

## 健康な地域づくり（ヘルス・プロモーション）の 活動効果と活動方法論

1. 健康な地域づくりと研究目的
2. 調査方法
3. 健康な地域づくり活動の組織、理念と理論、活動経過とその特性
4. 調査結果
5. 考 察

星 旦 二\*  
福 本 久美子\*\*  
藤 原 佳 典\*\*\*

### 要 約

WHOは、1986年に人々が健康になれる政策を幅広く捉え、公共政策としての優先性を高め、同時に位置づけを高めていくヘルス・プロモーションの必要性を示した。研究目的は、健康な地域づくり（ヘルス・プロモーション）活動の効果を量的にみた効果と質的にみた効果にわけて追跡評価し、同時に活動を推進させるための実践方法を明確にし、再現性の条件を探ることである。

調査対象は、熊本県阿蘇郡蘇陽町である。分析方法として、活動経過は社会科学的な方法を用いて記述し、量的にみた活動効果は疫学的に分析し、質的にみた活動効果は、社会科学的に分析した。

4年間の健康な地域づくり活動効果を健康度でみると、全死亡数のなかで、65歳以下で死亡する割合が、4年前の22.1%から18.2%にまで低下した。寝たきり者の健康志向意欲や希望では、楽しみがないとした人が、4年前の52.0%から32.9%にまで低下した。介護をかわってくれる人の割合は、4年前の20.0%から95.0%に増加した。これらのことが実践されるために必要となる施設の基盤整備として、特別養護老人ホームと介護支援センターそれに訪問看護ステーションがそれぞれ1施設整備された。一方マンパワーでは、ホームヘルパーが5人に、保健婦は1名増員され2名になった。

最も重要な質的にみた活動効果は、見学をしていただいた方々に対して、健康推進委員である健康村長（むらちょう）が、自分達のこれまでの活動の取り組みを自信を持っていきいきと説明している姿そのものである。ちなみに町外から視察に訪れた団体は、現在までに900団体以上にのぼった。

健康なまちづくり活動を推進させるための最も大切な要因は、町の健康計画策定プロセ

\*東京都立大学都市研究所

\*\*熊本県保健衛生部

\*\*\*京都大学医学部大学院医学研究科（博士課程）

スにおいて、住民がアイデアを提供していく存在として位置づけられたことであった。また、活動計画の対象分野は、従来の保健医療福祉に限定せず、清流確保を含めた自然環境を整備することや、無農薬野菜づくりをすすめる農業振興策、子供の歯科保健を中心とした学校健康教育を推進させることが活動方針に組み込まれていったこと、さらには車椅子でも宿泊できるキャンプ場建設などの余暇開発も視野に入っていたことである。これらのことが、WHOが提起するヘルスプロモーションの指針に合致していた。

活動の特性ないし推進要件としては、活動を推進するリーダーが首長や医師主導型ではなく、住民が主体となり、そこに生活する住民の健康レベルアップが最も重視され、活動目標の設定や達成方法の選定や実践活動では、住民と職員が中核になって、各団体各機関の協力を得て組織的にすすめられたこと、さらに活動効果を数量的、質的に評価して関連情報を公開していったことがあげられた。今後の課題として、他の地域での比較研究を進めて再現性を確認することや、保健所や研究機関が健康事業を評価しシステムを改善させる支援活動を続ける必要性が考察された。

## 1. 健康な地域づくりと研究目的

### 1. 1 WHOの提唱する

#### ヘルス・プロモーションの特性

疾病を予防するためには、安全な水の供給など環境衛生の体制を整備したり、効果的な保健医療福祉のサービスが提供される公衆衛生活動が重要である。一方健康をより一層保持増進させていくためには、これまでの公衆衛生行政に加えて、選択肢を広げたサービス体制を整えることやバリアフリーの都市計画、父親が子供と遊べる時間を確保するための労働政策、けがをしにくい住居政策、子供たちの喫煙を防止するためのたばこ自動販売機の撤去などの環境整備、さらには地球環境レベルで健康施策を検討する総合的で体系的な健康政策も重要である。

ここで用いる「健康な地域づくり」とは、WHOが提唱しているヘルス・プロモーション<sup>1)</sup>そのものである。1991年にWHOのヘルス・プロモーション世界会議によって示された、サンドバー健康憲章<sup>2)</sup>では、健康政策の位置づけと内容を次のように示している。「環境と健康の両面が中核的で最も優先性の高いものとして位置づけられ、日々の政策課題の中で、最も大きな関心が示され

るべき」と、また政策内容は「教育、輸送、住居、都市開発、工業生産、農業の部門等を健康に関連づけて優先にしていくことになる」と示されている。このように人々が健康になれる政策を幅広く捉え、その優先性を高め、同時に位置づけを高めしていく時代が到来しているものと考えられる。

これまでに保健医療福祉活動で活用されてきた方法論である公衆衛生学とヘルス・プロモーションとの特性を比較すると、ヘルス・プロモーションでは、活動対象を全ての分野つまり住居やバリアフリー都市計画、学校教育、地球環境なども視野においたことと、健康政策の課題を最優先と位置づけたこと、活動のすすめ方として、住民参画や女性が政策決定に参画することの意義を示したことがあげられる(表1)。

表1 公衆衛生とヘルス・プロモーションの特性

|     | 公衆衛生学                  | ヘルス・プロモーション   |
|-----|------------------------|---|
| ・対象 | 全ての住民                  | 全ての住民   |
| ・方法 | 個人衛生<br>環境衛生<br>住民組織活動 | ・全ての政策<br>個人衛生<br>環境衛生(強調されている)<br>住民組織活動                   |
| ・特性 | 長い歴史をもつ<br>活用された方法論    | ・他分野との協同作業<br>・新しい方法論<br>・健康政策最優先性<br>・住民参画<br>・女性の政策決定への参画 |

## 1. 2 研究目的

健康な地域づくり、つまりWHOが提唱しているヘルス・プロモーションは、住民の健康水準を高めるために、健康政策の活動分野を保健衛生福祉分野にとどめず、保健衛生福祉分野以外の他課や関係機関と連携し、特に環境を整備することを重視し、その活動を企画したり推進させる体制づくりを住民主体で、組織的に対処することであった。

我が国でもいくつかの都道府県や市町村で、政策提案プロセスにおいて「住民参画」を重視したり、「すべての政策を健康の視点から見直そうとする」ヘルス・プロモーションの理念に基づく健康づくり活動がすすめられてきた。しかしながら、ヘルス・プロモーション理論に基づいて実践された活動効果を経年的に追跡調査した研究は、報告されていないようである。また、ヘルス・プロモーション活動を実際に推進させる条件について分析したのは、著者らが報告<sup>3-5)</sup>した以外はされていないようである。

