

健康教育・ヘルスプロモーションと Community Organizing

○吉田^{よしだ} 亨^{とおる}（群馬大学大学院保健学研究科）

【はじめに】

昭和 30 年代から、健康教育と community organizing は密接な関係にあり、現在の social capital に関する議論にまでつながっている。また、WHO (1986) の health promotion は、健康教育から派生した概念であるため、本講演では、両者と community organizing との関係を論じたい。健康教育は、単なる情報提供 (information) でも、意思疎通 (communication) でもなく、何かを変えるための働きかけであると考え、community organizing が重要な役割を果たす可能性がある。

【Community とは】

Community は地域と訳されることが多いが、共同体が本来の意味であり、地域に限定されない。Winslow (1920) の公衆衛生の定義にも、through organized community efforts の字句があり、これも共同社会と訳される。Community の特徴は、明確な境界と感情の共有にある。現在では、人々は複数の community に属し、community が存在しない場での健康教育が必要となる場合もある。

【健康教育と地区組織活動】

健康教育に community organizing が登場するのは、昭和 30 年代である。当時、地域の健康問題解決の方法として、地区組織活動が議論されており、その中で、Rothman(1968) が locality development と呼ぶ手法を導入したものである。

この手法の特徴は、community における、諸集団や諸利益間の相互交流による合意形成

にあり、community 全体に共通する利害がある時に、有効に機能する。昭和 30 年代の我が国では、community と呼ぶ地域社会が広範に存在し、環境衛生や感染症流行など、目に見える共通の利害が存在したため、問題解決の手法として、機能したと思われる。地域での健康教育は、地区組織活動を通じて行うことが有効であると考えられていた。

【Self-help Group と自主グループの活動】

その後、community としての地域社会の崩壊が進み、成人病に焦点が当たる中で、locality development としての地区組織活動は次第に衰退するが、昭和 60 年代以降、これに代わり注目されたのが、Self-help Group や自主グループの活動であった。

当事者組織とも訳される Self-help Group は、社会的不利を引き起こしやすい共通の問題を抱えた当事者にとって、community organizing としての意味を持つ。専門職の適切な距離感が重要だが、当事者の相互援助が、健康教育としても機能しうるものである。

これに対し、自主グループは、老人保健法(1982)で、市町村に実施が求められた健康教育事業に端を発しており、教室修了者を組織化するという、草の根的な取り組みであった。地区組織活動とは異なり、地域の中で共通の問題を持つ人を組織化するという点で、地域社会が唯一の community ではなくなった時代に対応した community organizing であった。

【Health promotion】

オタワ憲章(1986)では、community 活動を強固にすることで health promotion が機能するとされている。これは、health promotion が community organizing としての性格を有していることを示している。そこでの community organizing は、よりよい健康を目指して、優先順位を設定し、意思決定を行い、戦略を立案・実行するためのものであるが、その核心は、community empowerment であるとされており、能力形成のための健康教育とつながっている。

【健康学習】

オタワ憲章とほぼ同時期に、我が国では、健康教育の新しい方向性が、健康学習として示された。健康学習では、学習者相互の関係が重視されており、学習の場の形成は、仲間づくりとも呼ばれるが、community organizing でもあった。

【Social capital】

近年、social capital の重要性が提起され、広く受け入れられているが、その形成方法は、未だ確立していないようである。Community organizing も、その有力な方法になりうるのではないだろうか。

【Community building へ】

最後に、米国では、Minkler M, et al. (2014) が、長年の歴史を踏まえ、健康教育と福祉における community organizing と community building の類型をまとめている (Fig.3.1)。この類型では、全体的に、問題解決から強みを作る方向へと向かってきたことや、それぞれに、合意形成が可能な場面と、対立の克服が必要な場面とがあったことが示されており、健康教育と community organizing の関係を考えるうえで興味深い。

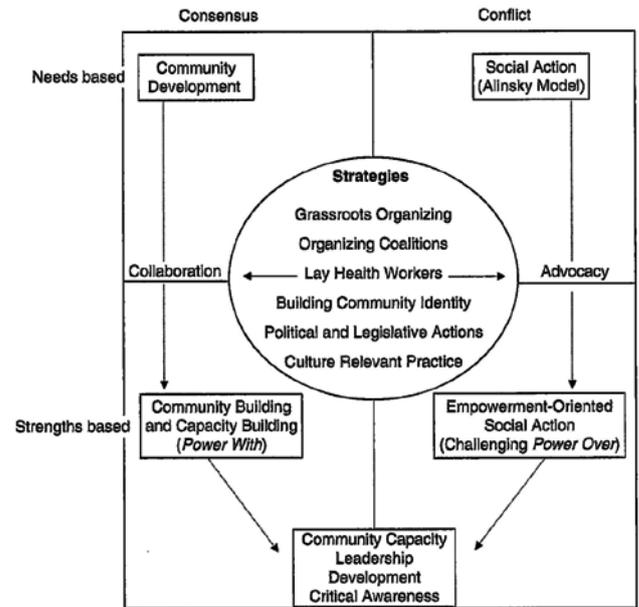


FIGURE 3.1 Community Organizing and Community Building Typology

出典 Minkler M. ed. Community organizing and community building for health and welfare, 3rd ed. New Brunswick: Rutgers Univ. Press; 2014. 43.

【略歴】

- 1977年 東京大学医学部保健学科卒業
- 1979年 東京大学大学院医学系研究科修士課程修了
- 1983年 東京大学大学院医学系研究科博士課程修了
- 1983年 (財)神奈川県予防医学協会健康教育センター 常勤嘱託
- 1984年 東京大学医学部保健学科助手(保健社会学)
- 1993年 東京大学医学部健康科学・看護学科助手 (健康学習・教育学)
- 1997年 群馬大学医学部保健学科教授(医療基礎学)
- 2011年 群馬大学大学院保健学研究科教授(地域健康推進学) 現在に至る
- 2011年～2015年 群馬大学大学教育・学生支援機構 副機構長(兼任)

【教育講演】

ヘルスプロモーションの近未来 ～WHOオタワ憲章とバンコク憲章から読み解く～

しまのうちのりお
○ 島内 憲夫（順天堂大学国際教養学部）

【はじめに】

私の教育講演は、「教育講演の流れ」に沿って進んで行きますが、その前に、ヘルスプロモーション哲学について、論じておきます。

【ヘルスプロモーション哲学】

健康格差時代を是正するためには、「19世紀以来の病理学的パラダイムによるネガティブなアプローチは、現代の要請に適さない。現代および将来は、ホリスティック医学のパラダイムや社会生態学的パラダイムによるポジティブなアプローチを必要としている」ことに気づくことである（Kickbusch I.）。具体的には、病気の原因となるリスクファクター（危険因子）を探して、治療や予防そしてリハビリテーションをすることから、**健康をつくるハッピーネスファクター（幸福因子）**を探して、ヘルスプロモーションを展開することへのパラダイム・シフトが必要なのである。その訳は、「**健康は、医者や薬によって創られているのではなく、人々が生活する場—労働、学習、余暇そして愛の場—で創られているからである**

（Kickbusch I.）。」すなわち、人々が自らの日常生活の中で、自らの健康の決定要因を探し、自らの力でその決定要因を改善し、自らの健康を創っていくことができる時代の到来を意味している。

このような時代をヘルスプロモーション

時代と呼ぶが、このような時代には、自分の人生の主体は自分にあると考え、**セルフエフィカシー（自己効力感）**を高めていくことが大切である。また、よりよい人生を健康で幸せに生きていくためには、自分のライフスタイル（生活様式）を考察すると共に、自分を取り巻く環境や制度との関わり、すなわち自然・物との関わり、植物や動物との関わり、とりわけ**人間さらには制度との関わり**について深く考察する必要がある。この考察が、ヘルスプロモーション活動の基礎・起点なのである。

この課題は、ダイエット・減塩、身体活動・運動、睡眠、禁煙といった個人の生活習慣の改善はもとより、家庭・学校・職場・地域・病院・街等の生活の場（環境）の改善、そして親子・兄弟・友人・恋人などの人間関係の改善、さらには労働や余暇そして制度といった社会生活の質を改善することまで拡大している。また、ヘルスプロモーション活動は、人々の健康課題を共有し、解決し、共に推進することに焦点を置いている。その理由は、「**健康は共に生み出すものだ**」と考えているからである。それゆえ、**人々の協働**（分野間協力・住民参加・パートナーシップ・ネットワーク・コミュニティアクションなど）を必要としている。この協働は、**人間性復活への活動（健康のルネサンス）**であり、健康格差時

代を力強く生き抜くための知恵として生まれてきたものなのである。

21世紀を生きる我々人間は、未来をコントロールし、人生をあらゆる面において豊かなものとする、かつてないチャンスを与えられている。だからこそ、我々人間は自分の能力を全面的に発揮し、人生を楽しみながら、すべての隣人と共にヘルスプロモーション活動を実践しなければならない。そうすることによって、我々人間は**真の自由と幸福を獲得する道**を拓くことができるのだ。

