

# 生活習慣病対策としてのヘルスプロモーション

島根県県央保健所 中本 稔  
nakamoto-minoru@pref.shimane.lg.jp

運は一瞬、縁は一生。  
やっぱ、運より縁でしょう。縁の国しまね

## 県央保健所の管内概況

- 管内市町 1市3町
- 管内人口 54,723人、高齢化率40.3% (H27年国勢調査)  
大田市 35,335 (高齢化率38.3%) 川本町 3,491 (高齢化率44.4%)  
美郷町 4,840 (高齢化率44.6%) 邑南町 11,057 (高齢化率43.1%)
- 医療機関数(H.28.4.1現在)  
病院 4 一般診療所 73 歯科診療所 24
- 病床数  
精神 168床  
結核 - 床  
感染症 4床  
療養 178床  
一般 378床  
合計 728床



## 地域保健対策の推進の基本的な方向 (平成24年改正)

- ソーシャルキャピタルを活用した自助及び共助の支援の推進
- 地域特性をいかした保健福祉の健康なまちづくりの推進
- 医療、介護及び福祉等の関連施策との連携強化
- 地域における健康危機管理体制の確保
- 学校保健との連携
- 科学的根拠に基づいた地域保健の推進
- 保健所の運営及び人材確保
- 地方衛生研究所の機能強化
- 快適で安心できる生活環境の確保
- 国民の健康増進及びがん対策等の推進
- その他

## 地域対策の推進に関する基本的な指針(H24) 保健所の運営

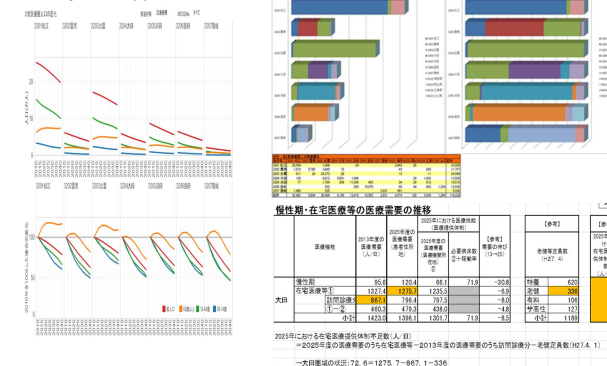
- 健康なまちづくりの推進
- 専門的かつ技術的業務の推進
- 情報の収集、整理及び活用の推進
- 調査及び研究等の推進
- 市町村援助、市町村相互の連絡調整
- 健康危機管理の拠点としての機能強化
- 企画及び調整の機能の強化

政令市・特別区保健所は保健センター及び福祉部局との情報交換等の有機的な連携

## 地域医療介護総合確保推進法 平成26年6月18日成立

- 新たな基金の創設と医療介護の連携強化  
消費税増税分(H26は904億円、H27は介護事業と)
- 効率的かつ効果的な地域医療提供体制の確保  
病棟ごとの病床機能報告  
都道府県は医療構想を策定  
構想に沿う施設整備やソフト事業を基金で助成
- 地域包括ケアシステムの構築と費用負担の公平化  
予防給付を地域支援事業に、特養は要介護3以上  
低所得者の保険料軽減拡充  
一定以上の収入ある利用者は2割負担に

## 事例 島根県県央保健所 データの活用は 県庁と保健所



## 地域包括ケアシステムの構築について

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目的に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を実現。
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、高齢化の進展状況には大きな地域差。
- 地域包括ケアシステムは、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。



浜田市国保診療所連合体(浜田保健所管内)  
[http://www.city.hamada.shimane.jp/etc/kokuho\\_clinics/index.html](http://www.city.hamada.shimane.jp/etc/kokuho_clinics/index.html)  
(ブログ) シロイルカ診療所のまめで生きよう  
[http://blogs.yahoo.co.jp/shiiroruka\\_clinic\\_2009](http://blogs.yahoo.co.jp/shiiroruka_clinic_2009)

- あさひ診療所
- 波佐診療所
- 弥栄診療所
- 大麻診療所 (小国出張所)
- 浜田医療センター
- 後期臨床研修 家庭医プログラム

健康課題は大きい、生活に根差し、住民を支援するプライマリーケアを進める。

## 1. 健康習慣や生活習慣病をどうみるのか

## WHO 自主的なグローバル目標 2025年

### 死亡率および罹患率

- ・ NCDによる早期死亡 相対的に25%低下

### 危険因子

#### 行動危険因子

- ・ 過度な飲酒を相対的に10%以上、低下させる。
- ・ 運動不十分な人の割合を相対的に10%低下させる。
- ・ 食塩/Na摂取量の平均摂取量を相対的に30%低下させる。
- ・ 15歳以上人口の喫煙率を相対的に30%低下させる。

