

ムとしてのバックアップであるから、この段階で、プロジェクトチームがSOJO-Modelに習熟している必要はなかった。実際、大越ではチームのメンバーから「目的がわかりにくい」「結局何をしようというのか」という声があがっている。バックアップするところが明確になったということに意味があったと言っていいだろう。何をどうバックアップするのかは、何年にもわたるチームの話し合いの中で徐々に明らかにされていくことになる。要は、プロジェクトチームが出来たことによって、行政の中でのSOJO-Modelの位置づけを明確に出来たことが重要なのである。そして、それは住民の話し合いの成果を行政に反映していく道をつけたということであり、それこそがバックアップ体制を整えることの最大の意味である。

なお、白山区の活動で実際にSOJO-Modelが導入されるのは95年からとなるが、「健やかな地域づくり推進会議」の活動として、既に承認されバックアップ体制も整っていたので、「地域づくり型」は自然の流れの中で受け止められていっている。

人的資源、人間関係の把握、整理ということに関してはどうだったか。担当保健婦は、それまでの保健婦活動を振り返り、母子愛育会などに積極的な人が何人かいる白山区をモデル地区にしたいと考えた。ちょうど、当時白山区の区長と顔なじみだったことも、その考えに拍車をかけた。「あの区長さんなら、地区の人たちにうまく話をしてくれるだろう。まず彼に相談してみよう」と考えた。相談された区長は、保健婦と一緒に、地区から選出されている町議と既存組織の役員に説明して賛同を得ている。その後、推進会議では会長を数年間務めることになるのだが、彼の会長としての地道な努力が活動を支える一つの原動力となっていく。当時のことをその区長は「保健婦さんが話を持ってきたとき、目的には非常に共感できた。だからやるべきだと思ったが、具体的に何をしたらいいのか、保健婦さんが何をしようとしているのかは、二年以上もわからなかった」という。わからないながらも、会長として会をもち立て

ることに懸命になっていたというのだが、その実直な人となりを保健婦は知っていたからこそ、最初に彼に話を持っていくことが出来た。人的資源、人間関係の把握、整理は、そうした意味で必要となってくる。

日高村

日高村では保健婦の間でまずSOJO-Modelを取り入れられないかという話が始まっている。そこで、健康福祉課の課長に相談して了承を得るとともに、村在住の役場職員の協力を取り付けるべく、保健婦が奔走している。保健婦の一人は当時を振り返って「私たちにまず出来ることは、村の職員になるべく会の活動に加わってもらうことでした」という。あらゆる機会を使って村在住の職員に個人的に話を持ちかけた。それに対して多くの職員が活動に参加してくれることになった。自らの村のあり方を密かに考えていた人が多かったようだ。そこに保健婦の熱意が後押しした。大越町のプロジェクトチームのように、役場内の公的な組織としてながしかの機能を果たすというのではない。あくまでも村の住民として会に参加するのである。これについて、住民の一人は「会に参加する職員がこんなにいるということは、村のやる気があるからだと思った。いままで、村の行政には不満なところもあったが、だまされたつもりで、活動に参加してみようかと思った」などの感想を述べている。役場内での公的な組織ではなくとも、日高村では職員が参加することで役場内での活動に対する認知度を高め、活動の成果を行政に反映させていく道筋を担保したのである。住民への呼びかけには電話を駆使している。広報などで、全住民に活動への参加を呼びかけるとともに、約80人に電話をして「こういうことをやりたいから参加してほしい」という話をしている。この80人を選んだ基準について、保健婦は「この村にはいろんな組織があります。でも、それらの組織に参加する人は決まった人たちで、新しい人が参加していかないという傾向があります。参加しにくい何かがあると思われるんです。だから、新しい組織で話し合いを進めてみたいと思った。テーマを子育てにしようと考えていたこともあって、既存

の組織の活動経験はなくとも、子育て中の若い人たちを中心に声をかけました。子育ての現役で、一生懸命村のことを考えているんだけど、どうしたらいいかわからないと思っている人たちを選んだ」と言っている。既存の組織をベースにせずになるべく新しい人たちをとということになると、保健婦活動で得た人的な情報だけでは不足だった。そこで、やはり村在住の職員に協力を仰いだ。「この家は〇歳の子供がいて、お母さんはこういうことをやっているよ」といった情報を集めた。事前に個人的に電話で話す機会を設けるといのはかなり有効なようで、大方の人が興味を示した。それを裏付けるように、7月の第一回会合では、村の職員を入れて50名弱が参加し、話し合いの中でも「こういう会を待っていた」という意見も出るなど、盛り上がりのあるスタートを切ることが出来ている。

十津川村

十津川でSOJO-Modelを最初に導入したのは二村地区で、その地区の「健康づくり推進員会」でワークショップでの話し合いを始めた。そのときの経過ではSOJO-Modelの適応について、後にスタッフとして活動を支えていく村の保健婦、栄養士、歯科衛生士の三人と保健所の担当保健婦だけで話し合われ、そのレベルでの決定にとどまっている。当時の直属の課長には、実際に住民との話し合いを始めてから「こういうことをやっています」と報告している。「自分たちにもどうなるかわからなかったもので、役場の中で“こういうことをします”というふうには言いませんでした。大々的なコンセンサスを得て始めるというよりは、ちょっと私たちだけで始めてみて、様子を見ようという感じだったんです」と保健婦は言う。その後、先進地に研修に行きたいと申し出た折りなどに、どんな活動なのかを少しずつ説明してきた。課長も特に反対せず、活動は彼女らの仕事の中に自然と組み入れられていった。しかし、熱心に活動する彼女らの仕事が多岐にわたるので、どういう目的で行われているのかを知る人は役場の中にほとんどいないという状況で、三人はまさに孤軍奮闘の形になっていく。

そんな中で、いち早くSOJO-Modelに関心を持ったのは助役である。保健婦が研修の復命書を提出した際に「とても素晴らしい研修でしたね。こんな形で村づくりが実現できたらいいですね」というコメントを書いてくれたのが最初だった。復命書に助役のコメントがつくというのは異例のことで、保健婦もびっくりしたという。しかし、このときは話はそれだけで終わってしまう。助役がSOJO-Modelがどんなものなのかを知り、十津川でも押し進めようとするのは、二村区での活動が始まってから一年半ほどたった、翌年の九月からである。その年、十津川では二村地区だけでなく全村の「健康づくり推進員」を集めて、話し合いをスタートさせている。九月には「健康づくり推進員会」のメンバーが、SOJO-Modelとはどのようなものなのかを知るために研修会を開催した。そのときの懇親会に助役が出席し、その場でSOJO-Modelを具体的に知ることになる。スタッフは、一年半前の復命書のコメントの件をずっと心に留めていた。そこで「助役に来てもらって、SOJO-Modelについて知ってもらおう」と、助役を招いたのである。

助役の後押しがあったにも関わらず二村区の健康づくり推進員会で活動を始めた1995年から五年近くを経過した現在でも、スタッフ三人の孤軍奮闘ぶりは変わらない。彼女たちは役場内でも住民にも、SOJO-Modelをなかなか理解してもらえないと感じている。それは、助役の後押しを具体的な形として実現するシステムを役場内に持っていないからと思われる。大越町では、そこをプロジェクトチームが担った。日高村では村在住の職員が活動に参加することで、それを担っている。しかし十津川ではそういったものが見あたらない。バックアップが見えないためスタッフ自身が進め方に自信がもてず、役場内での活動に対する認知度も上がらなくて、スタッフは孤軍奮闘の感を強くする、という悪循環に陥っているように見える。SOJO-Model導入の準備段階で、職場内のバックアップ体制を整える重要性は前述したが、行政が行政の仕事として責任を持つことの現れで

あり結果的にスタッフの物心両面の支援機能も果たす。

職場内で「こういうことをします。協力して下さい」と宣言するのは、結果的にスタッフの退路をふさぐことになる。「ちょっとやってみただけ、ダメだったからやめよう」というわけにはいかなくなる。スタッフが自らを、そこに追い込む決心をするのは、容易なことではないと思える。しかし、それをして初めて職場内に仲間が出来ると思われ、職場内での宣言は重要である。しかしその際に、職場内で最初からSOJO-Modelに手放しで賛同や理解が得られるとは思えない。重要なことは仲間に理解してもらう道筋をつけることである。つまり、行政責任としてのバックアップを求めることでもある。責任としてバックアップを求められれば、「私にはわからない」「興味がない」とは言えない。行政内のシステムとして、あるいは会のシステムとしてのバックアップを確立するというのは、そういう意味でも重要である。

バックアップ体制は小規模でかまわないし、大越や日高の例を見てもわかるように、様々な形態があり得るのだから、少々ハードルは高いかもしれないがそこは気軽に考えて職場内に働きかけることが重要であろう。

二村区での適応開始にあたって、人的資源や人間関係の状況は特に把握されていなかった。最初にその地区を選んだ理由は、前年に健康づくり推進員養成講座を終えて、これからの推進員活動をどのように行おうかと考えていた地区だったということである。

前述したように、どの地域で、どのような組織でSOJO-Modelを展開するのかを考える際の「進め易さ」という点から、人的資源や人間関係の状況に対する考慮が重要である。また、既存の組織で活動を展開する場合に、メンバーの活動に対するモチベーションも重要な意味を持つ。新しい組織を作って展開しようとする場合には、大越や日高のように事前に住民に話を持ちかける必要に迫られるから、そこで「こういう活動をしたいのだが……」という話をし、スタッフ側の熱意を伝えることもでき

