

健康文化のまちづくりと Health Promoting University

・健康なまちづくりを志向したコミュニティと研究者のパートナーシップ

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，アヌーラド・エルデムビレグ，樽井恵美子，
乃木章子，ビヤムバ・エンヘマー（島根医科大学環境保健医学）

概要

出雲市と佐田町の健康文化のまちづくりでは、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。

さらに、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、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、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健康福祉分野毎に組織し、自由な発想による活動支援、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が重要であった。

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。これらの計画において、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重要である。

また、高齢社会は健康福祉システム改革だけでなく、1) 社会における住民の役割、2) 疾病や健康の概念、3) 死、障害、老いに対する対策、4) 社会資源や財源の生命倫理的な分配、5) コミュニティ活動への研究者の参加などの課題を投げかけている。特に、健康文化のまちづくりでは、社会資源や財源の配分の意志決定は財政面からとともに、倫理的にも議論することが課題である。当事者の参加、多様な立場からの議論、次世代への配慮などが倫理的意志決定の原則であるため、地方分権、住民参加、情報公開の促進が、市町村単位での介護保険の導入、市町村介護保険計画策定委員会への住民参加と情報公開、インフォーマルな高齢者ケアへのボランティア参加などへの取り組み強化が求められている。

これらを支える研究者の能力開発のために、信頼性の醸成、コミュニティの智恵尊重、コミュニティによるニーズの優先性と目標、相互の役割と責任分担、継続的で柔軟な歩み寄りと修正、コミュニティの度量強化、資源の結合と公正な配分、維持とコミュニティの主体性が課題となっていた。そして、コミュニティと研究者の信頼性醸成が最も重要であり、アカデミックコミュニティのコミュニティ活動への参加促進を行うことが継続的で柔軟な歩み寄りとコミュニティの度量強化の面でも有効と考えられる。その方法として、住民、行政スタッフ、地域医師会などの参加したコミュニティ基盤型教育と参加型行動研究の結合が最も有効である。

A. はじめに

1. 地方分権と市町村行政の役割変化

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¹⁾。2000年までに、予防接種を含む母子保健福祉、介護保険を含む高齢者保健福祉、ゴミ処理や上下水道などが市町村に移管された。2003年には、障害者在宅サービス、精神保健福祉サービスも市町村が対応することになる。地方分権法の中心である「新地方自治法」が2000年に施行された。新地方自治法は、市町村を「地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担う」と規定し、市町村を国や都道府県と対等に位置づけている²⁾。つまり、国はミニマムスタンダードを確保し、市町村は地域にあった行政システムを作り、都道府県は市町村のサポートをすることになる。国は、「小さな政府」をめざした中央官庁の人員削減や特殊法人などの見直し、地方政府への権限委譲を進めつつある。

健康文化のまちづくりにおいて、重要な機関は市町村である³⁾。市町村は住民に信頼され、保健福祉の最前線に位置づけられている。しかし、地方分権の目的は、国から市町村に権限が委譲されることにあるのではなく、多様な住民参加によって「豊かな」くらしの場を作ることである。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。行政サービスにおける人権への配慮、情報公開、説明責任が強く求められている。さらに、税収入、交付税や地方債の減少により、市町村は住民サービスの効率化、公的・私的セクターの役割分担、民間サービスや住民相互支援の活用(Private & Public Partnership)、行政評価

なども求められており、市町村は草の根から住民との協働を展開できる機関への変換が求められている⁴⁾。

2. 健康文化のまちづくり Healthy Cities 運動

欧米では、1980年頃より多要因性の生活習慣病やストレス関連疾患が多くなり、自立的な健康活動の重要性が強く認識された。WHO欧州事務局は、1980年に新しいヘルスケア政策を採用した。すなわち、ニーズ対応・公平な政策やケアシステムの確立、学習や情報提供を中心とした生活習慣対策、ヘルスケアにおける住民参加の促進、資源の有効活用、政策やサービスの強調や統合、健康を支援する環境づくりなどである^{5,6)}。

