

図12 公民館区別老年人口割合・独居老人割合(1997)

表7 地域支え合いによるミニ・デイサービスのあゆみ

1990年	乙立里家制度開始(農村共同体のたすけあいボランティア)
1991年	JAいずもによる3級ヘルパーの養成開始、資格取得者により「やすらぎ会」結成
1992年	出雲市社会福祉協議会ふれあいのまちづくり事業(地域ネットワーク事業)開始
1995年	出雲市社会福祉協議会「たすけあいボランティア」開始 古志里家制度開始(高齢者の生産活動を取り込んだミニ・デイサービス)
1997年	古志里家制度、地区社協ミニ・デイサービスに吸収合併

表8 ミニ・デイサービス実施状況

	開始	対象	対象者数	実施回数(年)	場所	スタッフ	参加料
今市	1997.3	70歳以上	40	6-12	集会所	慶人会, ボランティア, 民生委員, やすらぎ会, 保健婦	0-500円
大津	1995	77歳以上	20-30	4	集会所	やすらぎ会	なし
塩冶	検討中						
古志	1988	70歳以上, 独居など	20-30	12	公民館	地区社協	200円
高松	1997.9	70歳以上, 虚弱	40-50	6	JA支店など	やすらぎ会, 地区社協	弁当代
四絡	検討中						
高浜	1992.12	70歳以上, 独居	40	6	JA支店	やすらぎ会, ボランティア	弁当代
川跡	1994.3	高齢者	40	1	平成温泉	長生会, やすらぎ会	弁当代
鷺巣	1997.7	65歳以上	20-30	3	集会所	やすらぎ会	なし
上津	1995.11	高齢者	15-26	12	公民館	ボランティア, 公民館, やすらぎ会	無料
神原	1997.10	75歳以上	20	12	公民館	地区社協, 公民館, やすらぎ会	300円
朝山	1996.6	老人会員	8	12	神社	やすらぎ会	無料
乙立	1997.11	独居老人	18	2	公民館	地区社協, 公民館, やすらぎ会	無料
神門	1993.10	70歳以上	25	2	公民館	やすらぎ会	200円
神西	1997.5	80歳以上, 希望者	50	12	公民館	ボランティア	300円
長浜	1994.2	慶人会	55	2	JA支店	やすらぎ会	300円

このようにミニ・デイサービスが急速に広がった理由としては、①1991年よりJAいずもが養成した3級ヘルパーが地域福祉活動を試行し、JAいずも「やすらぎ会」総会での事例報告と交流によって活動の拡大がなされたこと、②老人福祉施設デイサービスが拡大・充実し、デイサービスが高齢者に楽しい健康づくりになることが認識され、デイサービス開始当初に参加していた比較的元気な高齢者の受け皿が必要になったこと、③1995年から開始した「健康文化と快適なくらしのまちづくり」の中で市民から提起された「語らいや交流のあるまち」「高齢者が安心して暮らせるまち」の活動の一つとして意識的にミニ・デイサービスに取り組みされたこと、があげられる。

ミニ・デイサービスの発展過程から、①小地域ネットワーク型、②お茶事延長型、③イベント型の3類型が認められ、小地域ネットワーク型が最も活発な活動を展開しつつある。

①小地域ネットワーク型（稗原、神西、古志、高浜、上津、今市、上津）

地区が比較的小規模で、地区内に1カ所、主として公民館を実施場所にし、地区内の「やすらぎ会」、民生委員、婦人会などの主だった組織がネットワークをつくって実施する。実施主体は、地区社会福祉協議会が多い。市、郵便局や島根県いきいきファンドなどの小規模の補助金で運営している。

②お茶事延長型（塩冶、四絡、朝山）

町内での小規模な単位での活動である。慶人会役員、民生委員、看護職OGなどが自主的に運営している。出雲地方に昔からあった隣近所のお茶事の延長線上にある気楽な会である。地区が大きく、転入者も多いために、地区全体での活動になりにくい。

③イベント型（大津、神門、高松、川跡、薦巢、乙立、長浜）

JA支店が実施主体で、やすらぎ会会員によるイベン

トを中心にした会である。人口規模の大きい地区で地区巡回方式で、年1-4回の実施が多い。

3) 介護者会

市健康増進課訪問指導員、保健婦および在宅介護支援センターによる在宅療養者の訪問指導や相談活動により、介護者の癒し、学習、相互交流、ピア・カウンセリングが重要と考えられるようになり、1996年頃からネットワーク化が図られるようになった（表9）。稗原では、地元開業医による介護者会「暖家の会」が1989年より始まり、学習と交流により介護者の癒しと介護技術の習得の場となっている。

3. 成果と課題

地域の支え合いのミニ・デイサービスは、16公民館単位中14で実施されるようになり、その内6地区では月1回の開催となっている。これらの6地区では、実施主体である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いずも「やすらぎ会」を中心にネットワーク型で組織されている。地域の特性や人的資源の違いにより、発展過程は異なっているが、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、として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。

今後の課題としては、

1) ミニ・デイサービスの充実と拡大

①ネットワーク型での開催

高齢者同士によるいきいきした支え合いを重視し、年寄りの知恵と能力を活かした主体的な運営を地域ボランティアや専門職が支援することが課題である。

②身近な場所での開催が望ましく、公民館やJA支店、集会所などでの活動が必要である。また、イベント方式は、現在の活動を基盤にして開催回数を増やすことが必

表9 介護者の集い実施状況

	開始	参加者数	実施回数(年)	場所	スタッフ	参加料
今市	1997.10	20	6	公民館	介護者、民生委員、保健婦、訪問指導員	200円
大津						
塩冶						
古志						
高松	1997.7	15	12	公民館	民生委員	なし
四絡						
高浜	1994.8	15	2	公民館	やすらぎ会、ボランティア	なし
川跡						
薦巢						
上津						
稗原	1989	15	2	公民館	古瀬医院	なし
朝山						
乙立						
神門	1996.7	10	12	公民館	ひまわり園	なし
神西						
長浜	1997.9	15	12	公民館	民生委員、ひまわり園	なし

要である。

③「要介護」と認定されない高齢者の受け皿としては、2週に1回のミニ・デイサービス開催が望ましく、ボランティア保険の充実や財政支援が課題である。

④ミニ・デイサービスの回数と内容の豊富化により、より多くのボランティアの参画が必要となる。ボランティアをミニ・デイサービスや地域支え合い活動の実践と関連づけて各公民館単位で育成することが重要である。

⑤ミニ・デイサービス間での交流により、質の高い活動と「語らいや交流のあるまち」「高齢者が安心して暮らせるまち」づくりが期待される。

2) 介護者会の開始

介護者会はまだ少ないが、在宅介護支援センター、福祉施設、医療機関が連携して介護の当事者である介護者の組織化に取り組み、介護学習とともに政策やサービスへの介護者の声を反映する必要がある。

生活習慣部門「自立した健康人」

1. 現状

出雲市は、豊かな自然に恵まれ、農村社会に特有な町内会の支え合いが比較的残っているが、都市地域の人口流出と高齢化、農村地域の過疎・高齢化、新興住宅地域での人口流入と市街化などの変貌が著しく、生活習慣、家族の機能、地域の支え合いが大きく変わりつつある。

出雲市民の健康状態は、死亡数では悪性新生物、心疾患、脳血管疾患が多い。40歳以上の基本健康診査（受診率57%、1997）の結果では、高血圧31%、心疾患24%、糖尿病21%が上位を占めている。若年男性では脂肪肝が増加し、壮年女性の更年期障害、胃十二指腸潰瘍やうつ病などのストレス関連疾患も増加している。一方、結核や重度高血圧症は減少している。これらの増加する疾患は食生活、運動、喫煙、飲酒、ストレスなどの生活習慣が関係している。このため、健康な生活習慣を實行することが重要となっている。

多くの生活習慣の基礎は乳幼児期に確立される。乳幼児期に確立する食、運動、清潔、学習などの生活習慣は、子どもの個性・能力、家庭や地域の養育環境、保育園・幼稚園・学校の影響をうけると考えられている。思春期には、性やストレスなどと関係する生活習慣が発達する。思春期には、乳児期に比較して友人やメディアの影響力が大きいことが知られている。これらの生活習慣を確立・維持・変容する主体は市民自身であり、専門家には健康情報の提供や健康学習プログラムの開発、政策・民間サービスの健康化が重要な課題となっている。

2. 中高年の健康状態

出雲市でも脳血管疾患や心疾患が死亡原因の上位を占めている。脳血管疾患や心疾患の危険因子としては、高血圧、糖尿病、高脂血症、肥満、心房細動、喫煙などが知られ、農村地域での高血圧の減少、高コレステロール血症や糖尿病の増加が報告されている。1997年に基本健康診査を受診した40歳以上の出雲市民14,836人（男5,157人、女9,679人）について、性、年齢、検査項目と診断名を解析した。受診者の年齢（平均±標準偏差）は、男69.9±9.9歳、女68.4±10.9と高齢であった。出雲市の基本健康診査は、かかりつけ医で行われており、受

診率は約57%であり、高齢者の健康状態をよく反映していると考えられる。

①高血圧

高血圧で要精査、要治療および治療継続中の割合は男女とも約3割であり、加齢とともに増加した。収縮期血圧160mmHg以上の割合は、男10.8%、女12.4%、拡張期血圧95mmHg以上の割合は、男4.9%、女4.1%であった。収縮期血圧は、男女とも加齢とともに増加したが、拡張期血圧は、60歳台まで加齢とともに増加し、それ以降は減少した。医療機関での治療により血圧のコントロール状況は良好と考えられる。

②糖尿病

近年増加している糖尿病では、糖尿病で要精査、要治療および治療継続中の割合は男16.8%、女11.3%と男が多かった。男では働き盛りの50歳代が最も高く、それ以降は減少したが、女では加齢とともに増加していた。検査前約1カ月の血糖値を反映するヘモグロビンA1cは、男女とも40歳代は低いが、50歳以上では平均5.5%と横ばいであり、壮年期での健康増進活動の強化が重要と考えられる。

