

病の特徴と基本戦略. 島根女子短期大学紀要, 37, 1-8, 1999

7. 塩飽邦憲: 生活習慣病への栄養からのアプローチ-健康日本 21 とヘルスプロモーション-. 栄養日本, 42(1), 5-7, 1999

8. 乃木章子: 食行動とヘルスプロモーション. 栄養日本, 42(1), 8-9, 1999

9. 塩飽邦憲, 齋藤茂子: 出雲市健康文化都市プロジェクトのあゆみ. 公衆衛生, 63, 353-357, 1999

10. 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

11. 渡部英二, 山根洋右: 出雲健康文化都市プロジェクト・1 健康文化都市づくりの現代的意義 市民・行政・専門家協働のまちづくり. 公衆衛生, 63, 267-272, 1999

12. 四方田悦子, 石川智恵子, 塩飽邦憲: 市民と専門家のエンパワーメントを実現する健康学習. 公衆衛生, 63, 567-571, 1999

13. 塩飽邦憲, 竹内節子, 増原久子, 渡部英二, 岩本恵子, 樽井恵美子, 中川正久: 21世紀の医学看護学福祉学教育への提言. 医学看護学教育学会誌, 10, 印刷中, 1999

14. 島田洋子, 武田道子, 池田行子, 塩飽邦憲: 地域看護学における学生主体型教育プログラムの展開. 医学看護学教育学会誌, 10, 印刷中, 1999

15. 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 生活習慣病増加と栄養士教育の課題. 医学看護学教育学会誌, 10, 印刷中, 1999

16. 塩飽邦憲: 生活習慣病への栄養からのアプローチ-健康日本 21 とヘルスプロモーション-. 栄養日本, 42, 5-7, 1999

17. 塩飽邦憲: 問題発見から問題解決へ. 日本農村医学会雑誌, 47, 786, 1999

18. 塩飽邦憲: 健康って何だろう-能動的で「自立した健康人」の時代-公衆衛生情報 29(8), 8, 1999

19. 山根洋右, 塩飽邦憲, 高 同強, A. Erdembileg, 樽井恵美子, 小林 昭, 乃木章子: 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究-国保医療費とがん検診に関する解析. 平成 10 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究, 59-76, 1999

20. 山根洋右, 塩飽邦憲, 白石裕美, 高 同強, A. Erdembileg, 樽井恵美子, 小林 昭. 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究. 平成 10 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究, 49-72, 1999

21. 山根洋右, 塩飽邦憲, 白石裕美, 高 同強, 小林 昭, A. Erdembileg, 岩永俊博, 嶋野洋子: 公衆衛生活動方法論の世界的潮流とわが国での適応の総括的検討. 平成 10 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究, 15-26, 1999

22. 山根洋右: 今後視野に入れるべき公衆衛生活動での概念. 平成 10 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究, 177-184, 1999

23. 山根洋右, 塩飽邦憲: 高齢化社会における保健・医療・福祉の総合的医学教育方法の開発. 平成 10 年度文部省科学研究費補助金(萌芽的研究)実績報告書, 1999

24. 山根洋右, 塩飽邦憲, 高 同強, 樽井恵美子: コミュニティにおける総合的老年性痴呆ケアシステムの構築に関する研究. 平成 10 年度難病医学研究助成事業研究結果報告研究経過報告, 25-41, 1999

25. 山根洋右, 塩飽邦憲: 高齢化社会への挑戦 出雲からのメッセージ. ワンライン, 出雲, 1999

業績(学会発表)

1. 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 生活習慣病増加と栄養士教育の課題. 第 9 回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14

2. 白本 忍, 杉本静子, 中田佳代子, 内田道子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 学生参加型公衆衛生学教育と教育評価. 第 9 回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14

3. 齋藤茂子, 伊藤智子, 天野和子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 地域看護教育における相互教育評価. 第 9 回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14

4. 服部晋司, 榎崎美笛, 西村淳一, 橋本健一, 塩飽邦憲, 山根洋右: 医学卒前教育

- における緩和ケア教育の展開. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14
5. A. Erdembileg, T. Gao, H. Shiraishi, A. Kobayashi, K. Shiwaku, Y. Yamane: Reform of Health Care System and Medical Education in Mongolia. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14
6. 鈴木静江、矢田朱美、塩飽邦憲、山根洋右: 精神障害者によるピア・カウンセリングの現状と課題. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14
7. 福島哲仁、磯邊顕生、高 同強、塩飽邦憲、山根洋右: 急性パラコート中毒の治療法開発の現状と展望. 第69回日本衛生学会総会. 千葉, 1999.3.24-27
8. 塩飽邦憲、アヌーラド・エルデムビレグ、高 同強、山根洋右: 佐田町ヘルシータウンプロジェクト(6)介護保険導入とコミュニティ活動. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
9. アヌーラド・エルデムビレグ、高 同強、塩飽邦憲、山根洋右: モンゴルにおける健康政策の改革. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
10. 伊藤智子、浜崎牧子、浜村陽子、塩飽邦憲、山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(27)子育て支援活動に関する政策的検討. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
11. 山根洋右、塩飽邦憲、高 同強、アヌーラド・エルデムビレグ: 出雲市健康文化都市プロジェクト(25)介護保険制度への政策的アプローチ. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
12. 金築真志、間島尚志、塩飽邦憲、山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(26)介護保険と高齢者健康福祉活動. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
13. 梶谷泰子、神田和美、石川智恵子、石飛美緒、塩飽邦憲、山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(28)子育てグループの発展. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
14. 高井美紀子、梶谷泰子、塩飽邦憲、山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(29)子育て支援ネットワーク. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
15. 神田和美、四方田悦子、乃木章子、塩飽邦憲、山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(31)住民参加型健康学習の展開. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
16. 乃木章子、神田和美、四方田悦子、塩飽邦憲、山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(32)生活習慣病と栄養学習. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
17. 石飛美緒、梶谷泰子、神田和美、石川智恵子、塩飽邦憲、山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(33)がん対策の再検討. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
18. 島田洋子、武田道子、池田行子、塩飽邦憲: 学習者主体型地域看護学実習の展開(1)教育プログラムの開発過程. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
19. 武田道子、島田洋子、池田行子、塩飽邦憲: 学習者主体型地域看護学実習の展開(2). 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
20. 中島聖子、中尾寛子、塩飽邦憲、山根洋右: 小地域健康福祉ネットワークの形成(1)健康福祉ボランティア活動. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
21. 大井利夫、塩飽邦憲: シンポジウム 農村における医療・福祉ネットワークと介護保険. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
22. 原 俊雄、坂本 巖、高 同強、塩飽邦憲、山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(5)―漁業者の立場から見た中海・宍道湖干拓事業―. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
23. 坂本 巖、原 俊雄、高 同強、塩飽邦憲、山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(6)―宍道湖のヤマトシジミの大量斃死後の資源回復状況―. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
24. アヌーラド・エルデムビレグ、高 同強、塩飽邦憲、山根洋右: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究(1)―地域特性の生活習慣病の現状と課題―. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10,

28-29

25. 高 同強, アヌーラド・エルデムビレグ, 塩飽邦憲, 山根洋右: 島根県における市町村別国保医療費の分析. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29

26. 塩飽邦憲, アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 山根洋右: 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究(1)ーがん健診に関する解析ー. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29

27. 中尾 陽, 村上友代, アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: J Aいずもの健康福祉戦略(4)ー福祉サービス基盤づくりー. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29

28. 村上友代, 中尾 陽, アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: J Aいずもの健康福祉戦略(5)ー地域支え合い活動の成果と課題ー. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29

