

130人の利用者に月平均約250回の訪問を実施している。

看護行為別の延べ件数は年間20,646件で多いものからあげると、

①カテーテルの処理	3,682件
②病状観察	3,424件
③服薬指導	2,429件
④家族の介護指導	2,403件
⑤体位交換	2,077件
⑥清潔（清拭，洗髪等）	1,676件
⑦環境整備	1,422件
⑧リハビリテーション	1,016件
⑨褥瘡処置	964件

在宅人工呼吸，在宅酸素，在宅中心静脈栄養，在宅ターミナルケア，在宅死等の医療密度の高いケースも増加してきている。

#### 1 2. 介護保険かかりつけ医機能

介護保険の主治医意見書は月平均150件ほど出されている。内科が大部分をしめるほか，脳外科，整形外科等が比較的多い。

#### 1 3. 市町村職員研修機能

昭和53年より秋田県農村医学会，秋田県農協中央会，秋田県厚生農業共同組合連合会の共催で秋田県農村医学研修講座を開催している。近年のテーマは、

平成10年（第21回）

農村における生活習慣病対策

平成11年（第22回）

農村における壮年期の健康

平成12年（第23回）

農村における地域保健の展望

平成13年（第24回）

農村における21世紀の生活習慣病

毎年9月の最初の金・土曜日に開催される。上のような農村保健を中心とした講演が4題話された後，自由討議，夕食会を兼ねた懇親会となっている。2日目の土曜日は「医療最近の話題か

ら」として，医学の話題のトピックの講義がある。

受講者は，県内市町村の保健福祉担当者，保健所職員，生活改良普及員，医師，医療従事者，農業高校職員，養護教職員，農協の健康管理担当職員，生活指導員，婦人部員，青年部員などから約100名と看護学生80名が受講する。

このほか，現職保健婦若干名の臨床実習，ホームヘルパーの実習，救急救命士の実習も受け入れている。

#### 1 4. 住民健康学習支援機能

健（検）診に関連した講演・事後指導・栄養指導が多い。他に職場や各種団体の主催するものもある。テーマは生活習慣病予防，癌対策，食生活，介護などである。当院における啓発活動の分類と派遣人員・受講者数は次の通りである。

分類	派遣職員数	受講者数
講演・講話	65名	3,368名
栄養指導	69名	988名
事後指導	47名	1,225名
健康相談	18名	37名
健康教育	11名	153名

1 5. 市町村計画づくり，政策づくり協力機能  
院長が県と地元自治体の各種委員会に参加して，積極的に活動している。このほか，今回の対象の横手市に保健活動科長が介護保険運営協議会委員として，増田町に高血圧管理委員会委員・健康づくり推進協議会委員として参加している。

地元の市と郡の医師会に病院代表が出ており，関係市町村との会議が行われれば医師会役員として参加する。

このほか，事実上は通年的に保健・医療・福祉に関連する実務的な交流があるため，特に意識しないで日常的な意見交換が成立している（より回数と内容を増す必要はあるが）。

特に関わりの強いものをあげれば、

- 1)横手市の介護保険策定と運営  
運営協議会委員長として年6回の会議と  
6～10回程度の打ち合わせ
- 2)増田町の高血圧・脳卒中对策  
基本健診とその結果の解析、事後指導  
小児生活習慣病予防検診  
高血圧管理委員会（年1回）に医師2人  
資料づくりのため数回の打ち合わせ  
健康づくり推進協議会（年1回）  
健康推進大会・社会福祉大会（年1回）

#### 1 6. 市町村委員会、審議会協力機能

- 1)横手市  
国保運営協議会、救急災害医療委員会  
介護保険運営協議会
- 2)増田町  
高血圧管理委員会  
健康づくり推進協議会
- 3)雄物川町  
健康づくり推進協議会
- 4)山内村  
国保運営協議会
- 5)横手市平鹿郡  
地域医療対策協議会

#### 1 7. 市町村支援システムネットワーク

現在の所これに該当する活動は行っていない。

#### 1 8. 僻地医療保健福祉支援機能

昭和50年より僻地中核病院の指定を受け、郡医師会・市医師会・保健所・薬剤師会の協力で郡内4カ所の僻地診療を実施してきた。道路整備と交通機関の発達などで年々需要が減少し、現在は山内村の1カ所のみで実施している。

山間地への出張健診は、現在増田町と山内村にて実施している。特に山内村では、基本健診に各種の癌検診（胃・大腸・肺・乳・子宮）を加えた総合健診を実施している。

#### 1 9. その他の機能

- 1)学校医  
横手市の1小学校と1中学校  
山内村の1小学校と1中学校
- 2)乳幼児健診への出務
- 3)医師の出張診療  
増田町へ耳鼻科（週1回）  
雄物川町へ整形外科（週1回）  
羽後町へ脳外科（週1回）

#### F. 健康文化のまちづくり支援のためのHealth Promoting Hospital モデル

それぞれの自治体や各種の集団は、固有の歴史と現在の課題を持っている。このことを理解しないで、外部から短期的に介入することは厳に慎まねばならない。一方、束縛の無い外部からの分析、専門的な手法が功を奏することもある。

多くの事業は、人材・組織・資金を必要とする。病院はこのうちの一部を担えるだけである。病院が提供できるものは、専門職の派遣と専門的な知識の供給である。

多くの病院は健康管理部門と在宅診療部門を備えている。しかし、時に次のような欠点のために、十分機能し得ないことが起こる。

##### 1)健康管理部門

- a.しばしば臨床と分離しており、臨床情報のフィードバックが少ない。
- b.個人の結果を通知して仕事が終わっている。
- c.早急に治療が必要な受診者に対して、連絡が遅れる。
- d.統一的な判定基準に縛られるあまり、多くの偽陽性が発生して、健診そのものの信頼性を損ねている。
- e.集団に関する分析が無いために、データ

が集団健康管理に生かされない。

f. 集団ごとに特性が違うことを理解せず、対応が画一的になる。

## 2) 在宅診療部門

a. 福祉に対する配慮が不足しているため、総合的なケアが組み立てられない。

b. 地域から見た情報を臨床側に伝える方法が無い。

c. 寝たきりの患者の緊急入院に消極的。

d. 退院時の指導・準備の不足。

多くの場合、このような欠点が放置されるのは、病院と利用者・地域との対話の不足のためである。更には、院内で地域活動部門（健康管理部門と在宅診療部門をまとめて呼ぶ場合、以下同じ）と診療部門との対話不足を生じている場合もある。従って、地域活動部門での普段の対話努力が必要である。

そこで、次のような仕事の流れを作る必要がある。

### 1) 健康管理部門

- ① 健診結果の判断上の疑問点を放置しない。
- ② 緊急連絡の判断を臨床に近いものにする。
- ③ 無用な不安を解消するために、出向いて結果報告会・事後指導会を開催し、軽度異常に現場で対応する。
- ④ 健（検）診の手法の限界について、臨床側に理解を求める。
- ⑤ 生活指導の重要性について、臨床側に理解を求める。
- ⑥ 集団の結果を解析して、自治体や集団の担当者に報告する。できればディスカッションする。
- ⑦ 自治体・集団の担当者と定期的な会合を持つ。
- ⑧ 担当者の普段の疑問に対応する。
- ⑨ 次年度の事業の計画段階から、担当者とは話し合いを持つ。

