

ヘルスプロモーション

島根県出雲保健所 中本 稔

nakamoto-minoru@pref.shimane.lg.jp

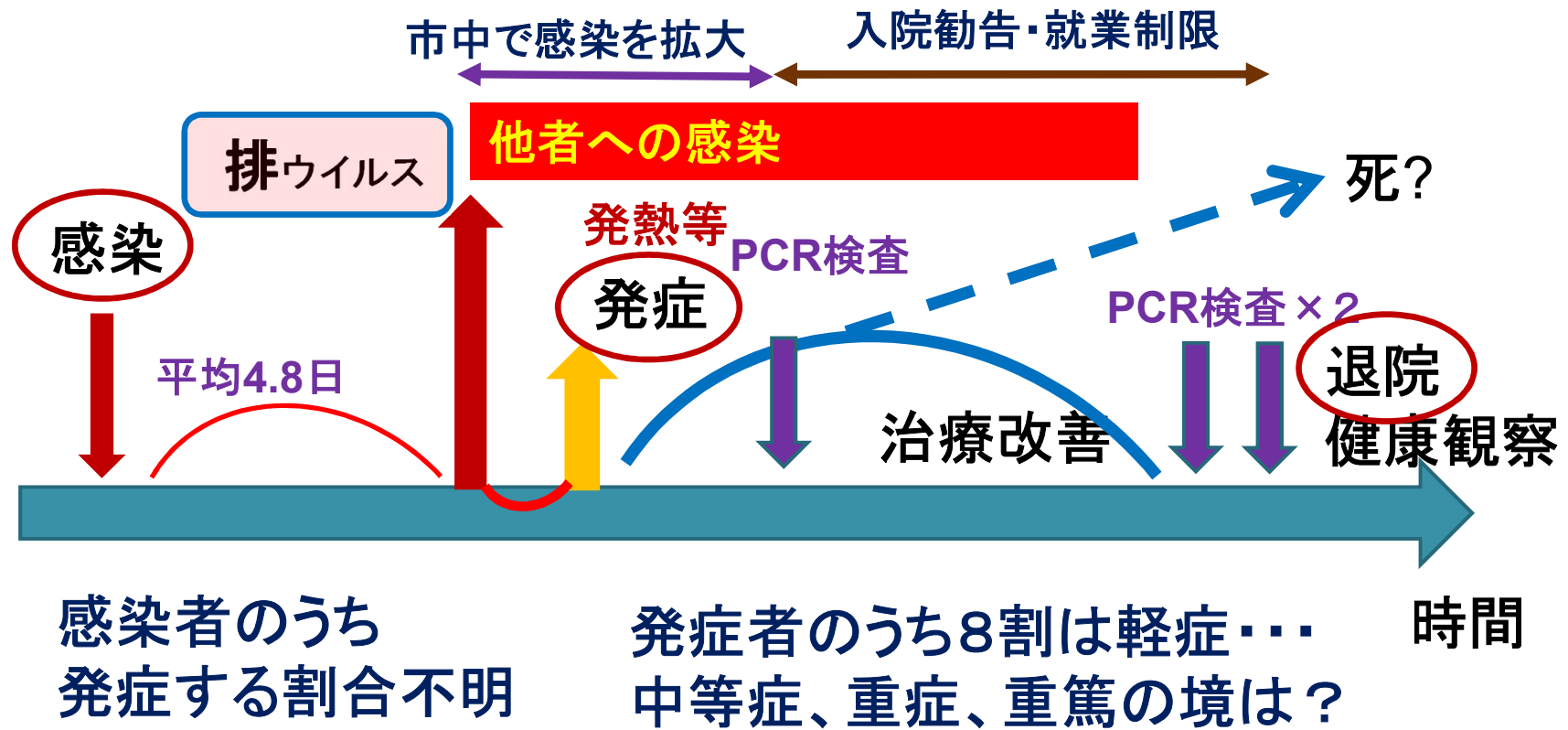
運は一瞬、縁は一生。

やっば、運より縁でしょう。ご縁の国しまね

この講義の目標

ヘルスプロモーションの理念から
計画行政、健康政策を学び、
保健行政、2025年の医療を概観する
住民参画、関係性の構築(ソーシャルキャピタル)
指標・データベース
(医療政策、病床機能、
在宅医療・介護連携、地域包括ケアシステム)

☆ COVID-19の 感染から、排ウイルス、発症の経過

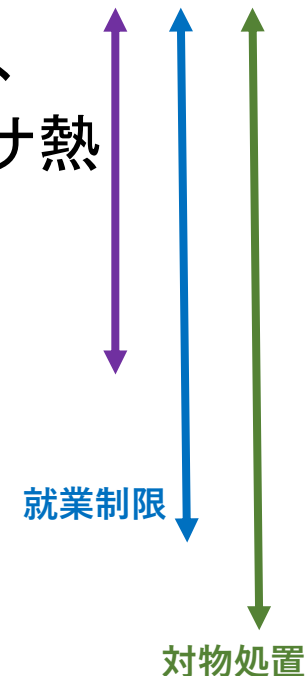


感染症法

(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律)

- 1類(7) エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘瘡、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱
- 2類(7) ポリオ、結核、ジフテリア、SARS、鳥インフル(H5N1,H7N9)、MERS
- 3類(5) コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌症、腸チフス、パラチフス
- 4類(44) (動物、飲食物を介して感染)
- 5類 全数把握(23)
定点把握(25)
- 新型インフルエンザ等感染症 新型インフル、再興型インフル
- 指定感染症 **COVID-19**
- 新感染症

入院勧告



保健所

疾病予防、健康増進、環境衛生等を担う
公衆衛生の第一線の行政機関である

地域保健法 第5条(設置)

47都道府県(355保健所)

20指定都市(26保健所)

48中核市 (60保健所)

6他政令市(5保健所)

23特別区 (23保健所)

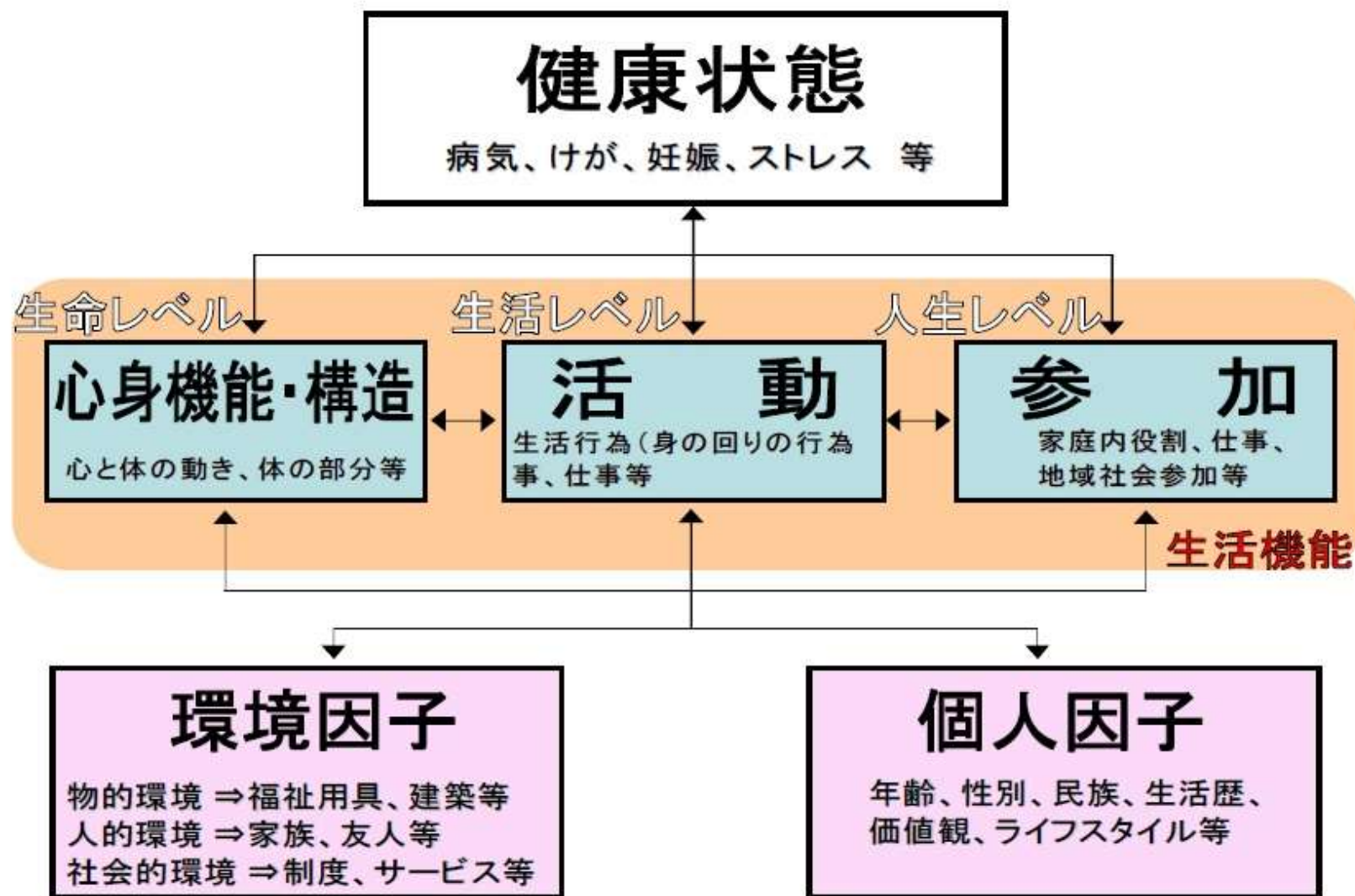
計469保健所(令和2年4月現在)

島根県は、県型7保健所、
中核市(共同設置)1保健所。
平成6年4月福祉福祉事務所と統合され
健康福祉センターになったが、
平成17年4月に福祉は市町村に移管し、
保健所単独へ。
2次医療圏(医療構想区域)にひとつ。
平成30年4月に松江市が中核市に。
国統計では県7中核市1の計8とカウント

全国では、福祉事務所などと統合されている場合が多い。
保健所は地域保健法上の必置義務から、二枚看板。

1. 健康習慣や生活習慣病をどうみるのか
2. プライマリヘルスケア、ヘルスプロモーション
3. 日本の健康づくり
4. 計画行政としての地域保健
5. 健康教育の考え方
6. まちづくりのポイント

生活機能モデル ICF(WHO)



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。

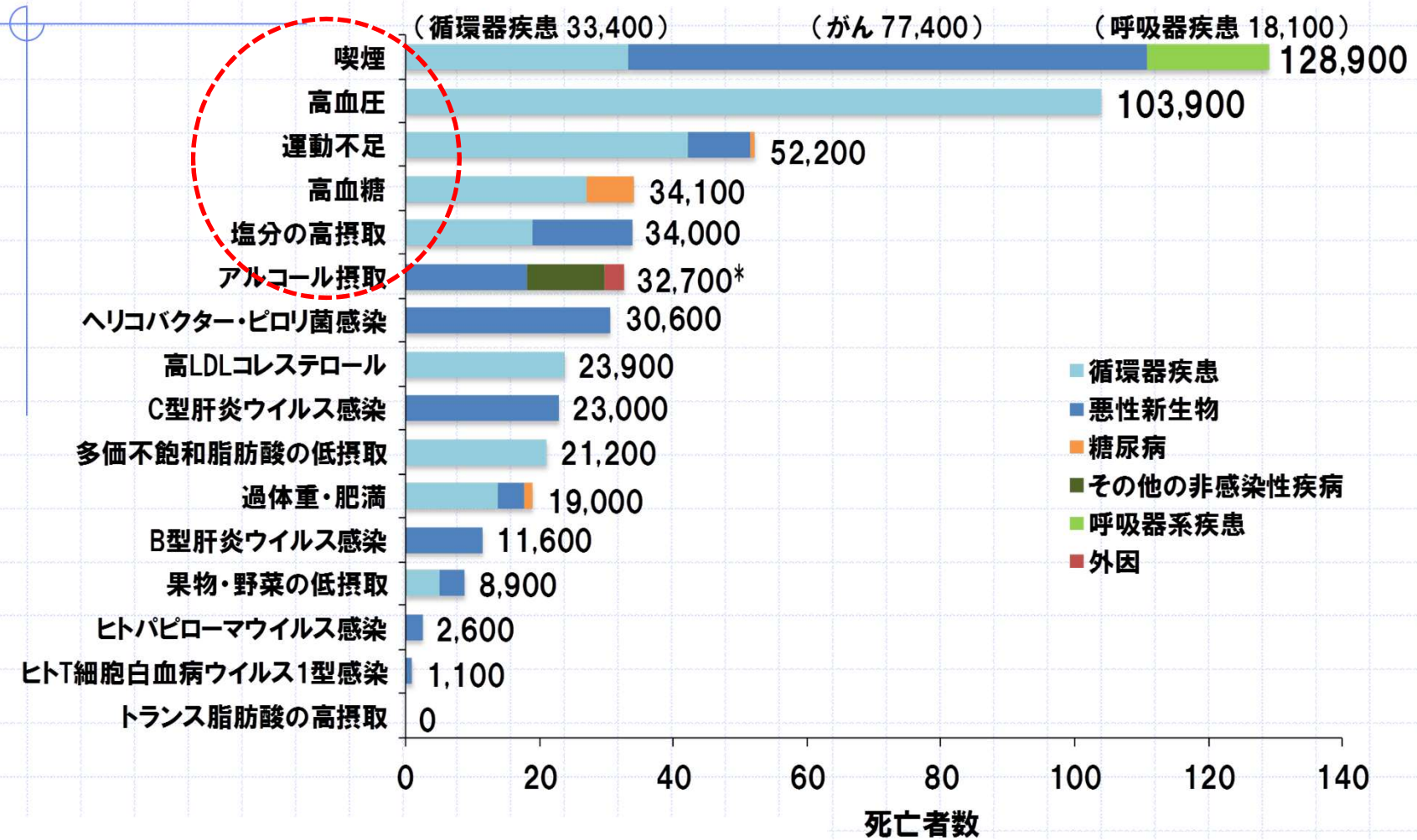
国のシステム

- 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)

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）



(Ikeda N, et al: PLoS Med. 2012; 9(1): e1001160.)

