

＜エイズと共に生きる＞時代の予防教育の展開と評価に関する研究 ～人間性回復を目指す保健教育の＜支援環境＞整備への指針～

丸地信弘¹・仲間秀典¹・藤田雅美²

¹信州大学医学部公衆衛生・²山形大学医学部公衆衛生

Research & Development on the Management and Evaluation for Health Education
with Special Emphasis on "Living with AIDS"
—Supportive Environment for Health with Particular to the Recovery of Humanity—

Nobuhiro Maruchi¹, Hidenori Nakama¹, and Masami Fujita²

¹Department of Public Health, Shinshu University School of Medicine

²Department of Public Health, Yamagata University School of Medicine

Keywords : Supportive Environment for the Recovery of Humanity, Common Health Needs, Preventive Epidemiology, Health Education, General Network Theory, Bioethical Approach, Health Surveillance.

人間性回復の支援環境、共通保健ニーズ、予防疫学概念、保健教育、総合ネットワーク理論、生命倫理的接近、保健サーベイランス

はじめに

現代医学の発展で多くの医療問題は予防医学的に対応可能になり、また現代社会の環境問題も該当分野の努力により学際的理解も相当に深まっている。しかし、学問の谷間の問題、例えば地域医療や環境保全の総合接近／評価等は学問的にも未開発な状態にある¹。

そのため、近年は健康と環境に関する一体的接近の社会要請が起きており、最近WHOも健康増進の観点から＜健康のための支援環境づくり＞を21世紀の公衆衛生の主要課題と提唱しており、殊にその社会・文化的対応としての＜支援環境＞を重視している^{2,3}。

ところで、地域保健／医療の分野では予防医学の共通基盤⁴に立った「保健（健康）教育」という学問実践が日常化しているが、この発想では最近の健康増進の総理解は困難になっており、多くの人が学問における人間性回復をいま求めているのが実情である¹。

例えば、昔から＜予防は治療に勝る＞と一般に言われながらその学問体系は未開発だし、今また＜エイズと共に生きる＞ことが時代の要請となりながらその教育体系は開発できてない。今日、エイズは社会問題と

して大きく取り上げられ、予防対策の確立は緊急課題になっているが、その基本となる実践的な教育アプローチはまだ具体的に開発されていない。特に、保健医療従事者のエイズ予防教育は優先課題でありながら、いまだ従来の伝染病対策の発想に止まっており、その教育実践に資する理論基盤の開発は急務である。

そこで、われわれは過去二年間の＜保健医療におけるエイズ予防対策の理論と方法＞と＜教育現場での地域医療に関する教育普及の理論研究＞を合わせて見直すことを通して、上記の現代的要請に応えるため本稿主題に関する研究開発を行うことにした。

時代要請の変化とエイズ予防対策

a. 従来の医学教育を基盤とした「予防医学の理論基盤」はレベル・クラークの＜疾病の自然史と介入の五段階＞⁴が常識になっており、今日でもその決まり文句が保健予防を語る際の合い言葉になっている。もっとも、この常識は「疾病対策」の基本論理であろう。

b. しかし、上の常識も伝染病の時代の予防対策を語る場合は有効にしても、成人病・難病・精神保健・老人保健など日常の「健康管理」が台頭してきた現代社

会では、上の論理が基本では十分に現場対応できないことは多くの関係者が意識しはじめている。

c. そこで1970年代から叫ばれはじめたのが「PHC／プライマリ・ヘルスケア」⁵論議である。これ自体はWHOの途上国支援の世界戦略として提唱された地域保健の基本概念だが、予防医学の理論で地域集団を客体視してきた多くの保健従事者には、住民の主体的参加を基盤とするPHCの組織理論とは全く誤解を生む結果になり、今日に至っている。

d. そうした国際環境の中で、先進諸国、とりわけヨーロッパ地域では1980年代半ばから「健康増進」⁶という社会運動の提唱がはじまった。ここで興味のあることは、エイズの国際的流行がこの時期にはじまっていることであり、その流行は先進国でも途上国でも確実に蔓延していることである。しかも、従来の医学知識や技術を駆使してもその社会対策が一向に効果を示さない現実があり、何か現代科学の理論と方法に問題があるようだ。

e. 要するに、疾病／健康に関する世界的な概念の潮流は、個別の「疾病対策」に終始していた時代からWHOの「健康の定義」に基づく「健康管理」を経て、地域の独自性に根ざした包括的な保健活動を意図した「プライマリ・ヘルスケア」(PHC)、地域開発全体の視野で健康を捉え直す「健康増進」(ヘルスプロモーション)へと展開している。そのため、最近われわれはこれら一連の内容を総合的な問題解決の観点から「共通保健ニーズ」から「保健民主主義」⁷としてまとめ、その包括的捉えに関心を向けるようになった。

著者らのエイズ予防教育の研究経緯

われわれがエイズの予防教育に関心をもち始めて二年になる。その最初の機会は1991年夏に丸地がバンコクに滞在中、信州大学と姉妹校であるチュラロンコン大学医学部で総合ネットワーク理論を用いて教職員にエイズ予防セミナーを行なうことを先方から依頼された時である⁸。

その教育体験で勇気のわいた丸地は、直後にエイズの流行で大わらわなデンマークのエイズ対策事務局の医師に「これからのエイズ対策は健康増進の精神が基盤だ」⁹といわれたことが契機になって、帰国してすぐ信大医学部ではじめて学生講義によるエイズ予防教育を実施した¹⁰。その結果、参加学生の反応が極めてよいことを知り、教官も気をよくした。

そのため、1992年度も信大医学部¹¹と長野公衆衛生専門学校¹²でエイズ予防教育シリーズを学生講義中心

で実施した。そして、その成果を踏まえて七月には韓国・釜山で医学部・公衆衛生学部・看護学部の教官らと三日間のエイズ予防教育セミナーを開催した¹³。また、九月には富山医科薬科大学¹⁴と島根医科大学¹⁵でそれぞれエイズ予防教育の講義を同様に実施し、これらの経過と成果は関連学会で報告^{16,17,18}するようになった。

また、同年11月にはエイズ流行で悩むタイのバンコクとコンケンで、新しく著者等が編集した英文テキスト⁹に従って、タイの国立病院の院長、大学の保健・医療・看護の教官らにエイズ予防教育セミナーを開催し、多くの教育的体験もできた。この直後には、同時にタイと北欧諸国のエイズ予防対策の実情調査も行なうことができ、われわれの開発している保健医療従事者向けのエイズ予防教育の理論と方法が現場の関係者の教育ガイドラインとして有効という感触をえることができた。

次いで同年12月、岡山公衆衛生看護学校における二日間のエイズ予防教育の講義は、上記の内外での教育経験を整理し、改訂版による教育ガイドライン¹⁹に基づいて計画的に教育過程を再検討するよい機会になった。偶然なことに、われわれが講義の準備を始めたのが十二月一日の「世界エイズデー」にあたり、比較的短い準備期間であったが、学生諸君も事前のアンケートやエイズ・クイズの実施などで気運が盛り上がった時期に学生講義を中心に教育活動を展開し、当初の教育目標を達成したことを関係者が確認できた。

目 的

従来、地域保健の予防対策を語るとき多くの人の学問思想は自然科学指向の予防医学にある。従って、われわれはそれを前提にして、現在、世界の人々が熱望する「エイズと共に生きる」ための保健予防活動の教育と実践に見合った総合的な認識・対応・評価の理論と方法を研究開発する必要がある。

本研究は、われわれのこれまでのエイズ予防対策の教育と研究の経験を素材にして、「エイズと共に生きる」時代の予防教育の支援環境づくりとなる学習理論と評価方法の研究開発を目指すことを当面の目的とする。