#### 生物学的危険因子

- ・ 高血圧有病率を相対的に25%低下させる。
- ・ 糖尿病と肥満の増加を止める。

### 国のシステム

- ・ 適格患者の50%以上が心臓発作、脳卒中を防止するための薬物療法 or カウンセリング(血糖コントロールを含む)を受ける。
- ・ 公的病院と民間病院の両方に、価格が手ごろな基本的技術及びジェネリック医薬品を含む基本的医薬品の80%が利用可能であることが、主要NCDの治療に必要。

(WHO Executive Board Report 132/6 30/Nov/2012)

## 下流の溺れる人を助ける医療

実は、上流で川に落ちる人がいる。

川に落ちないようにすることが大事。

交通事故死が減ってきた理由は？

3次救急医療だけではない。

エアバッグ、シートベルト、ヘルメット

アンチロックブレーキ、横滑り・追突予防装置、リッター

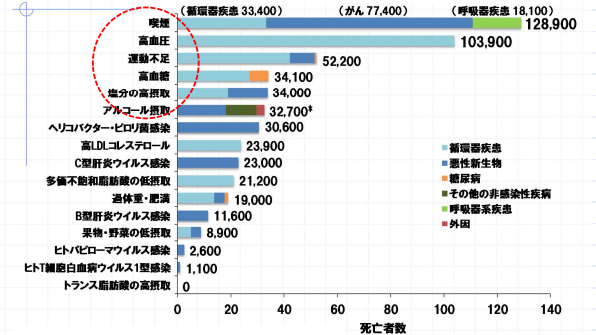
速度規制、歩車分離、飲酒運転罰則強化

過労運転防止、複数運転士

救急搬送、レスキュー、DMAT

### 我が国の健康をめぐる現状⑦

わが国におけるリスク要因別の関連死亡者数－男女計(2007年)



(Koda N. et al: PLoS Med. 2012; 9(11): e1001160.)

## ほかの習慣も課題は大きい

### 外来の「療養指導」では限界

おいしい食材や嗜好品がたくさんある中、  
DMIにならない、DMがコントロールできる  
地域社会ができないか。

高血圧、がん、認知症、  
依存につながるたばこ、アルコールを、  
制限できる社会にならないか。

塩分摂取を毎日の食から考えさせられる  
「減塩のまち」呉市

## 生活習慣病予防に行政が取り組むのは？

生活習慣が身に付くのは、日常から。

食育・体育、事故予防など「学び」「文化醸成」

医療現場(2次予防)では、限界にきている。

臨床医(専門医)は不足。

一方で医療費高騰「資源確保」

効果的な予防活動が行政課題

ヘルスプロモーションの視点

協働(自助や公助だけではない共助)

### 我が国の健康をめぐる現状⑨

経済格差が習慣の違い、健康格差に。  
経済の所得の違いにより、肥満や生活習慣に差

	世帯所得			
	200万円未満	200万円以上 600万円未満	600万円以上 200万円未満**	200万円以上 600万円未満**
所得または平均				
肥満者の割合(男性)	31.5%	30.2%	30.7%	
(女性)	25.0%	21.0%	13.2%	★
2. 習慣的な朝食欠食者の割合(男性)	20.7%	18.6%	15.1%	★
(女性)	17.6%	11.7%	10.5%	★
3. 野菜摂取量(男性)	256g	276g	293g	★
(女性)	270g	278g	305g	★
4. 食塩摂取量(男性)	10.9g	11.7g	11.4g	
(女性)	9.6g	10.0g	10.1g	★
4. 運動習慣のない者の割合(男性)	70.6%	63.7%	62.5%	★
(女性)	72.9%	72.1%	67.7%	★
5. 現在習慣的に喫煙している者の割合(男性)	37.3%	33.6%	27.0%	★
(女性)	11.7%	8.8%	6.4%	★
6. 飲酒習慣者の割合(男性)	32.6%	36.6%	40.0%	★
(女性)	7.2%	6.4%	8.0%	
7. 睡眠の質が悪い者の割合(男性)	11.1%	11.8%	10.8%	
(女性)	15.9%	15.4%	11.4%	★

資料：平成22年国民健康・栄養調査

## 健康格差対策の7原則

### 医療科学研究所

- 1.健康格差縮小のための理念・情報・課題の共有
- 2.貧困層等の社会的不利な人への配慮強めつつ、すべての人を対象にした普遍的な取り組み
- 3.胎児期から生涯にわたる経験と世代に応じた対策
- 4.長・中・短期の目標設定と根拠にもとづくマネジメントPDCA
- 5.国・自治体・コミュニティなどそれぞれの特性と関係の変化を理解した重層的な対策
- 6.住民、NPO、企業、行政各部門など多様な担い手をつなげる
- 7.コミュニティづくりをめざす健康以外の他部門との協働

## 健康格差対策5つの視点

- 1 新しいポピュレーションアプローチ
- 2 「見える化」による課題共有とPDCA
- 3 横断的・縦断的な組織連携
- 4 健康に関心な人にも効果的な戦略
- 5 ライフコースにわたる対策

近藤尚己「健康格差対策の進め方」医学書院2016

## 臨床とヘルスプロモーション

生活習慣病施策はこれまで(今でも)

