

健康長寿・長野県と保健指導員制度

張 勇*

1. はじめに

長野県は、全国都道府県の中で、老年期の保健医療に関しては極めて特殊な事情をもった県として知られている。すなわち、長野県は、日本の中でも有数の高齢長寿県で、男性の平均寿命は全国第1位、女性は第4位、高齢化率は全国第10位、後期高齢者の割合も全国第7位である¹⁾。それにも関わらず、長野県の1人あたりの老人医療費は全国最低として知られている。これは最高の北海道に比べると半分近い金額であり²⁾、来るべき高齢社会を目前にして、老人医療費の高騰に歯止めをかけたい厚生省をはじめ、全国都道府県やマスコミの注目を集めているのである。長寿であるとはいっても、100歳を越えるような超長寿の人は、そう多くはないことから、死ぬまでピンピン元気で働き、死ぬ時は病まずにコロリと死ぬという「ピンピンコロリ」という言葉も生まれ、頭文字をとって「PPK」と呼ばれている。

しかし、長野県も昔からそうであったわけではない。30年ほど前までは全国有数の脳卒中多発県であり、脳卒中は、全国第2位、ガン、心臓病は第4位³⁾という成人病県であった。しかも、昭和26年には、合わせても33.4%であったこの3死因による死亡者は、昭和55年には66.6%と倍増したのである⁴⁾。ここから保健婦を中心にした予防活動が見事に結実して、現在の「健康長寿県」を確立するに至ったのであるが、この劇的ともいえる

取り組みに関しても医師の意識、保健婦の献身、長野県民の県民性など、様々な角度から注目されているのである。

筆者は、農村医療のメッカともいわれた長野の医療の伝統を高く評価するものであるが、同時に、「保健補導員」や「食生活改善推進員」などのボランティア活動が、今日の大成果をもたらした大きな推進力になったと考えている。成人病予防は、毎日の生活習慣の改善によるところが大きい、これは本人の意識の中に定着しなければ実行することは難しい。この点でも、家庭の主婦を中心に「自分の健康は自分で守ろう」を合い言葉にして全県で展開された自主活動が、「健康長寿・長野県」達成に大きな貢献したことは間違いない。

本研究は、長野県が自ら「健康長寿金メダル・長野県」と自称し、これが達成できたのは、“健康に対する県民一人ひとりの取り組みとそれを支える保健医療関係者の弛まざる努力の成果”と述べながら、この2つの要因のうち、「健康に対する県民一人ひとりの取り組み」について言及した資料があまりにも少なかったことから構想したのである。ここに、上述した「保健補導員」や「食生活改善推進員」などのボランティア活動、そして日本一の数を誇る公民館での住民活動を当てはめて考えると具体的に納得できるものになる。中でも、はっきり健康づくりを活動の目的に掲げているのが「保健補導員」である。「食生活改善推進員」は、食生活の改善によって健康づくりに貢献したが、食事や栄養改善が活動の中心であり、人数も「保健補導員」よりも少ない。公民館活動は、拠点毎の活動は盛んであるが全県にわたる協

*〒380-8525 長野市三輪8-49-7 長野県短期大学
*Nagano Prefectural College, 8-49-7 Miwa, Nagano 380-8525, Japan.

働性があまり見られない。このような理由から、筆者は、健康長寿・長野県に最も影響があった住民活動は「保健補導員制度」ではないかと考え、本論では長野県の特徴を俯瞰し、それを実現させた「保健補導員制度」について論じていく。

2. 数字でみる健康長寿・長野県

2-1 長野県民長生き

長野県の平均寿命は、医療技術の進歩に加え、活発な健康づくり活動や高齢者が生きがいを持って元気に働けることなどによって現在も着実に伸びている。

長野県の平均寿命の公式統計は、昭和22年が最も古い⁵⁾が、当時は男53.69歳、女57.61歳であった⁵⁾。その後平均寿命は着実に伸びていき、男は

昭和45年に70歳、57年には75歳に達し、女は昭和35年に70歳、56年には80歳に達した。

厚生省が5年ごとに公表する都道府県別生命表によると、平成7年の長野県の平均寿命は、男が78.08歳で全国第1位、女は83.89歳で第4位である⁶⁾。また、長野県医務課発表の平成10年の平均寿命は、男78.97歳、女85.06歳で、この年、女性が初めて85歳を超えている⁷⁾。これは常に全国平均を上回る数値である。

さらに、国立社会保障人口問題研究所発表の「都道府県別将来推計人口」によると、平成32年から37年には、男80.02歳、女86.51歳まで延伸するという見通しである。

