

## ひとり一人の“夢と想い”を重視する 住民の健康維持増進

星 旦二\*1

第21回日本健康教育学会学術大会を首都大学東京で開催させていただき、学会長講演の機会とともに、その概要をまとめる機会をいただきました。ここでは、WHOが示したヘルスプロモーションにおける健康づくりの背景や基礎理論とともに、科学的な先行研究を踏まえ、これからのヘルスプロモーション活動における「ひとり一人の“夢と想い”を重視する住民の健康維持増進」を重視した健康教育の方向性を展望してみたいと思います。

### I 科学的先行研究

#### 1. WHOヘルスプロモーションが提示する健康づくり分野

WHOは、ヘルスプロモーションにおける健康づくり分野として、1991年に、保健医療福祉活動だけでなく、「教育、輸送、住居、都市開発、工業生産、農業の部門を健康に関連づけて優先していく」必要性を示している<sup>1)</sup>。

全国自治体16市町村に居住する高齢者2.2万人の生存を2年間追跡した調査、それに都市郊外高齢者1.3万人の生存を6年間追跡調査した結果を総括すると、地域や都市部を問わず、統計学的に有意な生存維持要因が示されている<sup>2)</sup>。その要因は、「口紅化粧身だしなみ」と連動する外出頻度を維持し、知的能動性を代表する財布を自己管理し、かかりつけの歯科医師を持ち、それに、主観的健康感である「自分は健康だ」と認識できる各自の想

表1 新しい健康支援分野<sup>1-3)</sup>

医療と共に、教育、輸送、住居、都市開発、労働、工業生産、農業 by WHO 1991

Additional Factors presented by Hoshi 2005 World Health Promotion Conference in Korea supported by WHO.

1. 口紅、化粧、身だしなみ
2. 主体性を持つ財布の自己管理
3. 歯科医師の主治医を持つこと
4. 夢を持てること

いが背景ないし基盤となり、前向きに夢が持てることと連動していることである。よって、健康教育学的にみた健康支援方策としては、生きがいのある楽しい暮らしを支援する環境の整備を重視する意義が支持されたと言える。その他の健康維持要因としては、肝臓病を持たないこと、一定の収入を確保することである<sup>3)</sup>(表1)。

#### 2. 健康を規定する各要因

ヘルスプロモーションが推進される背景としては、健康維持にとって、医療の役割がそれほど大きくはないことの共通理解があげられる。米国公衆衛生長官が示したHealthy People<sup>4)</sup>では、健康を規定する4要因として、保健医療福祉活動と生活習慣、そして環境と遺伝を示し、健康に寄与する保健医療の役割が10%程度と小さく、生活習慣(50%)や環境(20%)が保健医療より大きいことを示している。Healthy Peopleが示した4分野以外で、健康を規定する要因としては、最終学歴や所得といった社会経済的要因があげられる。

主な感染症による死亡率が急速に低下した理由は、医療や薬物による成果というよりも、上下水

\*1 首都大学東京・都市システム科学域  
住所：〒192-0397 東京都八王子市南大沢1-1  
TEL：0426-77-2355 FAX：0426-77-2352  
E-mail：star@onyx.dti.ne.jp

