

分野横断的地域包括ケアシステムの 構築における統括保健師の役割

健康日本21（第二次）の評価と課題

悪化した目標項目 生活習慣に関するもの

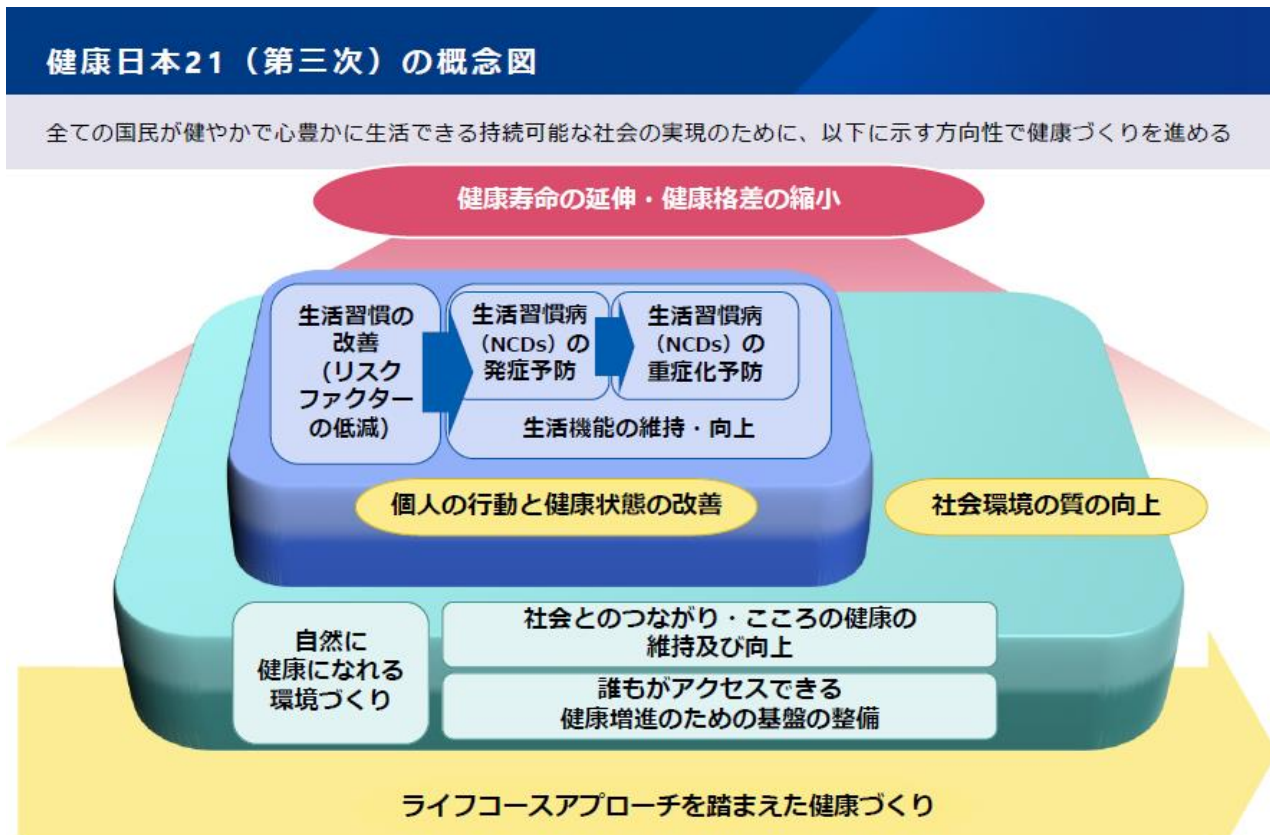
- メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
- 適正体重の子どもの増加(低出生体重児の割合・肥満傾向の割合)
- 睡眠による休養を十分とれていない者の割合の減少
- 生活習慣病のリスクを高める量を飲酒している者の割合の減少