③高脂血症

高コレステロール血症で要精査、要治療および治療継続中の割合は男6.3%、女17.0%であり、女が多かった。男は40歳代が10.8%と最も高く、加齢とともに減少したが、女は閉経後の60歳代（20.7%）まで増加し、それ以降、減少していた。総コレステロールは、男よりも女が高く、60歳代がピークとなっており、壮年男の食行動や運動に問題のあることが示唆された。女は60歳までは加齢とともに増加し、閉経に伴う女性ホルモン減少による血清コレステロールの増加と考えられた。日本は、欧米諸国に比較すると血清コレステロールが低かったが、1970年以降は血清コレステロールの急激な上昇が観察されている。なかでも、高齢者よりも子どもや若者、都市よりも農村での上昇が著しいことが報告されている。一方、動脈硬化の抑制因子であるHDLコレステロールは、男が女よりも低く、男女とも加齢とともに減少していた。40mg/dl以下の低HDLコレステロールの割合は、男26.1%、女15.7%と男に高く、男女とも

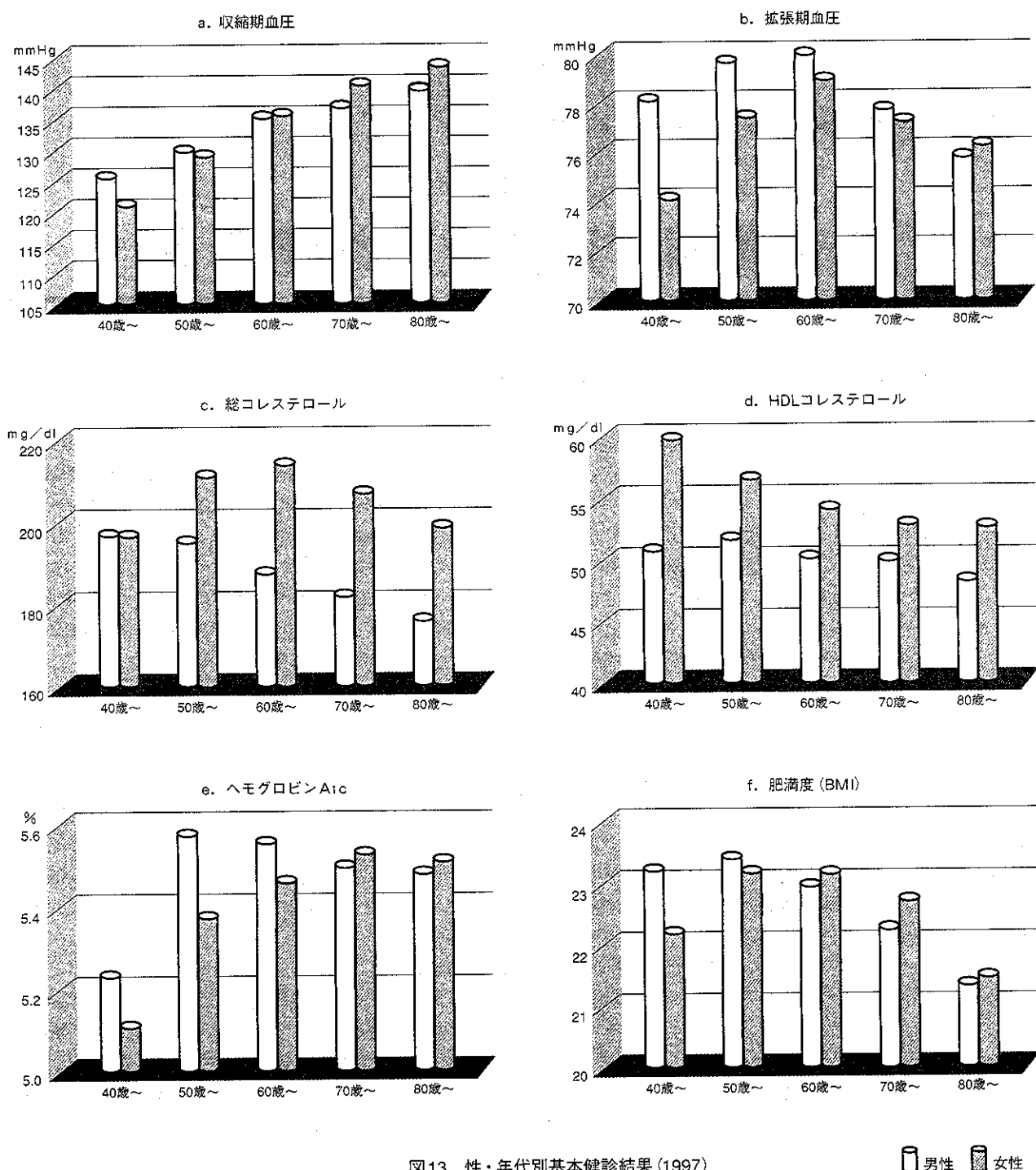


図13 性・年代別基本健診結果(1997)

加齢とともに減少していた。血清コレステロールの減少、HDLコレステロールの増加を促進するための生活習慣変容を支援する健康学習が重要と考えられる。また、血清コレステロールやHDLコレステロールへの影響因子として、食行動や運動以外にアポリポ蛋白E遺伝子の多型などの遺伝因子が知られてきており、個人について遺伝と環境の両因子のリスクを明らかにし、とるべき健康行動を示唆する予知医学的な取り組みも重要と考えられる。

④肥満

BMI(Body Mass Index)は、男では50歳代をピークに、女では70歳代をピークに前後で減少した。BMI 25以上の肥満者の割合は男18.1%、女22.3%であり、男は50歳代、女は60歳代が高かった。出雲市では、女に肥満者が多いため、高齢者向けのウォーキングやニュースポーツの普及が促進されなければならない。肥満状態は日本の平均的な値と考えられ、欧米に比較して良好であった。

●
●
●
▼ 生活習慣病 Lifestyle-related diseases

がん、心臓病、脳血管疾患、糖尿病など「成人病」と呼ばれていた疾患に、新たに厚生省が提唱した名称である。「成人病」は、日本独特の名称で、大人になると誰もがかかる病気との印象を与えていた。これらの病気の発症や増悪には、食・運動・ストレスなどの生活習慣が大きく関係し、健康な生活習慣を確立することで予防が可能との考えから、生活習慣病と呼ばれている。

●
●
●
▼ ヘモグロビン A1c HemoglobinA1c

血糖は食物や貯蔵されていたグリコーゲンから主に供給され、脳や筋肉などのエネルギー源として使われる。近年、糖尿病が増加しているが、血糖値は食事や運動によって変動が激しく、絶食していないと健診や健康管理では評価しにくい。血糖の一部がヘモグロビン（血色素）に結合し、その割合（ヘモグロビン A1c）が約 4 週間の血糖値を代表することから、治療や早期発見の指標として活用されている。

●
●
●
▼ コレステロール Cholesterol

コレステロールは、食物から腸で吸収されたり、肝臓で合成され、血管の内膜や性ホルモンなどの材料となる。コレステロールは、リポ蛋白と名付けられた蛋白質と結合して血中を運ばれるが、結合するリポ蛋白の種類により、役割が異なっている。LDL（低比重リポ蛋白）と結合したコレステロールは動脈硬化と関係し、HDL（高比重リポ蛋白）と結合したコレステロールは逆に動脈硬化を防止する。コレステロール 220mg/dl 以上では虚血性心疾患（狭心症や心筋梗塞）が増加し、160mg/dl 以下では脳出血が増加する。また、HDL コレステロールが 40mg/dl 未満では、虚血性心疾患を起こしやすい。

●
●
●
▼ 肥満と BMI (Body Mass Index)

近年、運動不足から肥満、糖尿病が増加傾向にある。特に、胸部や腹部などの内臓に脂肪が沈着する内臓脂肪型肥満は、糖尿病、脂肪肝などを合併しやすいことが知られてきた。BMI は最も一般的な肥満度の指標で、体重(kg)を身長(m)の 2 乗で除した値であり、22 が望ましい体型とされている。BMI で 25 - 26 が軽度肥満、27 - 29 が中等度肥満、30 以上を高度肥満と判定することが提唱されている。

●
●
●
▼ ニュースポーツ

日本では、スポーツは自分ですより、観戦して楽しむ傾向が強い。また、多くのスポーツは競技性が強く、高齢者が自分の健康度に合わせて実施できるスポーツが少なかった。このため、高齢者を中心に自分のペースで、生涯行うことのできるスポーツが開発され、なんりんピックなどを通じて普及が図られている。

3. プラン策定の理念

これまで、生活習慣病予防は、健康・医療専門家による早期発見・早期治療を中心に実施されてきた。しかし、今後の生活習慣病対策は、自立した健康人（ヘルシービープル）をめざして、市民による健康な生活習慣の維持、自らの健康評価、健康状態に応じた生活習慣変容を

主とし、健康・医療専門家は市民自身の健康づくりを健康学習や適切なケアの供給により支えることが重要となっている。

生活習慣は、食、運動、レクリエーション、社会、性、ストレスなど様々な要素を含んでいるが、プラン作成にあたっては、従来から取り組んできた「栄養」「運動」「ストレス・コーピング」「喫煙」について行動科学および経営学の観点を取り入れて検討を行った。そして、健康な生活習慣確立には、費用対効果関係から、1) 幼児期における生活習慣確立期への支援、2) 壮年期における行動変容のための健康学習プログラム確立、が最優先課題と考えた。

本プランの特徴は、1) 生活習慣病対策を集団的な観点ばかりでなく、自立する市民の自己実現の一過程ととらえ、「自分らしい生活習慣の確立」をめざすこと、2) 健康とは、個々人の心身の健康、生きがいや社会的な活力などの「生活の質」を含む概念としてとらえること、3) 自らの人生を自ら決するセルフケア能力を開発し、よりよい生活習慣への行動変容ができるための健康学習のあり方、支援体制について検討したことにある。

●
●
●
▼ ストレス・コーピング Stress coping

ストレッサー（ストレス源）が過剰に働くとき、人は疲れ果ててストレス状態に陥る。たとえば、長時間働きすぎて心筋梗塞や脳血管疾患になることを思い浮かべればよい。ストレス状態になるのを避けるためには、ストレッサーを無くしたり軽減することも重要である。ストレス源の軽減と共に、ストレッサーの受け手である人がストレッサーをしなやかに受け流したり、自分を高めるよい刺激と前向きに受けとめる（ストレス・コーピング）考え方や技術も重要となっている。

