

環境医学と地域保健に共存する問題解決のための 新しい保健パラダイムの研究開発

～ユスリカ対策、地域がん対策、エイズ予防に共用できる健康文化的提案～

丸地信弘・魏寧・Abdul Fattah・仲間秀典

信州大学医学部公衆衛生学教室

R&D on “New Health Paradigm” with particular to Common Problem Solvings
for Environmental Medicine and Community Health

Nobuhiro MARUCHI, Ning WEI, Abdul FATTAH and Hidenori NAKAMA

Department of Public Health, Shinshu University School of Medicine

Key words : General Network Approach, Bio-ethical Approach, Environmental Medicine, Community Health, Health Culture, Community Care, QOL, Bio-ethics, Quality Assurance, New Health Paradigm, Community Participation

総合連携接近、生命倫理接近、環境医学、地域保健、健康文化、地域ケア、生活の質、生命倫理、質の評価、新しい保健パラダイム、住民参加

緒 言

近年、エイズをはじめ在宅老人・がん対策・精神保健・MRSA・環境保全などの地域ケアの諸問題が台頭し始めている。これらの現代的課題は従来の地域医療的発想（予防医学と疫学評価の連携）だけでは問題解決が困難であり、新たな問題解決学の開発が各方面から期待されている。そのため、最近われわれはWHOが期待を込めて叫んでいる「新しい保健パラダイム」^{1,2)}に相応しい理論と方法を七年の歳月を経て開発したので、今回それを住民参加の地域ケア活動の「質の評価」に向けた理論と実際として報告し、それを通し新しい時代の社会要請に沿った教育と研究の一体化の学問的方向を見つけない。

研究の背景

この研究は、主題の問題意識を持ち続けてきた著者等の保健研究に関する歴史的実績を素材にした検討が有効であろう。その意味で、丸地は三十年前に甲状腺疾患を素材にして地域医療的研究^{3,4)}を信州ではじめ、その後の二十年は東京を舞台にがんの疫学⁵⁾そして国

際的なプライマリ・ヘルスケア研究^{6,7)}に関与し、地域保健と健康増進の実践研究に興味を抱き、下記の総合連携接近の開発につながる教育・研究活動を同志と展開していた。

a. 関係者の共通の思いを科学する生命倫理的な総合連携接近の開発 1986

丸地等の国際的なプライマリ・ヘルスケア（PHC）研究は、国際プライマリ・ヘルスケア会議⁸⁾が旧ソ連のアルマ・アータで開催された1978年から定期集会が始まり、1981年には保健活動見直しの刊行物の出版⁹⁾、1986年には総合連携接近の提案^{10,11)}を生んだ。そして、この理論提案の直後に後記の「共通保健ニーズ」¹²⁾「共通評価ニーズ」¹³⁾に関する概念提案を生んでいる。

b. 諏訪湖／四大湖ユスリカ対策に関する環境保全研究 1989-91

その直後、1988年度から丸地は再び信州に教育と研究の場を移したが、最初の社会的要請が諏訪湖ユスリカ対策^{14,15,16)}の総合研究班の編成、更に四大湖ユスリカ対策研究班の誕生であった。この学際的な研究活動の推進に総合連携接近を適用し、「環境保全に指向したユスリカの自然史」¹⁴⁾という人類生態的な基礎理解

を提案して関係者の関心と呼んだが、これは本質的には後記の「患者ケア」の実践指針／仮説枠組と相補関係にあるようだ。なお、この環境保全研究の体験からわれわれは総合連携接近に従うと環境問題も保健問題と同様に対処可能という気持を強く持ちはじめた。

c. 国際的な健康増進運動の実地研究 1991-

国際的な健康増進運動は1986年のオタワ憲章¹⁷⁾に象徴されるように、西欧の先進諸国で胎動をはじめ、1989年のアデレードの国際会議¹⁸⁾、そして1991年のスズバル国際会議¹⁹⁾へと短期間に開催された。丸地等はこれらの国際的動きに当初から関心を寄せていたが、同時にスズバル会議に出席したことを契機に「健康のための支援環境」¹⁹⁾という合い言葉に心を惹かれ、「健康と環境」の理解に新たな息吹を意識しはじめた。また、この時以降の教育活動で学生が感動したとき何人ものレポートで共通していたイラストが「太陽の照り注ぐ庭先で人が庭木に水を撒く画面と画家」²⁰⁾であり、この比喩は理想の図式として最近われわれは「3×3の枠組」という感性的モデルを使いはじめた。

こうした経緯から、最近これらの関わりを基礎・臨床・増進医学の三者関係で図1の「環境医学」として捉える環境科学的意義を見付けている。すなわち、基礎医学は医学研究の基本原則、臨床医学は臨床活動の人間関係、健康増進は増進医学の基本精神である。

図1：「環境医学」に関わる基礎・臨床・増進医学的理解の関係

	客体	関係	主体	
臨床活動	患者	診察	医師	臨床医学
健康生活	健康	健康増進	環境	増進医学
医学研究	宿主	環境	病因	基礎医学

d. 地域大腸がん対策の質の評価に関する疫学的研究に着手 1991-

丸地の教室に臨床から移籍してきた仲間は、大腸がんの地域検診の経験を豊富に積んでいた^{21,22)}ことから、そうした地域医療活動を地域ケアの観点から丸地と質の評価（客体評価、疫学評価）を検討する素材として過去三年間の試行錯誤がはじまった。

殊に、過去三年間は従来の地域医療の総合評価の姿勢とは一味ちがった「質の評価」を指向して自分等なりに研究開発を行ってきたが、これまでは後記の二次・三次の質の評価に止まっており、一次の質の評価という実践と研究に関わる人々に等しく必要な生命倫理的な共通基盤を明確に意識できない状態のため、研

究上の発想の転換に苦慮していた。

e. 健康増進の観点から「エイズと共に生きる」予防教育に取り組む 1991-

丸地がエイズ予防教育に最初に関わったのは信大医学部と国際交流協定を結んでいるタイ・チュラロンコン大学医学部で総合連携接近の素材とした教育活動の経験²³⁾であった。この経験は確かな手応えとして丸地の心に残り、特に健康増進の前向きな姿勢で教育活動に臨む必要性を知る機会になった。丸地は同年にWHO本部やヨーロッパ地域事務局などで更にエイズ予防教育をまなぶ機会に恵まれ、その後に国の内外で「エイズと共に生きる」という合い言葉の教育活動^{24,25)}に生かす機会にも多く恵まれ、本研究の方法論としている生涯研修としての〈生命倫理接近〉の構造化も意識しはじめた。こうした経緯の許で、1992年半ばからわれわれもWHOが喧伝している「新しい保健パラダイム」に正面から向かい合う姿勢になりはじめた^{20,23)}。

f. 住民参加の地域ケアの実践研究と国際文化交流 1992-

1992年われわれは松本で第七回日本国際保健医療学会を開催するに際して、草の根の国際協力を旗印に地元有志の協力をえて組織委員会を結成してユニークな企画と運営をおこない、参加者から住民参加の学会開催として相応に注目を浴びた経験をもっている。そうした中で、1993年度われわれは信州大学放送公開講座のテレビ部門を担当することになり、「21世紀の地域医療」²⁶⁾という中心テーマで住民参加の地域ケアに関わる出版と放送企画に深く関わることになった。

全体企画の責任の他、われわれは①発想の転換、②エイズ予防教育、③地域活動の総合評価も担当することになり、殊に45分のテレビ番組制作の仕事は主題学習について貴重な機会になった。

同時に、この時期から中国の魏とバングラディッシュのファッターが留学生として討論に加わるようになり、新しい保健パラダイムや健康文化²⁷⁾のような抽象概念を相互に理解するための討論を繰り返し、既存の異なる文化を越えて、比喩や共通感覚モデルの有効性を学問的にも数多く共感・共有し、それらを有効に活用しはじめる契機になった。

g. 健康文化的な新しい保健パラダイム提案のため 本稿作成 1993

上記の多くの学問的経験から、われわれは環境科学を「健康のための支援環境」という人間性回復の問題解決学として幅広く捉える意義と必要性を強く感じ、本稿に取り組むことになったが、この少し前に「健康

文化」を論じる機会に恵まれことも有利に働いた。

そのため、上記の事柄を全て包含する理論の研究開発を目指して、従来の関連分野の共通基盤も考慮に入れながら、「新しい保健パラダイム」^[20,23]を具体的に提案する。ことに、生活感覚に密着した問題解決の比喻やモデルの考えを組み合わせ、われわれがかねてから願っていた理論を具体化できる段階になったことを意識しはじめた。