変わらない目標項目

健康格差の縮小(日常生活に制限のない期間の平均の都道府県格差の縮小)
合併症(糖尿病腎症による年間新規透析導入患者数)
健康な生活習慣(栄養・食生活、運動)を有する子ども
ロコモティブシンドローム(運動器症候群)を認知している国民の割合
地域のつながりの強化

健康日本21(第三次)ー2024年度～2035年度ー。

- ・健康寿命の延伸と健康格差の縮小
- ・個人の行動と健康状態の改善
- ・社会環境の質の向上
- ・ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり



健康日本21（第三次）の新たな視点

○ 「誰一人取り残さない健康づくり」や「より実効性をもつ取組の推進」に取り組むため、以下の新しい視点を取り入れる。

①女性の健康については、これまで目だしされておらず、性差に着目した取組が少ない



女性の健康を明記

「女性の健康」を新規に項目立て、女性の健康週間についても明記
骨粗鬆症検診受診率を新たに目標に設定

②健康に関心の薄い者など幅広い世代に対して、生活習慣を改めることができるようなアプローチが必要



自然に健康になれる環境づくり

健康に関心の薄い人を含め、本人が無理なく健康な行動をとれるような環境づくりを推進

③行政だけでなく、多様な主体を巻き込んだ健康づくりの取組をさらに進める必要



他計画や施策との連携も含む目標設定

健康経営、産業保健、食環境イニシアチブに関する目標を追加、自治体での取組との連携を図る

④目標や施策の概要については記載があるが、具体的にどのように現場で取組を行えばよいかを示されていない



アクションプランの提示

自治体による周知広報や保健指導など介入を行う際の留意すべき事項や好事例集を各分野で作成、周知
(栄養・食生活、身体活動・運動、睡眠、喫煙など)

