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）
「健康寿命延伸につながる地域・職域連携の推進のための研究」
分担研究報告書

分担研究名 市区町村モデル事業 －観光都市における宿泊業従事者調査および都心特別区における働く世代への健康支援体制構築の検討－

研究分担者　渡井いずみ　所属　浜松医科大学
研究協力者　吹田晋　所属　国立保健医療科学院
研究協力者　髙部さやか　所属　浜松医科大学
研究協力者　田中克弥　所属　浜松医科大学博士前期課程

研究要旨

本分担班では地方の温泉観光都市である伊東市および他自治体から流入する在勤者の多い都心特別区である港区を地域・職域連携推進のモデル自治体として伴走支援を行った。伊東市では主力産業である宿泊業に着目し、市と協力して市内全宿泊施設で働く人を対象に匿名の健康調査を実施した。東京都港区では保健所および事業委託先である医師会との協議や情報提供等を通じて、地域特性をふまえた実現可能な事業の方向性を検討した。

その結果、伊東市は宿泊業従事者の健康や働き方の実態が明らかになり、今後必要な健康支援の項目を特定し、組織的アプローチへの糸口を得ることができた。東京都港区では、令和6年度に開始した委託事業を継続しつつ、さらに既存の会議体を発展させて地域・職域連携協議会を設置する方向性が示され、一歩進めることができた。

A．研究目的

地域・職域連携推進ガイドライン（令和元年改訂）では、都道府県および保健所に地域・職域連携推進協議会を設置すること、協議会が中心となって地域・職域の関連機関がデータの共有や審議を行って、地域特性に合わせた健康づくりのポピュレーションアプローチの推進体制を構築することが推奨されている。
令和6年度の市区町村調査では、ガイドラインに規定されていなくても、積極的に地域・職域連携に取り組んでいる自治体がある一方で、保健所設置市であっても協議会が設置されていない等、整備が進んでいない自治体があること、市区町村格差が見られることが明らかになった[1)]。また市区町村の規模や保健所の有無、地域特性によって、有効な推進方法は異なると考えられた。

本研究班では、静岡県伊東市および東京都港区の2市区を対象に、管轄保健所や都道府県とも連携しながら伴走支援を行い、地域特性に合わせた具体的な地域・職域連携を推進するアクションリサーチを試みた。

静岡県伊東市は、人口64,337人、高齢化率は 44.1%（令和6年2月）。隣接する熱海市とならび有数の温泉を有し、国際観光温泉文化都市を標榜している。西に天城山系、東に相模湾を臨み、市の45%が国立公園区域に指定されている。中小零細規模の宿泊業と飲食業が多い産業構造で、喫煙率の高さ、健診受診率の低さ、循環器疾患の多さが課題である。令和７年度は、静岡県および管轄する二次医療圏域保健所（熱海保健所）の確認を得て、主力産業である宿泊業に着目し、市内全宿泊施設で働く人を対象として健康行動に関する調査を実施し、今後の健康づくりの方策を決定する基礎資料を得ることを目的とした。

東京都港区は、人口267,780人、世帯数153,885（令和７年１月１日）、生産年齢人口69.3%、高齢化率17.1%(令和5年)。昼間人口が夜間人口の約5倍（2005年統計）の特別区である。昼間人口の大半は区外在住である。外国大使館の半数が港区に位置し、外資系企業も多いため、区民の1

割は外国籍である。都心３区のひとつで、経済や文化の中心地。一人あたりの平均年収は1,000万円超で東京23区内中最も高く、上場企業数が全国の自治体で最も多い。芝地区、麻布地区、赤坂地区、高輪地区、芝浦港南地区で構成される。港区では在勤者を含めた地域の健康課題を特定することが困難という課題を抱えていた。そのため、令和７年度は港区の地域特性をふまえ、保健所を中心として地域・職域連携を推進する方策を見出すことを目的とした。

Ｂ．研究方法

１）伊東市

（１）調査対象者

伊東市内の全宿泊施設325ケ所で働く人を対象とした。令和3年度経済センサスの情報をもとに、対象者数は3,772人と推定した。

（２）調査方法

本研究はSurvey Monkey社の提供するWeb調査作成ツールを用いて実施した。2025年10月2日に、各宿泊施設の施設長宛に、本研究への協力依頼書および各施設の従業員数相当分の研究案内チラシを郵送した。案内チラシには、本調査の説明文書および研究協力同意欄が閲覧可能なURLとQRコードを記載し、そこにアクセスした閲覧者が研究同意欄にチェックするとWeb調査項目が表示される仕様とした。施設長宛てに1回のリマインドを行い、12月10日に回収打ち切りとした。

回収したデータはExcel形式にてダウンロードし、データを数値に変換して分析用データベースを作成した。

（３） 調査項目

宿泊業従事者の健康課題に関する文献レビューを行い（資料１）、その結果を参考に以下の項目を設定した。

① 基本属性（性、年齢、学歴、同居者、暮らし向き、加入健保）
② 労働属性（勤続年数、職位、１週間の労働時間、繁忙時期や繁忙曜日の有無、勤務形態、担当業務、兼業の有無、前職の仕事）
③ 職場の属性(施設種類、施設規模、喫煙環境、就業中の喫煙可否、健康や安全の相談窓口の有無、所在地域）
④ 健康指標（蓄積疲労度チェックリスト[2]、身体症状スケール:SSS-8[3]、1年以内の転倒歴）
⑤ 生活習慣（森本の 8 つの生活習慣項目: HPI)[4]
⑥ 健診/受療行動 （1 年以内の健診受診の有無、がん健診受診の有無、健診の未受診理由、通院状況）
⑦ 健康経営指標（プレゼンティズム、アブセンティズム）
⑧ 職場や行政への健康づくりへの取組みに関する自由意見

（４）分析方法

基本属性、労働属性の各項目について度数分布および記述統計を行った。
経営および健康に関する主要な6つの評価項目について、記述統計を行った。また、蓄積疲労度の「自覚症状」および「勤務の状況」の平均値から、蓄積疲労度を判定した。

