

第3章

健康づくりの変遷

1 我が国の健康づくり

1946年にWHO（世界保健機関）が唱えた「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」という健康の定義が、一般に周知された定義であり、1990年のWHO執行理事会では、これに「a dynamic state of spiritual well-being」を健康の定義に追加することが議論されている。一方、健全な状態をさらに保持増進させて健康をとらえる「健康増進」といった健康観もあるが、さらに、「ヘルスプロモーションHealth Promotion」（1986年、オタワ憲章）という理念が登場した。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」であり、個人の知識や技術の習得、地区組織活動の強化、健康的な政策づくり、健康を支援する環境整備、そしてこれらを踏まえた保健サービスの方向転換、といった5つの活動を提唱している。この背景にあるのは、全く病気がない状態を健康というのではなく、たとえ病気や障害があっても、「自己実現に向けて前向きに生きる状態」を健康というところからである。

健康観は、各自の価値観とも関連するので、今後ますます多様化していくと考えられるが、その多様化がそのまま健康格差につながることはないよう、一人ひとりの質の高い生活、人生を楽しみ満足した豊かな生涯につながるよう、「自己実現できる健康文化」を創造していく必要がある。

我が国においては、終戦直後の結核等をはじめとする感染症によって多数の死亡者が出ていた時代の後、昭和30年代から、悪性新生物・心疾患・脳血管疾患といった年齢の上昇とともに発症頻度が増加する、いわゆる「三大成人病」が健康問題となるようになった。

その後、これらの疾患は栄養・運動・休養・喫煙などの生活習慣と密接に関連することが明らか

表3 - 1 . 国における健康づくり運動の変遷

第1次国民健康づくり対策 (昭和53年～)	第2次国民健康づくり対策 (昭和63年～) (アクティブ80ヘルスプラン)	第3次国民健康づくり対策 (平成12年～) (21世紀における国民健康づくり運動)
<p>(基本的考え方)</p> <ol style="list-style-type: none"> 生涯を通じる健康づくりの推進 健康づくりの3要素(栄養・運動・休養)の健康増進事業の推進(栄養に重点) <p>(基本方針)</p> <ol style="list-style-type: none"> 健康診査・保健指導体制の確立 健康づくりの基盤整備等 <ul style="list-style-type: none"> 健康増進センター、市町村保健センター等の整備 保健婦、栄養士等のマンパワーの確保 健康づくりの啓発・普及 <ul style="list-style-type: none"> 市町村健康づくり推進協議会の設置 栄養所要量の普及 健康づくりに関する研究の実施 健康づくりのための食生活指針(昭和60年) 	<p>(基本的考え方)</p> <ol style="list-style-type: none"> 生涯を通じる健康づくりの推進 栄養・運動・休養のうち遅れていた運動習慣の普及に重点を置いた、健康増進事業の推進 <p>(基本方針)</p> <ol style="list-style-type: none"> 健康づくりのための運動の普及 <ul style="list-style-type: none"> マンパワーの確保 健康増進認定施設の推進 健康づくりのための食生活指針(対象特性別)[平成2年] 健康づくりのための運動指針(年齢対象特性別身体活動指針)[平成5年] 健康づくりのための休養指針[平成6年] 	<p>(基本的考え方)</p> <ol style="list-style-type: none"> 全ての国民が、健康で明るく元気に生活できる社会の実現 早世(早死)の減少、痴呆や寝たきりにならない状態で生活できる期間(健康寿命)の延伸等を目的に、国民の健康づくりを総合的に推進 <p>(基本方針)</p> <ol style="list-style-type: none"> 多様な経路による普及啓発の推進 推進体制の整備、地方計画への支援 各種保健事業の効率率・一体的推進 科学的根拠に基づく事業の推進 <p>(その他)</p> <ol style="list-style-type: none"> 施策の目標年次を定め、到達すべき疾病の発生状況や生活習慣の改善度の数値化による施策の目指す姿の具体的明示

かになるにつれ、生活習慣の改善による当該疾病の悪化防止・健常化が期待できる疾病として「生活習慣病」と呼ばれるようになり、健康づくり対策の主眼は「個人の生活習慣の改善」へと移っていった。

国では本格的な高齢社会に備え、昭和53（1978）年度から、健診体制の充実やバランスのとれた食生活の確保を中心とした第1次国民健康づくり対策が本格的に進められ、昭和63(1988)年度からは、それまでの施策の充実を図るとともに、やや取組の遅れていた運動面からの健康づくり施策に重点を置いた第2次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）が実施されてきた。また、働く人のトータル・ヘルス・プロモーション・プラン（THP P34参照）が策定され、働く人の健康の保持増進のための諸措置が実施されることとなった。

