

の確立、かかりつけ医の充実などについて出雲市市民福祉部を中心に出雲医師会、島根医大、県立中央病院、福祉施設、住民などの協働が必要である。さらに、地区別の健康福祉拠点の整備、各種健康学習プログラムの充実、健康福祉の観点から市役所内また市・県・国のスタッフの横断的政策研修などが課題と考えられる。

考察

1. 住民参加と参加型行動研究

住民参加型健康福祉活動である参加型行動研究は、社会学者である Whyte²⁷⁾ が科学と実践の両方を推進する強力な手法として提唱し、最初はゼロックス社など工場での働きがいや競争力の回復に、労働者、使用者、社会心理学者が参加して始められた。その後、発展途上国の小規模農業にあった農業技術の開発・普及に参加型行動研究が用いられ、成功した。保健分野では、コミュニティ特性に適した成人の健康教育方法として、また住民が中心となって、研究者や行政職員と協力して、より良い生活の実現のために学び、働く方法として採用されている²⁶⁾。北欧における社会サービス法やフリーコンミュニオン法の確立と実行、評価における研究者の活動も参加型行動研究の一種と考えられる。

小木²⁸⁾は、現代の生活・健康問題を社会、職場、労働者自身の要因が、環境要因と行動要因に影響し、さらに価値観が関連した複合リスクと捉えている。そして、国際的な産業保健活動の経験から、複合的リスクには、政府による規制よりも労働者参加型の自主対応を促すアプローチが有効であると報告している。また、WHOはアルマ・アタ宣言、オタワ宣言等によって住民主体のプライマリ・ヘルスケアやヘルス・プロモーションを提案してきた。これらの住民主体のヘルスケアを進めるためには、コミュニティの発展と健康政策の結合、住民による情報・技能の共有化、保健民主主義の強化、効率的な健康政策の確立と実行などが重要な要素であり、住民、現場専門家と研究者との協働体制である参加型健康福祉が不可欠となっている。

2. 住民・スタッフ・研究者の協働

「高齢者保健福祉策定協議会」と「バリアフリーまちづくり検討委員会」における

政策確立、「高齢者保健福祉助言者会議」および「バリアフリーまちづくり推進協議会」における政策実行過程から、準備、調整、実行、評価の過程²⁷⁾、行動目標、主要な関係者²⁸⁾を明らかにした。

1) 準備過程

新しい政策の必要性は、市役所窓口への住民相談事例、自発的な住民グループ活動、マスメディアの報道、議員の陳情などを介して行政管理者（課長以上）に認知された。そして、ヘルスケア担当の行政管理者は、ニーズ志向および効果的な行政手法の導入を試みた。さらに、国や県による政策指針や財政誘導なども大きな要素となった。しかし、市段階での有効な政策形成の面では、住民グループによる先行的な活動の成功が、政策決定を提案する行政管理者に最も大きな影響を与えた。高齢者ケアでは、「ことぶき福祉会」による小規模多機能老人施設²⁹⁾や「呆け老人をかかえる家族の会島根支部」による仲間相談およびセルフヘルプ・グループ活動、バリアフリーまちづくりでは、「出雲いきいきネットワーク」によるバリアフリー調査・実践活動や知的障害児の親の会「ポテトハウス」による福祉ショップづくりなどが先行モデルとなった。この過程では、行政スタッフや教育・研究者が住民主体の健康活動に関与し、支援することが重要と考えられる。世論づくりには、マスメディア、特に地方新聞やテレビの影響力が大きかった。

住民参加の協議会における問題分析と資源評価では、問題を個別に分析することよりも、その活動に関与している住民や専門家の願い（人間尊厳）を目標にしたブレイクスルー思考³⁰⁾が有効であった。解決戦略の策定では、行政の横断的ワーキンググループ（調整会議）による問題分析や資金・マンパワー等の資源評価が、行政管理者による意志決定を容易にする複数計画案策定に有効であった。

2) 調整過程

複数の計画案について、行政管理者および議会関係者によって実行可能性や有効性の査定が行われた。また、実行計画の策定や最終的な計画案の意志決定では、定量的な最適化技法や意志決定技法が応用された²⁸⁾。予測には、国内外の先進事例や市内のモデル的な活動からの基礎データが採用された。利害関係を持つ関係団体や施設との

調整は、行政管理者や議員と関係団体の間で行われた。高齢者ケアでは、ゾーン別福祉サービス拠点の実現のために、デイサービス委託機関を福祉法人以外にも広げ、ホームヘルパーを社会福祉協議会から4施設への分散を計画した。関係団体との調整には、早期からのコミュニケーション、明確な政策目標と実行計画が必要であった。また、市の他政策との調整は、横断ワーキンググループで準備段階から継続された。

3) 実行過程

実行段階では、住民とスタッフの教育・研修、行政とサービス供給機関などの組織化、財源や権限移譲およびこれらの調整が重要であった。高齢者ケアでは、サービス利用についての住民教育が、市週報とマスメディア、利用手引の医療機関への配布、在宅リハビリ教室などで行われている。スタッフの研修は、出雲在宅ケア研究会などの講演・シンポジウム、出雲コミュニティ研究会、山陰医学看護学教育研究会や全国的な学会などへの参加、ネットワーク出雲などでのケースカンファレンスによって行われている。なかでも、出雲在宅ケア研究会は、高齢者、介護者を中心に医療・保健・福祉を網羅した横断的な研究会であり、マスメディアの注目度も高く、住民にもスタッフにも極めて有効な教育機会となっている。組織化と財源確保および権限移譲は、年次計画で進められており、1996年には、常勤ホームヘルパー数の倍増、在宅介護支援センター増設などが実現している。研究者は、重要度評価や組織工学的な観点から、増設場所の決定や実施調整に関与してきた。

4) 評価・修正過程

「高齢者保健福祉助言者会議」および「バリアフリーまちづくり推進協議会」において、目標達成、プロセス、人材・組織評価を行い、実行計画の修正を議論している。バリアフリーまちづくりでは、民間企業や他分野の公的セクターの関与が大きく、評価しにくいことが予想されたので、計画策定時点で短期・中期・長期目標を設定し、評価しやすくしている。また、予算不足等によって実施計画の修正が必要な場合には、協議会参加団体の活動による補完もこれらの協議会で議論している。実施計画の修正には、未来予測技法の導入を図っている。

3. 健康文化都市プロジェクトの成果

出雲市健康文化都市プロジェクトにおいて、公衆衛生学研究者は、社会構造の中で比較的利害関係を持たない自由な立場から参加型行動研究を行った。参加型行動研究の導入によって出雲市では、①住民とスタッフの能力開発、②社会資源の有効活用、③コミュニティ発展とコミュニティケアの結合、④問題解決をめざした住民・学生・健康専門家の相互学習、が促進されたと考えている。

関係する住民、市職員の能力開発については、バリアフリーまちづくり検討委員会や在宅ケア研究会シンポジウムの企画で示されたような教育効果が示された。参加型行動研究により、まず市職員や健康福祉スタッフの態度がニーズ志向となり、次いで高齢者、障害者、ボランティアなどの住民の自発性と行動性を引き出している。

次に、社会資源の有効活用では、住民のボランティア活動および非営利住民活動が活性化され、公的サービスと住民活動との流動化が生じている。乙立地区では、隣近所の無償の助け合い、里家制度としてのヘルパー・一般（買い物など）・大工・理美容の4分野での有償ボランティア、および里家センター福祉部門の介護型ホームヘルプ・サービスがバランスを保っている。ボランティア活動が、無償か有償かは地区の社会規範に基づいて、里家制度運営委員会によって決定されている。乙立地区における里家制度は、2つの波及効果を生んでいる。古志地区に、地区集会所で独居老人や高齢者世帯への会食サービスを中心とした古志里家制度が開始されたこと、市社会福祉協議会が市全域を対象に助け合いボランティア制度を発足させたことである。また、身体障害者共同作業所の点字週報発行の受託など、情報のバリアフリー化が進められている。

コミュニティ発展とコミュニティケアの結合については、住民参加での健康プロジェクトの推進によって学校、公民館や地区社会福祉協議会などとの協働が容易になってきた。乙立地区は、里家センター、健康文化都市、住民参加型生涯学習などのプロジェクトを結合し、地区民自身が、環境、文化、産業、ヘルスケアの資源を学習教材化する地域づくり型活動を開始している。

地域づくり型ヘルスケア活動では、国で

予算化された事業やサービスをいかに市に適用するのではなく、住民の健康ニーズに基盤をおき、住民による政策、活動等の意志決定過程への参加が促進されている。たとえば、健康文化都市プロジェクトは、高齢者保健福祉計画と同様、住民の生活の場である小中学校区を単位として推進されつつある。そして、健康文化都市プロジェクトでは、保健・福祉・環境ボランティア活動を公民館を中核にしてネットワーク化し、小学校区毎の健康福祉計画を確立し、地域のソーシャルサポート・ネットワークの強化を通してケアマネージメント・システムに、また主体的健康学習を通じて社会教育活動に連動している。したがって、表に示したように参加型行動研究を通して、市民、専門家、教育者・研究者、学生が相互に学び合う学習体系が成立している。これらのプロセスは、医学生や保健婦学生には、社会ニーズに即応した総合的な教育の場となり、学生教育と実践活動との結合がはかられている。