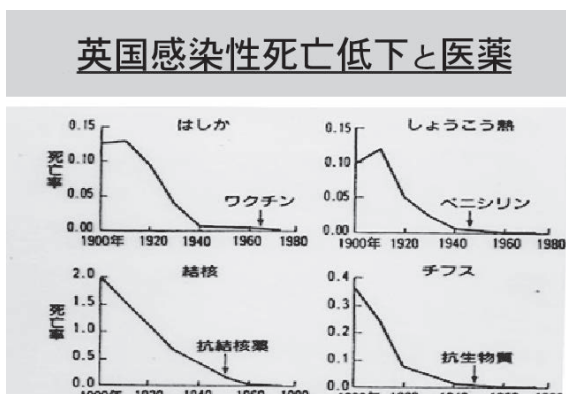


図1 感染症死亡率低下と医薬<sup>5)</sup>

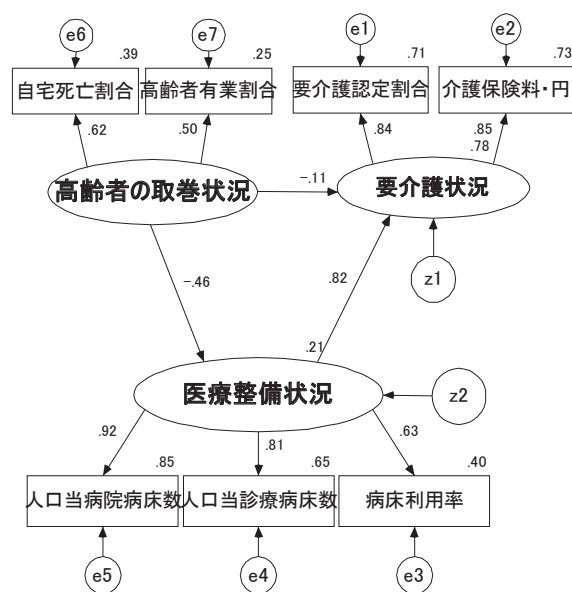
道の整備や、経済活性に基づく食の豊かさが背景となっていることが、Mckeown<sup>5)</sup>によって報告されている(図1)。

また、一定人口が確保されている全国自治体別にみた平均寿命は、標高が高いほど統計学的に有意に長くなっている。このことは、汚染のない水や空気それに緑を含む自然の恵みが、動植物と共に、生物である人間の成長やQOLに大きく寄与している可能性を示し、健康水準が様々な要因で規定されていることを示唆している。

### 3. 健康日本21の目的と課題

わが国の健康日本21が示した二大目標は、早世子防と健康寿命の延伸である<sup>6)</sup>。そのための方法論として、総論ではヘルスプロモーションを推進する意義が示されている。しかしながら、各論で提示された内容は、人々のリスクを発掘する医学モデルが大部分であり、様々なサルート要因、つまり人の優れている点を紡ぎ、日々の暮らしや生活や住居や地域環境を重視した生活モデルは充分には共有されていない。

医療整備が優れている都市部は、地方に比べて年齢調整死亡率はむしろ高いのが現状である。平均寿命の最も低い県の一つは大都市の大阪府であり、特に東京都や愛知県の女性の順位は特に低く位置している<sup>7)</sup>。また、全国の自治体の標高と平均寿命との関連をみると、山間部に位置する標高が高い自治体ほど、平均寿命が統計学的にみて有意に長いのである<sup>7)</sup>。



CMIN=11.552 p=.398  
AGFI=.822 GFI=.930 NFI=.924  
RMSEA=.033 AIC=45.552  
図2 介護状況の規定要因構造分析<sup>8)</sup>

健康寿命を低下させる要介護割合を県別にみると、その較差は二倍近くあり、最も関連するのは、人口あたりの病院病床数であることを報告してきた<sup>8)</sup>(図2)。

健康寿命の延伸は、医療だけでは貢献できないことが、ヘルスプロモーションの背景である。地域の健康寿命を真に延伸させるためには、従来の医学モデルだけではなく、信頼に裏打ちされた社会関係資本の維持は勿論のこと、日々の生活や暮らしを支える就労や生きがい、お祭りを含む地域文化の継承、そして景観や安心安全を含む地域社会環境整備の必要性が指摘され<sup>9)</sup>、新しい健康づくりの理念と実践方法論が求められていると言える。

### 4. 生活習慣と健康との因果構造

生活習慣が生存と関連することを明確にしたのは、USAのプレスローらである<sup>10-11)</sup>。著者らは、高齢者1.3万人を三年後に再調査しその生存率を六年間追跡し、健康維持要因の因果構造を分析した。その結果、学歴と所得と関連する『社会経済的要因』(『』は潜在変数を示す)が基盤的な背景となり、その後の望ましい『健康三要因』と『生活習慣と食生活』が規定されるものの、生存日数と

