

平成20年度 地域保健総合推進事業

保健所保健師 活動事例集作成検討会 報告書

セーフティネットを守るための保健所活動の推進
～ニーズに基づき戦略的にシステムを開拓する保健師活動～

平成21年3月

保健所保健師活動事例集作成検討会

目次

はじめに	1
I 検討会の目的	2
II 方法及び内容	2
1. 事例の選定	2
2. 事例のヒアリング調査	3
III 結果	4
1. 事例の概要	4
2. 保健所保健師の活動の構成要素	6
1) 保健所保健師が行う「地域ケアシステム構築のプロセス」における特徴	9
2) 活動結果から抽出された事業成果	10
3) 保健所保健師が果たしていた役割	11
4) 保健所保健師に求められるセーフティネットを維持するための視点	16
5) 発揮された保健所の特性	17
IV これからの保健所保健師活動	20
1. 今後さらに発揮されるべき保健所の機能	20
2. 保健所保健師にさらに求められる役割	21
3. 保健所保健師の役割が発揮されるための活動体制のあり方	23
おわりに	25
資料 保健所保健師活動事例	27
参考資料 検討会開催要綱	92

はじめに

平成9年の地域保健法施行後、保健所は地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能強化が求められ、身近で利用頻度の高い保健サービスの提供は市町村が中心に担うことになった。その後、地方分権の推進や介護・福祉行政の制度変更に伴う市町村の役割の増大や、健康危機管理に関する保健所の機能強化など、保健所や市町村における地域保健活動は大きく変化してきた。

そのような変革の中、市町村保健活動については、すでに厚生労働省健康局から平成18年度「市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書」によって行政主体としての市町村保健活動の役割を明確にしつつ、保健師等の技術職員の配置や人材育成体制等について明らかにされている。

一方で保健所は、組織再編によって管轄地域が広域化し、専門的かつ技術的機能を強化するため、保健所保健師の活動体制として業務担当制をとる自治体が多くなった。その結果、多くの保健所保健師は、個別支援から地域全体の健康課題をアセスメントすることが困難な状況に陥っている。

そこで、保健所保健師が中心的メンバーとなり「広域的な医療行政機能」、「調整機能」、「情報の収集及び発信機能」等、保健所の機能を生かした事例を分析・評価し、その活動のポイントを事例集としてまとめた。

保健所保健師が持ついくつもの役割を改めて認識していただき、皆さんの実践活動の一助になることを期待する。



I 検討会の目的

保健所保健師が中心的なメンバーとして担当した事例であって保健所の機能を生かした事例を収集し、事例における保健師の果たした役割等を分析・評価することによって、活動ポイントを提示し、保健所保健師が抱えている課題の解決に役立つ事例集を作成することを目的とした。

II 方法及び内容

1. 事例の選定

1) 保健所の機能を生かした事例の定義

地域保健法における「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」では、保健所が強化すべき機能として、①専門的かつ技術的業務の推進、②情報の収集、整理及び活用の推進、③調査及び研究等の推進、④市町村に対する援助及び市町村相互間の連絡調整の推進（県型保健所の場合）、⑤地域における健康危機管理の拠点としての機能の強化、⑥企画及び調整の機能の強化の6点があげられている。これらの6つの機能は、企画及び調整の機能を中心にして相互に関連しながら総合的に発揮されるものである。

一方、社会経済状況の変化、医療環境の変化、高齢社会の進展を受け、医療制度改革は喫緊の課題とされている。医療制度改革では、その基本的考え方として「安心・信頼の医療の確保と予防の重視」、「医療費適正化の総合的推進」などが示され、保健、医療、福祉の連携強化や住民の視点からみた医療整備が求められている。このような保健、医療、福祉の連携や住民参加を促進したケアシステムづくりにおいて、保健所による「調整機能」の重要性が指摘されている¹ ²。また、平成15年に示された「地域における保健師の保健活動指針」では、保健所保健師の活動内容として、「広域的に健康課題を把握し、その解決に取り組むこと」、「広域的に関係機関との調整を図りながら、保健、医療、福祉の包括的なシステム構築を図ること」があげられている。

以上のことから、保健所の機能として、保健、医療、福祉の包括的なシステム構築のための調整機能に着目し、本検討会では、保健所の機能を生かした事例を「予防から地域ケアまでのコーディネート機能を発揮した事例」と定義した。ここでの「ケア」とは、その

¹ 岡神爾、「地域医療連携体制の構築に関する研究」地域保健総合推進事業、全国保健所長会協力事業分担事業報告書,p121-124,2007.03.

² 佐々木隆一郎、「健康危機管理を視点に置いた保健所の組織構造と機能強化 保健所の機能面からの検討」,公衆衛生,70(3),p177-179,2006.03.

対象に全ての健康な人も含まれる広義の意味で使用した。

2) 事例の選定方法

定義に当てはまる事例を、文献や資料及び構成員の推薦事例から選定した。事例収集に活用した文献・資料は、2006年1月以降の公衆衛生情報、公衆衛生学会誌、全国地域保健師学術研究会講演集、保健師ジャーナル及び2008年「地域医療連携体制の構築に関する研究事業報告書」(地域保健総合推進事業)である。

2. 事例のヒアリング調査

1) ヒアリング調査目的

ヒアリング調査は、事例の展開過程において、①どのように地域ケアニーズを把握し、明確化したか、②把握したニーズ(課題)を解決するためにどのような関係者とどのような方法でニーズを共有したか、③ニーズの解決のための地域ケアシステムの設計と実践過程をどのように行ったか、④地域ケアシステムが定着するための方策、⑤地域ケアシステムの評価・改善をどのように行ったか等を明らかにし、それらの過程の中で発揮された保健所の特性や保健所保健師の果たした役割を抽出することを目的とした。

2) 調査方法

活動を紹介した文献、資料から情報収集を行い、保健所へ出向いて、活動を担当した保健師等に検討会構成員が聞き取りを行った。ヒアリング調査にあたっては、以下の調査内容についてインタビューガイド(資料 保健所保健師活動事例)を作成して実施した。

3) 調査内容

調査内容は、以下のとおりである。①地域の現状及び保健所の組織体制、②事業の取り組みの契機(契機、取り組み前の状況、地域ニーズの把握等)、③事業の展開過程での所内調整(ニーズの共有、調整プロセス、事業の企画化等)、④事業展開過程での関係機関との調整(ニーズの共有、調整プロセス等)、⑤事業評価及び成果、⑥今後の課題、⑦保健所の役割、⑧保健所長の役割、⑨保健所保健師の役割等

4) 調査期間

平成20年11月から平成21年1月まで

5) 分析方法

ヒアリング調査票や録音記録をもとに、地域ケアシステムづくりにおいて発揮された保健所の特性や保健所保健師の果たした役割を抽出しカテゴリー化した。

Ⅲ 結果

1. 事例の概要

予防から地域ケアまでのコーディネート機能を切り口に、保健所保健師の特徴を生かした事例を収集した結果、県型保健所 10 事例、政令市型保健所 2 事例を取り上げた。

収集された事例の主な活動テーマは、在宅療養や健康づくりに関する 4 事例（事例 1、2、3、4）、障害児者への支援に関する 3 事例（事例 5、6、7）、健康危機管理に関する 3 事例（事例 8、9、10）、生活環境衛生と協働した 1 事例（事例 11）、市町村保健師への支援に関する 1 事例（事例 12）であった。

各事例の概要は以下のとおりであった。

1) 在宅療養や健康づくりに関する事例

【事例 1 島根県松江保健所】

「一次予防から三次予防まで担う地域ぐるみの糖尿病対策」

糖尿病患者のレセプトが増加したことを契機に、糖尿病予防対策の質の向上をねらい、糖尿病管理システムを構築し、また医療機関・関係機関・行政の連携を強化、住民に対しては啓発活動強化のためのシステムづくりを行っている。

【事例 2 高知県中央東福祉保健所】

「地域ケアや医療連携を基盤とした関係機関や住民をつなぐネットワークづくり」

在宅ケアシステムの整備が不十分であったこと等から入院する高齢者が多い地域であった。しかし、在宅生活を可能とするしくみをつくることを目的に、福祉保健所内に地域支援室を設置し、市町村だけでは取り組むことが難しいと考えられる退院から在宅へのスムーズな移行を図るしくみ、在宅生活を支えるしくみ、地域で見守り支え合うしくみづくりに取り組んでいる。

【事例 3 福岡県京築保健福祉環境事務所】

「在宅末期がん患者における 24 時間ケア推進事業」

がん専門医療機関が管内にないので、保健所が中心となりがん末期患者等の在宅療養を支援するために医師会、医療機関、訪問看護ステーション等でネットワークづくりを行っている。

【事例 4 山口県宇部健康福祉センター】

「脳卒中における地域医療連携パスを活用した地域ケア体制づくり」

医療機関や医師会等から脳卒中地域連携パスの策定について相談があり、保健所が中立、公平な立場で関わる事により、リハビリテーションや介護も含んだ地域ケアシステムの構築とケアの質を担保するための体制整備に取り組んでいる。

2) 障害児者への支援に関する事例

【事例5 さいたま市保健所】

「精神障害者退院促進支援事業の展開」

民間施設による精神障害者の退院支援が先行していた地域であったが、政令市への移行を見据えた新たなネットワークづくりを目指して、救急体制も含めた退院後支援体制を整備し、また入院後1年以上経過している患者の実態調査も行っている。

【事例6 島根県出雲保健所】

「精神障害者の退院支援と生活支援のためのネットワーク構築」

長期入院患者の実態把握からネットワーク構築の必要性が確認され、医療機関を中心に退院促進を行い、地域で支える人材(ホームヘルパー等)に対する啓発活動、ピアサポートの促進を図っている。

【事例7 茨城県ひたちなか保健所】

「発達障害児等を対象とした保育所等での保健所実施による巡回発達相談」

保育所等の保育士が発達障害児への対応に苦慮している状況を把握し、保健所職員が保育所等に出向き、保育士、保護者を交えて相談を行い、適切な支援が継続して行えるようになった。また、この取り組みを県庁に提言したことにより、圏域全体の取り組みとして拡大させている。

3) 健康危機管理に関する事例

【事例8 秋田県山本地域振興局福祉環境部(能代保健所)】

「児童殺害事件における地域健康危機管理対策」

児童連続殺害事件に揺れる住民の精神面での二次的健康被害を察知した町保健師の相談に対応し、保健所は町と協働で健康危機管理体制を組み、実態調査、専門職への啓発・支援、個別事例支援、地区住民の支えあうしくみづくり等を行った。

【事例9 八王子市保健所】

「小児感染症サーベイランスを中心にした子どもの施設の感染症予防対策事業」

子どもの集団施設においてノロウイルスの集団感染が立て続けに発生し、関係者の感染症に対する知識が不足していたことから、関係者に対して感染症に関する予防啓発事業を行うと共に、小児感染症サーベイランス事業を立ち上げ、小児感染症に関する迅速な情報の収集及び発信、サーベイランス事業の活用方法等の啓発に保健所が取り組んだ。

【事例10 茨城県つくば保健所】

「医療安全対策への住民及び医療機関との協働活動の推進」

住民からの医療相談が保健所に多く寄せられ、「医療に関するアンケート」の実施から住民の医療への期待と医療サービスとのギャップを感じ、医療情報を医療従事者と

住民が共有し、住民の医療への主体的な参加を促進するために、医療勉強会や医療相談検討委員会などのシステム構築を行っている。

4) 生活環境衛生と協働した事例

【事例11 滋賀県湖東地域振興局地域健康福祉部(彦根保健所)】

「地域における食の安全・安心ネットワークにおける住民参加の推進」

ノロウイルス発生時の対応の遅れによる二次感染の増加等があり、発生予防対策、感染症拡大防止対策を進めるにあたり、保健所の健康づくり担当と生活衛生担当が協力し合い、高齢者施設への発生予防に関する啓発や市民への教育、消費者・事業者・行政による「食の安全・安心ネットワーク」を構築している。

5) 市町村保健師への支援に関する事例

【事例12 兵庫県三木健康福祉事務所】

「市における分散配置後の保健師間の連携支援」

市町村合併が進み、市の保健師が5課に分散配置されたことや産休等による人員不足が重なり、各課の横の連携が十分図られていない現状について、保健所保健師が課題として捉え、市が主体的に人材育成を行うと同時に課間で連携が図られるよう「保健師活動を考える会」の実施に向けて保健所が働きかけを行っている。

2. 保健所保健師の活動の構成要素

収集した各事例から事業展開過程において保健所や保健師の果たした役割、事業成果を分析した。その結果、図1に示すように保健所保健師の活動の構成要素が見出された。以下に図1について概説する。

いずれの事例においても共通して、〈1 地域ケアシステム構築のプロセス〉を経ながら事業が展開されていた。しかしこれらの過程は、必ずしも一方向性に進むのではなく、特にニーズの明確化は全てのプロセスで発揮されていた。

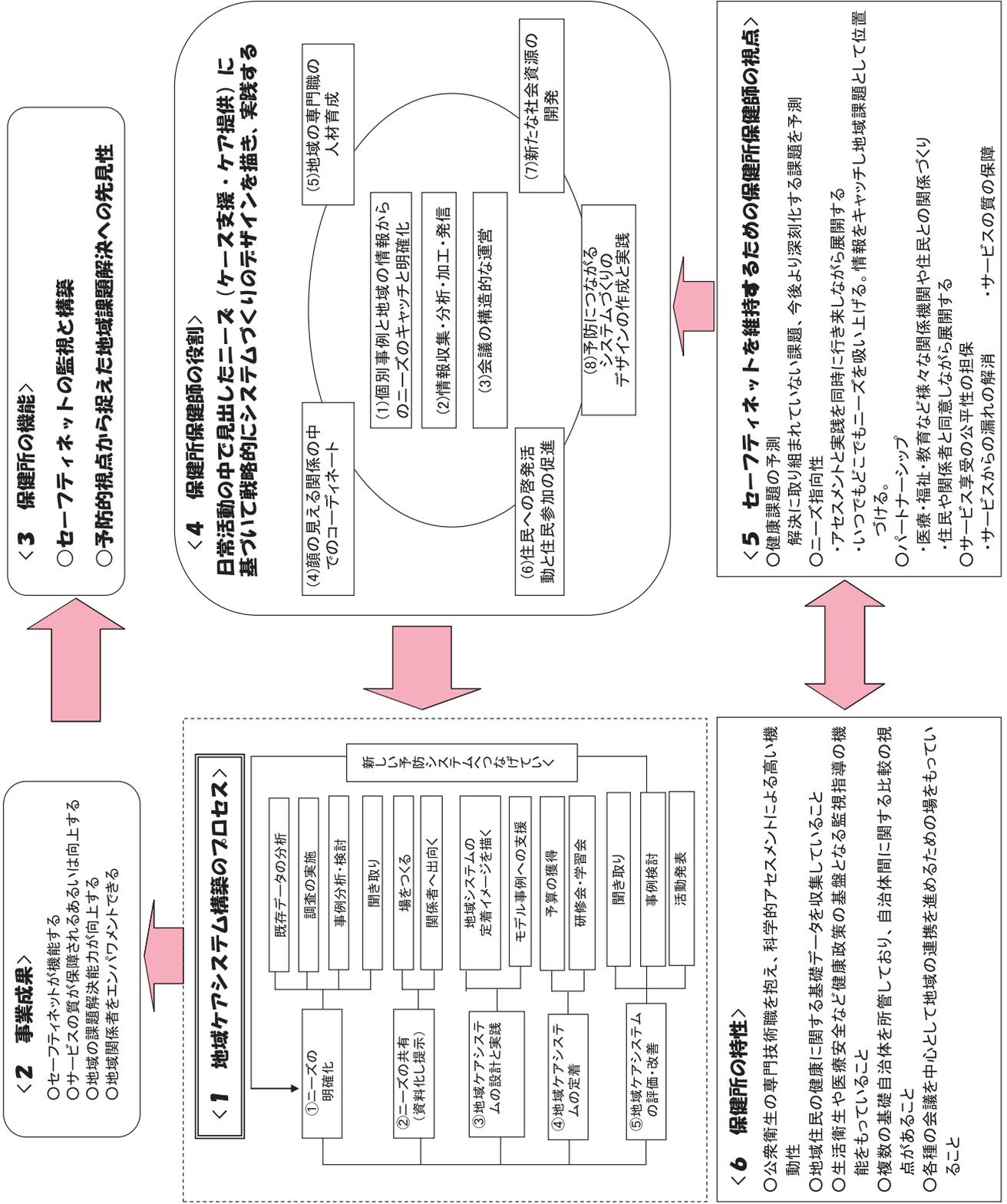
各事例が達成した〈2 事業成果〉を整理すると、セーフティネットが機能する、サービスの質の保障あるいは向上、地域の課題解決能力の向上、地域関係者のエンパワメントの4点があげられた。そしてそれらの成果から、〈3 保健所の機能〉として、以下の2点が抽出された。1点目が、セーフティネットの監視と構築である。これは、住民の健康な生活を支えるさまざまなセーフティネットが機能しているかをモニタリングし、改善する役割である。2点目は、予防的視点から捉えた地域課題解決への先見性である。すなわち、今後浮上するあるいはより深刻化していくことが予測される健康課題を見出し、その解決に取り組むという役割が抽出された。

ここでいう「セーフティネット」とは、すべての住民が健康な生活を送ることができ、

「well-being」がなされるということや生活基盤を整備することであり、医療的な側面や福祉的な側面も包含する「健康」と「暮らし」を守ることを意味する。そして、今後予測される健康被害から人々を守る一次予防的な側面からの係わりでもあった。

さらに、成果を達成するために〈4 保健所保健師の役割〉は、(1)個別事例と地域の情報からのニーズのキャッチと明確化、(2)情報収集・分析・加工・発信、(3)会議の構造的な運営、(4)顔の見える関係の中でのコーディネート、(5)地域の専門職の人材育成、(6)住民への啓発活動と住民参加の促進、(7)新たな社会資源の開発、(8)予防につながるシステムづくりのデザインの作成と実践、であった。これまで取り組まれていない課題も含めてニーズに基づいた戦略的なシステムの開拓が、保健所保健師の果たすべき役割であると考えられた。さらに、これらの保健所保健師の活動は、〈5 セーフティネットを維持するための保健所保健師の視点〉を必要とし、その背景では〈6 保健所の特性〉が活用されていた。次項以降、それぞれの要素について収集した事例を加えて説明する。

図1 保健所保健師の活動の構成要素



1) 保健所保健師が行う「地域ケアシステム構築のプロセス」における特徴

すべての事例は、①ニーズの明確化、②ニーズの共有、③地域ケアシステムの設計と実践、④地域ケアシステムの定着、⑤地域ケアシステムの評価・改善という地域ケアシステム構築のプロセスを踏んでいた。

(1) ニーズの明確化

保健師はニーズとして予測した事項について、保健所内の専門職との協力により支援の必要性(ニーズの有無)を明確にしていた。このニーズの予測は、潜在化したニーズを早期に取り上げ顕在化することでもあった。

そのために、市町村だけでは把握しきれない管内医療機関や福祉施設等の実態や保健所内にある既存データの分析をとおして、管内の社会資源のサービス提供状況についてアセスメントし、地域の解決すべき課題を検討していた。

また、ニーズの明確化に向けて、事例分析や調査、関係者からの聞き取りを実施し、その分析結果をわかりやすく資料化し、関係機関とのニーズの共有化や住民啓発用の媒体として活用していた。

(2) ニーズの共有

保健所主催の会議等を活用し、明確化されたニーズを関係機関と共有する場をつくり、組織的に話し合いを行っていた。また同時に、地域内のフォーマル、インフォーマルな会議や研究会に出向きニーズの共有に努めていた。

(3) 地域ケアシステムの設計と実践

上記のプロセスを踏まえ、解決すべきニーズと管内の社会資源のアセスメント結果をもとに、ニーズ解決のために保健所の持つ専門性を生かして、地域ケアシステム定着のイメージを描いていた。また、モデル事例への支援をとおしてケアシステムを具体的に検討し実践していた。

(4) 地域ケアシステムの定着

継続的なシステム運営のための予算の確保は、県の事業として位置づけられた場合もあるが、モデル事業として国の補助事業や研究事業を活用する等、様々な工夫が行われていた。また、専門職に向けた研修会、事例検討会、住民の学習会の定例化等により、システムの定着が図られていた。

(5) 地域ケアシステムの評価・改善

システムを評価するため、関連する会議において、現状を確認し評価していた。

また、関係機関に出向き状況を確認したり、個別の事例検討を行い、それらの結果を評価に生かすことも行われていた。

さらに、評価を行った結果について、報告書の作成や学会での発表、雑誌への投稿などで、県でその活動が位置づけられ全県下に広がった事例もみられた。

2) 活動結果から抽出された事業成果

事例から抽出された事業成果としては、①セーフティネットが機能する、②サービスの質が保障されるあるいは向上する、③地域の課題解決能力が向上する、④地域関係者をエンパワメントできる、の4点が考えられた。各事例では、これらの成果のいずれか、あるいはいくつかは達成されていた。

《コラム：福岡県京築保健福祉環境事務所》

がん患者の多くは、病状が進行するまで管外にある専門医療機関に通院し、在宅サービスの利用が間に合わないという状況が多くみられた。そこで「地域在宅医療推進協議会」において、がん患者の在宅療養の課題について検討することで、地域のネットワークの素地ができた。また、がん患者の病状の進行の早さを協議会の構成メンバーである介護保険担当者に伝え、認定前から暫定プランで介護サービスが受けられるよう調整を行った。また、管外にある専門医療機関の医師や医療連携室のスタッフには、ケースの連絡調整を行う際にも、早期に在宅療養の体制を整備する必要性について説明し、共有した。さらに本事業では関係機関への研修も実施されており、地域の関係機関のエンパワメントも視野にいたれた展開が行われていた。このように、関係機関とのネットワークをつくりながら、サービスの質とともに地域の問題解決能力の向上にむけて働きかけていた。

《コラム：秋田県山本地域振興局福祉環境部（能代保健所）》

身近な地域で起こった児童殺害事件による住民の精神的影響への対応について町の保健師から保健所保健師は相談を受けた。保健所保健師は、日常の生活基盤が大きく揺るがされる状況に即応し、地域住民の心の健康への支援を行った。このように突然の事件に対する町の保健師の SOS をキャッチし、タイムリーに支援を行うことで、セーフティネットが機能したと考えられる。さらにこれらの活動から地域住民のつながりが強化され、地域のエンパワメントが促進している。

3) 保健所保健師が果たしていた役割

ヒアリング調査事例の地域ケアシステム構築のプロセス全体を通して、保健師が果たしていた役割について、以下に総括的に記述する。

(1) 個別事例と地域の情報からのニーズのキャッチと明確化

保健所保健師は、活動のあらゆる場面で、ニーズをキャッチし、明確化する役割を果たしていた。すなわち、個別事例への支援や事業などの日常活動の中で自ら、または市町村保健師や関係機関の職員の言動から、公衆衛生の専門職としての判断をもとに必要な健康ニーズをキャッチしていた。さらに、保健所の特性を生かし、様々な公衆衛生の専門職の意見を取り入れて、科学的な根拠にもとづき集約した事例やデータ等をアセスメントし、地域の課題を見出していた。また、キャッチしたニーズをより客観的な根拠をもって示すために、調査を企画し実施していた。いくつかの事例では、所内の専門職と協働してより広い視野からの調査が企画され、その結果の分析においても、的確な資料が作成されていた。

またニーズを明確にするプロセスでは、事例や関係機関との関わりを通して、地域における社会資源の状況、サービス提供状況、連携状況等をアセスメントしていた。この社会資源のアセスメントにおいては、保健所が有する既存の統計データや医療機関等の監視業務から得たデータが生かされていた。また、社会資源の偏在など、単一市町村では捉えられない、広域的な地域課題に対して鳥瞰的な視点を持つことによって、よりニーズが明確になっていた。

《コラム：島根県出雲保健所》

県立精神病院の病床数削減に伴い長期入院患者の退院が迫られることを予測し、保健所が精神障害者の地域生活支援のためのネットワーク化に取り組もうということになった。

まず、保健所としては長期入院患者への意識調査を行った他、県内入院施設のある病院職員に対する地域支援体制実態調査、圏域の精神障害者社会復帰施設の活動状況や支援職員の配置状況などを調べ、また保健所で実施している家族会や患者会の活動状況も整理し地域課題を明らかにした。

(2) 情報の収集・分析・加工・発信

保健師は必要な資源や人材、支援のためのスキルについて、過去の活動や文献から情報を得てシステム構築に生かす役割を果たしていた。特に関係機関と目的共有を図るために、事例を集約・分析・加工して、情報を発信している場合が多く見られた。

また、関係機関や住民に対して、知識の普及や啓発を行うために、地域の情報を図表化する等理解しやすい媒体に加工し、情報を発信していた。

《コラム：高知県中央東福祉保健所》

保健所は、在宅療養体制が充分整備されていない地域の現状から、医療から在宅への連携や在宅を支えるネットワークづくりの取り組みを実施した。保健師は、住民の視点を重視し、地域の状況に応じた仕組みづくりを行うために、療養者への訪問による聞き取り調査を行った。そして調査結果から地域課題を検討するための資料を作成し、市および医療機関との在宅ワーキングで課題を検討した。さらに在宅療養者及び介護者、居宅介護事業所、訪問看護ステーション、特養ホームへ出向いた実態調査により、医療との連携の課題を明確化した。

(3) 会議の構造的な運営

保健師は保健所が持つ会議の構造的な運営を中心となって担っていた。

ニーズの共有やシステムの設計、評価などシステムづくりの各段階で、保健所主催の会議が位置づけられ、保健所の企画案を基に検討されていた。また、基本となる会議の下にワーキンググループ的なチームをつくり、そのチームが実際の企画運営にあたる場合もあった。このようにケアシステムの構築過程において、保健師は会議を構造的に運営し、ニーズの共有からシステムのデザインや評価を行っていた。

会議場面においては、会議の参加者同士の交流から相互の信頼関係づくりを行う方略を考え、活発な協議ができるようファシリテートする役割も果たしていた。

《コラム：さいたま市保健所》

精神障害者退院促進事業では、運営委員会(年1回以上:所属長レベル、事業計画・評価・課題整理)、退院支援連絡会(年4回以上、実務者レベル、退院支援に必要な取り組みの検討と検証(検討に際しては課題別にワーキンググループを設置))在宅ケア会議(必要時、対象者の担当、具体的な支援の協議、退院支援計画策定)の3つの会議をそれぞれの目的にそって運営を行うことで効果的な事業の展開が行われていた。

(4) 顔の見える関係の中でのコーディネート

今回収集された事例では、保健師は日常の活動で関係機関や地域に出向き、顔と

顔の見える関係で状況を確認することで信頼関係を築いていた。

地域ケアシステムを構築していく際に、関係機関や関係職種等によってニーズの捉え方やシステムの運営上の役割認識について、様々な考えが出される。立場の違う関係者が共通目的に向かって連携を図り、役割を分担するために、お互いの役割や立場を十分理解した上で各々の意見が尊重されるよう細かな配慮が必要である。保健所保健師は、日頃の活動からその役割や立場を把握している、あるいは積極的に関係づくりを行っていることから、関係機関同士をつなぐコーディネータ役を担っている事例が多かった。

また、まだ関係性が十分取れていない機関や人々に対しては、その場へ出向き、その機関や人々の状況や意見を聴衆し、関係づくりを行いながらシステム構築に理解と協力を得ていた。

《コラム：福岡県京築保健福祉環境事務所》

神経難病・がん末期患者、家族の在宅療養のための地域ケアシステムづくりにあたって、保健師はこれまで築いてきた難病の在宅療養のネットワークを基盤に展開した。具体的には、連携在宅医療に熱心に取り組んでいる診療所の医師をキーパーソンとして、企画段階から相談をしながら進めた。さらに、関係機関に事前に出向き課題の聞き取りを行い、情報収集とあわせて、新たな取り組みに向け顔の見える関係を重視したコーディネートを行った。また、関係機関によって行われているインフォーマルな在宅療養の研究会にも保健師は参加し、地域の関係者との関係づくりとより緊密なネットワークづくりを基盤に事業を推進した。

(5) 地域の専門職の人材育成

保健師は管内の専門職の人材育成を担っていた。具体的には、新規事業等に対する説明や支援の充実を図るために、事例検討会や研修会を開催していた。このような保健所保健師の専門職への働きかけは、地域の課題と連動しており、これらの教育的機能をとおして地域ケアシステムの質の担保が図られていた。