E. 結語

出雲市健康文化都市づくりの特徴は、1) 政策形成では、高齢者ニーズに対応した資源開発、住民参加型の政策形成、行政と住民のパートナーシップ、医科大学の高齢者政策立案への関与、高齢者問題への関心の高さ、2) コミュニティ活動では、健康福祉のまちづくり、多様なボランティア活動、男性や高齢者の地域活動への参加、田園都市のよい環境、3) 健康福祉サービスでは、人間尊厳のケア原則、高い費用対効果、地域特性をふまえた健康福祉ブロックの設定と拠点施設の設置、JAなど多様な形態による健康福祉サービスへの参入、保健医療福祉サービスの連携、広範なケアマネージメント、健康福祉サービスへの住民参加による質的監査などである。

戦後から小規模な改変を重ねてきた健康福祉政策とシステムは、少子高齢社会に至って機能不全状態となりつつある。日本型介護保険の運営は、ドイツのような中央集権的な方式ではなく、地方分権の原則に立った市町村における住民参加型での運営となりつつある。

しかし、高齢社会は、健康福祉システムだけの改革を迫っているのではなく、1) 社会における住民の役割、2) 疾病や健康

の概念、3) 死、障害、老いに対する対策、4) 社会資源や財源の生命倫理的な分配などの課題を投げかけている。

1) 社会における住民や高齢者の役割として、多くの高齢者はいくつかの慢性疾患を有しながらも活動能力は高いことから、高齢者の意欲と活動能力を維持し、増進させる活動や最優先の課題であり、高齢者による支えあい活動、老人クラブ活動、シルバー人材センターが重要となってきた。

2) 疾病や健康の概念では、古典的な主体-病因-環境モデルから遺伝や生活習慣を取り込んだ新しい健康概念が重要となっている。高齢者は、病気や障害があっても生き生きとした生活を送れることを健康と考えている。

3) 死、障害、老いに対する対策として、疾病予防が保健医療の最優先課題でしたが、高齢社会では死や老いは、予防より受容が大きな課題となっている。死や老いは克服できないので、より良く老い、より良く死んでいくことが大きな課題となっている。

4) 社会資源や財源の配分については、延命や予防などの医療・保健に多くの財源や資源を投入するのか、生活支援や生涯学習のために福祉・教育に多くの財源や資源を投入するのかの意志決定は困難な課題である。また、子どもと高齢者のいずれに多くの財源を投入すべきかとの決定も重要である。これらの意志決定は財政面からとともに、倫理的にも考えなければならない。当事者の参加、多様な立場からの議論、次世代への配慮などが倫理的意志決定の原則であるため、地方分権、住民参加、情報公開の促進が、市町村単位での介護保険の導入、市町村介護保険計画策定委員会への住民参加と情報公開、インフォーマルな高齢者ケアへのボランティア参加などへの取り組み強化が求められている。

F. 文献

- 1) 厚生省: 厚生白書平成7年版. ぎょうせい, 東京, 1995
- 2) WHO, Regional Office for Europe: Health in Europe. WHO Regional Publications, Copenhagen, European Series, No. 56, 1994
- 3) Oakley P.: Community involvement in health development. WHO, Geneva, 1989
- 4) 荒木昭次郎: 参加と協働. ぎょうせい,

- 東京, 1990
- 5) 小木和孝: 産業保健の国際動向. 産業衛生学雑誌, 37(増), S2-3, 1995
 - 6) 新井宏朋, 藤田雅美: 政策科学としての公衆衛生学. 日本公衆衛生学雑誌, 43, 517-519, 1996
 - 7) Whyte W.F., et al.: Participatory action research: Through practice to science in social research. Participatory action research. Whyte W.F. ed., p19-55, Sage Publication, Newbury Park, 1991
 - 8) Kaprio L.A.: Forty years of WHO in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1992 (WHO Regional Publications, European Series, No. 40)
 - 9) 出雲市環境福祉部編: バリアフリーまちづくり検討委員会報告書. 出雲市, 1995
 - 10) 島根医科大学環境保健医学教室編: 保健・医療・福祉連携システムに関する調査研究報告書. 島根医科大学環境保健医学教室, 出雲, 1995
 - 11) Sobel ME: Life-style and social structure. New York, Academic Press, 1981
 - 12) Belloc NB, Breslow L: Relationship of physical health status and health practices. Prev Med 1: 409-421, 1972
 - 13) 森本兼彥編: ライフスタイルと健康. 東京, 医学書院, 1991
 - 14) 塩飽邦憲, 山根洋右: 高齢社会における生活習慣病の予防戦略. 島根医学, 18: 255-263, 1998
 - 15) 松永 英: 遺伝と人間. 東京, 培風館, 1984
 - 16) WHO: Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Ottawa, 1986
 - 17) Ashton J, Grey P, Barnard K: Healthy cities - WHO's new public health initiative. Health Promotion 1: 319-324, 1986
 - 18) 塩飽邦憲, 他: サンドバール宣言と環境変革の思想. 公衆衛生, 61(9), 624-627, 1997
 - 19) 塩飽邦憲, 山根洋右, 福島哲仁, 他: スチューデント・レクチャーによる問題解決型予防医学教育の展開. 医学教育, 23, 358-362, 1992
 - 20) 塩飽邦憲, 山根洋右, 下山 誠: 早期医学体験学習の導入と教育評価. 医学教育, 27, 211-218, 1996
 - 21) 健康文化都市・いずも プラン2 1 策定プロジェクト: 健康文化都市・いずも プラン2 1. 出雲市, 1998
 - 22) 渡部英二: 市町村での政策づくり. 新井宏朋, 他編, 健康の政策科学, 東京, 医学書院, 132-139, 1997
 - 23) 塩飽邦憲, 他: 出雲市におけるヘルスケア政策確立のための参加型行動研究. 日本公衛誌 44: 464-473, 1997
 - 24) 出雲市環境福祉部編: 出雲市高齢者保健福祉計画. 出雲市, 1994
 - 25) 山根洋右: 参加型行動研究. 新井宏朋, 他編, 健康の政策科学, 東京, 医学書院, 128-131, 1997
 - 26) Smith S.E., Pynch T., Lizardi A.O.: Participatory action-research for health. World Health Forum, 14, 319-324, 1993
 - 27) Green L.W., Kreuter M.W.: Health promotion planning. 2nd ed., Mayfield, Mountain View, 1991
 - 28) 本田 弘: 施策形成過程と管理の構造. 本田 弘, 大久保皓生, 大塚祚保編, 創生・地方自治, p299-344, 東京, ぎょうせい, 1992
 - 29) 槻谷和男: 小規模多機能型老人ホームの挑戦. 永和最之助編, 私たちが考える老人ホーム, p1-38, 中央法規出版, 東京, 1996
 - 30) 日比野省三, 岩永俊博, 吉田浩二: 保健活動のブレイクスルー. 医学書院, 東京, 1999
- G. 研究発表 (論文)**
1. T. Fukushima, N. Hojo, A. Isobe, T. Gao, K. Shiwaku, Y. Yamane: Food intake, serum lipids and amino acids of school children in agricultural communities in Japan. European Journal of Clinical Nutrition, 53, 207-211, 1999
 2. T. Gao, K. Shiwaku, T. Fukushima, A. Isobe, Y. Yamane: Medical education in China for the 21st Century. Medical Education, 30, 768-773, 1999
 3. K. Shiwaku, T. Gao, N. Hojo, T. Fukushima, Y. Yamane: Low levels of serum cholesterol and systolic blood pressure in Japanese with the apolipoprotein E3/2 genotype. Clinical Chimica Acta, 284, 15-23, 1999
 4. 塩飽邦憲, 山根洋右, 黒松基子: 在宅療養におけるケアマネージャーとしてのヘルパー. プライマリ・ケア, 22, 29-32, 1999
 5. 中谷久恵, 福島哲仁, 磯邊顕生, 塩飽邦

