

日本の地域保健アプローチから学ぶこと 途上国のプライマリ・ヘルスケアの推進に向けて

こまさわ まきこ
駒澤 牧子*

はじめに

2003年12月に発表された「World Health Report 2003(以下、WHR 2003)」(WHO [2003])では、「プライマリ・ヘルスケア(以下、PHC)に基づく保健システムの強化」を打ち出している。PHCとは、1978年に「アルマ・アタ宣言」で提唱された概念で、治療だけでなく健康増進、予防、治療、リハビリテーションまでの、包括的な保健医療を目指すものであり、地域住民の完全なる参加によって、地域の社会経済開発にも中心的役割を果たすものと定義されている(WHO [1978]; 梅内 [1998])。PHCは斬新な概念(中村[1998])であったが、1990年代に世界銀行が保健分野に費用対効果の概念を導入するなど、数量的な成果を求めるアプローチが保健戦略の主流となる中で(湯浅他 [2003])、世界の保健戦略において具体的な方策とはならなかった(中村 [1998]; 柳澤 [1999]; 若井 [2001])。しかし、ここにきてこのようなアプローチが見直され、再びWHOはPHCを保健戦略の中心に据えたのである。

日本においては、主に1920年代から60年代、一般の国民の生活水準が低く、また保健医療システムも不十分であった時代に、草の根レベルで活発

に地域保健アプローチが展開された(橋本 [1955]; 橋本 [1968]; JICA [2004])。この地域保健アプローチは、当時の国民の最重要課題であった感染症や母子保健に対応し、結果的に国全体の保健医療システムの強化にもつながった。この時代の日本における地域保健アプローチはPHCの概念に通じるものである。したがって現在の財政的に豊かでない途上国においてPHCを推進するうえで、日本の地域保健アプローチの実践的経験が参考になると考える(JICA [2004]; 國井 [2003])。

そこで本稿は、最初に日本の代表的な地域保健アプローチの3つの事例を紹介し、次にその特徴を分析し、最後に途上国への応用可能性を考察する。

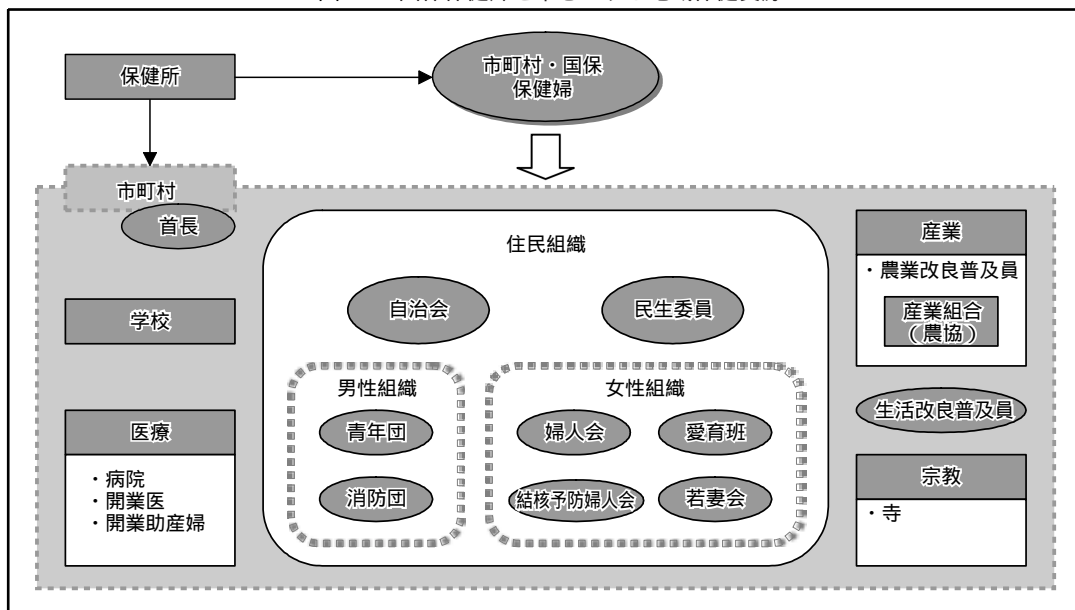
I 日本の地域保健アプローチの成功事例

日本の地域保健アプローチといっても一様ではなく、保健婦が中心となったケース、自治体が中心となったケース、医療機関が中心となったケースなどがあった。以下に、これらの中心となった主体別に3つの成功事例を紹介する。