2次予防、3次予防が中心(臨床そして福祉)

患者個人や家族マネジメント

発症予防やPopulation Strategy では、

1次予防(0次予防?)が必要(保健)

行動科学の視点からEmpowermentは大事

Self, Peer, Community Empowerment

計画行政として「健康教育」からヘルスプロモーション理論

成人型学習＝学習者も自らがまちづくり参加

## ソーシャルキャピタル(社会関係資本)

「ひと」「もの」「かね」で表せない関係性

互いに信頼し助け合う(互酬性規範)  
交流する機会や場がある(ネットワーク)  
「ご近所の底力」「共同体」

ソーシャルサポートやソーシャルネットワークと重なる概念

結合型SC 階級や人種「似たもの」  
橋渡し型SC 「似たもの」を超える関係性

がん死亡の地域差を説明する(尾島2009)

## 7つの健康習慣(Breslow 1980)

たばこはすわない  
定期的な運動をする  
飲酒は適度か、しない  
睡眠7, 8時間  
適正体重を保つ  
毎日朝食をとる  
間食はしない

7つ持つ男(女)性は  
0-3つの男(女)性は  
28(43)%の死亡率  
(9.5年間の総死亡)

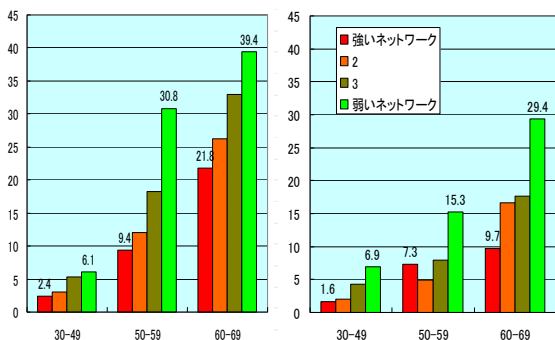
## 主観的健康感(Kaplan 1983)

あなたの健康状態はつぎのうちどれですか？

とても健康  
まあまあ健康  
ふつう  
健康でない

10年後の生存率は  
「とても健康」の人は98%  
「健康でない」は61%

## 社会的ネットワーク指標別にみた性別年齢別死亡率(Berkman&Syme 1979)



## あなたの身のまわりに 次のような人々がいらっしゃいますか？

(当てはまるすべてに○を)

1. 会うと心が落ち着き安心できる人
2. 気持ちの通じる人
3. あなたの日頃を評価し、認めてくれる人
4. 経済的に困っているとき、頼りになる人
5. あなたが病気で寝込んでいるときに、身のまわりの世話をしてくれる人
6. 困ったとき、手助けをしてくれる人

(三重県民1万人アンケートから)

## 気心が知れた仲(岐阜県N市60-79歳n=786)

気心が知れた仲(他者1961人)

「気心が知れた」他者の年齢 60代 51% 70代 31%  
知り合ったきっかけ  
男性回答者 近所23% 学校26% 職場23%  
女性回答者 近所36% 学校17% 職場14%  
知り合ってから期間 20-40年35% 40-60年33%  
家までの距離 5分未満36% 5-10分33%  
会う頻度 毎日12% 週1以上31% 月1以上40%  
男性回答者 女性回答者  
いっしょにいてほっとする 78% 87%  
ちょっとした用事をしてくれた 47% 48%  
家族ぐるみのつき合いがある 44% 34%

一方で「気心が知れた他者」がいない人

男性 22.1% 女性 12.9%

(古谷ら、老年社会科学29(1)58-64、2007)

## 地域への愛着尺度

(酒井ら、日本公衆衛生誌、63(11)664-674、2016)

対象 東京近郊 n=583、平均年齢60.4±5.4才、男44.9%女55.1%  
持ち家(戸建59%、集合33%)、賃貸(戸建0.7%、集合7%)  
居住平均21.6±12.9年

地域愛着の尺度4軸(因子分析)

「居場所・役立ち、生きるための活力」

この地域で元気、楽しみ、生きがい

「関係」

人とのつながりが大切、挨拶世間話、行事

「安心・居心地」

自分らしく暮らせる、安心、居心地良い、大切な思い出

「誇り」

町を良くしたい、良さを守りたい、住民であること誇りに思う

4軸はそれぞれ、「ソーシャルサポート」「居住年数」「持ち家」「地域活動への参加」と相関(p<0.01、p<0.001)

