

健康文化のまちづくり計画概況シート

長野県松本市	総人口	219,569	男	108,136	女	111,433	(平成 12 年現在)
長野県朝日村	総人口	5,062	男	2,472	女	2,590	(平成 12 年現在)
	農村特性	山間農村					

計画の基本的考え方

高齢化・少子化・核家族化の進行やコミュニティの変貌により、地域における健康福祉を支えるための諸システムが弱体化してきている。このような社会的背景を踏まえ、本計画は「誰もが等しく健康で文化的な生活を営めるような健康（福祉）文化のまちづくりの推進」を基本構想とし、その実現にむけた住民・行政・専門家の協働体制のあり方を模索する。同時に、実証的な事例調査研究をもとにその実現化に重要な要因を分析し、その結果に基づいて必要な条件整備を図る。さらに、それらを通して、健康文化のまちづくり推進のための政策学的な理論と方法論を体系化する。

計画推進の重点課題と目標

本計画は健康福祉に関する総合的なサービス体制の確立をめざし、重点課題として健康づくり政策の展開、在宅・地域福祉の充実、ボランティアなど健康福祉の担い手の育成、高齢者や障害者に配慮した道路・公園・駅などの生活環境の整備などを進める。その際、健康福祉政策実現に向けた住民の主体的参加、住民のエンパワーメント・住民・行政・専門家の協働などを特に重視する。

計画の評価・成果

本計画は健康福祉のまちづくりを目標に掲げており、その成果は①健康福祉施策の総合的推進（保健・医療・福祉・社会保障の連携によるサービスの充実度、在宅・施設・地域福祉の充実度、高齢者や障害者に快適な生活環境の整備度）、②健康福祉社会実現のための条件整備（健康福祉の担い手の育成度、地域活動・地域交流の浸透度）、③健康福祉文化意識の高揚（健康福祉のこころを育む教育と学習の充実度、健康福祉の担い手としてのボランティアの育成度）などの観点から評価する。加えて、上記 3 点における住民参加の度合いや住民・行政・専門家の協働の達成度も同時に評価する。

計画の問題点

第 1 点として、健康文化のまちづくりの計画策定においては、関係する要因が多様多岐なため現時点ではそのすべてを網羅することが困難であり、同時にその分析や成果の評価も容易でないことが指摘したい。この点に関しては、国際的に展開されているヘルスマネジメントの詳細な動向を文献的にレビューする必要がある。第 2 点として、本計画で重視している住民参加、住民の力量形成、住民・行政・専門家の協働に関して、その評価が形骸化している傾向があることを強調したい。従って、住民参加の実態をより詳細に分析・把握し、健康福祉政策への住民参加の望ましいあり方を考察する必要がある。

計画の将来予測

今後高齢社会・少子社会の進展に伴い、地域における健康福祉の充実を望む声は一段と高まってくることが予想される。その意味で、本計画の基本構想は 21 世紀の地域社会の発展に不可欠と考えられ、この基本的理念を軸にして、健康（福祉）文化のまちづくりにおける重点課題項目の再整理や計画実践の評価指標の開発などを検討することが今後の重要課題となろう。

高齢者健康福祉計画のシステム評価

市町村名
評価項目

1. トラブル、問題発生時の責任システム
 - ・基幹型在宅介護支援センターを中心に問題解決をコーディネート
 - ・市は生存権保障の理念からトラブル問題の解決を実施
2. サービスの品質管理システム
 - ・基幹型～地域型～地区型在宅介護支援センターの三層構造により苦情や品質の管理を実施
 - ・ボランティア型オンブズマンの研究（将来のシステム化）
3. 利用者ニーズの把握・モニタリングシステム
 - ・市が直営で訪問実態調査を実施しニーズを把握
 - ・地区の民生委、保健補導員、在宅介護支援センター相談協力員等を通じてニーズの把握
4. 要介護高齢者ケアサービス提供システム
在宅ケアサービスをはじめ、以下の6つのサービスは図に示した福祉文化の発想を基盤とするシステムに支えられている。すなわち、支援センターの三層構造と町会福祉にその特性がある。

1) 在宅ケアサービス

2) 福祉施設入所サービス

3) 訪問看護サービス

4) 痴呆ケアサービス

5) 救急医療サービス

6) かかりつけ医サービス

		福祉文化	
	全体	基幹型在宅（松本市福祉事務所）	全体コー ディネート
		訪問調査	専門的対応
	6地区 (中2校エリア)	地域型在宅（6カ所） 多問題ケースのケアプラン	介護支援専門員 の質の保障
			緊急ホームヘルプ
	29地区 (小学校エリア)	地域型在宅（6カ所）	グループホーム (宅老所)
	377町会	民生委員 保健補導員 相談協力員 ボランティア	インフォーマル サービス 見守り 支え合い

町会福祉
支援センターの三層構造 + 町会福祉

5. 元気高齢者サービス

1) ディサービス

- ・決められたプログラムではない、生きがい創造型所への質的転換

2) 社会参加活動サービス

- ・地区福祉ひろば、公民館等の活動推進
- ・「町会福祉」「近隣福祉」の推進

3) 情報アクセスサービス

- ・三層型在宅介護支援センターネットワークと介護支援専門員ネットワークとの連携（地域ケア体制の確立）

4) 生き甲斐支援サービス

- ・身近な地域での社会参加の推進、地区福祉ひろば、公民館等の活動

5) バリアフリーサービス

- ・心のバリアフリーの推進に向け、身近な地域での交流、学習の推進

6) 生涯学習サービス

- ・公民館を中心に主体形成と社会参加の推進

*「住民主体、行政支援」の原則に基づき「住民参加型社会づくり」をめざしており、メニュー的なサービスという意識はない

- 7) 健康増進サービス
 - ・地区福祉では公民館、保健センター、スポーツセンター等の活動
 - ・健康日本21のネットワーク研究
6. 記録・データ管理システム
 - ・市、支援センター、居宅介護支援事業等のコンピュータネットワーク
 - ・市はリアルタイムでニーズの把握、介護計画の状況を把握
7. 問題発生予防・処理システム
 - ・「町会の安心ネットワーク」の構築と地域ケア体制づくりの推進
 - ・在宅介護支援センターと介護支援専門員の連携（求めに応じた支援センターの指導助言、問題ケースへの介入）
8. 研修教育訓練システム
 - ・介護支援専門員の研修
 - ・在宅介護支援センター実務者連絡会
 - ・地域ケア会議
 - ・支援センター相談協力員の研修
9. 調査研究システム
 - ・大学等研究機関との連携
10. 健康文化のまちづくりの視点から見た総括・問題点（箇条書き）
 - ・まだ狭い保健分野の中での健康増進に留まっている
 - ・身近な地域での主体形成を進め、「学習参加型地域づくり」をめざしていきたい（公民館、福祉ひろばがキーポイント）
 - ・社会の健康づくりの取り組みの推進が必要

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

健康文化のまちづくり推進に関する政策科学的研究

— 秋田県南農村モデルコミュニティにおける検討 —

分担研究者 林 雅人 平鹿総合病院院長

研究協力者 萩原 忠、石成誠子、照井一幸

（平鹿総合病院農村医学研究所）

佐々木恵子、高橋由美子、成田悦子

高橋ひとみ（増田町）

（研究要旨）

研究対象コミュニティを秋田県南農村増田町（人口 9,298 人）とした。高齢化率 25.6、米と果樹（主にりんご）を中心とした農村で、専業農家は 11.7%と著しく低く兼業化が進行している地域である。当地域の住民のライフスタイルを労働、休養、余暇、運動、栄養などを中心に地域特性を解析し、同時に個人、地域集団の健康指標との関連を検討した。

当地域は増田町健康づくり推進協議会を中心とした組織健康増進をはかってきた。しかし住民参加型へ努力はされているが、現在なお行政の支えが大きい。そこで本年は長年かかって集積したデータを活用して住民のセルフケア能力を向上出来るよう基礎データと問題点をまとめた。

A 研究目的

従来から住民のライフスタイルを労働、休養、余暇、運動、栄養などを中心に地域特性を解析し、同時に個人、地域集団の健康指標との関連を検討してきた秋田県南農村のモデルコミュニティを選定し、より効果的なヘルスプロモーションを推進するための健康文化のまちづくり政策に関する方法論と理論を実証的に明らかにする。