本稿は、国際協力機構(JICA)が2002年度より実施した「教育・保健分野における日本の政策及びアプローチ・保健医療分野研究会」に筆者が参加した知見に基づいているが、本稿における意見は個人的見解であり、JICAや研究会の意見を代表するものではないことをお断りしておく。また、保健婦、助産婦、厚生省などの名称は本稿が主として論じた時代のものをそのまま用いた。

*(株)アースアンドヒューマンコーポレーション主任研究員/東京大学大学院医学系研究科国際保健計画学教室客員研究員

図 - 1 国保保健婦を中心とする地域保健資源



(出典)筆者作成。

1. 事例1：保健婦主導（長野県高甫村・現須坂市）^{注1)}

1920年代から終戦までの時期、東日本の多くの農山村では恐慌や寒冷のあおりで疲弊し、無医村が増え、住民は貧困と病の連鎖を断ち切れない状態にあった(小栗他[1985];名原[2003])。このような極貧の村の1つ長野県高甫村で、国保保健婦^{注2)}として活躍したO保健婦の事例を紹介する。

高甫村は1944年当時人口約2000人、昭和恐慌の影響で全村的に極貧状態にあり、食料不足、非衛生的な環境による伝染病の蔓延、寄生虫やノミ・シラミの蔓延、妊婦の過労による死、高い乳幼児死亡率など村民の保健状態は深刻なものであった。

1944年に着任したO保健婦は、村唯一の高齢の医師に代わってやむを得ず医療行為を代替することから始まり、母子健診、寄生虫対策、家族計画、栄養指導など住民のニーズに応じてどんなことでも実行した。村人の胸を借りて村人と一緒に考えることを身上とし、特に力を入れたのが地域の青年団や婦人会との連携であった。婦人会などの協力を得て、女性保健ボランティア「保健補導員」^{注3)}を育

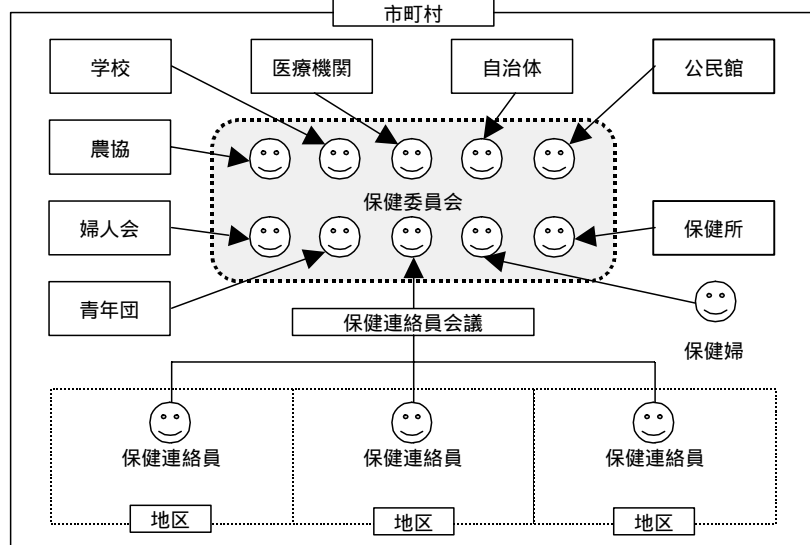
成し、乳児検診や妊婦検診、寄生虫対策などの活動の中心に位置付けていった。また中絶が多く母体の健康を損なっている現状を改善すべく、家族計画について学ぶ場として夫婦を対象とした「おしどり会」を作り、住民の根本的な意識改革にもつなげていった。地元で古くから信望のある開業助産婦も母子健診や家族計画の指導に協力した。こうして活用された地域の資源や人材は図-1のように多岐にわたっている。

