

# 別表 コミュニティ・プロフィール調査用紙

長野県東筑摩郡朝日村

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、大都会

2.コミュニティ指導

1) 土地 総面積 ( 70.63 ) km<sup>2</sup> 可住地面積 ( 9.24 ) km<sup>2</sup>

2) 人口 国調

	1995年	1990年	1980年	1975年	1970年	1965年	1960年
総数	4,459	4,381	4,228	4,111	4,332	4,490	4,786
男	2,119	2,128	2,089	1,992	2,102	2,209	2,390
女	2,340	2,253	2,139	2,119	2,230	2,281	2,396
年齢区分別							
男 0-14歳	386	400	402	408	473	560	707
15-64歳	1,328	1,398	1,413	1,332	1,398	1,447	1,523
65-74歳	246	198	171	175	172	147	116
75歳以上	159	132	103	77	59	55	44
女 0-14歳	429	406	376	391	444	528	631
15-64歳	1,364	1,359	1,387	1,412	1,499	1,494	1,528
65-74歳	294	259	238	208	193	170	158
75歳以上	253	229	138	108	94	89	79
年少人口指数	30.3	29.2	27.8	29	32	37	44
老年人口指数	35.4	29.7	23.2	21	18	16	13
従属人口指数	65.6	58.9	51.0	50	50	53	57
老年化指数	116.8	101.5	83.5	71	56	42	30

出生率 (人口千対、1998年) ( 9.7 )

死亡率 (人口千対、1998年) ( 9.1 )

昼間人口 ( 3,148 ) 人

産業別15歳以上就業者数

第1次 ( 1,139 ) 人

第2次 ( 1,397 ) 人

第3次 ( 1,644 ) 人

分類不能 ( - ) 人

世帯数

一般世帯 ( 1,149 ) 世帯

一般世帯当たり人員数 ( 3.88 ) 人

(1995年 国調)

3) 財政 (1999年)

普通会計歳出決算総額 ( 3,632,725 ) 千円

うち民生費 ( 579,487 ) 千円

うち衛生費 ( 117,266 ) 千円

財政力指数 ( 0.247 )

4) 農業、漁業 (1995年)

農家数総数 ( 527 ) 戸

専業 ( 93 ) 戸

第1種兼業 ( 121 ) 戸

第2種兼業 ( 313 ) 戸

農業人口 ( 977 ) 人

農業就業者 ( 723 ) 人

基幹の農業従事者数 ( 546 ) 人

## シート2 朝日村の健康なまちづくり成果評価分析表

ビジョン: 恵まれた自然を守り、共存し、生活環境を整え、健康で快い住み良い、文化の薫り高い住民本位の村をつくります。

目標1: 森を守り、畑を守り命とくらしを守り、自然と共存する村をめざして

目標2: 自らが自覚して健康づくりをし、地域ぐるみで話し合う、福祉の充実した村をめざして

目標3: 恵まれた自然を生かした新しい産業を育て、老いも若きも働く場があり、必要な情報が得られる情報化の進んだ村をめざして

目標4: 未来を担う教育と伝統ある文化を大切に、自ら学ぶ生涯学習の村をめざして

目標5: 自然と調和した街並み、日常の生活環境を整え、アメニティの高い豊かな生活を送れる村をめざして

具体的項目と成果 (アウトカム) 指標 成果指標化項目 (単位)	目標値			
	過去実績		将来目標	
	1990年	1995年	2000年	2005年
<b>1. 産業</b>				
・地方交付税/収入総額 (%)	34.2	46.7	45.2	45.3
・自主財源比率 (%)	38.9	28.6	24.6	25.0
・財政力指数	0.335	0.264	0.251	0.255
・一人当たり市町村住民所得 (万円)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・実質賃金指数	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・農家率 (%)	55.3	45.9	37.7	29.5
・農家人口比率 (%)	17.3	16.4	13.2	11.1
・農業所得/市町村民所得 (%)	10.4	6.6	-	-
・雇用者所得/市町村民所得 (%)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・企業所得/市町村民所得 (%)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
<b>2. 教育・生涯学習</b>				
・小学校教員一人当たり児童数 (人)	19.8	21.9	23.3	21.0
・中学校教員一人当たり生徒数 (人)	20.7	21.0	18.4	20.0
・住民一人当たり図書館蔵書数 (冊)	4.41	4.82	4.95	5.22
・市町村内公民館1館当たり住民数 (人)	4,381	4,459	4,908	5,400
・公民館主事一人当たり住民数 (人)	2,190	2,229	2,454	2,700
・教育予算額/市町村総予算額 (%)	19.37	9.18	10.43	10.00
・公民館活動総経費/教育予算総額 (%)	74.00	29.12	18.79	20.00
・教育委員会・学校採用外国人教師数/小・中教師数 (%)	0	0	1.5	2
・教育委員会生涯学習講座参加者年間延人数/20歳以上人口 (%)	37.5	40.8	41.3	59.8
・生涯学習活動関連総予算/教育関連総予算 (%)	-	-	-	-
<b>3. 市民と行政</b>				
・市町村行政懇談会平均参加有権者率: 男性、女性 (%)				
・最近の市町村長選挙投票率: 男性 (%)	(H3) 90.23	(H7) 93.15	(H11) 91.21	
・ 女性 (%)	94.22	94.09	93.24	
・最近の市町村議会議員選挙投票率: 男性 (%)	(H3) 無投票	(H7) 93.15	(H11) 91.21	
・ 女性 (%)	(H3) 無投票	94.00	91.21	
・最近の衆議院議員選挙投票率: 男性 (%)	(H3) 79.89	(H7) 68.65	(H11) 69.44	
・ 女性 (%)	90.37	63.51	66.96	
・介護保険検討委員会への女性委員比率 (%)	-	-	51.6	50.0
・市町村役場女性管理職登用率 (%)	7.8	19.7	16.0	18.2
・平均議会傍聴住民数: 男性、女性 (人)	資料なし	0	0	10
・高齢者健康福祉計画関連委員会の住民委員比率 (%)	資料なし	10	0	10
・高齢者健康福祉計画関連委員会の女性委員比率 (%)	-	-	35.5	40.0
・議会への住民申請条例年間申請件数	-	-	51.6	50.0
<b>4. 健康増進</b>				
・人口1万人当たり年間交通事故発生件数 (件)	4.5	1.5	4.0	0.0
・交通事故発生件数中の子供の交通事故発生比率 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0
・交通事故発生件数中の高齢者(65歳以上)の交通事故発生比率 (%)	27.3	33.3	30.0	0.0
・人口1万人当たり年間自殺者数 (件)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・市町村栄養士1人当たり住民数 (人)	2,190	2,229	2,454	2,700
・基本健康診断受診率: 男性 (%)	57.2	66.9	56.9	60.0

女性 (%)	67.5	78.4	66.6	70.0
・市町村役場職員男性喫煙率 (%)	55.1	54.3	52.7	51.9
・市町村役場職員女性喫煙率 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0
	目標値			
具体的項目と成果 (アウトカム) 指標	過去 実績		将来 目標	
成果指標化項目 (単位)	1990年	1995年	2000年	2005年
・養護教諭一人当たり学童生徒数 (人)	316	351	417	374
・保健婦一人当たり住民数 (人)	2,190	1,486	1,636	1,800
5. 情報	5	5	6	8
・市町村ホームページ月間平均アクセス数 (件)	—	—	1,000	3,000
・行政情報公開項目数 (項目)	—	—	—	—
・行政情報公開請求件数 (件)	制度なし	制度なし	0	10
・プライバシー保護条例項目数 (項目)	—	—	—	—
・小学校教育用パソコン1台当たり生徒数 (人)	—	10.6	10.4	5.8
・中学校教育用パソコン1台当たり生徒数 (人)	—	30.0	14.8	8.5
・福祉相談窓口での月間平均相談件数 (件)	—	—	20	30
・年間平均市町村広報誌発行回数 (回)	4	4	4	4
・市町村窓口手話可能職員数/全職員数 (%)	—	—	—	—
・市町村住民のファックス普及率 (%)	0	0	79	90
6. 危機管理・安全 (防災、犯罪)				
・独居老人緊急通報装置 (ペンダント方式) 設置比率 (%)	—	34.9	44.4	45.5
・年間建物火災発生件数 (件)	3	1	1	0
・一人当たり発生災害被害額 (円)	—	—	1,482千円	0
・年間犯罪発生件数 (件)	19	18	40	0
・ダイオキシン測定地点数 (点)	—	—	—	3
・災害被害総額における公共土木施設被害額比率 (%)	資料なし	0.0	0.0	—
・災害被害総額における農林水産被害額比率 (%)	資料なし	100.0	0.0	—
・年間災害による死亡者数 (労災も含む) (人)	0	0	0	0
・年間交通事故発生件数	9	3	8	1
・交通事故による年間死亡者数 (人)	0	0	0	0
7. 経済支援・貧困				
・生活保護件数 (件)	5	5	6	8
・行政窓口生活保護相談件数 (件)	資料なし	資料なし	2	10
・交通遺児奨学金件数 (件)	—	—	—	—
・父子家庭件数 (件)	資料なし	5	8	11
・母子家庭件数 (件)	資料なし	19	27	35
・生活保護率 (人口1000人当たり) (人)	1.12	1.10	1.39	1.30
うち生活扶助 (人)	資料なし	資料なし	6	6
うち教育扶助 (人)	資料なし	資料なし	0	0
うち医療扶助 (人)	資料なし	資料なし	6	6
・完全失業率	1.53	1.97	2.20	2.20
8. 福祉				
・作業療法士1人当たり住民数 (人)	—	—	—	—
・理学療法士1人当たり住民数 (人)	—	—	—	—
・常勤ホームヘルパー率 (常勤/全ヘルパー数) (%)	—	100	25	0
・特別養護老人施設入所待機者総数 (人)	5	5	12	20
・デイサービス受け入れ可能数 (人)	—	25	25	25
・障害者共同作業所通所者数 (人)	資料なし	4	8	8
・ショートステイ受け入れ可能数 (人)	—	—	0	0
・障害者スポーツ県大会参加者数 (人)	資料なし	6	7	7
・障害者雇用数 (人)	資料なし	資料なし	25	25
・介護保険認定者数/介護保険対象者数 (%)	—	—	10.5	11.7
要支援者数と割合 (人: %)	—	—	22	27

