

住民のヘルスリテラシー向上を目指して

～予防医療の観点から、健康的な行動をとるために～



北海道ニセコ町 八木 実央

1. はじめに

「人生 100 年」時代を迎え、医療政策は近年、これまでの治療を中心とした政策から「健康増進・予防医療」を重視する政策へと転換している。予防医療とは、病気になってから治療を受けるのではなく、病気にかからないように対策をすることで、疾患の早期発見、重症化予防として、各種健康診断・健康診査は特に重要視されている。なかでも、生活習慣病はさまざまな疾患の原因となりうるものであり、この早期発見や予防を行うことは個人の QOL（生活の質）の維持や医療費の抑制という点で大きな意義を持っている。このため、政府は、平成 20 年から医療保険者へ「特定健康診査（以下、健診という）」の実施を義務づけた。しかし、制度開始以来 15 年以上経過した現在でも、対象者全員が受診するという状況には至っていない。特に、主に農業者などの自営業者や無業者を被保険者とする国民健康保険（以下、国保という）の令和 4 年度の健診受診率は 37.5%で、中小企業の従業員が加入する全国健康保険協会の 57.1%や、公務員が加入する共済組合の 81.4%に比べ低い受診率にとどまっている。ニセコ町（以下、本町とする）においても、国保加入者の健診受診率の低さや生活習慣病の重症化予防が長年の課題となっており、その要因のひとつに農業者の生活特性や町民のヘルスリテラシーが関係しているのではないかと考える。

ヘルスリテラシーとは、世界保健機関（WHO）の定義を引用すると、「より良い健康を促進し、維持する方法に関する情報にアクセスし、理解し、利用するための個人の意欲や能力を決定する認知的・社会的スキル」のことをいう。健康に関する情報源が多様化し、情報が溢れるなか、①適切な情報を入手し、②その情報を正しく理解し、③それが信頼できる情報かどうかを評価し、④信頼できる情報であれば意思決定や行動に移して活用する、というプロセスによりヘルスリテラシーを向上させることが、各自の健康維持、増進にとって非常に重要だとされている。



図 1 ヘルスリテラシーのプロセス

本レポートでは、本町における現状を確認したうえで、国保加入者のうち 40 歳から 74 歳までの方の健診受診率と医療費を町内の地区ごとに分析し、地域差による特徴があるのか

確認したい。さらに、20 歳以上の町民を対象としたアンケート調査および聞き取りから、対象者の属性とヘルスリテラシーとの関係を推測することでその向上には何が求められるのか検証したい。

2. ニセコ町における健康課題

(1) ニセコ町の概要

本町は、北海道の西側にあり、三次医療圏の札幌市からは車で約 120 分、二次医療圏の主要都市である小樽市からは約 90 分の距離に位置している（図 2）。羊蹄山やニセコアンヌプリなどの山岳に囲まれ、清流日本一に選ばれた尻別川が流れる自然豊かな町である。平均気温は 8.0 度で、内陸的気候のため、冬の最深積雪は 2m にも達することがある特別豪雪地帯だ。



図 2 本町の位置

本町の総人口は、約 5,000 人で、平成 12 年の 4,553 人以降増加傾向にある。令和 4 年度末の高齢化率は 25.5%で、今後も高齢化率は進むとされているが、国 (28.6%) や道 (32.5%) と比較すると低い。主幹産業は農業と観光業で、令和 2 年の国勢調査による産業別就業人口構成比率は、農業が 15.9% (道 5.2%)、飲食店、宿泊業で 17.8% (道 5.9%) といずれも全道平均と比較し高い。

生活習慣の特徴として、国保特定健診での質問票の回答状況から、国、道と比較し、1 回 30 分以上の運動習慣がない、歩行速度が遅い、食べる速度が速い、毎日飲酒している (3 合以上)、毎日間食している、生活改善の意欲がないという項目の回答割合が高いという結果が出ている。