生活習慣は森本の手法にならい、運動は、週 2 回以上(1 点)、週 1 回以下(0 点)、飲酒は、飲まない/時々飲む(1 点)、ほぼ毎日飲む(0 点)、喫煙は、吸わない(1 点)、吸う/やめた(0 点)、睡眠は、7-8 時間(1 点)、9 時間以上/6 時間以下(0 点)、栄養バランスは、考える(1 点)、少しは考える/考えない(0 点)、朝食は、毎日食べる(1 点)、食べない/時々食べる(0 点)、労働時間は９時間以下(1 点)、10 時間以上(0 点)、ストレスは普通（1 点）、多い/少ない(0 点)に変換した上で、8 項目の点数を加算して生活習慣指数（Health Practice Index：HPI）を算出した。

身体症状（SSS-8）は8つの項目別の記述統計を実施後、総得点を算出した。
さらに経営および健康評価項目間の相関係数を求めた（Spearmanの順位確率相関係数）。
健康行動と職場の喫煙環境の5項目について、記述統計を行った。

伊東市の宿泊施設は中小規模が多いため、本調査では旅館業法の分類を参考に施設の種類を問わず、客室数10室未満を小規模施設、10室以上75室未満を中規模施設、75室以上を大規模施設と定義して3群に分けた。基本属性、労働属性、健康指標の3群比較を実施した（カイ二乗検

定）。

（５）倫理的配慮

本研究は浜松医科大学生命科学・医学系研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号25-128）。また、本調査への協力は任意であり、調査の成果について個人名や宿泊施設名は匿名で回答者全体の集計・分析結果のみ公表することを説明文書に記載した。

２）東京都港区

（１）保健所および地域・職域連携事業委託先（港区医師会）との協議

3回の対面会議を実施した。また、途中の電話やメールのやりとりにて、現状の確認と研究班からの情報提供を適宜行い、今後の方向性について協議を重ねた。対面会議は、以下の3回実施した。

① 2025年6月13日（みなと保健所）

① 2025年７月16日（港区医師会）

② 2026年1月16日（みなと保健所）

（２）令和6年度労働者調査の分析

第1回目の対面会議にて、令和6年度より地域・職域連携推進の取組みを始め、区内50人未満の事業所の労働者10,000人を対象に健康調査を実施したことを把握した。調査項目や調査方式は、委託した調査業者が企画実施しており、その結果の利活用を模索している状態であった。そこで研究班が調査データの2次解析を担当し、事業に繋げられることを検討することで合意した。

Ｃ．研究結果（詳細は資料２を参照）

１）伊東市

Web調査への回答者は248名であった。そのうち基本属性や労働属性および経営や健康指標6項目に欠損のあった31名を除外し、最終的に217名を解析対象とした(有効回答率5.75%)。

（１）対象者の基本属性、労働属性（表1,2,3)

平均年齢は51.0±13.6歳、男性がやや多かった（55.3%）。最終学歴は高卒までが最も多く（45.2%）、独居は72.4%、暮らし向きは普通が最も多かった（41.9%）が、やや苦しい/苦しい（44.3%）の方がやや余裕/とても余裕（13.8%）より多かった。勤務している施設は、ホテル（51.2%）、旅館(18.9%)、民宿(14.3%)と規模が大きいほど多かった。勤務施設の客室数は、10室以下が29.9%、10～21室（17.5%）22～50室（13.4%）、51～74室(15.2%)、75室以上（24.0%）であった。勤続年数は5年以上が66.8%と最も多く、役職は管理職（22.1%）、経営者（16.1%）であった。最近1ケ月の勤務形態は多いものから順に日中勤務（41.0%）、遅番（27.6%）、早番（26.7%）、主な業務ではフロント・受付（53.5%）、食事の提供・接客（30.4%）、予約・広報・販売促進（24.9%）であり、朝晩の食事時間と顧客対応に業務が集中する非定型的な勤務が多かった。

（２）主要な評価項目（表4)

経営指標であるプレゼンティズムの平均値は19.72、アブセンティズムは0.73であった。健康指標のうち疲労蓄積度の勤務状況の平均値は7.61、自覚症状は10.06であり、蓄積疲労度判定表より、4点（疲労蓄積度は高い）に相当していた。

（３）健康習慣（表5)

8つの健康習慣のうち、悪い習慣の割合が多かった項目は、多い順に栄養バランス（少しは考える/考えない）72.4%、運動習慣（週1回以下）69.6%、睡眠（9時間以上/6時間以下）59.9%、喫煙（吸う/やめた）51.6%であった。なお、喫煙に関する内訳は「吸う」26.7%、「吸っていたがやめた」24.9%であり、調査時点での喫煙率は26.7%であった。栄養バランスは「少しは考える」59.9%、「考えない」12.4%、朝食は「食べない」26.3%、「時々食べる」19.8%であった。

（４）身体症状（表6)

身体症状はドイツで開発された一般集団において身体症状による負担感を図る尺度をもとに、松平らが開発した日本語

版Somatic Symptom Scale-8(SSS-8)を用いて評価した。8項目のうち平均値が最も低かったのが「めまい」0.40点、最も高かったのは「腰背部痛」1.45点であった。8項目の総点は7.90±5.83点であった。国際的には本尺度は32点満点を5段階（0～3点、4～7点、8～11点、12～15点、16～32点）で区分するカットオフ値が提案されている。本調査の結果は4～7点の「低い」に該当していた。

（５）健康評価項目間の相関（表7）

疲労度（自覚症状）、疲労度（勤務状況）、身体症状が高いほど、また健康習慣が悪いほど、プレゼンティズムが高かった。一方、アブセンティズムとの有意な相関は認められなかった。また健康習慣が悪いほど、蓄積疲労度が高く身体症状が多かった。

