



2002入賞マーク 内海 奈都子(大阪府豊中市)

# 青森県の健康を科学する

～生活習慣病の予防をめざして～



ヘルスアップ減塩学習会

竹森幸一 (青森県立保健大学健康科学部  
看護学科教授)

山本春江 (青森県立保健大学健康科学部  
看護学科教授)

浅田 豊 (青森県立保健大学健康科学部  
人間総合科学科目 講師)

共 著

基本的ウォーキングフォーム



本冊子は平成15年度青森県立保健大学健康科学教育センター研修科による  
ブックレット作成事業により出版した。

発行 平成15年12月25日

○連絡先

事務局企画情報課 [Tel:017-765-2009/Fax:017-765-2188]

# 目 次

青森県は本当に短命なのでしょうか .....	1
生活習慣病の予防 .....	4
青森県、長野県、沖縄県の生活習慣病による死亡の比較 .....	6
生活習慣病の要因はなんですか .....	7
生活習慣改善の取り組み .....	10
減 塩 .....	10
運 動 .....	14
喫 煙 .....	18
生活習慣の背後にある統計指標 .....	21



## 青森県は本当に短命なのでしょうか

2003年4月2日、東奥日報に「健康な長寿社会目指したい」というタイトルの社説(<http://www.toonippo.co.jp/shasetsu/sha2003/sha20030402.html>)が掲載されました。「短命県ということは意識していたが、あらためてデータで他県との差を示されると驚く。厚生労働省が先ごろ公表した2000年の全国市区町村別生命表(注)。本県の短命ぶりが明確に示されたショッキングな内容だった」と述べています。これは厚生労働省が2003年3月25日に公表した「平成12年市区町村別生命表の概況」(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/ckts00/index.html>)をうけての社説です。この「市区町村別生命表」によると青森県の平均寿命は男女とも全国最下位で、全国3361市区町村の中で、下位30位中に青森県の市町村は、男性が14市町村、女性が4市町村入っています。5年前では下位30位に入っていたのは男性が7町村、女性はゼロでした。この5年間に、全国最下位グループに入る市町村が増えたこととなります。

(注：生命表は、現実の人口集団の年齢構造には影響されない形で、純粹にその集団の死亡状況のみを集約しており、このため、異なる集団の間で死亡状況を比較分析する際に欠くことのできないものとなっています。特に、0歳の平均余命である「平均寿命」は、その人口集団の保健福祉水準を示す総合的指標として広く活用されています。)

「青森県の平均寿命は男女とも全国最下位」、「男性が下位30位中に14市町村、女性が4市町村入っている」といいますが、青森県の市町村の平均寿命が他県の市町村とどう違うのか、また青森県の平均寿命が他県とどの程度かけ離れているのでしょうか。

図1、2にそれぞれ平成12年市区町村別生命表の概況に示された男、女の市区町村別平均寿命の地図(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/ckts00/5.html>)を示しました。赤いところは平均寿命が長く、青いところは短い市区町村です。男性の場合、青森県とくに津軽地方に平均寿命が短い市町村が集中しています。一方、長野、静岡、岐阜県には平均寿命が長い市区町村が集中していることがわかります。女性の場合、男性ほど際だっていませんが青森県には短命の市町村が見られます。

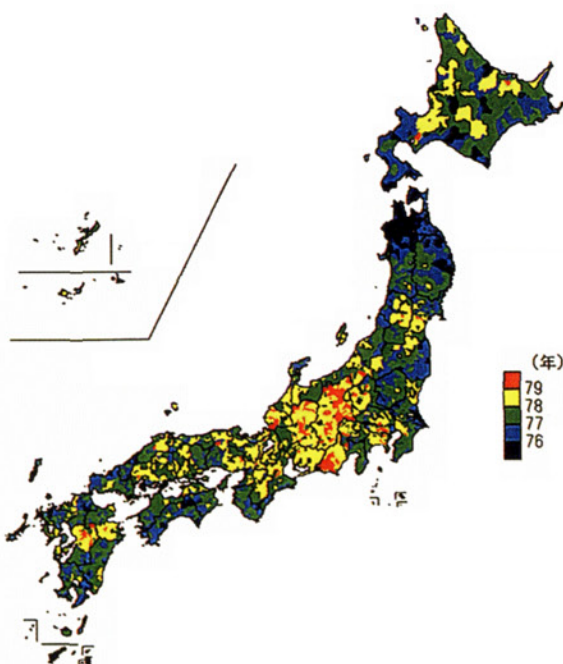


図1 平成12年市区町村別生命表の概況に示された市区町村別平均寿命(男)

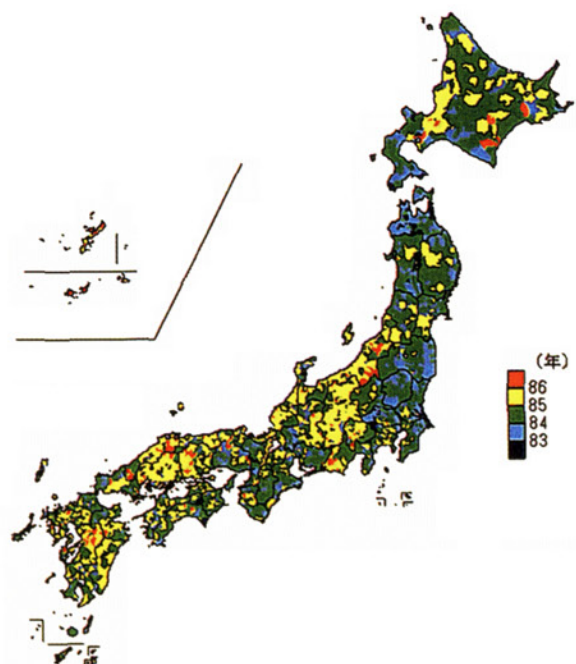


図2 平成12年市区町村別生命表の概況に示された市区町村別平均寿命(女)



図3、4に1965年から2000年までの各都道府県別の平均寿命の推移(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/tdfk00/7.html>)を示しました。沖縄県の場合、1972年日本への返還後のデータが示されています。男性の場合、1965年では各県の平均寿命には格差があるものの長い県と短い県は連続していましたが、その後、青森県以外の各県は格差が次第に縮小しながら推移している様子がわかります。青森県は1970年に一度最下位を脱出していますが、その後は他県から取り残される形で格差が拡大する傾向が見られます。女性の場合、1995年の兵庫県の震災による落ち込みを除くと各県とも平行して延びています。沖縄県の寿命は突出していますが、1990年以降、他県との格差が縮小する傾向にあります。青森県は2000年で最下位ですが、男性ほど他県との格差は大きくはありません。しかし他県との格差が拡大する兆しがみられます。

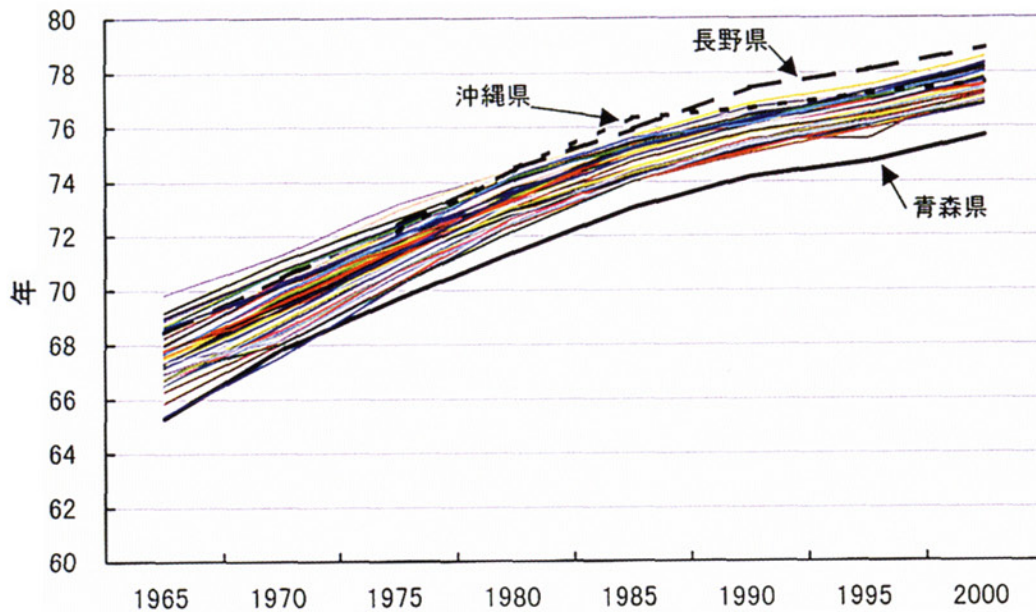


図3 都道府県別の平均寿命の推移(男)

