

健康コミュニティガイドライン部会 活動概要

部会長 伊香賀俊治 (慶應義塾大学教授)

1. 部会活動の概要

人々の生活基盤となる“住宅”やその周辺の公衆衛生を含めた“周辺環境やコミュニティ”は、住民の生活習慣や健康と密接に関係しており、近年その重要性は再認識されるに至っている。米国の疾病予防に関する報告書において、「早世の要因の50%が日常的な生活習慣にあり、20%が環境にある」と示されていることも、その裏付けとなっている。従って、人々の健康を維持・増進するためには、居住環境を包括的に評価し、居住環境と居住者の健康との関係性を把握した上での、適切な設計・評価指針が必要であると言える。

本部会では、住宅に加え、特に「地域環境・コミュニティ（以下、地域環境）」に着目し、「住宅・地域環境」と「健康」間の関連性とそれらの影響度をアンケート調査に基づき定量的に示すことで、居住者の健康決定要因及びその形成構造を解明する。更に、他部会の研究成果も踏まえ、健康配慮型のまちづくりを促進する地域環境整備に関するガイドラインの策定を行う。

2. 部会の活動内容

2-1 健康な地域環境の形成・維持に関わる対策・要素の抽出

良好且つ健康な地域環境の維持・形成に関わる各種要因を抽出するため、住宅・地域環境及び健康に関する基礎調査や部会内の議論を通じ、地域インフラ（ハード）や社会システム（ソフト）に関連する対策・要素を抽出し、これらに関する主観評価（重要度及び満足度）を調査項目としたアンケート票を作成する。特に、第2フェーズでは若年層（小中学生）を対象とした調査票を作成する。同調査票を用いたアンケートを実施し、主観的健康感や各種健康症状との関係性の高い対策・要素を抽出する。

2-2 住宅・地域環境の健康形成要因構造モデルの提案

前述のアンケート調査結果を用いて共分散構造分析を実施し、住宅・地域環境が居住者の健康を形成すると仮定した“住宅・地域環境における健康形成要因構造モデル”を提案する。なお、同モデルは対象地域、ライフステージによって異なる可能性があるため、図2-2-1に示す5地域を対象とし、また小中学生、青壮年期、高齢期別に調査を行う。

2-3 健康配慮型のまちづくりガイドラインの策定

上記2-1及び2-2を踏まえ、また設計部会にて作成中の「健康維持増進住宅ガイドライン」を参考に、健康配慮型のまちづくりを促進する地域環境整備に関するガイドラインの策定を行う。

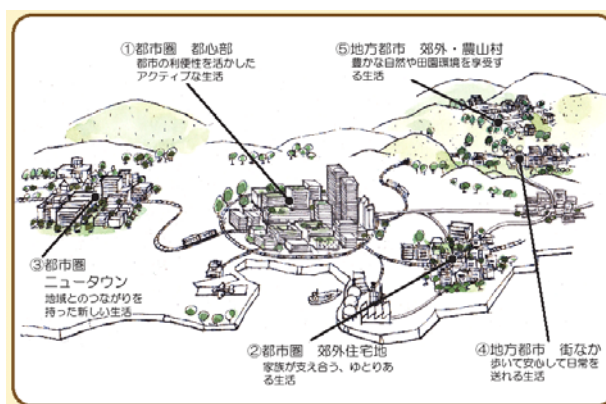


図 2-2-1 健康形成要因構造モデルの検討対象地域

(出典：平成18年 国土交通省住宅局「豊かな住生活の実現に向けて」)

3. 平成 23 年度の研究成果

健康配慮型のまちづくりガイドライン策定に向けて、地域環境・コミュニティの問題点抽出のための健康コミュニティチェックリストの作成を行った。更に同チェックリストを用いた全国 WEB 調査を行い、チェックリストの総合スコアと回答者の健康状態との関係性等の分析を行った。また、図 2-2-1 の都市圏/郊外住宅地のモデル地域である北九州市八枝地区を対象とした追跡調査を行うと共に、他のモデル地域である愛媛県松山市、長野県小布施町、東京都千代田区に関しては、一昨年度のアンケート調査データを用いた追加分析を行った。本サマリーでは、作成したチェックリストの概要及び全国 WEB 調査の結果についてのみ、以下にその概要を示す。

