

ヘルスプロモーションの新しさと公衆衛生従事者の教育研修

石井 敏 弘

Innovational aspects of health promotion and
the training for public health personnel

Toshihiro ISHII

ヘルスプロモーション health promotion という語が保健医療の分野において用いられる場合、大別して二つの意味があると筆者は考える。

一つは、1950年代に米国のリーヴェル (Leavell, H.R.) とクラーク (Clark, E.G.) によって示された予防の5段階 (①健康増進 health promotion ②疾病に特異的な予防 specific protection ③疾病の早期発見, 早期治療 early diagnosis and prompt treatment ④重症化の防止 disability limitation ⑤リハビリテーション rehabilitation) の一つである。これは、地域医療を担う開業医と公衆衛生従事者が共同するための枠組みを提示するモデルの一部であることから、疾病の自然史と対比する形で予防の5段階が設けられている。モデル全体は生物学的あるいは医学的な観点から構築されている。

もう一つは、1986年に第1回ヘルスプロモーションに関する国際会議で世界保健機関 (World Health Organization: WHO) によって提唱されたオタワ憲章²⁾ (詳細は、本特集「ヘルスプロモーションの概念と今日的意義」を参照されたい) に象徴されるように、人々に健康づくりの能力を付与するとともに、医療や保健ばかりでなくあらゆる社会的環境を巻き込んで、(疾病対策を超えた) 生活・人生に関わる良好な状態の積極的な実現をめざす公衆衛生である。

前者が健康増進と和訳されるのに対して、後者はこれとの分別からヘルスプロモーションとそのまま用いられることが多い。本稿では、後者のヘルスプロモーションについて、従来の公衆衛生、保健医療と比較しながらその新しさを示したうえで、これに係る公衆衛生従事者の教育研修について記す。

I. これからの公衆衛生 ヘルスプロモーション

●ヘルスプロモーションの誕生経緯と発展

第二次世界大戦後の先進国における健康政策にはいくつかの転換がみられる。主戦場とならなかったため国土復興

の影響を受けることが少なかった米国の状況を中心に概観しよう。1946年には全国病院査定及び建設法 (National Hospital Survey and Construction Act. 法案提出者にちなんでヒルバートン法ともいう) が成立し、病院の高機能、大規模化を促進し、全国的に医療施設が新增設された。そして施設で働く医師、歯科医師、看護婦といった医療スタッフについても、ヘルスマンパワー法 (Health Manpower Act) を基に予算が組まれ、養成が図られた。さきのリーヴェルとクラークによる予防の5段階のモデルにもみられるように、保健よりも医療を重視するという基本構造のなかで、戦後はまずハードとソフトの両面から医療資源の拡充が進められた。1960年代に入るとこうした医療資源の均等配分が強調された。近隣の保健センターが整備され、メディケア (Medicare: 老人医療保険制度) やメディケイド (Medicaid: 低所得者医療扶助制度) といった医療に係る公的制度が創設された (経緯を異にするが、わが国で国民皆保険制度が成ったのもこの時期である)。

低所得に起因する医療へのアクセス障壁はこうして撤廃されて、低所得者層による医療サービスの利用率は高所得者層とほぼ同程度にまで増加したため、医療費は急激に増加した。しかし罹患率、有病率や死亡率となると生活水準や人種による格差が歴然と残っていた。そこで、医療サービスが乱用されているのではないかという指摘が挙がってきた。また、疾病による死亡率低下に医療が果たした役割が予想外に小さいことを歴史的に示す研究も発表された³⁾。1970年代になるとオイル・ショックなどから国家財政が危機的様相を深めていった (わが国でも1975年に大規模な赤字公債が発行され、以後これが常態化した) 背景もあって、医療分野の公費プログラムの予算は削減され、替わって公衆衛生や健康教育が注目されるようになった。疾病治療から疾病予防、ヘルスプロモーションへと健康政策の重点が転換したのである。医療サービスの高度化、増量化に伴って医療費が上昇するにも拘らず、これに見合った健康状態の改善が現れないなかで、折からの財政窮乏もあって脱医療による健康づくりが模索されるようになる経過は、わが国も含めて多くの先進国にも共通点が多い。

国立公衆衛生院公衆衛生行政学部

ヘルスプロモーションの起源は、カナダ連邦政府の保健福祉省長官であったラロンド (Lalonde, M.) による報告書にみられる⁹⁾。前述のように保健医療のあり方の変革が求められていた背景の中で、1974年にラロンドは、それまで主流とされていた「保健医療体制 health care organization」ばかりでなく、これに「人の生物学的要因 human biology」「環境 environment」「ライフスタイル life-style」を加えた4つの要因が相互に作用し合って健康のレベルが決定されると報告した。これは「健康を規定する最も重要な要因がヘルスケアサービスではないことを示唆する初めての政府刊行物」⁹⁾であり、保健医療政策に関わる分野を広げ、新しい公衆衛生への契機を与えた。しかし、実施に関する具体的な戦略や方策までは示されておらず、また報告書の内容と利害が対立する産業界や医師会の反発、連邦政府による統制強化に対する地方政府の警戒感などもあって、カナダ国内ですぐに変革をもたらすことはなかった。

この報告書は国内よりも国外に強い衝撃を与えた。2年後には英国で同様の報告書が纏められ¹⁰⁾、さらにその3年後にはアメリカ合衆国で、今日の同国におけるヘルスプロモーションの原典とされる『健康な人々—ヘルスプロモーションと疾病予防に関する公衆衛生総監報告』が作成された⁷⁾。ここで、死因の75%は慢性疾患で、40歳までの最大死因が不慮の事故であることから、不健全な行動や危険な環境の要因が国民の健康に損害を与えているとした。そのうえで疾病を予防し健康を増進させる政策として、2000年までの達成目標とそのため取るべき行動が具体的に示された。1970年代に医療費抑制政策として打ち出された予防重視やセルフケア教育などの流れのなかで、疾病予防やヘルスプロモーションに関する関心は急激に高まり、その後アメリカ合衆国では独自の発展を遂げていく。

ちょうどその頃、疾病とライフスタイルの関連を示す疫学研究が報告されるようになり、これと相まってラロンドによる報告書以降、健康にとってのライフスタイルの重要性が目立つようになった。そして、健康の向上における個人の責任や役割が（公的あるいは社会的な施策や取り組みよりも）強調されるようになった。さきの『健康な人々—ヘルスプロモーションと疾病予防に関する公衆衛生総監報告』においても、健康に対する責任を個人に強く帰する内容となっている。これに対して、病気の根源は社会の状況に見い出されるので健康の改善には社会変革が必要であること、病気の発生に（ライフスタイルより）大きく影響を及ぼしている主要因である貧困、性的不平等、職業上の危険や産業による環境汚染などが看過されていることなどの批判が生じた^{8),9)}。