●
●
●
▼ 行動科学

人間の行動は、客観的な周囲の環境のみによって左右されるのではない。むしろ、行動には信念や情緒的反応である喜怒哀楽、恐れなどが大きく影響している。疾病の治療をすべきであることはわかっている（病者役割行動）が、薬の副作用を恐れて実行できないことが多くある。こうした人間行動に影響する要因、影響の仕方、改善の方法などを研究するのが行動科学であり、心理学や生理学とも関連をもった科学である。生活習慣などの変容においては、行動に関係する身体的要因ばかりでなく、信念などの心理的要因を加味した学習プログラムを確立する必要がある。

4. 課題と政策（表 10）

1) 生きる力を育む

幼児期における生活習慣の確立を「生きる力を育む」と表現した。中央教育審議会「21世紀を展望した我が国の教育の在り方」では、変化する社会の中でよりよく問題を解決する資質・能力を「生きる力」と表現している。「生きる力を育む」ためには、従来行われていた専門家主導の知識伝授型幼児・学童教育から脱皮することが必要である。育児サークルや学校教育において、学習

表10 「自立した健康人」の目標と政策体系

大目標	中目標	小目標	行動目標
生きる力を育む (乳幼児・学童・思春期)	生きる力をつける	健全な自尊心（かけがいのない自分） 選択能力 自己学習能力 社会的な生活技術	自己の心と体を知る学習 生活での選択場面設定 健康学習資源の開発 生活体験学習の企画
	生活習慣の確立	乳幼児期の生活習慣確立 学童期の生活習慣強化	乳幼児と家族の健康学習 子育てグループでの遊び体験 公園など遊び場の整備 Know Your Body活動 体験的健康学習プログラム 自然環境の保全・整備
	社会生活への準備	思春期の性・ストレスへの対応	体と心の発達への理解 ピアおよび専門家カウンセリング 心の電話などの相談資源の豊富化
	健康チェック	発達モニタリング・健診	自己・保護者によるチェックリスト 専門家による発達診断 モニタリング結果の説明・学習
生活習慣病の予防 (青壮年・老年)	健康な生活習慣	食習慣	自己栄養評価 体験型健康学習の実施 日本型食習慣の強化
		運動・スポーツ習慣	運動評価と運動処方 運動資源開発とマンパワー養成 ニュースポーツ・高齢者体操の普及
		喫煙・飲酒対策	禁煙の体験学習 事業所・学校の喫煙対策促進 断酒会などのピア・カウンセリング
市場システムの活用	健康資源・機材の供給	ストレス対策 温泉・森林浴などの活用 地域食糧供給システム 感染症情報ネットワーク 運動の資源開発・紹介 外食産業での栄養表示	
健康づくりを支援する	家庭ケアの強化	生活習慣への支援能力	発達に応じたケアの学習 学校・公民館での学習 子育てサークルの支援
	地域ケアの強化	当事者によるピア・カウンセリング	両親学級などでの交流 生活習慣病患者グループ活動 難病患者・障害者グループ活動
		ソーシャルサポート・ネットワーク	地域支え合い活動の強化 健康ボランティア活動の充実 世代間交流の強化
		ケア資源の開発	保育所、幼稚園、学校との連携 NPO・企業などの活用 専門機関の有効活用
	健康情報・学習	健康学習	世代別学習活動 地域別学習活動 テーマ別学習活動
安全・健康情報の提供	安全・健康情報の提供	安全・栄養情報の明示 安全・栄養検査機関の紹介 安全・健康情報の提供	
健康医療サービスの改革	健康サービスの強化	健康チェック	かかりつけ医での健診推進 健康リスクによる健診選択
		ケア・マネジメントサービス	健康リスクに対応した情報提供 学習・ケア資源の紹介
		思春期の学習障害への対応	学習障害の啓発 学習障害への相談 多様な学習資源の開発
医療サービスの強化	かかりつけ医制度の強化	かかりつけ医の選任促進 コモンディーズへの対応強化 福祉サービスとの連携	
専門的医療	専門的医療	かかりつけ医と専門医の連携強化 救急医療システム強化 地域リハビリ・療育の強化	

者主体で自分の心と体を知り、自らの生き方に基づいて生活技術を学習・選択し、習慣化する体験学習プログラムの充実が課題である。

また、思春期における不登校、暴力、妊娠、学習障害などに対しても、主体者である若者自身の認知・学習・問題解決過程を尊重し、多様な学習・相談システムを作る必要がある。

2) 生活習慣病の予防

壮年期における行動変容のための健康学習を強めなければならない。子どもと同じく、学習者主体の行動変容を促進する学習プログラムの確立が重要である。また、喫煙や飲酒に対する体系的な対策の樹立が急がれる。外食産業など企業と協力して、メニューの栄養表示を強化し、消費者の選択幅を拡大すること、安全表示や安全監視に消費者の参加促進も課題である。

3) 健康づくりを支援する

家庭および地域社会のケア資源、特に学習資源と健康施設を有効活用するとともに、健康学習の強化が最重要課題である。市民自身が健康なまちづくりの主体であることを明らかにし、市民参加で健康課題を明確にしていくことが必要である。患者や障害者などの当事者グループ活動を強化し、グループのネットワーク強化を図る。公民館と健康文化センターとの連携強化、専門家やボランティアなどのマンパワーを育成することが健康支援環境の充実に重要と考えられる。

4) 健康医療サービスの改革

健康診査や健康診断では、市民自身の自己チェック能力を高めること、市民の健康づくりを支援する専門家のネットワークを強化することが必要である。このため、健康サービスには、健康情報の提供や社会資源の整備、ケアマネジメントの強化が求められており、市民がかかりつけ医をもつことを推奨しなければならない。また、かかりつけ医が、専門分野だけでなく、コモン・ディーズ（日常的によく遭遇する病気をいう。アメリカのかかりつけ医は、内科疾患だけでなく、妊娠・出産、けがや捻挫、うつ病、皮膚疾患などの治療が可能である）全般に対応すること、可能な限り健康診断などの健康サービスを担当すること、福祉サービスや専門的医療機関と

の連携を支援する必要がある。また、出雲市では、かかりつけ医が産業医や学校医の役割を兼ねていることから、学校、職場と地域の連続した健康医療サービスの要としてかかりつけ医制度の機能充実を図ることが重要である。

5. 先進的学習モデル「健康づくりグループ」

1994年度より、健康体験学習「栄養」「運動」「休養」講座を開始した。この講座では、1) 行政主導型知識伝達型健康教育とせず、受講者自らの生活習慣改善をめざした主体的学習方式を採用し、2) 実習やグループワークを多用し、参加者の交流を促進した。

講座受講者は、講座終了後「このまま終わってしまうのは惜しい」「自分たちだけでも集まって運動しよう」と考え、各地区で運動グループ活動が誕生した。ウォーキング、ストレッチ、レクリエーションなど内容も開催回数もグループによって様々である。保健婦は、受講修了者が自主的に運営できるよう企画と学習を支援した。自主運動グループの活動が定着した後、今市地区で「高瀬川ふれあいウォーク実行委員会」が結成された。歩くことが楽しいまち、安全で清潔な環境のよいまち、心のふれあいを大切に人づくりをテーマに、住民の思いを大切に活動である。今市地区から各地区の運動グループへ参加呼びかけがなされ、健康づくりやまちづくりの輪が広がりつつある。

健康体験学習講座での学習活動から始まった市民主体の健康活動は、自然の中で子どもから高齢者まで気軽に参加できる活動であり、身体ばかりでなく、精神（自己実現、生きがい、ふれあい）や社会（人や社会のために役立つ）にも広がりをもつ活動となっている。

● ● ● ▼ かかりつけ医

家族全員の健康状態や生き方をよく理解し、健康相談、健康管理からコモン・ディーズの治療、福祉サービスなどの紹介をしてくれる地域の医師のことをいう。精密検査や専門的な治療の必要などときには、専門医を紹介してくれる。在宅ケア医、学校医、職場の産業医としても活躍が期待されている。

ネットワーク●NETWORK 禁煙対策

1. 特徴

出雲市は、全国に先駆けて、たばこ・酒などの特定自動販売機撤廃のための検討を行い、業者による時間規制を進めてきた。また、肺がんに対して喫煙対策を軸に展開しようとしている。喫煙対策として、1) たばこ健

康に関する健康学習とセルフケア能力の開発、2) 肺がんや循環器系疾患など喫煙関連疾患予防と禁煙支援、3) 「ノースモーキング出雲」実現のための分煙・禁煙化、自動販売機対策などの環境整備、などを推進している。

2. ネットワークのあゆみ

1) 喫煙の現状

出雲市の喫煙率は、基本健診受診者では成人で男性37.2%、女性3.3%（1996年）と全国平均男性58.8%、女性15.2%（同年日本たばこ産業調査）に比較すると低い。しかし、健診受診は喫煙率の低い高齢者が多いため、出雲市の喫煙率はほぼ全国並みと推定される。また、出雲市でのたばこ販売本数およびたばこ税額ともに1990年度より着実に増加しており、人口や成人数の増加を加味して考えても喫煙の減少へは向かっていないと考えられる（図14）。

2) 喫煙対策

1994年に当市は、全国に先駆け青少年の健全育成を目的とした有害図書や酒・たばこの特定自動販売機の撤廃のための条例の制定を検討した。たばこ販売業者は高齢者が多く、小規模であるため、業者による販売時間の自主規制を行うことになった。この取り組みは青少年に限らず市民の喫煙対策としても重要な意味をもつものである。

市内の事業所や施設での喫煙対策は、十分把握できていないが、分煙の実施が進んでいるのは病院と製造事業所である。交通機関では、JRや飛行機で禁煙や分煙が進められている。出雲市役所の取り組みとしては、市民ホールを分煙化し、喫煙コーナーを設けてトルネード・カウンターを設置した。1995年度より職場で喫煙自粛タイムを設けていたが、職員衛生委員会は、1998年度から庁舎内全体の分煙化の方針を決定し、喫煙場所を指定し、事務室は禁煙となる。また、1997年度には職員喫煙者を対象に「5日でたばこが止められる講習会」を開催し、禁煙支援を行っている。

