

〔論説〕

## ブックレット「健康と生活シリーズ」No.2、No.5、No.7の紹介

竹森 幸一<sup>1)</sup> 山本 春江<sup>1)</sup> 浅田 豊<sup>1)</sup> 千葉 敦子<sup>1)</sup> 工藤奈織美<sup>2)</sup> 三上 聖治<sup>3)</sup>

### Introduction of booklet No.2, No.5, and No.7 of "Health and life series"

Koichi Takemori<sup>1)</sup> Harue Yamamoto<sup>1)</sup> Yutaka Asada<sup>1)</sup> Atsuko Chiba<sup>1)</sup> Naomi Kudo<sup>2)</sup>  
Seiji Mikami<sup>3)</sup>

これまで、我々は2003年ブックレットNo.2、「青森県の健康を科学する—生活習慣病の予防をめざして—」、2004年ブックレットNo.5、「長寿のまち、短命のまち—市町村の平均寿命の解析から—」、2005年ブックレットNo.7、「みんなで元気に！！ 地域に根ざした健康教育ガイドブック」と、3冊のブックレットを作成した。この3冊に共通していることは、青森県の健康寿命を延ばすためにはどうしたらよいかということである。青森県には平均寿命の短い市町村が集中しており、主要死因の標準化死亡比は100を上回り、多くの疾患に問題があることが指摘されている。また青森県は食塩過剰摂取、野菜不足、運動不足、飲酒習慣者と喫煙習慣者の割合が高く、肥満者の割合と高血圧者の割合が高い。

このような背景から、我々は平均寿命の分析や生活習慣改善の効果的な教育方法の開発に取り組んでいるが、その研究成果を県民に還元すること、また県内の保健医療福祉専門職が地域において直接業務に活用していただくことを目標として、ブックレットを作成した。

以下、ブックレットNo.2、No.5、No.7、それぞれの概要を紹介する。

#### No.2、「青森県の健康を科学する—生活習慣病の予防をめざして—」

2003年4月2日の東奥日報社説に、2000年の全国市区町村別生命表（厚生労働省、2003年3月25日公表）が取り上げられ、青森県の短命ぶりが紹介された。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市町村入っていた。この市区町村別生命表の概況に示された男女別の平均寿命の全国地図をみると男性の場合、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る。

一方、1965年から2000年までの各都道府県別の平均寿命の推移をみると、青森県男性は1970年に一度最下位を脱出したが、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る。女性も、最下位であるが、男性ほど他県との格差は大きくない。

平均寿命と関連する主要死因の青森県男女の標準化死亡比（平成11年度）を、男性の長寿県の長野県、女性の長寿県の沖縄県と比較すると、長野県は脳血管疾患（男女）が全国値に比べ高いが、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。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い。これに対して青森県は脳血管疾患（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）など多くの疾患が全国に比べ高く、これらが青森県の平均寿命を短くしている。

これらの生活習慣病の要因として、「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

1) 青森県立保健大学健康科学部

Faculty of Health Sciences, Aomori University of Health and Welfare

2) 自治医科大学看護学部

Jichi Medical University School of Nursing

3) 弘前学院大学看護学部

Faculty of Nursing, Hirosaki Gakuin University



## 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



青森県立保健大学健康科学教育センター

図 1

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があげられる。青森県の栄養・食生活の特徴は食塩摂取量が多いことである。平成13年度県民健康度調査結果によると、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減少しているが、成人の平均摂取量が12.2gで64.8%が10gを越えている。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、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。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。男女各年代とも高いが、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。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。

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人々は健康に過ごせるが、バランスが崩れると病気が進み、はじめは臨床症状がない状態で密かに進み（前臨床期）、そのまま放置し

ておくと、やがて臨床症状が現れる（臨床期）。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、早期に治療するという二次予防に重点が置かれていた。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る。「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った。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そうという方策で、ポピュレーション・ストラテジーといわれる。