表1 長野県民生命表

平均寿命 (平成10年)	歳	男 全国1位 78.97	全国平均 77.16	厚生省 簡易生命表
		女 全国4位 85.06	全国平均 84.01	
平均寿命 (平成7年)	歳	男 全国1位 78.08	全国平均 76.70	厚生省 都道府県別生命表
		女 全国4位 83.89	全国平均 83.22	
平均寿命の伸び率 (平成7年—昭和60年)	歳	男 全国3位 2.17	全国平均 1.75	厚生省 都道府県別生命表
		女 全国11位 2.76	全国平均 2.47	
65歳時の平均余命 (平成7年)	歳	男 全国2位 17.39	全国平均 16.48	厚生省
		女 全国9位 21.85	全国平均 20.94	
自立期間(健康余命) (平成7年：65歳時)	歳	男 全国2位 15.92	全国平均 14.93	厚生省
		女 全国4位 19.44	全国平均 18.29	
自立期間／平均余命 (平成7年：65歳時)		男 全国4位 0.92	全国平均 0.91	厚生省
		女 全国4位 0.89	全国平均 0.87	
高齢化率 (平成11年)	%	全国10位 21.0	(全国平均 16.7)	総務庁 国勢調査・
		男18.0(全国平均14.2)	女23.8(全国平均19.1)	
後期高齢者の割合 (平成11年)	%	全国7位 9.1	(全国平均 6.7)	総務庁 国勢調査
100歳以上の人口 10万人対(平成11年)	人	全国22位 10.32	(全国平均 8.97)	厚生省 百歳以上長寿者状況

・平均余命は、ある年齢に達した者が平均してあと何年生存できるかを示した数値

・自立期間(健康余命)とは、平均余命から重傷や重病の期間を差し引いたもので、介護いらずの期間

2-2 高齢者人口の推移

平成32年には、日本人の4人に1人が高齢者(65歳以上)になると予測されているが⁸⁾、長野県の人口は、平成22年頃に約266万でピークを迎え、それ以降は減少していくと見込まれている⁹⁾。その時の高齢化率は24%で、これは全国にほぼ10年先行していることになる。

また平成11年の高齢者人口は465,108人、21.0%で、全国平均より4.3ポイント高齢化が進んでいる。この中で、後期高齢者の割合は、75歳以上が192,574人で8.7% (全国平均6.4%)、85歳以上が47,333人で2.1% (同1.6%)であり、後期高齢者人口だけをとれば、全国第10位である。しかし100歳を越える超高齢者は、人口10万人あたり10.32人とそれほど多くはない。これは全国第22位とほぼ中位であり¹⁰⁾長寿ではあるが超長寿ではないという長野の特徴が見えてくる。

男女別に見ると、男185,255人(男性人口の17.0%)、女257,442人(女性人口の22.8%)で、女10人に対して男7.2人の割合となっている。また、「独り暮らし老人」は31,360人(65歳以上人口の7.1%)、「寝たきり老人」は、20,950人(同4.7%)である。「寝たきり老人」の約半数にあたる10,663人が在宅者である。

2-3 長野県の医療の特徴

1) 医者に頼らない

長野県の医師数は、住民あたりでは全国平均と比べるとやや少ない¹¹⁾。ベット数もベッド利用率も同様で、受診率は全国最低水準である。しかし、病人に対して医師の数が不足しているわけではなく、患者1000人当たりの医師数では全国7位とかなり高い¹²⁾。この背景は、まず医師の意識の高さである。長野県は、古くから農村医療で名高く、その伝統を受け継いで、医療は利潤追求ではないという考えが定着している。また、住民にも伝染病や結核が蔓延した戦後の貧しい時代から、長い

間、医者にかかるのは贅沢であるという考えが強かった。このため、少し前まで医者にかかることを、「医者をあげる¹³⁾」という表現をしていたそうである。「あげる」とは、芸者をあげるなどと同じ用法であるが、それだけ贅沢であったということである。しかし、もちろん現在もそうだというわけではない。現在の医者に頼らない理由は、勤勉性、忍耐性、質実性、向学心などに象徴される県民性に支えられて、生涯健康で働きたいという意識が強いため¹⁴⁾といわれている。

2) 短い入院

長野県の平均在院日数は、年々減少傾向にあり、平成元年から全国で一番短い状況にある¹⁵⁾。在院日数については、医師の方針と同時に、在宅ケアが可能かどうか患者の家族側の条件が関わっている。医師が患者や家族と協力して在宅医療にも熱心に取り組んでいることや、持ち家比率が高く、高齢者単独世帯の割合が低いなど、家庭介護を可能とする条件が整備されていることが在院日数を短くしている¹⁶⁾。

