

日本計画行政学会 東北支部だより

No. 33

2007年9月 発行

○ ニュースレター

・「計画行政（学）の行方」雑感 東北学院大学副学長 関谷 登 氏 1頁

○ 活動報告

・第18回研修集会について 2頁



・第23回理事会・総会および研究集会について 49頁

・第30回全国大会について 56頁

○ お知らせ

・第19回研修集会について 他 57頁

○ 編集後記 58頁

「計画行政（学）の行方」雑感

東北学院大学副学長 関谷 登

計画行政学会の全国大会が今年で31回目をむかえるということは、学会設立からすでに30年が経過していることを意味する。この間、世界の政治／経済の分野において生じた最大の出来事は、いうまでもなく、1989年の東欧諸国に始まり90年代の旧ソヴィエトへと続く社会主義計画経済の崩壊であろう。

当時、わたくしはこれら一連の出来事が非計画経済体制における実際の政治の動向ばかりでなく、学問の世界にも多大の影響を与えるであろうと予想し、その後の変化を注視していた。しかし、現実には、わたくしの予想を大きく裏切るものであった。つまり、わが国に限っていえば、ほとんどなにも起こらなかったといっても過言ではないであろう。とくに、学問の世界（とりわけ、経済学及び政治学）では何事もなかったかのように時間だけが経過し、21世紀を迎えることになった。

実は、わたくしがかつとも影響を受けることになると予想していた分野は、計画行政（学）であった。なぜなら、わたくしの認識では、計画経済と計画行政（学）の背後にある思考には多くの共通点があると考えられるからである。それらの核となる要素として、1)厚生主義的思考、2)エリート主義、3)社会工学的思考をあげることができるであろう。このわたくしの認識が正しいとすれば、そしてまた計画経済の崩壊がこれらの思考にもとづく経済運営の失敗を意味するとすれば、同様の思考を基礎とする計画行政（学）は、体系そのものの抜本的な見直しを迫られていたはずである。少なくとも、そうした議論が噴出してはいたはずである。しかし、なにも起こらなかったのである。

なにも起こらなかった理由として、二つのことが考えられる。一つは、わたくしの認識が誤っていたという理由、他の一つは、表面的にはなにも起こらなかったように見えるが、実際には学問の世界ではすでに十分な対応がなされていたという理由、である。

わたくしはいまこの限られた紙幅のなかで、これら二つの理由の妥当性について争うつもりはない。しかし、社会主義体制崩壊後から今日に至るわが国の政治／行政及び学問の世界の現状から判断する限り、わたくしは上の二つの理由を裏付ける証拠を見つけることができない。とくに学問的な営みとしての計画行政学において、いまだに公共選択論及び立憲的政治経済学の認識及び学問的蓄積を取り込んだ研究がほとんど皆無である理由がわたくしにはまったく理解できない。しかし、少なくとも、これらの分野の知見を参照することによって、計画行政学がその学問的厚みを相当程度増すことができることだけは明らかであることを指摘しておきたい。

第18回研修集会

健康創りの計画行政 —市民参加と産業界の参加を求めて—

はじめに

今日はお忙しい中お集まりいただきありがとうございます。私、本日の進行役を務めさせていただきます、東北大学の関田でございます。よろしくお願いいたします。

今回のシンポジウムはテーマ「健康創りの計画行政」、サブタイトルは「市民参加と産業界の参加を求めて」となっています。

健康問題は高齢社会の日本では本当に重要な課題で、健康な人がどれだけいるかによって社会保障財源の使い方が相当変わってきます。健康な人の割合が増えてくると急速に医療費が減り、それと同時に患者数も減りますから、1人当たり投入される医療財源が増えてきます。国民あるいは市民の視点からも、長寿社会の中で人々に健康を保っていただくことはとても重要な課題です。国、都道府県、市町村にとっても財政上の問題として大変に重要な課題となっています。

また、市民参加や産業界の参加によって、いろいろな活動が出てきます。ボランティアなどさまざまな形で、人的資源のアクティビティを高く使えるコミュニティの形成であるとか、あるいは産業界の参加によって産業基盤ができ、企業活動が活発になって税収が増えるということも期待されます。行政だけで何かやろうというのはなかなか難しい。そういう時代になっています。

こうした状況下で人々にいかに健康でいていただき、病気を減らしていただくか。そういう仕組みづくりと同時に、主体である市民がどのように参加して、自分の健康づくりを自己決定の中で進めていくか。また、それを自治体などの政策がどうサポートできるかというように重要な課題となっています。

さらに、高齢社会の中で健康関連の産業を育成することによって企業活動を活発にし、税収増を図ることで市町村の財政を潤わせていくことが期待できるなど、いくつかの視点があります。

本日は非常に重要な役割を果たしておられる6名のシンポジストをお招きしています。まずはお1人ずつお話しいただき、その後に総合討論をしていきたいと思っております。

1. シンポジウム

(1) 健康創りの計画行政 —設計側の視点—

宮古市長 熊坂 義裕 氏

岩手県宮古市長の熊坂です。

今年3月から、社会保障審議会の医療部会の全国市長会を代表する委員になりました。中医協（中央社会保険医療協議会）はいろいろ問題があり、このたび新しい体制になります。これまでは診療側が8人、支払い側が8人、有識者が4人でしたが、それが7人、7人、6人になります。その中医協も従わなければならない医療のあり方、保険のあり方を審議するのが社会保障審議会の医療部会と医療保険部会です。

全国市長会は東京23区も入っているんで、国民の9割を抱える市長会であり、保険者でもあります。後期高齢者医療制度が来年4月からスタートしますが、それに向けて広域連合を立ち上げ、それに伴い広域連合議会が設置されましたので、今、各地で議員選挙の渦中にあります。そういった保険者としての市長会代表ということもあり、医療部会での私の発言も重くなると思っています。

日本の医療システムをよい方向にもっていきたいとの思いで、いろいろな場で発言をさせてもらっております。全国市長会でも、障害者自立支援法、介護保険法も含め意見を言わせていただける立場にありますが、もう一步踏み込んで国そのものの考え方を変えていかないと、医療が崩壊してしまうのでは、との危機感を持っています。といいますのも、私たち自治体も事業者も国民の皆さんもそうですが、国が決めた社会保障制度の枠組みにしばられるということです。

改正介護保険法がスタートしました。障害者自立支援法もスタートしましたが、財政サイドからの改革だったと思います。厚生労働省の官僚の皆さんも本当はあんな改革をしたくなかったのではないのでしょうか。

医療費は3.16%下がりました。その下がった3.16%はちょうど1兆円に当たります。実際には、官邸サイドから1兆円減らせということで、3.16%という数字になったのだと囁かれています。その中で、地域の医療、保険行政を何とかしなければならないということであり、現場の苦悩は深まるばかりです。

自治体の一番の責任、そして最大の使命は、住民の安心・安全を守ることです。安心・安全を守るとは最大の福祉である。そう私は信念を持って言うことができます。安心・安全には医療も入ります。そして、宮古市は明治以降、津波で4,683人が亡くなっています。津波対策も含めた防災。こうした安心・安全を確保することが最大の使命だと思っています。

しかし、計画行政ということで医療政策を進めるにしても、例えば、いくら行政の保健師

さんが中心になって頑張っても、その町に遠野市のように産婦人科医や小児科医が1人もいないということになったら、できるでしょうか。できませんよね。この間の社会保障審議会の医療部会では次のような発言をいたしました。

後期高齢者医療制度が平成20年度にスタートします。在宅医療が中心、そして対象は75歳以上ですから、亡くなるまでの医療ということになります。けれども、一体誰が看取るのか。もちろん厚労省で出した制度の内容は非常にきれいな文言がたくさん並んでいます。最期は医者が看取るわけですが、医師が絶対的に不足しています。これは大きな問題です。

日本はGDPが世界で2番ですが、医師の数は国連加盟192カ国の中で63番目。2番目の経済大国の医師の数が63番目って、そんなバカなことがあるのでしょうか。そういう状況の中で今、医師不足が叫ばれているのですから、基本的なことを変えないといけません。どうしたらいいかという、やはり国に考え方を考えてもらわなければならないと思います。

「医療費がない」という場合、それは社会保障の問題でもあるので、「社会保障に使えるお金がない」ということになります。あるいは「医療費に回すお金がない」ということですね。日本の医療費は、対GDP比でアメリカの約半分です。そういうことを考えると、何が一体問題なのか。

宮古市でも一昨年、産婦人科の2名の医師が東北大学の医局に戻られました。その後、岩手医科大学のご英断で医師2名を派遣していただき、現在は、県立宮古病院には3名の産婦人科医がいます。ところが、産婦人科が落ち着いたと思ったら、昨年10月からは耳鼻科の医師を東北大学が引き揚げました。この4月からは眼科が休診になりました。一体、医療をどうやって守っていったらいいか、我々首長は医師の確保に日夜頭を痛めています。この問題を突き詰めていくと、日本の社会保障のあり方に至ります。

それから、自治体病院の勤務医は今、過酷な生活をしています。私も勤務医の経験が10年ありますが、当時よりも今はさらに厳しい状況にあります。その一番の理由は、待遇の改善ができないということです。この一番の原因は、病院の方にお金が行くシステムになっていないということです。日本医師会のさまざまな政治的圧力もあるかもしれませんが、現在、勤務医と開業医の比率は66対34になっていますが、社会保障の配分の割合は68対32。医師の数に合っていると思うかもしれませんが、実際は病院のほうが圧倒的にお金がかかるので、その配分を変えていかなければなりません。中医協でもこの辺を議論していただき仕組みを変えていかなければならない。そんなことを発言をしていきたいと思っています。

今日は「健康創りの計画行政—設計側の視点—」という演題をいただきました。

今、夕張市がいろいろ問題になっていますが、なにをやるにしても自治体の財政が健全であるということが大事です。一昨日の読売新聞に、これから統一地方選が始まる中で、宮古市が夕張市と反対の市ということで紹介いただきました。もう1つは三重県の亀山市ですね。北川前知事がシャープの液晶工場を誘致して雇用を確保したということですが、宮古市も、子育て、福祉、医療、産業振興などで頑張っています。産業を振興しなければ何もできません。お金のないところには施策はありませんので。

合併も究極の行財政改革です。合併で人が相当減ります。宮古市も合併して、700人ぐら

いい正職員がこの2年間で約100人減りました。「改革なくして合併なし」というスローガンでやらせていただいています。今後は、15年で34%の職員を削減する計画ですが、おそらく7年くらいで達成できるかと思っています。

職員総戦力化ということで、4月から組織のフラット化、グループ制を導入しました。部長課長以外は私は発令せず、副主幹（課長補佐にあたる）以下の仕事の担当は課長が決めます。その課に与えられている仕事は決まっていますから、その中で部長・課長に年度内の人事権を付与しました。たぶん全国でもこんな制度はないと思います。総戦力化ということで、忙しいところに人員を配置できるフラット化、グループ制を実施しました。

市は経営です。経営がうまくなければ何もできません。そういう意味で経営会議に部長以上が入っていますが、いわば取締役です。

経営するにはお金をもらわなくてははいけません。皆さんがお使いになっている携帯電話の約4割に、宮古で作ったコネクタが入っています。世界最小のコネクタ製造の世界一の技術集積地が宮古です。ヒロセ電機の本社工場があり、現在、宮古広域圏の人口は約10万人ですが、約1,700人が金型コネクタ製造に関わっています。

キーワードは「協働」。とにかく市民の皆さんと一緒につくっていく。計画行政という名前は素晴らしいと思います。ニーズが分かれば、行政はそのニーズに合わせてやるだけです。

例えば、子育てのニーズ、高齢者施策のニーズ、障害者施策のニーズ。ニーズを的確につかめれば、やるべきことが分かります。ニーズというのは市民の思いですから、ニーズをつかんだ上で、市民の皆さんと協働でやればいいのだと思います。介護保険もそうですし、いきいきシルバープラン、宮古市はモデル市町村になりましたが次世代育成子育てプランや障害者福祉もそうです。

そして、当たり前ですが、NPOとの協働。宮古市ではNPOとの協働推進委員を全課に配置してやらせていただいています。宮古市ではNPOもボランティアもたくさんあります。

旧宮古市の社会福祉協議会は独立採算でした。2年間は市町村合併のためにいろいろな条件を飲まなければならないので今は数人に人件費補助を出していますが、やがては旧宮古市のように独立採算制にします。現在約250人の職員がいますが、第2市役所ともいべき福祉行政の中心的存在です。

医師会とも協働でいろいろなことをやらせていただいています。町の保健室は、看護協会にも頑張ってもらっています。

全国各地で地域医療が崩壊しています。医者が足りないのでもうしようもないのですが、その中で自治体はどうしたらいいかということです。そのためには、「保健」「医療」「福祉」を効率よくつなぐしかない。その中で最大限の努力をさせていただきます。

宮古市には3つの公的病院があります。県立宮古病院には医師が50人程います。主な派遣大学は岩手医科大学と東北大学ですが、東北大学がどんどん引き揚げているので、将来は岩手医科大学にお願いするようになると思います。それから国民健康保険田老病院。直営だったものを来年4月から診療所にして指定管理者制度を使います。それから国民健康保険新里診療所。この3つが宮古市の公立の医療機関です。

指定管理者制度を導入するといろいろなことが起こります。例えば、特別養護老人ホーム

は競争の結果、社会福祉協議会が経営を行っていますが、職員数が1.5倍になりサービスが圧倒的に増えたにもかかわらず、年間2,000万円ほど市の出し分が減りました。外出は自由になる、風呂には毎日入れる、おかずも自由に選べる、かつ今まで1億5,000万円くらいかかっていたのが減ったわけですから、一体、公務とは何だったのかということをお聞きしました。病院でも全く同じです。サービスの量と質が同じであればこれは民間でもいい。ただ、今は医療制度がおかしいですから公立病院の採算がとれなくなっています。

私は赤字という言い方をしたくありません。公立病院は赤字ではなくて、本来ならば不足する金額は、社会保障とか医療制度の中で埋めるべきだと思っています。国の制度がうまくいってないために赤字になっています。

市民の健康を守るために税金をつぎ込むということです。例えば、今、県立病院のお医者さんの給料は1,500万円から2,500万円くらいですが、3,000万~4,000万円出すと言われれば、たぶん、来る先生もいますよね。そういったこともやらなければダメだということです。

それから消防との連携。病院に運ぶまでをきちっとやる。高規格救急車を一番早く全所にそろえたのは宮古市です。AED(自動体外式除細動器)の数も県内市では人口比でナンバーワン。そして、「消防緊急通信指令地図情報システム」ということで、すべての災害弱者、要介護1~5の方、耳の不自由な方を消防にプロットしています。全てといっても旧宮古市ですが、新宮古市は今つくっているところです。

救急連絡が来ると、火災現場の3軒隣りに要介護4のおばあさんがおじいさんと2人で暮しているというのわかりますし、電話をした方がろうあ者だということもわかります。そうした情報を持って救急隊員が現場に行く。個人情報保護ということもありますが、こういった情報が載っているということを市民は知っていますけれども、自分を載せないでくれと言われたことはありません。もし言われれば外しますけれども、これは市民の安全を守るためにやっている話です。

そういうことをしながら、医療と市民との距離を埋めていく。先ほどもいいましたが、赤字ということではなくて、本当は医療制度の中で十分に自治体病院が支援されなければならない。支援が十分ではないので、これを自治体が埋めるのは当然。もちろん病院にも最大の努力はしてもらいます。ただ効率化ということで、病院でもサービスの質が担保されれば公務員がやる必要は全くありません。

今、どんどん国保加入者が増えて高齢化が進み、その間、いただく保険料は下がって収納率も下がって、医療費はかかるという形になります。市町村は保険者としての苦悩も背負っていることもご理解ください。

介護保険がスタートした時に、基幹型在宅支援センターを直営で置きました。岩手県の市では宮古だけです。今回の地域包括支援センターもそれを発展させただけですから全く混乱はおきませんでした。宮古に住む1万5,000人の高齢者がどういう状態かということが分かれば、それに合わせてサービスを組むだけです。あとは成年後見制度とか虐待などについて、行政がしっかりやっていく。産後うつ病や思春期の若い女性の中絶もすごく多いですから、宮古市はこの分野でも先を見ながらやっています。介護予防については、いきいき健康都市を宣言し、元気長生きぽっくりのGNP²(G:体と脳の元気、N:にこにこ・長生き、P:最後まで