生活習慣改善の取り組みとして、食習慣とくに食塩過剰摂取（減塩）、運動習慣、喫煙習慣について解説した。

減塩については、減塩の必要性、青森県での取り組みについて触れ、新しい減塩教育の方法として、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「健康教育TYA方式2002」を紹介した。これについてはNo.7で詳しく紹介する。

運動習慣は、「プレスローらの7つの健康習慣」（「喫煙をしない」、「飲酒を適度にするか全くしない」、「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」）の中で最も守られにくい習慣であり、運動による効果、運動習慣を身につける方法、仕事と運動の関係、長続きの秘訣としての安全なウォーキングコースの確保について紹介した。

喫煙習慣については、たばこの健康影響、わが国の禁煙対策、健康日本21の原案、たばこの警告表示、たばこ規制国際枠組み条約、健康増進法について紹介した。

以上のような生活習慣の背後にある社会、経済的統計指標として、マーケティングセンター統計から、青森県が全国第1位の統計項目（標準化死亡率、新生児死亡率、周産期死亡率、乳児死亡率、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）と、青森県が全国最下位の統計項目（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）を概観した。総括すると、青森県は仕事の平均時間が長く、有業者の3次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見られた。

青森県の平均寿命を延ばすには、「健康づくり支援のための環境整備」と同時に、県民を対象に、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察した。

### No.5、「長寿のまち、短命のまち—市町村の平均寿命の解析から—」



図 2

No.5 は、2000 年の全国 3361 市区町村の平均寿命に、寿命の長い順から 1、2、…というように順位をつけ、各都道府県内市区町村順位のパターンの観察、各都道府県内市区町村順位の中央値の年次推移、および青森県各市町村の順位の年次推移からそれぞれの特徴を検討するというもので、内容が少し込み入っており、保健医療福祉専門職向けの内容となっている。

### 平均寿命の全国順位による比較

短命県の青森県、長寿県の長野県、沖縄県内市町村の順位の分布図を男女別にみると、男性の場合、青森県の市町村は全国 3361 市区町村の下位(2637-3360)に集中し、長野県は上位(5-1879)に偏在していた。沖縄県は広い範囲(25-2744)に分布した。女性の場合、青森県は男性ほどではないが、下位(1158-3340)に集中している。長野県は上位に多いが、範囲(44-3360)が広がっていた。沖縄県は上位(1-685)に集中していた。このように平均寿命の順位で比較すると、平均寿命そのものよりも短命県と長寿県の特徴がより明確に示された。

青森県内のいくつかの市町村が、保健対策に成功し、平均寿命が伸びたと仮定すると、2000 年と比較して、より順位の低い方に市町村の点が広がった分布に推移するものと予測される。全市町村の平均寿命が延長されることが理想的であるが、保健対策の熱心な市町村の平均寿命が伸びれば、県全体としても改善されるものと考えられる。青森県内の市町村独自で保健対策に熱心に取り組んでいるところもあるので、こういった市町村の寿命が改善されると、青森県全体としても他の都道府県との格差が縮小し、さらに順位の向上につながるものと考えられる。

### 各都道府県の平均寿命の変化（1985～2000 年）

わが国の平均寿命は長期的には上昇傾向にあるが、都道府県別あるいは市区町村別にみると、平均寿命の伸びはさまざまである。1995 年から 2000 年にかけての伸びは、都道府県別の場合、兵庫県の阪神・淡路大震災の影響を除外すると、男が 0.5 年から 1.4 年、女が 1.0 年から 1.9 年の開きがあり、市区町村別の場合、男では 0.5 年から 1.0 年、女では 1.0 年から 1.5 年を中心に 3.0 年から -1.0 年まで分布している。この平均寿命の伸びの違いが、都道府県などの平均寿命の順位に影響し、2000 年沖縄男性の「26 ショック」などをひき起こしている。

この章では、1985 年から 2000 年までの市区町村別平均寿命を用いて 2005 年の市区町村別平均寿命を予測し、1985 年から 2005 年までの各都道府県における市区町村別平均寿命の全国順位の変化から、各都道府県の平均寿命の特徴を検討した。なお 2005 年の平均寿命は 1985 年から 2000 年の平均寿命を用いて回帰式を求め、これから 2005 年の平均寿命を予測した。