要介護1度者数と割合(人:%)	-	-	31	37
2度者数と割合(人:%)	-	-	23	25
3度者数と割合(人:%)	-	-	17	20
4度者数と割合(人:%)	-	-	10	13
5度者数と割合(人:%)	-	-	16	18

具体的項目と成果(アウトカム)指標 成果指標化項目(単位)	目標値			
	過去実績		将来目標	
	1990年	1995年	2000年	2005年
<b>9. 医療</b>				
・医療機関1ベット当り住民数(人)	-	-	-	-
・流出患者割合	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・流入患者割合	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・自市町村医療施設受療割合	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・登録医師一人当たり住民数(人)	876.2	891.8	981.6	1,080.0
・登録看護婦一人当たり住民数(人)	-	-	-	-
・登録薬剤師一人当たり住民数(人)	-	-	-	-
・特定死因別死者数(人)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
悪性新生物(男性、女性)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
心疾患(男性、女性)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
脳血管疾患(男性、女性)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
不慮の事故(男性、女性)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
自殺(男性、女性)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
<b>10. 高齢化</b>				
・高齢者割合(%)	18.7	21.4	22.4	22.1
・後期高齢者比率(%)	8.2	9.2	10.0	10.5
・独居老人比率(%)	4.3	4.5	4.0	4.6
・65歳以上高齢者中の介護保険非該当者(元気老人)率	-	-	89.8	88.3
65-74歳(%)	-	-	97.6	96.8
75以上(%)	-	-	80.3	79.3
・老人健康医療給付対象者比率(%)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・平均寿命:男性、女性(歳)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・平均寿命の伸び:男性、女性(歳)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・高齢者就職率(65歳以上)(%)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・高齢者自殺件数(男性、女性)(件)	-	-	-	-
・高齢者交通事故数(死傷者数):男性(件)	1	1	1	0
女性(件)	2	2	2	0
<b>11. 少子化</b>				
・3世代家族比率(%)	資料なし	34.3	-	-
・出生数(人口千対)	12.8	9.2	10.1	9.0
・特殊出生率	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・結婚年齢(男性、女性)(歳)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・結婚数(件)	32	24	30	30
・離婚数(件)	1	8	10	10
・保母一人当たり担当児童数(人)	資料なし	10.8	13.4	14.0
・市町村役場職員育児休業取得率(%)	2.4	4.8	4.9	3.7
・子育て支援グループ数	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・年間人口増減数(人)	22	116	70	70
<b>12. 雇用労働</b>				
・完全失業率(%)	1.53	1.97	2.20	2.20
・雇用率(%)	71.2	69.8	70.0	70.0
・中高年失業率(%)	0.95	0.97	0.95	0.95
・中高年雇用率(%)	38.1	43.1	44.0	44.0
・女性就業率(%)	60.2	58.4	60.0	60.0

・外国人雇用率 (%)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・常用労働者雇用指数	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・一人当たり雇用者所得額 (円)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・民間法人企業所得/企業所得比 (%)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・退職者保険加入率 (%)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
<b>13. 国際交流</b>				
・外国人登録者数 (人)	資料なし	18	26	30
・一般旅券パスポート申請件数 (件)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・住民一人当たりユニセフ募金額 (円)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・教育委員会・小中学校の外国人教師採用人数 (人)	0	0	1	1
	目標値			
具体的項目と成果 (アウトカム) 指標 成果指標化項目 (単位)	過去実績		将来目標	
	1990年	1995年	2000年	2005年
・年間市町村表敬訪問外国人数 (人)	0	0	0	0
・英字新聞購読部数 (部)	-	-	-	-
・年間海外旅行者数 (人)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・外国語通訳ボランティア数 (人)	0	0	0	0
・事業所就労外国人労働者数 (人)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・年間留学生	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・ホームステイ外国人数 (人)	-	-	-	-
<b>14. 文化スポーツ</b>				
・住民一人当たり図書館蔵書数 (冊)	4.41	4.82	4.95	5.22
・美術展開催数 (回)	-	-	-	-
・音楽会開催数 (回)	6	6	2	2
・演劇開催数 (回)	0	0	1	0
・公共スポーツ施設数	10	12	13	13
・文化振興関係予算額/全予算額 (%)	11.34	0.08	1.06	1.10
・スポーツ振興関係予算額/全予算額 (%)	1.53	0.35	0.43	0.50
・文化保護財の数	40	51	58	60
・スポーツ少年団数	5	6	6	6
・書店一店あたり住民数 (人)	-	-	-	-
<b>15. まちづくり活動</b>				
・ボランティアサークル数	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・ボランティア活動参加住民数 (人)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・議会1回当たり平均傍聴住民数 (人)	資料なし	10	0	10
・市町村情報開示請求件数 (件)	制度なし	制度なし	0	10
・市町村まちづくり関連委員会への女性委員参画率 (%)	-	-	21.7	50.0
・市町村まちづくり関連委員会への住民委員参画率 (%)	-	-	100.0	100.0
・市町村まちづくり関連委員会への高齢者委員参画率 (%)	-	-	13.0	13.0
・市町村健康福祉政策・計画策定への住民委員参画率 (%)	-	-	-	-
・最近の市町村長選挙投票率 男性 (%)	(H3) 無投票	(H7) 93.15	(H11) 91.21	-
女性 (%)	(H3) 無投票	94.00	91.21	-
・NPO数	0	0	0	0
<b>16. 男女共同参画社会づくり</b>				
・市町村役場女性管理職登用率 (%)	7.8	19.7	16.0	18.2
・女性議員比率 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0
・男女賃金格差 (%)	資料なし	資料なし	-	-
・市町村職員中の女性職員比率 (%)	62.7	62.2	61.0	61.0
・市町村役場職員男性育児休業取得率 (%)	0.0	0.0	0.0	0.0
・市町村役場職員女性育児休業取得率 (%)	3.9	7.8	8.0	5.9
・国連婦人開発基金ユニフェムへの信託基金額 (円)	資料なし	資料なし	-	-
・婦人週間の女性権利擁護学習講座への参加者数 (人)	資料なし	資料なし	-	-
・人権週間の権利擁護学習講座への参加者数 (人)	資料なし	資料なし	3	30
・女性の基本健診受診率 (%)	67.5	78.4	66.6	70.0

17. 人権擁護				
・ 児童相談所での市町村児童の権利に関する相談件数 (件)	資料なし	資料なし	—	0
・ 市町村で把握し得た高齢者虐待件数 (件)	資料なし	資料なし	—	0
・ 市町村で把握し得た小児虐待件数 (件)	資料なし	資料なし	—	0
・ 市町村で把握し得た妻虐待件数 (件)	資料なし	資料なし	—	0
・ 人権擁護委員会取り扱い件数 (件)	資料なし	資料なし	—	0
・ 外国国籍者市町村公務員採用数 (人)	資料なし	資料なし	—	—
・ 障害者雇用率 (%)	資料なし	資料なし	—	—
・ 市町村職員数における女性幹部登用率 (%)	7.8	19.7	16.0	18.2
・ 老人性痴呆高齢者サービス受け入れ人数 (人)	—	—	37	40
・ 人権に関する学習講座参加者数 (人)	資料なし	資料なし	160	200

具体的項目と成果 (アウトカム) 指標 成果指標化項目 (単位)	目標値			
	過去実績		将来目標	
	1990年	1995年	2000年	2005年
18. 環境				
・ 住民一人当たり公園面積 (平方メートル)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・ 公共下水道施設普及率 (%)	—	56.6	81.1	83.3
・ 住民持ち家率 (%)	資料なし	94.5	95.0	95.2
・ 住民一人一日当たりゴミ排出量 (グラム)	303	434	652	671
・ 住民一人当たりゴミ処理費用 (円)	3,982	6,972	6,959	6,959
・ 住民一人一日当たり水道水使用量 (トン)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・ 住民一人当たり登録自動車台数 (台)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・ 尿尿水洗化人口比率 (%)	0.186	0.205	0.274	0.300
・ ゴミ公的処理量/総ゴミ排出量 (%)	資料なし	資料なし	資料なし	資料なし
・ 道路舗装率 (%)	資料なし	63	87	90

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

健康文化都市プロジェクトにおける推進方法と技術に関する研究

分担研究者：山根洋右（島根医科大学環境保健医学教授）

協力研究者：塩飽邦憲、北島桂子、樽井恵美子、  
A. Erdembileg（島根医科大学環境保健医学）

概要

1999年に、地方分権一括法が施行され、中央政府と地方政府は対等・協力の新しい関係に立つことになった。中央政府は、国際社会における国家としての存立にかかわる事務、全国的規模・視点で行われなければならない政策とサービスなどを担うことになった。一方、地方政府は自らの判断と責任の下に地域の実情に沿った行政を実践することが期待されている。地方政府が自主性・自立性をもって、自らの判断と責任の下に地域の実情に沿った行政を行うことが定められている。全国的な統一性や公平性を重視する「画一と中央集権」の行政システムから住民や地域の視点に立った「多様と分権」の行政システムに変革が図られようとしている。地方政府は住民とともに、政策の目標決定、資源やサービスの開発、住民の参加システム、政策やシステムの情報公開と説明責任、システムの質的量的評価などに取り組むことが必要である。健康福祉分野でも、1990年より老人福祉法と老人保健法の改正により、地方政府主導で老人保健福祉計画などのヘルスケア政策が展開されはじめた。1999年には、介護保険制度導入の準備が地方政府により開始された。このため、早くから健康なまちづくりに取り組んできた島根県出雲市および佐田町を対象に健康福祉政策樹立と実施過程を政策科学的に検討を行った。