⑤PHRなどICTを活用する取組は一定程度進めてきたが、さらなる推進が必要



個人の健康情報の見える化・利活用について記載を具体化

ウェアラブル端末やアプリの利活用、自治体と民間事業者（アプリ業者など）間での連携による健康づくりについて明記

健康格差とは

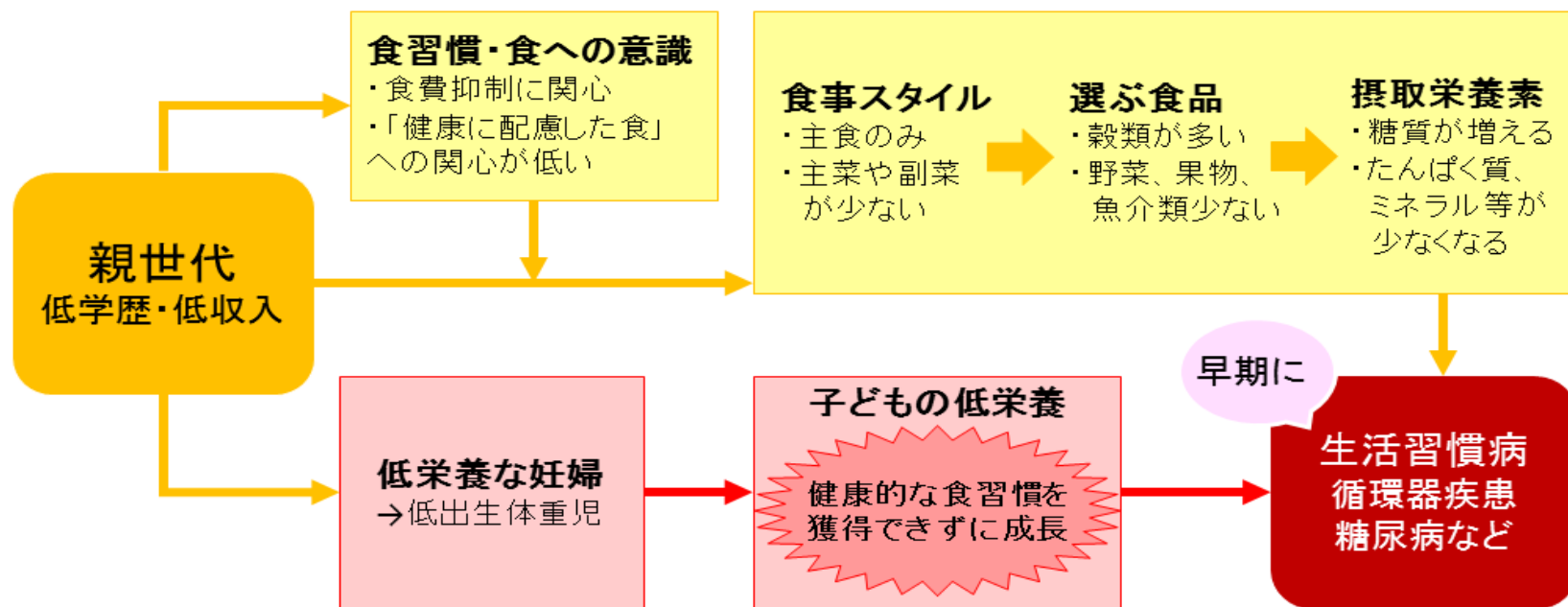
収入格差

- 収入が少ないことにストレスを感じ、幸福レベルや健康度が低下しやすい
ストレスは喫煙や飲酒、過食につながる特徴があり、病気へのリスク↑
- 低所得の人ほど喫煙率が高い、体を動かす習慣が少ない、
- 高所得の人ほど栄養バランスの良い食事を摂っている
- 非正規雇用の方は健康診断の受診率が低い

教育格差

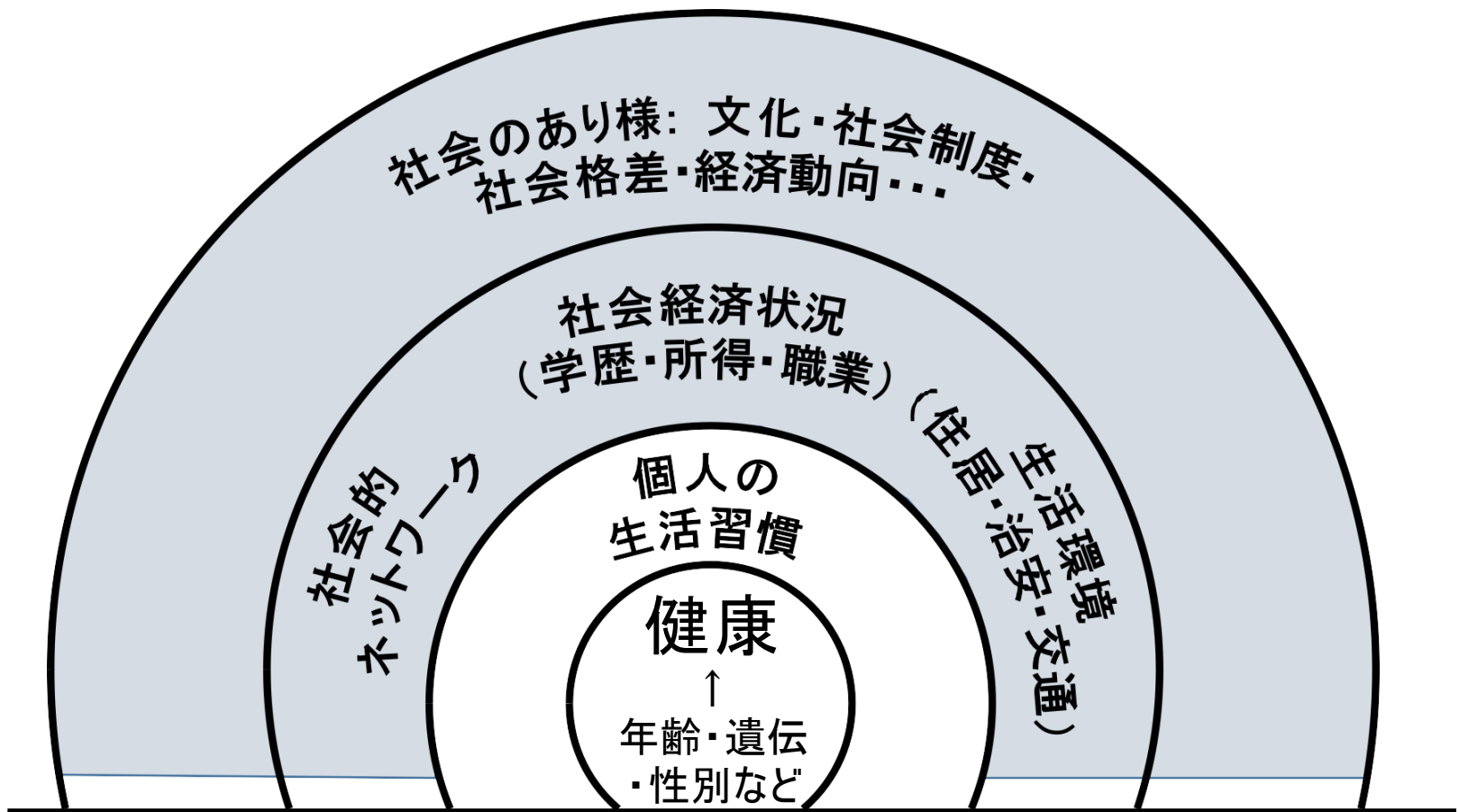
- 高学歴の親の子どもの大学卒業割合は高く、教育水準は世代間連鎖しやすい
- 教育水準が低い人ほど所得が低くなり、健康状態が悪くなりやすい傾向
- 教育水準が低いと、柔軟な思考力や環境の変化への適応能力が低く、選択肢が少なくなりやすく、ストレスを感じやすくなる。
- 教育水準が低いことで、栄養や病気の予防に対する知識不足や、公的な健康診断・保険制度への理解不足も起こる。

