

# 健康を支援する保健医療提供体制の現状と課題（第1報） —生活習慣病予防の視点から—

荒 木 紀 代 子

## 要 約

生活習慣病予防の本来の目的は、個人の健康寿命を延長してQOLの確保・向上を目指し、さらには地域全体の健康水準を高めることにあり、その効果として医療費が抑制されるということになる。しかし、現在は医療費抑制が主目的になっている。そのため生活習慣病予防本来の目的と医療費抑制とでは、予防のあり方がどのように違うかを考察し、本来の目的のための保健医療提供体制へ再構築する必要が生じている。

本稿は、この問題意識をもとに生活習慣病予防の目的を本来の目的に据えて、ヘルスプロモーションと住民自治の視点から保健医療提供体制の現状と課題を分析した。

## 目 次

はじめに

第1章 生活習慣病の定義と生活習慣病予防の目的

第Ⅱ章 生活習慣病予防対策のあり方を考察する視点—QOLの確保・向上  
を目指して—

- 1 ヘルスプロモーションの概念
- 2 保健医療における住民自治の意義
  - 1) 住民自治とは
  - 2) 協働とは
  - 3) 保健医療における協働

### 第Ⅲ章 生活習慣病予防のための保健医療提供体制の現状

#### 1 地域保健行政の現状と課題

- 1) 地域保健における都道府県と保健所
- 2) 地域保健における市町村と保険者
- 3) 市町村合併後の新たな課題

#### 2 生活習慣病予防の現状と課題

- 1) ライフステージからみた保健サービスの不連続性
- 2) 保健サービスにおける特定健康診査・特定保健指導の分離

#### 3 地域におけるプライマリ・ケアとプライマリ・ヘルス・ケア

- 1) プライマリ・ケア提供体制の現状
- 2) 保健医療情報とプライマリ・ヘルス・ケアの現状

#### 4 戦略としての生活習慣病予防の現状

- 1) ハイリスク・アプローチ主体戦略の限界
- 2) 住民との協働の欠如

### 第Ⅳ章 プライマリ・ケアの先進事例分析

- 1 保健師や病院が主導した長野県
- 2 自治体が主導した久山町
- 3 住民が主導した御船町

### 第Ⅴ章 生活習慣病予防のための保健医療提供体制の課題

- 1 保健医療提供体制の現状からみた課題
- 2 先進事例の分析からみた課題

### はじめに

2006（平成18）年6月に成立した「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」及び「健康保険法等の一部を改正する法律」は、長期入院の是正などにより医療費の適正化を進め、他方で生活習慣病対策によって医療費を抑制するといった財政優先政策になっている。とはいえ、これまでの治療重点の医療から疾病の予防を重点とする保健

医療体系へ転換を図り、特に死亡原因では6割、医療費では3割を占める生活習慣病予防対策が主要課題として位置づけられたことは評価すべきことである。

そもそも生活習慣病予防の本来の目的は、個人の健康寿命を延長してQOLの確保・向上を目指し、さらには地域全体の健康水準を高めることにあるというべきで、その効果として医療費の抑制が期待されるという関係にある。そうすると生活習慣病予防の目的が医療費抑制とQOLの確保・向上とでは当然予防のあり方が異なってくる。そのため生活習慣病予防の本来の目的と医療費抑制の目的とでは予防のあり方がどのように違うのかを考察する意味があり、本来の目的のための保健医療提供体制へ再構築することを検討する必要がある。

生活習慣病予防の目的を本来の目的に据えて予防のあり方を考察する基本的な視点として重要になってくるのが、まず自己決定の尊重である。ライフスタイルの選択は個人が選択し自己決定するものであり、どのような日常生活の行動様式を取ろうと、それは原則として憲法では、「基本的人権」として保障されている。まずこのことが尊重されなければ本来の目的を達成することは不可能である。しかし、一方で社会を構成する一員である以上個人の健康は社会全体に影響を与えるため、自己決定の尊重を踏まえつつ社会との調和を図らなくてはならない。

また、他方で個人の自己決定は個人を取り巻く社会環境要因に影響されるので、社会環境要因に着目して生活習慣病予防を検討しなくてはならない。つまり、個人のライフスタイルのみならず政策・環境的アプローチであるヘルスプロモーションの視点が重要となってくる。

個人の自己決定に対しては、これまでの保健サービスは二次予防を主体とした、異常の早期発見・早期治療を中心とする行政主導型でしかも専門家主導型の受診を強要するもので、今回の制度改革においてもこれまでと同様の方式で特定健康診査・特定保健指導が中心に据えられている。しかし、生活習慣病の予防は行動変容が重要であるため、住民が自らの意思に基づいて予

防のための行動を自主的に選択するという住民自治が実現されなければならない。したがって住民自治の視点が重要となってくる。

本稿は、このような視点に基づいて保健医療提供体制の現状と課題を分析し、第2報で生活習慣病予防のための保健医療提供体制の再構築について考察することを目的とする。そこで、本稿ではまず生活習慣病とは何かについて述べ、次いで生活習慣病予防の目的を明確化する（第Ⅰ章）。そしてその目的に基づいて生活習慣病予防のあり方を左右する基本的な視点としてヘルスプロモーションと住民自治を考察する（第Ⅱ章）。その視点を踏まえて、プライマリ・ケアを含めた地域保健行政の現状と課題を分析する（第Ⅲ章）。第Ⅲ章で明らかにされた課題を克服しようとしている地方自治体の先進事例が見られるので、プライマリ・ケアの目標にどこまで到達しているのか先進事例を分析する（第Ⅳ章）。最後に、以上を踏まえて生活習慣病予防のための保健医療提供体制の課題を分析する（第Ⅴ章）。

## 第Ⅰ章 生活習慣病の定義と生活習慣病予防の目的

### 1 生活習慣病および予防の定義

生活習慣病は「食習慣、運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣がその発症・進行に關与する疾患群」<sup>1)</sup>と定義されている。生活習慣病とは、これまで、成人病対策として、早期発見・早期治療を目的とした二次予防に重点を置いていた従来の対策に加え、一人一人が生活習慣を改善し、健康増進に努めるという一次予防対策も推進していく方針を新たに導入した疾患概念である<sup>2)</sup>。

2005（平成17）年4月には、糖尿病、高血圧症などは内臓脂肪症候群と強く関係があり、これらが重複した状態をメタボリックシンドロームとして、心疾患や脳血管疾患等の発症リスクが高くなる状態であるとした考え方が出され、腹囲等により規定された診断基準が示された<sup>3)</sup>。この考え方は、糖尿病等は氷山の一角に過ぎず、投薬では氷山の一つを削るのみであるから、根本的には運動習慣や食生活の改善などといった生活習慣病の改善によって氷

山の全体を縮小するという考え方で、これまでの治療重視の医療から疾病の予防に重点を置いた考え方に転換されたものである。

そして、予防とは、健康上のリスクの軽減のためにとる行動のことで、単に疾病の罹患を防ぐことだけが予防ではない。疾病に罹患した後も、早期発見・早期治療によって、疾病の進展による健康上の損失を軽減させることや、疾病や障害の進行に伴って生じる生活上の問題への対応を行うことも予防である<sup>4)</sup>。さらに病状が固定した後も、機能障害を予防し、社会復帰のためのリハビリテーションを行うことも予防といえる。

健康レベルは常に連続しており、健康か不健康かという2極で捉えられるものではない。そのため、その連続性の中で常に予防の方向にベクトルを向ける必要があり、生活習慣病の予防においては、生活習慣病にかからないための健康づくりや環境整備の一次予防と、生活習慣病初期の早期発見・早期治療の二次予防及び生活習慣病の悪化防止の三次予防が重要と考え、本稿では一次予防から三次予防のすべてを含めて予防とする。

## 2 生活習慣病予防の目的

ライフスタイルの選択は個人が選択し自己決定するものであり、どのような日常生活の行動様式を取ろうと、それは、原則として憲法では、「基本的人権」として保障されている。そのため、2002（平成14）年に公布された健康増進法では、第2条で健康増進は個人の責務として努力規定に止めている。しかし社会を構成する一員である以上個人の健康は社会全体に影響を与えることになる。

そこで先般の医療構造改革は、生活習慣病予防対策の推進による患者の減少や、平均在院日数の削減等の医療提供体制の見直しなど、国民の生活の質（QOL）を確保・向上する形で医療を効率化するという、中長期的な医療費適正化対策を中心に据えている点が大きな特徴となっている<sup>5)</sup>。

そもそも今回の医療構造改革の議論は医療費の議論からはじまっており、厚生労働省は生活習慣病予防対策で約2兆円の医療費を削減できると試算し

ている。しかし生活習慣病予防対策が定められたことは特筆すべきことであるものの、今回の生活習慣病予防対策は財政優先の観点から導き出されたという限界も否めない。生活習慣病予防の本来の目的は医療費の削減よりもむしろ個人の健康寿命を延長してQOLの確保・向上を目指し、さらには地域全体の健康水準を高めることにある。したがって医療費の抑制、ひいては個人の保険料に反映されてくることは、その結果として考えられるべきこととなるのである。

