

地域医学研究連絡委員会報告

わが国のヘルスプロモーションにおける地域支援のあり方

平成14年11月26日

日本学術会議第7部

地域医学研究連絡委員会

この報告書は、第18期日本学術会議第7部地域医学研究連絡委員会で審議した結果をとりまとめて発表するものである。

#### 委員長

久道 茂（東北大学名誉教授、宮城県病院事業管理者）

#### 幹事

渡辺洋宇（金沢大学名誉教授、富山労災病院長）

山根洋右（島根医科大学環境保健医学教授）

#### 委員

今村清子（横浜市民病院がん検診センター所長）

岩政輝男（琉球大学医学部長）

近藤郁子（愛媛大学医学部衛生学教授）

鈴木 宏（新潟大学医学部公衆衛生学教授）

多田羅浩三（大阪大学医学部公衆衛生学教授）

前沢政次（北海道大学医学部付属病院総合診療部教授）

## 地域医学研連報告書要旨

近年におけるわが国の保健医療政策は、疾病の早期発見・早期治療による二次予防対策を中心としたものであったが、少子高齢化による社会構造や疾病構造の変化に適切に対応するには、従来の二次予防や治療を中心とした対策では不十分であり、このままではわが国の医療保険制度の破綻やこれから益々重要な福祉政策の普及が困難になることが危惧されている。そのため、厚生労働省では、平成12年4月から、健康増進国民運動として指針「健康日本21」を策定した。「健康日本21」は、近年における健康増進施策の世界的潮流の中で、日本のこれまでの施策が、はっきりとした目標値を設定しないままに推進してきたために目標達成の評価が出来なかったこと、また、必ずしも科学的根拠に基づく設定でなかったことから、健康観についての新しい考え方、理念を設定して国民にも納得のいく対策をするべきであるという反省に立ってつくられたものである。その理念は、若年者の死亡率減少、健康寿命の延伸、そしてQOLの向上を目指すものである。平成14年7月、この方針を具体化するための「健康増進法」が制定された。

日本学術会議第7部地域医学研究連絡委員会(以下、地域医学研連と略す)では、医学・医療・保健・福祉の分野における目覚ましい進歩を遂げる技術革新を踏まえて、地域に基盤をおいて、より総合的な医学医療の提供による地域住民の保健医療水準の向上を通じ、国民の健康に責任を持つ保健医療体制の確立を目指して、幅広い討議を積み重ね、今回その検討結果を公表することとした。

本報告書は、わが国におけるヘルスプロモーション(健康増進)の地域支援のあり方について、第1部では、高医療費と医師不足という課題を抱える北海道、高齢化、過疎化、農業荒廃等の課題を抱える山陰地方、および平均寿命日本一の食生活を中心とする特徴的なライフスタイルをもつ沖縄、地域の特徴をよく表している三地域について記述した。第2部として、ヘルスプロモーションに関係の深いキーワードを中心にした課題について考察した。それらは、「地域における「健康日本21(地方版)」の取り組みと課題」、「中高年のヘルスプロモーション 都市型の特徴と課題」、「勤労者の過労死およびメンタルヘルスと喫煙問題」、「健康教育のあり方 男女共同参画社会からみた地方大学医学部の課題」、「国際保健からみた我が国の地域におけるヘルスプロモーション」、「生涯保健事業の推進 WHOのHealth Promotion Hospital 構想から」としてまとめた。その結果、わが国の21世紀におけるヘルスプロモーション構想を確実にし、国民が健康寿命を享受できるために、これから何が必要か、次に掲げる事柄を実現することが必要であると考え提言することとした。

(提言)

国は、地域におけるヘルスプロモーションの普及を図るため「健康増進法」の具体的実施方法を早急に作成する。

国及び地方自治体は、地域における公的病院の「健康増進支援システム」の確立とそのための財政支援を図る。

国は、健康寿命の延伸を図るための科学的根拠に関する研究の充実を図る。

国及び地方自治体は、児童教育、生涯教育など明確な目標に基づいた健康教育並びに個々のライフスタイルにあった相談機関の充実を図る。

国及び地方自治体は、個性を大切にした人間作り、子育て支援、自然と共に生きる環境医学教育の充実を図る。

国及び地方自治体は、ヘルスプロモーション普及のため、全国どこでも通用する情報機能を持つ健康管理カードの導入を図る。

国は、労働者のヘルスプロモーションの普及を図るため、労働時間の短縮、メンタルヘルスを含む職場の健(検)診システムの充実を図る。

国は、ヘルスプロモーションのグローバル化を考慮し、国際保健の充実のため、国際保健専門家、感染症疫学専門家の育成を図る。

これらの活動プログラムを評価するに当たっては、プロセス評価、アウトカム評価、インパクト評価、費用/効果・便益・効用分析などの評価の積極的導入を図る。

本報告書のねらいは、国の政策が従来はとかく中央の指導によるもので地域の状況を見ないやり方もあったという教訓を生かし、また、今日盛んに言われている地方分権の時代にこそ相応しい地方独自の施策を生かすにはどうすべきかを検討することであった。そのため、地域医学研連の各委員の所属する地域の特徴や課題を抽出し、全国を俯瞰し、ヘルスプロモーションを全国に拡大普及するには、地域が何をできるのかを探り、地方分権の主役となる地域の区市町村の住民の力をどう生かすかについて提言をまとめた。それが今後の国および地方自治体の健康づくり政策に役に立つとしたら幸いである。

## 目次

### はじめに

部	頁
1 . 北海道におけるヘルスプロモーションの課題 . . . . .	2
2 . 山陰地方におけるヘルスプロモーションの課題 健康文化の町作り . . .	9
3 . 沖縄におけるヘルスプロモーションの課題 . . . . .	24
部	
1 . 地域における「健康日本21(地方版)」の取り組みと課題 . . . . .	29
2 . 中高年のヘルスプロモーション 都市型の特徴と課題 . . . . .	34
3 . 勤労者の過労死およびメンタルヘルスと喫煙問題 . . . . .	41
4 . 健康教育のあり方 男女共同参画社会からみた地方大学医学部の課題 .	54
5 . 国際保健からみた我が国の地域におけるヘルスプロモーション . . . . .	60
6 . 生涯保健事業の推進 WHO の Health Promotion Hospital 構想から .	64
総括と提言 . . . . .	69
用語解説 . . . . .	70

## はじめに

日本学術会議第7部地域医学研究連絡委員会（以下、地域医学研連と略す）では、第13期に新しく研究連絡委員会として設置されて以来、医学・医療・保健・福祉の分野における目覚ましい進歩を遂げる技術革新を踏まえて、地域に基盤をおいて、より総合的な医学医療の提供による地域住民の保健医療水準の向上を通じて、国民の健康に責任を持つ保健医療体制の確立を目指して、幅広い討議を積み重ね、討議結果を公表してきた。最近の例では、平成9年に報告した「保健所をめぐる規制廃止について」、平成12年に報告した「我が国の保健医療福祉計画の現状と問題点－保健医療福祉の連携をいかに構築するか－」の二つがある。

近年におけるわが国の保健医療政策は、疾病の早期発見・早期治療による二次予防対策を中心としたものであったが、少子高齢化による社会構造や疾病構造の変化に適切に対応するには、従来の二次予防や治療を中心とした対策では不十分であること、このままではわが国の医療保険制度の破綻やこれから益々重要な福祉政策の普及が困難になることが危惧されている。そのため、厚生労働省では、平成12年4月から、健康増進国民運動として指針を策定した。それが「健康日本21」である。

健康日本21は、近年における健康増進施策の世界的潮流の中で、日本のこれまでの施策が、はっきりとした目標値を設定しないままに推進してきたために目標達成の評価が出来なかったこと、また、必ずしも科学的根拠に基づく設定でなかったことから、新しい考え方、理念を設定して国民にも納得のいく対策をするべきであるという反省に立ってつくられたものである。その理念は、若年者の死亡率減少、健康寿命の延伸、そしてQOLの向上を目指すものである。平成14年7月、この方針を具体化するための「健康増進法」が制定された。

本報告書のねらいは、国の政策が従来はとかく中央の指導によるものであったことから、地域の状況を無視したやり方もあったという教訓を生かし、また、今日盛んに言われている地方分権の時代にこそ相応しい地方独自の施策を生かすにはどうすべきか、を討議することである。そのため、地域医学研連の各委員の所属する、地域の特徴や課題を抽出し、全国を俯瞰し、ヘルスプロモーションを全国に拡大普及するには、地域が何をできるのかを探り、地方分権の主役となる地域の区市町村の住民の力をどう生かすか、委員会としての提言を盛り込み、それが今後のわが国の政策決定に役にたてられたら幸いとするとところである。

## 北海道におけるヘルスプロモーションの課題

### 1. 北海道の現状

北海道は特徴ある地方のひとつである。他の都府県と比較して北海道が目立つ点は、食料自給率日本一である。年間一人当りの医療費の高さが、この10年間日本一を続けてきたことである。一人当りの医療費が高いということは、喜ぶべきことなのか、憂えるべきことなのか。道民が医療にお金をかけられるということは、それだけ裕福なのだろうか。経済的な余裕が、そうさせているのであれば結構なことである。しかし一方で、不健康だから医療にかかるのだとすると、健康を害している原因が何であるのかを明らかにしなければならない。

実は老人医療費も北海道は突出している。これも年間一人当りの数値であるが、常に低医療費を保っている長野県などの2倍近い金額である。これに関してはいくつかの分析がある。ここでは代表的な論文を紹介しておこう。

ひとつは現北海道医師会長飯塚弘志氏が、1990年に発表したものである<sup>1)</sup>。飯塚氏は当時、道医師会の常任理事を務めておられた。「本道一人当りの医療費が高い原因は老人の入院患者が多く、入院日数が長いことによる」との分析結果を示した。説明要因としては、全国の平均値と比較し、医療機関の分散度が大きいこと、離婚率が高く、人口密度が低いことをあげている。これらの背景としては、産業構造の変化、経済不況、社会心理的要因があることを考察し、社会文化的視点を重視すべきことを述べている。

川淵孝一氏は北海道の老人医療費が日本一高い要因を大きく4点に分けて考えている<sup>2)</sup>。面積の広さ、人口密度の低さ、積雪や寒冷などの自然的要因。介護力低下と希薄な人間関係に代表される社会的要因。都市部の過剰病床に代表される医療供給体制の要因。4つめは医療需要の要因であるが、「医療供給が医療需要を作る」局面があるのではないかと述べている。その処方箋としては、入院中心の老人医療を在宅ケアに転換していくことと鷹栖町で展開されてきた住民参加型のコミュニティヘルスの実践をあげている。またひとつの案として、「医療機関偏在の是正策として、診療報酬点数の1点単価を、病床過剰地帯を1点=9円、病床非過剰地帯を1点=11円にすること」を提案している。

健康状態イコール医療費ではない。しかし、これらの論文に示されているように、北海道には特有の医療状況があり、これらを十分にふまえて、今後道民の健康問題にどう取り組むべきかを考えていく必要がある。

次に考えるべき北海道が抱える大きな問題のひとつは医師の不均衡分布である。地域医療確保に関する各種施策の中で、地域に勤務する医師の確保が最も重要で、かつ最も

困難な課題である。道内における医師の実態を整理した結果を見ると、医師の絶対数が増加する中で、医師分布の地域格差はむしろ拡大している状況にある。

医師需給の全国的動向に関しては、1994年11月に「医師需給の見直し等に関する検討会意見書」が委員会から厚生省に報告された。この中で医師の供給数は1998年頃から必要医師数を上回り、2015年には約23,000人の医師が過剰になると試算(中位推計)しており、養成定数の削減を図りながらも医師過剰時代が来る可能性が高いと指摘している。一方、将来に向けての提言の一つとして、医師数の増加を各地域における医師の確保や地域格差の是正などに結び付け、その適切な配置と拡充を図る必要があるとしている。

北海道と他県との比較では、1996年の都道府県別人口10万対医師数(医療施設従事者に限る)を見ると、上位は東京(247.5人)、京都(242.8人)、徳島(240.9人)、高知(237.7人)、福岡(233.8人)と続き、東京を除く関東および東北地方などが平均より下回っている傾向にある。北海道は人口10万対医師数が180.4人と、全国平均の183.0人とほぼ同様の水準に位置する。

しかし、道内の地域間格差はまだ是正されていない状況にある。道内の数値は医療施設従事者以外の医師も含んでいる数値である。旭川市を含む上川中部が人口10万対医師数268.3人で最高である。第2位が札幌圏の231.0人である。一方少ないほうの順位は第1位が根室圏の65.8人、第2位が宗谷圏の95.0人、第3位が99.8人である。上川中部と根室圏では約4倍の開きがある。

## 2. 課題の抽出

以上のように、北海道では住民の大病院志向や医療費の不適切消費が全国に比べ多い。また医療供給側も都市部の病院乱立による過当競争、逆に過疎部の医師不足は一向に改善の兆しが無い。福祉に関しても施設依存の住民が多く、在宅福祉が十分展開されていない状況で介護保険の適正運用も危ぶまれる。医療経済、および医療システム論、住民心理の面から、独自の方法でその原因を浮き彫りにし、住民生活にふさわしい健康観、医療福祉の利用方法などについて検討し、行政施策と医学教育に対し具体的提案を行うことが課題である。

### (1) 医療費の高低による住民生活ならびに地域医療状況の分析

北海道の二次医療圏における医療費の比較では、人口の年齢構成を補正した上で医療費水準を示し、全国平均を1.0とした地域差指数を用いた(平成9年度)。北網圏と十勝圏が1.060と全道の中で最低であった。根室圏が1.068、上川北部1.094、遠紋圏1.097とそれに続いている。

一方、地域差指数の高い圏域は、札幌の1.468が第1位(全国でも1位)で、後志1.426(全国2位)、中空知1.423(全国3位)、西胆振1.325(全国5位)、南空知1.312(全国6位)、東胆振1.310(全国7位)、南渡島1.298(全国9位)で、いずれも全国でも上

位を占めていた。

医療費が全国平均に近い圏域は、人口当りの医師数が比較的少なく、病床数も少なめで、保健婦数がやや多い傾向にある。全産業における一次産業の占める割合が、2割前後である。

一方、医療費が高い地域は、人口当りの医師数が多く、病床数も多めで、全産業における一次産業の占める割合が、1割前後である。札幌圏は一次産業が1%となっている。

医療費が高い圏域それぞれの特徴をより細かく検討してみたい。札幌圏は全国一の地域差指数である。この要因の第一は一般入院ベッド数の過剰である。現在でも約9,000床オーバーしている。医育機関が2ヶ所あり、当然医師数も多い。大病院はもちろん、中小病院も多い。患者は道内各地から集まってくる。しかし、患者数は限られているから、病院による患者の奪い合いも起きている。患者の側も、何軒もの医療機関をはしごできる。医療に対する依存心の高い患者と患者を集めて経営を改善したい医師とがうまく組み合わせられている。老人病院が日本一多い都市でもある。子供に迷惑をかけたくない高齢者と、自分で介護するよりもよい病院に入院させることが親孝行だと考える家族と親切な老人病院とが共存している。医療への依存度が大きい生活保護者も少なくない。また、歯科医の数も多く、消化器系疾患の中で歯科の占める割合も多く、一人あたりの歯科費用額も他の地域に比べて高い。

全国第2位の後志は、入院医療の比重が大きい。圏域内にベッド数が多いわけではなく、約3割は札幌圏に越境入院している。住居地と医療機関を結ぶ距離的近接性は乏しいので、病院から在宅への移行はスムーズにいかないと思われる。札幌市の病院にとっても後志圏の患者はよいお客様になり得る。

中空知は全国第3位で、旧産炭地を多く抱えていることに、その特徴がある。人口10万あたりの一般病床数も多い。それは札幌圏の1,635.9床よりも多く、1,656.6床である。北空知(2,191.6)、北渡島檜山(1,945.1)、西胆振(1,887.6)、上川中部(1,670.3)に次ぐものである。それにも増して特徴的なことは、精神科の病床が多いことである。中空知圏の精神科病床は人口10万対985.9床で、全国平均の316.1、全道平均の381.8を大きく上回っている。全道一は、北空知の1,171.8で、中空知は2番目に多い。これらは医療供給側の問題であるが、医療を受ける側の問題としては、住民の健康度と家族介護力を考慮しなければならない。この圏域は道内で最も遅く閉山した産炭地域であり、炭鉱作業員は最後の希望を喪失し、失職した。元気に働ける人は、仕事を求めて他の地域に移動し、結局健康に自信のない人々が地域に残る傾向が見られた。アルコールの力を借りなければ生きられない状況も生み出された。

その他上位を占める地域も、入院病床数の過剰と産業の衰退が大きな要因となっている。

市町村別では、旧産炭地に医療費の高い自治体が多い傾向にある。ある町を調査した。人口は最盛期の3万から、現在5千に激減している。非保険者を一般と退職者、老人に

分けると、これらの地域では一般被保険者の医療費が高額となっており、高齢者によるものではないことが分かる。全国の平均値よりも突出して高いのは、入院ひとり当りの診療費で、全国平均の3.67倍、受診率は2.92倍であった。疾患別では、一般と退職者では、精神障害が最も高く、老人では循環器疾患が最多であった。退職者は炭鉱離職者が55歳から年金を受給しており、全体の構成比で全国平均の2.4倍である。

全国で高医療費の一二を争う福岡県も旧産炭地の多いところである。原因はこの辺にもあるのかもしれない。しかし、炭鉱離職者に責任があるわけではない。仕事と健康の問題には関連が深いことを予知し、対策を講じる必要があったわけで、社会全体の責任としてこれを受けとめるべきであろう。今後の健康政策決定に生かさなければならない。

## (2) 地域医療従事医師の確保に関する検討

住民に身近な医療福祉の再構築には、医療福祉に従事する人材の確保が最大の課題である。なかでも医師の確保は、過疎の自治体にとって困難な課題となっている。

田邊達三氏らの調査によると、出身大学別の市町村分布を、市部は北大(35%)、札幌医大(25%)、道外(25%)の順、町部は道外(40%)、北大(24%)、札幌医大(22%)の順、村部では道外(55%)、北大(15%)、札幌医大(15%)の順になっており、町村部ほど道外大学出身者の占める割合が高い。町村部の中には道外大学出身者のみからなる地域が52町村見られる。また、これら52町村を含め、道内大学出身者比率が50%未満の地域が3市71町18村で合計92市町村にも及んでいる。これら92市町村の地域別分布状況を見ると、主に道北北部の内陸からオホーツク海沿岸、道東、道央の日本海側、道南地方に多い、という<sup>3)</sup>。

医療機関である大学がへき地医療に対してどの程度の責任を負うべきかについては、議論の多いところである。これまで専門医を育てることを主眼においてきた大学にとっては、へき地医療機関からの医師派遣要請への対応は、余分な仕事と考えられてきた。

一方、北海道地域医療振興財団がその事業の一環として、医師短期派遣事業、医師研修事業の他に医師紹介斡旋事業を展開している。これは道内医療機関からの求人に対し、道内外から職を求める医師を斡旋しようとするものである。求人数よりも求職者数のほうがはるかに多いが、紹介成立は求人数の約5割である。問題点としては、求職者の質にばらつきが多く、人間性なども把握しがたいことである。求人、求職相互の条件調整は困難をきわめる。派遣後に生じたトラブルも、対処が難しく、短期に離職すると継続性の面で求人側に迷惑がかかる現状である。一定期間の再研修を義務付けることや、本人の能力や適性を見極める中間段階が必要であると思われる。

また、北海道特有の事業である地方センター病院からの派遣は、圏域内医療機関からの派遣要請がしづらいなどの批判があり、成果はまだ上がっていない。地域センター病院が実施する地域の医師を対象にした研修は、地域医師の参加が低調であり、その理由の分析とこれを踏まえた事業内容の改善が必要と言われている。

調査のひとつとして、玉突き医師派遣論を展開される久保田宏氏が院長を務められる

名寄市立病院を訪問し、現状を尋ねた。日本医療機能評価機構による病院機能評価も道内公立病院ではじめて受けており、モデル的的地方センター病院になり得る施設と考えられたからである。地域医療支援室が設置され、おそらく道内では、最も活発な支援事業がなされている。代替医師派遣事業の年 120 日、巡回診療の年 50 日をはじめとして、精神科、脳神経外科、小児科、産婦人科のサテライトクリニック（いずれも月 1,2 回）を実施している。協力する院内医師も初年度は戸惑いがあったようだが、最近は積極的に参加しているとのことである。長期にわたる派遣事業は今後の課題であるが、大学医局とも連携を取り、大学からセンター病院に 1 年間派遣され、地域医療支援室（もしくは総合診療科）に席をおき、巡回診療などに従事し、その後 2 年間医師の少ない圏域内医療機関に勤務することを数人の医師グループが繰り返す玉突き方式が企画されており、今後の実現に大いに期待を寄せたい。「住民生活に身近な医療」の視点から、派遣事業や研修事業がなされる必要があり、定着までは時間がかかるであろうが、医師の不均衡分布に一石を投ずることができるはずである。

さらに、道北や十勝北部の町を訪ね、首長にインタビューした。道北ではほとんどの町村が道外大学出身の医師に医療活動を託してきた。それは大学医局に派遣依頼をしても、梨のつぶてであることが多く、専門医と地域は水と油のようだという。たとえ派遣されたとしても大学のほうばかりを向いていて地域になじまない。行政や他の職種とも連携がスムーズに取れない、など問題が少なくない。一方、道外からの医師は給料等の条件面での折り合いをつけることが難しく、継続性もない。その医師が辞めると、また最初から医師探しをしなければならない。いくつかの派遣事業も、一長一短で、真に過疎地の事情にそぐわない状況の中にあるとの認識を持っていた。