ここでの研究目的は、健康な地域づくり活動(ヘルス・プロモーション)の実践活動効果を量的効果と質的效果にわけて四年後の効果を追跡評価し、同時に活動を推進させるための推進方を検討し、他の地域における健康な地域づくり活動を効率的に再現化、進展化させるための基礎資料を得ることである。

## 2. 調査方法

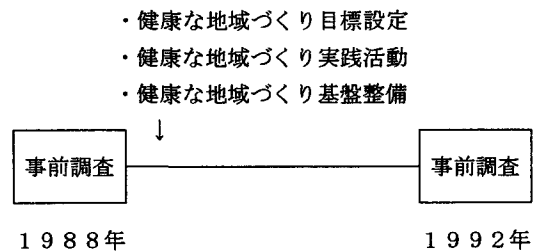
### 2. 1 健康な地域づくりの 実践調査対象フィールド

健康な地域づくり活動を実践し、調査対象フィールドとしたのは、熊本県阿蘇郡蘇陽町である。蘇陽町は、熊本県の東部、阿蘇郡の最東南部、宮崎県との県境に位置している。人口(1995年)は、約5千人で高齢化率は約25%である。財政力指数は、0.12で、主な産業は第一次産業(農林業)である。

## 2. 2 分析方法

健康な地域づくりの活動経過は、社会科学的な方法を用いて記述した。量的にみた活動効果は疫学的に分析し、質的にみた活動効果は、社会科学的に分析した。介入方法は、上記に示したWHOが提唱する新しい健康教育の方法論を用いた。健康な地域づくり活動の効果を評価する調査デザインは、事前と事後の実態調査を実施する方法を用いた。ただし、健康な地域づくり活動を実践していない対照群となる他の町の調査計画は予定したが、実際の調査は実施できなかった(表2)。

表2



### 2. 3 健康な地域づくりの評価指標の設定

活動が終了してから活動効果を評価することは、現実的にみて難しいことが多いために、健康な地域づくりの活動効果が明確に出来るように事前に評価計画を策定しておいた。健康な地域づくりの効果を数量的に評価するために、現状の健康状態、活動実績それに基盤整備状況の数量的に見た状況を事前調査として実施した。活動効果をみるために事後調査を実施し、事前に設定した目標が策定されたかどうかを、追跡調査によって検討した。

評価するための事前準備として、健康な地域づくりの最終目標、実施目標それに基盤整備目標を同様に指標型目標として設定した。また理念的な目標が設定されても数量的な評価は困難であるために、健康な地域づくりの基本的な理念的目標である「全ての住民が健康で活力に満ちた町づくり」は、数量型目標の指標に変換し、1992年の中間評価する指標と、2000年までに達成したい健康レベルを目標指標として示した。同時に目標の達成の

ためにどのような事業と活動が必要であり効果的であるかを検討し、事業実施計画を策定した。また、最終目標を達成するために最も重要な基盤整備計画を指標型として策定した。具体的には、各種施設の整備目標と各種マンパワー確保目標を年次別に数量的に明確にした(表3)。

表3 健康づくり活動の基盤整備状況と将来の達成目標値

|             | 1988年 | 1992年 | 2000年 |
|-------------|-------|-------|-------|
| マンパワー充実目標   |       |       |       |
| ・保健婦        | 1     | 2     | 5     |
| ・訪問看護婦      | 0     | 2     | 5     |
| ・ホームヘルパー    | 2     | 5     | 10    |
| ・ボランティア登録数  | 0     | 4     | 10    |
| 施設整備目標      |       |       |       |
| ・介護支援センター   | 0     | 1     | 1     |
| ・訪問看護ステーション | 0     | 1     | 1     |
| ・老人保健施設     | 0     | 0     | 1     |
| ・特別養護老人ホーム  | 0     | 1     | 1     |

1988年の値は実測値であり、1992年と2000年は将来目標値である。

最終目標の評価指標を明らかにするための事前調査となる質問項目は、身体的健康度、社会的健康度、社会的ネットワーク、個人の主観的な健康観、満足度に関する数量的尺度を用いた。次に、この目標を効果的に達成していく最終目標にとって手段となる、事業を実施する活動実績目標値を設定した。また、事業を推進させるために基盤となる、しくみや体制の整備目標として、各種マンパワーの整備目標量と、施設の整備目標数を具体的に設定し、事業の開始前と開始4年後の変化をアンケートや報告資料によって追跡調査分析した。

### 3. 健康な地域づくり活動の組織、理念と理論、活動経過とその特性

ここでは、健康な地域づくり活動をすすめていくための、1)組織づくり、2)理念と活動理論、3)活動経過それに4)実践活動の特性について示す。

#### 3.1 健康な地域づくり活動を推進する組織づくり

蘇陽町では、健康な地域づくり活動を推進するための組織を、複数設定してきた。複数の組織体制の中では、やや形式的な組織もあるものの、こ

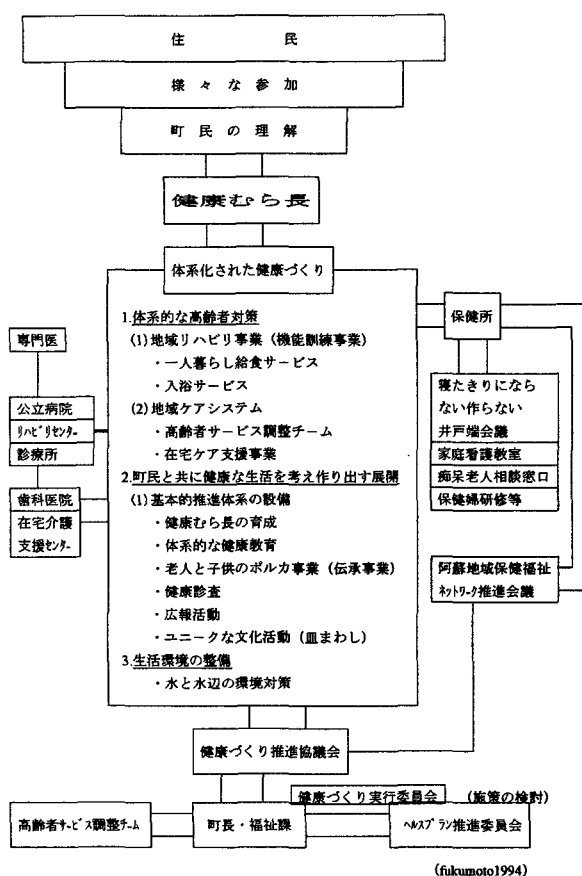


図1 健康な地域づくり活動の活動組織体系図<sup>9)</sup>

これらの組織の中では、健康づくり推進員と行政職員との会議が、実質的な企画立案を担う組織となり、最も重要な組織として位置づけられた。組織的にみて達成すべき目標として最も重視されたのは、住民の主体性や住民の健康レベルであったことが大きな特性である。