【教育講演の流れ】

WHOオタワ憲章が生まれた過程とオタワ憲章の構造そしてWHOバンコク憲章の構造と再確認され新たに提案された健康戦略からヘルスプロモーションの近未来を読み解く！

1. はじめに
 2. ヘルスプロモーションの起源と発達
 3. オタワ憲章&バンコク憲章の特徴と相違
 4. イローナ・キックブッシュからのメッセージ
 - (1) 健康教育&ヘルスプロモーション
 - (2) 健康を創る場への気づき
 5. ヘルスプロモーションの近未来
 - (1) 私の推進戦略：過去・現在・未来
- ① 1986年：デンマーク・コペンハーゲン大学医学部社会医学研究所に留学
 - ② 1987年：健康社会学研究会設立
 - ③ 1991年：日本健康教育学会設立
 - ④ 2002年：日本ヘルスプロモーション学会設立

⑤ 2014年：日本健康教育学会に復帰

⑥ 2015年：日本健康教育学会特別講演

(2) 世界の推進戦略 (2013年)

① 8th GCHP: Health in All Policies

② 21st IUHPE: Best Investments in Health

(3) 健康格差社会是正の切り札

6. おわりに～3人の先駆者から学ぶ～

Ilona Kickbusch、Don Nutbeam、

John Catford

◆キーワード

- ・ヘルスプロモーションを支える中心科学 (健康心理学・健康社会学・健康教育学・健康疫学・健康政策学)
- ・プロセス戦略&5つの活動
- ・ライフロング・アプローチ&セッティングズ・アプローチ ・Social Capital (社会関係資本)
- ・ステークホルダーの発掘と育成
- ・生活戦略&政治戦略
- ・パソジェネシス (病因追及論) & サルトジェネシス (健康創生論)

略歴

1974年 順天堂大学大学院体育学研究科修了

1974年 順天堂大学体育学部 助手・講師・助教授を経て

2007年 順天堂大学スポーツ健康科学部 教授

2007年 博士 (医学) 順天堂大学医学部

2014年 順天堂大学スポーツ健康科学部 学部長

2015年 順天堂大学国際教養学部 特任教授

* 日本ヘルスプロモーション学会 会長

sense of coherence に関する3つの問題点とその解決に向けて

—現在の到達点と課題の整理—

とがり たいすけ
○戸ヶ里 泰典 (放送大学)

【はじめに】

私が大学院に進学した 2001 年、健康生成論と sense of coherence (SOC)に関する理論書、アーン・アントノフスキーの「健康の謎を解く」(有信堂高文社刊)が翻訳、刊行された。そしてこの本は当時所属した東京大学大学院健康社会学教室(山崎研究室)の先輩院生達が中心となり「東京大学アントノフスキー研究会」を立ち上げて、勉強会を行い翻訳したものであった。しかしその時点では研究会自体も終了し、健康生成論や SOC を取り上げている先輩院生もいなかった。新入院生で研究素人の私から見ても、その時研究室内ではこの理論に関する研究関心はすでに退潮傾向?にあるようにみえたことをよく覚えている。

その原因として当時研究室では大きく分けて 3 つの問題点が指摘されていたと思う。一つは、健康生成モデルや SOC の理論は大変に素晴らしいがスケールがよろしくない、という点である。SOC スケールは semantic differential 法という、通常見るリッカート法とは異なる心理測度を用いている。また、忠実に和訳されているものの、現在過去未来の人生や生き方を問う抽象的な内容が多く、回答しやすいとは言えない点である。

二つ目が SOC は成人期前期で形成・発達 が止まり、それ以降は形成・発達しないという点である。対象者におけるストレス対処力である SOC を向上させようと思っても、青年期頃までに決まってしまうもので、向上が期待できないのであれば、この概念を扱っても仕方ないという指摘である。

三つ目が「何で SOC なのか」、その研究において SOC 概念を取り上げる理由がはっきりしない、という点である。SOC とは何かを追求する目的の

研究であったとしても、あるいは対象者の広義の QOL を追求する研究であえて SOC を取り上げ、他の変数との関連をみるのはなぜか。それがどんな示唆につながるのか、という点である。

これらの問題点については、一々尤もなことであると思われ、大学院に入学したもののとくに研究テーマが定まっていなかった私自身の研究的な関心を駆り立てるものでもあった。本報告においては、これらの問題点についてその後どの程度解決できたのか、今後の課題として残るものは何かについて整理していきたい。

【SOC スケールについて】

SOC スケールの項目内容については当時と変わらずに現在も使用されている。世界的にもこの尺度を用いた研究が増加の一途をたどっているということと、一度公表された尺度であることから、そうそう修正することが難しいことなどの理由による。逆に我々はこの尺度の Psychometric Property を確認する研究を行ない、一定の信頼性と妥当性を確認している。同時に尺度の標準化についても取り組んでいる。

他方 29 項目あるいは 13 項目の分量は調査票作成上、あるいは回答負担の面で支障があるという指摘もあった。これについては、3 項目の簡易版のスケールの開発を行ってきた。

【SOC の成人期成長停止説について】

アントノフスキーによる SOC の成長停止仮説に対する誤解の解消が行われてきた。すなわち成人前期で SOC が「固定化」するという説は、SOC が脆さを克服し強さを手に入れたということ、その確信の度合いが高まった、ということ

を意味すると考えることができる。つまり、成人期後半以降になるとSOCは、わずかな変化や出来事によって急激に変動する脆さはなくなり、安定化がみられるという解釈である。その一方で、成人期以降においても高齢期に至るまで、緩やかに成長が続くという可能性が示されてきている。ただしこの論はまだ十分に検証されておらず世界的にもコンセンサスは得られていない点には注意が必要である。

実際に我々は成人労働者を対象として、心理社会的職場環境とその肯定的変化の知覚がSOCの向上をもたらしているという実証研究結果を得ることができた。また、健康生成モデルを理論的背景にし、SOCをアウトカム指標の一つに位置づけた健康生成論的アプローチによる介入研究の取り組みも見られるようになってきている。

【SOCを研究の内に取り上げる意義】

ここには2つの問題が含まれており、類似概念が多々ある中あえてSOCを選択することの意義という側面と、研究において何を意図してSOCを用いるのかの整理が必要という側面とに分けられる。

前者については、類似概念とされる、たとえばhardiness、一般性自己効力感、sense of mastery、optimismといったポジティブ心理学概念との異同の整理が必要である。ポジティブな心理的側面をとらえ、ストレス対処機能を持つという点では共通しているといえる。ただし先の諸概念は自己の内面における能力で、いわば個人主義的背景を持っており、自己の内面と環境との両者に通じた感覚であるSOCとは一線を画すとも言われている。

後者については、SOCは高ければ良いのか、という疑問点が内包されているようにも思わ

れる。SOCは目の前にある壁を挑戦ととらえ、世の中が安定していて先行きを見通せる感覚をもつと同時に、周囲の資源をストレス対処時に動員・活用できる自信がある感覚でもある。極度に高いSOCを有する人は周囲からすると愉快的気分にはさせない人である可能性もある。実際に「固いSOC」とも呼ばれ、必ずしも良好な機能を示さないとも言われている。

ただし、少なくとも低いSOCを有する人は、資源の動員をはじめストレス対処がうまくいかず、SOC自体もダメージを受けるなど負のスパイラルに陥る可能性もあり、無視できない状況といえよう。逆に入院患者や障害をもつ人などストレスフルな状況にある低SOC者のストレス対処支援方策を模索することも必要と考えられる。こうした観点でのアプローチはいまだ行われておらず今後の課題である。

【終わりに】

これまで挙げた課題以外にも、SOCの機能に関する生理学的メカニズム、コホート研究によるSOCの生涯発達の検証など、基礎的な部分でいまだ課題は多い。また、最後に触れたSOCを研究の内に取り上げる意義についても、慎重である必要がある。SOCを扱う実証研究は国内外を通じて減じる傾向は見られていないがそれを理由に無条件に取り上げるのも安易であろう。私自身もこれを常に問いかけつつ研究を進めていきたい。

最後に大変にお世話になった山崎喜比古先生はじめ東京大学旧健康社会学教室関係の皆様にご心より御礼を申し上げます。

【略歴】

2008年 東京大学大学院医学系研究科博士課程修了
2008年 山口大学医学部衛生学教室助教、同講師
2011年 放送大学准教授

学童・思春期の子どもを対象にした栄養・食教育 ～家族との共食と食事中的コミュニケーションに関する研究を中心に～

○衛藤^{えとう}久美^{くみ} (女子栄養大学 食生態学研究室)

【はじめに】

平成 17 年に食育基本法が施行され、地域、学校、家庭における食育が全国的に展開されている。平成 23 年度から開始された国の第 2 次食育推進基本計画では、「家庭における共食を通じた子どもへの食育の推進」が食育の重点課題の 1 つに位置付けられた。

