

2014/2030A (マニユア有)

厚生労働科学研究費補助金

循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業
(循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究事業)

健康日本21 (第二次) の推進に関する研究
(H25－循環器等 (生習) －一般－001)

平成26年度総括・分担研究報告書

平成27 (2015) 年3月

研究代表者 辻 一郎 (東北大学大学院医学系研究科)

目 次

I. 研究組織	1
II. 総括研究報告書	3
健康日本21（第二次）の推進に関する研究	
III. 分担研究報告書	
健康日本21（第二次）に関する健康意識・認知度調査とその推移（辻 一郎）	11
健康寿命の指標化に関する研究 ―基礎的な課題の検討―（橋本修二）	21
中間評価に向けたモニタリング手法の開発に関する研究（横山徹爾）	31
こころの健康・休養に関する研究（伊藤弘人）	35
次世代の健康に関する目標項目の評価法の開発に関する研究 ―社会経済的状況が、母親の喫煙と出生体重の関係に与える影響―（山縣然太郎）	42
健康日本21推進に向けて ―肥満・メタボリックシンドローム対策に関する研究―（津下一代）	50
栄養・食生活のモニタリング及び食環境整備に関する研究 ―47都道府県の健康増進計画を用いた検討―（武見ゆかり）	59
健康日本21（第二次）に準拠した自治体における 身体活動・運動分野の取り組み（宮地元彦）	70
アルコール関連健康障害の保健指導と介入に関する研究 ―生活習慣病のリスクを上げる飲酒者に対する効果的な介入―（樋口 進）	74
自治体におけるたばこ対策の推進に関する研究（中村正和）	82
IV. 研究成果の刊行に関する一覧	
論文発表	110
学会発表	176
報 道	182

I. 研究組織

研究代表者

辻 一郎

東北大学大学院医学系研究科社会医学講座公衆衛生学分野・教授

研究課題：健康日本21（第二次）の推進に関する研究

研究分担者

橋本修二

藤田保健衛生大学医学部衛生学講座・教授

研究課題：健康寿命の指標化に関する研究

横山徹爾

国立保健医療科学院生涯健康研究部・部長

研究課題：中間評価に向けたモニタリング手法の開発に関する研究

伊藤弘人

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部・部長

研究課題：こころの健康・休養に関する研究

山縣然太郎

山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座・教授

研究課題：次世代の健康に関する目標項目の評価法の開発に関する研究

津下一代

あいち健康の森健康科学総合センター・センター長

研究課題：肥満・メタボリックシンドローム対策に関する研究

武見ゆかり

女子栄養大学栄養学部・教授

研究課題：栄養・食生活の目標のモニタリング及び食環境整備に関する研究

宮地元彦

独立行政法人国立健康・栄養研究所健康増進研究部・部長

研究課題：身体活動分野の推進に関する研究

樋口 進

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター・院長

研究課題：アルコール関連健康障害の保健指導と介入に関する研究

中村正和

大阪がん循環器病予防センター予防推進部・部長

研究課題：自治体におけるたばこ対策の推進に関する研究

II. 総括研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）
（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策政策研究事業）
総括研究報告書

健康日本21（第二次）の推進に関する研究

研究代表者 辻 一郎 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野・教授

研究要旨

健康日本21（第二次）の推進を研究者の立場からサポートすることを目的に10名の研究者で研究班を組織し、以下の結果を得た。

1. 健康日本21（第二次）に関する実践マニュアルを作成し、その普及に向けた研修会を実施した。
2. 電話調査の結果、「健康日本21」について「意味を含めて知っている」または「聞いたことはあるがよく知らない」と回答した者の割合は、13.6%であった。平成25年に比べて平成26年で認知度が有意に上昇したものは「健康寿命」（34.2%→49.3%）、「ロコモティブシンドローム」（30.2%→35.8%）、「1日の望ましい野菜の量=350g」（41.6%→50.1%）であった。
3. 平成22年と25年の国民生活基礎調査データの解析により、平成22年と25年の日常生活の制限あり割合は「回答なし」による影響をほとんど受けていないことが示唆された。これにより、健康寿命（日常生活に支障ない期間）の年次推移を検討することの妥当性が確認された。
4. 父親の教育年数が長くなるにつれて母親の喫煙が出生体重に与える影響が小さくなる傾向があること、中村は低学歴の者ほど家庭・職場での受動喫煙曝露の割合が高くなることなどが分かった。

研究分担者
橋本 修二 藤田保健衛生大学医学部衛生学講座・教授
横山 徹爾 国立保健医療科学院生涯健康研究部・部長
伊藤 弘人 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部・部長
山縣然太郎 山梨大学大学院医学工学総合研究部社会医学講座・教授
津下 一代 あいち健康の森健康科学総合センター・センター長
武見ゆかり 女子栄養大学栄養学部・教授
宮地 元彦 独立行政法人国立健康栄養研究所健康増進研究部・部長

樋口 進 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター・院長
中村 正和 大阪がん循環器病予防センター予防推進部・部長

A. 研究目的

平成25年度に始まった「健康日本21（第二次）」は、今後10年間にわたる国民健康づくり運動の方向性と各健康課題における目標値を示したものであり、その達成はわが国の活力と社会保障体制のサステナビリティに大きな意味を持つ。

本研究の目的は、以下の4点に関して「健康日本21（第二次）」の推進を研究者の立場からサポートすることである。第1に健康づくり

運動の具体的な進め方に関する情報・スキルの提供、第2にPDCAサイクルを重視した事業管理の体制整備、第3に国民における認知度の向上、第4に健康格差の現状把握と縮小策の提言である。以上の目的を果たすため、全体研究と個別研究を実施する。

全体研究では、健康づくり関連職種と国民のそれぞれにおける普及啓発を図るものである。そのため、健康づくり関連職種を対象に「健康日本21（第二次）実践マニュアル」を作成し、普及のための研修会を開催する。国民に対しては、Facebookなどを通じた普及啓発の効果を検討するとともに、健康日本21や健康寿命などに関する国民の認知度を毎年調査して状況をモニタリングする。

個別研究では、各研究分担者の専門領域で、①健康日本21（第二次）での目標や指標に関する方法論上の検討とデータ解析、②生活習慣や健康指標における格差の現状把握と要因解明、③モデル地域での健康づくり事業の展開とその評価を行う。①については、橋本が健康寿命の指標を検討し、横山が中間評価に向けたモニタリング手法を検討し、武見が栄養・食生活の目標に関する47都道府県の健康増進計画について検討する。②については、伊藤が睡眠時間に関する都道府県格差を、山縣が母親喫煙と低出生体重との関連に対する父親学歴の影響を、中村が年齢階級・学歴・医療保険別の受動喫煙格差の実態を、それぞれ検討する。③については、津下、武見と宮地がそれぞれの関係する地域で実施し、その効果を評価した。また、樋口はアルコール関連健康障害を予防するための保健指導と介入を行う。

これらの研究成果は「健康日本21（第二次）実践マニュアル」や研究班ウェブサイトにも反映される。これらを通じて、健康づくり関連職種と国民における健康づくり活動を支援し、もって「健康日本21（第二次）」の目標達成に貢献するものである。

