

ヘルスプロモーション—30年の軌跡と大分県における実践—

藤内修二

大分県福祉保健部健康づくり支援課

Health Promotion : Trajectory of 30 Years and Practice in Oita Pref.

Shuji Tounai

Dept. Health Promotion, Oita Pref.

キーワード	
ヘルスプロモーション	health promotion
健康日本 21	Healthy Japan 21
ポピュレーションアプローチ	population approach
ソーシャル・キャピタル	social capital
日本再興戦略	Japan Revitalization Strategy
共通価値の創造	creating shared value

I. はじめに

1990年6月に発行された日本保健医療行動科学会年報第5巻は「ヘルスプロモーションと行動科学」をテーマに、1986年のオタワ宣言で提唱されたヘルスプロモーションの理念をわかりやすく紹介していた。当時、臨床医として地域医療の現場で働きながら、行政への転身を考えていた自分にとって、この年報は背中を強く押してくれた。地域住民による健康的な生活習慣の実践を容易にする社会環境の整備、さらには、慢性疾患や障がいがあっても、Quality of Lifeを維持・向上ができる地域づくりというヘルスプロモーションの実践こそ、これからの自分のライフワークであることを確信させてくれたのである。

1992年に行政に転身して25年が経過し、その間、ずっとヘルスプロモーションの実践に取り組んできた。2016年はオタワ宣言から30年という節目の年であり、11月には大分市で日本ヘルスプロモーション学会が開催された。本稿では、わが国におけるヘルスプロモーションの30年間の軌跡を紹介すると

ともに、大分県における実践を紹介したい。

II. ヘルスプロモーションをめぐる内外の動向

表1は、ヘルスプロモーションをめぐる国内外の動向を、時系列で世界の動きとわが国の健康政策を対比させながら概観したものである。ラロンド報告(1974年)で、これまでの疾病管理からライフスタイルの改善が重要であることが提唱されたが、わが国でこの理念が政策として採用されたのは、14年後の国民健康づくり対策(第二次)であった。また、ヘルスプロモーションがわが国の健康政策として本格的に採用されるのは、オタワ宣言から14年後の健康日本21(第一次)まで待たねばならなかった¹⁾。2012年に策定された健康日本21(第二次)には、「健康格差の是正」が目標に盛り込まれたが²⁾、世界保健機関(WHO)は2000年のメキシコ宣言で、その重要性を提唱している。このように、わが国のヘルスプロモーションの実践は、世界の動きから10年以上も遅れをとり、その後の展開も思うようにはできていない。以下にその要因を紹介したい。

表1 ヘルスプロモーションをめぐる国内外の動向

世界の動き		わが国の健康政策	
1974年	ラロンド報告 (カナダ)	1978年	国民健康づくり対策 (第一次)
1978年	アルマ・アタ宣言 (WHO) Health for All		
1979年	Healthy People 1990 (米国)	1982年	老人保健法 健診体制の整備 (二次予防)
1986年	オタワ憲章 (WHO)		
1986年	Healthy Cities (欧州)	1988年	国民健康づくり対策 (第二次) ライフスタイルの改善 (一次予防)
1987年	Healthy People 2000 (米国)	1993年	健康文化と快適なくらしのまち創造プラン 事業
1988年	アデレード勧告 あらゆる政策に健康の視点を サンドバール宣言 健康を支援する環境づくり	1996年	市町村母子保健計画の策定
1991年	ジャカルタ宣言 健康の決定要因の重要性	2000年	健康日本 21, 健やか親子 21
1997年	メキシコ宣言 健康格差の是正	2003年	健康増進法
2000年	バンコク憲章 健康の決定要因へのアプローチ	2005年	次世代育成支援対策推進法
2005年		2008年	医療制度改革 (特定健診・保健指導)
		2012年	健康日本 21 (第二次) 健康格差の是正, 社会環境の整備

Ⅲ. わが国におけるヘルスプロモーションの阻害要因

1. ヘルスプロモーションが健康増進と直訳された

ヘルスプロモーションの理念が採用された健康日本 21 (第一次) ではあったが、その本文には「健康増進 (Health Promotion)」と紹介されている¹⁾。WHO の新たな公衆衛生戦略としてのヘルスプロモーションの理念が、「健康増進」という以前から使われていた言葉と同義で紹介されたために、多くの保健医療関係者にとって新鮮味がなく、現場での変革をもたらすことは少なかった。

