【東北ブロック】

〔事例１〕

「脳卒中地域連携パスと保健所の役割」

事例提供者

田辺　　博　（青森県東地方保健所次長）

事例名	【事例１】脳卒中地域連携パスと保健所の役割
事例提供者名	田辺　博（青森県東地方保健所次長）
コメント （１）成功要因分析	・急性期病院の医師が熱意を持って主導していること。 ・「大腿骨頚部骨折」のように連携パスの使用実積があること。 ・脳卒中連携パスも既に試行されていたこと。 ・先行した事例があり、一部改良して用いることができたこと。 ・回復期病院に様式の患者紹介用診断書・判断指標を統一して共通認識のためのツールとして位置づけたこと。 ・事務職の主たる担当者により、保健所が関係機関の調整に継続的な関与をしていたこと。
（２）事例からみた医療連携	・病病連携を第一に開始されたこと。 ・連携パスにより診断書の統一と受け渡し体制の整備が図られたこと。 ・急性期・回復期を担当する病院はすべて圏域のシステムに加入するよう調整すること。 ・維持期への拡張に向けて、医療機関、特別養護老人ホーム、居宅介護支援事業所、ケアマネージャー等の参加増を調整していくこと。
（３）保健所の関与の可能性と役割	・連携パスの啓発から始め、準備会議の設立には「地域」側委員の選任を行い、作成検討委員会設立後は事務局の立場で関与したこと。 ・作成検討委員会では、会議の開催、論点の整理、記録から、各種提案等を通じ、連携パスの内容を検討したこと。 ・連携パスの受け渡しの具体的方法の整備に寄与したこと。 ・連携パスの運用開始後は、維持期・地域への拡張等に取り組むこと。 ・医療と地域をつなぐ要として、相互の意見交換の場を提供し、相互の調整をしつつ、連携パスの定着を図っていくこと。

脳卒中地域連携パスと保健所の役割

青森県東地方保健所　　次長　　田辺　博

１．　青森県では、平成９年度以来、何らかの支援を必要とする人に、切れ目がなく、過不足のないサービスを提供できる体制を住民に最も身近な市町村に構築することを目指した、保健・医療・福祉包括ケアシステム推進事業を展開してきた。

２．　この事業の一環として急性期病院と回復期病院をつなぐのみならず、維持期の医療機関や施設・在宅サービス提供機関をもつなぐ情報共有のツールとして、地域連携パスの開発・活用と定着を図る事業を、平成１７年度から開始した。

３．　一方、青森市と東津軽郡の４町村からなる青森地域医療圏においては、「施設間の医療機能分担と連携の推進」を重点的に推進することが課題となっていた。

４．　このような状況の下、平成１７年度に青森市民病院が青森圏域リハビリテーション広域支援センターに指定され、翌年青森圏域地域リハビリテーション連絡協議会が組織されたのを機会に、この協議会に地域連携パスの意義や、先行する八戸圏域や下北圏域での取組状況を情報提供したところ、青森圏域での地域連携パス作成の機運が高まった。

５．　その後、平成１９年１月の準備会議の立ち上げなどを経て、１９年度からは県の連携パス開発事業の対象になったことを受けて、同年５月に「青森圏域脳卒中地域連携パス作成検討委員会」が発足し、協議が進められた。

６．　青森圏域の脳卒中地域連携パスは、平成１９年９月までの４度の会合と１回の研修会を経て、１０月からは検討委員会の委員が所属する組織内での試行に入り、さらに２度の会合と１回の報告会兼研修会を経て、平成２０年度から、一般の医療機関等を含めた本格運用に入っている。

７．　当圏域の特色として、急性期病院の医師が主導したこと、「大腿骨頸部骨折」での連携パス使用実績があり脳卒中連携パスも一部の病院で試行されていたこと、ゼロからの開発ではなく、香川労災病院の開発したパスをもとに一部改良して用いたこと等があり、結果的に比較的短期間で本格運用ができることとなった。

８．　平成２０年度の取組としては、診療報酬請求にむけた条件整備と、維持期医療機関・地域サービスへのパスの延長に向けた作業を進めている。

９．　保健所は、脳卒中地域連携パス作成検討委員会の事務局を担当し、医療機関相互のみならず、医療機関と「地域」とを連携する要の役割を果たしている。

１０．　今回の取組を通じ、医療機関と地域サービス部門との直接の協議の場ができたほか、パスの運用に関する医療機関の各職種ごとの意見交換も行われるようになっており、委員会に参加する組織の職員のパスの改善に向けた意欲と熱意を感じている。この意欲や熱意を維持・涵養しつつ脳卒中地域連携パスの定着を目指して行きたい。

1

青森圏域脳卒中地域連携パスについて

作成経過及び現状と課題

青森県東地方保健所

管内図

管内人口　　331,579 人
　青森市　　304,399
　東津軽郡　　27,180
（20/4/1推計人口）

高齢化率
　青森市　　21.69 ％
　東津軽郡　　31.66
（20/2/1高齢者人口等調）

病院数（病床数）
　青森市　24(5,303床)
　東津軽郡　2(150)

医師数
　青森市　　612人
　東津軽郡　　22

3

青森圏域の取組

～青森地域保健医療計画の推進

（平成１７年３月）

【主要課題】

- 医療機関やマンパワーが青森市に集中している
- **施設間の医療機能分担や連携が進んでいない**
- 感染症病床、広域リハビリテーション支援センターなど、圏域として不足している機能がある
- 自治体病院の機能再編成計画を見直す必要がある

4

青森県の取組

～保健・医療・福祉包括ケアシステムの構築

- 包括ケア会議～市町村の体制づくり支援
  （平成９年度から）
- 地域リハビリテーションの構築
  （平成１２年度から）
- 橋渡し職員の養成　（平成１４年度から）
- 自己評価手法の開発　（平成１６年度から）
- 地域連携パスの開発・普及
  （平成１７年度から）

包括ケアシステムの推進にかかる具体的施策（１）

・ひとづくり：橋渡し職員の養成・ネットワーク構築支援

医療機関の利用者が円滑に地域での生活に移行できるようにするため、医療機関と地域を結ぶ「橋渡し」の役割を担う人材を養成し、医療機関と地域との連携を深め、保健・医療・福祉包括ケアシステムにおけるネットワークの構築・強化を図る。

→　平成２０年３月「東青地域橋渡しネットワーク推進連絡会」の設立

・しくみづくり：地域連携パス標準化モデル開発・普及

医療機関の利用者が安心して円滑に地域での生活にもどり、早期に社会復帰できるようにするため、疾病別に病態・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「地域連携パス標準化モデル」を開発し、全県的な普及を図る。

→　平成１９年１０月から試行。平成２０年４月から運用開始

6

直接の契機

- 青森市民病院が青森圏域地域リハビリテーション広域支援センターに指定（平成１７年９月）
- 青森圏域地域リハビリテーション連絡協議会の設置（平成１８年８月）
  - ・地域連携パスについて、先行した２圏域の実施情報を県本庁から説明
- 地域連携パス準備会立ち上げを合意（平成１８年１２月）、第１回会議を開催（平成１９年１月）
- 青森圏域地域リハビリテーション支援センターの事業として地域連携パス開発を進めることを連絡協議会で承認（平成１９年２月）
- 青森圏域脳卒中地域連携パス作成検討委員会を設置（平成１９年５月）
  - ・青森圏域地域リハビリテーション連絡協議会の内部組織
  - ・事務局を保健所が担当

7

取組経過

検討会等（平成１９年度）	検討内容等
第１回（5月30日）	対象を脳卒中に。香川労災病院のパスをモデルにすることで合意。
第２回（7月6日）	香川労災病院藤本脳神経外科部長をアドバイザーに研修。
第３回（8月29日）	試用に向け、パスの具体的内容、運用方法を検討。
第４回（9月27日）	対象者の選定、フィードバック方法等について検討。
トライアル研修会（〃）	検討委員の施設から１２０人参加。
第５回（11月29日）	試用結果から、項目、パスの運用、受け渡し方法等を検討。
第６回（1月30日）	職種ごとの分科会による検討。
報告会（3月7日）	試用結果報告と、平成２０年４月からの本格運用の説明会。関係者約２８０名参加。

8

当圏域の取組の特徴

- 急性期病院の医師が主導している。
- 「大腿骨頸部骨折」での連携パスの使用実績があり、脳卒中連携パスも試行されていた。
- ゼロからの開発ではなく、先行した事例を一部改良して用いた。
- 回復期病院ごとに異なる様式の患者紹介用診断書を統一し、判断指標も統一して共通認識を持つためのツールと位置づけた。
- 橋渡しネットワークとのリンクを行った。

現状と課題

- 診療報酬請求への条件整備（後述）
- 維持期・地域（施設）への拡張
  - ・参加施設数
  - ・維持期以降のルートづくり
    （橋渡しネットワークの活用）
  - ・参加施設以外へのパスの発行
  - ・広報
  - ・今年度の計画

参加施設数

（平成２０年９月１７日現在）

区分	参加数	区分	参加数
病院	１０	診療所	５
歯科診療所	１	特別養護老人ホーム	１
認知症高齢者グループホーム	１	身体障害者更生施設	１
訪問看護ステーション	１	地域包括支援センター	１
指定居宅介護支援事業所	１０	計（実件数）	３３

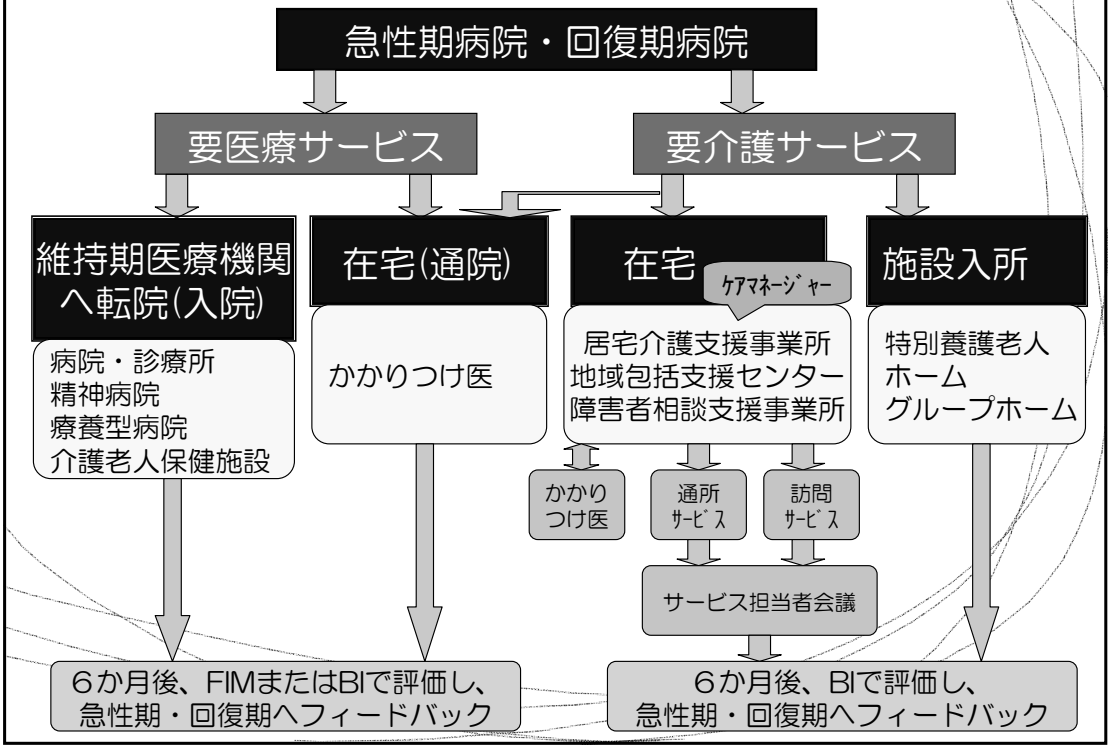
（参考）東青地域橋渡しネットワーク推進連絡会参加施設数　（平成２０年８月２１日現在）

区分	参加数	区分	参加数
病院	１７	介護療養型医療施設	４
介護老人保健施設	５	養護老人ホーム	１
特別養護老人ホーム	７	認知症高齢者グループホーム	１７
精神障害者社会復帰施設	２	訪問看護ステーション	８
地域包括支援センター	１０	在宅介護支援センター	６
難病相談所	１	市町村の相談窓口	３
指定居宅介護支援事業所	３７	計（延べ件数）	１１８

診療報酬算定について

- 地域連携診療計画管理料（900点）と地域連携診療計画退院時指導料（600点）
- パス様式の手直し
  - ・地域連携診療計画書、日常生活機能評価表
- 情報交換会
- 当圏域では条件が整い次第手続き予定
  - ・平均在院日数等

地域連携パスの維持期への流れ



13

保健所の役割

- 医療機関相互のみならず、医療機関と「地域」とを連携させるための要
  - ・地域連携パス開発事業の効果とその維持
- 対象疾病の拡大とそれに伴うパスの開発・維持・管理
  - ・「情報交換会」の機能と限界
  - ・地域連携パス運用データの保存・活用