⑩ 年間の事業の集約を、病院内部で報告する。

近年、自治体や職場でもコンピューター化が進んで、情報分析が可能になってきた。しかし、現場（市町村等）では仮に集計ができて、地域全体の中ではどうかとか、他地域や集団と比較してどうかとかのデータは持ち合わせていないことが多い。健診センターでは、通常成績集計の手段を持っているので、それを活用することによって地域の保健活動に貢献できるはずである。これが対話の糸口になる。地域や集団の課題を共有してディスカッションできるようになれば、多くの問題は解決できる。

また、健診センターは利用者（受診者と自治体や職場の担当者）にわかりやすい出力の方法を工夫し、また臨床に近い場所にいることを生かして時代に即応した医療情報の収集に務めることが必要である。健診センターから「保健情報センター」への脱皮を目指すべきである。

### 2) 在宅診療部門

在宅診療は、基本的に個別の対応であるが、地域にあっては保健と福祉の窓口と担当者が、共通であることも多い（特に保健婦）。

一方、在宅診療の対象は、健康管理の対象者よりも更に個別性が強い。病状だけでなく、家族構成や経済力など、考慮すべき条件が多くなる。多くの場合、地域の保健婦はそのような固有の問題を把握している。また、各自治体によって福祉の体制や取りうる手段、そのための手続きなどが異なっていることもあり、在宅診療ではそのような情報も欠かせない。

当院では、「継続看護」という課題に取り組む過程で、退院連絡票を市町村の保健婦に送る事業を続けてきた。退院患者に対する保健婦の訪問指導は慎重に行うべきだが、少数の必要なケースには欠かせないものである。また、地域における患者動向の把握とともに、保健・福祉の担当者が臨床情報に触れることにも意味があ

るだろう。

介護保険の施行後は、多くの要介護者に主治医意見書が必要になり、福祉部門と臨床との対話が必須のものとなった。しかし、現在はむしろ福祉側からの情報発信が十分ではないように思われる。

## G. 考察

秋田県は1999年現在の高齢化率22.7%で、島根、高知に次いで全国で3番目に高い。出生率は7.7人で全国一低いため、将来は全国一の高齢県となると予想されている。高齢化率は横手市で23.5%、増田町では27.2%となり、増田町は厚生省の将来予測（全国）より約25年早いことになる。合計特殊出生率は1998年で全国1.38、秋田県1.48に対して、横手市平鹿郡全体で1.64と高く（横手健康福祉センター調べ）、出生率の低下の原因は出産年令の若者が少ないことなのである。

横手市と増田町の現状をまちづくりの視点から分析すると、次のようになる。

1. 横手市では各種の委員会等の設置は必要に応じて実行され、相互の連絡システムや情報公開システムも整備されて来た。ボランティア活動の育成や調査・総合評価の機能は今後の課題だが、行政の姿勢から前進が期待される。

3. 増田町では、システムは多くないが「高血圧管理委員会」を中心に調査・総合評価・連絡機能を有している。また、保健婦等のスタッフを比較的手厚く配置して、サービスの計画・実施・評価・調整機能を実質的に一元化できており、職域・学校を含めた広範囲な活動を展開している。

4. 実際のシステムは限られた人員と予算の元で、改良を重ねながら進化する。変革の好機は地方自治体にとっては制度の変革や新制度の発足（たとえば介護保険）、補助事業の導入や指

定事業の実施（たとえば脳卒中对策事業）等である。

5. 日常活動の中で問題を収集して情報化できる担当者の資質、有用な情報が生かされる柔軟な行政の運用、総花的でなく要点を押さえた効率的なシステム形成、時間がかかっても住民との対話を欠かさない行政の姿勢などが決定要件として上げられる。

本年度は、更にHealth Promoting Hospitalの視点から見た病院機能について考察した。先に当院の持っている地域との連携機能について列挙した。保健・医療・福祉の各分野において様々な関わりを持っていることが改めて確認された。

地域中核病院はその所有している機能から、医療面での地域との関わりは必然であるが、保健・福祉に関しては病院によって関わり方に差がみられる。病院医療はしばしば救急医療・専門診療・入院治療を主とすることに見なされ、「地域医療に専心する」と言えば、開業か小規模病院の医療に携わる時のあいさつと受けとめられるような歴史が背景にある。その中で、厚生連病院や自治体病院などの公的な性格の強い病院は、地域を視野に入れた運営が常に課題となってきた。

病院と地域の連携に関しては、各種の疾患別または臓器別の専門学会では検討が困難である。このため、主に公衆衛生学、農村医学、自治体病院、病院管理学、地域医療学、プライマリケア等の分野で検討されてきた。過去の農村医学会の発表やシンポジウムのテーマからも、その重要性の認識とともに、実施上の困難さが常について回ることが伺える。

医療は社会的には、安全に暮らすための装置であり、生活基盤の一部である。日常の診療行為は個人を相手に進行するため、病院の運営は病人個人々人を見ることに集中しがちであるが、病院の地域における役割を考えると、もっと広

い視野に立たざるを得ない。そこで、保健・医療・福祉を通じた地域との連携が課題となる。

農村地域の医療の確保を目指した医療組合にその源を発する厚生連病院は、自治体病院などとともに歴史的にこの課題に取り組むことが求められて来た。地域保健や福祉に医療側からの関与が強く求められている現在、このことはむしろ得難い利点といえる。

病院は地域の課題に積極的に取り組むべきであるが、有効に機能するためにはいくつかの点で慎重でなければならない。「F. 健康文化のまちづくり支援のためのHealth Promoting Hospital モデル」で述べたように、それぞれの自治体や各種の集団は、固有の歴史と現在の課題を持っている。このことを理解しないで、外部から短期的に介入することは厳に慎まねばならない。しかし、一方、多くの組織は内部からの改革は手詰まりとなっていることも多く、担当者が限界を感じていることがしばしばある。専門的な助言、分析したデータ、束縛の無い外部からの援助が功を奏することもある。

地域にとっては「保健・医療・福祉」の課題は連続したものである。自治体では、単一または隣接する部門が扱っている。病院側でも、同じ視点で望むことが求められる。特に、保健部門では病者より遙かに多い「健康人」が対象となり、福祉部門では病気だけではなく「生活の質」に目を向けなければならない。専門診療に全身全霊を傾けることと、生活に目を向けることの両立は簡単ではない。更に、「保健・医療・福祉」を通じた全体としてのコストや効率についての理解が必要になる。

上山は「行政とは、税金を払う国民を顧客とするサービス産業である」と述べている。行政は、その成果を客観的に評価することを要請されている。特に、財政事情の悪化の影響で、行政運営の効率化は時代の要請となっている。

保健・医療・福祉の分野でもその例外ではなく、更に「少子高齢化の時代」を迎えての対応は非常に大きな課題である。各自治体は正確に状況を把握して、的確な計画を立て、実行することを住民からも国からも求められている。

