

旭川市概要

市名の由来・市の沿革 旭川の語源はアイヌ語で「チュブ・ベツ」（日・川）であるとして「旭川」と名付けた。1890年旭川村、1922年市制施行、2000年中核市となる。

人口（名）

	2000年	1995年	1990年
総数	364,093	362,959	362,453
男	172,783	172,898	174,114
女	191,310	190,061	188,339

年齢区分別

性別	年齢	2000年	1995年	1990年
男	0-14		28,378	33,558
	15-64		119,511	120,994
	65-74		15,158	11,694
	75-		7,608	5,982
女	0-14		26,875	31,506
	15-64		132,418	132,218
	65-74		18,328	14,907
	75-		12,117	9,035

出生率（人口千対 1999年） 8.07

死亡率（人口千対 1999年） 7.62

産業別15歳以上就業者数

第1次	7,302 (1990年)	6,153 (1995年)
第2次	40,934	44,330
第3次	120,931	125,087

財政	1999年	2000年 (単位 千円)
歳入総額	170,100,000	174,690,000
歳出の内		
教育費	8,895,721	8,865,002
(比率)	(5.2%)	(5.1%)

施設

大学 4, 短大1, 高専1, 高校14, 中学校37, 小学校63, 養護学校1

幼稚園35, 保育所105, 専修・各種学校26

厚生：病院・医院・診療所（公6, 私267） 歯科（私175）

児童福祉施設16, 心身障害者福祉施設10, 老人福祉施設21

厚生省科学研究補助金（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研究

——秋田県南部地域中核都市と農村のモデルコミュニティにおける検討——

分担研究者 林 雅人

研究協力者 荻原 忠，石成誠子，照井 一幸

（平鹿総合病院 農村医学研究所）

鈴木恵子（横手市）

佐々木恵子（増田町）

研究要旨

今年度は研究対象を地域中核都市（横手市）と農村（増田町）の2地域とし、比較検討した。横手市では各種の委員会等の設置は必要に応じて実行され、相互の連絡システムや情報公開システムも整備されて来た。ボランティア活動の育成や調査・総合評価の機能は今後の課題だが、行政の姿勢から前進が期待される。増田町では、システムは多くないが「高血圧管理委員会」を中心に調査・総合評価・連絡機能を有している。また、保健婦等のスタッフを比較的手厚く配置して、サービスの計画・実施・評価・調整機能を実質的に一元化できており、職域・学校を含めた広範囲な活動を展開している。

実際のシステムは限られた人員と予算の元で、改良を重ねながら進化する。しかし、それは毎年同じ程度にしか動かないかということ、やはり、変革の好機は存在する。それは、地方自治体にとっては制度の変革や新制度の発足（たとえば介護保険）、補助事業の導入や指定事業の実施（たとえば脳卒中对策事業）等である。しかし、同じ好機に遭遇しながら生かし切れないことの方が多いのが実状である。日常活動の中で問題を収集して情報化できる担当者の資質、有用な情報が生かされる柔軟な行政の運用、総花的でなく要点を押さえた効率的なシステム形成、時間がかかっても住民との対話を欠かさない行政の姿勢などが決定要件として上げられる。

A. 研究目的

昨年に引き続き、健康指標の地域特性の解析と、健康文化のまちづくりに関する政策科学的検討を行う。

B. 対象および方法

本年度は、秋田県南部の地方中核都市（横手市：新規）と農村（増田町：昨年より継続）各

1カ所について検討した。

両自治体の保健・医療・福祉・産業等の数値データを、担当部局から提供していただいた。また、保健福祉計画等により自治体の将来見通しと政策資料を入手した。これらを体系的に整理し、また保健婦等の現場の担当者から課題を聴取した。

C. 横手市の健康福祉政策

1. コミュニティ・プロフィール

1) 概況

横手市は秋田県南東部、奥羽山脈と出羽丘陵の間に広がる横手盆地に位置し、山裾に沿って横手川が南北に流れる。川の西側は平坦地で肥沃な農耕地であり、主として米作を行っている。東側は山間部で、山裾の丘陵地帯は果樹園や自然を取り込んだレクリエーションの場として利用されている。総面積 11,058ha で、可住地面積 745ha (6.7%)、耕地面積は 3,490ha (31.6%) である。盆地特有の気候で、気温の年間格差が大きく、また、県内でも有数の豪雪地帯である (1998 年・平均気温 11.5 度、年間降水量 2,090mm)。毎年 2 月に行われる雪国の風物詩「かまくら」を主とする雪まつりで全国に知られている。JR 奥羽本線と北上線が結節し、国道 13 号線と 107 号線が交差するなど広域交流拠点となっている。また平成 9 年に開通した秋田自動車道 (秋田-北上) は、県南部の交通アクセスを大きく改善した。

2) 人口動態

基本的に減少傾向であるが、1980 年に一時増加傾向に転じた。しかし、地域全体では一貫して減少し続けており、地域中核都市への地域内移動がたまたま多かったものである。高齢化率は 1970 年の 7.6% から 1995 年の 20.3% へ急激に増加した。1997 年の出生率 7.8 は全国 (9.5) および全県 (8.0) より低く、死亡率 9.00 は全国 (7.3) より高く、全県 (9.6) より低い。

3) 産業

典型的な米の単作地帯であったが、減反の進行などで生産高は 1989 年の 14,700 t から 1998 年の 12,600 t まで 14% 減少した。横手・平鹿地域は県内一の果樹地帯だが、輸入果物に押されて経営が厳しく、後継者難で廃園が増加しつつある。農家数は 2,704 戸だが、第 2 種兼業農

家が 1,974 戸 (73.0%) と多数を占め、専業農家はわずか 197 戸 (7.3%) に過ぎず、しかも高齢化が進んでいる。全就業者中第 3 次産業が最大で 63.3% を占め、第 1 次産業は 11.3% である。

4) 保健・医療・福祉

1988 年から 1998 年の 10 年間で、国保の 1 人当たり老人医療費は 24% 増加した。病院数・病床数はほぼ同じだが、医師数・歯科医師数は増加 (医師数で 23.1%)、保健婦数・看護婦数も 50% 増加している。一方一般診療所・准看護婦は減少傾向にある。

寝たきり老人数は、76 人から 261 人と 3.4 倍に増加、独居老人も 409 人から 769 人と 1.9 倍に増加している。1988 年のホームヘルパー数はわずか 8 人のみであったが、1998 年には 18 人となり、2000 年度は介護保険の開始に伴い、JA 等の参入もあって大幅に増加した。

5) 教育

出生数が 1986 年の 450 人から 1996 年の 325 人まで減少 (その後横這い) したことを反映して、児童数が減り続けている。学級数もそれに対応して減少を続けており、1999 年 1 小学校が合併により減少した。

講演、文化施設の整備は着実に進められ来ており、特に県立美術館を核にした「秋田ふるさと村」の誘致が大きい。

2. 健康のまちづくり活動システム

横手市では、過去 10 年間積極的に保健・福祉の体制づくりに取り組み、総合保健福祉センターの設置 (福祉部門は法人委託)、保健スタッフの増員 (保健婦 4 人→9 人) など、急速に充実してきている。保健婦 1 人当たりの住民数は半分以下となり、個人をとらえた対応が可能になった。健康づくりは国民健康保険の事業と合わせて市民生活部が担当している (図 1)。