以上の調査で明らかにされたことは、大学医局からの派遣は、短期 2 から 6 ヶ月では医師自身も腰掛的な気持ちで臨み、住民も慣れる前に交代するため、信頼関係を築くには時間が少な過ぎる。長期の場合にも医師の人間性に大きく左右され、行政も腫れ物をさわるような対応しかできない場合もあること。一方、財団を通しての医師確保も、医師の側に帰属場所がなく、また勤務地の自治体との間に仲介役を欠くために、長期の勤務が困難な医師も少なくない。地方センター病院などを核としたサポート体制の整備が早急に望まれる。

### (3)医療と福祉の連携

各地域に出向いて症例検討会に参加し、医療と福祉の連携状況の把握に努めた。

オホーツク沿岸のある町では、介護保険の実施前であったが、役場の福祉部門と厚生連の訪問看護ステーションとが中心になり、綿密な介護サービス計画が立てられ、検討されていた。しかし、看護職と介護職の考え方の違いや、医療機関が要援護者に対して厳しい生活習慣の規制を指導していることには疑問を感じた。連携はよく取れているが、高齢者をどう見るかは、意見の相違はあろうが、高齢者本人の生き様に対して「おおらかに見守るころ」が、重視されてよいように思われた。

日本海沿岸の村では、痴呆患者への対応が議論になった。医療機関や福祉機関の職員が集まり、かつ消防署員や郵便局員まで検討会に参加していることは意義あることである。しかし、痴呆患者に対して買い物、火の始末など何から何まで注目しすぎることは、どのような影響を本人に与えるであろうか。家族は都会地におり、引き取ろうとしているが、本人は村が好きなのであった。そのまま引き取られれば、早晚施設へ送られる可能性が高いように思われた。医療機関はよい方策を持たないようだった。

上川中部の町でも、痴呆患者に対するケアで、介護保険にスムーズに移行できそうになく悩んでいた。診療所と精神科病院の両方から処方された薬を正確に服用するために、ホームヘルパーが1日3回訪問しなければならない。介護保険になると週3回の訪問とせざるを得ない。町として上乘せ横出しサービスがどれだけ可能かで、皆熱心に議論した。我々は介護保険の通り、週3回の訪問でよいのではとすすめた。薬は減らすか、やめればよいと考えたのだ。診療所でも5種類、病院からも3種類の抗不安薬、抗うつ薬の処方が多すぎる。ただ、これは医者が考えないと誰も提案できないことである。高齢者ケアをどうすべきか。静かな医療改革が必要であることを思い知らされた。

以上3カ町村での症例検討会は、行政がリーダーシップを取り、医療機関の職員もかなり協力的である。したがって医療と福祉の連携が悪いわけではない。連携はしているが、どれくらい深く高齢者の全体像を捕らえ、共通の目標を見出しているかという点で、相互に勉強不足と思われ、今後の学習が期待される。

#### 4. 具体的提言

\* 医療のシステム化、特に地元の医療機関を的確に利用すること、生活習慣を改善すること、老後の生活の場を考えることなど、地域住民の意識改革をはかることが重要であるが、地道な保健活動と教育の改革以外は方法がないようである。それをできるだけ早期に実現できるとすれば、首長と医師の二人三脚である。

\* 健康政策としての保健計画。まず健康政策の哲学を打ち立て、それに沿った保健計画を策定すべきである。保健計画は、住民の生活習慣を変えたり、健診の受診率を増加させるためのものであると考えるのは間違いである。保健計画には、医療機関の配置をどうするか、医師の養成計画をどうするのか、これらにはどのような誘導施策が必要か、などが中心にならなければならない。当然、福祉計画もここに含まれる。

\* 医療サービスを考える上では、需要と供給のバランスも大切である。需要をはるかに超えた供給、すなわち過剰供給は供給側自体が破綻をきたす可能性が大きいからである。

\* 医師の意識改革。医局講座制の壁を乗り越えて、医育機関と地域医療振興財団の協力を基盤に、地方地域センター病院、過疎地医療機関の駅伝型連携が必要である。

#### 〔文献〕

1) 飯塚弘志: 北海道の老人医療費に関わる要因の分析、北海道医学雑誌、65(1):21-25、

1990

- 2 ) 川淵孝一：長野の PPK を他の都道府県に適用できるか、水野肇、青山英康編著『PPK のすすめ』紀伊国屋書店、東京、1998
- 3 ) 田邊達三編著：北海道を事例とした地域保健医療、薬業時報社、東京、1996
- 4 ) 健康保険組合連合会北海道連合会編：北海道の老人医療を取り巻く社会環境、健康保険組合連合会北海道連合会、1992

## 山陰地方におけるヘルスプロモーションの課題－健康文化のまちづくり

### 【現状】

#### 1. 山陰地方における地域支援の背景

山陰地方（鳥取県、島根県、山口県北部、兵庫県西北部）では、戦後50年、国際化、情報化、高齢化、科学技術の革新などを背景に、農山村社会も著しく変貌し、地方都市部と中山間地域の格差が顕著になる一方、都市と農村の生活格差の均等化、ライフスタイルの多様化が進んでいる。一方、国際的な潮流として、先進国では、ヘルスプロモーションが大きくなうねりとなり、WHOの提唱するHealthy City and Communityの潮流と絡みながら、健康で文化的な人間尊厳と自己実現を志向する住民主体の活動が展開されている。

山陰地方の農山村の生活実態を俯瞰すると、緊要な社会的要請となっているのは、生活環境条件の地域格差、過疎と農業荒廃を背景とした地域産業力の低下、全国の先端に行く少子高齢化現象、中山間地域を中心とするコミュニティアパシーと医療・福祉・教育などの生活基盤の劣化への政策である。住民と行政の協働、パートナーシップに基づく活動のコアは、人間の尊厳に価する地域づくり、都市と農村の融合（都邑連合）、住民との協働による質の高い地域医療福祉づくりである。山陰地方の農山村の21世紀のヘルスプロモーションと地域づくりの地域支援課題を、農漁民、住民、行政、研究者の協働（コーポラティズム）による共生の地域づくり、住民参加の医療福祉政策と健康文化のまちづくりの視点から検討した。

表 中国5県の少子高齢化

（平成12年）

出生率	死亡率	乳児死亡率	人口増加率	結婚率	離婚率	合計特殊出生率	
鳥取	9.2	9.1	2.8	0.1	5.2	1.70	1.62
島根	8.5	9.7	4.2	-1.2	4.7	1.27	1.67
岡山	9.9	8.4	4.2	1.5	5.9	1.82	1.49
広島	9.7	7.9	3.3	1.8	6.1	1.83	1.47
山口	8.7	9.7	4.1	-1.0	5.3	1.82	1.46

表 山陰地方高齢者のニーズ調査

(平成13年)

・高齢者福祉計画の充実	・高齢者福祉のまちづくり	・住宅整備
・老人性痴呆ケアの充実	・多世代同居住宅	・収入保障
・介護保険の充実	・健康福祉情報へのアクセス	・福祉機器サービス
・高齢者への犯罪防止	・高齢者医療の充実	・交通手段の確保
・健康増進・生涯学習	・悪徳商法・交通事故・犯罪などからの擁護	

表 中国5県の主要死因統計(SMR)

(平成9年)

	脳血管疾患		肺がん		大腸がん		乳がん	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
鳥取	110.8	109.6	102.6	91.3	102.6	96.8	86.4	
島根	94.1	91.9	91.0	91.9	96.0	92.1	78.1	
岡山	95.9	93.8	98.9	98.0	83.1	92.0	80.4	
広島	90.9	89.5	99.2	94.7	95.7	92.9	92.0	
山口	97.8	92.6	102.6	102.1	90.9	87.8	91.5	

表 中国5県の健診平均受診率(%)

(平成9年)

	基本健診	胃がん	子宮がん	肺がん	乳がん	大腸がん
鳥取	45	28	28	43	31	29
島根	45	11	15	31	13	11
岡山	49	30	23	62	22	32
広島	23	13	16	16	16	14
山口	41	18	16	33	14	15

## 2. 世界における健康づくりの新しい波：ヘルスプロモーション

1970年代から1990年代にかけて、アメリカ、イギリス、北欧諸国では社会ニーズ、医療費の激増、医療技術の飛躍的進歩に対応するため、ヘルスケアの構造的再編、健康なライフスタイルの重要性が医学領域で強調され、食生活をはじめ健康な生活環境、生活の質(Quality of Life)が重視されるようになった。マーコックはかつて日本を土建国家(Construction)、大量消費国家(Consumption)、支配管理国家(Control)

の3C国家と呼んだ。戦後50年体制といわれる中央集権システムは、日本を驚異的経済発展に導いた。住民の生活環境は近代化し、多くの領域でナショナルミニマムは達成された。一方、低迷する経済成長、枯渇する生産資源、深刻化する環境問題に加え、絶えざる技術革新、情報化社会の進展、市民意識の多様化、能力を高めた大衆の社会参加、市民社会の成熟は、従来の中央制御システムによる集権的コントロールの限界を示すことにもなった。国・県という縦割りのトップダウン的中央司令塔機能は衰え、「地方分権」の流れが加速している。

健康行政や福祉行政でも国・県・保健所・福祉事務所という中央集権的・管理主義的な縦割り制御システムにより、かつては感染症対策や生活困窮者救済に成果をあげてきたが、現在では制度そのものが腐朽化し、「無知なるもの市民」というパターンリズムに代わり、生活者主体の新たな「地方分権」の動きが、公・民双方から希求されている。

このような時代のニーズは、治療医学や予防医学の境界を越えた地域支援、健康なまちづくりへと収斂しつつある。さらに、地域社会のニーズの多様化を背景に、住民自身が自らの健康を自己制御する能力を身につけ、健康なライフスタイルのあり方を求めるようになった。

日本の医療改革とそれに伴う諸影響を考えると、最近、国際的潮流となっているヘルスプロモーションHealth Promotionのうねりのなかに注目する必要があると考える。この潮流のなかに保健医療福祉の改革も包摂されざるを得ない。そこで、ヘルスプロモーションの戦略・戦術を次のように整理した。

表 戦略としてのヘルスプロモーション

- ・健康と経済社会発展の結合
- ・住民の生活における知識、技術、価値観の発展
- ・健康的ライフスタイルとその支援環境の向上
- ・人口動態（高齢化問題、少産少子問題など）と社会開発の適性化
- ・健康、環境、社会開発の統合的展開・健康、環境、社会開発に関する科学的研究の推進
- ・健康、環境、経済開発における連帯責任
- ・健康、環境、経済開発への住民参加
- ・健康サービスとその開発における倫理と平等の確立
- ・健康に関する公的、私的部門の連携及び質の高いマンパワーの確保
- ・健康科学のための科学技術のバランスのとれた発展
- ・女性の役割重視と社会参加支援
- ・情報化社会とマルチメディアの活用
- ・保健官僚主義の廃絶と保健民主主義の成熟
- ・国際化社会との国際協力の強化

表 戦術としてのヘルスプロモーション

- ・問題探索から問題解決アプローチへのパラダイムチェンジ
- ・市民参加の促進と政策代替案の提出
- ・生涯学習とエンパワーメント
- ・プライマリヘルスケアとコミュニティヘルスの推進
- ・ヘルスケアと費用効果分析研究
- ・知識習得から主体的健康行動の展開
- ・新たな健康パラダイムの開発と確立
- ・社会的行動科学とコミュニティ発展
- ・ヘルスケアの相互援助と健康的環境支援
- ・新興再興感染症と国際的モニタリングシステム
- ・個人の内発的発展と自己実現の追求
- ・生涯教育と卒前卒後教育の改革
- ・日本型健診主義の見直しとモラルハザード
- ・医療保健における父権主義（パターナリズム）の克服
- ・生態学的方法論と環境保健医学の融合
- ・社会文化的病理現象への挑戦
- ・地球環境危機と環境政策の遂行

ヘルスプロモーションのターゲット

(オタワ宣言:1986)

1 . 健康な公共政策の形成	Build Healthy Public Policy
2 . 健康支援環境の創生	Create Supportive Environment
3 . コミュニティ活動の強化	Strengthen Community Action
4 . 個人の健康自律能力の向上	Develop Personal Skills
5 . ヘルスサービスの再編	Re-orient Health Services

3 . 山陰地方の農村・農業政策の現状

戦後敗戦復興期から高度経済成長期を経て、農村・農業政策は農業構造の近代化を軸に農業の選択的拡大、自立農家の育成、農業工業間の所得均衡をめざしてきた。その政策の特徴は、農村労働力の急激な工業への集中吸収、農業地域の国土開発、中央集権的農業政策の展開、国家総合安全保障体制にみられる食料確保の国際的水平分業であった。

続く低経済成長の中で、ウルグアイ・ラウンド（多角的貿易交渉）農業合意後、大規模農家への農地集積や新規就農者の確保を軸とする農業・農村対策と自主流通米を主体とする新たなコメ管理システムが追求された。

特に、1992年「新しい食料、農業農村政策の方向」（いわゆる新農業政策）では、

第1に複合経営の「個別経営体」、農家の集合による「組織経営体」などの大規模経営体、労働集約的高付加価値の専門農業経営体、小規模兼業農家、「生きがい農業」を行う高齢農家、土地をリースに出す非農家などの農業階層育成が図られ、第2に市場原理、競争原理の導入による食管法見直しなど積極的農業構造形成が、第3に環境保全国土保全機能の重視、すなわち農薬・化学肥料抑制、有機農業・低投入型持続可能農業LISA (Low-Intensive Sustainable Agriculture) が重視された。

21世紀の食料・農業・農村の戦略は、新農業基本法に見られるように、「国民の生命と健康を守る食料安全保障施策の確立」「次世代に向けた農業構造の変革」「市場原理の活用と経営の安定」「中山間地域の振興」「農村地帯の活力の増進」「環境と調和する持続的な生産の推進」「食料・農業分野における主体的・積極的な国際貢献」を軸に展開するものと考えられる。

従来の農村農業政策には「政策科学」の視点が弱く、場当たりの「猫の目行政」と批判を受けてきた。政策科学として農業農村改革を進める場合、産業政策的視点、社会政策的視点、国土政策的視点、消費者政策視点、国際協調的視点、国民経済的視点、地域的視点、環境生態政策視点などの多様な複合視点が不可欠である。

農民の生命とくらしを見据え、農村の生態系機能と安全な食品供給による都市民の健康増進とともに、「健康と生命」の視点から、農村のもつ多面的な機能と都市との新たな連携、農業の持続的発展の推進、消費者重視の食料政策の展開などに関し、全国各地の具体的事例を踏まえつつ、農民主体の積極的な政策提言を強化支援する必要がある。また、農協JAの福祉、健康、教育における新たな役割、都市と農村の連携、住民の生命と健康を支える安全な食品生産、里山などの農山村の自然生態系と子供達の教育における役割など地域自身の自立的活動が重視される

表 農山村をめぐる農業・農村情勢

	現状	課題
食料	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人口・食料・環境・エネルギーは21世紀の地球的課題</li> <li>・世界の食料需給は不安定化し逼迫する</li> <li>・日本の食料自給率は低下</li> <li>・食品製品輸入増加による食品製造業の空洞化</li> <li>・輸入食品、ハイテク農業の安全性危惧</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・環境共生・持続発展型農業</li> <li>・食料自給力の強化</li> <li>・食生活の見直しと情報提供</li> <li>・食料供給、品質、安全性の確保</li> <li>・食品産業の健全な発展</li> </ul>

農業	<ul style="list-style-type: none"> <li>・農地面積の減少、耕作放棄の増加</li> <li>・農業者数の減少、高齢化</li> <li>・困難な新規就農者数</li> <li>・農業技術の継承の断絶</li> <li>・国際的農業発展の困難性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・優良農地の確保と効率的運用</li> <li>・農業後継者確保・育成と経営感覚</li> <li>・農業構造と技術開発のバランス</li> <li>・農民主体の農業政策形成</li> <li>・環境と調和する農業推進</li> </ul>
農村	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活環境整備の立ち遅れ</li> <li>・激しい高齢化、独居化</li> <li>・問題の集積する中山間地域</li> <li>・農村の多面的機能の低下</li> <li>・自治体行政との乖離</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・農業・農村の多面的機能の再評価</li> <li>・中山間地域の産業振興と定住化</li> <li>・都市と農村の交流、都邑連合</li> <li>・農協運動の原点と運動の再構築</li> <li>・住民主体の健康文化のまちづくり</li> </ul>

#### 【課題】

山陰地方での農村の健康づくりは、住民、市町村、農漁協、NGO、NPO、大学などの多様なネットワークで進められてきた。その取り組みは、山村、農村、漁村、都市的地域を包括した21世紀の農村像「都邑連合」を背景に4つの枠組みで進められている。

第一に農漁民、住民の共に汗かく協働的とりくみによる「共生の地域づくり」、第二に日本の農政や地域政策の矛盾が集積した「中山間地域農業」への支援、第三に山村、農村、漁村、都市を包括する「環境生態系とその持続的発展」の重視、第三に肌着のような医療と農業漁業生産の連携、第四に「住民参加の医療福祉政策と健康文化のまちづくり」である。全国一の高齢化県島根県の市町村は、高齢化、過疎化、農業荒廃の三重苦に悩みつつ、自立的に地域発展に取り組んでいる。

山陰地方の農村は、中山間地域が多く、集落コミュニティの崩壊をはじめとして深刻な変貌をみせている。農山村地域の絶え間ない変貌を科学的に解析し、森林生態系から河川生態系を介し農村生態系、都市生態系が相互に支え合う生態学的な取り組みが農村の重要な課題となっている。この取り組みの中で特に重視したのは、住民当事者を主体とし、専門・行政スタッフは「専門家住民」であることを鮮明に意識し、住民との協働のプロセスを重視すること、さらに取り組みを市町村の政策化に結実させること、この過程で住民も私達スタッフも相互に学習し成長し力をつけ、共に自己実現を図りつつ人間尊厳のまちづくりを築くことであった。

## 山陰地方における農村医学の展開

1950	1960	1970	1980	1990	2000
	無医地区診療	共同保健計画	地区診断	脳卒中半減対策	重点地域活動
			寝たきり老人対策	高齢者健康福祉計画	ヘルスプラン 2 1
				バリアフリーのまちづくり	
				健康文化のまちづくり	
				介護保険制度	

山陰地方の都市化する農村の地域特性を踏まえ、多様化する農民のライフスタイル、生活習慣病に対する研究と対策を展開してきた。山陰地方の特徴は、益々進行する高齢化と過疎化であり、その人口将来推計からみた少子高齢化現象は、全国平均の10-15年、先行していると言われる。健康像をみると、農村特性は次第に薄れ都市化傾向を強めている。例えば、肥満度と共にコレステロール値が上昇し、高血圧症や動脈硬化症がハウス農業者に増加傾向にある。貧血症も女性の複合農家とともに、誘致工場で働く女性に多い傾向を示している。混住化農村では、専業農家よりも、兼業、非農、企業労働者の方に多くの健康問題が指摘される報告もある。食生活調査では、農村の食生活の欧米化が著しいことも特徴であり、我々が健康づくりを支援している農村では、野菜、果樹、非農、企業労働者の各世代別の運動、食事などのライフスタイルは、世代間で多様性を示しつつ、若年層は都市化傾向を示している。誘致工場勤務の兼業農業女性は家事育児、縫製労働、兼業農業、老人介護を一手に引き受け慢性疲労、ストレス過重が顕著である。

今後、生活習慣病予防戦略を考える上で、各ライフステージを包括したバランスの取れた健康的ライフスタイルの確立が緊要な農山村の課題となっている。農業の健康的で豊かな生活の質のありようを都市民へ提言し、有機農業農産物や低農薬安全食品による「日本型健康食生活スタイル」を推進し、厚生省が現在進めている「健康日本21」の受け皿として、健康文化のまちづくりとヘルスプロモーションの展開が、山陰の農山村の課題となっている。

また、依然として農山村僻地の医師不足は解決されず、中国山脈沿いの山村、中山間地域は過疎現象、コミュニティ・アパシーが深刻である。優れた高次医療機能とプライマリケア機能を包摂した地域医療活動、IT医療の活用が希求されている。WHOは、Comm

unity-Academia Collaborationの重要性を強調し、21世紀の病院モデル、大学モデルとして、地域コミュニティに密着したHealth Promoting Hospital, Health Promoting Universityを提唱している。実際、アメリカ、イギリス、ドイツ、オーストラリアで先駆的に試みられつつある。実際、地域コミュニティのヘルシーライフスタイルの確立、住民の意識変革と行動化のための健康教育、市町村の健康医療福祉計画や政策への助言や支援、医師や看護婦、ヘルスワーカーの研修、生涯学習など積極的な関わりを大学や病院が展開している。大学の統廃合、独立行政法人化、医療機関の再編成がドラステックに進む中で、大学や基幹病院のヘルスプロモーション支援機能強化は検討すべき課題と考えられる。

#### 【今後の対応策】

今、世界のヘルスプロモーションの潮流は、スウェーデンの「フリーコミュン」の社会的実験に見られるように、100%住民自治のコミュニティづくりに向かっている。21世紀は、WHOの掲げる「保健民主主義Health Democracy」の成熟が関連領域の共通した時代的関心と目標になるだろう。住民や行政スタッフにとって「民主主義の学校」である市町村自治体が、ヘルスプロモーションの活動を標的とし、農山村のコミュニティづくりの重点課題とする必要がある。人が生まれ、育ち、学び、働き、愛し合い、老い、生涯輝いて生を終える人間尊厳のコミュニティづくり。そこでは、専門家、研究者も専門家である前に一市民であるという「専門化市民」の視点を強烈に意識し、住民や行政スタッフとともに汗をかく「協働コーポラティズム」の営みが重要である。この様な健康文化のまちづくり、人間尊厳のまちづくりに全ての活動を結晶化していく過程で、住民も、行政スタッフも、専門家も人間的知的力量を高めつつ自ら輝いて生きることが出来る。

最近、エンパワメントEmpowermentが国際的に強調されている。エンパワメントとは、「個人が自分の行き方を主体的に生き、コミュニティでの生活に民主的な参加を確保するプロセス(Zimmerman and Rappaport,1988)」「個人とコミュニティによる自律的コントロールを行政効果、コミュニティの質の向上、社会的公平などの目標に向け、市民組織、コミュニティの参加を促進する社会的アクションの過程(Wallerstein,1992)」である。WHOの言う保健民主主義成熟の過程で極めて重要な概念であると考えられる。