《コラム：茨城県ひたちなか保健所》

保育所・幼稚園で対応に困っている発達障害児の適切な指導と療育支援を行うため、保健所の専門職が保育所・幼稚園に出向き、巡回発達相談を実施した。その結果、子どもの特性を保育士・幼稚園教諭、および親、保健師(市・村)で共有されるようになった。このため、必要性がある子どもについては所内の発達相談に保育士や幼稚園の教諭も一緒に来て利用されるようになり、より充実した支援が可能となった。さらに、保育士の発達についての観察力が強化され、3歳未満の気になる子の相談希望が増加した。

《コラム：兵庫県三木健康福祉事務所》

市町合併後、保健師の分散配置が加速し、市役所内部の保健師の連携体制や人材育成などの課題が表出した。保健所は、県事業を活用し、市と協働して、保健師の活動に関する研究調査を実施した。その結果、市の保健師自らが保健師間の連携体制構築に向けた取り組みに発展させ、「保健師のあり方検討会」の発足にいたった。

(6) 住民への啓発活動と住民参加の促進

保健師は、地域ケアシステムの効果的な利用の促進やそのニーズの発生予防としての意識啓発を目的に、住民に対して啓発活動を行っていた。

また、地域の NPO 等と協働して企画案を作成したり、会議で住民や当事者の声を聞きシステム運営に生かすなど、住民参加を意図し今後の活動につなげている事例があった。

《コラム：茨城県つくば保健所》

医療安全体制の整備に関する企画段階から、保健師は NPO 法人「市民のための健康・医療ネットワーク」に意見を聴き、住民と協働して事業を推進した。また、事業内容においても、医療機関関係者と弁護士、消費者生活センター、住民代表からなる「医療相談検討委員会」を設置し、住民参加のもと課題や事業の検討を行い、医療に関する情報を医療従事者と患者が共有する仕組みづくりが進められた。さらに、地域住民を対象とした「医療の勉強会」の開催、医療相談事例集(「地域住民向け事例集」および「医療機関向け事例集」)の作成などにより、住民向け啓発や住民患者の医療への主体的参加が促進された。

(7) 新たな社会資源の開発

地域ケアシステム構築の中では、様々な資源が開発されていることも多くみられた。例えば茨城県つくば保健所では、医療相談事例集を作成していた。山口県宇部健康福祉センターでは、地域連携パスを行うためのツールの開発を保健師が中心となって行っていた。

《コラム：山口県宇部健康福祉センター》

医師会や医療機関から脳卒中地域連携パスの取り組みについて相談をうけ、急性期から維持期まで含めた切れ目のない支援体制づくりを目指した。そのため、既存の会議（宇部・小野田圏域地域リハビリテーション協力機関連絡会議）を活用し、地域連携のあり方や各機関の役割等について検討を重ね、平成20年度には「脳卒中地域連携パス検討会」を設置した。検討会では、病態・病期ごとの保健・医療・福祉関係者の役割分担やサービスの連携内容を定めた地域医療連携パスモデルを開発し、地域への普及を図り一貫した継続的なケアの提供体制の整備を推進した。

(8) 予防につながるシステムづくりのデザインの作成と実践

保健師はニーズから課題を明確にし、その課題解決を図るために、管内社会資源を顧みて、地域ケアシステムのデザインを描いていた。その際に、常に一次予防の視点をもってシステムの検討がされていた。また、一次予防のために、システムの中に住民に対する啓発活動が組み込まれていることが多かった。保健師は、これらのシステムづくりの一連の流れを、ニーズキャッチの段階から関係機関とのネットワークを構築しながら戦略的に展開していた。

さらに保健師は、地域システムづくりを担うと同時に、ケースへの援助者であることから、地域ケアシステム構築後はそのシステムを活用して、個別支援を行いシステムの効果を検証する役割を果たしていた。

《コラム：島根県松江保健所》

管内地域は、糖尿病の有病率が高いことから保健所、市町、医療機関等からなる糖尿病対策のための協議会を発足し活動してきた。保健所保健師は市町保健師と一緒に地域に出向き課題を共有し、協議会を基盤にして糖尿病対策を強化した。その結果、登録システムの開発、地域医師間の連携・協力体制の強化、糖尿病管理マニュアルの作成、コメディカルスタッフ向け研修等による管理システムの構築を行った。さらに、小学校区単位で設置した健康推進会議を基盤に住民の健康づくり対策も並行して実施し、一次予防から三次予防まで担う地域ぐるみの糖尿病対策を展開した。

4) 保健所保健師に求められるセーフティネットを維持するための視点

保健所保健師に求められる中核的役割は、セーフティネットを維持・強化するための役割である。セーフティネットを維持するために保健所保健師に求められる視点として、以下の4点が考えられた。

(1) 健康課題の予測

既存データ等からニーズをキャッチして、今後起こりうる健康課題を予測して活動を展開することは、行政に働く保健師にとって重要な視点である。特に保健所保健師には管内全体を見極め、広域的な対応が必要な健康課題に関しても予測する視点が必要であった。保健所保健師は、管轄市町村間の比較が可能であるばかりでなく、複数の保健所を転勤することで都道府県内の他の地域との比較が可能であることなどから、健康課題の予測ができていた。

(2) ニーズ指向性

どの活動のどの段階でも保健所保健師の活動には、ニーズを常に指向する視点が見られた。いつでもどこでも顕在的なニーズだけでなく潜在的なニーズを情報として吸い上げたり、また、求めてこない人々にアウトリーチすることで、ニーズをキャッチして地域課題として位置づける姿があった。また、ニーズは一度把握すると終わりではなく、関係者や住民と議論を重ね、調査や分析を行う中で新たなニーズを発見し、システムを修正していくことが繰り返し行われていた。

(3) パートナーシップ

地域ケアシステムを構築するためには、地域の住民、関係機関など多種多様な組織や人とのつながりをつくっていくことが不可欠である。

保健所保健師は、指導的な立場ではなく、「パートナーシップ」を発揮することにより異なる立場の人々や関係機関と対等な相互関係を築き、試行錯誤しながら互いに信頼関係が深まり、効果的な活動が展開していた。

(4) サービス享受の公平性の担保

サービス享受の公平性を担保するとは、受けることの出来るサービスをどのような立場にある住民でも公平に受けることが保障されることである。すなわち、サービスからの漏れを解消し、サービスの質の保障を行っていくことである。収集した事例は、システムが十分機能していないあるいはシステムがない対象者に対して、サービスの公平な提供という視点で、地域ケアシステム構築に取り組んでいた。また、システムの構

築後は、評価や、サービスの修正、専門職への教育等、サービスの質を高め公平性を担保する活動を行っていた。このような視点は、保健所保健師の活動の根幹であり、こうした視点をもって、各市町村が実施している事業等をながめ、市町村へ助言を行うことが保健所保健師に求められている。

《コラム：秋田県山本地域振興局福祉環境部（能代保健所）》

精神的な二次的健康被害を予測し、それを予防するため行われた地区住民懇談会では本音を語り合い、専門職が支援する側、住民が支援される側という関係ではなく、パートナーシップで危機状態から脱することが行われていた。また、地区懇談会は当初7カ所で開催予定であったが、保健師のニーズの判断と住民の要望に沿う形で、該当地区で継続的に行うことに変更した。このことは、保健師のニーズ指向性が生かされ、事業の修正が行われたと言える。

《コラム：島根県松江保健所》

島根県松江保健所管内は、市町による予防活動、医療機関による疾病管理、患者会の発足など、各立場から積極的に取り組まれていた。しかし平成8年頃から糖尿病の医療費が増加し、医療機関や市町、保健所、関係機関からなる「糖尿病管理協議会」を発足した。「協議会」では、一次予防から三次予防までの一貫した糖尿病対策の構築に取り組み、保健所は医師会と市町の間で公平な立場からの調整役を担った。また、糖尿病治療レベルのばらつきを解消するために、協議会の下部組織である専門部会で協議し、関係機関と学習会を重ねながら糖尿病管理マニュアルを作成し、治療レベルの標準化が図られた。このように保健所は、既存のシステムを検討しより効果的なシステムをめざすとともに、公平な立場でサービスの質の管理を担っていた。

5) 発揮された保健所の特性

保健所保健師が役割を果たすためには、保健所の特性が発揮されることが不可欠であった。具体的には以下に示すとおりである。

(1) 公衆衛生の専門技術職を抱え、科学的アセスメントによる高い機動性

保健所は医師、保健師、管理栄養士、歯科医師、獣医師、歯科衛生士、食品衛生監視員、環境衛生監視員、医療監視員など公衆衛生の専門技術職および事務職から構成されており、その点が、市町村保健センターの組織と大きく異なる点である。すな

わち、公衆衛生に関わる多様な専門職として総合的視点を持ち、専門的科学的根拠に基づき地域の健康課題のアセスメントを行い、解決に取り組むことができる。換言すると、地域の課題に対して実践活動の中に調査研究事業を組み込みながら、先駆的に取り組む必要がある課題、解決策が明らかでない課題に取り組んでいくことが、公衆衛生専門機関としての保健所のもつ特性であると考えられる。

《コラム：八王子市保健所》

食品媒介感染症の発生の初動時から医師、保健師、食品衛生監視員がチームで動いていた。このチームが保育所などでは食中毒予防に重点を置いた対策だけでは不十分であることをアセスメントした。そして食中毒予防対策と感染症予防対策を総合的に取り組めるように、保育所などを対象に感染症予防講習会を感染症対策係と食品衛生係とで共同して実施した。また、本事業では小児科定点からの報告を、保健所で集計、分析、加工して週報告を行い、公衆衛生専門機関としての地域の情報発信の機能を発揮していた。また、感染症予防対策についてのアンケート調査も実施し、講習会やサーベイランス情報の活用状況に関する評価も行った。特に講習会への参加がみられない施設や情報の届きにくい無認可の保育施設には訪問調査を行い、管内の課題を分析した。さらにこれらの結果を、市の担当部署にも働きかけ、課題の共有と今後の取り組みの検討を行うなど、日常の実践活動と連動して調査事業が実施されていた。

(2) 地域住民の健康に関する基礎データを収集している

地域の健康課題分析にあたっては保健所の持っている衛生統計や各種の申請・届け出データ、社会資源に関する情報、事例から見える情報を活用していた。

地域に関する基礎的なデータを有している点は保健所が課題アセスメントを恒常的に行っていくための基盤の一つと考えられる。

《コラム さいたま市保健所》

精神障害者の退院支援事業を開始する前に、「精神保健福祉資料」調査を活用して、社会的入院患者の状況把握を行った。本調査は、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課・障害福祉課が、毎年、都道府県・指定都市に報告を依頼している精神病院、社会復帰施設の活動状況に関する調査であり、こうした既存資料を課題のアセスメントに活用していた。

(3) 生活衛生や医療安全など健康政策の基盤となる監視指導の機能をもっている

保健所は食品衛生や環境衛生、医療安全など、健康な生活の基盤を整備し改善する機能を担っている。

保健所は、住民からの健康に関する相談とあわせて、健康な生活の基盤に関わる領域についての監視指導の機能をもっていることで、それらのサービスに関するアセスメントからサービスの質の保障や改善を、住民とサービス提供者とを橋渡しをしながら、一貫して行うことができると考えられる。

《コラム：滋賀県湖東地域振興局地域健康福祉部（彦根保健所）》

食の安全・安心について事業者、消費者、行政がともに検討し、ネットワークを構築するにあたって、従来の保健所の事業でのネットワークを活用している。すなわち、事業者の立場には、食品衛生に関わる業務で連携をもっていた食品衛生協会から、消費者の立場には、健康づくり活動で協働してきた健康推進員連絡協議会からメンバーの参加を得ている。このように、食の安全に関する指導監視を行う行政（保健所）が呼びかけることで、消費者と事業者が加わった実効性のあるネットワークづくりがすすめられている。

(4) 複数の基礎自治体を所管しており、自治体間に関する比較の視点がある

保健所は広域に複数の自治体を所管しているが、管内の社会資源や健康課題の状況を比較し、地域特性に応じた取り組みを展開するための情報や視点をもっていることが、住民のサービス享受の格差を是正し、セーフティネットを維持する機能の基盤となっていると考えられる。

《コラム：高知県中央東福祉保健所》

保健所は3市3町1村を管轄しているが、医療サービスの状況、生活圏から、大きく北部地域と南部地域に分かれている。北部地域は、行政規模が小さい自治体からなり、在宅療養の体制についての課題が多くみられた。そこで、保健所は、高齢者が住みなれた所で暮らせるための地域ケアシステムづくりに取り組むこととした。入院治療から住み慣れた地域での在宅への移行をスムーズにし、在宅療養を支える地域ケアのシステムづくりを、市町村とともに進めている。

(5) 各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている

すべての事例において、活動の過程では会議の場を活用してネットワークづくりや

専門職への教育的な支援を行っていた。それらの会議のいくつかは、調査対象となった事業において新たに開始したものであるが、多くがそれまでに保健所がもっていた既存の関係機関との連携会議が活用されていた。保健所は、管内における関係機関の実務者レベルの会議から組織代表者レベルの会議まで、さまざまなレベルの会議を持っている。このような連携のための会議を持っていることは、新たな取り組みを始めるにあたって、新たな連携をつくる基盤となっていると考えられた。

IV これからの保健所保健師活動

1. 今後さらに発揮されるべき保健所の機能

保健所の重要な機能は、単一市町村では対応が困難である感染症や難病といった課題のみならず、地域住民の健康と生活を守る「セーフティネットの監視と構築」及び「予防的視点から捉えた地域課題解決への先見性」を持ち保健活動を行うことであった。すなわち、既存のケアシステムが稼働しているか、本来対象となるべき人がこぼれ落ちていないか等、地域全体の健康課題を把握し、一次予防を視野に入れた活動を展開することであると考えられる。

今後、このようなセーフティネットを充実・強化していくために「発揮されるべき保健所の機能」を以下の7点であると考えた。

1) 管轄地域の健康課題に責任を負う体制

市町村においては、法や制度にのっとり、地域住民に対して様々な保健・福祉サービスを提供するなどその役割を果たしている。保健所もその管轄する市町村の地域全体の健康課題に対して公衆衛生の専門機関としての立場から責任をもって市町村とともに重層的に取り組み、政策化していくことが必要である。

2) 基礎自治体の地理的範囲を超えた課題への対応

拡大している住民の生活圏に即した取り組みは一市町村だけでは困難でもあるので、基礎自治体の地理的範囲を超え住民の生活圏に対応できる保健所が、市町村間で受けるサービスの公平性を担保しながら広域的なシステムづくりを推進する必要がある。

3) 予防から治療、地域ケアまでの切れ目のない総合的な保健医療福祉システムの構築

脳卒中対策など地域ケアシステムのさらなる整備が必要な課題について、地域住民のセーフティネットを機能させるために、既存の施策を有効につなげたり健康資源を開発

したりすることによって、単一市町村では対応しにくい医療提供体制も含めた地域ケアシステムを予防的視点から構築することが必要である。

4) 潜在的な課題やマイノリティーの課題への積極的な対応

家族や地域福祉の崩壊により、様々な健康問題を抱えていながらも従来の公的なサービスに該当しない「制度の谷間にある者」に対する対応や、複雑で処遇困難な事例に対して積極的に対応していく必要がある。

5) 増大する健康危機に関する管理を迅速かつ総合的に推進

地域住民の健康を脅かす様々な事象に対して迅速かつ的確に対応するためには、平常時における広域的なシステムづくりや医療対策、食品衛生、環境衛生等、専門的な調整機能を強化し公衆衛生の拠点として役割を果たすことが必要である。

6) サービスの質を保証するための住民との協働

セーフティネットを充実強化するためには、保健所が広域的な保健医療福祉に係る様々な情報を住民に提供することにより、住民の積極的な参加と協働を促し、その質を高めていく必要がある。

7) 求められる人材の育成

地域ケアシステムを構築するためには、システムづくりに関わる様々な専門職の人材を育成し連携強化することが必要である。保健所は保健医療福祉に関する様々な職種や関係者に対する人材の育成を推進するとともに、今後は、教育分野や企業分野などを含めた地域ケアシステムづくりにむけた人材育成機能も求められている。

2. 保健所保健師にさらに求められる役割

市町村も保健所も保健師として求められる基本的な役割は同じであるが、活動の場により求められる事柄に違いが生じている。地域住民の健康と生活を守る「セーフティネットの監視と構築」及び「予防的視点から捉えた地域課題解決への先見性」を持って保健活動を行うという、保健所の機能を推進するために保健所保健師にさらに求められる役割は以下の4点が考えられた。

1) 地域に自ら出向き、アセスメントをすること(アウトリーチ)

自ら市町村に出向いて、住民や市町村職員、関係者などと直接対話をし現場を確認することは、住民のニーズを積極的にキャッチするために有効であるばかりでなく、ケア

システムが円滑に機能しているかについてモニタリングをする機能を含んでいる。また、新しいシステムを構築する際に積極的に住民の意見を反映したりするためにも重要である。

保健所保健師が市町村に出向く機会が少なくなってきたが、マイノリティーの課題や潜在的ニーズを発見するためには、アウトリーチの精神を生かし、市町村と重層的に活動を行うことにより、住民の生活の中から健康ニーズをキャッチし、アセスメントすることが重要である。

2) 広域的な視点で管内地域をとらえ、総合的にアセスメントすること

保健所の重要な機能は、市町村だけではとらえきれない健康課題を専門家集団としてキャッチし対応していくことである。「セーフティネットの監視と構築」を行う保健所保健師には、管内という地域全体をとらえる地域格差や健康格差の有無をマクロの視点から総合的にアセスメントすることが求められる。

保健所保健師に求められる役割は、例えば、難病やがんなど専門的な医療を必要とする療養者の在宅ケアを支える場合に、単一市町村より管轄地域全体というマクロの視点で捉えることである。そして健康課題に応じて、医療に関わる社会資源の偏在や関係機関間の連携状態などから、サービスに偏りがいないか、サービスが公平に行われているか、見逃されているニーズがないかなどを捉えることが重要である。

3) 広域的なネットワークをつくること

地域ケアシステムづくりは、地域ケアに関するネットワークをつくっていくことでもある。それは、関係者が共通理解の場をつくり、その中で話し合いを重ねることによって関係者や関係機関がつながっていくことで実現していく。保健所に求められているネットワークは、障害・難病・がんなど専門的医療や福祉との連携を必要とする場合が多く、広域的とならざるをえない。

保健所には、これまでもさまざまなネットワークを図るために有効な会議が存在し、管内の医療機関を含め会議を招集しやすい環境が存在しており、情報を共有しながら広域的なネットワークを広げていく機能がある。その中で保健所保健師は、会議等においてファシリテーターとしての役割を担うことが求められ、そのためには事前に意見調整をはかることも必要である。日頃から、保健所保健師と管内の医療機関や福祉領域の関係職種が顔と顔が見える関係づくりを行い、地域課題の解決にむけた戦略的な視点をもつことが重要なポイントとなる。また、当事者となる住民、関係機関や関係職種とパートナーシップを保ち、ネットワークを推進することも大切である。

4) 健康危機への介入とその発生予防に努めること

保健所においては、新型インフルエンザなどのように突発的に起こってくる健康問題に対応していくことが求められている。このような健康危機介入は、ニーズを的確に把握し、ニーズに合った対応を迅速に行うことが求められる。その中で保健所保健師は保健所機能を最大限に生かし、住民の生活の中で起こっている事態を早急に把握し、住民に対して情報発信し、被害拡充を防ぐことが求められている。

保健所保健師は、健康危機発生予防システム構築の中で、食品安全・医療安全・環境衛生等の問題に、平常時から住民や関係機関、関係職種への啓発活動を行い、これらの人々の気づきを導き出し、地域住民が主体的に問題解決ができるように意図的に働きかけていくことが大切である。

3. 保健所保健師の役割が発揮されるための活動体制のあり方

1) 地域の健康課題解決に保健所として責任を果たすことができる体制

生活習慣病予防対策など、法的に市町村の責務として位置づけられている保健福祉行政サービスに対しても、保健所の責務として、広域的専門的立場から、積極的にその役割を担うことが重要である。

そのためには、保健所の組織体制として、疾病やライフステージ単位の業務分担制や課単位の保健師の分散的な配置であっても、市町村相談窓口担当保健師を明確にし、管轄地域全体の健康課題をアセスメントできる体制づくりが必要である。

これら、保健所機能を発揮するためには、関係者との間で顔と顔が見える関係や地理が把握できる範囲等機動力が発揮できる一定範囲の広域性を担保する必要がある。

2) 政策実現や地域の健康課題解決等状況に応じた柔軟な体制

地域保健対策の推進に関する基本的な指針において、企画及び調整部門の機能強化を図ることが示されている。多くの保健所に企画及び調整部門が設置されているが、独立した企画及び調整部門だけでその機能が発揮されるものではなく、実践の場があって初めて地域課題に応じた企画及び調整機能を発揮することが可能となる。

保健所機能を総合的に発揮していくためには、企画及び調整部門と事業担当部門との連携やすべての業務に企画及び調整機能を位置づける事が必要である。また、地域の健康課題が複雑・多様化する中、ニーズに応じた対応を行うためには、既存の体制だけではなく、保健所長及び統括的立場の保健師によるリーダーシップのもと、地域課題に応じた所内横断的なプロジェクトチームを立ち上げる等柔軟性のある活動体制が求められる。

3) 保健師の活動を支える現任教育体制

現在の保健所保健師の活動体制は、業務分担制や分散配置が多くなり、地域全体を見る視点が十分育成されているとは言えない状況である。また、市町村に老人保健、母子保健事業等が権限移譲された後に保健師として就業した30歳代以下の保健所保健師の多くは、市町村業務が具体的にイメージできず、保健衛生業務全体として理解することが困難な状況にある。

保健所保健師が地域全体のアセスメント能力を身につけるためには、保健所内及び保健所と市町村間で定期的な連絡会等の場を持ち、各業務担当が情報を共有し地域全体の健康課題をアセスメントすることが必要である。また、地域全体の健康課題をアセスメントする上で個別ケースに対する支援能力の育成は必須であり事例検討会等を定期的に持つことも必要である。

また、分散配置が進む市町村については、平成18年度「市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書」の中で、技術的に指導調整する統括的な役割を持つ者の配置が必要であるとされている。分散配置が進む保健所においても、統括的役割を果たす保健師の配置が必要であり、各組織の管理職と協働の下、組織として専門職の人材育成計画を位置づけ、現場における教育体制を整備することが必要である。

おわりに

地域保健法施行後10年が経過し、地域保健行政を取り巻く環境は大きな転換期を迎えようとしている。地方分権の推進により身近で利用頻度の高いサービスの提供は市町村が中心に担い、保健所は、広域的で、専門かつ技術的機能の強化が求められている。保健所機能を強化するため、全国的に組織の再編が推進され保健所や保健所保健師は年々減少している。

今、改めて公衆衛生行政の中で保健所及び保健所保健師の役割を生かした保健活動とは何かアピールすることが急務となっている。

本検討会では、保健所保健師が中心的メンバーとして担当し、保健所機能を生かした事例を分析・評価し、保健所や保健所保健師の役割等について検討してきた。その結果、市町村単位では地域住民の安心・安全を守ることが困難である課題に対して、保健所には「セーフティネットの監視と構築」及び「予防的視点から捉えた地域課題解決への先見性」の役割があり、保健所保健師には、個別ケース支援やケアの提供等日常的な活動の中で見出したニーズに基づいて地域の特性に応じたシステムを関係機関や住民等と共につくり上げる役割を果たすことが重要であることがわかった。

本報告書では、保健所機能を生かした保健所保健師に求められる役割等について活動のポイントを提示している。この事例集を保健所保健師の皆さんの日常活動の参考にしていただき、地域特性に応じた生き生きとした保健所の保健師活動を推進していただきたい。

平成21年3月



保健所保健師活動事例

- 事例概要
- インタビューガイド
- 事例No.1～No.12

事例概要

保健所名	【事例1】 島根県松江保健所	【事例2】 高知県中央東福祉保健所
I テーマ	一次予防から三次予防まで担う地域ぐるみの 糖尿病対策	地域ケアや医療連携を基盤とした関係機関や住民を つなぐネットワークづくり
II 事例概要	以前から基本健康診査の結果、糖尿病有病率が高く、保健師による予防活動や医療機関による疾病管理、患者会の発足等糖尿病対策の先進的領域であったが、地域における糖尿病対策をより有効に推進するために、医療機関・行政・関係職種・団体が連携を図り、予防から治療まで一貫した糖尿病対策を構築した事例	高齢化率40～50%の地域 共働き世帯が多いことや在宅療養機能が十分整備されておらず、医療計画の中でも在宅医療が大きな課題であった 医療制度改革を踏まえ、地域課題に応じた医療から在宅への連携や在宅を支えるネットワークづくりを目指し、取り組みを始めた事例
III システムづくりのプロセス ①ニーズ明確化 ②ニーズの共有 ③地域ケアシステムの設計と実践 ④地域ケアシステムの定着 ⑤地域ケアシステムの評価・改善	①保健所保健師は市町保健師と一緒に地域へ出かけ課題を共有し方向性を検討 事業検討会で市町と圏域の役割を整理し事業計画策定 ②国の地域保健推進特別対策事業を活用し課題を共有 市町と医療機関との調整を行い糖尿病予防検討会で課題共有 熱心な医師をキーに地域医師間の連携・協力体制を前進 ③市町とともに何度も働きかけ協議会が発足(市町が事務局) スタッフ会で会議運営や進行管理等案を作成した後専門部会で具体的内容を検討 ④予算は各機関の負担金形式として確保 コメディカルスタッフへの研修 住民への普及啓発 ⑤県施設の支援による評価・アンケート調査・実態調査等を繰り返しながら市町とあり方を検討	①在宅療養者及び介護者、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、特養ホームへ外向き実態調査 ②所内会議、保健医療福祉推進会議の開催 ③事例検討会を通して医療機関と課題を共有し解決に向け役割を明確化 ④推進会議での決定事項を具体化するための部会の設置 ⑤保健医療福祉推進会議で評価・改善
IV 保健所保健師の果たした役割	○1つの目標に向かって合意できるよう各立場・特徴を把握し、関係機関同士や人と人をつなぐ ○事業に対して客観的な視点で評価し、市町保健師が感じている課題を整理し、課題解決に向けた取り組みが行えるよう具体的に提案 ○地域住民の生活を基軸に、事業や訪問活動等を通して得られた社会資源等の情報や人脈をつなぎ、事業の企画・調整・運営に生かす	○リーダーである保健所長からの課題の提示を受け事業を具体的に推進 ○ニーズ調査の実施と調査結果の提供 ○事業推進に関する関係機関との調整 ○地域資源の活用
V 発揮された保健所の特性	○公衆衛生の専門技術職を抱え、科学的アセスメントによる高い機動性 ○生活衛生や医療安全など健康政策の基盤となる監視指導の機能をもっている ○複数の基礎自治体を所管しており、自治体間に関する比較の視点がある ○各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている	○公衆衛生の専門技術職を抱え、科学的アセスメントによる高い機動性 ○生活衛生や医療安全など健康政策の基盤となる監視指導の機能をもっている ○複数の基礎自治体を所管しており、自治体間に関する比較の視点がある ○各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている
VI 成果	○病診・診診連携、保健医療の連携の強化 ○糖尿病適正管理対策の流れの定着化 ○糖尿病に対する住民意識の変化 ○地区の健康づくり活動の活性化 ○コメディカルスタッフの資質向上 ○国保医療費の糖尿病費用額の削減	○保健・医療・福祉関係者の顔の見える関係ができてつつある ○保健・医療・福祉の関係者が地域ケア推進のために各々の立場での行動計画を確認・共有し実行している