「病気がない」だけではなく、  
自覚的健康感、満足感、関係性が  
予後や幸福(QOL)を決める

夢に向かって自身が向上している

自己効力感が満足感に

「私って案外役に立っている」

毎日の生活の中で、なにかしら誰かと

つながっている感覚 「おたがいさま」

Empowerment & Support

仮に病気や障害をもってても役立ち、生きがい感

Engagement

「おかげさま」

## 関係性 ソーシャルキャピタル

「おたがいさま」の感覚  
支え・支えられのお付き合い

信頼できるご近所か  
ご近所から信頼される私か？

この関係性が強いほど  
健康で、長生き。がん死亡が少ない。

関係性を高めるには何が大事？

縁運  
はは  
一  
生瞬、



## 2-1 プライマリヘルスケアPHC ヘルスプロモーションHP

## ヘルスプロモーションの流れ

1946 WHO Definition of Health  
 1958 Leavel HR, Clark EGによる Preventive Medicine  
 Primary prevention  
 1978 WHO; **Primary Health Care**, Alma Ata  
 1979 US; Healthy People, 226 objectives  
 1982 WHO; Health for All 2000  
 1986 WHO; **Ottawa Charter for Health Promotion**  
 Healthy City  
 1990 US; Healthy People 2000,  
 '00 Healthy People 2010  
 1992 UK; the Health of the Nation,  
 '98 Our Healthier Nation  
 2005 WHO; **Bangkok Charter for Health Promotion**

## プライマリヘルスケア 1978 アルマアタ

すべての人々に健康をHealth for All(HFA)  
 それぞれの国の発展状態にあわせて、  
 その国の住民が第1次的に受診(利用)できる  
 最高のケアサービスを議論  
 (健康上のニーズは時代、地域によって変化)  
 PHC4原則  
 ①ニーズ指向、②住民の主体的参加、  
 ③資源の有効活用、④協調統合  
 プライマリケア(PC、1次医療)とは異なる

## プライマリヘルスケア 1978 アルマアタ

### 必須8項目

栄養不良  
 飲料水  
 衛生  
 母子・家族計画  
 予防接種  
 流行病、  
 健康教育

(ここにHealth Promotion)

一般的疾病・外傷の治療  
 (必須薬剤の整備)

### 追加項目

精神衛生  
 歯科  
 障害者  
 老人  
 環境汚染  
 女性

ヘルスプロモーションとは  
 人びとが、自らの健康とその決定要因を  
 コントロールし、改善することができるよう  
 にするプロセスである。

(Kickbusch(1984), バンコク憲章(2005))



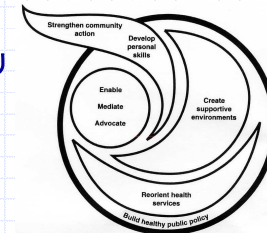
## Ottawa Charter for Health Promotion 1986

### プロセス

①唱道 ②能力の付与 ③調停(協働)

### 活動方法

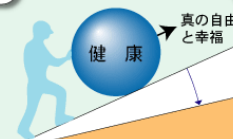
- ①健康的な公共政策づくり
- ②健康を支援する環境づくり
- ③地域活動の強化
- ④個人技術の開発
- ⑤ヘルスサービスの方向転換



### [生涯健康生活習慣づくり] Life long for health

アメリカ型  
私的  
医学的方法  
ライフスタイルづくり  
個人のパワー

リスクファクター重視



### [健康生活の場づくり] Settings for health

ヨーロッパ (WHO) 型  
公的  
社会科学的方法  
環境づくり  
坂道をゆるやかにする

ハビネスファクター重視

ヘルスプロモーション活動

「健康的な公共政策を確立する」

- ヘルスサービスの方向転換
- 個人技術の開発
- 地域活動の強化
- 健康を支援する環境づくり
- 健康的な公共政策づくり

## バンコク憲章(2005)

- **唱道**：人権と連帯意識に基づいた健康を唱道すること
- **投資**：健康の決定要因に焦点を当てた持続的な政策、活動そして社会的基盤に投資すること
- **能力形成**：政策開発、リーダーシップ、ヘルスプロモーションの実践、知識移転や研究、そして健康識字のための能力を形成すること
- **規制と法制定**：すべての人の健康とwell-beingを達成するため、有害なものから高水準の保護と、平等な機会を保障するための規制と法律を制定すること
- **パートナー**：持続的な活動を創造するためにパートナーと公的組織、民間組織、非政府組織そして市民社会による同盟をつくること

[http://www.jshp.net/HP\\_kaisetu/kaisetu\\_head.html](http://www.jshp.net/HP_kaisetu/kaisetu_head.html)

## 唱道

人権と連帯意識に基づいた健康を唱道すること

健康で文化的な生活を目指す意思表示  
 まちで見かける健康志向

不健康な唱道が不健康を呼び込む例は？

## 投資

健康の決定要因に焦点を当てた持続的な政策、活動そして社会的基盤に投資すること

### 健康や健康政策への投資の例

#### 個人・家庭レベル

健全な労働、栄養、運動、余暇  
正しい知識の習得のための学習  
非暴力

#### 地域レベル

食生活改善推進委員、保健委員の養成  
健康増進施設、医療機関の設置、上下水道、流通交通も

#### 社会全体

健康政策の策定と実施のしくみ、予算の分配  
戦争をしない憲法、武力を持たない、関係づくり

## 能力形成

政策開発、リーダーシップ、ヘルスプロモーションの実践、知識移転や研究、そして**健康識字**のための能力を形成すること

健康教育、健康学習

生きる力、健康を選ぶ力、折れない心=SOC

理論研究や実践

不健康の力はどこから？

## 法規制

すべての人の健康とwell-beingを達成するため、有害なものから高水準の保護と、平等な機会を保障するための規制と法律を制定すること

公害対策 公害の定義、安眠を妨害する騒音・振動

喫煙(分煙) 未成年には禁煙

自死対策 過労自殺の予防(労働安全衛生法)