ヨーロッパでは、世界保健機関ヨーロッパ地域事務局のキックブッシュ (Kickbusch, I.) らが中心となってヘルスプロモーションに係る取り組みが始まった。彼女は社会学者であり、当時健康教育の担当官であったことから、当初は健康教育の領域の一つとしてヘルスプロモーションを捉えた¹⁰⁾。しかし、彼女自身がカナダを訪れ、あるいは専門家を集めて研究を進めていくなかで、健康教育や社会学を素

地として、北米における問題意識を取り込みながら発展し、ヘルスプロモーションは健康づくりや生活の質の向上をめざした教育的支援と環境的支援の組み合わせとなった（健康教育とヘルスプロモーションの包含関係は逆転したことに留意されたい）。そしてこの概念構成を基盤として、政府の政策レベルから個人の生活レベルに及んで活動方法が示された¹¹⁾。さらに、1986年の第1回ヘルスプロモーションに関する国際会議で提唱されたオタワ憲章をもって、これは世界的な概念となった。

●ヘルスプロモーションの新しさ

公衆衛生における世界的モニュメントとなったオタワ憲章において「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである (Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.)」と記されている²⁾。だが、この定義からヘルスプロモーションを明確に理解することは困難である。筆者はヘルスプロモーションを初めて知る公衆衛生以外の分野の者に対して、これを具体的に理解させることのできる簡潔な説明をするのに苦慮することがしばしばである。一通り説明した後で「それで結局、理念なんですか。方法論でしょうか。それとも、実際の取り組みなんですか」と問われると、「その全てがそうなんです」と回答している。先行する多様な事例を包含し、さらにはその後の世界的展開をも考慮したために、ヘルスプロモーションの定義が広範な内容を有する漠然としたものにならざるを得なかったのではないかと筆者は推察している。

それでも、ヘルスプロモーションは公衆衛生における第2の革命であるとされる（この場合、感染症の克服が第1の革命となっている）¹²⁾。“新しい公衆衛生”としてのヘルスプロモーションの評価は既に多くの専門家の間に定着している。ヘルスプロモーションの“新しさ”とは何なのだろうか。それ以前の公衆衛生とどのように異なるのだろうか。

衛生公衆衛生の歴史は古代ギリシアに始まるが、衛生的環境の整備など感染症対策を中心に展開されてきた。とくに19世紀後半、ドイツのコッホ (Koch, R.) やフランスのパスツール (Pasteur, L.) によって感染症の病原微生物説（感染症の発病に病原体が不可欠であるという学説）が証明されると、病原菌の発見や免疫学の進歩によって感染症に対する予防医学が確立して、公衆衛生において大きな成果をもたらした。そして公衆衛生における科学的な感染症対策が展開されたが、これと時期を同じくして労働力枯渇対策として実施された救貧、生活衛生、環境汚染改善の諸施策が相まって、19世紀から20世紀初頭にかけて、欧米諸国において猛威を振るっていたチフス、コレラ、天然痘、赤痢などの感染症が激減した。このため自然科学的な方法をもってすれば、どんな疾病も予防できるのだと盲信してしまった。そして20世紀中期以降、先進諸国では慢性退行性疾患（生活習慣病）が主要な疾病構造となっても、感染症時代に確立された枠組みを基にした公衆衛生が実施され

表1 ヘルスプロモーションと従来の公衆衛生の比較

	ヘルスプロモーション	従来の公衆衛生
健康の定義	個人の判断により量質ともに最も充実した生活・人生	専門家の判断により異常や疾病がないこと
健康づくりの目標	QOLの向上 主観的な健康度の向上	疾病の根絶 死の回避 客観的指標（保健統計値、検査値）の改善
対象者	すべての人々	異常、疾病や問題がある人
問題解決の枠組み	目的志向	問題解消
問題解決の方向性の決定者	生活者	専門家
問題解決への接近	システム ^{*)} 的接近	原因究明、分析的接近
基本となる内容	健康目的の明確化 戦略、戦術の決定と実行	分析の過程 問題の矯正
概念構成	生活が中心 主観を尊重 個性性を重視 肯定的（目的を志向） 自主的	異常や疾病が中心 客観主義 一般性を重視 否定的（欠陥を矯正） 管理的
適用すべき疾病	慢性退行性疾患、アレルギー性疾患、感染症など全ての疾病 （ただし、緊急性がないことが条件）	主として感染症
必要な情報	病歴 身体所見 検査値 保健統計値 価値観、能力、資源の評価 要望 興味	病歴 身体所見 検査値 保健統計値
関わる分野	社会のあらゆる分野	保健衛生
政策化・施策化の向き	ボトムアップ	トップダウン
健康教育の目的	健康能力の主体的形成 エンパワメント	知識の獲得 態度や行動の変容
効果発現までに要する時間	長い	短い
達成度の測定	各人が設定した目標・目的の達成	異常や疾病の根絶・減少 死の回避
達成度の判定者	生活者	専門家

*) システムとは、誰が見てもそう見えるところのある実体そのものではなく、人それぞれのもっているパラダイムである。主観的なものの見方の一つであるから、誰にとっても共通で同じに見えるというようなものではないという点に留意しなければならない。

（システム科学研究所 編 「システム考現学」より要約）

てきた。しかし、悪性新生物、心疾患、脳血管疾患といった慢性退行性疾患に対しては決定的な効果をあげるには至っておらず、その予防は数十年にわたって健康づくりにおける最重要課題であり続けている。

感染症と慢性退行性疾患を対比してみると、あらゆる点において差異は大きい。一般に感染症においては病因が単純であり、有効な予防法や治療法が存在する。死の転帰をとることもあるが、完全な回復（可逆的に治癒）できる場合が多い。症状の類似性が大きく、（一部の疾患を除けば）後遺症を残さない。経過は比較的早いので、疾病以外の事柄を考慮しなくても、生活者にとって満足な状態を実現できる。これに対して慢性退行性疾患では多くの要素が複雑に作用して病因となっており、決定的な予防法や治療法は見い出されていない。完全回復が困難であるため、有病状態でその後の生活を送ることとなる。しかも個別の病状の予測は難しく転帰はさまざまであるため、発病した場合の個人差は極めて大きい。このように両者の特質は異なるので、これに対する公衆衛生の枠組みや内容も違ってくるべきなのである。

そこで生活を基盤とした健康づくりや公衆衛生が望まれるようになり、誕生したのがヘルスプロモーションであった。慢性退行性疾患対策から発してきたヘルスプロモ-

ーションであるが、生活の質の向上をめざす取り組みであることから他の疾病対策や健康問題解決にも有効であると筆者は考える。

従来の公衆衛生と比較する形で、ヘルスプロモーションの特色を纏めたのが表1である。表1右側である従来の公衆衛生は、専門家が決定し、人々の協力を得てこれを実施する内容である。感染症においては有効な方法があり、これを短期間行えばよいので疾病だけを考えて対策を講ずれば足りた。専門家が講ずる対策は、人々が要望する最善と一致していたし、また人々にしても専門家によって推奨された事柄を実行することは比較的容易であったので、これが理に適っていた。これに対して表1左側のヘルスプロモーションでは、生活者である個々人の価値観や判断が基盤となっている。自分にとっての最善を自らが決定し、これに基づいて環境を改善し能力を養成するなどして、その実現をめざす。専門家の役割は、こうした一連の過程において必要に応じて支援することである。