B. 研究方法

本研究班は、研究代表者と9名の研究分担者で構成される。平成26年度は、第1回研究班会議を6月6日に開催して、本年度の研究計画を協議した。その後、各研究者が相互に連携しつつ研究を進めた。その後、12月8日に「健康日本21（第二次）の推進」に関する実践マニュアル研修会を開催した際に、本年度の研究結果を取りまとめた。

なお、研究方法の詳細については、各分担研究報告書を参照されたい。

（倫理面への配慮）

すべての研究は「疫学研究に関する倫理指針」を遵守しており、所属施設の倫理委員会の承認を受けている。個人情報の取り扱いなどの方法に関する詳細については、各分担研究報告を参照されたい。

C. 研究結果

(1) 「健康日本21（第二次）実践マニュアル」の作成と研修会の開催

全体研究の一環として、「健康日本21（第二次）実践マニュアル」を作成した。これまでの取り組みに基づいて健康日本21（第二次）を全国でさらに推進するための実践的なマニュアルを作成することを目標とし、保健衛生職種（保健師・管理栄養士など）・行政職・医療保険者などを読者と想定した。総花的なマニュアルではなく、効果的な推進方策（とくにPDCAサイクルの回し方）と好事例の紹介を重点的に行うことにより、読者が「参考にする・まねる」ことが可能となるようにすることを目指した。

項目と執筆者は、以下の通りである。

- ・「アルコール対策」の進め方：樋口
- ・「たばこ対策」の進め方：中村
- ・「こころの健康・休養」の進め方：伊藤
- ・「健康寿命の指標の整理と評価」の進め方：橋本
- ・「中間評価に向けたモニタリング」の進め方：横山
- ・「健やか親子21との連携」の進め方：山縣

- ・「身体活動の推進」の進め方：宮地
- ・「肥満・メタボリックシンドローム対策」の進め方：津下
- ・「栄養・食生活対策」の進め方：武見

なお「健康日本21（第二次）実践マニュアル」は、研究班ホームページに掲載されているので、参照されたい（<http://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/japan21/study-session-2.html>）。その普及に向けた研修会を12月8日に東京で開催した。定員200名で、受講希望者は研究班ホームページでウェブ登録するよう周知したところ、10日間で申込が定員に達した。

参加者のうち、アンケートにご回答いただいた174名の集計結果を以下に紹介する。参加者の職種は、保健師・看護師84名（48.3%）、管理栄養士・栄養士39名（22.4%）、医師6名（3.4%）、その他45名（25.8%）であった。所属は、行政98名（56.3%）、医療保険関係35名（20.1%）、教育・研究32名（18.4%）、その他9名（5.2%）であった。

全体を通して講演内容は分かりやすかったか、との質問に対して、「強くそう思う」45名（25.9%）と「そう思う」117名（67.2%）とで、約93%であった。講演内容は今後の活用に活用できそうか、との質問に対して、「強くそう思う」59名（33.9%）と「そう思う」105名（60.3%）とで、約95%であった。このように、受講者から高い評価を受けることができた。なお、研修会で使用されたスライドは研究班ホームページに掲載されているので、参照されたい（<http://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/japan21/study-session-2.html>）。

(2) 健康日本21（第二次）に関する健康意識・認知度調査とその推移

全国民における健康日本21（第二次）に関する健康意識・認知度を評価することを目的に、平成25年と同26年にRandom Digit Dialing（RDD）法を用いて層化無作為に抽出した全国1,800人に対して電話調査をそれぞれ行った。それにより2年間における健康意識・認知度の推移を検討した結果、「健康寿命」について「意

味を含めて知っている」または「聞いたことはあるがよく知らない」と回答した者の割合は49.3%であり、平成25年時点の34.2%と比べて有意に高かった。さらに、「ロコモティブシンドローム」や「1日の望ましい野菜の量」についても、それぞれの認知度が35.8%、50.1%と、平成25年と比べて有意に高かった。

(3) 健康寿命の指標化に関する研究—基礎的な課題の検討—

健康日本21（第二次）の健康寿命の指標「日常生活に制限のない期間の平均」などについて、基礎的な3課題を検討した。同指標の不健康割合における関連要因の分析の課題では、国民生活基礎調査と国民健康・栄養調査のリンクデータの解析により、体格や歩行数などが日常生活の制限ありに関連することを示した。不健康割合における無回答の分析の課題では、平成22年と25年の国民生活基礎調査のデータ解析により、日常生活の制限の質問への回答なし割合が年次間で異なること、回答の有無が自覚症状と通院の状況とあまり関連しないことを示した。自覚症状と通院の状況から推計した調査対象者全体（回答なし者を含む）の日常生活の制限あり割合について回答者のそれと比較し、平成22年と25年の日常生活の制限あり割合は回答なしによりほとんど影響を受けていないことが示唆された。また、「健康寿命の算定方法の指針」の英語訳の課題ではその英語訳を作成し、海外への情報発信上の重要性が大きいと考えられた。

(4) 中間評価に向けたモニタリング手法の開発に関する研究

健康日本21（第二次）をはじめとする健康増進に関する施策への取り組みでは、各種調査統計や健診その他の情報等に基づき、地域の現状分析と経時的なモニタリングを行って健康問題の特徴を把握し、健康施策の評価と優先課題の明確化を行っていく必要がある。昨年度の研究では、各種統計資料等から得られる膨大な情報を要約して、地方自治体等において地域の特徴を容易に把握できる分析手法を提案した。

今年度は健康増進計画のモニタリング・評価のための既存の資料やツール等を整理した。

(5) こころの健康・休養に関する研究

こころの健康・休養は、健康に不可欠な要素であり、健康日本21（第二次）においても6つの目標が設定されている。本研究では、これら目標と、WHO が示す精神保健サービスの組織化の概念、わが国の精神保健サービスの現状の関係を明らかにし、保健対策における指標活用について考察した。

また、休養の目標である睡眠による休息充足と、睡眠時間、その性・年齢・都道府県の分布の関係を検討した。都市部の男女の壮年層において、睡眠時間の確保に対する対策が必要だと考えられた。

今後、ターゲットとなるポピュレーションに対する効果的な啓発・広報や、これらの地域社会における実証が望まれる。

(6) 次世代の健康に関する目標項目の評価法の開発に関する研究

平成13（2001）年と平成22（2010）年に出生した児を対象とした21世紀出生児縦断調査のデータにおいて、父親の教育年数が長くなるにつれて、母親の喫煙が出生体重に与える影響が小さくなる傾向を認めた。これらの結果は、高い社会経済的状況が、母親の喫煙という周産期予後についてのリスクファクターの影響を減弱していることを示唆しており、特に、父親の学歴が社会経済的因子として、強く影響していることを示唆した。