〔事例２〕

「救急医療連携の推進と県型・市型保健所の役割」

事例提供者

阿部　僚一　（新潟県新発田保健所長）

事例名	【事例２】救急医療連携の推進と県型・市型保健所の役割
事例提供者名	阿部　僚一（新潟県新発田保健所長）
コメント （１）成功要因分析	・熱意のあるメンバーが所長はじめ複数存在すること。 ・保健所の主たる担当者が事前、事後とも、こまめに関係者と直接面談すること。
（２）事例からみた医療連携	・メディカルコントロール協議会の消防署隊員、救急医療現場の医師の声を軸にして、素案の作成、会合の日程調整を行っていくこと。 ・二次医療圏の実情に応じた、医療連携を推進すること。
（３）保健所の関与の可能性と役割	・公立、中立的な立場で関係機関と調整役を遂行できるため、調整役に徹すること。 ・地域において、情報収集、発信、会議の設定、参加メンバーの設定などを行うこと。 ・二次医療圏に複数の保健所があっても、それぞれ所管地域の医療資源・医療機能調査などの役割分担を明確にしたこと。 ・保健所長が関係者や保健所職員に対して、ねぎらい、励まし、共感すること。

「地域における医療連携推進のために保健所が果たしてきた役割」

救急医療連携の推進と県型・市型保健所の役割

新潟県新発田保健所長　阿部僚一

新潟県の「医療計画」の変遷

○昭和 62(1987)年～平成 8(1996)年

第一次新潟県地域保健医療計画を 10 カ年計画で開始

平成 4(1992)年：上記中間見直し

○平成 9(1997)年

第二次新潟県地域保健医療計画を 10 カ年計画で開始

○ 平成 13(2001)年～平成 17(2005)年

第二次新潟県地域医療計画を見直し、医療法に基づく医療計画を盛り込んだ、第三次新潟県地域医療計画を実施

この時期，新潟県は 111 市町村で構成され，13 の二次医療圏域に 14 の保健所が設置されていた（13 の県型保健所と 1 の市型保健所）。

○ 平成 18(2006)年

医療法 30 条に基づく第四次新潟県地域保健医療計画実施。

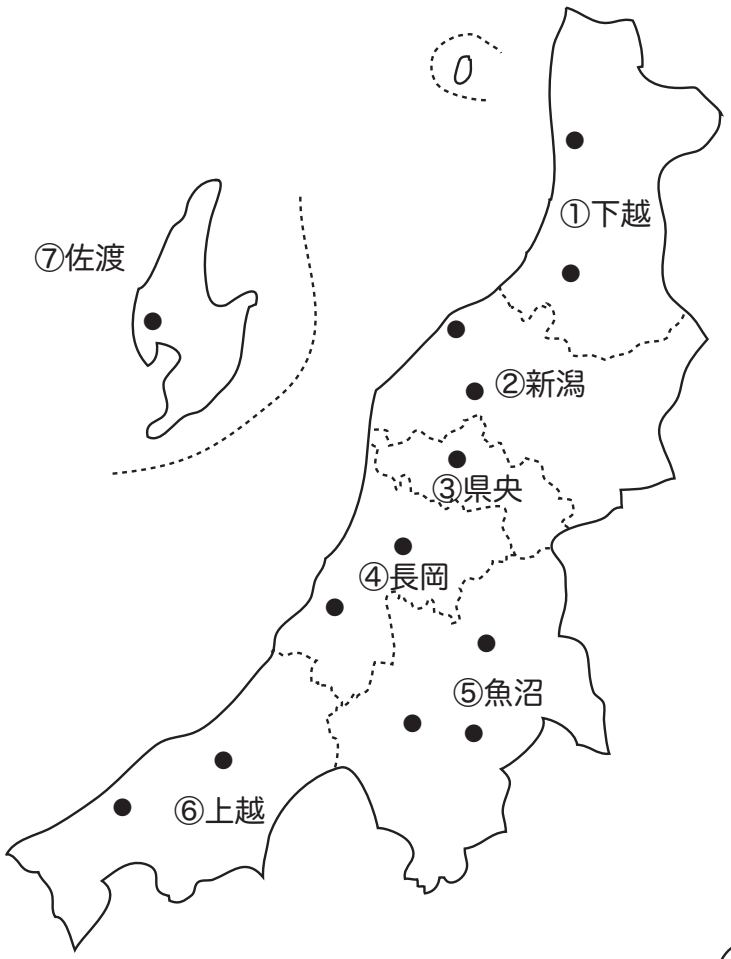
このとき、二次医療圏の再編も行い，13 の圏域を 7 圏域に整理した。また、平成の大合併の推進により，第三次医療計画策定時には 111 市町村であったものが、現在，31 市町村に整理された。しかし、保健所の統廃合は進んでおらず，一箇所統合されたのみで，13 保健所（12 の県型保健所と 1 の市型保健所）である。

現在、平成 18 年 6 月の医療法改正に伴う、第四次新潟県地域保健医療計画の改訂作業中である。

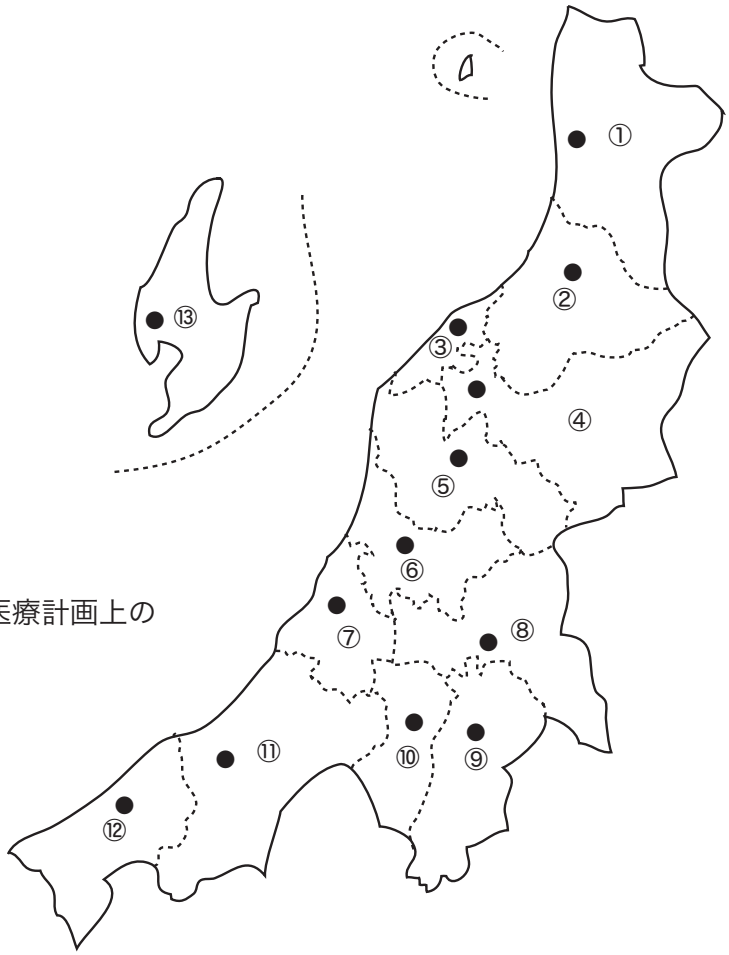
県の作成した素案に関して、県民電子会議室を 6 月 23 日から 7 月 18 日までの 4 週間開催し，9 月 12 日から 10 月 10 日までを県民の意見公募期間とし，最終案を 10 月下旬の新潟県医療審議会に諮る予定である。

新潟県二次医療圏域の変更と保健所所在地

●印は保健所所在地
○数字は二次医療圏



第四次新潟県地域保健医療計画上の
二次医療圏
（平成 18(2006) 年から現在）



第三次新潟県地域保健医療計画上の
二次医療圏

新潟県の二次医療圏域

圏域	全県	下越圏域	新潟圏域	県央圏域	中越圏域	魚沼圏域	上越圏域	佐渡圏域
構成市町村	20市7町4村	3市１町2村	3市1町	3市1町1村	3市1町1村	4市3町	3市	1市
人口（人）	2,427,889	228,621	931,990	283,459	387,911	233,787	295,081	67,040
面積（km^2）	12,583.46	2,319.70	2,223.57	733.56	1,432.20	2,854.10	2,165.08	855.25
人口密度（人／km^2）	193	99	419	386	271	82	136	78
病院数	138	16	53	10	19	18	16	6
一般診療所数	1,762	169	742	177	294	146	193	41
歯科診療所数	1,196	105	539	119	192	92	122	27
一般病床数（人口10万当）	730	551	759	515	836	793	760	885
医師数（人口10万当）	184	148	241	117	187	125	153	142
歯科医師数（人口10万当）	85	64	128	55	65	47	56	58
薬剤師数（人口10万当）	154	121	193	111	149	120	142	115
看護師数（人口10万当）	648	478	671	441	804	701	660	652
准看護師数（人口10万当）	303	377	314	270	305	239	298	263
保健所	13	新発田保健所 村上保健所	新潟市保健所* 新津保健所 新発田保健所	三条保健所	長岡保健所 柏崎保健所	南魚沼保健所 魚沼保健所 十日町保健所	上越保健所 糸魚川保健所	佐渡保健所
救急患者の動向								
圏域内の消防の救急搬送患者数		7,065	28,494	7,175	12,667	8,106	9,487	2,558
（うち他圏域医療機関で対応した患者数）		347	1,508	1,303	324	722	74	0
圏域内の医療機関で対応した患者数		7,298	28,032	6,920	13,761	7,531	9,451	2,559
（うち他圏域からの流入患者数）		580	1,046	1,048	1,418	147	38	1

東北ブロック県別概要（H20年8月現在）

	人口	面積	人口密度	二次医療圏域	保健所数		市町村数		
					県型	市型	市	町	村
青森	1,395,716	9,607.05	145.3	6	6	1	10	22	8
岩手	1,353,438	15,278.85	88.6	9	10	1	13	16	6
秋田	1,109,640	11,612.22	95.6	8	8	1	13	9	3
宮城	2,343,640	7,285.74	321.7	7	7	5	13	22	1
山形	1,189,819	9,323.46	127.6	4	4	0	13	19	3
福島	2,056,210	13,782.75	149.2	7	6	2	13	32	15
新潟	2,396,067	12,583.47	190.4	7	12	1	20	7	4

	65歳以上人口割合（H19.4.1）			平均寿命（H17）		年齢調整死亡率（H17）人口10万対	
	全体	男性	女性	男性	女性	男性	女性
全国	21.5%	18.8%	24.1%	78.79	85.75	593.2	298.6
青森	23.9%	20.2%	27.2%	76.27	84.80	733.4	322.9
岩手	25.7%	21.8%	29.4%	77.81	85.49	647.3	302.4
秋田	28.0%	23.7%	31.9%	78.60	85.75	598.3	294.4
宮城	21.0%	18.2%	29.4%	77.44	85.19	645.2	305.5
山形	26.3%	22.4%	30.0%	78.54	85.72	597.0	298.4
福島	23.7%	20.1%	27.1%	77.97	85.45	636.2	303.8
新潟	25.0%	21.3%	28.5%	78.75	86.27	591.8	277.0

人口10万対病床・医療施設数（H18年）

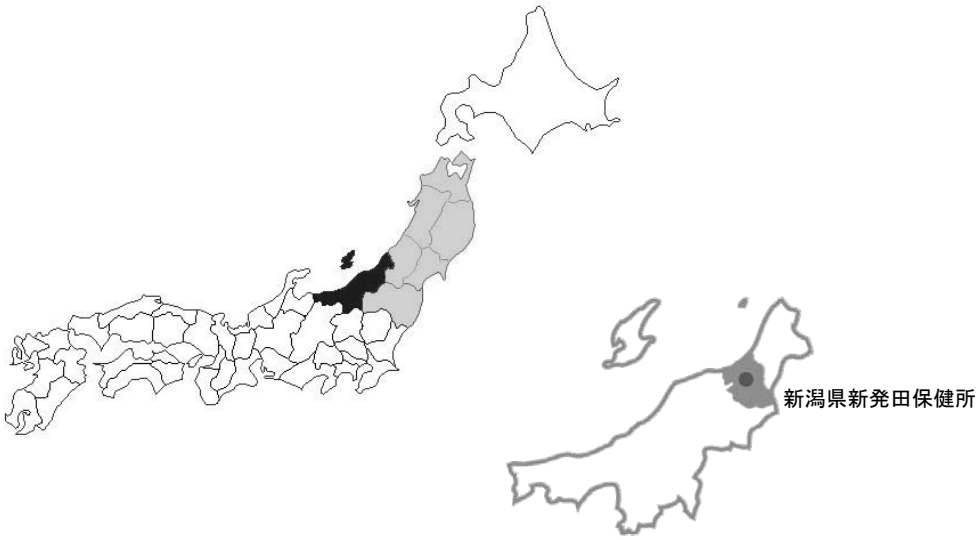
	病院の病床		一般診療所の病床		医療施設		
	療養	一般	療養	一般	病院	一般診療所	歯科診療所
全国	274.1	713.0	16.9	108.2	7.0	77.2	52.7
青森	214.6	801.4	35.7	284.7	7.7	68.6	40.8
岩手	215.6	853.0	31.8	165.7	7.5	67.3	43.3
宮城	140.7	729.3	16.2	115.5	6.3	67.4	44.5
秋田	219.0	882.5	16.5	132.6	6.9	71.3	41.7
山形	153.3	798.3	14.6	90.9	5.8	76.5	38.5
福島	218.4	825.7	13.8	121.5	7.1	70.3	43.4
新潟	231.4	752.3	2.9	50.5	5.8	70.4	48.8

人口10万対医療関係従事者数（H18年）

	医師	歯科医師	薬剤師	保健師	助産師	看護師・准看護師
全国	208.9	75.0	138.1	31.9	20.4	946.6
青森	171.0	53.4	102.7	41.5	21.2	1168.6
岩手	174.7	70.0	119.3	46.1	23.6	1092.1
宮城	197.0	72.1	135.8	35.5	24.2	896.5
秋田	189.6	55.8	126.9	45.0	27.0	1091.3
山形	189.0	52.7	107.8	44.5	23.4	1031.0
福島	177.0	66.4	123.2	38.9	19.6	1046.1
新潟	171.7	81.9	123.2	40.6	27.9	958.9

