

II 事 例

紹介する事例は、高知県大正町が90年度から93年度まで、町を管轄する高知県窪川保健所の支援を受けて取り組んだ町民健康づくり事業⁶⁾である。大正町は高知県西部の山中に位置する人口約4千人の町である。高知県窪川保健所は、大正町とそれに隣接する1町1村を管轄し、管内面積は約640平方キロメートル、管内人口は約2万4千人である。保健所は老人保健法施行以来、管内3町村から基本健診など対人保健業務を受託し、また各町村に基本健診結果を集計解析して報告しており、各町村の対人保健スタッフを、住民に対する直接的保健サービスと間接的サービスの両面で支援してきた。

窪川保健所は大正町の町民健康づくり事業を、保健活動の課題設定と保健活動の実践の段階で支援した。

1. 保健活動の課題設定での支援

1) 脳血管疾患死亡と罹患状況の推移—既存資料の解析による仮説設定

高知県では、人口動態死亡統計と基本健診結果が市町村単位で電算情報化されている⁷⁾。窪川保健所は90年度に、管内各町村での今後の循環器疾患対策の進め方を検討する資料とするために、このデータベースを使い、79年から88年までの各町村の脳血管疾患死亡の標準化死亡比を計算した。表1は、79年から83年の前半5年間と84年から88年の後半5年間の値を、各期間の全国の脳血管疾患死亡状況を標準として算出したものである。大正町とA町では、前半は脳血管疾患死亡率が全国平均に比べて高かったが、後半には大正町で全国平均を下回る水準にまで改善が見られた。

また窪川保健所管内では、87年度から脳血管疾患罹患患者登録が実施されており、88年から89年の2年間に、管内での40歳以上の罹患患者が129人登録されていた。この登録数を使い、町村ごとに、88年度の基本健診受診の有無別に脳血管疾患罹患率を計算した。基本健診を受診した者での罹患率は3町村の間で差がなかったが、基本健診を受診しなかった者に限って比較すると、大正町での罹患率は他の町村に比べて低くなっていた⁸⁾。この結果から、保健所のスタッフは、大正町では基本健診を受診していない住民の間でも血圧管理が行

表1 管内3町村の脳血管疾患の標準化死亡比

	1979～83年	1984～88年
大正町	109	73
A町	130	114
B村	93	119

各期間の全国の性、年齢階級別脳血管疾患死亡率を標準とした。

われており、脳血管疾患の罹患、死亡が改善したという仮説をたてた。そしてこの仮説を検証するために、町のスタッフに対して、基本健診を受診していない住民の血圧管理の実態を調査することを提案した。

2) 基本健診非受診者の実態調査—仮説の検証
調査を提案した保健所のスタッフが調査実施要領を作成し、町のスタッフと共同で、90年度後半に調査を実施した。86年から88年までの3年間一度も基本健診を受診していない40歳以上住民から、性、10歳年齢階級別に30人ずつ合計240人を無作為抽出し、基本健診非受診群とした。町在住の退職看護婦が非受診群の対象者を訪問して、血圧管理状況、喫煙、飲酒習慣を聞き取り、血圧測定を行なった。一方、同じ期間毎年基本健診を受診していた40歳以上住民から、同様の方法で240人を無作為抽出して受診群とした。受診群の血圧管理の状況は88年の基本健診結果によった。

非受診群では調査対象者の83%にあたる200人が調査に参加した。このうち136人(68%)は、職場での健康診断または医療機関での人間ドックを受診するか、医療機関を定期的に受診しており、血圧管理の機会を持っていた。また受診群と非受診群の間には、表2に示したように血圧値の分布と血圧測定頻度では差が見られなかった。しかし、非受診群は受診群に比べて喫煙者の割合、一日2合以上飲酒者の割合が高い傾向があった⁹⁾。この調査結果から、大正町では、血圧管理の機会提供を意図して基本健診受診者を増やす努力をする段階は終わったと考えられた。そして、保健所と町のスタッフの間では、基本健診受診の有無によらず住民全体を対象として、保健習慣を改善し健康増進をめざす活動に取り組む段階に至ったということが共通認識になった。