る。そのことによって、住民は事前にある程度の活動に対するイメージを持つこともできるし、スタッフがどうしてその活動をしようとしているのかを、おぼろげながらもつかめる。その上で関心を持った人が集まってくるのだから、メンバーのモチベーションは、最初からある程度確保されている。しかし、十津川では、こういう活動をするから集まって下さいと呼びかけたわけではなく、推進員養成講座の続きのような形で、PGVMのワークショップを導入した。この場合、推進員は前年の養成講座の形態を今年も踏襲するのだろうという予想で集まってくる。その状態でいきなりSOJO-Modelが持ち込まれれば困惑するだろう。一人の推進員が「いろんなことを教えてくれると思ったのに……」と言ったそうだが、そうした困惑を如実に表している言葉だったのではないか。既存の組織でやるにしても、事前に相談を持ちかけ、進め方の趣旨に対するメンバーの賛同を得る努力が必要と思われる。SOJO-Modelを通して、スタッフの姿勢として重視される一つが「住民とともに考えていく姿勢」である。なお、大越でも途中からSOJO-Modelを導入しており、「こういう活動をするから集まって下さい」とやったわけではない。しかし、「健やかな地域づくり推進会議」を結成した時に「支えあえる地域づくり」を目標に掲げており、その活動の延長線としてのSOJO-Modelであったから、メンバーのモチベーションは保たれたと思われる。また、「すこやかな地域づくり推進会議」で、SOJO-Modelに関する説明をしてメンバーの合意を得るといった手続きも踏んでいる。

b 活動方針検討期

地域づくりと保健がなぜ結びつくの

「地域づくり型」では、最初に地域のあるべき姿、理想像といったものを具体的に話し合うことから始まる。十津川、日高、大越の三つの地域を見てみると、「あるべき姿」に、どのように具体性を帯びさせるのかというのは、たとえば「高齢者が生き生きと暮らせる地域」という言い方ではなく、高齢者だったらどんな高齢者を想定するの

かがまず具体化される。例えば、車椅子に乗ったら自分で動くことのできる程度の障害を持った人たちなのか、痴呆症状のある高齢者なのか、寝たきりの高齢者なのかを絞り込む。また「生き生き」の中身を具体的に想定するのだが、その際、映像のように表現することが求められる。スタッフがいくつかの例を挙げることで、そのコツは容易につかむことが出来たようだ。

だがこの段階で、スタッフ側には思わぬところで住民が戸惑う場合がある。例えば大越では、前述したように「すこやかな地域づくり推進会議」の発足当初からSOJO-Modelに取り組んだわけではない。そこで、SOJO-Modelの導入時に、それまでの活動と区別する必要がある「地域づくり型保健活動」という名称を使ってこの活動を説明した。しかし、住民にとって「地域づくり型保健活動」という言い方が、むしろ「地域起こし」を連想させ、それに続く“保健活動”という言葉は意識に残らず「地域起こしに、どうして車椅子が出て来るんだろう」という疑問を持ったり、“保健活動”がどうして地域起こしと結びつくのかという疑問になり、その疑問にとらわれて、「何をやろうとしているのか、さっぱりわからなかった」と述懐する人がいた。

日高でもこの傾向があったのではないかと考えられる。たとえば「花いっぱいの日高をつくりたい」といった、「村おこし」をイメージしていると思われる発言がいくつか見られ、そのイメージは目的関連図のなかで条件を出し合う段階に至っても是正されていない。その状態のまま進んでいくと、「私のやりたかったことと違う」という失望感を生むことになるので、早めの対策が必要だと思われる。こうしたことを防ぐには、最初に住民に参加を呼びかけるときの工夫が求められるとともに、「健康な暮らしの出来る地域」を考えていく際にも、スタッフ側の留意が必要である。この、住民に生まれやすい混同にスタッフは意外と気づきにくいという側面があるようだ。

健康な生活の姿を描こうとしている

あるべき地域の姿を描くことからスタートする「地域づくり型」だが、その地域像

を住民が受け入れられるかどうかは、活動の成否を左右する最初の分岐点となる。日高の住民は夢を語れることに喜びを感じていると思えるほど、すんなりと受け入れた。一方、十津川はそこで大変な苦勞をしている。受け入れられるかどうかには、いくつかの要因が絡んでいると思われる。

例えば、十津川村で、「車椅子に乗ったら自分で動くことのできる程度の障害を持った人たち」の健康な姿を話し合う段階で次のような会話になった。

スタッフ：車椅子で〇〇に行けるようにするためには、どんな条件が必要？

住民：私のところは、バスも入ってこない狭い地域にあるし、石段もあるから車椅子ではとても出かけられない。

スタッフ：近所の人がおんぶしてくれて、車椅子を運んでくれたら出来るよね。

住民：近所の人でも年寄りばかりだ。

スタッフ：若い人たちを集めてやったらどうだろう。

住民：若い人なんか、どこにいるんだ。

これは、現実の問題にとらわれているという問題点と、「車椅子の生活」ということが、障害の程度を表しているだけであり、話さなければならないことは、「そのような身体的状態の人の健康な生活ってどういうものなのだろうか」ということであるはずなのに、保健婦も、「住民の人たちが言っていることは本当で、スタッフ側も“本当に、どうやったら車椅子のお年寄りを降ろせるんだろう”と悩んでしまい、スタッフ自身が“私たちは、実現もしない夢を語っているに過ぎないだろうか”と、自信が持てなくなってくる」というように、「車椅子の生活で何が出来るか」という話にすり替わっていた。

ワークショップに参加してきた三村区の推進員も「現実離れた話ばかりで、興味が持てなかった。第一、十津川で車椅子で外に出ようということ自体が無理だと思った」と話した。

このことからわかるように、地域での実現すべき健康な姿を設定する場合、「できないことの裏返しと考えたり、何かできないことができるようになることを話してい

るのではなく、そこで対象として設定したような人たちの健康な生活の姿を話し合おうとしている」ということを常に確認しておく必要がある。

とにかく計画書づくりまでたどり着く

計画書づくりまでの一連の活動は、参加目標描写法（PGVM）といわれるが、この過程を通して住民は活動の目標を共有し、そのための条件を抽出し、行動を決定していく。この過程を経て作られた計画書は、参加者の合意と共感の結晶である。PGVMを用いることで自然に、本当に必要な条件が見出され、それをもとに行動を決定できる。その過程には個人の利害関係や感情のもつれ、イデオロギーさえ入り込みようがない。合意形成に向けて、ことさら努力するという過程ではないのだから、妥協も根回しもない。ごく自然に妥当なところへ全員が導かれていく。そこが、この方法の最大の特長であろう。だから、SOJO-Model では計画書づくりまで到達しなければ、参加者が自らの行動を決定することにならない。しかし、住民は往々にして計画書を作成する前に、実際の行動を起こしたくなるようである。これをどう調整していくのかが、スタッフにとって最大の山場だと言っていいかもしれない。大越では、メンバーに最初の二年間の活動経験があるため、SOJO-Model 導入以前からお茶のみ会などの活動へと、住民の意識が向けられていった。町保健婦は、「実行することが目的になっているんじゃないか」と、懸念を抱いた。その当時のことを、町保健婦は次のように振り返る。「この頃はまだ、目的がはっきりしていないし、みんなのやりたいことがバラバラだった。そんな状態で実際の活動だけが先行していくのはまずいと思いました。この時期に大切にしたいと思っていたのは、“この地域で、こんな暮らしが出来たらいいね”という話し合いでした。ところが、そこの部分は充実しなくて、何か行動を起こすことについての協議ばかりに時間をとられてしまっていました」。「地域づくり型」導入前の経過もあるため、お茶のみ会だけは実施することになったが、保健婦はなるべく話し合いに重点を置くよう努力した。その後、お茶のみ会

はお年寄りが集まらず、そのことでメンバーはかなり悩んだ末に、保健婦の提案もあって実施の一時休止を決めた。構想書作成後に再開するが、そのときには構想書をつくったことで考え方の整理がついていたため、お茶のみ会に来てくれるお年寄りが少なくても、マイペースでいこうという割り切りが出来たという。

構想書に至る前に、行動を起こそうとした推進会議のメンバーの気持ちはよくわかると、保健婦は言った。「推進会議のメンバーではない人たちから「しょっちゅう集まっているようだけど、何をしているの？」って聞かれる。でも、うまく答えられないって言うんです。「話し合いをしているの」というだけではわかってもらえない。だから何かやりたいというわけです」メンバーと活動を共にしてきたからこそ分かる気持ちだった。

行政と住民との関係

SOJO-Model に関わったスタッフは、このモデルを採用した理由について、従来の保健活動での行き詰まりを口にした。例えば「健康教室や相談業務に力を入れてきたのに、それで住民が健康になったかというところではなかった」「県から言われた事業を、そのままやっているに過ぎなかった。私自身、健康教育で運動をしましょうと言ってきたが、じゃあ、自分は運動をしていたかという、そんなことはない。そんなことでは住民は変わらないと感じていた」などである。それに加えて「住民と行政の関係を変えていきたくった」と言った人が二人いた。大越町と日高村の保健婦である。このことについて紹介する。