3-1 健康コミュニティチェックリストの概要

3-1-1 全体概要 (図 3-1-1)

健康コミュニティチェックリストとは、コミュニティを中学校区単位として設定し、コミュニティ環境が良好でない場合にもたらされる可能性のある健康障害を、住民自らが自己診断するための簡易診断ツールである。住民自らがコミュニティの問題に気づき、改善のための行動や自治体・民間ディベロッパーによるチェック・改善へと進むための入り口であり、「健康」をきっかけにコミュニティを見直してもらうことを主眼に置いている。

住民は各空間で生じる問題の発生頻度や施設の利用頻度、地域活動への参加頻度を「よくある／たまにある／めったにない／ない」の 4 段階で回答する。なお、大項目として「①自然・屋外環境、②街づくり・住まいづくりのルール、③防犯・防災、④交通・移動手段、⑤生活サービス施設、⑥地域活動、⑦付き合い・ネットワーク、⑧医療・福祉施設」の 8 つを設定している。このような分類により、住民は各空間、要素における日常生活の状況を回想しながら回答を進めることが可能となり、より現状を反映した回答結果が得られることが期待される。

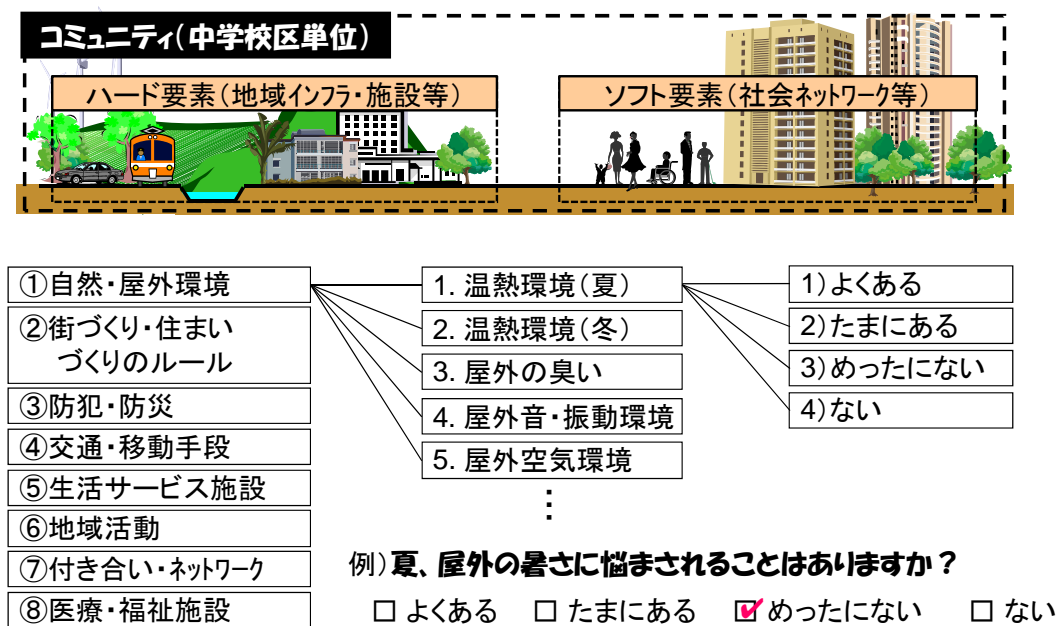


図 3-1-1 健康コミュニティチェックリストの概要

3-1-2 評価結果およびフィードバックのイメージ (図 3-1-2, 図 3-1-3)

住民は「屋外が暑い・寒い」「屋外の空気が汚い」などの簡易な項目に基づき、コミュニティの現状を主観的に評価することで、自身が暮らすコミュニティの健康影響度や、改善のためのアドバイスを知ることが可能となる。このように、本チェックリストを通じて、コミュニティの現状と改善による健康性向上効果を、住民に示すことを主たる目的とする。

本チェックリストの開発に当たり、以下の4点について検証する必要があるといえる。

- ① コミュニティをどのような項目を評価すればよいのか
- ② コミュニティと住民の健康にどのような関係性があるのか
- ③ 住民の主観に基づく評価は妥当であるのか、客観指標との関連性はあるのか
- ④ 従来、健康影響が指摘されてきた個人属性（年齢、生活習慣など）と比較して、どの程度健康に影響しているのか