## 第Ⅱ章 生活習慣病予防対策のあり方を考察する視点—QOLの確保・向上を目指して—

生活習慣病予防対策を左右する視点としてヘルスプロモーションと住民自治があげられる。しかし生活習慣病予防対策の目的が医療費抑制では、ヘルスプロモーションと住民自治の価値が充分認められずに不徹底な状況に止まっていると言わざるを得ない。そのため生活習慣病予防対策の目的をQOLの確保・向上という本来の目的に据え直すと、もう一度ヘルスプロモーションと住民自治はどのようなかということが再考されなければならない。本章では、生活習慣病予防において重要な概念というべきヘルスプロモーションの概念と保健医療における住民自治について明らかにする。

### 1 ヘルスプロモーションの概念

1978年にアルマ・アタ宣言が出され、その冒頭で、「健康は基本的人権のひとつであり、到達可能な最高水準の健康を達成することが全世界の社会目標である。その実現には保健分野のみでなく他の多くの社会的経済的分野からの行動が必要である」<sup>6)</sup>と述べられ、健康はすべての人間、地域社会の課題であることがうたわれた。これはプライマリ・ヘルス・ケアを実現するためのもので、内容については、発展途上国における保健対策の理念といわれており、先進国のそれは1986年の、「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」であると一般的には考えられている。

そのオタワ憲章によれば、「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」<sup>7)</sup>と定義されている。健康を規定する要因はヘルスケア・サービスだけでなく、生物学的要因や環境、ライフスタイルも含まれる。ヘルスプロモーションはヘルス・ケアの範囲を超えて、個人や地域の人々が健康的な行動やライフ・スタイルをとることができるようになっていく教育のプロセスと、それを支援するように個人や地域を取り囲む環境を改善していくプロセスである。この概念は、個人技能の向上で強化された住民の参加によって自治体単位に健康政策を立案し地域環境の改善を行う具体的構想であるヘルシー・シティ・プロジェクトへと発展していくことになる<sup>8)</sup>。

ヘルスプロモーションは、一方ではライフスタイルに直結した健康に対する生活戦略であり、他方では政策に直結した政治戦略である。ヘルスプロモーションの行動計画における、政府、公的部門の行動計画としては(1)健康的公共政策の構築、(2)健康支援環境の形成、(3)地域行動の強化、(4)個人の技能の育成、(5)保健医療サービスの再編、の5つが挙げられている。湯浅資之らは、「結局、ヘルスプロモーションの最大の関心は人々の健康を志向する能力の開発にあるといえる。政策・環境的アプローチはこの能力開発を支援するために要求されたものであると考えられよう。能力開発に伴う個人・地域の内発的発展により良い健康という資源を産み出し、生命・生活・人生の質（Quality of Life）の向上に寄与する、とヘルスプロモーションは考えているのである」<sup>9)</sup>と述べている。このように、これまでの健康至上主義から転換して、健康は、社会、経済、および個人の発展のための重要な資源として位置付けられる<sup>10)</sup>。生活習慣病予防の本来の目的であるQOLの確保・向上を目指すためには、対個人のみならず広範囲なアプローチであるヘルスプロモーションの視点が重要となってくる。

## 2 保健医療における住民自治の意義

### 1) 住民自治とは

地方自治は、住民自治と団体自治の2つの要素から構成される。住民自治とは、一定の地域社会の公的事務をその地域社会の住民がみずからの意志に基づいて自主的に処理すべきことを意味し、それは政治的意義において自治とされている。団体自治は住民自治を実現するための手段として位置付けられ、地方自治の核心は住民自治にある。

そこで、1999（平成11）年に地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律が制定され、地方分権が本格化することになった。

これに先立ち、保健の分野では行政組織法である保健所法から、実に47年ぶりに地域保健法が1994（平成6）年に公布されている。国政全体の小さな政府と分権推進の方向性に並行して、地域保健における地方分権の推進でもあり、保健と福祉については市町村が担い、保健所は広域的・専門的・技術的拠点として市町村の支援機関に位置づけられ、国、都道府県、市町村の役割を階層的に定めることにより、地域保健行政を効率的に推進することを意図したものである。

一方、医療においても地方分権一括法の施行に伴って地方自治法が改正され、医療法第25条に基づく医療機関への立入検査や医療計画の策定等がそれまでの機関委任事務から都道府県の自治事務となった。また、2006（平成18）年の医療法改正でも、医療法第30条の4第3項第4号で医療計画策定時には、医療連携体制が、医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者、介護保険法に規定する介護サービス事業者、住民その他の地域の関係者による協議を経て構築されることが規定しており、住民の視点を重視したものとなっている。

このように医療においては中央集権的側面から都道府県に権限を移譲し、そして住民参加も図られつつある。地方分権は分権そのものが目的ではなく住民自治が最終目的である。そのため分権型社会ではそれを支える条件は住民の参画であり、住民に役割を求めている。すなわち、これは公私協働とい



うことで表現されており、2001（平成13）年の地方分権推進委員会の最終報告では、公私協働の仕組みを構築していくことが強く求められている。

では、そもそも協働とは一体どのようなことなのだろうか。

## 2）協働とは

自治体との関係において住民には、①主人としての住民（市民住民）、②客体としての住民（対象住民）、③公務者としての住民（公務住民）の3つの側面があるとされている<sup>11)</sup>。第1の「市民住民」とは、自治体の統制者としての住民、第2の「対象住民」とは、公共サービスを受けたり、負担・規制を要求される客体としての住民、第3の「公務住民」とは、公共サービスの提供を担う公務者としての住民であるとされる<sup>12)</sup>。

一方、先に述べた住民自治の実現を促す条件である住民参画とは、自治体の政策過程に関わる意思形成や合意形成に主体的に参加することである。参加とは、広義には「他の人々とともに特定の活動に加わる行為と表すことができる」<sup>13)</sup>とされている。

行政への参加方式としては、〇〇協議会や〇〇委員会に対する住民代表の参加、市民会議、シンポジウムへの参加、首長との懇談会や首長への手紙、モニター制度、アンケートを通しての参加などがあるが、これらのイニシアティブは行政側の方が多い。この参加は対象住民、市民住民の立場で行政の意思決定に参加することを意味する。このような参加は、意思決定に参加はしても行政主導型で、しかもサービス提供の実働に参加することはできないという課題がある。そのため、行政職員の支援を受けなくても積極的に意思決定に参加するとともに、直接公共サービスの提供を担う公務者としての住民でなければならない。すなわちこれが協働である。羽貝正美は「一般的には、政策の執行過程を念頭に、多様な地域課題の解決やより質の高い公共サービスの実現を目的とする、住民を構成メンバーとする自主的・自発的さまざまな活動主体をはじめ、広く「民」と行政との対等な立場での協力関係」<sup>14)</sup>と定義づけている。

では、次に保健医療における協働について考える。

### 3) 保健医療における協働

これまでの保健医療行政における自治体と住民との関係をみると、上記②客体としての対象住民であったといえる。特に保健所と住民との関係は戦前からの中央集権体制を引継ぎ、専門家主導の集团的・画一的なサービスを提供してきており、また、市町村でも行政主導型で住民組織を育成してきているのが殆どである。

今回の医療制度改革では、後期高齢者の医療保険に対する現役世代の支援金を最大で±10%の範囲内で加算減算する措置を講じることになっている。これは、各保険者の特定健康診査の受診率、特定保健指導の実施率、生活習慣病有病者、予備軍の減少率の3つの評価指標から算定される仕組みとなっている。つまり、「保険料」によって「努力」を評価することになる。しかし、生活習慣病という特性から行政が定めた一定の枠にはめるという行政主導型で、しかも単に生物医学的に原因を除去して疾病の減少率を図るという医学モデルでのアプローチでは限界がある。住民自身が予防して、早期発見・治療していくためには、まず、自分たちの生活の実態をみつめ、生活の場からの問題提起が必要である。

したがって、これまでの対象住民ではなく公務者としての住民（公務住民）でなくてはならない。これまで地域をクライアントとして位置づけてきた保健活動は、パートナーとしてのコミュニティ<sup>15)</sup>、という概念の上に立って、生活習慣病予防のためのアセスメント、分析、計画立案、実施、評価に転換していかなければならない。生活習慣病予防の目的を本来のQOLの確保・向上に据えると、例えば、現在、都道府県に策定が義務付けられている保健医療計画と市町村の努力義務である健康増進計画を一体化した保健医療計画を市町村において様々な組織や関係団体と協働で策定できるといったように転換されなければならない。このことについては第2報で詳細を述べる。

