



2009年名誉理事長推戴時の宮坂先生

宮坂忠夫名誉理事長追悼号に寄せて

日本健康教育学会理事長 衛藤 隆

2013年7月11日に逝去された宮坂忠夫先生の追悼号を発刊することについて編集委員会を中心に関係者において検討を進めて来た結果、本号の発刊がこのような形で実現した。本学会の創立の中心的存在であった宮坂先生を追悼し、併せて生前のご業績の一部にも触れることの出来るような企画がなされている。皆様お一人おひとりの思いとともに、本学会を産み育ててくださった宮坂先生の歩みをたどることが出来れば幸いです。

私は宮坂先生から日本健康教育学会の理事長を2005年に引継ぎ現職にあるが、その立場で個人的な出会いについてふれておきたい。1970年10月に私は東京都目黒区駒場の東京大学教養学部から文京区本郷の医学部保健学科に進学したのであるが、この時の学科主任（当時の役職名）をお務めだったのが保健社会学講座の教授でいらっしゃった宮坂先生であった。おそらく、この約半年前に教養学部で開かれた進学ガイダンスでお目にかかったのが最初の出会いであり、私は20歳そこそこであったと思う。既に米国にて Health Education について研鑽を積み、国立公衆衛生院等での研究成果を背景になされた講義は当時の私のレベルでは難解に感じたが、大変高度な内容であった。千代田村をフィールドとしたコミュニティ・オーガニゼーションはじめ、数々の先進的取り組みの成果が講義を通じて紹介されたことをよく覚えている。

その後、私は卒業し、医学科に学士入学し、臨床医の道、公衆衛生研究を経て、1995年に東京大学教育学部に健康教育学分野を担当する教授として赴任した。赴任後間もなく本学会の会員となったが、この頃より再度宮坂先生とお目にかかる機会が時々あった。ご著書を頂戴したり、本学会の黎明期のお話をしていただいたり、私を陰に陽に支えて下さった。この場を借りて感謝申しあげる。

おわりに、日本における健康教育学の学会創設と研究の発展、また学徒・研究者の育成に生涯にわたりご尽力された宮坂忠夫先生のご冥福をお祈り申し上げます。

宮坂忠夫名誉理事長 略歴・主な業績一覧

略 歴

- 昭和17年（1942年） 府立高等学校卒業
昭和21年（1946年） 東京大学医学部医学科卒業
昭和22年（1947年） 医師免許証取得
昭和22年（1947年） 厚生省公衆衛生局技官（衛生教育担当）（昭和32年まで）
昭和28年（1953年） 米国ハーヴァード大学公衆衛生大学院（Harvard School of Public Health）修了
昭和31年（1956年） WHO Expert Advisory Panel on Health Education（健康教育専門諮問部会）委員に委嘱
昭和33年（1958年） 国立公衆衛生院衛生行政学部衛生教育室長（昭和42年まで）
昭和42年（1967年） 医学博士
昭和42年（1967年） 東京大学医学部保健学科教授（昭和58年まで）
昭和58年（1983年） 東京大学名誉教授
昭和58年（1983年） 女子栄養大学教授（平成5年まで）
平成3年（1991年） 女子栄養大学教授兼副学長
平成5年（1993年） 女子栄養大学副学長（平成16年まで）

業 績

◇著書

- 宮坂忠夫. 衛生教育. 東京：績文堂；1958.
宮坂忠夫, 藤岡千秋, 川田智恵子, 他. 新編健康管理シリーズ12 健康教育. 宮坂忠夫, 小倉学編. 勝沼晴雄監. 東京：医師薬出版；1973.
宮坂忠夫, 佐久間充, 藤岡千秋, 他. 栄養大学講座9 健康教育・栄養教育. 宮坂忠夫編. 東京：光生館；1982.
宮坂忠夫, 佐久間充, 園田恭一, 他. 地域保健と住民参加. 宮坂忠夫編. 東京：第一出版；1983.
堀内光, 宮坂忠夫, 後藤由夫. 糖尿病患者の理論と実際. 東京：第一出版；1985.

◇学術論文 原著

- 宮坂忠夫, 赤尾芙美子. 都市における地区衛生組織活動の衛生教育学的分析—川崎市宮前町会の場合. 公衆衛生院研究報告. 1959；14：153-167.
宮坂忠夫, 藤井嘉恵子. 主婦のガンに関する知識と態度. 公衆衛生院研究報告. 1965；8：151-163.
Miyasaka T. An evaluation of a ten-year demonstration project in community health in a rural area in Japan—Chiyoda-mura health project. Soc Sci Med. 1971；5: 425-440.
宮坂忠夫, 川田智恵子, 藤岡千秋, 他. 地域における community organization と住民参加. 民族衛生. 1976；42：271-289.
Miyasaka T, Kawata C. The neighborhood organization: an important factor in organizing a community for health education. Int J Health Educ. 1979；22: 78-91.
宮坂忠夫, 高橋千恵子. 高血圧に関する知識・予防行動・情報源のパネル調査—回答の変化と調査の信頼性について—. 女子栄養大学紀要. 1989；20：171-188.

宮坂忠夫. 永久歯萌出期をめぐって Self-care と健康教育. 歯界展望別冊：永久歯萌出期の歯科. 1984：74-80.

◇学術論文 総説

宮坂忠夫. 地区衛生組織活動—コミュニティー・オーガニゼーション—. 日本公衆衛生雑誌. 1955；2：493-497.

宮坂忠夫. 衛生教育の国際的動向. 日本公衆衛生雑誌. 1959；6：708-715.

宮坂忠夫. 世界の保健学教育に対する関心と将来. 東京医学会雑誌. 1974；82：142-146.

宮坂忠夫, 川田千恵子. いわゆる Health Belief Model をめぐって. 民族衛生. 1976；42：59-62.

Miyasaka T. Health education in the community including community organization. Soc Sci Med. 1978; 12: 539-544.

宮坂忠夫. Health Education からみた“国民健康づくり”の課題. 日本公衆衛生雑誌. 1979；43：528-531.

宮坂忠夫. 保健と参加. 東京医学会雑誌. 1983；90：211-220.

宮坂忠夫. 健康をめぐって—健康の定義からセルフ・ケアまで—. 女子栄養大学紀要. 1985；16：5-14.

宮坂忠夫. 健康教育の問題点. 日本医師会雑誌. 1992；107：1769-1773.

宮坂忠夫. 21世紀にむけての健康教育 健康教育の変遷・現状・今後の課題. 保健の科学. 2000；42：508-513.

この論文は日本公衆衛生学会より日本健康教育学会誌 第22巻 追悼号掲載のために転載許可をいただき、日本公衆衛生雑誌 第2巻 第1号の493ページ-497ページを本誌の体裁に合わせて組み直したものを掲載しております。

昭和30年1月15日

地区衛生組織活動 —コミュニティー・オーガニゼーション—

宮坂 忠夫*

日本の公衆衛生は、現在と将来にわたってまだまだ数多くの問題を残しているとはいえ、終戦後たしかに目ざましい進歩のあとをとどめている。いわゆる平均寿命の著しい延長、一般死亡率や乳児死亡率の低下、結核死亡の減少、食品衛生・環境衛生の向上などがその顕著なあらわれであろうが、公衆衛生の基盤となる保健所の整備と、その事業の活潑化についても大いに見るべきものがあつた。終戦以来わずか数年間に、このように公衆衛生の土台ができたことは、世界に誇るに足ることである。

ところが保健所が整備され、いろいろな活動が行われて来ると、平均人口10万に1カ所の保健所が作られ、それがどんなに人的物的に整つていても、保健所だけの力では、もはやこれ以上の公衆衛生の発展は、むづかしいのではないかという意見が現れ始めて来た。これは、勿論、保健所がだめだということでは決してなく、保健所の動き方、あり方を考えなおす必要がある。保健所のこと以外に働きかけられる側、つまり民衆の側の組織といつたものを考えるべきであるという意見であつた。

私は、こういつた考え方に2つの流れがあると思う。そのひとつは、終戦後解散を命ぜられた衛生組合の復活といつたものである。以前の衛生組

合そのままの復活というのではないが、多少とも天降り式に、とにかく保健所の下部組織といつたものを作れという考え方である。

もうひとつは、初めに衛生教育の分野から唱えられた、公衆衛生あるいは衛生教育のためのコミュニティー・オーガニゼーションといつた米国流をとり入れようという考えである。米国流といつても米国の特産ではなく、およそ人間の社会において活動が行われるときによく取られる形式であるが、要するに一定地域の人たちが、衛生上の問題にめざめて、それを解決するように努力する。そして、その場合に組織的な教育活動を通じて行い、強制的にするのではない、といつたゆき方である。これが、ちょうどその頃から行われ始めた、環境衛生の改善のためのモデル地区に活動、主として「ハエと蚊のいない村」の運動に結びついて、結果からいうと、コミュニティー・オーガニゼーションという考え方を、意識しているといないとかかわらず、とり入れて指導された地区が成功したのであつた。こういう事実をもとにして、やはりコミュニティー・オーガニゼーションが重要だ、というわけになつたのである。

この外、母子衛生関係でも、昔の母子愛育村という例もあつて、コミュニティー・オーガニゼーションが特に強調されている。

このように、理由や動機はともあれ、コミュニティー・オーガニゼーションについて考え始め

* 厚生省保健所課・技官

たことは、保健所の整備を公衆衛生向上の第1段階とするならば、その第2段階として重要であり喜ぶべきことに違いはない。また、保健所の整備や拡充はそれとして、現在でもなお進めてゆかねばならないが、コミュニティー・オーガニゼーションを公衆衛生向上の有力な武器とすることは、これからの公衆衛生、あるいは保健所活動のあり方として当然の帰結であろう。いや、むしろ遅きに失したのかも知れぬが、日本のように中央集権的な衛生行政が行われている国にあつては、それが順序とも考えられる。

コミュニティー・オーガニゼーションは、現在では主として環境衛生と母子衛生、それに見方をかえれば衛生教育の分野で強調され実行されているが、これらの分野だけでなく、およそ公衆衛生のどの分野においても、適用できるものと考えられるので、ここで、コミュニティー・オーガニゼーションとは一体どういうことであるか考えてみることにしよう。因みに、「地区衛生組織活動」とは厚生省で、コミュニティー・オーガニゼーションと、大体同義語として使うことに決めたものである。

I. コミュニティー・オーガニゼーションとはどういうことか？

実は米国にあつても、最近このコミュニティー・オーガニゼーションが、衛生行政特に衛生教育の部門でうるさくいわれている。このほか、いわゆる生活改善や社会事業の面でも重要視されている。

しかし、米国においても、これがコミュニティー・オーガニゼーションであるといった定説はないようで、大きく分けると次の二つがあると思われる。

第一は、特に社会事業関係で使われているのであるが、一定の地域の中にある社会事業関係の機関や、団体の代表者が集つて委員会式の一つの組織を作り、その地域では社会事業として、どんな問題がどのくらいあり、それをいかに解決すれば

よいかを協議し、その線に沿つてそれぞれの機関や団体が活動して、相互に重複や不備の点がないようにしようとするものである。要するに総合企画と連絡調整のための組織化といったものである。

この例を日本の保健所にあてはめてみれば、保健所運営協議会の上手に運営した場合にあてはまるといえよう。

ただしこの場合、コミュニティーの広さによつて色々とかわつて来て、米国でも、人によつては、町や村から更に郡、州、国の線にまであてはめて、非常にひろく解釈している場合も多い。

第二の考え方は、主として生活改善、それに公衆衛生の面でも相当行われているものであるが、どちらかという町とか村といった小さい地域や集団を対象としている。そういう小さい地域社会で、例えば清掃とか、増産、社会教育、リクリエーションといった社会の人々全体のためになり、しかも、日常困つている問題を取りあげ、指導者達が、多くはその道の専門家の援助や助言を得て、地域社会の人々と相談し、みんなの賛成を得て、組織的な活動によつて問題の解決をしてゆくのである。しかも、問題自身極めて具体的なものを取りあげ、単なる申合せなどをするのではなく、実際にどこに問題や隘路があり、これを解決するにはどんな社会的資源があるから、こうしようといった工合に、実際的にやつてゆくのである。そして、教育活動はその地域社会の指導者達によつて行われ、各種の会合、個人的な話合い、回覧板や会報式のものが使われる。

実際にあたつては、指導者たちが問題に気づくこともあり、また、衛生なら衛生当局が何とかしなければならぬと考えて、指導者たちを説得して行われる場合もある。

いうまでもなく米国でも、成功する例もあれば大失敗することもあり、現在でも各分野で行われるこのような活動に対して、コミュニティー・オーガニゼーションの専門家（社会学、心理学、社会人類学など）が、なぜ成功し、なぜ失敗したかについて、主として方法論を研究している実情

にある。

衛生教育や生活改善の面で、重要視されているコミュニティー・オーガニゼーションとは、勿論この第二の意味の方である。

こういう仕事の持つてゆき方の特異点は、いうまでもなく、一般民衆に（指導者を通じて）問題を認識させ、それを自分たちのものとさせ、なんとかしてみんなの組織的な力で解決してゆくように仕向ける。しかも、この場合、衛生当局などの専門家は、あくまでも社会的資源のひとつとして活躍するということである。あえて、従前の衛生関係の仕事のやり方と比べるならば、従来は、衛生当局自身が問題を考え、民衆のために、民衆にかわつて、民衆の好むと好まざるとに拘らず、問題解決のために何ごとかをしてやる、というのに対し、コミュニティー・オーガニゼーションとは、民衆が自分自身のために（主として地域社会の指導者が音頭をとるが）、自分自身で解決しようという方向に持つてゆくのである。かかる意味から、米国では、これこそ本当にデモクラティックな公衆衛生のあり方だといわれている。

ちなみに、こののような方式がコミュニティー・オーガニゼーションといわれるのは、コミュニティーを共通の利害や関心、興味を持つ人々の集団と定義し（その人々が問題を意識している場合と他から意識させられる場合の双方をふくめて）、そういう集団を、日常の問題を解決し生活をよりよくするために、組織化し、（オーガニゼーション）、その組織的な努力によつて事を運んでゆこうとするからである。また、オーガニゼーションとはでき上った組織のことではなく、組織化による問題解決全体の過程をとらえていつているのである。さらに、この過程も、ひとつの問題解決のためというより、ひとつのことが解決されれば、更に新たなことが起り、たえず回転してゆく、動的なものと考えられている。

また、こういう場合、公の機関の立場としては、民衆の求めるものから実施してゆくという建て前をとる。例えば、ある小さい地域社会で環境衛生

の問題をとりあげるとすれば、指導者たちが集つて色々と相談し、問題を具体的に掘りさげ、解決するには地域社会の中にはどんな人たちがいて、どういうことをしてくれる、保健所にはどんなことを頼めるといつた工合に考えて、なるべくは社会の各家庭が参加するようにして、仕事を運んでゆくのである。その場合保健所からは顧問のような立場で参画することもあり、また、前述のように、保健所の側から、こういう仕事をするように奨めることもある。であるから、民衆と衛生の専門家のチームワークであるという見方もあるのである。

「民衆の求めるものから」というと、衛生当局がまるで骨ぬきのように思われるかもしれないが、その根拠は、民衆がハエのことを一番気にしているときに、例えば受胎調節を説いても無意味であり、ひとつひとつの問題を解決してゆくうちに、衛生当局が考えていることも行われるであろうし、また、指導者を通じて民衆に働きかければ、必ず正しい方向に動くものである。民衆は正しいものであるという信念に発しているのである。

従つて、イニシアテイヴはあくまでも民衆にとらせ、間接的にリードしてゆこうとするのである（Indirect Leadership）。

こういう考え方は、単に衛生当局に要請されるだけでなく、指導者にも要求され、指導者の臭みがあつてはいけなさとされている。

米国流儀は以上の通りであるが、それでは

II. 地区衛生組織活動とはどんなことであろうか。

地区衛生組織活動については、母子衛生や昆虫駆除など、個々の分野では色々といわれているが、全般的なことについて、例えば厚生省で決定したものといった意味では、公のものはまだ何もない。

しかし、地区衛生組織活動に関係のある分野の人たちの意見に、私見を加えさせていただければ大体次のようになる。結果からいえば、米国流に相当似ているが、これは現在行われている環境衛

生の地区組織活動などを、検討したところそうだったのであつて、米国流をそのまま受け入れたのではない点を、初めにお断りしておきたい。

およそ公衆衛生の向上を図るためには、例えば保健所の人的物的な整備をすとか、公の機関としての必要な疾病予防、医療保護の対策を樹立するなど、当然公の機関として行わなければならない分野がある一方、民衆自身が例えば地域的に団結して、組織的な活動を通じて解決すべきである。あるいは、そうしなければ効果があげられない問題が数多くある。例えば、環境衛生のうち、ハエや蚊の退治はその好例である。このような問題は、民衆が自分自身の仕事としてとりあげ、保健所がこれに対して専門技術的な援助を行い、両者の協力によつて進めてゆくのが、本来のあり方であるという考えに立つ。そして、環境衛生のモデル地区などでは、主としてこういうゆき方がとられた所が、長つづきもし、成功もする。あまり保健所が手を出しすぎると、その年はよいが翌年はダメになることが多いのである。

さらに、例えば昆虫駆除に成功すれば、成功が刺激となつて、他のテーマについても活動を行うようになると同時に、保健所などの事業にも協力してくれるようになる、というわけである。

Ⅲ. 地区組織活動の問題点

以上のような考え方とこういう仕事を大いにやつてゆくべきであるという点については、異論はなからうが、細かい議論になると色々な考えが出て来る。

私の考え方としてはいうまでもないことだが、公衆衛生のような仕事をしてゆくには、基礎となる科学として2つの分野があると思う。そのひとつは無論自然科学からの分野であり、もうひとつは、いわゆる社会科学である。自然科学での色々な研究発見を公衆衛生対策におりこんで、実際に仕事をする段になると、必要なのが社会科学の分野からの研究の成果である。ところが、社会科学は自然科学に比べると、より複雑であるために、

また方法に多くの制約があるために、すぐ役に立つ結果というものがなかなか得られていない。社会科学が実際面において役に立たないというのではなく、現在わかっている面だけでも、われわれはもつと勉強することが大切であると痛感してはいるが、例えば地区衛生組織活動のように、生きた社会のしかも総合的な動きになると、科学的な根拠をもつて話を進めるのが、非常にむづかしいのである。

従つて、以下のお話は、多くの人々の体験を参考とした上での私見と考えていただきたい。

初めに、問題点を拾つてみると、例えば、1) 指導者の問題、2) 地区の広さ、3) どういう仕事か糸口として適していると思われるか、4) 組織を先に作るべきか、5) 保健所は具体的にどういう働きかけをするか、6) 町村当局はどんな立場をとるか、7) 新しい組織を作るのか、既存の団体はどうするのか、8) 職域的なものはどうするのか、9) 市特に大都市ではどうするのか、10) 公的機関からの財政的援助はするのか、しないのか、11) 政治的に利用されないか等々多くの問題がある。また衛生教育の立場から地区衛生組織活動を見ることもできるし、米国では、コミュニティー・オーガニゼーションの専門家が、いくつかの原則などをあげてはいるが、これらについては、また別の機会にゆずらせていただき、紙数の許す限り、前記の問題点について述べることにしよう。

1. 指導者について

指導者（地区衛生組織活動の）についてはどういふ人がよいのか、いかにしてそういう人を見つけたか、指導者にもし事故などがあつた場合に、折角やつて来た仕事が中断されることがあるが、どうすればよいか、などの問題がある。

どういふ人がよいのかという点については、例えば人格円満とか、衛生の仕事に興味と熱意がある人など、一般的なことは省くとして、私は次の見方が大事だと思う。

大体、ひとつの社会には、二種類の指導者がい

るといわれる。1は、フォーマル・リーダー (formal leader) —— 型式上の指導者 —— であり、他はインフォーマル・リーダー (informal leader) —— 非型式上あるいは実質上の指導者である。

フォーマルな指導者とは、例えば、村長とか村会議員など、表に立っている部類の人々であるのに対し、インフォーマルな指導者とは、表には現われていないが、かげにいて実は実権を握っているという部類の人々である。従つて、何か大きな仕事をする際には、フォーマルな指導者だけでは、実際にはきめられず、インフォーマルな指導者が大きな影響をあたえているというのである。

地区組織活動は民衆による活動であるといいながら、いかにも封建臭のすることをいつておかしいかも知れないが、社会の中には必ず、そういう一種の階層ができていくといわれる。

従つて、フォーマルなリーダーだけに目をつけず、インフォーマルなリーダーを見きわめることが重要となるのである。

もうひとつ、指導者として重要な点は、なんでも1人で決めて事を進めてゆく、いわば独裁的な人物は好ましくないことである。初めに急速な効果はあがるかも知れないが、長つづきしないからである。

実例をあげると昨年保健文化賞をうけた大阪府吹田市の母子会というのがある。これは発足してから数年になるが、きわめて団結力が強く、また、市衛生当局にも働きかけて、子どもの予防接種を無料にするなど、積極的な活動をしている。ところが、その会の指導者 (委員長や役員) は毎年交代しているのである。細かい点まできいたことはないので、はつきりしたことは云えぬが、恐らくは独裁的でないインフォーマルなリーダーが何人か居て巧みに運営されているのだと思う。これは如何にして長つづきさせるかということに関連があるが、毎年交代して役員をつとめることによりますます結束がかたくなつてゆくのであると思われる。

指導者を探す場合に、上述の注意が必要だが、

すでに指導者がきまつているときには、保健所や町村当局の人としては、運営上そういう注意をしてゆくことが大切となる。

次にいかにしてそういう人を見つけるか、であるが、例えば保健所の人たちにとっては、結局地区内の事情に精通するより外に道はあるまい。町村の衛生主任にきくとか、駐在保健婦にたづねる。あるいは村のインテリと思われる人にきくなどであろう。

この場合注意しなければならないのは、インフォーマルなリーダーを探すのは、場合によつてはその地区の人たちは、分らないかも知れぬことである。人間は、それがあまりにも日常的なことになると、かえつて認識していないことがあるため、こういう場合は、例えば、村のお祭など昔からの行事は、誰が音頭をとつて行われるか、といったきき方をするのもよいのではなからうか。

さらに、指導者の1人が居なくなつても長つづきするためには、そういう場合の指導者が養成されるようにしておくこと、吹田母子会のように役員のまわり持ちをすること、指導者グループといったものが作られるようにし、その団結を固めておくことなどであろう。この点は、従来の地区組織活動が、とかく1人の指導者でやられている点から、特に重要である。

2. 地区の広さについて

地区の広さの前に問題になるのは、むしろ、どのような人々の集団であるべきかという点である。

ここにひとつの例を引用すると、川崎市のある保健所の管内に相当よくやつている環境衛生のモデル地区があり、この地区を公衆衛生院の第9回衛生教育学科の学生が調査をした。その結果をみると、川崎市内で旧部落ともいふべき一角がモデル地区になつているが、現在の町の区域からいうと、全く別の町から一軒だけこれに加わつていたのである。このことは、町や村のような行政的な区域の外に、いろいろな行事をいつしよに行つたりする昔からのグループがあることを物語つてゐる。

地区組織活動の心理的な基盤になるのは、いうまでもなく、いわゆる We-feeling（われわれ感情、仲間的な気持）であるので、私は、行政的な区域にとらわれない方がよいと考えている。

これを裏書きするかのようにモデル地区で成功しているものには、いわゆる部落単位——昔からの伝統がある——が最も多いのである。We-feeling が土台になつていると同時に、大都市では、地区組織活動がいかに困難かを示しているといえよう。

因みに、ある調査によると、“故郷といつた場合、どのくらいの所を頭に浮べるか”を調べたところ、部落が第一で、次が町村でなく郡であつたということを書いている。

3. どういう仕事に適しているか

簡単にいえば、効果が早くあらわれる、やさしい仕事で、しかも、なるべく多くの人々が参加するようなものがよい。

何をすべきかは、勿論地区の人々が決定するのであるが、衛生関係者としては、なるべくやさしいことから、という考え方が必要である。

われわれ日本人はこういう組織活動に馴れていないし、成功が次の仕事へキツカケになることが多いからである。

かかる意味で昆虫駆除などの仕事が糸口として最も適切であり、また、実際に多く行われているのであろう。

4. 組織を先に作るべきか？

私自身は、組織を先に作るという考え方には反対である。組織を作つてからという立場、保健所あるいは衛生行政の下部組織を作れという意見の人々に多いようだが、こういうゆき方だと、組織ができてもそれが仲々うまく動かず、また、色々

衛生以外のことに利用されるおそれも多いと思われる。

ある特定の具体的な問題を解決すべく、努力されてゆく間に、当然、最も適した組織ができて来ると思われる（この場合、既存の組織が単独で活動する場合は、すでに他の問題の解決のための組織ができていたと考え、またいくつかの既存団体が合同する際には、新しい組織ができて来たと見るわけである）実はかかる意味からも、表題を「地区組織」とせずに「活動」という言葉をつけたつもりである。

その他の問題点について、結論だけを書かせていただければ、既存の団体については、活潑な活動を行つているものは生かすようにすること、また既存のもので、地区民の一部だけを対象にしているものについては、なるべく早く、全地区民あるいは世帯がカヴァーされるようにすること。

特に大都市においては職域あるいは学区という考え方をすることも重要であること。

財政的援助は、例えば地区組織活動の社会資源の一環として行われるのは望ましいこと、等であり、この他、青年団や学校の生徒などによる実態調査をするように仕向けること、活動のあとで効果の測定（反省）を行うことなどが、重要であると思われる。

最後に、いわゆる衛生委員制度（市長などの委嘱による）については、これは明かに保健所の公の下部機構であるので、この制度自体は地区組織と見なさず、委員が民衆に働きかけて、民衆の要望による組織的活動が行われて、始めて地区組織活動と考えるべきであると思う。

この論文は日本民族衛生学会より日本健康教育学会誌 第22巻 追悼号掲載のために転載許可をいただき、民族衛生 第42巻 第5号の271ページ-289ページを本誌の体裁に合わせて組み直したものを掲載しております。

1976年9月

原 著

地域保健における Community Organization と住民参加

宮坂 忠夫* 川田智恵子*
藤岡 千秋** 野原 忠博***

Community Organization and People Participation in Community Health

Tadao Miyasaka* Chieko Kawata*
Chiaki Fujioka** and Tadahiro Nohara***

There are following three main reasons why the authors are interested in the subject of the present paper: (1) The voluntary (non-professional) health activities of community organization type, sometimes called "People's Organized Self-Help Activities for Health" in Japanese, which had embarked around 1952, partially influenced by an idea of community organization in the U.S.A., on the fly and mosquito control at the beginning and later on various other health problems, have been becoming less and less active since around 1965, because of the changing health problems as well as the changing socio-economic conditions in Japan such as symbolized by the "community disorganization" owing to industrialization and urbanization. (2) On the other hand, what is called "people's movement" has become active against the environmental pollution and other health problems, and which has contributed to the recent emphasis of "people (or citizen) participation" in various community projects at political and public administrative levels. Many governors and mayors seem to be interested in emphasizing people participation, often for their political purpose, but not necessarily knowing its deep philosophy nor its practical methodologies to ensure participation of as many people as possible in a community, particularly for the betterment of health. (3) Mainly because of changing health problems and medical, technical advancement, a new idea about community health or community medicine has developed in the past several years.

Based upon chiefly the findings from a series of studies on research in community organization carried out jointly by the authors and other social scientists, as well as a review of literature on the community health/medicine and on the people participation, discussions were made in the present paper.

The main points of the conclusions, which are only to present one type of the tools for planning for health to obtain participation of as many people (actually families) as possible in a community, are as follows: (The word "community" here is used in terms of the local autonomy body such as city.)

* 東京大学医学部保健学科保健社会学教室

** 大阪教育大学教育学部保健学教室

*** 琉球大学保健学部保健社会学教室

* *Department of Health Sociology, Faculty of Medicine, The University of Tokyo*

** *Department of Health Science, Faculty of Education, Osaka Kyoiku University*

*** *Department of Health Sociology, University of The Ryukyus*

1. Community organization as defined by the findings from the research (that is, characterized by problem solving as its direct aim: people participation in community activities, particularly in planning: co-operation among people: utilization of social resources: and co-ordination among programmes and agencies) will become more and more important in Japan.
2. The neighbourhood organization or a similar type of organization, consisting of house holds or families (and not individuals as such) in a local (smaller) community, will play a major role and will be an important basis for future community organization in Japan.
3. The people's direct or indirect participation in planning community health programmes in a local community and also in larger communities will play a very important role in promoting community health on a democratic basis in Japan.
4. Through above-mentioned social machinery the betterment of community health will be attained together with the efforts from tax supported, governmental agencies as well as professional organizations such as local medical association.