#### 3.2 健康な地域づくりの基本理念と活動理論

蘇陽町における具体的な健康づくり活動方法論の理論的基盤となったものは、阿蘇保健所がそれまでに蓄積してきた公衆衛生学的な活動方法論<sup>9)</sup>を基盤としている。事実、蘇陽町の健康づくり基本構想書である「そよ風とくらしと健康」の内容をみると、この報告書の中には、保健所がまとめた報告書と同一部分がいくつかみられ、そのまま引用されていることから裏付けられる。

健康な地域づくりの基本理念は、WHOが提起するヘルス・プロモーションが示すものでもある。この理念は、住民自治や社会正義や患者第一主義を重視することである。この理念は、地域での健康づくりだけでなく、学校や職場での健康づくりでも同様であり、校長や管理職が中心となるのではなく、住民や患者や児童生徒やPTAや労働者が中核となって、各専門家が支援することである<sup>6)</sup>。

このように、健康づくりの主役は住民や患者や児童生徒にあったり(Patient First)、住民の意志決定と選択が十分な情報提供を前提条件として本人にさせたり(Informed Choice)、本人の決定に対して専門家が価値を含めて判定しないこと(Non Judgement with Value)をめざすことが、健康な地域づくりの基本理念であった(表4)。

表4 健康づくりの理念と方法

| 従来の健康教育         | 新しい健康教育                    |
|-----------------|----------------------------|
| 理念・対象者は指導の対象    | ・対象者が中心で中核(Patient First)  |
| ・トップが決定権をもつ     | ・対象者が決定する(Informed Choice) |
|                 | ・基本的人権                     |
| 方法・他者依存型、専門家主導型 | ・人々の主体性、参画と役割              |
| ・人々の意識変革と行動変容   | ・保健従事者の態度変容                |
| ・一方向性           | ・相互方向、相互学習                 |
| ・専門家の指示が中心      | ・各専門家と人々との共同作業             |

WHOが提起する健康教育と健康な地域づくりのための活動理論をまとめると以下の通りである。1978年のWHOアルマ・アタ宣言では、健康教育がプライマリ・ヘルスケアにおける8つの重要な活動のうちの第1番目として位置づけられていた。その後5年間を経て、WHOは、新しい健康教育の考え方<sup>9)</sup>は、「健康教育活動の方法は、従来から活用されてきた他者依存型で、専門家を主導とした方法から脱皮しなくてはならない」とことと、具体的な健康教育方法としては、人々が自主的で主体的に参加することとその役割について次のように示した。「一般の人々は、保健活動に関して優先的には巻き込まれていなかった。人々は、健

康サービスの実施時に健康サービスを受けるという単なる受身的存在であった。この見方を決定的に変えたのが、プライマリ・ヘルスケアという新しく台頭した概念である。この概念により、明らかに、人々のみでなく保健従事者の間でも態度の変容が要求される。人々は、健康問題を解決する保健活動をするために、保健従事者と共に解決方法を探る上で十分協力しあうことと、問題を理解することが必要である。この新しい概念によれば、プライマリ・ヘルスケアの経過の中での健康教育の役割は、保健従事者と人々が、常に互いの役割を担い合いながら、教え合いかつ教えられることである」と。

保健の専門職としての具体的な役割は、住民に対して肥満であることによる健康面でのデメリットや、禁煙することによるメリットや健康関連の最新情報を提供したり、本人が希望するならば行動変容のための情報を提供することになる。具体的な健康教育では、専門家が判断する「最も望ましい姿」を強制することではなく、「住民自身が自分自身の体重をどのようにするか」、「禁煙するか節煙するかしないか」は、住民や患者自身が決めること、つまりInformed Choiceを重視することである。表4は、WHOの提言にそって、健康教育の理念と教育方法をまとめものである。

### 3.3 健康な地域づくり実践活動経過

年度別の実践活動経過は、既に報告<sup>10)</sup>されている。これらの活動の動機づけは、熊本県衛生部が予算化して企画した「健康づくり活動モデル指定」を阿蘇保健所と蘇陽町が受けたことである。活動方法論の基盤は、阿蘇保健所がそれまでに蓄積してきた公衆衛生学的な活動方法論<sup>9)</sup>が基盤である。活動の特性をみると、保健所各課が組織だって支援したこと、WHOの提起するヘルス・プロモーションの視点にたった健康教育方法<sup>8)</sup>のうち住民の主体的な活動つまり、住民が各種活動を企画することを重視し、選定された27人の健康推進委員「健康村長(むらちょうと呼ぶ)」自身が健康的に生活すること、つまり自分自身の健康管理方法を身につけてもらうことを重視したこと、またこれ

ら健康推進委員が町の健康づくり事業を企画立案し計画を策定していく過程において、グループワークメンバーとして主体的に参画したことである。

また町の福祉課職員が推進委員や保健所職員とともに作成した、望ましい健康づくりのイメージ図や事業計画、基盤整備計画を、町の他の課の協力を得て実践していった。ここで実践された活動内容は、河川の水質保全や車椅子でも宿泊できるレクリエーション施設を整備したり、河川の水質保全を含めた環境整備を視野におき、町独自の環境条例案を提起したり、高校生ボランティアによる配食サービスを企画したりして、各種関係機関と関係職種が組織的に対処した。また話し合いや会議は、形式的にしないで、参加者が参画して満足感が高まるように、民主的で楽しくすすめられた。

これらの背景には、先見性のある有働町長と共に、人格者でもある蘇陽病院浜田院長、それに無農薬の米づくりや有機栽培農業を推進している山口医院医師夫妻らが、総合的な視点から町職員や健康づくり推進委員を支援し、主要な役割を担ってこられたこともあげられる。

### 3. 4 健康な地域づくりの実践活動の特性

#### 1) 健康推進委員の位置づけは「行政の手足」ではなく「アイディア提起者」

一般的にみた健康推進委員のこれまでの役割は、健康診査が実施される場の会場整理や受診勧奨それに行政が実施するアンケートの配布回収などが主な役割であり、いわば「行政の手足」として位置づけられる傾向がみられた。

蘇陽町は、昭和63年に新しい健康推進員として27の全地区から27人を選出した。行政側ないし健康づくり協議会が事前に確認した事は、これら推進委員を「行政の手足」ではなく、むしろ「アイディア提起者」として位置づけることであった。具体的には、健康推進委員が町の職員や保健所職員それに病院職員らとともに自分達の住んでみたい「より健康的なまち」をイメージし、イメージされた「健康的なまち」を実現するための条件整備を検討し、それらが実現できるように計画作成過程を重要視したことである。このように住民自

身が健康的なまち実現のための条件を考える「アイディアマン」として位置づけられ、「行政の手足」のごとくには位置づけられなかったことは、住民の励みになったことはもちろんのこと、形式的に会議をこなすことに慣れてきた職員にとっても、自己啓発が図られる日常業務としての役割も果たした。

