

## 第6部 総合診療医の活動に関するモデルとなる事例集

### 地域をベースにしたヘルスプロモーション活動

後藤忠雄<sup>1</sup>

#### 要旨

山間へき地の小山村において、地域にある人的資源と協力してヘルスプロモーションの展開を実践した。具体的にはモデルとして PRECEDE-PROCEED Model を用い、地域診断に始まり、それにもとづく健康優先課題の選定、それに対する計画と評価指標の設定、その後の経年的 PDCA サイクルの実施、その評価などを行った。こうした活動は地域の幅広い健康課題に対応できる。また、地域でこうした活動を実践するにはその地域に根差した医療を展開している総合診療医が果たす役割が大きいと思われた。

#### 事例の概要

##### ①取り組みの背景

岐阜県郡上市和良町（旧郡上郡和良村）は、岐阜県のほぼ中央に位置し、合併市中心地である八幡町からは東へ峠を越えたところにある山間の小村である。本取組開始時人口は約 2500 人、高齢化率は約 35%（現在は人口約 1800 人、高齢化率約 40%）の地域で、昭和 30 年の国保診療所開設以来、初代診療所長（のち病院長）の故中野重男先生の掲げられた「予防を主とし、治療を従とする」のスローガンのもと、病院への規模拡大、老人保健施設の併設などを経ながら、健康づくりからリハビリテーションまで取り組んできた。地域の健康意識は比較的高く、2000 年の国勢調査では当時の和良村が男性長寿日本一に輝いており、こうした今までの取り組みが少なからず寄与したのではないかと思われる。しかしながら、これらの活動は、個々の専門職（医師、看護師、保健師、行政職）の熱意に支えられたもので計画的ではなかったこと、どちらかという医療機関・行政が主導しており、健診・検診を中心とした早期発見早期治療がその中心的な役割を果たしていたことなどがあり、住民が主体となるような健康づくり地域づくりにシフトしていくことが必要であろうと考えられていた。それ以外にも、「健康日本 21」「健やか親子 21」の開始、母子保健計画や

高齢者保健福祉計画の見直しといった時期と重なっていることも取り組みの背景の一つとなっている。

##### ②導入の経緯

筆者は 1989 年自治医大卒業後、2 年間の初期研修を経て国保和良病院（現県北西部地域医療センター国保和良診療所）に赴任し 5 年間勤務、その後 2 年間自治医科大学地域医療学教室で勤務し、再び国保和良病院に赴任した。この間に学んだこととして臨床医としての基本的な知識・技能・態度はもとより、Evidence-Based Medicine、行動科学、ヘルスプロモーションの概念とそのモデルなどがあり、これらをベースに、再赴任後スタッフとどんな取り組みをしていったらよいか議論したところ、人口減少少子高齢化の進む山間へき地の地域においてできるだけいままでの医療レベルを維持すること、保健医療福祉の包括的提供をより進めていくこと、この地域が目指すべき健康づくり地域づくりを考えそれに取り組むことなどがあげられた。その中で和良村の保健師自らが「この地域の保健計画を作りたい」と言ったこともあって、PRECEDE-PROCEED Model（図1）に基づいた保健計画策定に取り組むこととした。もちろんこの保健師が既存の枠にとられない村独自の保健計画を立てたいと願っていたことが一番大きな要因ではあったが、それ以外に、村内行政の機構改革で保健福祉課ができ心機一転取り組める雰囲気があったこと、村長が合併を控えているものの合併があるからこそ今の村に必要な計画

1. 県北西部地域医療センター／県北西部地域医療センター 国保白鳥病院

を立てるべきであると支援してくれたこと、担当保健所の協力が得られたことなどがその導入要因として挙げられる。

なお、PRECEDE-PROCEED Modelとはローレンス W. グリーンらが提唱したヘルスプロモーションの計画・実践のモデルで、Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation - Policy Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Developmentの頭文字をとったものである。モデルの中心となる概念は、人と環境の相互作用により形成されたあるいは修正・維持される多彩な要因が一般集団の健康状態や健康観に影響するという「エコロジカル」な視点と、身の回りの社会環境から常に何かを学ぶとともにその内容は個人として集団としてあったものへ変えることが可能であるという「教育的」な視点であり、具体的には図1に示すように8段階から成り立ち、前半の4段階は健康教育などの地域介入を実施する前に行うアセスメント過程、後半4段階は実施及び評価過程で、このプロセスしたがって地域のヘルスプロモーションの計画・実践・評価を行うことができる。