でプライドを持ち、ポックリ)運動をしています。

すべてのヒントは現場です。現場を分かっていたらいいわけで、宮古市は出生率も高く、この前、がんばる自治体の代表ということで、菅総務大臣にも来ていただきました。私もしょっちゅう現場に行きます。ニーズをつかめば全てができる。後は財政状況に応じて予算の使い方を市民の皆さんと協働で考えれば、行政に対してのさまざまな不満を極力減らすことができると思っています。

ご静聴ありがとうございました。

○コーディネーター：関田康慶氏

宮古市はニュー・パブリック・マネジメント、行政による従来型の予算主義だけではなくて、マネジメント、いわゆる経営的な考え方を導入されて、ニーズから計画、実行、評価をしていく。そういうプロセスを入れた行政運営をされています。その中でさまざまなサービスの提供の実態をご紹介いただきました。質問のある人はいらっしゃいますでしょうか？

○質問者

災害時のマップ、社会的弱者を登録して、というお話がありましたが、要するにGPS機能とかGIS機能とかを使って、ハザードマップと同じように介護のマップをつくられているんですか。その苦勞と、どこまでマップづくりが進んでいるかについて詳しく説明してください。

○熊坂義裕氏

平成12年に消防緊急通信指令地図情報システムを導入しました。個人情報の保護という問題がありますが、津波等災害はいつ来るかわかりません。宮古市には災害弱者といわれる方が三千数百人おり、その方々をマップに載せるということで新聞にも公表しました。結構、視察があります。例えば、福祉ジャーナリストで元NHK解説委員の村田幸子先生にも来ていただいたのですが、都会では絶対できないだろう、都会にはいろいろな人がいるので訴訟の問題も起きるのでは、とおっしゃっていました。

介護保険の対象の人や、障害のある方をプロットしていますが、それを見るのはすべて公務員である消防職員です。その情報をもって火災現場・救急現場に行けば全然違います。その情報で救われたというケースもあります。

例えば、通報した人がろうあ者だったということもあります。そういうことを知っているのと知らないのでは全然違う。ですから、こうしたシステムづくりはやっぱりやるべきだと思います。

我々は安心・安全を守るためにこういうシステムを組んでやっているだけで、住民の生命を守るためにはどうしたらいいかをいつも考えています。例えば、小児科の先生にお願いし、365日輪番制で診療体制システムを組む。そこにお金を投じる。このようなことをやっていかないと命は守れないと思います。

この前、「元気な宮古市があるじゃないか」と国会で菅大臣が答弁されましたが、宮古市のコミュニティは比較的保たれています。福祉も子育て施策もきちんとやっていますが、それにプラスして、さらにやっていくということですね。津波がいつ来るか分からない中で、こういうシステムがあれば、さらにいいわけですから。先を見てそういうことをやっていくことは大切ではないか。そんなことを考えながら楽しく市長をやらせていただいています。

(2) 医療制度改革における健康施策について

—医療保険者との新たな連携の構築に向けて—

宮城県保健福祉部健康対策課長

(現宮城県保健福祉部健康推進課長) 佐々木 清司 氏

本日お話し申し上げたいのは、後期高齢者医療制度を新しくつくるわけですが、それに伴っていろいろなものが動くということと、もう1つ、私どもがあまり焦点を当ててこなかった医療保険者についてです。身近なところでは国保と職域保険がありますが、新たな領域が出てきて、今まではバラバラにやっていたのを今後は連携しないとうまく立ち行かないということになってきています。

なぜ医療制度改革が出てきたのかといいますと、要はこのままでいくと医療費が高んで制度が持たないということです。

「どこに原因があるのか」については2つ分析があります。まず1つは在宅の療養率の低さです。在宅での療養がなかなか進んでおらず、それに伴って病床数(平均在院日数)が長い。そうしたことから1人当たりの入院医療費が増えています。翻っていえば、老人医療費が立ち行かなくなります。1人当たりの老人医療費は若者の5倍になり、入院医療費でみれば寄与度の約5割にもなります。

もう1つは、いわゆる生活習慣病の患者予備軍が増えていることです。外来医療費も増えています。平成15年のデータだったと思うのですが、1人当たりの老人医療費は平均で75万円。最高は福岡県の約90万円で、最低は長野県の約60万円です。そして、平成17年の老人医療費の見込みは、福岡県101万円、長野県67万円、そして宮城県は75万円となっています。

平成16年に宮城県は下から13番目だったのですが、もうすでに15番目になっています。宮城県は高齢化率の影響を受けて、この2つの要因をとれば着実に医療費が増えており、今後は「生活習慣病対策」「医療機能の分化・連携」「地域における高齢者の生活機能の確保」ということが問題になるだろうと思います。

メタボリックシンドロームという言葉が話題になりましたが、生活習慣病の現状を見ると、高血圧症の有病者が3,100万人、高脂血症3,000万人、糖尿病740万、そして糖尿病の予備軍は880万といわれています。死亡原因としては、脳卒中が13万人、心筋梗塞が5万人となっています。ちなみに宮城県で一番多いのががん(悪性新生物)で約30%、心疾患が16%、脳血管障害が14%で、合わせると死亡原因の6割となっています。

そして、重複者が多いということで、肥満のみの人は約20%ですが、糖尿病・高脂血症・

高血圧症のうちのいずれか1疾患のある人が約47%、いずれか2疾患のある人が28%。全て併せ持った人が5%となっています。それらを踏まえた上で、総合的な生活習慣病対策が必要になると思います。対策を始めてすぐというわけにはいきませんが、中長期的には健康寿命の延伸や医療費の適正化が進み、介護法にも好影響を及ぼすだろうと思われます。

政府の医療改革協議会から、I～VIからなる「医療制度改革大綱」が出てきました。

「I 改革の基本的な考え方」の中では次の3つを示しています。1つ目は「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」。2つ目は「医療費適正化の総合的な推進」。3つ目は「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」です。

「II 安心・信頼の医療の確保と予防の重視」では、「基本的な枠組み」として2つのことが挙げられています。1つ目は、安心・信頼の医療の確保ということで「患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築」。2つ目は、予防の重視ということで「生活習慣病対策の推進体制の構築」です。

その他「III 医療適正化の総合的な推進」「IV 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」「V 診療報酬等の見直し」「VI 改革の時期」が挙げられています。要は、こういった大綱が出てきて、さまざまな制度の改正が始まったということです。

次に、医療制度改革法の概要についてお話しします。医療制度改革大綱の基本的な考え方として3つほどありまして、1つ目は「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」ということで、ポイントは2つ。「患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築」と「生活習慣病対策の推進体制の構築」です。

そして2つ目は「医療費適正化の総合的な推進」。中長期対策として、医療費の抑制について具体的な政策目標を掲げて進めましょうといっています。まずは生活習慣病の予防対策を徹底し、平均在院日数を短縮させるということです。さらに、公的保険給付の短期的対策として、内容と範囲の見直しなどが挙げられています。

3つ目は「超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現」で、健康保険法等の一部を改正するいくつかの法律案が掲げられています。例えば、「介護療養型医療施設の廃止」というのがあります。療養病床には医療型と介護型があるわけですが、特に今回は介護型について大きく再編を進めるということです。

その他、「後期高齢者医療制度の創設」など、新たな高齢者医療制度の創設が掲げられています。そして、なかなか大変な問題が「都道府県単位の保険者の再編・統合（国保の財政の基盤強化等）」ということで、国保の財政基盤の強化、政管健保（政府管掌健康保険）の公法人化などがあります。社会保険庁からの移管ということになりますが、制度の成否はここにかかっているのではないかと考えています。

次は、医療費適正化計画の骨格についてです。国は「医療費適正化基本方針」と「全国医療費適正化計画」の作成を行うということで、その中でいろいろな目論見をします。政策目標を実現した場合の医療費の見通しや計画の中間での評価です。政策目標は平成20年度から

24年度の5年計画で掲げ、医療費の適正化を図ります。評価は中間年である22年に行います。

都道府県は何をやるかという、「都道府県医療費適正化計画」を作成します。その中で、生活習慣病対策を踏まえて、具体的にはメタボリックシンドロームに関する数字や患者数を盛り込んで、在院日数の減少を目指します。

そして保険者ですが、今回の改正ではとても大きな役割があります。医療保険者に、40歳以上の加入者を対象とする糖尿病等の予防に着目した健診及び保健指導の実施を義務付けました。ただし、医療保険者に義務付けはしたのですが、被保険者に義務付けたわけではないので、どこまで効果があるか注意していく必要があります。

次に、「医療費適正化対策等にかかる県の今後の取り組み」について簡単に紹介させていただきます。まず「医療費適正化計画」は、今後医療費をどのようにもっていくかということをつくります。平成19年度に、国が示す基本方針等を基に策定作業を開始し、平成20年4月から実施します。

「地域ケア整備構想」。これは、療養病床を今後どう転換・再編していくかという計画です。ただ、宮城県には療養病床が全くありません。あることはあるのですが、十分ではないのです。全国で一番療養病床が少ないのは山形です。一番多いのは確か福岡だったと思います。宮城県はあまりありません。どちらかというと3,900くらいで、介護療養病床が600くらいですから、あんまりない。ですけど、一応それを展開していく、参入計画をつくるということです。

そして、私どもは「健康増進計画」という中で、予防に関する計画を平成19年度につくり、平成20年から施行します。また、「医療計画」ということでは、地域の医療計画の改定作業を平成19年度に行い、新計画を平成20年度から実施するなど、いろいろな計画が平成19年度に集中しています。

次は、医療制度構造改革のポイントについてお話ししますが、ここから私の本来の仕事になります。今回、健康増進計画の見直しを行いますが、私どもがその入口を担当します。政策目標として、「糖尿病等の生活習慣病有病者・予備軍の25%削減」、「健診・保健指導にメタボリックシンドロームの概念を導入」、「医療保険者に健診・保健指導を義務化」の3つを掲げています。

予防については、「生活習慣病予備軍を25%減らす」「生活習慣病有病者を25%減らす」「生活習慣病有病者の重症者を25%減らす」という3段階の予防で、医療費の伸びの抑制を目指します。

次は、生活習慣病対策の推進体制の構築についてです。国は「科学的根拠に基づく効率的なプログラムの提示」や「総合的な生活習慣病対策の基本的方向性・具体的な枠組みの提示」、「都道府県の取組支援」などを行います。都道府県の役割は「健康づくり施策の総合的な企

画と関係者間の協議調整」ということで、どちらかといえば総合的な調整を行います。各市町村の他、健保組合、政管健保、国保などのいろいろな医療保険者の集まりである保険者協議会や地域・職域連携推進協議会と調整・支援、協力をしながら、生活習慣病対策をどのように推進していくかを重点的に検討します。さらに、民間事業者を積極的に活用し、保健サービスを提供していくということになります。

そして、生活習慣病の総合的な対策についてです。「健康日本 21」「健康増進法」「健康フロンティア戦略」などのもとに、健康づくりの国民運動化などさまざま対策が実施されますが、中でもクローズアップされたのが「労働安全衛生法に基づく保健事業」です。従来は、事業主が労働者の安全を確保するということが健康診断が義務付けられていましたが、今後は、老人保健事業、学校保健事業、母子保健事業でも健診を行うなどの健康増進計画を策定することになります。また、生活習慣の改善を図ることで、糖尿病、循環器病、さらに、がんの予防を目指します。

次は、「みやぎ 21 健康プラン」についてです。県では適正体重の維持など 9 項目を掲げ、平成 14 年度から取り組みを行っていますが、項目の見直しを行った上で 22 年度まで計画が実施されます。

「メタボリックシンドロームの発症予防・重症化予防の流れ」としては、運動不足など不適切な生活習慣から、予備軍とされる境界領域期を経て、高血圧症などメタボリックシンドロームの発症に至ります。そこから心疾患などの重症化・合併症を引き起こし、やがて死亡となります。そこで、その節目節目で、健康づくりに関する普及・啓蒙、健診、生活習慣の改善などの保健指導、受療促進など重症化予防のための保健指導・医療を行います。

平成 19 年は国の動向を踏まえ、みやぎ 21 健康プランの目標項目の見直し・追加を行い、健診・保健指導の標準化などメタボリックシンドローム対策を実施します。そして、肥満者の推定数、メタボリックシンドロームの予備軍、それから高血圧症予備軍を推計します。それによって、「予備軍がどれくらいいるのか」というのははじき出し、最終的にはこの計画ではじき出した数字を医療費適正化計画に持ち込む、という形を今のところ考えています。

指標として今お話ししたようなアウトカム評価があり、その後にプロセス評価があります。例えば、健診受診率を上げていくとか、指導率・実施率を上げていくとか、そういったことです。

その後は、国の動向を踏まえてということですから、予備軍該当者の推計をしながら、健診・保健指導の標準化、そして保健指導従事者の育成研修、あとは、従来あまりアプローチがなかった職域保健の方々や地域保健とをつないでいくという役割が出てくるかと思います。

最終的には生活習慣病の発症・重症化をどう予防していくかということと、ポピュレーションアプローチ（集団全体へアプローチして全体としてリスクを下げっていく）を当然医療保険者で行っていくということと、いわゆる働き盛りの世代に焦点を当てていくというのが今回のポイントかと思っています。

具体的には、私どもは保健所という組織を持っていますので、推進協議会に加えて、地域連携の推進会議の部会をつくり、医療保険者に対して、地域の方の職域保健に関わる方や事業者の方々も、県内 7 保健所の各圏域で、きめ細かい支援が出来たらと思っています。

また、メタボリックシンドロームの予防に関しまして、保健指導に対してなかなか時間がとれない働き盛りに焦点を当て、IT を活用していくということも必要かと思っています。

また、センターのなかった事業所に対して積極的に出て行くという形で、初年度は事業展開していきたいと考えています。

(3) 協働、私の実践

宮城県大崎市三本木総合支所保健福祉課長

(現大崎市政策専門員) 佐藤 美貴子 氏

今日は、「協働」と題しまして、これまで私が実践を通して得たことを申し上げて提案に代えたいと思います。

大崎市は平成18年3月31日に1市6町で合併をしています。まもなく丸1年になるところですが、これから申し上げる話題は全て、旧三本木町での実践だということをご了解いただきたいと思います。

それでは、三本木町での取り組みをお話しします。

取り組みの始まりは、病気の早期発見・早期治療。いわゆる2次予防でした。これは長い取り組みで、たくさんの人力とたくさんの予算を用意したと思います。

昭和42年、今からもう40年も前の話ですが、1日で全ての健診が受けられるドック方式の健診を三本木町では始めています。当時は人間ドックが一般化されておらず大変珍しかったと思いますが、それに農村が取り組んだということで、全国に紹介されたと聞いています。

このときの最大の課題は、どのようにしたらたくさんの住民の方に健診を受けていただくかということでした。そのために住民参加型の健診につくり上げるということが大事でした。まず、住民リーダーを養成して活動してもらったことが、これを成功させる鍵だったと思っています。

これまで住民リーダーを育成して40年が過ぎました。私たちはヘルスリーダーとっていますが、その皆さんが活動して、三本木のドック方式の健診を支えてきました。ヘルスリーダーとして活動した婦人たちが、今、三本木町では1,000名を超えています。三本木町の人口は8,000人ですから、リーダー経験者が1,000名を超えたというのは大変な財産です。それから、健診ボランティアがたくさんいるということも、住民参加型健診といわれるゆえんかなと思います。

健診を受けに来る人は真っすぐ立てる方ばかりではありません。腰が曲がって足元しか見えない人も来ますから、床にも誘導を付けています。1日で健診を受けてもらわなければいけないので、黄色い線をたどって行くと結核、赤い線だと子宮ガン、緑の線は胃ガンと誘導しておきます。要所要所に健診ボランティアも立っていますが、工夫をしながら受けやすい健診にしてきました。

実は健診の期間はそう長くはないんです。三本木は1年間に4日間しかありません。普通の市町村は、年がら年中健診に追われているというところもないわけではないと思いますが、三本木は4日間です。4日間で延べ何千名かの受診数があるのですが、健診ボランティアは4日間で延べ100名ほどに出てもらっています。お金を扱うところ以外は、皆、ボランティアがやります。

余談ですが、三本木町役場の設計には、どうやったら健診がやりやすいかということも盛り込まれています。例えば、健診日は雨が降ったり嵐がきたりさまざまです。そこで、濡れないで健診を受けられるように役場の真ん前に大きなロータリーを造りました。また、検診車は意外と背が高くて、どのくらいの高さにすれば検診車を何台も止められるかということも検討しました。それから、かなり電源が必要なのですが、電源を部屋の中ではなく、外から取るためにはどうすればいいかなど、検診を行いやすい設計にしています。いかに町が健診に力を入れてきたかが分かると思います。