（６）健康行動と職場の喫煙環境（表8）

過去1年以内の健康診断の未受診者は19.35%であった。また、がん検診は58.8%が未受診であった。1年以内に勤務中の転倒を経験した者は17.05%であった。

職場の喫煙環境について、敷地内禁煙は19.21%、建物内禁煙が26.11%、喫煙スペースのみ可が54.68%であった。また、就業中の喫煙について、「自由に吸える（41.97%）」が最も多く、次いで「休憩中のみ吸える（33.68%）」、「吸えない（24.35%）」であった。

（７）施設規模別の基本属性、労働属性、健康指標の比較（表9,10,11）

基本属性は、施設規模が小さくなるほど平均年齢が有意に高かったが、最終学歴や暮らし向きに有意差はなかった。

労働属性について、大規模施設ではホテル勤務が多く、小規模施設では民宿や旅館勤務者が多いという有意差があった。また役職は大規模や中規模施設では一般従業員の割合が最も多いが、小規模施設では経営者が41.5%と最も多く有意差があった。勤続年数は小規模施設ほど5年以上と答えた割合が多いが、有意差はなかった。

健康指標について小規模施設では疲労蓄積度（勤務状況）と身体症状が有意に高かった。経営指標や健康習慣は施設規模による有意差はなかった。

２）東京都港区

（１）保健所および地域・職域連携事業委託先（港区医師会）との協議

①　2025年6月13日（みなと保健所）

健康推進課より担当職員（事務職・係長）と担当課長、研究班より2名が参加した。地域・職域連携推進研究班より、これまでの研究概要と、本アクションリサーチの目的を説明した。みなと保健所からは、現状の説明がされた。

令和6年度より地域・職域連携事業を開始し、担当職員は事務職1名とした。具体的な企画や事業は港区医師会に委託した。成果として令和6年度は労働者および産業保健職や社会保険労務士等の支援者を対象とした健康講座を年2回開催し、計15名の参加者があった。さらに区内中小企業の経営者や管理者、従業員を対象とした健康相談会を2時間×4回開催し、7件の相談があった。また、区内の50人未満の事業場で働く人10,000人を対象に健康調査を実施した。医師会への委託事業や調査結果をどのように評価して今後の事業に展開していくか模索段階であることが明らかになった。

研究班からは、委託先の医師会とも本研究の概要や目的を共有し、今後の方向性の決定を支援したいこと、令和6年度の調査データについて深堀り分析を担当したいことを提案して合意を得た。

②　2025年７月16日（港区医師会）

医師会からは会長を含む理事4名と事務局長と主任（地域さんぽコーディネーター）、港区健康推進課から課長、係長を含む職員3名、研究班より代表者および分担班の2名が参加した。

医師会からは地域・職域連携事業を受託した経緯、医師会として実施している地域保健事業、地域産業保健センターとしての取組みが説明され、1,000社以上の登録事業所があるが実際に連絡が取れるのは250件程度であることが共有された。また、商工会議所や協会けんぽとの連携は現在のところなく、取り組みの成果を

どう評価するのかの問題提起があった。

研究班からはプロセス評価とアウトカム評価に関する提案、令和6年度調査をベースラインとして、定期的に同様の調査を実施することで長期的に評価できることを提案した。また、協会けんぽとの協定により、働く世代の健診データを提供してもらえる可能性について説明した。

医師会、みなと保健所それぞれに現状の事業を継続しながら、連携可能な機関を検討していくこととなった。

③　2026年1月16日（みなと保健所）

健康推進課より課長と成人保健担当保健師2名、研究班から2名が参加した。

研究班より令和７年度全国調査および特別区を抜粋したサブ分析結果から、特別区は地域・職域連携協議会の設置や開催が他地域と比較して少ないこと、事務職が担当する割合が高いこと、産業保健関連機関や職種が多いという強みを活かした効果的な外部委託の方法の可能性があること、健康経営の取組みとの連動、庁内連携の重要性などを説明した。

港区からは学会シンポジウム、研究班ワークショップへの参加を通じて他自治体の取組み事例を知ることが出来た。特に働く人の健診データについて協会けんぽと連携することで入手できる可能性があると知り、現在連絡を取っている。区内の産業保健関係機関（労働基準監督署、東京都産業保健総合支援センター等）は、近隣機関でもあることから連携を呼びかけることは可能である。職場に保健専門職を派遣して健康事業を実施することはマンパワーの面から難しいが、協議会の設置と関係機関の招聘は事務職の得意な分野でもあるとの意見があった。

研究班からは地域・職域ガイドラインでも推進するステップ1は協議会の設置であり、次に実務者レベルの作業部会があると具体的な取り組みが進めやすいことを助言した。その結果、令和8年度に協議会を設置・開催し、港区の地域・職域連携推進の方策について審議し、次年度の事業化予算化を含めて検討する方向性で合意した。

（２）令和6年度の労働者調査の分析

港区より調査データの提供を受けて2次分析することについて、国立保健医療科学院の倫理審査委員会に申請し、承諾を得た(2026年2月)。調査内容と解析の結果については、令和8年度に報告する。

D．考察

１）伊東市における今後の地域・職域連携事業の方向性

文献レビューから、中小規模が多い宿泊業従事者を対象とした健康に関する知見は国内にはほとんどないことが判明した。令和7年度に本研究班が伊東市の宿泊施設で働く人の全数を対象とした調査結果は、今後の支援の方向性を決める貴重なデータとなった。

結果として、健診受診率が低い、１年以内の転倒率が高い、喫煙率が高く、就業中は自由に喫煙できるなど職場環境の受動喫煙対策が不十分、疲労蓄積が高い、生活習慣不良者が多いという健康課題が明らかとなった。また、施設規模別の検討では、客室数10室未満の小規模施設では従業員の年齢が高く、疲労蓄積度（勤務状況）が高く、身体症状が多かった。一方、生産パフォーマンスや生活習慣、疲労蓄積度（自覚症状）について施設規模による差はなかった。

