栄養・スポーツ・保健分野のための

健康管理概論

Introduction to Health Management

監修 香川靖雄

編著 松本泉美・吉澤剛士

共著 金子嘉徳·髙橋将記·谷澤薫平 根津智子·福本貴彦·文 鐘聲 門司和彦

建帛社

序 文

本書の前身は、栄養士・管理栄養士教育を柱とした 2004 年刊行の『N ブックス 健康管 理論』(苫米地孝之助 編著) および、2014 年刊行の同書の改訂版(苫米地孝之助 監修・宮城 重二編著)である。その初版から20年、改訂からもさらに10年を数え、その間、健康管 理に関わる栄養・保健・医療・福祉に関連する情勢は日本国内および世界レベルにおいて も変化し、それに伴い健康管理学は学問としても著しく進歩した。対象となる人々の健康 管理に関わる職種としての医師、看護師・保健師、管理栄養士(栄養士)・理学療法士等 の医療保健分野に加え、スポーツや身体活動分野の指導者育成と医療保健分野の職種との 連携が重要になってきている。そこで本書は、『栄養・スポーツ・保健分野のための 健康 管理概論』と題し、内容を一新するとともに、各分野において、実践と研究を行うととも にそれらの人材の育成に携わる10名の専門家に執筆を依頼した。統計情報や法令に関し て全面的に改正された最新のものを学修できるようにしたほか、「身体活動・運動」につ いては章を独立させ記述を充実し(第4章). また「国際保健」についても新たに章を設 けた(第9章)。さらに、国際的な健康危機となった新型コロナウイルス感染症(COVID-19) への対処策や、コロナ禍後の状況を見据えて、その他の感染症への対応も取り上げた。ま たこれらの職種の国家試験出題基準に準拠するように、近年重要視されている事項を取り 上げた。加えて、新しい分子遺伝学の潮流も取り入れ、健康管理に関連する知見をコラム で紹介している。

健康管理とその教育は実践的な学問である。国際的政策のアルマ・アタ宣言やオタワ宣言などさえ、いまだに目標が未達成である。わが国においても2000年に始まった「健康日本21」は、健康寿命の延伸など一定の成果を挙げたが、目標値に到達できない項目が多く、2024年度からはそれらへの評価を踏まえた対応を含めた第3次対策が始められようとしている。これらの目標達成においては、さらなる保健医療分野の専門職およびスポーツ・身体活動向上を図る指導者の教育に基づく実践が重要となる。編集者ならびに著者を代表して、本書がそれらの専門職および指導者を目指す学生諸君の学びに役立つことを願っている。

2024年4月

監修者 香川 靖雄

第1章	健康と健康増進	1
■ 1. 健康(- の定義 ······	1
1.1 WE	IOの定義······	1
1.2 日本	本における健康の定義	3
■ 2. 健康の	の成立条件	5
2.1 主体	本,病因,環境の3条件	5
2.2 生物	勿医学モデルと生物心理社会モデル	·····6
■ 3. 健康5	増進の概念と歴史	8
3.1 歴	史	
3.2 生活	舌習慣の変容	9
	イマリヘルスケアとヘルスプロモーション	
4.1 プラ	ライマリヘルスケア	12
4.2 ^)	レスプロモーション	13
第 2 章	健康の現状	17
	健康の現状	
■1.人〔		17
■ 1. 人〔 1.1 高齢		······17
■ 1. 人 〔 1.1 高韻 1.2 人口	□	17 17
■ 1. 人 〔 1.1 高齢 1.2 人□	□ ····································	17 17 20
■ 1. 人〔 1.1 高蘭 1.2 人□ ■ 2. 平均 2.1 平均	□	172021
■ 1. 人 〔 1.1 高蘭 1.2 人□ ■ 2. 平均; 2.1 平均; 2.2 健康 ■ 3. 出生,	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	1720212122
■ 1. 人 〔 1.1 高韻 1.2 人□ ■ 2. 平均 2.1 平均 2.2 健劇 ■ 3. 出生, 3.1 人□	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	1720212224
■ 1. 人 〔 1.1 高韻 1.2 人口 2. 平均; 2.1 平均 2.2 健康 3. 出生, 3.1 人口 3.2 出生	□	172021222424
■ 1. 人 〔 1.1 高蘭 1.2 人□ ■ 2. 平均; 2.1 平均 2.2 健園 ■ 3. 出生, 3.1 人□ 3.2 出生 3.3 婚姻	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	1720212224242424
■ 1. 人 〔 1.1 高調 1.2 人□ ■ 2. 平均; 2.1 平均 2.2 健康 ■ 3. 出生, 3.1 人□ 3.2 出生 3.3 婚姻 ■ 4. 死亡(□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	1720212224242528
■ 1. 人 〔 1.1 高順 1.2 人 □ 2. 平均; 2.1 平均; 2.2 健康 3. 出生, 3.1 人 □ 3.2 出生 3.3 婚如 4. 死亡 4.1 死亡	□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	

