

## 生活習慣の変容への施策とヘルスプロモーション

川田智恵子

### Measures and Policies for Better Life Style Change and Health Promotion

Chieko Kawata

キーワード：生活習慣病予防，メタボリックシンドローム，保健指導，ハイリスク・アプローチ，ポピュレーション・アプローチ

#### はじめに

平成20年4月から、「生活習慣病予防の徹底」を図るため、高齢者の医療の確保に関する法律により、医療保険者に対し、糖尿病等の生活習慣病に関する健康診査（特定健診）、および、その結果、健康の保持に努める必要のある者に対する保健指導（特定保健指導）の実施を義務付けた。この特定健診・特定保健指導を続けることにより、平成27年度には、平成20年度と比較して生活習慣病有病者・予備群を25%減少させ、中長期的な医療費の伸びの適正化を図ることを政策目標にしている。そして、この政策目標を達成するためには、標準的な健診・保健指導プログラム、健診・保健指導データの管理方策、健診・保健指導の委託基準等のあり方を整理することが重要であるとしている。以上のヘルスサービスを徹底することを、健診・保健指導の理念の転換と位置づけている。

それまで、国の生活習慣病予防対策では、昭和53年に「国民健康づくり対策」、昭和58年に「老人保健法にもとづく保健事業」、昭和63年に働く人の健康の保持・増進に資するため、「トータル・ヘルス・プロモーション（THP）」を始めた。更に、平成12年からは国民健康づくり第3次計画として、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」がスタートしたのである。昭和53年から30年間、国の生活習慣病予防対策は、それぞれの対策が1次、2次計画というように順に積み重なって進められてきたが、

その成果は、見方によっては十分ではなかったとの結果になっている。そのことが、今回出されたきわめて臨床的なモデルに集約された健診・保健指導プログラムの提示になったと考えられる。

確かに、この30年間の生活習慣病予防対策には甘さがあったかもしれない。しかし、生活予防対策は国民の参加無くして進まないと思っている。健康日本21計画には、ヘルスプロモーションの概念が大幅に取り入れられ、生活習慣の改善の主体者として国民一人ひとりを据え、それを可能にするために関連する人々、組織、民間機関、行政等が一体となり社会環境を整備していくという方向で歩みだしてきた矢先に、ヘルスサービス側のイニシアティブの強い専門的なアプローチが示されたことに、私自身多少の戸惑いを感じた。そこで、わが国の今までの生活習慣の変容への施策をレビューすることを含め、本年度から始まった特定健診・特定保健指導の特徴をあらためて学習することによってこの新しく示された施策を成功させるには何が必要かを見出すため「生活習慣の変容への施策とヘルスプロモーション」というテーマで小論を綴ることとした。

#### 1. 特定健診・特定保健指導の特徴

この健診・保健指導は、健康保険組合、国民健康保険などの医療保険者が主体となって行う事業である。特徴を整理すると以下ようになる。

1) 生活習慣病予備群としてメタボリックシンドローム該当者を抽出し、予備群に対する生活習慣への介入を目的としている。

生活習慣病の予備群としてメタボリックシンドロームに着目している。メタボリックシンドロームとは、内臓脂肪型肥満（腹部肥満）に高血圧、高脂血症、高血糖のうち2つ以上を合併した状態をいうとしている。内臓脂肪型肥満は様々な生理活性物質やアディポサイカインの分泌異常をおこし、たとえば遊離脂肪酸の増加は筋肉、肝臓の脂肪蓄積を招きインシュリン抵抗性を増大させる。内臓脂肪型肥満の蓄積は、高血圧、高脂血症、高血糖さらに、動脈硬化性疾患の発症基盤になる。したがって、メタボリックシンドロームは生活習慣病として重要な虚血性心疾患および脳血管疾患の発症を招くことになると述べている。

2) 保健指導を確実に行う。

老人保健法に基く健診や職域保健は受診率を上げることに重点が置かれ、保健指導は付加的な役割に留まっていたが、今回の対策は、健診結果および質問項目から、生活習慣病のリスクに応じて「情報提供」、「動機づけ支援」、および「積極的支援」に階層化すること、保健指導の方法は階層により程度は異なるが全員に対し行うとしている。