(7) 健康日本21推進に向けて～肥満・メタボリックシンドローム対策に関する研究

市町村の生活習慣病対策推進支援：愛知県内2市において、肥満等の生活習慣病対策の推進方策を、環境面・保健事業面で検討した。蒲郡市では、メタボリックシンドロームの割合が高かったことをきっかけに、「健康化政策全庁的推進プロジェクト」開始。ワーキンググループ活動のほか、市民1万人をまき込んだ事業「体重測定100日チャレンジ」を実施した。北名古屋市では、平成27年度に健康日本21（第二

次）北名古屋市計画の中間評価を控えている中、KDBシステムを活用した事業評価、分析をした。保健事業参加者の医療費分析によりその効果を確認した。

e-stat、NDBを活用した「健康指標見える化ソフト」の改訂：都道府県等が各地域の健康指標を容易に可視化できるよう、e-stat、ナショナルデータベース（NDB）を活用した「健康指標見える化ソフト」の改訂を行った。今年度は処理速度の向上等を図った。

(8) 栄養・食生活のモニタリング及び食環境整備に関する研究

WEB上に公開されている47都道府県の健康増進計画を閲覧し、以下の結果を得た。

1. 「主食・主菜・副菜を組み合わせた食事」に関連した目標設定をしている都道府県は、47都道府県のうち26件であり、うち16件は、組み合わせた食事が「1日2回以上の日がほぼ毎日の者の増加」と国と全く同じ目標であった。これらの現状値の把握と目標設定に用いられたデータは、すべて国と同様に質問紙調査による住民の自己申告であり、県民・健康栄養調査の食事記録を用いた定量的な分析を行って目標を設定している県はなかった。今後は、「適切な量と質の食事」の指標について、県民健康・栄養調査を活用した定量的な検討を進めることが必要と考える。

2. 食環境に関する項目を設定している県は、47のうち45道府県であった。そのうち、飲食店における健康メニューの提供などの取組みを目標にあげていたのは38件であり、そのほとんどが店舗数を目標値としていた。また、適切な栄養管理を実施する給食施設の増加を目標にあげていたのは22件であった。平成26年秋に、国が「日本人の健康長寿のための『健康な食事』のあり方検討会」報告をまとめ、その中で、「健康な食事」の食事パターンの基準と、それを国民にわかりやすく示すためのマークを決定した。このことが、今後の自治体の飲食店や食品企業を巻き込んだ食環境整備にどのように影響するかは今後の課題である。

(9) 健康日本21（第二次）に準拠した自治体における身体活動・運動分野の取り組み

健康日本21（第二次）における身体活動・運動分野に関連した自治体の取り組みのうち、筆者が策定や取り組みを支援もしくは関係した事例の一部を報告する。

長野県民にとって親しみのある方言である「ずく」という言葉がもつ「面倒なことを敢えてすること」や「まめに動くこと」といったニュアンスが、日常生活の中での活動量を増やす、という趣旨と合致することから、「ずく」を活用した長野県独自の身体活動・運動ガイドラインを策定した。

東京都では、都民自らが大都市での生活や就労を通して負担感のない生活習慣の改善を実践するためのキャンペーンを、関係団体と連携し推進している。そのキャンペーンの普及啓発のためのキャラクターとして、「ケンコウデスカマン」を考案し、このうち身体活動・運動の普及・啓発のための取り組みとして、池袋駅階段広告事業を実施した。

地域における歩数計の携帯と歩数記録の奨励による介入が、歩数を1日あたり1,000歩増加させ得るか否かを検討するために、住民に対する地域介入事業を実施した。平成24年度と25年度の2年間にわたり、PDCAサイクルに基づいた事業を実施し、2年目には市民の9%に相当する7,250名の参加を得て、効果をあげた。

これらの取り組みは、以下の3点のように整理できる。1) 地域の暮らしや特性を考慮した取り組み（地方型）、2) マスメディアや広告を活用した取り組み（大都市型）、3) 県からの補助金を活用した市町村による取り組み（PDCAサイクルによる取り組みの改善）

(10) アルコール関連健康障害の保健指導と介入に関する研究

健康日本21（第二次）の飲酒分野における3つの目標のうち「生活習慣病のリスクを上げる飲酒者をベースライン値より15%低下させる」という目標を達成するための対策として、保健・医療分野では、簡易介入（brief

intervention, BI）の広範な施行が重要視されている。

今年度は、人材育成を主眼に置き、上記簡易介入の1日研修を、平成26年8月8日、および平成26年11月21日の2回実施した。1回目の研修には医師8名を含む43名が受講した。2回目の研修には、医師5名を含む21名が受講した。今年度の研修では、昨年度と異なり、他の研究班で作成した簡易介入の新しいツールを使用した。また、研修参加者からのフィードバックも資料としてまとめた。

(11) 自治体におけるたばこ対策の推進に関する研究

自治体のほか、職域や保険者によるたばこ対策の事例収集を行い、地域の3事例と職域の2事例を好事例として選定した。好事例収集の基準は、取り組み内容の一般化が可能であり、かつ効果評価が実施され、取り組みの成果が顕著と考えられるものとした。5つの好事例の内容は、健診の場における禁煙支援の実施により、従来の取り組みに比べて禁煙率が3倍に増加した大阪府摂津市の事例、約10年に及ぶ地域ぐるみの総合的なたばこ対策の実施により、全国に比べて全年齢で喫煙率が低下した岐阜県多治見市の事例、条例による受動喫煙対策を推進した神奈川県と兵庫県の事例、健保や産業医と連携した組織的な取り組みにより、喫煙率が低下した古河電気工業株式会社千葉事業所とSCSK株式会社の事例である。これらの事例で用いられている効果的な取り組み方について検討を行い、その検討結果を今年度本研究班の全体研究として作成した「健康日本21（第二次）に関する実践マニュアル」の内容に反映するとともに、事例集を本研究班のホームページで公開した。

日本における年齢階級・学歴・医療保険別の受動喫煙格差の実態を明らかにするため、2010年の国民生活基礎調査および国民健康栄養調査をリンケージ（地域・世帯番号・性別・年齢を使用してマッチング）した個票データを用いて分析を行った。その結果、日本において男女

ともに非喫煙者の約4人に1人が家庭もしくは職場においてほとんど毎日受動喫煙に曝露されており、学歴などの社会的背景（低学歴層のほか、若年層、男性の協会けんぽ層）に応じて受動喫煙の格差があることがわかった。今後、受動喫煙の曝露の減少と受動喫煙の格差の縮小を実現するためには、受動喫煙防止のための法的規制の強化を進める必要がある。

D. 考 察

本研究事業では、全体研究と個別研究により、以下の5点について調査研究を行った。

- ①マニュアル作成と研修会などを通じた健康づくり関連職種における普及啓発
- ②認知度調査や Facebook などを通じた国民における普及啓発
- ③健康日本21（第二次）での目標や指標に関する方法論上の検討とデータ解析
- ④生活習慣や健康指標における格差の現状把握と要因解明
- ⑤モデル地域での健康づくり事業の展開とその評価