なお、この時期から系統的に注目しはじめたのが、成績2の「地域保健」という捉えの生活の質(QOL)・生命倫理(BE)・質の評価(QA)の三者を地域ケアや地域医療との関わりで実践的に把握する姿勢である。

また、この最終段階に「地域ケアニーズ」と呼び始めた〈基礎医学・臨床医学・患者ケア・地域医療、そして地域ケア〉の関連的捉えの重要性に気付いたが、これは前記の「共通保健ニーズ」と「共通評価ニーズ」と三位一体の概念であることも意識しはじめた。

目 的

この研究は、地域ケアの認識・実践・評価に人間性回復をもたらすため、生命倫理を重視した新しい保健パラダイムの前提となる住民参加を基盤にした地域ケア活動の「質の評価」の理論と方法の開発を目指すものである。従って、この研究開発では関係者の共通の思いを科学する〈総合連携接近」^[10,11]を用い、その現代的意義を人々の日常的な問題解決の比喻とモデルを活かして説明する方法も取り入れており、これらの検討を通して生命倫理的な健康文化の学問的開花に向けた学際的な問題解決の努力を行うものである。

方 法

1. 生命倫理を重視する〈総合連携接近〉の活用

いかなる問題もまずそれを主体的に感じる人がおり、しかも関係者がその問題を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。その意味で丸地が国際保健協力に長い間かわって痛感したことは、歴史・文化・言語・政治の壁をこえた人々の問題解決にかけると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教育・研究の理論開発が必要という一貫した思いであった。

そこで、人間に共通な意識の展開過程、従来の経験や科学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と考え、丸地等は十年の試行錯誤のす

え、そうした期待にそえる〈総合連携理論〉を1986年に開発した。そこで、この学際的な問題解決の理論と方法を今回の研究に活用する。

〈総合連携の概念〉は、ある特定の目標に向けた共通の感覚あるいは意識を共有することを目指して開発した総合接近概念である。丸地等はこの種の〈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」により再確認できることを多く体得している。この性質上、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)を相互研修的なコミュニケーションの主要手段にしている。なお、この接近は科学哲学者ケストラーの名言「全体の中に部分があり、部分の中に全体の本質がある」^[29]が端的にそれを表している。

この研究開発の方法論的基盤は〈総合連携接近〉という関係者の共通の願いを生命倫理的に科学する理論と方法である。この考えを開発してから数多くの適用例を経験しており、その特徴は①関係者の前向きな「話し合い」、②主題の三位一体的な理解、③課題の両面(ヤークス)的把握、④象徴的なキーワード、などの重視である。

総合連携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、これはこの接近法もっている“Two-in-One”の総合特性であり、これは人間的な「複眼視」の基本ともいえよう。

2. 生涯研修としての生命倫理的接近^[23,24]

実際の主題検討は図2に示した「生命倫理的接近」の活用が基盤になるが、特にこの図式の最下段⑧にあげた「開発の三段階」という三項目を構造化することが目標である。この実践的な接近方法を考案した基盤は、従来、地域ケアといえば予防医学の認識・実践を基盤にして、その成果を疫学評価するという常識があるので、そのパターン認識(生物医学的理解)を住民参加の地域ケアの検討に活用したことである。

上の理論と方法は、実際には住民参加の地域ケアを目指すため、原則的に話し合いに参加する関係の四者(学習者、指導者、関係者、患者)が、図2上段の「主体化の四原則」と「組織化の四原則」を心得て、保健民主主義的な「地域福祉の方針」を念頭においた素材検討を通して〈研修の主体史とケアの客体史〉を総合理解することが前提にあり、⑧の三項目は本研究で検討する仮説枠組を指している。なお、これらの八項目

のうち、①から④までを「生涯研修の原則」、⑤から⑧までを「生涯研修の方法」と分けて理解すると、前記の生物医学的な疫学評価と予防医学の捉えと対応しやすくなる。

従って、この捉えは問題解決への〈全員参加〉を前提にした民主主義が精神であり、社会通念を重視した総合接近体制であるため、国際保健・地域ケア・環境保全などにも共通に活用できる。すなわち、関係者が共通目的に向け計画的に組織化するには、当面課題を〈素材〉にして、どう地域医療／保健活動（ケア的な予防活動の認識）を行なうか話し合い（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。

ここでも「研修」と「ケア」は補完関係にあり、前者は〈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」の組合せと似ていると思うと記憶しやすく、事実、著者等は予防医学のパターン認識を念頭におき図2を作成したことは先に述べた通りである。上記の「研修」と「ケア」の系統（実践）的理解には図2－⑤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。

上記の理解に基づき、本稿で用語の選定や組合せを決める時は図2の枠組に従って決定するのが基本であり、本稿の多くの内容もその例外ではない。事実、著

者四人はこの民主的な〈話し合い〉による合意精神といえる〈生命倫理的接近〉を基盤にしてきた。

3. 生活感覚を反映した問題解決指向の比喻の三位一体的活用

素材に関する上記の総合接近に際して、関係者のコミュニケーションを良好に保つには人々に共通なパターン認識を有効に活用することであろう。その意味で問題解決に共通する二つの手段として、生活に密着した「比喻」と「モデル」の活用を強調したい。

本研究のような研究開発の過程と成果は総合科学的な問題解決方法に従うため、概してその学問的説明は冗長になりやすいので、ここでは人々の日常的な問題解決の比喻を生かして理解を深める方法を取り入れる。具体的には下記のように理想の図式（東洋）にパンドラの箱（西欧）とルビック・キューブ（米国）を上手に組み合わせることである。

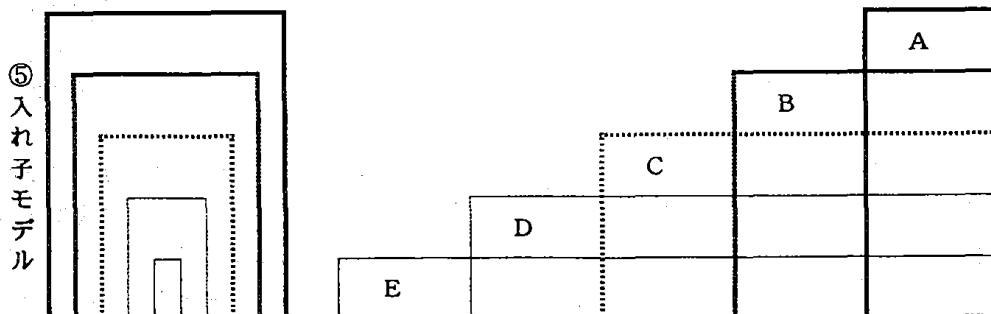
まず、われわれには勝れた地域ケア活動の理解を端的に表す「理想の図式」²⁰⁾が感覚的に図3のように内在するので、これを主題検討の理想的な全体像と捉えることにしよう。

本稿の検討では図3を理想像すなわち新しい保健パラダイムと捉える前提に立つが、従来は右側の生物医学的分析（画面）に執着しやすかった。その点、本稿では右側の内容を素材にして、左側の生物社会的検討（画家）で自己点検することから検討をはじめて、その関わりで右側の検討に入る姿勢となるのである。

従って、学問的には上記の両者を〈心身一体〉と捉える生命倫理的視点が必要になる。換言すると、前記

図2：生命倫理的接近の実践的方法

- ①四つの関与団体（集団）：1. 問題該当者、2. 対応要員、3. 調整要員、4. 民間関係者、
 ②主体化の四原則（個人）：1. 自律、2. 学習、3. 対話、4. 共感
 ③組織化の四原則（組織）：1. ニーズ指向、2. 住民参加、3. 資源活用、4. 協調と統合、
 ④地域福祉の方針（目的）：1. 健康増進、2. P H C、3. 健康管理、4. 疾病対策、



- ⑥研修の自然史（学習）：自己学習 相互学習 個人教育 集団教育 生涯研修
 ⑦ケアの社会史（実践）：自己ケア 相互ケア 専門ケア 施設ケア 地域ケア
 ⑧開発の三段階（目標）：一次（環境医学）、二次（地域保健）、三次（健康文化）

図3：理想を描く図式の基本

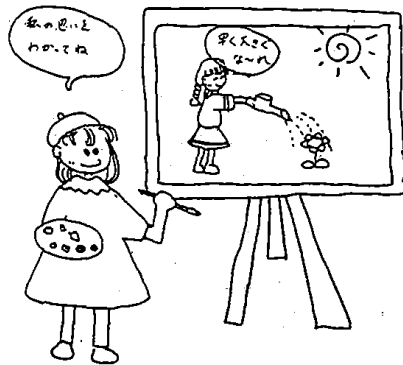
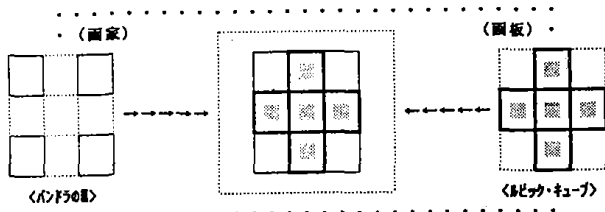