③事例の詳細

まずは関係するスタッフの学習会から開始した。当時の健康日本21計画策定検討会座長柳川洋先生のご講演や中濃地域保健所長や筆者の講義により、健康日本21地方計画の重要性、保健計画策定の重要性、住民参加の重要性、PRECEDE-PROCEED Modelなどに関し共通認識を醸成し、小山村だから出来る質の高い現状把握と、常に住民参加を意識しながら進めることを確認した。そして計画の基本的方針を①和良村独自、②他の計画も包括、③トータ

ルライフ、④地域づくりとすることも確認した。

次いで住民参加型で進める一環として村内各種団体の代表による策定委員会を設置した。小山村だけにステークホルダーは各種団体の所属員であることが多く、公募というよりこうした形での策定委員会とした。また計画の名称を「まめなかな和良21プラン」（“まめなかな”とはお元気ですかという意味）とした。

現状把握のために、既存資料の利用、健康調査、グループインタビューあるいはグループワークを実施した。健康調査は「まめなかな健康調査」と「まめなかな生活習慣実態調査」からなり、前者は健康日本21、健やか親子21に準拠した現在の和良村の健康状況の把握を目的に、乳幼児から80歳以上の高齢者を対象として、直接郵送又は乳幼児学級・保育園・地域学校保健委員会・保健推進委員会を介して、健康調査票を配布回収することで実施し、後者は質問票だけでは得られない項目の把握を目的に、20～70歳代の各年齢層から計149名を無作為抽出し、食生活習慣実態調査、24時間蓄尿によるナトリウム・カリウム摂取量調査、歩数調査を実施した。グループインタビューは、「まめなかなインタビュー」として、地区や年代層の健康問題の把握。住民が参加できるニーズを聞き出すことを目的に、地区別4団体、団体別13団体、健康レベル別10団体、計27団体196人を対象に、健康に関するインタビューを実施しこれを録音し、二人のスタッフで独立して言葉を抽出しカードに住民の言葉で記載、その後PRECEDE-PROCEED Modelに落とし込んで解析した。またグループワークは、策定委員会や保健推進委員会等でラベルトーク（ポストイットにニーズを書き、模造紙に貼る）による健康づくりに必要な課題を抽出した。

グループインタビューなどにより得られた本計画の最終的な目標つまり目指すべき生活の質は「全ての世代の人々が、自分の状況にあった健康づくりを、家庭や地域の支援を受けながら実践し、この和良村（和良町）でいきいきと楽しくまめな生活を送ろう」であり、いきいきと楽しくまめな生活の具体的状態としては良好な健康感を持つこと、病気にならないこと、病気になったとしてもと上手に付き合うことができることとし、これらの指標として主観的健康感の状況、死亡状況、要介護状態状況をもって検討評価することとした。主観的健康感に関連する因子を検討すると、①治療中の疾患がないこと（疾病予防）、②運動習慣、地域活動への参加、外出

