

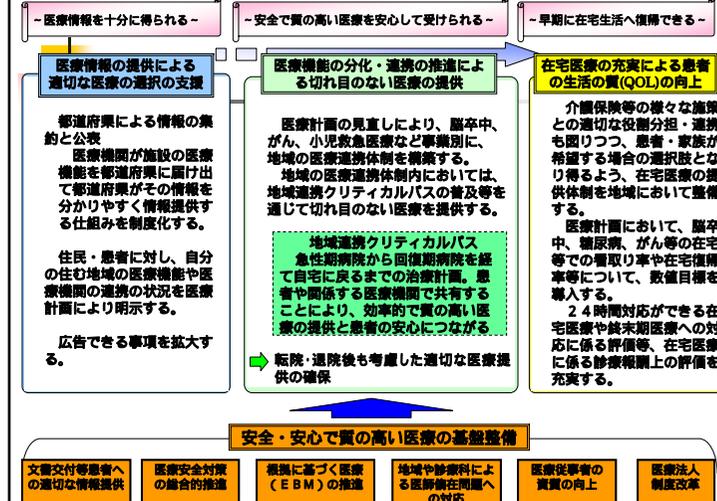
社会保障の再編成(なぜ再編?)

- 老人保健法
 - 老人医療
 - 医療以外の6事業
- 介護保険法
 - 在宅介護支援センター
- 障害者支援法
 -
- 健康保険者
 - 新高齢者医療制度
 - 医療費適正化計画
 - 健康増進計画
- 新介護保険法
 - 地域包括支援センター
(介護予防給付、特定高齢者)
- 障害者支援費制度

医療費・介護保険費の増加

- 病気を持つ人、要介護の人が増えた
高齢者が多いと医療費増える
- 高齢化社会は人類の夢(だった?)
元気な高齢者も増えた
- * 老人保健法、介護予防事業、地域リハの再編は
「医療(介護)費適正化計画」
(健康)保険者が地域の医療費削減に動く?
- 安心して老いることとは、どういうことだろうか
行政としての責任はなんだろうか?

(1) 患者の視点に安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築

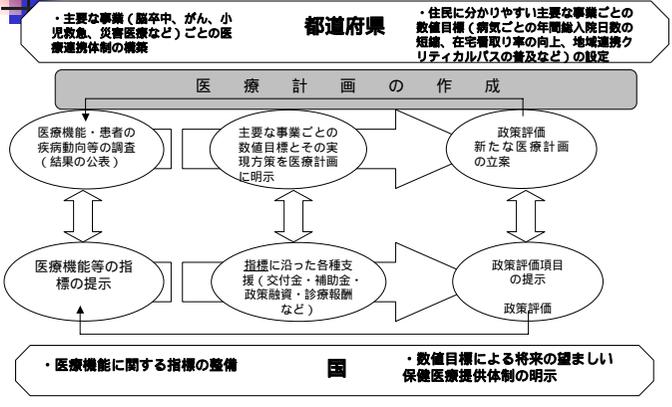


医療費適正化計画

- 保険者の保健事業(市町村国保、事業所健保)
- 基本健診(老人保健)から特定健診(国保)
- メタボリック症候群の予防(指導)
- 医療計画・健康増進計画・介護保険事業支援計画
と医療費適正化計画の整合性(は県の責任)
- 市町村は実施計画で目標設定
- 計画達成評価で国の支援費、医療費特例など
(アメよりはムチか)

(2)新しい医療計画

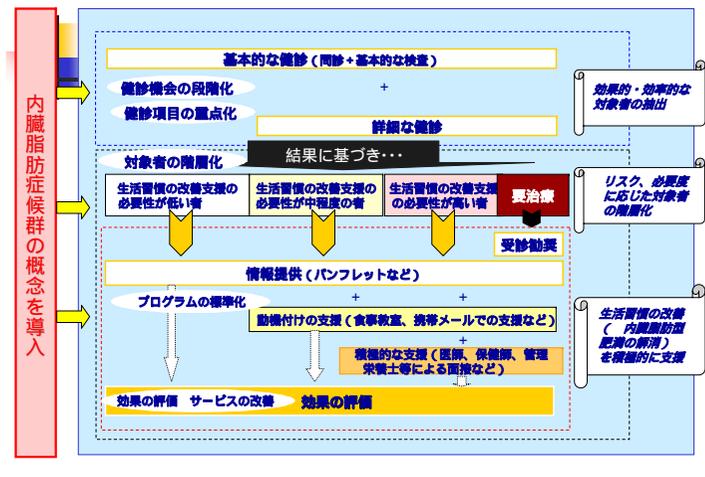
がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児科、周産期、救急医療、災害医療、へき地医療別に、分かりやすい指標と数値目標を住民・患者に示し、計画の実施状況を事後評価できる仕組み (= 政策の循環 (PDCA)) を導入



