



サンテ Santéで行こう！

santéは仏語で「健康」という意味です

6ヶ月間の旅

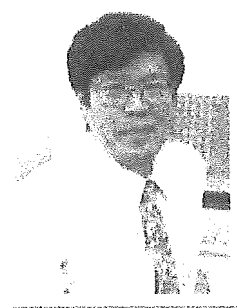
シニア健康モニター事業を終えるにあたって

東京都老人総合研究所 地域保健部門室長 新開省二



ご挨拶

東京都老人総合研究所
地域保健部門室長の
新開省二です



本文へ ▶

6ヶ月の旅に
一緒に
出発しましょう

「知育」：高齢期の知的活動・社会活動シリーズ

NEW

7. 高齢期に落ちにくい能力、伸ばせる能力
6. 高齢期のうつ病
5. 痴呆は本人だけの問題ではありません
4. 頭の老化予防は五感の刺激から！
3. 「自分は健康」と思えることが元気の秘訣
2. 余暇活動や社会活動のすすめ
—高齢者の「生活機能」はより高次の活動能力から低下する—
1. 高齢者の健康目標は「生活機能」の維持

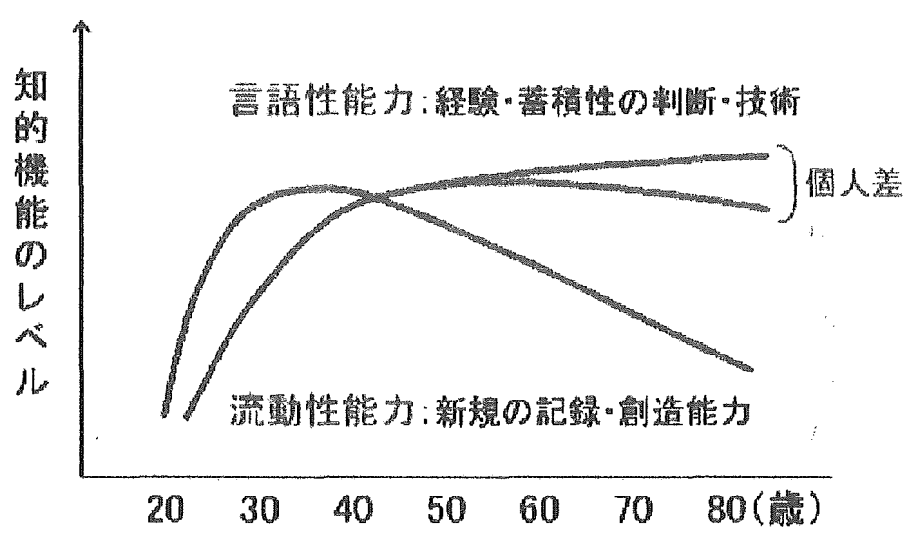
01 「知育」：高齢期の知的活動・社会活動シリーズ

7. 高齢期に落ちにくい能力、伸ばせる能力

最近、自分の趣味やけいごとの腕前が上がったのではとニンマリすることはありませんか？知育編では第四、五回で「痴呆」についてお話しましたが、あくまで、これは、年齢相応以上に認知能力（知能）が低下する病気であり、高齢者の大半が痴呆になるわけではありません。それでは、一般の高齢者の知能はどのように変化するのでしょうか？

人の知能を測定する際には「流動性知能（または動作性知能ともいう）」という能力と、「言語性知能（または結晶性知能ともいう）」という能力に分けて考える必要があります。この2種類の能力を測ってみると、年齢による変化のパターンに違いがあることがわかります（図1）。

図1 知的機能の加齢変化



柄澤昭秀: 老人のボケの臨床(医学書院、1981より一部改編)

【図2-2】配信記事見本(2)

※ 以下項目は必須です。必ず入力して下さい。

氏名	姓： <input type="text"/>	名： <input type="text"/>
ふりがな	姓： <input type="text"/>	名： <input type="text"/>



