

### 3 保健医学

竹本泰一郎

#### (1) 保健医学の目的

現代において流行している癌、心疾患、脳血管疾患などいわゆる成人病は最近では生活習慣病と呼ばれるように、長年にわたる生活習慣の所産である。保健医学の第1の目的は生活行動や生活環境をより望ましい方向に向けることによって、こうした病気のリスクを少なくすることである。また、これらの病気は慢性で長期にわたる療養生活を余儀なくされることが多く、身体機能や生活機能の障害を伴うことが多い。どのようにしたら身体・生活機能 (ADL; Ability of Daily Life) をより良く維持向上できるかが保健医学の第2の課題である。

人間は智、情、意をもち家族や地域社会といった社会集団のなかで生活している社会的存在である。身体的な生活機能とともにそれぞれの社会的属性に期待される社会機能を円滑に発揮し生き甲斐のある生活を送れるようにして人生の質 (Quality of Life) を高めることも保健医学の目的である。

#### (2) 保健医学の接近法

##### ①医療保健ニーズの変化

急性胃腸炎や肺炎といった急性感染症の流行した明治、大正時代では地域での飲料水や食物の衛生的な管理が疾病対策上不可欠であった。結核や性病などの慢性感染症では地域の衛生環境の整備とともに、個人の栄養状態や行動などが流行要因として重要であった。現代における生活習慣病では地域における衣食住といった生活環境とともに、飲酒、喫煙、性行動といった個人の生活行動が疾病の流行に大きなリスクである。従って、疾病発生の高リスクである生活環境や生活行動をどのように変革させるかが保健ニーズとしてまず考えられなくてはならない。

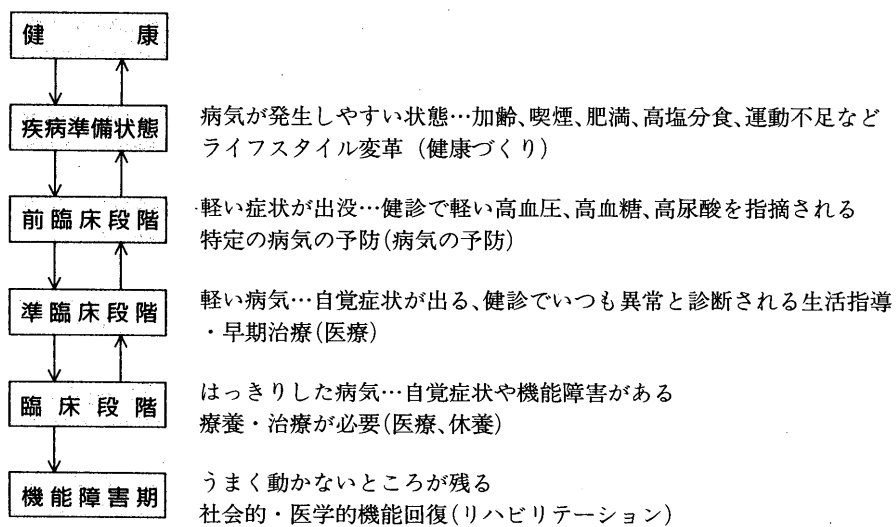


図1 成人病の自然史

## ②疾病の自然史と保健医学的介入

赤痢やコレラ、食中毒といった急性感染症では発症が急激で経過も短い。一方、癌、心疾患、脳血管障害といった慢性疾患では発病もゆるやかで、経過も長い。図1の成人病の自然史で示したように、模式的には発病準備期(high susceptibility stage)から準臨床段階(subclinical stage)をへて前臨床段階(preclinical stage)を経て、臨床的なケアが必要な段階(clinical stage)や障害発生段階(disability stage)へと進む。こうした長い経過をとる場合は、それぞれの段階への進展を保健医学的介入(intervention)によって阻止あるいは進行を遅らすことが出来る。例えば、栄養や運動といった健康増進が発症リスクを減少させ、健診等による疾病の早期発見が早期の治療を可能にさせるなど多くの介入が先の段階への進行を遅らせたり、阻止させるのに有効である。