次に力を入れたのは1次予防です。これは地域のお医者さんたちと手を組みました。スタートが昭和54年ですから、かれこれ30年経ったわけですが、我々は一隊を組んで地域の隅々まで健康づくりのキャンペーン活動を行いました。お医者さんの講話はもちろん、クイズをしたり、医者も役者になって健康劇をしたり、まさにドサ回りでした。そうしたことを30年間続けてきました。この30年にわたる活動が、健康に対する関心を高め、健康づくりを実践する住民を増やしたのだと思います。

なぜうまくいったのかを考えると、私は町内に開業する全ての医師・歯科医師が参加していることが成功の鍵だったと思います。たった1人の赤ひげ先生というのも大変魅力的ですが、全員揃うというのもまた見事なものです。自分の主治医、世話になっているお医者さんが自分たちの集会所まで来るといふことになれば、行かないわけにはいきません。そういう義理堅い地域ですから、出席率も非常に高かったし、日ごろお世話になっている先生が今日は何を話してくれるのだろうと住民も共に楽しかった事業であったと思います。

同時に、全ての町内会に「健康をつくる会」が発足しました。町内会は、三本木では行政区とっていますが、27の行政区に27の会ができました。年間に約200の健康づくり事業を自分たちの手で実施しています。

事業計画を立てて予算を取り、役員も世話人も全てこの会で決定しています。役場はあまり口出ししません。お金ももちろん出せなかったのですが、とにかく自由にやってくれました。保健師をよこしてくれ、栄養士をよこしてくれ、医者をよこしてくれという求めには応じてきましたが、全て自分たちで活動するというのは、素晴らしいことだと思っています。これは住民力の高さを物語るものだと思っています。

三本木町に、「100歳2週間」という健康づくりのスローガンができました。これは、できる限り身の回りのことは自分でして、最期の2週間くらいは皆さんの世話になりこの世にさよならしようという老人たちの合言葉で、町がつくったものではありません。町は町制施行100周年の時にこのスローガンを拝借しました。町長が100と付いたものを何か提案しろと申しましたので、わが課から提案し、平成7年に採用されました。採用されたのはいいのですが、スローガンを達成するためにこれから何をすべきかを私どもは考えました。

健康を守る、健康を維持する、あるいは健康をつくる、いろいろな表現がある中で、もっと攻めの健康が必要だと思いました。特に、三本木の場合は体力が落ち込んでおり、これが私どもの悩みの種でした。体力増進をしなければ積極的な健康づくりにならないという考え

方です。

攻める相手ですが、青壮年の人たちはなかなか攻められません。なかなか会えない青壮年。一体どこにいるのか青壮年。何をやっても集まってくるのは高齢者や婦人の皆さん、大体、同じ様な人たちが集まってきます。でも三本木には青壮年が絶対いるので、どこにいるのかと若い人たちを探しまわりました。

この課題に取り組むためにプロジェクトを組みました。体力増進プロジェクトです。メンバーは、町内企業で一番大きく、1,500名ほどの社員がいるYKKap、大学の研究者、学校関係・幼小中、スポーツドクター、公民館、行政。こうした人たちでプロジェクトを組み、体力増進計画を策定しました。

また、計画策定に参加したそれぞれの機関、人々全てに実行部隊になってもらいました。自分もやらなくてはならないから、やれる計画しか立てません。やはり策定する人と実行する人が離れているとなかなかやりにくい面があります。そこで、計画をつくってもらいたい方にやってもらいたいとお願いして、策定もするけど実行もするんだよというスタンスで始まったプロジェクトです。

「100歳2週間」を目指す三本木町は、元気な町民をつくるという目標を定めて、子どもから高齢者まで、体力増進を基本にしたさまざまな計画ができました。その一部を紹介します。

まず子どもの体力づくりです。幼稚園が保育プログラムの中に計画的に運動を取り入れました。たまにではなく毎日です。仙台大学では定期的に子どもたちの体力測定をしています。大学にはたくさんの子どもの体力の情報が集積されていると思います。

それから、小中学校は学校保健委員会を中心にしています。幼稚園で体力を上げた子どもたちを入学させるので、次は小学校でどうするかなのですが、残念ながら分断されがちで、どのようにしたら継続できるのが皆の課題でした。でも小学校も頑張って、体操を工夫したり新体力テストを実施したり、体力づくりに力を注いでいます。幼稚園でトレーニングをした子どもたちが入学し現在小学校2年生になっているので、そろそろ成果が出る頃かと思えます。来年あたりの体力測定が楽しみです。

中学生は、何もしていなかった子がたくさんいるので、体格はいいけれど体力のない子どもたちがいっぱいいます。ですから成果は何年か先になると思っています。

さて、私たちの大切なお客様、青壮年です。この年代は多くの人たちが企業にいます。企業でどう取り組んでくださるかということが大切です。幸いにも企業からはさまざまな提案がありました。

例えば“貯筋通帳”というのがあります。生活の中の人間の動きをポイントに換算し、そのポイントを積み立てて運動を習慣化するという方法です。YKKの四国の工場がやっているそうで、YKKから提案があり早速取り入れて実践しました。

また、町内にはいろいろな運動施設、運動できる場所があるので、マップをつくって配布しました。それから、私が良かったと思うのはパスポートを発行したことです。やはり若い

人は忙しくて時間が無いですから、年末年始を除いて夜9時までいつでも、体育館や保健センター、YKKのトレーニング室といった、参加してくれたところの施設を開放し、パスポートを管理人に見せれば自由に使えるという方法を取りました。利用者を見ますと三本木にも若い人たちはいたんだと再確認をいたしました。あとは私どもの課では運動教室を開いています。スポーツドクターが1人1人に運動の処方箋を出すという運動教室を行っています。

次は高齢者ですが、介護予防から2つ紹介したいと思います。

1つ目は「転倒予防」です。寝たきりになるきっかけで多いのが転倒なんですね。ですから、転倒予防を3本柱で実施しています。最初の柱は、転びやすい人を見つける転倒検診。歩行速度の測定、生活調査をして転びやすい人を見つけ、見つけたら予防教室へお誘いする。予防教室が2本目の柱です。この分野では東北文化学園大学をはじめ白百合大学など、いろいろな大学の研究者が関わってくれました。

そして、3本目の柱ですが、三本木町の特徴だと思うのですが、ダウンストッパー活動というを行っています。ダウンストッパーというのは造語で、転倒予防推進員といえます。この人たちが大変な働きをしてくれています。あまり若くはないですがまだまだやれる60代の人たち、リタイアした後の人たちの力を借りています。この人たちが自分たちで体操をつくったり、体操普及をしたり、転ばないように意識啓発をしたり、転びそうなところを補修したり、自分たちで補修できなければ建設課に連絡するなどの活動をしており、大変ありがたい住民活動だと思います。皆さん実に生き生きと活動してくれています。これに関しては、19年度あたりから大崎市全体に広めようという合意もできつつあります。

そして、2つ目は「閉じこもり防止」です。高齢者は閉じこもると動かなくなります。そして、動かない人から動けなくなります。また、閉じこもりはやっぱり孤独で寂しくて、うつ病的になったりボケを進めたりするのだらうと思います。

しかし、「閉じこもっていないで出かけましょう」と私たちは言いますが、実際どこに出かければいいのか、出かける場所がないのですね。歳を取れば取るほど友達がなくなって、ますますお茶を飲むところがなくなります。それで、自由に遊べる集いの場をつくることにしました。

そうすると次は、集いの場は何カ所あればいいのかということです。高齢者は、何分くらいだったら歩いてもいいと思うと皆さん思いますか。私は、1km15分として、それ以内に遊べる場所があったら行きたいと思ってもらえるのではないかと思います。それ以上だとなかなか行政でもやれなくて、それで1km間隔に遊び場をつくりました。たった44km²しかない三本木地域ですが、集いの場は現在22カ所あり、1週間に1回、あるいは月に1~2回、みんなで「100歳2週間」を合言葉に頑張っています。

この現場を支えているのは地域の人たちです。指導員は1名派遣されていますが、たった1名で20人ほどの人たちの面倒は見切れないうえですね。ですからあとは地域の皆さんです。集会所を開けたり締めたり、トイレの点検をしたり、ストーブに火をつけたり、お弁当を運んだり、これらを全部ボランティアの人たちが行っています。地域はさまざまな老人の受け皿であり、福祉施設だけが受け皿ではないと私は思います。受け皿の大きさや多様さは地

域力そのものだと思います。

これまで紹介した事業が本当に効果があるのかどうか、多くの大学の関係者が参加し、評価していただきました。

宮城大学の院生が三本木町をフィールドに研究をされたのですが、主観的健康観が全国66に対して三本木が86でした。これぐらい主観的健康観の高い老人がいれば、医療費も下がるんですよね。三本木は見事に医療費が下がっています。社会参加はするし、とても嬉しいことだと思っています。

かいつまんでさまざまな経験を申し上げましたが、「わたしのお願い」ということでまとめたいと思います。

まず、「市民の皆さん力を貸してください」とお願いしたい。ただし、そのためにはもっと市民に情報を提供しなければなりません。何を頼みたいのか、何を頼まれているのかを市民の皆さんが分からないことには動けないですよね。市民は力があります。頼めば必ず動く人が出てきます。そういう人は結構いるものだというのが、私の長い間の実感です。

2番目は、自分の健康に何が必要で、まず何をすべきかを決められない市民がたくさんいるということです。だから目新しいものに飛びつくし、それを受けてテレビも捏造するのかなと思います。先ほど佐々木課長の話にもありましたが、やはり保健指導をする保健師や栄養士などの人材を確保して、ポピュレーションアプローチに力を入れることだと思っています。

3番目は産業界へのお願いです。現役世代をたくさん抱える産業界が健康についてどう考えるかは、国の存亡に関わるものだと思います。私の考えを簡単にいうと、職場を去った後、再び地域で活動できるほどの健康と活動意欲を保った人として地域に返してほしいと思います。ボロボロになった人を地域に返さないでください。

研究者に対しては、大学の研究がどんなものであるかはっきり分からないし、的外れになるかもしれませんが、研究の成果をいろんなところで公表していただいて、いろいろな批判・批評も受け入れて、ついでに市民に講座も公開してくれたら嬉しいと思います。

ご静聴ありがとうございました。

(4) 秋田県横手市における健康の駅への取り組み

—健康のコンシェルジュ（道案内役）で市民の保健力の向上を図る—

横手市福祉環境部健康の駅推進室保健師主任 佐藤 学 氏

皆さんこんにちは。秋田県横手市で「健康の駅」という仕事をしている保健師の佐藤学です。私は健康の駅という一見面白そうな、得体の知れない仕事をしているので、おかげさまでいろいろなお話をさせていただいています。

さて、健康の駅という課名は平成17年度にでき、まもなく2年が経とうとしています。最近住民の認知度が少しずつ高まっています。逆に横手市職員が「道の駅の佐藤さん」なんて発言をしている始末です。今日は会場の皆さんに、秋田県横手市では健康の駅という何か楽しいことに取り組んでいるみたいだよと興味関心を持っていただけるように話を進めたいと思います。

横手市は平成17年10月に1市5町2村が合併し、秋田県25市町村のうち秋田市に次ぐ2番目に人口規模の大きい市となりました。高齢化率は29.8%、県平均を3%上回る数値となっています。

平成15年度から過去10年間さかのぼった旧横手市の1人当たり国保医療費のデータを見ると、内容の詳細な分析までは行っていませんが、平成6年度を100とした際の伸び率が1.11で国と県より高い傾向にあります。こちらも旧横手市のデータになりますが、要介護1の軽度要介護者の割合が、平成14年度からの4年間で約2倍になっています。

これから紹介する町内会単位の小規模な健康の駅には、要介護1、2に該当してもおかしくない身体機能レベルの方も会場にいらっしゃいます。そうした前向きな気持ちを尊重し、介護保険サービスとうまく連携・共存しながら、事業展開する体制について検討しています。

横手市の健康の駅事業は平成17年度から本格実施しています。準備期間であった16年度は紆余曲折を繰り返した年度であり、どんな形で作り上げていったらいいか全く先が見えない状況でした。こんなときこそ住民の気持ちになって、どんな健康の駅があつたら住民の健康意識が高まり、暮らしやすさにつながり、生き生きと元気が出る住民が多くなるのかなという視点でした。その答えは机上で考えるのではなく、住民ニーズ・暮らしにあり、それを探るために、住民の皆さんと膝を交えて話しながら何をすべきかについて考えてきました。そして、今行政が行うべきこととして、「住民1人1人の保健力を高めよう」というスローガンを掲げました。

健康の駅は、格好よくいえば健康のテーマパークです。対象は子どもから高齢者まで全市民の方です。子ども向け、若者向け、高齢者向け、女性向け、それぞれのライフステージ、スタイルに応じた健康のテーマパークづくり、その仕掛けを行う事業です。仕掛けづくりの根底には科学的根拠があり、住民がさまざまな健康情報に流されないようコンシェルジュす

る役割も重要な位置づけとなっています。テーマパークといっても全て既存施設を活用したもので、ディズニーランドとはほど遠いイメージです。

健康の駅のあり方として大切にしていることの1つとして、身近な生活圏において健康づくりを行おうというものがあります。地域には地域の人々のつながりがあり、しかも体にいいこと、元気になることに共に取り組もうという気運は、地域コミュニティの再構築につながるということを実感しています。

市全体の組織ですが、合併8地域に本庁機能を分散させ、さらに8つの旧市町村役場が地域局機能を持つ体制となっています。健康の駅推進室は本庁の福祉環境部に所属しており、室長以下4名の職員で健康の駅を担当しています。平成17年7月よりトレーニングセンターを開設し、そこには運動指導スタッフが3名常駐しています。もちろん地区への巡回指導にも携わり、幅広い年齢層の多様な身体特性を持つ住民の方への運動指導も同時に行っています。

業務を大きく5つに分類し、その内容を整理してみました。

1つ目は「健康の駅トレーニングセンター」です。ここでは健康運動教室や高校生以上を対象としたフリートレーニングの受け入れをしています。

2つ目が「小規模健康の駅」です。町内会を基本単位として地区内に16カ所設置し、介護予防を主体とした健康運動事業を実施しています。

3つ目が「福祉保健事業との連携」です。合併前からの取り組みである本事業を全市に広げていこうと、他地区の地域特性を生かした人的交流・技術支援などを行っています。

4つ目が「地域包括支援センターとの連携」です。健康の駅トレーニングセンターは特養の一角に設置しており、壁一枚隔ててデイサービスセンターがあります。昨年4月から介護予防事業が始まり、デイサービスセンターにもちらほらとその対象者が訪れるようになりました。そうなったことで、これまでアクティビティ活動を中心に行ってきた介護職員が、この運動機能向上の実践を行うことに戸惑いを感じており、そうした現状を横で見ている、まずは安全な運動機能向上をやっていくための知識と技術を獲得できるよう研修会を開催したり、現場を訪れて対利用者へのアプローチの仕方等についても支援を行ったりしています。

5つ目が「健康実態調査」です。健康の駅が最も大切にしている住民ニーズはここから始まり、この変化、アクション・リサーチが事業評価につながるという意識です。今年度は子どもの健康実態調査にも取り組み、さまざまな健康課題が明確になりました。例えば食べ物を大切にす気持の希薄化。ゲームやテレビを観ている時間が長く、外遊びが少なく、体力が低下傾向にあること。そして、就寝時間が夜10時を過ぎ、朝ごはんを食べずに登校するといった生活リズムの乱れなどです。こうした健康課題を学校だけでなく、保護者や地域にも問題提起し、学校と家庭と地域が一体となった、子どもの健康づくりを守る取り組みを平成19年度から進めていく予定です。

健康の駅の将来ビジョンについて話し合ったり、活動の現場となる地域担当者との事業検討会を行ったり、全国の健康の駅に取り組む有志自治体との情報交換を行ったり、さまざま

な立場や角度から横手市の健康の駅のあるべき姿を協議・検討しています。

横手市では健康の駅を大中小の3つのスケールに分けて事業展開しています。大規模駅には理学療法士や保健師、健康運動指導士等の専門職が常駐し、現在は専門性の高い健康運動事業を中心に事業を実施しています。また、中小規模駅で取り組む活動プログラムのコンテンツ開発や指導スタッフの派遣、現地職員との調整等、健康の駅全体のマネジメント業務も重要な役割となります。

中規模健康の駅は小学校区の中核拠点となる地区公民館や小学校、介護保健事業所等の既存施設を活用して事業を行います。

小規模健康の駅は町内会単位の中核拠点となる町内会館やコミュニティセンター、空き店舗や空き家を活用して事業を行います。こうした地域により密着した健康の駅については、地域ニーズを反映した活動メニューの提供ができるよう、各地域局の地元保健師等との連携を図り、地域特性の把握と地元住民へのニーズ調査を行って、事業を組み立てていきます。

