

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た（表7）。

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22）。

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むら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むら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で橋波に住もう」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。

8. 健康なまちづくりエンパワーメント

1) 出雲市

スタッフのエンパワーメントについては、出雲市健康文化都市プロジェクトの経過の項で述べた。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ト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23)。

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た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)³⁶⁾。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り「バッチワーク・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19)。

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、自らの老いと重ね合わせ)、痴呆性高齢者と地域でともに生きる(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24)。

9. 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、高齢者のみを対象にしている。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。

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、老いを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、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、「老い」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25)。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。高齢者の障害状況とサービス利用状況を踏まえて、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26)。

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。また、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を課題としている。

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か所、痴呆性老人グループホーム1カ所を整備している。

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。

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27)。

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。

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(図28)。

また、介護保険など福祉制度が契約の時代に本格的に移行するに当たって、2000年7月に松江家庭裁判所出雲支部管内の弁護士、司法書士、社会福祉士、行政職員、医師など約40名が会員となって、ボランティア団体「出雲成年後見センター」(会長：錦織正二弁護士)を結成した。センターでは、成年後見制度に関する会員学習会、運営委員による定期的な事例検討会、成年後見制度の普及・啓発を行っている。成年後見制度では、本人の財産を保護するとともに、「本人の自己決定の尊重」「本人の残存能力の重視」「ノーマライゼーション」を基本理念とし、本人に寄り添い見守っていく代弁人を立てる。本人に代わって契約を締結し、生活のときどきに預貯金の管理や医療受診など身上監護が目的である。この制度では、従来の禁治産者に相当する「後見」、準禁治産者に相当する「保佐」、より軽度の障害に対応して新設された「補助」の3類型があり、家庭裁判所の審判により決定される。また、新設された「任意

後見」では、痴呆などで判断能力が低下する以前に、あらかじめ公正証書で後見人を自分自身で選んで契約する制度である。

身寄りのない痴呆性老人に後見人(出雲成年後見センター会員の司法書士)が選任され、その仕事は特別養護老人ホームとの入所契約、自宅の不動産の処分、入所後の施設預り金の委任契約、介護計画への意向表明や同意など行っている。成年後見制度の課題は、現在の利用者が年金収入のみの身寄りのない痴呆性高齢者であるため、後見人は月額五千円程度の有償ボランティアであり、財産売買や入院など後見人一人では判断しきれない倫理的意志決定の困難性である。成年後見センターなどでの多職種による研究活動が重要である。さらに、障害者が自立した尊厳ある生活を送れるように、自己選択と契約に基づく質の高いサービスを地域ごとに整備するとともに、知的障害者や精神障害者も成年後見制度を利用できるようにすることも緊急の課題となっている³⁸⁾。

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。この結果、図29のように介護保険導入によって要介護認定者は増加し、居宅・施設サービス利用も増加した。要介護認定者の中でサービスを利用していない人は、病院入院中か家庭介護を受けている人であるが、95%以上がケアマネージャーを選任している。要介護度別のサービス利用者数の変化では、要介護度の高いほど利用者数が増加した。したがって、出雲市では介護保険導入の目的どおり、介護社会化とサービスの公平化が一步前進したと考えられる。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。

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30)。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、ヘルスパスポート活用、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³⁹⁻⁴¹⁾。

佐田町産業保健会活動により、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(図31-32)。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。

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33)。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ている⁴²⁾。

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34)。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、依然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。

10. 健康文化のまちづくりと大学の役割

1) 出雲市での役割

1. 準備期

ヘルスプロモーション政策の必要性は、市役所窓口への住民相談事例、自発的な住民グループ活動、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。さらに、国や県による政策指針や財政誘導なども大きな要素となった。しかし、市段階での有効な政策形成の面では、住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・研究者が住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。

住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住民や専門家の願い(人間尊厳)を目標にしたブレイクスルー思考が有効であった。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面策定に有効であった。

研究者とコミュニティの協働については、信頼性の醸成ではコミュニティ基盤型学生教育の実施が役だった。コミュニティの智恵尊重では、コミュニティで住民が主体的に活動している事例を学生による調査から、コミュニティ住民の智恵や文化を研究者と学生が学んだ。ニーズの優先性と目標では、住民が主体的に行っている活動分析や健康福祉マンパワーの分布から優先順位づけを行った。相互の役割と責任分担では、研究者は住民やスタッフ参加の学習会組織化、高齢者保健福祉計画やバリアフリー計画などの計画策定審議会に参加することにより、住民、スタッフ及び研究者の役割を明確化した。研究者は、世界的視野からの問題分析や解決法の提示を行った。継続的で柔軟な歩み寄りでは、コミュニティの持続的な教育協力を引き出した。維持とコミュニティ主体性では、住民集会の討論を司会し、整理することによってコミュニティの役割と主体性を明確にすることが重要であった。十分な財源と期間では、大学が教育資金を確保し、長期間のコミュニティ基盤型教育を反転させた。

2. 組織化

住民が必要と考え、着手していたリーディング・プロジェクトを、ヘルスプロモーションに基づいて行政スタッフも研究者も支援し、社会実験的に行った。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。