B 対象および方法

研究対象農村コミュニティは秋田県南農村増田町（1997 年の人口 9,298 人）とした。

初年度は研究目的にそって資料として当地域の歴史、産業経済、保健、医療、福祉など地域特性の現状、課題を体系的に整理し、地域レベルでの政

策形成に関する方法論を構築する。

C 対象コミュニティの背景

1 増田町の概要

増田町は、県の東南部に位置し、奥羽山脈の西麓に深く入りこんだ南北に細長い町で、総面積 74.21 k m²のおよそ 67%が緑深い林野で占められ、耕地率はわずか 18.6%である。気候は、内陸型で風水害など災害の発生頻度は比較的低いものの典型的な積雪寒冷地で、昭和 46 年に特別豪雪地帯の指定を受けている。

奥羽山脈を源とする成瀬川が狙半内川と合流して西に貫流し、八木集落地先で北流してきた皆瀬川と合流する。これらの河川から取水された農業用水は、県内有数の穀倉地帯である平鹿平野の広

大な水田を潤している。成瀬川により形成された扇状地は肥沃な水田が開けて町の中心地となり、これに続く真人山西麓一帯は、百年余の栽培歴史を誇る県内屈指のりんご生産団地となっている。また、比較的標高の高い山間部では、成瀬川及び狙半内川に沿って水田を主体とした農用地と大小の散居集落が分布している。

2 コミュニティ（増田町）の指標

増田町の総面積は74.21 km²でその67%が林野で占められ、可住地面積は約1/3の26.35 km²である。

人口は増田町コミュニティプロフィールに示したが減少傾向を示し、特に若壮年人口の減少が著明だが65才以上人口は増加傾向にあり高齢化の進行が著しい地域である（高齢化率25.6%）。1997年の出生率は6.8/1000人と全国に比してやや低く、死亡率は10.5/1000人と高値傾向にあるが高齢化地域であることがその主因と考えられる。

コミュニティプロフィールに農業内容も示したが専業農家が11.7%と著しく低いこと、耕地面積からみると水田について樹園地となっており「りんご生産地」としての特徴を持つことが強調される。主な保健・医療・福祉関係の現況もコミュニティプロフィールに示した。このほか医師不足のため1991年より町で診療所を開設し週1回耳鼻科診療を当院より出張を開始、1992年特別養護老人ホームが開設（50床）され当院より2人の内科医師が交代出張している。

1996年老人保健施設（50床）が開設され、当院で後方支援病院としてサポートしている。

この施設ができたことにより利用者の機能訓練及び介護者の負担減となっている。

D 結果と考察

1 計画の基本的考え方

すべての町民が心身共に健康で充実した人生を

送ることができるよう、乳幼児期から高齢者までの全ライフステージに対し、総合的な保健サービスを展開すると共に「自分の健康は自分で守り・創る」という健康意識の高揚をはかる。

2 計画推進の重点課題と目標

少子、超高齢社会を健康で活力あるものとしていくためには病気の早期発見、早期治療だけでなく、疾病発生の予防や健康増進に力を入れること、生活の質を高めることにより快適な生活を送り、充実した人生づくりを目指すことが重要である。個人と行政が一緒になり、健康な長寿社会をつくる。現在ある増田町健康づくり推進協議会の組織図は表1に示したが「健康でいきいきと安心して暮らせる町づくり」を基本目標としている。

3 計画の評価・成果

脳卒中予防対策事業を昭和61年から開始し（組織図は表2）、全町的な対策を行い高血圧放置者が激減できた。また住民の95%の血圧値の状況も把握できている。（図1）

脳卒中年齢調整死亡率は男女とも全国レベルを下回ってきた。（表3、図2 a、2 b、2 c）

基本検診時、高血圧の比率も40代以上すべての年代で減少した。（図3）

脳卒中罹患患者総数は、ここ10年間でやや上昇傾向にあるが50歳代、60歳代では減少傾向にある。（表4、図4）

小、中学生のアンケートにより、食品の摂取状況からは高脂血症の者が正常者に比較し、肉類の摂取頻度が少ない傾向があり、甘味飲料水の摂取頻度は肥満者が正常者に比較し少ない傾向にあった。これは平成元年より小児生活習慣病予防健診を実施しており、リスクをもつ児に対する指導の成果と考えられる。（表5）

表1. 増田町健康づくり推進協議会組織図

平成12年現在

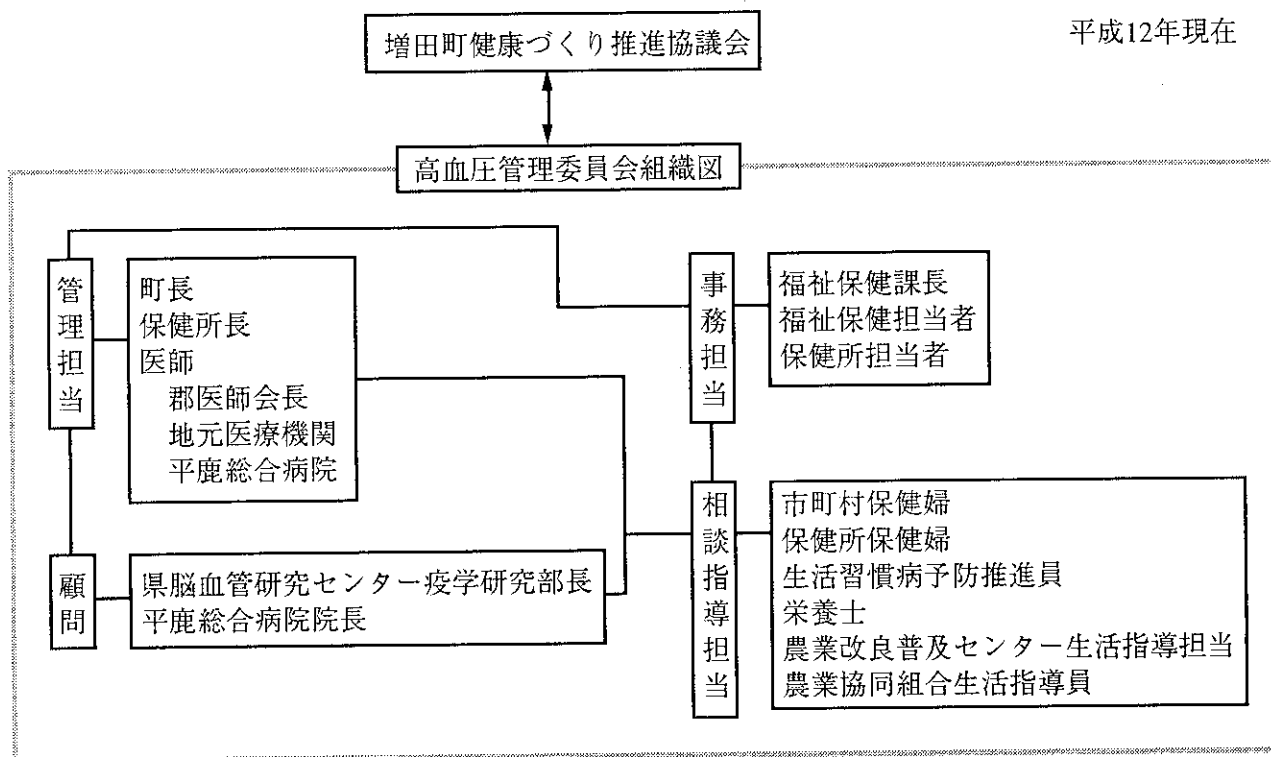
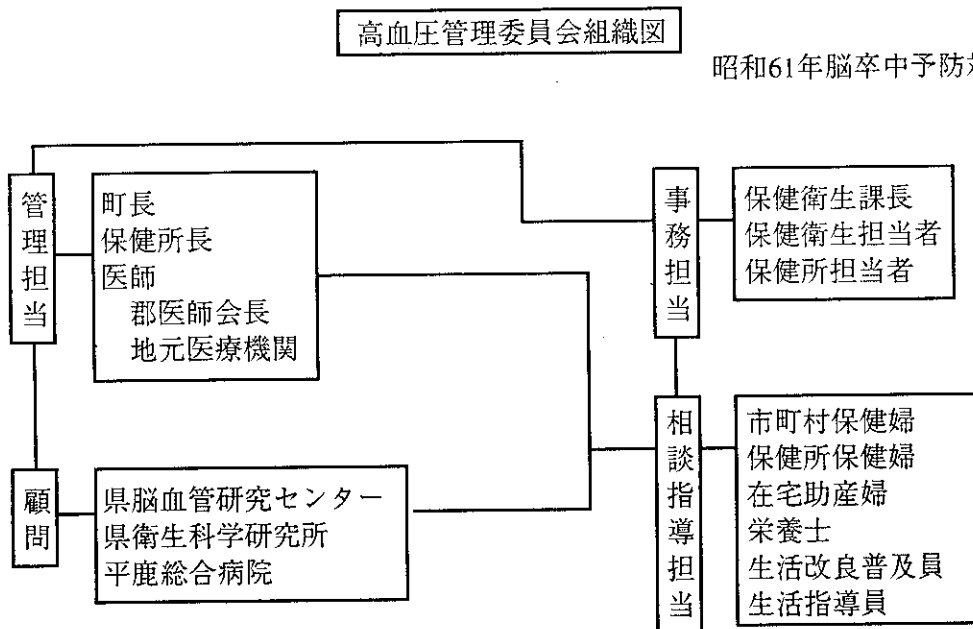
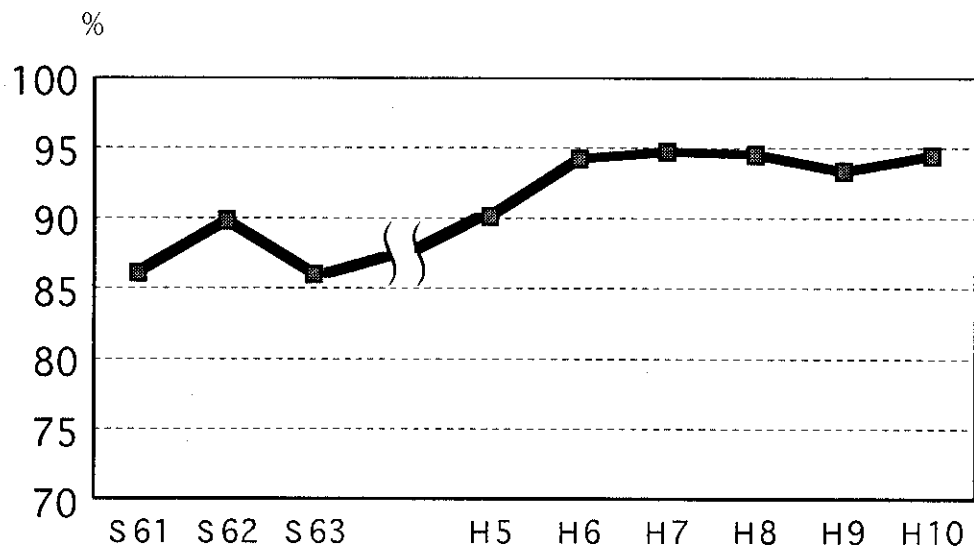