このような活動の結果、1956年に乳児死亡率ゼロを達成している。また保健補導員制度については今日まで継続しており、市内の4世帯に1人は経験者がいるという状態にまで普及している。これは市民の健康知識の向上と予防活動の実践につながっており、結果的に同市の医療費の抑制にも少なからず貢献している(荻原[2001])。

2. 事例2：自治体主導（岩手県沢内村）^{注4)}

戦後、市町村が主導して、住民参加の保健衛生活動を促し、保健医療の向上に成功した例は日本各地にあるが(第一生命保険[1969];日本公衆衛生協会[1984])、特に有名な岩手県沢内村の事例

図 - 2 保健委員会を核とする地域保健組織



(出典) 筆者作成。

を紹介する。

沢内村は1年の半分近くを深い雪で途絶される極貧の村であった。戦後10年経っても無医村状態のままで、多くの貧しい村民は医療にかかることなく死んでいき、乳児死亡率は1955年当時70.5(出生千対)(及川[1984])と全国平均のおよそ2倍であった。

このような状態の中、「村人の命を守る」を公約に掲げて1957年、F村長が就任した。F村長は、精力的に各地区座談会や実態調査を行い、住民の最優先課題が、豪雪、多病・多死、低所得であることを突き止めた。そこで、まず豪雪の問題を除雪で解決し、これによって村民に前向きな姿勢が芽生え始めた。医療の問題については、「村ぐるみの保健活動」を目指して、全村民の意思を反映させかつ連携させる保健委員会(図-2)を発足させた(菊地[1968])。さらに、医者になり手がいなかった村営病院に苦勞の末医師を招聘し、村内で優良な医療を受けられる体制を整備した。そして村営病院と役場が一体となって、全村民対象の生活習慣病のための健診の実施や、冬季の劣悪な住宅環境を改善する改良住宅の開発などを手がけ、最終的に病気の予防・早期発見・早期治療を徹底

していった。また婦人会、青年会、農協青年部は生活を見直す学習会を実施していくうちに、自主的に農業改良普及活動や農繁期保育所活動を行うようになった。

このような村ぐるみの総合的な保健活動の結果、F村長就任5年目にして乳児死亡率ゼロを達成し(菊地[1968])、医者にかかる家計の負担になると老人が恥じる村から「老人たちが至極明るい村」(菊地[1968])へと変貌した。

3. 事例3：医療機関主導(長野県・佐久総合病院)^{注5)}

3例目は、医療機関が主導して包括的な地域保健アプローチを展開していった長野県佐久総合病院の事例である。

長野県南佐久地方は終戦当時典型的な寒村地帯で、人口二十数万を擁する広大な山間部に、開腹手術ができる施設は1つもなかった。1945年に佐久総合病院に着任したW医師は、医学書を片手に帝王切開から乳ガンまでありとあらゆる手術をこなす患者を救っていった。これが病院への住民の信頼につながった。さらにW医師は、手遅れでやってくる患者の多いことから、巡回診療と巡回

表 - 1 1950年ごろの農村における社会的病因

農業的因子	<ul style="list-style-type: none"> ・ 農作物・家畜によるもの ・ 農耕地（田、畑、山林）の不潔 ・ 農作業の過労（特にその「かがまり仕事」） ・ 農機具・家畜の事故 ・ 農薬肥料によるもの
農家的因子	<ul style="list-style-type: none"> ・ 住居の不衛生（汚い便所、無暖房） ・ 不合理な栄養（特に白米の大食） ・ 気がね（家父長制、共同体的な生活による） ・ 妊娠・出産および育児の不衛生 ・ 年寄りとおば捨て山精神 ・ 低い家計費の中の医療費
農村的因子	<ul style="list-style-type: none"> ・ 気候・地勢・土壌・野生動物・昆虫 ・ 部落の迷信・衛生知識の不足 ・ 不衛生な村の環境（上下水道の不備など） ・ 無医村の環境

（出典）若月俊一[1971]『村で病気がたたかう』岩波新書p.112.

