

で、次いで5年から9年(22.2%)であった(表1)。

4) 運動療法施設指定の有無：運動療法施設の指定を受けている施設は5ヶ所(18.5%)で、指定を受けていない施設(70.4%)のほうが多かった(表2)。

表1 設立後年数

年数	数	%
～4年	4	14.8
5～9年	6	22.2
10～14年	4	14.8
15～19年	3	11.1
20～24年	3	11.1
25～29年	7	25.9
計	27	100.0

表2 運動療法施設指定の有無

	数	%
はい	5	18.5
いいえ	19	70.4
NA	3	11.1
計	27	100.0

5) 有資格職員の雇用状況：「その他」を除く18職種のうち、常勤職種では、保健婦(82)がもっとも多く、次いで健康運動指導士(56)、看護婦・士(45)が続き、以下、管理栄養士、医師、健康運動実践指導者、栄養士、ヘルスケアトレーナーなどであった。非常勤では、医師(217)、看護婦・士(25)などが多かった。全体では、医療系職種が運動系職種よりも多く回答された(表3)。

常勤、非常勤、派遣ともに回答のなかった職種は、ダイビングインストラクター、スポーツプログラマー、健康生きがいアドバイザーの3職種であった。

なお、「その他」の職種には、臨床検査技師、放射線技師、事務職など、表4に示したような

様々な職種があげられた。

運動系職種は、医療系の国家資格職種と比べ、民間団体等の公認資格職種が多かった。

また、雇用形態中の「その他」には医師などの年間延人数として回答があった。

表3 雇用形態別専門職配置状況(N=27)

職種	常勤	非常勤	派遣	その他
医師	31	217	14	545
保健婦(士)	82	6	5	0
看護婦(士)	45	25	9	2
健康運動指導士	56	9	7	5
健康運動実践指導者	27	9	5	1
管理栄養士	39	4	1	1
栄養士	16	3	0	0
温泉利用指導士	2	0	0	0
ACSM公認インストラクター	1	0	0	0
ダイビングインストラクター	0	0	0	0
スポーツプログラマー(1種)	0	0	0	0
スポーツプログラマー(2種)	2	0	0	0
レクリエーション指導員	0	1	0	0
ヘルスケアトレーナー	5	0	0	0
ヘルスケアリーダー	2	0	0	0
余暇生活指導員	1	0	0	0
生きがいアドバイザー	0	0	0	0
理学療法士	2	0	0	0
その他	103	31	8	1
計	414	305	49	555

表4 その他の職種

医療系職種	運動系職種	その他 事務職
検査技師	水泳教師・水泳指導員	
放射線技師	日本体育施設協会水泳指導 管理者	
助産婦	アメリカスポーツ医学会ヘルスフィットネス インストラクター	
臨床心理士	JABA 公認インストラクターエアロビクス、 1億人元気運動協会公認フェ ア・エクササイズインストラクター	
ホームヘルパー3 級	日本アパレル協会認定初級水 中運動指導士	
調理師	日本健美操協会認定指導員 ADI	

6) 重視している有資格職員：重視している有資

格職種を3位まで回答した結果を表5から表7に示した。1位では医師(51.9%)、次いで健康運動指導士(14.8%)が上位にあげられ、2位では健康運動指導士(25.9%)、保健婦(22.2%)が、3位では健康運動実践指導者(18.5%)と管理栄養士・栄養士が同率(14.8%)であげられた。

上記職種以外にあげられた有資格職種は、保健婦、看護婦、健康運動実践指導者、ヘルスケアトレーナーなどであった。

表5 重視している資格1位

職種	数	%
医師	14	51.9
健康運動指導士	4	14.8
保健婦(士)	2	7.4
管理栄養士	1	3.7
NA	6	22.2
計	27	100.0

表6 重視している資格2位

職種	数	%
健康運動指導士	7	25.9
保健婦(士)	6	22.2
管理栄養士	4	14.8
医師	1	3.7
健康運動実践指導者	1	3.7
NA	6	22.2
計	27	100.0

表7 重視している資格3位

職種	数	%
健康運動指導士	5	18.5
管理栄養士	4	14.8
栄養士	4	14.8
保健婦(士)	3	11.1
医師	1	3.7
看護婦(士)	1	3.7
健康運動実践指導者	1	3.7
ヘルスケアトレーナー	1	3.7
その他	1	3.7
NA	6	22.2
計	27	100.0

7) 今後求める人材：健康増進施設として今後どのような人材が必要かについて8項目あげ、1位から3位までを選択してもらった。その結果は、表8に示すとおり、1位が「健康づくりに関して企画力のある人材」(66.7%)、次いで運動処方ができる人材(33.3%)などが占め、2位では「運動・スポーツのマネジメント能力」(22.3%)、3位が「施設利用者に信頼される人材」(33.3%)があげられた。

回答のなかった項目は、「競技スポーツを指導できる人材」「得意なスポーツ種目を持っている人材」などであった。

表8 今後求める人材

1位	数	%
健康づくりに関して企画力のある人材	18	66.7
運動処方ができる人材	9	33.3
2位		
運動・スポーツのマネジメント能力のある人材	6	22.3
健康づくりに関して企画力のある人材	5	18.5
予算・人事など施設経営がわかる人材	5	18.5
医学的知識を持った人材	5	18.5
運動処方ができる人材	2	7.4
施設利用者に信頼される人材	2	7.4
競技スポーツができる人材	1	3.7
NA	1	3.7
3位		
施設利用者に信頼される人材	9	33.3
医学的知識を持った人材	5	18.5
健康づくりに関して企画力のある人材	4	14.8
運動処方ができる人材	3	11.1
運動・スポーツのマネジメント能力のある人材	2	7.4
予算・人事など施設経営がわかる人材	2	7.4

8) もっとも力を入れている運動種目：19施設から以下のような様々な運動種目があげられた。

- ①ウォーキングに関する種目(9)
- ②ストレッチに関する種目(8)
- ③プール活用に関する種目(7)

④エアロビクスに関する種目（6）

⑤その他の種目

9) 施設利用者：幼児から高齢者までをライフステージ別に分けて、利用時間帯を尋ねた結果は、午前、午後の部ともに多いのが「主婦」で、夕方と夜の部では「勤め人」が多くなっていた。

全体でもっとも多い利用者は、主婦(47.8%)、次いで高齢者(34.8%)、勤め人(17.4%)の順であった(表9)。

また、ライフステージ別では幼児が午後の部、青少年は夕方の部、主婦が午後の部、勤め人が夜の部、高齢者が午前の部であった。

表9 全体で最も多い利用者

利用者	数	%
主婦	11	47.8
高齢者	8	34.8
勤め人	4	17.4
幼児	0	0
青少年	0	0
その他	0	0
NA	4	11.1
計	27	100.0