表2. 高血圧管理委員会組織図

昭和61年脳卒中予防対策事業開始時





30歳以上の住民を対象に健康診査、健診未受診者訪問、勤務者に対するアンケート調査の方法で血圧値測定調査を実施、95%前後の把握率となっている。

図1. 把握率の推移

表3. 増田町脳卒中死亡率の推移

年度		S57	S58	S59	S60	S61	S62	S63	H1	H2
年齢調整死亡率	男	321.1	375.5	128.9	156.9	152.7	98.5	81.1	47.7	89.8
	女	144.6	165.2	124.3	153.0	53.5	142.1	68.8	37.7	43.7
	計	216.4	250.8	128.4	157.0	93.3	127.5	74.8	42.3	62.2
全国	男	168.1	158.6	146.1	134.0	122.4	111.6	111.4	100.5	97.9
	女	118.2	112.4	103.9	95.3	88.0	80.1	79.5	71.2	68.6
標準化死亡比	男	295.9	346.0	118.8	144.6	140.7	90.8	74.7	43.9	82.8
	女	124.7	142.5	107.3	132.0	46.2	122.6	59.4	32.6	37.7
	計	192.8	223.5	114.5	140.0	83.1	113.7	66.6	37.7	55.4

年度		H3	H4	H5	H6	H7	H8	H9	H10
年齢調整死亡率	男	72.9	113.0	83.8	65.3	138.1	108.7	128.8	79.5
	女	68.7	79.6	39.1	59.2	77.6	34.7	74.4	103.8
	計	71.8	94.0	56.7	63.2	102.3	63.3	96.7	97.4
全国	男	91.5	87.7	84.6	82.0	117.9	112.6		
	女	64.0	60.9	59.1	57.1	114.2	108.8		
標準化死亡比	男	67.2	104.1	77.2	60.2	127.3	100.2	118.6	73.3
	女	59.3	68.7	33.7	51.1	66.9	30.0	64.2	89.6
	計	64.0	83.8	50.5	56.4	91.1	56.4	86.1	86.8

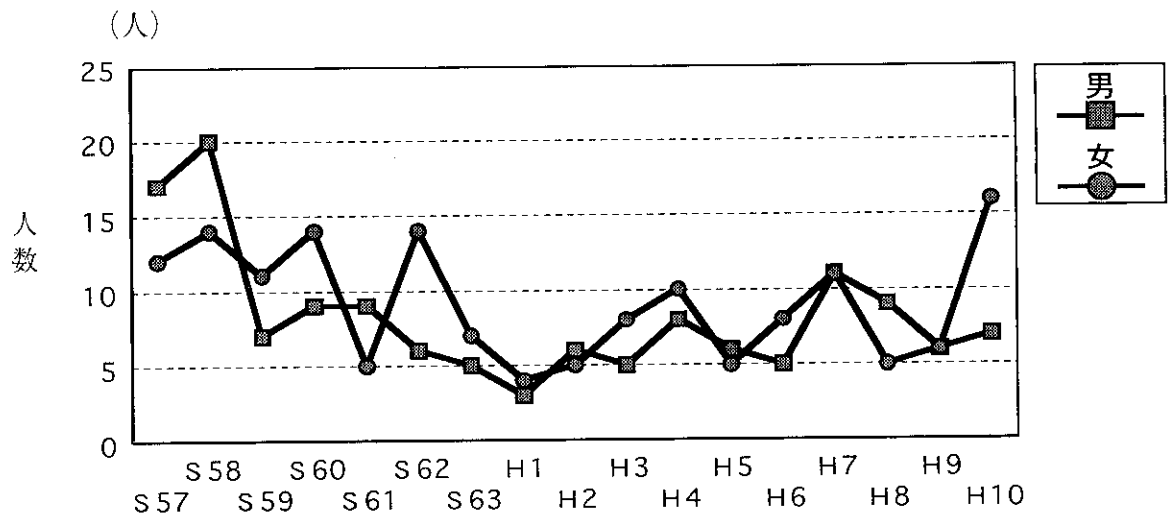


図 2 a. 脳卒中死亡数の推移

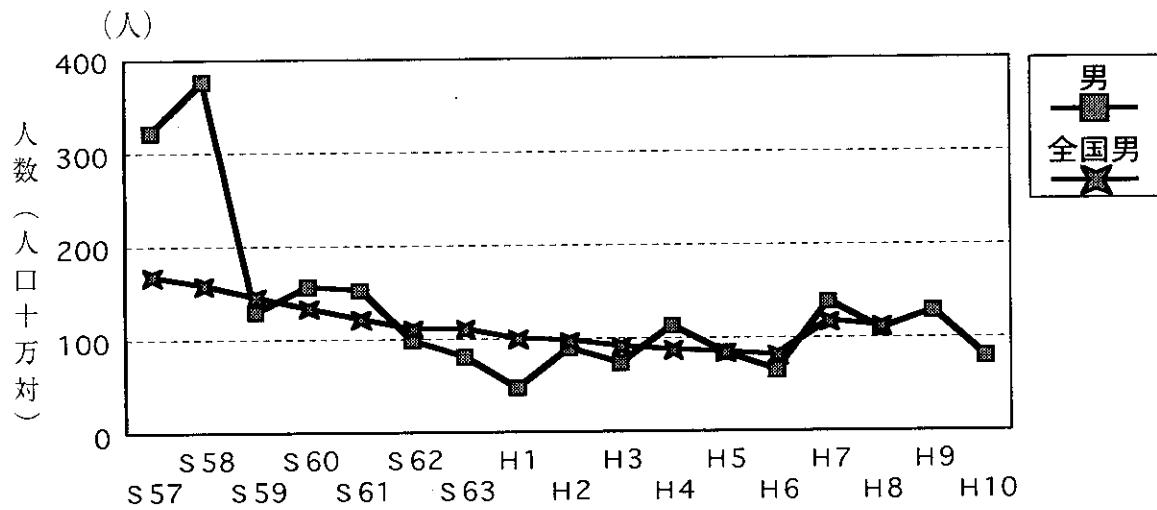


図 2 b. 脳卒中年齢調整死亡率の推移 (男)

