

《その他》

「健康日本21」に対する国、地方自治体の取り組みとその評価について

三上 聖治¹⁾, 佐藤 香里奈¹⁾, 柴田 有佳李¹⁾,
神 美智子¹⁾, 奈良 夏子¹⁾

要旨：「健康日本21」に関連した厚生労働省や都道府県庁のホームページから国や地方自治体の取り組み状況を調査した結果

1. ベースラインの策定となる基礎資料は、統一されていなかった。
2. 中間評価の方法は、曖昧であり、国や地方自治体で異なっていた。
3. 代表値のデータは平均値が多く統計分析として扱えるデータはほとんどなかった。
4. 取り組み状況が明確に示されていなかった。

キーワード：健康増進，厚生労働省，地方自治体

はじめに

わが国の積極的な健康増進対策は、昭和39年東京オリンピック終了後、健康・体力づくりのムードが高まり、国民の健康・体力増強策について閣議決定されたところに始まる（国民衛生の動向，2008）。その後昭和53年から第1次国民健康づくり対策が、昭和63年から第2次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）が実施され、さらに第3次国民健康づくり対策として平成12年から「21世紀における国民健康づくり運動」（健康日本21）が策定された。

この健康日本21の基本理念は「全ての国民が健康で明るく元気に生活できる社会の実現のために壮年死亡の減少、健康寿命の延伸と健康に関する生活の質の向上を目指し、一人一人が自己の選択に基づいて健康を増進する。そして、その個人の活動を社会全体が支援していくこと」としている。

また、健康日本21は、大きな課題となっている生活習慣や生活習慣病を1. 栄養・食生活、2. 身体活動・運動、3. 休養・こころの健康づくり、4. たばこ、5. アルコール、6. 歯の健康、7. 糖尿病、8. 循環器病、9.

がん、と9つの分野を選定し、それぞれの取り組みの方向性と具体的な目標を示している。

厚生労働省は、1. 健康日本21全国大会などを通じた普及啓発、2. 推進体制の整備と地方計画支援、3. 保健事業の効率的・一体的推進、4. 科学的根拠に基づく事業の推進、と4本の柱に分けて健康日本21を推進している。

健康日本21では、具体的な諸活動の成果を適切に評価して、その後の健康づくり運動に反映させることを目的にして、平成19年4月には『「健康日本21」中間評価報告書』が提示された。

これら一連の事業は平成12年3月31日付けの厚生省発医第115号及び健医発第613号・老発第335号・保発第57号による通知文から、都道府県や市区町村の各地方自治体にも独自の目標値の設定や実測、評価が課されている。その活動内容を調査した結果、若干の知見が得られたので報告する。

方 法

調査方法は、厚生労働省、各都道府県庁ホームペー

1) 弘前学院大学看護学部

連絡先：三上聖治 〒036-8231 弘前市稔町20-7

TEL: 0172-31-7100, FAX: 0172-31-7101, E-mail: munge@hirogaku-u.ac.jp

ジから健康日本21に関連した国と都道府県の健康政策資料を閲覧しデータを得た。調査開始当初の基礎データの取り方、ベースラインの設定方法、9項目についての目標やその設定方法、中間評価の結果、新たな9項目についての目標やその設定方法について検討した。また、青森県の市町村の取り組みについても検討した。

結 果

1) 全国健康日本21の取り組みについて

厚生労働省の開始当初の基礎データは主に国民生活基礎調査の対象を母体とした国民栄養調査であったが、表1に示すように国民栄養調査で実施されていなかった項目については他の調査、年度で代替されていたベースラインの策定となる基礎資料は、統一されていなかった。中間評価の方法は、曖昧であり、国や地方自治体で異なっていた。

普及啓発については、財団法人健康・体力づくり事業財団を中心として平成13年の東京大会から平成20年の第9回熊本大会まで平成15年の年2回開催を除いて毎年開催している。また、健康日本21推進国民会議として平成12年から平成20年まで毎年東京で開催している。賛同する関係団体が一同に介するために「健康日本21推進全国連絡協議会」を設立し、平成20年6月現在で123の団体が加盟し、年100回以上の住民向けのイベントや大会を、年200回以上の指導者向け講習会を実施している。また、ポスターやイメージキャラクターを募集したりして活動していた。

