

全国公衆衛生いきいきの会中四国支部設立記念  
平成17年12月17日

# 住民主役の健康づくり・まちづくり

---

～内なる力を引き出そう！！～

櫃本 真聿(愛媛大学病院医療福祉支援センター)

# わが国の厳しい財政事情 日本の経済状況を家計に当てはめると

---

収入 手取り40万円のサラリーマン家庭

給料 40万円    ローン 14万円

……使える生活費 26万円

支出 実際の生活費 39万円

息子への仕送り 13万円(息子も借金している)

**毎月 28万円の赤字**

さらに **ローン金額 5800万円** 増える一方

---

まさに家庭崩壊状態

# 経済最優先の日本丸

---

780兆円の借金

この状態を打破するには？

全てが経済優先の観点から

アメリカ資本主義の追従？！

保健・医療・福祉においても 聖域無しの民営化

しかし、地域において

---

医療費削減を最大課題にしているのか？

# 浮上する差し迫った問題点

---

- 生活習慣病(メタボリックシンドローム)の増加
- 介護保険制度と要介護者の増加や自己負担増
- ノーマライゼーションが浸透しないままの障害者自立支援施策
- 健康危機管理(感染症からテロ対策まで)対策の限界と自己責任
- 歯止めの利かない少子化
- 医療費や福祉に関する費用の増大

財政事情が改善すれば 良くなるのか？

---

中央主導の限界 地方・現場への責任転嫁？！

# 介護保険制度を考える

## <介護保険制度の成果>

---

- 確かに介護地獄という言葉は最近少なくなってきた。
- 在宅ケア資源の量やメニューが増えた
- 介護施設が増えた
- メニューが自分の意思で選択できる？
- 介護関連の雇用が促進された  
産業としての介護事業

---

一応の成果があったと考えられる。

## <介護保険制度の課題>

---

- 要介護者が2~3倍に増えた  
介護予防にはつながっていない
  - 介護保険の費用負担がますます増える  
自己負担の増加
  - 介護施設が慢性的な満杯状態
  - 劣悪な介護サービスの存在
  - 地域の助け合いが、逆に低下  
介護保険サービスへの依存度が高くなった
-

## <介護保険制度がもたらしたもの>

---

- サービスメニューや施設などを用意することにより、地域の内なる力は引き出されたのか？
- むしろ外からの力に依存し、本来の内なる力に逆行したのではないか？
- 介護予防につながらず、結局、介護を医療から切り離し(社会的入院?)、費用負担を公費から自己負担に切り替えただけではないだろうか？
- 金持ちか、家族の支援があってこそその選択権？

今後、介護保険システムは、障害者対策や医療保険へも広がっていく

---

# 行政や専門家任せでいいの？

---

- 健康は誰かが守ってくれる？
- 安心・安全は確保される？

今後ますます進む恐れ  
勝ち組・負け組の社会

地方分権？市町村合併？  
本来 まちづくりは住民自身の役割！

---



# 「どうする?!」ためのキーワード

## 目的と手段の混同からの脱却

---

### 目的の明確化・共有化

- Plan Do See サイクル(PDCA)
- ブレークスルー
- グリーンモデル マーケティングなど
- カウンセリング
- 癒しの本

全て手段から開放し、目的に戻すため

「計画」の目的のコンセンサスに手間をかければ  
策定プロセスが充実し、計画の成果が出る

---

ひらめき アイデア?! ←目的に戻れば

# 原点に戻って考えよう！

---

みんな手段で悩んでいる  
原点に戻り目的を確認する

- 健康とは？
- 住民主役とは？

健康づくり・まちづくりの理念が  
浮き彫りになってくる

---

# 健康とは

---

## 健康の定義が不明確

- WHOの定義
- WHOの健康が当てはまる人はいるのか？
- 健康日本21 「健康寿命」の延伸
- 誰にでも「健康」と感じるときはある

健康にさせることではなく、  
健康とを感じるように支援すること

---

「健康」は専門家がレッテル貼るものではない



# 住民主役とは

---

住民主役は全ての政治家のキーワード

患者主役は全ての医療機関の合言葉

ところで住民・患者主役について話し合ったことは？

□ 「様」をつけても主役にはならない

「患者様」と呼ばせる病院の急増

□ 住民・患者が目指す方向 **FOR** を互いに共有する  
そのためのコミュニケーションスキルは？

□ そのプロセスが**パートナーシップ**の大きな一歩



# ヘルスプロモーションのキーワード

---

健康にさせるための指導→健康と感ずるための支援  
専門家主導の行動変容の限界  
「住民に良かれ」は押し付け  
同じ方向を目指して(FORの確認・共有)

「TO」→「FROM」

住民の声(本音)を聞き「形」にする  
すべてのサービスはFROMのために  
保健・医療モデル→生活モデル 観念の重視

外からの力の限界を知る

---



# 外からの力の限界

---

西洋医学は外からの力？

□ 抗生物質の成果？！

○-157 院内感染 薬剤耐性菌

□ 抗がん剤

□ 老人保健事業・介護保険制度

は内なる力を引き出せたか？！

西洋医学は「外からの力」を強調しすぎた

---

# 公(官)助 自助 共助のバランスの再構築

---

公的責任と自己責任の区分が進む

一方的「公(官)助」の縮小にどう対応していくか？

自己責任の強調・・・自己負担「自助」を増やす方向

成人病→生活習慣病 介護保険制度の導入

保健 → 保険への対応に進む

各制度の見直し・・・応益(能)者負担という考え方

選択できる？ 条件次第で選択できない

---

共助が見えてこない

# 住民・地域・組織の 「内なる力」を引き出そう

---

例えば

介護（閉じこもり）

子育て（虐待問題）

生活習慣病（たばこ 肥満）

「公（官）助」「自助」の役割分担で解決がつかない  
経済の建て直しだけでは解決につながらない

経済不況＜「関係性の崩壊」が問題

**関係性の再構築**

「共助」の重視

---



# 保健・医療・福祉モデル →生活モデル

---

- 専門家の「してあげる」に頼るのではなく互いに目指す方向を共有する
- 「尊厳」とは、「してあげる」を改め見直すこと
- ノーマライゼーションの真意を知れば「共助」が理解できる

住民自身が何を求めているか？

それを明らかにすることが、生活モデルの第一歩

# エンパワメント

## 内なる力の賦活化・回復するために

---

地域や住民自身の本来持つ力を賦活化

EBM(科学的根拠)とは

……地域特性や住民ニーズに合致していること

住民と行政や専門家がFORを共有すること

### 環境整備

情報の収集・提供(公開)

受け皿のネットワーク化

保健計画の必要性

---



# 地域自らの手で！！

---

「事件は現場でおきている」

- 住民ニーズ 地域特性こそ EBM！
- それを明らかにし実現するための協働
- 健康問題は「まちづくり」そのものであることを再認識
- 地域や関係機関、個々人のエンパワメントを互いに  
図っていくことを共通に目的に！！
- そのためにどうすればいいか、地域自身の判断力を  
磨いていく

---

生き活きた健康づくり・まちづくり活動がそこにある