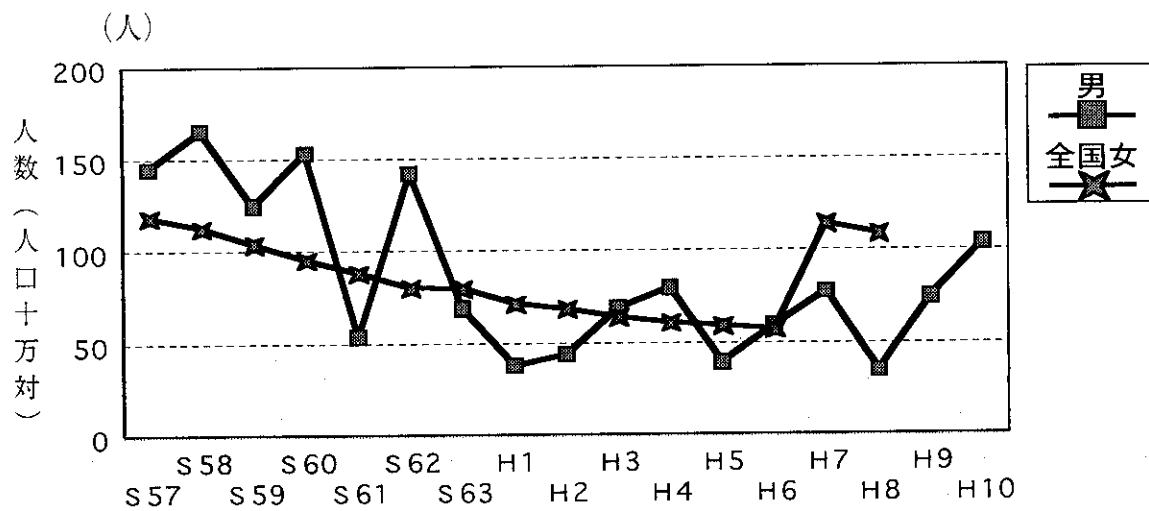
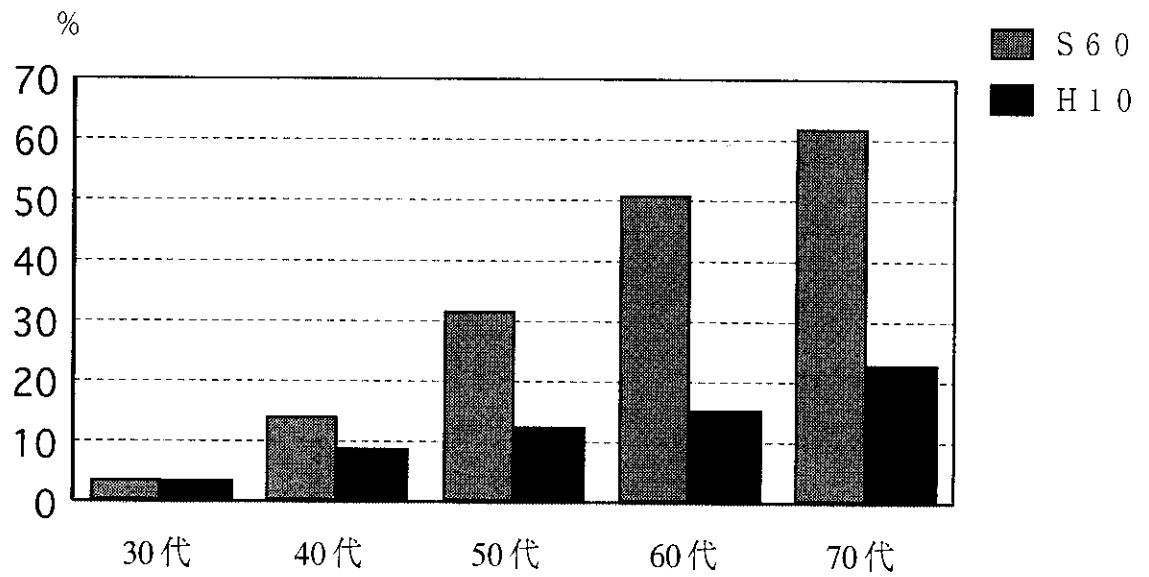


図 2 c. 脳卒中年齢調整死亡率の推移 (女)



各年代で減少したが、30代40代の高血圧者がそれほど減少していないのは、働き盛りで健康に対する意識が低いのではないか。

図3. 高血圧者の比率（基本健診） 年代別 S 60年と H 10年

表4. 在宅脳卒中罹患状況

平成10年度については、平成11年2月末現在
(実数)

年 齢	性 別	人 数																								
		生活の自立度																								
		生活自立					準寝たきり					寝たきり														
	H10	H9	H8	H7	H6	H5	H10	H9	H8	H7	H6	H5	H10	H9	H8	H7	H6	H5	H10	H9	H8	H7	H6	H5		
40歳代	男	2	1	2	3	3	3	2	1	2	3	3	3		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	
	女		0	0	0	0	1		0	0	0	0	1		0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	
	計	2	1	2	3	3	4	2	1	2	3	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
50歳代	男	6	6	5	6	9	8	6	6	4	4	8	6		0	0	0	0	1		0	1	2	1	1	
	女	2	3	2	3	4	7	2	3	2	2	3	4		0	0	0	0	1		0	0	1	1	2	
	計	8	9	7	9	13	15	8	9	6	6	11	10	0	0	0	0	0	2	0	0	1	3	2	3	
60歳代	男	20	25	28	28	19	32	15	17	17	18	15	26	1	1	1	2	0	1	4	7	8	8	4	5	
	女	12	13	17	17	16	18	8	9	13	15	13	11	3	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	6	
	計	32	38	45	45	35	50	23	26	30	33	28	37	4	4	2	3	2	2	5	8	9	9	5	11	
70歳代	男	45	42	37	38	33	33	30	26	25	26	23	25	4	6	4	5	7	1	11	10	8	7	3	7	
	女	26	27	25	21	24	26	18	18	15	10	13	18	6	4	5	6	3	0	2	5	5	5	8	8	
	計	71	69	62	59	57	59	48	44	40	36	36	43	10	10	9	11	10	1	13	15	13	12	11	15	
80歳以上	男	25	20	18	17	22	14	10	10	11	8	16	11	10	5	4	6	4	1	5	5	3	3	2	2	
	女	24	24	25	22	23	18	8	6	7	6	6	9	6	4	5	5	2	0	10	14	13	11	15	9	
	計	49	44	43	39	45	32	18	16	18	14	22	20	16	9	9	11	6	1	15	19	16	14	17	11	
合 計	男	98	94	90	92	86	90	63	60	59	59	65	71	15	12	9	13	11	4	20	22	20	20	10	15	
	女	64	67	69	63	67	70	36	36	37	33	35	43	15	11	11	12	7	2	13	20	19	18	25	25	
	計	162	161	159	155	153	160	99	96	96	92	100	114	30	23	20	25	18	6	33	42	39	38	35	40	