1) 健康福祉政策樹立と実行に関する行政、民間サービス提供者と住民の役割を見直すことが必要である。防災、救急医療、警察、教育などのサービスについては、行政が行うことは基本であるが、過疎地域など民間サービスの進出しにくい地域を除いて、健康福祉サービスは民間や住民の参加を進めることにより効果的効率的なサービス展開が必要と考えられる。

2) 地方政府の政策企画・決定者は、解決すべき問題を特定し、複雑化したカオスモデルとして発明的構想的発想で誰がどうするかを明確にし、主体的、多面的に合意を得る問題解決型思考が重要と考えられる。

3) 住民とスタッフのエンパワーメントを保証するために、政策立案や実施段階で、エンパワーメントを考慮した行動計画の実施、住民や専門家がボランティアとして参加するネットワークを各健康福祉分野ごとの組織化、学会・研修会などの研究活動への住民参加促進が重要である。

4) 多くの住民や専門家が長年にわたって健康福祉活動に関わるためには、羅針盤として目標や夢が重要課題である。こうした夢や目標をまとめた健康福祉の総合政策として、出雲市では「健康文化都市いずも プラン21」を住民専門家の協働の結果として策定した。佐田町では、「介護サービス計画」「健康さだ21」を策定している。現在、健康日本21の地方版が各地で策定中であるが、住民とともにわかりやすい政策を樹立することが重要と考えられる。さらに、数値目標の設定も評価のために重要であるが、達成するための方策が明確化されねばならない。健全な目標設定と解決方策が樹立されつつあるか否かは、立案段階で参加した住民による健康福祉地域活動の活性化を評価することで可能である。地方分権化の健康福祉課題の解決には、住民とともに考え行動できる柔軟な発想の行政スタッフと研究者の育成が最重要課題である。

## A. はじめに

経済の成長鈍化、人口の高齢化、過疎過密の進行、核家族化などにより健康・医療・福祉に対する社会ニーズは、急激に変化している。また、これらの社会変化は中央政府と地方政府の役割の再編成を促進している。社会保険制度や年金制度などのミニマムスタンダードは中央政府レベルで改革が進められ、保健・医療・福祉の統合的ケアシステム確立、生活習慣改善、健康福祉学習、健康支援環境づくりは、地方政府が主体的に進めつつある<sup>1)</sup>。

こうした地方分権の流れと共に、WHOはアルマアタ宣言以降、コミュニティを基盤とした健康福祉活動の活性化を促進しつつある<sup>2)</sup>。ヨーロッパにおける健康文化都市の取り組みもこのような動向を受けたものであり、世界中に拡大しつつある<sup>3)</sup>。

日本では、1999年には、地方分権一括法が施行され、中央政府と地方政府は対等・協力の新しい関係に立つことになった。中央政府が担うべき役割として、国際社会における国家としての存立にかかわる事務、全国的に統一して定めることが望ましい国民の諸活動または地方自治に関する基本的な基準に関する事務、全国的規模・視点で行われなければならない施策および事業（ナショナルミニマムの維持・達成、全国的規模・視点からの根幹的社會資本整備等に係る基本的な事項に限る）などを重点的に担うことになった<sup>4)</sup>。

一方、地方政府は自らの判断と責任の下に地域の実情に沿った行政を実践することが期待されている。地方分権の理念としては、地方自治は民主主義の原点であり、地方自治は日本国憲法で保障され、住民自らが自らの地域のことを考え、自らの手で治めていくこと、地域のことは、地方公共団体が自主性・自立性をもって、自らの判断と責任の下に地域の実情に沿った行政を行うことが定められている。すなわち、全国的な統一性や公平性を重視する「画一と中央集権」の行政システムから住民や地域の視点に立った「多様と分権」の行政システムに変革が図られようとしている。地域の行政は、地域の住民が自分たちで決定し（自己決定）、その責任も自分たちが負う（自己責任）という行政システムの構築が求められている<sup>5,6)</sup>。

健康福祉分野でも、1990年より老人福

祉法と老人保健法の改正により、地方政府主導で老人保健福祉計画などのヘルスケア政策が展開されはじめた<sup>7)</sup>。1999年には、介護保険制度導入の準備が地方政府により開始され、2000年4月より介護保険サービスが市町村によって運営されている。さらに、2003年からは市町村が主体となって精神保健福祉や障害者サービスを実施することが決められている。

中央政府主導の政策策定に慣れていた市町村には、地方分権下での地域にあった健康福祉システムづくりに困難な課題を感じている。政策の目標決定、資源やサービスの開発、住民の参加システム、政策やシステムの情報公開と説明責任、システムの質的量的評価などである。

このため、早くから健康なまちづくりに取り組んできた島根県出雲市<sup>7,10)</sup>および簸川郡佐田町<sup>11, 12)</sup>を対象に健康福祉政策の目標決定、資源やサービスの開発、住民の参加システム、政策やシステムの情報公開と説明責任、システムの質的量的評価について政策科学的に検討を行った。

## B. 対象と方法

出雲市・佐田町が設置したヘルスケア政策樹立のための各種協議会（高齢者保健福祉計画策定委員会<sup>13)</sup>、介護保険計画策定委員会、障害者プラン検討委員会<sup>14)</sup>、健康なまちづくり策定委員会<sup>8)</sup>）および実施のための協議会（高齢者保健福祉助言者会議、バリアフリーまちづくり推進協議会、健康文化都市推進ネットワーク会議）に委員として参加または聞き取り調査を行い、ヘルスプロモーション活動とヘルスケア政策樹立・実行過程を評価した<sup>15)</sup>。また、介護保険デイサービス、障害者施設、ボランティアの組織化への助言・参加などによって、住民参加型健康福祉活動の実態調査を行った<sup>16,22)</sup>。

## C. 結果

### 1. コミュニティ・プロフィール

#### 1) 出雲市

出雲市は、島根県東部に位置する面積175km<sup>2</sup>、人口87,231人の地方都市である（2000年、図1）。約20万人の出雲地域の中心都市であり、周辺町村からの流入により人口は微増傾向にある。老年人口割合は



19.9%と高齢化が進行しているが、島根県平均の25%に比較するとやや低率である。1世帯当たりの人員数は、3.17人と急激に核家族化が進行している(表1)。

出雲市は、肥沃な出雲平野にあって古くから農業の生産力に富んでおり、近世には米作のほか木綿の集散地として栄え、養蚕も盛んに行われていた。現在では米作だけでなく花卉や果樹の栽培などの高付加価値農業にも力を入れており、県下の農業の中心地となっている。しかし、農業従事者は減少し、小売業およびサービス業の従事者が増加している。

工業は、紡績・繊維産業を中心として発達してきたが、生産拠点の海外移転に伴って業務縮小が進行しつつある。工業団地に、電子部品や医療器具製造が進出している。近世には藍染の紺屋が軒を連ねるなど、市場町として発展し、出雲地域の商業中心地として栄え、現在でも大手ショッピングセンターを核とした商業集積がみられる。一方、市街中心部の商店街ではにぎわいが失われつつある。

文化面では、西谷墳墓群、荒神谷遺跡、加茂岩倉遺跡、出雲大社に代表されるように、古代より高い文化を有する出雲地域の中にある。日本海を媒介した大陸文化の入口としての地の利を有し、古くから自然の居住環境に恵まれた豊かな地域であったことの証である。

健康状態は、基本健診での健康指標解析では、国民栄養調査結果と比較して血圧、総コレステロール、肥満度とも低く、全国平均よりも良好である(表2)。さらに、結核罹患率に代表される慢性感染症も全国、島根県平均に比較して少ない。年齢調整死亡率でもがんを除き、全死亡、脳血管疾患、心疾患とも島根県平均よりも低率であった(表1-3)。

島根医大、県立中央病院のような高度医療が集積しているため、保健・医療・福祉の総合システムづくりを進め、世代間格差や障害の有無を越えて市民が安心とやすらぎの暮らしを実現できるまちづくりをめざしている。県立中央病院は、全県下における基幹病院として、高度・特殊医療、救命救急医療を主として担当するとともに、へき地地域医療の支援、医療従事者の教育・研修のセンター的機能を備えている。これらの高次医療機関は、地域医療支援機能を

有しており、かかりつけ医、学校医、産業医、在宅ケアなどが活発に行われている。また、島根医科大学、県立看護短大、福祉専門学校などは、島根県下の医療福祉の人材育成の拠点となっている。

1994年より、市民や現場の熱心なスタッフが参加して高齢者保健福祉計画を策定し、高齢者ケアの基盤整備とサービスの充実を図ってきた。さらに1999年には、介護保険制度の導入による介護保険事業計画の策定を行い、介護保険給付対象サービスのみならず、里家制度を発展させた「住民参加型地域健康福祉推進事業」などの介護保険給付の対象外サービスの充実を図ってきた。