1. 中間アンケートより後（5月24日以降）にお届けした9本の記事について伺います。

1-1) 9本の記事は、全て読まれましたか？

- 1. 全てよんだ
- 2. だいたい読んだ
- 3. 半分ほど読んだ
- 4. あまり読んでいない
- 5. 全く読んでいない

1-2) 9本の記事の中で、そのテーマに興味を持たれたものがあれば、すべて選んでください。

教育：高齢期の知的活動・社会活動シリーズ

- 5. 痴呆は本人だけの問題ではありません
- 6. 高齢期のうつ病
- 7. 高齢期に落ちにくい能力，伸ばせる能力

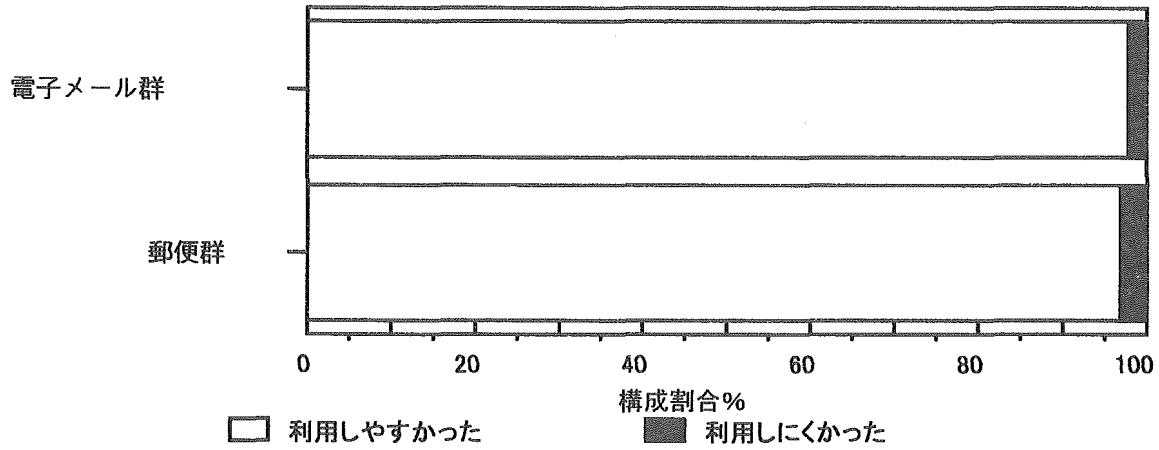
体育：高齢期の運動シリーズ

- 5. 肩こり，腰痛，膝の痛みをとる体操
- 6. いろいろな運動（散歩や体操，日常活動，水泳や水中歩行，各種スポーツについて）
- 7. 体力と生活

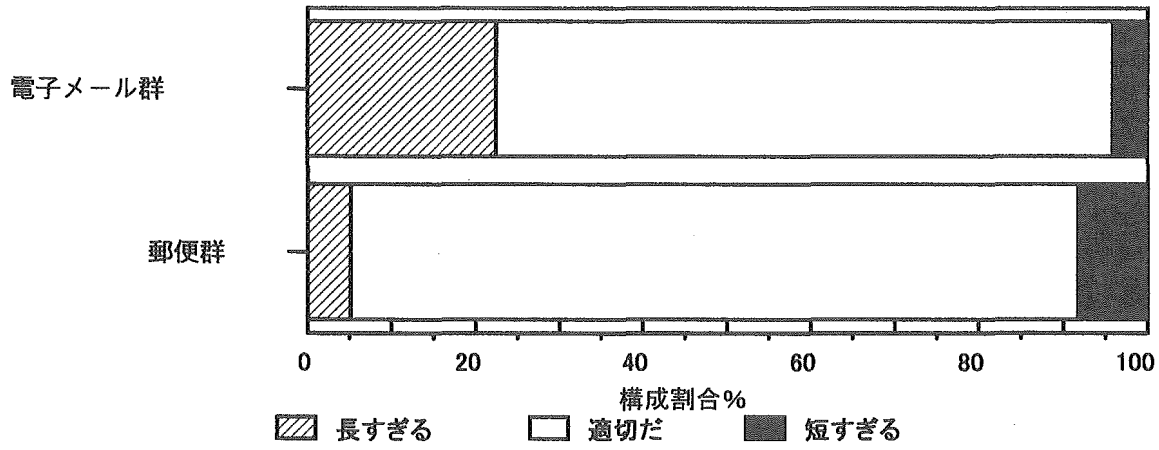
食育：高齢者の栄養と食生活シリーズ

- 5. 食品摂取の多様性と寝たきり予防
- 6. 食欲を高めるライフスタイル
- 7. 老化予防の食生活ガイドライン

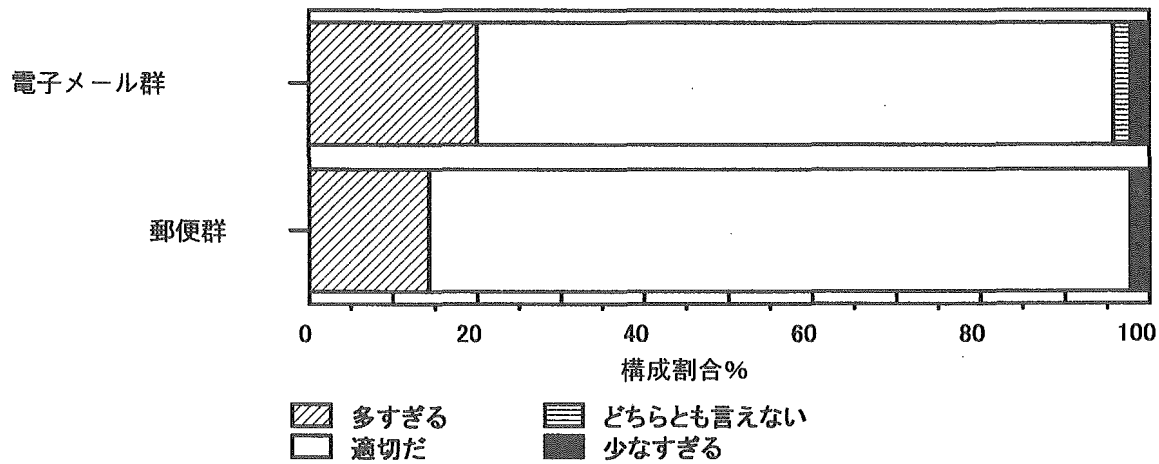
【図3】調査用WEBページ見本



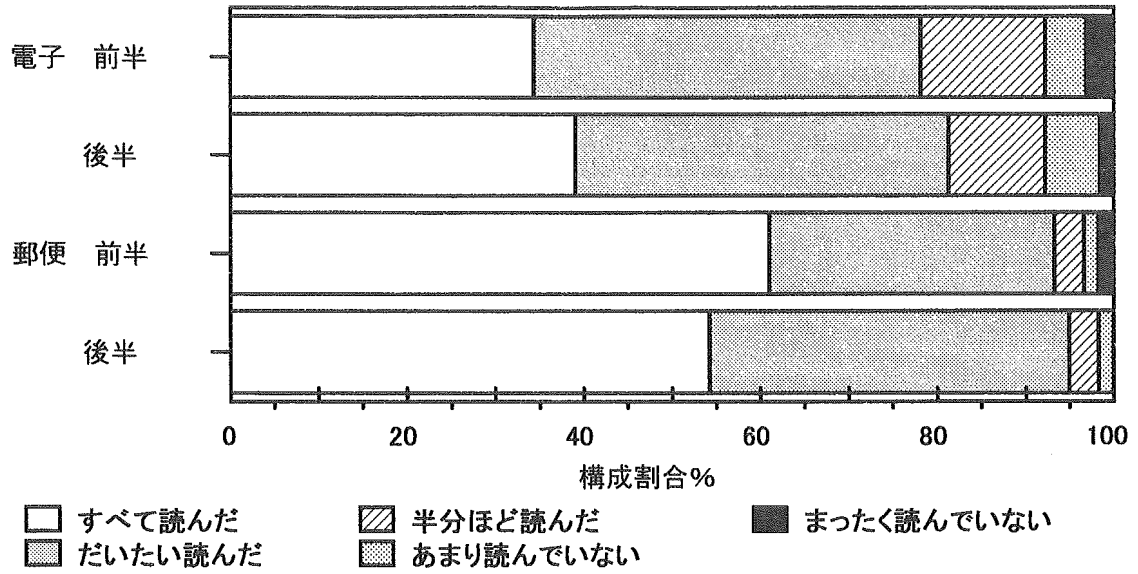
【図4】 全般的な使い勝手



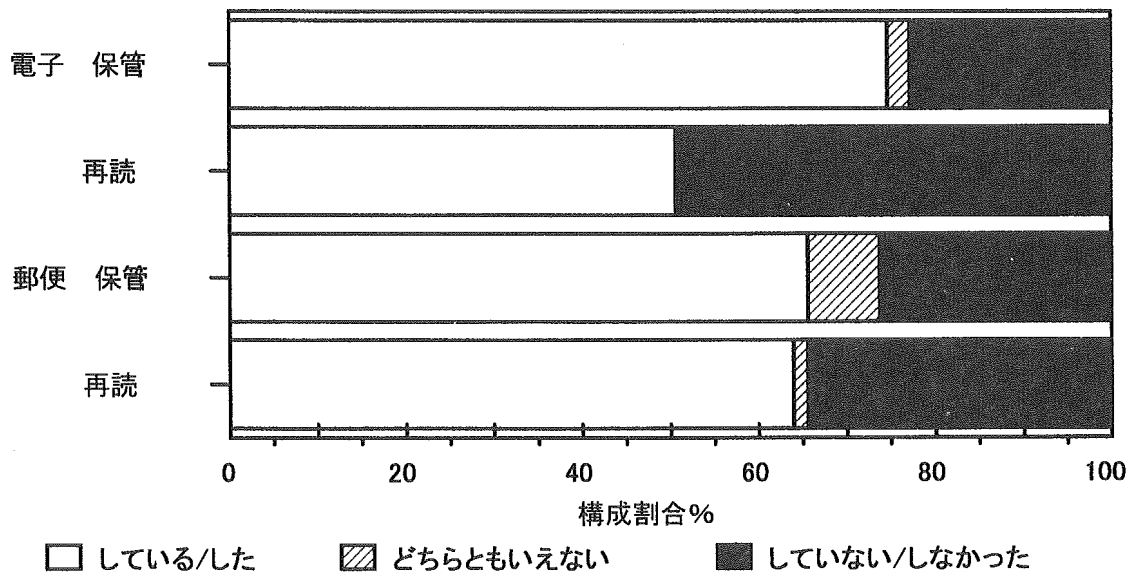