健診を行った。またある無医地区について疾病に関する調査を実施したところ、全疾病のうち約7割が潜在化しており、そのうちの6分の5は「がまん型」、残りは「気づかず型」という実態（若月[1971]）を把握した。このような結果の積み上げから、W医師は農村特有の疾病の病因には、農業的因子（農作業の疲労等）、農家的因子（住居の無暖房・不衛生、気兼ね等）、農村的因子（部落の迷信、不衛生な環境等）などが横たわっており（表-1）（若月[1971]）。医療的アプローチだけでは解決せず、農作業の軽減、暖房の改善、衛生改善などが必要であることを訴えていく。さらに、村役場と連携して15歳以上の全村民を対象とした定期的な健康診断「全村健康管理」事業を実現した（若月[1971]）。この健康診断の結果を「健康台帳」に記録することによって、村と病院が村全体の健康状況を把握することができるようになった。一方、村民には「健康手帳」が渡され、自分自身の健康を管理する意識が醸成された。また、全村健康管理事業の遂行には住民の理解と協力が不可欠で、そのために事例2の図-2と同様の保健委員会を中心とする保健組織を構築した。

これらの包括的な取り組みの結果、早期発見・早期治療が徹底され、重症患者は減少し、同村1人当たり医療費は近隣村や全国平均と比べて明ら

かに低いレベルにとどまっている（若月[1971]）。

II 日本の地域保健アプローチの特徴

以上紹介した3事例から、日本の地域保健アプローチに共通する主な特徴であり、また現在の途上国のPHCの推進において役立つ項目として挙げられるのが(1)住民参加/住民主体、(2)徹底した実態把握、(3)包括的展開の3点である。以下、各項目について解説する。

1. 住民参加/住民主体

地域保健アプローチの最も重要な原則は「住民参加」であり、結果的に住民主体の活動に発展することが期待される。住民一人ひとりが自分の問題として健康問題を考え始めたときから、地域保健のメカニズムが動き出すとあってよいであろう。3つの事例に共通するのは、この原則を大切にしたファシリテーターの存在である。このファシリテーターの手助けによって住民活動が活発化し、包括的な活動に展開していった。

3事例では、地域保健のメカニズムが動き出すきっかけとしてファシリテーターが住民の信頼を得たエントリーポイントがあった。たとえば、事例1の場合は保健婦の医療代替行為であり、事例

2の場合は除雪であり、事例3の場合は外科手術であった。それらは住民が半ばあきらめていた潜在的ニーズであった。このような住民の潜在的ニーズに応えることにより、「あきらめがち」「知識不足」「懐疑的」であった住民はファシリテーターを受け入れ、ファシリテーターの支援を得ながら主体的に活動していくこととなる。

さらに住民の参加をよりスムーズにするための舞台づくりにも努力が払われた。事例2・3では全村民の意思を反映させるために地区ごとに保健連絡会を、またその集約の場として保健委員会を構築した。さらに、3事例とも、地域住民に強い影響力を持つ人物たちを積極的に取り込んでいったことは着目すべき点である。たとえば、事例1の図-1に見るように、当時の農村社会の典型的な要となる人的資源である、村長、消防団長、住職、自治会など、また女性に対しては婦人会や開業助産婦などを取り込んでいった。さらに若妻会など家庭内で発言力のない層を取り込む場合は、その行動の決定権を有する舅・姑などを説得する努力も払われている(大峽[2002]; JICA[2002]; JICA[2003a])。このような地域の有力な人的資源は、ファシリテーターを側面から多岐にわたってサポートするサブファシリテーターであり、住民参加・住民主体の展開に重要な存在である。

2. 徹底した実態把握

3つの事例ともに、ニーズに対応するために徹底的に実態把握をし、科学的に問題解決していった点も特筆すべき特徴である。

事例1では、保健婦は国保の診療報酬明細書を計算するという作業を通じて、住民の疾病状態や治療の実態を把握した。さらに保健所の寄生虫検診結果や母子保健統計が住民の健康状態を把握する基本的データとなった。事例2・3では全村民を対象として健康診断を実施し、その結果を健康台帳に記録し、地域全体の健康状態を把握した。