3) 病気になれば家族が支える

核家族化の進行などにより全国的に独り暮らしの高齢者が増加する傾向にあるが、長野県の独り暮らし老人は、前述したように、7.1%であり、これは全国平均に比べて低い。また、「寝たきり老人」の内、在宅者が半数以上と、家庭介護力が高い¹⁷⁾。これには、持ち家率、住居面積、三世帯同居、離婚率の低さなど、家庭介護を可能にする条件が整っているからといわれているが、地域の結びつきが強く、古い人間関係が残っている地方部では、患者の妻や息子の嫁など、家族の中の女性に介護の負担がかかっているという指摘もある。

4) 在宅での死亡

平均在院日数と共に、医療費に大きな影響を与える終末期医療費が長野県は最低であり、延命医療に対する医師の考えや患者の態度に特徴が見い出される。「高度な医療も受けたいし、いつでも

表2 保健医療統計より見た長野県の状況

医師数 (10万人対) (平成10年)	全国37位 171.9人 (全国平均 196.6人)	厚生省 病院報告
65歳以上医療受診率 10万人対 (平成7年)	入院 全国47位 2,435人 (全国平均 4,058人) 外来 全国44位11,306人 (全国平均14,509人)	厚生省 患者調査
一般病床平均在院日数 (平成10年)	全国47位 21.4日 (全国平均31.5日)	厚生省 病院報告
病床数(人口10万人対) (平成8年)	全国35位 131.6床 (全国平均151.9床)	厚生省 医療施設調査
一般病床利用数 (平成8年)	全国34位 80.7% (全国平均83.0%)	厚生省 病院報告
自宅での死亡 (平成10年)	5,513人 全国1位 24.1% (全国平均15.9%)	人口動態統計
死亡場所 (平成11年)	1位 病院(64.6%) 2位 自宅(27.2%) 3位 老人ホーム(3.6%)	長野県国民健康 保険連合会
独り暮らし老人 65歳以上人口対(平成7年)	31,360人 7.1% (全国平均12.6%)	長野県高齢者対策課
寝たきり老人 (平成11年)	20,950人 (65歳以上人口の4.7%)	長野県国民健康 保険連合会
離婚率 人口千対 (平成10年)	全国39位 1.54% (全国平均1.94%)	人口動態統計
有配偶者率 人口千対 (平成2年)	全国1位 52.4%	人口動態統計
持ち家住宅延面積 (平成10年)	全国7位 156.1㎡ (全国平均123.9㎡)	住宅統計調査報告
持ち家住宅畳数 (平成10年)	全国9位 49.33畳 (全国平均40.96畳)	住宅統計調査報告

診てほしい。治る病気であればできる限りのことをしてほしいが、死ぬのであれば畳の上で安らかに眠りたい¹⁸⁾。これは、病気に苦しむ患者からみたら当然の希望である。これに应运、開業医はもちろん大病院も訪問治療を行う態勢が整っている。中でも諏訪中央病院の地域医療は、在宅ケアの支援に力を入れており、日本全国から見学者が訪れている。患者は、本人も望まない延命治療を受けることなく、自宅で自然な死を迎えられるのである¹⁹⁾。

2-4 全国最低の老人医療費

厚生省の推計によると、国民医療費は、2025年に100兆円を突破する見通しであるという。平成8年度の28.6兆円が、今後25年で、3.5倍に膨らむのである²⁰⁾。しかも、その5割以上を老人医療費が占めるといわれている。この危機的な状況に対し、老人医療のあり方が問われているのであるが、前述のように、長野県の老人医療費は、平成2年度以降、全国で最も低い水準を維持している。長野県の医療費の低い理由は、これまで述べて

表3 長野県の老人医療費の概況

老人医療費／人 (平成9年度)	全国47位 592,371円 (全国平均789,853円)	老人医療事業年報
国保医療費／人 (平成9年度)	地域差指数 (全国平均を1.00とした指数) 全国46位 0.827	国保医療費マップ
国民医療費／人 (平成8年度)	全国40位 202,000円 (全国平均226,6000円)	厚生省 国民医療費推計

表4 生きがいづくりの統計資料

就 業 率 (平成7年)	全国1位 66.3% (全国平均60.8%)	国勢調査
高齢者就業率 (平成7年)	全国1位 36.2% (全国平均25.4%)	国勢調査
女性就業率 (平成7年度)	全国3位 54.0% (全国平均47.3%)	国勢調査
公民館数 10万人対 (平成8年)	全国1位 89.0館 (全国平均14.16館)	社会教育調査
博物館数 10万人対 (平成8年)	全国1位 2.9館 (全国平均0.78館)	社会教育調査
図書館数 10万人対 (平成8年)	全国4位 3.7館 (全国平均1.90館)	社会教育調査
高齢者講座受講者数 千人対 (平成7年)	全国10位 33.1人 (全国平均16.6人)	社会教育調査
公共スポーツ施設数 100万人対 (平成8年)	全国2位 1,429.1施設 (全国平均520.6施設)	文部省