保健所名	【事例3】 福岡県京築保健福祉環境事務所	【事例4】 山口県宇部健康福祉センター
I テーマ	在宅末期がん患者における24時間地域ケア推進事業	脳卒中における地域医療連携バスを活用した地域ケア体制づくり
II 事例概要	難病療養支援の地域ケアシステムづくりによりすでに構築されていた関係機関のネットワークの活用と圏域外の医療機関に主治医を持つ個別ケース支援を通して、在宅を希望する神経難病・がん末期患者、家族の在宅療養を支援する地域ケアシステム構築を目指した事例	地域リハビリテーション推進事業によりすでに構築されていた医療機関・老人保健施設等とのネットワークを活用し、脳卒中における病態・病期ごとの保健・医療・福祉関係者の役割分担やサービスの連携内容を定めた地域医療連携バスモデルを開発し、継続的な地域ケア支援体制を目指した事例
III システムづくりのプロセス ①ニーズ明確化 ②ニーズの共有 ③地域ケアシステムの設計と実践 ④地域ケアシステムの定着 ⑤地域ケアシステムの評価・改善	①企画書の段階で関係機関へ出向き地域課題を聞く、訪問看護ステーション(以下訪問看護 ST)にアンケート調査 ②訪問看護 ST 連絡会に出向き結果報告、事前に課題を整理・資料化し会議で提示、管轄外の医療機関に出向きケースを通して課題を共有 ③難病の既存事業との関連性を整理し事業を計画、会議の場で解決策を検討し実践、ケースを通じた医療機関と顔の見える関係づくり ④会議の位置づけを整理、インフォーマルな研究会に参加しフォーマルネットワークとつなぐ ⑤協議会で具体的な検討を行い解決策は事例検討会をとおして実施予定	①立入検査を活用し情報収集及び情報提供、退院状況調査を行い関係機関連携の実際を把握 ②医療機関に出向き連携バスの必要性や課題を共有、既存の会議でリハビリ連携のあり方等課題を共有、熱意ある医師との協働 ③連携バス検討会設置、作業部会で具体的内容を検討、立場や役割の違うメンバーが同じ目的に向かって取り組めるよう修正、関係機関対象の報告研修会の開催、地域住民への普及啓発 ④保健所事業の地域リハビリテーション推進事業の中の位置づけとした ⑤連携バス検討会で事例を検証しシステムを改善していく
IV 保健所保健師の果たした役割	○調査や会議を通して得た地域課題とケース支援を通して見出された具体的な課題を総合的に捉え、地域の在宅療養に関する課題を具体的にアセスメント ○個別ケース支援の過程で関係機関との連携や調整をとおしてその解決策を検討し、事例検討会でさらに地域ケアシステムへとつなぐ ○個別ケース支援と組織的な会議での検討を連動させ、地域の特性や実情に応じた具体的な地域ケアのシステム化を進めた	○別事業を通して地域課題を把握し関係機関の力量等もアセスメントし本事業に生かす ○既存事業のネットワークを活用し新たなネットワークづくりに向け人と人、関係機関をつなぐ役割 ○所属や職種等立場の違いによる役割や思いを尊重しつつ公平な立場で調整し、各メンバーがエンパワーメントされるような意図的な働きかけ ○様々な会議等や医療機関訪問等から得た課題、既存システム等の課題を統合的にアセスメントし地域ケアシステムづくりに生かす
V 発揮された保健所の特性	○生活衛生や医療安全など健康政策の基盤となる監視指導の機能をもっている ○複数の基礎自治体を所管しており、自治体間に関する比較の視点がある ○各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている	○生活衛生や医療安全など健康政策の基盤となる監視指導の機能をもっている ○各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている
VI 成果	○個別ケース支援を通してこれまでなかった管轄外のがん拠点病院等が専門医療機関の医師・MSW・地域連携室等と保健所のネットワークができた	○関係者間のネットワークが強化された ○リハビリの質や、転院・退院等に伴う具体的な課題が明確にされた ○事例を通して入院日数・各施設の役割・患者の状態や動き等の分析・評価につながった

保健所名	【事例5】さいたま市保健所	【事例6】島根県出雲保健所
I テーマ	精神障害者退院促進支援事業の展開	精神障害者の退院支援と生活支援のためのネットワーク構築
II 事例概要	民間施設や医療機関の取り組みが先行していた精神障害者退院支援について、政令市移行を機に新たなネットワークの構築や精神保健福祉体制を整備した事例	県立精神病院の病床数削減を機に、長期入院患者の退院促進を地域全体の課題として位置づけ地域ケアシステムを構築した事例
III システムづくりのプロセス ①ニーズ明確化 ②ニーズの共有 ③地域ケアシステムの設計と実践 ④地域ケアシステムの定着 ⑤地域ケアシステムの評価・改善	①精神保健福祉センター主催のフォーラムを活用、精神科病院及び生活支援センター訪問、既存データや事例検討、病状安定者調査の分析 ②事業開始前に連絡会議を設置し既存データや事例検討を通じて課題を共有、分かり易い資料作成 ③病状安定調査を継続的に実施し対象を把握、「運営委員会」「退院支援連絡会」「退院支援ケア会議」を重層的に運営、ワーキングによる課題への取り組みの具体化、試行・評価の実施 ④居宅介護支援事業所・訪問看護・宅建協会・市外事業所や精神科病院等に研修や説明会実施 ⑤社会的入院者を取り巻く環境や周辺の課題についても整理検討し新しい取り組みの実施・検証というプロセスを繰り返す	①入院患者、医療機関、社会復帰施設、高齢者施設、治療中断者、家族会・当事者活動等について実態調査、事例検討を通し退院促進の条件の明確化 ②既存の協議会を活用し関係機関でニーズを共有 ③総合的に検討する場として既存の協議会を活用、具体的対策を検討する場として検討委員会・ワーキング部会・連絡会を設置 ④予算は厚生科学研究費補助金を活用、当事者や住民ボランティア育成、住民学習会 ⑤協議会、検討委員会、ワーキング部会、連絡会で評価するしくみを重層的に実施、退院支援事業の評価指標の検討
IV 保健所保健師の果たした役割	○組織体制の先を予測し、必要なしなげを時期・方法・対象等を考慮しながら実施 ○既存データや調査等の情報を分析・整理し、会議・ワーキング・関係機関説明等に活用 ○関係機関には必ず出向き相手の意向・状況を確認しながら信頼関係を構築 ○会議に事例検討を組み込む等個別支援やノウハウを有機的に活用 ○事業対象に限らず退院支援の基盤整備を行い、更に予防的視点で新たな長期入院者を出さない仕組みづくりを展開	○個別ケース支援を通して、関係機関と顔の見える関係づくりを行い、情報収集・分析及び地域全体の課題をアセスメントし事業に反映 ○地域生活をベースにした視点で関係機関を調整 ○課題の共有化や連携がスムーズにいくよう会議を運営
V 発揮された保健所の特性	○地域住民の健康に関する基礎データを収集している ○生活衛生や医療安全など健康政策の基盤となる監視指導の機能をもっている ○各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている	○地域住民の健康に関する基礎データを収集している ○生活衛生や医療安全など健康政策の基盤となる監視指導の機能をもっている ○複数の基礎自治体を所管しており、自治体間に関する比較の視点がある ○各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている
VI 成果	○個別支援を通じた地域支援システムづくり ○個別支援を通して関係機関の相互理解が深まり具体的な実践を目指した協力関係を構築 ○民間の支援機会を含めた各機関の機能強化 ○市全体を網羅したシステムとして機能	○長期入院患者の減少(H15～17年で62名) ○長期入院患者の退院を促進するだけでなく在宅支援を充実することで入院患者が減少 ○当事者・地域住民・関係機関のネットワークの拡大と充実 ○心の健康づくりで自殺予防等一次予防へ発展

保健所名	【事例7】茨城県ひたちなか保健所	【事例8】秋田県山本地域振興局福祉環境部 (能代保健所)
I テーマ	発達障害児等を対象とした保育所等での 保健所実施による巡回発達相談	児童殺害事件における地域健康危機管理対策
II 事例概要	保育所・幼稚園で対応に困っている発達障害児の適切な指導と療育支援を行うため、保健所の専門職が保育所・幼稚園に出向き、職員及び保護者に具体的対応等について支援するとともに、母子保健の保健・福祉・教育の連携強化を見据えたネットワークづくりを実施している事例	同じ町営住宅に居住する小学生が立て続けに2名殺害され被害児の母親が逮捕される事件が発生 警察捜査やマスクミの過熱報道等により町全体が騒然となり、町保健師が住民への影響を危惧し保健所に相談 保健所は健康危機管理対応が必要な状況と判断 ネットワーク機能を生かし、タイムリーかつ的確なサポートを実施した事例
III システムづくりのプロセス ①ニーズ明確化 ②ニーズの共有 ③地域ケアシステムの設計と実践 ④地域ケアシステムの定着 ⑤地域ケアシステムの評価・改善	①母子保健・福祉ネットワーク会議や管轄市・村に出向き現状を把握 ②所内専門職と事業の方向性を検討、市・村や保育所等に出向き説明 ③既存の所内発達相談事業の拡充ではなく巡回型発達相談を企画、関係者で子どもの状況と支援状況を共有するためプログラム作成 ④県に事業報告したことにより県の新規事業として予算確保され各保健所でも実施 ⑤評価会議、既存の所内外会議を活用し状況把握、事業化に向けた意見交換等実施	①保健所長等が町へ出向き支援の相談、県教育委員会・児童相談所に情報収集・協力依頼、該当地区へ町保健師と全戸訪問 ②支援計画策定のために所内担当者会議、町との支援担当者会議の実施 ③町支援計画策定、支援者に対する研修会、各機関の役割理解及び連携強化のための会議、全戸訪問後の継続支援、ケース検討会、個別相談会の実施、住民同士のつながりをつくる懇談会の実施 ④予算の確保、同様の支援を翌年も実施 ⑤住民心の支援全体会で活動評価・今後の課題を検討
IV 保健所保健師の果たした役割	○ニーズ把握のため管轄市村に出向く ○事業の企画化に向け管轄市村、保育所等に事業説明を行い役割等調整 ○子どもの状況把握・支援内容を共有するためのプログラム作成 ○母子保健の保健・福祉・教育の連携強化の中の一部として実施することを心がけ、会議や他事業と関連させながら事業を運営	○町保健師の意向を尊重しながらサポート ○関係機関から得た情報を町保健師に伝えシステム構築に役立てた ○日頃の関係機関ネットワークを活用したサポート ○個別訪問・支援者研修会・地域ケア会議・地区座談会・個別相談所・ケース検討会等の企画や適任講師の派遣依頼等調整役 ○全戸訪問の調査用紙、住民啓発用ちらし等の作成 ○個別相談所で心の相談を担当
V 発揮された保健所の特性	○公衆衛生の専門技術職を抱え、科学的アセスメントによる高い機動性 ○地域住民の健康に関する基礎データを収集している ○複数の基礎自治体を所管しており、自治体間に関する比較の視点がある ○各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている	○公衆衛生の専門技術職を抱え、科学的アセスメントによる高い機動性 ○各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている
VI 成果	○子どもの特性を保育士・幼稚園教諭、保護者、保健師で共有されるようになった ○保健所内発達相談に保育士・幼稚園教諭の利用が増え充実した支援が可能となった ○研修やプログラム作成等により保育士の力量が向上し、気になる子どもの相談が増え早期支援が増加した	○住民及び支援者の二次的健康被害が防止できた ○住民に地域の健康課題という認識ができ住民同士の支え合う気持ちが醸成された ○支援者研修で住民への適切な対応が担保された

保健所名	【事例9】八王子市保健所	【事例10】茨城県つくば保健所
I テーマ	小児感染症サーベイランスを中心にした子どもの施設の感染症予防対策事業	医療安全対策への住民及び医療機関との協働活動の推進
II 事例概要	感染症サーベイランス事業の充実を図り、他事業と有機的に関連させることで、施設の感染症予防対策の強化、事例発生の早期キャッチ、集団感染事例の拡大予防の取り組みを実施した事例	保健所への医療相談が県内で最も多く、住民の医療に対するニーズと現状に差異があることを感じていた。医療に関する情報を医療従事者と患者が共有し、患者の医療への主体的参加を促進するため、保健所が住民と医療機関と共に医療安全体制を整備した事例
III システムづくりのプロセス ① ニーズ明確化 ② ニーズの共有 ③ 地域ケアシステムの設計と実践 ④ 地域ケアシステムの定着 ⑤ 地域ケアシステムの評価・改善	① 保育施設で集団感染が多発し施設の感染症対策が不十分な状況、保育施設を対象とした講習会で感染症対策のアンケート調査を実施 ② 医師会・小児科診療所に向き協力依頼、サーベイランス事業検討会設置、既存の会議に市担当者の参加を促し地域課題を共有、講習会でグループワークを行い情報を共有 ③ 試行期間を設け医療機関と様々な問題を調整 人員・予算の確保 ④ 検討会を設置し実績報告、事業運営等検討、既存の会議を活用しサーベイランス事業実施状況や感染症情報等を提供 ⑤ サーベイランス利用状況について施設アンケート調査、保育施設へ訪問又はアンケート調査を行い感染症対策の評価を実施	① 保健所の医療相談、住民に対するアンケート調査を分析 ② 県との調整、苦情内容の分析結果を医療機関に周知し調整、つくば地域医療相談検討会設置 ③ 業務として位置づけ、予算獲得し事業化、NPO法人と共に企画、住民対象の医療勉強会開催、医療相談事例集作成、管内病院機能情報収集及び医療相談への活用推進、医療相談検討委員会開催 ④ NPO法人主体の医療勉強会の継続実施、医療提供者側の情報交換会の継続実施 ⑤ 医療相談検討委員会で意見集約し事業の見直しにつなぐ
IV 保健所保健師の果たした役割	○事業の企画・運営・評価 ○事業の予算化 ○定点医療機関とのネットワークづくり ○感染症サーベイランス情報を基盤に、それらの情報発信と連動して感染症事業を展開	○保健所長の任命で主査保健師が事業を企画・運営 ○調査で把握できた顕在的なニーズと苦情として寄せられた潜在的なニーズの明確化とその内容から必要なことを抽出し事業化 ○アンテナを高くし、耳を傾け聞き取る姿勢がないと流されるような情報等保健所内外の他部署の情報も含めて集約・分析し事業化 ○ニーズに基づき、マニュアル作成、事例集作成、講演会の開催等により多くの住民に普及啓発活動を実施
V 発揮された保健所の特性	○公衆衛生の専門技術職を抱え、科学的アセスメントによる高い機動性 ○生活衛生や医療安全など健康政策の基盤となる監視指導の機能をもっている ○各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている	○地域住民の健康に関する基礎データを収集している ○公衆衛生の専門技術職を抱え、科学的アセスメントによる高い機動性 ○生活衛生や医療安全など健康政策の基盤となる監視指導の機能をもっている ○各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている
VI 成果	○保育施設での感染症対策が充実した ○地域の感染症情報が迅速に収集・分析・発信されるようになった	○住民と地元医療機関との間に保健所が入ることで、相互の理解を深めることにつながった。 ○医療相談対応マニュアルを整備することで相談対応の質が一定に担保された

保健所名	【事例 11】 滋賀県湖東地域振興局地域健康福祉部 (彦根保健所)	【事例 12】 兵庫県三木健康福祉事務所
I テーマ	地域における食の安全・安心ネットワークにおける 住民参加の推進	市における分散配置後の保健師間の連携支援
II 事例概要	健康危機管理体制強化のため組織を編成 健康づくり担当保健師と食品・生活衛生担当職員との協働による感染拡大防止・平常時からの発生予防対策を展開 さらに、住民参加型の食の安全・安心ネットワークの基盤整備までのきっかけづくりと推進活動を展開した事例	市町村合併後保健師の分散配置が進み、表出した市の課題について、県事業を活用し一緒に研究調査を実施したことで、市自らが保健師間の連携体制構築に向けた取組に発展させた事例
III システムづくりのプロセス ①ニーズ明確化 ②ニーズの共有 ③地域ケアシステムの設計と実践 ④地域ケアシステムの定着 ⑤地域ケアシステムの評価・改善	①疫学調査を通して発生を未然防止する対策強化の必要性を把握、自己点検チェックシートを作成し予防対策を強化 ②消費者、事業者、行政の三者連携強化による食中毒等健康被害の防止及び不良食品排除を目指し「地域食の安全・安心ネットワーク」の基盤整備のため構成団体へ出向き了解を得た ③食品の生産・製造から流通・販売・消費に至る各段階における衛生確保を図るため「地域食の安全・安心ネットワーク」の基盤の整備を働きかけている ④各担当が関係している社会資源と連携し、多くの住民に感染症予防対策の健康教育を実施 ⑤施設の自主的な感染症対策実施状況の把握、地域の食の安全への取り組み	①市へ何度も足を運び現状及び課題を説明し事業の活用を勧めた 協働でアンケート及び聞き取り調査を実施 ②国の報告書等を情報提供、市の5課長も含めた意見交換会で調査結果を報告 ③検討会を設置し、市保健師の主体的な活動として軌道にのるまで保健所が市の5課長に相談しながら事業を推進 ④検討会経費が市職員研修計画の自主グループ経費として認められた 事業の主体は市保健師とし保健所はサポートの立場 ⑤市保健師への対応を健康福祉事務所だけではなく大学等からスーパーバイズを活用できるよう支援
IV 保健所保健師の果たした役割	○感染症の知識と患者を「生活者」として見る視点を生かし地域課題をアセスメント ○感染拡大防止対策から、平常時からの発生予防対策を重視した活動に転換させた ○各担当が関係している社会資源と上手に連携し、多くの住民に対して感染症予防対策を講じた ○健康推進員連絡協議会を消費者代表、食品衛生協会を事業者代表、保健所を行政の代表とした総合的なネットワークの基盤を整備 ○関係機関の自主性を尊重しエンパワメントした	○日常業務を通して市保健師の課題や現状をタイムリーに把握、既存の事業の活用 ○国や他県等の保健師活動を情報収集し提供 ○市保健師の思いを受け止め課題を明確化 ○明確化された課題を市の上司につなぐ ○市保健師が自身の課題として取り組めるようバックアップ
V 発揮された保健所の特性	○公衆衛生の専門技術職を抱え、科学的アセスメントによる高い機動性 ○生活衛生や医療安全など健康政策の基盤となる監視指導の機能をもっている ○複数の基礎自治体を所管しており、自治体間に関する比較の視点がある ○各種の会議を中心として地域の連携を進めるための場をもっている	○複数の基礎自治体を所管しており、自治体間に関する比較の視点がある ○市町等の専門職の育成及び育成の体制整備に向けた支援
VI 成果	○組織再編により、地域における健康危機管理体制の拠点として効果的な活動ができるようになった ○地域の食の安全・安心ネットワークの設置により、事業所と住民と行政の新たなネットワークができつつある	○市保健師が市自らの課題として共通認識し横断的な連携に取り組む体制の基盤ができた ○市保健師のモチベーションが高まった ○研修会で報告したことにより県内の他市町に拡大した

インタビューガイド（保健師の「みる」「つなぐ」「うごかす」を意識する） ※(□) 予備質問

I 事業の取り組みの契機		
【契機】	<input type="checkbox"/> このタイミングで、この活動に取り組むことになったのはどうしてですか。 (□) 何かきっかけがあれば教えてください。	
	<input type="checkbox"/> 地域ニーズがあると思われた根拠や思いはどのようなことですか。	
	<input type="checkbox"/> (トップダウンによる事業の場合) 保健師として、事業の必要性についてどのように思いましたか。	
	<input type="checkbox"/> この活動に取り組む前は、どのような状況でしたか。 (□) 既存の事業やシステムはどのように機能していましたか。 (□) 既存の事業やシステムで、うまく機能していた所とうまく機能しなかった所はどこですか。 (□) そのような状況が続くと、今後どのような問題が生じると思われましたか。	
【地域ニーズの把握】	<input type="checkbox"/> 地域のニーズをタイムリーに把握するために日常から取り組んでいる事や工夫していることを教えてください。	
【市町村等関係】	<input type="checkbox"/> この事業に取り組む前は、市町村や関係機関とどのような関係でしたか。	
II 事業の展開過程		
<input type="checkbox"/> 保健所保健師として関わる必要性を判断したポイントは何でしょうか。保健師のどのような専門性や能力が生かせると思われたのですか。あえて保健所保健師がやろうと思ったのは何故ですか。		
1 所内の調整		
【課題共有】	<input type="checkbox"/> 上司や同僚・スタッフ(部下)と事業への取り組みを共有するために実施したことはこのようなことですか。 (□) 会議の設定や資料作成等工夫されたことがあれば教えてください。	
	【担当部署】	<input type="checkbox"/> この事業には、所内のどのような係や担当者が関わっていますか。
【意思決定】	<input type="checkbox"/> 職場全体の意思決定に至るまでに配慮した点や工夫した点はどのようなことですか。 (□) 職場全体の意思決定で苦労した点はありましたか。 (□) 他の係や担当者との間でどのような調整がされましたか。	
	【事業の企画化】	<input type="checkbox"/> 事業を企画化する上で、苦労された点や工夫された点について教えてください。 (□) 日常業務の調整や予算獲得等で苦労された点や工夫された点はどのようなことですか。
2 関係機関との調整		
【関係機関】	<input type="checkbox"/> この事業に関わっている機関や市町村の部署を教えてください。 <input type="checkbox"/> 関係機関や市町村担当部署にはどのように働きかけましたか。 (□) どのようなタイミングや時期に働きかけましたか。 (□) もっとも調整が難しかった機関や市町村部署はどこですか。 (□) どのような内容で調整されましたか。 (□) 調整にあたっての保健所保健師の役割とはどのようなことでしたか。	
【調整方法】	<input type="checkbox"/> 関係機関との調整のために会議を持たれましたか。それはどのような会議ですか。 <input type="checkbox"/> 有機的な会議を運営する上で工夫・配慮した点や成果、課題について教えてください。 (□) 既存の会議を活用した場合、なぜその会議を活用したのでしょうか。 (□) 会議のメンバーを教えてください。何故そのメンバーを考えられましたか。	
【会議】		

3 当事者や住民の参加	
【参加】	<input type="checkbox"/> この事業に当事者や住民は参加されていますか。
【調整方法】	<input type="checkbox"/> 当事者や住民にどのように働きかけましたか。
	(□) どういうタイミングや時期に働きかけましたか。
	(□) どのように当事者や住民と課題を共有・協働しましたか。
	(□) 当事者や住民との役割分担はどのように調整されましたか。
III 事業の評価及び成果	
【成果】	<input type="checkbox"/> この事業を実施したことで、地域のシステムがどのように変化しましたか。
	(□) この事業を実施したことで、当初の課題はどのように解決されましたか。
	(□) この事業を実施したことでできた媒体や資料、新しいサービスがありますか。
【継続】	<input type="checkbox"/> 事業が定着するために工夫した点・配慮した点などあれば教えてください。
【波及効果】	<input type="checkbox"/> この事業を実施したことで、保健所内や市町村、関係機関、地域等に広がった効果がありますか。
IV 今後の課題、展開	
【課題】	<input type="checkbox"/> この事業における課題はどのようなことだと思えますか。
【今後の計画】	<input type="checkbox"/> 今後の展開をどのように考えていらっしゃいますか。それは何故ですか。
V まとめ	
【保健所の役割】	<input type="checkbox"/> 保健所が果たした役割はどのようなことだと思えますか。
【所長の役割】	<input type="checkbox"/> 保健所長の果たした役割はどのようなことだと思えますか。
【保健師の役割】	<input type="checkbox"/> 保健所保健師の果たした役割はどのようなことだと思えますか。
	(□) 保健所保健師だからこそできたことはどのようなことだと思えますか。
	(□) 他の職種が担当した場合とどのような違いがあると思えますか。
	(□) この事業が実現した大きな要因はどのようなことだと思えますか。
	(□) 保健所保健師の専門性や必要な視点、役割はどのようなことだと思えますか。

事例No.1
テーマ：一次予防から三次予防までを担う地域ぐるみの糖尿病対策
保健所名：島根県松江保健所
I 地域の現状及び保健所の組織体制
1 地域の現状
①圏域の特性 松江市、安来市、東出雲町の2市1町で構成され、県の東部に位置。人口 253,205 人、高齢化率 24.3%（島根県全県 27.6%）。山陰地方の中心都市であり、県庁所在地でもある松江市を管轄。 第3次産業が最も多く、85%が30人以下の中小零細事業所。
②圏域の社会資源の状況 病院 18（一般 16 精神 2） 診療所 247 歯科診療所 99（平成 20 年 9 月） *安来市：病院 5 診療所 28 歯科診療所 12 糖尿病患者友の会 13（地域 11 か所 医療機関 2 か所）
2 保健所の組織体制
職員数（47名） 保健師数（9名：うち1名育休中） 管轄市町村数（2市1町） 管轄市町村保健師数（松江市 50名・安来市 12名・東出雲町 6名） 市町村合併の状況： 〈安来市〉平成 16 年 10 月に、旧安来市、伯太町、広瀬町が合併し、「安来市」となった。 〈松江市〉平成 17 年 3 月に、旧松江市、鹿島町、島根町、美保関町、八雲村、玉湯町、宍道町、八束町が合併し「松江市」となった。
組織図： *保健師配置：心の健康支援グループ課長（1名）、心の健康支援グループ（2名） 健康増進グループ課長（1名）、健康増進グループ（3名）、医事・難病支援グループ（2名）
<pre> graph LR S[所長] --- TB[] TB --- TB1[] TB --- TB2[] TB1 --- TB1_1[総務保健部長] TB1 --- TB1_2[環境衛生部長] TB1_1 --- TG[総務グループ 5] TB1_1 --- THSG[心の健康支援グループ 5 (3)] TB1_1 --- HPG[健康増進グループ 6 (4)] TB1_1 --- MDG[医事・難病支援グループ 7 (2)] TB1_2 --- ESG[環境保全グループ 9] TB1_2 --- HIG[衛生指導グループ 8] TB1_2 --- FSG[食品衛生機動監視グループ 3] style TB fill:none,stroke:none style TB1 fill:none,stroke:none style TB1_1 fill:none,stroke:none style TB1_2 fill:none,stroke:none style TB1_1_1 fill:none,stroke:none style TB1_1_2 fill:none,stroke:none style TB1_1_3 fill:none,stroke:none style TB1_1_4 fill:none,stroke:none style TB1_2_1 fill:none,stroke:none style TB1_2_2 fill:none,stroke:none style TB1_2_3 fill:none,stroke:none </pre> <p>()は保健師数</p>
参考：管轄の保健所名 昭和 23 年度～平成 9 年度：能義保健所（平成 9 年度末で能義保健所廃止） 平成 10 年度～平成 16 年度：松江保健所能義支所（平成 16 年度末で松江保健所能義支所廃止） 平成 17 年度～現在：松江保健所

II 事例概要

1 事例の展開

1) 背景

○安来能義地域（旧安来市・伯太町・広瀬町）は以前から基本健診結果で糖尿病有病率が高く、保健師による予防活動、医療機関による疾病管理、昭和 58 年には患者会が発足する等糖尿病対策の先進的な地域であった。

○隠岐郡海士町で成果を上げていた糖尿病対策を安来能義地域でも実践するため、平成 5～7 年国の「地域保健推進特別対策事業」で「伯太町」をモデル地区として実施する事を保健所が提案し、一緒に取り組む契機となった。その成果を踏まえ、健診項目にHbA1c検査等を導入し、健診後のフォローとして「健康づくりや栄養指導等」を保健所と市町が連携、協働して糖尿病対策事業を実施。

2) 契機

○平成 8 年頃から糖尿病のレセプト請求が増加。

○平成 9 年、市町「糖尿病予防検討会」を開催し、糖尿病予防の必要性について 3 市町と能義保健所とで検討。能義保健所が先導して医療機関等との調整を行い、話し合いを重ねた結果、平成 10 年に「安来能義地域糖尿病管理協議会」（以下協議会）が発足。

3) 目的

地域における糖尿病対策をより有効に推進するため、医療機関・行政・関係職種や団体との連携を図り、予防から治療まで一貫した糖尿病対策を構築し対策の向上に資することを目的とする。

4) 事業の位置づけ

(1) 「安来能義地域糖尿病管理協議会」の設置

【構成メンバー】：医師会、歯科医師会、医療機関、薬剤師会、看護協会、栄養士会、患者会、市、保健所

【経費】：構成団体からの負担金形式

(2) 専門部会の設置

【構成メンバー】：医師会、歯科医師会、医療機関、市、保健所

5) 事業内容

- (1) 糖尿病予防及び管理システムの構築
- (2) 医療機関・関係機関団体・行政機関との連携強化
- (3) 糖尿病と健康づくりに関する知識及び啓発
- (4) 研修会の実施・調査研究活動
- (5) 友の会支援

6) 実施状況

(1) 協議会全体について

①糖尿病の適正管理対策

- 登録システムの開発・管理（平成 11～19 年で 788 名登録）
- 診療情報提供書作成
- 糖尿病管理マニュアル作成
- 糖尿病手帳作成
- 糖尿病指導用教材作成
- 通信簿作成（患者の管理状況点検の結果表）

②発症予防対策

- イエローカード作成（ハイリスク者への意識づけ）
- 個別栄養相談
- 健康増進セミナー

③健康づくり

- 市町が実施する各区（公民館単位 24 か所）の健康づくり事業を基盤に活動（講演会、ウォーキ

ング推進、食育フェスタ)