【図5】 情報伝達方法の使い勝手



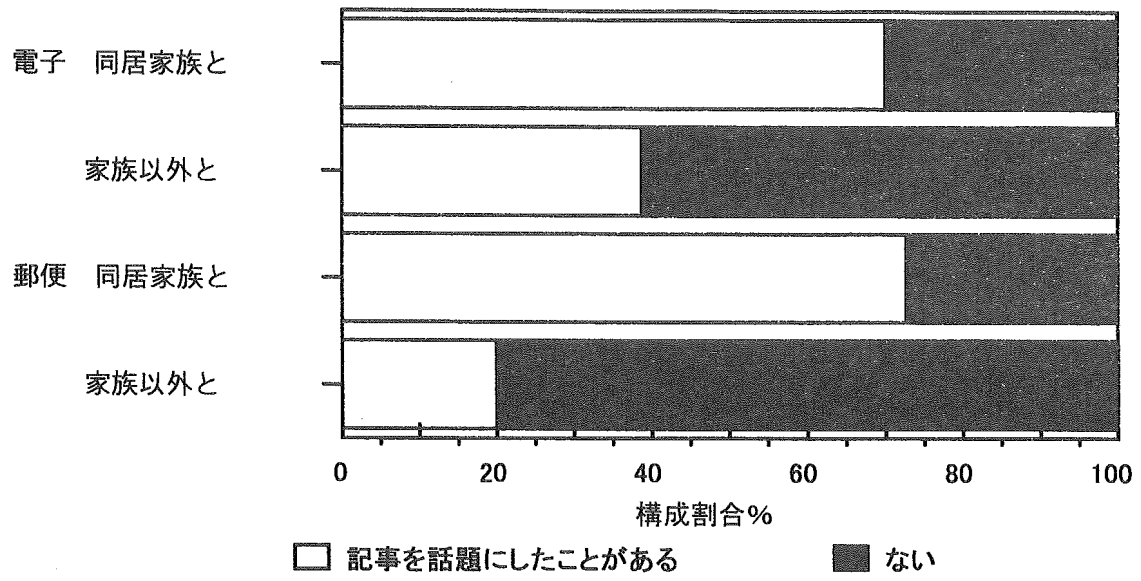
【図6】 記事配信の頻度



【図7】読んだ記事の割合



【図8】記事の保管/再読



【図9】 同居家族/家族以外への情報の伝達

【表1】 配信した記事の表題

知育: 高齢期の知的活動・社会活動シリーズ	
1	高齢者の健康目標は「生活機能」の維持
2	余暇活動や社会活動のすすめ －高齢者の「生活機能」はより高次の活動能力から低下する－
3	「自分は健康」と思えることが元気の秘訣
4	頭の老化予防は五感の刺激から！
5	痴呆は本人だけの問題ではありません
6	高齢期のうつ病
7	高齢期に落ちにくい能力, 伸ばせる能力
体育: 高齢期の運動シリーズ	
1	はじめに 高齢期の運動の意義とその方法について
2	運動の前に ストレッチ体操は毎日しましょう
3	運動を行う際の注意点と脳と神経を活性化させる運動
4	肩こり・腰痛・膝の痛みを予防し、和らげる運動
5	ウォーキング
6	身体活動維持のために ー身近にできる運動から取り組んでみましょうー
7	体力と生活
食育: 高齢期の栄養と食生活シリーズ	
1	寿命と食生活の関係は
2	高齢者に求められる食生活の実像
3	高齢期は何より低栄養の予防が大切 ー老化の指標、血清アルブミンー
4	動物性たんぱく質は健康のもと
5	食品摂取の多様性と寝たきり予防
6	食欲を高めるライフスタイル
7	老化予防の食生活ガイドライン

【表2】 調査への回答状況: 応答者数(応答率)