こう記すと、これまでも住民主体でやってきたと反論する公衆衛生従事者もいることだろう。しかし住民主体を唱えながらも、その実“専門家と一致する結論を人々が選択するようになり、これを実行する”ことをめざしていたのではないだろうか。これはヘルスプロモーションとは似て

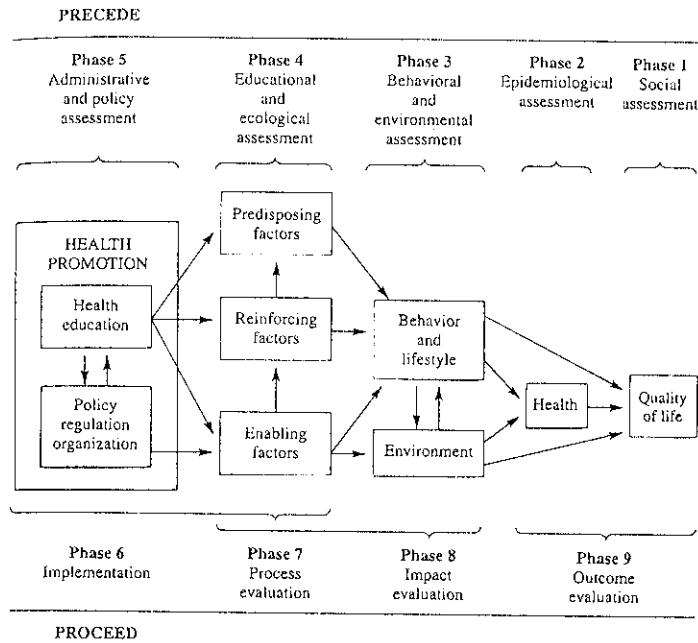


図1 PRECEDE-PROCEED model (Green, L. W., et al. 1999)

PRECEDE = predisposing, reinforcing and enabling constructs in educational/ecological diagnosis and evaluation
 PROCEED = policy, regulatory and organizational constructs in educational and environmental development

異なるものである。ここで留意すべきは、医学や公衆衛生の観点から判断する専門家と日常生活を土台に考える一般者では“最善”の内容がしばしば乖離するという点である。専門家にとって最大の関心事である健康管理も、一般者にとっては生活の一側面にすぎず、生活に関わる他の多数の事柄との兼ね合いのなかで実行していかねばならない。たとえば、糖尿病を患っている中年の女性を考えてみよう。外では仕事を全うし、家庭では妻・母・主婦の役割を果たし、さらに自分にとっても幸福な生活を送りたいというのが通常の願いだろう。社会人や家庭人としての務め、自己実現、そして疾病管理、本人の価値観に基づいて比重や優先順位を決定するので、状況に応じて手段や方法もさまざまである。当然、専門家による支援の内容も違ってくる。

このように生活者としての立場を重視して「地域住民の多様化し、かつ、高度化する保健、衛生、生活環境等に関する需要に適確に対応する」ことは、平成9年4月に全面施行された地域保健法の趣旨とも合致することを付記する。

● QOL 向上の戦略としてのヘルスプロモーション

オタワ憲章は大きく二つの意義を有する。そこでこの二つについて、もっと具体的に考えてみよう。

一つは、健康を目的とせず、日常生活の資源としたことである (Health is seen as a resource for everyday life, not the objective of living.)。目的は生活の向上や人生の充実であり、健康はこれを実現するために資するものとし

て位置づけられた。図1はヘルスプロモーションに係る計画作成、実施、評価のためのモデルとして有名な PRECEDE-PROCEED model¹³⁾であるが、このモデルにおいても目的は生活の質 (quality of life: QOL) の向上となっている (本モデルでは出力としての“目的”から計画づくりに取りかかるという目的志向になっており、表1のヘルスプロモーションの内容と対応している)。

QOLは「所得の向上や富の増大など生活の量的な改善だけでは人間生活の豊かさはもたらされ得ないという問題意識から、生活の質的な充実への関心が高まるなかで提起されてきた概念 (社会学小辞典、有斐閣、1997)」で“物財から情報、サービスの消費へ”“物質から精神、こころの豊かさへ”と社会の成熟が進むなかで生まれてきた。保健医療の分野では、疾病構造の転換、医療技術の進歩、そして健康概念の拡大を背景にして、とくに慢性退行性疾患のケアから注目されるようになった。寿命や余命などのように、どのくらい (の期間) 生きるかという“量 (quantity)”に対して、どのように生きるかを意味するわけだが、具体的内容はどのようなだろうか。

QOLの評価項目については、論者により差異がある。本人の価値観といった主観的要素が大きく関わっているQOLに対して、客観的な妥当性 (validity) や信頼性 (reliability) を備えた一義的な内容を設定することが困難だからである。保健医療関連のQOLの構成要素とその内容として表2などが提唱されている¹⁴⁾。主観的意識、個体の状態、外的環境の三者の関係は、図2の如くであると考えられる。個体の状態と外的環境は相互に影響を及ぼし合いな

表2 外的環境を加味した保健・医療関連QOLの構成要素¹³⁾

構成要素	内 容
主観的意識	幸福観、満足観、全体的健康観、積極的意識など
個体の状態	自覚症状 痛み、息切れ、鬱気分、不安
	身体的機能 移動、食事、入浴、排泄ができるなどの日常生活動作 (ADL) 電話がかけられる、バスに乗れるなどの機能的ADL
	知的機能 記憶力、算数能力、理解力、計算力など
	社会経済機能 仕事、通学、家事、余暇活動、婚姻状態、交友関係、保健医療関係者との関係など
外的環境	心理的環境 環境の快適さ、安心感、審美性など
	物的環境 住宅、交通、通信、公共サービス、都市環境など
	社会経済環境 保健医療資源、保健医療制度、社会保障制度、家庭、コミュニティ、職場環境など
	自然環境 大気の水質、水質、有害物質、放射線、廃棄物、騒音など