オタワ宣言には、「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセス」と定義されているが³⁾、わずか2行の定義では、ヘルスプロモーションの理念を正しく伝えることも容易ではなかった。

図1は、その理解を助けるべく作成したイラストである⁴⁾。ヘルスプロモーションの理念を説明するイラストとして紹介されるようにはなったが、その理念の理解に本当につながっているのか心もとない状況である。

イラストでは、健康を支援する社会環境の整備を、坂道の勾配を緩やかにするというイメージで表現したが、「坂道の勾配」に相当する生活習慣に影響を及ぼす環境要因については、受動喫煙対策を除けば、

効果的な対策が進んでいない現状である。

2. ヘルスプロモーションが生活習慣病対策の一つであると誤解された

ヘルスプロモーションは、生活習慣病対策だけでなく、精神保健から母子保健に至るまで、各分野の取り組みを効果的に進めるための公衆衛生戦略であり、関係者とともに共有すべき「理念」ともいえるものであるが、地域保健の現場では、生活習慣病対策の方法論、あるいは、「手段」の一つと考えられてきたことも否めない。「ヘルスプロモーションでは成果が出ないので、次は、特定保健指導に頑張っ取り組もう」といった声が聞かれることもあった。

3. ポピュレーションアプローチの矮小解釈

健康日本 21 (第一次) では、ヘルスプロモーションの理念に加え、ポピュレーションアプローチという戦略を打ち出したことも大きなポイントであったが、「普及啓発」と同義にしか使われず、矮小解釈されてしまった感がある。同様に、ハイリスクアプローチもリスクを持った個人への介入と捉えられることが多く、戦略的な展開にはつながっていない。

こうした背景には、アプローチという言葉の誤解があると思われる。アプローチを「働きかけの対象」と捉えたために、取り組みが限られたものになってしまっているのである。本来、Geoffrey Rose が提唱したように、アプローチを「ストラテジー (戦略)」

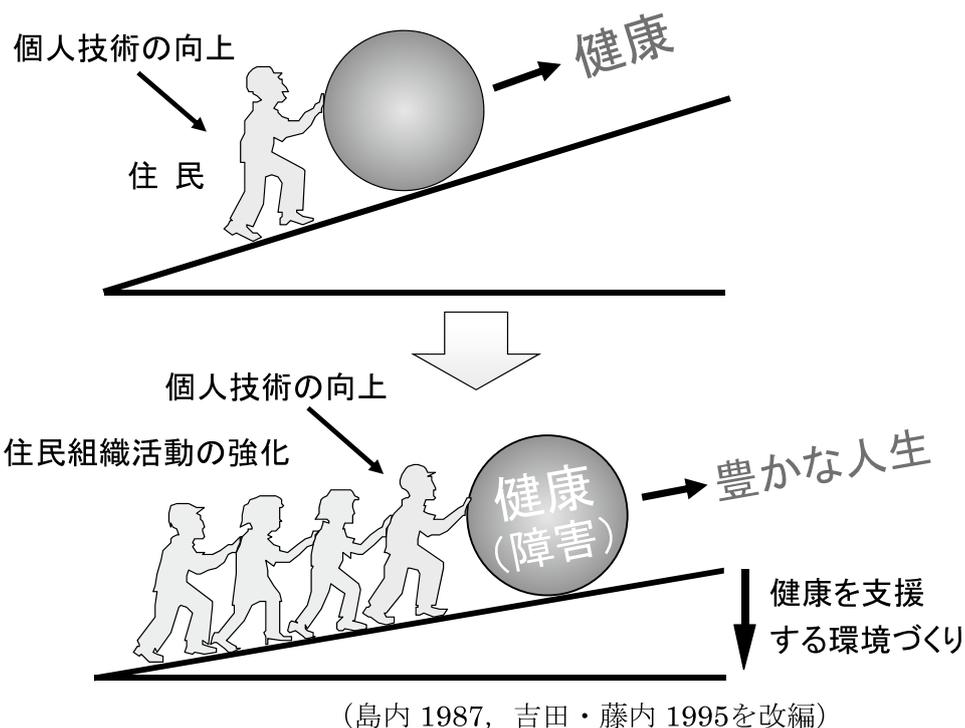


図1 ヘルスプロモーションのイラスト

表2 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介入対象

介入の対象	ハイリスクアプローチ	ポピュレーションアプローチ
個人	リスクを有する個人	リスクの有無にかかわらず、全ての住民
集団	同じ健康問題を持つ自主組織やグループ等	健康づくり推進員等の住民組織
組織・資源・環境	医療機関との連携体制の構築	食環境の整備 運動施設の整備