	電子メール群(119名)	郵便群(83名)	合計(202名)
介入前調査	109(92%)	78(94%)	187(93%)
中間調査	85(71%)	62(75%)	147(73%)
介入後調査	75(63%)	74(89%)	149(74%)

【表3】 モニター集団の特徴

		電子メール群	郵便群	全体
回答者数		109	78	187
性	(女性割合:%)	1	6	3
年齢	(平均±標準偏差:歳)	64.0±3.5	66.6±5.3	65.1±4.5
活動能力	(平均±標準偏差:13点満点)	12.4±0.9	12.3±1.1	12.5±0.8
家族構成	(独居者割合:%)	1	8	4
退職後期間	(平均±標準偏差:年)	4.0±3.4	6.1±6.5	4.9±5.1
最終職種	(構成割合:%)			
	1. 経営全般	27	15	22
	2. 企画、調査	5	3	4
	3. 総務	3	9	5
	4. 法務、知的財産、特許	3	1	2
	5. 電算	4	0	2
	6. 経理、財務	4	4	4
	7. 人事、教育、労務	3	4	3
	8. 宣伝、広告	0	0	0
	9. 販売、営業	14	13	13
	10. 商品開発、商品企画	1	0	1
	11. デザイン	1	0	1
	12. 製造	1	1	1
	13. 技術	20	23	21
	14. 海外	4	1	3
	15. 購買、資材	2	3	2
	16. その他	8	18	12

【表4】応募の契機

数値は群内での構成割合(%)	電子メール 群	郵便群	全体
「元気ライフ21」の募集記事	48	42	46
OB会を通じて	34	40	37
家族・友達等にすすめられたから	7	5	6
その他	10	13	11

【表5】事業への期待の内容

数値は群内での構成割合(%)	電子メール 群	郵便群	全体
病気や健康づくりに関する情報を提供してほしい	42	58	48
高齢者の社会参加に関わる情報を提供してほしい	40	37	39
個別の相談(病気、症状、薬の服用、その他)	11	3	8
その他	8	3	5

健康づくりシステムの利用に関する保健行動学的分析

分担研究者 星 旦二 東京都立大学大学院都市科学研究科教授

人々の主体的な保健行動を促す健康づくりシステムを構築するために、多摩市高齢者の実体を把握し、介入の基盤となるデータを蓄積した。施設入所者を除く 65 歳以上の多摩市民全員を対象(16,462 人)に郵送留め置きによる質問紙調査を行った。有効回答数 13,067 人(79.1%)であった。保健医療専門家によるフォローを要するハイリスク群は約 2000 名と推測され、その内約 1000 人は要介護認定を受けていた。また、健康づくりシステム体制づくりのために、都立大学と多摩市、医師会、富士通の 4 者が協働して、ハイリスク群に対する医療体制づくりの調整と早期のケアプログラムの樹立、および IT 推進のための民間活力の導入による支援体制づくりの基盤を確立した。

A. 研究目的

国民の健康寿命の延伸と生活習慣病の予防を図る「健康日本 21」が展開されている。この政策は、ヘルスプロモーションの理念に基づいた展開をいかに具体的にできるかが問われている。ヘルスプロモーションの戦略において、最重要なものとして、住民第一主義 (People First) があげられる。人々が主体的に関わろうとするには、自らの保健行動に対する自己決定 (Informed Choice) が不可欠である。個人の健康づくりの集合の上に、地域の健康増進の力量形成が可能になっていくと考える。そのためには、個人の健康づくりを支える環境整備 (Supportive environment for health) が重要であり、新たな健康づくりのシステムの開発が必要となる。住民一人ひとりが主体的に関わることを可能にす

る健康づくり事業の開発は、十分とはいえない現状である。健康づくりにおいても、科学的な実証 (Evidence Based Health Polity) に基づいた健康寿命の延伸と寝たきりや痴呆予防の健康づくりシステムの開発が必要である。

一方、ライフスタイルの多様化の中で、マスメディアやインターネットをはじめとした情報技術を駆使し多くの知識や情報提供を欲している人々は増えている。インターネットを楽しんで活用している高齢者も増えつつある。デイケアに通ってきた高齢者がコンピュータで手紙を作成したり、インターネットを使用したメール交換を楽しみにして通ってきている現状がある。

住民の生活習慣や健康に関わる情報や個人の健康データを各人が主体的に活用し、また、自治体や健康保険組合がそれを支え

る基盤として健康情報の提供などを可能にする、インターネットをはじめとした情報技術(IT)機器を介した健康づくりシステムの開発が、環境整備の変革として求められている。

中高齢者への寝たきりと痴呆を予防する支援モデルとしての健康づくりシステムを展開し、開発することは保健医療政策の上からも重要である。ポピュレーション・ストラテジの一つとしてデータを個人に還元し、ハイリスク群への訪問などハイリスク・ストラテジを組み合わせた寝たきり予防につながる住民の利益を最優先した継続的な支援を、医師会や民間企業の協力を得て IT を活用した健康づくりシステムで

あることが特性である。

本研究の目的は、人々の主体的な保健行動を促す健康づくりシステムを構築することである。本年度の研究目標は、第1に、

地域高齢者の実体を把握し、介入の基盤となるデータを蓄積し、保健医療専門家によるフォローを要するハイリスク群に対する寝たきりや痴呆を予防する基盤づくりを行うための基礎調査の実施であった。第2は、健康づくりシステム体制づくりのために、ハイリスク群に対する医療体制づくりの調整と、IT 推進のための民間活力の導入による支援体制づくりであった。