高齢者ケアでは、サービス利用についての住民教育が、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た。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た。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、住民にもスタッフにも極めて有効な教育機会となった組織化と財源確保および権限移譲は、年次計画で進め、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た。

研究者とコミュニティの協働については、信頼性の醸成では、この時期から本格的な相互学習が組織化され、プロジェクトの目標や方法についての意志一致が図られた。コミュニティの智恵尊重では、住民主体活動を支援することを優先し、行政の課題については優先順位づけを低くした。ニーズの優先性と目標では、健康文

化都市いずもプラン21の計画策定により、健康福祉全分野でのニーズ同定、優先順位づけやヘルスプロモーションの観点からも目標設定が行われた。相互の役割と責任分担では、住民の活動や出雲市の行政施策についてのヘルスプロモーションの観点からの助言を行い、研究者の役割を明確にした。この際に、研修者のヘルスプロモーション概念や技法の理解とともに、コミュニティ理解が重要であった。継続的で柔軟な歩み寄りでは、コミュニティや市の重点プロジェクトに研究者の立場から活動協力した。コミュニティの度量強化では、スタッフや住民の学会への参加を促進し、国内での活動と比較することによってコミュニティとスタッフのエンパワーメントを図った。資源結合と公正な配分では、各プロジェクトに関係する住民と専門家をネットワーク化し、人的資源を明確にした。また、高齢者ケアに関しては、介護保険導入準備のために在宅サービス基盤の強化に助言を行った。維持とコミュニティ主体性では、各地区で実施されだした子育て支援と高齢者支援の住民学習に講師として学習支援を行った。財源については、介護保健準備のための国からの補助金を活用した。

3. 活性化

この段階では、住民による参加型行動研究、住民とスタッフの相互学習、行政とサービス供給機関などの組織化およびこれらの調整が重要であった。研究者は、重要度評価や組織工学的な観点から、実施調整に関与してきた。また、住民の関心が少ない生活習慣病のスクリーニングシステムや行動変容プログラムなど専門的な技術開発が重要となったため、医療経済学、認知心理学や行動科学の手法を取り入れた政策評価や教育技法開発を支援した。

研究者とコミュニティの協働については、信頼性の醸成では、健康文化フォーラムや痴呆フォーラムなど住民参加型ポリシー樹立のための集会実施を支援することにより、住民から研究者への信頼は深まっている。コミュニティの智恵尊重では、子育て支援や健康な高齢者の社会参加支援など住民の得意な分野は住民主体

の展開とし、疫学、医療経済、認知心理学などの専門分野の必要な分野で研究者が補完的な研究活動を強化した。ニーズの優先性と目標では、研究者は政策評価や樹立に必要な情報を収集し、わかりやすく提供する役割を果たしている。相互の役割と責任分担では、研究者は政策評価や教育プログラム開発などに専念することが可能になった。継続的で柔軟な歩み寄りとコミュニティの度量強化では、住民は関心ある分野について住民参加型調査を行い、教育プログラム開発研究にボランティアとして積極的に参加している。研究者は、これら調査研究の分析により住民にわかりやすい健康福祉情報を提供し、政策やプログラム評価を行っている。資源結合と公正な配分では、児童虐待防止のために児童虐待ネットワークづくりや子育て支援センター増設とスーパーバイザーの養成、健康福祉サービスの質評価のために第三者評価システムの確立や成年後見センターの支援を行っている。維持とコミュニティ主体性では、住民主体の活動評価を支援することにより、住民活動のエンパワーメントを図っている。十分な財源では、市がヘルスプロモーション政策研究を島根医大医師会に委託し、研究の財政的基盤の強化を図っている。また、住民レベルは、高齢者の集まるコミュニティ施設改築のための資金を各戸からの拠出、精神保健福祉団体による施設づくりの自主的な拠出の組織化、民間団体などからの資金導入を積極的に進めている。

2) 佐田町での役割

1. 地区活動推進(1980-1988)

佐田町でも医学生の教育ために、特定地区で医学生と島根医科大学環境保健医学教室による地区診断を実施し、生活・健康実態を明らかにして脳卒中对策を進めた。地区診断結果をもとに町の脳卒中对策に助言を行った。したがって、研究者とコミュニティの協働については、信頼性の醸成では、コミュニティ基盤型学生教育を基礎としている。コミュニティの智恵尊重では、地区診断と地区住民の組織である健康会

議において、地区の伝承的な智恵や価値観を明らかにした。ニーズの優先性と目標では、地区診断結果に基づき脳卒中对策のための食改善を進めた。相互の役割と責任分担では、調査実施において医学生と大学が主導しており、住民や町の役割は限定されていた。継続的で柔軟な歩み寄りでは、10年以上にわたって大学とコミュニティが協力して医学生の教育に協力した。維持とコミュニティ主体性では、コミュニティは調査支援に留まっていた。財源は、主に教育予算と町からの調査費によっていた。

2. 健康管理推進(1989-1995)

