

であり、出雲市では要支援 9.5%、要介護 1 21.3%、要介護 2 18.6%、要介護 3 17.8%、要介護 4 18.0%、要介護 5 14.8%であったので、佐田町は要支援や要介護 1-2 の軽度障害高齢者が多い特徴を有していた（表 7）。

介護認定において、1999 年には非該当は介護サービスを全く受けることができないが、要支援との間に医学的・客観的な差がないため申請者への説明が困難であること、デイサービスおよびホームヘルプサービス利用者に非該当者が多いことの課題があった。

2000 年 10 月での要介護認定者は、在宅 167 人、施設 54 人の計 221 人であり、4 月より微増した。平成 9 年度介護認定モデルで想定した在宅 99 人、施設 39 人の計 138 人（図 2 4）より大幅に増加し、130 人にのぼると考えられたデイサービスおよびホームヘルプサービス既利用者の非該当は最小限に食い止められた。また、サービス未利用者も 4 人から 1 人で減少した（図 2 5）。一方、1997 人は 10 人以下だった特別養護老人ホーム待機者が 2000 年には 30 人へと増加した。

介護保険計画策定段階での町民、専門家参加の議論によって、高齢者健康福祉政策の再確立、サービス提供機関の多様化、独居高齢者世帯へのサービス、町民や各種 N G O の参加促進、これまでのサービスを維持するための財政措置などの課題、サービス提供側（佐田町では主に社協）ではサービス効率化、ケアマネージメントの実施方法、マンパワーの育成などの課題、地域では農業など産業活動と福祉活動の結合、支えあい活動の再組織化などの課題がほぼ解決された。

佐田町では、1999 年 11 月に町内に特別養護老人ホームが開設されたことにより、痴呆性高齢者を中心に在宅からの入所が増加した。この結果、要介護認定者の 24% が施設、76% が在宅で療養していた。出雲市では、25% が施設で、75% が在宅であり、その割合は変わらなかった。要支援者はすべて在宅で、要介護 3 以上で施設利用が多かった。特別養護老人ホーム希望者が老人保健施設を利用しながら待機しているため、利用者が増加した。これは、居宅サービスと特別養護老人ホームの自己負担額、および家庭介護の負担を比較し、家族が在

宅よりも施設での介護を希望する傾向と考えられる。介護の社会化の観点からは評価できるが、費用対効果の観点からは居宅サービスの質的向上、家族による介護負担を考慮した自己負担額の傾斜設定等の課題を内包している。

在宅要介護者の介護サービス利用率は、要介護 5 を除いて 8 割以上であり、4 月から大きな変動を認めなかった。要介護 5 では、医療保険利用による病院入院や体調悪化が多く、介護サービスを使えない時期があるため、利用率は 6-7 割に留まった。

利用している居宅サービスでは、利用人数では、通所介護が最も多く、2000 年 10 月に E 型デイサービスが開所してからは、100 人を越え、在宅要介護者の 59.9% が利用していた。ついて訪問介護が平均 36 人と多く、訪問看護 20 人、短期入所 13 人、通所リハビリ 10 人、訪問入浴 7 人であった。介護保険導入前より、通所介護、訪問看護、短期入所は増加し、訪問介護と訪問入浴が減少した。通所介護は、虚弱老人の利用を減らし、要介護者へのサービスを充実し、通所のために交通の便をよくすることで利用者の増加が図られている。訪問看護は、導入前は医院からの訪問看護だけだったが、訪問看護ステーションを誘致することによって利用が増加した。短期入所は、限度日数の設定により全国的には減少しているが、導入前は町内には高齢者生活福祉センター内の 4 床だけであったのが、特別養護老人ホームに 10 床の短期入所専用ベッドが設置されたことにより、利用が増加した。

一方、全国と同じく、訪問介護が減少した。この理由としては、利用者が介護保険導入前は殆ど無料であったので、自己負担額増加とサービスの費用対効果が低いと判断したためと考えられる。訪問入浴は、町外業者に委託したため、利用者の希望日程とのズレが多く、希望はあるが実施できていない。このため、訪問入浴を町内業者に委託する準備が行われている。

限度額に対する利用率では、要介護 1 が最も低く 2 割強、ついて要介護 2 の 3 割で、要支援および要介護 4・5 は 4-5 割であった。要支援者の居宅介護サービス利用は、通所介護が主であるため、比較的少額な自己負担額でほぼ 1 日楽しくすごせることが

ら利用率が高いものと考えられる。また、要介護度4・5の重度障害者では、家族への介護負担が高いために、訪問介護、訪問看護、訪問入浴、短期入所など比較的単価の高いサービスを利用することために利用率が高いことが考えられる。

一方、要介護1・2では、家族介護が主であり、居宅サービスとしては通所介護か通所リハビリ、短期入所を利用しており、訪問介護利用が少ないために利用率が低いことが考えられる。利用者は、訪問介護の費用対効果を低いと評価し、家族介護で対応可能と考えていることも要因と考えられる。このため、軽度障害高齢者への訪問型サービスの質的充実、特にホームヘルパーによる個別的介護実施のための質的向上が課題となっている。

サービス別の利用額では、居宅サービス総額が670万円-792万円、施設サービス総額が1,209万円-1,457万円、サービス計画費96万円-115万円であり、利用者の人数や要介護度を考慮しても施設サービス利用額が多かった。サービス計画費を除いた居宅サービスと施設サービスの利用額の割合は、4月には居宅34%、施設66%であったものが、10月には居宅37%、施設63%になった。居宅サービスでは、通所介護が居宅サービスの半額を占め、ついで訪問介護、短期入所、訪問看護の順であった。2000年4月から10月までの変化では、E型デイサービスセンター開設などにより通所介護が増加し、福祉用具貸与も増加していた。また、福祉用具購入や住宅改修は制度開始当初は需要が多かったが、8月以降は安定してきた。施設サービスより、居宅サービス利用が増加し、E型デイサービス開設などにより居宅サービスの充実が図られつつある。

佐田町における2000年度の推定費用28,469千円に対し、10月の実績は22,652千円となった。在宅での希望充足率が予想より低い26.5%に留まったことと同時に、出雲市などより重症度の高い要介護者が少ないことが予想されたコストより低額となった原因と考えられる。

金銭面では、町民税は変化ないが、老人医療費は年間12万円の大幅な減少が認められた。1号被保険者の介護保険料月額2,980円、2号被保険者の被保険料5,800円と介護サービス利用の一部負担金が増額と

なった。また、利用限度額を超えた利用については、特別養護老人ホームなどへの入所待ちによる短期入所の長期利用例で危惧されたが、特別養護老人ホーム開設により、利用限度額を超えた利用はない。また、要介護認定者の中で全く介護サービスを利用しなかった人は、4人から1人に減少した。

一方、介護サービス面では特別養護老人ホーム開設、短期入所10床の設置、E型デイサービス開設、訪問看護サービス開始などにより飛躍的に充実した。生活支援サービスも介護保険と切り離して現状が維持され、週1回の配食サービスが加わって充実された。さらに、介護保険導入に当たり、介護サービスとともに周辺の社会開発が行われつつあり、政策立案、住民参加など地方分権を担う力が強化されつつある(図22)。

6. 健康なまちづくり住民参加システム

1) 出雲市

健康なまちづくりへの住民の参加は、まず新しいサービスや政策の必要性を、住民が市役所窓口で相談することから始まった。また、自発的な市民グループ活動、マスメディアの報道、議員の陳情などを介して行政管理者(課長以上)に認知される場合が多かった。そして、ヘルスケア担当の行政管理者は、ニーズ志向および効果的な行政手法の導入を試みた。しかし、市段階での有効な政策形成の面では、市民グループによる先行的な活動の成功が、政策決定を提案する行政管理者に最も大きな影響を与えた。高齢者ケアでは、「ことぶき福祉会」による小規模多機能老人施設や「呆け老人をかかえる家族の会島根支部」による仲間相談およびセルフヘルプ・グループ活動、バリアフリーまちづくりでは、「出雲いきいきネットワーク」によるバリアフリー調査・実践活動や知的障害児の親の会「ポテトハウス」による福祉ショップづくりなどが先行モデルとなった。この過程では、行政スタッフや教育・研究者が市民主体の健康活動に関与し、支援することが重要と考えられる。世論づくりには、マスメディア、特に地方新聞やテレビの影響力が大きかった(表8)。

市民参加の協議会における問題分析と資源評価では、問題を個別に分析することよりも、その活動に関与している市民や専門

家の願い（人間尊厳）を目標にしたブレイン・ストーミングが有効であった。解決戦略の策定では、行政の横断的ワーキンググループ（調整会議）による問題分析や資金・マンパワー等の資源評価が、行政管理者による意志決定を容易にする複数計画案策定に有効であった¹⁰⁾。

複数の計画案について、行政管理者および議会関係者によって実行可能性や有効性の査定が行われた。また、実行計画の策定や最終的な計画案の意志決定では、定量的な最適化技法や意志決定技法が応用された。予測には、国内外の先進事例や市内のモデル的な活動からの基礎データが採用された。利害関係を持つ関係団体や施設との調整は、行政管理者や議員と関係団体の間で行われた。高齢者ケアでは、ゾーン別福祉サービス拠点の実現のために、デイサービス委託機関を福祉法人以外にも広げ、ホームヘルパーを社会福祉協議会から4施設への分散を計画した。関係団体との調整には、早期からのコミュニケーション、明確な政策目標と実行計画案が必要であった。また、市の他政策との調整は、横断ワーキンググループで準備段階から継続された。

実行段階では、市民とスタッフの教育・研修、行政とサービス供給機関などの組織化、財源や権限移譲およびこれらの調整が重要であった。高齢者ケアでは、サービス利用についての市民教育が、市週報とマスメディア、利用手引の医療機関への配布、在宅リハビリ教室などで行われている。スタッフの研修は、出雲在宅ケア研究会などの講演・シンポジウム、出雲コミュニティ研究会、山陰医学看護学教育研究会や全国的な学会などへの参加、ネットワーク出雲などでのケースカンファレンスによって行われている。なかでも、出雲在宅ケア研究会は、高齢者、介護者を中心に医療・保健・福祉を網羅した横断的な研究会であり、マスメディアの注目度も高く、市民にもスタッフにも極めて有効な教育機会となっている。組織化と財源確保および権限移譲は、年次計画で進められており、1996年には、常勤ホームヘルパー数の倍増、在宅介護支援センター増設などが実現している。研究者は、重要度評価や組織工学的な観点から、増設場所の決定や実施調整に関与してきた。