1985 年、1990 年、1995 年、2000 年および 2005 年の市区町村の平均寿命について、長いものから 1、2、…というように順位を付けた。なお、平均寿命が同じ場合は同順位とした。次に各都道府県における市区町村の順位の中央値を求めた。1985 年から 2000 年までの中央値の回帰係数（以下「回帰係数 1」）と 1985 年から 2005 年までの中央値の回帰係数（以下「回帰係数 2」）を計

算し、p 値を求めた。

男の場合、回帰係数が正で有意な都道府県は東京都、岐阜県、島根県、愛媛県、沖縄県で、負で有意な都道府県は長崎県であった。女の場合、回帰係数が正で有意な都道府県は青森県、千葉県、東京都、神奈川県で、負で有意な都道府県は富山県、広島県であった。回帰係数が正の都道府県では、はじめ順位の小さい方に市区町村が集中していたが、次第に順位の高い方に移行している様子が見られ、逆に回帰係数が負の都道府県の場合は、はじめ順位の高い方に市区町村が集中しているが、次第に低い方に移行している様子が見られた。

回帰係数 1 と 1985 年から 2000 年までの都道府県別平均寿命の伸び（年）（1985 年と 2000 年の都道府県別平均寿命の差）との相関係数と回帰式を求めた。男の場合、回帰式  $y = -0.0122x + 2.7606$ 、相関係数  $r = -0.872$  ( $p < 0.001$ )、女の場合、回帰式  $y = -0.0073x + 3.9564$ 、相関係数  $r = -0.643$  ( $p < 0.001$ ) で、ともに有意であった。回帰式における男女の切片それぞれ 2.7606、3.9564 は 1985 年から 2000 年までの全国男女の平均寿命の伸び（年）それぞれ 2.76、3.87 に近い値であった。沖縄県の場合、男女とも他県と離れた位置にあり、とくに女は直線から離れた位置にあった。女性の場合、沖縄県を除くと相関係数は  $r = -0.832$  ( $p < 0.001$ ) となった。

青森県市町村の平均寿命の変化（1985～2000年）

1985 年から 2000 年までの青森県市町村平均寿命の全国順位の変化から、県内市町村の平均寿命の特徴を検討した。

青森県各市町村別平均寿命の全国順位について、市町村ごとに、1985 年から 2000 年までの回帰係数（回帰係数 1）と 1985 年から 2005 年までの回帰係数（回帰係数 2）を計算し、p 値を求めた。

男の場合、市町村によって多少順位の上昇下降がみられるが、多くの市町村は 2700 位から 3360 位の間に位置していた。県全体の順位中央値では 1985 年の 3206 から 2000 年の 3241 とほぼ横ばいであった。女の場合、順位の幅が男より広く 1000 位から 3300 位まで分布していた。平内町、相馬村、岩木町、藤崎町、柏村、森田村など津軽地方（東、中南、西北地方）の町村が大きめの正の回帰係数 1 で、十和田市、上北町、百石町、南郷村、名川町など南部地方（上北、三戸地方）の市町村が大きめの負の回帰係数 1 を示した。女の県全体の順位中央値は 1985 年の 2553 から 2000 年の 3084 と順位が上昇（悪化）した。

1985 年から 2000 年までの青森県市町村別平均寿命の全国順位、回帰係数 1 と同期間の市町村別平均寿命の伸び（年）の回帰式および相関係数は、男の場合、回

帰式  $y = -0.0342x + 2.7652$ 、相関係数  $r = -0.749$  ( $p < 0.001$ )、女の場合、回帰式  $y = -0.0124x + 3.7263$ 、相関係数  $r = -0.900$  ( $p < 0.001$ ) で、ともに有意であった。1985 年から 2000 年までの青森県市町村別平均寿命の全国順位、回帰係数 1 と同期間の市町村別平均寿命の伸び（年）の回帰式における男女の切片それぞれ 2.7652、3.7263 は 1985 年から 2000 年までの全国男女の平均寿命の伸び（年）それぞれ 2.76、3.87 に近い値であった。すなわち、全国の平均寿命の伸びより伸びが大きい市町村では回帰係数 1 が負で、逆に伸びが小さい市町村の回帰係数 1 は正で、全国平均の伸びとの差が大きいほど回帰係数 1 の絶対値が大きいことが示された。