4.3 母子の死亡の動同	39
4.4 死亡の国際比較	
■ 5. 健康状態・受療状況	42
5.1 有訴者率・通院者率:国民生活基礎調査	·····42
5.2 受療率:患者調査	·····45
第3章 健康に影響する生活要因	47
■ 1. 生活習慣要因と生活習慣病	47
1.1 生活習慣病対策の背景	·····47
1.2 生活習慣病およびその対策	47
■ 2. 栄養・食生活・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	48
2.1 「栄養の偏り」をもたらす食生活の変化	·····48
2.2 栄養摂取の状況	50
2.3 健康増進と栄養・食生活	·····52
■ 3. 休養・ストレス	····· 55
3.1 「ストレス増加」をもたらす社会環境の変化	55
3.2 休養の概念と休養指針	57
3.3 睡眠不足の現状と健康との関連	57
■ 4. 喫煙・飲酒 ····································	····· 59
4.1 喫 煙	59
4.2 飲 酒	·····62
第4章 生活習慣要因としての身体活動と運動の予防効果	65
■ 1. 身体活動・運動の現状	65
■ 2. 身体活動・運動不足による身体的な影響	66
2.1 運動不足の影響	66
2.2 運動の生活習慣病予防効果	66
■ 3. 身体活動・運動の効果と健康づくりに適した運動	····· 67
3.1 身体活動・運動の効果	67
3.2 健康づくりに適した運動	
3.3 メディカルチェック	
■ 4. 健康づくりのための身体活動・運動の指針	
4.1 健康づくりのための運動指針2006 (エクササイズガイド2006)	69

4.2 健康づくりのための身体活動基準2013	
および健康づくりのための身体活動指針(アクティブガイド)	·····71
4.3 健康日本21 (第三次) における身体活動・運動	·····72
4.4 健康づくりのための身体活動・運動ガイド2023	·····73
■ 5.WHO身体活動・座位行動ガイドライン	····· 75
■ 6. 高齢者と運動 ····································	····· 76
6.1 高齢者における身体活動・体力と健康との関連	·····76
6.2 高齢者における体力向上のための運動プログラム	
6.3 高齢者における骨格筋量・体力の評価方法	·····79
第5章 健康を阻害する疾病の予防	83
■ 1. 疾病予防の3段階····································	83
1.1 一次予防:健康増進と特殊予防	84
1.2 二次予防:早期発見·早期治療 ····································	85
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	85
1.4 生活習慣病予防の今後の改善点:遺伝子多型研究	86
■ 2. 生活習慣病の予防	87
2.1 がんの予防	87
2.2 循環器疾患の一次予防, 二次予防, 三次予防	90
2.3 糖尿病の一次予防, 二次予防, 三次予防	91
2.4 メタボリックシンドロームの一次予防, 二次予防, 三次予防…	93
■ 3. 感染症の予防 ····································	96
3.1 感染症対策と感染症法	96
3.2 HIV・エイズ (AIDS) 対策····································	98
3.3 結核対策	100
3.4 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)	101
■ 4. 精神疾患の予防····································	102
4.1 ライフステージと精神疾患	102
4.2 自殺予防	102
第6章 健康づくりの施策	105
	105
■ 1. 国民健康づくり運動	
1.1 国民健康づくり運動の沿革	105