さらに、WHOはアルマアタ宣言以降、市町村やコミュニティを基盤としたヘルスプロモーションの動きを強めることになった^{7,8)}。ヨーロッパにおける健康文化のまちづくり Healthy Cities & Municipalities の取り組みもこのような動向を受けたものであり、世界に拡大しつつある^{9,10)}。市町村、非政府機関、コミュニティが健康と環境の重要性に気づき、人的、財政的な資源を健康と環境の課題に動員することが求められている。そして、単発的な活動でなく、コミュニティ、市町村行政、大学、民間機関などの協働による協議、情報収集と分析の一連の家庭として理解される必要がある⁷⁾。

日本では、健康文化のまちづくりは1990年に京都市から始まり、都城市、南国市、諏訪市、福岡市、出雲市など現在まで100を超える多くの健康都市のネットワークが形成されている。さらに、健康文化のまちづくりの中で Healthy Communities が世界中で取り組まれている^{9,11)}。日本では、2000年より健康日本21計画、2001年より地域福祉計画ならびに地域福祉活動計画が策定され、コミュニティレベルでの健康福祉活動が活性化されつつある。地域福祉活動では、地域の個別性尊重 Locality、利用者主体 Consumerism &

Empowerment、ネットワーク化 Networking、公民協働 Partnership & Enabling、住民参加 Participation & Involvement が強調されている。

健康文化のまちづくりの基盤であるは、共通の文化、価値観、規範を有する社会単位であり¹²⁾、日本では地理的な集団形態をとる場合が多い。コミュニティには、多様な人材である生活者の住民、ボランティア組織やソーシャルサポートの源泉である近隣組織などの組織化された人的資源、医療機関、健康増進施設、教育機関などの専門的な施設が存在する。しかし、地方主権と保健民主主義を基盤とし、ヘルスプロモーションを基本理念とする Healthy Cities & Municipalities 並びに Healthy Communities 推進の方法とその技術については未だ確立されていない。

3. 研究の目的

第一年度では、全国に先行して健康文化のまちづくりに取り組んできた出雲市健康文化都市プロジェクトを政策科学的に検討し、その推進方法と関連技術について検討した¹³⁾。

第二年度では、島根県出雲市および簸川郡佐田町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¹⁴⁾。

第三年度では、前年度までの健康文化のまちづくりにおける市町村の機能や主体性確立、コミュニティ参加についての成果を基盤として、大学などの研究者コミュニティの役割と課題について検討を行った。

ヘルスプロモーションおよび健康文化のまちづくりは、健康概念のパラダイムシフトにより、健康的な公共政策づくり、健康支援環境づくり、コミュニティ活動活性化、個人の健康スキル開発、健康福祉サービス改革を主な内容としているため⁷⁾、大学などの研究者の参加が重要である¹⁵⁻²⁰⁾。しかし、国際的に見ても大学などの研究者コミュニティが、ヘルスプロモ

ーションや健康文化のまちづくりにおいて市町村やコミュニティと継続的なパートナーシップを確立することは困難とされている²¹⁾。その理由として、研究者と市町村・コミュニティ成員との文化的な差や協働的な取り組みのなさが最も重要であることが報告されている。さらに、能力の差異、信頼の欠如、コミュニケーションの困難性が連携を困難にしている²²⁾。

日本では、大学の公衆衛生学研究者は疾病の原因究明に多くの成果をあげたが、住民参加によるヘルスプロモーション活動やヘルスケア政策確立への関与は少ない。公衆衛生学専門家が、ヘルスプロモーション活動やヘルスケア政策の確立プロセスにおいて、健康問題の分析、解決の方向を明示するのみならず、住民や現場スタッフと学習・分析、調査研究および行動を協働的に実施することが期待されている²³⁾。

このため、健康文化のまちづくりにおける大学などの研究者コミュニティの役割と課題について、信頼性の醸成、コミュニティの智恵尊重、コミュニティによるニーズの優先性と目標、相互の役割と責任分担、継続的で柔軟な歩み寄りと修正、コミュニティの度量強化、資源の結合と公正な配分、維持とコミュニティの主体性、十分な財源と期間の枠組み²⁴⁾から検討を行った(表1)。さらに、住民や現場スタッフとの協働的な研究手法として、参加型行動研究の概念と技法を検討した。