という意味合いで考えるべきなのである⁵⁾。すなわち、集団全体のリスクを減らそうとする戦略がポピュレーションアプローチで、ハイリスク者のリスクを減らそうとする戦略がハイリスクアプローチであると理解すると、表2に示したように、いずれのアプローチも、個人だけでなく、集団や組織・資源・環境に働きかけることにより、戦略的で効果的な展開が可能になるのである。

ハイリスクアプローチにおける「個人」へのアプローチの例としては特定保健指導に代表される個別の健康教育が、「集団」へのアプローチの例としてはメタボ教室や糖尿病予防教室等の病態別教室が、「組織・資源・環境」へのアプローチの例としては糖尿病等の患者も安心して食事ができる飲食店を増やす取り組みや糖尿病医療における病診連携システ

ムの構築などが挙げられる。

ポピュレーションアプローチにおける「個人」へのアプローチの例としてはいわゆる普及啓発事業が、「集団」へのアプローチの例としては地域住民の健康づくりに取り組む推進員の養成が、「組織・資源・環境」へのアプローチの例としてはヘルシーな料理を提供する飲食店を増やす取り組みや運動しやすい歩道の整備などが挙げられる。

4. ヘルスプロモーションの成果が見えにくかった

2011年10月に公表された健康日本21(第一次)の最終評価報告書によれば(表3参照)、9分野の全指標80項目のうち、重複する21項目を除く59項目中、目標値に達した項目は10項目(16.9%)にとどまり、目標値に達していないものの、改善傾向にある25項目(42.4%)を加えても、改善した

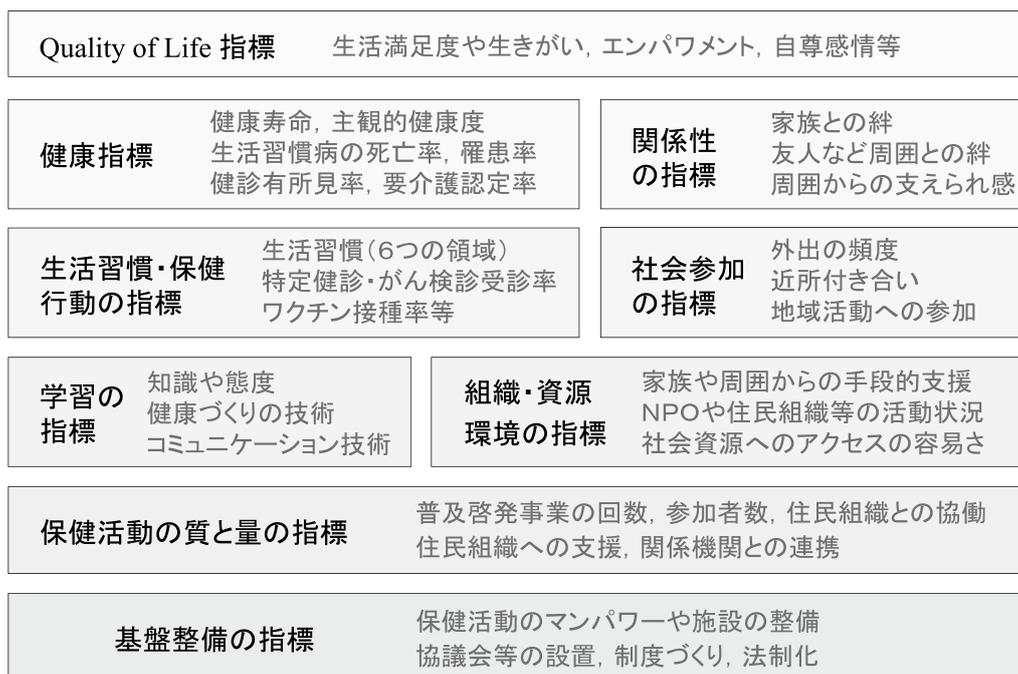


図2 保健活動の評価指標の構造

項目が6割に満たないという厳しい結果だった⁶⁾。

健康日本21(第一次)の苦戦は、2005年に行われた中間評価においても指摘され⁷⁾、短期間で効果の出にくいポピュレーションアプローチよりも、成果が出やすいハイリスクアプローチを優先すべきとの声も多く聞かれた。こうした背景もあって、2008年の医療制度改革では、特定健診・保健指導というハイリスクアプローチへと大きく舵を切ることになったのである。

