総　論

はじめに

健康日本21は、新世紀の道標となる健康施策、すなわち、21世紀において日本に住む一人ひとりの健康を実現するための、新しい考え方による国民健康づくり運動である。これは、自らの健康観に基づく一人ひとりの取り組みを社会の様々な健康関連グループが支援し、健康を実現することを理念としている。この理念に基づいて、疾病による死亡、罹患、生活習慣上の危険因子などの健康に関わる具体的な目標を設定し、十分な情報提供を行い、自己選択に基づいた生活習慣の改善および健康づくりに必要な環境整備を進めることにより、一人ひとりが稔り豊かで満足できる人生を全うできるようにし、併せて持続可能な社会の実現を図るものである。

厚生省では約1年半にわたって、多数の有識者や専門家により、日本のこれまでの健康づくりの実績や世界の公衆衛生活動の成果を踏まえて、高齢に達せずに死亡する早世と障害を減らし、人生の中で健康で障害の無い期間、いわゆる健康寿命を延伸するための具体的な方策について議論を重ねてきた。今回、その成果を基に、国民、そして健康に関連するさまざまな団体に対する提言としてまとめたものである。

なお、今後、国民の健康寿命の延伸及び生活の質の向上を図るうえでの、母子保健など他の重要な課題についても検討を進め、21世紀における国民健康づくり運動をさらに拡充していくこととしている。

この健康日本21(総論)では、まず、我が国の健康水準、健康増進施策の世界的潮流について概括した後、健康日本21を推進する際の基本戦略、地域で取組を展開する際の留意点などについて記述する。

第1章 我が国の健康水準

第1節 超高齢少子社会日本の健康課題

健康状態を示す包括的指標である「平均寿命」について見ると、我が国は先進諸国間で、戦後、最下位であったものが、その後、比較的短期間にすべての先進国を追い抜き、昭和59年(1984年)から今日まで、世界一の健康水準を示している。特に、女性の寿命は2位との差がますます開きつつあり、人類としての寿命の到達目標とさえ見なされている(図1-1)。この成果は、日本の高い教育・経済水準、保健・医療水準に支えられ、国民全体の努力によって成し遂げられたと考えられる。

日本人の寿命が戦後急速に伸びた背景には、「感染症」などの急性期疾患が激減したことがあげられる。一方、がんや循環器病などの「生活習慣病」が増加し、疾病構造は大きく変化してきた(図1-2)。さらに最近では、「寝たきり」や「痴呆」のように、高齢化に伴う障害も増加している。これらの疾患は生命を奪うだけでなく、身体の機能や生活の質を低下させるものも多く、予防や治療においては、日常生活の質の維持も重要な課題の1つとなっている。こうした生活習慣病の予防、治療に当たっては、個人が継続的に生活習慣を改善し、病気を予防していくなど、積極的に健康を増進していくことが重要な課題となってきている。

一方、急速な出生率の低下によって、人口の高齢化が進展し、20年後の平成32年(2020年)には4人に1人が、50年後の平成62年(2050年)には3人に1人が老人という超高齢社会になる。また、平成19年(2007年)からは人口が減少し始め、平成62年(2050年)には1億人を切ると予測されている(図1-3)。

このような超高齢少子社会を人類は未だかつて経験したことはなく、21世紀の日本は、疾病による負担が極めて大きな社会となると考えられる。高齢化の進展によりますます病気や介護の負担は上昇し、これまでのような高い経済成長が望めないとするならば、病気を治すこと、あるいは介護のための社会的負担を減らすことが重要である。よって、我が国にとって、より健康な社会を目指すことが、21世紀の大きな課題となるのである。

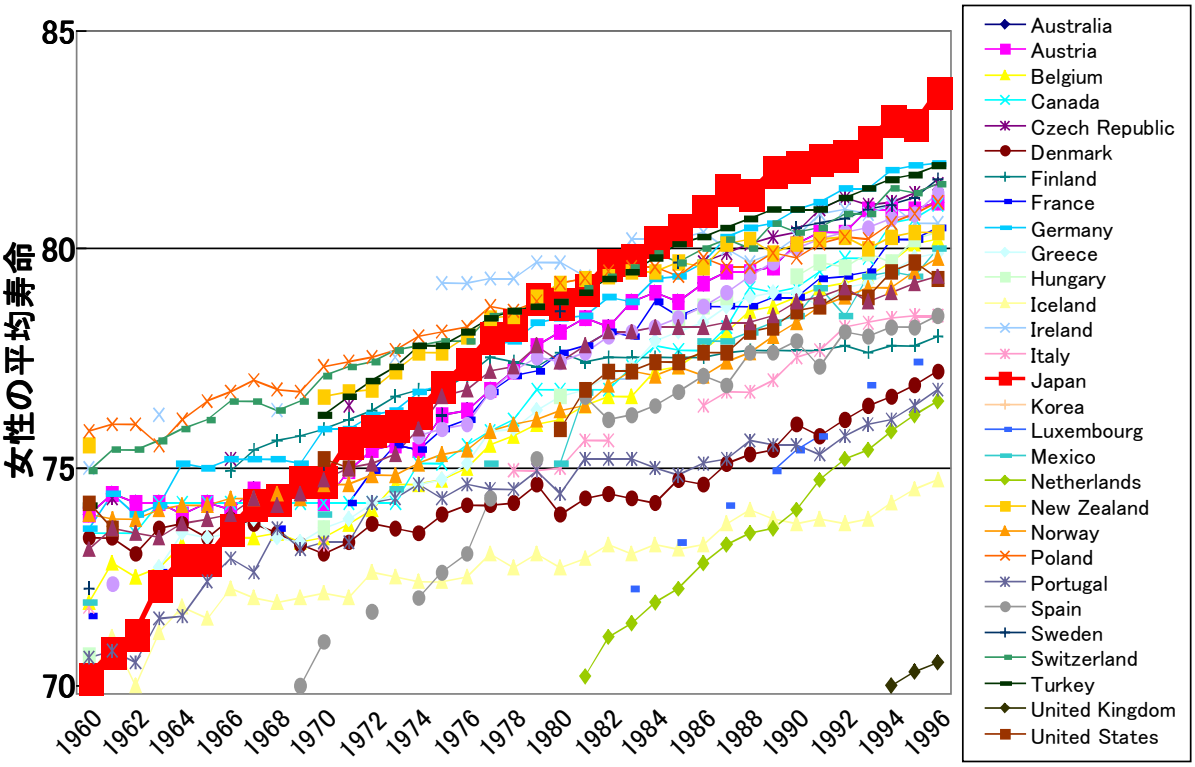
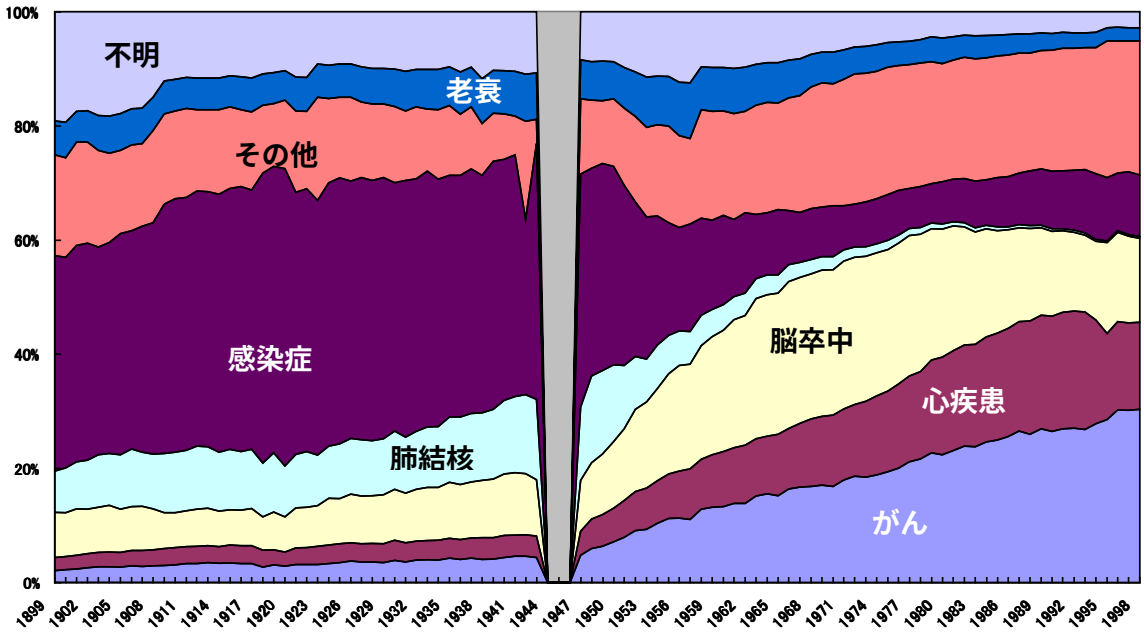


図1-1 OECD29ヶ国における平均寿命の経年変化(1960-96)



厚生省人口動態統計

図1-2　我が国における死因別死亡割合の経年変化（1899-1998）

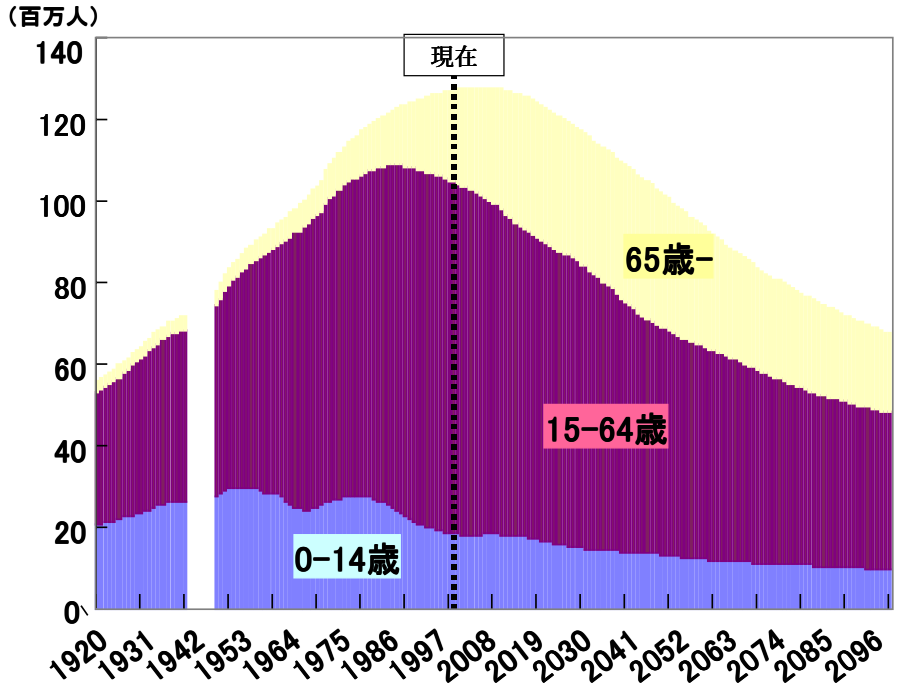


図1-3　日本の人口推移と将来推計

厚生省人口動態統計
国立社会保障・人口問題研究所将来推計人口

第2節 健康価値観の多様化

戦争直後と比べると、今日、早世の可能性は低くなってきた(図1-4)。しかし、なお65才未満で死亡する確率は11%以上あり、また、前述したように、死ぬ前の数年間を寝たきりや痴呆で過ごす者の割合も決して少なくないのが現状である。このような状況の中で、人生の各段階でそれぞれ、いかに質の高い生活を楽しみ、満足した生涯を送ることができるかが個人の大きな課題となっている。

また、最近の世論調査でも、健康に関連したことが国民の大きな関心事となっている(図1-5)。豊かさや満足は個人にとって様々であり、それぞれの価値観によって決まるものであるが、個人が自らの周辺にある資源を活用して、病気による早世や障害を防ぎ、豊かで満足できる生活を追求する時代となった。

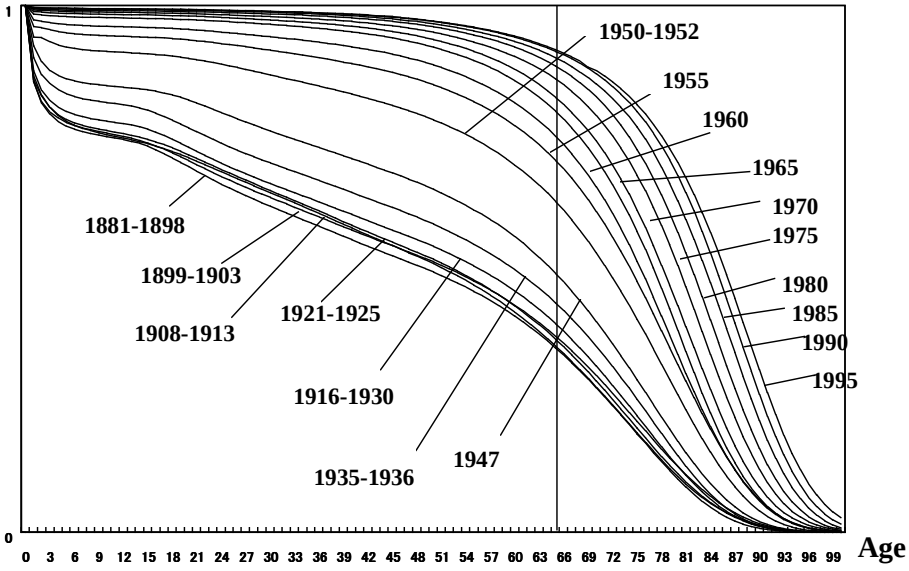
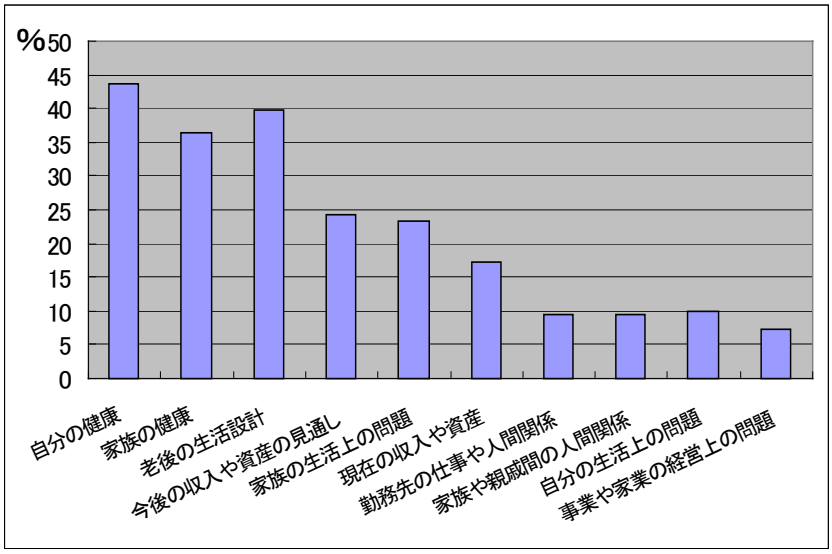


図1-4 我が国における女性の生存曲線の推移



総務庁国民生活に関する世論調査1996

図1-5 国民生活における関心事項の割合

第2章　健康増進施策の世界的潮流

健康増進（Health Promotion）の考え方は、もともと1946年にWHO（世界保健機関）が提唱した「健康とは単に病気でない、虚弱でないというのみならず、身体的、精神的そして社会的に完全に良好な状態を指す」という健康の定義から出発している。1950年代にクラークとレベルらによって一次予防の中に健康増進が位置付けられた。この時代の「健康増進」は、感染症予防における一般的抵抗力の強化や、健康教育によって感染機会を避けることを意味していた。

後述するが、ラロンド報告が発表された時代になると、健康増進は、疾病とは対比した理想的な状態、すなわち健康を想定し、それを更に増強することを意味する概念的な定義がなされた。一方、米国のHealthy Peopleで応用された際には、個人の生活習慣の改善を意味している。

1980年代に入って健康増進はもう一度捉えなおされ、個人の生活習慣の改善だけでなく、環境の整備を合わせたものとして改めて提唱された。このように健康増進という考え方は時代によって内容が変遷している。

第1節　ラロンド報告／アルマアタ宣言

第2次大戦後、臨床医学はめざましい技術革新を遂げ、病気の治療に貢献してきた。1970年代になると、臨床医学は更に高度化され、種々の新しい治療法が開発された。しかし、一方で、医療費の増高による負担の問題や、集団全体に対する治療の意義へ疑問が生じ、医療のあり方が問われることとなった。このような中で、1974年にカナダのラロンド保健大臣による報告書が発表された。

ラロンドの報告は、公衆衛生活動をそれまでの疾病予防から健康増進へ重点を移し、宿主と病因という病気の決定要因を、単一特定病因論から長期にわたる多数の要因に基づく原因論に再構築するものである。この報告を出発点に、いわゆる新公衆衛生運動が欧米に拡がっていった（図2-1）。

また、当時の疫学の発達による病因の解明や、公民権運動、人権運動による住民参加の高まりも、疾病予防の重要性が再認識され、運動が世界的潮流となった理由として挙げられる。予防活動は保健医療関係者のみならず多くの人々を巻き込んで活動するという、新たな視点を我々に提示した。

ラロンド報告やマッキューン教授の研究結果を受け、当時のマーラーWHO事務局長は1978年、ソ連のアルマアタにおいて宣言し、医療の重点をこれまでの高度医療中心から予防を含む1次医療、すなわち「プライマリ・ヘルス・ケア」に転換するよう提唱した。

第2節　ヘルシーピープル／HFA（Health for All）2000

1979年、ラロンド報告の基本概念に基づいて、米国厚生省のマクギニス技官はHealthy Peopleという新たな国民的健康政策を打ち出した。この新政策の特徴は疫学や健康への危険因子を重視し、特に個人の生活習慣の改善による健康の実現に重点を置いたものであった。Healthy Peopleでは、科学的に立証された数値目標を人生の年代別で設定し、国民運動としてその目標を達成する手法をとっている

目標を設定し、健康の改善を目指すという手法は1980年代には世界中に拡がった。特にヨーロッパでは、1982年に提唱された「西暦2000年にすべての人に健康を」運動（HFA2000）の一環として、目標を設定することに同意し、32ヶ国で12の領域における約200の指標が設定され、運動が推進されている。また、スウェーデンのように年齢階級別の目標を設定した国もある。

第3節　ヘルシーシティ／オタワ宣言

1980年代の後半になると、個人の努力に基づいた予防活動に対する批判が展開され始めた。予防は個人のみで実現できるものではなく、社会環境の整備、資源の開発が必要であり、病気になった人をいたずらに非難することは避けるべきということである。そこで、1986年、キックブッシュらは町全体の環境を健康増進に寄与するように改善された健康都市（Healthy City）を想定し、ヨーロッパを中心に環境改善運動の推進を提案した。

この運動はヨーロッパから世界に拡がった。同年、カナダのオタワで健康増進に関する国際会議が開かれ、健康増進を個人の生活改善に限定してとらえるのではなく、社会的環境の改善を含むことを確認し、オタワ宣言として採択された。

第4節 目標指向型健康増進施策

その後、環境整備によってそれぞれの国民の健康を改善しようとする国が増加した。米国では第2期のHealthy Peopleの目標を2000年に置き、Healthy People 2000として新たに22の優先順位領域と300の目標設定を行ったが、現在は2010年を目標年度とするHealthy People 2010を策定中である。