I. まえがき

最近、新しい観点から、学問的にはコミュニティ論あるいは地域社会論が、実際場面ではコミュニティづくりや町づくりが、強調されるようになった。これは過去十数年間における、いわゆるコミュニティの崩壊に対する重要な反応のひとつと見ることができる。

保健の領域における、これと軌を一にする過程の動向は、主として、以前は地区（衛生）組織活動と呼ばれ、最近ではコミュニティ・オーガニゼーション Community Organization（以下 C.O. と略記する）と呼ばれている活動の動向をみることによって理解することができる。この論文の主題である「地域保健における C.O. と住民参加」（換言すれば、保健におけるコミュニティづくり）についても、C.O. を入口にして考えることが実際的である。

ここではじめに、近年の C.O. の動向とそれをめぐるいくつかの問題について略述してみよう。

わが国の保健に関する C.O. の歴史は、明治10年代に自主的に結成された衛生組合から始まり、その後種々の変遷を経て、昭和23年に当時の連合軍総司令部の命令によって解散されるまで、それなりの役割を果たして来たとされている¹⁾。

その後昭和27年頃から、町内会・部落会や保健衛生に関する住民組織による自主的な保健活動の

実例が現われて来る一方²⁾、主に米国から C.O. の理念や技術が導入され、その理論づけが試みられるに及んで³⁻⁵⁾、30年前後から「はえと蚊」をなくす運動が、きわめて活発に行なわれるようになった⁶⁾。

ここで C.O. とは、地域にある出来上った組織のことではなく、地域社会の組織化（organizing community）の過程を意味し、組織を作ることよりも活動の活発化によるコミュニティ意識の向上が強調された。また、このような C.O. は、公的機関の活動（governmental）、民間の保健に関するプロの活動（voluntary, professional）とともに、民間のノンプロ活動として（voluntary, non-professional）、公衆衛生を支える 3 本の柱のひとつとして強調・推進されると同時に、C.O. の自主的・民主的な住民活動としての健康教育上の効果が大きいことから、健康教育的アプローチとしても重視されたのであった。

昭和30年代は、この新しいタイプの地区組織活動の全盛期であり、はえと蚊だけでなく、公衆衛生の種々のテーマについて、極めて活発な住民活動が行われ、保健所・市町村等公的機関その他の活動と相俟って、相当の成果が挙げられた。この場合、理想的には住民側の initiative と planning によって、多くは住民側と行政側との協調によって、時に行政側の initiative に住民側が協力する形で、種々の社会資源を活用して活動が行われたが、た

たとえば大阪府吹田市母子会の例にみられるように⁷⁾、さらに進んで、自分たちで出来ることはしたうえで、行政側に種々の要望を行うなど、行政の民主化あるいは行政への参加にまで発展している例もある。

しかし昭和40年頃には、ひとつには、いわゆる日本人の疾病構造の変化（C.O.として取上げるべき問題の変化）と、他方、コミュニティの崩壊に象徴されるような日本の社会の変化とによって、C.O.も衰微することとなった。

以上に関連して、つぎにコミュニティの理念についてみてみよう。そもそもコミュニティが学問的に取上げられるようになったのが、Robert M. MacIver が1928年に、“Community: A Sociological Study, Macmillan & Company, London”を著した時に始まるといわれている。その中でコミュニティについて以下のように述べている。

「コミュニティとは、村でも町でも地域でも、あるいは国、時にもっと広い区域でも、とにかく共同生活が行われている区域のことである。ある区域がコミュニティであるためには、その区域はまわりの区域からなんらかの形で区別できるのでなければならないし、その共同生活は住民にとって大切な特徴を何か持っているものである。どんな所でも、人々がいっしょに住んでいる限り、人々はなんらかのきわだった共通の特徴を、ある程度作り出すものである。それは、態度・振舞いであったり、伝統であったり、しゃべり方であったり、その他いろいろのものである。有効な共同生活には必ずそのしるしと影響とがあるものであり、住民の間の関係がどんなに貧弱なコミュニティでも、世界の涯までひろがる社会的なきずなのひとつなのである。」このほか、コミュニティの定義や考え方はたくさんあるが、これらを整理すると、どちらかといえば地理的まとまり（地域性）を重視するものと、むしろ社会的、文化的な同質性（協同性）に着目するものがある⁸⁾。このような点から、日本では村落協同体がコミュニティに最も近いと考えられていた。

しかし、工業化・都市化によって村落協同体が崩壊あるいは弱化するにつれ、コミュニティの理念も多様化することとなった。すなわち、コミュニティよりアソシエーション association を重視したり、生活圏あるいは行動圏という考え方が強調されるようになった。それと同時に、住居を構え、生活をする場としてのコミュニティが、新しい観点から見直され、“開かれたコミュニティ”といった考えが提唱され、その環境施設整備をめざす方策が推進され始めている⁹⁾。

つぎに、既に述べた日本社会の変化に対応して、公衆衛生あるいは保健・医療のあり方についても、新しい考え方が台頭してきた。すなわち、昭和30年代後半になってから、保健（Health Care）という言葉を公衆衛生と医療（Medical Care）を総合した概念と理解した上で、主に市町村を単位とした地区保健計画¹⁰⁾あるいは共同保健計画（関係機関・組織が共同で総合的な保健計画を立てること）¹¹⁾という構想が生まれた一方、主として日本医師会を中心に包括医療、地域医療という構想が打出された¹²⁾。前者はさらに地域保健活動といった考え方に発展している¹³⁾。そしてこれらを通じて、地域をどう捉えるかが問題のひとつになっている。

以上のほか、保健におけるC.O.に関連がある動きとして、昭和40年前後から、主に公害問題について活発化した「住民パワー」あるいは「住民運動」がある。これは、取上げる問題や中心になる人々によって、性格が種々であったと思われるが、WHO憲章前文にも述べられている基本的人権のひとつとしての健康の考え方や、いわゆる住民参加を助長する結果となった¹⁴⁾。

この住民パワー・運動については、その問題や性格に違いはあったにしても、米国においてもほぼ同様の状況があり、C.O.の考え方に影響を及ぼした。すなわち、戦後C.O.が日本に導入された頃は、主に当時のMurray G. Rossの考え方が支配的であったが¹⁵⁾、最近では例えばJack Rothmanは、多様化したC.O.をひとつの定義またはモデルに含めるのは無理であるとして、以下の3つのモデル

を提唱している¹⁶⁾。

モデル A：従来の C.O. にあたるもので、地区開発型 locality development という。

モデル B：非行問題、住宅問題など大きな社会問題を解決しようとするもので合理的・精密な計画が必要で、住民一般より施設などの利用者が重視される。社会計画型 social planning approach という。

モデル C：社会的不利益をうけている一部の人が、コミュニティのより大きい部分に対して、自分たちのための対策などを求めて組織的に行う運動で、公的機関の基本政策の変更などが焦点となる。住民パワーなどがこれに含まれ、社会変革型 social action approach という。

日本の場合、戦後の日本社会の民主化という大前提の下で C.O. が取上げられたので、特に住民側と行政側との関係が重視されて来た。その意味で日本では、モデル B や C は一般的に C.O. の枠外と考えられがちである。

(なお、以上は日本の保健における C.O. について述べたが、社会福祉・生活改善・社会教育等他の分野における C.O. も、ほぼ同様の経過を辿ったといつてよい。)

コミュニティならびに地域保健等の考え方や展開が以上に述べたような状況下であって、昭和40年以降、衰微しつつある保健における C.O. を、どのように把握し、どのように進めればよいか、保健従事者にとって一大関心事となった。

そこで、C.O. を重視する、筆者たちを含むグループが、昭和43年以来、「保健・福祉の領域における Community Organization に関する研究」と題して、文献研究、C.O. の事例調査、3 地域における住民の調査によって、C.O. 研究を行って来たが、最近ようやく完了することが出来たので、以下その大要について述べよう。

II. Community Organization 研究について

A. 研究のすすめ方

この研究の目的は、日本だけでなく諸外国でも行なわれて来た C.O. の本質は何か、日本の場合

のように考えるべきか、保健・福祉全体の対策や活動の中でどう位置づけされるか、今後の方向づけとしてはどうすればよいかについて、いわば総点検することであった。

このため、研究のすすめ方としては表 1 に示したように第 1～3 次調査を行うこととした（当初は 5 年計画であったが、大学紛争等のため予定をはるかに越えてしまった）。第 1 次調査では、過去約 25 年にわたる国内・外の文献研究と、C.O. の実態およびリーダーの認識に関する調査ならびに保健所職員の C.O. に対する認識に関する調査を実施した。

第 2 次調査では、文献研究の結果をふまえ、表 1 にかかげた 12 地域を C.O. の事例とみて、事例調査を行った。12 の地域は各種資料から選んだ 112 の比較的活発な動きをしていた地域から、表 1 の 5 つの分類によって選定したものである。この事例調査の際着目した主な項目は、表 2 のとおりである。

最後の第 3 次調査は、それまでの研究結果にもとづき、山陽町、三鷹市、川崎市田島地区の 3 地域で、C.O. について直接住民の意見等をきくために面接調査に重点をおいて行ったもので、この研究の中で最も重要な部分である。以下、第 1・第 2 次調査の結果の要点と、第 3 次調査そのもの及び結果の要点、さらに全体のまとめについて主に保健に焦点をあてて述べてみよう。

B. 第 1 次調査結果の概要

第 1 次調査のうち文献研究の結果の概要はつぎのとおりであった。この研究全体は主として保健学、社会福祉学、社会学の出身の者によって行われたが、文献研究はこの 3 つの観点から一応別々に実施された。保健学の観点からは、C.O. の理念に関する重要な項目として、以下の 10 項目が取り出された。

- ① コミュニティにおける問題解決：C.O. の主なねらいは問題解決にあるという考え方
- ② 住民の自主性あるいは自助 (Self-help)
- ③ 住民参加：コミュニティで行われる活動への参加もさることながら、活動の企画への参加を重

表1 コミュニティ・オーガニゼーションに関する研究のあらまし

第1次調査	： (1) コミュニティ・オーガニゼーション関係の文献の研究 〔昭和43・44年〕 (2) 実態とリーダーの認識に関する調査（郵送法） (3) 保健所職員の認識に関する調査（郵送法）
第2次調査	： 以下の12地域の事例調査（112候補地域から選定した） 〔昭和44・45年〕
農村	島根県那賀郡三隅町 岩手県和賀郡沢内村 岐阜県加茂郡東白川村 茨城県那珂郡緒川村
近郊農村	岡山県赤磐郡山陽町 岩手県紫波郡矢幅町
伝統的 <u>地方都市</u>	茨城県古河市 島根県松江市（城東地区）
工業化した <u>地方都市</u>	岡山県倉敷市（矢柄住宅地区） 茨城県日立市
大都市（一部の地域）	川崎市（渡田三丁目） 北九州市（八幡区大蔵地区）
第3次調査	： 都市化、工業化に重点をおき、以下3地域における、住民の面接調査 〔昭和46～48年〕 を中心にした調査
近郊農村	岡山県赤磐郡山陽町
ベッドタウン	東京都三鷹市
古くから工業化している大都市	川崎市田島地区

表2 事例調査の主な項目

①	対象地域（あるいはその周辺を含む）の社会・経済的特徴の把握—特に都市化を中心として。
②	対象地域にある保健ならびに福祉に関する問題の理解、さらに主な社会問題の理解。
③	そのような条件下あるいは状況下において、コミュニティ・オーガニゼーション、行政、その他が果して来た役割と成果。
④	個々の組織活動について—その契機、組織の形態、運営・プランニング（主体性、リーダーシップ、経費面、社会資源の活用等）、成果など。
⑤	各組織あるいは活動間の関連や総合化。
⑥	上記④と⑤を過程として動的にみること、さらに行政との関連を重視すること。
⑦	上記③④⑤を社会・経済的変化、特に都市化との関連でみること。
⑧	今後の見通しと主な問題点。

視する。

④住民同志の協力

⑤社会資源の利用：問題解決のために、コミュニティ内外にある人的・物的資源を総合的に利用すること、あるいはそれらを作り出すことを重視する。

⑥ボランティアの活用：C.O.にとって重要なのはボランティアを見つけ、養成し、活用することだとする見方。

⑦組織間の関係の調整：上記④は住民間の協力のことだが、これは組織間の協力関係の調整のことである。

⑧協議体としての組織化：上記⑦の一層進んだ形態を重視するもの。

⑨教育的側面の強調：C.O.の住民教育あるいは社会教育、民主化教育、健康教育の側面を強調するもの。

⑩民間組織・機関の活動であることの強調：公

的機関の活動ではないので、その自由さといった点を強調する見方。

さて、C.O. の実際場面について考えてみると、例えば新しい団地に子どもの健康問題の活動をするため組織が作られることもあり、既成の組織が新たに問題を取りあげることもあり、また、2つ以上の組織がいっしょに同じ問題に取り組むこともあるというように、種々の場合がありうるが、以上の10項目は、そのような種々の状況について調べた事例研究や調査例あるいはそれからの理論づけとして出されたものを、まとめた項目である。

そのため、次元の違うものや多少重複するものもあるが、これらを検討した結果、特に①③④⑤⑦が重要な項目と考えられた¹⁷⁻²⁰⁾。

つぎに、他の2つの調査からは以下の点が判明した。(1)保健のC.O.については、現在(調査時点)でも、部落会・町内会のような地縁組織と衛生協力会といった衛生団体が多く、健康増進の面にも関心が向いていること、(2)保健所職員の反応としては紋切型が多い一方、保健所の体制などに問題があること^{21,22)}、(3)リーダーの意見としては、多少自主性に欠けると思われる点もあったが、リーダーの8割近くがその仕事を続ける意志を持っており、“社会奉仕”(リーダーの仕事をこのように捉えている)に満足している人が多いこと^{23,24)}。

C. 第2次調査結果の概要

結果の概要を、農村・近郊農村の場合と都市の場合に分けて述べる。

1. 農村・近郊農村の場合

①保健活動は、町村と住民が一体となって行われることが多く、それぞれの役割に不明な点が少なくないが、発想が多くは町村当局から出ているという意味で、行政主導型がつよい。

②しかし住民側の動きも活発で細かい活動計画については自主的である。

③住民組織の名称・形態は種々であっても、いずれも部落会を基盤としている。

④組織の運営は、リーダー主導型が多い。

⑤いずれの地域でも、その社会・経済的変貌が、住民の保健やC.O.に大きな影響をあたえると思われる。

⑥住民組織の基盤である部落会が、従来の部落自治の精神に則って運営される限り、その自主性・主体性という点ではよいが、民主性あるいは住民の意識という点では問題があると思われる。

⑦部落会や婦人会等の多くが、“家”をメンバーシップの単位にしていることが、日本のC.O.を考える場合の特色のひとつといえる。

⑧保健活動全体におけるC.O.の位置づけや必要性については、つぎのように考えられる。第1にC.O.は、住民自身が今後起きて来ると思われる日常的な健康問題に関心を持ち、集団として解決をはかると同時に、個人として健康な生活を送るために必要であり、第2に各種の保健サービスを有効に利用するうえで必要であり、第3に保健に関する社会資源の充実や、環境汚染の防止について行政側に働きかけ、その民主化を進展させるために必要であり、第4に広義の精神衛生のため、すなわち、地域生活からの“人間疎外”を防ぐために必要であり、そして第5に、災害発生時の救済活動に必要である。

⑨なお、今後はC.O.として取上げられる健康問題がますます複雑かつ高度になるので、行政側や専門家の果す役割が増えて来ると思われる。

2. 都市の場合

①日立市の事例はボランティア活動で、貴重ではあるがやや特殊なものであった。

②古河市は東京の衛星都市となった古い町であり、変化が著しいが、町内会を中心とした献血運動等が成功している。町内会には市街地のもの、農村地区のもの、新しい住宅地のものなど新旧さまざまであるが、連合会があり組織化が進んでいる。また町内会のほかにアソシエーション的組織ができているが、そのまとめ役あるいは基盤として、町内会の中には、民主的な運営をしながら行政側からの要請にも巧みに対応している例が、古い地区にも新しい地区にも少なくなかった。

③北九州市の事例は、地区社会福祉協議会の成功例といえるが、この場合も町内会がその基盤になっていることと、従来いわれて来たC.O.のための技術が生かされていることが、その理由と思われる。

④川崎市の事例は以前から町内会活動が盛んな古い工場の町にある町内会の例で、この事例からは、住民と行政と専門家とがそれぞれの役割を分担し、タイアップすれば、C.O.が可能であること、広域的に解決しなければならない問題についても住民組織がになう部分があること等が考えられた²⁵⁾。

D. 第3次調査と結果の概要

1. 調査の目的

調査の目的は、工業化・都市化しつつある社会において主に保健・福祉の向上を目的としてC.O.をすすめてゆく場合の、主な問題点と解決策を見出すことであった。

2. 対象地域・対象者について

はじめに対象地域の概況についてふれよう。

a. 三鷹市

三鷹市は東京都の西部に位置し、かつて農村であった所が戦中・戦後に急速に発展し、最近の人口は約15万人に落ち着いているが、その75%は15年程の間に移住した人々で、東京の典型的なベッドタウンのひとつである。新しい人々の入り方は、団地もあればいわゆるスプロールもあって、様々である。行政の特色としては保健・福祉に重点がおかれ、下水道がほぼ完成している。

三鷹市では、過去20年にわたり、市が町内会・自治会を育成する方策も、行政に利用することも行われていなかったのに、市のほぼ全域にわたって、大小・新旧いろいろの町内会・自治会が存在している点が特色と思われる。これらのほか、例えば住民運動をしている大きな組織は存在しなかった。(また当市では、昭和46年から、コミュニティづくりをねらいとした、住民の管理・運営によるコミュニティ・センター建設計画が打出され、49年に1か所が活動を開始している。)

b. 川崎市田島地区

東京湾に近く、昔の農村がこの70～80年来工業都市として発展して来た古い工場の町である。現在は田島保健所の区域に相当するが、昭和2年に周囲の町村に最もおくれ川崎市に合併したことから、今でもかなりのまとまりがあるといえる。世帯数約2万、人口約7万で、近くに大工場があり、地区内にはブルーカラーに属する人々や自営業の人々の庶民住宅地の中に、中小の工場が散在している。いわゆる公害としては、昭和30年頃から煤煙が問題になり、当時は町内会等が運動をおこし行政施策も行われて改善されたが、昭和40年以降のいおう酸化物を中心とする大気汚染については、当地区にもかなりの公害病認定患者がおり、「川崎から公害をなくす会」を中心に住民運動が行われて来たが、住民運動の革新系リーダーと町内会側の主に保守系リーダーとの関係もあって、町内会は住民運動に関与していない。なお人口は減少傾向にある。

c. 山陽町

山陽町は岡山市の東側に隣接する近郊農村で、他と同様に、農家世帯はあまり減少していないものの、農業従事者は激減している。これに加えて昭和46年から入居が始った県営団地があり、完成時(50年予定)には世帯数・人口とも、これまでの山陽町(約2,000世帯, 8,000人)を上回るものとなる。

またこの町にとって重要なことは、昭和の初期から保健活動が行われていた点である。すなわち昭和8年に農業労働と健康に関する調査や啓蒙が始められ、戦後の28年からは、学校保健を中心に、家族ぐるみ・部落ぐるみの種々の保健活動が地道かつ活発に行われて来た。その間、町全体としての組織化も行われたが、40年頃から町当局が保健を行政の中心において力を入れるにつれ、住民側は受動的になって来たといわれている。

このような3地域における各調査の、地域内の対象地区と対象者については、三鷹市と川崎市田島地区では町内会・自治会の特色を検討した上そ

それぞれ数町内会地区をえらび、各々住民台帳から成人男女を無作為に抽出し（川崎市田島地区では、このほか、「川崎から公害をなくす会」の住民側の母胎である川崎医療生活協同組合加入者で田島地区居住者からも、成人男女を無作為に抽出し、一般住民とは別扱いで調査対象とした）、山陽町では山陽団地（1部落分）を含む28部落から調査地点を抽出した後、当該部落の選挙人名簿から無作為に抽出した。

3. 調査の方法と内容

調査の方法としては、各地域とも、各種既存資料の収集と関係者からのききとり及び上記対象者に対する調査票による面接調査を行った。

つぎに調査内容については、地域により特殊の事情があるものを除き（例えば川崎の場合、公害や「川崎から公害をなくす会」に関する項目を含め、山陽町の場合は、母子保健の組織である愛育委員に関する項目を含めた）、大部分を3地域共通とした。その大きな柱は以下の5つである。

- a. C.O. に対する認識
- b. 問題解決の方法に関する意見
- c. コミュニティ意識
- d. 生活関心
- e. 生活構造に関する項目（主に対象者の属性）

以上のうち、「調査結果の概要」において述べる a と b については、その項を参照していただき、他は紙数の関係で省略させていただく。

4. 調査結果の概要

3地域の調査結果については、各地域毎に分析を行い、それぞれ報告をまとめたのであるが、ここではそれらは省略し、特に C.O. に関連が深い「問題解決の方法に関する意見」と「C.O. に対する認識」について、3地域全体として、まとめさせていただく。

なお、コミュニティ意識、生活関心、生活構造に関する項目については、おおむね、先に述べた3地域の特徴を具体的に浮彫りにするような結果がえられた。

a. 問題解決の方法に関する意見

これに関する合計10の質問は、以下に記す10項目について、それぞれ、「各家庭」「町内会・部落会・自治会のような組織」（婦人会等のうち町内会・部落会・自治会を基盤にするものを含む）「市役所のような機関」「その他の団体やグループ」のうち、主にどれがすることと考えるかを尋ねたものである。ただし川崎と山陽町では、このほか、「いわゆる革新団体」を含め、また3地域とも「そのようなことは必要ない」を選択肢に含めた。

- ①町をきれいにしたり、美しくするための活動、
- ②たとえば育児などについて、母親が話しあえるような仕組みを作ること、
- ③敬老会をすること、
- ④町内に街路灯や防犯灯をつけたり、その管理をすること、
- ⑤赤ちゃんの検診や健康相談について知らせたり、受けるようにすすめること、
- ⑥地元のお祭の世話をすること、
- ⑦病人が出たときやお葬式のときなどに助けあえるような仕組みを作ること、
- ⑧趣味の会やスポーツの会を育てたり、世話をしたりすること、
- ⑨献血運動の世話をすること、
- ⑩住民の意見をまとめ、市役所（町役場）の仕事に反映させること。

これらの質問に対する回答の状況は、表3から表12に示したとおりである。回答のうち「町内会・自治会」（部落会を含む）に注目し、質問毎に地域別にまとめてみたのが表13である。

以上にみられるように、「町内会・自治会」が他の選択肢に比べ1位であったのは、三鷹市で10項目中5項目、川崎では8項目、山陽町では6項目であり、3地域に共通して1位だった項目は、「お祭」「助けあい」「意見の反映」「趣味の会等の世話」の4項目であった。このように、昔から町内会や部落会が行って来た「お祭」や「助けあい」のほかに、新しい項目といえる「意見の反映」や「趣味の会等の世話」が含まれていることは大変重要と思われる。

つぎに、「市役所・役場等」（保健所を含む）が1位にあげられたのは、3地域共通が「乳児検診」と「献血運動」であり、2地域共通は「母親の話

表3 町をきれいに美しくするための活動（問題解決①）

	各家庭	町内会・自治会	革新団体	市役所・役場等	その他の団体・グループ	不明・無答	そのようなことは不必要	計
三鷹市 (Q20)	23.9	25.9	—	43.2	5.8	1.2	0	100.0
川崎 (Q18)	30.4	33.2	0.9	33.2	1.4	0.9	0	100.0
山陽町 (Q18)	31.6	32.5	0.3	31.0	1.4	3.2	0	100.0

注：Q はそれぞれ調査票の質問番号である（以下同じ）

また各地域の回答者数は三鷹市347人（回答率64.5%）、川崎（一般住民の分のみ）214人（同68.6%）、山陽町348人（同74.7%）である。

表4 たとえば育児について、母親が話合える仕組みを作ること（問題解決②）

	各家庭	町内会・自治会	革新団体	市役所・役場等	その他の団体・グループ	不明・無答	そのようなことは不必要	計
三鷹市 (Q21)	9.2	29.4	—	49.6	2.9	7.5	1.4	100.0
川崎 (Q19)	4.7	42.5	1.4	40.2	7.5	3.7	0	100.0
山陽町 (Q19)	7.2	27.0	0.6	52.8	5.8	6.3	0.3	100.0

表5 敬老会をすること（問題解決③）

	各家庭	町内会・自治会	革新団体	市役所・役場等	その他の団体・グループ	不明・無答	そのようなことは不必要	計
三鷹市 (Q22)	2.6	33.7	—	55.0	4.3	3.5	0.9	100.0
川崎 (Q20)	2.8	48.6	3.3	34.1	7.0	3.7	0.5	100.0
山陽町 (Q20)	1.4	50.0	1.2	40.5	2.9	3.7	0.3	100.0

表6 街路灯・防犯灯の設置・管理（問題解決④）

	各家庭	町内会・自治会	革新団体	市役所・役場等	その他の団体・グループ	不明・無答	そのようなことは不必要	計
三鷹市 (Q23)	1.4	53.6	—	41.2	3.2	0.6	0	100.0
川崎 (Q21)	4.2	69.1	0.5	21.0	3.3	1.4	0.5	100.0
山陽町 (Q21)	2.6	37.9	1.7	51.2	2.3	4.3	0	100.0

表7 乳児検診などについて知らせたり、受けるようにすすめたりする（問題解決⑤）

	各家庭	町内会・自治会	革新団体	市役所・役場等	その他の団体・グループ	不明・無答	そのようなことは不必要	計
三鷹市 (Q24)	3.7	13.0	—	77.8	1.7	3.5	0.3	100.0
川崎 (Q22)	1.4	26.6	0	69.6	0.5	1.9	0	100.0
山陽町 (Q22)	1.4	20.7	0	72.2	1.4	4.3	0	100.0

表8 地元のお祭の世話（問題解決⑥）

	各家庭	町内会・自治会	革新団体	市役所・役場等	その他の団体・グループ	不明・無答	そのようなことは不必要	計
三鷹市 (Q25)	1.4	81.9	—	3.7	2.0	4.0	7.0	100.0
川崎 (Q23)	1.4	94.5	0	0	2.3	0.9	0.9	100.0
山陽町 (Q23)	4.6	79.0	0	1.7	6.9	5.5	2.3	100.0

表9 病気・葬儀のときなどにお互いに助けあえる仕組みを作ること（問題解決⑦）

	各家庭	町内会・自治会	革新団体	市役所・役場等	その他の団体・グループ	不明・無答	そのようなことは不必要	計
三鷹市 (Q26)	19.3	68.9	—	5.2	2.6	2.0	1.7	100.0
川崎 (Q24)	21.0	66.0	0.5	7.9	2.3	2.3	0	100.0
山陽町 (Q24)	14.7	70.0	0.3	2.0	9.5	3.5	0	100.0

表10 趣味の会・スポーツの会を育てたり，世話をしたりする（問題解決⑧）

	各家庭	町内会・自治会	革新団体	市役所・役場等	その他の団体・グループ	不明・無答	そのようなことは不必要	計
三鷹市 (Q27)	4.6	42.3	—	42.1	5.2	4.6	1.2	100.0
川崎 (Q25)	3.7	49.6	0.9	10.3	29.4	6.1	0	100.0
山陽町 (Q25)	1.7	41.0	0.3	23.6	25.9	6.9	0.6	100.0

表11 献血運動の世話をすること（問題解決⑨）

	各家庭	町内会・自治会	革新団体	市役所・役場等	その他の団体・グループ	不明・無答	そのようなことは不必要	計
三鷹市 (Q28)	6.3	20.2	—	66.3	4.3	2.9	0	100.0
川崎 (Q26)	4.2	21.5	1.4	64.4	3.3	4.7	0.5	100.0
山陽町 (Q26)	1.4	16.4	0.3	73.6	2.6	5.7	0	100.0

表12 住民の意見をまとめ，役所の仕事に反映させる（問題解決⑩）

	各家庭	町内会・自治会	革新団体	市役所・役場等	その他の団体・グループ	不明・無答	そのようなことは不必要	計
三鷹市 (Q29)	3.2	71.5	—	17.3	3.7	4.0	0.3	100.0
川崎 (Q27)	1.9	65.5	7.9	14.0	3.7	7.0	0	100.0
山陽町 (Q27)	2.0	65.0	4.0	17.5	4.0	7.5	0	100.0

合い」であった。乳児検診と献血運動は「知らせたり、すすめたり」と「世話をする」という質問文であったが、ともにふつう公的機関のイニシアティブで行われるので、このような結果になったと思われる。

その他、どの選択肢をえらばよいか判断しにくい場合には、三鷹市のような新しい市では、たいていのことは市にやらせるという考え方が現われ（行政への要求型）、山陽町のように従来行政側がとかく先取りしていた所では、行政に依存する性格（行政依存型）が現われたといえよう。一方川崎市田島地区では、従来活発な町内会が多かったことから、一応「自主解決型」といえるが、住民と町内会役員との関係に着眼すれば、むしろ「町内会役員依存型」というべきであろう。

b. Community Organization に対する認識について

この柱に関する質問とその回答状況は、表14から表25に示したとおりである。これらのうち特に重要と思われるものを拾うと以下の如くである。

まず住民はおよそどんな組織や団体に加入していると、ふだん意識しているかをみるために、調査の一番始めにこれについて尋ねた結果（表14）は、3地域とも半数強の人たちが何らかの組織・団体を答えたただけであった。そのうち「町内会」

（自治会・部落会を含む、以下同じ）が含まれていたのは、三鷹市で37%、川崎は34%、山陽町28%であった。また組織・団体をあげた者に対する「町内会」の率は、それぞれ、70%、62%、49%で、3地域とも他の組織・団体より、はるかに高かった。他方、「町内会」に加入しているかについて直接尋ねた結果は、いずれも9割前後が加入していると答えている（表15）。

つぎに、今後役員をひきうけてもよいかに対する回答状況については、意見が分かれようが、20世帯に1人は、すすんでひきうける人がいることになる（表17）。

「町内会」役員の性格については、いわゆる民主的リーダーを望む者が多い（表18）一方、経費については、市町村でも持てという意見がつよい（表23）。また「町内会」については全体として、かなり関心があるといつてよいと思う（表19、20、21）。

それでは、「町内会」がある方がよいか、ない方がよいかについては、3地域とも圧倒的に「あった方がよい」が多い（表24）。その主な理由は、三鷹市と川崎では「防犯・保健」といった具体的事項が最も多く、次いで「親睦・まとまり」といった精神的なもの、さらに「陳情・要求」の順で