保健・医療・福祉の分野で、医療側と地域の間で連携がとれているかを検討する。的確な状況の把握とその解析に医療的な視点が必要なことは論を待たない。地域や職場集団の健診成績の集団特性や経年変化の解析は、保健施策立案の重要な根拠となるが、この意味での連携が健診センターと自治体間で十分成立しているとは言えない状況である。医療の供給体制は主に病院の自主性に負っている。この意味で、病院は地域の医療需要の把握に責任がある。福祉は、介護保険制度の開始により情報の量的な拡大は得られたが、現在のところ医療側からの一方的な情報提供が目立ち、福祉側からの還流が少ない。地域の状況を正確に把握するには、あまりにコミュニケーションが不足しているといわざるを得ない。

病院において地域との接点となる保健活動部門と在宅診療部門における、現状の問題点を「F. 健康文化のまちづくり支援のためのHealth Promoting Hospital モデル」に列記した。多くの場合、このような欠点が放置されるのは、病院と利用者・地域との対話の不足のためである。更には、院内で地域活動部門と診療部門との対話不足を生じている場合もある。従って、地域活動部門の普段の対話の努力が必要である。病院の設置・指導に当たる立場の者は、この点に留意して運営に当たる必要がある。個々の部門での具体的な提案は前述した通りである。

一方、自治体・利用者側に求められる事項もある。しばしば、費用と人手をかけて作成した各種の計画が放置されることがあり、担当者が変わると詳細が不明のままとなる。行政の成果

をきちんと評価して、次の施策につなげる方法を（規模に応じて適切なものを）導入して、効率的な運用を図らなければならない。

人的な問題として、保健・医療・福祉の行政も内容が複雑化しており、現場への適用には専門知識と経験が必要である。保健婦はこの分野の唯一の専門家であるが、近年の業務の増加に対応した増員が計られているところは少ない。老人保健法、介護保険法等の施行のたびに保健婦の業務は増大し、次は精神保健が市町村に移管されることになっている。

保健・福祉における各種の施策は利用者の段階では基本的にケースワークとなる。介護においては、介護支援専門員（ケアマネージャー）が制度化され、業務に携わる人員が一気に強化されたが、認定調査など保健婦の業務は増加の一途をたどっており、住民一人一人の顔が見えなくなっている。

地域保健の分野では、特に高度なシステムを持たない小規模自治体でめざましい成果が得られることがまれではない。一人一人の顔が見える関係の中で無理のない生活指導、家族ぐるみの生涯保健の実践が可能なためと考えられる。保健・福祉の施策の有効性を高めるためには、高度で複雑なシステムの導入よりも一人の保健婦（の増員）が、最も効率的である可能性も十分考慮すべきである。

#### H. おわりに

昨年に引き続き、健康文化のまちづくりに関する政策科学的検討を行った。さらに、本年は健康づくりに積極的に関わる病院の支援機能（WHOのHealth Promoting Hospital :HPH）について考察した。

地域の保健・医療・福祉のシステムが最も効率的に運用され、有効に機能するには、病院の地域活動部門と地域の保健福祉の担当者との日

常的なコミュニケーションが要求される。このことが可能であれば、Health Promoting Hospitalはどこでも実践可能と言っても良いと考えられる。

#### 文 献

- 1)林 雅人：秋田県南農村における若壮年者の健康状態に関する研究，日農医誌，38，90-101，1989.
- 2)林 雅人：農村における心疾患の動向と対策，日農医誌，41，1112-1119，1993.
- 3)林 雅人ほか：農漁村における脂質代謝異常の疫学的臨床的研究，日農医誌，42，1180-1188，1994.
- 4)日本循環器管理研究協議会：脳卒中などによる寝たきり・死亡の健康危険度評価システム開発事業。「1980年循環器疾患基礎調査」追跡調査報告書，35-81，1995.
- 5)角田文男，林 雅人ほか：農村における骨粗鬆症の集団検診技法と発症要因に関する研究，共済エグザミネーター通信，3，1-19，1998.
- 6)林 雅人ほか：平成7年度厚生科学研究費補助金事業報告書「農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究（総合）」，21-30，1996.
- 7)林 雅人ほか：平成9年度厚生科学研究費補助金事業報告書「農山村における中高年女性の健康把握と健康増進対策に関する研究（総合）」，31-42，1997.
- 8)山根洋右，林 雅人ほか：農山村における中高年女性の健康実態とヘルスプロモーションに関する研究，日農医誌，47(3)493，1998.
- 9)林 雅人ほか：平成8年度厚生科学研究費補助金事業報告書「農村における成人病一次予防に関する研究」，22-32，1997.
- 10)Hayashi M, Ogiwara T, Watanabe H, et al: Dietary guidance for children in agricultural

communities of Japan and its results, AJRM, 43, 1-4, 1997.

11)林 雅人: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」, 1-14, 1998

12)林 雅人:農村からみた虚血性心疾患への視点, *Cardiologist*,4,80-81,1999.

13)林 雅人:住民健診からみた21世紀へのメッセージー循環器疾患を中心にー 山形医師会雑誌 18(2)30-39, 1999.

14)塩飽邦憲:出雲市におけるヘルスケア政策確立のための参加行動型研究, *日本公衛誌*, 44, 464-473, 1997.

15)伊津野孝:正常値血圧の職域健康管理上の意義, *日本公衛誌*, 43, 3-8, 1996

16)森下明恵ほか:健康科学センターの拠点機能と地域連携の現状, *日本公衛誌*, 49, 52-57, 2002

17) Anne Johnson, et al: Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Hospital organization and health promotion*, 16, 281-287

18)WHO Regional Office for Europe: Seventh Work Shop of National/Regional Health Promoting Hospitals' Network Coordinators, Report on a WHO Workshop,Copenhagen,Denmark,16 May 2001

19)水嶋春朔:地域診断のすすめ方ー根拠に基づく健康政策の基盤, 医学書院, 東京, 2000

20)矢野栄二ほか: Evidence Based Medicineによる健康診断, 医学書院, 東京, 1999

21)日本農村医学会編:農村医学の30年(第30回総会記念), *日農医誌*第30巻特別号, 1981

22)日本農村医学会編:農村医学の現状と展望'91(創立40周年記念), *日農医誌*第40巻特別号, 1991

23)小野達也ほか:行政評価ハンドブック, 東洋経済新報社, 東京, 2001

24)上山信一:「行政評価」の時代ー経営と顧客

の視点から, NTT出版, 東京, 1998

25)上山信一:「行政評価」の時代ー評価から実践へ, NTT出版, 東京, 1999

## 研究発表

1)間杉香央里ほか:農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究ー生活習慣を中心にー, *日農医誌*, 44, 433, 1995.

2)高橋恵子ほか:農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究ー食習慣を中心にー, *日農医誌*, 44, 434, 1995.

3)林 雅人:日本人の食生活と循環器疾患, 日本内科学会東北地方会 教育講演, 1995. 2月, 仙台.

4)桐原優子ほか:成人病一次予防に関する研究ー第一報 秋田県南部において喫煙および飲酒習慣が健康状態に与える影響ー *日農医誌*, 45, 280, 1996.