また、会議や研修会は、住民が自分の健康づくりのためになる楽しい会議に主体的に参画できるように配慮された。さらに健康づくりの推進員の任期満了にあたる二年後には、推進委員自らが「継続して推進委員をしたい」と自推する傾向が生まれるようにも配慮されていた。これらのことが、健康な地域づくりをすすめる上での住民の位置づけと役割を考える上で、最も大きな方法論上の特性である。

#### 2) 研究機関の役割<sup>1)</sup>

蘇陽町で、健康な地域づくり活動が開始された昭和63年8月に、筆者の星は、将来を展望しながら、町長に対して次のような感想を述べた。「難しい課題が多いでしょうが、新しい時代を先取りするためにも、従来みられた医療で完結される形態の健康づくりではなく、広義の健康づくりつまり、健康な地域づくりが、町の行政課題の最優先テーマとなりうる」ことと、「推進させていく活動プロセスとその条件を学ばせていただきたい」と述べた。

健康な地域づくりをすすめる当面の基盤整備条件としては、「町が投入する予算額は、施設設備費やマンパワー確保を入れると5年間通算で約10億円近い膨大な予算が必要となる」ことと、「予防活動を住民中心で推進すれば、国民健康保険の収支だけでも投資効果が十分に効率的である」こと、その効果として「何よりも住民がいきいきしてくるであろうし、北欧と同じ様に住民の健康づくりをスローガンとし推進させることによって、次期町長選挙での当選が確約される時代がきっとわが国でも到来するに違いない」ことを述べた。またそのための人事体制として「職員の中で最も優秀なそれこそ、将来には町長になれそうな人を、

担当課長に配置していただく必要があるだろう」とも述べた。

有働町長は、人事配置や予算確保の面、マンパワーの確保、施設充実などの面で広い視点での健康づくりが推進しやすいように体制を強化され、議会での協力を求めている。

活動効果がみえるようになってからは、町外から健康な地域づくり活動を視察するために訪れた団体は、1996年末までに900団体を越えている。

筆者らは、町外からの視察を受け入れるための3つの条件を提言した。現在もそれらが実際に実践されている。その3条件とは、見学を受け入れる時間帯を午後3時以後にし、夜の時間帯は蘇陽町の住民との接触も含めて宿泊してもらうこと、また町の特産物とりわけ高齢者がつくった無農薬の農産物を購入してもらうこと（別便で送付する）。それに町を支援している保健所も見学してもらうことである。

この条件を示している意図は、健康な地域づくり活動が推進されるためには、町の財政が潤うことが不可欠な条件であり、高齢者にとって、特産物として無農薬の農産物が売れて、現金収入がはいることも大切だからである。また宿泊客が増えることによって、宿屋のトイレが改築され、水洗化されることも健康な地域づくり活動のためには、不可欠な要素であるからでもある。なによりも、これらの条件こそ健康なまちづくりそのものであることを見学された方々に理解していただくためでもある。

大学や研究機関などの複数の第三者的側から、活動に対する客観的な批判点検がみられたことも、また町の職員が中核になり、日本公衆衛生学会総会において毎年学術発表を欠かさなかったことも、健康な地域づくりをすすめる条件の一つとして、重要であった。

#### 4. 調査結果

ここでは、健康な地域づくり実践活動の効果を、事前と事後調査結果に基づいて示す。

表5 健康づくり活動の数量的効果の経年的にみた効果と将来目標値

|                      | 1988年  | 1992年  | 2000年  |
|----------------------|--------|--------|--------|
| 1.主観的な健康指標           |        |        |        |
| ・自己申告で健康と思う人の割合      | 69.7%  | 68.5%  | 90.0%  |
| ・寝たきりの人で楽しみがある人の割合   | 48.0   | 67.1   | 90.0   |
| ・寝たきりの人で希望がある人の割合    | 20.0   | 37.2   | 90.0   |
| 2.客観的な健康指標           |        |        |        |
| ・65歳以下で死亡する人の割合      | 22.1   | 18.2   | 15.0   |
| ・喫煙していない人の割合         | 71.4   | 63.8   | 80.0   |
| ・適度な飲酒をする人の割合        | 23.6   | 23.8   | 40.0   |
| 3.社会ネットワークとアクセスの指標   |        |        |        |
| ・介護をかわってくれる人がいる人の割合  | 20.0   | 95.0   | 100.0  |
| ・介護サービスを簡単に受けられる人の割合 | 44.0   | 80.4   | 100.0  |
| 4.医療費と入院日数           |        |        |        |
| ・高齢者の入院医療費の伸び率       | 100.0% | 93.8%  | 100.0% |
| ・高齢者外来医療費の伸び率        | 100.0% | 136.5% | 130.0% |
| ・循環器疾患入院日数           |        |        |        |
| ・脳出血                 | 7.0日   | 5.5日   | -      |
| ・脳血管障害               | 12.3日  | 8.4日   | -      |
| ・その他の循環器疾患           | 10.6日  | 6.8日   | -      |

1988年と1992年の値は実測値であり、2000年は将来目標値である。

#### 4. 1 健康な地域づくりの実践活動の効果

##### 1) 健康な地域づくりの数量的活動効果（表5）

4年間の健康な地域づくり活動効果を健康度でみると、全死亡数のなかで、65歳以下で死亡する割合が、4年前の22.1%から18.2%にまで低下した。寝たきり者の意欲や希望では、楽しみがないとした人が、4年前の52.0%から32.9%にまで低下した。介護をかわってくれる人の割合は、4年前の20.0%から95.0%に増加した。

これらのことが実践されるために必要となる施設の基盤整備として、特別養護老人ホームと介護支援センターそれに訪問看護ステーションがそれぞれ1施設整備された。一方マンパワーでは、ホームヘルパーが5人に、保健婦は1名増員され2名になった（表3）。

活動効果を具体的な事例でみると、住民の希望にそって特別養護老人ホームが完成したものの、当初は入所希望者が見つからないほどに、在宅ケアの仕組みが整い、住民の相互支援活動が高まって、介護される人のQOLは確実に向上した（表5）。

一方、町民高齢者の医療費の経年的変化をみると、増加率が減少に移行し、それまで毎年一億円近い赤字を出していた収支決算は、黒字会計に転

化した。平成3年には、累積黒字額が一億円以上となり、国民健康保険税率を約12%低下させるまでに至った。以上が、健康な地域づくりの数量的にみた活動効果の概要<sup>10)</sup>である。

## 2) 健康な地域づくりの質的活動効果

活動効果を質的にみると、住民とりわけ健康村長（むらちょう）が、見学をしていただいた方々に対して自分達のこれまでの活動の取り組みを自信を持っていきいきと説明している姿こそが、最も重要な質的活動効果であると考えられた。