2) 都道府県の取り組みについて

厚生労働省が指導したように全ての都道府県庁で健康日本21に関連した取り組みをホームページに掲載しているが、計画策定時、中間報告、変更計画を全ての都道府県庁が掲載していることはなかった。

表2には、各地方自治体の食塩摂取量と1日の歩行数について、ベースライン値、中間評価値、目標値を示した。判定は食塩摂取量については、ベースライン値より中間評価値が小さければ○、1日の歩行数についてはベースライン値より中間評価値が大きければ○と各地方自治体の判断基準結果をそのまま掲載した。

これら代表値のデータは平均値が多く統計分析とし

て扱えるデータはほとんどなかった。

食塩摂取量の目標値は殆どの地方自治体で男女の区別をしないで10g～8g未満としていたが、宮城県だけが12.5g以下としていた。

食塩に関しての判定は概ねベースライン値より中間評価値が小さく良好であった。

1日の歩行数の目標値は、厚生労働省の男性9,200歩以上、女性8,300歩以上を基準としていたが、ベースライン値より1,000歩増やすという目標を掲げた地方自治体や10,000歩以上という自治体もあった。

1日の歩行数についてのベースライン値と中間評価値の結果では中間評価値の歩行数が減少していた自治体が数多く見受けられた。

各都道府県の取り組み状況が明確に示されていないかった。

3) 青森県の取り組みについて

青森県では、「健康あおもり21」を平成13年1月から21世紀における県民健康づくり運動として展開し、平成19年3月には「健康あおもり21」改訂版を中間評価と今後の取り組みについて公表した。

取り組み開始時の組織は、めざせ長寿作戦本部を中心として、健康寿命アップ会議、健康寿命アップ計画推進委員会、保健・医療・福祉総合推進会議、健康づくり推進協議会、地域保健医療推進協議会、健康づくり関係団体が県民の実践活動をバックアップするというものであり、平成12年6月から平成13年1月まで活動した。めざせ長寿作戦本部は県知事を本部長として、学識経験者、保健医療従事者、関係団体、行政から構成され、健康寿命アップ計画推進委員会は各部会を県内の専門家で構成し当時の国立公衆衛生院から策定助言を受けながら「健康あおもり21」を策定した。健康寿命アップ会議は学識経験者、医療、看護、栄養、運動、学校保健、産業団体、職域、学校、行政、幼児、婦人、青年、高齢者、福祉、衛生、労働の各分野の連携を図った。各部会では3～5回の会議で素案を検討した。

中間評価の会議については平成18年7月から平成19年4月にかけて各部会では2、3回、さらに健康寿命アップ計画推進委員会、健康寿命アップ会議を開催したようである。この間平成18年12月22日から平成19年1月20日までにパブリックコメントを募集した。

ベースラインの基礎調査は主に平成13年度県民健康

度調査であったが、他に地域保健・老人保健事業報告（厚生労働省）、平成8年度県民健康基礎調査・県民栄養調査、平成12年度行政栄養士配置状況調査、平成11年度県精神保健福祉センター調査、平成11年度県精神保健福祉センター調査、平成11年度障害福祉課調べ、平成12年度こどもみらい課調べ、平成12年度喫煙対策状況調査を、中間評価には平成17年度青森県県民健康・栄養調査や平成17年度公共の場、職場等の喫煙対策調査、平成17年度行政栄養士配置状況調査、平成17年度障害福祉課調べ、平成17年度保健衛生課調べ、平成17年度公共の場及び職場等の喫煙対策調査を用いていた。平成17年の調査は平成17年10月17日付け青森県報の告示によると、調査範囲は平成17年度国民生活基礎調査で設定された青森県内11地区の満1歳以上の者について行った。