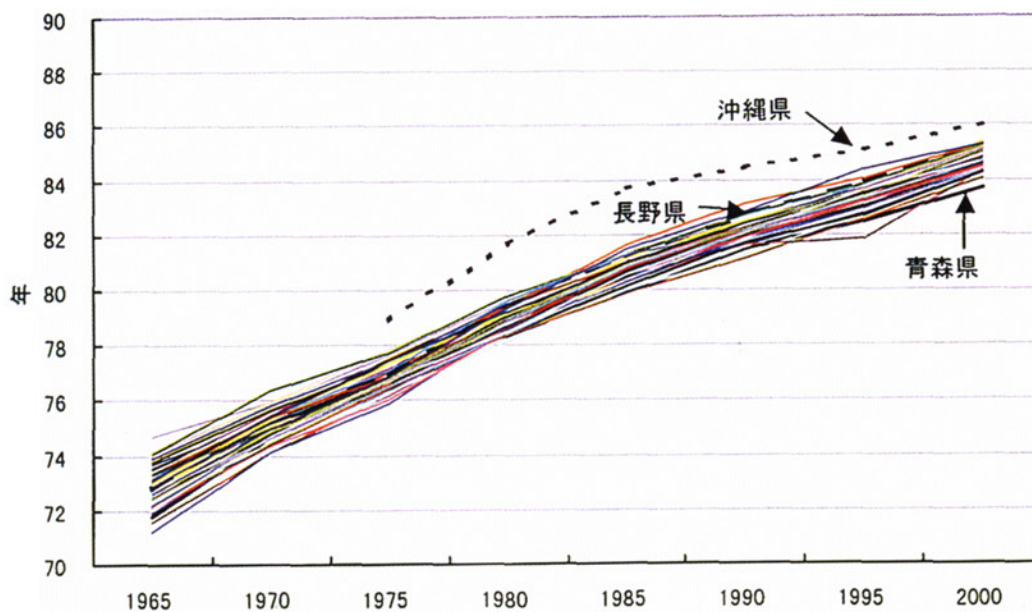


図4 都道府県別の平均寿命の推移(女)

青森県、長野県および沖縄県内市町村の平均寿命の分布を男女別に図5に示しました。二三の例外を除きますと、各県内市町村の平均寿命の格差は男性が3年、女性が2年位でした。全国3361市区町村の平均寿命に長い方から1番、2番と順位をつけた場合、青森県、長野県および沖縄県内各市町村

の順位分布は図6のようになりました。男性の場合、青森県の市町村は全国3361市区町村の下位(2637位-3360位)に集中し、長野県は上位(5位-1879位)に集中しています。沖縄県は範囲が広がっています(25位-2744位)。女性の場合、青森県は男性ほどではありませんが下位(1158位-3340位)に集中しています。長野県は上位に多いですが範囲(44位-3360位)が広がっています。沖縄県は上位(1位-685位)に集中しています。このように、青森県と長寿県の平均寿命を比較する場合、平均寿命そのものよりも、順番で見た方が違いはよりはっきりわかります。

これまでいくつかの図を見ながら青森県が短命と言われるが、他県と比べてどの程度違うのかということを見てきました。結論として、青森県は、とくに津軽地方に短命な市町村が多いことから、県全体としても平均寿命が短くなり、とくに男性は他県と大きくかけ離れて平均寿命が短いことが明らかになりました。マラソンに例えますと、男性の場合、1位から46位まで次々とゴールした後、ややしばらくして(1位がゴールしてから46位がゴールするまでの時間と同じくらい間をおいて)青森県がゴールする様子がイメージできます。女性の場合、46位がゴールして程なく青森県がゴールしています。青森県の平均寿命は男女とも全国最下位ですが、男性と女性では最下位に違いが見られます。

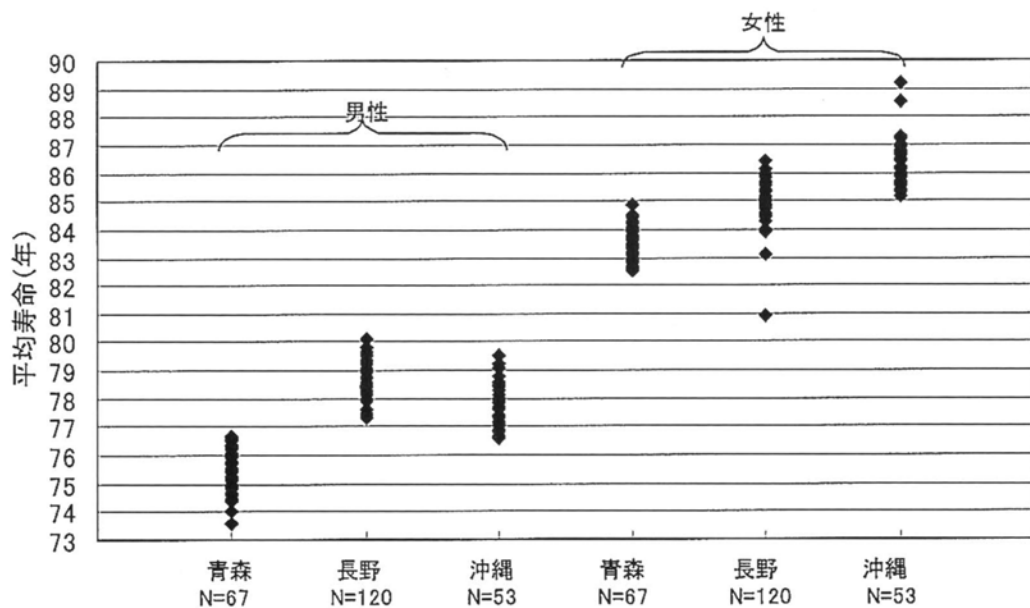


図5 青森県、長野県および沖縄県内市町村の平均寿命の分布

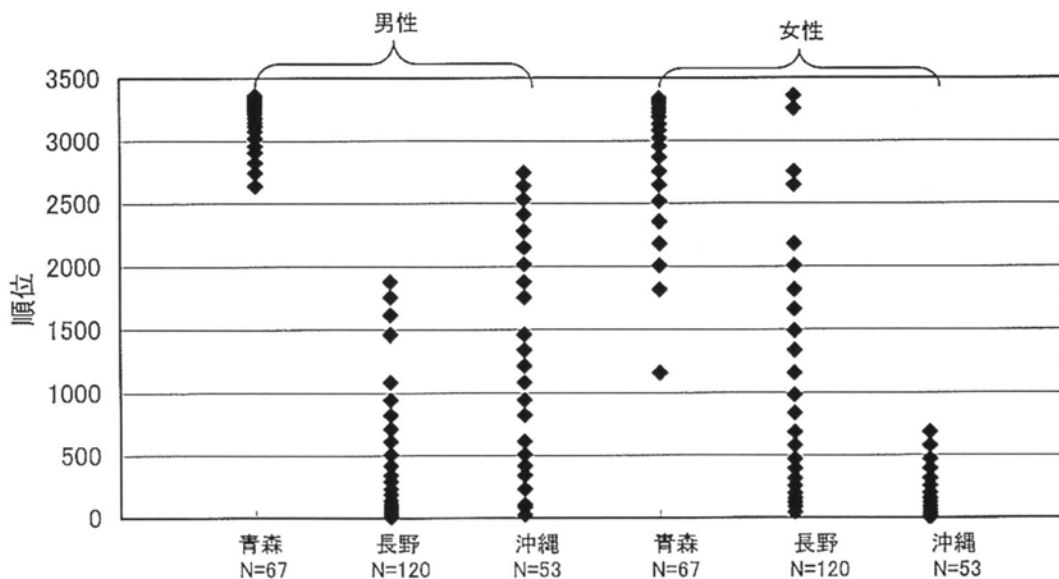


図6 青森県、長野県および沖縄県内各市町村の順位分布

## 生活習慣病の予防

平成13年のわが国の死亡数約97万人のうち悪性新生物が約30万人、心疾患が15万人弱、脳血管疾患が約13万人でこの三大死因で全体の約60%を占めています。この三大死因は生活習慣病といわれ、食生活、運動習慣、心の健康、喫煙、飲酒など普段の生活習慣が原因になっているといわれます。

健康を左右する要因として遺伝的素因、環境そして生活習慣が関係しています。図7にこの関係を示しました。これらの要因が健康に有利な方(左)に動きますと、健康状態がよくなり(病気が衰え、健康が持ち上がり)、不利な方(右)に動きますと、健康状態が悪くなり(病気がはびこり、健康が低下)します。これらの要因のうち、遺伝的要因と広範囲わたる環境は個人の力では改善することは困難ですが、生活習慣は個人の自覚と努力により改善できます。

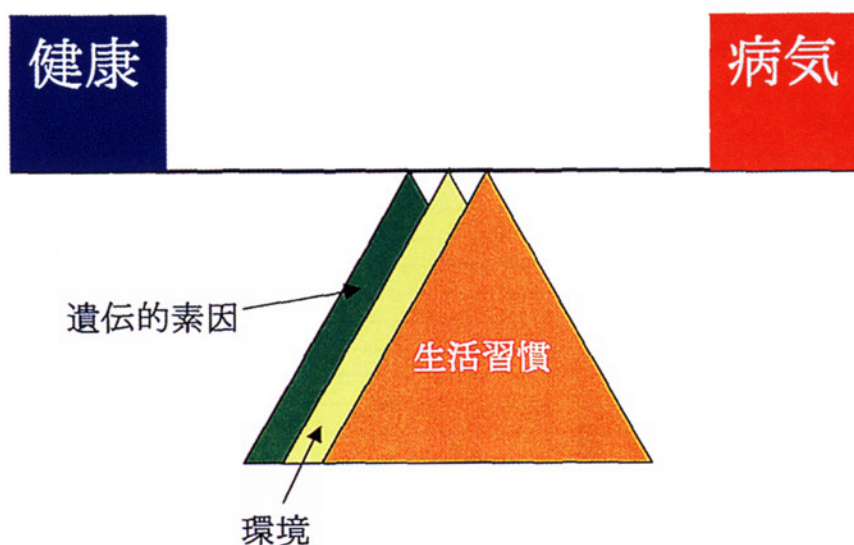
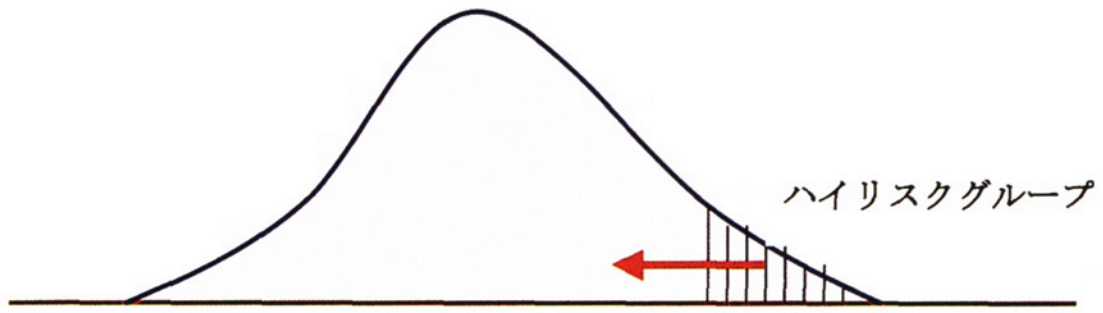