10) 自宅から施設までの所要時間：利用者の自宅から当該施設までの平均所要時間は、30分以内が48.1%、次いで30分～1時間以内が37.0%、1時間半以内が3.7%であった(表10)。

表10 平均所要時間

時間	数	%
30分以内	13	48.1
30分～1時間以内	10	37.0
1時間～1時間半	1	3.7
1時間半以上	0	0
その他	0	0
NA	3	11.1
計	24	100.0

11) 機関・団体との提携状況：自治体や健康保険組合等の機関・団体との事業連携の状況は、もっとも提携しているのが地方自治体の74.1

%、次いで各種団体(55.6%)、企業(40.7%)、健康保険組合(33.3%)、地域住民・公共運動施設(29.6%)の順で、簡易保険組合は1施設(3.7%)のみであった。

12) 市町村・学校への職員派遣：職員を派遣した施設は22施設(81.5%)で特に多いのは、市町村であった。

13) 医療控除会員の有無：利用会員の中に医療控除を受けている会員の有無を尋ねた結果、1施設のみ「いる」と回答があっただけで、他の21施設は回答がなかった。

14) 今後必要なこと：今後の健康増進施設の展望を尋ねた結果、「その他」(37.0%)に次いで高かったのは「一般会員を増やす」(25.9%)、「医療や福祉施設と連携した運動療法等を受託する」(18.5%)などが高かった(表11)。

「その他」には、検診業務と連動した運動施設利用、市町村支援、運動実践指導者など関連職種対象の研修による連携、施設整備などの記述が見られた。

表11 今後必要なこと

回答	数	%
一般会員を増やす	7	25.9
医療や福祉施設と連携し運動療法等を受託する	5	18.5
特色ある運動種目コースを増やす	2	7.4
企業等法人会員を増やす	1	3.7
世代ごとのコースを増やす	1	3.7
健康保険組合の会員を増やす	0	0.0
その他	10	37.0
NA	1	3.7
計	27	100.0

IV. 考察

1. 健康増進施設の人材と施設機能

健康増進施設に従事する常勤の人材は、保健婦(士)、管理栄養士、栄養士、看護婦、医師などの医療系職種で、その多くを占め、健康運動指導士や健康運動実践者などの運動系職種は

23.2%と全体の4分の1にも満たなかった。このことは、検診業務及びその延長上の要指導対象者に対する運動や食生活などの保健指導・健康教育がメイン業務と推測される。すなわち、従来のな疾病の早期発見と運動療法としての早期治療という、疾病自然史モデルで健康増進業務を進めている施設が多いといえよう。

2. 健康増進施設の二面性

「健康日本21」のコンセプトの一つは、ヘルスプロモーションである。ヘルスプロモーションは、「疾病中心」の活動から「健康中心」の活動へのシフトを求めている。しかし、健康増進施設の現状は、検診業務の延長線上での運動指導を行う疾病中心の活動と、その一方で一般健康者を対象として健康中心の活動を行うという二面性を持った施設が存在している。極論するならば、運動療法を必要とする利用者はリハビリテーションと同じく、病院などの医療施設でサービスを受けるべきか、あるいは、検診後のフォロー業務を中心とするか、今後は対象者と業務範囲を明確にする必要がある。

3. 望まれる人材

今後、施設として必要なことは、「一般会員や企業・法人会員を増やすこと」が、また、今後求める人材では、「健康づくりに関する企画力、マネジメント、運動処方などができる人材」が必要であると回答した割合が高かった。このことは、都市部での健康増進施設が民間の施設経営を圧迫する可能性も否定できない。機能分担から考えれば、積極的な健康増進機能は、民間の運動型施設に委ね、公的な施設は臨床の場としての最小限の運動療法機能と、民間施設や市町村を対象とした本来的な技術的センター指導を発揮し、民間施設とのすみわけをすべきであろう。

4. 健康運動サービスの体系化

全国健康増進施設連絡協議会に加盟する施設は、公的機関が設立者である。その役割は、研究、研修、情報提供などのセンター機能である。その対象は、民間運動型施設や保健所、市町村保健センターなどの住民に身近なサービス機関である。特に農村部では、民間施設への期待が困難なため、保健所や市町村保健センターの役割が大きくなる。これらの施設での人材は、健康増進施設や保健所においては、医師の運動処方に基づいて運動プログラムを組める健康運動指導士の配置が必要である。運動型の民間施設においても健康運動指導士の配置が望まれるが、人件費などコストや制度面の検討が必要である。良質な人材を確保し、サービスの質を高めるためには、運動・スポーツや医学知識を持ち、マネージメントや企画能力などを備えた優勝な人材確保が必要となる。そのためには、現在の公認制度や人材養成のあり方を含めた検討や、文部科学省などの他分野の運動・スポーツ振興策と合わせた議論が必要である。

なぜならば、検診業務にシフトした消極的な現状の健康増進策では、生活習慣病の罹患率の大幅な低下は期待できないからである。そのためには、医療圏など地域レベルの健康増進サービスの体系化が必要であり、その推進に当たってはインターセクトラルな政策づくりが必須要件となる。

文献：省略

2位 _____

3位 _____

質問5 貴施設では、今後どのような人材を望みますか。もっとも必要な人材を3つ選んで下さい。

1. 運動処方ができる人材
2. 競技スポーツを指導できる人材
3. 健康づくりに関して企画力のある人材
4. 運動・スポーツのマネジメント能力のある人材
5. 得意なスポーツ種目を持っている人材
6. 予算・人事など施設経営がわかる人材
7. 医学的知識を持った人材
8. 施設利用者に信頼される人材

質問6 貴施設の昼間の利用者は、主にどのような方たちですか。2つだけ選んで下さい。

1. 幼児
2. 青少年
3. 主婦
4. 勤め人
5. 高齢者
6. その他

質問7 貴施設の夜間の利用者は、主にどのような方たちですか。2つだけ選んで下さい。

1. 幼児
2. 青少年
3. 主婦
4. 勤め人
5. 高齢者
6. その他

質問8 利用者の自宅から貴施設までの平均所要時間は、おおよそどのくらいですか。

1. 30分以内
2. 30分から1時間以内
3. 1時間から1時間半
4. 1時間半以上
5. その他⇒（具体的に： _____）

質問9 貴施設でもっとも力を入れている運動種目を、3つあげて下さい。

1. _____
2. _____
3. _____

質問10 貴施設では、昨年1年間に次の外部機関・団体と提携した事業を行いましたか。該当する提携外部機関・団体名に○印をつけ、実施している事業名と年間実施回数をご記入下さい。

1. 健康保健組合と提携した

SQ1. どのような事業ですか。

1. 生活習慣病予防教室（糖尿病・高脂血症・高血圧）⇒（_____回／年）
2. 腰痛予防教室 ⇒（_____回／年）
3. 健康づくり教室・健康運動 ⇒（_____回／年）
4. 体力測定 ⇒（_____回／年）
5. その他（具体的に： _____）⇒（_____回／年）

2. 企業と連携した

SQ1. どのような事業ですか.

