

プロジェクト

プラン策定委員会

山本 晃嗣（市健康増進課課長）
 周藤 努（市健康増進課係長）
 浜村 陽子（市健康増進課係長・保健婦）
 佐野美紀子（市健康増進課主任保健婦）
 四方田悦子（市健康増進課保健婦）
 江角多鶴子（市健康増進課保健婦）
 石川智恵子（市健康増進課保健婦）
 山本 好美（市健康増進課保健婦）
 塩飽 邦憲（島根医科大学助教授）

プラン策定拡大委員会

山根 洋右（島根医科大学教授）
 塩飽 邦憲（島根医科大学助教授）
 福島 哲仁（島根医科大学講師）
 斎藤 茂子（島根県立総合看護学院教務主任）
 成相 房枝（出雲健康福祉センター保健婦）
 渡部 英二（市市民福祉部長）
 山本 晃嗣（市健康増進課課長）
 周藤 努（市健康増進課係長）
 浜村 陽子（市健康増進課係長・保健婦）
 佐野美紀子（市健康増進課主任保健婦）
 四方田悦子（市健康増進課保健婦）
 江角多鶴子（市健康増進課保健婦）
 石川智恵子（市健康増進課保健婦）
 山本 好美（市健康増進課保健婦）

※出雲市高齢者保健福祉計画専門助言者会議でプロジェクト報告と助言を受けた。

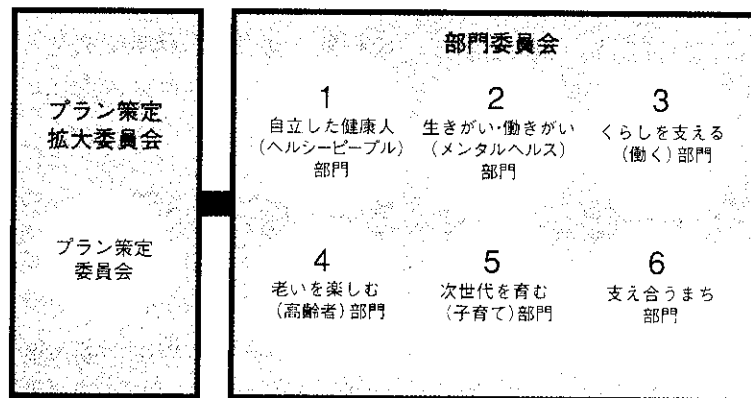


図36 健康文化都市・いずもプロジェクト構成

厚生科学研究費補助金 (健康科学総合研究事業)
分担研究報告書

健康文化の展開に有効な共通感覚モデルの研究開発
~新しい健康科学のモデル開発に関する学問的必要性~

分担研究者 丸地信弘 信州大学医学部公衆衛生学教授
(研究協力者 張兵 信州大学医学部公衆衛生学助手)

研究要旨: 今日の健康問題の多くは共生の時代の健康文化(接近)に基づいた主体的な認識、対応そして動的評価が必要なのに、現実には伝染病の時代の医学文化(接近)に基づく客観認識と集団評価に偏重している。

本研究は、上記の学問的な自己矛盾を解消するため、既存の医学接近のパターン認識も生かし、住民参加の健康文化の健全育成に必要な学問体系に必須な共通感覚モデルを開発し<新しい健康科学の創造>を目指した。

その結果、地域対策活動の基本精神として「文化規範」、その健康科学のため WHO の新しい健康の定義を受けた「健康規範」、対策の経過と成果の効果判定に「経済規範」があげられ、この保健対策の動的状態は文化規範を象徴する自己調節モデルが共通基盤になることが判明した。

そして、新しい健康科学の学習理論と対策実践の相補的なモデル化を受け、その事例研究の基本原則と実践応用のための保健政策と保健経済のモデル化も実現した。また、その教育・実践ならびに研究の妥当性も多様な現場で検討し、一連の共通感覚モデルは学際性の高いことも確認した。

本研究で開発した共通感覚モデルは、著者らが十五年前に提案した総合接近の精神を受けた人間科学を中心に社会科学と自然科学も融合する実践理論で活用するもので、この学際的接近の共通基盤となるモデル群は国際的検討も重ねている。しかし、この共通感覚モデルは概して東洋思想が基盤なので、従来の西欧思想に馴染みにくい問題が一部に内在している。

A. 研究目的

今日の健康問題の多くは共生の時代の健康文化(接近)に基づいた主体的な認識、対応そして動的評価が必要になっている。

しかし、現実には過去の伝染病の時代の医学文化(接近)に基づく客體認識と集団評価に偏重しており、学問の理想と現場の実態の間に大きな較差が生れており、発想の転換が広く叫ばれているが、その割に進展がみられていない。

そのため、本研究は上記の学問的な自己矛盾を解消するため、既存の医学接近のパターン認識も生かしながら、住民参加の健康文化の健全育成に必要な学問体系に必須な共通感覚モデルを開発し、<新しい健康科学の創造>を目指すことを目的とする。なお、本研究は「健康文化の街づくり」という現代的な社会要請に見合った研究開発を目指しているが、一般的には文化と科学技術の融合、研修と実践と研究の一体化が必要であり、実際には学際・国際・職際的な検討を通し人類文化に普遍的に共通する「共通感覚モデル」を系統的に研究開発することを意味している。

B. 研究方法

1. 基本となる総合接近の原理

本研究の基盤をなす総合接近は丸

地等が 1986 年に提案した人間性回復を目指した学問原理である(1)。その特徴は Two-in-One あるいは陰陽でワンセットにとらえて問題解決を目指し、多様化の中の一体化を意味し、この学問原理は共生の時代の健康文化を論じるのに相応しい発想である。

2. 地域対策の問題解決は文化規範が社会原則

文化規範は、温故知新、二人三脚、三位一体、四本の柱の四項目で構成されており、その象徴として自己調節モデル(図3参照)がある。

この基礎概念は、著者らの研究グループの魏寧が 1996 年に上海医科大学での総合接近に関する討論で確信したことに始まり(2)、その後の学際的検討で自己調節モデルに集約した。

文化規範は東洋と西洋の思想を結合し、社会の問題解決を人間中心の精神で貫き、その支援環境にも配慮して、共生の自律性を重視している。

3. 科学技術の理念となる健康規範と経済規範

従来、健康の理念は五十年前に WHO が提唱した健康の定義(3)に従っているが、これは相手を対象視した医学接近の客體姿勢に傾斜している。

現代社会の健康問題への科学には共生の時代の住民参加を主体にした新しい健康の理念が必要であり、わ

れわれは「健康規範」として身体的・精神的・社会的・全霊的幸せの動的状態に注目した提案を1999年に行った(4)。この理念はWHOが1998年に素案を提案した新しい健康の定義(5)に基づいており、HFA/2000のような共通の願いをspiritual well-beingとして重視しているのが特徴である。