大越町の保健婦「住民と行政が対等に話し合える関係を作りたかった。住民の“こんな暮らしがしたい”という思いを、村や町の行政に反映していけるようにしたかった。そのための力を住民が持つべきだと思った。それが成熟した社会だと思う」。日高村の保健婦「住民の本当の声は、なかなか聞こえてこない。その中で、村は様々な計画づくりをしている。それは本来の姿ではない。住民の本当の声を聞きたかった。そして役場と住民との関係を変えていきたくった」。二人のこの視点があって初めて、

「地域づくり型」の真の力が発揮できると思われる。SOJO-Modelの本質は、住民が自立的・自覚的な市民としての力をつけていけるところにある。高知県衛生研究所次長の言葉を引用してみよう。「地域づくり型保健活動は、住民の自己決定を、支えつつ、行政自らもその手法を変えていく過程だと思います。その中で、フィフティとはどういうものなのかを探っていくことが大事ではないでしょうか」。住民にとって「地域づくり型保健活動」は、市民としての力をつけていく過程である。市民としての力とは具体的には、自己決定の能力、問題解決を図るための話し合いの能力、問題解決に向けて行動出来る能力と言えるだろう。そして同時に、住民と行政がお互いにフィフティな関係を、どう形づくっていくかを探る過程でもあると、言い換えてもいいだろう。しかも、大越のメンバーの関係性から、地域づくり型保健活動は住民同士の“フィフティ”も、結果として作り上げるといえる。大越町の住民、舞木和弘氏も「住民が“ 私たちにも出来ることがある”とい

うことがわからないと、行政に対して“ ああしてほしい、こうしてほしい”という要求ばかりが先立ってしまう」と言う。

一方、行政は従来の手法の転換を迫られる。それは、住民の声に沿った行政への転換である。SOJO-Modelをすすめるうえで、スタッフがこの点に視点を置くことが重要である。スタッフの様々な悩みは、活動の軸に、この視点を据えることで多くは解消されると思われる。住民が市民としての力を育てられているかどうかという目で、活動のあり方を点検し、住民が自ら力を育てられる環境や条件を整えることが、スタッフの大きな責任といえるだろう。スタッフは、そのための戦略も持たなければならない。住民への押しつけをおそれるあまり臆病になって、スタッフとしての、あるいは行政としての責任を果たせないようなことがあってはならない。住民の市民としての力、この場合は特に自己決定の能力開花を阻むようなやり方か否かが判断の基準として用いられていいと思われる。

厚生科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）
分担研究報告書

日本におけるヘルスプロモーション展開方法とその発展途上国での適応に関する研究

プライマリー・ヘルス・ケアの視点から見た
日本型ヘルス・プロモーション活動とその展開方法

分担研究者 松田正己（静岡県立大学看護学部教授）

要約

日本型のヘルス・プロモーション活動を、PHC の視点から分析し、その意義と開発途上国への展開方法を検討した。PHC で重要とされる理念の視点から、日本型ヘルス・プロモーション活動のあるべき姿と位置付け、種々の技法におけるあるべき姿の有無を比較した。地域づくり型保健活動は、あるべき姿の確認が特徴的であり、他の日本型ヘルス・プロモーション活動に比べ、途上国への応用可能性が高い。また、途上国への展開方法は、人材養成を中心に、その方策を考察した。

1. 先進国と途上国の社会システムの差

(総論賛成型と、総論未定型)

多くの先進国は、総論において、人権を擁護し、健康分野では、ヘルス・フォー・オール、即ち、PHC(住民参加を基本とした包括的な地域保健ケア)を認めている。人々が健康でありたいという思いは、納得できるものとして、社会に容認されている。このため、先進国におけるヘルス・プロモーション活動は、総論(ヘルス・フォー・オール等)を前提としつつ、具体的な各論の進め方が中心となる。

これに比べ、途上国では、国によっては、社会・経済条件が整わず、健康分野まで社会の合意形成が計られていないことがある。例えば、我が国の公衆衛生では、戦後当たり前である結核、母子保健(全ての国民が健康であるために結核対策、母子保健を進める)と言う基本的な活動でも、未だ十分に政策合意がなされていない国が少なくない。例えば、インドネシアの場合、結核は死因の2位、3位を占めながら、結核対策に十分な優先順位は与えられていない。また、母子保健も、これまでは人口対策が中心であり、母子という概念すら保健・医療従事者に十分に浸透していないのが実状である。先進国がヘルス・フォー・オールの総論賛成型とすれば、途上国は総論未定型と分類できる。

2. 日本と他の先進国における、従来の国際保健協力の差

(総論簡略型と総論詳述型)

先進国から途上国への協力がうまくいくためには、まずこのような総論的な考え方が社会に容認されているかをチェックしていく必要がある。このため、多くの先進国では、自国で容認されているヘルス・フォー・オール、PHC のような総論を、まず詳述する。ところが、我が国の場合、「大切なことは、言葉でなく心で伝える」と言う東洋的な伝統もある(高水準の技術の継承には有効とされる)。また、他の先進国に比べ、国内での言語・民族格差が少ないため、総論形成が比較的スムーズに達成されてきた。このため、ヘルス・フォー・オール等の総論の記述が簡略化されてしまう傾向にある。

先進国は同じ総論賛成型でも、日本のような総論簡略型と、他の先進国のような総論詳述型(米国の人権や英国の社会格差がその代表例)に分かれる。

我が国の総論簡略型の代表は、JICA が採用している PCM(プロジェクト・マネジメント・サイクル)にある。PCM では、論理的に意見を集約することにすぐれ、ブレイン・ストーミングの効果も現れ、柔軟な計画が立案できるが、その討論の過程に、価値が含まれてはいけないと言うルールが設定さ

れている。価値は、参加者の対立の根幹に触れ、合意形成が困難なためという理由による。しかし、この価値こそが、健康分野では、すべての人々を健康に、というヘルス・フォー・オールであり、PHC そのものを指すことがある。PCM は、従来の日本の国際協力の論理性不足を補うために、導入されたも

のであり、その限りでは効果がある。しかし、価値を含まないと言う重大なピット・フォールがあり、途上国における総論未定型や、基本的理念の理解が不足している先進国のスタッフの場合は、それらを補うことが必要となる。

以上を整理すると以下のようになる。

総論未定型		総論賛成型	
途上国		先進国	
		総論簡略型	総論詳述型
		従来の日本	他の先進国
		価値の対立を避け、理念は簡略化する。	価値の対立を含め、理念を詳しく述べる。

例

結核対策
母子保健

HFA
PHC
地域づくり型保健活動

3. PHC の基本的な概念の意義

PHC は、社会的公正や生命倫理の発展に繋がっており、科学と社会との共存関係を実現するための 21 世紀のモデルとなる。特に、PHC の登場によって、健康が人権として位置づけられたことは、20 世紀の健康分野の出来事としては、特筆すべき事である。1978 年のアルマ・アタ宣言以降も、PHC の発展形態として、1986 年のヘルス・プロモーション(オタワ)、1994 年のリプロダクティブ・ヘルス・ライツ(カイロ)が続いている。

PHC は、上述の分類では、総論詳述型の典型例である。

PHC の総論という視点から幾つかのポイントが指摘できる。

1) 選択的 PHC は PHC にあらずや

PHC を選択的と包括的に分けた米国の学者グループがあり、それ以降、選択的 PHC は特に、短期的(例えば 1 年)な評価を求められる活動では好んで使用される。しかし、多くの場合、選択的 PHC は上から与えられたプログラムをこなすこと(課題達成)が目的となり、住民参加が極めて弱い。選択的 PHC は、PHC と似て非なるものであるという指摘は根強い。

2) PHC は開発主義批判にどう答えるか

20 世紀システムの研究によると、日本は大国のヘゲモニー(構造的力)に組み込まれている(京都大学・白石隆)。国際保健協力は、開発主義の批判に、どう答えるか。PHC は 1970 年代末、開発の中での健康を目指していた。開発と矛盾しない範囲での保健協力である。世界銀行が健康を投資し、健康開発は経済開発のための手段となりつつある。矛盾しないはずの経済開発と PHC であるが、途上国における経済開発は上からの開発である限り、PHC の必須要素である住民参加が抜け落ちる。この点を、どう補うか。

3) 霊的な健康と PHC

WHO は、健康の定義を 50 年ぶりに改正する事を検討中であり、霊的(スピリチュアル)という要素を入れる予定である。技術畑の合意はあるが、政治的理由から先延ばしとなっている。ターミナル・ケア等で、霊的ケアは既に 20 年以上の実績があり、特に西欧諸国では地域に根付いている。健康の定義自体が変わろうとしている時、PHC が身体的・精神的・社会的健康のみを対象としていて良いであろうか。HIV/AIDS のように、疾病の予防とケアは

一体となるべきであり、死を目前に控えたケアには、霊的要素が入る。20世紀のPHCは病気に掛からないため、死なないための目的あり、21世紀のPHCの目的は、よりよく生き、そして死ぬためにある。

4)PHCの世代継承

我が国のPHCを担っていた戦後の世代は、現在ほとんど現役を退かれています。残念ながら、その経験は次の世代に十分に継承されていない。国内を対象としたPHC関連の記録の出版、研修・人材育成等の事業は、西洋諸国に比べ立ち後れている。日本のPHCを実践し、教えられる新しい世代の日本人は育成されているか、真剣に考えるときが来ている。