健康格差とは



健康は、ほぼ社会環境で決まる

(社会疫学)



健康格差とは

健康格差につながる個々の健康水準を大きく左右する要因は、
社会が起こしている不平等。

個人の自己責任論を強要／押し付けても解決は困難

健康至上主義からの脱却 (健康が目的)

- ◆病気であることに変わりはないけれども、今の健康状態を十分に活かして、よりよく生きている人も健康といえるのではないか
- ◆病気や障害がなくても**社会参加**や**精神的な充実感**など、**生活の質(QOL; quality of life)**が低ければ、真の健康といえないのではないか(真の豊かさが健康)
- ◆**well-being**を志向する考え方
「健康的に生きる」、「よりよく生きる」

『健康はそのための手段』

予防とは

人生100年時代の安心を得る基盤は、やはり「健康」という手段を少しでも長く維持できる

- 病気にさせない医療
- 病気になる年齢を後ろ倒しにできる

保健(師) 「予防」を進歩させる(役目)

医療の価値を「健康で長く過ごせる」に転換

生活習慣病と認知バイアス

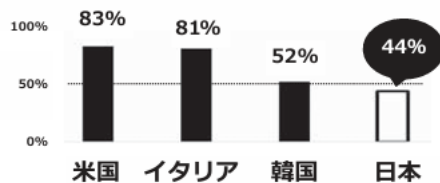
(わかつちやいるけど、嫌だなー、めんどくさいな)

正常性バイアス(自分にとって都合の良い解釈に偏る)