1. 生活習慣病予防教室（糖尿病・高脂血症・高血圧）⇒（_____回／年）
2. 腰痛予防教室 ⇒（_____回／年）
3. 健康づくり教室・健康運動 ⇒（_____回／年）
4. 体力測定 ⇒（_____回／年）
5. その他（具体的に：_____）⇒（_____回／年）

3. 国・地方自治体（都道府県、市町村、保健所、など）

SQ1. どのような事業ですか.

1. 生活習慣病予防教室（糖尿病・高脂血症・高血圧）⇒（_____回／年）
2. 腰痛予防教室 ⇒（_____回／年）
3. 健康づくり教室・健康運動 ⇒（_____回／年）
4. 体力測定 ⇒（_____回／年）
5. その他（具体的に：_____）⇒（_____回／年）

4. 簡易保険加入者と提携した

SQ1. どのような事業ですか.

1. 生活習慣病予防教室（糖尿病・高脂血症・高血圧）⇒（_____回／年）
2. 腰痛予防教室 ⇒（_____回／年）
3. 健康づくり教室・健康運動 ⇒（_____回／年）
4. 体力測定 ⇒（_____回／年）
5. その他（具体的に：_____）⇒（_____回／年）

5. 各種団体と提携した

SQ1. どのような事業ですか.

1. 生活習慣病予防教室（糖尿病・高脂血症・高血圧）⇒（_____回／年）
2. 腰痛予防教室 ⇒（_____回／年）
3. 健康づくり教室・健康運動 ⇒（_____回／年）
4. 体力測定 ⇒（_____回／年）
5. その他（具体的に：_____）⇒（_____回／年）

6. 地域住民・公共運動施設と提携した

SQ1. どのような事業ですか.

1. 生活習慣病予防教室（糖尿病・高脂血症・高血圧）⇒（_____回／年）
2. 腰痛予防教室 ⇒（_____回／年）
3. 健康づくり教室・健康運動 ⇒（_____回／年）
4. 体力測定 ⇒（_____回／年）
5. その他（具体的に：_____）⇒（_____回／年）

質問 11 昨年 1 年間に、貴施設の職員を市町村や学校などに派遣したことがありますか。

1. ある ⇒ SQ1. 最も派遣の多い派遣先の名称を一つだけ教えてください。

⇒ SQ2. 年間の派遣回数ほどのくらいですか
年 _____ 回程度

2. な い

質問 12 貴施設には、健康保健組合や行政などから利用料等の補助を受けている会員がいますか

1. いる ⇒ SQ1 何人くらいいますか _____人
SQ2 それは、どのような会員ですか
 1. 比較的大きな健康保健組合に加入している会員
 2. 糖尿病などの疾患を持った会員
 3. その他（具体的に: _____)
2. いない

質問 13 貴施設では、今後どのようなことが必要と思われますか。一つだけ選んで下さい。

1. 利用者の会費や入会金を増やすこと
2. 企業などの法人会員を増やすこと
3. 健康保健組合と契約して会員を増やすこと
4. 幼児、妊婦、婦人、お年寄りなど世代ごとのコースを増やすこと
5. 医療や福祉施設と提携して患者や入所者の運動療法等を受託すること
6. 特色のある運動種目コースの会員を増やすこと
7. その他（ _____)

今後の健康増進施設や人材のあり方について、ご意見等を自由にお書き下さい。

ご多忙のところ、ご協力をいただきありがとうございました。

健康増進の人材育成ならびに民間活力導入に関する政策科学研究

2.健康増進の概念、活動のパラダイムシフト

④ユニバーサルサービスの視点と位置付け

東京大学教授 長澤 泰

高齢化の著しいわが国の健康増進政策を考える場合にはユニバーサルなサービスを提供するための発想の転換が必要である。医療と福祉の建築・設備の研究を長年実施してきた観点からこの問題を考えてみたい。

1. 「病院」から「健院」への発想転換

病院建築に関しては研究が進み機能性の高い大病院(註1)も建設されるようになったが、依然として患者にとって病院建築は病気になったから仕方なくいく場所である。(註2)一般の建築設計では機能的な面を解くだけでなく、利用者がそこに行きたい、居たいと思ふ空間を目指す。病院の場合も治療工場ではなく街中や野山を楽しく歩いたり、停まったりするという発想で筆者は病院地理学(Hospital Geography)という言葉を探し研究を開始したのが1980年代である。(文4)そして、「病んだ家」ではなく「健康な家」として「健院」という造語をして病気に対する建築「病院」から健康に対する建築「健院」へ移行すべきだと主張し始めたのが1989年である。(文5)

当時は何を夢見たいな馬鹿げたことをと言われたが、それから十年余を経過して、最近では癒しの環境(文6)への関心が高まり、このような発想も余り奇技ではなくなった。

2. シックケアからヘルスケアへ

病気を治療する場を癒しの環境として向上させるという健院の役割は、さらに病院のように入院させて治療するのではなく病気にならないようにするためにはどうすればよいのかを考えて造る建築へと進展する。ナイチンゲールも主張しているように、入院自体が患者を造っている面があるからである。(文7)当然これまでの「病院」とは違ったかたちになる。病気になる前に情報を発信し健康の維持を働きかけるのが健院の役目である。(文8)

2001年5月の国際病院学会(国際病院連盟主催・香港)で、米国の建築家D. アクソンは「われわれはシックケアを手にしたが、まだヘルスケアは持っていない。」と発言し注目を浴びた。「二十世紀当初から公衆衛生の向上で疾病予防が可能であるにもかかわらず、何十年も経ってようやく成人病予防の健康的な生活、自動車事故防止のエアバッグやシートベルト装備が強調されている。それまでわれわれは予防志向どころか、大げさな診療志向(Edifice Complex)で、どんどん大きなシックネス(病気)センターを建設し、結果的に交通渋滞、公害発生を助長させて、患者の医療への近接性を阻害し、病気ではないお産までシックネスセンターに入れてしまった。」と述懐している。(文9)さらに、もしも世界中の子供たちに予防接種が出来て病気の早期発見と治療が進み、現代のほとんどの病気を予防できたとしたら、そして健康な間はかかりつけの医師に金を支払うが、もし病気になったらその医師が無料で診療をするという中国でその昔行われていた方式を導入したとしたら、これらのシックネスセンターはどうなってしまうのであろうか?と疑問を提示した。21世紀に入り、ようやく前世紀の出来事が少し分かるようになってきた。