3) 保健指導は、個人の行動変容を促すように行われる。

標準化されたプログラムを用いて、本人が自己の身体状況を理解し、生活習慣の改善の必要性を認識し自ら行動目的を設定し実行できるようにするとしている。「積極的支援」であっても6ヶ月程度で保健指導は終了するが、その後、健康的な生活習慣が継続できるように社会資源の活用やポピュレーション・アプローチによる支援が行われるとしている。

4) 結果評価、プロセス評価、更に事業実施量評価を行い、当保健事業の改善に努める。

健診・保健指導の結果は医療保険者が管理し、結果評価、プロセス評価、更に事業実施量評価を行う。また、レセプトとの突合せが可能になるとしている。

5) 医療保険者へのペナルティが課せられる。

健診・保健指導の受診率の目標が未達成の場合、または、健診成績が改善されない場合は、医療保険者は後期高齢者医療制度への支援金を多く支払わねばならないとしている。

6) 保健指導実施者が有すべき資質として以下の事項を挙げている。

(1) 本事業に関わる医師、保健師、管理栄養士の企画、立案、評価力

(i) 医療費データ、健診データ、その他の健康関連データから、個人、集団の特性を抽出し、優先的な健康課題を設定できる能力

(ii) 保健指導にあたり、既存の社会資源の活用、事業者への委託の必要性の有無を含めた体制の確立や、地域・職域にある多くの関係機関とコーディネートできる能力

(iii) 委託する機関の選定、継続的な質の管理、モニタリングなどができる能力

(iv) 結果評価、プロセス評価、更に事業実施量評価ができる能力

(v) 人材育成を行う能力

(vi) 常に有効な保健指導プログラムを開発できる能力

(2) 医師、保健師、管理栄養士の保健指導能力

(i) 対象者との信頼関係の構築

対象者が自らの状態に正面から向かい合い、自身の状態に対する考えや気持ちをありのままに表現することでセルフケア能力を強化する。この過程を支援する能力

(ii) 健診結果と生活習慣の関連を説明できる能力

メタボリックシンドローム、糖尿病、高脂血症、動脈硬化等の機序・病態・健診結果と生活習慣と結びつけて説明することができる能力

(iii) 対象者の属性、身体状況、生活習慣、家庭・職場環境、健康観、生活習慣改善に対する態度などをアセスメントし、対象者の自らの行動変容を支援できる能力

(iv) 相談、健康学習、行動の変容支援、技術獲得支援ができる能力

このように見ると、今回の標準化された健診・保健指導の構想は、ハイリスクアプローチとして、少なくとも構想の段階では、今までにない確りとしたものである。そこで、この30年間、生活習慣病予防に目標を置いてわが国で次々に打ち出された対策のそれぞれの意図をまとめ、その延長線にある今回の特定健診・特定保健指導をどのように受け止め、どのように進めていくことが重要かについて私見を述べたいと考える。

## 2. 生活習慣病予防に目標を置いたこれまでの対策

### 1) 国民健康づくり計画

昭和53年に始まった国民健康づくりは、(1)生涯を通じる健康づくりの推進、(2)健康づくりの基盤整備、(3)健康づくりの啓蒙普及の3本柱からなっていた。

(1)生涯を通じる健康づくりの推進においては、生活習慣病（当時は成人病）の予防をあげ、がんおよび循環器疾患の集団検診と事後指導の拡充、中でも女性を対象とした健診活動の強化をあげた。(2)健康づくりの基盤整備では保健事業を行う場として、市町村保健センター構想が打ち出された。また、(3)健康づくりの啓蒙普及においては、各市町村に「市町村健康づくり推進協議会」を作ることになっていた。メンバーは専門家ばかりでなく、地区組織やボランティアなど住民の参加が期待された。基本的な考え方としては、市町村を基盤とするコミュニティを中心に適切な地域保健計画が進むことを意図したと考えられる。「第1次国民健康づくり」では女性の健康づくり活動に力を入れ、食生活改善推進員を中心とした地域活動や女性を中心としたバレーボールのグループ活動などが活発になった市町村が増えた。厚生省は昭和63年度に、「第2次国民健康づくり」を打ち出し、アクティブ80ヘルスプランと名づけた。人生80年時代の長寿社会を健康的に生き抜くための計画という意味である。第2次国民健康づくりでは、栄養面では今までより一層具体的に記述した「第5次改定日本人の栄養所要量」が出たことや日常生活における体力づくりのための「健康運動指導士」の養成が始まったことがあげられる。その他、健康食品、健康機器、健康情報などの健康関連産業が急速に発展した。国は民間の優れた施設を認定し、税制や資金面の優遇措置を始めた。つまり、人々の社会資源を増やすために民間活力支援の強化をした。