図7 健康と遺伝的要因、環境、生活習慣の関係

人および人々と環境・生活習慣関係がよい状態に保たれているときはその人およびその集団の人々は健康に過ごせますが、バランスが崩れますと病気が進み、始めは臨床症状がない状態で密かに進み(前臨床期といいます)、そのまま放置しておきますとやがて臨床症状が現れてきます(臨床期といいます)。従来は前臨床期に集団検診をして病気を早期に発見して、早期に治療することに重点が置かれていました。すなわち二次予防に重点が置かれていました。この予防対策は集団の中で病気になる危険性が高いと思われる人々を早期に発見し早期に治療することによって病気の発生を予防するという考え方でハイリスクストラテジーと呼ばれます。これに対して2000年に制定された「21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)」では健康な時期に生活習慣を改善することにより、病気の進展をくい止めようと言う一次予防に重点が置かれるようになりました。これは集団全体の食生活、運動習慣、心の健康、喫煙、飲酒などの生活習慣を健康によい方向へ移行させ、集団全体の健康状態の改善を目指するという方策で、ポピュレーションストラテジーといわれています。この二つの対策を図8に模式化しました。



ハイリスクストラテジー



ポピュレーションストラテジー

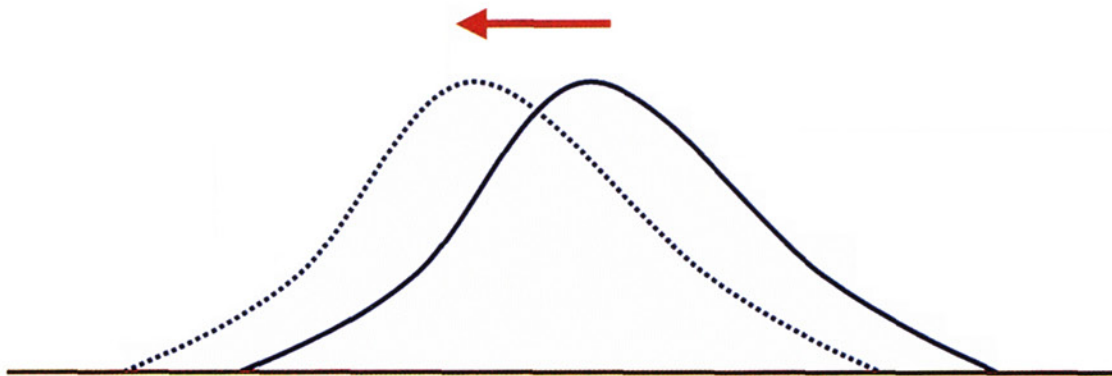


図8 ハイリスクストラテジーとポピュレーションストラテジー

## 青森県、長野県、沖縄県の生活習慣病による死亡の比較

厚生労働省のホームページに掲載されている全国市町村別健康マップ(<http://graph-sys.health-net.or.jp/ken-map/index.html>)によりますと、表1に示しましたように、平成11年度の青森県の標準化死亡比(注)は脳血管疾患(男女)、心疾患(男女)、糖尿病(男女)、胃がん(男)、肺がん(男)、大腸がん(男女)が全国値に比べ高い値を示しています。なお、胃ガン(女)、子宮がん、乳ガンは違いがなく、肺がん(女)は低くなっています。一方、長野県は脳血管疾患(男女)は全国値に比べ高いですが、心疾患(男女)、糖尿病(男女)、胃がん(男女)、肺がん(男女)、大腸がん(男)、子宮がん、乳ガンが全国値に比べ低い値です。なお大腸がん(女)は差がありません。また沖縄県は肺がん(男女)、子宮がんは全国値に比べに高いですが、脳血管疾患(男女)、心疾患(男女)、胃がん(男女)、大腸がん(女)が全国値に比べに低くなっています。なお、糖尿病(男女)と大腸がん(男)は差がありません。このように青森県は多くの生活習慣病の標準化死亡比が全国値より高い値を示しており、平均寿命を短くしています。

(注：標準化死亡比SMRは地域間の死亡状況を簡便に示すための一つの指標です。100より小さく\*印にマイナス(-)がついている場合、全国値より低く、プラス(+)がついている場合、全国値より高いことを示しています。\*印が一つより二つの方が、違いが大きいことを示します。\*印がついていない場合は、全国値と変わらないことを示しています)

表1 平成11年度標準化死亡比(SMR)

種 目	青 森 県			長 野 県			沖 縄 県		
	死亡者数 (人)	SMR	検 定	死亡者数 (人)	SMR	検 定	死亡者数 (人)	SMR	検 定
脳血管疾患(男)	4957	124.2	**	8601	113.9	**	2010	73.2	-**
脳血管疾患(女)	5341	114.9	**	10110	121	**	2099	60.3	-**
心 疾 患(男)	5183	122.5	**	6815	86.9	-**	2441	83.6	-**
心 疾 患(女)	5004	110.6	**	7061	86.8	-**	2591	76.6	-**
糖 尿 病(男)	486	122.5	**	531	75.5	-**	286	106.4	
糖 尿 病(女)	516	125.4	**	623	87.5	-**	283	97	
胃 が ん(男)	2175	110.5	**	3224	92.6	-**	748	56.9	-**
胃 が ん(女)	1155	101.2		1781	93.9	-**	386	48.2	-**
肺 が ん(男)	2414	110.1	**	2849	72.5	-**	1746	121.5	**
肺 が ん(女)	803	92.8	-*	1054	73.1	-**	753	126.8	**
子 宮 が ん	298	92.9		408	80.1	-**	271	122.8	**
乳 が ん	520	98.3		686	87.5	-**	299	83.2	-**
大 腸 が ん(男)	1294	115.8	**	1760	89.7	-**	708	94.6	
大 腸 が ん(女)	1081	112.7	**	1551	97.4		545	82.1	-**

-\*\* 全国値に比べ有意に低い ( $p < 0.005$ )

-\* 全国値に比べ有意に低い ( $0.005 \leq p < 0.025$ )

空欄 全国値との間に有意差がない

\* 全国値に比べ有意に高い ( $0.005 \leq p < 0.025$ )

\*\* 全国値に比べ有意に高い ( $p < 0.005$ )

## 生活習慣病の要因はなんですか

脳血管疾患、心疾患、糖尿病、胃がん、肺がん、大腸がんなどの生活習慣病の要因は、「健康日本21」の運動目標としてあげている生活習慣(栄養・食生活、身体活動・運動、休養・心の健康づくり、たばこ、アルコールなど)の偏りとなります。

青森県の栄養・食生活の特徴は食塩摂取量が多いことです。平成13年度県民健康度調査結果(青森県健康医療課編2003年)によりますと、1人1日当たりの食塩摂取量は11.6gで、平成8年の14.1gに比べ2.5g減少していましたが、図9に示しましたように、成人の平均摂取量が12.2gで64.8%が10gを越えていました。

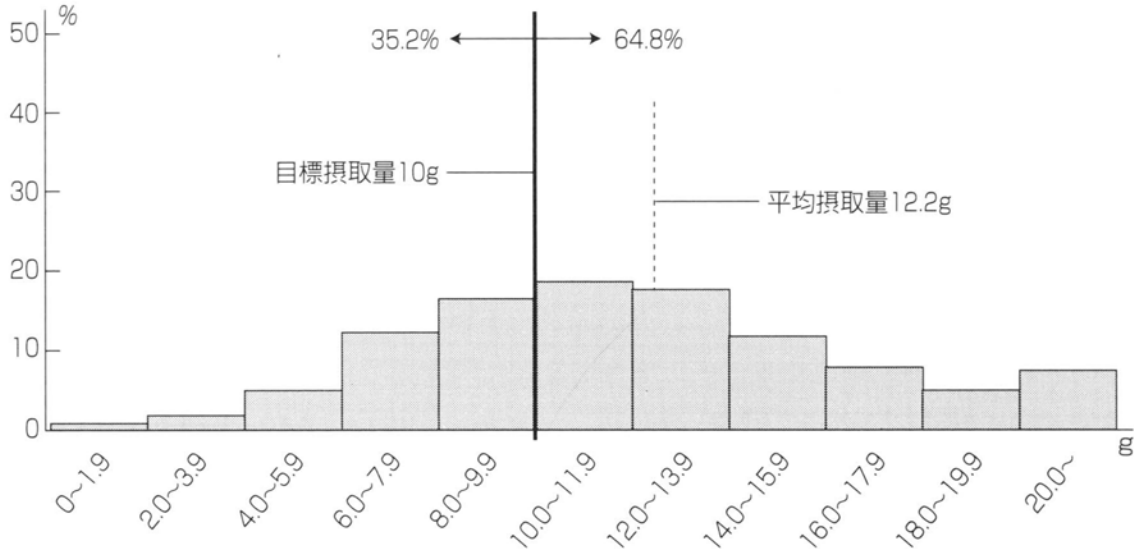


図9 食塩摂取量の分布(成人) (平成13年度県民健康度調査結果)

