

地域ぐるみの健康づくり戦略

企画：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
センター長 中村正和

特集

●エディトリアル

●健康づくりにおけるポピュレーション戦略の重要性と国際的動向

●地域で「運動不足」な住民を減らすことは可能か？ ーポピュレーション戦略の枠組みと実際ー

●自治体・企業等と協働した地域レベルでの減塩戦略 ー「にいがた減塩ルネッサンス運動」ー

●地域住民や関係機関と協働した地域ぐるみのたばこ対策 ー岐阜県多治見市における取り組みー

●健康長寿社会の実現を目指した健康づくり ー地域ぐるみのフレイル予防の取り組みー

エディトリアル 地域ぐるみの健康づくり戦略

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 センター長 中村正和

人口が急速に高齢化する中で、生活習慣病や介護・認知症予防などの健康づくり活動の重要性が一層重要となってきている。地域全体で効果を上げるためには、ハイリスク対策に加えて、ポピュレーション戦略に基づく対策を実施することが必要となる。ポピュレーション戦略の重要性は、2010年から始まった「第1次国民健康づくり運動(健康日本21)」のころから強調されるようになったが、具体的な方策についてはこれまで不十分であった。そのため、対象集団の規模を大きくして単に教育や啓発することがポピュレーション戦略であるといった誤解が生じている。

そこで、本特集では「地域ぐるみの健康づくり戦略」をテーマとし、ポピュレーション戦略とは何かを具体的な事例を通して読者に理解していただくことを目的に企画した。

まずは、中村からポピュレーション戦略の重要性と方策について解説するとともに、具体的な好事例としてフィンランドのNorth Karelia Projectを紹介した。次に、わが国の好事例として、食生活、身体活動、喫煙、高齢者のフレイルについて、事例の寄稿を依頼した。島根県雲南市における地域ぐるみの身体活動促進の取り組み、新潟県での自治体や企業と協働した「にいがた減塩ルネッサンス運動」、岐阜県多治見市での地域住民や関係機関と協働した地域ぐるみのたばこ対策、兵庫県養父市での地域ぐるみの高齢者のフレイル予防である。

これらの取り組みに共通しているものは、行政、住民や関係機関などの協働である。その協働を生み出すには、住民や関係者との対話によるニーズ把握や意見交換、客観的なデータに基づく課題の分析と共有といったプロセスが必要となる。持続性のある取り組みにつなげるためにも、関係者との話し合いと課題の共有が不可欠である。

North Karelia Projectは、WHOがヘルスプロモーションに関するオタワ憲章(1986年)を定める10数年前から始まった取り組みであるが、効果的なポピュレーション戦略を導入して成果を上げており、研究成果の普及という観点も含め今なお学ぶべき点が多い。本プロジェクトに長年関わった医師のPuska氏は、筆者が尊敬する研究者の一人であるが、Puska氏が阪神大震災直後に大阪で開催された日本疫学会の特別講演の中で話した言葉は、その後の筆者の進むべき方向に少なからず影響を与え、座右の銘となっている。その言葉を紹介してエディトリアルの結びとしたい。

「疾病の主要なリスクファクターに関する疫学的知見が明らかになった現在、疫学は
“What to do”を明らかにするだけでなく、“How to do”に関する研究や実践を行うべきだ」

(Dr. Pekka Puska, 1995年日本疫学会特別講演より)

健康づくりにおけるポピュレーション戦略の 重要性と国際的動向

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 センター長 中村正和

POINT

- ① ポピュレーション戦略は単に集団への教育啓発にとどまらない
- ② 効果的なポピュレーション戦略には、地域が主体となった持続性のある活動とそれを支える環境整備がある
- ③ ポピュレーション戦略を検討するにあたり、「介入のはしご」に示された方策が有用である
- ④ ポピュレーション戦略のルーツはNorth Karelia Projectにある
- ⑤ 農業政策の転換や食品産業との協働による保健分野を越えた環境整備は、現代においても革新的であり、学ぶべき点は多い

はじめに

近年、わが国においては、高齢化の急速な進行とともに、生活習慣病や認知症のように生活習慣や加齢に起因する健康障害が公衆衛生上の重要な課題となってきた。これらの健康障害は、生活習慣等の改善によって発症や進展の予防が一定程度可能なことから、個人への教育的アプローチに加えて、社会の仕組みや制度の改革を含む環境面からのアプローチを組み合わせた地域ぐるみの取り組みの重要性が改めて認識されている。

本稿では、ヘルスプロモーションの観点から、地域ぐるみの取り組みを行う上で必須の要素となるポピュレーション戦略の重要性と方策について述べるとともに、具体的な事例として、

フィンランドでのNorth Karelia Projectを取り上げ、その事例から学ぶべき点を紹介する。

ハイリスク戦略とポピュレーション戦略

ハイリスク戦略とは、健康障害を引き起こすリスクが高い者(ハイリスク者)に対して、そのリスクを下げる働きかけをして健康障害を予防する方法をいう¹⁾。例えば、健診で発見された高血圧や糖尿病を有する人に対して、保健指導や受療勧奨を行う取り組みである。ハイリスク戦略は個人を特定した取り組みができ、その個人に対しては一定の効果が期待されるが、集団全体からみたインパクトは限られていることが指摘されている。一方、ポピュレーション戦略は、

特集

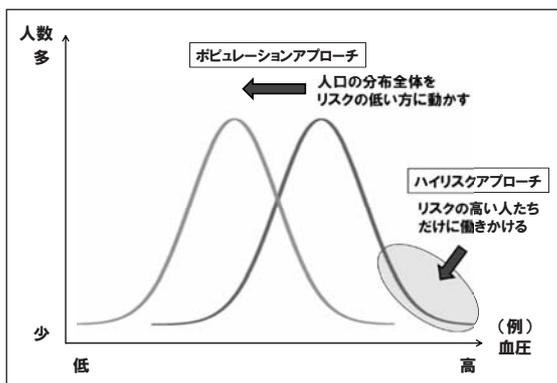


図1 ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチ

ハイリスク者のみならず，集団全体に対して働きかけを行い，集団全体の健康水準の改善を図ることを目指している．具体的には，地域や職域の集団全体の血圧や血糖の分布を好ましい方向にシフトする取り組みをいう(図1)．両戦略は排他的な関係ではなく，一般には組み合わせて用いられることが多い．集団全体に効果的に働きかけるためには，教育的な手段だけにとどまらず，環境整備(制度化，法的規制，経済誘導，物理的な環境整備など)を行う必要がある．この概念を提唱したRoseは，教育にとどまるポピュレーション戦略を「表層的」と呼び，その効果の限界を指摘した¹⁾．わが国でもハイリスク戦略の対象は個人，ポピュレーション戦略の対象は集団と短絡的に捉えて，集団への教育啓発をポピュレーション戦略と考えている傾向があるが，これはポピュレーション戦略の一部に過ぎない．ポピュレーション戦略の本質は，健康を目指した行動を阻害する本質的な障害を社会として取り除くことであり，主たる戦略は環境整備であることを再認識することが大切である．

1986年に定められたWHOのヘルスプロモーションに関するオタワ憲章において，ヘルスプロモーションの活動方法として，①健康的な公共政策づくり，②健康を支援する環境づくり，③地域活動の強化，④健康につながる個人技術の開発，⑤ヘルスサービスの方向転換，が挙げられている．これらの活動方法の中で，④以外はいずれも環境整備に該当する取り組みである．つまり，ポピュレーション戦略は，ヘルスプロモーションの理念に沿った主要戦略であり，現

在WHOが国際的に推進するNCD (Non-Communicable Disease) 対策においてもその基軸となる取り組みである．

ポピュレーション戦略は，その方法によっては，健康格差をむしろ拡大する可能性がある．ハイリスク者はローリスク者と比べて介入効果が小さいため，ポピュレーション戦略によって集団全体のリスクの平均は小さくなるものの，高リスク者とローリスク者のリスクの差は拡大することが実際の対策事例から指摘されている²⁾．これを補完する方法として，社会的弱者に焦点を当てた戦略(vulnerable population approach)²⁾が提唱されており，その具体的な方策を対象集団の特性に合わせて検討することが今後必要とされている．

「介入のはしご」とポピュレーション戦略

行動経済学の立場から「ナッジ」(Nudge)という考え方が提案され，2010年のイギリス政府の報告書^{3)~4)}に採用されるなど，欧米での健康政策に導入されつつある．ナッジとは，人々を強制することなく，自ら意思決定して望ましい行動に誘導するような仕組みをいう⁵⁾．わが国でも試みが始まっている具体例として，食品や外食に栄養成分表示をする，社員食堂での定食に野菜料理を必ずセットする，食品産業の協力を得て加工食品中の塩分を減らす，町の中の歩道や自転車道を整備する，たばこの箱にたばこの害を訴える写真付きの警告表示を入れる，がん検診や禁煙治療の無料クーポンを配布するなどがある．

ナッジの考え方を健康政策にいち早く導入したイギリスでは，ナッジを含むポピュレーション戦略を介入効果のレベル別に8つに分類し，「介入のはしご」として示している(図2)．レベル1と2は法的規制によるものであり，法律による違法性薬物の禁止や公共场所の喫煙の禁止，たばこやアルコールの広告規制や年齢制限が具体例として挙げられる．レベル3と4は，経済的な措置による誘導であり，レベル3の具体例として，国際的に広く用いられているたばこやアルコールの

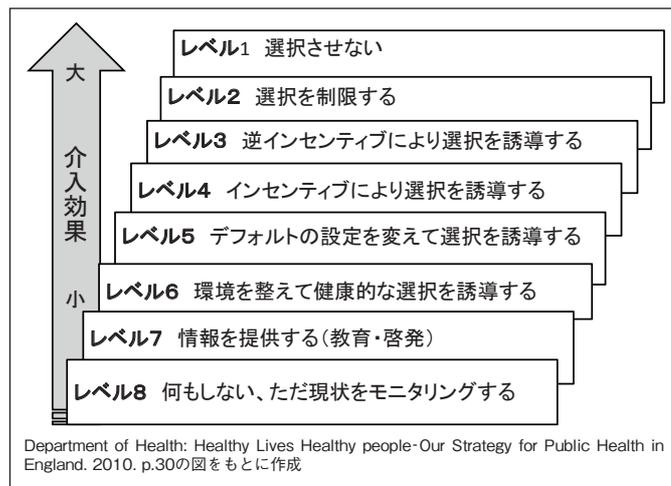


図2 介入のはしご

税率の引き上げ、肥満対策としてのソーダ課税やファーストフード課税がある。一方、レベル4の具体例としては、禁煙またはたばこを吸わない社員への禁煙手当がある。最近自治体や職域で導入されている「健康マイレージ」もレベル4に該当するが、インセンティブの内容によって誘導効果は大きく異なるように思われる。

ナッジは、レベル5と6に該当し、その例は上述したとおりである。Roseが表層的ポピュレーション戦略と呼んだ教育啓発は、レベル7に該当する。一般に介入の効果は上位のレベルほど大きいとされており、今後、地域の健康づくりの中で、教育啓発だけのポピュレーション戦略にとどまらず、より上位の健康政策の検討と導入が求められる。

North Karelia Projectから学ぶ

North Karelia Projectは、フィンランドにおいて実施された世界初の虚血性心疾患の死亡を減らすための地域介入プロジェクトである^{6,7)}。1960年代当時、フィンランド東部のノースカレリア地方は虚血性心疾患の死亡率が特に高く、その背景として高血圧、高コレステロール血症、喫煙が多いことがいくつかの疫学研究によって指摘されていた。さらに、高血圧と高コレステロール血症が多い理由として、食塩摂取量の過多、飽和脂肪酸を多く含む乳製品の摂りすぎ、野菜不足が考えられた。これらの状況を改善す