演者はこれまで学童・思春期の子どもを対象とし、主に家族との共食と食事中的コミュニケーションに関する研究、並びに学校における栄養・食教育に関する研究や活動に取り組んできた。

【家族との共食と食事中的コミュニケーションに関する研究】

コミュニケーション学を専攻していた学部時代に、家族がコミュニケーションを図る場として食事の時間が重要であると考える、食事と家族コミュニケーションの関連をテーマに卒業論文に取り組んだ。

修士課程（栄養学）に進学し、様々な研究の基礎を習得した。全国約 2,000 名の小学 4、5 年生の食事スケッチの分析や、小学 5 年生を対象とした食事中的コミュニケーションに関するグループインタビューから、単に食事中に会話をすればよいのではなく、子どもが自分から話すこと、すなわち自発的コミュニケーションが多いかが重要ではないかと考えた。東京都内の小学 5、6 年生約 120 名を対象に質問紙調査を実施した結果、自発的コミュニケーションが多い児童は少ない児童に比べて、食態度、

食行動、家族関係、QOL が良好であった¹⁾。

その後、米国大学院（公衆衛生学プログラム 公衆栄養専攻）に留学し、「子どもの共食とその食生態に関する国際比較調査」の一環として、米国 3 州の 5～7 年生 261 名を対象に自記式質問紙調査を実施した。調査項目には、行動科学理論の 1 つである計画的行動理論をふまえた共食に対する認知 11 項目を含めた。その結果、夕食共食頻度には、共食することへの意図、家族の主観的規範、共食のために時間を作ることの難しさが有意に影響することを明らかにした²⁾。

帰国後、先行研究で多く用いられる「家族との共食頻度」という共食の量的な視点と、演者らが注目してきた「自発的コミュニケーション」という共食の質的な視点を組み合わせ、家族との共食を捉えることを試みた^{3,4)}。その結果、夕食共食頻度が週 4 日以上でかつ自発的コミュニケーションが多い児童生徒は、頻度は同程度で自発的コミュニケーションが少ない者や両方少ない者に比べて、食態度、食行動、QOL が良好であることを、小学 5 年生、中学 2 年生それぞれについて明らかにし、学位論文としてまとめた。

【学校における栄養・食教育に関する研究や活動】

1) 埼玉県坂戸市における食育の推進

坂戸市では平成 18 年度より児童生徒の健康ならびに食生活の向上を目指した「食

育プログラム」を開発し、市内全小学5年生から中学2年生を対象に継続的に実施している⁶⁾。演者は平成21年度より坂戸市立小・中学校食育推進委員として、教員対象研修会や食育プログラムの評価を担当している。準実験デザインを用い、学習前(小5)と学習後(中2)の効果検証に取り組んだが、食育プログラムを学習した児童生徒の食態度・食行動は必ずしも良好な変化を示さず、成長期である学童期から思春期にかけての食育プログラムの効果を量的に検証することの難しさを感じている。

2) 本学会 栄養教育研究会での活動

平成20年度から3年間は文献レビュー委員として「諸外国における学童・思春期の学校を拠点とした栄養・食教育に関する系統的レビュー」に取り組んだ⁵⁾。学校での効果的な栄養・食教育のためには、教育的アプローチと環境的アプローチを組み合わせることが重要であることを示した。

平成23年度からは研究会の委員を務め、食行動と健康・栄養状態の関連についてのエビデンスの整理や、学校における食育の評価のあり方についての提案に取り組み、他の委員の先生方と議論・協力しながら研究と実践をつなげる活動を行っている。

【今後の課題】

家族との共食の推進に関する介入研究は国内外においてまだ少ないのが現状である。学校における栄養・食教育の中に、子どもから共食する機会を増やすような働きかけを家族にする内容を取り入れる等、家族との共食や自発的コミュニケーションを促進するための具体的な支援の方法を検討する必要がある。

本学会の学術大会や栄養教育研究会の

活動を通して、他大学の先生方や学校現場で栄養・食教育の実践に携わる方々と交流し、意見交換する貴重な機会を得ている。今後も子ども達の健やかな成長と食生活の実現に貢献できるように、現場の課題解決や円滑な実践活動につながるような研究や活動に取り組んでいきたい。

謝辞

足立己幸先生、武見ゆかり先生をはじめ、これまで研究や活動を進めるにあたりお世話になりました多くの方々に感謝申し上げます。

【参考文献】

- 1) 衛藤久美, 足立己幸. 児童における家族との食事の自発的コミュニケーションと食生活及び家族生活の関連. 学校保健研究. 2005; 47: 5-17.
- 2) Eto K, Koch P, Contento IR, et al: Variables of the Theory of Planned Behavior are associated with family meal frequency among adolescents. J Nutr Educ Behav. 2011; 43: 525-530.
- 3) 衛藤久美, 武見ゆかり, 中西明美, 他. 小学5年生の児童における家族との共食頻度及び食事の自発的コミュニケーションと食態度, 食行動, QOL との関連. 日本健康教育学会誌. 2012; 20: 192-206.
- 4) 衛藤久美, 中西明美, 武見ゆかり. 家族との夕食共食頻度及び食事の自発的コミュニケーションと食態度, 食行動, QOL との関連-小学5年生及び中学2年生における横断的・縦断的検討-. 栄養学雑誌. 2014; 72: 113-125.
- 5) 衛藤久美, 岸田恵津, 北林蒔子, 他. 諸外国における学童・思春期の学校を拠点とした栄養・食教育に関する介入研究の動向: 系統的レビューより. 日本健康教育学会誌. 2011; 19: 183-203.
- 6) 衛藤久美, 中西明美, 武見ゆかり: 地域と学校が連携した食育-埼玉県坂戸市における全小・中学校「食育プログラム」の開発と実施-. 保健の科学. 2014; 56: 273-278.

【略歴】

- 2001年 国際基督教大学教養学部 卒業
- 2003年 女子栄養大学大学院栄養学研究科修士課程 修了
- 2007年 ニューヨーク大学大学院教育学部修士課程 地域公衆衛生学プログラム 修了
- 2009年 女子栄養大学栄養学部 助教, 現在に至る

【シンポジウム1】 座長

社会教育、地域福祉、地域リハから考える地域づくり

さいとうきょうへい
○齊藤 恭平（東洋大学ライフデザイン学部・大学院社会福祉デザイン研究科）

【はじめに】

休息や教育、老親介護など、家族が担っていた様々な機能が失われていく中で、それらが地域に求められている。しかし求められた地域はどうであろうか。急速な高齢化と人口減の中で地方都市は異常なくらいに地域力が低下している現状にある。強力なシビックプライドと地縁によって支えられていたコミュニティーは崩壊の危機にあり、町内会や自治会といった組織すら機能しない状況にある。こうした地区組織を母体にしてきた福祉関連組織や高齢者団体もまた機能低下が否めない。

ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章でも、「地域活動の強化」は健康づくりにおける活動分野のひとつとして強調されており、健康づくりに関する個人の能力形成や環境設定などとともに健康づくりにおける重要な活動とされている。

我が国においては古くから地域の衛生活動組織や愛育班活動、保健推進員や食生活改善推進員などが健康に関する地域活動の主要な組織として機能してきた。しかしこのような地域活動もメンバーの高齢化と女性の社会進出、そして円滑な世代交代がされなかったために活動の衰退が目立っている。

健康づくりに限らず、今こそ地域で何か新たな組織や集団づくり、人間関係の醸成を始めなければ、今後私たちが生活するコミュニティーは、機能的な人間関係が存在しない、ネットとSNSだけが頼りの、味もそっけもない、寒々として殺伐としたものになってしまうことが危惧される。

【シンポジウムの焦点】

今回このシンポジウムの座長をさせていただけることは、私自身も大変楽しみである。なぜなら、今回のシンポジストは、社会教育、地域福祉そして地域リハビリテーションの領域で、それぞれ先鋭的な地域活動や地域づくりを実行されている方々であり、その実際の内容を知ることができるからである。またこのような地域活動の先駆者たちがお互いの活動をどう評価するかも興味のあるところである。

地域の中の集団や組織づくりを通じて、コミュニティーの再生はなしえるか？健康のための小集団や人間関係、ソーシャルキャピタル形成は可能なのか、大いに議論を深めてみたいと思う。

私は、こうした地域の組織活動はボクシングでたとえればボディーブローのようなものであると思っている。ボディーブローは一発のパンチでは効かないが、じわじわと効いて、最終的にはダウンにつながる有効なパンチである。住民の地域活動も同様で、地域住民の健康に対する即効性はないものの、じわじわとした効き目があり、健康づくりを支える有効な資源となりえると信じている。

