

健康づくりと健康教育

藤澤 邦彦

Health promotion and education

FUJISAWA Kunihiro

Abstract

In the health promotion and education it should be understood that the aim of health is concrete and that state is worthy of the aim for everybody.

So I define "Health is a state that all people live worthy of every one with complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity , and have the ability of promotion"

To obtain "advocate","enable" and "mediate" which are the strategy for WHO's health promotion, a health educator who has the high ability is necessity above all.

In Japan "Health Japan 21" is carrying on as health promotion, however, there is inclination in that content. A health educator who can consider the exercise for health is necessity.

People aim his lifelong health and consider and behave by themselves, for that, to bring up the talent who can do certain health education should be urgent.

Key words : Health promotion, Health education, " Health Japan 21", Health educator

はじめに

健康は古くは神がもたらすものとして信じられ、信心深いことが健康の神の御利益を得、病気をもたらす疫神から逃れる道と考えられていた。古代ローマの詩人ユベナリスは祈りの言葉として「健全な身体と健全な精神こそ願わしい」と謳っている。長い時を経て、科学が進歩し社会が発展した近代では、健康は社会が保障するものとして考えられてきた。1946年にだされたWHOの世界保健憲章の前文では「各国政府はその国民の健康に対して責任を負うものである」と明記している。ところが、疾病構造の変化や高齢化等により医療費の社会負担が増大し続ける現代では、健康は自らがつくるものになりつつある。やがておとずれるといわれているポスト福祉社会の前兆である。1986年のヘルスプロモーション国際会議では「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」と定義し¹³⁾、わが国において2003年に施行された「健康増進法」でも「国民は、健康な生活習慣の重要性に対し関心と理解を深め、生涯にわたり、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努める」責務があると記されている。

今や健康対策は、従来の病弱者を中心とした疾病・医療対策から、すべての国民を巻き込んだ新たな健康づくりの活動に変容しつつある。

目指したくなる「健康」

人々が自ら健康を目指して学習し、行動するには、目標となる健康が明確であり、目指すに値するすばらしいものでなければならない。果たして従来の健康管理や健康教育が目標としてきた健康は、わかりやすく、立派であっただろうか。いく

つかの健康観について考察してみたい。

1. 「病気でなければ健康である」という支持者の多い、かつ根強い考え方がある。これは近世のはじめ、医学辞典に初めてレーモンの健康の定義として「健康とは病気でない状態であり、病気とは健康でない状態である」と載って以来受け継がれてきたものである。また疾病の治療を本務とする医学の世界では、今日に於いても常識的な考え方である。しかし、これでは疾病対策 = 健康づくりということになり、医学に依存した従来型の健康対策が主となってしまふ。わかりやすい健康観ではあるが、病気でないのが当たり前前の若者等からは積極的な健康づくりの意欲は引き出せない。

2. 「要介護者、障害者等にも健康な人が多い」と考えている人が、主として福祉関係の仕事をしている人達や高齢者の中に多い。この考え方は、虚弱であっても障害があっても不健康な人として差別してはならないとの考えに基づいており、人の尊厳に配慮した健康観である。しかし、これはその人なりの健康であって一般論には当てはまらない。仮に虚弱でも障害があっても、治療の対象にならなければいかなる状態でも健康であるというのでは、未成熟者や健常者が目指す健康としては不明確かつ健康づくりの意欲が湧かない考え方である。

3. WHO が世界保健憲章の前文で定義した健康観が最も共通理解しやすく、理想として目指すに値すると考えている識者は多い。WHO が世界各国政府の努力目標として掲げてから既に 60 年近くになるにもかかわらず、今なお教科書の書物はすべてこの定義を紹介している。この「健康とは、身体的、精神的および社会的に完全に良好な状態であって、単に病気でないとか病弱でないとかいうだけのものではない」という定義には三つの特徴がある。一つは社会的に完全に良好な状態を健康の概念に取り入れていることであり、国民の心身だけではなく、社会すなわち国家も良好であることを条件付けている。二つめは良好さの中に単に病気でないことのほかに病弱でないことも明記し、適応能力のたかい、強くて余裕のある状態を求めている。三つめはそれだけのものではないとして、さらなる良い状態への期待と可能性を含めている。