特定健診・特定保健指導

- 生活習慣改善とメタボリックS予防の観点
リスクアプローチではあるが、
ポピュレーションアプローチを整理する材料にも
- 市町村事業実施計画では
- まちの概要 (健康課題)
- 目標設定、評価とまちの将来
- 衛生と保険者との協働
- アウトソーシング (情報の5つの流れ)

保険者による健診及び事後指導サービス体系のイメージ



地域での公衆衛生活動は

- これまで、これからも
疾病の予防活動は大事 (個別の事業)
リスクアプローチ、ポピュレーションアプローチ
- 地域づくり (まちづくり) の視点
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」
(ソーシャルキャピタル)

それでは 特定健診特定保健指導は？

- 内臓肥満、糖尿病対策(プラス も?)
- 計画行政PDCAの5年計画
健康課題を明確にし、まちの未来を描く
- 対象や施策をすっきり!
まちの資源を活用できるか

保健師の専門性

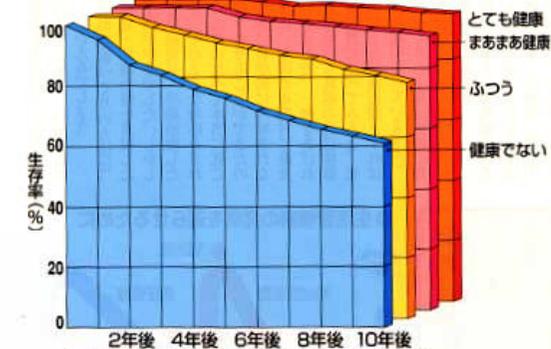
- 市町村保健活動の再構築に関する検討会
(厚生労働省)
- 保健師2007年問題検討会
(公衛協、座長平野かよ子)
- 「保健師が手放してはならない10か条」
平野かよ子

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

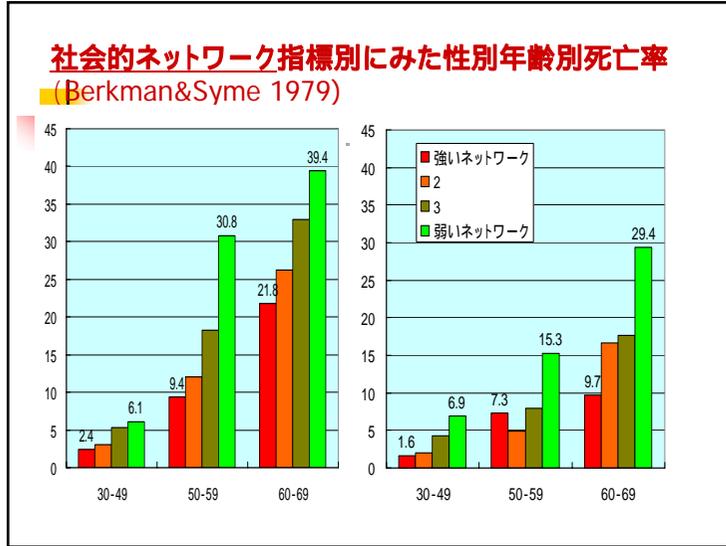
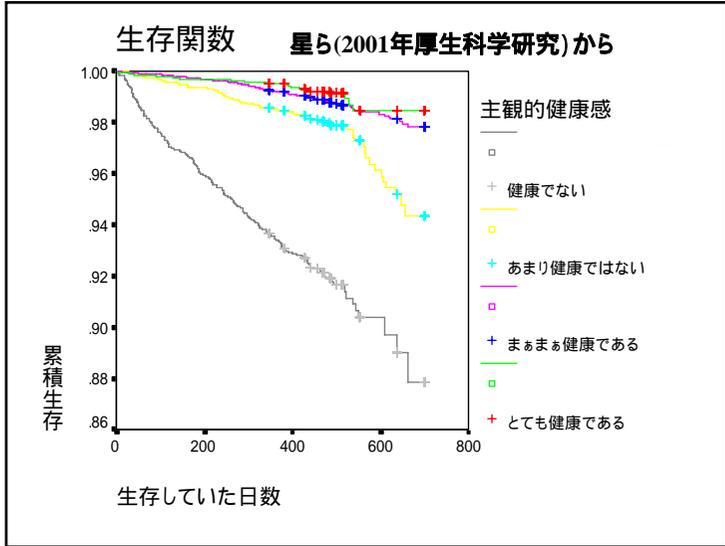
10年後の生存率は
「とても健康」の人は98%
「健康でない」は61%

