

※先週に続き、今週の内容も一部前期保健行政論と重なっている

地域とは？

地域社会(community)=地理的環境の共有+**共同体感覚**=“一定の環境や特徴を共有する人々の集まり”

保健活動の際に「地域」が重要な理由

(1)共通の環境条件が健康問題の発生・発現に大きく関与

(2)健康問題の解決に必要な資源・行動規範等が、その地域のあり方によって大きく規定される

(3)何を健康とするのか自体、地域によって異なる

*保健サービスをシステムとして整備しても地域の事情によっては利用されない。地域特性を把握しそれに適した保健活動が必要

地域の水準

近隣、集落等の小地域(地区レベル)：市、自治会など行政の末端組織として機能している最小単位。血縁的・地縁的社会。組織が良く機能している地域もあれば、大都市のマンションや団地などで自治会の参加率は低いところが多く、そうになると隣人が何をしているかわからないし不安。

※明確な定義はないが近隣(Neighborhood)と地域社会(Community)は異なる。

(例)気候変動によって海抜ゼロメートル地帯の人々が住居を失うとき。

→水、電気、ガス、ゴミ収集サービスなど必要な資源が稀少になるような機能不全は地域社会レベルで起こる

→食べものの「お裾分け」や醤油の貸し借りや祭りや環境美化や無尽のような人間関係の絆の損失は近隣レベルで起こる

行政区画：市、保健所管轄区、市区町村など政策実施の単位。首長が方針決定権をもつ。地域保健法の1994年改定で国から多くの権限が委譲され、最小の行政単位である市区町村の重要性が増した。

生活行動圏：医療圏、通勤・通学圏など、生活の場としての地域。行政区画の一部である場合もあれば、行政区画を跨っている場合もある。広域の問題では行政区画を超えた政策が立てられる必要がある場合もあり、連携が大事になってくる (cf. 地域保健法第三条では、市町村、都道府県、国の地域保健における役割分担について書かれているが、国は広域の問題について都道府県間の連携をサポートする必要がある)。

国や(連邦国家における)州：法律や制度を共有し、予算執行の単位でもある。郷土愛や文化の基盤となるので、とくに情報伝達速度と範囲が拡大した現代においては、地域社会として機能する側面もある。ただしNationalismとPatriotismは異なる。

地球：人類という水準で考えれば、地球全体が1つの社会と考えることもできる。遠く離れた国に起こった大災害に対して心を痛め、人道支援をするのはそのため(どこまでを自分の地域と考えるか、どれくらいの人を自分の仲間と考えるかがカギ。参考：鄭雄一『東大理系教授が考える道徳のメカニズム』ベスト新書)。

特殊な地域社会

バーチャルな社会：インターネットの普及により、SNS (facebook, mixi, LINE, twitter, ...)等のつながりがもたらす共同体感覚が、地理的環境によって規定される地域社会とずれているために起こる問題がある。(cf. しかし、実はバーチャルなつながりへの信頼が近代社会の基礎であることは、国家とか紙幣とかいったものを考えれば自明であろう)

離島・山村などの僻地(問題が多く、それが地域特性によって異なる)：移動が不便な山村で在宅介護を希望する人へのホームヘルプなどのサポートのニーズ(長野県泰阜村の例：cf.NHKにんげんドキュメント『豊の上で死にたい』2000年)などの特殊性。

※家族や地縁的社会とヘルスプロフェッショナルが依存的にならず協働するのは難しい。2006年度から2010年度まで実施された第10次へき地保健医療計画が示すように、2006年の医療法改定によって医療計画の中で僻地医療が主要事業(5事業)の一つとして位置づけられることになり、各都道府県で「へき地保健医療対策に関する協議会」が設立され、「医師を確保する方策」、「医療を確保する方策」、「診療を支援する方策」、「へき地医療の普及・啓発」についての計画が進行したが、家族や地縁的社会と行政や専門家との協働もたらず副次的影響にまでは十分に踏み込めていない。