第1次、および第2次国民健康づくり計画は、健診の強化、施設やマンパワーなどの基盤整備、健康づくりのための地域活動において一定の成果を見た。

### 2) 職場の従業員の健康づくり

労働省は昭和54年に、中高年齢者の健康の保持・増進、および、労働適応能力の開発と向上を図ることを目的に生活習慣病（当時は成人病）予防を意識した「シルバー・ヘルス・プラン（SHP）」を発表した。それは主に中高年齢者を対象に運動指導をすることにより健康づくりに寄

与しようとした。その後、昭和63年に労働安全衛生法を一部改正し「トータル・ヘルス・プロモーション（THP）」をはじめた。この種の対策はとかく大企業対象になることを避けるために労働者数が10人から50人の中小企業も含め、国による補助金措置も加えられた。中央災害防止協会が産業医、ヘルスケア・トレーナー、ヘルスケア・リーダー、産業保健指導者、心理相談員、産業栄養指導者向けの講習を行い、大企業や地域産業保健センターには研修を受けた上記6種類の指導者が用意された。若者層から高年齢層にいたる労働者を対象に、運動指導に限らず、生活指導、栄養指導、メンタルヘルスケアを含めた総合的な健康づくりを目指した。従来の疾病の早期発見・早期治療重視から、各専門指導者による第1次予防重視、衛生委員会と各指導者の情報交換、職場内推進体制の確立、従業員個人への非難にならないような配慮をしながらの指導などが強調された。大企業の中にはこの施策を生かして職場における健康管理を生活習慣病予防に向けて充実させようとしたところも多かった。しかし、その後バブル経済が崩壊すると不況の嵐は企業を襲い、産業保健を担う職員のリストラなどもおこり大変な時期を迎えた。中小企業も含めたTHP活動であったが、企業における雇用体制にも変化が起こり、成果についてははっきりしたものが出ていないのではないだろうか。

### 3) 老人保健事業について

国民の老後における健康保持と適切な医療確保を目的とした老人保健法が昭和57年に成立し、これに基き、健康手帳、健康教育、健康相談、健康診査、医療、機能訓練、訪問指導の7事業が昭和58年から始まった。計画をおよそ5年ごとに見直し、平成12年からの第4次計画では、個人の生活習慣行動、社会・生活環境等の把握や評価をするヘルスアセスメントを開発した。これからの老人保健事業は画一的な保健サービスではなく、個人のニーズおよび地域のニーズに合わせた計画が必要なことから、第4次においては生活習慣病対策と要介護状態予防対策を大きなテーマとして、生活習慣病対策においては生活習慣問診表と高血圧、高コレステロール血症、糖尿病、高トリグリセライド、肥満、貧血、高尿酸血症を対象領域とした目的設定型生活習慣アセスメント表を用意した。要介護状態予防対策においては、生活機能アセスメント表、閉じこもり、転倒予防、低栄養予防の3つに絞ったアセスメント表を用意した。ヘルスアセスメント検討委員会は、これらのデータをベースに、個人への

ヘルスサービスは老人保健事業で行い、集団的には市町村単位で、後述する健康日本21事業で扱うことを提言した。第3次計画までは集団を対象とした健康教育のみが事業として認められてきたが、第4次計画では、個人に対して、個別健康教育を導入した。高脂血症、高血圧、高血糖、喫煙などを改善するために一定期間「個別教育」が行われた。