そして、この実践教育研究を通して、われわれは現代社会に共通する地域医療や環境保全などの諸問題に学際的な問題解決を計る教育と研究の体系化を同時に目指している。

方 法

a. 基本になる総合ネットワーク理論の概要

いかなる問題もまずそれを主体的に感じる人がおり、しかもその問題を関係者が一致協力して解決する必要がある。しかし、従来、学際的な「問題解決学」といえる体系を人々が共有し、活用できる状態になっていない。その意味で、著者が保健教育ことに国際保健協力の仕事に長い間かかわって最も痛感したことは、歴史・文化・言語・政治の壁をこえた人々の問題解決にかけの共通のコミュニケーションとして従来の分析科学的方法が主体では困難であり、人間主体的な総合接近の理論開発が必要だという思いであった。

そこで、人間に共通な意識の展開過程、従来の科学や経験も矛盾なくそこに取り入れた総合問題解決の理論と方法が必要だと考え、著者等は十年の試行錯誤のすえ、1987年にそうした期待にそえる＜総合ネットワーク理論＞^{20,21}を開発した。そこで、この学際的な問題解決の理論と方法をこの研究の検討に活用することにした。

なお、＜総合ネットワークの概念＞とは、ある特定の目標にむけた共通の感覚あるいは意識を共有することを目的として開発された総合接近概念である。著者等はこの種の＜共通感覚＞は総合問題解決に取り組む際の関係者の前向きな「話し合い」で再確認することを経験的に多く体得している。こうした性質上、この概念は基本的に関係者の共通ニーズに基づいており、言語・数字・モデル・対話などを用いたトータルな概念化を目指している。これらのうち、対話とモデル（パ

ターン認識）を教育研修的なコミュニケーションの主要手段に置いている。

総合ネットワーク概念を実践に活用する手段が＜総合ネットワーク的接近＞であり、その過程と成果は従来の図形・表・言葉に加え、幾つかのモデルを活用すると構造化しやすくなる。特に、「総合ネットワーク・モデル」はその原型であるが、実際にはその変形である「二相性モデル」を後記の図6・7のようペアにして用いるので、この二者の相互補完関係は図式化により現場活動の有する＜自己調節機能＞の説明に有効に使える。

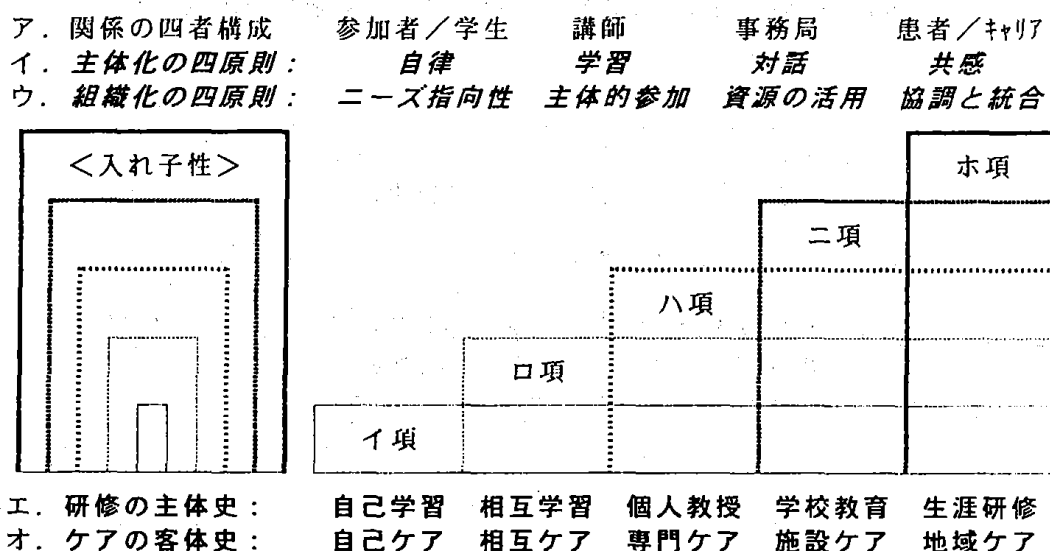
従って、総合ネットワーク的接近の実践では従来の考え方も必ずその必須部分に位置づけるので、両者の補完性を重視した全体像を描ける点が特徴であり、これはこの接近法が有する“Two-in-One”の総合特性であり、同時に人間的な「複眼視」の基本ともいえよう。

b. “エイズと共に生きる” ための＜生命倫理的接近＞¹⁹の活用

上の理論は、実際には住民参加の地域保健を目指すため、原則的に話し合いに参加する関係の四者（参加者／学生、講師、事務局、そして患者／キャリア）が、図1上段の「主体化の四原則」²²と「組織化の四原則」²³を心得て、素材検討を通して下二段の＜研修の主体史とケアの客体史＞を総合理解することが必要である。

従って、この捉えは事例理解の＜主客一体＞の特性を発揮した保健民主主義⁷の精神であり、社会倫理を重視した総合認識体系であるため、国際保健・地域医療・在宅ケアの場合でも共通に活用でき、この接近自体は図1の下の部分に位置付けできるだろう。すなわち、

図1 ＜生命倫理的接近＞の入れ子的特性



関係者が共通目的に向けて計画的に組織化するには、当面課題を＜素材＞にして、どう具体的に地域医療／保健活動（ケア的な予防活動の認識）を行なうか関係者の話し合い（研修的な教育活動）を積み上げ、共通土俵（生命倫理観）を築くことである。

ここで、「研修」と「ケア」は補完的關係にあり、前者²⁴は＜自己学習にはじまり生涯研修まで＞積み上げるが、同時にそれは後者²²で＜自己ケアにはじまり地域ケアまで＞積み上げることに相当する。なお、この二者の補完的な捉えは後記の予防医学の共通基盤である「疾病の自然史と介入の五段階」⁴の組合せと似ているという記憶しやすい。

上記の「研修」と「ケア」とも、その系統（実践）的理解には図1の＜入れ子モデル＞を基盤にすることが特徴であり、それは関係者の話し合いの積み重ねによるからである。その点、後記の予防医学の基礎認識は自然科学的な平面図式で済んでいる。なお、上の捉えの実践的効用は、後記の多くの図の適切な用語組合せの選定に際し、図1のイ～ホ項に入れ子的に組み合わせる用語を見付ける過程で発揮できる。例えば、前記の＜共通保健ニーズ＞と総称する「疾病対策、

健康管理、PHC、健康増進、保健民主主義」⁷はこの順序に枠の中のイ～ホ項に配置できる＜入れ子特性＞がある。その意味で、この生命倫理的接近の活用こそ、多様な課題接近で関係者が共有できる共通土俵である。

c. 理論仮説としての＜エイズと共に生きる＞予防教育の支援環境体制

現場の教育活動では、上記の趣旨に見合った教育研修の実施方針を関係者の話し合いで図2のよう組み立てる。そして、これを当面の理想像と考えて、それに沿った事前ならびに当日の教育計画を具体化することになるが、この詳細は成績（図6）で説明しよう。

d. 主題検討の基本事項とその接近過程

われわれの主題に関する従来の試行錯誤の結果、本稿で次の四項目を系統的に検討する。この場合、客体性重視の自然科学的接近から、徐々に主体性重視の社会・経済学的接近に転換し、入れ子拡大の方向で総合理解に達するので、それは図3の右上の欄に記した「自己調節」となるが、これは本稿の考察の冒頭に述べる事柄とする。なお、主題検討の共通基盤になる生命倫理的接近は下記の認識・対応・評価に関わる総合理解の規範となる。