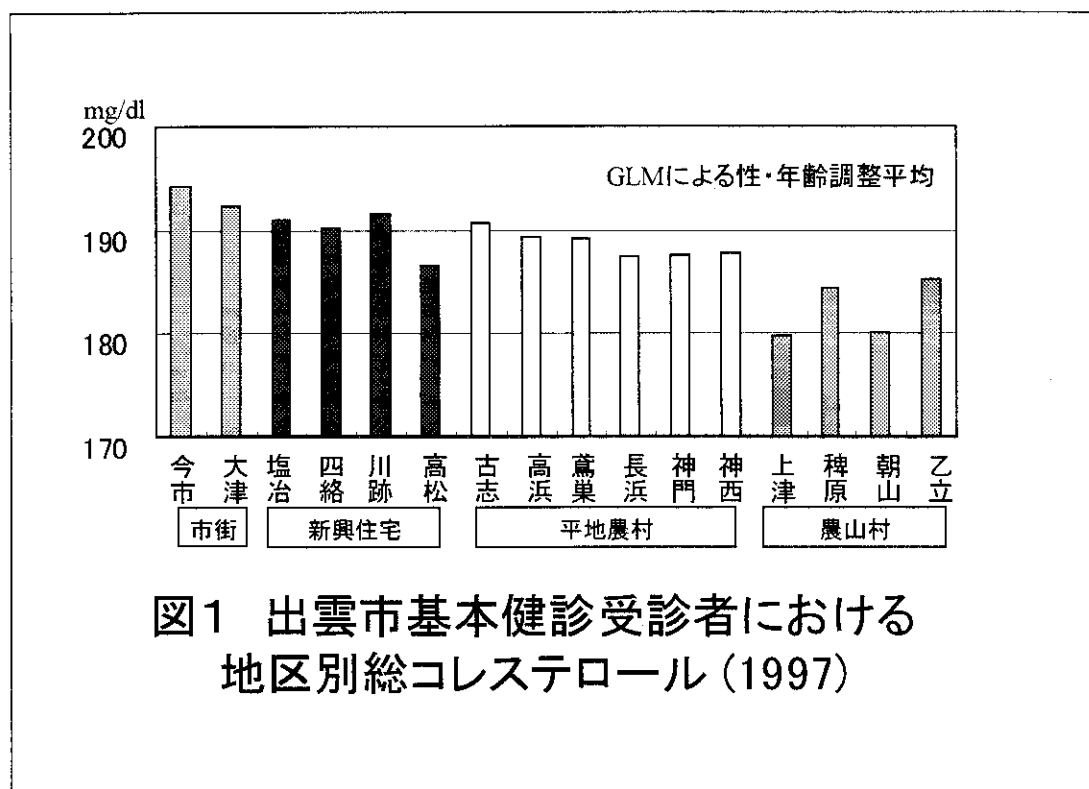


図1 出雲市基本健診受診者における
地区別総コレステロール(1997)

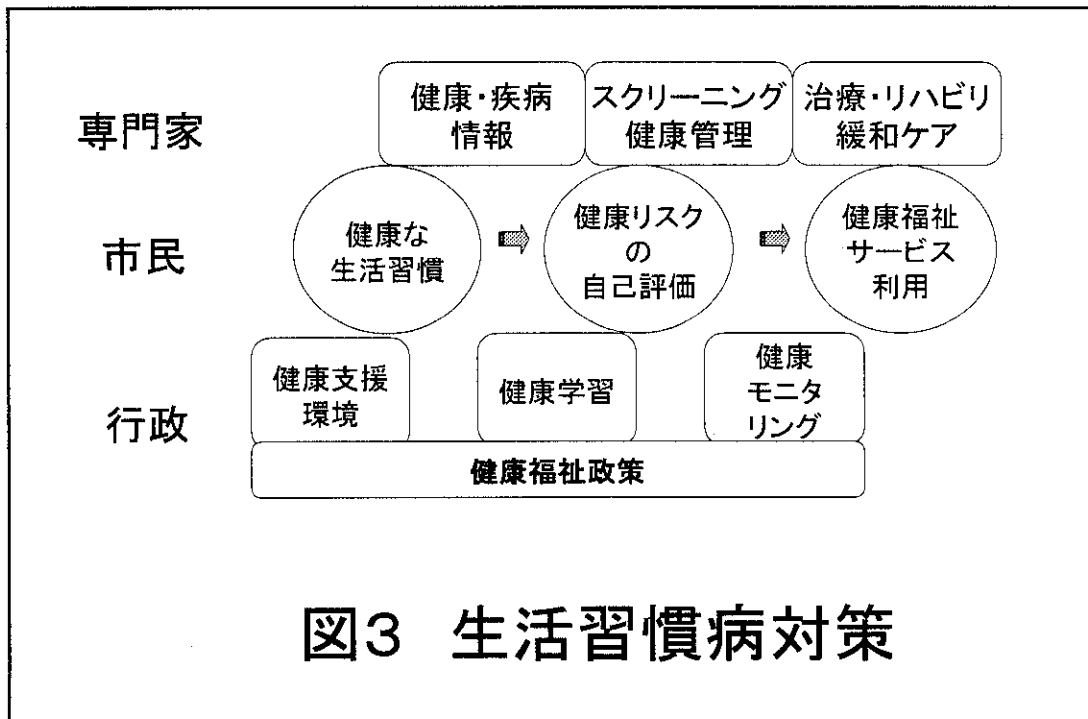
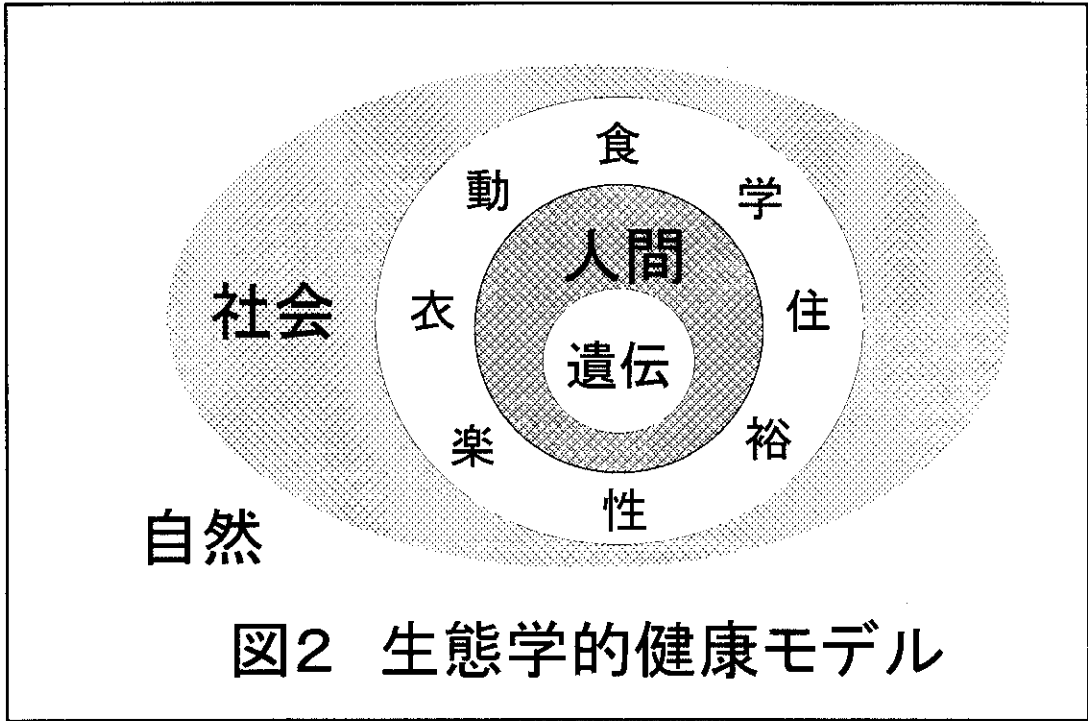
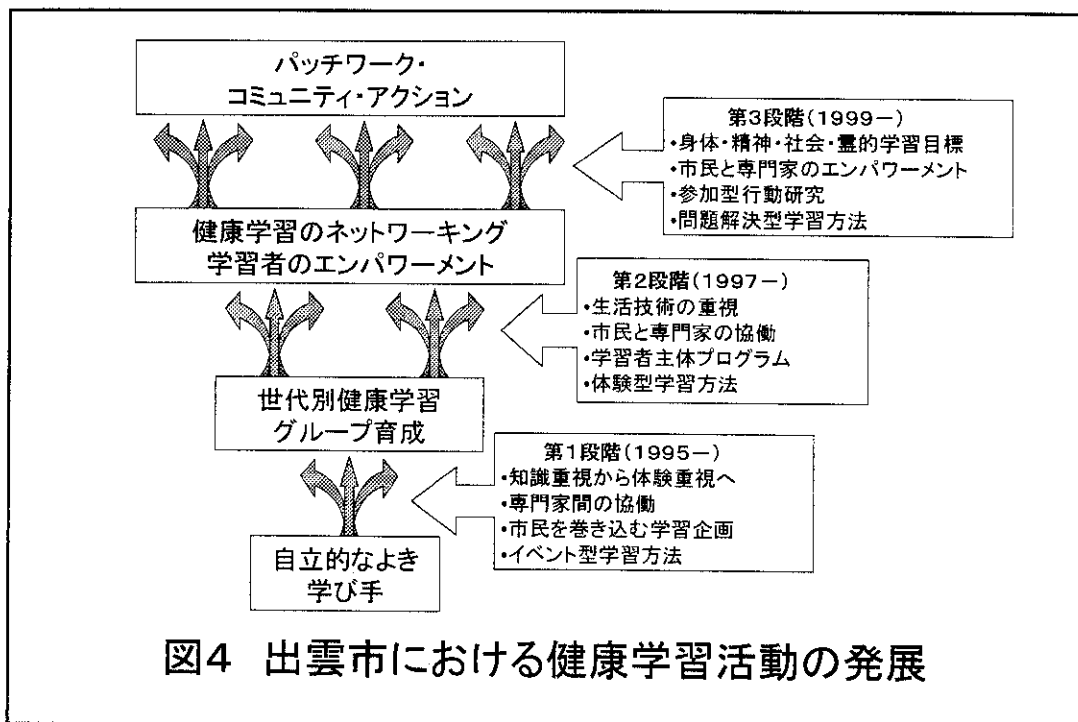