わが国では結核に対する集団検診システムが非常に有効であったので、癌や成人病についてもスクリーニング方式による多項目の検査を行う集団健診のシステム(multiple screening test)が地域や職域で行われている。これらの健診ではそれぞれの人での疾患の発見(case finding)とともに、対象集団の健康水準や健康増進の在り方を判断出来る。健診結果にもとづく事後指導のなかで健康増進にむけての健康教育が行われることが望ましい。

## (3) 保健医学のシステム

わが国では医療は自由開業制度を根幹とした民間の医療施設中心に提供され、保健サービスは保健所や市町村の担当部局による行政サービスとして行われてきた。しかし、近年ではプライマリケアとして母子保健法や老人保健法による健診や栄養と運動といった健康増進に関する健康教育が地域の医師によって行われるなど保健と医療の連携が進められている。また、地域人口の高齢化に伴い、福祉サービスとの連携も不可欠となっている。

### ①保健行政

#### a 地域保健法

平成6年に従来の保健所法にかわる地域の保健行政システムに関する法として地域保健法が制定された。基本理念は住民の保健ニーズに答える身近なサービスが事業の実施主体を市町村に移管したことである。例えば、母子保健法での1歳6か月児健診や3歳児健診などの母子保健サービスの提供主体を原則として市町村に一元化し、栄養改善法における一般的栄養指導を都道府県から市町村に委譲した。

#### b 保健所

これまで、保健所は保健所法によって地方における公衆衛生の向上と増進をはかることを目的として都道府県、政令市、特別区が設置してきた。地域保健法では、従来の政令市に加え人口30万人以上の市(中核市)においては保健所が設置されることとなった。保健所機能としても従来の機能を強化するとともに、保健・医療・福祉の連携を図るための保健所の整備と、医療圏、福祉圏を考えた所轄区域を設定による整理統合が進められた。その業務としては新たに専門的・技術的・広域的機能を強化し、(1)地域の健康問題に関する調査・研究、(2)市町村職員の研修・技術的助言、(3)食品衛生監視機動班の整備、試験検査機能の強化・集中化等が進められている(表1)。

#### c 市町村保健センター

地域住民に対する保健サービスや健康づくりの施設として全国的に設置が進められてきたが、地域保健法によって、健康増進センター等類似の施設を含めて住民への健康相談、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施設として法的に明確な位置づけがなされた。その業務内容としては、(1)老人保健：健康教育、健康相談、健康審査、機能訓練等、(2)母子保健：妊産婦乳幼児保健指導、母子保健訪問指導、1歳6か月児健診、3歳児健診など、(3)栄

表1 新しい保健所の事業（地域保健法による）

第6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。

- 1 地域保健に関する思想の普及および向上に関する事項
- 2 人口動態統計その他地域保健に関わる統計に関する事項
- 3 栄養の改善及び食品衛生に関する事項
- 4 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
- 5 医事及び薬事に関する事項
- 7 公共医療事業の向上及び増進に関する事項
- 8 母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項
- 9 歯科保健に関する事項
- 10 精神保健に関する事項
- 11 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
- 12 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
- 13 衛生上の試験及び検査に関する事項
- 14 その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項

第7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。

- 1 所管区域に係わ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
- 2 所管区域に係わる地域保健に関する調査及び研究を行うこと
- 3 歯科疾患その他厚生大臣の指定する疾患の治療を行うこと
- 4 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

養改善：一般栄養指導、栄養相談業務などを行うことが定められている。

#### ②保健婦活動

保健婦は訪問看護を目的として昭和16年に創設された。現在では保健所や市町村、産業現場、学校（養護教諭）として多くの職場で活躍している。保健所や市町村では結核予防法や精神保健福祉法に基づく在宅患者の訪問療養指導や老人保健法による保健指導を行っている。近年、労働安全衛生法では健診結果に基づいてハイリスク従業員に対して医師の指示のもとに保健指導を行うことが保健婦の業務として明確化されている。

#### (4) 保健活動の進め方

地域の保健活動は模式的には図2のように進められる。地域調査による地域特性と保健医療ニーズの把握に始まり、地域に存在する各種の人的・物的資源を組織化して継続的な活動が行われ、その活動に対する評価が活動内容等にフィードバックされていくことが望ましい。