1.2	第1次国民健康づくり対策	105
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)	106
1.4	健康日本21	106
1.5	(新) 健康フロンティア戦略	107
1.6	健康日本21 (第二次)	108
1.7	健康日本21 (第三次)	108
2 .	健康づくりおよびヘルスケアの法的対応	110
2.1	地域保健法	110
2.2	健康増進法	111
2.3	食育基本法	113
2.4	母子保健の関係法・計画	114
2.5	成人保健関係法	116
2.6	高齢者保健・介護関係法	118
2.7	がん対策基本法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	120
2.8	難病対策の関係法	121
3 .	組織と従事者	122
3.1	保健衛生行政の体系	122
3.2	保健所・市町村保健センター	123
3.3	従事者	124
第 7	章 健康管理の進め方	125
第 7		125
第7	健康管理の考え方・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	125
第 7 ■ 1. 1.1	健康管理の考え方 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	125 125 125
第 7 ■ 1. 1.1 1.2	健康管理の考え方 健康管理の多様な考え方 健康管理の定義	125 125 127
第 7 ■ 1. 1.1 1.2 ■ 2.	健康管理の考え方	125 125 127 127
第 7 ■ 1. 1.1 1.2 ■ 2.	健康管理の考え方 健康管理の多様な考え方 健康管理の定義 健康管理の方法 「計画(P) – 実施(D) – 評価(C) – 改善(A)」の体系	125 125 127 127
第 7 ■ 1. 1.1 1.2 ■ 2. 2.1 2.2	健康管理の考え方 健康管理の多様な考え方 健康管理の定義 健康管理の方法 「計画(P) – 実施(D) – 評価(C) – 改善(A)」の体系 健康管理の評価	125
第 7 ■ 1. 1.1 1.2 ■ 2. 2.1 2.2 ■ 3.	健康管理の考え方 健康管理の多様な考え方 健康管理の定義 健康管理の方法 「計画(P) – 実施(D) – 評価(C) – 改善(A)」の体系 健康管理の評価 健康教育	125
第 7 1. 1.1 1.2 2.1 2.1 2.2 3. 3.1	健康管理の考え方	125
第7 1. 1.1 1.2 2. 2.1 2.2 3. 3.1 3.2	健康管理の考え方	125
第 7 1. 1.1 1.2 2.1 2.1 2.2 3. 3.1 3.2 3.3	健康管理の考え方	125
第7 1. 1.1 1.2 2. 2.1 2.2 3. 3.1 3.2 3.3 3.4	健康管理の考え方	125
第 7 1. 1.1 1.2 2.1 2.1 2.2 3. 3.1 3.2 3.3 3.4 3.5	健康管理の考え方 健康管理の多様な考え方 健康管理の方法 「計画(P) - 実施(D) - 評価(C) - 改善(A) 」の体系 健康管理の評価 健康教育 健康教育の考え方 健康教育の考え方 健康教育の方法 健康教育の目的と目標 健康教育の方法 健康教育の展開における留意事項	125
第 7 1. 1.1 1.2 2.1 2.1 2.2 3. 3.1 3.2 3.3 3.4 3.5	健康管理の考え方	125