きたように、医療側、患者側双方にその理由が見出される。医療機関に空きベッドがあるにもかかわらず、医師は患者の要求に応じて在宅ケアに取り組む態度が認められ、地域においても「かかりつけ医」など、医師と患者の関係が古くからの伝統として受け継がれている。

や食生活改善推進員などの地区組織が、自立性を持って保健婦活動を積極的に支えている。少しぐらいの病気なら医師にかからず病気と上手につき合いながら過ごせるというのも、仕事や生きがいを持っているからといわれている。

3. 長野県の保健活動

2-5 就業率と生きがい

持ち家や高齢者の就業率が高いことと関連して、長野県では年をとっても何らかの仕事を持って生活している人が多い。公民館活動などの社会教育活動も活発で、こうした基盤に乗って保健指導員

3-1 国民健康保険中央会の調査から

高齢社会を目前にした平成の初期、厚生省は21世紀の社会保障をどうするかという大きなテーマに取り組まざる得なくなった。今後も安定した社会保障を持続していくためには、国民の負担増が

避けられないが、安易に負担を増やすということでは国民の納得が得られない。厚生省は、その施策を検討する中で長野県に着目した。70歳以上の老人の1人当たり医療費は、平均73万円で、これは69歳以下の約5倍である。まずこの老人医療費を抑制できれば、国の財政は少しは明るくなる。老人医療費は、最も高い北海道と最も低い長野県では、約2倍の開きがあり、この格差の原因を分析することによって、老人医療費を削減する方法を見つけることができるのではないかと考えた。そこで、平成8年、国民健康保険中央会に委嘱して「市町村における医療費の背景要因に関する研究会」を組織し、約1年間にわたる調査をおこなった。その結果は、平成9年に『市町村における医療費の背景要因に関する報告書²¹⁾』として発表されたが、報告の要旨は次のようなものであった。

① 老人医療費と、最も相関が高いのは「1人あたり入院費」である。したがって、入院のための診療費を抑制することができれば、老人医療費は抑制できる。

② 病院数・病床数・医師数と医療費は、全国的には正の相関がある。しかし長野県は相関係数以上に医療費が抑制されている。これは提供されている医療の内容に特性があるのではないか。

③ 入院日数と医療費は、全国的には正の相関がある。長野県の平均入院日数は全国最低であるので、医療費が最低である。

④ 自宅での死亡者が多くなれば医療費は減少する。長野県は自宅での死亡割合が全国最高であるので、医療費が最低である。

⑤ 健康診査の受診率が低いほど医療費は多くなる。長野県の受診率は全国では中位以下であるが、相関係数以上に医療費が抑制されている。これは長野県の健診の内容と事後の生活指導に特性があるのではないか。

⑥ 単独所帯が多くなれば医療費は多くなる。長野県は単独所帯の割合も低い、相関係数以上に

医療費が抑制されている。

⑦ 持ち家比率が低いほど医療費は多くなる。長野県は持ち家比率は高いが、相関係数以上に医療費が抑制されている。これは生活内容に特性があるのではないか。

⑧ 高齢者の就業者率が低いほど医療費は多くなる。長野県は、高齢者の就業者率が最高であるので、医療費は最低である。

この調査は、長野県の医療の特徴を定量的に分析をした詳細なものである。それに加えて、住民意識など数値に現れにくい部分まで踏み込んだ分析をするために県内12市町村でヒアリングを実施している。数字から説明つくことは理解しやすいが、それを出た部分にこそ長野の特徴が隠されているのである。すなわち、上記の8項中、②、⑤、⑥、⑦は、内容に特性があると推定しながら、それ以上の言及は難しかったのである。

3-2 食生活改善推進員

長野県の健康づくりを支えているのは、女性を中心とした住民によるボランティア活動であることは県も公認している。その中で「食生活改善推進員」、通称「食改さん²²⁾」の活躍は見落とすことができない。食生活改善推進員は、全国で22万人の会員がいるが、長野県では、平成12年107市町村（総数120）で6419人が活動している。活動の目的は、「食生活改善による生涯にわたる健康づくりの定着」で、①食生活指針の普及 ②食生活講習会の開催 ③食文化の伝承 ④食糧資源の有効利用など、生活環境改善のための活動である²³⁾。

この組織は、保健所や市町村の栄養講座や健康教室を受講した家庭の主婦たちが、昭和42年、終了者団体を結成したことが始まりで、昭和45年には、会員数1518人となり、全国協議会に加盟している。会員は、保健所栄養士の指導のもとに、高血圧予防、虫歯予防、減塩料理、骨粗鬆予防など