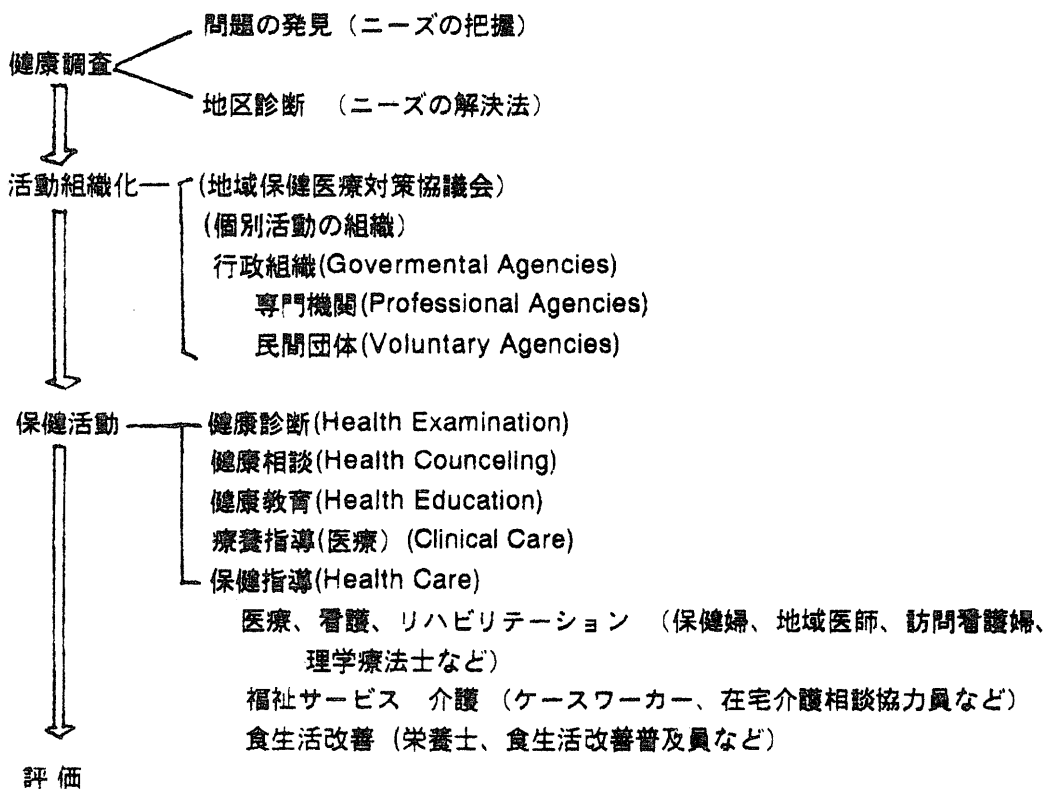


図2 保健活動の進め方

①地域健康調査

地域調査は活動の基礎資料であるとともに活動の評価をするためにも行われる。調査のうち、罹病や保健行動など健康に直接関わった事項を中心としたものは健康調査 (health survey) と呼ばれる。また、特定の疾患や健康障害を対象とした場合は疫学調査 (epidemiological study) であり、健康問題の解決の方途を検討する調査は地区診断 (community diagnosis) である。

いずれの調査でも、健康は地域の生活を基盤として成り立っているなのでそれぞれの地域の人間環境系 (man-environment system) の理解が必要である。さらに、保健活動が住民の価値観や健康観についての情報も重要である。表2は

表2 地域健康調査での調査項目

<ul style="list-style-type: none"> <li>① 自然環境：気候，地勢，地理的条件など</li> <li>② 社会，経済的状态：産業構造，生計の収支，交通機関の整備，学校，社会施設，地区組織と民間団体など</li> <li>③ 生活様式，文化的背景：宗教，伝統的行事，タブー（禁忌），育児・老人扶養についての慣習など</li> <li>④ 地域人口構造：人口数，性別・年齢別構造，職業別構造，家族と世帯の構成，死亡，出生，人口移動など</li> <li>⑤ 生活環境と生活行動：労働様態，衣食住の状態，上下水道など衛生状況，環境汚染の程度など</li> <li>⑥ 人間生物学的特性：罹病，風土病の有無，発育，体力，加齢による生理機能低下と生活行動障害など</li> <li>⑦ 保健，医療サービス：保健医療施設，医師とその他の医療従事者数の分布，受診，受療の状態など</li> </ul>
---