なお、住民が実際に自治体と関係をもつ時には、通常は組織（網）化され

ることが必要である<sup>16)</sup>。そのため、住民活動は住民団体の活動とされる。

しかし、協働は自然には起こりえず、その形成要因を検討しなければならない。まず、協働を促す1番多いタイプとしては、行政がNPO等の活動団体を支援したり、資金や資源を寄付、あるいは補助、助成する場合である。2番目には、行政の役割を補完する委託という場合で行政と活動団体が委託契約を結んで行う場合である。3番目には、生活習慣病の予防啓発事業のようなイベント等を行政と活動団体が事業の共同実施主体となって行う場合である。このなかで、委託は自治体の活動を補完するもので行政主導型になりやすく、活動団体の自主性の発揮には制限が加えられることになる。一方、補助制度や助成制度については、企画提案を広く公募したりする自治体も増加傾向にあり、条例制定等が進められてきている。これらは、活動団体のイニシアチブを重視した取り組みで、行政と対等な関係のもとでの活動になることが期待される。ただ、いずれにおいても、協働を形成するためには、活動を支援する体制及び財源的支援、さらにはその裏付けとなる条例制定等が必要になってくる。そして、協働の相手方となる住民団体の活動がなくてはならない。その住民団体の組織活動は、ソーシャル・キャピタル・インデックスの指標でもあり、これらの指標と高齢者就業率の相関は高く、高齢者の就業率が高いところは老人医療費が低いという結果が出ている<sup>17)</sup>。

ソーシャル・キャピタルは、人々の強い信頼関係、互酬と呼ばれる相互扶助の慣行、密度の高い人的ネットワークといった、人々の協力関係を促し、社会を円滑・効率的に機能させる諸要素の集合体を意味し、コミュニティをうまく運営するための潤滑油、あるいは触媒のような諸要素でもある<sup>18)</sup>。豊かなソーシャル・キャピタルは、失業率の低下や、起業の促進、地域経済の活性化といった経済効果だけでなく、犯罪の発生を抑制し、出生率を高め、平均余命を延ばすといったことが指摘されている<sup>19)</sup>。

ソーシャル・キャピタルは民主化の方策であり、民と民との協働は、先にも述べたように、賢い市民を生み出して、利己主義ではなく地域社会全体のことを考えるようになり、そして行政依存から脱皮させることになる。

わが国には、伝統的な自治会や町内会など行政と住民のパイプ役的な組織や婦人会、老人会等の地縁組織がある。これは、結合型（bonding）であり内部における人と人との同質的な結びつきで、内部で信頼や協力、結束を生むものである。近年は、この結合型の弱体化が進み危機的状況にあるといえる。

一方、健康づくり推進グループや食生活改善グループ、あるいは子育て支援のNPOや運動指導のNPOなど、同じ目的を有する者の組織化や団体等があり、これは橋渡し型（bridging）といわれ、近年増加してきており、コミュニティの再生のためには重要な役割を果たしていると示唆されている。

ただ、これらの組織は個々に活動しており、それぞれが連携しネットワークを作って地域全体の問題に対応するまでには至っていない。その理由としては、これまでの住民活動団体と行政部局との関係が相互依存の垂直的關係であった<sup>20)</sup>ことがあげられる。例えば健康づくり推進協議会は保健衛生担当課関連の事業のみを実施するというように一定の枠内での下請け的な役割であった。しかし、QOLの確保・向上を目指して生活習慣病を予防するためには、住民自らが全ライフステージを通して予防していく必要があり、その予防のための環境づくりが重要である。つまり、保健衛生部局のみならず、教育、労働、福祉、環境等の多様な部署で取り込まなくてはならない。したがって保健医療提供体制の再構築のためには、多様な組織がそれぞれ個々の活動を行うとともに組織同士が連携しての横断的な取り組みが必要で、すなわち、民と民の協働を身につけていく方策が求められることになる。

協働のために行政と対等に議論しようとするならば、住民の側に住民相互の調整能力・創造能力が働くような仕組みが必要で、住民自身が積極的に調整に乗り出して主人公としての役割を果たさなくてはならないことが指摘されており、協働は前提として住民の側に水平的調整能力を求めている。このことは、住民相互による積極的な水平的調整が可能となり得るように、行政がどのように支援努力したかが、行政のアカウンタビリティとして問われていることになる<sup>21)</sup>。

ソーシャル・キャピタルは公共的な触媒とインセンティブがなければ育っていかないことが指摘されており<sup>22)</sup>、市町村の支援努力が鍵となる。

したがって、生活習慣病予防のために住民と協働していくにはコミュニティ政策が鍵であり、そのなかでも住民同士の水平的調整能力の確保が重要になってくるといえる。

### 第三章 生活習慣病予防のための保健医療提供体制の現状

#### 1 地域保健行政の現状と課題

##### 1) 地域保健における都道府県と保健所

地域保健の公的サービスは大きく3つに類型化される。まず、人口動態や各種計画策定等、住民からはあまり見えない行政機関的な役割、2つめは危機管理のようなもので、食中毒、感染症への対応あるいはそれを予防し住民の安全を守るための食品監視や医事監視のようなもの、3つ目は対人保健サービスである。このなかで、まえ2つは公的機関の責務であり、予防接種の実施を除いてほとんど都道府県の業務に位置づけられている。医療提供体制の確保のためには、医療機関に対する指導・監督等（開設許可、管理者の監督義務、立ち入り検査、開設許可の取り消し）、地域医療支援病院に対する指導・監督、医療圏の設定・基準病床数の策定等医療計画の策定（医療法第30条の4）、医療計画の達成を推進するための必要な措置、医療関係資格の免許申請の受理等、医療関係者の処分に係る聴聞等が都道府県に義務付けられている。一方、市町村には国民健康保健事業の運営（国民健康保健法第3条第1項）と国民健康保健運営協議会の設置（同法第11条）が義務付けられている。

都道府県に義務付けられているもののなかで、医療圏の設定と基準病床数の策定および医療関係者の処分に係る聴聞を除いては保健所長に権限が委任されており、保健所で実施されることになる。なお、本稿で論じる保健所は都道府県の保健所である。

保健医療提供体制に最も重要な役割を果たすのは医療計画であり、これ

は、「当該都道府県における医療提供体制の確保を図るため」の計画であるとされており、医療提供体制の整備と病床を規制するという両方の性格を併せ持つものである。医療計画は、医療圏を地理的単位とした1次から3次まで設定することとされており、医療ニーズが大きい医療をプライマリ・ケア、反対にニーズが小さい医療を3次医療として両者の中間でひととおりの医療を2次医療とし、そしてニーズの大きさに対応して計画の圏域を1次は狭く、3次は広くそれぞれ設定している<sup>23)</sup>。

ただ、この2次医療圏の設定は生活圏に必ずしも対応しておらず、責任と権限も明確でないという指摘がされている<sup>24)</sup>。一方、市町村合併がすすみ1次医療圏の範囲が広がっており、1次と2次医療圏の境界線が接近あるいは消失しつつある。また、近年は交通アクセスも整備されて生活圏の範囲は拡大している。そのためこれまでは、医療計画を2次医療圏ごとに策定していたが、2006（平成18）年の第5次医療法改正では、2次医療圏ごとの地域保健医療計画は必ずしも必要でなく、都道府県の判断に委ねられることになった。したがって、現在、保健所は概ね2次医療圏に1ヶ所とされているものの、保健所の機能に照らし合わせての設置を検討する必要がある。

「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年厚生省告示第374号）の「第二 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」では、保健所の業務として、地域の医師会の協力のもとに医療機関との連携を図ること、医療計画策定に関与すること等が記載されている。そこで一昨年の7月に厚生労働省から医療計画の作成及び推進における保健所の役割についての通知文が出されている（平成19年7月20日、健総発大0720001号）。そのなかで、保健所に求められる役割として、①情報の収集、整理および活用の推進、②地域における健康危機の拠点としての機能強化、③企画および調整の機能の強化、とされている。しかしながら、実際、情報の収集、整理および活用の推進にあたっては、保健所が、経由事務となっている保健統計（患者調査、衛生行政報告、病院報告等の医事統計・医療関連報告）を活用して分析し、事業化まで利用している割合をみると、保健所

全体の2～4割程度に止まっている。そして、国の求める機能水準に達している保健所の割合も同程度と考えられるということが指摘されている<sup>25)</sup>。また、介護保険事業や国民健康保険事業のデータ活用も低調となっており、予防のための保健計画分野における健康課題の抽出機能について課題があることが示唆されている。

さらに、医療情報提供機能についても、ほとんど経由事務・入力で終わっており、医療安全でも、医療相談、医療事故・院内感染情報を利用している割合はいずれも保健所全体の1～2割程度であり、保健所の入手できる医療関連情報が地域に還元されているとは言い難い状況が報告されている。この要因の一つは、医療関連情報を含む保健統計活用の業務としての目的・位置づけが曖昧であり、データを活用するという認識が低いためと推察される<sup>26)</sup>、とされている。

保健医療情報を収集し健康課題を抽出して予防のための施策を講じていく機能や個別の医療情報を医療機関の機能分担と連携に活用していくことは、地域保健法で保健所に位置づけられている機能である。また、このことは、保健所の市町村に対する後方支援機能でもあり、機能強化が求められているものである。しかし、1997（平成9）年の地域保健法全面施行後は、保健所数が706ヶ所から平成19年4月1日現在では518ヶ所へと減少しており<sup>27)</sup>、行政改革のもとで集約化が進み、かえって機能低下を招いていることと併せて、国への経由事務や許認可といった行政機関化への傾向が顕著となってきたものと推察される。そのため医療圏を見直すとともに、予防のための保健所の機能を明確化し、それに基づいた業務を検討する必要がある。