★表2
所得と
生活習慣等
(20歳以上)

経済格差が
習慣の違い、
健康格差に。

所得の違いにより、
肥満や生活習慣に差

			①200万円未満		②200万円以上 400万円未満		③400万円以上 600万円未満		④600万円以上		① vs ④	② vs ④	③ vs ④
			人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値	人数	割合 又は 平均値			
1. 食生活	食塩摂取量の平均値	(男性)	281	10.5g	705	10.9g	537	11.1g	821	11.2g	★		
		(女性)	453	9.2g	802	9.3g	574	9.2g	900	9.3g			
1. 食生活	野菜摂取量の平均値	(男性)	281	253.9g	705	271.2g	537	301.2g	821	296.6g	★	★	
		(女性)	453	266.6g	802	264.4g	574	283.7g	900	278.5g			
	果物摂取量 100g 未満 の者の割合	(男性)	281	64.4%	705	65.3%	537	62.7%	821	67.9%			
		(女性)	453	64.5%	802	56.3%	574	53.3%	900	55.7%	★		
2. 運動	運動習慣のない者 の割合	(男性)	179	66.4%	439	70.6%	285	66.3%	407	61.7%			
		(女性)	325	70.9%	534	76.5%	375	78.6%	560	63.1%			
	歩数の平均値	(男性)	253	5,327	653	6,751	522	7,243	798	7,015	★		
		(女性)	396	5,685	743	5,897	548	5,779	868	6,373	★	★	★
3. 喫煙	現在習慣的に喫煙 している者の割合	(男性)	337	34.3%	810	32.9%	613	29.4%	925	27.3%	★	★	
		(女性)	529	13.7%	911	9.6%	646	6.6%	1,001	6.5%	★		
4. 飲酒	生活習慣病のリスクを高 める量を飲酒している 者の割合	(男性)	338	12.1%	809	15.3%	615	13.8%	927	19.2%	★		★
		(女性)	528	6.6%	911	8.7%	645	15.6%	1,001	8.7%			
5. 睡眠	睡眠による休養が十分と れていない者の割合	(男性)	338	16.4%	810	22.5%	615	20.0%	927	22.0%			
		(女性)	529	28.1%	910	20.9%	644	22.4%	999	20.2%	★		
6. 健診	未受診者の割合	(男性)	337	40.7%	810	29.8%	615	19.2%	927	16.7%	★	★	★
		(女性)	528	41.1%	909	34.2%	644	36.8%	1,001	26.1%	★	★	★
7. 体型	肥満者の割合	(男性)	260	30.0%	660	30.8%	486	31.9%	732	32.0%			
		(女性)	431	18.5%	712	23.8%	518	28.1%	804	27.0%			
	やせの者の割合	(男性)	260	4.8%	660	5.1%	486	2.7%	732	2.2%			★
		(女性)	431	9.0%	712	10.7%	518	11.4%	804	9.9%			
8. 歯の本数	歯の本数 20 歯未満と 回答した者の割合	(男性)	334	30.2%	802	24.0%	612	21.3%	927	18.9%	★	★	★
		(女性)	529	29.8%	905	22.2%	643	16.6%	998	21.6%	★	★	

2. 所得と食生活等に関する状況

表6
所得と
食品群別摂取量等
に関する状況
(20歳以上)

			①200万円未満	②200万円以上 400万円未満	③400万円以上 600万円未満	④600万円以上	① vs ④	② vs ④	③ vs ④
解析対象者	(人)	(男性)	281	705	537	821			
		(女性)	453	802	574	900			
穀類	(g)	(男性)	501.3	509.3	495.4	482.9	★		
		(女性)	368.5	369.2	349.7	350.8	★		
いも類	(g)	(男性)	50.8	50.5	53.9	54.4			
		(女性)	46.1	47.1	51.5	50.9			
砂糖・甘味料類	(g)	(男性)	6.8	6.7	7.3	6.5			
		(女性)	5.8	7.2	6.8	6.8			
豆類	(g)	(男性)	58.0	64.2	68.4	71.1			
		(女性)	55.9	59.4	69.9	72.2	★	★	
種実類	(g)	(男性)	0.7	2.6	2.5	2.2	★		
		(女性)	3.0	2.5	2.3	3.2			
野菜類	(g)	(男性)	253.9	271.2	301.2	296.6	★	★	
		(女性)	266.6	264.4	283.7	278.5			
果実類	(g)	(男性)	75.8	89.5	89.3	88.0			
		(女性)	89.3	111.2	114.2	114.2	★		
きのこ類	(g)	(男性)	13.1	15.1	17.0	20.4	★	★	★
		(女性)	16.7	17.0	17.9	17.9			
藻類	(g)	(男性)	9.3	9.5	10.4	9.7			
		(女性)	7.8	8.3	9.2	8.7			
魚介類	(g)	(男性)	75.2	68.7	78.6	76.0			
		(女性)	59.3	62.4	60.6	65.2			
肉類	(g)	(男性)	106.8	124.8	127.1	129.3	★		
		(女性)	79.7	88.3	90.1	91.9	★		
卵類	(g)	(男性)	37.6	44.7	46.1	44.8	★		
		(女性)	39.7	41.2	40.4	39.7			
乳類	(g)	(男性)	84.4	95.4	101.5	111.4	★	★	
		(女性)	101.0	118.3	119.6	126.3	★		
食塩	(g)	(男性)	10.5	10.9	11.1	11.2	★		
		(女性)	9.2	9.3	9.2	9.3			
エネルギー	(kcal)	(男性)	2,041	2,167	2,207	2,187	★		
		(女性)	1,651	1,737	1,730	1,767	★		

☆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

行動科学

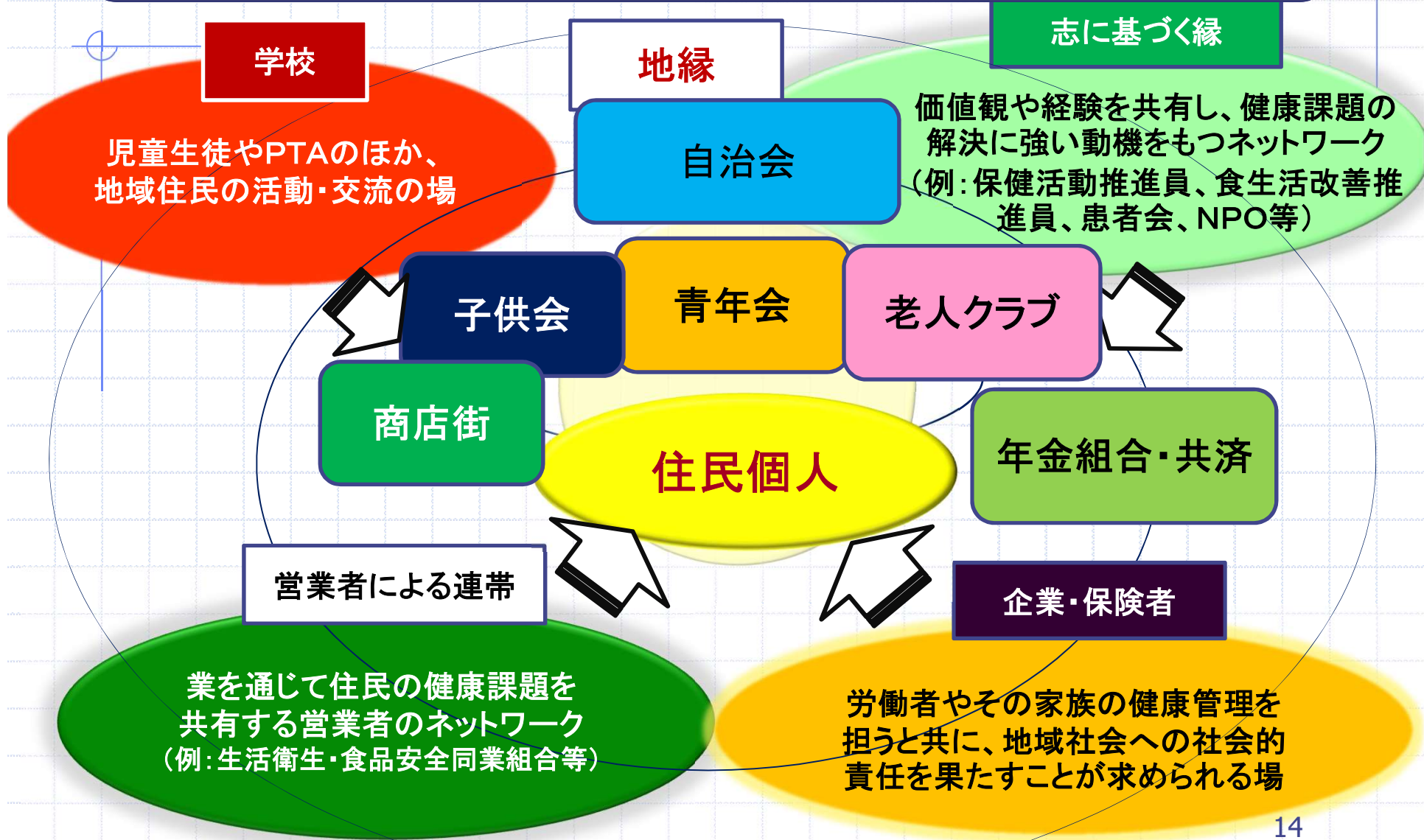
保健医療行動科学

行動経済学 Nudge理論

地域の文化や資源の確認では
文化人類学(医療人類学)も大事

住民や患者が習慣を身につける
科学的な根拠がある！

今後の地域保健対策のあり方 ～ 地域のソーシャル・キャピタルの活用を通じた 健康なまちづくりの推進 ～



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？

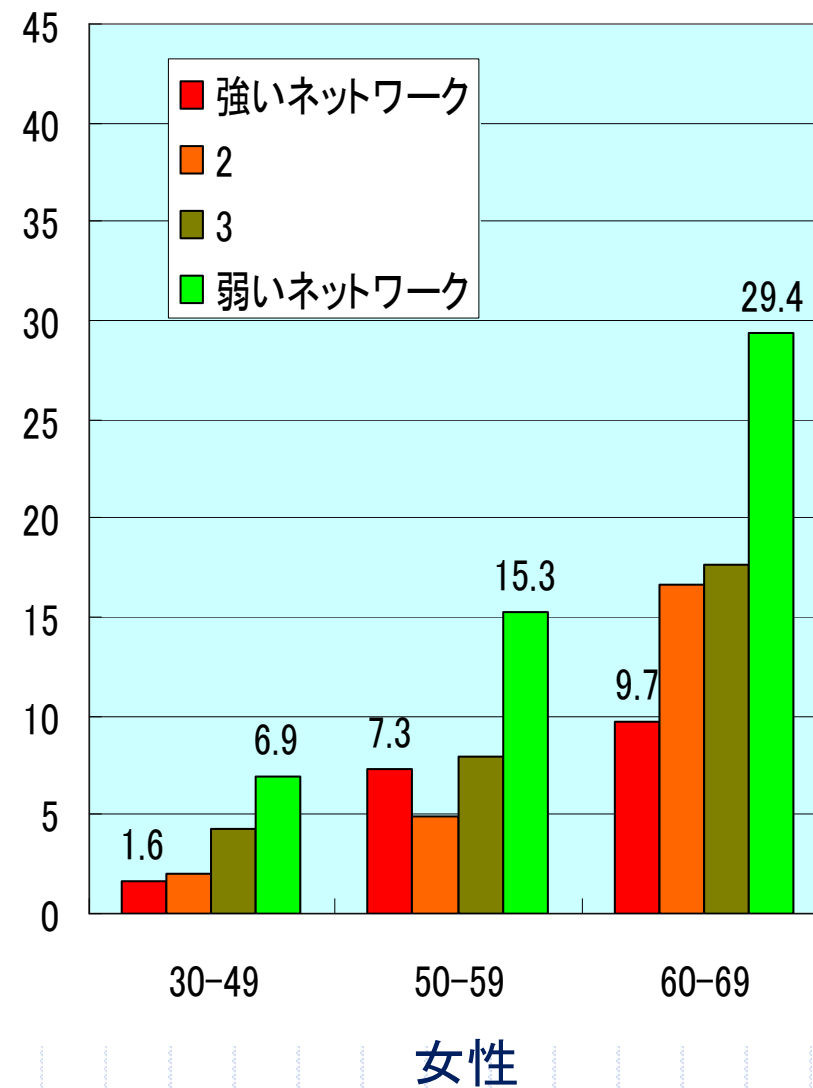
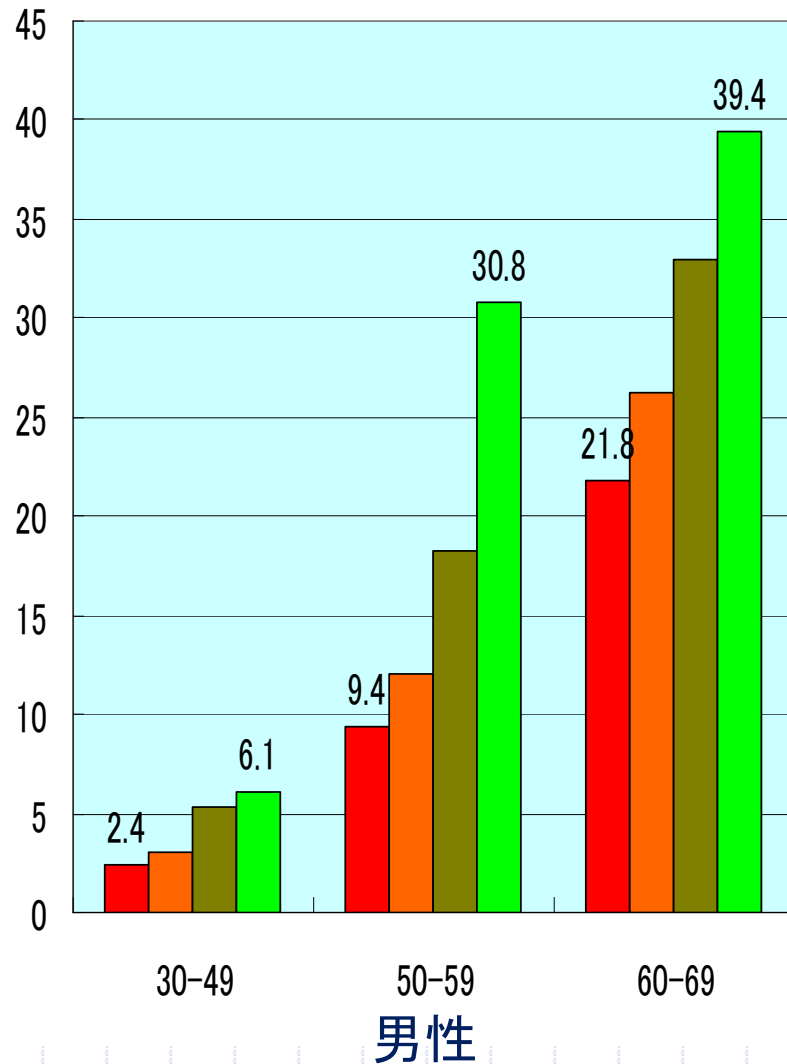
この関係性が強いほど
健康で、長生き。がん死亡が少ない。