「高齢者保健福祉助言者会議」および「バ

リアフリーまちづくり推進協議会」において、目標達成、プロセス、人材・組織評価を行い、実行計画の修正を議論している。バリアフリーまちづくりでは、民間企業や他分野の公的セクターの関与が大きく、評価しにくいことが予想されたので、計画策定時点で短期・中期・長期目標を設定し、評価しやすくしている。また、予算不足等によって実施計画の修正が必要な場合には、協議会参加団体の活動による補完もこれらの協議会で議論がなされている(表8)³⁰⁾。

2) 佐田町

佐田町では、古くから健康管理活動協議会やヘルシータウン推進会議などの住民参加型政策策定が試みられてきた。しかし、これらの会議に参加するのは、公民館や婦人会などの長のみで、活動的な住民の参加は少なかった。このため、会議での議論が実践的な活動に発展することが少なかった。

1998年に策定した障害者プランでは、障害者および住民が参加して計画を策定した。さらに、策定過程で参加型行動研究として町内施設の実態調査、障害者への聞き取り調査、アンケート調査結果の分析などを行っている。1999年の介護保険計画策定では、策定期間中にミニデイサービスの開始などのコミュニティレベルでのアクションを促進することができた(図26)。

佐田町は、人口密度が低い山村であるため、コミュニティブロックでの健康な暮らしづくりが最大の課題である。介護保険で認定されない高齢者の健康福祉活動の場として設定したミニデイサービスは現在10カ所に広がっている。しかも、ボランティアによる活動を自治協議会などが財政的に支援し、移送などは若い住民が行っている。また、橋波地区では、過疎高齢化の進む農村が農業を中心に成り立つことを目標に、地域の支え合いは、デイサービスに連れて行くのではなくて、農業を通じて高齢者がそれぞれの役割を果たすことを考慮した暮らしづくりが取り組まれている。農事法人橋波アグリサンシャインは、「田んぼがあるから橋波に住む 農業を支えあってみんなが橋波に住もう」をスローガンにお年寄りが農業を続けられるように、高齢者には困難な田植えと稲刈りのみを引き受けてい

る。高齢者が農業しやすい環境を残すために、農業法人が農作業全部を引き受けず、お年寄りや子供も何か農作業に関われるような農作業受託の仕方を模索している。さらに、農業を軸にした健康なむらづくりを住民が参加して独自に作りつつある。

7. 健康なまちづくりエンパワーメント

1) 出雲市

まず、スタッフのエンパワーメントについて述べる。20年前より島根医科大学環境保健医学教室および島根県立総合看護学院のコミュニティ基盤型実習に、出雲市健康増進課（保健婦、訪問指導員）、福祉課ケースワーカー、地域医療を志向する医療機関、小規模多機能型福祉施設などの先進的福祉施設、障害者の当事者グループやボランティアグループなど多くの市民や専門家が参加してきた。医学生などの教育を通じて、市民、専門家、教育・研究者の信頼感が強まると共に、相互学習や市民参加型研究のネットワークが形成されつつあった³¹⁾。

スタッフの多くは、戦略性に乏しく、事業をこなすのが精一杯であった。また、疾病予防に重きをおき、健康・幼児教室への「人集め」に汲々としていた。困っている市民の代理として関係機関にその窮状を訴え、保健婦、栄養士、理学療法士などの「専門家」の増員を訴えていた²⁹⁾。

しかし、活動的な市民からは、保健婦は健診で「疾病」か「健康」かを振り分けるよりも、市民と一緒に草の根健康福祉学習活動を創ろうとの呼びかけがなされていた。出雲市の老人健康福祉活動では、健康増進課の訪問指導員や保健婦が福祉課ケースワーカーと一緒にケアマネージメントを行っていたので、健康と福祉の垣根は低くなっていた。これらの背景から、健康福祉の現場スタッフが理念を同じくして活動しようとの気運が高まった。このため1994年に、ヘルスプロモーションや健康福祉政策をインフォーマルに学習しようと、出雲市健康増進課・福祉推進課、島根医科大学環境保健医学教室、島根県立看護短期大学、現場の健康福祉専門家、市民によって出雲コミュニティケア研究会を組織した。出雲市健康増進課保健婦、島根県立総合看護学院教務、島根医科大学助教授が世話人となり、2カ月に1回「ヘルス・プロモーション」

「ソーシャル・サポート」「ケア・マネージメント」などの理論学習、市内の先進的な健康福祉活動についての事例検討を行った。コミュニティ研究会活動によって、スタッフの価値観は「予防」から「ノーマリゼーション」や「エンパワーメント」に徐々に広がった（図20）。

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。

1996年からの健康文化都市プロジェクトにより、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た。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。

次に、住民のエンパワーメントでは、多くの住民が健康のまちづくりの過程で参加しながら力量形成を行っている。コップも持ち挙げられない筋力の低下した筋ジストロフィー患者が、25年間の施設暮らしから自宅に帰り、在宅でコンピュータとインターネットを用いて点字翻訳業務で活躍している。また、痴呆の母親を看取った71歳の高齢女性が、呆け老人を抱える家族の会支部長としてピアサポーターや政策提言の活動の先頭に立ち、市民の支援を受けてE型デイサービスを完成させ運営を行っている（図27）。

さらに身体・精神・社会的健康についての総合的な健康福祉学習プログラムを市民と専門家が協働して開発し、住民のエンパワーメントを促進しようと努力している。健康学習は単に知識や生活技術を身につけるだけの手段ではない。市民は、知識や生

活技術とともに、生きがいや心許せる友だちを求めて健康学習に参加してきた。学習成果とを感じる点も様々である。「すこやかスポーツ・フェスティバル」に参加した一市民は、「秋の一日を緑の中で心地よい汗をかいたことも良かったが、自分の前を歩いてい 家子どもが田んぼに稲が植えてない理由を聞き、お父さんが減反の理由を一生懸命説明している様子がほほえましかった。親子のコミュニケーションを深めることも健康づくりではないか」と新聞への投書で述べていた。

また、栄養と運動について学習した女性が、「高瀬川いきいきウオーク」に参加し、ボランティアとして「すこやかスポーツ・フェスティバル」を支えた。さらに、男女共同参画学習として、女性グループで夫婦の「パートナーへ贈る愛のひとつことメッセージ」の募集をした。「あなたの車椅子を押して19年、あなたは私の生きる支えになっています。いつまでも押させてくださいね」「一心同体ならぬ平行線夫婦の私たち。私はあなたといると2人分の人生が楽しめます」などの多くのメッセージが集まった。お互いの違いを認めながら、共に生きていこうという新しいパートナーシップを感じさせるメッセージを小冊子にまとめている。さらに、環境問題の深刻さを懸念して「環境を考える市民の会」を結成した。このように、市民は、健康学習で学んだ知識や技術を、自らの生活の中で活かすばかりでなく、健康文化都市づくりの原点である「自分を大切に、みんなも大切に」へと、自分の生き方を変えつつあるように思われる。また、市民は、健康学習によって新しい健康福祉情報を得て、健康から福祉へ、環境へと学習の糸を紡いでいる(表9)³¹⁾。健康学習が契機となって、市民一人ひとりが自分の良さを自覚し、自分の可能性を広げ、暮らし方や生き方の選択幅を拡大する。健康学習は、自らの好みの色合いに人生を染めた端切れをみんなで持ち寄る「パッチワーク・アクション」の人づくりと考えられる。

2) 佐田町

佐田町では、中心産業である農業、河川の洪水などの災害対策、農村芸能を通じた農村共同体の助け合い文化が古くから維持されていた。しかし、近年の兼業化により

農村共同体としての支えあいは弱体化の一途をたどっている。このため、健康なまちづくりの担い手として、1994年より町社会福祉協議会による3級ヘルパー養成を開始した。ここで養成されたボランティアは、1993年より給食・配食ボランティアを開始した。152名のボランティアが毎週火曜日に50名の独居・高齢者世帯を対象に配食サービスを展開している。また、有償助け合いとして、町内事業者やボランティアが家屋修理や草刈り、理美容などを行っている(図23)。

ボランティアが最も多くのことを学びんだのは、在宅痴呆性高齢者の支援からであった。在宅痴呆性高齢者10名を対象に、介護者が最も困っている保清のために温泉への送迎・入浴介助を始めた。その後、E型デイサービスなどでの研修し、毎週月曜日に痴呆のグループワークを継続してきた(表10)。このグループワークで、ボランティアは、痴呆高齢者の個別性(人生の重み、病前性格、痴呆の病状・重症度)、痴呆高齢者の感情変化(急激に変化する感情、感情変化にあわせた対応)、老いの受容(痴呆・老いの意味、自らの老いととの重ね合わせ)、痴呆性高齢者と地域とともに生きる(共に生きられる地域の基盤づくり)を学んだ(表11)。そして、これらに係わった人たちは、介護保険計画策定委員やコミュニティブロックでのミニデイサービスを立ち上げる原動力となった(図28)。

8. 健康なまちづくりサービス総合評価

1) 出雲市

出雲市では、健康なまちづくりサービス総合評価のモデルとして高齢者ケアシステム作りを取り上げる。

日本の高齢者健康福祉は、世界的に例を見ない急速な高齢化とコストの増加、社会的入院の多さ、サービス利用の不公平などの課題を抱えている。急速な高齢社会や現状システムに対する国民の不満足感の解決をめざして、介護保険の導入が計画された。

介護保険では、費用の半分が保険料として40歳以上の国民から徴収され、後半分は税金で賄われる。保険者は市町村で、人口構造の差異を全国的に均等化させるプール制となる。給付は、施設ケア、短期入所、デイケア、ホームヘルプ、訪問看護、機器貸出を含む。介護保険の適用は、機能

・認知のアセスメント（介護認定）によって6段階に分類され、限度額が設定されている。国レベルでは、新ゴールドプランと公的介護保険を進めてきた。介護保険によって、日本が高齢化に対応した包括的な社会サービスを達成できるか否かが注目されているが、あまりも公的介護保険のみに注目しすぎている。これまでに指摘されているように、国レベルで公平なサービスを達成するために介護保険では、要介護時間を指標にした介護認定制度が取られている。このため、社会環境のために介護サービスを必要としながら、介護サービスを受けてこなかった老人が、介護認定されることによって必要なサービスを受けやすくなるであろう。また、介護に関する社会資源の開発やケアマネージメントによるサービスの質的向上が期待できる。