(2) ニセコ町国保加入者の概況

本町の国保加入者数は 1,457 人 (令和 4 年度平均) で、全年代の国保加入率は 28.6% である。加入率については、国 (19.7%)、道 (19.7%) と比較し高く、主幹産業が農業であり、農業者の加入率が高いことが関係している。

本町の健康課題として、まず健診受診率の低さがあげられる。令和 4 年度の国保特定健診受診率は 27.5%で、全国健康保険協会の 50.0%と比べ全国の結果と同様に低い。また、国保の受診率のみを比較しても、令和 4 年度は道内の同規模町村が 42.5%、全道平均が 30.1%、全国平均が 37.5%であり、いずれと比べても低かった。本町の受診率が道内の同規模町村や全国平均と比較し低い状況は、過去 10 年の推計を見ても同様であることが分かっている (図 3)。

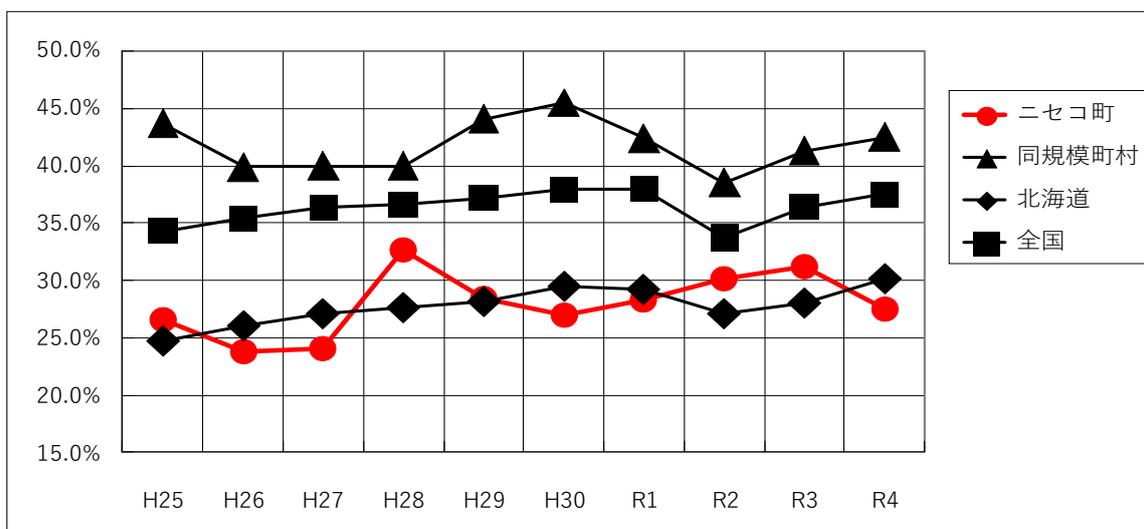


図 3 国保加入者の特定健診受診率 (法定報告値より筆者作成)

また、本町の健診受診者のうち、すでに生活習慣病を発症していると疑われ重症化リスクが高い状態であるにも関わらず、医療機関の受診が確認できず治療をしていない方が一定数いる。介護保険（65歳以上）の要介護・要支援認定者の糖尿病の割合が本町は34.9%であるのに対し、同規模町村21.6%、道24.6%、国24.3%であり、いずれも10ポイント以上高い。加えて、後期高齢者における一人当たりの入院医療費が41,660円で、国（36,820円）と比較し高い。さらに、総医療費に占める入院医療費の割合が国保は46.0%（国40.1%）、後期高齢者は60.1%（国51.7%）とどちらも国より高いことから、生活習慣病が重症化して初めて医療機関へ受診していることが推測される。このことから、町民の特性として自身の健康維持に対する優先順位が低く、ヘルスリテラシーが低いことが示唆される。

4. ニセコ町国保加入者における各地区の比較

本町は農村部である川北地区、東部地区、南西地区と非農村部の市街地区、有島地区の5つの地区で構成されている（図4）。

これまで町では、町全体の健診受診率や医療費について地区別の分析をしたことがなかった。そのため、令和5年度からKDBデータを用い、地区別の分析ができるように設定した。