上記の健康規範と相補関係になる技術理念として、われわれは問題(疾病)・個人・集団・連携(組織)からなる「経済規範」を1999年末に提案した(6)。これは共生の時代の住民参加の対策活動の意義・効率・効果を総合化する理念で、連携(組織)は全霊的な総合接近の発想を重視している。

4. 共通感覚モデルの理論開発に向けた場面設定

本研究で用いる共通感覚モデルの多くの理論開発はわれわれの永年の国際・学際的な検討で定式化した。しかし、それを本研究の健康文化の街づくりに有益な新しい健康科学の体系化の中で適正に位置付ける検討は1999-2000年にわたり展開された下記の内外での教育研修の場面を通し、試行錯誤の中で行われた。

(a) 1999年3月にタイで実施したエイズ予防対策を素材にした総合接近セミナー(7): 医学、保健医療、看護の専門家を対象に実施した。

- (b) 1999年度に本学で一年間にわたり実施された公衆衛生学講義、並びに弘前大学医学部・富山医科薬科大学・島根医科大学・福岡大学医学部における類似の特別講義で医学生との討論を通して検討した。
- (c) 1999年7月にやどかりの里で実施した保健福祉専門家らと共生の街づくりに関する総合接近セミナー(8)を三日間開催した経験から検討した。
- (d) 1999年10-11月に大分と東京で開催された公衆衛生学会(9)、健康福祉政策学会(10)への健康規範と経済規範に関する発表と討論を通して検討した。
- (e) 1999年10-12月にかけて開催された松本市中央公民館で実施した地域福祉の街づくりに関する6回の公開講座発表と討論を通し、一般市民が共通感覚モデルにどう反応するか検討した。
- (f) 2000年1月、タイから地域看護と臨床看護の専念家を松本に招き、二月に現地開催するエイズ予防対策に関する総合接近のワークショップのテキスト作成(11)を行った。これは特に専門家が既述の総合接近の原則・理念などにどう反応するのか検討する機会になった。
- (g) 2000年2月に四日間の上記ワークショップを保健医療と看護

の専門家に実施し、それを通して共通感覚モデルの学問的適用を検討した。ここでは特に質の管理(QM)と Evidence-based medicine(EBM) (12)の関連を自律的な保健監視の観点で検討した。その後、バングラディシュのダッカで医学部教官に類似の観点から二日間の総合医学セミナーを開催し、主題に関する検討を行った。

5. 温故知新の<新しい健康科学>の概念枠組の実際

上記の内外における一連の検討を通し、健康文化の街づくりに指向する<新しい健康科学>の研修理論と対策実践、そして事例研究の方針と指針と指標は表 1 のよう表せることが判明した(13)。

すなわち、従来の医学接近の発想の温故知新に始まる発想の転換(価値転換)により、新しい健康科学の研修理論と実践展開が二人三脚であらわせ、その事例研究の方針と指針と指標も三位一体に意識でき、これは表 1 の真ん中の十字部分をなしている。

十字部分を支えるのが上記の従来の医学接近の四本の柱であり、これは表 1 の四隅で支援環境として位置付けられる。すなわち、医学接近は WHO の従来の健康の定義に従っており、予防医学の理論は患者の身体的幸せ、医学疫学の実践は住民集団の精神的幸せ、医学教育は専門家自身の社会的幸せを目指していると理解するとよい。そのため、ここでは住民参加による全霊的幸せは意識下に葬り去られている。

表 1. 医学接近と健康接近の関係枠組

	知識	態度	実践
認識	従来の健康の定義	動的状態(仮説)	医学教育
実施	理論(山を登る)	新しい健康科学	実践(山を下る)
評価	予防医学	事例研究(検証)	医学疫学

C. 研究結果

本研究は前記の現場検討に基づいた<新しい健康科学>の研究開発を具体的に目指すので、そこで共通感覚モデルをどのような生かすか研究結果を以下に述べる。

1. 地域医療の医学接近の再確認

公衆衛生の分野では、従来から予防医学の理論と医学疫学の方法(実践)はよく知られている。

ところが、最近では予防医学の一次、二次、三次予防という言葉だけが生き残り、その原典である 1953 年にレベルとクラークが提案した図 1 の予防医学理論(13)のパターン認識は教科書に見られなくなり、この傾向は内外で認められるところである。

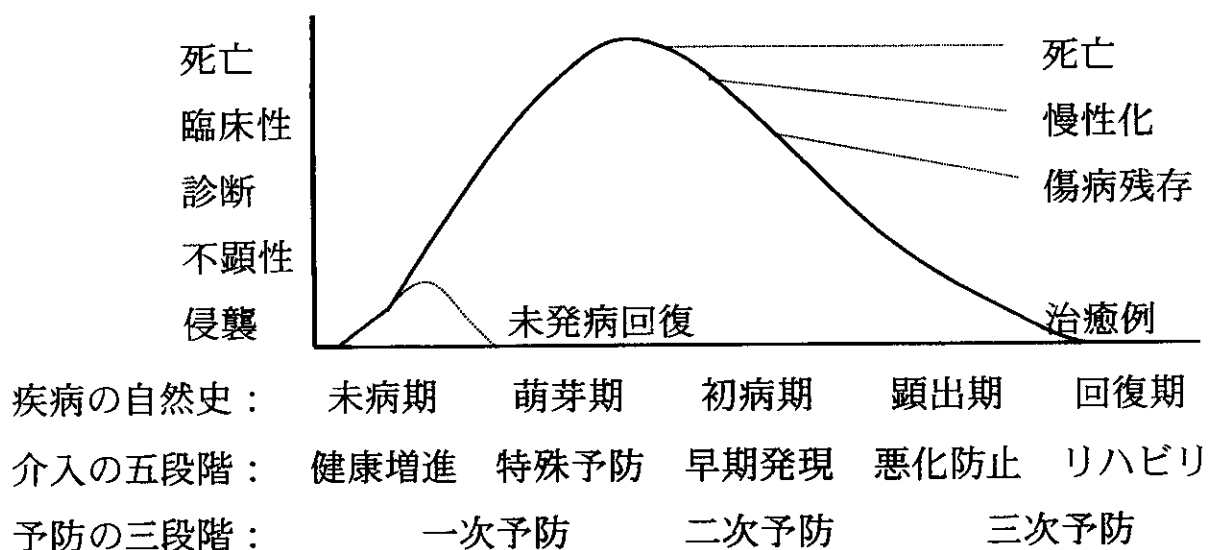
本来、この予防医学の理論と医学疫学の方法は個人と集団に関する表裏関係にあるが、従来の分析医学的発想では切り離して論じられやすい。