3) 禁煙教室の開催

1997年度から喫煙者で禁煙を希望する市民を対象に「フレッシュ！禁煙教室」を開催している。4か月間に5回の継続教室とし、応募した禁煙意欲のある喫煙者19名を対象に開催した。禁煙医師連盟や大阪がん予防協会などの資料をもとに、乙立里家診療所の協力を得て、

禁煙プログラムを作成した。教室終了時での禁煙成功者は12名（成功率63.2%）であり、今後教室終了者による断煙会の形成により禁煙継続が生涯続いていくことが期待される。

「フレッシュ！禁煙教室」参加者の禁煙継続までの経過を図15に示した。事例では、『12年前の禁煙は、勤務先で喫煙者が少数であったことが禁煙を決意させ、継続させていた。しかし、喫煙者の多い職場に転勤となって、喫煙を再開した。このことから、職場での禁煙対策が重要であることがわかる。今回の禁煙教室は、妻が市週報を見て申し込んでおり、出雲市においては、健康福祉メディアとしての市週報が重要である。最初の禁煙設定日からは禁煙できなかったが、風邪による喉の痛みを契機に禁煙を開始した。禁煙教室に参加してからは、たばこを吸う度に「禁煙」が頭から離れなかったと述べている。禁煙教室での禁煙学習・行動プログラム、同じ目的をもつ仲間やスタッフの親身な態度によって、積極的な行動変容の準備が進み、禁煙行動に向かうことができた。また、いらなくなったたばこ代をゴルフセット代に当てることを妻は肯定的にとらえており、教室申し込みとともに、家族の支えが重要であった。』以上の報告は、この参加者の娘（県立総合看護学院保健学科生）の報告であり、参加者自身の心理過程に、家族や教室参加者、職場の影響の大きさをうかがわせるものであった。次回の禁煙教室や禁煙プログラムでは、参加者の心理過程をより重視したプログラムを考慮すべきと考える。

3. 成果と課題

1) 喫煙と喫煙対策の調査

成人や子どもの喫煙率、たばこ税額、たばこ自販機数や稼働時間、たばこ販売業者の未成年者への販売状況、たばこの宣伝物について、モニタリングが必要である。また、市内事業所や施設での喫煙対策調査の実施、実態に基づいて市週報やイベント開催による啓発活動が組織される必要がある。

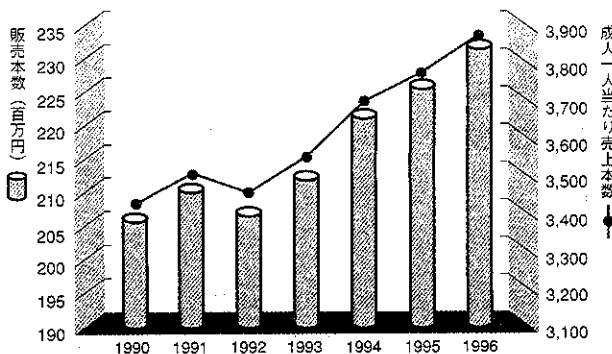


図14 出雲市におけるたばこ売上本数の推移

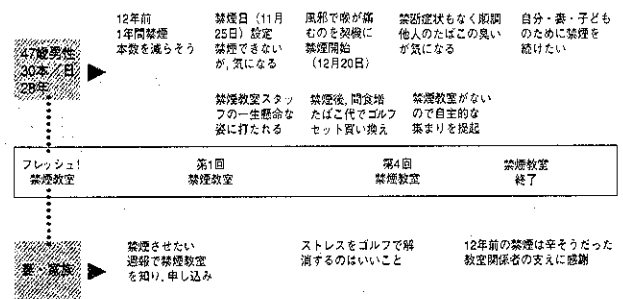


図15 「フレッシュ！禁煙教室」参加者の心理プロセス

2) 「たばこの害」学習活動と禁煙活動

最も優先度の高いのは、小・中・高の子どもに対する教育や学習活動である。学校における Know Your Body 活動の中で喫煙に関する学習を強化し、子どもの自己選択能力や禁煙を継続できる社会生活技術の習得を促進する。妊娠届け出時や妊婦健康教室、両親学級などで、喫煙率の上昇している若い女性や妊婦に対する禁煙教育や子どもへの影響の学習を強化する。

健康ハイリスク者としての喫煙者に対する健康学習活

動の強化が重要である。禁煙教室の年間継続開催、禁煙希望者への禁煙サポートを、教室卒業生をボランティアとしてピア・カウンセリングとして推進する必要がある。

3) たばこと健康を考えるネットワークづくり

「ノースモーキング出雲」を実現するための参加型行動研究、学習プログラムの開発などを目的に喫煙対策に関するネットワークを市民、保健婦、養護教諭、産業看護婦、衛生管理者、医師、研究者などで形成することが課題である。

ネットワーク●NETWORK エイズ

1. 特徴

出雲市で最初の市民参加型学習ネットワークである。「エイズ」をテーマに、学習成果よりも市民、子ども、若者、母親、お年寄り、教師、企業保健婦、研究者、医学生が共に学び、考え、行動する過程を重視している。そして、エイズ・ネットワークでは、1) 能動的な学習によるセルフケア能力の育成(自ら学び、態度・行動を選択し、生活に適用できる能力)、2) 学習を中心とした健康支援環境づくり、3) 人権尊重の共生的まちづくりに重点を置いてきた。今後、感染症としての「エイズ」に対して、系統的な感染症の健康医療福祉システムの確立も視野に入れることが課題となっている。

2. ネットワークのあゆみ

1) 知識伝授型教育活動

1993年から、健康増進課主催のエイズ関連の講演会を開催し、市内小・中・高校各1校がエイズ教育推進地域事業により授業、PTA活動を通してエイズと人権教育、行政、民間団体、事業所、医療機関などでそれぞれ独自に、学習活動や予防・治療体制整備が進められた。

2) 相互学習の組織化

1995年の健康増進課主催のエイズ教育講演会は、①人間尊重の健康学習、②市民参加の学習活動、③エイズ学習の組織化を目標とした。学習の重点対象を学生と青年としたため、ポスターをコンビニエンス・ストア、事業所、学校などに掲示することによって広く情報の提供をし、参加者の相互討論を重視した。教育関係者や産業保健婦など多分野からの意見や反響を得て、エイズ学習の場づくりが参加者の共通認識となった。自主的にエイズ学習を進めていた小学校の学童も、これを機会に地域の中で学習する機会を得た(表11)。

3) 出雲エイズネットワークの結成

1996年には、参加者の自主・自発性を高め、エイズ

学習の組織化を強化するために、「出雲エイズネットワーク」を正式に発足させた。運営方法として、①自由意志による参加、②参加者の協働、③一人ひとりの想いを大切にしたいフリーディスカッション、④自主学習、⑤情報提供(情報誌の発行)を決めた。出雲エイズネットワークの主催で、1週間にわたる「エイズキャンペーン in 出雲」を開催した。参加する個人や組織で展開しているエイズ学習を「人権の尊重とすべての人が輝いて生きるまちづくり」の共通認識に集約し、市民や学童・学生の自発性に基づいて企画・運営した。エイズ学習に取り組んだ小学校の子ども、その卒業生や両親もエイズキャンペーンに参加し、幅広い交流と相互学習が実現した。

4) 市民参加型からネットワーク型学習活動へ

1997年の準備過程では、参加者の問題意識が広がり、統一学習が困難になり、個人参加か組織代表かが不明確で、参加者の広がりが限定されてきた。そこで、市役所職員も参加者もボランティアによる個人参加とし、数人の世話人による運営で、勤務時間外に市役所外の施設で活動することにした。市週報、有線放送、新聞広告などで情報を提供し、市民に広く開かれた学習ネットワークへと発展した。「出雲女性フォーラム」と共催でエイズに関する映画を上映し、市民グループとのネットワーク化も進んだ。これらの取り組みの集約として、第2回「エイズキャンペーン in 出雲」を開催し、多くの市民の学習の場とした。島根県内外の学校や行政・保健所から25件のエイズ学習に関する情報提供や企画協力を求められた。

5) イベント型学習から草の根学習へ

薬害エイズ訴訟の和解後、エイズ情報の主な発信源であったマスメディアが急激に報道量を減少させた。また、エイズ治療新薬の開発や医療体制の整備などエイズ患者を取り巻く環境が変化しつつある。一方、HIV感染者は増加しつつあるにも関わらず、一般市民のエイズ

に関する意識は低下しつつある。エイズに関する情報提供と系統的な学習環境の不十分さが明らかになってきた。エイズに関心をもたない、イベント型キャンペーンに参加しない市民に、エイズ情報をどのように届けるかが課題である。このために、次年度には、①多様な情報の収集・発信のために、インターネット・ホームページの活用、エイズ、性教育、人権に関するメディア（本、ビデオ、教材、資料）ライブラリーの設置、②学校・企業・市民グループの学習活動支援のための情報や学習プログラムの提供、③エイズ・ネットワークの原点である市民の相互学習と交流の重視、を検討している。

3. 成果

- 1) 「出雲エイズネットワーク」としての目標や組織の確立を優先せず、参加する一人ひとりの思いや発想、日頃の学習活動の成果を大切に、その特徴を丁寧に紡ぎ、共通点を見いだすことで、参加者みんなが平等な立場で参加する学習ネットワークを形成できた。
- 2) 市民参加でエイズ学習の方法、企画・運営、評価を行うことにより、「エイズキャンペーン in 出雲」の当日だけでなく準備過程で相互学習ができ、「出雲エイズネットワーク」だけでなく参加者自身の学習課題を明らかにすることができた。
- 3) エイズネットワークは「エイズ」に関わる様々な人々に共通の思い「共に生きること」を共有するプロセスを重視してきた。知識の獲得、交流などの受動的な学習形態ではなく、学びながら行動することを強く意識していた。
- 4) 相互学習によって、参加者同士や参加者の所属する組織間のつながりが強化され、「共生のまちづくり」を担うマンパワー強化にも貢献できた。
- 5) 市役所職員は、市民とともに「専門家・行政スタッフ

である前に市民である」ことを意識し、エイズ・ネットワークの企画・運営に関わりながら学んだ。市民がそれぞれの専門性や思いをもった「専門家市民」として役割をはたす新しい市民協働を実現しつつある。