1995年には、障害者プランを発展させたバリアフリーまちづくり計画を障害者参加で策定し、障害者生活支援センター、障害者デイサービスセンター、おもちゃ図書館・障害児の学童クラブ、福祉機器の貸出し等を行なう補助器具センターなどの機能を有する「ハートピア出雲」を整備した。また、障害者の生産交流・生活拠点整備として、小学校跡地に、就労や文化的生産の場としての障害者共同作業所・福祉農園、訪問看護ステーション、住まいとしての知的障害者グループホームや身体障害者福祉ホームなどを整備する予定である。すでに整備されている精神障害の生活支援センター、共同作業所、グループホームとあわせて2003年の障害者サービス体制整備が先進的に進められつつある。

## 2) 佐田町

佐田町は出雲市に隣接し、面積110km<sup>2</sup>で、その85%を山林が占める。多くの集落が標高400m以上の山の谷沿いにあり、冬場の積雪は20-30cmに及ぶ。町合併時(1956)の人口は8,600人であったが、現在は人口4,588人に減少している。全国の中山間地域と同様、過疎高齢化が急速に進んでいる町である。町内を流れる神戸川の清流、新緑や紅葉の楽しめる山々、古代からの歴史が町民の誇りである。佐田町は、出雲国風土記にスサノオノミコトが御魂を鎮めたと記される飯石郡須佐郷と、アガタヤヌシノミコトが初めて田を拓いたとされる神門郡餘戸里からなり、7世紀から人々が住み農村集落を形成してきた。出雲市への流出により人口は減少傾向にある。老年

人口割合は 32.2%と高齢化が進行している。1世帯当たりの人員数は、3.53人と比較的到大家族制を維持している(表1、図2)。

農家人口は 80%と高いが、農地は棚田が多く、耕地面積が少ないため、第二種兼業農家がほとんどで、米以外にわさび、メロン、椎茸、こんにゃくなどの特産品が栽培されている。建設業、林業、縫製業やアルバム製造業などの誘致工場もあるが、出雲市に通勤する人が多くなっているため、稲作を中心に形づくられた農村社会システムは崩壊しつつある。高齢者は主に農林業に従事している。若齢者は町外、主に出雲市に働きに出るものが多く、壮年者は町内の建設業や誘致企業に働くものが多い。

文化面では、古くからの文化をもち、流入者に対して閉鎖的である。町内にはスサノオノミコトを祀る須佐神社をはじめ多くの文化遺産があり、郷土芸能などの文化活動が盛んである。農村歌舞伎など農村社会が育んできた郷土芸能による文化の村づくりも行われている。

佐田町のまちづくり目標は、グランドデザイン策定時に、住民自治の形成、人にやさしい農村空間づくり、多様な就労舞台づくり、やすらぎの生活環境づくり、町を愛するスサノオ人づくりと定められた(表3)。また、健康なまちづくりの目標は、介護保険策定時に議論され、生涯にわたる健康づくり、みんなが輝いて生きるための支え(佐田町での生活継続を可能にする在宅・施設サービスの有機的連携)、心あったか人づくり(生きる喜びを実感できる社会、町民参加型の福祉のまちづくり)、生涯現役のむらづくり(経験や知識を生かしての「業」づくり)としている(表4)。

町内に4医院、1歯科医院があり、町民の生命に責任を持つ開業医が活躍している<sup>2)</sup>。福祉サービス拠点として、特別養護老人ホーム、A・E型デイサービス、在宅介護支援センター、高齢者生活福祉センターが整備されている。20年以上にわたって、町民、町保健福祉課、医師会、民生児童委員会、町社会福祉協議会などが、健康で文化的なまちづくりに取り組んでおり、保健文化賞も受賞している。町役場、町社会福祉協議会、自治協会などが協力し、島根県で最もすぐれた「肌着のように優しく暖かい」医療福祉サービスが提供されている(表

4)。

## 2. 健康なまちづくり活動システム

### 1) 出雲市

出雲市では、住民参加による「健康文化ネットワーク推進会議」および健康福祉の各種審議会や専門委員会(介護保険策定委員会、高齢者保健福祉助言者会議、福祉まちづくり推進協議会など)、年1回住民が企画立案・実施して学びあう「健康文化フォーラム」「痴呆フォーラム」「ボランティアウイーク」「小地域福祉ネットワークフォーラム」が中核的なまちづくり組織となっている(図3)。これらの住民参加型組織が、公民館ごとの健康福祉活動や各種ネットワーク(子育て支援、スクールヘルパー、エイズ、感染症、禁煙、健康づくり、高齢者支援、障害者支援ボランティアなど)の課題整理を行い、政策策定の議論の場となっている。専門学術機能と研修機能では、住民や専門家の協働的な学術集団であるポリシーネット島根、出雲コミュニティケア研究会が役割を果たしている。さらに、専門的な健康福祉課題については島根医科大学医師会が出雲市の研究委託により答申を行っている。また、病原大腸菌対策、学校給食センター整備、障害者施設整備などの緊急を要する健康福祉課題には島根医科大学環境保健医学教室がタスク機能を果たしている。

意志決定は、出雲市行政や議会が行っているが、住民や活動的な専門家が参加している各種審議会による強力な補完機能が出雲市の特徴である。

### 2) 佐田町

佐田町では、比較的行政規模が小さい利点を活かして、議会や民間、一般住民も加わった全町的な「ヘルシータウン推進会議」が町長を議長として1996年に設立された。佐田町健康福祉センター構想を多面的に検討し、子供の喫煙問題を家庭-学校-地域が協力して調査、対策を講じるなど、機動性に富む統合的な意志決定機能を果たしている。また、コミュニティブロック内の住民の共同体意識は強く、「地域で子供を育てる」、「地域で高齢者や障害者を支える」という文化が大切にされている。ワーキンググループの内、「産業保健会」と「共に生きるまちづくり部会」は、それぞ

れ事業主や労働者、各種ボランティアグループが中心となり、住民参加が進んでいる。住民の政策形成を担う力を育てるため、佐田町では5つの公民館活動を強化し、それぞれの代表がヘルシータウン推進会議の委員として政策提言に加わっている。さらに、1997年よりコミュニティブロック整備事業を開始し、全町を13の大字単位のコミュニティブロックに分け、全役場職員を担当として配置し、住民と行政が協力してまちづくりを進めている。健康なまちづくりシステムの基本要素は、コミュニティブロック、ネットワーク、ワーキンググループ、統合プロジェクト会議である(図4)。専門学術機能と研修機能では、住民や専門家の協働的な学術集団であるポリシーネット島根が役割を果たし、公衆衛生学会や健康福祉政策学会へのスタッフ参加が高いモラルとたゆまない学習を支えている。さらに、専門的な健康福祉課題については島根医科大学環境保健医学教室が学術・タスク機能を果たしている<sup>19)</sup>。

佐田町では、町職員が率先してコミュニティブロックでの活動や学習活動に参加しており、健康福祉活動の成果や課題をインフォーマルにも把握できることが強みである。

### 3. 健康なまちづくりプログラム

#### 1) 出雲市

活動的な住民、専門家、行政スタッフにより高齢者保健福祉計画(1994)、バリアフリーのまちづくり計画(1995)、母子保健計画とエンゼルプラン(1997)が策定され、実施段階でも協働が行われた(表5、図5)。

出雲市で住民・専門家・行政スタッフによる協働方式をとったのは1993-4年の高齢者保健福祉計画が最初である。自宅での長期介護経験を持つ主婦や地域で高齢者を支える活動を行っている市民、特別養護老人ホームの生活指導員、住宅ケアを支える医師、看護婦、病院のソーシャルワーカー、大学の専門家などの参加により、行政スタッフと一緒に論議しながら1年がかりで計画がまとめられた。参加者は、いずれも各分野の第1線で活躍している現場スタッフであり、行政に厳しい意見を持つ人も少なくなかった。市民も自らの介護経験などを通し、これからの高齢者保健福祉に何が必要かを具体的に提起する、まさにすぐれた

専門家であった。「専門家市民」と「市民専門家」の相互学びの場でもあった。

14人の委員による論議は白熱し、2時間の予定が毎回5時間以上に及んだ。整備目標をめぐる「痴呆性老人のデイサービスセンターをコンビニエンスストアの様に小学校区に1か所つくるべきだ」など、理想を求める委員と財政条件を考慮しなければならない行政スタッフとの隔たりは大きく、しばしば暗礁に乗り上げた。しかし、話し合いを重ねる中で信頼が生まれ、歩み寄ることができ、市民も行政も満足感をもった計画書が誕生した。このようにして計画ができあがった段階で、委員から「計画は委員と市民、行政職員が共に苦勞して生んだ子供。しっかりと育つように自分たちも協力したい」との申し出があった。若干名の新たなメンバーも加わり「高齢者保健福祉専門助言者会議」が発足した。年間に3~4回の会合が開かれ、計画の進行について意見助言、次年度の基盤整備などの意見交換を行い、予算要求に反映させた。

こうした協働の取り組みは私たち行政職員にとっても得るところは大きく、以後、市民福祉部では計画づくりにあたって必ず踏襲する方式となった<sup>20)</sup>。

「健康文化都市・いずも プラン21」は、21世紀の出雲市健康福祉政策の確立を目標に1998年に策定された。「健康文化都市・いずも プラン21」の目標は、出雲市の自然と社会の基盤として、安定した生態系、安全な環境、資源循環型社会、良好な市民のコミュニケーションと創造的で活力ある産業の上に、心かよう健康医療福祉サービスおよび地域の支えあいやボランティア活動による支えあうまちを参加と協働によって築くこと、すべての市民が心と体の健康、自己実現と共生により生命輝いて生きることである(図6)。また、プロジェクトの科学的評価のために、プロジェクト開始前の健康福祉ベースライン・データの収集、「健康文化都市・いずも プラン21」の数値目標を明記した<sup>21)</sup>。