地区診断に基づくモデル地区活動を全町に拡大することは困難であったために、研究者の役割は医学生教育および地区診断から、佐田町全体の健康管理活動への実践的な研究に発展した。信頼性の醸成では、スタッフと先進的な住民の学習支援により絆は深まった。コミュニティの智恵尊重では、脳卒中对策や寝たきり老人対策活動に参加し、佐田町健康管理活動協議会や民生児童委員会などで住民とともに対策を考え、町に提言する活動を行った。ニーズの優先性と目標では、健診結果や寝たきり老人の実態調査から、コミュニティの有せよ的な健康福祉課題を明らかにした。相互の役割と責任分担では、専門委員会に参加し、スタッフへの実践的な活動の助言を行うことが多かった。継続的で柔軟な歩み寄りでは、実践的な活動に協力していた。コミュニティの度量強化では、佐田町の先進的な産業保健活動や寝たきり老人対策に対して全国から視察希望が多く、視察を受け入れながら他市町村との交流を図った。資源結合と公正な配分では、町社会福祉協議会などでの高齢者サービス基盤、産業保健での共同健診体制の強化を図った。維持とコミュニティ主体性では、各種実践活動の支援が多く、研究や学習面での支援は弱かった。財源では、町より産業保健や老人保健の委託事業により賄っていた。

3. ヘルシータウン推進(1996-)

佐田町でも、政策化の機運が高まり、町の役割が直接サービス実施から、住民や民間機関と

ともに協働による健康福祉のまちづくりに転換した。このため、出雲市と同様に、研究者の役割も政策や活動の評価などの政策研究に重点が置かれるようになった。研究者とコミュニティの協働については、信頼性の醸成では住民、スタッフ、研究者による相互学習を重視した。コミュニティの智恵尊重では、介護保険や高齢者のコミュニティケアなどの活動に参加しながら、コミュニティの特徴を生かしたミニデイサービスの確立、ボランティアの組織化に努力した。ニーズの優先性と目標では、住民のニーズを明らかにするための調査活動やフォーカスグループでの議論の他、健康福祉政策研究を実施した。継続的で柔軟な歩み寄りでは、住民や行政スタッフからの情報提供が継続的に行

コミュニティの度量強化では、出雲市と同様にスタッフや住民が、学会参加によって科学的な学習を開始した。資源結合と公正な配分では、介護保険サービスなどのサービス基盤整備とミニデイサービスを担う人的資源の開発が進められた。人的資源の開発のために、日本でも先進的な講師を招いたさだ福祉の森大学も継続的に開講されている。維持とコミュニティ主体性確立では、コミュニティが住民参加型研修を企画する機会が増加している。その際に、研究者が研修会のコーディネータとして参加し、コミュニティの活動のあり方を住民とともに考え、活動評価の科学的な分析を担っている。十分な財源では、町が研究者への委託研究を予算化し、政策評価を支援している。

E. 考 察

1. 健康文化のまちづくりにおける市町村行政の課題

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35）。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）⁴³⁾。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たっては、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、問題解決型思考の重要性が指示される。

2. 規模別市町村の課題

1) 政令市（指定都市、中核市）の場合

保健所を設置し、地域保健以外に精神保健、食品保健、環境保健などの業務を行っているため、精神科ソーシャルワーカー、監視員（環境衛生、食品衛生など）、臨床検査技師などの多様なマンパワーを雇用している。職員は、市役所保健福祉担当部局、保健所、福祉事務所、保健福祉センターに分かれて配置され、その役割分担は政令市によって様々である。

地方分権に伴う権限委譲や介護保険導入などのため、最近5年間に組織再整備を行った市が多く、保健福祉政策の総合調整、危機管理体制、住民サービスの総合窓口、事業の効率化・委託化などに課題がある。また、政令市は住民への直接サービスよりもインセンティブな政策樹立を志向する傾向が強く、職員配置でも企画部門を強化し、保健婦などの専門職の管理職登用も増加してきた。一方、健康相談や要介護認定などの住民への直接サービスを委託化する方向が強まり、第一線の保健センターでも、業務分担制を採る場合が多く、地域住民との近接性の利点が薄れている。

このため、健康文化のまちづくりも健康福祉政策の見直しや審議会などへの住民参加は進んでいるが、コミュニティレベルでの健康福祉活動と政令市の政策との関連性が弱い。コミュニティに近接した保健センターや支所において、コミュニティの健康福祉活動情報の収集や活動支援を行い、健康福祉政策との関連性を整理することが課題である。

2) 地方都市（人口10万程度）の場合

出雲市のように、市には医師や精神科ソーシャルワーカーなどの特殊専門職が少なく、技術革新に遅れがちである。2003年から市町村移管予定の障害者保健福祉サービス準備にも手が着いていないところが多い。市長や理事者などの姿勢によりマンパワーの職種や人数も変化に富んでいる。また、マンパワーの志気や住民ニーズの政策化の程度により、保健福祉活動のマンネリ化している市と活性化している市の格差が激しい。

保健と福祉の担当課が分離されているが、少子化対策や介護保険導入により子育て支援や高齢者ケアなどで保健と福祉の融合化が進み、母子や高齢者などの福祉部門で専門職間の協働が進みつつある。精神保健福祉士、危機管理を含む感染症対策や行動変容のための健康学習などを専門にする人材育成、企画力のある事務職とヘルスプロモーションを会得した専門職とのパートナーシップ、住民との協働、住民ニーズからの政策化能力が市の活力の命運を分けている。