1. 予防医学の「疾病の自然史と介入の五段階」

専門家指向だから住民参加の論理が盛り込まれてない。

2. 保健対策指向のエイズの自然史の基礎認識（認識）

住民参加も加味したエイズ予防対策の全体枠組の認識。

3. 現場の予防教育活動の総合展開の基本展開（対応）

上記の四つ目外への構造化を行う教育的接近の基本姿勢。

4. 現場の予防教育活動の評価方法の基本枠組（評価）

エイズ予防を前提にした保健教育活動の総合評価枠組。

臨床対応体制（医学）

支援環境体制（社会）

図2 ＜エイズと共に生きる＞予防教育の支援環境の理論仮説

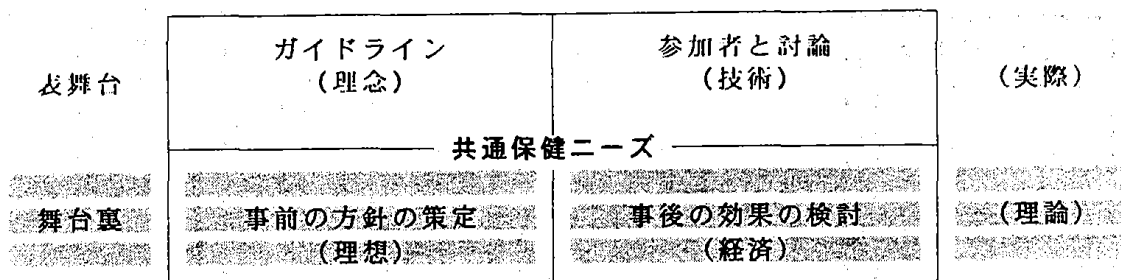


図3 主題検討の基本事項とその接近過程

主題理解の共通基盤となる「自己調節」	．．．．．			サーベイランス
実際の教育活動の評価方法の枠組	．．．．．	4. 評価		
実際の教育活動の総合展開の枠組	．．．．	3. 対応		
予防対策指向のエイズの自然史	2. 認識			
既存の予防医学	1. 前提			

e. 作業仮説としての「共通保健ニーズ」と「予防疫学」

上記の主題接近に際して、表記の二つの相補概念を「作業仮説」として活用することになるが、これらは著者等が数年前から提案している実践と評価の総合概念である。

最初の「共通保健ニーズ」⁹は、当初（1987年）は五つのキーワードをワンセットで捉えて、保健民主主義を心臓、健康増進とPHCを頭と脚、健康増進と疾病対策を左と右の腕に例えて表した²⁵。その後、図1の「五段入れ子モデル」で左端に疾病対策、右端に保健民主主義を配置した説明に代わったが^{7,19}、最近では生命倫理的接近の活用により健康増進の精神を生かした配置となり、これが本稿図6の予防教育の活動指針になっている。

「予防疫学」^{25,26}は次の考えによる総合評価の概念（1986）である。即ち、①生命倫理的接近の相互研修の精神は、②「組織化の四原則」に基づくので、③これは疫学用語で「予防コホート研究」と呼べる。④この概念は疫学専門家の用いる「集団」研究の「介入研究」と対置できるので、⑤われわれは「予防コホート研究」と従来の疫学接近の三段階（既存統計研究・事例対照研究・伝統コホート研究）を組み合わせた「予防疫学」という組織と集団を系列的に評価する仮説概念」を提案し、これは図7の評価指針として活用する。

成 績

1. 予防医学の理論「疾病の自然史と介入の五段階」の再検討（前提）

人々が保健医療を語るその意識の根底にはレベル・クラークらが約40年前に考案した予防医学の理論である図4の「疾病の自然史と介入の五手段」⁴が共通基盤にある。この原典では、図4に示したように「病相変化、介入手段、予防段階」の三つでワンセットという特性を表しており、これは従来の要素分析的な科学観と一致する。

そこで、この枠組を本稿の研究方法の生命倫理的接近に照らして検討しよう。まず、第一の問題（限界）は、本項はこの接近の前提（認識）である関係者の「対話的な教育研修による合意」の記述を怠っている点に気付くことである。そのため、われわれは図4の最下段に関連の三項目を参考に併記した。

第二の問題は、この捉えは治療医学的な「介入」という専門家の発想で「予防」を捉えるため、「予防段階」も住民の主体化と社会の組織活動で疾病予防を行うという社会原則を軽視する教育的弊害も生んでいる。

従って、この理論は専門的立場の個別特性の客観的分析の方法であることを確認できる。なお、最近の公衆衛生の教科書の中にはこれも正確に説明しているものが少なく、ただ「健康増進からリハビリまで」と「1・2・3次予防」の合い言葉だけ世の中を一人歩きしている観が強い。

2. 保健対策指向のエイズの自然史の基礎認識（認識）

上記の検討から、既存の予防医学の認識の限界を補うには、前記の「教育研修」と「予防段階」を中心にした人間性回復の「総合ネットワーク理論」を基本とする生命倫理的な認識・対応・評価となる「価値転換」

が以下のように必要になる。

すなわち、それには①総合ネットワーク理論を基盤とするが、②「エイズの自然史」を念頭において、③患者／キャリアあるいは住民の生活上の保健予防(CARING)、④病状治療上の専門対応(CURING)を理論的に構造化する。この意味合いでは、⑤上記の疾病対策中心の予防医学の一般観念はこれらの下位概念として入れ子的に位置付けできる。

ここで注目したい姿勢は、図5Aが図1・2を反転して左側の高いほうから右側の低い方、すなわち相互研修的な総合ネットワーク理論を基盤にして関連事項を順次に入れ子的に位置付ける姿勢を取り、その部分に客体重視の予防医学も位置付けるという排他性のない接近方法を取っていることである。

そのため、以下の三つの成績(認識・対応・評価)の検討で用いる「二相性モデル」は、注目事項を振動

波形が上下を往復するイメージの上に配置し、その対応として専門家の概して重視しやすい側面を上側、むしろ住民側の重視しやすい側面を下側に配置する約束にしてある。なお、このモデルは数年前に諏訪湖ユスリカ対策の検討をした時、保健婦学生との討論でそれまで総合ネットワーク・モデルで表していた「環境保全指向のユスリカの自然史」²⁷を「二相性モデル」に組替えた方が便利なのことが分かり、その後は好んで用いている実践図式である。

本項では前記の「疾病の自然史」も念頭におき、本項の主題である「エイズの自然史」を提示しよう。実際、従来は図5Bの真ん中部分と上半分に関心が向いていたが、本稿の住民／患者参加の趣旨の許では同時に下半分も意識した全体像の理解が必要になる。なお、現状ではエイズ患者はその殆どが死の転帰をとるので、図5Bもそのよう表現している。