しかし、介護保険は、老人性疾病による障害者を除き、高齢者のみを対象としている。介護保険では介護時間によって介護度を認定し、家庭の介護力などは考慮していないので、これまで医療福祉サービスを受けていた独居・高齢者世帯の老人の中には、「要支援・介護」と認定されず、介護保険でカバーされない例が多く存在すると考えられる。また、障害の原因となった原疾病や二次的な障害ゆえに発症しやすくなった併発症に対する医療も重要で、介護と医療との連携を進めなければならない。さまざまな問題を抱える障害者に、精神的・身体的不自由には介護を、そして疾病には医療を提供するという区分の不明確さも課題となっていた。

さらに、これまでインフォーマルな家族のケアが不十分であったために介護サービスを受けてきた独居世帯や高齢者世帯の老人が多く、自立と認定され介護保険ではサービスを受けられないことが予想された。

市町村は、公的介護保険の運営に責任を持つことになるが、その実行能力に疑問がもたれている。大都市では地価や賃金が高いために必要な社会基盤を達成可能かどうか問われている。農村では自治体の規模が小さく、サービスメニューや人材が制限させるのではないかと危惧されている。

農村地域では、高齢者も可能な農作業があり、農業や農村社会を通じたインフォーマルな社会的支援が強い。健康福祉に熱心に取り組んできた自治体は円滑な介護保険

導入および介護保険外の健康福祉サービスの立ち上げ、インフォーマルなネットワークづくりが取り組まれている。そして、介護保険制度の準備過程では、市町村レベルでの介護サービス資源開発、介護マンパワー育成、サービスシステム確立、地域での総合的な高齢者健康福祉活動との連携が努力された。

高齢者は、疾病、老化などによる身体機能低下、障害の合併、また流動的知能（記憶、図形の判別能力など学習に比較的影響されない能力）の低下が起こりがちである。しかし、高齢者は、生活歴が長く、経験豊かで知恵も多く、結晶的知能（総合的に考え判断する能力で、言語や社会常識など学習や経験により発達する能力）に長けている。このため、出雲市健康なまちづくりでは、多様な能力をもつ高齢者の人間性と人権を尊重するため、テーマを「人生の達人として生きる」とした。高齢者が老いを楽しむゆとりをもち、輝いて生きているまちは、すべての人々にとっても心豊かなまちをめざすことになった¹⁶⁾。

出雲市では、この基本理念に立ち、次のことを高齢者の健康福祉の課題として政策に取り組んできた。1) 自律的に生きること。高齢者が激しい社会変化（経済窮乏期、高度経済成長期、経済成熟期）を生きぬいた経験と知恵から、老年期を自律的に生きる能力と方法を明らかにすることが重要である。高齢者の自律的な生き方を支えるために、バリアフリー環境の整備、災害・緊急時危機管理の強化が必要である。2) 健康に暮らすこと。老年期にいくつかの疾病や障害を有しながらも、健康に暮らすためには、まず老いを受容することが重要と考えられる。さらに、老年期に適した健康な暮らし方を身につけ、肌着のような保健・医療・福祉サービスを上手に活用することが、老年期を健康に暮らす秘訣と考えられる。このため、老いの受容や老年期に適した生活習慣の学習活動を開発するとともに、介護保険導入時までに、かかりつけ医制度や中学校区ごとの福祉サービス拠点やケアマネージメントシステムを確立することが課題である。3) 社会性を持ち続けること。高齢者は、社会的に孤立しなくても、精神的には「孤立感」は避けることができない。生きがいを支える生産活動、世代間交流を含む地域社会への参加、文化の伝承

と創造を重視する必要がある。4) 希望をもち成長すること。高齢者の自発性と創意に基づいた学習や交流活動により、「若い」を成熟過程と考え、自己の価値に気づき、自己実現をめざすことが可能となる(図29)。このため、慶人会(老人クラブ)との協働による学習プログラムやボランティア活動の開発が課題である。

出雲市では、人間の尊厳と人権尊重を基本とし、市民一人ひとりが生命(いのち)を輝かせて生きることのできる地域社会づくりを進めるという理念に立って、1994年に市民参加方式で高齢者保健福祉計画を策定した。その後、市民・専門家から構成される高齢者保健福祉計画専門助言者会議(その後、介護保険制度導入をにらんだ新たな高齢者保健福祉計画策定委員会に発展的に吸収)で計画のフォローアップや健康福祉事業の検討を行い、介護保険制度の準備を含む高齢者健康福祉施策を推進してきた。介護保険導入に際して「保険料を払ってもサービスが受けられない」ことが懸念されたため、出雲市では、介護保険給付内のサービス供給体制を2000年3月までに高齢者保健福祉計画を一部上まわる水準でブロック別整備を完了した。さらに、施設サービスも含めた供給体制の見直しを、個別訪問による実態調査に基づいて行いつつある。このため、介護保険サービス計画確立のために、介護保険導入前に地域特性別のサービス利用行動に差があるか否かを検討した。出雲市において、2000年2月までに要介護認定の確定した1,809人を対象に調査を行った。性、年齢別に日常生活動作能力(ADL)、機能的ADL、痴呆の状況、要介護度、障害の程度、介護サービス利用行動を検討した。また、出雲市16公民館単位を地理的条件、産業形態、生活文化的条件などから、市街地域(今市、大津)、新興住宅地域(塩冶、四絡、川跡、高松)、平地農村地域(古志、高浜、鳶巣、長浜、紙門、神西)、農山村地域(上津、稗原、朝山、乙立)に分類し、地域特性別の検討を行った。

出雲市では、要介護認定審査は、1999年10月より福祉サービスを利用している高齢者から調査を開始した。認定調査においては、市調査員と在宅介護支援センターなどの調査員を確保した。モデル事業で痴呆性高齢者の正確な把握が困難であったた

め、痴呆専門認定審査会を設置した。介護保険導入前の2000年2月に、福祉サービス利用者および入院・入所者の介護認定を終了していた。

申請者は、男631人、女1,390人の合計2,021人であったが、死亡や転居による申請途中の取り下げにより一次判定に至らなかったのが61人、二次判定で非該当となったのが86人であった。

介護保険認定審査会での二次判定で要支援・要介護と判定されたのは、男567人、女1,242人の合計1,809人であった。男女の年齢分布を反映し、男では70-84歳が多く、女では80-89歳が多かった。また、40-64歳の加齢疾患による認定は、認定者全体の5.0%を占めた。要介護度の分布は、男では要支援44人、要介護1100人、要介護2119人、要介護3109人、要介護4106人、要介護589人、女では要支援128人、要介護1286人、要介護2217人、要介護3213人、要介護4219人、要介護5179人であり、要介護1・2が最も多く、ついで要介護3・4、要介護5、要支援の順となっていた。要介護度分布での顕著な性差は認められなかった(表12)。

年齢別の要介護度は、男では加齢による重症化は観察されなかったが、女では有意な加齢による重症化が観察された。二次判定とADLとの関係は、高い相関が認められたが、痴呆区分との相関係数は統計学的に有意であるがADLに比較して低かった。このことは、一次判定ロジックが身体的障害を評価しており、痴呆などの精神・感情面での評価が不十分であることを示唆している。

一次判定と二次判定との関係では、非該当から要支援または要介護1に変更となった者は16人と比較的少なかった。二次判定が一次判定よりも軽度になったのは、男19、女36であった。一方、二次判定が一次判定よりも重度になったのは、男110、女264であり、二次判定で要支援以上と判定された人の20.7%を占めた(表13)。一次判定と二次判定の判定変化をADLと痴呆区分別に検討したところ、2次判定で重度化した人は、ADLでは軽度障害者に多く、痴呆区分では中等度から重度に多いことが明らかになった。出雲市では、介護認定審査委員会に痴呆専門2チームを設けているため、痴呆を加味した判定変更が多

く行われた(図31)。

ADL障害では、片手挙上などの上肢よりも、立ち上がりなどの下肢や歩行能力などの障害が顕著であり、嚥下障害および起き上がりは男の障害率が有意に高かった。また、食事摂取と移乗は約半数、便後始末、ボタン掛、尿後始末、上衣着脱、下衣着脱は約2/3、浴槽出入と洗身は約3/4の人が障害を有していた。特に、入浴に援助を必要とする人が多かった。

便後始末、洗身、食事摂取、ボタン掛、上衣着脱、下衣着脱では有意な性差が認められ、いずれも男の障害が重度であった。麻痺や関節可動域制限には性差がないことから、この性差は病前のADLや社会的面

に起因しているものと考えられる。尿意と便意では、約1/3で障害があり、口腔清拭、洗顔、洗髪は約半数、薬の内服と金銭管理は2/3、居室掃除は9割以上の人で介助が必要であった。洗髪、薬の内服、居室掃除で有意な性差が認められ、男の障害度が高かった。

性別の痴呆区分では、男では異常なし38%、I15%、IIa3%、IIb14%、IIIa14%、IIIb5%、女では異常なし36%、I15%、IIa4%、IIb14%、IIIa16%、IIIb4%であり、性差は認めなかったが、要介護認定者の6割が何らかの痴呆症状を持っていることが明らかになった(図32)。

認知障害については、3割が障害を有していた。年齢と場所の認知障害には性差が認められ、男の認知障害が多かったが、これは男が元来、年齢や場所に関心の低いことを反映しているものと考えられる。被害妄想と作話は1割弱と少なかったが、幻視幻覚は女では17.4%に認められ、感情障害も2割に認められた。被害妄想と幻視幻覚は有意な性差が認められ、女で障害が多かった。

問題行動では、介護への抵抗、昼夜逆転が2割強あり、暴言暴行、繰り返し・不快音、大声が約2割、無目的な行動、落ち着きのなさ、不潔行動が約1割で認められた。徘徊による迷い子、目が離せない、収集癖、火の不始末、破壊行動、異食行動、性行動は5%前後であった。男では、暴言暴行、大声、介護抵抗、性行動、女では、繰り返し不快音、収集癖が有意に高く、病前行動特性の性差に起因すると考えられる。

療養場所は、男では在宅453人(80.0%)、

特別養護老人ホーム51人(9.0%)、老人保健施設17人(3.0%)、療養型病床群28人(4.9%)、病院および他施設23人(4.1%)であり、女では在宅895人(72.3%)、特別養護老人ホーム143人(11.6%)、老人保健施設73人(5.9%)、療養型病床群82人(6.6%)、病院および他施設45人(3.6%)であった。女は、男に比べて在宅が少なく、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群が多かった。病院やケアハウスなどの入所比率には男女差は認められなかった。75歳以上では、在宅の比率が減少していた。