合併前から旧横手市で先行的に取り組んでいた経緯もあります。横手地区の事業が進んでいる傾向にありますが、横手地区の健康の駅トレーニングセンターを利用する住民の方の住所地が広域化し、自分たちの地域にも健康の駅が欲しいという声もあり、ニーズが広がっていることを実感しています。

利用者データ上も、市を3つのブロックに分けると、昨年度まで市東部の横手地区の利用者が95%と圧倒的に多かったのが、今年度は70%程度となり、市南部の利用者が25%まで増えています。こうした傾向を踏まえて、19年度は市内3ブロックに健康の駅トレーニングセンターを開設する計画を政策会議に諮り、19年度の市長政策枠という特別な予算に計上されることが内定しています。

その3ブロックの拠点となるのが、現在事業を実施している十文字地区、大森地区の筋力トレーニングマシンを設置している施設になります。

平成17年7月に特養の一角を借りてトレーニングセンターを開設しました。約1年と6カ月間で、延べ1万人を超える住民に利用していただきました。高校生から80歳代の高齢者、土曜日には託児サポートもしているので、乳幼児の笑い声や泣き声が聞こえてきたりと、いろんな世代の人たちが賑やかに触れ合い、気持ちいい汗を流してもらっています。

特養の施設の門をくぐってすぐの地域交流スペースをお借りし、その中にエアロバイクやトレッドミル(ベルト式ルームランナー)、低負荷筋力トレーニングマシン等を設置しています。センターには常時3名の運動指導スタッフがいて、利用者は初回に登録して個人の運動用カルテを作成し、可能な限りその人に合った安全で効果的な運動を行っていただいています。

センター内は約150m²のスペースがあり、利用状況は一日平均20名程度、平均年齢50歳となっています。利用者の皆さんは、運動という入口から入ってきて、トレーニング中に自身の健康に関する相談をしたり四方山話をしたりと、スタッフとのコミュニケーションも運動継続の大切な要素となっています。従って、指導スタッフ3名に対して利用者20名という数がちょうどいい加減となっています。

トレーニングセンターでは、毎週土曜日の午前中を60歳未満の女性限定という時間設定にしており、現在約17名の託児サポーター登録者がローテーションで3名ずつ担当しています。17年度は無償ボランティアでしたが、今年度は有償で活動してもらっています。託児サービスの始まりのきっかけも、子育てサークルのお母さんへのニーズ調査でした。いつも子どもメインの事業であり、たまには自分の健康のためにそのような事業があればいいなという意見を反映したものです。

毎週水曜日が休館日です。働き盛り世代の運動習慣をサポートするため、土日も開館しています。また、時間的な余裕のあるシニア世代のために、朝一番の時間をシニアタイム（60歳以上限定）としています。あまりの元気にエネルギーが吸い取られます。

利用者負担金の設定は、住民の皆さんが気軽に訪れることができるように、シニアタイムの1時間を100円、フリースペース（高校生以上）2時間を200円と設定。健康運動教室も同様に、1回のエクササイズが2時間ですから、1回200円×16回コースという形に設定しました。

現在16の町内会等の単位で小規模健康の駅が開催されています。開催頻度等は町内によってさまざまですが、これも地域と相談の上で決定しています。

昨年度の発表では6カ所であった小規模駅が、16カ所にまで増えています。これは、横手地区内で高齢者の生きがいづくり事業である「生き生きサロン（高齢者寄り合い場）」という事業が46の町内会単位で開催されており、その現場を私たちが巡回し、「生きがい仲間づくりに健康づくりという『健康色』の要素も取り入れて活動してみませんか」という呼びかけを行ったことへの反応の大きさだと思います。

小規模駅で運動指導をしていると、「生涯自分の体を自分の意思で動かせるようにしたい」という願いがひしひしと感じられます。利用者数は1カ所平均12名程度となっています。小規模健康の駅では実際にどのような運動を行っているのかと伺いますと、特別な運動機器は一切必要とせず、いわゆる自宅でも継続可能な運動方法、体の手入れの仕方を実践しています。もちろん個々の身体特性に応じて、同じ運動でもこれができるようになったら、次はこんなふうに工夫して負荷を高めて運動しましょうというように、安全面には特に配慮しています。健康の駅があるときだけ一生懸命頑張るのではなく、継続して息の長い運動、体の手入れができるようにいつも声がけをしています。

決してハードな運動ではないけれど微妙に難易度が高く、これをクリアしようというモチベーションを高めるための仕掛けづくりが大切です。次はどんな運動をしようかと私たちもかなり真剣になっています。

増田地区の西成瀬地域センターではウォーキング事業を行っています。平成14年に当地区の4小学校が統合し、閉校となった小学校を地域センターとして活用しています。ここの地域のニーズ調査に入ったおり「雪が降ったらまるっきり運動不足になるのでこの地域センターを活用して何かできないか」という要望があり、地域センター内にウォーキングコースをつくりました。体力に応じてコースを選択できるようにしており、週2回、地元保健師と連携して運動指導や健康相談を兼ねて出張しています。現在30名ほどの地域住民がウォーキ

ングに励まれ、体力向上、健康度向上を体感し始めているようです。今後は体力測定や健康診断結果等を評価指標にしながら、運動効果についての検証を進めていきたいと思っています。

安全で効果的な運動ができているかを自分自身で確認するため、運動カルテへの自己記入をしていただいています。ウォーキング前後にはバイタルチェックを行い、また運動強度を自覚的に運動指標に照らし合わせ、無理なく行われているかを確認します。

合併前より、3ないし4つの市町村では、市民提案型の町づくり組織として地区会議の前身となる組織を持っていました。合併を機に8つの旧市町村単位においてもこの組織を立ち上げ、現在小学校区単位の地区会議が全市で36カ所に設置されています。健康の駅と地区会議の接点は市民行政協働の町づくりという点で大きく、今後どのような健康の町づくりを進めていくのか膝を交えて話し合い、住民意識の高まりと地域力をつける取り組みが求められています。

現在、秋田看護福祉大学の協力をいただき、地域のニーズ調査を行っています。地域住民1人1人の暮らしを聞き、地域の様子を把握し、それから健康の駅として行政が取り組むべき優先度を考え、必要なものは事業化するという作業です。いずれにしても調査結果は必ず住民報告会という形で行い、地域みんなの思いを共有し、どう進めていくかを話し合います。とても時間のかかる作業ですが、住民の思いが詰まった事業は住民自身が大切にして行動してくれますから、大事なプロセスだと思っています。

平成17年度に健康の駅推進室が立ち上がった際、市民との協働作業で健康の駅を進めていこうとサポーターを公募しました。さまざまな職種や資格を有する人が登録を希望してください、現在15名ほどの方に健康の駅の中で資格や特技を生かした活動してもらっています。ただし、ほとんどの方が仕事の傍らで活動することになるため、フットワークの良さについては調整が難しい事実もあります。

健康運動に関する評価指標は、「Timed-up&go」「開眼片足立ち」「握力」「ファンクショナルリーチ」「長座位体前屈」「膝伸展筋力」「10m最大歩行速度」、以上の7種目としています。健康運動教室では7種目全てを実施し、小規模健康の駅では「Timed-up&go」「開眼片足立ち」「握力」「ファンクショナルリーチ」の4種目を実施しています。

センター事業、小規模駅事業ともに、体力測定結果はいずれもデータを蓄積し、効果の検証を行っています。

元気高齢者の健康運動教室の実績です。平均年齢67歳、51名が参加。エントリーの際、医師意見書が必要な方が32名と、6割強の方が運動ゼロの段階でリスク管理が必要となっています。

運動前後の体力データ表です。約2カ月間のトレーニングによって、7種目の全体的な数値が1%で有意差ありという効果が見られています。

16カ所で全登録者数が296名の小規模健康の駅。平均年齢が73歳。この平均年齢を見てもわかる通り、介護予防に特化した健康運動を実施しています。

ファンクショナルリーチという主に下腿三頭筋の力強さを見る項目においては、1%で有意

差が見られました。握力は左右とも若干の向上が見られましたが、前後で有意差は見られませんでした。開眼片足立ちの右足のみ 5% で有意差が見られました。こうした体力測定は 4 カ月毎、年 3 回実施し、いわゆる通信簿と称して参加者に渡し、運動の励みにしてもらっています。

では次に、今後の課題についてお話しします。

まず 1 つ目ですが、平成 17 年 10 月に合併した後、いわゆる全市的な取り組みをするものについては、類似事業を統合・整理し、事業効果のある、住民ニーズの高い仕事をしようという意識改革を進めています。もちろん長年にわたり受け継がれてきた福祉保健事業については職員の思い入れもあるようですが、結論として、住民サービスの低下にならず、むしろ手法や関わる人間が変わることでサービスが向上することも考えられます。そのための組織のあり方、住民の健康、暮らしを守る行政サービスのあり方を検討しています。

課題の 2 つ目としては、事業の透明性を図るため、福祉や保健等に関わるシステムを統合しようという動きがあります。また、福祉保健事業の利用実績をシステムに取り込むことを考えています。それによって、各種福祉保健事業と各システムデータの関係性（数値にどう反映されているか）を探ることができます。まだまだ大枠の計画で詳細についてお話しすることはできませんが、職員数がどんどん少なくなっている中で、業務の 1 つとして参考までにお話しさせていただきました。

3 つ目は、地域との協働。これまで行政のお膳立てによって行ってきた事業を、住民の発想を生かし、住民ならではの力・役割が発揮できるような仕掛けを住民と共に考え、取り組みたいと思っています。これは熟成が必要な課題ですが、生き生きサロンと同様に、いい事をやっているという噂は他の地域にとっても魅力です。こうした、地域が元気になる姿を 1 つ 1 つ示していけるように事業を進めていくことが、今できる大事なことだと感じています。

そして 4 つ目には、福祉保健事業の担当者同士で話をしていると見えてくる、いわゆる前例に倣った事業。健康の駅というセクションができたきっかけ、合併というきっかけ、介護予防という医療制度改革のきっかけ、そこで時代の流れに合った事業になっているかということの精査をしていきたいと考えています。

まだまだ地域資源が眠っている町です。これらを活用することで、結構面白い福祉保健事業ができるのではないかと思います。

今後の健康の駅の役割についてのまとめですが、まずは効果の見える事業を行っているかという検証を行い、その検証から、今取り組むべき優先度の高い事業は何かという整理作業をしたいと考えています。そのために、こうした事業が市民の健康データである介護保険、国保医療費等にどう反映されているのかということを確認するため、システムの一本化を図り、検証を可能にしていきたいと思っています。

そして、19 年度以降の新たな取り組みということで、まず健康の駅拠点（大規模駅）を市内 3 ブロックに開設しようと考えています。高齢者の寄り合い場づくり事業ということで、横手地区の小規模駅をそのまま全市に展開するのではなく、それぞれの地域特性に合った寄

り合い場、小規模駅をつくっていきましょうということです。

働き盛り世代の方々へのメタボリックシンドローム対策としては、万歩計をレンタルし、2 カ月毎にデータチェックをして、運動習慣というところから介入していこうと考えています。

また、子どもたちの健康づくり事業として、健康の駅は何でも屋になっている感がありますが、引きこもりニート対策といった事業も行っています。

最後に、健康の駅の取り組みとして変わらないこと（信念）を申し上げます。

「市民ニーズを的確に把握し、事業を組み立て、実施すること」

「間口は広く、中身は魅力ある事業を実施し、市民の保健力向上のためのコンシェルジュを行うこと」

「市民の健康度変化を適宜提示し、タイムリーな健康行動に結び付くアプローチを行うこと」

『健康』という切り口からまちづくりを進める意識。行政だけでなく、市民、地域のあらゆる人、団体が一体となって取り組む働きかけを忘れず」

私は保健師ですので、意識改革という大げさなことばを使っていますが、次のようにまとめてみました。

住民と疎遠になる福祉保健事業にだけはならないようにという意識です。健康の駅も同じです。いつでも住民の顔が見える取り組みを行う意識をもって仕事をしたいという、自分自身を鼓舞する意味で最後のスライドに載せさせていただきました。

「ベトに生きる、人それぞれ、花さまざま、命ひとつ」

新潟県旧守門村の保健師、五十嵐松代さんの言葉を胸に、これからも健康の駅づくりを進めていきたいと思えます。

ご静聴ありがとうございました。

○質問者

健康あるいは健康づくりということで、どちらかという肉体的な面での健康といったお話をいただきましたが、もう 1 つメンタルな面での健康度の問題があります。体は元気だけど認知症になっていて、ひどい場合には徘徊する。それもある意味、非常に重要な健康問題ではないかと思うのですが。

○コーディネーター：関田康慶氏

メンタルの面について健康の駅がどう関わっているかということについてですね。佐藤さん、いかがですか。

○佐藤学氏

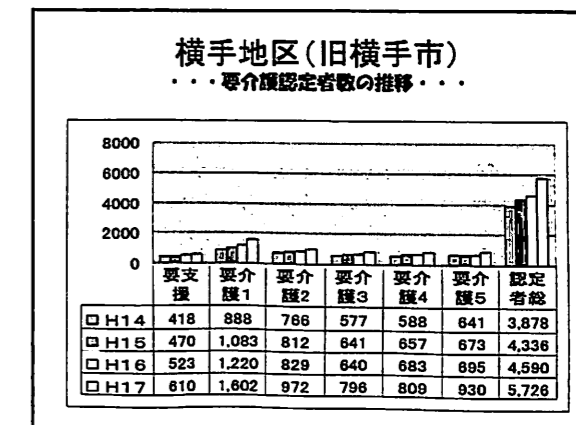
今回は紹介できませんでしたが、健康運動に参加されている方々は、体力測定と同時に SF36 というものを使い、生活の質の評価という形で検証させていただいています。残念なが

ら2カ月間のトレーニングで生活の質がどれだけ向上したのかというのは、データになかなか反映されない部分があります。本当は悪いところを出さなければならないのですが、そういった観点からも評価はさせていただいています。

秋田看護福祉大学の先生には、社会福祉という観点から健康の駅を利用された市民の評価をしようということで協力をお願いしています。これからはそういったところも、ご指摘いただいた通り、健康の駅の中できちんと評価できるように取り組んでいきたいと思ひます。

一人当たり国保老人医療費

年度	国保老人	秋田県	全国	県内順位(49市町村)
平成6年度	621,791	688,021	718,280	43
平成7年度	646,662	713,308	752,882	42
平成8年度	678,252	728,558	781,254	38
平成9年度	677,270	748,841	788,081	45
平成10年度	686,610	751,812	798,887	81
平成11年度	691,882	772,432	822,028	48
平成12年度	698,122	792,252	782,170	39
平成13年度	670,254	697,422	782,481	39
平成14年度	645,786	680,048	740,287	38
平成15年度	668,887	707,824	758,635	32
平成16～17年度での推移	711	1.03	1.03	



健康の駅トレーニングセンター

利用者数 延10,258人 (H17年7月～18年12月末 432日間)

- A. 各種健康運動教室**
 - 健康運動の効果検証
 - ①高齢者筋力向上トレーニング教室(介護予防)
 - ②シニアパワーアップ教室(元気高齢者の健康増進)
 - ③生活習慣改善教室(壮年期の健康増進)
- B. フリートレーニング**
 - 気軽に、自分にあった健康運動を行う場(仲間づくり)
 - ①シニア(60歳以上限定)
 - ②70+トレーニング(高校生以上)
 - ③レディース(60歳未満女性限定+託児サポート)

H18 シニアパワーアップ教室

	参加者数	平均年齢	完了者数	平均年齢
男性	21	67.8±5.7	18	68.2±6.0
女性	30	66.3±5.0	28	66.3±4.3
合計	51	66.9±5.0	46	67.0±5.1

医師意見書	
不	32
要	19

H18 シニアパワーアップ教室

測定項目	運動前	運動後	有意差
閉眼片足立ち(右)	40.7±19.7	48.3±18.3	あり p<0.01
閉眼片足立ち(左)	41.4±20.8	45.6±19.8	なし
閉眼片足立ち(右)	7.2±6.3	9.6±11.8	なし
閉眼片足立ち(左)	7.1±5.7	9.0±9.8	なし
10m歩行速度	4.6±1.1	4.2±0.8	あり p<0.01
Timed-up&go	4.7±0.8	4.2±0.6	あり p<0.01

H18 シニアパワーアップ教室

測定項目	運動前	運動後	有意差
膝伸屈筋力(右)	26.1±9.0	30.2±10.3	あり p<0.01
膝伸屈筋力(左)	25.5±8.6	29.1±9.5	あり p<0.01
フックリキチ	41.1±6.1	43.7±5.2	あり p<0.01
握力(右)	27.3±7.7	28.7±7.5	あり p<0.01
握力(左)	26.7±7.3	27.7±7.7	あり p<0.05
長座位伸筋	36.1±8.9	38.5±8.7	あり p<0.01

H18 小規模健康の駅 (16ヶ所)

性別	登録人数	平均年齢	65歳以上
男性	34	75.5±6.2	33
女性	262	73.0±7.0	237
合計	296	73.3±6.9	270

H18開催日数	利用延人数	平均利用人数
211	2,521	11.9

H18年12月7日現在

19年度以降の新たな取組①

- 健康の駅拠点(大規模駅)を市内3ブロックに開設
- 理学療法士、保健師、健康運動指導士、管理栄養士、ケースワーカー等の医療福祉保健の専門性の高い機能をもつ拠点

※H19年度は健康の駅トレーニングセンターの開設を中心に行い、特に、住民の利便性を考慮し、相談業務等の機能も併設した形となるよう検討中。

最後に・・・

保健師の意識改革

- 老人保健法、介護保険法、医療制度改革等、時代の流れに応じて期待される保健師像。
- 反面、どんどん遠ざかる住民と保健師との距離感。保健活動の原点である「住民の顔が見える」取組を今一度、取り戻す機会。

バトに生きる、人それぞれ、

花さまざま、命ひとつ

旧守門村 保健師 五十嵐松代さん名言より

19年度以降の新たな取組②

- 高齢者寄り合い場づくり事業
- 過疎・高齢化が進む農村山間部におけるコミュニティ活動の活性化
- テーマ:「健康」、「生きがい・交流」、「社会参加」etc.