図4 予防医学の理論「疾病の自然史と介入の五段階」の再検討

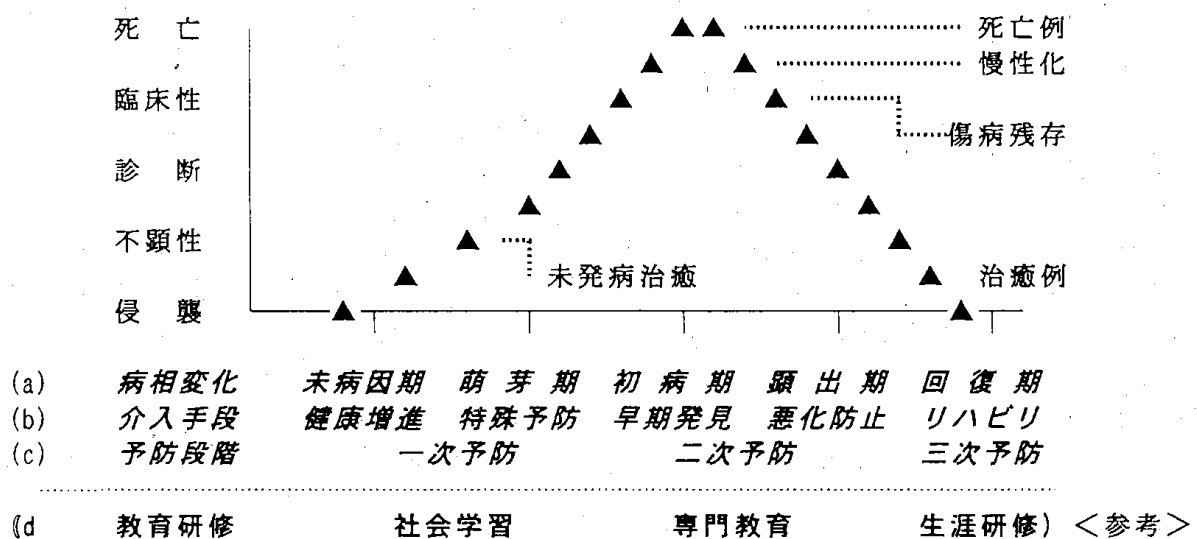


図5 A 患者対応に関する個別臨床指向の基礎認識

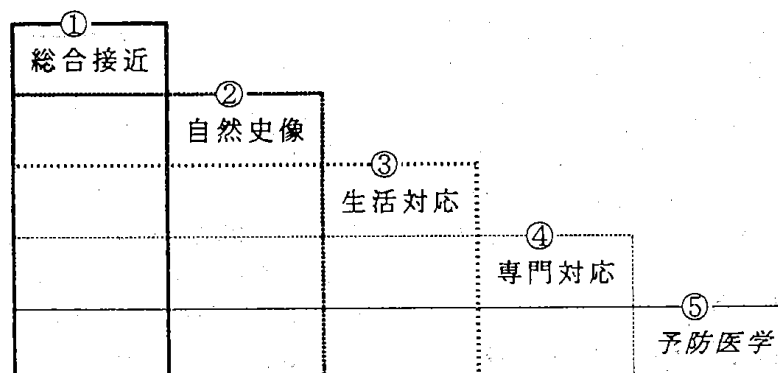
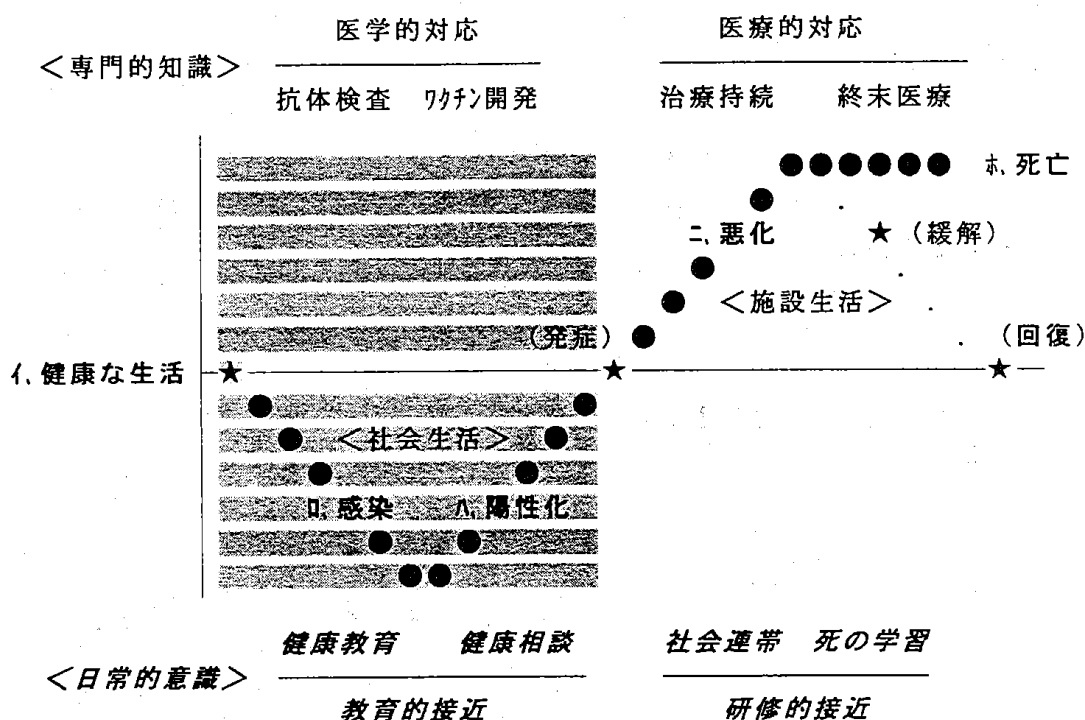


図5B 保健対策指向のエイズの自然史の基礎認識



なお、この内容は疾病予防対策指向の問題解決の考えであり、住民とHIVキャリアについては図5Bの左側に位置付けるが、患者に関しては図5Bの右側に注目しており、その人間性を意識しないとこの図式自体が左右に切れやすいので注意が肝要である。

その点、われわれの最近の教育経験では、参加者に患者／キャリア・家族・医師・看護婦に扮してもらったロールプレイ(役割演技)が＜エイズと共に生きる＞という人間性の回復の教育効果が実に大きいことを多く体験している^{16,19}。

3. 現場のエイズ予防教育の支援体制の理想像(対応)

これは本稿の方法の三番目で述べた図2に基づいて、それを「二相性モデル」で構造化しており、一種の＜社会史＞といえよう。この予防教育の基本精神は＜エイズと共に生きる＞という支援環境づくりに指向し、話し合いによる前向きな態度が要請されている。

なお、この捉えは実際には前記の図5Bと関連があるので、図6のように図的に両者が相補性をなすよう配慮して表現している。

現場の予防教育では＜共通保健ニーズ＞⁹を重視しており、そのために真ん中の波形上に示した五項目を入れ子的に注目している。そして、講師と参加者／学生と講師／事務局とが事前に舞台裏の話し合いをする

ことが図6の下半分に記してある。一方、それを受けた講義当日の参加者／学生側の動向として注目する主な項目は図6の上半分に記している。

こうした事情から、この教育体制では双方の関係者が互いに話し合いの姿勢を意識をしないと図6は容易に上下に切れやすく、理論と実際の間に不自然な解離がおきてくる。たとえば、参加者との話し合いを軽視したエイズ予防教育では、双方が無意識の内に疾病重視のエイズ予防の考えになり、偏見をむしろ助長する方向の医学知識偏向を生みやすい。

こうした問題を事前に予防する思考展開を意図的にとるため、この図ではわれわれは人々が保健民主主義と健康増進を意識しやすい上の部分に配置しており、しかも＜エイズと共に生きる＞ことを意識しやすいこれら事項に関わる話し合いを重視するのである。

なお、本稿は＜健康づくりに役立つ支援環境＞の観点からエイズ予防教育を前面にだして論じているが、一般にエイズ予防対策という場合でも結局は人間関係に基づく組織活動であるから本質的には同じことを強調しておきたい。

4. 現場のエイズ予防教育の活動評価の体制(評価)