●自分で健康だと感じる人は長生きしている



出典: George A. Kaplan: 『アメリカ医学雑誌』112巻, 252-255頁, (昭和58年)

現在の自分の健康状態が壊れているかどうか、自分で判定するのを「主観的健康感」といいます。「とても健康」という人と「健康でない」という人とは、10年後の生存率で30%も差がついてしまうことがわかります。



**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)

「病気がない」だけでなく、
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「私って案外いい？」
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」
ソーシャルキャピタルの醸成
これがまちづくりでしょう！

ヘルスプロモーションとは



人びとが

自らの健康をコントロールし、
改善することができるようにする
プロセスである。(Kickbusch, 1984)

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計画の中間評価

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、たばこ 改善傾向
酒 大量飲酒者
歯 う歯数改善 8020目標達成
DM 健診受診 有病者男性
循環器 高脂血症 死亡率
がん 胃がん大腸がん検診受診
課題はたくさん 方向性は... たくさん

内臓肥満に着目した

生活習慣病発症予防・重症化の流れ



A氏 54歳 脳梗塞

検査結果	34歳 35歳 36歳 37歳 38歳 39歳 40歳 41歳 42歳 43歳 44歳 45歳 46歳 47歳 48歳 49歳 50歳 51歳 52歳 53歳 54歳
	BMI25以上(肥満)
	高中性脂肪
	高血圧
	糖尿病
	低HDL
	高LDL
治療	一過性脳虚血治療 薬物療法

B氏 57歳 心筋梗塞

検査結果	37歳 38歳 39歳 40歳 41歳 42歳 43歳 44歳 45歳 46歳 47歳 48歳 49歳 50歳 51歳 52歳 53歳 54歳 55歳 56歳 57歳
	BMI25以上(肥満)
	高CPT
	高血圧
	高中性脂肪
	高HDL
	高血糖
	高LDL
心電図	異常なし
治療	薬物療法

(生活習慣病予防・保健指導の在り方に関する検討会 尼崎市対口録式提出資料より)

メタボリックシンドロームの診断基準

8学会合同委員会による(2005年4月)
(日本動脈硬化学会、糖尿病学会、高血圧学会、循環器学会、内科学会、肥満学会など)

内臓脂肪蓄積; (内臓脂肪面積100cm²に相当)
腹囲(臍部) 男性 85 cm以上、女性90 cm 以上

プラス 以下のうち2項目以上

血圧高値; 収縮期血圧130 mmHg 以上、かつまたは
拡張期血圧85 mmHg 以上。
高血糖; 空腹時血糖値110 mg/dl以上。
血清脂質異常; (空腹時)中性脂肪150 mg/dl 以上、
かつまたは HDLコレステロール 40 mg/dl 未満。

特定健診(確定版)では

■ BMI 25以上

(腹囲をはかるの大変)

- 空腹時血糖100mg/dl
- HbA1c 5.2%
(高齢者には厳しい)
- LDL 140mg/dl
(エビデンスがないのに)
- 血圧管理の尿潜血、クレアチンはなくなる