広く認知されているこの定義を正しく理解し、その実現に向けて努力を続けなければならないが、

人々がまず関心を持つ個人の健康と社会との関係や社会の健康と自然との関係、あるいは健康を増進する能力に対する配慮等においてよく理解できない点も見られる。

4. WHO の定義に新たな考えを付加した健康観が提案されたこともあった。

1998 年 1 月の WHO 理事会において「スピリチュアル・ヘルスを WHO 憲章の中に入れる」という案が圧倒的多数で承認され、総会に諮ることになった。ところが 1999 年 5 月の総会では「現行の憲章を支持する。改正案は事務局長があずかる」ということになり、その後議題になっていない^{注1}。このスピリチュアルという語は一般に霊的と訳されており、提案では憲章の定義の身体的、精神的の後に霊的を加えるというものであった。提案時に WHO の事務局長であった中嶋宏は霊について「気」であると説明しているが、他に「魂」としている人もいる^{注2}。宗教や倫理の視点から解説している人もいるが、霊を具体的に意識することは困難である。止まることのない不健康な現象の抑止力として、健康に新たな規範力を持たせたいという意図は理解できるが、誰にも共通してわかるものでなければかえって混乱を招く。

5. 私が健康教育で目指す健康観は、WHO の定義を基にして「すべての人が、身体的、精神的、社会的に良好に存在している状態であり、単に病気でない、虚弱でないばかりでなく、増進性を有して、それぞれ人らしく存在している状態」としている。強調している点として一つは限られた健康資源をすべての人のものとして考えなければならないということであり、二つ目は社会に浮き草の如く適応しているのではなく、より良くなる方向性と力である増進性を有していなければならないということであり、さらに三つ目は人は人らしく存在してこそ健康であるといえるということである。要するに、すべての人がそれぞれ人らしく生きている状態が健康であると言えるが、人らしさにはいわゆる人の道としての人らしさと、個人の自分らしさの両者が備わっていなければならない。

みんなが平等に生きがいが持てて、わかりやすい健康観こそ、目指すに値する健康観ではないだろうか。

・健康教育にできること

健康教育にできることは、教育的手段によって人々の健康に対する知識理解、認識、意識、態度、行動、習慣を改善することである。人々の健康状態を直接的に改変することはできないし、それはやってはいけないことである。人々の健康が社会的には権利であり義務ではないことを考慮すると、管理的手段による健康づくりには自ずから限度があり、画一的、強制的側面を有するばかりでなく、人々に管理者任せの依存性を抱かせるという弊害がある。管理的健康づくりは必要最低限度に抑えられなければならない。その点、教育的手段による健康づくりは学習者の主体的健康づくりを促すものであり、個人あるいは社会がより高い健康水準を望む限り大いに活用されるべきである。健康教育にできることとして、従来から行われてきたような様々な健康阻害要因への対処法や健康増進要因の獲得法を学ばせ、実践させることがあげられる。これは喫煙や薬物乱用の悪影響や、運動習慣の好影響を科学的にわからせたり、正しい行動を獲得するスキルを学ばせたりすることである¹⁰⁾。ただ、これでは現状のヘルスニードに見合った対症療法的な健康教育に過ぎず、より積極的な健康は得られないばかりか比較的健康状態がよい若者や知的学力のある者は学習意欲を持ち得ない。健康教育にできることであり且つまずやらなければならないことは人々のヘルスニードそのものを変えることであり、それは新たに確かなヘルスニードの発掘、創造である。個人あるいは社会に