3. 「命よりも大切な健康」のパラドックス

最近読んだ本に「健康のためなら死んでもいい！」(文10)がある。副題は「命よりも大切な健康のパラドックス」。この著者は日本航空に務め、その後独立してニューヨーク二十五年間在住している。冒頭に日米の比較が載っている。平均寿命では日本が勝るが百歳以上になると人口対比で米国が三倍多く、かつ日本は寝たきりか要介護が六割に対して、あちらではピンピンした人が六割という数字に驚かされる。80歳過ぎて離婚、再婚は盛んで、86歳で小型飛行機の操縦免許を取るおばあさんなど実例が豊富に紹介される。読み進むと、実はこの現象の仕掛け人がアメリカ政府自身で高騰する医療費抑制のために国民の健康意識改革の全国的キャンペーン「ヘルシー・ピープル・プロジェクト」を1970年代から開始していたことが明らかになる。そういわれてみると、あの頃からジョギングが流行ったり、実業家のイメージが肥満体からスポーツマンタイプに変わったりしたことに思い至った。(註3) あれは、じつは巧妙に仕組まれていたのである。

健院の環境とは我々の家庭や社会環境の中に現在病院が持っている機能を潜ませることで実現できるが、この本は人々の意識を変えることの重要性を大いに刺激的に説いている。

4. ヘルスケア概念の拡大

日本のような高齢社会では痴呆症やアルツハイマー病は最も頻繁に存在する「高価な病気」になりつつある。非薬物療法の中で重要な役割を果たすのが生活環境である。ガンの末期や難病など治療困難な症状に対しての環境及ぼす効果については多くの検証がされているが、J. ジーゼル(文11)はアルツハイマーに対して自然と一体化した物理的環境の役割を強調している。

(註4)ここでも「健院」の発想が役立つ。

精神医療にも変化が生じている。R. ホーンズビィ(文12)によれば、「2020年までに鬱病はガンを抜いて心臓病に次ぐ死因の第二位になる。……強度の鬱病患者の15~30%は自殺によって死亡。毎年78万件の自殺があり、これは40秒に1回の頻度になる。……適切な訓練認識、そして安眠薬の投与で十分に自殺予防ができるので鬱病対策はそんなに高価ではない。……(註5)」と警告している。精神医療は昔から偏見とそれに伴う患者処遇がなされており、20世紀に至るまで根本的な対策が論じられなかった嫌いがある。今後の医療建築を考えるとき、施設的、非施設的対応を広く捉えて、「健院」の発想で早急に検討する必要がある。現在、精神病は世界的危機にある。

5. 在宅の「健院」

ハイテク社会では、予防・健康増進の具体的な提案が必要である。例えば各住宅のトイレで健康状態をチェックできる装置を医療費でまかなう、尿をカプセルに入れてコンビニから宅配便で病院に運び、結果はメールで戻るようにすれば、わざわざ病院で尿を採る必要はない。退院後の患者さんの体温・血圧などバイタル・サインをデータ管理会社が医師に常時送るシステムが沖縄を中心に始まったようである。

大勢が集まること自体、待ち・迷い・ストレス・感染などの問題の発生原因になるので病院なるべく人を近づけない方策を考えるべきである。今後の医療施設へのアクセシビリティとは、患者が来院し易いことではなく患者が来院しなくても必要な情報が得やすいことを意味するようになる。ITが今後の医療にどんな影響を与えるかは未知数であるが、例えば携帯電話で自分の健康管理ができ、これが全国的に広がれば、

病院のあり方が変わる事は明白である。

昨今、デイケアセンター、ショートステイ、老人保健施設、老人ホームとか名前だけは違っても、中にいる人はほとんど変わらないような福祉施設が建てられ、特別養護老人ホームが何10万床足りないからと急速に整備が進められている。北欧では昔、同じことを実施したが、今は既にやめて在宅に移行してる。日本では、このような施設をぎりぎりの制約条件の下に造るので、決して満足のできる水準の建築環境にはならない。また運営上も施設では、どんなケアも一列に並んでというふうになる。先を見れば「施設」よりも、在宅ケアが可能で長く住める「住宅」にお金をかけた方が良く、医療だけでなく福祉介護の場をなるべく家に移行させれば、100とか200床といった巨大な高齢者施設はいらない。ただし、家族を包含したデイケアやショートステイといった小住宅スケールの施設の整備は今後も必要であろう。

6. 高性能緊急医療パッケージ

どんなに予防と健康増進に気をつけていても急病や事故は発生する。米国のCCC (Critical Care Unit) のような救命救急センター機能はどんな時代でも必要である。救急とICUを主体としたような施設は、将来もっと高度化・小型化する。患者搬送システムが常に問題になるが、小規模になれば分散化もしやすい。(註6)

6500名の死者を記録した1995年1月の阪神大震災、6000名の犠牲者を出した2001年9月のニューヨークのテロ事件など大災害での医療の確保が問題になっている。2002年10月に日本建築学会においてウイーン工科大学建築学科の災害軽減のための学生による建築デザインの展示が行われた。その後東京大学で引き続き展示と災害軽減と建築デザイ

ンのテーマで研究フォーラムが開催された。

ヴァーダバー教授(註7)はニューヨークのテロ事件の後、連邦政府からの依頼で災害の現場で有効に医療が提供できる高性能緊急医療パッケージのデザインを行っている。(文13) テキサスA&M大学のジョージ・マン教授は船舶(Mercy Ship Project)や飛行機(Flying Eye Hospital Project)を病院にして、医療の届かぬ地域をなくそうという試みも行った。地球規模の医療を考えるとどんなところでも現地で医療が提供出来る可動医療装置などについて真剣な検討が必要である。まさにユニバーサルサービスの展開である。

2001年に来日した建築家J. ジョナサンは、アメリカの一般急性・集中治療・観察ハイケア病床数比率は、2000年現在でそれぞれ80%・15%・5%であるが、2010年にはなんと30%・50%・20%になると予想し、(註8)病院病床種別の変化を柔軟にすることを強調した。(文14)病院は重症患者を集中的に扱う小型ハイテク施設に変貌するであろう。

このように今後の医療建築は超急性患者を対象とした形態と健康増進・予防・リハビリテーション・長期慢性疾患そして痴呆症や精神疾患を対象とした形態とに二極化が予想される。

7. ジェノアのGUPHAフォーラム

2002年7月にイタリアのジェノアで第三回GUPHAフォーラムが開催された。(文15)主催は筆者らが二年前から世界の医療施設計画の研究者や実務家との連携を計って半世紀先の2050年の医療環境のあり方を検討するために構築した世界規模のグループでGUPHAと呼んでいる。(註9)ジェノアには日本・米国・英国・フィンランド・ギリシャ・カナダ・香港・韓国・フィリピン・イタリー・オーストリア、そしてWHO本部から