19年度以降の新たな取組

- 働き盛り世代のメタボリックsynd対策
- 高機能万歩計レンタル事業: 19~59歳で健診結果においてメタボリックsyndに該当する方への万歩計レンタル。2ヶ月毎に運動記録等をチェックし、1年後の健診までのサポートを行う。

19年度以降の新たな取組

- 学童の健康づくり事業
- 市内1小学校をモデル校に選定し、子ども・教員・保護者への子どもの健康実態調査を実施。
- 学校、家庭、地域が一体となった健康行動への取組(食育、体力づくり、生活習慣)

19年度以降の新たな取組

- 若者支援事業
- 引きこもり、ニート等の若者の心の健康に関する対策。
- 数居の低い健全な溜まり場の開設(臨床心理士等の出前相談)
- 社会活動への参加支援(市事業の有償ボランティア活動等)

※H19年度は講演会開催と出席者へのアンケート調査、及び、健康の駅として行うべき要約の紹介。そして、受け皿にのってきた若者、家族へのアクションリサーチ。

(5) 認知症の予防、早期診断、早期介入

東北大学大学院医学系研究科高齢者高次脳医学教授

目黒 謙一 氏

今日は認知症の問題について正しい理解を進めるために、定義と原因疾患、境界状態への移行、最後に問題提起としての包括システムについてお話しさせていただきます。

認知症に関して私がいつも言うのは、地域にとどまらず国全体の問題であるということと、多くの職種による包括システムが必要であるということです。

そしてもう1つ言いたいのは、bio-psycho-socio-spiritualな問題であるということです。スピリチュアルについてはここでは避けますが、脳の障害である認知症はいろいろな行動障害や心理所見を示し、さらに生活支障や家族の問題が大事なので、bio-psycho-social (生物学的・心理的・社会的)な視点が必要だということです。

フィールドにしている旧田尻町(現大崎市)のスキップセンターには、1988年に関田教授から話があって以来20年関与しています。ここには元は国保診療所と基幹型在宅介護支援センター、デイサービス、デイケアがあり、今は田尻地域包括支援センターと大崎市民病院の田尻診療所となっています。

そこに常勤の内科医と非常勤の神経内科医、リハビリ医、精神科医がいます。また、常勤の言語聴覚士1名と非常勤の臨床心理士3名、カウンセラー1名がいて、心理検査と心理療法、家族支援をやっています。

一般用語のボケについて20年前に田尻で調査をし、「同居家族はボケだと思いませんか」と尋ねたところ、「目が見えにくい」「耳が聞こえにくい」「歩き方がとぼとぼしている」、そういった状態だと「ボケだと思う」と回答する相関が最も高かったのですが、そのようなことと認知症とは全く関係がありません。

それから、生活習慣で認知症になるのではありませんので、「仕事人間はボケるから時々遊びましょう」「恋をしましょう」などといった価値観の押し付けをしないでいただきたい。

認知症は一言でいえば脳の病気です。従って、病院に行かなければいけないわけですが、大きい特徴が2つあります。本人および家族の自覚がないということと、保健福祉との連携が必要であるということです。

お腹が痛くて耳鼻科に行ったり、歯が痛くて皮膚科に行ったりする人はいないわけですが、しかし、認知症の症状をきたして神経内科か精神科に行くかということ、残念ながらそんなことはありません。従って、同居家族の目をいかに確かなものにするかということが大切です。

そして、歳のせいでボケた、〇〇しなかったせいだ、ボケないために〇〇しよう、〇〇に

は体操ゲーム、知的活動などが入ります。しかし、こういうものは認知症とは関係ありませんので、注意しないといけません。

認知症の定義ですが、脳の病変もしくは脳に影響する全身の病気があり、認知機能のドメインが複数やられて初めて認知症といいます。ドメインというのは認知機能のまとまった単位のこと、記憶や言語や空間認知や行為をいいます。

記憶障害、もの忘れは認知症ではなく健忘症。ことばの障害は失語症。その2つがあってさらに社会生活の水準が低下した状態。それが認知症です。

認知症がどうして世の中で問題になるのか。一言でいうならば、1人で社会で生きていけないからです。だから問題になるわけです。

そして、認知症はそのような定義を満たす症候名であって、病名ではありません。お腹が痛い人に対して「それは腹痛症ですね」と言ったって、それは診断したことにはならないのです。認知症の原因になる病気というのは、いっぱいあるのだということをご理解下さい。

そして、いつも私が言うのは、病気である認知症を笑い話にするなということです。日本で認知症の話をする「私もボケてるから認知症だろうか」と笑い話にしてしまう。あるいは、普及活動をするのはいいのですが、演劇なんかを取り入れて面白おかしく病気を説明する。認知症は神経の難病です。笑い話にするなということです。

予防の話というのは常に出てきます。予防には1次予防(発症の予防)と2次予防(早期発見・早期治療)と3次予防(機能の維持)があり、これらは原因の疾患と症状によって異なります。

先ほど宮古市長さんから、津波の話がありましたが、1次予防は不可能であっても、早期発見・早期対処システムがあれば、津波があってもスマトラ沖地震のように10万人もの人が死ぬことはないわけです。1次予防はできない病気であっても、やることは山ほどあります。

同居家族の目を確かなものにするのが大切だと先ほど言いましたが、生活の観察をする上での尺度として、国際的に標準化されているCDR(臨床的認知症尺度)があります。記憶、見当識、判断力と問題、地域生活、家庭生活、介護状況の6項目において生活を観察し、正常が0、認知症の疑いが0.5、認知症が1~3の、5段階で評価します。数字が重くなるに従って重症になります。

1998年に厚労省の補助金を受けて、1,654名を対象に大規模有病率調査を実施し、認知症は8.5%、100人中8人半が認知症であるという結果が出ました。大変な数ですね。先ほど三本木の佐藤課長さんから、「どこに行ったか青壮年」という話がありましたが、「どこにでもいる認知症」です。

以上は序論です。

次は原因疾患についてです。

8.5%という認知症の原因の病気は、60%がアルツハイマー病、20%が血管性認知症、20%がその他という分類になります。その他の病気は特徴的なので、外来や施設などでは結構目立つ疾患が多いです。

その他の病気を紹介すると、まず、レビー小体型認知症があげられます。大脳皮質の脳細胞に多数のレビー小体が出現する、徐々に進行する認知症です。

症状としては、パーキンソニズムやリアルな幻視があります。幻視は、はっきりとした意識状態の下で、記憶を伴って、そこに子どもがいるとか、亡くなったご主人が天井から吊り下がってこっちを見ているとか、本当にリアルに訴えてきます。せん妄と違う点は本人が記憶していることで、外来レベルでも「あの女の子はどうですか」と聞くと、「最近はいなくなりましたね」と薬が効いたことが分かります。

それから、症状がいいときと悪いときで変動します。そして、反復する転倒、失神、夜に奇声を上げてしまうという症状が脳の病気として出ます。

それから、前頭葉側頭葉変性症という病気があります。読んで字のごとく、前頭葉と側頭葉の脳細胞が変性していく病気で、大きく分けて行動異常型と言語障害型があります。

行動異常型は前頭側頭型認知症といいます。昔はピック病といていた病気で、人が変わったように反社会的行為をします。それから、ステレオタイプの行動がみられます。毎日必ず同じ時間に廊下をうろうろしないと気がすまないとか、花壇に水をやるのでも、雨が降ろうが風が吹こうがずぶぬれになってやったりします。徘徊も必ず同じ時間に同じルートを通って戻ってきます。アルツハイマー病の場合はそういったことはなくて、どこにいつしまいか分かりません。

もう1つのタイプである言語障害型は、ことばの意味記憶、語義が障害されます。お名前教えてください。はい、何のだれそれです。では誕生日はいつですか。誕生日って何ですか？と言われるんです。アルツハイマーの場合は、誕生日を聞くと、わざと若く言って笑わせたりするんですが、ことばの意味記憶が消えてしまいます。そういうのを意味性痴呆といいます。これはアルツハイマー病と誤診されやすいのですが薬が、違います。

それから血管性認知症は、脳卒中の前は正常で、脳卒中の後3カ月以内に認知症が発症する病気をいいます。危険因子の管理が重要で、治療による改善が期待されやすい。古い教科書には「日本は血管性が多い」とあり、過剰診断されやすくなっているのですが、田尻プロジェクトの結果、脳卒中を合併しているアルツハイマー病、これを昔は血管性と判断してしまっていたために血管性が多いという誤った迷信が生まれてしまったのだと分かりました。

最後に、認知症の60%を占めるアルツハイマー病。原因は不明です。何をしようがしまいがこれは変性疾患ですから、そういう病気として起きるわけです。

そして、緩徐進行性の経過やエピソード記憶の欠損があります。エピソード記憶とは何かというと、出来事というのはある時間軸を持ってまとまっているわけです。歳のせいのもの

忘れというのは、いろんな情報がぼつぼつと落ちたりするわけですが、記憶の出来事の枠組みは残っています。ところがアルツハイマー病はそういうものがスコンと消えてしまいます。

先日一般講演をしたとき、1人の聴講者が「最近もの忘れがひどいのですが、認知症だべか」と笑わせようとしてました。僕が「明日、今日の私の話を全部再現しろといっても無理でしょ」と言うと、「それは無理ですよ」と言う。ところが、「ここに来て講義を受けたということも消えますか」と聞くと、「そんなにひどくないですよ」と怒り出すわけです。自分で自分が認知症ではないといっているに等しい。アルツハイマー病の場合はそれがスコンと消えるわけです。それを近時エピソード記憶の欠損と表現します。一見正常に見えるけれど、病気として対処しないといけないというのがアルツハイマー病の特徴です。しばらくぶりて来た親戚が、どこもおかしくないじゃないかと言って介護者が孤立するということがよくあるわけです。

それだけではなくて、物盗られ妄想もあります。財布を盗まれた、ここまでなら健忘ですが、嫁のせいというような話がでてきます。それから、徘徊などの問題行動。

画像所見としては、海馬の萎縮と大脳皮質連合野の代謝障害。

アルツハイマー病の1次予防にはエビデンスはありません。これをやったらアルツハイマー病にならないということに科学的根拠はないのです。

ただし、今世界で唯一認可されているドネペジルというアセチルコリンエステラーゼ・インヒビター（アセチルコリンエステラーゼ阻害薬）により機能低下を一定期間遅らせることが可能です。日本での商品名はアリセプトといいます。それを飲むとMMS（ミニメンタルステート検査）の点数の低下が遅れるわけです。

ところが、形と色が同じで成分がない偽薬、プラセボを投与してもMMSの点数は初期には、ドネペジル同様点数が上がります。これは体操をしても、音楽を聞いても、計算問題を解いても伸びます。だから専門医でない人は、認知症に効いたと大騒ぎして恥をかいてしまう。これを非特異的効果（プラセボ効果）といいます。しかし、状態はだんだん悪くなり、やがて元の木阿弥以下に落ちます。アルツハイマー病であれば目安は3カ月です。

対象群を投与群とプラセボ群とに分け、無作為割り付け試験を行い、しかも医者も知らない二重盲検法で、世界中の施設で追試されたからドネペジルは認可されています。今、薬の認可はこのぐらい厳しい。ビタミン剤で認知症に効果があると言ったら、違反です。ところが〇〇療法というのは取り締まる法律がなく、言った者勝ちです。

某デパ地下で「〇〇を食べるとアルツハイマー病にならない」という宣伝文句を掲げているところがありました。さすがにひどいので話をしたら、「先生、すいません。今はそうでも言わないと売れないんです」と。そういうノリなんですね。「ああ、それなら食べようかな」くらいの笑い話として食べるのならいいのですが、ご家族にもアルツハイマー病の患者さんがいらっしやったら、本気で食べるかもしれない。

「新聞を読めば認知症にならない」という記事を読み、うちの主人は毎日、毎日、その新聞を音読していました、という話もありました。ところが数年前からもの忘れが多くなり、

近くのお医者さんでMRIをかけてもらったら、アルツハイマーと言われた。そうしたら、「先生どの新聞を読めばよかったですか」。これは笑えない話です。医者が言うのもなんですが、医者が治せる病気は限られています。さらにその上の発症防止を言っているのです、注意が必要です。

〇〇療法というのは、ほとんど根拠がないというのが分かりました。それでは全くリハビリあるいは心理介入は偽ものだらけなのかというと、そうではありません。最もアルツハイマーに対してエビデンスレベルが高いのは、介入者による割付比較対照法ですけれども、見当識訓練と回想を取り入れたグループワークです。ただし、いろいろな記憶などの認知機能に有意な変化はありません。感情意欲面での向上があり、日常ケア場面における変化やスタッフへの影響があって、トータルで見ればQOLが向上するといわれています。

原因疾患と予防の話は分かったということで、次は地域でどうやって早く見つけるかという話です。

CDRでいうと0.5の状態の話に入ります。先ほど、認知症が8.5%もあって、どこにでもいる認知症と言いましたが、境界状態は実に31%で、ますますどこにでもいるわけです。100人検査をすれば31人が境界状態です。そして、境界状態の方々の毎年10~15%が認知症に移行していきます。これは世界中のデータもそうですし、田尻のデータもそうです。

境界状態の方は、記憶などの認知機能が健常者よりは低下していますが何とか在宅生活が可能です。ここが認知症と違うわけです。

本人の自覚は当てになりません。自覚があてにならないということで、先に言ってしまうと、行政主導で始まっている「基本チェックリスト」。「もの忘れ」「日付の見当識」「電話の扱い」、この3点に当てはまれば認知症予防へ、となるわけですが、あれは全く無意味です。家族がチェックするならいいんですが、本人に書かせているからです。それについては、また後で話します。

年間10~15%が認知症に移行するので早期発見が大事で、心理介入である程度の反応が得られます。ただし、それを認知症の発症遅延と混同してはいけません。田尻ではすでに、有病率調査の過程で、境界状態の方に地域を越えて集まっていたいろいろな知的活動をやってもらい、そのデータも出ていますが、介入するとMMSは横ばい。対象群でだんだん悪くなる。前頭葉機能は介入すると良くなって、対象群で横ばいです。

バウムテストという臨床心理士が試行したテストで、白紙に実のなる木の絵を描いてくださいというタスクを与えると、単純な木になります。しかし、介入すると、絵が豊かになる。何らかの残存機能を賦活している。

感想文を集計しても、「いろいろな人と会えて面白かったです」と、一律にいい返事が返ってくる。それはすごくいいことなのですが、では、こういうことをすれば認知症を防げるかということ、それは全く関係ない。あくまでこれは、QOLの維持活動であり、発症防止活動とか発症遅延活動というネーミングをするなということなのです。