予防接種 感染症法

麻薬対策 取締法

## パートナー・協働

持続的な活動を創造するためにパートナーと公的組織、民間組織、非政府組織そして市民社会による**同盟**をつくること

健康をめざす人々の連帯

断酒会「禁酒、がんばるぞ！」

がん予防のための運動 ピンクリボン

タニタの食堂

不健康の連帯？ 今や少数派になった喫煙

## 健康格差をなくす健康市民活動

### ◆ 身体への関心

健康維持の秘訣を、一人ひとりが持つ

習慣だって一人ひとりちがっていい

### ◆ 病気の理解

自分に当てはめたとときの治療や**予後**、支え

かかりつけ医とよく相談

### ◆ 将来の夢を分かち合える人つき合い

安心できる家族、ご近所づきあい

評価してくれる友人「元気かね？」「お達者で」

### ◆ 自助、共助、公助の助け合い「だんだん」

## 医師にかかる10箇条

(ささえあい医療人権センターコムル)

- 1 伝えたいことはメモして準備
- 2 対話の始まりはあいさつから
- 3 よりよい関係づくりはあなたにも責任が
- 4 自覚症状と病歴は、あなたの伝える大切な情報
- 5 これからの見通しをききましょう
- 6 その後の変化も伝える努力を
- 7 大事なことはメモをとって確認
- 8 納得できないときは何度でも質問を
- 9 医療にも不確実なことや限界はある
- 10 治療方法を決めるのはあなたです

ささえあい医療人権センターCOMLホームページ

<http://www.coml.gr.jp/>

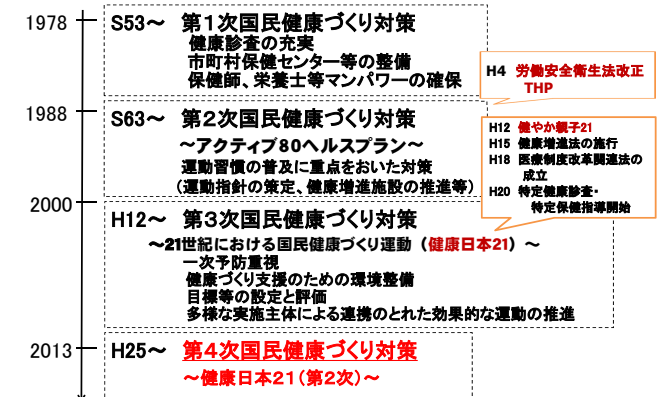
## ソーシャルキャピタル(Social Capital)とは？

人々の**協調行動**を活発にすることにより、社会の効率性を高めることのできる「**信頼**」「**規範**」「**ネットワーク**」といった社会組織の特徴

物的資本(Physical Capital)や人的資本(Human Capital)などと並ぶ新しい概念 <Robert Putnumの定義から>

## 2-2 日本の健康づくり

## 健康づくり対策の流れ



## 日本の健康づくり政策(2) 栄養・運動・休養

- 1985 健康づくりのための食生活指針
- 1989 健康づくりのための運動所要量
- 1990 食生活指針 対象特性別 (成人病予防、成長期、女性、高齢者)
- 1993 健康づくりのための運動指針
- 1994 健康づくりのための休養指針
- 1997 年齢対象別身体活動指針 (成長期、青壮年期、高齢期、女性)
- 2000 食生活指針