表13 問題解決の質問10問について、町内会・部落会・自治会等を回答した率と順位

	町をきれいに	母親の話合い	敬老会	街路灯	乳児検診	お祭	助けあい	趣味の会	献血運動	意見の反映
三鷹市 (Q20—29)	⑧25.9	⑦29.4	⑥33.7	④53.6	⑩13.0	①81.9	③68.9	⑤42.3	⑨20.2	②71.5
川崎 (Q18—27)	⑧33.2	⑦42.5	⑥48.6	②69.1	⑨26.6	①94.5	③66.0	⑤49.6	⑩21.5	④65.5
山陽町 (Q18—27)	⑦32.5	⑧27.0	④50.0	⑥37.9	⑨20.7	①79.0	②70.0	⑤41.0	⑩16.4	③65.0

注：①・②…は地域毎の順位。

表14 あなた・お宅が加入している組織・団体

	加入している	(そのうち町内会・部落会)	どれにも加入していない	不明・無答	計
三鷹市 (Q1)	53.3	(37.4)	46.4	0.3	100.0
川崎 (Q1)	55.1	(34.1)	43.5	1.4	100.0
山陽町 (Q1)	57.3	(28.2)	38.4	4.3	100.0

注：() 内は加入している組織・団体をあげた中に町内会・部落会・自治会を含むもの

あったが、山陽町では「親睦・まとまり」が一番多く、次に「防犯・保健」、さらに「連絡・事務」と「陳情・要求」とがほぼ同率であった。これらの相違は、「町内会」の従来の活動からの影響とこれらの組織への期待に、地域差があるためと思われる。特に山陽町については、保健関係などは他の組織（愛育委員など）が活動して来たことが、

影響しているのではないかと考えられる。しかしいずれの地域でも、「町内会」の必要性について、精神的および具体的な理由をあげている。それは、「町内会」がその性格のあいまいさを問題とされながら、実際にはその欠点はむしろコミュニティを包括してゆく組織の持つ特性として受け入れられ、期待されているとみてよいのではなかろうか。最

表15 町内会・部落会・自治会の加入

	加入している	加入していない	不明・無答	計
三鷹市 (Q4)	88.5	11.5	0	100.0
川崎 (Q2)	93.9	4.7	1.4	100.0
山陽町 (Q2)	89.7	8.6	1.7	100.0

注：「お宅は町内会（部落会・自治会）に加入していますか、町内会（部落会・自治会）の名称を教えてください」に対する回答。

表16 町内会・部落会・自治会の役員の経験

	ある	ない	不明・無答	非該当	計
三鷹市 (Q5)	23.1	65.1	0.3	11.5	100.0
川崎 (Q3)	35.1	58.8	0	6.1	100.0
山陽町 (Q3)	45.6	44.1	0	10.3	100.0

表17 町内会・部落会・自治会の役員をひきうけてもよいと思うか

	すすんでひきうける	やむをえなければひきうける	全くその気はない	その他	不明・無答	非該当	計
三鷹市 (Q6)	6.1	32.6	42.9	4.6	2.3	11.5	100.0
川崎 (Q4)	7.5	34.6	43.5	4.2	4.1	6.1	100.0
山陽町 (Q4)	6.6	27.9	49.7	4.3	1.2	10.3	100.0

表18 町内会・部落会・自治会の役員にはどんな人がよいか（リスト使用）

	強い信念	話し合いでまとめる	人をひっぱり	調整できる	その他	意見なし	不明・無答	非該当	計
三鷹市 (Q7)	13.3	44.7	9.7	18.2	1.4	0.3	0.9	11.5	100.0
川崎 (Q5)	21.5	43.9	11.2	10.3	2.8	0.9	3.3	6.1	100.0
山陽町 (Q5)	19.3	38.5	13.3	11.8	1.4	2.9	2.5	10.3	100.0

注：「強い信念」とは、強い信念の持主で熱意のある人、「話し合いでまとめる」とは、話し合いによって組織をまとめてゆく力のある人、「人をひっぱり」とは、多くの人を引っばってゆく実力のある人、「調整できる」とは、組織の事情に通じていて調整できる人。

後に、「町内会」を必要と思わないという者は、3地域とも数パーセントあったが、その主な理由は、いずれも、従来からいわれている「町内会」の古い体質に関することであった²⁶⁻²⁸⁾。

E. 研究のまとめ

1. Community Organization の5項目について

以下の5項目は、今後C.O.をすすめて行く場

表20 自分の町内会・部落会・自治会の欠点の有無

	あり	なし	非該当	計
三鷹市 (Q9)	32.3	56.2	11.5	100.0
川崎 (Q7)	22.9	71.0	6.1	100.0
山陽町 (Q7)	33.1	56.6	10.3	100.0

注：「なし」には不明・無答を含む。

表19 自分の町内会・部落会・自治会のよい点の有無

	あり	なし	非該当	計
三鷹市 (Q8)	40.4	48.1	11.5	100.0
川崎 (Q6)	34.5	59.4	6.1	100.0
山陽町 (Q6)	46.3	43.4	10.3	100.0

注：「なし」には不明・無答を含む。

表21 自分の町内会・部落会・自治会への希望の有無

	あり	なし	非該当	計
三鷹市 (Q10)	42.4	46.1	11.5	100.0
川崎 (Q8)	31.7	62.2	6.1	100.0
山陽町 (Q8)	30.2	59.5	10.3	100.0

注：「なし」には不明・無答を含む。

表22 町内会・部落会・自治会への加入方法についての意見（リスト使用）

	世帯・強制	世帯・任意	個人・強制	個人・任意	不明・無答	計
三鷹市 (Q11)	31.1	48.1	3.2	14.1	3.5	100.0
川崎 (Q9)	23.8	54.3	4.2	15.4	2.3	100.0
山陽町 (Q9)	34.2	33.9	5.2	18.7	8.0	100.0

注：「世帯・強制」とは、世帯単位でなるべく強制加入、「世帯・任意」とは、世帯単位で任意加入、「個人・強制」とは、個人単位でなるべく強制加入、「個人・任意」とは、個人単位で任意加入。

表23 町内会・部落会・自治会の独自の活動の経費負担に関する意見（リスト使用）

	全額市町村	主に市町村	市町村と住民	主に住民	全額住民	その他	不明・無答	計
三鷹市 (Q12)	10.4	21.0	45.3	11.5	6.3	2.0	3.5	100.0
川崎 (Q10)	15.9	17.8	47.2	7.9	5.6	0	5.6	100.0
山陽町 (Q10)	12.3	16.7	45.7	10.6	3.5	2.0	9.2	100.0

注：「全額市町村」とは「全額市町村が負担すべきである」、「主に市町村」とは「主として市町村が負担すべきである」、「市町村と住民」とは「市町村と住民が直接負担すべきである」、「主に住民」とは「主として住民が直接負担すべきである」、「全額住民」は「全額住民が直接負担すべきである」

表24 町内会・部落会・自治会はある方がよいか、ない方がよいか

	あったほうがよい	必要と思わない	どちらともいえない	不明・無答	計
三鷹市 (Q13)	83.6	6.1	8.9	1.4	100.0
川崎 (Q11)	92.5	2.8	4.2	0.5	100.0
山陽町 (Q11)	88.2	2.3	7.8	1.7	100.0

表25 町内会・部落会・自治会がある方がよい主な理由（リスト使用）

	親睦・ まとまり	防犯・保健	連絡事務	陳情・要求	その他	不明・無答	非該当	計
三鷹市（Q13）	19.6	39.8	6.6	15.3	2.0	0.3	16.4	100.0
川崎（Q11）	25.7	43.0	7.0	12.2	2.3	2.3	7.5	100.0
山陽町（Q11）	42.5	20.1	10.9	10.1	3.5	1.1	11.8	100.0

注：「親睦・まとまり」とは「町内の親睦，精神的まとまりのため」，「防犯・保健」とは「防犯，保健衛生，自衛の必要から」，「連絡事務」とは「都・県や市・町からの連絡事務のため」，「陳情・要求」とは「住民が団結して，都・県や市・町に陳情や要求をするため」

合，実践的な立場からその本質にかかわる重要事項と考えられる。

- a. コミュニティの範囲における問題解決
- b. 住民参加（企画への参加）
- c. 住民同志の協力
- d. 社会資源の利用
- e. 組織間の関係の調整

2. 日本的な Community Organization について

今後も日本的 C.O. の特徴となると思われるのは，町内会・自治会・部落会のような組織が，その基盤になるということである。ここで町内会・自治会・部落会のような組織とは，ローカル・コミュニティ（基礎的あるいは最小の範囲のコミュニティ）の家族（世帯）をすべてカバーすることを原則とし，そのコミュニティの種々の問題に取り組むことを原則とするという意味で包括的な組織のことである。

つぎに“基盤になる”というのは，主に都市ではこのような組織が主役を演ずると思われることである。都市においては農村と違って，一般的に保健など特定分野を対象とする組織が作られにくく，包括的な組織の機能に含まれることが多いからである。逆に農村では，部落会が比較的軽い役割を持ち，目的別組織が作られるようになると思われるが，その組織化に際し部落会が基盤になると考えられる。さらに都市・農村を問わず，学区，市町村全域など，より広い範囲で行われる事業・活動については，その企画への参加や意見の聴取などの際，ここにいう包括的な組織が基盤になると思われるのである。

3. 住民組織のあり方について

上記の包括的な組織やその他の組織の好ましいあり方は，単なる行政依存型でもなく，単なる行政要求型でもなく，かつ組織内部では役員依存型でもない，自主的な組織で民主的に運営されるものである。

4. Community Organization の保健活動における位置づけについて

C.O. が保健活動の中でどのように位置づけられるか，あるいはどんな役割を持っているかについては，およそ以下のとおりである。

a. 住民自身の日常生活的な健康問題を，住民の直接的な参加（具体的には家族を代表する者の参加）によって集団として解決してゆくこと（住民の自治といえる）。

b. 住民側の要望を行政側等に出して問題解決をはかること（そして行政の民主化に資すること）。

c. 広域にわたり，多くの資金・人員・専門的知識等を必要とする問題については，（組織あるいは組織の連合体を通じて）住民側の代表を送り，問題解決に参加すること。

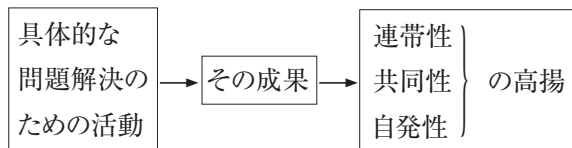
d. 行政側の立てた事業計画への協力（これによって，住民側が有効な利用をはかることができる）。

e. 以上によって問題解決が行われうるだけでなく，同時に住民の組織化がすすめられるとともに，住民の自由意思による（直接的または間接的）参加によって，コミュニティにおける“人間疎外”が防がれ，精神衛生が維持・増進されよう。

なお、最近、災害発生時における住民活動の重要性が強調されているが、このためにもふだんからの活動が必要である。

5. 組織化が先か、活動が先かについて

以前からよくいわれて来た、組織化が先か、問題解決のための活動が先かという問題については、これをC.O.の過程に関する基本的な問題と考えれば、今回の研究の結果全体から、下のようなモデルが作られる。



このモデルの矢印はこの順序に経過するという意味で、逆に無理に組織を先に作り、連帯性、共同性、自発性をお説教で高めようとしても不成功に終ることを示している^{29,30)}。

Ⅲ. 地域保健における Community Organization と住民参加

C.O.については既に述べたので、始めに地域保健と住民参加について考察を加えた後に、全体をまとめてみよう。

A. 地域保健について

既に「まえがき」において述べたように、地域保健や地域医療（ここでは地域保健とはほぼ同義語と考える）については、現在、種々の考え方があると同時に実際面においてもいろいろと試みられている。

それらのうち、田中（恒男）は地域医療について、「包括医療を前提とした医療の体系を、国民の生活の場を原点として考えることが地域医療である」といい、さらに「地域住民が、その生活基盤の中で、自らの健康を維持し増進させ、生活の向上を計っていくために必要な保健医療の技術を組織的に提供し、その生活を支持していく一連の活動のプロセスである」と述べている³¹⁾。われわれとしては、この中で“国民の生活の場を原点として”と“その生活基盤の中で”に注目する必要がある。

また田中はこれに関連して、「……地域医療の実質的な空間は、一義的に狭域的な地域であり、高次医療をふまえた場合に広域が想定される……」といい、また「……先にのべた生態学的交渉の場としての空間をとらえることが望ましいと考えるが、行政的な区分との調和がむずかしく、なお検討が必要である。実際には救急医療をきっかけとして、市町村レベル、医師会単位などで medical community として実働している例も少なくない」と述べている³²⁾。

さらに別に、健康障害の発生過程に関し、「……具体的に健康障害を眺めるとき、1) Life stage による差、2) Life style による差、の2点から分析を行う必要がある」としている³³⁾。

以上から、地域保健について考える場合、その最小の（あるいは基礎的な）単位（あるいは範囲）としては、さしあたり、市町村の区域、もしくはいわゆる政令市の場合は保健所の区域を取上げることが適当であること、および、狭義の保健と医療とを包括するものでなければならないことがいえよう。

B. 住民参加について

既にわれわれは、C.O.の5項目として住民参加をあげ、ある程度その考え方についても述べて来た。しかし事実上、C.O.とは関係なしに住民参加について論じられることが少なくないし、そのような立場から種々実践的な試みも行われているので、ここでは住民参加そのものについて考えてみよう。

現在では、政治・行政のあらゆる面で、またあらゆるレベルで、あたかもスローガンのように、住民側からも行政側からも住民参加が唱えられ、住民参加の花ざかりの観を呈しているが、実践的にも学問的にも、これが明らかに取上げられるようになったのは、ごく最近のことといえる。

ちなみに、米国の場合もほぼ同様の事情にあると考えられるが、米国については西尾がその著「権力と参加」の中で興味深い分析を行っている。米国の場合も、そこに登場する問題は、黒人の

「解放」から「再建」へとといった人種問題、多民族社会における貧困・救貧、都市再開発におけるスラムなど、利害の対立がはげしく、しかも切迫した問題ばかりであった³⁴⁾。

最近の住民参加の強調は、日本でも米国でも、このようにきびしい問題の解決過程を通じて現われた住民参加という考えが、種々の立場から、通常の政治・行政過程の中に取り入れられるようになったものである。種々の立場とは、例えば、住民主体の行政の推進をはかること、住民自身による地方自治の強化をはかること、弱体化した地方議会の機能の補完をはかること、価値観の多様化による種々の利害の対立を当事者の直接参加によって解決すること等で、住民側だけでなくむしろ行政側によっても、重視されている。

西尾によれば、市の一部の区域の住民が自分たちの利益のためにする場合を住民参加と呼び、市全域にわたる場合を市民参加というが、日本の場合このような使いわけは少ないと思われるので、そのまま住民参加と呼ぶこととする。

このような住民参加については、理論づけよりも、多くの市町村における実際的な試みが先行しているのが現状で、例えば三鷹市（コミュニティづくりの構想³⁵⁾、武蔵野市（行政全般³⁶⁾、町田市（まちづくりへの市民参加³⁷⁾、神戸市（行政参加と市民運動³⁸⁾、その他がある³⁹⁾。そしてそれぞれの市町村では、それぞれの事情に適すると思われる発想が、まちまちに実践されているわけである。

しかし住民参加に関する考え方を、われわれなりにまとめてみると、およそつぎのようになる。

1. 地方における政治・行政の民主制という意味では、議会の議員や首長の直接公選制や各種の直接参政の制度—条例の制定改廃請求、解散解職請求、監査請求、住民訴訟制度等—があるが、これらを住民参加に含めて考えるかどうかは、意見のわかれるところであろう。これらを行うときの意図ややり方にもよるかもしれないが、またその重要性とは別に、住民参加の枠に入れないのがふ

つうと思われる。

2. 現在、比較的多く行われているのは、住民側のイニシアティブによる場合も行政側の発想による場合も含めて、およそ次のようなものと思われる。

- a. 各種審議会、協議会への住民参加
- b. 各種市民委員会の設置と住民参加
- c. 自治会組織代表者会議
- d. 市町村長へ手紙を出す運動
- e. 市町村政懇談会、対話集会、動く役場
- f. 市長相談日、町長対話の日等
- g. 世論調査、住民アンケート、モニター制度
- h. 市政提言箱の設置

3. このほか、なんらかの問題解決のために、住民たちがその力を出しあう、自主的な活動だけを住民参加とする考え方もある。この場合、行政側はそれを援助する立場をとるが、これも重要な側面と思われる。

以上のうち3は、ほとんどがローカル・コミュニティにおける活動であり、住民の直接参加の形が多いと考えられ、特定の問題に関する特定住民の市町村全域にわたる活動であっても直接参加が多いと思われる。

これに対して2の項目のうちabc以外は一種の直接参加であるが、そのねらいは、行政側が参考資料を得るためというものが多く、市町村レベルで住民代表が恒久的に種々の企画に参加するという意味で重要なものは、abcである。（勿論この場合も、審議会を開いて意見をききおくというのがあるが、住民側や行政側がその気になれば、企画への参加ができるし、それが重要ということである。）abcでは、いうまでもなく、住民の間接参加となる。

2でも3でも直接参加で、しかもなにか会合に出席する形式の場合には、仕事などの関係で出席したい人が出られるかという機会の問題があり、間接参加の場合には、住民の代表者が真に代表といえるかどうかという代表性の問題がある。従ってこれらがうまく確保されることが必要である。

C. 地域保健における C.O. と住民参加

以上、地域保健、C.O.ならびに住民参加について、その考え方や現状をみて来た。それでは最後に、地域保健における C.O. と住民参加について、特にその仕組みについて、どのように考えればよいだろうか。

まず地域保健としては、市町村レベルで（政令市では保健所のレベルで）、狭義の保健と医療との全体を含んだ（換言すれば、広義の地域保健あるいは地域医療の）総合的な計画を作る必要があるわけである。（勿論、総合的でなく、個々の計画を積重ねてゆくこともあるが、少なくとも全体の計画に関する視野を持つ必要がある。）

そのような計画の企画にあたっては、行政側、専門機関や専門家、住民側の3者によって、地域保健計画全体の方針、その中で3者の役割、総合的な保健計画あるいは個々の計画などを決めることが最も望ましい。ここでは、その場合の住民側の組織化に焦点をあてて、そのあり方を考えるのであるが、およその重要な点は、「C.O. 研究のまとめ」において述べたこと、特に「4. C.O. の保健活動における位置づけについて」で述べたことが、そのままあてはまると思われる。

すなわち、市町村内の（あるいは政令市の保健所区域内の）ローカル・コミュニティにおける保健のための住民組織としては、家族（世帯）をメンバーシップとする町内会等の包括的組織あるいはこれを基盤とする組織が最適と考える。

家族を単位とすることは、保健における家族の役割の重要性、あるいは保健問題の検討に際して住民の life stage や life style を考慮する必要性に合致するうえ、住民の直接参加について問題になる機会に関しても、家族の中から誰かが出席する仕組みにすれば、好都合であろう。

また、町内会のような包括的組織を基盤とすることは、健康問題の日常性や恒久性からみても、恒久的な住民参加のためにも、合理的と考えられる。町内会・自治会・部落会が種々問題視されていることは事実であり、その運営等が昔のまま

よいというのでは決してないが、他方、きわめて根づよいことも事実である。この点に関し、最近安田が「地方自治体としての町内会」という見解を示していることは、大変興味深い⁴⁰⁾。

なお、保健のための住民組織といったのは、ローカル・コミュニティにおける包括的組織の中に保健の部門があってもよいし、これを基盤に別に作られてもよい。ただし後者では、健康問題が福祉、教育など他の分野と関連が深いので、それらの組織と連携しやすいことが必要である。

つぎに市町村（政令市の保健所）レベルでの住民の間接参加については、各包括的組織から、その保健の代表者が参加することになる（「住民参加」の項の a, b, c）。このためには、市町村レベル（政令市の保健所のレベル）に保健のための連合体が必要である。住民側としても全域の問題を検討しなければならないからである。

以上のほかボランティア活動は、住民側の活動の重要な支柱として必要であり、従来の「愛育委員」「愛育班員」「母子保健推進員」等については、かつてのように“指導者”とみるよりボランティアとみる方が適切と思われる。

以上は地域保健への住民参加について、C.O. と関連させながら、その仕組みに関し1つの考え方を述べたものである。このほか、そのための健康教育の問題、その仕組みを作る時の進め方の問題、運営の問題等いろいろ検討すべきことがある。（ただし、C.O. 研究の結果が、後2者について、ある程度役立つと思われる。）

また、ここに述べた1つの考え方は、われわれを含めたグループが実施した「C.O. 研究」、特に第3次調査の結果に根拠をおくもので、単なる発想ではないつもりである。

多くの方々の御批判・御助言をいただければ幸いです。

文 献

- 1) 橋本正己：公衆衛生と組織活動，73～99，誠信書房（1955）

- 2) 厚生省公衆衛生局保健所課：地区衛生組織の現状（調査報告）（1956）
- 3) King, C.: Organizing for Community Action, Harper & Brothers (1948)
- 4) Turner, C. E.: Community Health Educator's Compendium of Knowledge, 87～100, C.V. Mosby Company (1951)
- 5) 宮坂忠夫：衛生教育, 213～260, 績文堂 (1958)
- 6) 須川 豊・橋本正己：蚊とハエのいない生活, 財団法人日本公衆衛生協会 (1953)
- 7) 吹田母子会：吹田母子会20年の歩み (1970)
- 8) Harper, E. B. and Dunham, A.: Community Organization in Action—Basic Literature and Critical Comments, 23～27, Association Press (1959)
- 9) 国民生活審議会調査部会編：コミュニティ問題小委員会報告：コミュニティ生活の場における人間性の回復— (1969)
- 10) 橋本道夫：地区保健計画, 保健所管理 (厚生省公衆衛生局保健所課編), 238～304, 日本公衆衛生協会 (1961)
- 11) 衛生行政大要 (改定第5版), 71～72, 日本公衆衛生協会 (1967)
- 12) 勝沼晴雄監修, 田中恒男編：医療学序論, 46～121 および235～239, 篠原出版 (1976)
- 13) 橋本正己：地域保健活動—公衆衛生と行政学の立場から—医学書院 (1968)
- 14) 宮坂忠夫：新しい健康観を求めて (12), Life Science, 2-4, 24～27 (1975)
- 15) 8) に同じ, 54～58
- 16) Cox, F. M., Erlich, J. L., Rothman, J. & Tropman, J. E.: Strategies of Community Organization, A Book of Readings, 21～36, F. E. Peacock Publishers, Inc. (1970)
- 17) 川田智恵子, 宮坂忠夫, 藤岡千秋, 金永安弘：保健領域における Community Organization に関する文献的考察 (アメリカの場合), 第27回日本公衆衛生学会総会特集号, No.3 (日本公衛誌16巻13号臨時増刊), 1 (1969)
- 18) 藤岡千秋, 宮坂忠夫, 川田智恵子, 金永安弘：我が国における保健領域の地区組織活動に関する研究—文献学的考察, 第27回日本公衆衛生学会総会特集号, No.3 (日本公衛誌16巻13号臨時増刊), 2 (1969)
- 19) Community Organization 研究会：保健・福祉の領域における Community Organization に関する研究—第1次報告書—文献による研究を中心に (1970)
- 20) Kawata, C. and Miyasaka, T.: What Did The Japanese Find Out From American Literature On Community Health Organization? Dorothy Nyswander International Symposium, Papers on Theoretical Issues in Health Education, 56～62 (1974)
- 21) 藤岡千秋, 宮坂忠夫：地区組織活動に関する保健所職員の認識について, 第26回日本公衆衛生学会講演集, No.2, 40 (1968)
- 22) 東京大学医学部保健学科保健社会学教室 (藤岡千秋)：地区組織活動に関する保健所職員の認識について, 調査報告書 (1969)
- 23) 飯島伸子, 宮坂忠夫：地区組織活動の実態およびリーダーの認識に関する調査報告, 第27回日本公衆衛生学会総会特集号, No.3 (日本公衛誌16巻13号臨時増刊), 4 (1969)
- 24) 東京大学医学部保健学科保健社会学教室 (飯島伸子)：地区組織活動の実態およびリーダーの認識—郵送法調査にもとづいて—調査報告書 (1969)
- 25) Community Organization 研究会：保健福祉の領域におけるコミュニティ・オーガニゼーションに関する研究, 第2次報告書, 事例調査 (1971)
- 26) 野原忠博, 川田智恵子, 藤岡千秋, 宮坂忠夫：近郊都市におけるコミュニティ・オーガニゼーション, 三鷹市の場合, 第31回日本公衆衛生学会総会講演集 (日本公衛誌19巻10号特別附録), 89 (1972)
- 27) 藤岡千秋, 宮坂忠夫：大都市近郊の市街化による Community Organization の変容過程に関する考察—三鷹市中原地区, 第31回日本公衆衛生学会総会講演集, 90 (1972)
- 28) 川田智恵子, 宮坂忠夫：近郊都市の地区組織活動—三鷹市東野会の場合, 第31回日本公衆衛生学会総会講演集, 91 (1972)
- 29) Community Organization 研究会：保健福祉の領域におけるコミュニティ・オーガニゼーションに関する研究, 第3次報告書, 三鷹市, 川崎市田島地区および岡山県赤磐郡山陽町における調査報告ならびに第1次～第3次調査報告の総括 (1976)
- 30) 保健・福祉とコミュニティ・オーガニゼーション：コミュニティ48, 財団法人地域社会研究所 (1977)
- 31) 12) に同じ, 56
- 32) 31) に同じ
- 33) 12) に同じ, 52
- 34) 西尾 勝：権力と参加—現代アメリカの都市行政—東京大学出版会 (1975)
- 35) 三鷹市議会事務局：市政のあらまし, 50年版, 62～74 (1975)
- 36) 西尾 勝：市民ボランティア・システムを考える, 市民, 5～6月号, 83～102 (1976)
- 37) 市勢要覧まちだ (1976)

- 38) 妹尾美智子：行政参加と市民運動—神戸市の場合，
国民生活 7 (1)，26～35 (1977)
- 39) 佐藤 竺・渡辺保男編著：住民主体の行政はどう試
みられているか．住民参加の実践，学陽書房 (1975)
- 40) 安田三郎：町内会について—日本社会論ノート
(五)，現代社会学 7，4 (1)，173～183 (1977)

この論文は東京医学会より日本健康教育学会誌 第22巻 追悼号掲載のために転載許可をいただき、東京医学会雑誌 第90巻 第5/6号の211ページ-220ページを本誌の体裁に合わせて組み直したものを掲載しております。

昭和58年12月

総 説

保 健 と 参 加*

宮坂 忠夫**

Tadao MIYASAKA** : Health and Participation*

「保健と参加」というテーマについては、いくつかの観点から論ずることができると思われるが、ここでは主として広義の健康教育の観点から述べることにしたい。それは、一つにはこの退官記念講演兼最終講義が現在保健学科3年生に行っている「保健教育」（保健学科の科目名は保健教育であるが、健康教育と同義語と考えている）の最終講義であるし、他方、筆者としては参加の問題を終始健康教育の観点から取りあげてきたからである。

ここで初めに、広義の健康教育とは何かについて述べておこう。たとえば、健康教育に関するWHO（世界保健機関）の種々の出版物の中では、健康教育とは、人々の健康に関する知識や態度や行動に好ましい影響を与える経験、過程、努力のうち、計画されたもの（planned）といういい方が一番多く見うけられる。また、社会心理学出身で現在国際的にも活躍しているアメリカ人のGreenは、健康教育とは、一般の人たちが自分の意志で健康のためになる行動をするように、いろいろな教育方法を組み合わせて計画的に使うことである¹⁾。ちなみに筆者自身は、かつて、衛

生教育（健康教育）とは、一般の人たちが、個人としてあるいは集団として、健康な生活を送るために努力するのを、または努力するように、援助することであると考えていた²⁾。

さらに、長年にわたってアメリカの健康教育のリーダーシップをとってきた、健康教育専門家（professional health educator）の組織である公衆衛生教育協会（Society for Public Health Education, Inc.）は、健康教育の定義について、つぎのように述べている。すなわち、健康教育は、理知的、心理的、社会的な側面を含む過程であって、人びとの、個人や家族やコミュニティの well-being にかかわる、informed の決定をする能力を、増強する活動に関連する過程であり、また、この過程は、科学的な原則にもとづいているものであって、子どもや若者を含む対象の人びとだけでなく、保健の専門家にとっても、学習と行動の変容をうながすものであると³⁾。

このような考え方を保健・医療の実際場面にあてはめると、健康教育には、たとえば、がん制圧月間といったキャンペーンやマスコミの種々の健康番組や記事、地域や病院で行われている健康教室、母親学級、糖尿病教室のような、いわば事業として実施される教育（ただし広報活動を含む）のほかに、医師が診療時にする指導やいわゆる保健指導、健康相談など、教育の機会になりう

* 本論文は昭和58年2月28日に行われた退官記念・最終講義の内容である。

** 東京大学医学部保健社会学教室。Department of Health Sociology, Faculty of Medicine, University of Tokyo.
受付：昭和58年9月1日。Received September 1, 1983.