4.2	健康相談の方法	132
4.3	健康相談の展開・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	132
5 . 1	建康診査・スクリーニング	134
5.1	健康診査・スクリーニングの考え方	134
5.2	健康診査・スクリーニングの方法	135
6 . 1	建康管理の実際・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	139
6.1	地域の健康管理 (地域保健)	139
6.2	職場の健康管理 (産業保健)	140
6.3	学校の健康管理 (学校保健)	144
6.4	母子の健康管理 (母子保健)	149
6.5	成人・高齢者の健康管理(成人・高齢者保健・介護保険制度と	
	地域包括ケアシステム)	150
6.6	心の健康管理(精神保健)	151
6.7	歯科・口腔の健康管理 (歯科口腔保健)	159
第8	章 EBMに基づく健康管理	161
■ 1. I	EBMの概要·······	
1.1	EBM とは ······	
1.2	EBM の応用······	161
2.	空学的研究(エビデンスの収集)	
2.1	記述疫学研究	
2.2	横断研究	162
2.3	生態学的研究(地域相関研究)	
2.4	症例対照研究	163
2.5	コホート研究・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	164
2.6	介入研究	165
2.7	システマティックレビュー	166
2.8	メタアナリシス	166
3 . å	統計学的手法(エビデンスの評価)	167
3.1	基本統計量	167
3.2	統計学的仮説検定	168
3.3	危険因子の判定	172
3.4	メタ分析	174
4 . 4	研究活動における倫理指針・利益相反(COI)について ····································	174
4.1	研究活動における倫理指針とは	174

4.2 研究活動における利益相反 (COI) とは	174
第9章 国際保健(グローバルヘルス/プラネタリーヘルス)	175
1. 公衆衛生の誕生 ···································	175
1.1 中世・近世までの感染症の歴史と健康管理	175
1.2 公衆衛生の誕生	176
1.3 ミアズマ (瘴気) 説と病原体説	178
2. 国際保健(インターナショナルヘルス)の展開	178
2.1 感染症対策としての国際保健の誕生	178
2.2 国際援助・協力としての国際保健:プライマリヘルスケア (PHC)	179
2.3 プライマリヘルスケアの成功と挫折	179
2.4 オタワ憲章, 健康増進 (健康づくり), 非感染性疾患 (NCDs) 対策	180
3. グローバルヘルスの誕生	181
3.1 HIV/AIDS対策とグローバルヘルスの誕生	181
3.2 ミレニアム開発目標 (MDGs)	182
4. 持続可能な開発目標 (SDGs) とプラネタリーヘルス	183
4.1 持続可能な開発目標 (SDGs)	183
4.2 地球環境問題からプラネタリーヘルスへ	185
4.3 日本の国際協力:開発協力大綱,国際協力機構 (JICA)	186
索 引	191

第 7 章

健康と健康増進

■1. 健康の定義

1.1 WHO の定義

(1) 主観的健康感

健康の自覚、すなわち主観的健康感の具体的例は「あなたは健康ですか?」の答えである。この問いに約 9 割のアメリカ人は「私は健康 (I am fine)」と答えるが、日本人は約 3 割しか「健康です」と答えない(図 1-1)。しかし、2021 年の平均寿命はアメリカ人男性が 73.2 歳、女性が 79.1 歳なのに対して、日本人は男性が 81.5 歳、女性が 87.6 歳と世界 1 位であり、各国の主観的健康感の割合とは大きく異なる。また、個人の健康感の根拠となる数値はあいまいで、気分には変動も大きい。SNS の普及等によって、様々な健康情

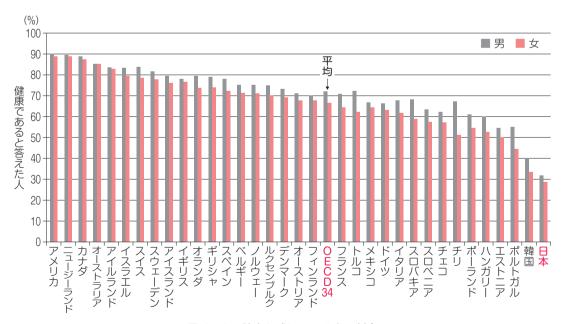


図 1-1 健康と感じている人の割合

出典) Percentage of adults reporting to be in good health 2011 (or nearest year), OECD Health at a glance 2013.