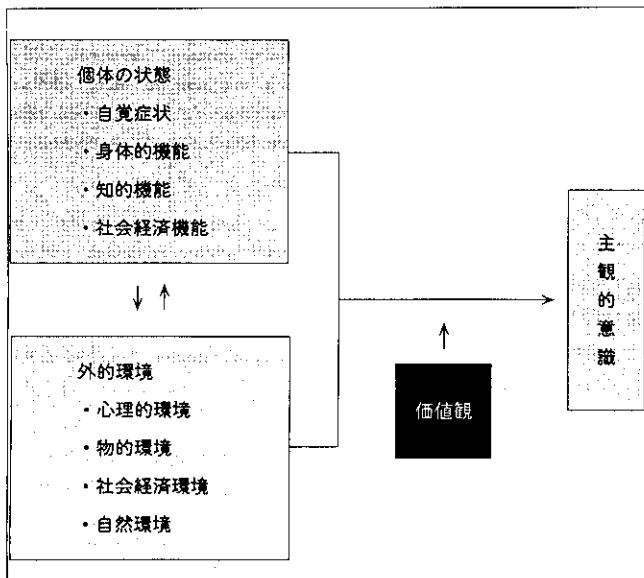


図2 QOL構成要素間の関係

から各々が決定される。そして自己の有する価値観をもって個体の状態と外的環境を評価することで主観的意識が形成される。

多くの分野の研究がそうであるように、QOL研究も客観的事象に関する内容から始まった。次いで主観的事象へ対象が広がり、これを客観化しようとする段階へと進んでいる。学問とは客観性や一般化を探究することである点を鑑みれば、公衆衛生学や医学におけるQOL研究はこうあるべきだろう。しかし保健（公衆衛生）や医療はサービスであるから、この場合のQOL評価は利用者の主観的評価が中心とされなければならない。これまでは提供者（専門家）の立場から主に検討されてきている保健医療関連のQOLであるが、その評価は両者の間で差異がある場合が少なくない。

アメリカ合衆国ロサンゼルス地域にある5つの介護ホーム（わが国の特別養護老人ホームや老人保健施設に相当）の入所者75名、医師、看護婦やソーシャルワーカーなどの専門職員46名、介護職員32名、入所者の家族40名を対象と

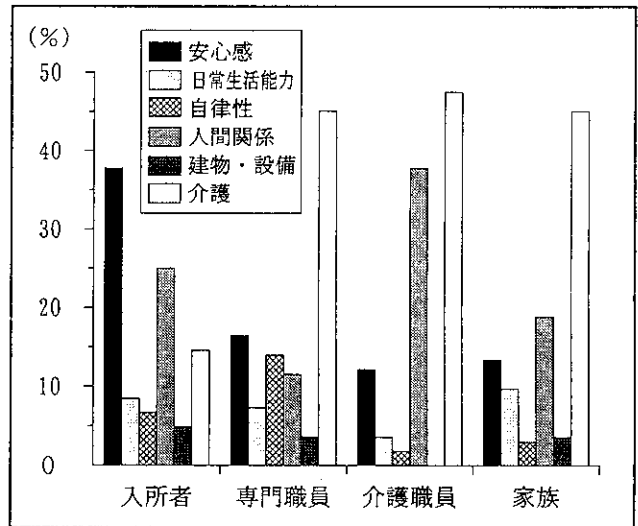


図3 施設入所者のQOLとは何ですか（複数回答）¹⁵⁾

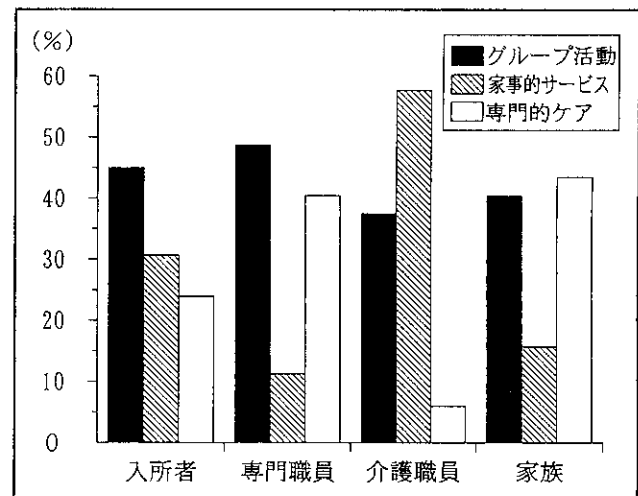


図4 施設介護のなかでQOLに関連性があるものは何ですか（複数回答）¹⁵⁾

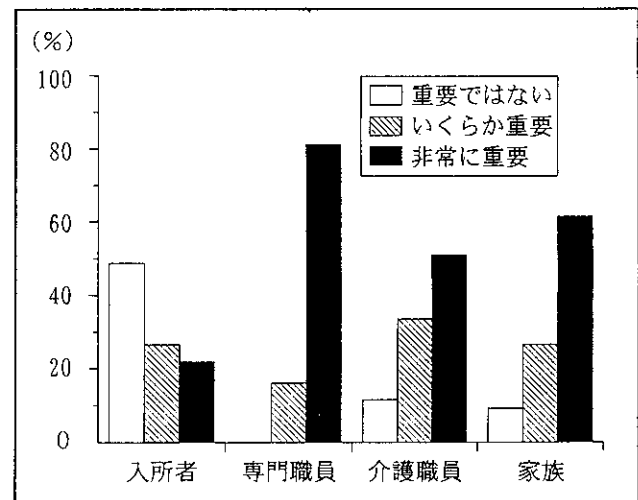


図5 QOLにとって施設入所者の身体的健康状況はどの程度重要ですか¹⁵⁾

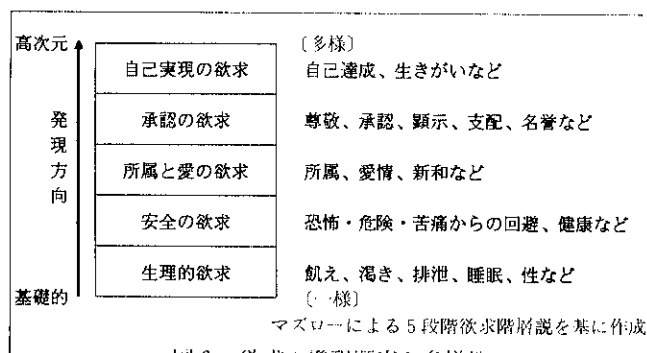


図6 欲求の発現順序と多様性

した、施設におけるQOLに関する調査結果は図3～図5のとおりであった¹⁵⁾。施設入所者にとってのQOLでは多い順に「安心感」「人間関係」と続いたのに対して、専門職員、介護職員や家族では「介護」が第一であった(図3)。介護内容とQOLの関連性をみると、専門職員や家族で比較的多い「専門的ケア」が入所者では最少であった(図4)。さらに入所者の健康状況や障害程度のQOLにおける重要度については、約半数の入所者が「重要ではない」としており、約8割が「非常に重要」と回答した専門職員とは大きく異なっていた(図5)。

また、がん患者のQOL評価にあたって必要と思う項目(全80項目)についての医療者(主にがん患者が受療する病院の医師、看護婦)85名と患者(胃がんまたは子宮がんを告知されて手術を受けている者)11名に対する調査では、21項目(26.3%)で統計的有意差があった。とくに「医療に対する満足度(11項目のうち6項目で有意差:54.5%)」「人間関係(12項目のうち5項目で有意差:41.7%)」で差異が大きかった¹⁶⁾。

介護やがん医療といった両者が共有する事柄を中心とする調査でもこれほどの違いがあることから推し量ると、地域で生活する人々の健康づくりに関するQOL評価ではもっと大きな隔りがあると思われる。実際、健康づくりで関心のある事柄について保健所の健康教育従事者を対象に筆者らが行った調査結果を一般者と比較したところ、もっと大きな乖離があった(一般者に関する資料が出版社の内部資料であるため、残念ながら詳細を本稿にて公表できない)。