るものすべてが含まれてくる。それも、専門家から一般の人たちへの一方交通的なコミュニケーションだけでなく、両者の間の二方交通のコミュニケーション、さらには、一般の人たちが持っている健康生活に関する生活の知恵の交換も含まれると考えられる。広義の健康教育には、このように、保健・医療の専門家側や保健行政の側がするいろいろなこと、そして、一般の人びとあるいは住民側がするいろいろなことが、かかわってくるわけである。

I 戦後の公衆衛生（地域保健）の動きについて

まず、戦後の公衆衛生あるいは地域保健の動きについて、振り返ってみよう。表1は、筆者なりに、戦後から今までを大ざっぱに2期にわけて、そのあらすじをたどってみたものである。この表に、社会、健康問題、対応、自治体行政一般という4項目を設けたのは、およそどのような社会・経済的な状況下に、主にどんな健康上の問題があり、それに対して行政や保健の専門家あるいは住民がどのような対応をしてきたか、また他方

表1 戦後の公衆衛生（地域保健）の動き、あらすじ

〔戦後……昭和37・38年頃まで〕	
社会：	戦後復興期，日本社会の民主化
健康問題：	赤痢など急性伝染病，結核，母子衛生，栄養，環境衛生
対応：	第一線機関としての保健所の活動，住民側の地区（衛生）組織活動
自治体行政一般：	3割自治，市町村合併，新生活運動，生活改善，町づくり
〔昭和40年頃以降〕	
社会：	工業化，経済成長，都市化，生活様式の変化，マスコミ，価値観の多様化，コミュニティの崩壊，核家族化，高齢化
健康問題：	“成人病”，母子保健，環境問題，栄養，高齢者保健，“難病”，精神衛生，健康増進（健康づくり）
対応：	住民パワー，地域保健（地域医療），市町村中心へ，地域医師会活動，健康教育……住民参加
自治体行政一般：	基幹施設整備，“バラまき”福祉，地方自治，住民自治，住民福祉……住民（市民）参加

市町村行政一般としてはどのようになっていたかをみる必要があると考えたからである。

およそのところは、項目ごとに掲げた事項をみればわかると思うが、健康問題と対応についていえば、つぎのとおりである。

すなわち、戦後昭和37・38年頃までの主な健康問題は、種々の伝染病や、乳児死亡率が高かった頃の母子衛生、物が乏しかった時代の栄養、基本的な環境衛生などであったが、これらに対する対応としては、昭和23年頃からその全国的なネットワークが作られた保健所の活動がめざましかったといえる。それに、決して忘れてならないのは、“はえと蚊をなくす運動”を中心とした地区（衛生）組織活動である。これは、最近ではコミュニティ・オーガニゼーション（community organization）と呼ばれることが多いが、要するに、自主性と民主性を重んずる、地区における、住民の、保健のための組織的な活動のことである。

この活動が、昭和27年頃から約10年間にわたって、全国的にきわめて活発に行われたことは、世界に誇ることができる日本の公衆衛生の一大特長であると思う。現在では、これが下火になったとはいえ、いろいろな形で残っているといえよう。また、この地区組織活動は、たとえば大阪府吹田母子会の過去30年以上にわたる活動にみられるように、後述する保健行政への住民参加の前兆であったと考える⁴⁾。

つぎに、昭和40年頃以降は、一つにはそれまでの公衆衛生活動の成果と医学の進歩によって、また他方、社会・経済的状况の変化のために、成人病などを中心とする新しい健康問題が登場してきた。さらに最近では、健康増進を重点とする健康づくりが強調されている。これらに対応するため、地域保健もしくは地域医療（この場合、保健といっても医療と呼んでも、ともに、健康増進、特定の疾病の予防、早期発見・治療、悪化の予防〔完全な治療〕、リハビリテーションの5段階を含む）の理念やその実際のすすめ方が唱道されるようになり、市町村の保健行政や地域医師会活動が

一段とその重みを増すこととなった。

このような状況の中であって、この数年来次第に重視されるようになり、また今後一層重要になると思われるのは、地域保健あるいは市町村保健行政に対する住民参加である。

この住民参加は、前述のように、自主的で民主的な地区組織活動の線に添うものであるが、一方では、10数年前の公害問題などに対する住民運動・住民パワーが引金になっているといえよう。いずれにせよ、筆者としては、住民参加の成否が、今後21世紀に向けて、地域保健さらには日本の保健（医療）のあり方の決め手になると思われてならないのである。

ところで、市町村保健行政におけるこのような動きは、当然ながら、その行政一般の動きと無関係なわけではない。市町村行政一般にあっても、この10年来、地方自治、住民自治、住民福祉といったことを背景にして、行政への住民参加、市民参加が大変強調され、重視されてきている。当初は、いわゆる革新系の首長がいい出したものであるが、最近では、どこの市町村でも住民参加がスローガンの一つになっている実状である。そして、たとえば、〇〇協議会、市民委員会、市民会議、市民シンポジウム、市長相談、市（町村）長への手紙、モニター制度、アンケート調査（時に、やや異質ではあるが、ボランティア活動を含む）などが、住民参加の主な形式となっている。しかも、住民参加に関するイニシアティブは、住民側からのこともあるが、行政側からのことが多いのではないと思われる。

さて以上のように、市町村行政一般にあっても保健行政についても、住民参加が今後の重要な方向であると考えられるのであるが、ここで両者の相違について、一言ふれておきたい。それは、行政一般の場合には、たとえば市長と市民代表との間で市政のあり方とか具体的施策について合意に達するという意味の住民参加があればそれで十分と思われるが、保健の場合にはそうはいかないということである。保健では、住民参加と同時に、

地元医師あるいは地元医師会などの専門家参加（professional participation）がなければ、うまくいかない。それは、市町村が行う保健サービスを、市町村の職員の力だけで自力でできるところは、ごく例外の一部の市町村を除き、日本に存在しないからである。（たとえば、岩手県の沢内村の場合は、村立病院がありこれが村民の保健と取り組んでいるので、ここにいう自力である。ただし、村立病院の医師という専門家の参加は、もちろん、行われている。）なお、保健所を設置している政令市や特別区は、相当の health man-power や設備を持っているわけであるが、それでも地元医師会などの参加は不可欠である。

この点は至極当然のことと思われるのであるが、われわれが実施したいくつかの調査事例では、専門家参加が忘れられていることが少なくなかった⁵⁾。また、住民参加については、政治学、行政学などの研究が行われているが、これが行政一般に関するものであると、その成果は保健面については必ずしも役に立たないということである。

II 国際的動向— Primary Health Care と住民参加について

つぎに、住民参加について、国際的な動向に目を向けてみよう。周知のように、WHO が創設以来力を注いできた実際的な健康問題は、コレラ、ペスト、マラリヤ、痘そうなど主として開発途上国における伝染病であった。それが、たとえば一昨年に行われた“痘そう終結宣言”にもみられるように、これらの伝染病が徐々に減少してくるにつれて、WHO としては、10年ほど前から、開発途上国における保健一般のあり方の問題を、basic health services の名称のもとに取り上げるようになった⁶⁾。特定疾患の対策ではなく、いわば地域保健一般をどうすすめるかというわけである。

WHO によるその研究の成果が結実して、1978年にソ連邦のアルマ・アタで行われた、WHO-UNICEF 共催の国際会議において宣言として採択されたのが、Primary Health Care に関する Alma-

Ata 宣言ということである⁷⁾。basic が primary に変わったのは“基本的に重要な”という意味を明確にするためであり、また services が care に変わったのは、前者だとその提供者と受益者という関係が出てくるのに対して、後者であると self-care を含めて、より広い意味になるからであると、WHO の関係者からきいている。

このように、Alma-Ata 宣言にうたわれている Primary Health Care は、本来、保健・医療資源に乏しく、経済的にもお困っている諸国に向けられたものであったが、その諸原則は種々の問題をかかえている先進諸国にもあてはまるということで、ヨーロッパやアメリカ、わが国でも検討されるようになった。

そこで、主に健康教育の観点から、諸原則と思われるものに注目してみると、筆者として最も重要と思われるのは、宣言の第IV項目である。そこには、「人びとは、自らのヘルスケア（保健のすべて。筆者注）の企画と実施（実践）に、個人としてまた集団として、参加（参画。participate）する権利と義務を持つ」と述べられている。（アンダーラインは筆者による。）この項目は誠にきびしいことをいっているというのが、筆者の強い印象である。いわゆる健康権については、WHO 憲章前文の健康の定義の次に、基本的人権の一つであると述べているが、義務といういい方は初めてではないかと思う。

ここにいう、参加する権利と義務は、個人としてと、集団としてとに分けられるのであるが、また個人としての参加については WHO の関係資料にほとんど説明がみられないが、たとえば、もしかりに筆者が胃がんにでもなったとしたら、その治療の企画に参加する権利と義務があるということになるわけで、これはなかなか大変なことである。一方、集団として（collectively）の参加については、WHO としては主として community participation ということばを使っている。

いずれにせよ、参加が国際的にみても、これからの非常に重要な問題になってくるものと思われる。

ところで、住民参加にせよ、community participation にせよ、大変困るのは、それらが日常語として使われているのかあるいは専門用語として使われているのかよくわからなかったり、また、とくに勉強しなくても、字面から何となく理解できることである。その辺が社会学などの用語に関連して混乱が起きる原因になっていると思われる。集団とかコミュニティは、その最たるものである。そこで、まずは参加とは一体何かについて考えてみることにしたい。

Ⅲ 参加（participation）とは何か

1. 健康教育の目的と参加

30年も昔の話で大変恐縮であるが、筆者は健康教育担当官として厚生省に勤務している間に、1952年から53年にかけて Harvard 大学の School of Public Health に留学する機会があった。筆者の major は健康教育であったので、当時でも他学部の文化人類学や社会心理学などが必修科目になっていて、その中に故 Gordon W. Allport 教授の Social and Psychological Foundations of Behavior というのがあった。いわば、行動科学のはしりであったと思う。

これは全体として大変面白くかつ有益な講義であったが、項目の一つに incentives（同教授の説明では manipulation of motives. 日本語としては動機づけかと思う）が取り上げられていた。これは、morale に関するいくつかの研究結果をまとめたもので、具体的には以下のとおりであった。

- 1) punishment, 2) reproof,
- 3) praise, 4) knowledge of results,
- 5) monetary rewards, 6) social status,
- 7) ego-involvement.

Allport 教授は、incentives としてこれらのいくつかを組み合わせて使うことが大事だが、特に ego-involvement（自我の関与）の重要性を強調され、これは具体的には、たとえば従業員が企業のプランニングや決定（decision-making）に参画するという意味の参加（participation）であるといわれた。

健康教育を専攻してきた筆者としては、その最も重要な目的である対象者の保健に関する行動の変容の方法論に関心が強かったわけであるが、この講義以来、participationにとりつかれたのであった。アメリカでも日本でも、健康教育の分野としては、この参加の仕組（対象者がプランニングに参画すること）をどのように取り入れるかが重視されるようになり、また、企業参加あるいは経営参加がいわれだしたのもその頃からであった。

ちなみにアメリカでも種々の理由から、政治・行政（保健・医療を含む）における住民参加が、この10数年来、問題にされているが、用語としてはcitizen, people, public, consumer participationがよく使われている。

以上のように、参加とは、ある事業とかプログラムに加わるということではなく、そのプランニングあるいは決定に参画することを意味しており、それが強調されるのは、主として、対象者の行動変容が起きやすいからといえる。すなわち、参加は、住民とか従業員のほうからい出すとは限らず、たとえば健康教育とかモラルをたかめるために、行政側や経営者が“参加させる仕組”を作り出すことがあるわけである。

そこで、このような参加については、アメリカを中心に種々の研究が行われているので、いくつかの論点に関してみてみよう。

2. 参加とは何かに関連して

1) グループ討議によるニーズの満足

これは多分に参加の技術的な面にかかわることと思われるが、たとえばvon Haller Gilmerは、グループ討議に加わることによるメンバーの心理的ニーズの満足、あるいは、「集団討議+集団決定」の方法によるdecision-makingへの参加の重要性について、社会心理学的な観点から、強調している⁸⁾。

2) 成人教育の立場から

アメリカの場合、アメリカ文化が成人教育に期待する5項目の一つとして、民主主義や市民の責任感の高揚のために参加を促進することをあげて

おり、種々のプログラムのプランニングに、成人教育の専門家だけでなくコミュニティの人々が参画することは、それ自体よいことであると、普遍的に認められているという⁹⁾。また、参加とは、成人教育において、種々の責任を分担しあうことであるともいわれている¹⁰⁾。

3) 参加マネージメント

Whyteは、人間の組織的行動に関する理論の主要な三つの流れの一つとして、リーダーシップの観点から、参加マネージメントをあげている。これは、たとえば経営参加をマネージメントとしてということであるから、具体的にどのような方法をとるにせよ、いわば上からの参加ということであろう¹¹⁾。

4) decisional territory について

たとえば、保健に関する住民参加の場合、どこまでを住民側が決め、どこまでを保健の専門家側が決めるべきかという、決定の範囲の問題である。一般的には、社会的な問題のどれを取り上げるかについては住民側が決めるが、その専門技術的な面については専門家側が決めるといわれているが、実際上は、この考え方だけでは割り切れない面があると思われる。

これに関連して、決定へ参加することと、いろいろな意味で形式的または実質的に誰が決定権を持つかは、別のことであるという考え方が多いと思われる。

5) 市民参加の5段階について

Feingoldは、Arnstein, S. R.のいう市民参加の8段階を簡略化して5段階とし、以下をあげている。

(1) informing: 市政についてよく知らせること。すなわち、広報の徹底。

(2) consultation: 相談あるいは協議。つまり、いろいろな方法で市民の意見を取り入れること。

(3) partnership: 決定する権限を共有する。すなわち、政策決定を行政側と市民側とが共同ですること。

(4) delegated power: 部分的に権限を市民側に委譲すること。

(5) citizen control : 全面的に委譲する。つまり市民の自主管理¹²⁾。

筆者としては、主として(3)、時に(2)や(4)を含むのが住民参加と考えているが、アメリカでは、実際に、市民参加の中に(5)もありうるのである。

3. 参加の背景について

なぜ参加が取り上げられるようになるかという背景については、対象となる問題の種類や性格、それをめぐる社会・経済的な状況によって、多種多様と考えられるが、要は、現状に対する不満といえよう。そしてその不満は、住民側からのことも行政側からのこともあるし、従業員側からのことも経営者側からのこともあるというわけである。

4. 参加の目的について

1) 目的の諸相—I

たとえば、前出のFeingoldは次の4項目をあげている。

(1) 民主主義を守るため：参加は、民主主義をより完全なものにするための手段であり、市民は自分たちの運命にかかわるような決定に関与すべきだということ。

(2) よりよいプログラムのため：ある機関などのプログラムが対象者のニーズにあっていない時などに、それを改善するため。

(3) 治療的・教育的なねらい：従来決定にあるいはプランニングに関与してこなかった人々が関与する仕組にして、治療的・教育的なねらいを達成すること。

(4) 操作として：たとえば、市民の意見を取り入れる仕組を作ることによって、ある政策に対する市民の反対を抑えるようなこと。

このように、いろいろいわれているが、(4)に関連して、Blau, P. M. と Scott, W. R. は、参加はpseudo-democracyだと述べている¹³⁾。

2) 目的の諸相—II

Burke, E. M. は参加に関する戦略(Strategy)ということで次の五つをあげている。

(1) Education-therapy strategy (教育・治療戦

略)：市民教育の一つのやり方で、たとえば、コミュニティ・オーガニゼーションの場合には、市民参加が当初のコミュニティ・オーガニゼーションのねらいだが、次に参加はコミュニティ・オーガニゼーションの過程上のねらいになり、その後市民参加は何か問題解決のためということになる。また、このようなことによって、市民の自信や自助の精神、責任感が養われるという。

(2) Behavioral change strategy (行動変容戦略)：前述のAllport教授のincentivesの講義の線に沿った戦略。

(3) Staff supplement strategy (スタッフ補足戦略)：いわゆるvoluntarismの考え方で、たとえば、福祉関係の募金の際のボランティア活動をあげている。この場合は、組織の施策の決定には関与しない。

(4) Cooptation strategy (仲間獲得戦略)：ある組織とかその施策に対して、反対しそうな人や、将来協力してほしい人を、あらかじめ組織に組み入れること。たとえば、反対しそうな人に特定の委員会のメンバーになってもらっておくこと。

(5) Community power strategy (コミュニティ・パワー戦略)：権力を得るための大衆運動の例など¹⁴⁾。

以上のように、この場合も、何のために参加が考えられるかについて、種々雑多のことが述べられているわけである。

5. 参加をめぐる問題点

つぎに、参加をめぐる実際的な問題点といわれている主なものは、以下のとおりである。

1) 参加する側について

たとえば、住民参加、consumer participationなどの場合の住民とかconsumerとは具体的に誰のことなのか、どの範囲の人たちかといった問題がある。

2) 間接的参加の代表者について

代表者の代表性の問題や、代表者の参加経験が多くなり、いわばセミ・プロになったときの問題などがある。

3) 参加に関する技法について

たとえば、住民や従業員の側も、行政や専門家、経営者の側も、ともに参加に関する技法を習得する必要があるという指摘や、参加の場で取り上げる問題は、抽象的なものでなく、具体的・実際のなものでなければ成功しないという指摘もある。

4) その他

参加のやり方が固定されると、そこにまた新たな問題が生じうることや、参加する側の組織に上位の組織があるときの問題などがある¹⁵⁾。

6. まとめ

以上に、参加についていわれていることを種々述べたが、ここで筆者の考え方をまとめてみよう。

1) 参加とは何かについて

参加とは、意思決定 (decision-making) に関する過程 (多くの場合、プランニングの過程) と考え、そのような決定をする単位を個人と集団 (組織、機関を含む、以下同じ) とにわけてみると、以下のように考えられる。

(1) 個人が1人で意思決定をするのは、いうまでもなく参加とはいわない。

(2) 一つの集団が、独自に意思決定をするのは、集団を単位としてみる限り、参加とはいわない。しかしその集団のリーダーと一般メンバーとの関係については、参加の問題が含まれる。

(3) 2人または2人以上の個人が、相談していっしょに決定する場合は、参加といえる。そして、たいていは、2人または2人以上の個人のうち誰か1人が、従来、決定権を持ってきたか、あるいはそのように思われてきたことが多い。例：患者と医師。

(4) 二つ以上の集団が、相談していっしょに決定する場合は、参加といえる。この場合は、集団の代表者間による間接的参加がほとんどである。そして、集団のうちいずれか一つが、なんらかの意味で、従来、決定権を持ってきたか、あるいはそのように思われてきたことが多い。例：地域住民と行政当局。

このような参加に関しては、個人間の場合には

対人関係が、集団間の場合にはその関係が問題となる。また間接的参加では、関係する集団の内部構造 (リーダーシップなど) が問題になる。さらに、参加について誰がまたはどの集団が initiative をとるかという問題がある。

2) 決定されることの範囲 (scope)

つぎに、参加によって決定されることの範囲 (または枠、レベル) の問題がある。

ある集団の活動の方針といわれるような広い範囲あるいは大枠のものもあるし、方針が決められた後の具体的プログラムということもあるし、あるいは、プログラムを誰が、いつ、どこで実施するかというレベルのこともある。筆者としては、参加の目的や実際上の条件によって異なると思う。

3) 参加の目的について

参加の目的は、大別すると、以下の三つになるう。

(1) 民主化の促進

西欧流デモクラシーの by the people の強調と考えるとよいし、いわゆる grass-roots democracy といってもよい。これは、何をするかではなくいかにするかの問題というわけである。

(2) 市民教育、人間教育、健康教育など教育のため。

(3) 種々の意味の操作 (manipulation) のため。

ちなみに、前記 Burke の (2) の戦略にあたるものを含めなかったのは、これは各目的に共通するあるいは基礎になるものと考えからである。

さらにもう一点、参加の目的に関連して重要なことがある。それは、目的は場合によって、上記三つの間を移行しうるということである。教育のつもりが操作になったり、操作のつもりが民主化につながったりというわけである。また、参加を主張する人たちのいう目的が、まわりの人たちから、そのまま受け入れられるとも限らない面がある。民主化のためにと主張しても、操作であろうといわれるかもしれないということである。

IV Community Participation について

つぎに、前述した、WHO のいう community participation (II. 国際的動向) とは何かについてみてみよう。ちなみに、WHO 本部と六つの地域事務局別に、関連資料を調べた結果は以下のようであった。

1. WHO 本部

まず、本部の資料では、community とは何かについて多少述べているが、筆者としては社会学の専門用語としてよりも常識的なことばとして使っていると思われる。早い話が、たとえば Alma-Ata 宣言の前文に、the world community という使い方があることから、それが察せられる。

そこで、community を住民の最小の生活範囲(いわゆる local community) とみるか、政治・行政上の local の単位(日本の場合、市町村) とみるかによって、community participation (以下 C. P. と略す) は異なることになり、前者ならば日本という地区(衛生)組織活動のタイプ、後者ならば市町村保健行政への住民参加ということになる。

WHO 本部のいう C. P. には、この両者が含まれると思われる¹⁶⁾。

2. 西太平洋地域事務局

日本はここに属するわけであるが、ここでは、participation という用語は従来も使われてきていて、誤解を招くおそれがあるという理由から、community involvement と呼んでいる。その実際的な意味は、本部の場合と同様であると思われる。また、住民や行政、保健関連機関の間の partnership ということを強調している¹⁷⁾。

3. 東南アジア地域事務局

ここでは、local の保健行政の機構が必ずしもできていない国が多いということもあって、C. P. は主に地区組織活動のタイプを意味しているといえる^{18,19)}。

4. 東地中海地域事務局

この地域事務局としても、C. P. ではなく community involvement という用語を使っているが、ただ

し新しい意味のという注釈をつけている。involvement を使っても、いろいろに解釈されるというわけである。その実際的な意味は、主として地区組織活動のタイプと考えられる²⁰⁾。

5. アフリカ地域事務局

この場合も、local の保健行政の機構がない国が多く、C. P. は主に地区組織活動を意味することになると思われる²¹⁾。

6. ヨーロッパ地域事務局

この地域事務局については、いくつかの資料があるが^{22,23)}、最も新しいレポートでは、C. P. を informal と formal とに分けて、以下のように述べている²⁴⁾。

1) Informal C. P.

これには、個人としての参加とグループによる参加とが含まれる。前者では、個人(たとえば患者)と専門家(たとえば医師)との関係が対等であって、個人のニードや選択が考慮される。また、これは個人の自律と尊厳を補強することになるが、そのためには、専門家にカウンセリング的技術が必要である。

後者のグループによる参加で多いのは、患者会的なもの(patient participation group)であるが、ほかに患者の self-help group があり、これは西洋医学以外の手段にたよるものである。なお、筆者としては、ヨーロッパのいくつかの国に地区組織活動のタイプのものがあると思っているのであるが、これについては述べられていない。

2) Formal C. P.

Primary health care のために formal organization (公的な組織化)を行っていない国では、C. P. が行われるわけがないし、逆に、あらゆる行政レベルで、行政上の機構の一部として C. P. ができるようになっている国は、アルマ・アタ宣言の目標に近づきつつあるといえる。

local あるいは district level の C. P. の仕組みには種々のものがあるが、目立つのは選挙されたメンバーで構成される health board (保健委員会) と community health council (地域保健協議会) であ

る。これらが有効かどうかは、住民側が行政当局やサービス提供者たる専門家側と、どのくらい折衝できる立場にあるかという程度による。要は、一方に住民のニーズと抱負があり、他方に行政や専門家のそれらがあって、その公正なバランスを得ることである。

7. アメリカ地域事務局、とくにアメリカ

アメリカ合衆国における参加一般の状況については、すでに「Ⅲ、参加とは何か」の章で主としてこの国の場合を中心に述べたとおりである。

保健・医療に関する C. P. としては、local level の保健行政への住民参加や地区組織活動のタイプ、さらに民間保健組織の活動や参加のほかに、病院や保健センターなど個々の機関における consumer participation も行われている。ただし、参加の方法や程度はいろいろで、形式的に過ぎないものから自主管理的なものまである。

なお、アメリカ（南北）地域の developing countries では、地区組織活動のタイプが中心と思われる²⁵⁾。

V 日本における、地域保健への住民参加のあり方

以上、戦後の公衆衛生の動き、自治体行政における住民参加の抬頭、参加に関する種々の考え方と問題点、primary health care における community participation などについて述べてきたが、筆者としては、地域保健（多くの場合、市町村保健行政）への住民参加は、主として保健管理（行政）と健康教育の観点から、国内的にも国際的にも、今後ますます重要になると信じているものである。

そしてそれは、もちろん、民主的な地域保健推進のためというのが基本的な考え方であるが、もしかりに行政側がいい出すことによって、一部の人々から行政効率を高めるための manipulation であると受け取られたとしても、ないよりはあるほうがよいと考えている。

そこで最後に、日本における地域保健への住民参加のあり方について、私見を述べさせていただこう。

1. 現状について

あり方の前に現状について一言ふれさせていただく。われわれが比較的最近実施した、一種の全国的な調査の結果からみると、日本の市町村の場合、保健行政へのかなり高度の住民参加（もちろん、同時に専門家参加も）がいくつかの所で行われていることがわかり、大変意を強くした次第である。

これらのほとんどは、人口規模の小さい市町村であるが、たとえば、永年にわたり、りっぱな保健活動が実施されている所では、多少とも、自然の形で住民参加が行われるようになっていることも理解された。

なお、表2は、この調査の結果として得られた、住民参加のための組織（化）に関するもので、I の〇〇協議会とIIの〇〇会議が基本的なタイプといえる（Ⅶ. その他の中にある「はらきり会」とは、開腹手術を受けうまくいった人たちの集まりで、開腹手術が必要なのに嫌がっている人たちを説得する会である⁵⁾）。

2. あり方について

1) 日本の場合、地域保健への住民参加は、WHO のいう C. P. とは違って、市町村（政令市、特別区、大都市の区を含む）の保健行政への住民参加に重点をおいて考えることとし、地区組織活動は含めないのがよいと思う。地区組織活動については、その名称と実態とが、すでにあるからである。

2) 住民参加には、直接的（大衆的）参加と間接的（代表者による）参加とがあるが、後者に重点をおく。

3) 地域保健への住民参加にあっては、住民参加と同時に、専門家参加が不可欠である。すなわち、住民側、専門家側、行政が3本の柱である。

4) 専門家側や行政にも、組織・運営上の問題があるが、住民の代表は、保健活動を行っている（地区組織活動）集団から出るようにするのがよいと思われる。ただし、住民の年齢階層や特定の健康問題を持っている人たちについて配慮する必要がある。

表2 地域保健計画・活動の組織・組織化のタイプ

I ○○協議会	<p>原則として、住民代表または各種民間組織の代表、医師など専門家の代表、議員、職員（市町村と保健所）等*を含む網羅的な組織、条例によるものもある。<u>地域保健全般の企画、調整。</u></p> <p>〔例〕 <u>市町村の場合</u> 保健衛生協議会、保健衛生推進協議会、健康推進協議会、保健対策協議会、保健医療推進協議会、健康管理推進協議会、公衆衛生協会、健康管理活動審議会、保健委員会、保健衛生委員会、健康増進協議会、健康づくり協議会、健康づくり推進協議会、健康づくり運動推進協議会、健康を守る会、健康づくり運動推進対策協議会、健康と明るい町づくり推進会、町づくり運動実践協議会</p> <p>政令市、特別区の保健所の場合 保健協議会連合会、健康増進協議会、保健医療協議会（全市）、保健衛生協力委員（会）、保健所運営協議会 〔注：*たとえば事業所。〕</p>
II ○○会議	<p>Iと同様網羅的ではあるが、恒常的な組織とはいえない。</p> <p>〔例〕 <u>市町村の場合</u> 健康会議、総合保健会議、共同保健計画会議</p> <p>政令市保健所の場合 健康教育推進会議</p> <p>（以上I、IIはいずれも、市町村長等から委嘱されている場合がある）</p>
III 世帯加入の住民組織	<p>原則として強制的加入、地域保健の全体または一部にかかわる目的を持つ。</p> <p>〔例〕 <u>市町村の場合</u> 衛生自治会、衛生組合、公衆衛生組合、地区衛生組織連合会、公衆衛生推進協議会、母子愛育会連合会、健康協会</p> <p>政令市保健所の場合 衛生組合、衛生連合会、血液共済会、健康を守る市民の会</p>
IV 個人加入の住民組織	<p>特定の目的を持つ。</p> <p>〔例〕 <u>市町村の場合（のみ）</u> 健康増進クラブ、成人病予防会、高血圧を追放する会、母子愛育会、結核予防婦人会、健康を守る会</p>
V ボランティア（リーダー）の組織	<p>はっきりとした組織の場合と、個人的な扱いの場合とがある。市町村長等から委嘱されていることとないことがある。保健の特定の問題に関するものが多い。</p> <p>〔例〕 <u>市町村の場合</u> 衛生委員（会）、保健委員（会）、衛生指導員会、保健指導協力員、保健推進員会、保健協力員会、衛生班長会、保健衛生委員会、健康づくり委員、保健衛生委員協議会、保健指導推進委員会、婦人保健指導員、衛生婦人奉仕会、結核予防婦人会、成人病予防推進員、母子保健推進委員（会）、母子保健推進会、母子保健推進協議会、愛育班、栄養推進員、栄養委員会、栄養改善推進委員会、栄養改善推進協議会、食生活改善推進会、食生活改善推進協議会、食生活推進協議会、清掃指導員会、献血推進委員会</p> <p>政令市保健所の場合 保健委員会、保健指導員会、母子会、食生活改善推進委員会、献血推進実行委員会</p>
VI 住民運動的組織	<p>特定の目的、要求を持つ。必ずしも市町村の区域にかかわらない。時に政治的。</p> <p>〔例〕 <u>市町村の場合（のみ）</u> ○○地区保健医療対策協議会、市民病院建設を促進する会</p>
VII その他	<p>〔例〕 <u>市町村の場合</u> 母子保健福祉の会、献血会、はらきり会</p> <p>政令市・特別区保健所の場合 保健衛生協会、小児保健研究会、救急医療対策協議会、地域保健医療問題懇談会、地方自治連絡協議会、食品衛生協会</p>

以上いずれも、組織名の前に市町村名等がつけられている。

5) 住民参加に関連して、地区組織活動の基盤になるのは、日本的組織といわれる、世帯 (family) をメンバーとする、町内会、自治会、部落会のような包括的組織であると思われる²⁶⁾。

6) 保健に関する住民参加の単位は、個人ではなく、家族 (family) とするのがよいと考える。

7) 地域における種々の健康問題について考え、対応していく場合、今後一層、広義の家庭保健 (family health) を基盤にすることが重要になると思われる。