望ましい食と好ましい生活習慣が健康長寿を規定すると解釈される

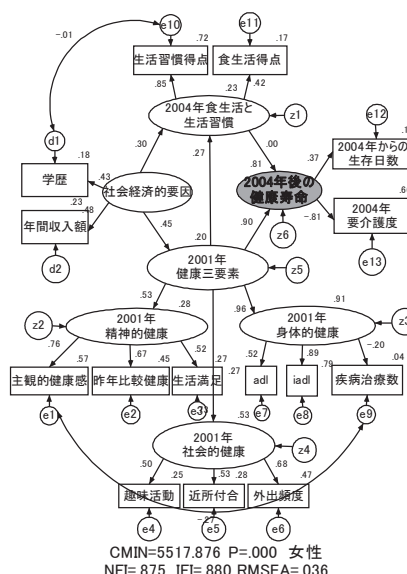
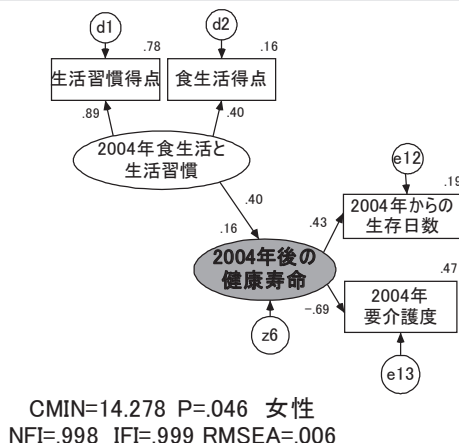


図3 健康寿命を規定する社会経済要因、健康三要素、生活習慣<sup>12)</sup>

要介護度と関連する『健康寿命』への規定要因として、『生活習慣と食生活』からの規定力はほとんど見られず、『健康三要素』からの規定力が大きいことを報告している<sup>12)</sup>。よって、従来から指摘されていた『生活習慣と食生活』と『健康寿命』との関連は、『社会経済的要因』が交絡要因である可能性を指摘している<sup>12)</sup>。

つまり、生活習慣は社会経済的要因とその後の望ましい健康三要素に規定される結果要因であり、学歴と所得を本質的な基盤要因とし、精神的健康や身体的そして社会的健康が望ましいことに連動して、望ましい生活習慣を支えている可能性を指摘している。好ましい生活習慣が健康寿命を規定するよりも、好ましい生活習慣が保てる背景基盤は、社会経済に支えられた前向きに生きることが出来ることである。社会経済的要因は、生活習慣と食生活、それに健康寿命の双方に影響するという点で、交絡要因になっている可能性が示唆される(図3)。図4は、図3をモデル化して示した。再現性が求められる。

これらの研究成果は、健康寿命の維持のためには、社会経済的要因という基盤的な要因が、支援環境整備として求められることを示唆している。よって、1989年に報告した、健康づくりの根源的

高齢者の健康寿命関連要因の因果構造

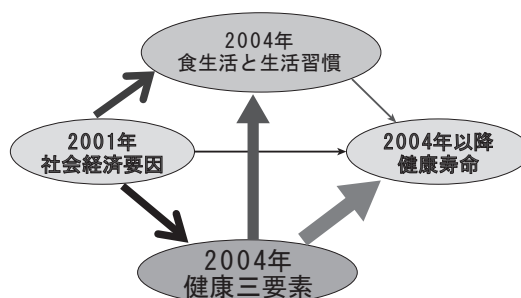


図4 健康寿命を規定する各要因因果構造

なモデルは、社会経済的要因が支援環境となっているという意味で、「ゼロ次予防に関する私論」<sup>13)</sup>概念モデルが、量的追跡研究で支持されたものと理解している。

5. 生活習慣行動変容と生存との関連

成人に対する生活習慣を好ましいものに変える行動変容を促し、その後の健康度と生存効果を追跡した、大規模追跡研究 MRFIT<sup>14)</sup>では、行動変容には有意な効果がみられたものの、死亡率の低減化は見られていない。また、フィンランドの介入追跡研究<sup>15)</sup>では、行動変容群の総死亡率が対照群よりも統計学的に有意に増加している。健康にとって好ましい生活習慣へと行動変容を促した群と、促さなかった群のその後を追う研究が実施さ

れている。対象者は、フィンランドでの管理職男性で、1919年から1934年までに生まれた3,490人の中から、臨床的には健康であるものの、1960年代に検診を受けてリスクがある人を1974年に1,222人選び、無作為に612人の介入群と610人の対照群を設定している。介入による追跡効果を見ると、教育を受け、行動を変えるように促された行動変容群の全体でみた総死亡率は、減るどころか統計学的に有意に増加したのである。試験を開始してから15年間で、介入群は67人が死亡し、放置群は46人しか死亡していなかったのである。