生活習慣病対策において、生活習慣の改善に向けた取り組みの効果を、心血管疾患による死亡率や受療率の改善、さらには医療費の適正化といったアウトカム指標で評価することは容易ではない。効果が出るまでに数年以上の歳月を要するだけでなく、医療費は様々な要因の影響を受けるために、介入の効果を正確に評価することは困難だからである。

P D C A サイクルに基づく効果的な保健事業の実施のために、アウトカム指標、プロセス指標、ストラクチャー指標といった指標が提示されて、評価に取り組まれるようになってきたが、現場では、評価がうまくいかないという声を多く耳にする。

図2はPRECEDE-PROCEED model⁸⁾に基づいて、保健活動の評価指標の階層化を行ったものであるが⁹⁾、ヘルスプロモーションの実践を評価するに

は、こうした評価指標の階層構造を理解し、それぞれの階層について、評価指標を設定することが重要である。

健康日本21(第一次)の課題は、栄養・食生活の領域を除けば、上述した指標の階層構造が明確になっていない点である。表4は運動領域の目標の一覧であるが、それぞれの目標(指標)の性格で分類をすると、健康の指標と生活習慣の指標、学習の指標によって構成されているが、生活習慣の指標を改善させるための組織・資源・環境の指標が全く含まれていない。これでは、運動習慣を持つ人の割合が改善しなかった場合、もっと普及啓発に力を入れようという施策しか出てこない。生活習慣の改善を実現するには、生活習慣の実践を容易にする条件を明確にし、そのための組織・資源・環境の目標を盛り込むことが重要である。

健康日本21のモデルとなった米国のHealthy Peopleの最新版であるHealthy People 2020には、「自動販売機等で、児童・生徒に糖分を添加した飲み物を提供していない学校の割合」や「全ての児童生徒に毎日、体育の授業を行っている学校の割合」、「疾病のリスクについての健康教育を大学から提供されている大学生の割合」、「執務室が禁煙となっている事業所で働く従業員の割合」といった資源・環

表3 健康日本21（第一次）の最終評価

評価	項目数	代表的な指標
目標達成	10項目	メタボについて認知している国民の割合の増加 高齢者で外出について積極的な人の増加 80歳で20歯以上の自分の歯を有する人の増加
目標に達していないが、改善傾向	25項目	食塩摂取量の減少 意識的に運動を心がけている人の増加 喫煙が及ぼす健康影響についての知識の普及
変わらない	14項目	自殺者の減少 多量の飲酒する人の減少 メタボ該当者・予備群の減少 高脂血症の減少
悪化した	9項目	日常生活における歩数の増加 糖尿病合併症の減少

表4 健康日本21（第一次）の目標（運動の領域）

目標の項目	指標の性格
意識的に運動を心がけている人の増加	学習の指標
日常生活における歩数の増加（成人，高齢者）	生活習慣の指標
運動習慣者の増加	生活習慣の指標
外出について積極的な態度をもつ人の増加	学習の指標
何らかの地域活動を実施している者の増加	生活習慣の指標
安全に歩行可能な高齢者の増加	健康の指標
メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）を認知している国民の割合の増加	学習の指標

境に関する目標が設定されている¹⁰⁾。こうした目標は、具体的な施策に直結しており、各自治体で何をすればいいかが明確になっている。また、確実にアプローチできる分野として、学校や職域における取り組みが目標に挙げられていることも注目に値しよう。

5. 他部局連携の困難さ

ヘルスプロモーションの実践、特に、健康を支援する社会環境の整備においては、他部局との連携が必要になることが少なくない。障がい者が安心して外出できるようにまちをバリアフリー化するためには、都市計画課や道路整備課等の協力が不可欠である。また、移動手段を持たない高齢者でも、生鮮食料品等を入手しやすい環境づくりには、農林水産課や商業振興課等の協力が必要である。

こうした部局横断的な取り組みを始めた自治体でも、数年が経過すると、「いつまで、保健師の手伝いをさせられるのか」という他部局職員の不満の声が聞こえてくるという。1988年にアデレードで開催されたヘルスプロモーションに関する国際会議で