関係性を高めるには何が大事？

縁運
はは
一生瞬、



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)



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**」

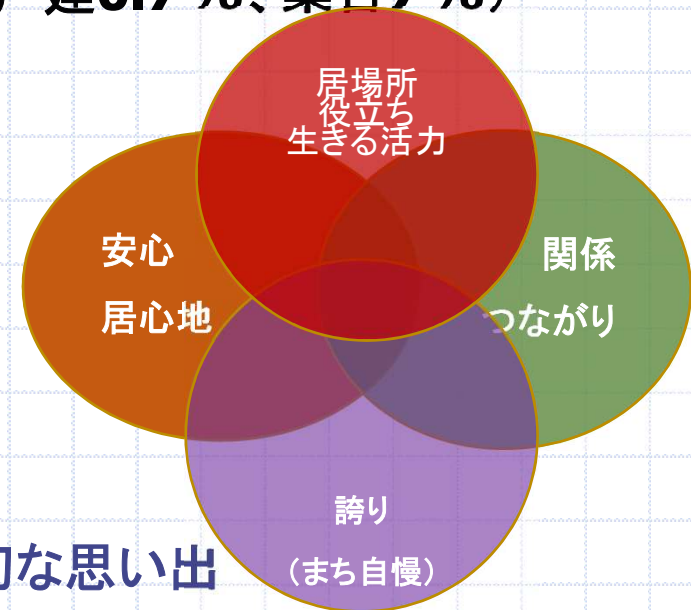
自分らしく暮らせる、安心、居心地良い、大切な思い出

「**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

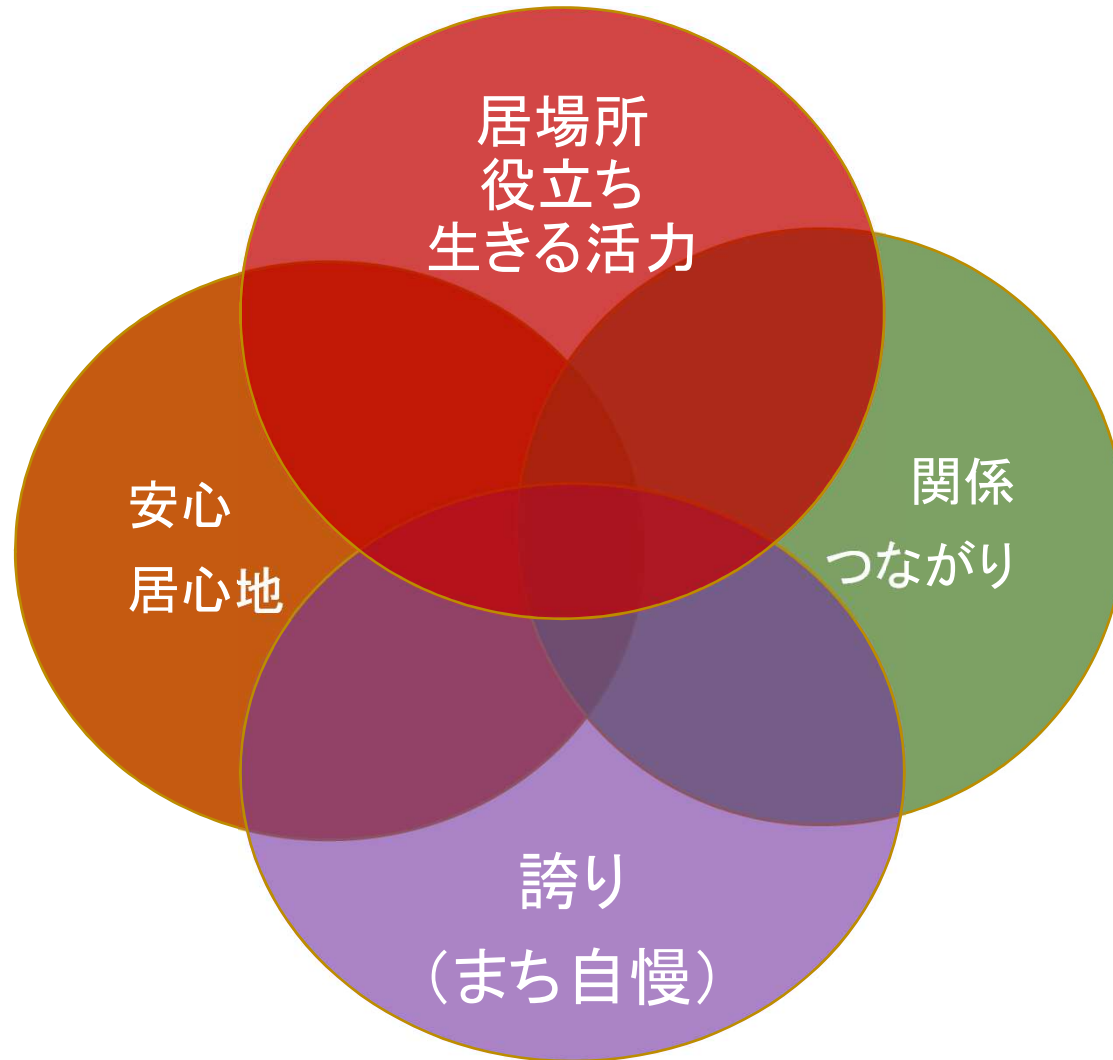
4軸はそれぞれ、「**ソーシャルサポート**」「**居住年数**」「**持ち家**」

「**地域活動への参加**」と相関($p < 0.01$ 、 $p < 0.001$)



地域への愛着

「このまちに ずっと 住み続けたいですか？」



「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も役立ち、生きがい感

Engagement

「おかげさま」

1. 健康習慣や生活習慣病をどうみるのか
2. プライマリヘルスケア、ヘルスプロモーション
3. 日本の健康づくり
4. 計画行政としての地域保健
5. 健康教育の考え方
6. まちづくりのポイント

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

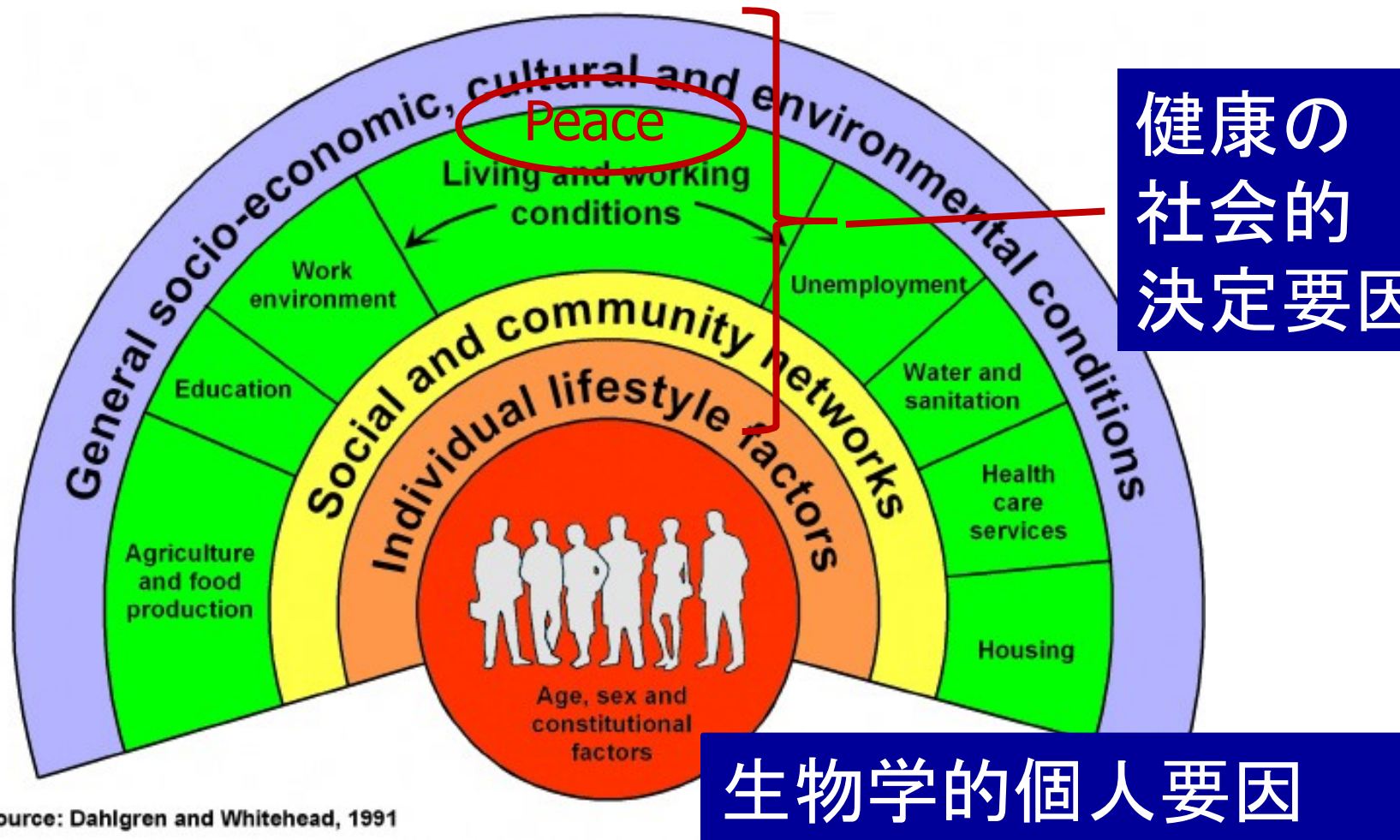
戦災

がないことも議論

☆ Social Determinants of Health

Rainbow Model (Dahlgren & Whitehead 1991)

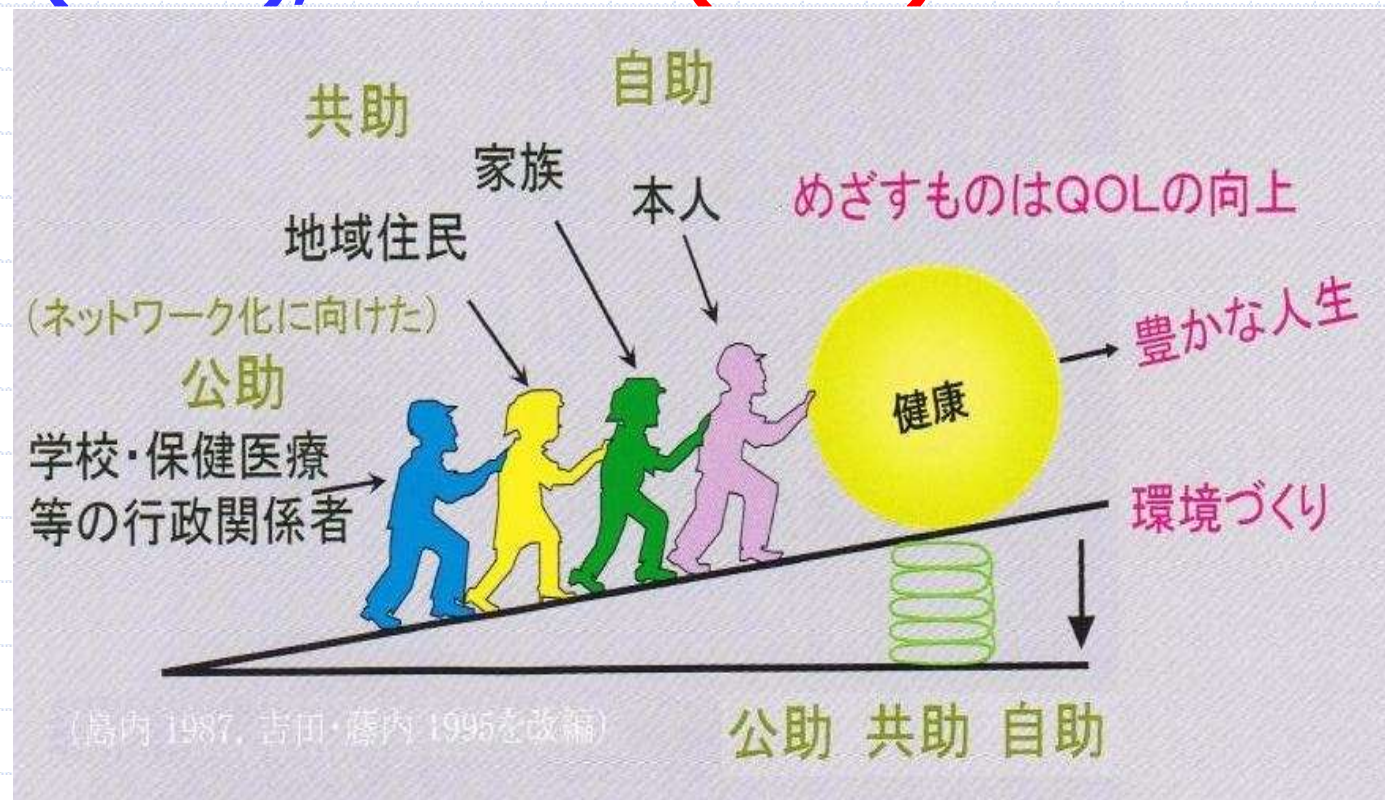
→ 医学教育モデル・コア・カリキュラム(2017)