アメリカ合衆国の心理学者であるマズロー(Maslow, A. H.)は、図6のように人の欲求を発現順序に基づいて「①生理的欲求 ②安全の欲求 ③所属と愛の欲求 ④承認の欲求 ⑤自己実現の欲求」の5段階に分類した¹⁷⁾。そして、こうした欲求の全てが健康や疾病発生に影響する重要な要因になっている^{18),19)}。ここで欲求の具体的内容を考えると、高次元の欲求になるほど多様で個人差が大きくなっていく。現在のわが国において地域で生活する一般者では、「①生理的欲求」「②安全の欲求」は概ね充足されている。そうすると人々の欲求の内容はこれ以上の高次元へと進んでいくことになり、多様性が大きくなる。基本的欲求が充足された後の成熟社会にあってQOLを高めるとは、こうした多様性に応えることなのである。

ここで医学、公衆衛生学と保健活動の関係について明確にしておこう。医学や公衆衛生学は科学的方法を用いてヒトの形態、構造、機能を理論的に説明し、異常が発生するしくみやこれを予防する方法、正常に戻す方法を究明する学問である。これに対して保健活動とは、こうした研究の成果や他の条件を勘案して異常を予防し、さらには健康を増進させるサービスである。もしここで、医学や公衆衛生学の適用が保健活動であると考えてしまう(このように認識している専門家は、現実にはかなり多いと思われるが)のであれば、これは大きな誤解である。統計学がしばしば用いられることから明らかなように、医学や公衆衛生学は人間が均一であると仮定した場合の理論であり、その成果においては一般性が重要である。これに対してサービスである保健活動は、受益者にとって良好な状態を実現するための技術であるから、学問としての研究の成果(一般性)よりも本人の価値観や実生活に関する事柄といったその他の条件(個別性)こそが重視されなければならない。価値の点から言えば、学問である医学や公衆衛生学は単なる情報にしか過ぎず、これ自体では価値とならない。適切に用いて受益者が利便を得ることで、初めて価値が生ずる。これはサービス提供の原点である。

●あらゆる部門が参加するヘルスプロモーション

オタワ憲章におけるもう一つの意義は、ヘルスプロモーションを広く良好な状態になることであるとして、その達成を保健部門だけの責務とせずあらゆる部門の参加を呼びかけたことである(Health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-style to well-being.)。

21世紀において日本人一人ひとりの健康を実現するための国民健康づくり運動である『健康日本21』は慢性退行性疾患対策が中心となることが予想されるが、その発症や進行に生活習慣が関与することが明らかにされている²⁰⁾。このためわが国のヘルスプロモーションにおいて、健康に資する生活習慣の確立が重要課題となっている。かつて健康教育において、健康に関する正しい知識を得ることで好ましい態度を形成し、健康的な習慣や行動が実践されると考えられた時期があった。しかし、最も好ましくない生活習慣である喫煙をみても、現に喫煙している者の87.5%もの多数がその害を認めている²¹⁾。また、バランスのとれた食事を規則正しくとることの大切さを知っていても、実行となると儘ならない場合も多い。疾病予防や健康増進に関する知識の獲得が、行動へ単純に結びつくとは限らないのである。

毎日の生活習慣には本人を取りまく環境が関わっている。これに関わる種々の要因も整備されないと実際に行動へつながるのは難しい。健康づくりにおける運動の効用を知り、日常生活に取り入れようとするなら、手軽、安全、安価に運動を楽しめる施設や環境が身近にあることが不可欠である。さらに、各人に合わせたプログラムがあれば、いっそうの効果が期待できる。また、既にできてしまった

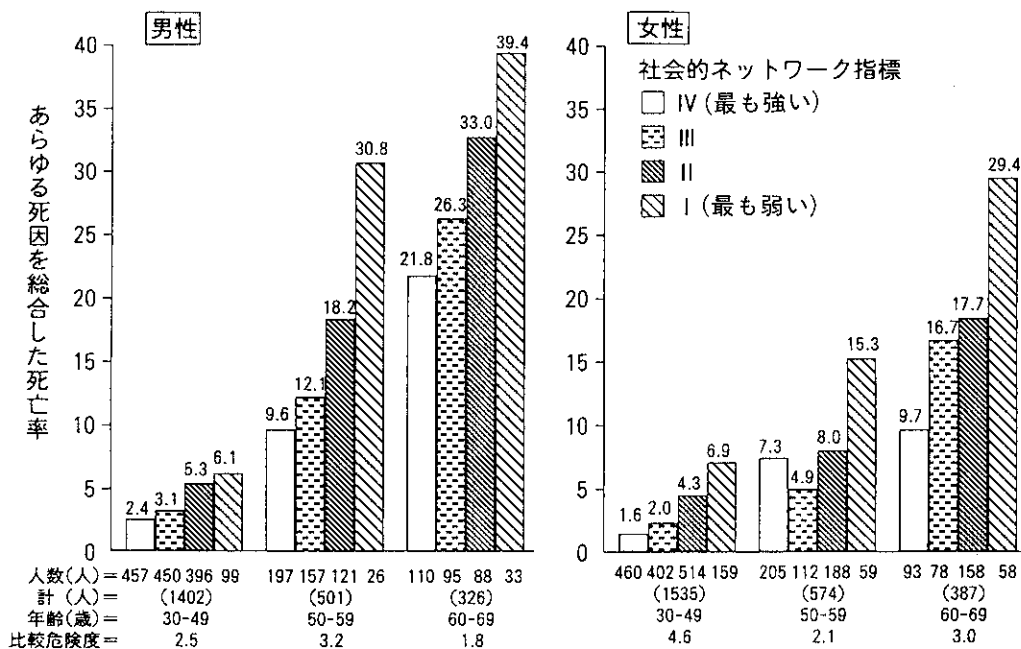


図7 社会的ネットワーク指標別に求めた死亡率を性別・年齢別に示した図²⁸⁾

習慣の矯正が困難であるので、これを予防することも非常に重要である。さきの喫煙を例にとれば、学校保健における防煙教育や喫煙の雰囲気醸成する広告や自動販売機に対する規制などが望まれる。

平成8年に公衆衛生審議会によって“生活習慣病”の概念が提唱されて以来、生活習慣の改善にいつそうの重点が置かれるようになってきているが、慢性退行性疾患の発症、進行に関連する社会的要因はこればかりではない。社会的関係網のなかで行われる相互作用で、本人にとって支援となる性質を有するものは社会的支援といわれる^{22),23)}が、この社会的支援は社会的葛藤や心理的葛藤による精神的、身体的健康への悪影響を緩和し^{24)~26)}、健康に関する問題はこの社会的支援の力が衰えたところに発生すると指摘されている²⁷⁾。30~69歳の者を9年間追跡した調査では、図7のように社会的ネットワーク指標が低い(社会的つながりが乏しい)と死亡率が高くなることが認められた²⁸⁾。さらに、生活習慣と社会的ネットワークの各々について最高群と最低群を比較した死亡率の相対危険度は、生活習慣では男性2.2、女性2.4で、社会的ネットワークでは男性2.4、女性2.2で、いずれも統計学的に有意であった²⁹⁾。