## 健康日本21計画

**目的** すべての国民が健やかで心豊かに生活できる活力ある社会とするため、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸及び生活の質の向上を実現すること

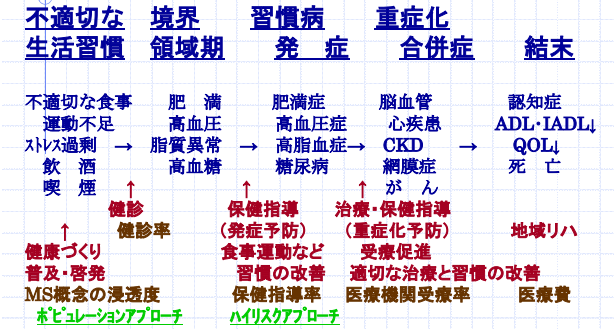
**期間** 2010(2012)年度まで 2005年度に中間評価

**基本方針**

- ①1次予防重視
- ②健康づくり支援の環境整備
- ③目標の設定と評価
- ④連携のとれた効果的な運動の推進

栄養・運動・休養・喫煙・飲酒・歯・糖尿病・循環器・がん 都道府県計画、市町村計画も策定

## 内臓肥満に着目した (平成20年より) 生活習慣病発症重症化の流れと予防

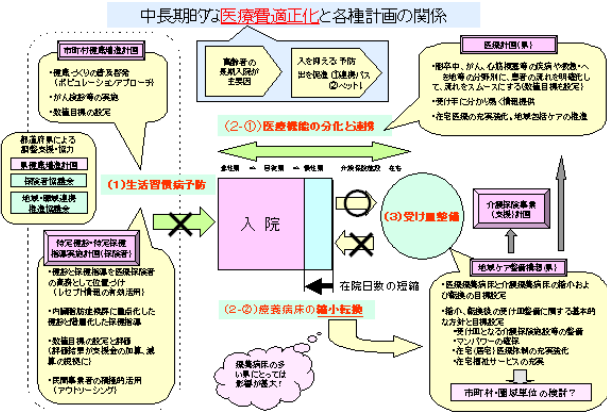


## 日本の健康づくり政策(3) 栄養・運動・休養

- 2002 健康増進法
- 2003 健康づくりのための睡眠指針
- 2004 食育基本法
- 2005 食事バランスガイド
- 2006 健康づくりのための運動基準・指針 (エクササイズガイド)
- 2013 健康づくりのための身体活動基準・指針 (アクティブガイド)

## 健康増進法2002年

- (国民の責務)**
- 第二条 国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない。
- (都道府県健康増進計画等)**
- 第八条 都道府県は、基本方針を勘案して、当該都道府県の住民の健康の増進の推進に関する施策についての基本的な計画(以下「都道府県健康増進計画」という。)を定めるものとする。
- 2 市町村は、基本方針及び都道府県健康増進計画を勘案して、当該市町村の住民の健康の増進の推進に関する施策についての計画(以下「市町村健康増進計画」という。)を定めるよう努めるものとする。
- 3 都道府県及び市町村は、(以下略)



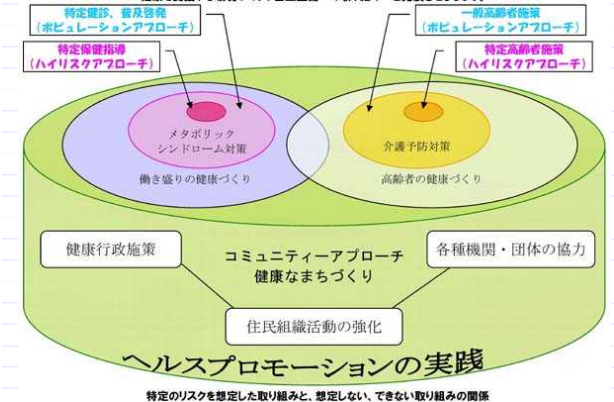
## 健康日本21計画の最終評価

- 栄養 男性肥満は増加 野菜摂取↓ 朝食欠食↑
- 運動 日常歩数↓ 運動習慣者→
- こころ 睡眠改善 ストレス悪化 自殺者数→
- たばこ 知識、未成年喫煙、分煙改善
- 酒 大量飲酒者→ 未成年飲酒改善
- 歯 う歯数改善 8020(6024)目標達成
- 糖尿病 有病者↓ 合併症発症者↑
- 循環器 有病者改善 死亡率↓
- がん がん検診受診50%未達成

## 第4次国民健康づくり運動

- ①社会経済の変化への対応 関係性再構築、絆・助け合い 人生の質向上 すべての世代の健やかな心を支える社会再構築
- ②科学技術の進歩を踏まえた効果的なアプローチ エビデンスに基づく目標、健康データから確実に効果を、最新技術を視野に
- ③新規重点課題 休養こころの健康づくり(睡眠、うつ病) 生活習慣病予防、高齢者や女性の健康 肺年齢の改善(COPD、たばこ)

## ヘルスプロモーションとハイリスクアプローチ





生活習慣病対策は  
ポピュレーション  
アプローチ  
が大事



### メタボリックシンドロームは 新しい病気ではない

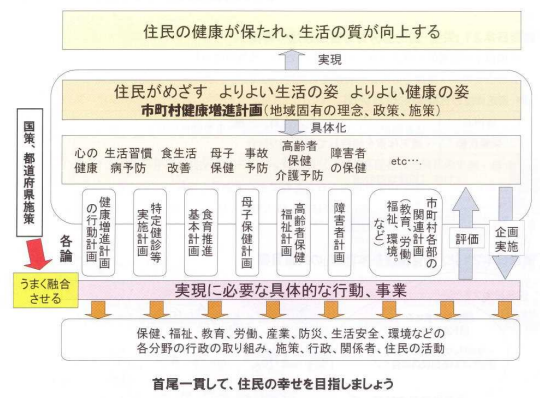
- ◆内臓肥満 + 肥満症
- ◆血圧高値 + 高血圧
- ◆高血糖 + 糖尿病
- ◆脂質異常 + 高脂血症 (それぞれ診断基準あり)

単独では「心配ない」範囲でも、組み合わせで危険度が増える。  
(例 相対危険が1.2のリスクが4つそろると  $1.2^4 = 2.07$ )  
特定保健指導は 早期に生活習慣の見直し、行動変容をめざす。