さらに、3事例ともに積極的に住民の中に出かけて行って住民の実態・実感に迫る努力をしている。事例1では保健婦は日々の訪問看護に加えて、

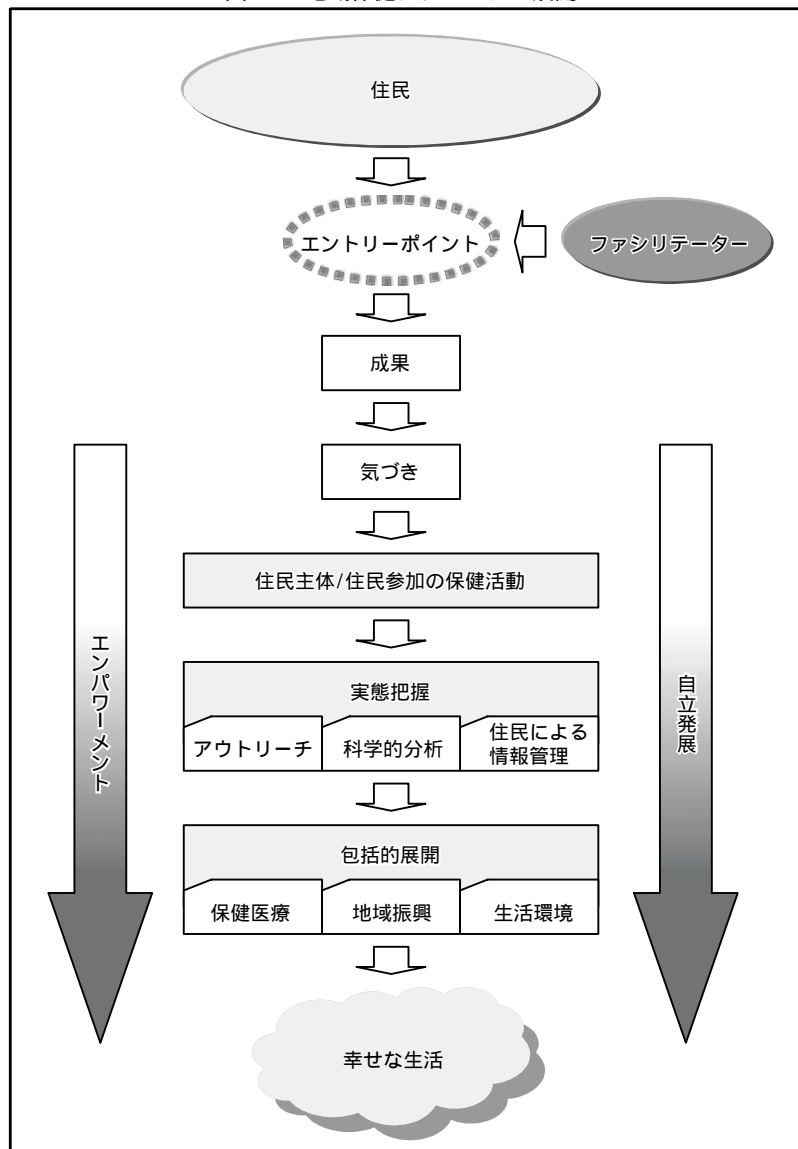
婦人会等との共同活動によって住民の生活環境・考え方などを把握した。事例2では村長自身が各地区の座談会を回り住民の声を丹念に収集した。事例3では、医師が巡回検診・診療を実施し、さらに疾病の実態調査や疫学調査を精力的に実施し、農村特有の疾病の原因を解明していった。このように、中心となる人間が「座して待つ」のではなく住民の中にアウトリーチしていき、住民と同じ目線で住民の実感に迫る情報を収集することが住民のニーズに的確に応えるためには非常に重要である。

他方、住民自身が記録をつけ分析することで、実態を把握し考える習慣が身に付くようにファシリテーターが促していったことも注目すべき点であろう。事例1では家族計画の指導によって月経の記録をつけることが定着し、これが農作業の記録をつけることへと発展し、生産性が向上するという波及効果まで生んだ(大峽[2002]; JICA[2002]; JICA[2003a])。事例2・3では、住民一人ひとりに「健康手帳」を配布し、住民自身が自分の健康を管理するという習慣が定着した。ちなみに、戦後、大企業で取り組まれた新生活運動では、「家計簿をつける」という指導によって、生活設計の習慣が従業員の身に付くようになり、それが家族計画や貯蓄の実践へとつながり、さらには企業の投資用資本となり、最終的に日本経済の成長につながったという見方もある^{注6)}。日本の多くの庶民が記録をつけるようになったのは戦後以降であることは意外に知られていないのではないだろうか。