同調査結果によりますと、運動習慣のある人の割合が青森県は男23.8%、女18.8%で、全国の男29.7%、女27.1%に比べ低くなっています(図10)。また、歩行数は全国男8,116歩、女7,268歩に比べ、青森県が男7,188歩、女6,655歩と500ないし1000歩少ない結果でした(図11)。

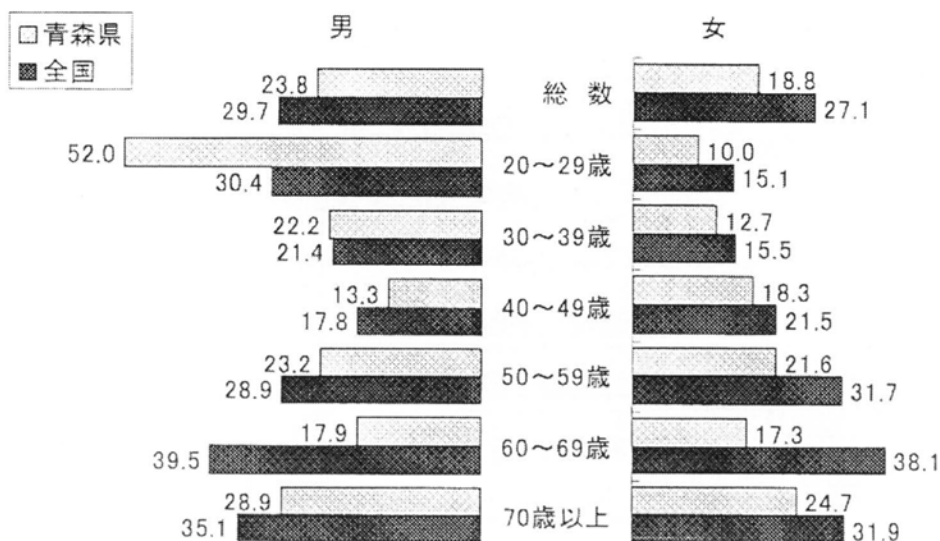


図10 性・年齢階級別運動習慣のある人の割合 (%) (平成13年度県民健康度調査結果)



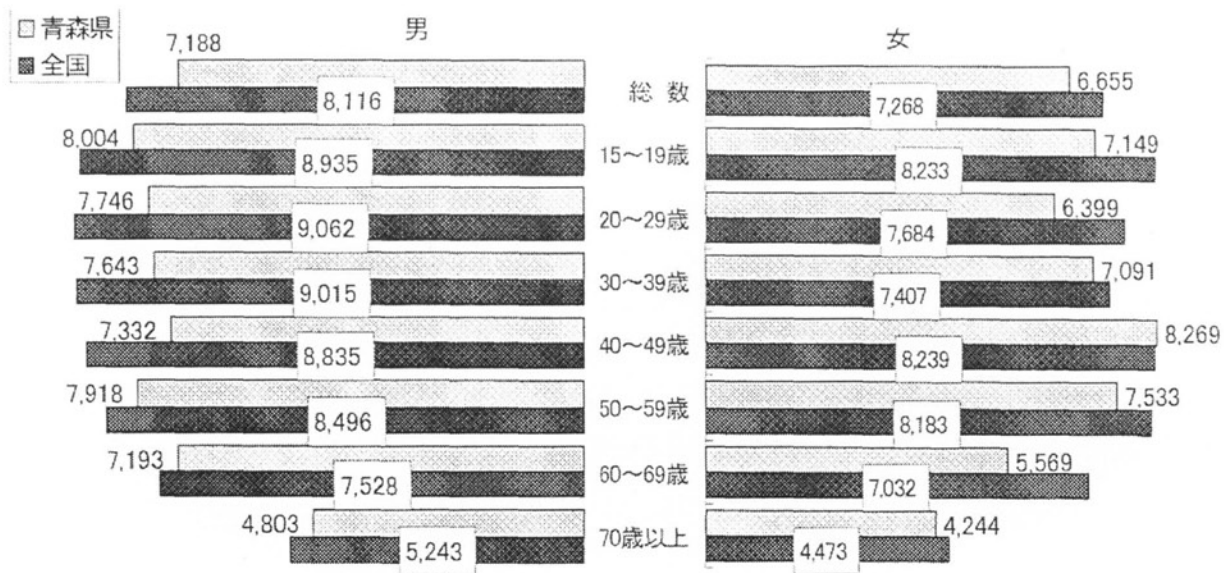


図11 性・年齢階級別歩行数(歩)(平成13年度県民健康度調査結果)

青森県の喫煙と飲酒の習慣は、1986年から1995年の10年間の国民栄養調査結果を用いた旭らの分析によりますと、喫煙者指数(標準化死亡比に相当する値)は女性が0.96ですが、男性が1.13で福井県(1.17)に次いで高い値でした(厚生省の指標、48(10)、11-15、2001)。また、飲酒者指数(標準化死亡比に相当する値)は男性が1.19で秋田県(1.26)、宮崎県(1.23)に次いで高く、女性も1.11で全国平均より高い値でした(厚生省の指標、48(15)、10-17、2001)。

平成13年度県民健康度調査結果によりますと、青森県の喫煙習慣のある人の割合は男51.3%、女11.6%で全国の男45.9%、女9.9%に比べて高い割合でした。男女各年代とも高いですが、とくに20歳代女性の割合が55.0%と全国の16.1%に比べ飛び抜けて高いのが気になります(図12)。飲酒習慣のある人の割合は男63.5%、女12.4%で全国の男53.3%、女9.1%に比べて高く、とくに20歳代と30歳代の女性の割合が30.0%、25.7%で、全国のそれぞれ9.3%、12.6%に比べて、飛び抜けて高いのが気になります(図13)。

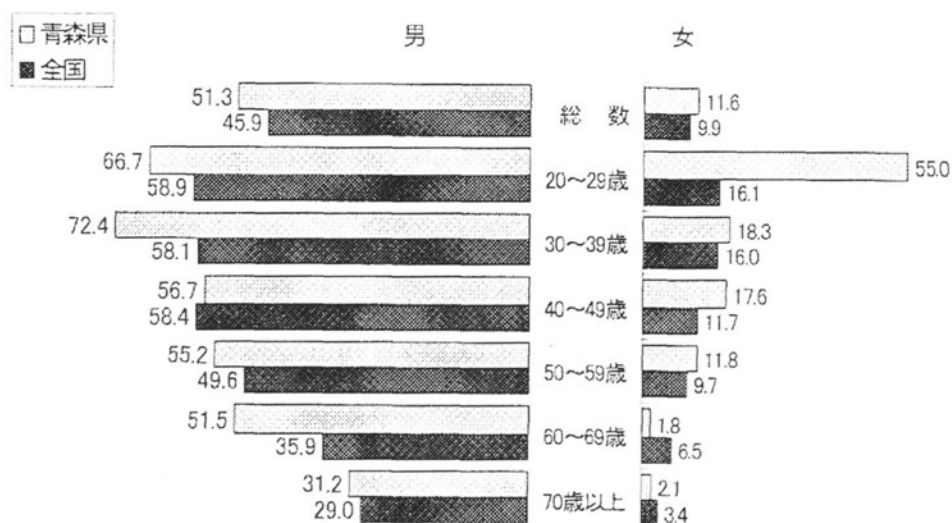


図12 性・年齢階級別喫煙習慣者の割合(%) (平成13年度県民健康度調査結果)

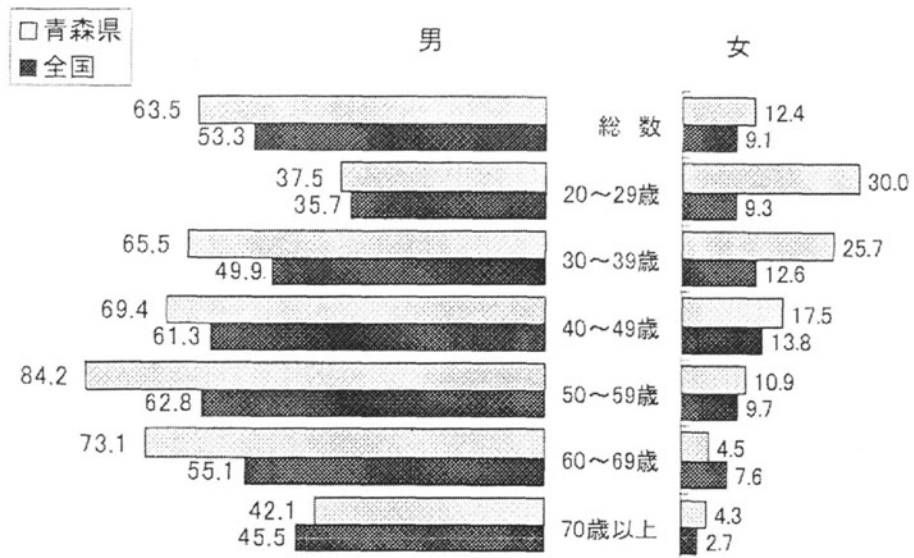


図13 性・年齢階級別飲酒習慣者の割合(%) (平成13年度県民健康度調査結果)

## 生活習慣改善の取り組み

主な生活習慣病対策として、食塩の低減、運動習慣、喫煙対策について、問題点を示し、生活習慣改善の取り組みについて実例を示しましょう。

### <減 塩>

#### ○なぜ減塩が必要なのでしょう？

生活習慣病と呼ばれる病気の多くには、初期にははっきりとした自覚症状がほとんどないため、自分では意識をしないうちにどんどん病気が進行してしまおうとされています。肥満、糖尿病、高血圧、いずれも油断は禁物で、けっして無関心ではられません。自分で気が付く前に状態が悪化し、動脈硬化を経て心臓病や脳卒中に至ってしまうケースもあるのです。この中でもとくに、高血圧は様々な病気を引き起こすもとになることはよく知られています。

