

に専門研究機関やジャーナリストなどとの協働を促進する必要がある。そのために政策形成過程における情報まで徹底的な情報公開が保障されねばならない(図20)。

## 2) 地域健康福祉活動の活性化

地域社会の健康福祉資源には、医療施設、福祉施設、運動施設、学習施設、公園施設、温泉保養施設、保健センターなどの施設資源と医師、看護婦、ヘルパー、保健婦、助産婦、栄養士、社会福祉士、介護福祉士、理学作業療法士などの専門家、ボランティアなどの人的資源、また健康づくりを志向する自主的なグループ活動やコミュニティ活動などがある。出雲市では、全市的にバランスをとってこれらの資源を開発・活性化するとともに、公民館または中学校区での資源開発・活性化に重点をおいている。

保健婦など健康福祉スタッフは、市民とともに地域の健康福祉ニーズを明らかにし、健康福祉のソーシャルサ

ポート・ネットワークの強化につとめなければならない。また、地域の健康福祉活動の強化をめざして、市民とともに地域ごとの戦略的な健康福祉計画を樹立し、実施することが重要である。

## 3) 健康政策の強化(表15)

縦割り行政の弊害が叫ばれて長い年月が経過しているが、機構改革のみによる弊害は正はことごとく失敗したと言っても過言ではない。近年の行政改革では、市民ニーズから政策課題を明確にし、政策の優先順位づけを担当する政策立案担当部署を設置する傾向にある。現在の制度では、縦割り行政を解消することのできない要因が多くあり、制度改革よりも①政策立案から実施・評価への市民参加、②政策課題の明確化と優先順位づけ、③スタッフの政策能力の向上、が重視されねばならない。

政策課題の明確化と優先順位づけでは、問題解決型の政策立案と実施が重要と考えられる。市民と行政が問題を明確に認知することによって、市民と行政とのバリアを解消することができる。また、政策優先順位の明確化が、行政内部での縦割りを克服する基礎的な条件と考えられる。次に、スタッフの政策立案・企画能力を、市民や専門家との参加型行動研究や政策研修によって向上させる必要がある。健康福祉スタッフには、政策立案能力とともに、行動科学や認知科学を応用した学習支援能力の開発が急がれる。市民参加による政策実施では、「健康文化都市・いずもプラン21」を推進する市民・専門家参加の推進組織の設置が重要であり、高齢者保健福祉計画の専門助言者会議やバリアフリーまちづくり推進協議会と同様、市民・専門家・行政の協働の場とする必要がある。

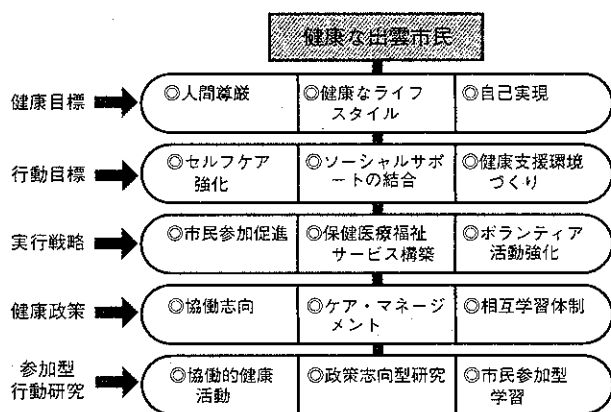


図20 健康福祉政策樹立のための行動計画モデル

表15 「政策の健康化」の目標と政策体系

大目標	中目標	小目標	行動目標
市民と行政の協働	市民活動の組織化	問題・課題の明確化 市民活動情報の交流 優れた活動への支援	出雲グランドデザインの市民討議 総合ボランティアセンターの開設 プロジェクト方式による補助・支援
	市民参加の促進	参加型行動研究の推進 情報公開 審議会などへの市民参加促進	研究に基づく科学的な政策展開 図書館・インターネットでの公開 現場スタッフ、女性、当事者の参加促進
地域健康福祉活動の強化	地域活動のセンター化	拠点施設の確保 地域健康福祉ネットワーク 地域ごとの健康福祉計画	公民館、集会所、JA支所の活用 ネットワーク情報のメディア化支援 コミュニティセンターの強化
	健康情報・学習	健康学習プログラムの強化 学習資源・教材の開発 学習マンパワーの開発	学習心理学に基づく体験学習プログラム マルチメディアの活用 学習支援者の計画的養成
健康政策の強化	問題解決の重視	問題の明確化と優先順位づけ プロジェクト方式による分析と計画策定 協働的な実施と評価	議会・審議会などでの政策優先づけ 部課をこえたプロジェクトの促進 市民参加と定量的評価法の開発
	人材の育成	市職員の専門能力開発 政策・企画能力の開発 情報提供・学習能力の開発	研修・学会などへの参加支援 主要プロジェクトの政策研修促進 プレゼンテーション能力研修
	組織推進体制の確立	市民参加の推進組織 市民・専門家・行政・議会の協働	健康文化都市いずも推進協議会設置 政策の評価公開、市民参加型討議の保障

#### 4) かかりつけ医制度の強化

1993年以降の出雲市内の医療機関数の推移を図21に示した。病院数には変動がないが、一般診療所の新設とそれに伴い調剤薬局の新設の増加が著しい。歯科診療所数も1995年より増加が認められる。在宅医療が重視される中、確実に地域でのケアが充実され始めている。出雲医師会による「かかりつけ医」制度の発展をめざすためには、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、各専門分野だけでなく、内科医であっても第一線医療で多く遭遇するうつ病、痴呆、ねんざなどのコモン・ディゼース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。

出雲市では、医師会との話し合いにより基本健康診査と健康学習活動に取り組んでいる(図22)。1998年度より、増加しつつある糖尿病への対策を強化する。今後、かかりつけ医で基本健診、がん検診、予防接種などの健康サービスを、行政がかかりつけ医で管理できていないハイリスク者のケア・マネジメントおよび健康・栄養学習を分担することが協議されている。両者の日常的な協議・調整により個別的、効率的で市民にとって「肌着のような」健康サービス・ネットワークを構築する必要がある。

#### 5) がん検診

##### ①現状(表16)

受診率は、子宮がん以外のがん検診は10%以下であり、がん発見者数は、全がんで0.2%である。大腸がんの発見率は高くなっている。

1996年度から子宮がん検診の一部を産婦人科医院での個別検診方式に変更した結果、受診率が約1.5倍となった。肺がん検診については、検診の有効性、放射線被曝の問題などから、今後も導入しない方針である。むしろ、禁煙教育や自販機販売規制などの喫煙対策をすすめることとしている。個別がん検診は、子宮がんのみに導

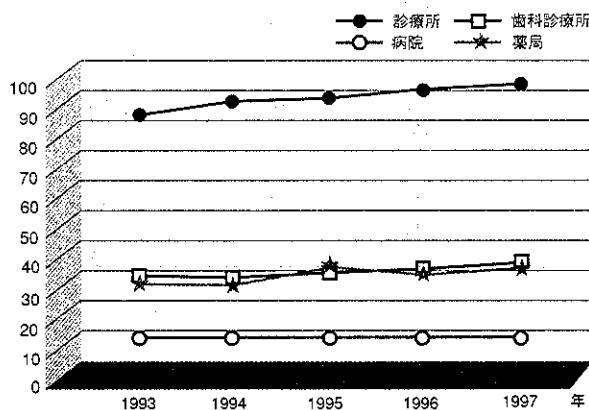


図21 出雲市の医療機関数の推移

入し、まだ集団検診が主流となっている。

##### ②課題

##### (1) 集団検診から医療機関委託検診へ(図23)

がん検診は、疾病の早期発見・早期治療のための手段であり、受けたいと思うときにいつでも受けられる体制をとることが重要である。また個々人の主体的な健康管理を進める意味から、集団検診から医療機関委託検診へ移行すべきである。現在、医療機関委託の個別検診は、子宮がん検診の一部のみに導入され、他のがん検診についても医療機関委託の個別検診化を検討している。

医療機関委託検診を妨げている課題は、費用負担と検診の精度管理である。集団検診と医療機関委託検診を費用面で比較すると約3倍の費用がかかるため、その財源確保が問題である。また、1997年度までは、がん検診については老人保健事業として国・県から費用額の2/3が助成されていたが、1998年度からこの助成制度が廃止され、一般財源化・交付税措置されることとなった。地方交付税措置では、従来の助成額の50-70%程度の算入と想定され、今後のがん検診の財源問題はますます厳しい状況となっている。

検診の精度管理については、がんの種類によっては、各検診受託機関の診断精度、技量等を一定のレベルに保つための精度管理方策が問われる。現在、県に成人病管理指導協議会による検診の質を確保するための基準策定や検診機関指導等が行われているが、まだまだ十分ではない。そのため受託可能な医療機関が限られているのが現状である。

##### (2) 検診自己負担のあり方

がんを含めた健康管理の主体は、市民自身であり、生活習慣の変容や検診サービス利用は市民のイニシアティブによって行われることが重要である。また、個々人のがん発症リスクに基づいた検診体制は、限られた財源で最も効果がある施策であり、新しいがん対策の開発とより科学的な評価(医療費削減など)が必要となっている。そのため、がん検診における自己負担、個々人の自己責

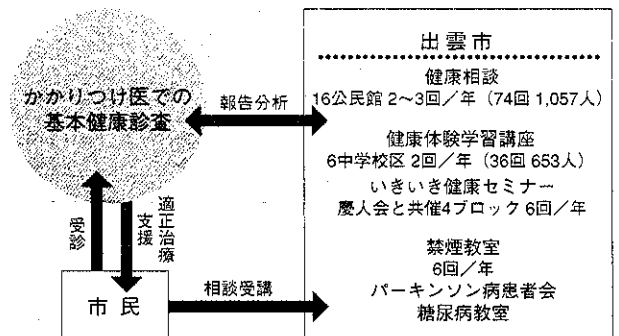


図22 基本健康診査を中心とした健康学習活動

任の範囲を明確に定める必要がある。基本健診や介護保険、医療保険自己負担との整合性、また高齢者・低所得者の負担のあり方などについての検討が必要である。

(3) 受診率・精検率・死亡率等がん統計のとらえ方

がん検診の年齢別受診率・精検率・死亡率（SMRなど）の統計分析・評価から重点対象とすべきがんの種類別、対象年齢層等の検討、精密検査後の治癒状況や医療費について統計的な分析が必要である。