この5項目のそれぞれについて、本年度の達成状況を検討したい。

第1項「マニュアル作成と研修会などを通じた健康づくり関連職種における普及啓発」では、全分担研究者の協力により、健康日本21（第二次）に関する実践マニュアルを作成することができた。さらに、その普及に向けた研修会を実施したところ、多くの参加者から高い評価を受けた。マニュアルや研修会資料は研究班ホームページに公開されており、多くのアクセスがある。さらに、研究班ホームページでは、(1) 特定健診データを用いたグラフ簡易作成システム（特定健診データについて、年次推移や自治体間比較などの結果をグラフ化するシステム）、(2) 自治体等でのたばこ対策の推進に役立つファクトシートや調査票等の資料（政策提言用ファクトシート、地域や職域でのたばこ対策の好事例集、たばこ対策の取り組み状況をモニタリングするための調査票とマニュアル）などが

掲載されている。このように本研究班は、健康日本21（第二次）の推進に向けて健康づくり関連職種に対する情報提供を積極的に行っている。

第2項「認知度調査や Facebook などを通じた国民における普及啓発」では、平成25年に比べて平成26年で認知度が有意に上昇したものは「健康寿命」（34.2%→49.3%）、「ロコモティブシンドローム」（30.2%→35.8%）、「1日の望ましい野菜の量＝350g」（41.6%→50.1%）であった。その背景として、健康寿命については、健康寿命の延伸を目指す政策の進展、健康寿命の都道府県格差・20大都市格差（本研究班の昨年度研究成果）に関するメディア報道などが考えられる。ロコモティブシンドロームについては、テレビCMや各自治体でのキャンペーンなどが考えられる。また、「1日の望ましい野菜の量＝350g」については、そのことをラベルに明示した野菜ジュースの販売による影響が考えられる。

第3項「健康日本21（第二次）での目標や指標に関する方法論上の検討とデータ解析」では、国民生活基礎調査における回答漏れを防止する措置が平成25年調査より開始されたことの影響を検討するため、橋本が平成22年と25年の国民生活基礎調査のデータを解析し、平成22年と25年の日常生活の制限あり割合は回答なしによりほとんど影響を受けていないことが示唆されると報告した。これにより、健康寿命（日常生活に支障ない期間）の年次推移を検討することの妥当性が確認された。また横山は、健康増進計画のモニタリング・評価のための既存の資料やツール等を整理した。武見は、都道府県健康増進計画における食物摂取及び食環境の目標は、国が提示した目標とほぼ同様のものが最も多く、現状値や目標値の設定方法も国に準じる傾向がみられると報告した。

第4項「生活習慣や健康指標における格差の現状把握と要因解明」では、伊藤は平均睡眠時間が5時間未満の者の割合は都道府県により2倍近い格差があることを示し、山縣は父親の

教育年数が長くなるにつれて母親の喫煙が出生体重に与える影響が小さくなる傾向があることを報告し、中村は低学歴の者ほど家庭・職場での受動喫煙曝露の割合が高くなることを報告した。これらは、国民生活基礎調査や国民健康栄養調査などの二次利用により得られた知見であり、本研究班により健康格差の実態が解明されてきた。今後は、さらに格差の実態を解明するとともに、その要因を検討することが必要と思われる。

第5項「モデル地域での健康づくり事業の展開とその評価」では、宮地は長野県と東京都で各地の文化・実状に応じた健康づくり事業を展開して効果を得た。また、津下が愛知県内2市において肥満等の生活習慣病対策の推進方策を、環境面・保健事業面で検討した。これらの取り組みは研究班会議において報告議論され、さらに「健康日本21（第二次）に関する実践マニュアル」にも反映されている。

以上のように、本研究課題は当初の計画通り順調に進捗している。最終年度にあたる来年度においては、中間評価を視野に置いた方法論上の検討、健康づくり事業の効果的な展開に向けた提言、健康格差の要因把握と格差縮小に向けた提言を行うものである。

E. 結論

健康日本21（第二次）の推進を研究者の立場からサポートすることを目的に10名の研究者で研究班を組織し、以下の結果を得た。

1. 健康日本21（第二次）に関する実践マニュアルを作成し、その普及に向けた研修会を実施した。
2. 電話調査の結果、「健康日本21」について「意味を含めて知っている」または「聞いたことはあるがよく知らない」と回答した者の割合は、13.6%であった。平成25年に比べて平成26年で認知度が有意に上昇したものは「健康寿命」(34.2%→49.3%)、「ロコモティブシンドローム」(30.2%→35.8%)、「1日の望ましい野菜の量=350g」

(41.6%→50.1%)であった。

3. 平成22年と25年の国民生活基礎調査データの解析により、平成22年と25年の日常生活の制限あり割合は「回答なし」による影響をほとんど受けていないことが示唆された。これにより、健康寿命（日常生活に支障ない期間）の年次推移を検討することの妥当性が確認された。
4. 父親の教育年数が長くなるにつれて母親の喫煙が出生体重に与える影響が小さくなる傾向があること、中村は低学歴の者ほど家庭・職場での受動喫煙曝露の割合が高くなることなどが分かった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Nishino Y, Tsuji I, Tanaka H, Nakayama T, Nakatsuka H, Ito H, Suzuki T, Katanoda K, Sobue T, Tominaga S; for the Three-prefecture Cohort Study Group. Stroke mortality associated with environmental tobacco smoke among never-smoking Japanese women: a prospective cohort study. Preventive Medicine, 2014;67C: 41-45.
- 2) 遠又 靖丈, 辻 一郎. 【医療費をどうするか】 肥満・食習慣が医療費・介護費に及ぼす影響. 医と食, 2014;6(2):73-76.
- 3) 遠又靖丈, 辻 一郎, 杉山賢明, 橋本修二, 川戸美由紀, 山田宏哉, 世古留美, 村上義孝, 早川岳人, 林 正幸, 加藤昌弘, 野田龍也, 尾島俊之. 健康日本21（第二次）の健康寿命の目標を達成した場合における介護費・医療費の節減額に関する研究. 日本公衆衛生雑誌, 2014;61(11):679-685.
- 4) 津下一代. 肥満症の予防・治療の効果. 日本医師会雑誌, 2014;143(1):49-53.
- 5) 村本あき子, 津下一代. 特集 ストップ ザ

肥満症：生活習慣介入。臨床と研究，2014；
91(6)：741-746.

- 6) 津下一代．特定健診・特定保健指導－到達点と今後の方向性．医学のあゆみ，2014；
250(9)：637-640.
- 7) 津下一代．運動療法，病院から地域連携へ．
Diabetes Frontier，2014；25(6)：663-667.
- 8) 津下一代．中高年の肥満対策と生活習慣病
予防のための食事処方．日本医師会雑誌，
2014；143(11)：RS285-286.
- 9) 津下一代．特定健診2千万人のデータを活
用した保健事業のPDCA．Journal of the
National Institute of Public Health，
2014；63(5)：438-448.
- 10) 中村正和．解説 健康日本21（第二次）社
会環境の整備編 喫煙分野の社会環境の整
備．健康づくり，2014；439：11.
- 11) 中村正和．NCD対策におけるたばこ対策の
重要性．公衆衛生，2014；78(5)：331-336.
- 12) 田淵貴大，中村正和．日本における年齢階
級・学歴・医療保険別の受動喫煙格差．
JACR Monograph，2014；20：39-48.