要介護度別に療養場所をみると、要支援家割認定者は、75-84歳の女2人(病院に入院)を除き、全て在宅で生活しており、出雲市では5年間の経過措置後に施設から在宅に変更しなければならない事例の該当はないことが明らかになった。

男女とも加齢および要介護度の重症化(要介護度3以上)によって在宅が減少し、特別養護老人ホーム、療養型病床群および老人保健施設が増加した。特に75歳以上の女は、男よりも在宅の比率が低率となった。在宅および各施設利用の決定要因としては、加齢、要介護度、性差以外に、介護者数と関連すると考えられる世帯人員を考慮する必要がある。平均余命や婚姻年齢の性差、これまでの性役割を考慮すれば、男の要介護者は配偶者が介護する割合が高く、女では義理の娘が介護する割合が高いために、75歳以上の女では施設利用が高まることが予想される。

また、老人保健施設に比較して、特別養護老人ホームおよび療養型病床群は、要介護度の重度の高齢者が入所していることが示唆された。しかし、要介護度3以上でも在宅の比率は半数以上を占めており、在宅での介護サービスの基盤整備と活用が重要と考えられる。

痴呆区分でI-IIbを軽度とし、IIIa以上を重度とすると、重度では軽度に比較して在宅が少なく、特別養護老人ホーム、療養型病床群が多かった。ADL障害に比較して痴呆では、重度になるほどより施設利用が高率になっていた。

在宅に暮らす要支援・要介護者について、地域特性別に家族や障害の特性およびサービス利用行動を明らかにした。在宅要支援・要介護者の平均年齢は、女が男より

高齢であったが、地域特性別の有意な差は認められなかった。

痴呆区分では、高齢なために女に重度者が多いが、有意な地域差は認められなかった。しかし、認知症状には地域差が認められ、男の意思伝達、指示反応、日課理解、直前記憶、季節理解、場所認知では市街地が最も障害率が高く、農村地域が低かった。女では認知障害に地域差を認めなかった。また、感情障害や問題行動では、物忘顯著（女）、作話（男女）、感情障害（男）、無目的な動き（男）、迷い子（男）、収集癖（女）で有意な地域差が認められた。刺激の比較的少ない農山村で物忘顯著（女）が多かった以外は、市街地での障害が最も多かった。市街地で、男の無目的な動きや迷い子が多い要因としては、女に比較して男の活動性が高いこと、農村に比較して地域の変貌が激しいことが考えられる。また、市街地での作話（男女）、感情障害（男）、収集癖（女）が多い理由としては、地域社会の人間関係の希薄さが関係していると推測される。

地域特性別の介護サービス利用率では、通所介護は男 36%、女 41%と最も利用され、ついで訪問介護が男 22%、女 20%、通所リハが男 19%、女 18%、訪問看護が男 19%、女 12%、短期入所が男 10%、女 11%、居宅指導が男 11%、女 10%と続いていた。これらのサービス利用の地域差は、男では有意でなかったが、女では訪問介護、通所介護で有意さを認めた。訪問介護は市街地で高率で、農村では低率であり、反対に通所介護は農村で高率で、市街地で低率であった（表 14）。世帯人数の少ない市街地では訪問介護を好み、家に他人のいることを嫌う農村では訪問介護よりも通所介護を好むことの反映と考えられる。

以上のような高齢者の障害状況と細微すりよう状況を踏まえて、出雲市では介護保険制度導入に伴う高齢者ケアシステムの再編成を行った（図 34）。

高齢者の居宅サービスとして、出雲市では、中学校校区を基本とする 6 ブロックに分け、保健・福祉の連携を進め、「より身近で総合的なサービスの展開」を推進してきた。1999 年度までに、6 中学校ブロック別に A 型デイサービスセンターとホームヘルパーステーション 6 カ所を整備し、また、ケアマネージャーは、市役所福祉推進

課訪問調査員と在宅介護支援センター 5 カ所をあわせ 6 カ所に配置、中学校ブロックでの福祉サービス拠点を整備した。ショートステイについては、4 カ所に計 50 ベッドを整備し、国保診療所に D 型デイサービスセンター 1 カ所を併設し、医療福祉サービスの総合化モデルとしている。すべてを在宅介護支援センターへの委託としなかった理由は、①要介護認定に伴う訪問調査とケアマネージメントとの継続性、②中立的な立場である市福祉推進課職員を調査要員として確保、③個別ニーズを迅速かつ直接に政策に反映させるためである。また、1998 年度のモデル事業で痴呆性高齢者の正確な調査の困難性が明らかになったため、認定調査での市調査員・在宅介護支援センターの他に痴呆専門調査員の確保、痴呆専門認定審査会と設置をおこなった。今後、ブロック単位でのケアマネージメント強化のために、医療との連携、ブロック福祉拠点への権限委譲、ケア内容の監査システムの確立が重要であると考えている。

また、「介護に休みなし」をサービス供給のポリシーとして、A 型・D 型すべてのデイサービスが、ホリデイサービス（休日のデイサービス）や病人食に対応している 365 日型配食サービスを行い、ホームヘルプサービスも、すべて 365 日 24 時間対応をしている。また、痴呆ケアについては、E 型デイサービス 3 カ所、痴呆性老人グループホーム 1 カ所を整備している²⁴⁾。

介護サービスの「質」は、利用者にとって非常に重要であるが、基本的には介護報酬に反映されない。出雲市においては、例えば痴呆ケアにおいて、小規模多機能型老人ホーム「ことぶき園」や呆け老人をかかえる家族の会運営（現在は法人格取得）による E 型デイサービス「やすらぎの家」などが、介護の困難な重度痴呆者にも、「本人の自己決定の尊重」「鍵をかけずに自由に散歩できる環境」「施設内でのお年寄りの役割の重視」「地域とのかかわり」など質を重視してきた。また、ボランティア活動や市民参加型研修により、市民に開かれた介護サービスの展開に努力している。

質の高いサービスを正しく評価し、地域に根ざした高齢者ケアを向上させることが重要である。そのために、サービスの客観的評価とその情報公開が有効と考えられ、それを保障する仕組みを検討し、2001 年

より弁護士など第三者による「あんしん介護相談会議」を発足させた。「あんしん介護相談会議」では、住民、成年後見センター、医療福祉機関、介護者会、在宅介護支援センター、老人保健福祉計画助言者会議、市福祉推進課と連携し、人権擁護、相談事例の問題分析と解決、調査認定への助言、サービス評価基準の検討、介護サービス関係者の研修課題や高齢者健康福祉政策への提言を役割としている。

つぎに、保険給付外（要介護と認定されない）の対象者、保険給付外のサービス、保険給付以上のサービスをどのようにカバーするかの課題があった。このため、1999年より、要介護認定とならない高齢者に対しては、住民相互支援による「ミニデイサービス」、有償ボランティアである「たすけあいボランティア」、「移送サービス」などの充実、地域ボランティアやJAなどによる福祉資源の開発、市民によるセルフヘルプ活動の支援強化を進めた。その際に、高齢者保健福祉計画策定委員会で決定された地域特性に合わせた「身近なところで受けられる」体制づくりを協働的に進めた。その結果、介護保険外のサービスでは、支給限度額を上回る要介護者および認定外高齢者で福祉サービスの必要な高齢者には、市福祉推進課の審査により介護保険外の福祉サービス（障害者サービス、ミニデイサービス、やすらぎホームヘルプ、配食サービスなど）を行っている。これまでデイサービスを利用してきたが、認定外となった高齢者を対象に市の東西2地区でJAいずもに委託して、タクシー送迎、昼食、心身機能活性化、水中運動、園芸療法などの多彩なプログラムのミニデイサービスを週1回ずつ実施している。また、これまでホームヘルプサービスを利用してきたが、要介護認定外となった家庭介護力の乏しい高齢者に、JAいずも福祉会の「介護ほっとステーション」による家事援助型ホームヘルプサービス、JAいずもによる「やすらぎヘルパー制度」を「やすらぎ会」の積極的な会員による有償ボランティア制度が実施されている（図34）。

また、自立した高齢者への健康福祉対策として、農地を持たない高齢者への青空デイサービス、老人クラブなどによる健康福祉学習プログラム、地域ボランティア活動の活性化などに取り組んでいる。ミニデイ

サービスは、①高齢者の生きがい対策と残存機能維持、ボランティア参加者の社会貢献と自己実現、②公民館単位でのまちづくり、③介護保険導入後の「要支援・要介護と認定されない」高齢者の受け皿、④核家族化が進むなかで、子供たちとの世代間交流の場として重要である。現在、16公民館中14カ所で、地域支え合いの敬老会やミニデイサービスが実施されている。このように、急速に広がった理由としては、①1991年よりJAいずもの養成した3級ヘルパーが活動を開始し、そのOG会である「やすらぎ会」での活動交流による拡大、②高齢者にデイサービスが楽しい健康づくりの場として認知され、ミニデイサービスへの抵抗感が少なかったこと、③1995年から開始した「健康文化プロジェクト」の中で、意識的にミニデイサービスを取り組んだことがあげられる。

さらに、介護者のセルフヘルプグループ組織化のために、市健康増進課訪問指導員、保健婦および在宅介護支援センターによる在宅療養者の相談活動の経験から、1996年頃から介護者の癒し、学習、相互交流、ピア・カウンセリングの場として介護者会が作られてきた。市内で最も老年人口割合が高い稗原地区では、地元開業医による介護者会「暖家の会」が1989年より始まり、学習と交流により介護者の癒しと介護技術の習得の場となっている。

介護保険の保険者も、基盤整備の責任も「出雲市」にある。しかし、主役はあくまで「市民」であり、「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」、またこれらの理念を包含した「健康文化都市・いずもプラン21」は、保健・医療・福祉を含む多くの市民・専門家の協働によって策定された。その実行でも、市民や専門家の参加を促進し、協働体制を強化した（図35）。

介護保険制度の基本理念は、「介護を社会で支える」ことである。充実した介護保険制度を確立するためには、住民の参加や相互支援を組織することが重要であると考えている。地域社会の特性に合わせて、高齢者の自己決定や自立、住民相互の支え合い、高い質で選択可能なサービス供給の3つの歯車をかみ合わせることに努めた。