4.日本型ヘルス・プロモーション活動を振り返る

日本型のヘルス・プロモーションとして、地域づくり型保健活動を上述の視点から分析すると、以下のことが分かる。

- 1)地域づくり型保健活動は、あるべき姿から開始されている。極めて特徴的なことは、あるべき姿の確認と、その実現方法に多くの時間が割かれていることにある。あるべき姿とは、総論のことであり、確認とは、総論未定型から賛成型への移行を促し、実現方法や実現すべき地域での健康な姿とは、総論簡略型から詳述型への移行を促す。
- 2)地域づくり型保健活動と近い、ブレイクスルー思考では、総論について、あるべき姿の三角形として詳述している。現状維持的なデカルト思考とは、途上国の総論未定型、及び、従来の日本の総論簡略型が含まれる。未来志向のブレイクスルー思考とは、総論詳述型である。
- 3)地域づくり型保健活動を実践するに際し、日本での課題として、基本的な概念への理解、モデル適応の目的化、結論を

急ぐ、正解を求める等が指摘されている。これらのことは、日本国内でも、総論に対する理解不足や、総論簡略型になれているため、総論詳述について、簡略してすませようという傾向が現れている。従って、途上国で日本の実務家が地域づくり型保健活動を実践する際には、総論が詳述できる能力育成(実践できる能力と共に)が必要となる。

4)途上国における上意下達システムは、いずれ綻びがでる。我が国の経済発展、戦後の健康開発、PHCの展開は、上からも住民からも進められたものであり、そのような経験こそ、継承すべき貴重な財産である。PHC視点から、日本型のヘルス・プロモーション活動の条件は、住民参加、住民の声、いのちへのケアの有無にある。

途上国における行財政改革は、基本的理念や制度の理解無しに、個別の手法(エイジェンシー、評価システム等)の導入が急がれ、結果として現行システムの維持、弁明の手段となっている(新潟大学・大住荘四郎)。現在におけるヘルス・プロモーションの流行も、個別の手法に飛びつく傾向が強い。途上国における厚生行財政の現行システムの維持、弁明の手段とならないように、日本型のヘルス・プロモーション活動の基本的理念や制度を深く理解することが必要である。

文献

- 1) 岩永俊博他、我が国におけるヘルス・プロモーション活動の展開と課題、公衆衛生研究、48.3.187-193.1999
- 2) 岩永俊博、地域づくり型保健活動の進め、医学書院、1995
- 3) 日比野省三他、保健活動のブレイクスルー、医学書院、1999

厚生科学研究費補助金（社会保障国際協力推進研究事業）
分担研究報告書

日本におけるヘルスプロモーション展開方法とその発展途上国での適応に関する研究

ヘルスプロモーションの概念から見た
日本型ヘルスプロモーション活動の分析と発展途上国への適応の検討

分担研究者：塩飽邦憲（島根医科大学環境保健医学助教授）

要約

公衆衛生学専門家が、ヘルスプロモーション活動やヘルスケア政策の確立プロセスにおいて、健康問題の分析、解決の方向を明示するのみならず、住民や現場スタッフと学習・分析、調査研究および行動を協働的に実施することが期待されている。その研究方法として、参加型行動研究が提起されている。また、住民参加のヘルスプロモーション活動モデルとして、地域づくり型保健活動が提起されている。本研究では、出雲市における住民参加型ヘルスプロモーション活動とヘルスケア政策の確立と実施プロセスについて、地域づくり型保健活動と参加型行動研究手法の成果と課題を明らかにし、開発途上国での効果的な適応条件を検討した。その結果、ヘルスプロモーション発展途上国の適応条件として、地方自治と草の根的先駆的モデルが重要と考えられた。

発展途上国では、地方分権が進んでおらず、住民やスタッフの自由な発想により保健福祉活動を行うことは困難が多い。政策化を視野に入れた活動は、住民参加型の保健活動を推進する政治的イニテアティブが確立した地域で展開することが必須条件であろう。さらに、行政から独立した研究・学習組織が、問題点を分析し、解決のための提言を行うと共に、住民やスタッフの人づくりに貢献することが重要である。また、政策の意志決定過程への住民参加の強化、評価についての情報公開が必要と考えられる。ヘルスプロモーション活動における社会システムの課題として、財源と権限の問題や中央政府の省庁枠を越えた健康問題があげられ、この問題解決には、市民と学際的専門家、省庁横断的行政スタッフの協力と予算配分が必要である。地方分権の進展は、地方自治体における財源と権限の強化をはかり、保健・医療・福祉分野でのヘルスプロモーション活動の基盤を広げつつあると考えられる。

小地域での活動では、ヘルスプロモーション活動について熟練したコーディネーター、現地ヘルスワーカーと地域リーダーが活動展開することはヘルスプロモーション活動のモデルを育成する方法として、意義深いであろう。地域づくり型保健活動の進め方としては、メディアとしての計画書作成過程を開発途上国の教育レベルを考慮して調整する必要があると考える。出雲市で行われているような草の根的先駆的モデル活動の認知と拡大が重要と考えられる

協力研究者

山根洋右, 白石裕美, 小林 昭,
高 同強, A. Erdembileg
(島根医科大学環境保健医学)

社会保険制度や年金制度などの財政的な改革は国家レベルで進められているが、ライフスタイル改善、健康支援環境づくり、保健・医療・福祉の統合的ケアシステム確立は、地方自治体主導で実施されつつある²⁾。

A 目的

日本のヘルスケア(保健・医療・福祉)に対する社会ニーズは、経済の成長鈍化、人口の高齢化、過疎過密の進行、核家族化などにより急激に変化している¹⁾。国際的に

厚生省は、1990年より老人福祉法と老人保健法の改正を行い、地方自治体における老人保健福祉計画などのヘルスケア政策確立を促進している。市町村を基礎にヘルスケア・システムの再構築を進めること

は、社会ニーズの反映、住民参加、医療機関や福祉施設などの社会資源の有効活用など多くの利点を有している³⁾。現在、進められている病院・施設ケアから在宅・地域ケアへの移行には、サービス提供側の变革とともに、サービス利用者の受診行動やライフスタイル変容が重要である。一方、社会ニーズに対応したシステム構築には、住民への広報や情報公開とともに、住民自身のニーズ自覚が改革の引き金として重要であることが知られている⁴⁻⁵⁾。このため、市町村におけるヘルスケア・システム確立には、住民参加によるヘルスプロモーション活動の推進とともに科学的なヘルスケア政策を確立・実施することが課題と考えられる⁶⁾。

これまで、公衆衛生学では疾病の原因究明に多くの成果をあげたが、住民参加によるヘルスプロモーション活動やヘルスケア政策確立への関与は少なかった⁶⁾。公衆衛生学専門家が、ヘルスプロモーション活動やヘルスケア政策の確立プロセスにおいて、健康問題の分析、解決の方向を明示するのみならず、住民や現場スタッフと学習・分析、調査研究および行動を協働的に実施することが期待されている。その研究手法として、参加型行動研究が提起されている^{6, 7)}。また、住民参加のヘルスプロモーション活動モデルとして、地域づくり型保健活動が提起されている⁸⁻¹⁰⁾。

本研究では、出雲市における住民参加型ヘルスプロモーション活動とヘルスケア政策の確立と実施プロセスについて、地域づくり型保健活動と参加型行動研究手法の成果と課題を明らかにし、開発途上国での効果的な適応条件を検討した。

B 対象と方法

1. 出雲市の地域特性

出雲市は、島根県東部に位置する面積175km²、人口86,000の地方都市である。約20万人の出雲地域の中心都市であり、周辺町村からの流入により人口は微増傾向にある。老年人口割合は17.3%と高齢化が進行しているが、近隣市町を含めた出雲地域の20%に比較するとやや低率である。1世帯当たりの人員数は、3.46人と急激に核家族化が進行している(1995年)。

産業では、農業従事者は減少し、小売業

およびサービス業の従事者が増加している。第2次産業では、繊維工業および木製品加工業の従業員数が減少している。ヘルスケアでは、島根医大、県立看護短大、県立総合看護学院、県立中央病院、特別養護老人ホームなどの医療福祉機関および医療福祉教育機関が集中している。

文化面では、出雲大社に象徴される古くからの文化をもち、流入者に対してやや閉鎖的である。政治面では、保守系政党が強固な基盤を有しているが、ニーズ志向・効率的な行政の推進を支援する先進性も有している。

2. 研究方法

出雲市が設置したヘルスケア政策樹立のための協議会(高齢者保健福祉計画策定委員会、介護保険計画策定委員会、バリアフリーまちづくり検討委員会、健康文化都市いずもプラン21策定委員会)および実施のための協議会(高齢者保健福祉助言者会議、バリアフリーまちづくり推進協議会、健康文化都市推進ネットワーク会議)に委員として参加または聞き取り調査を行い、ヘルスプロモーション活動とヘルスケア政策樹立・実行過程を評価した。またE型デイサービス設立、身体障害者共同作業所設置、乙立里家センター運営、有償ボランティアである里家制度や呆け老人をかかえる家族の会島根支部などのボランティア組織活動への助言・参加などによって、住民参加型保健福祉活動の実態調査を行った^{11, 12)}。

さらに、開発途上国におけるヘルスプロモーション活動への応用については、1999年国際協力事業団「包括的高齢者ケア」研修事業に講師として参加し、発展途上国(タイ、マレーシア、チリ、キューバ、ブラジル、アルゼンチン、コスタリカ、ウルグアイ、セネガル)の高齢者ケアに従事する第一線医師、ソーシャルワーカー、看護婦とブレインストーミングを行い、問題点を整理した。また、中国およびモンゴルの留学生とヘルスプロモーション活動についての政策科学的検討を行った。