3) 小規模な町村（人口2万人以下）の場合

佐田町のように専門職としては保健婦のみのところが多く、事務職と協力して地域保健ばかりでなく、高齢化のために小規模町村で重要性の増している福祉を担っている。小規模であるため住民や職員間に密接な人間関係が成立し、住民活動の支援や保健福祉の連携など円滑な活動ができやすい。反面、行政や職員への批判が出にくいため、活動がマンネリ化し、政策立案能力に乏しい。

人事異動が少ないため、専門職である保健婦が行政の意思決定システムを通さず、個人プレーに陥りやすい傾向がある。組織運営や企画の能力を養うために、保健福祉のみならず、教育、広報・企画、農林水産などの部門への短期的配置転換が必要である。

小規模町村は、都道府県保健所・福祉事務所からの指導によって保健福祉行政を展開する傾向が強かったが、地方分権の時代には国や都道府県をパートナーとして活動する意気込みが必要である。そのために、日進月歩する技術革新に対応したマンパワー育成が緊急課題であり、大学やコンサルタント会社などの外部専門機関との連携、学会発表、他市町村や民間企業との交流などの職場での現任研修プログラムの確立が急がれる。

3. 市町村スタッフの課題

介護保険制度などの福祉サービスは、公的規制と公的責任に基礎をおいた「措置制度」から、サービス利用者の「自己決定」と「自己責任」

を基盤とする「契約制度」に転換している。健診や健康教育・相談など保健サービスについても、「住民・患者の権利」「インフォームド・コンセント」の理念に基づき、「自己決定」と「自己責任」が基盤となる。

このため、保健福祉スタッフは、患者・住民とスタッフの基本的関係であった「パートナーリズム（父権主義）」を考え直さなければ、市民社会の基本理念である民主主義と社会連帯に基づいた保健福祉を实践できない。まず自らが、基本的人権を尊び、自立と共生の生き方を身につけた専門家「市民」でありたい。その土台の上に、住民の自己尊厳や自己実現を促進（エンパワーメント）するための価値・倫理・知識・技術体系である「専門性」を獲得することが求められる（図36）。

1) 人間理解のコミュニケーション

保健福祉の対象は人間であるため、「人は何のために生きるのか」という根源的欲求への気づき、「それぞれに生きる権利」を受けとめる感性と人間としての懐の深さが必要とされる。卓越したコミュニケーション能力は、相談者の価値観、生活能力、家族関係などの生活環境、ソーシャルサポートなどの情報収集を助ける。さらに、共感的に問題を受けとめながら分析し、相談者の問題解決能力を高め、自らの意思と力で解決できるように適切に支援する能力が重要となっている。住民・患者の「主体形成」に焦点を当てた支援のあり方（アドボカシー）が課題である。

2) いきいきした組織・地域をつくる

地域の内在する人的・社会的資源の掘り起こし、多様な地域資源の活用と社会的ネットワーク形成、住民グループ活動の相互支援により、住民の力量形成を図ることが地域づくりである。草の根活動のリーダーと膝を交えてとことん語り合い、信頼感を醸成することで展望が開ける。健康福祉の住民リーダーを把握できていない地域では、公民館、市職員や専門機関に問い合わせる幅広い人材の把握や面接から始める必要がある8)。コミュニティでの生活像、すなわち経済、環境、保健医療福祉、景観、産

業、建築、道路、教育、コミュニティ心理、政策、文化などからニーズを把握し、課題を住民とスタッフが共有化することが住民との協働の原点である。また、スタッフが専門家市民の視点を持って市民とともに行動することによって相互学習が可能となる。また、住民とスタッフがそれぞれの役割を明確にしながら、協働することも重要である。また、健康日本21計画づくりで強調されている保健福祉活動の量的評価とともに、住民とともに質的活動評価（活動の深まりと広がり）を行い共有することで、次の課題へ飛躍することができる。

3) 科学的な政策をつくる

住民のニーズを世界や国内の保健福祉の動向に即して分析し、新しい活動展開を図ること、活動や政策を長い目で弾力的に包括的に企画すること、行政部局間のセクショナリズムを解消し、横断的に包括的な行政計画を開発すること、住民による行政システムへの参画と公正さを保障すること、住民の生活とニーズの変化を絶えず把握し、政策や活動を修正すること、効果判定やコストパフォーマンス分析による政策や活動の評価システムを作ること、サービス提供者の力量形成と質の保障を図ること、科学的な政策形成とそれに基づく政策展開を絶えず心がけること、情報提供、調査研究、企画調整、研修などの機能強化を図る能力開発が求められている。