また、公衆衛生が関わる課題のなかで近年重要になってきている在宅ケア推進や障害者の自立、生活環境拡大、社会参加支援では、住宅づくり・町づくりが果たす役割は大きい。小児に急増しているアレルギー疾患にしても、対人関係によるストレスや住環境からの原因物質など原因はさまざまである。生産・消費活動の高まりと都市の肥大化に伴って増え続けている廃棄物処理は、今や企業ばかりでなく住民にとっても健康や生活環境を損なう大問題となっている。

現在および将来の高齢社会、成熟社会において予想される健康問題の多くは、保健部門の施策だけでは解決(あるいは改善)できない。現場に適用できる技術の開発が必須であることはもちろんだが、実社会での実現・普及を図るには法規、政策、組織などの整備も欠かせない。社会のあらゆる部門が取り組むことで、健康に資する生活習慣を確立し、環境を整備することを効果的、効率的に達成できるのである。

II. ヘルスプロモーションに係る公衆衛生従事者の教育研修

既に述べたように、実施されているヘルスプロモーションの内容は国や地域により特色があり、また学校教育の制度も異なるため、ヘルスプロモーションに係る公衆衛生従事者の教育研修もさまざまである。海外における教育研修の一例として、アメリカ合衆国南カロライナ大学公衆衛生大学院における主要科目を表3に示した。個人、集団、施設および地域という全てのレベルにおいて健康にとって最良の状態を実現すべく、人々がライフスタイルを改善できるように支援するための科学と技術を習得することをめざしている。修業者は広く官民で活躍することが期待されているため、幅広いテーマが組まれている。

行政組織の構成で縦割り制が強くなっているわが国では、社会のあらゆる部門の取り組みを要するヘルスプロモーションの実践は、まだ緒についたばかりである。健康を中心に据えた政策・施策の必要性を唱道(advocacy)する段階で留まっている、あるいはヘルスプロモーションの存在すら認識されていない分野も多い。こうしたなかでヘルスプロモーション推進に比較的熱心なのが公衆衛生行

表3 アメリカ合衆国 南カロライナ大学 公衆衛生大学院
ヘルスプロモーション・健康教育学科における主な科目

<p>家庭生活および性教育プログラム 人体栄養の応用的側面 今日的健康問題 米国の少数民族と健康 多面的学校保健プログラム 薬物教育 現代社会における消費者保健 保健専門家のための行動の概念と過程 医療人類学 地域の健康教育 自動車およびオートバイ運転者教育に係る教授</p> <p>母子健康教育 初等および中等学校におけるヘルスプロモーション 母子の栄養 生理学的測定的手法 ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群の教育</p> <p>公衆健康教育の概念 健康教育に係る理論の基礎 健康教育に係る行動の基礎 公衆健康教育ゼミナール 健康および健康教育の今日概念 ヘルスシステムにおける相談 健康教育の方法 ストレスと支援：概念と管理 公衆健康教育プログラムの評価 健康教育プログラム開発のためのコミュニケーション理論の応用 健康習慣の変容 学校保健プログラムの調整 健康教育カリキュラムの開発 10歳代の妊娠防止 患者教育のためのプログラム 高齢者のヘルスプロモーション アルコール、薬物と公衆衛生政策 地域保健の推進 ストレスと疾病の関わり 身体活動と健康 栄養と公衆衛生 肥満と摂食障害 産業現場における健康教育 児童の虐待と放任に関する学際的展望 発展途上国における健康教育 環境による健康影響 発展途上国の保健に関する最近の動向 国際保健ゼミナール 傷害の防止 健康教育の話題 健康教育プロジェクト 健康教育実習</p> <p>健康教育の調査研究に用いる測定法 ヘルスプロモーション・プログラムの評価 卒業論文・学位論文の作成</p>
--

政、とくに地域保健行政の分野である。(学校保健では、平成11年3月に告示された高等学校学習指導要領の保健において、健康を保持増進するためにヘルスプロモーションの考え方を生かすことが初めて記されたばかりであるし、産業保健において行われている健康づくりは、予防の5段階である健康増進の意味合いが強いと筆者は考える)。

地方公共団体公衆衛生従事者に対する教育研修は職種や業務別に実施されることが多く、テーマもこれに合わせて特異的なものとなっている²⁹⁾。また、学際的内容を有するヘルスプロモーションをテーマとする教育研修が行われる場

表4 健康教育/ヘルスプロモーション研修会(3日間)の内容

<p>研修テーマ 21世紀の健康教育/ヘルスプロモーション —セルフエフィカシーとピアカウンセリングによるアプローチ—</p> <p>① QOL/ウェルビーイング/ヘルスプロモーション ② 健康教育とヘルスプロモーション 21世紀/日本/ヘルスプロモーション活動とその課題 ③ 看護におけるヘルスプロモーション —尿失禁のセルフケアを高めるために— ④ 生活習慣病ライフスタイルの改善へのアプローチI ヘルスプロモーションとセルフエフィカシー ⑤ 生活習慣病ライフスタイルの改善へのアプローチII 栄養教育とヘルスプロモーション ⑥ 生活習慣病ライフスタイルの改善へのアプローチIII 患者教育とセルフエフィカシー ⑦ 生活習慣病ライフスタイルの改善へのアプローチIV ピアカウンセリングの理念とスキル ピアカウンセリング演習 ⑧ ヘルスプロモーションの実践とプリシード・プロシードモデル ⑨ 生活習慣病ライフスタイルの改善へのアプローチV ワークショップ 21世紀の健康教育/ヘルスプロモーションの課題発見</p>
--

表5 国立公衆衛生院 平成11年度特別課程 ヘルスプロモーションコースの科目

<p>1. ヘルスプロモーション総論 ヘルスプロモーション概論 ヘルスプロモーションの新しいさと健康づくりの方策 ヘルスプロモーション活動の展開と成果 健康教育の理論</p> <p>2. ヘルスプロモーション各論 〔公共政策づくり〕 国、県レベルの政策決定、予算編成の論理と実際 地方自治・地方分権と医療・保健・福祉 わが国の健康づくり政策 住民ニーズ政策化・施策化の方法 〔支援的環境づくり〕 保健・医療・福祉の連携と県による市町村支援のすすめ方 健康福祉事業活性化の方法 健康的な町づくり・家づくり 〔地域組織活動の支援〕 住民主体の地域組織活動の支援方法 〔個人技術の開発〕 自己決定を支援するカウンセリング、保健事業の方法</p> <p>3. ヘルスプロモーション推進のための戦略と技術 問題解決の理論と方法 実現化のための企画の立て方、企画書の作り方 地域保健活動計画の策定 PRECEDE-PROCEED model を活用したヘルスプロモーションの方法 地域保健活動方法の類型化と適用 本庁から見た保健所事業、地域保健活動 生活者から見た保健衛生行政活動</p> <p>4. ケースメソッドで学ぶヘルスプロモーションの実践</p> <p>5. 総合演習による締め</p>
--