## 2）地域保健における市町村と保険者

地域保健の公的サービスのなかで3つ目の対人保健サービスは、歴史的に成人病時代までは保健所が主体となって担い、老人保健法が施行されてからはその主体が市町村へと移り、さらに地域保健法によって身近な保健サービスは市町村に一元化された。



現在、市町村は、地域保健対策各法（母子保健法、健康増進法、栄養改善法、予防接種法）に基づき保健サービスの提供主体としての役割と医療保険者としての役割が求められている。

保健サービスについては、今後アウトソーシング化の傾向が高まることが予想される。したがって保健サービスの提供機関が混在することになり、市町村も保健所と同様に直接的なサービスの担い手から、計画策定や評価及びサービスの質の管理、他機関との連携・調整などが求められるようになってきていると考えられる。

一方、医療保険者としては、従来の医療提供者、被保険者との契約者のみならず特定健康診査と特定保健指導を実施する予防給付の主体としての役割が求められている。その予防給付のあり方が保険料に反映されることとなり、さらにライフステージ全般を通しての地域保健対策にも影響を及ぼしてくることになる。つまり、保険者に義務付けられるハイリスク者や個別指導対象者の情報を地域全体での予防対策のために活用し、効果をあげることによって後期高齢者の医療保険への支援金が減額され、ひいては保険料の減額にもつながってくることになる。そのため、市町村における情報の共有化や協議の場が必要であるものの、現在は健康づくり推進協議会や母子保健連絡協議会など個別の協議の場となっておりライフステージ全般を通しての協議の場にまでは至っていない。また、縦割り行政のなかで庁内での連携体制の課題もあり市町村の企画・調整機能を高めていくための方策について検討する必要がある。

さらに、特定健康診査や特定保健指導を効果的に実施するためには、レセプト情報を有効に活用する必要があり、その情報を収集・分析・提供できる能力が求められる。しかし、現在、保険者は事後的な費用の支払いにおいて医療サービスの需給に関与しているのみで、レセプト情報から予防対策を講じていくまでには至っていない市町村が多い。その理由の一つとしては保健医療に関する専門的知識を有する人材が担当部署に配属されていないということがあげられ、市町村における保健師等の配属や専門スタッフの活用が課



題といえる。ただ、健康指標や様々な情報の活用においては、市町村の収集情報の分析・加工などの処理や比較のための基本的なスキルの必要性も指摘されており、健康増進計画の策定や評価にも影響していることが報告されている<sup>28)</sup>。

### 3) 市町村合併後の新たな課題

市町村数は、1999年末の3,232から2006年4月1日には1,820にまで減少している。まだ合併は進行中であるが、今後合併する市町村への提言として「合併の機会を活かした保健活動の推進」「必要なマンパワーの確保」「住民参加の推進」「関係機関との連携の推進」「行政組織内のネットワーク強化」「保健担当職員の効果的配置」「保健衛生担当職員の能力開発」が挙げられている<sup>29)</sup>。特に住民参加の推進では、実態調査において、住民組織を活性化して、合併後も主体的に活動できるようにすることの重要性を高く回答した者が多かったという結果がでている。このことは、今後公共サービスの多元化が求められ、これらの住民活動が保健サービスの提供主体として活動できるようにすることを重要視しているものである。そして、関係機関との連携の推進では、保健・医療・福祉の連携など関連する部署との連携は重要であるが、さらにまちづくりの観点からの連携も不可避となることが指摘されている。

しかし、合併に伴い住民組織活動の後退を余儀なくされている市町村も多く、財政基盤の安定化が図られるなど団体自治の強化は図られたが、住民自治は後退の危機に瀕している。

そしてもう一つ、「保健担当職員の効果的配置」の提言では「実態調査によると、保健師等の分散配置によって保健事業に支障を来したりという状況がみられた。また、分散配置によって、研修会に参加できる機会が減少し、OJT（On the Job Training）が難しくなったなどの指摘があった」としている。

これらは、住民にとって保健サービスの選択肢が制限されるようになるこ

と併せて専門職の能力開発の機会が減少し専門家の育成が困難になってきているということを危惧するものである。したがって住民のニーズに的確に対応できる人材が不足してくるという問題につながることになる。

## 2 生活習慣病予防の現状と課題

### 1) ライフステージからみた保健サービスの不連続性

ライフステージに対応する現在の保健サービスをみると、就学前までは母子保健法、学童から大学までは学校保健法、労働者は労働安全衛生法、被保険者の40歳以上は高齢者の医療の確保に関する法律、それ以外の地域住民は健康増進法でカバーされるようになっている。

しかし、母子保健法には生活習慣病予防の保健サービスは含まれていない。そして高齢者の医療の確保に関する法律第20条で昨年度から保険者に義務付けられた特定健康診査は、40歳以上の加入者が対象となっている。そのため、学校終了後から40歳未満までの事業所以外で働く人々、即ち自営業や専業主婦といった人々に適用される制度はなく自費で健診や人間ドッグ等を受診せざるを得ない状況となっている。20歳代の運動不足や、20～30歳代の飲酒、食生活、喫煙習慣などは40歳以降に出現する生活習慣病の原因になるものであり、生活習慣が大きく変化し定着する20～30歳代は特に重要な時期である。そのため、健康増進法第3条に基づき市町村が普及啓発の役割を担うことになるが、この年代は多忙で、しかも健康意識は低いため、健康診断の受診率や相談等への参加率は低い。

一方、昨年4月に出された「標準的な健診保健指導プログラム（確定版）」では、保健指導の対象者の選定方法にあたっては、比較的若い65歳未満に生活習慣病の改善を行った方が予防効果を期待できるとされており、65歳以上の人に対しては積極的な保健指導は必要でないとしている。これは、65歳以上は介護保険法における介護予防事業に該当するためである。しかし、介護予防事業は転倒や寝たきり防止などの要介護状態になるのを予防するもので、そもそも生活習慣病予防対策を主目的としたものではない。医療費を分

析すると、65歳以上の高齢者にあつては糖尿病の悪化から人工透析に至る患者が増加傾向にある。これは、高齢になつても積極的介入の重要性を示唆するものであり、65歳という年齢で保健サービスを制限することのデメリットは大きいといえる。

生活習慣病の予防は全ライフステージを通して実施されなければならないが、現在の保健サービスの提供体制ではすべてをカバーできる体制になっていない。

## 2) 保健サービスにおける特定健康診査・特定保健指導の分離

予防はこれまで、「自分の健康は自分で守る」というスローガンのもとに健康の自己責任を原則とした予防対策で、専門家が禁酒、禁煙、減塩指導など禁止と強制を押し付けてきたきらいがある。しかし、生活習慣病の予防ではQOLの確保・向上という観点から、単に二次予防である健診を受けて異常を発見するだけではなく、現状維持や悪化防止も含めて自己の健康状態を把握し自己管理能力を高めていかななくてはならない。

また、生活習慣病の予防は生物医学的要因のみならず社会経済要因や環境要因を考慮した予防が必要とされる。例えば低所得や低学歴、低い職業階層など低い社会経済状態の者ほど運動不足やカロリーの取りすぎの結果である肥満や喫煙など好ましくないライフスタイルがみられること、また、低所得者ほどソーシャルサポートの授受が少ない者が多く、さらに教育年数が短いほど健診未受診者が多いという結果も報告されている<sup>30)</sup>。

そのため、これまでは市町村において一次予防から二次予防を通した活動や二次予防から一次予防へとフィードバックしての保健指導、あるいは生活背景や地域特性を踏まえての健康診断結果の分析等が可能であった。しかし平成20年度からの特定健康診査と特定保健指導は、医療保険者の責務として医療保険の中に組み込まれ、これまで市町村で提供していた一次予防サービスと分離されたことになる。

### 3 地域におけるプライマリ・ケアとプライマリ・ヘルス・ケア

プライマリ・ケアの概念は、「患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家庭および地域という枠組みの中で責任を持って診療する臨床医によって提供される総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである」<sup>31)</sup>とされる。

一方、プライマリ・ヘルス・ケアについては「地域に生活する個人・家族に広く受け入れられ、全員参加で地域や国の限られた資源を有効に使う活動である。国のヘルス・ケア・システムに必須の核となる部分であり、地域の社会的経済的発展に寄与するものである」<sup>32)</sup>とされる。プライマリ・ヘルス・ケアには、医療（二次・三次予防）だけではなく、一次予防である予防接種、健康教育等も含まれ、これらは市町村や地域の医師会などと共同で計画的に行われることが多い<sup>33)</sup>。

ここでは、まずプライマリ・ケア提供体制の現状について述べ、次に保健医療情報とプライマリ・ヘルス・ケアに関する現状を述べる。

#### 1) プライマリ・ケア提供体制の現状

我が国の医療提供体制の特徴は、自由開業医制とフリーアクセスにあり、歴史的に開業医が有床診療所から病院へと経営を拡大するケースが多かったため、日本の医療機関は独自性に欠けることが指摘され<sup>34)</sup>、診療所も含め病院機能が明確化される仕組みになっていない。そのため、検査から治療までカバーできる大病院を選択し、長時間待ちで短い診療時間や医師の説明が不十分などといった不満が生じる結果になっている。