4. 課題

- 1) エイズ対策を、「出雲エイズネットワーク」というボランティア学習組織で活動を進めてきたが、自発的な参加者以外への拡大が課題となっている。学校、職場や生涯学習の場で活用できる学習教材や学習プログラムの開発、関係するスタッフの研修を組織化することが必要である。
- 2) 市民に、エイズ患者の苦悩、エイズを生み出す社会の問題、薬害エイズ訴訟和解、エイズ治療法開発などのエイズ情報提供体制が未確立であり、エイズに興味をもつ子どもや市民の学習支援環境も年1回のエイズキャンペーンでは不十分である。また、エイズ学習から性学習や人権学習へと、発展をさらに促進しなければならない。このため、出雲エイズネットワークが日本・世界のエイズに関する学習組織とネットワークを広げることが重要である。
- 3) 学習以外のエイズ対策の体系化が遅れており、感染ハイリスク者（性産業関係者、若年男性、東南アジアへの旅行・単身赴任者）の健康教育と健康管理、コンドーム使用の促進、HIV抗体検査希望者への人権尊重とカウンセリング、HIV感染者への最新医療の提供と人権保護、企業や学校でのエイズ対策樹立への支援が必要である。
- 4) エイズ患者の増加する国々との共生が重要な課題となっている。特に、人事交流の多いアジア（東南・南西アジア）とのエイズ学習や対策についての成果に学ぶ国際的なエイズ学習ネットワークへの成長が課題である。

表 11 エイズ学習目標と方法

人間尊重の健康学習	目標：知識よりも態度・感性への働きかけ HIVよりも、感染者の全生活を考える 方法：感染者と友人との交流の映画上映 共生的エイズ支援活動家講演
学童・市民参加の学習活動	目標：主体的学習能力の育成 方法：討論しやすい雰囲気 小学生の校外学習の仲介 レッド・リボン活動などへの参加
エイズ学習活動の組織化	目標：草の根学習活動のネットワーク化 方法：広報（家庭、学校、コンビニ、障害者、企業、労働組合、民生委員） 小学生の作詞した歌による啓発（図16）

未来にはばたけ！

エイズの人に住みやすい 世界をつくろう
心細くならないで 私たちみんなが友達になる
そして 人っていいな 友達っていいな と思えるように
頑張ろうよ！
ね！世界が一つになろう みんな みんなが一つにまとまろう

どんな人も住みやすい 世界をつくろう
やさしいみんなになるように 友達みんなの輪を広げよう
すると いつの間にか 幸せの花が 咲き誇るようになるよ
頑張ろうよ！
ね！世界が一つになろう みんな みんなが一つにまとまろう

みんなみんなが幸せな 世界をつくろう
特別な人っていない みんな手をつなぎ仲間になろう
みんな 同じ心をもっているから 暖かい笑顔が あふれるように
ね！世界が一つになろう みんな みんなが一つにまとまろう
ね！世界が一つになろう みんな みんなが一つにまとまろう
友達に 友達になろう

図 16 出雲市の小学生がエイズ学習により作詞・作曲した歌

プロジェクト.....5

精神保健部門「生きがい・働きがい」

1. 現状

出雲市を含む人口17万人の出雲地域には、少なくとも1,700人の精神病患者がおり、445人が入院し、1,260人が通院費補助を受けているが、出雲市はその約半数を占め、入院196人と通院580人が精神医療サービスを受けている(1996年6月)。その多くは精神分裂病であり、これまで入退院を繰り返していた。精神科・神経内科の診療所開設によって、ストレス関連疾患、うつ病、人格障害などの精神分裂病以外の精神疾患患者の受診が増加している。近年、高齢化によって痴呆性老人が増加し、精神科入院患者のなかで大きな割合を占めるようになった。また、小中学生の不登校が増加し、学校や児童相談所への相談件数、県立湖陵病院や不登校受け入れ施設への通・入院も増加傾向にある。

精神保健の社会資源としては、図17に示したように、出雲地域には、県立湖陵病院、海星病院、県立中央病院、鳥根医科大学に計555床の精神科病床、7精神科外来(内2外来は診療所)、病院デイケア(60名)と保健所デイケア(10名)の医療資源があり、県内で最も多くの資源を有しており、県内全域から利用者がある。また、全市町が国保加入者を対象に通院費の自己負担金額助成

を行っている。

近年、精神障害者の地域社会での生活を支援する社会資源が、めざましく充実しつつあり、市内にグループホーム「ふあっとほうむ」(6名)、共同住宅(2名)、小規模作業所「サン・出雲」(20名)、地域生活支援センター「ふあっと」がある。隣接する斐川町には通所授産施設(20名)、援護療(20名)、福祉ホーム(11名)、グループホーム(6名)、地域生活支援センター「エスティーム」が、またこれも隣接する湖陵町に共同住宅(5名)、佐田町に小規模作業所が設置されている。出雲地域では、社会適応訓練事業(通リハ)を14人が活用し、職場復帰が進みつつある(図17)。

また、当事者の活動では、1988年に2地域家族会と3病院家族会がつくった出雲地区家族会連絡協議会は、4地域家族会、3病院家族会、1作業所家族会の構成員に増加した。家族会が中心になって共同作業所が設置され、その活動の中で当事者グループ「さんざん会」「なかまの会」「各病院患者会」が育ち、鳥根県精神保健福祉センター主催のボランティア講座受講者が中心になって「ほほえみの会」が活動している。

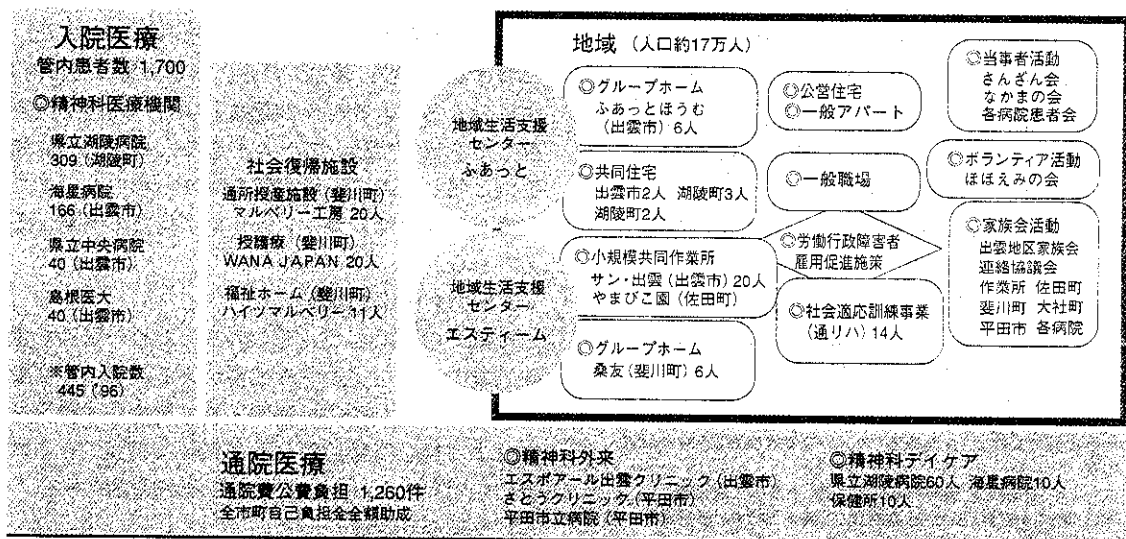


図17 出雲地域の精神障害生活支援ネットワーク

2. プランの理念

経済的には世界で最も豊かな国の一つに到達した日本は、国際的には国際社会での信頼と尊敬の役割、国内的には競争社会から共生社会への変革が求められている。市内の精神科外来や保健所などの心の健康相談では、不安や気分の落ち込みを訴える人が増加している。総理府の国民生活に関する世論調査でも、1975年までは「物の豊かさ」を求める声が多かったが、1979年からは「心の豊かさ」を求める声「物の豊かさ」を求める声を上回るようになった。現代社会は不安の時代とも呼ばれ、人々はいつも何か漠然とした不安を感じ、何かに追い立てられるような感覚を感じている。精神障害者のみならず、悩みを多く抱え苦しんでいる市民、それぞれのライフステージでの発達課題を達成できずに悩む青年など、総合的に精神保健・福祉のプランを考えることにした。このため、精神保健部会では、精神科医、精神障害者共同作業所指導員、主任児童委員、行政スタッフを中心に、中学校教員や老人福祉施設スタッフを招いてプランを策定した。

出雲市では、従来の病院中心の精神医療から、精神障害者の生活支援資源の開発および家族や当事者の活動活性化によって地域精神保健活動へと広がりつつある。しかし、精神障害に関する偏見や誤解なども根強く、精神障害者や悩みを抱える市民みんなが地域社会に受け入れられているとは言いがたい。表12に示したように、人のライフステージを通して多様な「生きがい・働きがい」の課題があり、患者家族の活動から市民みんなが参加する精神保健活動への発展が求められている。出雲市は、新しい文化や科学技術を取り込む力とともに、農村地域に特有な隣組での助け合いや豊かな自然を有しており、これらの文化や自然の資源を活用したプランの樹立が求められる。

本プランの特徴は、1) 個人、家庭、学校、職場、地域社会のそれぞれにおいて課題と目標を明確にしたこと、2) 「不安」の解消をコミュニケーションと社会的支援の2面から明らかにしようとしたこと、3) 当事者によるピア・カウンセリング（仲間相談）、市民による生きがい・働きがいの追求を基盤とする地域精神保健ネットワークの形成の方向性を明らかにしたことにある。

表12 ライフステージ別精神保健の課題

若い両親	マタニティー・ブルー、育児不安、幼児虐待
子ども	自我未確立、社会発達遅延、不登校
思春期	閉じこもり、暴力行為、望まない妊娠、薬物依存
青年期	社会役割の未確立、人格障害、ストレス関連疾患、精神分裂病、自殺
壮年期	ストレス関連疾患、感情障害（うつ病、そう病）、神経症
老年期	老い・死の未受容、孤独・社会的孤立、老人性痴呆、感情障害（うつ病）、自殺