は、Health in All Policiesが提唱され、全ての分野の政策に健康の視点を入れることを促しているが、健康という価値を他部局職員と共有することは容易ではなかったのである。

IV. ヘルスプロモーションの新たなトレンド

上述したように、わが国におけるヘルスプロモーションの実践はなかなか波に乗れなかったが、最近、潮目が変わってきていることを実感している。以下に、その新たなトレンドについて紹介する。

1. ソーシャル・キャピタルの登場

ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）とは、「信頼」「社会規範」「ネットワーク」といった人々の協同行動の活発化により、社会の効率性を高めることができる社会組織に特徴的な資本を意味し¹¹⁾、東日本大震災で、地域の「絆」の大切さが再認識されたように、わが国においても、その重要性が注目されるようになった。健康日本21（第二次）の指標にも、「地域のつながりの強化」や「健康づくりを目的とした活動に主体的に関わっている国民の割

合の増加」が採用されている²⁾。

わが国においても経済的な格差が広がり、それが健康格差につながっていることが指摘されているが¹²⁾、ソーシャル・キャピタルの醸成と活用により、ヘルスプロモーションの実践を促し、健康格差の是正につながることを期待されている。

ソーシャル・キャピタルの醸成や活用により、一緒に健康づくりに取り組む仲間（図1で言えば、「後押し」する人）が増え、障がいがあっても安心して暮らせる社会環境の整備（図1で言えば、「坂道の勾配」を緩やかにすること）につながると考える次第である。

こうしたソーシャル・キャピタルの醸成の意義は、保健部局だけでなく、他部局の職員にとっても理解されやすく、その醸成や活用においても部局間の協力が得られやすい。

住民同士のネットワークが発達すれば、行政が住民に伝えたい情報を確実に伝えられるし、「お互い様」という社会規範が醸成されれば、助け合う地域社会が実現され、災害時要援護者への支援、地域の見守り体制、犯罪の防止、青少年の健全育成、認知症高齢者の徘徊対策など、各部局が抱える行政課題の解決に効果が期待できるからである。

また、これまで測定が難しかった地域の「絆」が、ソーシャル・キャピタルとして測定されるようになったことも大きな意味を持っている。ヘルスプロモーションの実践はその成果が見えにくかったが、関係性の指標として（図2参照）、地域のソーシャル・キャピタルが測定されることで、住民組織・団体等との協働の成果をアピールすることも容易になる。

ソーシャル・キャピタルの醸成・活用は、これまで住民組織活動が中心的な役割を果たしてきたが、学校や職域においても、ソーシャル・キャピタルの醸成や活用が重要であることが指摘されている¹¹⁾。学校や職場において構築される人と人とのつながりをどう健康づくりに活かしていくか、新たな可能性が期待されている。

2. 日本再興戦略に健康寿命の延伸が明記された

アベノミクスの「第三の矢」、成長戦略として、2013年に発表された「日本再興戦略」には、健康

寿命の延伸が明記された¹³⁾。

超高齢社会を迎える日本にとって、健康寿命の延伸は、経済成長のために欠かせない目標と認識され、保健福祉分野の目標から、国全体の目標になったのである。

経済成長を維持するためとはいえ、保健福祉分野以外の分野においても、「健康」という価値が共有されるようになったことで、Health in All Policiesが理想論ではなく、現実味を帯びてきたのである。

こうした流れの中で、経済産業省が職域における健康づくりの戦略として、「健康経営」を打ち出したことにより、商工労働部など、これまで健康づくりに関心の薄かった部局の意識が変わりつつある。

そして、何より事業主の意識が大きく変わってきた。それまで、職員の健康づくりは「コスト」であり、積極的な投資の対象とは考えられていなかったが、会社の存続のために、職員の健康づくりが重要であるとの認識が少しずつ定着しつつある。団塊の世代の熟練工が、病気や障がいなどの健康上の理由で退職すると、技術の継承ができず、事業の継続に支障をきたすようになるなど、職員の健康維持が切実な問題になってきたこともその背景にある。

3. 企業の社会的責任 (Corporation Social Responsibility) から共通価値の創造 (Creating Shared Value) へ