表1 教育のパラダイム・チェンジ

- ・ 健康学習の対象、目標、方法の見直し
- ・ 対象
 - － 市民を「自立的なよき学び手」ととらえ直し
 - － 幼児から高齢者まで全世代に対応した学習展開
- ・ 学習方法
 - － 知識重視型から体験重視型に転換
 - － 幅広い専門家が加わって、楽しみながら学習できるプログラムの企画
- ・ 学習目標
 - － 対象となる年代や集団を明確にし、その対象の健康ニーズにあった学習プログラム



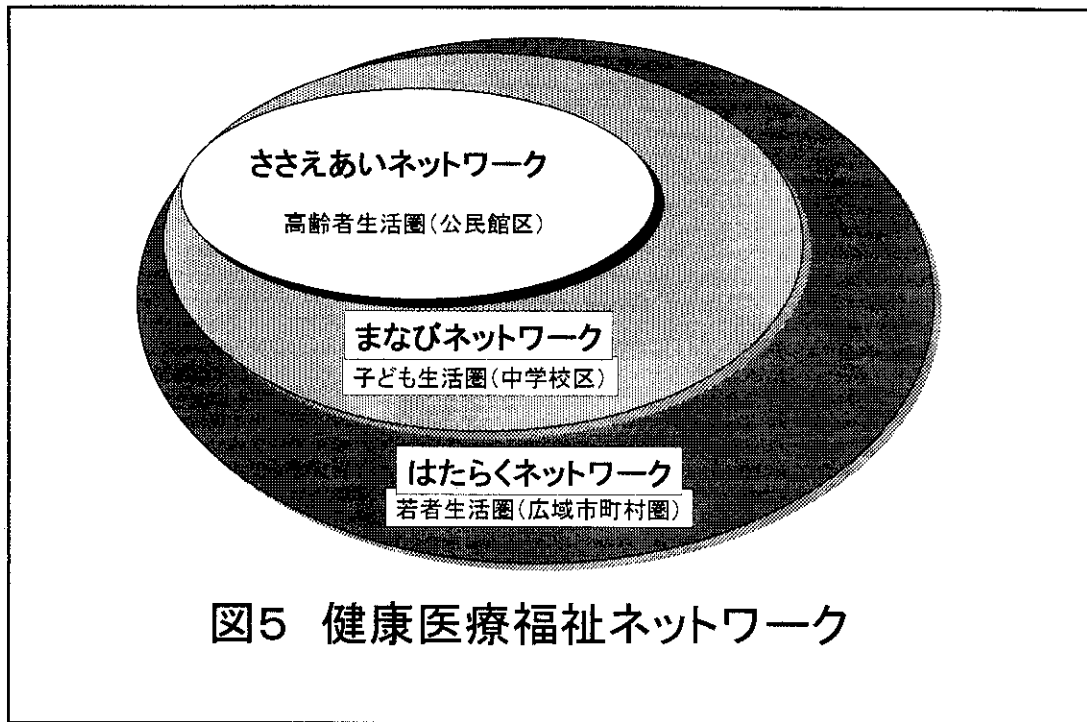
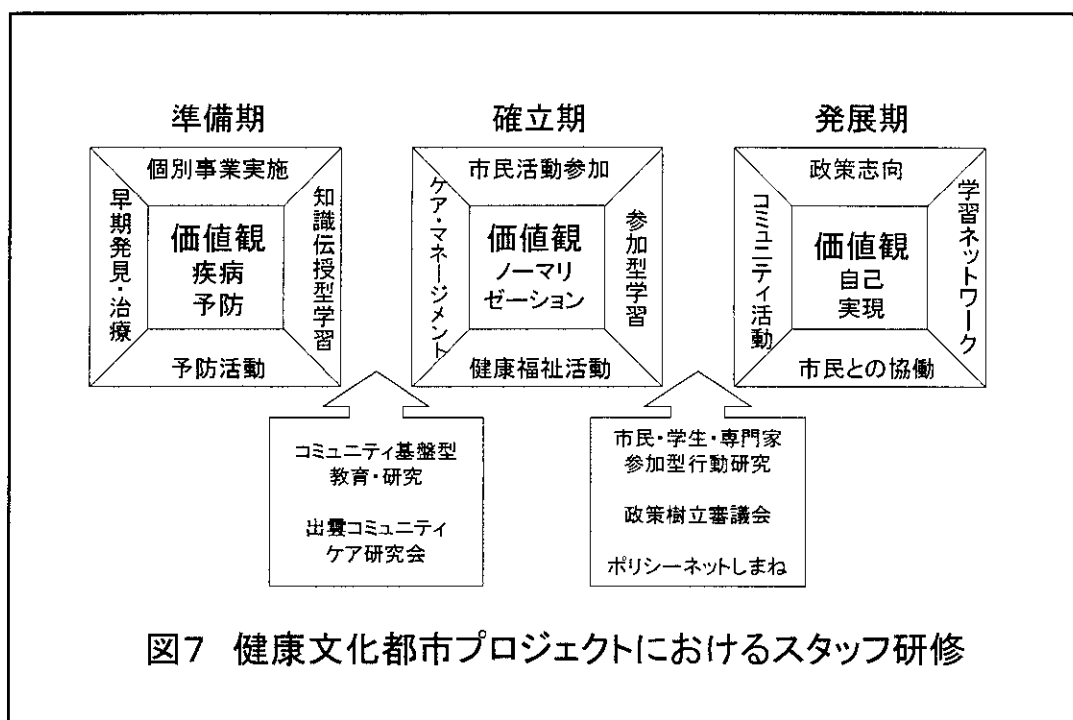
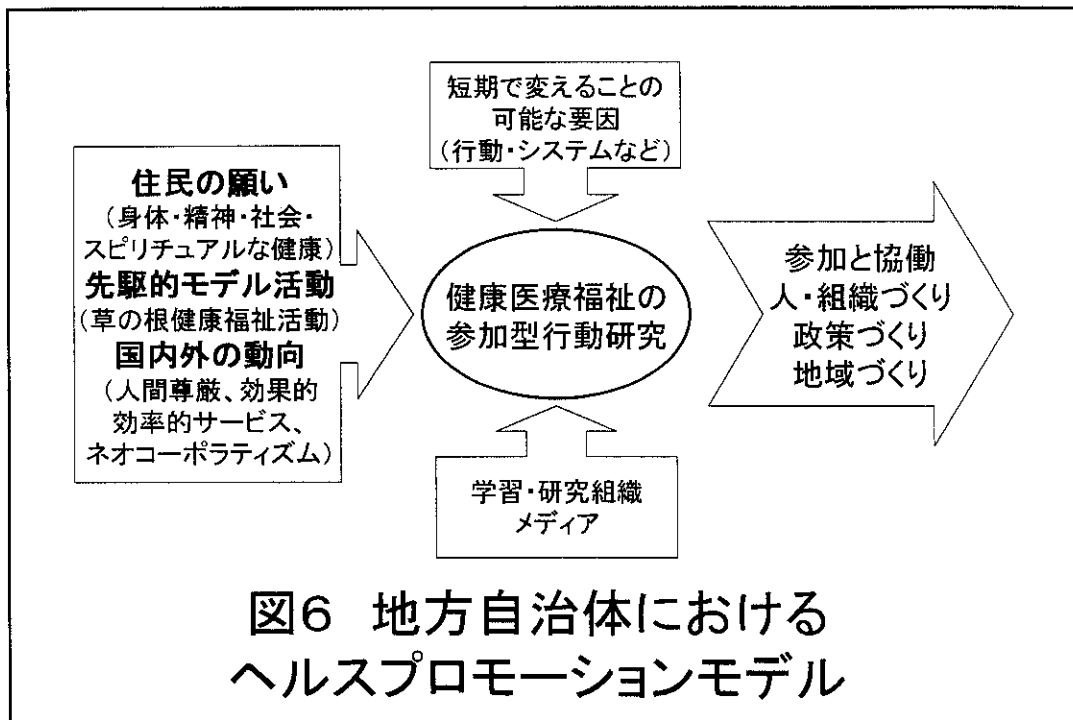
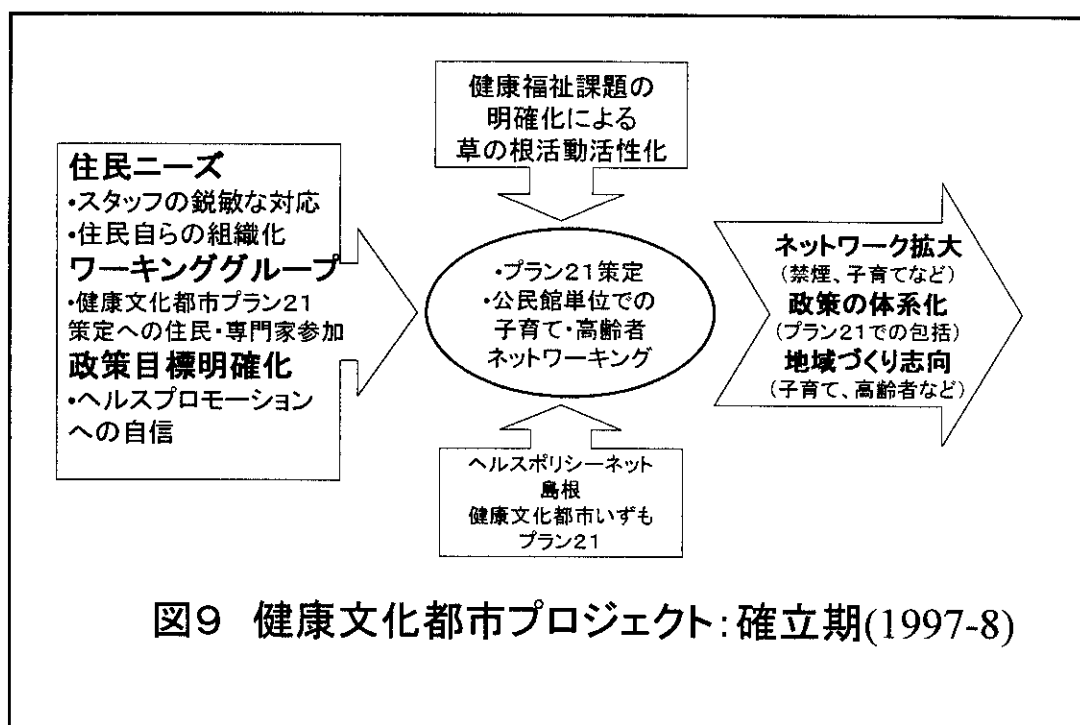
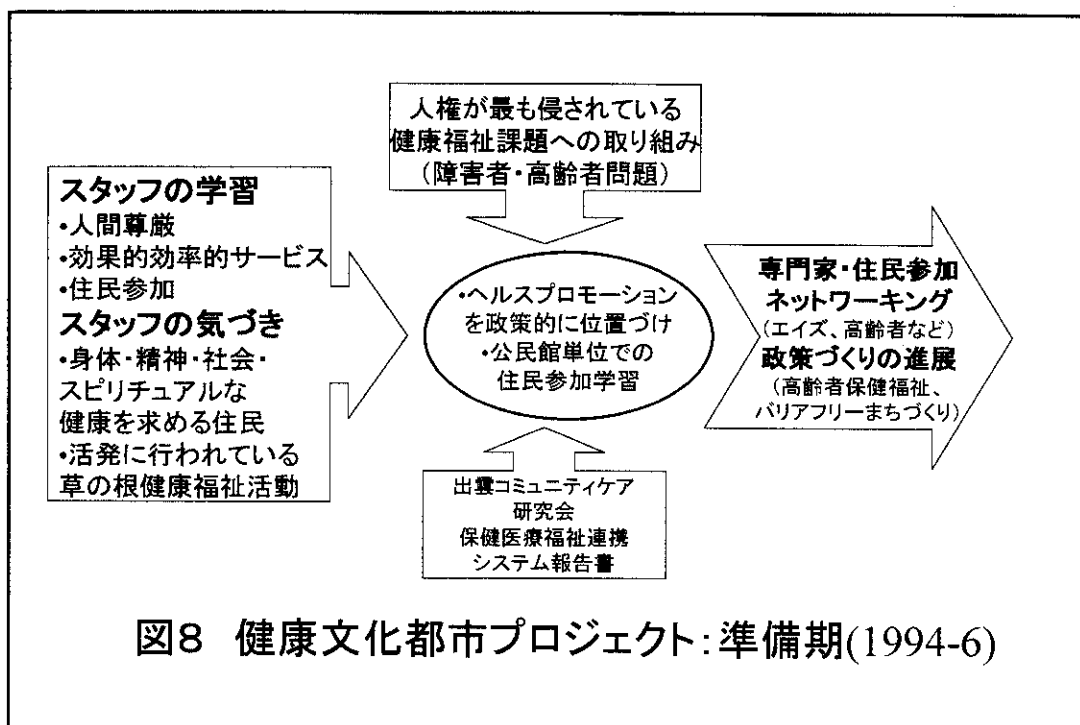


表2 健康文化都市プロジェクトの進行

準 備	組 織 化	活 性 化
<ul style="list-style-type: none"> •課内の研究体制 •概念整理 •まちを知る(公民館区) •リーディング・プロジェクト <ul style="list-style-type: none"> •エイズネットワーク •高齢者ネットワーク •バリアフリーまちづくり •関連政策との位置づけ •進行計画の検討 •高齢者保健福祉計画 •バリアフリーのまちづくり計画 •出雲コミュニティケア研究会 •連携システム報告書 	<ul style="list-style-type: none"> •ワーキンググループ組織 •目標の明確化 •特色ある公民館区地域活動 •リーディング・プロジェクト <ul style="list-style-type: none"> •禁煙ネットワーク •子育てネットワーク •感染症ネットワーク •計画達成戦略の策定 •市民参加の計画づくり •21世紀出雲のグランドデザイン •出雲市母子保健計画 •出雲市エンジェルプラン •北部地域福祉拠点整備計画 •ヘルスポリシーしまね •健康文化都市報告書 	<ul style="list-style-type: none"> •市民参加推進組織の確立 <ul style="list-style-type: none"> •健康文化都市推進ネットワーク会議 •コミュニティ活動の活性化 <ul style="list-style-type: none"> •子育て・高齢者ネットワーク •健康学習戦略の確立 <ul style="list-style-type: none"> •世代別学習ネットワーク •健康医療福祉サービスの改革 <ul style="list-style-type: none"> •公的介護保険準備 •高齢者ケアマネジメント •研修による部課連携活動の活性化 •健康文化市民フォーラム •市民フォーラム提言集
1994	1995	1996
1997	1998	1999
2000		