表2 基本健診非受診者と受診者の血圧管理状況の比較(%)

		非受診者 N=203	受診者 N=240
血圧値	正常域	66	70
	境界域 ¹⁾	18	16
	高血圧 ²⁾	15	14
血圧測定	月1回≦	44	40
	年数回	31	37
	≦年1回	23	21

無回答または不明の者を含めて比率を算出した。

¹⁾ 最高血圧140-159 mmHgまたは最低血圧90-94 mmHg。

²⁾ 最高血圧160 mmHg以上または最低血圧95 mmHg以上、または降圧剤服薬中。

2. 保健活動の実践での支援

1) 住民のニーズを反映した活動課題の選定

保健所のスタッフは、住民全体を対象とする健康増進活動を進めるためには、住民の関心が高い課題を活動に反映させる必要があると考えた。そのために、住民と直接対話する機会を持つことを町のスタッフに提案した。

91年度始めに、町の各地区の集会所を保健所と町のスタッフがチームを組んで訪問し、住民と懇談する機会を持った。食生活改善推進組織、健康づくり推進組織など、日常の活動で接触している組織だけでなく、自治会、青年団、小中学校PTAなど、日常接触がない組織にも懇談会への参加を求めた。開催時間は、勤労者が参加できるよう夜間とした。各地区の保健活動を担当している保健婦が司会をし、住民に、ふだん関心を持っている健康に関する話題を提供するよう求めた。

健康懇談会の結果、住民の関心が高く、健康増進にも関係する課題が二つ明らかになった。一つは町の小中学生の健康の実態把握と健康増進である。このような学校保健の分野での活動には、保健所のスタッフも町のスタッフも関与した経験が乏しかった。しかし、小中学生の健康は他の世代の健康とも密接に関わるので、小中学生を対象とする活動によって、他の世代での健康増進活動もまた推進できる可能性があり、小中学生の健康を新しい保健活動の課題とする意義は大きいと考えられた。

第二に、各地区で、健康講演会、秋の地区運動

会、夜間の運動サークルなど健康増進としての特徴を持った活動が、住民自身によって企画運営されていることが明らかになった。これら住民自身による活動を基にして、健康増進活動を展開する方法を探ることを第二の課題とした。

2) 小中学生の健康の実態調査

保健所のスタッフは、町の小中学生の健康の実態を把握するために、保健習慣調査と健康診査の実施を提案した。保健所と町のスタッフがチームを組み、教育委員会、小中学校長、養護教諭、PTA会長を訪問し、調査への協力を依頼した。91年度後半に、食習慣(朝食摂取の有無、食餌内容)、運動習慣、睡眠時間についての質問紙調査と、身体計測、血圧測定、血清コレステロール測定を行う健康診査とからなる調査を、町の小中学生全員を対象にして実施した。保健所が質問紙調査票の設計、健康診査実施要領の作成、健康診査の実施と結果分析、そして受診児に対する文書による保健指導を行った。

91年度の保健習慣調査と健康診査の結果を、町を学校区によって3地区に分けて比較した。健診結果では学校区による差が見られなかったが、保健習慣では、表3の上段に示したように学校区の間には差が見られた。Y地区では食餌内容以外の生活習慣に改善が望まれる小中学生(睡眠短時間、放課後運動習慣なし、朝欠食の三項目のうち一項目以上を満たす者)が高率であり、Z地区では食餌内容に改善が望まれる小中学生(主要食品の摂取頻度に偏りがある者)が高率であった。保健所と町のスタッフは、この結果から、これまで関心を払ってこなかった成人の保健習慣の地区差にも注意を払うべきであることを認識した。そして、89年から91年の基本健診結果を解析し、健診で問診している喫煙、飲酒習慣、食習慣の状況を3地区の間で比較した。表3の下段は、各地区の基本健診受診者での保健習慣改善必要者数が、町全体の健診受診者での水準から期待される数に比べて、どの程度高いかを示した数値である。標準化死亡比と同じ方法で算出した。食餌内容以外の生活習慣に改善が必要な小中学生が高率だったY地区では、ヘビースモーカー(一日21本以上喫煙者)が町平均に比べて多く、また食餌内容に改善が必要な小中学生が高率だったZ地区では、多量飲酒(一日2合以上飲酒)、塩分摂取過剰(漬