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。

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)

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

報が伝えられるが、群盲が象を撫でてその部分で象を推定するように、断片的知識に基づく健康感では、心身全体の健康を判断することはできない。本書では健康について、全体を見据えた体系的な知識を獲得することを目標とする。

主観的健康感は、客観的な健康とは異なるので、全人類に適用できる健康の定義および考え方が必要になる。そのため、健康の定義として広く引用されるのが、「世界保健機関(WHO: World Health Organization)の考え方」である(表 1-1)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定義されている。WHOは、健康を全人的な側面からとらえ、人々が最大限の健康と幸福を追求できるよう支援することを目指している。身体的健康とは、身体的な病気がない、障害がない状態、精神的健康とは、精神疾患(心の病)がない、うつや悩みがない状態といえば具体的に理解できる。しかし、社会的健康はわかりにくい。この社会的健康(社会的によい状態)を特記したことがWHOの全人的な健康の定義の中で高く評価されている。表 1-1 の下にあるように WHO の健康の定義の特徴は、①社会的健康、②積極的健康、③基本的権利としての健康の3つの項目であるので、これらについて以下に解説する。

(2) 社会的健康

社会的健康 (social health) は、個人が社会的な連携をもち、他の人々との関係を築き、社会的な支援を得ることによって促進される健康の側面を指す。個人の役割は「社会的役割を果たせること」であり、社会で期待される役割を果たすことが重要である。社会的健康の重要性は、個人の心理的な健康や生活の満足度、生理的な健康指標、病気の予防や回復力に影響を与えることが研究によって示されている。孤立や孤独感、社会的排除、人間関係の問題などの課題がある場合には、社会的健康が損なわれる可能性がある。個人や地域社会の社会的健康を促進するためには、相互協力 (互助) の包括的な社会的環境が重要であり、社会的連携を強化し、地域社会の参加を促進する試み、健康に対する社会的な支援体制の整備が含まれる。社会的健康は、個人の健康と幸福の視点から考えることが重要であり、社会的連携と支援が鍵となる。

(3) 積極的健康

積極的健康(positive health)は、健康を単に病気や障害がないという状態だけでなく、個人の健康と幸福の総合的な視点からとらえる健康の側面をさ指す。この概念はWHOによって提唱され、伝統的な疾患中心のモデルに代わり、人々が健康と幸福を促進するための行動を重視する。積極的健康を実現するためには、病気の治療だけでなく、身体機能(bodily function)の充実、精神的健康(mental health)、生きがい(meaningfulness)、生活の質(quality of life)、社会参加(participation)などの要素を考慮する必要がある。個人が自己の健康に積極的に関与し、心理的健康の向上、ストレス管理、適切な栄養・運動、ライフスタイルの改善などを重視する。

(4) 権利としての健康

権利としての健康 (right to health) は、国際人権法において認められている基本的な人権の視点からとらえる健康の側面を指す。WHOでは、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」と定義している。健康は人間の尊厳と幸福にとって重要な要素であり、個人が最大限の身体的、精神的、および社会的な健康を享受する権利をもつとされている。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要素である。この権利は、WHOを含む国際的な人権文書において明確に規定されている。例として、1948年に採択された「世界人権宣言」の第25条は、健康を含む社会的な権利を保護するものとして重要である。また、1966年の「国際人権規約」の第12条も、健康に関する権利を保障している。権利としての健康は、以下のような要素を含んでいる。

- ① **医療へのアクセス**: すべての人が適切かつ必要な医療サービスにアクセスできる権利をもつ。これには、予防措置、治療、医薬品、予防接種、性教育などが含まれる。
- ② 医療の質と安全性: 医療サービスは適切な品質と安全性をもつ必要がある。適切な診断、治療、薬剤の提供、感染予防、患者のプライバシー保護などが重要な要素となる。健康は権利であるとともに、自己の健康を守る義務がある。医者に医療を求めることは権利であるが、同時にセルフケアや医者の指示を守ることは義務である。現代は生活習慣病が増えており、健康を守る義務が重要である。医学の進歩も患者の義務がなければ効果を発揮できない。したがって、健康は「権利でかつ義務である」といえる。さらに進んで「養生訓」を著した貝原益軒は、健康の保持・増進は倫理であるとしている。

1.2 日本における健康の定義

(1) 日本国憲法

日本国憲法第 25 条は、「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」と定めている。この条文は WHO の健康の定義とも合致し、国民に十分な生活水準と健康を維持する権利を保障している。国は社会全体の福祉と