本年度（平成20年度）から老人保健法は廃止され、健診については「特定健診・特定保健指導」として医療保険者が実施主体となった。

#### 4) 健康日本21について

「第3次国民健康づくり計画」が平成12年（2000年）より「健康日本21」の名称で始まった。第1次、第2次国民健康づくり対策を通して、健康診査体制、施設整備、人材の育成、健康づくり指針の策定等の基盤整備は充実したと厚生労働省は評価した。さらに、平成7年「地方分権推進法」が成立したことを契機にして、住民生活に直結する行政については地方自治体が自主的、総合的に実施することが求められるようになった。したがって健康づくりについても地方自治体ごとの特性に応じて自治体内の他の活動と一体的に展開することが可能になった。

健康日本21は、2010年度までの活動とし、壮年期死亡（早世）の減少、健康寿命の延伸、生活の質の向上を目的に、ヘルスプロモーションの理念に基づき、住民参加を基本として、i、「一次予防」の重視、ii、健康づくりの支援のための環境整備、iii、目標の設定と評価、iv、多様な実施主体による連携のとれた効果的な活動の推進の4項目を基本方針として挙げた。また、健康日本21企画検討会・計画策定検討会は、①栄養・食生活、②身体活動・運動、③休養・心の健康づくり、④たばこ、⑤アルコール、⑥歯の健康、⑦糖尿病、⑧循環器疾患、⑨がんを目標項目にした。市町村においては、これらを参考にし、地域の実情に応じた目標を取り上げ具体的な計画を策定することが必要だとされた。活動の推進体制の整備に当たっては、行政内部の体制づくり、社会資源との連携による体制づくりを整え、住民参加を如何に行うかが重要課題であった。社会資源として、保健医療専門家、医療保険者、マスメディア、企業、職場、NPO、地域住民組織などが挙げられた。都道府県は、地方計画の中心的役割を持ち、市町村、医療保険者、保健医療機関、学校、職域等との一体的な取り組みが期待された。また、市町村における計画策定においては、住民参加の重要性

が強調された。2005年ごろより策定の進捗状態の調査結果が学会誌に報告されるようになったが、それによると特に5万人未満の町村の策定がなかなか進まず策定率が低いという結果が出ている。

平成15年（2003年）には、健康日本21の施策を進めるために、健康増進法が施行された。その第2条に、国民の責務として、「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」と謳っている。同時に、それを実現するための国、地方公共団体、医療保険者などの責務を謳っている。

### 3. 生活習慣病予防対策のこれまでと「特定健診・特定保健指導」事業

このように生活習慣病予防を目標にしたこれまでの対策を眺めてきたが、これらを総括すると同時に「特定健診・特定保健指導」事業との関連をみでみる。

平成19年に厚生労働省健康局が作成した「標準的な健診・保健指導プログラム（確定版）」を見ると、ハイリスク・アプローチを主体とした解説がなされているが、決してポピュレーション・アプローチを忘れていないことがわかる。多分、健康日本21によってポピュレーション・アプローチ施策の体制は整ったという見解で始められたのであろう。

ポピュレーション・アプローチの目的は、健康によくはない潜在的な原因となる要因をコントロールして、多くの人が少しずつリスクを軽減することで集団におけるその疾患の発生を低下させることにある。生活習慣病の原因の多くは生活行動・生活習慣に関するものである。好ましくない行動をとる、またはとり続けるのは個人がそれを選択したのだといえるかもしれないが、社会そのものにそのような行動を取りやすくする、またはそのような行動を選択してしまう条件が存在しているといえる。肥満者は「普通から外れた存在」とはいえないのである。飽食の環境にあるわが国の状況は、誰でもが肥満になる可能性を持っている。その集団全体の特性が反映されて好ましくない生活習慣を持った人が増加するのであり、集団を構成する個人個人が自己管理することは勿論、それぞれの立場で集団全体に対する責任を認識して健康によくない行動を起しがちになる環境の改善に協力する必要がある。それは住民組織、NPO、学校、企業、行政などそれぞれに通ずるのである。それがポピュレーシ