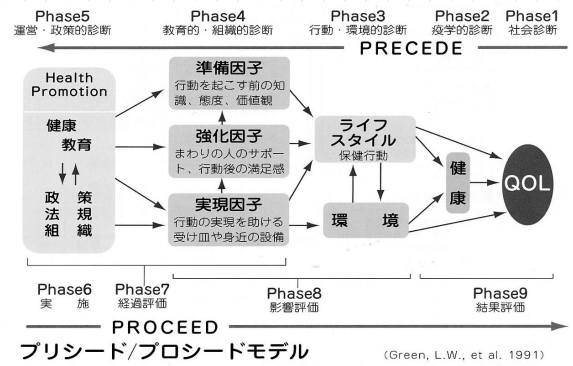
### 3. 計画行政としての地域保健

- 科学的な根拠に基づく健康施策
- 疫学、保健行動科学
- 主体者の地域住民と行政の事業(税配分)説明責任
- 資源(予算や人材)がない中
- 効果のある事業(outcomeは幸福度up?)
- 計画行政のひろがり
- 計画(P)、実施(D)、評価(C)、見直し(A)
- モニタリング(プロセス、アウトプット、アウトカム)は説明責任

### 市町村の総合(基本)計画と関連



### PRECEDE-PROCEEDモデル (Greenら 1991)



### 保健活動の評価指標の構造(生活習慣病対策の例)

<b>Quality of Lifeの指標</b>	生活満足度や生きがい、エンハワメント、自尊感情等	アウトカム指標
<b>健康の指標</b>	健康寿命、主観的健康度、年齢調整死亡率、罹患率(受療率)、健診有所見率、要介護認定率	関係性の指標
<b>生活習慣や行動の指標</b>	生活習慣(6つの領域)、特定健診・がん検診受診率、ワクチン接種率等	社会参加の指標
<b>学習の指標</b>	生活習慣等についての知識や態度、健康習慣の実践技術、コミュニケーション技術	組織・資源環境の指標
<b>保健活動の質と量の指標</b>	普及啓発事業の回数、参加者数、住民組織との協働の状況、住民組織への支援、関係機関との連携の状況	ストラクチャー
<b>基盤整備の指標</b>	保健活動に必要なマンパワーの増員や施設整備、連携のための協議会等の設置、制度づくり、条例等の法制化	プロセス指標

※ ソーシャル・キャピタルの指標

### 4. 健康教育の考え方

### ストレス対処能力 首尾一貫感覚 SOC(Sense of Coherence)(Antonovsky 1979)

- 人の身に染み付いており揺れ動くものであるが、持続する(3つの)確信(感覚)により表現される社会(生活)規模の志向性
- ①把握可能感「わかる」  
自身の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた予測と説明が可能なものという確信(「この先はどうなる」等、ストレス状態を落ち着いてみる事ができる感覚)
  - ②処理可能感「できる」  
その刺激がもたらす要求に対応するための資源は、いつでも得られるという確信(ストレスへの対応や処理方法が何かしらあるという感覚)
  - ③有意味感「やるぞ」  
そうした要求は挑戦であり、心身を投入し関わるに値するという確信(「今、私は試されている」、これを自己肯定につなげようという感覚)

### ライフスキル(Life Skill)

- ◆教育プログラムの開発 学校とくに「こころ」
- ◆「生きる力」PPモデルでは実現因子?
- ◆5領域
- 意思決定と問題解決
- 創造的思考と批判的思考
- コミュニケーションと対人関係スキル
- 自己認識(自己能力、自己肯定感)と共感
- 感情への対処とストレスへの対処
- 精神科領域ではSocial Skill Training

## 成人型学習(Andragogy)

M. Knowles (1980)

1. 外圧ではなく内的動機(自己主導型)
2. 学びの資源となる経験を既に体験済み
3. 日常生活に生かすこと、問題解決を好む
4. 自己効力感(Self-Efficacy)
5. プログラム作成から、互いに作り上げる  
(構成主義)
6. 実践、振り返り(反省)、実践  
(ハーバード大学の医師研修から)

## 悪い教育(洗脳?)の例 消費者対策 ある広告代理店の戦略

- 1 もっと消費させろ 知らないうちに、
- 2 捨てさせろ 企業やメディアに
- 3 ムダ使いさせろ 踊らされていないか。
- 4 季節を忘れさせろ 流行にのることが、
- 5 贈り物をさせろ 必要なのか。
- 6 コンビネーションで使わせろ 健康にやさしい、
- 7 きっかけを投じる 俺流があってもいい。
- 8 流行遅れにさせろ 一人ひとりがしっかり
- 9 気安く買わせろ 考える「力」が大事。
- 10 混乱をつくり出せ