④対策推進のための基盤整備

○コメディカルスタッフの資質向上に向けた研修企画・運営 ○協議会総会や専門部会開催

(2) 保健所について

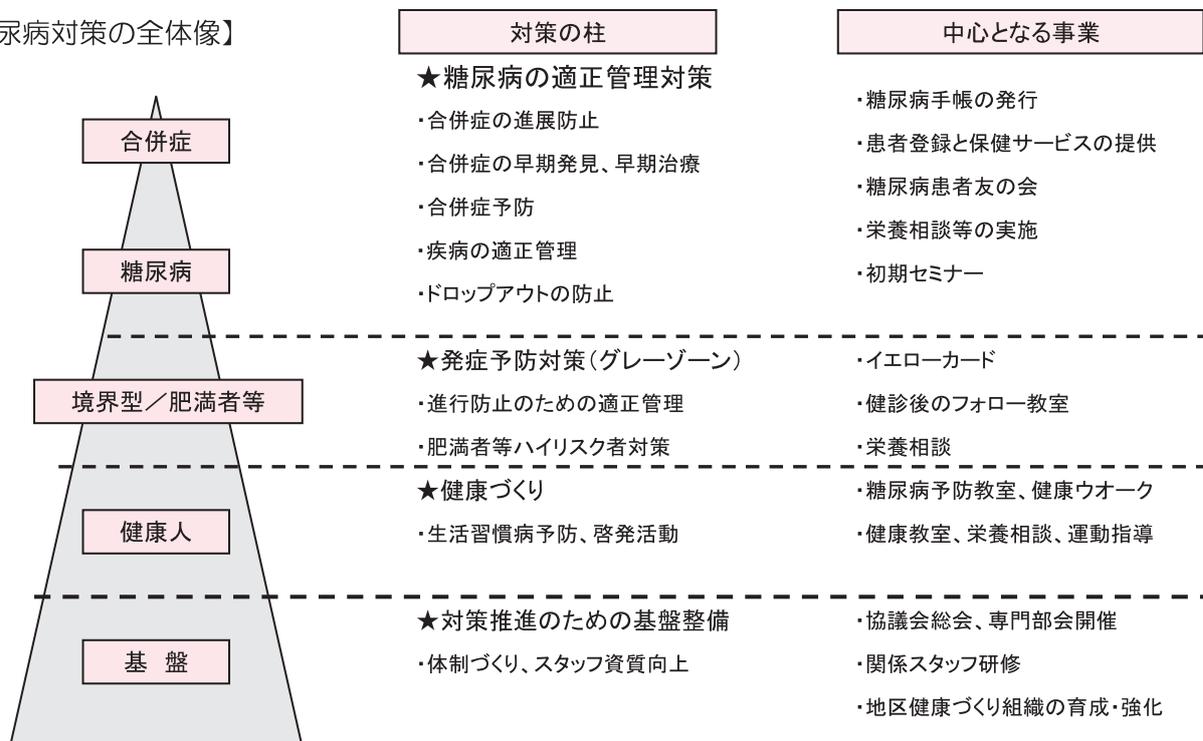
①関係機関調整

○「協議会」で出された課題解決に向け、中立公平な立場である保健所は、特に「医師会」と「事務局（市町）」間の調整役を担った。患者・家族・医師会・中核病院の医師・行政等の糖尿病関係者が一堂に介し、安来能義地域の糖尿病対策を検討する場を持つことや体制づくりの必要性を保健所（所長等）が市町とともに提案し、何度も働きかけや調整を実施。調整する中で熱心な病院医師の存在が、地域の医師間の連携・協力体制を前進させる契機となった。

○保健師が収集した地域や患者情報等を「専門部会」の検討議題とした。

- ・保健所は市とともに事務局として専門部会前にスタッフ会を行い、専門部会の運営や進行管理のたたき台等を検討した。保健所保健師は地域課題の分析や地域・患者情報を提供した。また、所内協議のもと、医師会や中核となる病院医師に対し、随時患者管理状況の把握や事業への要望・意見を聞き取る等、管内情報の収集に努めた。
- ・医師から患者の医療や生活等の情報を集約。この中で全体周知・全体協議の必要な項目と判断した場合は、スタッフ会を経て専門部会に提示した（例：治療レベルの差解消の必要性を確認→スタッフ会で検討→専門部会で協議→学習会を重ねながら糖尿病管理マニュアルを作成し治療レベルの標準化が図られた）。また、教室用教材作成等においては、住民や患者の目線で保健師・栄養士が原案を作り、専門部会で協議し完成した。

【糖尿病対策の全体像】



7) 評価

○システムの変化

- ①病診・診診連携、保健医療の連携が強化された
- ②適正管理対策の流れができ、定着してきた
- ③糖尿病に対する患者や住民の意識が向上し、偏見が少なくなった

- ④国保の糖尿病医療費の伸びが抑えられた
- ⑤地区の健康づくり活動が活性化した
- ⑥他の保健事業への波及効果があった
- ⑦スタッフの資質の向上を図ることができた

○データ

- ①平成 10～14 年国保医療費の、糖尿病費用額の増加率 1 割以上削減

8) 課題

- ①医療圏（安来市は鳥取県と隣接しており、医療圏が島根と鳥取にまたがっている）の問題と、市内医療機関の登録事業に関する理解が十分とは言えず、登録率がまだ低い（登録率 33.5%：平成 16 年 3 月末）
- ②登録の事務作業量の増加
- ③住民啓発用のツールが十分活用されていない
- ④適正管理対策が中心であり、発症予防対策（糖尿病予備軍への働きかけや肥満対策）の一層の充実強化が必要
- ⑤治療中断者対策
- ⑥広域的なシステムづくり

9) 今後の計画

- ①発症予防に重点をおいた取り組み
- ②地区健康づくり組織の育成・強化
- ③コメディカルスタッフのレベルアップや糖尿病予防対策活動への活用
- ④職域や学校保健との連携
- ⑤適正管理の点検
- ⑥「10 か年の活動」をまとめた報告書づくり
- ⑦10 年の活動結果を総括した、今後の「行動計画」の検討

2 中心となった部署（ 総務保健部健康増進グループ ） 担当者の役職（ 課長 ）

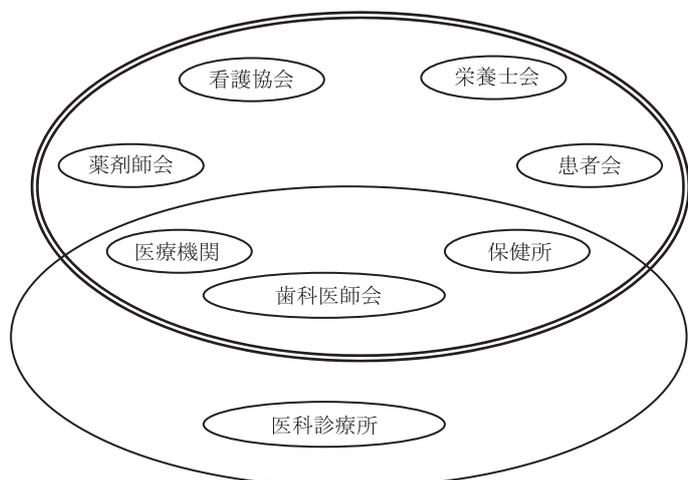
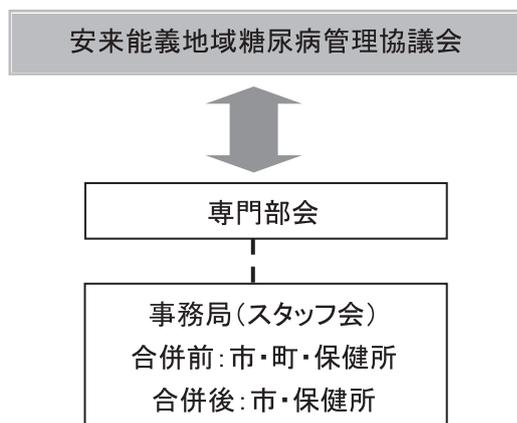
3 事例に関係した機関

- 市町村（安来市） ■本庁主管課 ■患者会 □民間団体 □一般住民
- 医療機関（病院 5 か所、診療所 6 か所） ■医師会 □訪問看護 S T
- その他（薬剤師会、歯科医師会、看護協会、栄養士会）

4 本事例における保健所機能（複数回答）

- 専門的かつ技術的拠点機能 ■情報収集・発信機能 ■調査及び研究機能
- 市町村に対する技術援助等機能 □健康危機管理機能 ■企画及び調整機能

5 関連図



6 まとめ

〈保健所の役割〉

- ①中立公平な立場で関係機関を調整（特に医療のコーディネート）
- ②事業の企画や評価（大学や保健環境科学研究所など関係機関の活用も含め）
- ③専門的立場（専門職）を活かした支援
- ④広域的なシステムづくり
- ⑤各市町村と圏域内、県内等との比較等地区分析や情報提供
- ⑥問題提起し一緒に課題を分析・評価し解決していく役割
- ⑦活用できる事業・研究等の情報提供

〈所長の役割〉

- ①主に医療機関同士や市町と医療機関の調整
- ②本事業における助言・・・糖尿病対策の課題の整理、評価
- ③市町支援

〈保健所保健師の役割〉

- ①市町と一緒に、地域住民の生活実態や課題の把握
- ②各機関の立場や特徴・動き等を把握し、関係機関同士をつなぎ、事業の企画・調整・運営を行う
- ③市町の取り組みへの推進支援と評価（それに向けての所内の協議）
- ④事業に対して客観的な視点で評価し、市町保健師が感じている課題を整理し、市町保健師が課題解決に向けた取り組みを考えられるよう具体的な提案を行う。
- ⑤地域住民の生活を基軸に事業や訪問活動等を通して得られた社会資源等の情報や人脈をつなぎ、事業の企画・調整・運営を行う。
- ⑥地域の情報を所長へ伝え、関係機関との橋渡し役となる

事例No..2			
テーマ：地域ケアや医療連携を基盤とした関係機関や住民をつなぐネットワークづくり			
保健所名：高知県中央東福祉保健所			
I 地域の現状及び保健所の組織体制			
1 地域の現状			
①圏域の特性			
<p>3市3町1村で管内人口127,357人、管内面積は1,546平方キロメートルと広大な範囲を所管。高齢化率は29.1%であり、特に管轄北部に位置する中山間の嶺北地域では、高齢化率52.0%の町を筆頭に平均44.6%と高齢化及び過疎化が進行している。管轄南部に位置する平野部の南国市・香南市・香美市は、高知市に隣接してベッドタウン化し、より発展の可能性のある地域である。管轄の北部地域と南部地域では、行政規模の格差が拡大しており、また、両地域は行政圏・生活圏・商圈・通学圏・通勤圏など地域のつながりは少ないため、地域の特性に応じた支援が求められている。</p>			
②圏域の社会資源の状況			
<p>管轄北部の嶺北地域では、病院3か所、診療所6か所、介護3施設281床、ケアマネ事業所8か所 管轄南部の南国市・香南市・香美市では、病院18か所、診療所68か所、介護3施設1,219床、訪問看護ST5か所、ケアマネ事業所32か所 管轄内の北部と南部では、医療介護サービスに関しても格差がある。</p>			
2 保健所の組織体制			
職員数（54名） 保健師数（11名） 管轄市町村数（3市3町1村）			
管轄市町村保健師数（57名）			
市町村合併の状況：			
平成18年2月に3か町村が合併し1市に、平成18年3月に5か町村が合併し1市となり、現状となった。			
組織図：			
<p>所長</p> <p>保健監 (保健所長)</p>	<p>地域支援室長</p> <p>次長(総括)</p> <p>次長</p>	<p>地域支援室 (5名)</p> <p>総務保護課 (10名)</p> <p>健康障害課 (17名)</p> <p>衛生環境課 (18名)</p>	<p>地域支援担当</p> <p>地域ケア担当</p> <p>保護担当</p> <p>総務担当</p> <p>健康増進担当</p> <p>母子児童担当</p> <p>障害保健福祉担当</p> <p>医事感染症担当</p> <p>食品保健担当</p> <p>検査担当</p> <p>環境担当</p>
平成20年4月1日現在			

II 事例概要

1 事例の展開

1) 背景

高齢化や過疎化が進む本県では、一人暮らしや高齢者のみの世帯が多いことや共働きなど家庭の介護力が弱いことから療養病床や特別養護老人ホームなど施設内での医療や介護サービスに頼ってきたため、在宅療養を望む住民ニーズに応じた自宅や住まいで高齢者を支えるための在宅医療や地域ケアの仕組みづくりが大きな課題であった。

2) 契機

(1) 平成 18 年度に医療制度改革を踏まえ、嶺北地域の公立病院が地域ニーズに対応した医療機能や地域包括医療の検討を行うために、地域包括医療推進会議を開催したが、一病院の役割だけを考えるのではなく、地域ケアのあり方や医療福祉をトータルに検討していくことが必要であることを確認。今後地域ごとの医療福祉体制の課題や対応策を検討するためには、福祉保健所の調整機能が期待された。

(2) 管轄内での嶺北地域と 3 市では地域課題は異なり、同じように事業を展開することは困難であるため、2 つの地域に分けて地域ケアや地域連携の取り組みを進めていくこととなった。

※以下は 3 市での取り組みを中心に報告する。

3) 目的

いつまでも高齢者とその家族が住み慣れたところで幸せに暮らせる為に地域ケアを構築する。

4) 目標

- (1) 地域の見守りや支え合いのための仕組みをつくる。
- (2) 在宅への退院・退所をスムーズにするための仕組みをつくる。
- (3) 在宅生活を支えるための仕組みをつくる。

5) 事業の位置づけ

県の設定した第 5 期保健医療計画や地域ケア整備構想の一貫

6) 事業内容（経過）

平成 19 年度からは県福祉保健所に、地域課題を捉えて住民の視点を重視し地域にあった仕組みづくりに取り組むために、新たに地域支援室が設置されて医療制度改革所内体制の総合調整を担当。管内 1 市の関係機関と協力して在宅医療ワーキングを開催し事例検討等を行い、医療から在宅への連携や在宅を支える仕組み等の現状把握や課題を検討。

平成 20 年度は居宅介護支援事業所や訪問看護ステーションの実態調査を行い、医療との連携の課題を把握。また保健医療福祉推進会議を開催し、関係者や住民が目指す地域の姿や取り組み方針を確認したうえで意見を出し合い、地域ごとの具体的な取り組みをすすめていくための行動計画を作成中。福祉保健所は、地域ケアや医療連携を基盤にした関係機関や住民をつなぐネットワークづくりの先導的役割への期待に応えようとしている。

7) 結果

- (1) 地域の見守りや支え合いのための仕組みをつくる。
 - ・介護の相談窓口や認知症についての住民理解を進める為に啓発劇を企画し、今年度実施する段階である。劇は住民自主劇団グループを中心に家族会等の協力も得て、実行委員会を立ち上げ制作中。
- (2) 在宅への退院・退所をスムーズにするための仕組みをつくる。
 - ・土佐長岡郡医師会では、在宅復帰支援システムにモデル的に取り組みを開始。

- ・老人保健施設では、入所者の中で家に帰れる人のニーズ把握を行い、在宅復帰への取り組みを開始。
- ・福祉保健所では、医療機関での退院前カンファレンス実施調査。

(3) 在宅生活を支えるための仕組みをつくる。

①連携のしくみづくり

- ・医師会、歯科医師会、薬剤師会、福祉保健所の各々が連携の仕組みづくりにおける役割を明らかにし、その実現に向けて取り組んでいる。

②関係者の資質向上のしくみづくり

- ・医師会、薬剤師会、ケアマネージャー連絡協議会、看護協会地区支部、老人保健施設協議会、地域包括支援センター、福祉保健所の各々が、構成員やその施設のあり方や役割を明らかにし、実践を始めている。

8) 課題

現在、各関係機関がやっと同じテーブルについた状態であり、今後どう有機的に繋げて機能を発揮できるようにしていくかが課題である。事業を進めて行く上で保健所として住民の声を直接聞く機会が必要であるが、市町村と連携しながらどのようにすすめていくのか課題である。

2 中心となった部署（ 高知県中央東福祉保健所地域支援室 ）担当者の役職（ 室長 ）

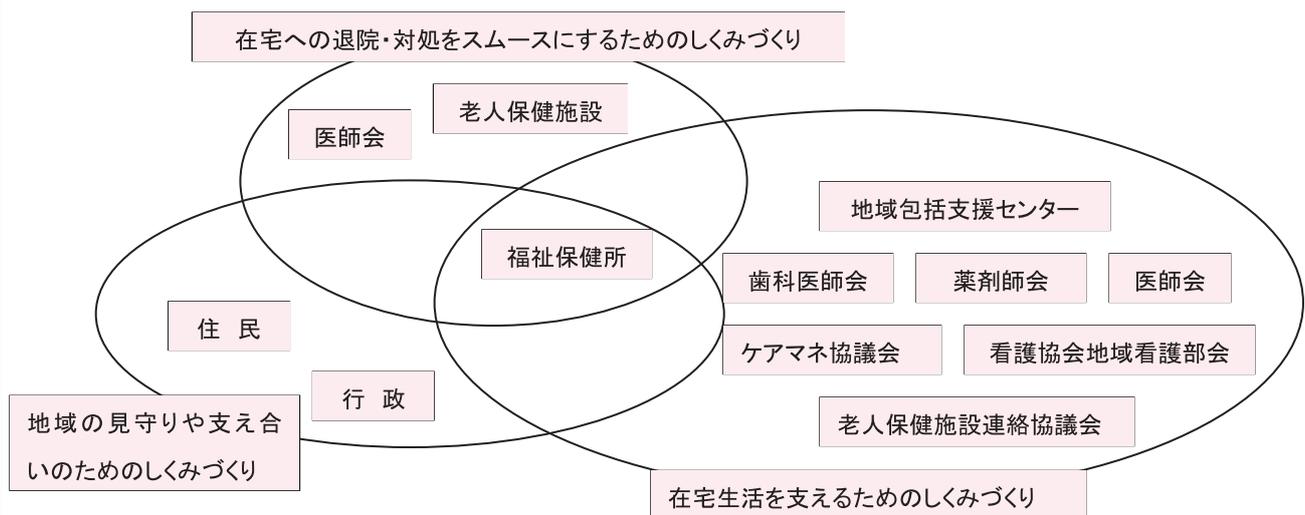
3 事例に関係した機関

- 市町村（3市） ■本庁主管課 □患者会 ■民間団体 ■一般住民
- 医療機関（病院 18 か所、診療所 68 か所） ■医師会 ■訪問看護ステーション
- その他（居宅介護支援事業所 32 か所）

4 本事例における保健所機能（複数回答）

- ▼□専門的かつ技術的拠点機能 ■情報収集・発信機能 ■調査及び研究機能
- ▼□市町村に対する技術援助等機能 □健康危機管理機能 ■企画及び調整機能

5 関連図



6 まとめ

〈保健所の役割〉

- ①3つの市にまたがって組織されている「医師会」「歯科医師会」「ケアマネ協議会」「看護協会地区支部」など対する広域的な連絡・調整を実施しケアシステム構築の推進役割を果たした。
- ②県庁の担当と連携を取り、県の設定した第5期保健医療計画や地域ケア整備構想の一貫として事業を位置づけた。
- ③新しい課題を発見した時に、調査を実施し課題を明確にしていった。

〈保健所長・医師の役割〉

- ①医師という専門職の立場から、関係病院との繋がりが深く、地域の課題をいち早く実感することができた。
- ②課題を保健師に投げかけたり、関連機関との話し合いの場を設定したり、リーダーシップを発揮し、常に事業を推進する役割を果たしている。
- ③ケアシステムを図解しパンフレットを作成するアイデアを出し、分かりやすく、関係機関・関係職種に周知する方向を示した。
- ④県庁の担当職員との連絡・調整を行い、事業を推進した。

〈保健師の役割〉

- ①リーダーである保健所長の指示の元で、課題を解決する具体的な役割を果たした。
 - ・実際に療養者の自宅に訪問し聞き取り調査から実態を明らかにするとともに、その内容を生活者のしづらさから課題を整理し、関係機関とのWGで検討する資料を作成した。
 - ・WGや検討会の中で明らかになった新たな課題について、実際に事業所等に出向いて調査を行い、新しい課題を明らかにする役割を果たす。
- ②保健師自身が一人の生活者として感じている在宅ケアの課題を元に、実際の課題を明らかにする視点とした。一般論としてのあるべき在宅ケアの姿が、管轄地域の住民にも当てはまるのかなど、住民の視点に立って検討する役割を果たす。
- ③高知県は平成9年3月まで駐在保健師制をとっていたため、市町村保健師とは同じ市町村で勤務する経験を持つ保健所保健師もいるなど関係づくりができており、本システム構築に関する活動においても、気軽に情報交換や情報提供が実施できた。
- ④WGのメンバーの選定、検討会へのメンバーの選定、啓発劇を依頼するメンバーの選定など、日常的に把握している地域の人材を活用し、より適切なメンバー構成にすることを可能にした。また、直接市民に関われない場合には、住民の生活状態をよく把握している包括支援センターの職員から情報を得た。
- ⑤訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所のヒアリングは全数調査し、その調査項目の検討から実際のヒアリングまで全て保健師が行った。
- ⑥他職種による研修会・事例検討会の仕掛けづくりを保健師が行った。現在は、方針が決まり職種を超えてやりとりをしている。

事例No.3

テーマ：在宅末期がん患者における24時間地域ケア推進事業

保健所名：福岡県京築保健福祉環境事務所

I 地域の現状及び保健所の組織体制

1 地域の現状

①圏域の特性

行橋市、豊前市、京都郡（苅田町、みやこ町）、築上郡（吉富町、上毛町、築上町）からなり、人口は19万人である。産業は、製造業が中心であるが、中小零細企業が多い。

②圏域の社会資源の状況

地区医師会2か所、難病協力医療機関5か所、訪問看護ステーション15か所
また、結核病棟、小児病棟等の専門医療施設がなく、三次医療（高度医療）は北九州、中津の医療圏域に依存している。がん専門医療機関も管内にはなく、ほとんどのがん患者は北九州市に通院している。
しかし、管内には、在宅医療に熱心なA診療所があり、A診療所長は県の在宅推進協議会のメンバーでもある。

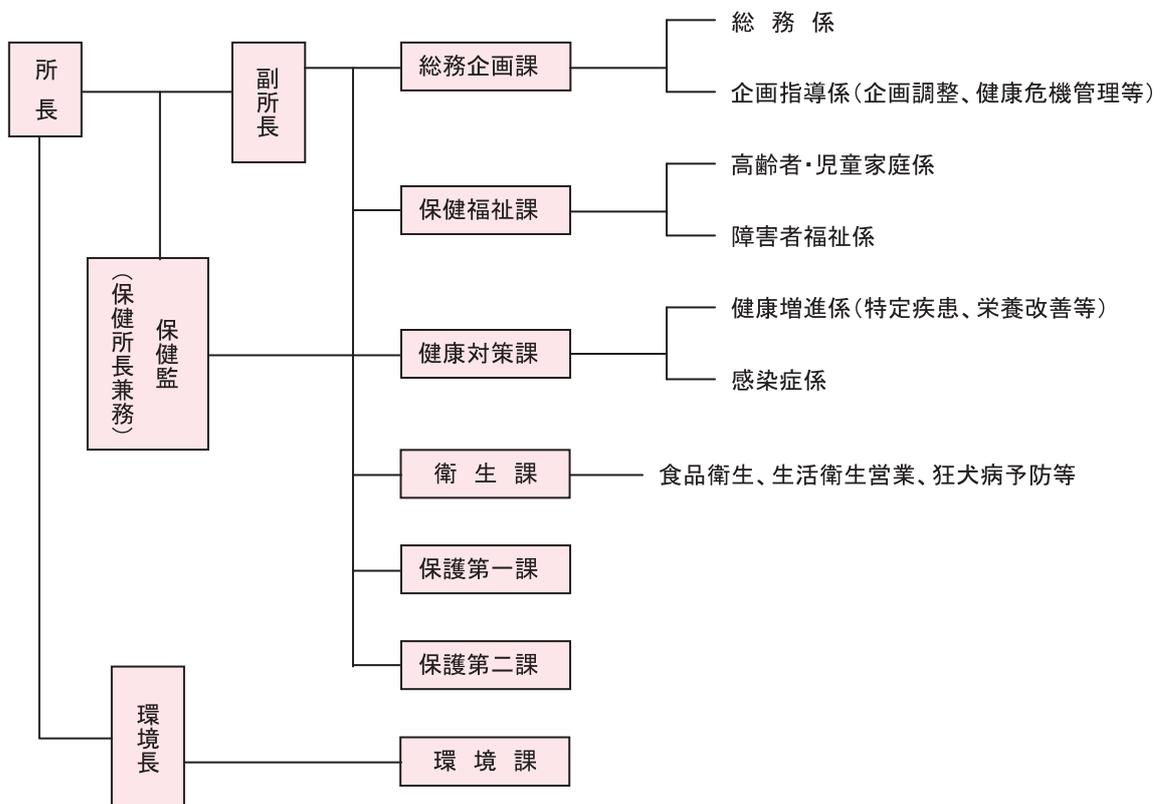
2 保健所の組織体制

職員数（93名） 保健師数（12名） 管轄市町村数（2市5町）

管轄市町村保健師数（47名（嘱託3名を含む））

市町村合併の状況：平成16年度までは、2市7町2村であったが、平成17年度に2村が1町に、平成18年度に5町が2町に合併し、2市5町となった。

組織図：



II 事例概要

1 事例の展開

1) 背景

京築保健福祉環境事務所では、平成 4 年より難病在宅療養支援に関わる地域ケアシステムづくりを、「在宅療養支援計画策定・評価事業」によって進めてきていた。その結果、管内の難病協力医療機関5か所及びそれらの協力医療機関と連携している訪問看護ステーション、居宅介護事業所を中心とした在宅支援ネットワークが構築されていた。

管内に在宅医療に積極的に取り組んでいる A 診療所があり、難病の療養支援をとおして保健所との信頼関係役割分担が形成されていた。

2) 契機

福岡県では平成 17 年度から平成 19 年度まで、訪問看護ステーションへの人件費補助を含む「24 時間訪問看護推進モデル事業」を実施し、24 時間訪問看護により在宅療養が推進されることとなった。そこで平成 20 年度から、県内の 4 保健所に、在宅療養における地域ケアシステムの構築を目的に在宅療養支援センターを設置し、「在宅療養推進協議会」を実施することとなった。その 4 保健所の 1 つとして担当することが、平成 19 年度末に県庁より打診があり、上記の背景を考慮し、実施可能と判断した。

3) 目的

関係機関のネットワークにより、在宅を希望するがん末期患者（積極的延命治療が必要でない患者で、QOL の維持を図りながら在宅医療を支援する）、神経難病患者の在宅療養を支援する体制を構築する。

4) 目標

- (1) 住民：自分が希望する場所で療養ができ、死の場所を選択できる。在宅療養に関する住民の意識の向上やボランティア等による積極的支援が行われるようにする。
- (2) 地域：在宅療養に関してサービスを提供する機関等の連携が深まり、当該機関等がより増えている。
- (3) 保健所：地域関係者へのアプローチを通じて本事業を推進し、県の定める評価指標に基づき、在宅療養システム評価ができる。

5) 事業の位置づけ

「難病支援計画策定・評価会議」を母体として位置づける。

- 「在宅療養推進協議会」の構成メンバー：医師会、歯科医師会、薬剤師会、在宅支援診療所、病院、訪問看護ステーション、居宅介護事業所、地域包括支援センター、市介護保険担当課、重症神経難病ネットワーク
- 「難病療養支援計画策定・評価会議」の構成メンバー：難病協力病院（5か所）、訪問看護ステーション（5か所）、居宅介護事業所（5か所）、市町（福祉、介護保険担当課）

6) 事業内容

(1) 在宅医療に関する地域の課題の把握

保健所が支援しているケース並びに、「地域在宅医療推進協議会」の会議や事例検討会をとおして、地域の課題を把握する。

(2) 在宅医療のネットワークづくり

- 「地域在宅医療推進協議会」会議の実施 年2回（うち1回は難病療養支援計画策定・評価会議と合同で行う）（平成20年度～）
- 地域連携パスの作成（平成22年度の予定）

