

ボックス

改訂 健康管理論

苦米地孝之助

監修

宮城重二

編著

金子嘉徳

佐藤勝昌

堀内美由紀

松本泉美

吉澤剛士

共著

建帛社

KENPAKUSHA

はじめに

管理栄養士、栄養士養成課程のカリキュラムが、生活習慣病の増加、国民の健康問題の実情などに対応するために大幅に改正された。従来の『公衆衛生学』『健康管理概論』分野は今回のカリキュラム改訂により教育内容は、管理栄養士養成施設では「社会・環境（人間や生活）と健康」、栄養士養成施設では「社会生活と健康」となった。また教育目標は前者では「人間や生活についての理解を深めるとともに、社会や環境が人間の健康をどう規定し左右するか、あるいは人間の健康を保持増進するための社会や環境はどうあるべきかなど社会や環境と健康とのかかわりについて理解する」、後者では「社会や環境と健康との関係を理解するとともに、保健、医療、福祉、介護システムの概要について修得する。公衆衛生学、社会福祉概論を含むものとする」となっている。すなわち、新カリキュラムでは、人の健康、食生活について指導することのできる管理栄養士の養成、社会・健康と栄養についての知識・技術をもった栄養士の養成をめざしている。

今回の新カリキュラムに合わせた教科書には、教育内容を題名とした『社会・環境と健康』や『社会生活と健康』、従来の名称の『公衆衛生学』『社会福祉概論』という教科書もある。一方、養成施設では、かなりの数が「健康管理概論」を独立した教育科目として行っており、その実情に合わせて企画・編集したのが本書『Nブックス 健康管理論』である。

1978年（昭和53年）、第一次国民健康づくり運動が始まったとき、私は“健康づくりの中心は食生活：栄養であり、これを推進する主役は管理栄養士でなければならない”として管理栄養士養成施設のカリキュラムの中に、それまでの教育科目『公衆衛生学』から『健康管理概論』を独立させ規定した。その当時、都道府県の健康づくり担当課長や管理者の多くは管理栄養士が占めていた。その後、第二次、第三次と国民健康づくり運動が進むにつれ、次第に管理栄養士の占める割合が少なくなり、今度のカリキュラムの改定で、とうとう授業科目としての健康管理概論までなくなってしまった。誠に寂しい思いをしていたが、今回『健康管理論』を編集するにあたって、その思いを何とかこの本の中に取り入れてみたいと考えた。

十分にその役割を果たせたかどうか疑問であるが、本書を学ぶ学生には立派な管理栄養士、栄養士になって欲しいと願っている。

2004年5月

苔米地 孝之助

改訂の序

本書は2004年5月の初版出版以来ほぼ10年が経過した。初版は、管理栄養士・栄養士養成課程のカリキュラムの大幅な改正に伴い、その新カリキュラムに合わせた教科書として企画・出版された。

この間、「健康日本21」は第2次対策に入るなど国民の健康づくり対策は新たな展開をみせてきた。また、国民の健康問題や生活問題は複雑・多様化し、そのため、保健・栄養系の分野における専門家の資質向上が一層求められてきた。そして、管理栄養士などの国家試験出題基準（ガイドライン）も改定された。

改訂版は初版の8章構成の内容を踏まえつつ、新たに導入された健康・栄養政策やカリキュラム内容を取り入れ、また、複雑・多様化する保健ニーズに対応できる知識・技術を体系的に編集するようにした。さらに、各章の巻末には内容の要点を箇条書きにまとめ、学習が効率良くできるようにした。

なお、執筆者については改訂版を機会に若手の研究教育者を中心に、それぞれの専門に応じて執筆を依頼した。

本書（改訂版）が多くの方に利用されることを願っている。

2014年2月

宮城 重二

第1章

健康の概念 7

1. 健康の定義 1
 - 1.1 「実感」としての健康（主観的健康感） 1
 - 1.2 WHO の定義 2
 - 1.3 わが国の考え方 3
2. 健康の成立条件 4
 - 2.1 主体・病因・環境の3条件 4
 - 2.2 生物医学モデルと生物心理社会モデル 5
3. 健康の判定：健康指標 6
 - 3.1 個人の健康判定（健康指標） 6
 - 3.2 集団の健康判定（健康指標） 7
4. プライマリヘルスケア・ヘルスプロモーション 11
 - 4.1 プライマリヘルスケア 11
 - 4.2 ヘルスプロモーション 12