医療側との意見調整は随時行われているが、年度事業の総合調整のために、「医療懇談会」、「学校医・養護教諭並びに関係機関連絡協議会」が開催されている。

図3は横手市における保健・医療・福祉のネットワークのイメージである。2000年4月の介護保険のスタートに合わせて、特に福祉の部分の業務連携の体制は大きく改変された。介護保険に関連する部門が市福祉事務所に新設され、業務は高齢者対策（高齢ふれあい課）とその他の担当（社会ふくし課）に大別して分担することになった（図2）。ただし、直接の窓口は福祉総合窓口として、1つになっている。介護保険制度のもとでは、個々のケースへのマネジメントは介護支援専門員（ケアマネージャー）に任されるので、自治体の手から離れた（介護保険対象外のケースは社会ふくし課で担当）。このほか、一般高齢者施策も含めて、市内4カ所の在宅介護支援センターが相談窓口となる。原則として中学校区毎に設置される地域型在宅介護支援センターの統括の役目（基幹型在宅介護支援センター）は、市社会福祉協議会に委託されることになった（図4）。これらの管理運営のために、「介護保険運営協議会」、「サービス提供機関連絡会議」、「地域ケア会議」が設置された。

3. 健康のまちづくりプログラム

横手市は1994年3月に「トウモロウよこて2000（横手市第二次新総合計画）」を策定した。次のような項目が掲げられた。

- 1) 魅力ある多彩な産業のまちづくり
- 2) 「にぎわい」とときめきがあふれるまちづくり
- 3) 水と緑の豊かな環境のまちづくり
- 4) 人にやさしいまちづくり
- 5) 克雪・利雪・親雪のまちづくり

- 6) 文化の薫り豊かな生涯学習のまちづくり
- 7) 計画推進のために

第4章の「人にやさしいまちづくり」には、次の項目が掲げられている。

- a) 地域福祉の推進
- b) 住宅対策の推進
- c) 高齢者対策の拡充
- d) 児童・母子（父子）福祉の推進
- e) 障害者福祉の推進
- f) 社会保障の充実
- g) 保健・医療活動の充実
- h) 消費者対策の充実

秋田県は少子・高齢化の進行が早く、しかも県都秋田市よりも地方に行くほどその進行は早い。地方の計画は国策を先取りする形で、先行しながら手探りで進めることになる。この総合計画自体は総花的で、多くのものを盛り込みすぎているため、現実と対比した評価は難しい。前述したように、横手市の保健・福祉の体制はここ10年間に急速に整備が進んでいる。むしろ、現実の施策の進歩に注目すべきであろう。

また、2000年4月には「横手市介護保険事業計画——よこてふれあいプラン21」を策定した。従来の国のゴールドプランに対応した「老人（高齢者）保健福祉計画」を引き継ぐもので、介護保険事業以外の福祉事業やまちづくり地域の高齢者対策を包含して計画されている。このほか、「横手市障害者計画」、「横手市母子保健計画」、「横手市児童育成計画」、「横手市環境基本計画」も策定されている。

4. 健康のまちづくり情報システム

横手市は秋田県では3番目に情報公開条例を制定した（1995年）。会議の議事録や制度に関する協議事項などは、開示請求をすれば公開されるのが基本である。一方、個人情報については「個人情報保護条例」、「介護保険条例」で

収集・保管・廃棄までの手順が厳密に規定され、保護されている。

行政側からの公的な情報提供は、市報や各種のパンフレット、座談会・事業説明会や各種の会議の資料として提供される。意見の集約は各種の会議（座談会、事業説明会、運営協議会、審議会、連絡会議など）でなされる。大部分の運営協議会や審議会には利用者代表・住民代表の形で一般市民が参加している。個々の利用者や住民の意見は現場の担当者から業務連絡・会議などの形で伝えられる。従って、現場の担当者（保健婦など）がもっとも多くの情報を持っていることになる。

2000年4月からスタートした介護保険では、制度の細目が直前まで決まらなかったこともあり、自治体、住民、事業者ともに情報不足のまま立ち上がった。「介護保険運営協議会」は、20人の委員中4人が市民公募で決まった。他は保健・医療・福祉の各団体の代表から構成されている。公募委員の積極的な活動で、当初の予定を超えた展開が見られている。

介護保険制度は、日本の福祉の制度を根本から変えた大きな制度変革であるが、周知徹底はかなり不十分である。横手市の利用者は約1,000人であり、制度の利用の細目は市役所窓口の他、在宅介護支援センター・居宅介護支援事業所および実際のサービスを提供する事業者からなされる。特に、利用の管理を担当する介護支援専門員の働きが大きい。一方、保険料の徴収等40才以上の全員に関わる情報については、地域や団体対象の説明会の他、各種の名目の会合に「出前講座」と称して、担当職員が説明に出向いた。しかし、なお十分な理解が得られたとは言い難く、施行後も説明を続けているほか、2001年度から「介護保険ホットライン」の開設が計画されている。

インターネットのホームページも開設してい

るが、保健・福祉の利用者の多くは、未だアクセスできない。今後は、情報化を進める中で、どこの出先でも共通の情報を入手できることが予想され、自治体の体制づくり次第では、情報提供の質・量の向上が期待される。

5. 健康のまちづくり政策作成システム

D.活動システムの中で述べた各種の組織が、やはり政策作成の主力である。政策課題の設定や法的・予算的な裏付けは行政の担当者に負うことが多い。また、議会の承認が必要なことが多い。従って、どうしても行政主導で物事が進むことになる。

更に、地方自治体は財政基盤が弱いために、自前の計画を実行する財源を十分に持たないことがしばしばある。この場合、国・県の補助事業に頼ることになるが、実施時期・内容等についていろいろな制限条件がある。しかし、各自治体の保健福祉事業を見ていると、積極的なところは（既に住民の状況からやるべきことが見えているために）補助事業を新事業展開の足がかりとして利用している。要は地域の実態を把握して、なにが必要かを理解できるシステムを持つかどうかである。

地域の情報を全体として把握できるのは、国・県・市町村と言った各レベルの自治体であり、政策決定の責任を負っている。また、しばしば縦割りになってしまう行政システムの総合調整をして、住民に不利益にならないように働くことも、行政の責任である。地域で展開される種々のサービスの担当者は、利用者からの情報を収集して次の施策に反映させることも業務の一部である。

しかし、現実には外部の意見、利用者や地域住民の意見を聞く仕組みが必要であり、各種の委員会・審議会・運営協議会・連絡会議等が必要になる。

多くの委員会等には利用者の代表が参加するが、人選は自治体の担当部局に任されることが多かった。横手市では介護保険の策定委員会と運営協議会で公募委員を導入した。自分の意見をつけて申し込み、担当部局で選任する形であるが、各団体や専門的な立場にとらわれずに発言できる委員の存在は会議の重要な要素で、今後の効果が期待される。

6. 健康のまちづくり住民参加システム

横手市の行政当局は、いろいろな方法で住民の意思の確認と施策への理解を深めてもらうための努力をしている。一般的な方法としては、市報や各種文書の配布とか住民説明会・座談会等の会合である。文書は必ずしも読まれる保証が無く、会合は出席者が少ないと言われる。この点は、行政担当者の不断の努力にかかっている。

また、各種の委員会・審議会・運営協議会は公的な意見の集約システムであるが、従来は年1回関連団体の代表の意見を聞くスタイルが多かった。公募の一般市民が活発に活動している介護保険運営協議会の今後の活動が注目される。