べく、ノースカレリアの知事が住民代表として国会に請願を行い、その結果、1972年から国家プロジェクトが開始された。介入にあたっては、虚血性心疾患に関わる生活習慣の改善に焦点をあて、ハイリスク戦略とポピュレーション戦略が組み合わせて用いられた。

本プロジェクトは当初5年間の予定であった。クオピオ地方をコントロール地区として効果を調べたところ、関連する生活習慣、高血圧や高コレステロール血症の危険因子の顕著な改善がみられただけでなく、男性の働きざかりの年代において虚血性心疾患の罹患率の減少が観察された⁸⁾。その成果を受けてプロジェクトは継続されることになり、ノースカレリアでの取り組みをフィンランド全土に拡大することが決定された。そのため、5年目以降の評価は、全フィンランドを比較参照として評価がなされている。

30年以上に及ぶ取り組みの結果^{6,7)}、まず、食事について顕著な改善がみられた。プロジェクト開始時にはほとんどの住民がパンにバターをつけ、料理にもバターを使っていた。35年後にはパンにバターをつける割合はわずか5%まで減少し、約60%の家庭で植物性のオイルを料理に使うようになった。食塩の摂取量も20%減少した。これらの改善に伴い、血清コレステロール値の低下(変化割合として約20%減少)や血圧値の改善(収縮期血圧11~19mmHg、拡張期血圧9~14mmHgの低下)がみられた(表1)⁷⁾。喫煙率についても、男性において52%から31%へと

表1 ノースカレリアにおける30～59歳男女の主要なリスク因子の変化(1972年～2007年)

| 年 | 男性 | | | 女性 | | |
|------|---------|--------------------|-----------|---------|--------------------|-----------|
| | 喫煙率 (%) | 血清コレステロール (mmol/l) | 血圧 (mmHg) | 喫煙率 (%) | 血清コレステロール (mmol/l) | 血圧 (mmHg) |
| 1972 | 52 | 6.9 | 149/92 | 10 | 6.8 | 153/92 |
| 1977 | 44 | 6.5 | 143/89 | 10 | 6.4 | 141/86 |
| 1982 | 36 | 6.3 | 145/87 | 15 | 6.1 | 141/85 |
| 1987 | 36 | 6.3 | 144/88 | 16 | 6.0 | 139/83 |
| 1992 | 32 | 5.9 | 142/85 | 17 | 5.6 | 135/80 |
| 1997 | 31 | 5.7 | 140/84 | 16 | 5.6 | 133/80 |
| 2002 | 33 | 5.7 | 137/83 | 22 | 5.5 | 132/78 |
| 2007 | 31 | 5.4 | 138/83 | 18 | 5.2 | 134/78 |

Puska P: Diabetes Voice, 2008; 53: 26-29



図3 ノースカレリアにおける虚血性心疾患の年齢調整死亡率の推移

顕著な改善がみられた(差分として21%減少)。

その結果、虚血性心疾患の年齢調整死亡率(30～59歳)が35年間で85%減少し、全フィンランドに比べてより減少した(図3)⁶⁾。がんや総死亡率(それぞれ67%, 63%の減少)も、全フィンランドと比べてより減少した。そのほか、主観的な健康度や生活への満足度においても改善がみられた。

世界初の地域介入プロジェクトであったにもかかわらず、本プロジェクトが成功した理由として、以下の点を挙げるができる⁹⁾。まず第1に、行動科学や社会科学の理論に基づいて介入プログラムを設計し、生活習慣の変容だけで

なく、その背景にある規範や文化の変容を視野に入れたことが挙げられる。実際に用いられた理論には、社会的学習理論、diffusion theory, community organizationなどがある。しかも、プロジェクトの実施にあたって、地元の考え方やニーズを踏まえて変更可能とし、地域に合った内容となるよう、柔軟性をもたせたことも特徴といえる。第2に、地域住民をはじめ、地元の関係機関(住民組織、行政機関、保健医療団体、メディアなど)との協働である。これらの協働は、住民や関係者の当事者意識を高め、プロジェクトへの主体的な参加と協力につながった。住民から選出され訓練されたリーダーや主婦団体等の活動、地元メディアによる報道は、関係住民に対するプロジェクトの周知と教育に大いに貢献した。第3に、公的なプロジェクトの位置づけとサポートである。本プロジェクトにおいては、行政や保健所の積極的な関与は重要な要素であったが、業務としてプロジェクトに関わることで、プロジェクトが円滑に進行したと考えられる。また、5年目以降は、国立公衆衛生研究所がプロジェクトの継続と他地域への普及を担当したが、このことも継続的に成果を上げることにつながった。前述の住民や地域の関係者の主体的な取り組みと合わせて、まさに官民あげた取り組みがなされ、しかも取り組みの内容が充実していたことが成果につながったと指摘されている。第4に、農業政策の転換や食品産業との協働による環境整備がある。具体的には、

寒冷地で育つ果物の開発、酪農家に対する果実生産への転換の法的支援(the Berry Project)、バターに代わる植物油生産のための農業振興政策などの取り組みがなされた。WHOがヘルスプロモーションに関するオタワ憲章を定めたのが1986年であるが、それに遡ること10数年前に、ポピュレーション戦略として、保健の分野を越えた環境整備が実施されたのは特筆に値する。第5に、プロジェクトのモニタリングと関係者へのフィードバックである。現代的な表現では、プロジェクトの進捗と成果の「可視化」である。これにより、住民や関係者のやる気を維持することにつながったと考えられる。また、前述したように、プロジェクトの5年目以降、ノースカレリアでの取り組みをフィンランド全土に広げることになったが、このことにより、ノースカレリアはフィンランドの先駆的モデルとして国内外から注目されたことも成果を上げた要因と考えられる。

おわりに

North Karelia Projectの成功を受けて、1980年代以降、アメリカにおいて、循環器疾患やがん、たばこ、エイズ、薬物乱用をテーマとして、数多くの地域ベースの介入研究が実施された。しかし、その多くは、効果は限定的で、North Karelia Projectのような効果は得られなかった。その理由として、研究方法上の諸問題、疾病やリスク要因に関わる社会的動向の影響、介入内容の不足(介入期間、地域の実情やターゲットに合ったプログラムの不足、地域への浸透の不足、環境整備を促す取り組みの不足)、介入に用いられた理論的枠組みの限界などが挙げられている¹⁰⁾。筆者は、これらの理由の中でも、ヘルスプロモーションの真髄である住民を含む地域の主体的な取り組みの不足と、制度や法律等の変更を伴う環境整備が不足していたことが、North Karelia Projectとの決定的な差であったと考える。この背景にはヨーロッパとアメリカの文化や社会構造の違いが関係しているのかもしれない。

わが国でも人口が急速に高齢化する中で、生

活習慣病や介護・認知症予防などの健康づくり活動を地域ぐるみで行うことが一層重要となってきた。地域全体で効果を上げるためには、ハイリスク対策に加えて、ポピュレーション戦略に基づく対策を実施することが必要となる。その際に、この分野の成功事例としてのNorth Karelia Projectに学ぶ点が多い。特に、住民や関係組織の巻き込みによる主体的な取り組みを促しつつも、行政等の公的機関がそれを支える構造(ボトムアップとトップダウンの有機的な組み合わせ)、保健分野を越えた環境整備については、取り入れるべきと考える。

今後、地域の持っている潜在的な力を発見するとともに、それを生かして取り組むことが持続可能性のある取り組みにつながる。そのためには、地域の住民や関係団体のキーパーソンと十分な話し合いをして、地域の課題の共有と解決策の検討を協働しながら進めることが出発点である。

文献

- 1) ジェフリー ローズ: 予防医学のストラテジー 生活習慣病対策と健康増進. 曾田研二, 田中平三(監訳). 水嶋春朔, 中山健夫, 土田賢一, 他(訳). 医学書院, 1998.
- 2) Frohlich KL, Potvin L: Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health* 2008; 98: 216-221.
- 3) Department of Health: Healthy Lives Healthy people - Our Strategy for Public Health in England. 2010.
- 4) House of Lords Science and Technology Select Committee: Behaviour Change. London, The Authority of the House of Lords, 2011.
- 5) リチャード・セイラー, キャス・サンスティーン: 実践行動経済学 — 健康, 富, 幸福への聡明な選択. 遠藤真美(訳). 日経BP社, 2009.
- 6) Puska P, Vartiainen E, Laatikainen T, et al: The North Karelia Project: From North Karelia to National Action. Helsinki, National Institute for Health and Welfare, 2009.
- 7) Puska P: The North Karelia Project: 30 years successfully preventing chronic diseases. *Diabetes Voice* 2008; 53: 26-29.
- 8) Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, et al: The North Karelia Project. 20 year results and experiences. Helsinki, National Public Health Institute, 1995.
- 9) Oppenheimer GM, Blackburn H, Puska P: From Framingham to North Karelia to U.S. community-based prevention programs: negotiating research agenda for coronary heart disease in the second half of the 20th century. *Public Health Rev* 2011; 33: 450-483.
- 10) Merzel C, D'Afflitti J: Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *Am J Public Health* 2003; 93: 557-574.

地域で「運動不足」な住民を減らすことは可能か？ ーポピュレーション戦略の枠組みと実際ー

ハーバード大学医学大学院 国立健康・栄養研究所 日本学術振興会 海外特別研究員 鎌田真光

POINT

- ① ソーシャル・マーケティングなどの方法論に基づき、戦略的に取り組む必要がある
- ② PDCAサイクル(特に、Check:評価とAction:改善)を徹底し、長期的に取り組むこと
- ③ 評価の軸は、運動実施「率・割合」から外さない(「教室参加者数」等でごまかさない)
- ④ 対面指導の次元を超え、ポピュレーション戦略を企画・実施・評価できる人材が必要
- ⑤ 多分野との協働、2020東京五輪の活用、関連する経済革新の実現など、画期的な挑戦を

特集

はじめに

適度な身体活動の実施はさまざまな疾病を予防し、健康増進につながる¹⁾²⁾。Lee IMらの推計では、世界の死亡の9.4%は非活動的な生活(運動不足)の改善により防げ、そのインパクト(人口寄与割合)は喫煙や肥満に匹敵するとされている³⁾。しかし、世界的に非活動的な生活が蔓延している現状は、なかなか変わらない⁴⁾。日本人の平均歩数を見ても、いまだに減少を続けている(図1)⁵⁾。この現状を変えるためには、例えば対面式の運動指導を実施するといった個別・小規模なアプローチだけでなく、より広域的・大規模なアプローチも考慮したポピュレーション戦略が

必要となる。本稿では、身体活動促進のポピュレーション戦略について、具体的な事例とともに、効果的な実践に必要な枠組みを紹介する。

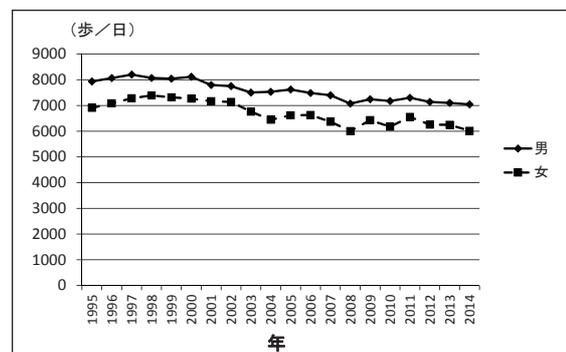


図1 国民の1日平均歩数の推移(国民健康・栄養調査の結果より)

島根県雲南市の事例： 運動キャンペーン

1. 地域の概要

島根県雲南市は、総面積553.7km²の大半を林野が占める中山間地域で、人口は約4万人である。中心部は住宅が密集しているが、山間部にも居住地域が広く点在しており、市街地や各地の交流拠点へのアクセスが不便な地域も多く存在する。島根県は、全国的にみても身体活動量(歩数)が少なく、通勤や買い物等の移動に多くの住民が車を利用する典型的な「車社会」の生活環境である。雲南市でバス交通が不便な地域に住み、運転免許を持っていない住民ほど非活動的であったという調査結果もある⁶⁾。国土面積の7割が中山間地域であるわが国において、類似した環境にある地域は多いため、このような地域環境でも実現可能な身体活動促進策を見出すことは国全体の健康政策としても重要である。