そこで本年度においては、以上について検証するための全国 web 調査を実施した。

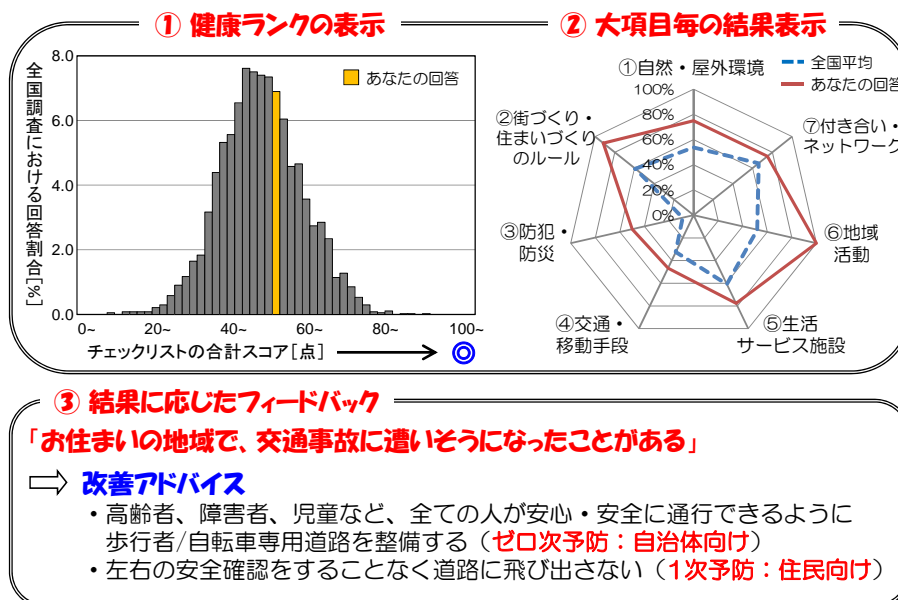


図 3-1-2 結果の表示方法およびフィードバックのイメージ



図 3-1-3 チェックリスト活用による循環イメージ

3-1-3 チェックリストの位置付け、使い手、使用目的

我が国では超高齢社会の到来によって、個人が生涯にわたって活動的に生活できる社会の構築が求められている。このような背景の下、従来の1次予防（個人レベルでの健康的な日常生活）に加え、ゼロ次予防（社会レベルでの健康な環境の提供）が新たな健康政策として注目を集めている。しかし、住民・自治体に対する具体策が明確化されていないことに加え、両者のコミュニケーションが不十分であることから、健康な住まい・コミュニティの実現には程遠いのが現状である。そこで、健康コミュニティチェックリスト（一般住民向け・事前認知が主）の開発によって、生涯健康を実現する「健康な住まい・コミュニティ」の創出に貢献することを目的とする。

3-1-4 CASBEE 健康チェックリスト（住まい）との差別化

本ツールの開発に先立ち、CASBEE 健康チェックリスト（住まい）が開発されている。住まいチェックリストが住宅性能+住まい方（適切な空調使用等）という住宅というハード要素を評価しているのに対し、コミュニティチェックリストは、中学校区を評価対象範囲としたコミュニティ（ハード/ソフト）+コミュニティに関連する生活習慣（運動の促進等）を包括的に対象とした評価を行う（図3-1-4, 図3-1-5）。既存の住まいチェックリストに加え、本研究で開発するコミュニティチェックリストを併用することで、生涯健康を実現する「健康的な住まい・コミュニティ」の創出が可能となると期待している。