2. 学会発表

- 1) 辻一郎．健康社会をめざす医学・医療の
新たな展開 新しい公衆衛生のあり方．日
本医学会特別シンポジウム「健康社会をめ
ざす医学・医療の新たな展開」，大阪，2014
年.
- 2) 橋本修二．健康寿命の延伸：指標と記述疫
学．日本抗加齢医学会，大阪，2014年.
- 3) Suzuki K, Yamagata Z, Tsuji I. The
effects of interaction between maternal
smoking and household income on birth
weight in Japan. SPER 27th Annual
Meeting (Society for Pediatric and
Perinatal Epidemiologic Research),
Seattle, Washington, 2014.
- 4) Suzuki K, Yamagata Z, Tsuji I. A life-
table analysis to explore factors
associated with selective study

participation in the national birth
cohort in Japan. The 47th Annual SER
Meeting (Society for Epidemiologic
Research), Seattle, Washington, 2014.

- 5) 宮地元彦．東松山市における健康づくり
事業「プラス1,000歩運動」の効果．第
73回日本公衆衛生学会総会，宇都宮，2014
年.
- 6) 中村正和．シンポジウム10 職場における
これからの喫煙対策 わが国のたばこ対策
の課題と職場としての役割．第87回日本
産業衛生学会，岡山，2014年.

3. 報道

- 1) 健康寿命 浜松1位 「生活に支障ない期
間」20都市集計．朝日新聞朝刊，2014年5
月27日.
- 2) 「健康寿命」延びれば2～5兆円節減．朝
日新聞朝刊，2014年12月28日.

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

Ⅲ. 分担研究報告書

健康日本21（第二次）に関する健康意識・認知度調査とその推移

研究分担者 辻 一郎 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野・教授

研究要旨

厚生労働省「健康日本21（第二次）」の推進にあたって、国民がどれほど健康意識を有しているか明らかでなかった。そのため、全国民における健康日本21（第二次）に関する健康意識・認知度を評価することを目的に、平成25年と同26年にRandom Digit Dialing（RDD）法を用いて層化無作為に抽出した全国1,800人に対して電話調査をそれぞれ行った。それにより2年間における健康意識・認知度の推移を検討した結果、「健康寿命」について「意味を含めて知っている」または「聞いたことはあるがよく知らない」と回答した者の割合は49.3%であり、平成25年時点の34.2%と比べて有意に高かった。さらに、「ロコモティブシンドローム」や「1日の望ましい野菜の量」についても、それぞれの認知度が35.8%、50.1%と、平成25年と比べて有意に高かった。

研究協力者

杉山 賢明 東北大学大学院公衆衛生学分野
遠又 靖丈 東北大学大学院公衆衛生学分野

A. 研究目的

平成25年から実施された国民健康づくり運動「健康日本21（第二次）」により、ポピュレーション戦略として全国規模で健康増進を目的とした普及啓発運動が行われるようになった。しかし、国民がどれほど健康意識を有しているか実態は明らかでなかった。

そこで我々は、①健康意識における重点課題、②経年的な健康意識の推移を把握することを目的に、平成25年より日本国民全体を対象に、健康日本21（第二次）に関連する健康意識・認知度を調査する研究を開始した。本年調査は昨年調査に続いて、2回目の調査であり、これによって前年から本年にかけての健康意識や認知度の変化を検討した。

B. 研究方法

1) 研究デザイン

本研究のデザインは昨年と同様である。すなわち、乱数番号法（RDD法）により、無作為抽出での電話調査を行い、20歳代～70歳以上の10歳年齢階級別（6階級別）に男女それぞれ150名ずつ（男女計300名）の計1,800名から回答を得ることを目標とした。対象は一般家庭とし、事業所に電話がかかった場合は調査を実施しないこととした。なお、各居住地域ブロックの対象者数は、平成22年国勢調査で示された人口比率に基づいて割り当てており、その割り当て数に回答者数が達すれば、その地域への電話かけは完了とした。上記の調査作業は、専門業者である一般社団法人新情報センターに委託した。

調査項目は以下の通りである（「資料」参照）。すなわち、①性別、②年齢、③職業、④用語の認知度（「健康日本21」、「健康寿命」、「メタボリックシンドローム」、「慢性閉塞性肺疾患（COPD）」、「ロコモティブシンドローム」、「アクティブガイド」、「WHOのたばこ規制枠組み条約」、

「スマートライフプロジェクト」)、⑤最近1年間の健診受診歴、⑥喫煙状況、⑦健康のために望ましいと思う野菜摂取量について質問した。さらに、本年では新たに、⑧最終学歴、⑨生活習慣病リスクを高める1日の飲酒量を質問した。

2) 調査期間

平成26年10月18日から11月3日までの土曜・日曜・祝日に調査を実施した(参考:平成25年の実施日は10月15日から11月4日までの土曜・日曜・祝日であった)。

3) 解析方法

単純集計のほか、性別、年齢階級別、医療・健康事業従事者の該当・非該当別のクロス集計を行った。また、平成25年と26年の比較を行うために χ^2 乗検定を行った。解析にはSAS version 9.4 (SAS Inc, Cary, NC)を用い、両側 $P < 0.05$ を有意水準とした。

4) 倫理面への配慮

本研究は東北大学医学系研究科倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果

1) 対象者の基本特性(表1)

目標人数の達成のため、計7日間において合計27,463件の電話かけを行った(平成25年; 25,069件)。この結果、対象者の職業別割合は平成25年とほぼ変わらなかった。さらに、最終学歴に関する調査の結果、中卒が7.9%、高卒が38.7%、短大・専門学校卒業が20.8%、大学・大学院卒業が31.0%であった。

2) 認知度・健康意識(表2・3、図1)

対象集団で「意味を含めて知っている」または「聞いたことはあるがよく知らない」と回答した者の割合を用語の認知度として表2、図1に示す。平成26年の認知度が平成25年と比べて有意に高かったのは、「健康寿命」、「ロコモティブシンドローム」、「アクティブガイド」であった。次に、健康意識に関する調査結果を表3に示したように、平成26年において「1日

の望ましい野菜の量」を350g程度と正答できた者の割合は、平成25年と比べて有意に高かった。また、平成26年の健診の受診率は平成25年と比べて有意に高く、現在喫煙率は有意に低下していた。

一方、前年と比べて有意差を認めなかったのは、「健康日本21」、「メタボリックシンドローム」、「慢性閉塞性肺疾患」、「WHOのたばこ規制枠組み条約」、「スマートライフプロジェクト」であった。

3) 性別の認知度・健康意識(表4)

男女ともに平成26年の認知度・健康意識が平成25年と比べて有意に高かったのは、「健康寿命」、「ロコモティブシンドローム」、「1日の望ましい野菜の量」であった。また、男性では健診の受診率が高かったのに対して、女性では「慢性閉塞性肺疾患」の認知度が高かった。

さらに、「生活習慣病リスクを高める1日の飲酒量」に対する回答者の割合は、男性で「2合」が30.9%、「3合」または「4合以上」が17.7%であったのに対して、女性で「2合」が26.2%、「3合」または「4合以上」が16.6%であった。