2. 運動キャンペーンの概要

雲南市では2009年11月から地域を挙げた「運動キャンペーン」を実施している。このプロジェクトの詳細や3年後評価までの結果は、オープン・アクセスの学術誌でも公開されている^{7),8)}。この取り組みの特色は、

- ① 地域における1次・2次予防に焦点を当てた活動

- ② 専門職(保健師・運動指導士・研究者等)と地域住民の連携・協働

- ③ 地域レベルでのインパクト評価の実施

という点にあると言える。「限られた人を健康施設や病院に集めて、集中的に運動の指導を行う」といった類のものではなく、住民全体の身体活動レベル(住民の何パーセントが十分な運動習慣を持っているか等の)上昇を目指して、地域全体に働きかけるプロジェクトである。

キャンペーンは情報提供・教育機会・サポート環境の3視点から構成され、地域や行政内のさまざまな機関・部署、キーパーソンと連携した上で、既存資源を最大限活用することが基本方針となっている。プロジェクトの各プロセスでは、ソーシャル・マーケティングの手法が用いられている。これは、「勧める行動(運動等)を採用してもらう」ことを「勧める製品を購入してもらう」ことになぞらえて、商業分野のマーケティングの考え方や技術を保健分野に応用する手法である^{9),10)}。この一環として、住民に対して、生活状況や運動に対するイメージ、全般的なニーズ等を調べるインタビュー調査が実施され、この結果に基づき、介入戦略の立案やマテリアル(資材)の開発が行われた。介入要素の一つである情報提供としては、チラシ・ポスター・のぼりなどの視覚情報(図2)と、音声(有線)放送などの聴覚情報が活用された。また、教育機会としては、既存の地域行事や会合、健診、体育行事などの際に、スタッフによる声か

特集



図2 キャンペーンののぼり・チラシ・ポスターの例



図3 教育機会の実際の様子(左上:地域組織の運営会議, 右上:地区運動イベント)

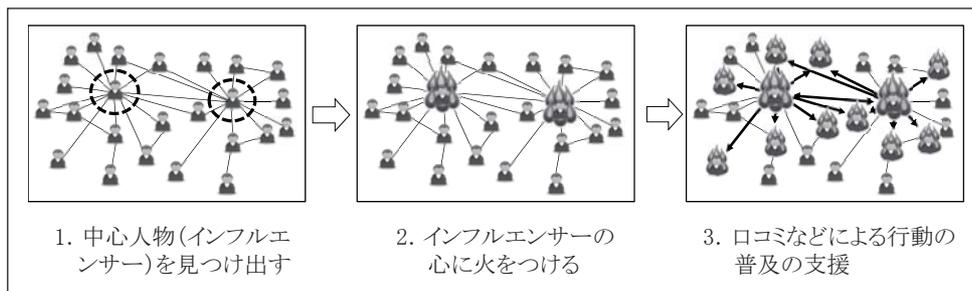


図4 口コミ戦略の流れ

けや体操の短い指導等が行われた(図3)。サポート環境としては、ボランティアを中心とした住民相互の声かけの促進(口コミ戦略)等を行った(図4)。

全般にわたってマネジメントを行ったのは、市が2006年4月に設立した研究機関(身体教育医学研究所うなん)である。この機関は、「生涯健康でいきいきと暮らす、小児期からの健康づくり」を基本理念に、研究員2名、保健師1名、運動指導士3名の常勤スタッフ6名体制で、分野横断的な教育・評価・研究活動を行っている。キャンペーンは、行政内(保健師や地域づくり担当職員等)および地域[地域自主組織・交流センター(公民館)の主事等]との連携・協働により進められた。関係づくりが基礎となるため、キャンペーンに関わる職員が実際に担当地区の交流センターや住民の自宅等へ出かけて対話を続ける作業に多く

の時間が割かれた。各地域で核となっている住民と顔の分かる関係を築くためにも、こうした地区担当制で事業を進めることは重要と考えられる。

3. 運動キャンペーンの評価

図5に、取り組み評価の枠組み・概観図を示した。主要評価指標は、図中の「行動(身体活動)」であり、「推奨レベルの身体活動量(例:週に150分以上の歩行)を満たす住民の割合」とした。副次評価指標として、「慢性的な腰と膝の痛みの有訴率」等を設定している。計画・実施・評価・改善のPDCAサイクルを回していくためには、このように適切な評価指標が必要となる。通常の保健統計も活用できるが、改めて計画された住民調査(インタビュー調査含)も必要となる場合が多いだろう。

なお、このプロジェクトは、1次予防に関するポピュレーション戦略のエビデンス(科学的根拠)

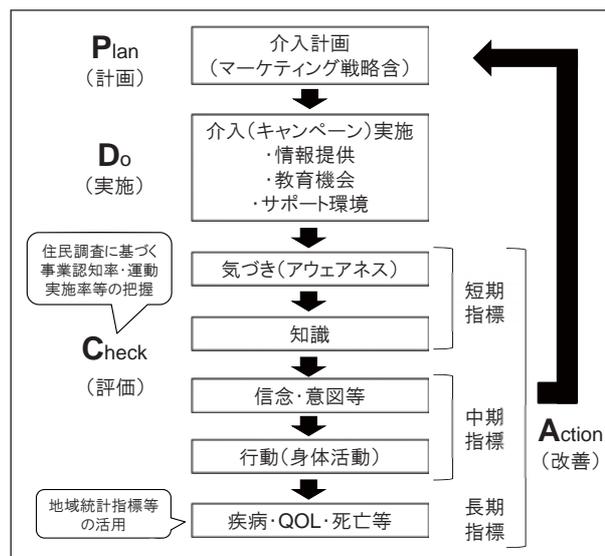


図5 評価の概観図(ロジック・モデルとPDCAサイクル)

を創出するために、クラスター・ランダム化比較試験という研究デザインで有効性を検証している。中高年者の身体活動を促進する地域レベルの取り組みでは、世界でも初めての取り組みであり、マーケティング事業としても¹¹⁾、研究としても¹²⁾、最も質の高いプロジェクトであると評価されている。

キャンペーン地域(9地区)と比較対照地域(3地区)に居住する40~79歳の住民6,000名(無作為抽出)に対して、取り組み前、開始1年後、3年後、5年後に質問紙調査を実施し、地域レベルでのインパクトを評価した。既に公開されている3年後評価までの結果では、運動実施者の割合は、対照地域と介入地域の間で変化の差は見られていない⁸⁾。しかし、一部の運動種類(柔軟運動)では、介入地域での有意な実施率の増加が確認されており、分析中の5年後評価の結果では、歩行習慣への効果も確認されている。また、キャンペーンの短期的な効果として、仮説(図5、ロジック・モデル)通り、キャンペーンへの気づき(アウェアネス)と知識(腰痛・膝痛に対する身体活動の有効性)への効果が1年間で確認されており、先行研究の知見とも合致している。他国のプロジェクトの結果も考慮すると、身体活動の地域全体レベルでの促進には、3~5年以上といった、長い年月のプロジェクトが必要と考えられる。

ちなみに、図4に示す口コミ戦略は、1年後

評価終了後に実施したインタビュー調査の結果をもとに強化された介入要素である。1年後時点で、「実際に運動を始めた住民は、具体的にどの働きかけが効を奏して(心に響いて)運動を始めるきっかけとなったのか」等を調べたところ、知人・医師・身内からの情報が特にきっかけになっていることが分かったため、「サポート環境」を強化するという、介入戦略の改善(PDCAのA:Action)が行われた。長期戦の展開にあたっては、こうした評価に基づく介入戦略の柔軟な変更も必要となる。

今後に向けた課題と展望

1. ポピュレーション戦略の難しさとポイント

以上、島根県雲南市の取り組みとして、地域を挙げた「運動キャンペーン」を紹介してきた。検証結果が示すように、ポピュレーション戦略は、厳密に評価すれば、短期間で大きな効果が得られるような簡単なものではないことが分かる。往々にして、こうした事業(自治体や都道府県、国による健康づくりキャンペーン)はマーケティングに基づかないチラシ・ポスターが担当者と印刷業者のセンス(?)のみに基づき作られ、単発的で戦略性の低いイベントが開催されるだけであった。しかも、評価はおろそかになりがちで、本当に運動・身体活動が促進できて、運動

不足の住民の割合を減らせているのか検証されないままであることが多い。綿密に戦略が練られたプロジェクトでさえ、はっきりとした効果を得るのに相当な時間を要するのであるから、不十分な戦略のもとでの事業はおそらく地域全体の運動不足解決につながっていないものと考えられる。

また、事業成果のPRには、よく「総参加者数」や「総登録者数」などが用いられるが、本来の目的を達成できているか判断するためには、こうした中間指標の絶対数にごまかされず、主要評価項目の身体活動について「運動実施率(%)」などの割合を見るべきである。雲南市の事例でも、開催したイベントへの参加者数などで評価すれば、非常に高い数字が得られているが(例:教育介入の1年間での擬似人口カバー率:62%, 4610人)⁷⁾、これはあくまで戦略を見直すための実施(Implementation)指標である。身体活動を地域レベルで促進することは確かに難しい。しかし、困難な現実を直視した上で、根気強く事業の改善を続けてこそ、森・山(集団)を動かすというポピュレーション戦略の真の力が発揮されるのだろう。対面指導の次元を超え、こうしたポピュレーション戦略を企画・実施・評価できる人材の育成も必要と考えられる。

2. 新たな視点での挑戦

身体活動を促進し、地域で運動不足な状態にある住民を減らすためには、これまで紹介してきたような事業に加えて、さまざまな分野と連携した別の視点からの取り組みも必要となる。例えば、「歩きやすいまちづくり」等を通じた身体活動促進のためには、都市計画や交通計画分野との連携・協働も重要になる。公共交通機関の利便性改善に関して、こうした分野の担当者と保健医療の専門家が協力すれば、医療機関や予防・リハビリテーション実践の場への住民のアクセス向上も実現可能となる。自分たちの分野が抱える問題を解決してくれる人が、自分たちの分野の中にいるとは限らない。より良い協働が可能となるよう、日頃からさまざまな分野の人々

と地域内で関係を築き上げておくことが重要である。

また、2020年の東京オリンピック・パラリンピック開催までの期間は、身体活動関連の取り組みを加速・充実させる上で強力な追い風が吹いている。この間、予算を伴いさまざまな活動が活性化する。しかし、こうした動きが国民の運動不足解消につながるかどうかは、保健医療関係者を含めた専門家一人ひとりの知恵と行動力にかかっている。「観るスポーツ」の祭典から脱却し、「するスポーツ」の振興にまでつなげることができるか。また、身体活動の促進を通して健康格差の縮小に貢献するようなビジネスモデルを作り上げることができるか。こうした新たな視点での取り組みも含めて、各所で画期的な挑戦が始まることを期待したい。

文献

- 1) World Health Organization (WHO): Global recommendations on physical activity for health. WHO, Geneva, Switzerland, 2010.
- 2) 厚生労働省:健康づくりのための身体活動基準2013, 2013. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002xple.html>
- 3) Lee IM, et al: Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380: 219-229.
- 4) Hallal PC, et al: Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet* 2012; 380: 247-257.
- 5) 厚生労働省:国民健康・栄養調査. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkou_eiyuu_chousa.html
- 6) Kamada M, et al: Environmental correlates of physical activity in driving and non-driving rural Japanese women. *Prev Med* 2009; 49: 490-496.
- 7) Kamada M, et al: A community-wide campaign to promote physical activity in middle-aged and elderly people: a cluster randomized controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2013; 10: 44.
- 8) Kamada M, et al: Community-wide promotion of physical activity in middle-aged and older Japanese: a 3-year evaluation of a cluster randomized trial. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2015; 12: 82.
- 9) 松本千明:保健スタッフのためのソーシャル・マーケティングの基礎. 医歯薬出版, 東京, 2004.
- 10) Lee NR, Kotler P: Social marketing, influencing behaviors for good. 4th ed. SAGE Publications, Thousand Oaks, 2011.
- 11) Fujihira H, et al: Social marketing physical activity interventions among adults 60 years and older: a systematic review. *Soc Mar Q* 2015; 21: 214-229.
- 12) Baker PR, et al: Community wide interventions for increasing physical activity. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 1: CD008366.