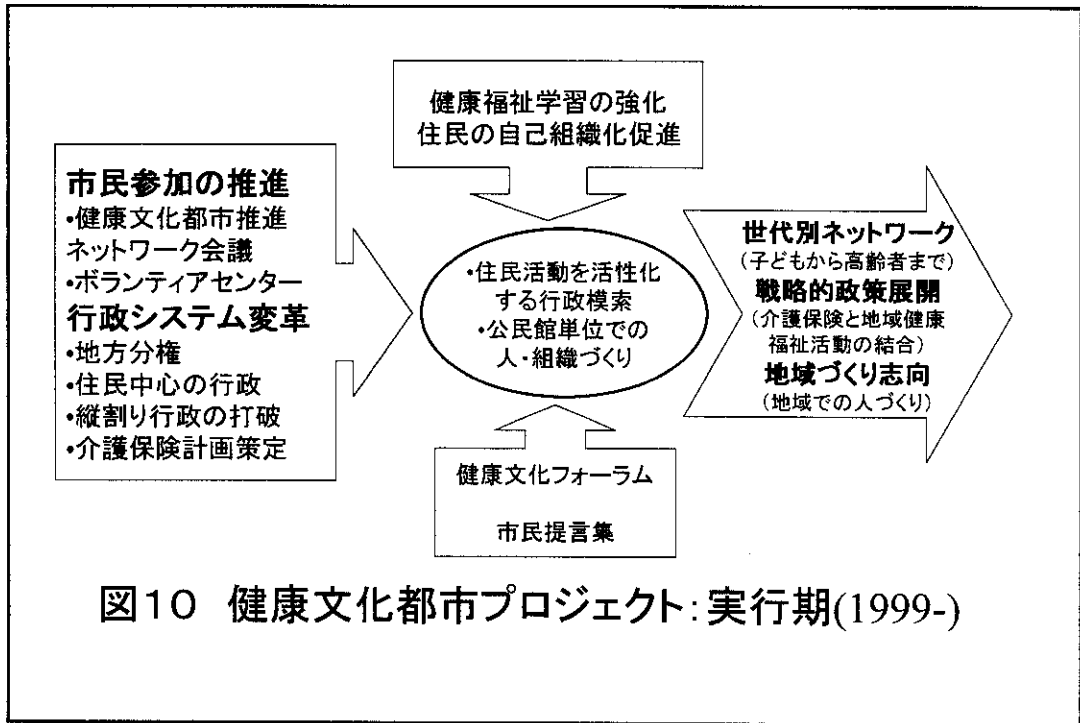


表3 健康政策確立・実行における役割

プロセス	タスク	主な関係者・機関							
		社会的アクター			行政的アクター		政治的アクター		
		市民 グループ	関係 団体	マス メディア	協議 会	管理 者	スタ ッフ	調整 会議	議員 議会
準備	自発的の市民活動	●		◎			◎		◎
	ニーズ明確化	○	○	◎		●	◎	○	◎
	協議会設置	○	○	○		●	◎	○	◎
	問題分析・資源評価 解決方略策定	○	○	○	●	○	◎	◎	◎
調整	解決方略査定				○	●			◎
	関係団体・政策との調整		◎		○	●	○	◎	◎
	実行計画策定 選択・意志決定	○	○		◎	◎	●	○	
実行	教育・研修	●		◎	○	○	◎		
	組織化	◎	○	○	○	◎	◎		○
	財源・権限	○	○		○	●			◎
	実施調整		◎			◎	●	◎	○
評価・修正	目標達成評価	○		○	●	◎	○		◎
	プロセス評価	○			○	◎	●		◎
	人材・組織評価	○	○		○	◎	○		◎
	終結・修正	◎	○	○	◎	●	○	○	◎

●最重要 ◎重要 ○補足的

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としての地域づくり型保健活動と
その途上国における適応

分担研究者 仲間 秀典（信州大学医学部公衆衛生学教室）

要約

ヘルスプロモーションは、今日「住民、行政、専門家が健康のための政策を推進するための協働的活動」と考えられており、途上国においてもプライマリ・ヘルスケアをより発展させた理念として、保健活動に取り入れられるべきである。とりわけ、発展途上国で課題となっているコミュニティの発展や民主主義の成熟という観点から、「住民、行政、専門家の協働により、保健活動のあるべき姿を明確化することからスタートする」地域づくり型保健活動は、途上国におけるヘルスプロモーションの展開に有益な戦略を提示しており、今後具体的な実践事例を通してその有用性を確認すべきである。

1. プライマリ・ヘルスケアとヘルスプロモーションの提唱

1977年WHOは「西暦2000年までにすべての人びとに健康を」という世界的な健康目標を打ち出し、翌1978年その具体的な戦略としてプライマリ・ヘルスケアに関するアルマ・アタ宣言を提唱した。しかし、先進国ではこの宣言が主として途上国を念頭においた健康戦略という捉え方が強く、この西欧諸国の違和感が1986年ヘルスプロモーションの考えを盛り込んだオタワ憲章の採択へと展開した。

オタワ憲章では、ヘルスプロモーションや健康を次のように捉えている。「ヘルスプロモーションとは、人びとが自らの健康をコントロールしたり、改善したりするプロセスである。健康は毎日の生活を送るための資源であり、人生の目的と考えるべきではない」。また、その具体的な行動分野として、健康を重視した公共政策の実現、支援的環境づくり、コミュニティ活動の強化、個人的能力の開発、保健サービス軌道修正の5つを提示している。この考えに従えば、当初ヘルスプロモーションは「人びとが自らの健康をコントロールしたり、改善させたりするプロセス」と規定され、途上国におけるプライマリ・ヘルスケアと先進国におけるヘルスプロモーションという形で両

者が対峙された感があった。

しかし、その後ヘルスプロモーションの捉え方も発展し、「地域社会、行政、専門家、そして住民が健康のための政策を実践するための社会的行動」と認識されるようになってきている。したがって、ヘルスプロモーションとプライマリ・ヘルスケアの基本概念に大きな格差はなく、今日ヘルスプロモーションは、先進国においては健康政策推進のための基本戦略として、また途上国においてはプライマリ・ヘルスケアを再生させる理念として捉えられるべきである。

2. 欧米におけるヘルスプロモーションとヘルシーシティ・プロジェクト

このように、ヘルス・プロモーションには地域社会全体で健康を守り、育てていく視点があり、このヘルス・プロモーションの理念は環境や社会的条件などを重視した「健康なまちづくり」という現実の動きとして結実してきている。すなわち、欧州を中心にしたヘルシーシティ・プロジェクトは、ヘルスプロモーションの構想を具体化した取り組みとみなすことができる。

このヘルシーシティ・プロジェクトは、オタワ憲章の採択された1986年の2年前（1984年）にトロントで開催されたヘルシー・トロント2000において、すでにその動きの芽を読み取ることができる。このトロント

会議において、世界的な健康の実現に都市を中心とした戦略が有効との共通評価が得られ、以後今日までヘルシーシティ・プロジェクトに関するシンポジウムが欧州において定期的に開催されてきている。

これらの会議の主題として、これまで健康実現のための不公平の是正、健康実現のためのコミュニティ活動の推進と個人的技能の開発、健康のための支援環境づくり、保健医療サービスの再編成、ヘルシーシティのための健康政策の推進などが採用されてきている。これらはいずれも、オタワ憲章で指摘したヘルスプロモーション推進のための戦略課題であり、この点からもヘルシーシティ・プロジェクトがヘルスプロモーションの流れを直接的に継承することが理解できよう。とはいえ、その基本にあるのはアルマ・アタ宣言の「2000年までに世界のすべての人びとに健康を」という理念であることを忘れてはならない。

3. 日本におけるヘルスプロモーションと健康（文化）都市構想

ヘルスプロモーションの理念は、世界的には欧州を中心にヘルシーシティ・プロジェクトとして展開されているが、国内的には「健康（文化）都市構想」の形で具体化してきている。すでに、厚生省も「健康文化と快適なくらしのまち創造プラン」を打ち出しており、1993年度からは関係予算を計上して具体的な取り組みに着手している。