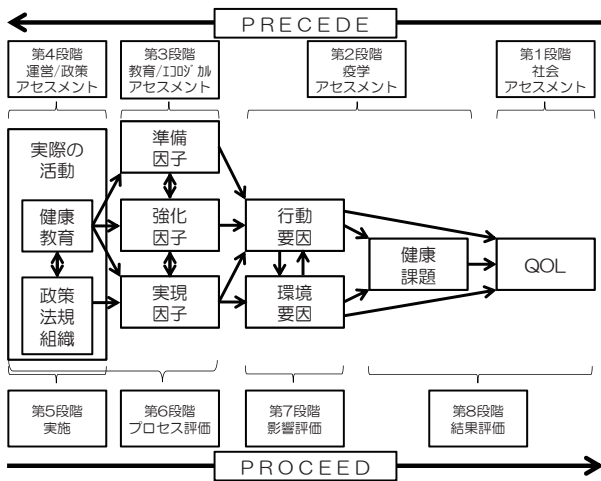


図1 PRECEDE-PROCEED Model

などの非閉じこもり行動があること（閉じこもり防止と運動）、③十分な休養があると感じ、ストレスが少ないあるいは相談者を含め対処方法があること（ストレス軽減）、④野菜、海そう、豆類大豆製品などの摂取頻度が多く、かつ楽しく食事が摂れるという食習慣があること（望ましい食習慣）が挙げられた。約20年間の死亡状況から検討すると、死因として多いのは①悪性新生物、②心疾患・脳血管疾患、③肺炎であり、標準化死亡比（全国との比較）で高いのは男性の慢性閉塞性肺疾患であった。要介護状況から検討すると、要介護状態の原因疾患は、①変形性膝関節症・変形脊椎症、②脳血管疾患、③認知症であり、要介護度悪化の関連疾患は、①認知症、②廃用症候群であった。これらの関連を図2に示す。

ここに挙げられた保健行動に対し、策定委員会で

世代別に重要度×取り組みやすさの2軸展開し、それぞれの優先保健行動を決め、それに対する今後の取り組み計画を立案し、さらに数値目標を設定して「まめなかな和良21プラン」を策定した（図3）。なお本計画は、和良村議会により推進決議もしていた