今後、長期共同研究プロジェクトの展開、データベースの構築、地域の広域化と再編(都邑連合)に関するコミュニティ科学的分析、研究の総括的評価と実証的根拠の整理適用、積極的なコミュニティ参加と多様な関連分野との協働、市町村の医療福祉計画やシステム構築への参画、農漁民や住民参加の行動研究と政策形成、都邑連合コミュニティ活動の発展など研究調査と農山村支援の戦略課題は以下の如く整理される。

1. 中山間地域の総合的コミュニティ支援
2. 農山村の生産と癒し機能、教育機能、伝統文化との結合支援
3. 農村の環境生態系保全力の強化
4. 国際的視野からの食料・地球環境生態系の分析強化

- 5 . 安全な食品供給と輸入農畜産物食品監視活動の支援
- 6 . 農村の健康なまちづくりとヘルスプロモーション推進

#### 【具体的提言】

##### 1 ) 健康なまちづくり活動システムについて

- ・各種の事業や計画が相互関連なく策定され、全体としてまちづくりにつなぐプロセスが見えない。事業や計画の相互関連図や俯瞰図が意識され、グランドプラン、市町村発展プランに位置づけられる必要がある。
- ・事業や計画づくりに、市民参加が公募制、行政推薦制、行政任命制で図られているものが多いが、優れた行政スタッフ、政策担当者が地域の人材を十分に把握し、まちづくり活動を展望しながら、委員会に参加を要請しく方法が最も効果的である。
- ・プログラム、プロジェクト、プランにアウトカム行政評価技法が欠けているものが多い。行政評価論、地域経営論、マーケティング論などの早急な導入が必要である。
- ・諸外国での行政改革手法、ベスト・ヴァリュ手法、ベスト・プラクティス手法、ベンチマーキング手法など、活動評価、システム評価の国際標準化として導入する。
- ・従来のトップダウン的父権主義的まちづくり手法は、効果が無くマイナス面が多い。積極的な住民参画、住民と行政の協働活動、NPO、NGO、企業、民間組織などと行政とのネットワーキング、行政の出前地域フォーラム、市民主体の市民フォーラム、まちづくり市民憲章づくりなどが効果的である。特に地域住民の自発的なグループ活動、それらと行政、大学などを繋ぐしなやかなネットワーク活動、行政内部の部局を越えた自主的なワーキンググループ、市民と関係者が全国学会に参加して全国のまちづくり活動と交流することなどが重視される。
- ・どのような機関や組織がまちづくりネットワークを形成しているのか、どの組織が中枢司令塔なのか、住民参加の視点はどこに生かされているのか、専門学術機能・タスク機能はどこに位置づけられるのかなど、健康なまちづくりのポイントになると思われる。
- ・活動プログラム評価には、プロセス（実施）評価（法令や規制の要求、施策設計、専門的基準、顧客期待）、アウトカム評価（アウトプット、アウトカムに至る施策過程評価）、インパクト評価（アウトカム評価の一つ、施策が存在しない場合と比較する）、費用便益分析、費用効果分析などの評価の積極的導入が重要である。

##### 2 ) 健康なまちづくりプログラムについて

- ・健康なまちづくりプログラム（短期的、中期的、長期的）に添った住民参加の活動、住民参加の政策策定、まちづくりの効果的なインフラ・ストラクチャー整備、プログラムのアウトカム評価、プログラムの有効性に関するエビデンス作成などが重要である。
- ・まちづくりの中で、イベント主義的傾向、住民動員主義的傾向のプログラムが問題であり、行政サイドの予算消化主義、行政主導の父権主義的傾向の見直しが必要である。
- ・まちづくりに関連するプログラムの中で、高齢者健康福祉計画、新高齢者健康福祉計画、母子保健計画・エンゼルプラン、男女共同参画社会推進計画、障害者プラン、ボランティア活動推進計画、バリアフリーのまちづくりプラン、21世紀市町村振興グラン

ドプラン、健康日本21プラン、などの現状分析により、まちづくりプランの問題点と対策を明らかにすることができる。

- ・市町村独自のユニークな諸計画の立ち上げにまちづくりプランの内発的な力量、萌芽的エンパワーメントを見ることが多い。まちづくりプログラムのプロセスから、健康なまちづくりの成長過程、その特徴、成果、問題点、課題、解決方法、プログラム間の調整、裏打ちとなる政策策定など、重要なヒントを得ることができる。

- ・市町村のまちづくりプログラムも住民参加による住民自身の調査結果に基づき、住民、行政、研究者協働のプロセスを経ることが重要である。

### 3) 健康なまちづくり情報システムについて

- ・健康なまちづくりに関係する情報システム(住民のニーズ情報、暮らし全般に関する情報、健康・福祉・医療に関する情報、感染症や災害・安全に関する情報など)が、どのように収集され、蓄積され、住民ヘリアルタイムに提供されているか、情報公開とアクセスへの条件整備がまだ遅れている。

- ・高齢者、障害者、独居老人、外国人など情報難民化している人々への情報提供のネット整備など、住民への質の高い迅速な情報サービス支援環境が課題である。また、ITなど先進的情報システムに包括されない住民の対策が未整備である。

- ・住民と行政との双方向性に情報ネットワークが不十分なことが多い。健康なまちづくりの神経系とも言える情報サービス・ネットワークの総合的な特徴、成果、問題点、課題、解決方法などの整理が必要である。

- ・最近問題となっている住民のための行政情報開示システム、プライバシー情報保護システム、情報オンブズマン制度、個人情報保護関連法、情報倫理教育なども課題である。

- ・ジャーナリズム、マスメディア、商業主義的情報産業などの影響と住民の健康支援環境づくりのあり方が未開拓である。

- ・住民開示の情報について、1. 施策の説明書作成、2. 事後評価計画書作成、3. 事後評価実施、4. 事後評価内部レビュー、5. 事後評価の品質確認、6. 事後評価報告書及び勧告への対処の検討、7. 政策的フィードバック、新規政策議論への反映のステップを踏み、透明性の高い情報を提供する行政システムの確立が急がれる。

### 4) 健康のまちづくり政策作成システムについて

- ・健康のまちづくりに関係するいろいろな政策形成、計画樹立、プログラム作成などまちづくりの中核的機能に関するシステム図、俯瞰図が重要である。

- ・政策策定や計画樹立に関する住民、行政、企業、専門組織の協働のあり方モデルが必要。

- ・住民、行政スタッフ、政策策定者、大学、病院などの専門スタッフのサポート・ネットワークの形成、実績の解析が重要である。

- ・政策・計画・プログラムの作成・修正・展開・評価・見直しといった一連のサイクル(Plan-Do-See-Check)の保障が重要である。

- ・政策に関する国際的な経験の導入、「住民ニーズモデル」、「住民ディマンドモデル」

「Local Initiativeモデル」などの事例の豊富化が急がれる。

- ・住民の行政の能力への信頼性向上、施策の業績を向上させるための改革、施策の成果・サービスの質・顧客満足度に焦点をあてた政策評価と住民への責任感、政策目標達成が重要である。

- ・政策効果・サービスの質の情報提供、行政サービスの向上、議会の意志決定の質の向上に資する情報提供、行政内部の効率的管理体制の改善が必要である。

- ・政策を実施することの理論的な根拠Evidence、合理性を正しく示すこと、政策と実行の不整合性や矛盾を避けること、既存の政策を改善または洗練させ、機能していない政策を廃止すること、政策設計の最善の方法に到達せしめる方法論を開拓することが重要である。

- ・施策の全体的目的、施策の達成目標、個別プロジェクトの選定基準、実施中のモニタリングの方針、事後評価を事前に住民に理解を求めることが必要である。

- ・基本プロセスとして、問題の構造化Problem Structuring - 将来予測Forecasting - 政策の決定Recommendation - 実施状況の監視Monitoring - 評価Evaluationを踏まえることが重要である。

#### 5) 健康のまちづくり住民参加システムについて

- ・健康のまちづくりへの住民の関心、参加が多様になり増加している状況から、参加形態や住民のウィッシュリスト(希望するニーズの順位表)、住民リーダー、ネットワークなどの俯瞰図づくりが必要である。

- ・多くの未参加の住民、参加したくても参加できない住民、あるいは参加しにくい受け皿ネットワークの改善など参加・参画を促す戦略図づくりが重要である。

- ・各種の多様な住民参加の形態と成果について、有効なまちづくり活動のあり方や参加する住民、行政スタッフが楽しく自己実現が図られ、同時に力量形成エンパワーメントにつながるような解析が必要である。

- ・公的私的な参加形態、自由な参加形態と規制されている参加形態の事例検討と全面的な住民参加のバリアの解明が必要である。具体的形態として、審議会、委員会、地区懇談会、ボランティア活動、住民オンブズマン活動、住民フォーラム、グループ活動、参加行動調査研究、学習活動、ネットワーク活動、環境保護活動、サイクル活動、公民館活動などがある。

- ・急速に全国で進んでいる地域の広域行政化、市町村合併、依然と続いている過疎化と過密化、農山村問題と都市問題、あるいは足下で進む国際化(外国からの農村へのお嫁さん増加、外国からの地場産業労働力参加など)、グローバルなまでのIT化、情報化、インターネットコミュニティなど、焦眉のまちづくり課題への具体的対応が重要である。

- ・地方分権、地方主権の国際的国内的潮流に対応した住民参加の段階モデルと住民参加を促進、成熟させる住民自治への展望づくり、住民・行政・コミュニティの意識変革と力量形成エンパワーメントが必要である。

- ・まちづくりの活動は、カテゴリごとのレビューService-based Review、地域ごとのレビューArea-based Review、顧客ごとのレビューCustomer-based Review、課題ごと

のレビューObjectives-based Reviewを行い、それぞれ1)自治体の理想的な将来像と達成に向けての戦略ビジョン、2)行政サービスの現状、3)効率的なサービス改善のプラン、4)サービス達成目標などが住民に明確に年度当初示される必要がある。

・まちづくりの達成目標は、挑戦Challenge、客観的な比較Compare、地域の利益向上のための協議Consult、質のよいサービスの競争Competeの4C視点で評価を行うことが望ましい。このような現状分析の緻密さと将来への戦略性・計画との一体性、市民へのわかりやすさ、プロセスへの参加と連携、意識改革と組織改革を促進している点が住民の全面的参加を促す上で重要である。

・住民参加の健康福祉行政の評価を進める場合、市町村の目標と計測方法の設定、基本的業績レビューの計画と地域業績計画についての合意形成、特定歳出分野における基本的業績レビューの実施、地域業績計画における業績や効率性の目標設定、独立機関による監査または検査、介入の要請、自己コントロールできる組織機構とヒエラルキー、行政成果による統制、市場メカニズムの導入が必要である。

・先進諸外国での、住民サービスでは住民を顧客とみるPFI(Private Finance Initiative)の導入が医療領域で始まり、アメリカでは、広範囲の行政施策に導入され、救急医療サービス、衛生検査、鼠族昆虫対策、動物保護所、託児所、児童福祉プログラム、老人向けプログラム、公的老人ホーム運営管理、病院運営管理、公衆衛生プログラム、麻薬アルコールプロジェクト、精神衛生ケアプロジェクト、知的障害者(児)プログラム、ホームレス保護所、ホームレス食糧プログラムなどに成果を挙げている。

#### 6)健康のまちづくりエンパワーメントについて

・健康のまちづくりの住民や行政スタッフの実際の活動、政策づくり、計画づくり、生涯学習、研修、交流などを通じてどのように力量形成されつつあるか、その俯瞰図が必要。

・エンパワーメントの概念、必要性、目標目的、方法論などが住民、行政、コミュニティのそれぞれで整理、確立される必要がある。

・全国各地における社会教育活動、地域づくり活動、生涯学習活動、地域づくり活動などに見られるエンパワーメントの特徴、成果、問題点、課題、問題の解決方法などを収集、蓄積、解析することが重要である。

・人体の機能に例えれば、コミュニティの生命力、生活力、精神力、感性などに相当するエンパワーメント活動のあり方を家庭生活、学校教育生活、企業活動、地域活動、生涯学習など多様なコミュニティの活動、教育学習部面で模索、開発する必要がある。

・21世紀のエンパワーメントのあり方として、NGO、NPO活動などの現状、教訓点をまちづくりのエンパワーメントして学び、意識変革や教育学習方法の変革、パラダイムチェンジに取り入れることが必要である。

・政策展開の意義、利益、影響についての住民の理解を深め、複数の政策目標を統合し、相互の関連性を明確にし、効率性、透明性を高め、住民との意見交換を深め、情報提供により、行政の説明責任を高度化することが必要である。

・公的部門に対する統制と監査、資源管理の改善と資源配分の際の正当性の根拠、限ら

れた資源の新たな政策へのフィードバックが必要である。

#### 7) 健康のまちづくりサービス総合評価について

- ・健康なまちづくりにおけるイギリスなどの行政評価手法や方法論の導入、日本独自のサービス機能評価表など手法や方法論の開発と応用事例の豊富化が必要である。

- ・健康なまちづくりの行政評価ベンチマーキング表などの開発と応用事例の豊富化、その基盤となる行政サービス指標や根拠となる統計把握システムが必要である。

- ・健康なまちづくりにおけるサービス機能評価を、国際標準化評価機構ISO9000を参考にし開発し、応用事例の豊富化、先進諸国で使用標準化手法の導入が必要である。

- ・健康なまちづくりの行政評価ベンチマーキングや国内のベストプラクティスの事例収集の豊富化が必要である。

- ・ベンチマーキングは、1.住民ニーズと自治体行政サービスを統合した業績に関する計画Performance Plan、2.3Eとサービスの品質、3.幅広い分野や領域への広がり、4.効率的でより良いサービスを提供するシステム形成、5.競争メカニズムを重要なマネジメントの要因とする、6.基準と目標を組み合わせた基本原則によるナショナルスタンダードの設定、7.業績目標を全国レベル、自治体相互の比較に用いる、8.目標値比較に必要な業績情報の開示、9.監査プロセスによる情報の統合と比較、10.是正計画、進展状況、合意づくりのプロセス重視、11.介入改善処置、12.介入事例と介入手段を骨格としているが、このベンチマーキング事例の豊富化が必要である。

- ・ベンチマーキングの具体的戦略として、1)ビジョン合意、2)政策のプライオリティ、3)戦略目標、4)行動目標Actionable objectives、5)アウトカム指標、6)マネジメントサイクルへの連結を重視している。健康文化のまちづくりベンチマーキングのコアとして普及化することが重要である。

- ・健康なまちづくりの総合的な生活の質の評価、コミュニティの自己実現機能の評価に基づく成果、問題点、課題、解決方法の体系化が重要である。

- ・総合的評価項目として、目標の達成度、計画の妥当性、インパクト、波及効果、実施の効率性、自立発展性が重要である。

- ・方法論の開発項目として、概要の俯瞰、目標・投入・条件などの相互関連性、計画実施管理手法、住民の参加機能、定性的目標志向(インタビュー方式、フォーカスグループ、直接的観察、文献レビュー、ピアレビュー、事例研究)、定量的目標志向(技術的数量分析、計量経済的分析、費用便益/費用効果/費用効用分析)、Narrative-based評価、Ethnographical評価、総合評価(・目標-計画-実施-制御-影響、・評価-問題点と成果 勧告、・地域別-部門別評価)を重視する必要がある。

#### 8) サービスの品質管理について

- ・品質評価には、記録が重要であり、具体的記録としては、1)質を高める行動計画、2)質を高める政策記録、3)各部局における質を高める行動計画、4)質のプロフィール、5)年度ごとの品質レポート、6)品質向上のハンドブック、7)品質向上行動計画の成果記録、8)情報開示内容を明確にする必要がある。

- ・質の評価に関する住民参加の視点が重要であり、具体的参加行動評価としては、1)

質の評価基準の発展への参加、2) 質を向上させるプロジェクトへの参加、3) 質の向上に関する委員会への参加、4) 質の評価そのものへの参加、5) 標準的なゴールの発展への参加、6) 結果の満足度に関する評価会議への参加を検証する必要性がある。

・質の向上プロセスをコントロールする視点が重要であり、1) 介入の標準、2) 利用状態への介入、3) 教育への介入、4) 他の諸機関との共同に関する介入、5) 住民の健康行動制限への介入、6) 特殊な不利益グループへの介入、7) サービス提供の最低量への介入、8) 開始から終了までの系統的介入が重要である。

・人的資源・スタッフのマネジメントの質の評価としては、1) マネジメント訓練と教育、2) 専門スタッフの訓練と教育、3) マネジメントの点検、4) 教育から品質向上政策への移行、5) 品質評価と向上の行動への職員参加、6) 職員自身が向上しているか、7) 品質評価に何が期待されているか、8) 品質向上のトレーニング方法、9) 結果の体系的なフィードバック、10) 行動計画のモニタリング、11) 品質評価への積極的態度をもったスタッフの発掘と養成が重要である。

・品質管理の具体的尺度としては、自律性、独立性、例えば誰が決定し、誰が準備し、誰が連携し、誰が駆動し、誰が推進しているか、またマネジメントの広がりとサポート、広範な機関の巻き込みなどの把握と分析が重要である。

・サービスの品質管理の枠組みについて、国際標準化評価の応用として品質管理ISO14001を参考にし、業務の洗い直し、方針管理、研修体制、改善改良土台、事故防止、ニーズの掘り起こし、スタッフの相互理解と連携、スタッフのエンパワーメント、持続的活動提供機構、外部の充実と質の向上を国際的にめざした標準化が重要である。

・健康文化のまちづくりにこのコア品質管理ポイントを応用すると、1. 政策・サービス提供責任のありかた、2. サービス品質管理システム、3. 住民とのインフォームド Consent 内容の遂行、4. サービス設計マネジメント、5. データ管理、6. サービス素材入手、7. 住民への提供サービスの質と量の管理、8. サービス効果の追跡と識別トレーサビリティ、9. サービス内容管理、10. 品質チェック、11. 苦情相談対応、是正、12. サービス提供プロセス管理、13. 不適合サービスの原因解明改善改良、14. 問題発生予防、15. サービス予備力と補完、16. サービス品質の記録管理、17. 行政部門内部部門間品質管理、18. 教育訓練と研修、19. 付加サービス、多種サービス開発、20. 統計手法活用が重要である。

#### 9) その他の課題と対策について

・ 行政部局内部のセクショナリズムの解消と横断的包括的サービス開発

・ 計画とシステムへの合意と科学的な介入

・ 継続的評価とそのモニタリングシステム

・ 計画の修正と効果判定と経済比効果分析

・ 政策立案者及びサービス提供者の力量形成と質の保障

・ 計画推進の質的量的データベースの構築

・ 地域計画（健康、医療、福祉、教育、道路、建築、環境、景観、産業など）の政策形成

・ 計画策定調査研究および策定への住民の主体的参加（Participatory Action Research）

ch)

- ・教育、マンパワー養成などコミュニティ・エンパワーメント
- ・総合発展計画と重層的計画構成、その摺り合わせ、優先性の確定
- ・情報サービスへのアクセス、情報と内容の質
- ・本計画に対する代替え案、修正案、補強案の用意
- ・効果的施策推進のための予算計画と行政トップ、議会の意思決定プロセス
- ・財政基盤と社会的資源の正確な評価
- ・行政、住民、関係スタッフのニーズ対応協働活動計画
- ・費用－効果分析評価視点とその方法の確定
- ・ニーズとアクションの「ずれ」の発見とモニタリング
- ・コミュニティケア過程の記録の確保
- ・行政エンジニアリングの手法の導入

#### 参考文献

- 1 . Hancock, L. et al.(CART Project Team): Community action for health promotion: a review of methods and outcomes 1990-1995. A. J. Prev. Med., 13, 229-239, 1997
- 2 .Flynn, B.C.: Healthy cities: toward worldwide health promotion. Annu. Rev. Pub. Hlth, 17, 299-309, 1996
- 3 . WHO Regional Office for Europe: Twenty steps for developing a Healthy Cities Project. WHO, Copenhagen, 1992
- 4 . Tsouros, A.: WHO Healthy Cities Project: a project becomes a movement, WHO/F ADL, Copenhagen, 1990
- 5 . 山根洋右：参加型行動研究、新井宏朋、丸地信弘、山根洋右、島内 節、岩永俊博編、健康の政策科学－市町村・保健所活動からの政策づくり、医学書院、東京、106-113、1997

## 沖縄におけるヘルスプロモーションの課題

### －沖縄の地域特性からみた課題－

#### ． 現状

長寿国日本のなかで沖縄県は特に長寿者が多い地域として知られている。沖縄には元気な高齢者が多いことは事実である。しかし、沖縄県は日本の47都道府県中で国民所得は過去から現在まで常に最下位であり、集団の健康度や平均寿命はその経済水準により決定するとする社会的傾斜説(Evansら)に矛盾すると言われている(沖縄パラドックス)。従って、なぜ沖縄には元気な長寿者が多いのかという事について検討が種々なされてきているが、主として沖縄の人々のライフスタイルや食習慣について焦点が絞られてきた。その結果、注目すべき多くの事柄が明らかにされてきている。現在生存している長寿者や現在の沖縄の人々のライフスタイルや食生活等を解析することは正確な多くの情報を伝えてくれる。現在の長寿者の長寿の要因として重要な過去のライフスタイルや食生活等の検討を抜きに長寿について考察することはできない。しかし、過去の情報の収集や解析は困難で、様々のbiasが統計データ収集に際し認められる。統計データの収集方法上の問題、特に数や不的確な資料が問題となる。さらに自分たちの住む郷土を悪く思われたくないという感情等もデータの正確さを損なう大きな要因になっている。種々の困難さはあるものの実像を明らかにし、今後のヘルスプロモーションの課題を可能な限り明らかにする必要がある。