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991

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))



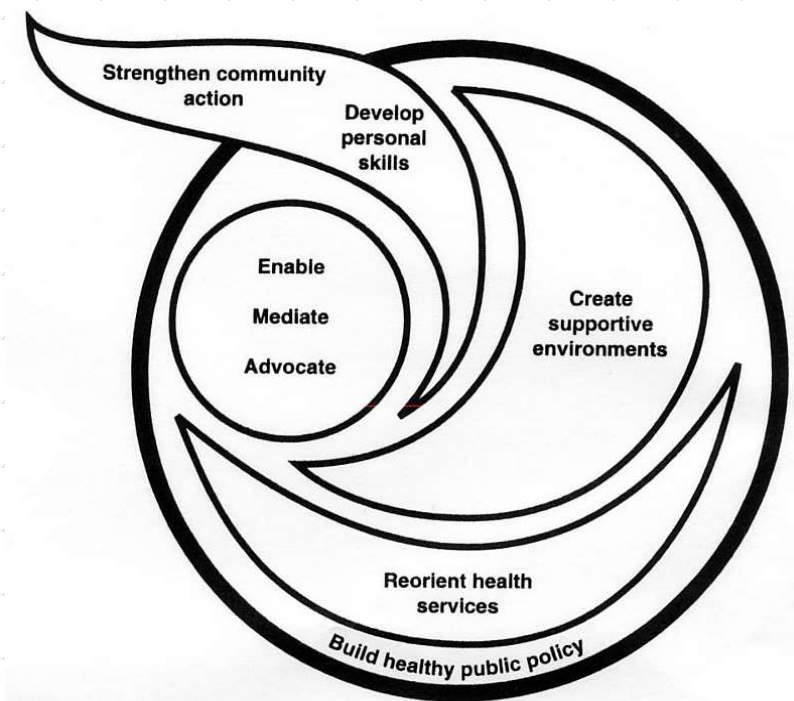
Ottawa Charter for Health Promotion 1986

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

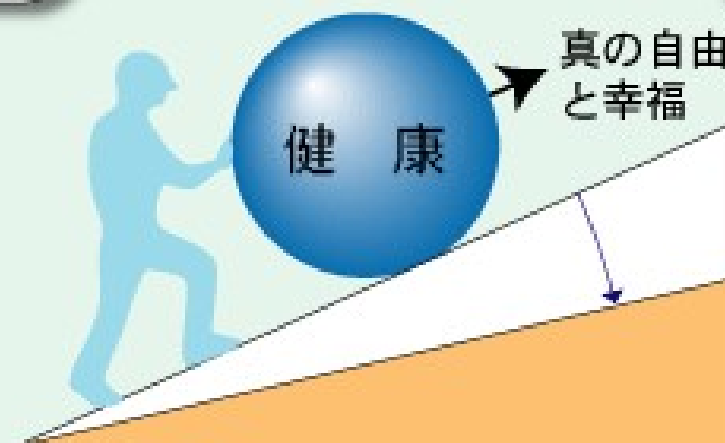
〔健康生活の場づくり〕
Settings for health

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

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

ちょっと、考えてみよう

税金の役割 (R. マスグレイブ)

1. 資源 (ヒト、モノ) の開発、配分

教育、国家資格、知的財産、農林水・道路も

2. 所得 (カネ) の再分配

裕福層から弱者へ、保険共済制度

3. 経済の安定 (国家安全保障も)

将来を見据える安心

労働が権利なら、納税は義務 (と権利)

行政は税の分配に責任を持つ

健康格差解消にどう取り組むかが公衆衛生

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、自己効力感

理論研究や実践

例 SOC 「わかる」「できる」「やってみよう」

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・AA「禁酒、がんばるぞ！」 GA

がん予防のための運動 ピンクリボン

タニタの食堂(企業のCSR)

益田の医療を守る市民の会

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**人づき合い**

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COML)

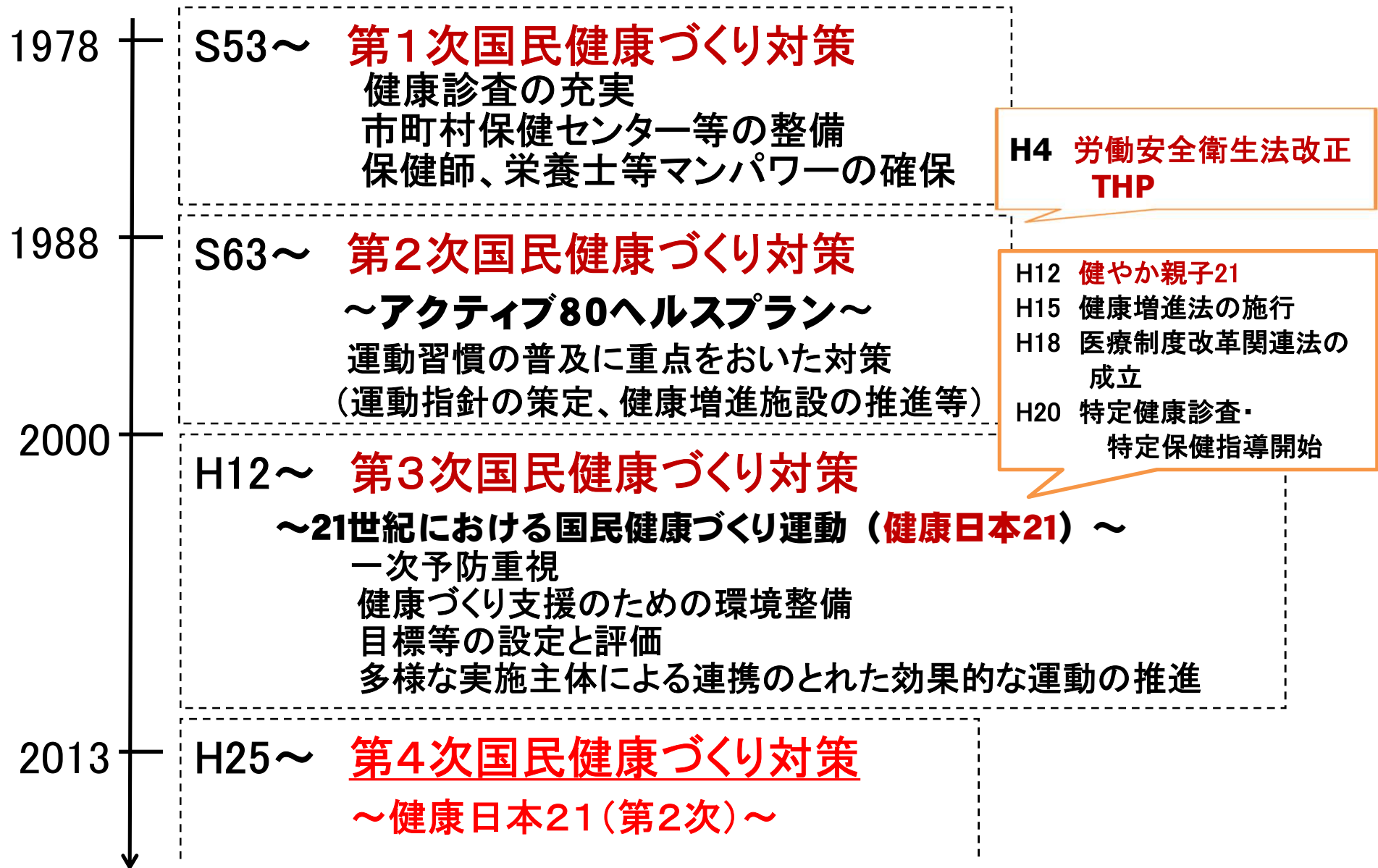
- 1 伝えたいことはメモして準備
- 2 対話の始まりはあいさつから
- 3 よりよい関係づくりはあなたにも責任が
- 4 自覚症状と病歴は、あなたの伝える大切な情報
- 5 これからの見通しをききましょう
- 6 その後の変化も伝える努力を
- 7 大事なことはメモをとって確認
- 8 納得できないときは何度でも質問を
- 9 医療にも不確実なことや限界はある
- 10 治療方法を決めるのはあなたです

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/>

1. 健康習慣や生活習慣病をどうみるのか
2. プライマリヘルスケア、ヘルスプロモーション
3. 日本の健康づくり
4. 計画行政としての地域保健
5. 健康教育の考え方
6. まちづくりのポイント

☆健康づくり対策の流れ



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

不適切な生活習慣 境界領域期 習慣病発症 重症化合併症 結末

不適切な食事 肥満 肥満症 脳血管
運動不足 高血圧 高血圧症 心疾患
→ 脂質異常 → 高脂血症 → CKD → (認知症)
スリ過剰 高血糖 糖尿病 網膜症 → ADL・IADL↓
飲酒 認知症 がん QOL↓
喫煙 死亡

↑
健診
健診率

↑
保健指導
(発症予防)
食事運動など
習慣の改善
保健指導率
ハイリスクアプローチ

↑
治療・保健指導
(重症化予防)
受療促進
適切な治療と習慣の改善
医療機関受療率

地域リハ
医療費

↑
健康づくり
普及・啓発
MS概念の浸透度
ポピュレーションアプローチ

☆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

(赤は悪化、青は横ばい・改善)

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)



健康日本21(第二次)中間評価における評価の結果

＜評価＞ a:改善している(*現状のままでは最終目標到達が危ぶまれるもの) b:変わらない c:悪化した d:評価困難

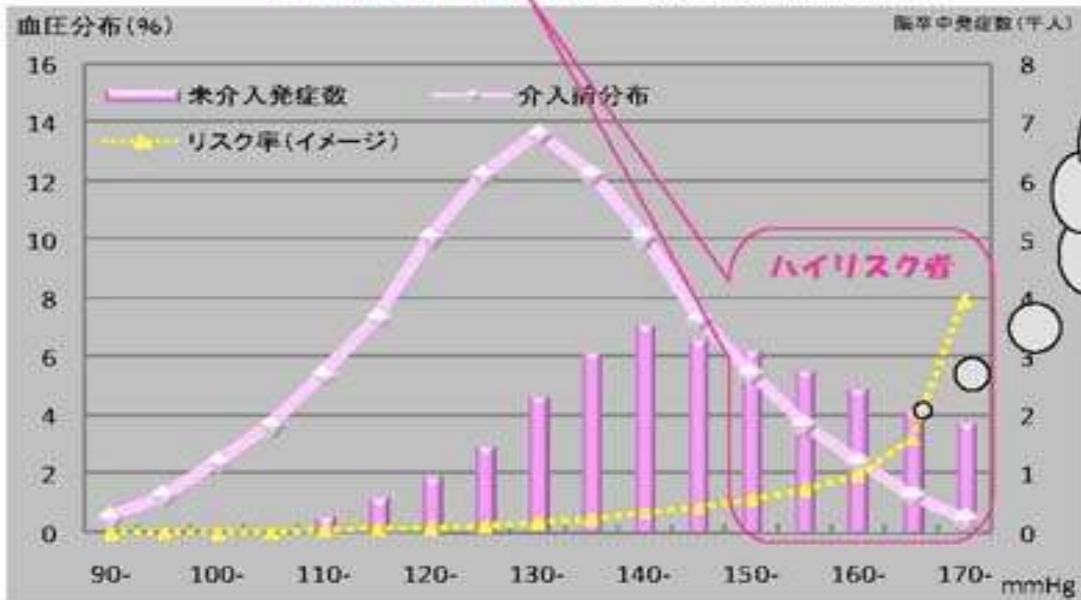
全体目標 ① 健康寿命の延伸と健康格差の縮小 a:改善している・健康寿命の延伸・健康格差の縮小

② 生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底	③ 社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上	④ 健康を支え、守るための社会環境の整備
<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 75歳未満のがんの年齢調整死亡率の減少* ・ がん検診の受診率の向上* ・ 脳血管疾患・虚血性心疾患の年齢調整死亡率の減少 ・ 高血圧の改善 ・ 特定健康診査・特定保健指導の実施率の向上* ・ 血糖コントロール指標におけるコントロール不良者の割合の減少 <p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 脂質異常症の減少 ・ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少 ・ 糖尿病合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)の減少 ・ 糖尿病の治療継続者の割合の増加 ・ 糖尿病有病者の増加の抑制 ・ COPDの認知度の向上 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 自殺者の減少 ・ メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合の増加* ・ 小児人口10万人当たりの小児科医・児童精神科医師の割合の増加 ・ 健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子どもの割合の増加* ・ ロコモティブシンドロームを認知している国民の割合の増加 ・ 低栄養傾向の高齢者の割合の増加の抑制 ・ 足腰に痛みのある高齢者の割合の減少* <p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 気分障害・不安障害に相当する心理的苦痛を感じている者の割合の減少 ・ 適正体重の子どもの増加 ・ 介護保険サービス利用者の増加の抑制 ・ 高齢者の社会参加の促進(就業又は何らかの地域活動をしている高齢者の割合の増加) <p>d:評価困難</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 認知機能低下ハイリスク高齢者の把握率の向上 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域のつながりの強化 ・ 健康づくりに関する活動に取り組み、自発的に情報発信を行う企業登録数の増加 ・ 健康づくりに関して身近で専門的な支援・相談が受けられる民間団体の活動拠点数の増加 ・ 健康格差対策に取り組む自治体の増加 <p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割合の増加