(4) 対象者への受診勧奨

がん検診の受診勧奨は、週報、全戸配付のチラシ、JA有線放送などで行っているが、より組織的な勧奨方法の検討が重要である。壮年期の受診を促進するため、商工会議所などと連携し、検診体制が不十分な中小企業への働きかけ、産業医、産業看護職、衛生管理者などとのネットワークの形成、地区健康推進員（健康づくりリーダーなど）からの働きかけなどを使ったネットワーク型の受診勧奨の推進が課題である。

(5) 検診後の事後管理体制の強化

検診後の検診結果に基づく健康管理の支援が重要である。現在のがん検診の事後管理は、精密検査対象者に精密検査通知を行い、精密検査未受診者へは保健婦による訪問受診勧奨を行っている。精密検査は市の指定医療機関により行われており、その精密検査結果を市が管理している。課題は、受診者の不安の解消のための相談窓口が十分でないこと、医療機関で管理されている要治療者以外の要注意者に対する事後管理体制がないことであ

る。検診後の事後管理では、生活に密着した全人的な健康管理が可能になる「かかりつけ医」体制の充実が求められる。

(6) 健康学習の重視

がん学習は、基本健康診査結果の健康相談や健康教室、健康セミナーの中で提供されているが、専門的ながん予防・検診学習は、1996年度子宮がん検診の医療機関個別検診導入時以外は、システム化されていない。がんに関する学習の場として、健康文化センターの機能充実や科学館の整備が望まれる。日常生活からの主体的な学習活動を支援するために、子どもから高齢者までの常設学習プログラムの開発が急がれる。

(7) 市民・専門・行政間のネットワーク構築

従来の検診方策の検討は、市・保健所・医療機関の専門機関中心に行われてきたが、より科学的な評価視点から研究機関の参加を促すことが重要となってきている。島根医科大学・県立看護短期大学などの教育研究機関、

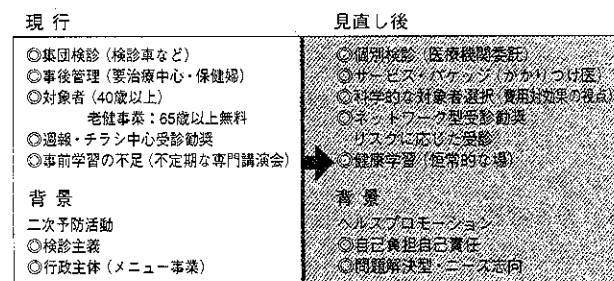


図23 がん検診政策の見直し

表16 がん検診受診率とがん発見者数

実施方法	委託先 検診方式	胃がん		子宮がん		乳がん		大腸がん	
		環境保健公社に委託 集団検診	産婦人科 個別検診	集団検診	施設	市直営 集団検診	委託	委託	委託
1994年	受診者	1,498	1,758			586	449		1,526
	受診率	6.1%	9.4%			3.3%	2.5%		6.3%
	がん発見数	0	0			1			2
1995年	受診者	1,472	1,713			496	436		1,682
	受診率	5.9%	9.4%			2.7%	2.4%		6.8%
	がん発見数	3	2			0			4
1996年	受診者	1,538	1,773	807		664	316		1,578
	受診率	6.1%	9.6%	4.3%		3.6%	1.7%		6.2%
	がん発見数	3	1			1			8

県立中央病院、出雲医師会、行政、市民代表などによるがん検診対策検討ネットワーク会議により、総合的ながん対策と推進体制の確立を図る必要がある。

## 6) 介護保険制度導入

### ①出雲市の現状

出雲市の高齢化率は18.3%（1998年2月）であり、全国的に見ると高率であるが、鳥根県内の市町村では3番目に低い割合である。しかし、市内の高齢者分布は偏在し、農村部と市の中心部では20%以上の高率になっている。

### ②課題と政策

出雲市の高齢者福祉施策の基本方針は、高齢者が介護を要する状態になっても、住み慣れた地域で、できるだけ今までの生活の継続を保障するために、中学校区ごとの6ブロックで、地域の特色を生かしたきめの細かい福祉サービスの実施をめざしている。介護保険制度導入に際しても、この基本方針は存続されるべきである。

一般に、高齢者が介護を要する状態に陥った場合、在宅で介護を受けていても、外出困難などの理由により社会的に孤立するケースが多い。これを解消あるいは軽減するために、デイサービスなどの在宅福祉サービスが設置されているが、この機能をより充実強化するために、「地域のなか」でサービスが受けられるように配慮し、「地域のなか」の施設として認知されるよう努力する必要がある。このため、地域の人達が出入りしやすく、利用者が地域の中で孤立することがなく生活していることを実感できる施設づくりが求められている。

### ③介護保険制度導入までにすべきこと

#### (1) 介護サービス提供基盤の整備

介護を必要とされる方が、「誰でも、いつでも、どこでも」十分なサービスを受けられるように、市としては、介護サービス提供体制を量・質ともに充実させていかなければならない。

現在、市内の4ブロックにおいてサービスの拠点となるA型デイサービスセンター（訪問入浴と配食サービスも実施）の整備を完了しており、介護保険制度が導入される2000年度までには残りのブロックにも整備する予定である。痴呆性老人を対象としたE型デイサービスセンターも3カ所整備しており、うち1カ所は痴呆性老人のグループホームに併設している。また、ホームヘルプステーションは4カ所で、365日24時間のサービスを提供しており、さらに増設を検討している。

ケアマネージメントサービスについては、現在2カ所の在宅介護支援センターと市の健康増進課の訪問指導員がブロック別に分担して行っているが、在宅介護支援センターの増設も検討中であり、地域のケアマネージメントサービスの中核として充実させる必要がある。

#### (2) ケアマネージメントのシステムの確立

ケアマネージメントでは、医療・保健・福祉の連携を

欠くことはできず、特に質の高い介護を提供するためには医療との連携を強化していく必要がある。

1997年7月には在宅ケアに関わる市民や専門家が参加する「出雲在宅ケア研究会」において、地域一医療一福祉一保健をつなぐネットワークについて議論し、かかりつけ医を加えたケアマネージメント会議が医師会から呼びかけられた。また、より身近なところでのケアマネージメントを行うために、在宅介護支援センターの増設を検討しているが、ブロック別のケアマネージメントを強化し、福祉サービスの機動性と実効性を高めるために現場へのある程度の権限委譲が必要と考えられる。

#### (3) 住民参加によるネットワークの強化

市民の福祉ボランティア活動としては、社会福祉協議会の「たすけあいボランティア制度」やJAの「やすらぎ会」が組織されている。これらのボランティアとホームヘルプサービスやデイサービスとの連携をどう強化するかが今後の課題である。

また、地域における住民主体の健康福祉事業に対する支援を目的として、1998年度から「住民参加型地域健康福祉推進事業」を社会福祉協議会を運営主体として開始する予定である。これにより、地域のお年寄りなどによるセルフヘルプ活動が全部のブロックに広がることを期待している。

#### (4) 高齢者保健福祉計画の見直し

現在、出雲市高齢者保健福祉計画に基づいて必要な介護基盤の整備をすすめているが、主にハード面に着目した必要最低限の整備目標量となっている。また、この計画策定に利用したニーズ調査は1992年度に実施されたものであり、再評価が必要となっている。ブロックごとの地域の特色を反映するためには、ハード整備とソフト面での多様な追加措置が必要と考えられる。

1998年度には、介護保険事業計画策定のための調査が全市的に実施される予定になっているが、あわせて各ブロックごとの地域特性を踏まえた必要なサービス（ハードおよびソフトの両面から）について詳細なニーズを明らかにすることが必要と考えている。

## 7) 健康教育（学習）

### ①教育方法

これまでは、「成人病」の予防や健康づくりの正しい知識の普及を図るための知識伝授型の健康教育が行われてきた。最近、「成人病」は、市民が自らの生活習慣を変えることによって予防可能であることから呼び名が「生活習慣病」と改められた。このため、健康教育（学習）では、生活習慣の行動変容を目的とした学習者主体の体験学習や問題解決型学習が採用されつつある。

さらに、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を基礎にしながら、「生活の質」を

も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の検討が重要である。このため、行政は市民に健康福祉学習サービスを提供するとの考え方が必要である。

## ②実施

市民の学習ニーズに即応した学習支援システム、自発的な学習の基礎づくりが推進されなければならない。生涯にわたる健康学習は、学習条件に恵まれている人だけでなく、「いつでも、どこでも、だれもが、どんな分野でも資質・能力に応じた」学習機会の拡充を図ることが必要である。乳幼児から高齢期にいたるまでのライフステージや家庭・職場生活のような生活分野に応じた学習プログラムを確立させる必要がある。とくに、乳幼児期と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られる。

また、健康学習の推進に当たっては、地域、職域、学校、家庭などの連携を重視し、マスメディアの活用を図る必要がある。

## 4. 先駆的な活動モデル（高齢者保健福祉専門助言者会議）

出雲市高齢者保健福祉計画策定委員会は、1994年2月に策定作業を終了した。出雲市のポリシーとして、市民参加の委員会構成は、女性委員を必ず半数任命すること、肩書きで任命するのではなく、なるべく現場のスタッフや適材スタッフを任命することになっている。策定終了後、この計画のモニタリングのための組織として、策定委員5名と出雲市福祉推進課、健康増進課スタッフ合同による専門助言者会議を発足させた。表17のように高齢者保健福祉計画のモニタリング、介護保険制度発足のための政策提言、新たな健康福祉サービス開発への助言、市民による健康福祉活動のネットワーク化などの要として役割を果たしている。

表17 高齢者保健福祉専門助言者会議の役割

計画実施状況の評価
健康福祉政策への提言
参加型行動研究
新たな健康福祉サービス開発への助言
市民による健康福祉活動のネットワーク化

# ネットワーク●NETWORK バリアフリーまちづくり

## 1. 特徴

高齢者の増加やノーマライゼーション思想の普及によって、バリアフリー社会への計画や行動が国や地方自治体で強化されつつある。出雲市では、高齢者・障害者の社会参加を支え、アメニティをめざしたバリアフリーのまちづくりを、障害者、高齢者、市民参加で推進している。出雲市のバリアフリーまちづくりの特徴は、1) 障害者など当事者が政策樹立や活動に主体的に参加していること、2) 市民、行政と研究機関が参加型行動研究を行い、科学的な研究に基づいた活動がなされていること、3) 活動と政策とのバランスのとれた検討により、障害者プランから建造物や道路などを含めたまちづくりへ発展しつつあることである。