国内の健康文化都市構想としては、京都市や都城市の先駆的な試みが特筆される。京都市は1991年に「京都市健康都市構想」、2年後の1995年に「人が主役の健康都市づくり」を盛り込んだ「新京都市基本計画」策定し、「人」を主役に「健康」を共通の価値基準にしたまちづくりを推進している。

また、東京都は1996年9月「健康都市東京をめざして—大都市における21世紀の健康づくりを考える」を基調テーマに「健康推進国際フォーラム '96東京」を開催し、21世紀における健康づくりの方向性を提示し

た。このフォーラムには国内外のヘルシーシティ・プロジェクトの関係者が列席し、世界の健康都市政策の進展状況や今後の展望に関する討論を通して、国内外の都市が健康づくりを共通課題とし、経験や技術の交流を深めていくことを確認しあっている。

4. ヘルスプロモーションとしての地域づくり型保健活動

健康（文化）都市への取り組みが全国的に広がってきているなかで、昨今地域づくり型保健活動が注目されている。この考えは健康づくりを地域づくりの一環として捉えており、いわば日本型ヘルスプロモーションと見做すことができる。換言すると、地域づくり型保健活動は地域における健康づくりを推進する際、健康づくりの主体であり、多様な健康観を持つ住民と、健康づくり政策を実践する行政や専門家が、対話を通してその目的や戦略を共有することを重視しており、ヘルスプロモーションを展開するための具体的な方法と考えられる。本来のあるべき姿の明確化からスタートする地域づくり型保健活動は、従来の問題解決型の保健活動に代わるブレイクスルー思考型の保健活動として、昨今全国的に実践されてきており、今後の健康づくり活動の大きな潮流となる可能性を秘めている。

5. 地域づくり型保健活動の途上国における適応

前述のように、今日ヘルスプロモーションは「住民、行政、専門家が健康のための政策を推進するための協働的活動」と考えられており、途上国においてもプライマリ・ヘルスケアをより発展させた理念として、保健活動に取り入れられるべきである。とりわけ、発展途上国で課題となっているコミュニティの発展や民主主義の成熟という観点から、地域づくり型保健活動は途上国におけるヘルスプロモーションの展開に有益な戦略を提示しており、今後具体的な実践事例を通してその有用性を確認すべきであろう。

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

発展途上国における SOJO-Model 適応の可能性と課題

分担研究者 岩永俊博（国立公衆衛生院公衆衛生行政学部）

要約

外国人研究者や日本から海外でのプロジェクトにかかわっている実践者などの協力を得て、SOJO-Model の発展途上国における適応の課題などについて検討した。

その結果、前提条件として生活基盤の安定や政治の民主化、保健活動の歴史などが考えられ、それらの条件の違いによって、SOJO-Model 適応の可能性は国によって異なることが示された。一方、プライマリ・ヘルスケアについて、長い歴史と実績を持つ国もあり、ある意味では日本の PHC よりも世界的に有名な国もある。

専門家たちによる保健開発事業における一種のなわばり争いや政策決定者の理解不足、実践家の不足などが活動展開の前提部分での阻害要因となる場合もある。

しかし、SOJO-Model は住民やコミュニティだけでなく、参加した専門家や行政の、地方自治の力をつけるプロセスということもでき、活動することは非常に重要なことと言える。SOJO-Model の理念的支柱であるヘルスプロモーションやブレイクスルー思考のいくつかの原則の類似概念はすでに途上国に根を下ろしており、SOJO-Model が実施できる基盤は途上国にすでに存在することが示唆された。

つまり、ここに示された前提条件を整えた地域において、課題を解決する道を探りながら、実践的にて既往の可能性を探求することにより、適応の可能性はあると考えられた。そのために検討の必要なこととして、実践リーダーの育成、具体的な手順を示す教材の作成、既に実施されているモデルとのリンケージなどがあげられた。

研究協力者

A. M. Mostafa Kamal
(国立公衆衛生院)

松田正己（静岡県立大学）
神馬征峰（JICAネパール事務所）
藤田雅美

(国立国際医療センター)
Paulo H. B. MACHADO
(Federal University of Parana)

発展途上国との交流だからといって、日本で進められている保健活動の方法をそのまま適応することは、形としては可能であったとしても、継続性や効果の面において疑問である。そのことは、SOJO-Model についても同様なことがいえる。

そこで、交流のある外国人研究者や日本から海外でのプロジェクトにかかわっている実践者などの協力を得て、発展途上国に

おいて適応する場合の課題などについて検討した。

その結果いくつかの前提段階での阻害要因やヘルスプロモーション展開のための条件などが明らかになった。

ヘルスプロモーションの前提条件として生活基盤の安定や政治の民主化、保健活動の歴史などが考えられ、それらの条件による違いによって、SOJO-Model 適応の可能性は国や地域によって異なることが示された。

特に住民の生活がある程度安定し、健康に関して、住民が積極的に関与できる状況が重要で、例えば、戦争状態や極端な食糧不足などの状態では、各人の生存が優先され、集団としての相互扶助が発動しがたい。

また、近代的な保健活動によって諸技術が教育、実践されてない場合、例えば、基本的な医療器具の消毒やカルテの記載、住

民参加等がほとんど実施されていないところでは、まず、基本的な技術の習得や、住民組織の育成が優先される。

一方、タイのように、プライマリー・ヘルスケアが、全国規模で村のヘルスボランティアを育成して多くの保健問題を解決してきた長い歴史と実績を持つ国もあり、ある意味では日本の PHC よりも世界的に有名な国もある。

また、公衆衛生専門職、医師、看護婦など専門家たちによる保健開発事業における一種のなわばり争いや政策決定者のなかでのヘルスプロモーションへの理解不足、ヘルスプロモーション実践家の不足などが活動展開の前提部分での阻害要因となる場合もある。

しかし、SOJO-Modelが、コミュニティの参加の下に、自分たちの地域での実現すべき健康を住民自身によって決定するという方法であり、そのプロセスを重視する活動であることは、住民やコミュニティだけで

なく、参加した専門家や行政の、地方自治の力をつけるプロセスということもでき、活動することは非常に重要なことと言える。

SOJO-Model はまだ途上国に導入されていない。しかしその理念的支柱であるヘルスプロモーションやブレイクスルー思考のいくつかの原則の類似概念はすでに途上国に根を下ろしてきている。このことから、SOJO-Model が実施できる基盤は途上国にすでに存在することが示唆される。

つまり、ここに示された前提条件を整えた地域において、課題を解決する道を探りながら、実践的にて既往の可能性を探求することにより、適応の可能性はあると考えられた。

そのために検討の必要なこととして、実践リーダーの育成、具体的な手順を示す教材の作成、既に行われているモデルとのリンケージなどがあげられた。

Health Promotion Concept for Developing Countries

研究協力者 Abu Mohammed Mostafa Kamal

(国立公衆衛生院外国人研究員)

Health and Health Promotion:

Health has been defined in many different ways over history. The ancient concept defined health as a condition of perfect body equilibrium, and harmony with nature. As far back as 1946, the World Health Organization (WHO) introduced a positive dimension of Health to its definition: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The Western medicine attempted to understand the construct of health by analyzing its single components rather than the interconnection of the various parts. The western approach has been advocated throughout the world for years which led the medical field to primarily focus on diseases and disability. Only recently, has this out look begun to gradually change towards a more holistic view: "Health" is a quality of life involving social, emotional, mental, spiritual and biological fitness on the part of the individual, which results from the adaptation to the environment. Health is a basic human right and a building block which enables individuals to contribute for social, economic and personal development. Health is, therefore, a resource for everyday life and not the objective of living.

Literally, health promotion is the act of furthering the growth or development of

health. It is the science and art of helping people change their lifestyle to move toward a state of optimal health. Health Promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health. Its strategies can develop and change life styles, have an impact on the social, economic and environmental conditions that determine health. Research and case studies from around the world provide convincing evidence that health promotion is an effective and practical approach to achieve greater equity in health. The investment in Health Promotion is an investment in human capital.