5)荻原 忠ほか:農山村における中高年女性の健康実態(第1報)中高年女性の経年的脂質動態, 秋田県農村医学会第86回学術大会, 1997, 2月

6)高橋由美子ほか:勤務者の健診関係アンケート調査結果からー第1報 健診内容・受診状況および事後指導ー, 秋田県農村医学会第91回学術大会, 1999, 7月

7)桐原優子ほか:高齢者のリスクファクターに関する検討ー第2報 ライフスタイルとの関連ー, 秋田県農村医学会第91回学術大会, 1997, 7月

8)桐原優子ほか:秋田県南部における高齢者のリスクファクターに関する検討ー血清脂質の意義ー, *日農医誌*, 48, 452, 1999.

9)佐々木恵子:ー農村の高血圧管理活動ー高血圧管理委員会の活動と全町的対策の効果ー, 日

農医誌, 48, 275, 1999.

10)高橋由美子ほか:勤務者の健診関係アンケート調査結果から -第2報 血圧及び治療状況の解析-, 秋田県農村医学会第92回学術大会, 2000, 1月

11)桐原優子ほか:高齢者のリスクファクターに関する検討 -第3報 死因との関連-, 秋田県農村医学会第92回学術大会, 2000, 1月

12)高橋恵子ほか:農村における生活習慣病の臨床疫学的研究 -年代別にみた食品摂取状況と健診結果の関連性について-, 秋田県農村医学会第92回学術大会, 2000, 1月

13)桐原優子ほか:運動習慣が健康指標に及ぼす影響の検討, 秋田県農村医学会第93回学術大会, 2000, 7月

14)桐原優子ほか:秋田県南部における高齢者のリスクファクターに関する検討 -死因との関連-, 日農医誌, 49, 316, 2000.

15)荻原 忠ほか:生活習慣病関連の新基準と健診受診者のリスクの重積, 日農医, 49, 318, 2000.

16)高橋恵子ほか:農村における生活習慣病の臨床疫学的研究-年代別に見た食品摂取状況と健診成績関連性について-, 日農医誌, 49, 410, 2000.

17)高橋恵子ほか:農村における生活習慣病の臨床疫学的研究 (第2報-検診結果と食品摂取状況の関連性について), 秋田県農村医学会第94回学術大会, 2001, 2月

18)荻原 忠ほか:生活習慣病関連の新基準と健診受診者のリスクの重積 (第2報-経年変化及び若年者の評価), 秋田県農村医学会第94回学術大会, 2001, 2月

19)今野谷美名子ほか:当院における生活習慣病の発生状況について-平成2年から平成11年までの推移-, 秋田県農村医学会第94回学術大会, 2001, 2月

20)桐原優子ほか:成人における生活習慣からみ

た生存率の検討, 秋田県農村医学会第94回学術大会, 2001, 2月

21)林 雅人:農村からみた虚血性心疾患への視点, 岩手公衆衛生学会 特別講演, 2000. 2月, 盛岡

22)荻原 忠ほか:秋田県一農村における脳卒中の定点観測(第1報-高血圧管理委員会の活動), 第11回日本老年医学会東北地方会, 2000, 10月

23)荻原 忠ほか:健康文化のまちづくりに関する政策科学的研究 (第1報 地域中核都市と近隣農村のプロファイルの抽出), 秋田県農村医学会第95回学術大会, 2001, 7月

24)桐原優子ほか:成人における生活習慣からみた生存率の検討 (第2報), 秋田県農村医学会第95回学術大会, 2001, 7月

25)高橋恵子ほか:農村における生活習慣病の臨床疫学的研究(第3報-地域別にみた食品摂取状況と健診成績の関連性について), 秋田県農村医学会第95回学術大会, 2001, 7月

26)黒政啓子ほか:高脂血症の個別健康教育一年目の経験から, 秋田県農村医学会第95回学術大会, 2001, 7月

27)荻原 忠ほか:生活習慣病関連の新基準と健診受診者のリスクの重積 (第2報-若年者の評価及び経年変化の検討), 日農医誌, 50, 265, 2001.

28)桐原優子ほか:秋田県南部における運動習慣が健康指標に及ぼす影響の検討, 日農医誌, 50, 332, 2001.

29)高橋恵子ほか:農村における生活習慣病の臨床疫学的研究-地域別にみた食品摂取状況と健診成績の関連性について, 日農医誌, 50, 331, 2001.

30)荻原 忠ほか:高脂血症ガイドライン改訂案の集団検診への適用, 秋田県農村医学会第96回学術大会, 2002, 2月

31)桐原優子ほか:高齢者における生活習慣から



みた生存率の検討，秋田県農村医学会第96回学術大会，2002，2月

32)荻原 忠ほか：秋田県一農村における高血圧・脳卒中对策とその効果，第13回岩手公衆衛生学会，2002，2月

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

健康文化の時代の健康政策と保健管理の総合接近のための研究開発  
～文化と科学技術の融合を目指した三年間の分担研究の総括報告～

分担研究者 丸地信弘 社会福祉法人・やどかり研究所 顧問

研究要旨

共生を目指す健康文化の時代に入り、健康政策が叫ばれ、各地で住民主体の地域活動が活発に展開されているが、その保健管理の自律動態を的確に認識・対応・評価する学問体系は未だ普及していない。

著者は人間性回復の総合接近を開発して十五年余になり、最近では文化と科学技術を自然に融合する健康文化の総合接近の理論と方法を多様な国際・学際的活動を通して開発して、それを地域指向の教育研修に普遍化する実践研究に邁進してきた。

本研究は、そうした健康文化の発想で著者の三年間の分担研究の経過と成果を踏まえ、地域指向の生涯研修ないし教育研修の観点から総括報告を行うのが特徴である。

上記の目的達成のため、研究方法論で①健康文化の総合科学の理念仮説、それに基づく健康文化の四原則、②新旧の健康概念を融合する科学モデルを理論仮説、③健康文化の自律動態を三位一体に捉える分析モデルを作業仮説とし、④WIFY 交流学習という自己認識と事例接近を関係者の話し合いで融合させる研修技法を採用する。

本稿は人間中心(尊厳)の健康文化に必要な理念、理論、作業仮説を提案しているのが特徴であり、健康文化に対する自己認識の学問過程を構造化することを成績で述べ、それを受けた保健医療の事例接近(認識・対応・評価)の動態報告を討論するので、この学問姿勢は本稿冒頭のデュボスの現代的名言を見事に具現している。

本稿は著者等の多様な現場検討の経験に基づいており、従来の科学技術も矛盾なく入れ子とする人間性回復の健康文化の総合科学の理論と実際を報告するので、人間中心を標榜する「21世紀の問題解決学の普遍的提案」をするため、従来の価値観からの発想の転換が必要になってくる。その意味で、本研究は「事例と対話するトータルケア」の発想に立ち学際・国際そして人際的環境に念頭において、総合問題解決を図る健康文化の生涯研修(自己認識)と専門研究(事例接近)の教育研修に役立つ実践指針(ガイドライン)の開発も指向しており、その姉妹編を合わせて報告する体制でいる。

わが地球、わが健康、しかし変化したニーズ、地球規模で考え、地域規模で行動しよう  
ルネ デュボス

## 背景

著者は三年度にわたる本研究で、一年目に健康文化の観点での総合接近の理論開発を報告し、二年目は前年の理論研究を受けて松本市と朝日村に関する実態調査を報告したが、実際には類似課題に関する国内・国際的な教育開発が同時に実施されていた。