### ノーマライゼーション Normalization

障害者は、健常者と同様の生活をする権利を有し、障害の有無によって差別されてはならないとの考え方である。北欧で、最初に社会システムに取り入れられ、アメリカの障害者法にも盛り込まれた。生活が全体的なものであるため、ノーマライゼーション達成には社会システムも縦割りであってはならず、法やサービスの統合が促進される必要がある。

## 2. ネットワークのあゆみ

出雲市では、1993年より福祉課内での検討、1994年よりバリアフリーのまちづくりの検討委員会を発足させ、1995年9月に「出雲市バリアフリーのまちづくり計画」を策定した。活動は、表18のような経過を経て発展しつつある。

### 1) 障害者・市民参加型活動

1993年以前より、障害者と市民による先進的なバリアフリー活動が展開されていた。1994年以降、障害者共同作業所、生活ホーム、生活支援センターなどの設置が相次いだ。作業所支援のための市民や民間団体の寄付活動およびマスコミによる報道は、バリアフリーのまちづくり啓発に貢献した。1996年からは、障害者・市民・研究者による道路整備計画策定や県立中央病院周辺のモデル道路づくりへの参加、大型店舗や金融機関へのアクセス改善、点字による出雲市週報の発刊などの活動が展開されている。知的障害者、身体障害者や精神障害者による共同作業所ネットワークで、共同作業所運営のノウハウの交流、ピア・カウンセリングや自立生活学習が共同で実施され、行政や企業との協働も活発に行われている。また、建物や道路などのバリアフリー化に障害者・市民参加が拡大されている。

## 2) 参加型行動研究

1994年まで、行政やボランティア団体によって、バリアフリーの学習や道路・福祉におけるバリア調査が行われていた。「バリアフリーのまちづくり検討委員会」設置によって、多くの障害者、市民、企業、行政、研究機関が参加し、バリアフリーのまちづくり学習や実態調査を行った。障害者団体による自発的な調査・研究も並行して実施された。これらの実践的研究活動によって、バリアフリーのまちづくり政策体系と政策実現の方策の検討がなされた。

1996年からは、障害者・市民・研究者参加の「バリアフリーのまちづくり推進協議会」は、①計画実施状況の評価と計画再検討、②関係団体のバリアフリー活動のネットワーク化、③バリアフリー学習など、参加型行動研究の情報センターとして機能している。

## 3) 健康・福祉を志向した政策の確立

人間尊厳のバリアフリー政策を体系化した「福祉のまちづくり条例」が1997年4月より施行され、一定規模以上の新設建造物は出雲市福祉環境整備基準に基づいて整備することが義務づけられた。今後、出雲市駅周辺整備、県立中央病院移転、国道バイパス工事など「医療と福祉のまちづくり」に向けた大型プロジェクトが進められるので、これらを含む出雲市中心部を「バリアフリーのまちづくり推進エリア」と位置づけ、国・県・市・市民の参加型行動研究を通じて、協働の枠組みを拡大しつつある。

表18 バリアフリーのまちづくり活動経過

1993	出雲市福祉課内での準備 市役所内横断的ワーキンググループ発足
1994	障害者・市民参加の検討委員会発足
1995	市バリアフリーまちづくり計画策定 障害者共同作業所設立（福祉ショップぽてとほうす）
1996	障害者・市民参加型ハード整備開始 バリアフリーのまちづくり推進エリアの設定、市役所内のバリアフリー化 障害者共同作業所設立（ワークショップとら・い）
1997	福祉のまちづくり条例制定 精神障害者の生活支援センター「ふあっと」新設 建設省・島根県・出雲市・市民参加のバリアフリーのまちづくりフォーラム開催 市北部地域福祉拠点整備計画 障害者デイサービスセンター、生活支援センター、共同作業所または授産施設、グループホームの設置計画
1998	出雲市駅の改築 エレベーター、エスカレーター設置 北部福祉施設整備に関する意見書答申

## 3. 成果と課題

### 1) 障害者・高齢者の自立支援

「バリアフリーのまちづくり推進協議会」や「市北部地域福祉拠点整備計画」(図24)への参加、共同作業所ネットワークなどにより障害者の自立支援は急速に進みつつある。しかし、障害者の自立生活とピア・カウンセリングについては障害によるばらつきがあり、交流学习による強化が必要である。また、バリアフリーのまちづくりのための学習・ボランティア活動は、市総合ボランティアセンター構想や助け合いボランティアと連動して推進されなければならない。

1996年度に出雲市健康増進課の主催した機能訓練事業の参加者が、1年間の訓練後も同じ悩みをもつ障害者で励ましあおうと「タンポポの会」を結成した。この会には、比較的若い障害者も多く、自ら依頼したボランティアの支援を受けながら、会を自主運営している。理学・作業訓練の他、花見、講演会、市議会の傍聴など幅広く活動している。参加者は、自分たちの願いを要望書にまとめて、行政や議会に提出するなど、意識も自分のリハビリテーションからバリアフリーのまちづくりに徐々に変化しつつある。

### 2) 障害者・高齢者支援サービスの強化

市北部地域福祉拠点整備計画に当たって、健康福祉行政の基本原則が議論された(表19)。共同作業所、デイサービス、生活支援センター、グループホームが、2-4年以内に実現の可能性が高まった。また、補助器具センターや県立リハビリセンターなどの設置が期待できる。

しかし、障害者の子をもつ親は、自分の老後または死後、子の自立した生活に不安をもっている。バリアフリーの公営住宅、住宅と福祉サービスの結合、財産の委託管理が課題となっている。また、松江市では循環線に超低床バスが導入され、年々増設されているが、出雲市ではバリアフリー交通システムの導入が遅れている。当面は、タクシー割引券によるタクシー活用を継続するとともに、助け合いボランティアや企業ボランティアによるハンディキャブ(車イス利用者も乗車可能な小型自動車)の運行が必要である。

### 3) バリアフリーのまちづくり推進エリアの整備

新しい出雲市駅には、山陰ではじめてエレベーターやエスカレーターが設置され、ハード整備が一步前進した。今後、出雲市駅周辺、県立中央病院移転、国道バイパスなどの大型プロジェクトと連動したバリアフリーのまちづくり推進エリア整備を障害者・高齢者参加で実施する必要がある。また、大型ショッピングセンター、郵便局や金融機関などのバリアフリー化が進みつつあるが、小売店や飲食店、建築業など民間サービスの参加が課題である。

### 4) バリアフリー政策の拡大

バリアフリーのまちづくりは、福祉から医療・健康・

建設・交通に拡大しつつあるが、さらに生活全般に拡大するためには、都市計画との連携が重要になってきた。21世紀出雲のランドデザインに基づき、超高齢社会を迎える健康医療福祉サービスや行政サービスの分布、交通システムのあり方を、ゾーン別の商業、工業、住宅、農業配置をもとに総合的な検討が課題となっている。

表19 北部地域福祉拠点整備にあたっての5原則

1. 障害児・者、その家族の意見・要望を受けとめて当事者の立場から施設整備の夢を描き、より社会資源を活用し、より施設効果を上げること。
2. 障害児・者、その家族の生涯にわたる生活の質(QOL)、人間尊厳の営み、自立・社会参加を保障していくための拠点施設とすること。
3. 市全体を視野に入れるとともに、周辺市町村との関わり・連携を考慮しながら北部の具体的福祉施設整備構想に結びつけていくこと。
4. ハード整備を行うだけでなく、市民や行政の願い、活動、ネットワークなどをつなげてソフト面や施策を総合的に作りあげること。
5. 地域住民との関わりを大切に、市民運動、ボランティア活動など地域のうねりを生み出し、市民と行政が共に汗を流す体制づくり、地域福祉思想発展の出発点とすること。