とってありきたりではなく、自らがより活かされることに繋がるような新たなヘルスニードこそ新たな健康づくりへの期待と活力を生み出すと考えられる。知的水準が高く、健康情報が氾濫しているわが国における健康教育の主たる使命は、人々にとってこのような新たに確かな、ヘルスニードの開発にあるのではなからうか。

ヘルスプロモーションと健康教育

わが国においてヘルスプロモーションという語が一般に多用されるようになったのはここ数年のことである。公衆衛生や健康教育の領域ではより早い時期から、まずヘルスプロモーション自体が研究材料として関心が持たれ、やがて翻訳本等が何冊か出回ってからは実践研究へと発展し¹¹⁾¹⁴⁾、さらに一般に広く啓蒙すべきこととして教科書等でもとりあげられるようになった。しかし、まだ識者の中にも単に健康増進や体力増強と思っている人がいたり、地域の保健担当者でもさっぱり理解していない例も少なくない。また、トータルヘルスプロモーションやスポーツプロモーション等の造語や類似語が使われるようになって、本来の国際的に推奨されている、新しい総合的な健康づくり運動ということがまだ周知徹底していない。新たな活動を始めている日本ヘルスプロモーション学会や地域医療振興協会のヘルスプロモーション研究センター等の活動に期待したい。

ヘルスプロモーションの特徴は従来の健康づく

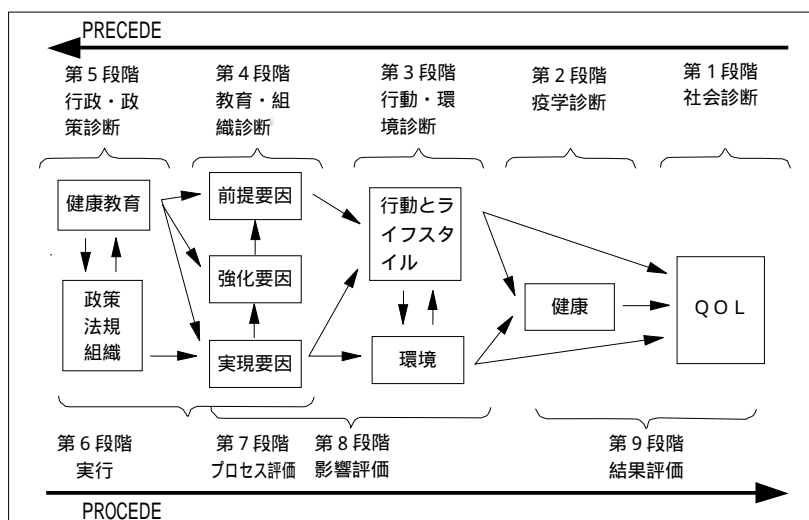


図 プリシード・プロシードモデルの概念図

りからのシフトの変換として、専門家（医師等）による健康づくりから素人（一般の人々）による健康づくりへ、医学、自然科学中心の健康づくりから社会科学中心の健康づくりへ、保健医療施設での健康づくりから地域や家庭での健康づくりへ等々があげられている。これを健康教育との関連から見ると、医療、健康管理中心の健康づくりから健康教育、健康学習中心の健康づくりへのシフトの変換と言える⁹⁾。

ヘルスプロモーションを推進する理論、方法として、国際的にもまたわが国でもかなりの事例で採用されているのがグリーン等によるプリシード - プロシードモデルである¹⁾。

その枠組みは図の通りであり、第1段階から第4段階までの準備段階を経て、根拠のある計画的な健康教育によって新たな健康づくり政策や活動を生起し、第9段階の成果評価に至る筋道を示している。

また、ヘルスプロモーション健康教育国際連合（IUHPE）が2000年に出した「ヘルスプロモーションの有効性に関するエビデンス」ではおよそ20年間に亘るヨーロッパにおけるヘルスプロモーションの成果を表のようにモデル化して発表している⁵⁾。ヘルスプロモーション活動における教育が健康リテラシー（有識）を高め、さらに健康的