他の質的效果としては、地方自治法に基づく町の基本構想書の内容が、健康優先で策定されたことがあげられる（表6）。このように地方自治法に基づいた町の基本計画そのものを、ヘルス・プロモーションの視点で総合的な健康づくり計画に切り換わったのは、熊本県蘇陽町が我が国では初めてであろう。

表6 健康づくり対策前後の基本構想書の内容と策定特性の比較

|              | 1984年                     | 1992年                        |
|--------------|---------------------------|------------------------------|
| 重要課題         | 道路整備<br>産業の進行など           | 健康と福祉の<br>地域づくり              |
| 事業内容<br>特性   | 法的に示された<br>各課完結事業の<br>集合体 | 各課の事業に健康<br>づくりの視点が入<br>っている |
| 企画への<br>住民参加 | 参加なし                      | 住民の代表が参加                     |
| 企画への<br>職員参加 | 管理職の参画                    | 実務職員の参加<br>住民実行委員会           |
| 会議様式         | 確認する会議                    | 課題解決会議<br>各課合同企画会議           |

表7 保健福祉医療部門を担当する課の位置づけを高めた理由

1. 町の基本構想書が健康づくりを優先して策定された
2. 優秀な人材が福祉課に配置され且つ人員増となった
3. 他の課の若い職員が、福祉課について仕事がしたいと言ってくれている
4. 福祉課の職員が総務課に栄転していった
5. 福祉課の前課長が特別養護老人ホームの施設長に栄転した
6. 町外から健康な地域づくり活動を視察する団体が増えた
7. 健康関連機関や部門との連携が強化された

その他の健康な地域づくり活動効果では、町役場福祉課の位置づけが相対的に高まったことと、その活動を推進させるための条件が明らかになりつつあることである（表6、表7）。

町役場福祉課の位置づけが相対的に高まったことを具体例でみると、「他の課の若い職員が、福祉課にいて仕事がしたい」と希望する職員がいたこと、また福祉課に勤務した職員が、総務課の財政担当係長になって栄転し、保健福祉課の予算が確保しやすくなったこと、さらに福祉課内の職員（保健婦と事務職が1名ずつ）が増員されたこともあげられる。

福祉課の職員は、「町役場の全課、それに町の各組織をまきこんだ健康まつりを通して、健康に関連した行政の仕事が楽しいことだということを自覚した」ということが報告されている<sup>3)</sup>。

また町長は、「最も優秀な人材を福祉課に配置した」と述べていることから、福祉課の位置づけが高まっていったことを示唆している。

また、町外から健康な地域づくり活動を視察に訪れた団体は、これまでに900団体以上にのぼり、宿泊者が増えていったことから福祉課以外の課、とりわけ観光開発担当課や総務課からも注目されていった。保健福祉医療部門を担当する課の位置づけを高めた背景には、これまでの活動経過を冊子や報告書<sup>3, 10-12)</sup>としてまとめたり、各種の調査を繰り返したり、これらの内容を学術学会に継続的に報告してきた実績にも注目する必要がある。

以上のことから、保健福祉部門を担当する福祉課の位置づけが役場内で高くなったことがうかがえる（表7）。以上が、健康な地域づくりの質的にみた活動効果の概要である。

## 5. 考 察

ここでは、今後、他の市町村や他の地域ですすめられるであろう「ヘルス・プロモーション」がさらに進展されていくための条件や推進要件を普遍化することを視野に置き、そのための条件を個別に検討し、同時に今後の課題について考察したい。



## 5. 1 健康な地域づくりの実践活動方法論

健康なまちづくり活動を推進させるための最も大切な要因は、住民が町の行政計画策定プロセスにおいてアイデアを提供していく存在として位置づけられたことであろう。

健康なまちづくり活動計画の対象分野は、従来の保健医療福祉に限定せず、清流確保を含めた自然環境を整備することや、無農薬野菜の栽培をすすめる農業振興、子供の歯科を中心とした学校健康教育を推進させることが活動方針に組み込まれていったこと、さらには車椅子でも宿泊できるキャンプ場を建設する余暇開発も視野に入っていたことがあげられる。これらのことが、WHOが提起するヘルスプロモーションの指針に合致していた。

また、寝たきり患者の発生を予防するための活動計画が町の基本構想書に位置づけられ、施設整備やマンパワー確保が計画的に確実にすすめられてきたこと、住民が世代を越えて支え合うという社会的ネットワークを強化する組織的な活動がすすめられたことが、従来の保健活動の分野枠を広げている。ちなみに、初年度の基本指針の報告書のタイトルが、「そよ風とくらしと健康」となっていることから、住民の「くらし」つまり生活そのものが活動対象枠に入っていたことが実践活動の特性であり、健康づくりを保健医療福祉などの分野で完結しない方針を提起するヘルス・プロモーションそのものである。

我が国でも岩手県沢内村では、道路整備や、住居政策を含めた保健医療活動が推進されていった<sup>13)</sup>ことは、我が国でのヘルス・プロモーション実践活動の初めての試みといえるであろう。ただし、スーパーリーダーとして深沢村長とともに加藤院長が存在し、生活者としてのリーダーとして住民がみえにくいことが従来の健康づくりの特徴であろう。

しかしながら、蘇陽町の活動が、首長や医師主導型ですすめられるのではなく、住民の生活が中心に位置づけられ、その目標の設定や達成方法について、職員が中核になって各団体、各機関の協力を得てすすめられ、さらに活動効果を数量的、

質的に評価して関連情報を公開していったことが、活動の特性であり推進要件である。

これまでの活動プロセスに基づいてヘルス・プロモーションを推進させるための条件を考察すると、表8のようにまとめられる<sup>14)</sup>。

表8 健康な地域づくりの推進条件

- 1) 住民を主体ないし中心とする考え方が基本理念となった
- 2) 達成すべき目標として環境や文化を含む健康な地域づくりをイメージした
- 3) その実現のための計画を各職種各機関と共同で組織的につくってきた
- 4) 活動が始まる時点で、その後の効果をみていく評価計画を立案した
- 5) 活動効果を明確にする中間評価を実施して計画を再策定していった
- 6) スーパーリーダーをおかずに住民を含めた組織的な意志決定が最も重視された
- 7) 各職種、各機関それぞれの主体的で創造的な参画を促すことができる話し合いの場を設定していた
- 8) 住民、各職種、各機関の任務や役割がそれぞれに共有されながら遂行された
- 9) 具体的な活動効果を住民、各職種、各機関が確認しつつ喜びを分かち合うインフォーマルな宴会を通じての連携が深まっていった
- 10) 町外からの視察が増えたことで、町役場における福祉課の位置づけが高まった