本項は実際のエイズ予防教育に関する活動評価の全体像を構造化したもので、これを一種の＜経済史＞と

見ると、前記の自然史や社会史との関連で理解しやすいだろう。

①この捉えも「二相性モデル」が基本であるが、この内容は実際には前記の図6と関連があるので、図7のように図的に両者が相補性をなすよう配慮して表現

している。②総合評価の作業仮説はわれわれが開発した質量一体を目指す「予防疫学」^{25,26}であり、これをモデルの真ん中の波形上に配置する。次に、③予防疫学の考えに従って質と量の両面から評価する相補的な二側面として「予防教育体制と教育活動成績」を記載す

図6 現場のエイズ予防教育の支援体制の理想像

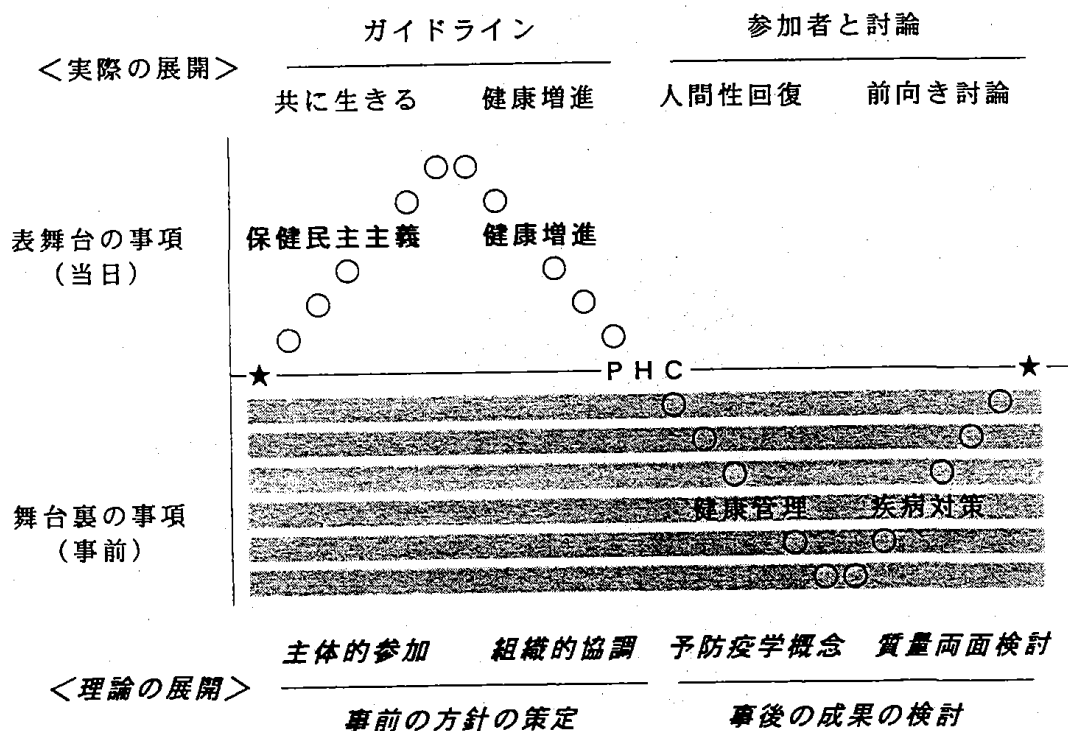


図7 現場のエイズ予防教育の活動評価の体制

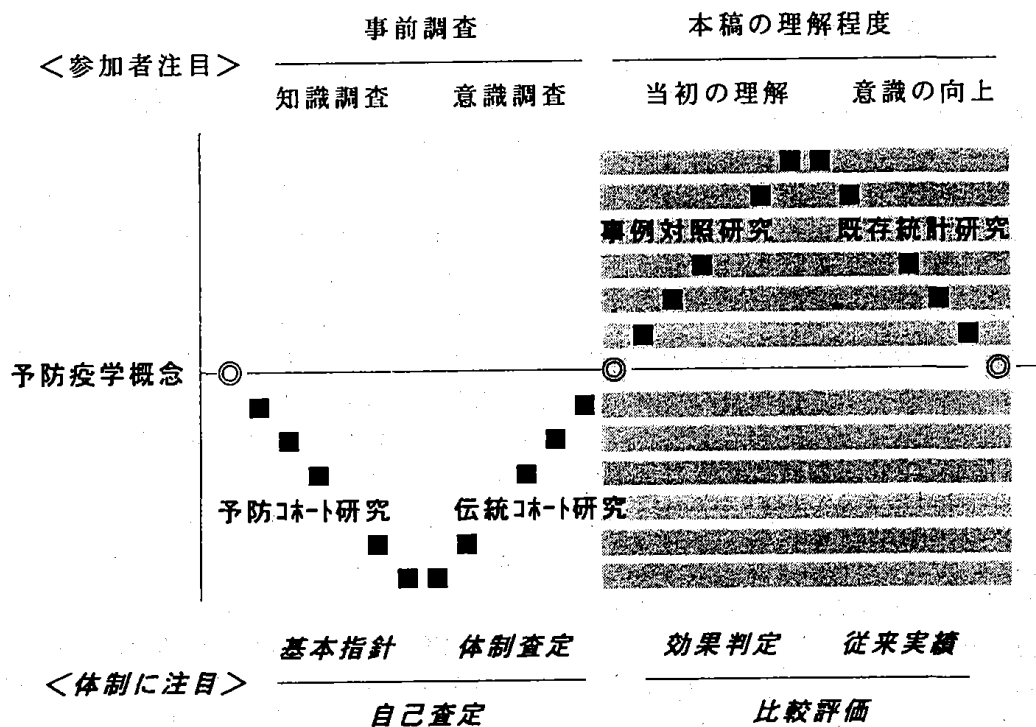
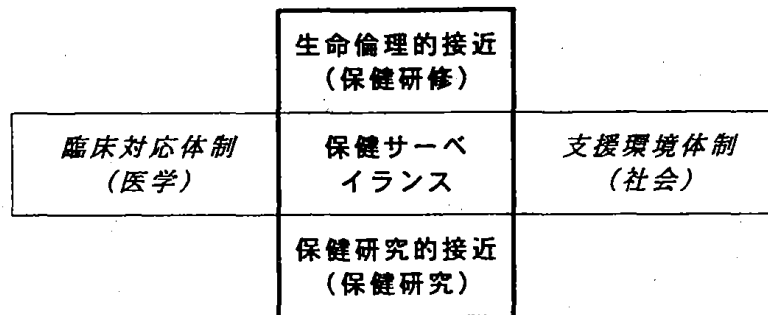


図8 保健サーベイランスの構造と機能



る。④この場合、特定の予防教育体制（図6）の査定とそれに基づく教育活動の成果を既存の実績と比較するが、それは図7の下側に示すように、著者等の場合なら信州¹¹・富山¹⁴・島根¹⁵・岡山¹⁹などの教育経験と比較検討をおこなう。これは既存情報の有効活用として当たり前の情報源だが、案外これは見失いやすい視点なので水面下に記載する。⑤上の間接評価で特定の教育研修計画の展開（事前）が有効という傍証をえたら、次は実際（当日）の教育活動による成果を直接評価（検証）することをこの図式の上側に記載するが、これは教育者が意識しやすい参加者／学生注目の部分なので水面上に配置する。

考察と討論

1. 総合問題解決を目指す組織活動に共通な「自己調節」の構造と機能

総合問題解決を目指す組織活動は原則として人間関係を基盤とする自律的な調整機能であるから、これは一般には「サーベイランス」という専門用語で理解するのが普通であろう。そして、これは人間が社会的に有する本来特性であるから、保健・医療・福祉問題に限らず環境問題の場合でも本質的には同じであり、本稿の場合は一先ず「保健サーベイランス」と呼ぶことにしよう。