#### 1. 衛生統計について

乳児死亡率（出生1,000対）

昭和35年、45年、55年、平成元年さらに最近の平成12年と13年の乳児死亡率を沖縄と全国で比較したデータを表1に示す。

表1. 乳児死亡率（出生1,000対）

年次	沖縄県	全国
昭和35年	10.5	30.7
〃 45年	9.0	13.1
〃 55年	7.8	7.5
平成元年	5.6	4.6
平成12年	4.5	3.2
平成13年	3.8	3.1

沖縄県衛生統計年報等による

乳幼児死亡率はその地域の衛生状態や生活水準を反映すると考えられている。日本全国の統計ではしだいに死亡率の低下がみられ昭和35年30.7であったものが平成13年には3.1に著しく低くなっている。他方、かつては全国の値の約1/3であった沖縄は低下しているものの現在ではむしろ全国の値を上まっている。

乳児死亡率の報告は正しいか？

平成10年4月30日付の沖縄の新聞の1つである琉球新報(他に沖縄タイムスがある)夕刊に小児科医である宮城英雄氏が「出生届」という次のような一文を寄せておられる。「復帰前、沖縄の乳児死亡率は日本全国よりも低く、先進国のスウェーデンやデンマークと肩を並べるくらいであった。乳児死亡率は公衆衛生状態の善し悪しを計る指標である。当時の沖縄は-----中略-----お世辞にも環境衛生が良いとはいえなかった。医療施設にも乏しく、乳児死亡率の低さには疑問があった。厚生省からこの点について---打診があったとき、-----中略-----ある保健所管内を調査することになった。妊婦の追跡調査をすることになった。-----中略-----、出生届や死亡届をチェックした結果は予想どおりで、出生届をする前に死亡すると死亡届も不要？生まれもしない、死にもしないという状況が明らかにされた。-----中略-----出生届の遅いことが要因で、-----中略-----、私の場合、弟が生まれ四男と届けたら「三男でしょう」と指摘された。確認してみると、私が届けられてなかったと聞いている。親父も医者であったのに。」このような乳児死亡率の問題は沖縄の産婦人科医である長田紀秀による「沖縄の長寿」(中央公論社、昭和37年)にも明確に報告されている。沖縄県では著しく高い周産期死亡、乳児死亡のため出生後2~3年育つかどうかをみたうえで育った児だけを届け出ることが普通に行われていた。すなわち、これらを上回る死亡した子供が統計に含まれていなかったことになる。

死因別死亡統計

死因別死亡統計は、死因に「心不全」などの記載が多く、さらに遺伝性疾患等は遺族の希望により明確に記載されないものがあつた。癌登録は一部地域で現在開始されたが、診断上の問題もあり、まだ不完全である。しかし、歯科領域の癌はそのほとんどが大学病院の歯科口腔外科で診断治療されるためかなり実数にかなり近い値を得る事ができる。厚生省の死因別死亡統計では沖縄県の口腔領域の癌は全国平均の約1.5倍程度となっているが、実際に大学病院での口腔領域の癌症例数は本土の他の県に比べ検討した限りでは2~3倍沖縄県で高いことがわかった。さらに沖縄県の症例にはEBVやHPVの感染例が本土に比べ約3倍以上多いことが明らかである。

死亡統計

沖縄県はもともと長寿者の多い地域であつたか？という視点からの歴史的調査結果が田名真之により「長寿のあしあとー沖縄県長寿の検証記録」(1995年沖縄県)に報告されている。裕福な人にもそうでない一般の人々にも死亡年齢の平均値は40歳後半にあ

り、貧富の差による平均死亡年齢に差がみられていなかったといわれている。しかし、それらの資料をもとに死亡年齢の年齢度数分布表を作製してみると、裕福な人の死亡者の年齢ピークは50歳頃にあり、ピークは1つだけであるが、一般人は10歳以下に著しく大きいピークが1つ、41～50歳に次のピークがみられ、さらに80歳以上に小さなもう1つのピークがみられ、近年まではこのような状態であったと考えられる。80歳以上に小さいが1つのピークがある点が注目すべきことである。

次に、現在の平均死亡年齢を平成元年の沖縄県衛生統計年譜の数値より職業別に死亡年齢の度数分布表を作製してみると表3と4のようになる。女性においては世帯の職業による差がほとんどみられず、年齢と死亡者数は平行し増加している。しかし、男性についてみると死亡者数は50歳代後半から60歳代と80歳代あたりの2峰性のピークがみられ、特にいわゆるサラリーマン（常用勤労者世帯）において明らかである。

死因となる疾患は、統計に記されている死因については問題があるものの50歳代後半から60歳代のものには悪性腫瘍等が、80歳代のピークには心・血管系の疾患が多い傾向にある。

#### 沖縄の食事について

沖縄の食事について長寿や健康食という観点から多数の報告がなされている。しかし、最も正確で詳細なものは1976年に琉球大学教育学部家政学科食物学研究室より出された「沖縄における食品使用上の特殊性に関する研究」昭和50年度文部省科学研究費補助金による研究報告書、代表外間ゆき、である。大変な労作で、全県下の当時65歳以上の人々全てについて食事に関する正確な聞き取り調査が行われている。そのごく一部を表4として紹介させていただく。現在の80歳や100歳の人々は全てこの調査の対照となった人々で、表4のような食事を摂取していたことがわかる。

なお、現在、沖縄の食材の特徴のようにいわれる豚肉は1946年にハワイ在住の沖縄県出身者が、沖縄の人々の栄養状態の悪さを心配し約500頭を沖縄に運んだことに始まり、1948年には最初の屠殺所ができた（民政府指令第417号）。

#### 沖縄の疾病について

感染症が著しく多い。腫瘍では、口腔、食道、肺、子宮頸部などの扁平上皮癌が多く、それらにはHPVやEBVが高率に感染していた。しかし、現在は減少傾向にある。

遺伝性疾患も多種類のものがみられるが、今日までは著しく高い乳幼児死亡（統計に現われていない）により浸透が防がれていた。

心、血管障害についてみると、脳血管障害は秋田県のそれと、心筋梗塞は福岡県の久山町と近い頻度を示している。病理解剖例では1980年代までは動脈硬化症は軽い例が多かったが、現在は50歳以上の人々には本土とほぼ同じように強い動脈硬化が認められる。

#### ライフスタイル

沖縄県では、地域の助け合いや家族、親族の親密さなどが指摘されている。さらに、特徴をあげると極端にお祭が多いことである。親族血縁による晴明祭や部落ごとに催さ

れる種々の神事も含め様々の催し物である。これらは、いわゆる遊びの要素もあるものである。現在では社会の変化、経済的な発展、情報網の発達に伴い変貌し大がかりなイベントが頻繁に繰り広げられている。しかし、かつての神事等のお祭りと異なり広い範囲を対象として行われ、地域社会の助け合いや結びつきは乏しくなり、心よりむしる物質的な遊びに移行している。

#### ・ 課題

- a. 沖縄は長寿地域か？ この点についてはbiasのない正確な分析が必要である。
- b. 長寿者が多いことは確かであるが、現在の長寿者は1976年琉球大学教育学部でおこなわれた調査の対象者であった人々である。現在沖縄の食事として検討されている食事とは異なった食生活をしてきた。現在の人々の食と長寿については今後の検討が必要であろう。
- c. 現在の長寿者の生まれた時期は、著しく多数の届け出られていない乳幼児死亡があった。（昭和37年頃までは長田らの調査がある）
- d. 死亡年齢の乳児死亡の項は除き成人について図を書いてみると2峰性が以前よりみられることは大変興味があることである。沖縄では死亡年齢は50歳代前後で、高年齢のものはたまたま生き残った者が粗食により動脈硬化症が軽く、従って長生きをしたということが考えられる。現在50歳代前後の死亡年齢のピークは高齢に移行しつつあり高年齢のピークと癒合することが期待され女性にあってはすでに癒合しているとも考えることもできる？ 別の考え方として従来より長寿者が多く、最近のライフスタイルの変化でサラリーマン等に早く死亡する者の割合が増加してきた。この点についても今後詳細な検討が必要である。
- e. 国民所得は日本最下位である。しかし実際には経済振興策等の種々の経済政策がとられている。今後さらに経済の発展が望まれる。

#### ・ 今後の課題

以上の点から考えると、経済的に著しく困難な時期には乳幼児死亡が著しく高く、死亡年齢の平均値は40歳代であったが、経済発展に伴い50歳代、60歳代と生活水準に合わせ良くなってきており、沖縄パラドックスは正確なデータを検討すると認められないことが解る。さらに古くより自然環境の影響や粗食等で動脈硬化症の進行が軽い高齢者がみられている。

現在の沖縄の長寿との要因として解析されている食事等はいわゆるサラリーマン世帯の死亡年齢の前の方のピークの人々が食べているものではないか？と考えられる。平成12年や13年の死亡統計には職業の調査がなされていないので現在調査中であるが、サラリーマン世帯にみられる死亡年齢の前の方のピークは、しだいに高年齢に移行し後方のピークと癒合することが考えられ、女性やサラリーマン世帯以外の農業世帯等ではす

でに癒合しているとすれば？沖縄県は今後さらに長寿県になる可能性がある。元気な長寿者も多いが、多数の人々は長寿者ではなくむしろ短命であった可能性がある。今後、正確なデータをもとに検討する必要がある。

沖縄におけるヘルスプロモーションの課題としては、まず食や生活環境の正確な検討が必要である。沖縄のセールスポイントとして長寿や食が注目されていることの見直しが必要であろう。

豊かな暖かい生活環境の保全、特に自然環境の保護などが大切で、さらに人々の精神的なつながり、ライフスタイルの検討が主要である。集落ごとの小さなお祭りは求心力を失い、広域の大がかりなイベントにとって変わられつつある。

セールスポイントになっているが、経済的な要求をまだ満足させるに至っていない長寿産業と大がかりなイベントを活用し、経済の発展、新しく時代の変化にあった広い範囲の人々のつながりを作り出し、従来家族や隣人達との狭い範囲のつながりや、政府や公的な働き、さらに市場経済の作用とも異なる市民を中心としたヘルスプロモーション活動の発展が必要である。

沖縄はさらに長寿県として発展が期待できる。

## 参考文献

1. 沖縄における食品使用上の特殊性に関する研究  
昭和50年度文部省科学研究補助金研究報告書、1976年、外間ゆき、新垣博子、尚弘子、宮城節子、金城優美子、桂正子、東盛キヨ子
2. 沖縄の長寿者  
長田紀秀著、1962年、中央公論出版、東京
3. 衛生統計年報 平成元年、10年、11年、12年、13年  
沖縄県環境保健部編、沖縄
4. 長寿のあしあと、沖縄県長寿の検証記録  
1995年、沖縄県編、沖縄
5. 沖縄の歴史と医療史  
琉球大学医学部地域医療研究センター編、1998年、九州大学出版会、福岡
6. 沖縄の疾病像を探る－新しい病理学の試み－  
岩政輝男、町並陸生編、1998年、九州大学出版会、福岡
7. 長寿の要因－沖縄社会のライフスタイルと疾病－  
柊山幸志郎編、2000年、九州大学出版会、福岡

## 地域における「健康日本 21 (地方版)」の取り組みと課題

### 1. 健康日本 21 の推進

日本人の平均寿命は延伸を続けている。2000年の平均寿命は男が77.64歳、女が84.62歳である。しかし、例えば人々の喫煙率や飲酒習慣のある者の割合をみると、ほとんど改善の方向がみられていない。このことは、わが国の平均寿命世界一の記録は、人々の生活習慣の改善によって達成されたものであるというよりも、医療保険制度や保健事業の充実、あるいは経済の成長によって達成された、他律的な記録であることを示唆しているように思える。だからこそ、文字どおり人々の生活習慣を原因とする、生活習慣病による死亡が年々増加し、しかも70歳未満の者の死亡が半数近くを占め、大きな増加がみられるのではないか。

西洋医学の原点はヒポクラテスの医学にある。ヒポクラテスの医学では、症状の観察を基本としてきた。このヒポクラテスの伝統の上に立つ近代の西洋医学では、「症状」の観察を重視し、そして「症状」の中に「疾病」を発見する診断学が生まれた。<sup>1)</sup>このような西洋医学の伝統を受けて、今日の医療保険制度では、「症状」を有することが、制度利用の基本の条件になっている。何らかの「症状」がなければ、制度を利用することができない。生活習慣病の最大の特徴は、毎日の生活習慣が病気の原因であり、初期には無自覚なまま、病気が進行し、「症状」が出てからでは手遅れのことが多く、致死的なことが多い。このような生活習慣病に対しては、「症状」の存在を前提としている、現在の医療保険制度は決定的な限界を有しているのである。

平均寿命世界一の社会における人々の健康の状態は、これまでの「制度」の運用だけでは対応できない、根本的な課題に直面している。このような認識に立って、人々の「健康増進」に向けて、社会の「制度」を活用し、人々の「知恵」が育つよう運動をすすめているのが「健康日本 21」である。そして「健康増進」に対して、現在国会で審議されている「健康増進法」では、人々に自らの「責務」を果たすことを呼びかけている。

### 2. どのように運動を推進するのか。

#### (1) 「知は力なり Know your body」

わが国の保健事業では、これまで伝統的に受診者に対し、結果は異常「あり」「なし」で判定されてきた。人々の健康状態を異常「あり」「なし」の二者択一で判定するところには、社会防衛の理念に立った「管理」の視点がその底辺には存在している。しかし平均寿命世界一の社会は、最も多様な健康状態の人たちが生活している社会であ

り、異常「あり」「なし」の二者択一による判定では、人々の多様な健康状態に対して的確に対応することができない。人々の健康状態の結果が、個々の受診者の固有の知見として表現されなければ、異常「あり」「なし」という結果報告では、健康診査の結果が受診者の生きた「知識」にはならない。そのため結果が受診者の生活習慣の改善には役立たない。平均寿命世界一の社会の健康診査は、人々が自らの健康の状態について、正しい理解を得ることができるように実施されているのである。そして人々は自らの固有の健康状態を理解し、その内容に対応して、自らの生活を構築しなければならないのである。

「知は力なり」という言葉がある。自らの健康状態についての正しい知識があってこそ人々は自らの生活習慣について具体的な改善の方法を考えることができる。健康診査は、つねに受診者が自らの健康状態について正しい知識を得ることができるよう、その機会を提供することを第一義の目的に実施されているのである。

## (2) 目標値の設定

「健康日本21」では、生活習慣の改善に向けて目標値の設定ということが行われている。人々の多様な健康状態に即し、科学的な根拠に立った、生活習慣改善への取り組みがすすむように目標値が示されているのである。しかし現実には、科学的な根拠のある知見が極めて乏しく、「健康日本21」の中で示されている目標値も決して十分なものではない。これらの目標値は、科学的な根拠にもとづく健康づくりの取り組みを始めるために示された、あくまでたたき案であると考えられる。目標値は、各地域において、また各個人において、それぞれ自らの知見をもとに固有の値が設定されなければならない。<sup>2)</sup>

## (3) 生活習慣への挑戦

健康日本21では、栄養、運動、休養という項目について、具体的に目標が示されたことは、この運動の大きな特徴である。健康診査の結果をもとに、人々は具体的に自らの生活の中で、健康増進に取り組むことが期待されている。この面では、人々の実践に資する科学的な知見がもっともっと蓄積されなければならない。

## (4) 地方計画の策定

人々にはそれぞれ固有の健康状態があり、その状態に即した健康づくりが推進されなければならないことは、これまで強調してきたとおりである。しかし、人々の健康状態は社会の環境とも深い関連を有していることは明らかであり、それだけに社会のサポートがなければ、人々は長く続く、効果的な健康づくりを実践することができない。

地域ではどのような支援事業を推進できるのか。地方計画の策定は、地域の中で人々の健康づくりに対し何ができるか、検討し、相談することから始まる。この場合、市町

村や都道府県が「何を行うべきか」ではなく、「何ができるか」が計画されなければならない。それが健康日本21の地方計画である。

### 3. 地方計画の課題

わが国は大きな経済成長が背景にあって、国民皆保険体制、充実したプライマリケア体制、保健事業の推進などによって、平均寿命世界一の記録を達成した。そのような中でも、高齢者の医療ニーズは年々、増加を続けており、生活習慣病による死亡は大きな増加があり、国民は自らの健康に大きな不安を感じているというのが現状である。

どこに課題があるのか。主な課題は次の4点である。これらの課題に対して、各地域において地方計画が策定され、戦略的な取り組みがすすめられなければならない。

#### (1) 生活習慣の改善

人々の生活習慣は、人々の生活のリズムの中に深く根差している。その改善を目指すことは決してやさしいことではない。それだからこそ、わが国ではなお成人男子の50%以上の方が喫煙しているのである。これらの事態に対しては、保健所や市町村から上意下達的に、改善を呼びかけるだけではなく、人々が自ら参加、計画して、生活習慣の改善に向けた活動に取り組むことができる、そのような「場」の構築を計画していくことが、地方計画にはまず求められていると思われる。

また多くの人々が正しい知識をもとにした健康への具体的な取り組みをすすめるためには、身近な指標が目標として示されなければならない。人々に、健康というものが「絶対的」なものではなく、「相対的」なものであるということについての理解を得るためには、それぞれの健康づくりの目安を示すことが必要である。そのためには地方計画の中で、それぞれの地域に固有な状況に対応した、目標値が示すことも求められている。

人々の生活習慣の改善が進むよう、具体的にどのような取り組みを進めることができるのか。例えば、大阪府S市では、喫煙対策の推進に向けて地域や組織ができることとして、小中学校、保健所、PTA、子ども会などが「未成年者を対象に喫煙教育を行う」、またたばこ商業協同組合、警察署、商工会などが「未成年者には売らないというキャンペーンを行う」ことなどを計画している。

#### (2) 保健事業の活用

老人保健法による保健事業の実績をみると、基本健康診査の受診者数は1993年には977万人、受診率35.6%、1998年には1090万人、39.4%であった。大きな増加は見られないが、対象者の40%に近い人が受診しているということは大きな実績である。しかし、人々の生活習慣の現状をみると、ほとんど改善の動向がみられない。健康診査の結果が、人々の生活習慣の改善のために活用されているとは決していえないのではないかと、地方

計画の中で、健康診査の結果をもとにした地域レベルにおける住民の健康の状態に関する分析結果、各個人レベルにおける結果の活用のための具体的な方法が示されなければならない。

大阪府S市では、健診とフォロー体制の充実に向けて、「保健センター、保健所などが健診結果に応じた個人へのフォロープログラムをつくる」、また「医師会などが気軽に相談できるかかりつけの専門家をもつことができるよう医療機関のマップを作成する」ことなどを計画している。

また保健事業については、事業の活用が、医療費の削減にも一定の有効な効果を有するということを、市町村当局が明確に理解する必要がある。この点について、基本健康診査の実績と全国の市町村の国民健康保険による老人医療の実績との関連をみると、3,252の市町村の実績について、基本健康診査受診率区別に国民健康保険の老人1人あたり診療費をみると、受診率区分が高くなるほど診療費が低くなるという傾向がみられ、この診療費の低下が基本健康診査の効果によると仮定すると、1993年度においては、基本健康診査の実施によって老人診療費が約4700億円抑制されたことになると報告されている。<sup>3)</sup>

### (3) がん検診の推進

市町村の保健事業の一環として実施されているがん検診については、例えば胃がん検診の受診者数は、1993年には437万人、受診率14.0%であったが、1998年には419万人、13.3%で、受診者数、受診率ともに減少している。子宮がん検診、乳がん検診も、減少している。生活習慣病では、「症状」が出てからでは手遅れである。とくにがんではそのことが最も明瞭なはずである。にもかかわらず、がん検診について利用者の増加がほとんどみられていない。このことは、がん検診の基本的な意義が人々にほとんど理解されていないことを示している。

現在、毎年、約5万人の人が胃がんで亡くなっている。これらの死亡は全て手遅れによるものである。がん検診は基本的に、がんという病態の存在の有無について、受診者が正しい知識を得るための機会を提供するために実施しているのである。決して「地域」の死亡率を低下させることを第一義の目的に実施されているのではない。症状が現われる前に、がんの存在の有無を検査するための機会を提供しているのである。

胃がんで亡くなっている、これらの人たちは検診を受診して早期の段階でがんが発見されていれば、全ての人が死なずにすんでいるはずである。この原点にかえて、地域においてがん克服を目指して、改めて検診受診促進の運動を強力に進める必要がある。

### (4) 健康で明るい町づくり

人々の健康づくりは、健康で明るい町づくりの中でこそ実現されるものである。

S市では、子どもやお年寄り、障害のある人が安心して生活できる町づくりを進めるために、「障害体験教室を行う」「障害者や外国人との交流をもつ」「福祉マップを整備し、みんなに知らせる」ことなどを計画している。また、ごみのないクリーンな町づくりを進めるために、「地域の公園や道路を清掃をする」「清掃活動を連携して活発化する」「休耕田の緑化を促進する」ことなどを計画している。

#### 4. おわりに

わが国は平均寿命世界一の記録を保持している。しかし、どれだけの人が自分の健康に対し不安もなく、「健康だ」と胸を張っていえるだろうか。自らの「健康状態」というものについて、どれだけの人が正しく理解できているだろうか。知識のないことが、不安をつくっているのではないか。そして健康づくりは、何よりも正しい知識をもとにした、生活習慣の改善から始まる。

「健康日本21」では、健康の指標を一定の目標値で示しているということもあり、人々が「責務」を果すということを求めているということもあって、押しつけがましい一面をもっていることは否めないかもしれない。また健康の課題を安易に、個人の責任に転嫁することは許すべきではない。だとすれば各個人の実践を支援するために、地域においてもまた、総力をあげて地方計画の策定と、その推進に取り組まなければならない。

#### 文献

- 1) 多田羅浩三：公衆衛生の思想， 医学書院， 東京， 1999， pp. 260.
- 2) 多田羅浩三編：健康日本21 推進ガイドライン， ぎょうせい， 東京， 2001.
- 3) 多田羅浩三ほか：基本健康診査事業が老人診療費に及ぼす影響に関する分析， 保健衛生ニュース 966：20， 1998.

