【中四国ブロック】

〔事例１〕

「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」

事例提供者

惠上　博文　（山口県宇部環境保健所長）

事例名	【事例１】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
事例提供者名	惠上　博文（山口県宇部環境保健所長）
コメント （１）成功要因分析	１．人材 ■重要人物の存在　■重要人物と親密な関係　■重要人物を活用可能 ２．保健所の姿勢 ■関係事業の企画・実施　■保健所の役割の理解　■医師会等の研修会に参加 ３．基幹病院・医師会の状況 ■活発な基幹病院の地域連携室の存在　■構築への基幹病院・医師会の期待 ４．協議会の存在・設置 ■定例的な行政の協議会　■定例的な医療の研修会　■情報交換網（ITも含む） ５．連携体制の協議・組織化 ■メリットの提示　■当初から関係者全員参加　■参加者のチームづくり　■保健所外に事務局設置　■医療関係職種中心の体制構築 ６．連携体制の運営 ■保健所は調整役を堅持　■方向性のデータ提示　■保健所は分析・評価　■啓発で住民組織と協議　■ツール作成等目標設定　■成功体験の蓄積 ７．予算の確保 ■参加機関の分担金　■行政の予算　■医師会の予算 ８．住民 ■自主活動組織の存在　■自主活動組織との協議
（２）事例からみた医療連携	
（３）保健所の関与の可能性と役割	１．取組の内容 ①現状の調査　②方針の提示　③認識の共有　④利害の調整　⑤協議会の設置　⑥体制の評価　⑦体制の見直し　⑧人材の育成　⑨普及・啓発 ２．役割の内実（私見） 保健所は、他の協働機関が持ち得ない「公正性・公平性・公明性」のある調整機能を活用しながら、医療連携体制構築に取組む役割。 ※この役割の発揮には、保健所機能について、平素から医師会等に周知しておくこと。