そして、問題解決に際しては関係者の＜研修体制＞と＜研究体制＞は両者が交互に循環している生涯研修的な行為であるから、次にこの意識化が必要になろう。たとえば、本稿で前者は研究方法の＜生命倫理（保健研修）的接近＞と呼んでいる相互研修の部分であり、後者はそれを活用した＜保健研究的接近＞とでも呼べる成績検討の部分である。

次いで、例えば現場のエイズの予防教育活動では、後記の＜臨床対応体制＞と＜支援環境体制＞の二つの「メビウスの輪」¹⁹を意識する立場があるが、この両者

は共通の問題解決に向けて交互に循環する相補関係にある。しかし、現実では概して前者は専門家、後者は組織担当者が分担の立場性として意識しやすい局面である。なお、現場のエイズ対策活動でも、実際は人間関係で成立する特性があることを認識できると、基本的には関係者相互の教育研修活動として理解できるようになるだろう。

換言すると、上記の内容は次の五項目／段階で捉え直すことができ、この関係を図式化すると図8の「十字モデル」で表せるだろう。

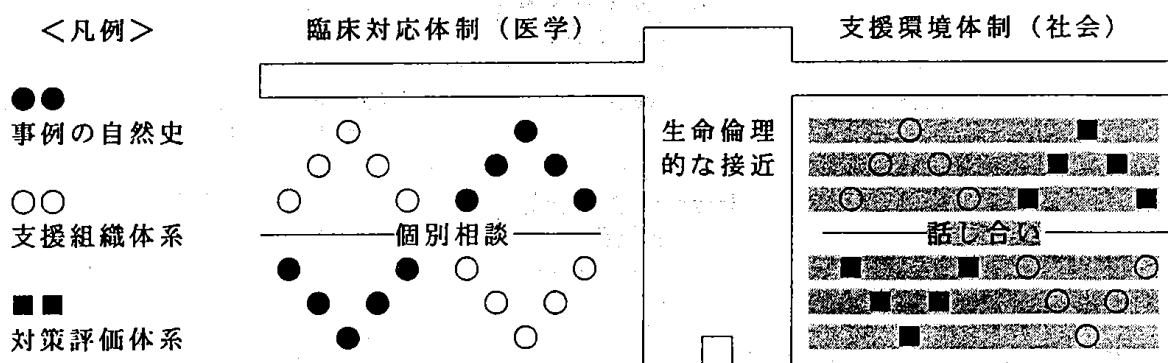
- 組織体は自己維持のための自律性があるのが普通である・・・サーベイランス
- 組織的な問題解決は、素材に基づく相互研修がぜひ必要・・・保健研修的接近
- 上の相互研修により、検討事項（素材）の全体像が判る・・・保健研究的接近
- 上の研究的接近の結果、二つの「メビウスの輪」を意識・・・目的達成的接近
- 概して専門家は臨床対応、組織担当者は支援環境に注目・・・分担的な立場性

2. 二つの現場活動（メビウスの輪）の立場とその関係

この検討は上の図8の横軸に注目しており、上の縦軸の理解がその前提になっている。そこで、ここでは本稿成績の基本的な認識（2）・対応（3）・評価（4）の三項目の現場の人間関係を検討することを通して、本項の検討意義を確認するようにしたい。

まず、エイズ患者の臨床対応（図5B）とその予防教育の支援環境（図6）は硬貨の裏表の関係（Two-in-One）にあり、二つの「二相性モデル」の真ん中の曲線部分に注目して両者を合わせると図9左の「メビウスの輪」を形成する格好に見えるだろう。実は、これと同様な関係がエイズ予防教育の支援環境（図6）と評

図9 二つの現場活動（メビウスの輪）の立場とその関係



価体制（図7）の間にも図9右のよう認められる。その意味では、前者は概して客体（患者／キャリア／住民）、後者は主体（支援体制／組織活動）に注目しているのである。

換言すると、前者は図5Bの「保健対策指向のエイズの自然史」に図6の予防教育的接近を行うことに当たるが、この捉えは患者／キャリア／住民個人のカウンセリングと相談、そして治療や指導を位置付けしやすい。従来、エイズ予防教育というと、これに近い認識と対応を基盤にした捉えを多くの人が心に描いているが、図5Bだけ意識していたら概して個人中心の保健知識の普及に止まりかねない。

一方、後者は図6の教育活動を前提にした図7の「エイズ予防教育の評価体制」であり、これは前記の個人接触を容易にするための教育体制に基づく過程と結果を効果判定する指針である。換言すると、前記の体制は住民に向けられているのに対して、この体制はそれを前提にした予防教育の支援環境（活動）に関わる効果判定の指針であるが、この学問的重要性はこれまでの確に認識されていない。今日、エイズの問題は「医学の問題」というより「社会の問題」の方が大きい、と世間ではいわれているが、このことは上記の意味合いでエイズ予防教育に関する社会的な支援環境の整備がいかに重要かを意味するのだろう。その意味からも、本稿の冒頭に述べた健康のための支援環境づくり²³という人間性回復の環境教育の理論と方法の研究開発がどうしても必要になっている。

3. 検討分野により注目局面に濃淡が起きやすい

一つの分野だけに注目していると、人間はバランスを失いやすい傾向があるので、最近われわれが同様な

観点から検討している難病地域対策²⁸、大腸がん対策²⁹、母乳哺育運動³⁰との関連で、「エイズ予防教育」の特性を上記の知見に照らして表1のよう位置付けるようにしたい。

われわれは基本的には、①総合ネットワーク理論を踏み台にして、②生命倫理（保健研修）的接近を相互学習の基盤にしているが、③実際は既存の予防医学の価値観（いわゆるレベル・クラークの理論体系）が無意識のうちに人々の心の中にあるから、④事前にその有効性と限界を明確にしてから、⑤個々の検討事項を構造化する必要があるだろう。

上の四項目のうち、「母乳哺育運動」を除く三項目は何れも＜疾病＞を入口にしているから、上の予防医学の考えを生命倫理（保健研修）的接近で捉え直すことから検討を始める。これにより、図1に付記した＜教育研修段階＞の欠如とその観点を附加した総合接近の必要性を成績1で明らかにできた。

ここで、「難病地域対策」では＜在宅ケア＞に注目した場合は表1の左側の臨床対応を意味し、＜地域ケア＞の体制に注目した場合は右側の支援環境を意味する、と理解すると現場での混乱を避けることができよう。その点、「大腸がん対策」の場合、概して地域集団検診活動を中心とした検討を意味するので、表1の右側に限定した支援環境の検討を意味すると理解してよからう。その意味では、「エイズ予防教育」の場合は左右各々の理解と同時に、前記のように両者の関連も意識した総合理解がソフトな環境教育の面から求められている。

一方、「母乳哺育運動」は日常性における住民主体の健康増進的な組織活動を基盤にするので、図1に付記した＜教育研修段階＞を基盤にした生命倫理（保健研

表1 検討分野により注目局面に濃淡が起きやすい

事項	臨床対応体制（医学）	支援環境体制（社会）
111' 予防教育 ＜理念＞	患者／キャリアの対応 ケア・キュア両面	予防教育活動の評価 教育研修に注目
難病地域対策 ＜医学＞	患者のケアと治療対応 在宅的な個別対応	地域ケア活動の評価 組織・集検注目
大腸がん対策 ＜技術＞	患者のケアと治療対応 臨床的な個別対応	集団検診活動の評価 組織・集検注目
母乳哺育運動 ＜理想＞	自然史と社会史の学習 理想的な対応理解	母子保健活動の評価 視野拡大が必要