救急医療連携の推進と県型・市型保健所の役割

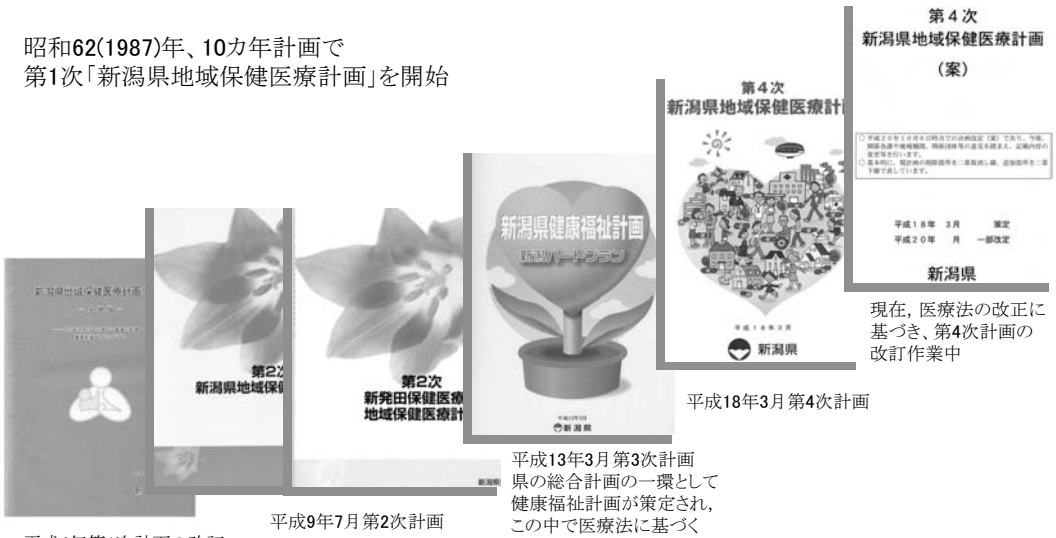
▸ ― 医療連携推進のために保健所が果たしてきた役割 ―



新潟県の「医療計画」の変遷

[テキストp.54参照]

昭和62(1987)年、10カ年計画で
第1次「新潟県地域保健医療計画」を開始



現在，医療法の改正に基づき、第4次計画の改訂作業中

平成18年3月第4次計画

平成13年3月第3次計画
県の総合計画の一環として
健康福祉計画が策定され，
この中で医療法に基づく
地域医療計画が盛り込まれた

平成9年7月第2次計画

平成4年第1次計画の改訂

新潟県の二次医療圏の変遷

[テキストp.55参照]

- 旧二次医療圏

- 現在の二次医療圏（平成18年4月より）

県別医療圏域数・設置保健所数

[テキストp.57参照]

	人口	面積	圏域数	保健所数	市町村数
新潟	2,396,067	12,583.5	7	13	31
青森	1,395,716	9,607.1	6	7	40
岩手	1,353,438	15,278,9	9	11	35
秋田	1,109,640	11,612.2	8	9	25
宮城	2,343,640	7,285.7	7	12	36
山形	1,189,930	9,323.5	4	4	35
福島	2,056,210	13,782.8	7	8	60

（平成20年8月現在）

新潟県の二次医療圏の概要

[テキストp.56参照]

	下越	新潟	県央	中越	魚沼	上越	佐渡
市町村	3市1町2村	3市1町	3市1町1村	3市1町1村	4市3町	3市	1市
人口	228,621	931,990	283,459	387,911	233,787	295,081	67,040
一般病床*	551	759	515	836	793	760	885
医師*	148	241	117	187	125	153	142
看護師*	478	671	441	804	701	660	652
准看護師*	377	314	270	305	239	298	263
保健所数	2	3	1	2	3	2	1

*数値は人口10万人対　　H18.12.31現在

佐渡医療圏

◎佐渡保健所　[テキストp.55,56参照]

人口：67,040人
面積：855.25km^2
一般病床数：885/10万人
医師数：142/10万人

急患流出率：0.0%
急患流入率：0.0%

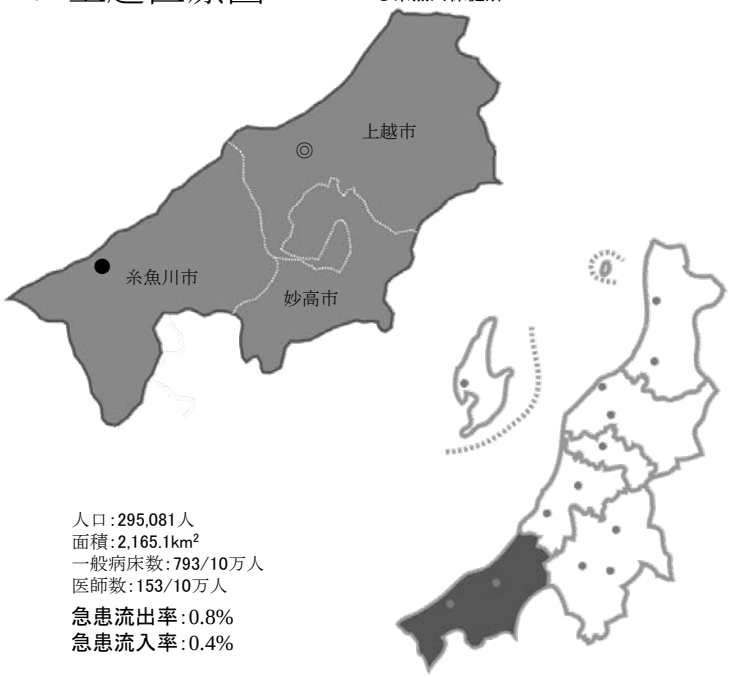
この圏域の特色

①処置の不可能な急患は空路搬送することになる

上越医療圏

◎上越保健所
●糸魚川保健所

[テキストp.55,56参照]



人口：295,081人
面積：2,165.1km²
一般病床数：793/10万人
医師数：153/10万人

急患流出率：0.8%
急患流入率：0.4%

この圏域の特色

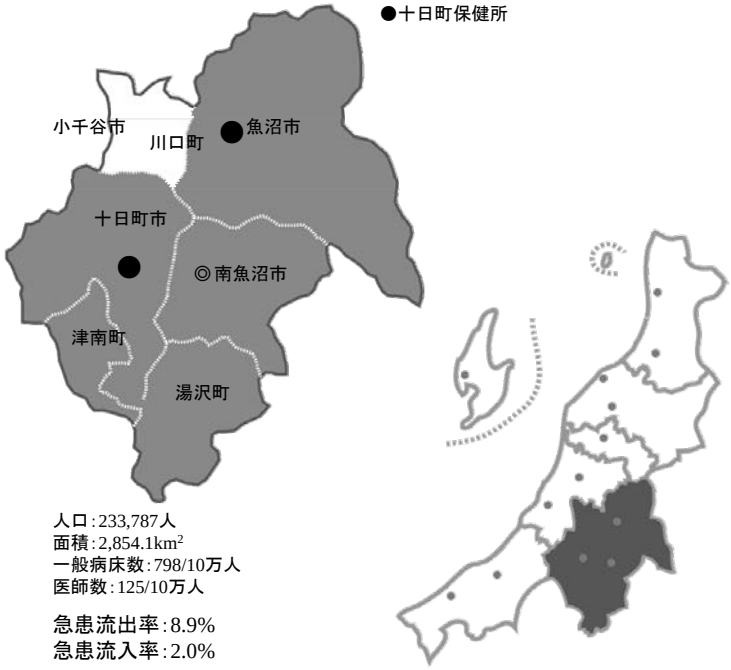
①糸魚川地域の医療資源が少ない

②急患の処置はほぼ圏域内で完了している

魚沼医療圏

◎南魚沼保健所
●魚沼保健所
●十日町保健所

[テキストp.55,56参照]



人口：233,787人
面積：2,854.1km²
一般病床数：798/10万人
医師数：125/10万人

急患流出率：8.9%
急患流入率：2.0%

この圏域の特色

①救急救命センター（基幹的病院）が設置されていない

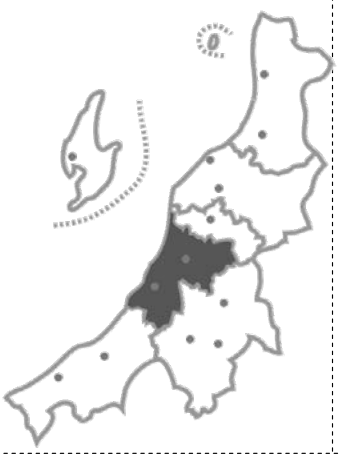
②十日町地域と魚沼・南魚沼地域との交流が希薄である

③県の構想では小千谷市、川口町を中越圏域に変更したいのだが、当該医師会の反対がある

中越医療圏

◎長岡保健所
●柏崎保健所

[テキストp.55,56参照]



人口：427,075人*(H19.10.1)
面積：1,432.2 km²
一般病床数：836/10万人
医師数：187/10万人

急患流出率：2.6%
急患流入率：10.3%

この圏域の特色

①長岡市では定期的に「長岡市3病院救急懇談会」を開催している

②圏域内にがん診療連携拠点病院が2箇所ある

9　保健所検討会（東北地区）　新潟県新発田保健所　2008.10.16

県央医療圏

◎三条保健所　[テキストp.55,56参照]

人口：283,459人
面積：733.56km²
一般病床数：515/10万人
医師数：117/10万人

急患流出率：18.2%
急患流出率：15.1%

この圏域の特色

①救急救命センター（基幹的病院）がないこと

②患者の他圏域への流出率が高いこと

③地域医師会が三つの団体に分かれていること

10　保健所検討会（東北地区）　新潟県新発田保健所　2008.10.16

新潟医療圏

※新潟市保健所 [テキストp.55,56参照]
●新津保健所

人口：931,990人
面積：2,223.6km²
一般病床数：759/10万人
医師数：241/10万人

急患流出率：5.3%
急患流入率：3.7%

この圏域の特色

①医療資源豊富な政令・新潟市と，無医地区を多く抱える郡部の町が同一圏域であること

②この圏域を市型の保健所と県型の保健所の三つの保健所が所管すること

下越医療圏

◎新発田保健所 [テキストp.55,56参照]
●村上保健所

人口：228,621人
面積：2.319.7km²
一般病床数：551/10万人
医師数：148/10万人

急患流出率：4.9%
急患流入率：7.9%

この圏域の特色

①医療資源が少ないため救急救命センターを附設する県立の基幹病院に過度の負担がかかっていること

②離島無医地区の粟島浦村を抱える

③メディカル・コントロール協議会のメンバーを軸に圏域の救急医療問題を定期的に協議している

このたびの医療計画の策定にあたって市型と県型の保健所の役割に差があったのか？

新潟医療圏では

- 本庁の担当課が、会議の設定，原案の作成、メンバーの選定などを三つの保健所の意見を聴きながら行った。
- それぞれの保健所が所管地域の医療機能調査、医療資源調査などを行って本庁担当課がそれを集約した。
- 結局、この圏域において市型と県型保健所の役割に差はなかったことになるが，三つの保健所同士（本庁担当課を抜きにした）の会議、意見交換などは行われなかった。

他の圏域では

- あえて言うまでもないが，保健所の役割は，情報収集、発信，と会議の設定、参加メンバーの選定など，従来の医療計画の策定手法と何ら変わったところはなかった。
- ただし、多くの圏域で複数の保健所が含まれていることから，保健所同士の意見調整等が、他の参加メンバーとの意見調整や日程調整より難渋したことが予想外であった。

つまるところ

参加メンバーのうちの何人かの熱意と，保健所担当者の足を使った活動が医療計画の策定のみならず，保健所の様々な事業の成功の鍵と言えよう。
つまるところ、保健所長の役割は彼らに気持ちよく働いてもらう（ねぎらう、励ます、共感する）ことが大切なのではないだろうか。

ご清聴ありがとうございました。
機会をつくって，新潟に遊びにきてください。

〔事例３〕

「在宅緩和ケアの推進と保健所の役割」

事例提供者

今野　金裕　（福島県県北保健所長）

事例名	【事例３】在宅緩和ケアの推進と保健所の役割
事例提供者名	今野　金裕（福島県県北保健所長）
コメント （１）成功要因分析	・地域で緩和ケアを実施している県立医科大学や診療所があること。 ・県事業のモデル地区に選定され、調整する機会があること。 ・地域医師会の在宅医療、緩和ケアに関する委員会、研究会に参加すること。 ・地域医師会の委員会・研修会に保健所が参加し情報収集・人脈形成の努力をすること。 ・関係者の共通認識・活動の場としての「在宅緩和ケア地域連携会議」を設置すること。
（２）事例からみた医療連携	・地域連絡会議は地域がん診療連携拠点病院、地域３医師会、訪問看護師、MSW、介護支援専門員、市民団体、患者団体、県立医大などの多職種で構成されていること。 ・事業開始当初から、「在宅緩和ケア地域連携会議」が機能していくこと。 ・地域連絡会議で「地域在宅緩和ケア推進のためのてびき」を作成し、てびきを共有すること。 ・関係者を対象に在宅緩和ケア研修会を開催し、標準化したてびきを普及啓発し、情報共有すること。
（３）保健所の関与の可能性と役割	・医療機関や薬局への調査や客観的分析し、情報提供することができる。 ・一般住民に対し在宅緩和ケアの理解と普及を図ることができる。 ・管内市町村と連携し、民生委員会等の地域住民の会合で在宅緩和ケアに関する講和を実施することができる。 ・地域連携パスの作成に、保健所が中心的に関与することができる。 ・地域連携パスには、医療と生活支援を調整する保健師の視点を生かすことができる。