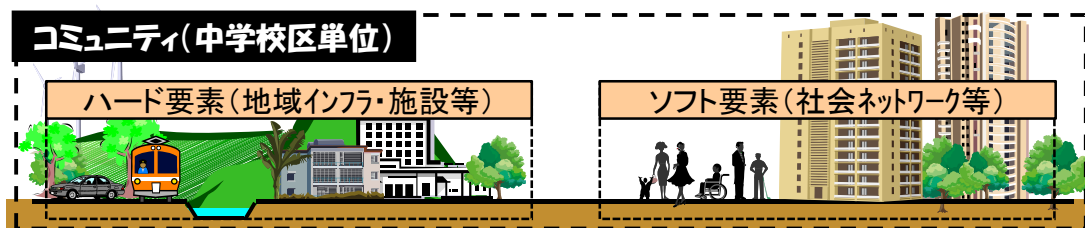


図 3-1-4 健康コミュニティチェックリストの評価対象範囲

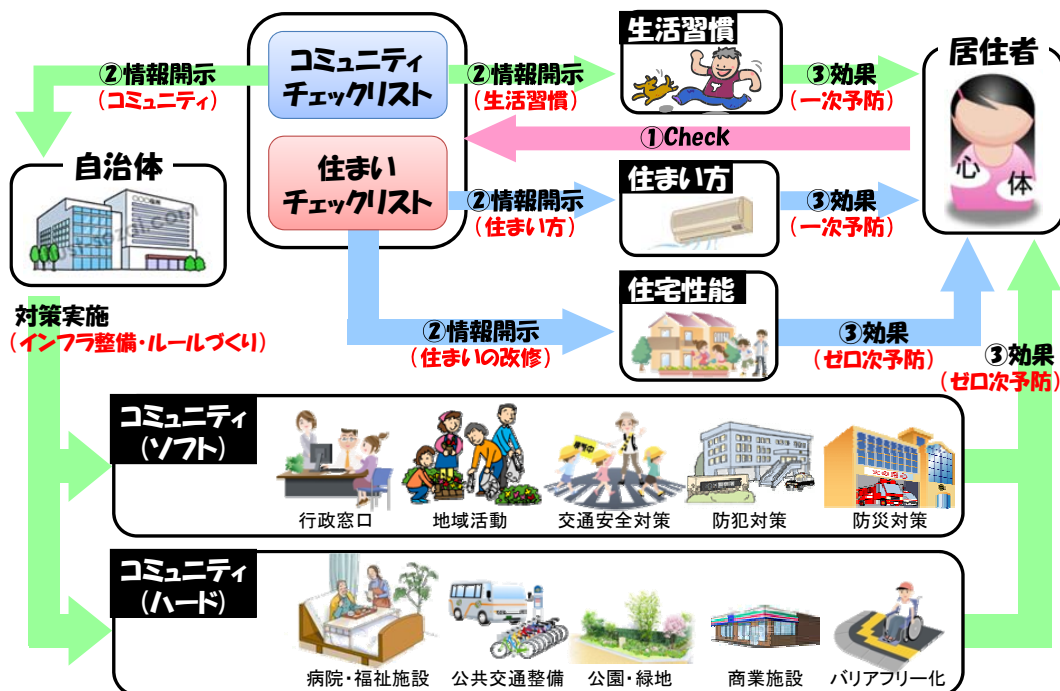


図 3-1-5 住まい・コミュニティの評価対象範囲

3-2. 健康コミュニティチェックリストを用いた全国 WEB 調査

3-2-1 実施目的

作成した健康コミュニティチェックリストの妥当性を検証するために、2011年12月9日から12月15日にかけて、全国の20歳以上の一般市民を対象としたWEBアンケート調査を実施した。

3-2-2 調査対象

調査対象は、20歳以上の一般住民とし、調査は大きく二つの目的に分けて、それぞれ回答者を一度のアンケート調査で抽出した。

コミュニティは都市規模（発展度合）や気候区分により異なることが知られているため、47都道府県の中から、下記のように分類して、それぞれ回答者を抽出した。なお、47都道府県全てから回答者を抽出しているため、気候区分も考慮されていると判断している。

- ①大規模都市（42都市：東京23区および政令指定都市）
- ②中規模都市（89都市：中核市、特例市、上記のいずれにも当てはまらない
県庁所在都市（福島市、津市、山口市、徳島市、佐賀市、那覇市））
- ③小規模都市（80都市：低炭素推進協議会に加盟している人口20万人未満の都市）