ン・アプローチであると考える。

昭和53年から始まった国民健康づくりにおいては、国はまず、集団健診の項目を増やし、市町村に保健センターを建設すること、地域住民が参加する市町村健康づくり推進協議会を立ち上げることを奨励した。第2次国民健康づくり計画では健康運動指導士の養成、民間活力を高めるために税制や資金面の優遇措置も始めた。健康づくりの関与者・組織として住民、専門家、行政、医療保険者、マスコミ、企業、学校、NPOなどが上げられた。その動きはまさにポピュレーション・アプローチのお膳立てを進めてきたといえるが、それを完全に意識して市町村行政やその他の関与者・組織が動いていたとは必ずしもいえない。健康日本21が開始され、遅まきながらわが国もヘルスプロモーションの理念に基き、住民参加を基本として、i、「一次予防」の重視、ii、健康づくりの支援のための環境整備、iii、目標の設定と評価、iv、多様な実施主体による連携のとれた効果的な活動の推進の4項目を基本方針として挙げた。住民参加に取り組んで、町村長も参加した夜の会議を何回も重ね目標の設定、進め方、評価を行おうとした熱心な市町村に私自身参加した経験があるが、それは決して一般的でなく、2005年になっても特に小規模の市町村は「健康〇〇21」の策定が進んでいないという状況であった。その一つの原因は市町村合併の大きな動きに見舞われたこともありどうせ合併すればまた策定も変わるといったからとも考えられる。

企業におけるTHPは、労働者数が10人から50人の中小企業も含め、国による補助金措置も加えられた。大企業や地域産業保健センターでは研修を受けた産業医、ヘルスケア・トレーナー、ヘルスケア・リーダー、産業保健指導者、心理相談員、産業栄養指導者が増え、各専門指導者が中心となって、第1次予防重視、衛生委員会と各指導者の情報交換、職場内推進体制の確立に力を入れ、職場における健康管理を生活習慣病予防に向けて充実させようとした動きがあった。しかし、大企業によっても取り組みには差があり、まして中小企業になると、もっと目先の事に追われ、生活習慣病予防の優先順位は低かった。その後バブル経済が崩壊すると不況の嵐は企業を襲い、産業保健を担う職員のリストラなどもあった。中小企業も含めたTHP活動であったが、特に昨今では、企業における雇用体制にも変化が起こり、THPは後回しになっているのではないだろうか。考え方によっては、不況な時ほど、健康な企業づくりが功を奏すると考えるが将来を見通してTHPに取り組むトップも少ないと考

える。

このように見てくると、生活習慣病予防のためのポピュレーション・アプローチが、わが国に根付いたとは思われない。

一方、老人保健事業の動きを見ると、特に、第4次において、今回の「特別健診・特別保健指導」のハイリスク・アプローチの試みが始められたと考えられる。第4次の生活習慣病対策においては生活習慣問診表と高血圧、高コレステロール血症、糖尿病、高トリグリセライド、肥満、貧血、高尿酸血症を対象領域とした目的設定型生活習慣アセスメント表を用意した。個人に対して「個別健康教育」を導入した。高脂血症、高血圧、高血糖、喫煙などを改善するために一定期間「個別教育」が行われた。ヘルスアセスメント検討委員会は、これらのデータをベースに、個人へのヘルスサービスは老人保健事業で行い、集団的には市町村単位で、健康日本21事業で扱うことを提言した。

これに対して「特定健診・特定保健指導」事業においては、根拠に基く健康政策を強く主張し、虚血性心疾患と脳血管疾患の予防に絞って対策を考え、メタボリックシンドロームを取り上げ、内科系の8学会で診断基準を検討し、ウエスト周囲径男子85cm、女子90cm以上を「要注意」とし、ウエスト周囲径が基準より大きく、①血清脂質異常②血圧高値③高血糖のうち2項目以上を有する場合をメタボリックシンドロームとした。保健指導を標準化するために全対象者を、生活習慣病のリスクに応じて「情報提供」、「動機づけ支援」、「積極的支援」に階層化し、特に、「積極的支援」対象者には密度の濃い指導をすることにした。また、保健指導を標準化するために、支援法をポイント制にし、面接、電話、e-mailなどの手段別と時間によりポイントを換算する方法を取り入れた。つまり、ハイリスク・アプローチを確りしたものにしようとした。