英国は1992年、サッチャー政権下の国営医療制度改革の一環として、The Health of the Nation(健康な国)という新しい健康政策を1992年に発表した。これは5つの疾病を主な領域とし、26の目標が設定されている。1998年には労働党政権により、Our Healthier Nation(我々のより健康なる国)という新戦略の策定が開始されたが、基本的にはThe Health of the Nationと同じ手法を継承している。

カナダでも1992年、ケベック州で、The Health and Well-Being(健康と豊かな生活のための政策)、オンタリオ州で1993年、Nurturing Health(健康の育成)という政策が始められている。

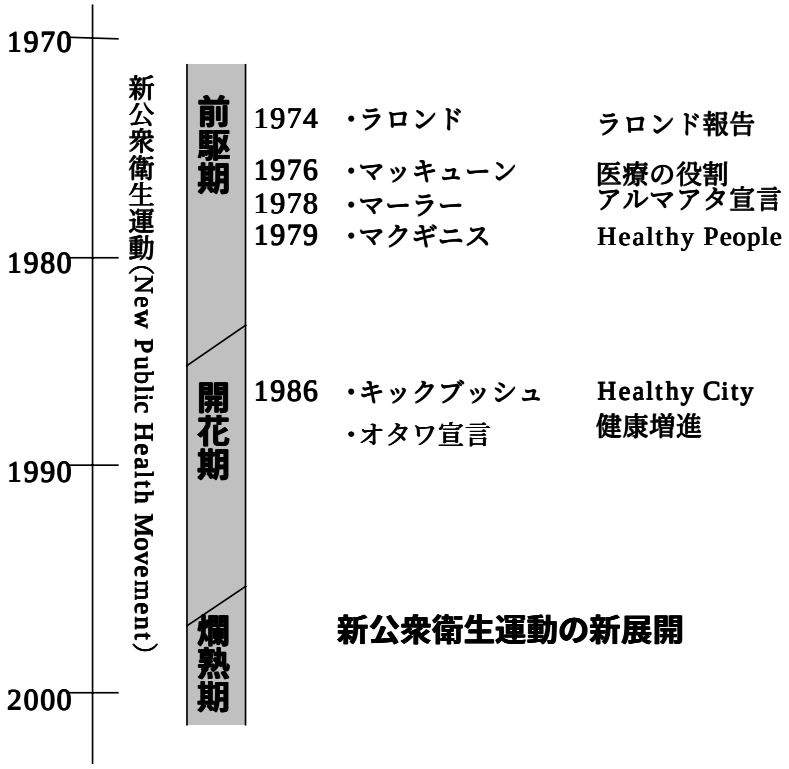


図2-1 新公衆衛生運動の歴史

第3章　基本戦略

第1節　基本方針

健康増進施策を効率よく有効にすすめるには、「戦略計画」と「執行計画」をそれぞれ立てることが必要である。そして、計画に基づいて執行された結果が評価され、次の計画に反映されるという計画・執行・評価（plan-do-see）のフィードバックサイクルを確立しなければならない。

戦略計画は長期的な方向を指し示すための理念や目的に重点を置いた計画であり、全体的状況を把握できる立場の者が策定する。一方、執行計画は施策を効率よく執行するため手段の選定や資源の配分に重点を置いた計画で、現場に近い担当者が策定することにより、実効性の高い計画となる（表3-1）。

戦略計画には一般に「展望」、「理念」、「目的」、「目標」がある。

「展望」は計画全体を俯瞰し、参加者全員が向かうべき方向を示す指針となるものである。

「理念」は計画の基本的な考え方を示し、参加者にとっての行動規範となるものである。

「目的」は計画の目指すべき具体的な到達地点を示し、参加者によって共有されるべきものである。

「目標」は計画の目的を数値化した指標であり、参加者によって共有されるべきものである。

戦略計画では現状分析と優先順位付けを行い、参加者を同定する。そして計画推進のための必要な「資源の開発計画」を策定する。

執行計画は、具体的活動の手順など実務的な内容を含む計画である。

健康日本21の場合、この報告書が国全体の戦略計画である。これを参考に、自治体や保険者等健康増進活動を支える健康関連グループがそれぞれに計画を立てることが望ましい。地方レベルおいても関係者を調整し、資源を開発し、その地方を一つの方向に導くため戦略計画を立てることが重要である。

また、国、都道府県等では、取組の結果を「評価する基準」と「追跡するための情報システム」の構築が極めて重要となる。

表3-1　戦略計画と執行計画

2つの計画	目的	期間	要素	策定者	必要となる資源
戦略計画	予測に基づき方向性を決定	長期	展望　参加者 理念　資源開発法 目的　評価基準 目標　追跡システム 対象　情報収集	全体を把握することができる位置にいる者	主に計画と追跡と支援のためのもの
執行計画	戦略を効率効果よく執行	短期	目的 目標 資源 手順 評価法	現場に近い者	主に執行と追跡のためのもの

1．展望

日本は経済のみならず、世界一の平均寿命を持つ、健康においても世界の大国となった。しかし、今、日本は21世紀に向けて新しい挑戦、つまり人類が経験したことのない高齢社会に向け、高齢者が生き生きと暮らせる社会づくりを目指さねばならない。健康日本21は21世紀における国民の健康寿命の延長を実現するための健康政策である。日本は世界に先駆けて新しい社会づくりを行うこととなる。

21世紀の超高齢少子社会を持続可能なものにするためには、外国や日本での健康づくりの成果を活用し、将来の病気や社会の変化を考慮して新しい健康政策を推進する必要がある。

2．理念

健康を実現することは、元来、一人ひとりが主体的に取り組む課題である。自分の健康の意味とあり方を

「発見」し、これを達成するための方法や資源を「選択」し、生涯を通じた健康づくりの「設計」を行い、これに基づいて自分の健康を「実現」するという過程が必要である。

一方、個人を取り巻く社会には、マスメディア、企業、非営利団体、職場・学校・家庭、保険者、専門家などの、健康関連グループがあり、制度、情報、商品、サービスなどの健康資源の提供を通じて、個人の健康の実現に大きく貢献することができる。また、社会の側から健康資源を用意するだけでなく、個人の選択のための情報提供を行っていく必要がある。健康関連グループの各構成主体は異なった特徴を持っているので、それぞれの利点を生かしながら連携し、個人を支えていくことが極めて重要である。

なお、この中で健康を実現する個人は、健康関連グループに対し、その機能を高めていくよう働きかけることもできる。また、健康関連グループの一員として、他者の健康の実現に貢献することができる。

つまり、健康日本21の理念とは、個人の力と社会の力を合わせて、一人ひとりの健康を実現することである。健康日本21を成功させるためには、個人と健康関連グループが、健康日本21の展望、理念、目的及びそれぞれの役割をよく理解し、取り組むことが必要である。

3. 目的

健康日本21の目的は、社会からみると病気や障害による社会的な負担を減らし、国民の健康寿命を延長して、活力ある持続可能な社会を築くことにある。また人の死を最終的に予防することが不可能である以上、病気予防の重点は早世に置くべきといえる。一方、個人からみると、早世と障害を予防し、生活の質を高めることによって、稔り豊かで満足できる生涯づくりを目指すことにある。

健康日本21の目的を社会全体として、あるいは個人の生涯という観点から達成していくためには、人生の段階別に課題を捉え、対策を講じていくことが必要である。健康の課題は年齢・世代によって異なっており、さらに人生の各段階の結果が次の段階、あるいは最終的な結果に影響を及ぼすからである。

4. 目標

目標については次章に詳述する。

第2節 対象集団への働きかけ

1. 1次・2次予防施策との整合性

疾病の自然史に基づいて病気を予防する方法には、三つの段階がある。まず、病気の原因をもとから絶つ1次予防には、個人の生活習慣や環境や医療の観点に基づいた三つの予防法がある。まず、第一には、個人の生活スタイルの改善を通した健康増進（Health Promotion）であり、運動・栄養や喫煙・飲酒対策が含まれる。第二に、環境における危険因子の削減を目指す健康保護（Health Protection）があり、職場の安全や健康、環境保健とが含まれる。第三に病気の発生の予防を目指す疾病予防（Disease Prevention）があり、感染症予防や母子保健、循環器疾患の予防がこれに含まれる。しかし、実際には健康の決定要因はそれぞれお互いに影響しあっており、この三つを純粋に分割することは難しい。

次に病気の早期発見、早期治療である第二段階（2次予防）がある。2次予防は元来、疾病発見（case finding）とリスク発見(risk finding)に分けられる。前者では多数の対象者の中から少数の異常者を発見するため、効率と精度管理が重要であり、後者では、発見した対象のリスクを低減していかなければならないため、追跡管理システムが重要である。第三段階（3次予防）はリハビリテーションで、社会的不利の予防である。

健康日本21においては、1次予防、2次予防に属する個々の手法について、科学的根拠に基づいた評価を行い、最適化された組み合わせを採用すべきである。 近年、米国を中心に、HMO／PPSによるマネージド・ケアのなかの一手法として疾病管理（disease management）が発達してきているが、これは一人の患者を予防からリハビリテーションまで一貫して追って、それを効率良くかつ効果的に管理する手法であり、いわばこの古典的分類に基づく手法の現代への応用ということができる。

2. 高リスクアプローチと集団アプローチ

健康障害を起こす危険因子を持つ集団のうち、より高い危険度を有する者に対して、その危険を削減することによって疾病を予防する方法を高リスクアプローチ(High risk approach)と呼び、集団全体で危険因子を下げる方法を集団アプローチ(Population approach)と呼ぶ（図3-1）。

例えば、高血圧の場合、臨床的高血圧のグループを見つけ出し、強力な治療、例えば降圧剤で血圧を

下げることによって、そのグループの合併症の頻度は低下させることができる。しかし、将来、脳卒中などの重大な合併症に罹る実際の人数は、現在高血圧域の人より境界域の人数の方が圧倒的に多い。従って全体の血圧を下げた方が防げる合併症の数は大きい（図3-2）。

高リスクアプローチは方法論も明確で対象も明確にしやすいが、影響の量は限られている。一方、集団全体の予防効果からすれば、集団アプローチが必要である。しかし、一般に集団アプローチは社会全体への働きかけを必要とし、効果を定量化しにくいことが多い。

高リスクアプローチと集団アプローチを適切に組み合わせて、対策を進めることが必要である。

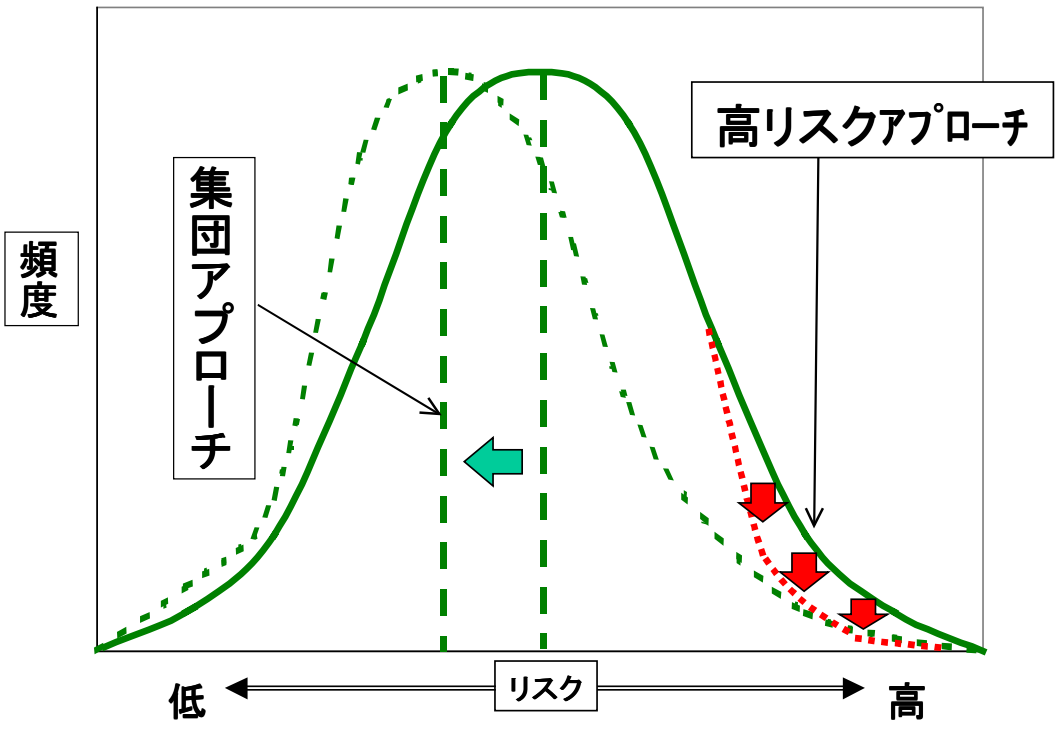


図3-1　高リスクアプローチと集団アプローチ

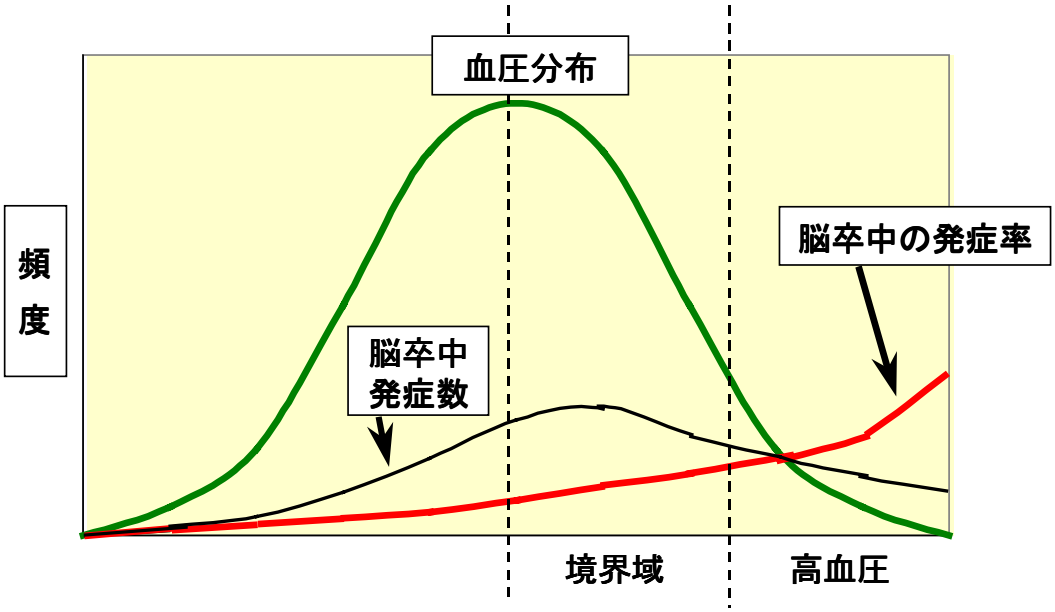


図3-2　危険因子と合併症の発生数

3. ソーシャルマーケティングの活用

健康日本21の推進にはマーケティング手法を社会政策に応用したソーシャルマーケティングが必要である。例えば、マスメディアによる情報提供、企業による商品・サービスの開発と提供、保健医療専門家によるサービスの提供及び働きかけなどである(図3-3)。個人の生活習慣の改善という観点から見ると、生活習慣が変わるためには一般に「知識の受容」「態度の変容」「行動の変容」という三段階を経るといわれている。その順に「マスメディア」「小集団による働きかけ」「一対一のサービス」が効果が高いとされている。

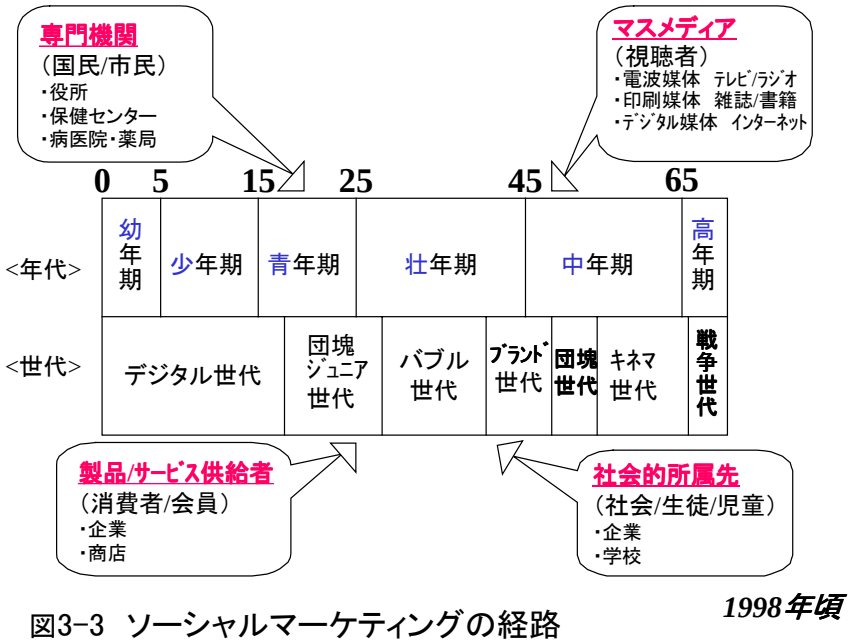


図3-3　ソーシャルマーケティングの経路

第4章　目標の設定と評価の基準

健康日本21を効果的に推進していくためには、計画の策定による情報の共有化と目標管理・評価が、その中心となる技法といえる。

第1節　目標設定と評価の枠組み

健康日本21の基本的な目的である、国民の健康寿命の延長と生活の質の向上に向けて、健康課題の優先順位の決定からその管理までを総合的に実施する必要がある。つまり、

① どの健康課題が重要であるかを評価し、優先順位を決定する。
② 選択した健康課題に対して、その解決のための健康サービスを把握する。
③ それぞれについて利益と危険の根拠を総合的に評価し、最大の健康改善が得られる健康サービスを選択する。
④ そのサービスにより達成可能な、健康改善の目標を設定する。
⑤ 選択した健康サービスを実行するとともに、どのようにサービスが実施されているか管理する。
⑥ 最後に、目標がどの程度達成できたかを評価して、問題点を検討し、今後の管理方法の改善へとつなげていく。

というのものである。

この枠組みは健康課題を解決するために設定するものであり、健康日本21に参加する様々な関係者が、それぞれの置かれている状況に応じて適切に利用することが求められる。

第2節　健康課題の選定

人、物、時間、予算などの利用できる資源には限りがあるため、焦点となる健康課題について優先順位を決定することが必要となる。

健康と生活の質を改善するためには、それらを阻害している疾患と障害に焦点を当てることが必要である。健康課題の優先順位を決定するためには、以下の3つの代表的なアプローチがある。 なお、健康と生活の質の改善を課題とする場合、健康サービスについては、健康改善に対する治療やリハビリなどが果たす本質的な役割を過小評価してはならず、保健・医療・福祉の利益と費用とを総合的に評価し、それぞれのバランスを十分に考慮することが必要である。

1. 疾病負荷

疾病負荷のアプローチは以前からよく利用されており、集団における健康障害（生活の質も含め）あるいは費用負担の大きさが、そのまま健康課題（健康サービス提供）の重要性を示すと考える。疾患負荷指標としては、例えば、疾患の死亡率、有病率、生活の質の低下、DALY（障害調整生存年）、 DFLY（無疾患生存年）、疾患の費用などが利用される。

2. 健康改善の可能性

また、健康改善の可能性も重要な要素である。健康改善が望めないならば、そもそも課題として取りあげることに意味がないからである。健康サービスの有効性の根拠を評価し、それに基づいたサービスの計画を立案し、健康改善の到達目標を明確にすることが必要となる。