在宅緩和ケアの推進と保健所の役割

福島県県北保健所　今野金裕

1　はじめに

福島県では、2002年に「福島県地域がん医療検討会」を設置し、がん医療体制の整備を行うとともに、在宅緩和ケア推進のための検討を行ってきた。2005年からは、県北保健医療圏域をモデル地区として、地域のネットワークづくりのための具体的事業に取り組んでいる。

ここでは、当所が推進してきた在宅緩和ケアネットワークの内容と保健所の果たした役割について述べる。

2　在宅緩和ネットワークへの経緯

①在宅緩和ケアに関する意識調査

・実施年月：2004年1月から4月

・対象：県民、医師、看護師

・結果（課題）：関係者、住民に対する教育・連携、データベース化、痛みの評価方法の標準化、定期的評価などが課題であることが明らかになった。

②在宅緩和ケアを実践している医師や医師会の勉強会に積極的に参加した。

③「在宅緩和ケア県北地域連携会議」を設置した（以下「連携会議」と略）。

3　「連携会議」の設置と活動内容

①構成員：13名

地域がん診療連携拠点病院、地域３医師会、薬剤師会、訪問看護師、MSW、介護支援専門員、市民団体、患者団体、県立医大医学部、看護学部の代表。

②連携会議の概要　　（ｽﾗｲﾄﾞ：1，2）

③把握された課題　　（ｽﾗｲﾄﾞ：3）

④「疼痛管理プロトコール」、「症状コントロールプロトコール」の作成。

⑤「県北地域在宅緩和ケアのためのてびき」作成（以下「てびき」と略）。

（ｽﾗｲﾄﾞ：4,5）

⑥地域連携パスの作成、改訂。

（ｽﾗｲﾄﾞ：6～11）

4　保健所の果たした役割

「連携会議」構成員からは、保健所の役割として、社会資源情報の収集・提供および地域への在宅緩和ケア普及拡大が最も期待された。

医療機関や薬局への在宅緩和ケア取り組み状況についての調査や客観的分析と、これらの情報提供は保健所の重要な役割であり、「てびき」に掲載し各方面に提供した。

この「てびき」を資料として医療機関、薬局、介護支援専門員などを対象とした在宅緩和ケア普及に関する研修会には高い関心が寄せられ、幅広い層から多数の出席者があった。また、一般住民に対し在宅緩和ケアの理解と普及を図ることも保健所の重要な役割であり、管内市町村の協力を得て、民生委員を中心とした地域住民の各種会合で時間をいただき、在宅緩和ケアの理解を深めるための講話を実施した。

「連携会議」のなかで、対象者個々の情報を関係者が共有していくことの必要性が強く出され、地域連携パスの作成へと発展し、これにも保健所が中心的に関わった。地域連携パスは、病院と診療所、訪問看護師、薬剤師、介護支援専門員をつなぐ機能を持ったパスとして作成した。このことは、在宅療養者を生活者として捉え、医療と生活支援をコーディネートする保健師の視点を生かすことができた。

5　今後の事業展開　（ｽﾗｲﾄﾞ：12）

保健所の持つ情報収集・提供機能、総合調整機能や人材育成機能を活用することで在宅緩和ケアの地域連携システム構築に向けた役割を果たすことができた。今後は、「連携会議」やその他の事業を、可能なものから順次値域がん診療連携拠点病院へ移譲し、地域の関係者の自主性をより促進するような取り組みとしていく予定である。

連携パスについては、今後も改訂を進め管内に普及していくことにしており、更に今年度から、在宅緩和ケア事業を全県下で実施しているので、これらの実績が参考になれば幸いである。

在宅緩和ケア地域連携会議の概要

＜県北地域での取り組みの経過＞

H17

- **地域連携会議4回**（症状ｺﾝﾄﾛｰﾙﾌﾟﾛﾄｺｰﾙ、連携ﾏﾆｭｱﾙの作成）
- **社会資源把握のための施設調査**（診療所・保険薬局・訪看ｽﾃｰｼｮﾝ）
- **県北地域における在宅緩和ケア推進のためのてびきの作成、配布**
- **てびき普及のための研修会の開催**（Dr12名、Ns66名、薬剤師53名、社会福祉士・ｹｱﾏﾈ等19名）

H18

- **地域連携会議3回**（現状と課題の共有、地域連携のための情報共有様式の検討）
- **末期がんを主病名とする介護保険利用状況調査**（市町村、地域包括支援ｾﾝﾀｰ、居宅介護支援事業所）
- **社会資源把握のための施設調査**（病院、診療所、保険薬局、訪看ｽﾃｰｼｮﾝ、介護老人保健・福祉施設）
- **てびきの改訂、ホームページ掲載**

H19

- **地域連携会議3回**（地域連携クリティカルパス試案作成、第一次試行）
- **てびきの改訂、ホームページ掲載**

1

在宅緩和ケア推進整備上の課題

～会議等で把握された課題～

(1)地域の関係機関、相談窓口、サービス内容等が分からない（支援関係者・患者家族共に）
(2)緩和ケアに関する知識や技術への不安がある
(3)制度（介護保険）上の課題
(4)患者や家族を支援する関係機関間での情報共有・ネットワークが不十分
(5)サービスの調整機関（調整者）がいない
(6)入院が必要な時のベッドの確保（ﾚｽﾊﾟｲﾄ含む）

2

在宅緩和ケア推進整備上の課題

～課題解決に向けた取り組み～

把握された課題
への対応（1）

地域の社会資源（相談窓口・サービス内容等）情報の共有化にむけて

- 地域の社会資源情報調査の実施
  （病院・診療所・訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ・保険薬局・行政・福祉施設等）
- 社会資源情報の発信
  →「県北地域在宅緩和ｹｱ推進のためのてびき」に社会資源情報を掲載。
  てびき配布とﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ等を通じた情報発信。
  →県が一般住民向け在宅緩和ケアパンフ作成し、拠点病院や関係機関に配布。また、在宅緩和ケア普及事業等での普及啓発時に活用。

3

把握された課題
への対応（2）

緩和ケアに関する知識や技術への不安への対応

- 「県北地域在宅緩和ｹｱ推進のためのてびき」の作成
  →「症状ｺﾝﾄﾛｰﾙﾌﾟﾛﾄｺｰﾙ」「連携ﾏﾆｭｱﾙ」「社会資源情報」をまとめて作成
- 研修会等の開催や協力
  →てびきの普及のための研修会の開催
  地域の関係団体等の研修会への協力

4

把握された課題
への対応（3）

介護保険制度上の課題への対応

- 介護保険利用状況調査の実施

→介護保険利用上の課題として、①介護認定に時間を要し十分な活用がしにくい、②病状に沿った介護度認定が受けにくい等が明確化された

- 地域医師会が課題改善のための研修会実施

→介護認定までの期間の短縮、介護度認定の際の考慮事項等が検討され、改善につながっている。

5

在宅緩和ケア地域連携パスについて

パスというツールを選択した背景

①対象者情報や支援目標は、医療機関間（病院と診療所）だけでなく、支援チーム員みんなで共有が必要

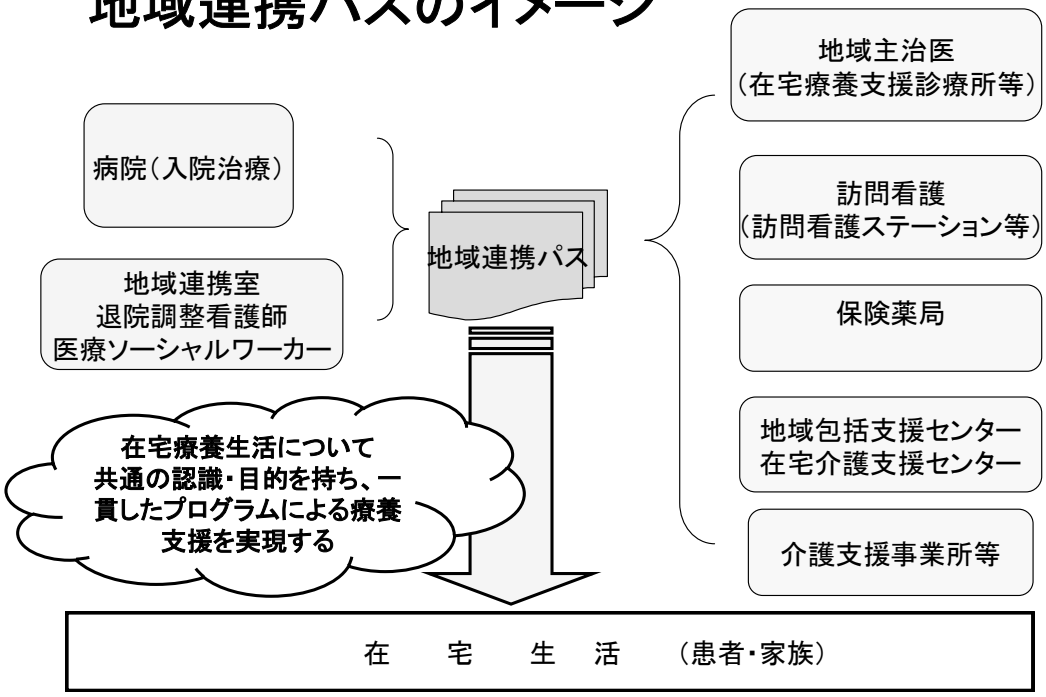
②在宅療養への移行や質の高い療養継続には、支援スタッフ間だけでなく、患者・家族への情報提供と共有も重要

③入院医療機関と在宅支援スタッフ間の顔が見える関係づくりや双方向の発信を継続していくために

⇒特に、入院医療機関の関係者の在宅療養への理解促進

6

地域連携パスのイメージ



7

県北地域連携パスの特徴

◆患者家族が在宅療養を希望した段階から使用できる内容

◆「退院準備期」「在宅療養開始期」「安定期」「終末期」「グリーフケア期」の5つのケアステップで構成

◆スタッフ用2様式（様式2・3）、患者家族用1様式（様式4）、共通用1様式（様式1）の計4つの様式で構成

◆ｶﾝﾌｧﾚﾝｽの場での活用を原則としている

8

地域連携パスの内容
Part1:病院（退院調整時）に使用するパス

様式１ 「ﾌｪｲｽｼｰﾄ」	• 目標は、「在宅緩和ケアチームのメンバーと相談窓口、緊急時連絡体制の明確化と共有」 • 患者基本情報と、支援関係者の情報を集約したもの。（療養全期をカバーする）
様式２ 「退院準備期」	• 目標は、「患者家族が安心してスムーズに在宅移行できること」 • 円滑な在宅移行に必要な情報・支援・調整項目を7項目にわけて掲載（退院前ｶﾝﾌｧﾚﾝｽでの情報共有、アセスメントツールとして活用）
様式４（１） 「病院入院中」	• 目標は、「在宅移行や在宅療養に対する不安の軽減」と「在宅療養にむけた準備をスムーズに進めること」 • 入院医療機関スタッフがどのような支援、調整等をしていくかを明記。 • 在宅移行に向けた、患者家族の希望や不安内容の確認等に使用
様式４（２） 「在宅期」	• 目標は、在宅療養開始後の生活や支援体制のイメージを助け「在宅移行や在宅療養に対する不安の軽減」をはかること • 在宅療養開始後、在宅支援スタッフがどんな支援が可能か等を明記。 • 在宅移行に向けた、患者家族の希望や不安内容の確認等に使用

9

地域連携パスの運用方法　＜希望確認～退院＞

患者・家族から在宅療養の希望

主治医 ⇄ 看護師

医療相談室等（退院調整担当者）

退院調整者の病棟訪問等

・患者家族との面談
・パスの説明と希望確認
・様式１、２の作成開始

・様式４
・様式１，２

在宅療養支援ﾒﾝﾊﾞｰの検討と調整

退院前合同カンファレンス
本人・家族・主治医・病棟Ns・MSW・薬剤師等
地域主治医・訪問Ns・薬局薬剤師・ケアマネージャー等
※退院にむけての情報共有と最終調整（様式１・２の完成目指す）

・様式１，２

10

地域連携パスの運用方法　＜退院～ｸﾞﾘｰﾌｹｱ期＞

退院（在宅療養開始）
・患者基本情報（様式1・2）の確認

各支援チーム員によるケア（初回）の実践
・基本的な支援項目（様式3-1）

合同ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ開催
・在宅開始後の情報共有
・支援内容評価とﾌﾟﾗﾝ修正等
・様式3-1