そこでまず、高血圧の一次予防をするためには、禁煙の実行や日々の適度な運動の励行、肥満の解消などに加え、食塩摂取量を減らし、食生活を改善することがとても重要になります。なぜなら、食塩の摂取が多いほど血圧は高くなりますし、食塩の摂取が多いと、年齢とともに、より血圧が上昇してしまうからです。また、塩分の摂取量は、日本人の代表的ながんの一つである胃がんの発生に密接な関係があると指摘されています。塩分の強い食事を長く続けていると胃の粘膜に傷がつき、やがてはそのことから胃がんのリスクが高まるのです。よって、減塩を実行することは高血圧の予防・改善につながるとともに、脳卒中やがんなど、現代人の多くの病気の予防につながります。

それでは、私たち日本人は、1日にどれくらいの塩分を摂っているのでしょうか。平成13年厚生労働省国民栄養調査結果(健康・栄養情報研究会『国民栄養の現状』2003年)によりますと、全国民1人1日あたりの食塩摂取量は11.5g(男性：12.2g、女性：11.1g)で、成人の平均摂取量は12.1gと分かっています。全国では平成8年の調査時点での13.0gから比べると1.5gも下がっていますが、減塩の目標は1日あたり10g未満ですので、まだまだ十分とはいえません。つまり、目安としては1食あたり3g以下が目標になります。血圧が既に高めの人や腎臓病などの場合は、さらに低く抑えることが不可欠となります。

#### ○青森県での取り組みは？

また、図9にて説明しましたように、青森県の成人の食塩摂取量(12.2g)は、まだ全国平均よりやや高くなっている状況です。つまり、もっと食塩の摂取量を減らすための取り組みや対策を、個人や家庭のレベルで、あるいは学校や地域の単位、さらには市町村や県の単位で、積極的に講じていく必要があります。減塩のための取り組みとしては一般に、①乳幼児期・学童期からうす味に慣れさせるため食事やおやつへの指導を充実させること、②地域において食生活改善推進員を養成し、栄養士等と連携しながら各家庭での調理の工夫を支援すること、③外食栄養成分表示への理解を促進させること、などが有効であると考えられています。

青森県においてもこういった取り組みが着実に進められつつありますが、減塩を社会的に広く実行するためには、これらに加えてとりわけ、地域住民一人ひとりが減塩教室等に参加し正しい食習慣についての知識を持ち、自分や家族に合った減塩の具体的な方法を身に付けることが重要かつ有効な対策となります。ただし、減塩教育は非常に困難であり、課題があるとも言われています。それは、教育を受けることによって一時的に効果が表れた、つまり塩分摂取量が下がったとしても、しばらく経つとまたもとの高い塩分を摂る食生活にもどってしまう人が多いからなのです。このことが、減塩教育の持つ大きな課題です。



## ○新しい減塩教育の方法とは？

この課題を解決する、つまり高血圧の予防につながるように減塩を長続きさせるためには、これまで一般的に用いられてきた、一斉講義方式や個別健康教育方式のみを単独で行なう従来型の教育スタイルに何らかの改良を加える必要があります。言い換えますと、地域の方々一人ひとりが自分の食習慣を振り返り、自分の生活習慣上の問題点をしっかりと認識し、その解決方法を主体的に考え出し、生活の中での自己実践やさらなる自己学習を自主的に進める、こういったプロセスを全面的にサポートできるような教育方法が求められているのです。

そこで、著者たちの研究グループでは、減塩教育に参加する住民の方々一人ひとりの「自ら学ぶ力」を引き出すような新しい教育モデルとして、「シナリオ学習方式」を開発しましたので、その実践の経過や成果と課題などを紹介することを通して、青森県、ひいては日本全体における減塩に向けての対策のあり方と今後のビジョンを探っていきたいと思います。まず、シナリオ学習方式には、他の教育方法と違って、次の表2のような特徴があります。

表2 シナリオ学習の特徴点

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①住民の自ら学ぶ力を引き出す教育モデルである。</li><li>②学習の主題に即してストーリーが展開され、住民の日常生活をイメージさせるシナリオが学習の基盤となる。</li><li>③予め準備した知識を付与するのではなく学習を側面から支援するチューター（一方向的に教えるのではなく、参加者の意見を引き出し、話し合いの進行を調整・支援する役割）が存在する。</li><li>④住民の生活・経験が互いの学習資源となる。</li><li>⑤学習活動はシナリオと検査結果に裏打ちされた各人の健康状態との間を常に行き来しながら展開する。</li></ul> |
|---|

実は、このシナリオ学習方式は、大学の医学部などの基礎教育の中で試みがはじめられているPBL方式(Problem-based Learning：問題基盤型学習)を、地域における健康教育に応用したもののなのです。そして著者たちはこの方式を新たに「健康教育TYA方式2002」と名づけました。TYAとはTry Angleの略であり、健康教育における新しい方策を開発する試みを意味します。ここで、TYAについての概念を説明しておきたいのですが、図14をご覧ください。正三角形の3つの頂点には、参画主体としてまずは、それぞれ「地域住民」、「市町村」、「大学研究者」が位置付けられています。これら三者は三位一体不可分の形態で健康教育に関わります。つまり、地域住民の方々は単に「教わる」という立場を超えて、市町村スタッフや大学研究者と協力連携しながら主体的に健康教育活動に関わっていくということを表現しているのです。

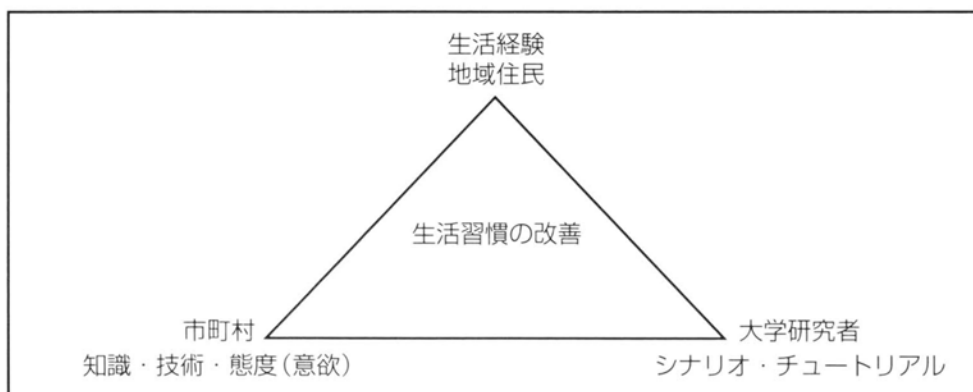


図14 TYA方式の概念

そして、地域住民は自らの生活経験を相互に語り合いながら、グループワークの中で生活習慣を改善するための様々なアイデアを導出していきます。市町村スタッフはシナリオ・チュートリアルシステムをベースとしつつ、チューターの立場で、地域住民を知識・技術・態度(意欲)の各側面から支援します。そこで、著者たち大学研究者の役割はシナリオを開発するとともに、チュートリアルが円滑かつ適正に機能するように、チューター教育も含めたチュートリアルシステムのスーパーバイズを担当します。

では、この新方式での減塩教室は、どのように展開されるのかと言いますと、主に表3のような流れになります。このような流れに沿った減塩教室を、著者たちの研究グループと青森県内のいくつかの市町村との協力のもと、2002年度より実施しているところです。

表3 減塩教室のプロセス

<p>①食塩と血圧に関する全体講義</p> <p>⇒②減塩に関するシナリオ学習(6～9人程度の小グループに分かれてのディスカッション、グループ相互の発表による学習成果の共有、全体での質疑応答ならびに相互助言付与を含む)</p> <p>⇒③質問に基づく小講話や個別相談</p> <p>⇒④シナリオ学習を補完する調理実習や手作り弁当会食</p> <p>⇒⑤学習成果発表会</p>
---

ここで、減塩教室の学びの出発点ともいえるシナリオの例を表4に示しましょう。皆さんなら、どんなイメージがわいてきますか。

表4 シナリオの例

<p>青森花子さん(53歳)は、健康診断の際に自分が高血圧(最高148、最低98)で、肥満傾向(BMI 29.2、体重67.5kg、身長152cm)にあることを知りました。夫の太郎さん(55歳)も職場の健診時に自分が高血圧(最高160、最低105)で、肥満傾向(BMI 28.7、体重81kg、身長168cm)にあることが分かりました。</p> <p>ご夫婦は食べ物の味付けが「濃い口」なため、汁物を飲んだり漬け物を食べる時や、料理に醤油をかける時などに、塩分量をあまり気にしてきませんでした。また、二人は肉料理がとくに好きなのですが、野菜はあまり食べません。さらに、二人とも仕事や家事におわれて普段は運動をほとんどしていません。</p>
---

### ○減塩教室での学びとは？

減塩教室そのものは、各市町村において、約3ヶ月の間に計6回開催されるのですが、毎回のシナリオ学習の時間には、沈黙が生じないほど、各グループ内で活発かつ積極的な討議が進んでいました。また、参加住民同士が主体的かつ相互補完的に、シナリオの主題に関して話し合うことができていました。特に初回学習時には、シナリオに登場する人物の日常生活上の健康問題と、登場人物と参加住民自身とに共通する問題点、自分自身に特有の生活上の問題点を3次元的に浮き彫りにすることができていました。

さらに、参加住民は成人ならではの健康に関する豊富な知識・経験をベースとして、シナリオに関する問題点の発見・問題解決の方法の導出・生活習慣改善目標の立案・目標の達成度評価等に関する