そこで、三年目の研究報告は、本稿後記(図 5)のパートナーシップ・モデルの左側(保健対策)に注目した松本地域の福祉のまちづくりと精神保健福祉を素材に、人間中心の健康文化に関する生涯研修に関する教育研究を目指し、ルビック・キューブの人的活用が骨子になっていた。ところが、三年目には地域指向の観点から疾病対策に関する専門教育の再編成に関する二次にわたる国際共同研究がタイ・タマサト大学医学部で実施され、これは上記の国内研究の裏面を形成する疾病対策の専門教育が特徴だと気づき、三年間にわたる本稿の総括論文を作成する必然性が自然に生まれてきた。

## 目的

本稿の総括論文は、著者に与えられた三年間の分担課題に関する要約である。すなわち、「健康文化」の観点から健康と不健康に関する地域指向の教育研修を捉え直し、その許で現代的な「科学・技

術」の適正な活用に向けた<発想の転換>のための理論と実際を提案し、人間中心の健康文化に関する教育改革の基盤とすることが目的である。

## 仮説

人間中心の総合問題解決の検討には、「健康文化の総合接近」が理念仮説、図 2 の健康福祉概念が「理論仮説」、図 3 の自律動態が「作業仮説」となり、これら三者は<文化と科学技術の融合>に向けた補完関係にある。この研究仮説は著者等の主題に関わる現場研究から導き出した発想であり、それはバイク(自転車)に乗る人に例えると良い。すなわち、乗り手が健康文化を心得ると、前輪は健康福祉(科学)、後輪は保健医療(技術)になり、目的地まで自助努力することである。

## 方法

### 1. 人間中心の総合接近の概要

人間性回復の基本発想は、著者等が1986年に提案した「総合接近」にある。これは“Two-in-One”の陰陽を原理に自己(女性)と事例(男性)の関係に注目し、価値と評価の自律平衡を計る発想である。そのため、本稿は人間中心の健康福祉と教育研修と保健医療の三位一体の保健管理の理論と方法を提案することになる。

本稿の総合接近は「文化と科学技術」

の融合を目指しているため、成績は健康文化、討論はそれを受けた保健管理の科学技術の再編成を扱う。したがって、本稿では、成績は女性、討論は男性に例えると、両者の協力関係が分かりやすい。

## 2. 人間的な自律調節を計る健康文化の基本構成 (理念仮説)

本稿をほぼ書き終えた段階に図 1 の「健康文化の総合科学」が本稿の理念仮説だと気づいた。なぜなら、健康福祉の教育研修(生涯研修)という方針を通し、文化規範に内在する自律調節という指針に向け、保健医療は主体原則・組織原則・健康概念・保健疫学を指標として効果判定(仮説検証)する特性があるからである。

図 1: 人間中心の健康文化の基本構成

	知識	姿勢	実践
方針	健康福祉	主体化の原則	教育研修
指針	健康概念	文化規範	保健疫学
指標	保健医療	組織化の原則	効果判定

人間中心の総合接近では、個人・二人・集団・組織レベルの全体理解の仕組みは、「文化規範」という四つのキーワードを<隠し味>とすると入れ子の認識がしやすい。すなわち、①個人では温故知新という生活の知恵、②二人では二人三脚という協調姿勢、③集団では三位一体のバランス感覚、そして④組織活動では 4WD 車のような四本の柱の組織体制を意識すると、問題解決(目標達成)がしやすい。文化規範はわれわれ研究グループが 1996 年に提案したもので、東洋的発想の温故知新と二人三脚、それを受けた三位一体と四本の柱は西洋的発想に近く、その部分も全体も自律性があり、文化規範を象徴する総合科学モデルとして図

5,11 のパートナーシップ・モデルがある。

上の文化規範の自律調節は、図 1 の十字の縦軸にある主体化の四原則と組織化の四原則の複合体として認識する。すなわち、主体化の四原則は組織化の四原則の「住民参加」に入れ子となり、この複合認識から主客一体のパートナーシップが生まれる。そして、人間には全霊・社会・精神・身体的な自律性が本来あるから、保健医療(価値)は全霊的・社会的・精神的・身体的幸せへの双方向からの時空一体の努力、質量一体の保健疫学で効果判定(評価、仮説検証)するので、これらは表 1 のよう要約できる。このことから、「健康文化の四原則」という隠し味をここで提案したい。

表 1: 健康文化の四原則

主体原則(全霊的自律)	自立	学習	対話	共感
組織原則(社会的自律)	ニーズ指向	住民参加	資源の活用	協調と統合
健康概念(精神的自律)	全霊的幸せ	社会的幸せ	精神的幸せ	身体的幸せ
保健疫学(物理的自律)	組織コホート研究	集団コホート研究	事例対照研究	効果判定(検証)

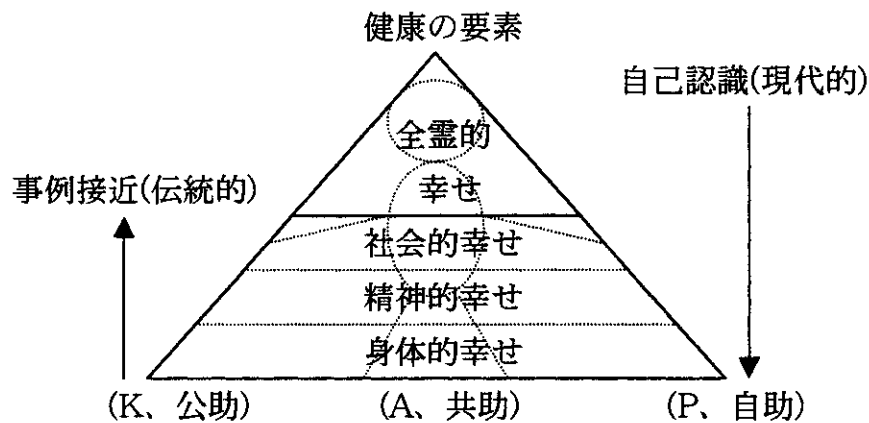
3. 間中心の健康科学の総合認識  
(理論仮説)

従来の自然科学的な WHO の健康の定義(1948)は、「健康とは身体的、精神的および社会的に完全に幸せ(安寧)な状態であり、単に病気でないとか、病弱でないとかいうに止まるものではない、」である。そして 1998 年の社会科学的な WHO の健康の定義の素案では<全霊的幸せ>が加わり、単なる状態から<動的状

態>に変更されている。

後者(自己認識)の健康概念は未だ世界保健総会で承認を得てないが、この全霊的幸せと動的状態は現代の「幸せ」への願いが込められている。そこで、人間中心の総合接近の観点から二つの健康概念を自然に取り込む温故知新の精神に立つと、図 2 の人間中心の健康理解がよいだろう。この場合、右側の健康の自己認識の方向は文化規範の四段階と似ている。