どうも最近の健康づくりはメタボやロコモ、ご当地体操やトクホなど、一発でKOを狙うパンチのような戦略に感じてならない。もちろんこれを否定するわけではないが。

【シンポジウム1】

社会教育から考える健康・地域コミュニティづくり

こやましゅうぞう
小山 周三（さやま市民大学学長、西武文理大学名誉教授）

【はじめに】

全国の各自治体の下に沢山の市民大学が開設されている。規模、内容とも、それぞれに違いと特色がみられるが、さやま市民大学はいわゆる「出口型の市民大学」を志向し、修了後に学びの成果を実践に活かすことを念頭に置いた講座の企画と運営に重点を置いている。

学びの成果を自身のものにするだけでなく、地域コミュニティづくりに活かす仕組みづくりを念頭に置き、市民人材の育成に当たっている。市民大学が地域コミュニティ活動を意図した学習の場を提供することになった経緯と教育実態について健康づくり講座を例に報告する。

1. 市民大学で「健康づくり講座」開設

さやま市民大学は平成26年4月に狭山市が開設者、NPO法人さやま協働ネットが市より運営受託する、いわば「公設民営型」の市民大学としてスタートした。このように説明すると新しい市民大学のように思われるが、既設の二つの市民大学（旧狭山シニアコミュニティカレッジ=SSCCと旧狭山元気大学）を統合し、新名称の市民大学として再出発することになった。

さやま市民大学は「元気な狭山を支えるひとづくりと人を活かす仕組みづくり」を理念としている。学びの成果を地域活動やボランティア活動、行政との協働事業推進などの実践的取り組みに活かすことが期待され、開設された。

平成27年4月より二期目の活動に入っている。本稿で説明する「健康づくり・介護予防サポーター養成講座」を含む14講座を開設した。現在の受講者数は313名、後期に開設する新講座も含めると、今年度の受講者は400

人を超えると想定される。

「健康づくり・介護予防サポーター養成講座」は全30回、受講料21,000円、約一年間をかけて学ぶ講座内容になっている。定員25名の受講者が、明るく、元気よく、学びの場を楽しんでいる。募集案内で当講座のねらいを「市と協働して市民の健康づくりを推進するため、誰でもできる運動、介護予防、認知症等の知識を学び、自分自身の健康維持だけでなく、市内各所でおこなわれている「青空サロン」「元気塾」などのスタッフになりうる人材を育成します。また修了後は、市の介護予防事業のサポートも視野に入れた活動を目指します」と記している。

修了後の実践の場として、健康づくりのための地域活動を展開する「青空の会」への入会へつながることが企図されている。平成26年度と同講座修了生16名のうち8名が青空の会に入会した。平成22年度から26年度までの5年間で同講座受講者89名のうち56人が同会に入会し、市内19地域・会場で開催される青空サロン、元気塾、元気サロンなど健康づくりの輪を拓げる活動の中軸となっている。

2. 健康づくりは市の重要施策

健康寿命を延ばすための健康づくりは行政にとっても重要な施策の一つである。とくに高齢者が元気で安心して暮らせる地域社会を再構築する必要性にせまられている。自分の健康は自分で守るという自立意識の浸透とその実践のための仕組みづくりが欠かせない。

狭山市の場合は、平成13年に誕生した旧SSCC市民大学に「レクリエーション学科」が開設され、シニアのための健康づくり活動が社会

教育的、組織的活動として始まった。平成23年開設の旧元気大学試行コース（平成22年実施）で現在の講座名「健康づくり・介護予防サポーター養成コース」が発足し、以後の5年間で合計89名の修了生を送り出してきた。基礎論から実践まで学んだ修了生達が青空の会に加わり、有力な運営メンバーに育っている。

さやま市民大学は、狭山市と市民、並びに大学・市民団体等との連携・協働事業であることを運営目的に掲げている。従って講座開設に当たっては、市民大学に設置されている「企画講座委員会」の場において行政当局の行政ニーズも反映されるし、講座実施に際しては大学との連携・協力も積極的に仰いでいる。健康づくり講座の開設・運営・講師派遣等に関しては、西武文理大学の地域貢献活動の一助に位置づけて貰い、継続的な実施のための協力を得ている。

平成24年度より、同講座を「青空の会」自身が講座運営業務を受託することになった。講座企画、講師との折衝・依頼、講座マネージャー並びにスタッフによる講座運営のすべてが任されている。同講座修了生の手で、一年間の講座運営が円滑に実施されるようになった。

狭山市より市民大学事業の業務委託をうけている「NPO法人さやま協働ネット」が講座運営を行っているが、企画講座委員会並びに大学事業運営委員会の審議と決定に基づき、各講座の運営は①NPO法人の直接運営、②主として修了生団体が組織する市民活動団体等への運営委託、③高度な専門性をもつ大学・企業・NPO法人などへの委託の3方式があるが、②による講座運営方式が増えてきている。

3. 地域コミュニティづくり人材の育成

健康のまち、福祉のまち、防災のまちなど、地域コミュニティを問い直すべき地域課題が山積している。このような地域・社会課題の解決が担える地域力、市民力をうまく育てることが喫緊の課題として登場している。地域活動の

担い手、活動・実践のための組織づくりが、学習の場、社会教育の場から創出できることを私たちの市民大学の経験から確信しつつある。

新しい人材を育て、活動の場が用意され、輪を広げる中核となって活躍できる「循環型の仕組みづくり」が地域コミュニティの再生には必要である。市民大学の健康づくり講座がこのような成果をもたらしてくれることを大いに期待している。地域と関わり、地域の中に自分の居場所を見出すことは、それ自体が最高の健康づくりと生きがいにつながると言える。

平成26年度開催の青空サロン活動には年間7,745人が健康づくりに参加した。このような活動には当然、支援スタッフが必要になるが、延べ1,565人が協力している。自分の健康づくりだけでなく、他人の健康づくりへの指導協力を当たる、支え手の存在が欠かせない。市民大学で学んだ修了生達の地域貢献活動が豊かなまちづくりにつながることを期待している。

まとめ

健康づくりをテーマとする地域・まちづくりを進めるためには、まずは人材づくりが重要な鍵を握る。「健康づくり×まちづくり」が担える人材づくりを市民大学が担える可能性を述べてきた。健康づくり講座を終了し、その後まちづくり担い手養成講座を終了した元気な女性達6名が今春に「まちじゅう健幸サロン」レインボークラブを立ち上げた。新たな芽を生み出すことが出来る市民大学の潜在力を大いに感じている。

略歴

1964年 早稲田大学第一法学部卒
1988年 流通産業研究所所長
1998年 セゾン総合研究所所長
2001年 西武文理大学サービス経営学部教授
2011年 西武文理大学名誉教授
2011年 狭山元気大学学長
2014年 さやま市民大学学長

【シンポジウム1】

地域福祉から考える地域づくり —住民が主導する多様な福祉実践とその仕組みづくり—

○ 金井 ^{かない} 敏 ^{さとし} (高崎健康福祉大学健康福祉学部社会福祉学科)

【はじめに】

今日、各地で住民が主導して展開される多様な福祉実践に注目が集まっている。住民による見守りや介護予防、生活支援などの福祉実践は、すべての地域で必要とされているからである。こうした実践の濃淡は、これからの少子高齢社会において、暮らしやすさの地域格差として表れてくるかもしれない。

福祉実践は自発的に生起するものもあれば、制度として存在するものもある。また、行政や社会福祉協議会などによる支援が必要な活動もあれば、自立して活動するものもある。

今回のシンポジウムでは、こうした活動が必要とされる社会的背景を共有するとともに、その実践と仕組みを概観することにより、今後の福祉実践のあり方を考えるきっかけとしたい。

【福祉実践を必要とする背景】

近年の少子高齢化や人口減少、経済活動の停滞は、血縁・地縁・社縁の衰退を引き起こしている。そのため、生活環境に内的・外的な大きな変化が生じると、人々や家族の生活力を奪い、生活のしづらさを露呈させる。孤立や孤独、要介護、認知症、引きこもり、貧困、買い物困難、災害時避難困難、ごみ屋敷、消費者被害など具体的な生活課題として日々の暮らしを苦しめる事態が進行するのである。

こうした課題に対して、戦後から築き上げてきた社会サービスでは実は十分に答えられていない。制度化されたサービスの「制度の狭間」の問題が多く存在するからである。社会サービスは申請主義が中心であるため、申し出をしな

い人々の生活に立ち入って課題を発見し、きめ細やかな支援を行うというサービス手法は成り立ちにくい。また、課題を抱えた本人も自らサービスを申請したり、助けを呼ぶことをためらうなかで、生活課題は潜在化し、重度化する。

一方、地域住民は課題を抱える当事者であるとともに、課題を解決する主体者でもある。各種法律においても、住民の参加や主体性が位置づけられている。1998年にはボランティア活動を社会的に認証する特定非営利活動促進法(NPO法)が成立した。2000年に改正・改称された社会福祉法では、地域住民が地域福祉を担う主体者として法定化された。2014年の医療介護総合確保法では、NPO法人やボランティアなどが多様なサービスを提供することが期待されている。このほか災害対策や消費者被害、虐待や生活困窮者自立支援など、多岐にわたっている。今後増大するであろう生活ニーズに対しては、多様な主体がそれぞれの持ち味を活かしながら、つながっていく仕組みが求められる。