ディスカッションを深めることができていました。また、自分自身の問題を検討することに加えて、自分の夫など家族成員の生活習慣上の問題点についても明確化することができていた点に、この新方式の大きな意義があったと捉えられます。

そして、この新方式での減塩教室での学習を通して、結果として参加者の人たちは、減塩食をおいしく食べるためのコツとして、様々な知識と技術を習得しました。

それは、表5に示すようなポイントになります。

表5 シナリオ学習を通じての学びのポイント

①	おかずに醤油をかけずに、つけて食べる、一度に食べる量を加減するなどの「食べ方の工夫」
②	新鮮な素材を使い、また塩抜きをしたりして、野菜や魚介類など素材そのものの持つ自然な味を楽しむなどの「素材の持つおいしい味の発見」
③	だしのうまみ、香辛料の辛み、酢やかんきつ類の酸味、ごまなどの香味といった「塩分以外での味つけの工夫」
④	緑黄色野菜や豆・いも類、果物等に多く含まれる天然の降圧剤としての役割を持つ「カリウムの摂取方法」
⑤	ハムやソーセージ、かまぼこなどの練り物や麺類の麺そのもの、食パンなどの「食品に含まれる意外な塩分量に関する知識」

教室中の率直な感想として、参加住民からは、お互いにより意味の競い合いと励ましになったとの意見が出されました。つまり、参加住民同士が体験談を語り合うことが、他の参加者が感心して、自分も減塩についての工夫などに取り組もうとする気持ちを喚起させたと考えられます。また、参加者の主体性・自立性や日常的な問題関心、自己の健康への問題意識を中心として学習活動が継続されるため、学習者自身の「自ら学ぶ力」や「問題解決能力」が自然のうちに育成されました。このような教育効果を客観的に測るため、教室の前後に尿中塩分等の測定をしましたが、教室の実際に参加した方々は平均で約1～2gの減塩に成功していました。

その一方で、塩分と同時にカリウムが減少してしまったことや、教室終了後さらに6ヶ月が経過した時点で、どの程度減塩が継続できているかの評価等、この新方式の課題点もまだ、残されています。その点において、シナリオ学習方式、即ち「健康教育TYA方式2002」は最終的な完成に向けての開発が、現在進行中であるといえます。

生活習慣の改善としての減塩。この実行は決して容易なことではありません。これまで長く続けてきた自分の食習慣を見つめ直し、うす味にしていく。つまり行動を変容させるということはなかなか大変なことです。「減塩は、無理をせずに、自然に」といわれる所以です。言い換えますと、自分で納得した形で、楽しく行なっていくほうが長く続けられます。急に格段にうす口にしてしまわずに、少しずつ徐々に、塩分を減らしていくことが肝要です。仮に1～2年の間にわずか1gずつでも減らすことができれば、1日あたり15gも摂っていた人でも5～10年経てば10gにまで減塩できるという計算になります。少しずつ長く減塩を続けるためには、自分に合った、日々実行可能な具体的な目標を1つ、あるいは2つ見つけることから始めるとよいでしょう。個人から家族へ、家族から地域社会へ、そしてやがては青森から日本全国へ減塩の習慣が拡大・浸透されていくことを願います。

## <運 動>

### ○運動習慣とは？

生活習慣や毎日の生活のすごし方と疾病のかかる度合や死亡など健康度と深い関係があることが近年明らかになってきました。その最初の指摘がカリフォルニア大学のブレスローらによって行われた、1965年から9年間にわたって約7,000人の人を追跡した調査といえます。その調査によりますと、生活習慣のなかでも死亡率ともっとも関係していたものは次の7つの習慣です。これらはとくに「ブレスローらの7つの健康習慣」として有名ですが、「喫煙をしない」、「飲酒を適度にしない」、「運動習慣をもっている」、「適正体重を保つ」、「7～8時間の睡眠をとる」、「毎日朝食をとる」、「間食をしない」の7つです。また、それに加えて、「人間関係の良否」、例えば、親しい友人や親類とのつきあいなど社会的なつながりをもっているか否かも、健康習慣と同様に健康度に大きく影響していることを明らかにしました。

健康度と深い関係のあるこれらの健康習慣の中で最も守られにくいもの、言い換えると習慣をもっていないものは何でしょうか。－それは、運動習慣です。他の健康習慣は健康に気をつけているという人は殆ど守っています。喫煙と飲酒については、男性で約半数、女性では約9割は良い習慣をもっています(平成12年国民栄養調査)し、運動以外の習慣についても良い習慣をもっている人の数の方がずっと多いのです。それに比べると、運動習慣は、この場合の「運動習慣のある人」とは、一回あたり30分程度の運動を週2回以上、1年以上継続している人のことをいいますが、その割合は男性で31.9%、女性では27.4%でした。青森県ではその全国平均よりさらに下回っていて、運動習慣のある人の割合は男性23.8%、女性18.8%(平成13年度県民健康度調査、青森県健康医療課編2003年)という結果でした。

したがって、運動習慣を身につけることは現代社会に生きる私たちにとって、最大の健康づくりの課題といえます。つい2、30年前の頃には運動不足など考えられなかったでしょう。このことは、運動をはじめ、すべての生活習慣は毎日の生活の積み重ねであることをよく示していると思います。今、自分の運動習慣を見直し、良い運動習慣を身につけることができれば、他の生活習慣にも良い影響を及ぼすことができるかもしれません。とくに、青森県全体の健康度アップにつながることを期待されます。なぜならば、青森県においては運動習慣だけでなく、肥満あるいは過体重も問題だからです。つまり、運動習慣を身につけることによって「適正体重を保つ」ことにも良い影響を及ぼすことが考えられるからです。では、運動習慣を身につけることによってどのような効果が期待できるのか、次に考えてみましょう。

### ○運動によってどのような効果が期待できるか？

ここでいう運動とは、競技や激しい運動のことではなく、あくまで健康づくりのための運動のことをいいます。例えば、話をしながらで楽に歩けるくらいのウォーキングやジョギング、水泳など、誰でもできる範囲のものです。また、通勤で歩くことや家事でからだを動かすことも含みます。『健康日本21』でも、それらを含んで「運動・身体活動」として一日の生活のエネルギー消費を考えようとしています。そうした運動の効果はさまざまありますが、次には現段階でその効果が明らかにされているものを上げます。

- 1) 血液の循環をよくする
- 2) 血圧を下げる
- 3) 血糖を下げる
- 4) 中性脂肪を減らし善玉コレステロールを増やす
- 5) 体力が向上する

- 6) 足や腰の筋力を強め老化を予防する
- 7) 肥満の予防につながる
- 8) 気分転換になりストレス解消につながる

これらは互いに相乗効果を及ぼし合って、生活習慣病の予防、ひいては生活の質の向上につながっています。例えば、血液の循環をよくし、中性脂肪を減らし善玉コレステロールを増やすことは血液をきれいにし、動脈硬化を予防します。それによって、高血圧や高脂血症など循環器病の危険因子を低下させることにつながっていきます。また、足腰の筋力を強めることは骨粗鬆症の予防・転倒の予防につながります。それはまた寝たきりの予防になり、老化を遅らせることにつながります。この運動の効果については高齢者にとっては特に重要です。順天堂大学の青木純一郎氏(運動生理学)は「老後に向けて貯金も大切だが、貯筋がなければ使うこともできない。(2003.11.15日本ヘルスプロモーション学会特別講演にて)と述べ、若いときからの運動の大切さを強調しています。

さらに、運動によって体力を向上させることは、病気になりにくいからだをつくり、いくつになっても社会参加を可能にし、生き生きした生活を送ることができることにつながります。では、いいことづくめのような運動ですが、なぜ多くの人は運動習慣を持っていないのでしょうか。運動習慣はどのように身につけたらいいのでしょうか。次にそれをいっしょに考えてみましょう。

### ○運動習慣を身につけるには？

前にも述べましたが、国民栄養調査において、運動習慣とは一回あたり30分程度の運動を週2回以上、1年以上継続していることをいいます。しかし、これは調査上の基準です。個々人の体力や年齢、あるいは職業などによって差があつて当然です。ここでは主に健康づくりのための運動について考えていますので、前項で述べた運動効果を期待できるような運動とはどの程度のものをさすのでしょうか。国はこうした疑問に答えるために平成元年に「健康づくりのための運動所要量」、平成5年には「健康づくりのための運動指針」を出しています。それを一行にまとめると、「一日30分、歩くことから、1万歩を目標に」ということになります。但し、歩く時には意識して速く歩くことがポイントです。要するに、ただ歩いているだけでは何の運動効果も望めないということです。息がはずむくらいにですが、おしゃべりしながらでも歩けるくらいの速さです。

30分も時間がとれない場合には何回かに分けてもかまいませんが、脂肪が燃焼するのは運動し始めてから20分後といわれていますので、20分以上は時間をとった方が効果的といえます。むしろ、時間がない場合には家事をテキパキやるとか、買物や通勤で歩くとき意識して早歩きするなど工夫してはどうでしょうか。階段を上り下りするだけでもいいのです。運動は長く続けることこそが大切です。一週間に1、2回休んでもいいので長く続けることです。そのためには、いつでもどこでも楽しく安全にできるものでなければならないでしょう。ふつうは3ヶ月くらいで運動効果が目にみえてくるといわれています。また、3ヶ月続けられると一年は続けられ、いわゆる運動習慣が身についた状態になります。