QOLの確保・向上を目指して生活習慣病を予防していくためには、身近なところで相談ができる医療機関が重要になってくる。つまり、プライマリ・ケアが確保されることである。プライマリ・ケアを担うかかりつけ医の存在が重要で、実際かかりつけ医がいると患者の医療の満足度が高いという結果が出ている<sup>35)</sup>。

プライマリ・ケアの機能としては、①近接性（容易に受療できる）、②包

括性（予防からリハビリまでの全科的・全人的医療）、③協調性（専門医との連携や社会資源の活用を図る）、④継続性（健康な時も病気の時も一生を通じた対応をする）、⑤責任制（医療内容を見直し患者に十分説明する）、とされている。<sup>36)</sup>

そのプライマリ・ケアを提供するのは住民に身近な診療所が中心的な役割を担うことになる。現在プライマリ・ケアの提供体制を確保していくのは、都道府県知事になっており、医療に関しては、医療法第30条の5で都道府県知事は医療計画の策定にあたっては必要に応じて市町村、その他に情報の提供を求めることができるということが規定されているのみで市町村に確保の責務はない。また、確保のために市町村の参加が十分に保障されているとはいえない。実際、医療計画策定当初は、市町村の医療関係者の間に、住民の日常生活を無視した機械的な医療圏の設定との批判も出たとされている。プライマリ・ケアの機能を発揮させるためには基礎的自治体である市町村の関与が必要である。地域保健と地域医療は車の両輪であり切り離すことはできない。そのため市町村における保健医療ネットワークを築く必要があるものの現行では限界があるといえる。

## 2) 保健医療情報とプライマリ・ヘルス・ケアの現状

保健医療に関しては専門職、特に医師の専門家支配といわれる<sup>37)</sup>。それは、医師に情報の優位性があることがその理由の一つにあげられる。そして医師には自律性と不確定性の2つの特徴があることが指摘されている<sup>38)</sup>。そのため官僚制では、利用者の訴えに対して開かれており、修正を受けやすいのに対し、専門家の業務遂行は客観的な専門能力と科学的真理を備えていることとされ、それゆえ外部者の訴えによって日常的に審査を受けたり変動を被ったりすることはないとされる<sup>39)</sup>。このような特質を持つ保健医療の構造であるため、競争原理の導入や第三者によるチェック機能制度化が必要となってくる。

そこで、2000（平成12）年の第3次医療法の改正により広告規制が緩和

され、さらに、2006（平成18）年の第5次医療法の改正で医療に関する選択の支援等で医療に関する情報の提供が規定された。これにより、都道府県は、医療に関する情報を住民が得やすくなるような施策を講じる必要があり、医療機関も正確かつ適切な情報の提供が求められることになった。また、病院等の広告規制が緩和され、治療内容のわかりやすい提示、医療機器に関する事項等、法令およびガイドラインにそって広告できることにもなった。したがって、これまでの情報の非対称性については、改善が図られてきており住民自治に向けて前進したといえる。しかし、住民は必要な情報をいつでもどこでも入手できないと保健医療の選択はできない。そのため、必要な情報を住民がいつでも入手できる体制に変えていかなくてはならない。

一方、行政が保有する情報においても、これまでは、住民に公開される内容に限界があった。ただ、行政が保有する情報に関しては、行政の説明責任と透明性を確保するための行政手続法（1993年）や情報公開法（1999年）が制定されている。

2004（平成16）年9月に厚生労働省『「医療計画の見直しに関する検討会」ワーキンググループ報告書』<sup>40)</sup>が提言していることの一つに、地域に参入する医療機関の診療内容等の情報が公開され、患者による選択が促進され、医療の質向上と効率化が図られる仕組みを整える必要があるとしている。

これを受けて、医療計画は患者にわかりやすくすることを第1の目的に掲げているが、医療従事者の間にさえも医療計画そのものが認知されていない状況にあり、医療計画制度そのものが住民のためでなく、行政のための計画であることが伺える。住民には、医療機関を選ぶ権利があり、そして、自由に自分の好きな病院に行くことができる。そのため、医療機器や専門医が揃いどんな病気でも対応できる大きな病院を選ぶという大病院志向があり、病院完結型を望んでいる。しかし、QOLの確保・向上を図るためには、地域完結型を目指した医療機能の分化、連携について住民が理解することが重要である。そこで医療計画の策定から評価までの過程を住民と協働で進めることが必要となってくるものの都道府県の医療計画では限界がある。

QOLの確保・向上を目指して公平で効率的な保健医療提供体制を構築していくためには人々が自分の健康への自助努力と必要に応じての医療の選択の術を住民自らが描いていく方策が求められてくることになる。

#### 4 戦略としての生活習慣病予防の現状

##### 1) ハイリスク・アプローチ主体戦略の限界

生活習慣病の予防にはハイリスク・アプローチとポピュレーション・アプローチがある。個人を対象とした行動をとる場合にはまずリスクの高い人たちを特定することになり、そのためには何らかの方法で、いわゆるスクリーニングで特別な注意を要する人たちをハイリスクグループとして正常者と区分することになる。ハイリスク・アプローチの大きな魅力は、介入が個人のニーズに適合し、患者にも助言者にも納得されうるものであるということである<sup>41)</sup>。

ハイリスク・ストラテジーの利点としてジェフリー・ローズは以下の4点をあげている<sup>42)</sup>。なお、ここではハイリスク・アプローチとハイリスク・ストラテジーは同義語として捉えた。

まず1番目に個人への適切な介入ができるということである。そして2番目には、ハイリスク・ストラテジーはすでに医療の考え方と組織の中で準備されているということ、3番目には、費用—効果分析の点で有効であること（高血圧や糖尿病を合併しているような人たちに焦点を合わせることによる）、といったことを指摘している。

一方、弱点としては、まず1番目に、予防が医療になるということ、つまり患者というラベリングが貼られること、2番目に、成功は単に一時的、臨時的なものであること、3番目に、予防戦略は行動として不十分であること、4番目に、各個人の将来を十分予測できないことが制約となっているということ、5番目に、達成の可能性と費用の問題を取り上げ、政策の評価は難しいこと、そして、最後に疾病の総合的管理への貢献はがっかりするほど少ないことを挙げている。



これに対してポピュレーション・ストラテジーの概念は、「健康日本21」の総論で紹介されており、公衆衛生活動における重要な戦略として位置づけられている。これは、前述したように一定以上のリスクを有する特定の人に対して、そのリスクを軽減しようとするハイリスク・ストラテジーに対して、集団全体に働きかけることによって、集団全体のリスクのレベルを下げて生活習慣病を予防しようとするものである。

ポピュレーション・ストラテジーの効力について、ジェフリー・ローズは以下の3点をあげている<sup>43)</sup>。

まず、革新的である。つまり、最初の医学的なアプローチは必要であるが、本質的な原因に向き合い、対処するのは、社会的そして政治的アプローチである。2番目に強力であること、集団全体を対象とした予防対策は1人1人にはわずかの利益しか与えられないが、その個人を足し合わせた集団全体に対しては驚くほど大きな利益をもたらすとしている。そして、3番目には適切さであるとしている。個人のライフスタイルや生活習慣は、社会的に条件づけられており、人々の行動の基準となるものや、その行動の後押しをする環境を全体的に考えていくほうがより適切としている。しかし、このポピュレーション・ストラテジーの限界と問題点として、果たしてすべての人に受け入れられるかという受容性の問題があること、また、実行できるかどうかの可能性、さらにコストと安全性を指摘している。

今回の医療制度改革では、メタボリックシンドローム該当者及び予備軍をターゲットとして絞り込み、集中的にケアして行動変容を促すというハイリスク・アプローチを推進するものとなっている。しかしながら、生活習慣病の予防ではその原因となる社会的・経済的・環境的要因に取り組まなければ生活習慣を変えて継続していくことは困難である。したがって、ハイリスク・アプローチを主体とした推進方策では地域全体の生活習慣病予防には限界がある。



## 2) 住民との協働の欠如

生活習慣病を予防していくには、自分の住んでいる地域の保健医療サービスを知ったうえで、そのサービスを有効に活用して日常生活の中に取り入れていく必要がある。したがって健康問題に関する課題分析や課題解決のための方策を検討し意思決定する場への住民参加が行われなければ実効性はない。しかし医療計画は保健医療という専門分野の計画であるため、これまでには保健医療推進協議会も専門家が中心で、しかも行政主導の協議会であるため形式化しており、住民自治の原点にたったものにはなっていないという現状が指摘できる。