自治体・企業等と協働した地域レベルでの減塩戦略 —「にいがた減塩ルネッサンス運動」—

新潟県立大学人間生活学部健康栄養学科 村山伸子

POINT

- ① 減塩は国際的に生活習慣病予防の重点対策とされている
- ② 科学的な根拠に基づいた減塩対策のためには地域住民の塩分摂取源の実態把握と分析が必要である
- ③ 減塩戦略として、人々の意識と行動を変える対人教育と、無意識に減塩できる食環境整備を組み合わせる
- ④ 食環境整備として、職場給食、食品生産販売企業、飲食店等が主体的に食品や料理中の減塩を行うように自治体がバックアップする仕組みをつくる

はじめに

生活習慣病対策のために世界全体で優先して取り組むべき対策として、2011年に国際連合学識者会議は5つの対策を挙げ、1位はタバコ対策、2位が減塩とされた¹⁾。日本の健康増進計画である健康日本21(第二次)においても、循環器疾患予防のためには、リスクファクターとしての高血圧の予防が重要であり、そのための食事の改善として減塩の効果が大きいことが推計されている²⁾。日本人の食塩の1日あたり平均摂取量は、戦後減少してきたとはいえ、平成26年には20歳以上の男性10.9g、女性9.2gであり³⁾、世界の中でも高塩分摂取の国民である。したがって、世界の中でも日本において減塩対策への優先度は高いといえる。

また、日本において塩分摂取量は東高西低で明確な地域差がみられる(図1)。新潟県は、日本の中でも塩分摂取量が高い地域であり、昭和40年から脳血管疾患対策として減塩運動が始まり、当時は、家庭における味噌汁、漬物といった高塩分料理の摂取量を減らす運動であった。その後、平成12年から「健康日本21」が始まり、肥満対策が重点となり、減塩対策に重点が置かれなくなった。しかし、その後も新潟県は全国に比べて脳血管疾患、胃がんによる死亡率が高いことから、平成21年～30年まで高血圧対策として再度、減塩に着目することとなった。本稿では、この新たな減塩戦略「にいがた減塩ルネッサンス運動」のねらいと事業概要、これまでに得られた成果と課題について紹介する。

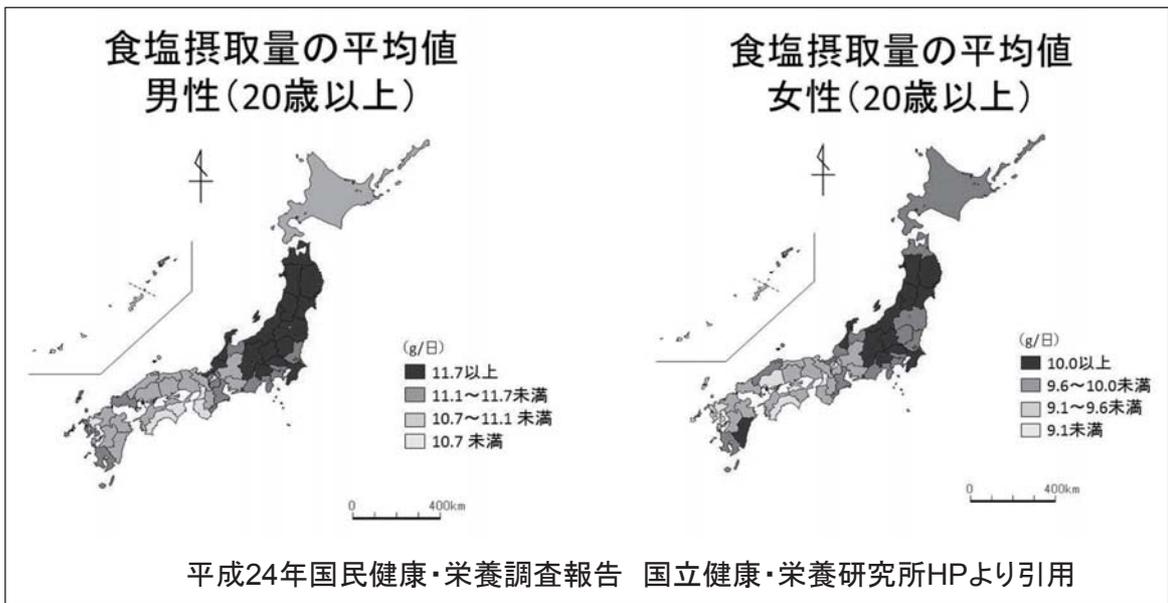


図1 都道府県の食塩摂取量の平均値

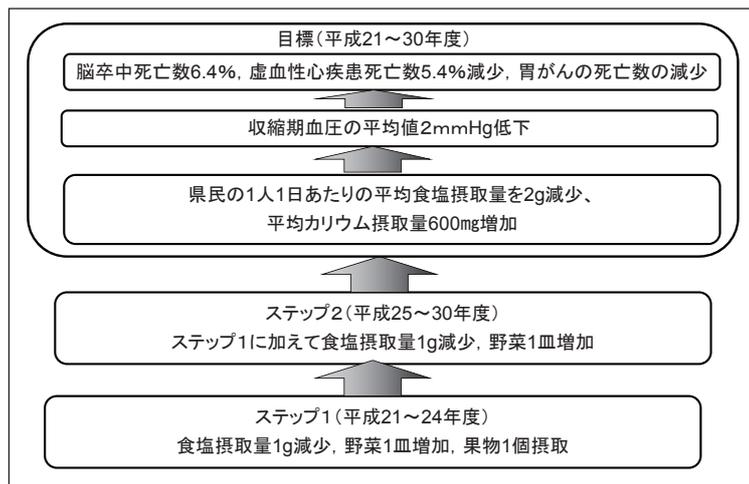


図2 「にいがた減塩ルネサンス」の目標

「にいがた減塩ルネサンス運動」とは

にいがた減塩ルネサンス運動の目標を、図2に示す。この運動では、平成12年「健康日本21」の循環器疾患対策分野での推計を参考に、10年間で県民の収縮期血圧の平均値を2mmHg低下により、脳血管疾患死亡数6.4%減少、虚血性心疾患死亡数5.4%減少を目標とし、そのために食事では県民の1人1日あたりの食塩摂取量2g減少、カリウム摂取量600mg増加を目標とした。前半の平成21年~24年度をステップ1、25年~30年度をステップ2として段階的な目標を設定した。

特徴は、「おいしく、気軽に、健康に」飲食店、スーパーとの連携・協働「にいがたの食材・調味料の利用」「科学的な根拠」とし、従来の人々の意識と行動を変える減塩教育に加え、加工食品や総菜、外食の減塩をねらう食環境整備を重視している。重点対象層は、生活習慣病対策の観点から働き盛り世代とした。取り組みの全体像を図3に示す。

ステップ1:平成21年~24年までの事業と評価結果

全県的な取り組みとして、新潟県福祉保健部

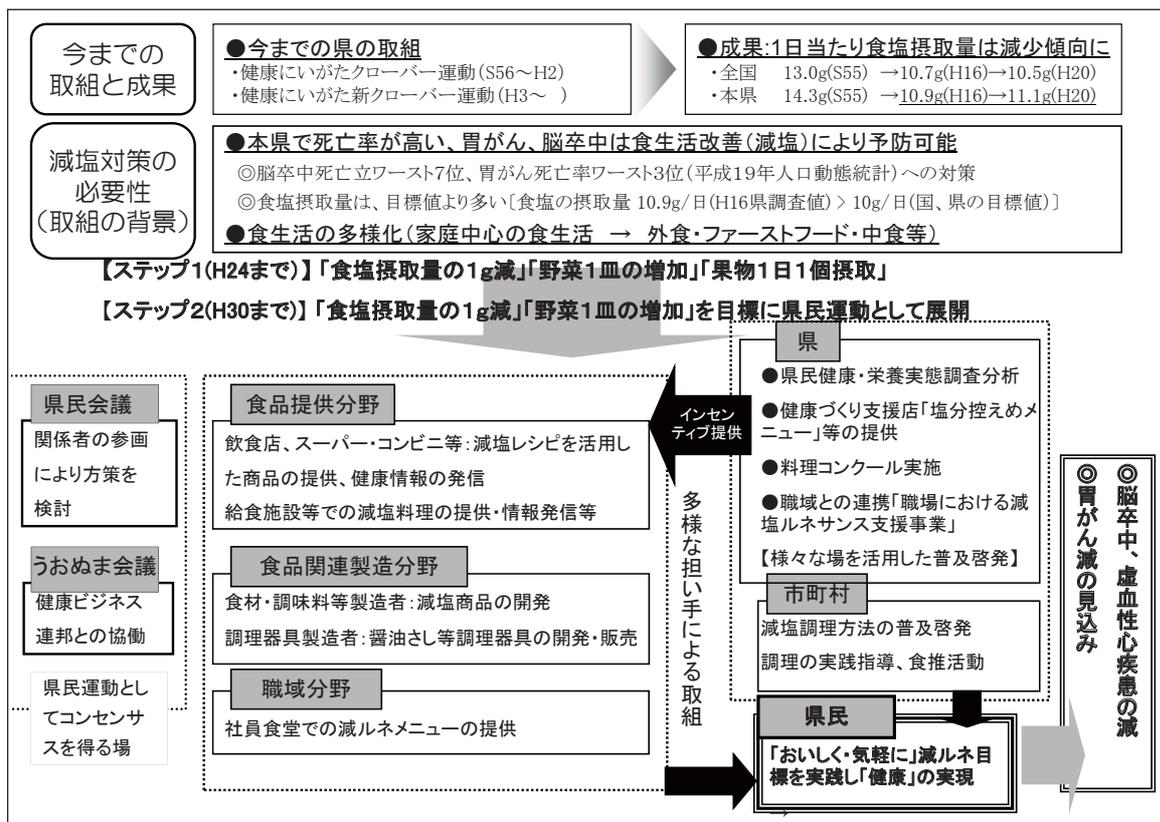


図3 「にいがた減塩ルネサンス」の概要（新潟県福祉保健部健康対策課作成資料）

健康対策課は県民会議を設置し、食環境整備を担う調理師会、コンビニエンスストア等を含めたメンバーで対策を協議した。また、減塩ルネサンス料理コンクールの実施、普及啓発グッズの配布、マスメディアをとおした啓発を行った。

いくつかの保健所では、「職場での減塩ルネサンス支援事業」をモデル的に実施した。一例として、平成21～24年度に保健所がA事業所（従業員約1,000人）と共同で実施した事業を紹介する。A事業所では、従業員の健康課題として肥満が挙げられていた。食塩摂取量が多くなる要因の1つに食べ過ぎが考えられるため、食事の塩分濃度とともに適量の食事にすることも目標に挙げた。健康管理部門の産業医や産業看護師が、職場の健康管理の取り組みとして実施した。実施内容は、食環境整備として、社員食堂の味噌汁の塩分濃度を1.2%から0.8%に段階的に1年間で低下させ、塩分量としては0.5gの減塩となった。また、既存のヘルシー定食をエネルギー600～700kcal、野菜120g以上、塩分3.5g未満とした。従業員への教育として、メタボリックシンドロ