予防の重視

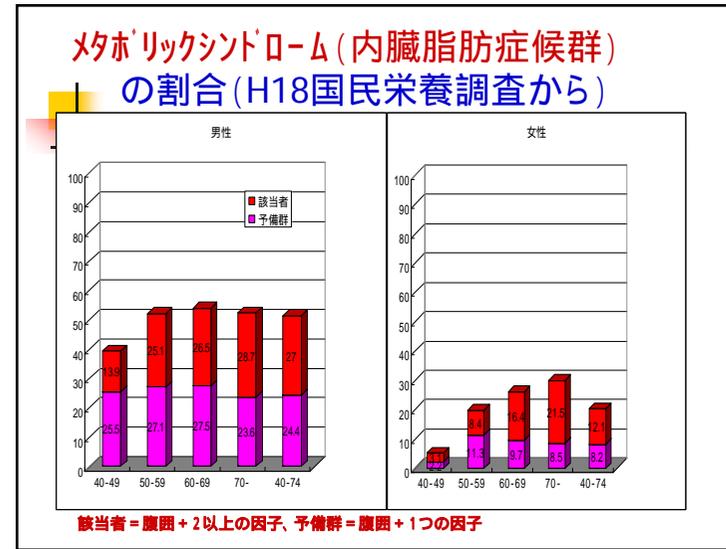
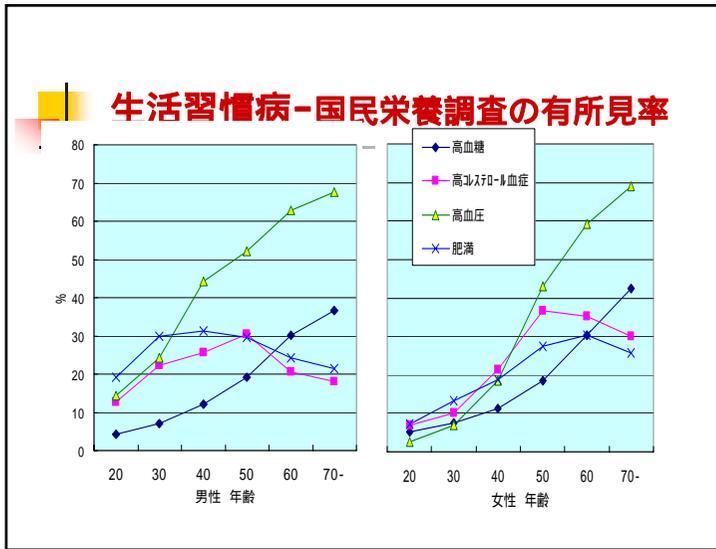
近年、我が国では、中高年の男性を中心に、肥満者の割合が増加傾向。肥満者の多くが、糖尿病、高血圧症、高脂血症等の危険因子を複数併せ持ち、危険因子が重なるほど心疾患や脳血管疾患を発症する危険が増大。

こうした内臓脂肪肥満に着目した「内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)」の概念を導入し、国民の運動、食生活、喫煙面での健全な生活習慣の形成に向け、国民や関係者の「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開。

また、生活習慣病の予防についての保険者の役割を明確化し、被保険者・被扶養者に対する効果的・効率的な健診・保健指導を義務づけるなど、本格的な取組を展開。

都道府県健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標を設定し、国民の生活習慣改善に向けた普及啓発を積極的に進めるとともに、健診・保健指導実施率等の目標を設定し、その達成に向けた取組を促進。

保健指導の効果的な実施を図るため、国において保健指導プログラムの標準化。



(1) 生活習慣病について

生活習慣病の現状

生活習慣の変化や高齢者の増加等によって...
生活習慣病の有病者・予備群が増加

生活習慣病の現状(粗い推計)
例えば糖尿病は、5年間で有病者・予備群を合わせて1.2倍の増加

- 糖尿病：有病者 740万人 / 予備群 880万人
- 高血圧症：有病者 3100万人 / 予備群 2000万人
- 高脂血症：有病者 3000万人
- 脳卒中：死亡者数 13万人 / 年
- 心筋梗塞：死亡者数 5万人 / 年
- がん：がん死亡者数 31万人 / 年 (例：胃5万人、大腸4万人、肺6万人)

肥満者の生活習慣病の重複の状況(粗い推計)

肥満に加え、糖尿病、高血圧症、脂質異常が...