Since the early 1980s, health promotion has become ever more prominent. It has been high lighted in the Health Service reforms, it is considered as an essential aspect of the work of all health care professionals, and it has achieved recognition as an increasingly important dimension of public policy. The tremendous progress registered by health promotion during the last decade has been shown to be limited in the economically developed countries, progress towards establishing it in the developing countries has still been slow. Because of effective and low cost health-enhancing strategies, health promotion actions deserve to contribute establishing health in both developing and developed countries with equal potentiality.

In the following discussions, attempts will be made to explain as how health promotion concept could produce better health especially better primary health care in developing countries.

Primary Health Care:

Very few causes engender more worldwide attention and appeal than the issue of health in developing countries. The existing gross inequality in the health status of the people between developed and developing countries is politically, socially and economically unacceptable and is therefore of common concern to all countries. Governments in developing countries have a responsibility for the health of their people and a main social target of the Governments should be the attainment of a level of health that will permit people to lead a socially and economically productive life. Primary health care is the key to attaining this target as part of development in the spirit of social justice.

Primary health care which is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology, forms an integral part both of the country's health system and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process. The international Conference on Primary Health Care calls for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care throughout the world and particularly in developing countries. It urges Government, WHO, UNICEF and the whole world community to support

national and international commitment to primary health care especially in developing countries.

Primary Health Care and Health Promotion:

The attainment of standard level of primary health care can not be achieved just by traditional curative services. Coordination of multiple factors is genuinely essential to realize the goal of primary health care. The factors are:

1. Supportive environment
2. Personal skills
3. Community participation
4. Political Commitment
5. Reorientation of Health Services

1. Supportive environment:

The inextricable links between people and their environment constitutes the basis for socio-ecological approach to health. Remarkably, the efforts of the health sector focus on facilities for treatment of the sick: many opportunities to improve health through control of environmental and other hazards are overlooked. Health sector deals with the diseases and injuries caused by unhealthy living conditions, while lacking a significant capacity to change them. In fact, health can be improved by modification of the physical environment. The home, the school, the village, the workplace, the city are the places where people live and work. The health status is often determined more by the conditions in these settings than by the provision of health care facilities. Health promotion actions attempt to raise health standards through improved living conditions. The WHO Healthy City Program is an outstanding example of Health Promotion. Additionally, changing patterns of life, work and leisure have a significant impact on health. Work and leisure should be a source of health for people. The way society organizes work should help create a healthy society. Health promotion generates living and working conditions that are safe, stimulating, satisfying and enjoyable.

2. Personal Skills:

People can not achieve their fullest health potential unless they are able to take control of those things, which determine their health. This must apply equally to women and men. Enabling people to learn throughout life, to prepare themselves for all of its stages and to cope with chronic illness and injuries is essential to ensure sustained health. Health promotion supports personal and social development through providing information, education for health, and enhancing life skills. It coordinates the educational, professional, commercial and voluntary bodies for this purpose.

By so doing, it increases the options available to people to exercise more control over their own health and over environments, and to make choices conducive to health.

3. Community participation:

There is now widespread recognition that participatory development-involving users

and communities in all stages of the development process is critical for achieving sustained benefits. Primary health care is no exception in any way with respect to this strategy.

The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health. They should be at the center for decision making process for them to be effective. Health care strategies and programs should be adapted to the local needs and possibilities of individual communities and regions to take into account differing social, cultural and economic systems. Health promotion is carried out by and with people, not on or to people. People are at the center of health promotion actions. Health promotion works through concrete and effective community action in setting priorities, making decisions, planning strategies and implementing them to achieve better health. At the heart of this process is the empowerment of communities-their ownership and control of their won endeavors and destinies.

4. Political commitment:

Government has to formulate national policies, strategies and plans of action to launch and sustain primary health care as part of a comprehensive national health system and in coordination of other sectors. To this end, it will be necessary to exercise political will, to mobilize the country's resources and to use available external resources rationally.

Health promotion goes beyond health care. It puts health on the agenda of policy makers in all sectors and at all levels, directing them to be aware of the health consequences of their decisions and to accept their responsibilities for health. Health promotion demands coordinated action by all concerned: by governments, by health and other social and economic sectors, by nongovernmental and voluntary organizations, by local authorities and by media. Health promotion deals with resource allocation, legislation, policy, information and advocacy (among other things), all of which are very potent in terms of health development politics. Political, economic, social, cultural, environmental, behavioral and biological factors can all favor health or be harmful to it. Health Promotion action aims at making these conditions favorable through advocacy for health.

It attracts practitioners from a wide range of backgrounds. The possibility of flooding the arena of health development with the entry of health promotion is therefore real.

5. Reorientation of Health services:

The changing burden of diseases, the great proportion of young population and the increasing longevity in the developing countries make it necessary to identify life-long health-enhancing strategies that are safe, effective and low-cost. To address emerging threats to health, the role of the health sector must move increasingly in a health promotion direction, beyond its responsibility for providing clinical and

curative services. In order to reach the goal of Primary Health Care for all, there is clear need to break through traditional boundaries within governmental sectors, and of cooperation between governmental and nongovernmental organizations, and between the public and private sectors. Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love. Health is created by caring for oneself and others, by being able to take decisions and have control over one's life circumstances, and by ensuring that the society one lives in creates conditions that allow the attainment of healthy by all its members.

Caring, empowerment and ecology are essential issues in developing strategies for health promotion which eventually result in the attainment of primary Health care.

Obstacles to health promotion and their suggested solutions:

The agenda of health promotion in developing countries was first put in Ottawa Charter for Health Promotion developed by WHO in the First International Conference on Health Promotion in 1986, Canada. However, since then, progress to establish health promotion in developing countries as an approach to health development has still been slow. By far the most critical obstacle in the development of health promotion in developing countries, especially Asia, maybe termed as professional competition. In most such developing countries, well-established disciplines such as public health, medicine and nursing are in stiff competition over control of the health development process. Each of the listed cadres seeks to occupy the top niches in the planning and administration of health development programs. The entry of health promotion is viewed as making the competition stiffer and thereby raising the stakes. The practitioners who have already entrenched themselves in the health development hierarchy do not wish to welcome another potential competitor into the arena. Another obstacle facing health promotion in developing countries is its relative newness as a discipline. Its theoretical bases and implementation strategies are not well understood by most planners and policy makers in the health sector. Because of this lack of understanding, health promotion is equated to public health or health education, both of which are better established. Even in some academic institutions, health promotion is dismissed as mere advertising or Marketing. Such misperceptions reduce the level of support and funding for the discipline. There is a third impediment to health promotion in developing countries which is as important as the two already discussed. This impediment relates to the lack of a sizeable pool of professional practitioners in the discipline. In most of Asia, it is only recently that a few health and social scientists have taken an interest in health promotion, most of such enthusiasm is have received short-term training in developed countries where the discipline is more established. On coming back, such enthusiasts have to face opposition from the conventional disciplines as indicated above. In any case, most of the skills in health promotion acquired in the developed countries are not, in many cases, directly applicable to the circumstances in the developing countries. In fact, even most of the publications on

the discipline relate more to the conditions in the developed countries. There are cases where health promotion has been dismissed as a luxury which only the richer countries can afford. Needs such as drugs and food for patients are cited as being more urgent than health promotion. All this occurs contrary to the generally accepted thinking that promotion (e.g. prevention) is cheaper than cure. Another obstacle to health promotion stems from the relatively long time it takes to realize the impact of interventions. It is not easy, therefore, to convince planners and community leaders to divert resources since they are told by professionals that results from health promotion interventions may take several years to achieve. Curative services tend to be more appealing because their impact can be seen soon after an intervention.

In spite of the existed obstacles, health promotion is definitely to stay in developing countries to establish real health development. There is need for a number of actions to be undertaken in order to propel the discipline fully fledged into the 21st century. The problem of professional competition may never be eliminated completely, since such competition exists among other disciplines, for example, between health education and public health. What needs to be done is a professionalisation of health promotion practice to a point where its practitioners can interact, compete and collaborate with other health professionals on an equal footing. There is need for university and college courses geared towards health promotion in developing countries. There is also need for advocacy in support of health promotion at all levels. This includes action by the International Union of Health Promotion and Education (IUHPE) through its conferences and publications. As we move towards the 21st century, there is need for alliances and networks to be built between developed and developing countries in the health promotion arena.