これらの結果から、健康支援としては第一に働く人への健診受診の徹底が必要と考える。第二に喫煙率の高さと受動喫煙対策の未整備への対策が必要である。伊東市では喫煙率の高さや循環器疾患死亡率の高さが統計上でも明らかとなっており、本調査からも職場における喫煙対策の優先順位は高いと考えられた。また、宿泊施設は利用客がいる公共の場でもあることから職場全体を巻き込んだ喫煙対策を進める必要性が示唆された。第三に本調査では蓄積疲労の高さや好ましくない生活習慣の高さが際立っていた。この背景には朝晩の食事時に勤務が集中するという宿泊業特有の働き方が、運動時間の不足、朝食抜き、睡眠不足など好ましくない生活習慣に結び付きやすく、疲労が蓄積しやすいと推察される。生活習慣の改善を目的とした特定保健指導では、本人の努力では変えることが難しい業界特有の働き方を考慮して現実的な提案をする工夫が望まれる。

また、1年以内に勤務中の転倒を経験した者は17.05％であり、平成22年に60歳以上の高齢者を対象とした調査で報告された転倒率（9.5%）[5]よりも高かった。労働者の高齢化に伴い、労働災害防止の視点で転倒予防活動の推進が求められている。宿泊業従事者に対しては、生活習慣などの健康づくり支援だけでなく、労働行政とも連携して職場内の転倒予防対策、特に従業員の年齢が高い小規模施設において推進することが必要である。

蓄積疲労が高いことや健康習慣が不良であるほど、プレゼンティズムも高いという有意な相関があった。この結果は、従業員の生活習慣の改善や疲労の低減策は最終的に従業員が良いパフォーマンスで働くことに繋がるとの経営的なメリットを、経営者にエビデンスとして提示できると考えられる。

２）東京都港区における今後の地域・職域連携事業の方向性

昼間人口が夜間人口よりはるかに多く、在勤者は多種多様な健康保険に加入しているため、在勤者を含めた健診データの集約が難しく、区の健康課題の特定が困難というのが一番の課題であった。その中で、地域産業保健センターの機能を持つ区医師会に地域・職域連携事業を委託して保健専門職のマンパワー不足という保健所の課題を解決していた。

協議を重ねる中で、区内には多くの保険者や労働衛生機関もあり健診データの集約や連携する「職域」の定義が、地方都市と比較して難しいことが明らかとなった。しかし、協議を進める中で地域・職域連携に関する他自治体事例を紹介したり、区の担当者が積極的に学会やワークショップに参加することで、これらの課題が整理されていった。これまで本研究班では、地方都市を中心として市町や保健所等の公的機関が事業場に直接的な健康支援を行う事例を紹介してきた。しかし、港区においては様々な関係機関のプラットフォームを作る、という目的を定め、令和8年度に地域・職域連携協議会を設置する方向性が示された。都心には大手企業、労働衛生機関、健康保険組合等に所属する産業保健専門職、あるいは開業している産業医や産業保健師も存在する。令和8年度は、設置された協議会でこれら特別区の実情に合わせ、社会資源をどのように連携させて地域・職域連携を推進していくか具体的な方策を審議する予定である。都心の特別区や関西、中京の大都市圏域の自治体は港区と同様の課題を抱えている。港区でのモデル事業はこれら大都市の自治体の参考になることが期待される。

３）研究班による伴走支援の中間評価

伊東市は2025年2月から、東京都港区は2025年6月からモデル事業として研究班の伴走支援を開始した。

2026年2月の時点で、伊東市では主力産業である宿泊業で働く人の健康課題を明らかにすることが出来た。これまで伊東市では国保加入者への特定保健指導など個人を対象としたアプローチを行ってきたが、調査結果から宿泊業界団体や経営者へアプローチする糸口が作れたこと、次年度以降の健康支援のテーマが明確になったと評価している。今後、事業場レベルの支援への展開、また二次医療圏の保健所が隣接する熱海市への波及効果を支援できるように伴走していきたい。

東京都港区は大都市部の特性から、周囲の特別区と同様に地域・職域連携協議会が設置されていなかった。研究班の伴走支援により、地域特性をふまえた上で実施可能なことや地域・職域連携の意義が整理され、協議会設置（ガイドラインのレベル１）への道筋が見えた。今後は協議会が立ち上がり地域の中小事業場で働く人の健康支援に機能的に繋がるように、区内データを整理する支援や会議の活性化に向けて伴走する予定である。

Ｅ．結論

地方の温泉観光都市および都心の政治・経済の中心である特別区の2自治体において、自治体が地域・職域連携を推進するための伴走支援を行った。業界特有の健康課題の明確化を目的とした調査の実施、保健所内担当者を中心として事業委託先を含めて情報提供や助言を行うことで、自治体における地域・職域連携推進の取組みを一歩進めることができた。

参考文献

１）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）「健康寿命延伸につながる地域・職域連携の推進のための研究(22FA1014)」令和6年度総括・分担研究報告書　研究代表者 津下一代 . 2025年3月.
２）労働者の蓄積疲労度自己診断チェックリスト(2023年改正版) https://www.mhlw.go.jp/content/001084057.pdf
３）松平浩、川口美佳、村上正人ほか:日本語版Somatic Symptom Scale－8（SSS-8[身体症状スケール]）の開発　-言語的妥当性を担保した翻訳版の作成-, Jpn J Psychosom Med 56, 931-937,2016.
４)森本兼曩：ストレス危機の予防医学ライフスタイルの視点から，日本放送協会，45－47，1997.
５）内閣府: 平成22年度 高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査結果（全体版）,https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h22/sougou/zentai/index.html