【多様な福祉実践】

身近な地域で課題をキャッチした人々が、その解決に乗り出すボランティア活動は実に頼もしい。彼らは、社会サービスがほとんど存在しない時代に、熱意と創意工夫によりさまざまな生活支援の実践を創り出してきた。

戦後まもなくは児童や身体障害者へのボランティア活動が盛んに行われた。1980年代には高齢者へのボランティア活動として、在宅寝たきり老人入浴サービスやミニデイサービス、宅老所活動が増加した。こうした活動の多くは、

現在では介護保険サービスとして制度化されている。制度の狭間に対するボランティアの即応性と先駆性は、時代の要請とも捉えられ、いつの時代も尊重されるべき実践である。

なかでも筆者が注目している実践は、ふれあい・いきいきサロン活動と民生委員・児童委員活動である。

ふれあい・いきいきサロン活動は、1990年代から社会福祉協議会が提唱して地域で取り組まれている。ひとり暮らし高齢者などを対象として、歩いて行ける範囲で月1回程度集まり、ボランティアが運営し、おしゃべりやレクリエーションなどで楽しいひとときを過ごすことで、引きこもりや介護予防を促す活動である。現在、全国の約6万カ所で取り組まれている。また、親子を対象とした子育てサロンにも取り組んでいる。

民生委員・児童委員活動は、法律に基づく制度ボランティアである。身分は厚生労働大臣から委嘱を受ける非常勤・特別職の地方公務員であるが、報酬は支払われない。全国で約23万人が約1万地区で活動している。生活課題を抱えた個人や家族の相談に応じるとともに、地域の福祉実践にも取り組んでいる。近年は、災害時避難行動要支援者の名簿づくりや見守り活動の中心として活動が期待されている。

【多様な福祉実践を支える仕組み】

上述したとおり、地域においては深刻化する問題が進行していて、それでもボランティアなどが気づき、やむにやまれず活動を展開している。こうした活動は従来、活動者の自由意志に委ねられていたが、今日こうした実践活動がお互いに連携し、あるいは新しい資源を開発しながら解決することが重要となっており、その仕組みづくりが求められている。

たとえば、2003年に法定化された市町村

地域福祉計画では、地域内のボランティア活動やNPO法人の活性化と支援、ネットワークづくり、ふれあい・いきいきサロンの開発的促進、見守り活動、買い物・災害時弱者支援などについて、住民参加で議論して計画を策定している。

また、制度の狭間の問題へのアプローチは、個人の生活課題を解決するのみならず、同じような課題を抱えた人々を地域で支援できる仕組みづくり、つまりコミュニティソーシャルワークの実践が重要となる。小学校や中学校区を活動エリアとして設定して、地域で問題を発見する機能として福祉委員のような住民組織や住民が気軽に相談できる相談窓口を設置する。そこでキャッチしたニーズは住民やボランティアが解決する場合や専門職が個別支援として解決することもある。さらに地域の活動基盤を整備する機能も大切である。地域包括ケアシステムも同様な仕組みづくりである。

見守り活動は、安否確認や異常の発見にとどまらない。厚労省は見守りの要素として、①早期発見、②早期対処、③危機管理、④情報提供、⑤不安解消、の5つをあげている。こうした実践が住民活動として取り組まれ、かつ公私協働の仕組みとして機能することが、これからの地域福祉実践にとって重要である。

【略歴】

- 1982年 同志社大学文学部社会学科社会福祉学専攻卒業
- 1982年 群馬県社会福祉協議会入局（2000年退職）
- 2001年 高崎健康福祉大学健康福祉学部保健福祉学科講師（2004年 同助教授）
- 2003年 日本社会事業大学大学院博士前期課程修了
- 2009年 高崎健康福祉大学健康福祉学部社会福祉学科教授、同大学院教授
- 2014年 同ボランティア・市民活動支援センター長

【シンポジウム1】

地域リハから考える地域づくり —住民主導型介護予防事業「鬼石モデル」の経験から—

○ あさかわやすよし 浅川康吉（首都大学東京健康福祉学部）

【はじめに】

「鬼石（おにし）モデル」は、運動トレーニングに取り組む自主活動グループを地域に多数作り出す事業方法の名称である。

“住みなれた地域でその人らしく暮らす”を実現することは地域リハビリテーションの目的のひとつである。鬼石（おにし）町という山間の小さな町で、この目的を達成しようと老人クラブ連合会、行政、大学（群馬大学）が連携して生まれたのが「鬼石モデル」である。

鬼石（おにし）町は平成18年に藤岡市と合併したが「鬼石モデル」は継続され、10年を超えて継続している。現在では藤岡市以外の市町村、地域にも広がっている。

本シンポジウムでは「鬼石モデル」の概要を紹介するとともに、その土台となっている考え方を述べ、地域リハの視座を生かした地域づくりについて考えてみたい。

【鬼石モデルの概要】

「鬼石モデル」の中心となる活動は、週に一度、地元の公民館等で行う約1時間の自主グループトレーニング「地区筋トレ」である。プログラムの中心となるのは「暮らしを拓げる10の筋力トレーニング」である。

「鬼石モデル」導入初期では「地区筋トレ」の定着にはおよそ1年をかけた。まず老人クラブなどの組織や行政を通じて地域住民に「暮らしを拓げる10の筋力トレーニング」を紹介し、地区単位で参加者を募りグループを形づくった。そのグループは「地区筋トレ」として週1度、自分たちの地元の公民館等に集まってトレ

ーニングに取り組んだ。並行してトレーニングや介護予防について専門家（筆者（理学療法士））による指導を月に1度提供した。この指導は、町の保健センターに各グループを集めて行うため「合同筋トレ」と呼ばれた。こうして時期をずらしながら町内各地区に「地区筋トレ」のグループを立ち上げた。トレーニング参加者側からみれば、1年かけて40回前後の「地区筋トレ」経験と10回前後の「合同筋トレ」指導を経て自主活動グループへ移行したことになる。

多数の「地区筋トレ」グループが誕生すると、その評判を聞いた住民側から“うちの地区でも筋トレをはじめたいのだが”といった要望も聞こえるようになった。行政側から“筋トレをやってみませんか”という普及活動も継続したが、住民側からの積極的な申し入れが増加していった。こうした申し入れに対応したのは「地区筋トレ」のベテラン達であった。多くは体育教師やスポーツ選手などの経験を有していた。彼らは筋トレの先輩として新たな「地区筋トレ」グループにトレーニングの仕方からグループ運営の仕方まで幅広く教えた。こうして、住民（ベテラン）が住民（新人）教える（支援する）という形が定着した。なかには、「鬼石モデル」普及のために藤岡市外へと出向く人もいた。

なお、「鬼石モデル」の歩みについて筆者らは初期の「地区筋トレ」グループを作り出した期間を「普及期」、その後、“住民が住民に教える”という普及活動がみられるようになってからを「発展期」と呼んでいる。

【鬼石モデルの特徴】

“住みなれた地域でその人らしく暮らす”ことについて鬼石町老人クラブ連合会のメンバーから出てきた声は、まずは自分で自分のことができることであり、そのうえで、行き来できる友人、知り合いがいることであった。保健センターの職員からは転倒予防、閉じこもり予防などが課題になっているとの声もあった。

大学側（筆者ら）はこうした声を踏まえて、自分で自分のことができる能力を高めるためのトレーニングとして「暮らしを拓げる10の筋力トレーニング」（立つ、歩く、高いところの物をとるといった日常の生活動作が転倒の不安なくスムーズにできるようにするための運動トレーニング）を考案した。同時に、「地区筋トレ」の場が、参加者にとって外出機会、社会的交流の場として形づくられるように、このトレーニングへの取り組み方として、家の外で仲間と一緒に（グループに所属して）取り組むということを推奨した。その背景には、「地区筋トレ」をすべて自分たちで行うことによって参加者にさまざまな役割をもたせたいという狙いがあった。実際に、「地区筋トレ」の場には、会場設営や往復の交通において相互に助けあったり、トレーニング参加者が名簿管理係やお茶の時間担当としてボランティア活動をしたりといった様子がみられた。場所によっては「鬼石モデル」とは別枠で養成された介護予防サポーターなどの住民ボランティアが、トレーニングの参加者というよりも運営や指導のスタッフとして活躍する姿もみられた。

行政職員や指導者は折に触れ、参加者に対して、町の医療費増加の抑制、元気高齢者人材の増加といった点で「地区筋トレ」が期待されていることを説明した。

【地域リハの視点】

平成18年度に介護予防事業が始まった当

時は、事業の前提にある考え方として、身体機能の向上が生活活動性の増加をもたらし、生活活動性の増加はさらなる身体機能の向上をもたらす（あるいはその逆に、身体機能の低下が活動性の低下をもたらし、活動性の低下はさらなる身体機能の低下をもたらす）といった“循環”の考え方があった。これに対して「鬼石モデル」では“住みなれた地域でその人らしく暮らす”の視点から、自分で自分のことができるように「暮らしを拓げる10の筋力トレーニング」が考案され、「住民主導型介護予防事業」の冠のもとで、トレーニングに取り組むにあたっては「家の外で仲間とともに取り組む」ことが重視され、普及にあたっては“住民が住民に教える”という方法に価値がおかれた。