の担当者を含めて 30 名余りが集まり 3 日間にわたり集中的討議を行った。

最初に、英国での 2020 年の展望 (文 16) の講演があった。英国の報告は明快で (1) 病気の診断と治療だけでなく健康の関するさまざまな社会システムモデルの構築、(2) 患者や介護者の経験を採り入れ家庭になるべく近い環境で問題を解決するという患者中心のアプローチ、(3) 単に心地よいというだけでなく治療効果のあるデザイン(4)社会情勢・経済・地球環境を統合化した持続性 (サステナビリティ) を探求する必要性を主張している。(註 10)

8. 医療建築の六つの波

ヴァーダバー教授は医療建築の歴史を振り返って現在は六つ目の波に当たると論じた。(文 17) 第 1 の波は古代ギリシャ・ローマのアスクレピオス神殿に代表される転地療法型病院、第 2 は中世の修道院型収容病院、第 3 はルネサンス期の宮殿型転用病院、第 4 は 19 世紀のナイチンゲールの主張した療養環境を第一にした看護型病院、第 5 は 20 世紀の身体治療工場型メガホスピタル (巨大病院) である。ジェノアでは六つ目の波として今から 2050 年までに予想される動向は(1)インターネットにより医療の提供者と消費者との関係が新しくなること (2) 患者が家にいても自分の健康状態をチェックできることにより病院を土台にしたシステムから、もっと分散的なシステムへの移行 (3) 特化した施設の協力ネットワークが形成され、その拠点として家庭・職場・地域型外来クリニック・最重症患者の救急入院センターとなること (4) いつでも、どこでも、自分の膝のラップトップを通して健康の相談と治療が受けられる環境、ヴァーチャル・ヘルススケープ (virtual healthscape) であると発表した。第 6 の波はこれからの 21 世

紀型の「健院」である。

近代医療の発展に見るように、ある時代の画期的な発明・発見による技術開発の結果が一般に普及するまでに 1~半世紀位かかるのなら、現代世界の進展のペースが速いことを考えると、現在既に開発された新しい技術が 50 年後に一般化することになる。2002 年の第 26 回国際内科学会 (京都) の黒川清学会長は既に二方向システムのテレメディスンも夢ではなく、現代をトランスポーターションとコミュニケーションにより医療が国境を越えて世界中に届く時代であると論じている。一方で、昨今見られるインターネットや携帯電話の普及により、人と人のコミュニケーションは一見容易になったように見えるが、逆に人と人が直接会う機会を減少させている面もある。人による教育はインターネット教育と違うように、機器による医療と人による介護とは異なる。これからの医療建築環境は世界的な展望の中で人々の直接会う意味を配慮しながら考えていく必要がある。

9 医療福祉設備の地球的展望

ジェノアでは、各地域での研究や状況の報告があり、2050 年までの問題の多様性が如実になった。例えばフィンランドを中心にしたバルト海沿岸で 2050 年の病院像は過去に建設された病院を如何に改装して使えるかといった現実的な持続性 (サステナビリティ) の問題である。(文 18) 米国の病院(文 14) では、(1) 職員不足 (2) 保険外患者の増加 (3) 建設資金不足 (4) 医療の質と安全確保 (5) 情報技術導入が関心事であるという。(註 11)

ジェノアでも、(1) 国ごとの医療制度の根本的な改造 (2) 患者中心の発想の進展 (3) 生活の拠点での癒しの普及 (4) ヴァーチャル医療の開発が指摘された。多くの国でなんと同じ現象

が起きているかと驚きを感じるが、こうみると、将来の課題はいくつかのキーワードでまとめられそうである。

筆者が学会長を仰せつかった2002年の第31回日本医療福祉設備学会のメインテーマは、「医療福祉設備の地球的展望 病院から健院へ」である。現在この地球には約60億の人類が生きており、2050年には100億近くになると予想される。地球全体を人口100人の村に例えた指摘(文19)のように、それぞれの地域は地理的、歴史的に異なる特徴を持ち、そこに住む人々はそれぞれ固有の政治、経済、文化あるいは宗教の枠の中で生活をしている。自然科学を主体とした診断と治療という今日の西洋医学に基いた病気への対応法が、この地球全体の共通認識のように考えられているが、シックケアでなくヘルスケアにまで視野を広げれば、そこには自然科学だけでなく病気を医学とは違う視点からとらえた社会科学の必要性(註12)が明白になってくる。(文20)

ヘルスケアのあり方はこれらの地域固有の背景の下でさまざまな変化を示す。日本も長い歴史と島国という地理的条件の中で固有の特性を育み、特に戦後の50年間に世界有数の平和国家 経済国家として認められるようになった。しかし、今後の地球的な人的交流や情報のネットワークの中で、いつまでもこの国の固有性だけに依存することはできない。

参考 引用文献

1. J.D. Thompson & G. Goldin *The Hospital: A Social and architectural history*, New Heaven and London, Yale University Press 1975
2. 吉武泰水 宮武保義 *病棟看護婦のタイムスタディ* 日本建築学会研究報告、1952
3. 長澤泰 *病院建築 日本の実像と将来像 医学のあゆ*

み 187巻9号 1998

4. Yasushi Nagasawa, *The Geography of Hospitals : A Developing Approach to the Architectural Planning of Hospitals*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001
5. 長澤泰 *健康的でなければならぬ建築—新しい病院建築のあり方—* 建築雑誌 104巻 1283号 1989
6. 長澤泰 *癒しの創造環境 これからの医療施設と「癒しの環境」* くるがね工作所 1997
7. F. ナイテングール *病院覚え書 ナイテングール著作集第二巻 湯模ます他訳* 現代社 1974
8. 長澤泰ほか *建築が病院を健院に変える* 彰国社 2002
9. D. C. Axon, *Hospital Architecture in the New Era*, *World Hospitals and Health Services*, Vol.36, No.3, IHF, 2001
10. 藤松忠夫、*健康のためなら死んでもいい!*、ゾディアック、2000
11. J. Zeisel, *Environmental Design Effects on Alzheimer Symptoms in Long Term Care Residents*, *World Hospitals and Health Services*, Vol.36, No.3, IHF, 2000
12. R. Hornsby, *The Growing Crisis in Mental Health Care*, *World Hospitals and Health Services*, Vol.36, No.3, IHF, 2000
13. S. ヴァーダバー、*米国のヘルスケア建築の現状と今後の動向、病院* 2002
14. J.O. Jonassen, Ron Clemenic and Mark Leinenwever, *Health Facility Flexibility and Humanity*, *International Academy of Design and Health*, 2001
15. Graham Cooper, *Holding a global crystal ball*, HD, August 2002
16. S. Francis and R. Glanville, *Building a 2020 vision : Future Healthcare Environment*, The Nuffield Trust, 2001
17. Stephen Verderber and David J. Fine, *Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation*, Yale University Press, 2000
18. Y. Nagasawa *A Sustainable Healthy Urban Environment for Everyone*, 1st World Congress of Health and Urban