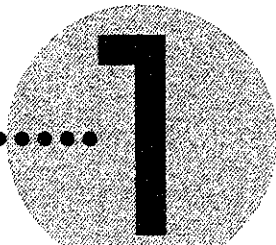
- 憲, 西山 勉, 杉山一教, 山根洋右: 中高年者の排尿異常の実態とケアの課題. 日本農村医学会雑誌, 47, 701-7, 1999
6. 乃木章子, 奥野元子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 健康文化都市・いずもにおける生活習慣病の特徴と基本戦略. 島根女子短期大学紀要, 37, 1-8, 1999
7. 塩飽邦憲: 生活習慣病への栄養からのアプローチ健康日本 21 とヘルスプロモーション. 栄養日本, 42(1), 5-7, 1999
8. 乃木章子: 食行動とヘルスプロモーション. 栄養日本, 42(1), 8-9, 1999
9. 塩飽邦憲, 齋藤茂子: 出雲市健康文化都市プロジェクトのあゆみ. 公衆衛生, 63, 353-357, 1999
10. 高 同強, 塩飽邦憲, 北條宣政, アヌーラド・エルデムビルグ, 山根洋右: 中国におけるプライマリ・ヘルスケアの現状と課題. 日本公衆衛生雑誌, 46, 320-327, 1999
11. 渡部英二, 山根洋右: 出雲健康文化都市プロジェクト・1 健康文化都市づくりの現代的意義 市民・行政・専門家協働のまちづくり. 公衆衛生, 63, 267-272, 1999
12. 四方田悦子, 石川智恵子, 塩飽邦憲: 市民と専門家のエンパワーメントを実現する健康学習. 公衆衛生, 63, 567-571, 1999
13. 山根洋右: 衛生学—21世紀への展望. ヘルスプロモーションから人間尊厳の健康文化の町づくりへ. 日本衛生学雑誌, 54, 447-448, 1999
14. 齋藤茂子, 齋藤 誠, 田中佑子, 山根洋右, 渡部英二: 出雲健康文化都市プロジェクト・6 生命輝く市民主体の健康文化のまちづくり・1. 公衆衛生, 63, 657-664, 1999
15. 齋藤茂子, 齋藤 誠, 田中佑子, 山根洋右, 渡部英二: 出雲健康文化都市プロジェクト・6 生命輝く市民主体の健康文化のまちづくり・2. 公衆衛生, 63, 736-741, 1999
16. 塩飽邦憲, 竹内節子, 増原久子, 渡部英二, 岩本恵子, 樽井恵美子, 中川正久: 21世紀の医学看護学福祉学教育への提言. 医学看護学教育学会誌, 10, 印刷中, 1999
17. 島田洋子, 武田道子, 池田行子, 塩飽邦憲: 地域看護学における学生主体型教育プログラムの展開. 医学看護学教育学会誌, 10, 印刷中, 1999
18. 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 生活習慣病増加と栄養士教育の課題. 医学看護学教育学会誌, 10, 印刷中, 1999
19. 塩飽邦憲: 生活習慣病への栄養からのアプローチ健康日本 21 とヘルスプロモーション. 栄養日本, 42, 5-7, 1999
20. 塩飽邦憲: 問題発見から問題解決へ. 日本農村医学会雑誌, 47, 786, 1999
21. 塩飽邦憲: 健康って何だろう—能動的で「自立した健康人」の時代—公衆衛生情報 29(8), 8, 1999
22. 山根洋右, 塩飽邦憲, 高 同強, A. Erdembileg, 樽井恵美子, 小林 昭, 乃木章子: 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究—国保医療費とがん検診に関する解析. 平成 10 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究, 59-76, 1999
23. 山根洋右, 塩飽邦憲, 白石裕美, 高 同強, A. Erdembileg, 樽井恵美子, 小林 昭. 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究. 平成 10 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究, 49-72, 1999
24. 山根洋右, 塩飽邦憲, 白石裕美, 高 同強, 小林 昭, A. Erdembileg, 岩永俊博, 鳩野洋子: 公衆衛生活動方法論の世界的潮流とわが国での適応の総括的検討. 平成 10 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究, 15-26, 1999
25. 山根洋右: 今後視野に入れるべき公衆衛生活動での概念. 平成 10 年度厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業研究報告書 地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究, 177-184, 1999
26. 山根洋右, 塩飽邦憲: 高齢化社会における保健・医療・福祉の総合的医学教育方法の開発. 平成 10 年度文部省科学研究費補助金(萌芽的研究)実績報告書, 1999
27. 山根洋右: スペシャルレポート第 25 回日本医学会総会 開かれた医療を目指して多くの討論 鍵握る学会、地区医師会のリーダーシップ. Nikkei Medical, 5, 75-78, 1999
28. 山根洋右, 塩飽邦憲, 高 同強, 樽井恵美子: コミュニティにおける総合的老年性痴呆ケアシステムの構築に関する研究. 平成 10 年度難病医学研究助成事業研究結果報告研究経過報告, 25-41, 1999

29. 山根洋右, 塩飽邦憲: 高齢化社会への挑戦 出雲からのメッセージ. ワンライン, 出雲, 1999
30. 山根洋右: 住民参加型ヘルスケア政策の実現. *Suzuken Medical*, 2(5), 13-15, 1999
31. 出雲医師会かかりつけ医推進委員会(山根洋右): かかりつけ医推進試行的事業報告書. かかりつけ医推進試行的事業報告書, 1999
- 研究発表(学会発表)**
1. 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 生活習慣病増加と栄養士教育の課題. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14
2. 白本 忍, 杉本静子, 中田佳代子, 内田道子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 学生参加型公衆衛生学教育と教育評価. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14
3. 齋藤茂子, 伊藤智子, 天野和子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 地域看護教育における相互教育評価. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14
4. 服部晋司, 榎崎美笛, 西村淳一, 橋本健一, 塩飽邦憲, 山根洋右: 医学卒前教育における緩和ケア教育の展開. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14
5. A. Erdembileg, T. Gao, H. Shiraiishi, A. Kobayashi, K. Shiwaku, Y. Yamane: Reform of Health Care System and Medical Education in Mongolia. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14
6. 鈴木静江, 矢田朱美, 塩飽邦憲, 山根洋右: 精神障害者によるピア・カウンセリングの現状と課題. 第9回医学看護学教育学会学術学会. 出雲, 1999.3.13-14
7. 福島哲仁, 磯邊顕生, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: 急性パラコート中毒の治療法開発の現状と展望. 第69回日本衛生学会総会. 千葉, 1999.3.24-27
8. 塩飽邦憲, アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 山根洋右: 佐田町ヘルシータウンプロジェクト(6)介護保険導入とコミュニティ活動. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
9. アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: モンゴルにおける健康政策の改革. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
10. 伊藤智子, 浜崎牧子, 浜村陽子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(27)子育て支援活動に関する政策的検討. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
11. 山根洋右, 塩飽邦憲, 高 同強, アヌーラド・エルデムビレグ: 出雲市健康文化都市プロジェクト(25)介護保険制度への政策的アプローチ. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
12. 金築真志, 間島尚志, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(26)介護保険と高齢者健康福祉活動. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
13. 梶谷泰子, 神田和美, 石川智恵子, 石飛美緒, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(28)子育てグループの発展. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
14. 高井美紀子, 梶谷泰子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(29)子育て支援ネットワーク. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
15. 神田和美, 四方田悦子, 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(31)住民参加型健康学習の展開. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
16. 乃木章子, 神田和美, 四方田悦子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(32)生活習慣病と栄養学習. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
17. 石飛美緒, 梶谷泰子, 神田和美, 石川智恵子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(33)がん対策の再検討. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
18. 島田洋子, 武田道子, 池田行子, 塩飽邦憲: 学習者主体型地域看護学実習の展開(1)教育プログラムの開発過程. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
19. 武田道子, 島田洋子, 池田行子, 塩飽邦憲: 学習者主体型地域看護学実習の展開(2). 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22
20. 中島聖子, 中尾寛子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 小地域健康福祉ネットワークの形成(1)健康福祉ボランティア活動. 第58回日本公衆衛生学会総会. 別府, 1999.10.20-22

21. 大井利夫, 塩飽邦憲: シンポジウム 農村における医療・福祉ネットワークと介護保険. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
22. 原 俊雄, 坂本 巖, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(5) - 漁業者の立場から見た中海・宍道湖干拓事業 -. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
23. 坂本 巖, 原 俊雄, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(6) - 宍道湖のヤマトシジミの大量斃死後の資源回復状況 -. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
24. アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究(1) - 地域特性の生活習慣病の現状と課題 -. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
25. 高 同強, アヌーラド・エルデムビレグ, 塩飽邦憲, 山根洋右: 島根県における市町村別国保医療費の分析. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
26. 塩飽邦憲, アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 山根洋右: 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究(1) - がん健診に関する解析 -. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
27. 中尾 陽, 村上友代, アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: JAいずもの健康福祉戦略(4) - 福祉サービス基盤づくり -. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29
28. 村上友代, 中尾 陽, アヌーラド・エルデムビレグ, 高 同強, 塩飽邦憲, 山根洋右: JAいずもの健康福祉戦略(5) - 地域支え合い活動の成果と課題 -. 第48回日本農村医学会学術総会, 松江, 1999, 10, 28-29

出雲市健康文化と快適なくらしのまちづくり

.....[プロジェクト]
●ネットワーク



母子部門「次世代を育む」

1. 現状

現代の子どもは、経済的な豊かさの中で育っているため「人間関係づくりが苦手」、「遊べない」、「自己表現ができない」などの社会心理学的特徴をもち、高脂血症や肥満などの小児生活習慣病の増加、母子分離不安や不登校などが危惧される。離婚家庭の増加、単身世帯の増加など家族形態が変化しつつあり、子育てやケア機能の低下が目立つ。

出雲市の出生数は年間約900人、出生率は人口千対11.3(1996)と鳥根県8.9、日本9.7に比べて高く、合計特殊出生率も1.87と高いが、最近10年間は横ばい傾向にある。市内16地区では、出生数・率ともに地域差が著しい。出生率は、農山村地域の稗原、朝山、乙立、苅葉、上津で低く、新興住宅地域の塩冶、四絡、川跡では高い。人口高齢化の進行する市中心部の今市でも出生率が減少している。出生率の低い地区では、子ども同士のかかわりの機会が少なく、孤立しがちである。また、出生数の高い地区では、核家族が多く、激しい転出入のため、地域から孤立し、育児不安を抱える母親が目立つ。子どもを地域で育む傾向が薄れ、近所付き合いも少なく、地域社会で次世代を育む環境は厳しくなっている(図5)。



母子分離不安

乳幼児期の親子、特に母子関係は、子どもの健全な発達の基礎としてきわめて重要である。妊娠中の精神的安定、新生児期のふれあいや授乳から始まる安定的で信頼感に満ちた母子関係は、乳幼児の身体的・精神的な発達に決定的な役割を果たしている。早期に母子を分離すると、母親も子どもも不安となり、互いの信頼関係を形成することができない。また、母親が子どもを過剰に甘やかし、過保護や過剰な不安を与え続けると、思春期になっても子どもは母親の保護から自立できず、依存的となる。子どもの発達段階に合わせた母子関係の形成が望まれ、子どもの成長と共に父子関係も重要となってくる。