4) まず市町村スタッフから変わる

日進月歩する科学技術、多様化する住民ニーズへの対応、経験に基づいた保健福祉活動実践から科学的根拠に基づくヘルスケア Evidence-based Health Care、医療経済・経営学、健康学習法などの専門性を磨くことが求められる9)。研修方法としては自己学習が基礎となるが、臨床現場のスタッフに比較して保健福祉スタッフの学習意欲は低いことが指摘されている10)。このための職場での教育方法として、問題解決型教育方法が重要である。さらに、住民、研究者や行政スタッフが協力して、より良い生活の実現のために学び、働く、教育と実践的研究活動を結合した参加型行動研究

Participatory action research が有効である。

4. 大学の課題

1) 住民参加と参加型行動研究

住民参加型健康福祉活動である参加型行動研究は、社会学者である Whyte¹⁶⁾が科学と実践の両方を推進する強力な手法として提唱し、最初はゼロックス社など工場での働きがいや競争力の回復に、労働者、使用者、社会心理学者が参加して始められた。その後、発展途上国の小規模農業にあった農業技術の開発・普及に参加型行動研究が用いられ、成功した。保健分野では、コミュニティ特性に適した成人の健康教育方法として、また住民が中心となって、研究者や行政職員と協力して、より良い生活の実現のために学び、働く方法として採用されている¹⁶⁻²⁰⁾。北欧における社会サービス法やフリーコンミュニオン法の確立と実行、評価における研究者の活動も参加型行動研究の一種と考えられる。

現代の生活・健康問題は、社会的要因が、環境要因と行動要因に影響し、遺伝的要因や加齢と関係した複合リスクから生じている²⁴⁻²⁸⁾。このため、WHOはアルマアタ宣言、オタワ宣言等によって住民主体のプライマリ・ヘルスケアやヘルスプロモーションを提案してきた。これらの住民主体のヘルスケアを進めるためには、コミュニティの発展と健康政策の結合、住民による情報・技能の共有化、保健民主主義の強化、効率的な健康政策の確立と実行などが重要な要素であり、住民、現場専門家と研究者との協働体制である参加型健康福祉行動研究が不可欠となっている^{29,44-52)}。

2) 協働のための研究者に必要な能力

研究者とコミュニティの協働については、信頼性の醸成が最も重要と考える。信頼性の醸成のためには、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コミュニティの度量強化の面でも有効と考えられる。すなわち、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の採用である⁵³⁻⁵⁶⁾。コミュニティ基盤型医学看護学福祉学教育は、特別の研究費なしで展開可能なこと、学生の収集する情報やその分析過程から学生及び指導教員がコミュニティの健康福祉課題や問題解決過程を学ぶること、コミュニティの健康福祉課題や問題解決過程について住民や行政スタッフとの相互研修が可能となる利点を有している。したがって、健康文化のまちづくりの研究を志向する研究者は、医学看護学福祉学教育をコミュニティ基盤型にリフォームすることが求められている。

また、地域基盤型医学看護学福祉学教育の展開は、高齢社会による慢性疾患、生活習慣病や社会関連疾患の増加に対応して病院や福祉施設での治療や介護から、外来や地域での総合的なケアに移行しつつある医学看護学福祉学の現実にもよく適応しており、WHOも地域基盤型医学看護学福祉学教育を推進しつつある⁵⁷⁾。学生の主体的な学習や学習環境の改善を支援するファシリテータとしての教育の学習支援能力育成を通じて、住民や行政スタッフを学習主体者とする研修プログラムの開発や住民や行政スタッフとのパートナーシップの能力も開発可能である。

初期には、公衆衛生学研究者に求められていたのは、検診技術、疫学やシステム開発能力であった、1999年以降は政策評価や樹立に必要な情報収集、わかりやすく情報の提供、政策評価、教育プログラム開発などとなっている。このため、健康福祉政策科学への理解と応用が強く求められている。さらに、経済や社会政策の国際化により、日本の健康福祉政策とWHOをはじめとする国際的な健康福祉政策との連動性が強まっている。このため、国際的な健康福祉政策のコンテキストと動向への造詣、国際的なアカデミックコミュニティ・ネットワークの形成なども研究者に必要な能力となっている。

3) 健康文化まちづくりでの研修者参加の成果

出雲市健康文化都市プロジェクトにおいて、公衆衛生学研究者は、社会構造の中で比較的利

害関係を持たない自由な立場から参加型行動研究を行った²⁹⁾。参加型行動研究の導入によって出雲市では、①住民とスタッフの能力開発、②社会資源の有効活用、③コミュニティ発展とコミュニティケアの結合、④問題解決をめざした住民・学生・健康専門家の相互学習、が促進されたと考えている。

関係する住民、市職員の能力開発については、政策樹立を志向した審議会での協働や学会などへの参加により教育効果が示された。参加型行動研究により、まず市職員や健康福祉スタッフの態度がニーズ志向となり、次いで高齢者、障害者、ボランティアなどの住民の自発性と行動性を引き出している。

次に、社会資源の有効活用では、住民のボランティア活動および非営利住民活動が活性化され、公的サービスと住民活動との流動化が生じている。コミュニティレベルでの支えあいネットワーク（無償ボランティア）、市社会福祉協議会による助け合いボランティア制度やJ Aいずもによる有償ボランティア、さらに、身体・知的・精神障害者などのNGOによるピアサポートや情報バリアフリー活動、医療福祉サービス事業者による医療介護サービス供給、行政による政策樹立・実行管理・評価・教育活動のような流動化である。ボランティア活動、非営利住民活動、営利活動と行政の役割について、研究者は政策樹立やサービス開発・利用についての参加型行動研究により支援を行っている。