その点、総合接近の自律性を象徴する自己調節モデル(図 4 参照)が念頭があれば、予防医学が二人三脚、医学疫学が支援環境に納まる。

こうした新しい健康科学の基礎知識があれば、文化規範の観点から光を当てることができ、従来の健康の定義の限界を理解することができた。

著者らは上記の個々については既に意識していたが、これらを表 1 のもとで位置付けできたのは前記のタイの看護大学の専門家を招きテキスト編集作業をした 2000 年 1 月である。

図 1. 予防医学の基本理論



2. 新しい健康科学の学習理論

疫学から保健管理、そしてPHC(primary health care)や健康増進に関心を拡げていた丸地が全霊的幸せへの思いを科学する総合接近を開発したのは1986年である。

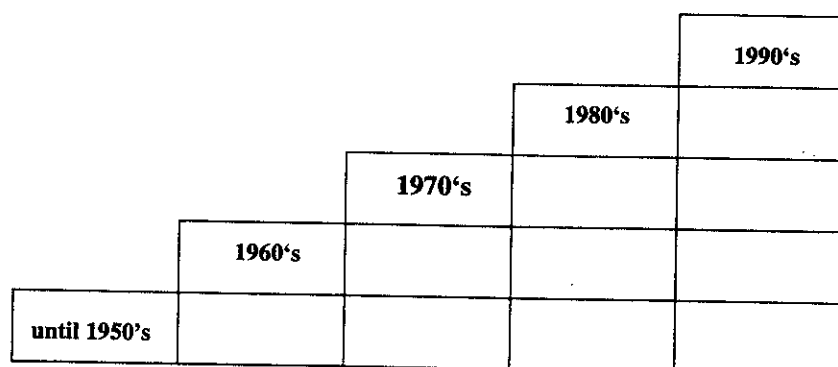
その後、教育の場を東京から信州に1988年に移した丸地が環境保全の学際的接近に引き付けられ、分野を越えた人間主体の共通基盤を提示する必要性に迫られた。

そのとき、雑誌に提案したのが図2の原型であった。それは編集部からの要請であり、学者や学生から感覚的に面白いという反応をうけたが、ときおり講義などで用いたものの、最近まで有効に生かしていなかった。

図2のパターン認識は図1の予防医学に習ったことは言うまでもないが、これを新しい健康科学の学習理論として、健康規範と三つの科学と結び付けたのは前記のテキスト編集の際であり、温故知新を確実にしていない自己反省の契機になっている。

なお、「健康規範」を策定した契機は1999年3月にWHOの新しい健康の定義の試案が国内的に提示されたことに始まる。その後の国内論議を整理する作業を医学教育と保健福祉教育の場で重ねて、spiritual well-beingこそ総合接近の精神であり、その定義で言う動的状態こそ自己調節モデルで表現できたことで、健康規範を新しい健康科学の理念と踏み切った。

図2. 新しい健康科学の学習理論



健康進展の学習史: 疾病対策 健康維持 PHC 健康増進 HFA/2000

健康概念の科学過程: 身体的幸せ 精神的幸せ 社会的幸せ 全霊的幸せ 保健規範

共通価値の三段階
 医学モデル (自然科学) 保健モデル (社会科学) 福祉モデル (人間科学)

(N.Maruchi, 000124)

3. 新しい健康科学の対策展開方法

図3の実践的認識の母型は数年前から住民参加の組織対策活動の動態を表すものとして用いられてきた。

この図式は入れ子型であり、前記の図2と時空一体となる特性がある。換言すると、図2は登山に例え、図3は下山に例えると分かりやすく、後者の入れ子は問題解決まで対策が自律的に展開されることを意味するが、従来の分析医学の発想ではこのような自律性の動的状態を表せない。

西暦2000年までに全ての人々が健康に(HFA/2000)という地域ケアは相互、自己、専門、病院ケアと入れ子関係で成立するのに、現実には専門ならびに病院ケアの専門性が肥大して受け止められやすく、地域や相互そして

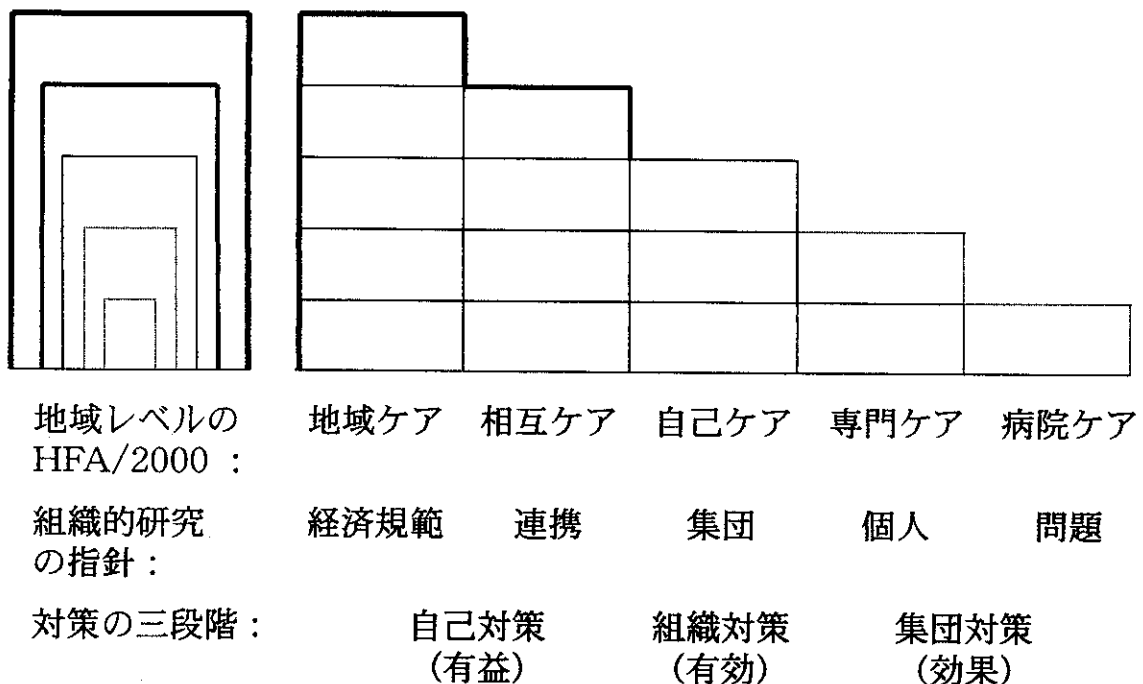
自己ケアなど人々の主体性が軽視されやすいが、この入れ子関係の理解で共通基盤が整いやすくなった。