## I 地域医療と現代医学

そうした地域の健康調査における調査項目の例である。これらの地域調査によって把握された地域社会の特徴は地域特性和と呼ばれ地域保健の最も基本的な資料である。

### ②保健ニーズ (health needs) の把握

活動目標の設定には健康問題の重要性・緊急性とともに、その健康問題をどの程度解決しうるかといった可能性（有効性）を吟味する必要がある。死亡、罹病の状態や保健医療サービスの利用状況から判断される健康問題の重要性とともに住民の関心・要求 (demand) を考慮することが、活動の優先順位に際して必要である。

### ③保健活動の組織化

地域の保健活動には組織化されたコミュニティの努力 (organized community effort) が不可欠である (Winslow 1920)。地域に存在している次のような組織・機関の連携・協力が継続的な保健活動には必要である。

- (1) 公的機関 (governmental agencies) 地方自治体, 保健所, 公的病院, 衛生研究所など
- (2) 専門的な組織 (professional agencies) 医師会, 診療所・病院, 健診機関, 大学など
- (3) コミュニティの組織 (community agencies) 自治会, 婦人会, 組合, 住民運動グループ, NGO (non governmental organization: 非政府組織) など

### ④保健活動の実際

包括的保健 (comprehensive health care) のなかで、保健活動は主として健康増進と疾病予防・健康管理を受け持っている。そのためには健康教育・相談 (カウンセリング), 健康診断と事後指導などを通じて、望ましい保健行動の育成や療養環境の向上を図って行くことが必要である。

## (5) 保健・医療・福祉の連携

包括的保健は健康増進や疾病予防を行う保健活動, 障害の発生を予防する臨床医療と社会的・医学的リハビリテーションから成り立っている。社会的リハビリテーションは福祉と強く関連している。特に、高齢者は身体的に脆弱で社会的弱者であるので、その保健活動には医療とともに福祉サービスとの連携が必要である。人口の高齢化に伴い、地域保健における保健・医療・福祉の連携が益々必要となっている。

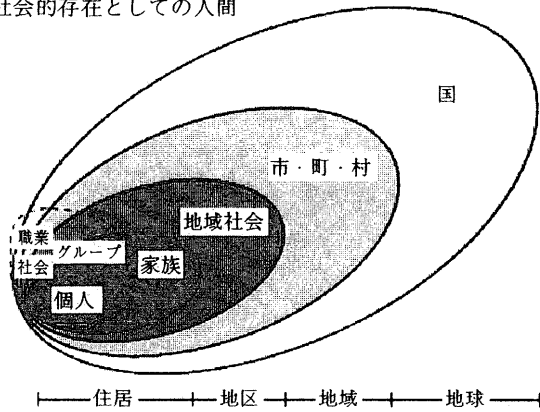
## (6) 地域保健での家族機能

保健医学は基本的には地域社会を対象とした地域保健 (community health) として行われる。人間の生活場所は図3のように個々の家族から近隣, 地区, 地域へと広がっていく。保健機能面では自己ケア (self care) から家族ケア (family care) 更に地域ケア (community care) や国・都道府県の保健行政サービス (governmental health service) へと展開されていく。なかでも家族は個人と地域社会を結ぶ最も基本的な社会集団 (primary group) である。前述したように、現代の疾患のリスクは食生活や喫煙・飲酒といった個人の生活行動にあるが、その多くは家族内の行動である。また、病者や障害者の看護や介護もまず家族ケアとして行われる。従って地域の保健活動では訪問指導や訪問看護による家族を窓口とした接近が不可欠である。

### a 家族の構成

血縁や婚姻で結ばれている親族家族は夫婦或いは親子のみからなる核家族世帯 (nuclear family) と親と夫婦と子供からなる3世代家族のような大家族世帯 (expand family) に分けられる。更に単独世帯と寮や寄宿舎のような非親族