合であっても、半日～3日間がほとんどである。このため表4のように研修テーマが個人技術の開発に限定されたり、社会的な取り組みが取り上げられても「PRECEDE

-PROCEED model]「ヘルスプロモーションとして実施されている地域の活動事例」などを単発的に学習するのに留まることが多い。

国立公衆衛生院はわが国の公衆衛生の向上をはかることを目的として、国、地方公共団体及び民間団体等において公衆衛生に関する業務に従事している技術者やこれから従事しようとする技術者に対して専門的な教育を行う厚生省の附属機関で、わが国唯一の公衆衛生大学院 (school of public health) として世界保健機関により公認されている。ここでは各種技術者に対する生涯教育を目的として、各専門分野における特定のテーマに関する知識、技術、技能を修得させる特別課程の一つとして本年度(平成11年度)より21日間(126時間)のヘルスプロモーションコースが実施されることとなった。表5は、そのカリキュラムの概要である。入学資格に職種による制限を設けずに、対人サービス職種のみでなく環境保健系技術者、事務職を含めて募集したが、本年度の応募者の職種は保健婦が約4分の3の多くを占めたため、これを考慮してカリキュラムが作成された。広範な内容を有するヘルスプロモーションであるが、その基礎的理解に加えて、既に述べた二つの特徴の観点から ①日常生活を基盤として健康づくりニーズを政策化・施策化する ②従来あるいは将来に亘って各受講生が習得する専門性を職種固有の領域を越えて発揮できるための知識、技能を体得することを主眼として本コースは組まれている。つぎに各科目の概要を記す。

1. ヘルスプロモーション総論

ヘルスプロモーションに関する基本的事項の理解を得るための学習である。「ヘルスプロモーション概論」では、世界保健機関の資料を中心にヘルスプロモーション誕生の背景、概念、戦略、活動および研究政策について解説する。こうした一通りの理解を踏まえて、従来の公衆衛生と比較したヘルスプロモーションの特徴(新しさ)、これからの健康づくりにおけるその必要性とその方策を実証的に述べるのが「ヘルスプロモーションの新しさと健康づくりの方策」である。「ヘルスプロモーション活動の展開と成果」では、わが国を含めた先進諸国における活動を中心に紹介し、その成果について検証する。グリーン (Green, L. W.) は「ヘルスプロモーションとは健康に資する諸行為や生活状態に対する教育的支援と環境的支援の組み合わせである (Health promotion is the combination of educational and environmental supports for actions and conditions of living conducive to health.)」としている¹³⁾が、ヘルスプロモーションにおいて健康教育の果たす役割は大きい。「健康教育の理論」では、健康教育理論を発展過程を踏まえて整理し、ヘルスプロモーションにおける健康教育の役割について教授する。

2. ヘルスプロモーション各論

ヘルスプロモーションの活動方法は、①健康的な公共政策づくり (build healthy public policy) ②健康を支援する環境づくり (create supportive environments) ③地域

活動の強化 (strengthen community action) ④個人技術の開発 (develop personal skills) ⑤ヘルスサービスの方向転換 (reorient health services) である²⁾。本コースでは健康づくりに係るサービスを表5のように公共政策づくり、支援的環境づくり、地域組織活動の支援、個人技術の開発に分けて、ヘルスプロモーション推進の観点から教授する。

〔公共政策づくり〕には中央官庁レベルから現場レベルまでの政策づくりに関わる基礎が組まれている。「国、県レベルの政策決定、予算編成の論理と実際」では、国や都道府県における政策決定(予算編成も政策決定の一部である)の過程とこれに働く影響力について実例を用いながら解説する。これはヘルスプロモーションに直接関係するわけではないが、行政組織において事業に関わる者として知らなければならない事柄である。しかしながら、公衆衛生技術者においてはこうした内容について疎い者が少なくないため、カリキュラムに組み込まれた。世界的潮流である地方分権は、わが国においても確実に進展しつつある。地方分権のもとで中央政府と地方公共団体の関係、地方自治はどうなるのか、地方公共団体における保健・医療・福祉はどうあるべきかを考えるのが「地方分権・地方自治と保健・医療・福祉」である。「わが国の健康づくり政策」では、健康づくりや疾病予防に関するわが国の行政施策を歴史的に概説したうえで、今後の展開について考察する。現場の活動におけるニーズ把握とその政策化・施策化の方法を実例を基に教授するのが「住民ニーズ政策化・施策化の方法」である。

〔支援的環境づくり〕では、地方公共団体が部署の枠を越えて、健康を支援する環境をどのように創りあげていくかを学ぶ。「保健・医療・福祉の連携と県による市町村支援のすすめ方」では、各行政組織の“論理”を基盤としたうえでの地域における保健・医療・福祉の連携、都道府県による市町村支援のすすめ方を示す。「健康福祉事業活性化の方法」では、疾病対策偏重から“元気”づくりと合わせた全人的健康指向への発想転換によって、行き詰まっている健康福祉事業の活性化を図る。「健康的な町づくり・家づくり」では、先進諸外国とわが国の住宅政策を比較しながら保健・医療・福祉参加型の健康的な町づくり・家づくりに必要なハードとソフトおよびこれを維持管理するシステムを考える。

〔地域組織活動の支援〕および〔個人技術の開発〕は、従来の公衆衛生においても対人サービスとして積極的に行われてきた。ただし、それは唱えられる“住民主体”とは裏腹に専門家が望ましいと判断した事柄を住民も賛同するように“支援”するという内容が多かった。これはヘルスプロモーションの趣意とは対立する。真の意味で本人主体のエンパワメント (empowerment) を図る技能を習得すべく、組織レベルの「住民主体の地域組織活動の支援方法」と個人レベルの「自己決定を支援するカウンセリング、保健事業の方法」を習得する。

3. ヘルスプロモーション推進のための戦略と技術

問題解決、政策化・施策化に係る戦略的思考と技術を習得ためのプログラムである。行政組織の職員として公衆衛生活動を行うにあたって一般に必要なもののうち、ヘルスプロモーション推進と比較的関連が深いテーマが選択されている。

「問題解決の理論と方法」では、種々の問題を特質に基づいて分類し、構造化したうえで、現実的な意思決定を行う方法を理論的に学習する。こうして学んだ一般的な問題解決の基礎を地域保健活動に適用して、活動方法を実践的に整理するのが「地域保健活動方法の類型化と適用」である。「実現化のための企画の立て方、企画書の作り方」は、事業を実際に企画する場合に検討すべき事項、企画をプレゼンテーションし実現化するのに必要な資料の作成方法を学ぶ。「地域保健活動計画の策定」では、住民との共同による地域保健活動計画を策定するための要件と実践方法を考える。ヘルスプロモーションの代表的モデルである PRECEDE-PROCEED model を参考にしながら、ヘルスプロモーションの計画・実施・評価という一連の過程の具体的方法の習得をめざすのが「PRECEDE-PROCEED model を活用したヘルスプロモーションの方法」である。また、保健所（保健センター等も含む）事業、地域保健活動を都道府県庁や住民という実施機関とは異なる観点から評価し、あり方を考えるのが「本庁から見た保健所事業、地域保健活動」「生活者から見た保健衛生行政活動」である。