第2章

健康の現状 14

1. 人 口 14
 - 1.1 高齢化とその要因 14
 - 1.2 年齢別人口構成 16
2. 平均余命・平均寿命，健康寿命 18
 - 2.1 平均余命・平均寿命 18
 - 2.2 健康寿命 18
3. 出生，婚姻・離婚の状況 21
 - 3.1 出生の状況と少子化 21
 - 3.2 婚姻・離婚の状況 22
4. 死亡の状況 24
 - 4.1 死亡率の動向 24
 - 4.2 死因別死亡率の動向 25
 - 4.3 母子の死亡の動向 31
 - 4.4 死亡の国際比較 34
5. 健康状態・受療状況 36
 - 5.1 有訴者率・通院者率：国民生活基礎調査 36
 - 5.2 受療率：患者調査 38

第3章

健康に影響する生活要因 41

1. 生活習慣要因と生活習慣病 41
 - 1.1 生活習慣病対策の背景 41
 - 1.2 生活習慣病およびその対策 41

2. 栄養・食生活	42
2.1 「栄養の偏り」をもたらす食生活の変化	42
2.2 栄養摂取の状況	44
2.3 健康増進と栄養・食生活	46
3. 身体活動・運動	48
3.1 身体活動・運動の現状	48
3.2 身体活動・運動不足による身体的な影響	50
3.3 身体活動・運動の効果と健康づくりに適した運動	51
3.4 健康づくりのための身体活動・運動の指針	52
4. 休養・ストレス	56
4.1 「ストレス増加」をもたらす社会環境の変化	56
4.2 ストレスと健康	57
4.3 健康増進と休養・ストレス管理	59
5. 喫煙・飲酒	61
5.1 喫煙	61
5.2 飲酒	65

第4章

健康を阻害する疾病の予防	70
1. 疾病予防の3段階	70
1.1 一次予防：健康増進と特殊予防	70
1.2 二次予防：早期発見・早期治療	72
1.3 三次予防：障害および悪化防止とリハビリテーション	72
2. 生活習慣病の予防	73
2.1 がんの予防	73
2.2 循環器疾患の予防	75
2.3 糖尿病の予防	77
2.4 メタボリックシンドロームの予防	78
3. 感染症の予防	81
3.1 感染症対策と感染症法	81
3.2 HIV・エイズ（AIDS）対策	82
3.3 結核対策	83

第5章

健康づくりの施策	86
1. 国民健康づくり運動	86
1.1 国民健康づくり運動の沿革	86
1.2 第1次国民健康づくり対策	87
1.3 第2次国民健康づくり対策 （アクティブ80ヘルスプラン）	88

1.4	健康日本 21（第 3 次国民健康づくり対策）	88
1.5	（新）健康フロンティア戦略	90
1.6	健康日本 21（第 2 次）	90
2.	健康づくりの法的対応	91
2.1	地域保健法	91
2.2	健康増進法	93
2.3	母子保健の関係法	94
2.4	高齢者保健・介護関係法	97
2.5	がん対策基本法	99
3.	組織と従事者	100
3.1	保健行政の体系	100
3.2	保健所・市町村保健センター	101
3.3	職員の設置・活動	102

第 6 章

	健康管理の進め方	105
1.	健康管理の考え方	105
1.1	健康管理の多様な考え方	105
1.2	健康管理の定義	105
2.	健康管理の方法	106
2.1	「計画－実施－評価」の体系	106
2.2	健康管理の評価	108
3.	健康教育	109
3.1	健康教育の考え方	109
3.2	健康教育の方法	111
4.	健康相談	114
4.1	健康相談の考え方	114
4.2	健康相談の方法	114
5.	健康診査・スクリーニング	116
5.1	健康診査・スクリーニングの考え方	116
5.2	健康診査・スクリーニングの方法	117
6.	健康管理の実際	122
6.1	地域の健康管理（地域保健）	122
6.2	職場の健康管理（産業保健）	123
6.3	学校の健康管理（学校保健）	125
6.4	母子の健康管理（母子保健）	128
6.5	高齢者の健康管理（高齢者保健・介護）	128
6.6	心の健康管理（精神保健）	131