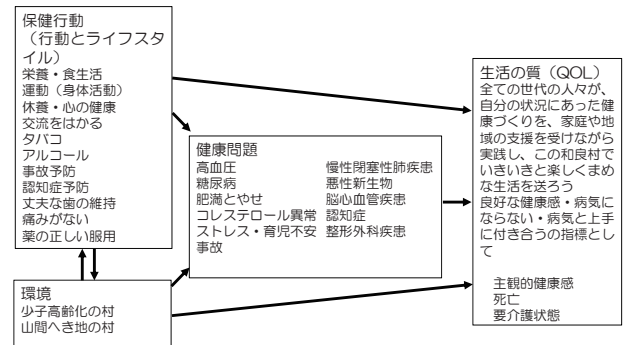


図2 生活の質・健康課題・保健行動の関連

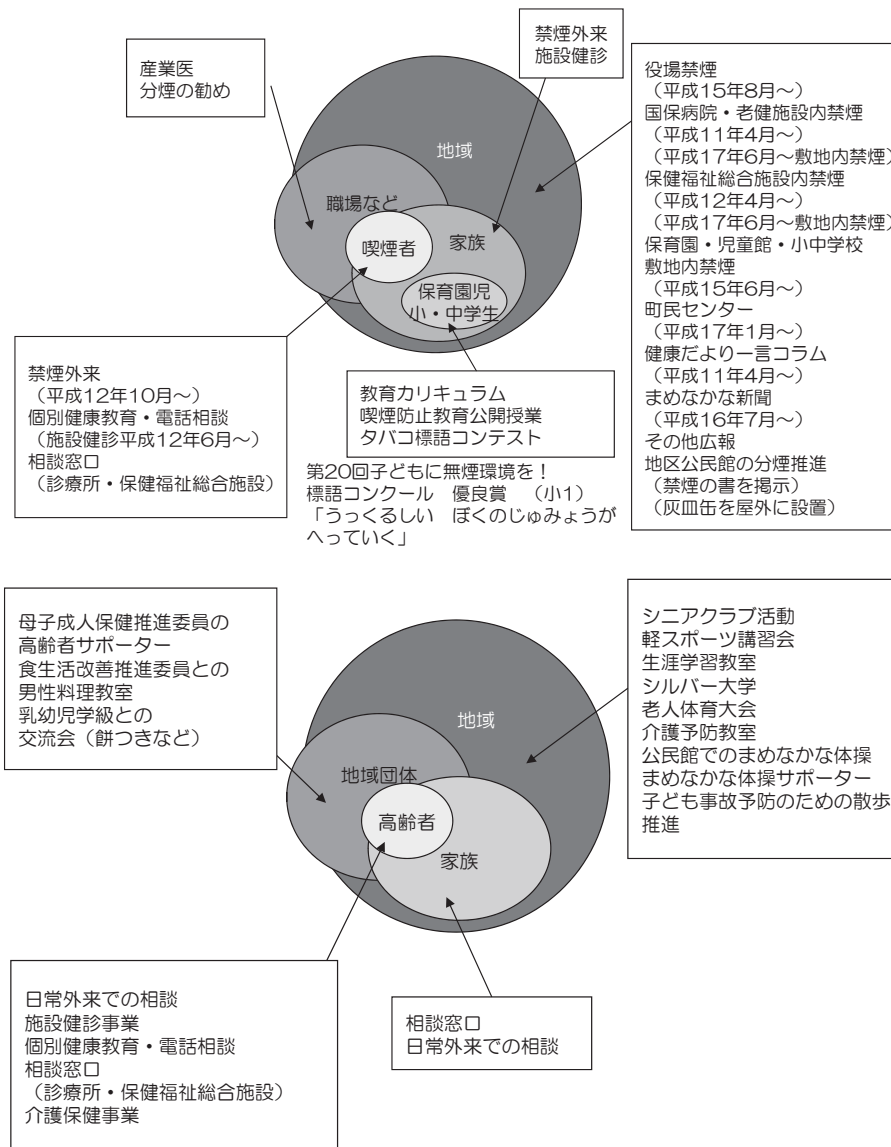


図3 まめなかな和良21プラン取り組み例（上段：たばこ対策、下段：高齢者対策）

だいている。

その後「まめなかな和良 21 プラン」実施のための組織として、各種団体代表及び公募住民からなる「まめなかな和良 21 プラン」推進検討委員会と住民代表と学識経験者からなる「まめなかな和良 21 プラン」評価委員会を設置し、概ね年度初めに策定された計画に基づいて取り組む内容を検討し、年度末にその取り組み状況の共有と次年度への取り組みの検討を推進検討委員会が、また、年度終わりにこれらの活動の評価を評価委員会が行い、経年的にPDCAサイクルを回すことで計画推進をしてきた。その後、2008年には目標値の進捗状況、見直しを図るために中間調査を行い、2013年には、まとめの調査を実施し、10年間の健康づくりの振り返りを行った。

④成果

計画推進 10 年を経て、この計画の最終調査を行い、特に当初設定した目標値への到達状況を検討した。方法としては和良町全住民を対象に、計画策定にあたり行った健康調査（2001～2002年に実施）と平成 20 年度に実施した中間調査、2013年に実施した最終調査結果を比較検討し、評価区分は健康日本 21 評価に準じ、A：目標値到達、B：目標値未到達・改善傾向、C：無変化、D：悪化、E：評価困難とした（表）。「A+B 項目数/当初 10 年後の数値目標として設定した健康指標項目数」は、乳幼児期：11/18、学童期 6/10、思春期 4/7、青壮年期：9/16、中年期：6/12、前期高齢期：3/4、後期高齢期 3/3 であり、A 評価は全体で 8 項目であった一方 D 評価は 14 項目という状況であった（図4）。これらから、

表 目標数値例と開始時、中間調査時、最終調査時の状況及び評価区分  
(A：目標値到達、B：目標値未到達・改善傾向、C：無変化、D：悪化、E：評価困難)