C 結果

1. 日本におけるヘルスプロモーションの意義

1) 生活習慣と健康モデル

生活習慣は、社会学者であるMax Weber

により概念化された用語で社会経済的階層ごとに特徴的な生活様式をさしている¹³⁾。Breslow らの研究(1972)により医学分野に導入され¹⁴⁾、個々人の具体的な日常生活習慣を示す用語として定着した。Breslow らの研究から生活習慣は、運動、食、休養などに限定してとらえられる傾向があるが、性・学習・住・消費・環境行動など広く考える必要がある。また、森本ら(1991)は、生活習慣とナチュラルキラー活性などの免疫能や染色体変異などとの直接的な関連を報告している¹⁵⁾。

出雲市でも、地域特性によって生活習慣が異なり、そのため血清総コレステロール値について明確な地域差を認めている(図1)¹⁶⁾。我々は、人間と環境、およびその間に形成される多様な生活習慣の動的バランスを表現した「生態学的健康観」を提唱し、生活習慣病の健康文化モデルに整理した。このモデルでは、個人に特有な要因として、遺伝と価値観を重視している。個人は、環境である家庭、学校・職場、地域社会また自然との間に、社会的な役割、生きがい、交流や自然との共生などの相互関係を有している。その個人と環境の間に形成される生活様式を生活習慣と呼び、運動、食、休養、性、学習、ストレス回避、住、消費、環境などの行動を含んでいる。このモデルは、生活習慣の位置づけを明確にするとともに、高齢社会において重要な生きがい、働きがい、地域社会への参加・交流、地球環境危機に対する自然との共生も含んでいる点に特徴がある(図2)¹⁶⁾。

生活習慣病である肥満と高コレステロール血症は、多くの遺伝子と生活習慣が関与していることが知られている。これまでの研究では、ごく一部の遺伝因子と生活習慣についてしか検討できていないが、遺伝と環境との関係はきわめて複雑である。また、発達遺伝学の分野では、環境の差が少なくなればなるほど、遺伝の差が身体や知能の発達に現れやすいことが知られている¹⁷⁾。こうした遺伝子の解明に伴って、社会的な悪用や差別が危惧される。遺伝検査についてのインフォームド・コンセントならびに活用における生命倫理や個人情報権への一層の配慮が必要であろう。その上で、自らの健康特性をよく知り、自らをよりよく発

達させることが可能となる。

2) 生活習慣病の予防戦略

住民による健康な生活習慣の維持、健康リスクの自己評価、健康状態に応じた健康福祉サービス利用の促進が最も重要と考えられる(図3)。このために、医師などの専門家は、健康や生活習慣情報の提供、かかりつけ医による継続的な検診や健康管理、病診連携を基礎とした治療やリハビリテーションサービスの充実が求められる。また、行政には、住民による健康づくりや禁煙推進などの健康支援環境整備、健康学習の機会提供、生活習慣病や感染症など健康モニタリング、それを支える科学的な健康福祉政策の確立が求められる。

3) ヘルスプロモーション

生活習慣病に対する健康福祉政策の動向を、WHOを中心に検討した。1974年に、カナダ保健大臣 Lalonde の提起した「カナダ人のための保健政策」は、カナダ国内ではあまり注目されなかったが、WHOのアルマアタ宣言(1978)、ヘルス・プロモーションに関するオタワ宣言(1986)にいかされている。オタワ宣言では、人々は自らの健康を自らコントロールする能力を身につけ、個人を取り巻く環境を健康に資するように改善することを重視している。その実現のために、健康的な公共政策づくり、健康を支援する環境づくり、地域活動への住民参加の促進、個人の生活技術(健康な暮らし方)の開発、ヘルスサービスの方向転換が進められるべきだとしている¹⁸⁾。

オタワ宣言の中で唱われた健康支援環境 Health-supportive environment 実現の活動として、ヘルシーシティズ(1986)¹⁹⁾がWHO 欧州事務局から提起された。また、1991年のサンドパール宣言では、健康支援環境は保健医療という狭い枠内にとどまらず、社会的、政治的、経済的、文化的環境が重視され、健康学習の活性化と健康政策の樹立が注目された。また、地方レベルでの健康支援環境づくりが強調されている。健康支援環境は、教育、食物、住居、ソーシャルサポート、ケア、労働、運輸など生活諸部門と結びついており、健康活動へのコミュニティの影響と自己管理を強めることが期待されている。健康支援環境づくりは、人々の能力を拡大し、自己信頼を発展させ、

コミュニティの発展をもたらすことが、人々とコミュニティの参加を強めることが、民主的なヘルスプロモーション・アプローチの真髄であること、教育が基本的人権であること、全人類の健康に必要な政治的、経済的、社会的変革が重要であることが強調されている²⁰⁾。

ヨーロッパでは、1980年頃より多要因性の生活習慣病やストレス関連疾患が多くなり、自立的な健康活動の重要性が強く認識された。障害者のノーマライゼーション、ILOの「職業病対策」から「作業関連疾患に対応したヘルスプロモーション」への転換などとも相まって、住民や患者の主体的なヘルスケアが強調された。WHO欧州事務局は、これらを受けて、1980年に新しいヘルスケア政策を採用した。すなわち、ニーズ対応・公平な政策やケアシステムの確立、学習や情報提供を中心とした生活習慣対策、ヘルスケアにおける住民参加の促進、資源の有効活用、政策やサービスの強調や統合、健康を支援する環境づくりなどである²¹⁾。

欧州各国ではWHO欧州事務局のヘルスケア政策と連動したヘルスプロモーション政策が各国の事情を加味しながら策定され、実行されつつある。またアメリカでも包括的健康計画であるHealthy People 2000(1990)が住民団体や学会の参加により策定され、領域ごとの大目的、目標達成のための具体的目標が定量的に定められている²²⁾。厚生省も公衆衛生審議会などの答申を受けて、「健康日本 21」を国および地方自治体ごとに政策化し、実行しようとしている。

4) 生活習慣病とヘルスプロモーション

生態学的健康モデルに示したように生活習慣は、個人と社会との間で形成されるため、個人の価値観、社会規範、経済的環境にも多くな影響を受ける。このため、コミュニティにおいては、生活習慣は専門家により一方的に変容するものではなく、住民主体の生き方としての生活習慣変容である必要がある。

このため、ヘルスプロモーションの原則に立った学習と健康支援環境による住民主体の行動変容が重要となる(図3)。特に、健康学習を知識伝授型学習方法から行動変

容をめざした体験型問題解決学習方法へとパラダイム・チェンジすることが求められる(表1)。このため、学習テーマ決定、学習方法など住民主体での学習プログラムの確立が緊急の課題となっており、住民のエンパワーメントを推進する健康学習活動モデルとしても地域づくり型保健活動が有用と考えられる(図4)。

5) ヘルスプロモーション活動の場

社会学の立場から、人々の行動範囲を元に地域での健康福祉活動の場を広域市町村圏、中学校区、公民館区の3区分している(図5)。ヘルスプロモーション活動は全ての場で可能であるが、ヘルスプロモーション活動の骨格となる政策づくりでは、社会ニーズの反映、住民参加、医療機関や福祉施設などの社会資源の有効活用、市町村に集中する権限と人材を考慮すれば、市町村か広域市町村圏を基礎にした展開が重要となる。このため、以下の研究は市町村におけるヘルスプロモーション活動の展開を検討した。

2. 出雲市におけるヘルスプロモーション活動

1) 活動および政策の確立過程

ヘルスニーズを模索した時期に相当し、ニーズに対応した政策確立のために市職員が人的・物的な資源を探索し、開発した。ヘルスケアは、保健、福祉、医療、環境、教育分野などで独自に実施されていた。保健分野では、循環器疾患やがんの早期発見や予防活動に重点をおき、健診受診勧奨、食行動改善などの個別・集団ケアをおこなっていた。福祉分野では、高齢化に伴って福祉ニーズが増加し、福祉課窓口での相談機能が強化された。相談事例の増加、福祉課スタッフの研修強化や厚生省との人事交流によって、事例対応から政策化への志向がみられ、特別養護老人ホームの新設やホームヘルパーの増員などが図られた。また、老人福祉や障害者福祉のボランティア活動が活発になってきた。教育分野でも、40-50歳代の女性を中心に、女性問題、環境問題、子育て支援などへの主体的活動が増加した。著者らは、これらの活動に助言者として、またコミュニティを基盤とした教育活動を通して関わっていたが^{23, 24)}、出雲市全体としては行政からの一方的な教育活動が

実施されていた。

出雲市の住民参加型ヘルスケア活動は、住民・行政それぞれがヘルスケア改善の方策を模索していた準備期、住民参加の原則が確立し、人間尊厳のヘルスケア政策を「健康文化都市いずもプラン21」に集約した確立期、「健康文化都市プロジェクト」実行期の3期にわけることができる(表2)。この過程を、①背景、②重点活動、③可変要因、④学習・研究組織、⑤成果の5つの観点から整理した(図6)。

2) 準備期(1994-1997年)

島根医科大学環境保健医学教室および島根県立総合看護学院のコミュニティ基盤型実習に、出雲市健康増進課(保健婦、訪問指導員)、福祉課ケースワーカー、地域医療を志向する医療機関、小規模多機能型福祉施設などの先進的福祉施設、障害者の当事者グループやボランティアグループなど多くの住民や専門家が参加してきた^{23, 24)}。医学生などの教育を通じて、住民、専門家、教育・研究者の信頼感が強まると共に、相互学習や住民参加型研究のネットワークが形成されつつあった。