図 2: 人間中心の健康科学の総合認識



なお、この図的表現のヒントは最近のタイ国家保健体制改革に関するブックレットの説明を受けているが、真ん中は人

間中心の総合接近の観点から著者が書き加えたものであり、図 2 の KAP(知識、姿勢、実践)は福祉の三原則の公助、共助、

自助と対応するだけでなく、後記の図 6,13 の自律平衡と関係してくる。

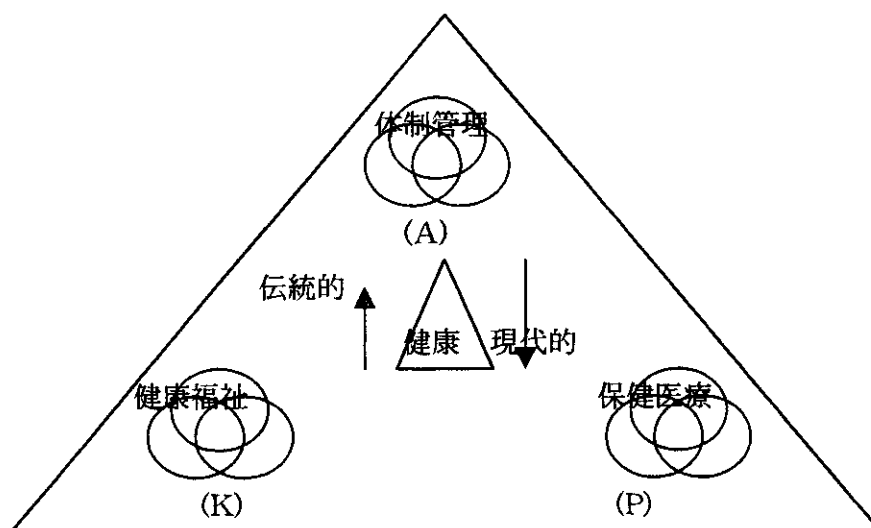
#### 4. 人間的な自律調節に関する三位一体の実践（作業仮説）

本稿における三位一体の「自律調節」を述べるため、図 3 の作業仮説を提案したい。このイメージもタイの国家保健組織改革のブックレットに学んでおり、中心は健康概念(図 2)の三角モデルを入れ子構造で取り入れ、下部の健康福祉と保健医療は成績の図 6 の左右、上端の体制管理は討論の図 13 を指している。人間

の自律調節には身体的に三半規管、精神的に KAP(知識・姿勢・実践)、社会的に三つの質(質の保証、質の管理、生活の質)があり、本稿で次に述べる三つ々の総合科学モデルは全霊的な自律性がある。

全霊的な三つの総合科学モデル(二人三脚のパートナーシップ・モデル、三つ環モデル、四輪駆動モデル)は mind, spirits, body という関係にある。そして、これらの総合科学モデルは成績(自己認識、女)と討論(事例接近、男)で共通パターンとして使われ、それぞれの部分と全体で自律調節(平衡、動態)に寄与している。

図 3: 本稿の自律調節のための三位一体の作業仮説



#### 5. 健康文化に向けた人間性回復の WIFY 交流学习

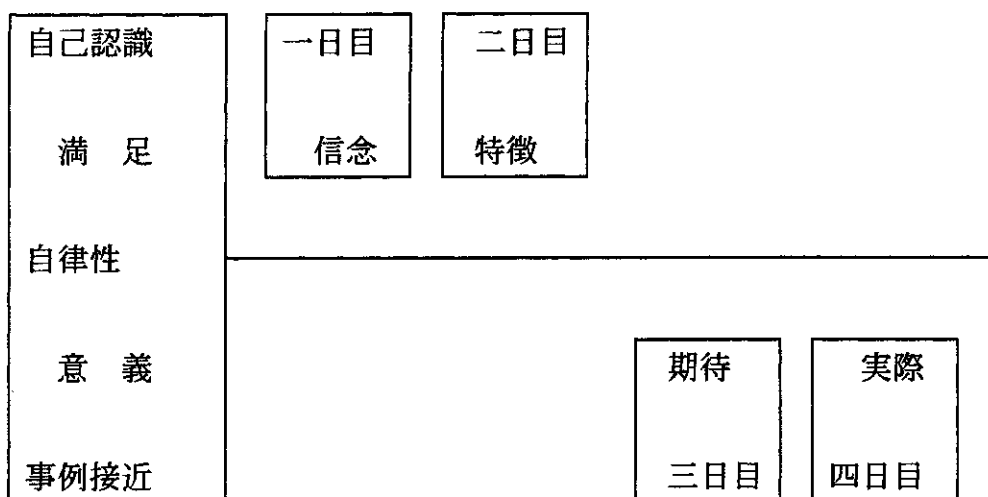
本稿の教育研修はじめ、健康福祉・保健医療など複合概念の構造化には、福岡大学の守山の開発した WIFY(What is important for you)交流学习が役立つことを我々は内外の現場検討で経験してい

る。この特徴は、自分の身の回りで無意識に大切としている事柄(目標)を身近、地域、国内、世界(国際)的に拡げて考えてシートに書き込み、それをグループ・ワークにより、外国人の類似検討と比較して自己の特徴を意識する自己認識の研修を一日目と二日目に行い、その後は具

体的課題についてよく似た展開で期待と実施として問う事例接近の展開方法であり、その概要は図4に表せる。なを、WIFYの応用を内外で教育開発的に実施し、その有効性を守山等と確認しているのは著者であり、その意味で著者はWIFYの産婆役であった。なお、文化規範と健康概

念の各四項目の並び方がWIFYの四項目(信念、特徴、期待、実施)でも関係しており、自己から事例へと意識拡大を自然にして問題解決を容易にしている。なお、WIFYの演習による自己認識の学習体制は成績5(図8)のメビウスの環を形成することになる。

図4: 健康文化の基礎修得に役立つWIFYの展開図



### 成績

本研究の成績は、三年間の分担研究を支えてきた国内・国際の教育開発活動を「健康文化」の自己認識の観点から体系的に記述することになる。幸い、総合科学モデルのパターン認識に関する知識蓄積はこの三年間の教育研究で整備できたものである。

#### 1. 主題に関する著者の検討実績の温故知新

著者が本稿主題に関わった動機は、1991年にタイのチュラロンコン大学医学部に数週間ほど招かれたとき、われわ

れが1986年に提案した総合接近がエイズ予防の教育研修に役立つと、現地の教育関係者から逆に教えられたことに始まる。

しかし、本稿の主題を教育研究として国内で計画的に実施したのは八年前からの松本の地域福祉のまちづくりの公開講座であり、それと平行して医学と看護学分野で主にエイズ予防教育を素材にした国際研修がタイ、中国、パングラディシュ等で教育改革の観点から継続されてきた。なお、過去三年来、著者は愛知がんセンターの主催する地域指向のがん予防

の国際研修(南米、アジア、中近東)で担当している一次予防もエイズ予防教育との類似性を強く感じている。その意味で、著者が国内で精神保健福祉に同様な観点で関わり始めたのは五年前のやどかりの里の夏期セミナーからであり、それが今年度から松本地域の活動展開に見事に転化しており、これは「健康福祉日本一」を目指す松本地域の人々の生涯研修の重要な素材になっている。

今回、過去三年間の主題に関わる著者の分担研究を総括するため、平行して実施されていた自己の類似の教育研究と合わせて健康文化の観点から検討を始めたら、その全体像が自然に下記のような浮上してきた。すなわち、本稿で報告する主要四分野(a-d)は、上記の健康概念の全霊、社会、精神、身体的幸せの四つにほぼ対応すると意識すると、表2のような整理できる。