図4：理想の図式のモデル的把握方法



の図3の全体を理想像と意識でき、その許で生物社会的分析は〈主客一体〉、そして生物医学的検討は〈質量一体〉に捉えるという理解しやすいだろう。そして、このことが現場問題に総合接近する場合の〈発想の転換点〉だと銘記しよう。

上の理解に基づいて、次に図4の総合分析モデルを活用する学問的姿勢をとると課題検討の成績分析に有効だろう。この図4は上の「画家と画版」の関係は本

研究の場合、パンドラの箱とルビック・キューブの関係を検討する場合に有効に活用できるだろう。

4. 関係者の立場を越えた共通感覚モデルによるパターン認識の活用²⁰⁾

上記の比喩の内容を具体化する手段として、われわれは共通感覚モデルを活用する。本稿では主に次の三つの共通感覚モデルを活用する。すなわち、①共通の感性的内容は「3×3の枠組」で表し、②新しい保健パラダイムに関わる知性的内容は「三位一体モデル」ないしその変形／簡略モデルで表し、③その他に「五段入れ子モデル」を活用する。

「3×3の枠組」は日常でもよく見かける枠組であるが、われわれの場合は図3のような理想の図式から図4を思いついたものであり、後記の環境医学・地域保健・健康文化を感性的に表す枠組に用いる。

「三位一体モデル」は生命倫理を重視した総合連携接近の基本モデルであり、新しい保健パラダイムの検討で重要な意味をもつ。このモデルの原則的な使い方は、図5の左側の自動車モデルに示したわれわれの過去八年間の関連分野の研究実績に基づいて、基本になる考え（方法）が生まれて真ん中の人間モデルの部分に配置している。この捉えに従って本稿の研究成績を右側の枝分かれモデルに提示するが、興味あることは三者とも七項目で表されていることである。

この研究では六つの三位一体モデルを用いるが、多くは新しい保健パラダイムの検討に必要なものであるが、そのうち仮説枠組は後の三つのモデルである。すなわち、①成績4の図9は患者ケアの質の評価の仮説枠組、②成績7bの図15は教育研修(主体査定)、③成

図5：三位一体モデルの活用方法の例示

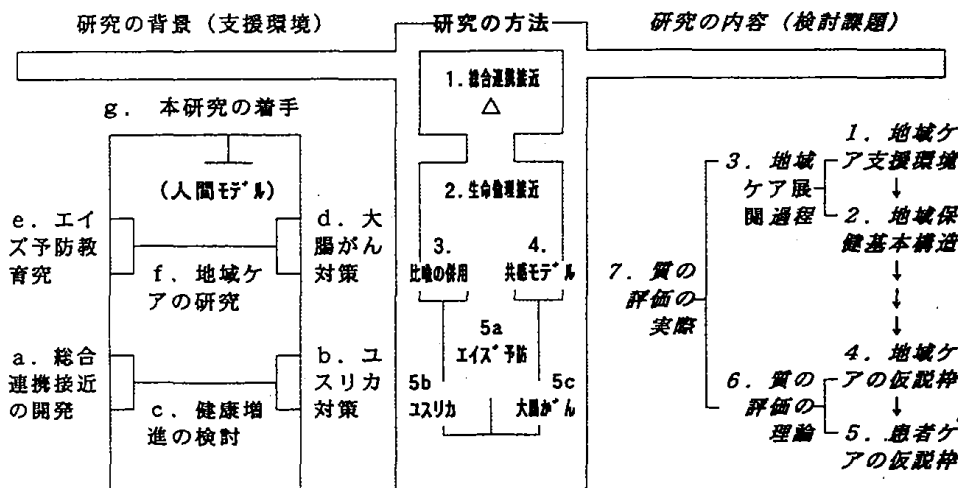
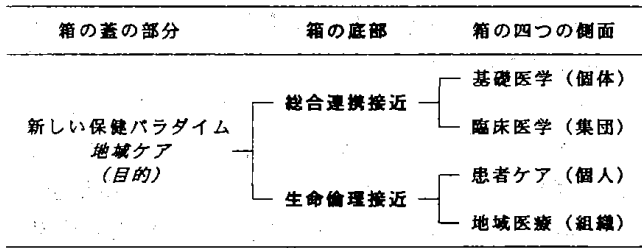


図 6 : 住民参加の地域ケアの支援環境の基礎認識



績 7 c の図 16 は疫学評価 (客体評価) である。なお、成績 4 の図 11 も地域ケアの質の評価の理論仮説枠組だが、これは上記の主体査定と客体評価の枠組の母体と見做したい。

5. 素材としてのエイズ予防教育・ユスリカ対策・そして地域大腸がん対策

環境と健康の関係は、下のパンドラの箱とルビック・キューブの個別理解に等しく、われわれとしては環境問題の総合接近の素材として諏訪湖でのユスリカ対策^{13,14)}、健康問題の総合接近の素材として地域大腸がん対策^{21,22)}を取り上げる。

その点、エイズ予防対策^{20,23,24,25)}は上の二つの経験を踏まえ「健康のための支援環境」重視の姿勢が中心であり、これが新しい保健パラダイム創造の原点を提供してくれた素材である。

成 績

1. 住民参加の地域ケアの支援環境の基礎認識 (パンドラの箱の蓋)

本稿の研究の背景でわれわれは既存の医学的概念の許での「環境医学」をとくに健康と環境に注目して捉えているので、ここで必要な基礎認識は「住民参加の地域ケアの支援環境」を既存の関連専門用語の組合せで表すことだろう。

これはパンドラの箱とでも呼ぶイメージで捉えよう。図 6 で箱の四つの側面を基礎医学・臨床医学・患者ケア・地域医療、箱の底部を生命倫理的な総合連携接近、箱の蓋の部分「新しい保健パラダイム」と見立てると、全体は地域ケアの支援環境と呼べる。この場合、後記の共通保健ニーズと共通評価ニーズの関連で上記の〈地域ケアニーズ〉の考えを意識していることが必要であろう。

2. 住民参加の地域ケアの活動実践に関わる基本構造

上記の箱の中に総合問題解決の検討方法であるルビック・キューブが入っており、その達成目標は生活の

図 7 : 住民参加の地域ケアの活動実践に関わる基本構造

	「活動体制」 (知識)	関心事項 (態度)	「評価体制」 (実践)
分析 (指標)	予防医学	地域医療的接近	疫学評価
仮定 (方針)	生活の質/QOL	生命倫理/BE	質の評価/QA
類推 (指針)	保健民主主義	地域ケア的接近	予防疫学
	目的と組織	共通の願い	個人と集団

質 (QOL)・生命倫理 (BE)・質の評価 (QA) を中核とする地域ケアと地域医療に関わるキーワードであり、その構造的関係は図 7 の通りである。従って、これは既述の環境医学が概して客体性を重視しているのに比べ、住民参加の主体性を重視した生活場面の事柄なので、この全体像を地域保健と呼ぶことにしよう。

3. 住民参加の地域ケアの展開過程 (ルビック・キューブの六つの表面の機能的関係)

上の基礎理解を受けて、次に把握したいことは住民参加の地域ケアの展開過程であり、これをルビック・キューブの 3 × 3 の枠組の六つの側面に注目して理解する考えを提示しよう。具体的には、これは図 8 の真ん中 (基本姿勢)、左側 (発想の転換)、そして右側の四側面 (目的・個人・組織・集団) を順々に検討 (評価) することを意味する。

4. 地域ケアの質の評価の仮説枠組の形成 (箱を開く立場の捉え)

ここでは地域ケアに指向した地域医療活動の質の評価の仮説枠組を形成する検討を行うが、この社会目的に向けた組織ならびに集団的捉えを質量一体化することにある。

パンドラの箱は新しい保健パラダイムを語る理論的根拠を提示し、ルビック・キューブはその方法論的説明であり、前者は後者の支援環境を形成する。そして、これらの一体化が本項の三位一体モデルの仮説枠組であり、これはパンドラの箱を開く役割といえ、上記の図 8 の三位一体モデルの左側の自動車モデルに注目することである。なお、この捉えを行うこと自体が新しい保健パラダイムの実践理解の重要な学習過程であり、既存の地域医療研究の姿勢からの発想の転換の方法である。

a. 既存の地域医療研究における理論基盤 (時間)