3-2-3 調査内容

調査内容については、下記の4部構成からなる。

- ① 健康コミュニティチェックリスト
- ② 健康チェックリスト（住まい）※一部抜粋
- ③ 回答者の健康状態
- ④ 回答者の個人・居住地属性

3-2-4 実施結果

1) 回答者属性（図3-2-1）

8750名に調査票を配布し、計5,079名から回答が得られた（有効回答率：58.0%）。

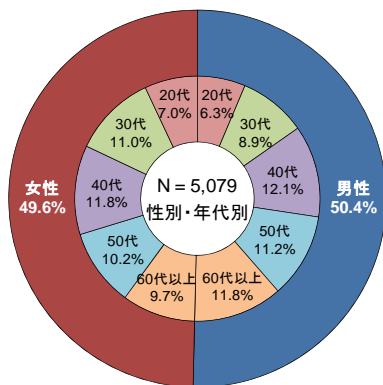


図 3-2-1 性別・年代別の集計結果

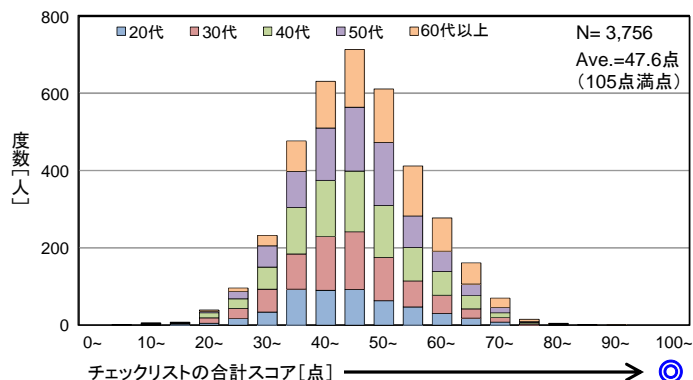


図 3-2-2 チェックリスト合計スコアのヒストグラム

2) 合計スコアのヒストグラム（図3-2-2）

回答者毎にコミュニティチェックリスト合計スコアを算出した。得られたスコアのヒストグラムは、正規分布に近い形で幅広い合計得点の度数分布が得られたため、アンケート調査票及び配布設計、各評価項目のスコアリング方法に、現時点で問題が見られないことを確認した。また、年齢毎に大きな偏りは見られなかった。

3) 合計スコアと主観的健康評価（主観的健康感、SF-8）の関係性

縦軸に主観的健康感、横軸にコミュニティチェックリストの合計スコアをとったものを図 3-2-3, 1)に示す。コミュニティチェックリストの合計スコアが高いほど、主観的健康感が有意に高い傾向にあることが明らかになった。また、縦軸に SF-8（身体的サマリースコア、精神的サマリースコア）をとった際にも、同様の傾向を示した（図 3-2-3, 2)）。