※厚生労働省医政局指導課が2005年7月に発表した「へき地保健医療対策検討会報告書」は、へき地対策の必要性を**具体的に**提示(1)代診医の派遣増加等のためのへき地医療支援機構強化、(2)診療上の意見照会や相談をICTによって対応するための組織の確保、(3)へき地・離島の保健医療サービスを担う医師の研鑽等のための「へき地・離島医療マニュアル」作成、(4)2006年からの医療法の医療計画制度で求められる医療機能の連携・ネットワーク等の考え方を生かした実効性ある計画作り

地域保健のための特性把握

地域特性を把握するための指標：自然環境、人口特性、産業・経済、行政・財政、交通・通信、生活環境、労働環境、教育・学習環境、生活・文化、住民の意識・要望・要求など。

健康問題を把握するための指標：人口動態、死因統計、疾病の状況、医療費の状況、予防接種状況、在宅ケアの状況、等々。

地域で利用できる社会資本(infrastructure)：保健医療機関、福祉関係機関、教育関係機関、自治会等の地区組織、保健推進員、民生委員、市民団体、食生活改善推進員、種々のサービス等。

→以上のような指標を調べ(場合によっては質的研究も組み合わせ)、十分なデータを得る必要がある。

地域保健の特徴と流れ

総合保健 (comprehensive health care) / 包括医療 (comprehensive medicine) 的な考え方。

一般に、地域住民がその生活基盤の中で自らの健康の保持増進を図れるように必要な保健技術を地域社会に見合った形で組織的に提供し、その健康生活を支援していく一連の活動過程をいう。1960年代以降、世界的に提唱されてきた。

▼1978年には日本での「国民健康づくり」提唱(→市町村保健センター設置開始)とWHOのアルマ・アタ宣言[Declaration of Alma-Ata](プライマリヘルスケア提唱)が同時に起こった。

▼1985年医療法改正(→都道府県に医療計画策定義務)

▼1986年オタワ憲章[Ottawa Charter](→ヘルスプロモーション：住民参加による健康な町づくり。それを支える各セクタの協働が必要。「健康の前提条件」平和、住居、教育、食糧、所得、安定した生態系、持続可能な資源、社会正義と公平さ)

▼市町村に1993年度までに老人福祉計画策定義務

▼2000年から「健康日本21」(<http://www.kenkoujippon21.gr.jp/>)

▼2005年から地域保健対策検討会 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000028ufa.html>, 2012年に報告書発表)

▼2005年介護保険法改正、介護予防重点化。市町村に地域包括支援センター設置義務。

▼2006年の医療法改正により、へき地医療が重点5事業の一つに。

▼2006年(2008年施行)老人保健法が「高齢者の医療の確保に関する法律」(高齢者医療確保法)に改定。都道府県を単位とする

「広域連合」が保険者となる独立した医療保険制度としての後期高齢者医療制度（批判が多かったので「長寿医療制度」と呼ばれるようになったが、法的には後期高齢者医療制度のまま）の導入とメタボリックシンドローム対策としての特定健診の保険者への義務付けも、中央がするのを減らし地方がカバーする範囲を増やしたという意味では、地域保健の重点化とみることもできる。

▼2012年地域保健対策検討会報告書：2011年3月11日に発生した東日本大震災を踏まえ、ソーシャルキャピタル等「絆」を強調。

地域保健活動展開上の留意点

特定集団 (aggregate) への注目：高齢者、妊産婦、乳幼児等、ハイリスクグループへのケア(high-risk approach)は有効だが、畏がある（基準値を引き下げてもケア対象者が増えるだけ）。慢性疾患については、むしろ集団全体の底上げ (population strategy / population approach) の方が有効。社会的弱者への配慮は格差解消につなげるべき。

問題の共有：一人一人の健康問題は地域社会共通の問題という認識に基づいた働きかけが重要。対象者の参加に際しては、その人たちが地域で生活していることを認識し、地域の慣習などを踏まえて活動しなくてはいけない。

地域の慣習を変える働きかけ：地域社会独自の行動規範（大きく見れば和辻哲郎が風土と呼んだもの、小さく見れば宮本常一が故里とか家郷と呼んだものによって育まれる）、言い換えると地域社会の慣習そのものを変えることの強力さ（cf. 背景は Lewin K の実験[権威型、放任型、民主型のリーダーの下で子供にお面を作らせた結果、民主型で最も質が高く、子供たちの仲も最も良かった]によりグループディスカッションの有効性が認識されたこと）。長野県での食生活改善推進員の減塩活動が好例。