2. プランの理念

子育て中の母親、子育てサポーター、主任児童委員などの市民、保母、健康福祉関係スタッフなどが、子ども、家族、地域社会の問題に加えて、「こんな子育てがしたい」「子どもがのびのび育つためにはこんなまちがいい」などと夢(思い)を討論し、4つの目標をめざしたプランを作成した(表2)。プランの特徴は、1)「次世代を育むこと」は、生涯にわたる継続的活動、2)「子育て」は「人づくり」であり、子、親、家族、地域が共に育ち、輝くこと、3)少子化および女性の社会進出から、女性の心と体の健康づくり(リプロダクティブ・ヘルス/ライツ)を包括したことである。

3. 課題と政策(表2)

1) 子どもがいきいきと育つ

全ての子どもがいきいきと自己表現をし、子どもの笑顔と元気な声が地域にあふれるまちづくりをめざす。そのため、市民が豊かな自然の中で遊び、学べるよう自然環境を保全・整備し、異年齢・世代間交流などにより多様な人間関係を築く活動を支援する。また、子どもが自発的に考え、行動することを目的とした学習プログラムや Know Your Body (KYB) 活動などを地域や学校と連携して推進することが必要である。

2) 女性がいきいきと生きる

次世代を育むためには、女性の心と体の健康増進が重要である。出雲市では、エンゼルプラン策定や女性センターの活動によって女性が生まれてから老いるまでの一貫した政策の確立に努力している。女性が自らの心と体

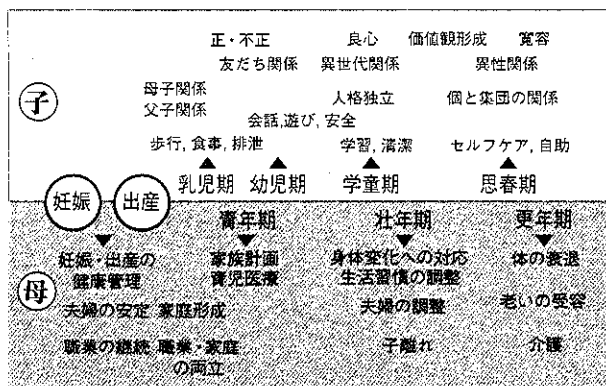


図5 次世代を育むための健康福祉課題

を管理しながら自分らしく生きることを権利として保障する支援環境を整備する。男女共同参画社会の実現のために、思春期から生きる力を育む性教育の実施、自己学習環境や相談体制の整備が必要である。

3) 家族みんなが幸せに生きる

家族がお互いに必要とされ、家庭が安らぎの場であるとともに家族の機能が十分発揮されるために、性役割の見直し、男性の家庭生活参画、夫婦の信頼関係を促進する活動や学習を支援する。また、出産時や親子の病気など危機時の支援体制、健康教育への家族の参加、保育制度の充実、企業における母性保護・子育て支援環境の改善を促進する。

4) 地域ぐるみで次世代を育む

安心して子育てするための支援環境を整備すると共に、地域にある学習・ケア資源を開発し、活用する。ピア・カウンセリング（仲間相談）を促進するために、当事者である母親による育児サークルの育成、子育てに関

する情報発信をめざす情報誌発行の支援、地域の保育・教育施設を活用した子育て相談や支援活動の組織化、子育てサポーターや学習ボランティアなどの育成、安全で健康な環境づくりのための酒類・たばこ・有害図書の販売規制の促進に取り組む。また、市外からの転入者や外国人の子育て支援のための相談・支援システムを確立する。

◆ ◆ ◆ ▼ エンゼルプラン

日本の出生率は急速に低下し、一人の成熟した女性が一生に産む子どもの数を示す合計特殊出生率は1.42（1995）と人口維持に必要な2.08を大きく下回っている。幸い、出雲市の合計特殊出生率は1.71（1995）と全国よりは高いが、少子化およびその結果としての高齢化に拍車がかかっていることは間違いない。少子化の原因としては、未婚率の上昇、子どもを産み育てる環境の悪化などがあげられる。このため、全国的に1997年度に子どもを産み育てる環境改善のための総合計画がエンゼルプランとして策定された。

表2 「育む」の目標と政策体系

大目標	中目標	小目標	行動目標
子どもがいいきいと育つ	生きる力を育む	個性と能力をのばす 自主性、主体性を育てる 基本的な生活習慣の確立	個別・個性教育の推進 体験学習、科学館での自主学習 Know Your Body活動
	こころ豊かに	思いやりの心を育てる 家庭機能の強化 地域交流学習	統合保育・教育、人権・福祉教育 若い両親への学習プログラム 親、各種団体の教育参加
	子どもの権利保障	人権の尊重 いじめ、虐待、薬物依存への対応 地域での見守り	人権・同和教育の推進 人権・虐待相談とケア スクールヘルパーの強化
	障害児の能力発揮	心身障害児の療育 親の相談・交流 障害児の発達支援 障害児と健常児との交流 社会参加の促進	療養施設の設置、ケアマネージメント 障害児ネットワークの支援 通園事業、養護学校の充実 統合教育の促進
女性のいきいきと生きる	安心して子育て 人生観の確立	子育て相談システム 子育て体験学習 思春期の学習・相談 更年期の学習・相談 職業能力開発 生涯学習の促進 自分の役割探し支援	専門家・子育てサポーターによる相談体制 体験学習、相互学習の促進 養護教諭・産婦人科医とのネットワーク 当事者による相互学習の促進 女性の企業おこし支援 生きがい・自分探し講座開設 ボランティア・コーディネーター設置
		家族みんなが幸せに生きる	夫婦が共に子育て 仕事と子育ての両立
地域ぐるみで次世代を育む	親子の相互支援	自主グループの育成、支援 子育て情報の発信	育児グループ促進 子育て情報誌発刊支援
	親子の人権尊重	転入者、外国人家族への支援 小児虐待の防止	交流ボランティア、ケアマネージメント 電話相談、カウンセリングの体制づくり 託児、読み聞かせボランティアなどの育成 公民館単位での専門家・ボランティアの連携
	地域の子育て支援	子育てボランティア育成 地区の子育て支援ネットワーク 24時間子育て何でも相談 健康で安全な地域環境づくり	子育て支援センターの機能強化 自動販売機対策、育児環境モニター制度

4. 先駆的な活動モデル（南中学校区健康を考える会）

過疎化、少子化が進む南中学校区では、1992年の子どもの高コレステロール血症対策から幼稚園、小中学校、PTA、公民館、学校医や関係機関による地域ぐるみの協働が開始された。高脂血症対策から子どもの心と体の総合的な健康活動の取り組みへと発展し、知識伝授型教育方法から、児童・両親・祖父母・スタッフなどが力を合わせて学習する参加型行動研究へと発展しつつある。

また、学校内では子どもたちの「生きる力」を育てる新しい手法として、南中学校区の4校（中学校1、小学校3）でKnow Your Body (KYB) 活動に取り組んでいる。KYB活動は、子どもが自分の体と環境を科学的に理解し、健康課題への対処能力を高めるとともに、健康な生活習慣や自主的学習能力を確立するための健康教育である。なかでも、稗原小学校では学童が主体的に作る

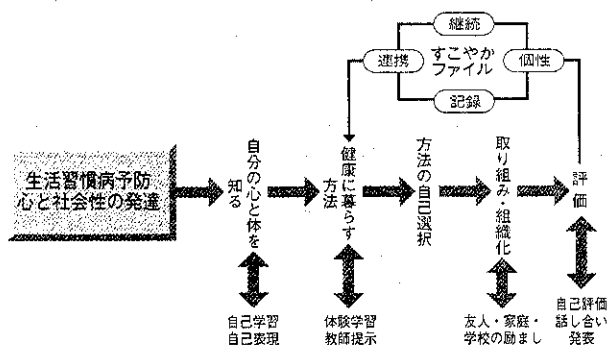


図6 稗原小学校のKnow Your Body活動

健康手帳「すこやかファイル」を用いて、図6のような活動を展開している。子どもや親の主体的な学習能力や健康対処能力を高める学習活動を、学校や生涯学習の場で展開することが必要である。



● 仲間相談・ピア・カウンセリング Peer counselling
障害者、高齢者、患者、妊婦など同じ悩みをもつ当事者が、互いの悩みを出し合い、自らの経験をふまえて相談に応じる活動をいう。医師、保健婦、ケースワーカーなどの専門家による問題中心の相談と異なり、喜びや悲しみなど情動中心の相談から自信回復や相互の支え合いに発展しやすい特徴がある。当事者による活動の中心として活発になっており、出雲市でも呆け老人をかかえる家族の会、子育てサークル、ミニ・デイサービス、共同作業所、患者・当事者会、家族会、生活支援センターなどによって仲間相談が組織されている。



● K Y B 活動 Know Your Body activities
子どもが自分の体と環境を科学的に理解し、健康課題への対処能力を高めるとともに、健康な生活習慣や自主的学習能力を確立するための健康教育である。例えば、青少年の喫煙問題は、非行防止という観点から取り上げられる機会が多いが、最近では、子どもたちの心身の健康という観点から、健康教育の素材としてよく取り上げられている。欧米諸国では、喫煙そのものを問題にするだけでなく、この素材をもとに「自分の身体をもっと知ろう」という健康教育、Know Your Body (KYB) 活動が盛んに行われている。子ども達が自分の健康と生活をとりまく環境に目を向け、それに対処していける力を身につけていくことが重視されている。このKYB活動を広げ子ども達が伸び伸びと育つ環境を整え、家族のきずなや郷土愛について考えるきっかけになることをねらった取り組みである。