各都道府県内市町村の順位中央値の回帰係数と 1985 年から 2000 年までの都道府県別平均寿命の伸び（年）との間に有意の負の相関がみられたが、青森県の分析では、各市町村の順位、回帰係数と市町村別平均寿命の伸び（年）との間にも同様の相関が見られた。

## No.7、「みんなで元気に！！ 地域に根ざした健康教育ガイドブック」

わが国の三大死因は悪性新生物（がん）、心疾患、脳血管疾患で、これらの生活習慣病は「食生活、身体活動（運動）、喫煙、飲酒、休養などの生活習慣を改善することにより疾病の発生や進行が予防できる」と捉えられている。

レベルとクラークの「疾病の自然史と予防水準」によると、人と環境（生活習慣も含めて）のバランスが保たれていて、人および人々が健康な時期に行う予防を一次予防といい、健康教育・指導により生活習慣を改善することによって、健康増進を図るものである。

2001 年の青森県県民健康度調査で、食生活、運動習慣、喫煙、飲酒などの生活習慣について全国との比較が行われ、青森県は野菜類の摂取不足、食塩の過剰摂取、高血圧者の割合が多く、運動習慣のある人の割合は少なく、喫煙習慣者および飲酒習慣者の割合が多いというように、全調査項目において全国平均と比較して悪い方にずれていた。

新しい教育方法（TYA方式）の特徴

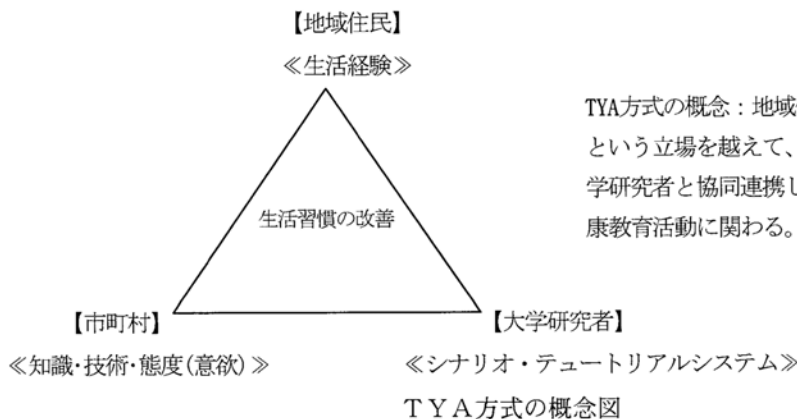
地域の住民を対象にした健康教育の方法には、a. 一斉講義形式、b. 個別指導形式、c. 小集団によるグループワークの形式がある。我々の研究グループでは、c 形式に新たな視点を加え、TYA方式という教育方法を開発した。健康教育の領域では、教えられたことを正確に記憶するだけでなく、自分の健康状態や改善目標を自主的に考え判断したりすることや、学習・実践意欲を長く持続できることが不可欠である。学習の効果が住民一人ひとりの

身に付き、効果を長続きさせられるような教育方法が必要とされている。学習効果を深めたり浸透させるには、①住民の方々がこれまでの自分の生活習慣の良い点や課題点を思い起こしたり、②自分の具体的な改善点をはっきりとさせたり、③改善点を解決させていく方法を探ったり、④目標に向かって実践をつづける、その全ての段階に主体的に取り組むことが大切になる。

TYAとはTry Angleを略したもので、健康教育における新しい方策を開発する試みを意味している。TYA方式は日本や諸外国の医学教育などの分野で広く採用されているPBL方式(Problem-based Learning：問