次に「経済規範」は上記の複合体制を総理解する理念として1999年末に提案された(6)。その契機は、臨床医学は個人の問題、公衆衛生は集団の問題を取り扱うが、この両者を連係する第三の視点こそ全霊的幸せに繋がり、これらの合理的検討の技術理念として経済規範が生れた。

三番目の管理の三段階は後記の事例研究における有益、効率、効果を位置付ける基礎概念である。

なお、図3の母型は最近まで対策活動の質の保証(QA)の基盤と考えていたが、成績4で質の管理(QM)を意識してから、意味付けが変化した。

図3. 新しい健康科学の実践展開



4. 新しい健康科学に基づく事例認識の基礎理解

これまでの理論と実践を事例認識に生かし、その事例研究の方針は図4の自己調節モデルに表現される。

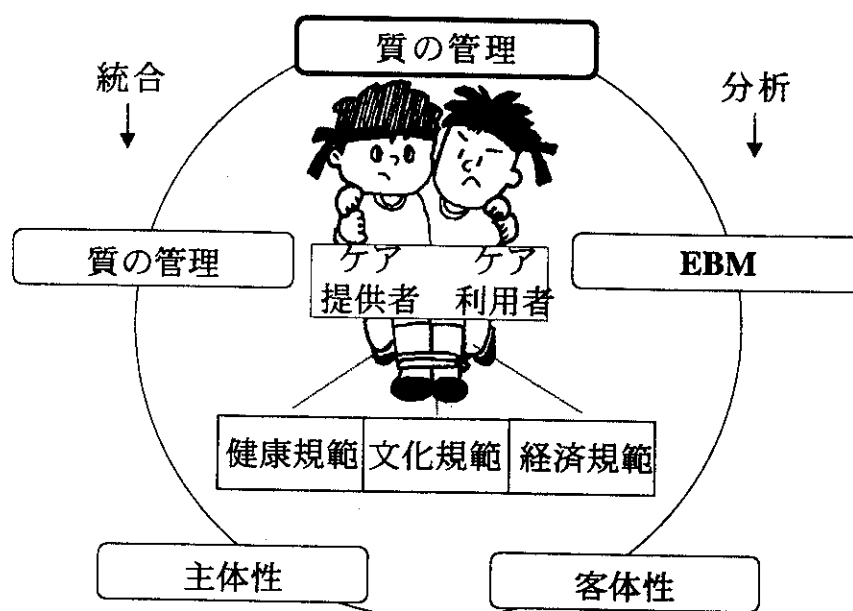
真ん中の二人三脚には前記の図2と図3の構成項目を配置し、この支援環境は自律的な「保健監視」を構成する四項目を配置する。

この場合、統合的観点では ISO (International Organization for Standardization) という主体的な質の管理が必要になり、前記の質の保証はその一部を構成することになる。一方、分析的観点では客体重視の Evidence-based Medicine (EBM) を配置

することが妥当と最近にわかった。なお、これらの契機は前記のタイにおける総合接近のテキスト作成の段階で試行錯誤の末に最近に生れてきた発想である。

この図4と次の図5は時計反対回りの統合(仮説)指向、時計回りの分析(検証)指向が交互に繰り返されことで問題解決が自律的に計られると言う共通感覚モデルである。しかし、前記の図2と図3では狙いがことなり、前者は客体重視から主体重視への自然、社会、人間科学への拡がりを示唆し、図3では地域ケアから病院ケアまでの重層性による自己調節を意識する必要性を示唆している。

図4. 新しい健康科学の動的的理解



(N.Maruchi, 000131)

5. 新しい健康科学の事例接近の研究 方法

上記の検討で新しい健康科学に基づく事例接近の方針は明確になったので、それを受けた指針と指標の関係を図5で研究方法として述べよう。

関係者が共通目標に向けて総合接近するイメージは乗合バスの例えがよい。乗員の思いや立場は様々だが、多様化の中の一体化が必要だから、それを四輪駆動車で表すと人々の共通感覚が得られやすい。

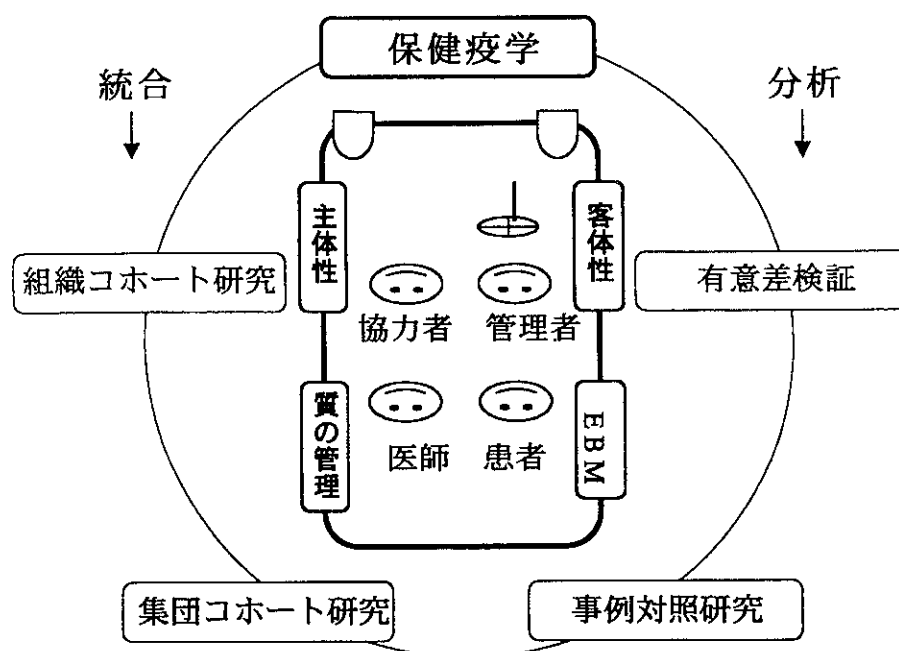
上記の基礎理解は数年前からわれわれの中では定着していたが、前記の自律的な保健監視の定式化により、図5の位置付けが確実になってきた。

そこで、四輪駆動車には基本的に四種類の人達が同乗することになる

。運転手に相当する舵取り役(文化規範を心得た管理者)、助手役はコーディネーターやボランティア、後部座席に専門家と対象住民(患者)が座る。

この四輪駆動車(前輪は主体性と客観性、後輪は質の管理とEBM)は住民参加の地域ケアを指向するので、彼等が参加する対策活動は専門家だけで組織する対策活動より効果が上がると言う仮説が成り立ち、その検証を行う必要がある。従来の専門指向の医学疫学では住民参加の組織活動の効果判定は困難なので、丸地は1986年にそれに見合った予防疫学(現在は保健疫学)を提唱し、これを図5の支援環境に配置している。この場合、時計反対回りで保健疫学による仮説検証を行うことになる。

