

資料

設立総会特別講演

いま地域保健は如何にあるべきか

—沢内村の地域医療に携わって三十年—

増田 進*

只今、御紹介いただきました沢内病院の増田でございます。このような意義ある集まりで話をされるよう言われ、光栄ではございますが、大変恐縮もしております。

私は本当の田舎医者でございますから、沢内村のお話しか出来ません。まして今日は難しいテーマを与えられました。地域保健が如何にあるべきか、私自身も迷っているところですが、それをそのまま申し上げたいと思っております。

さて、沢内村は今ではかなり有名になってきたことは確かでございます。厚生省の保健センター構想や老人保健法などの施策に沢内村の経験が使われているようです。例えば、老健法の成人健康手帳などは、資料として沢内村から持っていった手帳がそのままどってきたと思ったほどです。

村を訪れる視察も多く、年間四千人を越えます。丁度沢内村の人口ぐらいでしょうか。視察を終えられた方からよく受ける質問が「沢内村がよくやっているのはわかったが、なぜ他の市町村に普及しないのでしょうか」というものです。それはなにか沢内村のやり方に欠陥があって普及しないのではというニュアンスが感じられるのですが、私は「それはわかりません、しかし、少なくとも沢内村に問題があるのではなく、他の市町村の問題でしょう」と答えることにしています。そういえば、前環境保健部長の田中先生が赴任されて間もなく沢内村にみえた時、「私が岩手に来ての宿題の一つは、何故沢内方式が普及しないかを調べることだ」と言われていたのを思い出します。しかし、その結論は聞きませんでした。

さて、沢内村についてこれから話し申し上げるわけですが、その前に最近の統計について触れ

てみたいと思います。と申しますのは、私のパソコンに昭和22年からの村人の死亡を入力してあるのですが、人口が少ないものですから、5年毎にまとめて集計しています。丁度去年は64年ですから、5年毎の一区切りついたところで集計を振り返ってみましたら、少々自慢話になるかもしれませんが、50年代をピークに癌死亡が減ってきているのです。脳卒中死亡も減ってきていますし、心臓病は横這いというところですが、一方少しずつ増えていっているのは呼吸器疾患による死亡ですが、この殆どは風邪をこじらせて気管支炎や肺炎で亡くなるお年寄りです、これは止むを得ない高齢化社会の現象であろうと思っています。

しかし、そのような死亡統計のお話をしますと、死亡診断書の書き方の問題ではないかと勘繰る方もおられるかもしれません。実は私もその点については疑い深い方なのです。と申しますのも、私は岩手県地域医療研究会の脳卒中予防の委員長をしております、よく全県的な死亡統計を参考にしますが、市町村によっては脳卒中は減ったが心臓死が増えトータルでは同じというようなことがあり、死亡診断書の書き方が変わったのでは、医師が交代したのではと思われることもみられます。沢内村の場合は、私が見て判断しておりますので、一貫した見方ができていると思っておりますが、ただ保健所や県からでる沢内村の統計と少しづれることがあるかもしれません。私の病院にも、直接死因からその原因、またその原因と、死亡までの症状の理由づけのように書く真面目な先生がいたことがあり、保健婦から相談されてその中からその患者の統計上取るべき死因を私が判定することも結構多いのです。死亡診断書は死亡統計の

* 沢内病院

基礎ですが、後からの人のためにも、その医学的、社会的な意義を思っ書いてもらいたいものと思います。医学部ではどの教科で教えているのでしょうか。私の記憶では病院管理学の授業だったように思いますが、医師としての基本的なことですので指導をお願いしたいものと思います。なにせ、治療はともかく、医師にしかできないのが死亡診断書を書くことですから。

さて、少し横道にそれてしまいましたが、沢内村は死亡統計上確かによくなってまいりました。そして当然ながら高齢者が増えてまいります。特に90才以上のお年寄りが印象的です。と申しますのは、私は沢内村へ参った頃は、90才は居ないか居ても1人ぐらいのものでしたが、今は23・4人居りまして元気で草取りをしている人もおります。