なお、上記の5)~7) について、家族 (family) 単位ということで、一貫性が保たれる。

8) 保健計画には、通常、(1) 政策決定 (どんな健康問題を取り上げるか)、(2) 事業決定 (そのため、どんなプログラムを実施するか)、(3) 実施計画 (そのプログラムを、誰が、いつ、どこで行うか) の3段階がある。住民参加は(1)の段階から行われることが望ましいが、(3)の段階はどの市町村でも直ちに実施できると思われる。

9) 広義の健康教育の立場からは、住民参加そのものが重要な健康教育である。これに関連して、十分な医学知識を持たない住民 (代表) が参加 (画) できるかという議論がある。専門家側には、医学の進歩を地域保健に導入することと、他の者を実際問題に即して教育するという重要な役割があるが、住民側には、いわば“生活の専門家”として参画するという重要な役割もあるわけである。

10) 住民参加、地区組織活動、健康教育の3者は、その解釈によって相互にオーバーラップする面がありうるが、地域保健に関するソフト・ウェアの3本柱である。

11) 以上に述べてきた住民参加では、市町村議会もしくは議員の役割について全くふれなかった。その理由は、議会はより大枠の決定にかかわることが多く、保健のように日常的なことからについては、市町村当局の責任がはるかに大きいと考えられるからである。また実際に、住民参加に議会や議員が深く関係している事例は、きわめて少ないと思われる。しかし理論的には、議会が住民参

加について initiative をとることもありうると思われる。

12) 地域保健への住民参加について、保健所が指導あるいは側面的な援助を行うこと、ならびに社会資源としてかかわることは、保健所の重要な役割であると考えられる。

13) 住民参加の推進にあたっては、いわゆる地域特性を重視し、実際的な筋道を考えることが重要である。

VI まとめ

保健と参加と題して種々述べてきたが、まとめの意味でもう一度参加とは何かについて思いをめぐらしてみると、それは社会の“調和と進歩” (balanced improvement) のために、人間が作り出した生活の知恵であると思われてならない。地域保健とか、Primary Health Care が成功するかどうかの重要な鍵の一つは、人間がこの知恵をどのくらい上手に使いこなすかにかかっているのであろう。

謝 辞

私の退官記念・最終講義の際には、医学部長森亘先生をはじめ多数の先生方、学生の方たちにお集まりいただき、誠にありがとうございました。厚く御礼申し上げます。また、この機会に、すでに創成期を終え発展期に入っている保健学科の、一層の発展を祈念いたします。

文 献

- 1) Green, Lawrence W. *et al.*: Health Education Planning—A Diagnostic Approach, p.xiv, Mayfield Publishing Company, Polo Alto, Calif., 1980.
- 2) 宮坂忠夫: 衛生教育, p.17, 續文堂, 東京, 1958.
- 3) New Definitions, Joint Committee on Health Education Terminology, Health Education Monographs No.33 (1973), Society for Public Health Education, Inc., San Francisco.
- 4) 宮坂忠夫編著: 地域保健と住民参加, 第一出版, 東京, 1983.
- 5) 保健教育研究会 (代表: 宮坂忠夫): 地域保健計

- 画に対する住民参加に関する研究。報告書。財団法人地域社会研究所，東京，1979。
- 6) World Health Organization, Basic Health Services, WHO/PHA/69, 39 (WHO の1969年の文書)
 - 7) *Alma-Ata 1978: primary health care*, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, World Health Organization, Geneva, 1978.
 - 8) von Haller Gilmer, B.: *Applied Psychology. Problems in Living and Work* p.38, McGraw Hill Book Co., 1967.
 - 9) Knowles, Malcolm S. (ed.): *Handbook of Adult Education in the United States*, p.36-37, Adult Education Association of the U. S. A., Washington, D. C., 1960.
 - 10) Bergerin, P., Morris, D. and Smith, R. M.: *Adult Education Procedures—A Handbook of Tested Patterns for Effective Participation*, p.244, The Seabury Press, N. Y. 1966.
 - 11) Whyte, W. F.: *Organizational Behavior—Theory and Application*, p.16, Richard D. Irwin, Inc. and the Dorosey Press, Illinois, 1969.
 - 12) Feingold, E.: *Citizen Participation—A Review of the Issues, The Citizenry and the Hospital*, Department of Health Care Administration, Duke University, Durham, North Carolina, pp.8-16, 1974.
 - 13) Blau, P. M. and Scott, W. R.: *Formal Organizations—A Comparative Approach*, pp.186-187, Routledge & Kegan Paul Ltd., London, 1963.
 - 14) Burke, E. M.: *Citizen participation strategies*, *J. Am. Inst. Planners*, 35: 287-294, 1968.
 - 15) 岩波講座・現代都市政策Ⅱ 市民参加，岩波書店，東京，1973。
 - 16) *Primary Health Care*, A joint report by the Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children's Fund presented at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
 - 17) World Health Organization Western Pacific Region: *Regional Strategy for Health for All by the Year 2000*, 16 November 1981.
 - 18) Charter for Health Development: a milestone for WHO's South-East Asia Region, *WHO Chron.* 34: 171-174, 1980.
 - 19) Gunaratna, V. T. H.: Health for all by the year 2000: the role of health education, *Int. J. Health Educ.*, Suppl. 23: No.1, 1980.
 - 20) Health education with special reference to the primary health care approach. A background document of the WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, *Int. J. Health Educ.*, Suppl. 21: No.2, 1978.
 - 21) Laoye, J. Ade: Selling health in the marketplace, World Health Forum, *Int. J. Health Dev.*, 2 (3): 367-372, 1981.
 - 22) Kaprio, L. A.: Primary Health Care in Europe, Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, 1979.
 - 23) Greve, J. (University of Leeds, U. K.): Consumer Participation and Responsibility in the Planning and Delivery of Health Care, WHO Regional Office for Europe, 1980.
 - 24) EURO Reports and Studies 69. Primary health care—form theory to action. Report on a WHO Symposium, Regional Office for Europe, WHO, Copenhagen, 1982.
 - 25) Tonon, M. A.: Concepts in community participation: a case of sanitary change in a Guatemalan village, *Int. J. Health Educ.* Suppl. 23: No.4, 1980.
 - 26) 宮坂忠夫，川田智恵子，藤岡千秋，野原忠博：地域保健における Community Organization と住民参加，*民族衛生*，42 (5): 271-289, 1976。

この論文は株式会社 杏林書院より日本健康教育学会誌 第22巻 追悼号掲載のために転載許可をいただき、保健の科学 第42巻 第7号の508ページ-513ページを本誌の体裁に合わせて組み直したものを掲載しております。

2000年

特集 21世紀へむけての健康教育

健康教育の変遷・現状・今後の課題

宮坂 忠夫

はじめに

標題のとおりテーマをいただいたわけであるが、さて書こうとして真先に気になるのは、ここにいう健康教育とは何のことだろうという点である。厚生省の役人を皮切に、50年以上も健康教育とつき合ってきたのに、いい年をして大昔とちっとも変らないではないかと自ら感じているが、「健康教育とは何か」は、いつも古くて新しいテーマということにして、慰めている次第。

さて、現在、健康教育という用語は、地域保健・学校保健・産業保健に共通して使われているが、戦後20～30年の間は、衛生行政と労働衛生行政では「衛生教育」が、また学校保健行政では「保健教育」が、ほぼ同じ意味のことばとして使われていた。ちなみに、日本医師会は、終始、「健康教育」である。

大昔、衛生教育と保健教育と健康教育はどこがどう違うのかといった議論が大真面目に行なわれたことがあったが、英語ならいずれも health education であって、筆者は同義語と思っている。

ところで、筆者が衛生教育に出会ってから、なんとか定義づけをしたいと悩んだ挙句辿りついたのは、以下の文言であった（実は今でもこれだよと思っている）。

「衛生教育とは、一般の人たちが、個人としてあ

るいは集団として、健康な生活を送るために努力するのを、または努力するように援助することである¹⁾。」

この考え方は、正直なところ、アメリカ人の健康教育に関する定義や WHO の考え方の影響を受けている。筆者はかつて（1952～53年）アメリカのハーヴァード大学・公衆衛生大学院（School of Public Health）修士課程で健康教育のコースを中心に学んだことがあるが、その影響でアメリカ流プラグマティズムに染まり、実際論を好むので、その後は健康教育について次のようにいうことにしている。（なお、まったく参考までに記すと、当時でも、健康教育コースでは、健康教育の基礎あるいは背景として他学部聴講の形で、人間行動の社会・心理学的基礎（行動科学のはしり）、社会心理学、パーソナリティの心理学、文化人類学、社会学などを履修することになっていた）。

「健康教育には、教育事業として行なわれるものと、それ以外のものがある。」

1) 事業として行なわれる健康教育

例をあげると、母親学級、健康教室、糖尿病教室などのほか、場合によって広報活動も含まれる。がん制圧月間、世界保健デー、むし菌予防デー等の運動、テレビ・ラジオ・新聞・雑誌等マスコミの健康番組や健康欄などである。

2) 教育事業以外の健康教育

教育という名称がついていない事業や活動であっても、事実上、健康教育であったり、重要な

筆者：女子栄養大学副学長
日本健康教育学会理事長

健康教育の機会になるものをいう。例えば、保健指導・健康相談・家庭訪問等は健康教育であるし、また、医師の日常診療のなかで行なわれる指導や、各種の健診（あるいは検診）に伴って行なわれる指導は、重要な健康教育の機会である。これらのほか、地区組織活動あるいはコミュニティ・オーガニゼーションやいわゆる住民参加も、筆者としては健康教育として捉えている²⁾。

また筆者は、健康教育といっても、公衆衛生あるいは地域保健における健康教育だけにかかわって来たので、その観点からに限られていることをお断わりしておきたい。その公衆衛生・地域保健における健康の考え方——健康と生活——について、もう一点附言したいことがある。

それは日本人の健康問題は簡単にいうと、伝染病・結核→成人病→生活習慣病へと変わって来たわけであるが、いつの時代にも、誰かがどこかで、健康を生活からみていた、考えていたということである。

2～3の例をあげると、昭和20年代後半から30年代にかけて、神奈川県衛生部では保健所長会と検討の結果、“暮らしの中の公衆衛生”をモットーに県民サービスを行なって、長い期間にわたりその実をあげていた。また一方、埼玉県衛生部では、当時の衛生部長のアイデアで、“生老病死と公衆衛生”をテーマに検討をつづけ、その考え方に沿ったサービスが行なわれていた。

さらに昭和40年以降には、当時東京大学の公衆衛生学の教授でいらした故勝沼晴雄先生をリーダーとして、“生活概念としての健康（ときに公衆衛生）”が強調されていた。

“生活概念としての健康”や、それに基づく健康教育・公衆衛生の展開は、諸外国においても、折にふれ、また序々に強調されて来たといえよう。

筆者としては、このような背景があつてこそ、わが国では、生活習慣病ということばも作られると同時に地域住民の観点から、保健所法が地域保健法となり、また国外では、WHOのプライマリ・ヘルスケアや、その後のヘルス・プロモ-

ーションへ、そしてQOLへと展開して来たと思われてならない。

以上、導入が長すぎたが、このあとは上記の「事業としての健康教育」を中心に話をすすめることにしたい。

1. 占領行政下の健康教育

終戦後昭和26年に講和条約が結ばれ、日本が独立するまでは、マッカーサー元帥の進駐軍総司令部による占領行政下にあった。筆者は昭和22年から厚生省に勤めていたので、占領行政がどんなものか、経験したわけである。厚生省のしたことすべてが進駐軍の命令によるということではなく、厚生省からの発想によるものも沢山あった。戦後の保健所の再出発はその例である。

占領行政の最重要課題は、日本の政治・行政・社会・経済等あらゆる面における民主化——民主主義の徹底であった。戦前にも種々健康教育が行なわれていたのだが、戦後の健康教育は衛生行政（あるいは公衆衛生）の民主化という考え方からスタートした次第である。

以下、占領行政下の健康教育の要点のみについて、項目毎に述べさせていただく。なお、この項と次の項については、筆者が昭和37年に「衛生教育の変遷」と題してまとめたものがあるので、参考とした³⁾。

・保健所の再出発のプラン作成の際に、進駐軍から示された保健所職員の職種の中にヘルス・エデュケーター（health educator）というのがあった。これは何をやるのだろうかということでも司令部の担当官に問い合わせたが、要領を得なかった。健康教育は大事だから保健所職員に1人位必要だとのことで、以来ずっと“衛生教育係（担当者）”がおかれている。この“衛生教育係”の職務については、昭和25年に厚生省が指針を出しているが（保健所の衛生教育の教育技術向上のための援助・助言と衛生教育プログラムの連絡・調整）、実際には、その後この活動展開の拠点の一つとなっている。

・衛生教育の理念・技法の検討・研修を目的として、昭和24年から衛生教育サマー・スクーリング（後の全国衛生教育大会）が上高地（長野県）で開催された。これは、後に岡山県知事になられた、当時の厚生省公衆保健局長故三木行治先生のアイディアによるもので、局長も3日間出席した。

・県衛生部や保健所に衛生教育の組織が整えられるのに並行して、国立公衆衛生院に衛生教育短期（3カ月）コースが、昭和25年から開設された（1年コースは昭和31年から）。

・昭和25年に、厚生省が健康教育のガイドラインといえる「保健所の衛生教育業務規準」を策定し、事務次官通知として各県に流した。

・おそらく日本で初めての健康教育の本、楠本正康著「衛生教育概論」が発行された⁴⁾。故楠本先生は筆者の上司で、厚生省における衛生教育のリーダーであった方。ちなみにこの本の中には、態度、グループワーク、グループダイナミックス、コミュニティ・オーガニゼーション、効果判定等の項目が含まれている。

・以下に、事業として行なわれた健康教育の事例をいくつかあげさせていただく。

①公衆衛生列車展覧会（Public Health Train. 略称“列車展”）

これは昭和24年から25年にかけて、進駐軍からの厚生省と国鉄への指令により行なわれた。鉄道事情が最悪であった時期に、進駐軍用のきれいな客車3両が厚生省に貸与され、うち2両が展覧会場として、1両は乗組員用（主として居住）に使われた。

2両の展示内容は、赤痢等の伝染病予防、予防接種、結核予防、寄生虫予防、母子衛生、栄養、環境衛生等で、座席を取り払った車内に、説明用パネルや種々の模型が配置されて展示会場とされた。企画は厚生省、制作は（株）電通で、日本赤十字社本社からろう細工の模型を多数お借りした。

この列車展は、各都道府県の主要都市数カ所

の駅の引込み線を開催場所として、2～3日間行なわれたが、珍しかったこともあって、一会場一日3,000～7,000人が参加した。乗組員は、厚生省技官と日赤支社職員が説明要員として、それに国鉄の職員とで計3名で運営に当たった。

当初は全国各県をまわる予定であったが、関東・近畿・中国・九州・北海道の各ブロックを終えた段階で、運営費を専ら寄附に頼っていたため経費不足となり、中止することとなった。

この列車展は、目立つ健康教育運動の旗揚げの役をつとめたことになり、その後10年間くらい、規模の大小はさまざまだが、あちこちで、衛生展・健康展が開催された。

②赤痢・疫痢・腸チフス予防の教育・広報

このような伝染病の流行が多かったので、梅雨時から秋口にかけて、日本中いつでもどこかで、予防のための活動が行なわれていた。予防行動が比較的単純な上に、緊急事態なので、ポスター・チラシ・町内会の回覧板等がよく使われた。

③結核予防の教育・広報

「若い人の50人に1人は結核」といわれ、小・中学校の学級内の集団感染もあった時代で、一方ツベルクリン反応検査、BCG、レントゲン間接撮影と血沈による集団検診のやり方が確立されていて、その受診が予防の要であったので、受診を呼びかける活動に重点がおかれた。広報活動のほか、座談会という名の集会在よく行なわれた。「結核は自分ではわからない」「症状が出てからではおそすぎる」がスローガンで、地域住民の受診率について、市町村間の競争になり、よい所は県知事や厚生大臣の表彰を受けるといった具合で、文字どおり99%の所もあった。

④母親学級（教室）

現在も実施されている母親学級がスタートしたのは、昭和25年頃であった。これも進駐軍の指令によるもので、当時アメリカで盛んであった Mothers' Class を日本でもということで、初めのテキストは厚生省の企画・制作で、したがって、全国画一であった。その後現在のよう

に変わったわけである。

④ラジオ・ドクター

NHKのラジオ・ドクター (Your Health Hour) が始まったのは昭和27年頃であったと思う。当時ラジオはNHKの第一と第二だけであり、第一放送の3時頃15分間の主婦向け番組であったので、初代の故石垣純二先生 (当初厚生技官) は一躍有名人となった。その後、TVドクターなど、種々の健康番組へと展開して行った次第。

2. 昭和40年頃までの健康教育

地域 (保健) において、どのような健康教育が行なわれるかは、地域の社会・経済・文藝的な条件を背景にして、自治体行政がどのように行なわれているか、特に公衆衛生 (主に衛生行政) の仕組みやすすめ方がどうなっているかという状況の中で、主にどんな健康問題があるかによって異なってくる。

この時代は、日本社会全体としてはその民主化という課題と取り組みつつ、経済の復興をスタートさせた時であり、自治体行政としては3割自治などといわれながら住民生活に関しては新生活運動・生活改善・町 (コミュニティ) づくり運動が盛んであった。

公衆衛生としては、その“第一線機関”と呼ばれた保健所の全国的なネットワークがほぼ完成したので、どちらかといえば保健所主導で市町村がこれに協力する形ですすめられていた。

このような状況下で、健康問題は前述のような伝染病等が中心であった (高血圧症もそろそろ始まってはいたが) ので、これまでと同様のタイプの健康教育活動が一層活発に展開された。

この時代の健康教育 (広義) の貴重なタイプとして、日本の公衆衛生史上忘れてはならないのは、“ハエと蚊をなくす運動”を中心とした地区 (衛生) 組織活動である。現在ではコミュニティ・オーガニゼーション (community organization) と呼ばれるが、要するに、地区 (主として合併前の旧村、集落) における、住民がする、自主性と民主性を重

んずる、保健のための組織的な活動のことである。

この活動は、昭和27年頃から、地区に住む学校の理科の先生・婦人会長・青年団の有志などがリーダーになり、水溜りをなくす・ハエの蛹退治をするといった発生源対策を地区の状況を実際に調べた上で計画・実施した、合理的かつ徹底的なものであった (今と違って、村人たちに時間とゆとりがあったといえる)。いくつかの事例が出た後に全国的にすすめられるようになり、約10年間続いたが、後には、ハエと蚊だけでなく母子保健・栄養・高血圧等の問題もこの活動の中で取り上げられた。昭和40年頃には、ハエと蚊の駆除が成功した一方、いわゆる都市化現象が始まった等の理由から、この種の活動は低調になって行った。

3. その後の健康教育

その後の約30年間をまとめるのは大変むずかしいが、まず社会の状況を、キーワードでいうと、工業化の進展、経済成長とその後の経済の低迷、都市化の一層の進展、マスコミの発達による情報の氾濫、コミュニティの崩壊、核家族化、高齢化、少子化そして価値観の多様化であろう。また自治体行政一般としては、種々の基幹施設の整備、住民福祉・地方自治や住民 (市民) 参加の進展があげられよう。

このような状況の中で健康問題としては、種々の成人病—その後いろいろな生活習慣と疾病の発生からみた“生活習慣病”、新しい意味の母子保健、栄養、高齢者保健、精神保健、いわゆる難病、種々の環境問題、そして健康増進 (健康づくり) が登場して来たわけである。さらに現在は健康問題というよりは、健康全体への対応の意味で、ヘルス・プロモーションがすべての保健の頂点にあるといえる。

健康づくり、健康増進、ヘルス・プロモーション、そして生活習慣病の一次予防の強調から、世は正に“健康時代”といわれるように、TV・新聞・雑誌等のマスコミが、毎日々々、種々のプログラムや記事を提供しているが、これらが健康教

育の観点から、本当にどのくらい有効かについては、筆者としては首を傾げざるをえない感じである。生活習慣病の予防をねらいに、健康教室・栄養教室など教室・学級タイプの活動が盛んである一方、健康診断の受診をすすめる広報活動もたくさん見受けられる。最近目立つことは、かつての住民組織よりもネットワークが多くなった点と、医師会による活動が増えた点であると思う。

健康教育の技法の視点からいうと、最近の特徴の一つに、健康上の問題が人によって異なる。つまり個別的であるから、患者教育や生活指導は個別的・個人的指導でなければならないという意見が強いことがある。これについて筆者としては、一応もっともその通りのこともありうるが、およそ人間は常に何らかの集団（家族等小集団を含む）の一員として生活し活動し、また支えられているので、集団的アプローチを見逃してはならないと考えている。

4. 健康教育の今後の課題

今後の課題には、視点をどこにおくかによって、種々のことが考えられる。例えば、健康教育に関する保健（衛生）行政の組織とそのすすめ方の問題、健康教育をする“人”（要員）の問題、住民側の組織化の問題、マスコミと健康教育、インターネットと健康教育の問題等々があり、それぞれが大きな課題である。

ここでは焦点をしばって、健康教育の技法（広義、企画や評価を含む。）について2～3述べさせていただく。

①健康教育プログラムは、その一つ一つが一種の社会実験であり、その積み重ねによってよりよいものが生まれてくる筈である。したがって一つ一つを大事にし、従来の理論をふまえると同時に評価の方法をも含めて、プログラムを企画することが重要と思う。

②一方、住民参加等⁵⁾の意味の“参加型”のプランニングをもっとも取り入れるべきだと思う。この場合参加というのは、例えば検診に参加する

（加わる）といった意味の参加ではなく、プランニングの段階から加わることである。したがってうるさくいえば“参画型”である。参加には、地域全体の計画の企画、一つ一つのプログラムの企画、プログラムの具体的なすすめ方など、種々の段階（レベル）がある。ある程度の経験をつめば、さしてむずかしいものではない。

③健康教育の技法はほとんどの保健医療従事者に必要なわけである。これをどのように広めて行くかが重要課題である（これについては、一定の資格等も考慮して現在日本健康教育学会で検討中である）。

④健康教育の研究についてはまったくふれなかったが、古いものでは昭和26年から知識・実行の実態調査、教育方法の比較研究等が始められている。最近では、実態調査・仮説の検証・プログラムの評価・教育方法の比較・社会実験の研究などの論文・学会発表が大変増加していて、喜ばしいことである。筆者としては、健康教育学とは応用・実践の学問と思っているので、“明日の仕事”に役に立つ調査・研究をと願っている次第である。

おわりに

最近「価値観の多様化」といわれることが多い。理解しがたい出来事があると、価値観の多様化で片づけられているように思われてならない。本当にそれでよいのかと思う。

健康教育も教育であるからには、最後は人間と人間とのぶつかり合いであろう。そこでは、それが表に出るかどうかは別として、教育する人の価値観が問われるに違いない。こわいことだと思う。

文 献

- 1) 宮坂忠夫：衛生教育. p17, 續文堂出版, 1958.
- 2) 宮坂忠夫, 川田智恵子, 吉田 亨：健康教育論, 保健学講座12. p7, メヂカルフレンド社, 1999.
- 3) 宮坂忠夫：衛生教育の変遷. 日本公衛誌, 9(5): 191-194, 1962.
- 4) 楠本正康：衛生教育概論, 日本公衆衛生協会出版部, 1952.
- 5) 宮坂忠夫編著：地域保健と住民参加. 第一出版, 1983.

宮坂忠夫の健康教育基本論—“民主的な”方法と教材（媒体）観の転換

足立 己幸^{*1}

目的：「実践につながりやすい、有用な教材とは何か」の解答探しを事例に、宮坂忠夫先生の講演や著書「衛生教育」（初版）から、“教材（媒体）観の転換”が必要であることや、学習効果を高める教材作成・活用のポイントを紹介すること。

内容：主として、次の点が重要とされていた。①現存するよい教材（媒体）というものはない。教材はその都度、学習支援専門家が学習目的や学習者の条件に合わせて、作り、活用するもの②専制主義や自由放任主義でなく、学習者とともに進める“民主的な”衛生教育（健康教育）が基本である③教材（媒体）の有効性は実践現場で検証され、修正を重ねてはじめて、“わかりやすい、行動変容につながる教材（媒体）”として、活用できる。これらの基本はまさに“民主的な”アプローチであり、これは健康教育の基本とされる「住民参加」や「集団討議・集団決定」等の基礎である。

提起される課題：健康教育の連携・協働の輪が広がる現在、多様な健康状態・ニーズの学習者と多様な専門分野の学習支援者が共有できる教材のあり方について、56年を経過した名著「衛生教育」にもどって、再度教材観の転換をすることが期待される。

〔日健教誌，2014；22（追悼）：46-52〕

キーワード：健康教育，媒体，教材観，住民参加，専門家研修

「健康教育」実践と研究に携わる多くの人々に、その専門家としての基本道筋を示され、各人に対応する丁寧なご指導を下された故宮坂忠夫先生に心から感謝申し上げます、ご冥福をお祈り申し上げます。

I はじめに

筆者は本追悼号で、宮坂忠夫先生の元厚生省公衆衛生局保健所課技官（衛生教育担当）、並びに元国立公衆衛生院衛生行政学部衛生教育室長時代について担当させていただくことになり、感謝申し上げます。しかし、実際には両期間中、宮坂先生の下で日常的に直接の指導を受ける立場にはなかった。この間に直接お会いして指導をいただいたの

は一度、当時元東京都公衆衛生部栄養課所属の係員（栄養士）で、都内に勤務する栄養士の現職研修の企画・運営担当者として、先生に講演依頼と研修資料作成の準備に携わらせていただいた時である。したがって本稿では先生の業績等について当時の研究や実践活動の全体を紹介することはできない。1960年代半ばに、“指導内容が住民の実践につながらない”ことを苦悩する現場栄養士や衛生教育関係者たちが、先生の衛生教育（その後、健康教育と加筆しておられる）に傾倒し、目覚め、住民重視の実践活動の方向を得、仲間づくりをしながら育ち、現在の栄養・健康教育がすすめられてきた。この一部の紹介に留まることをお許しいただきたい。

先生から指南いただいた内容は栄養・健康教育の根幹そのものであり、あまりにも広いので、本稿ではその中の喫緊の課題であった「学習教材（先生は一貫して“媒体”とされた）作成と活用」

^{*1}女子栄養大学名誉教授

連絡先：足立己幸

住所：〒350-1312 狭山市堀兼2369-11

E-mail：adachi3@aol.com

を取り上げる。先生の講演や指導や著書が現場実践者の「教材（媒体）観」の転換を穏やかに厳しくリードして下さった次の3プロセスである。

II 現存する良い教材（媒体）というものはない。教材はその都度学習支援専門家が学習目的や学習者の条件に合わせて、作り、使用するもの

前記現職研修会で、先生が講演の冒頭から強調されたことである。先生は現存のままその学習にそのまま合った“良い教材は無い”と言い切り、良い教材を選び出す基本として、衛生教育の目的、社会的な意義、基本的な方法とその多様な展開例等を知ることの必要性を説かれ、順次説明された。「今、あなたが直面している学習グループにとって必要とする教材は、誰の、どんな行動を、どのように変化するために必要とするものですか」と問われたのであった。その上で、どの教材がその目的に適しているかを考え、適したものを選びましょう。さらに一部修正をし、その人（びと）の学習目的にとって、最適な内容に修正をするとよい、と言われた。今あなたが指導効果をあげられないで困っている学習者の誰かを想定して、栄養教育の目的、行動変容の目的やゴールを確認し、どんな教材が良いかの答えが得られるでしょう、と一部演習入りの講演会だった。筆者が自身について振り返った時、学習者の学習目的をほぼ理解していても、学習ゴールやゴールへのアプローチを吟味せずに、別立てに市販されている教材等を求めている自分に気が付き、愕然としたことを思い出す。

III “民主的な” 衛生教育（健康教育）が基本

教材（媒体）について基礎から学びたいと、筆者は講演資料準備で衛生院にうかがった時に宮坂先生が見せて下さったずっしり厚い1冊、宮坂忠夫著「衛生教育」¹⁾を読むことにした。

まず、A5版322ページに書き込まれた「衛生教育」の目次に圧倒された。9章立てで、衛生教育

とはどういうことか、衛生教育に関係のあることば、衛生教育はいつどこで行われるか、衛生教育の内容、衛生教育の基礎的な課題、衛生教育の媒体・方法と技術、地区衛生組織活動、衛生教育計画の立て方・効果判定・予備テスト、衛生教育の今後の問題点から構成されていた。

ターゲットの第6章「衛生教育の媒体、方法と技術」は、第5章「衛生教育の基礎的な問題」を精読した後に読むことを前提に20ページ余りが位置づいていることも驚きであった。本全体の文章が理論的な枠組みで進行する中、文章の随所に関連する実践現場の実態、その中に潜む課題と背景、その課題解決を当事者自身が行動に踏み出したくなるような状態への専門家としてのすすめ方、その経過をふまえた次の対策の必要性等について、先生ご自身の経験等を具体的に引用して書かれている。重要な用語や概念の説明には必ず、複数の専門家の見解が紹介され、その上で著者の意見が述べられ、さらに読者に意見を求めるような文章も各所に見られた。

特に筆者の教材観をゆすぶったのは、第5章の一部「指導原理」に取り上げられている「リーダーシップ三角形」の頂点に民主主義、横の角に専制主義、自由放任主義と書かれ、純粹の民主主義とは権威がグループ全員にあると、説明されている一枚の図であった（図1）。生活者としてとらえている民主的なすすめ方を、仕事の中に浸透できていない自分発見でもあった。学習者中心の栄養教育を言葉では言っているのに、教材や教材作成に浸透していない、“民主的でない”自分に気が付いたのであった。（民主的という言葉にやや違和