その後10年余りが経ち、上記ヘルスプロモーションの理念に基づく施策の実施や、具体的な目標を定め評価の視点を取り込んだ第3次国民健康づくり対策（「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」）が、平成12年3月に策定された。また、8月には、「事業場における労働者の心の健康づくりの指針」が策定された。

2 鹿児島県の健康づくり施策の変遷

本県においては、昭和42年に県の食生活（栄養）改善推進員連絡協議会が設立され、栄養面から健康づくり運動が積極的に展開された。昭和44年度から「太陽の子運動」が開始され、保健所と食生活改善推進員が一体となって「食生活をとおした健康づくり」の普及・啓発事業を行った。

さらに、昭和50年代になると、特に脳血管疾患対策が重点課題となり、自分の血圧を知らない住民がまだまだ多い状況で、血圧測定を主とした健康診査、その後の保健指導、必要な人たちへの受診勧奨等を内容とする特別事業に取り組んだ。昭和58年度からは、老人保健法に合わせ健康づくり事業が行われることとなり、検診車（「すこやか号」）を導入するなど、離島・へき地でも健康格差・情報格差が生じることのないよう基盤整備を行った。

昭和53年度からは「サンライフ運動」を開始し、若年者の適切な食生活習慣の確立を図るため、女子中学生を対象として母親とペアで食生活とのかかわりを勉強する「親子ペア教室」などを事業内容として実施した。

昭和61年度には、「運動を視野に入れた健康づくり」施策として、「健康チャレンジ・300キロカロリー事業」を開始した。この事業は、運動習慣についての普及・啓発、指導者の育成等を柱にしたもので、国の第二次健康づくり対策に先行したのもであった。

さらに、「鹿児島県総合基本計画」の中の戦略プロジェクトの一つである「いきいき健康スポーツプラン」の中に位置づけて、平成3年度から「県民総ぐるみ健康づくり運動」として、「毎月10日は『県民健康づくりの日』」「毎日1万歩運動」の推進項目の下で、健康づくり推進体制の整備、健康づくりの啓発、健康づくりの推進、基盤整備を基本に各種事業を展開してきた。

3 これからの健康づくりの視点

(1) ライフステージ別の健康づくり

大腸がん等の悪性新生物の一部、糖尿病、心疾患、脳血管疾患等の生活習慣病は、40歳以上の年代に多いが、ライフステージ別に進めるべき健康づくり対策の視点からは、乳幼児期や学童・思春期における家庭での生活習慣の確立や、青年期での予防知識や技術の取得と普及啓発、壮年期での具体的な行動変容を図るなど、生涯を通じた取組が必要である。

また、高齢期の生活の質（QOL）の向上や障害の減少のためには、生活習慣病の発症後の機能回復（リハビリテーション）や社会復帰を図ること（三次予防）はもとより、脳卒中や骨粗鬆

症等の予防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立が必要と考えられる。

さらに、歯の喪失を防止し、高齢期になっても咀嚼（そしゃく）力を保持するためには、乳幼児期の乳歯のう蝕（しょく）予防から始まり、学童期のう蝕予防、青年・壮年期の歯周病予防等、「生涯を通じた歯の健康管理」が必要であり、それが生活習慣病の予防にも通じることと考えられている。

最近では、思春期・青年期等から始まる不登校、摂食障害などの行動障害、青年期からのアルコール依存症、壮年期のうつ状態など、「こころの健康」に対する取組も求められている。

このように、「乳幼児期」「学童期」「思春期」「青年期」「壮年期」「高齢期」、それぞれの「ライフステージ」に応じた対策が必要である。特に、栄養・運動等の適切な生活習慣の学習・確立による健康の保持増進や生活習慣病の発症予防（一次予防）のためには、乳幼児期・学童期からの取組が重要である。

（２）生活の場に応じた健康づくり

一般的には、学童期から思春期（青年期の一部を含む）までは、家庭のほかに学校で生活する時間が多い時期である。また、青年期から壮年期は、職場で過ごす時間が生活時間の多くを占める時期である。このため、学校や職場においても健康な環境や生活習慣を形成・維持できるかどうか、生活習慣病の発症予防においては、極めて大切である。

また、地域においては、地方自治体の専門職（医師、歯科医師、保健婦、栄養士、歯科衛生士等）、医師会、歯科医師会、薬剤師会等の保健医療関係団体、食生活改善推進員や健康づくり推進員等のボランティア団体、また民生委員や社会福祉協議会等の福祉関係団体等が連携を図りながら、地域の特性を生かした健康づくり、生きがいづくりを進める必要がある。