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、介護保険計画策定委員会、障害者プラン検討委員会、障害者福祉サービス実施計画策定委員会、健康なまちづくり策定委員会、母子保健計画・エンゼルプラン策定委員会、)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構造的な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。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。

さらに、WHO および MEDLINE などのデータベースの文献検索を行い、健康文化のまちづくりにおける大学などの研究者コミュニティの役割について検討を行った。

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 175km²、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。

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。

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、島根県の医療福祉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・障害児の児童クラブ、福祉機器の貸出し等を行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110km²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人と比較的に大家族制を維持している(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、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(23)。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. 健康文化都市プロジェクトの意義

1) 生活習慣と健康モデル

生活習慣は、社会学者であるMax Weberにより概念化された用語で、社会経済的な階層ごとに特徴的な生活様式をさしている²⁴⁾。Breslowらの研究(1972)により医学分野に導入され²⁵⁾、個々人の具体的な日常生活習慣を示す用語として定着した。Breslowらの研究から生活習慣は、運動、食、休養などに限定してとらえられる傾向があるが、性・学習・住・消費・環境行動など広く考える必要がある。また、森本ら(1991)は、生活習慣とナチュラルキラー活性などの免疫能や染色体変異などとの直接的な関連を報告している²⁶⁾。

出雲市でも、地域特性によって生活習慣が異なり、そのため血清総コレステロール値について明確な地域差を認めている²⁷⁾。我々は、人間と環境、およびその間に形成される多様な生活習慣の動的バランスを表現した「生態学的健康モデル」を提唱している(図3)。このモデルでは、個人に特有な要因として、遺伝と価値観を重視している。個人は、環境である家庭、学校・職場、地域社会また自然との間に、社会的な役割、生きがい、交流や自然との共生などの相互関係を有している。その個人と環境の間に形成される生活様式を生活習慣と呼び、運動、食、休養、性、学習、ストレス回避、住、消費、環境などの行動を含んでいる。このモデルは、生活習慣の位置づけを明確にするとともに、高齢社会において重要な生きがい、働きがい、地域社会への参加・交流、地球環境危機に対する自然との共生も含んでいる点に特徴がある²⁷⁾。

生活習慣病である肥満と高コレステロール血症は、多くの遺伝子と生活習慣が関与していることが知られている。これまでの研究では、ごく一部の遺伝因子と生活習慣についてしか検討できていないが、遺伝と環境との関係はきわめて複雑である。また、発達遺伝学の分野では、環境の差が少なくなればなるほど、遺伝の差が身体や知能の発達に現れやすいことが知られている。こうした遺伝子の解明に伴って、社会的な悪用や差別が危惧される。遺伝検査についてのインフォームド・コンセントならびに活用における生命倫理や個人情報権への一層の配慮が必要であろう。その上で、自らの健康特性をよく知り、自らをよりよく発達させることが可能となる。

2) 生活習慣病の予防戦略

住民による健康な生活習慣の維持、健康リスクの自己評価、健康状態に応じた健康福祉サービス利用の促進が最も重要と考えられる。このために、医師などの専門家は、健康や生活習慣情報の提供、かかりつけ医による継続的な検診や健康管理、病診連携を基礎とした治療やリハビリテーションサービスの充実が求められる。

また、行政には、住民による健康づくりや禁煙推進などの健康支援環境整備、健康学習の機会提供、生活習慣病や感染症など健康モニタリング、それを支える科学的な健康福祉政策の確立が求められる。

3) ヘルスプロモーション

生活習慣病に対する健康福祉政策の動向を、WHOを中心に検討した。1974年に、カナダ保健大臣 Lalonde の提起した「カナダ人のための保健政策」は、カナダ国内ではあまり注目されなかったが、WHOのアルマアタ宣言(1978)、ヘルス・プロモーションに関するオタワ宣言(1986)にいかされている。オタワ宣言では、人々は自らの健康を自らコントロールする能力を身につけ、個人を取り巻く環境を健康に資するように改善することを重視している。その実現のために、健康的な公共政策づくり、健康を支援する環境づくり、地域活動への住民参加の促進、個人の生活技術(健康な暮らし方)の開発、ヘルスサービスの方向転換が進められるべきだとしている¹⁶⁾。