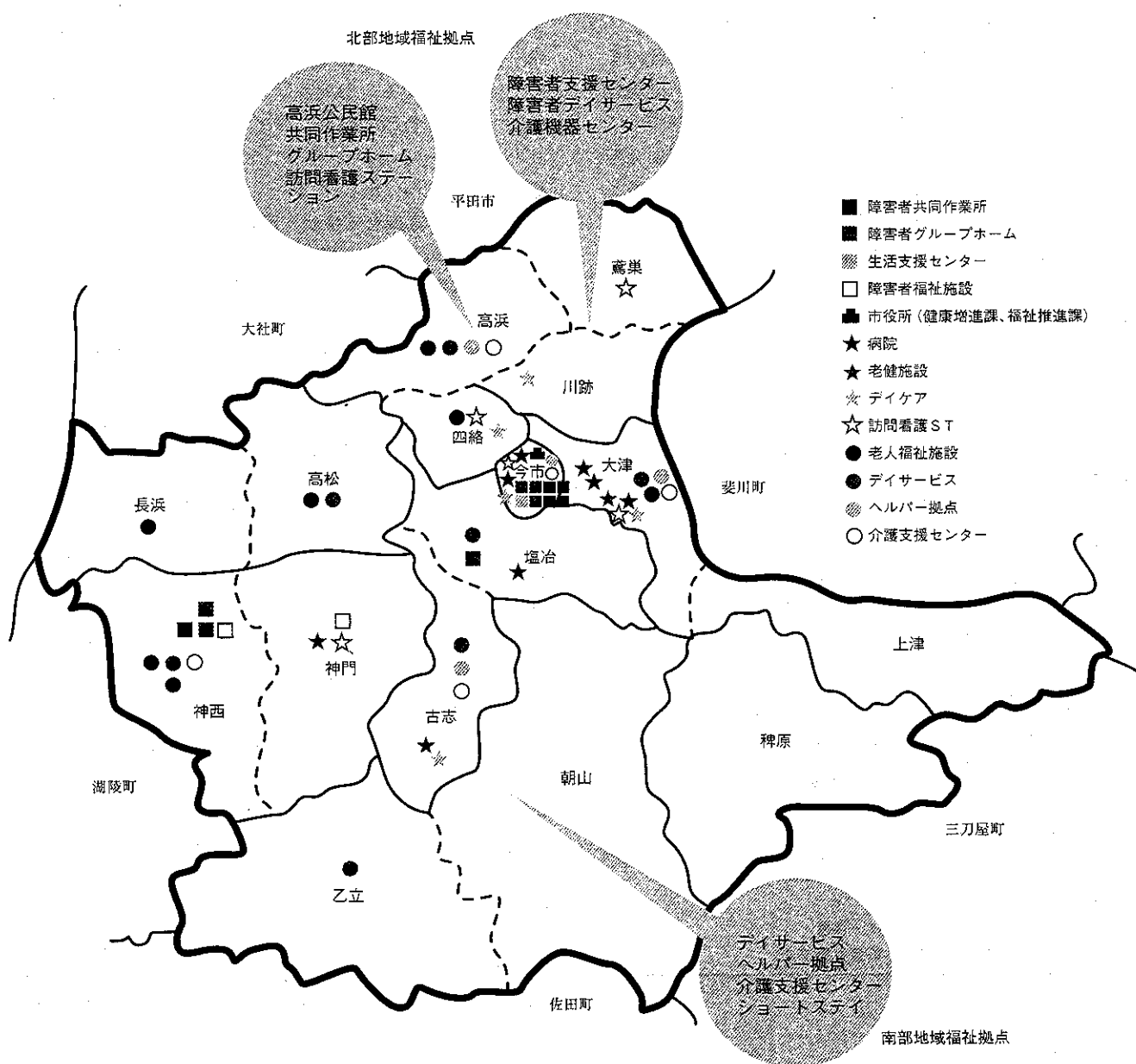


図24 出雲市の健康・医療・福祉資源

# ネットワーク●NETWORK 感染症

## 1. 特徴

1996年の病原大腸菌O-157集団発生、1997年の香港における新型インフルエンザ流行により健康危機管理システムの確立が求められてきた。多くの市民を短期間に健康危機に陥らせる感染症、食中毒、ダイオキシン中毒などの危険情報について、世界的な感染症・中毒情報ネットワーク、市内医療機関や施設と結んで、日常的に情報収集と科学的な分析を行うことが必要になっている。さらに、市民に影響が懸念される状況になれば、危機管理対策本部の設置、市民や関係機関から情報収集と対策情報の提供をタイムリーに行うことが重要である。

このため、出雲市では、市内医療機関、学校や学校給食センター、島根医科大学、市役所内関係各課が、市民の関心の高いインフルエンザと病原大腸菌O-157について情報ネットワークにより情報収集と発信を行っている。

## 2. ネットワークのあゆみ (図25)

### 1) インフルエンザ対策

1996年11月より、インフルエンザ多発時期に当たった1996年11-12月、1997年1-3月、1998年1-3月に、ハイリスク者である幼児・学童と高齢者のいる市内高齢者福祉施設、老人保健施設、身体障害者などの施設、保育所、幼稚園、小学校、中学校の計65施設におけるインフルエンザ発症数の調査を実施した。調査結果、島根医科大学環境保健医学教室からの国際国内流行情報、インフルエンザの予防対策に関する情報を各施設に7回にわたって提供するとともに、市週報でも市民にインフルエンザの予防対策の情報提供を行った。

### 2) 病原大腸菌O-157対策

病原大腸菌O-157対策連絡会議が1996年8月に、市役所関係各課により設置された。同会議は、病原大腸菌O-157の発生状況の把握、予防対策の確立、市内で患者発生の場合の迅速かつ的確な危機管理体制確立を目的にしている。また、1996年8月に、市教育委員会生涯学習課・健康増進課・学校給食センター、島根医科大学小児科学・微生物学・環境保健医学教室が協力して、市民に「病原大腸菌O-157対策フォーラム」および市週報で啓発を行った。

## 3. 成果と課題

### 1) インフルエンザ対策

インフルエンザ流行期の発症数調査により、出雲市健康増進課がインフルエンザ流行状況を常時把握し、市民や関係組織に予防・治療情報をタイムリーに提供することが可能になった。

市民や施設の予防・治療対策が可能のように、市内流行情報をインターネットなどにより即時に情報提供できる体制、インフルエンザ・ウイルス型、予防接種の方法と有効性、施設内での予防対策などきめ細かい情報を提供する必要がある。また、保育園、幼稚園、小学校からは、幼児期に流行する感染症に関する情報提供が求められている。

### 2) 病原大腸菌O-157対策

現在のところ出雲市内での病原大腸菌O-157感染はないが、家畜や食肉の汚染状況から発生の危険性は高い。したがって、夏期を中心に全国や県内の発生状況や食品監視情報を関係施設や市民に提供する必要がある。また、集団感染以上に家庭内感染が増加しているため、家庭への感染情報の発信を強化しなければならない。さらに、病原大腸菌のみならず、サルモネラ菌、黄色ブドウ球菌、腸炎ビブリオ、ボツリヌス菌、小型球状ウイルス、クリプトスポリディウムなど食中毒や水系感染の主要な原因微生物、さらに輸入感染症、新興・再興感染症、MRSAや結核などについての情報の収集と分析体制確立が急がれる。

### 3) 感染症情報ネットワーク構築

厚生省は、患者・感染者の人権尊重や良質な医療の提供よりも伝染病の拡大防止に重点をおいていた伝染病予防法の改正作業を進めている。新しい法体系は、ワクチンや抗生物質の開発などの医学・医療の進歩、公衆衛生水準の向上により、多くの感染症の予防・治療が可能になっているとの認識に立っている。そして、個々の国民

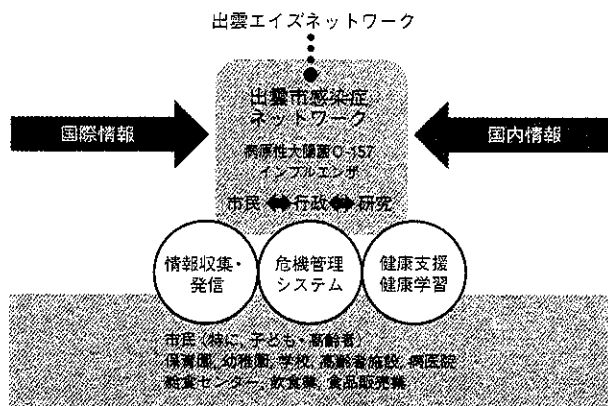


図25 感染症情報ネットワーク



の感染症予防および良質かつ適切な医療の提供を通じた早期治療の積み重ねによる社会全体の感染症予防の推進に重点を置くこととし、感染症情報の収集・分析とその結果の国民への提供・公開を進めていくことが重視されている。さらに、国際化により、原因不明の感染症や感染力が強く重篤な感染症の発生・拡大の危険性が指摘され、総合的な感染症危機管理体制の整備が求められている。

出雲市では、①主要な感染症・中毒に関する情報ニーズを明らかにし、②感染症のハイリスク者の多い教育・福祉施設－医師会－市の患者情報ネットワークの確立、③鳥根医科大学や県衛生公害研究所との情報ネットワーク、④保健婦、給食施設、飲食業や食品販売業、市民への情報提供システム、特にインターネット・ホームページ開設やパンフレットづくり、⑤出雲市および各施設での危機管理対策の樹立を促進する必要がある。

#### 4) リスクマネジメントのシステム化 (図26)

現在問題になっているごみ焼却によって発生するダイオキシンは、1970年代までは除草剤やPCB製造の際の副産物として問題になっていた。また、エイズ原因ウイルスであるHIVのように、輸入医薬品や国際的な人の異動によって持ち込まれ、大きな被害を及ぼす病原体

も多く報告されている。したがって、リスク（危険性）は社会・自然環境の変化とともに変化することを前提にリスクマネジメントが実施される必要がある。知られていないリスクも多く、市民が生活の中で気づいた異変を情報収集し、蓄積・解析することが重要となっている。また、リスクマネジメントに関する市民学習を組織することが課題となっている (図26 a)。

市民情報とWHO（世界保健機構）、厚生省などのリスク情報をもとに、危険性の大きいリスクを明らかにし（リスク同定）、それらのリスクの測定体制（モニタリング）を整備し、測定結果を解析し、市民に迫るリスクの危険性の確率と大きさを評価できる体制づくりが求められている (図26 b)。

また、近年の環境汚染や感染症は、市民の生活に密着しているため、その対策が市民に利益をもたらすとともに、コスト負担を強いられる場合が多い。たとえば、ダイオキシンでは市民の排出するごみが発生源の一つとなり、ごみ焼却からの発生を完全に防止するためにはごみ処分費が非常に高コストとなる。このため、それぞれのリスクについて、定量的にリスクと利益のバランスを科学的に解析し、市民参加での対策決定を行う必要がある (図26 c)。

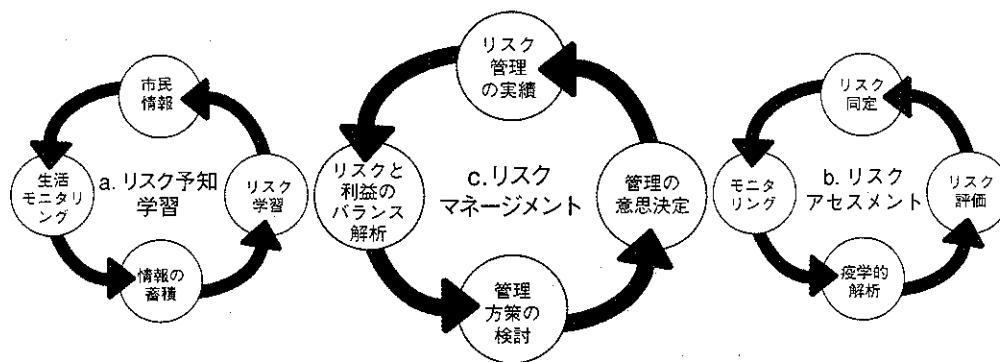


図26 リスクマネジメント・システム

出雲市公民館単位での地域健康福祉活動

# 公民館単位での 地域健康福祉活動

## 1. 公民館単位での健康福祉活動の利点

厚生省は、人口8千人から1万5千人の中学校単位で地域福祉サービスの拠点化を政策的に進めている。しかし、市民参加の草の根健康福祉活動を進めるにあたっては、住んでいる住民の顔が思い浮かぶ人口約5千人の公民館単位での展開が重要と考えられる。人口5千人の地域には、生まれてから中学校までの多感な15年間をともに遊び学んだ仲間が住んでいる。結婚して新しく転入した夫婦は子どもを通して、地域社会との接点をもつ。働き盛りの壮年期には、地域活動に参加することが困難であるが、定年後は地域社会との交流が盛んになる。全てを言わなくても互いに気持ちのわり、共通の思い出や経験、地域への愛着をもつことのできる生活の場が公民館単位と考えられる。