6. 社会的健康を規定する精神的健康と身体的健康

著者らは、都市郊外居住高齢者に対する郵送自記式質問紙調査を六年間で三回調査し、初回調査回答者で6年間に市外に転居した919名と死亡した1,899名、および二回目と三回目の調査のいずれかに回答しなかった7,080名、加えて2001年時点で85歳以上922名を除いた2,375名を分析し、高齢者におけるWHOが示す健康三要素の因果構造を長期追跡研究によって明確にしてきた。その結果、内生潜在変数、つまり因果の矢印を受けるだけの最終的な変数の決定係数が男女ともに最も高いモデルは、2001年の“精神的要因”を基盤とし、2004年の“身体的要因”を経て2007年の“社会的要因”を内生潜在変数とするモデルであった(図5)。男性における決定係数は25%、女性では23%であり、高い適合度が得られたのである<sup>16)</sup>。

Roweら<sup>17)</sup>は、老年学の視点からみた高齢者の望ましい老いの姿として、サクセスフルエイジングを提唱し、その条件として(1)病気や障害をできるだけ軽減する、(2)身体・認知機能を高く維持する、(3)人生への積極的関与を提示している。

本研究結果と合わせて考察すると、心と想いないし、各人の「夢」に対して積極的に関与している高齢者は、病気の軽減化と身体機能の維持、そして社会的健康につながる因果構造が存在する可能性が推定される。「夢が持てる」精神的健康が、その後の健康維持を支援する基盤として位置づけられる必要性が示唆される。

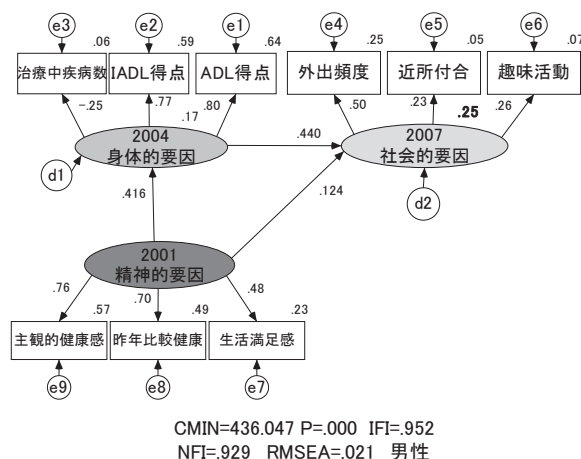


図5 健康三要因の因果構造<sup>16)</sup>

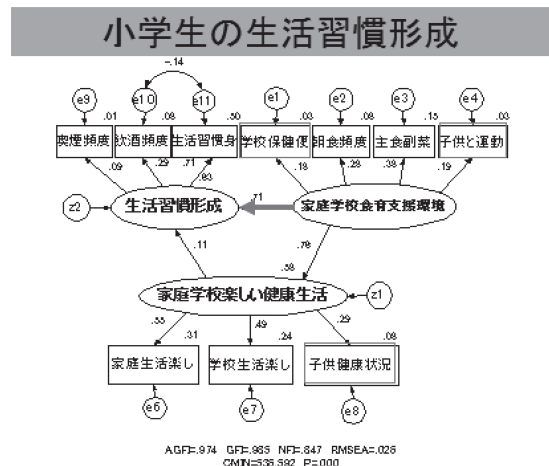


図6 子供の生活習慣規定要因

7. 子供達の生活習慣と家庭生活との関連

子供達の好ましい生活習慣は、家族として親が子供と共に運動し、豊かな食を共に囲むことを経て規定されることが、約一万人の小中高校生とその親の調査をつなぎ合わせて明確にしてきた(図6)。また、東京都都立高校174校1年生3,126人(回収率48.8%)を解析した。夢ある高校生は、喫煙だけではなく、薬物にも手を染めないことが明確にされた。子供達の望ましい生活行動にとっても、将来に対する夢ある生活が、その根源的な背景要因である可能性が示唆された<sup>18)</sup>。