の料理の普及や親子教室、シルバークッキング教室などを開催している。

また長野県食生活改善推進協議会は、長い功績を認められて、平成2年、第42回「保健文化賞」を受賞した。

3-3 公民館活動

長野県の公民館数は1959館、人口10万人あたり89.0で全国一であることはすでに述べた。しかも第2位の山形県が702館、人口10万人あたりの全国平均が14.16であるので、いかに突出しているかが分かる。この全国一の公民館を拠点にした活発な住民活動も長野県の大きな特徴の一つである。公民館活動は直接健康づくりに関わるものだけではないが、日頃からグループ活動をしてきた経験が、住民の問題意識を育て、行動力を高めたことは間違いない。

長野県の公民館活動では、松川町公民館主事松下拓の26年間にわたる活動が高く評価される。特に「学習」の重要性を強調し「何を学習するかは学習者が決め、学習を求めようとする意識に働きかけることが専門家の役割である」という点や「課題は、医師や保健婦などの専門家から与えられるものではなく、学習する者にとって自覚された時に、始めて課題となる。」と、問題を自分の中で意識化していく過程を重要視している²⁴⁾。これは筆者の視点と同じものである。

4. 住民の手による健康づくり・保健指導員制度

4-1 保健指導員制度

「長野県には、保健指導員という独特な制度があり、平成11年現在、14,276人が活動している。家庭の主婦を中心に、多くの女性が保健活動の現場に携わることは、健康知識を持つ人の裾野を広げ、その意義は極めて大きい、住民参加の典型といえよう²⁵⁾。」水野肇は、編著『PPKのすすめ』で、保健指導員をこのように紹介している。

保健指導員制度は、昭和24年、厚生省が「国保保健施設拡充強化に関する通知²⁶⁾」で、保健指導のための住民組織の設置を全国に呼びかけたことに端を発している。しかし長野県においては、その前にすでに類似の組織が生まれている村があり、これが母体となって順次、全県に広がっていった。他県にも、市町村単独では同様の制度を有している所もあるが、全県規模は長野県だけで、長野県120市町村すべてに組織が作られている。

保健指導員は、地域によっては、健康推進員（大町市、南牧村、飯島町など15）、保健委員（岡谷市、伊那市など4）、保健推進員（飯田市、小諸市、小海町など4）その他、保健協力員、衛生委員などの名称で呼ばれているが、公称としては、保健指導員と呼ばれている。全県規模でこのような制度を組織しているのは長野県だけであり、この点も全国から注目されているところである。

結核・伝染病時代から成人病時代へと疾病構造

表5 保健指導員および保健婦数

保健指導員数 10万人対（平成11年）	670.7人	全国的に類例がない	長野県保健指導員等 連絡協議会
男女別保健指導員数 と平均年齢 （平成11年）	男性 219人 女性 14,057人 平均年齢 53.6才		長野県国民健康 保険連合会
保健婦数 10万人対（平成10年）	全国4位 46.0人（全国平均27.3人）		衛生行政業務報告

が変化する中で、個人の生活習慣を見直すことが何よりも重要になってきた。長野県は、生活習慣改善運動の徹底によって、全国から注目される健康県となったのであるが、これが住民自ら達成した成果であるという点が、他県にみられない長野県の偉業なのである。そして、このことに貢献したのが「保健補導員制度」である²⁷⁾。保健補導員活動を基盤とした健康づくりによって、昭和44年に須坂市が、昭和51年に佐久市が、それぞれ「保健文化賞」を受賞している。

4-2 保健補導員とその活動

長野県国民健康保険団体連合会によれば、保健補導員とは、「わたし達の住んでいる地域には、妊婦から子供、お年寄りまで、保健や病気、環境に関する問題が沢山あります。これをみんなの力で解決したり、健康を増進させていくために、勉強、実践して、健康で豊かな町づくりを目的として活動する婦人をいいます。」と説明している。

また、保健補導員の『活動のしおり』には、「地区住民の自主的組織として、自らの手で健康を守るために自発的に問題に取り組み、解決を図ろうとすることが目的で、行政機関のお手伝いではなく、自主的な組織活動を通じて自らの意識を高め、さらにそれを地域に広め、地域ぐるみの健康な社会を築き上げて行こうというものです。」と書かれている。さらに、長野県保健補導員等連絡協議会によれば「現在、市町村には保健活動の担当者として、保健婦が働いています。しかし、現在のように多発する成人病、公害病、難病、医原病などの保健予防対策に対しては、限られた保健婦では十分な活動ができにくいいため、予防活動（特に成人病予防）の効果を充分にあげられないのが現状です。そこで自らの力で衣食住など生活習慣の改善を図り、健康を阻害する因子を少しでも減らそうと、住民の自主的地区組織が生まれたのです。行政機関の下部組織ではなく、あくまで

も住民の自主的な活動で、健康な個人と家庭が生まれ、それを地域に広げ、健康な社会を築きあげてゆこうとするものです²⁸⁾。」とそのねらいが述べられている。つまり、これらのどれをとっても分かるように、保健補導員活動は、問題の発見から解決までを自分達の手で行おうとするもので、問題を行政に解決してもらおうという依存的なものではない。活動のモットーが「自分たちの健康は自分たちで守りましょう」であるのは、このような意味が込められているのである。