スタッフの多くは、戦略性に乏しく、事業をこなすのが精一杯であった。また、疾病予防に重きをおき、健康・幼児教室への「人集め」に汲々としていた。困っている住民の代理として関係機関にその窮状を訴え、保健婦、栄養士、理学療法士などの「専門家」の増員を訴えていた。

しかし、活動的な住民からは、保健婦は健診で「疾病」か「健康」かを振り分けるよりも、住民と一緒に草の根健康福祉学習活動を創ろうとの呼びかけがなされていた。出雲市の老人健康福祉活動では、健康増進課の訪問指導員や保健婦が福祉課ケースワーカーと一緒にケアマネージメントを行っていたので、健康と福祉の垣根は低くなっていた。これらの背景から、健康福祉の現場スタッフが理念を同じくして活動しようとの気運が高まった。このため1994年に、ヘルスプロモーションや健康福祉政策をインフォーマルに学習しようと、出雲市健康増進課・福祉推進課、島根医科大学環境保健医学教室、島根県立総合看護学院、島根県立看護短期大学、現場の健康福祉専門家、住民によって出雲コミュニティケア

研究会を組織した。出雲市健康増進課保健婦、島根県立総合看護学院教務、島根医科大学助教授が世話人となり、2カ月に1回「ヘルス・プロモーション」「ソーシャル・サポート」「ケア・マネージメント」などの理論学習、市内の先進的な健康福祉活動についての事例検討を行った。

コミュニティ研究会活動によって、スタッフの価値観は「予防」から「ノーマライゼーション」や「エンパワーメント」に徐々に広がった(図7)。

1995年に、出雲市健康増進課は「健康文化都市プロジェクト」⁴⁾を最優先課題として取り組むことにした。このために、出雲コミュニティ研究会で理念、目標、方法を明文化した。同時に、公民館単位の多様な健康福祉活動と健康福祉ボランティアについての情報を収集した。

1996年には、健康福祉活動に関わる住民と公民館毎に健康福祉の活動交流や問題整理を行った。既存の公民館専門部、地区社会福祉協議会、老人クラブは、組織のまとまりや継続性、公平性を重視しているのに対し、健康文化都市プロジェクトでは、参加者の成長や自己実現を重視し、支えあう健康福祉活動をめざしていた。このため、準備期には、公民館単位の健康福祉計画や健康文化のまちづくり委員会は進まなかった。しかし、保健婦は、先進的な草の根健康福祉活動が既に展開され、住民が真剣に地域社会づくりを考えていることを知り、ヘルスプロモーションや「健康文化都市プロジェクト」の理念に自信を持った。また、いくつかの公民館単位では、地域ごとの特徴を生かしたボランティア・ネットワークを作ることに成功した。

1996年には、公民館ごとの「健康文化のまちづくり」に刺激され、住民と保健婦の協働によって各地で「健康づくりグループ」「子育てグループ」「高齢者支援グループ」が組織されはじめた。また、全市的な住民・行政・専門家の協働体制が確立していたエイズ教育(健康増進課)、バリアフリーのまちづくり(福祉推進課)、高齢者ケア(健康増進課・福祉推進課)の活動を、「健康文化都市づくり」のリーディング・プロジェクトと位置づけ強化することにした(表2、図8)。

これらを通じて、健康福祉スタッフの活動は、個別事業を戦術的に結合し、住民参加の健康福祉活動を志向するようになった。また、保健婦活動では、健診や知識伝授型の健康教育から、住民参加型健康学習や健康組織活動に重点が移っていった。

3) 確立期(1997-98年)

1997年からは、本格的に出雲市や市民福祉部の政策と活動を「健康文化都市プロジェクト」の視点から見直し、改革するために、出雲市職員と健康福祉専門家でワーキンググループを組織した。さらに、6つのプラン策定のためのプロジェクト・チームを住民参加で組織した。①子ども親もいきいきとたくましく成長することを目的に「次世代を育む」、②働き盛りの健康を支える「暮らしを支える」、③老年期を自立し、生きがいをもって暮らすための「老いを楽しむ」、④精神障害者のみならず、住民の精神保健を対象にした「生きがい・働きがい」、⑤食・運動・性・住・学習などでの健康な生活習慣をめざす「自立した健康人」、⑥健康支援環境の充実、出雲市全体の政策の健康福祉からの見直し、市職員の政策研修を兼ねた「支えあうまち・政策の健康化」を組織し、1年間の参加型行動研究を行なった(図9)。そして、その成果を「健康文化都市・いずもプラン21」にまとめた。

「健康文化都市・いずもプラン21」は、21世紀の出雲市健康福祉政策の確立を目標に策定された^{26, 27)}。主に健康政策を検討したが、1) 出雲市の総合開発計画である「21世紀出雲のグランドデザイン」をはじめ、環境、住宅、福祉、教育、芸術などの長中期計画との整合性をはかり、市の関連政策について健康福祉の観点から見直し、プラン21として包括したこと、2) 2010年までの数値目標と行動目標を明らかにしたこと、3) 住民、行政スタッフ、健康福祉専門家、研究者の参加型行動研究^{28, 29)}により策定されたこと、4) 公民館単位の小地域の健康福祉活動と政策樹立とを並行して進めたことに特徴がある。

「健康文化都市・いずもプラン21」の目標は、出雲市の自然と社会の基盤として、安定した生態系、安全な環境、資源循環型社会、良好な住民のコミュニケーショ

ンと創造的で活力ある産業の上に、心かよう健康医療福祉サービスおよび地域の支えあいやボランティア活動による支えあうまちを参加と協働によって築くこと、すべての住民が心と体の健康、自己実現と共生により生命輝いて生きることである。また、プロジェクトの科学的評価のために、プロジェクト開始前の健康福祉ベースライン・データの収集、「健康文化都市・いずもプラン21」の数値目標を明記した²⁶⁾。

公民館単位での健康文化都市活動でも、ほぼ全地区に「子育てグループ」と「高齢者支援グループ」が組織され、「健康づくりグループ」「介護者会」なども組織され始めた。一部の公民館では、健康福祉づくりを中核にしたまちづくりが計画され、生涯学習による人づくり・地域づくりが開始されようとしている。

また、「健康文化都市プロジェクト」のリーディング・プロジェクトも拡大し、子育て支援、禁煙教育、感染症対策のネットワーク化が図られつつある。健康増進課では、がん検診システムの再検討、温泉や健康施設などのアメニティ資源の整備、健康学習や健康組織活動などが一層強化されつつある。

健康福祉スタッフは、住民参加の健康福祉活動手法に習熟し、各地に小さなグループを誕生させた。しかし、そのグループの運営や相談に多くの時間を割かなければならなくなった。このため、リーダー育成や学習プログラムの確立が課題となっている。また、個別事業の戦術的結合に留まらず、国内外の情勢をにらんで戦略的に健康福祉政策を示す必要に迫られた。たとえば、メンタル・ヘルス分野では、精神障害者共同作業所や地域生活支援センターの設立に当たって、ピア・カウンセリングなど当事者間の支えあいやエンパワーメントをコアに、市内医療福祉資源のメンタルヘルス・ネットワークづくりを行うことを政策目標として明らかにすることにより、当事者、住民および行政の協働が促進された。また、住民参加の健康福祉活動から「健康福祉のまちづくり Healthy Communities」に発展するためには、健康福祉活動と産業や生涯学習との結合が課題になっている。

4) 実行期(1999年-)

「健康文化都市・いずも プラン 21」策定後、出雲市は 1998 年 9 月より健康文化都市プロジェクト推進のための 21 名の住民・専門家代表によって「出雲市健康文化都市推進ネットワーク会議」を組織した。このネットワーク会議には、子育て、ボランティア、人権、環境、福祉、高齢、地域各住民ネットワークの住民代表、専門機関（福祉、研究、生涯学習、医療、保健）からの代表が参加している。メンバー中 10 名が女性であり、活動的な住民メンバーから構成されている。ネットワーク会議の役割としては、1) それぞれのネットワーク活動の促進、2) 新しい住民ネットワークの発足支援、3) ネットワーク間の交流、4) ネットワーク活動で明らかになった政策課題の研究、5) 健康文化都市活動についての情報発信を期待されている（図 10）。

また、健康福祉政策に関する参加型行動研究として、島根医科大学医師会と出雲市健康増進課を中心に「がん対策」の政策研究を実施した。その結果、1) 検診を主体としたこれまでのがん対策から、住民の生活習慣改善、がんリスクの自己評価、サービス利用行動を中心にしたがん対策の体系化、2) 専門家や行政からの健康情報により住民が自らのがんリスクを認識し、かかりつけ医などの助言によりがんになりにくい生活習慣実行や検診などのサービス利用、3) 行政や専門家によるがんの発症、検診、治療に関する情報提供、個々人のがんリスク相談、がんを避けるための行動変容・早期発見・治療などの支援強化、がん検診の有効性を高めるために研究継続の必要性が明らかにされた。

2000 年には、介護保険制度が導入され、健康医療福祉サービスの大幅な改革が行われようとしている。21 世紀に向けて、住民の暮らしと健康を支える豊かな健康医療福祉サービスへの改革を成功させるために、高齢者ケア・マネジメントシステムの確立、かかりつけ医の充実などについて出雲市市民福祉部を中心に島根医科大学、島根医大、県立中央病院、福祉施設、住民などの協働が必要である。さらに、地区別の健康福祉拠点の整備、各種健康学習プログラムの充実、健康福祉の観点から市役所内