畝（平成17年）は、農村の中でも農業者が多い地域と少ない地域の生活習慣と生活習慣病有病率の地域差を報告している。その報告では、農業者が多い地域では、米飯を中心としたエネルギー摂取量が多く、脂

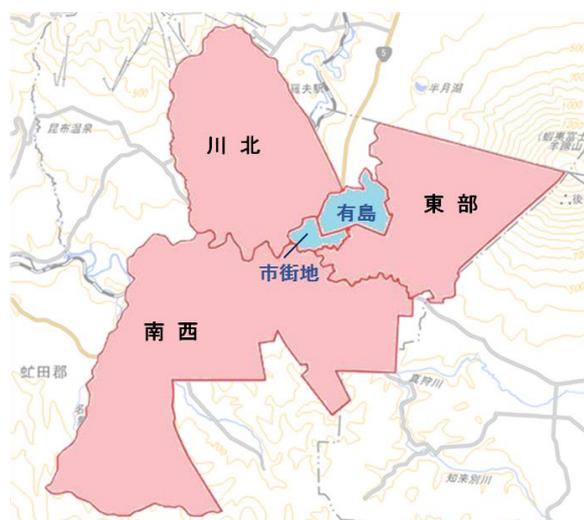


図 4 本町の構成地区 (筆者作成)

質の摂取が少ないこと、農業者が少ない地域では、エネルギー摂取量が少なく脂質の摂取比率が高い、いわゆる食の欧米化が進んでいることを指摘し、よって農業者が少ない地域はコレステロール値が高いのではないかとしている。本町においても、地区ごとに医療費や生活習慣病の受診状況に差異があるのか比較したい。

(1) 特定健診対象者における国保加入率の比較

まず、特定健診の対象者である 40 歳から 74 歳までの国保加入率について比較した。非農村部の市街地区が 26.7%であるのに対し、川北地区 39.6%、東部地区 38.0%、南西地区 51.3%と農村部の加入率が高かった。国保加入者年齢のボリュームゾーンが、定年退職後に社会保険等から国保へ移行した 65 歳以上の方であることを考慮しても、農業者の加入率が高いことがわかる。

(2) 健診受診率の比較

次に、40 歳から 74 歳までの健診受診率を比較した。その結果、どの地区においても集団健診は 20%台、個別健診は 10%台またはそれ以下と低く、町の課題である健診受診率に地域差はなかった。

特に、集団健診は、実施会場が市街地区 1ヶ所のみであることから、自宅が徒歩圏内である市街地区の受診率が高いと予想していたが、実際は 22.2%で一番低かった。これは、町民の生活習慣に運動習慣がないこと、歩行速度が遅いことをあげられていることから、日頃の移動手段に近距離でも自家用車を使用しているためではないかと考える。

(3) 医療費（入院・入院外）の比較

表 1 一人当たりの年間医療費（令和 5 年度 K D B データより筆者作成） (円)

		健診受診者			健診未受診者			差額（未受診-受診者）		
		入院	入院外	合計	入院	入院外	合計	入院	入院外	合計
農村	川北地区	29,699	58,615	88,314	163,246	187,194	350,440	133,548	128,579	262,126
	東部地区	5,155	63,188	68,343	110,751	165,091	275,842	105,596	101,903	207,499
	南西地区	30,117	49,456	79,573	183,835	243,469	427,304	153,718	194,013	347,731
非農村	市街地区	123,913	100,489	224,403	263,186	212,863	476,049	139,273	112,374	251,646
	有島地区	34,327	84,419	118,746	185,258	184,421	369,679	150,931	100,001	250,933
ニセコ町		44,642	71,233	115,875	181,255	198,607	379,863	136,613	127,374	263,988

次に、40 歳から 74 歳までの入院および入院外の一人当たりの医療費について、健診受診者と未受診者に分類し地区ごとに比較した（表 1）。一般的に、健診受診率が高い地域