4-3 保健補導員制度の歴史と発展

1) ワンデル勧告

昭和20年、太平洋戦争終了後、GHQ（日本占領アメリカ軍総司令部）の占領政策によって、日本の公衆衛生活動は飛躍的に前進した。GHQは、公衆衛生対策や保健所機能に対する覚書を発令し、様々な衛生政策を実行した。それと並んで大きな影響のあったのが、ワンデル博士を団長とするアメリカ社会保障制度調査団の「社会保障制度への勧告」²⁹⁾である。これは、公衆衛生活動は、国、自治体、保健所、国民健康保険事業の一貫した体制で運営することが望ましいという勧告であったが、厚生省は、これを受けて昭和24年に二局長通知³⁰⁾を出した。その中に、地域で「保健補導員」を委嘱し組織的活動を促すこととあり、これが「保健補導員」の名称が公式文書に登場した始めである。しかし、これには具体的な援助がなかったため、全国的にその設置は進まなかった。長野県では、須坂市に合併する前的高甫村で、すでに昭和20年に同様の住民組織が結成されており、昭和23年に野沢温泉村、八坂村、28年に高山村、日野村、29年に飯山市、穂高町、豊洲村というように漸次組織が増えていった。

以後も県内各市町村で次々に組織が増え、昭和30年代末には31市町村、昭和48年には57市町村、6100人、昭和53年には90市町村、9,484人、昭和

59年には111市町村、12,913人と県下全市町村の90%以上に保健補導員制度の設置をみるに至った。昭和59年の未設置町村は11町村あったが、ここにもそれ以降組織が生まれ、平成5年には、最後まで遅れていた信濃町にも「いきいき人生推進員」の名称で組織ができ、これで県下120市町村すべてに組織が完成したのである³¹⁾。

2) 吉澤国雄・浅間総合病院長

長野県が全県規模で保健補導員制度が整備できた陰に、大きな功績のあったのは、吉澤国雄・佐久市浅間総合病院長であった。国保直診医師会長、長野県医師会理事、長野県地域医療推進協議会副会長、その他多くの要職を兼ねながら、早くから保健婦や住民組織と共に、脳卒中予防運動に取り組んできた。長野県が健康長寿県となった、いわば基礎を作ったといわれている。

それまでの医療は、個人治療、個体医療であった。しかし患者は増える一方で一向に減らない。予防という考えがまだなかったのである。「予防には、保健という概念を普及させなければならない。対象を健康な住民まで広げ、発病予防と健康増進をすることが大切である。」これが吉澤氏の考えであった。これは今でこそ当たり前のことであるが、昭和33年当時は、非常に斬新な考え方であった。血圧測定一つをとっても、当時は医師のみができる医療行為であり、保健婦による測定が問題化した時、保健婦を支持し、これを解決したのも吉澤氏であった。以後、保健婦が自由に測定できるようになり、これによって予防活動が飛躍的に効果を上げたのである。後年、電子血圧計が出まわると、補導員も測定するようになるが、血圧が一般人でも測れるようになったことの予防効果は測り知れない。

3) 連絡協議会の設立と研究大会

市町村毎に活動してきた保健補導員会が、全県一つに統合されたのは昭和60年である。「保健補導員会等連絡協議会」が設立されたのである。そ

の目的は、「市町村保健補導員の有機的連携を図り、資質向上に必要な研修を実施して保健予防活動の進展に寄与するものとする。」というもので、事業内容は、①保健補導員等の質向上に必要な研修及び組織の強化 ②地域保健活動の推進並びに広報活動 ③老人保健事業促進のための調査研究 ④関係機関との連携並びに情報交換、資料の作成配布 ⑤その他、である³²⁾。

①の研修に関しては、それ以前の昭和48年から年に一度、全県レベルの研究大会を開催して、講演、活動報告、事例報告、研究発表、寸劇などを行って自己研鑽を行ってきた。連絡協議会が成立すると全県下統一した活動に取り組むことになり、それが「一部屋温室づくり運動」や簡易血圧計による住民自らの「血圧測定の普及」や「減塩運動」となって成果を上げていった。研究大会は、昭和52年の第5回大会からは、東北信会場と中南信会場の2会場に分かれて開催され、毎回1会場あたり1500人から2000人の参加者があって盛会である。

4-4 保健補導員の役割と条件

補導員は、自分の住む市町村の補導員会に所属しているので、県として統一の基準はない。前述のように、組織自体の名称も様々であることに象徴されるように、組織員の条件も一定ではない。しかし、活動を初期から育成してきた「国保団体連合会」は、多くの組織に共通する項目をまとめて、県の補導員として一応の納得のいく条件を整理している。国保団体連合会保健婦・関清子氏のまとめによれば、その役割と条件は以下のようなものである³³⁾。