Environment, Madrid, Spain 1998

19. J.C. Lewis, Mapping International Challenges for Managed Care, World Hospitals and Health Services, Vol. 36, No.1, I H F, 2000

20. S. ソーンダイク 隠喩としての病い エイズとその隠喩 富山太佳夫訳 みすず書房 1992

(註1) 医療建築の歴史的展望(文1)をみると、近代西洋医学の飛躍的進展のきっかけは、麻酔手術成功(モートン・1846)、破傷風菌発見(コッホ・1878)、X線発見(レントゲン・1895)など、たかだか1世紀ほど前のことである。ストレプトマイシン(1944)の開発により結核を克服して現代の病院形態の発生に至るまでには、さらに半世紀を要している。それ以前は病院というより療養所であった。日本では戦後、「病棟看護婦のタイムスタディ」(文1)を嚆矢として病院建築研究が進み、X線・手術・滅菌・給食などの中央化や急速に発展した医療技術に対応するため機能的・効率的な病院を追求して、高機能化と巨大化の道を歩み、ついに身体修理工場に似た形態になったのである。

(註2) 患者に不評な日本の病院建築像を筆者は皮肉を交えて、(1)百貨店(2)朝市(3)寄せ鍋(4)ハイテク(5)使い捨て(6)満員電車(7)クローン(8)三K(混んでる汚い怖い)という8つのニックネームで表現している。(文3)しかし、これらの姿は現実的な現象の象徴である。例えば米国では1週間を切る平均入院期間は日本では1ヶ月弱であるので、病床が多く必要で結果として「満員電車病院」となる。しかし最近の入院期間は、米国の21%減に対し、日本でも12%減になっている。一方「朝市病院」のように、日本の外来患者は50%の増加でしているが、米国でも61%の増加で入院から外来への移行が顕著である。それぞれ原因と背景は異なるが現象として同じなのは興味深い。

(註3) 徹底した禁煙、日本食ブーム、ガンリンより高い飲料水、ビタミンショップ、ハーブ競争、東洋医学、ダライラマ人気、スニーカーデザインなど次々と紹介される事例はみな、成る程と思わせる。

(註4) 出入口管理・散歩道・個人的社会的空間・癒しの庭園・

住居性・独立性・包括性を掲げて具体的提案を行っている。

(註5) 30%に近い人々が一生のうちで何らかの精神病を体験し、その中で最も一般的な病気が診療的鬱病である。8~12%の男性、20~26%女性が一生に1回は鬱病になる。そのうち50~80%がもう一度同じ病気を体験する。……確かな医療の管理下であれば問題ないが、多くの鬱病患者が受療できない状態にある。……この問題は放置すると患者自身だけでなく社会にとっても多くの直接的・間接的な経済的負担になる。

(註6) 救急でなくても、たとえば学校とか公民館などを基点にして、保健婦や介護者が在宅の方のケアをするような発想は既に各地で発生している。

(註7) テューレーン大学(ニューオリンズ・米国)のヴァーダー教授は2002年2月より2ヶ月間東京大学に招聘し共同研究を実施した。

(註8) 2001年秋に開院した東京大学医学部附属病院の入院棟の上記病床比率は、70% 5% 25%である。

(註9) GUPHAはGlobal University Programs in Healthcare Architectureの略で、地球規模ヘルスケア建築の大学間プログラムである。2000年にカナダのヴァンクーヴァーで第1回フォーラム、2001年には米国テキサスで第2回フォーラムを開催した。

(註10) 20年ほど前に埼玉県に建てられた笠原小学校は空間が子どもたちに語りかける建築で自分からさまざまな場所を見つけて学習するといった思想で設計された学校である。時の経過とともに豊かになる空間をここで体験することができる。医療施設においても「使い捨て」病院ではなく、しっかり建てて長く使う時代になっている。

(註11) 日本では国民皆保険制度のおかげで保険外患者は問題にならないかに見えるが、室料差額に代表されるように患者の要求と医療の供給レベルとの乖離が目立つ。医療過誤のケースが多く報告され安全確保が今日の話題である。職員建設資金の不足や情報導入も常に問題になっている。

(註12) 現に、東京医科大学の救命救急センターでは社会学者が救急医療での人間関係に関する研究を行っていることである。

健康日本21計画の推進と健康増進活動のあり方

松本 和興

(聖徳大学人文学部生活文化学科)

1. はじめに

昨年8月に健康増進法が制定され、本年5月から施行される。この健康増進法は健康日本21¹⁾の法制化したものであるといわれている。しかし、それだけではなく、日本の医療を二次予防偏重の時代から一次予防、さらには健康増進の時代へと転換させるという大きな意義をもつものである。21世紀の国民健康づくり運動として、現在全都道府県で、さらに3,224市町村中312市町村で展開されている²⁾健康日本21計画の都道府県版³⁾、市町村版の推進は、今後この健康増進法に負うところが多いと考えられる。法律の根拠に基づき行政施策が実施される場合は、そうでない場合に比べて、行政に必要な6つの要素一人、予算、物、組織、制度、情報の規模が拡大し、これらの要素を効果的に活用した健康増進活動の実施により、目標に対する達成度が高まると考えられる。それゆえ、健康増進法を追い風にして、健康増進活動の効果的なあり方を検討することにより、健康日本21計画を効率的に推進することが可能になると思われるので、具体的に健康日本21計画を推進するための健康増進活動の効果的なあり方を検討し提言したい。また、健康づくりのための国民運動である健康日本21は、日本社会の健康課題である生活習慣病を予防し、国民医療費の増加をくい止め、さらには削減することにおいて、日本社会を変革させる運動となる必要があると

思われるので、社会変革モデル⁴⁾のプリシード・プロシードモデルの理論⁵⁾とその応用について検討したい。

2. 健康日本21計画を推進するための健康増進活動のあり方について(提言)

1) 都道府県と保健所における健康増進活動

都道府県民のための健康づくり政策を計画・企画し、計画を実施・推進し、中間評価を含めて評価する。健康増進支援ネットワークづくりを行い、自らがコーディネーターとなり、管内市町村保健センターおよび管内健康増進事業実施者がサブ・コーディネーターとし、管内の市町村教育委員会、健康増進関連団体、民間企業、飲食店、マスメディア、地域ボランティア活動団体などの間の有機的連携のために、定例連絡協議会および専門的技術研修会を主催し連絡調整を行う。とくに管内の市町村保健センターに対して緊密な連絡を取り技術的支援を行い、管内の地域住民に対して市町村が実施する健康増進活動に協力する。また、健康づくりネットワークが運営するウェブサイト进行管理する。