寝たきりと痴ほう予防支援モデル

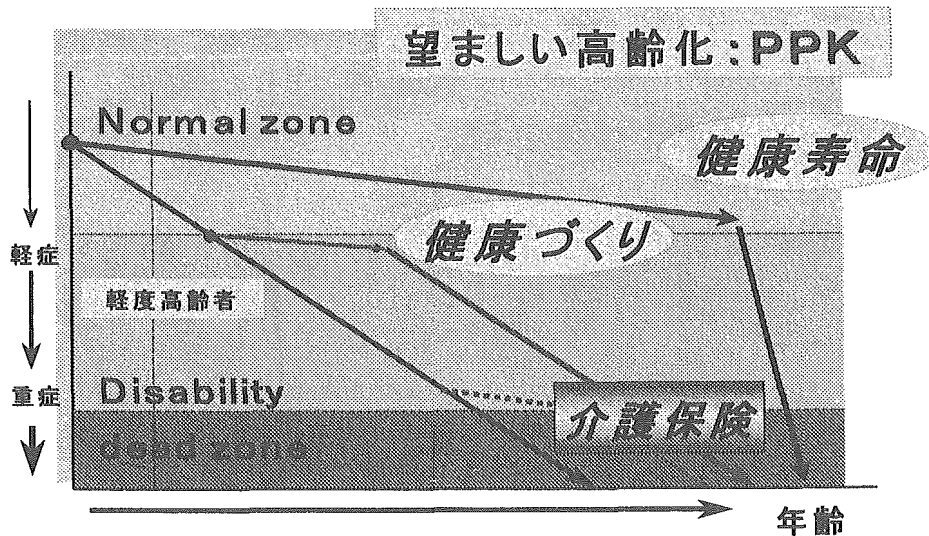


図1. 寝たきりと痴呆予防支援モデル

B. 研究方法

研究フィールドは、東京都多摩市である。今年度は、健康づくりシステムの利用に関する保健行動学的分析の基礎的情報として、参加依頼のための基礎情報を得るために、高齢者の介護予防の視点から生涯現役をめざした多摩市高齢者実態調査を多摩市との共同で行った。

調査対象は、多摩市に住む65歳以上の在宅高齢者である。調査方法は、郵送による質問紙法である。多摩市高齢者総数の内、在宅と予測される16,462人へ調査紙を郵送した。有効回答数13,067人を分析対象とした。

調査内容は、基本的属性（性、年齢、家族構成）、健康状態、IADL、生活習慣、主観的健康感、社会的ネットワーク、住環境、交通アクセス、要介護度などである。本人が記載困難な時は、家族などに記載を依頼

した。

調査研究経過を図2に示す。平成13年度6月多摩市と高齢者の要介護と痴呆予防と健康寿命の延伸を目的とした生涯現役のための調査案を作成し、調査の質問紙や方法に関する協議を、多摩市と研究者間でIT活用の戦略を含め協議した。

9月に郵送留め置き法による多摩市全数調査を実施した。多摩市は、アンケートの印刷発送、回収整理およびデータ入力を行った。研究者らは、データの集計・分析・評価をした。

12月から調査の分析評価を共有し、今後の方策へ向けての協議した。また、調査の結果についての住民説明会もコミュニティー・フェスティバルなどの機会あるごとに行ってきた。

調査研究と支援体制づくりスケジュール

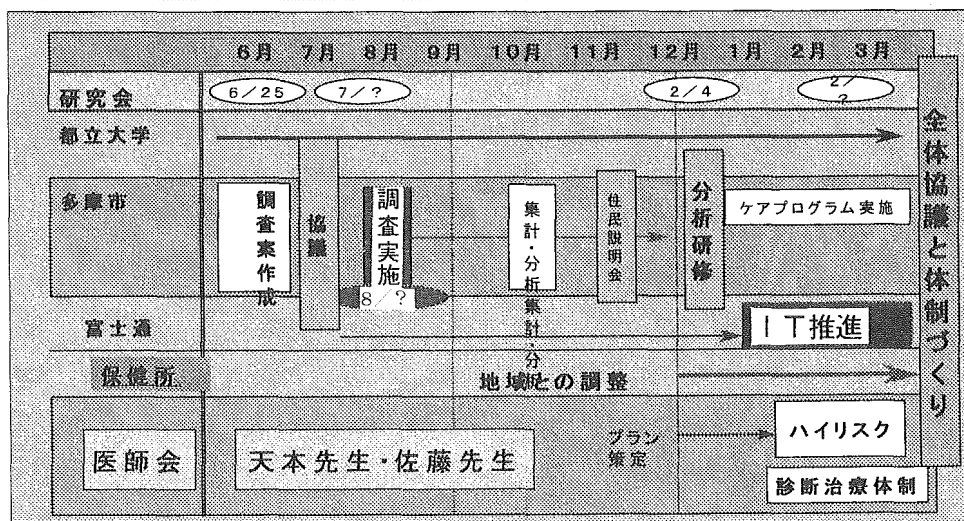


図2. 平成13年度 調査研究経過

C. 結果

1. 多摩市高齢者実態調査

1) 調査の実施状況

多摩市 65 歳以上の高齢者総数 17,123 人の内、在宅と予測される 16,462 人へ調査紙を郵送した。有効回答数 13,067 人 (79.1%) という高い応答率が得られ、これを分析対象とした。

解答不可の返信者は 1295 人 (7.9%) であり、その理由としては、「多忙」235 人 (18.1%)、「病気がけが」261 人 (20.2%)、「理解力無し」247 人 (19.1%)、「入院中」240 人 (18.5%)、「不在」56 人 (4.3%)、「拒否」25 人 (1.9%)、その他 231 人 (17.8%) であった。

2) 世帯構成状況

世帯構成では、一人暮らしが 1,668 人 (13%) であり、二人世帯が 6,154 人 (47%) であった。また、配偶者と暮らしている人が 8427 人 (66.0%) であった。

多摩市は、戦後の経済復興に伴い都心部の通勤圏として急激に住宅地として開かれた歴史があるため、昭和 40 年代に転入してきた人々の高齢化がどこよりも急速に進むことが予測される。

3) 主観的健康感の状況

主観的健康感は、「とても健康だ」1760 人 (13.5%)、「まあまあ健康」8152 人 (62.4%)、「あまり健康でない」1998 人 (15.3%)、「健康でない」1000 人 (7.7%) であった。

4) 社会的なネットワークの状況

友人づきあいは、「ほとんど毎日」5167 人 (40%)、「週 3 - 4 回」5188 人 (40%)、「月 1 回位」1024 人 (8%)、「めったにない」909 人 (7%) であった。

5) 外出状況

外出頻度は、「ほとんど毎日」1584 人 (12%)、「週 3 - 4 回」3896 人 (30%)、「月 1 回位」2624 人 (20%)、「めったにしない」3988 人 (31%)、欠損数 975 であった。