G．研究発表

1.　論文発表

該当なし。

2.　学会発表等

１）渡井いずみ: 地域・職域連携と地さんぽに期待される役割(講師), 地域産業保健センター コーディネーター会議, 静岡産業保健総合支援センター, 2025年7月7日
２）渡井いずみ: 健康経営を目指す産業保健活動（講師）,産業保健セミナー, 静岡産業保健総合支援センター, 2025年7月30日
３)吹田晋,渡井いずみ,髙部さやか,都筑千景,尾崎伊都子,横山徹爾,津下一代: 市区町村における地域・職域連携推進事業の実施状況と推進体制の関連-第3報-, 第84回日本公衆衛生学会総会, 2025年10月30日
４）渡井いずみ：市区町村における地域・職域連携推進活動の実態（パネリスト） シンポジウム48, 健康日本21（第三次）と地域・職域連携推進～最新情報と今後の方向性～, 第84回日本公衆衛生学会総会, 2025年10月31日
５）田中克弥, 渡井いずみ：小規模事業所の多い宿泊業従事者の健康課題と支援の方向性 ～文献検討に基づく地域・職域連携の推進に向けた考察～, 2025年度日本産業衛生学会東海地方会学会, 2025年11月15日
６）渡井いずみ：事業場における生活習慣病対策の進め方(講師), 産業保健セミナー, 静岡県産業保健総合支援センター, 2025年12月15日
７）渡井いずみ: 市町村における健康対策を職域と連携して、どのように進めるか(講師), 令和7年度愛知県市町村保健師協議会研修会, 2026年1月27日
８）渡井いずみ: 地域・職域連携 ～それぞれの取組みをあと一歩進めるためにできること～（講師）, 令和7年度東京都健康づくり事業推進指導者育成研修, 2026年1月28日
９）渡井いずみ：地域・職域連携推進協議会のステップアップを目指して（講演&グループワーク講評）, 令和７年度　厚生労働省主催　地域・職域連携推進関係者会議, 2026年2月4日

H．知的財産権の出願・登録状況

該当なし。

【資料１】　宿泊業従事者の健康に関する文献レビュー（学会発表資料）

2025年度 産業衛生学会 東海地方会学会

小規模事業所の多い宿泊業従事者の健康課題と支援の方向性

－文献検討に基づく地域・職域連携の推進に向けた考察－

○田中 克弥[1,2]、渡井 いずみ[2]

1）伊東市健康福祉部健康推進課
2）浜松医科大学医学部看護学科地域看護学講座

本発表に関連して、共同演者含め開示すべき利益相反に該当する項目はありません。

背景

宿泊・飲食サービス業において、

朝食欠食率や就寝２時間以内に夕食を摂る割合が他の業種と比べて突出して高い（健康保険組合連合会,2024）

従業員規模の小さい事業所ほど、
健康づくりに関する取組みが進んでいない（熊本県,2024）

背景

宿泊・飲食サービス業において、

朝食欠食率や就寝２時間以内に夕食を摂る割合が他の業種と比べて突出して高い（健康保険組合連合会,2024）

従業員規模の小さい事業所ほど、
健康づくりに関する取組みが進んでいない（熊本県,2023）

小規模事業所にとって、市町村と連携した取り組みが重要となる。

目的

宿泊業に従事する人について、**生活習慣病**及び**筋骨格系疾患**に着目して、以下の目的のために**文献検討**を行った。

地域保健と職域保健の連携に関するあり方や内容について示唆を得る。

●地域保健：行政による住民を対象とした保健事業
●職域保健：事業所による従業員を対象とした保健事業

方法

●医中誌及びPubMedを用いて、次のキーワードを組み合わせて文献検索を行った。

【PubMed】
“Health Education” “health intervention” “Occupational Health” “hotel” “worker” “hospitality industry” “employee” “Accommodation industry” “hotel staff” “worksite” “housekeeper” “hotel cleaner”

【医中誌】
「宿泊業」「ホテル」「健康」

【選択基準】
・対象者が宿泊業従事者であること
・2000年以降に発表された原著論文であること
・文化的又は民族的に固有な問題に焦点を当てていないこと
・健康問題のうち生活習慣病又は筋骨格系疾患に着目していること

文献選択のフローチャート

医中誌検索により抽出された文献65件
PubMed検索により抽出された文献651件
↓
文献714件（重複文献の除外）　重複文献2件
↓
選択基準に合致した文献21件 ▶ 除外文献681件
↓
文献21件（分析対象文献）