【地域リハから考える地域づくり】

「鬼石モデル」は、介護予防事業を地域リハの視点から構築すると、必然的に住民の自主活動という形が導き出されるということを示唆している。

地域リハの視点は、町内各地に自主活動の場がある、主体的に健康づくりに取り組む住民が多数いる、といった地域をつくるために活用すべき視点である。

【略歴】

- 1986年 京都大学医療技術短期大学部卒業
- 1991年 京都大学医療技術短期大学部助手
- 1998年 東京都老人総合研究所研究助手
- 19XX年 群馬大学医学部保健学科助手
- 2007年 同 准教授
- 2015年 首都大学東京健康福祉学部教授

【シンポジウム 2】 座長

特定健康診査・特定保健指導制度の課題と改善対策： ハイリスクアプローチの限界とポピュレーションアプローチの展望

えがわけんいち

江川賢一（早稲田大学）

はるやまやすお

春山康夫（獨協医科大学）

【はじめに】

特定健康診査・特定保健指導（特定健診・保健指導）は、第3次国民健康づくり対策（健康日本21）において導入され、従来の基本健康診査や定期健康診断から、保健指導に重点を置いた新しい施策として導入された。これまでに適切なスクリーニングの実施と、階層化された保健指導の実施により、保健指導を受けたハイリスク者における健康指標の改善効果や、医療保険者における生活習慣病関連の医療費の抑制効果が報告されている。

一方で現行の制度について、いくつかの問題点が指摘されている。特定健診の受診率および保健指導の実施率が低いこと、保健指導を繰り返し受ける事例が少なくないこと、ポイント制により保健指導の成果（アウトカム）よりも実施（アウトプット）が優先されていること、メタボリックシンドロームの非該当者に非感染性疾患が重症化するなどの問題があり、この制度が社会全体に及ぼすインパクトが小さいといった問題点も指摘されている。

この制度の本来の目的である「内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病の一次予防」を実現するには、ハイリスク者（集団）への保健指導の実施（健康的支援）のみならず、内臓脂肪を蓄積しにくい健康行動（栄養・食生活、運動、休養、喫煙）をとりやすい環境的支援、すなわちヘルスプロモーションの視点が不可欠である。

【シンポジウムの目的】

そこで、本シンポジウムは健康教育・ヘルスプロモーションの第一線で活躍されている4名のシンポジストをお招きし、ヘルスプロモーションの視点から本制度の成果と課題を整理し、その課題を解決するために、先進事例の取り組み等から特定健診・保健指導の改善対策を検討することを目的とする。この議論の中から、本学会ならびに学会員が健康日本21（第2次）への益々の貢献を期待したい。

【シンポジストの紹介】

1. 中村正和先生（地域医療振興協会ヘルスプロモーション研究センター）「特定健康診査・特定保健指導制度の成果と課題」
2. 涌井佐和子先生（順天堂大学スポーツ健康科学部）「身体活動（座位行動）のポピュレーション戦略の実践例」
3. 阿部絹子先生（群馬県健康福祉部保健予防課）「食行動改善のためのポピュレーションアプローチの地域実践事例：食育から食環境整備まで」
4. 高橋真奈美先生（川崎市多摩区役所保健福祉センター）「川崎市における健康管理支援の取組み：生活保護受給者への生活習慣病重症化予防対策」

特定健康診査・特定保健指導制度の成果と課題

なかむらまさかず
○中村正和（公益社団法人 地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター長）

【はじめに】

平成 20 年度から糖尿病等の生活習慣病有病者や予備群の減少による医療費適正化を目的に、特定健康診査・特定保健指導制度が始まった。本制度の意義をあげるとすれば、保健指導が「高齢者の医療の確保に関する法律」の下で保険者が取り組むべき保健事業として義務化されたことである。また、メタボに関わる健康関連産業の影響もあり、メディア等でメタボが取り上げられ、メタボが広く認知され、国民的関心を呼んだことは、成果の 1 つといえる。

しかし、本制度導入にあたり、制度設計上の問題がいくつか指摘されてきた。その改善にむけて努力がされてきているものの、抜本的な制度上の変更はまだ反映されておらず、課題として残っている。その主なものとして、メタボに偏った保健指導、腹囲の基準の妥当性や腹囲を必須とした特定保健指導の階層化、ポイント制の導入に伴う保健指導の画一化や硬直化、治療中の患者に対する保健指導推進のための制度の欠如、などがあげられる。

本発表では、制度がスタートして 7 年が経過した現時点において、本制度の現状を踏まえ、ヘルスプロモーションの観点から課題を整理し、制度の改善にむけた学会としての政策提言につなげたい。

【本制度の現状】

平成 24 年度の実施状況をみると、特定健診の実施率は 46. 2%、特定保健指導の実施率は 16. 4% と、年々増加傾向にあるものの、初年度に比べ

てそれぞれ 7%、9% の増加にとどまっている。なかでも特定保健指導の実施率は今なお低率にとどまっている。

本制度は医療費適正化計画と密接に関係しており、特定健診・特定保健指導の実施率やメタボ該当者や予備群の減少率は、都道府県において達成すべき目標として位置づけられている。本制度の効果については、厚生労働省の「特定健診・保健指導の医療費適正化効果等の検証ワーキンググループ」が検証を行い、これまで 2 回にわたる中間報告（2014 年 6 月と同年 11 月）が示されている。それによると、特定保健指導終了者では、保健指導前後で腹囲や体重、血圧などの検査値が改善するとともに、メタボや保健指導レベルも改善したことが報告されている。また、特定保健指導終了者では、不参加者に比べて、指導を受けた翌年度の医療費（高血圧症、脂質異常症、糖尿病の 3 疾患の 1 人あたりの入院外医療費）が低いことが報告されている。報告書ではそれぞれの評価のデザイン上の問題を述べ、断定的な結論を下していないものの、検査値の改善や医療費の適正化に一定の効果があつたとまとめている。

【本制度の課題】

ヘルスプロモーションの観点から本制度の制度設計や効果検証の内容を検討すると、以下のような課題や疑問が浮かび上がる。

1. 現行の特定保健指導の効果やインパクトの評価

特定保健指導の効果（検査値の改善や医療費の低減）を前述したように厚生労働省のワーキンググループが検証しているが、評価方法として適切か？ 適切でないとすれば、どこに問題があり、本来どのような評価をするべきか？

特定保健指導の効果があると仮定しても、現行の低い実施率を考えると、どの程度の社会的なインパクト（検査値や疾病リスクの改善、医療費の低減）が期待できるのか？ 本事業のインパクトを大きくするためには、どのような方策が必要か？

2. 非メタボのハイリスク者や喫煙者への保健指導の義務化

第二期の改正において、非メタボのハイリスク者や喫煙者への保健指導を強化する方針が示されたが、特定保健指導としての扱いにはならず、保険者にとっては努力義務にとどまっている。第三期にむけて、これらのハイリスク者に対する保健指導を特定保健指導として保険者に義務付けることが必要である。その実現にあたっての問題点や解決すべき課題は何か？ その課題解決の方法は？ もし実施した場合にどの程度のインパクトが期待できるのか？

3. ポピュレーション対策や社会的ハイリスク層への対策の検討

一般的に保健指導は事業の性格上、健康への関心が高い層を対象とするため、健康格差を広げる方向に働く可能性がある。健康日本21（第二次）において重点課題とされている健康格差の是正・縮小にむけて、保健指導だけでなく、抜本的なポピュレーション対策と、低所得者な

どの社会的ハイリスク層への特別な対策を併せて検討する必要がある。具体的には、どのような対策が実施可能か？ 期待される効果はどの程度か？

以上述べた本制度に関わる課題や疑問の解決なしには、制度が目指した所期の目的は達成されない。健康教育とヘルスプロモーションの研究と実践の推進を目指す本学会として、制度改善にむけた具体的な政策提言が期待されている。