- 肥満のみ 約2.0%
- いずれか1疾患有病 約4.7%
- いずれか2疾患有病 約2.8%
- 3疾患すべて有病 約5%

(H14糖尿病実態調査を再集計)

総合的な生活習慣病対策の実施が急務

短期的な効果は必ずしも大きくないが、中長期的には、健康寿命の延伸、医療費の適正化等への重要なカギとなる。

生活習慣病とは

不適切な食生活、運動不足、喫煙など起こる病気。ストレスも関係？

内臓脂肪症候群としての**肥満症、糖尿病、高血圧症、脂質異常**及びこれらの予備群
自覚症状に乏しく日常生活に大きな支障はないが、健診で発見された後は、基本となる生活習慣の改善がなされないと...
脳卒中や虚血性心疾患(心筋梗塞等)
その他重篤の合併症(糖尿病の場合:人工透析、失明など)に進展する可能性が非常に高い。

喫煙により... 動脈硬化の促進 脳卒中や虚血性心疾患の**発症リスク増大**
がん(肺がん、喉頭がん等)の**発症リスク増大**

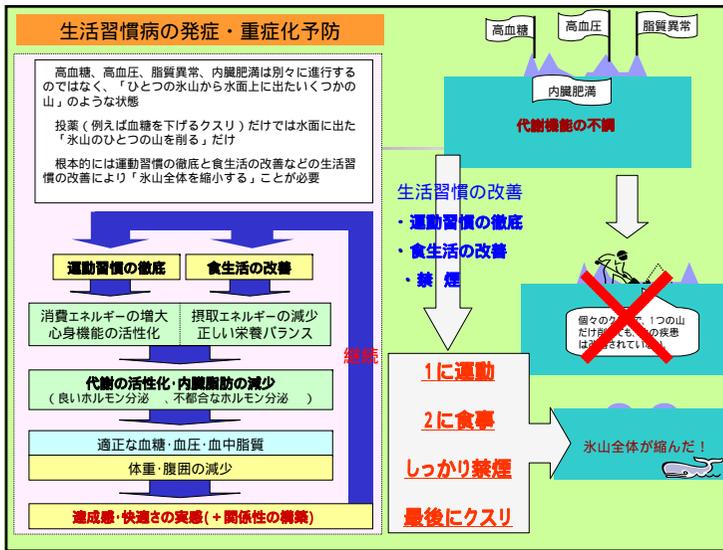
がん
がん検診や自覚症状に基づいて発見された後は、生活習慣の改善ではなく、手術や化学療法などの治療が優先される。
がん検診の普及と早期発見、治療、といったがん対策全般についての取組が別途必要。

境界領域期

不健康な生活習慣 (エネルギー・食糧、脂肪の過剰等) → 予備群 (肥満、高血糖、高血圧、脂質異常など) → 内臓脂肪症候群としての生活習慣病 (肥満症、糖尿病、高血圧症、脂質異常など) → 重症化・合併症 (虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症)、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)、糖尿病の合併症(失明・人工透析等)など) → 生活機能の低下(要介護状態) (半身の麻痺、日常生活における支障、認知症など)

*一部の病気は、遺伝、感染症等により発症することがある。

「不健康な生活習慣」の継続により、「予備群(境界領域期)」→「内臓脂肪症候群としての生活習慣病」→「重症化・合併症」→「生活機能の低下(要介護状態)」へと段階的に進行していく。
どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができる。
とりわけ、境界領域期での生活習慣の改善が、生涯にわたって生活の質(QOL)を維持する上で重要である。



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 **高血圧**
- 高血糖 **糖尿病**
- 脂質異常 **脂質異常**

(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。早期にみつけて改善するように生活習慣の見直し、変容をめざす。特に、働き盛り(女性で言えば更年期前) (例 $1.2^4 = 2.07$)