では、どういう人が実際に移行しやすいのか。それを調べたのが発症率調査です。1998年に行った1,654名の大規模調査の5年後に、厚生労働省の援助を受けて当時0.5だった人の追跡調査をしました。結論は、より高齢である場合、それからCDRの記憶項目以外の点も低下している場合に、認知症に移行していました。もの忘れは同じ程度であっても、家の中の生活や地域社会生活の水準が「健康」から「疑い」に落ちているような人がより移行しやすいわけです。生活習慣や地域活動の有無は全く関係ありません。

ということで、地域における認知症予防ということに関し何が課題になるかということ、1次予防である発症防止という点では、過度の負担を与えないということ。「〇〇すれば認知症にならない」ということが間違っていて住民に伝われば、疾病の自己責任説というのが起こります。つまり、〇〇を食べなかったからこの人は認知症になったんだ、新聞を読まなかったからあの人はボケたんだ、その人間に責任がある、だからみんなそうならないようにしましょうということになる。これは差別意識の一步手前です。何度も言いますが、認知症は脳神経の難病です。

2次予防としては、医療連携、CDR判定と画像診断の普及です。パラダイムとしては、「ガンという病気をいかに早く見つけるか」というガン検診に似ています。

検討課題としては、本当に生活習慣病から認知症にならないのかということがありますが、田尻のエビデンスではネガティブだったわけです。ただし、田尻プロジェクトというのは対象が65歳以上でしたので、中年期からの長期スタディの結果は分かりません。

今、「健康日本21」などが始まり、今後20年、30年のフォローアップがもし可能になれば、きちんとした根拠を持ってお話しできると思うのですが、現時点ではエビデンスはありません。今の時点で言えることは、「ボケないために〇〇療法を頑張りましょう」というのは間違っているということです。

それよりも、3次予防としての生活支援、「ボケても安心して暮らせる社会をつくりましょう」ということの方が余程大事です。そのためにこそ、病気の理解と適切なサポート体制が必要です。

それでは、認知症高齢者はどこにいるのでしょうか。

2002年の全国集計によるデータによれば、要介護高齢者は314万人、自立度2以上が149万人ということです。要するに介護保険とは認知症保険であると。

認知症の方の約半数は在宅、次いで特養、老健にいます。いかに在宅期間を長くするかが国の施策です。アルツハイマー病の場合は、在宅であればデイサービスやショートステイを使い、時々病院なども使いながら、グループホームや老健に行き、最後に特養に行くという流れになります。在宅からグループホームへ移行するまでの期間をいかに長くするかキーワードは医療連携です。進行を遅らせる薬を飲んで問題行動を治療すれば、在宅期間が伸びるという報告があります。

(6) 国民の盛衰は食にあり

宮城大学食産業学部教授 鈴木 建夫 氏

「国民の盛衰は、その食べ方の如何による。禽獣は喰らい、人間は食べる。教養ある人にして、初めて食べ方を知る」という食に関するブリア・サヴァランの言葉があります。

「食べ方」を知っていればその国は元気になるということで、私は「食べ方」について話をしたいと思います。

農林統計によると、我々は栄養素として約13トン、水分約60トン、トータルでは日本人1人当たり70トン食べています。そのことから、私たちにとって食べ物が非常に大切なものであることは確かだと思います。

そして、日本人の死亡原因のうち、ガン、心臓疾患、脳血管障害、いわゆる生活習慣病が64.8%を占めています。肺炎、気管支炎などの感染症で亡くなる人が約10%、事故・自殺が約25%ということですから、生活習慣病で亡くなる方は非常に多い。それで、何とかこれを予防しようとしています。

当時の厚生省が、これらの病気を予防する12か条を出しました。そのうちの「タバコをすってはいけない」「適度の運動をしましょう」「体を清潔にしましょう」、これ以外は全て食べ物に関することなんです。つまり、「食べ物は生活習慣病を予防する最高のものである」ということがここからも分かると思います。

人は一生の間に70トンの食物を食べる。そして、生活習慣病を予防するのは食べ物である。そういうことから、食べ物のことを詳しく調べるべきであると思います。

東北は農業にあまりにも力を注ぎすぎのではないかと思っています。日本人全体で今500兆円のGDPがありますが、そのうち農産物は9兆8,000億で、2%以下に過ぎません。私はこれに対して、食品産業を積極的に導入していくべきだと申し上げています。

製造業は約34兆円、流通業は約29兆円、外食産業は約25兆円ですから、大体88兆円あります。先ほど宮古市長より、日本は医師の数が非常に少ないという話がありましたが、食料についても、自給率の統計がある160カ国中120位、そして60%を輸入しているというのが現状です。それと輸入の経費が7兆円あり、食品産業はトータルすると100兆円産業になります。

宮城県の農林水産業は、農林業が2,100億円、水産業が900億円ですから、合わせて3,000億円あります。その9倍ですから、宮城県の場合は食品産業が2兆7,000億円なければなりません。しかしながら、宮城県の食品産業は6,400億円しかない。つまり2兆円は他県が儲けているということになります。東北地方は全てそうです。ですから、農林水産業に特化してそこだけに力を注ぐというのは間違いで、食品産業を導入していろいろとやっていくというのが正しい道ではないかと私は思います。食品産業を考えることによって、農林水産業が

ところが、血管性の場合にはまたちょっと違う戦略が必要です。脳卒中ですから急性期の病院に行った後、療養病床を経て老健でリハビリしようとするわけです。しかし、リハビリの老健という触れ込みで始まったにもかかわらず、最も寝たきりが多いのが老健だという話で、ここで医療連携が悪いと、再発作を起こしてまた入院してしまいます。

先ほどちょっとお話ししましたが、介護保険が改定されて、認知症予防という話が出るわけですが、キーワードは医療連携による2次予防です。認知症予防の基本チェックリストに該当するからといって、間違った活動を押し付けるなどということです。認知症予防の疑いがある場合は、ただちにMRIを撮って専門医を受診する。これ以外にあり得ません。

田尻では20年位前から社会福祉協議会が中心となって、高齢者の引きこもり防止のために「元気ふれあい塾」というのをやっています。40行政区、必ず毎日どこかで何かをやっています。最初は引きこもり防止ということで、こういう活動をやっていると認知症の発症遅延になるのではないかという話もあったのですが、それは調査で否定されました。

その元気ふれあい塾では、合併後は予算が付かなくてやっていないのですが、合併前は看護師さんを1人配置して、病気の超早期発見の場ということをやったわけです。そうするとただの引きこもり防止活動ではなくなります。今日は体の具合が悪いからここに来たというような高齢者の中から血圧が高い人を何人も見つけて、脳卒中の発作を未然に防いだお手柄の看護師さんもいました。生活支援も大事ですが、こういう福祉の現場に看護師さんを配置して、パラダイムをもう1つ加えて、病気の超早期発見ということを是非考えてほしいと思います。ボケても安心して暮らせる社会を、保健、医療、福祉が連携してやりましょう。

特に認知症の場合は、かかりつけ医とケアマネージャーさんの連携が基本になりますが、今はその2者の距離がありすぎます。それと、どこにでもいる認知症に対し、認知症専門医はまるでいません。しかも、かかりつけ医が介護保険の意見書を書くだけの役割しかないという人も結構います。かかりつけ医が認知症のことを知らないという場合もあり、宮城県でも認知症サポート医養成研修事業という国レベルの事業が始まりました。

今後は、かかりつけ医が住み慣れた地域でサポートしていき、それを専門医がバックアップしていく。そういう仕組みをつくっていかねばいけません。現在は、専門医が少なすぎ、その割に有病率は高く、しかも誤解が蔓延しています。

それらをどう構造的に考えていくか、その1つの突破口として私が言いたいのは、医療と福祉の連携の要である看護です。保健師さん、看護師さん、リハビリ・スタッフの方々に是非ケアマネの資格を取っていただき、医療福祉連携の要になってほしいというのが願いです。

以上ご静聴ありがとうございました。

元気になってくると思います。

最近、食と健康の乱れや BSE などいろいろな問題があつて、2000 年の 3 月 24 日に食生活指針がつくられました。このとき私は厚生省、農水省両方の委員になっていまして、初めて厚生省版と農水省版を統一し、5 年後に食育基本法、食育推進計画をつくりました。そうした国のトレンド、都道府県のトレンドなど全体の流れを考えながら、いろいろな施策をとっていかねばならないと思います。

宮城県に戻り、宮城大学で学生を使って調査を行いました。例えば味覚についてですが、以前は、舌の先で甘みを感じ、奥で苦味を感じ、脇で酸味と塩味を感じ、旨みというのは新しい味ですから、舌全体で考えると片付けられていました。しかし調査の結果、こういった分かりきったことですらでたらめであることが分かりました。食べ物の世界は非常にインチキが多い。だから悪徳商法がはびこることになります。

また、1,200 人規模の調査を行い面白い結果が出ました。幼年期の甘みに対する感度が非常に鈍くなっているということです。これは、おやつとの与え過ぎです。生活習慣病の予備軍になるのではないのでしょうか。

青年期になると、酸味と苦味に対する感度が良すぎるという調査結果が出ました。酸味というのは腐るということを検知する技術、苦味は植物の毒を検知する技術です。例えば、酸味であれば酢の物がおいしい、苦味であればコーヒーとかビールがおいしいということになるわけで、後で獲得する味覚だと思います。ですからこれは、親がきちんとした味を教えていないことの証明となります。

壮年期以降になると塩味と旨味の区別ができにくくなってきます。それで、塩味を好むようになってきて、生活習慣病になります。

我々の簡単な調査でもこうしたことが分かってきました。こういうことも利用しながら、今後の活動に生かしていきたいと思います。

では、今後どういう活動を行っていくべきか、食品の研究を 3 つに分けてみました。「量 (Quantity) の確保」、「悪い性質 (Bad Quality) の排除」、「良い性質 (Good Quality) の追求」です。普通 Quality は良い性質のことしかいいませんが、語呂合わせにしてみました。これを「Thank you (3Q)」と整理してみたいと思います。

「量の確保」については 3 つのことがあります。

1 つ目は、遺伝子組換え食品です。これは今後、必ず食べるようになると思います。皆さんがどんなに拒絶しても入ってきます。現在アメリカでは大豆の 80~90% が遺伝子組換えです。日本は自給率が 18% しかありませんから、80% は輸入しています。オーストラリアは不作で輸入は難しくなっていますから、アメリカから輸入した場合には遺伝子組換えを行っていない食品を輸入するのは難しい状態になっています。

2 つ目は、未利用資源の利用です。例えば大豆のおからがあります。大豆は 80% 輸入しているにもかかわらず、99.8% を産業廃棄物として捨ててしまっているという現状があります。

3 つ目は、食品廃棄物の軽減化です。約 60% の食べ物を輸入しているにもかかわらず 25% を捨てています。これはコンビニが一番問題で、サービング・サイズ、サービング・ユニットを考えたつくり方をしていないというのが最大の問題だと思います。アメリカではもうすでに、サービング・サイズ、サービング・ユニットという考え方があります。適正な量、適正な食べ物、そういうチョイスが出来るような仕組みをつくれれば、食品廃棄物はもう少し減るのではないかと思います。

次は食の安全についてです。

皆さん、アクリルアミドはご存知でしょうか。アクリルアミドは、砂糖とアミノ酸 (アスパラギン酸) が一緒になって高温で加熱されると出てきます。発がん性、神経毒が非常に強く、0.2ppb が水質基準です。アロンアルファの主成分がアクリルアミドだと一般の方に説明していますが、かなり危ないものです。

「ネイチャー」に出た例なのですが、ポテトチップスは 1812ppb で 9,000 倍も出ているというレポートがあり、それを読んだ農水省と厚労省が研究機関をすぐに組織し、いろいろなものを分析しました。その調査によると、天ぷらで 475ppb。約 2,500 倍も出ている。それらのデータがそのまま出てきたら、国民はパニックを起こしたのではないかと私は思っています。BSE の騒ぎどころではなくなったでしょう。しかしその後で、ポテトチップスの中に含まれている食物繊維が 99.999%、ほとんどのアクリルアミドを吸収し、体から排出しているということが確認できました。

このときに私たちが思ったのは、いろいろな食品の災害はとにかく隠さないですぐ出すべきだ、ということです。行政としては、トラブルがあったときに情報をとにかく出し続けるということが非常に大切だと思います。それがリスク分析の基本です。農水省のホームページにもリスク分析のやり方が出ています。

最近私たちはトレーサビリティが大切とよく言っています。幕の内弁当がどこの食材を使ってつくられているかを調べた (千葉保ら) と、沼庵は東京から 600km 離れた青森、サツマイモは 600km 離れた鹿児島。ここまではいいのですが、油揚げは 1 万 8,000km 離れたアメリカ、ジャケが 2 万 2,000km 離れたデンマーク、金時豆が 2 万 5,000km 離れたボリビア、鶏肉が 2 万 4,000km 離れたブラジルから運ばれており、幕の内弁当全体では 16 万 km、地球 4 周分もの距離を移動しています。当然ながら二酸化炭素を出しながら運ばれているわけです。こういうことを食育の中で教えていくことが大切なのではないかと思います。

「地産池消」という言葉があります。その土地でとれた食べ物はその土地で食べようということです。もちろんそういうことをやっていたら東京の人口はほとんどなくなります。当然、東京に食糧を持っていかねばなりません。

最近ではトレーサビリティということで、よく誰々がつくりましたと写真を載せていますね。しかしあれはトレーサビリティとはいわないと私は思います。トレーサビリティで一番大切なこと、それは記録性だと思います。現在、国の法律では 1 年とか 3 年とかいつていますが、未来永劫に記録を残すということだけでも、食と健康について正しい知識を得られるのでは

ないかと思ひます。コンピューターにただ入れておくだけですから、容易にできるのではないのでしょうか。

それともうひとつ、行政や大学はリスクゼロの食べ物はあり得ないということを言い続けなければダメだと思ひます。リスクもあるけれど利益もある。企業はリスク&ベネフィット、「私どもの食べ物はリスクもあるけど、利益もあるから買ってください」ということは言えません。大学あるいは行政が言わなければ、非常にヒステリックな問題がすぐ起こってくると思ひます。risk and benefit (利益) が行政の一番根本になければならないと思ひます。

食と健康の問題については、実はあまりデータがありません。例えば和食とファストフードの違いですが、油が50%増えるということ、これが唯一の科学的根拠です。これは、和洋女子大学の柳沢幸江先生が調べられたデータです。

血液のドロドロ、サラサラという言葉があります。科学的なものではなく、私たちがつくった造語です。私が所属していた食品総合研究所で装置を作りました。毛細血管の太さと同じような溝を掘ってその中に血液を流し、その時間だけでいろいろな機能を評価するというシステムです。それだけではなく、東京女子医大と協力して、正常血、高トリグリセライド血症、脂肪肝、糖尿病と血液の粘度を基準にして病状が分かってくるというようなことを私たちは唱えています。

これからの問題なのですが、高齢社会がひとつのキータムになると思ひます。特に、咀嚼嚥下というのは極めて重要と考えています。

和食については、同じメニューで咀嚼回数が半分近くになり、食事時間もかなり減っています。神奈川歯科大学の齋藤滋先生の調査によると、卑弥呼の時代は、ハマグリ、潮汁、アユの塩焼き、長芋の煮物、カワハギの干物、ノビル、クルミ、クリ、もち玄米のおこわなどを食べていました。徳川家康の時代は、ハマグリ、塩蒸し、里芋とごぼうの煮物、鯛の焼き物、カブの味噌汁、納豆麦飯。皆さんの時代だと、コーンスープ、ハンバーグ、スパゲッティ、ポテトサラダ、プリン、パンです。

それらの咀嚼回数を比べると、卑弥呼の時代は3,990回噛んで51分、徳川家康の時代は1,465回噛んで22分でした。卑弥呼の時代に3食食べていたら、1万2,000回噛んで大体3時間かかります。その時代には1日2回しか食べられなかったのではないかと思ひます。それが、戦後になりますと620回11分です。私たちとしては、徳川家康の時代まで咀嚼回数を増やす工夫をしたいと考えています。

その一環として、私たちの大学では食感を重視したいろいろなお弁当を作り、1個1,000円で売ってきました。原価は1,900円かかっています。学生ですからまだコスト計算ができないようで、私の小遣いがだいぶ減りました。

実は私の母親は要介護5で、アルツハイマー病に罹っています。茨城県から宮城県に連れてきたら、毎日、着替えをさせられ、座らせられ、きちんと食事をするようになりました。以前の食事は、とろみ食や刻み食だったんです。どちらかといえば、どろどろのものを流し込まれていたのですが、きちんと食事をするようになってから、非常に顔つきが良くなりま