以上のように、介護保険導入を健康福祉分野の地方分権と捉え、住民自治の原則に

基づき住民と出雲市が自己決定と責任を持った高齢者ケアシステムの構築に取り組んでいる。

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」を中心に、子供から高齢者までの健康福祉活動を調査、政策立案などを行っている。過疎高齢化の進む佐田町での重要な健康福祉課題としては、高齢者問題であり、高齢化を反映し、結核罹患率は島根県平均より高率となっている。また、壮年期の健康問題が課題である。全体の年齢調整死亡率は島根県平均に比較して高くなかった。かつては脳血管疾患が高率であったが、最近では県平均より減少した。一方、心疾患、特に男性で高率が県平均よりとなっている（表1-3）。

このため、壮年期の健康づくりを地域ぐるみで取り組むために、地域保健と産業保健の垣根を取り払って、総合的に進めてきた。そこで、佐田町の健康なまちづくりサービスを壮年期の健康課題に絞って問題整理し、今後の展望を考察する。

佐田町産業保健活動を歴史的に見ると、町商工会が中心となって1984年より7事業所による共同健診を実施し、1989年には24事業所、受診者298名に増加した。しかし、地域保健対象者に比較して、産業保健対象者は男女とも血圧が有意に高く、女では血色素が低値を示していた。このため、検診受診率増加および健診時における疾病・生活指導に重点を置いた取り組みを行った。

1992年には、共同健診参加事業所が34に増加し、受診者も500名を突破した。加盟事業所からの会費に加えて、町および県環境保健公社からの補助金または手数料により産業保健会の財政基盤が強化された。共同研修により衛生管理者および衛生推進者を育成し、労働災害の防止や快適な職場づくりをめざしたセイフティ&ヘルスパトロール活動を進めた。1997年には、共同健診参加事業所が46に増加し、受診者は863名となったが、不況および製造業、特に縫製工場の倒産や海外進出により誘致工場が減少した（図36）。また、重度な高血圧や心電図異常の割合は減少したが、多

量飲酒者や精密検査の勧奨に応じない労働者が増加したため、各事業所に産業保健担当者を設置し、顧問産業医によるケアマネジメントを強化した。さらに、産業保健活動への労働者参加と自主対応型活動を強めるために、ヘルスパポート活用、禁煙プログラム導入、産業保健会主催の健康学習などを進めてきた^{11,12)}。

基本健診受診者（地域受診者）は1995-1999年に徐々に高齢化し、受診者の平均年齢は5年間で男性1.4歳、女性1.7歳増加していた。一方、産業受診者の平均年齢は男性は47歳と一定していたが、女性は41.4歳から43.6歳に増加し、高齢化が進んでいることが伺われた。

健康状態では、1994年から男女とも年齢で調整した収縮期血圧は有意に減少し、男性で131 mmHgから123 mmHgに、女性で125 mmHgから119 mmHgに減少した。一方、拡張期血圧は男女とも有意な減少を認めなかった。BMI、赤血球、血色素、ヘマトクリットは、男女との有意な変動を認めなかった。しかし、血糖値は、男女とも年々増加し、5年間で男性93mg/dlから102mg/dlに、女性91mg/dlから99mg/dlに有意に増加していた。GOTは男女とも減少したが、 γ -GTPは男性で増加した。

総コレステロールは、男女とも年々増加しており、5年間で男性186mg/dlから197mg/dlに、女性185mg/dlから198mg/dlに有意に増加していた。一方、HDL-コレステロールは、男性55mg/dl、女57mg/dlで有意な変動を認めなかった。

佐田町産業保健会の共同健診の成果として、血圧などの医療管理が改善し、産業集団では高血圧者率はやや高いものの平均血圧値については地域集団と差はなくなった。肥満なども産業集団がより良好であったが、産業集団の男性で、 γ -GTPが高値を示した。さらに、高コレステロール血症や随時血糖も産業・地域とも年々増加しつつある。

以上のことから、佐田町産業保健会活動を評価すると、1) 佐田町産業保健会の共同健診の成果として、血圧などの医療管理が改善し、産業集団は高血圧者率はやや高いものの平均血圧値についての地域集団との差は改善に向かっていた。また、肥満なども産業集団がより良好であった。2) 産業集団の男性で、 γ GTPが高値を示した

ことから、飲酒などの生活習慣の改善が課題である。3) 総コレステロール値の増加などから、佐田町では食習慣を含む生活習慣の都市化が急速に進行しつつあることが推定され、糖尿病や高脂血症などの複合的な健康障害である Multiple Risk Factor Syndrome³²⁾に焦点を当てた健康づくりが課題となっている。4) このため、事業所内での産業保健組織の確立、マンパワーである「佐田町産業保健会衛生推進員」の質的強化、セルフケア能力を高める健康学習プログラムの開発、飲酒者へのケース・マネジメント能力の強化を推進することが課題であることが明らかになった。

このため 2000 年度健診受診者については、中小企業労働者を主とする佐田町受診者 550 人（佐田群）と隣接する出雲市の製造工場の受診者 598 人（製造業群）を Multiple Risk Factor Syndrome について比較した。Multiple Risk Factor Syndrome の危険因子は、肥満：BMI25.0 以上、高血圧：治療中、収縮期 140 または拡張期 90mmHg 以上、高脂血症：治療中、中性脂肪 150mg/dl 以上、総コレステロール 220mg/dl 以上または HDL-C40mg/dl 未満、糖尿病：治療中、空腹時血糖 126 または随時血糖 200mg/dl 以上とした³³⁾。

男女別の Multiple Risk Factor Syndrome の危険因子数では、男性は女性より危険因子数が多く、男女ともに加齢とともに増加し、男性では 40 歳代から、女性では 50 歳代から増加した。男女とも全ての年代において、佐田群が製造業群よりも危険因子数が多かった。佐田群の 40 歳代を男女別に各危険因子保有率を比較すると、肥満が男 33%、女 16%、高血圧が男 23%、女 8%、高脂血症または低 HDL コレステロール血症が男 56%、女 40%、糖尿病が男 6%、女 0% であった。危険因子としては、高脂血症と肥満が多くを占め、糖尿病は少なかった(図 36, 37)。日本人では、肥満、インスリン抵抗性、高脂血症、低 HDL コレステロール血症、高血圧の危険因子を 3-4 個持つ群は、危険因子なし群に対して脳・心事故発生 22 倍との報告がある³³⁾。佐田町で危険因子として多い高脂血症は年々増加しつつあり、ついで多い肥満も主要産業である建設業で高率である。これまで、農村地域では脳卒中予防のために高血圧を中心にした健康管理が行われてきたが、今後は

高脂血症や肥満に重点を置いた健康活動の促進が重要と考えられる。

市民自らが 1) 自己の健康リスクを認知し、2) 日常生活を自ら見直して改善すべき生活習慣を明確にし、3) 生活習慣の変容法を自己選択し、4) 家族やグループ、専門家からの社会的支援を受けて習慣化する行動変容プログラムの開発を試みた(図 38)。栄養評価をしやすい 40 歳以上の壮年期女性 45 名を対象に 3 カ月間のライフプログラムを実施した。プログラム開始後 1 カ月には開始前の体格、栄養摂取量、臨床化学検査値を個別に報告するとともに、食行動と生活活動の行動変容の意義を学習した。2 カ月後には、歩行量と体重の変化を評価し、行動変容の促進因子と阻害因子について参加者間で学んだ。

3 カ月間健康学習と自己決定に基づく行動変容プログラムによって、1 日当たりの摂取熱量は 1962kcal から 1888kcal へ有意に約 4%減少し、特に脂質摂取量が 57.1g から 52.4g へ減少していた。1 日歩数も 7665 歩から 9911 歩へ約 2250 歩増加した。体重は、ほぼ不変であった。ウエスト囲は変化しなかったが、ヒップ囲は 93.0cm から 91.6cm へ有意に減少した、このヒップ囲の減少は、歩行による下半身筋肉の増加と皮下脂肪の減少の結果と考えられる。

血圧では、収縮期血圧は 129.5mmHg から 127.4mmHg、拡張期血圧は 80.6mmHg から 78.6mmHg へ有意ではないが減少した。血液生化学検査では、総コレステロールは 206.2mg/dl から 216.0mg/dl へ有意に増加し、LDL コレステロールは 122.7mg/dl から 125.0mg/dl へやや増加したが、HDL コレステロールは 61.4mg/dl から 67.2mg/dl へ有意に増加していた。リポ蛋白分画への影響では、電気泳導上の定量的変化では、悪化 5 人に対し、9 人が改善していた。

日常活動は、万歩計を着けることによって夫婦やグループでの夕方のウォーキング、自動車による通勤を止めて歩くなど意欲的な取り組みがみられた。そして、1 日の歩数が平均 2000 歩以上増加していた。この増加が、HDL コレステロールの増加に寄与したものと考えられる。しかし、今回の対象集団はプログラム開始前から平均 7000 歩以上歩いており、農村地域の平均的な主婦よりかなり歩数は多いと考えられる。このことが、血液生化学的検査の改善

がみられなかった原因の一つと考えられる。

学習時や終了時の聞き取り調査により、ウォーキング開始直後の下肢筋肉や膝への負担、風邪などで体調を崩したときの活動量維持の困難さが課題としてあげられた。ウォーキング開始直後の下肢筋肉や膝への負担は、歩行量を漸増させること、大腿筋強化訓練の併用によって改善された。

摂取熱量は平均して 4%しか減少していなかった。プログラム終了時期が柿等の果物や新米が出回る秋であったこと、農村地域であるため秋祭りなど飲食の機会が多かったことが、栄養摂取減少が少ない原因の一つであった。また、終了時の聞き取り調査により、大家族であるために自分一人が食事をかけることが困難であること、「お茶ごと」と名づけられたお菓子や漬け物を隣人や友人と飲食する機会の多さ、食欲のコントロールの難しさ、行動変容意欲へのストレスの悪影響などをあげていた。

行動変容による食や活動性の変化、さらに体格や血液生化学的検査への影響を検討した。食行動改善は、プログラム開始前後で 10%以上摂取熱量の改善を認めたもの、活動改善は、プログラム後の歩数が 7000 歩以上で、前より 2000 歩以上改善したものと定義した。食改善を達成したのは 11 人、活動改善は 21 人であった。

食改善群は、プログラム前後で 2278 kcal から 1818 kcal への有意な減少が認められ、蛋白、脂質、糖質とも有意に減少していた。さらに、食品摂取では、卵と油使用量の有意な減少が観察された。一方、非改善群は、プログラム前後で 1859 kcal から 1910 kcal へ有意な増加が認められ、糖質が有意に増加していた。食改善群は、非改善群よりプログラム開始前の熱量摂取が多かった。また、両軍で歩数の有意な増加も観察されたが、食改善群でその増加量は多かった。