3. 包括的展開

以上のような日本の地域保健アプローチは、住民主体を目指し、住民のさまざまな健康課題の根本的解決を目指すことで、結果的に生活改善につながり、さらには地域振興にまで発展していったプロセスであった点も見逃せない。事例2の住宅改良、農業改良普及活動、農繁期保育所活動や、事例3の農作業の軽減、暖房の改善、衛生改善など、保健セクターを超えて他セクターまでその活動は

図 - 3 地域保健アプローチの展開



(出典)筆者作成。

発展していった。これらの事例以外にも、各地で地域保健活動が村おこしへと発展した事例が見られる。たとえば、福島県西会津町の場合(日本経済新聞社[2003])、町に多い生活習慣病の疾病を減らすために町民自ら栄養たっぷりの野菜栽培を始めたところ、話題を呼び、全国から注文が増え、町の産業へと発展すると同時に、町民は忙しく体を動かすことによって生きがいを感じるようになったという。このように、地域保健アプローチ

は包括的展開に発展することによって、まさに地域社会の社会経済開発へとつながる可能性を持ったアプローチであるといえる。

これまで分析してきた日本の地域保健アプローチの特徴を大まかに整理すると、図-3のようになる。すなわち、「住民参加/住民主体」を原則とし、ファシリテーターが住民の潜在的ニーズに応え、目に見える“成果”を住民が実感することによって住民の“気づき”が起り、本格的な住民

主体の地域保健活動が始まる。その活動のプロセスにおいて「徹底した実態把握」が何度も繰り返されることによって、活動はまた次の活動を生み、保健医療だけでなく生活環境の改善や地域振興など「包括的展開」へと発展していく。そして最終的には、住民がエンパワーされ、活動が自立発展し、その先には「幸せな生活」がある。

III 途上国への応用可能性

本章では、これまで分析してきた結果をふまえて、現在の途上国での日本の地域保健アプローチの応用可能性および日本が協力する際のヒントについて考察してみたい。

1. 住民参加 / 住民主体

地域保健アプローチの最も重要な原則は「住民参加」であると述べた。しかし、この原則を実現することは決して容易ではない。しかし、本稿が論じた1920年～60年期の日本の地域保健のファシリテーターたちはこの原則の重要性に気づき、住民と同じ目線で活動した点が示唆的である。現在の低所得の途上国においては残念ながら、医療従事者の中で職位の高い人が地域住民と一緒に同じ目線で活動するような光景にはなかなか巡り合えないが、地域保健アプローチの成功の第一歩は、住民主体の原則に共感できるファシリテーター探しやその育成であるといえる。ファシリテーターは地域に影響のある人物で、住民主体の地域保健の原則に共感できる資質を有する人材であることが望ましい。自治体レベルでいえば村長や地域の長レベルの人であり、地区レベルでいえば保健婦(Public Health Nurse)かそれに相当する人たち(Nurse、Assistant Medical Officer)が適切ではないだろうか。さらに、ファシリテーターを助けるサブファシリテーターの登用も重要である。やはり人脈があり住民を説得する力のある数名のサブファシリテーターを活用し、より多くの住民を巻き込むために適宜協力してもらうことが効果的であろう。

また、ファシリテーターが十分に力を発揮するためには住民の信頼や協力を得るための効果的なエントリーポイントが重要である。エントリーポイントの発見には、現地の状況を十分把握することが不可欠である。あるいはあらかじめ地域の情報を把握している人材を計画の初期の段階から参画させることも有用である。娯楽に乏しい僻地や貧困の村では、「保健フェア」などと呼ばれるイベントを開催し、人形劇や血圧測定などを実施するだけでも効果的なエントリーポイントになる(JICA [2001]; JICA [2003b])。

さらに、地域住民を取り込む舞台づくりも重要な活動項目である。事例2・3の保健委員会のような組織づくりが参考になろう。この際、地域の人的・社会的資源に熟知しているファシリテーター、サブファシリテーターを取り込み、より多くの住民の参加を促す可能性を広げることが効果的であろう。