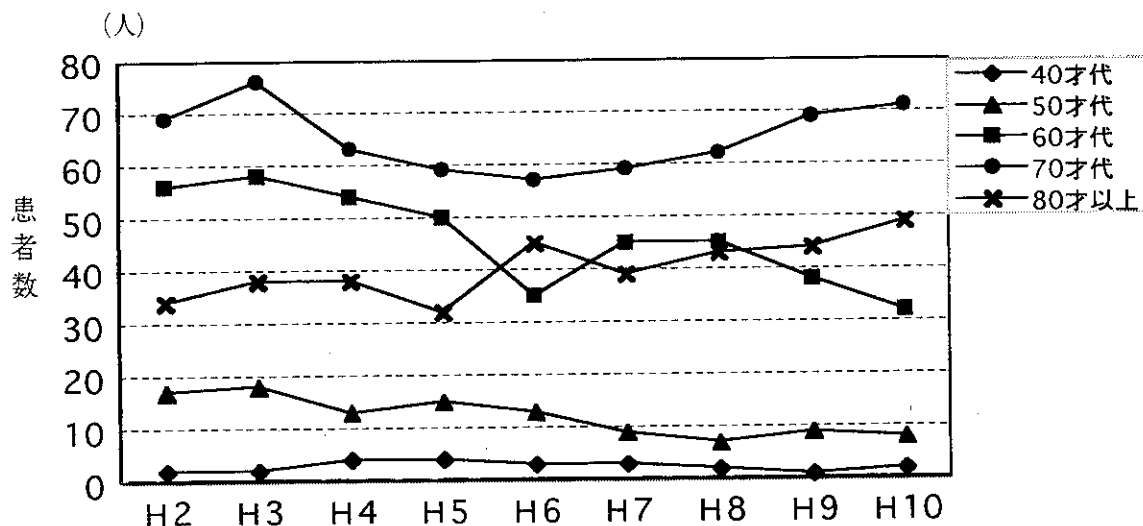


図4. 脳卒中罹患患者年代別推移

表5. 小児生活習慣病予防健診（平成10年度）

受診者数

性別	小2	小3	小4	小5	小6	中1	中2	中3	計
男	42	2	0	50	8	54	13	71	240
女	34	11	2	48	13	66	9	60	243
計	76	13	2	98	21	120	22	131	483

各種検査の平均値（小学2・5年、中学1・3年のみ）

性別	学年	身長	体重	肥満度	T-CHO	HDL-C	LDL-C	HDL比	TG	最大血圧	最小血圧
男子	小2	123.3	25.6	4.4	168.0	68.1	85.9	1.5	67.9	99.2	56.8
	小5	140.3	38.2	5.7	169.4	64.8	90.6	1.7	67.3	101.3	60.4
	中1	153.6	46.9	5.3	157.7	58.1	83.7	1.7	77.6	104.1	56.1
	中3	165.8	56.2	-1.7	160.2	62.4	82.7	1.6	73.3	109.4	59.2
	計	148.7	43.8	2.9	163.2	63.0	85.4	1.6	71.9	104.2	58.2
女子	小2	122.3	24.3	1.3	169.3	65.9	89.1	1.6	69.1	97.5	56.4
	小5	140.7	37.2	3.8	169.4	63.7	90.2	1.7	74.8	101.0	59.3
	中1	152.6	45.0	2.0	160.6	60.0	83.7	1.7	81.9	101.4	54.5
	中3	161.8	53.4	0.2	162.8	62.7	84.7	1.6	75.1	106.9	59.1
	計	145.8	40.3	0.5	166.6	62.5	87.7	1.7	80.1	100.2	56.5

各種検査の異常者数・頻度（小学2・5年、中学1・3年のみ）

【実数】

性別	学年	総合判定		肥満度	T-CHO	HDL-C	LDL-C	HDL比	TG	最大血圧	最小血圧
		要精査	要指導	+20%以上	200mg/dl以上	40mg/dl未満	150mg/dl以上	3.0以上	110mg/dl以上	135mmHg以上	80mmHg以上
男子	小2	2	2	5	2	0	5	3	1	0	0
	小5	2	8	11	7	0	9	8	4	0	0
	中1	2	5	6	1	0	4	8	2	0	0
	中3	4	4	4	4	1	6	9	2	0	0
	計	10	19	26	14	1	24	28	9	0	0
女子	小2	0	2	0	2	1	8	8	0	0	0
	小5	6	3	6	6	1	6	9	2	0	0
	中1	3	4	6	3	0	6	9	3	0	0
	中3	3	7	6	5	1	6	10	2	0	0
	計	12	16	18	16	3	26	36	7	0	0

【%】

性別	学年	総合判定		肥満度	T-CHO	HDL-C	LDL-C	HDL比	TG	最大血圧	最小血圧
		要精査	要指導	+20%以上	200mg/dl以上	40mg/dl未満	150mg/dl以上	3.0以上	110mg/dl以上	135mmHg以上	80mmHg以上
男子	小2	4.8	4.8	11.9	4.8	0.0	11.9	7.1	2.4	0	0
	小5	4.0	16.0	22.0	14.0	0.0	18.0	16.0	8.0	0	0
	中1	3.7	9.3	11.1	1.9	0.0	7.4	14.8	3.7	0	0
	中3	5.6	5.6	5.6	5.6	1.4	8.5	12.7	2.8	0	0
	計	4.2	7.9	10.8	5.8	0.4	10.0	11.7	3.8	0	0
女子	小2	0.0	5.9	0.0	5.9	2.9	23.5	23.5	0.0	0	0
	小5	12.5	6.3	12.5	12.5	2.1	12.5	18.8	4.2	0	0
	中1	4.5	6.1	9.1	4.5	0.0	9.1	13.6	4.5	0	0
	中3	5.0	11.7	10.0	8.3	1.7	10.0	16.7	3.3	0	0
	計	4.9	6.6	7.4	6.6	1.2	10.7	14.8	2.9	0	0

4 計画の問題点

60歳前の脳卒中発症者は高血圧放置者や脳卒中発症の危険因子を持つ人からである。

アンケート調査では、40代、50代の男性は健康に関する意識が低いとの結果がでている。高血圧者以外の19歳～39歳までの男性へのはたらきかけがなされていない。これらの対策をどうするか考えていきたい。

5 計画の将来予測

町民一人ひとりが心身共に健康でいきいきと充実した人生を送ることができるよう、個人の力と行政が一緒になり健康づくりを推進していく。

高齢者健康福祉計画のシステム評価

評価項目は研究班全体としての整合性が保たれるよう項目別についてまとめた。

1. トラブル、問題発生時の責任システム

行政主導型で計画を実施しており、現在は行政側にあるが将来的には計画は住民主導となる事が望ましく、今後、行政・住民併列となるようにかえていきたい。

2. サービスの品質管理システム

行政、住民一体型の増田町健康推進協議会（表1）を核として管理方法を工夫していきたい。

3. 利用者ニーズの把握・モニタリングシステム

増田町新老人保健福祉計画、増田町介護保険事業計画策定にあたり、高齢者等実態調査を実施した。

高齢者一般調査（65歳以上）と要援護高齢者（在宅・施設）に対し、悉皆によるアンケート調査を実施した。今後も継続出来るよう考えている。

4. 要介護高齢者ケアサービス提供システム

1) 在宅ケアサービス

寝たきり・準寝たきり老人訪問指導、痴呆性老人訪問指導、訪問口腔衛生指導、訪問栄養指導、寝たきり老人歯科検診、寝たきり等胸部エックス線検査、家族介護者交流事業、家族介護用品支給事業、家族介護教室、寝具洗濯乾燥消毒サービス事業（12年より）、介護者手当ての支給など。

2) 福祉施設入所サービス

・特別養護老人ホーム「シルバードームいきいきの郷」 25人
〃 町村 11人
平成10年度現在 計36人 入所中
待機者数25人

・老人保健施設「りんごの郷福寿園」利用者が大幅に増え、利用者の機能訓練及び介護者の負担軽減となっている。

3) 訪問看護サービス

町では未実施だが近隣医療機関（平鹿総合病院訪問看護ステーション、雄勝中央病院訪問看護ステーション）で実施されており、平成11年の利用者は27人で介護者の在宅介護での不安解消の一助となっている。訪問看護ステーションからの情報を受け、対象者の状態把握や指導の際に役立っている。