エンパワメント：地域社会に権限を与え、住民自身の自己解決能力を養うこと（エンパワメント[empowerment]）の重要性が認識されてきたので、住民自治のあり方自体も伝統的な地域社会の慣習に任せるのではなく、住民自治協議会設立を促すなど行政からの働きかけが強くなってきている（ただし、限界集落などでは義務が多いと対応不能になるケースもあり、一長一短）。

（参考：総務省のwebサイト内、地方分権推進についてのページ[<http://www.soumu.go.jp/indexb4.html>]）。

地域保健の制度と運用

地域保健活動の内容：昭和12(1937)年に制定され昭和22(1947)年に改定された保健所法の下での地域保健活動の拠点は保健所であった。その後、市町村の役割の重要性がクローズアップされ、徐々に市町村保健センターが整備された。その流れの仕上げが平成6(1994)年に行われた保健所法の地域保健法への改定による市町村保健センターの法定化。原則として、市町村保健センターは住民への身近な保健サービス（妊婦健診、一歳半健診、三歳児健診や健康相談、成人や高齢者を対象にした禁煙運動や健康づくり運動実施等）、保健所は広域的・専門的・技術的な対応（HIV検査、肝炎検査、難病対策、人口動態統計、上下水道の衛生、食品衛生管理、野犬駆除等）を担う。

保健所の事業：保健所の現在の事業の内容は地域保健法（本資料4ページ参照）の第6条～第8条に定められた19項目で、地域保健活動がほぼ網羅されている。

連携：保健所と市町村保健センターは相補的な関係にあり、両方が連携することが重要である。保健所や市町村保健センターばかりでなく、例えば健診への参加や地域における健康づくり運動の推進などは、自治会や公民館などを通じた広報活動が大きく影響する。

地域保健活動の分類

規制行政的活動と給付行政的活動に大別できる。前者は公共の福祉の観点から個人や法人の活動を規制するもので、専ら行政機関により行われる。飲食店の経営に都道府県知事の許可が必要であることを食品衛生法が定めていることなどはこれに当たる。後者は地域住民に対するサービスの提供で、行政機関のみならずNGOやNPOによっても行われる。健診などはこれに当たる。

別の視点から、対人保健活動と対物保健活動に大別することもできる。前者は住民を直接対象とするもので市区町村レベルできめ細かな対応が求められるので市町村保健センターがコアとなり、後者はそれ以外を対象とし、環境対策など大規模な対策が必要なが多いので都道府県単位で保健所がコアとなる。

地域保健活動への公の責任としての行政のコミットの必要性を支持する経済理論

外部経済効果：直接的利益のみならず間接的利益があること。例えば予防接種は受けた人を疾病から守るだけでなく、疾病の蔓延を防ぐことで受けていない人も疾病から守る。

外部不経済効果：直接的利益が間接的不利益を産むこと。例えば公害は発生源企業が対策しないと、その企業は費用を節約できるが、周辺住民が公害による健康被害を受け、不利益を蒙る。

行政の介入が必要な事業：がん検診などは、初期投資が膨大なために市場経済では参入障壁がある事業である。

公共財：健康教育など、住民がいつでも自由に利用でき、経費を払わなくても利用から排除されない。市場経済では供給されない。メリット財：老人保健法による検診など、市場経済でも供給されるが国家的見地から政府が供給すべきもの。

地域保健活動の進め方

Plan-Do-See：計画を策定し、実行し、評価し、次の計画を策定し、と続く。PDCA(Plan-Do-Check-Act)サイクルもほぼ同様な意味。PDCAサイクルは、この考え方を体系化したDeming WEの名前をとって「デミングサイクル」とも呼ばれるが、地域保健活動に限らず、工業生産管理、経営、途上国の開発援助など、いろいろな分野で実践されている。