オタワ宣言の中で唱われた健康支援環境 Health-supportive environment 実現の活動として、ヘルシーシティズ(1986)がWHO欧州事務局から提起された。また、1991年のサンドバール宣言では、健康支援環境は保健医療という狭い枠内にとどまらず、社会的、政治的、経済的、文化的環境が重視され、健康学習の活性化と健康政策の樹立が注目された。また、地方レベルでの健康支援環境づくりが強調されている。健康支援環境は、教育、食物、住居、ソーシャルサポート、ケア、労働、運輸など生活諸部門と結びついており、健康活動へのコミュニティの影響と自己管理を強めることが期待されている。健康支援環境づくりは、人々の能力を拡大し、自己信頼を発展させ、コミュニティの発展をもたらすことが、人々とコミュニティの参加を強めることが、民主的なヘルスプロモーション・アプローチの真髄であること、教育が基本的人権であること、全人類の健康に必要な政治的、経済的、社会的変革が重要であることが強調されている²⁸⁾。

4) 生活習慣病と健康文化都市

生態学的健康モデルに示したように生活習慣は、個人と社会との間で形成されるため、個人の価値観、社会規範、経済的環境にも多くな影響を受ける。このため、コミュニティにおいては、生活習慣は専門家により一方的に変容するものではなく、住民主体の生き方としての生活習慣変容である必要がある。このため、ヘルスプロモーションの原則に立った学習と健康支援環境による住民主体の行動変容が重要となる。特に、健康学習を知識伝授型学習方法から行動変容をめざした体験型問題解決学習方法へとパラダイム・チェンジが求められている。

3. 出雲市健康文化都市プロジェクト

1) 活動および政策の確立過程

ヘルスニーズを模索した時期に相当し、ニーズに対応した政策確立のために市職員が人的・物的な資源を探索し、開発した。ヘルスケアは、保健、福祉、医療、環境、教育分野などで独自に実施されていた。保健分野では、循環器疾患やがんの早期発見や予防活動に重点をおき、健診受診勧奨、食行動改善などの個別・集団ケアをおこなっていた。福祉分野では、高齢化に伴って福祉ニーズが増加し、福祉課窓口での相談機能が強化された。相談事例の増加、福祉課スタッフの研修強化や厚生省との人事交流によって、事例対応から政策化への志向がみられ、特別養護老人ホームの新設やホームヘルパーの増員などが図られた。また、老人福祉や障害者福祉のボランティア活動が活発になってきた。教育分野でも、40・50歳代の女性を中心に、女性問題、環境問題、子育て支援などへの主体的活動が増加した。著者らは、これらの活動に助言者として、またコミュニティを基盤とした教育活動を通して関わっていたが^{28, 29)}、出雲市全体としては行政からの一方的な教育活動が実施されていた。

出雲市の住民参加型ヘルスケア活動は、住民・行政それぞれがヘルスケア改善の方策を模索していた準備期、住民参加の原則が確立し、

人間尊厳のヘルスケア政策を「健康文化都市いずもプラン21」に集約した確立期、「健康文化都市プロジェクト」実行期の3期にわけることができる(図4)。

2) 健康文化都市・いずもプラン21の目的

「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策定された³⁰⁾。主に健康政策を検討したが、図5のように、1) 出雲市の総合開発計画である「21世紀出雲のグランドデザイン」をはじめ、環境、住宅、福祉、教育、芸術などの長中期計画との整合性をはかり、市の関連政策について健康福祉の観点から見直し、プラン21として包括したこと、2) 市民、行政スタッフ、健康福祉専門家、研究者の参加型行動研究により策定されたこと、3) 公民館単位の小地域の健康福祉活動と政策樹立とを並行して進めたことに特徴がある。