コミュニティ発展とコミュニティケアの結合については、住民参加での健康福祉プロジェクトの推進によって学校、公民館や地区社会福祉協議会などとの協働が容易になってきた。乙立地区は、里家センター、健康文化都市、住民参加型生涯学習などのプロジェクトを結合し、地区民自身が、環境、文化、産業、ヘルスケアの資源を学習教材化する地域づくり型活動を開始している。

健康文化のまちづくりでは、国で予算化された事業やサービスをいかに市に適用するのではなく、住民の健康ニーズに基盤をおき、住民による政策、活動等の意志決定過程への参加が

促進されている。たとえば、健康文化都市プロジェクトは、高齢者保健福祉計画と同様、住民の生活の場である小中学校区を単位として推進されつつある。そして、健康文化都市プロジェクトでは、保健・福祉・環境ボランティア活動を公民館を中核にしてネットワーク化し、小学校区毎の健康福祉計画を確立し、地域のソーシャルサポート・ネットワークの強化を通してケアマネジメント・システムに、また主体的健康学習を通じて社会教育活動に連動している。したがって、表に示したように参加型行動研究を通して、市民、専門家、教育者・研究者、学生が相互に学び合う学習体系が成立している。これらのプロセスは、医学生や保健婦学生には、社会ニーズに即応した総合的な教育の場となり、学生教育と実践活動との結合がはかられている。

F. 結語

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、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。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。

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。

出雲市健康文化都市づくりの特徴は、1) 政策形成では、高齢者ニーズに対応した資源開発、住民参加型の政策形成、行政と住民のパートナーシップ、医科大学の高齢者政策立案への関与、高齢者問題への関心の高さ、2) コミュニティ活動では、健康福祉のまちづくり、多様なボランティア活動、男性や高齢者の地域活動への参加、田園都市のよい環境、3) 健康福祉サービスでは、人間尊厳のケア原則、高い費用対効果、地域特性をふまえた健康福祉ブロックの設定と拠点施設の設置、JAなど多様な形態による健康福祉サービスへの参入、保健医療福祉サー

ビスの連携、広範なケアマネジメント、健康福祉サービスへの住民参加による質的監査などである。

戦後から小規模な改変を重ねてきた健康福祉政策とシステムは、少子高齢社会に至って機能不全状態となりつつある。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。

1) 社会における住民や高齢者の役割として、多くの高齢者はいくつかの慢性疾患を有しながらも活動能力は高いことから、高齢者の意欲と活動能力を維持し、増進させる活動や最優先の課題であり、高齢者による支えあい活動、老人クラブ活動、シルバー人材センターが重要となってきた。

2) 疾病や健康の概念では、古典的な主体-病因-環境モデルから遺伝や生活習慣を取り込んだ新しい健康概念が重要となっている。高齢者は、病気や障害があっても生き生きとした生活を送れることを健康と考えている。

3) 死、障害、老いに対する対策として、疾病予防が保健医療の最優先課題でしたが、高齢社会では死や老いは、予防より受容が大きな課題となっている。死や老いは克服できないので、より良く老い、より良く死んでいくことが大きな課題となっている。

4) 社会資源や財源の配分については、延命や予防などの医療・保健に多くの財源や資源を投入するのか、生活支援や生涯学習のために福祉・教育に多くの財源や資源を投入するのかの意志決定は困難な課題である。また、子どもと高齢者のいずれに多くの財源を投入すべきかとの決定も重要である。これらの意志決定は財政面からとともに、倫理的にも考えなければならない。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。

5)住民と研究者のパートナーシップ形成のためには、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、重要であることを明らかにした。

G. 文献

- 1) 厚生省: 厚生白書平成7年版. ぎょうせい, 東京, 1995
- 2) 金子 仁: 新地方自治法. 岩波新書, 東京, 1999
- 3) 塩飽邦憲, 山根洋右: 市町村の保健と福祉を支える人たち—マンパワーの課題. 公衆衛生, 65, 564-568, 2001
- 4) 田嶋義介: 地方分権をどう進めるか. 公衆衛生 66, 34-39, 2002
- 5) Kaprio L.A.: Forty years of WHO in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1992 (WHO Regional Publications, European Series, No. 40)
- 6) WHO, Regional Office for Europe: Action for Health in Cities. EUR/ICP/HSC 669, WHO Regional Office, Copenhagen, 1994
- 7) WHO: Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Ottawa, 1986
- 8) WHO: Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Sweden, WHO/HPR/HEP/95.3, 1991
- 9) Ashton J, Grey P, Barnard K: Healthy cities - WHO's new public health initiative. Health Promotion 1: 319-324, 1986
- 10) Daves JK, Kelly MP: Healthy Cities. Routledge, London, 1993
- 11) Oakley P: Community involvement in health development. WHO, Geneva, 1989
- 12) WHO: Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1, Geneva, 1998
- 13) 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
- 14) 山根洋右, 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 12 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, 146-211, 2001
- 15) 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
- 16) Smith SE, Pynch T, Lizardi AO: Participatory action-research for health. World Health Forum, 14, 319-324, 1993
- 17) Baum FE et al.: Epidemiology of participation: an Australian community study. J Epidemiol Comm Health 54, 414-23, 2000
- 18) Travers KD: Reducing inequities through participatory research and community empowerment, Health Educ. Behav., 24, 344-56, 1997
- 19) Tallon D et al.: Relation between agendas of the research community and the research consumer. Lancet 355, 2037-40, 2000
- 20) 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
- 21) Wolff M, Maurana CA: Building effective community-academic partnerships to improve health: a qualitative study of