ここで疑問が生じたのではないのでしょうか。本当に、3ヶ月続けられると一年は続けられるのでしょうか。そう、冬期間の積雪による問題です。これが青森県の運動習慣をもつ人の割合を少なくしている要因の一つであることは間違いのないでしょう。積雪によって歩道は塞がれ、転倒の恐れがつきまとうのですから、運動や外出を控える人が増えるのも当然です。しかしまた、夏と冬の期間の運動量を比較した、私たちの調査(工藤奈織美・山本春江他：豪雪地における夏期と冬期の運動量比較、第52回東北公衆衛生学会誌、No.52、49、2003、49.)では、すでに運動習慣を身につけた人たちは冬期も運動量・歩数ともに落ち込まないことがわかりました。むしろ、防寒衣を着て雪道を歩くことはその分負荷がかかり、夏期と同じ運動をした場合は運動量が増えることになります。したがって、冬になる前にしっかり運動習慣を身につけることが最善の策といえます。



また、冬期間の運動不足解消に役立ちそうなのが「雪かき」です。前と同じ調査の結果ですが、雪かきをした日はしなかった日に比べると運動量・歩数とも増えています(工藤奈織美・山本春江他:「雪かき」と1日エネルギー消費量との関連、日本公衆衛生雑誌、50(10)、2003、278.)。「雪かき」といっても、今はショベルやママさんダンプなど道具もさまざまですので一概にはいえませんが、適度の運動になることは間違いないでしょう。ただし、山下らの研究(山下弘二他:除雪作業の作業成績と呼吸循環機能応答、雪国の健康に関する研究報告書、2003、56.)によると、除雪の運動強度は最大酸素摂取量の70~80%程度で運動としては効果的な強度といえるが、中高年者では作業時に血圧の上昇が認められたことから、作業によっては心臓や血圧など循環器に大きな負担になることもあるそうです。これは、何も「雪かき」だけに限ったことではありません。心臓病や高血圧などの人はかかりつけ医の管理下のもとで運動を実施するなどの注意を払うことが必要といえます。また、運動をする前にはストレッチ体操などをして軽くからだをほぐしてから始めましょう。マイペースで自分の健康状態やその日の体調に合わせて運動をすることも長続きの秘訣といえます。

### ○仕事をしているから運動はいらない?

もう1つ、私たちが行った調査から明らかになったことを紹介しましょう。それは、「仕事をしているので運動はしなくていいのではないか」という、りんご農家の人たちの疑問に答えて行ったもの(三上浄子・山本春江他:相馬村運動ナビ事業-第1報農作業は運動のかわりになるか、第51回東北公衆衛生学会誌、No.51、2002、31.)です。結果は、運動量は平均で約325Kcal、歩数約13,000歩と十分でしたが、運動強度はりんごを木からもいでそれを運搬するという「りんごもぎ」作業で平均25.8%、運搬されてきたりんごを選別して箱に入れるという「りんご選果」作業では平均12.5%でした。運動強度は文字通り運動の強さを示すものですが、この運動強度は農家の人たちが実感しているほど高くありませんでした。

運動効果を得るための運動強度は、最大酸素摂取量の40~60%が望ましいわけですので、やはり、仕事と分けて運動をとり入れることが必要といえます。しかしまた、農繁期は運動の時間が生み出せない状況にあるので、せめて意識して作業のスピードを速めるとか強度をアップさせることもいいと思います。また、農作業は使う筋肉は限られますのでラジオ体操のように全身を使うような運動をすることが大切です。適度の運動は筋肉の疲れをとり、仕事の疲れをとることに効果があります。

この調査では、運動量や歩数、運動強度の他に食事調査も同時に行いました。つまり、エネルギー消費量と摂取量のバランスをみるためです。その結果は、殆どの方が消費量より摂取量が多く、栄養の「とり過ぎ」による肥満の恐れがあることがわかりました。農作業も機械化され、以前に比べると重労働とはいえなくなってきたと思われる。問題は、それにもかかわらず「食べなければ仕事にならない」という習慣が身についていることです。それが農閑期にも影響していると考えられます。つまり、作業の合間にとる間食の習慣が農閑期にもその習慣を守っていないかどうかです。農閑期では農繁期に比べて運動量・歩数とも半分位に減少しているのです。それに対して摂取量の方はそれほど減らしていないところに問題が潜んでいると思われました。摂取量を考慮しない運動だけでは、体重を減らすなど多くの運動効果は望めません。運動効果をえるためには、まずは摂取量とのバランスを考えて行うことが必要です。

### ○長続きの秘訣はマイコース?

「体調に合わせてマイペース」は健康づくりのための運動指針でも示されています。要は無理なく楽しく続けられることが肝心です。長続きのためにもう1つアイデアを紹介しましょう。それは自分にとって身近で安全なウォーキングコース、つまり「マイコース」をもつことです。「マイコース」とは平成13年から14年にかけて、油川地区にウォーキングコースをつくる手伝いをする機会があったのですが、

そのとき青森市の保健師さんから聞いたことばです。どこをコースにするかという話になったとき、多くの市民が参加していたのですが、日頃自分が歩いているコースは決まっているというのです。それぞれのお気に入りのコースをもっているというのです。結局その「マイコース」を中心にウォーキングコースをつくることになりました。いつも歩いているところはどれくらいの距離なのか、そこを歩くとどれくらいの運動量や歩数になるのかを示しました。数値を知ることにも励みになり、長続きの助けになると思われるからです。

ぜひ、自分の住んでいる地域を探索して安全に楽しく歩ける「マイコース」を見つけましょう。交通が激しいところはさけ、冬も歩けるように歩道が確保されていると最適です。30分で一回りできるようにするといいでしょう。平成14年に青森市と共同で、図15のとおり、大学を中心としたウォーキングコースをつくりました。大学の東西両側の跨線橋が大幅に拡張した上に融雪歩道が造られたので冬期も安全に歩けるものと思われます。20分コースですが跨線橋を上って下るのですから運動量・歩数は十分です。

「マイコース」が決まったら次に自分なりに目標を立てることも長続きのコツです。その目標は時間的にも体力的にも無理なく達成できるものでないと挫折の方が早く訪れてしまいます。かといってあまり低すぎても逆効果です。ちょっと努力すればできる位に、達成できたらもう少しレベルを上げるようにするといいでしょう。できればそれを常にチェックできるように書いて貼っておくことも効果的です。家族に宣言して自分以外の監視にさらすこともいいでしょう。さらには、いっしょに歩く仲間をつくったり、ウォーキング大会に参加したりなどは大いに勧められます。



図15 大学を拠点としたウォーキングロード



## ＜喫 煙＞

### ○たばこの健康影響は？

たばこはがんや心臓病だけではなく、全身の健康に大きな影響を及ぼし、さまざまな健康障害を引き起こしています。たばこの煙は喫煙者が吸う煙を「主流煙」といい、たばこの先から立ち上る煙を「副流煙」といいます。有害成分は主流煙よりも副流煙の方に多く入っています。表6はたばこと関連する病気(タバコ病)を示しています。がんを初め、呼吸器、循環器、消化器などへの影響の他、胎児や周りにいる人とくに乳幼児への影響が指摘されています。

表6 たばこと関連する病気(タバコ病)

タバコ病	主流煙→直接喫煙タバコ病	タバコ・がん(喉頭、肺、口腔、咽喉、食道、胃、肝、膵、膀胱、子宮がんなど)
		呼吸器タバコ病(肺気腫、慢性気管支炎、喘息など) 循環器タバコ病(虚血性心臓病、動脈瘤、閉塞性血管炎など) 消化器タバコ病(胃・十二指腸潰瘍、肝硬変など) 精神、神経タバコ病(不眠症、神経症など) その他(タバコ弱視など)
	複合性タバコ病:大気汚染複合(大都市タバコ病)、 石綿クロムなど複合(特定職業タバコ病)、 ビールとの複合、飲酒との複合、高脂肪食との複合	
副流煙→間接喫煙タバコ病	胎児タバコ病(死産、早産、先天異常、発育障害、未熟児) 乳幼児タバコ病(肺炎、気管支炎、喘息、がん)	
	成人タバコ病 { アレルギー性タバコ病 呼吸器タバコ病(呼吸機能障害) 循環器タバコ病(循環機能障害) タバコ・がん(肺がんなど) その他(神経症、自殺など)	

肺がんの死亡率は1日の喫煙本数が増えると直線的に上昇します。また喫煙開始年齢が低いほどその危険が大きいといわれます。世界保健機関(WHO)は1988年4月7日を第1回世界禁煙デーと定め、“Tobacco or health: choose health”(たばこか健康か:健康を選ぼう)をスローガンに掲げ、禁煙対策を呼びかけました。スローガンは毎年改められ、2000年、“Tobacco kills—Don’t duped”(たばこで死ぬぞ、ダマされるな)、2001年、“Second-hand smoke kills. Let’s clear the air”(吸わない人にも命取り。きれいな空気の中で生きよう)、2002年、“Tobacco Free Sports—play it clean”(スポーツにたばこは無用。空気もプレーもクリーンに)、2003年、“Tobacco free fashion tobacco free films—Action!”(映像やファッションにたばこはいらない。禁煙推進の行動をしよう!)というスローガンを掲げています。

しかし、わが国の禁煙対策は諸外国とは異なり、数十年遅れています。たばこ事業法、第一条に「この法律は、たばこ専売制度の廃止に伴い、製造たばこに係る租税が財政収入において占める地位等にかんがみ、製造たばこの原材料としての国内産の葉たばこの生産及び買入れ並びに製造たばこの製造及び販売の事業等に関し所要の調整を行うことにより、我が国たばこ産業の健全な発展を図り、もって財政収入の安定的確保及び国民経済の健全な発展に資することを目的とする」とあり、国民の健康より経済を優先しています。厚生労働省の「健康日本21」の原案では、「成人喫煙率を全体として男女とも半減する」、「国民一人あたりのたばこ消費量を半減させる」という項目が入っていましたが、たばこ業界の猛反対に合い、厚生省はその圧力に屈し、「半減」という目標値を撤廃し、「知識の普及」に変更した。国民の健康をまもるといふ役割を放棄したことになると思います。