は、健診の結果に応じて生活習慣病等の治療を開始するため、外来医療費が高くなるが、入院医療費は低くなり、結果として全体の医療費は低い傾向にあるといわれている。

健診受診率に地域差がなかったことから、医療費の比較においても地区ごとの差に明らか傾向はみられなかった。一方、健診受診者と未受診者を比較すると、一人当たりの医療費の差が約 26 万円であることがわかり、本町においても健診の受診が医療費の抑制につながることが明らかとなった。

(4) 生活習慣病医療費の比較

表 2 一人当たりの年間生活習慣病医療費（令和 5 年度 K D B データより筆者作成）（円）

		基礎疾患				重症化した生活習慣病					合計
		糖尿病	高血圧症	脂質異常症	高尿酸血症	動脈硬化症	脳出血	脳梗塞	狭心症	心筋梗塞	
農村	川北地区	33,021	44,688	9,986	11,170	237	1,747	1,580	47,488	3,704	153,621
	東部地区	10,669	13,432	3,866	0	0	0	255	6,269	4,093	38,584
	南西地区	15,640	10,501	5,860	0	109	0	434	1,701	0	34,245
非農村	市街地区	77,247	80,822	29,814	3,654	4,610	7,689	7,863	3,682	21,683	237,064
	有島地区	8,571	8,580	4,918	0	128	9,811	636	1,010	0	33,654
ニセコ町		29,030	31,605	10,889	2,965	1,017	3,849	2,154	12,030	5,896	99,392

次に、40 歳から 74 歳までの生活習慣病医療費について地区ごとに比較した（表 2）。市街地区は、基礎疾患、重症化した生活習慣病のどちらの医療費も飛びぬけて高い。また、川北地区も同様に高い傾向がある。川北地区は農業者もいる一方、ニセコアンヌプリ国際スキー場、ニセコビレッジスキーリゾートなどのスキー場を中心としたリゾート地で、その季節雇用の一部も国保に加入している。そのため、他の農村部である東部・南西地区と比較し、農業者が少ない地域の特徴である脂質異常症が高いのではないかと。

また、重症化した生活習慣病においては、狭心症を除いて東部・南西地区の医療費が低い。この結果だけをみると、農業者は日頃から農作業をし、身体活動量が多いという畝（平成 17 年）の報告と同様の傾向がみられ、その結果生活習慣病が重症化していないと考えられるが、当該地区の国保加入者数が少ないためかもしれないと、複数年での比較が必要である。

しかし、地区ごとの生活習慣病医療費の傾向がみえてきたことから、今後の健康づくり事業において、重症化予防事業の重点地区を設けるなどの展開ができそうだ。

5. ニセコ町民のヘルスリテラシーに関する調査

これまでの分析から、健診受診率や全体の医療費に明らかな地域差はみられないものの、市街地区の生活習慣病医療費が全体的に高いなど、地区ごとに傾向があることがわかった。

次に、居住地区以外の要素として、年齢や同居家族の有無などの生活環境が個人のヘルスリテラシー関係しているのか、アンケート調査および回答者への聞き取りを実施した。

(1) アンケート調査

アンケート調査は、国保窓口来庁者、町内のコミュニティ参加者などの 20 歳以上の町民 60 名を対象に行い、52 名から回答を得た（回収率 86.6%）。

調査期間は令和 6 年 12 月 3 日から 12 月 23 日までで、無記名自記式質問用紙を対象者へ直接声掛けし、配布・回収した。質問項目に欠損がない完全データを取得できた回答者は 51 名であった（有効回答率 98.0%）。

・対象者の基本属性

対象者の 78.8%が女性で、年齢層は 60～74 歳が 36.5%、40～59 歳が 30.8%であった。居住地区は非農村部の市街地区が 38.5%、有島地区が 21.2%で、農村部の川北地区は 13.5%、東部地区は 9.6%、西南地区は 17.3%であった。職業は農林水産業が 23.1%と一番多く、会社員（19.2%）、自営業（11.5%）、アルバイト（15.4%）と合わせて 69.2%の方が何らかの仕事を従事していた。特にアルバイトの半数以上が 60～74 歳の女性で、夏季のみ農作業の補助など季節雇用者であることがわかった。