計画策定の過程及び推進について、平成16年3月に厚生労働省が示した健康日本評価手法検討会報告の評価表により評価した。4段階もしくは、はい、いいえの評価は28項目中、4のそうであるが2、3のほぼできているが8、2のあまりできていないが9、1のそうではないが1、はいが5、いいえが3であった。

評価法は、ベースライン値を基準値とし、到達係数＝（現状値－基準値）÷（目標値－基準値）で計算し、到達係数が100以上を◎達成。50～99を○順調に改善、1～49を△やや改善、0以下を×横ばいや悪化とした。また－としてデータがないので判定不能として公表していた。

9領域の122指標のうち、◎達成は8指標、○順調に改善が20指標、△やや改善が36指標、×横ばいや悪化が25指標、－判定不能が33指標であった。

判定不能を除いた89指標のうち、達成及び順調に改善している指標は31.5%、やや改善している指標は40.4%、横ばいや悪化の指標は28.1%となっており、健康づくりの指標は概ね改善の方向にあると言える結果が得られたと記載されていた。

一般的に西日本の地方自治体には、健康日本21に関連した取り組みを掲載したホームページが少なかった。

4) 青森県内市町村の取り組みについて

青森県内40市町村のホームページを閲覧した結果、東通村のホームページだけが健康日本21に関連したホームページを掲載していた。

考 察

健康日本21は平成22年度までを運動期間とし平成17年度を目途に中間評価を行うこととし、実施した。その間、健康増進法が平成14年に制定され、都道府県には健康増進計画策定の義務、市町村には同計画策定の努力義務が同法に規定された。

当初の国民栄養調査は健康増進法により、国民健康・栄養調査となったが、ベースの平成9年は [www1.mhlw.go.jp/houdou/1011/h1112-1_11.html](http://www.mhlw.go.jp/houdou/1011/h1112-1_11.html) から対象者は13,289人であった。平成19年は www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/dl/h1225-5d.pdf から対象者は身体状況調査8,000人、栄養摂取状況調査8,885人、生活習慣調査8,119人と1万人に満たっておらず、血液検査の実施数は4,018人と半数にも達していない。これらを性別年代別に分けて全国の測定値としている現状である。日常生活における歩数の増加、男性のベースライン値が8,202歩、中間実績値が7,532歩、目標値が9,200歩以上である。女性についてはベースライン値が7,285歩、中間実績値が6,443歩、目標値が8,300歩以上である。因みに青森県は男性ベースライン値7,188歩、中間実績値7,347歩、女性ベースライン値6,655、中間実績値6,774歩、目標値はどちらも6,000～8,000歩であった。対象者が5年前と異なること例え同じであったとしても5歳年齢を重ねていることの配慮が必要なことから評価そのものに何の意味も見出せないと考える。

対象者数の公表はやっと行うようになったが、分布については未だ公表しておらず、ベースラインの根拠も目標値の根拠も科学的根拠に基づく事業の推進を標榜しているが根拠を示していない。

地方自治体での調査は概ね男女合わせて1,000人程度の調査であり、果たして十分な標本抽出が行われたかの疑問も多々生ずる。活動は非常に多くの組織を動員しているかのように思われるが、国から地方自治体の役人から役人への通達と報告が主な業務に思われ、誰のための広報活動が問われる。

厚生労働省は平成14年3月で「健康日本21」地方計画策定状況をまとめ、全国3123の市町村、特別区について計画策定済みが1222としたが、平成18年7月には1778の市町村、特別区のうち計画策定済みが920、平成18年度中予定180、平成19年度中予定184、平成20年度中予定494と全ての市区町村が予定していると公表

している。この間地方自治体の大合併がなされた。青森県内の市町村のホームページに健康日本21に関連したものがなかったのはどのように考えればいいのか。当初は厚生労働省の指示に従っていたが市町村合併により、それどころでなくなった。活動は実施しているがホームページに記載していないだけ。どちらであろうか。著者はもっと簡単に実用的な健康づくり運動の実施に期待したい。厚生労働省や都道府県の健康づくりに携わっている職員はどのようなことを期待してホームページを公開しているのだろうか。厚生労働省も中間評価の中で、“百花繚乱すぎたきらいがある”(用語の使い方が誤っているとしか思えない)と複雑さを認めている。