4) 痴呆ケアサービス

専門的な知識と技術を有するサービス提供機関との連携や町の福祉保健関係者（保健婦・在宅介護支援センター職員等）の相談、助言により対応している。

5) 救急医療サービス

地域医師会を通じて直接又は救急医療センターである平鹿総合病院を中心とした2次救急サービ

スを利用している。

平成11年の救急出動件数は235件で204件が搬送されている。そのうち80%（163人）が平鹿総合病院に搬送されている。

6) かかりつけ医サービス

町内や近隣市町村の診療所をかかりつけ医としているが総合病院がかかりつけ医となっている場合も少なくない。

高齢者の場合は町内の診療所をかかりつけ医としている人が大半を占めている。

5. 元気高齢者サービス

1) ディサービス

・12年度～「老人憩いの家」高齢者いきがい活動支援通所事業（自立老人）

「老人憩いの家」外出支援サービス事業（自宅と老人憩いの家の送迎）

・「四つ葉会」のボランティアグループによるミニディサービスを月1回実施している。

・JA秋田ふるさと増田町支所の利用

・老人憩いの家の利用（月～金）

高齢者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専門職が支援し、地区会館を利用しネットワーク型で定期的に行うことが望ましい。

2) 社会参加活動サービス

ゲートボール、グランドゴルフ、三世代交流会等、高齢者の活発な社会交流の場や機会の提供に努めている。老人クラブへの加入（現在加入者1239人、60歳以上）をあらゆる機会を通じ、促進すると共に高齢者を対象とした社会教育活動についても積極的な参加を促進する。

3) 情報アクセスサービス

「四つ葉会」のボランティアグループによるミニディサービス、JA秋田ふるさと増田支所の利

用、老人憩いの家の利用、広報「ますだ」等、現在行っている事業の紹介を含めて住民セルフケア一能力が出し易いように情報を広げる。

4) 生き甲斐支援サービス

・老人クラブ助成事業（18単位老人クラブ）

・高齢者生き甲斐活動支援事業（自立老人への通所サービス→老人憩いの家）

12年度より週3日（月・水・金）

・外出支援サービス（自宅と老人憩いの家との送迎）

5) バリアフリーサービス

住宅環境の改善を目的として、高齢者向けの居室の増改築に対し資金の貸付事業を実施している。

高齢者が利用しやすい公共施設、道路等移動手段の整備公共公益的建築物、道路等のバリアフリーを進めると共に民間施設についてもバリアフリー化を促進する。

6) 生涯学習サービス

「ふるさとの自然や文化・歴史・産業などを総合的に学ぶ」をテーマに生涯学習奨励員をおいた高齢者学級やいきいき学習講座老人クラブ等の活動に協力を行うと共に毎月発行の「プラザだより」等で情報提供を図り、生涯学習に関するあらゆる相談に応じている。

平成7年10月より、生涯学習総合施設「ふれあいプラザ」を社会教育の拠点として、町民の学習活動の場として活用されている。

7) 健康増進サービス

高齢者の健康づくりと世代間交流を目的にニュースポーツ広場が設置されており、多くの高齢者が健康づくりに励んでいる。また総合体育館、イベント広場を利用して各種スポーツが行われており、生き甲斐や健康づくりに結びついている。

6. 記録・データ管理システム

総合データバンク事業（平成9年度より）

健康情報、受診者の傷病歴、検査データ、在宅療養者の健康情報、家族介護状況訪問指導の実施状況、訪問結果の記録等をコンピュータにより総合的に管理する。

7. 問題発生予防・処理システム

自立の一人暮らし老人等への緊急通報装置の整備、ふれあい安心電話システム推進事業、自立の一人暮らし老人等への友愛訪問、在宅介護支援センター、高齢者サービス調整会議担当者、民生委員保健福祉推進員ボランティアグループとの連携を密にし、問題発生の予防に対処する。

ネットワーク活動の実施（見守りや手伝いの必要なすべてのひとり暮らし老人に対し、民生委員、近所の人々による、小ネット活動が行われている。）

8. 研究教育訓練システム

現在、家族介護者教室、保健福祉推進員研修、ボランティア団体育成事業を行っているが今後のメニューを考えたい。

9. 調査研究システム

a) 町民アンケート調査（平成10年12月）

回収者459人（回収率60.8%）

目的：住みよい町づくりの為に町民がどのような考えを持ち、また町行政に何を望んでいるかを明らかにし「増田町総合発展計画」（平成13～17年度）に反映させる。

b) 増田町社会教育行政中期計画（平成11～15年に）あたる町の町民アンケート調査（平成10年6月）

c) 要介護高齢者実態調査（65歳以上のひとり暮らし、老人世帯、寝たきり老人世帯、痴呆老人）
約370世帯（年1回）

d) 脳卒中発症調査（随時）

e) 勤務者血圧値及びアンケート調査（毎年1回）など。

10. 健康文化のまちづくりの視点からみた総括・問題点

a) 住居やその周辺の段差等のバリアフリー化を目指す。

b) ミニディサービスの充実と拡大（地区会館を利用し身近な場所で開催する。）

c) 40代、50代の男性の健康への関心が低い（高血圧放置、中断者26人中、男性22人を占める、経年的な推移では女性は治療に結びついているが、男性の40、50代はここ数年減少傾向にない。）

d) 寝たきり者61名中の原因疾患は33名が脳卒中となっている。

e) 生涯にわたってスポーツを楽しむという考えが十分に浸透しておらず自分自身の健康増進にスポーツを活用できていない。

f) 高齢者は生涯学習について生涯学ぶことの必要を感じているが個々には、様々な条件があり、半数が必要を感じたり参加できない状況にあり「自らの積極性」については否定的である。

E まとめ

増田町は早くから生活習慣病に対する健康改革、組織づくりがなされ、その成果をあげてきた。

その範囲は当地が誇るりんご生産団地を中心とした農業従事者だけでなく、多くの兼業農家を含めた勤務者にも目を向けた体制がつくられつつある。しかし増田町健康づくり推進協議会を中心とした組織は行政の支えが大きいことも事実である。今後この組織を上手に利用しながら長年かかって集積したデータを活用して住民のセルフケア能力を向上出来るよう基礎データと問題点をまとめた。

研究発表

- 1) 間杉香央里ほか：農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究 —生活習慣を中心に—, 日農医誌, 44, 433, 1995.
- 2) 高橋恵子ほか：農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究 —食習慣を中心に—, 日農医誌, 44, 434, 1995.
- 3) 林 雅人：日本人の食生活と循環器疾患, 日本内科学会東北地方会 教育講演, 1995. 2 月, 仙台.
- 4) 桐原優子ほか：成人病一次予防に関する研究 —第一報 秋田県南部において喫煙および飲酒習慣が健康状態に与える影響— 日農医誌, 45, 280, 1996.
- 5) 荻原 忠ほか：農山村における中高年女性の健康実態(第 1 報)中高年女性の経年的脂質動態, 秋田県農村医学会第 86 回学術大会, 1997, 2 月
- 6) 高橋由美子ほか：勤務者の健診関係アンケート調査結果から —第 1 報 健診内容・受診状況および事後指導—, 秋田県農村医学会第 91 回学術大会, 1999, 7 月
- 7) 桐原優子ほか：高齢者のリスクファクターに関する検討 —第 2 報 ライフスタイルとの関連—, 秋田県農村医学会第 91 回学術大会, 1997, 7 月
- 8) 桐原優子ほか：秋田県南部における高齢者のリスクファクターに関する検討 —血清脂質の意義—, 日農医誌, 48, 452, 1999.
- 9) 佐々木恵子：—農村の高血圧管理活動—高血圧管理委員会の活動と全町的対策の効果—, 日農医誌, 48, 275, 1999.
- 10) 高橋由美子ほか：勤務者の健診関係アンケート調査結果から —第 2 報 血圧及び治療状況の解析—, 秋田県農村医学会第 92 回学術大会, 2000, 1 月

- 11) 桐原優子ほか：高齢者のリスクファクターに関する検討 —第 3 報 死因との関連—, 秋田県農村医学会第 92 回学術大会, 2000, 1 月
- 12) 高橋恵子ほか：農村における生活習慣病の臨床疫学的研究 —年代別にみた食品摂取状況と健診結果の関連性について—, 秋田県農村医学会第 92 回学術大会, 2000, 1 月

文 献

- 1) 林 雅人：秋田県南農村における若壮年者の健康状態に関する研究, 日農医誌, 38, 90~101, 1989.
- 2) 林 雅人：農村における心疾患の動向と対策, 日農医誌, 41:1112~1119, 1993.
- 3) 林 雅人, ほか：農漁村における脂質代謝異常の疫学的臨床的研究, 日農医誌, 42:1180~1188, 1994.
- 4) 林 雅人, ほか：農漁村における脂質代謝異常の疫学的臨床的研究, 日農医誌, 42:1180~1185, 1994.
- 5) 日本循環器管理研究協議会：農卒中などによる寝たきり・死亡の健康危険度評価システム開発事業. 「1980 年循環器疾患基礎調査」追跡調査報告書, 35~81, 1995.
- 6) 角田文男, 林 雅人ほか：農村における骨粗鬆症の集団検診技法と発症要因に関する研究, 共済エグザミネー通信, 3:1~19, 1998.
- 7) 林 雅人, ほか：平成 7 年度厚生科学研究費補助金事業報告書「農村におけるライフスタイルの分析とヘルスプロモーション技法の開発に関する研究(総合)」, 21~30, 1996.
- 8) 林 雅人, ほか：平成 9 年度厚生科学研究費補助金事業報告書「農山村における中高年女性の健康把握と健康増進対策に関する研究(総合)」, 31~42, 1997.
- 9) 山根洋右, 林 雅人ほか：農山村における中高年女性の健康実態とヘルスプロモーションに関

する研究, 日農医誌, 47(3)493, 1998.