ーム予備軍の中からモニターを募集し、ヘルシー定食を週4回以上食べることに、歩くことを組み合わせたプログラムを実施し、体重減少や食習慣の改善がみられ、その後健康管理に社員食堂が活用されることにつながった。同様に、社員食堂が無い事業所向けには、食環境整備として配達弁当業者と共同し、ヘルシー弁当の開発と提供と、事業所の従業員への教育を行った⁴⁾。以上のように、職域において提供される昼食を減塩にする食環境整備と、従業員への実体験プログラムによる教育を組み合わせたプログラムを開発・検証した。

ステップ1の成果を平成20年と23年の県民健康・栄養実態調査から評価した。1人1日当たりの食塩摂取量は11.1gから10.4gへ0.7g減少した。野菜摂取量は、平均値で330gから310gへ減少し、果物摂取量が100gに満たない者の割合は54.7%から56.9%へ2.2ポイント増加した。これらによりカリウムは2,463mgから2,284mgに減少した^{5)～7)}。

ステップ1の課題として、ステップ1の取り組みは全県的な普及啓発と一部の保健所による

表1 新潟県の食塩摂取を高める食べ方

| No | 食べ方 |
|----|---------------------------|
| 1 | 食事は満腹まで食べる。 |
| 2 | 主食同士を組み合わせる。例：おにぎり+カップめん等 |
| 3 | 丼もの、カレーライスやめん類を、週3回以上食べる。 |
| 4 | 煮物を1日に4品以上食べる。 |
| 5 | 漬物を1日に1種類以上食べる。 |
| 6 | たらこや筋子などを1日に1回以上食べる。 |
| 7 | めん類の汁を飲む。 |
| 8 | 濃い味付けを好んで食べる。 |
| 9 | 外食を週2回以上する。 |
| 10 | 毎日飲酒をする。 |

「新潟県栄養政策策定および評価体制構築のためのデータ分析ワーキング」(2015年)

モデル事業が主であり、これらの事業が本当に県民の減塩に効果があったのかが証明できないことが挙げられた。すなわち、一部のモデル的な事業から、県民の食塩摂取の仕方の実態把握に基づいた、県民全体にしっかりとアプローチできる仕組みに発展させることが必要と考えられた。

ステップ2:平成25年度～現在

そこで、ステップ2では、新潟県民の食塩摂取の特徴を把握し、減塩運動がより多くの県民に届くように体制を構築することとした。まず、なぜ新潟県民は高塩分摂取なのかの実態把握と分析を行い評価体制を構築するために、平成25年度から県と市町村からなる「新潟県の栄養政策立案・評価体制構築のためのデータ分析ワーキング」を立ち上げた。ワーキングでは、高塩分摂取となる食べ方の特徴について仮説を作成し、17市町村参画した約7,000人への質問紙調査とその内約700人への尿中ナトリウム測定から仮説の検証を行った。その結果、県民の食塩摂取と統計的に有意に関連する10の食べ方が特定された(表1)。また、年代によっても摂取源が異なり、60歳未満のターゲット層では、主食がカレーや丼物であること、めん類とおにぎり等の主食が2種類以上あること、めん類の汁を飲むこと、外食の頻度が多いこと等、飲食店でメニューやコンビニで販売されている食品等、食環境に関連した項目が多かった。60歳以上では、煮物の皿数、濃い味付けを好むこと等、家庭内の味付けが多

であった。

これらの分析結果をもとに、これまでの県と保健所の取り組みを見直し、同時に関係機関や企業の主体的な取り組みが促進されるようにし、より広く効果的に行政等と民間の共同による減塩運動に展開しようとしている。県の保健所では、ステップ1で実施してきた職場の健康管理部門と共同での社員食堂、宅配弁当のメニュー改善や、スーパー等で販売している弁当や総菜、飲食店のメニューの改善を減塩に焦点化し、全保健所に拡大した。データ分析ワーキングに参加している6市町村は重点地域として分析結果で得られた食べ方に焦点をあてた住民への栄養教育を実施することとした。

県庁内の健康対策課では教育委員会と共同で小学校において保護者向けのリーフレット配布を行い、県栄養士会に委託して高校生への減塩教育を実施している。新潟県食生活改善推進委員会協議会でも、平成25、26年度に、自分が住んでいる地域の住民の味噌汁塩分濃度測定をして、自分の家庭の味付けを知ってもらうとともに、減塩について勧める取り組みを行い、2年間の継続測定者では有意に味噌汁の塩分濃度が減少していた。この他、同協議会では地域住民への減塩料理講習会、平成27年度からは幼稚園、保育園、高齢者の茶の間等での減塩教育を実施し、子どもの保護者や高齢者の子どもである働き盛り世代へのアプローチをしている。

食品産業やスーパーマーケットなどの流通産業が、自主的に減塩商品を提供し、情報発信するようになっている。新潟県には食品企業が多

く、米菓、かまぼこ、調味料、酒蔵でも減塩商品を製造するようになってきている。ある食品企業はラジオの減塩番組を提供し、あるスーパーは減塩食品コーナーを設置し、1日の食塩摂取の目標量男性8g未満、女性7g未満という表示も行っている。こうした企業やスーパーの自主的な減塩の動きが進展している。また、飲食店で減塩メニューを提供する店が増加しており、平成27年にはラーメン店でも減塩ラーメンが販売開始された。

おわりに

循環器疾患の一次予防に対する減塩の効果についてはエビデンスがあるが、どのような対策をしたら減塩につながるかのエビデンスは十分でない。イギリスでは、2001年から、CASHプロジェクトとして、高血圧予防のために加工食品中の食塩含有量の低減を行ってきた。この根拠としてイギリスでは食塩摂取量の80%はパン等の加工食品から摂取していることがある。政府がパンの業界団体に呼びかけ、パンの100g中の食塩含有量を2001年から2011年の10年間で平均1.23gから0.98gに減少させた⁸⁾。2003年から2011年の期間で、イギリス人の食塩摂取量は1日平均で9.5gから8.1gへ1.4g減少し、果物と野菜の摂取量は0.2ポーション増加、収縮期血圧3.0mmHg低下、脳卒中死亡率42%低下、心疾患死亡率40%低下という成果がみられた⁹⁾。

日本においても、家庭内での調味による食塩40%、家庭外での加工食品や飲食店からの食塩60%である¹⁰⁾ことから、従来の人々の意識と行動を変える教育に加え、食環境整備が必要である。国では、実態把握として食塩摂取量の都道府県差を提示し、健康日本21(第二次)では食品製造企業、飲食店、給食施設での食塩の低減を目標

に入れ、減塩に取り組む企業等をスマートライフプロジェクトとして登録する仕組みをつくるなどの取り組みを行っている。地域においては、自分の地域の地域特性を分析して、効果的で効率的な戦略をたて、根拠に基づいた減塩対策を行うことが求められている。その上で、国、都道府県、市町村の他、職場、医療施設、福祉施設、学校、食品企業、食品流通販売企業、飲食店、栄養士会、ボランティア等が、それぞれ主体的に減塩を行い、それらがつながることで、より効果的な運動にしていくことができる。

新潟県の減塩運動は、平成27年度には、「日本心臓財団小林太刀夫賞」、厚生労働省の「第4回健康寿命をのばそう!アワード」において「厚生労働省健康局長賞(優良賞)」を受賞した。今後、平成30年に減塩ルネサンスの最終評価を行い、成果を出すことが求められている。

文献

- 1) Beaglehole R, Bonita R, Horton R, et al: Priority actions for the non-communicable disease crisis. Lancet 2011; 377:1438-47.
- 2) 厚生労働省. 健康日本21(第二次)資料集.
- 3) 厚生労働省. 平成26年国民健康・栄養調査結果の概要.
- 4) 鈴木一恵, 高橋瞳, 小島美世, 他:新潟県における減塩対策「にいがた減塩ルネサンス運動」. 日本循環器病予防学会誌. 2014; 49,1:36-45.
- 5) 新潟県福祉保健部健康対策課. にいがた減塩ルネサンス運動ステップ1報告書. 2013.
- 6) 新潟県. 平成20年新潟県県民健康・栄養実態調査報告書. 新潟県福祉保健部健康対策課. 2010.
- 7) 新潟県. 平成23年新潟県県民健康・栄養実態調査報告書. 新潟県福祉保健部健康対策課. 2013.
- 8) He FJ, MacGregor GA: A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction programmes. J Hum Hypertension, 23, 2009, 363-384.
- 9) He FJ, Pombo-Rodrigues S, MacGregor GA: Salt reduction in England from 2003 to 2011: its relationship to blood pressure, stroke and ischaemic heart disease mortality. BMJ Open, 4, 2014, e004549.
- 10) 佐々木 敏:日本人の食塩摂取量減少のための生体指標を用いた食事評価による食環境整備に関する研究. 平成23~25年度総合研究報告書. 厚生労働科学研究費補助金循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業. 2014.

地域住民や関係機関と協働した 地域ぐるみのたばこ対策 —岐阜県多治見市における取り組み—

岐阜医療科学大学保健科学部看護学科 道林千賀子

POINT

- ① 多治見市は「健康日本21(第二次)」に基づく健康づくり計画の重点施策としてたばこ対策を継続的に推進し、約10年間で成人の喫煙率が半減するなどの成果を挙げている
- ② 科学的根拠に基づいた効果的なたばこ対策(受動喫煙の防止、禁煙支援・治療、喫煙防止、情報提供・教育啓発、たばこ対策の推進体制)を包括的に行っている
- ③ たばこ対策に特化した委員会は、地域住民や関係機関との協働による地域ぐるみのたばこ対策を実現するために重要な役割を果たしている
- ④ ヘルスプロモーションの5つの活動方法に基づきたばこ対策を展開することは、成果を導く戦略として重要である
- ⑤ 多治見市の取り組みは、市町村レベルのたばこ対策のグッドプラクティスとして他の地域での実践の参考となる

特集

はじめに

喫煙や受動喫煙による健康影響は、国内外の研究報告から明確であり^{1)~3)}、わが国の健康づくりや生活習慣病対策においてたばこ対策の推進は重要な課題である。

たばこ対策は、国際条約でありわが国も批准し2005年に発効されたWHO(世界保健機関)の「たばこ規制枠組み条約」(Framework Convention on Tobacco Control)⁴⁾(FCTC)に基づいている。国内では2000年からの「健康日本21(2013年から第二次)」⁵⁾、2003年の健康増進法、2006年に成立したがん対策基本法に基づく「がん対策推進基本

計画(2012年から現行)」等に基づき、国ならびに都道府県や市町村において、地域の特性やニーズに応じたたばこ対策を推進していくことが求められている。

このような背景がある中、多治見市は2002年から「健康日本21」に基づく地方計画である「たじみ健康ハッピープラン」⁶⁾(以下、プラン)の3つの優先課題の1つとしてたばこ対策を位置づけ、すべてのライフステージにおいて地域住民や関係機関との連携による継続的な活動を展開している。約10年間で成人の喫煙率はほぼ半減し、その取り組みは厚生労働省「第1回健康寿命をのばそう!アワード」を受賞した。