### 1) 活動をすすめるための組織体制を住民中心にする

ここでは、健康な地域づくりをすすめるための個別条件について考察したい。先進諸国では、患者第一主義を基本理念として、患者のインフォームド・チョイス(情報提供された上での患者の選択)が仕組みとして整いつつある。この場合、患者家族にとって最も適切な意志決定が可能になるように、各専門職のもつ情報が、患者家族を中心として関係する関係職種で共有化されているようなくみづくりが大切である。

医療活動も、保健福祉活動も同様に住民中心であるためには、住民自治も住民中心主義である必要がある。決して国中心主義でもなく、厚生省中心主義でも県庁中心主義でも町長中心でもない。

勿論保健所中心主義でもなければ、保健所長や開業医師中心主義でもない。

このように、活動をすすめるための組織体制は、住民が中心になっていることが特に大切であろう。また職員は同時にその町の住民であることが多いので、「職員が自分達の町を健康的にして自分達が住みやすくする」ためのアイデアを住民とともに相互に提供しあうことが現実的であろう。なぜならば、職員が住民の健康のために業務を遂行することは、とりもなおさずそこに居住している自分達のためになるからである。但し、本来の住民参画や企画立案ないし政策提言は、間接的ではあっても「議会制民主主義」で実現されなければならないのであって、職員参画とか住民参画の手法は、議会制民主主義が成熟し、議員らが提案する議員条例案の議論が議会で日常的に討論されるまでの約数十年間の過渡的な便法であることを踏まえる必要があろう<sup>10)</sup>。それが難しければ、会議のなかに議員を含めることも過渡的な便法であろう。

蘇陽町では住民の生活を視野において、住民を中心とするヘルス・プロモーションが進展しつつある組織背景には、優れた人格者である病院院長の浜田先生や開業医の山口先生夫妻が存在したことと、それに保健所が、各課の職員を動員して町の活動を丁寧に支援し続けてきたことや熊本大学医学部の支援が続いたことがあった。

一般的にみて、医者や町長などのスーパーリーダーが存在し、住民を中心に位置づけないで、保健医療福祉完結型活動としての狭義の健康づくりとしてすすめられたとすれば、形式的な健康文化都市を宣言することや、たてまえの健康づくりが表面的に活性化することは可能であっても、住民の健康水準が実質的にレベルアップしたり、継続的な活動が推進していく真のヘルス・プロモーションが進展することは難しいであろう。

## 2) 最終目標、基盤整備を含めた体系的な

### 健康づくり活動の計画づくり

将来の町のあるべき姿を健康推進委員会を中心として、町の職員や病院の職員、保健所職員、県庁の職員それに研究者らがアイデアを提供しあっ

て作成されたのが、蘇陽町健康づくり基本構想書(そよ風とくらしと健康)である。つまり、最終目標、つまりめざすべきほんとうの目標が、住民を中心として関係職種、各機関でイメージされ、その達成方法が共有されていることが、ヘルス・プロモーションを進展させていく上で大切であろう。

また、最終目標と、達成するための手段、それに基盤としての施設整備、マンパワー確保が数量的に計画されることも大切であろう。また活動をすすめること自体や計画書を製本化すること自体が目的になっていたり、形式やタテマエが中心となったり、健康診査や訪問などの手段にすぎない活動自体が目標になったり、施設整備やマンパワー確保が「拡充強化」などと理念的で形式的になっているのは、ヘルス・プロモーションの推進は難しいであろう。

これまでの一般的な傾向として、最終目標が視野に入らないで、「受診率」「訪問件数」「参加人数」があたかも最終目標かのごとくになっている現象がみられた。この場合は、形式的にみた「健康な町づくり」は可能であっても、「住民のQOLを含めた健康水準が高まるという最終目標」がレベルアップすることは難しいし、具体的に評価されることも少ないであろう。

最終効果は、住民の健康度の向上である。高齢者のQOL、若死の防止、寝たきり率、その重症度の低下、医療費などを追跡調査したことが蘇陽町の活動効果の蓄積である。また、活動してきた最終効果を評価したり活動経過をまとめたり、その効果をより多くの関係者に「見せていく」学会活動や出版活動も、ヘルス・プロモーションが推進される前提条件であろう。全国からの視察地として選ばれるようになったことも、職員や推進員が全国各地の講演会や学会シンポジウムの講師として選定されるようになったのも、これらの学会活動や出版活動の蓄積が背景になつているものと考えられた(図2)。

| PLAN | DO | SEE | SHOW・PUBLISH |
|------|----|-----|--------------|
| 計画   | 実施 | 評価  | 提示・出版        |

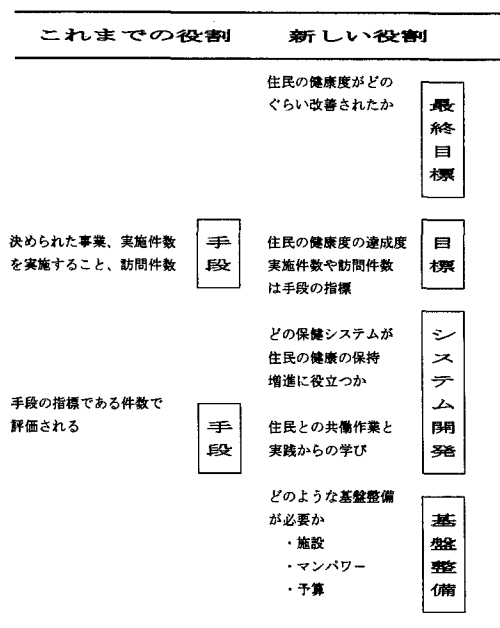
図2

### 3) 職員が楽しく仕事をしてそれが自己啓発に結びついている

一般的にみて、市町村の保健担当者がこれまでに担ってきた主要な役割は、健康診査や訪問活動などの実績を上げることであった。システム全体からみれば「手段」にすぎないことがあたかも「目標」かのごとくに位置づけられ、政策決定者からみた担当職員の位置づけは、まさに「手足」でした。このような状況では、住民の健康度を向上させるためには、どのような保健システムが効果的で効率的となるのかを探るといふ、専門職種が本来もっている役割が見えなくなることが多い。

県庁や厚生省から示される、手段にすぎない「手足」の仕事をあたかも目標かのごとくに位置づけて仕事をこなしていても、健康関連部局の位置づけは高まらない。

蘇陽町では、福祉課に所属しない他課の若い職員が、「福祉課にいったい仕事したい」と言っているばかりか、福祉課長は、「これまでは県庁ばかり見て仕事をしてきたが、住民を見て仕事をするのがこんなに充実していて楽しいことは知らなかった。忙しいけど」と述べている(図3)。