10) 林 雅人, ほか:平成8年度厚生科学研究費補助金事業報告書「農村における成人病一次予防に関する研究」, 22~32, 1997.

11) Hayashi M,Ogiwara T,Watanabe H, et al :
Dietary guidance for children in agricultural communities of Japan and its results. A J R M, 43:1~4, 1997.

12) 林 雅人: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」, 1~14, 1998.

13) 林 雅人:農村からみた虚血性心疾患への視点, Cardiologist, 4, 80~81, 1999.

14) 林 雅人:住民健診からみた21世紀へのメッセージ—循環器疾患を中心に— 山形県医師会雑誌 18(2)30~39, 1999.

鷹栖町住民への保健・医療支援と健康文化の変容についての研究

分担研究者 杉村 巖（総合病院旭川厚生病院名誉院長）
協力研究者 松葉 典子、ほか（鷹栖町保健婦）
岸 玲子、ほか（北海道大学公衆衛生学講座）

研究要旨

鷹栖町と当院は1975年以来提携して、住民の「健康づくり」「健やかに老いる」活動を展開してきた。この25年間の活動において、住民の健康への意識の変容・健康と関連のある諸事業の展開について検討したが、保健意識は、健診受診回数の増加とともに高まるのは当然であるが、それに関連して保健に関連する町の諸事業・住民自体の活動にも幅の広がりを見せている。また、当院との連携以前からの長年にわたるボランティア的活動および町医師・保健婦などの積極的な取り組み、さらには当院との連携も含めての高齢者対策についても、多くの実績が実りつつあり、例えば、昨年10月から始まった介護保険認定調査においても、旭川周辺各町村に比較して鷹栖町は在宅死亡率が高いにもかかわらず、町民の介護保険料概算が最低額であることが分かり、やはり、これらの多くの活動の実践によって「健康な高齢者」が多いことを示唆している。

A. 研究目的

文化の定義をF,クラックホーンらの「後天的、歴史的に形成された、外面的および内面的な生活様式の体系であり、集団の全員または特定のメンバーにより共有されるもの」とするならば、文化とは、簡単にいえば「人間の生活様式」ということになってしまう。したがって、鷹栖町における「健康文化の変容」を考える場合、25年間にわたる、町ぐるみの「健やかに老いる」活動を展開することによって、その間の「住民の健康への生活様式の変化」を検討することにより、ある程度この目的を把握されるのではないかと考える。

初年度研究は、この25年間に各種健康関連調査を実施し、その都度住民に還元して「健康への生活様式の変化」に期待したが、それら内容について主なものを挙げ検討することとした。

B. 研究方法

鷹栖町の主産業は、農業であるが特に水田農業である。そこで、この25年間の農業構造の変化による農業労働様式の変化と農業従事者の自覚症状の変化を調査するとともに、健診受診回数と保健意識の変化、食習慣について、高齢者対策などについての各種調査について、主にアンケート方式によりおこなった。

C. 研究結果

I. 鷹栖町の農業規模と農業労働について

鷹栖町の農家戸数は1975年1137戸であったが、1998年には654戸と凡そ1/2に減少し、この現象とともに営農規模は、農家一戸当たり3.7haから6.5haと増加している。その間、農業労働形態も農機具の機械化とともに大きく変化したが、それが身体に与える影響を腰痛でみると、表1に示すように、1977年と1996年で比較すると、男性では各年代において有意に増加している。

これは、長時間トラクター乗車による振動と、上体の捻じりによると考えられるし、女性で見ると両年で余り変化がない。それは、農業の機械化にも関わらず女性労働形態には余り変化が無いことを示している。（表1）

II. 健診受診回数と保健意識について

鷹栖町では、年に30歳以上希望者全員を対象に、主に当院が日帰りドックに匹敵する総合的を実施しているが、主に当院のキャパシティに限度があり、10日間で約1500人～1800人を対象としているが、現在では町が地域的に調整して2～3年に一度の割合で回している。しかし、25年にもなると健診受診回数5回以上10数回という方々が7割以上を占めている。

これらの方々を対象に北海道大学公衆衛生学講座のスタッフとともに保健意識の変化について調査した結果、統計的に有意に自らの更には家族ぐるみで健康に留意して

いるという意識は、受診回数に並行して高まり、さらには、地域的な行事にも積極的に参加するようになったというコミュニティ・マインドも高める結果となっていた。

Ⅲ. 食習慣調査について

1976年とその8年後に、二度、3カ日間の自己記入方式の栄養調査とフードモデルで、栄養士による調査を行ったが、同一人に於いてみると、やはり脂肪の摂取総カロリーが男女とも高まり、含水炭素のウェイトが減少していた(表2)。これとともに、40歳代男女において、毎年一年間に血清コレステロールは2mg増加していることも分かった。

さらに、栄養調査ではなくて、食習慣調査を1995年に実施したが、朝食を摂らないことが多く、しかも野菜を余り摂らない人には、高血圧、高脂血症、肥満の方が多いことも分かった。また、その年の健診において始めて高血圧を指摘された方は、卵料理・野菜類・味噌汁を余り摂らないなど、すでに高血圧を指摘されている方々と共通している項目もあった。

このような結果を、健康教育に積極的に取り入れ食生活の変容を期待している。

Ⅳ. 運動習慣への取り組み

鷹栖町は、昭和40年代から、住民の運動習慣への取り組みを積極的におこなっているが、昭和56年から「生命の貯蓄体操普及会」北海道支部を設立し、現在600名の町民が26のグループで、組体操、要の体操、ヨーガに似た「自きょう術」の普及に努めてきたが、それが全道的に広がり現在5市15町に普及している。さらに、その年にはスポーツマスター賞を条例で制定し、「歩」「走」「健康貯蓄体操」「スキー」の実践者に賞を贈っている。

さらに、施設面では、歩く・走るコースや体育館・屋外運動場の整備にも力を入れており、町以外からもこれら施設の利用者も多い。

Ⅴ. 高齢者問題への取り組み

昭和48年から、脳血管障害によるハンディをもつ方々に、町外の施設従業者であるOT・PT・STの協力を得て、リハビリ教室を年間60回の割で開催し、ノーマライゼーションに努力しているが、昭和57年鷹栖町の「在宅寝たきり者」7人について調査した結果、脳血管障害によって入院している頃は「ボケ」ていたが、家庭において世話をするようになってから、「ボケ」が改善している例が3例もあり、在宅

ケアの重要性を実感したものである。

昭和57年、鷹栖町に特養を設立することになって、私もそのプロジェクトに参加して特養を町の中心街に造ることを強く助言して、現在の特養が設立されたが、さらに、この特養を在宅ケアの通過施設と位置づけ、ショートステイ・デイケアを充実させると共に、在宅リハビリにも取り組んだり、在宅ケアへの支援のために、この特養に在宅介護支援センターも併設された。そして、町では、バリアフリーの高齢者向け住宅の整備にも着手して、現在42戸が完成している。

さらに、高齢者の社会参加を促す為に、「おおかみの桃」というトマトジュースの生産、減塩味噌である鷹栖味噌の生産、さらにはステビア(ノンカロリー甘味含有植物)の栽培などで、大部分の引退高齢者は社会参加とともに経済活動にも従事している。