組織的に、住民の自主的なグループの意見を聞いたり、活動を施策に組み込んだりする動きは文化活動・スポーツや伝統行事の面では伝統的であるが、保健・福祉の分野では比較的小さい。横手市には「介護協会」などのボランティアグループがあって、在宅・施設での活動を続けて来た。介護保険の施行に伴い、一部の利用者は公的サービスの利用に移行し、ボランティアの一部もその仕組みに移っている。

7. 住民のまちづくりエンパワーメント

横手市は、民間も含めた人材育成のため、1992年から海外研修旅行を開始した。最初、「福祉」

と「まちづくり」の2班を編成していたが、後に一本化し、現在は中断している。この時に参加したメンバーが、現在介護保険の運営に参加して経験を役立てている。

生涯学習のまちづくりは、横手市が力を入れている施策の一つである。教育委員会の事業として社会教育の一環であり、公民館活動と連携して運営されている。特徴は、「出前講座」と称して、市役所の全部門から求めがあればどこへでも（日程の調整は必要）出かけて事業の説明をしていることと、公民館や他の公共施設毎に非常に多くのメニューを用意していることである。年に一度「生涯学習フェスティバル」、「市民芸術文化祭」等の全体行事が開催されている。

また、雄物川流域地方拠点都市地域整備推進協議会、北東北地域連携軸構想推進協議会などの広域連携や福祉自治体ネットワークへの参加、厚木市（神奈川県）、増毛町（北海道）、茂木町（茨城県）、富士宮市（静岡県）などとの交流を通じて他地域との情報交換、人材育成をはかっている。

8. 健康のまちづくり総合評価

横手市は、この10年間国の政策を受けつつ、さまざまな計画を打ち出して、活動を展開してきた。市役所内で提供していただいた数多くの資料は、普段は一部の業務（保健・医療・福祉・教育など）でしか関わることのない者にとっては、発見の連続であった。

しかし、このような種々の計画がそのまま実現するのではないことも現実である。計画のほとんどは全部又は部分的に実行されているが、それが広く市民の間に伝わっているとは限らない。一方で先進的な計画を立てながら、一方で時間をかけて広く市民の知るものとして行かなければならない。しばしば、計画の周知徹底

が済む前に次の計画年度が迫ってくることになる。

横手市は情報伝達に積極的で、各部門からの出前講座、情報公開条例など、情報提供の姿勢は評価に値する。しかし、行政側で努力しても、工夫して書いた市報やパンフレットが読まれないうことも多く、懇談会や説明会への出席もしばしば少数となる。

しかし、既にそのことは横手市の計画には織り込まれている。A-8の「サービス提供システム」の中で触れているように、行政と市民の間に情報が共有されなければならない。近年作られたいくつかの計画は、予算付きの国策実行の請負機関から「市民本位の行政」へ変わっていく可能性を伺わせるものである。

D. 増田町の健康福祉政策

1. コミュニティ・プロフィール

1)概況

増田町は横手市の南東に位置し、奥羽山脈の西麓に深く入り込んだ南北に細長い町で、総面積 74.21 平方キロメートルのおよそ 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帯で、昭和 46 年に特別豪雪地帯の指定を受けている。町内を流れる 2 本の水系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。扇状地は肥沃な水田が開けて町の中心地となり、これに続く山麓一帯は百余年の歴史を誇る県内屈指のりんご生産団地となっている。

町の中心地から日常的経済圏の核となる横手市までは 15km で、一般的な交通手段である路線バスで約 50 分、自家用車により約 30 分でそれぞれ連絡し、社会的・経済的な結びつきが強い。

2)人口動態

人口は 1965 年の 12,026 人から減少の一途をたどっており、1995 年には 9,516 人で、30 年間で 2,510 人 (20.9 %) の減少となっている。高齢化率は 1985 年の 15.3 %から 1995 年の 23.4 %まで、10 年間で約 8 %上昇した。2000 年には 27.8 %に達している。中でも、介護の必要度が高くなる 75 歳以上の後期高齢者人口は、1985 年の 577 人 (5.7 %) から 1995 年 877 人 (9.2 %)、2000 年 1,077 人 (11.9 %) と 15 年で倍増した。

1995 年の出生率は 8.4 と横手市や全県より高いが、1997 年は 6.8 で年によりばらついている。死亡率 10.5 は全県よりも高い。

3)産業

横手市を 1 とすると、人口で 23.0 %、農家数で 40.2 %であるが、人口に対する農業就業者の比率は 178.9 %、すなわち約 1.8 倍となる。農村的性格のより強い地域である。平地が少なく、米の収穫量は横手市の 30.2 %に過ぎないが、夏に暑い気候と奥羽山脈の西側斜面の日照、明治以来の伝統の技術を背景に、リンゴを中心とした果樹の生産量は横手市の 86.4 %に達する。

4)保健・医療・福祉

1988 年から 1998 年の 10 年間で、国保の 1 人当たり老人医療費は一般・歯科が 43.4 %増加したのに対して、入院が 17.9 %減少した。病院は無く、一般診療所は内科が 2 カ所に当院から週 1 回の耳鼻科出張診療、他は歯科である。入院病床は近隣の市・町のものを利用している。医師数は変動無く事実上不足、歯科医師数は 8 人から 5 人に減少した。保健婦数は 3 人から 4 人に増強されたが、看護婦 3 人、准看護婦 2 人は変わらず、手薄な状態が続いている。

寝たきり老人数は、32 人から 64 人と 2 倍に増加、独居老人は 110 人から 164 人と 1.5 倍に

増加している。1988年のホームヘルパー数は4人であったが、1998年には6人となった。

3大成人病のSMRは、1998年を示した。この年、女性の脳血管疾患は216.8と高い値を示したが、1997年86.7、1996年64.4と高くない。

5)教育

児童数の減少は著しくこの10年間に小学校で39.2%(796人→484人)、中学校で28.0%(454人→327人)の減少があった。複式学級化が進行する見通しのため、町内4小学校を1小学校に統合する計画が決定されている。

文化面では、増田町ふれあいプラザ(まんが美術館、図書館、郷土資料館などの複合施設)が設置されて郷土出身の漫画家矢口高雄氏が参加して多彩な企画が実現しているのが注目される。

2. 健康のまちづくり活動システム

増田町の保健・福祉の運営体制は役場の福祉保健課が実務を担当している。人口9024人(2000年)に対して、保健婦4人、栄養士1人を配置しており、保健婦1人当たり人口2300人と手厚い配置となっている。健康づくりに関する町内の総合的な意見集約は、「健康づくり推進協議会」で行う。国民健康保険の関連事業に関しては、「国保運営協議会」、介護保険の運営に関しては「介護保険運営協議会」で検討する体制が取られている。

増田町の健康づくり体制に特徴的なものは、「高血圧管理委員会」である。昭和61年度に県の指定事業として高血圧管理委員会を発足させて以来15年間、脳卒中予防活動を組織的に推進して来た。図6は委員会の組織図で、町長を委員長に地元医療機関や関係団体、保健所、秋田県立脳血管研究センターおよび保健所・地元医療機関・平鹿病院を含む16人に、役場内

の担当部門のスタッフ10人を加えた委員構成となっている。30才以上の全町民の血圧の把握につとめており、基本健診受診者のほか、基本健診対象外の30代の者、勤務者、歩行困難者及び健診の未受診者も含んでいる。昭和62年より治療放置例の訪問指導を開始した。発足時より脳卒中発症・死亡者の悉皆調査を実施しており、年令・病型・受診歴等詳しいデータを集積してきている。平行して、平成元年より小児・若年者の生活習慣病予防活動を順次追加し、ほぼ全世代にわたる対策を展開している。