各支援チーム員によるケアの実践
・基本的な支援項目（様式3-2）

合同ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ開催
・支援内容評価とﾌﾟﾗﾝ修正等
・様式3-2

終末期への移行と判断

合同ｶﾝﾌｧﾚﾝｽ開催
・支援内容や緊急時の対応等確認
・様式3-3

看取り準備及び死亡時のケア
・基本的な支援項目（様式3-3）

退院調整者への連絡＆様式3-1･2･3送付

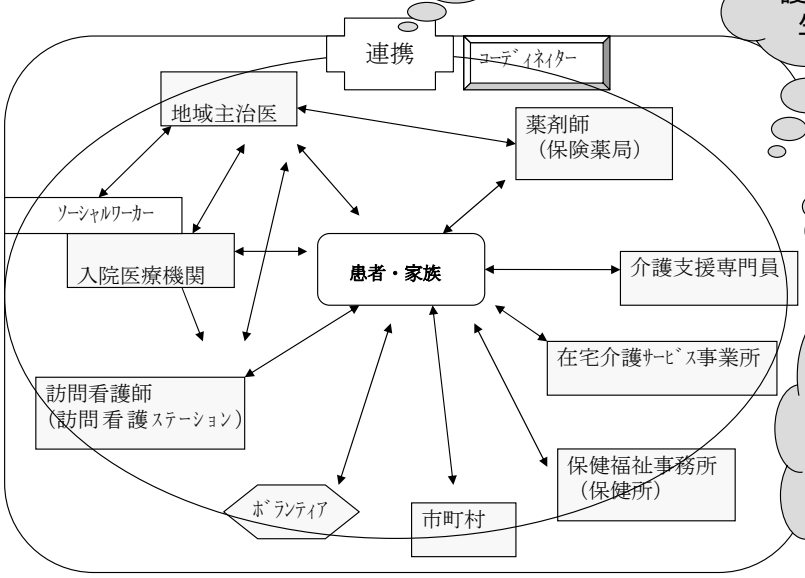
グリーフケアの実施
・基本的な支援項目（様式3-4）

11

おわりに

質の高い在宅療養の実現には、チームケアが必須

「生活」をテーマにした活動は看護職の視点が生きる部分



それぞれの立場で自分ができることを考え活動する＆尊重し支えあうこと

12

〔事例４〕

「特定健診・保健指導の課題と取り組み状況
～県型保健所の立場から～」

事例提供者

宮川　隆美　（青森県八戸保健所長）

事例名	【事例４】特定健診・保健指導の課題と取り組み状況～県型保健所の立場から～
事例提供者名	宮川　隆美（青森県八戸保健所長）
コメント （１）成功要因分析	・地域保健・職域保健が共通認識を持ち、連携を強化すること。 ・県型保健所が積極的にそのコーディネーター役を努めること。
（２）事例からみた医療連携	・医師会対象説明会の開催（１９年度）
（３）保健所の関与の可能性と役割	●保険者が特定健診・保健指導を潤滑に進めて行くための環境づくり ・人材育成、技術指導・支援 ・職域保健に対する積極的支援 ●特定健診・保健指導の欠点・問題点の補完 ・ポピュレーションアプローチに基づいた健康づくりの推進 ・がん対策事業等の重要事業の強化

平成20年度地域保健総合推進事業

「地域における医療連携の推進、特定健診・特定保健指導の効果的な実施に向けた保健所検討会
（東北ブロック）」

特定健診・保健指導の課題と取り組み状況

― 県型保健所の立場から ―

青森県　八戸保健所
宮　川　隆　美

特定健診・保健指導の目的

生活習慣を改善するための保健指導を行い、
（保険者の役割）

糖尿病等の有病者・予備群を減少させること
（保険者のみならず、保健・医療関係者全員の役割）

県・県型保健所の役割

１　保険者に対する直接的な支援
　１）人材育成等研修会の開催
　２）地域・職域保健の連携と調整

保険者協議会、地域・職域連携推進協議会

２　地域保健法、健康増進法に基づく保健活動による間接的な支援
　１）健康増進計画の策定・推進
　　ポピュレーションアプローチ
　２）地域の健康課題の抽出や分析・評価

青森県における平成１９年度に行われた研修会・説明会

実践者育成研修
　県レベル研修
　保健所レベル研修
市町村国保対象説明会
医師会対象説明会

青森県　実践者育成研修
（県レベル研修）

厚生労働省「健診・保健指導」のガイドラインに沿った研修

Ⅰ　基礎・計画編

１　概論研修（19年7月5日実施、274名参加）

講演：特定健診・保健指導の基本的な考え方

報告：平成19年度健診・保健指導に関する企画・運営・技術研修から

説明：今後の特定健診・保健指導に係る研修会の進め方
特定健診等実施計画策定モデルについて

２　保健活動研修（19年8月10日実施、158名参加）

講演：青森県の糖尿病の現状と対策
医療制度改革と生活習慣病対策

Ⅱ　技術編　　3クール

19年9月10～11日、9月18～19日、10月27～28日　実施
計　453名　参加

1日目

１　メタボリックシンドロームの概念

２　行動変容につながる保健指導

行動変容に関する理論
糖尿病等の予防に関連した最新の知見
生活習慣改善につなげるためのアセスメントと行動計画
行動変容につながる支援のポイント

２日目

３　特定健診・保健指導の基本的な考え方

1）保健指導対象者の選定と階層化
2）情報提供、動機づけ支援、積極的支援の概要
3）ポピュレーションアプローチとの連動

４　生活習慣病予防に関する保健指導

1）身体活動・運動に関する保健指導
2）食生活に関する保健指導
3）たばこ、アルコールに関する保健指導

５　保健指導の展開

1）事例提供
2）保健指導に関する演習（グループワーク）

Ⅲ　評価編

２０年1月１８日実施、３１５名参加

１　講演

特定健診・保健指導事業の評価
保健指導の評価

２　意見交換

生活習慣病予防対策

３　話題提供

県内医療保険者における特定健診・保健指導の準備状況
青森県のおける特定健診・保健指導等に係る人材育成研修会の実施

実践者育成研修
（保健所レベル）

１　東地方保健所

（1）糖尿病保健指導技術研修

1）食生活：　指導のポイント、演習　（22名参加）
2）身体活動・運動：　同上　　（18名参加）
3）たばこ・アルコール：　同上　　（19名参加）

（2）特定健診等に関わる町村担当者会議

（22名参加）

1）特定健診・保健指導の基本的な考え方
2）平成20年3月までに町村で実施すべきこと

２　弘前保健所

（1）糖尿病予防（47名参加）

講義：糖尿病予防とメタボリックシンドローム
　　糖尿病予備群への支援
　　保健活動に生かすコーチング
グループワーク：特定保健指導を効果的に進めるために

（2）運動習慣（43名参加）

講義・実技：生活習慣病予防のための運動指導の実際
グループワーク：運動習慣を身につけるために

（3）食生活（47名参加）

講義：糖尿病患者の食事指導
グループディスッカッション
ロールプレイ：行動変容のための効果的な支援方法

（4）喫煙習慣（30名参加）

講義：生活習慣病予防のための禁煙指導
演習：相手の心に届く保健指導を身につける

３　八戸保健所

（1）講演と演習　（61名参加）

特定健診・保健指導の地域における取り組み
個別健康支援プログラム

（2）講演・演習と情報提供（68名参加）

矢巾町における特定健診・保健指導の進め方
青森県の糖尿病地域診断

（3）講義と実習　（35名参加）

身体活動・運動・生活活動
メタボリックシンドロームの改善と運動
生活活動と運動のプログラムの作成

４　五所川原保健所

ー糖尿病システム構築事業と併催ー

（1）糖尿病研修会　（104名参加）

糖尿病の診断と治療

（2）講義と話題提供　（26名参加）

糖尿病治療と保健指導のポイント
板柳町における糖尿病対策について

（3）講義と演習　（31名参加）

食生活改善支援のポイント
行動目標達成のための支援

（4）講義と実技

運動習慣改善支援のポイント

５　上十三保健所

（1）講義・演習　（44名参加）

特定健診・保健指導の概要
特定保健指導の効果的な実施に向けて
生活習慣病予防に関する標準的なプログラムの作成

（2）講義・実技・演習　（52名参加）

身体活動・運動の指導ポイント
メタボリックシンドロームの予防のための運動
身体活動・運動に関する標準的なプログラムの作成

（3）講演・意見交換　（42名参加）

禁煙指導の考え方と進め方
喫煙対策について
平成20年度からの特定保健指導について

６　むつ保健所

（1）講義　（20名参加）

1）糖尿病・内臓脂肪症候群のメカニズムと対象者に合わせた生活習慣病への支援
2）保健指導対象者選定と階層化
3）行動変容ステージ

（2）演習　（22名参加）

健診で肥満を指摘されている人に対する事後指導の実際（行動ステージ　準備期の場合）

（3）講義・演習　（20名参加）

健康行動理論の基礎
健診で肥満を指摘されている人に対する事後指導の実際（行動ステージ　無関心期の場合）

（4）演習

健診で肥満を指摘されている人に対する事後指導の実際（ロールプレイ）

地域保健・職域保健の連携強化

地域・職域連携推進協議会の立ち上げ

１　既存の事業の活用

①　県は構成委員と協議内容が類似している「健康寿命アップ計画推進委員会」を同協議会と位置づけた。

②　一部の保健所では同様に、「地域保健医療推進協議会」の保健対策部会を同協議会と位置づけた。

２　新たに立ち上げ

他の保健所では、新たに同協議会を立ち上げた。

保険者協議会の立ち上げと支援

青森県では平成17年（16年度内）、国民健康保険団体連合会が中心となり、県の後押しを受けて、保険者協議会が立ち上がった。

医療費適正化計画の策定

特定健診・保健指導は同計画のなかで、

「目標達成のための施策の一環」

と位置づけられた。

平成20年度の事業計画

1　特定健診・保健指導に関する研修会

青森県・青森県保険者協議会主催

1回目：平成20年8月21日、22日実施

2回目：平成20年9月11日、12日実施

2　県・保健所の計画

1）　青森県版特定保健指導の手引きの作成

2）　保健所毎に、特定健診・保健指導を実施しての課題等検討会議の開催

3）　保健指導研修の実施

運動領域、栄養領域

平成20年度特定健診・特定保健指導に関する研修会
（特定保健指導実践者育成研修）

講義

１ 医療制度改革と生活習慣病対策

１）メタボリックシンドロームの概念
２）健診結果と身体変化・生活習慣の関連
３）ポピュレーションアプローチとの連動

２ 行動変容につながる保健指導

１）行動変容に関する理論
２）糖尿病の予防に関連した最新の知見

３）生活習慣改善につなげるためのアセスメントと行動計画
４）行動変容につながる支援のポイント

３ 特定健診・保健指導の基本的な考え方

１）保健指導対象者の選定と階層化
２）情報提供、動機づけ支援、積極的支援の概要
３）生活習慣改善につなげるための支援計画

４ 生活習慣病予防に関する保健指導

１）食生活の保健指導
２）身体活動・運動の保健指導
３）たばこ・アルコールに関する保健指導

演習

保健指導の展開

これからの課題と方向性

１　地域・職域保健の連携体制の構築
　　（特に職域に対する積極的支援）

２　特定健診のデータ分析や活用法、評価等
　による市町村支援

３　健康増進計画等による、ポピュレーション
　アプローチに基づいた市町村支援

特定健診・保健指導の問題点

１　目的自体の問題

２　方法の問題

３　義務化によって生じる
　　さまざまな問題

目的自体の問題

１　メタボリックシンドロームのみを見つけるための健診であってよいのか。
２　健診の本来の目的は疾病の早期発見であって、医療費削減を目的とした保健指導対象者の抽出ではない。
３　生活習慣病の予防によって結果的に医療費が減少するのであって、医療費全体の削減が目的では本末転倒である。

（高齢化に伴い、医療費は欧米諸国並に、それに見合ったものにすべきである。）

方法の問題

１　階層化基準はこれでよいのか

メタボリックシンドロームの概念を導入したはずなのに、階層化基準と8学会の基準が異なっている。

（1）空腹時血糖

メタボリックシンドロームの判定基準	110mg／dl
特定保健指導の階層化基準	100mg／dl

階層化基準を用いると軽症の指導対象者が多くなり、中等症以上の者に対して十分な介入・対応が取りづらくなる。　ハイリスクアプローチなのか、ポピュレーションアプローチなのかわかりづらい。

（2）メタボリックシンドロームの定義には
BMI値、HbA1C値はない

階層化基準がこれでよいというエビデンスは無い

２　腹位やBMIをスクリーニングの指標としてよいのか

１）　肥満でない高血圧者、糖尿病者は少なくない。
２）　４０歳以上では、体重と他の検査値異常とは、必ずしも相関しないことが示されている。

３　住民健診としては検査項目不足である

従来の基本健診でスクリーニングされていた検査項目で、必須項目ではなくなったものがある

尿酸値、　貧血検査、　尿潜血、
眼底検査、　心電図、　　など

これらの項目に異常があっても発見されず、（従来は発見されていた）必要な保健指導が受けられない

４　特定保健指導の非対象者をどうするのか

（1）治療中の者

服薬しているだけで、主治医から適切な指導を受けてはいない者も少なくない。
また、他疾患で治療中の場合、健診で指摘され事項が必ずしも主治医が把握しているわけではない。

（2）要精検・要医療の者

十分な保健指導をしないと（積極的支援者よりも少ない時間の説明、保健指導の対象外とされるなどにより）、必ずしも精検・医療に繋がらない可能性あり。

（3）健診未受診者

1）　無関心者、拒否反応を示す者
2）　健診会場に行くのが困難な者
3）　生活保護者等社会的弱者

健康増進法に基づく努力義務事業で十分に対応できるのか

（4）糖尿病等の単リスク者

ステップ3で個別指導対象からはずれる

５　特定健診を受けていながら、特定保健指導を受けない人・受けられない人がでてくる。

１）特定保健指導の目標設定では、保健指導にかかる事業全体のボリュームを調査し、対象者数の目標を設定する。
　結果として対象者数がこれを上回った場合、希望しても特定保健指導を受けられない人が出てくる。

２）保健指導が長期にわたり、煩雑であり、しかも有料なことが多いため、対象者であっても特定保健指導を拒否する住民は少なくない。

義務化によって生じる
さまざまな問題

（１）参酌基準にメタボリックシンドロームがあるため、メタボリックシンドローム対策に偏りがちになる。
（２）保健活動がハイリスクアプローチに偏りがちになる。
（３）市町村の保健活動の大部分が保険者としての活動となる可能性あり。
従来の保健事業に支障を来さないか。