保健医療推進協議会は、都道府県の条例に基づく審議会等の一つで行政機関から諮問を受けて意見を具申する機関である。最終的な責任は行政機関に存在することから、諮問機関は法的な責任を問われることはないとされている<sup>44)</sup>。保健医療推進協議会の委員は、学識経験者や医師会など保健医療関係団体の代表者及び住民団体の代表者等である。「審議会等については、既得権益を得ている関係者の利益を守るためや行政の隠れ蓑であるといった批判を受けて大規模な改革がおこなわれている。しかし、改革後も、行政官庁が審議会等の議論の枠組みや資料を用意することや、答申をまとめる段階で委員間のある程度の合意が必要となるといった事情は変わらないことから、偏った内容の結論を導くことへの懸念は、今なお残っている」<sup>45)</sup>。そのため、保健医療推進協議会および議事録は公開されることになっている。ただ、公開されてもその情報にアクセスし、パブリックコメントで計画策定に参加する人はかなり関心のある人か、保健医療に何らかの関係する人たちに限られる。したがって保健医療計画の策定、実施、評価といった過程への住民参加が保障されて、協働体制が確立されているというには程遠いといえる。

ヘルスプロモーション活動を推進するにあたっては、ヘルスプロモーションの責任を個人、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が、分かちもっており、それぞれの協働体制を求めている。そのため、現在の保健医療推進協議会を行政とのパートナーシップ型の組織に改編、推

進していく必要がある。しかし、都道府県全域をカバーするための都道府県レベルでの審議会では限界があり、生活習慣病の予防という日常生活に直結する計画は市町村レベルでの協働体制を検討する必要がある。

#### 第四章 プライマリ・ケアの先進事例分析

本章では、プライマリ・ケアの先進事例として、最初に保健師や病院が主導した長野県、次に自治体が主導した福岡県久山町、そして最後に住民が主導した熊本県御船町を取り上げる。

##### 1 保健師や病院が主導した長野県

長野県は、男性の平均寿命が78.90年と第1位で女性は85.31年で第4位（平成12年都道府県別生命表）となっている長寿県である。しかし老人医療費は全国で一番低い。長野県はプライマリ・ヘルスケアを推進してプライマリ・ケアを確保してきたという歴史的背景がある。そこで、その基盤を築き促進してきたとされる保健師の保健活動と佐久総合病院および諏訪中央病院の取り組みについて検証する。

##### 1) 保健師主導によるプライマリ・ケア

1958（昭和33）年4月には須坂市全域に保健補導員制度が設置されている。保健補導員の活動は学習と実践活動で、学習活動としては行政が企画して保健師や医師等の専門家が指導を行い、さらにその後は保健補導員会自らが企画する学習会に参加することによって自分たちの役割を自覚していく、ただ、保健師の応援はあるもののかかなり専門的な学習をしなくてはならない<sup>46)</sup>、といわれている。実践活動としては、現在、生活習慣病予防の知識の普及、健康教育・健康相談活動への協力、健康診断の広報や申し込みの取りまとめ等の協力を行っている。また、乳児健診は補導員自らが企画し、保健師を活用するというようになってきており、そして、自分たちで課題を見出し、内容によっては各種団体と連携を図りながら、例えば公民館や民生委員、

食生活改善推進委員等と連携して、一人暮らし高齢者の支援活動を実施する等、多岐にわたっている。この補導員制度は連絡協議会という住民組織に発展し、昭和60年には県レベルの長野県保健補導員等連絡協議会の発足に至っており、住民の間に健康意識を根付かせるのに大きな役割を果たしているとされる<sup>47)</sup>。

研修会は座談会方式で行い、「保健補導員が必ず意見を言うことが大事です。そうすると、最初から自分が主役という気になり、自分自身の存在感を感じるようになるのです。最初は黙っている人も2年間の間に変わります」<sup>48)</sup>と小林澄子保健師は述べている。毎月の研修会は、保健補導員自身が自分で考え発言する力をつける場となっており、そのプロセスが個人のエンパワーメントの機会になっているといえる。

このような活動は、保健師が医師等の専門家と協力して、ヘルスプロモーションにおける個人技能の向上を目指し、それに併せて同じ仲間同士あるいは近隣の人々と一緒になって地域活動を強化し、さらにその取り組みを支える周囲の人達や関係機関に対する環境づくり、すなわちコミュニティ・エンパワーメントを進めていったケースといえる。

一方、もう一つの特徴は、保健師の保健活動にあるとされる。一般的に健診を受けていれば早期に発見できて医療費の抑制につながる。しかし、長野県の健診受診率は全国中位であり、それほど高くはない。長野県は人口10万対の保健師数が多いということもあるがこれを超える質の高さと活発な活動が伝統になっている<sup>49)</sup>。健診の機会を利用しての健康に対する普及啓発活動や、健診後の結果説明会および再検査の勧奨、生活指導等といった徹底したフォローが行われており、住民の自己管理能力を高めているとされている。さらに、健診時の保健師による問診の重視、訪問指導・訪問活動にも力を入れており、有線放送やCATVを利用した健康教育を行っている市町村も指摘されている。すなわち個人の自己管理能力の向上を目指して、あらゆる機会を利用しての普及啓発活動と、一次予防を重視したポピュレーション・アプローチが徹底的に行われているケースといえる。

## 2) 病院主導によるプライマリ・ケア

1945（昭和20）年に佐久総合病院に着任した医師が、当時は開腹手術ができる施設はなかったため、医学書を片手に帝王切開から乳がんまで、ありとあらゆる手術をこなして、患者を救い、住民の信頼を得たとされる。そして1959（昭和34）年に佐久総合病院の地域医療・保健活動の原点ともいべき旧八千穂村（現佐久穂町）役場と連携しての定期的な健康診断「全村健康管理活動」を開始している。村民には健康手帳が手渡され、自分自身の健康を管理する意識が醸成されたとされている。この健康診断の結果を村と病院が管理することで、村全体の健康状態を把握できるようになったのである。

健康推進、医療費減少の結果から1973（昭和48）年には長野県厚生連健康管理センターが併設され、年間10万人余の県下全域にわたる集団健康スクリーニング活動となり、長野県下の11の厚生連病院と同一の方式で相互に連携をとりながら、地域の要望に応えた巡回方式をとっていること、企画・実施・事後の取り組みまで自治体、農協をはじめとする各機関、住民組織との協力協同を基本として予防は治療に勝ることを実証してきたとされる<sup>50)</sup>。また、一次医療圏内に分院を核として1付属診療所、そして5ヶ所の国保診療所へ医師を派遣して医療連携システムが構築されており。他に老健2、在宅介護支援センター2、訪問看護ステーション5を運営し面としての地域医療ネットワークが形成されている<sup>51)</sup>。

一方、佐久総合病院に次いで1950（昭和25）年には、茅野市に「ちの里国保直営病院」として諏訪中央病院が開設されている。現在は茅野市及び隣接する原村・諏訪市の出資による一部事務組合として運営されている、362床、職員数526名（平成19年4月1日現在）の病院である<sup>52)</sup>。諏訪中央病院も積極的に地域医療に取り組んできた経緯があり、地域に開かれた病院として地域住民との交流を図り、急性期から、療養期、リハビリ期、在宅という一貫した対応が可能な病院である<sup>53)</sup>。そして、この病院も平均在院日数が短い。国民健康保険という国保直営の病院であるため、地域が不健康で病人が

たくさんいて病院が栄えるよりも、多少の赤字が出ようと地域が健康であることを第1に考えてきたとされる<sup>54)</sup>。しかし、病院は黒字経営が続き、低医療費の実現によって市の国保税は1990年と1991年の2回、1世帯当たり約6,000円の減額が行われている<sup>55)</sup>。昭和58年から病院内で一般住民の要望を取り入れた勉強会が開催されており、健康問題を中心に多様なテーマで開催され、住民と相互の信頼関係を築いているとされている。また、病院には、病院の受付や布製品の縫製など多様な活動を行うボランティアグループを受け入れており、様々な分野で病院の担い手にもなっているとされる。そして、保健補導員はここでも病院のボランティアとして活躍し、地域でも中心的な役割を担って健康な地域づくり活動を行っている。

## 2 自治体が主導した久山町

久山町は福岡市の東約13kmの都市近郊型農村で人口約8,000人の町で、同町が有名なのは、「久山方式」と呼ばれる独特の健康管理システムをとっていることである。これは、1961（昭和36）年から始められ、当時風土病といわれた脳卒中を何とか克服しようとして、九州大学との連携で定期的な検診、追跡調査、死亡した人の病理解剖を行って、ヘルス・チェックシステムを行うことで成果をあげてきたとされているものである。

久山町成人病検診発足の経緯としては、健診40周年のあゆみのなかで、初代町長である江口浩平氏著の「久山町成人病検診発足之記」に以下のように記されている（本文より一部抜粋<sup>56)</sup>）。「1961（昭和36）年当時、久山町民の寿命を調査したところ当時の詳細なデータは九州大学に寄贈しているので手元にはないものの、当時の死亡原因で多かったのが肺結核、脳卒中、がんであった。このとき、肺結核については、当時毎年行われていた結核検診に任せることにしたが、他の病気については措置に困っていたところ、九州大学第2内科から脳卒中発症についての研究指定町を久山町に依頼することについて、その橋渡しを福岡県衛生部長から粕谷保健所長に依頼され 保健所長が仲介役として持ちかけた」という経緯であったとされている。

このような経緯で始められた久山町の成人病検診、追跡調査、病理解剖検査等は、現在も続けられており、そのなかの生活習慣病健診は5年ごとに一斉健診と称され、40歳以上の全住民を対象にして実施されている。この健診は、企業での事業所健診や他の健診を受診した人も対象としているのが特徴である。