⑤ 栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善に関する目標

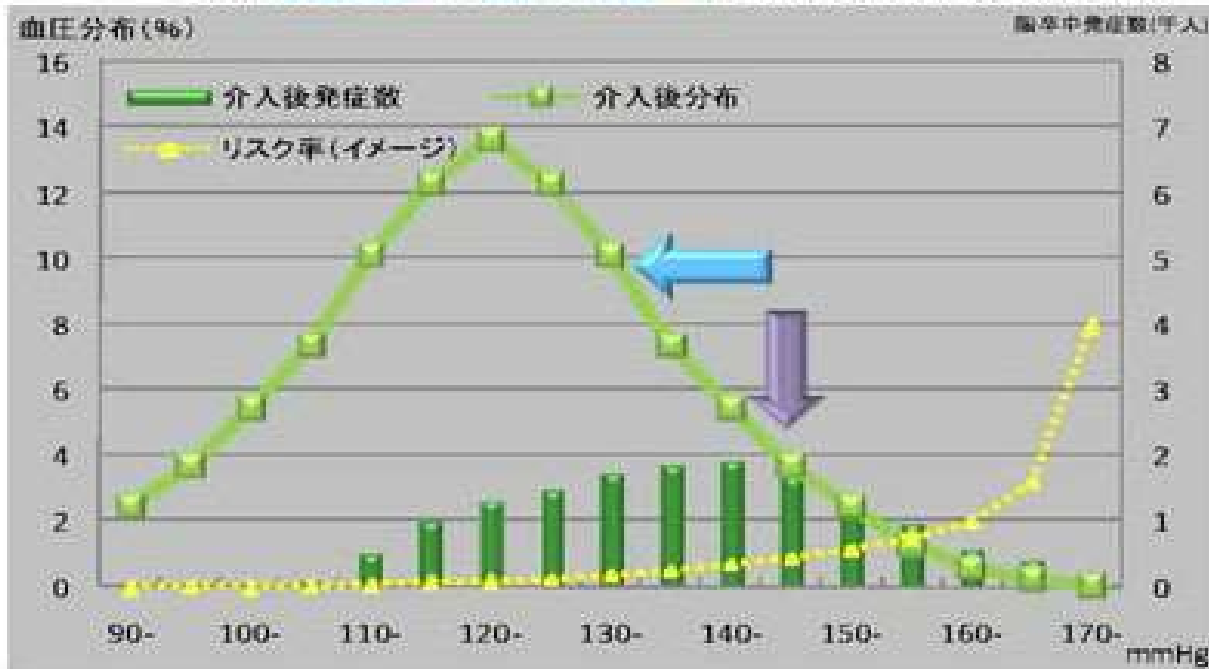
栄養・食生活	身体活動・運動	休養	飲酒	喫煙	歯・口腔の健康
<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 食品中の食塩や脂肪の低減に取り組む食品企業及び飲食店の登録数の増加 ・ 利用者に応じた食事の計画、調理及び栄養の評価、改善を実施している特定給食施設の割合の増加* <p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 適正体重を維持している者の増加 ・ 適切な量と質の食事をとる者の増加 ・ 共食の増加 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 住民が運動しやすいまちづくり・環境整備に取り組む自治体数の増加 <p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 日常生活における歩数の増加・運動習慣者の割合の増加 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 週労働時間60時間以上の雇用者の割合の減少* <p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 未成年者の飲酒をなくす ・ 妊娠中の飲酒をなくす* <p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 成人の喫煙率の減少* ・ 未成年者の喫煙をなくす ・ 妊娠中の喫煙をなくす* ・ 受動喫煙の機会を有する者の割合の減少* 	<p>a:改善している</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯の喪失防止 ・ 乳幼児・学齢期のう蝕のない者の増加 ・ 過去1年間に歯科検診を受診した者の割合の増加 <p>b:変わらない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 口腔機能の維持・向上 <p>c:悪化した</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 歯周病を有する者の割合の減少

ハイリスクアプローチは一部への介入でしかない



高血圧治療も
脳卒中予防の
ハイリスク
アプローチ
の一つ

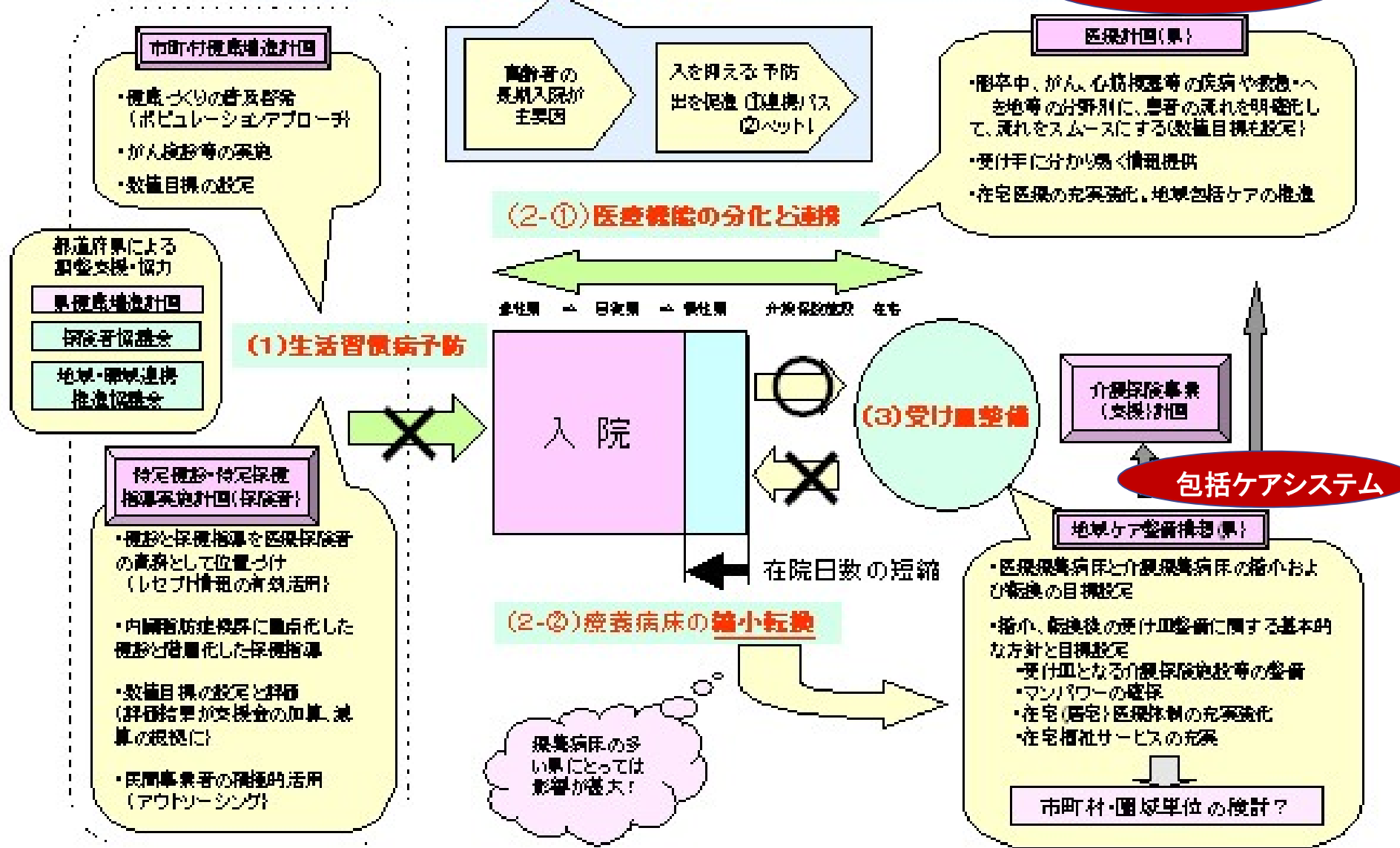
でも、ポピュレーションアプローチで山が動けば全体の数も減る



☆
生活習慣病対策は
ポピュレーション
アプローチ
が大事

中長期的な医療費適正化と各種計画の関係

地域医療構想



☆保険者が進める重症化予防 (データヘルス計画参照)

特定健診受診率・特定保健指導実施率

糖尿病予防

脳卒中再発予防

CKD (DM、透析ほか)

がん健診

歯科保健

後発医薬品

その他



健康なまち・職場づくり宣言2020



宣言 1

予防・健康づくりについて、一般住民を対象としたインセンティブを推進する自治体を800市町村以上とする。

宣言 2

かかりつけ医等と連携して生活習慣病の重症化予防に取り組む自治体を800市町村、広域連合を24団体以上とする。その際、糖尿病対策推進会議等の活用を図る。

宣言 3

予防・健康づくりに向けて47都道府県の保険者協議会すべてが、地域と職域が連携した予防に関する活動を実施する。

宣言 4

健保組合等保険者と連携して健康経営に取り組む企業を500社以上とする。

宣言 5

協会けんぽ等保険者のサポートを得て健康宣言等に取り組む企業を1万社以上とする。

宣言 6

加入者自身の健康・医療情報を本人に分かりやすく提供する保険者を原則100%とする。その際、情報通信技術（ICT）等の活用を図る。

宣言 7

予防・健康づくりの企画・実施を提供する事業者の質・量の向上のため、認証・評価の仕組みの構築も視野に、保険者からの推薦等一定の基準を満たすヘルスケア事業者を100社以上とする。

宣言 8

品質確保・安定供給を国に求めつつ、すべての保険者が後発医薬品の利用勧奨など、使用割合を高める取り組みを行う。

☆地域包括ケア強化法保険者機能強化推進交付金

保険者機能強化推進交付金(介護保険における自治体への財政的インセンティブ)

趣旨

令和元年度予算 200億円

- 平成29年地域包括ケア強化法において、高齢者の自立支援・重度化防止等に向けた保険者の取組や都道府県による保険者支援の取組が全国で実施されるよう、PDCAサイクルによる取組を制度化
- この一環として、自治体への財政的インセンティブとして、市町村や都道府県の様々な取組の達成状況を評価できるよう客観的な指標を設定し、市町村や都道府県の高齢者の自立支援、重度化防止等に関する取組を推進するための新たな交付金を創設

概要

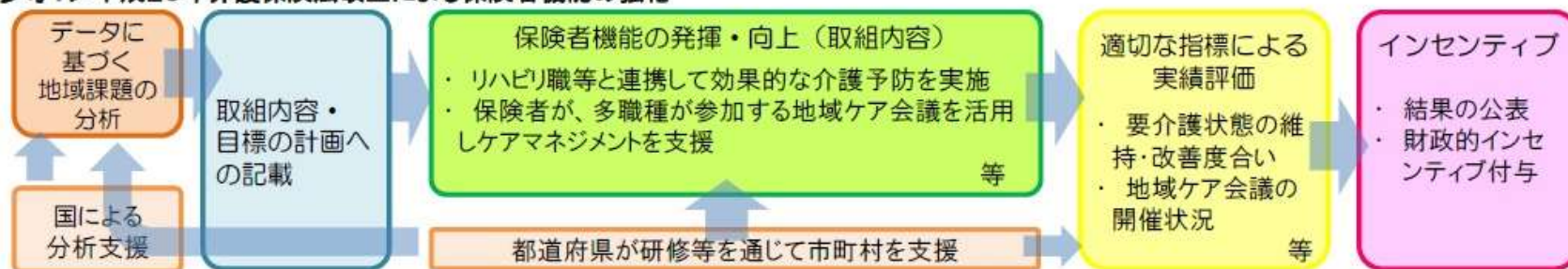
<市町村分(200億円のうち190億円程度)>

- 1 交付対象 市町村(特別区、広域連合及び一部事務組合を含む。)
- 2 交付方法 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 国、都道府県、市町村及び第2号保険料の法定負担割合に加えて、介護保険特別会計に充当
なお、交付金は、高齢者の市町村の自立支援・重度化防止等に向けた取組を支援し、一層推進することを趣旨としていることも踏まえ、各保険者におかれは、交付金を活用し、地域支援事業、市町村特別給付、保健福祉事業を充実し、高齢者の自立支援、重度化防止、介護予防等に必要な取組を進めていくことが重要

<都道府県分(200億円のうち10億円程度)>

- 1 交付対象 都道府県
- 2 交付方法 評価指標の達成状況(評価指標の総合得点)に応じて分配
- 3 活用方法 高齢者の自立支援・重度化防止等に向けて市町村を支援する各種事業(市町村に対する研修事業や、リハビリ専門職等の派遣事業等)の事業費に充当

<参考1>平成29年介護保険法改正による保険者機能の強化



<参考2>市町村 評価指標 ※主な評価指標

①PDCAサイクルの活用による保険者機能の強化

- ☑地域包括ケア「見える化」システムを活用して他の保険者と比較する等、地域の介護保険事業の特徴を把握しているか 等

②ケアマネジメントの質の向上

- ☑保険者として、ケアマネジメントに関する保険者の基本方針を、ケアマネジャーに対して伝えているか 等

③多職種連携による地域ケア会議の活性化

- ☑地域ケア会議において多職種が連携し、自立支援・重度化防止等に資する観点から個別事例の検討を行い、対応策を講じているか
- ☑地域ケア会議における個別事例の検討件数割合はどの程度か 等

④介護予防の推進

- ☑介護予防の場にリハビリ専門職が関与する仕組みを設けているか
- ☑介護予防に資する住民主体の通いの場への65歳以上の方の参加者数はどの程度か 等

⑤介護給付適正化事業の推進

- ☑ケアプラン点検をどの程度実施しているか
- ☑福祉用具や住宅改修の利用に際してリハビリ専門職等が関与する仕組みを設けているか 等

⑥要介護状態の維持・改善の度合い

- ☑要介護認定者の要介護認定の変化率はどの程度か

※ 都道府県指標については、管内の地域分析や課題の把握、市町村向けの研修の実施、リハビリ専門職等の派遣状況等を設定

1. 健康習慣や生活習慣病をどうみるのか
2. プライマリヘルスケア、ヘルスプロモーション
3. 日本の健康づくり
4. 計画行政としての地域保健
5. 健康教育の考え方
6. まちづくりのポイント