ライフスタイルをもたらし、その結果として健康成果と社会成果を生じたことを示している。

「健康日本21」と健康教育

今、わが国における第三次健康づくり運動として「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が進められている⁶⁾。平成12年から10年計画で行われ、平成17年を目途に運動の成果を中間評価することになっている。この「健康日本21」には従来の健康づくりに見られない主な特徴として、厚生労働省が示した基本計画に数値目標が掲げられており、それに基づいて各地方自治体がそれぞれより具体的な目標と実施計画をたてて行うことになっている。「健康日本21」ではヘルスプロモーションという語は用いられていないが、疾病の一次予防を目指して地域や住民を積極的に巻き込んだ政策や環境整備を掲げており、ヘルスプロモーションを反映したものになっている。

科学的根拠（基準値）に基づかず数値目標として9領域70項目（重複もある）が示されたことは、健康教育を実施する立場からすると教育の具体的な目標（方向性と到達点）を示されたことであり、実施計画もすぐ作成できるように思われる。しかし、9領域の妥当性、70項目の妥当性、それぞれの数値目標の妥当性が極めて曖昧であり、地域や

表 ヘルスプロモーションの成果モデル

健康成果と社会的成果	社会的成果 指標：生活の質、技能的自立、公正		
	健康成果 指標：罹患率、障害率、回避可能な死亡率の減少		
中間的健康成果 （改善可能な健康を規定する要因）	健康的ライフスタイル 指標： 喫煙、食物選択 身体的活動、飲酒 薬物使用	効果的ヘルスサービス 指標： 予防的サービスの提供と 利用しやすさ ヘルスサービスの適切さ	健康的環境 指標： 安全な環境 支援的経済的社会的状況 良質の食物供給 タバコや酒への接触の限定
ヘルスプロモーション成果 （介入影響）	健康リテラシー（有識） 指標： 健康関連の知識、態度、 モチベーション、行動意 思、技能自尊心	社会的行動と影響 指標： コミュニティ参画、コミ ュニティエンパワーメン ト、社会規範、世論	健康公共政策と組織的活 動 指標： 政策表明、法律、規則、 資源配分、組織的活動
ヘルスプロモーション活動	教育 〔例〕 患者教育、学校教育、 放送や印刷メディアコミ ュニケーション など	社会的動員 〔例〕 コミュニティ開発、 グループ促進、 技術助言 など	提言 〔例〕 陳情、政治組織と実践主 義、 官僚的不活発さに打ち勝 つ など

自治体の実状を考慮して立案するとしても、これら達成できる生活とはどのような生活であり、また成果としてどのような健康がつけられるのか見えてこない。例えば、骨組みであるはずの9領域に栄養・運動・休養と並列でたばこ、歯が並びさらに糖尿病等があげられているが、これらに系統性が見られず単なる羅列である。また、70項目の分布をみると、栄養が14項目に対して運動が6項目（成人3，高齢者3項目）であり、幼児や青少年の目標項目はない。歯の健康の13項目も相対的に突出している。糖尿病・循環器病・がんでは計26項目あげられている。項目数が必ずしも重要性の大小を示すものでないにしても、項目間の重要性が比較できないことを考慮すると、各項目は結局計画や評価の対象となってしまうため、根拠のある数のバランスが必要である。数値目標についても例えば、成人の運動項目の「意識的に運動を心がけている人の増加」では基準値男性52.6%、女性52.8%を男女とも63%にしているが（他の項目でもなぜか10%の改善を目指す項目が多い）¹⁵⁾、意識を変える方法や可能性に見通しがあるのだろうか。「日常生活における歩数の増加」や「運動習慣者の増加」も掲げられているが、行動変容は従来から多くの手段を用いてもなかなか実現していないだけに達成の見通しがあるのだろうか。これらに類似した数値目標を掲げている項目が他に多数あるが、知識、意識、態度、行動等いずれも健康教育が普段から課題としてきたものが多い。今更改めて掲げるものだろうかという思いと、いよいよ健康教育の出番が来たかという思いの他に、健康づくりを地方自治体や個人の自己責任にしてしまうのではないかという懸念もある。