図5. 事例研究の構造と機能



D. 考察

1. 新しい健康科学の人体イメージによる理解

本研究の基盤となる総合接近には人間性回復の科学技術という学問的姿勢が込められている。これは問題解決を論じる場合、個人中心の発想を根底に置く必要性を説いており、人間関係では図4の二人三脚、地域組織活動では図5の四輪駆動車が共通感覚になることを示している。

事実、本稿の成績、換言すると研究方法で示された表1も人体モデルで図6のよう表すと、その位置関係から新し健康科学の理解に必要な医学接近の役割も記憶できるだろう。

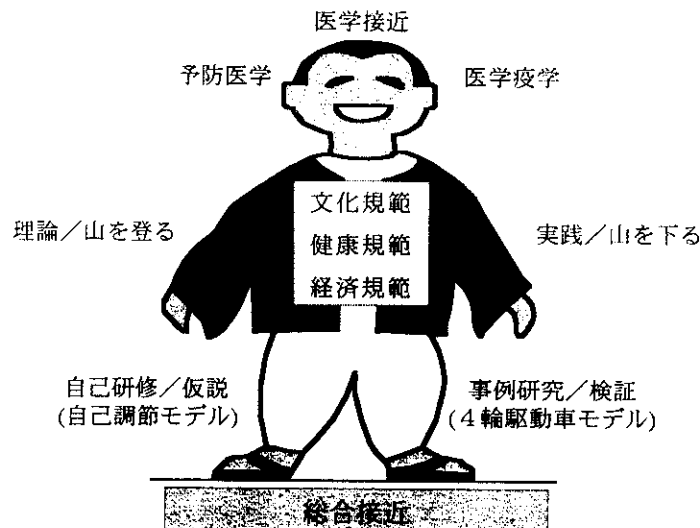
例えば、土台にあたるのは総合接近、そこに立つ人の頭部は医学接近で、予防医学と医学接近は左右の眼球あるいは大脳に相当しよう。そして、心臓をふくむ胴体部分は三つの

規範、両腕は新しい健康科学の学習理論と実践展開、両脚は事例接近の方針と指針/指標に相当するだろう。

ここで、総合接近の原則と理念にあたる三つの規範に言及する必要がある。まず、原則に相当する「文化規範」だが、これは東洋と西洋の思想を折衷して考案されている。ところが、温故知新と二人三脚は漢字文化では共通感覚として常識化しやすいが、西欧系の人々には馴染みが薄く、簡潔な表現もなく、あっても総合接近として不適切な理解になりやすいので、直ちに三位一体や四本の柱に入りやすい。

こうした不都合を取り払うため、われわれは三つの規範の関係をルビック・キューブに例えて説明することを最近に思いついた。このイメージ化はその後の検討に役立つことに貢献しており、次章で詳細に述べる。

図6.新しい健康科学の構成要素
-健康接近(政策)をルビック・キューブとする身体イメージ-



(N.Maruchi, 000126)

2. ルビック・キューブを操る人を意識する

ルビック・キューブは世界的に知られた遊具で、表面の六色を揃えるには七段階があるというのは隠れた事実である。ここで忘れないことは、プレイヤーが両手を使って謎解きすることである。プレイヤーが図 6 を心得ていれば、従来の医学接近から新しい健康科学による謎解き(価値転換による問題解決)が巧みにできる。

そこで、本研究を展望してみると、全体で三つの 3x3 の枠組(研究方法の表 1、後記の図 8 の真ん中部分、表 2)が隠されていることに最近に気づき、それらを上記のルビック・キューブと結び付け図 7 に集約してみた。この場合、外側の球は図 6 のプレイヤーを意味している。

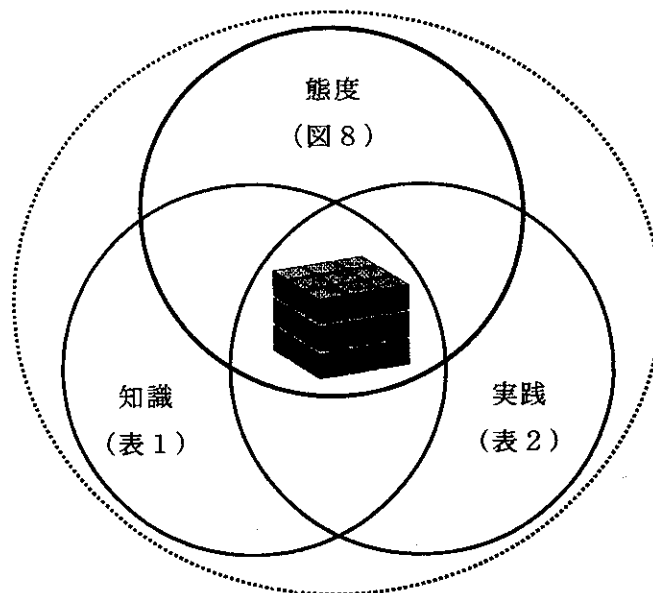
なお、上記の三つの 3x3 の枠組はルビック・キューブの上下の表面と

真ん中に隠れた部分と意識するとよく、何れも両方向の矢印が記されているのは両手を動かすことに相当している。

図 7 の三つ輪は日常生活や学問の世界で好んで用いられる共通感覚モデルである。この三位一体の発想は具体的な話し合いの要約として提示すると参加者の共感を得やすいが、唐突に提示したらその場では受け入れられたとしても、他の関係者が後に活用することは極めて稀と言う経験をわれわれは多く持っている。

本稿で用いている多くの共通感覚モデルは、WHO の新しい健康の定義に登場してくる”spiritual well-being”と”dynamic state”を兼ね備えた特性を有している。従って、これは従来の自然科学を基盤に置いた客観重視の医学接近では切り捨てられてきた感性的な部分である。