3. 健康のまちづくりプログラム

2000年に策定された「増田町親老人総合福祉計画及び介護保険事業計画」は、老人保健事業の健康づくりのための諸施策や運動・スポーツを通じた健康づくりまで包含した広範なものになっている。比較的小さな規模の自治体では、いくつもの計画を独立して進行させるより、少数の総合的な計画の中で具体策まで一覧する方が合理的であり、かつ調整が容易であろう。実務の進行上も、保健婦等の担当者が保健にも福祉にも社会教育にも関わらざるを得ない状況となっていることが多い。

このほか、教育委員会は1999年度に「社会教育行政中期計画」を策定しており、乳幼児期から高齢期までの社会教育の計画を策定している。

4. 健康のまちづくり情報システム

公的な情報提供と意見の集約の仕組みは、基本的には他の自治体と変わらない。ただし、増田町では保健福祉推進員(全町から100名)と行政協力員(51名)が町の行政に協力するだけでなく、地域のいろいろな反応を寄せてくれて、双方向の情報伝達を行い、実質的にモニター機能を果たしている。また、前述したよう

に、保健婦が比較的手厚く配置されており、住民情報が比較的詳細に把握されてきている。このため、保健・福祉の両面において情報の統合が自然になされてきた。

特に、「高血圧管理委員会」の活動の中で、高血圧等の生活習慣病のリスク情報、発症・死亡・在宅療養の情報が、個人単位で毎年集約されるので、保健・医療・福祉の情報のデータベースを持って活動していることになる。各種のサービスの提供の実務も担当する保健婦は、個々の利用者の情報を把握できる窓口でもある。保健婦等の実務スタッフを手厚く配置することが、実はむしろ効率的な組織づくりであるといえるかもしれない。

5. 健康のまちづくり政策作成システム

増田町では、健康政策の決定に関わる委員会等のシステムは「健康づくり推進協議会」、「高血圧管理委員会」、「国保運営協議会」である。前述したように、高血圧管理委員会は循環器疾患を中心とした保健・医療・福祉の情報を持っているため、政策決定の方向付けに重要な役割を担っている。特に、従来の地域保健、職場保健、学校保健の枠組みを超えて、全体的な状況把握が可能な体制が作られていることが特徴である。そして、近隣の他地域と比較してみると、人材の配置に比較的恵まれている。保健婦を中心とした担当部局の積極的な活動が、高血圧管理委員会の活動を実効あるものになっている。

6. 健康のまちづくり住民参加システム

福祉の分野では介護支援グループ「たんぼぼ会」が福祉施設でのボランティア活動を続けている。健康づくりや介護予防などの面では、公民館活動・老人クラブなどの地域の活動が主体となる。少子化と相まって、小学校の統合（1町1小学校）が決定された。従来小学校単位で

行われていた地域活動を、公民館単位で再編する必要があり、住民主体の活動の展開が期待される。

7. 健康のまちづくりエンパワーメント

食生活改善推進員、保健福祉推進員において、これらのメンバーの研修会がある。地区栄養講習会、栄養大学があるほか、中学校、老人クラブ、婦人会等いろいろな場面で健康教育の機会を設けている。

他地域との交流は、三宅島中学生、世田谷区との都市農村交流（以上東京都）、中国南陽市との交流がある。地域内では郡全体（広域圏）で行うイデハのくにつくり事業（観光交流事業）、平鹿郡健康推進大会がある。

役場職員、施設職員等の研修は職務に応じて参加している。

8. 健康のまちづくりサービス総合評価

増田町は、横手市のようないろいろな政策決定システムや計画を持たない。しかし、小規模自治体として機能するための特徴的な機能を有する。

1) 保健福祉推進員（全町から100名）と行政協力員（51名）が町の行政に協力するだけでなく、地域のいろいろな反応を寄せてくれて、双方向の情報伝達を行い、実質的にモニター機能を果たしている。

2) 保健婦が比較的手厚く配置されており、住民情報が比較的詳細に把握されてきている。このため、保健・福祉の両面において情報の統合が自然になされてきた。

3) 高血圧管理委員会は、発足時より脳卒中発症・死亡者・在宅療養者の悉皆調査を実施しており、年令・病型・受診歴等詳しいデータを集積してきている。循環器疾患を中心とした保健・医療・福祉の情報を持っているため、政策決

定の方向付けに重要な役割を担っている。特に、従来の地域保健、職場保健、学校保健の枠組みを超えて、全体的な状況把握が可能な体制が作られていることが特徴である。

E. 増田町高血圧管理委員会活動とその成果

1) 活動内容

1985年発足以来30才以上の全町民の血圧の把握につとめており、基本健診受診者のほか、基本健診対象外の30代の者、勤務者、歩行困難者及び健診の未受診者も含んでいる。昭和62年より治療放置例の訪問指導を開始した。発足時より脳卒中発症・死亡者の悉皆調査を実施しており、年齢・病型・受診歴等詳しいデータを集積してきている。平行して平成元年より小児・若年者の生活習慣病予防活動を順次追加して、ほぼ全世代にわたる対策を展開して来た。

2) 血圧の把握率(図1)

30才以上の町民の90%以上で年々上昇していたが、1999年度は対象の見直しの結果いったん低下した。勤務者のみ83.6%と低いが、他の対象者すなわち歩行困難者、30代の者、及び健診の未受診者の血圧と治療状況については100%把握し、未治療者への個別指導を行っている。はじめは血圧の把握率の上昇に伴い、治療中断者・放置者は増加していたが、平成2年度より減少に転じ、ここ4年ほどは30人弱まで減少した(図2)。

対象	対象数	把握数	把握率
基本健診対象	2397	2397	100.0
歩行困難者	60	60	100.0
勤務者	1497	1251	83.6
30代	314	314	100.0
未受診者	157	157	100.0
計	4425	4179	94.4

3) 高血圧者の比率

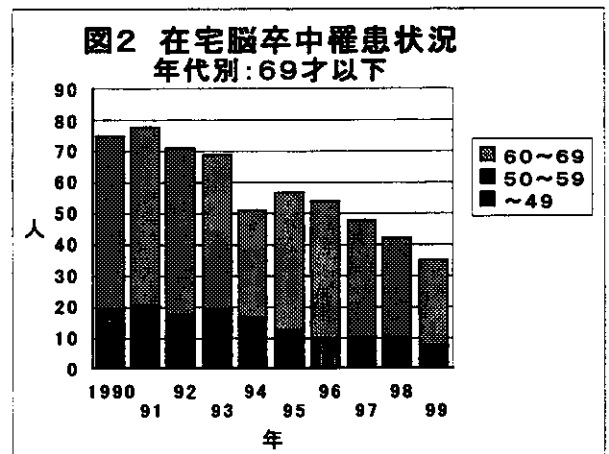
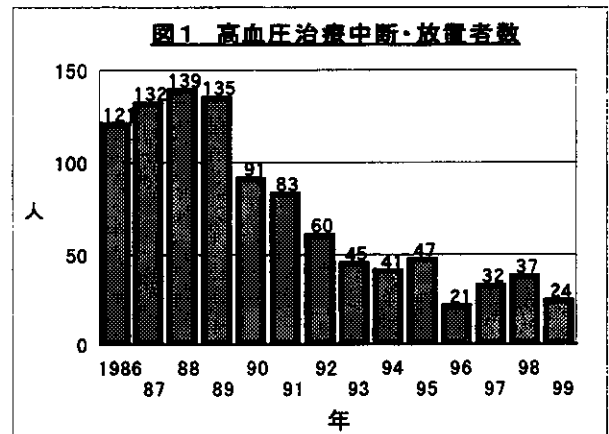
1985年と1998年の基本健診の高血圧者の比率の比較では、50代以降の高血圧比率は約3分の1となったが、40代では37%の減少にとどまり、30代では減少していない。