## 2. 公民館単位の地域・健康特性（表20）

出雲市は、一中校区（今市、大津、上津）、二中校区（塩冶、吉志）、三中校区（四絡、高浜、川跡、鳶巣）、南中校区（稗原、朝山、乙立）、浜山中校区（高松、長浜）、河南中校区（神門、神西）の6中学校区、16公民館単位からなる。

### 1) 市街地域

一中校区の今市、大津が市街地域を形成しているが、高齢化が著しく、独居老人や高齢者世帯の割合が高い。ドーナツ化現象により今市では人口も減少している。出雲市駅周辺の再開発事業により、道路整備や区画整理が進む反面、広い道路による地区分断や立ち退きなどが生じ、人のつながりの危機でもある。健康福祉では、住民の自己実現・自己成長と高齢者への生活支援ニーズが高い。健康福祉を担う人材は豊富であるが、組織化が困難である。

壮・老年期の健康リスクでは、高コレステロール血症と肥満が多く、低HDLコレステロール血症と貧血が少ない傾向を示している。

### 2) 新興住宅地域

市街地に隣接している新興住宅地域の塩冶、四絡、川跡、高松では、人口が急増し、老年人口割合は低く、出生率が高い。都市化が急速であり、道路や建物が造られ、まちが大きく変貌しつつある。永く居住する三世代家族

と転入した核家族の間で、社会慣習や健康福祉活動の展開を巡って軋轢が高まっているため、まちづくりの戦略を樹立しにくい。健康福祉では、子育て支援ニーズが高く、主体的なグループ活動が展開しやすい。

壮・老年期の健康リスクでは、市の平均的な傾向を示している。

### 3) 平地農村地域

新興住宅地の北部および西部に位置する高浜、鳶巣、古志、長浜、神門、神西は平地農村地域であり、人口の増減が少なく、安定した農村社会を形成している。農村特有の階層性と隣組的なつながりが最も強固であり、うわさ話などにより人権侵害などが生じやすい。少子化、高齢化が進行しているが、比較的危機感に乏しく、公民館を中心にした自治会ぐるみの健康福祉活動が継続されている。健康福祉では、子育て支援および高齢者への生活支援ニーズがあり、主体的なグループ活動は最も展開しにくい。

壮・老年期の健康リスクは、低HDLコレステロール血症と肥満が多く、貧血が少ない傾向を示している。

### 4) 農山村地域

南部の上津、稗原、朝山、乙立は農山村であり、過疎・少子化・高齢化が著しい。まち存続への危機感と小規模であることから、地区のまとまりがよく、公民館、地区社会福祉協議会、学校やボランティア組織のネットワークが形成しやすい。健康福祉では、子育て支援および高齢者への生活支援ニーズが高く、きめ細かい健康福祉活動が展開しやすい。

壮・老年期の健康リスクは、高血圧、低HDLコレステロール血症、貧血が多く、高コレステロール血症が少ない傾向を示している。

## 3. 生活支援ネットワーク

出雲市内には、町内会・自治会単位での「共生」的な生活支援ネットワークが存在している。この生活支援ネットワークは、人口移動が少ない農村部では比較的強い反面、都市部では在住期間の長い住民に対して集合住宅や新興住宅地の住民はつながりが弱い。また、従来は強いつながりと支え合いのネットワークを作っていた農村部でも、高齢化や兼業化の進展により、高齢者の生活や

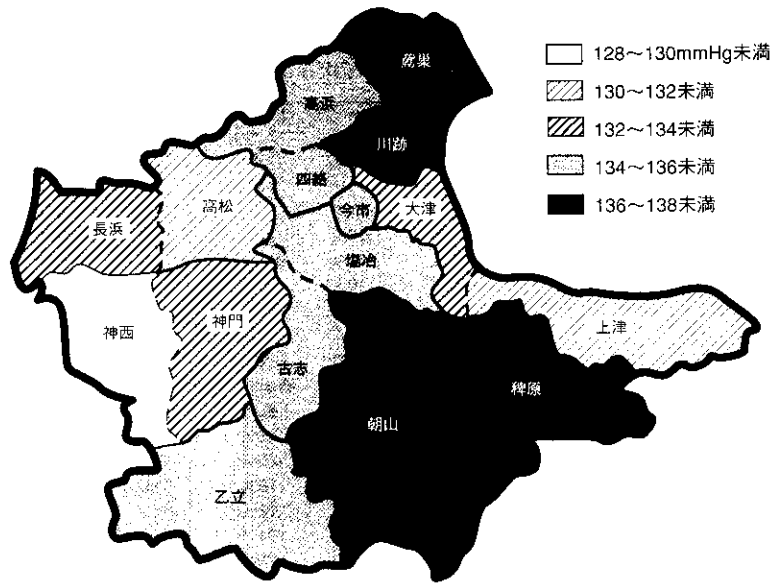


図27 公民館区別収縮期血圧平均値 (1997)

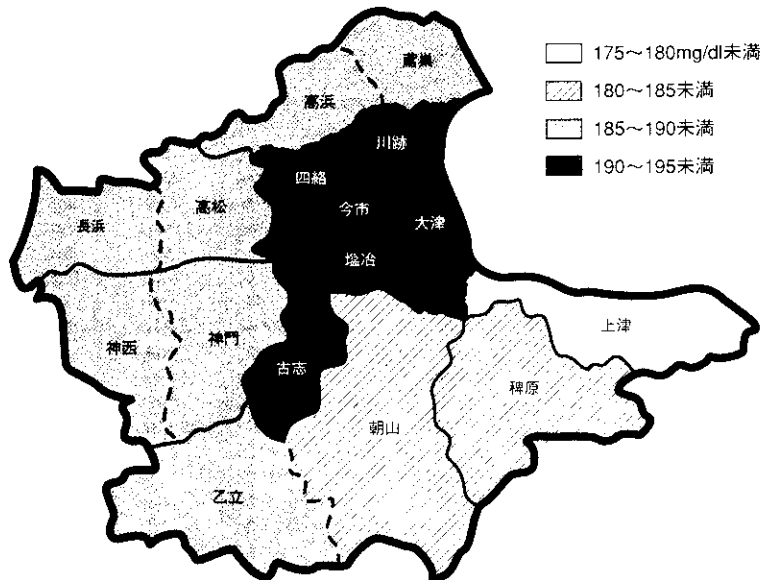


図28 公民館区別総コレステロール平均値 (1997)

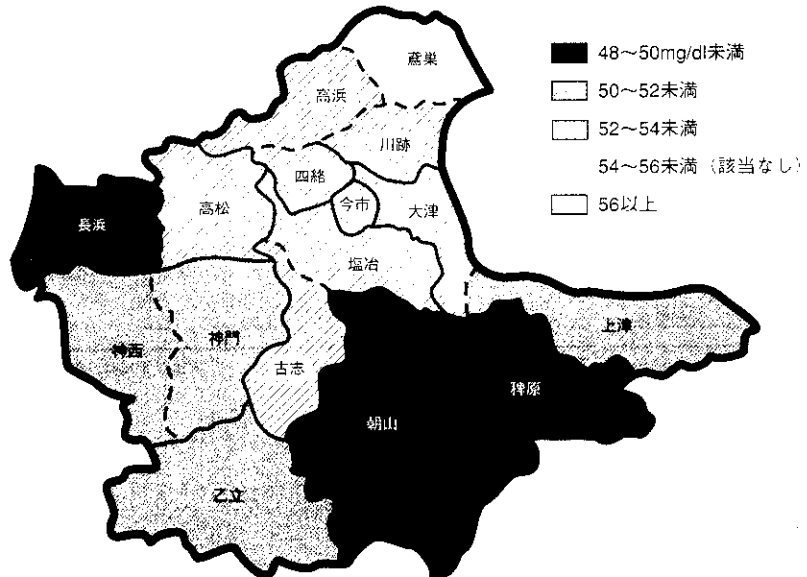


図29 公民館区別HDLコレステロール平均値 (1997)