● ● ● ● ● ▼ ライフステージ Life stage

生まれてから死亡するまでの人生を、健康の面から6つの節目に分けることができ、これをライフステージと呼ぶ。1) 生まれてから小学校に入学するまでの、急速な身体・精神的な成長と生活習慣を確立する乳幼児期。2) 社会習慣と学習習慣を確立する学童期。3) 身体成長と社会精神的な発達のアンバランスや異性との関係に悩み自我を確立する思春期。4) 家庭から自立し、職業的な役割や結婚による家庭の創造と子育てを行う青年期。5) 子どもを自立させ、老親を看取り、社会的役割や夫婦関係の再確立を図る壮年期。6) 老いと配偶者や親しい人との別れを受け入れ、円熟した身体と精神の発達を促す老年期、に分けることができる。

3. 課題と政策（表13）

1) いきいきと暮らす

ライフステージに対応した自我、家庭や社会的な役割、自己の価値への気づき、自己実現をめざす「生きる力」を自らつくることが重要であり、そのための学習、交流、相談ネットワーク形成が課題である。高齢者では、「老い」と「死」の受容に向かう学習活動を強化することが重要である。

2) やすらぎのある家庭

家族の機能が十分発揮され、家庭が安らぎの場であるとともに、家族みんなが尊重され、支え合うために、対話（コミュニケーション）能力を高めることが重要である。また、男女共同参画の家庭生活、夫婦や家族の信頼関係を確立することによって、衣食住や子育て、老人介護などの家庭ケア能力を促進する学習や活動を支援する。さらに、家庭での幼児・老人虐待に対しても支援を強化する必要がある。

3) 個性を育む教育

学校教育において、学習者主体で自分の心と体を知り、自らの生き方に基づいて社会生活技術を学習・選択し、習慣化する体験学習を基礎として、「生きる力」をつけるため学習が強化されなければならない。また、思春期における不登校、暴力、妊娠、学習障害などに対しても、主体者である若者自身の認知・学習・問題解決過程を尊重した学習・相談システムを作るために、生徒間および生徒と親と教師の信頼関係を作り出すこと、また相談や支援を行う教師のカウンセリング能力の開発が重要と考えられる。

4) 能力を伸ばす職場

職場での「働きがいを高める」ための個性を重視した職業能力開発を支援する必要がある。また、高齢者や精神障害者を含む多様な個性・能力を活かす職場を、当事者による社会復帰活動および気軽に相談できる就職相談窓口の開設によって拡大することが重要である。

5) 支え合う地域

精神障害者や不安を抱える人は、社会的・精神的に孤立し、社会的な役割を失っていることが多い。市民一人

表13 「生きがい・働きがい」の目標と政策体系

大目標	中目標	小目標	行動目標
いきいきと暮らす	生きがいをもつ	自己価値への気づき 社会的役割の創出 自己実現の促進	自信と役割の自覚 職業学習 生涯学習の強化
	しなやかさをもつ	ストレス・コーピング 社会的な生活技術を身につける	ストレス学習とケア 体験学習
やすらぎのある家庭	対話する	人間として尊重 向き合う 支え合う	人権学習、虐待相談 コミュニケーション学習 家庭ケア学習
	家庭の役割を果たす	子を育む 衣食住の供給 親を看取る	育児サークル支援 母子家庭、父子家庭への支援 在宅福祉サービス充実
個性を育む教育	生きる力をつける	健全な自尊心と自信 自己学習能力 挫折への対応	小グループ学習 Know Your Body活動 カウンセリング強化
	社会習慣の確立	友だちづくり 異世代との交流能力 社会への適応、環境改変能力	子育てグループでの遊び体験 世代間交流事業 地域社会での学習プログラム
	多様な学習資源開発	学校での特殊ニーズ教育 コミュニティ教育 学校以外での学習機会	個別教育の導入 当事者同士の学習 通信教育などの紹介
能力を伸ばす職場	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	生涯の能力開発 ハローワーク（職業紹介） 企業おこしへの支援制度
	活力ある企業づくり	起業家の支援 高齢社会に対応した産業の開発	健康医療福祉分野での産業開発促進 障害者雇用・授産施設など 職場復帰の相談・情報提供
	障害者の職場進出	障害者の働く場の拡大 障害者の職場復帰 障害者の職業能力開発	職業リハビリテーション
支え合う地域	相互に支え合う	弱さへの気づき 思いやり 相互支援ネットワーク	精神障害者の相互交流 ピア・カウンセリング 家族会・当事者会への支援
	社会への参加	社会参加の促進 情報発信と交流 地域社会への貢献	里家制度など交流の場の拡大 障害者による情報誌発刊 ボランティア活動
健康医療サービス	健康サービスの強化	メンタルヘルス相談 ケア・マネジメントサービス	生活支援センター24時間相談 ピア・カウンセリング 健康リスクに対応した情報提供
	福祉サービスの強化	基本的な生活ニーズの支援 社会復帰促進	メンタルヘルス・ケアネットワーク グループホーム、支援センター 共同作業所の機能多様化
	医療サービスの強化	健康危機への対応 リハビリテーション	地域精神医療センター機能 精神救急医療システム強化 地域リハビリ・デイケアの強化
	痴呆ケアの強化	痴呆・脳血管疾患予防活動 かかりつけ医の診断・ケア能力 医療福祉ネットワーク化	情報提供・学習活動 在宅ケア研究会学習活動 介護保険制度の充実

ひとりが自分の「弱さ」に気づき、「弱さ」やストレスをしなやかに受けとめること、互いの個性を尊重し、支え合うための学習や交流の機会を提供しなければならない。地域社会からの孤立を避けるために精神障害者や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・精神障害者・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達成する必要がある。支え合いのピア・カウンセリング、生きがいを支える生産活動、地域社会への参加への支援が求められている。精神障害に対する偏見を克服し、地域の共生的な支え合いを強めるために、精神障害者との交

流や精神保健福祉の学習の強化が求められている。

6) 地域精神保健ネットワーク

従来の病院中心の精神医療から、精神障害者の生活支援資源の開発および家族や当事者の活動活性化によって地域精神保健活動へと広がりがつつあり、図17に示した精神障害者の地域生活支援ネットワークが形成されつつある。

痴呆ケアについても、医療・福祉分野でデイケアやデイサービスが充実してきたが、かかりつけ医での診断・ケア能力に課題があり、医療と福祉のネットワーク化も発展途上である。介護保険制度の導入による、これらの

能力とネットワーク化の促進が課題である。さらに、健康サービスとして痴呆に関する情報・学習活動を強化するとともに、脳血管疾患予防を強化する必要がある。

精神障害者や痴呆性老人のみならず、市民みんなが住み良いまちづくりをめざす精神保健福祉活動に発展させるため、市民同士の交流や支え合いを基礎とする地域精神保健ネットワークとそのための資源強化が求められる。

4. 先進モデル「生活支援センター ふあっと」

こうした精神保健のニーズの高まりに対して、1987年に精神科医、看護婦、ソーシャルワーカー、行政スタッフなどの精神医療関係者や家族により「出雲の精神医療を考える会」が結成され、市民啓発や精神保健資源開発のためのコンサートや市民講演会を開催してきた。この会では、1) 共同作業所、グループホーム、地域生活支援センター、精神保健福祉法などの社会資源について、2) マスメディアでの精神障害者報道、行政での個人情報権、同和問題などの人間尊厳について、3) 子ども・思春期、高齢者などの精神保健福祉課題について、月例会と市民参加型講演会で学習するとともに、長谷川きよしなどのコンサート収益金を共同作業所などの支援に活用してきた。1995年には、会の名称を「出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会（通称・ふあっと）」

に改称し、共同作業所や家族会とともに、埼玉県の「やどかりの里」やアメリカのロスアンゼルス郡精神保健協会・精神障害者社会復帰プログラム「ヴィレッジ」と交流し、精神障害者の地域生活支援ネットワーク強化を支援している。

1997年4月に、出雲市より市有地の無償貸与と1,000万円の補助金、市民や関係者から寄付金によって、共同作業所と地域生活支援センターを建設した。「地域生活支援センター ふあっと」は、出雲市より出雲の精神保健と精神障害者の福祉を支援する会が運営委託を受けている。「地域生活支援センター ふあっと」では、生活相談（登録者65名）と生活支援（208名）を中心に、地域交流、精神保健福祉関係者、家族、市民への学習活動を行っている（1997年12月）。

● ● ● ▼ グループホーム

痴呆性老人や障害者の介護は介護者に心と体の余裕がないと、痴呆性老人・障害者も介護者も疲労がたまり、よいケアができない。また、家庭以外に、痴呆性老人・障害者がもっている能力を最大限に伸ばす生活の場が必要である。そこで、小人数の痴呆性老人や障害者と交代制のヘルパーが共同生活する場として、グループホームが誕生した。北歐で設立され、出雲市でも痴呆性老人、精神障害者、知的障害者（児）などがグループホームを設立している。

健康支援環境部門「支え合うまち」

健康支援環境としては、自然基盤としての水、空気、土地、生態系など、生活基盤として住宅、交通、流通、公園・緑地など、社会基盤としての産業、交流、伝統文化などがあげられる。生活基盤と社会基盤については、「21世紀出雲のランドデザイン」に出雲市および公民館区別の検討がなされている。このため、本項では、自然基盤としての水、空気、生態系ならびに生活基盤として公園・緑地を取り上げる。また、公民館単位に健康福祉のマンパワーや組織を検討した。

1. 現状

1) ごみ対策

出雲市では、1992年4月、ゴミ袋の指定と一部有料化に踏み切った。これにより、前年度と比較し、ゴミの量が一時的に減少した。特に可燃物の急激な低下が目立った。しかし、その後紙のリサイクルが伸びているにも関わらず、可燃物は再び増加の一途をたどっており、1996年にはついに1991年の量を上回った(図18)。循環型社会の実現は、一市町村での取り組みでは限界があり、企業や周辺市町村との協力、県や国レベルの支援も必要であると思われる。

一方不燃物は、1995年より開始された分別収集、1996年のリサイクルセンターの操業開始の影響で、1995年には前年度より総量で2,500トンあまり減少し

た。1995年の空き瓶回収実績が572トン、1996年でも726トンと、瓶以外の不燃物の量が大幅に減少したことを示している。分別収集の細分化、出雲クリーンセンターおよび出雲リサイクルセンターの稼働によって、出雲市の再資源化率は14.7%(1996)と県平均の10%よりも再資源化が進んでいる(図19)。可燃物の減少が一時的なものであった教訓から、今後不燃物の量が可燃物と同じように増加に転じないように方策が求められている。