MIDORIモデル：ヘルスプロモーション実践の展開モデルとして1991年Green LWによって提唱されたPRECEDE-PROCEED Modelの日本での名称。PRECEDEは「～に先立って行う」という意味の英語でもあるが、Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational / environmental Diagnosis and Evaluation（教育・環境診断と評価における準備・強化・実現因子）のacronym（頭文字を並べたもの。頭語）。PROCEEDは「推進する」意味の英語でもあるが、Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development（教育・環境開発における政策・法規・組織因子）の頭語。日本では1996年～1998年の間、略してPPモデルと呼んでいたが、Green自身からPPだと違う意味になるので止めて欲しいと言われ、Greenの日本語がMIDORIだし、Mutually Involved Development & Organization of Research for Intervention（相互の参画による展開と組織化を可能にする介入方法）の頭語だし、「みんなで、どんな場面でも、利用できる」という意味も込めてMIDORIモデルと呼ぶようになった。

PRECEDE（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）
→PROCEED（実施→経過評価→影響評価→結果評価）→次のPRECEDE・・・と続く

住民のニーズ：地域保健活動計画の策定は住民のニーズに基づく。ニーズは単なるデマンド（需要）ではなく、専門的見地からの必要性を意味する。場合によってはニーズをデマンドにするための健康教育も必要（この考え方は傲慢かもしれないので、途上国支援の際に文化的侵略にならないようにするのと同様の注意が必要）。統計に基づいてニーズに優先順位をつけ、費用対効果や費用対便益を考慮して、順番に実施する。実施の際は、計画に忠実に行うことと臨機応変の柔軟な対応の両方が必要。評価は重要だが難しい。統計によるが、有意でなくても期間が足りないだけの場合もある。今後の課題はシステム化（在宅医療支援システム等）

ヘルスプロモーションの国際的な流れ

WHO 報告書(2009)に示されているように、ヘルスプロモーションはオタワ憲章後も度々国際会議で検討されてきた。アデレード勧告(1988)では健康な公共政策、スツツヴェル声明(1991)では健康を支える環境、ジャカルタ宣言(1997)では21世紀につながる健康増進として途上国でもヘルスプロモーションを進める必要性、メキシコ大臣声明(2000)ではヘルスプロモーションの理念を行動につなげること、バンコク憲章(2005)ではグローバル化する世界におけるヘルスプロモーションに焦点が当てられた。

その後、第7回のヘルスプロモーション国際会議で合意されたナイロビ行動要請(2010)では、ヘルスプロモーション戦略の実施を支援するための50以上の行動と実施格差(implementation gap)を減らすことが強調され、第8回会議で合意されたヘルシンキ声明(2013)では、すべての政策において健康を考慮することが求められた。

都市環境における地域保健

都市住民は通常、消費者であり(注:キューバの首都ハバナにおける都市有機農業のような例外もある)、消費者特有の保健活動を展開する。消費者運動と呼ばれるものの一環。消費者クラブ活動(生協、生活クラブ、……)、エコマークなど。1960年には各国の消費者団体が母体となってIOCU(国際消費者機構)成立。政府としては国民生活センター及び各都道府県の消費生活センター、民間では暮らしの手帳や特選街、通販生活などによる商品評価と情報提供も広い目でみればその流れを汲んでいる。

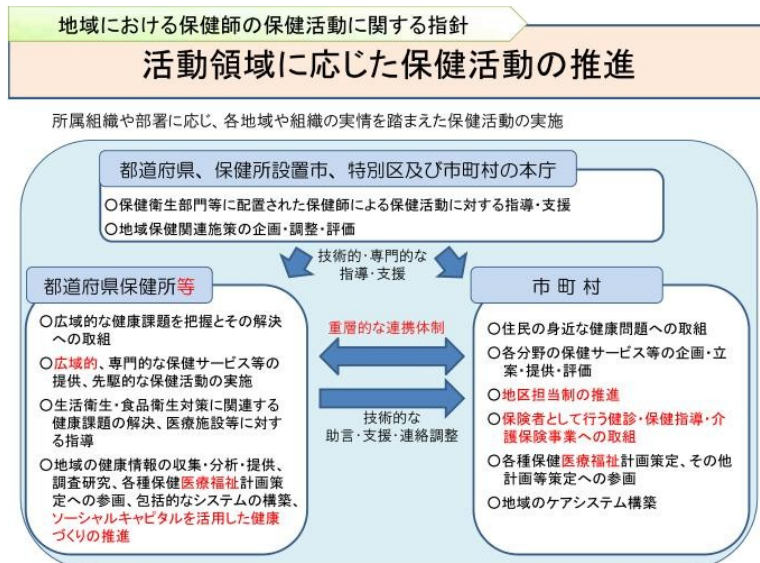
消費者の健康被害:ペニシリン事件、サリドマイド事件、薬害エイズ事件など。1968年「消費者保護基本法」、1994年「製造物責任法(PL法)」による消費者保護。コンシューマーヘルスのためには健康教育が重要であり、食育基本法はその流れで成立した側面をもつ。