表1 多治見市におけるたばこ対策の推進状況

| 効果的なたばこ対策の5領域 | 規制・対策の主な内容 | 具体的な取り組み例 |
|---------------|--|---|
| 1. 受動喫煙の防止 | 官公庁および学校関係のほぼ全ての施設について敷地内禁煙を実施 | ・公共施設敷地内禁煙(「ぎふ清流国体」の禁煙化含む) ・JR多治見駅周辺の「路上禁煙地区」の指定 ・禁煙を推進する飲食店・事業所の認定制度 |
| 2. 禁煙支援・治療 | 母子保健事業(母子健康手帳交付と乳幼児健診のすべて)ならびに特定保健指導において、喫煙者全員に禁煙支援を実施 | ・母子保健事業での体系的な禁煙支援・再喫煙予防支援 ・成人保健事業(がん検診、特定健診・特定保健指導)での禁煙支援 ・2ヵ月間の通信制禁煙支援講座「禁煙チャレンジ」、禁煙相談 ・薬剤師会との連携による「禁煙サポート薬局」事業 ・児童・生徒のための「未成年禁煙支援システム」「禁煙パスポート」 |
| 3. 喫煙防止 | 小学校ならびに中学校において、学校のすべてで喫煙防止教育を実施(幼少期からの働きかけもあり) | ・喫煙防止紙芝居(児童館・児童センターや保育所・幼稚園) ・小中学校における喫煙防止教育(統一指導案の作成) ・高等学校養護教諭との意見交換会 |
| 4. 情報提供・教育啓発 | セミナー、保健事業での情報提供、冊子・リーフレットの配布、ポスター掲示、ホームページや広報紙、イベントの開催など複数の方法で実施(地区組織活動による啓発活動も活発) | ・禁煙支援指導者や住民対象の「禁煙セミナー」(保健所との共催) ・健康づくり推進員やボランティア組織等による普及啓発活動 ・出前講座(自治会、企業、学校、PTAなどへの出張) ・メディアを通じた啓発 |
| 5. たばこ対策の推進体制 | 数値目標の設定、たばこ対策に特化した委員会の設置、担当者の専任や関連費用の予算化により推進体制を強化 | ・喫煙率の低下に関する具体的数値目標の設定 ・喫煙対策検討会議の設置 ・たばこ対策担当者の明確化、たばこ対策関連費用の予算化 |

注)効果的なたばこ対策の5領域は「たばこ規制・対策の自己点検票-市町村版」⁶⁾に基づく。 [文献10] p698 表1より一部改変引用

本稿では、健康づくり施策の中でもたばこ対策の市町村レベルの好事例として、多治見市の具体的な取り組みと成果を導くポイントについて、地域住民や関係機関との協働に焦点をあてて紹介し、ヘルスプロモーションとしての地域ぐるみのたばこ対策のあり方について考察する。

重点施策としてのたばこ対策の推進

1. 多治見市のたばこ対策の政策的位置づけ

多治見市の人口は113,462人、高齢化率27.2%(2015年10月1日現在)であり、2003年に健康都市宣言、2005年にWHOの進める健康都市連合に加盟している。保健師数は21人であり、2014年からは地区担当制の保健活動にシフトしている。

「たじみ健康ハッピープラン」⁵⁾は、市の総合計画を踏まえた保健分野の個別計画(健康づくり計画)である。ヘルスプロモーションの理念のもと、市民が健康でいきいきと幸せに暮らすことができるまちを目指し、市民自ら健康づくりに主体的に取り組むことを推進するとともに、地域の多様な主体との相互連携による社会環境の整備

をソーシャルキャピタル(地域の財産)として重視している。多治見市の長は、このプランの重点施策としてたばこ対策を位置づけ、継続的に取り組んでいることである。2013年からは第2次計画がスタートしている。

2. たばこ対策の推進状況

たばこ対策の推進状況について、「たばこ規制・対策の自己点検票-市町村版」⁶⁾(以下、点検票)の枠組みに沿って整理した(表1)。点検票は、市町村レベルのたばこ規制・対策の推進状況を5領域(受動喫煙の防止、禁煙支援・治療、喫煙防止、情報提供・教育啓発、たばこ対策の推進体制)から総合的に評価できる標準化された評価指標である。多治見市では5領域の全てにおいて望ましいレベルの複数の取り組みが包括的に行われていることが分かる。科学的根拠に基づいた多角的な取り組みは、ヘルスプロモーションの原理原則としても明示されているマルチ戦略(Multi-strategy)⁷⁾であり、多治見市はこれを実践しているといえる^{8)~10)}。

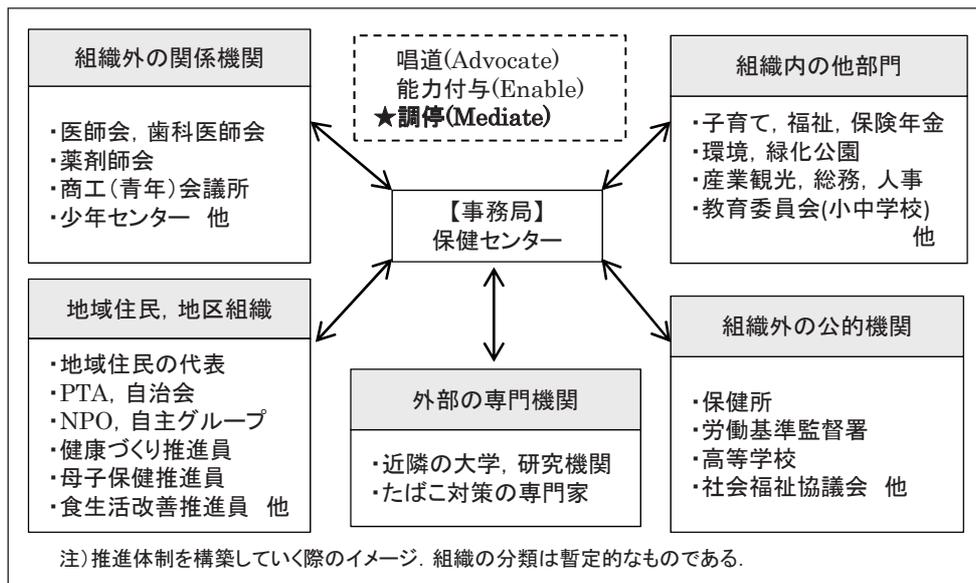


図1 保健センターを中核とした協働によるたばこ対策推進体制構築のイメージ

3. 協働による継続的な取り組みの成果

約10年間の活動のアウトカム評価として、第1次プランの最終評価において、ライフステージ別に喫煙率の経年比較、多治見市と全国の喫煙率の減少率の比較が行われた。全年齢の男性の喫煙率は、ベースライン値47.5%から最終値26.1%に減少するなど、各年代層での喫煙率の減少が全国に比べてより顕著であったことが報告されている⁸⁾。

ほぼ全てのライフステージにおいて成果が得られた大きな要因は、地域住民や関係機関との協働により、幅の広い地域ぐるみの取り組みが継続的に行われてきたことにある。

協働によるたばこ対策の推進を具現化する委員会の設置

地域住民や関係機関との協働によるたばこ対策を推進するための委員会として「多治見市喫煙対策検討会議」(以下、検討会議)を設置している¹⁰⁾。この検討会議は、先述の点検票の「たばこ対策の推進体制」として地域ぐるみのたばこ対策を実現するために重要な役割を果たしている。地域でたばこ対策を推進していく際に中心となる地域住民や関係機関の代表、たばこ対策の専門家、市職員など15名で構成され、市長が

委嘱・任命する。たばこ対策に特化して、専門的立場から施策の立案、評価を行い、課題の共有とともに具体的な推進方策について議論する。2010年10月から全国に先駆けて公共施設敷地内禁煙を実施した際には、禁煙外来専門医である検討会議の会長から市長へ要望書が提出され、科学的根拠に基づいた政策提言により、市長や庁内の上層部、議員等の政策決定者の意思決定に大きな影響を与えた。また検討会議は、関係機関のネットワーク化や、各組織の担当者のスキルアップの機会ともなっている。

多治見市の取り組みに基づき、協働によるたばこ対策の推進体制の構築のイメージを図1に示した。オタワ憲章(WHO, 1986)¹¹⁾においてヘルスプロモーションの成功の鍵として示されている①唱道(Advocate)、②能力付与(Enable)、③調停(Mediate)の3つの基本的プロセス¹²⁾の必要性をそれぞれの主体が理解した上で、活動の中核となる保健センターが先導し、特に調停(Mediate)の機能を発揮して、地域ぐるみのたばこ対策を推進するために行動していくことが求められる。

表2 ヘルスプロモーションの5つの活動方法に沿った地域でのたばこ対策の展開

| ヘルスプロモーションの5つの活動方法 | 地域でのたばこ対策の展開例 |
|---|---|
| 1. 健康的な公共政策づくり (Build Healthy Public Policy) | <ul style="list-style-type: none"> 健康づくり計画等へのたばこ対策の位置づけ 協働によるたばこ対策推進体制の構築(たばこ対策に特化した委員会の設置) 健康の重要性に関する市政方針の表明(健康都市宣言, WHOの健康都市連合への加盟) |
| 2. 健康を支援する環境づくり (Create Supportive Environments) | <ul style="list-style-type: none"> 禁煙を支援する環境づくり(禁煙サポート薬局, 未成年者の禁煙支援システム) 受動喫煙防止に関する法的規制(公共施設敷地内禁煙, 路上禁煙地区指定) 受動喫煙防止を支援する環境づくり(禁煙を推進する飲食店・事業所の認定制度) |
| 3. 地域活動の強化 (Strengthen Community Actions) | <ul style="list-style-type: none"> 地区組織活動(健康づくり推進員など)へのたばこ対策の普及啓発活動の位置づけ 地域での禁煙支援指導者の育成 |
| 4. 個人技術の開発 (Develop Personal Skills) | <ul style="list-style-type: none"> 既存事業(母子保健事業, 特定保健指導など)を活用した禁煙・再喫煙予防支援 たばこ対策事業としての禁煙支援(通信制禁煙支援講座や禁煙相談, 禁煙支援教材の開発) 地域・学校・職場での禁煙支援, 受動喫煙防止や喫煙防止に関する情報提供・教育啓発 |
| 5. ヘルスサービスの方向転換 (Reorient Health Services) | <ul style="list-style-type: none"> 重点施策としてのたばこ対策の推進 ヘルスプロモーション活動としてのたばこ対策の展開 研究的視点での実践(専門家とのつながり, 結果のまとめと公表) |

注)ヘルスプロモーションの5つの活動方法は文献¹²⁾に基づく。

注)多治見市の取り組みを参考に、地域でのたばこ対策の展開例として示した。

ヘルスプロモーションとしてのたばこ対策

地域ぐるみのたばこ対策を推進し成果を挙げるには、対策の内容に加え、どのように行うのかという戦略に基づいた取り組みが求められる。多治見市の実践を参考に、ヘルスプロモーションの5つの活動方法¹²⁾に沿った地域でのたばこ対策の展開例を示した(表2)。

1. 健康的な公共政策づくり

たばこ対策を含む健康づくりは保健部門を超えた環境・教育・福祉など地域住民の生活に関係する部門間の連携が重要であるとし、第1次プランの策定時から、政策レベルでの分野横断的な取り組みを実現するためメンバーが組織化され、計画策定から対策の推進、評価まで一体的に行われてきた。当初保健事業としては皆無であったたばこ対策を計画に明確に位置づけ、部門間連携を図るとともに地域住民や関係機関と協働し対策を推進していく上で、先述の喫煙対策検討会議の設置は必要不可欠であった。また、健康都市宣言やWHOの健康都市連合に加盟するなど健康の重要性に関する市政方針の表明も、組織レベルの連携の促進に有用である。

2. 健康を支援する環境づくり

禁煙を支援する環境づくりとして、禁煙サポート薬局事業、未成年者の禁煙支援システムなどは禁煙支援・治療へのアクセスを提供する。公共施設敷地内禁煙などの受動喫煙防止に関する法的規制や禁煙を推進する飲食店・事業所の認定制度は、受動喫煙防止を支援する社会的環境整備としてのポピュレーションアプローチであり¹³⁾、成功した場合にはその効果が大きいとされている^{13),14)}。実現には、政策決定者のたばこ対策の重要性に関する理解とリーダーシップが影響すると考えられる。

3. 地域活動の強化

健康づくり推進員(以下、推進員)などの地区組織活動にたばこ対策の普及啓発活動を位置づけ、継続的に学習の機会を提供し、主体的な活動を支援している。世界禁煙デーに伴う禁煙推奨運動や、2年の年月をかけて行った『空気のおいしい禁煙店マップ』の作成は、活動の成果が可視化され、推進員相互のエンパワメントや組織化の強化にもつながっている。行政と地域をつなぎ地域の健康づくり活動のキーパーソンである推進員の活動を支援、強化することは、地域ぐるみのたばこ対策を推進する鍵となる。