3. 経済的効率

さらに、経済的な効率を考慮する必要がある。ここでは、健康サービスの健康改善に与える利益と、それに要する社会的資源とを総合的に評価する、つまり金銭に見合う利益（value for money）があるかどうかを検討する。

その結果に基づいて、例えば、QALY（生活の質で調整した生存年）を1年延長するために要する費用により、健康サービスの提供あるいは健康課題の優先順位を決定する。ただし、特定の人が不利にならないように、公正（equity）の問題についても配慮することが求められる。

第3節　目標の設定

具体的な目標値を設定するためには、まず健康改善の可能性を評価する。つぎに対象者・領域の種類と規模およびそれぞれ健康状態、危険因子の状態、サービスの提供状況等の現状値を把握する。最後に、

これらを総合して目標を設定する。

1．健康改善の可能性の評価

第一は、標的となる個別の健康問題について、健康改善の可能性を評価することである。まず、特定の健康問題を改善する上で利用可能な複数の保健サービスについて、1) 働きかけの内容、2) 根拠の質、3) 効果の予測、4) 費用対効果について検討し、望ましい保健サービスを把握する。それぞれについて、以下に簡単に説明する。

(1) 働きかけの内容：実際に保健サービスを提供するためには、保健指導やスクリーニングなど、具体的にサービスを記述し、リストアップすることが求められる。

(2) 根拠の質：サービスにより健康改善を実現するためには、科学的に有効性が確立しているかどうかを明確な基準で評価し、分類することが求められる。こうした評価は、すでに米国（表4-1）やカナダなどで実施されている。

なお、根拠について、わが国の知見が利用できない場合には、国際的な知見を適宜利用する。また、明確な根拠の無い場合には、専門家の意見や地域での経験事例により勧告を行う場合が考えられる。

(3) 効果の予測：保健サービスによる健康改善の程度を把握するためには、サービスによる死亡率、有病率の減少を予測する。この際にサービスの受容率についても考慮する必要がある。

(4) 費用対効果：サービスの費用（人、物、時間）を推定し、さらに費用対効果を比較して、効率的なサービスを把握する。ただし、後者の情報については限られており、新たに作成するためには費用を要する点に注意が必要である。

表 4-1　一般人に対する予防対策（年齢 25－64 歳）
米国予防学特別委員会（第 2 版，1996）

種類　　項目	根拠の質	勧告
検診		
血圧	I	A
身長・体重	I,II-2,II-3	B
総コレステロール	I,II-2	B
Pap 検査（子宮癌）	II-2,II-3	A
便潜血検査（大腸癌）	I,II-1,II-2	B
乳房撮影（乳癌）	I,II-2	C,A
問題飲酒の評価	I,II-2	B
風疹の血清検査・予防接種	II-2,II-3,III	B
カウンセリング		
禁煙	II-2	A
アルコール・薬剤利用の回避	II-2,II-3	A
食事・運動		
脂肪・コレステロールの制限	I,II-2,II-3	A,B
十分なカルシウム摂取	I,II-1,II-2,II-3	C
規則的運動	I,II-2	C

根拠の質 ： I（無作為化比較試験），II-1（比較試験），II-2（分析疫学），II-3（時系列研究），III（専門家意見）

勧　告 ： A（優れた根拠），B（相当な根拠），C（不十分な根拠，その他の理由から）

2．サービスの把握

第二は、保健サービスの対象者・領域の種類と規模および現状値の把握である。

まず、全国あるいは地域で取り組みを進める場合には、健康問題に関連する対象者と領域、種類と規模を明らかにする必要がある。つまりそれぞれの健康問題について、図4-1に示すような、年齢・領域別に、どの程度の対象人口が存在するかを把握する。

次に、それぞれの対象者・領域について、現状値を評価することが必要となる。これは、上記の3) 効果の予測とも密接につながっているため、特に注意が必要である。

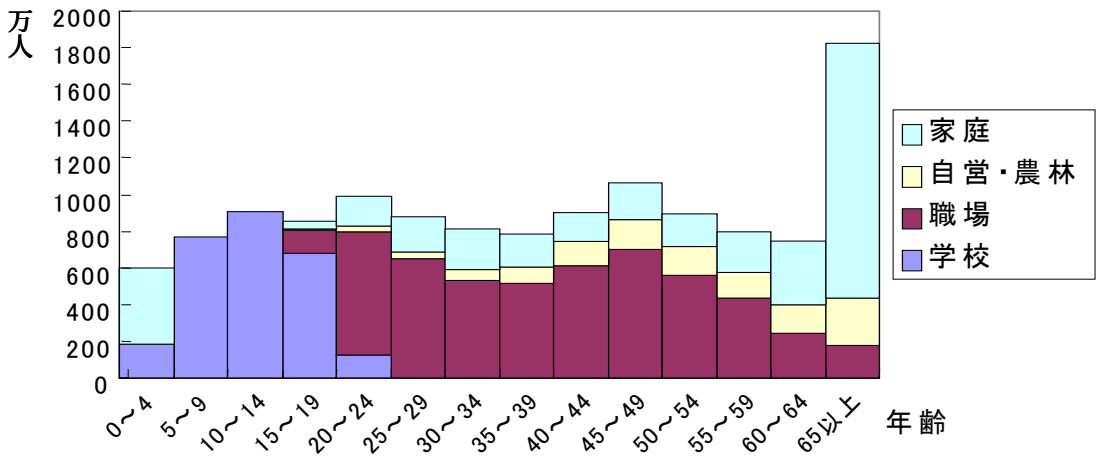


図4-1 年代別就学・就業状況

3. 目標値の設定

第三は、最後にこれらを総合して目標値を設定する。年齢、領域別に把握した対象人口と保健サービスによる予測される効果を掛合わして総計すれば、地域全体の効果が予測できる。その結果と現状値を比較すれば、実現可能な目標値の設定が可能となる。

ただし、最終的な目標値の設定については、こうした情報を基礎として、健康日本21の参加者あるいは利害関係者による討議と合意形成が必要である。目標値の設定には、必要な情報が必ずしも十分に利用できるわけではなく、様々な不確実な事柄に対処しなければならないからである。この際、健康課題の経年的な動向を十分に考慮することが必要である。

第4節 目標達成の評価

健康日本21の目標が、どれほど達成されたか評価が求められるが、そのためには現状値と同様に、それぞれの個人、対象人口あるいは地域全体における達成度の調査が求められる。そのためには、目標値を設定する段階で、目標に関する情報の内容と収集方法をあらかじめ決めておくことが必要となる。情報収集の仕組みの無いものについては、仕組みを作ることから始めなければならない。

また、各種の統計データを利用して、計画の進行状況を把握したり、各地の取り組みやデータを収集・紹介して、各主体の取り組みを支援できる健康情報センター的機能が必要である。これらについては第9章で詳述する。

第5章　現状分析

第1節　早世・障害の現状

1. 早世

生命表による65歳未満区間死亡確率（LSMR・65歳までに死ぬ可能性）は、1948年には50％前後であったものが、1997年には男性で15.7％、女性で7.8％と、著しく改善してきており、今後さらに低下すると予測されている（図5-1）。しかし、地域格差を見ると、男性で最低の長野県と最高の青森県の間に1.5倍の開きがある（図5-2）。この65歳未満の死亡確率のうち15歳までの少年期は全体の5％前後に過ぎず、大半は45歳から64歳の中年期に集中している。

早世によって失われた寿命の長さを表す標準早死損失年（PYLLSR）で測ると、「がん」が最も大きく、次いで「不慮の事故」、「自殺」、「心疾患」、「脳血管疾患」となる（図5-3）。

人生の各段階、ライフステージ別に死因構造を比較すると、0～4歳においては「先天性・周産期」の疾患が最も多く、5～24歳では「不慮の事故」、25～44歳では「不慮の事故」に「自殺」や「がん」が加わり、45～64歳では「がん」が最も大きな原因を占める（図5-4）。

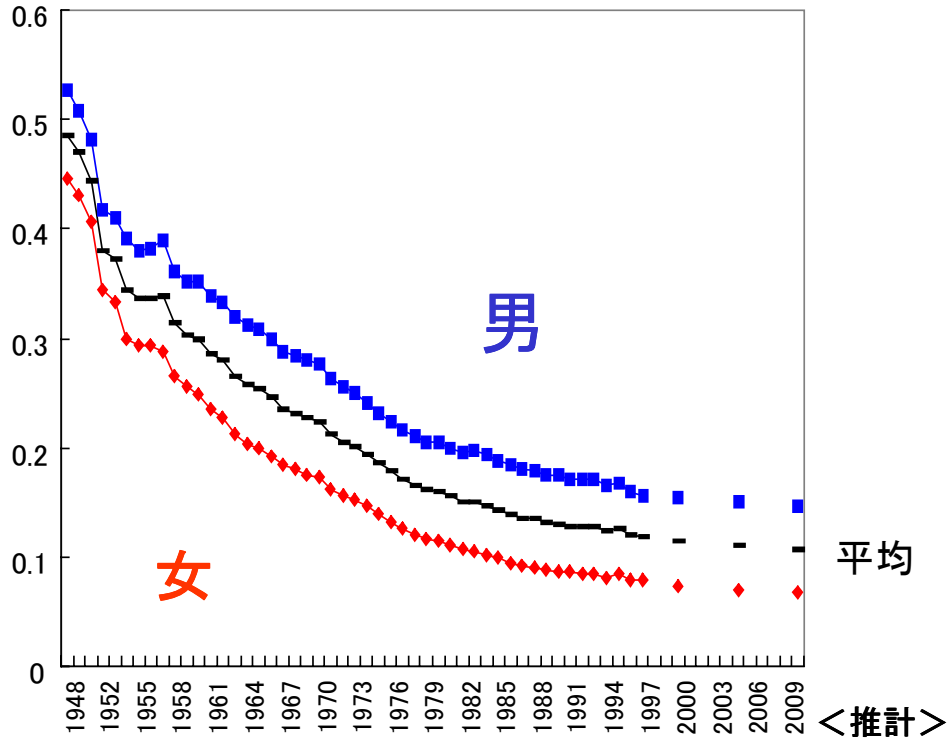


図5-1　区間死亡確率（0-64歳）の年次推移

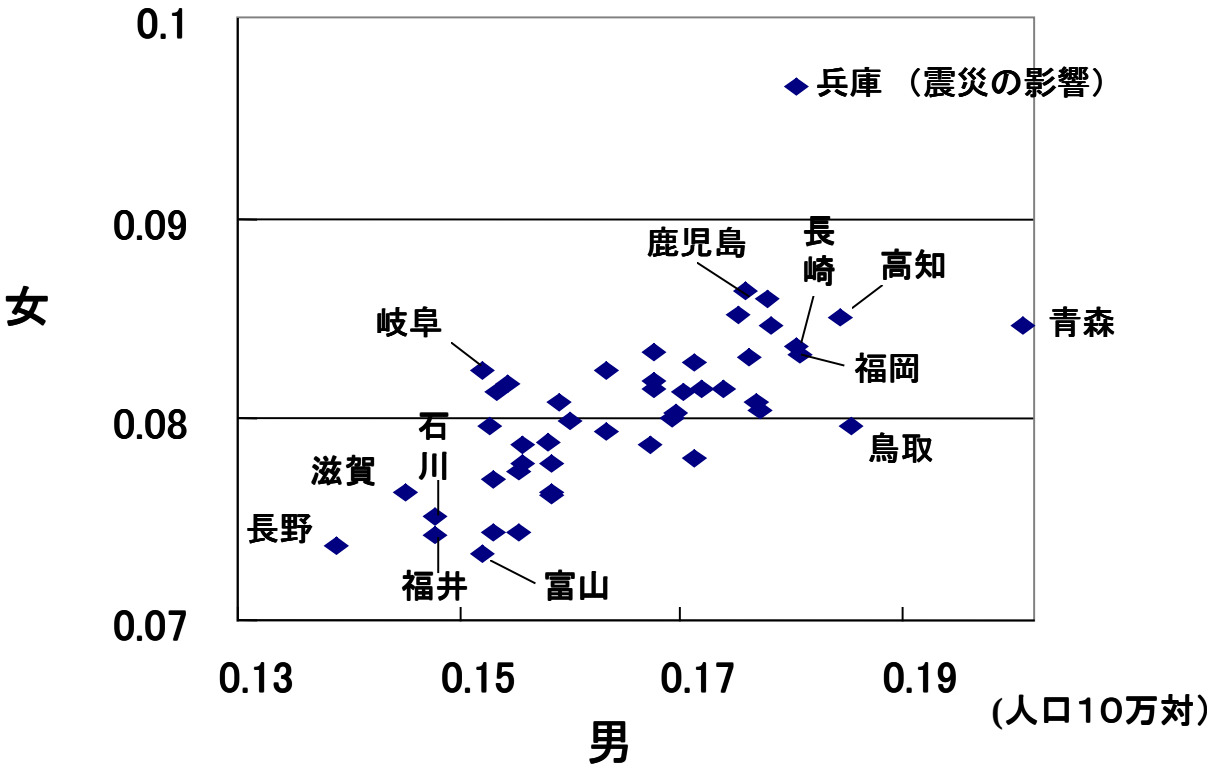


図5-2　都道府県別区間死亡確率(0-64歳)分布

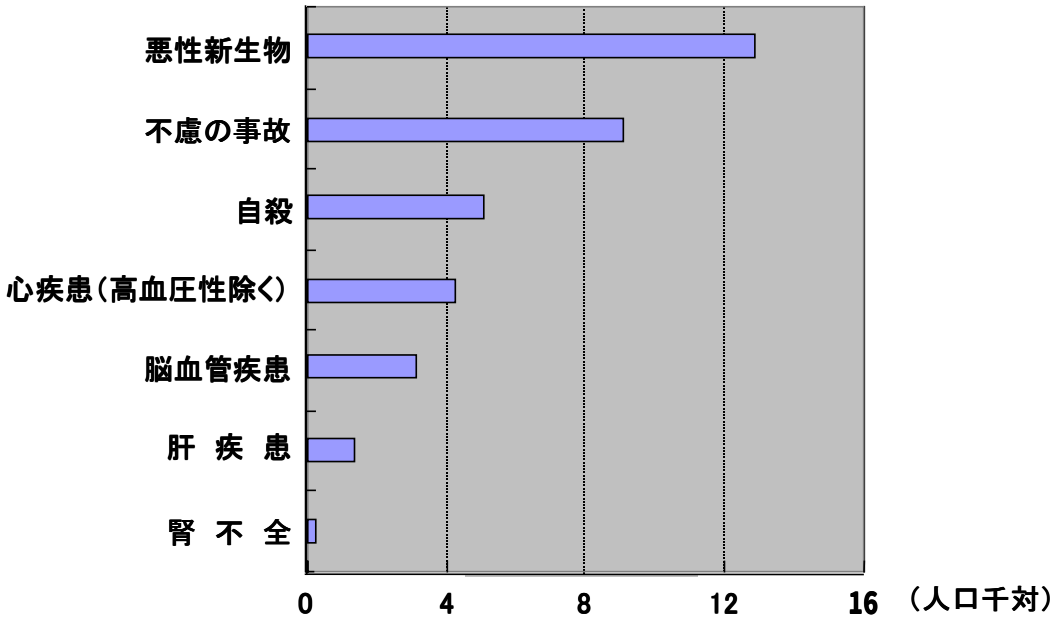
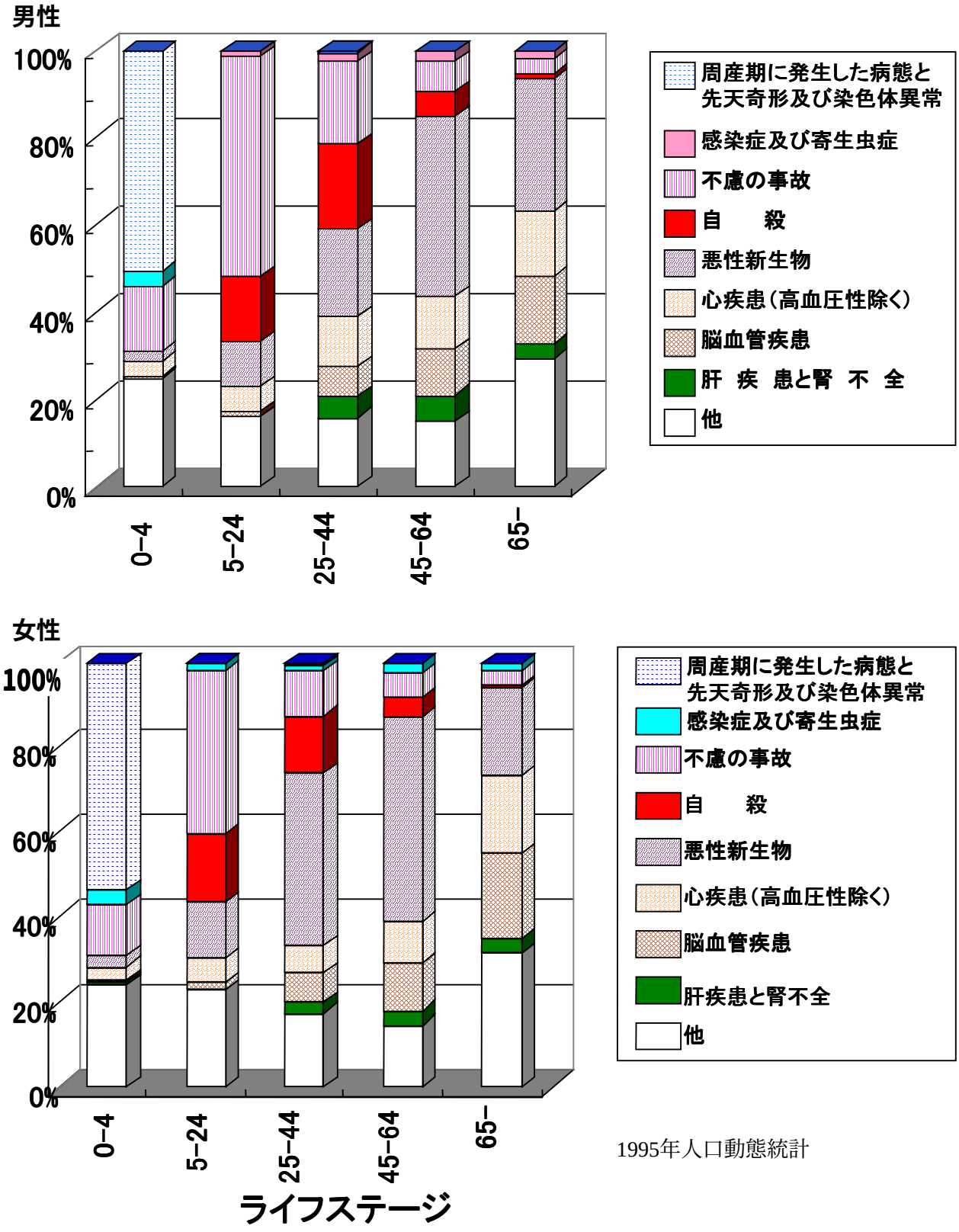