計画行政としての地域保健

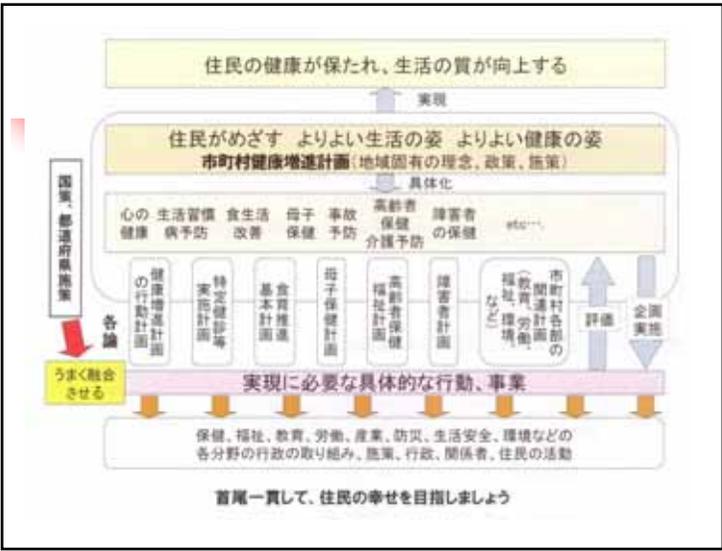
科学的な根拠に基づく健康施策EBHP
 疫学、保健行動科学

主体としての地域住民(自助共助)と、行政の説明責任(公助)

資源(予算や人材)がない中
 効果のある事業(コスト・パフォーマンス?)

計画行政のひろがり

目標(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



医療費適正化計画も計画行政

- 保健医療計画(2次医療圏でパス!)は2,3次
 - 健康増進計画はポピュレーションA(0,1次)
 - 介護保険事業計画(福祉計画)は3次
- しかし
医療費適正化計画は保険者の責任で、
- エビデンスは今からつくる?国保データ解析
 - 医療費は増えるはず。DM25%減は夢?
 - 地域づくりには医療費(介護保険)も資源
 - だから「適正」化(わかっちゃいるけど)

行政の公的責任!

- 安心安全は現在だけでなく将来の保障
- このまちに住んでいてよかった
ソーシャルキャピタル(共助)の醸成
 - 「お互いさま」が習慣をきめる!
保険料(税)をどう使うかの説明責任
 - 保健師をどう活用するか
の説明責任
- これらが健康づくり計画のQOL目標
だったはず.....

仕方がない。どうせやるなら

保健指導に役立てたい 健康教育の考え方

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
住民主体を貫けば、住民が応える(答える?)

悪い教育(洗脳?)の例
消費者対策 ある広告代理店の戦略

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

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(血压)

- 男性の血压低下
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)
- 女性の血压低下
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 (^^)
(藤澤ら、厚生学54(2)18-23,2007)

個人の行動変容は

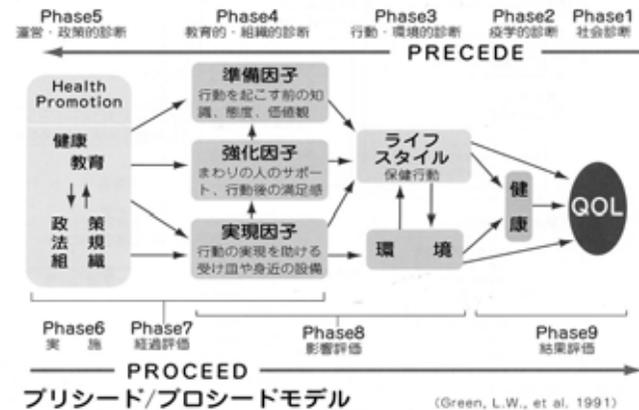
「栄養」、「運動」、「禁煙」そして「くすり」

- 準備因子、強化因子、実現因子

一人だけでは辛いことも多い

- 仲間や環境も大事 環境因子
- ソーシャルキャピタル
- くわしくは下田班報告書を

PRECEDE-PROCEEDモデル (Green 1991)



ウォーキング準備因子

- 関心がある、時間をつくろうと思う
- 生活習慣病予防に効果があることを知っている
- 体調がよくなり体重減少に効果あること知っている
- 効果のある歩き方を知っている
- 気分爽快ストレス解消になると思う
- 運動不足、体力がわかる
- 安全で景色のよいコースを知っている