Conclusions:

In conclusion, it may be argued that health promotion has an in-built survival kit, since it deals with not only disease prevention, but also the changing or promotion of conditions within which health can thrive. Health promotion seeks to promote conditions supportive of health improvement and for this reason, both the developed and developing countries must co-operate to ensure that the discipline is well established in the latter countries. The problems listed in the forgoing can only be solved if there is concerted action between the North and South and the West and the East. Such action should occur at the professional, political and academic levels. All countries should cooperate in a spirit of partnership and service to ensure Health Promotion in developing countries since the attainment of health by people in any one country directly concerns and benefits every other country.

地域づくり型保健活動の途上国での展開可能性

松田正己 (静岡県立大学看護学部)

1. 前提条件

SOJO-Model は、他のマネジメント手法

(図参照) と同様に、保健・医療に関わる諸技術の、統合的な手法である。

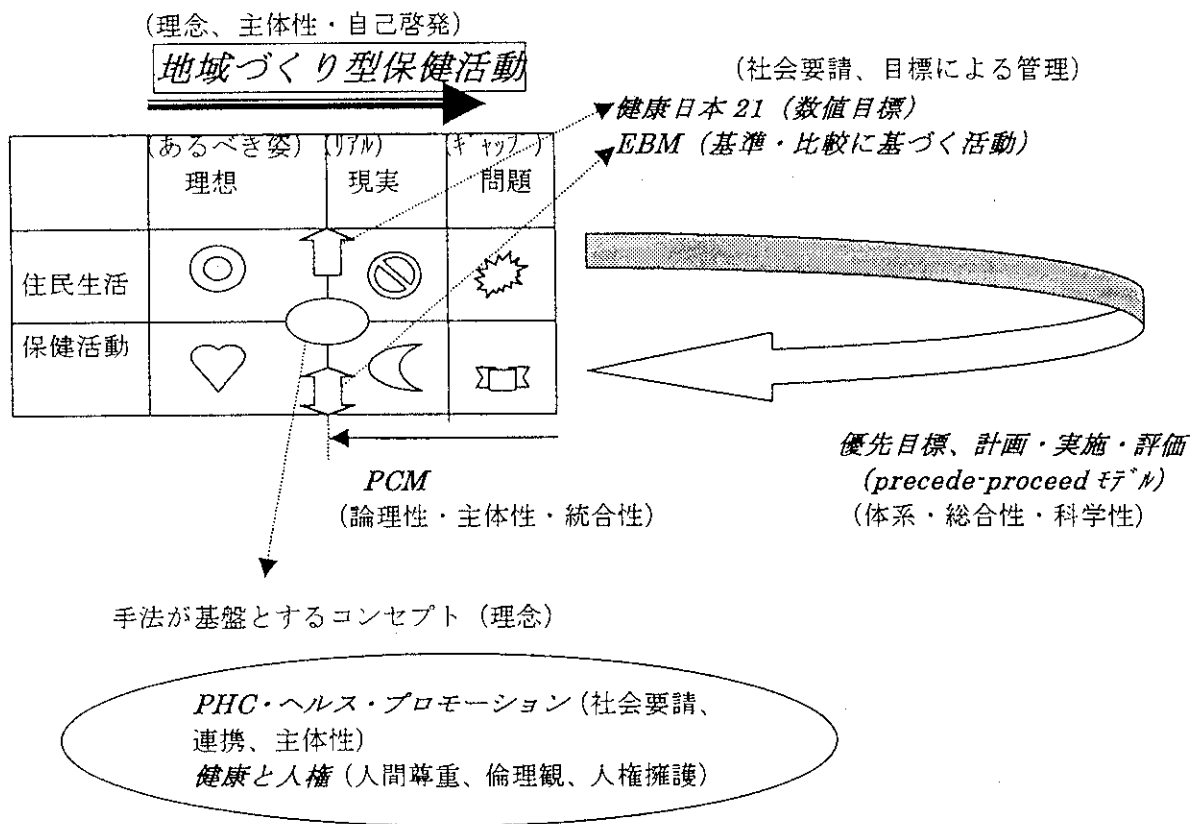


図 統合的な保健・医療のマネジメント手法における地域づくり型保健活動の位置 (松田)

このため、統合の前提として、幾つかの条件がある。

1) 住民の生活がある程度安定し、健康に関して、住民が積極的に関与できる状況にある。例えば、戦争状態にあたり、極端な食糧不足の状態では、各人の生存が優先され、集団としての相互扶助が、発動しがたい。

2) 近代的な保健活動がある程度歴史を有し、諸技術が教育され、実践されていること。国によっては、概念的・理論的な教育にとどまり、基本的な医療器具の消毒、カルテの記載、住民参加等がほとんど実施されていないところもある。このような国で

は、まず、基本的な技術の習得や、住民組織の育成が優先される。

2. 発展段階別の展開可能性

以上のような前提条件を考慮に入れ、具体的に、SOJO-Model を途上国で展開するための条件を、発展段階別に3つに分け、述べよう。なお、ここで取り上げた国は、いずれもこれまでに、我が国の国際保健協力が実施された実績を有する国である。

1) イエメン (最貧途上国)

SOJO-Model の手順の初めにある、地域状況の把握 (地理的・文化人類的) が極めて困難である。部族の対立があり、自由に地域内を調査すること

は許されない。従って、まず、初めの段階で、手順に時間が掛かる。このような困難さは、SOJO-Model のみならず、他の手法も同様である。このため、欧米のプロジェクトでは、活動のかなりの部分がこの準備に割かれ、実質的な活動が少ないという批判が強い。しかし、この段階を簡略化すると、いかに良い活動を展開しても、事後の評価が困難となる。このようなジレンマに陥る。

また、住民組織等も未発達のため、どのような手法も困難である。但し、従来、困難とされていた結核対策等でDOTSが投入され、パイロット的に小地域なら活動が可能であるとの報告もある。このような、地域状況がある程度把握されている地域においては、SOJO-Model の次の段階に進めることが可能である。活動方針検討期では、基本的な機材の供給や、通信方法の確保等が大きな課題となる。ツスティクスの面からSOJO-Modelを検討する必要性がある。

2) ホンデュラス (中程度途上国)

準備期、活動方針検討期とも実施可能。地域の状況は、まとまてはいないが、ある程度把握可能。また、理論的に、あるべき姿を論ずることは比較的容易。但し、条件充足のための行動方法の検討で、具体的に考えることが困難と予想される。行動方法も理想的に考える傾向にあり、現実との遊離が心配される。その後の段階も、現実的な選択が可能となる範囲を明確に設定しておく必要がある。

住民組織もあり、SOJO-Model は実施可能である。但し、その全国展

開には、交通や通信の問題から困難が予想される。従って、小・中地域であれば可能可能である。政治的に不安定な地域であり、短期決戦型が望まれる。

3) タイ (先進途上国)

準備期、活動方針検討期、新たな行動展開等、いずれも可能。但し、行動が開始された後の、継続性に、難がある。2-3年間は、継続しても、それ以上の継続性のためには、行政の経常予算の中に組み入れられる等の、公的な認知が必要である。

あらゆる住民組織の経験あり、SOJO-Model は全国展開も可能である。但し、未だ警察組織も強固であり、上層部との関係づくりが不可欠である。NGO等の先進的な実験活動としては、どこの地域でも実施可能である。

3. 途上国での展開を支援する人材育成

SOJO-Model を途上国で展開するには、その核となる人材育成について、以下のような方策が必要とされる。

1) 途上国を対象とした教育プログラムの必要性

先進諸国のように、SOJO-Model の教育・研修を組織だてで行うことが効果的である。

1ヶ月程度の上級コース、3ヶ月程度の初級コース、1年間の研究者コースなど、プログラム化が必要とされる。

2) 日本人を対象とした指導者の育成

SOJO-Model 及び、途上国の状況を交差できる人材を、リサーチ・レジデントの制度を通じて、少数精鋭で育成すると共に、集団教育で大規模展開する事も、場合によっては必要となる。