社会的存在としての人間



ヘルスケアの展開

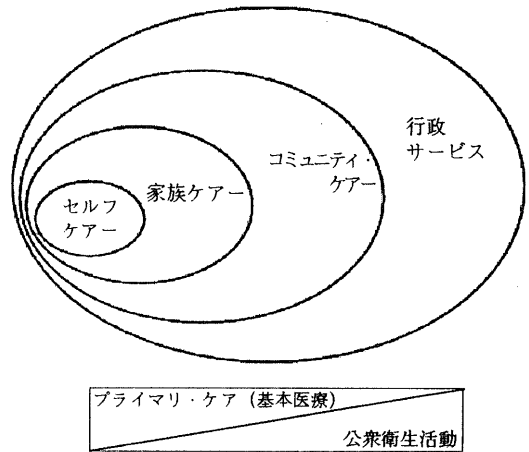


図3 保健医学における地域とケアのレベル

世帯に分けられる。1995年の国勢調査では核世帯が59.0%と最も多く次いで単独世帯23.3%であり、拡大世帯は12.5%である。20年前の1975年には核世帯58.9%、単独世帯18.2%、三世帯世帯16.9%であったことからみると、単独世帯の割合が増加し拡大世帯が減少していることが明らかである(図4)。特に65歳以上の者のいる世帯の構成ではこの20年間に単独世帯が8.6%から17.4%と倍増しており、夫婦のみ世帯も13.1%から24.2%と非常に増えている。一人暮らしや夫婦のみの世帯が増えていくことは今後高齢者の保健福祉が重要なことを物語っている。また、離島や農村部など人口流出が大きい地域では、青壮年層の流出によって中高齢者が取り残され人口の高齢化と世帯の細分化が進んでいることが地域保健における大きな課題である。