表3 地区別にみた小中学生と基本健診受診者の保健習慣

地 区	X	Y	Z
小中学生 (1991年度)			
生活習慣要改善 ^{a)}	30%	52%	40%
食餌内容要改善 ^{b)}	26%	28%	37%
基本健診受診者 (1989~91年の受診者)			
飲酒一日2合 \leq	98	93	110
喫煙一日21本 \leq	95	130	76
塩分摂取過剰 ^{c)}	101	84	112
蛋白質摂取不足 ^{d)}	85	106	112

基本健診受診者の各保健習慣の値は、間接法で性、年齢構成を調整し町全体の水準を100とした時の値を示す。

^{a)} 睡眠短時間、放課後運動習慣なし、朝欠食のうち、一項目以上を満たす者。

^{b)} 主要食品の摂取頻度に偏りがある者。

^{c)} 漬け物、味噌汁の摂取頻度に基づく。

^{d)} 牛乳、卵、肉、魚の摂取頻度に基づく。

け物、味噌汁の摂取頻度に基づく)、蛋白質摂取不足(牛乳、卵、肉、魚の摂取頻度に基づく)の者が、町平均に比べて多い傾向が見られた。これらの結果から、健康増進活動の具体的課題が地区によって異なること、また、各地区には、小中学生から成人まですべてのライフステージに共通する課題があることが考えられた。

3) 住民の自主的活動への支援

92年度に町の一地区をモデル地区とし、住民が独自に取り組んでいる活動について、健康増進活動としての特徴が強化されるよう、また各活動の特徴が互いに補い合うよう、保健所と町のスタッフが活動内容を助言した。

スタッフの検討会に、地区での活動の実態に詳しい住民をメンバーとして加え、健康増進活動としての特徴を持つ活動の内容を点検した。その結果、8月の親子キャンプと10月の地区運動会に、健康増進活動としての特徴を持つプログラムを組み込むことになった。8月の親子キャンプには、保健所スタッフによる料理指導と、保健所と町のスタッフが合同で行うクイズ形式の健康教育が盛り込まれた。10月の地区運動会には、保健所と町のスタッフが合同で、ゲームを通して健康増進に関する知識を学ぶ競技を企画した。屋外での活動が少なくなる冬季には、保健所スタッフが講師と

なり、健康増進のための講演会を開催した。

これらの他、保健所と町のスタッフが、地区内の河川で行われる釣り競技会、老人クラブにより行われるゲートボール大会に参加し、住民との交流を深める努力をした。

4) 住民への経過報告

93年度に保健所と町のスタッフが、再び町内各地区を訪問し、90年度から取り組んだ一連の活動の経過を住民に報告した。小中学生の健康管理の課題には保護者の世代の課題が反映されており、すべてのライフステージを対象として健康増進活動を進めることに意義があることが、住民とスタッフの共通認識になった。また、モデル地区で採用した、住民の自主的活動を基に健康増進活動を展開する方法を他の地区でも実践することに、住民とスタッフが合意した。

III 考 察

紹介した事例では、保健所のスタッフは、町の保健活動の課題を設定する段階とその保健活動の実践の段階で、町のスタッフを支援した。

課題設定の段階では、保健所のスタッフは疾病の死亡、罹患統計から、住民の循環器疾患管理における基本健診の意義について問題提起をした。そしてその実態を検証する基本健診非受診者実態調査の実施を指導し、町のスタッフと合同で基本健診が果たしている役割を検討した。その結果、住民全体を対象とする健康増進活動に取り組むことが重要であるということが、保健所と町のスタッフの共通認識になった。多くの市町村では、保健活動の専門職は保健婦だけであること、また住民に対する直接的サービスの提供に業務の多くを割かなければならないことから、市町村のスタッフが独力で保健活動の課題を設定する作業を進めることは困難な場合が多い¹⁰⁾。このような場合は、事例のように、保健活動の専門職スタッフが揃っている保健所が、市町村のスタッフを支援して、合同で現状評価と課題設定の過程に取り組むことが必要になると考えられる。