960410 HOSHI

図3 活動現場のこれまでの役割と新しい役割

このように健康政策の仕事に携わる事が、市町村行政の最も重要な課題として位置づけられるようになることが、ヘルス・プロモーションが推進される条件でもあろう。

住民重視の行政をすすめること自体が、住民から支持され、それが職員の自己啓発と、やりがい、つまり楽しさに結びつくことも、ヘルス・プロモーションが推進される条件として重要であろう。

### 4) 基盤整備が数量的に計画されている

健康水準を高めていくためには、計画された事業が実施される基盤を整備することが大切であり、とりわけマンパワーを確保することが不可欠である。

例えば、保健婦の確保では、「寝たきりの発生を5年後に10%減少させる」予防活動(寝かせきり予防活動ではない)のために保健婦を5年計画で3人増加させるという、基盤整備計画を具体的に策定し、町の基本計画の一部とし位置づけることが大切であろう。

上に示したヘルス・プロモーションを推進させるであろう諸条件は、全国各地での健康づくり活動において再現性を確かめたり、バージョンアップしたりすべきであろう。

また、ヘルス・プロモーションを推進させる条件分析研究としては福本がまとめた、機能的、構造的条件が報告されている。詳細には文献<sup>3)</sup>を参照されたい。

## 5. 2 健康な地域づくりにおける今後の課題

ここでは、蘇陽町の健康づくり活動で確認された、今後の課題をまとめた。

### 1) 健康づくりの対象分野の拡大

蘇陽町の、重点的な活動分野は、在宅の寝たきり者22名と、特別養護老人ホーム入所者約30名が中心であり、残る95%の高齢者約1,200人に対する対応は、必ずしも十分ではなかった。また、寝たきり者自身の主観的健康感は、かなり改善したものの、在宅の寝たきり22名を介護している女性高齢者は、頭痛、肩凝り、腰痛などの自覚症状が

増加してきた。

健康づくりの対象を比較的元気な高齢者に広げたり<sup>14)</sup>、介護する女性高齢者への支援を強化したり、児童生徒への健康づくりを広げていくこと<sup>15、16)</sup>が今後の課題であろう。

スウェーデンの厚生省<sup>17)</sup>は、11年前に、1990年に向けた施策の方向性を報告した。その中では「社会のあらゆる分野が健康を阻害するものに対して積極的に対処する責任がある」と示している。また、来るべき時代の新しい対応として、「既に病気になった人への対処だけではなく何故病気になったのかと、その予防活動に焦点をおかなければならない」と示している。

今後の活動方針として、全高齢者に対して高々5%にすぎない治療を要する少数高齢者に対して「寝たきり後追い大作戦」を展開することだけではなく、同時に95%の高齢者に対する「寝たきり発生予防事前大作戦」を推進することが次の課題である。

## 2) 活動の効率性

保健活動を、時間的経済的にみる効率の側面から検討すべきことも今後の課題である。しかしながら、投入した時間や経済面での評価計画は、事前に準備されていなかった。つまり、5年間で費やされた累積決算額は、12億円以上になるが、その経済効果を、医療費や健康水準のレベルアップとの関連で調査分析することが今後の課題であろう。このように、5年間に費やした、経費と作業時間を明確にし、経済的時間的な効率の視点から検討することが今後の課題である。

## 3) 新しい健康水準

これからは、Livingood<sup>18)</sup>が示しているように、健康水準を集団的で客観的な指標によって判断することに限定せず、主観的で個別的な健康水準による分析や、環境整備度や文化度、住民参画度そして民主主義度などの評価の視点を持つことも求められるであろう。長生きだけが大切なのではなく、QOLを大切にして、生きるプロセスや当事者の意志決定をもっと重視すべきであろう。

これらのことから、QOLに代表される新しい健康水準を向上させるためには、科学的な研究に支えられた幅広い政策科学的視点と、住民の参画を含めた他職種による共働作業によって地域の特性に合わせた効果的な方策を検討し、お互いのアイディアを提供しあう実践研究とその評価活動をこれまで以上にすすめることも課題である。また、住民を中心に位置づけた健康戦略を進展させていく上で、人々の健康資源が活用されたり、健康習慣を好ましいものにしていくことが大切であろう。さらに、健康づくり事業のデザインづくりと計画策定経過において、人々が参画できるような機会を確保すべきであろう。

## 4) 保健センターの庁舎内設置

蘇陽町には、保健センターが設置されていなかった。もしも保健センターが、役場と別棟ないし別な地域に設定されていたとしたら、町の各課との連携がしにくかったと推定される。何よりも福祉課の仕事つまり、住民との共働作業が、町役場の関係者の視野に直接的には入りにくかったと考えられる。廃棄物処理をふくめた環境整備のための企画立案や条例案の立案を直接的に担ったのは、他課ではなく福祉課が中核となった。町役場の中でのリーダー的な役割を今後とも継続させていくことが課題であろう。

蘇陽町の施設整備計画では、西暦2000年には、蘇陽町保健センターが完成する予定で計画が進められている。町役場の改築にあわせて、役場一階のメインフロアでの総合相談窓口を健康関連課が担い、健康に関する総合相談機能を強化させ、総務課や他の各課とのより一層の連携が続けられることが計画されている。このような機能を重視した計画は、ヘルス・プロモーションがより一層推進されるための課題となるであろう。

## 5) 保健活動の展望

「課題をクリアすれば、存在意義が消滅しやすい専門職」、「課題解決のための事業を基準通りに実施すれば存在意義が高まる事務職」これらが、技術職と事務職の「存在意義尺度基準」の違いと

考えられる。

「小さい政府」を選択した我が国における保健活動を展望する前提条件としては、「民間機関への財政的技術的支援と、消費者とりわけ高齢者の自己負担サービス購入を促進させる」ことが大切であろう。しかしながら、採算性の面からみて民間の投資的な活動が期待できない人口規模が小さい蘇陽町では、これら民間機関には依存出来にくいのが現状である。よって公的機関でより多くカバーすることが今後の課題であろう。その理由は、北欧において健康政策が最優先される理由が、公的機関での財政比率と保健医療職の比率が極めて高い「大きい政府」であることに例えることができる。

今後の保健活動の展望を探るためには、現状とのギャップである課題と課題解決を永遠に探り続ける専門職の役割が必要であり、情報システムを活用したり、科学的な情報に基づいて永遠と続く課題解決のための効果的で効率的な政策<sup>19-24)</sup>を提言していくことが求められるであろう。

## 謝 辞

なお本論文の作成に際しては、東京都立大学都市研究所、高橋勇悦教授、福岡峻治教授それに秋山哲男講師に貴重なご助言をいただきました。厚く御礼申し上げます。

また、継続的な活動が推進されるにあたり、ご教示いただきました熊本大学公衆衛生学教室、それに熊本県県庁や阿蘇保健所の皆様、高林幸司君に厚く御礼申し上げます。尚、これらの一部は、1994年の日本健康教育学会総会において報告した。