図 7. 問題解決を目指すルビック・キューブとプレイヤーの関係



3. 新しい健康科学の構造と機能

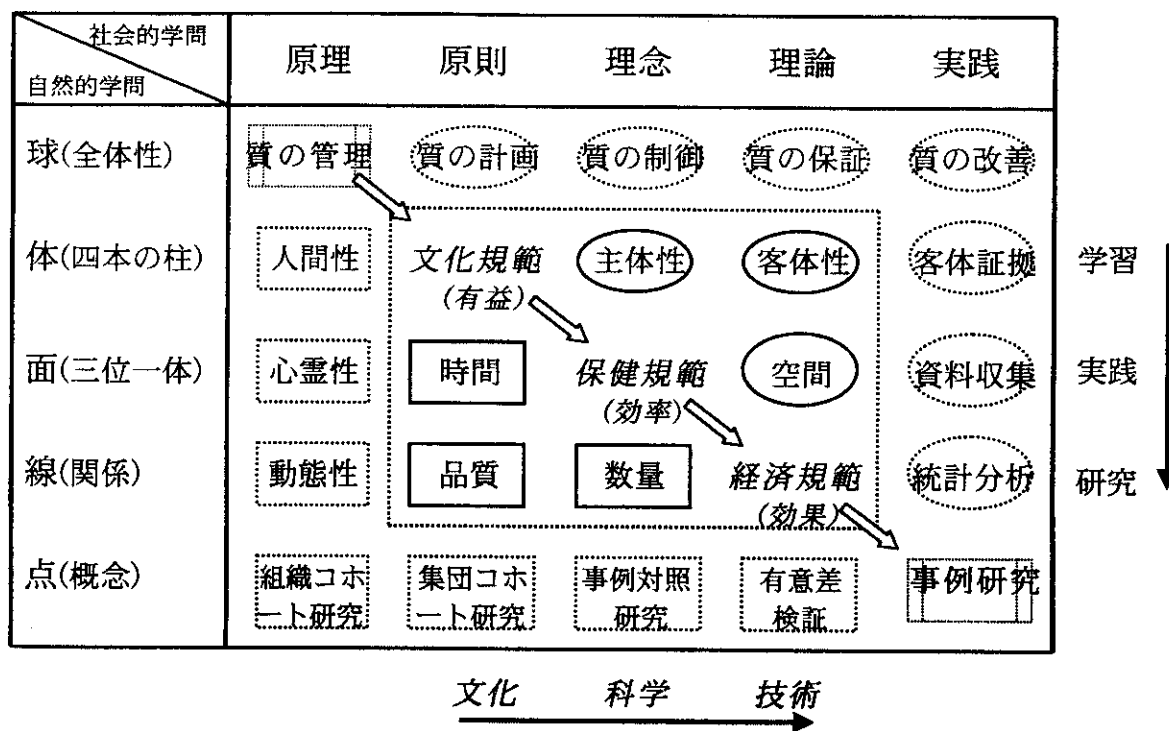
本稿の方法と結果の部分を集約すると図 8 のよう表せる。このイメージはタイでの今年の総合接近のワークショップのテキスト(10)編集過程に描きはじめ、本稿の作成過程で部分修正して整合性を計っている。それ故、図 8 は多くのキーワードで埋まっているが、新しい健康科学の構造と機能の理解に役立つであろう。

総合接近は基本的に原理から実際までの五段階があり、同時に球から立体、面、線、点へと下りる認識形態をとると本稿の趣旨が理解しやすいと言う経験から、試行錯誤の検討の末に図 8 が整った経緯がある。

本研究では、図 8 の真ん中の 3x3 の部分を研究方法で触れ、結果の部分もそこから周辺部分に及んでいる。しかし、従来の医学接近は図 8 の右下から真ん中部分に向いているが、保健医療の実践は左上から真ん中部分に向いているのに、そのような科学的検討は殆ど成されていない。

なお、図 8 のイメージが具体化する過程で、丸地は総合接近を提案する直前の 1985 年に類似の総合科学モデル(14)を発表した事実に気付いた。その場合、125 個のキーワードを揃えることで総合科学的接近が成り立つと述べており、図 8 のように左上から右下への傾斜構造であった。

図 8. 新しい健康科学の構造と機能



(N.Maruchi, 000201)

4. 共生の時代の保健政策の姿勢

本稿の結果 4 は新しい健康科学に基づいた事例接近の方針であり、共生の時代の保健政策を意味している。

しかし、それだけでは具体的なイメージが湧かないので、保健監視を構成している質の管理と EBM の構成要素に注目し、共生の時代の保健政策の姿勢として表 2 のよう再編した。

この表 2 の特徴は自然科学と社会科学を折衷する人間科学を主軸に質の管理と EBM の構成要素を捉えていることである。

共生の時代の保健対策は自律的な保健監視を重視した対策活動にあるから、それに応えるためには ISO の観点から質の管理の知識が必要になる。その点、著者らはこれまで質の管理の重要な部分をしめる「質の保

証」に注目し、その評価方法として保健疫学を捉えていた。

しかし、昨年タイでの総合接近のセミナー(7)に際し、共催のタイ公衆衛生省の保健人材開発研究所から EBM を加味することを要請された。そして今年の場合もさらに強い要請を受けたことから、丹念に検討を重ねたところ、表 2 の質の管理と EBM の関係で自律的な保健監視に注目する保健政策が必要だという結論に達した。

このことから、われわれは予防から共生の時代の保健対策では主客・時空・質量一体が総合化されることが大切としてきた理由を適確に表せた。これにより、哲学概念にとどまっていた事柄が現実味をもって保健政策に生かせるようになった。

表2. 三つの科学を基盤とする保健監視に向けた健康政策の構造と機能

		社会科学(統合的接近)		
		主体	時間	品質
自然科学 (分析的接近)	客体	一体化 (検討対象)	質の制御	質の保証
	空間	客体証拠	一体化 (質の管理)	質の改善
	数量	資料収集	統計分析	一体化 (質の計画)

注：社会科学と自然科学の部分は地域接近の質の管理に基づき内部と外部の質の保証に関係している。

5. 共生の時代の保健経済の考え方

成績の最後に述べた図 5 は新しい健康科学の発想に基づいた事例接近の指針/指標で、前記の保健政策を受けた保健経済の指針と指標といえる。

しかし、この図式だけでは共生の時代の保健経済を確実に理解するのは困難かも知れないので、それを図 9 のように変換してみた。このイメージは「逆さ富士」に似ており、水平面は総合接近による新しい健康科学である。