表20 公民館区別の地域および健康福祉特性（1997）

		今市	大津	上津	塩冶	古志	四結	高浜	川跡
人口	人口	7,185	9,580	1,688	14,206	2,388	9,016	3,387	7,089
	世帯数	2,528	3,119	404	5,255	670	3,177	864	2,150
	世帯当たり人数	2.8	3.1	4.2	2.7	3.6	2.8	3.9	3.3
	65歳以上人口	1,703	1,684	434	1,857	480	1,331	659	1,055
	老年人口割合	23.7%	17.6%	25.7%	13.1%	20.1%	14.8%	19.5%	14.9%
	独居老人数	254	193	16	196	27	132	25	54
	独居老人割合	14.9%	11.5%	3.7%	10.6%	5.6%	9.9%	3.8%	5.1%
	出生数	51	87	14	173	23	140	37	94
	出生率	7.1	9.1	8.3	12.2	9.6	15.5	10.9	13.3
	地区特性	類型	市街	市街	農山村	新興住宅	農村	新興住宅	農村
健康	人口変動	減少	維持	維持	増加	維持	増加	維持	増加
	基本健診受診率	58.5%	56.6%	53.6%	57.2%	64.0%	52.5%	55.6%	63.6%
健康	胃がん検診受診率	4.8%	4.5%	4.5%	2.7%	3.2%	3.5%	1.5%	3.6%
	高血圧（男、要治療・精査）	27%	23%	18%	27%	26%	30%	21%	33%
	高血圧（女、要治療・精査）	30%	24%	18%	29%	30%	25%	26%	34%
	収縮期血圧調整平均	134.4	133.2	131.1	134.0	135.0	135.0	135.0	137.5
	拡張期血圧調整平均	77.4	77.5	76.5	76.5	77.5	79.1	77.2	79.3
	コレステロール（男、220mg/dl以上）	16%	16%	10%	14%	13%	15%	11%	15%
	コレステロール（女、220mg/dl以上）	39%	37%	23%	35%	33%	36%	33%	35%
	コレステロール調整平均	194.2	192.3	179.7	190.9	190.7	190.2	189.3	191.7
	HDL-C（男、40mg/dl未満）	23%	26%	25%	27%	25%	24%	26%	20%
	HDL-C（女、40mg/dl未満）	12%	14%	17%	13%	12%	16%	13%	15%
	HDL-C調整平均	53.3	52.2	51.5	52.1	53.9	52.4	52.0	53.2
	貧血（男、Hb<13g/dl）	17%	20%	30%	18%	25%	21%	22%	22%
	貧血（女、Hb<12g/dl）	23%	25%	36%	23%	26%	24%	30%	27%
	血色素調整平均	13.2	13.0	12.7	13.2	13.0	13.0	13.0	13.0
	肥満（男、BMI≧25）	17%	18%	15%	20%	19%	20%	21%	16%
	肥満（女、BMI≧25）	23%	22%	21%	22%	23%	21%	21%	19%
	BMI調整平均	22.2	22.0	21.8	22.0	22.3	21.9	21.9	21.9
	肝機能（男、GPT≧35U）	9%	6%	9%	14%	8%	15%	9%	14%
	肝機能（女、GPT≧35U）	5%	4%	5%	6%	5%	8%	6%	6%
	GPT調整平均	18.7	17.2	16.5	18.1	18.6	19.2	16.7	17.9
福祉	デイサービス利用者数	79	121	41	97	20	68	62	64
	デイサービス利用率	4.6%	7.2%	9.4%	5.2%	4.2%	5.1%	9.4%	6.1%
	ホームヘルプ利用者数	101	98	22	109	13	42	18	34
	ホームヘルプ利用率	5.9%	5.8%	5.1%	5.9%	2.7%	3.2%	2.7%	3.2%
	短期入所利用者数	83	100	32	102	15	68	36	44
	短期入所利用率	4.9%	5.9%	7.4%	5.5%	3.1%	5.1%	5.5%	4.2%
健康資源	体育館	1	0	0	0	0	0	0	0
	屋内プール	0	1	0	1	0	0	0	0
	温泉	0	0	0	0	0	0	0	0
	公園	11	7	0	16	0	4	0	2
医療資源	病院	3	2	0	2	0	0	0	0
	医院	14	12	1	11	2	15	1	5
	老健施設	0	1	0	0	1	0	0	0
福祉資源	デイケア	1	1	0	0	1	1	0	1
	特別養護老人ホーム	0	1	0	0	0	2	0	0
	養護老人ホーム	0	0	0	0	0	0	0	0
	その他老人施設	0	0	0	1	0	0	0	0
	デイサービス	0	2	0	1	0	1	0	0
学習資源	共同作業所	1	0	0	0	0	0	0	1
	学童保育所	1	1	0	2	0	1	0	2
	保育所・幼稚園	4	6	1	8	2	5	2	1
	小・中学校	1	2	1	2	0	2	1	0
	高校・各種学校	1	1	0	1	0	0	0	0
ボランティア	短大・大学	0	0	0	1	0	0	0	0
	高齢者ミニ・デイサービス（月1回以上）	1	0	1	0	1	0	1	0
	老人クラブ加入率	46.2%	25.5%	75.8%	45.5%	70.6%	59.2%	65.1%	67.7%
	子育てグループ数	2	4	1	4	1	2	0	3
子育てグループ加入家族数	25	41	20	100	20	30	0	60	

\*調整平均は、性と年齢を多変量解析により調整している。

		鷺巣	稗原	朝山	乙立	高松	長浜	神門	神西
人口	人口	1,644	2,319	2,304	969	9031	5,143	6,454	3,650
	世帯数	414	540	547	258	2683	1,402	1,777	1,187
	世帯当たり人数	4.0	4.3	4.2	3.8	3.4	3.7	3.6	3.1
	65歳以上人口	338	629	582	254	1353	1,229	1,098	733
	老年人口割合	20.6%	27.1%	25.3%	26.2%	15.0%	23.9%	17.0%	20.1%
	独居老人数	13	20	17	19	71	64	59	23
	独居老人割合	3.8%	3.2%	2.9%	7.5%	5.2%	5.2%	5.4%	3.1%
	出生数	17	14	18	11	89	36	72	30
	出生率	10.3	6.0	7.8	11.4	9.9	7.0	11.2	8.2
地区特性	類型	農村	農山村	農山村	農山村	新興住宅	農村	農村	農村
	人口変動	維持	減少	維持	減少	増加	維持	増加	維持
健康	基本健診受診率	51.5%	57.4%	63.4%	74.6%	54.6%	62.1%	56.1%	49.6%
	胃がん検診受診率	5.0%	3.2%	3.1%	24.1%	3.5%	4.7%	5.6%	5.6%
	高血圧（男, 要治療・精査）	23%	37%	40%	33%	26%	25%	28%	21%
	高血圧（女, 要治療・精査）	27%	33%	48%	42%	28%	34%	32%	28%
	収縮期血圧調整平均	136.9	136.7	136.6	134.3	131.3	133.0	133.2	128.9
	拡張期血圧調整平均	75.1	77.6	78.3	79.5	76.0	75.5	77.2	74.3
	コレステロール（男, 220mg/dl以上）	15%	9%	7%	11%	15%	11%	10%	14%
	コレステロール（女, 220mg/dl以上）	34%	27%	21%	30%	29%	33%	32%	29%
	コレステロール調整平均	189.1	184.3	180.1	185.4	186.6	187.4	187.6	187.8
	HDL-C（男, 40mg/dl未満）	34%	34%	30%	27%	23%	36%	25%	26%
	HDL-C（女, 40mg/dl未満）	21%	27%	21%	15%	14%	25%	15%	18%
	HDL-C調整平均	59.6	48.4	49.8	51.5	52.0	48.1	52.0	51.4
	貧血（男, Hb<13g/dl）	34%	27%	30%	21%	17%	27%	18%	29%
	貧血（女, Hb<12g/dl）	38%	37%	35%	28%	24%	35%	25%	32%
	血色素調整平均	12.9	12.7	12.8	13.0	13.2	12.9	13.2	12.9
	肥満（男, BMI>=25）	11%	12%	12%	19%	19%	18%	21%	20%
	肥満（女, BMI>=25）	21%	18%	21%	28%	23%	24%	28%	22%
	BMI調整平均	21.7	21.7	21.7	22.2	22.1	22.3	22.3	22.1
	肝機能（男, GPT>=35U）	9%	10%	17%	9%	14%	9%	10%	13%
肝機能（女, GPT>=35U）	4%	3%	7%	4%	9%	5%	8%	7%	
GPT調整平均	17.6	17.0	20.6	17.3	18.7	17.6	18.9	20.0	
福祉	デイサービス利用者数	13	53	43	21	70	67	71	57
	デイサービス利用率	3.8%	8.4%	7.4%	8.3%	5.2%	5.5%	6.5%	7.8%
	ホームヘルプ利用者数	11	32	24	7	39	72	49	25
	ホームヘルプ利用率	3.3%	5.1%	4.1%	2.8%	2.9%	5.9%	4.5%	3.4%
	短期入所利用者数	15	40	42	10	57	72	63	42
短期入所利用率	4.4%	6.4%	7.2%	3.9%	4.2%	5.9%	5.7%	5.7%	
健康資源	体育館	0	0	0	0	0	1	0	0
	屋内プール	0	0	0	0	0	0	0	0
	温泉	1	0	0	0	0	0	1	0
	公園	0	1	1	1	1	1	1	0
医療資源	病院	0	0	0	0	0	0	1	0
	医院	1	1	1	1	4	2	1	5
	老健施設	0	0	0	0	0	0	0	0
	デイケア	0	0	0	0	0	0	0	0
福祉資源	特別養護老人ホーム	0	0	0	0	0	0	0	1
	養護老人ホーム	0	0	0	0	0	1	0	0
	その他老人施設	0	0	0	0	1	0	0	0
	デイサービス	0	0	0	1	1	0	0	2
学習資源	共同作業所	0	0	0	0	0	0	0	1
	学童保育所	0	0	0	0	1	0	0	0
	保育所・幼稚園	1	1	1	1	3	4	3	1
	小・中学校	0	1	2	1	2	1	2	1
	高校・各種学校	1	0	0	0	1	1	1	0
ボランティア	短大・大学	1	0	0	0	0	0	0	0
	高齢者ミニ・デイサービス(月1回以上)	0	1	0	0	0	0	0	1
	老人クラブ加入率	70.4%	98.6%	75.3%	7.1%	46.3%	61.6%	74.0%	59.8%
	子育てグループ数	1	1	2	1	2	1	1	1
子育てグループ加入家族数	15	10	40	20	25	20	20	30	

介護の支援の面ではころびが目立ちはじめている(図30)。

教育学者である藤田英則(1997)は、現代の主要な価値観として「効率」「平等」「自己実現」「共生」をあげ、文化面の「自己実現」を、経済面の「効率」、政治面の「平等」、地域社会の「共生」がバランスをとって支えるモデルを提唱している。高齢化、少子化、兼業化により介護や子育ての負担がお年寄りや女性に過重にかかり、地域社会の「平等」「共生」、市民の「自己実現」が脅かされている。介護保険やエンゼルプランによって、「平等」かつ「効率」的な社会的支援が期待されている。出雲市では、介護保険開始までに福祉サービスの基盤を整備し、要介護者のサービスについては充実が可能であること、しかし、要介護認定とならない「家に閉じこもりがちなお年寄り」への対応を市単独で行うことは困難であり、地域の支え合いネットワークとの協働に期待している。

かつて上水道ができて、水神様を祀って汚さないようにしていた水場が荒れてしまったように、「平等」かつ「効率」的な介護保険制度が、地域社会の支え合いネットワークを壊してしまう可能性が指摘されている。人は便利なものに弱く、気を使わずにお金で買えるサービスの利用に傾きがちである。共通の思い出や愛着をもつ「共生」的な地域社会の支え合いと専門的な福祉サービスの拡大が協働することによって、高齢社会に対応した「健康文化と快適な暮らしのまち」を実現することが可能となる。