これまでの地域保健活動では、特定の疾患の発生リスクが高いハイリスク者を対象として、保健医療の専門家が選定した課題をとりあげて活動を展開することが多かった¹¹⁾。しかし、これからの保健活動では、特定の疾患の予防より、総合的な

健康水準の向上を目標とする活動への関心が高まっている。その際、保健習慣の変容が課題になり、その形成に影響を与える社会環境も視野に入れた対策が必要になる^{4,12)}。そのためには、一部の住民だけを対象とするハイリスクグループに対する方策より、地域の住民全員を対象とする方策に基づいて保健活動を展開する方が望ましい^{12,13)}。地域全体を対象とする保健活動としては、フィンランドや米国での循環器疾患予防のための地域介入研究が有名である¹²⁾。これらは、地域を構成するさまざまな構成員の活動を、共通する目標の達成に向けて有機的に結びつけるコミュニティ・オーガニゼーション community organization practice の過程¹⁴⁾を実践した活動ととらえることができ、その過程に、保健所のスタッフが市町村のスタッフを支援する際に鍵となる事項があると考えられる。Minklerらはコミュニティ・オーガニゼーションの中心にある概念として次の項目を指摘している¹⁴⁾。

- 地域住民に権限を与え、自分たちの生活や環境を効果的に変容できるようにすること（権限付与 empowerment）。
- 地域のさまざまな構成員が効率的に協力して、問題やニーズの選定、目標設定、解決方法で合意し、また必要な行動をとれる能力をもつこと（地域の能力 community competence）。
- 住民は、受身の参加者としてではなく、主体的に地域活動の展開に関与し参加すること（住民参加の原則 the principle of participation）。
- 外部の専門家が指摘する問題ではなく、地域住民に自分たちのニーズを明確にしてもらったうえで、解決可能な、平易で、具体的な課題を取り上げること（関連性の原則 the principle of relevance を満たす課題の選定 issue selection）。
- 地域住民と地域外の専門家集団が共同で、認識された問題の背景因子を探求すること（批評する意識 creating 'critical consciousness'）。

紹介した事例では、生活の場で住民との懇談会を開き、日常の保健活動で接触する機会が乏しい住民にも参加を求めて、住民のニーズを反映した保健活動の課題を探った。これにより権限付与、参加の原則、関連性の原則を満たして、具体的な課題を選定することが可能になったと考えられる。そして小中学生の健康の実態把握とその増進

をテーマとする活動を進めるために、学校保健のスタッフに働きかけ、共同で町の小中学生の健康調査と保健指導を実施した。これは選定した課題を解決するための地域の能力を高めることであったといえよう。小中学生での健康調査の結果、保健所と町のスタッフは、それまで大きな関心を払ってこなかった保健習慣の地区差に注目し、各地区に特有の課題を、小児から成人まですべてのライフステージに共通する課題としてとりあげる必要性を明らかにした。批評する意識を働かせ、選定した課題の背景にある問題点にまで注意を向けることができたといえよう。また、モデル地区では、新たに活動を始めるのではなく、住民が自主的に運営している活動を利用して、その地区での健康増進活動の水準を高めることに力点を置いた。さらに一連の活動の後、その経過を報告し今後の活動について住民と協議する場を設けた。これらは、権限付与、参加の原則を満たしながら、保健活動での地域の能力を高める方法の一つと考えられる。これらコミュニティ・オーガニゼーションの概念と過程は、保健所スタッフが、市町村スタッフを支援して住民全体を対象とする保健活動を展開する際の指針として役立つと思われる。