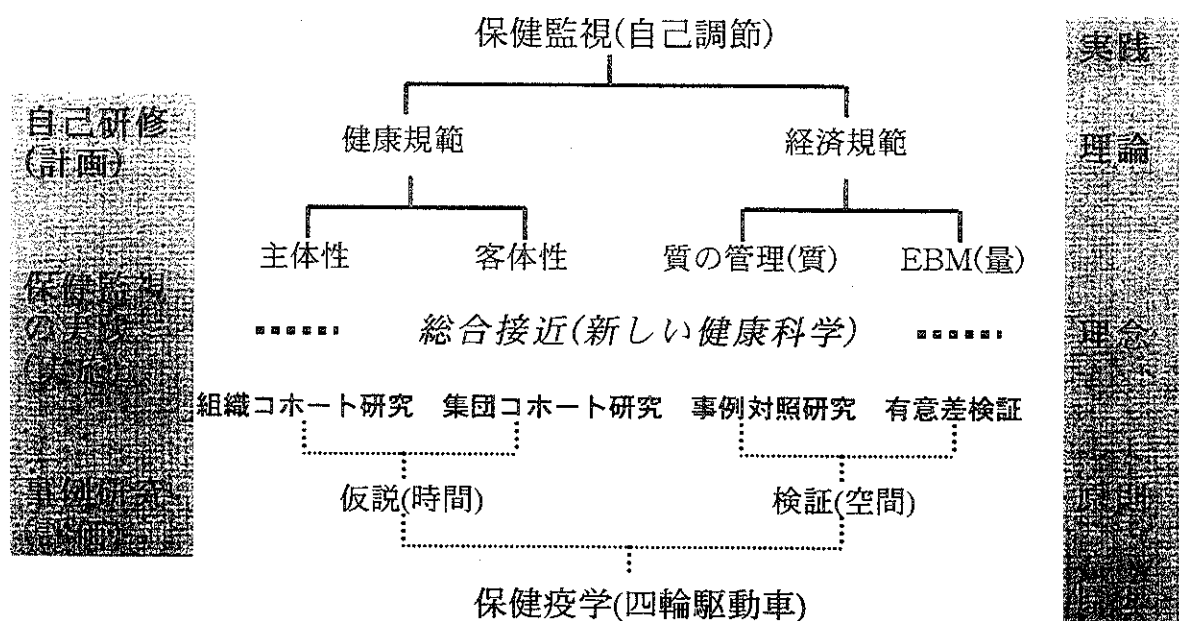
実像の富士山は四輪駆動車を保健監視を頂点に図 4 の保健政策を受けて表し、前後の車軸にあたる健康規範と経済規範が意識しやすい。

それに対し、富士五湖か駿河湾に写し出された逆さ富士は保健疫学の発想に従い検討事例の動的状態を仮説検証する構造と機能を表している。これは前記の図 8 の右下の質量一体による効果判定を意味している。

ここで改めて強調すべきことは、共生の時代の保健対策は自律的な保健監視を念頭においているので、繰り返される対策活動の動的状態の総合評価を意味することである。

その意味で、図 9 の逆さ富士は静的状態が美しいだけでなく、その光景を見ている人々の研修と研究の弛まぬ動的状態をむしろ重視すべきことを示唆している。

図 9. 保健監視と保健疫学の相補性
～保健経済の逆さ富士のイメージ～



(N.Maruchi, 000129)

E. 結論

1. 健康文化の時代の科学モデルの基本は、人間中心の問題解決の原則をあらわす「文化規範」であり、これは自己調節モデルに象徴される。
2. 従来の医学文化(接近)は既存のWHOの健康の定義に基づいて、予防医学の理論(身体的)、医学疫学の実際(精神的)これらを学ぶ医学教育(社会的)の三者で構成されている。
3. 共生の時代の健康文化(接近)の研修と研究の科学体系を「新しい健康科学」と総称し、これは四項目から成り立っている。
4. 新しい健康科学の基礎研修の理論は予防医学のパターン認識を受けた五段階のブロックモデルでWHOの新しい健康の定義を要約した「健康規範」を科学理念に時間的理解で表され、実際の枠組は五段の入れ子モデルで「経済規範」を技術理念に表される。この両者は主客一体と時空一体をそれぞれ表している。
5. 新しい健康科学の事例研究の「原則」は文化規範を象徴する自己調節モデル、その応用理論は健康ならびに経済規範を受けた四輪駆動モデルで表される。
6. 前者は保健監視に向けた主体的なQMと客体的なEBMで支援環境が構成され、これが自己調節を特徴とする健康文化の保健政策を特徴づけて

いる。

7. 後者は保健経済を指向し、この支援環境は質量一体の保健疫学で構成されており、これは検討事例の効果判定の方法論をなしている。

文献

1. Nobuhiro Maruchi, Setsu Shimanouchi, Masumi Matsuda. Dialogue with subject matters for total care. Igakushoin Ltd, Tokyo, 1986.
2. Ning Wei, Bing Zhang, Tao Li, Abdul Fattah, Miyuki Yamamoto. Holistic approach for problem improvement in health education: A human centred basis, A case study on AIDS prevention and control at a Chinese Medical School. AI & Soc (AI & Society) 12:263-286,1998.
3. WHO. Constitution of The World Health Organization. New York; 1948.
4. 張兵, 丸地信弘, 仲間秀典, 山本美由紀. 現代の共生ニーズに対応した医学教育の研究開発 公衆衛生学教育の10年間の見直しに基づく見通し 信州大学教育システム研究開発センター紀要 第6巻: 2000 (印刷中) .
5. WHO. A general report on the issues of WHOQOL and spirituality, religiousness and personal beliefs (SRPB), WHO meeting, June 22-24;

- 1998, Geneva, Switzerland.
6. 丸地信弘, 張兵. 新しい WHO の健康定義を健康福祉政策にどう役立てるか ～共生の時代に相応しい保健政策と保健経済の基礎理解～ 第三回日本健康福祉政策学会総会パネル発表, 東京・中野 1999年 11月 27-28日
 7. Nobuhiro Maruchi, Panonis Sirivongs, Bing Zhang, Amonwan Werathummo, Ning Wei. New Horizon on Promotive Medicine in the Era of Living Together ~Evidence-based Approach for Community HIV/TB Studies~, A textbook on Songkhla Seminar, Boromarajachonnani Colloege of Nursing, Songkhla, Thailand, Mar.1-3rd, 1999, The Tenth Edition, Matsumoto, pp1-118, 1999.
 8. 丸地信弘, 張兵. 新しい健康パラダイムの理論と実際 ～福祉と保健医療の連携を目指す住民参加の地域ケアの基礎知識～ 第3回 やどかりの里・人づくりセミナー 大宮・やどかりの里 1999年7月 24-26日 やどかりの里 30周年を活動の転機として共生の街づくりを目指した地域づくり pp1-20, 1999.
 9. 丸地信弘, 張兵, 山本美由紀. 共生の時代の新しい健康パラダイムの研究開発 第一報 新しい健康の定義の学問意義の検討 第58回 日本公衆衛生学会パネル発表, 大分 1999年10月17日. 46(10):252, 1999.
 10. Nobuhiro Maruchi. Holistic Approach on HIV/AIDS Prevention and Control in the Community for the New Millennium~ New Health Sciences in the Era of Living Together ~ The Textbook of Lampang-Shinshu Workshop. The Twelfth Edition. pp1-87, 2000.
 11. 矢野栄二. 医療と保健における評価 -Toward Evidence Based Medicine-. 第3回帝京—ハーバードシンポジウム. Nankodo Co Ltd. 東京. 1999.
 12. Nobuhiro Maruchi, Bing Zhang. Primary prevention of cancer in the era of living together ~ the study needs on “new health sciences” for holistic approach ~ A text for NITC, Nagoya(March 21-22, 2000), January 31, 2000.
 13. Leavell HR, Clark EG. Textbook of preventive medicine. New York: McGraw-Hill; pp1-27, 1953.
 14. 丸地信弘. 保健医療の総合的接近のためへ“第3の自然史”の提案、〈学習体〉の多重構造的自律性の理解. 保健婦雑誌 41:468-481,1985.