そのため、まず既存の地域医療研究の共通基盤を確認する必要があるだろう。その意味で、まず前記の基礎医学・臨床医学・患者ケア・地域医療そして地域ケアを〈地域ケアニーズ〉として生物社会的な認識基盤

図8：住民参加の地域ケアの展開過程

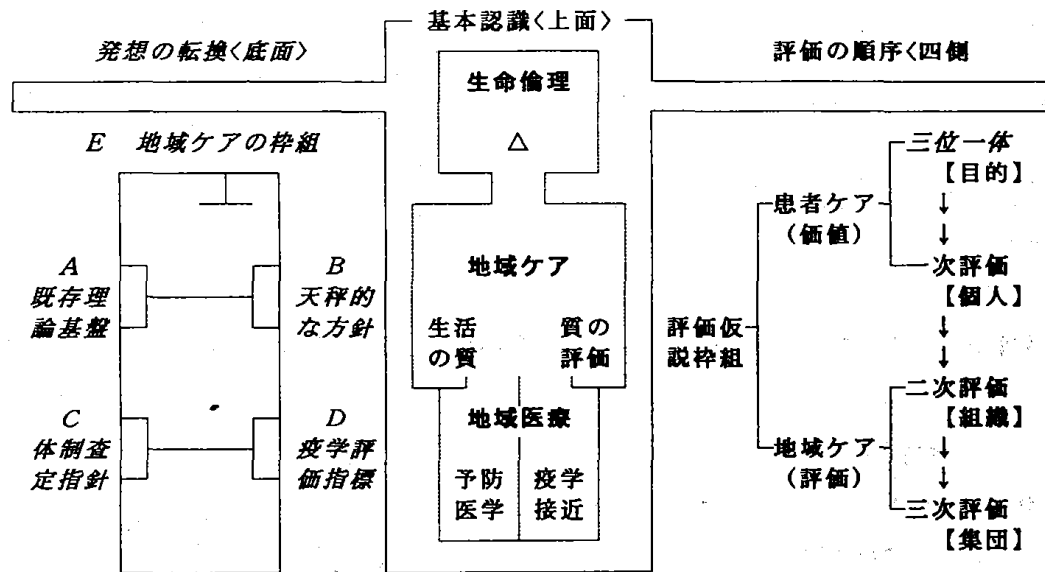
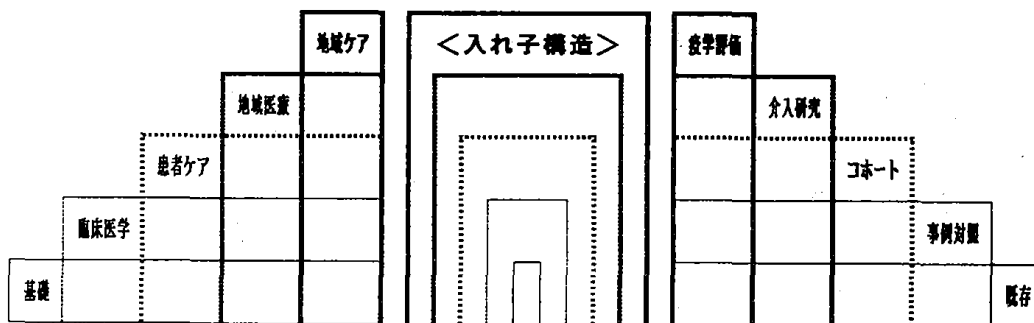


図9：既存の地域医療研究における理論基盤



と意識するのが妥当だろう。そして、これらの実践活動が行なわれた結果の評価には従来の生物医学的な疫学研究（評価）があるので、これらを図9の入れ子モデルに表すことであろう。

以下の三項目は、上の既存の認識を受けて地域ケア／地域医療活動の体制査定と疫学評価の指針と指標（仮説枠組）形成に関する説明である。

b. 体制査定と疫学評価の一体化の基本方針（三位一体による平衡維持）

住民参加の地域ケアでは認識、対応、評価とも話し合いを重視する後記の生命倫理的視点が基盤である。この心身一体の観点から考えると体制査定と疫学評価は図10-Aに示した天秤に掛ける関係と機能的に捉えよう。

換言すると、体制査定と疫学評価の基本視点は主客一体と質量一体の関係、仮説的視点では必要条件と十分条件の関係、検証的視点では組織類似と集団差異の

関係であり、これらを全体として図10-Bのよう構造的に理解することが有効であろう。

c. 地域ケア活動の体制査定の指針

まず、地域ケアを構成する学問概念から実践概念に切替えることが重要である。その意味で、われわれが1987年に提案した保健民主主義に代表される「共通保健ニーズ」²⁰⁾が適合するだろう。事実、この実践概念は入れ子モデルで表した表現に関係者の関心を集めている。そして、ここでは人々の共通の願いである「保健・医療・福祉の連携」と実践的に合致するよう図10-Cの枝分かれモデルに表して主客一体の理解にする。

d. 地域ケア活動の疫学評価の指標

この場合、上の実践認識を受けて疫学評価は質量一体化を目指すので、従来の介入研究という言葉は住民参加の地域ケアの時代には「予防コホート研究」^{13,20)}とよぶことが妥当である。そうすると、実践概念としてわれわれが先に開発した予防疫学に象徴される「共通

図10-A：体制査定と疫学評価の一体化の基本方針

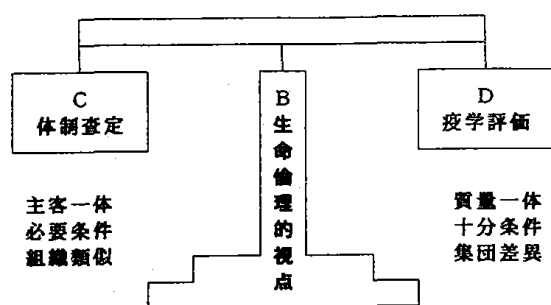


図10-B：体制査定と疫学評価の総合評価のための倫理枠組

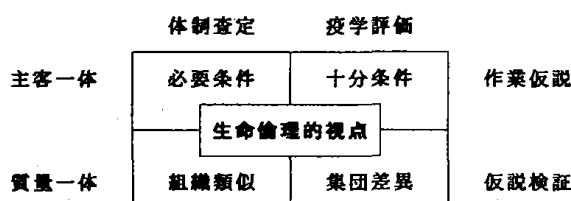


図10-C：地域ケア活動の体制査定の指針

認識		実践	評価	価値
臨床医学	>>	疾病対策	医療活動	<福祉活動> 保健民主主義 地域ケア
基礎医学	>>	健康管理		
患者ケア	>>	P H C	保健活動	
地域医療	>>	健康増進		

図10-D：地域ケア活動の疫学評価の指標

検証	仮説	方法
仮説検証 予防疫学 (価値)	組織的な類似性 (時間)	予防コホート研究 ↓ 伝統コホート研究 ↓ 事例対照研究 ↓ 既存統計研究
	集団的な差異性 (空間)	

評価ニーズ²⁰⁾が図10-Dのように生きてくる。同時に、疫学評価における価値・時間・空間の連携（質量一体化）を意味するよう組み込んでいる。

e. 地域ケアの質の評価に必要な仮説枠組

上の内容を三位一体モデルに当てはめると図11のようになる。なお、この場合の真ん中の〈生命倫理的視点〉は心身一体としてこの種の保健学習を関係者で行う場合の共通基盤であり、前記のバランスの支えの部分の意味しており、これは人間モデルで表すが、中の七項目は生命倫理的接近のキーワードで構成している。そして、前記の図10-Bの地域ケア活動の体制査定の仮説指針は自動車モデルに変形して表すが、図10-Cの地域ケア活動の疫学評価の研究指標はそのまま枝分かれモデルで表す。

この仮説枠組は地域ケアに関する組織と集団に注目した検討に活用する共通基盤である。従って、①教育研修活動の展開と成果に関する関係者の前後の学習効果研究（参加者の社会活動に関する主体性や組織化についての主客一体化の教育研修の重視、後記の二次の質の評価）、②地域保健活動の実施と成果の効果判定（上を満足した前提での質量一体の疫学評価、後記の三次の質の評価）、この二者が硬貨の表裏の関係で実際には存在するので、後記の質の評価の実際でそれぞれ具体的に述べることにしよう。

5. 患者ケアの質の評価の仮説枠組の形成（箱の底面からの症例ケアの捉え）

本研究はマクロな局面から接近する方向をとっているため、上記の地域ケアの質の評価の仮説枠組を先に検討したが、実際には患者ケアに関するミクロな観点の質の評価の仮説枠組も次のよう意識する必要がある。なお、このイメージはロール・プレイ（役割演技）の教育的実践で意識しやすく、特にエイズ予防教育での導入²⁴⁾が有効であろう。