都市化への対応としての健康都市:環境問題の多くは都市の問題から発しているの、健康都市事業としてその克服が図られた。1994年「環境基本法」で国と地方公共団体の両方が環境計画策定が義務付けられた。国際的にはWHOと連携して"The Alliance for Healthy Cities"[<http://www.alliance-healthycities.com/>]が2004年に成立し、2012年7月時点で180の都市と団体が加盟した。

WHOの健康都市プロジェクトのガイドラインは2000年に成立し、オタワ憲章のヘルスプロモーションを都市というsettingに実装することを目指したsetting approachであった。settingとは、環境の各要素を個人が認識する際の状況(situation)を、さまざまな要素について総合的に「場」として捉えたものであり、特定の場において健康についての諸政策を集中的に展開することをsetting approachと呼ぶ。WHO神戸センターはUrban HealthやHealthy Cities研究の拠点。

参考文献・サイト

- * 鈴木庄亮・久道茂(監修), 小山洋・辻一郎(編)『シンプル衛生公衆衛生学 2014』南江堂, 第7章
- * イチロー・カワチ『命の格差は止められるか:ハーバード日本人教授の、世界が注目する授業』小学館 101 新書, 2013年8月5日発行
- * WHO (2009) "Milestones in Health Promotion" <http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/>
- * Potvin L, Jones CM (2011) Twenty-five years after the Ottawa charter: The critical role of health promotion for public health. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4): 244-8.
- * <http://www.healthpromotion2013.org/conference-programme/framework-and-statement> (ヘルシンキ声明 2013)
- * WHO (2015) http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf (母子保健推奨介入プラン)
- * Harvard edX (PH201X "Health and Society") <https://www.edx.org/course/harvard-university/ph201x/health-and-society/905>
- * <http://www.healthpromotion.jp/database.html> (地域医療振興協会内ヘルスプロモーション研究センターの資料集)
- * <http://homepage1.nifty.com/PRECEDE-PROCEED/precede/midorimokuji.html> (大分県福祉保健部健康対策課の藤内修二先生による厚労科研分担研究による「ヘルスプロモーションのホームページ」内)
- * <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000028ufa.html> (地域保健対策検討会)
- * 地域における保健師の保健活動に関する指針(日本看護協会)
<http://www.jnapc.co.jp/material/pdf/news/no108.pdf>
活動領域に応じた保健活動の推進(厚生労働省)
http://www.mhlw.go.jp/topics/2014/03/dl/140313-01_01_03.pdf



■目的

第一条 この法律は、地域保健対策の推進に関する基本指針、保健所の設置その他地域保健対策の推進に関し基本となる事項を定めることにより、母子保健法（昭和四十年法律第四十一号）その他の地域保健対策に関する法律による対策が地域において総合的に推進されることを確保し、もつて地域住民の健康の保持及び増進に寄与することを目的とする。

■基本理念＝総合的推進

第二条 地域住民の健康の保持及び増進を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、我が国における急速な高齢化の進展、保健医療を取り巻く環境の変化等に即応し、地域における公衆衛生の向上及び増進を図るとともに、地域住民の多様化し、かつ、高度化する保健、衛生、生活環境等に関する需要に適切に対応することができるよう、地域の特性及び社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に推進されることを基本理念とする。