活動改善群と非改善群の比較では、プログラム開始前の栄養摂取量には差がなかったが、歩数には顕著な差が認められ、改善群で少なかった。改善群では改善群で脂質摂取量が有意に減少し、歩数が有意に約 4000 歩増加していた。非改善群では、栄養・食品摂取には有意な変化がなく、歩数は有意な増加ではあったが、約 800 歩の増加に留まっていた。

体格や血液生化学的な検査では、食およ

び活動の改善の有無による有意な変化は観察されなかった。しかし、活動改善群では LDL 径は悪化 0 人、改善 6 人に対し、非改善群では悪化 5 人、改善 3 人と、活動改善による LDL 径改善効果が有意に認められた。一方、食改善群では LDL 径は悪化 1 人、改善 2 人に対し、非改善群では悪化 4 人、改善 6 人と、食改善による LDL 径改善効果を認めなかった。このことから、今回のプログラムによる LDL 径改善は、活動量(歩行量)の増加によると考えられる。

佐田町では、健康福祉活動や政策樹立への住民参加を促進するとともに、種々の健康福祉指標を活用した住民の健康福祉モニタリング体制を整備しつつある。「健康さだ 21」プランもその一貫として住民・専門家参加で策定中である。農村地域住民のライフスタイルを参加型協働研究によって明らかにするとともに、行動変容を促進する認知・行動療法プログラムを改善し、行動変容を支援する農村らしいソーシャルサポートネットワークの形成、仕事や日常生活を健康化する健康支援環境の整備を住民と専門家が協働して推進しつつある。

これらの研究結果から、研究者、行政や専門的サービス機関、住民の 3 者毎の予防における役割をまとめた(図 39)。生活習慣病の予防や慢性期ケアにおいては、住民や患者のリスク・健康管理や対処行動が大きな比重を占め、住民・患者への健康教育の重要性が指摘されている。しかし、糖尿病など一部の疾病では、行動変容に焦点を当てた教育方法が開発されているが、多くの疾病予防教育では以前として知識偏重の教育方法が多用されている。このため、今後の生活習慣病対策では、研究者、行政や専門的サービス機関、住民の協働が重要と考えられる。研究者の役割を中心に整理すると、まずどんな健康問題が重要かを明らかにすること、次にその危険因子の解明、エビデンスに基づく効果的な予防システムの設計、その実施の科学的評価が重要と考えられる。また、遺伝や生活習慣についてのリスク情報の量と質に関するリスクコミュニケーションが重要となっている。

9. まとめ

地方分権や住民の社会参加の進展によって、健康福祉活動における行政と市民の役割は大きく変化しつつある(図 40)³⁴⁾。

従来は、健康福祉サービス施設やサービスはもっぱら公的セクターが独占してきた。しかし、介護保険サービスに見られるように行政は政策樹立や監査を行い、医療福祉法人やJAなどの民間が施設設立やサービス展開を図るようになってきた。出雲市では、介護者などの住民がエンパワーメントしてE型デイサービスを供給している。このため、サービス面でも住民の参加が進みつつある。このため、地方分権下での地方政府は、安全や公平のための直接サービスを除き、政策の目標決定、資源やサービスの開発計画、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専念すべきと考えられる。もちろん、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。

その際に、地方政府の政策企画・決定者は、問題分析型思考から問題解決型思考への転換が図られるべきであろう(表15)³⁴⁾。健康福祉課題の解決にあたっては、地域社会の文化、価値、生活習慣などの多くの要因が複雑に関係している。さらに、その対策実施に当たっても行政、サービス提供機関、住民、サービス利用者など多様な関係者が関係する。このような課題解決にあっては、客観的な単純化した因果モデルを想定し、情報を実証的に分析し、一般的な解決方法を研究する問題分析型思考には限界のあることが報告されている。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適していると考えられる。出雲市や佐田町での健康なまちづくりを進めるに当たっても、行政スタッフや専門家が問題分析型思考を取っていた初期段階には、できあがった計画は立派であっても行政や住民によるアクションは起こらなかった。1995年頃から、参加型行動研究手法を採用し、発明的構想的発想で、主体的、多面的に合意を得る問題解決型思考が主流となって市民参加型の活動が活性化したことからも、問題解決型思考の重要性が指示される。

出雲市と佐田町の市民参加調査活動では、行政スタッフと専門家が、コミュニティで市民の行っている広義の健康福祉活動を収集し、その課題を市民が中心となって、研究者や行政職員と協力し、より良い生活の実現のために学び、活動した。こうした参加型行動研究は、1) 研究調査そのものが、立場を超えて行動する問題解決過程、2) 量的・質的分析の一体的な進行、3) 市民参加の社会システム、サービス政策、4) 協働組織などへの発展志向、5) フィードバックによる解放的研究手法、6) 参加者の創造・変革促進の特徴を有していた(表16)^{19,22)}。

さらに、出雲市と佐田町では、住民・スタッフのエンパワーメントが意識的に促進された。エンパワーメントを保証するために以下の点が考慮された(表17)。1) 政策立案や実施段階で、関係する市民やスタッフのエンパワーメントを考慮した行動計画が実施された。2) 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毎に組織し、自由な発想による活動を支援した。3) 住民参加による調査研究や健康福祉学習深化のために、学会・研修会などの研究活動への住民参加を促進した。住民は、日本公衆衛生学会や日本健康福祉政策学会などのシンポジストや学会発表者として学術プログラムに参加する質を獲得した。

最後に、地方政府における目標や夢を設定する健康福祉政策樹立の重要性について考察する。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であった。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、その前に達成するための方法・方策が明確化されねばならない。数値目標を達成するために、全国に共通する一般的方策しか示されなければ、数値目標は絵に描いた餅に過ぎない。目標は、住民が望んでいる夢を明らかにしなければなら

ない。問題分析的な数値目標の設定は、住民の夢や目標が明確になった後に、参加型行動研究によって実施されればよいと考えられる。さらに、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やその関係団体による健康福祉地域活動の活性化を評価することでも明らかになる。したがって、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する柔軟な発想の行政スタッフと研究者を育成することが何よりも重要である(表18)。

F. 文献

- 1) 金子 仁: 新地方自治法. 岩波新書, 東京, 1999
- 2) WHO, Regional Office for Europe: Health in Europe. WHO Regional Publications, Copenhagen, European Series, No. 56, 1994
- 3) Oakley, P.: Community involvement in health development. WHO, Geneva, 1989
- 4) Daves, J.K., Kelly, M.P.: Healthy Cities. Routledge, London, 1993
- 5) 荒木昭次郎: 参加と協働. ぎょうせい, 東京, 1990
- 6) 新井宏朋, 藤田雅美: 政策科学としての公衆衛生学. 日本公衆衛生学雑誌, 43, 517-519, 1996
- 8) 健康文化都市・いずも プラン21策定プロジェクト: 健康文化都市・いずも プラン21. 出雲市, 1998
- 9) 渡部英二: 市町村での政策づくり. 新井宏朋, 他編, 健康の政策科学, 東京, 医学書院, 132-139, 1997
- 10) 塩飽邦憲, 他: 出雲市におけるヘルスケア政策確立のための参加型行動研究. 日本公衛誌 44: 464-473, 1997
- 11) 塩飽邦憲, 石崎英一, 土谷修一郎, 福島哲仁, 磯邊顕生: 中小企業における地域共同健康管理のシステム化に関する研究. 産業医学ジャーナル, 16, 72-78, 1993
- 12) 福島哲仁, 石崎英一, 土谷修一郎, 塩飽邦憲, 磯邊顕生: 中小企業における地域共同健康管理のシステム化に関する研究II. 産業医学ジャーナル, 18, 83-87, 1995
- 13) 出雲市環境福祉部編: 出雲市高齢者保健福祉計画. 出雲市, 1994
- 14) 出雲市環境福祉部編: バリアフリーま
- ちづくり検討委員会報告書. 出雲市, 1995
- 15) 島根医科大学環境保健医学教室編: 保健・医療・福祉連携システムに関する調査研究報告書. 島根医科大学環境保健医学教室, 出雲, 1995
- 16) 山根洋右: 参加型行動研究. 新井宏朋, 他編, 健康の政策科学, 東京, 医学書院, 128-131, 1997
- 17) Smith, S.E., Pynch, T., Lizardi, A.O.: Participatory action-research for health. World Health Forum, 14, 319-324, 1993
- 18) Whyte, W.F., et al.: Participatory action research: Through practice to science in social research. Participatory action research. Whyte W.F. ed., p19-55, Sage Publication, Newbury Park, 1991
- 19) Baum, FE. et al.: Epidemiology of participation: an Australian community study, J. Epidem. Comm. Health 54, 414-23, 2000
- 20) Travers, KD.: Reducing inequities through participatory research and community empowerment, Health Educ. Behav., 24, 344-56, 1997
- 21) Tallon, D. et al.: Relation between agendas of the research community and the research consumer. Lancet 355, 2037-40, 2000
- 22) Lindsey, E. & McGuinness, L.: Significant elements of community involvement in participatory action research: evidence from a community project. J. Adv. Nurs., 28, 1106-14, 1998
- 23) 山根洋右, 塩飽邦憲: 高齢社会への挑戦; 出雲からの発信. ワン・ライン, 出雲市, 1999
- 24) 渡部英二, 山根洋右: 健康文化都市づくりの現代的意義. 公衆衛生, 63, 267-272, 1999
- 25) 塩飽邦憲, 齋藤茂子: 出雲市健康文化都市プロジェクトのあゆみ. 公衆衛生, 63, 353-357, 1999
- 26) 佐野美紀子, 福間紀子: 草の根の”小地域まちづくり”ネットワーク. 公衆衛生, 63, 427-431, 1999