豊浦郡 生活習慣調査

ウォーキング強化因子

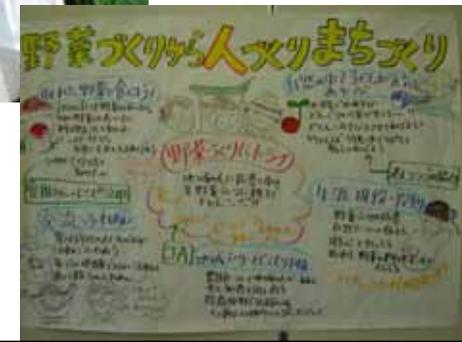
- ◆ 誘ってくれる勤めてくれる仲間がいる
- ◆ 歩くと気持ちいいことを体験した
- ◆ 景色の良さ、自然を実感した
- ◆ 家族が協力してくれる
- ◆ 周囲の目(世間体)が気になった

ウォーキング実現因子

- ◆ ウォーキング講座、学習の機会がある
- ◆ 楽しさを実感できる機会がある
- ◆ 体力(筋力、心肺機能)を測ってくれる場があり、専門家から指導が受けられる
- ◆ 歩数計を貸してくれる



旧熊毛町の ポピュレーション アプローチ



考え方を変わると

「持続可能な社会」と健康

不健康も環境負荷 = 有限の高価な医療資源を消費
病気(重病)になって大きな環境負荷
健康を維持・増進して小さな環境負荷
さてどちらを選ぶか。

若い頃に身についた健康習慣が「生き抜く力」となる
手間を惜しまない生き方が環境負荷を小さくする
毎日の食事や暮らし方と健康、そして環境

Lifestyle of Health and Sustainability (LOHAS)
<http://www.lohasclub.org/> <http://www.lohas.com/>

健康危機を乗り越えるキーワード

Q あなたの日頃を評価し、
認めてくれる人がいますか

あなたが元気なら
私も元気になれる。
だから、応援したい。

ねこの手まつり (子育てオープン スペースの大集合)

こどもも親も、ご近所も
生きていること
暮らしていること
楽しんでいること
悩みを相談できること
病気を治せること
生きがいをもてること

行政だけではありません。



尾長山の ヒメヤマツツジ 緑のボランティアと



いつまでも
この花が咲くこと
この花を見ること
この花を話題にすること
この花で楽しんだこと

尾長山に登ったこと
東区を眺めたこと





**福田観音原団地の
里山ウォーキング**

ウォーキングマップ
を作り、まちを紹介

**馬木公民館の
歴史ウォーキング**

まちの歴史を
学びながら



**男性料理教室
2006**

きっかけは自分の健康
その先には、まちづくり

きっかけは何からでも
その先にはネットワークの広がり



昔はこうだった
大勢でも、知らない、知らないという状態

よ〜く見ると地域にいろんなネットワークが
でも、よく見てみると色々なネットワークが
この町にはあふまっていた

これってプロセス評価！
様々なネットワークの広がり方
あふれる、知りあふ、あふれる

まちづくりのポイント

活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
愛する家族・仲間がいる

安心・安全 便利
事故・犯罪予防 バリアフリー 集まり動き

まちづくりは幸福追求でしょう！

- 憲法第13条
すべての国民は、個人として尊重される。
生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする。

日田市は別府市との「車券売り場名譽毀損訴訟」のなかで、「まちづくり権」を憲法第13条「幸福追求権」のひとつとして主張している。（朝日新聞2002年11月20号）

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
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？
- 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=ソーシャルキャピタル」を高める工夫を

もう一度、 MSは新しい病気ではない

- 内臓肥満 **肥満症**
- 血圧 **高血圧**
- 高血糖 **糖尿病**
- 脂質異常 **脂質異常**
(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。
早期にみつけて改善するように生活習慣の見直し、変容をめざす。
特に、働き盛り(女性で言えば更年期前) (例 $1.2^4 = 2.07$)

肥満症の診断

- 内臓脂肪(腹腔内脂肪)の蓄積
腹部の断面CTで内臓に 100cm^2 の脂肪
- BMI (Body Mass Index)
30(25)以上で肥満症

適正な体重は BMI = 22 ?