(3) 在宅医療に関する保健所・医療機関等の知識・技術の向上

- 「地域在宅医療推進協議会」事例検討会の実施 年2回程度（H20年度～）
- 研修会の実施（平成20年度～）

(4) 住民の知識・技術の向上、緩和ケアの提供

- 研修会（平成21年度以降に予定）
- リーフレットの作成（平成20年度～）

7) 平成20年度の実施状況

(1) 「地域在宅医療推進協議会」の立ち上げ

所内での企画案の検討過程で、保健師は管内のA診療所医師に相談をしながら構成メンバーや事業内容について所内で協議し、「地域在宅医療推進協議会」を設置した。さらに、構成メンバーの機関に向いて事業の趣旨説明、「協議会」への参加依頼を実施した。

(2) 「地域在宅医療推進協議会」会議でのがん患者の在宅療養に関する課題の検討

事前に構成メンバーの機関に向いて事業説明と協力依頼を行った際に、地域課題についてのヒアリングを行った。また、管内の全訪問看護ステーションにサービス提供体制などに関するアンケート調査を行った。会議では、これらのヒアリング結果、アンケート調査結果を提示し、全体で地域課題の検討を行った。その結果、医師への連携、麻薬の薬剤管理、病状の早い変化に対応できる介護保険サービスの導入、在宅にむけた退院調整などの課題が抽出された。

(3) 事例検討会の実施（2回実施）

「地域在宅医療推進協議会」会議でだされた地域課題について、事例検討をとおして地域ケアシステムにつながる検討を行った。

(4) ケース（患者・家族）相談・支援（5事例）

いずれのケースも地域の支援機関がかかわっておらず、在宅療養に向けての準備ができていないケースであり、在宅療養サービスの調整を行った。これらのケース支援をとおして、管外である北九州市にあるがん専門医療機関の医師や地域連携室との連携づくりとなった。

8) 事業課題

- (1) 難病の地域ケアシステムづくり事業である「難病支援計画策定・評価事業」との整理
- (2) 在宅療養に関する地域ケアシステムづくりが進む中での保健所と他のサービス機関との役割分担
- (3) 患者会、ボランティア、住民などの参加の推進

9) 今後の計画

- (1) 今年度は、初回の「在宅医療推進協議会」でだされた課題の具体的な検討のために、「在宅医療推進協議会」のメンバーを含む実務者の事例検討会を予定している。
- (2) 2年目以降、どのように定例事業化していくかは、初年度をやりながら検討中であり、まだ方向性が決まっていない。（事業の効率化から今年度と同様に難病のネットワーク事業とドッキングさせて事業とすることも検討している。）

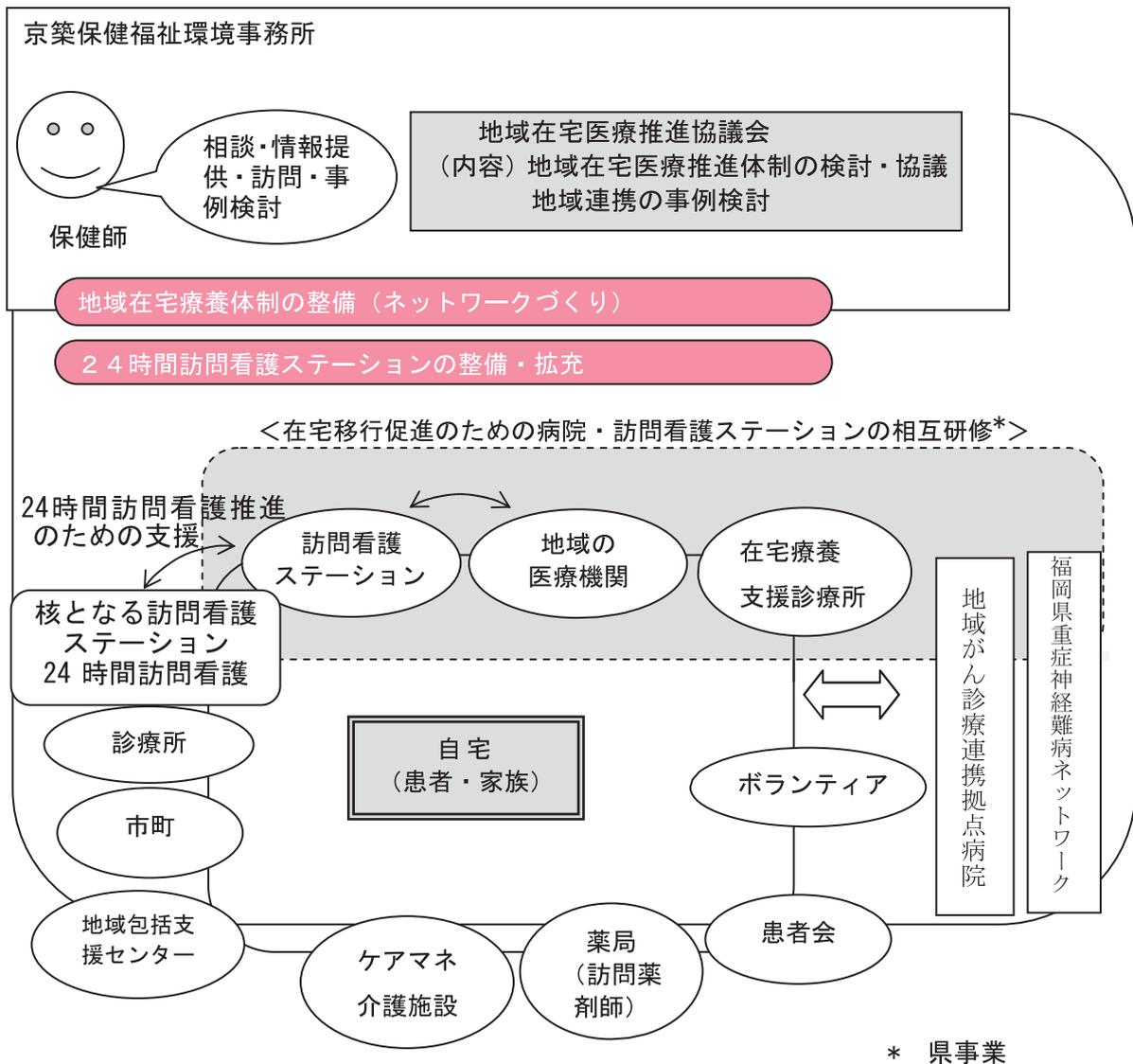
2 中心となった部署（京築保健福祉環境事務所健康対策課健康増進係）

担当者の役職（健康対策課健康増進係員）

3 事例に関係した機関

■市町村（1市）〈介護保険課〉 ■本庁主管課 □患者会 ■民間団体（重症神経難病ネットワーク） □一般住民 ■医療機関（会議メンバー：病院2カ所、診療所1カ所、ケース支援：がん診療病院1カ所） ■医師会（2地区医師会） ■訪問看護ST6カ所 ■その他（歯科医師会2カ所、県薬剤師会、居宅介護事業所1カ所 地域包括支援センター（保健師）1カ所）

4 関連図



6 まとめ

〈保健所の役割〉

- ① 地域の隠れたニーズを発掘する。
- ② 関係機関とともに地域全体の在宅療養に関する課題を地域で検討し、その解決に向けて地域全体での取り組みのしかけづくり。
- ③ 医師会、薬剤師会、医療機関など医療にかかわる団体、機関に対しては、保健所が音頭をとることと、医療の協力を得やすく、事業の推進役としての機能を果たしている。

〈保健所長・医師の役割〉

- ① 会議や事例検討会の目的、持ち方、保健所の役割についての助言があり、担当者にとって立ち上げ準備のための具体的な指示を得られた。
- ② 事業のゴールを訪問看護ステーションの強化と事例の収集というように、新規事業の位置づけを整理してくれた。

〈保健師の役割〉

- ① 難病の既存事業との関連性を整理し、地域の実情に応じて、展開方法を検討する。
- ② 地域のキーパーソンとなるA診療所とのこれまでの信頼関係を基盤にして、会議の企画について相談を進めながら行い、地域とのパートナーシップを形成している。
- ③ 訪問看護ステーション連絡会、居宅介護事業所連絡会に出向いて、事業説明を行い、事業地域課題について聞き取り調査を行う。
- ④ 会議において有効に地域課題を検討できるように、関係機関への事前調整の際に、地域課題に関するヒアリング調査やアンケート調査を行い、これらを会議に資料として提示するなどの事前のアセスメント、資料化を行う。
- ⑤ ケース相談・支援をとおして、北九州市にあるがん専門医療機関の医師や地域連携室担当者と、顔の見えるネットワークをつくる。
- ⑥ 会議で出された課題についても、ケース支援をとおして、会議の構成メンバーとともに具体的な解決策を検討し、組織的なネットワークをつくっている。
- ⑦ ケースのコーディネート（地域のサービス機関とまだつながっていないケースに、在宅療養支援サービスの調整を行い、サービスにつなげる入り口としての役割を果たしている。
- ⑧ 地域のインフォーマルな研究会への参加によって、インフォーマルネットワークとフォーマルネットワークをつなげ、地域との協働関係づくりとより緊密なネットワークづくりを進めている。
- ⑨ 関係機関からのヒアリング調査やアンケート調査、会議での討議をとおした地域の課題と、ケース支援をとおして見出された具体的な課題を総合的にとらえ、地域の在宅療養に関する課題を具体的にアセスメントする。さらに、個別ケース支援の過程で、関係機関との連携や調整をとおしてその解決の方策を検討し、それらを事例検討会でさらに地域ケアシステムへとつなげていく。以上のように個別ケース支援と組織的な会議での検討を連動させ、地域の特性や実情に応じた具体的な地域ケアのシステム化をすすめている。

事例No.4
テーマ：脳卒中における地域医療連携パスを活用した地域ケア体制づくり
保健所名：山口県宇部健康福祉センター
I 地域の現状及び保健所の組織体制
1 地域の現状
①圏域の特性 3市（宇部市・山陽小野田市・美祢市）で構成され、県の中西部に位置。人口271,195人、高齢化率25.2%（75歳以上割合12.6%）。圏域南部の海岸沿いは化学産業や新産業地帯、美祢市中心部は商業地として人口は集中しているが、圏域北部地域等の中山間部は過疎化が進んでいる。
②圏域の社会資源の状況 地区医師会5か所、病院31か所、有床診療所27か所、無床診療所197か所、介護老人保健施設9か所、介護老人福祉施設14か所
2 保健所の組織体制
職員数（48名） 保健師数（9名） 管轄市町村数（3市） 管轄市町村保健師数（60名） 市町村合併の状況： 合併前は3市4町を管轄。合併により、平成16年に宇部市と楠町が宇部市に、平成17年に小野田市と山陽町が山陽小野田市に、平成20年に美祢市と美東町と秋芳町が美祢市となった。
組織図：*保健師配置：保健福祉企画室（1名）、健康増進課（8名）
<pre> graph TD S[所長] --- C[次長] S --- SO[保健環境部長 (所長)] C --- SO C --- SO2[副部長 (次長)] C --- SO3[主幹 (精神・難病担当)] C --- SO4[主幹 (食の安心・安全担当)] C --- SO5[主幹 (廃棄物対策担当)] C --- SO6[生活衛生課] SO --- SO7[保健環境課] SO --- SO8[健康増進課] SO8 --- SO9[地域保健班] SO8 --- SO10[精神・難病班] SO6 --- SO11[環境衛生薬事班] SO6 --- SO12[食品衛生班] SO6 --- SO13[環境指導班] SO6 --- SO14[廃棄物対策班] </pre>

II 事例概要

1 事例の展開

1) 背景

- (1) 平成9年から宇部市医師会と宇部市が実施主体となり「退院情報連絡システム」による在宅ケア体制を整備しており、行政と医師会のネットワークが構築されていた。
- (2) 平成14年度から保健所に広域支援センターが設置され、地域リハビリテーション推進事業がスタート。地域リハビリテーションの推進体制の充実をはかるため、「宇部・小野田圏域地域リハビリテーション推進協議会」や「宇部・小野田圏域地域リハビリテーション協力機関連絡会議」において検討を重ね、医療機関・老人保健施設等とのネットワークが構築されていた。
- (3) 平成19年に施行された改正医療法により医療計画制度の下で4疾病5事業毎に医療連携体を構築することになった。

2) 契機

- (1) 医師会や医療機関から脳卒中地域連携パスの取り組みについて相談が持ち込まれた。
 - ・1医療機関で試行したが他医療機関との利害関係もあり調整が困難であった。
 - ・医師会事業として取り組むことを検討したが維持期まで含めた地域連携パスを目指す上で介護分野も巻き込んだ事業化の必要性があった。
- (2) トップダウンによる事業
地域リハビリテーション推進事業を通して医療連携の必要性を感じており既存事業を活かした取り組みが可能と考えた。

3) 目的

病態・病期ごとの保健・医療・福祉関係者の役割分担やサービスの連携内容を定めた「地域医療連携パスモデル」を開発し、圏域に普及を図ることにより、一貫した継続的なケアの提供を行う。

4) 目標

- (1) 関係者間のネットワークの強化
- (2) 目指すべき地域医療連携のあり方を推進するための具体的な問題や課題の明確化と解決策を検討する場の確保。
- (3) 地域で同一様式のパスを活用することで、地域レベルで、急性期から在宅を目標としたゴールを共有する。
- (4) 様々な情報の集約と実態の把握による効果的・効率的な支援体制の促進。

5) 事業の位置づけ

地域リハビリテーション推進事業の一環とし、推進母体である「宇部・小野田圏域地域リハビリテーション推進協議会」や「協力機関連絡会議」などを活用し、意欲的なメンバーを募り「脳卒中地域連携パス検討会」を設置し、検討会においてパスのあり方について検討。保健所は事務局を担う。

- (1) 「脳卒中地域連携パス検討会」構成メンバー
医療機関9か所（医師、看護師、MSW、理学療法士、作業療法士、事務）、老人保健施設1か所、市担当課2か所
- (2) 「宇部・小野田圏域地域リハビリテーション推進協議会」構成メンバー
医療機関3か所、地区医師会4か所、看護協会、理学療法士会、作業療法士会、介護支援専門員協議会、社会福祉協議会、老人福祉施設協議会、医療福祉専門学校、各市（障害福祉、健康推進、高齢福祉課）、家族会1か所
- (3) 「宇部・小野田圏域地域リハビリテーション協力機関連絡会議」構成メンバー
医療機関15か所、老人保健施設2か所、医療福祉専門学校、3市

6) 事業内容

- (1) 地域の課題把握
- (2) 保健・医療・福祉のネットワークづくり
- (3) 関係機関への普及啓発
- (4) 地域住民への普及啓発
- (5) 介護専門相談員や地域リハビリテーション従事者等の資質向上

7) 実施状況

(1) 地域の課題把握

- ・回復期リハビリ病院に所長と保健師が出向いて地域連携パスに取り組む必要性と課題を認識。
- ・既存の会議（市の地域ケア会議、宇部・小野田圏域地域リハビリテーション協力機関連絡会等）で関係機関連携のあり方や各機関の役割等を検討。
- ・病院の立入検査時等に院内パスの現状、退院情報連絡システムと絡めてリハビリで何に力を入れているのか、在宅への移行や他機関・他部署との連携の視点等、医療計画関係の医療機能分化の状況等院内の状況を把握するとともに地域連携パス導入の国の方針にあわせた宇部健康福祉センターの取り組みがされていることや必要性についてアピールし協力の意向を確認。
- ・平成 18 年度に脳卒中患者にかかる退院状況調査（アンケート調査）を実施し、治療の現状や連携の実際について把握。結果を病院関係会議で報告し、現場の意見を収集するとともに地域連携パスへの理解・協力を求めた。
- ・既存の資料から把握（地域リハビリテーション推進事業で作成した管内のリハビリテーション資源の冊子、社会保険事務局から毎月報告される診療報酬等）

(2) 「地域連携パス検討会」の設置

- ・既存の会議メンバーで意欲的なメンバーを募り検討会及び作業部会を設置。
- ・作業部会が中心となり急性期、回復期、維持期用の診療計画書、情報提供書等共通書式を作成。

(3) 地域連携パスの試行

- ・平成 20 年 9 月から試行し、リハビリの質や転院・退院等に伴う問題や課題が明確になった。
（課題：リハビリの基準が急性期・回復期・慢性期（維持期）で統一されていない
リハビリテーションは個人単位の動きで組織としての取り組みにならず資質の向上や基準を検討する土台にのらない等）

(4) 事例の集約及び分析

- ・平成 20 年 12 月 1 日現在で 13 事例登録があり、実際に急性期→回復期→維持期を経た事例は 2 事例。1 事例は肺炎発症したため途中終了。
- ・パス事例を収集することにより入院日数、各施設の役割、患者の状態や動き等を分析につなげた。

(5) 関係機関への普及啓発

- ・平成 20 年 10 月に脳卒中地域連携パスに関する報告研修会を脳卒中地域連携パス検討会主催で開催。220 名の参加あり。

(6) 地域住民への普及啓発

- ・平成 20 年 11 月に宇部市医師会と宇部市主催による「上手な病院のかかり方教えます～地域における医療福祉連携について～」をテーマに市民講演会を開催し、保健所は、脳卒中地域連携パスについて紹介。

8) 事業課題

(1) 地域連携パスの評価

(2) 回復期から維持期・在宅への切れ目ない支援の提供

(3) 介護専門相談員やリハビリテーション等のレベルアップ

(4) 地域住民の啓発、相談対応

(5) 圏域内や他圏域との連携・調整等を視野に入れた取り組み

9) 今後の計画

(1) 医療機関の拡大・保健福祉関係者の積極的な参画

宇部市医師会を中心とした取り組みから管内全体の医療機関への拡大、かかりつけ医や介護保険事業所、介護保険福祉施設等の積極的な参画を目指す。

(2) パスの収集・分析

事例が蓄積され、届出医療機関も管外をまたいでいることや当事者意識の醸成のためにデータ収集や分析等の役割は中核的医療機関への設置を検討する。

(3) 地域住民の啓発、相談対応

医師会や市等と連携を図りながら地域医療・福祉連携を啓発し、患者の適切な医療の選択の支援を促す。

2 中心となった部署（保健福祉企画室） 担当者の役職（主任）

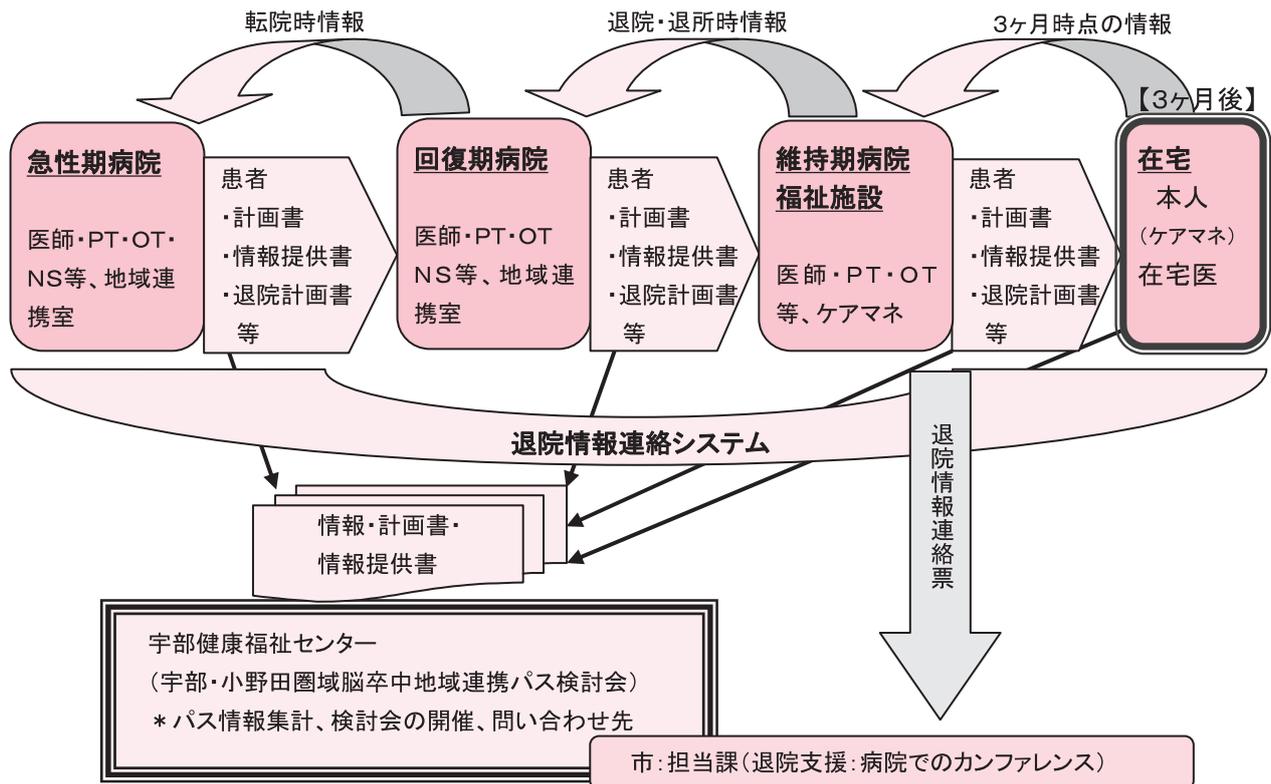
3 事例に関係した機関

- 市町村（3市：高齢関係部署中心） ■本庁主管課 □患者会 □民間団体
□一般住民 ■医療機関（病院 7か所、診療所 2か所） ■医師会 □訪問看護ST
■その他（介護老人保健施設）

4 本事例における保健所機能（複数回答）

- 専門的かつ技術的拠点機能 ■情報収集・発信機能 ■調査及び研究機能
■市町村に対する技術援助等機能 □健康危機管理機能 ■企画及び調整機能

5 関連図



6 まとめ

〈保健所の役割〉

- ①情報を共有する場の提供及び関係者の知識の均質化と相互理解の促進
- ②圏域内や他圏域との連携・調整等を視野にいたった取り組み
- ③データの収集及び還元
- ④回復期から在宅支援の切れ目のないサービスと質の向上に向けた取り組み
- ⑤地域関係者へ脳卒中地域連携パスの動き等情報提供
- ⑥圏域内の医療の質の向上を図るための支援

〈保健所長の役割〉

- ①所内のリーダーシップ
- ②医療機関や医師会（特に病院長や医師会長）との調整

〈保健所保健師の役割〉

- ①保健師が携わっている別事業からも地域の現状について情報収集や課題を把握し、関係機関の力量等もアセスメントし、本事業に反映

- ②既存の事業でできているネットワークを活用し、新たなネットワークづくりに向けた人と人、関係機関同士をつなぐ役割
- ③所属や職種等立場の違いによる役割や思いを尊重しつつ、公平な立場で調整し、各メンバーがエンパワーメントされるような働き
- ④様々な会議等で関係者から得た地域課題と医療機関訪問等から得た課題、既存のシステム等の課題などを統合的にアセスメントし地域ケアシステムづくりに反映

事例No.5
テーマ：精神障害者退院促進支援事業の展開
保健所名：さいたま市保健所
I 地域の現状及び保健所の組織体制
1 地域の現状
①圏域の特性 さいたま市は、埼玉県南東部に位置する県庁所在地。古くは中山道の宿場町として発達してきた歴史を持ち、現在は、都市部と農村部が混在する。東西にやや長い地形であり、10 区の行政区で構成される。平成 20 年 4 月 1 日現在、総人口 1,204,461 人（14 歳以下 14.3%、15～64 歳 68.3%、65 歳以上 17.4%、平均年齢 41.28 歳）。うち、精神障害者保健福祉手帳所持者数 3,941 人（1 級 415 人、2 級 2,530 人、3 級 996 人）、自立支援医療受給者数 10,112 人。平成 20 年 6 月の障害福祉サービスの受給者数 169 人。入院状況については、市内精神科病院病床数人口万対 11.6 床（全国 27.8、埼玉県 18.3）、統合失調症の割合 87%（全国 61%、埼玉県 60%）、平均在院日数 363 日（全国 338、埼玉県 329：H20.12.1 時点のデータ）、入院期間は 1～5 年・20 年以上が多い（平成 17 年度 6 月 30 日調査より）。生活保護受給者の割合は 25%（精神病院月報より）
②圏域の社会資源の状況 保健所（1）、精神保健福祉センター（1）、区役所保健センター・福祉課・支援課（10）、単科精神科病院（6）、精神科・心療内科診療所（38）、訪問看護指定事業所（18）、ヘルパー事業所（精神）（78）、生活訓練施設（1）、グループホーム（17）、小規模作業所（18）、障害者生活支援センター（10）、通所授産施設（2）、小規模通所授産施設（3）、福祉工場（1）、障害者職業センター（1）、家族会（4）、当事者会（4）、等。新幹線をはじめ JR 各線や私鉄線が結節する東日本の交通の要衝となっている中に、前述の社会資源が偏在している。
2 保健所の組織体制 ※H20.4.1
職員数（101 名） 保健師数（26 名） 行政区数（10 区） 保健所以外の保健師数（126 名） 市町村合併の状況： 平成 13 年 5 月 1 日、浦和市・大宮市・与野市の 3 市合併により、埼玉県で初めての 100 万都市とし「さいたま市」が誕生し、平成 15 年 4 月には、全国 13 番目の政令指定都市移行となる。さらに、平成 17 年 4 月には、岩槻市も合併となり、現在は人口 120 万を超えている。保健所は、さいたま市として 1 か所。平成 14 年に開設し、平成 17 年 4 月に新たに施設を整備し、現在の場所に移転となる。 組織図：別紙 1 参照
II 事例概要
1 事例の展開
1) 背景 ○さいたま市における精神障害のある人の退院支援の取り組みは、市内精神科病院や民間社会復帰施設による独自の取り組みが進められていた。 ○平成 15 年には「やどかりの里」で当事者と職員との協働による退院促進プロジェクトを立ち上げ、さいたま市における退院支援の課題と地域の支援体制のあり方を明らかにするため、医療機関との連携による具体的な取り組みが開始された。また、市内の関係者とともに自主学習会を開始し、事業化前からインフォーマルな連携やネットワークがあった。
2) 契機 ○保健所職員は「社会的入院は精神科病院のみの問題ではなく精神保健体制の問題である。市全体の取り組みとしたい（ネットワーク構築の一助）。枠組みは行政、内容は民間の主體的な活動を生かせるものに」と考えていた。

○平成 16 年、さいたま市こころの健康センター主催で行われた「地域支援フォーラム分科会」を通して、市内精神科医療機関、生活支援センター、生活訓練施設、行政等の参加機関によって、退院支援について地域の中で連携して取り組むことの必要性が確認された。その後、保健所で全市内の精神科病院と生活支援センターを訪問し、保健所主催事業の意向を確認した。

○事業化に向けた取り組みとして、平成 17 年 3 月から約 1 年間、月 1 回の定期的な検討の場「退院支援に関する連絡会議」を保健所が主催。さいたま市における退院システム構築について検討し、平成 18 年度から「さいたま市精神障害者退院支援事業」を開始した。

3) 目的

対象者に対し、退院後の地域生活に必要な訓練を入院中から行い、地域生活に円滑に移行できる支援体制の整備を図ることにより、退院後も自立した地域生活を安定して継続できることを目的とする。

4) 事業の位置づけ

- ・社会的入院者への退院支援とともに地域の精神保健福祉支援体制づくり
- ・「埼玉県精神障害者退院促進支援事業」事業所として受託

5) 事業内容

①退院支援システム (5 関連図 ~ さいたま市精神障害者退院支援事業システム図参照)

【運営委員会】：所属長レベル ~ 事業計画・評価、課題の整理

【退院支援連絡会】：実務者レベル ~ 対象者の決定、担当障害者生活支援センターの決定、退院支援に必要な取り組みの検討・実施

【退院支援連絡会ワーキンググループ】

社会的入院を取り巻く環境や周辺の課題を整理、検討し、新しい取り組みを実施、検証する試行の場

【退院支援ケア会議】：対象者の担当者（対象者毎に実施）~具体的な支援を協議、退院支援計画策定

【委託】：障害者生活支援センター（市内 10 か所）に、事業利用者に対するケアマネジメント、退院支援ケア会議の開催に委託、障害者生活支援センターを運営する事業所の中から 1 ヶ所、自立支援員の雇用、派遣及び研修、障害者生活支援センターの統括を委託