「健康文化都市・いずもプラン21」は、保健、医療、福祉だけでなく、さまざまな分野に関係する市民・専門家の参加を得て策定された。出雲市の健康政策において、この計画が持つところの意義は大きい。第1に、これまでに策定した計画(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、エンゼルプラン)を統一した健康文化都市づくりの理念のもとに包括した点である。「プラン21」が全体像を提示し、それぞれの計画の位置づけと役割、相互の関わりが市民、行政スタッフに鮮明に見えるようになった(図7)。第2は、ソフトを優先し(ハードはソフトを向上させるためにある)、市民の健康な暮らしを実現することを最も重要な基本におくという健康政策の姿勢を明確にした点である。「道路やハコモノ」が目的ではなく、市民が等しく健康で文化的な生活を営むための手段、健康支援の環境づくりでなければならないことを明らかにした。第3は、保健行政がこれまで持っていた特徴である目に見えにくく評価が難しい点を市民の前に明らかにする努力を行ったことである。経験主義から脱皮し、今日の取り組みが着実に明日の土台につなぐ科学的な行政・政策へ道を開くことができた。

第4は、保健婦が時代の要請に対応し、母子保健、成人保健という従来の枠にとどまらず自治体の責務である健康文化の「まちづくり」の推進役となり、いろいろな行政部門で活動し、総合職、オーガナイザーとしての技能と感性を向上させていった点である。プラン21は、そのための「地図と磁石」になった。第5は、これからの「まちづくり」の方向を示した点である。まちづくりは従来、都市計画的な概念で語られ、次いで一村一品運動など産業振興、そしてイベント等の「まちおこし、村おこし」として語られてきた。今回の健康文化都市づくりは、自らの足もとをきちんと見て住民の生活の質を高めていくことを市民と行政が共通認識したものであり、まちづくりの考え方を大きく転換したものを考えている。

プラン21は分野も広く、行政職員を含めた委員会メンバーを合計すると100人に及んだ。計画を実効性あるものにするためには、計画を誰でも分かるように整理・体系化し、具体的な事業・施策まで見えるようにする必要がある。プラン21では、「次世代を育む」「老いを楽しむ」といった大項目ごとに、大目標、中目標、小目標、行動目標に整理し、市民と行政が具体的な行動に取り組みやすい配慮をしている。また、公民館を中心に各地区で健康文化のまちづくりが自立した運動として発展するよう、

各地区の市民とも座談会やシンポジウムを持った。市民は小さなサークルも含めて、それぞれの地区の特性、社会資源、自分たちの行った調査、日常的なまじわりの中の願いなどについてまとめ、その地区の課題を共に明らかにしていった。これを私たちは、市民がいろいろな布切れを持ち寄って立派な壁掛けを作ることにたとえて「パッチワークアクション」と呼んでいる。自立した地域の健康文化のまちづくり運動は、これによって自らの現在位置を確認し、方向を見定めて進んでいくことになると思っている。

住民と専門家との協働がなぜ大切かは、つきつめれば民主主義の理念に行き当たる。計画や政策は行政職員だけが独占するものではない。参画の方法はまだ改善、発展が必要であろうが、住民の顔が見える市町村で、協働の取り組みを進めることは地域から民主主義をつくりあげていくことにつながる。

また、ニーズを持つ市民と多くの情報と見識を持つ専門家が参加すれば、当然ながら、多様で、住民のニーズを包摂した科学的な評価に耐えうる良い計画や政策ができるという実感を持っている。政策や計画には目的があり、それと関わりの深い市民(当事者)は、目的の実現にあたって何が大切で、どのような問題を解決しなければならないかを最もよく知っている人たちである。これに専門家が加わり、行政職員も行政専門家として協働していけば、必ず良い計画・政策が生まれることを確信している。

三つ目は、協働こそが、わが国の今後の行政改革に欠かせない「閉鎖性の排除」、「公開の推進」や「評価の導入」への道を開く点である。

さらには、行政の側でいえば職員が協働の取り組みの中で多くのことを学び、何のために働くのかを理解し、主体的に仕事に関わり良い仕事をするための醍醐味を味わうようになることである。生き生きとした職場からは良い仕事、成果が生まれ、それがまた成長の糧になるという好ましい循環さえ生まれてくるのである。

いずもプラン21をつくるにあたっては、いろいろな分野の市民、高校生をはじめいろいろな世代の市民に関わっていただいた。島根医科大学、出雲医師会、県立看

護短大、福祉学園、社会福祉施設、鳴根地域医療支援機構、日本健康福祉政策学会地方会（ヘルスポリシーネットしまね）、医学看護学教育学会などアカデミックコミュニティとも呼ぶべき専門家集団の支援も大きい。また、出雲市をいうコミュニティのなかで、医学生、看護学生、福祉学生が市民や現場スタッフとふれあいながら学ぶ新しい教育方法（Community-based education）も次世代のマンパワー養成の点意義深いものがある。私たちは、この計画が市の総合計画に次ぐ上位計画として、今後の市政運営の柱に据える努力を続けながら、健康文化都市づくりへの歩みを着実に進めたいと考えている。市民一人ひとりが幼年期から老年期まで、それぞれのライフステージにおいて、『いのち輝いて生きる』健康文化都市づくりの方向は、これからの自治体が取るべき方向として決してまちがいのないものであり、プラン21を水先案内としてまちづくりを進め、市民との信頼関係を紡いでいくことが重要である。

地方分権をめざす出雲市の健康文化都市のコンセプトと特徴を整理した。出雲市の健康文化都市づくりは、コミュニティを基盤とし、コミュニティの内在的な力に依存して、科学的で倫理的で総合的な知識、技術、感性、哲学、芸術を醸成する市民主体の文化活動である。質の高い正しい情報に基づき参加行動研究を行い、草の根から政策を作る市民・行政・専門家の協働的なエンパワーメント活動でもある。創造性、理知主義、合理主義、相互協働主義、ヒューマニズムなどを育て、人々の思いをネットワークに紡ぐ知性創造活動でもある。ウェルネスに満ちた生活基盤、人間尊厳とアメニティ、民主主義の成熟、生態系との共生をコアとする究極の人間尊厳のまちづくりでもある。

しかし、21世紀にむけて次の様な課題も残されている。地域に内在する潜在的活性力や人的社会的資源の掘り起こしがまだまだ不足している。それらの多様な地域資源の活用と社会ネットワーク形成の推進も必要である。草の根に広がる市民による多様なグループ活動の支援、公民館を軸とした地域活動の市民参加調査活動や生涯学習研修活動の支援を通じて市民のエンパワーメントをはかる事も必要だろう。健康福祉教育総合政策と道路、建築、環境、景観、

産業など都市づくりプロジェクトとの調和のとれた連携、行政各部局間の連携とプロジェクトチーム形成も課題である。情報化社会あるいは社会が科学化するなかで健康文化都市づくりに関する情報提供、市民による調査研究、企画調整、研修、学術研究機関との健康文化都市づくりに関する学術的共同研究などの機能強化も重要である。

健康福祉政策の展開前、中、後の評価修正システム、全政策展開過程における住民参加システム、計画推進の質的量的データベースの構築、学際的研究チームの形成とノウハウの蓄積など政策の科学化も課題であろう。今、出雲市民も行政スタッフも専門家も21世紀をより知的に人間的に生きていける世紀となるよう自らも輝いて健康文化都市づくりに取り組んでいる。

## 2) 佐田町

佐田町では、行政および医師会が中心になって1994年に高齢者保健福祉計画、1997年に母子保健計画・エンゼルプランが策定された（表6）。しかし、これら計画は、策定後に国や県の政策変更の影響により手直しを必要としたため、住民に周知し議論する段階に至っていない。この原因は、県などの提供するマニュアルに準じて策定したために、住民の真のニーズに対応していなかったためと考えられる。

1998年には、以上の反省に立って障害者や住民も参加して障害者プランが策定された。佐田町では、地域の中で心身に障害を持つ人を支える助け合い文化が大切にされてきた。これらは主として、隣保及び友人の個人的な支えであり、町全体としての施策化が大きな課題となっている。住民が主体となって押し進められているコミュニティ・ブロックでの住民・行政の「協働」をベースに、行政施策による支援、企業や関係機関の協力体制が求められている。

障害と共に生きるまちづくりの課題を明らかにするため、1997年に住民主体の「佐田町障害者プラン策定委員会」によるアンケート調査を行った。一般住民を対象にした調査は、佐田町内全戸（1225戸）に自治会を通じて配布し、自記式で調査を行った。回答者数は、男性637人、女性213人、回収率は70.9%であった。障害者への聞き取り調査は、佐田町内在住の障害者37人を対象に、佐田町障害者プラン策定委員に

よる面接聞き取り調査を行った。男性 14 人、女性 23 人で、平均年齢は男性 67.9 歳、女性 65.6 歳であった。障害原因は生後の疾病やけがが大半を占め、障害内容は、肢体不自由と内臓障害が多かった。障害程度は、屋内で自立し介助により外出できる人が多く、比較的日常生活動作のよい人が多かった。

一般住民の半数以上は、佐田町は障害者にとって住みにくいと見え、建物や道路など物理的なバリアと住民意識が課題と考えていた。

障害者は、外出が最も大きな生活上問題と感じていた。就労や趣味など社会参加・生きがいに加え、排泄、食事、入浴などの生理生存欲求も問題があることが明らかになった。困難な理由としては、「移動手段」と「障害者自身の意志」と解答していた。屋内外の移動手段の確保と障害者本人の意欲維持が課題と考えられた。