本来、国民に対して健康問題の介入は組織的な取り組みだけではなくて、日常生活を行っている個人にも集団データや目標値の提供、個人の測定値の評価が可能なシステムを構築して初めて有効になるものと思われる。厚生労働省や全ての都道府県庁のホームページにアクセスしても、性別、年齢、生活活動指数等を入力すれば目標値が出力されるような仕掛けは存在しなかった。国民、都道府県民への分かりやすい情報の周知や実践活動をして、初めて評価が可能になるのである。

この事業は壮大な無駄であると思えない。最終年度の引き伸ばしや別な事業による曖昧な評価は更なる無駄を生み出すだけである。青森県の単年度の「健康あおもり21」の概算額は200万円である。多数の組織を動員していることを考えると会議費で消えてしまう額である。

弘前大学の医師要請に要する概算は4,000万円強であることを考えると、健康増進への道は遥かに遠い。

また、この間の内外の情勢の変化としては、平成15年5月に施行された健康増進法により、国の基本指針、都道府県健康増進計画が策定されるとともに、多数の者が利用する施設等について、受動喫煙防止対策を講ずることを努力義務とされたこと。平成16年5月与党幹事長・政調会長会議でとりまとめられた健康フロンティア戦略は、健康寿命の2年程度の延伸を目標に、1.働き盛りの健康安心プラン、2.女性のがん緊急対策、3.介護予防カ年戦略、4.健康寿命を延ばす科学技術の振興と4つの柱を平成17年度から10年間、重点的に政策を展開することになった。さらに平成19年4月から新健康フロンティア戦略が健康国家への挑戦として平成28年度まで継続されることになっている。

平成17年7月に施行された食育基本法、平成18年10月に施行された自殺対策基本法、平成19年4月に施行されたがん対策基本法や平成18年4月に高齢者の医療の確保に関する法律が制定され、その中で医療保険者を中心とする健診・保健指導の実施を義務づけ、平成20年4月から施行された。

これらの変更を受けて厚生労働省では中間評価で平成22年の最終年度に向けた目標値を設定した後も平成19年6月には(仮称)健やか生活習慣国民運動を提唱し、運動の最終評価を平成22年度から行い平成25年度以降の運動に反映させることを目論んでいる。総括のなし崩しと関連事業の継続は国民全ての健康づくりを目標にしているが、効果、評価ともに期待できない。