【保健所】：「退院支援連絡会」「運営委員会」の事務局

②病状安定者調査：平成 18、19 年度

③委託事業：自立支援員の派遣等、事業利用者の個別支援

④退院支援連絡会ワーキング：実態調査、課題整理、試行事業の取り組み

⑤保健所：「退院支援連絡会」「運営委員会」の開催、研修会等の実施

6) 実施状況

①事業全体としての取り組み

・病状安定調査：平成 18 年事業開始にあたり市内 6 精神科病院に入院期間 1 年以上の病状安定者について調査 H18.4.1 (102 人) H19.4.1 (159 人)

・委託事業：事業利用者 平成 18 年度 11 名、平成 19 年度 14 名（新規 7 名）

・「退院支援連絡会」平成 19 年度開催回数：11 回、参加機関数：30 ヶ所

・「退院支援連絡会ワーキング」：平成 18 年度 4 ワーキング（システム・地域支援・本人支援・家族支援）、

平成 19 年度 3 ワーキング（システム・本人支援・地域支援）で各種調査、事業実施

・「運営委員会」平成 18 年度 2 回、平成 19 年度 1 回

②保健所が主に取り組んだこと

・実態把握と分析結果の関係機関への周知

病状安定者調査の実施。事業実施についての評価(アンケート、退院者のモニタリング、関係者からの聞き取り)の実施

・運営委員会、連絡会運営の事務局機能

連絡会のワーキングの運営を主体とする年間を通じた課題解決の検討の進行管理。運営委員会委員への会議前訪問による意見聴取

- ・研修企画、実施～課題解決に向けたテーマの設定と講師調整。関係機関への周知
- ・関連する会議への出席と行政施策への課題の反映～施策推進協議会に關係部署担当として出席
同協議会地域移行ワーキングで事業課題の報告

7) 評価

①連絡会とワーキンググループが事業の推進に果たした役割

- ・さいたま市における長期入院者の実態と課題の明確化と関係機関による共有
- ・課題への取り組みについて具体化、試行・評価について継続的な検討の場として機能

②連携、ネットワーク形成における成果

- ・関係機関の役割について実際の支援を通しての機関間相互理解の深まり。
- ・精神保健福祉分野以外の地域生活支援関係機関(生活保護法・高齢福祉担当部署等)との連携の広がり。
- ・精神保健福祉支援機関におけるケースマネジメントの浸透。本人の意思を尊重した支援のシステム化、他のネットワークの活発化

③事業以外の支援上の効果

- ・関係者の意識の変化
- ・障害者計画の退院支援目標者数への病状安定者調査の反映。計画見直し時、重点プログラム化
- ・病院における院内プログラムの増加

④保健所事業としての効果

- ・個別支援を通じた地域支援のシステム作りが可能になった。
- ・課題、データ、実態、目標を共有、民間の取り組みを生かし、関係機関が具体的な実践をめざし協力関係を築けた。
- ・市全体を網羅したシステムとして機能
- ・行政機関として、課題の保健医療福祉施策への反映に向けた事業集約に努めた。

8) 課題

①ネットワークの拡大と強化～各区における個別支援の充実と地域自立支援協議会との有機的な連携。

②精神障害者の地域支援全般に関する事業課題について、解決に向けた具体的な取り組みをすすめる。

③さいたま市障害者総合支援計画(仮称)の重点プログラムとしての推進

④事業の有無に関わらず、普遍的なシステムとして関係者が活用していける体制づくり

9) 今後の計画

①社会的入院者、精神障害者支援共通の課題への強化

②新たな長期入院者を生じさせないための課題の明確化、早期に支援につながる仕組みづくり

2 中心となった部署 (さいたま市保健所精神保健課)

担当者の役職 (一般職 主任 主査 係長 課長補佐 課長)

3 事例に関係した機関

- 市町村 (区役所 10 区) ■本庁主管課 □患者会 ■民間団体 (社会復帰施設)
- 一般住民 ■医療機関 (病院(精神科) 6 か所、診療所(精神科) 1 か所) ■医師会
- 訪問看護 S T ■その他 (こころの健康センター 介護・福祉・障害担当課 家族会)

4 本事例における保健所機能 (複数回答)

- 専門的かつ技術的拠点機能 ■情報収集・発信機能 ■調査及び研究機能
- 市町村に対する技術援助等機能 □健康危機管理機能 ■企画及び調整機能

6 まとめ

〈保健所の役割〉

- ①保健所は設置主体や取り組みが違う様々な機関が、同じ目標に向かって取り組む枠組みづくりをした。
- ②地域で生活する精神障害者を支える基盤づくりをした。
 - ・個別支援を通じた地域支援の関係支援のシステムづくりを可能にした。
 - ・課題・データ・実態・目標を共有、民間の取り組みを生かし、関係機関が具体的な実践をめざした協力関係を築いた。市全体を網羅したシステムとして機能させた。
 - ・行政機関として、課題の保健医療福祉施策への反映に向けた事業集約に努めた。

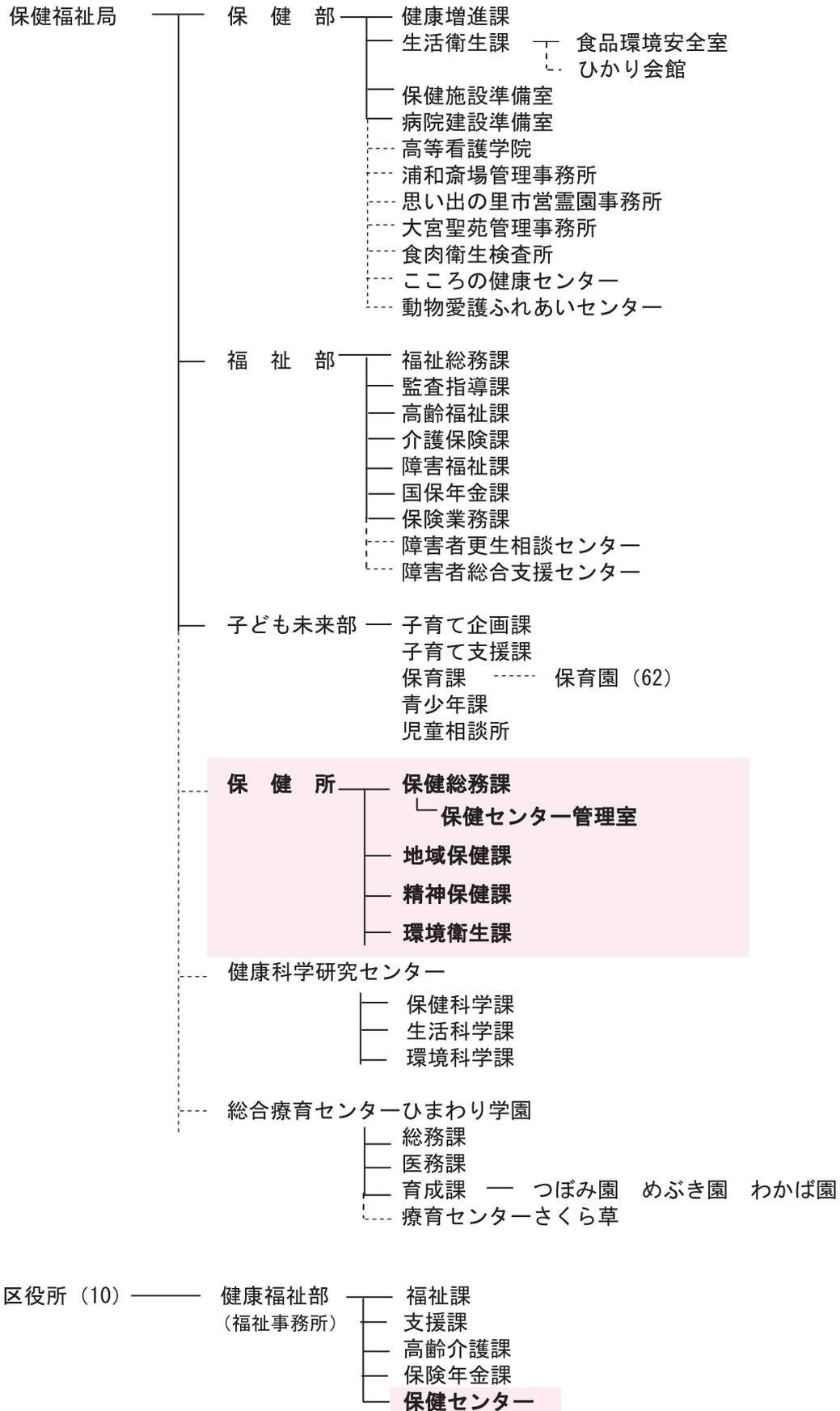
〈所長の役割〉

- ①事業を理解してくれているだけで、事業推進の大きな後ろ盾になった。
- ②保健所として退院支援の事業を担当している意味合い、「新たな社会的入院者(長期入院にならない)をつくらない取り組み」など福祉だけではない予防的な視点で助言を得ていた。

〈保健師の役割〉

- ①保健所が把握している既存データや病院からの入院患者の事例、実態調査のまとめを行い、地域の実態把握や分析・課題整理を実施した。またそれらを各種会議やワーキング、各関係機関の説明で周知、課題を共有していた。
- ②実態把握・課題整理のなかでは、事業利用者のみならず、未だ事業対象とならない入院者へのアプローチや社会的入院を取り巻く環境や周辺の問題も把握、課題だしを行っていた。
- ③取り組み当初から医療機関、関係施設等に必ず出向き、事業の説明や相手の意向・状況の確認をしながら、関係機関と関係を繋いでいた。データの分析から生活保護の受給者、高齢者が多いという事実を持って、精神保健福祉分野以外の生活保護担当部署や高齢・介護保険担当部署にも足を運び説明し事業理解や参加を促し、生活保護担当部署から事業利用者を定期的にあげるあらたな流れを作成していた。
- ④平成17年の「退院支援に関する連絡会議」から、担当者で事前の打ち合わせを綿密に行い、医療機関や施設にも事前に課題をお願いし、各機関で話し合いまとめる作業をしてもらいながら、保健所がそれをまとめ、会議やワーキングに生かすことを繰り返して実施していた。関係機関内での理解や課題共有が図られるよう。また医療機関で入院患者の実態調査に取り組むなかで、看護職が入院患者さんが退院できるかどうかという視点で見直す機会にもなり、病院の職員への意識を変える要素にもなっていた。
- ⑤会議のなかで、実態調査前に事例検討を行い、実態のプレ調査のようにする工夫するなど、これまでの個別支援のノウハウを生かしていた。
- ⑥ワーキングの編成にも、毎年全員で洗い直した課題に分けてワーキングを編成し、なるべく様々な機関に入ってもらいながらも、そのワーキングの課題解決にふさわしいメンバーを選定していた。ワーキングでは具体的な事業や調査を実践し有効な事業の試行を行っていた。また、小人数での作業や検討をとおして、関係者のネットワーク強化を図っていた。
- ⑦事業利用者の個別支援も実施。事業の評価や支援関係者にケースマネジメントの浸透をさせていた。
- ⑧退院後の安定した地域生活のために、地域で支援する人々の理解を広げるために、看護職員、ホームヘルパー、介護支援専門員や施設職員、家族、当事者、民生委員、宅建協会等対し研修会を実施し、関係者に対する理解を広げる取り組みもすすめていた。
- ⑨これら退院支援事業を取り組みながら、事業利用者に限らない退院支援の基盤整備(ネットワーク、システム化)を行い、更に予防的視点で新たな長期入院者を出さない仕組みづくりにも取り組もうとしている。また、ネットワークでできた精神保健福祉分野以外の関係機関に対し精神障害者全体の課題を波及させてシステム化に向け取り組んでいる。

別紙1 組織図



事例No.6	
テーマ：精神障害者の退院支援と生活支援のためのネットワーク構築	
保健所名：島根県出雲保健所	
I 地域の現状及び保健所の組織体制	
1 地域の現状	
<p>①圏域の特性</p> <p>人口 173,214 人（H20.11.1 推計） 平成 17 年3月の市町村合併により2市5町から現在の1市1町に成る。日本海に面する海岸地域から、中国山地に至る山間地域までの広範囲の生活環境が有り、農業、漁業、製造業は富士通・村田製作所が最も大きい、多くは中小零細の自営業である。高齢化率は 23.9%。</p>	
<p>②圏域の社会資源の状況</p> <p>■精神保健医療に係る地域資源</p> <p>○医療機関</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合病院精神科 <ul style="list-style-type: none"> 島根大学医学部附属病院 40 床、県立中央病院 40 床 出雲市立総合医療センター（外来のみ） ・精神科病院 <ul style="list-style-type: none"> 海星病院 166 床 県立こころの医療センター 242 床 ・精神科クリニック（9） <p>○精神障害者施設概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域活動支援センター7（旧作業所5 地域生活支援センター2） ・グループホーム 4（定員 52 人） ・社会復帰施設 3（授産施設2 福祉ホームB型1） ・援護寮 1 ・指定相談事業所 2 障害福祉サービス事業所6（生活介護1 自律訓練3 就労移行支援2） 就労継続B型4 実施事業重複有り） ホームヘルプ事業所 17 <p>○団体等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事者会8（病院2 地域6） ・家族会6（病院2 地域4） 	
2 保健所の組織体制	
<p>職員数（40名） 保健師数（8名） 管轄市町村数（1市1町）</p> <p>管轄市町村保健師数（37名 プラス嘱託職員1名）</p> <p>市町村合併の状況：平成 17 年 3 月 22 日に2市4町が合併し新出雲市が誕生し、単独町政を継続した斐川町とあわせ管内は1市1町である。</p> <p>組織図：</p>	
<pre> graph TD A[出雲保健所] --- B[総務保健部] A --- C[環境衛生部] B --- D[総務グループ] B --- E[心の健康支援グループ] B --- F[健康増進グループ] B --- G[医事・難病支援グループ] C --- H[衛生指導グループ] C --- I[動物管理グループ] C --- J[環境保全グループ] C --- K[食品衛生機動監視グループ] </pre>	

Ⅱ 事例概要

1 事例の展開

1) 背景

(1) 地域の課題を話し合う場があった

出雲保健所では、昭和43年に精神科病院と保健所の連絡会を開始し昭和49年からは管内の精神保健福祉関係機関の長を委員とする出雲地域精神保健福祉協議会を継続開催し、様々な課題をざくばらんに話し合いができる関係であった。

(2) 社会的な情勢に対応すること

平成11年に精神保健福祉法が改正され、精神障害者の人権に配慮した医療の確保と保健福祉の充実がもめられたことにあわせ、精神障害者対策が入院中心の医療から地域ケアの充実へ軸足が動き始めてきたこと。圏域においては長期入院患者の割合が減少せず、社会的入院患者もかなりいる現状があったこと。

(3) 保健従事者が感じていたこと

隠岐から出雲の精神科病院に入院した患者が、長期入院となり隠岐に帰ってこない事例が多い。また、精神科病院では以前から長期入院が多いことが言われており、一度実態と対策を検討する必要性を保健所長自身が感じていた。

2) 契機

県立精神科病院の改築が行われることになり、その際、病院の病床を削減することから長期入院を減らす必要に迫られていた。

3) 目的

地域ケアシステムをつくることで「長期入院患者の退院促進」を実現する。

4) 目標

- (1) 本人の退院促進への支援（本人のエンパワメントを高めること）
- (2) 生活を支える環境整備
- (3) 長期入院予防のための地域の体制整備

5) 事業の位置づけ

長期入院患者の退院促進を地域全体の課題と位置づけ関係機関で連携して対策を進める。

6) 事業内容

(1) 平成12年～14年

- ・平成12年：厚生科学研究費の助成を受け、様々な地区診断を実施し、精神科医、精神科PSW、地域生活支援センタースタッフ、患者会代表者、家族会代表者、市町担当者等との検討会を重ねた。
- ・平成12年～14年：地域の長期入院患者の実態調査と課題の抽出により、県立病院の長期入院（5年以上）の患者98人の内29人が条件を整えば退院可能であることが明らかになった。

(2) 平成15年～17年

長期入院患者の退院促進を地域全体の課題と位置づけ関係機関で連携して対策を進めることとなった。

7) 成果

(1) 目標1：本人の退院促進への支援（本人のエンパワメントを高めること）

①長期入院患者の退院が実現した。

県立湖陵病院（現在の「こころの医療センター」）：平成15年～17年の間に47名
海星病院：平成16年1月～平成17年10月の間に15名

②長期入院患者のエンパワメントが図られた。当事者によるピアカウンセリングが効果的だった。

(2) 目標 2：生活を支える環境整備長期入院患者の退院促進をはかめる取組

①病院ごとに退院支援の取り組みが展開された。地域全体で退院促進の取り組みが進んだ。

(3) 目標 3：長期入院予防のための地域の体制整備（在宅生活を支援する）

①ホームヘルプサービスを円滑に受けるための調整：ケアマネジメント従事者連絡会
ホームヘルパー連絡会の設置

②病状悪化時の為の取り組みとして、病気の正しい理解のための学習の場を保証すること、休日、夜間の緊急時の相談先の啓発、困難事例の家族支援の為の精神科救急支援チームの設置。

(4) 精神保健福祉ネットワークの構築

①検討委員会、ワーキング部会の開催によりネットワークの構築が図れた

②地域施設と医療機関の交流実習により相互理解が進んだ

③ネットワークの構築のために大切なこと

・関係者の相互理解

検討の場を設け、丁寧な情報交換、意見交換を行う

多くの関係者、職種の参加を促す

交流実習等による実体験を伴う幅広い交流を行う

・目的の共有化と課題の検討、ともに事業に取り組む

地区診断の過程をともに進める

検討のみでなく、事業を超えて事業をともに実施する

機関の役割を明確にする

・当事者の参画

同じ病気を体験した体験者として、精神障害者にそっと寄り添うことができる

④ネットワークの構築について保健所の役割

・連携して取り組む場の設定

・地域の課題の整理

・方向性の確認と調整

・活動の組み立てとシステムの構築

・予防の視点を大切に活動の展開

8) 事業課題

(1) 研究事業終了後に事業の継続と発展をどのように確保するか

①精神保健福祉協議会に部会を位置付け協議する場を継続

医療に関する部会、在宅支援に関する部会 自殺予防の対策部会

②退院支援事業の評価を実施するためのワーキング

評価指標の検討

③モデル事業を実施した保健所としての役割

県全体の退院支援事業の展開

市町実施の退院支援事業

(2) 退院支援における今後の保健所の役割

①事業の進行管理と評価の実施

②市町村自立支援協議会との有機的連携

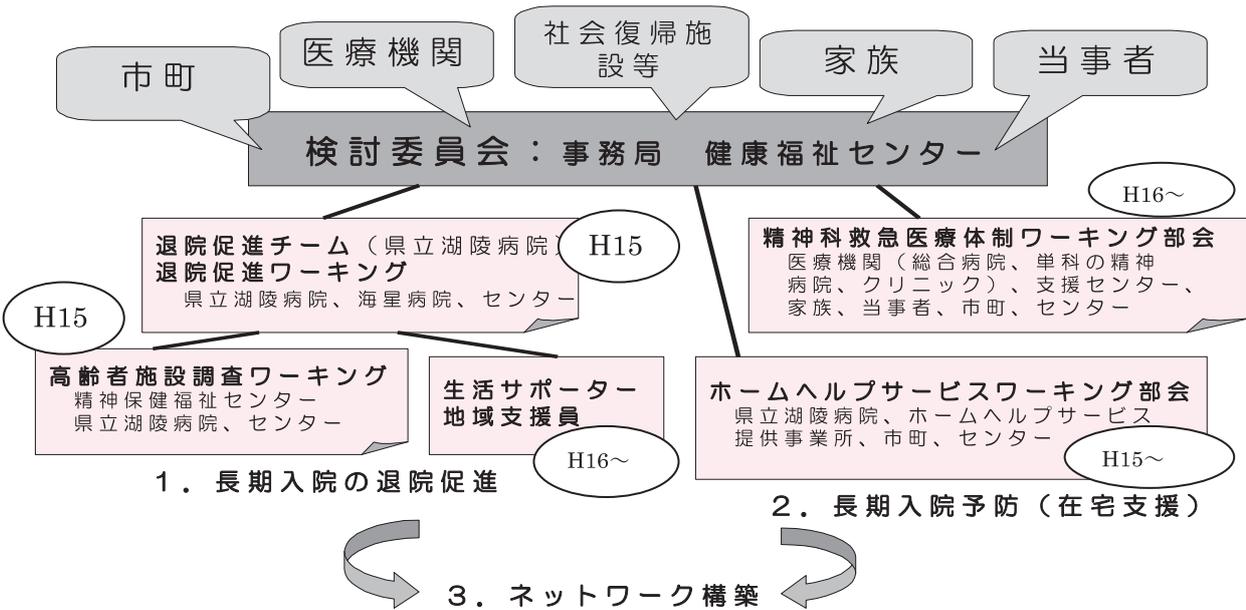
2 中心となった部署（心の健康支援グループ） 担当者の役職（主任保健師）

3 事例に関係した機関

- 市町村（1市1町） ■本庁主管課 ■患者会 ■民間団体 □一般住民
- 医療機関（病院 4か所、診療所 2か所） □医師会 □訪問看護ST
- その他（通所授産施設 2施設 共同作業所 6施設 ホームヘルプ事業所 2施設

4 関連図

研究事業推進体制



5 まとめ

〈保健所の役割〉

- ①広域的、専門的、機関同士をつないでいく役割。保健所から課題を投げかけることで、取り組む必要性を理解してもらい、協議会として取り組むべきテーマに位置づけることを可能にした。さらに、関係機関の応援を可能にし、医療と保健・福祉の連携の場を具体的に設定できた。
- ②行政機関である保健所が中立的に運営する協議会で課題の提案、決定することで、取り組み内容に公益性、公平性を持たせる。
- ③取り組みを長期入院対策という観点にとどまらず、予防対策への広がりを持たせ、地域の健康づくりとして展開することを可能にした（予防の中心は保健所）

〈所長の役割〉

- ①情に流されやすい保健師に対して、保健所として何をすべきか、その方向性がずれないように少し離れた立場から見ただき、導いてもらった。
- ②他機関に対して組織的な対応が必要な場合は、その任を果たす。例えば、県立病院の院長に対し本事業への協力を依頼する。
- ③医学的な立場から地域の課題を早期に捉え、組織的な対応ができるようにリーダーシップを発揮する。

〈保健師の役割〉

- ①保健所の役割を背負い、関係者と人間関係を深め、事業を構築していく。
- ②地域で生活するための視点を中心に他関連機関への働きかけ、調整など。
- ③他機関や他職種に対して日ごろからのつながりを作り、連絡や調整が取りやすくする。
- ④連絡会議などの公式の場の運営を行い、課題の共有化や連携作りがスムーズにいくようにする。
- ⑤実感で捉えた地域の課題を調査し実証していく。
- ⑥個人支援の他地域全体のアセスメント、情報収集、地域保健システムの構築等の視点で調整できる。

事例No.7	
テーマ：発達障害児等を対象とした保育所等での保健所実施による巡回発達相談	
保健所名：茨城県ひたちなか保健所	
I 地域の現状及び保健所の組織体制	
1 地域の現状	
①圏域の特性 管轄区域 1市1村（市 人口155,240人、村 36,293人） 市には県下有数の漁港があり、村には原子力施設が多い地域である。	
②圏域の社会資源の状況 ひたちなか市では、健診後のフォロー教室が、健診ごとに行われている。 東海村には保健センターの他発達支援センターがあり、その中で発達相談も行っていたが、保健所の巡回相談を実施後は巡回相談も行われるようになった。発達支援センターではこころと言葉の教室や、個別相談・小集団指導も実施している。 水戸市内にあるあゆみ園の集団教育にも紹介することがある。	
2 保健所の組織体制	
職員数（18名） 保健師数（6名） 管轄市町村数（1市1村） 管轄市町村保健師数（市21（15） 村9人（6）名）（）内保健部門の保健師 市町村合併の状況：平成6年に、那珂湊と勝田市が合併してひたちなか市となった。 組織図：別紙	
所長 次長	<ul style="list-style-type: none"> 総務課 <ul style="list-style-type: none"> 庶務（人事、歳入・歳出、財産管理、文書の收受） 医事（医療施設の許可、各種免許、人口動態統計） 地域保健推進室 <ul style="list-style-type: none"> 医療計画（地域医療計画の策定及び推進に関する事） 調整業務（保健・医療・福祉の連携及び情報共有化に関する事） 介護保険（調査員の研修等技術的支援に関する事） 交流研修（保健関係職員の資質向上に関する事） 相談業務（総合的な相談業務に関する事） 統計事務（厚生統計等に関する事） 医療監視（医療施設の監視に関する事） 介護保険施設指導（介護保険施設等の実地指導に関する事） 衛生課 <ul style="list-style-type: none"> 環境衛生（旅館業法営業六法に関する事、水道法及び環境衛生全般の指導に関する事） 食品衛生（食品衛生法に関する事） 薬事（薬事法、毒物及び劇物取締法、薬物乱用防止等に関する事） 献血（献血事業の推進に関する事） 健康指導課 <ul style="list-style-type: none"> 老人保健（老人保健法、がん対策に関する事） 栄養（栄養改善、健康づくり、栄養士に関する事） 保健師（保健師活動全般に関する事） 母子（母子保健、母子歯科、小児慢性特定疾患に関する事） 防疫（感染症予防法、予防接種等に関する事） 精神保健（精神保健福祉法に関する事） 結核予防（結核予防に関する事） 難病対策（特定疾患、難病医療相談に関する事） 原爆医療（被爆者医療等に関する事） 感染症対策（エイズ予防・サーベイランスに関する事）

II 事例概要

1 事例の展開

1) 契機

発達障害児支援法が施行され、心理相談員の雇い上げ予算が増加することになった。それに伴い、市・町の状況調査をおこなったところ、保育所では対応が困難な子どもがいることが把握されたことから、保育所等に出かけ相談を行うことに相談の結果なった。

2) 目的

保育所等に通う対応に困難を感じている児の適切な指導と療育支援を行う

3) 事業の位置づけ

2008年からは県の「総合母子保健福祉相談指導事業」の中の「二次スクリーニング機能強化事業（移動発達相談）」として位置づけられた。

4) 実施内容

保健所雇い上げの心理専門員と保健師が保育所等に出向き、巡回型相談を行う。

対象：保育所等に通う子と保護者および保育士・幼稚園教諭

実施場所等：相談の希望があった保育所や幼稚園、月1回（管内1年およそ12回）、1回の相談は1～3ケースである。

相談の流れは保育所等で希望をとりまとめ、主管課に連絡、保健所と主管課と調整の上、実施決定がされると相談者に「のびのび相談」質問票の記入依頼がされ、保育士は「にこにこプログラム」の現状を記入する。相談時にそれらをもとに保護者、保育士等と、心理専門員や保健師が対応する。相談時には「にこにこプログラム」にある目標、工夫を記入し、その後、保育士がおこなった結果を記入していく。また、さらに2次スクリーニングが必要であった場合は、保健所の発達相談や専門医療機関を紹介することを行っている。相談の場面には、市町村の担当者や特別支援学校のコーディネーターがおり、特別支援学校のコーディネーターから特別支援教育などについて情報提供がされることもある。相談の終了後には、保育士、心理専門員、保健師、特別支援学校のコーディネーターで事例検討を行うこともある。その場合はその時のケースのみでなく、前に相談があったケースなどについてもおこなっている。

5) 実施状況

平成20年度の実績としては、開催回数11回、開催場所は保育所15カ所、幼稚園2カ所、その他2カ所で、相談の実件数は28人となっており、4歳から6歳が9割以上を占めている。

6) 成果

子どもの特性を保育士・幼稚園の教諭、および親、保健師（市・村）で共有されるようになった。このため、必要性がある子どもについては所内の発達相談に保育士や幼稚園の教諭も一緒に来て利用されるようになり、より充実した支援が可能となった。

保育士の発達についての観察力が強化されたためか、3歳未満の気になる子の相談希望が増加した。

7) 今後の課題

関係機関が発達障害児の早期発見・早期支援を目標にして行っている内容について繰り返し情報交換し、互いの専門性を認めつつ、協働した支援を行いながら、さらに柔軟な連携体制を作りたい。