企業が利益を追求するだけでなく、企業の社会的責任（以下、CSR）として、持続可能な未来を地域とともに築くために、環境保護や健康づくりに寄与することは、1970年代から注目されてきた。

共通価値の創造（以下、CSV）は、2011年にハーバードビジネススクールのMichael E. PorterとMark R. Kramerが提唱した戦略で¹⁴⁾、企業が地域社会と共通の価値を創造することで、企業活動による経済的価値と社会的価値を同時に実現するというものである。

CSRに基づく地域の健康づくり等への貢献は、企業にとって「負担」であり、経営に余裕がないと、投入される予算は削減される傾向にあった。

一方、CSVは自社の「強み」を活かして、健康や環境などの地域課題の解決に寄与する商品やサービスを生み出すことで、企業の競争力や生産性を高

めようというもので、経営が厳しい時にこそ、企業の生き残りをかけて取り組む意義がある。

既に、先進的な企業はC S Vの理念に基づく取り組みを始めており、健康という付加価値を付けた新たな商品やサービスの開発により、業績を伸ばしている。

こうした企業が増えることにより、健康的な生活習慣の実践を容易にする社会環境の整備が進むことが期待される。ヘルスプロモーションが提唱されて30年、行政の取り組みだけでは、思うように「坂道の勾配」を緩やかにできなかったが、やっと民間のプレーヤーが参入するようになってきたのである。

V. 健康寿命日本一に向けた大分県の取り組み

こうしたトレンドを背景に、大分県では健康寿命の延伸をめざし、ヘルスプロモーションの実践に取り組んでいる。その概要を以下に紹介する。

1. 健康経営の推進

2010年の大分県の平均寿命は、男女とも全国10位以内であったが、健康寿命（健康上の問題で、日常生活が制限されることなく生活できる期間）は69.85歳（39位）、女性73.19歳（34位）と、全国平均よりも短かった。その要因として50歳を過ぎると急速に健康上の理由で仕事や家事に支障をきたす人が増えていることが判明した。こうした中、若い世代からの健康づくりを確実に進めるための方策として、健康経営の推進に取り組んでいる。

全国健康保険協会大分支部（以下、協会けんぽ）が2013年度から「一社一健康宣言」として、健康経営に取り組む始めており、2014年度には、県との協働で、健康経営事業所拡大事業を開始した。この取り組みでは、県独自に定めた5つの要件（①健診受診率100%と健診結果の把握、②社内宣言など事業主主導の健康づくり、③事業所内禁煙または敷地内禁煙、④月1回以上、従業員に健康情報を提供、⑤イベントの参加など事業所ぐるみの健康増進）をすべて満たした事業所を「健康経営事業所」として認定するとともに、特に優れた5事業所については、知事顕彰を行っている。

平成27年に知事顕彰を受け、経済産業省と東

京商工会議所が作成した「健康経営ハンドブック2016」にも優秀事例として紹介されている大分市のタナベ環境工学株式会社（従業員41名）では、費用がかからず、他社にとっても参考になる取り組みを行っている¹⁵⁾。例えば、弁当の注文をする際に、野菜たっぷりでご飯が少なめといったヘルシーな弁当を提供する弁当屋を予めリストアップおいて、その中から職員に注文をとるようにしている。また、会社に設置されている自動販売機の中身を、糖分を多く含む飲料水から、糖分の少ない飲料水や特定保健用食品の飲料水などに転換している。さらに、会社の周りでウォーキングコースを設定し、昼休み等に職員がウォーキングすることを奨励している。

健康経営の認定基準を独自に設定するとともに、知事顕彰を通して、優れた取り組みを広く紹介することで、何をすれば、健康経営につながるのかを明示したことは大きな意義があった。

また、具体的な取り組みを支援するために、保健所や市町村の保健師が協会けんぽとともに、事業所を訪問して、悩みを聞くとともに、具体的なアドバイスを行ったことも有効であった。

こうした取り組みにより、健康経営事業所の登録数は平成26年度末の367社から、28年度末には936社に、認定事業所は45社から285社まで増えている。

健康経営に取り組む事業所が増えたことで、健診受診率の向上や事後指導の徹底が図られただけでなく、職場ぐるみの健康づくりを通して、職域におけるソーシャル・キャピタルの醸成につながっている。

2. 「うま塩」プロジェクト

減塩の推進は健康教育の重要課題として、長年にわたって取り組まれてきたが、住民の中には、減塩と聞くと、「味気ない食事を食べて長生きするより、美味しいもの食べて早死にしてもかまわない」と豪語する人も少なくない。