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

～地域医療連携体制の構築と
評価に関する研究班からの報告～

山口県宇部環境保健所
惠上博文

研究班の経緯

１　平成１８年度（班長　岡紳爾）
「地域保健医療計画と保健所の在り方に関する研究」
・*保健所として調整機能*を発揮している事例等の例示

２　平成１９年度（班長　岡紳爾）
「地域医療連携体制の構築に関する研究」
・医療連携体制構築の*具体的な内容・要領*等の例示

３　平成２０年度（班長　惠上博文）
「地域医療連携体制の構築と評価に関する研究」

医療連携体制構築の具体的な内容

◎　体制構築には、次の内容が必要

○　情報の共有（患者、受皿の確保）

○　関係機関の機能・水準の把握と役割分担

○　診療・対応基準の標準化

○　関係者間の知識共有・相互理解

○　評価、見直しのためデータの収集・分析

○　住民への情報提供（施設の機能等）

地域医療連携体制構築環境・要領点検票

１　人　材

□重要人物の存在　□重要人物と親密な関係□重要人物を活用可能

２　保健所の姿勢

□関係事業の企画・実施□保健所の役割の理解　□医師会等の研修会に参加

３　基幹病院・医師会の状況

□活発な基幹病院の地域連携室の存在□構築への基幹病院・医師会の期待

４　協議会の存在・設置

□定例的な行政の協議会□定例的な医療の研修会□情報交換網（ＩＴも含む）

５　連携体制の協議・組織化

□メリットの提示　□当初から関係者全員参加□参加者のチームづくり
□保健所外に事務局設置□医療関係職種中心の体制構築

６　連携体制の運営

□保健所は調整役を堅持□方向性のデータ提示　□保健所は分析・評価
□啓発で住民組織と協働□ツール作成等目標設定□成功体験の蓄積

７　予算の確保

□参加機関の分担金　□行政の予算　□医師会の予算

８　住　民

□自主活動組織の存在　□自主活動組織との協働

２０年度の研究班の計画

１　主な狙い

○　第５次計画の４疾病の連携体制構築に当たり、

・　創意工夫のある取組や新たな制度に対応する取組に連携体制の評価の視点も加えて、先進事例を提示

・　連携体制を取巻く環境の変化への対応に、評価の視点も加えて、継続事例における保健所の役割等を提示

２　主な内容

○　*構築評価グループ（先進事例）*

・　アンケート調査（全国５１７か所）

・　現　地　調　査（４疾病で８か所程度）

○　*事例追跡グループ（継続事例）*

・　アンケート調査（１８・１９年度の２７事例）

・　現　地　調　査（４疾病で４か所程度）

２０年度の研究班の組織

◎　研究班長

惠上博文　宇部環境保健所長

○　構築評価グループ

日高良雄　延岡保健所長

池田　功　堺市北保健センター所長

豊田　誠　高知市保健所課長

仲宗根正　沖縄県中央保健所長

○　事例追跡グループ

山中朋子　青森県弘前保健所長

小谷尚克　福島県南会津保健所長

徳本史郎　大阪府寝屋川保健所課長

○　助言者

岡　紳爾　山口県地域医療推進室次長

武田康久　厚生労働省医師確保等地域医療対策室長

構築評価グループによる

保健所の取組（先進）事例調査の概要

１　目　的

現地調査候補の把握、評価方法の把握

２　対　象

全国５１７保健所(県型389、市型105、特別区型23)