#### 4. 公民館単位での健康文化と快適な暮らしのまちづくりの成果

出雲市では、1996年から「健康文化と快適な暮らしのまちづくり」を公民館単位で展開することにより、多様な健康福祉活動の展開、市民参加の健康福祉計画づく

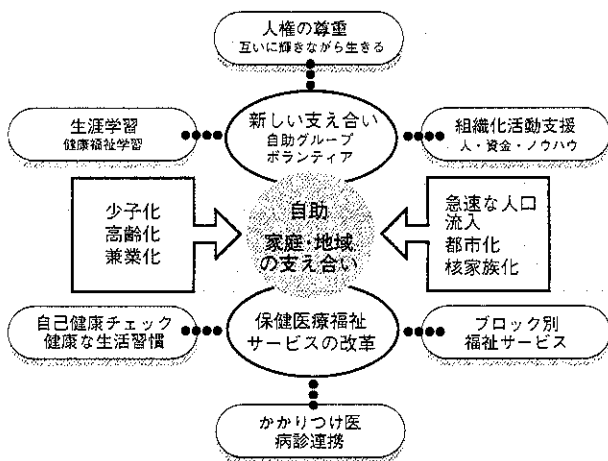


図30 地域支え合いと共生のまちづくり

り、地域社会の生活支援ネットワークの強化を目標に展開してきた。公民館単位ごとの取り組みは、地区の健康福祉資源、健康問題、健康福祉活動の歴史によって極めて多様性に富んでいる。

これまでのところ、①健康問題に対する科学的なニーズ把握、②コミュニティの人材と組織の認知、③健診中心から多様な健康活動への発展、④縦割り行政からの脱皮、⑤健康なまちづくりへの意欲の高まりと行動化、⑥子育てグループと子育て支援ネットワークの形成、⑦高齢者生活支援のためのミニ・デイサービスと介護者会の発足、について市民参加の取り組みが広がっている。

課題としては、①地区ごとの戦略的な市民参加の健康福祉計画づくり、②系統的な地域福祉推進の組織づくりとボランティア育成、③相互支援活動と専門的健康医療福祉サービスとのバランス、④壮年期の健康づくり、⑤新旧市民間、男女間、世代間の融合的な健康福祉活動、⑥市における市民福祉部から環境・建設・都市計画・産業振興を包含したプロジェクトへの拡大、⑦各地区の活動交流と政策提言のための市民参加方式プロジェクト協議会の発足、があげられる。

#### 5. 地域支え合いの新しい風

公民館単位における「健康文化と快適な暮らしのまちづくり」の最も重要な成果は、子育て支援と高齢者の生活支援において当事者やボランティアの自己成長を保障する組織化(ネットワーク)にある。しかし、これらのネットワークは、新興住宅地域では従来からの公民館や地区社会福祉協議会の活動との融合が難しく、平地農村では形成そのものが困難である。従来から農村社会で培われた支え合いの社会規範や仕組みを弱めず、むしろ強めるボランティア活動や自発的なネットワーク形成の方策が重要である。農村地域では、健康福祉ボランティアが、地域社会の生活支援ネットワークに無理なくとけ込むためには、隣組の助け合いの仕組みに触れ、田舎の気配りや頑張る高齢者の姿から活動を模索したことが重要であった。さらに、「敬老会」「給食サービス」「ミニ・デイサービス」「幼児教室」などのボランティアが活動できる「場」づくりが有効であることが明らかになった。

また、同じ悩みをもつ当事者やボランティアの交流により「子育てグループ」「ミニ・デイサービス」「介護者・障害者の自助グループ」の活動が活性化され、さらに参加した当事者・ボランティアがタンポポの種のように地域に散らばって活動が拡大することが確認できた。少子化や高齢化による地域ネットワークの弱体化に危機感をもつ市民によって、多様な自発的な意志に基づく健康・福祉ボランティア活動が雑草のように根付いていることを感じさせる(図30)。

## 6. 生涯学習と健康福祉活動との融合

出雲市が開催した「健康体験学習」の修了生が、学習成果を生かして、地域社会に根付いた健康活動を行っている。人は日常生活の中で、仕事、家事や遊びを通して、多くの必要な知識や技能を学んでおり、誰もが、能動的で有能な学び手であることが自主的な「学習」の基盤となっている。

成熟した社会である高齢社会では、人は最期まで成熟し、発展できることから「生涯学習」が強調されている。「自己実現」をめざす生涯学習は、教室や公民館の中での講義や実習で実現するのではなく、生きた地域社会の中で、市民がくらしを通して交わり、悩み、喜び、悲しむ中に「学習」の動機があり、「学習成果」は地域社会のくらしに反映されてこそ、「学びがい」と「生きがい」を実感することができる。

「自己実現」をめざした生涯学習には、知的好奇心と心の余裕をもった市民が、日常生活の知的必要性をこえ、

地域の豊かな文化に支えられ、地域活動に参加しつつ学ぶことが重要だと学習心理学者の波多野（1990）は指摘している。自分探しや地域社会への危機感から始まった健康・福祉ボランティア活動と生涯学習が結びつくことによって、公民館活動のめざす「生涯学習を通じたまちづくり」に結実することの道筋が見えてくると考えられる。共生的な「健康文化と快適なくらしのまちづくり」に、「自己実現」をめざした自発的健康福祉活動と学習を位置づけることによって、成熟した高齢社会における「豊かな」地域社会を創ることができる。

課題として、公民館単位でどのような学習プログラムと活動展開をすれば、健康福祉活動やボランティア活動参加者の「自己成長」や「自己実現」につながるのかを検討することが必要である。また、中学校単位での地域福祉サービスと公民館単位での草の根健康福祉活動との融合をどのように図っていくかが重要になっている。





# 今市地区健康文化と快適なくらしのまちづくり

## 1. 地区の特徴

出雲市の中心地で、市のシンボルである高瀬川や出雲市駅がある。しかし、大型店の進出のため商店街はすたれ、ドーナツ化現象で人口は年々減少している。このため、老年人口割合は高く、一人暮らしや夫婦二人暮らし世帯数が、市内で最も多い。生活に便利な施設が集中し、支え合うくらしが残っている。町を良くしたいという意識が強い反面、家柄などの古い社会意識が残っている。

心や建物にバリアが多く、障害者（児）が自立した社会生活をしにくく、障害者・高齢者の介護者が疲れている。都市中心部であるため、子どもたちがのびのび遊べる広場が少ない。また、出雲市駅周辺の再開発事業の大型道整備により立ち退きを迫られたり、地区が東西に縦断され、地域の支え合いが弱まっている。

町のリーダーがお祭りや季節行事など企画しているが、地区民への広がりが少なく、単発的なイベントに留まっている。自営業が減少したため、青壮年層のまちづくりリーダーは減少したが、高齢者がまちづくりの中心的な役割を果たしている。ボランティア組織である「おかあさん協議会」が、古くから組織され、子育て支援活動を積極的に担ってきたが、メンバーの固定化が起こっている。一人暮らし老人への弁当配布ボランティアが近年、ボランティアセンターとして組織された。

公民館活動では、生涯学習としての趣味・学習活動、草花による美化活動は活発である。しかし、まちづくりのための長期・短期計画を戦略的に立案し、実行する動きは弱い。

## 2. 健康文化と快適なくらしのまちづくりとその課題（図31）

3年間の健康文化と快適なくらしのまちづくり活動に

より、市民の主体的な健康福祉活動や組織化が促進できた。健康活動として、1-85歳までの幅広い年齢層の参加による年3回の「高瀬川ふれあいウォーク」と年1回の健康学習を開始した。「高瀬川ふれあいウォーク」は世代を越えた健康活動であるとともに、まちの優れた景観の再認識、子ども・高齢者の歩きにくい道路や公園などの社会基盤を見直す学習活動となっている。

さらに、「高齢者ふれあいの集い」「障害者・高齢者の介護者の集い」「母と子の集い」が組織化された。「高齢者ふれあいの集い」は、地区北部で70歳以上の高齢者が中心になって趣味・レクリエーション活動や健康活動に2カ月に1回取り組んでいる。「障害者・高齢者の介護者の集い」では、民生委員、保健婦、訪問指導員の支援により2カ月に1回、介護や福祉サービスの利用について交流と学習を行い、癒しの場となっている。「母と子の集い」は、母親が主体的に「こいの会」「ベビーバード」を組織し、健康・保育関係者と一緒に交流と学習に取り組んでいる。また、これらの諸活動や組織の8団体代表者により「健康づくり推進団体協議会」を年1-2回開催し、住民の交流を活発にし、各ボランティア組織のネットワーク化を推進している。また、1998年度からは、公民館を中心に生涯学習の面から「健康文化と快適なくらしのまちづくり」についての連続講座を開催し、人づくりとまちづくりへの取り組みが強められつつある。

課題としては、1) 地区西部でJAやすらぎ会と協力した高齢者の支え合い活動、2) 市の行っている乳児の4カ月健診などと市民の健康福祉活動との連携強化、3) 生涯学習を中心にした公民館活動の健康福祉活動への拡大、4) 継続性の弱いボランティア活動に対する公民館職員によるコーディネーター機能の充実、がある。

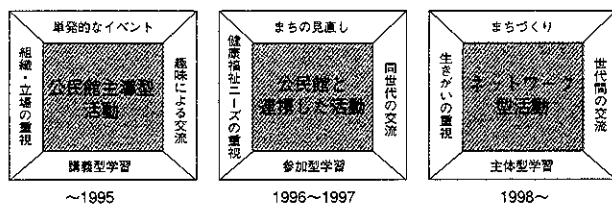
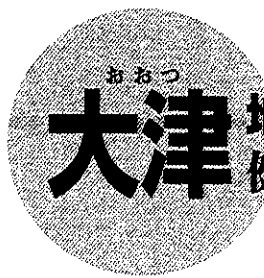


図31 今市地区健康福祉活動の発展



# 大津地区健康文化と快適なくらしのまちづくり

## 1. 地区の特徴

市中心部にあり、今市地区と並んで古くから商業が盛んで交通の便もよい。農地の宅地化が進む一方、大型ショッピングセンターの影響を受けて商業は停滞しているため、人口は現状維持が続いている。高齢化は市の平均であるが、一人暮らし老人が今市に次いで多い。公民館は、働く婦人の家を併設し、利用者は多い。特別養護老人ホーム「清流園」、老人保健施設「寿生苑」、呆け老人をかかえる家族会によるE型デイサービス「やすらぎの家」、出雲女性センター、病院、保育所などの健康医療福祉学習施設が集中している。斐伊川土手や「くすのき広場」など自然にも恵まれている。