4) 年代別の認知度・健康意識(表5・6)

平成25年と比べた平成26年の「健康寿命」の年代別の認知度は、20代を除く全ての年代で有意に高くなっており、特に50代、60代、70歳以上が高かった。

同様に、平成26年で有意に高くなった「ロコモティブシンドローム」の認知度は、特に20代と50代で有意であった。さらに、「1日の望ましい野菜の量」の正答率も、70歳以上を除く全ての年代で有意に増加していた。

5) 医療・健康事業従事者の該当・非該当別の認知度・健康意識(表7)

職業を尋ねる質問(資料の問3)に対して「自営業」または「勤め人」と回答した者のうち、「医療または健康事業に関わる職業ですか」という質問に「はい」と回答した113人(以下「該当者」と「いいえ」と回答した1,687人(以

下「非該当者」)に分類して、回答の内訳をみた。平成26年の非該当者の認知度で前年と比べて高かったのは、「健康寿命」、「ロコモティブシンドローム」、「アクティブガイド」、「1日

の望ましい野菜の量」であった。一方、該当者では「健康寿命」の認知度は有意ではないものの高く、「ロコモティブシンドローム」も高かった。

表1 対象者全体の基本特性

	平成26年		平成25年	
	n	(%)	n	(%)
	1800	(100.0%)	1800	(100.0%)
地域				
北海道	79	(4.4%)	79	(4.4%)
東北	131	(7.3%)	131	(7.3%)
関東	601	(33.4%)	601	(33.4%)
北陸・甲信越	119	(6.6%)	119	(6.6%)
東海	210	(11.7%)	210	(11.7%)
近畿	292	(16.2%)	292	(16.2%)
中国	106	(5.9%)	106	(5.9%)
四国	57	(3.2%)	57	(3.2%)
九州・沖縄	205	(11.4%)	205	(11.4%)
職種				
農林水産業	35	(1.9%)	30	(1.7%)
自営業	196	(10.9%)	167	(9.3%)
勤め人	831	(46.2%)	860	(47.8%)
主婦	380	(21.1%)	362	(20.1%)
無職	358	(19.9%)	381	(21.2%)
最終学歴				
中卒以下	142	(7.9%)		
高卒(旧中を含む)	697	(38.7%)		
短大・専門学校(高専を含む)	375	(20.8%)		
大学・大学院	558	(31.0%)		
わからない・答えたくない	28	(1.6%)		

表2 対象者全体の認知度¹

	認知度 ¹				p値 ²
	平成26年		平成25年		
	n	(%)	n	(%)	
	1800	(100.0%)	1800	(100.0%)	
健康日本21	245	(13.6%)	261	(14.5%)	0.443
健康寿命	887	(49.3%)	616	(34.2%)	<0.001
メタボリックシンドローム	1734	(96.3%)	1732	(96.2%)	0.860
慢性閉塞性肺疾患	874	(48.6%)	919	(51.1%)	0.134
ロコモティブシンドローム	645	(35.8%)	544	(30.2%)	<0.001
アクティブガイド	163	(9.1%)	110	(6.1%)	0.001
WHOたばこ規制枠組条約	460	(25.6%)	504	(28.0%)	0.098
スマートライフプロジェクト	201	(11.2%)	179	(9.9%)	0.233