2. 徹底した実態把握

地域保健活動において、住民の目線に立った実態把握は最も重要であろう。本稿で見た3事例の場合、ファシリテーターを中心としてアウトリーチによる情報収集活動が積極に行われた。途上国においては、事例3の場合と同様、住民の知識不足や貧困によってニーズ(疾病等)が潜在化している場合が多い。病院や役所などで患者や援助を求める者を待っているだけでは、本当の住民のニーズは把握できず、また正確な問題解決方法のための情報は手に入らない。特に地域保健の初期の段階はファシリテーターが率先して、地域に可能な限り出かけていき、住民に接し、情報を集めてくることが重要である。

また、日本の経験の特徴として、住民側が情報管理能力を育てていったという点もある。日本の場合は住民の識字能力・計算力が比較的高かったのに比べて、多くの途上国では地域住民にこのような基本的な学力がないことが問題であるが、地域内の有識字者に対して情報管理能力を向上させる支援を行うことは可能であろう。少しでも多く

の住民が「記録をつける」習慣を身につけることによって、住民の気づきが起こり、計画性を育む。また、このような地域住民の個々の情報収集・処理能力が、地域保健のみならず地域社会の有用な資源となろう。さらにこの末端レベルの個々の能力の集積が、自立発展のための保健システムの強化につながっていくであろう。

3. 包括的展開

日本の地域保健アプローチとは、図-3のような包括的展開へと結びつくメカニズムを有していた。この流れができるだけスムーズに、かつ幾重にも複雑に展開するほど、成功したといえるであろう。なぜならば、住民の健康を改善するためには、保健医療分野だけでなく住民の生活全般にかかわる多様な取り組みを行っていかねばならないからである。地域保健の主体は住民であり、外部者の役割は、その節目ごとにファシリテーターやエントリーポイント選定の手助けをし、必要に応じて情報や技術的アドバイスをし、場合によっては少額の資金援助を行い、住民活動を見守り続けることが援助者の役目であろう。ここで留意すべき点は、地域保健は本質的に保健医療の分野にとどまるものではなく、マルチセクトラルに展開することが期待されるものであることを援助する側もあらかじめ認識し、セクターの枠を超えた支援を行っていくことであろう。

おわりに

日本における地域住民が主体となった地域保健アプローチは、住民の包括的保健医療活動を実践し、ひいては地域社会の発展へとつながるものであった。これはまさに冒頭で述べたPHCの概念と重なるものである。日本のこの多様な経験が、中央集権的な保健医療システムが十分に発達しておらず、地域の医療資源にも恵まれない途上国の草の根の地域において役立つことを期待したい。

本稿では日本の経験の分析に多くを割き、途上

国での実態に即した日本の経験の応用可能性について十分に踏み込むことができなかった。今後、途上国の農村地域などでの保健協力の経験・知見を有する専門家との共同作業によって、日本の経験を応用した具体的なアプローチに関してさらに深い検討が必要であろう。

最後に、保健医療分野はその国の歴史・文化・価値観などと密接に関連しているため、その背景を十分に把握し考慮しなければならないことを強調したい。現在の途上国の置かれた状況はグローバル化の影響によって、保健課題も社会経済状況も、本稿で論じた日本の1920年～60年代と比べてはるかに複雑でまた多様化している。したがって、日本の経験をそのまま当てはめるのではなく、途上国の人々とのパートナーシップの下で、相手の視点に立ち、かつ科学的な分析に基づいて柔軟に応用していくことが求められることも付記しておく。