図5-3　標準早死損失年

1995人口動態統計より



1995年人口動態統計

図5-4　ライフステージ別死因別死亡割合

2. 障害

全年齢を通じた障害手帳を有する障害者は約576万人と推計されており、幼少年期には「知的障害」が、青壮年期には「精神障害」が、そして中年期には「身体障害」の発生が多く認められる。中年期以降に起こる身体障害は、主に循環器疾患(脳卒中)や骨折・転倒による。これらの障害の予防には生活習慣病対策として若年期からの取り組みが必要である。また、咀嚼機能に影響を与える歯科疾患や視力低下等の視覚障害など、生活の質に最も影響を与える障害は高齢期に多い。寝たきり老人および痴呆老人が2000年には約140万人、2010年には200万人に達すると予測されている。近年、介護保険の導入に伴い市町村レベルでの障害のない平均余命(DFLE)の算出が可能となりつつある。

3. 早世と障害を合わせた病気負担

「早世と障害を合わせた」社会全体の病気による負担を、近年開発された「障害調整生存年(DALY)」の簡便法によって測ると、「がん」、「循環器疾患」、「精神疾患」がそれぞれ全体の約20%づつを占め、次いで「不慮の事故」が大きな割合を占めている(表5-1)。

表5-1　障害調整生存年でみた主要疾患(1993)

がん	19.6%	肝硬変	1.9%
うつ	9.8%	糖尿病	1.8%
脳血管障害	8.6%	ぜんそく	1.7%
不慮の事故	7.0%	先天異常・奇形	1.3%
虚血性心疾患	4.9%	慢性関節リウマチ	1.2%
骨関節炎	3.5%	歯科疾患	1.0%
肺炎	3.3%	腎炎、腎不全	1.0%
自殺	3.2%	慢性閉塞性肺疾患	0.8%
精神分裂病	2.5%	アルツハイマー等痴呆	0.7%

4. その他の視点

一人ひとりから健康をみると、「日常生活を満足して送る」、「働くことができる」、「食事がおいしい」といった固有の捉え方で表現されることが多く、病気の有無だけに関心があるのではない。したがって、死亡や障害だけでなく、日常生活に関連して健康をとらえる視点が必要である。

特に、こころの健康は、自分の感情に気づいて表現できること(情緒的健康)、状況に応じて適切に考え、現実的な問題解決ができること(知的健康)、社会や他者と建設的でよい関係を築くことができること(社会的健康)などの側面を持ち、生活の質と密接な関連を持っていることから、身近な健康を考える上で重要な課題である。

これらの大きな課題について、改善の可能性を考慮しつつ取り組む必要がある。個人の生活習慣やそれを取り巻く社会環境が年齢や集団によって異なっていることから、第6章で述べるように、年齢別、集団別に予防すべき病気と改善すべき原因を明確にして対応することが必要である。

第2節　目標設定の考え方

65歳未満区間死亡の減少を目指すことは、人生の段階における一人ひとりの早世の可能性を減少させることを意味し、健康日本21の理念と合わせて有用と考えられる。65歳未満区間死亡確率は、男性で15.7%、女性で7.8%、合わせて11.8%であり、2000年には男性で15.4%、女性で7.3%、合わせて11.4%になると推測されている。がんによる65歳未満区間死亡率は、男女合わせて4.6%、全体の39%、脳卒中は1.6%、全体の9%、自殺は0.95%、全体の8%、そして虚血性心疾患は0.67%、全体の7%を占めていた(1997年)。

一方、国民の健康寿命を延長するためには高齢障害者の減少が必要である。障害については、65歳以上の寝たきり・痴呆が2010年には200万人に達すると予測されている。これらの原因には脳卒中や骨折など

が考えられる。

早世を減らすことと高齢者の障害を防ぐことを目的とした場合、それに関連する疾患をいかに減らすかが、課題となる(図5-5)。高齢者の障害を減らすとすれば、脳卒中や骨折の減少、さらには歯の喪失を防ぐことが課題となる。これらの疾病は、多くの場合生活習慣に深く関連しており、高血圧や糖尿病、たばこ、肥満、身体活動などが問題となる。

従って、大目標としては早世を減らし、高齢障害者を減らすことになる。中目標としては「がんを減らす」、「脳卒中を減らす」、「心臓病を減らす」、「自殺を減らす」、「歯の喪失を減らす」等を考え、これらの大目標、中目標を達成するための生活習慣の改善目標として小目標を考える。

このような考え方をもとにして各論においてそれぞれの基準値と目標値を設定する。

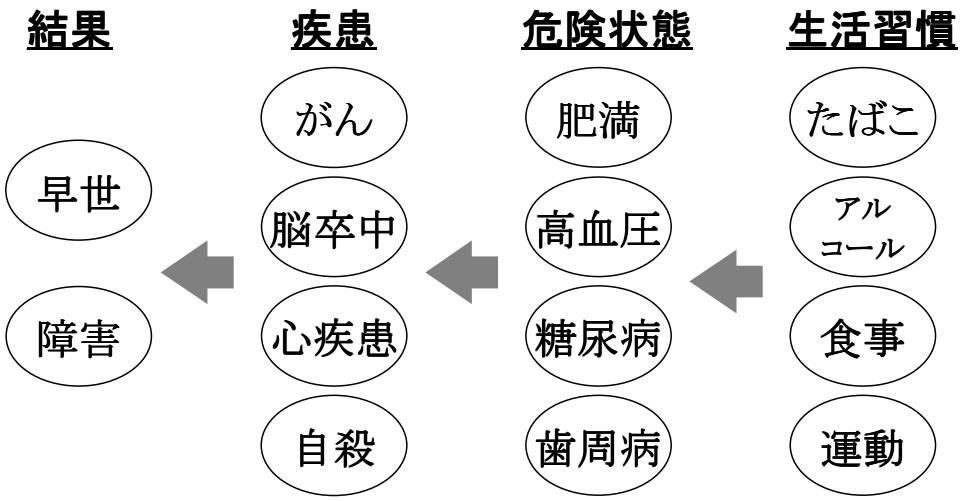


図5-5 早世、障害につながる危険因子

第6章　人生の各段階の課題

第1節　生涯を通した健康課題

生まれてから死ぬまでの生涯を、「幼年期」（育つ）、「少年期」（学ぶ）、「青年期」（巣立つ）、「壮年期」（働く）、「中年期」（熟す）、「高年期」（稔る）の6段階に大別してみる（図6-1）。

個人は各段階に応じた役割や課題を達成しながら、次の段階へと進み、「死」を区切りとするまでの、ひとつの人生の完成へと至る。むろん、これらの段階は各々が独立して存在するのではなく、前の段階が次の段階を生み出し支える。ある段階での生き方によっては、次の段階の内容は大きく変わる。

壮中年期に多いがんや循環器病疾患は、幼年期や少年期における家庭での生活習慣の確立時期から、青年期での予防知識や技術の普及、壮年期での具体的な行動変容と、生涯を通じた改善が必要である。

また、高年期のQOLの向上やそれを支える障害の減少は脳卒中の予防や生活全般にわたる老化の防止が必要と考えられることから、青年期からの運動習慣や適切な食生活の確保が必要と考えられる。

さらに、歯の喪失を防止し、高年期になっても咀嚼能力を保持していくためには、幼年期の乳歯のむし歯予防から始まる生涯を通じた歯の健康管理が必要である。

また、リプロダクティブヘルス、女性の健康は子供の健康とも直接関係しており、親の世代の生涯と子供の世代の生涯とを関連づけた対応が必要となっている。

生涯を通した「健康づくり」は、その人に合わせた「生涯づくり」ともいえる。本人の価値、生き方、健康観に基づいた、それぞれの「人生シナリオ」をつくることが重要であり、保健医療専門家は専門的知識をもとに、双方向のコミュニケーションに基づき支援することが大切である。

一方、人生の各段階（年代）とは、個人が年をとり、順番に通過する生活世界であるのに対し、世代とは同時期に生を受け、同時代の出来事を共有することにより形作られる、いわゆるコホートである（図6-2）。たとえば、昭和ヒトケタ世代と団塊の世代は、異なった特徴を持っていることから、それぞれの世代にあわせた対応が必要となる。

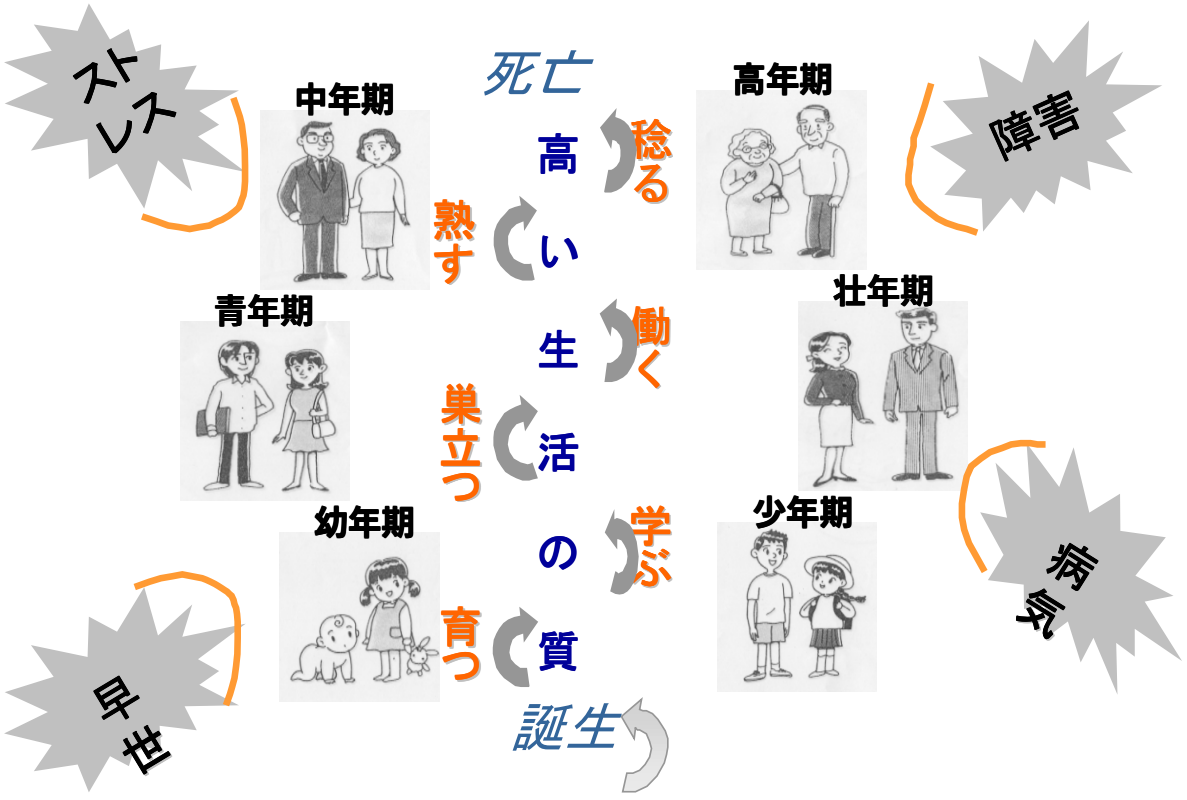


図6-1　一人ひとりの健康実現

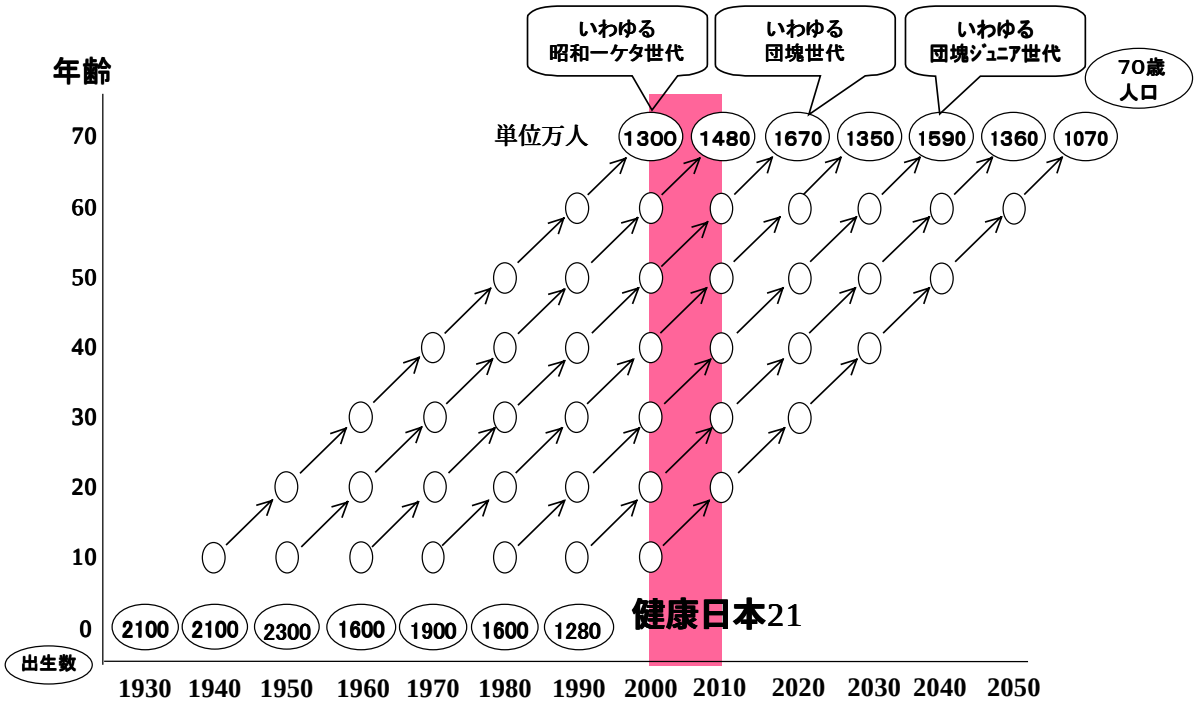


図6-2　健康日本21に関連する各世代（コホート）

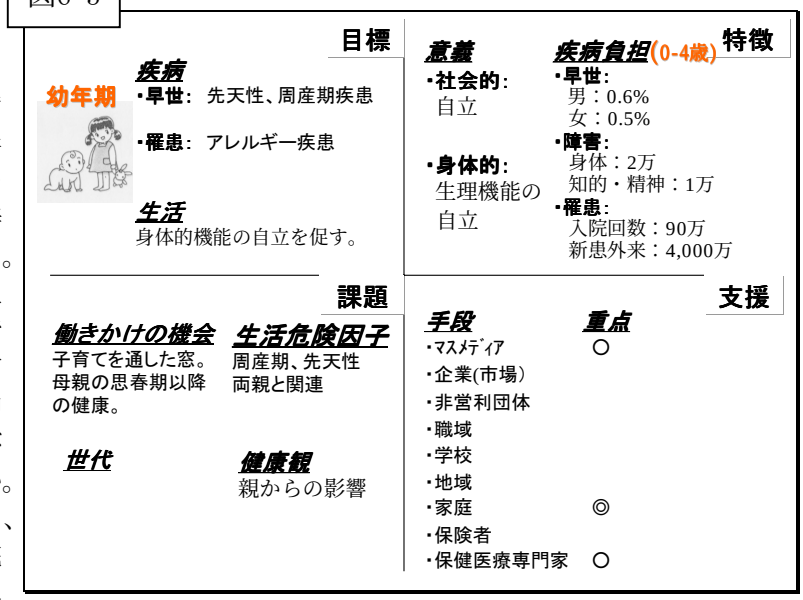
第2節　人生の6段階

1．幼年期（図6-3）

（1）特徴

幼年期は生理的機能が次第に自立する時期である。少年期を準備する時期にあたり、人格や習慣を形成する時期として重要である。この幼年期の死亡は、近年著しく改善して世界で最も低い値を示している。死亡の多くは、周産期に発生した主要病態と先天異常によるものであり、その他不慮の事故が目立っている。障害は他の期に比べて知的障害が多く、原因も、先天性ならびに周産期に起因していることが多い。罹患は、外来・入院とも比較的多く、外来では呼吸器系の感染症、入院では喘息が第一位である。健康観の形成に対する影響力は、家庭すなわち両親からがもっとも大きい。

図6-3



（2）課題

回避できるリスクとしての不慮の事故対策が重要であり、対策も家庭を介するものに重点を置く必要がある。家庭内での教育は、健康に関連した習慣に重点を置く必要がある。周産前からの母子の対策も重要である。

2. 少年期（図6-4）

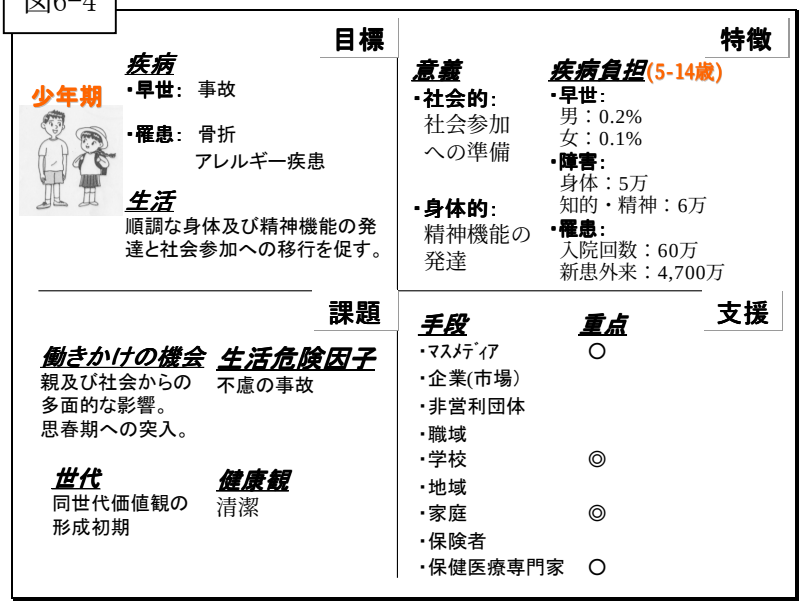
(1)特徴

この期は、社会参加への準備の意義があり、精神神経機能の発達の時期である。疾病は、死亡、障害共に、あまり増加はせず、比較的罹患も少ない時期と言えるが、歯科では蝕の急増期にあたっている。また、死亡は絶対数は少ないものの、その最大の原因は不慮の事故である。この時期の健康観は、清潔や衛生などに関連していることが多い。

(2)課題

生活習慣が固まる時期として重要である。働きかけは、学校や家庭を通したものが重要である。早世や障害の観点から、事故予防が重要な課題である。

図6-4



3. 青年期（図6-5）

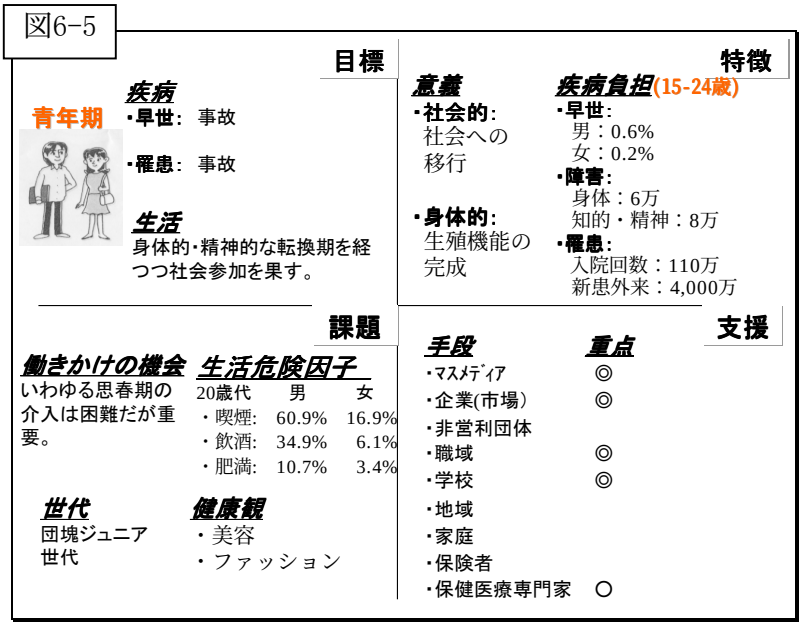
(1)特徴

身体的には生殖機能は完成し、子供から大人へ移行する時期である。この時期の死亡も極めて少なく、障害や罹患も比較的少ない。死亡の原因としては、事故や自殺が挙げられる。疾病の発生状況を見ると外来では呼吸器感染症、入院では事故や骨折が目立っている。この時期の健康観は、病気の有無ではなくむしろ美容やファッションという視点で健康を捕らえている。