健康意識に関する項目では、歩数や体重、血圧など自身の健康データをスマホアプリや手帳などで管理している人は 44.2%で、管理していない人の方が多い。過去 12 ヶ月に健康診断を受診した人は 75.0%で、町の受診率と比較し非常に高い結果となった。

コミュニケーションの機会や関係性では、同居人がいる人が 71.2%、同居・別居を問わず気軽に話せる家族がいる人が 88.5%、気軽に話せる友人・知人がいる人が 90.4%、趣味のサークルなどコミュニティに参加している人が 71.2%と、対象者の大半が日頃からコミュニケーションの機会があり、まったくないと回答した人は 3.8%だった。

・主観的健康感とコミュニケーションについて

主観的健康感（疾病の有無にかかわらず自身が健康だと思うか思わないか）をたずねた項目では、健康状態がよい人が 73.1%と高く、あまりよくない、悪い人の合計が 26.9%であった。アンケートを対面で配布したことから、日頃からコミュニケーションの機会を持つ層に偏ったサンプルを抽出した可能性が考えられる。

そこで、コミュニケーションの関係性により、主観的健康感に差はあるのか分析したが、同居人、気軽に話せる家族といった自分に近い関係性、気軽に話せる友人・知人やコミュニティの参加といった自分と対等な関係性のどちらにおいても、関係性を持っている人の方の健康状態がよい割合が圧倒的に高かった。

・対象者のヘルスリテラシー評価（表 3）

これまでの分析で、本調査の回答者の傾向として、コミュニケーションの機会があり、主観的健康感が高い層であることがわかった。中山（令和 4 年）は、ヘルスリテラシーを向上させるためには、特に自分の健康について気軽に話せる場が有効であり、社会的つながりやソーシャルサポートを得やすい環境かどうかはヘルスリテラシーに影響するという。また、村松（令和 3 年）は、ヘルスリテラシーと主観的健康感にプラスの相関関係があると指摘している。

そこで、回答者全体のヘルスリテラシーを確認したうえで、コミュニケーションの性質によるヘルスリテラシーの違いを確認したい。

ヘルスリテラシーのプロセスは、冒頭で示したように、①情報の入手、②情報の理解、③情報の評価、④情報の活用の 4 つに分類され、先行研究（児玉ら、令和 5 年）を参考にヘルスリテラシー評価尺度である HLS-Q12 を一部抜粋し使用した（表 3）。

なお、ヘルスリテラシーのプロセスが進むほど「難しい」と感じる人が多くなると予想し、①情報の入手②情報の理解の質問項目は 1 つ、③情報の評価、④情報の活用は 2 つとした。

表 3 対象者のヘルスリテラシー評価

n = 52

分類	項目	とても 難しい	やや 難しい	やや 簡単	とても 簡単	欠損
1. 情報の 入手	気になる病気の治療に関する情報を見つけるのは	1人 1.9%	11人 21.2%	36人 69.2%	3人 5.8%	1人 1.9%
2. 情報の 理解	健診（血糖・血圧検査など）が必要な理由を理解するのは	0人 0.0%	10人 19.2%	25人 48.1%	16人 30.8%	1人 1.9%
3. 情報の 評価①	メディア（テレビやインターネット）から得た健康リスクの情報が信頼できるかどうかを判断するのは	3人 5.8%	33人 63.5%	10人 19.2%	5人 9.6%	1人 1.9%
4. 情報の 評価②	どの生活習慣（飲酒、食生活、運動など）が自分の健康に関係しているかを判断するのは	0人 0.0%	16人 30.8%	30人 57.7%	5人 9.6%	1人 1.9%
5. 情報の 活用①	家族や友人のアドバイスをもとに、病気から身を守る方法を決めるのは	0人 0.0%	19人 36.6%	31人 59.6%	1人 1.9%	1人 1.9%
6. 情報の 活用②	健康改善のための意思決定をするのは	4人 7.7%	19人 36.5%	25人 48.1%	3人 5.8%	1人 1.9%