ネットワーク●NETWORK 子育て支援

1. 特徴

少子化および地域交流の希薄化により、子どもや若い母親の交流が減少し、遊びやレクリエーションによる交流ニーズが高まっている。また、核家族化によって子育て不安が高まり、子育てに関する相談や学習ニーズが増加している。出雲市では、健康文化都市プロジェクトの主要な活動として、1995年より健診や健康相談の場を専門家による疾病の早期発見よりも、親子の発育・子育ての自己点検の場、相互交流のための出会いの場と位置づけ、当事者である親子の自主活動を促進することにした。この結果、公民館単位で自主的な子育てグループの組織化や障害児支援組織のネットワーク化が促進された。

2. ネットワークのあゆみ

1) 子育てグループ

1995年より、10-40組前後の親子による自主的な子育てグループの組織化が始まり、現在、15公民館区で25子育てグループが活動している（表3）。子育てグループは、農村地域に少なく、核家族が多く人口流動性の高い新興住宅地に多く組織されている。活動内容、参加者や資源の状況などから、3タイプに分類できる。

①「行政企画型」は、農村地域に多く、保健婦が主催してきた幼児教室から自主運営に容易に脱皮できない類型である。

②「自主運営型」は、最近2年間に新興住宅地に多く結成されたグループで、転入した若い母親が健診や教室の出会いをきっかけに結成した。運営は自主的であるが、

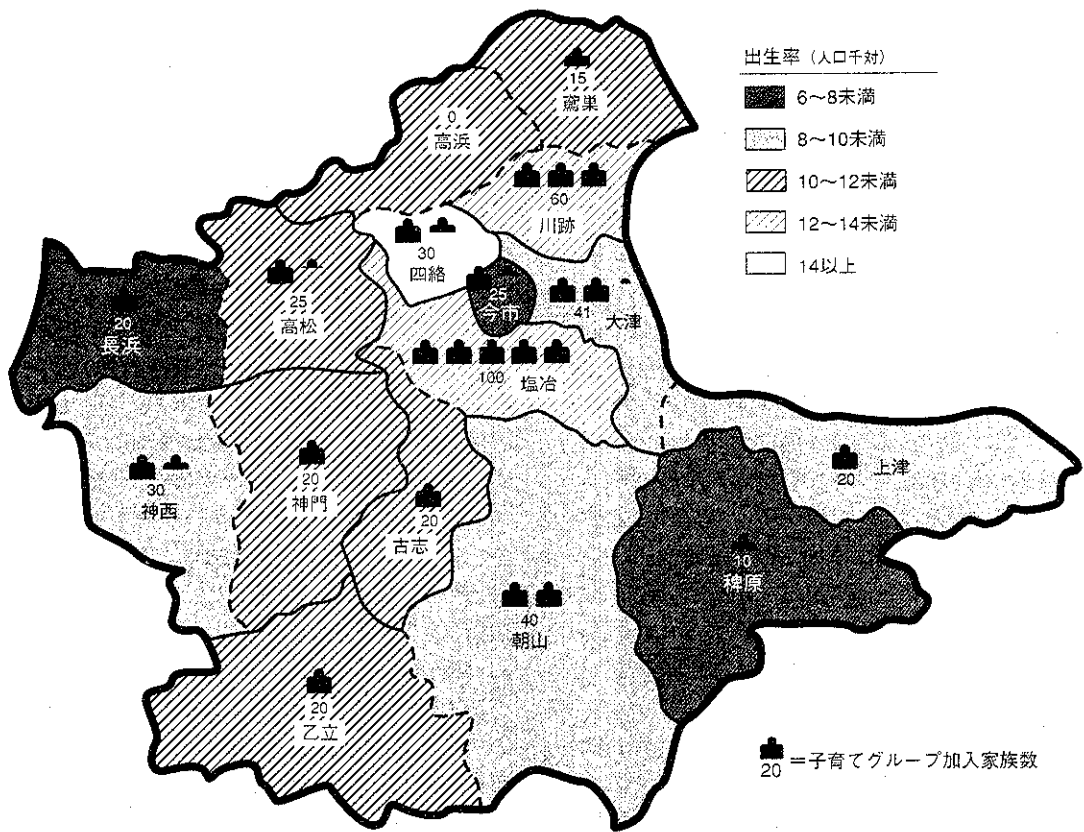


図7 公民館区別出生率・子育てグループ加入家族数（1997）

表3 子育てグループの組織状況

地域	名称	発会年月日	対象年齢	実施回数(年)	参加親子(組)
今市	こいもの会	1996. 6	2-3歳	24	15
	ベビーバード	1997. 7	0-2歳(第1子)	12	15
大津	ゴリリン村	1996. 5	3歳以上	12	10
	ひよっこくらぶ	1996. 9	2歳以上	24	11
	げんきっ子ランド	1996.12	幼児	24	15
	ミニクラブ	1997.11	0-1歳	12	10
塩冶	ぼよぼよクラブ	1995. 8	3-4歳	24	40
	ぶちぼよクラブ	1996. 9	0-2歳	24	20
	キッズクラブ	1997. 5	3-4歳	24	20
古志	キッズザウルス	1997. 5	0-2歳	24	20
	ガッツクラブ	1996.11	2-3歳	30-40	20
高松	ワン・ツーキッズ	1996. 7	2-3歳	24	10
	らぶりー・キッズ	1996. 8	0-1歳	24	15
四絡	わいわいクラブ	1996. 6	なし	12	20
	ティータイム	1997.12	0-3歳	24	10
川跡	もぐもぐゴックン	1996. 6	2歳(第1子)	12	20
	ちびモグ	1997. 7	1歳(第1子)	12	20
	いたずらキッズ	1998	3歳(第1子)	24	20
鷺巣	びよびよ教室	1997. 6	1-4歳	12	10-20
	つくしんぼ教室	1996. 9	0-3歳	12	20
稗原	童童(トントン)クラブ	1996. 6	0-3歳	12	10
朝山	子育てママさん交流会	1996. 4	なし	12	10
	いちご教室	1995	2-3歳	6	30
乙立	めだか教室	1995.12	2-3歳	12	20
神門	スマイル・キッズ	1997. 2	なし	24	20
神西	ドレミファサークル	1997. 8	0-4歳	12	30
長浜	ひよこランド	1998. 2	なし	24	20

遊び中心の活動で、公民館や幼稚園などの地域資源とのネットワークが脆弱である。

③「まちづくり型」は、地元出身の母親、豊富な経験をもつ民生委員や子育て支援のボランティアが、幼稚園や公民館の支援を受けて交流や学習活動に取り組んでいるタイプである。これらのタイプを決定するのは、地域の社会規範や育児支援資源、リーダーの資質によることが多い。

子育てを支援する医療機関、児童相談所、公民館、主任児童委員以外に、今市小学校に併設された言語発達遅滞児のための「すみれ教室、ことばの教室」、女性の立場からグループ化を支援している「出雲女性センター」、地域交流をはじめた幼稚園、一時保育や障害児との統合保育などサービスを拡大している保育所、子育て支援センターとしてお母さんの相談にのっている出雲市立中央保育所がある。また、スクールヘルパーが小中学校には設置され、子育て支援の社会資源が豊かになっている(図8)。

2) 塩冶地区子育て支援ネットワーク会議

最初に子育てグループが組織され、現在も最も多くのグループが活動している新興住宅地域の塩冶地区では、子育てサークルの母親から地域との交流を求める動きがでてきた。1998年2月、子育てグループ代表と地元の

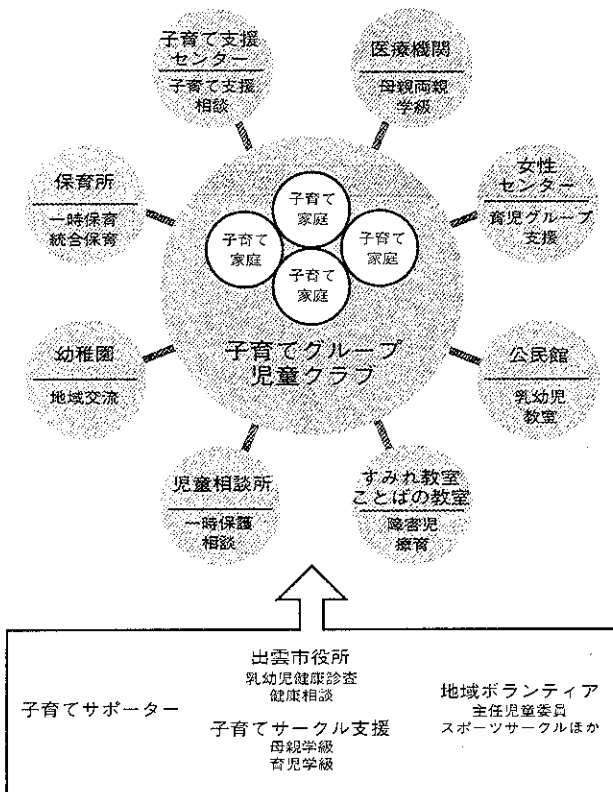


図8 子育て支援ネットワーク

子育て支援組織である幼稚園・保育所、児童委員や子育てサポーター、市保健婦などが参加して、第1回子育て支援ネットワーク会議を開催した。年3回、交流と学習を中心に、支援体制について検討することになった。