4. 個人技術の開発

禁煙の動機づけの機会として重要であり、ほぼ全数に関わることができる母子保健事業や法的根拠のある特定保健指導などの既存事業を活用した禁煙・再喫煙予防支援を徹底することが必要となる。禁煙や受動喫煙防止を支援する環境づくりなど集団全体へのポピュレーションアプローチに加え、このようなターゲットを絞ったハイリスクアプローチを総合的に組み合わせることが対策の効果を挙げるために重要であるとされている¹⁵⁾。また個人技術の開発は、コミュニティのみならず、学校や職場でも進められなければならないと示されている¹²⁾。

5. ヘルスサービスの方向転換

たばこ対策を健康づくり計画の重点施策として位置づけ全てのライフステージで取り組みを行ったこと、ヘルスプロモーションの理念に基づき地域住民や関係機関との協働による活動を基盤としたことは、保健活動の大きな転換であり、地道に継続していくことが成果を導くと考えられる。また、ヘルスサービスの方向転換には、研究に対する強い関心も必要とされており¹²⁾、大学や研究機関などの専門家と連携し、活動のまとめや成果の公表を積極的に行い、研究的視点での実践の積み重ねによりエビデンスを構築していくことが期待される。

おわりに

わが国の市町村のたばこ対策の推進状況には格差があることが報告されている⁶⁾。「健康日本21(第二次)」では5年を目途に中間評価を行うことが明示されており、各自治体においてもその準備を進める時期を迎える。成果の見えにくいヘルスプロモーション活動の評価には、結果だけでなくそのプロセスについても評価すべきであるとされている⁷⁾。目標値の達成度の量的評価に加え、多治見市の例で示した「たばこ規制・対策の自己点検票-市町村版」を活用した対策の推進状況の把握や、ヘルスプロモーション活動としての質的評価は、各地域におけるたばこ

対策のプロセス評価に有用であると考えられる。

地域での協働を重視した多治見市の取り組みに基づき本稿で考察したヘルスプロモーションとしてのたばこ対策のあり方については、一自治体の実践に基づくものであり一般化には限界がある。しかしその取り組みはグッドプラクティスとして提示され、各地域で今後たばこ対策を展開していく上で参考になるであろう。

本稿の作成においては、多治見市市民健康部保健センターの許可を得て取り組み事例を紹介させていただきました。厚く御礼申し上げます。

参考文献

- 1) 喫煙と健康問題に関する検討会:新版 喫煙と健康. 東京, 保健同人社, 2002.
- 2) Ikeda N, Inoue M, Iso H, et al: Adult mortality attributable to preventable risk factors for non-communicable diseases and injuries in Japan; a comparative risk assessment. *PLoS Med* 2012; 9(1): e1001160.
- 3) 片野田耕太, 望月友美子, 雑賀公美子, 他:わが国における受動喫煙起因死亡数の推計. 厚生指針 2010;57(13):14-20.
- 4) WHO: WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, 2003. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42811/1/9241591013.pdf> (accessed 2016 Feb 4)
- 5) 多治見市:たじみ健康ハッピープラン(第2次). 2013.
- 6) 鈴木朋子, 中村正和, 増居志津子, 他:自治体レベルにおけるたばこ規制・対策の実態把握の試み. *日本公衆衛生雑誌* 2012;59(12):879-888.
- 7) WHO: Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108116/1/E60706.pdf> (accessed 2016 Feb 4)
- 8) 道林千賀子:市町村におけるたばこ対策. 大井田 隆, 他編. 特定健康診査・特定保健指導における禁煙支援から始めるたばこ対策. 東京, 日本公衆衛生協会, 2013:207-238.
- 9) 道林千賀子:タバコを吸わない世代作りのための地域の挑戦～見えてきた未成年喫煙率ゼロ～. *チャイルドヘルス* 2014;17(7):31-35.
- 10) 道林千賀子, 櫻井きよみ:先進事例に学ぶ地域での喫煙対策－多治見市の推進体制と公共施設敷地内禁煙. *公衆衛生* 2015;79(10):697-701.
- 11) WHO: Ottawa Charter for Health promotion, 1986. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (accessed 2016 Feb 4)
- 12) 島内憲夫, 鈴木美奈子:ヘルスプロモーション WHOオタワ憲章. 東京, 垣内出版, 2013.
- 13) 尾島俊之:健康格差とポピュレーションアプローチ. *公衆衛生* 2007;71(6):487-491.
- 14) Rose G: The Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press, 1992. [曾田健二, 他(監訳). 予防医学のストラテジー. 東京, 医学書院, 1998]
- 15) 水嶋春朔:地域診断のすすめ方－根拠に基づく生活習慣病対策と評価 第2版. 東京, 医学書院, 2006.

健康長寿社会の実現を目指した健康づくり —地域ぐるみのフレイル予防の取り組み—

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 野藤 悠

POINT

- ① 健康寿命を延伸するには、フレイルを先送りするための地域環境の整備が不可欠
- ② 養父市では、高齢になっても歩いて通えるように行政区ごとにフレイル予防教室を開設
- ③ 担い手不足を解消するために、「教室運営をシルバー人材センターの仕事の一つに位置づけ、研修を受けた会員が各地に出張して教室を運営する」という仕組みを構築
- ④ 単に委託するのではなく、保健師のコーディネートが成功の鍵

はじめに

総人口が減少する中で、高齢者の中でも特に要介護のリスクが高まる後期高齢者の増加が予想されている¹⁾が国において、自立して生活できる期間(健康寿命)を延伸することは喫緊の課題である。

健康寿命の延伸において生活習慣病の予防が重要であることは言うまでもないが、特に高齢期に重要性が高まるのが「フレイル(Frailty)」の予防である。フレイルとは、高齢期に生理的予備能が低下することでストレスに対する脆弱性が亢進し、生活機能障害、要介護状態、死亡などの転帰に陥りやすい状態のことである²⁾。脳卒中を発症した場合など、健常な状態から要介護状態に突然移行するケースもあるが、今後増加

する後期高齢者の多くはフレイルという中間的な状態を経て、徐々に要介護状態に陥ると考えられている。

では、どのようにフレイルを予防または先送りするか。十分とは言い難いが、その問いに対する答えが疫学研究成果から明確になりつつある。例えば、不足しがちなたんぱく質やビタミンを適量摂取するなどバランスの良い食事を心がけ、しっかりと体を動かし、積極的に社会参加をするなどがその答えの一つであろう³⁾。しかし、こうした取り組みを個人の努力で行うには限界がある。そのため、個人の取り組みを社会全体で支援していくことが不可欠となる。

フレイルを予防・先送りするための社会環境の整備をいかに行うかについては、兵庫県養父市⁴⁾、和歌山県広域⁵⁾、愛知県武豊町⁶⁾などで、身近な

場所に住民主体のサロンや体操の場をつくる取り組みが行われており、そうした事例が参考になる。本稿では、それらの中でも筆者が関わってきた兵庫県養父市における取り組みに焦点を当てて、その歩みと今後の展望について紹介したい。

取り組みを始めるに至った経緯

養父市は兵庫県北部の但馬地域の中央に位置する四方を山に囲まれた緑豊かなまちである。人口は25,139人、高齢化率は35.3%、後期高齢化率は20%(いずれも平成28年1月1日時点)と、兵庫県内で高齢化が最も進んだ地域の一つである。

同市では、健康で安心して暮らせるまちづくりを市政の中心課題の一つに掲げており、平成19年度から「介護予防サポーター」を養成するとともに、平成20年度からは、地域包括支援センターのスタッフが150余りある行政区を年に一度巡回し健康教育を行うなど、1次予防活動を重視した取り組みを行ってきた。こうした取り組みの成果を調べてほしいという同市からの依頼をきっかけに、筆者が当時所属していた東京都健康長寿医療センター研究所と養父市との共同研究事業が平成22年度にスタートした。

取り組みのあゆみ

1. 身近な場所にフレイル予防教室を

取り組みの第一歩として行ったことは、「地域の実態を見る・地域の声を聞く」ことである。まず、高齢者の健康状態や生活習慣を把握するために実態把握調査を実施した(平成24年7月)。さらに、住民や市の職員、研究者等が集い、今後の健康づくりのあり方を議論する場として「健康長寿コミュニティ会議」を設立した(図1)。こうした調査や健康長寿コミュニティ会議での住民との意見交換を通して、フレイル予防の必要性や身近な場所に健康づくりの場を広げたいというニーズがあることが確認された。

当時、養父市には交流や簡単な体操等を目的としたサロンが市内111ヵ所に開設され、高齢者の社会参加の場として重要な役割を果たしていた。しかし、さらに積極的にフレイルを先送りする地域づくりを行うには、健康づくりに重点的に取り組む場(フレイル予防教室)の創出も必要と考えた。

そこで、教室の開設に向けて市の職員らと協議・検討を行った。すると、「市役所まで車で1時間を要する地域も多い養父市では、市役所で介護予防教室を実施しても参加者はごく少数に限られた」「短期間実施しても教室が終了すると一度改善した健康状態が元に戻ってしまった」といった意見が保健師からあげられた。そこで、



住民・各種団体

区長
民生・児童委員
サロン世話役
介護予防サポーター
シルバー人材センター会員
食生活改善推進員

行政・専門機関

医療関係者
但馬長寿の郷
社会福祉協議会
養父市健康福祉部高年福祉課
兵庫県立福祉のまちづくり研究所
東京都健康長寿医療センター研究所

図1 養父市健康長寿コミュニティ会議



図2 地域ぐるみのフレイル予防推進モデル

そうした経験から、リスクの高い高齢者を抽出し、一定期間介入するという従来の二次予防と同様の方法をとるのではなく、「高齢になっても歩いて通えるような身近な場所(行政区ごと)に、誰もが継続して参加できるフレイル予防教室を開設する」という目標を掲げ、その実現に向けて取り組むこととなった。

2. シルバー人材センターが“笑い与健康をお届けします！”

目標を実現する上での最大の課題は、担い手の確保であった。行政区ごとに教室を開催するとなると、行政職員が定期的に運営するにはマンパワ的にも経済的にも不可能であった。市では介護予防サポーターが中心となりサロンを運営しているが、その頻度は月1回程度であり、最低でも週1回の開催が望ましいフレイル予防教室の運営となると、無償ボランティアである介護予防サポーターには負担が大きいと考えられた。

また、どの地区にも介護予防サポーターがいるわけではなく、人材に恵まれない地域では健康づくりの動きが起きづらいという課題があった。

そこで、こうした課題を解決し、行政区単位での教室を可能にする新たな仕組みとして、「研修を受けたシルバー人材センター会員が仕事の

一環として市内の各地区へ出張し、教室(『毎日元気にクラス』と命名)を運営する」という方法を考案した。そして、サロンなどの社会参加の場の運営を介護予防サポーターや地区役員などが担い、フレイル予防教室の運営をシルバー人材センターが担うという地域ぐるみのフレイル予防推進モデルを考案した(図2)。各地に笑いや健康をお届けする担い手として、シルバー人材センター会員の名称は『笑い与健康お届け隊』(以下、お届け隊)と名付けた。

3. 実施に向けた体制づくり

目的や予想される効果、財源等について、養父市シルバー人材センターと協議を重ねたところ、地域に貢献できることはないか模索していたというシルバー人材センターとニーズが合致し、協働体制を築くことができた。地区の役員に対しては、協力が得られるよう、実態把握調査の結果を地域自治区ごとに冊子にまとめるなど地区の実態を“見える化”し、研修会を開催して地域ぐるみでフレイル予防に取り組む必要性を訴えた。また、保健師が地区に出向き教室の説明や開催に向けた調整を行った。