表2: 過去三年間における主要四分野に関する教育研修の実績

	保健対策(国内)		疾病対策(国際)	
	a)福祉のまちづくり	b)精神保健福祉	c)医学・看護教育	d)エイズ予防対策
事業背景	松本市中央公民館の市民公開講座として五年の実績	やどかり夏期セミナー二年間の実績がある	ノンタブリ(看護) ソククラ(看護) ダッカ(医学)	(がん予防対策)
1999年度	六年目の開催	三年目の開催	ランパン(看護) ダッカ(医学)	(がん予防対策)
2000年度	七年目の開催	四年目の開催	河北医大(中国) コンケン(看護) ダッカ(医学)	(がん予防対策)
2001年度	八年目の開催	やどかりキャラバンの松本開催と市民組織の誕生	タマサト(医学) 二次にわたる教育開発調査	(がん予防対策)

a) 地域福祉のまちづくり: われわれは中央公民館を核として、一般市民等らと地域福祉(健康福祉)に関する公開講座を自主的に継続・発展させてきた実績がある。ここ数年は企画・実行委員体制も整備され、とくに今年度の公開講座を通

して共生の時代の「健康福祉」や「保健医療」の構造化が可能になった。しかし、地域福祉と標榜すると、多くの住民は福祉だけに関心が向くことに疑問が残った。

b) 精神保健福祉: 五年前から四年間、



著者は社会福祉法人のやどかりの里と共同で共生の時代に相応しい職員の生涯研修セミナーを指導しており、その企画・実施・評価も真剣に話し合い、常に経過と成果を記録し、出版する地道な作業をしてきた。

今年度はやどかりの里 30 周年を記念したキャラバンを松本地域で受け入れる機運が市民層に自主的に生まれ、その企画と実施が大きな反響を生み出し、今後の地域的展開が既に始まろうとしている。

なお、本研究班の三年目は人間中心(尊厳)の健康文化に資する生涯研修のガイドライン作成が著者に課せられていた。そこで、本研究シリーズの三点セットの二番目として、著者は研修ガイドラインを執筆して別に報告するが、この特徴は一般市民だけでなく、大学等の教養課程の地域理解の演習(研修)指針となろう。

上記の二者は保健対策の観点から国内で地道にくり上げられてきた生涯研修に関する教育研究の色彩が強い。その点、以下の二者は疾病対策の観点から著者がタイを中核に国際的に展開した地域指向の専門教育改革に関する教育研究であるが、この学問精神は国内の二つの場合と基本的に同じであり、関係者の話し合いを重視している。

c) 医学・看護教育： 著者の四半世紀におよぶ国際保健の実践・教育経験から、

医学と看護学分野との学術国際交流は古い。しかし、地域指向の教育研修に関する共同研究は最近数年の実績しかなく、昨年1月にタイのコンケン大学看護学部と東北地方の看護大学教官に対する国際ワークショップを実施し、また去年はタマサト大学医学部と二次にわたり主題に関する実態調査を実施し、改善に向けた提言をしている。特に、昨年末の実態調査の総括報告では、保健対策に関する上記の国内の二つの学術経験が生かされ、それが結果として本稿作成に大きく寄与したという背景がある。

d) エイズ予防対策： 前記のよう、著者がタイのエイズ予防教育に総合接近の観点から関わって十年になる。当初は大学教育の場での教育研修であったが、エイズとの共生が叫ばれて自然に地域指向の教育研修を医学と看護学に向けており、最近三年間のタイでの教育研究では両項目が国内の場合と似て、融合している。

なお、著者が 1860-1970 年代はがんの疫学研究に専念した経緯から、本研究に関わった三年間に愛知がんセンターが実施した地域指向のがん対策に関する国際専門家研修で一次予防を担当し、既述の WIFY 演習も導入した。今回、本稿執筆時に第四年度研修のテキスト作成の依頼を受けたので、過去三年間の実績を見直しながらか執筆したら、それが上記の医学・看護教育における地域指向の教育研

修の価値転換に関するガイドライン作成と繋がると気づき、本研究シリーズの三点セットの三番目として執筆して別に報告するが、これは専門家の生命倫理重視の臨床研修指針に生かせるだろう。

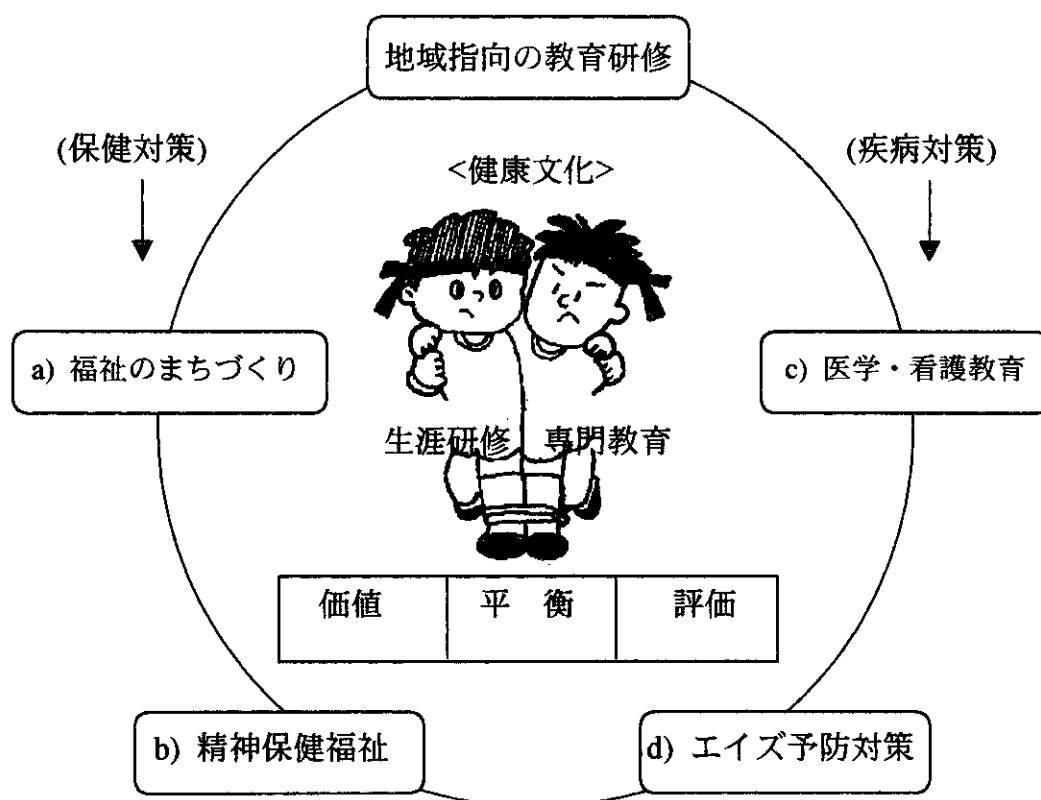
## 2. 地域指向の生涯研修/専門教育に関する総合接近の全体像

本稿で報告した主要四分野(a-d)を、健康概念の全霊、社会、精神、身体的幸せの四つに対応させたので、次はこれら

の動的状態を合わせ捉えることが、健康文化の総合接近として必要になる。そのため、文化規範を象徴するパートナーシップ・モデルを取りあげると、前記の表1の概要は図5のよう機能化(統合)して表すことができる。