(2)課題

学生生活や単身生活で、生活習慣に問題がある場合も多く、壮年期以降の危険な生活習慣の出発点でもあり、重要な時期であると考えられる。しかし、社会からの働きかけに対して反発しやすい時期でもあることから、改善のためには具体的方法論に工夫が必要である。支援は、学校や職場を通じたものに重点を置き、さらにメディアや企業を通じて働きかける必要がある。

図6-5

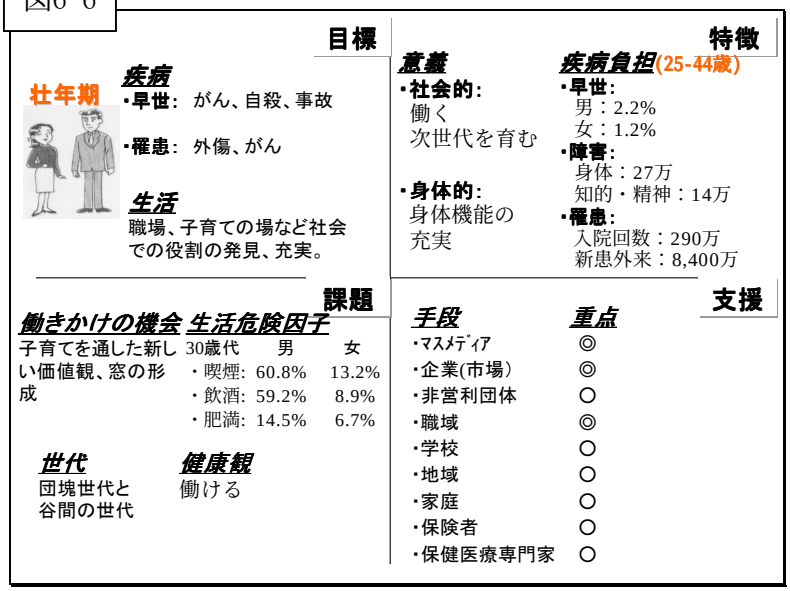


4. 壮年期（図6-6）

（1）特徴

社会的には、働く、子供を育てるなど、極めて活動的な時期である。身体的にも機能は充実している。この時期から、死亡は少し増え始め、25歳から44歳までの区間死亡確率（dx25-44）は、男性で2.2%、女性で1.2%存在し、精神障害ならびに身体障害が増加し始める。入院も外来も増加の傾向にある。外来は呼吸器感染症が多く、また、歯周病等の歯科疾患が増加している。入院は外傷や骨折そしてがんが目立ち始めている。死亡の一位にがんが出現し、自殺、事故が続いている。

図6-6



（2）課題

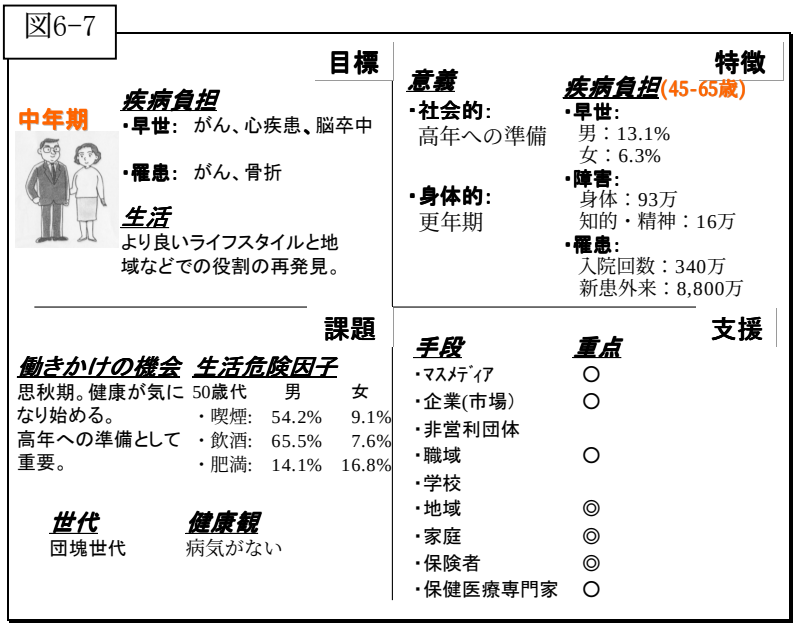
働けるということが健康であると考える時期にあたっている。この時期は家庭を形成し、子供を育て、子供の身体や病気を通してもう一度健康の問題を考えるよいチャンスであるといえる。支援の重点は、職場や家庭に支援の重点を置き、マスコミや企業を通じて働きかける必要がある。

5. 中年期（図6-7）

（1）特徴

社会的には高年期への準備期であり、身体機能が徐々に低下していく時期である。65歳未満の死亡の中でこの期の占める割合が最も大きく、45歳から64歳までの区間死亡確率（dx45-64）は男性が13.1%、女性が6.3%にのぼっている。障害は、圧倒的に身体障害の増加が著しい。疾病罹患については、入院回数も新患外来回数も増加している。外来は、呼吸器感染症や外傷が上位であるが、腰痛や目の疾患も増加してくる。入院は、がんが最も多く、次いで骨折、心疾患が続いている。この時期の健康観は、病気と関係が深く、健康が気になり始める時期である。

図6-7



（2）課題

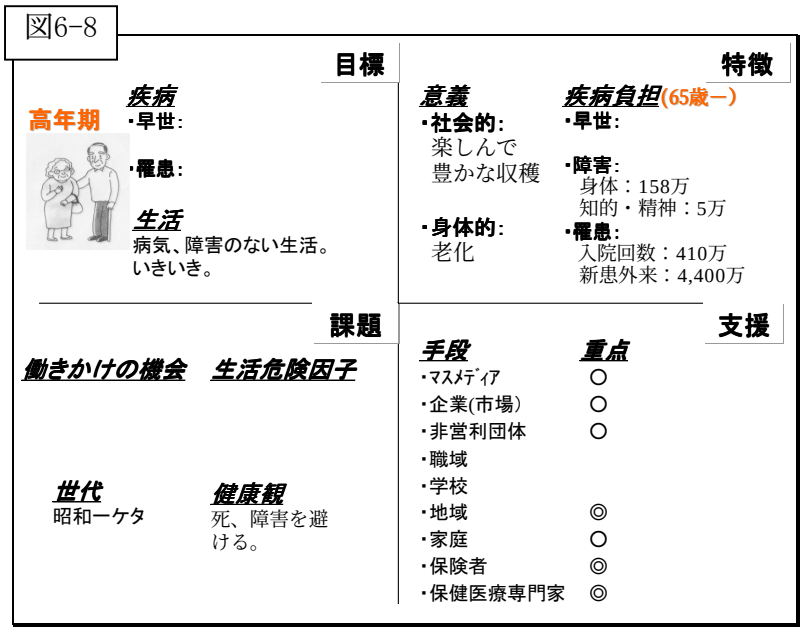
続く高年期への準備としてこの時期は重要で、趣味、健康問題あるいは親の介護を通したネットワークが形成される可能性が高い。高年期における障害や生活の質を視野に入れて、自らの健康を設計することが重要である。団塊の世代は現在この中に含まれており、これから定年に向けて老後の生活設計を行っていく必要がある。支援は、職場や家庭に加え、地域を通したものに重点を置き、マスメディア、企業がそれを支える必要がある。

6. 高年期（図6-8）

(1)特徴

社会的には、人生の完成期で余生を楽しみ、豊かな収穫を得る時期である。一方、身体的には老化が進み、健康問題が大きくなる。障害は、寝たきりや痴呆などの介護を必要とする重篤なものもあるが、視聴覚、歯の喪失による咀嚼の機能障害などの生活の質にかかわる障害も多い。疾病の罹患については外来や入院回数が極めて多い。外来は、高血圧、腰痛や白内障が多く、入院は脳卒中、心臓病、がんや白内障が多い。死や障害を避けるといったような消極的健康観をもつ者が多い。

図6-8



(2)課題

支援は、主として地域や保健医療福祉の専門家によるものが中心になる。この時期は、多少の病気や障害を抱えていても、生活の質を維持し、豊かに暮らすことができるよう自ら試みることが重要である。そのためには、社会との交流をはかり、何らかの社会的役割を持つことが大切である。人生に取り組む姿勢が身体的な健康にも影響を与えるといわれている。

第3節　重点対象となる時期

前節で述べたように、健康実現のためには人生の各段階の健康課題や健康観等に応じた対応が必要であるが、その中でも特に健康について考える機会が多かったり、影響を受けやすい時期がある。こうした時期を捉えて働きかけることは、効果や効率という点で重要である。

幼年期と少年期は家族の保護下で、基本的な健康観を受容、形成するとともに、生活習慣のもとが形づくられる時期であり、家庭や学校を通しての影響が大きい。青年期の前～中期は思春期といわれ、成長とともに、家族の影響が薄れ、学校教育の影響が強くなり、さらに友人関係やメディアの影響が強く表れるようになる。この時期は反抗期でもあり、生活習慣が乱れやすく、問題のある生活を送っている青年も多い。これらを改善することは大きな課題であるが、友人などのネットワークを介した働きかけが有効と考えられる。

壮年期の前～中期は家庭を持ち、子育てをする時期にあたる。子供の健康を通してもう一度健康とは何かを学びなおすよい機会となり、また、ここで形成されるネットワークが次の段階の資源として重要となる。中年期以降は親の介護を通して、また自らの老後に向けて健康を考えなおす時期で、マスメディアや身近なネットワークが影響を及ぼしうる。

健康日本21においては、長期的視点に立って、効果の持続性及び有効性という点から考えると、幼年期と少年期が最も重要であるといえる。また、その時期以降の影響力も考えると、思春期も極めて重要である。

一方、健康日本21の実施時期が2000年から2010年であることを考えると、いわゆる昭和一ケタ世代及び団塊の世代も重要な対象となる（図6-2）。これらの世代の健康を支援する場が、職場から地域へと移行することに留意する必要がある。

第7章　環境整備とその実施主体の役割

健康日本21を策定し、推進することの意義は、目標値の設定自体にあるのではない。その意義は、到達水準を示す各種の目標値を関係者の広範な議論により設定することを通じて、国民各層の意識変革と行動変容を促すことにある。 健康を実現することは、元来、個人の健康観に基づき、一人ひとりが主体的に取り組む課題であるが、こうした個人の力と併せて、社会全体として個人の行動変容を支援していく環境を整備することが不可欠である。

このように個人の行動変容の有無と、その結果としての健康状態の良否についての責任を、本人のみに帰するのではなく、個人を取り巻く環境を改善することを通じて健康水準を向上させていくという考え方は、既に述べた通り、1986年のオタワ宣言によりWHOが提唱し、欧米諸国において広く展開されているヘルスプロモーションの概念と共通するものである。

健康日本21の環境整備を推進するためには、その実施主体を明確に位置付けるとともに、各々の役割について明記することが必要である。それぞれの特性を生かして補い合い、連携して、国民を効果的に支援していかなければならない。

第1節 マスメディア

マスメディアは不特定多数、若年から高齢まで、都会から地方まで、多数の人々を対象に大量の情報を、迅速かつ継続して送ることができる。一方、いったん流れされた情報が修正されにくい欠点を持つ。マスメディアはすべての世代、すべての年代への直接の影響を持ちうる。特に若年少年層に対しては放送メディアが強い影響力を持っている。

マスメディアは、テレビ・ラジオ等の放送、新聞・雑誌・書籍等の印刷、そして急速に広がりつつあるインターネット、CDなどの新しいメディアに分類できる。取り扱う内容が保健医療に特化している健康雑誌のような媒体もあれば、テレビ・新聞等のように全体の内容の一部として健康を取り扱っているものもある。

マスメディアが提供している資源は情報である。国民が健康情報を手に入れる機会はマスメディアによるところが多いので、マスメディアは健康情報を科学的根拠に基づいて伝達する社会的義務を負っている。また、一般にはマスメディアは企業からの広告収入に依存していることから、企業活動と密接に関連している側面もある。

第2節 企業

企業は、多様性、創造性を有しており、情報が十分に提供され選択可能な市場という場を通して、個人の健康に対しても貢献ができる。多様な企業活動はあらゆる面で国民の生活に関連しており、健康に寄与する積極的な企業展開が期待される。

日本には商品やサービスを提供する企業は670万存在する（1996年）。これらは規模による分類（大企業と中小企業など）、分野による分類（健康関連企業と非健康関連企業など）ができる。健康関連企業には環境衛生に関連する約64万の事業所、医薬品・医療機器に関連する約1万の企業、さらには検査受託企業などの医療に関連する約7000の企業、スポーツ施設など健康増進に関連する約2000の企業など種々の事業所が存在している。企業は商品やサービスを提供することによって、消費者の健康に影響を与えている。例えば、直接健康に関連する医薬品、医療機器等の商品や、休養、運動、ストレス軽減に関するサービス等が企業により提供されている。直接的には非健康関連企業と思われる企業であっても、一般の食品など、何らかの形で健康に関わっている企業も多い。

現代人の生活は、個人のニーズの変化、世帯人数の減少や生活のテンポが早くなることなどによって、従来、家庭が提供してきたものを家庭外から入手できるようになってきている。例えば、食事も外食や完成品をスーパーマーケットで購入する割合が増えており、個人の選択的行動や食事を提供する企業の意識が、個人の栄養の改善に影響を及ぼすに至っている。

このように、企業は健康増進関連商品やサービスの提供により、市場を通して消費者、国民に貢献することが可能である。さらに、商品やサービスを販売するためのプロモーション活動を通じて多くの人に健康的な生活習慣のイメージを伝えることができる。

人々が主体的に健康的な生活習慣を選択できるようにするため、企業は適切な参考情報（外食・加工食品栄養成分表示やたばこの有害性表示など）を積極的に提供することが必要となる。

以上の他に、企業はその中で働く従業員の健康に対する責任を有し、職場での健康管理において重要な役割を担っている。

第3節 非営利団体

企業やマスメディアと異なり、利潤を追求しない団体、いわゆる非営利団体（NPO）が近年急増しつつある。非営利団体は身近で直接需要に近い手作りの情報や資源を提供できるが、広がりを持ちにくい欠点も存在する。また、参加する個人の熱意に支えられていることは、利点であると同時に、責任が個人の範囲内にとどまる欠点をも有している。しかし、各人の創意工夫、情熱により、比較的密な接触と継続性を持つので次のようなグループにおいては有効な影響力を持ちうる。

思春期においては主として同世代の友人や趣味を媒介にしたネットワークが、また、若年期においては子育てや趣味など、目的を共有するネットワークが影響力を持ちうる。目的は必ずしも健康と関連していなくてもネットワークから出発し、その上に健康の課題を含んでいくことも可能と考えられる。中年期は地域や介護や趣味、あるいは職業を介するネットワークが考えられ、若年期と同様に直接健康に関連していないネットワークでもそれを介して互いに健康を考えることは重要である。特に中年期の場合、その可能性は高いと考えられる。

非営利団体には種々の活動を行うものがある。ボランティア団体は全国社会福祉協議会の統計によると約8万あり、その中で奉仕活動にかかわる人員は500万人にのぼる。活動の内容も保健医療福祉、社会教育、まちづくり、環境保全、文化芸術振興、災害救助、国際協力など多岐に渡っているが、保健医療の占める割合は大きい。

非営利団体によって提供されるものは、まず情報である。マスメディアによる情報と比較すると、手作りで、身近で、個人が実際に活用するに有用な情報が提供される。次いで、直接サービスの提供である。健康に関連したサービスや、場合によっては物品の提供がなされる。

そのような非営利団体の活動に参加する人々は、活動を通じて多面的に他者とつながることができる。健康日本21を進めるにあたって他の健康関連グループが提供できない、対象者に身近できめの細かな情報とサービスを提供することが期待される。

第4節 職場、学校、地域、家庭

職場、学校、地域、家庭は人が社会生活を営む上で常にどれかに身を置く場であり、小集団の密で継続的な相互接触を可能とする重要な場である。これらの場はそれぞれ共通の目的、比較的固定されたメンバーを持ち情報の提供や交換が継続的で効率的にできる。しかし、所属するメンバーの主体的な参加に欠けがちという欠点も持っている。

学校は少年期の多くの時間を過ごす場であり、学校における健康教育が重要な役割を果たす。職場は青年期から中年期にかけて労働者として過ごす場であり、働く時期の健康確保の観点からも、また、退職後の健康確保の観点からも重要な役割を果たす。地域は人々の生活する場であり、生涯を通じて影響を及ぼすところであるが、特に幼年期と高年期及び自営業者、主婦等にとって、大きな影響を及ぼす。家庭も地域と同様、生涯を通じて健康に影響を及ぼすが、特に幼年期、少年期の年代においては、将来に続く生活習慣を身に付ける重要な場である。

第5節 保険者

医療保険は地域と職域に分けられる。職域保険は企業単位又は複数の同種同業企業によって組織された約1800の健康保険組合が存在し、中小企業の多くは政管健保に加入している。その他、共済組合など各種の職域の保険者が存在している。一方、地域は市町村が中心で、その他特定の職種による団体で組織する組合が存在し、地域職域を合わせて5000に余る保険者が存在している。

保険者は保険加入者に対して医療サービスを提供する医療機関等に報酬を支払ったり、被保険者及び被扶養者の健康の保持・増進のために必要な保健・福祉事業サービスを提供する機能を有している。保険者は保健医療専門家の行動に影響力を持っており、それを介して国民一人ひとりの健康の向上に寄与する可能性を有している。

保険者は病気が発生するリスクに対応するとともに、病気発生以前の予防事業にも適切な医療給付を図る観点から力を注いできた。しかし、これまでは健診や人間ドックの実施が重視されてきたきらいがあり、今

後は生活習慣病時代に即した新たな健康増進活動の推進が求められる。すなわち、保険の原理を踏まえ、病気のリスクを減らすためにも被保険者等の健康の保持、増進を目指した一次予防中心の保健事業の充実・強化や医療機関との関わり等保険者機能の強化が期待されている。

第6節 保健医療専門家

医師、歯科医師、薬剤師、保健婦、看護婦、栄養士、歯科衛生士等の保健医療専門家が、医療及び公衆衛生の分野において、医療施設、薬局、行政機関などの多くの場で働いており、その数は約280万人に達している。

保健医療専門家は健康の問題に対し技術・情報の提供ができる。特に住民の疾病の治療や予防を中心に担う病院や診療所、かかりつけ医師・歯科医師等の専門家については病気の治療のみならず、病気の発生予防にもより大きな役割を担うことが期待される。また、薬局・薬剤師については医薬品の適正な使用や健康に関する相談、情報提供などの役割が期待される。

これらの多くの保健医療専門家は国家資格を有し、提供するサービスの質に対する大きな責任を負っている。特に生活習慣病に関する保健指導の知識・技術の向上を図ることが重要である。