【略歴】

1980年 自治医科大学卒業、大阪府就職

1999年 (財)大阪がん予防検診センター調査部長

2001年 大阪府立健康科学センター健康生活推進部長

2012年 大阪がん循環器病予防センター予防推進部長

2015年 現職

労働衛生コンサルタント、日本公衆衛生学会認定専門家、日本人間ドック学会認定医。研究テーマはたばこ対策と生活習慣病予防対策。公職として厚生科学審議会専門委員等。

身体活動（座位行動）のポピュレーション戦略の実践例

○^{わくい}涌井 ^{さわこ}佐和子（順天堂大学スポーツ健康科学部）

【はじめに】

身体活動不足は、高血圧、喫煙、高血糖に次いで全世界の非感染性疾患による死亡原因の第4位となっている（WHO, 2010）。

また、我が国においては、身体活動不足は喫煙、高血圧に次いで非感染性疾患による死亡原因の第3位にもなっている（Ikedaら, 2012）。現行の特定健康診査・特定保健指導（以下特定健診・特定保健指導）の主たる評価項目とはなっていないものの、身体活動不足は「身体活動不足病」というほど深刻な状況にあると言える。また、長時間にわたる座位行動は、身体活動の実施とは独立して、総死亡および冠動脈疾患死亡のリスクを高める可能性がある（Mattherwsら, 2012）。

本シンポジウムでは、特定健診・特定保健指導制度下での身体活動（座位行動）に関しての課題や今後期待されるポピュレーション戦略について報告する。

【ハイリスク対策】

特定健診・特定保健指導は、2008年度（平成20年度）より開始されたメタボリックシンドロームの予防・解消に重点をおいたハイリスクアプローチのための制度である。全国受診率は平成2008年度（平成20年度）38.3%から2012年度（平成24年度）46.2%へと上昇傾向にあるものの、受診勧奨は未だ大きな課題となっている。「健康づくりのための運動指針2006」エクササイズガイド2006では、ProchaskaのTTM

（Transtheoretical Model）に基づいた内容が示されていて、特定保健指導における身体活動推進は、その主たる方法として用いられている。

特定保健指導の成果は、腹囲、BMI、血圧、血液生化学検査成績等の指標がアウトカムと見なされた場合、ある程度は示されてきた。しかし、「身体活動習慣の変容に効果的であったか？」の問いに対する報告は少ない。また、特定健診受診者の運動実施率（標準的な質問票による）は、国民栄養調査の運動実施率と同程度であると推定されるものの、座位行動については標準的な質問票では扱われていない。

特定健診受診率について保険者の種類別（市町村国保・国保組合・全国健康保険協会・組合健保・船員保険・共済組合）でみると、市町村国保の全国受診率は約3割程度（2012年度）と最も低い。また、受診者と比較して、未受診者の運動実施率は低いことが示されている（涌井ら, 2013）。すなわち、身体的不活動な人々の多くは健診を受診しておらず、専門家による身体活動介入の恩恵を受けていないことになる。

特定健診はハイリスクアプローチのための制度であるものの、その対象は40歳～75歳未満の医療保険加入者全てである。このことから、積極的支援の恩恵を受ける一部の集団のみではなく、ヘルスプロモーションの考え方に基づいて、地域・職域を問わず、メタボリックシンドローム予防に有効な健康行動推進を展開していくこと

が期待される。

【ポピュレーション対策】

2000年から開始された健康日本21の期間、身体活動に関連して、1)健康づくりのための運動基準・指針の策定、普及啓発、2)すこやか生活習慣国民運動、3)Smart Life Projectの実施、4)特定健康診査・特定保健指導の実施、5)健康増進施設認定制度、6)介護予防の推進(介護保険法施行、介護予防事業)、が実施されてきた。しかし、最終評価において、身体活動・運動の指標である「日常生活における歩数の増加」については、成人・高齢者ともに「悪化」、運動実施者の増加は見られず、ポピュレーションアプローチの十分な成果を得るには至っていない(厚生労働省、2011)。

2013年からの健康日本21(第二次)と並行して、新たな科学的知見に基づき改定された「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針(アクティブガイド)」では、社会環境整備や社会的支援の増加など、ポピュレーション戦略がより意識された内容となっている。また、運動しやすいまちづくりや環境整備の推進に向けての対策を講じる協議会設置の有無や、身体活動推進に対する市町村への財政的支援の有無、を都道府県レベルで評価することが予定されている。しかし、地域や職域でのポピュレーション戦略についてはいくつかの事例が紹介されているのみで、理論的な枠組みや評価指標例は示されていない。更に、市町村や職域単位でのポピュレーション戦略は、一部において「取組み」として始まったばかりであり、効果的であったかを検証できる仕組みとなっていないことが多いように思われる。

ポピュレーション戦略が身体活動(座位行動)に適用された理論やモデルの例としては、コミュニティ組織論(Cheadle, 2010)、イノベーション普及理論(Owenら, 2006)、メディア効果論やソーシャル・マーケティング(Ajibolaら, 2013)、エコロジカルモデル(SallisとOwen, 1997, 1999, 2002; 荒尾, 2013)、などがあげられ、また、集団全体のレベルでの健康度の向上を目指した介入の評価モデルとしてはRE-AIM(Reach Effectiveness Adoption Implementation Maintenance)モデルが注目されている(重松と鎌田, 2013; McGoeyら, 2015)。

地域や職場での身体活動(座位行動)のポピュレーション戦略を効果的に推進していくためには、(枠組みや評価までを含め)理論に基づいた「ポピュレーション戦略HOW TO」を学会や研究者らが地域や職域のキーパーソンに積極的に提案していくこと、特定健診・保健指導のタイミングを活用してポピュレーション戦略を並行して実施していくこと、特定健診・保健指導支援者研修会カリキュラムにポピュレーション戦略の内容を盛り込んでいくこと、などが望まれる。

【略歴】

- 1995年 東京学芸大学大学院教育学研究科修了
- 1999年 国立佐倉病院臨床研究部勤務(厚生労働科学研究推進事業リサーチ・レジデント)
- 2003年 北海道教育大学函館校養護教諭特別別科助教
- 2006年 北海道教育大学岩見沢校スポーツ教育課程准教授
- 2010年 鹿屋体育大学体育学部准教授
- 2011年 順天堂大学スポーツ健康科学部准教授

【シンポジウム 2】

食行動改善のためのポピュレーションアプローチの地域実践事例 食育から食環境整備まで

あべきぬこ
○阿部絹子(群馬県健康福祉部保健予防課)

【はじめに】

平成17年の食育基本法の成立を受け、群馬県食育推進計画「ぐんま食育こころプラン」が策定された。平成23年の第2次計画推進に合わせて、全庁的に県が推進する計画の体系化が行われ、健康に関する最上位計画を「健康増進計画」、その個別計画として「食育推進計画」が位置づけられ、「食育」が健康増進施策としても期待されるようになった。

平成27年に、第3次計画を見据え、組織改正が行われ、食育が食品安全部門から健康部門に移管され、健康増進施策と一体となり推進されることになった。

【現状と課題】

群馬県健康増進計画では、平成29年度までに特定健診受診率70%以上、特定保健指導実施率35%以上を目標としているが、平成24年の特定健診受診率は44.9%（全国45.6%）、特定保健指導実施率は14.5%（全国16.8%）であり、市町村や医療保険者、関係機関等と協力し、未受診者対策も課題となっている。

また、人口規模別の高齢化率のデータ（平成22年国勢調査）をみると保健所設置市を除いた県人口の高齢化率が30%以上は全国で4県、群馬県もそのひとつであることが公表された。いわゆる団塊の世代が後期高齢者となる2025年（平成37年）には、医療と介護のリスクが急増

し、県民の医療や介護の需要が増加することが予測され、特定健診による生活習慣病の危険因子の発見及び特定保健指導による生活習慣の改善は重要である。

本県は、脳血管疾患・脳梗塞による死亡が全国に比べ高く、医療費や疾病状況からリスクファクターとして高血圧を優先すべきであり、その要因のひとつである「食塩摂取」の減少は、栄養・食生活における課題となっている。

さらに、本県における慢性透析患者数は年々増加し、新規透析導入患者のうち糖尿病性腎症の占める割合は48.7%で全国2位（平成25年）であり、糖尿病対策を強化するため、特定健診・特定保健指導のデータ（KDB）の分析及び活用が検討されている。

【生涯食育社会の実現に向けて】

このようなことを背景として、ハイリスクアプローチだけでなく、ポピュレーションアプローチの重要性が指摘されるようになり、食育と健康づくりの連携によるシナジー効果が期待されている。

食育は、食に関する課題を多面的に捉え、健康分野だけでなく、様々な視点から総合的に対策を推進できる特長がある。健康分野だけの取組では解決が難しい健康課題も、食育として幅広い関係者との連携・協力ができれば、新しいアプローチの展開が可能となる。

また、集団全体を対象とした介入方法も

有効であり、家庭や学校を含む広い意味での食環境整備の推進を図ることができる。

食育とは、「一人ひとりが自分の力で健全な食生活を営むことができる力を育てる。」ことであり、本県では、あらゆる世代の県民が、身近な地域で、主体的に参加、実践できる「生涯食育社会」を実現するためのポピュレーションアプローチを行っている。

【食環境整備はどこまで進んだか】

食育基本法の成立から10年を迎え、食育という言葉の周知とともに、保育園、幼稚園、義務教育の現場では法的整備も進み、食育の取組も広がっている。その一方で、県では、食に関する課題多い、若い世代や働き盛り世代、高齢者などの食育への取組の充実を図っており、若い世代の食育推進協議会の設置、食育応援企業登録制度、食育推進リーダー養成などを展開している。食育応援企業登録制度では、各企業の特徴を活かし、登録企業が主体的に県の食育を支援することとし、登録企業数は100社を上回っている。