1 日の平均外出時間は、「なし」1656 人 (13%)、「20 分未満」2017 人 (15%)、「40 分未満」3906 人 (30%)、「1 時間未満」3589 人 (27%)、「2 時間未満」1405 人 (11%)、「2 時間以上」388 人 (3%) であった。

6) 趣味活動の状況

趣味活動は、「活発にしている」4865 人 (37%)、「活発でない」7049 人 (54%) であった。不活発な理由は、「特に理由なし」3524 人 (50%)、「忙しい」1374 人 (19.5%)、「意欲がない」1361 人 (19.3%)、「希望活動がない」776 人 (11%)、「気後れ」644 人 (9.4%)、「費用不足」608 人 (8.6%)、「仲間がいない」465 人 (6.6%)、「場がない」131 人 (1.9%) であった。

趣味活動にひとり一人の『役割』や『生きがい』が得られる活動方法の支援と、活動の場の提供が望まれる。

7) ハイリスク群の把握予測

在宅で要介護 I ~ V の認定を受けた人は、1039 人であった。要介護認定者の状況は把握され、ケアマネージャーと主治医および多摩市介護保険担当によりケアの提供がなされている。

痴呆の有病率は、東京都の調査で在宅高齢者の 4% と言われている。多摩市の人口割合では、推測 658 人である。家族が理解力がないと判断した 247 人を除く 411 人の状況を早期に把握するしくみづくりが求め

られる。また、痴呆の早期発見後の、医療機関の関わりと早期痴呆予防プログラムの対応が効果的であり、そのシステムの開発が不可欠である。

寿命と「健康感」「社会的ネットワーク」「外出」「所得」との関連が明らかにされつつある。主観的健康感は、「健康でない」「あまり健康でない」2998人である。外出時間で考えると「なし」「めったにない」「月1回くらい」8268人である。友達つきあいは、「めったにない」「月1回」1930人であった。趣味活動不活発者の内、「意欲がない」1361人、「仲間がいない」465人であった。これらから、約2000人のハイリスク群が推測される。

2. 健康づくりシステム支援体制づくり

高齢者実態調査終了後より、支援体制づくりについて4者(多摩市、大学、富士通、医師会)で協議した。

多摩市はケアプログラムについての検討を行い、富士通はIT推進のための具体的な方策を、医師会はハイリスク者への診断治療体制を、都立大学は全体的な体制づくりと平成13年度調査の詳細な分析および追跡調査による科学的な実証を明らかにすることを各々の中心課題にした。

D. 考察

個人目標継続支援体制の基本は、専門家主導による行動変容の限界と、人々は健康のために生きているのではないことを認識することである。個人のメリットを重視した新しい健康支援体制を関係機関との連携で構築し、家族を含むネットワークを重視することにより家族保健の視点からもより効果的な広がりを持った取り組みを図るこ

とである。

支援体制の戦略として4つの柱を立てた。第1は、個人の主体的な参画を前提にする。第2は、個人のエンパワーメントに関する最先端の健康情報を提供することである。第3は、個別のIT活用支援ソフトの開発である。第4は、参加者との協働によるシステムの改善を図って行くことである。

ポイントの第1は、病気にならないためから、楽しく豊かに暮らすためにというポジティブ思考への転換である。趣味や役割を持てる機会と場を多く持てる多摩市の環境整備が重要である。第2は、自己決定による多様な選択があることである。そのためには、専門家が住民の行動に価値付けをしないことである。第3は、簡便であること、日々の生活の中に取り入れられてこそ、効果をもたらすことが多くの先行研究から明らかになっている。第4は、本人の主体的な参画である。それには、個々人にメリットがあり、ときめき楽しいと感ぜられることである。住民のエンパワーメントを促すものとして、自主グループ活動を支援することである。第5は、ITツールの活用である。益々推進されていく情報技術社会の中で、健康づくりのシステムにおいても、住民のニーズに即時的に対応し、コストベネフィット上からも効果的であることが望まれる。第6は、登録された個人を継続的に支援し、データを蓄積した縦断的な調査であることは、学術的には最重要である。

E. 結論

人々の主体的な保健行動を促す健康づくりシステムを構築するために、多摩市高齢者の実体を把握し、介入の基盤となるデータを蓄積した。保健医療専門家によるフォローを要するハイリスク群は約 2000 名と推測され、その内約 1000 人は要介護認定を受けていた。また、健康づくりシステム体制づくりのために、ハイリスク群に対する医療体制づくりの調整と、IT 推進のための民間活力の導入による支援体制づくりの基盤を確立した。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 健康日本 2 1 計画策定のポイントはこれだ!! . 星旦二. 公衆衛生情報. p24-25. 2001.
- 2) 住民と語り、各部局の力を借りる計画づくりのプロセスを大切に. 星旦二. 公衆衛生情報. p46-47. 2001.
- 3) 暮らしを重視した地方計画づくり. 星旦二. 公衆衛生情報. p46-47. 2001.
- 4) 実施計画も基盤整備計画も指標型で . 星旦二. 公衆衛生情報. p44-45. 2001.
- 5) 住民参画による計画策定と実践のプロセスからの学び. 星旦二. 公衆衛生情報. p44-45. 2001.
- 6) 健康日本 2 1 計画のための基礎調査に新しい視点を. 星旦二. 公衆衛生情報. p46-47. 2001.
- 7) 目標設定は、死亡率の低下だけでいいのか? . 星旦二. 公衆衛生情報. p44-45. 2001.
- 8) 個々人の目標や思いを重視した健康づくり. 星旦二. 公衆衛生情報. p44-45. 2001.
- 9) 本質的な総合計画は一つで十分!?. 星旦二. 公衆衛生情報. p42-43. 2001.
- 10) 目標達成には、基盤を整備する計画が不可欠です. 星旦二. 公衆衛生情報. p42-43. 2001.
- 11) 地区計画を地区住民や仲間とともに策定し成果をモニターしよう. 星旦二. 公衆衛生情報. p46-47. 2001.
- 12) 環境整備による「ゼロ次予防」の推進が最重要. 星旦二. 公衆衛生情報. p42-43. 2001.
- 13) 高齢者の「生きがい」とその関連要因についての分権的考察. 総合都市研究. p147-170. 2001.
- 14) ヘルスプロモーションの実践. 櫻井尚子、星旦二. 東京都三鷹市の実践. 公衆衛生. p332-334. 2001.
- 15) 市町村地域把握の意義. 巴山玉蓮、星旦二. 保健の科学. Vol.43. p185-189. 2001.
- 16) 老人の健康を左右するもの・アラメダ研究での行動・心理・社会・経済的要因から」の報告. 栗盛須雅子、星旦二. 保健婦雑誌. p116-119. 2. 2001.
- 17) 健康なまちづくりのすすめ. 星旦二. 現代けんこう出版社. 東京. 2001
- 18) 高齢者入院医療費の市町村格差に関する研究. 谷口力夫、星旦二. 総合都市研究. p65-76. 2001.
- 19) 障害者が「介助犬」と生活することに関する地域住民の意識調査. 藤原佳典、星旦二. 日本公衆衛生学会雑誌. p409-419. 2001.
- 20) 楽しい食生活の支援をどう行うか. トータルマネジメント. V6. NO1. p94-95. 2001.