検索日
医中誌　：2025年3月30日
PubMed：2025年3月21日

結果

分析対象とした文献は21件であった。

・**生活習慣病に関する文献　　11件**
（アメリカ4件、ドイツ4件、韓国2件、インド1件）

・**筋骨格系疾患に関する文献　10件**
（アメリカ5件、エチオピア2件、韓国1件、トルコ1件、スペイン1件）

いずれも日本を対象とした研究はなかった。

Hamamatsu University School of Medicine

結果１（生活習慣病関連:11件）

No.	著者(発行年)	タイトル	研究デザイン	主な結果
1	Williams 他 (2007)	Work, Weight, and Wellness: the 3W Program: a worksite obesity prevention and intervention trial	横断研究	・管理職や施設管理者が他の職種よりも肥満率や平均BMIが高い傾向があった。 ・男女ともに清掃員の平均BMIが最も低い。
2	Nigg 他 (2010)	Are physical activity and nutrition indicators of the checklist of health promotion environments at worksites (CHEW) associated with employee obesity among hotel workers?	横断研究	・職場の環境要因とBMIの間に一貫した関連性を認めなかった。
3	Meenan 他 (2010)	Economic evaluation of a worksite obesity prevention and intervention trial among hotel workers in Hawaii	横断研究	・BMIの改善が限定的であったため、24か月間での医療費削減効果や欠勤減少などの経済的効果は得られなかった。
4	Kim 他 (2011)	Frequency and related factors of masked hypertension at a worksite in Korea	横断研究	・対象者の25.6%に仮面高血圧を認めた。 ・危険因子は、男性、喫煙習慣、TCの増加、診察室血圧120/80mmHg以上の高値血圧だった。
5	Williams 他 (2014)	The results of a 2-year randomized trial of a worksite weight management intervention	RCT	・介入群の従業員で、BMIは12ヶ月で0.1、24ヶ月で0.28減少したが、有意差は得られなかった。 ・研究へのコミットメントが低く、十分か介入が行われなかった。
6	Seibt 他 (2015)	Nutrition and health in hotel staff on different shift patterns	横断研究	・栄養状態や健康指標に有意差は認めない。 ・交代勤務者は有意に体脂肪量が少なかった。 ・交代勤務者はより多くの不調(睡眠要求、不安、易怒性、疲労等)を訴えた。
7	Gawde , Kurlikar (2016)	Chronic disease risk factors among hotel workers	横断研究	・慢性疾患の危険因子に、不十分な果物や野菜摂取(92%)、不十分な身体活動(76%)、過体重(42.7%)、喫煙(32%)などがある。 ・食品調理部門や警備部門は客室清掃部門と比べて、過体重であるオッズ比が高かった。
8	Seibt 他 (2018)	Early Detection of Undiagnosed Hypertension Based on Occupational Screening in the Hotel and Restaurant Industry	横断研究	・家庭血圧が正常値であっても、勤務中では56%の人が高血圧と判定された。 ・身体的負荷を伴う業務に従事している人は、精神的負荷が主の職種よりも高血圧の頻度が高かった。
9	Stieler 他 (2019)	Cardiovascular recovery after workload in German shift workers in the hotel and catering industry: results of 24-hour-ambulatory monitoring of heart rate and blood pressure	横断研究	・勤務中の血圧と心拍数の上昇は交代制勤務者の方で認めたが、勤務後や睡眠中に認める血圧と心拍数の回復には有意差はなかった。 ・血圧と心拍数の回復を左右する要因は古典的要因(血圧の状態、加齢、喫煙、性別等)に加え、仕事の負荷量であった。
10	Stieler 他 (2022)	Shift work and cardiovascular strain on working and non-working days	横断研究	・交代制勤務と心血管系への負担との間に明確な関連性は認めない。 ・心血管系への負担要因として、既知の古典的リスク因子(年齢、性別、血圧の状態等)があげられた。
11	Park 他 (2022)	Predictors of Health Promotion Behaviors Among Working Adults at Risk for Metabolic Syndrome	横断研究	・健康促進行動を想起させる要素は、自分でできるという自信であった。 ・メタボリックシンドロームのリスク要因が1つだけの人は、より健康促進行動を想起させた。

Hamamatsu University School of Medicine

結果２（筋骨格系疾患:10件）

No.	著者(発行年)	タイトル	研究デザイン	主な結果
1	Krause 他 (2005)	hysical workload, work intensification, and prevalence of pain in low wage workers: results from a participatory research project with hotel room cleaners in Las Vegas	横断研究	・半数近くで背部痛、全身痛、頸部痛を訴え、84%がこれらの緩和のため鎮痛剤を使用した。 ・過去５年間で仕事の要求度が増加した従業員は、上背部痛で1.74倍、頸部痛で2.33倍、重度の痛みを報告する可能性が高まった。
2	Scherzer 他 (2005)	Work-related pain and injury and barriers to workers' compensation among Las Vegas hotel room cleaners	アクションリサーチ	・75%の客室清掃員が仕事関連の痛みを経験していた。 ・仕事関連の痛みを経営陣に報告したのは31%に留まり、報告しなかった理由として「いずれ良くなると思った(44%)」、「報告すべきと知らなかった(35%)」などがあげられた。
3	Lee 他 (2013)	The Relationship between Musculoskeletal Symptoms and Work-related Risk Factors in Hotel Workers	横断研究	・交代制勤務と労働強度は女性従業員にのみ筋骨格系疾患と有意な関連を示した。
4	Adamson 他 (2019)	The ergonomic impact of a mattress lift tool and bottom sheet type on hotel room cleaners while making beds	実験研究	・マットレスリフトツールとボックスシーツの導入は、ベッドメイキングにおける生体力学的負荷を軽減し、知覚される労作を低減する上で有効であった。
5	Wami 他 (2019)	Work-related risk factors and the prevalence of low back pain among low wage workers: results from a cross-sectional study	横断研究	・腰痛の有病率は58.1%であり、調査対象者の半数以上が腰痛のために通常業務を遂行できなかった経験がある。 腰痛と有意な関連があるものは、雇用形態や特定の作業内容、労働条件であった。
6	Wami 他 (2019)	The impact of work-related risk factors on the development of neck and upper limb pain among low wage hotel housekeepers in Gondar town, Northwest Ethiopia: institution-based cross-sectional study	横断研究	・首と上肢の痛みの有病率は62.8%であった。 ・反復動作や無理な姿勢を伴う作業、不十分な休憩、低い仕事満足度、健康や安全への管理職の関心の低さがリスク要因であった。
7	Shapoval 他 (2022)	Occupational Health and Safety of Immigrant Hotel Housekeepers	横断研究	中等度以上の腰痛(62.5%)及び上背部痛(59.3%)を始め、回答者の30%に業務に起因する捻挫や肉離れを報告した。 ・回答者の27%がトイレ用洗剤による皮膚炎を、32.7%が指紋の消失を報告した。 ・回答者の半数が市販薬等による鎮痛剤を使用していた。
8	Allread , Vossenas (2022)	Comparisons of Trunk Motions and Low Back Injury Risk between Alternative Hotel Room Cleaning Methods	実験研究	・調節可能な長い柄付き清掃ツールの使用が、ホテル客室清掃員の体幹の動きと腰部障害のリスクを大幅に低減させた。
9	Rodríguez 他 (2022)	Chronic Pain and Work Conditions of Hotel Housekeepers: A Descriptive Study	横断研究	・51%が慢性疼痛を経験したと報告した。 ・慢性疼痛の要因として、高齢化、労働量の高さ、不十分な休憩、労働災害予防措置の不遵守が示された。
10	Medeni 他 (2025)	Working conditions, health status and musculoskeletal disorders among hotel employees: A cross-sectional study in Türkiye	横断研究	・40%ストレスを感じながら働いていた。 ・健康上の訴えは疲労（42.7%）、背部痛（40.0%）、腰痛（36.7%）、頭痛（34.0%）、首の痛み（31.3%）が報告された。