2) 市町村と保健センター、健康増進センターにおける健康増進活動

保健所の技術的支援と協力を受け、市町村住民のための母子保健、成人・老人保健、地域保健領域における健康増進事業を企画・立案し、計画を実施し、中間評価も含めて評価するよう努める。また、健康増進支援ネットワークのサブ・コーディネーターとして、保健所、健康増進事業実施者、市町村教育委員会、市町村内の健康増進関連団体、民間企業、飲食店、マスメディア、

地域ボランティア活動団体などの間の有機的連携のために、保健所および健康増進事業実施者と定例連絡協議会を共催する。なお、市町村に保健センターがない場合又は不足している市町村においては、保健センターの設置に努める。

3) 健康増進事業実施者（保険組合）における健康増進活動

産業保健領域における健康増進事業を企画立案し、計画を実施し、中間評価も含めて評価する。また、健康増進支援ネットワークのサブ・コーディネーターとして、保健所、市町村保健センター、市町村教育委員会、健康増進関連団体、民間企業、飲食店、マスメディア、地域ボランティア活動団体などの間の有機的連携のために、保健所および市町村保健センターと定例連絡協議会を共催する。

4) 公立・私立学校における健康増進活動

学校保健領域の健康増進活動として、保健科教育および家庭科教育を通して、また、地場産食材生産者との連携、老人会との交流により学校給食を通して健康教育を実施する。また、地域住民、町内会、老人会の健康増進ボランティア活動のために、グラウンド・体育館など学校施設を開放する。また、生涯学習により健康増進に関する講座を開設する。また、健康づくりネットワークに参画し、定例連絡協議会に出席し、地域住民の健康ニーズを把握し、効果的な健康増進活動を推進する。

5) 健康関連団体における健康増進活動

健康関連の職能団体、社会福祉協議会などの健康関連団体は健康増進のための普及パンフレット・リーフレット制作に関して企画立案し、計画を実施する。健康づくり

ネットワークを通して普及パンフレットを配布する。また、地域住民に対する講演会やフォーラムを開催し、健康増進に関する正しい知識を普及させる。

6) 民間企業における健康増進活動

健康増進施設は、昨年から今年にかけて11施設減少した⁶⁾。健康指向型スポーツクラブ、レジャー型スポーツクラブ、○適マークをもつ健康増進施設、医療費控除適用を受けることのできる運動療法施設に対して健康増進協力施設マークを与える。さら

に我々の調査⁷⁾よれば資質も意欲も高く、健康運動指導士登録者で最も資格保有者において割合の多い管理栄養士免許をもつ健康運動指導士²⁾を配置し、運動・栄養・休養を総合的にサポートできる総合健康増進施設の認可事業を行い、認可された総合健康増進施設に助成金を出し、業界を活性化する。健康増進活動を直接営業活動にするスポーツクラブ、フィットネスクラブ業界が活性化することは民間活力を活用することは極めて戦略的手法である。また、健康づくりネットワークに参画し、定例連絡協議会に出席し、地域住民の健康ニーズを把握し、効果的な健康増進活動を推進する。

7) マスメディアにおける健康増進活動

新聞、テレビ、ラジオ、ミニコミ雑誌、インターネットなどマスメディアは、健康づくりネットワークに参画し、定例連絡協議会に参加し、科学的な根拠に基づいた正しい健康情報を番組およびコマーシャルを通して提供する。なお、コマーシャルのスポンサーに対して健康増進関連コマーシャル番組制作に協力を要請する。

8) 公的機関認定ボランティア活動における健康増進活動

全国の食生活改善指導員は、この3年間でヘルスサポーターを100万人にする目標を掲げて食生活改善活動を推進する⁸⁾。同様に運動普及推進員、保健指導員も、運動普及活動、保健指導活動を推進する。なお、ボランティア活動人材の資質向上を目指した人材育成の充実が必要である。

9) 地域ボランティア活動における健康増進活動

町内会、自治会、老人クラブが会員の健康増進のために学習会を計画し、参加者を募る。学習会の講師として、健康づくりネットワーク会員を当て、健康増進関連知識を学習する。なお、地域の公立・私立学校の施設を健康増進の場として活用する。

10) 地域地場食材生産者などにおける健康増進活動

公立・私立学校、民間企業、飲食店（レストラン・スーパーマーケット・小売店）、地場産食材生産者、マスメディアなどを、健康づくり協力店とする制度を立ち上げ、健康情報の提供、食品栄養成分表示を普及させる。また、定例連絡協議会に出席し、健康づくりネットワークを介して参加者との間で有機的に連携する。

11) 地域住民自主団体における健康増進活動

ヘルスサポーターとヘルスメイトによる健康づくり草の根運動⁸⁾としての歩こう会などの健康増進活動を展開する。また、定例連絡協議会に出席し、健康づくりネットワークを介して参加者との間で有機的に連携する。

12) 家庭における健康増進活動

栄養・休養の場として、また分煙の推進の場として意義がある。栄養士免許所有者であるが、勤務していない家庭栄養士40万人をサポートする健康づくりネットワークが運営するウェブサイトを準備し、家族の健康増進のため、さらに町内会、老人会会員の健康増進のために栄養・食生活改善指導を通して、家庭栄養士による健康増進活動を推進する。

3. 社会変革モデルのプリシード・プロシードモデルの応用について

集団や社会の健康増進活動を推進するためには、集団や社会全体の行動変容に関する理論を応用する必要がある。健康増進のための行動を地域社会や集団、政策というマクロな観点から捉え、行動変容を促すことは重要な視点である。そのためには、個人の健康のための知識や技能を伝える健康教育が用いられる。

集団や社会全体の行動変容を促すことは、集団や社会を変革するためのモデルである。そのために健康教育の手法が用いられる。この健康教育を効果的に行うためには、一般的には、①適切な企画を立て、②実施し、③その結果を評価するという3つのステップが必要である。①には対象となる集団が抱える健康問題やニーズを把握し、健康教育の目標を決めること、さらにそのための具体的な方法や内容を考え計画を作成することまで含まれる。②は作成された計画に基づいて実施することである。③は実施した内容についてどの程度の効果があり、対象となった人たちにどの程度受け入れられたのか、またどの程度目標を達成することができたのかについて評価する