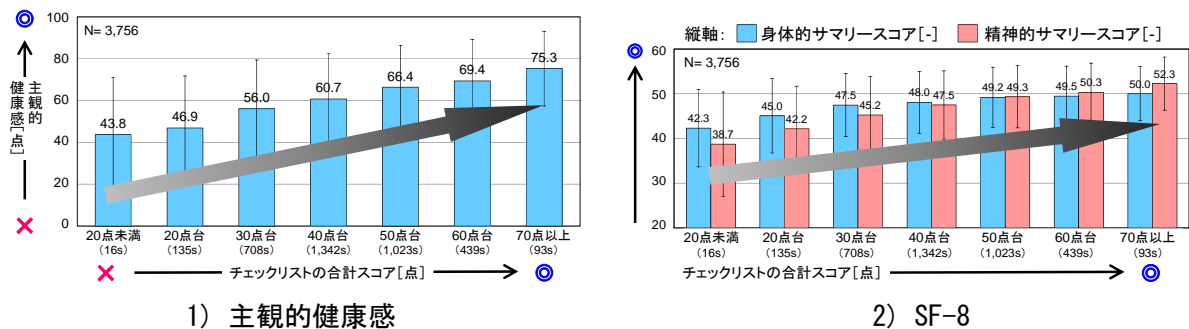


図 3-2-3 チェックリスト合計スコアとの関係性

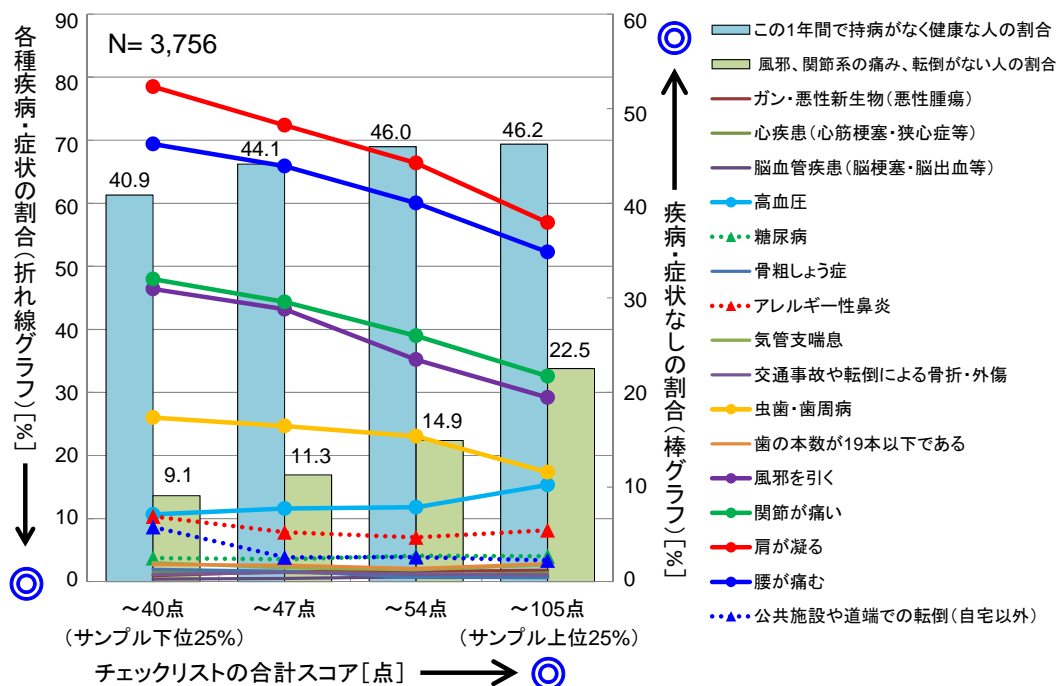


図 3-2-4 チェックリスト合計スコアと各種疾病・症状の関係性

4) 合計スコアと客観的健康評価（有病割合）の関係性

図 3-2-4 は、チェックリスト合計スコアと、住民の各種慢性疾患や症状との関係性を分析した結果である。合計スコアが高いほど、「この1年間で治療・診断を受けた、または現在罹っているものがない」「風邪、関節の痛み、公共施設・道端での転倒などの症状が見られない」の割合が高い傾向にあることが明らかになった（棒グラフ参照）。

一方で、肩の凝り、関節の痛み等の症状との関係性も見られ、合計スコアが高いほど、有症者の割合が低い傾向にあることが明らかになった（折れ線グラフ参照）。但し、心疾患、脳血管疾患などの持病とは、大きな関係性は見られず、また、高血圧は合計スコアが高いほど、有病割合が高い傾向が見られた。コミュニティは、各種健康状態とは有意な関係があるが、持病とは関係性が薄いと推察される。

5) CASBEE 健康チェックリストとの併用の意義

前節までの分析では、コミュニティと健康状態に関する分析が主であったが、住民の主要な生活基盤として住宅が挙げられ、住宅と健康に関する研究や調査も数多く行われてきている。そこで、アンケート調査に組み込んだ既往の健康住宅評価ツール（CASBEE 健康チェックリスト）と健康コミュニティチェックリストとの対応関係を確認することで、双ツールの併用による有効性を検討した。尚、CASBEE 健康チェックリストの得点については、既往調査の結果を基に代表 6 項目の回答から、(50 項目の) 合計スコアを推定した。

図 3-2-5 に「住まいチェックリスト合計スコア」「コミュニティチェックリスト合計スコア」「疾病なしの割合」の関係性を検証した結果を示す。その結果、両チェックリストの合計スコアが下位 25% の場合の「疾病なしの割合」34.0% に比べ、住まいチェックリスト合計スコアのみが上位 25% になった場合は、47.6%、コミュニティチェックリスト合計スコアのみが上位 25% になった場合は、39.6% まで向上することが明らかとなった。さらに、両チェックリストの合計スコアが上位 25% の場合、「疾病なしの割合」が 56.2% まで向上することが確認された。以上より、住まい・コミュニティ双方の得点が高くなるほど、より疾病なしの割合が高くなることが確認され、住民の健康維持増進に向けて、両チェックリストを併用した住まいとコミュニティの適切な整備や構築が重要であることが示唆された。