F. 研究発表

1.論文発表

1. 丸地信弘. 共生の時代の健康福祉の政策科学と管理技法～保健福祉と医療の連携のための質の保証の進め方～ 第二回日本健康福祉政策学会学術大会会長講演, 松本 1998年11月21-22日 福祉と保健医療の連携を目指して 第二回日本健康福祉政策学会の発表・討論の記録 pp16-26, 1999.
2. 丸地信弘, 張兵. 新しい健康パラダイムの理論と実際 ～福祉と保健医療の連携を目指す住民参加の地域ケアの基礎知識～ 第3回 やどかりの里・人づくりセミナー 大宮・やどかりの里 やどかりの里30周年を活動の転機として共生の街づくりを目指した地域づくりのテキスト pp1-20, 1999.
3. 山本美由紀, 張兵, 丸地信弘. 福祉文化の普遍化に有効な新しい科学モデルの研究開発 ～松本市福祉ビジョンを素材にした健康福祉活動～ Proceedings of the Human Interface Symposium' 99 論文集 pp259-302, 1999
4. Ning Wei, Bing Zhang, Tao Li, Abdul Fattah, Miyuki Yamamoto, Nobuhiro

Maruchi. Holistic approach to health education on AIDS. Chinese Medical Journal 112:169-175, 1999.

5. Nobuhiro Maruchi, Bing Zhang, Pannee Paisarntuksin, Suwattana Kumsuk. Holistic Approach on HIV/AIDS Prevention and Control in the Community for the New Millennium ~ New Health Sciences in the Era of Living Together ~ The Textbook of Lampang-Shinshu Workshop. The Twelfth Edition. Pp1-87, 2000. Department of Public Health, Shinshu University School of Medicine.
6. 張兵, 丸地信弘, 仲間秀典, 山本美由紀. 現代の共生ニーズに対応した医学教育の研究開発 公衆衛生学教育の10年間の見直しに基づく見通し 信州大学教育システム研究開発センター紀要 第6号(印刷中). 2000
7. 丸地信弘, 張兵. 新しい健康パラダイムの理論と実際 ～福祉と保健医療の連携を目指す住民参加の地域ケアの基礎知識～ 第3回 やどかりの里・人づくりセミナー 大宮・やどかりの里 やどかりの里30周年を活動の転機として共生の街づくりを目指した地域づくりのテキスト

pp1-20, 1999.

8. 丸地信弘, 第3回やどかりの里・人づくりセミナー報告書 やどかりの里 30周年を活動の転機として共生の街づくりを目指した地域づくり印刷中 2000, 大宮・やどかりの里

2.学会発表

1. 丸地信弘, 張兵, 魏寧. 健康福祉政策を科学する～福祉と保健医療の連携に必要な福祉・健康文化の相補性～ 第二回日本健康福祉政策学会学術大会パネル発表, 松本 1998年11月21-22日 福祉と保健医療の連携を目指して 第二回日本健康福祉政策学会の発表・討論の記録 pp128, 1999.

2. 張兵, 丸地信弘, 山本美由紀, 魏寧. 健康福祉活動の事例検討および健康文化の創造～松本・やどかりの里の研修活動の総合検討～ 第二回日本健康福祉政策学会学術大会パネル発表, 松本 1998年11月21-22日 福祉と保健医療の連携を目指して 第二回日本健康福祉政策学会の発表・討論の記録 pp129, 1999.

3. 山本美由紀, 丸地信弘. 共生の時代の松本市の保健福祉に関する研究開発～健康文化を踏まえた福祉ビジ

ョンづくり～ 第二回日本健康福祉政策学会学術大会パネル発表, 松本 1998年11月21-22日 福祉と保健医療の連携を目指して 第二回日本健康福祉政策学会の発表・討論の記録 pp130, 1999.

4. 砂川恵徹, 丸地信弘, 張兵, 仲間秀典. 住民参加の保健医療に有効な地域接近の研究開発～宮古島フィリア防圧対策を素材にした健康福祉の方針と指針と指標の提案～ 第二回日本健康福祉政策学会学術大会パネル発表, 松本 1998年11月21-22日 福祉と保健医療の連携を目指して 第二回日本健康福祉政策学会の発表・討論の記録 pp131, 1999.

5. 山本美由紀, 張兵, 丸地信弘. 福祉文化の普遍化に有効な新しい科学モデルの研究開発～松本市福祉ビジョンを素材にした健康福祉活動～ 1999年度HI学会 大阪 1999年10月4-6日 Proceedings of the Human Interface Symposium' 99 論文集 pp259-302, 1999.

6. 丸地信弘, 張兵, 山本美由紀. 共生の時代の新しい健康パラダイムの研究開発 第一報 新しい健康の定義の学問意義の検討 第58回日本公衆衛生学会パネル発表, 大分 1999

年 10 月 17 日 日本公衛誌 46(10)
p252,1999.

7. 張兵, 丸地信弘, 仲間秀典, 山本美由紀. 共生の時代の新しい健康パラダイムの研究開発 第二報 保健政策と保健経済に関する理論研究 第 58 回日本公衆衛生学会パネル発表, 大分 1999 年 10 月 17 日 日本公衛誌 46(10) p252,1999.

8. 山本美由紀, 張兵, 丸地信弘, 仲間秀典. 共生の時代の新しい健康パラダイムの研究開発 第三報 地域福祉の活動展開(事例研究)への適用の意義 第 58 回日本公衆衛生学会パネル発表, 大分 1999 年 10 月 17 日 日本公衛誌 46(10) p253,1999

9. 丸地信弘, 張兵. 新しい WHO の健康定義を健康福祉政策にどう役立てるか ～共生の時代に相応しい保健政策と保健経済の基礎理解～ 第三回日本健康福祉政策学会総会パネル発表, 東京・中野 1999 年 11 月 27-28 日

G. 知的所有権の取得状況
該当なし