- 21) 少子高齢社会のヘルスプロモーション.
星旦二.日本公衆衛生雑誌. 48(10)
p83-84.2001.
- 22) 高齢者生涯現役推進研究. 日本公衆衛生
雑誌.星旦二.48(10) p435.2001.
- 23) 福祉・治療の先の保健へー健康日本 21
計画のすすめー. 地方自治職員研修.
星旦二.34(7) p78-80.2001.

2. 学会発表

- 1) 星旦二、岡戸順一、長谷川明弘、櫻井尚子、
巴山玉蓮、谷口力夫、アイビソ、山崎秀夫、藤
原佳典、福永一郎. 高齢者生涯現役推進
研究. 第60回日本公衆衛生学会 香川,
2001年10月. [日本公衆衛生雑誌
2001;48(10):435]

G. 知的所有権の取得状況

なし

研究協力者

櫻井尚子（東京慈恵会医科大学）、
長谷川明弘（東京都立大学大学院）

保健活動の評価に関する研究

分担研究者 櫻井 尚子 東京慈恵会医科大学医学部看護学科助教授

IT を活用した労働者が主体的に関われる健康づくりのシステムを保健活動の評価の側面から分析し、開発に寄与することが本研究目的である。今年度は、ヘルスプロモーションの理念に基づいた保健活動がライフスタイルに与える影響について評価した。介入効果を明確にする対照試験を用い、東京都内のデパートに勤務する 40～65 歳の男性で定期健診時血圧値が境界域値であった 103 人（学習群 52 人、対照群 51 人）が対象である。家庭血圧測定をツールに使いヘルスプロモーションの理念に基づいた健康学習を実施した保健活動の評価を行い、その効果が認められた。ヘルスプロモーションの理念に基づく新しい健康学習のポイントは、「主体性と参画」「楽しいこと」「継続性」「各自のチャレンジを支える」「ポジティブ思考」であった。スタッフが態度と行動に具現化し支援ができたこと、個人がエンパワーメントする「対話」「傾聴」「行動」をプログラムに反映したこと、カバー率や波及効果を視野においた意図的な保健活動が、効果をもたらしたと考える。IT を活用した保健活動にこれらのエビデンスを組み込んだ保健活動のシステムを構築することが求められている。

A. 研究目的

我が国は高齢者の平均余命の伸びに反して、生産人口である 65 歳未満の平均余命の伸びが鈍いことが、2000 年 3 月に出された健康政策「健康日本 21」の大きな課題になっている。65 歳未満の区間死亡確率（LSMR）は、1948 年には 50%前後であったが、1997 年には男性 15.7%、女性 7.8%と著しく改善してきた。しかし、65 歳未満の死亡確率のうち 14 歳までの死亡は全体の 5%前後に過ぎず、大半は 45 歳から 64 歳の中年期に集中しており、特に男性の死亡確率の減少が鈍化を示している。

また、星によると、東京をはじめとする都市部男性の壮年期の平均寿命の伸びが著しく鈍化していることが報告されている。今後、特に都市部で働く壮年層に対する健康課題への対応が不可欠であり、産業保健領域での保健活動の重要性が増している。

職域保健では、労働安全衛生法による定期健康診断（基本健診）が義務づけられており、健康診断は、我が国の 2 次予防活動の中心に位置づけられている。世界的には、Evidence Based Medicine（科学的根拠に基づいた医療）をキーワードに医療や薬効評価、さらには健康診断を含む予防医学や

医療・保健政策評価に基づいた保健活動（Evidence Based Health）が始まっている。

英国では、1970年代よりすべての人々に同じ検査を等しく毎年実施することの有用性に疑問が提示された。カナダ政府は、定期健診の有用性について見直すための研究班が1979年に最初の報告書を出している。米国でも1989年と1996年に報告書が発表された。我が国においても、医療技術評価推進検討会が1998年に設置され、対象疾患の優先順位の1位を本態性高血圧症であるとした。日常生活習慣病である高血圧症の予防・治療は、降圧療法的手段として降圧剤による治療の他に生活習慣の改善が有効であると認められている。寝たきり等の誘因となる日常生活習慣病は、特に軽傷者や境界域者および予防には日々の生活への支援が重要であり効果的であると考えられている。

一方、G.A.Kaplan(1983年)らは、主観的健康感の高い人ほど生存率が高いという主観的なデータの重要性を指摘している。1999年にはWHOでも健康の定義を「いきいき（spiritual）と活動的（dynamic）で良好な状態」とする提案がなされている。人々は、健康のために生きているわけではない。先行研究から、専門家主導型行動変容の限界が明らかになっている。自己決定による主体的な参画が、個人が健康であるための能力を身につけるには不可欠であるとされている。つまり、各人のエンパワーメントを支援する保健活動が重要であるといえる。WHOのオタワ憲章でヘルスプロモーションの戦略の一つとして、ヘルスサーピスとしての専門家のシフトが述べられ