ことである。

この3つのステップ（企画、実施、評価）をさらに詳細に検討しているモデルとしてL.W.グリーンらが提唱したプリシード・プロシードモデル（Precede-Proceed model）がある。このモデルではまず企画の段階を、①社会診断、②疫学診断、③行動・環境診断、④教育・組織診断、⑤運営・政策診断の5段階に分けて総合的にニーズアセスメントを行い、健康教育の目標と対象、実施企画と計画を立案する（プリシードと呼ぶ）。そして⑥で実行に移し、評価の段階は、⑦プロセス評価、⑧インパクト評価、⑨結果評価の4段階（プロシード）で行う⁹⁾。

このモデルの特徴は行動変容に必要な3つの要因である、準備、実行、評価を取り上げていることや健康上の問題を解決するために行動だけでなく環境も扱っており、環境に働きかけることを明記したことである。また、政策や法規、組織に働きかけることが取り上げられ、健康教育と政策・法規・組織がかみ合うことによってQOLを高めることを健康教育の目的としたことなどである。その意味では、WHOオタワ宣言におけるヘルスプロモーションの考え方、健康を支援する公共政策づくりや環境づくり¹⁰⁾に合致するので、健康日本21計画を推進するには最も適切なモデルと言えよう。

このモデルに基づいた健康教育の取り組みが健康日本21において行われてきている。実際に地域住民に接して、その集団の健康増進のための行動変容をもたらすには、都道府県レベル、市町村レベルにおけるプリシード・プロシードモデルが必要と

なっている。当然、各都道府県によって、社会診断、疫学診断、行動・環境診断、教育・組織診断、運営・政策診断の結果は異なり、一様なプリシード・プロシードモデルを適用することは不可能である。したがって、それぞれの集団で5項目の診断を行い、総合的なニーズアセスメントを行い、健康教育の目標と対象を定め、実施企画と計画を立案し、そして実行し、そのプロセスとインパクト性、その結果を評価する必要がある。

ここでの①～⑤の5項目の診断結果を用いて総合的なニーズアセスメントを行うためには、すべての集団に対して同一の手法で行う必要がある、その手法は単純ではなく複雑で絡み合っている諸因子を単純な因子にまとめることのできる多変量解析¹⁰⁾を適用する必要がある。また、最大の効果を上げるためにどのように企画・計画の立案をするか推測統計の重回帰分析法を適用する必要がある。さらに、⑦～⑨の3項目の評価結果をどのように第2次の企画・計画の立案に反映させるのか、診断結果に重み付けを行って再度、最大の効果を上げるために推測統計が必要になる。

今後、この方法論を早急に確立する必要があるものと思われる。

4. 参考文献

- 1) 健康日本21（21世紀における国民健康づくり運動について）、健康日本21企画検討会・健康日本21計画策定検討会報告書、（財）健康・体力づくり事業財団（2000）
- 2) NPO法人日本健康運動指導士会、健康運動指導士会報、No.67（2002）

- 3) 元気県ぐんま 2 1 (21 世紀における
県民の健康づくり運動), 群馬県 (2001)
- 4) 松本和興・今木雅英編, ネオエスカシ
リーズ健康管理概論, 同文書院 (2003)
- 5) Green. L.W. and Kreuter.M.W.: Health
promotion planning: An educational and environ-
mental approach. 2nd. ed., Mayfield Publishing
(1991)
- 6) 厚生統計協会編, 国民衛生の動向 (2002
年), 第 3 編保健, 79 - 106 頁, 厚生統計
協会 (2001)
- 7) 小野寺伸夫, 厚生科学研究 - 健康増進
に係る人材育成並びに民間活力導入に関す
る政策科学研究平成 12 年度報告, 53 - 62
頁 (2001)
- 8) 財団法人日本公衆衛生協会編, 公衆衛
生情報, 34 - 39 頁, 新企画出版社 (2003)
- 9) 神馬征峰・他訳, ヘルспロモーション,
PROCEDE-PROCEED, 34 頁, 図 1-4,
医学書院 (1997)
- 10) 島内憲夫訳, ヘルспロモーション
- WHO オタワ憲章 -, 垣内出版 (1990)
- 11) 奥野忠一、他編, 多変量解析法 - 改
訂版, 日科技連出版社 (1981)

健康増進の人材育成並びに民間活力導入に関する政策科学研究。 平成14年度

健康増進に関する具体的活動の類型、活動内容の特徴（地方自治体による健康増進のあり方）

研究協力者

ヨネヤマ、エ、アソシエー級建築士事務所
米山 隆

1) 指針案の基本的事項

心身の健康増進、健康管理をテーマとして地域における健康増進計画について現状、問題点、創造的施策を総合的に検討する。

2) 調査研究結果に基づく具体的内容

地域健康福祉プランに基づく心身の健康活動の事例分析として、鎌倉市の現状の創造的施策のあり方と現状を踏まえた高齢化社会への対応について研究をおこなう。鎌倉市は豊かな歴史的遺産のある民度の高い地域特性を持つ特徴を生かした健康福祉社会の具現化に取り組んでいる。市は5年間の鎌倉市健康福祉プランの推進改革を策定し市民参加による福祉社会を目指している。

3) 人材開発の具体的方策

鎌倉市では生涯学習指導者の育成として指導員、各種団体指導者の研修機会の充実、指導者の発掘養成、学習ボランティアの養成活用、また生涯スポーツの推進、スポーツ事業の普及をはかるためスポーツ指導者の育成とともに体育、スポーツ指導者派遣制度を活用する。スポーツ、レクリエーション団体の育成支援に努め

るとともに団体相互の連帯協力を促進する。地元企業などに対して生涯スポーツの協力を要請し多様な市民ニーズへの対応をはかる。

4) 民間活力導入

世代交代が進み、生き方好みに変化が生じ少子高齢化において負担も重く地域全体にボランティア活動を中心とした行政と市民の協働がテーマとなる。生涯学習を推進計画の上位計画と位置づけ市が主体となって生涯学習推進協議会が行う。市は生涯学習プログラム作成、学習指導者の登録を行いプログラムを実施する。鎌倉市では生涯学習ガイドブックに様々な分野の講座、催し物約400、登録されている生涯学習の登録者は270名、自主学習のグループは600をこえる。

5) 今後のプロジェクト研究

地域における健康増進のための人材育成、並びに民間活力導入にかんしては行政と民間の協議により年々充実度が増しているが基本的に限られた予算で頭を使う施策が求められる。

6) 心と体の健康増進について鎌倉市の施策並びに国際関係の方向

生涯学習指導者登録制度 生涯学習支援の人材の育成、市民同士、地域人材の活用、文化事業教育セミナー等年10回程度開く。登録者は講師として活用、有志が生涯学習指導者の会、市が生涯学習の場所づくりをし共催で質の向上、指導者独自で講習会等で教え方を学ぶ。市は予算のサポート、場所の提供、広報へのPRを行う。

鎌倉市生涯学習推進委員会(平成13年立