「健康日本21」は9領域に対応する3~8人の各「分科会」と保健・医療関係の研究者15人の「健康日本21計画策定検討会」と保健・医療関係組織および団体の代表者35人の「健康日本21企画検討会」での議を経てつくられた⁸⁾。いずれも任命された委員で構成されているが健康教育を専門とする委員がいなければか体育学を専門とする委員もない。目標領域や項目数の偏り等を見る限り、縦割り行政による委員の専門領域の偏りや委員間の妥協の産物に見える。

市町村レベルの地域計画が出揃わない内に、17年度中途の中間評価に向けて評価法や評価内容の検討が急がれている²⁾⁷⁾。

何とか成果を出そうと努力をしている自治体の中には、健康づくりの計画や事業を企業やNPO等に依存している所もあれば、保健医療を専門としない職員まで動員して事業数を増やしている自治体もある。しかし新たな具体的方策を見いださず従来からの保健事業をそのまま維持しているところもある。「健康日本21」を実のあるものにするためにはまず健康づくり事業や活動を企画運営できる人材を地域や住民の中に育成することから始めなければならない³⁾⁴⁾。

・望まれる健康教育者

健康教育は教育活動であり、健康に関わる教育活動ができる人が健康教育者ということになるが、わが国には健康教育を専門とする職業分類はまだない。しかし健康教育の必要性あるいは健康教育のチャンスは生活のあらゆる場面に存在しているため、保健医療関係者ばかりでなく多くの人が学校や家庭等で健康教育を行っている。本来、家庭や学校、地域の生活に密着した健康教育はそれぞれの場で教育力を備えた母親や教師あるいは保健師、栄養士、看護師等が中心になって行うべきであり、常によりよい教育ができるだけの能力を高める努力が必要である。さらにそれらの人々の教育力を高め、広めるために優れた健康教育者の存在が各地域に望まれる。また、学校の教科としての健康教育は特別な機能・役割を有しており教科外の健康教育とは区別して専門家が行うべきである。しかし、健康教育者として望まれる資質・能力は基本的には変わらない。詳細な解説は省くが、望ましい健康教育者の姿をあげると次のようになる。

1. すべての人に対する平等な生命尊重の精神を有していること
2. 教育の使命を認識し、必要な教育学を修めていること
3. 被教育者に必要な健康科学を修めていること
4. 健康教育をマネジメントできること
5. 自ら健康生活を実践し、健康であること

巷には健康科学の成果をそのまま教授することが健康教育と誤解している人も多いが、優れた健康教育者はより多様な資質・能力を有していなければならない。研究者養成ではなく、優れた健康教育者を育成するために活動している組織として、例えば国立保健医療科学院やNPOの日本健康教

育士養成機構等がある^{注2}。健康のための運動指導に限れば健康・体力づくり事業財団の健康運動指導士養成講習会等もあるが^{注3}、教育者養成の視点では必ずしも十分ではない。今後養成される学校の栄養教諭についてもどのような能力が求められるのか見まもりたい。

・おわりに

WHO のヘルスプロモーションでは健康を実現する基本的な戦略として「唱道」「能力の付与」「調停」の三つをあげている。必要なあらゆる活動をを進めるのは人であり、為政者、政策担当者、保健・医療専門家、地域住民等がそれぞれのレベルにおいて、健康づくりに自ら進んで参加する意志と能力を持たなければ成り立たないことを基にたてられた戦略である。押しつけや単なる PR や経験等から実現することではなく、政策の縄張りや権威、保健医療関係者の専門性や権威、保健医療関連事業者の利権あるいは地域住民の生活経験等々あらゆる垣根を越えるだけの高度な健康教育によって実現することである。