支援方法を確実に共有できる「にこにこプログラム」などを就学時相談にもいかして、支援の継続性を確保していきたい。

2	中心となった部署（保健所健康指導課・母子担当）	担当者の役職（ ）
3	事例に関係した機関 <input checked="" type="checkbox"/> 市町村（1市1村） <input type="checkbox"/> 本庁主管課 <input type="checkbox"/> 患者会 <input type="checkbox"/> 民間団体 <input type="checkbox"/> 一般住民 <input type="checkbox"/> 医療機関（病院 か所、診療所 か所、その他 か所） <input type="checkbox"/> 医師会 <input type="checkbox"/> 訪問看護ST <input checked="" type="checkbox"/> その他（管轄区域内保育所・幼稚園、特別支援学校）	
4	本事例における保健所機能（複数回答） <input checked="" type="checkbox"/> 専門的かつ技術的拠点機能 <input checked="" type="checkbox"/> 情報収集・発信機能 <input type="checkbox"/> 調査及び研究機能 <input checked="" type="checkbox"/> 市町村に対する技術援助等機能 <input type="checkbox"/> 健康危機管理機能 <input checked="" type="checkbox"/> 企画及び調整機能	
5	<p>関連図</p>	
6	<p>まとめ</p> <p>〈保健所の役割〉</p> <p>保健所の発達相談の二次スクリーニング機能を強化するだけでなく、母子保健の保健・福祉・教育の連携強化の中の一部として実施することを心がけ、母子保健・福祉ネットワーク会議、子育て支援講座等とも関係づけを行いながら、母子保健の管内の関係職種の力量形成にも努め、連携強化を図ることをおこなっている。</p> <p>〈保健師の役割〉</p> <p>発達障害児の支援方法について管轄市・村に出かけ状況を把握し、ニーズ把握をおこなった。 発達障害支援に関係する専門職の意見を聞き、事業実現に向けて調整した。 事業の企画にあたり、管轄市・村と実施方法を検討する機会をもうけ検討し、市・村の関係者の協力を得ることで役割も明確にし実施するに至った。 相談に用いる相談票を文献を調べ検討し、用いることで、相談効果をあげることができた。 年度ごとに市・村に出向いたり、ネットワーク会議において成果や課題について整理し報告するとともに、状況について聞き取りを行っている。 県内での研修会等で、本事業についての実施経過や成果についてまとめ発表している。</p>	

事例No.8

テーマ：児童殺害事件における地域健康危機管理対策

保健所名：秋田県山本地域振興局福祉環境部（能代保健所）

I 地域の現状及び保健所の組織体制

1 地域の現状

①圏域の特性

1市3町（人口95,399人）、高齢化率 30.8%（県27.5%）、出生率 5.8

過疎化が進行し、少子高齢化が加速している。自殺も多い。（藤里町はモデル事業を実施、自殺者ゼロを達成）

死亡率 13.1（悪性新生物414.9、心疾患195.5、脳血管疾患186.2、自殺死亡率62.9）

産業：一次産業14.1%、二次産業32.3%、三次産業53.7%）

藤里町人口4,341人 世帯数1,531、当該地区人口331人、世帯数130、当該団地人口82人、世帯数28

②圏域の社会資源の状況

町内には自殺予防のために設立された「藤里町心といのちを考える会」がある。

2 保健所の組織体制

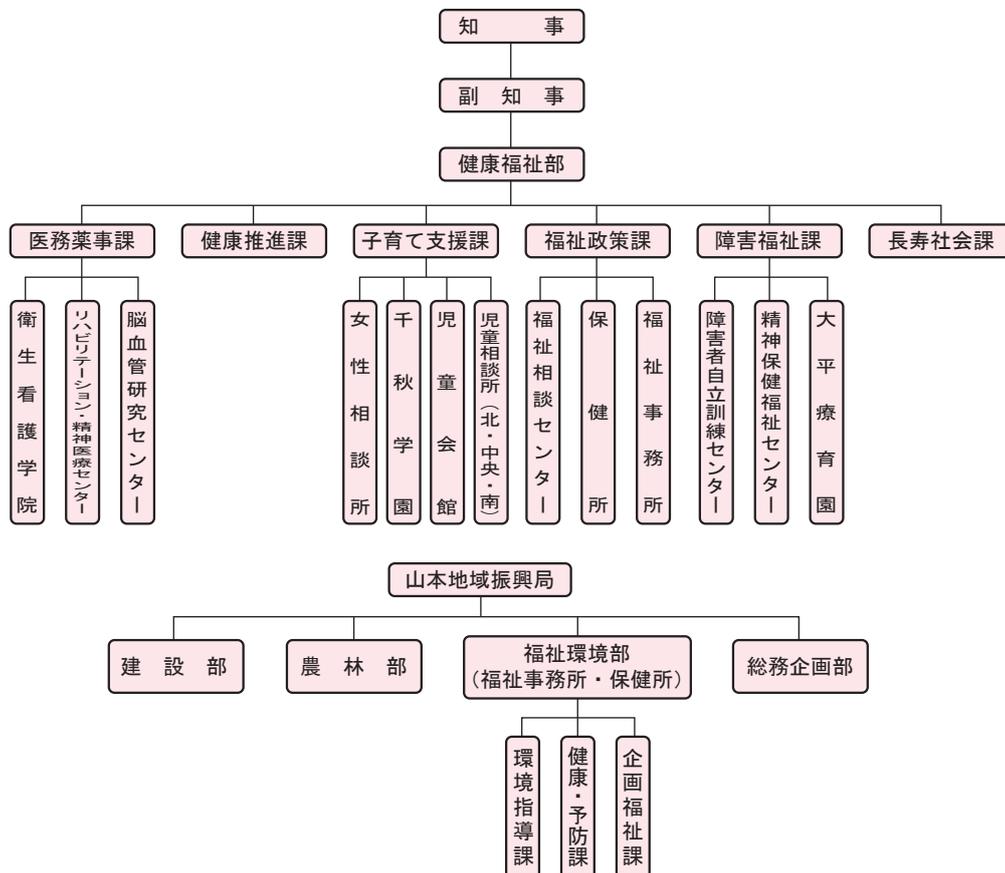
職員数（27名） 保健師数（8名） 管轄市町村数（1市3町）

管轄市町村保健師数（29名）

市町村合併の状況：

平成18年3月に1市6町1村から現状になった。

組織図：



II 事例概要

1 事例の展開

1) 契機

平成 18 年 4 月と 5 月にわたり同じ町営住宅に居住する小学生 2 名が殺害される事件がおり、5 月 18 日町保健師が保健所に相談に来て、多くのマスコミが押し寄せたりしたため住民が精神不安をおこしているということであった。保健所では部長、次長、健康予防課長が面談し、所全体で関わるために組織をつくり対応することになった。

2) 支援の経過

5 月末保健衛生協力員会議で講演会を行うとともに相談窓口を記載したチラシを配布した。

6 月上旬には藤里町支援計画書を福祉環境部で作成した。

3) 目的

町民の事件に対するストレス障害の速やかな回復、および住民の速やかな心の回復をめざす。

4) 目標

- (1) 町民に対する PTSD 予防に対する適切な介入を行う。
- (2) 被害者に対する二次被害など障害持続の要因を排除する。
- (3) 役場職員などの支援者の二次被害を防ぐ。

5) 事業内容と実施状況

(1) 全戸訪問と継続ケア

支援計画書に従い 6 月下旬に当該団地の全戸訪問を実施した。

目的：住民のメンタル面でのケアを行うと共に心身の状態を把握し、支援が必要な人を明確にする。

準備：保健所ではそれに際してアンケート内容や観察視点を明確にするるとともに、町民指導用チラシ作成や訪問時の注意点などの作成をおこなった。(これらにあたり、保健所は精神保健センターや保健所嘱託医から専門的な助言を受けた)

実施：111 帯の訪問を行い、要注意者 6 名、要観察者 10 名という結果となり、継続訪問が必要なケースについては以後継続的な訪問をおこなった(平成 19 年度末での継続支援者は 24 人)。

個別ケース検討会：精神保健センター所長・心理判定員などを招き、保健所職員、町の福祉課・教育委員会とで年度内に 3 回実施しながら継続した援助をおこなった。

(2) 支援者研修会

目的：住民の心のケアにあたり、基本的な技術・知識を深め、支援者が二次的な被害をうけることなく支援にあたれるようにする。

- ・第 1 回は 6 月末に行いテーマは「被害者の心身症状について」ということで精神保健センター所長から具体的な心のケアの提供方法や対応に当たっての留意事項や精神科受診のすすめる対象、子どもの変化と対応と支援者のストレス症状と燃え尽き症候群を予防する視点について話があった。対象は藤里町職員、保健所職員で 13 名あった。

- ・第 2 回目は 7 月下旬に行い、テーマ「かわりすぎないかわり方～支援者のメンタルヘルス」というテーマで国機関の研究者から話があり、対象は町職員、小・中学校教職員、駐在所、小学校 P T A、心といのちを考える会、民生児童委員、家庭相談員、管内保育園職員、保健所職員で 54 名が参加した。

(3) 地域ケア会議

目的：各機関が実施しているサービスを理解し共有し連携体制を強化することを目的に2回の会議をおこなった。

内容：1回目は7月初旬にスーパーバイザーと助言者を招き、各機関の取り組み状況を共有しあい、子どもの危険が迫った時にどのように対応したらよいか等を検討した。参加者は教育委員会、町内学校、保育所・幼稚園、駐在所、地区自治会等、保健関係者で15機関26名であった。第2回目は11月に実施し、アンケート結果の説明や現状説明が行われ、新たに小学校PTAと発足したばかりの団地代表が加わり16機関29名が参加した。

(4) 相談所

7月から月1回精神保健福祉センター心理判定員と保健所保健師による相談所を開設した。

(5) 地区懇談会

目的：地区住民に対してはアンケート結果を伝えながら話し合いを行い心身の回復を図り、住民同士のつながりができる契機とする。

8月から当該地区を対象に（当初は全地区実施予定だったが変更）6回の地区懇談会を行った。

内容：毎回精神科医が参加し、アンケート結果の説明、「なんでもトーク」や座談会として、フリーに話し合え、またその中で必要があれば行政職員とのやりとりも行った。第5回では地域の特性から女性の発言が少ないことが危惧されたので、レディスデーとして行うなど工夫し、参加者が話をする機会を多く持つことを心がけた。

(6) 住民心の支援全体会

目的：支援事業の活動全体をまとめ、今後の課題について検討する。

参加機関は藤里町、保健所、精神保健福祉センター、県健康福祉部健康推進課、秋田大学助教授、精神科医で内容は地区懇談会の成果、メモリアルデーでの声明文、支援の継続の必要性等であった。

平成19年度には1年後の戸別訪問(117世帯)、7月にケース検討会、地域ケア会議(16機関27名)

8月には地区懇談会(状況説明と意見交流参加者15名)、11月・12月に心のケア相談会を開設した。

平成18年度、19年度に報告書を作成した。

6) 成果

全戸訪問から継続的な個別支援をおこなうことで、住民の心の問題に2次的な問題が起こる前に対応することができた。

地区座談会を行うことで、住民それぞれが抱えていた不安な気持ちやストレスを共感し、行政の行っていることにも理解が生まれ、地区の問題という認識がおこり支えあう気持ちが生まれた。

支援者研修会を早期に行うことにより、住民への適切な対応方法が共有され、また、この事業の目的が共有されたと考えられる。

またPTSDについての学習をすることで支援者側のメンタルヘルス面の二次被害予防がはかれた。

地区懇談会を継続的に行ったことにより地区内に住民同士のつながりが生まれた。

7) 課題

事件の子どもへの影響は計り知れず、いつ問題が発生するとも限らないという助言が専門家からあった。事件後2年近くが経過しているが、このことを忘れず、潜在ニーズの把握に努めたい。

2 中心となった部署（山本地域振興局健康・予防課） 担当者の役職（課長）

3 事例に関係した機関

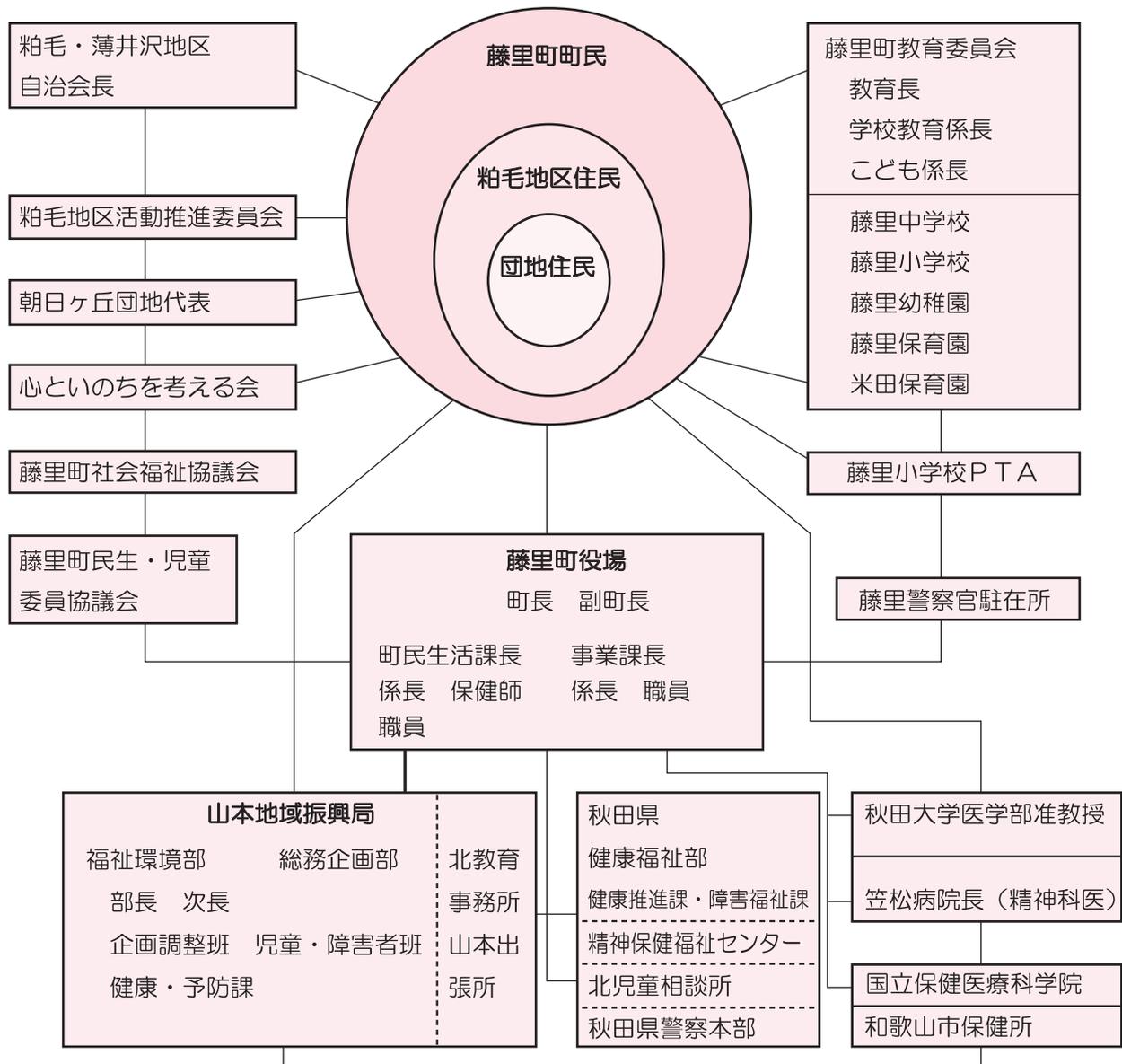
- 市町村（市 町 村） ■本庁主管課 □患者会 □民間団体 □一般住民
- 医療機関（病院 1か所） □医師会 □訪問看護ST
- その他（粕毛、薄井沢地区自治会、心といのちを考える会等）

4 本事例における保健所機能（複数回答）

- 専門的かつ技術的拠点機能 ■情報収集・発信機能 ■調査及び研究機能
- 市町村に対する技術援助等機能 ■健康危機管理機能 ■企画及び調整機能

5 関連図

組織図



資料 佐藤 淑子氏 作成より

6 まとめ

〈保健所の役割〉

健康危機管理状況であると判断し、迅速に情報収集に努め、所内・所外の組織を巻き込みに町支援を行うための体制を整えた。

県知事の考えもあり、県の組織として支援体制作りを行い、また予算確保を行い、また町民のニーズに即した使用方法を検討した。

以下の内容も含まれる

- ①危機の規模の把握
- ②専門機関や地域における保健医療資源の調整
- ③関係機関の有機的な機能発揮
- ④町当局の迅速で適切な判断のためのタイムリーな情報の提供と柔軟な対応や調整
- ⑤支援者のこころのケア対策

〈保健師の役割〉

- ①健康危機管理としての対応が必要であると保健所として判断し、この見地からの町支援であると保健師が位置づけ支援した。
- ②関係機関から得た情報を町保健師に伝え、システム構築に役立てた。
- ③振興局調整費の中から（支援に？）必要な予算を確保した。
- ④文献検討や専門家からの意見収集など行い全戸訪問の調査用紙、市民の啓発等のためのチラシを作成した。
- ⑤個別訪問に際してや、ケース検討会でPTSDの学習を行えるようにした。
- ⑥全戸訪問結果を整理しニーズを明らかにするとともに、継続管理が可能となるような支援を行った。
- ⑦全戸訪問の結果を住民にわかりやすいように整理し配付資料としてまとめ、説明した。
- ⑧支援者研修会・地区座談会・相談所・講演会・地域ケア会議の企画を行い適任の講師を選定し依頼した。
- ⑨県機関へ相談等で必要な人材を派遣してくれるように依頼するなど、調整役を果たし、連携強化に努めた。
- ⑩個別相談・相談所で心の相談を担当した。
- ⑪常に町保健師の相談役として対応した。

事例No.9	
テーマ：小児感染症サーベイランスを中心にした子どもの施設の感染症予防対策事業	
保健所名：八王子市保健所	
I 地域の現状及び保健所の組織体制	
1 地域の現状	
①圏域の特性 南多摩圏域は5市（八王子市、町田市、稲城市、多摩市、日野市）からなり、人口は193万人うち、八王子市は平成19年度より保健所政令市に移行した。 〈八王子市〉 人口54万人 年少人口割合13.4%（東京都11.8%） 高齢化率18.4%（東京都19.7%） 管内は高尾山を含む地域と、多摩ニュータウンの一部を含む地域がある。 また都心からの大学移転により、現在23大学等が所在している。	
②圏域の社会資源の状況 病院43か所、診療所378か所、保育園82か所、認証保育所6か所	
2 保健所の組織体制	
職員数（嘱託含め71名） 保健師数（14名：感染症対策担当5名、地域保健担当9名 企画調整担当1名） 管轄市町村数（1市） 市町村合併の状況：なし	
組織図：	

II 事例概要

1 事例の展開

1) 保育園や幼稚園などの子ども集団施設を対象にした講習会の開催（平成 12 年度～）

●平成 11 年度末から平成 12 年度にかけて続いて発生した保育園等でのノロウイルス集団感染事例を契機に、保育士等子どもに直接接する職員向けの講習会を、食品衛生担当係と協働実施した。初年度である平成 12 年度に市内 12 か所を巡回して開催した。それ以降毎年、継続的に開催してきた。

●平成 15 年度からは、基本知識の提供に加え、①サーベイランス事業と活用方法の紹介、②各施設の情報交換やグループワークを組み込み、保健所と施設、施設間のネットワークづくりをめざした。

●平成 16 年度から①実技講習、②先進的取り組み施設の発表を組み込み、施設の技術向上を目指した。

●集団感染事例の発生施設や依頼のあった施設には、出向いて職員向け講習会を実施している。

2) 保育施設への施設内感染症対策についてのアンケート調査（平成 12 年度）

施設での感染症予防対策の実情及び平成 12 年度に実施した講習会の効果を評価

3) 小児感染症サーベイランス事業の実施（平成 14 年度～）

●医師会、教育委員会と保健所の共同事業として、市内 10 定点による週報告及び学級閉鎖情報からなる感染症サーベイランス事業をスタートした。（平成 14 年 11 月から施行事業、平成 15 年 1 月から本事業；現在は定点数 13 か所）

●サーベイランス事業検討会（平成 14 年度～）

メンバー：医師会、市教育委員会、定点医療機関 頻度：年 1 回

●感染症サーベイランス事業に関する施設へのアンケート調査による事業評価と改善（平成 15 年度末）

4) 感染症施設調査による感染症対策の評価（平成 16 年度）

保育施設へのアンケート及び訪問調査（平成 16 年度）

高齢者施設へのアンケート及び訪問調査（平成 17 年度）

児童福祉施設へのアンケート及び訪問調査（平成 18 年度）

障害者施設へのアンケート及び訪問調査（平成 19 年度）

5) 感染症予防連絡会での地域の感染症対策の検討

●メンバー：医師会、市（教育委員会、保健センター、子ども支援課、高齢福祉課、障害福祉課）医療機関（4 か所）

●既存の感染症に関する関係機関連絡会（感染症予防連絡会）で、サーベイランス事業、感染症施設調査を報告し、地域の状況を共有し対策を検討

★これらの事業により、感染症サーベイランス事業を中心に、地域の小児科医療機関と保健所のネットワークづくり及び子どもの集団施設と保健所のネットワークづくり、施設内感染症予防対策の強化がもたらされた。さらにそのこれらのネットワークは、結核対策を含め地域の感染症対策全般の基盤強化となった。

2 中心となった部署（保健所保健対策課感染症対策係） 担当者の役職（ ）

3 事例に関係した機関

■市町村（1 市） □本庁主管課 □患者会 □民間団体 □一般住民

■医療機関（病院 2 か所、診療所 13 か所） ■医師会 □訪問看護 S T □その他

4 関連図

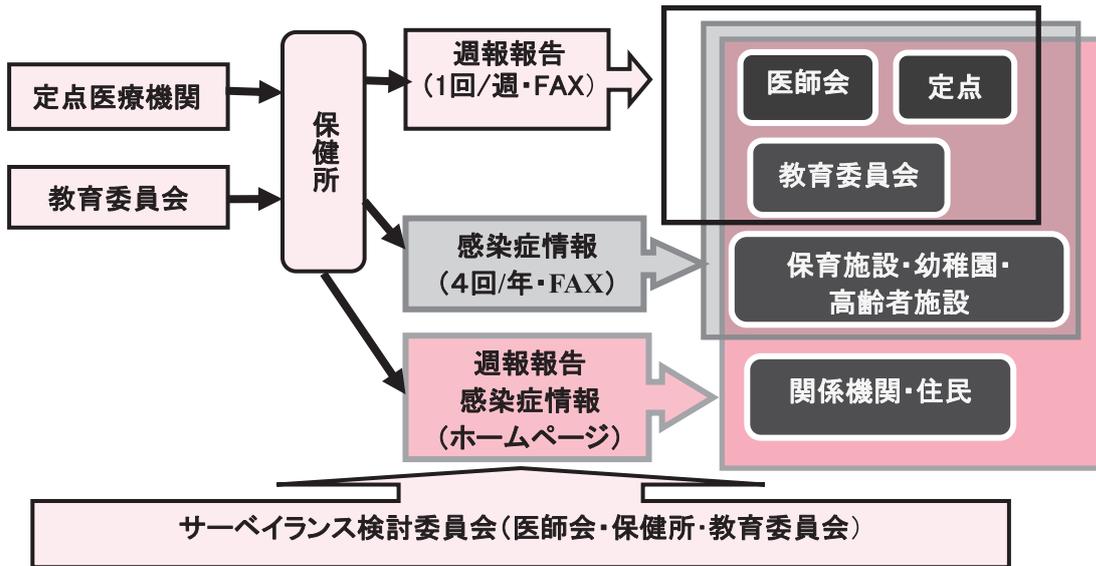
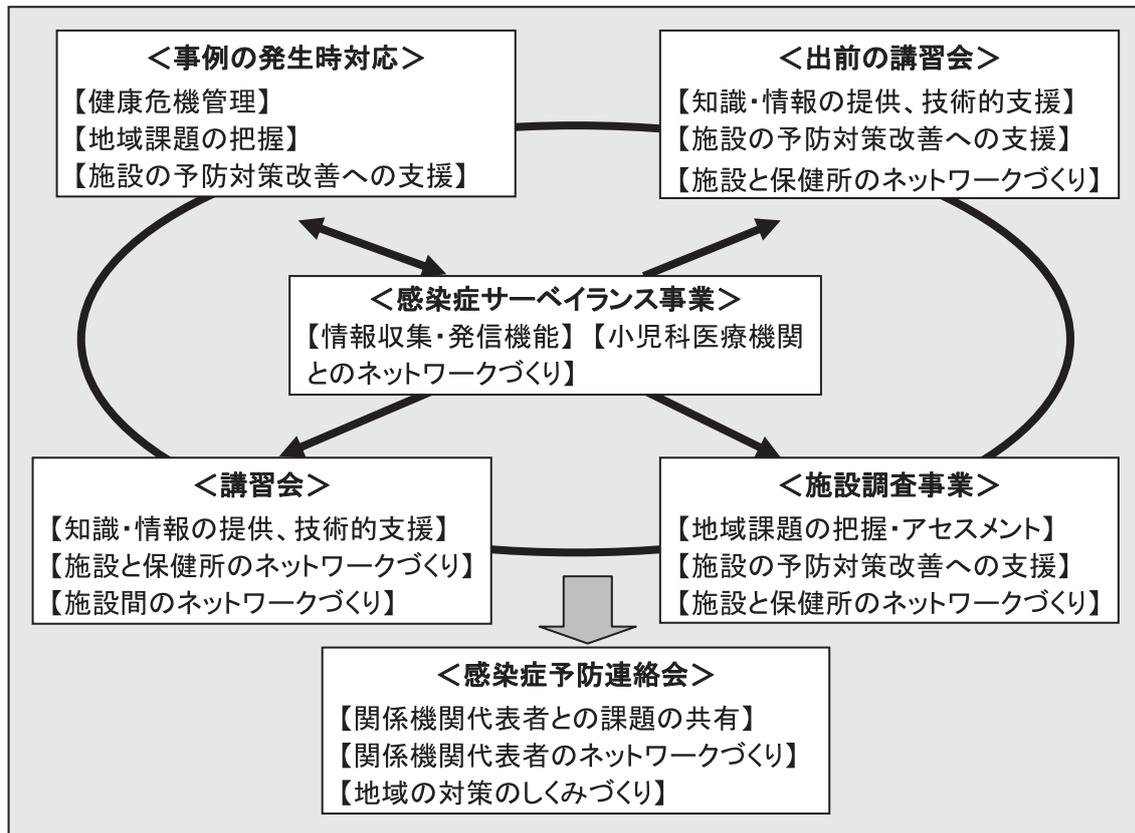


図1 小児感染症サーベイランス事業



【取り組みの成果】

- ①施設の感染症予防対策の強化(一次予防)←【調査・研究機能、情報収集・発信機能、技術的拠点機能(教育機能)、企画・調整機能による成果】
- ②事例発生の早期キャッチ(二次予防)←【情報収集・発信機能、企画・調整機能による成果】
- ③集団感染事例の拡大予防(三次予防)←【情報収集・発信機能、企画・調整機能による成果】

図2 小児感染症サーベイランス事業と他の感染症対策事業の関連性

5 まとめ

〈保健所の役割〉

- ① 食品監視員と保健師が協働し、食中毒対策と感染症対策の連携したとりくみ
- ② 医師会との共同事業の立ち上げ（情報収集、集計、還元のしくみづくり）
- ③ 新規事業「地域独自の感染症サーベイランス事業」の実施体制の調整（所内のスタッフ調整、他事業予算との調整）
- ④ 集団施設及び市役所内の施設所管部署への感染症対策への取り組みにむけたアプローチ

〈保健所長・課長（医師）の役割〉

- ① 医師会との調整
- ② 事業開始時の小児科医師への調整（事業説明、定点医療機関としての協力依頼）
- ③ 所内体制の整備
- ④ 予算獲得

〈保健師の役割〉

- ① 事業の企画、運営、評価
 - a 事業の企画検討、実施体制の検討
 - b 事業の運営担当
 - 週報告に関する情報集計、分析、情報加工、還元、ホームページアップ
 - 感染症トピックス情報の作成、発行、ホームページアップ
 - 年報告の作成
 - サーベイランス検討会議の運営
 - c 事業のメンテナンス
 - 入力・集計システムのメンテナンス
 - 事業の評価調査
- ② 事業の予算化（平成 16 年度より定点委託費を確保、医師会との研修会、アルバイト賃金等）
- ③ 定点医療機関とのネットワークづくり
- ④ 感染症サーベイランス情報を基盤にして感染症事業の展開

施設での感染症発生時の施設への指導や集団施設向けの講習会、集団施設の感染症対策に関する調査などの実施にあたって、常に感染症サーベイランス事業により地域の感染症情報を提供し、施設の感染症への関心を高め施設内の感染症予防対策を講じることを促した。このように地域の感染症情報である感染症サーベイランス事業を単独で実施するのではなく、感染症情報を基盤に、それらの情報発信と連動して感染症事業を展開した。