した。そういった経験から、今後高齢者用の食というのをも考えてみたいと思ひています。

最後に、今日の話をもつにまとめたいと思ひます。

1つ目は、食の経済的背景、これを独自に調査して、行政施策を行うべきではないかと思ひます。

2つ目の量の確保については、新規分野でどんなものが出ているのかをきちんと把握すべきです。例えば遺伝子組換え食品も、今、新しいものが出ていますし、日本でも近々認知されていくと思ひます。ですから、こういうことをいち早く提供すべきです。

3つ目、悪い性質の排除についても、新規情報がかなり出ていますので、それら新規情報の把握・対応をしなければなりません。それからトレーサビリティの整備。そして、何かトラブルがあったときに、リスク分析が出来るような危機管理をするというのが大切だと思ひます。

4つ目は良い性質の利用ということで、健康情報の整備が大切になると思ひます。今、農水省が機能性の成分について情報を整備するセンターをつくっている最中ですが、是非ともこうした情報を参考にさせていただきたいと思ひます。それから、今後は高齢社会というのが非常に大切になってくるかと思ひますので、それに対応した食品開発なども行っていく必要があると思ひます。

以上で、終わります。ありがとうございました。

2. 総合討論

シンポジスト

熊坂 義裕 氏 (宮古市長)

佐々木清司 氏 (宮城県保健福祉部健康対策課長)

(現宮城県保健福祉部健康推進課長)

佐藤美貴子 氏 (宮城県大崎市三本木総合支所保健福祉課長)

(現大崎市政策専門員)

佐藤 学 氏 (秋田県横手市福祉環境部健康の駅推進室保健師主任)

目黒 謙一 氏 (東北大学大学院医学系研究科高齢者高次脳医学教授)

鈴木 建夫 氏 (宮城大学食産業学部教授)

コーディネーター 関田 康慶 氏 (東北大学大学院経済学研究科教授)

○関田氏



総合討論の論点は4つです。

1. 健康を創造していくための市町村、県、国の役割分担、政策・施策はどうあるべきか
2. 健康創造に対する市民参加のあり方をどう考えるか
3. 健康創造に対する産業界の参加と方法
4. 健康創造のシステムづくり

以上、4つの論点で議論したいと思ったのですが、時間が少なくなってしまいましたので論点1と4をまとめて、1つは「健康創造していくための市町村・県・国の役割、あるいは政策、そのシステムづくりをどうするか」、もう1つは「健康創造に市民参加と企業参加をどういう形で求めていけばいいのか」とし、この2つを中心に議論をいただきたいと思います。

まず、熊坂市長から、今までの宮古市の状況も踏まえて、どういう役割分担なり、政策を考えていけばいいのか、あるいはシステムをつくるとしたら、どういうものが望ましいのか、あるいは課題は何かということについて、ご意見を承りたいと思います。

○熊坂氏



地方分権が進む中で、これからの中心は自ずと市町村になると思います。

自分の住む市町村の市役所や役場について「私は第1市役所がいい」「私はサービスがいいから第2市役所の方がいい」などとは選べませんから、自分の住んでいる自治体の施策というのは大変重要になってくると思います。

おそらく、道州制などの議論が進めば町村はなくなり、「国」と「緩い道州制」と「力を持った市」ということになっていき、市が、私が先ほど申しましたような「安心・安全」を含めたほとんどの施策を担っていくことになるのだらうと思います。

市がどういう施策をこれから打っていいのか。市民との協働が大切になる中で、自分の住む市町村が市民のQOLのために、医療も子育ても含めてどういう施策をするのかが益々問

われてきます。その際地方分権時代ですからおまかせ民主主義ではなく、住民の方が入って一緒に施策をつくるのが大切です。そういう視点が大事だと思っています。

地域包括ケアシステム、地域包括医療システム、地域包括子育てシステム。いろいろあると思いますが、防災もそうですね。いかに住民と協働でつくっていくかに尽きると思っています。手前味噌ですが、宮古市はどこからも遠いということもあって、コミュニティはうまくできていない方ではないかと思っています。施策を考えるうえでコミュニティがキーワードになると思います。

それから、先ほど目黒先生の話をお聞きして、全くそうだったのですが、やはり行政には、やらなくてもいいような健康診断があるわけです。保健師の方々はできるだけたくさんやるのが絶対的に正しいと思っているかもしれませんが、医療分野ではコストパフォーマンスが悪いものもいっぱいある。そういう視点も含め、何をやったらいいのかを見据えて考えなければならないと思います。

そしてもう1つ言いたいのは、医療費のことです。高齢社会だから医療費が増えた、がんが増えたから医療費が増えたというのも事実ですが、医療費増加の最大の要因ではありません。日本の人口は1億2,000万人で以前とあまり変わらないのですから、医療費だって変わらなくてもいいと思いませんか。何で医療費が増えたかという医学・医療の進歩です。死ぬのにコストがかかるということです。死ぬ半年前くらいが一番お金がかかります。どんな病気でも国民が最高の医療を受けたいと望んでいるわけですから、医学・医療の進歩に合わせて医療費がかかるのです。

そこが一番問題なんです。医者が増えたから、高齢者が増えたから医療費が増えたのではなく、医学の進歩で、自分もそれなりの医療を受けたいということで医療費が増えていくのです。ここを国にわかってもらわないと、いつまでも末梢的な議論で医者を増やすことができないと言いつづけては国民が困ります。そういうことも最後に付け加えておきたいと思います。

○関田氏

住民参加型の行政のあり方をこれからどう展開していくのか。そしてまた、政策・施策・事業化については、効果や効率を十分考えながらやらないと、市民との協働は難しいという論点だったと思います。

それでは佐々木課長さんに、国からいろんな計画を出され、県も独自にいろんな政策を展開されていると思うのですが、メタボリックシンドロームのことも踏まえて、今後、市町村に対して、そして県として独自にどういうことをしていけばいいのかについて簡単にお話しいただければと思います。

○佐々木氏

先ほど、「健康日本21」や「みやぎ21健康プラン」の話をしました。今回の計画が介護保険計画などと違うなと思ったのは、あまりお金が絡まなかったということです。計画をつ

くっても直接財政には響かなかった。少し時間を置けば響くんでしょうけれども。



例えば、介護保険のような計画は、要は保険料を決定するための計画ですから、直接お金が絡んでくる話になります。しかし今回に関していえば、21 健康プランをつくることによって、メタボリックシンドロームの予備軍・有病者の発生にどの程度影響するか、そしてそれが医療費にどう跳ね返るか。それらがいろいろな形でリンクしているものですから、県全体としての医療や保健のあり方、医療の関連も含めて、全体の意見を踏まえてまとめていきたいと思っています。いずれにしろ、職域保健や地域保健、健康保険などお金が絡んできますから、その辺も含めてやっていきたいと思っています。

それから、私どもの使命は、ルールメイクするセクションではないので国の受け売りというところもありますが、例えば宮城県でやってきたことを申し上げると、ちょっと話はそれますが、がんの登録事業というのがあります。

がん登録によって精度管理をすることで、発見率が高く、治療成績も非常にいい。日本では最高水準、世界的にもレベルが高いということです。

そして、今一番市町村が心配しているのは、職域保健の人々も同じだと思いますが、マンパワーをどう確保していくかという点です。そうしたことを支援していく。それが当面は私どもの大きな仕事かなと考えています。

○関田氏

ハイリスクアプローチ(疾患の発生に高いリスクを持った人に絞ってアプローチする)とポピュレーションアプローチ(集団全体へアプローチして全体としてリスクを下げていく)の2つの組み合わせで対応するというお考えですが、リスクの確率が減ってくるとかなりの部分をポピュレーションアプローチでした方が、効果はどうか分かりませんが、全体的な水準が高まり、お金もあまりかからないということになるのではないかと思います。その辺に関してはどうでしょうか。

○佐々木氏

当然、ポピュレーションアプローチから入ったほうがいいと思うのですが、最後のリスク管理自体はやはり各個人にしか返ってこないと思います。健診・指導を義務付けたとしても、最終的には個人が変容しないとどうにもならないという部分があるので、「若い女性」とか「男性の働き盛り」といったようにターゲットを絞った形で、早い段階からのアプローチをどのように行っていくのかということが大切だと思います。おしなべてという形ではなくて、どこに投資をするか対象を絞っていくというのがこれからの考え方だろうと思います。

○関田氏

ポピュレーションアプローチを行うにしても、対象者に対して、事業所の責任、あるいは地域の責任をどう役割分担するかという問題もあると思います。市町村としては、事業所との関わりとか健診のシステムづくりをどのようにしていけばいいのでしょうか。今までの経

験も踏まえてお話をお願いします。

○佐藤(美)氏



産業界は産業界の人たちでいろいろなことをやってらっしゃるんですよね。いつどこでそういう方々と会えるのかが分かれば、私は何歩も進むのではないかと思います。でも、実際には会えないんです。労働基準監督署などが中心になってやっているのでしょうか。分からないんです。ですから、産業保健をやっている人たちといつどうやったら会えるのか。それが分かったら、「行政はこう考えています」「企業はこう考えています」と、行政と企業の話し合いができて、それぞれ分担ができ、補い合うこともできるのではないかと思います。

○関田氏

産業界との懇談などはないのでしょうか。

○佐藤(美)氏

三本木はあります。例えば、YKK の産業医が三本木町の健康づくり推進協議会の会長をしていますから、私どもの町では会うのは割と簡単です。ただ、周辺の県内の方々と話をしていると、「会えない。でも一生懸命やっているんでしょね」ということで話が終わっているので、何とかお会いできないものかと思っています。

○佐々木氏

産業保健推進センターがブロック毎に1つあり、お1人ぐらいしかいないのですが、産業医の方と連携を取って地道にやっています。また、社会保険事務局は外郭団体を持っており、病院委託でいろいろやっているところがあります。そういったところは今まで我々が情報交換してこなかった分野です。

佐藤課長さんがご心配しているのは、情報がどこにあって、どういうことをやっているのか、地域保健とのアクセスがなかったということだと思います。4 月以降、地域毎に地域保健と産業保健のアクセスをつくっていきますので、その辺でフェイス・トゥ・フェイスの関係ができるよう応援していきたいと思っていました。

○関田氏

そういうことも県のこれからの期待される役割だと思いますので、よろしくお願いします。それでは、目黒先生。認知症は病気であるにもかかわらず、症状をきたしても医療機関にかかることがない。そして、特に CDR 0.5 については、リスクグループで早期の対応が必要という話でしたが、そういう状態に対して、自治体、市町村、あるいはコミュニティはどういう役割を果たしていけばいいのか。そのシステムのあり方も含めてお考えをお願いします。

○目黒氏



保健師さんを中心に、CDR の早期判定の仕組みとして、健診と同じように数年に1回、65歳以上の方を対象にしたCDRを検討いただきたい。あとMRIの頭の検診、これで相当分かりますので併せて検討いただきたいと思っています。

○関田氏

認知症に関するいろいろな検査がありますが、CDRは必ずしも普及していませんね。目黒先生が監修された本にもありますが、知らないためにできないということになっています。

○目黒氏

世界的にはCDRとMMSの組み合わせは確立しています。それをいかに早く普及させるのかということだと思います。

○関田氏

我々も認知症に関する調査をするときに、厚労省の昔の方式でとったデータしか出てきません。実際にはそういうデータしかないんですよね。もし、CDRとMMSの組み合わせは意味があるということであれば、研修なり、普及のための活動が必要ではないかと思うので、是非、県や各市町村もそういう試みをしていただければと思います。

食というのは健康づくりの基盤だと思いますが、単にそれだけではなくて、人の健康をつくと同時に、それをサポートする産業界の役割は非常に大きいと思います。そこで、食材に関しては仕組みづくりも含めてどのような対応をしていけばいいのか。それと、食材を供給する側の産業界のあり方について、鈴木先生お聞かせください。

○鈴木氏



食材については、高齢社会がキーワードになると私は思っています。2002年に日本介護食品協議会ができて、70社が参加しているいろいろな介護食をつくっています。このような取り組みの中で、キーワードは魚だと思っています。実は宮城県は900億円を魚で稼いでいるのですが、そのほとんどが遠洋で捕ってくるものです。そして、日本の魚の60%はすり身に加工されています。その、すり身を利用するのがキーポイントだと考えています。

茨城県の笠間では、歯医者さんが一緒になって、海の方に暮らす人たちと協力し合って咀嚼の訓練食をつくったり、ユニバーサルデザインの食器をつくるなど、いろいろな考え方で取り組んでいます。

食材ということであれば、野菜のバリバリ感というような物理的な味覚。今までは化学的

な味覚が中心でしたが、歯応え、歯触りを含めて物理的な味覚、そういう解析をして食品を開発すれば非常に面白いと思っていますし、実際にやろうとしています。

今、産業界全体としては健康に非常に注意してやっているといます。ファストフードでは今、マクドナルドが食育に熱心に取り組んでいます。産業界全体が食育に取り組んでいると思います。産業界にとっては金が取れるか取れないかというのが一番大切なところなので、高齢者だとか高齢社会といった国民のトレンド、それから、国や県の施策がどの方向を向いているか、というのが気になるところです。今は食育ということでいろいろな会社がそちらを向いていますから、指導できると思っています。

○関田氏

健康を創造していく上で、市町村・住民・産業界の参加はやはり相互の連携をしながら進めなければならないと思うのですが、それを実現・成功させるための提言を一言をお願いします。

○熊坂氏

何度も言いますが、協働に尽きると思います。

○佐々木氏

私も協働だと思います。

○佐藤(学)氏



合併して8つの町がくっついたことで、いろんな社会資源があって、いろんな地域の力がある。それを1つにまとめるといいますか、地域力を育んでいくような、そういった取り組みをこれからしていきたいと思っています。

○目黒氏

病気の問題と健康創造という問題を分けないといけないと思います。病気の超早期発見はあくまで医療が主体ですが、健康を創造して一体何をするのかということは、それはまさに地域の文化とかそういった話になってきます。「健康＝病気にならない」ではありません。医者が出過ぎるのも良くないし。病気の超早期発見という話で今日は参加させていただいたので、その辺は違う問題だと分かっていたいただければと思います。

○鈴木氏

情報の共有化が大切だと思います。

○関田氏

連携や協働はお互いの信頼関係や情報の共有がないとできないので、その仕組みをどう作っていくかということが重要だと思います。

ただし、個人情報の問題があります。我々も何か調査をするときには個人に対してアクセスできず、自治体とか市町村とか社協とか、そういったところの関わりによって行っています。

そして、連携をするときには、是非大学の資源も社会的資源としてお使いいただきたいと思います。そうしないとエビデンスが必要になったときに困ります。行政だけでは、なかなか難しい。マンパワーでも技術でも、それだけでやっているわけではありませんから。

それから産業界も自分たちの社員の健康をどう考えるか。社員の健康状態が高まることによって会社の中のアクティビティも高まるし、事業体として医療費のかかるような地域では、保険料を上げたり、医療費の分担を企業がまかなうようになってきたりする可能性もあるわけですから、企業も関わりを持っていただきたい。

そして、健康分野に進出していただいて、健康を増進し、病気であっても病気と共存して生活できるような支援、そうしたことができるようなビジネスや事業を是非展開していただきたいと思います。

今日は本当にお忙しい中、6人のシンポジストにお集まりいただき、非常に貴重な意見をいただきました。どうもありがとうございました。

(平成19年3月16日 於：仙台市)

第23回理事会・総会および研究集会について

1. 理事会・総会

日時：平成19年6月26日(木) 11:00～

場所：仙台市戦災復興記念館

出席者：理事14名のうち

本人出席6名

代理出席2名

委任出席5名

→ 支部規則第10条第4項により成立

議案：第1号議案 平成18年度事業報告(案)について

第2号議案 平成18年度決算(案)について

第3号議案 平成19年度事業計画(案)について

第4号議案 平成19年度予算(案)について

第5号議案 役員補選(案)について

→ 各議案は全会一致で可決されました。

(各議案の内容は別紙参照)

2. 研究集会

日時：平成19年6月26日(木) 13:30～

場所：仙台市戦災復興記念館 2階記念ホール

参加者：約200名

テーマ：東北地域における観光振興の課題

内容：基調講演、シンポジウムおよび参加者を含めた総合討論を行いました。

※研究集会の詳細は、次回の支部だよりに掲載予定です。

第1号議案

平成18年度事業報告(案)

(平成18年4月1日～平成19年3月31日)

1. 第22回支部大会

(1) 理事会・総会

開催日時:平成18年6月15日 12:00～

開催場所:仙台市戦災復興記念館 4階研修室

出席者:18名(内、委任出席5名)