全体の傾向として、1. 情報の入手と 2. 情報の理解について「とても簡単」「やや簡単」と回答した人が 75.0%以上で多かった。3. 情報の評価①（メディアから得た健康リスクの情報が信頼できるかどうかを判断すること）は、「とても難しい」「やや難しい」が 69.3%で難しいと感じる割合が高かった。

年齢との関係は、高齢になるほど認知機能が低下するため、情報取得に関する要因などから成人期よりも低くなることが推測されるが、国内では高齢者のヘルスリテラシーが成人

期よりも高いことが報告されている（島田ら，令和 3 年）。本調査でも、各項目で「とても簡単」「やや簡単」と答えている割合が 60～74 歳が一番多く、40～59 歳が最も少ない結果であった。

・コミュニケーションの性質による比較

次に、コミュニケーションの性質によりヘルスリテラシーに違いがあるのか分析した。ここでは、ヘルスリテラシー評価の各項目について「とても簡単」「やや簡単」と答えた人の割合を出し、その割合が 100%に近いほど「ヘルスリテラシーが高い」とした。

まず、同居人は、いない人の方がヘルスリテラシーは高く、気軽に話せる家族も、6. 情報の活用を除く項目で、いない方が高かった。

一方、コミュニティ参加は、6. 情報の活用②で、参加している人の方が高かった。さらに、気軽に話せる友人・知人は、いる人の方が明らかに高い結果となった（図 4）。特に「3. 情報の評価①」「6. 情報の活用②」項目では、両者の差が大きい。今回の調査では、気軽に話せる友人・知人がいない割合が全体の 7.7%で、「いない人」のサンプル数が少ないことも考えられるが、「家族」と「友人・知人」とで傾向に大きな違いがあったことは興味深い。

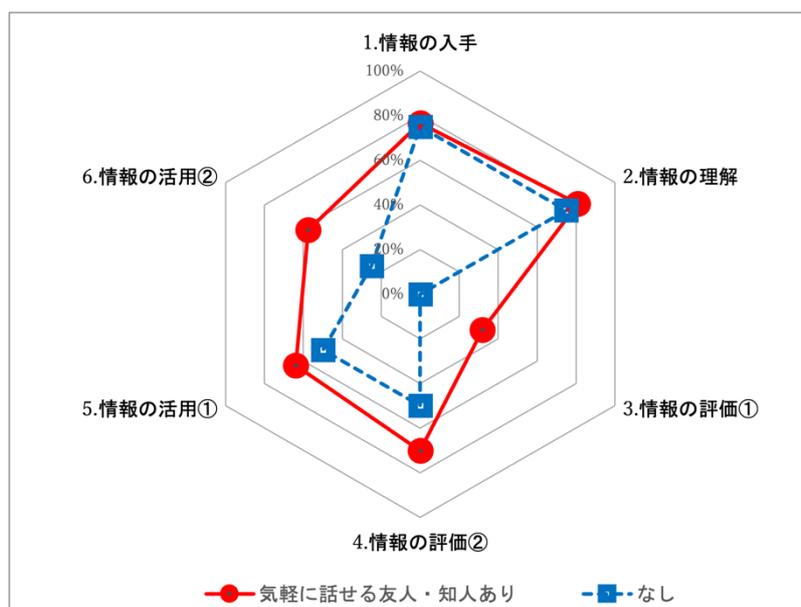


図 4 コミュニケーションの性質によるヘルスリテラシー評価の比較

この傾向の仮説として、家族の場合は、長期的かつ継続的な支援や無条件の愛情といった感情的サポートが期待されやすい反面、近い関係であるゆえに意見の相違が生じたり、家族の考えに誘導されたりする危険性が考えられる。