資源循環型社会

現代社会では、ものの流れの多くが、生産、販売、消費、廃棄と一方通行であり、一方で限りある資源の枯渇、他方でゴミ問題を中心に深刻な環境問題を生じている。こうした使い捨て社会に対し、再利用・循環利用を基礎に、資源の過剰使用と廃棄物の発生をおさえた新しい経済・社会のありかたをいう。

2) 斐伊川の水と上水道・下水道の普及

斐伊川は、中国山地を源とし、下流域に宍道湖を有し、大橋川を通して中海に入り、境水道を経て美保湾(日本海)に注ぐ。幹川水路153km、流域面積3,070km²である。宍道湖は、塩素イオン濃度1,000-2,500ppmの汽水湖であり、水面面積は約80km²、平均水深は約5mで

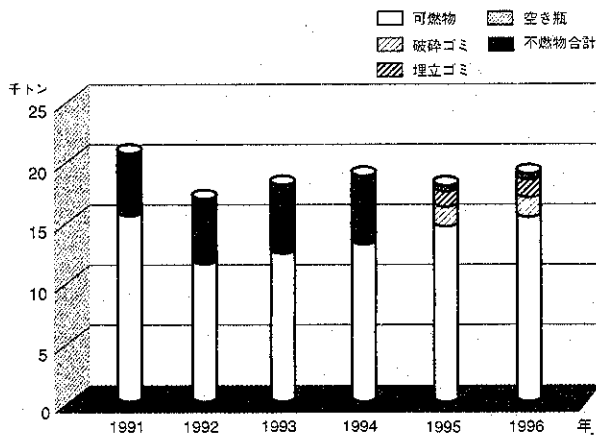


図18 出雲市のゴミ収集量の推移 (1995年より不燃物分別収集)

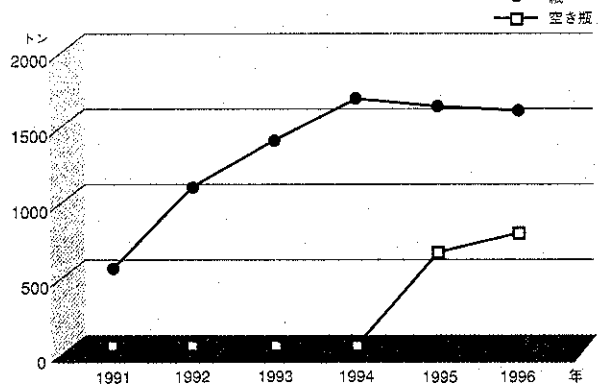


図19 リサイクル用ゴミ処理量の推移

生物生産性が非常に高い。また、降雨による土砂の流出は、マサ土という性質上の問題と古くから行われていた鉄採取（鉄穴流し）による影響が加わり非常に多く、斐伊川は典型的な天井川を形成し、簸川平野を造成した。このため、斐伊川水系の治水対策は大きな課題であり、河川改修、浚渫、また護岸堤防の造成・補強が繰り返して行われてきた。同時に宍道湖の自然湖岸から人工湖岸への改変率も現在約80%に及んでいる。このような自然環境の変化は、そこに生息する生物種の著しい減少を引き起こした。また、自然環境と深く関わっている一次産業の変化も水系に大きな影響を及ぼしている。農林業で使用される農薬や化学肥料、畜産業における尿尿汚水は、確実に水質を悪化させている。また、上流域の林業は衰退の一途をたどり、その保水能力は大きく低下している。さらに二次産業、三次産業は、自然生態系、自然環境に対する理解が非常に遅れている。宍道湖七珍の内、スズキ、アマサギ（ワカサギ）、シラウオ、フナ、モロゲエビ、ウナギは多少の変動はあるものの確実に漁獲量が減少し、唯一宍道湖漁業を支えているシジミ漁も、湖底に堆積したヘドロの影響で漁場が著しく狭まって来ている。

出雲市の飲み水は、斐伊川の伏流水・地下水から得ている。斐伊川の豊富な水量と、天井川の利点でもあるその自然の浄水能力のため、全国レベルと比較して水質は極めてよく、夏の湯水時にも枯れることなく安定した水が供給されている。出雲市の給水人口は、1960年当時総人口の37.9%であったが、1997年には給水人口が84,254人、総人口の97.5%に達している。この斐伊川の水質は、出雲市民にとって非常に大きな問題である。

出雲市の下水道普及率は、1997年で処理人口13,791人、率にして16%と非常に低い。

3) 公園資源

公園施設は、出雲市には現在53カ所の公園が整備されており、今後、9カ所の公園が計画されている。公園は、子どもの遊び場として、また市民の憩いの場、運動の場、防災の場として活用されている。健康支援環境の視点から公園を見た場合、特に子育て支援資源として重要な資源となっている。また高齢者のゲートボール、グラウンドゴルフなどの軽スポーツ、また全世代を通じたウォーキング、ジョギングなど運動の場としての健康づくり資源であり、家族の憩いの場として、恋人の愛を語らう場、緑、樹木などの自然から癒しの力を享受できる場などメンタルヘルスマで幅広い役割を担っている。公園開発の現状は、9号線バイパス、鉄道高架事業、斐伊川神戸川治水事業などによる大型の区画整理事業に伴う公園開発がなされているが、その整備指針となる公園開発計画がないため、機能的な面、配置などが住民のニーズに答えられていない。1996年度より公園リフレッシュ計画を打ち出して既存の公園や遊具などの改修に取りか

かってきたが、地域特性（利用状況や要望など）に対応した計画の策定が必要と考えられる。

4) 温泉保養施設資源

平成温泉保養施設では、高齢者（出雲市老人クラブ「慶人会」の青年部会へ運営委託）が運営に携わっており、新たな生きがい、就労の場となっている。平成温泉の入浴客数は年間約16万～17万人であり、その内の約6割は60才以上である。

1997年度から平成温泉保養施設の管理が健康増進課に移管され、更に北部に新たな温泉保養施設の建設整備も移管された。この背景には市民の健康増進（健康づくり）の場の活用、整備をより健康的な視点から取り組むために事業移管されたものである。これまで健康公園の開発、保養施設の開発など健康増進課のスタッフが企画、開発段階に参加していなかったことから考えると一定の評価ができる。

県内の自治体運営の保養施設も増えているが、これまでの温泉保養施設整備に対する考えは、観光振興、レジャー、余暇利用などのための社会資源整備であり、健康増進・健康づくりを中心とした考えは少なかった。

2. プランの理念

国際化、情報化、高齢化、少子化などの激動の時代を迎え、健康、医療、福祉などを取り巻く環境も大きく変化しつつある。古くから大切にされてきた地縁血縁の助け合いに加え、その枠にとどまらない障害者やHIV感染者などへの理解と支援活動が全国に広がり、新しい時代の市民共同体意識も芽生え始めている。市民の中で、共に生きることの大切さが実感されるようになり、ニーズも単なる心身の健康から豊かな人生の享受へと発展している。また、社会環境、自然環境まで健康に影響する要因としてとらえ、まちづくりの視点から健康増進を図っていくことがますます必要とされているため、すべての施策づくりの基本に「健康」を置くことが大切となっている。つまり、道路、河川、下水道、施設などのハード整備はもとより、すべての施策に健康支援の観点をもつことが重要である。「環境対策」のとらえ方においても、この「豊かな人生の享受」を後世に保障する視点が必要である。それは、市民の共同体意識を未来に生きる子孫にまで広げて考えるとともに、複雑な利害関係を含む環境問題は、市民が主体となりつつ、行政・研究者等との共同作業で解決していく「協働」プロジェクトとして展開される必要があると思われる。

地球規模の環境危機が叫ばれており、環境問題は地域の問題として様々な形で存在し続けている。日本における河川流域の環境問題として、神通川流域のイタイイタイ病と、阿賀野川流域の水銀汚染がよく知られているが、阿賀野川流域の問題は、第2水俣病として、予測できた環境破壊を未然に防げず、多くの公害病患者が出たとい

う事実から我々に大きな教訓を与えた事件である。近年、新潟県に多発する胆道癌と河川水中及び水道水中の除草剤との関連性が指摘され、環境問題を身近な問題としてとらえていく必要性が改めて認識されたと同時に、河川流域を網羅する環境アセスメント方法の確立、流域を結ぶ環境保護対策の重要性が指摘されつつある。

3. 課題と政策 (表 14)

1) 環境保護ネットワークの形成

1990年頃より、全国的にユスリカが大発生し、河川及び湖沼の富栄養化が深刻な事態を招きつつあることが明らかとなり、全国各地で環境保全の取り組みが盛んに行われるようになった。宍道湖でも同様の環境変化が進行しつつあり、1991年に出雲市を含む斐伊川流域の市民、漁業関係者、研究者、行政関係者、観光業者、企業を中心として「宍道湖斐伊川流域環境フォーラム」が結成された。水系の様々な問題を解決するために住民、行政、研究者が協働できる「場」づくりを実践している。出発点は、水系の環境保護にあったが、流域市町村の環境対策とネットワークを形成しながらその活動範囲を広げつつある。

出雲市において行政と市民が、神西湖周辺、古志や乙立などで徐々に連携が推進されている。出雲市の環境評価のため、環境ボランティア「エコ・レディ」など、市民の環境対策への関与を促しつつある。今後、斐伊川の水を飲料水として利用し、その最も大きな恩恵を受けている出雲市民が、斐伊川水系という視点で斐伊川の水を守る取り組みに関わると同時に、流域市町村の環境アセスメント・ネットワークを形成することが必要である。同じように、ゴミの問題も、市町村の行政圏の枠を越え、水系や経済圏として広く共同して考えていく必要がある。

2) 水対策

斐伊川水系における大規模な洪水を防止するための治水対策として、上流の尾原・志津見ダムの建設、中流(出雲市)の斐伊川放水路建設、下流(松江市)の大橋川改修が実施または計画されている。出雲市内の新内藤川、赤川、塩冶赤川、午頭などの都市中小河川の拡幅改良により、豪雨時の家屋浸水などのない安全な地域づくりが必要である。また、河川改修に当たっては、治水だけでなく、市民の親水面、景観に配慮されねばならない。