1) 保健補導員の役割

- ①市町村が行っている保健・福祉・医療などを勉強し、これらの事業が地域全体に細やかに行きわたらせるための、良き協力者であること。
- ②研修会や健康づくり事業に積極的に参加し、

健康づくりはまず自分から、家族、そして地域へと広がっていくこと。

③担当地区で起こった健康問題は速やかに保健婦に連絡し、住民と行政のパイプ役となること。

④秘密を守り、明るい笑顔で「こんにちは」と一声かけ、人の話を聞く専門家であること。

⑤保健婦業務の良き理解者、協力者であり、仲間よく仕事はするが、助手ではないこと。

2) 好ましい適格条件

①家庭婦人であること。(勤労婦人でもよいが、月1回会議などに出席できる人)

②年齢はなるべく30歳から50歳くらいで活動力

のある人。

③秘密を守り地域の人々から信頼されている人。

4-5 保健補導員活動の成果

1) 地域の健康増進に果たした成果(表6)

まず、活動の本来の目的である地域の健康向上に果たした成果では、健診・検診業務に関するものが最も多く、受診勧奨、検診表の配布回収、会場での協力などほとんどの市町村で行っている。健康づくり大会、健康教室も同様で、反対に、初期には多かったが、次第に少なくなってきた活動は母子保健に関する分野ということが分かる。

表6 長野県保健補導員の活動内容と実績

(平成10年)

	活 動 項 目	市町村数
健 検 診	健(検)診, 受診勧奨, 取りまとめ, 検診票, 器具配布	118
	健(検)診会場での協力	77
	健(検)診後の事後指導協力	18
健 康 教 育 談	健康教室 企画・PR・参加	80
	健康相談 //	78
	講演・学習会 //	17
	その他	31
母 子 保 健 活 動	乳幼児健診, 離乳食指導の協力	32
	育児支援, 母乳推進, 家庭訪問	21
	受診勧奨	21
	受胎調節器具, 潤滑剤などあっせん	66
	保健婦への情報提供	13
	声かけ運動, その他	24
	健康づくり大会, 福祉大会, 文化祭, 運動会	104
	献血推進活動	47
	在宅寝たきり, ひとり暮らし老人訪問	45
	ボランティア活動	39
	調査活動	40
	健康劇, 寸劇の上演(健康・環境・食生活など)	29
	研修会参加	120
	視察研修	63
	その他	55

2) 女性の活動の場の提供

長野県の保健補導員活動が、これまで発展してこられたのは、女性の力の積み重ねによるものである。始めてこの組織が発足した当時は、世の中は男尊女卑の時代であった。その中で女性が自ら考え、学び、行動し、発言して積み重ねてきた経験と実績は、しっかりと根付き、今日では市町村の女性を代表する組織として地域、町づくりの重責を担っている。

女性を代表する組織といえば、前述したように、補導員の適格条件は、まず、家庭婦人であることが第一であった。これは県の定めた規約ではないが、長い間、これがそのまま各地の選出の基準として用いられてきたのである。しかし、まったく男性がいけないわけではない。平成11年現在、県下9市町村に男性補導員がおり、全補導員14,294人の内、219人、率にして1.5%が男性である。家族の健康を守るのはお母さんという伝統的、典型的な家庭をモデルに考えられたこの条件は、昭和30年頃は疑問なく受け入れられたのであるが、近年は少数であるが男性も選出されるようになってきた。確かに健康づくりは、女性だけがその任を負わされるべきものではない。自分の健康は自分で守るのであれば、それは女性も男性も同じである。しかし、そうやって割り切れないのは、女性の特性を生かす道に限られていた時代、補導員活動は女性の特性を最大限活かした活動だったということである。これによって、女性は自らを社会トレーニングしたのである。この功績は大きい。

5. ま と め

冒頭に述べたように、長野県は日本全国都道府県の中にあって、高齢期の医療に関しては極めて特異な事情をもった県として知られている。長野県は有数の長寿県であり、高齢化比率も全国に10年先行している。通常、住民に高齢者の割合が多くなれば、医療費が増えるのが当然であるが、長