文 献

- 1) 国民衛生の動向, 厚生統計協会, 55(9), 2008

表1. ベースライン設定時の調査一覧

	基礎調査	参考調査	基礎調査
1. 栄養・食生活			
1.1 適正体重を維持している人の増加	平成9年国民栄養調査		
1.2 脂肪エネルギー比率の減少	平成9年国民栄養調査		
1.3 食塩摂取量の減少	平成9年国民栄養調査		
1.4 野菜の摂取量の増加	平成9年国民栄養調査		
1.5 カルシウムに富む食品の摂取量の増加	平成9年国民栄養調査		
1.6 自分の適正体重を認識し、体重コントロールを実践する人の増加	平成10年国民栄養調査		
1.7 朝食を欠食する人の減少	平成9年国民栄養調査		
1.8 量、質ともに、きちんとした食事をする人の増加		平成8年国民栄養調査	
1.9 外食や食品を購入する時に栄養成分表示を参考にする人の増加			※
1.10 自分の適正体重を維持することのできる食事を理解している人の増加		平成8年国民栄養調査	
1.11 自分の食生活に問題があると思う人のうち、食生活の改善意欲のある人の増加	平成8年国民栄養調査		
1.12 ヘルシーメニューの提供の増加と利用の促進			※
1.13 学習の場の増加と参加の促進			※
1.14 学習や活動の自主グループの増加			※
2. 身体活動・運動			
2.1 意識的に運動を心がけている人の増加	平成8年保健福祉動向調査		
2.2 日常生活における歩数の増加	平成9年国民栄養調査		
2.3 運動習慣者の増加	平成9年国民栄養調査		
2.4 外出について積極的な態度をもつ人の増加	平成11年「高齢者の日常生活に関する意識調査」(総務庁)		
2.5 何らかの地域活動を実施している者の増加	平成10年「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」(総務庁)		
2.6 日常生活における歩数の増加	平成9年国民栄養調査		
3. 休養・こころの健康づくり			
3.1 ストレスを感じた人の減少	平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)		
3.2 睡眠による休養を十分にとれていない人の減少	平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)		
3.3 睡眠の確保のために睡眠補助品やアルコールを使うことのある人の減少	平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)		
3.4 自殺者の減少	平成10年厚生省人口動態統計		
4. たばこ			
4.1 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及	平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査		
4.2 未成年者の喫煙をなくす	*:平成8年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査		
4.3 公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及			※
4.4 禁煙支援プログラムの普及			※
5. アルコール			
5.1 多量に飲酒する人の減少	平成8年度健康づくりに関する意識調査(財団法人健康・体力づくり事業財団)		
5.2 未成年者の飲酒をなくす	平成8年度未成年者の飲酒行動に関する全国調査		
5.3 「節度ある適度な飲酒」の知識の普及			※
6. 歯の健康			
6.1 う歯のない幼児の増加	平成10年度3歳児歯科健康診査結果		

	基礎調査	参考調査	基礎調査
6.2 フッ化物歯面塗布を受けたことのある幼児の増加	平成5年歯科疾患実態調査		
6.3 間食として甘味食品・飲料を頻回飲食する習慣のある幼児の減少		参考値, 1日3回以上の間食をする1歳6か月児の割合(久保田らによる調査, 平成3年)	
6.4 一人平均う歯数の減少	平成11年学校保健統計調査		
6.5 フッ化物配合歯磨剤の使用の増加		児童のフッ化物配合歯磨剤使用率(荒川らによる調査, 平成3年)	
6.6 個別的な歯口清掃指導を受ける人の増加		平成5年保健福祉動向調査(15~24歳)	
6.7 進行した歯周炎の減少		参考値, 平成9~10年富士宮市モデル事業報告	
6.8 歯間部清掃器具の使用の増加	平成5年保健福祉動向調査		
6.9 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及(4. たばこ参照)			
6.10 禁煙支援プログラムの普及(4. たばこ参照)			
6.11 80歳で20歯以上, 60歳で24歯以上の自分の歯を有する人の増加	平成5年歯科疾患実態調査		
6.12 定期的な歯石除去や歯面清掃を受ける人の増加		過去1年間に歯石除去や歯面清掃を受けた人の割合, 平成4年寝屋川市調査	
6.13 定期的な歯科検診の受診者の増加	平成5年保健福祉動向調査		
7. 糖尿病			
7.1 成人の肥満者の減少(1. 栄養・食生活参照)			
7.2 日常生活における歩数の増加(2. 身体活動・運動参照)			
7.3 質・量ともにバランスのとれた食事(1. 栄養・食生活参照)			
7.4 糖尿病検診の受診の促進		平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査	
7.5 糖尿病検診受診後の事後指導の推進	平成9年糖尿病実態調査		
7.6 糖尿病有病者の減少(推計)	平成9年糖尿病実態調査		
7.7 糖尿病有病者の治療の継続	平成9年糖尿病実態調査		
7.8 糖尿病合併症の減少	1988年厚生省「視覚障害の疾病調査研究」		
8. 循環器病			
8.1 食塩摂取量の減少(1. 栄養・食生活参照)			
8.2 カリウム摂取量の増加	平成9年国民栄養調査		
8.3 成人の肥満者の減少(1. 栄養・食生活参照)			
8.4 運動習慣者の増加(2. 身体活動・運動参照)			
8.5 高血圧の改善(推計)			
8.6 たばこ対策の充実(4. たばこ参照)			
8.7 高脂血症の減少	平成9年国民栄養調査		
8.8 糖尿病有病者の減少(7. 糖尿病参照)			
8.9 飲酒対策の充実(5. アルコール参照)			
8.10 健康診断を受ける人の増加	平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査		
8.11 生活習慣の改善等による循環器病の減少(推計)	平成10年厚生省人口動態統計		
9. がん			
9.1 たばこ対策の充実(4. たばこ参照)			
9.2 食塩摂取量の減少(1. 栄養・食生活参照)			
9.3 野菜の摂取量の増加(1. 栄養・食生活参照)			
9.4 1日の食事において, 果物類を摂取している者の増加	平成9年国民栄養調査		
9.5 脂肪エネルギー比率の減少(1. 栄養・食生活参照)			
9.6 飲酒対策の充実(5. アルコール参照)			
9.7 がん検診の受診者の増加		参考値: 平成9年健康・福祉関連サービス需要実態調査	