3) 子育てサポーター育成

地域の子育て支援マンパワーを計画的に充実するために、1997年より子育てサポーターの育成制度を発足させた。第1期サポーター公募に対して、子育てグループのリーダー、障害児の支援者、退職した元保育や助産婦など13名の応募があった。学習プログラムを、講義に加えて交流や自主研究などで構成し、子どもの遊ぶ公園の現状や母親のニーズを乳児健診時に調査し、子育てサポーターの役割について市保健婦を交えて研究を続けている。その結果、子育てサポーターの役割を、①心のはぐくみへの支援、②悩みを抱える母親への支援、③市民と行政との橋渡しをすること、と整理して、今後は自主的な活動をめざして取り組むことになった。

4) 障害児支援

障害児の医療については、鳥根医科大学や県立中央病院の協力により充実した内容となっているが、心身障害者医療福祉センターや重度の障害児が学ぶことの可能な養護学校は松江市にあり、ケアや療育を支援する社会資源の充実が望まれていた。障害児関係者は、出雲市北部地域福祉拠点整備計画により、障害者デイサービス、生活支援センター、グループホームなどの地域サービス拠点の設置を大きな前進と受けとめている。

これまで、出雲市では7つの障害児支援グループが組織されているが、障害児のサービスやリハビリテーションの充実に共同で取り組んでいなかった。1997年9月に7つの障害児支援組織が、情報の交換と発信を目的に障害児ネットワーク会議を発足させた(図9)。その後、児童相談所、健康福祉センター、教育委員会特殊教育指導員も加わって、「子どもが障害をもっていても輝いて生きること」のできるまちづくりをめざした活動を続けている。

3. 成果と課題

子育てや障害児の療育については、これまで当事者や親が組織化されておらず、行政の担当も多岐にわたることから、総合的な支援対策や政策が明確でなかった。市健康増進課は、当事者である親子のセルフケアと家族ケアの強化、交流や学習によるピア・カウンセリングを図るために、子育てグループの組織化を促進することにした。また、子育てグループで学習した親が、10年後には健康福祉ボランティアや子育てサポーターの役割を果たすことを期待している。住民が孤立しがちな新興住宅地域では、地域社会による子育て支援がまちづくりの起爆剤となることも期待される。

最近2年間の活動により、当事者組織である子育てグ

ループや障害児支援ネットワークが形成され、子育て支援政策や活動が「出雲市エンゼルプラン」策定により明確になってきた。今後、当事者活動である子育てグループや障害児支援ネットワークの質を高めるために、学習活動とまちづくり活動とを関連づけることが課題となっている。すなわち、保健婦のコーディネート能力や学習支援能力を高め、「まちづくり型」の子育てグループへの発展を支援し、子育てグループのネットワーク化による情報交換・交流を通じた自主運営の強化、子育てフェスティバルや子育て講演会等による情報発信・学習機能

の充実を図ることが重要である。さらに、塩冶地区のように地域の子育て支援資源である保育所や幼稚園などの連携を強めることが期待される。



▼ セルフケア Self care

ケアの中で最も基本的な要素で、本人自身によってケアすることである。ただし、セルフケアは、「本人だけのケア能力」だけでなく、「本人のイニシアティブのもとで友人やボランティアによる支援（ソーシャルサポート）、専門家によるサービスなどを利用する能力」も含めている。

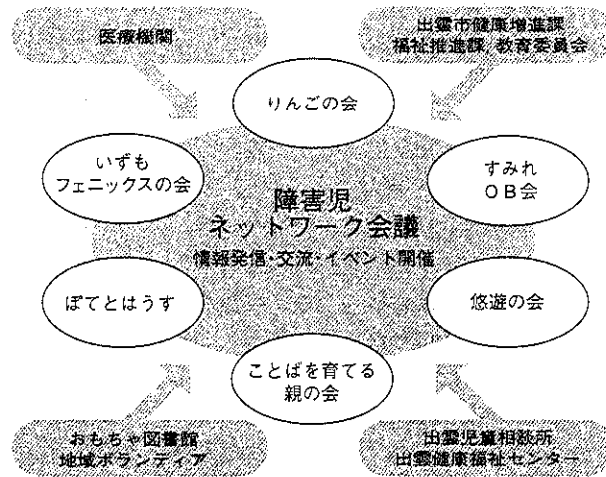


図9 障害児ネットワーク



壮年期部門「働く・暮らしを支える」

1. 現状

出雲市は、人口8万5千人の地方都市であるとともに、出雲地域17万人の中心都市であり、周辺市町村住民にも雇用や消費の場を提供している。農業は、稲作が主であり、長浜地区のブドウや花卉以外は農業団地形成が進んでいない。農家戸数は5,608戸(1980年)から4,203戸(1995年)と減少し、農業従事者は6,282人(1980年)から3,781人(1995年)へと激減した。専業農家戸数は約400戸で変化なく、農業従事者の多くは高齢者である。

第2次産業では、主要な繊維・衣服工業、木材・家具工業、鉄鋼・金属工業が、従業員数・出荷額とも減少し、電気機械工業がやや増加している。企業誘致は伸び悩んでおり、若者に魅力があり、高度技術などを活かした職場や産業が少ない現状にある。国際化による価格低迷や国内産業の空洞化の影響を受け、増加していた製造業の従業員数は9,855人(1990年)から9,234人(1995年)へ、出荷額も1,347億円(1991年)から1,128億円(1995年)へと減少している。第2次産業の雇用の多くを占める建設業では、斐伊川神門川合流事業や国道9号バイパスなどの大型プロジェクトが実施され、従業員数は3,949人(1980年)から4,546人(1995年)へ増加しているものの、低迷気味である。一方、第3次産業の小売業およびサービス業の従事者数は増加傾向にあり、17,107人(1980年)から21,682人(1995年)へと増加した。島根医科大学、県立看護短大、県立総合看護学院、県立中央病院、3つの特別養護老人ホームなどの医療福祉機関および医療福祉教育機関が集中しており、県レベルでは出雲地域に「健康医療福祉」の拠点としての発展が期待されている。

出雲市では、3世代世帯が多かったために女性の就業率が高かったが、近年、核家族化により女性が子育てと就業との両立に困難を来し、子育て支援のニーズが高まっている。日系ブラジル人が、隣の斐川町の電機部品・組立工場で働いている他、市内誘致企業に少数の外国人研修生を受け入れている。島根医科大学などへの外国人留学生、日本人と結婚した中国人、フィリピン人などが増加しつつある。また、中小零細事業所が多く、労働条件や福利厚生面の整備も遅れている。

青壮年期の健康状態では、悪性新生物による死亡が多

く、心疾患、糖尿病、脂肪肝などの生活習慣病およびうつ病などの精神疾患が増加している。OA化や機械化により、頸肩腕障害や腰痛症なども増加している。林業や建設業では、労働災害の発生が多い。

2. プランの理念

本プラン作成に当たっては、出雲地域産業保健センター、(社)出雲青年会議所、出雲商工会議所、JAいずもなどのメンバーで労働と雇用の現状や将来への思いを話し合った。プランの特徴は、1) 目標を「安心して豊かに働く」「ゆとりと潤いのある暮らし」「働きがい高めめる」「豊かな人材開発」のように、健康から働きがいまで広くとらえたこと、2) 雇用者と労働者の平等なパートナーシップを基礎とし、職業能力の開発を基軸とした生涯学習を重視したこと、3) 女性の働きがいと男性の家庭生活参加を促進する男女共同参画の促進を図ること、4) 地域社会の「働きがい」支援のための環境整備を重視したことにある。

3. 課題と政策(表4)

1) 安心して豊かに働く

ヘルスプロモーションの理念に沿った身体面と精神面での健康学習や健康管理を促進することが重要である。従業員50人未満の零細事業所に対して、出雲市、出雲地域産業保健センター、(社)出雲青年会議所、出雲商工会議所、JAいずも、出雲労働基準監督署などによる支援ネットワークの形成が課題である。生活習慣病の増加に対応した壮年期の健康学習の強化や喫煙対策の推進が重視されなければならない。さらに、働き盛りの精神保健対策として、いのちの電話、生活支援センター、精神科医療機関と出雲市によるメンタルヘルス・ネットワークの強化が重要である。また、男女雇用機会均等やパートタイム労働などの労働・雇用形態の多様化に対応して、女性の労働支援対策を確立する必要がある。

2) ゆとりと潤いのある暮らし

男女が職業生活と共に家庭・地域社会の生活を楽しみ、男女共同参画型社会を実現するために、雇用機会均等の推進、子育て支援対策の強化、育児・介護休暇制度の活用が重要である。農業や零細事業所などの自営業者

に対して、ゆとりと潤いのあるくらしのための協同的な福利厚生制度が強化されなければならない。労働時間短縮と共に、余暇時間の自己啓発や地域交流の促進が図られなければならない。企業ボランティアの組織化が重要である。

3) 働きがいを高める

青壮年期の精神保健対策の中では、「働きがいを高める」ことを重視する必要がある。そのためには、個性を重視した生涯にわたる職業能力開発を支援する学習支援の強化、職業紹介や定住対策が促進されなければならない。活力ある雇用創出のために、高齢化の進行や健康医療福祉拠点都市の強みを生かした産業開発がLIZプロジェクト（企業、大学、病院、行政による医療福祉機器およびソフトウェアの開発プロジェクト）などを通じて強化されつつある。

4) 豊かな人材開発

国際化や情報化に積極的に対応できる人材の育成、障害者も高齢者もすべての人が働きやすいまちづくりを急ぐ必要がある。また、留学生を中心とした外国人との交流を活性化して、産業ばかりでなく、文化や教育の国際化が急がれる。