紹介した事例は、管内人口が小さい山村型の地域を管轄する保健所での取り組みであり、地域特性が異なる保健所での実践にそのままあてはめることはできない。また、取り組んだ保健活動が住民の健康水準の向上に寄与したかを評価するには至っていない。しかし地域保健法施行後の地域保健活動で、保健所の市町村支援機能の一つとして期待される保健活動の企画評価での支援、そして新しい保健活動の実践への支援を行った事例として、他の保健所での取り組みの参考になると考える。

本論文で紹介した事例は、高知県窪川保健所保健予防課と保健婦室、大正町役場衛生係との共同研究による。ここに記して、関係各位に謝意を表します。

なお本論文の要旨は第6回日本疫学会学術総会（96年1月、名古屋）で発表した。

（受付 '96. 4.15）
（採用 '96. 9.10）

文 献

- 1) 安西 定. 老人保健事業の評価方法と評価のあらまし. 公衆衛生 1987; 51: 125-132.
- 2) 厚生省公衆衛生局老人保健部編. 保健事業の推進方策について—公衆衛生審議会答申, 専門委員会報告—. 健康・体力づくり事業財団. 1983年12月.
- 3) 石塚正敏. 平成4年度を初年度とする老人保健事業第3次計画の概要. 計画の基本方針と計画の目標. 公衆衛生情報 1992; 22 (6): 5-10.
- 4) 郡司篤晃. WHOの「ヘルス・プロモーションに関する憲章」. 公衆衛生 1987; 51: 797-802.
- 5) 高橋 司. 地域保健法制定とこれからの地域保健体制. 公衆衛生情報 1994; 24 (9): 4-9.
- 6) 山本安弘, 他. 大正町健康増進にむけて—第5報—. 四国公衆衛生雑誌 1994; 39: 27-30.
- 7) 安田誠史, 他. 地域の保健衛生スタッフが死亡統計と健康診査の結果を活用するための検討. 日本公衆衛生雑誌 1992; 39: 865-872.
- 8) 豊田 誠, 安田誠史, 田上豊資, 大原啓志. 地域の脳卒中対策における高血圧管理の意義について. 四国公衆衛生雑誌 1991; 36: 157-164.
- 9) 豊田 誠, 他. 大正町健康増進にむけて—第1報 基本健診非受診者調査から—. 四国公衆衛生雑誌 1991; 36: 37-38.
- 10) 豊田 誠, 他. 市町村の保健サービス遂行支援のための保健所機能—四国の市町村へのアンケート調査結果から—. 日本公衆衛生雑誌 1996; 43: 325-335.
- 11) 小西正光. 循環器疾患予防の観点から. 公衆衛生 1993; 57: 20-21.
- 12) Abelin T. Health promotion. Holland WW, Detels R, Knox G, eds. Oxford textbook of public health, 2nd ed. New York: Oxford university Press, 1991; 557-589.
- 13) 循環器疾患対策. 国民衛生の動向1995年. 1995; 42: 118-122.
- 14) Minkler M. Improving health through community organization. Glanz K, Lewis FM, and Rimer BK, eds. Health behavior and health education—Theory, research, and practice. San Francisco: Jossey - Bass Publishers, 1990; 257-287.

SUPPORTING ROLES OF HEALTH CENTERS IN COMMUNITY HEALTH PRACTICE BY MUNICIPALITIES

Nobufumi YASUDA*, Makoto TOYOTA*, Shigeki KODA*
Hiroshi OHARA*, Toyoshi TAGAMI^{2*}

Key words: Municipality, Community health center, Supporting role, Community organization

Staff of community health centers are expected to support those of municipalities so that they can identify health relevant issues in their communities, plan strategies to resolve the issues, implement them and evaluate the action. To illustrate the role of community health centers, the authors report the process of health promotion practice in Taisho-cho, Kochi prefecture, which was supported by Kubokawa health center. The health center took the initiative in identifying issues in community health through analyzing available information. In a practice setting, the health center facilitated involvement and participation by the residents and cooperated with other community resources. The process of support is discussed from the point of view of community organization practice.

* Department of Public Health, Kochi Medical School, Kochi

^{2*} Bureau of Health and Welfare, Kochi Prefectural Office