(標準体重 $\text{kg} = 22 \times \text{身長m} \times \text{身長m}$)

これまでの疫学のエビデンスは

男性21 - 27、女性19 - 25が長生き！

高血圧の診断と治療の方針

	正常	正常高値	軽症 高血圧	中等症 高血圧	重症 高血圧
血圧値	130 / 85 未満	130-139 / 85-89	140-159 / 90-99	160-179 /100-109	180 /110 以上
危険因子 なし		生活習慣 是正	6ヶ月生活習 慣是正後 降圧剤	3ヶ月生活習 慣是正後 降圧剤	診断ついた 時点で 降圧剤開始
糖尿病 以外の 危険因子		生活習慣 是正	3ヶ月生活習 慣是正後降 圧剤	3ヶ月生活習 慣是正後降 圧剤	診断ついた 時点で 降圧剤開始
糖尿病 臓器障害		生活習慣 是正後 降圧剤	診断ついた 時点で 降圧剤開始	診断ついた 時点で 降圧剤開始	診断ついた 時点で 降圧剤開始

糖尿病の診断基準

随時血糖200mg / dl 以上。
空腹時血糖126mg / dl 以上。
75g糖負荷試験2時間値200mg / dl 以上。

別の日に再検査でこの範囲だと「糖尿病」
あるいは、典型症状、HbA1C6.5%以上、糖尿病
性網膜症のいずれかで「糖尿病」

「正常型」;空腹時血糖110mg / dl未満、かつ
75g糖負荷試験2時間値140mg / dl未満、
いずれにも属さないものは「境界型」。

脂質異常 血管内皮を傷つけ脂質がつき粥腫が進む

コレステロールは、細胞壁や性ホルモンの材料
中性脂肪は、エネルギー源として使用。

脂質異常の診断基準(日本動脈硬化学会2007)

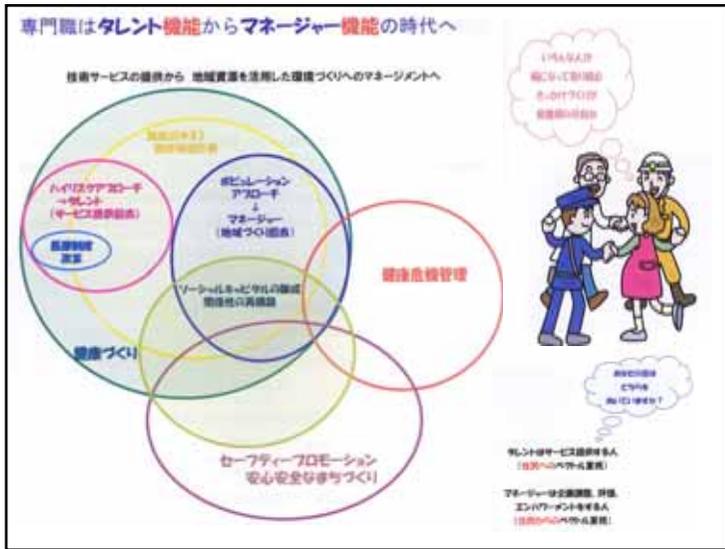
高LDLコレステロール血症 LDL 140 mg/dl
低HDLコレステロール血症 HDL < 40 mg/dl
高トリグリセライド(TG)血症 TG 150 mg/dl

脂質 管理目標	主要* 危険因子	LDL コレステロール	中性脂肪 TG	HDL コレステロール
低リスク群	0	160 mg / dl未満	150 mg/dl 未満	40 mg / dl以上
中リスク群	1~2	140 mg / dl未満		
高リスク群	3以上	120 mg / dl未満		

*年齢(男45~、女55~)/高血圧/耐糖能異常/喫煙/冠疾患家族歴/低HDL

これまでの保健活動はぶれていない!
自信をもって、残したい事業を議論する。

- 血圧管理で脳血管疾患予防はこれからも大事
- まちづくりは、ホビュレーションストラテジー「元気なまち」
行政ではソーシャルキャピタルの醸成が基本
- 健康増進計画で、しっかり位置づけよう
でないと、「医療費」は上がりません。
- 特定健診・特定保健指導は
リスクアプローチとして、肥満(DM)対策
地域の資源として医療人を取り込む
働き盛りへの働きかけ(保険者連携)
習慣の変容には、健康増進計画と連携も
サポートやソーシャルキャピタル



お疲れさまでした

- これまでも
- これからも
- 保健師は地域住民のそばで
- 健康なまちづくりを支援する。

- ありがとうございました。