4. 先駆的な活動モデル（出雲地域産業保健センター）

出雲市内の零細事業所の健康増進を支援するために、出雲地域産業保健センターが出雲医師会内に設置されて

いる。従業員50人未満の零細事業所では、衛生管理者や産業医が選任されておらず、労働者の健康づくりの取り組みは不十分である。このため、地域産業保健センターが、出雲市長浜工業団地で3事業所共同での産業医の設置、健康学習、健康相談などを支援している。今後は、出雲市商工会議所などとのネットワークにより、零細事業所に働く労働者の健康増進活動を促進する必要がある。



▽ ライフサポート・インダストリー・ゾーン (LIZ) プロジェクト

出雲市における特徴的な条件を生かし、新しい医療・福祉分野での産業開発を目的としたプロジェクトである。人口の高齢化先進地である出雲の地の利を生かし、島根医科大学、県立看護短期大学、県立中央病院、および特徴ある老人・障害者施設の研究・実践機能と民間企業などの開発機能を連携させ、福祉介護機器などの開発、新素材の医療福祉分野への応用などを試みている。



▽ 地域産業保健センター

労働者の健康管理は、これまで事業主の責任で行われてきたが、従業員数50人未満の中小事業所が日本では約2/3（出雲市では3/4）を占めている（図10）。これらの事業所には産業医や衛生管理者が設置されておらず、健康管理も不十分であるため、国・地方自治体や医師会の支援が求められていた。労働省は、各労働基準監督署管内に1カ所の地域産業保健センターを医師会の協力を得て設置し、零細事業所の産業保健活動を支援している。

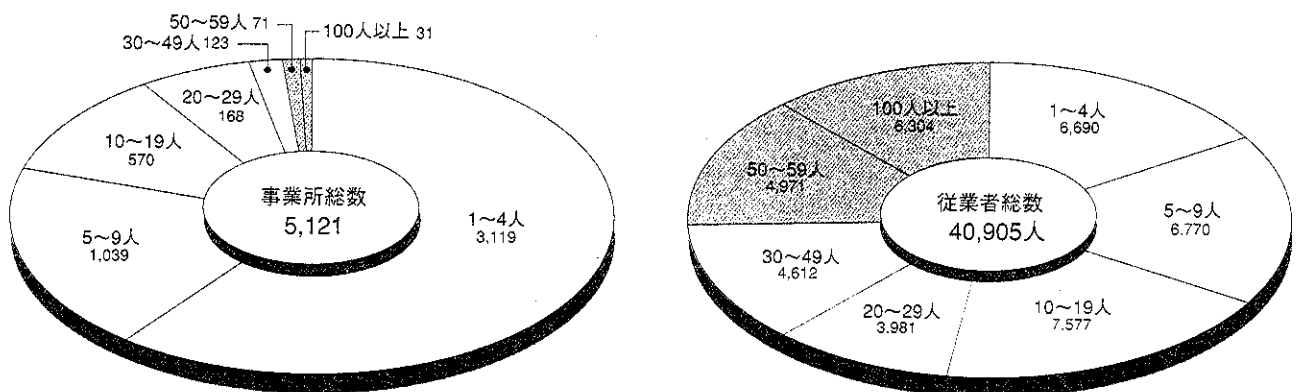


図10 出雲市の従業員規模別事業所数および従業員数 (1996)

表4 「働く」の目標と政策体系

大目標	中目標	小目標	行動目標
安心して豊かに働く	健康に働く	職場における健康学習 トータルヘルス・プロモーション活動の促進 中小企業の健康管理の充実	学習資源の開発 市・民間資源の紹介 地域産業保健センター活用
	安全に働く	安全な職場環境 労働災害防止対策 作業環境・作業管理の充実	学際的な安全パトロールチーム 建設・林業の事故防止ネットワーク 地域産業保健センター活用
	雇用と労働の安定	労働条件の向上 パートタイム労働対策の推進 時代に合った職業教育・再教育	労使のパートナーシップ パートタイム労働への支援 学校誘致、生涯学習の推進
ゆとりと潤いのある生活	男女がともに楽しむ	男女共同参画の推進 女性の労働支援環境 男性の家庭生活への参加 子育て支援環境の整備	雇用機会均等の推進・啓発 母性健康管理推進 育児・介護休暇の利用促進・啓発 エンゼルプラン推進
	ゆとりある自営業	農業従事者の休暇制度充実 自営業者の福祉向上	酪農ヘルパーなどの拡大 中小企業福祉事業
	余暇を楽しむ	労働時間の短縮 余暇活動の充実 単身赴任者への支援 企業ボランティアの促進	リフレッシュ休暇制度活用促進 自己啓発、生涯生活設計 単身赴任者の交流促進 ボランティア・ネットワーク
働きがいを高める	個性・能力の開発	社会変化に対応した人材育成 適性に応じた職場の紹介 地場・中小企業の活性化	人材バンク、能力開発 ハローワーク（職業紹介） 職業能力開発の促進
	活力ある雇用の創出	高齢社会に対応した産業の開発 魅力ある地域づくり 農業の活性化 商店街の再開発	L12プロジェクト 人材確保・育成・定住化 農業への新技術導入 出雲市駅周辺再開発との運動
豊かな人材開発	若者の能力開発	Uターン、Iターン促進 高校中退者の就業対策	定住促進事業 高校との連携
	障害者の職場進出	障害者の働く場の拡大 障害者の職業能力開発 地域社会のバリアフリー	障害者雇用・職親制度の促進 職業リハビリテーション 交通や道路のバリアフリー
	高齢者の社会参加	65歳までの継続雇用の促進 多様な雇用の創出 伝統的な技能伝達	継続雇用制度 再就職、シルバー人材センター 生涯学習
	国際交流の促進	外国人労働者・留学生との交流 外国人労働者・留学生への支援 労働を通じた若者の交流	国際技術協力 国際交流ボランティア ワーキングホリデー制度

プロジェクト.....3

高齢者部門「老いを楽しむ」

1. 現状

出雲市の高齢者人口は15,819人(老年人口割合18.3%)であり、年々高齢化が進んでいる(1998年2月)。一人暮らし高齢者が1,246人、夫婦2人暮らし高齢者世帯も1,680世帯と増加の一途をたどっている(1997年4月)。障害をもつ高齢者も増加し、約700人が介護を必要としていると考えられる。

健康面では、生活習慣病である悪性新生物、心疾患、脳血管疾患が多く、糖尿病、骨折など、老人性痴呆やパーキンソン病なども増加している。高齢化により老人医療費の増加とともに、生活面では、交通事故の被害を受ける高齢者が増加しているが、交通事故の加害者となる数も増加している。変死も年々増え、家庭での虐待や自殺も発生している。

社会面では、交通や建物のバリア、世代間の交流不足による高齢者への理解不足、伝統文化の軽視などが高齢者の社会参加を阻んでいる。このため、障害者や痴呆性老人には、住みづらい現状にある。また、自己経験の押しつけや社会参加への消極性などから、家に閉じこもりがちになる高齢者も多い。一方、ボランティア、趣味や学習活動を通じて積極的に社会参加する高齢者も多い。慶人会(老人クラブ)には、60才以上の8,734人(加入率41%)が加入し、自助活動に加えて、学習や世代間交流に積極的に取り組んでいる(表5)。地区社会福祉協議会、JAいずものヘルパー講習受講者のOB会である「やすらぎ会」、民生委員、学校給食センターなどによる「独居老人の集い」や「ミニ・デイサービス」が定期的開催され、高齢者支援ネットワークが広がりつつある。シルバー人材センターには、60才以上の高齢者403人が登録し、様々な仕事を通じた生産活動や生きがい活動を行っているが、仕事の種類が簡単な肉体労働に限られていることが課題である。また、総労働力人口に占める65歳以上の割合は28.2%であり、高齢者が第一次・第二次産業の重要な担い手となっている。

表5 シルバー人材センターおよび老人クラブ(慶人会)組織率の推移

年度	人口	60歳以上人口	シルバー人材センター ^(60歳以上)		慶人会 ^(60歳以上)	
			会員数	就業延人員	クラブ数	会員数
1992	83,535	18,543	347	22,399	90	6,996
1993	83,954	19,178	363	23,897	91	7,516
1994	84,554	19,667	380	26,546	92	7,805
1995	84,987	20,296	402	27,332	97	8,045
1996	85,413	20,763	403	29,764	100	8,375

2. プランの理念

高齢者は、疾病、老化などによる柔軟性などの身体機能低下、障害の合併、また流動的知能(記憶、図形の判別能力など学習に比較的影響されない能力)の低下が起りがちである。しかし、高齢者は、生活歴が長く、経験豊かで知恵も多く、結晶的知能(総合的に考え判断する能力で、言語や社会常識など学習や経験により発達する能力)に長けていることが知られている。このように多様な能力をもつ高齢者の人間性と人権を尊重するため、テーマを「人生の達人として生きる」とした。高齢者が老いを楽しむゆとりをもち、輝いて生きているまちは、全ての人々にとっても心豊かなまちであろう。

このプランの特徴は、1) 障害をもつ高齢者への肌着のようなケアマネジメント・システムの確立とともに、2) 高齢者自身が自立し、生涯学習にいそしみ、相互交流を深め、社会参加することが必要であることを明らかにしたこと、3) 高齢者の社会心理的な「老い」「孤独」「自己価値観の喪失」などに焦点を当て、これらへの気づきから自己実現に向かうプロセスを考慮したことにある。