鴨池支部長の開会挨拶の後、議長となり議事を進め第1議案から第5号議案が審議され満場一致で可決、承認された。

第1号議案:平成17年度事業報告の件

第2号議案:平成17年度決算報告の件

第3号議案:平成18年度事業計画の件

第4号議案:平成18年度予算の件

第5号議案:役員補選の件

(2) 第22回研究集会

開催日時:平成18年6月15日 13:30～

開催場所:仙台市戦災復興記念館 2階記念ホール

テーマ:東北の地に健康産業をどう育成・支援できるか

基調講演:橋本正洋氏 経済産業省商務情報政策局サービス産業課長
～健康産業を発展させる基盤づくりの展望～

座長 西澤昭夫氏 東北大学大学院経済学研究科教授

シンポジウム:佐々木清司氏 宮城県保健福祉部健康対策課長
～宮城県における健康産業育成に向けた取組～

坂井愛子氏 仙台フィンランド健康福祉センタービジネス開発ディレクター
～仙台フィンランド健康福祉センタープロジェクトについて～

高橋昌勝氏 産電サーブ(株)代表取締役
～HIS Network System for the Elderly Residents～

岩元靖氏 太子食品工業(株)研究部長
～健康産業における「食」分野の課題～

関田康慶 東北大学大学院経済学研究科教授医療福祉講座
～健康産業発展の意義と今後の課題～

総合討論:上記各講師に木谷忍氏(東北大学大学院農学研究科助教授)の参加をいただき、フロアーを含めて実施

2. 第18回研修集会

開催日時:平成19年3月16日 13:30～

開催場所:仙台市戦災復興記念館 5階会議室

テーマ:健康創りの計画行政～市民参加と産業界の参加を求めて～

シンポジウム:熊坂義裕氏 宮古市長

『健康創りの計画行政～設計側の視点～』

佐々木清司氏 宮城県保健福祉部健康対策課長
『医療制度改革における健康施策について～医療保険者との新たな連結の構築に向けて～』

佐藤美貴子氏 大崎市三本木総合支所保健福祉課長
『協働、私の実践』

佐藤 学氏 横手市福祉環境部健康の駅推進室保健師主任
『秋田県横手市における健康の駅への取組～健康のコンシエール(道案内役)で市民の保健力向上を図る～』

目黒謙一氏 東北大学大学院医学系研究科高齢者高次脳医学教授
『認知症の予防、早期診断、早期介入』

鈴木建夫氏 宮城大学食産業学部教授
『国民の盛衰は食にあり』

総合討論 コーディネーター 関田康慶 東北大学大学院経済学研究科医療福祉講座教授

3. 幹事会の開催

第15回幹事会 平成18年12月6日 第18回研修集会ほかについて

第16回幹事会 平成19年3月16日 第23回理事会・支部大会ほかについて

4. 第11回計画賞について

東北支部推薦(推薦人:油川洋教授)の「地域と大学の新たな連携モデルの構築=新構想エリアキャンパスの展開」(応募者:山形大学エリアキャンパスもがみ)が最優秀賞を受賞

5. 第29回全国大会について

平成18年9月15日～16日、大阪大学において開催

16日の公開シンポジウムのパネリストに木伏良明教授(石巻専修大学)参加

6. 共催・後援関係

・(財)東北開発研究センター第86回東北開発セミナー後援
開催日時:平成18年6月7日

開催場所:福島市 福島ビューホテル

・日本健康科学学会第22回学術大会への共催

開催日時:平成18年10月27日(金)・28日(土)

開催場所:仙台国際センター

・(財)東北開発研究センター第87回東北開発セミナー後援

開催日時:平成18年11月10日

開催場所:新潟市 ホテル新潟

7. 会員の加入拡大について

4月10日・11日 岩手県・秋田県・山形県・福島県・宮城県を訪問

訪問者:黒川会長・原科専務理事・鴨池支部長・工藤副支部長・関田副支部長・事務局

8. 東北支部だよりの発行について

・No. 30 平成18年5月発行

・No. 31 平成18年9月発行

・No. 32 平成19年2月発行

9. 会員の状況について(平成19年3月31日現在)

個人会員54名・学生会員2名・機関会員5機関・特別会員2機関 計63名/機関

第2号議案

平成18年度決算(案)

(平成18年4月1日～平成19年3月31日)

1. 収入の部

(単位:円)

項目	金額	摘要
前年度繰越	407,001	
活動費	490,255	本部からの交付金(17年度261,767円 18年度228,488円)
会費	150,000	特別会員会費 (東北電力株式会社, 日本政策投資銀行東北支店)
雑収入	2,918	報告書販売収入 2,700 預金利息 218
合計	1,050,174	

(注) 交付金は、固定支給額と会費納入率および新入会員数により算定(15年度改正)

新規会員獲得奨励費が新設され、今年度交付金から支給された。

交付金の支給方法が変更された。

2. 支出の部

(単位:円)

項目	金額	摘要
会議費	47,550	理事会・総会・研究集会・研修集会会場費等
消耗品費	48,404	理事会・総会・研究集会・研修集会・支部だより等
印刷費	0	研究集会・研修集会チラシ印刷等
通信費	133,040	理事会・総会・研究集会・研修集会開催案内郵送代等
旅費	60,300	研究集会・研修集会講師旅費
雑費	354,152	理事会他食事代・研究集会・研修集会講師謝礼等
予備費	406,728	次年度繰越
合計	1,050,174	

第3号議案

平成19年度事業計画(案)

(平成19年4月1日～平成20年3月31日)

1. 会議の開催について

- (1) 第23回理事会・支部大会の開催
開催日時:平成19年6月26日
開催場所:仙台市戦災復興記念館
- (2) 幹事会の開催について
定期的で開催していく。

2. 研修集会の開催について

- 開催日時:平成19年秋予定
開催場所:山形県

3. 第30回全国大会について

- 平成19年9月15日～16日、九州産業大学において開催される。
シンポジストの派遣要請に協力していく。

4. 第12回計画賞への応募

5. 共催・後援関係

- ・(財)東北開発研究センター第88回東北開発セミナー後援
開催日時:平成19年6月12日
開催場所:青森国際ホテル
- ・(財)東北開発研究センター第89回東北開発セミナー後援
開催日時:平成19年秋予定
開催場所:宮城県

6. 会員の加入拡大について

7. 東北支部だよりの発行について

- 会員相互のコミュニケーション誌として、研究報告・論文等を主に掲載し、年2回程度発行する。
(研究報告・論文等はリレー方式で学会の会員で次回の執筆者を推薦する方式。字数2,400字程度)

第4号議案

平成19年度予算(案)

(平成19年4月1日～平成20年3月31日)

1. 収入の部

(単位：円)

項目	金額	摘要
前年度繰越	406,728	
活動費	213,520	本部交付金
会費	150,000	特別会員会費 (東北電力株式会社, 日本政策投資銀行東北支店)
雑収入	52	預金利息 52
合計	770,300	

(注) 交付金は、固定支給額と会費納入率および新入会員数により算定(15年度改正)

新規会員獲得奨励費が新設され、今年度交付金から支給された。

2. 支出の部

(単位：円)

項目	金額	摘要
会議費	50,000	理事会・総会・研究集会・研修集会会場費等
消耗品費	50,000	理事会・総会・研究集会・研修集会・支部だより等
印刷費	10,000	研究集会・研修集会チラシ印刷等
通信費	100,000	理事会・総会・研究集会・研修集会開催案内郵送代等
旅費	80,000	研究集会・研修集会講師旅費
雑費	350,000	理事会他食事代・研究集会・研修集会講師謝礼等
予備費	130,300	
合計	770,300	

第5号議案

日本計画行政学会東北支部役員名簿(案)

(任期：平成19年4月1日～平成22年3月31日)

(敬称略)

役員	氏名	所属機関・団体	備考
支部長	鴨池 治	東北大学大学院教授	
副支部長	小柴 徹修	東北学院大学教授	
	工藤 啓	東北福祉大学准教授	
	関田 康慶	東北大学大学院教授	
理事(青森)	関 格	青森県企画政策部長	
	松田 恒蔵	(財)青森地域社会研究所副理事長	
(岩手)	伊藤 孝次郎	(財)岩手経済研究所副理事長	
(秋田)	近藤 剛	ノースアジア大学名誉教授	
(宮城)	進藤 利文	(財)秋田経済研究所専務理事	
	小林 伸一	宮城県企画部長	
	宮本 昭彦	仙台市企画市民局長	
(山形)	遠藤 芳雄	(社)東北経済連合会常務理事	
	釜田 正榮	(財)東北開発研究センター常務理事	
	藤田 正一	東北公益文科大学教授	
	立松 潔	山形大学教授	
監事	関谷 登	東北学院大学副学長	
	渡部 速夫	日本政策投資銀行東北支店長	

第30回全国大会について

日時 平成19年9月15日(土)～16日(日)
場所 九州産業大学
テーマ 環境保全の人づくり・地域づくりと計画行政
—環境・経済・社会の統合的向上のために—
役員 大会会長 山下 寛彦(中村産業学園(九州産業大学・九州造形短期大学)理事長)
組織委員長 内野 順雄(九州産業大学商学部教授)
プログラム委員長 浅野 直人(福岡大学法学部教授)
運営委員長 内山 敏典(九州産業大学経済学部長)
事務局長 今泉 博国(福岡大学経済学部教授)

大会趣旨

3年にわたる学会共通テーマ「環境社会配慮の計画行政」の最終年である2007年の研究大会テーマは、下記のような趣旨です。

第3次環境基本計画において、わが国の課題としては、物質面だけでなく、心の面でも、「安心」、「ゆたかさ」および「健やか」で快適な暮らし、歴史と誇りある文化、地域社会の絆といったものを将来世代にわたって約束することとし、地域のコミュニティが活性化し、活力を生むことと、環境保全への取り組みが進むことが、相互に深く関連することに留意すべきものとしています。

「人づくり」と「地域づくり」はこのような目的のため、相互に深く関連づけながら、重点的に取り組まれるべき課題とし、併せて、今後のわが国が、ストックとしての国土や環境の価値を重視し、これらの価値を増大させつつ、持続可能な社会を形成する必要があると主張しています。これらの問題意識は、計画行政の主要な目的・課題と一致するものであり、これを踏まえて、標記のテーマを第30回全国大会のテーマとしました。これは「環境」をテーマとする3年間の大会の最終年であり、かつ、本学会の第30回目の節目としてもふさわしいものと考えられます。

本大会は、こうしたことを踏まえ、都市や地域で取り組まれている環境保全のための「人づくり」や「地域づくり」に焦点をあて、多様で実り多い議論を活発に行うことをねらいとします。また、研究報告や議論の成果が、今後の地域政策への新たな情報源として寄与できるよう視野に含めたいと思います。

東北支部からは、

9月15日 研究報告

- セッション3(道州制・自治体連携)において関田康慶先生(東北大学大学院)が座長を務められました。
- ワークショップ1(地域づくりの統合的向上における社会的公正の確保)に木谷忍先生(東北大学大学院)が参加されました。

9月16日 研究報告

- セッション5-1(住民参加による地方政府行政評価システムの設計と事前評価)において関田康慶先生(東北大学大学院)が発表されました。
- セッション7(国土計画・森林政策・計画賞)において木谷忍先生(東北大学大学院)が座長を務められました。
- ワークショップ3(環境学習による地域づくり)に木谷忍先生(東北大学大学院)が参加されました。

お知らせ

- 第19回研修集会については、第17回幹事会(H19.7.26開催)で基本計画を検討し、詳細について準備を進めております。概略は次のとおりです。

1. 日時:平成19年12月7日(金)午後
2. 場所:山形テルサ(JR山形駅西口)
3. テーマ:大学と地域連携(予定)

内容について決定次第、あらためてご案内いたします。

- (財)東北開発研究センター、宮城県、(財)宮城県地域振興センター主催の「第89回東北開発セミナー」を後援しております。概略は次のとおりです。

1. 日時:平成19年10月23日(火)13:30～17:00
2. 場所:仙台ホテル(JR仙台駅西口)
3. テーマ:東北におけるコミュニティ自立方策の提言

編集後記

東北支部は全国8支部の中で四国支部に続いて小さい支部であり、従って予算も乏しい。しかしながら、(財)東北開発研究センターさんの支援をいただきながら、鴨池支部長を中心に精一杯の支部活動をしている。弱小支部とはいえ学会本部では発言力を有しており、2008~10年の全国大会共通テーマ「人口減少の計画と社会」は東北支部提案もあって決定された(第31回全国大会は東京大学で、2008年9月20~21日「人口減少時代の計画行政」で開催される。)。すでに支部会員には御案内のことではあるが、今年前半の東北支部の2つの支部活動について報告しておこう。

その1番目は、東北支部推薦(支部推薦人油川幹事)の「山形大学エリアキャンパスもがみ」が提出した『地域と大学の新たな連携モデルの構築』が、7件の公開プレゼンテーションを経て計画賞に輝いたということである。計画賞の最終審査会は中央大学で2月23日に開催されたが、キャンパス長柴田教授の主張によれば、「自然と人間の共生」を標榜し、「地域とともにある」山形大学を目指すとのことである。従来の国立大学では考えられない発想と行動力が高く評価されたのであり、高等教育機関のない最上地域をソフト型キャンパスと位置付け、山形大学の教職員、学生と地域の老若を問わず人々との多層的な人的交流が実現したのである。

本格的な地方分権の時代を迎えてはいるが、厳しい財政制約の状況での地域づくりには、費用対効果を考えて各自治体の知恵の見せ所である。山形大学の地域と協働した人材育成と地域活性化の努力は、全国的に見ても先進的な取り組みであり、コスト面も含めて他の自治体の良き参考モデルとなろう。9月15日の全国大会(九州産業大学)で受賞記念発表会が行われたが、多くの自治体や大学が山形大学を訪れており、中央官庁でも注目しているとのことである。なお、東北支部では12月7日に山形市で受賞記念を兼ねたシンポジウムを開くが、興味のある支部会員は是非とも参加していただきたい。

支部活動の2番目としては、6月26日に仙台市で第23回研究集会が開かれ、「東北地域における観光振興の課題」というシンポジウムで活発な議論が繰り広げられたということである。支部幹事会で東北の交通体系と観光行政を組み合わせる研究をやるうとの提案があり、そのスタートとしてこのシンポジウム開催されたのである。東北の観光振興にはJR東日本の協力が欠かせないということで、私の旧友でもあるJR東日本の大塚睦毅会長に「鉄道と観光」という基調講演を御願ひした。今年はJR20周年に当たるが、東北新幹線開業25周年、山形新幹線開業15周年、秋田新幹線開業10周年ということもあり、タイムリーなシンポジウム企画であった。

中央と地方の格差問題がクローズアップされているが、観光産業の振興は地域活性化の切り札の1枚となるべきものである。「観光資源」としては、自然、歴史、文化、食習慣などが主たるものであろうが、それらは地域に根ざした固有のものであり、第2

次産業における地域外流失のような「空洞化」は起こり得ない。エコ・ツーリズムが観光を浴びているが、環境学習や食育なども含めた都市と地方の交流も必要な時代になっている。それ故に、地場産業ともいえる観光の振興に関しては、自助努力と共に行政からの幅広い視野の支援が必要である。しかしながら、大塚会長も嘆いているように、全産業に占める観光産業の貢献度や雇用効果を勘案すると、国家予算に占める観光振興費は0.008%と余りにも少ないのである。

温泉や地域食材をテーマにした観光は、高齢化社会における「健康産業」としての重要な側面も持っている。関田副支部長によれば、予防は治療に勝り、温泉の活用は老人医療や介護保険の健全化にもつながるとのことである。私も温泉に魅力を感じる年になったが、田沢湖線、陸羽東線、磐越西線などの沿線にある東北の温泉地を、スローライフ気分できらびやかに訪れるのがささやかな夢である。東北地方は観光資源の宝庫であり、新幹線の雑誌『トランベール』などに見られるようなJR東日本のキャンペーンは評価に値する。しかしながら、東北人の性格も手伝ってか、東北地方の観光産業の売り込みは十分なものではなく、山形大学の事例に見られるように、行政を含めたそれぞれの観光地での自己演出力が求められているのである。

工藤 啓

★★

日本計画行政学会東北支部

「支部だより」 編集責任者 工藤 啓

事務局 平沢 宏治

高谷 浩史(平成19年7月より)

〒980-0804

仙台市青葉区大町2-15-31 大町電力ビル別館

(財)東北開発研究センター内

TEL 022-222-3394

FAX 022-222-3395

★★