¹「意味を含めて知っている」割合と「聞いたことはあるがよく知らない」割合の合計

²χ²検定

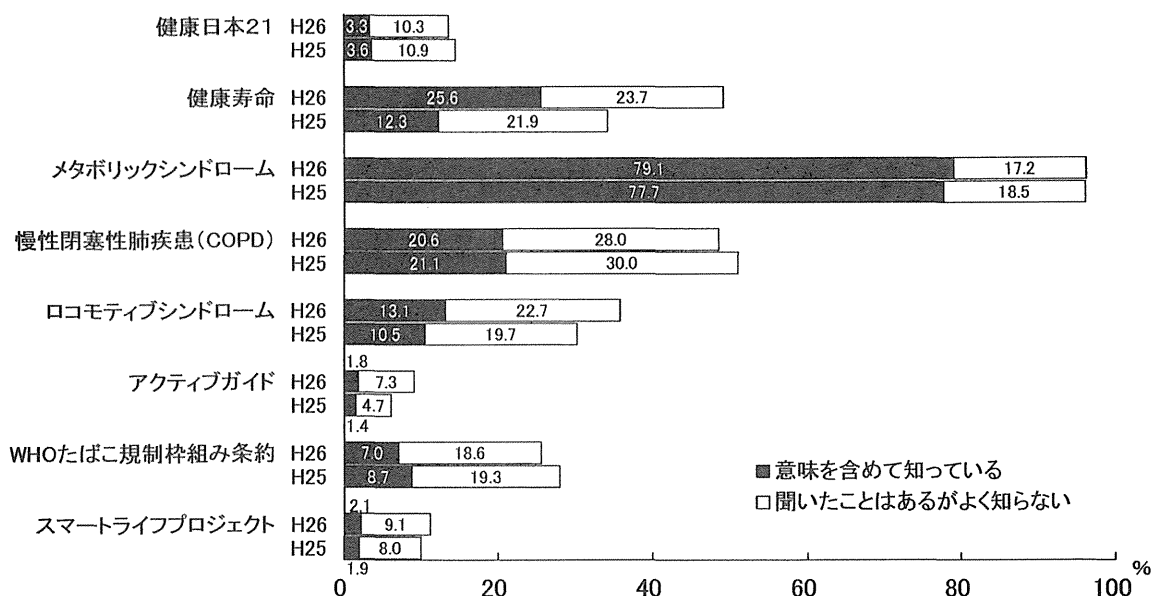


図1 対象者全体の認知度

表4 男女別の認知度¹・健康意識

	男性				p値 ²	女性				p値 ²
	平成26年		平成25年			平成26年		平成25年		
	n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
認知度 ¹	900	(100.0%)	900	(100.0%)		900	(100.0%)	900	(100.0%)	
健康日本21	113	(12.6%)	109	(12.1%)	0.774	132	(14.7%)	152	(16.9%)	0.196
健康寿命	419	(46.6%)	273	(30.3%)	<0.001	468	(52.0%)	343	(38.1%)	<0.001
メタボリックシンドローム	866	(96.2%)	860	(95.6%)	0.476	868	(96.4%)	872	(96.9%)	0.599
慢性閉塞性肺疾患(COPD)	410	(45.6%)	395	(43.9%)	0.477	464	(51.6%)	524	(58.2%)	0.004
ロコモティブシンドローム	273	(30.3%)	232	(25.8%)	0.031	372	(41.3%)	312	(34.7%)	0.004
アクティブガイド	83	(9.2%)	48	(5.3%)	0.001	80	(8.9%)	62	(6.9%)	0.116
WHOのたばこ規制枠組み条約	232	(25.8%)	259	(28.8%)	0.153	228	(25.3%)	245	(27.2%)	0.363
スマートライフプロジェクト	98	(10.9%)	74	(8.2%)	0.054	103	(11.4%)	105	(11.7%)	0.883
最近1年間で健診を受けたか										
はい	704	(78.2%)	666	(74.0%)	0.036	625	(69.4%)	609	(67.7%)	0.417
いいえ	196	(21.8%)	234	(26.0%)		275	(30.6%)	291	(32.3%)	
喫煙の有無										
今吸っている	245	(27.2%)	280	(31.1%)	0.018	76	(8.4%)	84	(9.3%)	0.365
今はやめている	338	(37.6%)	282	(31.3%)		101	(11.2%)	84	(9.3%)	
吸ったことがない	317	(35.2%)	338	(37.6%)		723	(80.3%)	732	(81.3%)	
1日の望ましい野菜の量										
150g程度	71	(7.9%)	68	(7.6%)	<0.001	49	(5.4%)	50	(5.6%)	<0.001
250g程度	169	(18.8%)	139	(15.4%)		130	(14.4%)	117	(13.0%)	
350g程度	396	(44.0%)	309	(34.3%)		506	(56.2%)	440	(48.9%)	
500g程度	112	(12.4%)	98	(10.9%)		108	(12.0%)	95	(10.6%)	
わからない	152	(16.9%)	286	(31.8%)		107	(11.9%)	198	(22.0%)	
生活習慣病リスクを高める1日の飲酒量										
1合未満	116	(12.9%)				136	(15.1%)			
1合	229	(25.4%)				244	(27.1%)			
2合	278	(30.9%)				236	(26.2%)			
3合	108	(12.0%)				109	(12.1%)			
4合以上	51	(5.7%)				40	(4.4%)			
わからない	118	(13.1%)				135	(15.0%)			

¹「意味を含めて知っている」の割合と「聞いたことはあるがよく知らない」の割合の合計

²χ²検定

表5 年代別の認知度

	健康日本21						健康寿命							
	n (%)		平成26年		平成25年		p値 ¹	n (%)		平成26年		平成25年		p値 ¹
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				n (%)	n (%)			
20代	300	(100.0%)	53	(17.7%)	56	(18.7%)	0.751	133	(44.3%)	112	(37.3%)	0.081		
30代	300	(100.0%)	31	(10.3%)	41	(13.7%)	0.209	117	(39.0%)	80	(26.7%)	0.001		
40代	300	(100.0%)	30	(10.0%)	40	(13.3%)	0.203	123	(41.0%)	94	(31.3%)	0.014		
50代	300	(100.0%)	32	(10.7%)	35	(11.7%)	0.697	178	(59.3%)	98	(32.7%)	<0.001		
60代	300	(100.0%)	47	(15.7%)	43	(14.3%)	0.647	156	(52.0%)	116	(38.7%)	0.001		
70歳以上	300	(100.0%)	52	(17.3%)	46	(15.3%)	0.508	180	(60.0%)	116	(38.7%)	<0.001		

	メタボリックシンドローム						慢性閉塞性肺疾患 (COPD)							
	n (%)		平成26年		平成25年		p値 ¹	n (%)		平成26年		平成25年		p値 ¹
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				n (%)	n (%)			
20代	300	(100.0%)	292	(97.3%)	293	(97.7%)	0.794	132	(44.0%)	143	(47.7%)	0.367		
30代	300	(100.0%)	296	(98.7%)	297	(99.0%)	0.704	132	(44.0%)	142	(47.3%)	0.412		
40代	300	(100.0%)	296	(98.7%)	297	(99.0%)	0.704	138	(46.0%)	159	(53.0%)	0.086		
50代	300	(100.0%)	297	(99.0%)	297	(99.0%)	1.000	162	(54.0%)	175	(58.3%)	0.285		
60代	300	(100.0%)	292	(97.3%)	293	(97.7%)	0.794	162	(54.0%)	161	(53.7%)	0.935		
70歳以上	300	(100.0%)	261	(87.0%)	255	(85.0%)	0.480	148	(49.3%)	139	(46.3%)	0.462		

	ロコモティブシンドローム						アクティブガイド							
	n (%)		平成26年		平成25年		p値 ¹	n (%)		平成26年		平成25年		p値 ¹
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				n (%)	n (%)			
20代	300	(100.0%)	88	(29.3%)	64	(21.3%)	0.024	18	(6.0%)	16	(5.3%)	0.724		
30代	300	(100.0%)	88	(29.3%)	73	(24.3%)	0.167	20	(6.7%)	17	(5.7%)	0.611		
40代	300	(100.0%)	83	(27.7%)	77	(25.7%)	0.580	25	(8.3%)	13	(4.3%)	0.044		
50代	300	(100.0%)	132	(44.0%)	94	(31.3%)	0.001	37	(12.3%)	20	(6.7%)	0.018		
60代	300	(100.0%)	127	(42.3%)	125	(41.7%)	0.869	35	(11.7%)	28	(9.3%)	0.351		
70歳以上	300	(100.0%)	127	(42.3%)	111	(37.0%)	0.182	28	(9.3%)	16	(5.3%)	0.060		

	WHOのたばこ規制枠組み条約						スマートライフプロジェクト							
	n (%)		平成26年		平成25年		p値 ¹	n (%)		平成26年		平成25年		p値 ¹
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)				n (%)	n (%)			
20代	300	(100.0%)	61	(20.3%)	75	(25.0%)	0.172	23	(7.7%)	28	(9.3%)	0.464		
30代	300	(100.0%)	61	(20.3%)	70	(23.3%)	0.374	26	(8.7%)	28	(9.3%)	0.775		
40代	300	(100.0%)	56	(18.7%)	73	(24.3%)	0.091	27	(9.0%)	22	(7.3%)	0.456		
50代	300	(100.0%)	81	(27.0%)	92	(30.7%)	0.322	40	(13.3%)	22	(7.3%)	0.016		
60代	300	(100.0%)	97	(32.3%)	99	(33.0%)	0.862	41	(13.7%)	43	(14.3%)	0.814		
70歳以上	300	(100.0%)	104	(34.7%)	95	(31.7%)	0.435	44	(14.7%)	36	(12.0%)	0.337		