● ● ● ▼ 流動的知能・結晶的知能

流動的知能とは、記憶、図形の判別能力など学習に比較的影響されない能力をいう。この流動的知能は、個人によっても異なるが一般的に加齢により低下する。一方、総合的に考え判断する能力で、言語や社会常識など学習や経験により発達する能力である結晶的知能は、加齢によって低下するどころか、生涯発達すると考えられている。

3. 課題と政策（表6、図11）

1) 自律的に生きる

高齢者が、激しい社会変化（戦後窮乏期、高度経済成長期、経済成熟期）を生きぬいた経験と知恵から、老年期を自律的に生きる能力と方法を学習により明らかにすることが重要である。高齢者の自律的な生き方を支えるために、バリアフリー環境（快適な移動手段と住居・建物）の整備、災害・緊急時危機管理の強化が必要である。

2) 健康に暮らす

出雲市における先進的な痴呆ケアは、痴呆性老人の社会不適応（徘徊、言い逃れなど）が家族ケアや医療・福祉サービスの不十分さとともに、高齢者自身の老いや物忘れを受容できない高齢者にも原因があることを明らかにした。このため、老年期にいくつかの疾病や障害を有しながらも、健康に暮らすためには、まず老いを受容することが重要と考えられる。さらに、老年期に適した健康な暮らし方を身につけ、肌着のような健康・医療・福祉サービスを上手に活用することが、老年期を健康に暮らす秘訣と考えられる。このため、老いの受容や老年期に適した生活習慣の学習活動を開発するとともに、2000年の介護保険導入時までには、かかりつけ医制度や中学校区ごとの福祉サービス拠点やケア・マネジメントシステムを確立することが課題となっている。

3) 社会と交わる

老年期では、子どもは経済的・精神的に独立し、配偶者、親族、友人・知人などの喪失を体験し、自らも若い世代に先立つ宿命にある。このため、高齢者は、社会的には孤立しなくても、精神的には「孤独感」は避けることができない。孤独への気づき、孤独をしなやかに受けとめるための学習や高齢者同士のピア・カウンセリングの機会を増やす必要がある。高齢者にわかりやすい情報の提供、仲間同士のふれあい・支え合いが高齢者・市民—各種団体—行政によるソーシャルサポート・ネットワークにより、地域社会からの孤立を避けることができる。生きがいを支える農業などの生産活動、世代間交流を含む地域社会への参加、文化の伝承と創造を重視する必要がある。

4) 希望をもち成長する

高齢者の自発性と創意に基づいた学習や交流活動により、「老い」を成熟過程と考え、自己の価値に気づき、自己実現をめざすことが可能になる。このため、慶人会との協働による学習プログラムやボランティア活動の開発が課題である。

4. 先駆的な活動モデル（呆け老人をかかえる出雲家族の会）

呆け老人をかかえる家族および医療福祉保健関係者が参加している。呆け老人の介護をよくするために、介護相談（面接、電話）、学習、調査、会報発行、老人保健

福祉計画立案への参加を行ってきた。1995年11月より痴呆性老人のためのE型デイサービス・センターを市民や出雲市の支援により開所した。また、会員を中心に12人の呆け老人をかかえる家族が集まり、仲間相談をするミニサロンを定期的に開催している。呆け老人をかかえる家族による仲間相談や福祉サービスの開発モデルとして注目される。



▼ ケア・マネジメント Care management

保健・医療・福祉サービスのメニューおよび供給機関は多く、また目まぐるしく変化しているため、価値観や障害・病状の異なる人にその人にあった適切なサービスを供給することが困難となっている。ケア・マネジメントには、①導入、②ニーズのアセスメント、③ケア計画の樹立、④ケアの実施、⑤ケアの評価と変更・終結、⑥必要なケア・マネージャーとケア資源の開発、のプロセスが含まれている。これらのプロセスに責任をもって対応する人をケア・マネージャーと名付け、ニーズをもった人と家族、友人やボランティアおよびサービス供給機関を結びつける役割をする。アメリカでは、ケア・マネジメントの困難なケースに対して、サービス供給機関より独立したケア・マネジメント機関が本人のインフォームド・コンセントを得てケース・カンファレンスを開催している。カンファレンス参加者は、保健・医療・福祉担当者のみならず、生命倫理的な見地から発言できる牧師なども含んでいる。



▼ ソーシャルサポート Social support

家族や友人・知人による物心両面の支え（ソーシャルサポート）が、ストレスや疾病により影響のあることが明らかになりつつある。ソーシャルサポートが壮年期の心筋梗塞や狭心症を予防し、高齢者の生活活動能力や寿命にも影響している。また、家族や友人による精神的な支えが、ストレスを緩和する作用のあることも知られている。自分のまわりに幾重にも共感性にあふれた、信頼感に満ちた人間関係をつくることで、高齢社会を輝いて生きる秘訣となっている。

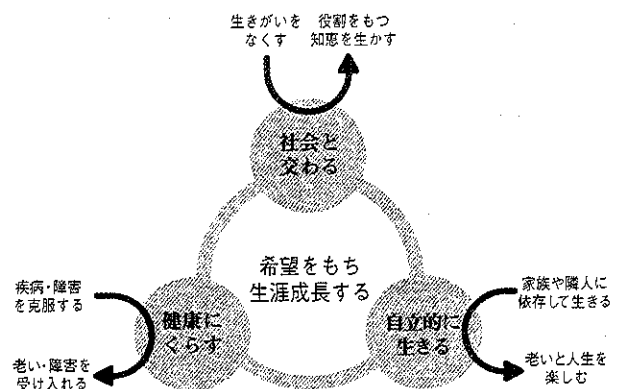


図11 高齢者の健康福祉課題

表6 「老いを楽しむ」の目標と政策体系

大目標	中目標	小目標	行動目標
自律的に生きる	高齢者の自立・自律 バリアフリー環境の実現 災害・緊急時の危機管理	自尊心の形成 自己学習能力の強化 積極的な提言 移動手段の確保 安全で住みよい住居 利用しやすい建造物 緊急時の情報システム 搬送・受け入れシステム 緊急度別台帳とマップ	人権学習、自分史の作成 体験的学習方法の確立 提言と実行のサイクル ハンディキャップ運行 バリアフリー住宅の啓発 建造物整備指針の適用 緊急通報システム拡大 危機管理体制の強化 生活・健康危機度の調査
健康にくらす	健康づくり 健康医療福祉サービスの利用	老いの受容 健康な生活習慣 高齢者に適した健康増進法 利用行動の促進 肌膚のようなサービス提供 責任あるケアマネジメント	老いの総合的な学習 行動変容の促進 高齢者体操、新しい食文化、温泉活用 福祉ボランティア体験学習 サービスへの当事者の参加 中学校区のサービス体制
社会と交わる	孤独への耐性強化 社会への参加 相互に支え合う	孤独の気づき 喪失の受容 社会参加の促進 情報発信と交流 生産への貢献 地域社会への貢献 文化への貢献 弱さへの気づき 思いやり 相互支援ネットアーク	当事者の話し合いの場 ストレス・コーピング学習 里家制度など交流の場の拡大 高齢者による情報誌発行 生きがい農業の開発 シルバー人材センターの発展 世代間交流の活性化、地域文化の伝承 高齢者の相互交流 ピア・カウンセリング促進 慶人会などの当事者組織強化
希望をもち成長する	希望をもつ 成長する	自己価値への気づき 社会的役割の創出 自己成長への支援 自己実現の促進	自信の回復、役立つことの自覚 学習ボランティアの役割強化 生涯学習の強化 人生の達人モデルの提示

ネットワーク●NETWORK 高齢者支援

1. 特徴

出雲市でも、農村地域と市中心部で急速に高齢化が進んでいる。地域支え合いのミニ・デイサービスは、16公民館単位中14で実施されている。実施回数の多いミニ・デイサービスは、地域のボランティアが、地区社会福祉協議会やボランティアセンター、JAやすらぎ会を中心にネットワーク型で組織されている。ミニ・デイサービスは、①高齢者の生きがい対策と残存機能維持、ボランティア参加者の社会貢献と自己実現、②公民館単位でのまちづくり、③介護保険導入後の「要介護とならない」高齢者の受け皿、としますますます重要となる。また、介護者の組織化も徐々に進みつつある。

2. ネットワークのあゆみ

1) 出雲市の高齢者の状況

出雲市の高齢者割合は、南部の農山村地域が25-27%と最も高く、ついで周辺部農村地域の約20%と市中心部の今市23.7%が高率である。新興住宅地域である

塩冶、川跡、四絡、高松は15%以下と公民館区により差が大きい(図12)。一人暮らし老人および老人世帯は、市中心部の今市と大津で増加している。

2) ミニ・デイサービスの状況

16公民館単位中14で、地域の支え合いによる敬老会やミニ・デイサービスが実施されている。月1回実施するミニ・デイサービスは、今市、古志、稗原、朝山、神西、上津で行われている(表7-8)。

● ● ● ▼ ミニ・デイサービス

デイサービスは、福祉サービスの一つとして、出雲市では1998年度に中学校区に1カ所ずつ整備される。こうした専門的なデイサービスに対して、お年寄りの生活圏(自治会から公民館単位)で、地域の支え合いを基盤としてお年寄り同士やボランティアによる生活支え合いの活動をミニ・デイサービスと呼んでいる。ミニ・デイサービスは介護保険制度で要介護と認定されない閉じこもりがちなお年寄りの活動拠点としても期待されている。出雲市では、乙立・古志里家制度を皮切りに、ほぼ全地区でミニ・デイサービスが組織されたが、回数の増加と支え合いの質的向上が課題である。