出典 小澤徳太郎「スエーデンに学ぶ持続可能な社会」朝日新聞社2006年

## 行動変容には「共助」が大切 石川県小松市健康支援プログラム(血圧)

- 男性の血圧低下  
収縮期BP  
(通信群>個別面接群>グループ支援群)有意差なし  
拡張期BP  
個別面接>通信(>グループ支援)
- 女性の血圧低下  
収縮期BP  
グループ支援>通信(>個別面接)  
拡張期BP  
(個別面接=グループ=面接)有意差なし  
(三浦ら、日本公衆衛生雑誌53巻8号533-542,2006)

## 行動変容には「共助」が大切

秋田県南外村65歳以上高齢者追跡調査(運動)

- 運動習慣なし者が運動開始する要因(ロジスティック回帰分析)
- 男性(n=284)  
グループ活動有(OR1.24)
- 女性(n=432)  
グループ活動有り(13.2)、歩速度早い(2.21)
- 運動習慣あり者が運動継続する要因(同上)
- 男性(n=72)  
G活動(25.9)、健康感(7.01)、痛み(0.10)、  
肥満(0.18)、外来通院(4.88)
- 女性(n=61)  
趣味(9.98)、G活動(7.27)、肥満(6.61)
- (吉田ら、老年社会科学28巻3号348-358、2006)

## お互いさまが長生きの秘訣

自覚的健康感を説明する因子(重回帰分析)

- 人と人とのネットワーク(ソーシャルキャピタル)が健康を高める
- 「急変時すぐの医療機関があって安心」は  
「互いに気軽に挨拶を交わし合う」  
「この地区は安全」  
「誰かが助けを必要としたら、近所の人は手をさしのべる」  
と同程度の指標
- 「お宅の暮らし向きは豊かですか」より強く「健康」と関連  
経済格差よりもあたたかな関係が大事 (^\_^)V
- (藤澤ら、厚生指標54(2)18-23,2007)

## ソーシャルキャピタルは健康につながる? (Kawachi&Berkman 2000)

- 1 健康に望ましい行動を促す  
地域の規範が、受動喫煙を予防
- 2 まとまりの良さが健康行動に  
スポーツ仲間がさらに運動
- 3 心理的プロセス  
近隣との信頼関係は安心安全、見守りも
- 4 行政への参画  
投票率が上がれば、健康施策につながる。

## 医学(社会医学?)の二面制

- ◆ 個の対応 = 治療、看護、介護を行う  
患者(クライアント)や家族の幸福追求  
keyword 健康危機対応
- ◆ 公の対応 = 事業、制度や法律、規範  
「公共の福祉」に沿ったシステム(制度)づくり  
集団や地域、国家などの幸福?健全さ?  
keyword 関係性の再構築

## 地域の元気と癒し

Community Empowerment & Healing

- ◆ Community Nurseは  
関係性の改善によって、  
癒しのプロセスにいる地域住民を援助する。  
(B. Leonard 2000)
- 「不便」はあっても「癒し」「元気」があれば、  
健康長寿。  
「おたがいさま」「おかげさま」の関係性  
~なつかしのくに 石見~

## 5. まちづくりのポイント

- 生きいきと暮らしていける
- 自己実現 地域社会(職場も)での居場所、役立ち感  
生涯現役 老若男女 障害有・無 生産・消費
- このまちが好きだ  
まちをよく知っている、このまちで幸福になれる  
愛する家族・仲間がいる  
「アナタがいるだけでうれしい西宮」(西宮・B型人間)
- 安心・安全 便利  
事故・犯罪予防 バリアフリー 集まり動き  
相互理解・共有(ソーシャルキャピタル「おたがいさま」)



## 健康づくりでは

- ◆主役は 住民自身です。なぜなら、
  - ◆習慣は 毎日の繰り返し だからです。
  - ◆健康は 特別なことではなく、身近なところに。  
身体的、精神的、そして社会的健康+スピリチュアル  
一人ひとりが何かしらの健康習慣を持つ。
  - ◆あなたの夢は みんなの夢とつながっていますか。
  - ◆支え合いのこころ 環境づくり=まちづくり
  - ◆「おたがいさま」「おかげさま」の関係づくり
- 行政は地域生活を支援=関係性の再構築
- 「地域力」を高める工夫をすすめるのが仕事  
(一人ひとりの「生きる力」を高める共助、公助)

## 地域保健活動は

これまで、これからも

**疾病の予防活動は大事**(行政が行う個別の事業)  
**健康診断、がん検診、認知症予防・介護予防教室**  
**地域づくり(まちづくり)の視点**(行政+地域の住民)  
このまちで生き生きと暮らすことができるか

地域力「ご近所の底力」「お互いさま」  
それぞれの地区でウォーキングを勧めることも大事  
まちの仲間と、まちを見る、体を動かす幸せ



ソーシャルキャピタルの醸成が  
健康なまちづくりの目標  
自助、共助、そして公助

## 番外編 コミュニケーション

- (環境、雰囲気)
- あいさつ(自己紹介)
- 態度
- 傾聴
- 受容(うなづき、反復、タイミング)
- 質問(確認)
- 主張 assertion
- 折衝(交渉) negotiation
- 整理 理解できるもの(できないもの)
- 約束(再会)