Ⅵ. 公民館活動

町では、文化の下支えとして、公民館活動にも積極的に取り組んでおり、図書整備、文化講演会、絵画・書・工芸品の展示会も定期的で開催し、さらに文化活動の一環として、俳句のグループが句碑の森を造ったり、また、500名規模の入る現代的な音楽堂も設立して、年間(1997年)93回の事業を行っているが、最近では、町外の利用が多くなり、これら事業をどうして町外の方々と交流に役立っている。公民館活動とは若干異なるが、中学・高校生の海外派遣事業にも補助金を出し、積極的に国際交流にも努めている。

Ⅶ. 鷹栖町保健医療情報システムの構築

特に町規模のマンパワーが少ないなかで、保健福祉に関連する活動がシステムティックに行われなければ到底町をカバーすることは出来ない。そこで第一には、これら活動の情報の一元化をはかり、各分野に必要な情報が提供できること、第二には、情報化社会に向けて個人個人の健康履歴を各個が何時でも知ることができること、第三には、行政が保健・医療・福祉対策を策定するのに参考になる情報を得られること、第四には、医療関係の連携に有効であること、などの便益を図るために、昭和54年から3年をかけて、町・当院(北海道厚生連)・コンピュータビジネス(株)三者によって構築した。

その内容は、住民台帳をベースにしたもので、いわば住民総背番号制の導入である(図1)。発足以前に町独自の「プライバシー保護条令」を制定して、住民の理解を得

て現在有効に利用されており、このシステムこそ、鷹栖町というコミュニティ形成のバックボーンになっているといっても寡言ではない。

D. 考察

鷹栖町と当院の連携による活動は、今年で25年となる。その間、町では昭和42年以来7期にわたって積極的に活動してきた町長も変わり、当院もその間院長が5名変わっている。しかし、如何に指導者が変わろうと「健やかに老いる」活動は、町の基本的な目標であることには変わりはなく、さらに一層その内容は充実している。今回は、そのアウトラインを報告したが、この活動は、保健・医療・福祉を中核とした「人間尊厳」のコミュニティを構築する過程である。そのエネルギーとなるのは、やはり、住民の生活意欲それが経済活動にまで繋がることであろう。

鷹栖町は、本年度の水田反当りの取量は全道一で、しかも品質は北海道では最高級品であった。これも、住民の努力の結果であるし、また、それが誇りにもなっていることであろう。

しかし、一昨年唐突として、旭川のある業者が鷹栖町の水源に近いところに土地を購入し、産業廃棄物処理場を建設することが判明、現在、住民の建設反対運動が起き係争中となっている。その間、専門家にも多くの意見を聞く公聴会・各種講演会なども開かれ、住民としても産業廃棄物問題は、自らの問題としても考える機会を得たことになり、さらにこの住民運動が、住民の纏まりをつくる結果となっている。

鷹栖町においては、このような色々な経過を経て現在に至っているが、次年度は、これらをまとめ「健康文化」の形成について調査しまとめてみたい。

E. 結論

「健やかに老いる」という鷹栖町の活動は、コミュニティの形成・発展を意図したものであり、それは、町の保健・医療活動、高齢者対策、公民館活動を中心とした文化意識の昂揚、さらには生産活動への住民の誇りを基調にした参加意識の昂揚、そしてそれらを保健・医療情報システムが上手にバックアップしながら、「健康文化」を形成しつつあり、今後を期待している(図2)。

F. 研究発表

文献

1. 杉村 巖, 他: 農民の健康管理について(第II報). 日本農村医学会誌 24, 90-, 1975
2. 折居 裕, 他: 鷹栖町住民健康管理から4年間の経過と問題点. 日本プライマリケア学会誌 2, 67-, 1980
3. 松尾 弘文, 他: 鷹栖町総合健診10年の実績. 日本農村医学会誌 34, 70-, 1985
4. 栗田 隆, 他: 北海道鷹栖町健診受診の保健意識・保健行動について—健診の地域社会に及ぼす影響—. 日本農村医学会誌 34, 532-, 1895
5. 鷹栖町・旭川厚生病院共著: 鷹栖町健康管理活動10年のあゆみ. 1986
6. 杉村 巖: 農村における高齢者の施設・住宅ケアに関する研究—北海道鷹栖町における高齢者ケアに関する研究—: 平成元年度厚生科学研究高齢者ケア研究班報告
7. 杉村 巖: 農村における食生活・労働の実体と健康との関連に関する研究. 平成3年度厚生科学研究報告
8. 杉村 巖: 鷹栖町高齢者を対象にした頭部 CT 健診について. 日本農村医学会誌 41, 556-, 1992
9. 杉村 巖: 鷹栖町高齢者のモラル・スケールについて. 日本農村医学会誌 43, 65-71, 1994
10. 杉村 巖: 北海道鷹栖町をモデルにした調査分析報告. 平成7年度厚生科学研究(山根班)
11. 杉村 巖: 農村健康づくり20年鷹栖町の場合. 北海道公衆衛生学会誌 9, 169-171, 1995
12. “20年のあゆみ”編集委員会: 健康管理活動20年のあゆみ. 1995
13. 杉村 巖, 他: 農村における中高年女性の健康実態把握と健康増進対策に関する研究. 平成9年度厚生科学研究(山根班)報告
14. 杉村 巖, 他: 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. 平成10年度厚生科学研究(松島班)報告

学会発表

1. 杉村 巖: 高齢者ケアの理想と現実. 第43回日本農村医学会学術総会シンポジウム, 1994
2. 杉村 巖: 第47回 北海道公衆衛生学会特別講演, 1995
3. 杉村 巖: 農村コミュニティ発展とその支援. 第46回日本農村医学会学術総会シンポジウム, 1997
4. 杉村 巖: 農村における介護保険制度と農協の役割. 第48回日本農村医学会シンポジウム特別発言, 1999

	1977年	1996年	1977年	1996年
40歳代	18.3	49.0	27.9	35.3
50歳代	11.1	38.8	34.6	31.9
60歳代	23.8	31.5	32.8	39.5
	男性		女性	

表1. 鷹栖町農業従事者の年次別腰痛発現率 (%)

	1976年		1989年	
蛋白質	13.38	13.79	14.11	14.71
脂肪	14.86	17.57	17.93	21.19
含水炭素	71.76	68.64	67.76	64.1
	男性	女性	男性	女性

表2. 栄養構成の変化 (同一男女 単位%)

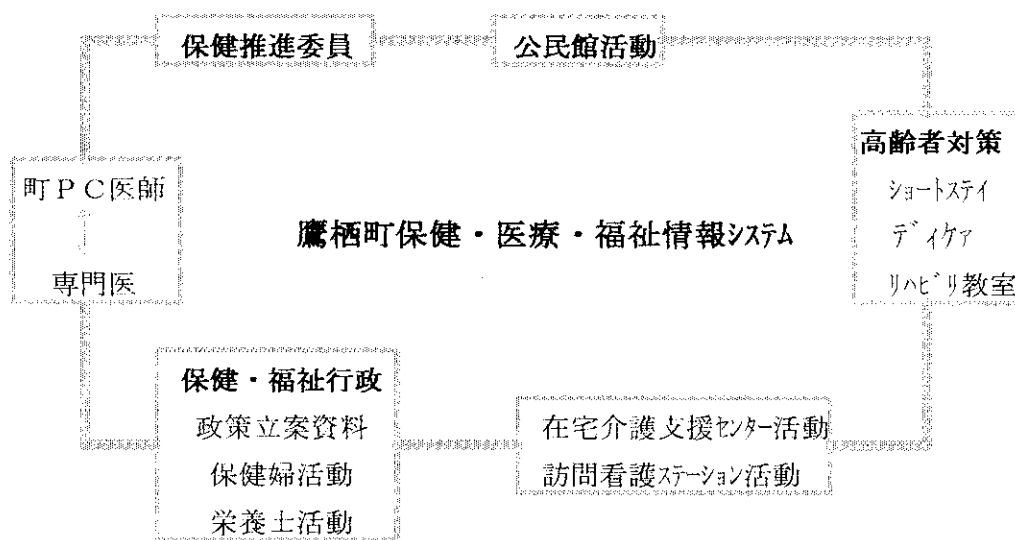


図1 鷹栖町保健・医療・福祉情報システムを利用したネットワーク