しかし、一方では意識もなく中心静脈栄養のみで生きて90才を越えた老人も居り、その家族や他の患者さんたちと職員ともども、生き方死に方について話し合っているところです。これは高齢者の問題ですが、他方、死亡統計上よくなったものの沢内村はまだ健康だといえないものに、村人達の間運動器の痛みがふえてきたことがあげられます。腰が痛い、膝が痛い、肩が、肘が、手首が、指が…という人達がふえてきました。恐らくこれは沢内村ばかりではなく、全国的にも同じ傾向がみられるのではないかと思うのですが、学者の方に専門的に調査をしてみてもらいたいものだと思っております。私は村の人から、どうしてこう痛がる人がふえたのかと聞かれた時に、独断ですが取って議論を喚起するために、暮らしの中の運動不足と食物、つまり農薬や添加物によって体質が変わったからではないかといっています。

運動不足については、村に婦人スポーツクラブができてたり、エアロビクスのグループができてたりしていますが、それに参加することで痛みが治った事例もあります。しかし、こういうことは女性は熱心なのですが、男はだめですね、お酒ばかりのんでいます。

このような暮らしの中の問題は、生活がかかっているんで、村では高給取りの私などはなかなか説

得力をもてません。かって出稼ぎを批判して、村の人から「まだわかってもらえないか」と言われたこともありましたが、よく話し合えばわかってもらえるものの、なかなか話の土俵に乗るまでが距離がある感じがします。そこで冗談に「医者をしているより教育委員会で働いた方が村の役に立つかもしれない」と言ったりすることもあります。

沢内村の現状を簡単に申し上げましたが、問題はあるものの死亡統計上は癌死亡の減少をはじめ村の活動としては見るべきものがあったと思います。これからここに到った過程をお話ししたいと思います。

沢内村の地域保健活動の特徴をいくつかのポイントにしぼって申しあげるのがいいと思いますが、それが先程の「どうして沢内方式は普及しないか」にあるいは繋がるかもしれません。

その一つは、歴史的なことですが、沢内村の活動は保健婦活動から始まったということです。御承知の方も多いと思いますが、昭和32年から国保連の唱導で、乳児死亡半減運動が全国的に行われました。沢内村はこの時に保健婦を採用し、活動がはじまったのですが、当時の沢内病院はソッポを向いていたというのが実情のようです。

その保健婦達を叱咤激励したのが役場の課長さんで、それを支えてくれたのが深沢村長だったのです。保健婦達の医学的・技術的指導を行ってくれたのが、岩手医大小児科の畠山先生や石川先生で、彼らが乳児検診にきて子供たちの問題点や育児指導のポイントを伝える、それを受けて保健婦達が活動をしたわけです。今と違って交通は不便な頃でしたから、家庭訪問は泊り込みのことも多かったようです。しかし、案外これがよかったのかもしれない。スキンシップという大げさかもしれませんが、だから保健婦達は村の人の心にも入っていったのだろうと思っています。

当時、村の活動の企画は役場の課長と保健婦達でやっていました。医師ではなかったのです。ですから医学的にはレベルの低いものだったかもしれませんが、地域における効果という点では優れたものだったと思います。例えば、当時、「赤ちゃ

んコンクール」が行われていたのですが、沢内村の赤ちゃんは保健所の予選も通らない状態で、県大会までいけなかったのです。だったらせめて村のコンクールを、という事になったのですが、誰を表彰したかといえば、その赤ちゃんのお婆さんを表彰したのです。これは、今でも語り草になっていて歴史的な素晴らしいアイデアだったと思います。母親は田圃へ出て働いていますので、育児はお婆さんの仕事になっていたのです。賞品は赤い座蒲団でしたが、今でも大事にしているお年寄がいます。このようなアイデアはまず医者からは出てこないと思います。医者の中からは本でいっぱいですから、地域の育児の実態や村のお婆さん達の心意気など分からないでしょう。

沢内村の活動は大なり小なりこのようなアイデアの積み重ねりできたのです。村にいる人が計画して実行する、その積み重ねです。当時の課長さんは、自分の子供の病気で苦勞しており、村の子供達を思う心は人一倍強かったようです。その彼が計画の中心にいたのです。ですから、土臭いといえば土臭い活動だったかもしれません。しかし、そうした活動が沢内村の地域保健活動の土台を作ったのだと私は思っています。そしてそこに医師が参加してゆく、あるいはその土台に乗ってゆくという形で今に到ったと思います。