修) 的接近から始めることが前提になる。従って、母子保健を予防医学の一次予防の話だと規定してしまうと、それを狭義に理解しようとするので、その実践や評価に無理がおきやすい。

なお、ここで「臨床対応体制」は従来の予防医学的な自然史の捉えを前記の観点で修飾した内容であり、「支援環境体制」は＜教育研修段階＞による生命倫理（保健研修）的接近が基盤であるが、同時にこの両者は基本的には相補関係にあることを想起してほしい。

4. エイズ予防教育の支援体制と評価体制の相補性

そこで、前記の「メビウスの輪」について具体的に検討を深めてみよう。この捉えは相互協力による社会的な学習／対策活動に共通する自己調節（発案、組織、管理、連携）の構造と機能を示すものであり、この捉えは個別的検討では見落としやすい側面である。

その特性は次の五段階の説明でさらに理解しやすくなるだろう。なお、実際には上記の二つの「メビウスの輪」があるが、ここでは図10のエイズ予防教育の支援環境の体制とその評価体系の組合せに注目した説明が本稿主題として重要なので、その説明を行おう。

- 相互研修による教育活動は関係者の前向きな話し合いを重視した「対話精神」にあり、これは社会の問題解決における＜組織連携＞の基本であろう。
- 上記の「メビウスの輪」が自律的な自己調節として機能するとき、上記の「話し合い」の基本姿勢は＜心眼＞のように予防教育活動の要（かなめ）になるだろう。
- 上の構造と機能を描出する学問的基盤が「総合ネットワーク理論」であり、この接近概念は人間のもつ学際的な問題解決の＜パターン認識＞の基本といえよう。
- 図の縦軸は支援体制の組織的な予防教育の説明で

あり、＜保健民主主義から疾病対策まで＞の包括的捉えが基本理念となり、それが図の上下の解離を予防しよう。

- 図の横軸は教育活動の評価体系の説明であり、住民参加の精神が＜予防疫学＞の概念導入を容易にして、それが図の左右の解離を阻止して総合評価を可能にする。

5. 総合問題解決の基本的な理論と方法の学問体系

われわれは本稿を記述するために、エイズ予防対策の保健教育のほか、難病の地域ケア²⁸・環境保全を目指すユスリカ対策¹・地域大腸がん対策²⁹・母乳哺育運動³⁰、等の総合接近への試行錯誤をしており、そこで共通性のみられた学問的内容を本稿主題を素材にして実践的に論述したものである。

前述のように、エイズの問題は「医学の問題」というより「社会の問題」の方が大きい、と世間でいわれることは、エイズ予防教育に関する社会的な支援環境体制の整備が現実ではより重要ということの意味するだろう。

その意味から、本稿の冒頭に述べたく健康のための支援環境づくり＞という人間性回復の予防教育の展開／運営と評価の研究開発が必要なのであり、この研究はその社会的期待に沿うためのわれわれの学問的応答なのである。

そして、本稿のこれまでの記述を現実の「総合問題解決の理論と方法の学問体系」として再編成すると、その全体像は図1のよう描くことができるだろう。なお、この全体図式は今日でも人々が保健予防分野で親しんでいるレベル・クラークの予防医学の理論の認識パターンを念頭に置いて作成していることを指摘している。

換言すると、①本稿は人間性回復を目指す21世紀の

図 10 エイズ予防対策の支援体制と評価体制の相補性

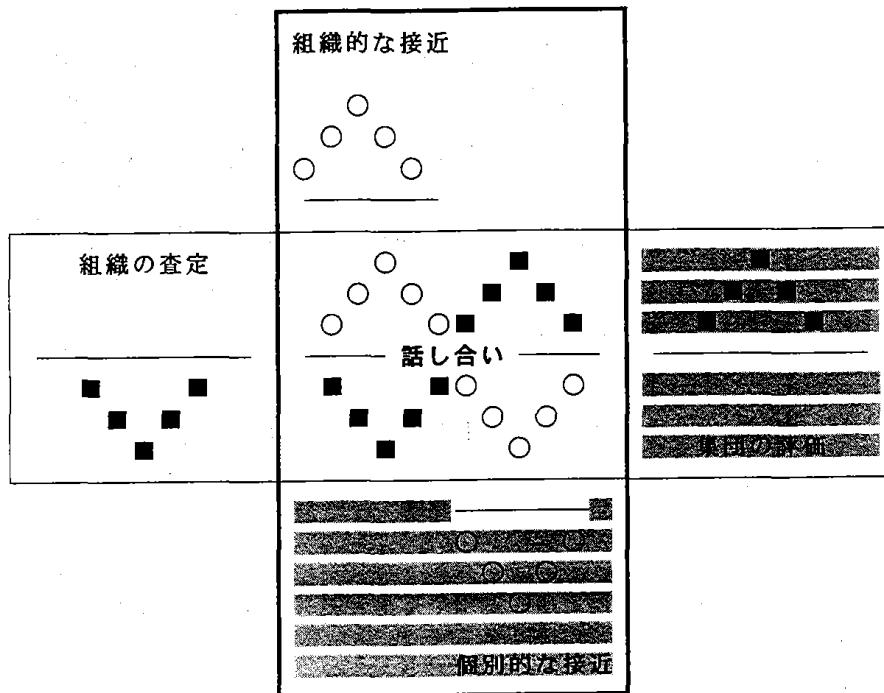
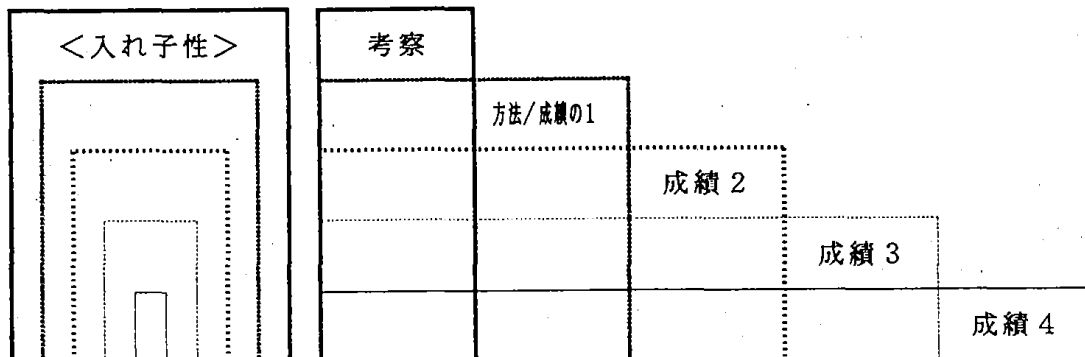


図 11 総合問題解決の基本的な理論と方法



- ① 理論的な認識： 自己調節 生命倫理 個別臨床 支援体制 予防疫学
 ② 実践的な対応： 問題解決 価値転換 臨床対応 予防教育 評価指針
 ③ 規範的な評価： (自主性) (倫理性) 自然史 社会史 経済史

総合問題解決の総合理論という前提があり、②その共通認識パターンとして「五段入れ子構造」を意識し、そして③理論的な認識、④実践的な対応、⑤規範的な評価の三者をワンセットにしているのである。

結 論

われわれが本稿の研究開発に努力を傾けた最大の理由は、先進諸国の経験から「エイズと共に生きる」ことが当面の最大の教育課題であると世の中が叫んでいるのに、わが国でも一般大衆や保健医療の専門家は概してエイズから避ける姿勢でいる現状を改めて知り、