- 27) 松田裕朋, 他: 島根県におけるリケツチア症の発生状況. 島根県衛公研所報 41: 73-75, 1999
- 28) 塩飽邦憲, 他: 島根県における人体ダニ刺咬症の実態と対策. 島根医学, 印刷中
- 29) 三島武司, 間島尚志: 高齢者支援ネットワーク. 公衆衛生, 63, 497-501, 1999
- 30) 渡部英二, 他: 生命輝く市民主体の健康文化のまちづくり. 公衆衛生, 63, 657-664, 1999
- 31) 四方田悦子, 他: 市民と専門家のエンパワーメントを実現する健康学習. 公衆衛生, 63, 567-571, 1999
- 32) Nakamura, T, et al.: Contribution of visceral fat accumulation to the development of coronary artery disease in non-obese men. *Arteriosclerosis* 107: 239-246, 1994
- 33) 松澤佑次, 他: わが国の勤労者における脳・心事故の発生要因とその出現時期および持続時期に関する症例・対照研究. 労働省作業関連疾患総合対策研究, 宿主要因と動脈硬化性疾患に関する研究班報告書. 1-14, 1995
- 34) 松下圭一: 政治・行政の考え方. 岩波新書, 東京, 1998

G. 研究発表(論文)

- 1) T. Fukushima, T. Gao, A. Isobe, N. Hojo, K. Shiwaku, Y. Yamane: Effects of temperature and pH on fatty acid composition in each lipid fraction of *Spirometra erinacei* plerocercoid. *J Parasitol* 86, 7-11, 2000
- 2) 山根洋右: 21世紀を拓く農村医学の戦略と展望—農村医学に何が問われているのか. 日本農村医学会雑誌, 48, 790-804, 2000
- 3) 大井利夫, 塩飽邦憲: 農村における医療・福祉ネットワークと介護保険. 日農医誌 48, 852-857, 2000
- 4) 山根洋右, 他: 給食センター機能に関する国際標準化評価について. 21世紀の生命輝く子どもたちを育む学校給食センター建設に向けて報告書, 34-36, 2000
- 5) 山根洋右: 第9回医学看護学教育学会を終えて. 医学看護学教育学会誌, 9, 1, 2000
- 6) 塩飽邦憲, 他: 21世紀の医学看護学福祉学教育への提言. 医学看護学教育学会誌 10, 2-5, 2000
- 7) 樽井恵美子, 他: 卒後2年目看護婦の病棟における継続教育(1)—看護理論や事例検討による個別指導—. 医学看護学教育学会誌, 9, 33-35, 2000
- 8) 増原清子, 樽井恵美子, 他: 卒後2年目看護婦の病棟における継続教育(2)—チームカンファレンスを指導場面として—. 医学看護学教育学会誌, 9, 36-38, 2000
- 9) 矢田昭子, 樽井恵美子, 他: 医学生 of 早期医学体験実習における看護婦の役割の検討. 医学看護学教育学会誌, 9, 39-41, 2000
- 10) 芦矢京子, 濱田麗子, 伊藤智子, 田中量子, 山根洋右: 第I期介護福祉実習の教育評価. 医学看護学教育学会誌, 9, 42-44, 2000
- 11) 島田洋子, 武田道子, 池田行子, 塩飽邦憲. 地域看護学における学生主体型教育プログラムの展開. 医学看護学教育学会誌 10, 24-27, 2000
- 12) 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 生活習慣病増加と栄養士教育の課題. 医学看護学教育学会誌, 10, 28-32, 2000
- 13) 塩飽邦憲, 樽井恵美子: 痴呆性高齢者を支える地域ネットワーク. 痴呆介護 1 (4), 96-102, 2000
- 14) 乃木章子, 奥野元子, A. Erdembileg, 塩飽邦憲, 山根洋右: 健康な労働者における肥満とβ3-アドレナリン受容体遺伝子多型の関連. 島根女子短期大学紀要, 37, 1-8, 2001
- 15) 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 出雲市健康文化都市づくりにおける補助器具センター構想. *Gerontology* 13, 101-109, 2001
- 16) 山根洋右: 健康福祉の活動モデル 考え方・作り方・活かし方. 新井宏朋著アクチュアルな一歩を踏み出すために. 保健婦雑誌, 56(7), 615, 2000
- 17) 藤原秀臣, 林 雅人, 山根洋右, 折井裕: 農村における生活習慣病予防に関する保健・医療・福祉情報の統一化についての研究. 共催エグゼミネーター通信, 第7号, 12-27, 2000
- 18) 藤原秀臣, 林 雅人, 山根洋右, 折井裕: 平成11年度全共連医学研究報告: 農村における生活習慣病予防に関する保健・医療・福祉情報の統一化についての研究. 日本農村医学会雑誌, 49(4), 607-617, 2000
- 19) 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 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. 平成11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 健康文化のまちづくり推進に関する政策科学的研究, 13-127, 2000

20) 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究. 平成11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, 55-71, 2000

21) 山根洋右, 塩飽邦憲, 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—農村における介護保険導入に関する費用・効果分析. 平成11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 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究, 47-58, 2000

22) 塩飽邦憲, 山根洋右, 他: 日本型ヘルスプロモーション活動の分析と発展途上国への適応の検討. 平成11年度厚生科学研究費補助金社会保障国際協力推進研究事業研究, 59-76, 2000

23) 山根洋右, 樽井恵美子, 塩飽邦憲, 他: コミュニティにおける総合的痴呆老人ケアシステムの構築に関する研究—痴呆性老人の障害とサービス利用行動—平成11年度島根県難病研究所研究報告, 1-20, 2000

24) 塩飽邦憲, 土谷修一郎, 石崎英一: 地域産業保健支援システムの評価に関する研究. 平成11年度産業医学振興財団研究調査報告書, 1-18, 2000

25) 塩飽邦憲: 国際的視野から見た地域高齢者健康福祉活動. 公衆衛生情報 30(4), 49-51, 2000

26) 塩飽邦憲: 健康な労働者と健康を職場をめざして. 公衆衛生情報 30(10), 48-49, 2000

27) 周藤 努, 中野志女子, 安井 奨, 塩飽邦憲, 山根洋右: 健康文化都市づくりと学校給食の危機管理. 公衆衛生情報 30(10), 59-60, 2000

28) 齋藤和雄, 久道 茂, 青山英康, 安達元明, 衛藤義勝, 竹本泰一郎, 多田羅浩三, 柘山幸志郎, 山根洋右: 我が国の保健医療福祉計画の現状分析 5. 中小都市型(例: 島根県出雲市の保健医療福祉計画). 地域医学研究連絡委員会報告 我が国の保健医療福祉計画の現状と問題点—保健医療福祉の連携をいかに構築するか—, 日本学術会議第7部地域医学研究連絡委員会, 23-28, 2000

29) 山根洋右, 塩飽邦憲, 他: 地域発展支援のための地域健康福祉活動の方法と技術に関する検討. 平成11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 地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究, 8-16, 2000

30) 山根洋右, 他: 出雲市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画策定委員会 生命輝いて生きる(2000年度~2004年度). 出雲市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画, 出雲市発行, 2000

31) 塩飽邦憲: 基調講演痴呆性老人を包みこむ地域ケア. ほけても笑顔で暮らせるまちづくりフォーラム報告書, 出雲市, 4-6, 2000

32) 出雲医師会, 島根医科大学第2環境保健医学教室: 出雲医師会高齢者転倒調査「転倒ゼロ作戦にむけて」. かかりつけ医を通じた高齢者の健康づくり事業報告書, 18-28, 2000

33) 山根洋右: 子供達の未来とダイオキシン. けんこう, 27号, 5-11, 2000

34) 山根洋右, 他: 島根県三隅周辺地域振興計画調査報告書(三隅地域の高齢社会に対応したまちづくり振興方策調査). 中国産業活性化センター発行, 2000

業績: 学会発表

1) K. Shiwaku, Y. Yamane, et al.: Menopausal symptoms influenced by menopausal stage and psychosocial factors In Japanese middle-aged women. ICOH2000, Singapore, 2000

2) Y. Yamane: An overview of the Diphyllbothriasis study in Japan. 第69回日本寄生虫学会大会大会長講演, 松江, 2000

3) K. Shiwaku, Y. Yamane: Development of Tutor-assisted and Self-directed Learning Method for Medical Parasitology Education. 第69回日本寄生虫学会大会ワークショップ, 松江, 2000

4) 山根洋右, 他: 農山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. 第49回日本農村医学会学術総会宿題報告, 津, 2000