さらに、障害者プラン策定ワーキンググループが佐田町内の主要生活関連施設、道路、一般住居で実地調査を行った。これらの調査結果を総合し、障害者の生活を支援する上で佐田町が抱える問題として、1) 公共施設、日常生活関連施設、道路のバリアフリー化、2) 移動のための交通機関、3) 趣味や就労を支援する制度や施設、4) 障害者や家族への理解、5) 住居改造や補助器具の相談窓口が問題として浮かび上がった。

「全ての町民が支え合って共に生きるまち」をめざし、1998 年、佐田町は、「佐田町障害者プラン」を策定した。障害者プランの理念として、1) 障害があっても普通に暮らせる町をめざし、環境、サービス、制度を整え、暖かい支え合いの輪を広げる、2) 佐田町に暮らすすべての住民のためのプラン、3) 障害の有無に関わらず、すべての住民が主体となって実行、4) 障害者の支援ネットワーク形成とバリアフリー対策を促進し、「佐田町のまちづくりプロジェクト」の一環としての位置づけ、5) 「障害」が個性の一つとしてとらえられるまちづくりを展望している。

1999 年には、新高齢者保健福祉・介護保険計画策定が行われた。公的介護保険制度を、「地方分権の試金石」と位置づけ、自治体の政策能力が問われているとの考えに立ち、行政運営型から地域経営型への転

換をめざし、町民との協働作業による介護保険事業計画策定が行われた。

策定委員 18 名中 15 名は地域福祉活動を実践している町民とした。委員会は、7 回の協議を行い、サービス実績やニーズ調査結果のみならず、委員の関係する福祉活動や介護の経験を持ち寄り、計画策定に当たってのポリシー形成に時間を割いた。また、主要な課題については、町役場および関係団体スタッフによるワーキンググループとの間で議論を深めた。この結果、町の健康なまちづくり目標が明確化され、介護保険についても実践的で効果的な計画となり、報告書は住民向けのテキストとして健康福祉学習に活用可能なものとなった(図 8)。

2000 年には、健康さだ 21 計画の策定が広範な住民の参加によって行われている。また、健康福祉の人材要請のために「さだ福祉の森大学」が開講され、住民参加の学習や研究が開始されつつある。

#### 4. 健康なまちづくり情報システム

##### 1) 出雲市

出雲市における健康福祉情報は、市役所の健康福祉窓口(健康文化センターや保健センターを含む)において行政から発信される情報が多い。これらをまとめた形で、週報いずもが公民館と町内会を経て全戸配布されている。農村地域では、JA 出雲の有線放送、市街地住民は週報いずもによって情報を得ることが多い(図 9)。情報公開は、市役所に専用の部屋と職員を配置して行われているが活用は少ない。市立図書館にも政策情報の基礎資料が備えられている。

一方、市民が発信する情報は、公民館やネットワーク型組織で関係者だけに活用されることが多く、全市的に広がるのはボランティアセンターや女性センターで取り上げる情報、マスメディアなどで取り上げられた先進的活動情報に限られている<sup>26)</sup>。学習情報は、出雲市のホームページに集約されているが、活用はまだ少ない。2001 年には科学館が設置される予定で、市役所、科学館、公民館をインターネットで結んだ情報ネットワークが完成する予定であり、市民からの情報発信が期待される。

緊急な対応を要する場合は多い災害情報など住民の安全に関する情報は、電話や JA いずもの有線放送の活用がなされてい

る。台風や大雨などの際には、独居や障害老人などの避難の支援が行政スタッフや地区ボランティアによって迅速になされている。しかし、高齢者施設におけるインフルエンザや結核などの感染症流行情報については、県レベルでは医師会機関誌や県のホームページにより情報提供がなされているが、市レベルでは流行の把握や情報提供がなされていないのが課題である(図9)。

## 2) 出雲市の感染症対策

### 1. 結核対策

島根県の結核罹患率および有病率は全国平均よりも低く、出雲地域および出雲市は島根県平均よりもかなり低い割合である(図10)。しかし、全国的に1999年より罹患率が上昇しているが、出雲市でも1999年より上昇傾向が認められる。1996-2000年の出雲地域新規登録者171名の年齢分布では、加齢とともに上昇し、70歳以上が約半数を占めた。また、病型別分類では約7割が肺結核であり、感染の危険性のある喀痰塗抹陽性者の割合は26%、排菌の多いガフキー3号以上の患者の新規感染者に占める割合は15%に及んでいる(図10)。このガフキー3号以上の新規登録者の特徴は、糖尿病やがんなどの合併症を持つもの、医療機関での診断の遅れが12名と多くを占め、医療機関での的確で迅速な診断と治療に課題のあることが推測される。次に多いのは、検診で精密検査を勧奨されながら精密検査を行っていない人、長期出張など生活の乱れから抵抗力の落ちていた人がいた。また、職場検診で見つかった人も5人に及んだ。このため、新規感染者の周囲にいる職場や家庭での感染者も少数ながら発見されている。1996-2000年の出雲地域新規登録者171名の中で、感染危険性の高い職種である看護婦、教師、接客業に従事する新規登録者も4%発見されており、また集団感染を起こしやすい老人福祉施設入所者でも8名が新規登録されている。

結核対策の中では、成人に対する結核検診(一般)と職場での定期健診が取り組まれている。出雲市では、島根県および出雲地域他市町と比較して一般検診の受診率が低い(図12)が、これまでのところ出雲市での結核の流行は全国や県内他市町村と比べて高率ではないので、受診率アップより、ハイリスク集団である老人施設や医療

機関での対策を重視した方がよいと考えられる。しかし、結核対策の重要性については学習支援を強化することが重要である。

また、子どもの結核対策では、乳幼児のツ班とBCG接種が最も有効と考えられるが、出雲市では約75%に留まっている。接種対象時期は、1999年の生後8カ月から1歳であったが、2002年3月には生後3カ月から8カ月へと若齢化を進めつつあり、接種機会も3回に拡大している。

高齢化の進展、高齢者施設などハイリスク者の集積、結核への免疫力の低下、結核診療技術の低下という現状を踏まえ、感染者や市民の人権に配慮した結核対策の樹立が重要であり、a) 結核に対する学習支援機能の充実、b) 乳児期での確実なツ反・BCG接種体制の確立、c) 感染症に関する情報を迅速かつ的確に収集・解析・提供するための感染症ネットワークの確立、d) 結核の感染拡大を未然に防止するため、在宅介護・医療サービス担当者や福祉施設における感染予防のための感染症対策計画の策定(図13)、e) 介護サービス機関および担当者への従事前ツ反・BCG接種実施体制の確立、f) 島根県などと連携を取った医療従事者への研修が課題となっている。

### 2. ツツガムシ病・日本紅斑熱対策

島根県のツツガムシ病患者は、県東部から中部の中国山地(雲南3郡、邑智郡)沿いを中心に発生し、最近では出雲地域(平田市や簸川郡大社町の弥山山系)などに拡大している(表6)。50-70歳の農作業に従事する高齢者を中心に発症が見られ、3-6月と11-12月の二相性に発生がみられる。島根県第1号の紅斑熱患者が8年後につつが虫病に罹患した例があった<sup>14)</sup>。島根県では、媒介ツツガムシ種や野ネズミでのリケッチア抗体保有状況調査が行われていないが、前後の全国ツツガムシ調査および発生の季節的周期からフトゲツツガムシが媒介していると推測される。しかし、出雲地方の海岸地域では、タテツツガムシによる可能性は否定できない。

さらに、島根県では1987年以来16名が確認されている。発生年は1987-1989年では1名ずつ確認された後、1995年までは患者発生がみられなかった。そして、1995年から再び毎年1-3名の報告がみられるようになり、2000年には10月までに6名

(図14)の発生に増加した。これは島根県保健環境科学研究所が検査にかかわった数であり、さらに多いものと推測される。発生地は、島根県東部の日本海に面する島根半島の西側に位置する弥山山系周辺の大社町、平田市に限定されている。いずれも感染推定地の山野は日常的に農林作業等で立ち入る生活の場であり、居住地が異なる2名も発症1-2週間まえにレジャー等で汚染地帯に立ち入っている。これらの山地に棲息する野ネズミ、ニホンシカ、猟犬等の血中には紅斑熱リケッチアに対して高い抗体保有率がみられている。患者発生月は5-6月と8-10月にみられ、マダニ類の孵化時期と山野での農作業等の活動が活発になる時期に相当し、発症年齢は50-60歳代を中心に小児から高齢者までの幅広い年齢層にみられている。この山野には媒介者と考えられているマダニ類としてオオトゲチマダニ、フタトゲチマダニを優勢種とし、キチマダニ、ツノチマダニ、ヒゲナガチマダニの5種類のチマダニ属が確認されている<sup>27)</sup>。また、塩飽らは、最近ダニ刺咬症が増加していること、ダニ種別ではタネガタマダニが圧倒的に多く、ついでタカサゴキラマダニ、キチマダニ、ヤマトマダニ、フトゲチマダニ、ツリガネチマダニが多いことを報告している<sup>28)</sup>。これらのダニ刺咬症では、追跡調査によっても日本紅斑熱の発症はなかった。ダニの種類、有毒なダニの生息域、発症率の低さなども関係するものと考えられるが、弥山山系における日本紅斑熱媒介マダニ種の同定、野ネズミなどの野生動物による流行状況のモニタリングが課題である。