このように発足当初は自治体が主導してのトップダウン方式での健康管理システムであったが、現在では住民個々人の健康管理能力を高め、生活習慣病予防へとつながっている。その要因として考えられることは、住民の死亡原因から健康状態を明らかにして住民のニーズを把握し、実態把握に基づいた施策であったためであろう。これは長野県でも同様であるが、長野県との違いは自治体のトップである町長が主体となって行ったということである。そのため、九州大学からの依頼に対する意思決定を迅速に行うことができ、また、議会の承認を得ることが可能だったといえる。そして、当時は医療ニーズが高く、二次予防である異常の早期発見・早期治療の時期であったことから、九州大学の依頼はタイムリーであったといえる。

当初はトップダウンでスタートした健診等が、現在も継続されており、そして成果をあげているのは住民にメリットがあるためといえる。その一番のメリットとしてあげられるのは九州大学の医師の役割であると思われる。住民のなかでかかりつけ医を有している者は日頃のかかりつけ医に相談、あるいは指導を受けたりしているが、健診の受診時やその後の追跡調査時には九州大学の医師にも相談や指導を受けることができるため、かかりつけ医以外にもセカンドオピニオンとしての意見がもらえることになり、自己管理に役立つということになる。一方、かかりつけ医がいない場合には、九州大学の医師はかかりつけ医の機能を果たしていると考えられる。個人のデータについては個人に帰されており、それをもとに個人が日常生活上の注意点等を気軽に九州大学の医師に相談できることから、一人ひとりが自分の健康問題を考えることができ専門家を有効に活用しての自己管理能力の向上が図られていると思われる。しかし、久山町の2004年の医療費は入院・入院外とも

福岡県平均を上回っている<sup>57)</sup>。その理由としては、住民の医療機関依存の傾向を助長している可能性も否定できない。

### 3 住民が主導した御船町

御船町の特徴は、町立の医療機関はなく、大きな総合病院がないにも関わらず難病患者の在宅ケア体制が構築されていることがまずあげられる。そのような体制作りができたのは、住民自身が自分たちの思いを発信し、行政を動かしたということが大きな要因となっている。

御船町では、医療依存度の高い難病患者に対して日頃はホームドクターが往診を行い、そして、定期的に専門の医療機関がバックアップを行い、また訪問看護やホームヘルプサービス、緊急時に対応するために消防署や電力会社（停電時）が連携しながらケアを行うという体制が約10年前から確立されている。医療依存度の高い難病患者の在宅ケア体制を構築するにあっては、本人と家族の強い意志のもとで保健所がその調整を行ったとされており、また町外の専門の医師やかかりつけ医、訪問看護師、ホームヘルパー等といった人たちが頻繁に集まって会議を行っている。当初は、家族の負担が大きく、家族は仕事を辞めて介護に専念ということもあったが、現在は、ボランティアや他の障害者団体との交流も深められ、患者も家族もそれぞれが目標を持ちながら生活するまでに至っている。

そもそもこのような体制ができるまでに至った背景としては、当初、保健所が関係機関等をコーディネートしたということはあったものの、住民同士の支え合いが素地となっていることがあげられる。御船町では、1977（昭和52）年から「でこぼこ会」という住民が発起人となって障害者の自主組織を結成し、発起人の自宅を悩みや相談の場にして活動していた。身体障害や知的障害の子どもを持つ親や当事者が集まって交流し、そのなかに難病患者も入ってくるようになってきて、それぞれがセルフケア能力を高めていったとされる。この活動に対して、御船町の社会教育課は、家庭学級という事業のもとで予算を流しバックアップしていつている。そしてこの「でこぼこ会」



を皮切りに、その後は「でこぼこ文庫」という読書ボランティアに発展したり、「でこぼこ作業所」という知的障害青年の作業所を開所したりと、活動の範囲を広げていっている。また、他にも「フネッピークラブ」という障害児親の会の結成や、「くものこ会」という乳幼児とその親の会などさまざまな自主組織が結成されて、活発な住民組織活動が行なわれている。

このような、仲間同士の交流は自分たちの気持ちを発言する機会となり、自分たちで解決の方策を見出していききっかけとなつて、相互援助を通してお互いの問題を改善するというセルフ・ヘルプ・グループへ発展していったといえる。セルフ・ヘルプ・グループは相互援助を通してグループの問題を改善し、より効果的な生き方を求めていくことにあり、自己変革あるは社会変革という共通目的が設定されていること<sup>58)</sup>である。その結果、さらに、他の障害者等に対するボランティアとしても支えあう体制づくりへと発展し、それが行政を動かしプライマリ・ケアが確保されるに至ったと考えられる。

ただ御船町ではこのように住民が主体的に活発な活動を行っているにも関わらず、町の医療費をみると、2004年の老人医療費（入院外）は熊本県平均を上回っている状況である<sup>59)</sup>。

## 第V章 生活習慣病予防のための保健医療提供体制の課題

保健医療提供体制の現状と先進事例をヘルスプロモーションと住民自治の視座を入れて分析したからこそ見えてきた課題を列挙して第1報の結びとする。

### 1 保健医療提供体制の現状からみた課題

まず1番目の課題としては、現在、医療法第30条の4で都道府県に義務付けられている医療計画策定の限界があげられる。

生活習慣病の予防のためには、地方分権下での地域住民の主体的参加を基本原則とするプライマリ・ヘルス・ケアを推進して、プライマリ・ケアを確保するプロセスが重要となってくる。そのため住民に一番身近な自治体、つ



まり市町村での保健医療提供体制の構築が最も重要である。

2 番目に、現在、保健サービスの提供体制の確保は市町村で、医療サービスの提供体制の確保は都道府県となっており、必ずしも住民の視点にたったものとはなり得ていないことがあげられる。生活習慣病の予防において効率的な医療を確保するにはプライマリ・ケアの確保が重要で、しかも保健サービスと一体的に確保していく必要がある。現在、保健サービスについては地域保健法において市町村で一元的に実施されることとされている。しかし、医療提供体制の確保については市町村に責務はなく、国民健康保険事業の運営（国民健康保険法第3条第1項）と国民健康保険運営協議会の設置（同法第11条）が義務付けられているのみとなっている。

3 番目に、市町村合併に伴い団体自治の強化が図られた反面、住民自治は後退の危機に瀕しており、併せて保健担当職員の能力開発の機会が減少しているということがあげられる。

4 番目に、現在の保健サービスはライフステージで分断され、全ライフステージを通して生活習慣病を予防する体制にはなり得ていないことがあげられる。また、健康づくりの一次予防は市町村で、異常の早期発見・早期治療という特定健康診査・特定保健指導の二次予防サービスは医療保険者となり、サービスが分断されることになる。

最後に、生活習慣病の予防戦略は、保険者に義務付けられる予防給付、すなわち個人に対するハイリスク・アプローチを主体としたものになっていることである。この戦略は、リスクの高い人を特定してそのリスクを軽減しようとするもので効果は限られてくる。集団全体のリスクのレベルを下げるためには、健康によい社会づくりが必要で個人のみならず、人々が働き暮らすコミュニティや都市をも介入対象とすること、コミュニティ自身が参加すること、環境や食品・交通政策などを含む総合的な公共政策も介入手段とする<sup>60)</sup>、といったヘルスプロモーションが推進されなければならない、そのため市町村のポピュレーション・アプローチが重要になってくる。

## 2 先進事例の分析からみた課題

まず1番目に住民参加によるプライマリ・ケア確保の課題があげられる。

長野県ではかかりつけ医のいる人の割合が、平成18年2月の県民意識調査によると約7割（69.6％）で、日本医師会の医療意識調査結果の55.3％を上回っている。その背景としては、地域医療に熱心な医師の存在があったことと公的病院が多く地域医療のネットワークを形成しやすいという環境にあったことがあげられる。生活習慣病の予防においてはかかりつけ医の果たす役割が大きく、かかりつけ医の確保と医療機能の分化が重要になってくるといえる。しかし、我が国においては民間病院が主体であり、公的病院、民間病院にかかわらずプライマリ・ケアを確保する必要がある。

2番目に、住民同士の横断的なつながりを確保する場の課題があげられる。

須坂市や御船町では、研修会は座談会方式で行い、保健補導員や健康づくり推進員が必ず意見を言う場を設けることによって推進員のエンパワーメントを図り、行政の手伝いではなく行政と対等な主体となっていくまでになっている。生活習慣病という個人のライフスタイルに基づく疾病には、従来の保健補導員や食生活改善推進活動といった行政が育成しパターン化された組織のみでは限界がある。生活習慣病の場合は、全ライフステージを通して予防していく必要があり学校や企業等と協働していかななくてはならない。そのため地縁型組織、橋渡し型組織といった多様な組織がそれぞれの個々の活動に加えて横断的なつながりのもとでの多様な取り組みが必要で住民自身が水平的な調整をしていかななくてはならない。したがって、市町村においてこのような横断的なつながりを確保する場が課題となってくる。加えて市町村における人材確保と資質の向上策が重要になってくるといえる。