■市町村、都道府県、国の役割分担と連携

第三条 市町村（特別区を含む。以下同じ。）は、当該市町村が行う地域保健対策が円滑に実施できるように、必要な施設の整備、人材の確保及び資質の向上等に努めなければならない。

○2 都道府県は、当該都道府県が行う地域保健対策が円滑に実施できるように、必要な施設の整備、人材の確保及び資質の向上、調査及び研究等に努めるとともに、市町村に対し、前項の責務が十分に果たされるように、その求めに応じ、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない。

○3 国は、地域保健に関する情報の収集、整理及び活用並びに調査及び研究並びに地域保健対策に係る人材の養成及び資質の向上に努めるとともに、市町村及び都道府県に対し、前二項の責務が十分に果たされるように必要な技術的及び財政的援助を与えることに努めなければならない。

■第四条は厚生労働大臣が地域保健対策の推進に関する基本的な指針（基本指針）を定めること

基本指針を定めるべき事項は以下6点：地域保健対策の推進の基本的な方向／保健所及び市町村保健センターの整備及び運営に関する基本的事項／地域保健対策に係る人材の確保及び資質の向上並びに第二十一条第一項の人材確保支援計画の策定に関する基本的事項／地域保健に関する調査及び研究に関する基本的事項／社会福祉等の関連施策との連携に関する基本的事項／その他地域保健対策の推進に関する重要事項

■保健所についての条文

第五条 保健所は、都道府県、地方自治法（昭和二十二年法律第六十七号）第二百五十二条の十九第一項の指定都市、同法第二百五十二条の二十二第一項の中核市その他の政令で定める市又は特別区が、これを設置する。

○2 都道府県は、前項の規定により保健所を設置する場合においては、保健医療に係る施策と社会福祉に係る施策との有機的な連携を図るため、医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第三十条の四第二項第九号に規定する区域及び介護保険法（平成九年法律第二百三十三号）第一百八条第二項に規定する区域を参酌して、保健所の所管区域を設定しなければならない。

第六条 保健所は、次に掲げる事項につき、企画、調整、指導及びこれらに必要な事業を行う。

- 一 地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項
- 二 人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項
- 三 栄養の改善及び食品衛生に関する事項
- 四 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項
- 五 医事及び薬事に関する事項
- 六 保健師に関する事項
- 七 公共医療事業の向上及び増進に関する事項
- 八 母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項
- 九 歯科保健に関する事項
- 十 精神保健に関する事項
- 十一 治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項
- 十二 エイズ、結核、性病、伝染病その他の疾病の予防に関する事項
- 十三 衛生上の試験及び検査に関する事項
- 十四 その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項

第七条 保健所は、前条に定めるもののほか、地域住民の健康の保持及び増進を図るため必要があるときは、次に掲げる事業を行うことができる。

- 一 所管区域に係る地域保健に関する情報を収集し、整理し、及び活用すること。
- 二 所管区域に係る地域保健に関する調査及び研究を行うこと。
- 三 歯科疾患その他厚生労働大臣の指定する疾病の治療を行うこと。
- 四 試験及び検査を行い、並びに医師、歯科医師、薬剤師その他の者に試験及び検査に関する施設を利用させること。

第八条 都道府県の設置する保健所は、前二条に定めるもののほか、所管区域内の市町村の地域保健対策の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、及び市町村の求めに応じ、技術的助言、市町村職員の研修その他必要な援助を行うことができる。

■第九条は、都道府県知事、政令指定都市長、中核市長、その他保健所を設置する市（小樽市、八王子市、町田市、藤沢市、四日市市、呉市、大牟田市、佐世保市：cf.地域保健法施行規則第一条）の市長、特別区長の職権のうち第六条の事項を保健所長に委任できるという規定。

■市町村保健センターについて

第十八条 市町村は、市町村保健センターを設置することができる。

○2 市町村保健センターは、住民に対し、健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関し必要な事業を行うことを目的とする施設とする。

△第十九条で国が市町村に対して市町村保健センター設置費用を補助できることを規定し、第二十条で国が人材確保支援のための配慮をすることを定めている。第二十一条では都道府県が市町村の申出に基づき人材確保支援することを定めている。