また市・県・国のスタッフの横断的政策研修などが課題と考えられる。

3. 発展途上国のヘルスプロモーション

1) 中国およびモンゴルにおける保健活動

1990 年以降、中国とモンゴルではヘルスケア分野に市場経済システムが導入され、中央政府主導のヘルスケア・システムからの脱皮が図られている³⁰⁾。しかし、地方分権の進行は遅々としており、地方自治体によるヘルスケアシステムやヘルスプロモーション活動は停滞している。多くの地域では、住民からの草の根保健活動も少ない。また、保健と医療の連携は、コミュニティレベルでは良好であるが、縦割り行政のため福祉との連携は不良である。

両国とも農村地域に健康課題が集中しており、国・県レベルでは改善策をプライマリヘルスケアおよびヘルスプロモーションの観点で実施しようと計画中である³⁰⁾。

2) 発展途上国の高齢者ケア

国際協力事業団「包括的高齢者ケア」研修事業に参加していく発展途上国は新興工業国が多く（キューバは若年層のアメリカへの難民としての流出）、今後、急速な高齢化が予測されており、高齢者ケアへの関心は強く、包括的な政策づくりへの意欲も旺盛である。しかし、高齢者ケアについては、老年病専門病院での老人医療と地域保健福祉活動に二分されており、介護保険への関心は少ない。第一線の医師およびソーシャルワーカーには、看護保険など障害老人対策よりも、高齢者が健康で輝いて暮らせる地域づくり（ヘルスプロモーション）への関心が強い。したがって、めざましく発展する新興工業国では、高齢者のヘルスプロモーション活動とヘルスケアが緊急の課題となっている。

D 考察

1. 住民参加型保健活動の意義

住民参加型健康福祉活動である参加型行動研究は、社会学者である Whyte⁷⁾ が科学と実践の両方を推進する強力な手法として提唱し、最初はゼロックス社など工場での働きがいや競争力の回復に、労働者、使用者、社会心理学者が参加して始められた。その後、発展途上国の小規模農業にあった農業技術の開発・普及に参加型行動研究が

用いられ、成功した。保健分野では、コミュニティ特性に適した成人の健康教育方法として、また住民が中心となって、研究者や行政職員と協力して、より良い生活の実現のために学び、働く方法として採用されている³⁰⁾。北欧における社会サービス法やフリーコンミュン法の確立と実行、評価における研究者の活動も参加型行動研究の一種と考えられる。

小木³¹⁾は、現代の生活・健康問題を社会、職場、労働者自身の要因が、環境要因と行動要因に影響し、さらに価値観が関連した複合リスクと捉えている。そして、国際的な産業保健活動の経験から、複合的リスクには、政府による規制よりも労働者参加型の自主対応を促すアプローチが有効であると報告している。また、WHOはアルマ・アタ宣言、オタワ宣言等によって住民主体のプライマリ・ヘルスケアやヘルス・プロモーションを提案してきた。これらの住民主体のヘルスケアを進めるためには、コミュニティの発展と健康政策の結合、住民による情報・技能の共有化、保健民主主義の強化、効率的な健康政策の確立と実行などが重要な要素であり、住民、現場専門家と研究者との協働体制である参加型保健福祉が不可欠となっている。

2. ヘルスプロモーション活動における住民・スタッフ・研究者の役割

「高齢者保健福祉策定協議会」と「バリアフリーまちづくり検討委員会」における政策確立、「高齢者保健福祉助言者会議」および「バリアフリーまちづくり推進協議会」における政策実行過程から、準備、調整、実行、評価の過程³²⁾、行動目標、主要な関係者³³⁾を明らかにした(表3)。

1) 準備過程

新しい政策の必要性は、市役所窓口への住民相談事例、自発的な住民グループ活動、マスメディアの報道、議員の陳情などを介して行政管理者(課長以上)に認知された。そして、ヘルスケア担当の行政管理者は、ニーズ志向および効果的な行政手法の導入を試みた。さらに、国や県による政策指針や財政誘導なども大きな要素となった。しかし、市段階での有効な政策形成の面では、住民グループによる先行的な活動の成功が、政策決定を提案する行政管理者に最も

大きな影響を与えた。高齢者ケアでは、「ことぶき福祉会」による小規模多機能老人施設³⁴⁾や「呆け老人をかかえる家族の会島根支部」による仲間相談およびセルフヘルプ・グループ活動、バリアフリーまちづくりでは、「出雲いきいきネットワーク」によるバリアフリー調査・実践活動や知的障害児の親の会「ポテトハウス」による福祉ショップづくりなどが先行モデルとなった。この過程では、行政スタッフや教育・研究者が住民主体の健康活動に関与し、支援することが重要と考えられる。世論づくりには、マスメディア、特に地方新聞やテレビの影響力が大きかった。

住民参加の協議会における問題分析と資源評価では、問題を個別に分析することよりも、その活動に関与している住民や専門家の願い(人間尊厳)を目標にしたブレイクスルー思考³⁵⁾が有効であった。解決戦略の策定では、行政の横断的ワーキンググループ(調整会議)による問題分析や資金・マンパワー等の資源評価が、行政管理者による意志決定を容易にする複数計画案策定に有効であった。

2) 調整過程

複数の計画案について、行政管理者および議会関係者によって実行可能性や有効性の査定が行われた。また、実行計画の策定や最終的な計画案の意志決定では、定量的な最適化技法や意志決定技法が応用された³⁶⁾。予測には、国内外の先進事例や市内のモデル的な活動からの基礎データが採用された。利害関係を持つ関係団体や施設との調整は、行政管理者や議員と関係団体の間で行われた。高齢者ケアでは、ゾーン別福祉サービス拠点の実現のために、デイサービス委託機関を福祉法人以外にも広げ、ホームヘルパーを社会福祉協議会から4施設への分散を計画した。関係団体との調整には、早期からのコミュニケーション、明確な政策目標と実行計画案が必要であった。また、市の他政策との調整は、横断ワーキンググループで準備段階から継続された。

3) 実行過程

実行段階では、住民とスタッフの教育・研修、行政とサービス供給機関などの組織化、財源や権限移譲およびこれらの調整が重要であった。高齢者ケアでは、サービス

利用についての住民教育が、市週報とマスメディア、利用手引の医療機関への配布、在宅リハビリ教室などで行われている。スタッフの研修は、出雲在宅ケア研究会などの講演・シンポジウム、出雲コミュニティ研究会、山陰医学看護学教育研究会や全国的な学会などへの参加、ネットワーク出雲などでのケースカンファレンスによって行われている。なかでも、出雲在宅ケア研究会は、高齢者、介護者を中心に医療・保健・福祉を網羅した横断的な研究会であり、マスメディアの注目度も高く、住民にもスタッフにも極めて有効な教育機会となっている。組織化と財源確保および権限移譲は、年次計画で進められており、1996年には、常勤ホームヘルパー数の倍増、在宅介護支援センター増設などが実現している。研究者は、重要度評価や組織工学的な観点から、増設場所の決定や実施調整に関与してきた。

4) 評価・修正過程

「高齢者保健福祉助言者会議」および「バリアフリーまちづくり推進協議会」において、目標達成、プロセス、人材・組織評価を行い、実行計画の修正を議論している。バリアフリーまちづくりでは、民間企業や他分野の公的セクターの関与が大きく、評価しにくいことが予想されたので、計画策定時点で短期・中期・長期目標を設定し、評価しやすくしている。また、予算不足等によって実施計画の修正が必要な場合には、協議会参加団体の活動による補完もこれらの協議会で議論している。実施計画の修正には、未来予測技法の導入を図っている。

3. ヘルスプロモーション活動の成果

出雲市のヘルスケアにおいて、公衆衛生学研究者は、社会構造の中で比較的利害関係を持たない自由な立場から参加型行動研究を行った。参加型行動研究の導入によって出雲市では、①住民とスタッフの能力開発、②社会資源の有効活用、③コミュニティ発展とコミュニティケアの結合、④問題解決をめざした住民・学生・健康専門家の相互学習、が促進されたと考えている。

関係する住民、市職員の能力開発については、バリアフリーまちづくり検討委員会や在宅ケア研究会シンポジウムの企画で示

されたような教育効果が示された。参加型行動研究により、まず市職員や保健福祉スタッフの態度がニーズ志向となり、次いで高齢者、障害者、ボランティアなどの住民の自発性と行動性を引き出している。

次に、社会資源の有効活用では、住民のボランティア活動および非営利住民活動が活性化され、公的サービスと住民活動との流動化が生じている。乙立地区では、隣近所の無償の助け合い、里家制度としてのヘルパー・一般（買い物など）・大工・理美容の4分野での有償ボランティア、および里家センター福祉部門の介護型ホームヘルプ・サービスがバランスを保っている。ボランティア活動が、無償か有償かは地区の社会規範に基づいて、里家制度運営委員会によって決定されている。乙立地区における里家制度は、2つの波及効果を生んでいる。古志地区に、地区集会所で独居老人や高齢者世帯への会食サービスを中心とした古志里家制度が開始されたこと、市社会福祉協議会が市全域を対象に助け合いボランティア制度を発足させたことである。また、身体障害者共同作業所の点字週報発行の受託など、情報のバリアフリー化が進められている。