第7節 行政機関

行政機関は中央である国と、地方である都道府県と市区町村の3段階に分けられる。国においては、国民の健康に関連する省庁としては厚生省、労働省、文部省などがある。また、地方においては国と同様に衛生部局をはじめ、いくつかの部局が何らかの形で健康問題に関連している。

行政機関は法的権限による規制や処罰等、健康に関連したグループに対する命令や指導を行うことができる。また、特定の分野での識者を集めた審議会等を通して科学的根拠に基づいた政策、指針、提言をまとめ、自らの政策に生かすことができると同時に、民間セクターを含めた国民全体に対して提言や指針を提供することも可能である。一方、これらの行為は権限を有するがゆえに一方通行になりやすく、強制的で、個々人の参加を促しにくいという欠点を持つ。情報やサービスの提供も行政の大きな役割である。さらに調査や研究の推進も重要である。

行政の役割については次章に詳述する。

第8章　行政機関の役割／地方計画

第1節　国および地方自治体の役割

国、都道府県、市町村は健康日本21において、それぞれ異なった役割を担っているが、いずれも計画の策定、実行及び評価を行う必要がある。また、計画の策定、実行にあたっては、市町村における母子保健事業や老人保健事業、医療保険者等における保健事業、学校や職域における保健活動等と十分な連携を確保しつつ、それぞれが効果的かつ一体的に提供できるよう配慮することが重要である。

以下に国、都道府県、市町村の役割と、自治体の策定する地方計画の留意点について記述する。

1. 国の役割

国は健康日本21の全体的な戦略計画を組み立てる中枢組織である。まず、基本方針を明確にし、それを国民や健康関連グループに対して提示する必要がある。

また、国は健康増進活動が円滑に進むよう、健康関連グループを調整し、指導するとともに、マスメディア等を通して国民に対する働きかけを行っていく必要がある。

さらに、国は全国の健康指標を把握する情報システムを確立し、それを通した情報の収集、解析を行い、目標値の達成状況を追跡するとともに、国民や健康関連グループに対し、その結果の提供等を行う必要がある。

そして、計画の妥当性について、中間評価、最終評価を行い、評価をもとに計画を更新していく必要がある。

2. 都道府県の役割

都道府県は、健康日本21の推進にむけて、具体的な計画を組み立てるとともに、健康実現に向けて市町村をはじめとする健康関連グループを支援する中核である。そのため、国が示す方向性を勘案し、各都道府県における健康の諸問題を調査、分析するとともに、健康の改善を担う各種の健康関連グループを確定し、健康日本21への参加を呼びかける。そして、地域での健康課題についての優先順位付けや目標設定をはじめとする計画づくりは、これらのグループと共同して行うべきである。

なお、都道府県及び二次医療圏毎の計画策定を行うことが必要であり、二次医療圏毎の計画策定にあたっては、保健所が健康情報の把握・分析等において中心的な役割を果たすべきである。

また、都道府県においても健康増進活動が円滑に進むよう、マスメディア等を通して都道府県民に対する働きかけを行っていく必要がある。

都道府県は健康指標を把握する情報システムを確立し、目標値の達成状況を評価し、住民に対し、その結果を提供していく必要がある。

3. 市町村の役割

市町村は、従来から母子保健事業、老人保健事業のサービス提供者としての役割を担ってきたことを踏まえ、住民全体を対象とする健康日本21においては、市町村が主体的に計画を策定し、実施することが望ましい。その際には、都道府県が策定する二次医療圏毎の計画との整合性に配慮する必要がある。計画の策定にあたっては当該市町村を所管する保健所と連携を図る必要がある。

政令市及び特別区は他の市町村と異なり、独自に保健所を設置していることから、その保健所を中心として計画を立てる必要がある。また、情報の収集と解析において都道府県との連携を密にする必要がある。

計画の実施にあたっては、市町村保健センターを活用するとともに、健康増進センター、医療機関や薬局等と協力し、健康に関する情報提供や個人が行う健康増進活動の支援を行っていく必要がある。

第2節　地方計画策定にあたっての留意点

1. 自治体における重点政策化

健康政策が自治体の最も重要な行政課題として位置づけられ、地方計画を活用した健康実現が図られるようにするため、都道府県や市町村は健康日本21地方計画を自治体の基本計画または総合計画と同等のレベルに位置づけることが望ましい。

2. 地方計画に盛り込むべき理念

(1)住民第一主義

地方計画において最も大切な理念の一つは、住民第一主義である。これは、住民が地域における健康づくりの中核に位置づけられることを意味する。この理念は、地域レベルだけでなく、学校や職場での健康づくりでも同様である。

(2)住民の能力向上

次に大切な理念として、住民の能力向上である。そのためには従来の専門家主導の健康づくりではなく、住民の主体性を重視し、住民自身のセルフケア能力を高めるような支援をしていくことが必要である。

(3)環境整備の重視

健康は個人の努力のみで実現できるものではなく、社会環境の整備、資源の開発が必要である。住民が自分の健康に気づき主体的に健康づくりを進めていくことができるような環境整備を重視する必要がある。

(4)住民参加

地方計画の策定、実施、評価のすべての場面において、住民が参加し、決定のプロセスに関与することが重要である。

一方、健康づくりは住民が行政に依存せずに、自分たちの役割を自覚し行動する過程を重視していくということが大切である。住民を含む関係者が、科学的な事実に基づいて効果的な事業を選択し、地域それぞれの健康特性や、健康に関連した資源の配置状況を明確にするなど、全体の経過を共有していくことが求められる。

3. 計画策定における関係者の参画

計画策定は、それ自体が目的ではない。計画策定自体が目的になってしまうと、形式的なものになりやすい。実効的な計画を策定するためには、計画策定の段階から関係機関、関係者の参画が必要であり、策定のための検討を通じてそれぞれの役割を明確にしていくことが大切である。

4. 目的指向の計画づくり

計画策定にあたっては、計画が目指す目的について、関係者が十分に確認、合意し、それに基づいて目的を達成するための具体的な目標値を設定していく必要がある。その際には目的を適切に目標値として設定するとともに、その目標を達成するための健康診査の受診率や訪問活動の回数といった手段を明確にしていくことが重要である。

5. 健康課題の設定

(1)現在の健康水準を明確にすること

地域の健康課題は、現在の健康水準と将来達成すべき水準との格差として示すことができる。現状の健康水準が明確に分析されていなければ、課題を明確にすることも難しくなる。健康課題を明確にするためには、情報システムを利用し、地域の特性を把握ことが重要である。

(2)隣接地域との健康格差を明確にすること

隣接地域との健康格差を明らかにすることは、健康課題の設定や目標値の設定に必要である。さらに原因分析や改善手段の選定などに有用である。また、単に現状値で比較するだけではなく、経年変化についても考慮することも必要である。

(3)人生の各段階に応じた健康課題を明確にすること

以上の分析をさらに、世代別、年代別に把握し直し、人生の各段階に対応した目標や手法を選定していくことが求められる。

たとえば、たばこについて考えると、成人だけではなく子供達の喫煙状況も明確にし、その防煙対策について、教育委員会や各学校との連携を強化し、実効性の高い対策を立案していくことが大切である。

(4)優先順位を明確にすること

社会的な資源(人、物、時間、お金)は限られているので、優先順位をつける必要がある。優先順位を決定するにあたっては、問題の大きさ、改善の可能性、効率、住民のニーズなどを総合的に勘案する必要がある。

6. 地域の健康資源の開発

健康習慣を好ましいものにしていくためには、自主グループ活動や、社会ネットワーク活動、地域の集団給食施設、飲食店などの食産業、運動施設などの健康資源を活性化することが必要である。また、健康づくりの計画策定過程に多くの関係者の参画を得ることは健康資源の開発からも重要なことである。

第3節　地方計画実施にあたっての留意点

1. 情報の公開と共有

住民に対し環境整備、事業計画の進捗状況について、情報を公開していくことが望ましい。また、地方計画をより効果的に実施するには行政と住民、健康関連グループの間で対策や方法などの情報を交換し、共有することが重要である。

2. 情報提供と自己選択の支援

個人の価値観や生活様式は極めて多様化しており、健康に関する知識も格段に豊富になっている。このような新たな状況のなかで、健康学習の場で専門家に求められるのは、健康面でのメリットやデメリットについて、なお一層の最新情報を対象者に提供したり、本人が希望するならば行動変容のための情報を提供し、個々の住民自身の意思決定を支援することである。例えば、「自分の体重をどのようにするか」「禁煙するか節煙するか」といった意思決定においても、専門家が判断する「最も望ましい姿」を指導や強要するのではなく、対象者の置かれた状況や価値観の違いなどを踏まえつつ、対話を通じて、個人が自分で選択する上で必要な情報を適切に提供していくことが求められている。

すべての人にメリットがある画一的な選択肢はあり得ないことから、個人がどのような選択をしても、その選択に対して単純に「正しい」とか「悪い」といった「価値づけ」を専門家がしないことも大切である。多様な選択肢が保障されてはじめて、自らの行った選択についての責任を、その個人が負うことができる。

3. 民間の保健サービス機関の活用

地方計画を実施するうえでは公的機関が中心となるが、都市部においては、多くのサービスが民間機関から提供されているので、実際のサービス提供を効果的、効率的にすするため、このような民間の保健サービス機関を活用することも可能である。この場合、質の高いサービスを確保するために、保健サービス機関に対する精度管理や関係者の研修を行う必要がある。

第4節　地方計画評価にあたっての留意点

健康増進計画の最終的な効果判定は、住民の健康が本当に改善された、あるいは住民の健康度を向上していくためには、このシステムが有効であった、という事実によって評価できる。その際、提供者からみたものだけではなく、消費者、住民からみた評価も必要である。

中間的な評価が実施された後には、評価結果に基づいたその後の改善策を策定していくことになる。このような、情報収集や計画・評価・改善の仕組みづくりをシステムとして総合的に確立していくことが大切である。

計画を効果的に推進させていくためには、計画の策定、中間評価、計画の再策定を含めた、年次別の計画策定日程を明確にしておくことが求められる。地方計画では、国レベルの戦略的な計画が策定された後に、実務的で実践的な計画づくりを推進していく日程を明確にしていくことになる。キャンペーンや各種のイベント、住民組織の体験発表などのイベントも計画しておくことが大切である。

第9章　健康情報システムの確立

健康日本21において、その計画の立案、実施及び評価する際に、情報は不可欠である。計画の立案においては問題点の把握、優先順位の決定及び目標の設定のすべての段階で現状の情報が必要であり、計画の実施、評価においても計画の進行に関する情報が極めて重要である。計画の進行に関する情報をその計画に基づいて事業を実施している健康関連グループが利用できるようにする必要がある。また、本計画の性格上、国民一人ひとりに対して、予防方法等に関する情報が提供されていることも必要である。

科学的根拠に基づいた質の高い情報を効率的に入手するためには健康日本21のための戦略的な情報システムの確立が求められる。

第1節　情報入手及び提供に関するそれぞれの役割

1. 国の役割

従来から、国は、定期的かつ系統的に全国規模の統計資料をまとめ、地方自治体や国民に情報を提供してきた。国は国全体における健康日本21の進行状況を把握し、評価するための情報を常に入手する責任を負っている。そのためには対象として選定した病気やリスク要因の現状値を把握し、2005年に実施する中間評価、2010年に実施する事後評価のための情報を収集する必要がある。

また、従来から収集されている官庁統計及び今後新設する調査について、病気の罹患や死亡、生活の質、健康観、健康へのリスク要因、生活習慣の現状等に分類し、健康日本21の推進に直接役立つ形に整理を行うとともに、地方自治体が他自治体と比較したり分析できるような形に整理し、提供する必要がある。

不確実なあるいは健康にとって一部有害な情報がマスコミから報道されることもあるので、国は科学的根拠に基づいた正確な情報を、様々な経路で提供していく必要がある。

また、国は、住民が、自分自身に必要な保健サービスを適切に選択できるように、各種保健サービス提供者の情報を収集・提供すべきである。

2. 地方自治体の役割

国が実施する調査については、標本調査であることが多いため、地方自治体が管轄する地域に関する情報は、これまで中央でとりまとめられるにとどまり、地方自治体にはあまり情報が蓄積されない傾向があった。今後、健康日本21を推進するにあたっては国が実施する統計について、地域分に関する情報を蓄積するとともに、その地域特性にあわせた独自の情報の収集、蓄積を自らの力で行うべきである。そして、地方自治体自らが決定し、実施していくために、インターネット等を活用した情報提供も含めた戦略的情報システムを構築していく必要がある。

また、地方自治体においても、住民が、自分自身に必要な保健サービスを適切に選択できるように、各種保健サービス提供者の情報を収集・提供すべきである。

3. 個人

個人の健康に関する情報は基本的には各個人に属する。従ってこれらの情報は各個人が責任を持って管理し、それを十分に活用しながら健康の実現を目指すべきである。また自らの健康の実現のために資源を選択するには、資源に関する情報を個人が把握する必要があり、その世代や年代に適した情報媒体が用意されていなければならない。

4. 健康関連グループ

健康関連グループも各グループ毎に自ら情報を蓄積し検討する作業を行わねばならない。それによって初めて他のグループとの連携や個人への支援を効率的に行うことができる。

第2節　現在利用可能な情報と今後利用可能とすべき情報

1．死亡状況に関する情報

死亡に関する情報は、主に人口動態統計によって入手できる。人口動態統計は、国全体について集計可能なだけでなく、都道府県別、二次医療圏別、保健所別、さらには市町村別までに集計可能である。

しかし、地方自治体においては、過去の人口動態統計の結果が、2次加工できるような形で蓄積されておらず、その活用は十分になされていない実状にある。

今後、PYLLや特定年齢に達するまでに死亡する確率（例：65歳未満区間死亡確率）等を国が算定し、地方自治体に提供していくことが必要である。

2．疾病の発生状況に関する情報

健康日本21の対象となる疾病の発生状況に関する情報は、現時点では、国レベルでは把握されておらず、いくつかの都道府県や地域において、がん登録や脳卒中登録が行われているに留まっている。

今後、健康日本21の対象疾患の発生状況（罹患率等）について、国レベルでの把握を可能とする仕組みを構築する必要がある。また、地方自治体レベルでも、同様の仕組みを確立する必要がある。

3．疾病・障害の保有状況に関する情報

国レベルでの疾病の保有状況のうち、現に医療の管理下におかれている患者については、患者調査に基づき算定される「総患者数」により把握可能である。しかし、医療の管理下にない患者の状況については、患者調査では把握できないことから、国民栄養調査に併せて循環器疾患基礎調査、糖尿病調査が行われている。また、歯科領域については、歯科疾患実態調査が6年毎に継続的に実施されている。

都道府県レベルでは、これらの患者数の把握は出来ておらず、今後、都道府県レベルでの把握を可能とする必要がある。また、障害の保有状況については国民生活基礎調査をもとに、患者調査、老人保健施設調査、社会福祉施設調査を組み合わせることによって国レベルでの把握は可能である。また、身体障害者手帳等の給付状況によってある程度の市町村レベルでの把握は可能である。

4．保健行動（生活習慣）に関する情報

飲酒、喫煙、運動等保健行動に関する情報は、国民栄養調査により国レベルのものは把握できている。都道府県によっては、国民栄養調査の上乗せ調査や独自調査として実施しているところがあるが、必ずしもすべての都道府県で把握できていない。二次医療圏レベルや市町村レベルではほとんど把握されていない。今後、都道府県レベルだけでなく、二次医療圏レベル、市町村レベルでも保健行動に関する情報を把握できるようにすべきである。

5．疾病や予防方策の知識等に関する情報

住民における、疾病やその予防方策等に関する知識の獲得状況や、住民が自分自身の状況（例：BMI、血圧、血糖値、コレステロール値等）を知っているか否かについては、国レベルでも自治体レベルでも十分に把握されていない。情報提供に責任を負う国や地方自治体、保険者等は、情報提供を効率的に行うためにも、これらの状況を把握すべきである。

6．保健サービスの利用に関する情報

保健サービスを利用する側である、住民におけるサービスの利用状況に関する情報は、国民生活基礎調査や保健福祉動向調査等の一部で把握されるものもあるが、それらは継続的には調査されていない。また、健康・福祉関連サービス需要実態調査によって、健康増進等サービス業者の提供するサービスの利用状況は把握されているが、医療機関や行政が提供するサービスについては把握されていない。このように、住民から見た保健サービスに関する情報は国レベルでもほとんど把握されていない。

今後、保健サービスの利用状況について、住民側から把握する調査を、国、都道府県、市町村のそれぞれのレベルで実施すべきである。

7. 保健サービスの提供に関する情報

地方自治体による保健サービスの提供状況については、従来、衛生行政業務報告（都道府県別集計まで可能）、保健所運営報告（保健所別集計が可能）、老人保健事業報告（市町村別集計が可能）により把握されてきた。このうち、保健所運営報告は地域保健法全面施行を機に地域保健事業報告に改められ、市町村が行う事業についても把握できるようになり、また、平成11年度からは老人保健事業報告もこの地域保健事業報告に統合されている。

8. 民間において実施されている調査

国が実施している調査以外にも「国民生活時間調査（NHK放送文化研究所）」や「全国たばこ喫煙率調査（日本たばこ産業）」など多くの調査が実施されており、これらを活用することも有用である。

第3節　情報の有効活用

国は、地方自治体や保険者等が行う保健サービスの提供状況を把握するとともに、今後とも地方自治体や保険者等が行う各地・各レベルでの様々な健康計画・実践についての情報を収集する必要がある。これは、計画・実践を管理するという意義のみならず、収集した情報を他の必要な自治体や実施者に紹介することで情報資源の再分配を行うという、重要な意義をもつものである。

参考資料

参考1:健康指標の意義と算出方法 … 1

参考2:参加と働きかけ … 5

参考1　健康指標の意義と算出方法

第1節　指標計算の意義

健康日本 21 は、健康寿命を確保するためにその集団の健康負担を評価して、政策を決定するものである。

このためには、健康寿命を一つの基準として、健康負担を定量的に評価することが必要である。

健康寿命に対して健康負担を評価する考え方として、以下のような指標が考えられる。

1. 早世指標

健康寿命を一つの基準として、疾病傷害によって引き起こされる死亡により健康寿命がどのくらい損失しているかを示す指標である。

2. 障害指標

死亡にまで至らないが、日常生活に種々の制限が加わり健康寿命が障害されていることを定量化するものである。障害の指標としては、寝たきり率、知的・精神・身体・咀嚼・視覚・聴覚の障害が該当する。

3. 早世障害総合指標

上述の1、2の指標を統合したものであり、早世による健康負担と障害による健康負担を合計した指標であり、障害調整生存年数（Disability adjusted life years, DALY）や健康余命（Disease free life expectancy, DFLE）である。

4. QOL 指標

ここでは、日常生活に障害が現れない状態であっても、生き甲斐を持って自己実現を果たせるような日常生活を過ごしているか否かを評価するものである。生活の質である QOL がどのような状況にあるかを定量的に評価する指標が含まれる。

第2節　早世指標

早世指標として、

区間死亡確率(LSMR)

損失生存年数(PYLL)

の二つを用いて、早世による健康負担の定量的評価を行う。

1. 区間死亡確率(LSMR)

生命表による区間死亡確率（LSMR・65 歳までに死亡する確率）は、平成 9 年（1997 年）には男性で 15.7%、女性で 7.8%と改善してきており、今後も更に減少することが予想される。