## 2. 健康文化と快適なくらしのまちづくりとその課題 (図32)

1995年11月に、市健康増進課から大津地区の健康福祉学習ボランティアに「健康文化と快適なくらしのまちづくり」の提案を行った。その後、「まちや環境への願い」調査、大津地区の健康福祉活動、特に子育てと高

齢者ケアについての交流と学習活動を積み上げてきた。

子育て支援の活動が活発となり、主任児童委員や在宅助産婦などの呼びかけで、4つの子育てグループが誕生した。また、大津地区では地域の福祉教育資源である保育所や幼稚園を生かした子育て支援活動が組織化されている。大津地区保育園の共催による「ニコニコ広場」、女性ボランティア組織「めめの会」との交流、大津幼稚園を開放して子どもの遊びやお母さんの交流が行われている。また、地区社会福祉協議会、大津小学校そよかぜ委員会などが要望してきた児童クラブ(元大津幼稚園)開放のための準備委員会が発足した。1998年4月より、子育てグループ間、世代間交流のために「すくすくひろば」が組織された。

今後の課題としては、1) 児童クラブ開放準備委員会による子育て支援活動の総合化、2) 青壮年のボランティア活動活性化、3) 高齢者ケア強化のための福祉ボランティアと医療福祉施設との連携強化、4) 公民館・地区社会福祉協議会によるボランティア育成とネットワーク化、が考えられる。

表21 大津地区健康文化と快適なくらしのまちづくりの発展

1995年11月	ボランティアへの「健康文化と快適なくらしのまちづくり」の提案
1996年 2月	「まちや環境への願い」調査を実施
3月	地区ボランティア活動の紹介と交流
5月	子育てグループ「ゴリリン村」発足
7月	保育所、幼稚園、主任児童委員、ボランティアによる子どもをとりまく環境討議
7月	民生委員、介護支援センターによる高齢者・障害者をとりまく環境討議
9月	子育てグループ「ひよっこくらぶ」発足
12月	子育てグループ「元気っ子ランド」発足
1997年10月	介護支援センター、寿生訪問看護ステーションとの交流
11月	子育てグループ「ミニキクラブ」発足
1998年 1月	大津小児童クラブ午前開放のための準備委員会発足
4月	「すくすくひろば」発足

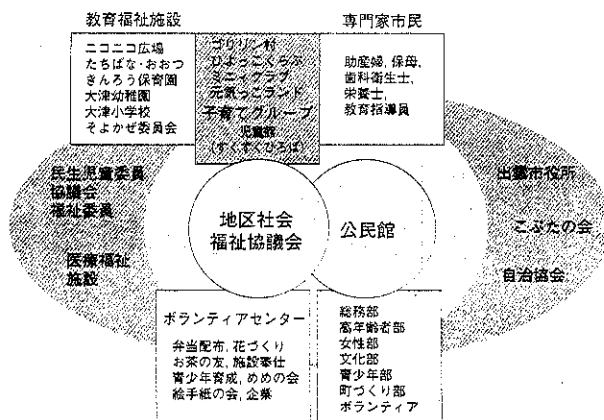


図32 大津地区ふれあいネットワーク



# 上津地区.....健康文化と快適なくらしのまちづくり

## 1. 地区の特徴

市内南東部に位置する斐伊川沿いの細長い農村地帯で、昔から斐伊川の洪水被害を受けていたため、地域のまとまりがよい。市内で3番目に老年人口割合の高い地域であるが、独居老人割合は、市内で3番目に低く、三世帯世帯が多い。若壮年は農業従事者は少なく、勤務者が多い。

趣味・軽スポーツなどの自主的活動をしているヤングオールドの会や木曜会、地区独自で先輩が祝う成人式、自治会ごとのふれあい会など、支え合い活動が活発である。ボランティアが、豊かな自然を守るために公園への花木の植栽などを行っている。農村社会特有の支え合い活動が活発な反面、多様な文化や個性を受け容れにくい閉鎖性も有している。

## 2. 健康文化と快適なくらしのまちづくりとその課題

1996年11月に公民館、衛生組合、「木曜会」、JAいずも「やすらぎ会」、公民館青少年部、ボランティアに「健康文化と快適なくらしのまちづくり」を市から提案し、1997年3月に自分、家族やまちへの願いを整理した。心の健康、支え合う家族や地域、元気で人の役に立

つことのできる老後、生き生きと外で遊び、おおらかに育つ子ども、世代間の交流などが強い願いとして出された。出された意見の中で、できることから取り組むことになった。

### 1) つくしんぼ教室（幼児教室）

1995年までは、1歳から幼稚園へ入る前の幼児を対象に年3回の幼児教室を行っていた。近所に遊ぶ友達がいないので頻回開催の希望があり、1996年度から主任児童委員、民生委員、公民館の支援により幼児教室を月1回実施している。1997年度は、2回は幼稚園で園児と交流し、幼稚園との連携ができた。

### 2) 高齢者ミニ・デイサービス

できる範囲でボランティアをしたいという希望をもとに、健康づくり推進員研修会での学習、ミニ・デイサービス実施先進地区視察、交流などの準備を行い、1998年2月より昼間独居となる75歳以上の方を対象に、ミニ・デイサービスを月1回実施している。

課題としては、①幼児教室や高齢者ミニ・デイサービスを住民の自主的な活動に転換すること、②そのためにも、ヤングオールドの会、木曜会、自治会でのふれあい活動を横につないで、地区の健康福祉の長期目標を確立することが重要である。



# 塩治地区.....健康文化と快適なくらしのまちづくり

## 1. 地区の特徴

島根医科大学の開学後、急激に開発が進んだ新興住宅地であり、集合住宅が多く転出入が激しい。地区人口は市内で最も多く、転入者と従来から居住する人との交流が少ないため地区がまとまりにくい。古くからの自治会では、花見や運動会などの地区行事が多いが、転入者の多い自治会はつながりが少ない。

出生率が高く、乳幼児や学童が多いが、永く居住して

いる人は三世帯世帯が多かったため、学童保育と「おかあさん協議会」を除いては子育て支援は活発ではなかった。しかし、急激に都市化しつつあり、子どもの遊び空間が限られ、道路の交通量も多いため、安心して子どもを遊ばせる環境が少ない。24時間営業のコンビニエンス・ストアやファーストフード店などが増加し、子どもや青年の生活習慣は急激に都市化している。転入者、特に若い母親は、幼稚園に入園するまでは地域社会との接

点が少なく、同世代間での交流を希望していた。大都市からの転入者やアジア系外国人留学生も多く、多様な生活習慣や文化を有している。

健康医療福祉の社会資源としては、島根医科大学、痴呆ケアのグループホーム「ことぶき園」、出雲市民会館などに恵まれている。

## 2. 健康文化と快適な暮らしのまちづくりとその課題

1995年春に、「健康文化と快適な暮らしのまちづくり」をめざして、公民館、公民館専門部、民生委員、保健婦による活動交流を行ったが、自発的な継続した活動には発展しなかった。このため、ニーズの高かった「子どもも母親もいきいき暮らす」ことを目標に、4カ月健診や3歳児教室などを活用して自主的な子育てグループの育成を行うとともに、地域子育て支援のネットワーク化を図ってきた。成果としては、出雲市内で最も自立・充実した子育てグループが組織化されたこと、母親リーダーが後輩の子育てグループへの助言、子育てサポーターやエンゼルプラン策定委員として活躍していることがあげられる。

### 1) 学習・相談・交流の強化

現在、4つの子育てグループとグループ参加者によるミニグループが自主的に活動しているが、内容は遊びと交流が中心である。学習やピア・カウンセリング（仲間相談）による母親同士の支え合い機能の強化のために支援が必要である。

### 2) 子育てネットワークの強化

子育てグループと保育所の双方が、地域での子育て支援の強化をめざしていた。子育てネットワーク会議の開

催により「地域社会で子育てをする」意義が確認でき、子育て支援ネットワークの基礎づくりができた。コンサートなどのイベントを子育てグループ同士、子育てグループと保育所による共同企画・開催が期待できる。

### 3) 「皆が安心して暮らせるまちづくり」への発展

塩冶地区では、公民館や多くのボランティアを巻き込んだ健康文化と快適な暮らしのまちづくりが困難であったため、「親子が安心して暮らせるまちづくり」に重点を置いてきた。最近、地区社会福祉協議会による小地域ネットワーク事業や自治会単位での「高齢者が安心して暮らせるまちづくり」が取り組まれている。また、公民館環境部によるごみ対策（ぼかし肥料づくり）、女性フォーラムによる国際交流活動なども進みつつある。子育て支援を中心に、高齢者、女性や環境への取り組みとのネットワークを強化し、「皆が安心して暮らせるまちづくり」へ発展させる支援が必要である。

表22 塩冶地区の子育て支援ネットワークのあゆみ

1995年春	ボランティアへの「健康文化と快適な暮らしのまちづくり」の提案
夏	「親子でつくる3歳児教室」で子育ての夢を語り合う
秋	子育てグループ「ぼよぼよクラブ」発足 子育て支援資源のマップづくり
1996年春	大きくなりすぎた「ぼよぼよクラブ」を分割し、「ぶちぼよクラブ」発足
1997年春	子育てグループ「キッズクラブ」「キッズザウルス」発足 子育てグループと公民館、保育園との連携強化
1998年冬	塩冶地区子育てネットワーク会議開催 子育てグループ代表、公民館、公民館専門部（女性部、青少年部）、民生児童委員（女性部、児童福祉部）、3保育園長、市保健婦による学習交流

# 古志地区健康文化と快適な暮らしのまちづくり

## 1. 地区の特徴

市の中心部から約3km西に位置し、商業地域と農業地域が融合した地域である。近年は、宅地化が進み、地区南部の一戸建住宅団地（80戸）、東側の集合住宅により人口および出生数がやや増加している。しかし、南部の農村部では、過疎・高齢化が進み、老年人口割合は市平均よりやや高い。

1984年から、「地域ぐるみの健康づくり」をすすめ

ている井上地区（30世帯）は、年3回の健康教室と2回の役員会を継続し、最近では福祉活動にも取り組んでいる。公民館による生涯学習活動は、非常に活発で「10月の文化祭」「2月の音と技の文化祭」「3月の健康福祉フェア」を市民主体で実施している。また、公民館と社会福祉協議会を中心に組織されたボランティア活動も盛んで、9グループ80名が、高齢者の生活支援、子どもへの読み聞かせ、ゴミリサイクル、福祉施設ボランティア、