「自分は大丈夫」と考えて自分と生活習慣病関連データの関係を過小評価

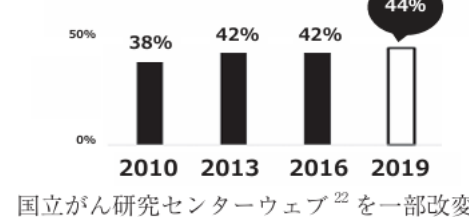
* 自分を守るための防衛本能。パニックにならず、平静でいるために働く心理

日本は子宮頸がん検診受診率が低い。このままでいいのか？



OECD, Stat²¹ を一部改変

日本では子宮頸がん検診受診率が増えています。



「皆が受けていないのだから、自分も受けなくてもいいか」と同調バイアスを刺激してしまう可能性、

下流の限界と社会の連帯の見直し

「岸辺を歩いていると、助けて!という声が聞こえます。誰かが溺れかけているのです。

そこで私は飛び込み、その人を岸に引きずりあげます」

「心臓マッサージをして、呼吸を確保して、一命をとりとめてホッとするのもつかの間。また助けを呼ぶ声が聞こえるのです」

「私はその声を聞いてまた川に飛び込み、患者を岸までひっぱり、緊急処置をほどこします。すると、また声が聞こえてきます。次々と声が聞こえてくるのです」

「気がつくとは常に川に飛び込んで、人の命を救ってばかりいるのですが、一体誰が上流でこれだけの人を川に突き落としているのか、見に行く時間が一切ないのです。

川上が変われば、 川下が変わる

川上対策 ポピュレーションアプローチ(地域全体への支援・法や制度環境)
【osekkai】(互助・ソーシャルキャピタル)
⇒安全な地域づくり,異世代交流
⇒良質な母子保健活動・普及啓発,法整備など。

川はつながって
いる！

川下対策

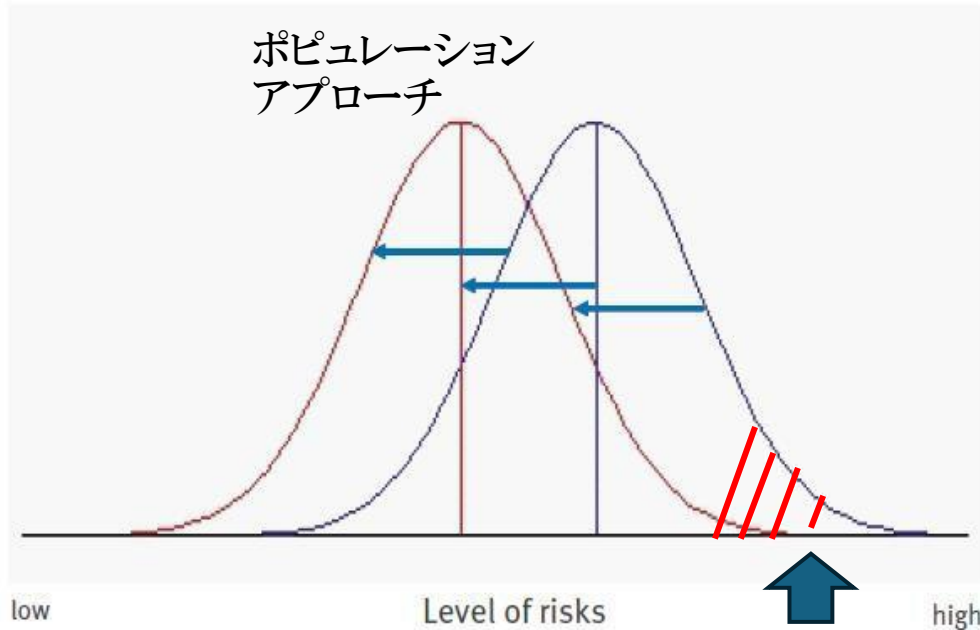
ハイリスクアプローチ(個別支援)
虐待による心身影響防止(予防)
ファミリーソーシャルワーク、専門ケア
措置・(インケア,リービングケア,アフターケア)

Mckinlay, J. (1979) .A case for refocusing upstream: the political economy of health, In Patients, physicians and illness(et.E.Jaco),PP.96-120. Basingstoke, Macmillan