生産年齢である 15 歳までの死亡確率は 5%に過ぎず、区間死亡確率の大半は 45 歳から 64 歳の中年期に集中している。

2. 損失生存年数(PYLL)

疾病障害により健康寿命を全うできなかった損失生存年数を指標として算出したものである。

$$\text{損失生存年数} = \Sigma(\text{疾病障害による死亡率}) \times (\text{死亡時点での平均余命})$$

で表現されるものである。

従来の死亡率では、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患の順に表されたものが、標準早死損失年では悪性新生物、不慮の事故、自殺、心疾患、脳血管疾患の順で健康負担が表現される。働き盛りの中年期における「悪性新生物」、青年期における「自殺」や「不慮の事故」による死亡による健康負担を表現することに適した指標である。

損失生存年数の算出に当たっては、対象集団での
疾患傷害別の性別・年齢階級別死亡率
我が国の生命表から平均余命
と合わせて損失生存年数を求めることによる。

第3節　障害指標

1．既存の資料からの障害指標

我が国の既存の統計資料から、障害指標として以下の資料が入手できる。
寝たきり率
精神障害者保健福祉手帳交付率
身体障害者手帳交付率
をもとに、対象地域における障害指標をしることが可能である。

2．日常生活動作(activity of daily living, ADL)や手段的日常生活動作(instrumental activity of daily living)

日常生活動作（ADL）には、
①基本的日常生活動作（basic ADL=BADL）
②手段 的日常生活動作（instrumental ADL=IADL）
がある。

IADLとは，BADLの身の回り動作（食事，更衣，整容，トイレ，入浴等）・移動動作の次の段階である。具体的には，買い物，調整，洗濯，電話，薬の管理，財産管理，乗り物等の日常生活上の複雑な動作をいう。

基本的日常生活動作として、katz らは「入浴、更衣、移動（ベッドから椅子）、食事」の 4 項目を、kai らは「入浴、更衣、排泄、起立、食事、失禁」の6項目を、Tsuji らは「食事、更衣、排泄、入浴」の4項目を使用している。

IADL としては、
バスや電車を使って 1 人で外出できますか
日用品の買い物ができますか
自分で食事の用意ができますか
請求書の支払いができますか
銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできますか
ゲートボール、踊りなど趣味を楽しんでいますか
を用いて、手段的日常動作を評価している。

IADL は、ADL よりも前段階の日常生活の障害を示しており、IADL の低下が起こってから、次に ADL の障

害が起こる。

第4節　早世障害統合指標

1．障害調整生存年数（DALY）

傷病、機能障害、リスク要因、社会事象毎に健康に影響する大きさを定量的に取り入れた指標であり、Marry により提案された指標である。

この算出に当たっては、集団の健康状態を推定する共通の尺度を設定することが前提である。

障害調整生存年数は、

損失生存年数(YLL)

障害生存年数(YLD)

の合計値である。

前者の損失生存年数は、早期死亡による疾病負担を示したものである。後者の障害生存年数は日常生活への障害負担を定量化した係数により重み付けしたものであり、存命中の疾病負担を表現している。障害負担の評価には、専門家集団におけるデルファイ法による障害度の重み付けがなされている。

DALY の特徴として、

(1)1年間の生存に対して、年齢による重みづけ関数（25歳最大の生存価値）が行われていること

(2)非致死的健康結果の重みづけ指数が7段階で行われていること

(3)時間割引率がおこなわれていること

がある。

DALY の意義

DALY は、理想的平均寿命からの質的乖離年数を示すものである。この指標により、保健医療福祉施策によりもたらされる集団における健康結果を評価する指標になることが期待される。

第5節　QOL 指標

死亡や健康障害により日常生活に制限を受けることが無くとも、生き甲斐を持って自己実現を果たせるような日常生活を過ごしているか否かを評価するものである。目的にしている生活の質である QOL がどのような状況にあるかを定量的に評価する指標が含まれる。

生活の質を評価するためには、標準化された調査法が必要であり、国際的に以下のような指標が開発されている。

(a)the Nottingham health profile（ノッティンガム・ヘルス・プロファイル）

(b)the sickness impact profile（疾病影響プロファイル）

(c)the short form 36(SF-36)

(d)WHOQOL

(e)the disability distress index

(f)EuroQol(EQ-5D)

(g)McMaster health utility index

(h)quality of well-being

(i)　quality of life and health(QLHQ)

ここでは、

Medical Outcomes Trust による SF-36

EuroQOL

について解説する。

1. SF－36

保健医療の結果を評価する目的で開発された指標であり、8 項目の要素を含んだ調査法である。

1 Physical functioning
2 Role functioning Physical
3 Bodily pain
4 General health
5 Vitality
6 Social functioning
7 Role functioning emotional
8 Mental health

これらの 8 個の軸について、それぞれ設問が設定されており、その得点をもとに変換式を用いてスケールを算出するものである。

2. EuroQOL

1987年にヨーロッパで開発がスタートした Health-related quality of life(HRQOL)スコアであり、専門的知識がない者が医療機関に限らずどこでも記入できる点、5つの項目属性（移動の程度、身の回りの管理、ふだんの活動、痛み／不快感、不安、ふさぎ込み）について、VAS(visual analogue scale)によって評価している。

日本語版 EuroQOL 開発委員会（委員長：慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室池上直己教授）により、正規の日本語版として認定を受けたものがある。この調査結果を基に、日本独自の HRQOL を評価する換算式の開発が必要である。

QOL に関する調査法は、すでに幾つか提案された調査法が存在するが、国際的に標準化された同じ調査法を使用することが望ましく、同一の調査法を用いて QOL を測定していくことが望まれる。

参考2　参加と働きかけ

第1節　働きかけ／動機付けに関する、既存の方法の確認と徹底

これまでの健康づくりでは、住民への働きかけ／動機付けに関連して、様々な専門的方法が提案されてきた。行動科学、学習科学、および社会心理・社会工学に基盤を持つ諸方法の知名度が高い。

行動科学的な方法では、疫学的に究明されたリスクファクターの知見を元に、個人別にリスクを見極めた上で、動機付けと行動の制御とに向けて緻密で強力な働きかけを段階的に行う。学習科学的な方法では、検査結果を含む対象者の健康状態から出発して、住民が自分の体内で起きている生理・病理的な実態・変化に目を向け、道筋を追って学習と理解を深め、問題解決能力を高めることを大切にする。社会心理・工学的な方法では、健康な地域づくり／人づくりを基本に、理念ないし概念型の目標を掲げた上で、その目標の数量化と実現に向けてグループワークを積み上げる。

行動科学的な方法は、個人への働きかけを基本とするが、小グループでの働きかけも効果を持つ。学習科学的な方法は、個人への働きかけから出発するが、住民の自発的な学習が進み出すと、学習の場は様々な広がりを見せる。社会心理・工学的な方法では、まず地域と集団に働きかけ、それを通して個人にも働きかける。

これらの方法は、それぞれの選ばれた局面においては、優れた成果を挙げて来た。しかし各方法いずれも、普及が十分とは言い難い。健康づくりに関連する専門家の多くは、これらの諸方法を知ってはいても、自由に使いこなすというにはやや心許ない状況にある。結果として、一方向的な情報伝達を中心とした健康教育も、現場によってはいまだに見受けられる。

住民への働きかけと動機付けに関し、健康日本21で最初にすべきは、既存の諸方法の何れをも、健康づくりに従事する専門家が必要に応じて、自由に選択し、自信を持って使いこなせるようにすることであろう（接近方法のマルチメソッド化）。

1．行動科学、学習科学、社会心理・工学の各方法における研修の徹底

行動科学、学習科学、社会心理・工学の各方法の原理を理解する。行動科学については、リスクファクターから出発して、個人を動機付け、行動を制御／変容させるための手順を学ぶ。学習科学については、学習のきっかけや学習の場の設定を学び、住民の学習要求に応えられる実力を養成する。社会心理・工学については、地域づくりに関連して理念／概念型の目標設定とその実質化の手法を学ぶ。

2．マルチメソッド化のための研修機会整備

健康づくりに関連して、個人診断・集団診断・地域診断の結果を総合し、住民への働きかけと動機付けとに関連して、「最適な手法は何かを判断できる能力」、「手法を組み合わせ、複合した課題解決に向かえる能力」を養う。

第2節　変貌する地域と人への対応の方略

既存の方法が今後も通用するのであれば、マルチメソッド的接近は、健康日本 21 における住民への働きかけとして、最適の方略と考えられる。しかし近年における社会全体の急激な変容によって、方法の対象となる人も地域も変貌を遂げている。たとえマルチメソッド的な接近を身につけたとしても、それだけではすまない新たな局面が現れ始めている。

1　地域の変貌

上述の三方法中、特に学習科学的な方法と社会心理・工学的な方法が、これまで対象として来たのは、主に人口が10万以下の小都市か町村、あるいはそれに相当する地域と人々であった。これらの地域では、

人々は互いに顔見知りである場合が多く、潜在的に健康づくりを行いうる場や仲間を見いだすことは比較的容易であった。しかし、都市化の急激な進行に伴って、いわゆる昔ながらの地域社会が解体／消失しつつある。地域を学ぶ、地域をつくる、と言っても、具体的な地域イメージ（あるいは地域性）を思い浮かべるのが容易ではない状況が、全国に広がりつつある。

2 住民の変貌

何れの方法においても、対象者に対する働きかけは相当のエネルギーを使う。専門家が提供する知識や情報を、住民の側が待ち望み、それなりの反応をしてくれるのであれば、専門家の努力は報いられる。しかし、綿密にデザインした働きかけを強力に行ったとしても、行動変容が起こるとは限らない。働きかけに対して、関心さえ示さないこともある。高学歴化と教育内容の高度化が著しい一方、様々なメディアも住民を対象に健康に関する情報を流し続けて来た。その結果、対象テーマに関連して、保健医療従事者が知らないことを住民の方が知っている場合も希ではない。それでも、と働きかけを続けた結果、住民の知識量は増えたが、知識と行動との間の溝は、かえって広がった、との指摘もある。生活習慣も多様化・個性化して来た。専門家が良いと思って勧める生活習慣を、そのまま受け入れる可能性のある人の数は、確実に減っている。知識を持っているのに、行動が変わらず、熱心な働きかけに答えてくれるとも限らない住民を目前にして、それ以上働きかける効果的な言葉が見つからないまま、困惑する専門家も出始めている。

健康づくりの専門家は、人々が健康になることを心から願い、健康に貢献できることを誇りに思って来た。様々な方法によって、人と地域とに働きかけ、そこからの手応えを学ぶことで、専門家としての成長を遂げてきた。しかし、地域と住民の双方からの手応えが希薄化した結果、働きかけることも、学ぶことも容易ではない事態が広がりつつある。行動科学的働きかけを始めとして、有効性が実証されたこれまでの諸方法、あるいはそれらを組み合わせたマルチメソッドの方法論に間違いはない。しかし対象（人と地域）がよりつかみどころなく変貌してしまった以上、この複雑な事態に対応した何らかの方法的拡張も含む、柔軟で適応力の高い接近が必要とされる。

第3節 方略としての参加と対話

どれほど有効な接近法であっても、次の時代に有効性が減じることはあり得る。しかし、どのように変化が進もうと、専門家の努力が空転することは避けなければならない。健康づくりに際して、専門家と住民の双方の存在は欠かせない。両者のパートナーシップは大切である。たとえ特定の方法や方略が行き詰まったにしても、パートナーシップがあれば将来に希望をつなぐことができる。地域が解体し、顔見知りの住民が立ち去ったとしても、そこに住民はいるのである。専門家と住民とで、知識の格差が減少し、健康教育がやりにくくなったとは言うが、住民が豊富な知識を持つ状態は、悪いことではない。目前の住民との間に良好な関係を築き、住民が持っているものを大切にする方向で、次のステップを考えたとき、これまでの働きかけに加えて参加と対話の大切さが浮かび上がってくる。

（1） 参加とは？

参加は、ある目的を持って人々が集まり、ともに話し合ったり行動したりすることである。参加は自己実現の機会であり、本来、とても楽しいことのはずである。参加には、良好な対話が欠かせない。参加と対話は車の両輪のようなものである。

（2） 参加の位置づけ

参加と対話は、それまでになかった新たな状況、価値、情報を生み出してゆく。健康日本 21 が目指す形の一つとして、参加と対話を主軸においた住民主導型の運動を構築することが必要だろう。

（3） 参加への道筋

参加と対話は、特別な人だけが行うことではなく、誰もができる、社会形成の原則である。新生児であって

も、参加的にコミュニケーションを行うことが知られている。しかし、ただ単に人々が同じ場で互いに顔を付き合わせれば対話が成立するわけでもない。参加と対話が忘れ去られている場合には、参加と対話の価値を再発見し、復活させるために、工夫が必要になる。

(4) 参加と他の「働きかけの方法」との関係

参加と対話は、今後の健康づくりに関連して、どのような方法とも本来は組み合わせ可能なはずの基本的方略と位置づけられよう。参加と対話を組み込むことで、マルチメソッドの適用可能範囲が広がることは間違いない。

第4節 健康づくりのための、参加的な人材養成

参加で重要なのは、当事者が互いに相手を大切にすることである。参加の開始当初は、たとえ目的がはっきりしていても、各人の発言や行動が、混沌としている場合が多い。しかしお互いに、その混沌を認め、混沌の中から見えてくるものを待つ姿勢が、相手を大切にすることだと言える。専門家として参加するものの役割は、むしろ積極的に混沌を作り出し、その価値を認め、その中から見えてくるものをはっきりと捉え、整理し、学ぶことだと言えるだろう。参加者の理解と自立を助けることにより、お互いが積極的に健康づくりを支え合うパートナーとなることができる。

1. 参加的な接近

◎第一段階;「働きかけない」という項目を、働きかけのリストに付け加える

20 世紀の専門家は様々な理論的方法を駆使して、住民に強力に働きかけてきた。21 世紀の健康づくりでは、これまでの方法のマルチメソッド化に加え、方法を拡張して、参加・対話的な次元を組み込むことが大切になろう。「参加」を求めるために、まずは「働きかけない」ことが大切だと考えてみたらどうであろうか。つまり、「健康づくり」を始めるに当たって、最初に、積極的に働きかけを行うのではなく、場を準備したら、次に何が起こるかを待ってみるのである。

◎第二段階;「働きかけない」という接近法に慣れる

これまでの働きかけでは、働きかける側は、意識だけでなく、目前の対象者への視線に至るまで、力がこもっている場合が多い。急に「働きかけない」となると、戸惑いが生じる。このような場合、まず働きかけを一休みさせることである。視線や肩から力を抜き、話し方もリラックスさせ、言葉数も減らしてみる。働きかけの力を弱めていくと、どこかでゼロになるはずであるが、さらにゼロを超えてマイナスへと力を弱め続けてみる(そのようにイメージする)。強力に働きかけて来た状況を白紙に戻すわけである。しかしそれで何もなくなるわけではない。実は、この状態が参加への原点になる。

◎第三段階;専門知識から、目前の住民へと焦点を合わせる

働きかけの力をマイナスにし、力が抜けた状態で前を見ると、そこには先ほどからの対象者(住民)がいる。ではこの人の何を、どのように見守ったらいいだろうか。この人はどのような生活をし、健康についてはどのような考えを持っているのだろうか。こう考え始めると、それまでは意外に相手のことを知らない状態で、働きかけて来たことに気づかされる。専門知識から、目前の住民へと、責任(アカウンタビリティ)の焦点が移った瞬間である。健康づくりへのパートナーとして相手(住民)を知りたいという考えが専門家の中に生まれ、それが大きくなって来たとき、状況は参加的なものになっている。こちらが変われば、住民も変わり始める。専門家と住民が、互いをパートナーと捉え、互いの参加を実感したときに、健康づくりに有用な対話が生まれ始める。

◎第四段階;生活に焦点を当てて対話を育てる

住民尊重の第一歩は、謙虚に住民を知ろうとすることである。何かを知りたいとき、よく使われるのは調査表である。しかし、目前の人について知りたいのであれば、対話の方が好ましい。健康づくりに関連して、

日々の食生活や活動、環境等どのような話題であっても、住民が日常生活の細部と全体とを同時にイメージできる方向に、楽しみながら対話を育ててみればよい。生活に関連したキーワードを最初に出してもらい、それを段階的に展開し、イメージを膨らませながら対話を進める、などの工夫は必要である。こうすると、殆どの場合「そう言えば、私はどうやら～のようだ」など、「私」を主語に住民が状況を語る場面が増えてくる。家庭、職場、地域や幼少時のことなど、様々な背景要因がキーワードを通して浮かび上がり、それらが自分との関連で語られ始める。何か問題があるのなら、その問題が明瞭になり、解決の糸口も見え始める。

(1)参加的接近法の講習会実施

参加的接近法には、これまでの様々な方法とは異なった可能性がある。これまでの方法に加え、第二あるいは第三の選択肢として、健康づくりの局面を拡張させる効果を持つ。参加的接近法を効果的に取り入れるために、2時間程度の講習会は有用であろう。技術的な難しさがあるとは考えられないが、発想の転換は必要かもしれない。受講者同士で十分な演習を行えれば、現場にすぐに応用できる。

(2)参加的接近法についての研究と洗練

参加的接近法のポイントは、住民自身の生活に、いかに焦点をあてて、対象者自らの生活に立脚した発言を引き出すかである。これに適した対話方法、イメージ化の技術などに関し、研究と実践経験を持つ者同士の情報交換が必要である。

2 参加的な知識

専門家が住民に向かって発信してきた情報は、厳密で原則的に表現されているものが多い(専門／学問的知識)。一方、住民が健康について自由に語るときに使う言葉は具体的である(参加的知識)。「高カロリー食品」と専門家が言ったことが、住民にとっては「友人からすすめられた和菓子」だったり、「子供が食べ残したスパゲッティ」だったり、「夜勤明けの缶コーヒー」だったりする。住民は生活と密接に関連した言葉で感じ考えているのだが、専門家の言葉とはずれがある。確かに、疾病予防や健康づくりの原理原則を述べるには、専門／学問的知識が適切である。しかし高カロリー食品という表現からは、「人」が見えない。一方、参加的知識には人の生活が映し出されている。表現を通して、人間関係から環境まで、その人の複雑な日常生活の一端を読みとれる。専門家が、住民への支援協力を進めるためには、住民からの日常生活に即した情報発信を読みとる必要がある。参加的知識を通した住民の自己学習／自己啓発の実際を知り、専門／学問的知識を参加的知識で捉え直し始めると、住民の間にある経験の価値が見えてくる。住民の経験に学ぶことで、健康日本 21 におけるアカウンタビリティやエビデンスなどの概念を、生活に即して参加的に捉えることが可能になる。

(1)参加的知識の蓄積

住民と対話を積み重ねていくと、参加的知識の蓄積が得られる。例えば「摂取カロリーの減らし方」に関連して、「住民の数だけの様々な歩み」があることが分かる。この歩みを聞き取り、言葉であらわし、理解を助けるための画像を加え、CD-ROM や DVD などの媒体を活用すると、追体験が可能なマルチメディア教材ができあがる。こうした教材は、住民の側からも専門家の側からも、健康づくりの多様なあり方を学ぶために活用できる。

(2)参加的知識を活用できる人材の育成

何気ない住民の言葉の中に、働きかけへの手がかりが潜んでいる。参加的知識が使いこなせるようになると、住民の一言から、その人の状況をイメージ化する能力が向上すると共に、専門家自身の自己イメージもより豊かなものに発展させられる。パートナーとしての資質を見いだし育てるために、演習を含むワークショップが有効である。