さて二つ目のポイントは、この医師のかかわり方だと思えます。前院長の加藤邦夫先生が来られて、沢内病院も活発に活動を始めます。しかし、当初それは地域で活動していた保健婦とはかかわりはなかったわけです。一方、地域では農業改良普及所も健康のための生活指導をしている、農協もやっている。そして大きな病院の集団健診が入る…。それぞれ結構なことなのだけど、バラバラでお互い連携がない。これは言わば、地域のニーズというよりやる側の都合で行われる活動だからでしょう。例えば、予算がついたとか、上部機関からの指示があったとか、担当者があるいは医師がやる気を起こしたとかです。それにいわゆる縦割りの構造もあるからでしょう。やはりそれではいけない、少なくとも村の中で健康にかかわって

働く職員は一堂に会すべきだということで、昭和38年に沢内病院の中に健康管理課ができました。これは加藤先生の素晴らしいアイデアで、深沢村長が断を下して出来たものです。特に人数を増やしたわけではなく、今いったように再配置ですから、役場にいた保健婦三人と衛生係、統計の出来る事務員と、病院側から栄養士と私が兼務で加わる形でスタートしました。健康管理課ができてよかったことは、お分かりと思いますが、予防をやる職種と医療をやる職種が一緒になるメリットです。確かに、実際、伝染病の対策などで効果的だった面白いエピソードが多くあります。しかし、それを申し上げている時間がありませんので省略しますが、そのような技術面でのメリットはともかく、最もよかったと思ったのは、情報が広く得られるということでした。言葉をかえれば、情報が集中したことがよかったと言えるでしょう。われわれ医師は保健婦達の情報を知ることができるし、保健婦も病院での村の人達の健康情報を得ることができるわけです。病院の看護婦と保健婦の間に連絡票ができたのもこの頃です。誰でも何か活動する時は、集められた情報で判断しながら行うわけですが、情報の範囲が広がることはいいことには違いありません。情報が狭いものであれば、活動も狭い効果の薄いものになってきます。しかし、気が付いているかいないかは別として、自分で狭めている場合もなきにしもあらずかもしれません。私にとっては、健康管理課ができて目の前の景色が三百六十度拡がったような感じがするのです。私は医師ですから、健康に関しては全て覚えているつもりだったのですが、私の知らないことが一杯あるのだと感じました。それは医学的知識というものではなく、地域保健活動の方法論的ということでしょうか。例えば、健診計画にしても、われわれは検診項目の数や受検率、統計処理の方法などが頭に浮かぶのですが、保健婦達は項目を少々減らしても地域の巡回に適した、多くの住民と接し話し合いをする時間をもった方法を重視するという具合にです。医師が知識という火薬が一杯つまった大砲みたいなものとなれば、保

健婦は火薬が少ない小銃みたいなものかもしれません。しかし、その大砲は打つ方向がわからないでいるのに、地域をよく知っている保健婦の小銃はねらいが正確だという感じです。この小銃のねらいと大砲が一緒になったら効果的で、沢内村はそれに近いものではなかったかと思えます。

さて、健康管理課ができて情報が豊富になり地域が見えてくると、活動も独自のものが出来てきます。上からの指示ばかりでなく、それに地域の状況を加味して、いわば地域的修飾をほどこした活動が工夫されていきました。例えば、昭和38年から麻疹の予防接種をしておりまして、沢内村には麻疹は見られません。始めた頃は、国も県もやっていないのに保健所からお叱りを受けたこともあったのですが、昭和38年、隣の湯田町も含め死亡者もでたほどの麻疹の大流行があり、その時その後生まれてくる子供達に予防接種をすれば麻疹のない村になると考えたのでした。その他、健診方式も地域の状況に応じていろいろ試行錯誤的変遷があり、今では総合成人病健診として人間ドック方式でやっていることなども独特のものかと思えます。私は視察の方々に対して、あるいは講演などで、沢内村の活動がうまくいったのはこの健康管理課があったからだ、という説明をよくやります。本日も同じことを申し上げていることになりましたが、それではと言うので健康管理課をつくった市町村が結構あります。しかし、皆うまくいっているかどうかはわかりません。ある町立病院の熱心な医師が視察に見えて、続いて保健婦が研修にきて、そして町立病院に隣接して保健センターを建て、そこに健康管理課をつくって院長が課長を兼務という、沢内村と同じ体制をしいた町がありました。しかし、トラブルが多いようでした。その医師も辞め、保健婦長も辞めたという話を聞き、私も行って見たのですが、医師と保健婦とがなかなかいいチームを組めないのを感じてきました。