II 結 論

これからの新しいヘルスプロモーションと健康教育を展望していくために、以下を提案する。文

化の成熟度を図る指標の一つは、多様性の容認と主体性の発揮がある。我が国の健康日本21では、専門主導型によるアプローチよりも住民主体（people first）を重視し、十分な情報提供に基づく本人の意志決定（informed choice）システムをめざしている。しかしながら自治体には、指導課が存在したり、指導マニュアルが提案されている現実がある。時には、個人の責任（victim blaming）が求められるすぎている。WHO が提示する健康支援の基本は、当事者が中核となり、十分な情報提供に基づく本人の意志決定を、指導ではなく支援することが、ヘルスプロモーションに基づく健康教育の基本である。

疾病を予防し、健康を維持回復させる方法論を、医学だけに限定せずに各分野との連携を重視し、そのプロセスと協働して取り組んだその成果を共有することを重視するヘルスプロモーション活動、つまり健康支援と支援環境の整備であるゼロ次予防活動（supportive environment for health）<sup>13)</sup> の一層の推進が、公的責任として求められている。健康を支援する新しい支援基礎理論の一つとして健康理学つまり、「健理学」の特性と支援方法を提案<sup>19)</sup> する。

**【提案①】**

健康に生きる手段の一つに過ぎない血圧の安定化、望ましい生活習慣の獲得は、社会経済要因や、食育や楽しく遊ぶ家族に囲まれた「夢をはぐくめ

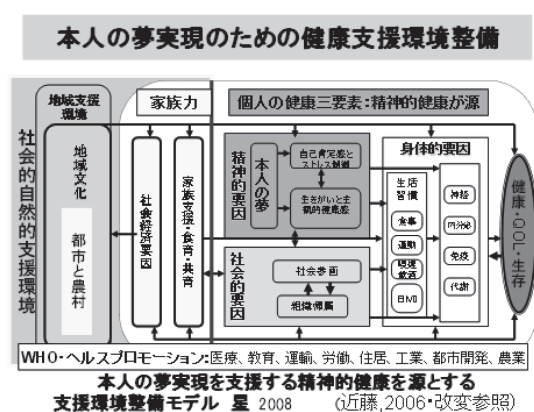


図7 本人の夢を支援する健康支援環境整備

る」支援環境によって規定されている可能性が高いのである。よって、健康教育に関与する専門家は、結果要因だけに注目するのではなく、そのような状況に至らしめた家庭や地域や学校、それに職場の支援環境にも注目し、それぞれの状況に応じた、住民がエンパワーメントされる健康支援活動が求められる。早世した人の責任を強調（victim blaming）したり、手段を目標にしてしまう「手段の目標化」を避け、人々のサルートつまり優れた要因を紡ぐ健康支援を提案する（図7）。

**【提案②】**

健康理学つまり、「健理学」を提案する。以下は、病理学と健理学の特性とともに、健康支援方法を比較したものである<sup>19)</sup>（表2）。

健康理学の暫定的な定義は、「健理学では、日常の暮らしを重視し、ネガティブなリスク因子よりも、

表2 健康理学の特性と健康支援方法<sup>19)</sup>

病理学と健康理学の特性		病理学と健康理学・特性と支援方法	
病理学	健康理学	病理学	健康理学
<ul style="list-style-type: none"> <li>医学のモデル</li> <li>リスク Risk</li> <li>マイナス Negative</li> <li>あら探し</li> <li>専門家 Profession</li> <li>指導</li> <li>ふるい分け</li> <li>形態学 組織学</li> <li>Powerless</li> <li>その時点、短時間</li> <li>非日常</li> <li>主体性より、客体化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活モデル</li> <li>Salute Health</li> <li>ポジティブ Positive</li> <li>良いところ探し</li> <li>素人 Layman</li> <li>支援</li> <li>分けない</li> <li>機能学</li> <li>力量形成 Empowerment</li> <li>毎日</li> <li>日常</li> <li>主体性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>薬物療法中心</li> <li>医学が中心</li> <li>治療</li> <li>指導</li> <li>病気の治癒</li> <li>二次予防中心</li> <li>Complete Well-being</li> <li>その時点での判断</li> <li>Victim blaming</li> <li>病気=悪、悲劇、非国民</li> <li>病気判断=異常</li> <li>専門家の価値付け</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自然治癒力中心</li> <li>統合医療 総動員</li> <li>てあてと予防</li> <li>支援、傾聴</li> <li>病気の受容</li> <li>ゼロ次予防、一次予防</li> <li>Dynamic Spiritual</li> <li>Process</li> <li>ICF 支援環境</li> <li>病気=生きている証拠</li> <li>病気判断=機能で見る</li> <li>主体の価値判断</li> </ul>