6.7 歯科の健康管理（歯科保健）	132
7. 国際保健	134
7.1 グローバリゼーションと健康課題	134
7.2 医療協力のしくみ	135

第7章

EBMに基づく健康管理	141
1. EBMとは	141
1.1 EBMとは	141
1.2 EBMの応用－EBN・EBHC	141
2. EBMの方法（疫学の方法）	141
2.1 記述疫学研究	142
2.2 横断研究	142
2.3 コホート研究	143
2.4 ケースコントロール研究（症例対照研究）	144
2.5 介入研究	145
3. EBMの応用	145
3.1 検定とその方法	145
3.2 効果判定・危険因子（危険度）の比較	147

第8章

健康情報	151
1. 健康情報とは	151
1.1 健康情報の定義	151
1.2 健康情報の種類と内容	151
2. 健康情報の収集方法・情報源	152
2.1 各種メディアによる情報	152
2.2 官公庁などの公式情報	153
3. 健康情報の活用方法	154
3.1 Personal Health Record（PHR）システム	154
3.2 栄養士の活動と栄養価計算	156
4. 健康情報の注意点	157

索引	159
----	-----

健康の概念

1. 健康の定義

1.1 「実感」としての健康（主観的健康感）

(1) 「実感」としての健康

人は誰でも健康を身近に感じ、人と交わすあいさつにも決まって健康のことを持ち出す。「お元気ですか」「ごきげんいかがですか」といった具合である。しかも、「健康状態はいかがですか」と質問すると、持病のある人でも、ときに「健康である」と答える。持病の有無や健康状態の良し悪しにかかわらず、その人自身が健康状態をどう実感しているかということが重要となる。つまり、健康とは何かという場合、まず**実感としての健康**という考え方がある。

一般的には、多くの人は「快食・快眠・快便」などの場合に、健康を実感するだろう。**快食**とは食事がおいしい、食欲がある、**快眠**とはよく眠れた、目覚めがよい、**快便**とは毎日便通がある、お腹の調子がいい、ということである。

(2) 「実感」としての健康の専門用語

実感としての健康は、専門用語として**主観的健康感**という（…健康観）ではない。**自覚的健康感**とか、**健康自己評価**ともいわれる。

実感としての健康（主観的健康感）は個人の主観であり、実感のし方は心の状態や生活状況などによって異なることから、あてにはならないと軽視される傾向がある。

しかし、主観的健康感と客観的な健康指標と深い関係があり、しかも良好なほど生命予後にも良い影響を及ぼすことが指摘されている。そのためむしろ**総合的な健康指標**であるといわれる。したがって、主観的健康感とは、個人の健康を考えると、健康指標のひとつとして決まってとり上げられる。例として以下のような聞き方で把握される。

設問例)：あなたは、自分の健康をどう思いますか。

- 回答
- | | |
|--------------|--------------|
| 1. 非常に健康だと思う | 2. 健康だと思う |
| 3. 普通だと思う | 4. 健康ではないと思う |

注) この例では選択肢が4段階であるが、何段階かの選択肢を提示し、最もそうだと思うものに○をつけてもらう。

1.2 WHOの定義

実感としての健康（主観的健康感）は、個人の健康を考えるとき重要であるが、不特定多数の人びとの健康や健康づくりについて論じるときなどは、一定の了解できる健康の定義および考え方が必要になる。

健康の定義として広く引用されるのが、世界保健機関（World Health Organization：WHO）の考え方である（表1-1）。つまり、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**であるということである。身体的健康とは身体的な病気がない・障害がない、精神的健康とは精神病がない・うつや悩みがないなど、具体的にイメージできる。しかし、社会的健康はイメージしにくい。とはいえ、WHOの考え方は、社会的健康（社会的に良い状態）を提示したことが高く評価されている。

（1）社会的健康

社会的健康とはどのような意味だろうか。社会的健康は、ひと言でいえば「社会的役割が果たし得ること」だと考えよう。社会的役割とは社会的になすべきことが期待されている役割である。例えば、家族生活を維持するために仕事などで収入を得るべき人は、家計支持者としての社会的役割が期待されている。ここで、家計支持者として働くべき人が、たとえ五体健全でも働こうとしなければ、または、働いて収入を得てもそれを飲酒やギャンブルなどで使い果たすようであれば、社会的役割を果たしていないので健康とはいえない。かえって、障害のある人や高齢者でも、家計支持者としての社会的役割が果たし得ていれば、その人はむしろ社会的には健康だといえる。

なお、“その人なりに”ということは、例えば、高齢者は若者のように走れなくていいのであり、高齢者なりにゴールできればよい。障害のある人は行動がぎこちなくスローテンポでも、与えられた仕事などをしっかりとなし得ればよいということである。

社会的役割が果たし得れば、当然自立的に生きることができる。そこで、社会的健康をひと言で表現すれば「**自立的に生きる姿が健康である**」といえる。

表1-1 世界保健機関（WHO）の健康の定義

健康とは、病気ではないとか、弱っていないということではなく、肉体的にも、精神的にも、そして社会的にも、すべてが満たされた状態にあることをいいます。
 人種、宗教、政治信条や経済的・社会的条件によって差別されることなく、最高水準の健康に恵まれることは、あらゆる人々にとっての基本的人権のひとつです。

出典）世界保健機関憲章（Constitution of WHO）前文，1946.