## はじめに

21世紀の国民の健康管理を目標として提案された「健康日本21」政策が、どの程度地域に根ざした評価を受けることができるかは大きな関心事である。これまでの国の政策はがん検診、介護問題などでも明らかなように、予算獲得のための数・量に重きがおかれ、質・内容の評価についてはあまり注意が払われていなかった傾向がある。しかし、今回の政策には、地方自治体に移管された予算枠の中で執行し、さらに高い評価を求める主旨が見られる。したがって、地域住民すべての健康増進に叶う政策として受け入れられていくには、かなりの時間がかかることが予測される。そこで、まず日本を支える中心的立場の中高年に的を当て、現状の課題、今後の迅速な対応などを考えてみることにした。

2002年3月に発表された「都道府県の将来推計人口」によると、大都市を中心に65歳以上の高齢者が急増することが指摘された。特に、神奈川県においては今後30年間にほぼ倍になることが推計されている。この超高齢化に向けて、中高年の心身の健康維持増進は、明日の都市生活に欠かすことが出来ない課題である。特に、がんを含む生活習慣病、自殺などの罹患・死亡率の上昇のほか、うつ病・喫煙習慣・アルコール依存など社会経済状況と疾病の関わる問題が大きいと、それらの実態を調査し、今、この年代が最も必要としている地域支援は何か、また、この年代に入ってくる次世代の若者に警告しなければならないことは何か、さらに、超高齢化時代を如何に有意義に過ごす政策支援は何かなどについて検討を行った。

## 現状

### 疾病の実態

2001年の「国民衛生の動向」による死因別・年齢別・死亡数をみると、悪性新生物では50歳～70歳代に著明な死亡数の上昇が認められる。一方、心疾患、脳血管疾患、肺炎は80歳代で著明に上昇し、悪性新生物による死亡数はむしろ減少している。また、自殺は50歳代がピークとなり、60歳、40歳代がそれに続き、壮年層の立場を直撃した社会情勢を反映した結果になっている。さらに悪性新生物に焦点を合わせ、性年齢階級の死亡数を男女別にみても、50歳代後半から70歳代前半では男女ともに著しく上昇しているが、男性が女性に比し倍以上の死亡数であった。

次に、精度の高いがん登録が行われている神奈川県の平成12年度の報告によると、がん全部位の罹患率と死亡率の差は、経年的にその差が広がっている。各年齢層でみると、60歳代まではその傾向は顕著であり、二次予防効果が考えられるが、70歳では差

が小さくなり、高齢になるにつれてがんの罹患そのものが死亡につながる比率が高くなっていることが推測できる。臓器別では胃・子宮は罹患率・死亡率ともに減少傾向を示すが、肺・乳房ではともに増加傾向となり、特に肺ではその差が最も小さくより有効な治療法の確立と禁煙などの一次予防対策が求められる所以になっている。

#### 自殺死亡率の推移とうつ病の実態

厚生労働省の人口動態統計によると、自殺者数は1998年より増加傾向を示し1999年には初めて3万人を超え、特に50歳代の増加が顕著となっている。横浜市における調査においても、この傾向は明らかで、1995年と1998年の比較では約3倍に増加し、特に50～70歳代では約2倍になっている。この原因には多種の誘因が考えられるが、バブル崩壊後長引く不況の中で発生している早期離職勧告、就職難、多額の借金・アルコール依存・離婚などがもたらす「うつ病性障害」がもっとも重要な要因と思われる。1999年の患者調査によると、うつ状態を主訴として継続的に医療を受けている者は約44万人と推計されており、この数年は自殺企図で一般病院の救急外来へ搬送される患者が後を絶たない。また、職域に於けるメンタルヘルスも重要視され始めており、30歳代の若年層から50歳代にかけての相談は年々増加傾向にある。これに対しては重点的な精神保健指導を行い、さらに管理・監督者に対してもメンタルヘルス研修・講演会を通して職員の精神疾患の予防・治療指導および再発防止を心がけている企業が多い。

#### 喫煙・飲酒の習慣、アルコール依存の現状

わが国の喫煙状況は2000年の日本たばこ産業株式会社の調査によると20歳以上の喫煙率は男性53.5%、女性13.7%である。経年的に見て男性では漸減傾向にあるが、まだ他の先進諸国に比し高率である。一方、女性は20歳～30歳代の若年者に増加傾向がみられるものの男性に比しかなり低率である。2001年に横浜市住民を対象にした調査でも、男性で喫煙率が高く40歳～50歳代では「吸っている」が約50%、「吸わない」と「止めた」をあわせて約50%であった。一方、60歳代以降「止めた」が急増し、「吸っている」が急減している。健康管理と社会情勢の面で中高年の禁煙意識がかなり上昇してきているものと考えられる。また、女性の喫煙率は非常に少なかった。

次に飲酒状況に関しては、先の横浜市住民を対象とした調査によると、男性では40歳～64歳では「飲まない」がわずかに10数%であるのに比し、「毎日飲む」は40～50%と高率であった。65歳以上でも「毎日飲む」は40%前後あるが、「飲まない」と「止めた」が増加しており、心疾患や脳血管疾患の増加に伴い禁煙と同様禁酒も余儀なくされていることが推測できる。女性に関しては、50歳代以降は「飲まない」人が半数を超えており、男性の喫煙と飲酒の習慣が女性との寿命の差を示しているといっても過言ではない。さらに、アルコール依存症の患者数は年々増加傾向にあり、1999年の患者調査では依存症が約17100人、アルコール精神病が約2300人と推計されている。このほか、アルコール性肝障害患者はこの数倍あり、なかでも肝硬変に移行したアルコール常飲者は自殺企図と並んで救急外来の頻回受診者のブラックリストに挙げられている。

## 要介護者の状況と、悪性疾患など終末期医療における緩和ケアの実態

1998年の国民生活基礎調査によるとわが国の要介護者数は約124万人で、このうち寝たきり者数は約36万人と推計されている。要介護者の約8割は65歳以上で、原因別に見ると脳血管疾患が1/3を占め、次いで、高齢による衰弱・骨折転倒・痴呆の順でそれぞれ10%前後になっている。これらの要介護者、寝たきり者は、いったん介護が開始されると半数以上は3年以上の長期にわたって介護が必要な状態が継続することになり、医療保険・介護保険・家族の経済的負担がますます増加するなど多くの問題がでてきている。このような状況に対して、現在の中老年者の半数以上は不安を抱いている。今後は「健康で長生き」の意識改革を中老年に求めていかなければならない。

悪性新生物などによる終末期医療については、現在全国的に緩和ケア病床増加の計画が進んでおり、保険対応策もとられている。しかし、今後は遺伝子診断や治療によるがん診療が飛躍的に進歩することが予測されているため、新しい検診方法による二次予防が中老年層を中心に強化され、緩和ケアが必要になる前に社会復帰できる治療法が確立されることを大いに期待したい。

## 課題

これまでの現状の調査から中老年層の健康増進に關与する課題をまとめると以下のごとくになる。

50歳～70歳代の悪性新生物による死亡率は高く、特に男女ともに60歳～75歳の肺・胃・大腸がん、女性では40歳～50歳代の乳がんに対する一次・二次予防対策は今まで以上に積極的に行わなければいけない。

中老年の自殺死亡率とうつ病罹患率の上昇は、日本社会の大きな「ひずみ」の部分になっている。この年代の社会的・経済的支援の裏づけが優先されなければ、心身の健康維持は不可能であろう。職域にある者にはメンタルヘルスケアを、また、職域を離れた者にも明るいゆとりある老後の生活設計に希望を与える精神的な支援策を考える必要がある。

日本人の男性の喫煙・飲酒習慣は心疾患・脳血管疾患・糖尿病などの生活習慣病の根源ともいえる。最近の健康教育が60歳代後半の禁煙・節酒効果を上げてきている感はあるが、吸わない・飲まない習慣を推進する必要性は大きい。

現在の中老年者の最も恐れていることは、自分が要介護者になる不安である。そのために、いま、何をすればよいか真剣に考える人が多くなっている。IT革命がもたらした医療情報を求めて、「自分の健康は自分で守る」手段を模索している姿が垣間見られる。健康意識調査から、さらに深く掘り下げて、何が一番求められているか検討する必要がある。

## 今後の対応

上記課題を踏まえた上で、都市に住む中高年者の今後の健康増進への支援策を考える手段として、「健康」への認識と「医療」への考え方を中心に意識調査を行った。今回は、2002年6月～7月に、著者の所属する施設が中心に行った調査のほかに、横浜市が2001年8月に行ったものと2002年6月の朝日新聞総研リポートの資料からも引用した。これらの意識調査を基に、上記課題に対する今後の対応を考察したい。

### (1) 健康と医療に関する意識調査から

#### 健康への認識

まず、横浜市民の健康に関するアンケートでは、健康のために行っていることは「食事・栄養に気をつける」「休養・睡眠を十分とる」「運動をする」という健康のための三要素が各年代で50%以上を占めている。また、健康維持のために実施したいことは、運動、早めの医療、健康診断が上位を占めているが、65歳以上になると、食事・栄養、休養・睡眠、医療情報を得ることも同列に並び、健康への積極的な関心を示している。次に定期的な健康診断受診状況では、すべての年代でほぼ60%であり、特に中高年者は65%と高率であった。

がん検診については、検診センターが行った調査では、自分が運動不足、食生活の不摂生などで「あまり健康でない」と思っている人(全体の25%)のうち83%が「受診した・受診したい」と答えており、がん検診への強い関心を示している。また、「健康である」と認識している人は全体の73.3%であったが、「がん検診を毎年受診する」は69%を占めていた。かかる費用については「一部公的資金の導入を望む」が約60%、「すべて公費であれば受診」は約10%であり、これらは若い層ほど多くなっている。一方、「すべて自己負担しても受診する」は全体で約30%いるが、60歳代で男性は50%、女性は30%数%もいることから、この年代のがん検診への意識の高さが伺われる。公的財源が苦しい状況になってきている現在、がん検診の対象年齢や頻度、受診間隔などを十分考慮して検診方法の体制を構築するべきである。また、逆に、健診、検診などを受けない中高年者は、その理由として「必要な時はいつでも病院で診てもらえるから」を挙げているが、数としては多くないものの、かなり進行した状態で病院を受診することになり、これらの中高年者の受診機会を考慮した啓発・勧奨を行う必要がある。

#### 治療への積極性

かかりつけ医の有無についての調査では、「いる」が64%であった。年代階級別にみると、30代を機に50%を超え65歳以上では80%以上となっている。別の調査で「自分や家族が病気になった時にどうやって病院や医者を選ぶか」の質問では40歳代以上で「かかりつけ医に相談する」が50%を超え、60歳代以上では70%以上になっている。一方、20～30歳代では「友人や近所の評判を聞いて」が50%と高率であった。疾患からみると、うつ病などの原因になるストレス・悩み事の相談について、医療機関

を受診した者はわずか 10%程度であり、精神面での支援はこれからの大きな課題である。次にがんについてみると、進行がんでも告知希望が7割いる。告知後の治療については40歳代までは「担当医の意見を聞いて自分で決める」「ほかの医者意見を聞いて自分で決める」を合わせて80%を超えている。しかし、50歳代を境に「担当医に全面的に任せる」が増え、70歳代では60%の人が担当医を信頼して治療を任せる傾向がみられた。

次に、今後充実させるべき医療について問うたところ「寝たきり、痴呆などの高齢者医療」、「がんに対する専門医療」がすべての年齢層で40~60%を占めていた。「脳血管疾患医療」は年齢階級があがるほど多くなり、60~75歳で半数を超えている。どの年齢層においても、これからは医療の専門性を強く求める声が大きくなっているため、豊富な医療経験に基づく正しい情報を提示していかなければならない。

## (2) 課題に対する支援対策

これまで挙げてきた健康増進へのさまざまな課題に対して、多方面からの対応策が話題になっている。いくつか例をあげて、支援策の参考としたい。

### 中高年が必要とされる社会生活の維持と経済・厚生事情の上昇気運

2002年1月発行の雑誌「WEDGE」に岩瀬達哉氏は「最前線で闘う中高年はここが違う」と題して、リストラの嵐が吹き荒れる中、元気のない代名詞に例えられる中高年の中に、意気揚々と仕事に励む元気派と将来の不安に塞ぎこむ層がいることを指摘している。さらに、元気派の元気の源を分析し、その生き方としていくつかの条件を挙げている。すなわち、「たとえ陽の当たらない部署やつまらない仕事であっても、それをどのくらい面白くできるかチャレンジし、腐らず焦らずポジティブに生きること」「常に過去の経験を教訓化したうえで、新たな情報を広範に集める能力を旺盛な好奇心で高めること」「正当な評価を得られなくても、自分自身が悔いを残さないで仕事をしたという充実感があれば価値観が生まれると信じること」などである。現実には、中高年者の就業理由をみた調査では、65歳以上になると経済上の理由も6割あるが、残りの4割は健康維持、生きがい、社会参加のためとなっている。組織を離れてもさらに20年から30年、もう一つの非常に充実した人生を歩もうとする意識は高まりつつある。そして、「自分たちはまだまだ元気だ。だから、社会に貢献したい」という大きな枠の中で集い「新現役ネット」を立ち上げて、同じ志を持つ技術者のベンチャー企業への挑戦、新しい農業への取り組みなど、果敢に活躍しているNPOも出てきている。彼らは、次世代に自分たちの経験を伝達しようとする使命感に燃えている。このような上昇気運に対しては、ますます発展できるような経済・厚生面の支援が必要である。

### 健康年齢の若返りにどのくらい保健事業、予防活動が貢献できるか

自分の生きがいを見つけ、元気でいつまでも働きたいと願っている中高年に対して健康の保障は必須の事項である。また、第二の社会参加が健康年齢を若返らせてくれるのも事実である。現在、一次予防に関する情報は、書籍、インターネット、講演会などで

かなり豊富になっているが、専門家による非営利的な情報が的確に直接個人に伝達できる体制作りが必要であろう。次に、二次予防に関しては、住民への一般健康診断・がん検診はかなり普及しており、個人が希望するならば自己健康管理は容易である。ただし、今後は、公費を有効利用するために、「中高年を中心としたがんの好発年齢層に密に行う検診体制」の確立、「自己健康管理の優良者へ褒賞制度」などを考慮すべきであろう。また、就労者については定期健康診断の異常者に対して 2001 年度より二次健康診断給付制度が創設され、脳・心臓疾患の発症の予防が強化できるようになった。優秀な人材を確保・育成しようとするならば、健康への投資は怠ってはならない。これからの企業はますます労働者の心身の健康管理を重要視するべきである。

#### 具体的な提言

##### ( 1 ) 都市における中高年の疾病構造からみた健康増進支援システムの確立

- \* 意欲の旺盛な者、キャリア・人生経験が豊富な者が積極的に活用できる就労とボランティア活動の場を提供できる情報支援

例：ITで結束するNPO団体，時間積み立て式のボランティア活動

- \* 経済性・有効性を考慮した健康診断・がん検診システムの見直し

例：有病率が高く、しかも社会的生産性の高い年齢層に合わせた密度の濃い「がん検診」を一部公費負担で援助する。

米国で推奨された政府負担の5～10年に一度の大腸内視鏡検診など。

- \* 健康管理カードの導入（全国どこでも通用するIT情報）

例：個人が受けた健診・検診・医療のすべて，予防注射歴・血液型など，個人が望む緩和ケア・尊厳死・臓器提供など治療限界に関する意思表示を含む。

- \* スポーツ、栄養指導、疾病予防に関する健康教育の場の提供

例：受講をポイント制にし、積み立てを褒賞として医療費に還元する。

##### ( 2 ) 個々のライフスタイルに合った相談機関の設置

- \* 若年者へのアドバイス

例：自分は何をしたいか、挑戦できる意欲はあるか、やりがいを如何にして見つけるか、スポーツやレジャーなどのゆとりと勤勉な仕事を織り交ぜたメリハリのある生活様式を上手にアレンジできるか、などのアドバイスができる機関が必要。それらに対する中高年者の知恵と経験を活用する。

- \* 老後に向けて

例：「自分のことは自分で」の生き方を徹底する。個々のライフスタイルに合わせ、いつ、どのような状況に置かれても困らない、精神的な心の準備と身体的な予防生活を心がける情報を、絶えず流布する。

#### 参考資料

- 1 . 厚生労働白書 (平成 13 年度版)
- 2 . 神奈川県悪性新生物登録事業年報 (第 24 報) 平成 8 年の罹患集計  
平成 12 年 11 月 神奈川県衛生部 発行
- 3 . 健康と医療に関する市民調査 報告書 横浜市衛生局発行  
平成 13 年 11 月施行 : 対象者 3000 人 (回答率 43.2%)
- 4 . 平成 14 年度 がん検診センター 健康意識とがん検診に関する調査  
平成 14 年 6 7 月施行 : 対象者 2000 人 (回答率 60.2%)
- 5 . 朝日総研レポート 2002 . 6 . No.156 3 月の面接世論調査 医療
- 6 . 国民衛生の動向 2001 年 第 48 卷 第 9 号 厚生統計協会
- 7 . 横浜市衛生年報 統計資料編 平成 11 年度版

## 勤労者の過労死およびメンタルヘルス

### 1) 勤労者の過労死

#### 現状

2002年4月22日、厚生労働省のまとめでは、過労死など仕事に関係する脳疾患、心臓疾患で労災補償の対象と認定された件数が、平成13年度には全国で143件と過去最多になったことが報じられた<sup>1)</sup>。平成9年度から平成12年までは7390件であったから、ほぼ倍増したことになる。これは、後述の過労死の認定基準が緩和された影響である。認定は脳疾患96件、心臓疾患47件と、前年度比で68%の増加がみられた。

「過労死」は医学用語ではなく、いわゆる社会造語である。「過労死」が社会的に大きな問題となったのは、1988年頃である。「過労死」という英語訳はないことから、過労死は日本独特のものであるとされている。過労死の原因は恒常的な時間外労働、過重労働など肉体的な過労だけではなく、過剰なストレスに伴う精神的疲労もある。職場での人間関係、仕事の量、仕事の質、仕事の適性、昇進・昇級なども大きな要因になりうる。

「過労死」に対してこれまでに行われた対応策としては、(1)「過労死」等に係わる認定基準の改定、(2)「過労死」等が発生した場合の迅速・適正な労災補償、(3)「過労死」等の予防策(労働時間対策、健康診断の確実な実施と、その結果について産業医の意見を勘案した就業上の措置の実施の推進、2次健康診断等給付の創設、(4)深夜業従事者(常時深夜労働者、受診日前6ヶ月の間に月4回以上深夜業に従事した者)の自発的健康診断受診支援のための助成事業の創設、などである。

#### 課題

「過労死」の労災認定については、平成7年2月に改正した「脳血管疾患及び虚血性心疾患等(負傷に起因するものを除く)の認定基準」(以下「脳・心臓疾患の認定基準」という)に基づき行われてきた<sup>2)</sup>。この認定基準では、認定条件として、(イ)業務による明らかな過重負荷を受けていたこと、(ロ)過重負荷を受けてから症状の出現までに時間的経過が医学的に妥当であること、の2点である。しかし、平成12年7月、最高裁判所は、自動車運転者に係わる行政事件訴訟の判決において、業務の過重性の評価にあたり、脳・心臓疾患の認定基準には明示していなかった慢性の疲労や就労態様に応じた諸要因を考慮する考えを示した。このため労働省は医学専門家等を参集者とする「脳・心臓疾患の認定基準に関する専門検討会」を組織し、疲労の蓄積等について医学面からの検討が行われた。

この検討結果を踏まえて、平成13年12月、厚生労働省は新たな「過労死認定基準(脳血管疾患及び虚血性心疾患 負傷に起因するものを除く)」を発表した<sup>3)</sup>(資料I-

2) この新認定基準の主な改正点は、(1)脳・心臓疾患の発症に影響を及ぼる業務による明らかな過重負荷として、長期にわたる疲労の蓄積を考慮することとしたこと(長期間の過重業務)(2)(1)の評価期間を発症前おおむね6ヶ月間としたこと、(3)長期間にわたる業務の過重性を評価するに当たって、労働時間の評価の目安(発症前1ヶ月ないし6ヶ月間にわたって1ヶ月45時間以上の時間外労働、発症前1ヶ月間におおむね100時間又は発症前2ヶ月ないし6ヶ月間にわたって、1ヶ月当たりおおむね80時間を超える時間外労働)を示したこと、(4)業務の過重性を評価するための具体的負荷要因(労働時間、不規則な勤務、交替制勤務・深夜勤務、作業環境、精神的緊張を伴う業務等)やその負荷の程度を評価する視点を示したこと、などである。

平成14年2月、厚生労働省労働基準局長は都道府県労働局長に「過重労働による健康障害防止のための総合対策について」と題する通達を行った<sup>4)</sup>。この中では、事業者が講ずべき措置として、時間外労働の削減(時間外労働を月45時間以下)、年次有給休暇の取得促進、労働者の健康管理に係わる措置の徹底(健康診断の実施等の徹底、産業医による助言指導等)を挙げている。

また、厚生労働省(平成13年10月24日)の所定外労働削減要綱の改定についての書簡で<sup>5)</sup>、所定外労働時間削減の意義として、創造的自由時間の確保、家庭生活の充実、社会参加(ボランティア活動など)の促進、健康と創造性の確保、勤労者の働きやすい職場環境づくりなど、を挙げている。

#### 今後の対応策

事業場における定期健康診断では、有所見率が近年、高まってきており、健康状態に問題のある労働者が増加している一方、業務による過重負荷により、基礎疾患が急激に増悪し、脳・心臓疾患を発症して死亡または障害状態に陥ったケースが増加傾向にある。これら、脳・心臓疾患を発症あるいは悪化させる危険因子を相当程度有することを疑い得る健康診断がでた者に対し、循環器系の異常者に対する二次健康診断と発症予防を図るため医師等による「特定保健指導」へと持って行く制度が確立された。しかし、このような「過労死」に対する法的支援にも係わらず、一次検診、二次検診の受診率は低率に留まっている。さらに、深夜業従事者(看護師、タクシー、貨物運搬等)を対象とした自発的健康診断受診支援事業が平成12年度に創設されたにも係わらず、その受診率は極めて低率であり、平成13年度集計では予算の1.2%が執行されたのみである<sup>6)</sup>。