ポピュレーションアプローチの必要性と限界

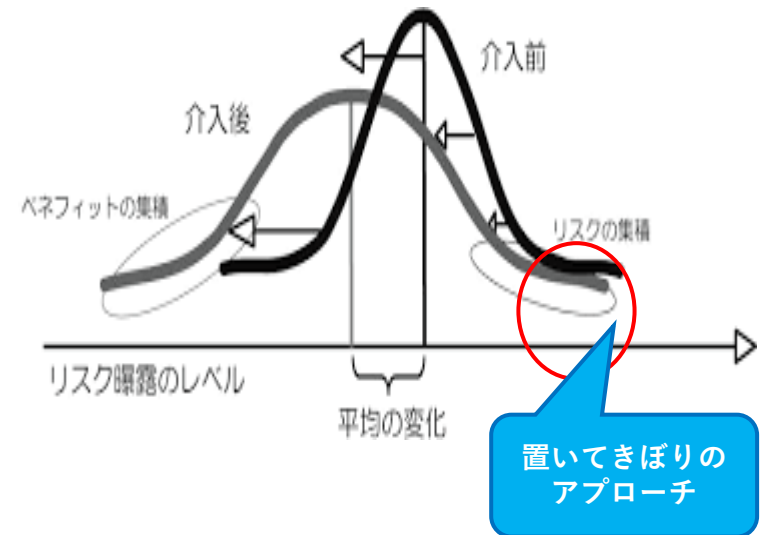
集団全体のリスク分布の改善をめざすアプローチ

B. The ideal population-based approach



ここは変化するか？

格差拡大を伴うポピュレーションアプローチ



改正児童福祉法および改正母子保健法(令和4年)

こども家庭センター

- 市町村は、こども家庭総合支援拠点(児童福祉)と子育て世代包括支援センター(母子保健)の設立の意義や機能は維持した上で、組織を見直し、
全ての妊産婦, 子育て世帯, こどもへ一体的に相談支援をおこなう機関
として「こども家庭センターの設置」の設置に努めること
- **母子保健・児童福祉の両機能を活かして**子育てに困難を抱える家庭に対して、切れ目なく、漏れなく対応すること
- 地域資源を**有機的に組み合わせた**具体的な支援を届けていくための中核的機能を担うこと

子どもの最善の利益を守るための子ども家庭センター (事後対応からの脱却=予防)

大人の事情（言い分）ではなく、
あくまでも **子ども（胎児）の不利益** の実態で考える

「こども虐待の対応」というより、
『**支援を要する家庭**』として継続的に関わる

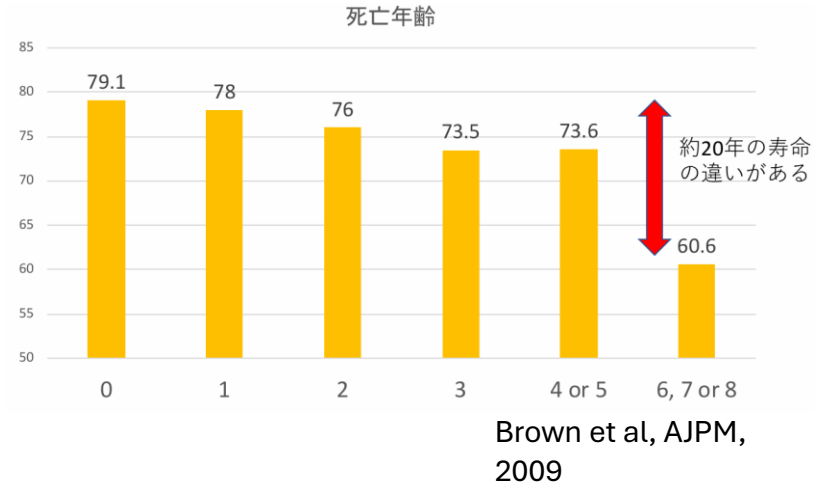
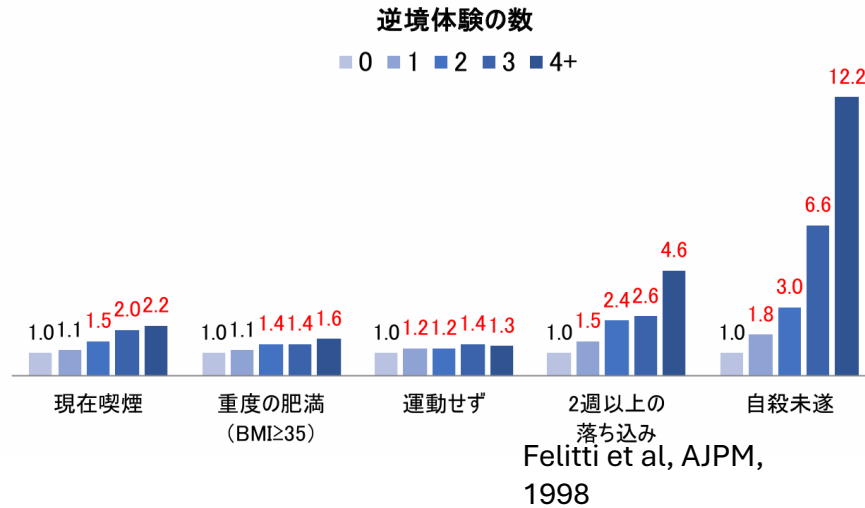
虐待の進行を防ぐ、子どもを死なせないためには、
後の **QOL** (Quality of Life) を影響を及ぼすと予測されれば、援助行動を開始する。