¹χ²検定

表6 年代別の健康意識

	n (%)		最近1年間で健診を受けたか				喫煙の有無								p値 ¹					
			はい		p値 ¹	今吸っている		今はやめている		吸ったことがない		p値 ¹								
			平成26年	平成25年		平成26年	平成25年	平成26年	平成25年	平成26年	平成25年									
			n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)									
20代	300	(100.0%)	163	(54.3%)	142	(47.3%)	0.086	48	(16.0%)	59	(19.7%)	31	(10.3%)	34	(11.3%)	221	(73.7%)	207	(69.0%)	0.422
30代	300	(100.0%)	203	(67.7%)	189	(63.0%)	0.230	59	(19.7%)	66	(22.0%)	60	(20.0%)	45	(15.0%)	181	(60.3%)	189	(63.0%)	0.258
40代	300	(100.0%)	225	(75.0%)	215	(71.7%)	0.356	65	(21.7%)	88	(29.3%)	64	(21.3%)	55	(18.3%)	171	(57.0%)	157	(52.3%)	0.094
50代	300	(100.0%)	243	(81.0%)	241	(80.3%)	0.836	69	(23.0%)	64	(21.3%)	85	(28.3%)	62	(20.7%)	146	(48.7%)	174	(58.0%)	0.044
60代	300	(100.0%)	251	(83.7%)	239	(79.7%)	0.205	50	(16.7%)	59	(19.7%)	104	(34.7%)	75	(25.0%)	146	(48.7%)	166	(55.3%)	0.035
70歳以上	300	(100.0%)	244	(81.3%)	249	(83.0%)	0.594	30	(10.0%)	28	(9.3%)	95	(31.7%)	95	(31.7%)	175	(58.3%)	177	(59.0%)	0.961

	n (%)		1日の望ましい野菜の量										p値 ¹										
			150g程度		250g程度		350g程度		500g程度		わからない												
			平成26年	平成25年	平成26年	平成25年	平成26年	平成25年	平成26年	平成25年	平成26年	平成25年											
			n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)											
20代	300	(100.0%)	13	(4.3%)	28	(9.3%)	62	(20.7%)	44	(14.7%)	175	(58.3%)	145	(48.3%)	36	(12.0%)	40	(13.3%)	14	(4.7%)	43	(14.3%)	<0.001
30代	300	(100.0%)	14	(4.7%)	15	(5.0%)	61	(20.3%)	46	(15.3%)	157	(52.3%)	124	(41.3%)	51	(17.0%)	48	(16.0%)	17	(5.7%)	67	(22.3%)	<0.001
40代	300	(100.0%)	23	(7.7%)	16	(5.3%)	46	(15.3%)	50	(16.7%)	146	(48.7%)	122	(40.7%)	47	(15.7%)	34	(11.3%)	38	(12.7%)	78	(26.0%)	0.001
50代	300	(100.0%)	20	(6.7%)	22	(7.3%)	37	(12.3%)	38	(12.7%)	157	(52.3%)	127	(42.3%)	45	(15.0%)	33	(11.0%)	41	(13.7%)	80	(26.7%)	0.001
60代	300	(100.0%)	21	(7.0%)	17	(5.7%)	37	(12.3%)	36	(12.0%)	159	(53.0%)	134	(44.7%)	24	(8.0%)	20	(6.7%)	59	(19.7%)	93	(31.0%)	0.032
70歳以上	300	(100.0%)	29	(9.7%)	20	(6.7%)	56	(18.7%)	42	(14.0%)	108	(36.0%)	97	(32.3%)	17	(5.7%)	18	(6.0%)	90	(30.0%)	123	(41.0%)	0.052

¹χ²検定

表7 医療・健康事業従事者への該当状況と基本特性・認知度¹・健康意識

	医療・健康事業従事者					
	非該当			該当		
	平成26年 n (%)	平成25年 n (%)	p値 ²	平成26年 n (%)	平成25年 n (%)	p値 ²
性別	1687 (100%)	1683 (100%)			113 (100%)	
男性	856 (50.7%)	859 (51.0%)		44 (38.9%)	41 (35.0%)	
女性	831 (49.3%)	824 (49.0%)		69 (61.1%)	76 (65.0%)	
年代						
20代	280 (16.6%)	269 (16.0%)		20 (17.7%)	31 (26.5%)	
30代	277 (16.4%)	269 (16.0%)		23 (20.4%)	31 (26.5%)	
40代	274 (16.2%)	280 (16.6%)		26 (23.0%)	20 (17.1%)	
50代	274 (16.2%)	278 (16.5%)		26 (23.0%)	22 (18.8%)	
60代	287 (17.0%)	290 (17.2%)		13 (11.5%)	10 (8.5%)	
70歳以上	295 (17.5%)	297 (17.6%)		5 (4.4%)	3 (2.6%)	
最終学歴						
中卒以下	139 (8.2%)			3 (2.7%)		
高卒 (旧中を含む)	676 (40.1%)			21 (18.6%)		
短大・専門学校 (高専を含む)	323 (19.1%)			52 (46.0%)		
大学・大学院	521 (30.9%)			37 (32.7%)		
わからない・答えたくない	28 (1.7%)			0 (0.0%)		
認知度 ¹						
健康日本21	199 (11.8%)	208 (12.4%)	0.616	46 (40.7%)	53 (45.3%)	0.482
健康寿命	816 (48.4%)	551 (32.7%)	<0.001	71 (62.8%)	65 (55.6%)	0.262
メタボリックシンドローム	1622 (96.1%)	1617 (96.1%)	0.918	112 (99.1%)	115 (98.3%)	0.582
慢性閉塞性肺疾患 (COPD)	792 (46.9%)	822 (48.8%)	0.271	82 (72.6%)	97 (82.9%)	0.059
ロコモティブシンドローム	585 (34.7%)	487 (28.9%)	<0.001	60 (53.1%)	57 (48.7%)	0.507
アクティブガイド	141 (8.4%)	88 (5.2%)	<0.001	22 (19.5%)	22 (18.8%)	0.898
WHOのたばこ規制枠組み条約	425 (25.2%)	461 (27.4%)	0.147	35 (31.0%)	43 (36.8%)	0.355
スマートライフプロジェクト	186 (11.0%)	161 (9.6%)	0.163	15 (13.3%)	18 (15.4%)	0.648
最近1年間で健診を受けたか						
はい	1242 (73.6%)	1184 (70.4%)	0.034	87 (77.0%)	91 (77.8%)	0.887
いいえ	445 (26.4%)	499 (29.6%)		26 (23.0%)	26 (22.2%)	
喫煙の有無						
今吸っている	304 (18.0%)	344 (20.4%)	0.024	17 (15.0%)	20 (17.1%)	0.087
今はやめている	413 (24.5%)	352 (20.9%)		26 (23.0%)	14 (12.0%)	
吸ったことがない	970 (57.5%)	987 (58.6%)		70 (61.9%)	83 (70.9%)	
1日の望ましい野菜の量						
150g程度	112 (6.6%)	107 (6.4%)	<0.001	8 (7.1%)	11 (9.4%)	0.004
250g程度	284 (16.8%)	244 (14.5%)		15 (13.3%)	12 (10.3%)	
350g程度	826 (49.0%)	693 (41.2%)		76 (67.3%)	56 (47.9%)	
500g程度	212 (12.6%)	176 (10.5%)		8 (7.1%)	17 (14.5%)	
わからない	253 (15.0%)	463 (27.5%)		6 (5.3%)	21 (17.9%)	
生活習慣病リスクを高める1日の飲酒量						
1合未満	237 (14.0%)			15 (13.3%)		
1合	444 (26.3%)			29 (25.7%)		
2合	476 (28.2%)			38 (33.6%)		
3合	202 (12.0%)			15 (13.3%)		
4合以上	87 (5.2%)			4 (3.5%)		
わからない	241 (14.3%)			12 (10.6%)		

¹「意味を含めて知っている」割合と「聞いたことはあるがよく知らない」割合の合計

²χ²検定