#### 具体的提言

- 1) 労働時間の短縮の徹底
- 2) 時間外労働時間の短縮の徹底
- 3) 適正な職場人員の確保
- 4) 職場における一次検診、二次検診の徹底
- 5) 基礎疾患を有する勤労者に対する医療管理と適切な職場配置
- 6) 深夜業従事者の自発的健康診断受診支援事業の周知・広報活動の実施

## 7) 被災労働者家族の救済

### 参考文献

- 1) 厚生労働省：脳・心臓疾患の労災補償状況について 「労経ファイル」2002,6.15
- 2) 勤労者の健康問題に関する新たな課題：高田 勲、若林之矩：勤労者医療の最前線  
102頁 平成12年 労働調査会
- 3) 厚生労働省：脳血管疾患及び虚血性心疾患等の認定基準について 平成13年12月12日基発第1063号通達
- 4) 厚生労働省労働基準局長：過剰労働による健康障害防止のための総合対策について  
平成14年2月12日 基発第0212001号
- 5) 厚生労働省：所定外労働削減要綱の改定について 平成13年10月24日発表
- 6) 労働福祉事業団産業保健部資料 平成13年度自発的健康診断受診支援助成金支給決定状況

## 2) 勤労者のメンタルヘルス

### 現状

戦後から現在に至る産業構造の変化により、第一次産業（農林・水産・鉱業）、第二次産業（製造・建築業）から第3次産業（商業・運輸・通信・サービス業）への勤労人口の移動が顕著になっており、現在では勤労者の6割以上が第3次産業に従事している。第一次産業、第二次産業の従事者が感じる疲労は、主として身体的な疲労であったが、第3次産業の従事者が感じる疲労は、ストレスに伴う、精神的な疲労が大きい<sup>1)</sup>。現在、わが国の経済・産業は危機的状態にあるといっても過言ではない。今後、経済のグローバル化、情報化やサービス経済化の一層の進展等により、経済・産業構造はさらに大きく変換するとともに、高齢化の急速な進行が見込まれている。また、労働者の就職意識の変化や働き方の多様化等の変化もみられる。

このような中、仕事や商業生活に関する不安、悩み、ストレスがあると訴える労働者の割合が年々増加しており、労働省による労働者健康状況調査によると、仕事や職業生活で強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合は年々増加し、1982年の調査で50.6%であったものが、1997年の調査では62.8%に上昇している<sup>2)</sup>。

また、労働者の自殺数も増加しており、事業場においてより積極的な心の健康の保持増進を図ることが重要な課題となっている。経済・産業構造が変化する中で、業務の質的变化等による心身の負担の一層の増加が懸念されている。心の健康問題が労働者、その家族、事業場および社会に与える影響は、今日ますます大きくなっている。労働者とその家族の幸せを確保するとともに、わが国社会の健全なる発展という観点からも、事

業場において、より積極的に心の健康の保持促進を図ることが重要な課題となっている。

2002年4月22日、厚生労働省による、精神障害等の労災補償状況報告では、仕事による心的外傷後ストレス障害（PTSD）や精神分裂病、鬱病などの精神障害の労災認定も前年度の36件から70件へと倍増し、うち30代以下が6割以上を占めた。うち、自殺（未遂を含む）が前年度19件から31件と急増した<sup>3)</sup>。「バブル経済」崩壊後の長引く不況はリストラ、人員削減による完全失業率の上昇、ひいては自殺者の増加をもたらし、わが国独特の「過労死」に続き「過労自殺」という新語を生み出すことになった。

日本における1947年以降の自殺の年次別推移をみると、戦後の1947年から自殺者数の急激な増加が始まり、第1回のピークは1958年の「なべ底」不況と重なり、続いての「岩戸景気」では自殺者数は減少している。さらに所得倍増計画、続く「オリンピック景気」と「いざなぎ景気」という相次ぐ好景気の時期では、男性の自殺者数は1万人以下となり、第1回ピークの3分の2まで減少した。しかし、「オイルショック」以降10年の不況が続き、第2回ピークはこの不況の後半に発生している。1987年からの「バブル景気」の時代では自殺者数の減少がみられたが、続く「バブル崩壊不況」では今日に至るまで自殺者数は増加している。2000年には男性22,727人、女性9,230人となり、3万人を超え、現在3回目のピークを迎えている。このように、自殺者の増減は景気と密接に関連している。2000年の自殺者の職種別分布では、被雇用者7,301人、自営業者4,366人、管理職696人、勤労者全体で12,363人となり、自殺者全体の38.7%を占めている。一番多い自殺の理由は、経済生活問題で30.4%、次に健康問題25.3%、勤務問題18.0%であった。現今のわが国の経済状況、産業界の危機的状況下では、今後とも自殺者のピークは持続するものと考えられる<sup>3-5)</sup>。

厚生労働省による事業所における自殺既遂者調査では、年齢は20代と30代が全体の57%を占め、勤続年数は3年未満が31%、全体の43%に欠勤傾向がみられ、自殺時点で精神科治療を受けていたものは33%であった。職場で自殺の兆候が全くみられなかった従業員が3分の1にみられた反面、「口数が少ない」「欠勤、遅刻がち」「落ち着きがない」などの兆候が3分の1にみられている。自殺予防に関する見解として、1) 独身、単身者、極度のストレスのかかる職場、人間関係の悪い職場などのハイリスク群を明瞭にすること、2) うつ状態を見逃さないために、健康管理スタッフが職場との接点を多く持つように心掛けて情報をいれること、3) 上司、事業所看護職、産業医、産業精神医と外部の医療機関精神科との連携が必要である、などをあげている<sup>4)</sup>。

殆どの職場がグループによって維持されている昨今では、一人の精神障害者の存在によってその職場全体の活動が大きく影響を受けることになり、ひいては事業場の生産性に影響を与えることになり、企業の大きな損失に繋がる。

事業所内産業保健スタッフは、職場環境等について評価し、管理監督者と協力して、その改善に努める。さらに労働者のストレスや心の問題を把握し、健康指導、健康相談等を行う。また、心の健康問題を有する労働者の職場復帰及び職場適応を指導、支援する。(注:事業場内産業保健スタッフとは、(1)事業場内産業保健スタッフ(産業医等、衛生管理者、(安全)衛生推進者、事業場内の保健師)(2)事業場内の心の健康づくり専門スタッフ(産業カウンセラー、臨床心理士、精神科医、心療内科医等)(3)人事労働管理スタッフ等、をいう)。

## 課題

業務による心理的負荷を原因として精神障害を発病し、あるいは自殺したとして労災請求が近年増加していることから、精神医学等の専門家で構成される「精神障害等の労災認定に係わる専門検討会」で検討され、平成11年9月「心理的負荷による精神障害等に係わる業務上外の判断指針」が通達された<sup>6)</sup>。判断要件としては、(1)対象疾患に該当する精神障害を発病していること、(2)対象疾患の発病前おおむね6ヶ月の間に、客観的当該精神障害を発症させるおそれのある業務による強い心理的負荷が認められていること、(3)業務以外の心理的負荷及び個体側要因により当該精神障害を発症したとは認められないこと、の3項目をあげている。

厚生労働省の「労働者の自殺予防に関する総合的対策推進事業の実施について」(平成13年3月30日)<sup>7)</sup>では、最近における労働者の自殺の増加に対する対応として、(1)自殺予防マニュアルの周知、(2)自殺予防セミナー等の開催、講習会の開催(精神科医、臨床心理士等を対象)、(3)シンポジウムの開催、(4)労働者の自殺予防に関する調査研究の実施、(5)地域における自殺予防対策との連携、などをあげている。

労働衛生行政の流れの中で、メンタルヘルスが法令上取り組まれたのは、1988年であり、労働者の健康保持増進措置(トータルヘルスプラン)が事業者の努力義務とされ、この中で初めて義務付けられた。平成12年8月、労働省(現厚生労働省)から、事業場における労働者の心の健康保持増進を図るため、事業場が行うことが望ましい基本的な措置(以下メンタルヘルスカケアという)の具体的実施方法を総合的に示した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」(メンタルヘルス指針)<sup>8)</sup>が提示された。さらに、平成14年4月には、このメンタルヘルス指針に基づく心の健康づくり活動の普及、定着を図ることを目的とし、厚生労働省から、「職場におけるメンタルヘルス対策の事業者支援事業の実施について」<sup>9)</sup>の通達が各都道府県労働局長宛になされた。これらによれば事業場における労働者の心の健康づくり計画の具体的な進め方として、

### 1)セルフケア(労働者が自ら行うストレスへの気付きと対処)

労働者自身がストレスや心の健康について理解し、自らのストレスを予防、軽減あるいはこれに対処すること。事業者は労働者に対するセルフケアに関する教育研修、情報

提供を行い、労働者が自ら相談を受けられるよう必要な環境整備を行う。

## 2) ラインによるケア(管理監督者が行う職場環境等の改善と相談への対応)

管理監督者は、職場環境等(作業環境、作業方法、労働時間、仕事の量と質、職場の人間関係、職場の組織等)の具体的問題点を把握及びその改善を行う。個々の労働者に過度な長時間労働、過重な疲労、心理的負荷、責任等が生じないように配慮する。また、日常的に労働者からの自主的な相談に対応できるよう努める。事業者は管理監督者に対する心の健康に対する教育研修等を行う。

## 3) 事業場内産業保健スタッフ等によるケア(産業医等による専門的ケア)

## 4) 事業場外資源によるケア(事業場外の専門機関によるケア)

事業者は必要に応じて、それぞれの役割に応じた事業場外資源を活用することが望ましく、地域産業保健センター、都道府県産業保健推進センター、中央労働災害防止協会、労災病院勤労者メンタルヘルスセンター等によるケア(事業場外による直接サービスの提供、支援サービスの提供、ネットワークへの参加)などを受けうるネットワークを日頃から形成しておく必要がある。

さらに指針ではメンタルヘルスカを推進するに当たっての留意事項として(1)心の健康問題の特性(客観的測定方法がなく評価が困難、発症の個人差が大き、プロセスの把握が困難、心の健康以外の観点から評価される傾向が強い、など)(2)個人のプライバシーへの配慮が必要、(3)人事労務管理との密接な関係と連携、(4)家庭・個人生活等、職場以外の問題の影響、をあげている。

## 今後の対応

全国の産業保健推進センターでは、専門の相談員(メンタルヘルス、カウンセリング)が産業医・保健婦等の産業スタッフや、事業主、労務担当者に対する心のケアに対するアドバイスや情報提供を行うとともに、労働者本人や家族からの相談にも応じている。一方、全国16の労災病院では医療相談窓口を設置し、専門カウンセラーが相談に応じる体制をとっている。また、都道府県精神保健福祉センター等では、電話による「こころの相談」を行っている<sup>10-14)</sup>。このように勤労者に対する心の相談窓口を広げた結果、年を追うごとに相談件数は増加傾向にあるとはいえ、平成12年度の産業保健推進センターでの全国集計では1、591件、労災病院勤労者メンタルヘルセンターで2、715件に過ぎない。前述のごとく労働者の63%が仕事や職業生活で強い不安、悩み、ストレスを感じていることからみると、この相談件数は極めて低率であり、今後とも広報、普及し啓蒙に努力する必要がある。

さらに基本的かつ現実的問題として、「誰がこれらのメンタルヘルスを受け持つか」が重要であり、わが国でのその方面での人材不足、職種不足は否めない。「心の専門家」の育成が急務であり、これらに關与する職種の国家資格の認定が必要である。例えば「臨床心理士」の人材確保と、国家資格の認定が必要と考えられるが、日本心理臨床学会では永年議論が重ねられてきたが、学会の認定となっており、国家資格ではない。

精神障害を発症している場合は、精神科医、診療内科医が患者として診療を行うことになるが、その前の段階、すなわち勤労者の心の悩みの段階でこれを適切に処理、対応できるメンタルヘルスを直接担当する職種がわが国にはない。これはわが国の文系・理系に始まる縦割りの学術体制のため、文系・理系の横の連携が極めて取りにくい環境にあり、根本的な欠点とあって良い。上述のごとく、心の健康づくりに心理相談担当者、産業カウンセラー、臨床心理士、精神科医、心療内科医など、文系、医系、看護系、など種々の学術がこれに関与しており、これら学術の俯瞰的見地に立った横の連携が不可欠である。

#### 具体的提言

- 1) こころのケアを専門的に担当する職種の増員と国家資格の認定
- 2) これら職種に対する身分の保障と待遇の改善
- 3) 事業場内産業保健スタッフの横の連携の強化
- 4) 各事業場におけるメンタルヘルス体制づくりへの支援
- 5) 産業医のメンタルヘルス研修
- 6) 産業カウンセラーの養成
- 7) メンタルヘルス向上のための啓蒙活動、ストレス時代におけるライフスタイルとメンタルヘルスケアへのアドバイス
- 8) 「一度しかない人生」を大切にすることを自覚させる
- 9) 心のダイヤルの増設

#### 参考文献

- 1) 勤労者の健康問題に関する新たな課題：高田 勲、若林之矩：勤労者医療の最前線 168 頁 平成 12 年 労働調査会
- 2) 厚生労働省白書等データベース：平成 10 年版 労働経済の分析
- 3) 厚生労働省：脳・心臓疾患の労災補償状況について 「労経ファイル」2002,6.15
- 4) 厚生労働省：職場における自殺の予防と対応 2001 年
- 5) 厚生労働省：職場における心の健康づくり
- 6) 労働省労働基準局保障課職業病認定対策室 心理的負荷による精神障害等に係る業務外の判断指針について 平成 11 年 9 月 15 日
- 7) 厚生労働省労働基準局長 労働者の自殺呼ぼうに関する総合的対策推進事業の実施について 平成 13 年 3 月 30 日 基発第 245 号
- 8) 厚生労働省 事業所における労働者の心の健康づくりのための指針 平成 12 年 8 月 9 日
- 9) 厚生労働省労働基準局長 職場におけるメンタルヘルス対策の事業者支援事業の実施について 平成 13 年 4 月 27 日 基発第 414 号
- 10) 山本晴春：ストレス教室 新興医学出版社 平成 10 年

- 1 1 )山本晴春： 勤労者メンタルヘルスと心療内科 日本災害医誌 47:84-88,1999
- 1 2 ) 山本晴春： 産業心身医学の提案 勤労者医療の実践を通してー、心身医療  
10:19-21, 1998
- 1 3 ) 山本晴春： 傷ついて、気づいて、築く健康習慣 交流分析研究  
26:134-138,2001
- 1 4 ) 山本晴春： 横浜労災病因勤労者メンタルヘルスセンター 産業精神保健  
9:41-45,2001

## 11. 勤労者の喫煙

### 現状

2001年の日本人の喫煙率は男性が53.5%、女性が13.7%であり、推定喫煙者数は3400万人にのぼるとされる。男女喫煙率の国際比較では、フランス40:27、イギリス28:26、アメリカ28:23であり、日本男性の喫煙率は外国に比べて高率であり、女性は低い。1965年の日本人の喫煙率が男性82.3%、女性15.7%であったことからみると、男性の喫煙率はかなり減少しているが、それでも欧米先進国に比べて飛び抜けて高率である。喫煙によって肺がんだけでなく、喉頭がん、口腔・咽頭がん、食道がん、胃がん、膀胱がん、腎盂・尿管がん、膵臓がんなどの多くのがんや、慢性気管支炎、肺気腫、冠動脈疾患、慢性閉塞性動脈疾患、消化器疾患、歯周疾患なども招来することが知られており、喫煙者の概ね50%は上記の何れかの疾患で死亡するとされている<sup>1)</sup>。このように、喫煙が肺がんをはじめ種々の疾患の原因となることから、英国の王立内科医学会(1977)は「煙草1本につき5分30秒、寿命が縮む、1日20本、1年間吸えば、28日間失う」という標語で警告している<sup>2)</sup>。

また、職場、家庭内、公共施設、交通機関内での喫煙は、喫煙者本人のみではなく、周囲の非喫煙者にも影響を与える(受動喫煙)。受動喫煙による肺がんの罹患、喘息、また最近、不定愁訴や頭痛などのシックビル症候群が報道されている。現代のビルは閉め切りで気密性が高く、この症状が起こりやすく、また煙草にさらされる時間が長いと危険度も増すという。

厚生労働省によると、最新の疫学的データに基づく推計では、煙草による超過死亡数は1995年では9万5000人であり、死亡数の12%を占めている。煙草による疾病や死亡のために、1993年には年間1兆2000億(国民医療費の5%)が超過医療費として係っていることが試算されており、社会全体では少なくとも4兆円以上の損失があるとされている<sup>3)</sup>。

終戦直後の1947年のわが国の全がん死亡は53,886人で肺がん死亡は768人であった。2000年の全がん死亡は295,399人と終戦直後の5.5倍に増加したが、肺がん死亡は53,719人と実に70倍と指数関数的に増加した(この20年間でみても2倍、10年間で1.5倍の増加である)。1993年男性肺がんががん死亡の第1位となり、1998年には男女合計でがん死亡の第1位を占めるに至り、この増加は2015年まで続き、その時点での肺がん死亡は123,257と予測されている<sup>4)</sup>。

喫煙と肺がんの因果関係に関する多くの研究報告がある<sup>5)</sup>。煙草は4000種類以上の化学物質を含有し、うち200種類は有害物質であり、このうち40種類(ベンズピレン、ニトロソアミンなど)に肺がんの発がん性があるとされている<sup>6-8)</sup>。喫煙本数

と喫煙年数（喫煙指数）が多い程、喫煙開始年齢が低い程、肺癌罹患のリスクは高く、これにアスベストなどの職業歴が加わるとリスクが増加する。煙草の有害性を示す多くの事実があるが、喫煙者あるいは未喫煙者（小、中、高生）に教育する場が少ない。喫煙者を対象に行う公開講座、市民講座などには、非喫煙者は集まるが、喫煙者の出席が極めて低率である。

#### 課題

肺癌に対する第一次予防としては、喫煙、大気汚染、職業（アスベストなど）などへの対策があげられる。なかでも肺癌がんは明らかに煙草の消費量と平行して罹患率が上昇しており、禁煙運動を活発に行った欧米先進国では、前世紀中に肺癌死亡率が減少し始めている。わが国での禁煙運動、禁煙教育、分煙運動は近年、ようやくその緒についたばかりであり、諸外国に比べて低調である。禁煙啓発運動は、中学生、高校生に対する禁煙教育、日本肺癌学会など医学系各学会・研究会、日本医師会、その他の学術団体による煙草対策に向けての提言、禁煙市民講座などで行われているが不十分である。平成10年度厚生労働省の健康問題に関する実態調査<sup>9)</sup>では、現在喫煙者（15歳以上）の26.7%が「煙草をやめたい」と考えており、「本数を減らしたい」と考える者（37.5%）をふくめた禁煙希望者は64.2%にもものぼることが明らかになった。

厚生労働省2010年を目標に新しい健康づくり運動「健康日本21」を2000年4月にスタートさせたが、（1）喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及、（2）未成年者の喫煙をなくす、（3）公共の場及び職場での分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及、（4）禁煙支援プログラムの普及、の4項目を掲げた。平成13年度事業として、（1）年間を通じた普及啓発（ポスター、分煙環境チェックシートの作成・配付）（2）禁煙期間中の普及啓発、（3）禁煙指導者養成のための研修会の実施、（4）たばこ煙の成分分析事業を行った<sup>10)</sup>。

「健康日本21」プラン『喫煙率半減』の達成を」の厚生労働省原案では、未成年の喫煙をなくす、成人喫煙率を全体として半減させる、国民一人当りのたばこ消費量を半減させる、の3項目をあげた。その中で、「煙草は単一の要因として、がんや循環器系疾患など健康被害を飛び抜けて多くもたらしている。煙草が原因で毎年約10万人が死亡していると推定される。国民一人当りの煙草消費量が先進国で最も多く、煙草対策で欧米より30年立ち遅れている。愛知県がんセンターの富永祐民所長による推計によると、喫煙率半減が達成されれば、男女合せての肺がんの4分の1が予防できる見込みだ。がんの減少には20～30年かかるが、脳出血や心臓発作など循環器系疾患への効果は1～2年でできる。「健康日本21」の項目の中で、これほど健康に役立つものはない<sup>11)</sup>」としている。しかし、原案は審議の段階で、煙草業界などの反発を初め諸般の事情で「半減」は削減されてしまったという。

欧米先進国では、煙草による疾病や死亡が1960年代に既に、現在の日本の状況であり、この頃より種々の煙草抑制策（消費者に対する警告表示、未成年者の喫煙防止、

公共施設内での禁煙、煙草広告の禁止等の様々の規制や煙草の増税などを講じた結果、国民の喫煙率や一人当りの煙草消費量が低下した。その成果は最近になってようやく、男性における煙草関連疾患の減少という形であらわれつつある。しかしながら、日本では成人の喫煙率が先進国の中では極めて高率に留まっているのみならず、近年若い女性や未成年者において喫煙率が上昇し、国民一人当り消費量も先進国の中では最も多い。従って、今後国をあげての禁煙キャンペーン行わない限り、肺がん死亡率の上昇に歯止めがかからないであろう。

#### 今後の対応

煙草関連疾患が顕在化するまでには数十年のタイムラグがあることから、将来的に煙草による死亡を減少させるためには、抜本的な対策が必要である。未成年者の喫煙防止、受動喫煙からの分煙<sup>12)</sup>、禁煙希望者に対する禁煙支援、喫煙継続者の節度ある喫煙(禁煙支援・節煙)などの対策を強力に推進する必要がある。