事例No.10							
テーマ：医療安全対策への住民及び医療機関との協働活動の推進							
保健所名：茨城県つくば保健所							
I 地域の現状及び保健所の組織体制							
1 地域の現状							
①圏域の特性							
<p>つくば市（旧6町村が合併）、つくばみらい市（1町1村が合併）した2市を管轄し、人口248,861人（平成20年4月1日現在）を擁している。つくばエクスプレスや筑波学園都市の整備などで、都市基盤の整備は進んできている。都市基盤の整備に合わせて、管内人口は増加（104.2%）してきている。その反面、市町村合併の影響で、地域住民と行政との関係性が変化し、健康づくりを目的とした地区組織活動の育成強化を推進することや、高齢者の増加（65歳以上人口割合はつくば市14.9%、つくばみらい市20.4%）にあわせて、安心して暮らせる保健サービス・医療サービス・福祉サービスの連携が課題になっている。</p>							
②圏域の社会資源の状況							
医療施設状況 (H20.3.31)							
施設種別 市町村	病院		一般診療所		歯科 診療所数	助産所数	施術所数
	施設数	病状数	施設数	病床数			
つくば市	14	3295	161	160	105	2	111
つくばみらい市	—	—	16	—	16	1	21
計	14	3295	177	160	121	3	132
2 保健所の組織体制							
職員数（22名） 保健師数（6名（内1兼任）） 管轄市町村数（2市）							
管轄市町村保健師数（43名）							
市町村合併の状況：昭和62年桜村、矢田部町、豊里町、大穂町合併でつくば市誕生。その後昭和63年に筑波町が、平成14年に茎崎町加わった。平成18年3月伊奈町と谷和原村が合併しつくばみらい市となり、2市となった。							
組織図：							
保健所長 一次長		<ul style="list-style-type: none"> 総務課（庶務・経理・庁舎管理・職員住宅・備品管理・統計・医療従事者等免許） 地域保健推進室（医療計画・病院等立入検査・医事・介護保険支援健康危機管理・学生実習・医師臨床研修） 衛生課（食品衛生・調理師免許・薬事・毒劇・麻薬・薬剤師免許献血・骨髄バンク等） （環境衛生・水道・温泉） 健康指導課（健康づくり・生活習慣病対策・栄養改善指導・母子保健 歯科保健・食育・栄養士免許） （結核予防・感染症予防・原爆医療・精神保健・難病対策・エイズ予防対策） 					

II 事例概要

1 事例の展開

1) 背景

保健所の医療相談窓口へ寄せられる相談が県内でも多く、その内容も様々であり、住民の医療に対する期待と現実に提供されている医療サービスとの差があることや、住民の中にもニーズの違いがあるように感じていた。

2) 契機

平成 15 年度、つくば市の大規模イベント会場で住民に対して「医療に関するアンケート」を実施したことと並行して、保健所に寄せられていた医療苦情内容の分析を行った。

その結果、

- (1) 地域の保健所がその地域特有の医療に関する情報を医療従事者と住民・患者が共有すること。
 - (2) 住民・患者の医療への主体的参加を促進して患者、家族等と医療人・医療機関とのよりよい信頼関係の構築が必要であること。
- が、確認された。

3) 目的

医療に関する情報を医療従事者と患者が共有し、患者の医療への主体的参加を促進すること。

4) 目標

- (1) 住民・患者の医療に関する理解を深め、主体的に医療に参加できるようになる。
- (2) 医療相談内容を分析し、住民・患者、医療者とのよりよい信頼関係を構築できる。
- (3) 医療機関相互の連携を円滑に行う。
- (4) 圏域での医療機関情報を把握し、適切に住民に伝えられる。

5) 事業の位置づけ

保健所保健総務課地域保健推進室の業務として位置づけられると同時に、地域保健推進特別事業として平成 17 年度から平成 19 年度まで取り組まれていたが、平成 20 年度は、単独事業になった。

6) 事業内容

- (1) 地域住民を対象とした「医療の勉強会」の開催
- (2) 医療相談事例集作成（「地域住民向け事例集」と「医療機関向け事例集」）
- (3) 医療提供者側の情報交換会の開催（管内病院リスクマネージャー、医療相談担当者等）
- (4) 管内病院機能情報収集及び医療相談への活用
- (5) 医療相談検討委員会（病院管理者及び医療安全担当者、医師会代表、弁護士、消費生活センター相談員、住民代表等で構成）の開催

7) 事業課題

- (1) 平成 20 年度からは、予算の確保が困難となったため、今後の「医療の勉強会」などをどのような形態で継続していくことができるかを検討することになっている。
- (2) これまでのけん引役から、サポート役へと役どころをシフトする方策を検討している。

8) 今後の計画

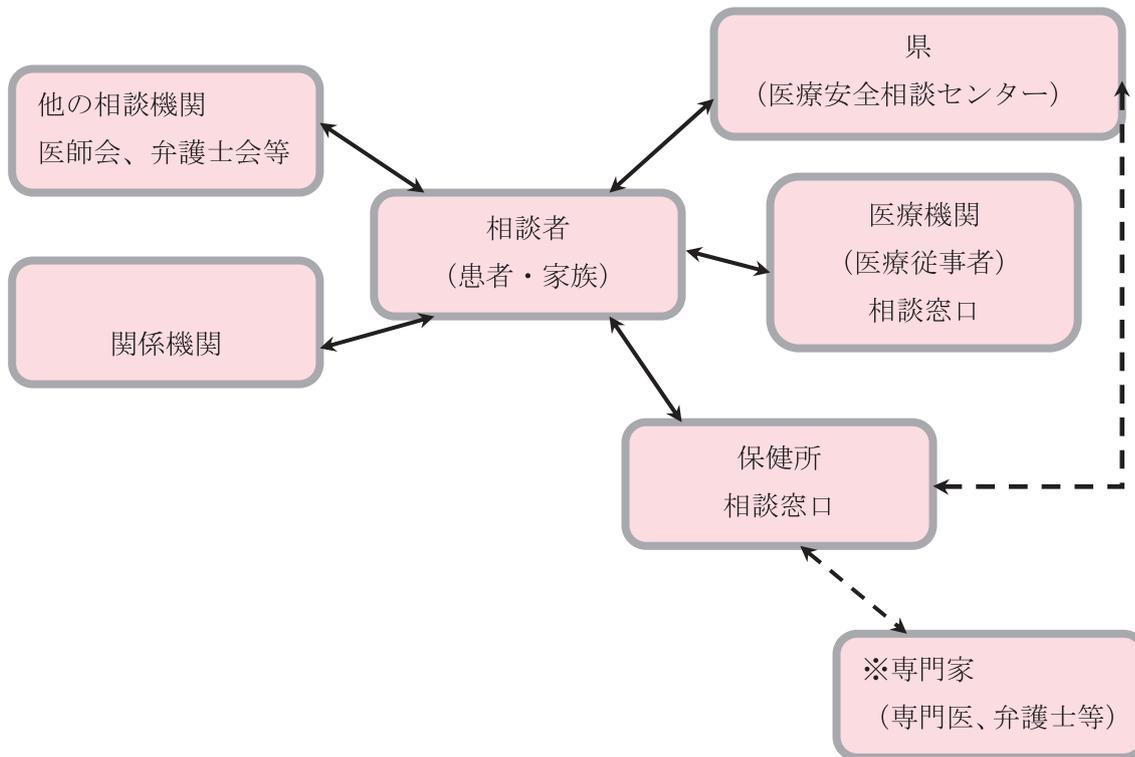
- (1) 医療相談マニュアルの点検・改正
- (2) 地域住民を対象とした「医療の勉強会」の在り方や運営について変化をさせることが必要。実施主体は保健所から、市やその他の機関が連携して行う体制にすることが継続のために必要。
- (3) 予算の確保

2 中心となった部署（保健所総務課 地域保健推進室）

3 事例に関係した機関

市町村（2市（つくば市、つくば未来市）） 本庁主管課 患者会 民間団体（NPO 法人市民のための健康・医療ネットワーク） 一般住民 医療機関（会議メンバー：医師会代表者、地元中核病医師） 医師会（地区医師会代表） 訪問看護 その他（学識経験者、介護保険事業所管理者、保健・医療・福祉行政担当者等）

4 関連図



5 まとめ

〈保健所の役割〉

医療安全を確保することが重要な役割であり、そのために今何が必要であるのかを、保健所が組織として取り組んでいることが大事な役割である。

目の前にある課題をひとつずつ確認し、それらを全体的にみて健康上の課題を抽出して、対策をタイムリーに講じる機動性が求められている。

〈保健所長・医師の役割〉

保健所の機能発揮のために、担当者を保健師としたあとも、よき相談役として、方向性を示す羅針盤として保健師から信頼を得ていた。また、必要時に医師会との調整役を担うなど、医師としての保健所長の重要な役割を担っていた。

〈保健師の役割〉

この事例は、担当者が保健師であることから、終始保健師の視点を感じられる事業展開であった。

地域のなかにある（顕在的（調査で見えてくるもの）・潜在的（苦情として寄せられる相談））医療に関するニーズの確認（保健所内外にあるものを含めて、耳を傾けて聞き取る姿勢がないと流れていって

しまう・・・)し、その内容から、必要なことを抽出して事業化していく。

さらには、その内容を多くの人に伝える方法（マニュアル作成・事例集の作成・講演会の開催等）も視野にいれて並行しておこなっていること。

また、そのための合意形成の仕組みを作り活用することなど、保健所の中に保健師ありといった役割を担っていた。

事例No.1 1
テーマ：地域における食の安全・安心ネットワークにおける住民参加の推進
保健所名：滋賀県湖東地域振興局地域健康福祉部（彦根保健所）
I 地域の現状及び保健所の組織体制
1 地域の現状
<p>①圏域の特性</p> <p>彦根市（110,945人）愛荘町（20,075人）豊郷町（7,394人）甲良町（7,910人）多賀町（8,034人）</p> <p>管内合計人口（154,358人、H20.1現在）高齢化率 20.1% 三次産業6割を占める。</p> <p>年齢調整死亡率 1位 悪性新生物 2位 心疾患 3位 脳血管疾患</p>
<p>②圏域の社会資源の状況</p> <p>健康衛生課が関係している社会資源は多い。</p> <p>健康推進連絡協議会、食品衛生協会、医師会、商工会議所、保育所協議会、介護保険事業所協議会、集団給食施設、市町、食品衛生推進員、健康推進員等</p>
2 保健所の組織体制
<p>職員数（常勤28名+非常勤5名=33名） 保健師数（7名） 管轄市町村数（1市4町）</p> <p>管轄市町村保健師数（51名）</p> <p>市町村合併の状況：平成18年2月に泰荘町と愛知川町が合併して「愛荘町」となった。</p> <p>1市5町から1市4町へ</p> <p>組織図：</p>
<pre> graph LR Director[振興局長] --- SVP[総務振興部] Director --- RHW[地域健康福祉部 (彦根保健所:常勤28名、 非常勤職員5名)] Director --- EPA[環境農政部] Director --- CMA[建設管理部] RHW --- HFW[保健福祉課 24名(副部長兼課長)] RHW --- HHS[健康衛生課 8名] HFW --- SVP2[総務調整担当] HFW --- LP[生活保護担当] HFW --- RHW2[地域保健福祉担当] HHS --- HZ[健康づくり担当] HHS --- LH[生活衛生担当] SVP --- ST[保健師:5、薬剤師:1、 事務職:17(社会福祉士:4)、 嘱託医師:1] EPA --- ST2[保健師:1管理栄養士:1 歯科衛生士:1(他2か所 兼務)] CMA --- ST3[薬剤師:3、獣医師:1] </pre>

II 事例概要

1 事例の展開

1) 背景

- ・平成 12 年度、感染症法が制定されてから、感染症患者発生時には、保健福祉課の健康づくり担当が感染症の疫学調査等を実施し、食中毒発生時には、生活衛生課が、喫食調査・食品の流通過程等の調査や施設衛生管理体制の調査を行うなど、対応が分かれていた。
- ・高齢者介護保険施設等での食中毒、ノロウイルスによる感染症発生患者数の増加、対応の遅れからくる、二次感染者の増加等の課題があった。

2) 契機

- ・平成 17 年度「滋賀県保健所のあり方検討会」にて、健康危機管理体制の確保が重視され、衛生化学センター（地方衛生研究所）に健康危機管理情報センターを設置することと、地域における健康危機管理の拠点としての保健所の機能強化がうちだされ、平成 18 年度より、保健福祉課の健康づくり担当（感染症含む）と、生活衛生課を再編し、「健康衛生課」として全保健所（7HC）に設置され、①平常時からの発生の予防対策、②感染拡大防止対策、③治療等 の3つの健康危機管理対策を進めることとなった。
- ・彦根保健所では、課長（保健師）健康づくり担当（保健師 1 名、歯科衛生士 1 名、管理栄養士 1 名）、生活衛生担当（薬剤師 3 名、獣医師 1 名）の体制でスタートした。

3) 事業内容

- (1) 平成 18 年度は、感染症・食中毒発生時には、健康づくり担当の保健師と生活衛生担当スタッフが必ずペアになって、疫学調査や課内で作成した「施設における感染症対策チェックシート」を活用しながら、原因究明、感染症対策の現状・課題等の把握を行った。
- (2) 施設等の患者発生が増加したため、管内の高齢者施設（13ヶ所）への立ち入り指導の時に、「感染症対策チェックシート」を活用して、施設での感染症対策の問題点を確認しながら、発生予防のための具体的な指導を行っていった。
- (3) 「感染症対策チェックシート」を活用することで、施設での自主点検の取組を進めていった。
- (4) 平成 19 年度は、主に高齢者施設での感染症対策の徹底を図ることを活動目標にあげ、発生予防のための研修会の実施等併せて、平常時における感染症発生予防対策に力を注いだ。
- (5) 平成 20 年度は、消費者・事業者・行政の三者連携強化による食中毒等健康被害の防止及び不良食品の排除をめざし、地域力を活かした食の安全対策・総合的な健康づくりを実施するために、「地域食の安全・安心ネットワークの構築を局の組織目標として位置づけて、局全体の取組にした。
- (6) 消費者として「健康」をキーワードに健康づくり活動をする健康推進員を対象として、健康づくりの中に“食の安全・安心”教育を附加した地域への拡がりへの仕掛けづくりをした。
- (7) 「F ネット通信 彦根」をファクシミリで、管内の関係機関に定期配信をした。（食中毒発令、感染症サーベランス情報、啓発等）

4) 成果

- (1) 課内の専門職との協働実施により、疫学調査の幅の広がりや、給食施設指導・監視体制の強化を図ることができた。
- (2) 施設からの感染症対策への相談件数が増加した。
- (3) 施設での自主点検のための「感染症対策チェックシート」の活用が定着したことと、感染症予防

5 まとめ

〈保健所の役割〉

- ・健康危機管理対策の拠点。
- ・広域的・専門的機能を活かしながらの活動が展開できる。
- ・保健所が持っている社会資源と、市町が持っている身近な社会資源を有機的に繋げられる。

〈保健所長・医師の役割〉

- ・保健所の顔。
- ・職員のやる気を後押ししてくれる。
- ・事業計画立案・実施にあたって、最終的な責任を負ってくれる。

〈保健師の役割〉

- ①保健師は、感染症の知識（疫学、看護学等）をもっている。
 - ・必ず現場に出向いて確認をし、何が問題なのか、何をすべきなのかを判断して、対策を実行してきた。（実態把握、課題の抽出・整理、対策の検討等）
- ②保健師は、いろいろ「仕掛ける」事ができる。
 - ・食中毒は、感染症と一体化して対策をとるべきと判断、発生時には、両担当の専門職がペアになって疫学調査等を実施することを実現化した。
 - ・施設自己点検による「感染症対策チェックシート」の作成と、毎年点検の実施の導入。
 - ・感染拡大防止対策中心から、平常時の発生予防対策を重視した活動（研修会・健康教育・啓発等）に重点をおくようになった。
 - ・食中毒等の発生を防止するには、食の安全の確保が必要と判断。滋賀県の「食の安全・安心アクションプラン」を、保健所で具体化しようと働きかけた。
- ③保健師はいろいろな機関・職種を繋げることが上手。
 - ・感染症・食中毒発生時は、両担当の専門職スタッフが協働して対応していく体制を、課の中で整備したことで、感染症対策の活動の幅をひろげることができた。
 - ・両担当が関係している社会資源・関係機関と上手に連携をとりながら、多くの住民に対して、感染症予防のための健康教育を実施していった。
 - ・健康推進連絡協議会を消費者代表、食品衛生協会を事業者代表、彦根保健所を行政代表として、食の安全・安心を軸とした総合的な健康づくりをめざした、「地域食の安全・安心ネットワーク」を構築した。
- ④保健師と他職種との協働により、関係機関へ自主的に活動できるよう育成・支援
 - ・それぞれの関係機関が、感染症予防対策や食の安全・安心対策について、無理なく楽しんで取り組むことができ、かつ自分たちの役割が果たしていけるよう、あまり、行政が出しゃばらずに、それぞれの機関が主体的に活動出きるよう、他職種と協働して育成・支援を行った。

事例No.12
テーマ：市における分散配置後の保健師間の連携支援
保健所名：兵庫県三木健康福祉事務所
I 地域の現状及び保健所の組織体制
1 地域の現状
<p>①圏域の特性</p> <p>兵庫県は10 県民局 25 健康福祉事務所（うち地域保健法上の保健所 13 ヲ所）で、三木健康福祉事務所は北播磨県民局に属する。北播磨県民局圏域には、1 保健所と保健所ではない3 健康福祉事務所があり、三木健康福祉事務所はその内一つである。</p> <p>北播磨圏域は5 市 1 町からなり、兵庫県のほぼ中央に位置し、総面積は 895.56 km²、人口 291,745 人である。その内、三木健康福祉事務所が所管するのは、平成 17 年 10 月に合併した三木市（人口 83,727 人、世帯数 31,252 世帯、高齢者人口割合 23.5%、出生数 592 人、合計特殊出生率 1.07、死亡数 765 人）一市となっており、地域保健活動は当該事務所で完結する形となっている。</p>
<p>②圏域の社会資源の状況</p> <p>三木健康福祉事務所管内の医療機関は一般病院が 5 病院、精神病院が 1 病院、診療所は 64 か所。</p>
2 保健所（保健事務所）の組織体制
<p>職員数（ 7 名 ） 保健師数（ 4 名 ） 管轄市町村数（ 1 市 ）</p> <p>管轄市町村保健師数（ 17 名 ）</p> <p>市町村合併の状況：平成 17 年 10 月に三木市と美嚢郡吉川町が合併</p> <p>組織図：</p>
<pre> graph LR A[社健康福祉事務所(社保健所)] --- B[西脇健康福祉事務所] A --- C[三木健康福祉事務所] A --- D[加西健康福祉事務所] C --- E[調整担当] C --- F[監査指導課] C --- G[福祉課] C --- H[健康増進課] C --- I[保健指導課] C --- J[食品衛生課] C --- K[薬務・生活衛生課] C --- L[検査室] C --- M[衛生課] C --- N[健康課] style N stroke-dasharray: 5 5 </pre>

II 事例概要

1 事例の展開

1) 背景

平成 17 年 10 月に三木市と吉川町が合併。翌年度から保健師の分散配置が加速し、平成 19 年 4 月現在、3 人の課長職含む中堅以上の保健師が 5 課に分散された。市保健師の中核である健康増進課が若い保健師ばかりとなる中、さらに産休育休で人数が少なくなっていき、健康福祉事務所からの事業協力依頼やケース相談の押し付け合いが起り始めた。また、市保健師からも「仕事が忙しい」「他課で何をしているのか分からない」「平成 21 年度に保健師の 3 課長が一斉退職後どうなるのか」等の声が聞こえ始め、人材育成の問題や保健行政の流れによる業務の多忙等の問題により市保健師が疲弊している現状が感じ取れた。

2) 契機

- (1) 健康福祉事務所保健師は、国から出された「市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書」や「保健師の 2007 年問題に関する検討会報告書」等の内容と三木市の状況が同様と捉え、市保健師が疲弊している現状から健康福祉事務所としてなんとかできないかと思っていた。
- (2) 兵庫県が実施する県と市の保健師がペアで共通課題に向けて取り組むという「地域ケアの総合調整研修」の参加について、「三木市の現状の課題を研修テーマとして取り組みたい」と健康福祉事務所から市へ持ちかけた。
- (3) 平成 21 年度には県の 25 健康福祉事務所が 13 か所に統廃合の予定があるので、1 市 1 健康福祉事務所で見える関係でいる間に、市独自で取り組む体制を作る必要があった。

3) 目的

県保健師と市保健師がペアで県の人材育成事業を活用し、三木市における保健師間の横断的連携体制を整備する。

4) 目標

市保健師が課題を共有し分散配置された保健師同士の連携体制を構築し有機的に繋がる必要性を感じ、自らの力で取り組むこと

5) 実施内容

- (1) 三木市保健活動に関する調査（アンケートと聞き取り）の実施（H19.9.3～10.16）
- (2) 調査を踏まえた市 5 課長との意見交換（H19.10.18）
- (3) 三木市保健活動に関する報告会並びに三木市保健師活動を考える会の開催（H19.11.14）
- (4) 保健師活動を考える会（仮）開催に向けた市 5 課長との意見交換（H19.12.20）
- (5) 三木市保健師活動を考える会（仮）準備会開催（H20.2.13）
- (6) 保健師のあり方検討会発足（H20.6.25）

市自身が自らの課題に気づき取り組みの方向性が明らかになるまでは県健康福祉事務所が主体的な役割を担い、市保健師に引き継いだ。（(1)～(4)は三木健康福祉事務所、(5)～(6)は三木市が主体的に推進）

6) 経過及び成果

- (1) 県の地域ケアの総合調整研修を活用するに当たって、当初、市は多忙を理由に拒否的であったが健康福祉事務所保健師が何度も足を運び参加を持ちかけた。それにより、中堅保健師の中から研修の参加について市から推薦が得られた。

- (2) 実施にあたっては、三木健康福祉事務所保健師長と担当保健師が綿密な事業計画書等をもって保健師配置の5課長へ頻りに足を運び説明したことにより、理解と協力が得られた。
- (3) 三木市保健活動に関する調査については、調査票による調査だけではなく、市保健師と健康福祉事務所保健師がペアで、市保健師一人一人と面談し個室でゆっくり業務上の課題、分散配置上の課題、人材育成、困っていること、組織を超えた連携の必要性等の聞き取りを行い市の実態を把握した。当面、健康福祉事務所が牽引役を担当することや市課長等の協力を得ながら進める必要性を感じた。
- (4) 「三木市保健活動に関する報告会及び三木市保健師活動を考える会」では、健康福祉事務所保健師が進行役となってグループワーク（課長G、保健師G）を実施した。
ルール（否定しない、若い人から順に、マスコットに言わせる形）を決めた上で、報告会を聞いて感じたこと等を出し合ったことにより、市保健師が自分たちの問題として現状の問題を共有し、課題を解決するための一つ的手段として、検討会をもつことが必要であると実感し行動でき、以降の取り組みに発展した。
- (5) 目標としていた市が主体となって「保健師のあり方検討会」を立ち上げ、横断的な連携に取り組む体制づくりの基盤をつくることができ、現在、市が独自で保健師活動について検討を重ねている。なお、当該会議の前後に健康福祉事務所と5課長が意見交換し会議開催の持って行き方、調査結果を学会等で発表するといった意見が貰っていた。

7) 波及効果

- (1) 面接により調査票だけでは把握できなかった仕事上のストレスやジレンマ等が話され、結果的に日頃個人が抱えている悩みや思いを汲み取ることができメンタルヘルスケアにつながった。
- (2) 市保健師は今回の取り組みをまとめ学会発表につなげモチベーションが高まった。
- (3) 保健師のあり方検討会運営にかかる経費について、市総務課が実施する人材育成のための三木市職員研修計画に基づく自主研究グループ事業の経費として認められた。
- (4) 全国保健師長会兵庫県支部研修会において報告したことにより、県内の他市町の取り組みへの足がかりとなった。

8) 課題

- (1) 検討会メンバー以外の市保健師には温度差があり、市保健師全体のモチベーションを高くしていくよう底上げが必要である。
- (2) 市主体で保健師のあり方検討会を進めるにあたり、検討会のメンバー構成や進め方、目指す方向性について市保健師だけで話し合いながら試行錯誤しており堂々巡りになっている。

9) 今後の計画

- (1) 現状は市保健師からの相談を健康福祉事務所だけで助言しているが、先駆的な取り組みでもあるため今後は大学等からのスーパーバイズを活用し虫の目・鳥の目を持って考えていけるよう支援する。
- (2) 三木市の事例が他市町の保健師への原動力となるよう発信していくとともに、各市町の地域特性を考えながら支援のあり方を検討。
- (3) 今回の調査研究を引き継ぐ形で、平成H20年度地域ケア総合調整研修を活用し、人材育成のための研修のあり方に視点をおき調査検証する。

5 まとめ

〈保健所の役割〉

- ①所管する地域（人、物、体制等）の実態把握及び課題の分析
- ②所管する地域の保健医療機関に所属する専門職が抱える課題解決にむけ、活用できる社会資源の発見及び開発

〈保健所保健師の役割〉

- ①日常業務を通して市保健師の課題や現状をタイムリーに把握し、県の人材育成事業「地域ケアの総合調整研修」という既存の事業をうまく活用し、市保健師の課題解決につないだ。
- ②国や他県等の保健師活動に関する情報を収集し市へ情報提供した。
- ③市の個々の保健師の思いを受けとめ、市の課題を明確にした。
- ④明らかになった課題を市の上司につなぎ、意見交換する場を設け次ぎのステップを一緒に考えた。
- ⑤市保健師の連携体制が構築されることで市の総合的健康づくり施策が活性化する刺激を与えた。
- ⑥市自身が自らの課題に気づき取り組みの方向性が明らかになるまで県健康福祉事務所が主体的な役割を果たした。
- ⑦県の人材育成事業「地域ケアの総合調整研修」を活用し研究的視点の重要性を示した。

保健所保健師活動事例集作成検討会開催要綱

1. 趣旨

平成9年の地域保健法施行後、保健所は地域保健の広域的、専門的かつ技術的拠点としての機能強化が求められ、直接的な対人保健サービスは市町村が中心に担うこととなった。

その結果、都道府県型保健所では、専門技術的なサービスや企画調整、健康危機管理等の機能を強化するため、業務担当制をとる自治体が多くなり、所内連携はもとより市町村への重層的な関わりや支援が担えていない状況にある。また、保健所設置市においても、市町村合併による組織の拡大や分散配置等により横断的で地域に根ざした保健活動を行うことが困難な状況にある。

そこで、保健所保健師が中心となり、保健所の機能を生かした活動を展開している事例を分析・評価し、活動のポイントを提示することによって、保健所保健師が抱える課題の解決に役立つ事例集を作成することを目的とする。

2. 検討内容

- 1) 保健所の保健師が中心となり保健所機能を生かした活動事例を収集しヒアリング調査を実施する。
- 2) 事例の分析により、保健所及び保健師の機能を明らかにし、活動のポイントを提示する。
- 3) 事例集を作成する。

3. 検討会構成員等

- 1) 検討会構成員は別紙のとおりとし、うち1名を座長とする。
- 2) 検討会の構成員の任期は、平成21年3月31日までとする。

4. その他

- 1) この検討会は、平成20年度地域保健総合推進事業によるものである。
- 2) 会議は、原則として公開とする。

(別紙)

構成員名簿

氏名	所属・職位
梅庭 牧子	青森県健康福祉部健康福祉政策課企画政策グループ 総括主幹
恵上 博文	山口県宇部健康福祉センター所長
大木 幸子	杏林大学保健学部看護学科地域看護学研究室教授
大槻眞美子	京都府山城南保健所保健室長
金子 仁子	慶應義塾大学看護医療学部教授
田上 豊資	高知県中央東福祉保健所長
○成木 弘子	国立保健医療科学院公衆衛生看護部長
松木 美穂	北海道後志保健福祉事務所保健福祉部保健福祉企画課 保健推進係長
山口 淳一	千葉市保健福祉局健康部生活衛生課長
渡辺 好恵	さいたま市保健所母子保健・難病係主査

○:座長 (五十音順、敬称略)

保健所保健師活動事例集作成検討会報告書

セーフティネットを守るための保健所活動の推進
～ニーズに基づき戦略的にシステムを開拓する保健師活動～