わが国は従来から整備されてきた医療制度に加えて健康増進法を新たに制定し、国民の健康づくりを始めている。ところが健康増進法は旧栄養改善法を取り込んだ偏ったものであり、総合的、積極的な健康づくりには物足りない。医療と栄養は健康づくりに不可欠の要因ではあるが、わが国の健康問題の多くが運動不足に起因している上に、動物である人間が本来有しているべき、自由に、安全に動ける心身の能力が低下し続けていることを考慮すれば、健康のための運動にもっと配慮がなされるべきである。文科省管轄のスポーツマンに健康のための運動の振興を期待しているとしたらお門違いである。健康教育は国、地域、あるいは特定の集団、個人等の状況に対応して行われなければならないが、常に総合的、積極的な健康づくりを視野に入れた正しい健康教育でなければならない。

膨大な経費を伴う医療、介護に新たな健康関連事業が加わり、様々な思惑のもとに様々な動きが随所に見られるが、国民が生涯健康をめざして自分で考え、正しい行動ができるようにするために、確かな健康教育ができる人材の育成が急務である。

注1)

日本の中嶋宏氏が事務局長であった1998年1月のWHO理事会では賛成22、反対0、棄権8票で「スピリチュアル・ヘルスをWHO憲章に入れる」という決議案が承認され、1999年5月の総会に諮られることになった。しかし、1998年7月に事務局長がノルウエーのブルントラント氏に変わって、決議案は総会に諮られなかった。

注2)

日本健康教育学会を母体として平成13年9月に発足した日本健康教育士養成機構では、独自の講習会を実施し、平成14~16年に19名の「健康教育実践士」を認定している。さらに今後「健康教育専門士」の認定も計画されている。

注3)

健康・体力づくり事業財団では、昭和63年から健康運動実践指導者及び健康運動指導士の養成講習会を実施し、平成17年1月までに健康運動実践指導者18,075人、健康運動指導士10,131人を認定している。

文献

- 1) Green, L, W 神馬征峰他訳(1997) ヘルスプロモーション・医学書院, 東京
- 2) 星旦次編(2001) あなたの町の健康づくりーみんなで進める「健康日本21」. 新企画出版社, 東京
- 3) 日野原重明(1998) 地域における健康教育の実践・石井敏弘(編)「健康教育大要」, ライフサイエンスセンター, 東京, pp202-211
- 4) 岩永俊博(1995) 地域づくり型保健活動のすすめ. 医学書院, 東京
- 5) I U H P E (2003) ヘルスプロモーションの有効性に関するエビデンス. 西日本法規出版, 岡山, pp1-11
- 6) 厚生省保健医療局地域保健・健康増進栄養課(2002) 地域における健康日本21実践の手引き. 健康体力づくり事業団, 東京
- 7) 小西正光, 小野ツルコ編(2001) 「健康日本21」を指標とした健康調査と保健支援活動. ライフサイエンスセンター, 神奈川
- 8) 健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定委員会(2000) 健康日本21(21世紀における国民健康づくり運動について). 健康・体力づくり事業団, 東京, pp174-177

- 9) 武藤孝司、福渡靖(2001) 健康教育・ヘルスプロモーションの評価。篠原出版新社，東京
- 10) 宮坂忠夫(2002) 健康教育の変遷・現状・今後の課題。保健の科学 42(7), pp508-513
- 11) Nola J. Pender 小西恵美子訳 (1997) ペンダーヘルスプロモーション看護論。日本看護協会出版会，東京
- 12) 小田晋他(2001) 健康と靈性 - WHO (世界保健機関) の問題提起に答えてー。宗教心理出版，東京，pp1-56
- 13) 島内憲夫(1990) ヘルスプロモーション。WHO・オタワ憲章。垣内出版，東京
- 14) 島内憲夫(1996) ヘルスプロモーション入門。垣内出版，東京
- 15) 多田羅浩三(2001) 健康日本 21 推進ガイドライン。ぎょうせい，東京