こうしてみると、国内の保健対策で福祉のまちづくりが精神保健福祉に繋がり、国際の疾病対策で医学・看護教育とエイズ予防対策が融合した事実が理解しやすくなる。

図5: 著者等の生涯研修/専門教育に関する総合接近の全体像



そこで確認すべきことは、図5の三脚部分で地域指向の教育研修の方針のもとで、著者が何を指針と指標にバランスを計る

うとしてきたかであり、その構造化を図3の作業仮説に従って次に述べたい。

### 3. 地域指向の健康福祉と保健医療 に関する三位一体の理念

六年前、著者は山根等と日本健康福祉政策学会を設立し、第二回総会を松本で開催した。そのとき「健康福祉政策」という耳慣れない言葉に惹かれ、会長講演で「政策と経済」につき報告をした。そして、今年度の松本の公開講座を通し生涯研修と組み合わせ「健康福祉の生涯研修」を図 6 左側のような構造化し、さいたま市での第五回総会で報告した。なお、この生涯研修ガイドラインは別に作成したことは既述の通りである。

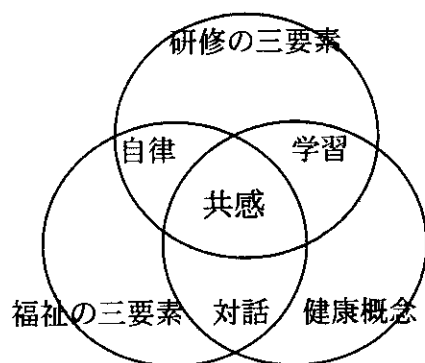
一方、上と表裏関係をなす「保健医療の専門教育」も、著者が総合接近と同時に提案した保健疫学と三つの質(質の保証、質の管理、生活の質)との関係で図 6 右側のような構造化でき、これも合わせ上記学

会で報告したが、この専門研修ガイドラインも別に作成したことは既述の通りである。なお、「保健疫学」は従来の量重視の医学疫学の方法を補完する仮説検定の体裁をとり、この応用は後に述べたい。

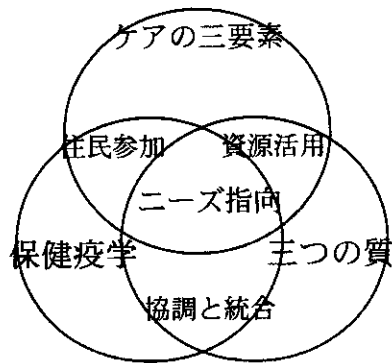
しかし、従来のわが国の環境条件の中では、健康文化の政策と管理という概念は意識しにくい事柄であり、どう発想を転換して現在の社会ニーズに見合ったものにするか疑問が残っていたが、本稿作成を通し、その前後関係から位置付けが可能になった。すなわち、図 6 は図 7 の四輪駆動車の二つのヘッドライトが照らし出す指針(自己認識)と指標(事例接近)であり、その基本方針は図 9 のメビウスの環に集約できる。このような頭の切り替え(発想の転換)がここで要求されることに改めて気づいた。

図 6: 健康福祉と保健医療に関する三位一体のバランス認識

健康福祉の生涯研修(反対回り)



保健医療の専門教育(時計回り)

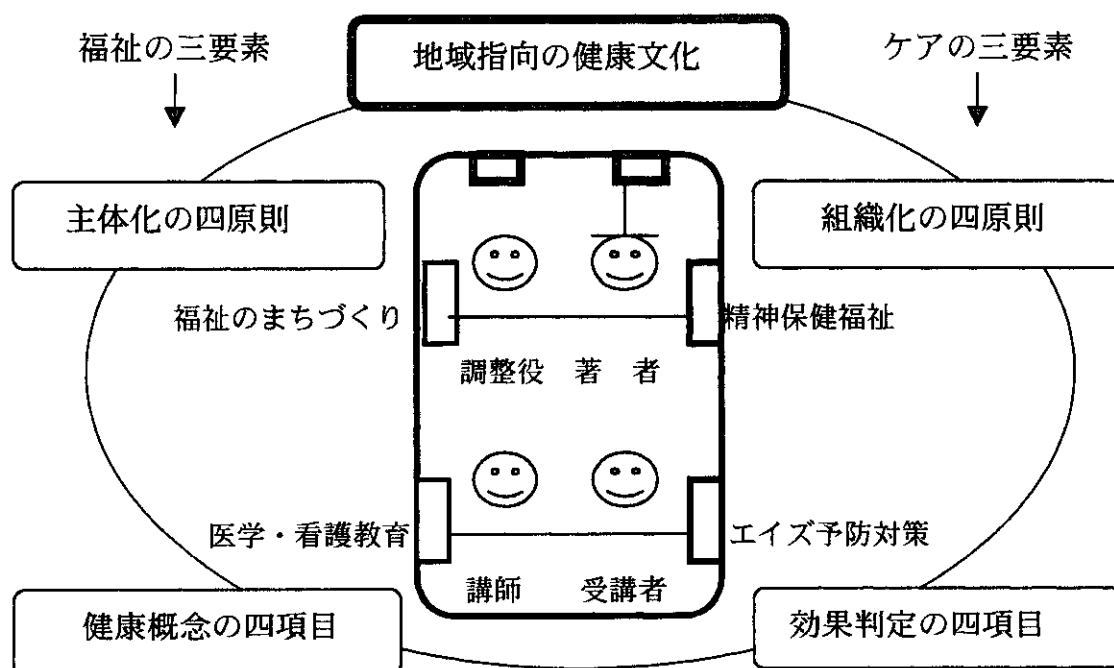


#### 4. 著者の三年間にわたる分担研究の 四本の柱の理論

著者が図7の四輪駆動モデルの構成を思いついた契機は、本研究班の三年度目の最終段階で実施したタイ・タマサト大学医学部の地域指向の医学教育に関する実態調査の二回目報告書を作成する最終段階であった。この現地調査は一週間で、その間に二回の中間報告と討論を大学執行部等を行うことで著者の視点が明確となることを強く意識した。その理由は何故か考えたら、この現地調査が意外にも三年間の著者の主題に関する思いを集約するよい機会になったことである。

その観点から考えると、この四輪駆動車の二つのヘッドライトは前記の図6を照らし出そうとしており、図7の前輪は時計反対回り、後輪は時計順回りを意味している。そして四つのタイプの人（運転の著者と調整役（各プロジェクトの企画委員）が前部座席、講師と受講者（学生）が後部座席である。なお、これら地域指向の四項目（プロジェクト）は何れも教育研修（生涯研修）の形態をとっており、これは「健康文化の価値正常化の四原則」と呼ぶとよく、この基礎認識と実践応用がわれわれの検討課題になった。

図7.:三年間にわたる著者の分担研究の全体像



#### 5. 相互理解に共通する自律平衡の 実際

上記の四輪駆動体制は目的達成に向け

自律平衡を計るので、それは図8のエッシャーのメビウスの環を引用するのが妥当である。すなわち、本稿の流れとして