ている。労働者一人ひとりの健康観や人生観に基づく主体的な個人の取り組みが最も重要である（People First）。そのためには、自らの健康を資源として充実感のある仕事をし、満足した人生を送れるよう個人がチャレンジすることを選択決定（Informed Choice）し、専門家はそれに価値付けをしない（Supportive with not value）で支援することが求められている。このことは、世界健康教育学会においてもその重要性を学会で宣言している。健康づくりを支援するシステムである環境整備（Supportive environment for health）を含めた保健活動が重要であるといえる。この理念を、保健活動の中でいかに具体的に展開していかかが問われている。

保健活動は、Plan-Do-Seeの連環するサイクルの中で行われているが、個人の活動評価や健康づくり事業評価を当事者へ還元しながら協働して行うことが、保健活動のありようの改善となり、新たな計画-実施へつながっていくものである。従来評価は、健診回数や健康教育開催数などの業績（out put）評価がほとんどであった。しかし、重要なのは人々の健康感や保険医療費などへの効果（out come）である。また、人や時間・経済的な投入（in put）量との関係も意識する必要がある。ヘルスプロモーションの理念に基づいた保健活動をしていく上では、保健活動の評価は不可欠である。

さらに、情報技術社会の中で働く場では、インターネットをはじめとする端末機器や電子メールを活用した保健活動や、個別の健康教育情報の提供、個人の健康状態の推移を視覚的に把握するシステムを活用した

保健指導などが職域の健康管理センターで始まりつつある。健診データの本人の必要時即時的な開示や、健康づくりのためのアドバイスを即時に還元するシステムづくりの開発には、情報技術の導入が大きな鍵を握る。しかし、推進されている企業においても、健康センターからの一方向的な利用に留まっており、労働者の主体的な参画による活用に至っていない。健康診断の問診票に本人の自己決定やポジティブ思考を支える項目を入れるなどヘルスプロモーションの理念を IT を活用した健康づくりシステムに組み込むことが必要であると考えられる。

本研究の目的は、IT を活用した労働者が主体的に関われる健康づくりのシステムを保健活動の評価の側面から分析し、開発に寄与するものである。今年度は、ヘルスプロモーションの理念に基づいた保健活動がライフスタイルに与える影響について評価し、いきいきとした楽しい生活実現のためのアプローチや科学的疫学研究に基づいた保健活動の方法を蓄積することである。

B. 研究方法

壮年男性に対する参加型学習効果の評価に関する研究

対象は、東京都内のデパートに勤務する40～65歳の男性で定期健診時血圧値が境界域値であった人である。このうち研究協力の同意を得られた103人(学習群52人、対照群51人)である。調査内容には、健康感などの主観的指標とメンタルヘルスを支援する基礎的情報を収集するための項目も取り入れた。

研究方法は、2000年5月記名式事前調査を行い、2001年9月までに事後調査を実施

した。学習群には自動血圧計(オムロンhem-737)を貸与し家庭血圧測定を促し、ヘルスプロモーションの理念に基づいた「いきいきと生きるための健康学習」を1人につき4回、1年間にわたり開催した。健康学習はメンバーの生活を写したり、独自にPCで作成した媒体やDVDのメディアを利用し、プロジェクターにて視覚的にも楽しめる媒体を利用し、楽しい語れる学習会とした。定期健診時に事前調査および事後調査を実施した54名(学習群37人、対照群17人)を分析対象とした。

C. 結果

1. 学習群と対照群の背景

事前調査による対象者の背景および Visual Analog Scale による主観的状況は、学習群と対照群とでは有意差はなかった。

表1. 事前調査による対象者の背景

	学習群	対照群	p
年齢	54.2	52.9	0.086
Self-Rating	30.2	31.9	0.514
Depression Scale			0.228
出勤時刻	7:58	7:40	0.545
帰宅時刻	20:42	20:26	0.621
通勤時間(分)	63	59	

表2. Visual Analog Scale による主観の比較

	学習群	対照群	p
健康感	65.3	58.4	0.428
生活充実感	59.6	62.4	0.396
生活満足感	73.9	65.0	0.281
仕事量感	53.6	60.5	0.258
仕事自由裁量感	66.1	59.9	0.445
			0.600
仕事ストレス感	43.5	49.0	0.668
ストレス感	54.9	57.9	

2. 健診時の血圧変化

降圧剤服用者と医師より服用を指示されている未服用者を除いた学習群 26 人と対照群 14 人について、健康診査時（2000 年 - 2001 年）を比較した。

表3. 収縮期血圧値の比較

	事前調査	事後調査	差	有意確率
学習群	141.1	143.1	+2.0	0.469
対照群	139.1	143.6	+4.5	0.184

表4. 拡張期血圧値の比較

	事前調査	事後調査	差	有意確率
学習群	93.4	95.2	+1.8	0.341
対照群	91.8	98.4	+6.6	0.006

事後調査では事前調査に比べ、対照群の拡張期血圧値が有意な上昇を認めた。

3. 主観の変化

1) Visual Analog Scale による主観の変化

Visual Analog Scale による主観の変化は、事後調査は事前調査に比べ有意な差は認められなかった。

表5. Visual Analog Scale による主観の変化

		事前	事後	p
健康感	学習群	65.3	67.9	0.318
	対照群	58.4	57.4	0.077
生活充実感	学習群	69.6	70.2	0.642
	対照群	62.4	66.1	0.622
生活満足感	学習群	73.9	74.8	0.636
	対照群	65.0	67.1	0.051
仕事量感	学習群	53.6	51.1	0.134
	対照群	60.5	50.4	0.155
仕事自由裁量感	学習群	66.1	59.1	0.037
	対照群	59.9	62.5	0.723
仕事ストレス感	学習群	43.5	49.2	0.729
	対照群	49.0	50.3	0.871
ストレス感	学習群	54.9	51.4	0.233
	対照群	57.9	49.4	0.003

2) 学習群の健康学習会の評価

健康学習を通しての自己の変化や生き方を意識し、互いに共有することを目的に学習会を、学習群 54 名に呼びかけ 38 名の参加を得て、バイキング形式の昼食をとりながら開催した。

評価の分析は、自分を振り返り語られ、カードに記載された「思い」と「行動」をグループ化しラベルを付けた。

(1) 「思い」

38 枚のカードから 6 つのラベルが抽出