## 参 考 文 献

- 1) 郡司篤晃 *Health Promotion*, 1986, 郡司篤晃編集『健康管理論』メジカルフレンド社, 東京, 1992.
- 2) *Health Promotion 1991*. "Supportive Environment", *WHO Sundsvall Statements*, 星旦二・群司篤晃・鳩野洋子「翻訳:ヘルス・プロモーションの推進のためにーサンドバール宣言の活用を」,『生活教育』10, 1992.
- 3) 福本久美子「健康な地域づくりを推進するためのシステム構築条件」特別演習集録, p.283-299, 平成4年度, 国立公衆衛生院.
- 4) 門川次子・古東等・工藤文範・星旦二「町の総合的な健康づくり活動を推進する中での行政及び住民の役割」,『日本公衆衛生雑誌』特別付録38(10), p.205, 1991.
- 5) 福本久美子「地域活動計画と評価」,『地域看護学講座』p.74-87, 医学書院, 1994.
- 6) 東京都衛生局『健康づくりハンドブック』p.1-28, 1990.
- 7) 星旦二「保健行政の立場からみる健康教育」,『保健の科学』33(3), p.147-151, 1991.
- 8) 前田信雄・星旦二『プライマリ・ヘルス・ケアにおける健康教育. その新しいアプローチ』日本公衆衛生協会, 東京, 1986.
- 9) 『阿蘇保健所事業報告』1986.
- 10) 熊本県蘇陽町阿蘇保健所『そよ風とくらしと健康. 5カ年のあゆみ』1993.
- 11) 星旦二「健康な地域づくりの推進条件」,『生活教育』3(3), p.147-151, 1986.
- 12) 蘇陽町「蘇陽風(そよかぜ)とくらしと健康」,『蘇陽町健康づくり基本構想書』
- 13) 増田進『地域医療を始める人のために』医学書院, 1989.
- 14) 星旦二「地域保健法と今後の展望」,『保健婦雑誌』1986.
- 15) WHO(EURO) *The Healthy School*, O'Byrne, 1989. ISBN 0-906323-68-1.
- 16) 川畑徹朗編『学校健康教育とライフスキル』亀田ブックサービス, 1994.
- 17) "The Swedish Health Services in the 1990s", *The National Board of Health and Welfare*, 1985.
- 18) Livingood, W. C. "Enhancing systems objectives for the year 2000", *Health Educ.*, 20(3), pp.22-26, 1989.
- 19) *The Surgeon General Report on Health Promotion and Disease Prevention*, USA DHEW/PHS, 1979.
- 20) *Public Health Service Implementation Plans for Attaining the Objectives for the Nation*, USA DHEW/PHS, 1980.
- 21) *Promoting Health/Preventing Disease: Public Health Service Implementation Plans for Attaining the Objectives for the Nation*, USA DHEW/PHS, 1983.

- 22) "Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic health examination, 1989 update:3. Preschool examination for developmental, visual and hearing problems", *CMAJ*, 141(1), pp.1136-1140. 1992.
- 23) 星旦二『Infant Care (たのしい育児)』社会保険出版社, 1984.
- 24) "The United States' health care system: problems and solutions", Lichtenstein-RL. *Surv-Ophthalmol*, 38 (3), pp. 310-317, 1993.

Key Words (キー・ワード)

Health Promotion (ヘルスプロモーション), Municipality (市町村), Health Care (健康事業), Evaluation (評価), Health Center (保健所)

## The Effects and Promoting Factors of Health Promotion Program for the Elderly Persons in Soyo Town of Kumamoto Prefecture

Tanji Hoshi\*, Kumiko Fukumoto\*\* and Yoshinori Fujiwara\*\*\*

\*Center for Urban Studies, Tokyo Metropolitan University

\*\*Dep. of Health Kumamoto Prefecture

\*\*\*Graduate Student, Kyoto University

*Comprehensive Urban Studies*, No.63, 1997, pp.45-60

On the basis of the new Health Service Act, municipalities have responsibility to enforce health services available to every person soon after 1997.

The purpose of this study is to examine the fundamental factors surrounding the development of Health Promotion Program in the municipality, by reviewing the four years achievements and implementational effects regarding a health services for the elderly persons in Soyo town of Kumamoto Prefecture.

In order to determine both the effectiveness and the promoting factors of Health Promotion programs for elderly person in Soyo town, the pre-survey and post-survey have conducted, and concerned researches are systematically reviewed.

The main programs of Health Promotion were as follows:

- 1) For enforcing the Health Promotion program for every person, we pointed out that it is most important to set up the personnel health system and medical facilities in Soyo town.
- 2) Soyo town has put emphasis on the development of the comprehensive health care system corresponding to the needs of the elderly persons.
- 3) Each and every sector of local governments is responsible for monitoring the consequences of his own health policies and drawing up suitable health policy objectives. However, a real purpose is to improve health for all people in town rather than just promoting the implementation program itself.
- 4) For the purpose of developing a joint program of co-operation, Health Centers and Soyo town itself have come to a general agreement concerning collaboration especially in terms of consultancy work referrals training and development activities as well as regional health care implementation programs.

The main effects of Health Promotion programs were as follows;

- 1) The main effectiveness of Health Promotion programs especially for the elderly person in Soyo town, can be divided into two points, one was a quantitative effect and the other was a qualitative one.
- 2) The main quantitative effects was decreasing the pre-mature death rate, from 22.1% in 1988 to 18.2% in 1992, and also the rate of QOL of elderly persons was also increasing 48.0% in 1988 to 67.1% in 1992.
- 3) On the other hands qualitative effects were to increasing the status of the health section among the other sectors of local government.

4) The involvement of the health services in municipal basic planning has been designed so that both democratic influence and health planning can be strengthened.

Several comments pointed out that promotional effects of Health Promotion programs were as follows:

1) Future research should emphasize the assessment of Health Promotional interventions, because health level in Soyo town was not high enough and actual health practices should be compared to their availability as within other municipalities of Japan.

2) This study suggested that it was important to make clear not only the effectiveness of Soyo town itself but also the effect of other town for the comparative research in near future.

3) As for the construction plans for health service centers, it is desirable to construct them on sites nearest to the city halls so that many of the staffs of the municipal office can follow up on their health related activities.

4) Since an advisable health care plan on equal terms for the entire population can be achieved in a more satisfactory manner than the present one, the Ministry of Health and Welfare is transferring various kinds of authorities to the municipalities. From now on, the Ministry of Health and Welfare should extend financial aid to both Health Centers and municipalities.

5) In developing people-oriented health technologies, priority should be given to available lay resources and to indigenously developed health practices.

6) People should also be given greater opportunity to participate actively in the design of health care services and the process of their planning system.

7) It is desirable that the Health Center should perform the evaluation of the health care systems with the municipality simultaneously. It is very important for people to participate in their own health planning process from the view point of health promotion.