すなわち、それぞれの生活の場において健康づくりを意識した対策を進める必要がある。

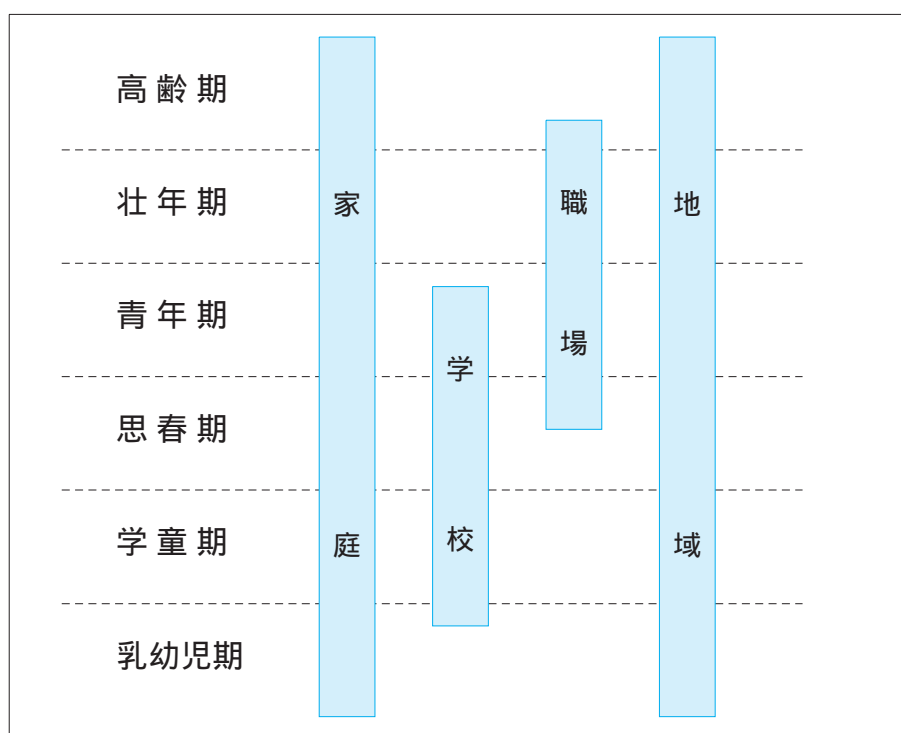


図3 - 1 . ライフステージと生活の場の関係

(3) 県民全体で支え合う健康づくり

「健やかな鹿児島」をつくるためには、健康づくりに主体的に取り組む県民や、保健医療分野の専門家及び関係機関・団体のほか、マスメディア、企業、保険者、非営利団体、職場等それぞれの健康関連グループが、この計画で示す「10年後の姿」について理解し、それぞれの特性を生かした役割を社会全体で担い、県民の健康づくりを支援していく環境づくりが重要である。

例えば、行政において展開される福祉活動・教育文化活動を始め、道路や施設整備事業などの保健医療以外の事業でも、その企画・実施の際には「健康づくりの観点」からとらえ直し、健康づくり運動と一体的に展開することが重要であり、このような取り組み方は、行政のみならず、その他の健康関連グループの活動にも反映させていくことが望まれる。