☆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?**)

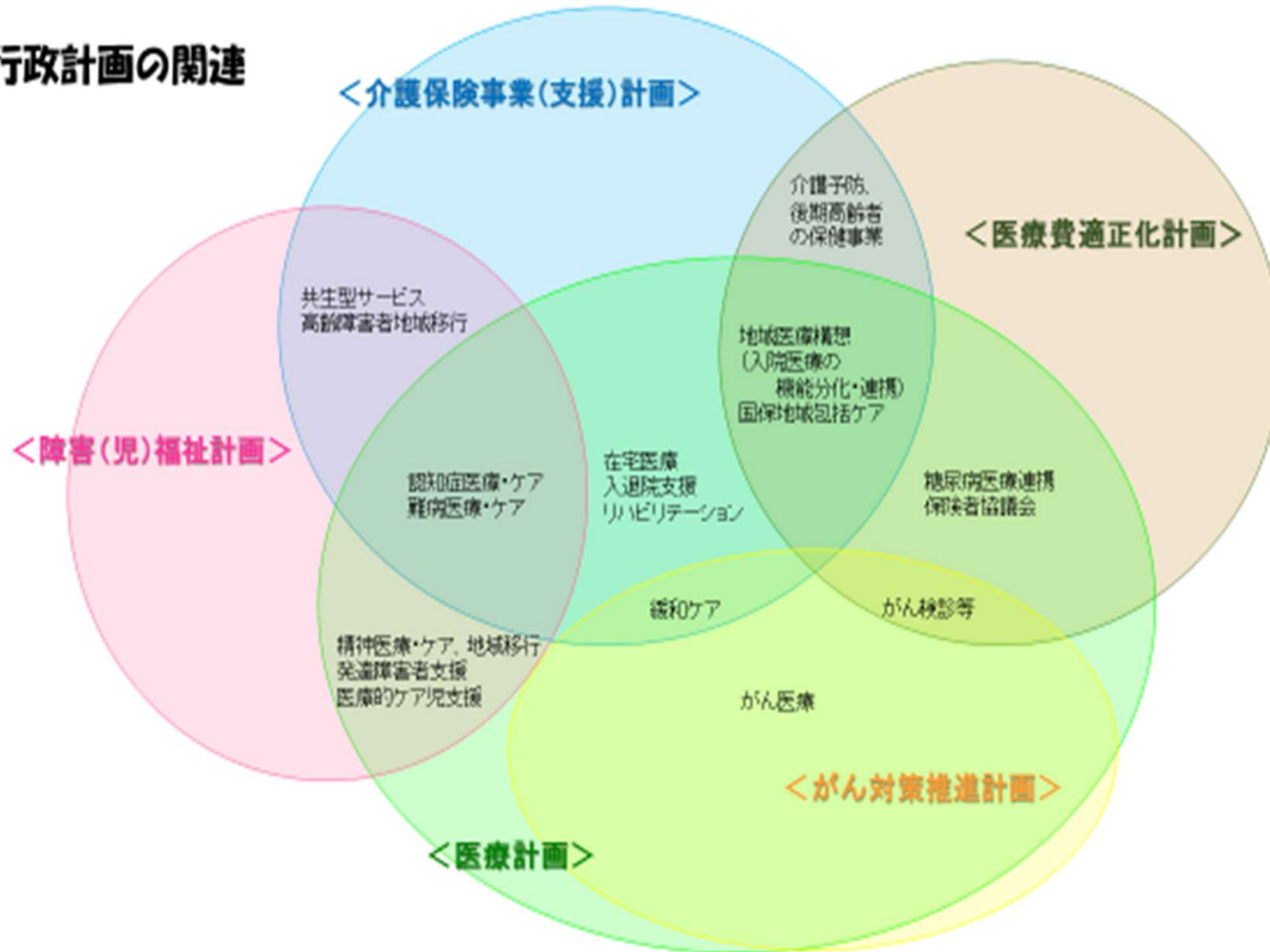
計画行政のひろがり

計画(**P**)、実施(**D**)、評価(**C**)、見直し(**A**)

モニターリング(プロセス、アウトプット、アウトカム)は説明責任

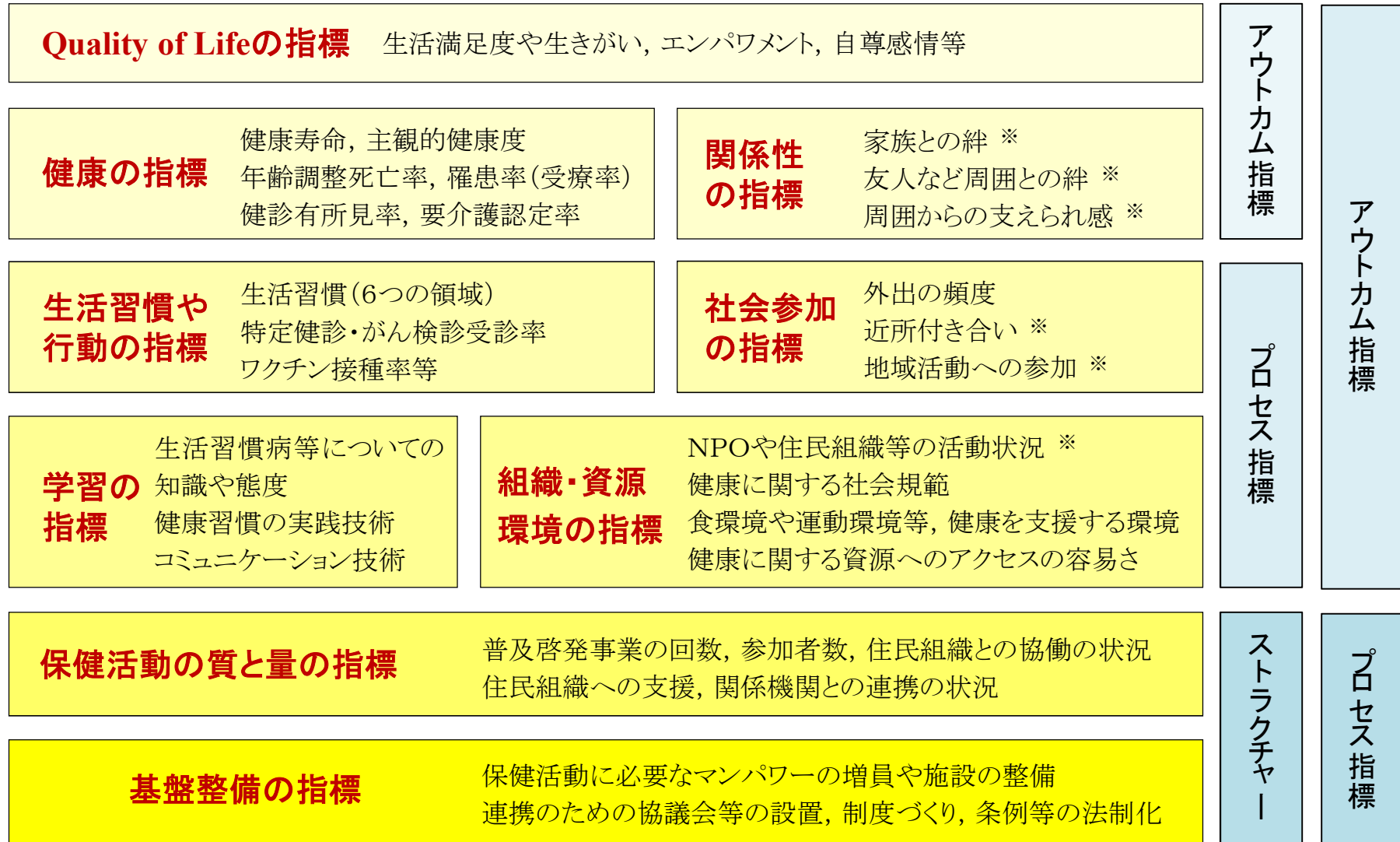


行政計画の関連



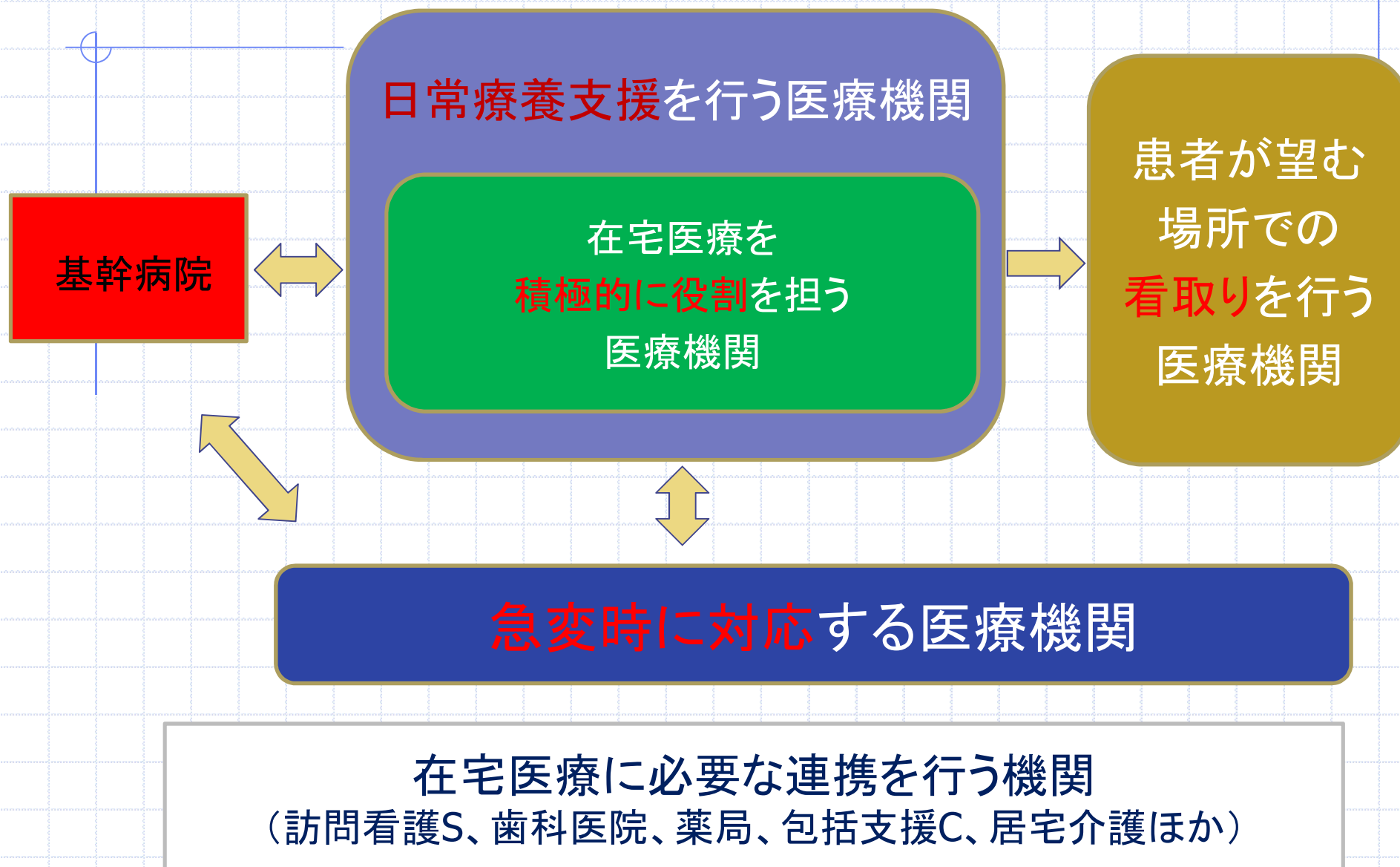
(大江浩、2018)

★保健活動の評価指標の構造（生活習慣病対策の例）



※ ソーシャル・キャピタルの指標

☆医療計画「在宅医療」連携図



☆ 介護保険・地域支援事業の評価指標の構造

日常生活圏域
単位で示すこと！

Quality of Lifeの指標 主観的健康感、地域愛着感等

健康の指標

要介護認定・新規認定
65歳以上申請者数、割合
(要支援・要介護度別)

関係性の指標

ニーズ調査
信頼、互酬

生活習慣や行動の指標

ニーズ調査等による健康指標
運動、口腔、栄養、認知、閉じこもり、うつ

社会参加の指標

ニーズ調査
社会参加状況

アウトカム指標

学習の指標

講演、相談会
ボランティア養成研修

組織・資源
環境の指標

住民の意見集約・参画、あらゆる関係者への働きかけ
地域資源の把握、行政課題の整理、
長期的視点・具体的戦略、苦情や事故の把握、
共有する情報の範囲、管理、活用等の取り決め

事業量の指標

65歳以上参加者数および割合、住民主体の通いの場マッピング
講演会相談会の開催回数・参加者数、イベント・ボランティア開催数、参加者数
(介護予防生活支援サービス)
介護予防ケアマネジメント依頼書受理件数、介護予防生活支援サービス事業の実施状況

基盤整備の指標

包括ケアの構築に向けた基本方針、目的をわかりやすく説明できる職員や資料
目的を共有し推進するための他部署との連携
地域包括支援センターと広く連携する体制、
協議体を設置し多様な主体による多様なサービスの提供