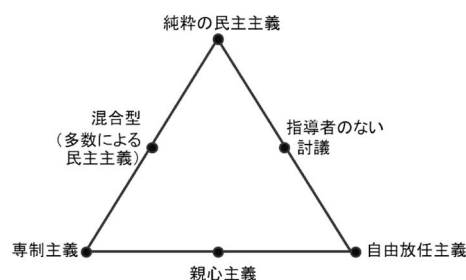
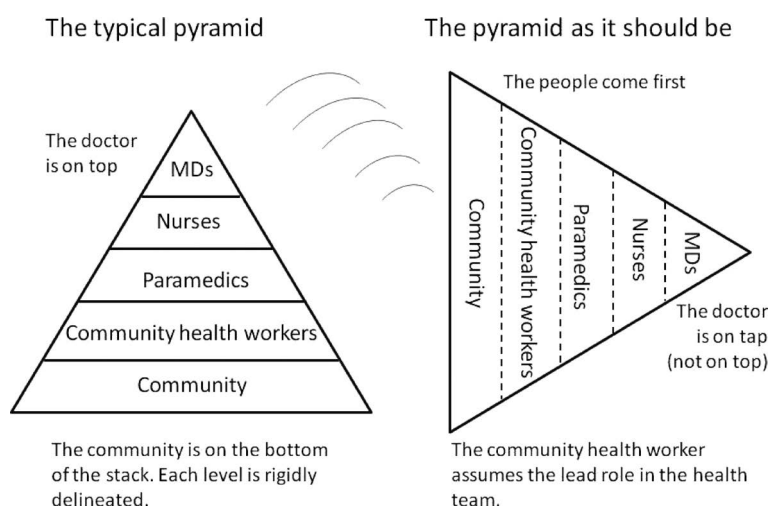


図1 リーダーシップ三角形¹⁾

図2 The Pyramid on its side²⁾

感を持ちつつ) 栄養・健康教育の理論と、それを学習者と直接向き合って使う教材の内容や表現法が一貫していない現実に気が付いたのであった。今になってわかることだが、“民主的な”衛生教育は、学習者主体、集団討議—集団決定等を重要視する健康教育の源流であった。

その20年ぐらい後1987年に、筆者がロンドン大学熱帯医学衛生大学院人間栄養学部客員教授の時に、筆者を招聘してくれた David Morley 教授が、新刊だといってプレゼントしてくれた My name is today²⁾ の中に、何と「衛生教育」と同じ主張の図(図2)があった。現地の大学院生と2つの図を比較しながら公衆衛生と“民主的”の意味を議論したことを思い出す。教材は関係者とさまざまな思いや情報を共有しあい、活用される。特に異文化圏では文字を超えたイラストがいいことを実感した。

IV 教材(媒体)の有効性は実践現場で検証され、修正を重ねてはじめて、“わかりやすい、行動変容につながる教材(媒体)”として、活用できる

元国立公衆衛生院の宮坂室長室にはその当時から、長い付箋を挟んだ資料が横積みされていた。ハーバード大学公衆衛生大学院や WHO 委員会から持ち帰った英文の資料も積みあげられていた。

その内容は元国立公衆衛生院の研修プログラム等に具体化され、全国各都道府県、保健所へと広められた。1年コースの研修システムや異職種専門家の合同臨地訓練がその代表である³⁾(資料)。

作られた教材案は研修生たちを学習者とするプレテストでチェックされ、修正後それぞれの地域での実践活動で検証・修正され、それぞれの教材に仕上げられ、活用されていく。この点から宮坂先生の研究室は、現場での課題をかかえつつ、検証・修正・教材化をすすめる人材プールであった。

その中に栄養関係者も多かった。宮坂先生が元厚生省在職中に栄養技官、栄養専門官を経て初代栄養指導官になられた原正俊博士(現在、華学園栄養専門学校長、公衆衛生院1年コース栄養士課程一期生)は前述の「衛生教育」を座右の書とする一人である。“宮坂先生は人間味あふれるあたたかい気持ちがそのままのお方でした。“民主的な”衛生教育と繰り返し話す人間への優しさは健康教育の原点ですから、健康教育の最適者だったと思います。元公衆衛生院で学んだ仲間たちは先生の優しさを受け止めて、全国各地の行政に携わっていました。宮坂理論を担当地域で応用展開して、それぞれの教材を作成し活用して、地域の健康づくりに貢献してきました”と話す。

また、宮坂先生がリーダーシップをとられた「合同臨地訓練」を公衆衛生院1年コースで学んだ

二見大介管理栄養士（元東京都衛生局係長，元厚生省栄養専門官で活躍し，その実践活動実績を軸に女子栄養大学教授や新潟県立大学教授として若手人材養成に活躍した）も「衛生教育」の愛読者の一人である。氏は“教育で重要なことは継続すること。自分自身の中での継続はもとより，仲間といっしょの継続，地域全体での継続……これらなしに，地域の公衆衛生の目的は果たせないでしょう”という宮坂先生の言葉に支えられてきたという。

こうしてみると，宮坂先生の研究室は“民主的な”教材（媒体）の検証の場であるとともに，“民主的な”健康教育専門家の人材養成プールであったということが出来る。

V 「教材（媒体）観」転換の過程で育った栄養・健康教育の教材

私事になるが，筆者は1967年12月に元東京都衛生局から女子栄養大学に移り，「栄養指導論」他を担当することになった。未解決の実践課題を抱えたままの大学での授業はさらに難題の連続であったが，前述の「教材（媒体）観の転換」の3プロセスの経験を活かし，“民主的な”栄養・健康教育を軸に，講義室や研究室を仮説検証・修正・教材化の実践現場として，また，研究室員，学生や実践現場の仲間たちと仕事を進めてきた。

筆者が行政の現場時代からかかえていた疑問“地域で生活する人々はどのように食を営んでいるか，どのような営みが望ましいのか，それを実現するためにどうしたらよいか”を明らかにして，それに役立つ栄養・食教育をしたいと願い「食生態学」を提唱し，その構築と実践への展開である。ほぼ50年を経過するが，その間心がけてきた研究の進め方が，前記「衛生教育」の媒体作成のルールと似ているので驚いている。

すなわち，

- ・ 研究課題は実践課題から出発する。
- ・ 研究目的に学習者と共有できる教材作成を位置づける。

- ・ 研究成果をふまえた教材案を作成し，プレテストや介入研究を経た教材を研究報告書等に添付する。

- ・ 時にはその活用方法の解説書を作成し加える，である。

この成果（物）は，多様な学習ニーズに展開可能な栄養・食教育教材として各種開発され，全国的に活用されている。中でも次の2つは，2000年の食生活指針を基礎に持ちながら，健康日本21（第2次），第2次食育推進基本計画，これらに関連する食や健康づくり計画等の行動指針，その行動目標や行動指標として，全国的に活用されている。

- ・ 料理選択型栄養・食教育の枠組みとしての「主食・主菜・副菜料理の組み合わせ」
- ・ 食事について，心や人間関係を含む総合的な営みとしてとらえる「共食・孤食」行動

前者の科学的根拠とされる「料理選択型栄養教育の枠組みとしての核料理とその構成に関する研究」⁴⁾については宮坂先生が東京大学医学部保健学科教授であられた時に，学習者主体，集団討議＋集団決定等の視点から健康教育の重要課題として評価していただき，研究指導をいただいた。後者の科学的根拠の基本データとなった共食・孤食調査研究第1号「家族の食事時間の共有と老人の食事の関係」⁵⁾は宮坂先生がリードされる地域保健教育研究会の「大井町における保健調査」⁶⁾の一環として行われた。

VI あらたな課題

「衛生教育」の教材（媒体）論で目覚めて，その後宮坂先生の健康教育学を学びつつ食生態学を構築する中，筆者は栄養・食教育を次のように定義してきた。

「栄養教育・食教育とは，人びとがそれぞれの生活の質（QOL）と環境の質（QOE）のよりよい，持続可能な共生をめざして，食の営みの全体像（食の循環）を理解し，その視野・視点で食生活を実践し，かつ食環境づくりをすすめる力（食生活力）を育てるプロセスである。そのアプローチは

教育的アプローチと環境的アプローチの統合，さらに環境的アプローチはフードシステムと食情報交流システムの両側面の統合が必要である。栄養・食の専門家とはこれらについて，科学的根拠を課題に合わせて再構成し，活用する人や組織である」。

さらにこの目的を効果的に果たすために，「栄養教育・食教育の教材とは栄養教育・食教育の目的や目標を実現するために選択され，体系化された資源である。学習者とその支援者が学習目標や学習のプロセスを共有できることが要件になる」と定義してきた。この時，学習者参加型アプローチを重視する観点から，「教材はマネージメントサイクルのアセスメント・目標設定や計画・実施・評価の全段階において，学習者が参加して進めるために活用できることが必要である」と定義し，日常の実践・研究に取り入れている。

この視座で教材を見直すと，それぞれの課題に関する背景を異にする学習者と専門支援者が“共有できる教材”の作成は，非常に難しい。教材を共有するとはどういうことかについて，改めて議論が必要になる。

もう一点，先生が教材でなく“媒体”と使い続けていらしたことについても検討したい。学習者と支援者の間にあって，必要な情報や検討のプロセスを媒介する資源とするなら，媒体（medium）の方が先生の“民主的な”健康教育のコンセプト

を直接表現しているのかもしれない。出版以来56年を経過しても未だ新鮮な課題を提起する宮坂忠夫著「衛生教育」を，もう一度読み直してみたい。

宮坂先生の研究室で育てていただいた“民主的な”健康教育をめざす専門家たちが，それぞれの活動拠点を育て，身近なコミュニティから国際社会を包括する多様な拠点で活動している。すでに次の世代がさらに多様な拠点を育てて活動している。先生が重視されていた“現場での検証”を多様な場でフル活用して，これからの課題に取り組んでいきたい。

文 献

- 1) 宮坂忠夫. 衛生教育（初版）. 斎藤潔監. 東京：績文堂；1958.
- 2) Morley D, Lovel H. My name is today. London: Macmillan Publishers; 1986. 223.
- 3) 記念誌編集委員会編. 記念誌「しろがね」—国立公衆衛生院64年の軌跡—. 東京：記念誌編集委員会・国立保健医療科学院；2002. 186.
- 4) 足立己幸. 料理選択型栄養教育の枠組みとしての核料理とその構成に関する研究. 民族衛生. 1984；50：70-107.
- 5) 足立己幸, 金沢扶巳代, 宮坂忠夫. 家族の食事時間の共有度と老人の食事の関係. 女子栄養大学紀要. 1978；9：85-95.
- 6) 地域保健教育研究会. 大井町における保健調査 その3 食生活に関する保健教育学的調査. 1976.
(受付 2014.4.8.；受理 2014.4.15.)

資料

衛生院の思い出³⁾

宮坂 忠夫（元衛生行政部）

(前文略)

衛生院には10年間お世話になった。当時の先生方、事務の方たち、面白かったこと、つらかったこと等々思い出は尽きないが、生涯忘れられないのは次の2つである。

・衛生教育の1年コース

今から思うと、よくこのような1年コースが当時設けられたなと思うが、私自身昭和27～28年に Harvard School of Public Health で衛生教育（現在なら健康教育）の勉強をしたこと、米国に Health Educator という専門職種があったこと、WHO が Health Education Specialist（修士レベル）の養成を各国にすすめていたこと等の理由から、どうしてもこのようなコースをやりたかった次第。健康教育の専門家には、公衆衛生一般の理解のほかに、対象者である地域住民・コミュニティ・グループ等の理解、それにもまして健康教育技法（広義）が必要ということで、このコースの受講者には、社会学部や教育学部の出身者が多かった。約40名の修了者が出て、みなさん立派な仕事をしていたが、その後の行政整理等で、残念ながらこのコースは下火になってしまった。最近、日本健康教育学会を中心に Health Educator 養成の新しい動きが始まっている。

・合同臨地訓練（合臨）

私ごとで恐縮だが、当時社会学者2名との共同研究で、東京近郊の農村で健康教育を中心とした健康な村づくりの調査を継続していたが、そのまとめの本として、地域（地区）診断とコミュニティ・アプローチの2冊を出版していた。いわば、地域保健のプランニングにかかわるものである。一方、公衆衛生はチーム・アプローチであるといわれていた。地域保健計画企画に関するチームによる実習をというのが合臨であった。1年コース受講者による医師・保健婦・栄養士・サニタリアン等のチームを編成し、衛生院側が用意した、人口1～2万人の地域において、各チームが種々の調査を実施し分析して、その地域の保健計画を作るというプロセスの実習であった。4月から毎週1日をこれにあてて、7月に1～2週間とって、最後に報告会を行っていた。私自身リーダーとして面白い実習であったが、地域保健以外の専門の先生がリーダーになると大変お気の毒であった。故齋藤潔院長が、アメリカから来院した公衆衛生の偉い先生に“合臨”のことを話したら、チーム・アプローチによるこんなすばらしい実習をしているところは、世界中どこにもないと言われたと喜んでいらしたのを、よく覚えている。

Principles of health education and promotion by Dr. Tadao Miyasaka—A democratic approach and a change in the perspective of educational materials materials

Miyuki ADACHI*¹

Abstract

Objective: To introduce the necessity of 'a change in the perspective of educational materials' and other key ideas in making and utilizing educational materials that will enhance learning. This is based on Dr. Tadao Miyasaka's lectures and a great book, 'health education', and I explore an answer to a question: "what is a effective educational material which can be easily practiced?"

Contents: The following points were mainly emphasized:

1. Existing educational materials are always not good enough. Educators should adjust or modify the available educational materials and use them to meet the needs of the learners and the learning objectives.
2. A "democratic" approach of health education should be fundamental, neither an autocracy nor a *laissez-faire* approach.
3. Educational materials can be better utilized when it is "simple and is capable of leading to behavior modification" only after its validity is examined at the real-world setting, and has undergone several revisions. These fundamentals truly are a "democratic" approach and serve as the asset to community participation, group discussion and group decision making in health education and promotion.

Challenges: Facing the spread of the idea of coordination and cooperation in health education and promotion today, 'a change in the perspective of educational material' should be once again reappraised. It should be shared among learners of various backgrounds and learners of various health conditions and necessities, by referring to the Great book 'health education' by Dr.Miyasaka.

[JJHEP, 2014 ; 22 (Suppl.) : 46-52]

Key words: health education, health promotion, educational materials, community participation, training

*¹ Kagawa Nutrition University, Professor Emeritus

地域保健活動と健康教育

川田智恵子^{*1}

目的・方法：「埼玉県羽生市千代田地区における健康農村活動の展開と評価」, 「コミュニティオーガニゼーションに関する研究」および, 「住民参加についての研究」を通じて宮坂忠夫先生の業績を紹介する。
結果：健康農村活動の展開と評価は, 1956年にはじめられた。健康教育と地区組織活動に重点を置き, 自主的な保健活動の育成と生活の共同化の育成によって, 地域住民の健康の保持増進を, 究極的には住民生活全般の向上をねらうものであった。村役場が主導していた健康文化委員会は, 市に合併されてからリーダーシップを発揮した。10年間の事業終了後12年経った年にも, この委員会は機能しており, 住民健診受診率は毎年90%を越えていた。また, わが国のコミュニティオーガニゼーションの特徴は, 町内会, 自治会などの地縁組織の活動である点にある。行政依存型でなく, 単なる行政要求型でもなく, 内部では役員依存型でない自主組織で, 民主的に運営されている組織が望ましいことが示された。さらに, 地域保健計画・実施・評価には, 行政, 専門家集団, 住民組織の参加が理想であり, 地域保健への住民参加はそれ自体極めて重要な健康教育であることを示し, 住民参加に関する住民教育の必要性を唱えた。
結論：健康教育研究において, 地域保健計画・実施・評価の過程に住民が主体性を持って参加し, 行政や専門家と協調していくかが鍵であることを示したことは, 宮坂先生の大きな業績である。

〔日健教誌, 2014; 22(追悼): 53-56〕

キーワード：健康農村活動, コミュニティオーガニゼーション, 住民参加, 健康教育研究

I はじめに

「埼玉県羽生市千代田地区における健康農村活動の展開と評価」, 「コミュニティオーガニゼーションに関する研究」および, 「住民参加についての研究」は, 宮坂先生がハーバード大学大学院公衆衛生学研究科で Health Education を学ばれ, 帰国後, わが国の健康教育の確立に貢献された過程の出発点となる貴重な研究と考えここに紹介させていただく。

II 「埼玉県羽生市千代田地区における健康農村活動の展開と評価」研究¹⁾

日本の農村は1946(昭和21)年の農地改革によ

りほとんどの農民は自作化した, 家族労働の零細経営であり, 生活はけして豊かではなかった。また, 1953(昭和28)年には市町村合併促進法が制定され, 1956(昭和31)年の市町村数は9,868から3,392に減少した。健康農村活動の展開と評価研究の対象となった埼玉県羽生市千代田地区も, 開始時は千代田村であったが途中昭和34年に羽生市に合併された。対象地区の人口は昭和31年には約6,560人で終了時の昭和41年には多少減少し5,960人であった。人口の規模は当時の公衆衛生に関する他の地域研究に比べると大きかった。地区の選定にあたっては, 東京から通える距離にありごく普通の農村地区ということで選ばれた。

この研究に参加した研究者は, 宮坂先生の他に, 社会学者の青井和夫先生, 公衆衛生学者の小倉学先生, 社会病理学者の柏熊岬二先生であった。この事業の主唱者の第一生命の矢野一郎会長は, 「一つの村がよくなることは, 経済, 産業, 文化, 教

^{*1} 和歌山県立医科大学

連絡先：川田智恵子

住所：〒641-0011 和歌山市三葛580

和歌山県立医科大学保健看護学研究科

E-mail：chikok@nifty.com

育、健康、生活、治安、福祉というふうに、あらゆる分野が総合的によくなることでなければならないが、そのすべてのものの土台に、住民全体の物の考え方を民主的な方向に導く、住民が共同協同して事を行う、そして、民主的運営のやり方を勉強して習得する、の三条件が必要である。」としていた。これらの条件は、健康教育の条件にも通じるものであり、宮坂先生の意向に合致したのである。第一生命のサポートは、基本的に千代田地区への財政的援助は控え、一部の健診事業と調査や資料収集のための研究費を援助した。この事業を他の市町村がモデルにしようとした時それを可能にするためである。また、健康農村活動の展開には、行政との関連が大きいため、厚生省、埼玉県衛生部、行田保健所、羽生市などのサポートを得た。ほかに、朝日新聞社が後援してくれた。

この研究の第1の特徴として、千代田地区へのアプローチの枠組みを、個人（態度変容的アプローチ）、社会（人間関係的アプローチ）、文化（生活様式的アプローチ）、そして物財（経済的アプローチ）としたことは、公衆衛生学の枠を超えたユニークなものであったと考える。第2の特徴として、健康教育の位置づけであるが、一般に公衆衛生は、狭義の健康教育、健康診断・予防注射などの専門家による技術提供、薬剤無料配布・粉ミルクなどの栄養補給・トイレの改善などの経済援助、規則等の制定・改正などを含むが、技術援助、経済援助、および規則などの制定・改正についても健康教育がともなわないと、それは本当の意味の公衆衛生活動にはならないという考え方を先生は強く持っておられた。

この事業は①直接的ねらい；地域住民の健康の保持増進、②方法的ねらい；健康教育と地区組織活動に重点を置き、自主的な保健活動の育成と生活の共同化の育成、③間接的ねらい；住民生活全般の向上であった。このような考えから、事業の中心に村長の諮問機関として「健康文化委員会」を設置した。村医、農協・区長会・婦人会・少年衛生班・衛生委員会・愛育班・青年団の各長、議

員、公民館長で構成された。この会の運営については役場がイニシアティブをとっていたが、羽生市に合併されてから、一種の民間組織としてリーダーシップを発揮し、衛生委員会、愛育班、少年衛生班や婦人会も独自の活動をはじめ、住民対象のニーズ調査なども実施した。実はこの事業が終わって12年経った1978（昭和53）年にその後の千代田地区の追跡調査を行ったが、健康文化委員会が大きく機能しており、たとえば、住民健診受診率が毎年90%を越えていた²⁾。当時、住民健診受診率は、10%台の市町村が多かった。

この事業の評価方法は、10年間で4回行われた全戸対象の質問紙による面接調査、各種既存資料、聞き取り調査と観察であったが、対照地区として同県内にA地区を選定し同様の調査を行った。調査結果は、その都度健康文化委員会の会議の際、報告されたようであるが、ともかく膨大なデータが集積されたにもかかわらず当時のデータ処理技術では限界があったことが惜しまれる。

Ⅲ コミュニティオーガニゼーションに関する研究³⁾

コミュニティオーガニゼーションの基本的考え方として、1) 一般の人たちの自主的な活動、2) 組織として行う仕事、3) 实际的、具体的な問題を取り上げて、それを解決する仕事、4) 民衆と専門家の協働作業、5) 一定の地区あるいは地域で行われる、6) 衛生から他のテーマへ、またはその逆といった流動性があることを、1958年の著書で、すでに述べている⁴⁾。

千代田地区の健康農村活動での地区組織活動（コミュニティオーガニゼーション）がポジティブに進むようになったきっかけは行政や保健所の対応にあったことを先生は経験されている。つまり、羽生市に合併後、健康文化委員会が村役場に代わってリーダーシップをとるようになり、それをきっかけとして愛育班、衛生委員会、婦人会などの地区組織が主体的に活動しはじめたのである。しかし、健康教育を中心にした健康農村活動でも、

思ったようには住民の自主活動は盛り上がりなかった反省も含めて、日本のこれからのコミュニティオーガニゼーションを盛んにするにはどういうアプローチが可能かを探るために1968（昭和43）年から1973（昭和48）年までコミュニティオーガニゼーションに関する研究が続けられた。研究方法は、文献研究、リーダーの認識調査、事例調査（農村、近郊農村、伝統的・地方都市、工業化した地方都市、大都市）、最終年には、3地域の住民を対象とした面接調査を行った。これにより、わが国では、町内会、自治会などの地縁組織で、個人加入ではなく世帯加入の組織が基盤になっていること、好ましい活動をしている組織は、行政依存型ではなく、単なる行政要求型でもなく、組織内部をみると役員依存型でない自主組織で民主的に運営されていることがわかった。

IV 地域保健と住民参加に関する研究⁵⁾

ここでいう住民参加は、住民健診や、健康祭りに単に参加するというのではなく、地域保健計画を立てる段階から住民が参加するという意味である。参画という言葉を使う場合もある。1970年代、政治学、行政学、社会学での住民参加研究は種々行われていた。しかし、それらの研究結果を地域保健計画への住民参加に応用することは部分的にできても、基本的には保健・医療の専門性が絡んで同じようにはいかないことを先生は強調されていた。

地域保健計画に対する住民参加の研究は、1977（昭和52）年から1981（昭和56）年まで、メンバーが地域保健の課題別に担当し行われた。先生は、地域保健計画は、行政、保健・医療従事者集団お

よび住民組織が対等に参加することが理想であり、地域保健への住民参加はそれ自体極めて重要な健康教育であると述べている。そして、住民参加に関する住民教育の必要性を唱えられた。

V おわりに

宮坂先生の御業績の中心は、地域保健活動における健康教育研究であったと考える。地域保健計画・実施・評価の過程に、住民がいかに主体性を持って参加し、行政や専門家と協調していくかを求めておられた。

今まさに進行中の健康日本21（第2次）、高齢者保健対策、介護保険制度、がん対策基本計画、どれをとっても住民参加に関して満足のいくものではない。宮坂先生の御業績を今一度噛みしめ、これからの研究に役立てたい。

利益相反

利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 千代田地区健康評価委員会. 健康農村活動の展開と評価—千代田地区10年のあゆみ—. 東京：第一生命保険総合会社；1968.
- 2) 青井和夫, 宮坂忠夫. 健康農村活動と地域社会—羽生市千代田地区—. 東京：東京大学出版会；1982.
- 3) Miyasaka T, Kawata C. The neighborhood organization: an important factor in organizing a community for health education. *Int J Health Educ.* 1979/2; 22: 78–91.
- 4) 宮坂忠夫. 衛生教育. 東京：績文堂；1958.
- 5) 宮坂忠夫. 地域保健と住民参加. 東京：第一出版；1983.

(受付 2014.4.7. ; 受理 2014.4.18.)

Community health activities and health education

Chieko KAWATA*¹

Abstract

Objective: This report introduces the achievement of Dr. Tadao Miyasaka by his major three academic papers:

1) Development and evaluation of rural health activities in Chiyoda district, Hanyu city, Saitama; 2) Study about community organization; 3) Study about community participation.

Contents: The development and evaluation of healthy village program activities were started in 1956. It emphasized the importance of health education and community organization, and aimed at health protection and promotion of community people. For this, voluntary health actions and sharing livelihood was facilitated and ultimately living conditions are expected to be improved. The health culture committee used to be led by a village office, but later it was integrated into a municipality office and then started to take a strong leadership. The committee was still functioning even 12 years have passed after the end of the program, and as for its outcome, the physical check-up rate of the community people exceeded 90%. The characteristics of the community organization in Japan can be seen in the activities of district organization such as neighborhood association and residents' association. It is not government-dependent. It is not only demand to government. It is self-directed and operated democratically. Moreover, for making community health plan, its implementation and evaluation, participation is awaited from local government officers, health care providers and of community organization. For this, education is needed for community people about community participation.

Conclusion: Community people's active participation is the key to strengthen the process of community health planning, its implementation and evaluation. Showing this evidence was Dr. Miyasaka's major achievement in health education research.

[JJHEP, 2014 ; 22 (Suppl.) : 53-56]

Key words: rural health, community organization, community participation, health education

*¹ Wakayama Medical University

健康づくりにおける参加の必要性再考

武見ゆかり^{*1}

目的：宮坂先生から学んだ参加及び住民参加について、先生の教えの内容を振り返り、現在の日本の健康づくりにおけるそれらの意義を考察する。

内容：宮坂先生によれば、参加とは、ある事業とかプログラムに加わるということではなく、その企画（プランニング）または決定に参画すること、すなわち意思決定 decision-making に関する過程への参加を意味する。参加の目的は、民主化の促進、市民教育・人間教育・健康教育のため、種々の操作の戦略のための3点に整理され、これらは相互に移行し変化する。また、参加の評価では、プロセスと成果の両方が重要である。コミュニティ・オーガニゼーションにおいては、住民参加、とくに活動の企画への参加が重要な要素の1つである。2013年より開始された健康日本21（第2次）では、健康寿命の延伸と健康格差の縮小という最終的な目標達成に向けて、個人の生活の質の向上と社会環境の質の向上という2つの視点が示された。社会環境の質の向上のためには、例えば栄養・食生活の面では、食を通じた地域のつながりの強化や食に係るボランティア活動の促進など、住民の主体的参加を伴う取り組みが必要である。

結論：参加の原点に立ち返り、現代私たちが抱える課題に対しても、企画段階への住民参加を推進していくことで、真の意味で、良いコミュニティづくりにつながると期待される。

〔日健教誌、2014；22(追悼)：57-61〕

キーワード：参加、住民参加、健康づくり、健康日本21

I 宮坂忠夫先生との出会い

宮坂先生との出会いは、私が女子栄養大学大学院修士課程に入学した1986年に始まる。東京大学を退官された後、女子栄養大学教授として、保健社会教育学研究室を開設され、学部と大学院の授業を担当されていた。私は大学院の特論で住民参加と健康教育を学び、大学院の研究法及び学部の保健学の授業（聴講）で社会調査法の基本を学んだ。また、大学院では修士論文の副査として、そして、修士課程修了後約10年経った後には博士論文の審査委員としても先生のご指導をいただいた。「調査系の研究の際、態度や信念など一般用語でも

ある言葉を専門用語として使う場合には、その定義や使い方に細心の注意を払うように」という教えは、先生に叩き込まれたものである。

その後、先生が女子栄養大学を退職される2004年までの長きにわたり、日本健康教育学会での活動も含め、多岐にわたり多くの教えをいただいた。長い関わりの中で、先生から教えていただいたことは、私が研究や教育を進める上で今でも大きな糧となっている。本稿では、先生から得た沢山の学びの中で、参加及び住民参加に焦点を当て、先生の教えを振り返り、今後の日本の健康づくりにおけるそれらの意義を考察したい。

II 参加とは

宮坂先生から最初に参加に関する講義を受けたのは、大学院の「保健管理学特論」の中だったと記憶している。宮坂先生編著の「地域保健と住民参加」¹⁾や、東大退官記念講演の内容をまとめた論

^{*1} 女子栄養大学・大学院

連絡先：武見ゆかり

住所：〒350-0288 埼玉県坂戸市千代田3-9-21

女子栄養大学食生態学研究室

TEL & FAX：049-282-3721

E-mail：takemi@eiyo.ac.jp

文「保健と参加」²⁾、及び1968年から1973年にかけて行われたコミュニティ・オーガニゼーションに関する研究を報告された論文³⁾などを用いた講義であった。

それらの中で、宮坂先生は参加を以下のように定義されている^{1,2)}。すなわち、参加とは、ある事業とかプログラムに加わるということではなく、その企画（プランニング）または決定に参画すること、すなわち意思決定 decision-making に関する過程への参加を意味する。そして、これらの意思決定を行う単位を個人と集団（組織、機関を含む）に分けて説明されている^{1,2)}。個人を単位とした場合は、個人が1人で意思決定するのは参加とはいわない。2人または2人以上の個人が相談して一緒に決定する場合は参加ということが出来る。集団を単位とした場合は、1つの集団が独自に施策や事業、サービス等を決定するのは参加とはいわない。その集団のメンバーのうち、リーダーとその他一般のメンバーとの関係から、参加の要素が含まれてくる。2つ以上の集団が相談して一緒に決定する場合は参加であるが、この場合は、集団の代表者間による間接的参加が多い。

参加によって決定されることの範囲は、参加の目的や状況によって異なってくる。ある集団の活動方針といった大枠のこともあるし、方針が決められた後の具体的プログラムということもある。或いはまた、プログラムを誰が、いつ、どこで実施するかというレベルのこともある^{1,2)}。