一方で、コミュニティや友人関係の場合は、共通の興味や価値観に基づいて、自発的なつながりで成り立っている。そこでは家族よりも対等な関係となり、距離感を保ちやすく、相互に多様な情報を共有でき、ヘルスリテラシーのプロセスである③情報の評価や④情報の

活用に大きく寄与していることが考えられる。さらに、コミュニティを通じて、友人・知人という特定の仲間を見いだせた人は、自身のヘルスリテラシーも向上し、より健康的な行動をとっていると思われる。

(2) アンケート回答者への聞き取り

アンケート回収時に、対象者の健康意識やコミュニティへの参加状況などについて聞き取りを行った。聞き取りでは、高齢になるほどコミュニティへの期待や参加意欲が高く、サークル活動を楽しみにしている人が多かった。

健康面については、特に 60 代以上は、「体力が低下し、歩けなくなったら（サークルに）参加ができなくなってしまう」と、歩けなくなることへの不安を訴える声が強かった。30 代で、車通勤のためプライベートでは休日に散歩をしているなど、歩くことを意識している人が一定数いた。

健診の受診は、未受診の一般的な理由として、医療機関へ受診していることがあるが、今回の聞き取りにも同様の意見があった。「自宅までの送迎サービスがあるため町外のクリニックへ通院している。そこで定期的な検査を受けているから十分」（75 歳以上）、「自分の意志ではなく、会社で指導されるため健診を受診している」（30～40 代）の声から、町民へ健診の必要性が正しく伝わっていないことがわかった。

歩数や体重、血圧など自身の健康データの記録については、60 代以上に多い印象を受けた。特に、町の体操教室や社会福祉協議会の健康事業に参加している人は、「毎朝血圧を計測するのが日課」「手帳に歩数を記録していて、たくさん歩いた日は気分がよい」など、健康管理とともに自己肯定感が上がる効果も感じられた。

回答者の年代やコミュニティの参加に関わらず、町内で集まれる場所、いわゆるコミュニティスペースを求めている声が多かった。町民センターやニセコ駅前の中央倉庫群など、町主導で設営されたコミュニティスペースはあるが、町民が利用したい場所や、使い勝手が良いと思う場所とズレがあるかもしれない。高齢者の憩いの場として、公衆浴場の休憩室がよく使われている。利用者の利便性を考え、ターゲットを絞った居場所づくりが必要と考えられる。

6. 今後に向けた保健事業の提案

最後に、本レポートで試みた調査結果を受けて、以下の 3 点の保健事業を提案したい。

(1) ニセコ町商工会、JA ようていと連携した健診受診率向上事業

本町では、令和 5 年度よりニセコ町商工会と連携し、健診受診者に対しインセンティブとして、町内の店舗で使用できる 1,000 円相当分の買物ポイントを付与している。導入後、町民からの評価はおおむね良好なものの、事業の周知不足もあり令和 5 年度の国保特定健診受診率（法定報告）では 29.7%と、令和 12 年度までの目標 40%にはほど遠い。

今回実施したアンケート調査では、コミュニティ参加者や気軽に話せる友人・知人がいる人ほどヘルスリテラシーが高かった。また、聞き取りでは、気軽に集まれる場所を求める声

が多くあり、自分で飲食店を開きたいと考えている方もいた。そこで、商工会と連携のうえ、買物ポイントを使える飲食店のチラシを作成し、町が実施する各種健診の広報時期に合わせて周知したい。

また、職場で健診を勧奨されている人もいたことから、ニセコ町商工会、JA ようていの担当者へ会員・組合員に対して、町の各種健診について会議や集まりなどで周知してもらい、商工会や JA が実施する健康診断を受診している国保加入者も、その結果表を町に提出した場合は、インセンティブ付与の対象とすることで少しでも受診率向上につなげたい。

(2) 既存コミュニティを巻き込んだフットパス事業

市街地区の生活習慣病医療費が全体的に高いことや、高齢者のコミュニティに対する期待・意欲が高いこと、歩くことへの関心を寄せる人が一定数いることから、生活習慣病の重症化予防事業におけるポピュレーションアプローチとして、フットパス事業を提案したい。