未成年者の喫煙防止のためには、学校を喫煙禁止の場にすべきであり、このためには教師の喫煙を禁止する必要がある。日本学校保健学会は「青少年の喫煙防止に関する提言」<sup>13)</sup>を行っている。学校を煙草のない場所にするため、学校・教育行政機関に対して学校全体を禁煙にする。児童生徒および教職員が現在から将来にわたって喫煙を始めないこと、また喫煙を止めることを奨励し、それを手助けする。児童生徒の喫煙防止に関する指針(ガイドライン)を策定する。教職員に対して、自らが煙草を吸わないという望ましいモデルを児童生徒に示す(教師の喫煙率は、男性30~50%、女性1~5%、また喫煙防止教育の推進を担う保健体育科教員の喫煙率が、一般教師より高いとする調査報告もある)。

地方・国に対して、煙草広告の禁止、テレビでの喫煙場面の規制、パッケージ警告表示の強化、学校及び通学路付近における自動販売機の禁止、タバコに対する増税。などを考えるべきである。

2000年9月に東京で開催された第9回世界肺癌学会では、肺がん撲滅のための声明文を提出した<sup>14)</sup>。

- 1) 政府に対し、子供のニコチン中毒を防止するため喫煙阻止の新しい方法の開発。非喫煙者を受動喫煙から保護するため、公共施設・交通機関内での完全禁煙。政府広報・公共広告を通して、喫煙の害・禁煙の啓発。喫煙率の低下を目的とする煙草の増税。を要望する。
- 2) 医学会や医療機関に対し、禁煙運動と禁煙教育への協力支援を依頼する。
- 3) 医療関係者に対し、禁煙のためのカウンセリング技術の修得を要請する。
- 4) 産業界・メディアに対し、煙草の広告宣伝及びセールス活動を撤廃するように要請する。
- 5) 煙草と肺癌の啓発に関する資料を提供する。

平成13年3月、厚生労働省の「公共の場所における分煙実態調査」でも医療機

関、公共交通機関などでの分煙運動について理解を示している者が大半であるが、実際の施行は未だ不十分である。

#### 具体的提言

青少年の喫煙防止は、青少年期の健康保持に役立つばかりでなく、将来の生活習慣病予防など長期にわたる健康保持に役立つ。青少年の喫煙防止により、成人後の喫煙者を大幅に減少させうる。また、地域社会、産業界、地方、国が教育的な働きかけと環境整備の両面に関して最大限の努力をすべきであり、欧米に比べて極めて不十分であるといえる。

「健康日本21」では、既述のごとく、喫煙が健康に及ぼす影響についての十分な知識の普及、未成年者の喫煙をなくす、公共の場及び職場での分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及、禁煙支援プログラムの普及、などが示されているが、これらの目的達成のために次の提言を行いたい。

- 1) 喫煙の害の教育 小学校高学年・中学生、高校生、成人等を対象に、それぞれに応じた禁煙の啓発活動を行う
- 2) 教育者の禁煙
- 3) 分煙の徹底(病院、職場、公共交通機関、学校、歩道などでの禁煙を徹底する)
- 4) 禁煙法(禁煙外来の受診、ニコチンガム、パッチなど)の教育、支援
- 5) 煙草税を現在の数倍にする
- 6) 煙草輸入の制限
- 7) 煙草生産者および加工業者の他業種への転換の政府補助
- 8) 肺がん死亡減少のための肺がん早期診断、早期治療の研究助成
- 9) 煙草広告の禁止

#### 参考文献

- 1) 健康日本21 厚生労働省
- 2) 英国王立内科医学会 1977
- 3) 21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)報告書  
4.たばこ対策分科会報告 厚生労働省
- 4) '97生活習慣病のしおり 105頁 厚生省保健医療局 地域保健・健康増進栄養課生活習慣病対策室 監修
- 5) 大島 明:喫煙と肺癌 肺癌の臨床 4:253-258,2001
- 6) 矢野聖二 ほか:肺癌原性物質と発癌機構 日本臨床 31:1017-1022,2000
- 7) 木原正博ほか:肺癌の分子生物学 発癌感受性と発癌物質代謝能 医学のあゆみ 184:703-705,1998
- 8) 川根博司:タバコスモークと肺癌 呼吸 18:1098-1104,1999
- 9) 厚生労働省 平成10年度 喫煙と健康問題に関する実態調査 結果の概要

- 10) 厚生労働省生活習慣病対策室 生活習慣病対策
- 11) 「健康日本21」プラン『喫煙率半減』の達成を
- 12) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室 平成11年度 喫煙と健康問題に関する実態調査の概況 公共の場所の分煙実態調査 平成13年3月28日
- 13) 日本学校保健学会 青少年の喫煙防止に関する提言 2001年11月
- 14) 国際肺癌学会「禁煙」東京宣言 国際肺癌学会

## 健康教育のありかたー男女共同参画社会からみた地方大学医学部の課題

### 「はじめに」

長く医師不足のために医療機関に恵まれなかった地方にも、昭和40年後半から大学医学部、医科大学の創設が進められた結果、わが国の国公私立の大学医学部・医科大学は80校、毎年の卒業生は8,000名を越え、殆どの卒業生は臨床医として日常診療にあたっている。また、国民皆保険制度の確立と、高度経済成長に後押しされて、どの地域でも医療設備が整備された結果、医療を受ける人々が医療機関を選択できるようになった。一方、個人と社会の関係や個人の価値観が大きく変化した結果、人々の漠然とした健康不安は増加し、地域社会における「いたわり合って生きる知恵」は失われつつある。なかでも、少子高齢化が進み、我が国でもあらゆる領域で男女共同参画社会の実現に向けて、取り組んでいるが、健康で生き甲斐のある長寿社会の確立に向けて、国民の医療対策への関心が大きい。

女子学生の医学部進学は著明に増加し、学生の20 - 40%を占めるようになった。しかし、卒後研修以後の医療活動は、女性医師が十分に力を発揮出来る環境にはない。また、新設医学部・医科大学は必ずしも、地方の医療の担い手として機能していない。

今後の地域医療において果たすべき役割を明確にして、男女共同参画社会を構築する上で、地方大学医学部・医科大学のありかたを検討するために、愛媛大学医学部の現状と今後の課題を検討した。

### 「現状」

#### 1) 愛媛大学医学部入学者の実態と愛媛県の医師数

昭和23年に、四国で唯一の医師養成機関として開設された徳島大学医学部の卒業生は毎年60名であった。従って、愛媛県は長く医師不足に悩み、地方自治体病院は関西・中国・九州地区の医学部・医科大学からの医師派遣に頼っていた。しかし、昭和48年に愛媛大学医学部が一学年の学生数100名で創設された。建学の精神として「患者から学び、患者に還元する教育・研究・医療」をモットーに教育が進められ、昭和54年に87名の第1期生を送り出し、現在では2000名を越える卒業生が医師として活躍している。

卒業生の増加とともに、愛媛県の医師数は着実に増加し、平成6年には全国平均となり、平成12年末現在3,363人、人口10万当たりでは225.2人で、全国平均の201.5人を上回っている(表1)。地域別では松山地域が1,728人と全体の約半分を占めており、人口10万人当たりでも全国平均を大きく上回っている。しかし、今治地域、宇摩

地域では人口10万人当たり180人以下で、医師の地域的偏在は解消されていない。

## 2) 卒業後研修について

昭和54年卒業の第1期生は、78名(90%)が臨床医を目指して臨床講座に所属したが、5名は基礎医学分野の大学院に進学し、4名は公衆衛生学、法医学、農村医学の分野に進んだ。しかし、翌年からの卒業生は97%が臨床研修を目的として臨床科に所属し、以後ますます臨床研修希望者が増加し、基礎医学分野への大学院進学や、衛生・公衆衛生・法医学などの社会医学分野への進学は1名あるかないかの現状である。最近では大学院大学の増加によって、地方大学医学部出身は都市部の大学院大学の大学院に進学しており、アジア地域からの外国人留学生の割合が大きくなっている。

入学時の愛媛県人は約30-40%で(表2)、他府県出身者が多く、卒業後に出身県に戻り、関東、関西の大学で臨床研修を受ける者が40%を越える。従って、愛媛県の医療に参加する卒業生は毎年60名前後である。愛媛大学には23の臨床講座が開設されており、大学では研修医の確保と研修内容の充実に診療科は多くの努力を強いられている。

## 3) 愛媛大学医学部女子学生の現状

### (1) 学生時代

開校時の昭和48年の女子学生は3名で、以後20年間も20名以下であったが、平成5年頃から30名を越えるようになった(表2)。女子学生はリーダー的に学級活動を担っており、卒業時の学業成績の上位10名中7名が女性で、男子学生より優秀である。

### (2) 修医時代

女子学生の半分は母校の臨床講座で研修医として2-3年の基礎研修を受けた後に、地域病院の勤務医となっている。残りの半分の女子学生は他大学に入局し臨床研修を受けている。診療科別の進路では、30%の女子学生は内科に入局しているが、麻酔科、産婦人科、眼科、小児科、放射線科、耳鼻科、外科、整形外科、脳外科などの希望の診療科に進んでおり、診療科の選択に男女差は殆どない。

### (3) その後

卒業後5年(30歳前後)までに半分の女性が結婚しており、その多くは結婚後2年で第1子を得ている。卒業後10年までには75%の女性が結婚し、病院勤務をしながら子育てを行なっている。子供の数は2人が最も多く、子供が3人になると、勤務医の継続は難しく、開業を始める者もいる。結婚相手は医師が殆どである。家事労働の援助は親兄弟姉妹から受けており、夫婦のみの子育ては稀である。しかし、25%の女性医師は生涯独身で、地域医療の担い手として勤務している。その理由として、卒業後10年以後の地域病院の中核医師としての勤務は、個人生活が犠牲になることが多く、育児を含む家庭生活を築く自信が持てないことが上げられる

愛媛県でも少子化が急速に進行し、平成10年の出生数は13,606人となり、親世代の出生時である昭和45年から50年の23,000人の約60%である。合計特殊出生率もこの30年間に減少の一途をたどり、平成10年には1.46となった。山間部や離島の高齢化は深刻で、40% - 50%の高齢化率を示す地域もある。

また、職場の男女格差の問題は大きい。愛媛大学医学部の教官の構成においても、看護学科は女性教官が84%を占めているが、医学科では144名の教官中、女性教官は5名の助手と1名の教授にすぎない。附属病院においても92名の教官中、女性は6名の助手のみで、講師や助教授はいない。

### 「課題」

#### 1) 地方大学医学部卒業生の将来と夢：総合医療体制の中での医師の役割

地方大学ではゆとりのある、顔の見える人々の地域社会における医療の担い手として、地域住民と共に生きる仲間として、スキンシップの医療を行なう地域医療のチームリーダーとなって家庭生活も大切にしながら、地域に貢献する喜びの持てる医療体制が必要である。様々な職種の人々と共同作業を可能にするために、Health Science Center 機能を持つ総合医療教育機関として確立されることが望まれる。

#### 2) 地域医療の卒後研修の充実

地方大学の卒業生の多くが、都市部大学の卒業後研修に進むことが地域医療の活性化を妨げている。愛媛大学医学部でも、愛媛県出身の学生は約3分の1であるために、半数の学生は母校で卒後研修を行なわない(表2)。しかし、他府県出身の学生の多くは両親が愛媛県人で祖父母が愛媛県に在住しており、地域との関わりを持っている。入学時の夢である地域医療に積極的に参加し、人間性豊かで患者に信頼される医師として、無医地区での診療活動への参画を可能にするために、全国画一的な教育にとらわれることなく、地域医療、成育医療、老年医療、公衆衛生部門など地域のニーズのあった医師養成のために、総合健康医療の研修機関の確立が必要である。

#### 3) 男女共同参画社会の充実

愛媛県民のアンケート調査では、少子・高齢化のメリットとして、高齢者に配慮した環境づくりが期待されて、男女共同参画社会の実現の促進が進むことが上げられている。一方、デメリットとして年金制度や医療保険制度の破綻や子育ての障害を上げている。少子化の背景として、子育てには経済的負担が大きく、自分の時間が持てない、精神的にも肉体的につらいものと感じている者が50%いて、5%の母親は育児の楽しさが分からない状況である。子育ては人間としての成長過程であることを理解し、女性が人間として生き生き生活するために、あらゆる社会活動の場で男女が等しく参加できる社会システムの構築が望まれる。

### 「対策」

### 1) 合医療教育体制作り：地域社会でのスキンシップの医療と健康作り支援の充実

地方には地域特性を生かした医療や医学教育の確立を可能する地方文化が存在する。地域医療は face to face で向き合って、患者と医師が共に健康科学として解き明かすべきことをまなぶ貴重な場となる。そこで、地方大学医学部は Health Science Center として、医学・医療のみならず、広く健康科学を学び研究する中核として、単に医師養成のみならず幅広い人材を育てる医学系教育と研究の場として改編することを考慮しなくてはならない。

### 2) 卒後研修における地方大学の果たす役割の明確化

地方大学医学部では、医学を学ぶ動機が明確で、医療以外の分野での専門家を目指した社会人や家庭人、卒業後の進路に夢を持ち国際人として、医療支援に活躍する夢を持つ学生、卒業後にさらに向学心の持って医学研究に挑戦しようと思う学生など、多様な進学の動機を持つ学生を受け入れて、ゆっくりと学生と教官が手作りの教育の機会を作りあげることの出来る柔軟な教育システムが望まれる。

医師の適正な配置のためには、地域の社会経済活動の活性化、子供の教育体制の充実が大きな課題である。また、柔軟なカリキュラムの実現には、教官の任期制と業績評価の確立が必須である。大学教育に夢を持ち、自ら先頭に立って研究チームを引っ張る力のある教官が常に必要となる。

### 3) 男女共同参画社会の実現に向けて

#### (1) 女性勤務者の勤務時間対策と保育支援対策

愛媛県の子育ての支援対策として、子育てと仕事を両立させるためには、女性勤労者の柔軟な勤務時間制度の確立を望む声が最も大きく、保育サービス等への希望として、保育時間の柔軟な対応を願う者が最も多い。さらに、愛媛県の女性の職場は家族労働や下請け作業を受け持っていることが多く、男女の賃金格差も大きいことから、子育て支援対策として、保育に関わる経済的負担の軽減を最も願っている。

#### (2) 保育能力向上のための教育支援

愛媛大学医学部の卒業生は親族の協力を得て子育てを行なっている者が多く、その理由として、しつけ、成長発達支援などを、信頼して預けることの出来る保育師の少ないことを上げる。最近の保育所での事故、虐待などを知ると、母親が保育師の育児能力を信頼していない状況にある。また、保育所には健康に問題がなく、画一的な企画の子供は預けることが出来るが、疾病のある時、また、障害のある子供は預けることは困難である。これらの問題解決には様々な子供に対応出来る保育能力の高い保育師の養成が必要である。

#### (3) 意志決定機関への女性の登用

医学部女子学生の多くは臨床研修を終えると、結婚、出産のために大学での研究活動が困難である。男性には可能な医師の卒後研修と研究活動が、女性には開かれていない現状を打開するためには、地方社会において、社会活動の決定機関への女性の参加を容

易にすることが重要である。活動の企画から成果の評価にいたる全ての場に、女性が参加することによって、今後の少子高齢化社会における人間性豊かで、自然との調和を図った人間生活活動システムの構築が可能となる。

#### 「具体的な提言」

- 1) 明確な教育目標に基づいた健康教育教育の充実：多様な経歴の教育者による教育  
地方大学では地域医療の担い手として、地域社会のニーズにふさわしい医療従事者を育成するために、入学希望者を選抜する。  
地域医療の重要性と、地域社会との関わりの中で達成される医療の楽しさ、充実感が体験出来るように、少人数の実習を中心にした問題解決型学習システムを確立する。  
医療がチーム活動であることを理解し、様々な職種が有機的に機能するように、医学部に様々な修士学科を併設して、Health Scienceの中核教育部門とする。  
医師以外の様々な分野から医学部教官を任用して、地域社会にコミュニケーションすることが可能な人材を育てる。
- 2) 卒業後研修における男女差の解消  
男女共同参画社会における男女の社会的役割を明確にすると共に、医師が個人として地域社会で、趣味やスポーツに、また、児童教育学習や生涯教育に参加可能な勤務体制に改善する。  
医療活動の企画、運営、評価は女性医師の参加を基本とする。特に、企画意志決定機関に参加して初めて、男女共同参画社会の構築を可能となる。
- 3) 個性を大切にしたい人間作り：自己充足感の持てる価値観の教育  
子育て支援の時期から、各人の生まれ持つ感受性を大切にしたい、個性の成育と集団生活を行なう上での人間としての決まりを明確に教示することが出来る子育て支援の充実を図る。
- 4) 自然と共に生きる命の充実にむけての環境医学教育の充実  
環境汚染、環境破壊は自分の足下から発生していることを理解し、他生物や自然との共生を考え行動出来るように、社会医学分野の充実を図る。従来の衛生学分野の産業医学、公害防止対策医療から、各人の健康と環境の関わりを重視した環境医学教育の展開が望まれる。

#### 参考文献

- (1) 厚生労働省「人口動態調査」平成12年度
- (2) 少子高齢社会における諸問題とその支援方策 えひめ女性財団平成10年9月
- (3) 県地域子育て支援計画に関する県民意向調査 愛媛県 平成13年12月
- (4) えひめこどもプラン 平成14年3月 愛媛県児童福祉科発行
- (5) 第11回出生動向基本調査 国立社会保障・人口問題研究所 平成9年

(6) 愛媛大学医学部同窓会報 平成12年度 愛媛大学医学部同窓会発行

(7) 第4次愛媛県地域保険医療計画 平成13年

表1 愛媛県の地域別医師数(人口10万対)

地域	宇摩	新居浜 ・西条	今治	松山	八幡浜 ・大洲	宇和島	県計
平成6年	151.1	202.2	159.3	250.9	162.1	165.0	205.2
平成12	179.7	221.6	175.4	265.2	182.1	198.0	225.2

第4次愛媛県地域保健医療計画(平成13年)

表2 愛媛大学医学部医学科入学状況

1) 男女別入学者数

入学年度	男性	女性	合計	入学年度	男性	女性	合計
昭和48年	97	3	100	昭和58年	118	12	120
49	92	8	100	59	105	15	120
50	93	7	100	60	112	18	120
51	90	10	100	61	79	21	100
52	95	5	100	62	84	16	100
53	89	17	100	63	75	25	100
54	108	12	120	平成1年	72	8	100
55	104	16	120	2	78	17	95
56	119	11	120	3	80	15	95
57	113	17	120	4	77	18	95

2) 男女別地域別入学状況

入学年度	男女別入学者数		地域別入学者数		
	男性	女性	愛媛県	その他	合計
平成5	60	35	37	58	95
6	68	27	33	62	95
7	61	34	30	65	95
8	62	33	30	65	95
9	56	39	36	59	95
10	61	34	35	60	95
11	61	34	31	64	95
12	61	34	31	64	95
13	54	36	29	61	90
14	57	33	33	57	90

## 国際保健から見た我が国の地域におけるヘルスプロモーション

### 1. はじめに：

国際保健とは、地球規模の視野で現状及び将来の保健・医療問題を考察し、その解決の為に行動する学問である。しかし、保健活動にとり国内とか国外とかの垣根はなく、グローバルな視点から考える必要がある。

### 2. 現状

日本は1954年にコロンボプラン加盟後、1974年にJICA(国際協力事業団)が設立されてから本格的に国際保健医療協力が開始され、国際保健の歴史はまだ浅い。内容的には、技術移転を主眼としたものから、最近では住民参加も含む包括的な協力が行われるようになってきた。この海外と国内での保健活動との関連性を検討した。

#### 1) 感染症対策

いわゆる「感染症新法」が平成11年4月より施行された。この新法の設立背景となった輸送機関の進歩と世界的な人的・物的交流による感染症のグローバル化、特に熱帯の風土病的感染症が国内に持ち込まれる輸入感染症(imported infectious disease)や人獣共通感染症由来の新興感染症への危険性が高まり、それらへの対策が重要となってきた。具体的には、新興感染症染症(Emerging Diseases)としてのエボラ出血熱、O-157、新型インフルエンザやエイズ、更には再興感染症(Reemerging Diseases)としての結核、ジフテリア、黄熱病等がある。これらはまさしく国境を越えて感染する機会は増加しつつある。これに加え、炭疽菌によるバイオテロリズムの恐怖もある。

#### 2) 国際保健からの地域保健

現在進められている健康日本21においては、国民の主体的な健康作りが推進されている。この住民ニーズを発信源とする住民の支援活動を効率的に行うには、住民の多様性に対応可能な新しい活動形態としての住民参加が望まれる。しかし、市町村の計画策定や活動に対し、多数の企業や団体が関わって住民参加の方法を進めてはいるが、従来の方法との違いが定かでないなどの例が多数見られ、この対応を巡って全国的に混乱を生じている。

世界的に進められている住民参加を運動の中心とする住民主体・参加型法は、住民自身が調査、分析、計画、行動し、モニタリングと評価を行うものである。主に社会開発において1970年代に開発途上国を中心として用いられてきた。この手法が現状把握に極めて有効であることを世界銀行は認め、1990年12月より本格的に採用されたことも

あり、開発途上国から欧米へと波及していった。

本方法の特徴は、複雑、多様、ダイナミックで予測不可能な状況の解析を可能にし、その実用性、有効性が多いとされ、これまでの詳細で厳密な科学的情報やデータを求めるのではなく、どちらかといえば感覚的で、比較してのものであり、点数やランク付けを多用している。この流れを受け、1990 年半ばにはこれまでの質問票調査法などから本調査法へと大きく変化している。なお、現在日本でよく用いられているフォーカスグループインタビュー、プレシード・プロシード法は一時代前の手法と考えられている。