この場合もパンドラの箱で説明した「地域医療・患者ケア・臨床医学・基礎医学」の四者を満足させることが前提なので、パンドラの箱の底部をなす総合連携接近と生命倫理接近を意識した「患者中心のケア」の体制を検討する「一次の質の評価」の指針といえる。

そのため、この三位一体モデルの真ん中の基礎認識は〈地域ケアの視点〉という地域医療的な姿勢、臨床医学的な実践、基礎医学的な知識を基盤にしている。左側の自動車モデルは共に生きる姿勢でハンドルを握り、前輪は地域ケアの精神をうけており、後輪は既存の地域医療的な認識となっている。そのため、右側の患者ケアに関しては臨床医学と基礎医学の考えで構成されている。

6. 質の評価の理論

総合連携接近により地域ケアと患者ケアに関する二

図11：地域ケアの質の評価に必要な仮説枠組

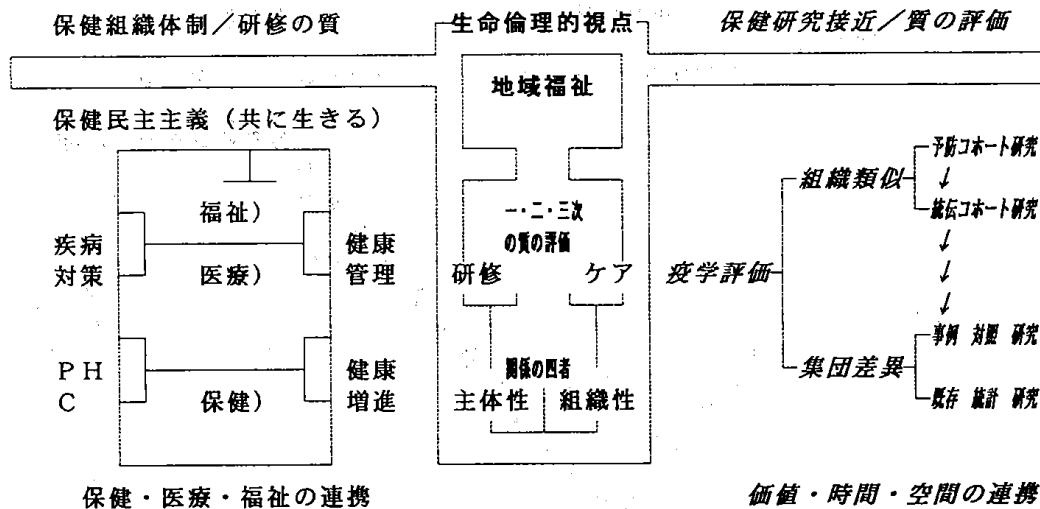
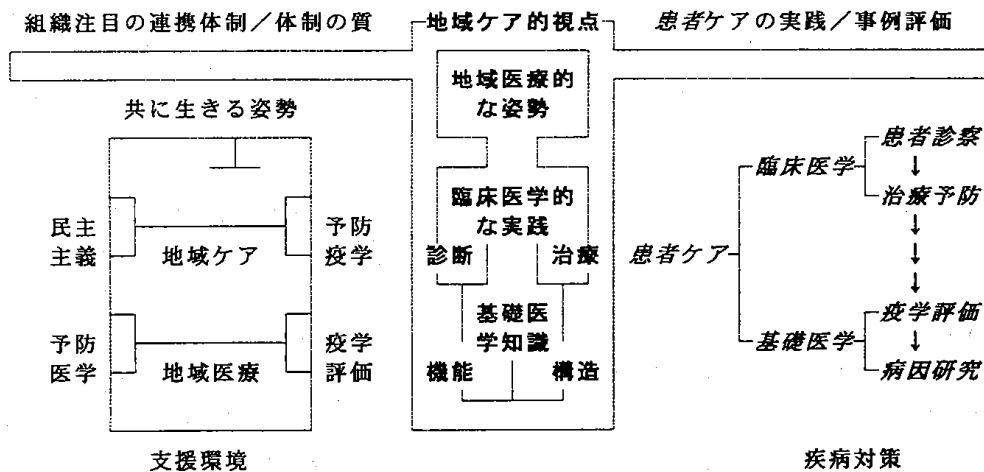


図12：患者ケアの質の評価に必要な仮説枠組



つの理論仮説が生まれることを上で説明した。しかし、地域ケア研究の質の評価には一次・二次・三次の三段階が実際にあるので、これらの相互関係を実践的に理解するには、発想の転換をして図13のように質の評価

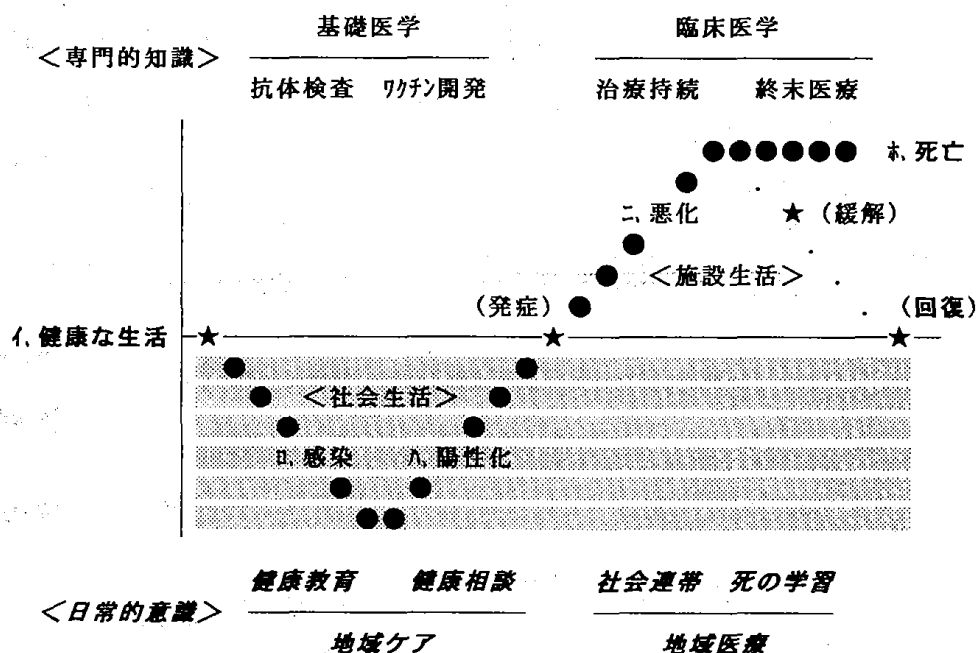
図13：質の評価に関わる理論的な理解

	臨床症例研究	地域ケア研究
総合連携接近による理論	患者ケア仮説枠組	地域ケア仮説枠組
質の評価についての実践	a. 人間モデル b. 自動車モデル c. 枝分れモデル	①一次の質の評価 ②二次の質の評価 ③三次の質の評価

に関わる関連事項を臨床症例研究と地域ケア研究の関係で構造的に表した。患者ケアだけの一次の質の評価に止めてよい臨床症例研究の場合は三位一体モデルの三つのモデルに盛り込んだ仮説情報を評価の方針・指針・指標として検証すればよい。しかし、地域ケア研究では一次・二次・三次の質の評価を系統的に行う必要があるため、後記のように系統的に検証することになる。

上の〈質の評価の理論〉は次の〈質の評価の実践〉と合わせてワンセットの事柄であるから、その全体イメージは図3の「理想の図式」に照らして関係づけてみよう。すなわち、質の評価の理論は画家に相当し、質の評価の実践は画面に相当するから、後者の太陽は

図14：一次の質の評価の前提認識としての保健対策指向のエイズの自然史



一次の質の評価(患者ケア)、水を撒く人は二次の質の評価、そして庭木は三次の質の評価と見立てたらい。なお、患者ケアと地域ケアの仮説枠組の理論的關係は夫婦の關係に見立てると分かりやすく、前者が夫で後者が妻に相当し、後者から二次と三次の質の評価という男と女の子が生まれる可能性がある、と考えるのである。

7. 質の評価の実際

a. 患者ケアに関する医の倫理（一次の質の評価としての仮説検証）

住民参加の地域ケア活動における「患者ケア」の質の評価の実際（仮説検証）は、専門家が医療・医学的に適切であったのか判定するが、その支援環境としての保健・医療・福祉の連携も考慮して行なう。その意味では、エイズと共に生きる時代の患者やキャリアの地域生活を支援する場合には図12は適切な指針になるだろうし、この意識化の重要性はロール・プレイの教育的導入が有効であろう。