特徴①：社会的健康の規定（社会的に良好な状態）

⇒（その人なりに）社会的役割が果たしうること

特徴②：積極的健康の規定（単に病気や虚弱でないということではない）

⇒病気や虚弱でない状態を消極的健康だとすれば、その上である

特徴③：基本的権利としての健康の規定（基本的権利のうちのひとつである）

(2) 積極的健康

WHO の考え方には、積極的健康という特徴も読み取れる。つまり、単に病気や虚弱でないということにとどまるものではないということである。「病気や虚弱でない状態」を健康だと考える人は多いであろう。しかし、健康は単にそのような状態にとどまらないで、その上の状態である。「病気や虚弱でない状態」を消極的健康だとすれば、さらにその上をいくということで「積極的健康」という考え方ができる。

なお、積極的健康は消極的健康と対比させずとも、**ポジティブ・ヘルス** (positive health)、**ベター・ヘルス** (better health) という意味で考えれば、常に現在の状態より良い状態を志向する考え方だともいえる。

(3) 権利としての健康

WHO ではまた、健康とは「何人もが有する基本的権利のうちのひとつである」という。健康が権利であるということは、例えば、発病のときに医者に診てくれと主張できる。しかし、権利は常に義務と表裏一体をなす。その義務が「自分の健康は自分で守る」(**セルフケア**) ということである。例えば、医者に診てもらっても服薬指示を守らなかったり不摂生を続けたりすれば、義務を果たしていない。現代は生活習慣病の時代といってもいい。現代にあっては、「健康は自分で守るもの」という義務の考え方がたいせつである。医学が進歩しても患者の義務の遂行がなければ、治る病気も改善しないし治らない。したがって、健康は「権利でかつ義務である」といえる。

1.3 わが国の考え方

(1) 「国民健康会議」の考え方

わが国では1984(昭和59)年に厚生大臣の私的諮問機関である「国民健康会議」が発足した。そして、「これからの健康意識と社会のあり方」について提言し、そのなかで「病気と共生する健康」への意識変革を強調している。高齢者は多かれ少なかれ何らかの病気や異常があるもので、「無病息災」だけを健康だと考えれば、多くの高齢者は病人になりかねない。そこで「無病息災」だけを健康だと考えず、「一病息災」も健康だと考えようということである。

糖尿病の例でいえば、糖尿病と診断されたからといって、すぐにそれで病死することはない。糖尿病で怖いのは合併症であり、日頃から疾病管理や生活管理をうまく行っていれば、病状の悪化や合併症の併発は予防でき、日常生活を普通に過ごせる。まさに**病気と共生する健康**という考え方ができる。

なお、病気になってしまえば、その病気とうまくつき合う必要があるが、病気にならない努力はさらに重要であることはいうまでもない。

(2) 「日本国憲法」の考え方

日本国憲法第25条には、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権

利を有する。国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」と記されている。つまり、健康で生活を営むことは権利であるとしており、WHOと同様な考え方がみられる。

(3)「健康増進法」の考え方

健康増進法第2条には、「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」と記されている。健康を保持・増進するための国民の努力が求められ、「自分の健康は自分で守る」という義務が強調されている。

一方また、健康増進法では国、地方自治体、関連団体、企業などの連携・協力による国民の健康増進および生活習慣病予防の推進も強調されている。

2. 健康の成立条件

2.1 主体・病因・環境の3条件

(1) 3条件のバランスの良い状態

健康の成立条件および発病の条件には、①**主体条件**、②**病因条件**、③**環境条件**の3つの条件が考えられる(図1-1)。これらの3条件のバランスを保つこと(平衡)が健康を保持・増進することになる。