リケッチア症対策としては以下のような課題がある。a) 高危険度地域の同定：ツツガムシ病の有毒な媒介者は、比較的狭い生息域に限定している。日本紅斑熱でも同様に有毒ダニの生息は弥山山系に限定されていると考えられる。患者と媒介者の接触地、媒介者および移動の少ない野ネズミなどのリケッチア保有調査により高危険度地域を明らかにすることが重要で、島根県保健環境科学研究所を中心としたモニタリング体制の強化が課題である。

b) 高危険度地域の周知徹底と対処方法の情報：アメリカでは、ダニ媒介感染症であるライム病高危険度地域では観光地であっても(不特定多数の出入りする観光地なら

ば特に)、危険性が高いこと、ダニに刺されにくい服装の留意点、症状、症状の出た場合の対処法が書かれた立て看板が立てられている。出雲健康福祉センターのホームページおよび大社町作成のパンフレットで、これらのリケッチア症の危険性などのPRがなされているが、高危険地域での周知徹底が望ましい。出雲市内での感染は確認されていないが、一昨年から増加していることから週報などを通じた市民への周知徹底が望ましい。

c) ハイリスク者への学習支援：弥山山系に出入りする農林業者、狩猟者、ハイカーなどには、リケッチア症の知識、感染危険性の高い地区と時期、服装(肌を露出しない)、症状と対処方法への周知徹底が望まれる。

### 3) 佐田町

佐田町における健康福祉情報は、町役場の健康福祉窓口において行政から発信される情報が多い。住民は、町内会での口コミとJA出雲の有線放送によって情報を得ることが多い(図15)。各種健康福祉計画などの報告書が住民に閲覧できるような体制になっておらず、情報公開の体制整備が課題である。

一方、住民が発信する情報は、公民館やネットワーク型組織で関係者だけに活用されることが多く、全町的に広がるのは町政だよりに取り上げる情報、マスメディアなどで取り上げられた先進的活動情報に限られている。学習情報は、中央公民館に集約されているが、活用はまだ少ない。町ホームページに掲載される健康福祉情報は少なく、役場と公民館・集会所をインターネットで結んだ情報ネットワーク整備が期待される。

緊急な対応を要する場合は多い災害情報など住民の安全に関する情報は、口コミ、電話やJAいずれもの有線放送の活用がなされている。高齢者施設におけるインフルエンザや結核などの感染症流行情報については、町レベルでは流行の把握や情報提供がなされていないのが課題である。

## 5. 健康なまちづくり政策作成システム

### 1) 出雲市

1995年に、出雲市健康増進課は「健康文化都市プロジェクト」を最優先課題とし



て取り組むことにした。このために、出雲コミュニティ研究会で理念、目標、方法を明文化した。同時に、公民館単位の多様な健康福祉活動と健康福祉ボランティアについての情報を収集した（図16, 17）。

1996年には、健康福祉活動に関わる市民と公民館毎に健康福祉の活動交流や問題整理を行った。既存の公民館専門部、地区社会福祉協議会、老人クラブは、組織のまとまりや継続性、公平性を重視しているのに対し、健康文化都市プロジェクトでは、参加者の成長や自己実現を重視し、支えあう健康福祉活動をめざしていた。このため、準備期には、公民館単位の健康福祉計画や健康文化のまちづくり委員会は進まなかった。しかし、保健婦は、先進的な草の根健康福祉活動が既に展開され、市民が真剣に地域社会づくりを考えていることを知り、ヘルスプロモーションや「健康文化都市プロジェクト」の理念に自信を持った。また、いくつかの公民館単位では、地域ごとの特徴を生かしたボランティア・ネットワークを作ることに成功した<sup>26)</sup>。

1996年には、公民館ごとの「健康文化のまちづくり」に刺激され、市民と保健婦の協働によって各地で「健康づくりグループ」「子育てグループ」「高齢者支援グループ」が組織されはじめた。また、全市的な市民・行政・専門家の協働体制が確立していたエイズ教育（健康増進課）、バリアフリーのまちづくり（福祉推進課）、高齢者ケア（健康増進課・福祉推進課）の活動を、「健康文化都市づくり」のリーディング・プロジェクトと位置づけ強化することにした。

これらを通じて、健康福祉スタッフの活動は、個別事業を戦術的に結合し、市民参加の健康福祉活動を志向するようになった。また、保健婦活動では、健診や知識伝授型の健康教育から、市民参加型健康学習や健康組織活動に重点が移っていった。

1997年からは、本格的に出雲市や市民福祉部の政策と活動を「健康文化都市プロジェクト」の視点から見直し、改革するために、出雲市職員と健康福祉専門家でワーキンググループを組織した。さらに、6つのプラン策定のためのプロジェクト・チームを市民参加で組織した。①子ども親もいきいきとたくましく成長することを目的に「次世代を育む」、②働き盛りの健康を支

える「暮らしを支える」、③老年期を自立し、生きがいをもって暮らすための「老いを楽しむ」、④精神障害者のみならず、市民の精神保健を対象にした「生きがい・働きがい」、⑤食・運動・性・住・学習などでの健康な生活習慣をめざす「自立した健康人」、⑥健康支援環境の充実、出雲市全体の政策の健康福祉からの見直し、市職員の政策研修を兼ねた「支えあうまち・政策の健康化」を組織し、1年間の参加型行動研究を行なった。そして、その成果を「健康文化都市・いずもプラン21」にまとめた。

公民館単位での健康文化都市活動でも、ほぼ全地区に「子育てグループ」と「高齢者支援グループ」が組織され、「健康づくりグループ」「介護者会」なども組織され始めた。一部の公民館では、健康福祉づくりを中核にしたまちづくりが計画され、生涯学習による人づくり・地域づくりが開始されようとしている。

また、「健康文化都市プロジェクト」のリーディング・プロジェクトも拡大し、子育て支援、禁煙教育、感染症対策のネットワーク化が図られつつある。健康増進課では、がん検診システムの再検討、温泉や健康施設などのアメニティ資源の整備、健康学習や健康組織活動などが一層強化されつつある（図18）。

健康福祉スタッフは、市民参加の健康福祉活動手法に習熟し、各地に小さなグループを誕生させた。しかし、そのグループの運営や相談に多くの時間を割かなければならなくなった。このため、リーダー育成や学習プログラムの確立が課題となっている。また、個別事業の戦術的結合に留まらず、国内外の情勢をにらんで戦略的に健康福祉政策を示す必要に迫られた。たとえば、メンタル・ヘルス分野では、精神障害者共同作業所や地域生活支援センターの設立に当たって、ピア・カウンセリングなど当事者間の支えあいやエンパワーメントをコアに、市内医療福祉資源のメンタルヘルス・ネットワークづくりを行うことを政策目標として明らかにすることにより、当事者、市民および行政の協働が促進された。また、市民参加の健康福祉活動から「健康福祉のまちづくり Healthy Communities」に発展するためには、健康福祉活動と産業や生涯学習との結合が課題になっている（図1

9)。

「健康文化都市・いずも プラン21」策定後、出雲市は1998年9月より健康文化都市プロジェクト推進のための21名の市民・専門家代表によって「出雲市健康文化都市推進ネットワーク会議」を組織した。このネットワーク会議には、子育て、ボランティア、人権、環境、福祉、高齢、地域各市民ネットワークの市民代表、専門機関（福祉、研究、生涯学習、医療、保健）からの代表が参加している。メンバー中10名が女性であり、活動的な市民メンバーから構成されている。ネットワーク会議の役割としては、1)それぞれのネットワーク活動の促進、2)新しい市民ネットワークの発足支援、3)ネットワーク間の交流、4)ネットワーク活動で明らかになった政策課題の研究、5)健康文化都市活動についての情報発信を期待されている<sup>26)</sup>。

また、健康福祉政策に関する参加型行動研究として、島根医科大学医師会と出雲市健康増進課を中心に「がん対策」の政策研究を実施した。その結果、1)検診を主体としたこれまでのがん対策から、市民の生活習慣改善、がんリスクの自己評価、サービス利用行動を中心にしたがん対策の体系化、2)専門家や行政からの健康情報により市民が自らのがんリスクを認識し、かかりつけ医などの助言によりがんになりやすい生活習慣実行や検診などのサービス利用、3)行政や専門家によるがんの発症、検診、治療に関する情報提供、個々人のがんリスク相談、がんを避けるための行動変容・早期発見・治療などの支援強化、がん検診の有効性を高めるために研究継続の必要性が明らかにされた(図20)。

2000年には、介護保険制度が導入され、健康医療福祉サービスの大幅な改革が行われようとしている。21世紀に向けて、市民の暮らしと健康を支える豊かな健康医療福祉サービスへの改革を成功させるために、高齢者ケア・マネジメントシステムの確立、かかりつけ医の充実などについて出雲市市民福祉部を中心に島根医科大学、島根医大、県立中央病院、福祉施設、市民などの協働が必要である。さらに、地区別の健康福祉拠点の整備、各種健康学習プログラムの充実、健康福祉の観点から市役所内また市・県・国のスタッフの横断的政策研修などが課題と考えられる<sup>29)</sup>。

## 2) 佐田町

戦後、結核を中心に感染症が猛威を振り、その対策が佐田町でも大きな課題であった。一方で佐田町は、1958年の学校保健法施行前の1953年より、子供たちの健康と生活支援に力を入れ、そのことが大きな特徴といえる。地元医師、学校、住民が協力して子供たちの生活調査を行い、子供たちが中心となった学習活動である保健クラブは、現在まで継続されている。このセルフケア学習が、現在の佐田町住民の健康意識に大きな影響を与えている。

1960年代より、中年期発症が大きな問題となった脳出血に対して、栄養対策と血圧管理を中心とした「疾病予防」が取り組みられ、その後、老人保健法施行による健診活動と結びついて総合的な保健活動として展開された。