この原因はなかなか根の深いものだと思います。これは大事な問題ですので少し述べさせていただきますが、まず医師は保健婦とはなに

かを知らない。今はどうか知りませんが、医学部で教わることもありません。私もそういう状態で沢内村へ来て、健康管理課長を命じられて保健婦と付き合うようになり、保健婦について考えるようになりました。そしてさらに看護とは何かまで考えさせられました。その結論を今ここで述べる余裕はありませんが、医師と保健婦が有効なチームを組めないのは、医師の看護観にあるのではないかと思っています。

多くの医師は恐らく、病院には看護婦がいて地域には保健婦がいる、つまり働く場が違うパラメディカルと考えていると思うのですが、病院の看護婦はもう看護婦ではなく医師の単なる助手になっているといった言い過ぎでしょうか。それで私は日本には看護は存在しないなど言うことがありますが、医師はいわゆるパラメディカル・スタッフを自分の助手と考え勝ちです。病院内であれば、医師の主治医としての権力は患者の命を預かっているので絶対ですが、地域に於いてはそういう権力は通らないことに気づかないのです。だから保健婦に病院内の看護婦と同じように接し、そして命令するからチームワークがとれないと思うのです。地域に於いては、地域のことをよく知っている者がリーダーになるのがいいのは当然です。かつての畠山先生や石川先生であれば、地域のことをよく知っておられたので指導できたと思うのですが、それでも命令ではなく相談にのる形で話し合われたのです。地域に於けるチームづくりは医師も保健婦も対等であることが必要なのだろうと思います。保健婦もそれだけの自覚を持って働いて欲しいと思うのです。最近では、どうも看護婦的な保健婦が、つまり助手的な、医師の指示ばかり待っている保健婦が増えているように思うのですが。保健婦ばかりでなく、もちろん看護婦も看護とは何かをもう一度考えて欲しいと思っています。

私の健康管理課長としての立場は、当初は保健婦が自由に仕事ができるように、外からの雑音という語弊がありますが、村民や役場や他の機関からの不当な批判から庇護するような役割だった

と思います。そうすると保健婦達は本当にいい仕事ををするのです。自分で計画し、実行し再評価してまた計画をねる…。保健婦が自己完結型の独立した仕事だということを教えられたのでした。

健康管理課がつくられ、そのチームワークもうまくいったとしても、地域に於いて真に有効な活動がなされるためにははまだもう一つ課題があると思います。それは住民のフィードバックというべきものではないでしょうか。沢内村の特徴のもう一つのポイントはこれに関連した住民の委員会の存在にあると思います。

沢内村には、地域保健活動に関係した住民の委員会として、保健委員会と地域保健調査会があります。前者は地区から選ばれた代表十六名からなり、後者は村の団体組織の代表十五名で構成されています。健康管理課と村立病院は、その事業についてこれらの委員会で話し合います。例えば、先程申し上げた人間ドックの料金など地域保健調査会で決められましたし、病院の外来機構の改善などは保健委員会の問題提起で行われています。つまり、私達の活動が本当に住民の役に立つように、これらの委員会がフィードバックをかけていると言うことが出来ると思います。

最近、健診率を上げるため保健推進委員を重視している市町村が多いと思います。国保連も県の保健推進委員連絡協議会をつくって挺子入れしており、実は私もそれを推進する立場にあるのですが、少々疑問もあるのです。と言いますのは、どうしても保健推進委員会の多くは行政サービスの下請け的な働きしかしていないことが多いからです。戦時中の隣組的なんですね。沢内村も昔はそうでした。その辺の経緯を少しお話してみたいと思います。私が健康管理課長になった時、村には保健連絡員という制度がありました。どうゆうことするのか見えていますと、通知の配布や健診会場の支度や手伝いが主な仕事でした。しかし、通知の配布は郵便でもできそうだし、健診の手伝いであれば地元の婦人会を頼んだ方が地域活動としてはいいのではないかと思ったのでした。そしてむしろ気になったのは、私達の活動を地域の人達が

どう思っているのだろうということでした。仕方なく参加している人もいるかもしれないし、しっかり理解して参加してくれている人もいるだろう。先程健康意識の発表がありましたが、そうゆうものを統計ばかりでなく生で知りたいと思ったのです。つまり村の人達の意見が聞きたい。健康観が知りたいと思ったのでした。