注 釈

- 1) 本事例は、JICA [2003]『第二次人口と開発援助研究』、大峽美代志 [2002]『家族計画における日本の経験』『第二次人口と開発援助研究第2回意見交換会議事録』(2002年6月26日)、小栗史朗・木下安子・内堀千代子 [1985]『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史 - 公衆衛生実践シリーズ2 -』医学書院、中原壽子 [2003]『写真でみる保健婦活動の歴史』『保健婦雑誌』Vol.59 No.8 2003年8月号 p.746-761 をもとに構成した。
- 2) 農業組合等や市町村は保健所保健婦とは別に独自に保健婦を配属した。○保健婦の場合は、高甫村国保事業による配属である。
- 3) 「恩賜財団母子愛育会」が、1936年より全国で実施した「愛育班」活動からヒントを得ている。
- 4) 本事例は、菊地武雄 [1968]『自分たちで生命を守った村』岩波新書、及川和男 [1984]『村長ありき - 沢内村深沢晟雄の生涯 -』新潮社、元・加藤邦夫沢内村村営病院院長インタビュー(2004年2月9日)をもとに構成した。
- 5) 本事例は、若月俊一 [1966]『農村における医療と公衆衛生の結びつき』『医療と公衆衛生』医学書院、若月俊一 [1971]『村で病いとたたかう』岩波新書、南木佳士 [1994]『信州に上医あり - 若月俊一と佐久病院 -』岩波新書をもとにした。
- 6) 吉田成良 [2004]元・財団法人人口問題研究会新生活指導委員会事務局(2004年2月27日)ヒアリングによる。

参考文献

- WHO [1978] *Declaration of Alma-Ata* WEB サイト http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
 [2003] *World Health Report* WEB サイト <http://www.who.int/whr/2003/en/>.
- 梅内拓生 [1998] 「保健システムに於ける PHC の意義」『プライマリ・ヘルスケアの手引き』国際協力事業団・医療協力部 .
- 及川和男 [1984] 『村長ありき 沢内村 深沢晟雄の生涯』新潮社 .
- 大峽美代志 [2002] 「家族計画における日本の経験」『第二次人口と開発援助研究会第 2 回意見交換会議事録』(2002 年 6 月 26 日).
- 荻原莞二 [2001] 「長寿なのに老人医療費は全国最低」『エイジング 2001 年冬号』pp.22-25 . エイジング総合研究センター .
- 小栗史朗, 木下安子, 内堀千代子 [1985] 『保健婦の歩みと公衆衛生の歴史 公衆衛生実践シリーズ 2』医学書院 .
- 菊地武雄 [1968] 『自分たちで生命を守った村』岩波新書 .
- JICA [2001] 『ラオス人民民主共和国小児感染症予防プロジェクト終了時評価調査団報告書』 .
 [2003a] 『第二次人口と開発援助研究』 JICA .
 [2003b] 『ヨルダン・ハシミテ王国家族計画・WID プロジェクトフェーズ II 終了時評価報告書』 .
 [2004] 『日本の保健医療経験・未定稿』 JICA .
- 國井修 [2003] 「海外におけるプライマリ・ケアと公衆衛生の事情」『公衆衛生』 Vol.67 No.8 2003 .
- 第一生命保険 [1969] 『保健文化賞 20 年のあゆみ』 .
- 中村安秀 [1998] 『国際保健プロジェクトにおける基本概念』『国際保健医療協力入門』 国際協力出版会 .
- 南木佳士 [1994] 『信州に上医あり 若月俊一と佐久病院』岩波新書 .
- 名原壽子 [2003] 「写真でみる保健婦活動の歴史」『保健婦雑誌』 Vol.59 No.8 2003 8 月号 pp.746-761 .
- 日本経済新聞社 [2003] 福島県西会津町の事例(6 月 15 日付け朝刊).
- 日本公衆衛生協会 [1984] 『市町村の保健事業』 .
- 橋本正己 [1955] 『公衆衛生と組織活動』誠信書房 .
 [1968] 『地域保健活動 - 公衆衛生と行政学の立場から』医学書院 .
- 柳澤理子 [1999] 「保健医療の現状への対策」『国際看護学入門』 医学書院 .
- 湯浅資之, 建野正毅, 若井晋 [2003] 「国際保健戦略における政治性から経済性重視への政策転換に関する考察」『日本公衆衛生学会誌』 2003; 50 (11) pp.1041-1049 .
- 若井晋 [2001] 「歴史的展開」『国際保健医療学』杏林書院 .
- 若月俊一 [1966] 『農村における医療と公衆衛生の結びつき』『医療と公衆衛生』 医学書院 .
 [1971] 『村で病気がたたかう』岩波新書 .