出雲市上水道の水源は、斐伊川水系の豊かな自然や森林により、水量も安全性も確保されている。しかし、市民の上水使用量が増加し、斐伊川上流の森林荒廃が問題となっており、斐伊川水系としての環境保全活動を強めなければならない。また、未給水地域である乙立地区への、給水が検討されている。給水配管に使用されてきた老朽石綿セメント管の交換も計画的に進める必要がある。

る。

水質汚濁対策としては、下水道の整備、合併浄化槽の普及および市民の啓発が3本柱である。出雲市の公共下水道と農村集落排水事業の普及率は、約20%と低く、整備を急がなければならない。また、企業などの大規模ユーザーでは、雨水や中水利用などの水のリサイクルを推進する必要がある。これらの下水道事業が計画されておらず、人口の散在している地域では、合併浄化槽の普及につとめる必要がある。これらの生活排水対策と並んで、家庭での排水対策、都市化している地域の若壮年を対象とした啓発活動を強める必要がある。

3) ごみ対策

地球的課題であるごみ処理とその再資源化に組み込み、自然共生型の資源循環型社会を創造する必要がある。家庭からのごみ排出抑制、企業や小売業による包装材、瓶、空き缶のリサイクルシステムの支援、ごみの分別収集、出雲クリーンセンターや出雲リサイクルセンターによるごみの再資源化を総合的に取り組むことが重要である。

可燃ごみの処理については、神西清掃工場での焼却が行われているが、炉の老朽化やごみ量が相対的に少なく、ダイオキシン類の発生防止のために継続して24時間連続焼却を行うことができにくい。このため、可燃ごみの固形燃料化と西部浄化センターでの24時間燃焼による発電が構想されている。また、ダイオキシン類の発生防止のためには、塩化物(塩化ビニルなど)のごみ混入の防止や使用抑制が、家庭および産業において推進される必要がある。

産業廃棄物処理については、広域での取り組みが重要であり、市や市民の参加したモデル産業廃棄物最終処理場の建設が望まれる。

● ● ● ▼ ダイオキシン Dioxin

ダイオキシンは、廃棄物の焼却や有機塩素化合物の合成時に発生し、分解しにくい環境中、生物の脂肪中に蓄積する。ダイオキシンの毒性は、50%致死量が1μg/kg体重ときわめて強いばかりでなく、発がん性、生殖毒性(環境ホルモン作用)、免疫毒性など多岐にわたる。当初は、ベトナム戦争に使用された枯葉剤の不純物やセベンでの化学工場爆発などによる被害が目まぐるしく、ごみ焼却などにより広範囲の汚染が明らかとなってきた。日本では、ダイオキシン発生量の約8割が一般廃棄物焼却、約1割が産業廃棄物焼却によって発生していると考えられている。24時間連続の焼却ができにくい小規模なごみ焼却炉では、低温での運転時(炉の立上げと立下げ)に炭素と塩素化合物が銅や鉄の触媒作用で多くのダイオキシンを生成すると考えられている。対策として、ダイオキシンの発生しやすい小規模間欠運転炉の廃止、消却灰の管理、塩化物(塩化ビニルなど)のごみ混入の防止や使用抑制が模索されている。

4) 公園整備

健康面、文化面(史跡公園など)、教育面、防災面、

自然環境保全などの総合的な視点からの開発計画策定がまず必要であり、そのためには、住民参加と各関連部門・機関、更に報道、研究機関などの参加が必要である。

健康的な視点（子育て、高齢者活動、精神的ケアなど）を反映させるためには、日頃から保健婦などの健康福祉スタッフの積極的な情報発信が必要であると共に、公園案内情報（位置、施設機能、自然環境、どんな特徴もっているか、どんな事に使われているか）の発信を行うことが重要である。

5) 保養施設

健康観の広がりによって、「健康」をその施設建設の中心概念として積極的に取り入れることが求められている。温泉療法医学、自然治癒医学などから温泉効能をよ

り科学的に評価をすること、また生活習慣病対策としてのヘルスプロモーションの考えを施設運用に活かすことが求められる。温泉保養施設には、精神的なケアの視点を図った工夫（自然治癒力を高めるための環境・色、音、空間）を図ることが必要である。

平成温泉保養施設を市民の健康づくりの場として積極的に活用する方策、例えば高齢者健康教室の場、各世代の交流の場、運動・栄養・休養の健康学習の場、温泉を使った健康プログラムの開発などを早急に検討すべきである。また北部の温泉保養施設については、健康と福祉の里の整備からみた周辺施設計画（北部福祉施設）との関係においてバリアフリー、障害者の社会参加支援、交流支援の視点をもって整備を図るべきである。

表14 「支え合うまち」の目標と政策体系

大目標	中目標	小目標	行動目標
ひと中心のまち	快適なまち	ゆとりある住まい 身近なサービス・施設 個人情報の保護 歩行者優先の道 ひと中心の交通 快適な下水道 静かな環境	バリアフリー住宅推進 サービス・施設の適正配置 個人情報保護、情報公開推進 歩道の優先整備、市民の参加 公共交通機関の見直し 公共・農村集落下水道整備 騒音対策
	安全なまち	おいしい水 きれいな大気 安全な食糧 安全な建物 危機への対応	斐伊川・神戸川水系の保全 自動車の排ガス対策 地域食糧供給システムの推進 福祉環境整備基準の遵守 危機管理対策の樹立
活力あるまち	文化的なまち	文化の継承 活発な交流 自由な発想	伝統文化による世代間交流推進 世界（特に開発途上国）の人々との交流 主体的な文化活動の支援
	活力ある産業	高齢社会に対応した産業の開発 地場・中小企業の活性化 社会変化に対応した人材育成	健康医療福祉分野での産業開発促進 職業能力開発の促進 能力開発、定住化の促進
地域環境の保全	資源の循環	ごみの削減 安全なごみ処理 資源の節約	分別、有料化の推進 ごみの有料化、堆肥化の推進 再資源化、自然エネルギー活用促進
	自然環境の保全	親しみのある川 美しい湖 多様な生態系 緑あふれるまち	多自然型河川への改善 神西湖の環境保全対策 貴重な生態系の保全 宅地の緑化推進、多自然型公園整備

健康政策部門「政策の健康化」

1. 現状

1994年以降、福祉部の関係では「高齢者保健福祉計画」、「バリアフリーのまちづくり計画」、「母子保健計画」、「児童育成計画」、「エンゼルプラン」、「北部地域福祉拠点整備計画」など、総務部の関係では「21世紀出雲のグランドデザイン」、「総合芸術文化祭」など、環境部の関係では「ゴミ減量計画」、「環境保全計画」など、建設事業部・都市整備部の関係では「出雲市駅周辺整備計画」、「国道9号バイパス事業関連整備計画」、「公共賃貸住宅総合再生計画」、「下水道整備計画」など、教育委員会の関係では「特定自動販売機等問題対策」、「幼児教育振興計画」などの地域振興計画が策定され、実行されつつある(図1)。

これらの計画策定には、市民、特に女性、高齢者や障害者、の参加促進が図られ、地域社会のニーズに即した計画となっている。また、計画の実施にあたっては、公民館単位での集会などにより市民も意見の反映がなされている。しかし、福祉部関係の政策を除いては、政策への『健康・福祉』への配慮が十分でない。市民一人ひとりの目標が「生命輝いて生きる」ことであり、行政の役割はその支援が最大の目標であろう。このため、福祉部を含む出雲市の全政策に『健康・福祉』を促進する視点を盛り込むこと、すなわち『政策の健康化』が重要な課題と考えられる。

2. プランの理念

高齢化、少子化の進展に伴う住民ニーズの多様化など、市民の健康をめぐる環境の変化から地域の特性、状況に即したきめ細やかな、一体的で一貫した保健・福祉対策が必要となっている。

市民の健康のとらえ方は、身体的な健康から精神的、社会的環境の整備というまちづくりへと広がっており、一人ひとりが地域の社会資源や自然環境を利用しながら「障害や病気の有無に関わらず、生き生きと輝いて暮らす」ことが主要な健康課題となっている。また、住民の価値観、生活習慣およびニーズは極めて多様化しており、画一的に提供されるサービスから、多様なニーズに応じて選択を可能にするきめ細かなサービスへの転換が必要

である。このため、市民を受動的なサービスの受け手ととらえるのではなく、能動的で自立した健康人(ヘルシーピープル)ととらえ直すことが重要となっている。市民自身の自己評価、セルフケア、サービスの適切な利用の能力を高め、市民自身が選択して利用することを促進しなければならない。

したがって、行政や健康医療福祉サービス提供者の役割は、1)市民のセルフケア能力やサービス利用行動能力を高めるための健康福祉情報・学習を組織すること、2)市民によるソーシャルサポートを促進するために、当事者のセルフヘルプグループやボランティアなどによる健康福祉ネットワークを支援すること、3)市民に必要なサービスを適切な時期に提供し、調整すること(ケア・マネジメント)、4)市民と対話しながら変化するニーズに対応したケア資源の開発やサービスの改革、専門家自身の能力開発を進めること、5)サービスの費用対効果関係の評価方法を確立し、民間サービスを含む地域社会のケア資源の活用を図ること、6)21世紀を展望して、すべての公共政策・施策に健康的な視点を盛り込んだ政策体系を明らかにすることである。

3. 課題と政策

1) 市民と行政の協働

近年、健康福祉分野では、地域保健法や精神保健福祉法の施行、介護保険法の制定、老人保健法、医療保険法などの改正に見られるように、地方自治体が自立し、地域の特性に応じた独自の政策を立案することが求められている。

阪神大震災では、市民が自発的に救援活動に参加し、能動的な市民ボランティア活動が注目された。また、市民が健康福祉課題について調査研究し、公開された政策情報を活用して政策の提言を行い、非営利組織(NPO)を組織して健康福祉活動の多様な活動実績を積み上げてきた。このため、既存の中央集権的な縦割りの行政システムでは対応できない問題が多くなり、市民・専門家・行政・議会などの協働が重要な課題となっている。

健康的な視点をもった政策推進のために、市民ニーズの科学的分析や評価が重要であり、市民との対話とともに