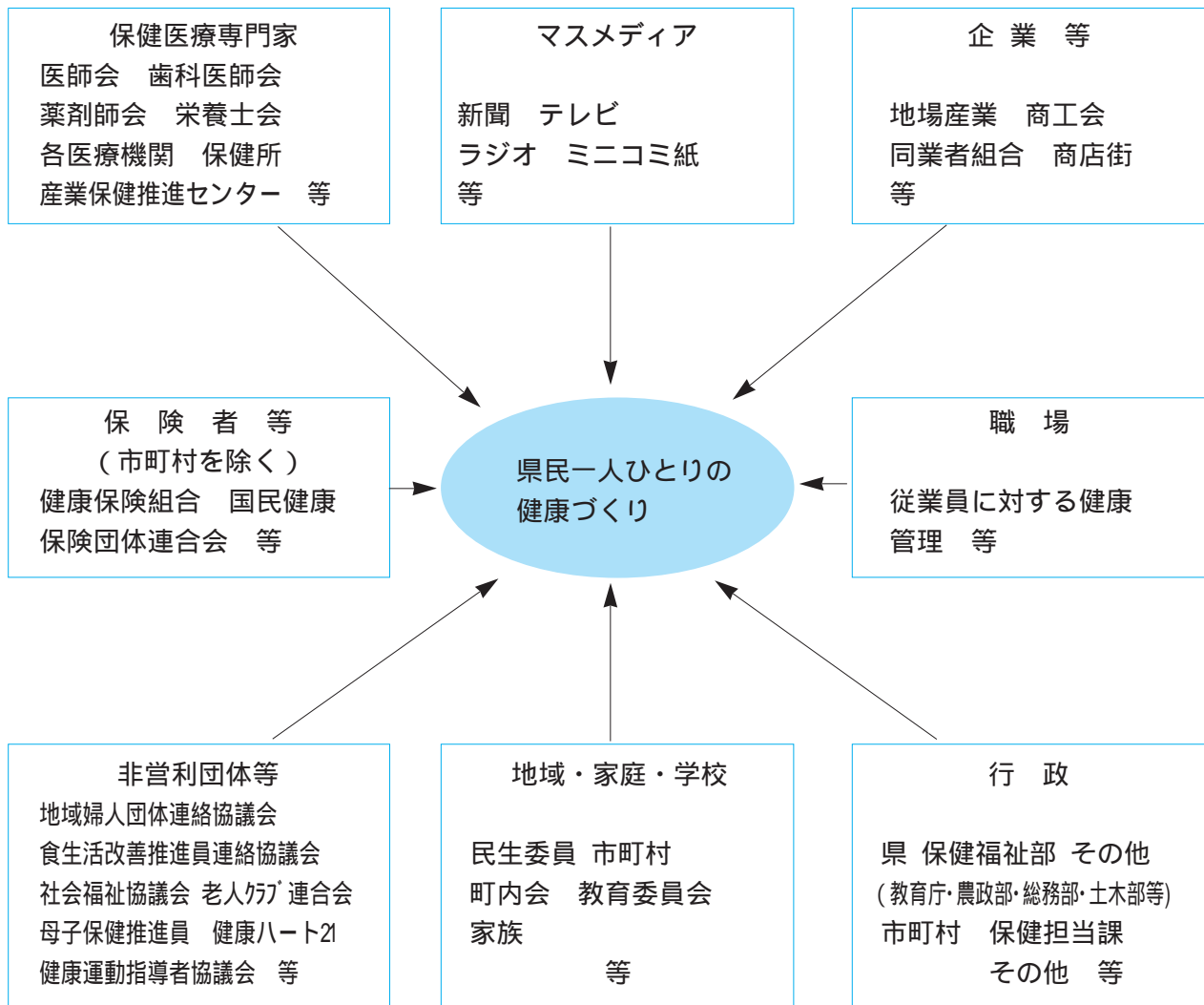


図3 - 2 . 県民全体で支え合う健康づくり

(県民一人ひとりの健康づくりを支援する健康関連グループの例示)

想定されるそれぞれの役割

県民

一人ひとりがそれぞれの価値観に基づき健康づくりに取り組む主体。
関係機関・団体を始め、行政が準備する「県民自らが健康づくりについて考える機会」の活用。
他の人々や団体等に対する健康づくりの支援。

マスメディア

科学的根拠に基づいた適切な健康情報の提供。

企業・職場

商品やサービスの提供による健康づくりへの支援。
プロモーション活動等を通じた健康的な生活習慣のイメージや健康づくりへの適切な情報の提供。
従業員に対する健康管理。

非営利団体（NPO）等

県民にとって身近で、個人が実際に活用する際の有用な情報の提供。
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サービスの提供。

保険者

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への医療費の支払い。
被保険者等の健康の保持・増進のために必要な保健・福祉サービスの提供。

保健医療専門家

県民の疾病の治療や病気の発生予防等。健康問題、特に生活習慣病に関する技術・情報の提供。

行政

（国）

健康への取組の方向性を示す。幅広い数値目標の提示により全国レベルの国民健康づくり運動の戦略を示し、都道府県や市町村の取組の方向づけを行うとともに、各種説明会の開催や資料の送付などを通じた地方計画の策定支援や、マスメディア等を通じた国民への働きかけ、支援体制の整備、健康情報システムの構築による計画の推進、評価を行う。

（県）

国の「健康日本21」の趣旨を勘案して策定した県計画「健康かごしま21」を広く県民に普及・啓発し、周知を図ることによって、県全体の健康づくり運動の目標と方向性を示す。

さらに、県内の市町村や関係機関・団体が県計画と整合性を取りながら、それぞれ計画を策定し推進できるよう、県計画の周知、各種保健統計資料等の情報提供、計画の策定・推進・評価に関する研修の開催等を通じた人材育成や助言・指導などの支援等を行う。

（市町村）

住民生活に最も密着しており、地域の実状に応じた効果的、効率的な計画を策定・推進する。計画作成に当たっては、「健康かごしま21」を参考としながら、「住民参加」の基で計画を策定・推進・評価する体制を整え、健康づくり運動の活性化や、実効性を確保することが重要。