項 目	計画開始時	2008年中間調査	2013年目標値	2013最終調査	
朝食を毎日食べている子の割合	小学生88.7% 中学生80.6%	小学生92.0% 中学生82.0%	小中学生とも 100%	小学生91.8% 中学生78.9%	C
主食・主菜・副菜ということを知っている子の割合	小学生53.0% 中学生69.4%	小学生53.0% 中学生 <b>100%</b>	小中学生とも 100%	小学生70.8% 中学生89.3%	B
給食以外で毎日牛乳・乳製品を食べる割合	中学女性32.4%	中学女性34.3%	中学女性50%	中学女性40.0%	B
毎日野菜を食べる割合	中学男性45.7% 中学女性51.4%	中学男性46.9% 中学女性57.1%	男女とも60%	中学男性52.8% 中学女性50.0%	C
子どもと一緒に食事を作らない保護者	小保護者20.3% 中保護者36.6%	小保護者17.0% 中保護者31.3%	小学保護者10% 中学保護者20%	<b>小保護者32.9%</b> <b>中保護者57.4%</b>	D
12歳児の虫歯の本数	1.6本	<b>1.0本以下</b>	1.0本	<b>0.47本</b>	A
不正咬合のある子の割合	小4年28.2% 中1年42.3%	小4年31.3% 中1年28.8%	それぞれ 14%、20%	<b>小4年50.0%</b> <b>中1年33.3%</b>	D
タバコを吸った経験のある子の割合	小学生 2.4% 中学生10.5%	小学生 <b>0%</b> 中学生1.5%	小中学生とも 0%	小学生 0% 中学生1.6%	B
タバコを勧められた経験のある子の割合	小学生 6.0% 中学生11.8%	小学生 <b>0%</b> 中学生1.5%	小中学生とも 0%	小学生2.8% 中学生6.9%	B
タバコ関連疾患の知識度	肺がん以外のタバコ関連疾患認知割合50%以下	59.9%(低出生体重児学習能力低下2項目50%以下)	タバコ関連疾患を知っている割合男女とも80%	タバコ関連疾患を知っている割合男女とも54.3%	B

前期（65-79歳）高齢期

項 目	計画開始時	2008年中間調査	2013年目標値	2013最終調査	
比較的、日常外出をしている人の割合	男性73.2% 女性69.2%	男性 <b>84.8%</b> 女性 <b>89.3%</b>	男女とも80%	男性 <b>83.8%</b> 女性 <b>87.9%</b>	A
地域活動に参加している人の割合	男性39.4% 女性28.9%	男性44.1% 女性 <b>52.8%</b>	男女とも50%	男性 <b>51.3%</b> 女性 <b>58.5%</b>	A
日頃意識的に体を動かすように心がけている人の割合	男性65.9% 女性73.7%	男性77.0% 女性 <b>89.3%</b>	男女とも80%	男性64.7% 女性80.0%	B
1年間で歯の健康診断を受けたことのある人の割合	男性35.1% 女性27.5%	男性32.7% 女性29.9%	男女とも40%	男性31.5% 女性29.1% C	C

後期（80歳-）高齢期

項 目	計画開始時	2008年中間調査	2013年目標値	2013最終調査	
バスや電車を使って一人で外出できる人の割合	男性59.0% 女性36.6%	男性63.9% 女性 <b>50.7%</b>	男性70% 女性50%	男性68.0% 女性56.4% B	B
友達の家を訪ねることがある人の割合	男性54.2% 女性49.1%	男性57.4% 女性59.9%	男性70% 女性60%	男性60.6% 女性61.9% B	B
新聞を読む人の割合	男性79.5% 女性58.0%	男性 <b>84.2%</b> 女性69.8%	男性80% 女性70%	男性 <b>84.3%</b> 女性 <b>77.8%</b> A	A

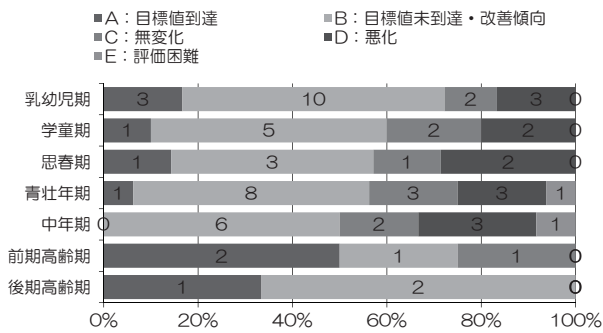


図4 当初10年後の数値目標として設定した健康指標項目数のうち達成数

当地域の保健計画にもとづく健康づくりは、効果的に機能している部分と機能していない部分が見受けられ、地域指向性・住民指向性の高い真の目的に向けて、それとのより関連のある目標項目およびその目標値の設定にも検討の余地があると思われた。