本邦では、この住民主体・参加型法が保健分野に導入され始めた段階である。しかし、海外での国際保健の一端として、我々も含めて国内の NGO と一緒になり、住民参加が必須であるプライマリ・ヘルス・ケア(PHC)活動を行っており、幾ばくかの経験が積みつつある。このように、海外での住民参加型法の活動経験が国内の地域保健の場に逆輸入されつつあるのが現状である。しかし、現場ではこれまでの行政からの問題提起ないしは活動ではないことより、行政官や専門家の対応と意識の改革が必須となる。

## 2. 課題

### 1) 感染症疫学者育成

新興・再興感染症対策、いわば危機管理の初動対策として、疫学調査があり、新潟県では「専門調査班(行政官、疫学者、検査技術者)」による迅速な調査と対策策定、そして実施の手順を決めている。しかし、本邦では感染症対策の根幹をなす感染症疫学者層が薄い。これは、感染症はもう過去のものになりつつあるとの錯覚がもたらしたものである。大学や研究機関を含めて感染症への関心が薄れた影響とし、感染症分野の人材育成に大きな空白期間を生じ、しかも感染症の華やかなりし時代に活躍した殆どの専門家が既に退官を迎えてしまっており、深刻さは重大である。

### 2) 住民参加型法の普及

世界的には、住民参加型法の有用性が確認され、これまでの質問票やインタビュー調査に取って代わりつつある。しかし、本法における主要な推進役となるファシリテーターには、これまでの行政や専門家の指導的役割とは全く異なったものが求められる。住民の話を良く聞き、元気づけたりはするが、講義したり自分の価値観や意見の押しつけではないことが求められる。いわば、ただ静かにその進行を見守り、割り込まない事が大切となる。実際的には、地域住民自身が主体的に活動するものであり、この活動を介し地域の新しい指導者の育成が期待できる。

世界では本方法が用いられつつあるが、誤った実践例が高頻度で見られ、その大部分はファシリテーターの態度に起因している。説教型や支配的で傲慢な態度であったり、結果を急ぎすぎて信頼関係を築く時間を惜しむ等がある。また、活動の初期は住民参加であっても、最終段階でファシリテーターが強く入り込み、結果的にはこれまでの指導

型を踏襲している例も見られる。多様な方法を組み合わせで調査が行われるが、手法の説明はごく基本的なもので十分であり、かえってマニュアルに沿っての活動では、柔軟性を失う危険性が高いと思われる。いずれにしても、住民の希望と事業が連携して始めてその効果が発揮される。

#### 4. 今後の対応

##### 1) 国際保健専門家育成：

1954年にコロンボプラン加盟後、1974年にJICA(国際協力事業団)が設立されてから本格的に国際保健医療協力が開始されており、その歴史はまだ浅い。私見では、80年代半ば迄は第1期として、技術移転を主とする国際保健の幕開けであり、その後の90年代半ば迄は模索の第2期として、国内外での国際保健の実践と研修・研鑽を積んだ多くの基礎人材が育ち、最近数年の第3期は、国際保健関連の大学・大学院が各地に設立され、自前の国内育成システム確立への助走がやっとはじまったばかりであり、今後の充実が待たれる。しかし、海外に比較し国際保健活動の進展はあまりにも急激で広範囲であり、指導者の育成、海外での研修が充分に出来るシステムが出来るにはまだまだ時間を要すると思われる。

##### 2) 感染症疫学者育成：

本邦では本領域の専門家不足がある。現在、国立感染症研究所における疫学者の育成がなされてはいるが、感染症に限られている日本での研修だけではなく、種々の感染症が日常的に見られる発展途上国での研修も加味することも有効と思われる。特に、WHO、UNICEFにより世界的展開を行っているEPI(拡大予防接種計画)の内、ポリオ撲滅運動には本邦から幾人かの専門家が参加しており、今後の更なる積極的な参加が望まれる。発展途上国、特に熱帯地域では新興・再興感染症発生背景の理解と発展途上国での感染症の研修が実行されれば、結果的には日本の感染症疾患の保健・医療に寄与すると思われる。

##### 3) 地理情報システム(geographic information system、GIS)による公衆衛生情報の収集・還元

古典的にはJ. Snowによりコレラ流行について地図情報を用いて解明した様に、本方式は疫学調査の基本の一つとされている。最近のIT革命により、地理情報と種々のデータがコンピューター処理される地理情報システム(GIS, geographical information system)が開発され、多面的な空間的、時系列的な分析を容易に行える状況になった。WHOはヘルスマップとして、本方式を奨励しているが、本邦では開始したばかりで、限定された対象での研究的仕事のみであり、我々は医療分野に特化したシステムを開発し、成果を挙げつつある。

公衆衛生情報は多分野の大量のものが収集され、これまでは数的な解析が大勢を占めてきた。しかし、市町村の担当者であってもこれらの情報を容易に理解し、手軽に使用

するには至らず、埋もれたままであるのが現状である。県や市町村の公衆衛生情報資料を GIS を用い視覚的效果を加味した空間的、時系列的な分析は地域保健診断・計画制定への資料として有効と思われる。また、感染症の疫学調査の GIS 化後の資料も、特に危機管理の一端としての感染症予防・制御に対する資料として効果が期待できる。これらの GIS 情報は、市町村、医師会に対し、個人情報をも薄めた形でビジュアルな形の情報が瞬時に提供可能となると思われる。

#### 4) 住民主体・参加型法の普及

本方式の地域保健への導入・普及には、しっかりしたファシリテーターの育成が一番大切となる。それには、健康日本 21 関連の地域計画策定と活動における住民主体・参加型法の有効性を大学を中心とし、体系的に検討することも併せて行う必要がある。

本方式の普及とは、取りも直さずボランティアグループの活性化ないしは住民リーダーの育成も意味し、形を変えた“セミプロ”の発掘・支援でもる。なお、本方式の活動継続にとっては、行政からの参画として資金の援助(予算化,事業化)が不可欠な要素と思われる。

### 5. 具体的提案

#### 1) 国際保健専門家の育成

#### 2) 感染症疫学専門家の育成

#### 3) ヘルスマップとしての地理情報システム(GIS, geographical information system)の導入と普及

#### 4) 住民主体・参加型法の普及

### 6. 参考文献

1) ロバート・チェンバース(野田直人、白鳥清志訳)。参加型開発と国際協力。明石ライブラリー 24, 明石書店。

2) EK, Cromley and SL, McLafferty. GIS and public health. The Guilford Press, New York.

## 生涯保健事業の推進

－WHOのHealth Promotion Hospital 構想から－

### はじめに

WHO（世界保健機構）の打ち出した健康戦略としてのヘルスプロモーション（Health Promotion）の理念は、人間ひとりひとりがかけがえのない存在として生きていくために、健康が自己実現のための源泉であるという考え方に立っている。1986年のオタワ憲章では、ヘルスプロモーションとは、「人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」と定義している。さらに、「健康は、生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である」と、述べ、さらに、健康のための前提条件として「平和、住居、教育、食べ物、収入、安定した生態系、生存のための諸資源、社会正義と公平」の重要さが指摘されている。

ヘルスプロモーション活動の方法として世界保健機構が勧めるものは以下の通りである。（１）健康的な公共政策づくり：全ての部門、全てのレベルの政策の中に健康という視点を追加する。（２）健康を支援する環境づくり：地球環境の保全は地球規模の責任である。労働と余暇は、人々にとって健康の一つの資源となるべきである。（３）地域活動の強化：現実に“まち”にいる人的・物的資源が重要である。（４）個人技術の開発：人々が生活を通じて学び、生涯の全ての段階において自ら備えをし、慢性疾患や障害に対処していけることが重要である。（５）保健医療サービスの方向転換：個人、コミュニティ・グループ、保健の専門家、保健・医療機関と政府、これら全てが責任を分かちもっている。

ここでは、わが国のヘルスプロモーションにおける地域支援のあり方の一つとしてWHOのHealth Promotion Hospital 構想から検討する。

### 健康推進事業の現状

平成13年9月25日に厚生労働省は、医療制度改革試案をとりまとめ、これを下に社会保障審議会医療部会で審議が重ねられ、同年11月26日に平成14年度医療制度改革の成案を得て、これを実現するよう強く求める意見書が提出された。その中の保健医療システムの項での基本方向は「健康づくり、疾病予防の推進を図るとともに、国民が安心・信頼できる質の高い医療サービスが効率的に提供される仕組みへと見直す」となっている。前者の健康づくりと疾病予防の推進は平成12年4月に策定された「健康日本21」の中心的課題であり、平成14年7月に成立した「健康増進法」の制定で具体化へと動きだしたことになる。後者の医療システムに関する具体的内容は、根拠に基づく医療（EBM）の推進、医療のIT化の推進、臨床研修必修化への対応、広告

規制の緩和、医療経営の近代化・効率化、医療安全対策の推進、小児救急医療等の充実・確保、と言った課題に取り組む、となっている。

2000年6月に発表されたWHOのWorld Health Report 2000の健康寿命のランキングで、日本は第一位にランクされている。しかも、健康達成度の社会的対応としてのレベルや平等性でも上位に位置付けられ、その結果、健康達成度の総合評価では、これも第1位にランクされている。日本の医療制度や保険制度の優れた成果と考えられるが、少子高齢化社会を迎えて、これらの制度が磐石のものではないことははっきりしてきた。すなわち、高齢者医療費の急激な高騰、それを支える若年者の保険加入と保険金納入の伸び悩み、保険や医療を支える基盤としての経済の低迷など、保険財政や医療財政の危機が叫ばれている。

全国に1071を数える都道府県立、市町村立などの自治体病院の半数は、毎年一般会計からの負担金約7290億円を繰り入れても経常収支では720億円の欠損金(赤字)をだしており、その累積額は約1兆3000億円にも達している。公的病院だから赤字でいいという認識はもう駄目といわれる所以である。私的病院の医業収支比率(医業収益/医業費用)は100%をわずかに超えているものの、人件費の過度の押さえ込みや経費の節減から、安心、安全、快適な医療を提供するには決して十分なものとはいえない現状である。

そもそも自治体病院の役割は、地域に不足する一般的医療の確保(へき地医療など)、社会・政策的医療の実施(結核、感染症、精神病あんど)、不採算医療の実施(高度専門医療、特種医療、救急医療など)、予防、検診などの行政施策への協力(健康教育、健康相談など)、保健、医療、福祉を一体的に推進する地域包括医療の実施、および、医療従事者の研修、教育などがあげられる。そのうち、都道府県立病院に求められる役割は、県内全域または複数にまたがる医療圏での医療の提供、都道府県レベルの広域を対象とする高度専門医療の提供、三次レベルの救急医療の提供、新たな社会的ニーズに対応するモデル的医療の実施、地域医療水準の向上のための研修・教育機能、そして、特殊な精神医療など民間レベルでは対応の難しい医療の提供などを担うものとされる。これらの役割の中で、本項で主題とする生涯保健事業、ヘルスプロモーション事業については、必ずしも十分とはいいがたい。むしろ、そこまでの役割を担う余裕がないといった方が適切かもしれない。

日本医師会は、2001年4月、医療構造改革構想を発表した。それには、3つの目標として、国民皆保険制度の維持、現物給付制度の確保、医療の質の維持向上があげられ、4つの基本理念として、意識構造改革、情報構造改革、制度構造改革、およびコスト構造改革を、そして、5つの具体的方策として、高齢者医療制度の創設、薬剤制度の改革、医療提供体制の再構築、診療報酬体系の改革、生涯保健事業の推進をあげている。最後の生涯保健事業の推進こそ、本稿で論じる主題である。

## 生涯保健事業の課題

そもそも、病気にならなければ医療を受けることはない、医療費がかかるということもない。がんを例にとれば、がんは死病といわれていたものが、早期に発見すれば死なないうすむことが分かり、わが国では早期発見早期治療の合い言葉で検診の全国的普及が繰り広げられた。しかし、もっと大事なことは、早期に発見するよりもがんに罹らない方策を考えた方が良いに決まっている。これを1次予防対策という。そのためには生活習慣を改善し、より健康な体をつくる(ヘルスプロモーション)ことが大切であるといわれた。さらに、運悪く重篤な病気にかかっても、また合併症や後遺症などで体に障害を持っていても、リハビリテーションやケアによって人間としての尊厳のある生涯を終えられるようにすることが重要視されるようになった。つまり、疾病予防や治療などの保健・医療事業は、われわれの健康をつくり、心身の自立した生活をするための「健康投資」であって、決して「消費」ではない、という考え方を普及することが大切である。日本医師会の医療構造改革構想の中で述べている健康投資概念の確立である。具体的には、生涯にわたって行える事業の展開である。健康教育の推進、健康作り運動(1次予防)、生活習慣病予防啓発(1次予防)、各種検診事業の整合(2次予防)、母子保健、学校保健、産業保健、環境保健、老人保健などの対策を年齢に応じてかつ生涯にわたって一貫性のある対策に充実させることである。そのためには、全国にある医療機関、私的であれ、公的なものであれ、診療所や病院の機能としてヘルスプロモーション機能を持つ必要がある。健康教育による生活習慣の行動変容にもっとも影響を与えるのは、医療の場における健康教育である。主治医や、看護師から、じかに話された健康指導は、患者はもちろんのこと、その家族にも大きな影響を与えることが知られている。医療収益とはならない現在の医療保険制度の中では、このような考え方が、すぐには拡大普及しないとしても、これを推進するために仕組みを考える必要がある。つぎに、WHOのHealth Promotion Hospitalについて紹介する。

## Health Promotion Hospital について

Anne Johnson と Fran Baum (オーストラリア、フリンダース大学公衆衛生学講座)からは、2001年にHealth Promotion International (Oxford University Press, Vol.16, No.3,281-287)に「Health promotion hospitals : a typology of different organizational approaches to health promotion (健康増進機能病院：種々の機関による健康増進への取り組みの類型モデル)」を発表した。ここではその概要を紹介する。

1986年に行ったWHOの健康増進のためのオタワ憲章は、健康増進を主要課題とする多くの政策の発展に寄与してきた。これらの政策設定には、市、村、学校、職場、そして病院が含まれる。論文は、健康増進政策設定における病院の役割に関して焦点を当てている。健康増進への政策接近法に関するケーススタディによると、いろいろな意味に

において健康増進のために病院は、組織発展と変化に関わるべきことを示している。病気の治療から健康増進に焦点を当てる役割が広くなるという病院へのプレッシャーは、10年以上も感じられてきた。病院というのは周りの住民から乖離するような機能を続けるべきでないし、また、病院は組織への忠誠よりも住民への誠実さをより発展させるべきだと主張されている。一方で、病院にはやらねばならないことがいっぱいあるし、健康増進の役割なんかはほかの誰かにやってもらえばよい、という意見もある。

健康増進機能病院の基本的な概念は、オタワ憲章に書かれてある行動計画を実行することである。つまり、健康対策の再教育であり、かつ組織としての対応が重要である。その事例として、健康増進機能病院のモデルを4つのタイプに分けて紹介し、いずれにせよ組織的なかかわりが重要で、それが結局政策決定や実施面で反映される、と述べている。

#### 今後の対応策

医療機関による生涯保健事業へのかかわりを医療構造改革構想の5つの具体的な方策の一つに据えた日本医師会の計画は、WHOのオタワ憲章にいられているまでもなく、新しい世紀の重要な健康政策の一つになることは確かである。近年、公的病院の有り様が模索され、各自治体病院が自治体からの多額の一般会計繰出し金（地方公営企業法に基づく負担金など）を繰り入れながら運営しているが、なぜ公的病院、とりわけ自治体病院が病院事業を行わなければならないのか、という問いに対する答えの多くは、地方公営企業法第17条に定めているように、その性質上当該地方公営企業の経営に伴う収入をもって充てることが適当でない経費、また、当該地方公営企業の性質上能率的な運営を行ってもなおその経営に伴う収入のみをもって充てることが客観的に困難であると認められる経費の場合は、地方公共団体の一般会計などで負担するものとされているからであって、だからこそ、県立病院であり、町立病院なのだという考え方である。

一方、病院の健康増進推進機能は、大きなものがある。医療の専門家をはじめ栄養士や健康相談員などの公衆衛生活動にも理解のある職員など多くの人的資源と設備を有している病院が、その役割を担わない方がおかしいのかもしれない。医療保険の中に、予防給付の保険適応を認めるとか、特定機能病院の条件として疾病予防や健康増進に関する健康相談窓口、地域医療連携機能、市民公開講座などの健康増進推進機能を条件とするとか、そのためには、それらの機能付加することへのインセンティブを与えるような保険点数の加算などの検討が必要になるだろう。それらの政策が総体として機能すれば、結局、病気が減り、医療費が減り、健康寿命の延伸やQOLの改善・向上に寄与するに違いない。

#### 具体的提言

- 1 地域における病院の重要な機能の一つに「ヘルスプロモーション機能」があるこ

とを理解する。

- 2 ヘルスプロモーション活動を行う公的病院に対して、その機能に対する一般会計からの負担金の繰出しをルール化する。
- 3 ヘルスプロモーション活動を行う民間病院に対して、その機能に対する保険診療報酬の支払いや加算を検討する。
- 4 結局、予防は治療に勝ること、そのためには正しい知識の普及が重要であること。新法律「健康増進法」の具体的実施方法と評価方法を早急に作成する。

#### 参考文献

- \* 日本医師会：国民が安心できる医療制度をつくるために、日本医師会の医療構造改革構想、2001、4
- \* WHO：World Health Report 2000
- \* Anne Johnson & Fran Baum：Health promoting hospitals：a typology of different organizational approaches to health promotion、Health Promotion International：16(3)、281-287、2001
- \* 宮城県：地域医療計画、県計画、健康な町づくり、平成11年8月、7頁

## 総括と提言

本報告書は、わが国におけるヘルスプロモーションにおける地域支援のあり方について、第1部では、地域の特徴をよく表している北海道（前沢）、沖縄（岩政）及び山陰地方（山根）の課題を抽出した。また、第2部として、ヘルスプロモーションに関係の深いキーワードを中心にした課題について考察した。それらは、地域における「健康日本21（地方版）」の取り組みと課題（多田羅）、中高年のヘルスプロモーション 都市型の特徴と課題（今村）、勤労者の過労死およびメンタルヘルスと喫煙問題（渡辺）、健康教育のあり方 男女共同参画社会からみた地方大学医学部の課題（近藤）、国際保健からみた我が国の地域におけるヘルスプロモーション（鈴木）、生涯保健事業の推進 WHOのHealth Promotion Hospital 構想から（久道）としてまとめられた。

わが国の21世紀におけるヘルスプロモーション構想を確実にし、国民が健康寿命を享受できるために、これから何が必要か、次に掲げる事柄を実現することが必要であると考える。

- 1 国は、地域におけるヘルスプロモーションの普及を図るため「健康増進法」の具体的実施方法を早急に作成する。
- 2 国及び地方自治体は、地域における公的病院の「健康増進支援システム」の確立とそのための財政支援を図る。
- 3 国は、健康寿命の延伸を図るための科学的根拠に関する研究の充実を図る。
- 4 国及び地方自治体は、児童教育、生涯教育など明確な目標に基づいた健康教育並びに個々のライフスタイルにあった相談機関の充実を図る。
- 5 国及び地方自治体は、個性を大切にした人間作り、子育て支援、自然と共に生きる環境医学教育の充実を図る。
- 6 国及び地方自治体は、ヘルスプロモーション普及のため、個人情報保護に配慮しつつ全国どこでも通用する情報機能を持つ健康管理カードの導入を図る。
- 7 国は、労働者のヘルスプロモーションの普及を図るため、労働時間の短縮、メンタルヘルスを含む職場の健（検）診システムの充実を図る。
- 8 国は、ヘルスプロモーションのグローバル化を考慮し、国際保健の充実のため、国際保健専門家、感染症疫学専門家の育成を図る。
- 9 これらの活動プログラムを評価するに当たっては、プロセス評価、アウトカム評価、インパクト評価、費用/効果・便益・効用分析などの評価の積極的導入を図る。

## 用語解説

### \* 緩和ケア病床への保険対応策

緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対する積極的で全体的なケアである。緩和ケアが必要とされる疾患は主にがん等の悪性腫瘍やエイズ患者であるが、チームによる十分な緩和ケアを推進するために、現在、厚生労働省ではホスピス・緩和ケア病棟の施設基準を設け、その基準に達した施設に対して健康保険上診療加算が適用されるようになった。

### \* 二次健康診断給付制度

労働者が直近の定期健康診断を受け、脳・心臓疾患を発症する危険性が高いと判断された場合、二次健康診断及び疾患の発症予防に関する特定保健指導を、受診者の負担なしに受けることが出来る制度。2001年4月から労災保険に創設された。

### \* 一次検診

住民検診、職域検診、基本検診、人間ドックなど疾患発見のためのスクリーニング検査をいう

### \* 二次検診

一次検診にて異状を発見された対象者に対する精密検査を精密診断施設にて行うことをいう

### \* 第一次予防

身体的疾患、精神的障害、外傷などの健康障害の発生防止と健康増進。例えば肺癌であれば、禁煙が第一次予防。

### \* 喫煙指数

一日平均喫煙本数 x 喫煙暦年数。一日平均20本を20年間吸えば、喫煙指数は400

### \* 合計特殊出生率

女性が一生の間に生むと推定される子どもの数 2.08（人口置換水準）下回ると将来の人口が減少するといわれている。

### \* フォーカスグループ・インタビュー

複数の人々に同時に話を聞く。集まってもらう住民の数、属性などはインタビューの目的によって決められる。集団討議（グループ討議）を組み合わせたのもこの一形態である。

\* プレシード・プロシード法 (PRECEDE-PROCEEDE Model)

1980年にGreenL.W.らによってPRECEDE Frame-workが、そして1991年に改訂されPRECEDE-PROCEEDE Modelとされた。ヘルス・プロモーション実践の展開モデルであり、地域診断に基づき個々の事業の企画・実施・評価に至るプロセスを提示し、事前評価（アセスメント）のPRECEDEと、実施から事後評価までのPROCEEDEの2つから成り立っている。

\* ファシリテーター facilitator

住民参加型の討議、活動に際し、指導ではなく推進役や世話人の立場で活動する人