4) 脳卒中年齢調整死亡率

年齢調整死亡率は1989~90年まで減少を続け全国を下回った後、漸増傾向にある。後半の漸増傾向は、年齢で調整しきれない高齢者の死亡数の増加を反映している。

5) 脳卒中発症状況

脳卒中発症状況も同様に推移している。1991年まで一気に減少した後増減を繰り返し、1997年以降は70代以上の増加のため、総数では増加傾向にある。



6) 脳卒中在宅罹患患者数

総数では、1990年以降94年までは減少を続けて来たが、以後横這いとなった。年代別に見ると、70代以上の増加が明らかで、69才以下の数は減少傾向である。69才以下の在宅脳卒中罹患患者数のみを見ると、1990年の75名から11年の35名まで10年間でほぼ半減している。

F. 考察

秋田県は1999年現在の高齢化率22.7%で、島根、高知に次いで全国で3番目に高い。出生率は7.7人で全国一低いため、将来は全国一の高齢県となると予想されている。高齢化率は横手市で高齢化率23.5%、増田町では27.2%となり、増田町は厚生省の将来予測(全国)より約25年早いことになる。合計特殊出生率は1998年で全国1.38、秋田県1.48に対して、横手市平鹿郡全体で1.64と高く(横手健康福祉センター調べ)、出生率の低下の原因は出産年齢の若者が少ないことなのである。

経済面では農業の地盤沈下が著しく、米の生産調整、価格の低下、果物の輸入の打撃、高齢化、後継者不足から耕作放棄、離農が増えている。しかし、一方では意欲的に農業に取り組む若者や、兼業でつなぎながら専農復帰を伺う農業者も少なくない。戦後の一時期は農林業と鉱業で豊かであった秋田県は、現在交通アクセスの悪さや教育機関の不足などのために厳しい状況にある。

秋田県は1997年の死亡率が癌・脳血管疾患・自殺で全国1位となっており、対策が急がれている。今回の対象となった横手市と増田町はコミュニティプロフィールに示すように脳血管疾患のSMRが高く、悪性新生物・心疾患は増田の男性で低かった。依然として、高血圧・脳卒中・癌対策を中心に保健諸施策を組みあげていくことが第1の課題である。

秋田県は集団健診の受診率が全国に比べて高く、その割には寿命の改善がみられないと言われていたが、戦後の寿命の伸び率ではトップクラスと言う成績が報告されている。増田町は1988年以降当院の健診センターで基本健診を受託し、共同作業で事後指導等を進めてきた。基本健診の受診者は約2,397人で、受診率95.7%、住民全体に対するカバー率も26.2%と高い。また、高血圧管理委員会で脳卒中を中心とした循環器疾患対策、小児生活習慣病対策などの取り組みも行ってきた。在宅療養者、職場健診受診者を含めて住民約4,200人の血圧を把握している(カバー率45.7%)。高血圧放置者の個別訪問による治療導入などの対策を続けた結果、中年世代の脳卒中発症が大きく減少した。その結果、69才未満の在宅脳卒中療養者は半分以下となった。現在は、学童と青年期(10~30代)へのアプローチも試みており、生涯保健の組み立てが課題となっている。

横手市は、地域の中心都市であり、第3次産業の従事者が63.3%を占める。基本健診の受診率は73.0%だが、カバー率は14.7%にとどまる。人口が多い地区ほど住民全体を把握することが難しく、秋田市では受診率20.4%、カバー率3.6%に過ぎない。

横手市は、過去10年間積極的に保健・福祉の体制づくりに取り組み、保健婦1人当たりの住民数は半分以下となり、個人をとらえた対応が可能になって来た。平行して、第2次親総合計画、児童育成計画、母子保健計画、介護保険事業計画・高齢者福祉計画、環境基本計画など、各種の計画が提案されており、また委員会等も整備されている。生涯教育(社会教育)分野のメニューも豊富で、人材の豊富なことが推察される。一方、豊富なメニューの一部は利用者が限定され、相互の連絡を欠く可能性もあり、調整にあたる行政側の負担も大きいものと思われる。

る。

「住民主体」を掲げるのは、多くの自治体で共通しているが、長期にわたり継続して成果を上げるには非常に大きい困難が伴う。行政の専門家が専権で進行するのと比較すれば、意見の集約や法的・財源的制限条件のクリアに手間と時間がかかり過ぎ、効率的でないからである。

一方、政策の質を問題にすれば、住民の意思に沿ったものであるか、住民の理解が得られているかが課題である。専門家が主体で政策決定する場合は、その点が問題になる。行政の担当者には、常に住民の意思を確認し、いろいろな施策を説明して理解を得る責任がある。しかし、しばしば省略される点でもある。

横手市では情報公開に努めており、各部門からの出前講座、情報公開条例など、情報提供の姿勢は評価に値する。しかし、行政側で努力しても、情報の流れが一方的であれば、受け手は関心を持続させることが困難である。市民からの発言、働きかけを受け止める体制が必要である。

既にそのことは横手市の計画には織り込まれている。A-8の「サービス提供システム」の中で触れているように、行政と市民の間に情報が共有されなければならず、聞く耳を持たなければ市民の声は聞こえてこない。近年作られたいくつかの計画は、国策の請負機関から「市民本位の行政」へ変わって行く産みの苦しみの時期であると考えられる。

G. まとめ

1. 今年度は研究対象を地域中核都市(横手市)と農村(増田町)の2地域とし、比較検討した。
2. 横手市では各種の委員会等の設置は必要に応じて実行され、相互の連絡システムや情報公開システムも整備されて来た。ボランティア活動の育成や調査・総合評価の機能は今後の課題だが、行政の姿勢から前進が期待される。

3. 増田町では、システムは多くないが「高血圧管理委員会」を中心に調査・総合評価・連絡機能を有している。また、保健婦等のスタッフを比較的手厚く配置して、サービスの計画・実施・評価・調整機能を実質的に一元化できており、職域・学校を含めた広範囲な活動を展開している。

4. 実際のシステムは限られた人員と予算の元で、改良を重ねながら進化する。変革の好機は地方自治体にとっては制度の変革や新制度の発足(たとえば介護保険)、補助事業の導入や指定事業の実施(たとえば脳卒中对策事業)等である。

4. 日常活動の中で問題を収集して情報化できる担当者の資質、有用な情報が生かされる柔軟な行政の運用、総花的でなく要点を押さえた効率的なシステム形成、時間がかかっても住民との対話を欠かさない行政の姿勢などが決定要件として上げられる。

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) 日本循環器管理研究協議会：脳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。
- 5) 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、共済エグザミナー通信、3、1-19、1998。

- 6)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.
- 7)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.
- 8)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.
- 9)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.
- 10)Hayashi M,Ogiwara T,Watanabe H,et al;Dietary guidance for children in agricultural communities of Japan and its results,AJRM,43,1-4,1997.
- 11)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
- 12)林 雅人：農村からみた虚血性心疾患への視点、Cardiologist,4,80-81,1999.
- 13)林 雅人：住民健診からみた21世紀へのメッセージー循環器疾患を中心にー 山形医師会雑誌 18(2)30-39、1999.
- 14)塩飽邦憲：出雲市におけるヘルスケア政策確立のための参加行動型研究、日本公衛誌、44、464-473、1997.
- 15)伊津野孝：正常値血圧の職域健康管理上の意義、日本公衛誌、43、3-8、1996.
- 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ー食習慣を中心にー、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ー第一報 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ー 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ー第1報 健診内容・受診状況および事後指導ー、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ー第2報 ライフスタイルとの関連ー、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ー血清脂質の意義ー、日農医誌、48、452、1999.
- 9)佐々木恵子：ー農村の高血圧管理活動ー高血圧管理委員会の活動と全町的対策の効果ー、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ー第2報 血圧及び治療状況の解析ー、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ー第3報 死因との関連ー、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

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ー生活習慣を中心にー、日農医誌、44、433、1995.