(2) 3条件のバランスの崩れ

3条件のバランス(平衡)が崩れたときに病気となる。しかも、そのバランスの崩れ方には、以下の場合が考えられる。

- ① 病因条件が重くなる：かぜ(感冒)とインフルエンザでは、インフルエンザに

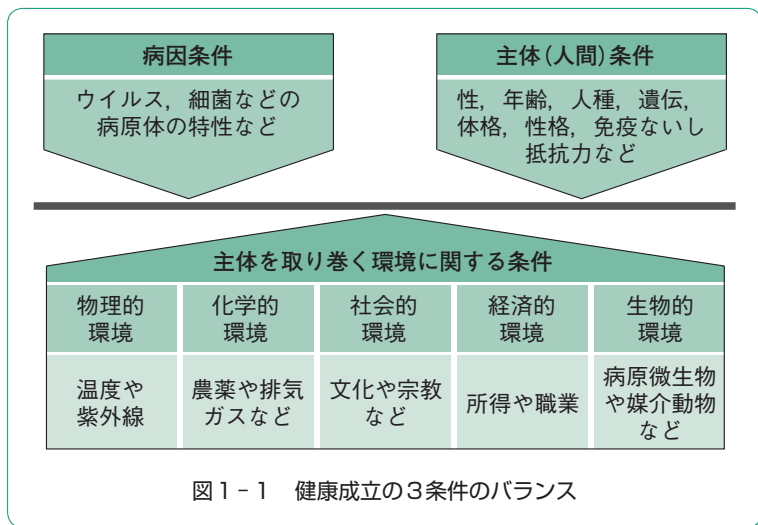
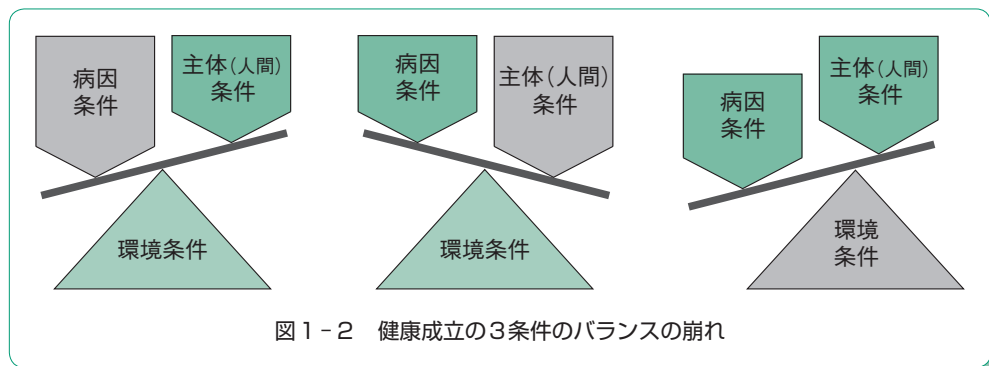


図1-1 健康成立の3条件のバランス



かかったほうが重症化する場合などである（図1-2左図）。

② 主体が重くなる：病気の予防接種をした場合としない場合では、しないほうがその病気にかかりやすい場合などである（図1-2中央図）。

③ 環境条件が主体側に不利になる：夫（父）が喫煙者であれば、受動喫煙（p. 63参照）による妻や子どもへの健康影響がある。また、フロンガスによってオゾン層が破壊され、紫外線が地上に大量に降り注ぐことで皮膚がんが発生しやすい場合などである（図1-2右図）。

（3）疾病予防対策

主体・病因・環境の3条件のうち、いずれかの条件に優先的に対策をとることで、効果的な疾病予防が可能となる。例えば、予防接種が開発されている疾病では、予防接種をして主体条件を良好にする。また、感染症の場合は、殺菌・消毒など病因条件に対する対策が優先される。

しかし、結核やエイズなどは感染したからといって、ただちに発病するものではない。主体側の免疫力の低下によって発病が促進される。この場合は、結核菌やエイズウイルス（HIV）に対する薬物療法など（病因対策）とともに、主体側の免疫力や栄養状態などの向上（主体対策）も同時に強化することがたいせつである。

2.2 生物医学モデルと生物心理社会モデル

健康の成立条件および疾病の発生モデルとして、これまで生物医学モデルが活用されてきた。しかし最近、同モデルに心理的・社会的な側面を加えた生物心理社会モデルが重視されてきた（図1-3）。

（1）生物医学モデル（医学モデル）

同モデルでは悪い生活習慣（危険因子）が生活習慣病の原因であり、生活習慣病によって不健康および要介護になると考える。そして、その予防・対策には、危険因子