しかし、健康分野における健康づくり協力店制度（栄養成分表示やヘルシーメニューを提供する店舗を登録）は、協力店が県民の健康づくりに果たす役割を検証し、見直しが必要であり、食に関する新たな国の動き等を踏まえた新たな制度設計の検討も課題となっている。

また、厚生労働省が特定給食施設の評価指標として、喫食者の肥満の増減を採用したことを受け、給食を介し、喫食者の食行動改善の成果を上げることが課題である。中でも、事業所においては、給食管理部門と、健康管理部門との連携が図られるよう、従業員への健康づくり事業への支援も必要となっている。

【健康寿命延伸産業（ヘルスケア産業）】

国の成長戦略（日本再興戦略）で打ち出された「健康医療戦略」では、健康寿命を伸ばして、企業の生産性を向上させる取組が不可欠となっている。これからの企業には、社員の健康を重要な経営資源と捉え、生活習慣病予防対策を実施する「健康経営」が求められている。また、「健康寿命産業」の育成に向け、国では「次世代ヘルスケア産業協議会」を設置し、地域版協議会の設置を推進している。本県では全国に先駆けて地域版協議会を設置し、健康増進・予防サービスを含む幅広いヘルスケア産業の育成・集積を図っている。その一環として、本県が持つ温泉文化や地元有機野菜などのヘルシー料理を核に、観光とヘルスケアを組み合わせた新たな事業モデルの構築の検討がスタートしている。これにより、健康寿命の延伸及び地域経済の活性化を図ることとしている。

【おわりに】

このようなことから、これからの食環境整備には、行政と企業が互いの強みを活かし、連携強化することが重要である。本県の主要産業である農業分野や観光分野との連携、協力により、幅広い観点からの食環境整備に取り組んでいくことが必要であり、そのためのネットワーク体制の整備が課題である。

【略歴】

- 1983年 女子栄養大学栄養学部栄養学科修了
- 1983年 群馬県入庁 沼田保健所
- 1991年 群馬県衛生環境部保健予防課
- 2002年 群馬県教育委員会保健体育課
- 2010年 群馬県食品安全課 食育推進係長
- 2015年 群馬県健康福祉部保健予防課
健康増進専門官

川崎市における健康管理支援の取り組み —生活保護受給者への生活習慣病重症化予防対策—

たかはし まなみ
高橋 真奈美 (川崎市多摩区役所保健福祉センター保護第1課・保健師)

【はじめに】

川崎市では生活保護受給には至らない生活困窮者も含めた方策について全庁的に検討し、2013年2月に「川崎市生活保護・自立支援対策方針」を策定した。6つの基本施策の1つとして「健康づくり支援」が位置づけられ2013年度から市内9福祉事務所の生活保護担当部署に正規職員保健師を1名配置し、被保護者の健康管理支援を開始している。その取り組みについて報告する。

【川崎市の概要】

川崎市は神奈川県の北東部に位置し東京都と横浜市に隣接している。南東の湾岸地域は京浜工業地帯の一部となっていて工場が多い地域であり、中部から北西部にかけてはベッドタウンとして住宅地が続いている。人口は約146万人、平均年齢42.5歳、年少人口13.1%、生産年齢人口68%、老年人口18.9%と若い世代の多い都市である。(2014年10月1日現在)

生活保護の状況は2015年3月で被保護者数3万2847人、被保護世帯数2万4147世帯、保護率22.33%であり、世帯類型別でみると高齢者世帯が45%と最も多く、そのうちの90%以上が単身世帯である。

【健康管理支援の取り組み】

2013年度当初は「高齢者世帯の増加に伴う医療扶助費の増大」「経済格差を背景とした健康格差」を課題として、ケースワーカー(以下CW)の訪問頻度が少ないケースを中心とした高齢者の健康支援、生活習慣病の重症化予防を重点項目として取り組みを開始した。具体的な取り組みとしては、①個別支援、②生活習慣病予

防対策(糖尿病対策)、③健康診査の受診率向上、④医療扶助費の適正化(頻回・重複受診者への健康支援)を行っている。

【個別支援】

2014年度の個別支援による健康管理支援の対象者実数の割合(世帯類型別)は、高齢者世帯37%が最多であり、傷病者世帯20%、障害者世帯9%、母子世帯7%、その他世帯27%であった。支援内容は、健康・医療面での経過・観察を含む「疾患・服薬」に関する指導2,168件、「状況確認」698件、「生活習慣」に関する指導1,049件が多かった。

比較的安定した生活を送っている高齢者は、CWの訪問頻度は少ないため、会わないうちに病状が悪化していたということがないように、病状や服薬状況の確認や生活改善の支援、熱中症や感染症予防の啓発等を行った。

また、生活習慣病があり定期的な通院ができていても、コミュニケーション能力の問題から自身の症状や療養状況を的確に伝えることができない場合には、同行受診や主治医連絡で医療機関との調整を行い、生活の幅を広げることが有効であれば地域の活動につなげるといった、関係機関・部署との連携を行った。

その他、体調が悪化したケースへの緊急訪問や処遇困難な事例への対応をCWと連携をとりながら行っている。

【生活習慣病予防対策：糖尿病対策】

糖尿病に絞って対策を検討することとした理由としては、有病者が多いこと、検査数値から病状が把握しやすいこと、合併症によりADLや社会生活が大きく損なわれることなどから

予防的な関わりが重要と考えたからである。

2013 年度には糖尿病アンケート調査を実施。2013 年 6 月審査分レセプトの中から抽出し、実施対象者は 574 人、実施数（CWからの聞き取り調査）464 人であった。調査結果から、自己流の管理になっていること、精神疾患があり自己コントロールが難しい、症状や療養状況についてうまく医師に伝えられていない、まずは生活リズムの改善が必要、食事よりお酒が優先で食事にはお金をかけないといった療養上の課題が明らかになった。

また、アンケート調査や個別支援をする中で見えてきた療養状況の実態から、被保護者向けの糖尿病教室を開催した。2013 年度は全市で 1 ケ所、2014 年度は 2 ケ所で実施し、加えて健康づくり担当部署と連携して開催するに至った区があり、糖尿病教室の展開を見せている。2013 年度の教室開催にあたっては「糖尿病の基本的なことを見直して欲しい」「健康づくりの既存事業に参加しにくい対象者であること」

「集団支援の場を療養支援に活かしていけるだろうか」等の検討を重ね、「検査や治療の大切さ、合併症の知識等のポイントを絞った講義」「噛むことや買食する時の工夫」「集団の場に参加する負担感を少なくするためグループワークやアンケートは実施しない」「後日、訪問や面接をして教室参加の効果を確認する」を重点に置き実施した。参加者からは「野菜を食べる量が少なかったので食べてみたい」「噛むことの大切さを知り、歯科治療をしてみようと思う」「お酒 2 合を 1 合に控える」と具体的な発言が聞かれ、集団の場を利用した支援についても有効であると感じた。

2014 年度には糖尿病対策保健指導事例についてまとめた。「日常生活で目にしやすい数値である体重管理を指導することで検査値の改善が見られた」「病状調査や同行受診で医療機関と連携をとり、病状を正確に把握している事

例では検査値の改善が図られていた」「治療中断者への受診指導を保健師が担い、受診再開や継続受診につながったケースでは検査値に著しい改善が見られていた」「他疾患や生活基盤を安定させる支援が必要とされ、検査値の改善には時間を要する場合があった」等の傾向があった。

【医療扶助の適正化】

頻回受診者や重複受診者への適正受診指導、ジェネリック医薬品の利用促進指導を CW と連携して行っている。重複受診者の中には精神的な課題を抱えるものがあり、体調面での不安や突発的な事象への対応が困難で受診行動につながっている。訪問や面接により、被保護者の訴えを丁寧に聞き取ること、生活習慣改善指導による改善事項を支持すること、かかりつけ医を設定するといった支援により不安が軽減し、適正受診につながる事例があった。しかし、保健師が全ての対象者に関わることは難しく、CWとの連携による支援が不可欠である。

【まとめ】

本庁保健師、市内 9 福祉事務所の保健師、CW、関係職員と協力し、試行錯誤しながら健康管理支援の取り組みを行っており、生活保護の現場での予防的介入や健康の視点を基盤に自立助長を図っていく必要性を強く感じている。国から健康管理支援について課題や方向性、評価指標が示されているが、川崎市での効果測定は今年度の取り組み課題となっている。また、被保護者が生活保護廃止となった後も、継続して健康管理に関する支援を受けられる仕組みや地域づくりを他部署・他機関と共に検討していくことも課題であると思われる。

【略歴】

1998年 神奈川県立衛生短期大学専攻科卒業

1998年 川崎市入庁