## ○たばこの警告は国によって違う？

たばこの警告表示も日本は甘いと思います。諸外国のたばこ警告表示をみますと、アメリカの「煙はがん、心臓病、肺気腫、妊娠障害などの原因になる」、「妊婦の喫煙は胎児障害、未熟児・低体重児出産を引き起こす恐れがある」、カナダの「たばこ煙はあなたの子どもに有害である」、「シガレットは致命的な肺疾患の原因である」、「シガレットはがんの原因となる」、欧州連合(EU)の「喫煙はがんの原因となる」、「喫煙は心臓病の原因となる」、オーストラリアの「喫煙は依存症をもたらす」、「あなたの喫煙が他人を傷つけることがある」、カンボジアの「1998年法により、喫煙は健康に有害である」、中国の「1992年法により、喫煙は健康に有害である」、香港の「喫煙は死をもたらす得る」、インドネシアの「1991年法により、喫煙は健康に有害である」、韓国の「1994年改正健康増進法により、喫煙はがんその他の疾病の原因となり、とりわけ妊婦と青少年に有害である」、シンガポールの「喫煙は死を招く」、「喫煙はあなたの家族に有害である」、タイの「喫煙は肺がんの原因となる」、「喫煙は胎児に害を及ぼす」などに比べれば、わが国の注意表示「あなたの健康を損なうおそれがありますので吸いすぎに注意しましょう」(たばこ事業法施行規則、第三十六条2)は意味が不明確です。この表示では「吸いすぎに注意すれば健康を損なうおそれはない」と解釈できます。では、どの程度が吸いすぎなのかという疑問が残ります。

世界の喫煙に関する動きとして、WHOの191のメンバー国は、2000年5月から世界初の法的拘束力を伴う健康条約、「たばこ規制国際枠組み条約」(FCTC)の交渉を始めました。この条約は「世界の国々と人々を、たばこ関連の死亡と疾病による膨大な健康上及び社会的出費から守る」ものです。「あなたとあなたの団体が人々を受動喫煙から守るために行動を起こすことが、枠組み条約の交渉への大きな助けになる」と述べています。たばこ大手を抱える日本と米国、ドイツは2年半近い交渉を通じて、条約案の主要部分を「強制力を持たない理念条項」に変えていきました。各国の反たばこ非政府組織(NGO)でつくる国際組織が反たばこ運動に最も逆行している政府や企業に贈っている「マルボロマン賞」という不名誉な賞が日本に与えられるという経過を経ながら、2003年5月21日、第56回世界保健総会において、「たばこ規制枠組条約」が全会一致で採択されました。

この条約には、受動喫煙の防護、たばこ製品の包装およびラベリングとして、健康有害警告をつけること、教育等として、たばこの健康上のリスクについての情報伝達、たばこの広告禁止、未成年者への販売禁止、自動販売機の適切な方策などが定められています。

## ○たばこに関する国内の動きは？

国内のニュースとしては、青森県深浦町議会は2001年3月12日、たばこ自動販売機の適切な設置及び管理に関する条例が採択されました。未成年者喫煙を助長している屋外たばこ自動販売機を禁止するという日本では画期的な条例です。

青森県五所川原保健所で妊婦の喫煙状況調査が行われ、2001年2月14日、東奥日報に記事が出ました。「胎児に迫る煙の脅威、4人に1人が妊娠中も喫煙」というタイトルでした。五所川原保健所管内西北五14市町村で1999年度中に妊娠の届け出のあった1203人について調査した結果、たばこを「吸う」と回答した妊婦は303人で、喫煙率は25.2%でした。また1203人のうち、980人の妊婦の同居者(夫、両親、兄弟など)が喫煙しており、喫煙率は81.5%でした。この調査は西北五地方の乳児死亡率や新生児死亡率が青森県内でも高く、その改善に向けた実態把握の一環として行われたものです。「妊婦の喫煙は胎児障害、未熟児・低体重児出産を引き起こす恐れがある(アメリカ)」、「妊娠中の喫煙はあなたの赤ん坊に有害である(カナダ)」、「喫煙は周囲の人々の健康を害する(カナダ)」、「喫煙はあなたの家族に有害である(シンガポール)」という警告表示があったら、妊婦や同居者はたばこを吸うでしょうか。たばこを放置している国の責任は重いと思います。

平成15年5月1日、「国民の健康の増進の総合的な推進に関し基本的な事項を定めるとともに、国

民の栄養の改善その他の国民の健康の増進を図るための措置を講じ、もって国民保健の向上を図ることを目的」として、健康増進法が施行されました。この中で、受動喫煙の防止対策として、「学校、体育館、病院、劇場、観覧場、集会場、展示場、百貨店、事務所、官公庁施設、飲食店その他の多数の者が利用する施設を管理する者は、これらを利用する者について、受動喫煙(室内又はこれに準ずる環境において、他人のたばこの煙を吸わされることをいう。)を防止するために必要な措置を講ずるよう努めなければならない(第25条)」ことが定められました。これを受けて、平成15年4月30日、厚生労働省健康局長から都道府県知事、政令市長、特別区長当てに、「受動喫煙防止対策について」通達が出されました。これには「健康増進法第25条の対象となる施設」、「受動喫煙防止措置の具体的方法」、「受動喫煙防止対策の進め方」などが述べられています。健康増進法は2000年から発足した「健康日本21」を法制化したもので、わが国の健康寿命アップに弾みがつくものと期待されます。先日、青森空港のレストランで、「健康増進法の施行にともない、全席禁煙とさせていただきます」という張り紙を見つけました。確実に効果が出ています。

しかし、この動きに逆行するようなことがありました。「有害で依存性があるたばこの製造・販売を続けた」として、日本たばこ産業(JT)や国などを相手に、肺がんなどの患者6人(うち3人は死亡)が損害賠償などを求めた、「たばこ訴訟」の判決が平成15年10月21日に東京地裁でありました。浅香紀久雄裁判長は、ニコチンの依存性は低く、禁煙できると指摘したうえで、「嗜好品として定着している事情も考慮するとたばこの製造・販売は違法ではない」と述べて原告の請求を棄却しました。損害賠償のほか、自動販売機での販売禁止や、包装紙に発がん性など危険性を明示するよう求めて平成10年に提訴していました。判決は、「ニコチン、タールなどが含まれ、肺がんなどを発病するリスクを高める」と認定しましたが、ニコチンの依存性については、「アルコールや禁止薬物に比べるとその程度は格段に低い」と指摘。「喫煙者の自由な意思決定を奪うほど強力ではなく、意思や努力で禁煙できる」と述べました。(1) たばこ事業法によって製造・販売が適法とされている (2) 包装の注意表示は警告として一定の機能を果たしているなどとしてJTには違法行為が認められないと結論しました。国の被害防止責任も認めませんでした。平成15年10月23日に開催された、第62回日本公衆衛生学会総会のシンポジウム「たばこ対策の今後」において、奈良女子大学の高橋裕子教授は「禁煙は簡単にできるものではない」と反論していました。歴史に残ること判決であることは確かです。



## 生活習慣の背後にある統計指標

マーケティング センター統計(<http://www.mc-stat.com/stat/free/PCA511111.asp>)によりますと、青森県が全国第1位の統計項目として標準化死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率、乳児死亡率などの他に、第1次産業就業比率、出稼者比率、高卒者に占める就職者割合、一般病院外来患者数、仕事の平均時間などがあり、青森県が全国最下位の統計項目として、平均余命(0歳、男性)、平均余命(20歳、男性)、平均余命(65歳、男性)の他に、製造品出荷額等、老人福祉費割合、最終学歴が大学・大学院卒の者の割合、他市区町村への通勤者比率、他市区町村からの通勤者比率、決まって支給する現金給与月額、女性パートタイムの給与、スポーツの年間行動者率、一般旅券発行件数、市町村道舗装率、3次活動の平均時間(有業者・男)、3次活動の平均時間(有業者・女)、趣味・娯楽の平均時間(有業者・女)などは上げられています。

健康を左右する要因として、遺伝的素因、生活習慣そして環境が上げられています。青森県人の遺伝的素因に特徴があるかは明らかではありませんが、青森県の食習慣、身体活動、休養、喫煙、飲酒などの生活習慣はこれまで述べましたように、よい指標はありません。青森県は他市区町村への通勤者比率や他市区町村からの通勤者比率が低い、仕事の平均時間が長い、有業者の3次活動(テレビ・ラジオ・新聞・雑誌等に費やす休養等自由時間活動と趣味・娯楽、スポーツ、学習・研究等積極的自由時間活動)の平均時間が短い、趣味・娯楽の平均時間が短いというように、生活にゆとりがなく、他市区町村との交流が少ない様子がうかがわれます。生活習慣はこのような社会的環境要因の中で形成され、受け継がれているのかもしれない。

「健康日本21」の基本方針で「健康づくり支援のための環境整備」として、「運動の目的を達成するためには、生活習慣を改善し、健康づくりに取り組もうとする個人を社会全体として支援していく環境を整備することが不可欠である。このため、行政機関をはじめ、医療保険者、保健医療機関、教育関係機関、マスメディア、企業、ボランティア団体等の健康に関わる様々な関係者がそれぞれの特性を生かしつつ連携することにより、個人が健康づくりに取り組むための環境を整備し、個人の健康づくりを総合的に支援する」とあります。青森県の場合、環境づくりと同時に、健康の重要性を理解し、自ら「生活習慣を改善し、健康づくりに取り組もうとする」意欲を引き出すような活動を起こすことが重要であると考えます。