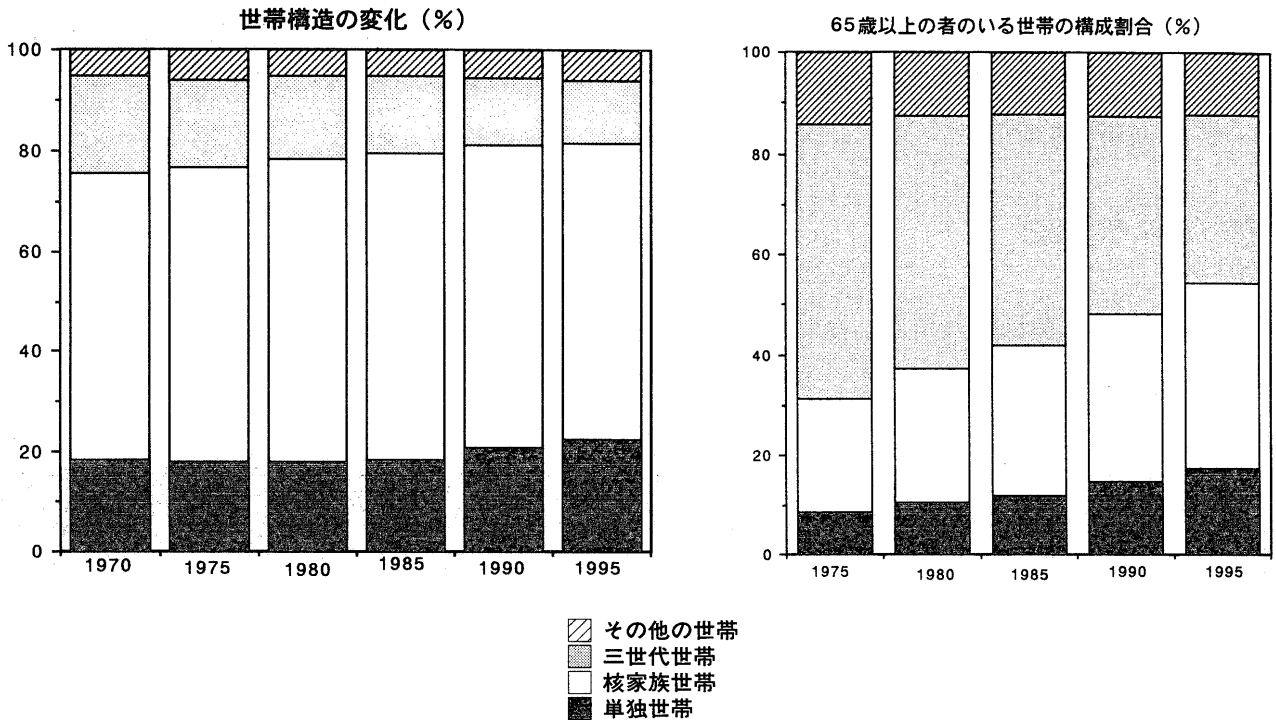


図4 世帯構成の年次変化

b 家族のライフサイクル

家族は夫婦の婚姻に始まり、両者の死亡によって消滅する。この婚姻から消滅にいたる約55年の間に図5に示したような様々なステージが経過し、それぞれの期に特有な保健ニーズが存在する。例えば母子保健に対するニーズが高いのは育児期の9年間であり、老人保健サービスの対象となるのは、夫婦のみになる向老期と隠遁期のほぼ22年間である。特に寡婦となった8年間は保健福祉サービスへのニーズが高い。

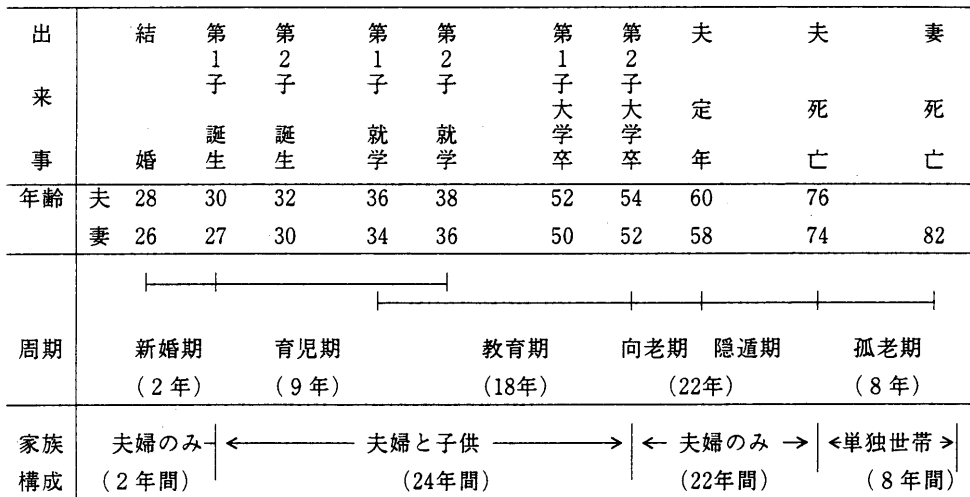


図5 家族のライフサイクル

c 家族の機能

家族は家族全体として外の社会と対応するとともに、親子、夫婦、嫁姑といった家族内のサブグループ間や個人間での連携や役割分担によって様々な機能を発揮していく。主要な機能としては性の機能、経済的機能や社会化の機能があげられる。保健に関連した機能としては、精神安定の機能として夫婦や親子の感情融合による精神の安定化機能や精神的満足感がまずあげられる。現代社会で増大しつつあるストレスによる緊張を処理しうる場も家庭である。一方、家族内の人間関係の葛藤が精神的緊張状態をもたらし、メンタルヘルス上の問題を生むこともある。

育児や老人の扶養、病人に対する介護や看護も家族の主要な機能である。しかし、近年の家族の核化、細分化が進み、老人の単独世帯居住が多くなる中で家族におけるこうした機能は低下しつつある。代わって地域の保健活動や福祉サービスが不可欠となりつつある。

参考文献

竹本泰一郎：地域保健の方法と実際 和田功編：衛生・公衆衛生学第4版 医学書院 1994.  
 竹本泰一郎：地域保健における家族機能 穂山富太郎ら編：地域医療の実践 神陵文庫 1994.  
 竹本泰一郎：プライマリケアと公衆衛生活動 日本公衆衛生学雑誌付録 1987.