制度を改めた切っ掛けは、蚊や蠅の撲滅が大きなテーマになった頃、全村で一斉に殺虫剤を散布したのですが、その散布を行う組織が地区毎に違うのを見たからでした。ある地区は公衆衛生組合が、ある地区は婦人会が、また他の地区はPTAや子供会が撒いていたのです。その時、なるほど地区のことは地区にまかせて私達は地区の代表者と話し合えばいいのだなと思ったのでした。

そこで、名称はどうでもいいのですが、一応、保健委員と改めて、それまで日当制であったものを年俸制にしたのです。つまり地区の保健上の責任者ですから。そして月報を出してもらっています。月報というと保健婦さん達は厳しいと思われるかもしれませんが、蚊や蠅がいるか、地区の赤ちゃんの具合は、などの簡単な項目だけです。そして「その他」の欄が大きくなってあります。そして、ここにいろいろな事が書かれてくるのです。病院の内科と外科の折り合いが悪くて患者が迷惑するとか、近くの川が汚れてきたとか、いろいろです。これが本当に役に立ちました。これでフィードバックがかかってきたなという感じでした。私達が良かれと思ってやっていることでも、住民からみると納得できないことが多いのだなということを感じるので。そこでつくづく思うのは、活動はやる側と受ける側の間に出来るものだという事です。やる側の都合だけでもだめ、受け手側の都合だけでもだめですね。その間に創られるのだという印象をもっています。これは医療も同じでしょう。今、医療は一方的に医療側の判断だけで行われていますけど、本当は受け手側の意見も必要な筈です。地域保健活動も同じです。

さて、沢内村の健康管理課には全村民の健康台帳が備えてあります。そして同じ内容を書き込ん

だ健康手帳を全村民が持っています。これらは一種のデータ・バンクと呼ぶことができますが、これをコンピュータ化してみようというプロジェクトがありまして、コンピュータやICカードが導入されています。その経験を少しお話してみようと思います。

今はコンピュータやICカードの時代のように言われ、それらの機械が入れば何でも能率が上がってうまく行くように思われていますが、何を目的にするのか、どの能率を上げるのかなど用途が明確でない、とんだ邪魔者になってしまいます。あげくにはコンピュータに使われている恰好になりかねません。私達が従来使っていた手書きの健康台帳は、個人の健康歴（健診歴など）を知る上ではとても便利でした。行間ににじむニュアンスもあって、コンピュータよりもはるかに優れていたと思います。しかし、集団としてのデータ処理やソートには実に時間がかかりました。これをコンピュータにやらせているわけですが、言わば縦と横を組み合わせているようなものです。しかし、コンピュータの縦のデータ（個々の健康データ）はやはり限界があり、そのプログラミングはデータの選択などかなり吟味することが必要であることを経験しています。

ICカードは、沢内村のように小さい村では皆顔見知りであり、ID（個人認識とでもいいましょうか）は殆ど不要なので、カードとしての有用性は少なく、むしろ従来の手書きの健康手帳に比べ自分で見れないという欠陥が目立つばかりです。しかし、試みとして使っていますが、乳幼児ではデータ量も少なく、従来の母子手帳と同等の活用がなされていると言ってよいと思うのですが、成人についてはデータ量が多すぎると言ってよく、簡単な健診記録とメモ欄のみで試みしています。

いずれ今はカードの時代と言われているものの、こと保健や医療に関しては、住民にとって本当にメリットのあるカードは未だ難しいということを感じています。というのは、この分野では情報の交流が未だ出来ていないからです。それらは医療機関のカルテの中にとどまっていますし、その情

報の個々の住民サイドへの集積についての医療側の関心が低いのです。これは老健法の健康手帳の医療側の活用状況をみればわかることです。そしてまた、医療側にとっていい情報は患者にとってもメリットがあるはずだ式的間接的メリット論は、住民がカードを持ちあるく動機づけには未だ弱いように思います。私達は、病院や健診での受付時間の短縮のためにカードにIDナンバー用のバーコードを張ろうかなと考えたのですが、メーカーに今のところ無理といわれて実現していません。また沢内村のカードは、村民が村の外で健診や医療を受ける時大きなメリットがあると思うのですが、村外にはそのような体制は未だありません。ハードはいいのですが、ソフトとそれを利用するシステムがまだまだ、それも考え方も未だ議論になっていない印象です。

さて、話が少しそれてしまいました。抄録集に話をもどします。

「現代地域保健活動について」とありますが、今の地域保健活動の問題について私なりの考えを述べてみたいと思います。しかし、今までお話してきたことでもうお感じになっておられるかもしれません、そのまとめとすることになりましょうか。