4. 教室のプログラムづくり

東京都健康長寿医療センター研究所が開発し、

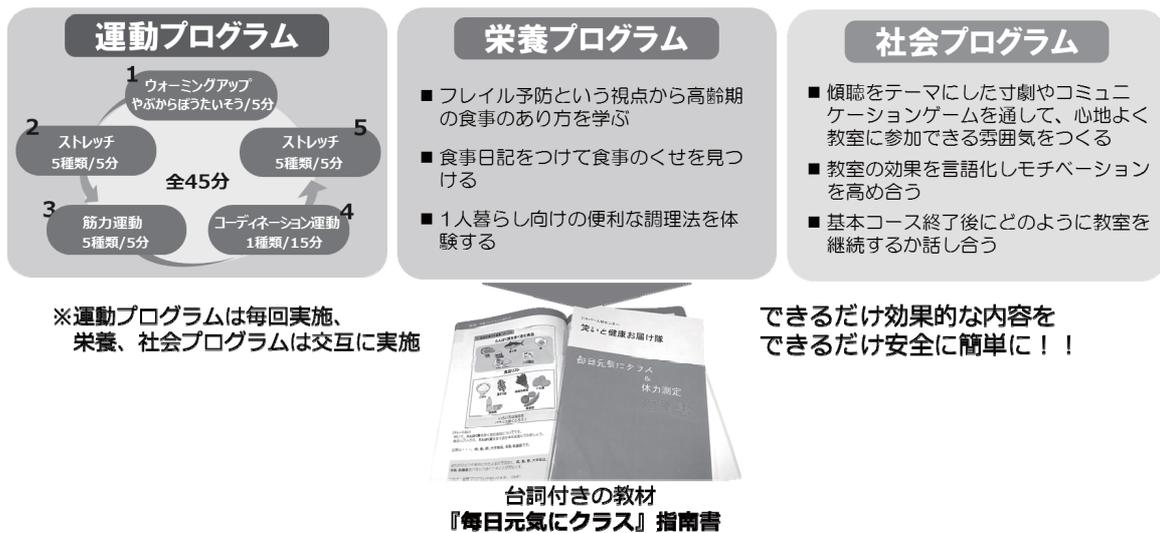


図3 『毎日元気にクラス』の構成と指南書

無作為化比較試験によって効果が検証された、運動、栄養、社会プログラムから成る「フレイル予防プログラム」⁴⁾⁷⁾を養父市の高齢者に適した内容・実施頻度となるよう保健師らとアレンジし、基本コース1回60分・全20回(週1回・6ヵ月間)のプログラムを作成した(図3)。基本コース終了後は、必要に応じてお届け隊のサポートを受けながら地区に合う形で継続できるように、座談会を社会プログラムに盛り込むなどの工夫をした。また、お届け隊が安心して教室を運営できるように、基本コースの進め方を、台詞付きで『毎日元気にクラス指南書』にまとめた。

5. 『笑いと健康お届け隊』の養成

平成26年3月から全10回シリーズで、行政やシルバー人材センターと共同で養成研修会を開催した。多くの自治体で養成している介護予防サポーターが学ぶ内容は体操など単一であることが多いが、お届け隊は運動プログラムに加え栄養や社会プログラムと複数の内容を短期間で身につけなければならず、研修当初、難しすぎると辞退する者や不安の声を上げる者も多かった。そこで、指南書に台詞をつけたり、できるだけ実践を想定した練習を多く取り入れたりするなど、研修内容を工夫し、楽しい研修となるよう務めた。その結果、途中、辞退者を出すこともなく1期生26名を養成することができた。

そのうち2名は、コーディネーターとしてシフト管理や教材管理などのマネジメントを担当することになり、各地で教室を運営する上でなくてはならない存在となっている。

平成27年2月には第2期養成研修会を開催し、15名が新たに加わり現在は41名で活動している。

教室の様子と今後の展望

平成26年6月にモデル地区で教室がスタートして以降、1年間で開催地区が13ヵ所に広がった。各地区の教室には、60歳代から90歳代(要支援者も含む)まで、平均すると地区に住む高齢者の約4割が参加し、1回の教室あたり3～4名のお届け隊が担当している。また、お届け隊が教室の運営を担う傍らで、保健師が要所所で教室を訪問し、リーダー的住民を見つけて継続方法を共に探るなど、継続化に向けた支援を行っている(図4)。その結果、全20回の基本コース終了後、実施した地区の全てが教室の自主運営化に成功している。

教室の参加者からは、「今まではほとんど家の中で過ごしていたけど、ここなら参加できる」「笑う機会が多くなった」「腰痛が楽になった」「手がよく上がるようになって農業が楽にできるようになった」など、喜びの声が聞かれるようになった。教室を担当するお届け隊からは、「自分自身

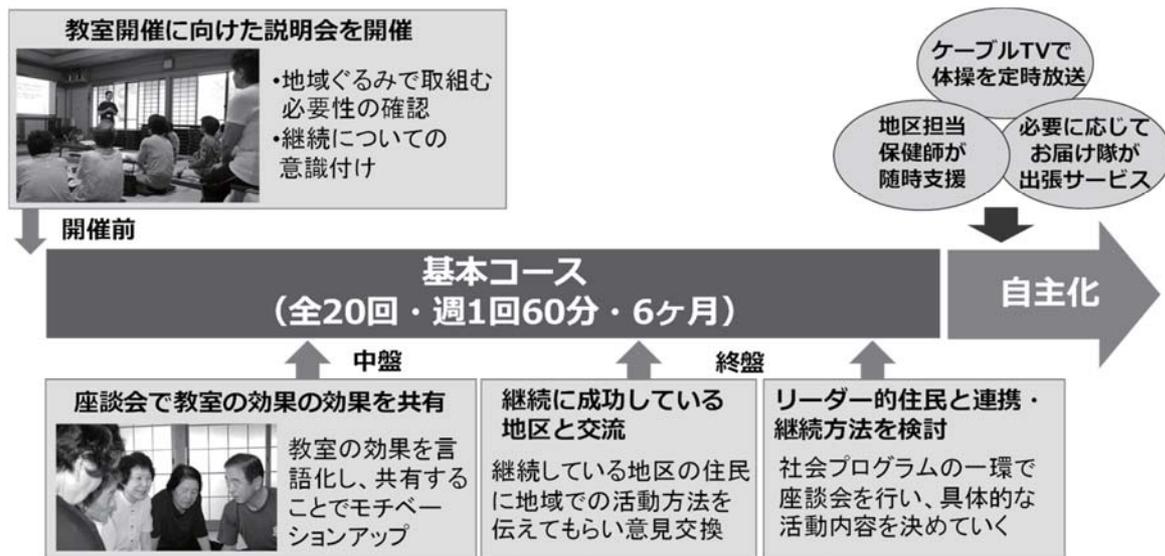


図4 自主化に向けたアプローチ

の健康を見直すきっかけになり、知識が広がった「笑う機会が増えて楽しみができた」「担当した地区のことが好きになった」といった感想が寄せられている。1時間の教室終了後には、参加者が企画したお茶会やそうめん流しなどが行われることもあり、誘いを受けてお届け隊も参加するなど、参加者とお届け隊の交流も行われている。

「シルバー人材センターの会員が各地に出張し、教室を運営する」という仕組みは、プログラムの提供者であるお届け隊と参加者、双方の心身へよい効果をもたらすとともに、地域のソーシャルキャピタルを育む力を秘めていると筆者らは期待を高めている。今後は徐々に担い手を増やし、“市内のどの地区にも『毎日元気にクラス』がある”という状態を目指すとともに、中・長期的な視点で取り組みの評価を行う予定である。

地域ぐるみのフレイル予防を推進するポイント

平成27年度の介護保険制度改正では、基本チェックリストでスクリーニングされたハイリスク者に専門職がサービスを提供する「個別アプローチ」から、「地域住民の自発的な健康づくりを側面的に支援するアプローチ」へと介護予防の

コンセプトの転換がなされ、住民が主体的に参加・運営する介護予防の場を創出していくことが自治体に求められるようになった⁸⁾。しかし、そのための具体的な方法論は示されておらず、頭を悩ませている自治体は少なくない。中でも、多くの自治体に共通する課題が担い手の問題であろう。

養父市では、「シルバー人材センターの会員が各地に出張し、教室を運営する」という仕組みをつくり、その課題解決を図った。こうした仕組みは、担い手がないために教室が開催できないという地域において、教室開設の敷居を下げることで期待される。

しかし、単にシルバー人材センターに委託すればそれでよいという話ではない。そこには保健師などコーディネーターの存在が必要不可欠である。例えば養父市では、保健師が養成研修を企画・運営するだけでなく、地区に出向いて教室の開催を促したり、参加者やお届け隊のモチベーションを上げるような働きかけを行ったりするなど、随時サポートを行っている。また、有償ボランティアには無償ボランティアには求められないクオリティーが求められることがあり、「たとえ小額であってもお金をもらっているのなら手際よく進めてほしい」など厳しい声が浴びせられることもあるが、そのような時も保健

師がすぐに対応し、地区に出向いて説明したり、お届け隊を集めてミーティングを行ったりしている。

このような保健師の影武者的な働きに加えて、お届け隊と参加者が“教える、教えられる”関係ではなく、“皆で助け合って健康づくりをしよう”という雰囲気を保健師やシルバー人材センターの職員がつくりだしていることも重要なポイントの一つではないかと考える。

おわりに

運動が体に良いことは分かっている一人では継続できない、一人暮らしで食欲がわからない、車の運転が難しくなり一人で遠出ができないなど、高齢になるほど個人の努力でフレイル予防に取り組むことが困難になる。こうした状況に対し、フレイル予防に取り組めるような社会環境をいかに構築するかが、今後、健康寿命を延伸する上での鍵となる。地域の力(ソーシャルキャピタル)に依拠して健康づくりの場を地域に広げ、そこでの取り組みがフレイルを先送りするとともに地域の力を強くする、それが養父市とわれわれ研究者が目指すフレイル予防のあり方である。今後、このような取り組みが全国各地に広がっていくことを願っている。

謝辞

本事業は、(独)科学技術振興機構戦略的創造研究推進事業の助成を受け実施した(「高齢者の虚弱化を予防し、健康余命を延伸する社会システムの開発」[代表:新開省二],平成23~26年)。

参考文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所:日本の将来推計人口(平成24年1月推計)。2012. <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/sh2401top.html> (accessed 2015 Oct 10)
- 2) 一般社団法人日本老年医学会:フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント。2014. http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf (accessed 2015 Oct 10)
- 3) 葛谷雅文, 雨海照祥, 林田美香子, 他:フレイル-超高齢社会における最重要課題と予防戦略. 葛谷雅文, 雨海照祥 編. 医歯薬出版株式会社, 東京, 2014, pp141.
- 4) 新開省二:(独)科学技術振興機構戦略的創造研究推進事業「コミュニティで創る新しい高齢社会のデザイン」領域「高齢者の虚弱化を予防し、健康余命を延伸する社会システムの開発」研究報告書. 2014
- 5) 本山 貢, 松田忠之, 谷口和也, 他:運動による介護予防の広域対策-和歌山県モデル-. 介護福祉・健康づくり 2015; 2:94-99.
- 6) 平井 寛, 近藤克則, 竹田徳則:敬老堂をモデルとしたポピュレーションアプローチの試み-武豊町介護予防モデル 事業「武豊町憩いのサロン」-. 日本福祉大学 社会福祉論集 特集号 2008; 99-107.
- 7) 川畑輝子, 武見ゆかり, 村山洋史, 他:地域在住高齢者に対する虚弱予防教室による虚弱および食習慣の改善効果. 日本公衆衛生雑誌 2015;62:169-181.
- 8) 厚生労働省:介護予防・日常生活支援総合事業の適切かつ有効な実施を図るための指針. 2015. <http://www.whoirei.mhlw.go.jp/hourei/html/hourei/contents.html> (accessed 2016 Feb 1)