公衆衛生学的にすでに分かっていること

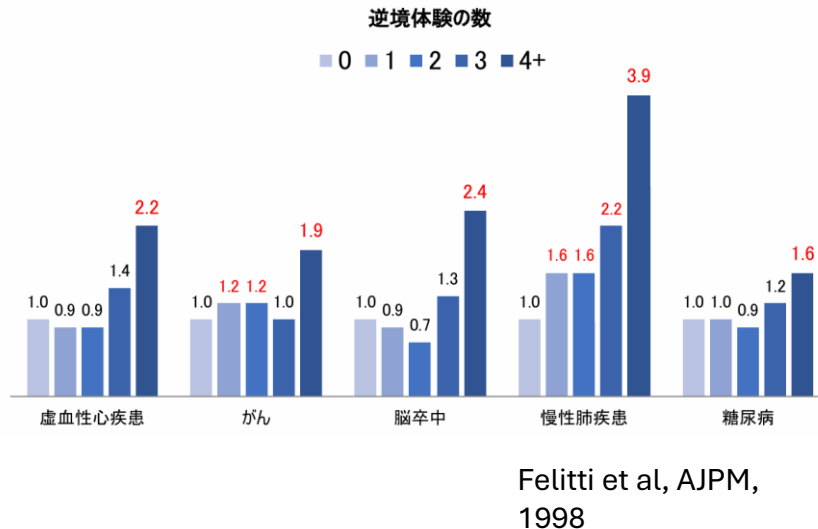
- 子どもの知能や性格、行動の約50%は遺伝子で説明され、残り約50%は環境要因である（多様性と環境要因の重要性）
 - 例）大規模双子研究（Bouchard, Science, 2003）
- 子ども期の逆境体験は子ども期はもちろん、その後に子どもが大きくなってからも健康に影響を与える（Felitti et al, AJPM, 1998）
- 妊娠中の低栄養は生まれてきた後、子どもが大きくなって も病気になりやすくなる（生まれる前からの栄養状態の重要性）
 - 例）オランダ飢餓（Roseboom et al, Heart, 2000）
- 2歳までのアタッチメント形成がその後の人間関係の形成に重要である（安全基地の重要性）
 - 例）2歳以前からの里親群の8歳時の脳活動は家庭養育群に近い
(Vanderwert et al, Plos One, 2010)
- 子ども期にセルフコントロールを獲得すること（共感力、モチベーション、レジリエンスの向上）がその後の学習能力や学歴、年収、健康に関係する（Miller et al, Am J Health Behav, 2011)
- ソーシャル・キャピタルがこれらを育むことに有用

公衆衛生的にすでに分かっていること

逆境体験の数とライフスタイル



逆境体験の数と疾病罹患



参考 横断研究 Felitti et al, AJPM, 逆境体験7項目 1998

- 心理的虐待 (11.1%)
- 身体的虐待 (10.8%)
- 性的虐待 (22.0%)
- 家族の薬物
- アルコール乱 (25.6%)
- 家族の精神疾患 (18.8%)
- 母親に対するDV (12.5%)
- 家族の犯罪歴 (3.4%)

ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチ

母子保健(事業)

・妊娠期～新生児期、乳児期～幼児期の健診等

9割以上の受診率(全国)(ポピュレーションアプローチ)

対象者の把握)

疾患や障害、親のメンタルヘルス・マルトリートメントなど虐待リスクを持つ家庭を「**こと**」が起こる前に 9割以上のほぼ全数の中から、相当の確率でのスクリーニングが可能。(ハイリスクアプローチ)

ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの能動的な方法論を連動させることで、精度の高いスクリーニングを実現。

「**こと**」が起こるまえの支援のスターターになりうる

社会弱者に配慮したユニバーサル・アプローチ 平等と公平



▲個人の違いは視野に入れず、全員に「平等」なものが提供されている



▲個人の違いを考慮しそれぞれに「公平」な機会が提供されている



▲構造的なバリアが取り除かれ、全員が平等かつ公平な機会を保持している

サポートプランの作成/手交が目的ではない

これはある意味**結果**

親に横並びで寄り添う援助関係を形成する努力を押しまず、

支援者の存在が親の孤立を解くカギになり、

「信頼に値すると親たちが実感できる援助関係」を築き上げる。

支援者は自らを、親たちに「処方」する(小林, 鷺山)
(ゴミ屋敷の掃除も手続きや受診動向も…手段)

健康問題だけでなく、心理的社会的な困りごとや生活上の困りごとに応えることで、「この人になら相談できる」と思えること

で、サポートプランも受け入れるし、手交のハードルも下げる

(そのプロセスが虐待を予防する)

保健師はしばしばー

「お節介」せざるを得ないポジション

- 最初に持ち込まれた相談に対応しているうちに、生活の現場で支援者が拾いあげたニーズに対し
- 支援対象者が必ずしも意識せず、その支援を望まない方向であっても
(つまり、主訴以外の無意識のテーマに)
- 関わろうとする努力をすることがある (避けられない／放っておけない)

問い：頼まれもしない／望まれないことをするのは、その人の意思の尊重・尊厳を無視した行動であり、非倫理的なのだろうか？

評価はやはり必要♥

- 保健師にとって
- 行政組織として

- 1 事業(活動)の信頼性の確認(活動目的・成果とその立証)
- 2 事業(活動)の見直しとその改善(PDCA)
根拠(理屈)に基づいて見直しができる(スクラップも可能)
微調整・リニューアル・新規など改善も可能
- 3 Accountability(説明責任)
税金の使い道

地域の演出家

事業は、多くは「通例」であり、中央政府なり事業官庁が、要綱・要領・法制度等を作成・整備したもので必然(政策)

画一的、横一線でよいのか。
「模範解答」はどこにあるのか。
A市には、全国の約1740の同業者(時にライバル?)がいる。

現在バイアス: 未来に大きな利益を得られる可能性よりも、
目先の小さな利益を優先してしまう心理

現状維持バイアス:
現在の状況より好転すると分かっているにもかかわらず、変化を避け現状維持を選ぶ心理作用



統括保健師のリーダーシップ

リーダー・・・リーダーシップを発揮しやすい条件と
裁量を与えられている立場. 機能
(リーダーにリーダーシップがあるのは当たり前)

リーダーシップ・・・ポジションに関係なく、自らがリーダー
役を買って出て、周囲を巻き込み、
引っ張っていくこと

(メンバーにリーダーよりすぐれたリーダーシップが
あることは良くある話。)

頼られる存在

人は社会の中で“存在意義”がないと生きられない
人は、“一人では”生きられない

地域づくりの舞台演出家も
住民も**歯車**の一人に変わらない
かけがえのない歯車、なくては困る歯車



「その人にとっての安全と豊かな暮らし」
を守り抜くという確かな願い

に突き動かされて保健師活動は成り立っている。