また、先生は諸外国の文献などもふまえ、参加の目的を以下の3点に整理されている^{1,2)}。1点目は民主化の促進であり、地域で何かをする時の要件として参加が重要である。2点目は市民教育、人間教育、健康教育のためである。参加することにより、参加者の自信や自助の精神、責任感などが養われ、問題解決のための手段となっていく。3点目は、種々の操作、例えば情報を獲得する、スタッフを補足する、反対勢力を仲間に組み入れる、などの戦略のためである。そして、これらに共通する、参加のもっとも基本的かつ重要な目的

は、参加者の行動変容、及び態度の変容である。また、上記3つの目的は、相互に移行し変化するものであり、参加を好ましいものにするには、支援者側の技法として、相談・カウンセリングの技術と集団討議の技術を修得する必要があると述べられている。

また、参加の評価の難しさについても、先生は以下のように言及されている。「そもそも、評価とは、ある目的を設定して仕事をし、その目的を達成したか否かを中心に成果を検討し、更にそれに基づいて仕事の企画と実施面の分析を行うことである。参加の評価が難しいのは、目的もさまざまであるうえに、企画や実施のプロセスも重視されるためである」という¹⁾。そして、「成果（効果）としての what も、プロセスの how も、両方とも（参加の評価においては）重要であるからだろう」と述べられている¹⁾。著者は以前、こうしたプロセスと効果の両面から、参加型栄養教育を評価する枠組みの提案を総説としてまとめたことがある⁵⁾。この論文では先生のご著書や論文を複数引用させていただいた。先生に別刷をお渡しした際、「こんなにたくさん引用してもらったことは、あんまりないですねえ。ありがとう」と笑顔を浮かべてくださったことを懐かしく思い出す。

Ⅲ 地域保健における住民参加

地域保健における住民参加の重要性は、早くから宮坂先生らの研究により理論的かつ実証的に示されてきた²⁻⁴⁾。住民参加は、参加する主体によって、people participation, citizen participation, community participation または community involvement と表現される。住民参加とコミュニティ・オーガニゼーション（地域社会における住民主体の組織活動、コミュニティづくり）は密接な関係にある。宮坂先生らは、1968年から5年間にわたり行われたコミュニティ・オーガニゼーションに関する文献調査、事例調査、住民への面接調査などの研究結果をふまえ、保健学の視点から、コミュニティ・オーガニゼーションの理念に関する

重要な項目として以下の5点あげている³⁾。①コミュニティ・オーガニゼーションの主なねらいは問題解決にあること、②住民参加、とくに活動の企画への参加の重視、③住民同士の協力、④社会資源の利用、すなわちコミュニティ内外にある人的・物的資源を総合的に利用すること、或いはそれらを創り出すこと、⑤組織間の関係の調整、である。これらの項目は、今日なお、ヘルスプロモーションの推進において重要とされる項目であり、住民参加において、上述の参加の重要性が強調されている。WHOのヘルスプロモーションに関するオタワ憲章がされたのは1986年である。国内で住民参加を強調した地域づくりやヘルスプロモーション活動が活発になってきたのが、1990年代に入ってからであること⁵⁾を思うと、極めて先見性のある研究を先生は推進されていたといえる。

また、地域保健における住民参加では、住民の参加と同時に専門家の参加が不可欠であることも明言されている²⁾。保健に係る実際の活動では、専門職の持つ知識や技能が必要とされるからである。さらに、保健に関する住民参加の単位は、個人ではなく、家族(family)単位が良いと述べている^{2,3)}。家族を単位とすることは、保健における家族の役割の重要性や、住民のライフステージやライフスタイルを考慮する必要性に合致するからとしている。

IV 参加の要素を取り込んだ栄養教育・地域活動の試み

実は、私が参加や住民参加の課題に真正面から向き合い、宮坂先生のさまざまな業績を真剣に読み返したのは、自ら参加型の栄養教育や地域活動を企画し実施する立場になってからである。正直、大学院時代に講義を受けたときは、そういうこともあるのか、程度にしか受け止めていなかった。しかし、いざ自分が関連した仕事をする段になって、初めて、先生から教えていただいたことの重要性や、先生の業績の偉大さを痛感することになった。

最初は、埼玉県内の人口約3万人の町で、参加

型栄養教育の教室から始めて、次には食生活改善推進員という地域のボランティアを立ち上げる養成講座の仕事⁶⁾をした時であった。ごくごく普通の地域の主婦が、最初は自分や家族の健康のためと参加型教室に参加し、学ぶ中で周囲や地域へと視野を拓け、自立し、仲間意識を形成して組織に育っていく過程を住民と共に体験した。これが参加の意義なのだ実感したことを、良く覚えている。また、1996年に本学会の栄養教育研究会・勉強会で、「健康教育と住民参加を中心に」というテーマで宮坂先生に講師をお願いしたことがある。講義の後、「住民参加を行う上で、コミュニティの規模はどのくらいが適当なのか」と質問をしたところ、先生が、「僕の経験からですが、市町村でいえば、人口3万人くらいがやりやすいと思います。小さくても、大きすぎても難しい面がある」という回答をいただいたことも、鮮やかな記憶として残っている。なぜなら、上記の町がまさにその規模だったからである。

その後も、地域の商店街や学校のPTAなど、コミュニティの人々を企画から巻き込んだ栄養教育や食環境整備に関する研究事業⁷⁾を実施してきた。その度に先生に報告書や論文をお届けしたが、いつもコメントや励ましを直筆のお手紙で返して下さったことを有難く思い出す。

V 健康日本21(第2次)と参加

最後に、宮坂先生から教えていただいた参加の意義を、現在の国民健康づくり運動、健康日本21(第2次)の枠組みの中で、検討してみたい。2013年より開始された健康日本21(第2次)の中では、健康寿命の延伸と健康格差の縮小という最終的な目標を達成するために、個人の生活の質の向上と並んで、社会環境の質の向上という視点が示された⁸⁾。社会環境の質の向上とは、言い換えれば、健康を支え、守るための良いコミュニティづくりである。関連して、地域のつながりの強化などを含むソーシャルキャピタルの向上という目標設定も行われた。

栄養・食生活の面では、社会環境の質の向上に

つながる道筋として、「社会参加の機会の増加」と「健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保」が示された。「社会参加の機会の増加」とは、食を通じた地域のつながりの強化、食生活改善推進員など食を通じて主体的にボランティアをする個人の増加など個人レベルの関わりを意味する。「健康のための資源へのアクセスの改善と公平性の確保」には、食品中の食塩や脂肪の低減に取り組むなど健康づくりに積極的に関わる企業の増加や、栄養情報や健康に良い食物へのアクセスの改善と公平性の確保のための自治体の取り組みの増加など、組織レベルの活動が含まれる。

では、どのようにこれらを実現させられるのであろうか？例えば、地域での共食会の開催や、近隣との食物のやりとり・助け合いなど、食を通じた交流を増やすことによって地域のつながりを作り、強化することが可能である。食は地域で暮らす全ての人に共通する課題・話題である。また、食べるという行為は毎日3回繰り返される高頻度の行動⁹⁾だからこそ、こうした取り組みも比較的容易に、かつさまざまな形で実現できる。しかし、こうした活動をトップダウン式で、あるいは自治体主導で行うのでは、住民自身の社会参加の促進にはあまりつながらない。住民の企画段階への参加という、宮坂先生のいう参加を伴う活動にしていかなければ、真の意味で、良いコミュニティづくりにはつながらない。なぜなら、住民参加はコミュニティ・オーガニゼーション（コミュニティづくり）の実現において欠かすことのできないものだからである。そういう意味で、これからの健康づくりを推進していく上で、改めて今、参加及び住民参加の意義や手法などを見直し、活用していく必要がある。一方で、住民参加の単位を家族とする点については、単身世帯が増加し続けている社会背景をふまえて、どのような単位や関わりがより適切なのかを検討する必要がある。

宮坂先生は、1983年東京大学医学部退官記念・最終講義の結びで、「まよめの意味でもう一度参加とは何かについて思いをめぐらしてみると、それ

は社会の“調和と進歩”（balanced improvement）のために、人間が作り出した生活の知恵であると思われてならない。地域保健とか、Primary Health Careが成功するかどうかの重要な鍵の1つは、人間がこの知恵をどのくらい上手に使いこなすかにかかっているであろう」と述べられている。今後、少子高齢化は一層進展すると予測される。一人ひとりが自立しつつ支え合う地域社会を作り、健康長寿で幸せな社会を作っていくために、私たちはこの“知恵”の活用を改めて推進していく必要がある。宮坂先生が没してなお、私たちにこうした深奥な教えを下さっていることに感謝し、ご冥福をお祈りしつつ、稿を終える。

利益相反

利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 宮坂忠夫. 参加の心理・社会的側面. 宮坂忠夫編著. 地域保健と住民参加. 東京：第一出版；1983. 3-18.
- 2) 宮坂忠夫. 保健と参加. 東京医学. 1983；90：211-220.
- 3) 宮坂忠夫, 川田智恵子, 藤岡千秋, 他. 地域保健におけるCommunity Organizationと住民参加. 民族衛生. 1976；42：271-289.
- 4) 野原忠博. コミュニティ・オーガニゼーションと住民参加. 宮坂忠夫編著. 地域保健と住民参加. 東京：第一出版；1983. 111-125.
- 5) 武見ゆかり. 地域における参加型栄養教育とその評価枠組み. 栄養学雑誌. 2002；60：63-74.
- 6) 武見ゆかり, 中村里美, 江原信江, 他. 学習援助型健康教育による中高年女性の食行動・食態度の変化—地域のキーパーソン育成の視点からの検討—. 女子栄養大学紀要. 1998；29：151-161.
- 7) 武見ゆかり, 村山伸子, 佐々木敏, 他. 商店街と学校が連携した食育の試み—世田谷「ぱくぱく健康キッズ&タウン」の事例. 思春期学. 2004；22：466-474.
- 8) 厚生労働省. 健康日本21（第2次）の推進に関する参考資料. 2012.
- 9) 足立己幸. セルフケア・参加を重視する健康教育からみた栄養・食行動の特徴. 日本健康教育学会誌. 2000；7：1-2.

（受付 2014.4.7.；受理 2014.4.14.）

Reconsidering 'participation' in health promotion

Yukari TAKEMI*¹

Abstract

Objective: To examine Dr. Miyasaka's ideas of participation and community participation and to explore their significance for the current health promotion practices in Japan.

Contents: According to Dr. Miyasaka, participation refers not to join a project or a program, but to become involved with its decision making process. The objectives of participation could be categorized into three: 1) promoting democracy, 2) educating citizenship, humanity and health, and 3) teaching strategy for various operations. These three might interact and transform each other. For its evaluation, both process and outcome should be included. For community organization, community participation, in particular, participating in the planning stage of activities is essential. In the second stage of the Health Japan 21 Plan by the Japanese Government, which started in 2013, both improving quality of life and social environment were addressed as key future tasks, as such actions are effective to improve healthy life expectancy and to reduce health inequity. For example, in the field of nutrition and diet, we need to strengthen ties in a community through diet and promoting volunteer activities, as it can improve the quality of social environment.

Conclusion: Keeping in mind of the basic idea of participation, even today, promoting community participation at the planning stage can lead to an ideal community building.

[JJHEP, 2014 ; 22(Suppl.) : 57-61]

Key words: participation, community participation, health promotion, Health Japan 21

*¹ Kagawa Nutrition University, Graduate School

憧れの宮坂忠夫先生との出会いと思い出 —学会創設前史から1990年代を中心に—

島内 憲夫^{*1}

抄録：本稿では、憧れの宮坂忠夫先生との出会いと思い出を振り返った。学会設立の前年の1990年、宮坂先生から、日本健康教育学会の設立と常任理事への就任の話があった。1952～1953年アメリカのハーバード大学公衆衛生大学院に留学された宮坂先生は当時、日本における健康教育理論の先駆的リーダーであり、宮坂先生の依頼を大変光栄に思ったことを覚えている。また、宮坂先生は、女子栄養大学大学院修士課程保健学専攻の新設の時に「ヘルスプロモーション特論」の講義のお話もくださった。先生のライバルである山本幹夫先生が率いる順天堂大学体育学部に所属していた私は、戸惑う一方で心躍る気持ちであった。宮坂先生との思い出を振り返り、先生に対する感謝の気持ちを改めて感じる次第である。今後も宮坂先生への憧れと健康教育への熱き思いを大切にして、健康教育・ヘルスプロモーション分野の発展並びに人材育成に貢献していきたい。

〔日健教誌，2014；22(追悼)：62-65〕

キーワード：憧れ，健康教育，ヘルスプロモーション，学会，理論

初めに、日本健康教育学会の設立に心血を注いだ宮坂忠夫先生のご冥福を心よりお祈り申し上げます。

日本健康教育学会は、1991年に設立されたが、その1年前の1990年に東京大学医学部保健学科教授の宮坂先生から「日本健康教育学会を創りたい、ついでには先生に常任理事の1人に就任して欲しい」と話があった。最初の常任理事は、宮坂忠夫、山本幹夫、江口篤志、川田智恵子、そして私（島内憲夫）の5人であった。

宮坂先生の依頼を大変光栄に思ったことを覚えている。と同時に「近い将来ヘルスプロモーションの言葉を日本語にして、例えば、日本健康教育推進学会あるいは日本健康教育創造学会にして頂きたい」とお願いしたことも鮮明に覚えている。

^{*1} 順天堂大学大学院

連絡先：島内憲夫

住所：〒270-1695 千葉県印西市平賀学台1-1

順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科

TEL & FAX：0476-98-1118

E-mail：happynorio@msn.com

その時、宮坂先生は「英文は、Japanese Society of Health Education and Promotionなので promotion は入っていますよ」と答えられた。残念ながら、現在でも promotion という言葉は日本語に訳されることなく学会は日本健康教育学会のままである。私がヘルスプロモーションにこだわるのは、人々の健康の解明と支援は健康教育学だけでは可能とまらないからである。なぜなら、人々の健康の解明と支援は、学際的なアプローチを必要としているからである。

思えば、宮坂先生から声をかけられた時、私は40歳であった。そして、1986年にデンマークのコペンハーゲン大学医学部に留学中にWHOヨーロッパ地域事務局のイローナ・キックブッシュ博士との運命の出逢いで「ヘルスプロモーションに関するオタワ憲章」¹⁾を知るようになった。以来、「WHOのヘルスプロモーション」を広めることを意識して、帰国後の1987年に健康社会学研究会を大学の先輩の小山修先生等と一緒に設立し、代表としてヘルスプロモーションの推進に取り組んでいた。当時、会員は200名を越えていたので、宮坂

先生からお誘いがあったものと推察している。東京大学の赤門前の学士会館分館で設立準備のための委員会が開催された時に、私と私が推薦した小山修先生と一緒に暖炉の側の椅子に腰かけて、宮坂先生としばし語り合ったことが昨日のようである。宮坂先生は、学生時代から憧れの先生で、ある意味雲の上の人だった。正直なところ「一緒に居ていいのか」と思っていた。しかし、私も「ヘルスプロモーションを日本の津々浦々に広げる」と言った信念を貫くことをモットーとしていたこともあり、思い切って先ほどのような思いを宮坂先生に伝えた訳である。

当時の宮坂先生²⁾は、日本における健康教育理論の先駆的リーダーとして、一世を風靡していた健康教育研究者であった。そのスタートは、宮坂先生のアメリカのハーバード大学公衆衛生大学院への留学（1952（昭和27）年～1953（昭和28）年）ではなかったかと推察している。なぜなら、日本では「健康教育の第一人者は誰か」とたずねれば、「宮坂忠夫先生でしょう」と誰しもが答える先生だったからである。それを裏付けるように、宮坂先生の帰国後、健康教育が瞬く間に、日本の津々浦々に広がっていったからでもある。また、アメリカにおける健康科学分野の先駆的リーダーの1人であるレベルとクラーク（Leavell HR and Clark EG）の理論との出会いは、宮坂先生の健康教育理論の考え方を確固たるものにしたと推察する。なぜなら、レベルとクラークの考え方は、予防医学の5段階に基づき、従来の健康教育の主眼であった「疾病の予防教育」を「健康増進・疾病予防・治療・リハビリテーション」をも包含する健康教育にまで拡大したからである。宮坂先生の健康教育の目的は、幅広い意味では「健康の保持増進」にあるが、健康教育固有の目的も考えていた。それは「取り上げられた健康問題について、(1)対象の人たちが正しい知識や理解をもつこと（知識の習得、理解）、(2)好ましい態度をもつこと（態度の変容）、(3)必要なことを実行し、よくないことをやめること（行動の変容）」である。

ここで、宮坂先生のライバルである私の恩師の山本幹夫先生³⁾のことについても語っておきたい。その理由は、東京大学医学部出身者・同門でありながら、宮坂先生とは全く違った考え方を打ち出した先生だからである。山本先生は、ロジャース（Rogers ES）の人間生態学の考え方を健康教育学の分野に導入した先生である。山本先生は、「人間生態学では個人やその集団によって営まれる生活は、生活主体（host）たる人と、人を取り巻く物理的・生物的または社会的な環境とのきわめて複雑な相関関係において営まれており、この相関関係のバランスが損なわれて、人の活動が円滑に行われないときに不健康状態が起こる」と推論している。このような山本先生の考えは、結果的に学際的アプローチ（自然科学と社会・人文科学の統合）の必要性を生み出した。その結果、健康教育も「複雑な人間生活を十分に分析して、健康状態との関連を明らかにするために、あらゆる科学の方法や技術を活用する」方向、すなわちヘルスプロモーションの方向にシフトして行くことになったのである。

いずれにしても、宮坂先生と山本先生の新しい健康教育理論は、日本での健康教育の幕開けとなり歴史的なターニングポイントであったと思う⁴⁾。

さて、世界の健康教育に目を転じてみれば、健康教育国際会議（International Union of Health Education: IUHE）は、1995年の幕張メッセで健康教育とヘルスプロモーションを合体して、ヘルスプロモーションを上位に置き、第15回 International Union of Health Promotion and Education (IUHPE) として開催された。丁度、私が45歳の時であったが、この誘致のプロセスに遭遇した者として、事実をお伝えしておきたいと思う。それは、宮坂先生とライバルであった東京大学医学部卒の恩師の順天堂大学体育学部教授の山本幹夫先生が、第14回健康教育国際会議（International Union of Health Education: IUHE）において、第15回の会議を日本に誘致すべくロビー活動を積極的にしていたからである。山本先生の努力がなければ、

日本での開催はできなかったかもしれないからである。知る人ぞ知る話である。

最後に、宮坂先生に心よりお礼を申し上げたい。私が今日あるのは、宮坂先生が、順天堂大学体育学部健康教育学専攻の学生時代、大学院時代、その後の教員時代を含めて一貫して、私の心の中に憧れの人として存在すると共に、私を学問的にエンカレッジし続けて下さったお蔭であると思っているからである。

また、山本幹夫先生が率いる順天堂大学体育学部健康教育学専攻課程に所属する私にとっては、宮坂忠夫先生の率いる東京大学医学部保健学科は、ライバルであったことも自らの成長にとって幸いであった。

さらに、私の思いとは裏腹に、女子栄養大学大学院修士課程保健学専攻の新設の時、「ヘルスプロモーション特論」の講義を宮坂先生から依頼された時は、心の中で「ライバル校の宮坂先生から何故に私にヘルスプロモーション特論の講義の依頼がくるのか」正直戸惑いを禁じ得なかった。しかしながら、その時「心躍る気持ちが湧き上がって

きたこと」を今でも忘れていない。心より感謝申し上げます次第である。

最後に、以前もそうであったように、今後も宮坂先生への憧れと健康教育への熱き思いを大切に、健康教育・ヘルスプロモーション分野の発展並びに人材育成に貢献していくことを誓い、筆を置きたい。

利益相反

利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) 島内憲夫, 鈴木美奈子. ヘルスプロモーション～WHO～オタワ憲章～. 東京: 垣内出版; 2013.
- 2) 宮坂忠夫, 川田智恵子. 最新保健学講座 健康教育論. 東京: メディカルフレンド社; 1984.
- 3) 山本幹夫. 健康管理論—実践的公衆衛生学—. 東京: 光生館; 1975.
- 4) 島内憲夫. 健康教育の展望. 久常節子, 島内節編. 地域保健学講座③健康教育と学習. 東京: 医学書院; 1994. 175-195.
(受付 2014.2.7.; 受理 2014.3.10.)

The encounter and memory of Dr. Tadao Miyasaka with admiration

Norio SHIMANOUCHI*¹

Abstract

Objective: In this manuscript, I will describe how I met Dr. Tadao Miyasaka and what I have learned from him in the field of health education and promotion. .

Contents: In 1990, the year before establishing the Japanese Society of Health Education and Promotion, he approached me with a proposal of establishing the society and asked me to work as one of the executive committee members. Dr. Miyasaka studied health education in the Graduate School of Public Health, Harvard University, and used to be considered as the pioneering leader of health educational theory in Japan at that time. Because of this, I remember that I was deeply honored by his request. He also proposed me to give "a special lecture on health promotion" for the newly established master course in the Graduate School of Health Sciences, Kagawa Nutrition University. As I used to belong to the School of Health and Physical Education, Juntendo University led by his rival, Dr. Mikio Yamamoto, I hesitated, but I, at the same time, felt excited and very happy about it.

Conclusion: I feel gratitude to him for his kind friendship over and over again. Like he did, I would like to keep my passion for health education and promotion and to grow human resources in this field.

[JJHEP, 2014 ; 22 (Suppl.) : 62-65]

Key words: admiration, health education, health promotion, societies, theories

*¹ Graduate School of Juntendo University

日本健康教育学会設立前後と宮坂先生の業績

小山 修^{*1}

目的：本学会の初代幹事長、理事長である宮坂忠夫先生の学会設立前後の役割と、戦後の公衆衛生の中で果たした衛生教育の業績を学会関連資料及び文献から論考した。

内容：宮坂先生は、学会設立に当たって慎重かつ積極的な態度で臨んだ。即ち、産業、学校、地域の研究対象領域の動向を把握するための研究会を開催するとともに、国内の主だった研究者を学会設立委員として組織し、また自ら会則案を提示されるなど、学会設立にリーダーシップを発揮された。また、特筆すべき業績に戦後のわが国に衛生教育を導入され、自らパイオニアとして伝染病対策等の衛生教育の実践と衛生教育担当者の人材養成に当たられ、その業績は研究と並んで大きい。

結論：学会と健康教育の人材養成、そして健康教育学の体系化を図ることに多くを捧げられた宮坂先生の業績を、後世に引き継ぐとともに、私たちは新しいパラダイムを乗り越えていかねばならない。

〔日健教誌，2014；22（追悼）：66-71〕

キーワード：衛生教育，健康教育，人材養成，健康教育世界会議

I はじめに

宮坂先生とのお付き合いは、平成になってからなのでほぼ4半世紀になる。学会誌編集委員長を任され、膨大な事務量と慣れない業務に悪戦苦闘している時に、終始励ましてくれたのが宮坂先生であった。巻頭言の執筆、査読、細かな規則づくりなど随分支えてもらった。

当時の研究会、学会設立準備委員会に関する資料は、3度の引っ越しで散逸してしまい、一部残された資料と手元にある文献から論考することをお断りするとともに、誤記、不足分は他の執筆者の先生方の玉稿から勘案していただきたい。

II 健康教育研究会から設立準備委員会へ

私がこの研究会に参加したのは、順天堂大学の島内憲夫先生から誘われた1990年1月27日（土）

開催の「健康教育研究会」からである。島内先生は前年から主要メンバーとして研究会に参加していた。

研究会は、表1に示したように1990年1月から1991年5月まで計5回開催され、この間、研究会とは別に1990年8月と1991年5月に学会設立の委員会が開催されている。

研究会のうち、第3回目の研究会の報告者が不明となっているのは、筆者が欠席したためである。しかし、流れからすると「産業」「学校」と続き「地域」ではないかと思われる。なお、第4回の講師の今野喜清先生は教育学の研究者として著名である。

研究会の内容から察すると、宮坂先生の意図は、健康教育の横断的な対象分野の動向をレビューすることによって、現状の把握と課題の確認をしたかったのではないかと推測できる。

参加者は、宮坂先生の他、山本幹夫先生、江口篤寿先生、川田智恵子先生、島内憲夫先生、山下泰徳先生、園田恭一先生、そして筆者のほか表2に示した中の何名かではなかったかと思う¹⁾。

3回の研究会の後の1990年8月1日（土）、会合

*1 日本子ども家庭総合研究所

連絡先：小山 修

住所：〒106-0047 東京都港区南麻布5-6-8

日本子ども家庭総合研究所

TEL：03-3473-8446 FAX：03-3473-8408

E-mail：oyama@aiiku.or.jp

表1 健康教育研究会の経緯

第1回健康教育研究会
日時：1990年1月27日（土）14時～17時
場所：学士会館別館3号室
講師：小田清一（労働省中央労働衛生専門官）
第2回健康教育研究会
日時：1990年4月14日（土）
場所：東大山上会館地下会議室
講師：出井美智子（文部省学校健康教育課教科調査官）
第3回健康教育研究会
日時：1990年7月14日（土）
場所：学士会館別館
講師：不明
健康教育学会設立委員会
日時：1990年8月1日（土）14：00～16：30
場所：学士会館別館
内容：学会設立について
第4回健康教育研究会
日時：1991年1月26日（土）午後
場所：東京大学山上会館
講師：今野喜清（早稲田大学教授）
第5回健康教育研究会
日時：1991年3月23日（土）午後
場所：東京大学山上会館
内容：—海外の健康教育事情— 川田智恵子（東京大学教授）
健康教育学会設立準備委員会
日時：1991年5月11日（土）14：30～16：00
場所：東京大学山上会館002号室
内容：1）国際健康教育連盟役員投票の件 2）イローナ・キックブッシュ博士の件

の名称が「健康教育学会設立委員会」となり、表2に示すような錚々たる委員が集まった。筆者は、島内先生に次いで2番目に若かった。

学会設立準備委員会では、宮坂先生の提案により、準備委員会事務局を女子栄養大学保健社会・教育学研究室に置くこととし、学会会則、役員、会費、総会、学会誌、ニューズレターなどの基本方針が協議され、同時に後述する世界会議も議題になった。

学会会則は、あまり細かく規定せず、活動しな

表2 日本健康教育学会設立準備委員会（順不同）

宮坂 忠夫（東京大学）
飯田 澄子（聖路加看護大学）
植松 稔（相模女子大学）
内山 源（茨城大学）
埋忠 洋一（三和銀行）
江口 篤寿（和洋女子大学）
大津 一義（順天堂大学）
金永 安弘（国立公衆衛生院）
川田智恵子（東京大学）
小山 修（母子愛育会）
島内 憲夫（順天堂大学）
園田 恭一（東京大学）
高石 昌弘（国立公衆衛生院）
鈴木美智子（東京学芸大学附属大泉中学校）
野口美和子（千葉大学）
藤岡 千秋（大阪教育大学）
山下 泰徳（千葉大学）
山本 幹夫（帝京大学）

がら必要に応じて改正することとし、きわめて大雑把な会則にすることで決した。この柔軟性は、宮坂先生のマネージメントと人柄がよくあらわれていると思う。

役員は、宮坂先生を委員長に互選し、常任委員として江口先生、川田先生、島内先生、山下先生が選出され、さらに当面の主要活動として会報小委員会（江口委員長）と研究会小委員会（川田委員長）が設置された。以後、ニューズレターは江口先生、研究会は川田先生がリードされていくことになる。

各準備委員は、学会設立発起人を推薦することになり、筆者も行政で働く健康教育担当者を中心に何人か推薦した。その結果151人の発起人の賛同を得たので、1991年1月に学会設立準備委員会（宮坂委員長）名で、学会設立趣意書と設立発起人名簿を加えて、学会への入会案内と第1回学会設立総会の開催を全国的に呼びかけた²⁾。

1991年6月29日、宮坂先生を学会長に女子栄養大学駒込キャンパスにおいて第1回学会総会が開催され、参加者は200名を超えた。宮坂先生は学会長講演の他、シンポジウム「健康教育研究」の座

長も努められ、フル回転であった。同年11月25日付で発行されたニューズレター第1号の「第1回日本健康教育学会を開催して」に、学会の開催と無事終了したことを「こんなにうれしく、有難いことはありません」と率直な感想を述べられ、かさねて「産業」「学校」「地域」の横断的、学際的研究の必要性を強調されている。小舟ながら大海に漕ぎ出した記念すべき学会であった。

なお、同ニューズレターには、10月23日現在の会員数が314名と、その内訳が掲載されているが、現在の3分の1にも満たない。

Ⅲ なぜ健康教育学会なのか

ここで、宮坂先生はなぜ学会設立を企図されたのだろうか。推測するに、一つは、山本幹夫先生らの交渉で健康教育国際ユニオン（International Union of Health Education: IUHE）の第15回健康教育世界会議が1995年8月に日本で開催することに決定していたことである。もう一つは、東京大学の退官とも関係しているのではないと思われる。

前者は、世界会議誘致は国内基盤の脆弱性から、時期尚早であり、そのためにも、まず学会を設立し基盤固めが急務と考えられたのではないかと思う。世界会議の開催は、この後の学会運営の重要な議題となっていく。

後者は、女子栄養大学副学長として大学経営に関わることと関連がある。宮坂先生のライフワークである健康教育の人材養成から後退する、いわば積み残しがあると考えられたのではないかと思うが、今となっては、ご本人に確かめる術がない。

Ⅳ 世界会議開催と宮坂先生の考え

2回目の設立準備委員会が1990年8月1日に開催されている。議題は表1に示したようにIUHE役員投票と、ヘルスプロモーションの提唱者であるキックブッシュ博士の話題であったが、実際は第15回健康教育世界会議の日本開催に伴う学会としての対応であったと、記憶している。