初めに、豊富な画一的な情報とあります。今は情報化時代といわれ、とにかく皆いろいろ知っています。しかし、知っているのは内容ではなくて言葉だけですね。健康情報というのは病気に関するものが多いわけで怖い情報が殆どですが、知っている人達は皆心配そうな顔をしています。それにさらに健康教育ということでまた情報が加わっていきます。とにかく整理が必要でしょう。一般論ではだめで、その地域での意義、個人にとってどうか丹念に責任ある説明が必要に思います。よく冗談に、厚生省の言うとおりにして何かあっても厚生省は責任をとらないと思うよ、と言うのですが、結局は私達が責任をもつ形で話をするしかないのです。

かつて、沢内村でもコレステロールを減らすことが問題にされたことがあったのですが、沢内村の人はむしろコレステロールは低いのです。しか

し、プームのような画一的な活動があったのです。私は、米国が高いのに沢内村が減らすなんて…と皮肉ったものでした。やはり対象地域の実態を知らなければ、指導も害のあるものにはなりかねません。塩分摂取量もそうです。昨年、岩手県全市町村で塩分摂取量の調査を行いました。厳密な集計は未だですが、思ったより少ないという印象を持ちました。ちなみに沢内村は十四グラムでした。他にも例えば食事のバランスという難しい言葉もあります。指導する側は「バランスをとって」と献立例を示せばすみますが、毎食つくる人はまじめに考えれば考える程ストレスになっていきます。バランスも毎食にか、週単位でか、時間的な巾があるはずですが、はつきりしない。結局、一般人は常識的に食事をし、熱心な人は健康になるためにストレスが溜まることになりかねません。誰のための指導かが問われます。

最近、大人も子供も肥満度が問題になっています。医学的に、もちろん意味のあることなのですが、地域活動では計数的に取りやすいということもあってか、いい標的になっている感じがします。これも下手をすればデータ管理あるいは人間管理になりやすい内容です。昨年、島根県の集まりに行った際、「煙草を吸う医者と太った保健婦は信用ならない」といった住民がいるという現地の保健婦の話をきき、もうそこまでいったかと驚いた覚えがあります。これはもう健康ファッショ的現象といったら語弊があるでしょうか。

私達は、何か異常を見つけるとすぐ手を出したくなりますが、ゆっくり見守ってあげる余裕が必要だと感じています。

次にフィードバックの欠如ということですが、私達が行っている活動が本当に住民の役に立っているか、住民はどう思っているのか、地域保健活動が本当に効果をあげるためには、住民のフィードバックが必要と考えていますが、今の地域活動にはそれがないように思います。知識や技術をもっているサービス側が、自立的であれ厚生省の指示どおりであれ、一方通行的に行っているパターンが多いのです。先に述べた健康教育の例もそれ

に入るわけですが、それでは効果どころかむしろ問題を大きく複雑にしかねません。沢内村では、住民との対話によって私達も納得できる活動の修正や変更がよくあります。それでお互いに意識が向上するのを感じています。

次は曖昧な健康観についてです。今まで私達の活動の基本になっている考えは、健康に悪いことを減らして行く、いわば健康阻害因子の除去ということですが、ですから煙草を止めさせ、太っている者に痩せるよう言い、その他いろいろな面でデータ上の標準に近づけようとするわけですが、それは当然暮らし方そしてその人の人生観に触れてきます。それは、データ上の標準が健康な、長生きばかりが人生の目的ではない、という反発を生むことにもなっています。沢内村では、人間ドックによって得られた多くのデータを通じて住民を見ているわけですが、データ上少々異常があっても皆生き生きと暮らしています。それを見ていると、あれが健康なのだなとつくづく思うとともにそっと見守って行こうという気になります。

こう考えてくると、地域保健活動の我々の目的あるいは住民の健康への動機はなんだろうと改めて思わざるを得ません。確かにデータ管理は医学的に必要なことです。その知識・技術は住民に与えられなければなりません。しかし、それを住民が自分の暮らしにどう生かしていくかはその人の意識・人生観の問題で、私達はその側にいて絶えず話かけ話を聞いていかねばならないと思っています。そうなる私達の人生観も問われているようなもので、結局住民との人間同士の付き合いの中で専門を生かしていくのかなと思っています。

時間が参りました。まとまりの無い話を長時間御静聴ありがとうございました。