- perspectives from communities. *Acad Me* 76: 166-172, 2001
- 22) Sullivan M, et al.: Researcher and researched-community perspectives: toward bridging the gap. *Health Edu Behav* 28: 130-149, 2001
- 23) 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
- 24) Sobel ME: Life-style and social structure. New York, Academic Press, 1981
- 25) Belloc NB, Breslow L: Relationship of physical health status and health practices. *Prev Med* 1: 409-421, 1972
- 26) 森本兼義編: ライフスタイルと健康. 東京, 医学書院, 1991
- 27) 塩飽邦憲, 山根洋右: 高齢社会における生活習慣病の予防戦略. *島根医学*, 18: 255-263, 1998
- 28) 塩飽邦憲, 他: サンドバール宣言と環境変革の思想. *公衆衛生*, 61(9), 624-627, 1997
- 29) 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
- 30) 健康文化都市・いずも プラン2 1 策定プロジェクト: 健康文化都市・いずも プラン2 1. 出雲市役所, 1998
- 31) 塩飽邦憲, 山根洋右, 他: 新入生への早期医学体験実習の導入と教育評価. *医学教育*, 27, 211-218, 1996
- 32) 渡部英二, 山根洋右: 健康文化都市づくりの現代的意義 市民・行政・専門家協働のまちづくり. *公衆衛生*, 63, 267-272, 1999
- 33) 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
- 34) 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
- 35) 三島武志, 間島尚志: 高齢者支援ネットワーク. *公衆衛生*, 63, 497-501, 1999
- 36) 四方田悦子, 石川智恵子, 塩飽邦憲: 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
- 37) 塩飽邦憲: 健康な農村づくり・まちづくりの成果と課題—佐田町. *日本農村医学会雑誌*, 50, 印刷中, 2002
- 38) 井上明夫: 健康福祉サービスの契約化と成年後見制度. *公衆衛生情報* 印刷中, 2002
- 39) 塩飽邦憲. 産業保健と手を結ぶコツ. *保健婦雑誌* 2001; 57: 印刷中.
- 40) 佐田町, 島根医科大学環境保健医学編. 佐田町ヘルシータウン・プロジェクト. 出雲: 島根医科大学環境保健医学, 21-32, 1998
- 41) 塩飽邦憲, 土谷修一郎, 石崎英一: 中小事業場への地域産業保健支援システムの評価. *産業医学ジャーナル*, 25(2) 印刷中, 2002
- 42) 塩飽邦憲, 他: 内臓脂肪型肥満に対する自己学習と自己決定に基づく教育プログラムの開発. *日本医学看護学教育学会誌* 11, 印刷中, 2002
- 43) 松下圭一: 政治・行政の考え方, 岩波新書, 1998
- 44) 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
- 45) Ahmed SM, Maurana CA: Reaching out to the underserved: a collaborative partnership to provide health care. *J Health Care for the Poor & Underserved* 10: 157-168, 1999
- 46) Kone A, et al.: Improving collaboration between researchers and communities. *Public Health Rep* 115: 243-248, 2000
- 47) Weech-Maldonado R, Merrill SB: Building partnerships with the community: lessons from the Camden Health Improvement Learning Collaborative. *J Healthcare Manag* 45: 189-205, 2000
- 48) Buchanan DR: Building