※ は基礎調査なし

表2. 都道府県別の食塩摂取量と1日の歩行数のベースライン値、中間評価値、目標値

		食塩摂取量 (g)				1日の歩行数			
		ベースライン値	中間評価値	目標値	判定	ベースライン値	中間評価値	目標値	判定
全 国	男	13.5	11.7	10未満	○	8202	7532	9200以上	×
	女					7282	6446	8300以上	×
北 海 道	男	13.9	12.7	10未満	○	8199	8749	9200以上	○
	女					7543	8096	8550以上	○
青 森	男	14.1	11.0	10未満	○	7188	7347	6000-8000	○
	女					6655	6774	6000-8000	○
岩 手	男	13.5	11.8	10未満	○	7632	6618	+1000	×
	女					7245	6607	+1000	×
宮 城	男	13.8	11.2	12.5以下	○	7431	7109	8400以上	×
	女					6705	5990	7700以上	×
秋 田	男	13.9	11.3	10	○	6542	6217	+1000	×
	女								
山 形	男	14.4	12.5	10	○	7000	6934	7500	×
	女					6500	6386	7000	×
福 島	男	14.1	11.5	10	○	6937	7452	8500	○
	女					6250	6723	7200	○
茨 城	男	-	13.5	10未満		-	-	-	
	女	-	12.2	10未満					
栃 木	男	14.8	12.6	10未満	○	8006	8574	9200以上	○
	女	12.6	12.0	8未満	○	7294	7620	8300以上	○
群 馬	男	13.6	-	10未満		7481	-	8500以上	
	女					6639	-	7700以上	
埼 玉	男	13.3	12.4	10以下	○	7946	7951	9000以上	○
	女								
千 葉	男	-	11.8	10未満	○	-	7497	9100以上	
	女					-	6915	8500以上	
東 京	男	12.4	-	10未満		8563	-	+1000	
	女					8048	-	+1000	
神 奈 川	男	12.5	11.2	10未満	○	8618	8663	9200以上	○
	女					7874	7913	8300以上	○
新 潟	男	13.5	-	10未満		7412	7870	8400以上	○
	女					6377	7082	7400以上	○
富 山	男	13.1	11.3	10未満	○	8181	6651	9200以上	×
	女					7383	5921	8300以上	×
石 川	男	13.0	12.3	10未満	○	6523	7464	+1000	○
	女					6735	6856	+1000	○
福 井	男	-	11.6	10未満		9171	6978	9200以上	×
	女					8910	6463	8300以上	×
山 梨	男	-	13.2	10未満		-	7595	9200以上	
	女					-	6828	8300以上	
長 野	男	14.9	11.4	10以下	○	9356	9702	10000	○
	女					7994	8185	10000	○
岐 阜	男	12.0	12.1	10以下	×	7699	7776	8700	○
	女					7127	5925	8200	×
静 岡	男	-	12.9	10未満		-	8051	9200以上	
	女					-	7578	8300以上	
愛 知	男	12.6	10.1	8未満	○	7721	7856	8700以上	○
	女					8421	6599	8400以上	×
三 重	男	12.5	11.6	10未満	○	8271	6667	8900以上	×
	女					7112	5936	8900以上	×