筆者は、当時国立公衆衛生院の金永安弘先生

（衛生行政学部健康教育室長）の紹介でユニオンの会員になっており、日本誘致についての経緯の一部は、金永先生から断片的に得ていた。

宮坂先生は、世界会議を引き受けられない理由として二つあげられた。まず、前述したように、学会が設立できたとしても、会員が何人集まるかさえも未定であり、ましてや財政的、人材的にも主催団体になることは困難であるという考えであった。

もう一つの理由に、山本幹夫先生が1973年2月19日から21日の3日間、国際文化会館を会場にしてアジア健康教育セミナー（Asian Regional Seminar of International Union Health Education）をわが国で最初に開催した実績があった。しかし、この会議の運営には財政的な問題、すなわち赤字が出たため、その二の舞を踏みたくないというのが宮坂先生の率直な意見であり、固辞された理由であった。

その結果、学会は主催団体ではなく協力団体として協力することになった。要するに、学会としては財政的な支援はしない、またその能力もない。しかし、準備委員のほとんどのメンバーが世界会議にも参画せざるを得ないという現実があり、苦渋の選択をせざるをえなかったのである。

学会設立がスムーズにすすんだのに比べ、この間のやりとりは「大人の会話」というか「政治的」というか、あまりいい印象を持っていない。しかし、身の丈に合わない、しかも学会も設立されていないのに荷が重すぎる、それ以上に基盤整備を急ぐべきである、という宮坂先生の慎重な判断は、ある程度納得できるものであった。

Ⅴ 学会誌について

学会誌発行が待たれたが、掲載すべき内容がないということで、当面は設立総会、ニューズレターの発行などが優先して協議された。その翌年の1992年5月に第2回学会総会を、再び宮坂先生が会長として開催することとなり、いよいよ学会誌発行が急務となった。このため、設立準備委員

会では学会誌編集案を各委員が提案することとなっていた。

筆者が編集委員長になったのは、研究業績とか査読能力などにあまり関係ない。当時、筆者は国際研修を担当しており、アジア諸国の行政官（医師）を連れて広島県へ出張し、最後に立ち寄った京都のホテルで、宿題であった学会誌編集案を手書きし、それを持って会議に出席した。宿題は全員がなんらかのペーパーを提出するものと思っていたが、提出したのは筆者一人だけであった。その結果、宮坂先生に指名され、了解を得たというのが顛末である。他の先生方は、学会誌編集業務の煩雑さ、大変さを知っていたのかもしれないが、後の祭りであった。その後の経緯は2006年発行の本誌巻頭言で述べたとおりである³⁾。

VI 戦後健康教育の土台をつくる

与えられた主題は学会設立前後の宮坂先生の業績であるが、どうしても避けて通れない業績は、わが国の健康教育の礎を築いた一人ということである。

宮坂先生の経歴を大雑把に分類すると、一つは厚生省時代、二つは国立公衆衛生院時代、そして三つ目は東京大学、女子栄養大学での業績である。ここでは、厚生省と国立公衆衛生院時代について触れたい。

敗戦後のわが国は、混乱と食糧難、そしてチフス、赤痢、コレラなどの伝染病対策が急務であった。昭和21年に厚生省公衆保健局保健課に衛生教育係が設けられ、宮坂先生は昭和25年、厚生省保健所課の衛生教育主任技官として勤め、名実ともにわが国の衛生教育のパイオニアになられた⁴⁾。

同年これに呼応するかのようになり、国立公衆衛生院衛生行政学部に衛生教育学科が新設され（主任技官は新潟県公衆衛生課長から異動した佐藤恒信医師）、衛生教育担当者の人材養成が開始された。

伝染病対策はGHQ（連合軍総司令部）の要請に加え、国家的焦眉の課題であり、とりわけ衛生教育がいかに重視された時代であったかは、表3に

示した通知等などからも分かる⁵⁾。

衛生教育は、「公衆衛生の教育的側面」とか、「公衆衛生は、一にも二にも衛生教育である」と言われ、いわゆる Knowledge, Attitudes, Practices (KAP) モデルの時代である。

宮坂先生のもう一つの業績は、衛生教育を土産に留学先の米国から帰国されたことである。その時期は、1978年発行の保健科学に、アメリカの衛生教育担当者の現状について次のような記述があるので、時期は昭和28年頃になると思う⁶⁾。

「(前略) この Health Educator は、Community Health Educator あるいは Public Health Educator ともいわれ、アメリカに10数校ある大学院レベルの School of Public Health で1～2年の教育を受けたものが普通である。外国人でこの教育を受けたものが少なくなく、外国にこの制度を確立する大きな力になっているといえよう（筆者の場合は25年も昔のことになるが、日本人でこの教育を受けた者が何人もいる。なお、この教育を受ける前の経歴は種々であるが、公衆衛生について何年かの経験を持つものが多い）」(アンダーライン筆者)。

表3 衛生教育関連通知等

①	保健所運営指針（厚生省（GHQ 提供）、昭和23年7月）
②	広報活動並びに衛生教育活動の振興について（昭和25年9月22日、厚生省発衛第162号、厚生省公衆衛生局長通知）
③	衛生教育活動の刷新強化について（昭和25年10月20日、厚生省発衛第794号）
③	保健所の衛生教育業務基準について（昭和25年11月4日、厚生省衛発第182号、各都道府県知事宛、厚生事務次官通知）
④	衛生教育制度の将来について（昭和37年12月4日、公衆衛生教育制度研究協議会答申、いわゆる野辺地報告）
⑤	衛生教育行政の確立について（昭和41年、財団法人日本公衆衛生協会衛生教育基準専門委員会）
⑥	衛生教育業務指針（昭和41年11月2日、厚生省発衛第190号、各都道府県知事・政令市長宛、事務次官通知）

戦後の混乱期と少ない財政事情、そして低い衛生水準であったわが国にあって、衛生教育はもっとも金のかからない効率的方法であり、かつ現場担当者の役割に負うことが大きかった。それ故、宮坂先生は人材養成の体系化と専門性の向上を強い信念をお持ちであったことは、いくつかの文献からも理解することができる⁷⁻⁹⁾。

VI 衛生教育担当者の人材養成

昭和25年度から国立公衆衛生院衛生行政学部に衛生教育学科が新設され、本格的な人材養成が始まったことは前述した。このコースは保健指導学科衛生教育課程として始まり、宮坂先生は、WHOのいう Health Education Specialist に該当すると述べている¹⁰⁾。

駆け出しの頃の筆者にとって、宮坂先生は著書や学会で知る程度で、雲の上の存在であった。その一方で、東大学派の中で健康教育の臨床の場、特に地域保健分野に就職した人材は極めて少なく、教育のあり方としてこれでいいのか、という素朴な疑問があった。しかし、宮坂先生の健康教育の臨床の場は、現任研修機関である国立公衆衛生院であり、そこから巣立った多くの修了者への期待が大きかったのではないかと考えられる。

それ故に、学会として理論武装をしたうえで、健康教育担当者の確たる専門性と身分の制度化を図りたかった。そして地域、学校、産業分野への新たな人材輩出を考えられていたのではなかったか、そして、そのことが Health Educator の養成研修へとつながっていったと思える。

VII まとめ

宮坂先生と本学会に果たした役割を、学会設立前後と世界会議の開催を中心に記述し、併せてわが国の健康教育に果たした業績について述べた。

戦後の衛生教育の草創期を切り開かれ、多くの

人材を養成するとともに、また修了者もそれに応えるだけの活動を残してきた。宮坂先生の影響を受けた、多くの現場の健康教育担当者たちはすでに定年を超え、残念ながらその役割は他職種に取って替わられつつある。

学会と健康教育の人材養成、そして健康教育学の体系化を図ることに多くを捧げられた宮坂先生の業績を、後世に引き継ぐとともに、私たちは新しいパラダイムを乗り越えていかねばならない。

利益相反

利益相反に相当する事項はない。

参考文献

- 1) 日本健康教育学会. HEALTH EDUCATION NEWS LETTER. 1991 ; 1.
- 2) 日本健康教育学会設立準備委員会事務局 (委員長 宮坂忠夫). 日本健康教育学会設立趣意書. 1991 ; 1.
- 3) 小山修. 学会誌への期待. 日本健康教育学会誌. 2006 ; 14 : 1.
- 4) 神奈川県衛生部医務課. 神奈川県衛生教育の回顧と展望. 神奈川 : 1967 ; 3.
- 5) 埼玉県衛生部 (衛生統計係). 衛生教育資料集. 埼玉 : 1980. 8-37.
- 6) 宮坂忠夫. 健康教育とその周辺 健康教育担当者養成の現状と課題. 保健の科学. 1978 ; 12 : 841-844.
- 7) 宮坂忠夫. 7 今後の衛生教育の問題点. 勝沼晴雄・宮坂忠夫企画. 健康管理シリーズ13 健康相談・衛生教育. 東京 : 医歯薬出版 ; 1964. 129-132.
- 8) 宮坂忠夫, 林秀. 衛生教育テキスト. 東京 : 日本公衆衛生協会 ; 1967.
- 9) 宮坂忠夫. 6 健康教育に関する調査・研究. III 総括と展望. 勝沼晴雄監. 宮坂忠夫・小倉学編. 新編健康管理シリーズ12 健康教育. 東京 : 医歯薬出版 ; 1974 : 63-79, 174-180.
- 10) 宮坂忠夫. 衛生教育の変遷. 日本公衆衛生雑誌. 1962 ; 9 : 191-195.

(受付 2014.2.13. ; 受理 2014.2.21.)

The achievement of Dr. Tadao Miyasaka before and after establishing the Japanese Society of Health Education and Promotion

Osamu OYAMA^{*1}

Abstract

Objective: To describe the roles of Dr. Tadao Miyasaka who acted as the first president of the Japanese Society of Health Education Promotion before and after it was established, and his achievements of vitalizing health education for the public health in the post-war period of Japan.

Contents: Dr. Miyasaka established the Japanese Society of Health Education and Promotion in a serious and positive attitude. He took the lead in establishing the society; for example, he held a workshop to grasp the trends of health education research in occupational, school and community settings. He also, formed major researchers' committee for establishing the society and made byelaw proposals for this society. Furthermore, he introduced health education in the post-war period of Japan, practiced health education to fight against communicable diseases, and fostered human resources for health education as a pioneer of this field. Such achievement in practice should be equally appreciated in the same way as his research accomplishment.

Conclusion: Dr. Miyasaka devoted himself to establish and develop human resources for this society, and contributed himself to systemize health education in Japan. His achievement should be taking over to the future generations to overcome a new paradigm.

[JJHEP, 2014 ; 22 (Suppl.) : 66-71]

Key words: hygiene education, health education, human resources for health, IUHE world conference

^{*1} Japan Child and Family Research Institute (JCFRI)

健康教育専門家養成に果たした宮坂先生の役割

大津 一義^{*1}・鎌田 尚子^{*2}

目的：NPO 法人日本健康教育士養成機構の理事長、顧問を歴任された宮坂忠夫先生が我が国での健康教育専門家養成に果たした役割について概観する。

内容：宮坂先生は1945年前後頃から、我が国での健康教育専門家養成の必要性を訴え取り組んでこられた。先生は、ご自身もハーバード大学大学院 健康教育学専攻で Master of Public Health の学位を取得しており、正真正銘の Health Education Specialist であった。また、養成面においても日本健康教育学会理事長を兼務しながら2001年に健康教育専門家養成の復興を願って設立された本養成機構の初代理事長として就任された。そして、2011年の顧問を経ての12年間に渡って、健康教育士養成制度の土台づくりと充実発展に貢献された。その拠点となったのが女子栄養大学である。副学長として、先生はNPO事務局の移設、認定校の指定、講習会・セミナー・認的試験の人的・物的提供、健康教育の研究体制づくりと人材育成、中でも、養護教諭の教育課程創設にご尽力頂いた。この安定したNPO運営のお陰で、11年間に様々な職種の認定健康教育士を129人輩出できた。

結論：宮坂先生は“健康教育専門家養成の父”、“ミスターヘルスエデュケーター”であった。これまで養成された健康教育士と協働して、これからも、先生の健康教育へのご意志を受け継ぎ、さらに充実強化して、優秀な健康教育専門家を輩出していきたい。

〔日健教誌，2014；22(追悼)：72-77〕

キーワード：健康教育，NPO 法人日本健康教育士養成機構，健康教育専門家，健康教育士，養護教諭養成

NPO 法人日本健康教育士養成機構の顧問である宮坂忠夫先生が2013年7月11日に逝去された。2012年8月の10周年記念パーティーに顔をおみせにならず、とても心配をしていたところであり、痛恨の極みである。本養成機構として心より哀悼の意を表したい。

先生は2001年設立の本養成機構の初代理事長として、日本健康教育学会理事長を兼務しながら、2011年に川田智恵子理事長に引き継ぎ顧問に就任された。それまでおよそ12年間の長きにわたって、健康教育士養成制度の土台づくりと充実発展に貢献された。養成機構の設立に当たっては、先生の1945年前後頃からの健康教育専門家養成へのため

まぬご尽力があったことを忘れてはならない。先生のご苦勞に報い、本機構の更なる発展に資するためにも、これまでのご功績の一端を述べることにしたい。

I 健康教育専門家養成復興への貢献（養成機構準備期）

1991年の日本健康教育学会設立（理事長 宮坂忠夫）の翌年の1992年4月から1年間、米国カリフォルニア州立大学ノースリッジ校に客員教授として留学する機会を得た。出発にあたり、米国での健康教育及び Health Educator・Health Education Specialist の実情を把握してきたい旨、宮坂忠夫理事長にお話をしたところ、諸手を挙げて喜んで頂いた。というのも、先生ご自身が我が国での健康教育専門家養成の必要性を早くから訴え、当時は国立公衆衛生院（現国立保健医療科学院）で養成に取り組んでいたものの、諸般の事情で消滅し

*1 日本ウエルネススポーツ大学

*2 高崎健康福祉大学

連絡先：大津一義

住所：〒251-0047 神奈川県藤沢市辻堂1-2-2-1202

TEL & FAX 0466-54-7134

E-mail：ohtsu21@nifty.com

てしまったことをとても憂え、何とか復興させたいと願っていたからである。

我が国では、健康教育専門家の走りは、衛生教育担当者（係）と称されていた。1947年に、新設の保健所の職員として設置され、主に衛生統計処理に務めていた。しかし、保健師などの他の職種でも兼務できるなど、特有の責務、役割が明確でないにとらえられていた。そのため周囲の理解を得られず、我が国の土壤に合っていないとか、オイルショックなどの理由によって、消滅に至ったとのことであった。

宮坂先生は、ハーバード大学大学院 公衆衛生学健康教育学専攻において、Master of Public Healthの学位を取得している。正真正銘のHealth Education Specialistであり、我が国における健康教育専門家の第1人者である。これまでの先生の見識と実績等を踏まえると、“健康教育専門家養成の父”と評するに値する。その上、宮坂先生を研修会等で受講生に紹介する際には、やさしい中にも信念を貫き厳しく指導されるものの誰からも愛されることから、尊敬と親しみを込めて、“ミスターヘルスエデュケーター”と呼ばせて頂いたところ、笑顔で受け入れていただき、益々大好きになった。その先生の夢実現のお手伝いができるほど嬉しく、やる気に火がつき、今でも、その時の思いが活力源になっている。

帰国した1993年4月に、早速、米国でのHealth Educator, Health Education Specialistと実際に会って、その仕事ぶりにカルチャーショックを受け、感動したことをお話しした。「米国では50年以上前から、健康教育独自の専門家が学部レベル（ヘルスエデュケーター）、大学院レベル（ヘルスエデュケーションスペシャリスト）で養成され、教育委員会、ヘルスセンターなどで働いている。ヘルスセンターの例では、住民からの要請に応じて、住民の家での訪問健康教育が行なわれている。また、ポリスマンの仕事をしながら、一定時期に学校を訪れてヘルスエデュケーターの資格でドラッグ教育（訪問健康教育）を行なっているケー

スもあるなど」といったことである。

我が国でも、是非とも、日本の土壤に合った健康教育専門家を輩出しようと誓い合った。早速、9月には、先生の要望で、学会会員に向けて、“米国での健康教育事情”と題した会合を開催した。

翌年の1994年1月には、先生のご教示と後押しもあって、日本健康教育学会の中に、「Health Educatorの養成と研修」研究部会を、さらにその出席者に呼びかけてTask Forceを発足させて健康教育専門家養成について検討を進めることになった。その一環として、その年の6月には、先生の主張されている我が国の土壤に合った健康教育専門家を養成するために、健康教育に関わっている職種1,530人に対しニーズ調査を行った。この調査結果（有効回答者1,218人）に基づいて、ニーズの高かった健康教育専門家養成に応えるために、1997年に、これまでのTask Forceが日本健康教育学会の「Health Educatorの養成と研修」委員会（後に研究会、委員長大津一義）として位置づけられた。その定例会を2ヶ月に1回、順天堂大学（後に女子栄養大学）にて開催し、健康教育及び養成の定義や理念、概念などについて意見交換や共通理解を図った。加えて、1998年8月にはTask Force主催の第1回夏期ワークショップ・セミナーを開始し、先生の主張されていたHealth Educatorの養成と研修に不可欠なカリキュラム編成の理論を取りあげ、演習を行った。

II 健康教育専門家の養成機構設立及び認定制度づくりへの貢献（2001年以降）

日本健康教育学会が設立されて10年が経過しようとする中で、健康教育専門家の養成及び認定を学会の業務とするか否かが理事会で取り上げられるようになった。2000年12月の理事会では、理事の中には、学会の事業として健康教育専門家養成及び認定はふさわしくないとする者もいた。しかし、宮坂理事長の実績と見識及び人脈に基づくバランスの取れた魅力的なリーダーシップの下、健康教育専門家の学術的研究については「Health

Educatorの養成と研修」委員会が、実際の育成と研修の運営は特にマネジメント能力に長けた川口毅先生の推奨もあって、NPO法人を設立してそこで行うことが同意された。

これを受けて、翌年の2001年10月に、特定非営利活動（NPO）法人日本健康教育士養成機構が設立され、初代理事長として日本健康教育学会の理事長である宮坂先生が兼務し、日本健康教育学会と共催でNPOの諸活動をするようになった。その発足式では、宮坂先生と健康教育専門家養成において従前より最も親密で交流の深かった川口毅先生、川田智恵子先生共々“永年の夢の第1歩を踏み出せた”と手を取り合って喜び合うと共に必ず充実発展させようと誓い合ったことを今でも鮮明に覚えている。

2002年4月には、実践健康教育士資格認定制度が開始されることになっていたが、その矢先に、教育医事新聞社よりインタビューを受けた。その記事「「健康教育士」来春スタート」の中で「やっという思いがあります。諸外国にひけをとらないマンパワー体制の確立をめざしたい」、「資格習得後は現在の職種に健康教育士としての知識やノウハウを生かして地域住民、児童生徒の健康に資して欲しい」（2001年12月25日付け教育医事新聞、11）と健康教育士養成へ踏み出した喜びと近未来へ熱い思いが語られた。

2002年8月には2泊3日の「健康教育士のためのスリーデイセミナー」の第1回が麗澤大学を借りて開始された。（7回からは宿泊なしで2日間の「健康教育士のためのサマーセミナー」）。これ以降も、先生には、毎回の実施マニュアル及び報告書の巻頭言で、取り挙げた課題に対し、健康教育の視点からどう取り組んだら良いのかを分かりやすく、学習意欲の沸く呼びかけをして頂き、受講者にとっても好評であった。これに加えて、殆どの回に共通して、宮坂先生の持論である「効果的な健康教育を行うことのできる健康教育の技法・テクノロジーを身につける」ことを参加者に訴えた。

「健康教育には、大別して、健康教育の内容ある

いは教材に関わる側面または問題と、健康教育の技法（ただし広義。プランニングや評価を含む）に関わる側面または問題があると思います」（第3回健康教育士のためのスリーデイセミナー、テキスト、2004）。

また、「健康教育は、かつては衛生教育や衛生思想の普及・向上等の名称で、公衆衛生・産業保健・学校保健が活発に行われるようになった当初から、それらの活動の基礎的なものとして、大変重要である」と説かれてきた。しかし、実際には、効果的な健康教育はあまりありませんでした。健康教育が重要だといわれながら効果があまり認められて来なかった最大の理由は、広義の健康教育の技法・テクノロジー（企画・実施・評価等）が生かされて来なかったことにあります。健康教育の技法を生かすのは“人”であるという考え方から、この法人が設けられ、スリーデイセミナーのような事業を開始した次第です」（第6回健康教育士のためのスリーデイセミナー、テキスト、2007）。

2002年10月には4ヶ月間の連続講座である「実践健康教育士養成のための養成講座」が開始された。先生はその第1日目の必修科目である健康教育原論を担当された。毎回、受講生からは、「難易度」、「理解度」、「役に立つ」の3項目に渡り5件法で評価してもらうのだが、殆どの学生が、4段階以上と好評であった。自由記述式の結果でも、健康教育の歴史の重み及び態度の変容等の重要性や体験談が面白かった、実践健康教育士を志す者にとって参考になったなどと好評であり、第2回目以降の講座への動機付けの点からも大きな役割を果たして頂いた。

また、2003年10月にはこの講座で用いる教科書を宮坂先生筆頭に出版した（日本健康教育学会編、「健康教育-ヘルスプロモーションの展開」保健同人社、2011年4月にはその改訂版「新しい健康教育」NPO法人日本健康教育士養成機構編著、保健同人社）。我が国の土壤に合った内容構成を心がけた我が国初の健康教育専門家養成のテキストであり、周知を図る上でも有効であることなどから、

その功績は絶大である。

先生が女子栄養大学副学長時代の2006年1月から3月にかけては、それまで本養成機構の実質的な事務局を引き受けて頂いていた昭和大学の川口毅先生のご退職（2006年3月）により、事務局を移転せざるを得なくなった。そこで、香川栄養学園の理事長、学長に掛け合せて頂き、女子栄養大学の宮城先生を事務局長として説得して頂いた。その結果、宮城研究室に事務局を置き、そのスタッフまでも確保して頂いた。事務局を引き受けて頂くことは至難の業であるが、先生のお人柄と信頼関係に裏打ちされた人脈に改めて敬意を表すと共に引き続き安心安定して運営に当たることができるようになったことに心から感謝した。

2007年4月からは、専門健康教育士資格認定制度が開始されることになっていたが、それに先立って、教育医事新聞社よりインタビューを受けた。その記事“来春 初の認定試験”の中で「厚生労働省は健康日本21や食育に力を入れていますが、これらを具体的に推進していくのは市町村です。しかし、その市町村の保健師や栄養士は従来の母子保健や高齢者対策などですすでに手一杯。新たな施策に関与するのは困難なのが実情です。」とし、そこで期待されるのが健康教育士の資格を持つ保健師などの活躍であると述べている。そして、「健康教育士は、病気にならないための知識と技術を指導する“教育の技法”に重点を置いた専門家です」と説き、「当面はこの専門職の重要性を周知させることが先決だと考えています。」（2006年7月25日、教育医事新聞、1）と締めくくっている。

このように、本養成機構の基礎の確立に奔走され、そのご尽力のお陰で更なる発展の兆しが見え始めた2010頃から、ご高齢ゆえに様々な会へ足をお運びになることが少なくなり、2011年3月には自発的に理事長を退かれ顧問に就任された。その間の2002年から2012年1月4日現在までの11年間に認定された実践健康教育士、専門健康教育士の総数は129人で、1年間に10人の割合で輩出したことになる。

また、認定校はコース認定大学院の女子栄養大学大学院及び岡山大学大学院と、卒前コース認定校の女子栄養大学・埼玉県立大学・神戸女子大学・日本ウエルネススポーツ大学とわずかながら増えてきている。

これらの認定校やサマーセミナー及び連続講座で先生の教えを受けた健康教育士達（保健師、栄養士、看護師、養護教諭、歯科衛生士、医師、健康運動実践指導士、保健体育教師等の職種や、地域住民リーダー、企業人など）が各地で活躍するようになってきており、先生の蒔いた種が少しずつ着実に結実してきている。

これらの方々と協働して、これからも、先生のご意志を受け継ぎ、さらに充実強化して、優秀な健康教育専門家を輩出していく覚悟ですので、どうぞ、見守っててください。長い間のご苦勞とご尽力に心から感謝いたします。有難うございました。安らかにお眠りください。

（文責：大津一義）

Ⅲ 女子栄養大学における健康教育の研究体制と人材育成

1. 大学設置基準大綱化—カリキュラムと指導体制

1991年、特命副学長であった宮坂先生と筆者との関係は、養護教諭として都立日比谷高校の生徒保健委員会活動指導を通して生徒参加型研究（Participatory Action Research）の小論を投稿したものが、住民参加による community organization を研究された先生のお目にとまったのか、府立一中の思い出が取り持ったのか、あるいは、大学に送る高卒生の大学における養成教育に不足と注文を指導者に提言していたからか、1992年に筆者を大学教育の大綱化スタッフに呼んで下さった。養護教諭の実践と専門性の魁として、最も必要だった「養護診断」「フィジカルアセスメント」「保健室経営」「人権と法倫理」その他10科目を新設した。文部省申請に当たり宮坂先生は、診断は医師免許の専有事項である。養護診断との違いと必要性の根拠、誰が何を教え、どのように使うのか。副学長

室に何度も呼ばれた。宮坂先生が壁となり乗り越える回答を実践から引き出す努力をして、新しい科目の設置と教育を開始して、その成果は20年後の今、深化し開花している。

2. 養成大学の大学院教育課程の創設

養成大学の指導者・研究者のため1995年4月大学院保健学専攻前期修士課程、1997年4月大学院保健学専攻博士後期課程を設立され、養護教諭が学位博士を取得できる日本で初めてのコースを創設した。20年後の現在も国公立を通して女子栄養大学の他には、未だ実現していない。

1998年3月に修士課程一期生7名が卒業し、2014年3月まで、17年間に合計107名を輩出している。

2000年3月に大学院栄養学研究科保健学専攻博士後期課程一期生5名が学位博士の授与、2014年3月まで、15年間に合計56名（課程博士29名、論文博士27名）を輩出し、国公立大学の指導者・研究者として、健康教育、養護教諭養成に関わっている。一貫して養護教諭の専門性を求め続けた筆者のよき理解者であり、同志的な恩師に出会い、厳しい壁として、ご指導いただいたことに深く感謝申し上げる。

3. 本当の最終講義「健康教育目標論」

日本健康教育士養成機構が主催する養成講座の必修科目「健康教育目標論（2単位）」を米寿の祝いをするまで担当され2005年～2010年までご一緒にお手伝いをさせていただいた。日本の戦後の衛生教育から現代の多様化した健康教育の原点を分かりやすく理論的に説かれる教授は、健康教育実践そのものであった。

「K.A.Pモデルのattitude態度とは、黒柳徹子著窓際のトットちゃんはチンドン屋が学校のわきを通ると窓ぎわによって通り過ぎるまで見ている」

【宮坂先生講演レジュメより一簡略抜粋】

健康教育（目標論）—地域保健を中心に—

宮坂忠夫

I 健康教育略史

1. 戦前 2. 戦後 3. テーマ 4. 方法
5. “人” 専門職種……健康教育は誰の仕事か

II 健康教育の目的・目標

1. 健康教育とは 2. 目的（抽象的）と目標（具体的・实际的）：purpose & specific objectives
3. 健康教育の大目的と目標 4. 健康教育の目的と目標
K.A.P → health related behavior
Knowledge (information)：知識・情報の普及、理解、Attitude (belief)：態度・信念の変容、行動変容
behavior change → health related behavior
5. 行動変容のためのアプローチ 6. Q.O.L

III 目標設定と評価

- IV 関連用語 1. PR. 2. 広報 3. 宣伝 4. 情報
5. コミュニケーション 6. 健康教育力??

これが態度であるととても分かりやすく解説された。発問して回答がないと、前後隣と話し合わせるとよい。これがバズセッションである。

マックアースの占領下、日本国民への衛生教育の使命をラジオ放送を通して果たされた宮坂先生、英語を日本語にする工夫についてもっと伺っておきたかったと思う。スピリチュアルは、そのままが良いとおっしゃられた。先生の使命とされた健康教育は、次世代に引き継いでいきます。見守って下さい。有難うございました。

合掌

（文責：鎌田尚子）

利益相反

利益相反に相当する事項はない。

（受付 2014.2.3.；受理 2014.4.4.）

The roles of Dr. Tadao Miyasaka played for training professional health educators

Kazuyoshi OHTSU*¹, Hisako KAMATA*²

Abstract

Objective: Dr. Tadao Miyasaka worked as the president and adviser for the Japanese Nonprofit Organization (NPO) for Training Professional Health Educators. This article reviews the roles of Dr. Miyasaka played for training professional health educators in Japan. ,

Contents: Dr. Miyasaka has appealed the need for training professional health educators since around 1945. He was the genuine “Professional Health Educator,” as he obtained a degree of Master of Public Health from the School of Public Health, Harvard University. In practice, while he was the president of the Japanese Society of Health Education and Promotion, he also became the first president of the Japanese NPO for Training Professional Health Educators in 2001. For 12 years, he has contributed himself to create a system of the training professional health educators. As the vice-president of the Kagawa Nutrition University, he made an NPO office, identified accredited schools, organized workshops and seminars, conducted qualification tests. He also established a system for health education research and conducted human resource development, especially for the school nurse course. As a result of this NPO activities, the NPO could have 129 qualified professional health educators with various job background in the last 11 years.

Conclusion: Dr. Miyasaka was “the father of professional health educator”, in other words, “Mr. Health Educator” in Japan. By working with trained professional health educators, we would like to follow his passion for health education, to reinforce it, and to make it more substantial.

[JJHEP, 2014 ; 22 (Suppl.) : 72-77]

Key words: health education, NPO, health educator, school nurses

*¹ Nihon Wellness Sports University

*² Takasaki University of Health and Welfare