公衆衛生を向上させるために努力する責任を負い、健康増進や社会保障制度の整備を行っている。国民の健康と福祉向上に取り組む一方で、個人の権利と自己責任を尊重する社会を実現することが重要である。

(2) 健康增進法

健康増進法は、国民の健康の増進を図るための基本的な法律である。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この法律は、健康づくりに関する施策を総合的かつ計画的に推進することを目的としている。具体的な内容としては、健康づくりの指針の策定や啓発活動の推進、地域における健康増進のための施策の展開などが含まれる。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(第6章 p.107参照)。

(3) 国民健康会議

「国民健康会議」は 1984 (昭和 59) 年に厚生大臣 (当時) の私的諮問機関として発足し「これからの健康意識と社会のあり方」について提言し、「病気と共生する健康」への意識変革を強調した。高齢者には何らかの異常があるので、「無病息災」を健康だとすると、高齢者の多くは病人になる。そこで「一病息災」も健康だと考えようと提案した。例えば、糖尿病と診断されても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、疾病管理を正しく行えば、合併症は予防できる。要するに、病気と共生する健康という考え方ができる。

国民健康会議の健康に対する考え方は、次のような特徴をもつ。まず、健康を総合的な 観点からとらえており、身体的・精神的な健康の状態や社会的な側面も重視している。予 防医学の重要性を強調し、病気や障害を未然に防ぐための取り組みや早期発見・早期治療 のための健康診断を推進している。健康づくりの普及と啓発も行い、個人の自己管理や生 活習慣の改善、適切な栄養摂取、運動の重要性を啓発している。さらに、地域との連携を 重視し、地方自治体や医療機関、保健所などと協力して地域の健康増進に取り組んでいる。

(4) その他の法規と健康予防管理専門士

そのほか、学校教育においては<mark>学校教育法</mark>が体力づくりや栄養に関する指導などを、また、学校保健安全法が健康相談、健康診断、感染症対策、学校安全などといった学校における健康管理について定めている。第 4 期教育振興基本計画 (2023) では「ウェルビーイングの向上」を図るとし、「健やかな体の育成、スポーツを通じた豊かな心身の育成」などを目標として掲げている。企業従業員などに対しては、労働安全衛生法により健康診断の実施やメンタルヘルスの確保、職場環境の改善などが規定されている。

また、健康の保持と増進を進める具体的な方法など、健康予防管理・指導の専門知識・技術を身につけ、企業や自治体等と協力して、地域住民の健康維持・増進に向けた指導を行う認定資格として、健康予防管理専門士という資格も創設されている。

■2. 健康の成立条件

2.1 主体、病因、環境の3条件

(1) 3条件のバランスのよい状態

健康の成立に関して、一般的には以下の3つの要素が考えられる(図1-2)。

- ① **主体** (individual):個人の性,年齢,人種,遺伝,免疫や性格,生活習慣,行動などが健康に影響を与える。従来は素質と呼ばれた実体は,各個人の遺伝子多型に基づくことが解明されている。さらに持病の有無,身体的な能力や免疫機能などが主体としての要素である。
- ② 病因 (causation):細菌やウイルスの感染のほか、慢性疾患、遺伝的な疾患、生活習慣病など、様々な病因がある。
- ③ 環境 (environment):主体を取り巻く生活環境や社会的な要素も健康に大きな影響を与える。物理的、化学的、社会的、経済的、生物的な環境に加え、教育や、社会的なサポートなどが挙げられる。これらの要素は個人の健康に影響を与えるだけでなく、集団や社会全体の健康にも関与する。

以上の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。

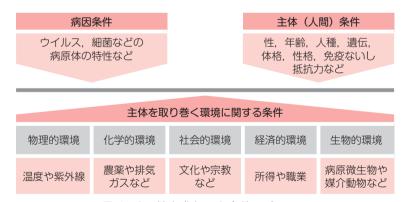


図 1-2 健康成立の 3 条件のバランス

(2) 3条件のバランスの崩れ

3条件のバランス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。