題基盤型学習)を、地域住民の健康教室に合うように改良したモデルである。

このTYA方式では、「地域住民」、「市町村」、「大学研究者」は常に対等な関係で、互いに協力し合いながら健康教室の運営や実践に携わる。地域住民は自身の豊富な生活経験を互いに語り合いながら楽しく学習が進み、市町村スタッフは住民が主体的に知識や技術、態度(意欲)を育成できるように効果的な教室の場を設定する。大学研究者側は、シナリオやチュートリアル(チューター制)のシステム(仕組み)を整える。



TYA方式の概念：地域住民が単に「教わる」という立場を越えて、市町村スタッフ、大学研究者と協同連携しながら、主体的に健康教育活動に関わる。

TYA方式の学習過程を進める上で不可欠なのが「シナリオ」と「チューター」と「記録係」である。シナリオとは、ある架空の家族の日常生活を描いた物語りである。チューターは、グループワークの進行・調整・取りまとめを担当する。ここでいう進行・調整役は「教える役」ではなく、グループのメンバーの意見をできるだけ多く引き出す。記録係の役割は、グループワークでの一つの発言につき一枚の付箋紙に記入することである。グループワークの時間が終了後に、付箋紙を発言内容別に分類し、各グループの記録係がグループ内での話し合いの内容を発表する。

#### 写真法で減塩

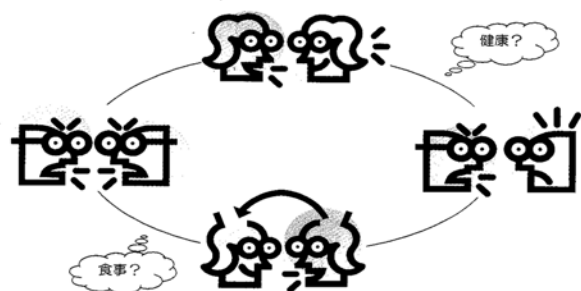
写真法によって自分の摂取栄養素を知る方法が紹介されている。「写真をとる」とは使い捨てカメラで3度の食事、間食や夜食など口にするもの全てを写真にとることである。その写真から栄養素などの摂取量を計算して推定する。この「写真法による食事調査法」は、1995年、川村らによって開発され、鈴木らによって妥当性が検討され、食事記録法として十分実用に耐えうることが確認されたものである。「秤量法」に比べて、「写真法」は食事記録法としては簡便な方法といえる。「写真法」も万能ではなく、カラー写真といえども食材がはっきりしな

いこともある。また、間食など写真をとることを忘れこともある。そこで簡単なメニューを記録してもらい、写真法を補って摂取量を算出している。食事は3日分から計算する。

平成14年度の減塩教室の参加者71名の写真法による栄養摂取量調査の結果、エネルギー、たんぱく質、脂質、炭水化物の栄養素のうち、BMIと関連があったのは「炭水化物」だけであった。またBMIは尿中塩分、血圧および健康習慣・食習慣とも関連した。つまり、肥満度が高い人は血圧も高い傾向にあり、肥満度の高い人ほど健康習慣および食習慣の得点が低い傾向があった。したがって、減塩教育においては、単に減塩や薄味に気をつけるだけではなく、自分の身体活動量にみあった食事をもって肥満を予防することが重要である。写真法による栄養摂取量調査は、自分のとっている食事の量を知ることができるばかりでなく、仕事や活動にみあっているか、たんぱく質や脂肪など栄養素のバランスはどうかなど、食事全体を見直し、自らの問題に気づくことができる方法だといえる。

減塩と同時にカリウムを多く含む食品、つまり果物や野菜を採ることが重要である。カリウムを多くとることは高血圧の予防につながる。果物や野菜をたくさんとることは健康にかかせない。特に緑黄色野菜はカロ