同時に従来の保健教育的な姿勢に強い疑問を感じたからである。

その意味で、本稿は①人々の共通の「思い」を相互研修で科学する総合ネットワーク理論を生かし、②生命倫理的接近を方法論的基盤として用い、③既存の予防医学の考えも活用しながら同時にその限界を確認して修正を加え、④人間性回復を目指す総合問題解決を認識・対応・評価する理論と方法を本稿成績として学問的に提示した。そして、⑤本稿考察では、総合問題解決における社会組織(例えば、予防教育、予防対策)的な「自己調節」という本質に照らし成績内容を実践

面から構造・機能的に位置付けできたので、主題分野の〈学問〉と〈現場〉の相補関係を具体的に提示できた。

換言すると、本稿で取り挙げたような保健研究では、①現場の総合問題解決に関わる人々の共通の思い／願いを構造化した理想・理念・理論を目標にし、②それに向けた組織的展開を繰り返し、③その経過と成果が当初の目標（仮説）に照らしてどの程度に達成できたか組織査定と集団評価を系統的に検討（効果判定）し、④それでも関係者が不満に思えば上記の組織活動を継続して再検討するが、⑤これらの継続活動は本稿の考察の冒頭に挙げた「保健サーベイランス」と呼ぶ概念なのだろう。

世の中では、学問的な科学研究は、合理的なく仮説の設定と事例の検証を行なう、という原則は多くの人が知っている。しかし、実際には明確な仮説を挙げない研究論文が世の中に実に多いことも事実であ

り、それらは概して実態調査に基づいて仮説を提案する姿勢の野外研究がおおい。

その意味で本稿の学問姿勢を理解すると、実はその保健活動の計画・実践・評価そして監視を実践的に活用する指針と指標を学習するよい機会となるだろう。その意味合いで、地域の保健活動は「計画・実践・評価そして監視」の繰り返しを経年的行なうことでその成果が徐々に出てくることであり、この点も含めた総合的な効果判定の理論と方法の開発がこの研究の関心のマトであった。

謝 辞

この研究は、過去四年間におけるわれわれの環境保全に指向した環境教育に関する研究開発の経験を踏まえ、過去二年間にエイズ予防教育に関し心を同じくする内外の人々の協力を得て実施できたのであり、それら関係者のご協力に感謝の気持ちを表したい。

文 献

1. 丸地信弘、仲間秀典、藤田雅美、那須裕：環境保全指向の基礎認識体系に関する環境教育的研究、一諏訪湖ユスリカ対策を素材にした検討一、環境科学年報（信州大学）14：45-56、1992。
2. Supportive environments for health, conference working paper, The Sundsvall Conference on Supportive Environments, June 9-15, 1991.
3. Sundsvall Statement on Supportive Environments, June 9-15, 1991 Sundsvall, Sweden.
4. Leavell, H.R., and Clark, E.G.: Textbook of Preventive Medicine, McGraw-Hill, New York, Toronto, & London, 1953.
5. WHO/UNICEF: Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata USSR, 6-12 September 1978, WHO Geneva, 1978.
6. Ottawa Charter for Health Promotion, WHO, 1986.
7. 丸地信弘：西ヨーロッパ諸国における新しい「健康増進」の動き、「保健民主主義」の時代の幕開け、医学のあゆみ 161(13)：986, 1992.
8. Maruchi, N.: Handouts for Lecture at the Chula Workshop on AIDS Prevention and Control, August 10-12, 1991, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. 1991.
9. Maruchi, N. ed.: A textbook on New Horizon for Preventive Medicine with Special Emphasis on "Living with AIDS" -an educational guideline for new health paradigm-, Department of Public Health, Shinshu University School of Medicine, November 1992. 66p.
10. エイズ予防教育に関する講義配布資料、信大医学部公衆衛生学教室、1991.
11. エイズ予防教育に関する講義配布資料、信大医学部公衆衛生学教室、1992.
12. エイズ予防教育に関する講義配布資料、長野公衆衛生専門学校、1992.
13. Maruchi, N., Fujita, M., Nakama, H., and Kim, K.H.: A New Horizon for Preventive Medicine - A Holistic Approach on AIDS Prevention and Control - Inje-Shinshu Joint Seminar on AIDS Prevention and Control for Health Education, July 10-12, 1992, Pusan, Korea.
14. 丸地信弘：エイズ予防対策に指向した保健教育活動の理論と実際、富山医科薬科大学医学部での特別講義の配布資料、1992年9月4日、1992.
15. 丸地信弘：エイズ予防対策に指向した保健教育活動の実際と理論化、島根医科大学での特別講義の配布資料、

1992年9月29日、1992.

16. 藤田雅美、丸地信弘、仲間秀典：エイズ予防対策に指向した保健教育活動の実践と理論化、第24回日本医学教育学会総会、東京、1992.
17. 丸地信弘、藤田雅美、仲間秀典：エイズと共に生きる予防対策の学習理論と評価方法の研究開発、第51回日本公衆衛生学会総会（東京）、日本公衛誌 39(10)：190, 1992.
18. 藤田雅美、丸地信弘、仲間秀典：医学生のエイズ予防教育の経験とその評価、第51回日本公衆衛生学会総会（東京）、日本公衛誌 39(10)：178, 1992.
19. 丸地信弘、仲間秀典、藤田雅美：＜エイズと共に生きる＞時代の保健学習の理論と実際、－21世紀に働く保健従事者に必要なガイドライン－、岡山公衆衛生看護学校講義資料、1992年12月10-11日、1992.
20. 丸地信弘：「思い」を科学する ～医療の総合ネットワークをめざして～ からだの科学 1988年7月 No.141：12-16, 日本評論社 東京
21. Maruchi, N. and Matsuda, M.: Provision and financing of health care services in Japan, p333-346, in Holland, W.W., Detels R. and Knox, G. (eds) Oxford University Press. Oxford. Textbook of Public Health Vol.1, 1991.
22. 丸地信弘、島内節、松田正巳編著：事例と対話するトータル・ケア、医学書院、1986.
23. Kaprio, L.A.: Primary health care in Europe, EURO reports and studies No.14, WHO Regional Office for Europe, 1979.
24. 松田正巳、丸地信弘：場的視点による「ケアの自然史」の提案 —＜疾病の自然史＞の補完的概念としての開発—、保健婦雑誌 40：381-393, 1984.
25. Maruchi, N.: Textbook on holistic approach for health network through General Network (GN) approach, ASEAN Training Centre for Primary Health Care Development, Bangkok, Thailand, July 1987.
26. 丸地信弘、仲間秀典：がん総合研究のための新しい「予防医学」の理論と方法論の提案 ～あらゆる実践医学の共通基盤～、癌の臨床, 35：156-162, 1989.
27. 丸地信弘：ユスリカの自然史の発案とその教育研究的意義、医学のあゆみ, 154(8)：493, 1990.
28. 郡司篤晃、丸地信弘、仲間秀典、藤田雅美：難病地域ケアを目指す保健・医療・福祉の総合接近に関する研究、－仮説の形成と活用による事例評価の体系的接近－、厚生省難病の地域ケア・システム調査研究班 平成三年度研究報告、班長 広瀬和彦、平成4年3月、1992,
29. 丸地信弘、仲間秀典、那須裕：総合的な保健研究を目指す保健学習の理論と方法の研究開発、－朝日村の十年間の大腸がん対策活動の検討を素材にして－、未発表資料、1992
30. 小林美智子、南条和子、藤田雅美、丸地信弘：母乳哺育運動のためのガイドラインづくり、－健康増進時代の保健サービス研究（第1報）－第51回日本公衆衛生学会総会（東京）、日本公衛誌 39(10)：696, 1992.