コミュニティ発展とコミュニティケアの結合については、住民参加での健康プロジェクトの推進によって学校、公民館や地区社会福祉協議会などとの協働が容易になってきた。乙立地区は、里家センター、健康文化都市、住民参加型生涯学習などのプロジェクトを結合し、地区民自身が、環境、文化、産業、ヘルスケアの資源を学習教材化する地域づくり型活動を開始している。

地域づくり型ヘルスケア活動では、国で予算化された事業やサービスをいかに市に適用するかではなく、住民の健康ニーズに基盤をおき、住民による政策、活動等の意志決定過程への参加が促進されている。たとえば、健康文化都市プロジェクトは、高齢者保健福祉計画と同様、住民の生活の場である小中学校区を単位として推進されつつある。そして、健康文化都市プロジェクトでは、保健・福祉・環境ボランティア活動を公民館を中核にしてネットワーク化し、小学校区毎の保健福祉計画を確立し、地域のソーシャルサポート・ネットワーク

の強化を通してケアマネジメント・システムに、また主体的健康学習を通じて社会教育活動に連動している。したがって、表に示したように参加型行動研究を通して、市民、専門家、教育者・研究者、学生が相互に学び合う学習体系が成立している。これらのプロセスは、医学生や保健婦学生には、社会ニーズに即応した総合的な教育の場となり、学生教育と実践活動との結合がはかられている。

4. 地域づくり型保健活動の発展途上国での適応条件

1) 地方自治体

発展途上国では、地方分権が進んでおらず、中央政府の縦割り行政が地方自治体においても貫かれているところが多い。このため、地方自治体において住民やスタッフの自由な発想により保健福祉活動を行うことは困難が多い。このため、政策化を視野に入れたヘルスプロモーション活動は、中央政府や地方自治体が住民参加型の保健活動を推進することという政治的イニテシアティブが確立した地域で展開することが必須条件であろう。

さらに、出雲在宅ケア研究会やポリシネットワーク島根のような行政から独立した研究・学習組織が、問題点を分析し、解決のための提言を行うと共に、住民やスタッフの人づくりに貢献することが重要である。また、ヘルスプロモーション活動では、高齢者の病院・施設ケアと在宅ケアの資源配分などの生命倫理的に意志決定する課題に多く遭遇する。里家制度でボランティア活動を有償にするか、無償にするかが市民自身の協議によって決定されたように、政策の意志決定過程への住民参加の強化、評価についての情報公開が必要と考えられる。

ヘルスプロモーション活動における社会システムの課題として、財源と権限の問題があげられる。エイズや喫煙対策などでは、中央政府の省庁枠を越えた健康問題が多くなっている。この問題解決には、市民と学際的専門家、省庁横断的行政スタッフの協力と予算配分が必要である。地方分権の進展は、地方自治体における財源と権限の強化をはかり、保健・医療・福祉分野でのヘルスプロモーション活動の基盤を広げつつあると考えられる。

2) 小地域

開発途上国の小地域を選択し、ヘルスプロモーション活動について熟練したコーディネータ、現地ヘルスワーカーと地域リーダーが活動展開することはヘルスプロモーション活動のモデルを育成する方法として、意義深いであろう。

地域づくり型保健活動の進め方としては、メディアとしての計画書作成過程を開発途上国の教育レベルを考慮して調整する必要があると考える。出雲市で行われているような草の根の先駆的モデル活動の認知と拡大が重要と考えられる。

文 献

- 1) 厚生省: 厚生白書平成7年版. ぎょうせい, 東京, 1995
- 2) WHO, Regional Office for Europe: Health in Europe. WHO Regional Publications, Copenhagen, European Series, No. 56, 1994
- 3) Oakley P.: Community involvement in health development. WHO, Geneva, 1989
- 4) 荒木昭次郎: 参加と協働. ぎょうせい, 東京, 1990
- 5) 小木和孝: 産業保健の国際動向. 産業衛生学雑誌, 37(増), S2-3, 1995
- 6) 新井宏朋, 藤田雅美: 政策科学としての公衆衛生学. 日本公衆衛生学雑誌, 43, 517-519, 1996
- 7) Whyte W.F., et al.: Participatory action research: Through practice to science in social research. Participatory action research. Whyte W.F. ed., p19-55, Sage Publication, Newbury Park, 1991
- 8) 岩永俊博, 鳩野洋子, 渡部育子: 我が国におけるヘルスプロモーション活動の展開と課題. 48, 187-193, 1999
- 9) 岩永俊博: 地域づくり型保健活動のすすめ. 医学書院, 東京, 1995
- 10) 岩永俊博, 黒田裕子, 和田耕太郎: 地域づくり型保健活動のてびき. 医学書院, 東京, 1996
- 11) 出雲市環境福祉部編: バリアフリーまちづくり検討委員会報告書. 出雲市, 1995
- 12) 島根医科大学環境保健医学教室編: 保健・医療・福祉連携システムに関する調査研究報告書. 島根医科大学環境保健医学教

室, 出雲, 1995

- 13) Sobel ME: Life-style and social structure. New York, Academic Press, 1981
- 14) Belloc NB, Breslow L: Relationship of physical health status and health practices. *Prev Med* 1: 409-421, 1972
- 15) 森本兼囊編: ライフスタイルと健康. 東京, 医学書院, 1991
- 16) 塩飽邦憲, 山根洋右: 高齢社会における生活習慣病の予防戦略. *島根医学*, 18: 255-263, 1998
- 17) 松永 英: 遺伝と人間. 東京, 培風館, 1984
- 18) WHO: Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Ottawa, 1986
- 19) Ashton J, Grey P, Barnard K: Healthy cities - WHO's new public health initiative. *Health Promotion* 1: 319-324, 1986
- 20) 塩飽邦憲, 他: サンドバール宣言と環境変革の思想. *公衆衛生*, 61(9), 624-627, 1997
- 21) Kaprio L.A.: Forty years of WHO in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1992 (WHO Regional Publications, European Series, No. 40)
- 22) McGinnis JM, Lee PR: Healthy People 2000 at mid decade. *JAMA* 273: 1123-9, 1995
- 23) 塩飽邦憲, 山根洋右, 福島哲仁, 他: スチューデント・レクチャーによる問題解決型予防医学教育の展開. *医学教育*, 23, 358-362, 1992
- 24) 塩飽邦憲, 山根洋右, 下山 誠: 早期医学体験学習の導入と教育評価. *医学教育*, 27, 211-218, 1996
- 25) 出雲市環境福祉部編: 出雲市高齢者保健福祉計画. 出雲市, 1994
- 26) 健康文化都市・いずも プラン21策定プロジェクト: 健康文化都市・いずもプラン21. 出雲市, 1998
- 27) 渡部英二: 市町村での政策づくり. 新井宏朋, 他編, 健康の政策科学, 東京, 医学書院, 132-139, 1997
- 28) 塩飽邦憲, 他: 出雲市におけるヘルスケア政策確立のための参加型行動研究. *日本公衛誌* 44: 464-473, 1997
- 29) 山根洋右: 参加型行動研究. 新井宏朋, 他編, 健康の政策科学, 東京, 医学書院, 128-131, 1997

- 30) 高 同強, 塩飽邦憲, 北條宣政, アヌーラド・エルデムビルグ, 山根洋右: 中国におけるプライマリ・ヘルスケアの現状と課題. *日本公衆衛生雑誌*, 46, 320-327, 1999
- 31) Smith S.E., Pyrch T., Lizardi A.O.: Participatory action-research for health. *World Health Forum*, 14, 319-324, 1993
- 32) Green L.W., Kreuter M.W.: Health promotion planning. 2nd ed., Mayfield, Mountain View, 1991
- 33) 本田 弘: 施策形成過程と管理の構造. 本田 弘, 大久保皓生, 大塚祚保編, 創生・地方自治, p299-344, 東京, ぎょうせい, 1992
- 34) 槻谷和男: 小規模多機能型老人ホームの挑戦. 永和良之助編, 私たちが考える老人ホーム, p1-38, 中央法規出版, 東京, 1996
- 35) 日比野省三, 岩永俊博, 吉田浩二: 保健活動のブレイクスルー. 医学書院, 東京, 1999

業績 (原著・著書)

1. T. Fukushima, N. Hojo, A. Isobe, T. Gao, K. Shiwaku, Y. Yamane: Food intake, serum lipids and amino acids of school children in agricultural communities in Japan. *European Journal of Clinical Nutrition*, 53, 207-211, 1999
2. T. Gao, K. Shiwaku, T. Fukushima, A. Isobe, Y. Yamane: Medical education in China for the 21st Century. *Medical Education*, 30, 768-773, 1999
3. K. Shiwaku, T. Gao, N. Hojo, T. Fukushima, Y. Yamane: Low levels of serum cholesterol and systolic blood pressure in Japanese with the apolipoprotein E3/2 genotype. *Clinical Chimica Acta*, 284, 15-23, 1999
4. 塩飽邦憲, 山根洋右, 黒松基子: 在宅療養におけるケアマネージャーとしてのヘルパー. *プライマリ・ケア*, 22, 29-32, 1999
5. 中谷久恵, 福島哲仁, 磯邊顕生, 塩飽邦憲, 西山 勉, 杉山一教, 山根洋右: 中高年者の排尿異常の実態とケアの課題. *日本農村医学会雑誌*, 47, 701-7, 1999
6. 乃木章子, 奥野元子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 健康文化都市・いずもにおける生活習慣