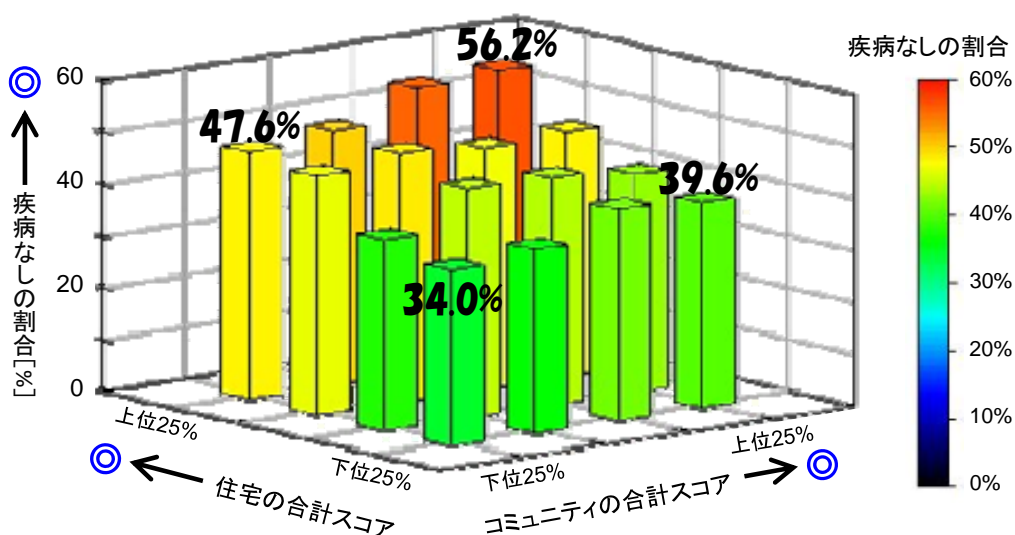


図 3-2-5 「住まい」「コミュニティ」「疾病なし」の関係性

4. 今後の検討課題

4-1 健康コミュニティチェックリスト関連

今年度、試行的に健康コミュニティチェックリストを作成し、全国 WEB 調査を実施したが、その際、回答結果に極端な偏りが見られた項目（主に参加・活動促進要因）を除く計 35 項目を用いてスコアリングを行っている。しかし、住まいチェックリストとの併用を考えた場合、更なる項目の絞り込みを行う必要がある。一方で、参加・活動促進要因である医療機関、歯科医院、子育て支援施設等の 5 項目については、一次予防、ゼロ次予防の観点から重要な項目であるため、今後、運用段階におけるこれらの活用方法を別途検討する必要がある。その他、全国 WEB 調査結果を用いた共分散構造分析の実施（因果関係の検証）、スコアリングの際の重み係数の再検討、GIS データ等を活用した客観データと各項目の結果や合計スコアとの対応づけ等も今後の検討課題と位置づけている。

4-2 地域別アンケート調査関連

これまで、高知県梶原町、北九州市八枝地区、長野県小布施町、東京都八王子・多摩市、愛媛県松山市の全国 6 地域において、小中学生から青壮年期、高齢期の住民を対象に大規模アンケート調査及び共分散構造分析を実施し、ほぼ全ての地域やライフステージにおいて階層型の健康形成構造の存在が確認されている。また愛媛県松山市では、地域への愛着、地域活動の参加が子供の健康に好影響を与えること、地域の安全環境が子供の地域への愛着を育み、地域参加を促進させる可能性等も示唆されている。しかし、これらの成果の殆どは、断片調査の結果を用いて仮説モデルの適合性を示したものであり、因果推論を行うには不十分である。今後は、十分なサンプル数、調査期間を確保した上で、追跡調査もしくは介入調査を実施し、因果構造を実証する必要がある。

4-3 健康コミュニティガイドライン関連

今年度、開発した健康コミュニティチェックリストは、1 次予防の実施主体である住民に対しては個人の生活習慣の問題発見、事前認知に繋げること、ゼロ次予防の実施主体である自治体（自治区会、町内会）・民間ディベロッパー等に対しては、地域・コミュニティの問題発見、事前認知に繋げることにより主眼を置いている。今後はチェックリストにて抽出された課題点に対して、専門的な観点に基づく改善策を提示するためのガイドライン（住民を対象とした 1 次予防のためのガイドライン及び自治体等を対象としたゼロ次予防法のガイドライン）を策定する必要がある。上記ガイドライン策定のため、地方自治体、民間ディベロッパー等と連携した更なる調査研究が求められる。