20年前より島根医科大学環境保健医学教室は、佐田町健康福祉課の活動を支援してきた。長寿社会の到来、慢性疾患の増加は、住民の価値観に大きな影響を与え、単なる寿命の延長ではなく、疾患や障害があってもより豊かに過ごせる人生を求めるようになった。多様化するニーズに応えるため、「サービスパッケージ方式」がケアマネジメント技法の発展とともに確立された。「サービスパッケージ方式」は、北欧諸国において発展してきたヘルスケアの一方式であるが、それを佐田方式として改良実践してきた。町の保健・医療・福祉・教育などあらゆる関係機関が協力し、クライアントのニーズを把握し、ヘルスケアの処方箋とともにサービスを小包にして総合的に提供する方式である。この中で住民の政策ニーズの把握も、行政の専門スタッフによる「吸い上げ」型から、より住民の主体的な行動を促すようになった。

1990年からは、地方分権を進めるため、生活に密着した健康福祉政策樹立が地方に委譲され、先見的な市町村では、いち早く多くの専門職や研究者、住民を政策形成過程に参画させ、「健康文化都市プロジェクト」として取り組みが行われている。人材が豊富な市部と比較し、人口規模の小さい佐田町では、専門家集団としての行政職が大きな役割を持ち、比較的行政規模が小さい利点を活用し、担当枠を越えた庁内の協力をはかり、住民・行政・専門職・研究者

の協働体制を強化しつつある。この協働による参加行動研究が「政策化」のプロセスで重要な意味を持ち始めている。住民の主體的な行動を支援するために「住民参加」をさらに進めて行く必要がある。行政職である専門家も、研究者も同じ一住民でもあるという自らのとらえ方と、それに基づく政策科学の理論構築が、今後「住民参加」から「住民主体」への発展過程に大切な意味を持つものと思われる（図22）。

高齢化、過疎化が進む中、ヘルスプロモーションの視点で「まちづくり」を展開している佐田町ヘルシータウン・プロジェクトの構造と機能を評価し、住民の共同体意識および政策形成能力を育てるプロジェクトの課題を明らかにした。佐田町は、第4次総合振興計画の中で、ヘルシータウン整備事業を重点事業として位置づけ、健康で文化的な「まちづくり」を進めるため、ヘルシータウン推進会議を中心とする組織を整備した。

プロジェクトを統括するのが、ヘルシータウン推進会議であるが、その前身は1983年設立された健康管理活動協議会で、健康づくりを全町的に検討する場としての役割を果たしてきた。福祉関係事務の市町村への権限委譲、地域保健法による保健事業の市町村移行とともに、町でこれらの計画を総合的に立案する必要に迫られたこと、また、ニーズ指向性のサービス提供を効率的に行うため、計画立案・政策形成過程における住民参加の促進とケアマネージメントの発展が求められたこと、さらに、健康や生活の問題が地域経済等総合的な「まちづくり」と切り離して考えられないことが行政、住民の間で強く意識され始めたことから、町内の既存の組織を統括する形で1996年ヘルシータウン推進会議が設立された。この会議は行政規模が小さい利点を活かして行政区域を横断し、議員や民間企業、一般住民も加わった全町的な組織で町長が議長を務め、年2回定例化されている。ヘルスプロモーションの視点で「まちづくり」を進めるための政策提言と具体的な対策を協力して行える機動性に富む会議である。また、住民のライフステージを網羅する形で、5つのワーキンググループが形成され、その代表が運営委員会を組織している。公民館単位で強化が図られているコミュニティブロックの共同体意識は強く、「地域で

子供を育てる」「地域で高齢者や障害者を支える」という文化が大切にされている。一方、ワーキンググループの活動の広がりとともに、子育てや在宅介護等の悩みを相談し助け合うグループの形成、住民主体の健康学習会の開催、様々なボランティアグループの形成等「新しい時代の助け合い文化」も育ちつつある。

1997年度住民ニーズに基づいて新たに施策化されたのは、痴呆性老人のセルフヘルプグループ形成、デイサービス利用回数弾力化、特殊浴槽入浴サービス対象者のデイサービス開始、重症度別の痴呆性高齢者への集団リハビリテーション開始、ヘルパーの土日対応と通院介助開始である。

特に、高齢化の進行とともに痴呆性老人が増加しており、1996年8月に高齢者部会で痴呆性老人及びその介護者を対象に調査を行った結果、痴呆性老人に対する土日対応のサービスとヘルパー派遣がニーズとして最も大きいことがわかった。痴呆性老人とその家族を支援し、痴呆とともに佐田町で最期まで生活できる体制づくりが求められている一方で、住民の痴呆に対する恐怖心や痴呆性老人の介護者の苦勞に対する無理解等の問題も明らかとなった。今年のヘルシータウン推進会議に、これらの結果が報告され、住民の痴呆に対する理解を深めるため、婦人会、青年団、高齢者クラブを中心に会議メンバーで協力して痴呆に関する全町的な意識調査を行うこと、さらに毎日型のヘルパー対応と温泉を利用した入浴サービスを足がかりに痴呆性老人のセルフヘルプグループづくりが提言され、政策化された。

佐田町には、段差があり、障子や襖で壁がない昔ながらの住宅が多く、痴呆性老人に限らず、障害者が生活しにくい住居環境にあった。近年、集落排水事業が大規模に町内で進んでいるが、この機会に障害者や高齢者が使いやすいトイレ、風呂に改造することを勧めることがプロジェクトの中で提案された。直ちに建築施工業者に呼びかけ、理学療法士、在宅介護支援センター、町行政スタッフと協力して、家族との相談を全町的に開始し、段差解消、浴槽や手すりの改造が急速に進んだ。それとともに、建築施工者や住民の健康や福祉に対する意識が変わりつつあることも大きな成果と言える。

ワーキンググループの内、「産業保健部会」「共に生きるまちづくり部会」は、それぞれ事業主や労働者、各種ボランティアグループが中心となり、主体的に運営されているが、他のワーキンググループでは住民の主体的参加が遅れており、政策形成を担う力はまだ弱い。今後は高齢者部会への介護者あるいは障害者自身の参加等ワーキンググループへの住民参加を進め、その中で全町的に視野を広げ、住民の役割を高めながら主体化を促す必要がある。佐田町では第4次総合振興計画の柱の一つにコミュニティブロック整備事業を掲げ、行政の壁を越えて地域担当職員制度をつくり、住民との協働作業で「住民自ら創るまち」づくりを推進している。あらゆる分野で住民を中心とした協働作業が進むことが住民主体の健康で文化的な「まちづくり」を実現する道と考える。

1999年には、町民参加の介護保険事業策定が行われた。介護保険事業計画策定委員会は、町役場ワーキンググループやコミュニティブロックでの住民との懇談会で介護基盤整備と町民による相互支援ネットワークの確立を図った。まず、痴呆性老人に対しては、グループワークを発展させ、2000年にE型デイサービスセンター設置を決めた。また、在宅介護支援センターを中核としたケアマネージメントをケアマネージャーによる分散型への移行を試みた。非該当が予想されるデイサービス利用者には、1999年春よりデイサービス利用回数を月1回に減らし、小地域支えあいネットワーク事業によるミニデイサービスを2カ所で試行し、他地区でも準備に入った。このために、町社会福祉協議会による支援体制を強化するとともに、自治会活動としての位置づけを明確にし、自治会総力を挙げた活動への発展を促進した。また、非該当の独居・高齢者世帯によるホームヘルプサービスは、自立を高めることを目標にした有償ボランティアによる家事援助型ホームヘルプサービスを2000年に開始した。

1999年11月に特別養護老人ホーム(50床、短期入所専用10床)、2000年10月にE型デイサービスセンター、2000年4月より訪問看護ステーションが設置され、訪問リハビリを除いた介護資源の充実が図られた。また、生活ハイリスクの高齢者に対しては、小地域助け合いのミニデイサービスが1999

年から開始され、ボランティアによる配食サービスが継続している(図22)。

策定過程においてコミュニティレベルでの高齢者健康福祉活動も活性化された。小地域助け合いのミニデイサービスが、介護保険該当外の高齢者を対象にして2地区で開始された。2000年5月現在6地区で月1回以上開催されている。公民館または集会所で地区ボランティアにより、送迎・給食・準備などが行われている。また、支えあいボランティアとして、給食サービス(毎週火曜日に50名の独居・高齢者世帯を対象に152名のボランティアが給食・配食を行っている)。最低1日1食の配食をめざしたサービスへの移行が課題である。助け合い(有償)として、家屋修理や草刈り、理美容などが町内事業者により行われている。介護分野では、高齢者福祉施設でのボランティア活動、障害者のリハビリや生きがいに役立つ朗読・手話・葉書などのボランティア活動を行っている。郵便配達員による障害者支援活動とも連携を始めた(図23)。

佐田町では要支援・要介護者数は、平成9年度介護認定モデル(一次判定)では142人と推定され、高齢者に占める要支援・要介護者の割合は島根県全体13.9%よりは低いものの12.7%と高率であった。佐田町のサービス利用の特徴は、これまでの「サービス・パッケージ」方式高齢者ケアの結果、未利用者が4人と少なく、97.2%の要支援・要介護者が福祉サービスを利用し、島根県全体と比べてサービス利用率が高かった(図24)。また、在宅サービス利用が施設利用の比が島根県の2.4に比較して、佐田町は2.5倍と在宅サービスの割合がやや高率となっていた。一方、デイサービスやホームヘルプサービス利用者の約1/3が非該当者と推定された。これは、中山間地域であり、交通の便が悪いため高齢者が孤立しやすく、ハイリスク高齢者にデイサービスやホームヘルプサービスを導入し、介護予防を政策的に進めてきたためと考えられた。

佐田町では、介護保険は広域市町で認定を行うが、サービスは町単独で実施している。2000年10月で、要支援31人(13.2%)、要介護167人(30.3%)、要介護228人(12.7%)、要介護333人(14.9%)、要介護434人(15.4%)、要介護528人(12.7%)