「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き、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をすべての市民が達成することである(図6)。

3) プロジェクト開始(1994-96)

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住民や専門家が参加してきた³¹⁾。医学生などの教育を通じて、住民、専門家、教育・研究者の信頼感が強まると共に、相互学習や住民参加型研究のネットワークが形成されつつあった(図7)。

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。困っている住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。

しかし、活動的な住民からは、保健婦は健診で「疾病」と「健康」を振り分けるよりも、住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、島根県立総合看護学院、島根県立看護短期大学、現場の健康福祉専門家、住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³²⁾。

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。

1995 年に、出雲市健康増進課は「健康文化都市プロジェクト」³⁰⁾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。

1996 年より、公民館毎に健康福祉活動に関わる地区住民に「健康文化と快適な暮らしのまちづくり委員会（まちづくり委員会）」への結集を訴え、理想のまち、家族、自分を語りながら、地区の戦略的健康福祉計画を樹立しようと

した。古志、塩冶、今市、乙立などボランティア活動の盛んな地域から活動を開始した。既存の公民館専門部、地区社会福祉協議会、老人クラブなどの健康福祉活動は組織のまとまりや継続性、公平性を重視してきた。これに対し、自主的な健康福祉ボランティアは参加者の楽しみや自己成長を重視し、自立と共生をめざすまちづくり組織である「まちづくり委員会」を組織することができた地区は少なかった。この活動のための予算措置もなく、保健婦をはじめとする市スタッフと地区民のボランティア精神によって、地区の戦略的健康福祉計画や自主的な組織活動に取り組んだことが、全公民館単位の「まちづくり委員会」が確立しなかった理由の一つであろう。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、住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なった³⁴⁾。

その後、公民館ごとの「健康文化のまちづくり」に刺激され、住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、全市的な住民・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）³⁵⁾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（図4）。

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、住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、住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。これらの成果は、1995年に刊行した「保健医療福祉の総合化に関する連携報告書」にまとめ、スタッフの活動指針となった。

4) プロジェクト確立（1997-98）

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・チームを住民参加で組織した。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、住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った(図4)。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。

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³⁰⁾。

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。

健康福祉スタッフは、住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、住民および行政の協働が促進された。また、住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。

5) 実行期(1999年-)

「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名の住民・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、地域各住民ネットワークの住民代表、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、活動的な住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)新しい住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(図4)。

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、住民の生活習慣改善、がんリスクの自己評価、サービス利用行動を中心にしががん対策の体系化、2)専門家や行政からの健康

情報により住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にく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³⁶⁾。

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、住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、高齢者ケアマネージメント・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出雲医師会、島根医大、県立中央病院、福祉施設、住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³⁶⁾、各種健康学習プログラムの充実³⁶⁾、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。

3. 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8）。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9）³⁷⁾。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。

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。

4. 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10)。

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。整備目標をめぐっては「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³⁵⁾。

「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。

「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5)。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」の方向を示したことである。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と考えている。

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で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、様々な分野の市民、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、嶋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、科学的かつ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、ヒューマンイズムなどを育て、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。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考へ、建物や道路など物理的なバリアと住民意識が課題と考へていた。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へられた。

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へに立ち、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 10）。

2000 年には、健康さだ 2 1 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。

5. 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 11）。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。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が多い災害情報など住民の安全に関する情報は、電話やJ Aいずれ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12)。

2) 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J A出雲の有線放送によって情報を得ることが多い(図13)。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が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J A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。

6. 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4, 14)。

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。

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

ブを組織した。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(図4, 15)。

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16)。

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、個別事業の戦略的結合に留まらず、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7)。

「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³⁶⁾。

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にく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16)。

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、高齢者ケアマネージメント・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、出雲医師会、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。

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」が取り組まれ、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」がケアマネー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。住民の主体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17)。

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の弾力化、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(図18)。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。昨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、建築施工業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カ所で行い、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(図18)。

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。

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19)。

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。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に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。

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20)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引き止められた。また、サービス未利用者も4人から1人で減少した(図21)。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。

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。

7. 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」による福祉ツ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7)。

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。

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。