		食塩摂取量 (g)				1日の歩行数			
		ベースライン値	中間評価値	目標値	判定	ベースライン値	中間評価値	目標値	判定
滋賀	男	12.8	10.6	10未満	○	-	-	10000以上	
	女					-	-	10000以上	
京都	男	13.5	-	10未満		7675	-	9000以上	
	女					6950	-	8400以上	
大阪	男	-	-	-		8963	8471	10000以上	×
	女	-	-	-		8045	7457	9000以上	×
兵庫	男	-	-	-		8202	7864	9200	×
	女	-	-	-		7282	7127	8300	×
奈良	男	-	-	-		-	-	-	
	女	-	-	-		-	-	-	
和歌山	男	12.4	11.4	10未満	○	8202	7597	9200	×
	女					7282	7300	8300	○
鳥取	男	13.8	11.6	10未満	○	7138	5884	8000以上	×
	女	12.5	10.3	8未満	○	6276	5170	7000以上	×
鳥根	男	-	-	-		-	-	-	
	女	-	-	-		-	-	-	
岡山	男	-	-	-		-	-	-	
	女	-	-	-		7587	6873	8000	×
広島	男	-	-	-		-	-	-	
	女	-	-	-		-	-	-	
山口	男	-	-	-		-	7603	8600以上	
	女	-	-	-		-	6691	7700以上	
徳島	男	-	-	-		-	-	-	
	女	-	-	-		-	-	-	
香川	男	12.1	10.1	10未満	○	-	8571	9500	
	女					-	7491	8500	
愛媛	男	12.4	-	10未満		7842	6662	9000以上	×
	女					7594	6090	8600以上	×
高知	男	11.9	-	10未満		7316	6698	9200以上	×
	女					7450	5950	8300以上	×
福岡	男	-	-	-		-	7738	8700	
	女	-	-	-		-	7632	8700	
佐賀	男	-	-	-		-	-	-	
	女	-	-	-		-	-	-	
長崎	男	13.5	11.7	10未満	○	8202	7575	9200以上	×
	女					7282	6821	8300以上	×
熊本	男	12.5	11.0	10未満	○	7747	7011	8100以上	×
	女					6576	6446	7500以上	×
大分	男	13.1	11.5	10以下	○	8099	7622	10000以上	×
	女								
宮崎	男	-	-	-		8592	7693	10000	×
	女	-	-	-		8339	6880	10000	×
鹿児島	男	12.1	11.5	10未満	○	7691	6650	8700以上	×
	女					7635	6757	8700以上	×
沖縄	男	-	10.1	10未満		-	7262	9000	
	女	-	8.5	8未満		-	6767	8000	

EVALUATION OF THE "HEALTH NIPPON 21" LIFESTYLE-RELATED DISEASE CONTROL PROGRAM IMPLEMENTED BY GOVERNMENTS AND MUNICIPALITIES

Seiji MIKAMI¹⁾, Karina SATOH¹⁾, Yukari SHIBATA¹⁾, Michiko JIN¹⁾, and Natsuko NARA¹⁾

Abstract: To investigate the present status of the "Health Nippon 21" lifestyle related-disease control program, websites regarding "Health Nippon 21" created by 47 municipalities in Japan were reviewed and compared with data from the Ministry of Health, Labour and Welfare.

The following results were obtained:

- 1) Fundamental data on baseline values were not unified between the Ministry of Health, Labour and Welfare and the municipalities.
- 2) Midterm evaluation methods were unclear and differed between the Ministry of Health, Labour and Welfare and the municipalities.
- 3) Representative values were only presented as means and did not include the number of samples or the range.
- 4) The essential action plans for carrying out this national program were not specified.

Key words : Health Nippon 21, lifestyle related-disease, control program

1) Faculty of Nursing, Hirosaki Gakuin University

TEL: +81-172-31-7100, FAX: +81-172-31-7101, E-mail: munge@hirogaku-u.ac.jp