## みんなで元気に!! 地域に根ざした 健康教育ガイドブック



竹森幸一 山本春江 浅田豊 千葉敦子 工藤奈穂美


 青森県立保健大学健康科学教育センター

図 3

チンやビタミンが豊富なのがんや循環器病を防ぐ働きがある。

「健康日本 21」においても「野菜の摂取量増加」は重要な目標になっている。2010 年までに一日に 350g 以上を目標値に掲げている。現状値では一日 292g である。

写真法による食事調査法の結果からの推測であるが、野菜をたくさんとるためにはどうしても調理が必要で、その調理の過程で調味料を使うことになり、結果的には「野菜をたくさんとること」は調味料に含まれる「食塩もいっしょにとること」になっているのではないかと考えた。

また、栄養素別だけでなく食品群別で食事全体を見直すことも可能である。さらには、食べ過ぎ傾向を見直すには、三度の食事だけでなく間食も含めた評価が必要である。写真を撮ることによって、自らの食事の問題に気づき、どうしたらいいか食品群で学ぶことができ、楽しく減塩できるのではないかとと思われる。

### 教育効果の参加者から家族への普及

健康教育の参加者は家庭の主婦がほとんどであるが、家族の中の誰かが健康教室に参加することで、家族全員の健康状態がよくなるとしたら健康教室の意義がより大きくなるのではないかと。減塩教室に参加することにより

参加者の尿中塩分が減少すると同時に、教室参加者の“家族”の尿中塩分も減少していた。

教室参加者とその家族の方にインタビューした結果、参加者は次のような行動をとった。調理の段階で減塩を実践する、食卓に出すときに漬物を小皿で出す、調味料を置かない、教室の内容や減塩のコツ、必要性などを家族に教える、調味料のかけすぎなどを家族に注意するなど。

家族はそのような参加者の言動に反応して行動した。知識を得て減塩に気をつけようと思う、自分の食生活を見直す、検査や教室に興味を持ち、実際に自分で漬物の量を減らす、麺類のつゆを残す、野菜や果物を多く食べるようにしたなどの変化がみられた。教室の参加者から家族に、学んだことが様々な形で伝わり、家族の行動に変化を及ぼす可能性があることがわかった。

健康教室に参加する方々は、一般的に社交的で活発で健康に興味のある方が多い。友人も多くネットワークの広い人はそれだけ口コミを広めるよいリーダーになる可能性が大きい。この方々に「話したくなる気持ち」をどう起こさせるかが今後の健康教育の課題だと考えている。

一人の参加者から家族へ、さらに地域へと教育効果が普及されれば、いずれはみんなが健康になるのではないかと考え、研究を続けている。

### 今後の課題

青森県の健康寿命延伸のための戦略としては、ポピュレーション・ストラテジーが効果的である。ポピュレーション・ストラテジーは集団全体が病んでいる場合、すなわち多くの人々がその疾病の原因にさらされている場合、集団全体に働きかけて分布全体を良い方向へ移行させる戦略である。分布全体が良い方向に移行するとハイリスクグループも、境界域も減少することになる。

ポピュレーション・ストラテジーは正常に近い人達にとっては恩恵が小さく、また動機付けも弱いという欠点があるが、集団全体に対しては大きな恩恵がある戦略である。この戦略は健康な時期に人々の食生活、嗜好(喫煙、飲酒など)、運動などの生活習慣を適正にすることによって、その集団の生活習慣病の発生を減らそうというもので、一次予防に相当する。

この正常な人達にも働きかけて、集団全体の生活習慣を良い方向に移行するためにはなんと云っても健康教育が大切である。健康教育は保健に関する知識を得て、保健態度を形成し、実際に行動に移し、その習慣を維持するという一連の過程を経る。ただ知識を得るだけではだめで、それを実際の生活のなかで実践しなければ意味がない。これまで紹介した健康教育方法 T Y A 方式は地域住

民が単に「教わる」という立場を越えて、地域住民、市町村スタッフ、大学研究者と共に共同連携しながら、主体的に教育活動に関わっていくことにより、自主的に知識を獲得し、同時に自らの生活習慣を改善するための自己実践・自己学習の方法も学ぶという新しい教育方法を目指している。