ニセコ町は自然豊かな町で四季折々の美しい景色を堪能できることや、参加者と会話を楽しみながらゆったりとしたペースで地域を歩くことができる。筆者もニセコ町に移住以来、その魅力にはまったひとりで、歩くことが健康に寄与する以上に、参加者とのコミュニケーションが楽しいと感じている。

事業実施にあたっては、ニセコフットパス協会にフットパスのコース案内や注意点の指導などの協力をお願いするほか、市街地区の既存コミュニティである「中央元気かい（自治会が母体のコミュニティ）」や、町が主催している健康事業を中心としたコミュニティ等と連携したい。フットパスが単発のイベントではなく日常の楽しみとなるよう、コミュニティの皆さんとともに事業が継続できるやり方を工夫したい。

(3) 市街地区、川北地区を健康アプリの導入モデル地区に

町では、新たな生活習慣病予防事業として、国保加入者を対象に健康アプリの導入を検討している。市街地区と川北地区の生活習慣病医療費が有為に高かったことから、この 2 地区を導入モデル地区に設定したい。

健康アプリを導入している多くの自治体では、ウォーキング歩数に応じたインセンティブの付与など、ポピュレーションアプローチを中心に事業展開をしている。しかし、本町においては、重症化リスクの高い人をターゲットとしたハイリスクアプローチに重きを置くべきだろう。従来のハイリスクアプローチは、保健師や管理栄養士が電話などで個別に生活状況の確認や医療機関の受診勧奨などを行い、求められる仕事量に対するマンパワー不足が課題であった。その補助的役割として、健康アプリによる個人の健康データの記録や健康コラムの配信を活用したい。

7. おわりに

人々が自発的、自主的に健康行動をとれるようにするには、その基本能力としてヘルスリテラシーが重要となる。本レポートでは、このヘルスリテラシーの向上に、コミュニティや友人といった「他者とのつながり」が大きく影響していることが示唆された。それは、家族

といった近い距離、強い結びつきによる関係とは違ったところにある、自発的な自由度の高い、対等なつながりであり、かけがえのないものである。

しかしながら、他者とのつながりを持ち、ヘルスリテラシーについて理解力の高い人が誰でも健康行動をとれるわけではない。本アンケートの結果からも「②理解」「③評価」と「④活用」の間には差があることから、このような「わかっているけど行動に移せない人」をどのように支援すれば健康行動につながるのかを探究していくことが、今後の重要課題だといえる。

本レポート作成にあたり、アンケート調査および聞き取りにご協力くださった町民の皆様に心より感謝申し上げます。

【参考文献】

- ・ニセコ町第 3 期国民健康保険データヘルス計画

https://www.town.niseko.lg.jp/resources/output/contents/file/release/3500/39047/R06_datahealth_project.pdf

- ・中山和弘「これからのヘルスリテラシー 健康力を決める力」(株)講談社, 令和 4 年
- ・畝博「農村における生活習慣と生活習慣病有病率の地域差に関する疫学研究」厚生労働科学研究機構補助金(健康科学総合研究事業)平成 16 年度総括研究報告書, 平成 17 年
- ・内田昭夫「農村における食習慣・労働の実態と健康との関連に関する研究」日農医誌 41 巻 4 号, 平成 4 年
- ・村松容子「ヘルスリテラシーが主観的健康感にあたえる影響」第 68 巻第 13 号厚生の指標, 令和 3 年
- ・児玉悠希, 芳賀邦子, 時田礼子, 大山一志, 岸田るみ, 金子仁子「高齢者を対象とした日本語版 HLS-Q12 に関する尺度評価」第 70 巻日本公衛誌第 4 号, 令和 5 年
- ・島田広美, 川上和美, 岡本美代子, 野崎真奈美「都市在住高齢者のヘルスリテラシーの実態」医療看護研究第 18 巻第 1 号, 令和 3 年