（4）健康増進法第19条に基づく努力義務事業が手薄になりはしないか

1）歯周囲疾患検診
2）骨粗鬆症検診
3）肝炎ウイルス検診
4）40歳以上の生活保護受給者等に対する健診
5）特定健診非対象者に対する保健指導
6）がん検診

特にがん検診

目標の達成度による後期高齢者支援金の加算・減算は妥当か

1　受診率等の数字にエビデンスはあるのか

2　受診率等の算定式自体が妥当なものか

3　達成出来なかった場合の責任は保険者のみにあるのだろうか
　　被保険者は？
　　国の企画自体に無理、問題はないのか？

結　　論

県・県型保健所に求められるもの

特定健診・保健指導が導入されても、保健活動のポリシーはいささかも変わらない

１　地域保健法・健康増進法に基づく市町村支援
２　ポピュレーションアプローチ主体の保健活動の推進
３　健康的なライフスタイルを身につけるための環境づくり
４　地域・職域・学校保健の強力な連携関係の構築
など

特定健診・保健指導の欠点を補完し、市町村や職域で不足している保健活動を支援する。

〔事例５〕

「仙台市の特定健診・保健指導の状況」

事例提供者

赤井　由紀子　（仙台市若林区保健福祉センター長）

事例名	【事例５】仙台市の特定健診・保健指導の状況
事例提供者名	赤井　由紀子（仙台市若林区保健福祉センター長）
コメント （１）成功要因分析	・特定保健指導モデル事業（委託型・直営型）の実施 ・市医師会との検討会の設置、協議 ・各種検討会開催（健診判定基準、保健指導プログラム内容等検討） ・医師会会員向けの事前説明 ・市民への周知・広報（職域保険の情報も含む） ・「働く市民の健康づくりネットワーク会議」（地域職域連携推進協議会）の開催・情報共有 ・組織人員体制の見直し（保険年金課と健康増進課との連携、保健指導担当者の増員）
（２）事例からみた医療連携	●特定健診・特定保健指導（動機付け支援）を市医師会へ委託（登録医療機関が実施） ●平成１９年度より、市医師会との検討会の設置、協議 ・総合判定基準検討会 ・保健指導プログラム内容検討会 ●「働く市民の健康づくりネットワーク会議」（地域職域連携協議会）への医師会の参加 ●特定健診・特定保健指導実施医療機関に対し事前研修・会議 ・医師会員向け（平成２０年４月、７月） ・実務者会議（平成２０年７月）
（３）保健所の関与の可能性と役割	・健診受診率、保健指導実施率の向上を図る（未受診者対策、健診実施登録機関との連携） ・特定健診の順調な流れ、保健指導の質の確保 ・保健所実施の健康増進事業との連携 ・特定健診結果の活用及び特定保健指導の効果の評価検証（積極的な地域の健康づくりへの取組み）

仙台市の特定健診・保健指導の現状

仙台市若林区保健福祉センター
赤井由紀子

仙台市の概況

区	推計人口 (H20. 5. 1)	病院数 (H20. 4. 1)	診療所数 (H20. 4. 1)
青葉区	348,916人	23	354
宮城野区	187,009人	11	128
若林区	129,401人	5	99
太白区	224,766人	11	129
泉区	209,898人	8	145
計	1,029,576人	58	855

★仙台市国保加入状況：32万1千人（H19. 3. 31）
（出典：平成19年版仙台市の国民健康保険）

健診制度見直しに関する取り組み状況

平成18年度

・国保対象者の基本健診受診結果について分析

平成19年度

・特定保健指導モデル事業の実施（２区）

・青葉区基本健診における腹囲測定等調査

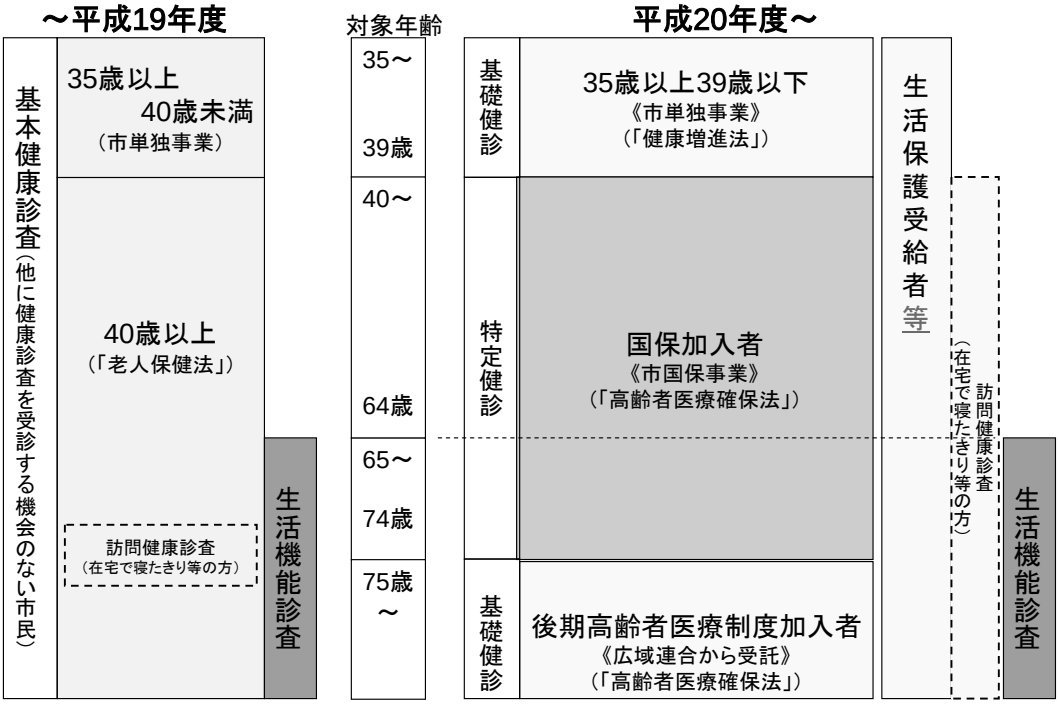
・仙台市医師会と特定健診・特定保健指導に関する検討会を設置、協議

・各種検討会議の開催

健診判定基準の見直し

保健指導プログラム内容の検討

健診制度の移行



市民への広報

平成19年　12月

＊「市政だより」に特定健診に関する特集記事を掲載（全戸配布）

＊市ホームページに特定健診の概要について掲載

平成20年　3月～4月

＊公共交通機関(市バス・地下鉄)、市内医療機関等にポスター掲示

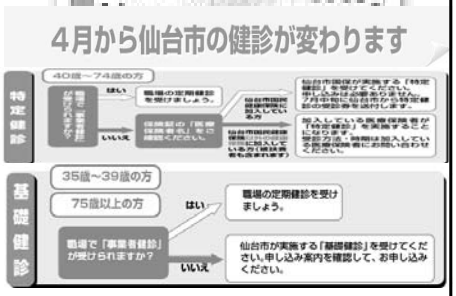
＊区窓口・市公共施設、医療機関等でチラシ配布

＊民生児童委員、連合町内会長に説明

平成20年　4月

＊「市政だより」に健診制度に関する特集記事を掲載し、「市民健診申し込み案内」と同時に全戸配布

＊市ホームページに、新健診制度に関する詳細内容を掲載



健診の実施体制

《～H19年度》

○本庁（健康増進課）

健康診査事業の総括

市民健診（がん検診等を含む）の総括

担当1.5名

○区保健所（家庭健康課）

健康診査事業の実施

健診担当　1名

《H20年度》

○本庁（健康増進課）

健康診査事業の総括

市民健診（がん検診等を含む）の総括

担当1.5名

○本庁（保険年金課）

国保保健事業の総括

特定健診担当　1名

特定保健指導担当　保健師2名

（うち嘱託1名）

○区保健所（家庭健康課）

健康診査事業の実施

健診担当　1名

特定保健指導の補助として

嘱託管理栄養士または保健師　1名

健診・保健指導の実施体制

【基礎健診】
【特定健診】
実施機関
登録医療機関

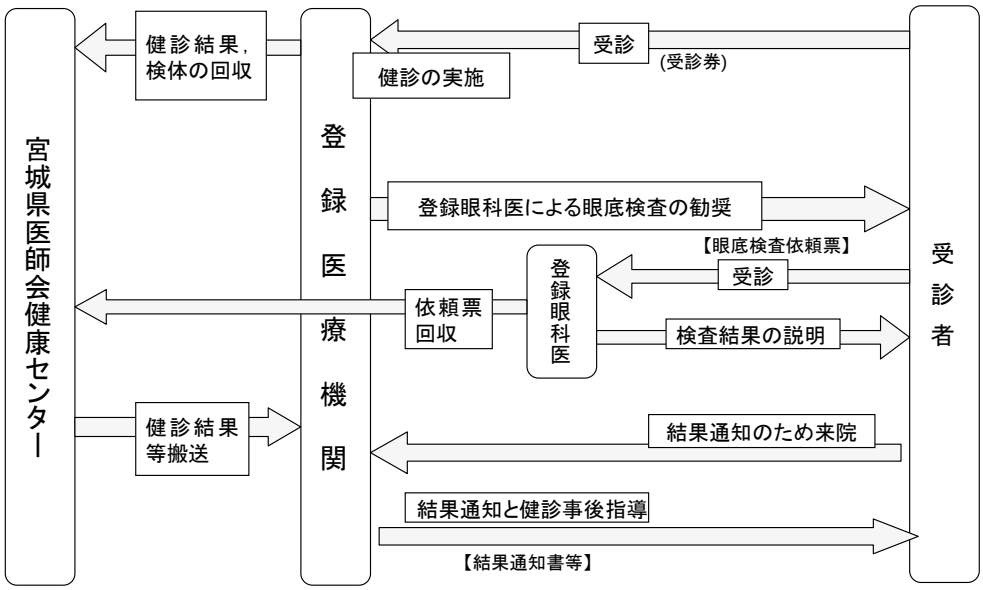
【動機付け支援】
実施機関
登録医療機関

【積極的支援】
会場　区保健所
実施機関
仙台市健康福祉事業団
（市医師会より医師派遣）

※各区保健所は調整及び
総合的な健診事業の推進

基礎健診・特定健診の実施手順

～健診の流れ～



平成20年度特定健診・保健指導のスケジュール

7月中旬　　**受診券送付**

⇩

８月～10月，翌年１月　　特定健康診査実施（登録医療機関で**個別受診**）

⇩

受診後 約2週間後　　受診した医療機関で結果の説明，事後指導

⇩

８月～翌年3月　　特定保健指導

生活習慣病のリスクが
高い人に利用券を発行

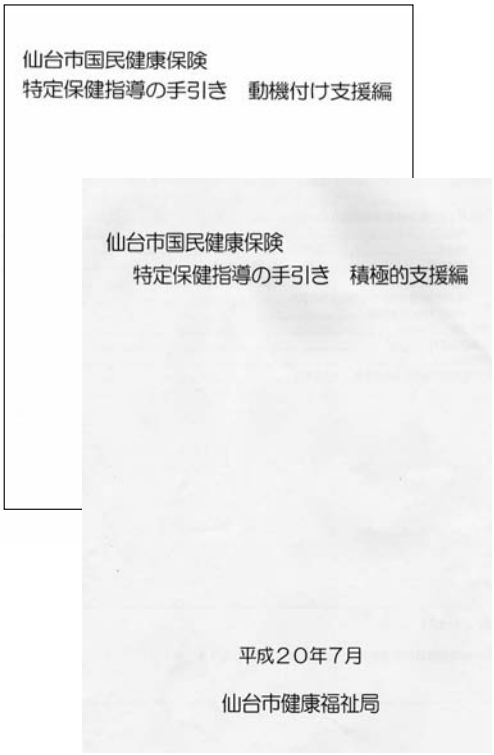
動機付け支援

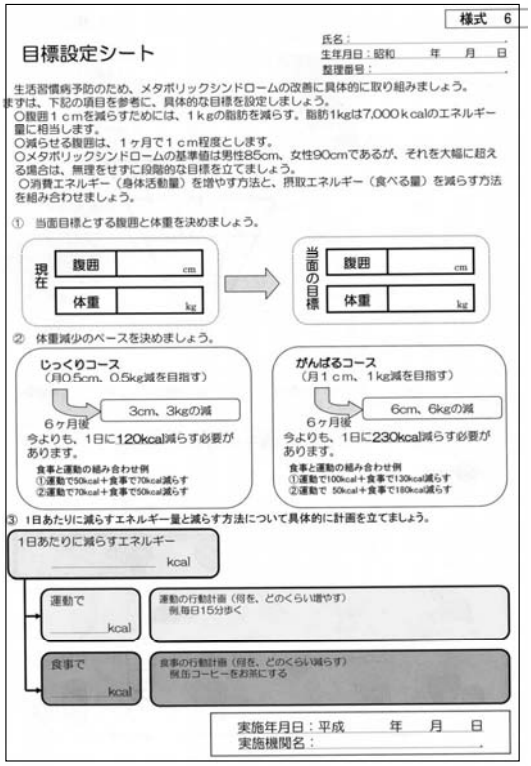
積極的支援

特定健診・保健指導の実施目標
（仙台市国民健康保健特定健康診査等実施計画より）

区分	20年度	21年度	22年度	23年度	24年度
特定健康診査の実施率	40%	46%	52%	58%	65%
特定保健指導の実施率	20%	25%	30%	35%	45%
メタボリックシンドローム該当者・予備群の減少率	―	―	―	―	平成20年度比 10%