エイズ予防教育の場合、図14の二相性モデルで表した「保健対策指向のエイズの自然史」²⁴⁾の社会生態的な前提認識があると、先の図12を患者ケアの質の評価に関する実践指標だと理解しやすいだろう。

住民側の量的変化に注目しやすい地域大腸がん対策では概してこの一次の質の評価を意識しにくいだが、その地域活動で発見されたがん患者の保健・医療・福祉を症例研究することになれば、前記の図12の仮説枠組はよい評価指針になるだろう。

この一次の評価は最も基本的であり、普通これを受けて二次の体制査定と三次の疫学評価が順次行われるものなので、この理解が出来ないとそれに続く如何なる質の評価も偏りがおきてしまう。

b. エイズ予防教育活動に関する体制査定（二次の質の評価としての仮説検証）

丸地らは長野公衆衛生専門学校の保健婦科で1988年度から総合連携接近による保健サービス研究をはじめて²⁹⁾、1992年度からはユスリカ対策の環境保全、エイズ予防教育、そして地域大腸がん対策の総合評価を目指した教育・演習活動を実施している³⁰⁾。

そのうち、ここで取り上げたのは1993年度のエイズ予防教育に関する学習活動である。この教育活動は二週連続の四コマ編成で「エイズと共に生きる」精神の学生主体の演習活動を総合検討した経験から、組織査定の理論と方法として描きだした内容である。なお、この教育活動には指導教官の丸地のほか、教育施設側の教務担当、コメンテーターとして魏とファッターも出席し、参加者の話し合いによる相互研修を常に配慮している。

その結果、ほぼ教育目的は達成できたと判断している。なぜなら、われわれが長野の教育活動で学生らと試行錯誤のなかで生命倫理的接近を受けて人間モデルに相当する図15-aの「生命倫理的視点」を開発しており、同時にロール・プレイの教育的導入が「保健対策指向のエイズの自然史」と「患者ケア」の理解に有効なことを見付けているからだ。

図15-a : エイズ予防教育基本精神

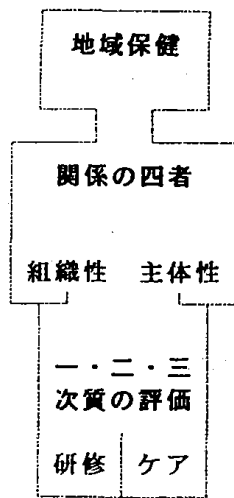
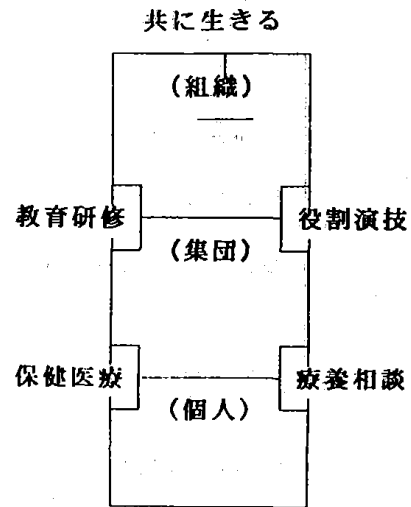


図15-b : エイズ予防教育の体制指針



次に、1993年度の教育活動を保健活動の体制化に照らしてみると保健サービス研究の一環にこの教育活動は確実に位置付けして展開されており、役割演技と教育研修、療養相談と保健医療が連動しているの、この自動車は安全運転（組織的な同質査定）を図15-bのようにしていると見てよからう。

上の組織査定は次の集団差異の検証にとっては必要条件であり、次の集団評価もこの保証の上におこなう必要があり、後者の仮説検証が成立すると十分条件も満足したことになり、それではじめて「質の評価」が成立することになる。

上の事例研究の理論仮説を受けた作業仮説の考え方は、長野のエイズ予防教育活動の経過と成果を素材にすると、「樹状モデル」に照らして図15-cのよう表すことができる。この教育〈方針〉は「エイズと共に生きる」時代の保健教育と活動評価を一体的に理解するための学生の自己変革（発想の転換）に向けられている。そのため、学習実践の理論を必要条件、実践評価を十分条件とする〈指針〉のもとで、四つの事柄を〈指標〉として系統的に検討することになる。

すなわち、当初は多くの学生が生物医学的視点で地域ケア活動を予防医学（理論）と疫学評価（実際）を組み合わせて学習・研究しようと夢見ていた。しかし、その発想では「エイズと共に生きる」時代の保健活動の認識・対応・評価は困難なので、時代の要請に見合った心身一体の全人的視点のもとで主客一体に頭を切り替えて質量一体の捉えにもなる予防教育の「実践理念」と「実践理論」を学習することが前提になることが分かった。これが理解できると、実践活動を組織査定する理論仮説と集団評価する作業仮説を系統的に理解でき、実際の事例研究による仮説検証も可能になり、これは「質の評価」となる。

上の検討は「望ましい知識・姿勢・実践」に注目しており、グループ・ワークという支援環境を通して参加者が個人ならびに集団的によい方向に転化することを数量的に検討（検証）することを意味している。この場合、理念（生命倫理）、姿勢（学習姿勢）、知識（疾病知識）、そして実践（予防行動）に注目し、全体としては上の様に関係づけする。

なお、われわれは上記の教育理論の研究開発に学生

図15-c : エイズ予防教育活動の評価指標

方針	指針	指標	評価
組織査定 〈組織類似〉	学習実践〈現場理論〉	予防教育の理念←	▲ 主客一体 質量一体
		↓	↑ 発
	質の評価（学問実践）	予防教育の姿勢	↑ 想
		↓	↑ の
		実践活動の実践	↑ 転
		↓	↑ 換
		生物医学的知識→	▼ 予防医学 疫学評価

図16-a : 地域大腸がん対策基本精神

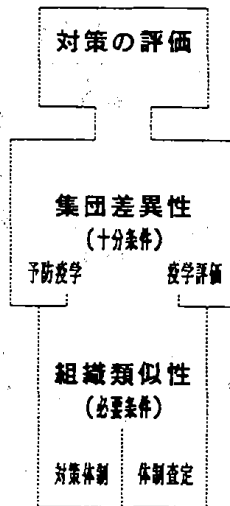
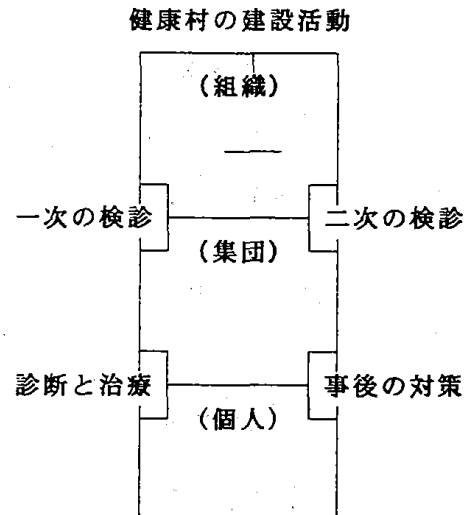


図16-b : 地域大腸がん対策の体制指針



等と真剣に取り組み、双方で情報のフィード・バックを確実にしたが、学生等を集団として見たとき教育活動の前後で統計学的な有意差を示すという検証は十分にしていない。

c. 地域大腸がん対策の疫学評価（三次の質の評価としての仮説検証）

地域大腸がん対策などは、地域ケアの実践理論に照らした質量一体の疫学評価である。この方は疫学の直接活用で「三次の質の評価」といえ、客体評価とも呼べるだろう。もっとも、この場合は上記の実践活動が体制査定として成立することを必要条件として、十分条件を質量一体として評価することになる。

松本近郊の朝日村は過去三十年間、健康村建設活動を継続しており³¹⁾、われわれは当初から支援活動を続けている。この村の大腸がん対策はその一環として十数年継続している全村的事業であり、仲間はその臨床ならびに疫学的検討の現場責任者である^{21,22)}。

でどの程度共有できているかは、前記のエイズ予防教育の場合と較べると確かではない。なぜなら、従来はこの分野の対策活動を図16-aのように総合的観点から検討する理論と方法が未開発だからである。なお、

このモデルを完成するには前記の図10-bを参考にする必要がある。

しかし、過去十年間の対策活動を指針に照らし組織見直しを行うと、健康村建設活動の一環に大腸がん対策は位置付けられて確実に展開しており、検診と診断・治療そして事後対策も継続している。したがって、この自動車は安全運転（組織的な同質査定）を図16-bのようにしていると見てよからう。