考察

- 身体的負荷の多い業務が筋骨格系への負担や血圧上昇に関連していた。
- 個人を対象とした介入プログラムは、経営陣の理解が得られずに制限された。

経営陣のリーダーシップを得ながら、従業員の健康づくりを進めていく必要がある。

まとめ

先行研究による宿泊業に特徴的な健康課題は、**血圧上昇や筋骨格系への負担**があげられた。

➡国内の宿泊業従事者にも該当するのかを検証する必要がある。

市町村が事業所の経営者や関係機関等と連携をし、働く世代の健康づくりを積極的に推進していくことが求められている。

【資料２】　伊東市調査結果

表１　基本属性　n=217

	n (%)	mean (SD)
年齢		51 (13.6)
性別		
男性	120 (55.3)	
女性	97 (44.7)	
最終学歴		
中学又は高校	98 (45.2)	
専門学校又は短大	62 (28.6)	
大学	54 (24.9)	
大学院	3 (1.4)	
同居家族（複数回答）		
一人暮らし	60 (27.6)	
配偶者等	122 (56.2)	
子ども	42 (19.4)	
その他	38 (17.5)	
暮らし向き		
とても余裕	5 (2.3)	
やや余裕	25 (11.5)	
普通	91 (41.9)	
やや苦しい	67 (30.9)	
とても苦しい	29 (13.4)	
居住地		
市内	184 (84.8)	
市外	29 (13.4)	

表2　労働属性　n=217

	n	(%)
勤務施設種別		
ホテル	111	(51.2)
旅館	41	(18.9)
民宿	31	(14.3)
ペンション	5	(2.3)
貸別荘	17	(7.8)
保養所	8	(3.7)
ゲストハウス	2	(0.9)
その他	2	(0.9)
勤務施設客室数		
１～３室	2	(0.9)
４～９室	63	(29.0)
１０～２１室	38	(17.5)
２２～５０室	29	(13.4)
５１～７４室	33	(15.2)
７５室以上	52	(24.0)
勤続年数		
6か月未満	15	(6.9)
1年未満	8	(3.7)
3年未満	29	(13.4)
5年未満	20	(9.2)
5年以上	145	(66.8)
役職区分		
一般従業員	126	(58.1)
管理職	48	(22.1)
経営者	35	(16.1)
経営者の家族	8	(3.7)
一般従業員種別		
正社員	77	(61.1)
バイトパート	32	(25.4)
その他	13	(10.3)
無回答	4	(3.2)

表3　労働属性（勤務形態/主な業務）　n=217

	n	(%)
最近1ケ月の勤務形態（上位３つ）		
早番（早朝から）	58	(26.7)
遅番（午後から）	60	(27.6)
夜勤（夜通し）	16	(7.4)
日中勤務	89	(41.0)
中抜け勤務	45	(20.7)
自営業/経営者	44	(20.3)
その他	11	(5.1)
最近1ケ月の主な業務（上位３つ）		
フロント・受付	116	(53.5)
客室準備・清掃	52	(24.0)
食事の提供・接客	66	(30.4)
調理	41	(18.9)
予約・広報・販売促進	54	(24.9)
施設の維持管理	34	(15.7)
経営・運営全般	50	(23.0)
その他	13	(6.0)

表4　主要な評価項目

	Mean	SD	Min	Max	Median	IQR
プレゼンティズム	19.72	16.74	0	95	20	26.5
アブセンティズム	0.73	3.37	0	28	0	0
疲労蓄積度(勤務状況)	7.61	6.76	0	29	6	9
疲労蓄積度(自覚症状)	10.06	7.70	1	39	8	9
SSS-8(身体症状)	7.91	5.86	0	29	7	7
8つの健康習慣	3.52	1.65	0	8	3	2



【疲労蓄積度点数表】

		勤務の状況 A	B	C	D
自覚症状	Ⅰ	0	0	2	4
	Ⅱ	0	1	3	5
	Ⅲ	0	2	4	6
	Ⅳ	1	3	5	7

※糖尿病、高血圧症等の疾患がある方の場合は判定が正しく行われない可能性があります。

あなたの疲労蓄積度の点数：＿＿＿＿点（０～７）

	点数	疲労蓄積度
判　定	０～１	低いと考えられる
	２～３	やや高いと考えられる
	４～５	高いと考えられる
	６～７	非常に高いと考えられる

表5　森本の８つの健康習慣　　n=217

		n	%
運動習慣	週2回以上	66	30.40
	週１回以下	151	69.60
飲酒	飲まない/時々飲む	152	70.00
	ほぼ毎日飲む	65	30.00
喫煙	吸わない	105	48.40
	吸う/やめた	112	51.60
睡眠	1日7－8時間	87	40.10
	9時間以上/6時間以下	130	59.90
栄養バランス	考える	60	27.60
	少しは考える/考えない	157	72.40
朝食	毎日食べる	117	53.90
	食べない/時々食べる	100	46.10
労働	1日9時間以下	146	67.30
	10時間以上	71	32.70
ストレス	普通	96	55.80
	多い/少ない	121	41.97
Health Practice Index（HPI）			
	不良(0~4点)	143	65.90
	中庸(5~6点)	61	28.11
	良好(7~8点)	13	59.90

表6　身体症状スケール（sss－8）項目別得点　　n=217

	Mean	SD	Min	Max	Median	IQR
1.　胃腸の不調	0.98	1.04	0	4	1	2
2.　腰背部痛	1.45	1.32	0	4	1	2
3.　腕・脚・関節痛	1.24	1.29	0	4	1	2
4.　頭痛	0.80	1.03	0	4	0	1
5.　胸部痛、息切れ	0.43	0.80	0	4	0	1
6.　めまい	0.40	0.75	0	3	0	1
7.　疲労感・元気がない	1.47	1.16	0	4	1	1
8.　睡眠障害	1.13	1.24	0	4	1	2
総得点（sss-8）	7.90	5.83	0	29	7	7