4. ケースメソッドで学ぶヘルスプロモーションの実践

現実の事例を基に、判断し決定しなければならない問題、関連する周囲の状況や意見などが記述されたケースを用いて、受講者が個人研究、グループ討議、クラス討議という教育過程に積極的に参加することで、ヘルスプロモーションに係る（知識や理論の講義では得られない）実践的能力の養成をめざす授業である。

5. 総合演習による纏め

1～4で習得した知識、技能について関係性および活用場面を有機的に整理する。そのうえで、各受講生が職場で抱えるヘルスプロモーション推進に係る問題の具体的な解決方策を探求する。

（上記1～5の他に、実地見学等が組まれている）

本稿で記した他にもヘルスプロモーションに活用できるモデルや手法はある³⁰⁾が、こうしたモデルや手法を使用することがヘルスプロモーションではないし、ましてやモデルを理解し、一定の手法を用いなければヘルスプロモーションが実践できないわけではない。ヘルスプロモーションとは定型的な事業を実施することではない。法律、政令や条例などにしたがって政務を執行するのが行政であるが、事業の実施自体が目的であってはならない。生活をより良好にすることを目的にして、種々の事業はこれを実現するための手段として位置づけて公衆衛生活動を展開することがヘルスプロモーションの実践であると筆者は考える。このようにあってこそ、全国一律に適用される法律に

基づきながらも、地域特性や生活者ニーズに対応した施策が可能となるのである。

ヘルスプロモーションは人々のニーズから発するので、インタビューやアンケート調査などを的確に行いニーズ把握をするための技能が不可欠である。収集した情報を整理、分析して実態を明らかにするというデータの読み取りもできなければならない。他の多くの分野、部門を巻き込むには、論理的に物事を考え判断して、これを簡潔に分かり易く他者に伝えるプレゼンテーションの技術が必要である。会議や話し合いにおいては、各人の意見を引き出しながら、これを整理し、纏めていくという運営能力が求められる。そしてこれらはヘルスプロモーションとの関わりを別にしても、対人サービスを行う公衆衛生技術者として、また行政組織の職員として求められる能力でもある。コース受講生は全員が地方公共団体に勤務し、3年以上の公衆衛生、保健福祉活動の実務経験を有していることから本年度のカリキュラムでは割愛されているが、ヘルスプロモーションを推進しようとする者にとって、これらが重要な基盤となることを付言して稿を終える。

文 献

- 1) Leavell, H. R., Clark, E. G. Textbook of Preventive Medicine. 7-27. MacGraw-Hill Book Company, New York. 1953
- 2) WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. 1986
- 3) McKeown, T. The Role of Medicine. Basil Blackwell, Oxford. 1979
- 4) Lalond, M. A New Perspective on the Health of Canadians. Government of Canada, 1974
- 5) Hancock, T. Lalonde and beyond: Looking back at "A New Perspective on the Health of Canadians". Health Promotion, 1(1)93, 1986
- 6) U. K. Department of Health and Social Service. Prevention and Health: Everybody's Business. 1976
- 7) U. S. Department of Health, Education and Welfare. Healthy People-the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention. 1979
- 8) Labonte, R., Penfold, S. Canadian Perspectives in Health Promotion: A Critique. Health Education, 4(9), 1981
- 9) Anderson, R. Health Promotion: An Overview. European Monographs in Health Education Research, No. 6. Scottish Health Education Group. 1984
- 10) Kickbusch, I. Involvement in Health -A Social Concept of Health Education-. International Journal of Health Education, 24(4), 1981
- 11) Health Promotion-Concept and Principles in Action: A Policy Framework. WHO Regional Office for Europe. 1986
- 12) Terris, M. Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. Journal of Public Health Policy, 13(3)267-276, 1992
- 13) Green, L. W., Kreuter, M. W. Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach, 3rd ed. Mayfield Publishing Company, Mountain View. 1999

- 14) 武藤正樹, 今中雄一. QOL 概念とその評価方法. 老年精神医学雑誌, 4(9)969-976, 1993
- 15) Cohn, J., Sugar, J. A. Determinants of Quality of Life in Institutions: Perceptions of Frail Older Residents, Staff and Families. Birren, J. E. et al. (eds) *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. 28-49. Academic Press. 1991
- 16) 石井敏弘, 清水弘之, 小川博. 医療従事者とがん患者の考える生活の質 (QOL) 評価項目. 日本公衆衛生雑誌, 37(10)特別付録II 316, 1990
- 17) Maslow, A. H. *Motivation and Personality*. Harper & Row Publishers. 1954
- 18) 石井敏弘. 健康づくりの包括的方法論と実践へのアプローチ-QOL を高める保健活動をめざして-. 新・新 健康教育テキスト/効果をあげる健康教育, 成果のあがる健康づくり. 85-255. ライフ・サイエンス・センター, 1998
- 19) 石井敏弘. 健康づくりの本能と科学-QOL を高めるアプローチ. 健康教育大要/健康福祉活動の教育的側面に関する指針. 473-562. ライフ・サイエンス・センター, 1998
- 20) Berkman, L. F., Breslow, L. *Health and Way of Living-The Alameda County Study*. Oxford University Press, 1983 (森本兼囊 監訳. 生活習慣と健康-ライフスタイルの科学. HBJ 出版局, 1991)
- 21) 島尾忠男. 喫煙に関する全国調査. 喫煙と健康に関する調査研究班. 昭和55年度健康づくり等調査研究報告書. 1-43. 1981
- 22) Andrews, G., Tennants, C., Hewson, D., et al. The Relation of Social Factors to Physical and Psychiatric Illness. *American Journal of Epidemiology*, 108: 27-35. 1978
- 23) Schaefer, C., Coyne, J. C., Lazarus, R. S. The Health-related Function of Social Support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (4): 381-406, 1981
- 24) Caplan, G. *Support Systems and Community Mental Health*. Behavioral Publications, New York, 1974
- 25) Cassel, J. C. The Contribution of Social Environment to Host Resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104: 107-123. 1976
- 26) Cobb, S. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38: 300-314. 1976
- 27) Smith, M. B., Hobbs, N. The Community and the Community Mental Health Center. *American Psychologist*, 21: 329-337. 1966
- 28) Berkman, L. F., Syme, S. L. Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents. *American Journal of Epidemiology*, 109: 186-204. 1979
- 29) 石井敏弘, 岩永俊博, 佐藤加代子, 他. 保健婦, 栄養士の卒後教育に関する研修の実施状況. 古市圭治. 平成8年度総合的地域健康教育検討事業 公衆衛生における卒後教育研修体系に関する研究報告書. 205-221. 1997
- 30) 岩永俊博. 平成10年度厚生科学研究費補助金 健康科学総合研究事業研究報告書 地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究. 1999