上の組織査定は次の集団差異の検証にとっては必要条件であり、次の集団評価もこの保証の上におこなう必要があり、後者の仮説検証が成立すると十分条件も満足したことになり、それではじめて「質の評価」が成立することになる。

上の事例研究の理論仮説を受け、その作業仮説の考え方を朝日村の十年間に及ぶ大腸がん対策の経過と成果を素材にすると、樹状モデルに照らし図16-cのように表せるだろう。

すなわち、第一段階は注目事例の組織活動が理想像と同質なことを査定すること。第二段階は必要条件として近隣町村と較べて朝日村の大腸がん死亡率低下の有意差検定を〈既存統計分析〉として行なう。第三段

図16-c : 地域大腸がん対策の疫学評価指標

方針	指針	指標	評価
疫学評価 (差異検定)	必要条件<死亡>	類似近隣町村との有意差	有意な減少
		↓	
		検診活動の前後の有意差	活動後減少
		↓	
	十分条件 (罹病)	地域統計にみる減少傾向	前癌、がん
		↓	
		病院統計にみる軽減傾向	病理的進捗

図17：健康文化に関わる一次・二次・三次の予防と評価

	Q O L (認識)	B E (対応)	Q A (評価)	
住民主体 ↓ 組織主体 ↓ 専門主体	一次の予防	前向きな話し合い	一次の質の評価	医の倫理 ↓ 体制査定 ↓ 疫学評価
	二次の予防	生命倫理的接近	二次の質の評価	
	三次の予防	総合連携的接近	三次の質の評価	

階はもう一つの必要条件として朝日村における大腸がん対策実施による死亡率の有意な低下を実施前の期間と〈事例対照研究〉として検証することである。そして、第四段階は大腸がん対策の経年実施による効果判定を〈コホート研究〉として検証することであり、この方は罹病統計を地域ならびに病院の面から検討して、何れの場合も経年的な軽減傾向を検証することが作業仮説の十分条件となる。そして、第五段階は上の三つの段階を矛盾なく差異検定（仮説検証）することである。

なお、このような検討に際しては、集検受検率・精密検査受検率などが地域対策として満足できる範囲内にあることが前提になる。何れにせよ、上記の検討は〈質の評価〉のための作業仮説であり、これは従来の評価方法より合理的な捉えといえよう。なお、朝日村の全村大腸がん対策では図16-cの内容は原則的に何れも検証できている。

討 論

1. 人類共存的な健康文化の概念提案

本稿では「環境」に関わる基礎・臨床・増進医学的な認識を図1で環境医学の認識としている。それを受け、成績2で住民参加の地域ケアに関わる三つの注目事項（Q O L、B E、Q A）に地域ケアならびに地域医療的に接近する体系を図7で地域保健の実践と捉えている。

上の基礎理解の下で、われわれは本研究に基づいて「一次・二次・三次の質の評価」という生命倫理に立脚した総合評価概念を提案したが、これと既存の予防医学の「一次・二次・三次の予防」と合わせての枠組を図17のように表して健康文化の評価と呼ぶことにしたい。すなわち、従来の予防医学に関わる発想基盤は「疾病文化」と呼べるのに対して、住民参加の地域ケアを基盤にした本稿の捉えは「健康文化」と呼ぶのに相応しいことから、この言葉を提案したのである。幸

い、この捉えは前者も部分に収める許容力があるのが特徴であり、この包括的捉えは最近の米国での「予防研究」論議³²⁾に新しい視点を提示できるだろう。

2. 環境医学・地域保健・健康文化の三者関係

上記の環境医学、地域保健、健康文化の三者は、自然科学、社会科学、そして人文科学の観点から理解する象徴的表現である。これら三者の基礎認識を受けた実践対応として、本研究では環境医学に相当するのが「患者ケア」の仮説枠組、地域保健に相当するのが「主体査定」の仮説枠組、健康文化に相当するのが「客体評価」の仮説枠組であろう。

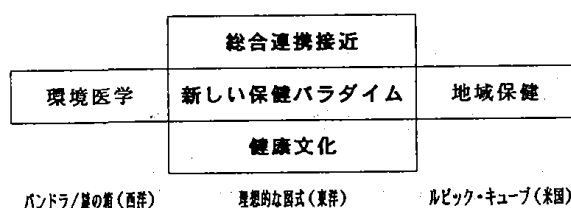
なお、これらの関係を比喩として理解するなら、環境医学と地域保健の二つの3 x 3の枠組をマンガラ図のように組み合わせると健康文化の概念の基盤になると言えるだろう。その意味で、近年では国際的に健康増進が叫ばれているが、当初は「環境と健康」を合い言葉にしていたところ、既述のスズバル会議(1991)からは「健康のための支援環境」と言い換えはじめており、これは上記の健康文化の考えを前面に打ち出した本稿討論の捉えと符合するものであり、この発想の転換は下記の新しい保健パラダイムに関する三項目の出発点と銘記する必要があるだろう。

すなわち、この関連の全体像として図3の「理想の図式」を念頭におくと、次の基本構造は画板の中の庭木、その次の研究方法は画家、その後の接近体系は画板の中の水を撒く人であり、上記の三者関係の捉えが画板の中の照り注ぐ太陽に相当するだろう。

3. 新しい保健パラダイムの基本構造

「西欧の知」としてのパンドラの箱は環境医学の基盤を示唆し、「米国の知」としてのルビック・キューブは地域保健の可能性を示唆するが、これらはQ O Lの理解に寄与する考えとしても、それだけでは両者の融合は起きない。そこで「東洋の知」として図3の理想の図式に基づく3 x 3の枠組を活用して、質の評価(Q A)を目指した健康文化の考えを意識すると三者の融

図18：新しい保健パラダイムの基本構造



合により、これが新しい保健パラダイムの基本構造として図18を表すだろう。

4. 新しい保健パラダイムの研究方法に関わる政策・経済・科学・技術的な理解

一般に総合接近を語る場合、政策・経済・科学・技術の観点から整理する考えがあるので、それを本稿の研究方法に当てはめると①政策は総合連携連携、②経済は生命倫理接近、③科学は比喩、そして④技術は共通感覚モデルとなるだろう。これらの中で、われわれが最も最近に使用し始めたのが三番目の「比喩」であるが、これは評価に関わる価値基準として最も人間的に受け入れやすい重要な事柄であろう。

本研究では、われわれの開発した理想の図式の比喩に基づき、西洋と米国の問題解決に関わる感性と知性の比喩としてパンドラの箱とルビック・キューブを導入している。さらに、この研究では前述のように三つのモデルを組み合わせて活用しているのが特徴である。換言すると、これらのモデルは上記の事柄の理解・実践そして評価に有効な手段として用いる手段である。

なお、総合連携接近の開発当初は「総合連携モデル」というやや複雑な空間配置のモデルを用いていたが、途中からそれを変形した「二相性モデル」という時間要素を加味したものに代わり、最近はその更に変形

した「三位一体モデル」で社会的価値を表すようにしている。しかし、環境保全指向のエスリカの自然史¹⁴や保健対策指向のエイズの自然史²⁴⁾の説明には二相性モデルが勝れているので弾力的選択が必要となる。何れにしても、この種の総合問題解決では上記の比喩とモデルの併用が必要にして有効であり、これらの活用により本質を保持して趣旨を要領よく説明でき、従来なら長い説明を要したことも簡潔に表すことができたのは事実である。

5. 新しい保健パラダイムの接近体系

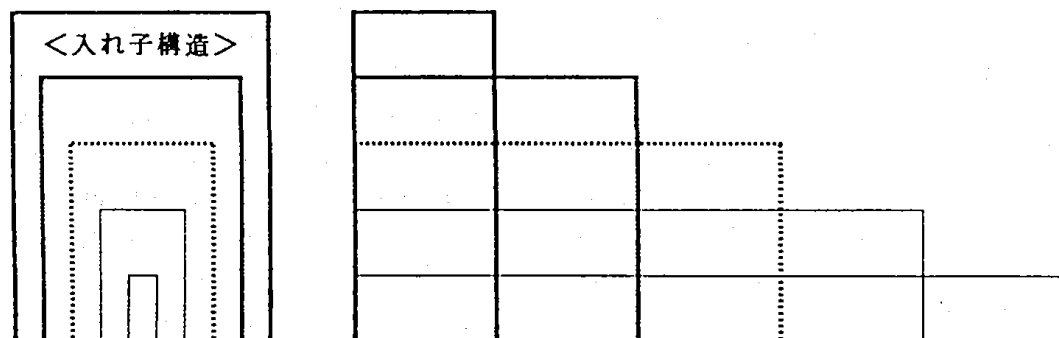
その意味から本稿のこれまでの記述を見直すと、新しい保健パラダイムの認識・対応・評価の枠組は図19のように表すことができるだろう。なお、この認識パターンは予防医学の概念理解としてよく用いられているレベル・クラークの図式³³⁾に従っており、一段目は「健康文化の自然史」という基礎認識、二段目は「発想の転換の社会史」という実践方法、三段目は「質の評価の三段階」という評価枠組である。