わが国の生活習慣病予防対策をみると、従来、健診そのものにかかりのコストをかけてきた。それは病気の早期発見には役立っていたが、スクリーニングによって選択されたハイリスク者に必ず指導を行うというようにはなっていなかった。保健指導は健診の付加的なものとして位置づけられていたとの批判はその通りかもしれない。

ハイリスク・アプローチとはリスクの高い人にアプローチして、対象者が生活習慣を改善することにより、メディカルデータの値を正常に近づけ、疾病への突入を回避させようとする取り組みである。生活習慣病予防対

策としてハイリスク・アプローチがどれほど有効かはこれからの課題ではあるが、例えば糖尿病と診断された患者でも、自覚症状がない、自分の病状がつかみにくいために、生活行動・生活習慣の改善の必要性の自覚が生まれにくく、改善がスムーズに行かない現状からみて、疾病予防の段階で生活行動・生活習慣の改善に自ら取り組むように支援することは大変難しいと思う。短期の講習会を受けて保健指導にあたるだけではなかなかうまくいきそうにない。変化のステージ理論の“熟考期”や“準備期”にいる人を対象にすれば話は別である。また、「特定健診・特定保健指導」事業が始まる前年頃より、テレビ、新聞・雑誌などを通じて「メタボリックシンドローム」または「メタボ」という言葉が流され、人々にかなり浸透し口にするようになってきたことは、マスコミを使った計画側の広報が行き渡ったあらわれと思う。これはポピュレーション・アプローチの一つと言えるかもしれないが、言葉は知っていても生活習慣の改善への動機づけになってそれを長続きさせる環境が整わなければ健康的な生活習慣として定着しないと考える。

#### 4. これからの生活習慣病予防対策を成功させるために

「特定健診・特定保健指導」事業は、ヘルスサービス側に対して、根拠に基く健康政策の取り組みという意味でかなりのインパクトがあったことは確かである。今回出されたメタボリックシンドロームの診断基準についての異論が雑誌にも見られるが、その議論は別にして、本事業に関わる医師、保健師、管理栄養士の企画、立案、評価力や保健指導能力の重要性について適切に述べている。本事業の場合、医療保険者が主体となって進めることになっており、かなりの部分外部事業者への委託に頼ることが予測される。その場合の注意点にも触れている。しかし、現実問題として、実施と企画・立案・評価を両立するのはかなり難しいのである。事業を展開するに当たって企画・立案・評価がどんなに重要かということは、老人保健事業においても、「健康日本21」においても言われてきているが、現実には、実施をしながら結果や評価がなかなか出てこない。事業をなるべく標準化することによって結果を出しやすくするとの考えはその通りであると考えられる。しかし、そこにもまた問題が生じる。生活習慣病予防対策は、個人のセルフケアと保健医療専門家を始めとする支援側のヘルスサービスが連携しないと進まないと考えているので、ヘルスサービス側の取り決め

をきつくと、医師、保健師、管理栄養士等がどうしてもイニシアティブをとる事になり、中心に位置するはずの住民や従業員が受身になりやすく必ずしもうまくいかないのではないかとこの危惧がある。住民や従業員側はメディカルデータを良くしなければとの思いから、早めに薬を処方してもらったり、サプリメントに頼ったりすることになる可能性がある。また、例えば、中小企業では家族は勿論、従業員さえも、また大企業では家族が健診を受けにくいということはないだろうか？ そうすると、まず、健診を受けやすく受ける意思のある人が健診を受ける。積極的支援の対象者は、特定健診を受けたなかから抽出される。更に健診を受け「積極的支援」と判定されても本人が指導を受けに行かなければ、それらの人々のデータの蓄積はなく、そのような状況で、保健指導を受けた人々だけを母数にした結果判定は本当にその地域の特定健診・特定保健指導の結果と言えないのである。結果的に、ヘルスサービスにそれほど力を入れなくとも、元来セルフケアができる人々を対象に健診・保健指導をやっていることにならないだろうか。勿論、評価は、「特定健診・特定保健指導」の過程で抜けていく対象者を掴むために事業実施量評価も求めていることは承知している。