#### ⑤今後の展開

2013年には、10年間のまとめの調査による振り返りを実施し、その後第1次計画と同じようなプロセスにより新たな10年の健康づくりのための「第2次まめなかな和良21プラン」を策定した。2018年には2次計画が始まって5年が経過し、中間調査を行う予定となっている。

また、同様な手法を用いて合併市である郡上市においても健康福祉推進計画を策定している。

### 考察

#### ①事例に総合診療医の専門性がどう生かされたか

いわゆる臓器専門医はその対象臓器に対する深い専門性を持っている。したがってその対象となるものは主に病気の人の持つ臓器、構造、細胞となる。またその診療の場も医療施設内となっていることが多いと思われる。一方総合診療医は、目の前の人、その家族、その地域に深い専門性を持ち、その対象となるものは主に病気の有無にかかわらず人であり、家族であり、地域であり、診療の場も医療機関外も含めたものとなる。本事例のように地域ベースのヘルスプロモーションの展開はまさに総合診療医の得意とする分野である。限られた疾患に対する地域での取り組み（例えば泌尿器科医は前立腺がん検診を推奨しがち）を考慮するのではなく、地域診断にもとづき、様々な疾病や健康課題のバランスあるいは優先順位を検討しながら取り組んでいくことが可能である。その点では公衆衛生医の専門性との違いが議論され得るが、実際の現場で実臨床を行って

いることが何よりの強みであり、タイムリーに起きているその地域の健康課題に向き合っている点でより地域に対する近接性が高いこととなる。その他、ヘルスプロモーションの展開には住民を含め様々な職種が関与するが、特に医師に対してはその専門性での支援が求められる。その点でも、その地域で臨床を行い、限られた疾患に対する深さではなく、深さはともあれ幅広い健康課題に対応できる点でも総合診療医の専門性が生かされるフィールドと思われる。

#### ②タスクシフティングの可能性（臓器専門医の負担軽減、多職種連携など）

ヘルスプロモーションの展開において多職種のかかわりが求められるのは明らかであり、加えて計画、実践、評価いずれのステップにおいても住民の参加が不可欠である。往々にして行政の健康部門だけが関与し、場合によってはコンサルタント企業にかなりの部分を依存することがないわけではないが、総合診療医が関わることにより、自分たちがその大部分を自分たちの手で作り上げることができ、必ずしも物理的負担軽減とは直結はしないとしても、相互の相談のしやすさ、自分たちの目指す方向の明確化など関わる多職種の方々の特にモチベーションに関連した部分での負担軽減にもつながると思われる。

#### ③医療や社会に与えるインパクト

地域の総合計画との整合性を図りながら、地域の健康福祉分野の目指すべき方向性を明確にし、保健医療福祉がそれぞれ別々に取り組むのではなく、明確なビジョンの中でそれぞれの連携統合で取り組むという点で、地域医療の一つの形ができてきているのではないかと思われる。関わる職種のモチベーションの向上や、自らの手による計画であること、あるいは財政的にも外部委託より安価で策定できること、地域の資源を知ったうえで地域での取り組みを考慮していくことができることなど、地域の実情に応じた施策展開や地域包括ケアの展開につながる事が期待される。

#### ④他の地域での応用の可能性とその実現のために必要な事項

グループインタビューの仕方、疫学的知識、健康行動科学あるいは健康教育学などの知識など様々な知識や技術を総動員する必要がある、実際の取り組みにおいてはややハードルが高いかもしれない。しかし、ともに取り組むスタッフと学習しながら成長していくことで十分他地域でも実践可能と思われ

る。特にこうしたことに取り組もうと考えるリーダーとして、どういった職種でも構わないとは思われるが、例えば総合診療医がその任を担ったり、あるいはその任を担う人のよき理解者、支援者、アドバイザーとなったりすることが求められる。

## 文献

- 1) L.W.Green, M.W.Kreuter : Health Promotion Planning 4th Edition An Educational and Ecological Approach, McGraw-Hill Humanities/Social Sciences/Languages, 2004
- 2) <http://www.gujo-tv.ne.jp/~clinic-wara/mamenaka21.html>