臨床疫学的研究 一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一、秋田県農村医学会第 92 回学術大会、2000、1 月

13) 桐原優子ほか：運動週間が健康指標に及ぼす影響の検討、秋田県農村医学会第 93 回学術大会、2000、7 月

14) 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 一死因との関連一、日農医誌、49、316、2000。

15) 荻原 忠ほか：生活習慣病関連の新基準と健診受診者のリスクの重積、日農医、49、318、2000。

16) 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一年代別に見た食品摂取状況と健診成績関連性について一、日農医誌、49、410、2000。

17) 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（第 2 報一検診結果と食品摂取状況の関連性について）、秋田県農村医学会第 94 回学術大会、2001、2 月

18) 荻原 忠ほか：生活習慣病関連の新基準と健診受診者のリスクの重積（第 2 報一経年変化及び若年者の評価）、秋田県農村医学会第 94 回学術大会、2001、2 月

19) 今野谷美名子ほか：当院における生活習慣病の発生状況について一平成 2 年から平成 11 年までの推移一、秋田県農村医学会第 94 回学術大会、2001、2 月

20) 桐原優子ほか：成人における生活習慣からみた生存率の検討、秋田県農村医学会第 94 回学術大会、2001、2 月

21) 林 雅人：農村からみた虚血性心疾患への視点、岩手公衆衛生学会 特別講演、2000、2 月、盛岡

22) 荻原 忠ほか：秋田県一農村における脳卒中の定点観測（第 1 報一高血圧管理委員会の活動）、第 11 回日本老年医学会東北地方会、2000、10 月

A-1 横手市コミュニティ・プロフィール調査用紙

1. 地域類型 農村、漁村、農漁村、山村、都市近郊農村、○地方中核都市、大都市

2. コミュニティ指標

1) 土地 総面積 (11,058) ha 可住地面積 (745) ha

2) 人口

国勢調査

		1995年	1992年	1985年	1980年	1975年	1970年	1965年
総数		41,462	42,294	43,266	43,773	43,030	43,363	44,331
男		19,833	20,312	20,728	21,037	20,522	20,548	21,143
女		21,629	21,982	22,538	22,736	22,508	22,815	23,188
年齢区分別								
男	0-14歳	3,479	4,063	4,545	4,740	4,821	5,204	6,215
	15-64歳	12,918	13,456	13,717	14,210	13,096	13,945	13,808
	65-74歳	2,222	1,829	1,630	1,461	1,927	1,089	913
	75歳以上	1,214	964	836	626	678	310	207
女	0-14歳	3,070	3,578	4,155	4,420	4,578	5,016	5,915
	15-64歳	13,580	14,321	15,075	15,366	14,518	15,894	15,742
	65-74歳	3,003	2,474	2,069	1,856	2,118	1,350	1,106
	75歳以上	1,976	1,609	1,239	1,094	1,294	555	425
年少人口指数		24.7	27.5	30.2	31.0	34.0	34.3	41.0
老年人口指数		31.8	24.8	20.1	17.0	21.8	11.1	9.0
従属人口指数		56.5	52.3	50.3	48.0	55.8	45.3	50.0
老年化指数		128.5	90.0	66.4	55.0	64.0	32.3	21.9

出生率(人口千対、1997年) (7.8)

死亡率(人口千対、1997年) (9.00)

昼間人口 (48,896) 人

産業別15歳以上就業者数 20620

第1次 (2,326) 人

第2次 (5,224) 人

第3次 (13,060) 人

分類不能 (10) 人

世帯数

一般世帯 (13,053) 世帯

1一般世帯当たり人員数 (3.14) 人

3) 財政(2000年)

普通会計歳出決算額総額 (16,990,000) 千円

うち民生費 (2,920,400) 千円

うち衛生費 (1,717,400) 千円

財政力指数 (0.216)

4) 農業、漁業(1995年)

農家数総数 (2,704) 戸

専業 7.3% (197) 戸

第1種兼業 19.7% (533) 戸

第2種兼業 73.0% (1,974) 戸

農家人口 (13,277) 人

農業就業者 (3,620) 人

基幹的農業従事者数 (2,919) 人

		1,995 年
耕地面積総面積	(5,783) ha	
田	(3,158) ha	
畑	(151) ha	
樹園地	(540) ha	
採草・放牧地	(0) ha	
林野面積	(2,717) ha	
漁業就業者数	(5) 人	

農家一戸当たり生産農業所得 (1,080) 千円
年農業総収入額÷個数

5)工業(従業者4人以上)	1,995 年
製造業従業者別事業所総数(161) 事業所
4-9	(91) 事業所
10-19	(35) 事業所
20-29	(16) 事業所
30-99	以上一括 (19) 事業所
100-299	() 事業所
300以上	() 事業所

製造業従業者数 (4,275) 人
製造品出荷額 (724) 百万円
付加価値額 (259) 百万円

6)住宅(1995年 国調)

住宅の所有別普通世帯数総数(12,529) (129.7) m² 借
うち持ち家 (9,941) 世帯 1人当たり延べ面積 (40.4) m²

7)運輸、通信 一般旅券申請件:(1,552) 件

8)保健・医療・福祉・社会福祉

国民健康保険1人当たり費用額	1998 年	1988 年
一般 一般・歯科	(364,836) 円	(806,242) 円
入院	111.7% (287,613) 円	(257,451) 円
老人 一般・歯科	123.3% (246,496) 円	(199,851) 円
入院	124.0% (267,043) 円	(215,381) 円
病院数	100.0% (3)	(3)
一般診療所数	74.5% (41)	(55)
病床数	103.9% (1,336)	(1,286)
医師数	123.1% (128) 人	(104) 人
歯科医師数	126.1% (29) 人	(23) 人
保健婦数	150.0% (24) 人	(16) 人
看護婦数	149.7% (515) 人	(344) 人
准看護婦数	78.5% (186) 人	(237) 人
寝たきり老人数 (65歳以上)	343.4% (261) 人	(76) 人
独居老人数 (65歳以上)	188.0% (769) 人	(409) 人
身体障害者数	112.8% (1,494) 人	(1,325) 人
生活保護延べ人員	53.6% (225) 人	(420) 人
ホームヘルパー数	225.0% (18) 人	(8) 人

年度別死因順位

年	第1位	第2位	第3位
1996	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患
1997	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患
1998	悪性新生物	脳血管疾患	心疾患