3 参加的な学習の場の整備

シーンと静まり返った場での一方向的な健康教育は、健康日本21には似合わない。地域・学校・職域・病院など様々な健康づくりの場で、対話とパートナーシップが育ち始めるには、どうしたらよいであろうか。 専門家も住民も、これまでお互いに十分な対話を重ねてきたとは言い難い。従来の専門家が、あまり住民のことを知らなかったように、住民自身も健康に関連して(健康観から食事・身体活動・気分やストレスの内容に至るまで)、互いに殆ど知らないことが普通である。「互いに知らなくても良い」と皆が思うのであれば、参加的な健康づくりは困難であろう。しかし実はそうではなく、皆互いを知りたがっていることは、参加的対話を小集団で試みればすぐにわかる。

地域・学校・職域・病院など何れの場においても、健康に関心のある人々が一同に会することができ、そこに落ち着いた支持的雰囲気があるのなら、いつでも対話とパートナーシップを育てることができる。人々が、細部と全体を見渡せるように自分の日常生活と健康を整理・表現できるなら、必ず自発的な発言が出始める。率直で具体的な発言は、それ自体がネットワークを生み出すポテンシャルを持っている。最初は周囲の発言にふれて、「あ、私と同じだ」「ここが私と違う」などの発言が現れ始める。その後、もっと多くの人の健康に関する感じ方／考え方に接して行くうちに、「私は〜のようにも、なれるような気がする」「私にとっては、〜の方が合っているようだ」などの発言が生まれてくる。さらに「このように皆、違っている一方で、共通点もある」「自分の一面を、多くの人の中に見つけると、懐かしい感じがする」と言う人もいる。参加的・対話的な学習が始まったのである。

(1)参加的学習における学習過程解明のための事例研究

参加的・対話的な状況で何が起こるだろうか。ある栄養教室に参加した住民A氏は、グループワークでB氏とC氏の食の実際に接した後、以下のように発言した;「私は若いとき、食事について、Bさんとそっくりな考え方をしていたようです。一方、Cさんの食事の考えにふれて、私は10年後くらいには、Cさんのような食事をしたい、と思い始めました」。この発言より、住民が互いを教師として、互いの日常生活を教材として、よりよい健康への方向性を相互に学び始めることが伺える。参加的な事例研究から学習過程を解明し、相互学習のネットワークを支えるのは、専門家の務めである。

(2)参加的学習の普及

参加的な学習の場では、参加者が健康づくりへのそれぞれの在り方を示すことにより、互いが教師であると共に学習者でもある状況が生まれ、それが連鎖反応を起こしてゆく。対話の自由な発展を支援しながら、それまでの学習内容を参加者が自発的に想起出来る環境づくりが、指導者に期待される。

第5節 健康づくりを妨げる「情報不足とバリア」への対応

1. 情報不足について

比較的均質な構成の小集団の場合には、自由な対話を元に、健康づくりへの学習に関連した様々な関連性(参加的ネットワーク)が自発的に発生する。しかし社会全体となると均質ではない。何かをしたいと思っても、適切な情報が不足していると、どこで何から始めたらいいのか、誰に話を聞くべきか、見当がつかないこともあり得る。どのような情報が必要とされているかを、住民の立場から見極め、情報を整備することは、参加的な社会づくりの第一歩である。

(1) 必要な情報の発見

「大切な人が寝込んでしまった」など心配で急を要する場合、「禁煙の方法を学びたい」「介助のボランティアをしたい」など健康増進に関連して何かを前向きに行おうとする場合、このような各場合において、個々の

住民が安心して行動できるための鍵は情報である。こうした「場合」にはどのような種類があり、それぞれではどのような情報が必要とされるだろうか？　この課題に一般的な回答を出すのは容易ではない。しかしこうした「場合」の経験がある住民に面接し、適切な情報に行き着いた経過を聞き取り、フローチャートを作るだけでも、情報の不足や偏在の現状が見えてくる。

(2)　情報不足の解消

あらゆる情報不足を解消しようとするなら、必要な情報は膨大なものになり、電話帳のような資料・マニュアルが何冊も必要になるかもしれない。しかし、別に全てのことを教えてもらう必要はない。要は、住民が社会的なネットワークの入り口に立てること、最初の一歩を踏み出せること、が重要である。急場への対処から、ボランティア技術の習得に至るまで、最初の一歩を分かりやすく示した情報が身近にあれば、住民は安心して、次の行動を考えられる。若年者から高齢者に至るまで、様々なライフスタイルを持った住民が、こうした情報に無理なく接しうるためには、情報の置き場所を工夫する必要があろう。公民館、学校、コンビニなど、人々が必要に応じて毎日一回くらいは訪れる様々な公共の場所では、どこでも容易に情報に出会えることが望ましい。電話やインターネットを介した、場所に依存しない形での情報利用についても、整備が必要である。しかし公的機関による情報の管理は控えめな方が良い。新たな情報の登録や、既存の情報の評価にも住民が関わることで、情報は量的にも質的にもより豊かに発展を続けることができる。

2. バリア(障壁)について

自由な対話とネットワークが住民の間に生まれ始め、必要な情報も一見整備されて来ているにも関わらず、対話と課題解決の輪が広がりにくい場合には、参加と対話を妨げるバリア(特に言葉や情報に関連した)が潜んでいる場合が多い。実際、保健／医療／福祉／介護など、健康づくりに連なる多くの分野では、未だに専門的で理解が困難な言葉や情報が多く、参加と対話の輪を広がりにくくしていることは否めない。専門家にとっては普通の使い慣れた言葉でも、普段耳にしない者は、身構えてしまうこともある。医療における「動悸・息切れ」や、介護における「清拭」など、それぞれの分野では簡単で分かりやすい部類に入る言葉・情報でさえ、住民の理解を超えていることがしばしばである。

耳が遠い、日本語が流暢でない、など住民の側が少しでもコミュニケーションの困難さをかかえている場合には、さらに困難な状況が生じやすい。小さなバリアですら、越えがたいものになる場合もある。このようなバリアを見出す原則が「住民の視点から考える」であることは、言うまでもない。特にバリアフリーに関連する場合は、最も弱い立場の住民の視点から考えることが求められる。

(1)　バリアへの感受性を上げる研修

この研修は、一般住民よりは専門家を主な対象にしたい。バリアのルーツが専門性の中に存在することが多いからである。講師として最適なのは、健康づくりシステムや保健／医療／福祉／介護に関連したシステムのユーザーである一般住民(特にそのなかでもバリアにつまずいた経験のある人々)が最適であろう。この研修の修了者は、気づかれにくいバリアを積極的に指摘していくことになる。健康づくりに関連して、誰もが十分理解した上で、対話に加われるように、地域・学校・職域・病院などの場で、難しいこと、分かりにくいこと、不便なことの指摘を進める。

(2)　バリアフリー化の方略を身につける研修

健康づくりに関連した様々な事柄や概念が、難しい専門用語で語られている場合、それを生活者の立場からの分かりやすい言葉で語るための技術を研修する。この研修を受けた専門家と住民が協力してバリアフリー化を進める。健康日本 21 自身が、まず言葉のバリアフリーを目指す必要もあるだろう。

(3)　バリアの意味を学ぶ研修

健康づくり運動の結果、健康な人が増えるのは望ましいことだが、それと共に、参加と対話の輪が病者や障害者へも広がることが望ましい。輪を広げようとしたときの最大の課題は、健常者にとって、病者や障害者の立場が理解しがたいことである。健康は素晴らしいことである。しかし健康の獲得によって、病者や障害者の立場への理解や参加が、困難になるのであれば、「健康づくり」が「健康の文化」を阻害する、という逆説的なことも起こり得る。 病者や障害者の立場を学ぶことは、容易なことではない。健常者が疾病や障害を実体験できず、疑似的な体験が精一杯という現状がある。しかし、病者や障害者の立場に詳しい指導者の下で、あるいは病者や障害者を直接の講師として学習が行われた場合には、学習者はごく自然に共生の発想を身に付けていくことが知られている。

第6節　参加的な組織と社会への道筋

専門家だけでなく住民も含め、様々な人が健康に関連して、様々なところで対話の輪を広げ、色々なことを自由に提案／実践できる状況が、参加の目指すところである。参加の芽が出始め、参加を支える情報が十分で、バリアも除かれたのであれば、人は参加に向けて自由に動き始めると期待される。しかし、実際には人を囲む状況や立場が制限されていることが多く、参加が順調に進むとは限らない。

1. 参加的な状況づくり

参加的・対話的な雰囲気を、健康づくりに関連したあらゆる組織と場面に広げていくためには、いろいろな状況で、着実に参加を増やし続ける必要がある。

(1) 「参加への感受性」を高める

何かをしているときに、「この場に他の人々（例えば住民）も加われないだろうか？ それによって、いろいろなことがさらに楽しく興味深くならないだろうか？」と考えるのは、実質的参加の第一歩である。健康づくりに関連したあらゆる状況下で、参加の不足に敏感になることが必要とされる。年齢、性別、立場が異なるために普段は出会いが少ない人同士でチームを作り、様々な作業を共に行い、より楽しく興味深く行うにはどうするかを考え続けることで、参加への感受性を高められる。

(2) 健康づくりに関連した各組織／場面における参加度のチェックと向上

その組織のメンバー構成から作業内容、決定事項に至るまで、どれほどの部分に参加と対話が実現しているかを評価することは、参加を進める上で必要なことである。参加と対話を建前で終わらせないために、内容の評価は必須である。「専門家が住民の参加からどのくらい多くのことを学んでいるか」、「住民が他の住民からどのくらい多くのことを学んでいるか」、「専門家と住民の双方がどの程度まで参加を歓迎しているか」は、是非とも評価したい項目である。

2. 参加的な立場づくり

高度な情報決定／専門能力が要求される場面であるほど、参加と対話の輪は広がりにくい。しかしそのような中枢的場面でこそ、参加と対話が意味を持つ。参加を健康日本 21 に浸透する原則として位置づけるに当たり、最後に行うべきは、健康づくりの中枢場面で働く専門家の役割の見直しである。

(1) 「参加的な専門性」の確立

◎第一段階；「住民の立場に立つ」という項目を、専門性のリストに付け加える

複雑な現代の社会が、専門家の献身的な働きで成り立っていることは周知の事実である。健康づくりの分野でも、専門家は常に最新の状況を研究し、時代の動きに合わせて専門的な技術や知識を積み重ねてき

た。住民参加は、21 世紀の健康づくりにおけるキーワードである。では「住民の立場に立つ」を専門性のリストに付け加えてみたらどうであろうか。

◎第二段階; 「住民の立場に立つ」という専門性に慣れる

職業人としての専門家は、通常は仕事に個人的な関心や興味を持ち込まない。仕事が終わって職場を離れるとき、始めて一住民に戻る。しかし「住民の立場に立つ」も重要な専門性だとすれば、敢えて仕事の場面に「住民の立場」を持ち込む必要があろう。例えば健康日本 21 に関し、地域での目標値作りを考えてみる。専門的知識を動員して目標値を設定したら、立場をスイッチし、一住民／生活者として、その目標値を眺めてみる(そうイメージする)。別に専門性を失うわけではない。「住民の立場に立つ」という新たな専門性を発揮して、それまでとは異なる方向から物を見るのである(表 1)。

◎第三段階; 専門家から住民へと立場をスイッチする(表 1)

専門家から住民へと立場をスイッチして、先ほどの目標値を見ると、多かれ少なかれ目標値が遠のいたように感じられるはずである。生活者としての住民の立場が、階段の一段目だとすれば、先ほど専門家として設定した目標値は、階段を数段上がった所にあると感じられる。この状態で、住民としてどのような日常生活を送れば、目標値に近づけるかが、容易に思い浮かべられれば、目標値は住民が十分接近可能なものであると言える。しかし日常生活を思い浮かべるのが困難であれば、その目標値は住民から、かけ離れたものだと考えられる。

◎第四段階;住民の立場を専門性に組み込む

立場のスイッチには多少の意識改革が必要である。ある保健医療従事者は物の見方を住民の立場にスイッチしようとしたとき、勇気が必要だったと回想している。しかし勇気がいるとしても、最初のうちだけである。物の見方・考え方を、専門家の立場から住民の立場へ、また逆に住民の立場から専門家の立場へ、と行き来させている間に、立場の移動がごく自然なことに感じられ始める。専門家としてどのように高度な作業をしていても、いったん住民の立場に戻ってその意味を再考しないと、作業が完結しないように感じられる。住民の立場が専門性の一部として、定着したことが分かる。

(2) 参加に向けた「住民の発想」のエンパワメント(表 1)

「住民の立場に立つ」は、専門性の新たな展開、あるいは参加の進んだ形として位置づけられる。専門家が、より高度な専門性として、「住民への接近」を学んだのである。では住民の側はその立場に徹していれば良いのだろうか。それとも、さらなる参加的状況において、住民の方が専門家の立場に近づくこともあり得るのだろうか。

高度な専門知識が要求される目標値設定に関して、住民(素人)の寄与できる余地は少ない、と多くの人々が考えている。しかし目標値設定の過程は、その全てを専門家だけで行えるというものではない。住民の自由な判断が欠かせない局面もある。目標値の優先順位を設定する局面を考えてみよう。各疾病の重要性だけに着目して、予防策を順位付けるのであれば、重み付け関数の選択から計算に至るまで、一貫して特定の専門家の手を煩わせることで、対応が可能である。しかし「安全な食品の供給」と「栄養教育」のどちらを、健康日本 21 計画の中で優先させるかなど、一専門分野に収まりきらない判断は、個別専門家の手に余る。このような時でも、住民の立場からは判断を下すことができる。

◎第一段階; 住民が参加的に発言を始める

生活者としての視点から、健康づくりに関連して大切だと思われることを、住民に自由に列挙してもらう。このとき「私」を主語に表現してもらうことが重要である。意見を出すのに慣れていない住民の場合、最初のうちは「私は～が欲しい」と要望を述べるに留まることが多い。しかし対話と参加が育つと、「私の役割は～かもしれない」、「私には～ができる」と参加的な発言が出始める。

◎第二段階; 住民が生活者としての視点を主張し始める

住民が一生活者として、健康づくりへの寄与・貢献を考え、行動できる局面(キーワード)を述べ始めたら、

それを丁寧に聞き取ることが大切である。幾つかの局面が見えてきたら、各局面の大切さをさらに問いかけてみると良い。キーワードに順位をつけてもらうのも一つの方法である。全体の傾向から個別の重要さへ、再び全体へと、常に個と全体の関連が見える形で話を進める。個別専門性の枠を越えたキーワードであっても、生活者の立場からは、容易に順位付けができる。

◎第三段階； 住民が俯瞰的・全体的な視点に立つ

生活に立脚して住民が挙げたキーワードを前にして、今度は日本全体を健康にするために「何が大切か、何をすべきか」住民に問いかけてみる。俯瞰的・全体的な視点への切り替えに慣れていない住民の場合は、直ぐには答が得られないかもしれない。しかし急ぎすぎなければ、必ず自発的な発言が生まれてくる。この際の実現可能性や意味について、専門家の助言は重要である。「専門家の苦労が分かった」と住民が言い出すのは、このようなときである。

◎第四段階； 住民が健康づくり運動自体を評価する

住民が「生活者の視点と俯瞰的視点」の双方を必要に応じて使いこなせる状態は、専門家が「専門的立場と住民の立場」の双方を使いこなせる状態と、対比させられる。専門家が住民に一歩近づくことでより高い専門性を獲得したように、住民は専門家に一歩近づくことで、生活者としての視点を、より洗練されたものに変える。こうして住民は、今や生活者としての独自の視点から、健康づくり運動をも評価できる能力を持つに至る。

3 さらなる参加と対話へのネットワーキング

健康づくりに関連して、住民と専門家がパートナーシップを確立し、共に歩みながら、双方がそれぞれに新たな能力を身につけ、それがさらなる参加と対話の原動力となることを、本章で示した。

健康づくりが「特別なこと」ではなく、「健康に関連した自身と他者の生き様を、楽しく興味深く学び続けること」と分かり、その学習と実践のネットワークが社会の至るところで育ち始めるとき、健康は真に文化と呼べるものになろう。先天性四肢切断症の青年が日常生活を書いた本が、小学生から高齢者までの幅広い住民層に受け入れられ、ベストセラーになっている 1999 年の我が国の現状を見ると、我々はそうした時代の入り口に立っていることが分かる。

表1の解説

参加と対話に関連して、専門家の役割を整理するために、表を作成した。表の左半分に示した「専門家の視点からのトップダウン型目標」は、これまでに出されている Healthy People 関連の資料等が基になっている。一方、表の右半分に示した「住民の視点からのボトムアップ型目標」は近年における参加型の保健活動から得られた経験に基づいて、新たに理論化しつつあるものである。

表1 「健康日本 21」における目標値設定と住民参加

－誰が作る目標か、誰のための目標か、誰が行動するための目標か？－

20 世紀の健康づくりで重点が置かれて来た目標値の概念 ――――――＞　　＜―――――― 21 世紀の健康づくりで より重要になると思われる目標値の概念

目標値の分類	専門家の視点からのﾄｯﾌﾟﾀﾞｳﾝ型目標				住民の視点からのﾎﾞﾄﾑｱｯﾌﾟ型目標	
	集団に対して設定した確率的な目標			集団から個人に還元した目標	私を主語として考え行動できる参加的な目標	
	A.健康状態の目標	B.リスク軽減の目標	C.健康ｻｰﾋﾞｽ・保護の目標	D.各集団目標(A,B,C)の個人化	E. 参加的状況把握からの目標	F. 参加的状況改善の目標
目標値の一般表現	___の罹患率・死亡率を___まで低下させる。 ___の健康に関し、___の割合を___まで低下(or上昇)させる。	___のリスクを___まで低下させる。	___のサービス(ケア)を受けられる割合を___まで上昇させる。	年齢__歳、性別__、その他の条件が___の平均的な個人が、 に関して___となる確率を___とする。	(一住民としての)私は、___の事項に関して、____のような環境・状況を___のように享受できる。	(一住民としての)私は、____の事項に関して、____のような環境・状況の改善に、____のように参加できる。
例1	75 歳以上の高齢者に関し、外出中の転倒事故による死亡率を、人口 10 万当たり 10 以下にする。	75 歳以上で自立歩行に不安のある高齢者が、単独外出する割合を___以下にする。	自立歩行に不安のある高齢者が、外出介助ｻｰﾋﾞｽを受けられる割合を、最低 80%まで引き上げる。	自立歩行に不安のある高齢者A氏(B町の典型的住民)が、単独で外出する確率を 0.4 以下にする。	B町住民である私は、自立歩行に不安があるが、前日中に申し込めば、ほぼ確実に外出介助ｻｰﾋﾞｽを受けられる。	私の親は自立歩行に不安がある。私は高齢者の外出介助法に関するB町講習会を、勤務の合間に自由に受講できる。
例2	自力歩行が出来ない人の心疾患死亡率を まで低下させる。	自力歩行が出来ない人の身体活動度を、___まで引き上げる。	歩道の90%を、車椅子で通過できるようにする。	自力歩行は出来ないが、車椅子での移動は可能なA氏が、週に4日以上、車椅子で外出できるようにする。	車椅子使用者である私は、街の中心にあるJR駅から1km以内にある公共の建物に関し、その 80%へ自力で行ける。	車椅子使用者である私が、歩道の整備状況について具体的改善策を考えたとき、いつでも市に提言できる。