「うま塩」プロジェクトは、旨味を上手く使って美味しい減塩食のレシピを開発することにより、減塩食は「美味しくない」というイメージを払拭するとともに、「うま塩」メニューを提供する飲食店やスーパーを増やすことで、減塩を容易にする食環境の整備をめざしている。

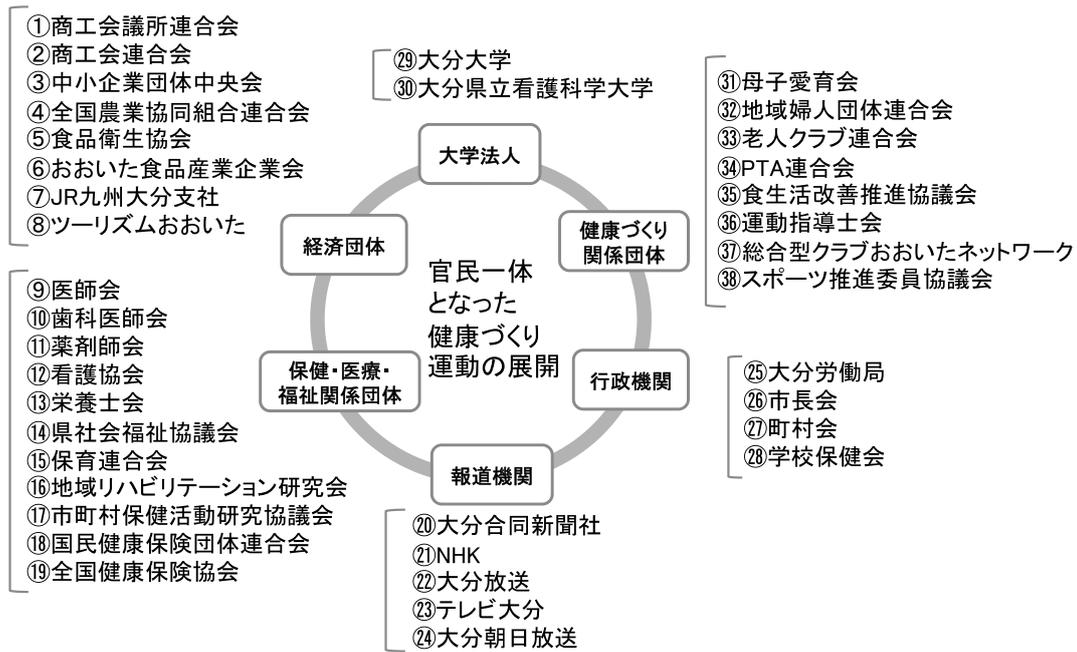


図3 「健康寿命日本一おおい創造会議」の構成団体

「うま塩」レシピの開発に当たっては、昆布や鰯節、煮干し、椎茸等の旨味成分を使う、カボス等の酸味と香りをうまく活かす、生姜やニンニク等の香味野菜や香辛料を使う、味噌や醤油に代えて、塩分含有量の少ないケチャップやマヨネーズを使うといった工夫により、美味しい減塩食を実現した。

また、より多くの「うま塩」レシピを開発するとともに、若い世代が「うま塩」プロジェクトに関心を持ってもらうことを狙って、ケチャップメーカーや食物栄養科を有する県内大学等との協働で、県産食材を使った「うま塩・地産地消」メニューコンテストを開催した。コンテストには164作品が応募され、優秀作品は県内スーパーの弁当や総菜として商品化された。

県では、「うま塩」レシピ集を作成・配布するとともに、1食当たり、3g未満という基準を満たした外食や中食を「うま塩メニュー提供店」として認定し、現在、69店舗を認定している。

こうした店舗の中には、年間に2万食を超える「うま塩」弁当を売り上げているスーパーもある。また、配食サービスを行っている会社も2社あり、高血圧や心臓病、糖尿病性腎症等で、塩分制限が必要な患者の在宅療養を支えている。

3. 「健康寿命日本一おおい創造会議」

2015年10月に策定された県の長期総合計画において、2024年までに健康寿命日本一をめざすという目標が掲げられたことから、健康寿命の延伸は保健福祉部局の目標から県全体の目標に格上げされることになった。