もっとも、本研究では、生命倫理的接近の「生涯研修の原則」を基本姿勢にして「生涯研修の原則」と図19の「新しい保健パラダイムの接近体系」は相対性をなす基礎知識と接近方法の関係にあるので、五段入れ子モデルも相対的に配置している。

本研究の成果を受け、今後はこれらの教育的普及と応用研究の総合展開を国の内外で計ることだが、この研究を通してその裏に隠されている次の数配列の妙味にわれわれは気付いている。

すなわち、本稿の方法論の図1で指摘したように、最初に「研究背景、研究方法、研究成績」が何れも七項目で首尾よく纏ることに気付いたら、研究成績の説明に比喩として用いたパンドラの箱とルビック・キューブ

図19：新しい保健パラダイムの接近体系



患者ケアの自然史：①構成要素 ②一体理解 ③地域体制 ④疾病検討 ⑤患者ケア
 発想転換の社会史：①地域医療 ②評定方針 ③査定指針 ④評価指標 ⑤地域ケア
 三段階の質の評価：一次（患者ケア）・二次（体制査定）・三次（疫学評価）

文 献

ープが共に六側面、それに続く地域医療から地域ケアへの発想の転換が五段階で具合よく纏るのである。そして、これを受けて仮説枠組が形式的には四個あるが、この捉えは意識の転換点のため実践的には一次・二次・三次の質の評価として三個になっている。

一方、「新しい保健パラダイム」は本稿の究極目標であり、この学問体系を支える総合連携接近は生命倫理接近とパターン認識の二つで構成されており、その実践研究では三位一体モデルの活用が基本であり、上記の仮説枠組もこのモデルで表していることで話が繋がっている。なお、本研究では三つの比喻すなわちバンドラの箱、ルビック・キューブ、そして理想の図式があるともいえるだろう。

結 論

従来、人々は健康を最高のものと願いながらも実際は生物医学的な「疾病文化」とでもいえる保健医療の教育と研究の道を歩んできた。しかし、二十一世紀を目前に控え、本稿冒頭にあげた地域ケアの諸問題に遭遇しはじめて、生命倫理的な「健康文化」の学問的可能性を語り始めている。

その意味で本稿は、①生命倫理に根ざした総合連携接近に基づき、関係者の生涯研修を重視した生命倫理接近を方法論的基盤にして、②健康文化の構築を目指した新しい保健パラダイムの提案をしている。具体的には、③従来の地域医療の基礎認識から住民参加の「地域ケア」の基礎認識（仮説枠組）への発想の転換の五段階、④「患者ケア」の仮説枠組という医の倫理の基礎認識の説明をしており、最後に⑤これら基礎認識に立脚して一次から三次までの「質の評価」の理論と方法をのべた。

従って、本研究の考えは住民参加の地域ケア展開を基盤にして、従来の地域医療・患者ケア・臨床医学・基礎医学も部分に位置付けており、この研究開発は学際・国際・職際的な共同研究の試行錯誤の末に活用可能になった総合問題解決の理論と方法であり、その応用範囲は地域ケアに止まらず環境保全や学際的問題解決の必要な多くの社会問題などの改善に広く適用できるだろう。

謝辞

この研究はわれわれの過去二十年間の国の内外での経験を健康文化としての新しい保健パラダイムとして再編成したものであり、この間には多くの人々との学問的交流があり、それらの方々の善意に支えられてきたことに改めて感謝したい。

- 1) Statements of Dr. Hiroshi Nakajima, Director-General to Executive Board and the World Health Assembly, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1991.
- 2) 中島宏：健康と医学教育への新しいパラダイム，財団法人医学教育振興財団，1993.
- 3) 丸地信弘，降旗力男，牧内正夫：甲状腺機能亢進症に関する疫学的調査研究，公衆衛生 34：310-315，1970.
- 4) Maruchi, N., Furihata, R., & Makiuchi, M.: Population Surveys on the Prevalence of Thyroid Cancer in a Non-endemic Region, Nagano, Japan, Int'l. J. Cancer 7: 575-583, 1971.
- 5) 丸地信弘：脾がんに関する疫学的展望，日本公衆衛生雑誌 20：509-524，1973.
- 6) Katsunuma, H., N. Maruchi, & M. Togo Eds.: Health Aspects of Community Development in South-east Asia, SEAMIC, Tokyo, 1974.
- 7) 丸地信弘訳：政策的保健の時代のプライマリー・ヘルス・ケアの展開，～西暦2000年までにすべての人に健康をめざす世界的戦略～，Global Strategy for Health for All by the Year 2000, WHO, Geneva, 1981，財団法人日本公衆衛生協会，1981.
- 8) WHO/UNICEF: Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata USSR, 6-12 September 1978, WHO Geneva, 1978.
- 9) 丸地信弘編著：保健活動「見直し」の理論と実際，医学書院・東京，1981，Conference on Supportive Environments, June 9-15, 1991.
- 10) 丸地信弘：総合ネットワーク理論とその応用，看護展望 12(2)：90-96，1987.
- 11) 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，東京1988.
- 12) 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 16(13)：986，1992.
- 13) 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.

- 14) 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.
- 15) 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研究，諏訪湖ユスリカ対策を素材にした検討，境科学年報—信州大学—，14：44-56，1992.
- 16) 丸地信弘・仲間秀典・藤田雅美・那須裕：ユスリカ対策の環境サーベイランス・システムの開発研究，環境科学年報—信州大学—，13：47-59，1993.
- 17) Ottawa Charter for Health Promotion, WHO 1986.
- 18) Report on the Adelaide Conference Healthy Public Policy 2nd International Conference on Health Promotion, April 5-9, 1988 Adelaide, South Australia. 1988.
- 19) Supportive Environments for Health: Conference Working Paper, The Sundsvall
- 20) Maruchi, N.: An Introduction to New Health Paradigm with particular to "Living with AIDS", 70p, Third Edition, Shinshu University School of Medicine, Japan, June 1993.
- 21) 仲間秀典，白井忠，山口孝太郎，古田精市：問診，便潜血，内視鏡を併用した大腸集検，～長野県A村における逐年検診の成績～，日本大腸肛門病学会雑誌 39：10-16，1986.
- 22) 仲間秀典：地域における大腸集団検診，日本消化器集団検診学会雑誌 88：80-82，1990.
- 23) Maruchi, N. Ed.: An Introduction to New Health Paradigm with particular to "Living with AIDS", 75p, The Second Edition, Shinshu University School of Medicine, Matsumoto, Japan. March 1993.
- 24) 丸地信弘・仲間秀典・藤田雅美：〈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～，環境科学年報—信州大学—，15：1-14，1993.
- 25) 丸地信弘：「エイズと共に生きる」時代の予防教育，～21世紀の保健教育に生かすための提案～丸地信弘・仲間秀典編集 二十一世紀の地域医療～地域ケアを見る目・語る目・動かす目～，25-39，信毎出版局・長野 1993.
- 26) 丸地信弘：住民参加の地域ケアを見る目・語る目・動かす目 ～生きた地域ケアの展開のための「発想の転換」～，丸地信弘・仲間秀典編集 二十一世紀の地域医療～地域ケアを見る目・語る目・動かす目～，1-24，信毎出版局・長野 1993.
- 27) 丸地信弘・仲間秀典・魏寧・Abdul Fattah：人類共存の健康文化の創造に関する総合研究，未発表原稿，1993.
- 28) Koestler, A.: Janus, Hutchinson. London, 1978.
- 29) 信州大学医学部公衆衛生学教室の教育と研究の活動記録，1988-1989，21-26，1989.
- 30) 信州大学医学部公衆衛生学教室の教育と研究の活動記録，1991-1992，46-49，1989.
- 31) 長野県東筑摩郡朝日村役場，朝日村健康村建設活動30周年記念小冊子，1993.
- 32) Eliot Marshall, Prevention Research: A New Growth Area for NIH? Science 262: 1508-1509, 1993.
- 33) Leavell, H.R., and Clark, E.G.: Textbook of Preventive Medicine, McGraw-Hill, New York, Toronto, & London, 1953.

(受付 1993年12月28日)