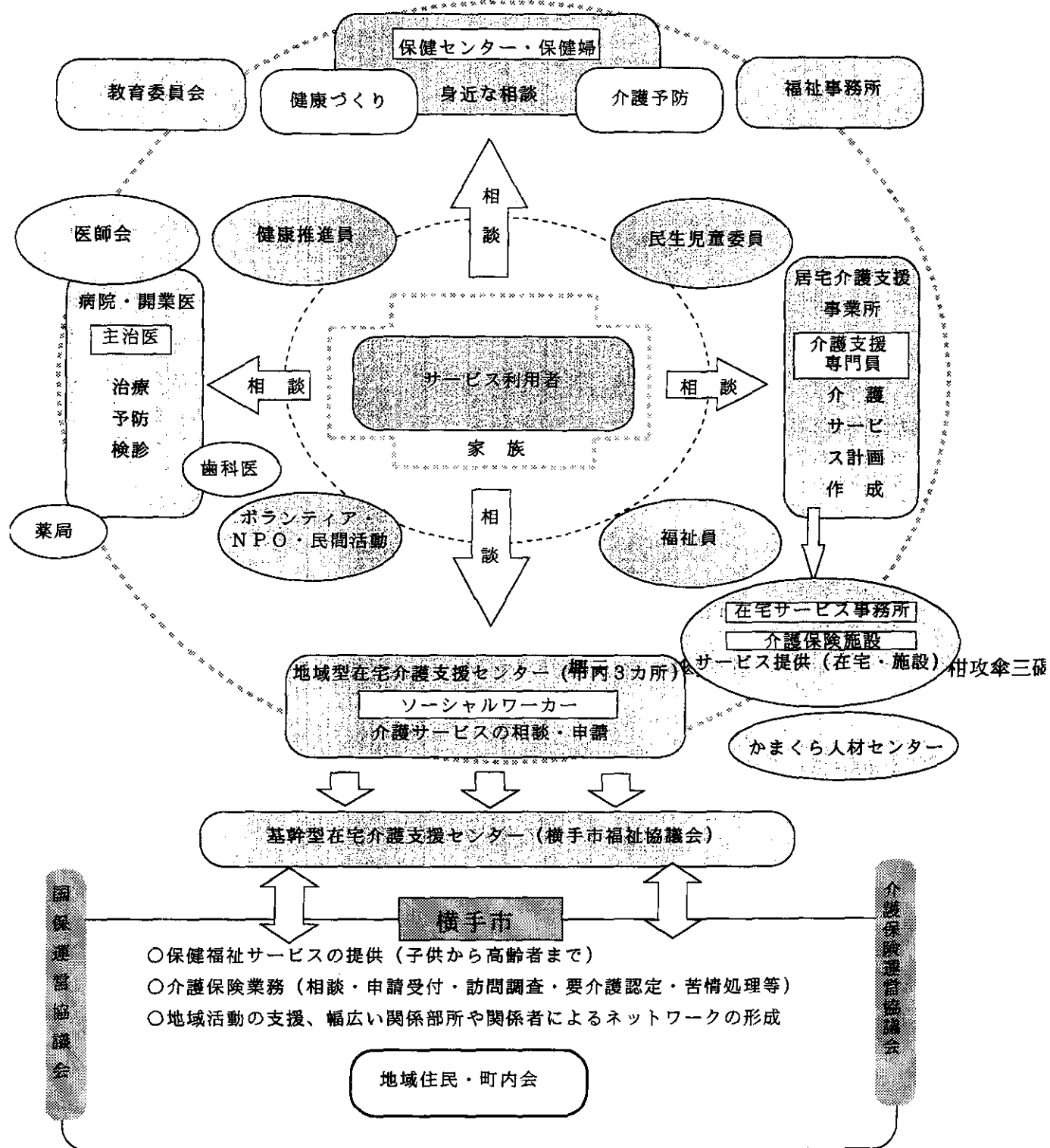
標準化死亡比 1998年

疾患性	秋田	横手
悪性新生物 男	105.0	101.9
" 女	98.0	94.4
脳血管疾患 男	133.4	128.2
" 女	133.4	125.6
心疾患 男	94.0	102.9
" 女	98.4	71.6

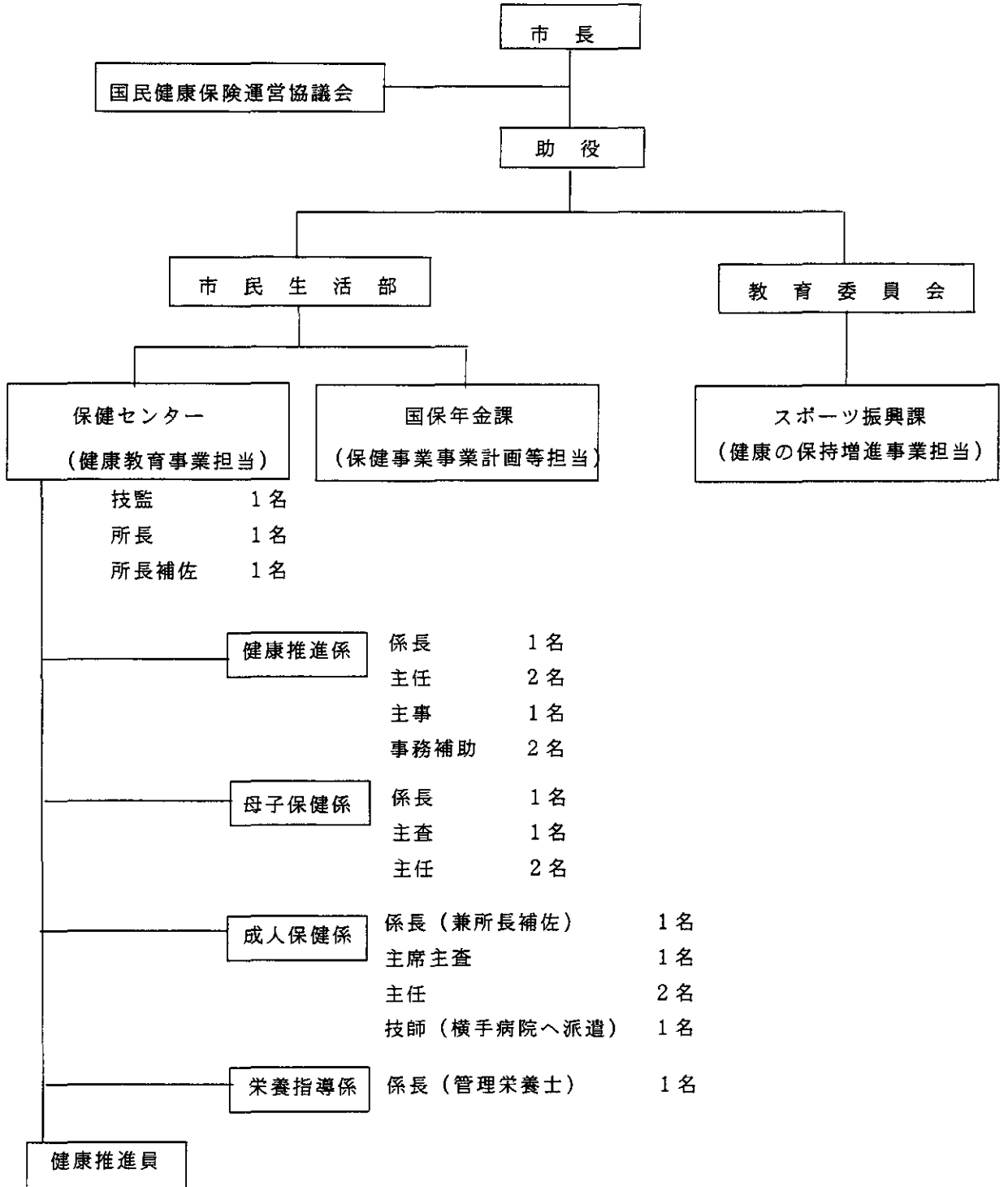
9)教育	2000 年
小学生数	(2,039) 人
公民館箇所数	(7) 箇所