※平成18年度　40～74歳の国保被保険者の基本健康診査受診率　33%





様式 6

目標設定シート

氏名：
生年月日：昭和　年　月　日
整理番号：

生活習慣病予防のため、メタボリックシンドロームの改善に具体的に取り組みましょう。
まずは、下記の項目を参考に、具体的な目標を設定しましょう。
○腹囲１cmを減らすためには、１kgの脂肪を減らす。脂肪1kgは7,000kcalのエネルギー量に相当します。
○減らせる腹囲は、１ヶ月で１cm程度とします。
○メタボリックシンドロームの基準値は男性85cm、女性90cmであるが、それを大幅に超える場合は、無理をせずに段階的な目標を立てましょう。
○消費エネルギー（身体活動量）を増やす方法と、摂取エネルギー（食べる量）を減らす方法を組み合わせましょう。

① 当面目標とする腹囲と体重を決めましょう。

現在	腹囲	cm	当面の目標	腹囲	cm
	体重	kg		体重	kg

② 体重減少のペースを決めましょう。

じっくりコース
（月0.5cm、0.5kg減を目指す）
6ヶ月後 3cm、3kgの減
今よりも、1日に120kcal減らす必要があります。
食事と運動の組み合わせ例
①運動で50kcal＋食事で70kcal減らす
②運動で70kcal＋食事で50kcal減らす

がんばるコース
（月１cm、1kg減を目指す）
6ヶ月後 6cm、6kgの減
今よりも、1日に230kcal減らす必要があります。
食事と運動の組み合わせ例
①運動で100kcal＋食事で130kcal減らす
②運動で 50kcal＋食事で180kcal減らす

③ 1日あたりに減らすエネルギー量と減らす方法について具体的に計画を立てましょう。

1日あたりに減らすエネルギー
＿＿＿＿＿＿ kcal

運動で ＿＿＿＿kcal
運動の行動計画（何を、どのくらい増やす）
例.毎日15分歩く

食事で ＿＿＿＿kcal
食事の行動計画（何を、どのくらい減らす）
例.缶コーヒーをお茶にする

実施年月日：平成　年　月　日
実施機関名：

特定保健指導内容
―動機付け支援―

登録医療機関による個別支援（20分）

①面接による支援

・生活慣習と健診結果の関係の理解、生活習慣の振り返り、メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する知識などから生活習慣改善の必要性を説明

・栄養・運動等の生活習慣改善に必要な実践的な指導

・対象者とともに行動目標・行動計画を作成

②6ヶ月後の評価

・行動目標の達成状況について評価

特定保健指導内容
―積極的支援―

区単位に初回・3ヶ月後の面接支援は、健康康福祉事業団と医師会派遣医師による集団支援（160分）

①面接による初回支援（＝動機付け支援内容と同じ）
　医師の講話20分、グループワーク、行動目標・行動計画を作成

②3ヶ月間の継続支援（電話で実施）
　2週間後励まし支援、1ヶ月後取り組みチェック
　1.5ヶ月後励まし支援、2ヶ月後取り組みチェック

③3ヶ月後の面接による支援
　グループワーク、取り組みの振り返り、医師講話15分

④6ヶ月後の評価
　行動目標の達成状況について評価

医師講話スライド資料

平成20年度　特定健診・保健指導への取組み

☆特定健診の順調な流れ及び保健指導の質の確保のために

実施機関（登録医療機関）に対し研修会を開催

市全体の研修会　（4月及び7月に各2回）

区ごとに実務者研修会　（7月）

☆より多くの人が特定健診を受診できるように

- 市の「働く市民の健康づくりネットワーク会議」（地域・職域連携推進協議会）を開催し、情報の共有化をはかる (5月）
- 職域保険の被扶養者に対する健診案内の周知（市民全体の健診受診を支援するため）
- 国保被保険者へは、全員に受診券を郵送（7月）

仙台市　**健康づくりお役立ち情報**

8月から基礎健診・特定健診が始まりました

8月から基礎健診・特定健診が始まりました。
健診の受け方を確認して、忘れずに健診を受けましょう。

受診期間	平成20年8月1日（金）～10月31日（金） 平成21年1月6日（火）～31日（土）

仙台市が実施する基礎健診を申し込まれた方

特定健診の対象となる仙台市国民健康保険に加入している方

お届けした受診券の記載内容と同封の登録医療機関名簿（下の一覧でもご覧いただけます。）をご確認の上、期間内に受診してください。

※後期高齢者医療制度に加入している方は、基礎健診を受診することができます。まだ申し込みをしていない方は、早めにお申し込みください。

登録医療機関名簿一覧 （平成20年7月31日現在）	青葉区　宮城野区　若林区　太白区　泉区
※いずれの登録医療機関でも受診できます。なお予約制のところもありますので、健診時間等はあらかじめ登録医療機関にお確かめください。	

仙台市国民健康保険以外の医療保険加入者の被扶養者の方（40歳～74歳）の特定健診について詳しくはこちらをご覧ください

集合契約に参加する被用者保険保険者所在地等一覧表

1 宮城県内保険者

(1)健康保険組合関係（受診券発行時期については、平成20年6月18日現在）

保険者名	所在地	連絡先	
		担当課（室）	TEL
	◎特定健診自己負担額		◎受診券発行時期
東北電力健康保険組合	仙台市青葉区本町1－7－1（東北電力本店ビル15階）		022-224-9335　022-22
	◎なし		◎発行済み
七十七銀行健康保険組合	仙台市青葉区中央3－3－20		022-211-6743　022-223
	◎なし		◎6月中に発行
河北新報健康保険組合	仙台市青葉区一番町1－14－35		022-262-6336　022-262
	◎なし		◎発行済み

特定健診が始まって…

制度改正に対する問合せや苦情がよせられたが
おおむね順調に実施されている

〔問合せ・苦情内容〕

- 制度の違いについて
- 受診券が届いた驚き(国保の人)
- **受診券がとどかない(国保外の人)**
- **登録医療機関とかかりつけ医との問題**
- 登録医療機関への受診に当たっての問題(予約など)
- 検査項目の変更
- 眼科受診の問題
- 個別方式に対して

＊職域の被扶養者健診の対応の遅れ
＊職域保険では、保健指導事業実施の動きがほとんどない

仙台市の国保特定健診実施状況
(8月末現在　速報値)

特定健診受診者　　18,180人

階層化結果

動機付け支援	**1,710人**	**(出現率：9.41%)**
積極的支援	**651人**	**(出現率：3.58%)**

特定保健指導対象者の出現率が国参酌標準より低い傾向
まずは、受診率向上に向けての取組みが必要か…

今後の課題と対応

＊健診受診率・保健指導実施率の向上

・未受診者への呼びかけ（職域保険の未受診者対策への協力も予定）

・登録医療機関との連携

＊保健所における健康増進事業との連動

・地域全体の健康増進につながる健康教育、健康相談事業等の展開

＊特定健診結果の活用

・地域全体の予防活動に活用

＊特定保健指導の効果の評価検証

保健所の重要な役割のひとつ

地域保健の観点から

「ヘルスプロモーションによる地域住民の健康づくりを推進する」

★特定健診・保健指導事業は、リスクのある市民へのアプローチの手法であり、保健所としては、健康増進事業（健康づくりに関する各種事業）と連動させて実施することが必要

★今回の健診制度の変更により、医療保険者とともに予防を重視した取り組みをしていくことが必要

＊ 地域と職域との連携、医師会等の関連機関との連携

＊ 情報収集、特定健診・保健指導の効果検証、事業評価

積極的に地域全体の健康づくりを考える！

〔事例６〕

「特定健診・特定保健指導の取り組み」

事例提供者

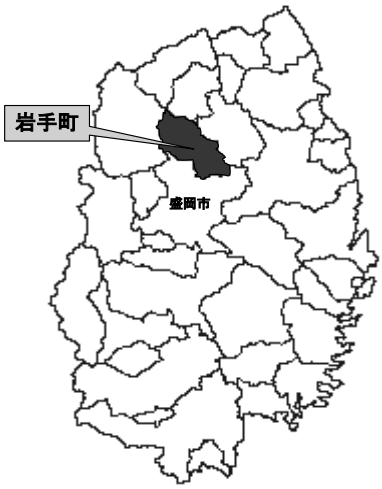
仁昌寺幸子　（岩手県岩手町健康福祉課課長）

事例名	【事例６】特定健診・特定保健指導の取り組み
事例提供者名	仁昌寺　幸子（岩手県岩手町健康福祉課長）
コメント （１）成功要因分析	・庁舎内で、町のトップを座長として打合せを行い、トップの理解と関係課との共通認識を持っての取組み（国保担当と健康づくり担当との連携） ・町と地元医師会との既存の「検診推進委員会」を通じ、医療機関との協力体制 ・保健推進員の活動を通し、住民へ健診の周知 ・特定保健指導のウォーミングアップとして、国保ヘルスアップ事業の実施
（２）事例からみた医療連携	・医療機関との連携会議（検診推進委員会）を開催し、制度改正の説明、健診対象者の捉え方（治療中の者をどうするか）について協議（平成１９年８月）
（３）保健所の関与の可能性と役割	・市町村への技術的支援及び地域の健康課題の抽出、分析、評価 ・スキルアップ研修 ・情報交換の場を設定し、市町村間の取り組み状況を共有し、市町村間の格差是正を図る ・地域・職域連携推進協議会を通して、情報の共有化と積極的な健康づくりの推進

特定健診・特定保健指導の取り組み

岩手町健康福祉課

岩手町の概況



H20．4．1　現在

人　　口	16,283人
高齢化率	29．7%
世　帯　数	5,343
医療機関	県立病院 1 ・内科 ・外科 ・整形外科 ・病床数60 開業医　10
保健推進員 受け持ち世帯	124人 （一人当たり約43世帯）
基幹産業	農業（米・野菜・畜産）

円滑な事業推進をめざした体制づくり

【方針】平成20年度から、「何が」「どのように変わるのか」「めざすものは何か」を熟知し、関係者の共有を図る

時期	ねらい	具体的取り組み
平成18年11月	**特定健診のための対象把握**	**受診者の保険区分の把握** ・19年度健診通知書作成にあたり「健康保険証」を明記
平成18年11月～翌年1月	**庁舎内関係課の打ち合わせ**	**共通認識を持つ** ・制度改正の概要確認、庁舎内組織編制のあり方
平成19年4月	**丁寧な個別説明で理解を深める**	**ひとりひとりへ説明** ・20年度から検診が変わることを説明
平成19年5月	**職員間の共通認識と課題の確認**	**改正点のポイントを整理** ・20年度から何が変わるのか？

時期	ねらい	具体的取り組み
平成19年8月	医療機関との連携会議 **「岩手町検診推進委員会」の開催**	**医療機関との連携** ・医療機関に対し改正点を説明。 健診対象者の捉え方（治療中の者をどうするか）について協議
平成19年9月～10月	**保健推進員研修会の開催**	**町民とのパイプ役を担う人達の研修** ・生活者としての視点を特定健診に生かすため、情報交換
平成19年9月～翌年2月	**国保ヘルスアップ事業**	**特定保健指導のウォーミングアップとして実施**
平成19年11月	**電算係と協議** **当初予算編成** **健診通知書印刷発注**	**電算システムの活用** ・受診予定調査票、検診通知書作成 **歳入・歳出の一括管理** ・医療制度、介護保険制度、健康増進法などに基づく対象把握と予算編成

時期	ねらい	具体的取り組み
平成19年12月	**町広報誌への掲載**	
平成20年1月	**検診推進員会の開催**	**検診項目の確認** ・大事な検診項目 治療中の人への対応
平成20年1月 ～3月まで3回	検診委託機関と 国保係、介護担当係との **合同協議**	・健診場面の**シュミレーション** 契約などの**事務手続き**
平成20年3月	**保険推進員研修会**	**さあ！いよいよ始まりますよ！**