5) 中谷久恵, 塩飽邦憲, 山根洋右, 福島哲仁: パーキンソン病患者のQOL評価に関連する要因の研究. 第49回日本農村医学会学術総会, 津, 2000

6) 山根洋右, 塩飽邦憲, A. Erdembileg, 米

- 山敏美: 農村における介護保険制度導入の政策科学的検討ー健康なまちづくりの視点からー第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 7) 中尾 陽, 村上友代, 塩飽邦憲, 山根洋右: JA いずもの健康福祉戦略(6)ー介護保険に対応した福祉サービスー 第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 8) 村上友代, 中尾 陽, 塩飽邦憲, 山根洋右: JA いずもの健康福祉戦略(7)ー介護保険と有償ボランティア活動ー 第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 9) 塩飽邦憲, アヌーラド・エルデムビレグ, 米山敏美, 山根洋右: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究(2)ー生活習慣と健康指標の関連ー 第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 10) 原 俊雄, 坂本 巖, 塩飽邦憲, 山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(7)ー漁業者の立場から見た中海本庄工区干拓事業ー 第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 11) 坂本 巖, 原 俊雄, 塩飽邦憲, 山根洋右: 自然生態系と共生する健康文化のまちづくり(8)ー生態学者の立場から見た中海・宍道湖干拓事業検討委員会報告ー 第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 12) 米山敏美, A. Erdembileg, 塩飽邦憲, 山根洋右: 日本における人体寄生裂頭条虫症の実態と対策. 第 49 回日本農村医学会学術総会, 津, 2000
- 13) 山根洋右: 少子化社会における地域医療活動の課題. 第 74 回小児科学会島根地方会特別講演, 出雲, 2000
- 14) 山根洋右: 21 世紀のライフスタイルと健康文化のまちづくりー農村と都市の新たな融合にむけて. 第 28 回日本有機農業研究会・しまね大会特別講演, 松江, 2000
- 15) 小林 昭, 塩飽邦憲, A. Erdembileg, 白石裕美, 山根洋右: アメリカの公衆衛生学教育の特徴と課題. 第 10 回医学看護学教育学会学術学会. 益田, 2000
- 16) 塩飽邦憲, A. Erdembileg, 白石裕美, 小林 昭, 山根洋右, 乃木章子: 学生の学習特性と問題解決型教育. 第 10 回医学看護学教育学会学術学会. 益田, 2000
- 17) 川村知裕, 遠藤 充, 相見正史, 牧野芳子, 水野美幸, 山本福子, 小林 昭, 塩飽邦憲, 山根洋右: 臓器移植に対する医系学生の意識と教育課題. 第 10 回医学看護学教育学会学術学会. 益田, 2000
- 18) 河野通快, 池田喬哉, 小林 昭, 塩飽邦憲, 山根洋右: 痴呆性老人への E 型デイサービスセンターの役割. 第 10 回医学看護学教育学会学術学会. 益田, 2000
- 19) アヌーラド・エルデムビレグ, 塩飽邦憲, 小林 昭, 白石裕美, 山根洋右: LDL コレステロールへの遺伝子多型と生活習慣の影響(1). 第 73 回日本産業衛生学会, 北九州, 2000
- 20) 塩飽邦憲, アヌーラド・エルデムビレグ, 小林 昭, 白石裕美, 山根洋右: 地域共同産業保健システムの評価に関する研究(1). 第 73 回日本産業衛生学会, 北九州, 2000
- 21) 塩飽邦憲: 地方の時代と健康文化都市づくり. 第 4 回日本健康福祉政策学会ワークショップ, 旭川, 2000
- 22) 塩飽邦憲, 山根洋右, 佐野美紀子, 渡部英二: 健康政策学からみた喫煙対策. 第 4 回日本健康福祉政策学会学術大会, 旭川, 2000
- 23) 白石裕美: 医療看護福祉の現場における倫理教育の課題. 医学看護学教育学会第 5 回学術セミナーパネルディスカッション, 出雲, 2000
- 24) 塩飽邦憲, 乃木章子, アヌーラド・エルデムビレグ, エンヘマー・ビヤムバ, 白石裕美, 北島桂子, 山根洋右: 肥満と $\beta 3$ アドレナリン受容体遺伝子多型の関連. 第 44 回中国四国合同産業衛生学会, 徳山, 2000
- 25) 松浦茂乃, 中林軍二郎, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(34)喫煙への政策的アプローチ. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 26) 中林軍二郎, 松浦茂乃, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(35)禁煙サポートの発展. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 27) 山根俊夫, 塩飽邦憲, 山根洋右: 健康 21 (WHO) と中山間地域における保健医療福祉サービスの課題. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 28) 岩永俊博, 兵井伸行, 鳩野洋子, 尾崎米厚, 中俣和幸, 橋本栄里子, 山根洋右: 地域保健現場でのモデル適応の課題. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 29) 石橋正伸, 和田悦子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 佐田町ヘルシータウンプロジェクト(7)町民参加の介護保険事業計画策定. 第

- 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 30) 和田悦子, 石橋正伸, 塩飽邦憲, 山根洋右: 佐田町ヘルシータウンプロジェクト(8)高齢者地域健康福祉活動の活性化. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 31) 塩飽邦憲, A. エルテムビレグ, 山根洋右. 出雲市健康文化都市プロジェクト(36)住民参加の健康福祉活動. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 32) 瓜危植) 金築 宏 金築真志 塩飽邦憲 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(38)介護保険と高齢者健康福祉. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 33) 齋藤茂子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(39)介護保険と高齢者支援ネットワーク. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 34) 周藤 努, 中野志女子, 山根洋右, 塩飽邦憲: 出雲市健康文化都市プロジェクト(37)学校給食センターにおける HACCP システムの導入. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 35) 高井美紀子, 塩飽邦憲, 山根洋右: 出雲市健康文化都市プロジェクト(40)子育て支援の展開. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 36) 乃木章子, 塩飽邦憲, 山根洋右: $\beta 3$ アドレナリン受容体遺伝子多型と内臓肥満. 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000
- 37) A. エルテムビレグ, 塩飽邦憲, 山根洋右: LDL コレステロールへの遺伝子多型と生活習慣の影響(2). 第 59 回日本公衆衛生学会総会, 群馬, 2000.10.18-20
- 38) 山根洋右: 心の健康とまちづくり. 長浜公民館健康大学, 出雲市長浜町, 2000
- 39) 山根洋右: 土と健康に生きる. 佐田町土と健康に生きる会, 佐田町, 2000
- 40) 塩飽邦憲: 心が動き、人が変わるー健康なまちづくりのための5つの技ー岡山県保健婦・士職能研修会, 岡山, 2000
- 41) 山根洋右: 地域社会を支えるボランティア活動のあり方. 社会参加活動を考えるフォーラム司会, 大田, 2000
- 42) 山根洋右: 健康づくりの実践から計画反映へ. 第 14 回佐田町健康福祉大会フォーラム司会, 佐田町, 2000
- 43) 塩飽邦憲: シンポジウム地域産業保健センター活動の展開と課題. 島根県医師会産業医部会リフレッシュ研修会, 松江, 2000
- 44) 塩飽邦憲: 痴呆性老人を包みこむ地域ケア. ボケても笑顔で暮らせるまちづくりフォーラム特別講演, 出雲, 2000
- 45) 塩飽邦憲: 出雲市の高齢社会に向けての市民・行政・専門家の協働的取り組み. JICA 研修「高齢者介護」コース, 出雲, 2000
- 46) 塩飽邦憲: 中小零細事業所への産業保健支援活動ー共同健診からヘルスプロモーションへー 島根県医師会産業医部会研修山根洋出雲, 2000
- 47) 塩飽邦憲: 農村地域の高齢者支えあい活動. JAいずもやすらぎ会第 8 回総会特別講演, 2000
- 48) 塩飽邦憲: 産業看護活動評価のための調査研究. 島根県産業看護研究会総会, 松江, 2000
- 49) 塩飽邦憲: 理学療法士の予防活動. 理学療法士協会島根県士会総会特別講演, 出雲, 2000
- 50) 塩飽邦憲: 生活習慣病の個別的予防の推進. 島根県医師会産業医部会研修会, 益田, 2000
- 51) 塩飽邦憲: 調査研究の進め方. 医学看護学教育学会研修会, 出雲, 2000
- 52) 塩飽邦憲: 健康に生きる5つの技. 出雲市すこやかライフ健康講座, 出雲, 2000

表1-1 健康なまちづくり成果評価分析表(1)

項目	単位	島根県	出雲市	佐田町	調査時	
ビジョン	住民が輝いて健康に生きるまちづくり					
目標1		健康な食と運動	輝きながら生きる	輝きながら生きる		
2		十分な睡眠と心にやすらぎ	自立した健康人	生涯にわたる健康づく		
3		めざそう8020!歯や口腔を大切に	次世代を育む	輝いて生きる環境づくり		
4		人との交流で寝たきり予防	老いを楽しむ	心あったか人づくり		
5		いきがいを保持で充実ライフ	支えあうまちづくり	生涯現役のむらづくり		
面積	面積	km ²	6707.29	172.33	109.91	H12.10.1
産業	15歳以上の就業者数	人	406,463	44,530	2,816	H7.10.1
	第1次産業就業者数	人	55,667	3,781	692	H7.10.1
	割合	%	13.7	8.5	24.6	
	第2次産業就業者数	人	123,299	13,861	1,072	H7.10.1
	割合	%	30.3	31.1	38.1	
	第3次産業就業者数	人	227,066	26,831	1,047	H7.10.1
	割合	%	55.9	60.3	37.2	
	事業所数	事業所	44,486	5,117	203	H8.10.1 農林漁業を除く民営
	従業者数	人	313,038	40,861	1,449	H8.10.1 農林漁業を除く民営
農業	総農家数	戸	54,651	4,203	852	H7.2.1
	販売農家数	戸	41,463	3,375	699	H7.2.1
	専業農家数	戸	7,492	407	90	H7.2.1
	第1種兼業農家数	戸	5,520	519	48	H7.2.1
	第2種兼業農家数	戸	41,639	3,277	714	H7.2.1
	自給的農家数	戸	13,188	828	153	H7.2.1
	農家人口	人	181,524	16,577	3,192	H7.2.1 販売農家
	農業就業人口	人	57,084	4,837	901	H7.2.1 販売農家
	基幹的農業従事者数	人	31,470	2,293	387	H7.2.1 販売農家
	経営耕地面積	a	3,872,718	302,600	51,295	H7.2.1
	田	a	3,138,808	251,607	41,817	H7.2.1
	畑	a	526,531	33,733	7,055	H7.2.1
	樹園地	a	207,379	17,260	2,423	H7.2.1
	耕地面積	ha	42,100	2,880	585	H11.8.1
	田	ha	33,400	2,400	448	H11.8.1
	畑	ha	8,720	481	137	H11.8.1
	水稲作付面積	ha	22,200	1,700	262	H11
	水稲収穫量	t	109,400	8,840	1,210	H11
	水稲10a当たり収量	kg	493	520	460	H11
	乳用牛飼養頭数	頭	11,400	880	430	H11.2.1
	肉用牛飼養頭数	頭	35,300	2,250	920	H11.2.1
	豚飼養頭数	頭	35,300	1,110	0	H11.2.1
	農業粗生産額	百万円	70,530	6,100	891	H10
	生産農業所得	百万円	21,930	2,067	246	H10
	農家1戸当たり生産農業所得	千円	423	492	289	H10
	林野面積	ha	525,277	9,087	9,209	H2.8.1
	林野率		0.793	0.527	0.837	H2.8.1
水産業	海面漁業経営体数	経営体	2,911	6	0	H10
	漁船隻数(海面)	隻	4,043	9	0	H10
	動力使用漁船総トン数(海面)	t	18,891	25	0	H10
	海面漁業漁獲量(属人)	t	204,234	10	0	H10
商業	商店数	店	13,595	1,615	66	H9.6.1 卸・小売計
	卸売業	店	2,264	351	3	H9.6.1
	小売業	店	11,331	1,264	63	H9.6.1
	従業者数	人	65,535	9,254	220	H9.6.1 卸・小売計
	卸売業	人	18,499	3,027	8	H9.6.1
	小売業	人	47,036	6,227	212	H9.6.1
	年間商品販売額	百万円	2,018,762	277,614	3,596	H8.6-9.5 卸・小売計
	卸売業	百万円	1,184,369	152,439	416	H8.6-9.5
	小売業	百万円	834,393	125,175	3,180	H8.6-9.5
	一般飲食店数	店	2,075	291	3	H4.10.1
	一般飲食店年間販売額	万円	4,064,303	558,468	1,796	H3.10-4.9
工業	事業所数(工業)	事業所	2,310	277	9	H10.12.31
	従業者数(工業)	人	57,169	7,546	227	H10.12.31
	製造品出荷額等	万円	109,662,616	10,404,138	370,950	H10
	従業者1人当たり製造品出荷額	万円	1,918	1,379	1,634	H10