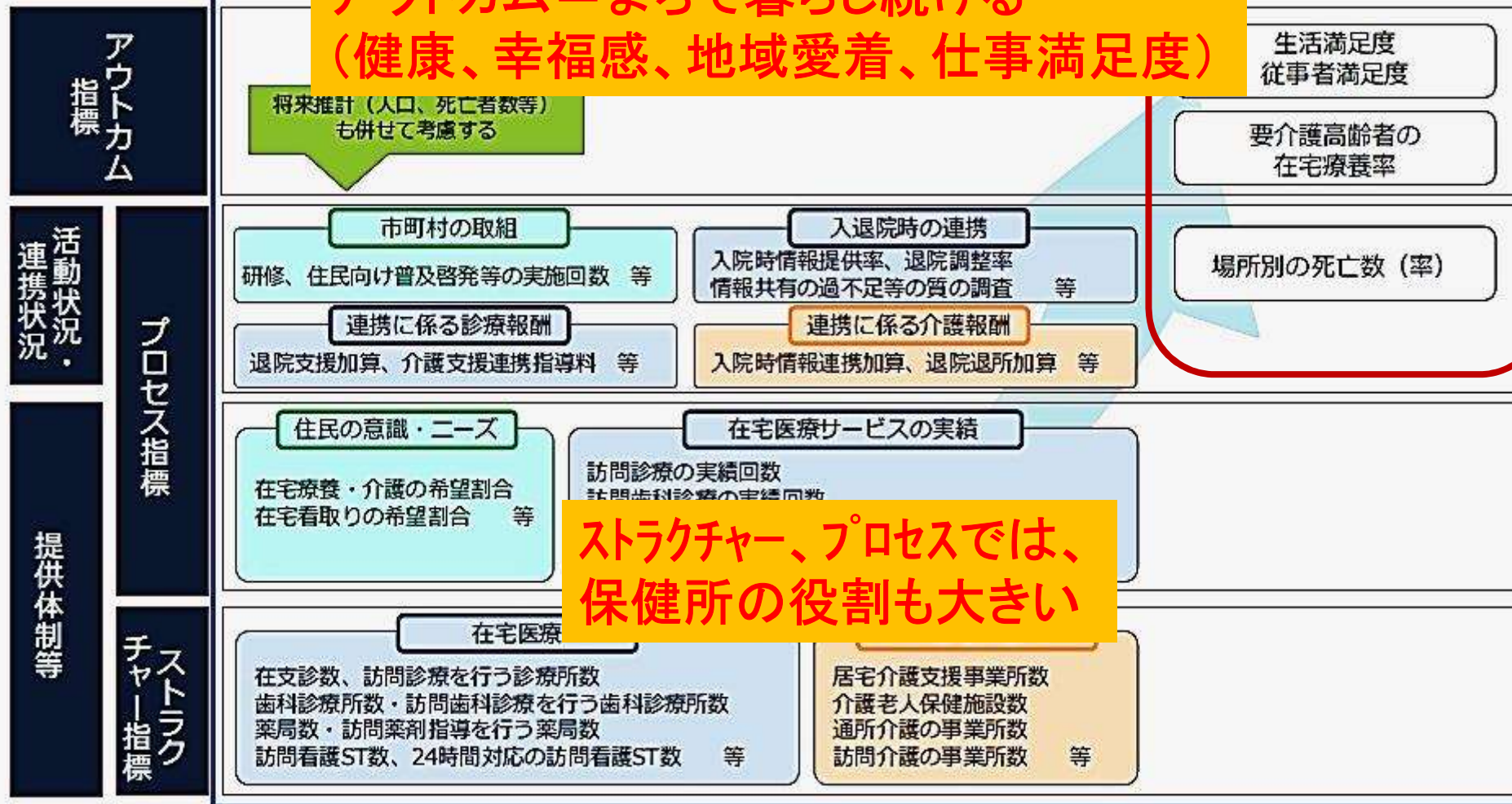
プロセス指標

ストラクチャー

在宅医療・介護連携推進事業における指標のイメージ（案）

○ 地域の課題や取組に応じて、必要な評価指標を検討、選択することが重要。

**アウトカム＝まちで暮らし続ける
（健康、幸福感、地域愛着、仕事満足度）**



**ストラクチャー、プロセスでは、
保健所の役割も大きい**

※実績値は「後期高齢者1万人対」など人数比で把握するようにして、規模の異なる市町村間での横比較ができるようにする必要あり

参考) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>

出所) 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業の実施状況および先進事例等に関する調査研究事業
(平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業 野村総合研究所)



1. 健康習慣や生活習慣病をどうみるのか
2. プライマリヘルスケア、ヘルスプロモーション
3. 日本の健康づくり
4. 計画行政としての地域保健
5. 健康教育の考え方
6. まちづくりのポイント

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)

☆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)

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
- 2 捨てさせろ
- 3 ムダ使いさせろ
- 4 季節を忘れさせろ
- 5 贈り物をさせろ
- 6 コンビネーションで使わせろ
- 7 きっかけを投じる
- 8 流行遅れにさせろ
- 9 気安く買わせろ
- 10 混乱をつくり出せ

知らないうちに、
企業やメディアに
踊らされていないか。
流行にのることが、
必要なのか。
健康にやさしい、
俺流があってもい
い。
一人ひとりがしっかり
考える「力」が大事。

出典 小澤徳太郎「スウェーデンに学ぶ持続可能な社会」朝日新聞社2006年

1. 健康習慣や生活習慣病をどうみるのか
2. プライマリヘルスケア、ヘルスプロモーション
3. 日本の健康づくり
4. 計画行政としての地域保健
5. 健康教育の考え方
6. まちづくりのポイント

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～

まちづくりのポイント

〇 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
生涯現役を支援 老若男女 障害有・無 生産・消費
栄養・食支援、公園・ベンチ、図書館

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、**地域愛着**
愛する家族・仲間がいる

「アナタ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 **災害避難** 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。
 - ◆支え合いのころろ 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)

➤ ☆地域にある資源、サービス、人や場をつなぐのが
「地域包括ケア」

(※全く新たに何かを生み出すこと、ではない)

➤ 「地域包括ケア推進事業」

➤ 「しまね型医療提供体制構築事業」を通じたネットワークづくり

※今あるものを生かす

ヒト(包括ケア担当)

×

モノ(資源)

×

カネ(予算)

制度や職能、個人の技量の
限界(境界)を超える工夫

=

コト(連携)

我がごと・丸ごと

視点、地域、分野、範囲、年代、対象etcをプラス!



よ〜く見ると地域にいろんなネットワークが



これってプロセス評価！



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

島根県の二次医療圏と市町村



関係者ら 冷静な受け止めも

厚労省の病院再編指摘

実績加味されず困惑

厚生労働省に再編・統合の必要性があると指摘された医療機関

医療機関名	病床数					
	合計	高度急性期	急性期	回復期	慢性期	休養中など
島根県						
松江医療センター(松江江市上乃木5丁目)	328	0	48	50	230	0
玉造病院(松江江市玉湯町湯町)	253	0	111	142	0	0
出雲市立総合医療センター(出雲市瀬分町)	199	0	57	90	52	0
津和野野共存病院(津和野町森村)	50	0	50	0	0	0
鳥取県						
岩美病院(岩美町浦富)	110	0	60	0	50	0
日南病院(日南町生山)	99	0	59	0	40	0
西伯病院(南部町倭)	99	0	49	0	50	0
境港総合病院(境港市米川町)	197	0	107	60	30	0

厚生労働省が「診療実績が乏しい」と判断した公的病院は、島根、鳥取両県で計八つに上った。ただ、両県とも各医療圏で、病院の機能分担などを協議し、取り組みを進めてきた経緯があり、病院や自治体関係者からは困惑の声と、冷静な受け止めが入り交じった。

「地域包括ケアの実績が加味されていない。納得できない」と。名指しを受けた日南病院(鳥取県日南町生山)の中曾森政一、病院事業管理者は語気を強めた。同病院は人口減少や高齢化が進む中、在宅医療の提供に注力。同省が推進する医療、保健、福祉連携の地域包括ケアの考え方を先取りし、実践してきたとの自負があるとし、中村英明町長も「地域事情や自

治体病院が果たしている役割を考慮すべき」と訴えた。厚労省が実定での発表に踏み切ったのは、伸び続ける医療費を背景に、ベッド数の大幅な削減を進めたいとの意向がにじむ。2025年度の必要なベッド数をまとめた両県の地域医療構想では、国の計算法で算定した場合、島根県は18年度より25・4%減、鳥取県は17・6%減となる目安が示されている。

全国自治体病院開設者協議会会長を務める鳥取県の平井伸治知事は26日、厚労省の「地域医療構想ワーキンググループ」の会合に「全国一律の基準で再編統合を進めれば、地域医療に多大な影響を及ぼす恐れがある」などとする意見書を出し、取材に対し「一面的なデータだけで病院の要否を考えるのはあまりにも短絡的だ」と批判した。

一方で冷静に受け止めるむきもある。厚労省は今回、2017年のデータを当てはめて問題となる病院を抽出。島根県医療政策課の山崎一幸課長は「機動的な判断で一つの見方。議論を活性化してほしいとの趣旨だろう」と分析した。津和野共存病院(鳥根県津和野町森村)を抱える津和野町医師会代表の森定康氏は、休止中だった49床を昨年11月に老健施設に転換したことを踏まえ「すでに病院の機能分担や病床再編は進めている」とした。

(取材班)

424公的病院再編必要

厚労省医療費抑制へ名称公表 実績や立地で判断

厚生労働省は26日、全国145の公的病院や診療所、診療所を再編する必要があると発表した。名称を公表し、実績や立地を判断する。公的病院は、診療実績が乏しいと判断された。再編の対象となる公的病院は、島根県13病院、鳥取県4病院、合計17病院に上った。

再編の対象となる公的病院は、島根県13病院、鳥取県4病院、合計17病院に上った。再編の対象となる公的病院は、島根県13病院、鳥取県4病院、合計17病院に上った。再編の対象となる公的病院は、島根県13病院、鳥取県4病院、合計17病院に上った。

中国地方は48病院対象

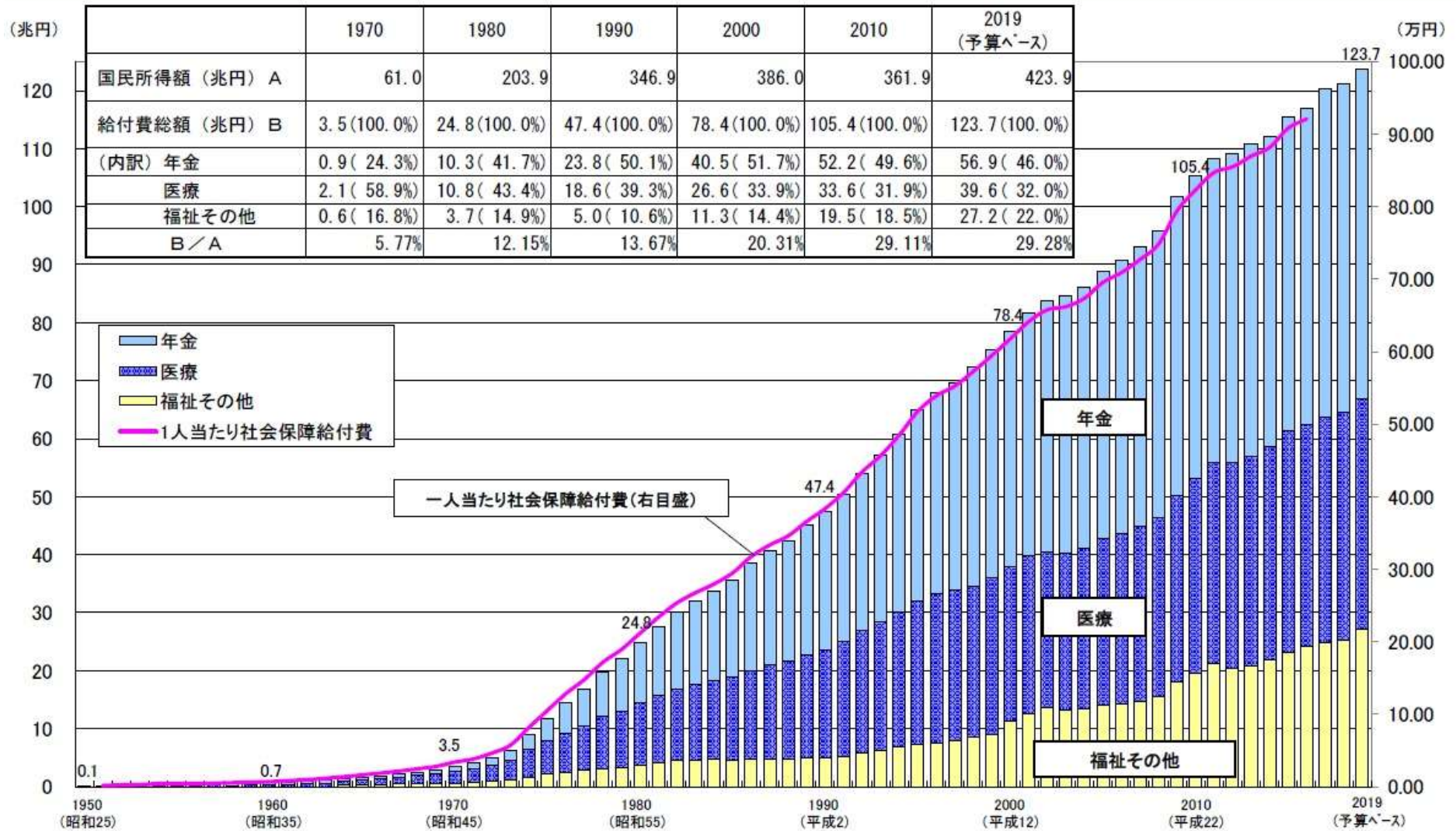
県	病院名	病床数
島根県	松江医療センター	328
	玉造病院	253
	出雲市立総合医療センター	199
	津和野野共存病院	50
	岩美病院	110
	日南病院	99
	西伯病院	99
	境港総合病院	197
	鳥取県	
	日南病院	99
	西伯病院	99
	境港総合病院	197

中国地方は48病院対象。再編の対象となる公的病院は、島根県13病院、鳥取県4病院、合計17病院に上った。再編の対象となる公的病院は、島根県13病院、鳥取県4病院、合計17病院に上った。

地域の視点で議論を。再編の対象となる公的病院は、島根県13病院、鳥取県4病院、合計17病院に上った。再編の対象となる公的病院は、島根県13病院、鳥取県4病院、合計17病院に上った。

(取材班)