これからの生活習慣病予防対策を成功させるためにはどうしても、県レベルの地域を基盤にして、ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチが車の両輪のごとく連携して進まなければ成功しないと考える。そのためには、1) ハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチの両方をいらんで政策の進行の舵取りをするメンバー、2) ハイリスク・アプローチの中で主に企画、立案、評価をするメンバー、3) 健診・保健指導の実際を受け持つメンバー、4) ポピュレーション・アプローチの中で主に企画、立案、評価をするメンバー、5) ポピュレーション・アプローチの実際を受け持つメンバーが必要と考えられる。たとえば、2)と3)のメンバー、4)と5)のメンバーは重複するかもしれないが、ある程度役割を区分けしないと、どうしても評価がおろそかになる。また1)の役割を持ったメンバーは、机上の作業に偏ることなく絶えず現場に出向き現場を熟知し、2)から5)を東ねなければならぬ。

#### 参考文献

- 1) 大谷藤郎：21世紀健康への展望；医療、健康づくり、

- プライマリヘルスケアを考える。メヂカルフレンド社、1980
- 2) 中央労働災害防止協会・中高年齢労働者ヘルスケア検討委員会：中高年齢労働者の健康づくりの進め方：シルバー・ヘルス・プランについて（第1次報告書）。1980
- 3) 労働省労働衛生課編著：職場の健康づくり必携。労務労政研究所，1989
- 4) Geoffrey Rose：The Strategy of Preventive Medicine|曾田研二，田中平三監訳，水嶋春朔，中山健夫，土田賢一，伊藤和江訳：予防医学のストラテジー，生活習慣病対策と健康増進。医学書院，1998.
- 5) ヘルスアセスメント検討委員会監修：ヘルスアセスメントマニュアル，生活習慣病・要介護状態予防のために。厚生科学研究所，2000
- 6) 厚生省・健康・体力づくり事業財団：地域における健康日本21実践の手引き。健康・体力づくり事業財団，2000
- 7) 加藤清司，増渕映子：南会津保健所にみる「健康日本21」2次医療圏計画策定の試み。福島県立医科大学看護学部紀要 5. 69-80 2003
- 8) 須賀万智，吉田勝美：健康日本21計画を支援する「地域・職域診断サービス」の開発。日本公衆衛生雑誌，50(7)，622-629，2003
- 9) 高久史磨：生活習慣病と健康日本21。総合健診，31(3)，476-481，2004
- 10) 工藤啓，荒井由美子：市町村の健康日本21の進捗状況と策定推進。公衆衛生，69(5)，398-400，2005
- 11) 若林チヒロ，国澤尚子，新村洋未，尾島俊之，川島美智子，萱場一則，三浦宣彦，柳川洋：全国の市町村における健康日本21地方計画の策定と評価。厚生 の指標，52(6)，1-6，2005
- 12) 三浦宣彦，萱場一則，国澤尚子，若林チヒロ他：健康日本21地方計画策定状況に関する全国市町村調査成績。厚生 の指標，52(1)，15-21，2005
- 13) 高嶋伸子，合田加代子，中山照美，荒谷多香子：健康日本21地方計画策定過程における住民と保健師との協働意識の形成。保健師ジャーナル，61(10)，968-973，2005
- 14) 国澤尚子，川島美智子他：健康日本21の目標値設定に関する現状把握。保健師ジャーナル，62(2)，140-145，2006
- 15) 森脇睦子，黒岩寿美子，林田賢史他：全国市町村健康づくり事業において住民ニーズの把握が事業に与える影響について。日本公衆衛生雑誌，53(7)，516-524，2006
- 16) 若林チヒロ，尾島俊之他：国民栄養調査による健康日本21目標達成の予測—肥満を中心に—。厚生 の指標，54(3)，7-12，2007
- 17) 若林チヒロ，新村洋未他：健康日本21地方計画の事業実施と評価。日本公衆衛生雑誌，54(6)，378-386，2007
- 18) 厚生労働省・健康局：標準的な健診・保健指導に関するプログラム（確定版）。厚生労働省，2007.
- 19) 中山健夫：健診・保健指導の有効性に関する考察。日本循環器予防学会誌，42(2)，124-128，2007
- 20) メタボ症候群と特定健診の真実。週間東洋経済，86-95，2007.11.3.