HOSHI 2010

HOSHI 2010

ポジティブなサルト因子を重視し、同時に本人の主体性を尊重した意志決定を促す Informed Choice を活用し、セルフケア、エンパワーメント、健康生成論 (SOC) を基礎的な理論ないし方法として活用し、専門家による価値付けをせず、本人と支援者が相互に学習し、相互に成長していくプロセス重視の健康を支援する基礎理論の一つ」である<sup>19)</sup>。

我が国の経済学的に見た医療制度の特性は、「出来高払い制度」で有り、「成功報酬型」ではない。本学会は、予防重視の学問体系を模索していることから、成功報酬型の体型でその本領が発揮出来、人々に貢献できるはずである。今後、実証的な検証と共に、本理論のさらなる深化と展開が求められる。

## 文 献

- 1) Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, 9-15 June 1991. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/> (2012年10月10日にアクセス)。
- 2) Hoshi T, Ryu S, Fujiwara Y. Urban health and determinant factors for longer life for the elderly urban dwellers in Tokyo. Proceedings of the International Symposium on Sustainable Urban Environment 2007; 61-66.
- 3) 星 旦二, 栗盛須雅子, RYU S, 他. 都市の健康水準と都市部在宅高齢者の健康長寿規定要因. 都市科学研究 2008; 2: 63-67.
- 4) The Surgeon General Report on Health Promotion and Disease Prevention. Healthy people. USA: DHEW/PHS, 1979: 8-9.
- 5) Mckeown T. The role of medicine. Princeton University Press, Princeton, 1979: 92.
- 6) 櫻井尚子, 星 旦二. 健康日本21がめざすもの. 保健の科学 2003; 45: 552-557.
- 7) 星 旦二. 代替・統合医療と新しい健康. 森林医学. 東京: 朝倉書店, 2006: 239-252.
- 8) 星 旦二, 栗盛須雅子, 中山直子, 他. 都市在宅高齢者に対する自記式質問紙調査回答割合の関連要因と選択バイアス. 厚生の指標 2010; 57: 14-20.
- 9) 出口満, 伊香賀俊治, 村上周三, 他. 健康維持増進に向けた地域環境評価ツールの開発と有効性の検証. 日本建築学会環境系論文集 2012; 77: 19-32.
- 10) Breslow L, Berkman LF. Health and ways of living-The Alameda county study. New York: Oxford University Press, 1983
- 11) 森本兼曩, 星 旦二. 生活習慣と健康. 東京: HBJ 出版, 1988
- 12) 星 旦二. 都市在宅高齢者における生きがいの実態と三年後の健康長寿との因果構造. 生きがい研究 (財団法人長寿社会開発センター) 2011; 12: 46-72.
- 13) 星 旦二. ゼロ次予防に関する試論. 地域保健 1989; 20: 48-51.
- 14) Multiple risk factor intervention trial research group. Multiple risk factor intervention trial. Risk factor changes and mortality results. JAMA 1982; 248: 1465-1477.
- 15) Strandberg TE, Salomaa VV, Naukkarinen VA, et al. Long-term mortality after 5-year multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle-aged men. JAMA 1991; 266: 1225-9.
- 16) 星 旦二, 高城智圭, 坊迫吉倫, 他. 都市郊外在宅高齢者の身体的, 精神的, 社会的健康の6年間経年変化とその因果関係. 日公衛誌 2011; 58: 491-500.
- 17) Rowe JW, Kahn RL. Successful aging. Gerontologist 1997; 37: 433-440.
- 18) 東京都教育委員会. 平成17年度健康づくり支援のための基礎調査報告書. 東京: 東京都教育委員会, 2006.
- 19) 星 旦二. 連載・健康学のすすめ・健康学にもとづいた健康支援を展開しよう. 公衆衛生情報 2011; 40: 30-32.

(受付 2012.10.2.; 受理 2012.10.17.)