

# 健康福祉と教育活動の連携

～生活習慣病予防教育のプロセスの検討～

秋 庭 英 人

## 1. はじめに

日常生活の基本要件の一つとして「健康」が必要であることは私たちの誰しものが認識していることの一つであると言っても過言ではないであろう。私たち日本人は、第二次大戦後の数十年間でいわゆる「平均寿命」を飛躍的に伸ばし、世界でもトップクラスの水準を誇る「長寿国」への変貌を遂げることに成功した。しかし私たちの創り上げた長寿国は足場の脆い、“砂上の楼閣”に過ぎなかった。

同様に私たちの「生きること」への関心も希薄となった。年老い、何時の日にか自分の命が消え去るという逃れようのない事実に対して、現代の生活はあまりにも関心を払わないでいる。健やかに生き、人生を全うすることを「豊かである」と解すことが出来なくなってしまう私たちは本当の豊かさを忘れ去ってしまったのかも知れない。

## 2. 一人歩きする「生活習慣病」

私たちの生命は常に何らかのリスクに晒されている。しかし通常的生活を送る限りは、私たちはそのリスクを特段に意識することはない。その必要が無いからである。

しかし残念ながら私たちの生活は「常に健やか」であるとも限らない。時として私たちは病との闘いを余儀なくされることもある。場合によってはその病との付き合いが生涯に渡り、命を落とすこともあるのもまた事実である。

私たちの生活に影響を及ぼす疾病は数限りなく存在するといっても過言ではない。その様々な疾病の中からこの論文において焦点を当てるのは「生活習慣病」と一般には呼称される“概念”である。

「生活習慣病」はごく一部の例外を除けば文字通り生活習慣に起因すると言われる。しかし私たちの生活に定着したように思われるこの「生活習慣病」という言葉が使われるようになってからまだ10年と経ってはいないのである。<sup>1)</sup>

しかしこの言葉がいつの間にか独り歩きを始めるようになった。まるでそれが当たり前であるかのように本来単一の疾患を表す表現ではない「生活習慣病」はその解釈の範囲を大きく広げられ、その言葉の本質を理解されないまま、“悪者扱い”されるようになってしまっているのが現状である。

私たちは生活習慣病の実態を理論的・系統的に理解することもないままに、そのリスクを回避する努力をしようとしている。確かに「見えざる敵」であることに変わりはない。かつての「人生50年」と呼ばれた頃の生活状況と比較しても、現代の私たちの方が生活習慣病に陥るリスクが高いことは明白である。しかし何故か私たちにとってはこれらのリスクが「他人事」の様にしか感じられないのもまた事実である。私たちは時々刻々と状況の変化していく現代の

生活に翻弄され、自分自身のバランスを冷静に判断する術を失ってしまったことにすっかり“馴らされて”しまったのである。

### 3. 知識と行動の温度差

私たちは高度情報化社会の中で、多くの情報を瞬時に取捨選択する術を持つこととなった。自分に有用な情報を瞬時にして採り入れることが可能になり、私たちの知識を大いに拡張活用することに寄与するものとなった。

しかしこの取捨選択の余地の多さは同時に、“自分に都合の悪い情報”を覆い隠すことも出来るようになった。自分の生活にマイナスの要素ともなりかねない情報を敢えて収集する必要はないのである。“無関心か過剰反応か”高度情報社会はある意味で究極の二分性を含んでいる環境であるとも言えるだろう。

現在の私たちを取り巻く環境は、同時に高度な“専門分化”の社会でもある。プロフェッショナルとして特化された環境に置かれることによって、どうしても“タテヨコ”の繋がりが希薄になっていく。“専門家がいるのだから専門家に任せればよい”という理論もあり得るだろう。しかし“プロフェッショナルの前提条件としてのジェネラリスト”という考え方を採り入れることをしなければ、私たちは有効かつ広範な情報収集を行うことは非常に難しいであろう。

このことは生活習慣病予防に対する私たちの姿勢にも現われている。「食事の内容に注意して、適度な運動を心がけましょう」という程度の内容であれば私たちの誰もが知っている。さらに“ブレスローの7つの生活習慣”<sup>2)</sup>に代表される、様々な具体的な知識を持ち合わせている人も多いに違いない。

しかし私たちの周りをもう一度見回してみると、これだけの情報を獲得し「知識」を得ているはずなのに生活習慣病の患者数の増加はそのスピードをさらに加速させている。「知識」は必ずしも「行動」とは一致しないのは当然のことではあるが、その“温度差”が顕著に表れているのが生活習慣病予防の実態なのではないのだろうか。

### 4. 生活習慣病予防教育の実際

生活習慣病の実態はかつての“成人病”とは一線を画するものである。かつて成人病と呼ばれていた時代はその発症年齢を概ね50歳以上と定義していたが<sup>3)</sup>、現在ではその定義ももはや当てはまらない。小中学生の2型糖尿病などもはや珍しくもないのである。

しかしこのことを一概に「生活様式の変化」という言葉で括することは出来ないであろう。体系的に、そして継続的に私たちが生活習慣病予防教育を受ける機会はほとんど皆無といってよい状況だからである。prevention のシステムを構築することなく、ひたすらに「病気を予防しましょう」と呼びかけるような現状では、とても“現実”には追い付くことは難しいと思われる。

しかしこのような状況にも若干の改善が見られるようになりつつある。学校教育の場でも保健体育の時間に生活習慣病予防を採り上げるようになった。さらに今後栄養教諭の配置などが進めば生活習慣病予防のみならず、自分自身の健康管理を継続的に行うことに役立つ知識が、

徐々にではあるが身についていくであろう。多少の時間を要することには違いないが、確実に私たちの生活に浸透していくことになるであろう。

生活習慣病予防教育はまだスタートを切ったばかりであるというのが実情であろう。当然のことながら intervention も必要なことである。体系的かつ継続的な生活予防教育は、私たちの生活には激変を与えることはないが、何らかの変化は与えなければならない。

## 5. おわりに ―健康福祉のエビデンス―

出来ることならば私たちは病との闘いをすることなく、あるいは病を避けて無病息災で生きたいと願う。そのための最低限の備えをすることが私たちには求められるであろう。そのノウハウが蓄積され、体系化されることによって私たちが求める「健康」であることのエビデンスを確立することにつながっていくだろう。

これと同様に「福祉」もまた私たちの生活のエビデンスとして有形無形に存在していくことであろう。「健康」も「福祉」もその定義付けを明確に行うことは非常に困難なことである。これらを私たちの生活の「エビデンス」として据えるには、統計的な、あるいは科学的な証明が不足していると考えられるかもしれない。

しかし、統計的・科学的な証明がなされているもののみをエビデンスとすることにもまた難しさがあるとも言える。私たちの「生命」そのものがエビデンスと言える存在であるのかも知れない。

## 引用文献

- 1) 厚生労働省ホームページ：平成9年厚生白書第2章第2節「生活習慣病の考え方」  
<http://www.hakusho.mhlw.co.jp/mhlw/index.html>
- 2) 同上
- 3) 厚生労働省ホームページ：白書等データベースシステム 厚生白書（昭和32年版）第五節（三）成人病予防  
<http://www.hakusho.mhlw.go.jp/wpdocs/hpa21957/b113.html>