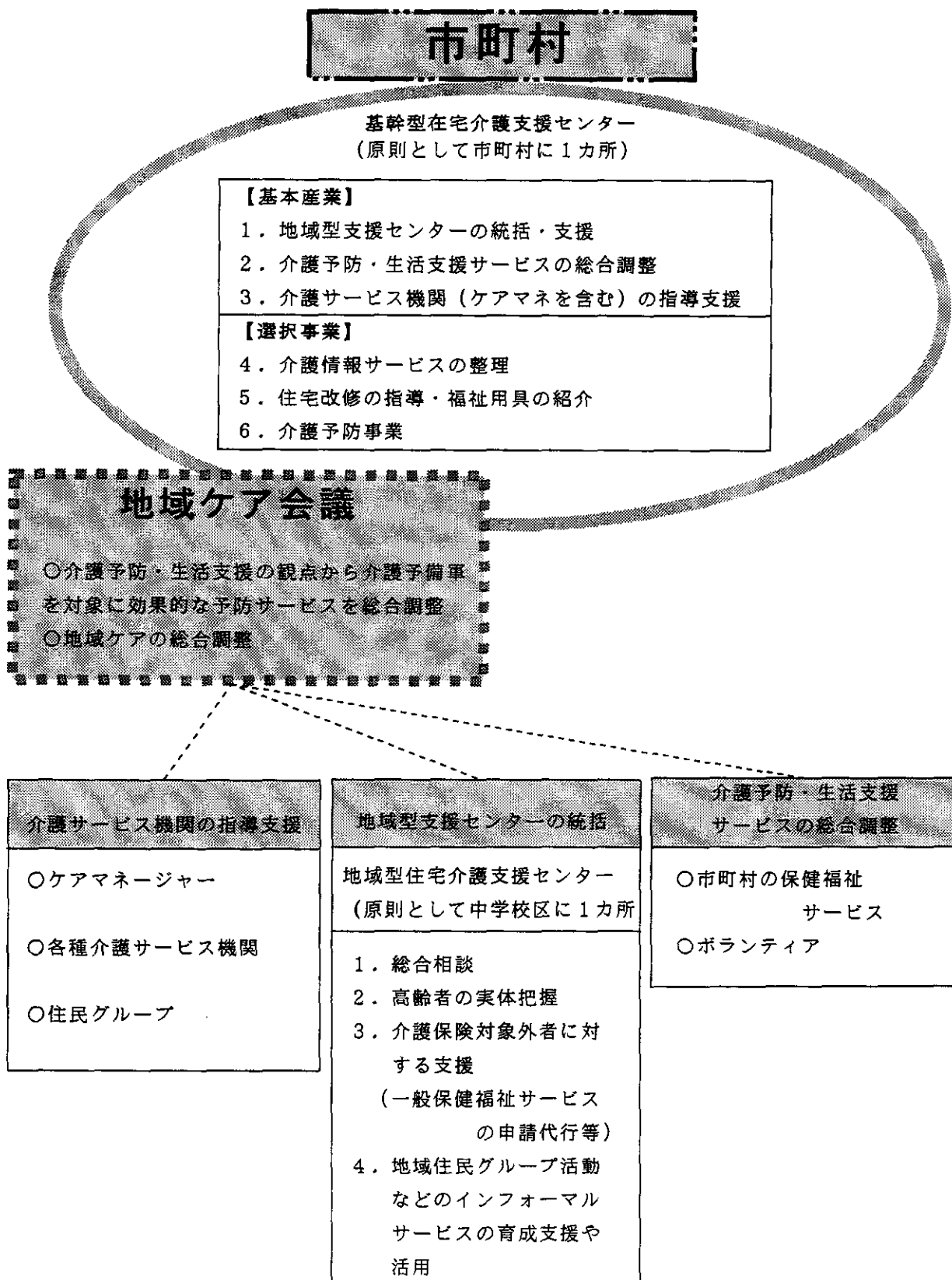
中学生数 (1353) 人
図書館箇所数(図書室はある) (1) 箇所

A-2-1 横手市の健康のまちづくり活動システム



A-2-2 横手市の健康づくり—市役所内の関連機関





A-3 横手市の健康のまちづくりプログラム

1. トウモロウよこて2000 (横手市第二次新総合計画：後期計画) (1994年3月～)

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| 1) 魅力ある多彩な産業のまちづくり | — a) 地域福祉の推進 |
| 2) 「にぎわい」とときめきがあふれるまちづくり | — b) 住宅対策の推進 |
| 3) 水と緑の豊かな環境のまちづくり | — c) 高齢者対策の拡充 |
| 4) 人にやさしいまちづくり | — d) 児童・母子(父子)福祉の推進 |
| 5) 克雪・利雪・親雪のまちづくり | — e) 障害者福祉の推進 |
| 6) 文化の薫り豊かな生涯学習のまちづくり | — f) 社会保障の充実 |
| 7) 計画推進のために | — g) 保健・医療活動の充実 |
| | — h) 消費者対策の充実 |

2. 横手市障害者計画 (1997年から2006年)

- | | |
|---------------------|-------------|
| 1) 共に生活する地域体制の確立 | 2) 社会的自立の促進 |
| 3) 無障壁化(バリアフリー化)の促進 | 4) 生活の質の向上 |
| 5) 安全な暮らしの確保 | 6) 心の障壁の除去 |
| 7) リハビリテーションの総合的推進 | 8) 計画の推進体制 |

3. よこてふれあいプラン21 (横手市介護保険事業計画・高齢者福祉計画) (2000年～2004年)

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| 1) 保健・医療・福祉の連携 | 2) 介護サービスの基盤整備 |
| 3) 地域ケア体制の構築 | 4) 介護予防の推進 |
| 5) 痴呆性高齢者対策の推進 | 6) 地域福祉活動及び福祉ボランティア等の活動支援 |
| 7) 高齢者の自立・共存・個性化 | 8) 高齢者による文化づくり |
| 9) 高齢者の住みよいまちづくり | 10) 一人暮らし高齢者への対策 |
| 11) サービス利用を容易にする方策 | |

4. 横手市母子保健計画 (1997年～)

- | | |
|------------------|----------------|
| 1) 子育てにやさしい環境づくり | 2) 男女、世代間の共生 |
| 3) 子育てを支える地域づくり | 4) 心豊かな子どもに育てる |

5. 横手市児童育成計画 (1996年～)

a. サービスの提供体制の確保

- | | |
|--|--|
| 1) 緊急保育対策5カ年事業
通常保育, 特別保育, 放課後児童クラブ
乳幼児健康支援サービス
地域子育て支援センター | 2) 健全育成
教育との連携, 高齢者との交流 |
| | 3) サービス利用を容易にするための方策
相談窓口の充実, 手続きの簡素化 |

b. 人材の確保

c. 関係組織の連携

d. 地域の組織との連携

6. 横手市環境基本計画 (2000年～)

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| 1) のびのび快適な生活環境の創出 | 2) 「山と川のある町」の豊かな自然の保全 |
| 3) 未来の市民・人類へのやさしい環境づくり | 4) みんなで考え, みんなで行動 |