野県にはこの図式が当てはまらないのである。高齢社会を目前にして、厚生省や全国都道府県が注目する理由が長野県にはあるのである。

しかも、30年ほど前までの長野県は日本有数の脳卒中多発県であった。3人に1人が脳卒中で死亡し、しかも40代、50代で亡くなる人も多かった。このような現状を前にして、保健婦が立ち上がり、県下を巡回して血圧測定を行い、脳卒中の引き金となる高血圧者が多いことを知ると、県民の生活の実態調査を行った。そして食生活がタンパク質不足であること、塩分の摂取が多いこと、冬場の暖房がコタツのみで居室が著しく低温であることなどが明らかになると、栄養の充足、減塩、暖房設備など地域の生活改善へと向かっていった。この時に保健婦を助け、住民と行政の橋渡しとして積極的に協力したのが「保健補導員組織」であった。「保健補導員」は、ほとんどが家庭の主婦であったので、家族の健康の問題には関心が高い。全県規模で、栄養改善運動、減塩運動、一部屋温室づくりなどに取り組んだ時も、自分の住んでいる地区で熱心に活動に取り組んだのは、これらの「保健補導員」を始めとする地域の主婦であった。

この「保健補導員制度」は、長野県独特の制度で、このような健康のボランティア組織を全県規模で設置しているのは、全国でも長野県だけである。家庭の主婦を中心に、学習活動と実践活動を行い、健康づくりをまず家庭から、そしてそれを地域に広め、最終的には社会全体を健康にするというのが活動の目標である。そして、この制度がよく機能していることも長野県が全国から注目されている点の一つである。毎年、長野県では、14000人を越える「保健補導員」が地域の健康づくりに活動しており、この人数は長野全域にわたって50～60軒に1人配置されている計算になる。こうした14000人の大活動が健康県達成に貢献しなかった筈はない。

長野県の120の市町村は、それぞれの地域に合

った120の「保健補導員組織」があるのであり、ここからは、効果的な健康づくりは県単位でも大き過ぎることが学ばれる。日本の健康づくりも全国を一つの単位とみて上意下達で行うのではなく、地域の文化を共有する小単位での活動を基盤にして積み上げることの重要性が示唆されるようである。

参考文献

- 1) 総務庁統計局『社会生活統計指標2000都道府県の指標』日本統計局, p.134, 2000年
- 2) 厚生省老人保健福祉局『21世紀に向けた老人保健事業の概要』社会保険出版社, p.193, 2000年
- 3) 長野県衛生部編『長野県衛生年報』1949～1997
- 4) 長野県須坂保健所編『事業概況書』1950～1996
- 5) 長野県衛生部編『長野県衛生年報』1948
- 6) 厚生省『厚生白書』ぎょうせい, 1995年
- 7) 長野県衛生部医務課『長野県簡易生命表』2000
- 8) 前掲2 p.9
- 9) 厚生統計協会『厚生指標・国民の福祉の動向』1999年第46巻, 第12号, p.22-23。
- 10) 長野県企画局情報政策課『長野県の年齢別推計人口』, p.2, 2000年
- 11) 厚生省「医療施設調査」『衛生行政業務報告』p.50, 1999年
- 12) 厚生省大臣官房統計情報部編『厚生統計要覧』厚生統計協会, p.115, 1998年
- 13) 田中一哉『何故長野県の老人費が全国一少ないのか』国民健康保険中央会, p.19, 1998年
- 14) 丸山一昭他『不思議の国の信州人』ワニの本 p.96, 1994年
- 15) 国民健康保険中央会団体連合会『市町村における医療費の背景要因に関する報告書』p.3, 1997年
- 16) 国民健康保険中央会調査報告書「在宅ケアが充実」『信濃毎日新聞』, 1997. 5. 7
- 17) 前掲15 p.2。
- 18) 前掲15
- 19) 水野 肇「健康長寿と医療政策」『公衆衛生情報』11月号, p.6, 1998年
- 20) エイジング総合研究センター編『高齢社会基礎資料年鑑98・99年版』, 中央法規, p.192, 1998年
- 21) 前掲15
- 22) 水野肇他『PPK のすすめ』紀伊国屋書店, p.6, 1998
- 23) 長野県食生活改善推進協議会『総会資料』2000
- 24) 松下 祐『健康問題と住民組織の活動』頤草書房 p.94-96, 1981年
- 25) 前掲22, p.36
- 26) 沢口進『今後の保健補導員活動のあり方』長野県保健補導員会等連絡協議会, 1978年
- 27) 吉澤国雄『保健補導員活動の実態とその成果』国民健康保険中央会, p.20, 1977年
- 28) 長野県保健補導員会等連絡協議会『長野県保健補導員等研究大会号』1973～1999
- 29) 長野県国保地域医療推進協議会編「長野県における国保地域医療実践の歴史と展開」『信濃の地域医療・10周年記念誌』p.12, 1972年
- 30) 国民健康保険中央会団体連合会『信濃の国の国保四十年史』p.165, 1978年
- 31) 前掲29, p.30。
- 32) 長野県保健補導員会等連絡協議会『第13回・長野県保健補導員等研究大会』1985年
- 33) 関清子『地域の健康を目指して・長野県保健補導員等の活動』国民保険中央会, p.20, 1999