社会保障給付費の推移

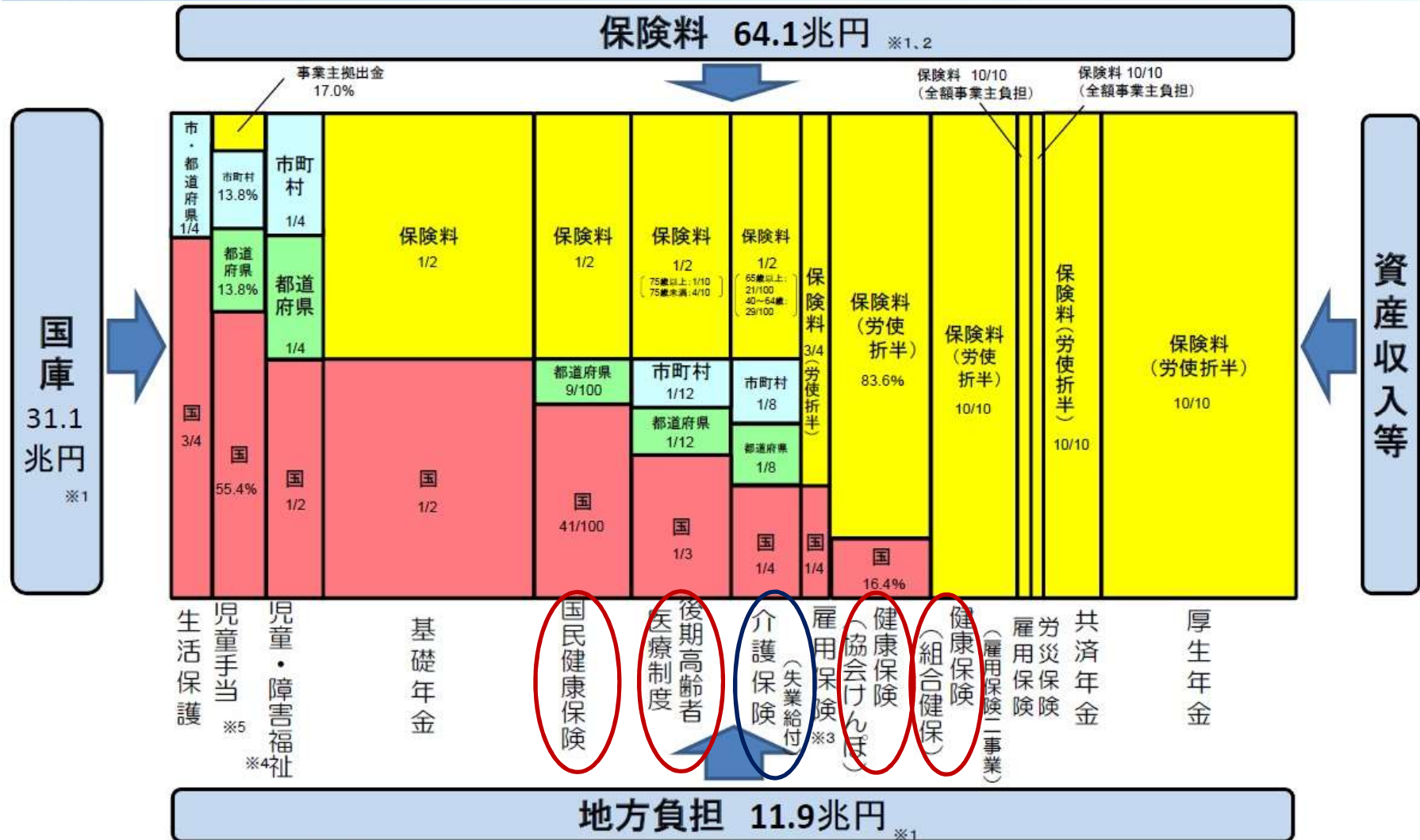


資料: 国立社会保障・人口問題研究所「平成28年度社会保障費用統計」、2017~2019年度(予算ベース)は厚生労働省推計、

2019年度の国民所得額は「平成31年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成31年1月28日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950,1960,1970,1980,1990,2000及び2010並びに2019年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

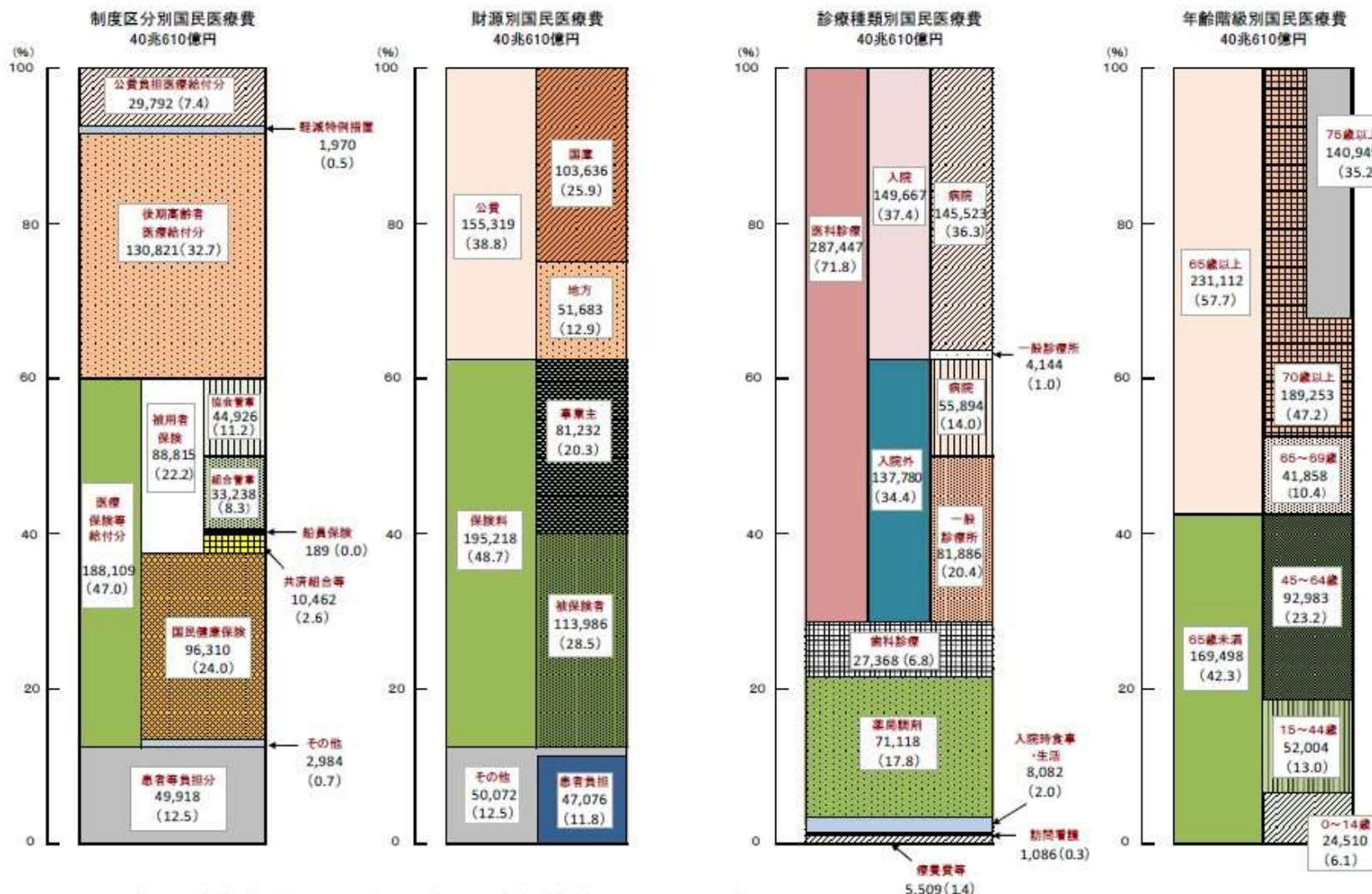
社会保障財源の全体像（イメージ）



※1 保険料、国庫、地方負担の額は平成26年度当初予算ベース。※2 保険料は事業主拠出金を含む。※3 雇用保険(失業給付)については、当分の間、国庫負担額(1/4)の55%に相当する額を負担。※4 児童・障害福祉のうち、児童入所施設等の措置費の負担割合は、原則として、国1/2、都道府県・指定都市・中核市・児童相談所設置市1/2等となっている。※5 児童手当については、平成26年度当初予算ベースの割合を示したもの。

(参考1)平成 25年度 国民医療費の構造

[国民医療費総額 40兆610億円、人口1人当たり国民医療費 314,700円]



注：1）括弧なし数値は推計額（単位：億円）、括弧内の数値は構成割合（単位：%）である。
 2）制度区分別国民医療費は平成25年度内の診療についての支払確定額を積み上げたものである（ただし、患者等負担分は推計値である）。

保健所が取り組む

2025年の医療のあり方

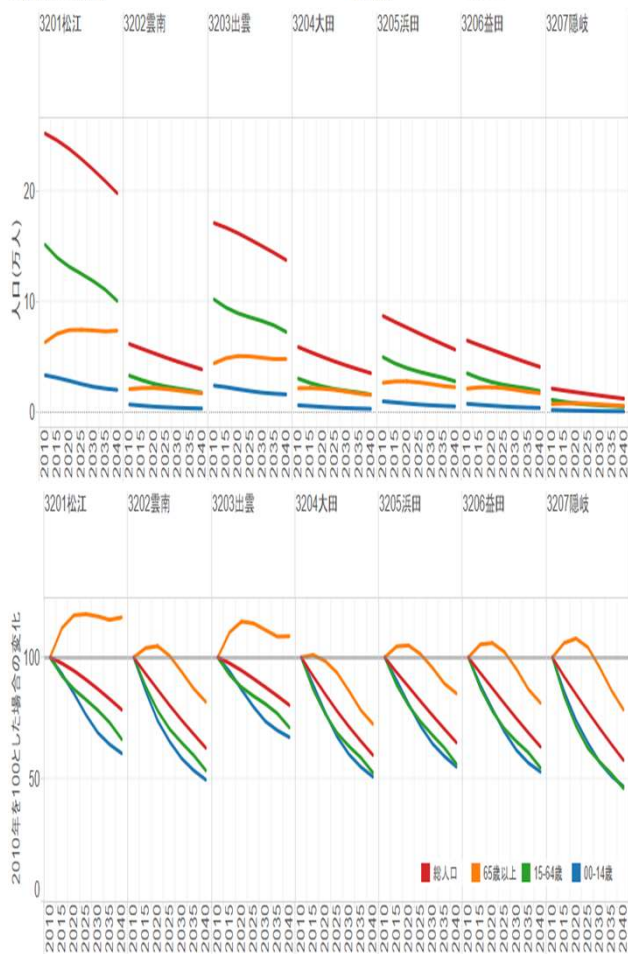
- ① 医療構想(医療計画)と、
地域包括ケアシステム
- ② 医師確保計画と外来医療計画
医師の偏在、入院以外の医療
- ③ 医師の働き方改革

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
消費増税増税分（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

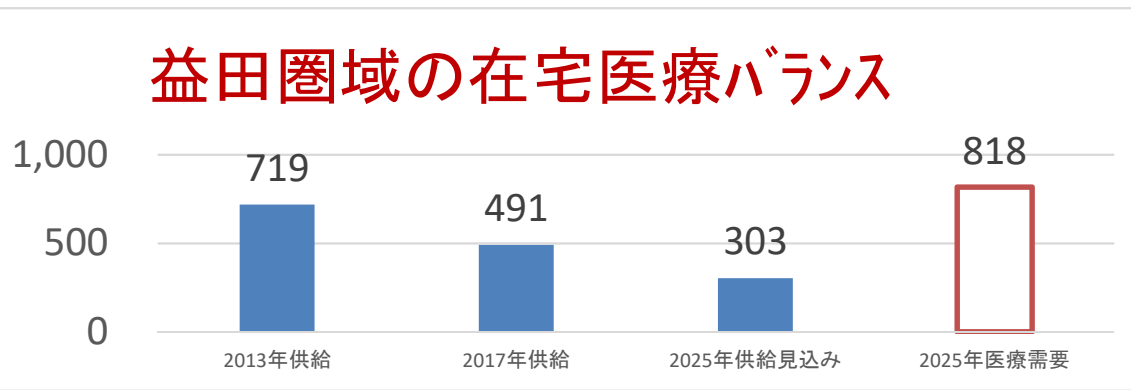
2次医療圏人口の変化



医療構想

2025年の医療は？
需要と供給のバランス

益田圏域の在宅医療バランス



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年を目途に、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。**



保健所が取り組む 2019

2025年の医療のあり方

医師確保計画(医師偏在)

外来医療計画(在宅医療)

都道府県医療計画に追加!

医師確保（島根県、益田圏域） 島根県医師確保計画から

招く

赤ひげバンク、(地域)研修サポート(県中)
(益)「親父の背中プログラム」(医師会)、**圏域PRDVD**
益田市医師歓迎事業

支える

代診医派遣、医療勤務環境改善支援センター、女性医師支援
(益)病院長等会議、行政担当者連絡会、**医療を守る会**、
多職種連携研修等、医師寄宿舍等

育てる

自治医大、医学生奨学金(地域枠)、
研修医研修支援金、医学生支援、若手医師キャリア支援
(小中高向け)地域医療教育、職場体験
地域枠学生等意見交換会、総合医育成ネットワーク

益田圏域総合医「親父の背中」プログラム

益田市医師会病院+、*

津和野共存病院*

六日市病院*

美都診療所

日原診療所

益田市医師会の医院・クリニック

益田赤十字病院

初期臨床研修

後期臨床研修+

* 総合医プログラム

「親父の背中」プログラム

益田市医師会病院に勤務しながら

総合医・家庭医をめざす

この講義で話したこと

保健所は、COVID-19で大変

ヘルスプロモーションは単なる健康づくりではない

保健(計画)行政、健康政策の理念

生活習慣は個人責任にしない、ソーシャルキャピタル

ポピュレーションアプローチ、そのためには環境

生涯通じて、しなやかな血管をつくり維持する

医療提供は県の保健医療計画

医療構想、医師確保、外来医療の各計画も