表７　健康評価項目間の相関

	1	2	3	4	5
1.　プレゼンティズム					
2.　アブセンティズム	.053				
3.　疲労度（自覚症状）	.333**	−.029			
4.　疲労度（勤務状況）	.275**	−.125	.651**		
5.　健康習慣（HPI）	−.136*	.015	−.384**	−.313**	
6.　身体症状(SSS－8)	.230**	−.027	.753**	.603**	−.393**

Spearmanの順位相関係数，**：p<0.01，*：p<0.05

表8　健康行動と職場の喫煙環境

		n	%
健康診断受診状況	受診した	175	80.65
	受診していない	42	19.35
がん検診受診状況	受診した	89	41.20
	受診していない	127	58.80
勤務中の転倒歴	転倒していない	180	82.95
	転倒した	37	17.05
勤務施設の喫煙環境	敷地内禁煙	39	19.21
	建物内禁煙	53	26.11
	喫煙スペースのみ可	111	54.68
就業中の喫煙可否	吸えない	47	24.35
	休憩中のみ吸える	65	33.68
	自由に吸える	81	41.97

表9　施設規模別の基本属性比較

	小規模施設 n=65		中規模施設 n=100		大規模施設 n=52		
	n(%)	mean±SD	n(%)	mean±SD	n(%)	mean±SD	p値
年齢		55.0 ± 12.8		49.3 ± 13.5		47.6 ± 13.4	0.005
性別							0.897
男性	35 (53.8)		57 (57.0)		28 (53.8)		
女性	30 (46.2)		43 (43.0)		24 (46.2)		
最終学歴							0.269
中学又は高校	25 (38.5)		43 (43.0)		30 (57.7)		
専門学校又は短大	17 (26.2)		33 (33.0)		12 (23.1)		
大学	22 (33.8)		23 (23.0)		9 (17.3)		
大学院	1 (1.5)		1 (1.0)		1 (1.9)		
同居家族（複数回答）							
一人暮らし	12 (18.5)		23 (23.0)		25 (48.1)		
配偶者等	48 (73.8)		54 (54.0)		20 (38.5)		
子ども	7 (10.8)		22 (22.0)		13 (25)		
その他	8 (13.8)		21 (21.0)		8 (15.4)		
暮らし向き							0.728
とても余裕	2 (3.1)		3 (3.0)		0 (0)		
やや余裕	7 (10.8)		13 (13.0)		5 (9.6)		
普通	22 (33.8)		45 (45.0)		24 (46.2)		
やや苦しい	23 (35.4)		27 (27.0)		17 (32.7)		
とても苦しい	11 (16.9)		12 (12.0)		6 (11.5)		
居住地							0.117
市内	60 (92.3)		81 (81.0)		43 (82.7)		
市外	4 (6.2)		17 (17.0)		8 (15.4)		

χ^2検定

表10　施設規模別、労働属性の比較

	小規模施設 n=65		中規模施設 n=100		大規模施設 n=52		
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	p 値
勤務施設種別							<.0001
ホテル	9	(13.8)	57	(57.0)	45	(86.5)	
旅館	15	(23.1)	21	(21.0)	5	(9.6)	
民宿	30	(46.2)	1	(1.0)	0		
ペンション	5	(7.7)	0		0		
貸別荘	4	(6.2)	12	(12.0)	1	(1.9)	
保養所	0	(0)	7	(7.0)	1	(1.9)	
ゲストハウス	1	(1.5)	1	(1.0)	0		
その他	1	(1.5)	1	(1.0)	0		
勤続年数							0.314
6か月未満	3	(4.6)	6	(6.0)	6	(11.5)	
1年未満	2	(3.1)	3	(3.0)	3	(5.8)	
3年未満	4	(6.2)	18	(18.0)	7	(13.5)	
5年未満	5	(7.7)	10	(10.0)	5	(9.6)	
5年以上	51	(78.5)	63	(63.0)	31	(59.6)	
役職区分							<.0001
一般従業員	22	(33.8)	65	(65.0)	39	(75)	
管理職	9	(13.8)	26	(26.0)	13	(25)	
経営者	27	(41.5)	8	(8.0)	0		
経営者の家族	7	(10.8)	1	(1.0)	0		
一般従業員種別							0.918
正社員	12	(54.5)	40	(61.5)	25	(64.1)	
バイトパート	6	(27.3)	15	(23.1)	11	(28.2)	
その他	3	(13.6)	7	(10.8)	3	(7.7)	
無回答	1	(4.6)	3	(4.6)	0		

χ^2検定

表11　施設規模別、健康指標の比較

	Mean	SD	Min	Max	Median	IQR	p 値
プレゼンティズム							0.109
小規模	23.4	18.4	0	95	20	15	
中規模	18.3	16.3	0	73	18.5	24.8	
大規模	17.8	14.8	0	50	20	29.3	
アブセンティズム							0.997
小規模	0.7	3.6	0	28	0	0	
中規模	0.8	3.5	0	28	0	0	
大規模	0.7	2.7	0	18	0	0	
疲労蓄積度(勤務状況)							0.018
小規模	9.6	7.4	0	29	8	10	
中規模	6.9	6.2	0	26	6	8	
大規模	6.6	6.6	0	25	4.5	9	
疲労蓄積度(自覚症状)							0.176
小規模	11.5	8.1	1	36	9	10	
中規模	9.3	7.8	1	39	7	7	
大規模	9.6	6.7	2	35	8	10	
SSS-8(身体症状)							0.001
小規模	10.2	7.0	0	29	9	9	
中規模	6.9	5.1	0	27	6	6	
大規模	7.0	4.9	0	19	6	7.8	
8つの健康習慣(HPI)							0.846
小規模	3.4	1.9	0	8	3	3	
中規模	3.6	1.6	0	7	3.5	2	
大規模	3.5	1.4	0	6	4	1	

χ^2検定