【健診についての町の方針】

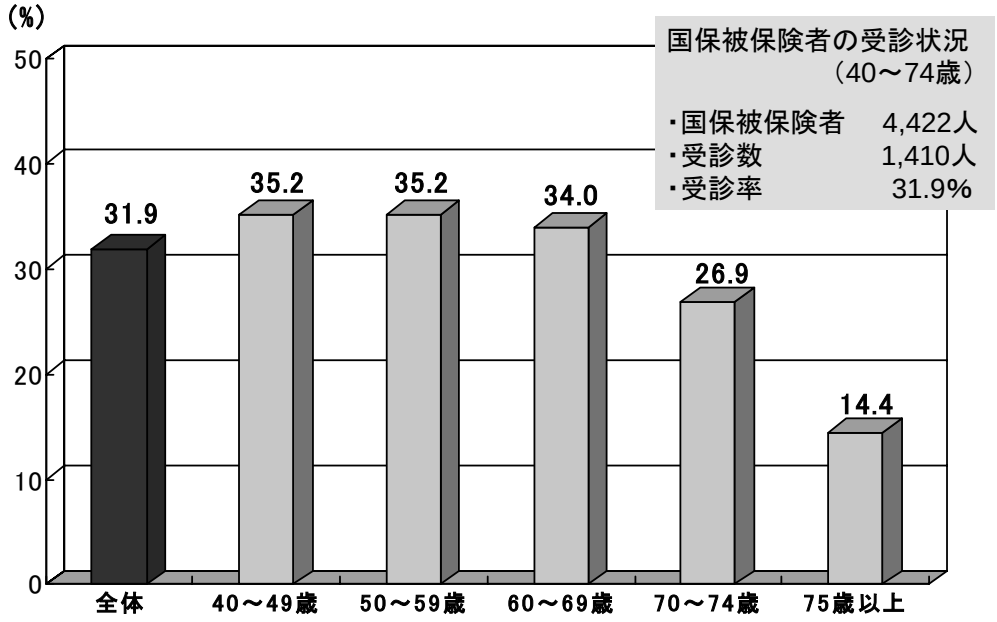
①町民とのキャッチボールで「自分のための健診」という意識を醸成

②健診推進体制の構築

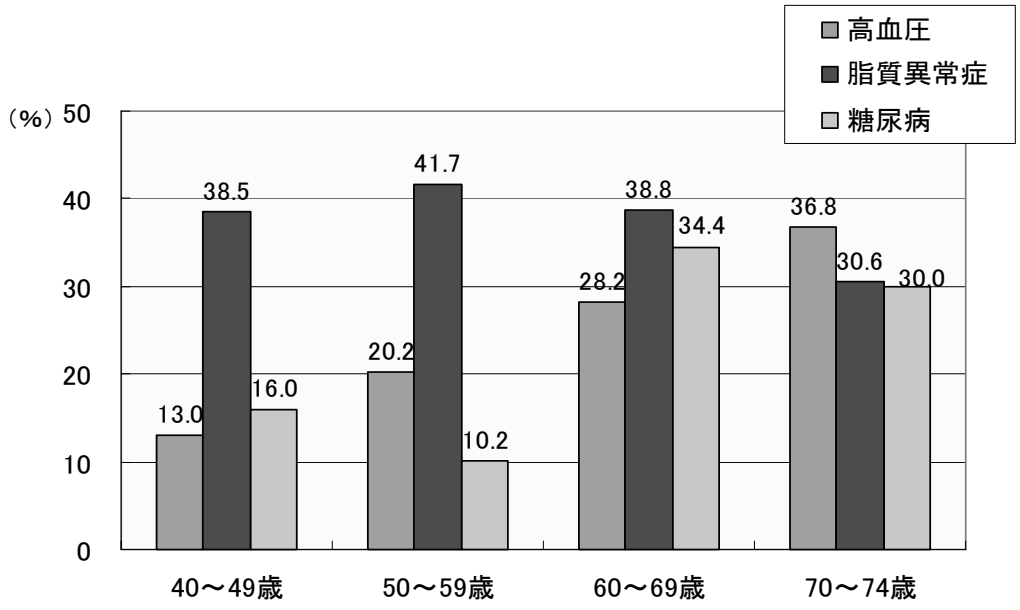
③健診料金個人負担の無料化

④対象者の的確な把握

平成19年度国保被保険者の受診率

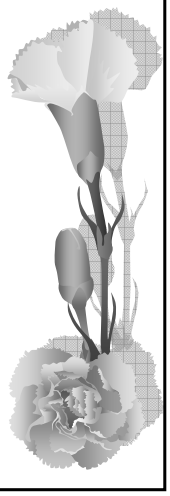


老人保健事業報告による年齢別有所見率



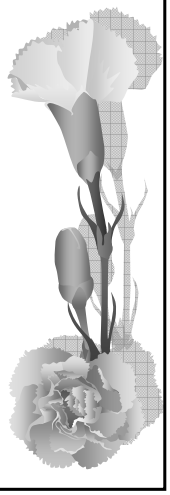
国保ヘルスアップ事業

特定保健指導の試み



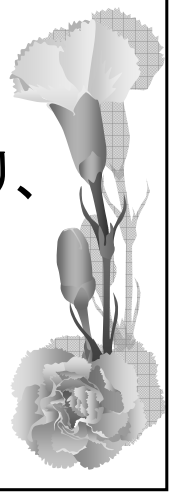
【目的】

平成20年度から始まる特定保健指導を円滑に実施するため、また従事者の保健指導力の向上と教室の運営方法や課題を把握する。



【内容】

- 循環器検診結果から保健指導対象者を「動機づけ支援」「積極的支援」に階層化に区分
- 参加者が自分の生活習慣を振り返り、改善出来るところを見つけ出し、チャレンジしようとする意欲を高めた



【結果】　動機づけ支援

参加者の背景	BMI＋1項目（血圧か血糖か血中脂質）
参　加　者	37人（対象者96人）
開催回数	5回
主な内容	血圧・腹囲・体重測定、運動、食事調査と指導
チャレンジした内容	•何にでもしょうゆをかけていたが、かけなくてもよくなった •お菓子を買うことが少なくなった •万歩計をつけてよく歩いている •野菜を多く食べるようになった
改善出来たこと	•ベルトの穴が3つ縮んだ •腹囲が5．8cm縮んだ　・体重が2kg減った
従事職員	保健師2名　管理栄養士1名　運動指導士1名
課　題	•食べた量が不明瞭であり、食事調査が難しい •対象者が集まらない

【結果】　積極的支援

参加者の背景	BMI＋2項目（血圧か血糖か血中脂質）
参　加　者	15人（対象者216人）
開催回数	8回
主な内容	血圧・腹囲・体重測定、運動、食事調査と指導 個別指導の時間を充実
チャレンジした内容	•ビールの量を減らした •喫煙生活40年を、今回の参加をきっかけにやめた •腹八分目にした　・味噌汁を具沢山にした
改善出来たこと	•腹囲が5．5cm減った •体重が2．7kg減った
従事職員	保健師2名　管理栄養士1名　運動指導士1名
課　題	•申し込みをしても忘れているのか、参加者が少ない

平成19年度の活動をふまえて検討したこと

① 健診項目は適切か？

② 医療機関（医師）の理解は得られたか？

③ 特定健診・特定保健指導の目的ややり方について、住民の理解は深まったか?

平成19年度の活動をふまえて検討したこと

④ 受診率と保健指導参加率を高めるには？

⑤ 国保担当と健康づくり担当との連携は？

⑥ 混乱なく円滑な健診にするための会場シュミレーション

【実施計画】

区　　分	平成20年度	平成21年度	平成22年度	平成23年度	平成24年度
特定健康診査受診率	35%	40%	50%	60%	65%
特定保健指導利用率	20%	25%	30%	40%	45%
内臓脂肪症候群該当者及び予備群の減少率	―	4%	6%	8%	10%

【主な取り組み】

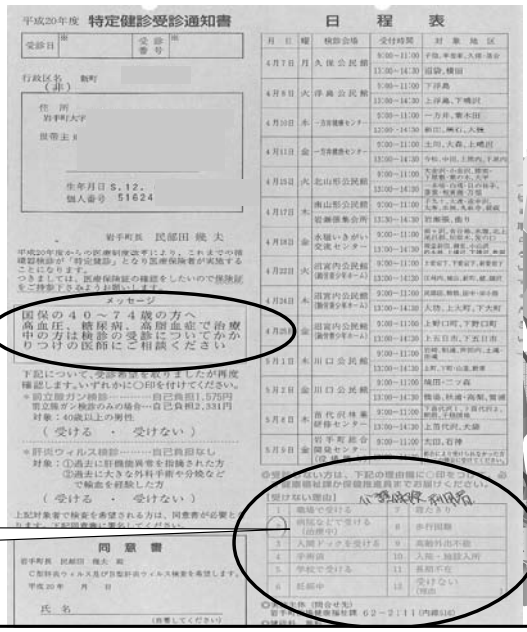
① 行政と医療機関の連携会議

<u>岩手町検診推進委員会」の開催</u>

② 受診率向上対策

・電算プログラムの効果的活用による通知書の工夫

受診通知書



受診者用
メッセージ

受診しない理由

・保健推進員の声かけ

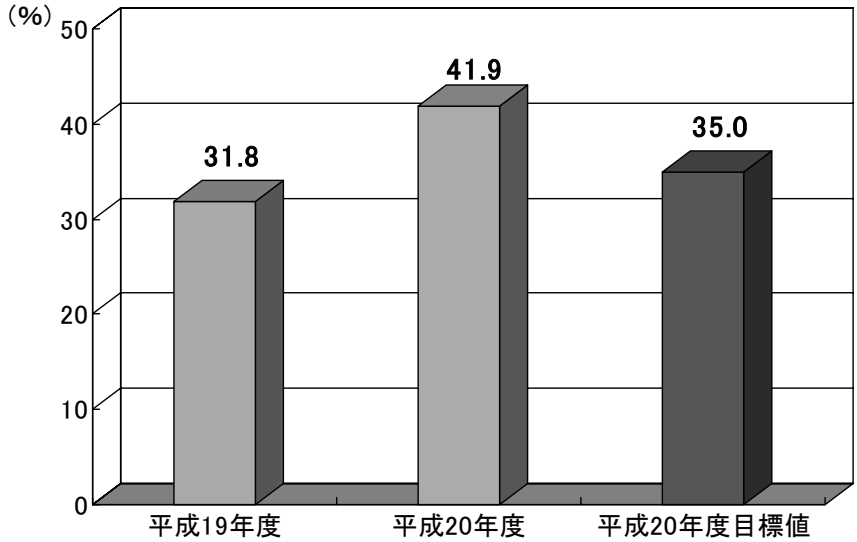
通知書に書かれたメッセージを伝える

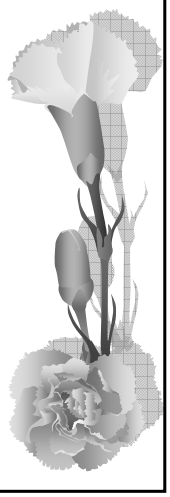
・健診会場で個人への説明を充実

・国保担当と健康づくり担当との連携

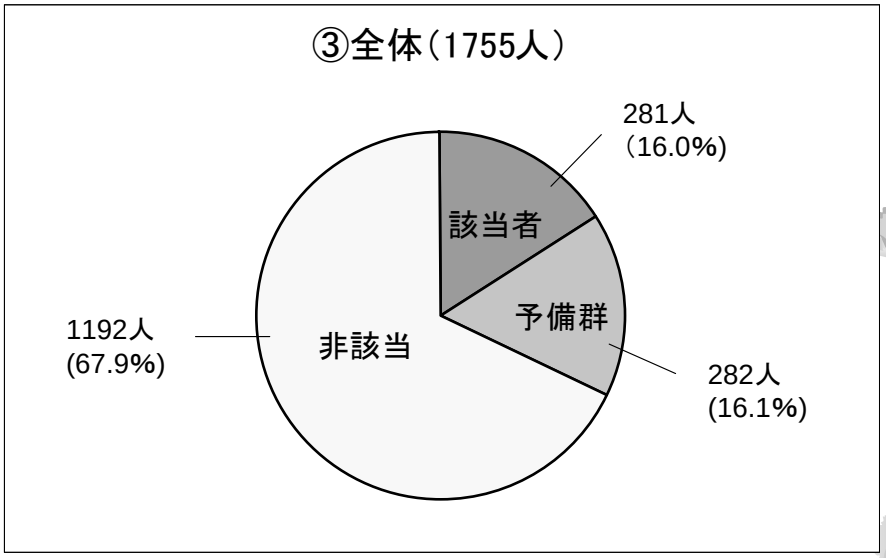
平成20年度　実施結果

①特定健診実施率（40～74歳）

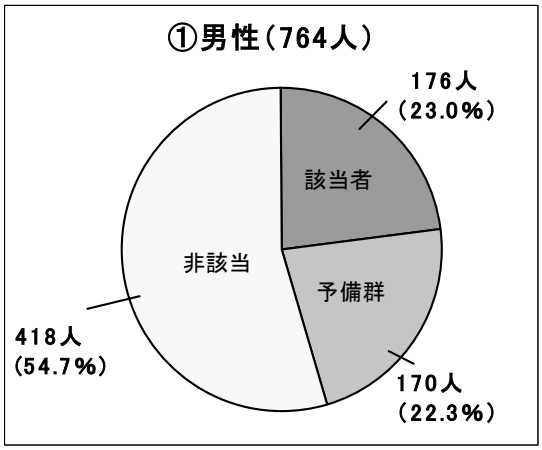


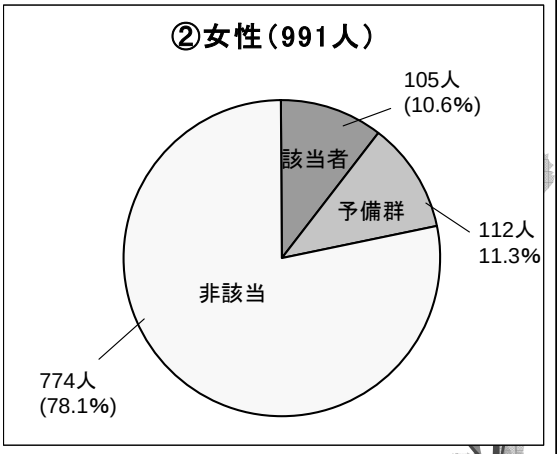


②メタボリック判定



②メタボリック判定





平成20年度特定保健指導の実施

① 時期：平成20年10月～平成21年3月
（6ヶ月間）

② 予定人数：保健指導利用率　20％

	予定数	方　　法
動機づけ支援	75名	•調査表送付と内容確認 •保健指導1回 •6ヶ月後評価
積極的支援	40名	•3ヶ月以上の継続支援 •180ポイント以上 •6ヶ月後評価

特定健診・特定保健指導が効果的に推進されることを願って・・・・

①<u>データ分析</u>

・市町村を特徴的にあらわすデータの分析

②<u>研修と情報交換</u>

・スキルアップのための研修
・「実践例から学ぶ」ための情報交換の場

③<u>国の目標値にむけた取り組み状況を共有し、市町村の格差是正を図る</u>