3番目の課題として、ハイリスク・アプローチ主体戦略の限界があげられる。

長野県では保健指導の手法としては個別のみならず住民同士での学習会や交流会を通してのポピュレーション・アプローチを主体としている。このよ

うなプロセスが住民の自己管理能力の向上につながり、また組織活動やリーダーシップのある人の人材育成、さらにソーシャル・キャピタル醸成の素地になっているものと思われる。

ここが久山町と異なる点である。しかし、今回の医療制度改革ではハイリスク・アプローチの戦略が中心になっている。

4番目の課題として、療養の給付に付随する保健事業が位置付けられていないことがあげられる。

長野県で画期的なのが医療機関で保健指導や健康教育を実施していることである。また、医療機関にボランティアを広く受け入れており、このことは病院運営の効率化のみならずボランティアの団体活動を活性化させることにもつながっている。しかし、現在の医療保険において療養の給付に付随する保健事業は位置付けられていない。

最後に、市町村の健康増進計画の策定は健康増進法第8条第2項において努力義務となっているため策定が進まない要因になっていることである。

市町村健康増進計画の策定率は、2007（平成19）年12月31日現在で全国平均が58.9%となっている。計画策定への参加は、施策の政策形成過程に対等な主体として参加し自ら公共サービスを担うという協働まで発展していくための手段であり、それぞれが主体的に発言して自己変革し、共通の目標に向かって自分たちの役割を認識し社会変革していくプロセスになる。また、財政的な裏付けを獲得する手段にもなってくる。

しかしながら、市町村の健康増進計画の策定が健康増進法において努力義務であるため策定がなかなか進まない状況にある。

#### （付記）

本稿は、学位（社会福祉学博士、2008年9月）論文である「健康を支援する保健医療提供体制の再構築—生活習慣病予防機能を中心として—」の一部である。

## 引用文献

- 1) 下田智久他編『衛生行政大要 改訂第21版』2007年、財団法人・日本公衆衛生協会53頁。
- 2) 下田、同上、53頁。
- 3) 下田、前掲、54頁。
- 4) 鴫田忠彦編、平野かよ子他著『ヘルスリサーチの新展開』2003年、東洋経済新報社、110頁。
- 5) 厚生労働省編『平成19年版厚生労働白書』2007年、株式会社ぎょうせい、97頁。
- 6) 松田正巳他『変わりゆく世界と21世紀の地域健康づくり』2006年、やどかり出版、26頁。
- 7) 島内憲夫訳『ヘルスプロモーション WHO：オタワ憲章』1995年、垣内出版、8頁。
- 8) 島内憲夫訳『ヘルシー・シティーズー新しい公衆衛生をめざしてー』1995年、垣内出版、11-16頁。
- 9) 湯浅資之他「プライマリ・ヘルス・ケアとヘルス・プロモーションの共通点・相違点の考察」『日本公衆衛生誌』日本公衆衛生学会、Vol.48, No.7、515頁、2002年。
- 10) 湯浅資之他、同上、516頁。
- 11) 西尾隆編著『住民・コミュニティとの協働』2004年、ぎょうせい、21-22頁。
- 12) 西尾、同上、22頁。
- 13) 大山博他『社会政策と社会行政』1997年、法律文化社、232頁。
- 14) 羽貝正美編著『自治と参加・協働』2007年、学芸出版社、14-22頁。
- 15) Elizabeth T.Anderson, Judith Mcfarlane :COMMUNITY AS PARTNER, Lippincott Willams&Wilkins, 13, 2000
- 16) 西尾、前掲、22頁
- 17) 財団法人・日本公衆衛生協会「公衆衛生情報」株式会社ライフ出版社、

Vol.37. No. 9、6-20頁、2007 年

- 18) 山内直人「コミュニティ活性化とソーシャルキャピタル」『公衆衛生』、医学書院、Vol.70、No. 1、6-9 頁、2006年。
- 19) 山内、同上、6 頁。
- 20) 今川晃・山口道昭・新川達郎編『これからの協働』2006年、第一法規、5 頁。
- 21) 今川・山口・新川、同上、5 頁。
- 22) 財団法人日本公衆衛生協会、前掲、14-15頁。
- 23) 倉田正一・林善男『「地域医療計画」1977年、篠原出版、111-154頁。
- 24) 池上直己「地域医療計画の課題と新たな展開」田中滋・二木立編『保健・医療提供体制』2006年、勁草書房、32頁。
- 25) 岡紳爾他「地域保健医療計画と保健所の在り方に関する研究」[http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H17/17chiiki\\_hoken\\_keikaku.pdf](http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H17/17chiiki_hoken_keikaku.pdf)、2007/10/11
- 26) 岡他、同上
- 27) 厚生労働省編『平成19年版厚生労働白書』2007年、株式会社ぎょうせい、700頁。
- 28) 財団法人・市町村保健センター連合会「平成17年度市町村保健センター及び類似施設市町村保健活動調査 調査研究結果報告書」2006年、92頁。
- 29) 市町村合併における保健活動の推進に関する検討会「市町村合併における保健活動」2005年、財団法人・日本公衆衛生協会、23-26頁。
- 30) 近藤克則『健康格差社会』2005年、医学書院、48-57頁。
- 31) 日本プライマリ・ケア学会編『プライマリ・ケア用語集』2005年、エルゼビア・ジャパン、147頁。
- 32) 日本プライマリ・ケア学会編、同上、149頁。
- 33) 自治医科大学監修『地域医療テキスト』2009年、医学書院、3 頁。
- 34) 笠原英彦『日本の医療行政』1999年、慶応義塾大学出版会、115頁。

- 35) 日医総研ワーキングペーパー「第2回医療に関する意識調査結果」  
<http://www.jmari.med.or.jp/research/dl.php?no=336> 2007/10/11
- 36) 井出千束他編『看護学大辞典』2005年、メヂカルフレンド社。
- 37) 山崎喜比古編「健康と医療の社会学」2005年、東京大学出版会、  
218-220頁。
- 38) 山崎、同上、219頁。
- 39) 山崎、同上、220頁。
- 40) 厚生労働省『「医療計画の見直しに関する検討会」ワーキンググループ報告書』<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/09/s0924-8.html>,  
2007/10/1
- 41) Rose G :The Strategy of Preventive Medicine 20. 30. Oxford Univercity Press. 1992曾田研二、田中平三、監訳『予防医学のストラテジー』1998年、医学書院、44頁。
- 42) Rose G、同上、44-47頁。
- 43) Rose G、同上、101-105頁。
- 44) 西川明子「審議会等・私的諮問機関の現状と論点」『レファレンス』  
2007年、国立国会図書館、No.676、60-68頁。
- 45) 西川、同上、64頁。
- 46) 張 勇「須坂市保健補導員制度について」2003年、長野県短期大学  
紀要、No.58、80頁。
- 47) 張、同上、75-78頁。
- 48) 2008年3月、筆者が長野県庁で2時間ほど、小林澄子からの聞き取り調査を行った結果による。
- 49) 水野・青山英康編著「PPKのすすめ」1998年、紀伊國屋書店、32-36頁。
- 50) 夏川周介「農村医療にかけた佐久病院の60年」『日本農村医学会雑誌』  
2006年、日本農村医学会、Vol.54. No. 6、838-841頁。
- 51) 夏川、同上、841頁
- 52) 諏訪中央病院のホームページより引用<http://www.suwachuo.jp/>

HP\_jyouhou/gaiyou.html (Last access 2007/12/9)

- 53) 田中敏「長野県における医療・保健活動」『レファレンス』2004年、  
国立国会図書館、No.637、116-118頁
- 54) 水野・青山、前掲、59頁。
- 55) 水野・青山、同上、64頁
- 56) <http://www.town.hisayama.fukuoka.jp/kurashi/hoken/ken-shin40-11.html> (Last access 2007/1/9)
- 57) 谷野浩太郎編集「地域医療費総覧 '04」2004年、社会保険研究所、  
294-295頁。
- 58) 平野かよ子『セルフ・ヘルプグループによる回復』2000年、川島書店、  
5-10頁。
- 59) 谷野、前掲、314頁。
- 60) 近藤、前掲、157頁。

**Current State and Challenges of the Healthcare Delivery Structure  
Supporting Health (First Report)**

**— From the Viewpoint of Lifestyle-Related Disease Prevention —**

**Kiyoko Araki**

Abstract

The original purpose of lifestyle-related disease prevention is to ensure and improve the quality of life (QOL) of individuals by extending their healthy life expectancy, as well as to enhance the health standard of an entire community. As a result, medical expenses are to be curtailed. Nevertheless, the curtailment of medical expenses is being regarded as the main purpose at present. Consequently, the need has arisen to examine the differences between the original purpose and the curtailment of medical expenses in relation to the state of lifestyle related disease prevention, and to deliberate on how to restructure the current healthcare delivery structure into the one congruous with the original purpose.

In this study, we analysed the current state and challenges of the healthcare delivery structure from the viewpoints of health promotion and resident autonomy on the basis of this awareness while regarding the prevention of lifestyle-related diseases as the original purpose.