そこで、経済界を含め、官民が一体となった健康づくり運動の展開をめざして、「健康寿命日本一おおい創造会議」を創設された(図3)。

この創造会議には、経済団体、保健医療福祉関係団体、報道機関、行政機関、健康づくり関係団体、大学等の39団体が参画し、各団体の取り組みについての情報共有や団体間での連携の推進を図っている。「みんなで伸ばそう健康寿命」推進月間に指定された10月には、構成団体が各地域で健康づくりイベントを企画、2016年10月は138イベントが企画され、約5万人が参加した。

4. 「健康寿命日本一おうえん企業」との協働

上述のCSVの考え方に基づいて、大分県の健康寿命の延伸に協力をする企業や団体を募集し、県内外の企業・団体47社が「おうえん企業」に登録されている。以下に、代表的な「おうえん企業」の取り組みを紹介する。

県内のある金融機関は、市町村と協定を結んで、それぞれの市町村が実施する健診を受診すると、通常より利率が0.2%上乘せされる「健康応援定期」を開発し、好評を博している。また、取引のある中小企業が健康経営に取り組んで、経営が安定化することをめざして、各地域で「健康経営セミナー」を開催している。

県内一円に店舗を展開するあるスーパーでは、「うま塩」メニューの弁当や総菜を販売するだけでなく、減塩味噌や減塩醤油など、減塩商品のコーナーを設けて、消費者が減塩商品にアクセスしやすい環境を作ったり、商業スペースでの健康イベントの開催を行ったりしている。

県内に大規模な店舗を展開するある書店は、健康寿命延伸月間に合わせて健康関連の書籍のコーナーを設けるなど、情報発信に貢献している。

ある民放テレビ局は、県内の総合型地域スポーツクラブ等と連携して、各種の軽スポーツや運動を体験する大規模なイベントを実施し、それを自社のテレビ番組で紹介をしている。

各社とも自社の「強み」を活かして、県民の健康づくりに貢献するとともに、自社のブランドイメージを上げ、実質的な売り上げも伸ばしている。こうした取り組みは、「健康寿命日本一おおい創造会議」でも報告され、官民一体となった県民運動の広がりが実感されるようになってきている。

Ⅶ. 終わりに

こうした取り組みの中、2013年の健康寿命が公表され、大分県の健康寿命は、男性71.56歳（16位）、女性75.01歳（10位）と躍進し、2010年からの3年間の延伸は、男性1.71歳（全国2位）、女性1.82歳（全国1位）であった。

最終的なアウトカムである健康寿命の延伸だけでなく、ソーシャル・キャピタルの醸成、健康経営の推進、食環境の改善等も評価しながら、着実なヘルスプロモーションの実践を進めたい。

文 献

- 1) 健康日本21企画検討会：21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）について報告書，2000
- 2) 厚生労働省：国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針，2012
- 3) 島内憲夫（訳）：ヘルスプロモーション—WHO：オタワ憲章—垣内出版，東京，1990
- 4) 藤内修二：ヘルスプロモーションの理念と個別健康教育．保健婦雑誌 57：170-176, 2001
- 5) Rose G.：The strategy of preventive medicine. New York, Oxford University Press, 1992
- 6) 健康日本21評価作業チーム：「健康日本21最終評価」，2011
- 7) 健康日本21中間評価作業チーム：「健康日本21」中間評価報告書，2006
- 8) Green L.W. & Kreuter N.W.: Health promotion planning: An educational and environmental approach. Mayfield Publishing Company, California 1991. (神馬征峰, 岩永俊博, 松野朝之, 他訳. ヘルスプロモーション PRECEDE-PROCEED モデルによる活動の展開, 東京, 医学書院, 1997.)
- 9) 藤内修二：保健医療福祉行政論, 199, 医学書院, 東京, 2017
- 10) <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/default.aspx>
- 11) 地域保健対策検討会：地域保健対策検討会報告書～今後の地域保健対策のあり方について～，2012
- 12) 近藤克則：「健康格差社会」を生き抜く，朝日新書，東京，2010
- 13) 日本経済再生本部：日本再興戦略—JAPAN is BACK—, 2013
- 14) Michael E. Porter and Mark R. Kramer：Creating Shared Value. Harvard Business Review 89,(1-2)：62-77, 2011
- 15) 経済産業省・東京商工会議所：健康経営ハンドブック 2016, 東京, 2016