- academic-community linkages for health promotion: a case study in Massachusetts. *Am J Health Promot* 10: 262-269, 1996
- 49) Maurana CA, Clark MA: The Health Action Fund: a community-based approach to enhancing health. *Journal of Health Communication*. 5(3):243-54, 2000
- 50) Maurana CA, Beck B: Beversdorf SJ. Newton GL. Moving from medical student placement to a community-academic partnership with a rural community. *Journal of Rural Health*. 16: 371-379, 2000
- 51) Maurana CA, Young SA: Basarich JR. Medical students as ambassadors to Wisconsin communities. *Academic Medicine*. 75: 534, 2000
- 52) Wilkinson D, Blue I, Symon B, Fuller J, Smith M: Establishing a new university department of rural health: the first 2 years of the South Australian Centre for Rural and Remote Health. *Australian Journal of Rural Health*. 7: 223-8, 1999
- 53) 山根洋右, 他: 高齢化社会における老人保健に関する予防医学教育の実践と評価. *医学教育*, 22, 71-76, 1991
- 54) 山根洋右, 他: 医学教育に対する学生による評価と教育改善の課題. *医学教育*, 22, 159-165, 1991
- 55) 塩飽邦憲, 山根洋右, 他: スチューデント・レクチャーによる問題解決型予防医学教育の展開. *医学教育*, 23, 358 - 362, 1992
- 56) 塩飽邦憲, 山根洋右, 下山 誠: 新入生への早期医学体験実習の導入と教育評価. *医学教育*, 27, 211-218, 1996
- 57) 山根洋右訳. WHO会議報告 東京宣言 「これからの保健・医療マンパワー 21世紀のための新しい教育戦略」. *島根医科大学紀要* 12: 127-143, 1988
- H. 研究発表 (論文)
- 1) K. Shiwaku, Y. Yamane, et al.: Vasomotor and other menopausal symptoms influenced by menopausal stage and psychosocial factors in Japanese middle-aged women. *J Occup Health*, 43, 356-364, 2001
- 2) 山根洋右: 鞭虫症. 今日の治療指針, 2001年版、多賀須幸男, 尾形悦郎監修, 山口 徹, 北原光夫総編集, 医学書院, 東京, 201, 2001
- 3) 山根洋右, 他: 地域に解放された医学教育 (Community-based Education) によるコミュニケーション能力と健康管理技法の開発に関する研究. 平成 12 年度インターンシップ推進事業実施報告書, 1-164, 2001
- 4) 山根洋右, 他: 健康文化のまちづくり推進に関する政策科学的研究. 平成 12 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, 1-36, 2000
- 5) 山根洋右, 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 12 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, 146-211, 2001
- 6) 山根洋右: 21 世紀の幕開けに: 人間尊厳のヘルスプロモーションと農村医学の使命. *九州農村医学会雑誌*, 10, 2-12, 2001
- 7) 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. *日本農村医学会雑誌*, 49(6), 831-839, 2001
- 8) 林 雅人, 他: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究. 厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究 平成 10~12 年度総合研究報告書, 2-12, 2001
- 9) 林 雅人, 他: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究. 厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究. 平成 12 年度総括・分担研究報告書, 1-29, 2001
- 10) 山根洋右, 他: 農村における Multiple Risk Factor Syndrome の臨床疫学的研究. 厚

- 生科学研究費補助金健康科学総合研究事業 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究 平成 12 年度総括・分担研究報告書, 95-120, 2001
- 11) 松島松翠, 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. 厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究 平成 10~12 年度総合研究報告書, 1-17, 2001
- 12) 松島松翠, 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. 厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究 平成 12 年度総括・分担研究報告書, 1-16, 2001
- 13) 山根洋右, 他: 農村における健康増進活動の費用・効果に関する研究 厚生科学研究費補助金健康科学総合研究事業. 農村における健康増進活動の費用・効果分析に関する研究 平成 12 年度総括・分担研究報告書, 79-115, 2001
- 14) 岩永俊博, 他: 地域保健活動の類型化と展開方法の適用に関する研究. 平成 12 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, 1-8, 2001
- 15) 山根洋右, 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 12 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, 9-22, 2001
- 16) 岩永俊博, 他: 各モデルの特徴づけのための視点の検討. 平成 12 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, 70-80, 2001
- 17) 岩永俊博, 他: 日本におけるヘルスプロモーション展開方法とその発展途上国での適応に関する研究. 平成 12 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報告書 日本におけるヘルスプロモーション展開方法とその発展途上国での適応に関する研究, 1-18, 2001
- 18) 塩飽邦憲, 他: ヘルスプロモーション理論と SOJO Model. 平成 12 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報告書 日本におけるヘルスプロモーション展開方法とその発展途上国での適応に関する研究, 42-53, 2001
- 19) 田中平三, 他: 衛生学公衆衛生学関連講座教授選考にあたって. 平成 12 年度厚生科学研究公衆衛生専門家の養成・確保および資質向上に関する研究—衛生学・公衆衛生学の教授選考のミニマム・リクワイアメントに関する研究—最終報告, 2001
- 20) 塩飽邦憲: ころろ豊かにすごせるまちづくり. 岡山市政の今日と明日, 岡山市職員労働組合自治研推進委員会編集発行, 128, 31-54, 2001
- 21) 藤原秀臣, 他: 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. 全国共済農業協同組合連合会研究調査報告書共済エグザミネーター通信, 9, 6-23, 2001
- 22) 松島松翠, 他: 平成 12 年度厚生科学総括研究報告: 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. 日本農村医学会雑誌, 50(4), 565-579, 2001
- 23) 林 雅人, 他: 平成 12 年度厚生科学総括研究報告: 農村における生活習慣病の臨床疫学的研究. 日本農村医学会雑誌, 50(4), 580-590, 2001
- 24) 藤原秀臣, 他: 平成 12 年度全共連委託研究報告: 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, 50(4), 591-604, 2001
- 25) 山根洋右: 第 60 回日本公衆衛生学会総会記念パネル 公衆衛生学の目指すべきもの—保健民主主義の醸成を. 保健衛生ニュース, 1137, 40-41, 2001
- 25) 乃木章子, 他: 健康な労働者における肥満と β 3-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
- 26) 山根洋右, 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