３　主な項目

◯　連携システム

対象疾病、連携部位・内容、*進行段階*、取組・役割

◯　連携パス

対象疾病、*進行段階*

４　回答率

81.0%（県型75.9%、市型80.0%、区型73.9%）

連携体制（連携システム）

○　情報の共有（患者、受皿の確保）

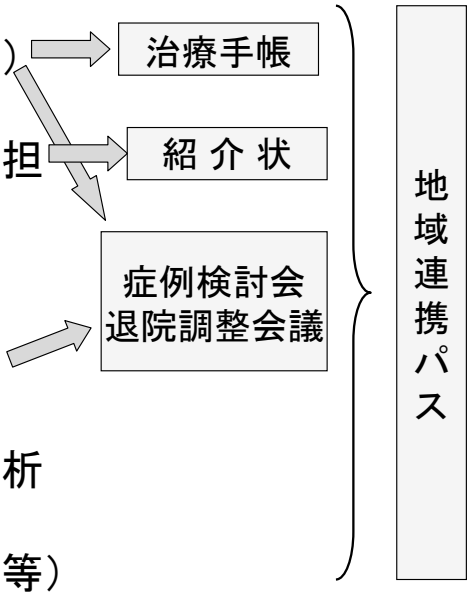
○　診療機能・水準の把握と役割分担

○　診療・対応基準の標準化

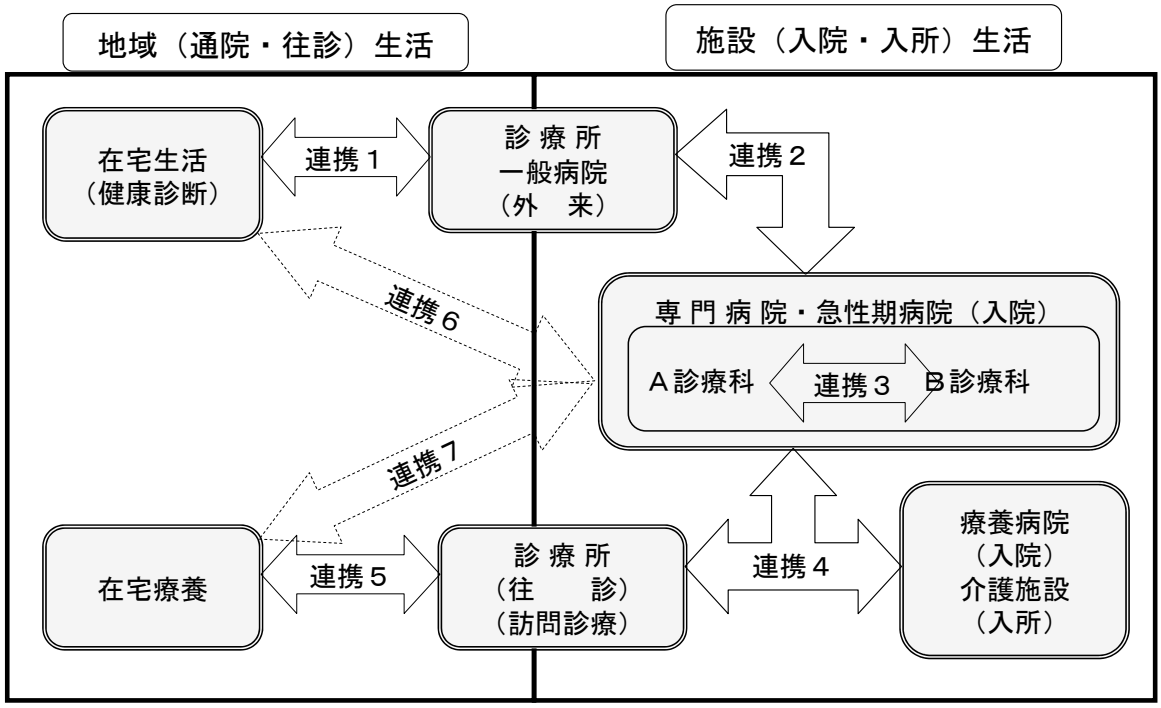
○　関係者間の知識共有・相互理解

○　評価・見直しのためデータの分析

○　住民への情報提供（施設の機能等）



連　携　部　位



保健所の取組事例調査の概要

１　連携システム

	協　議　中	試用・運用中	計
県　型	４９	２４	１３３
市区型	３	２	５
計	５２	２６	７８

２　連携パス

	協　議　中	試用・運用中	計
県　型	５５	４５	１００
市区型	８	５	１３
計	６３	５０	１１３

連携システム・パス（試・運）の事例１

No.	設置	疾病	部位	概　　要
1	県	脳	④⑤	地域リハ連携システム、病院の退院調整窓口から地域窓口（市町・ケアマネ）に連絡票をＦＡＸ、地域窓口が在宅生活の状況を確認した結果を病院に報告。
2	県	脳	④⑤	地域リハネットの構築、病院の退院調整会議ほか、地域窓口への医療情報提供による在宅担当者会議やケアプランの作成等円滑な在宅療養への連携。
3	県	脳	⑤	脳卒中等情報システム、医療機関が保健所を経て市町村に発症・退院連絡票を提供。市町村では、患者・家族面接の上、地域ケア会議で処遇の検討に活用。

連携システム・パス（試・運）の事例２

No.	設置	疾病	部位	概　　要
4	県	脳	④⑤	地域リハ連絡票を活用し、モデル病院から自宅復帰する意欲のある高齢者の事例検討会や復帰プログラム集の作成によるネットの構築
5	市	脳 パス	④⑤	地域リハ、脳卒中シームレスケア研究会事務局と地域リハ支援センターとを兼ね、病院間や在宅事業者間、更に両者間の連携を支援。
6	県	脳 パス	④⑤ ⑥	ＭＣ協議会と連携し、救急隊員の病院前脳卒中スケールに基づき発症後３時間以内に症状の程度に相応しい医療機関に救急搬送。
7	県	脳 パス	④⑤	進行段階は、取組年度により方針協議中から試用中を経て運用中、事務局は本庁から保健所を経て病院へと移設と多様。

連携システム・パス（試・運）の事例３

No.	設置	疾病	部位	概　　要
8	県	脳パス	⑤	本年度、急性増悪時の逆紹介システムや患者携帯のマイカルテ患者ノートを検討
9	県	心	①④⑤	急性心筋梗塞手帳、循環器の診療に従事する病院・診療所間で情報を共有。
10	県	がパス	⑤⑦	20年度から在宅緩和ケア地域連携会議の事務局をがん拠点病院に移設。
11	区	乳がパス	①⑤⑥⑦	乳がんの予防・術後回復・経過観察の各生活ガイドを作成
12	県	糖	①②	糖尿病保健医療連携支援システム、医療機関で登録した患者についての情報提供書や紹介状、糖尿病手帳による連携、市役所・保健所による訪問支援。

連携システム・パス（試・運）の事例４

No.	設置	疾病	部位	概　　要
13	市	糖	①②	糖尿病対策栄養サポート体制、糖尿病の通院患者に対し民間管理栄養士が医療機関に出張栄養指導、高脂血症や高血圧の患者に対象を拡大予定。
14	県	糖	①②	糖尿病予防対策協力医登録制度、協力医は、健診の要指導者にも積極的なＯＧＴＴ、ＨｂA1Cの定期検査、生活習慣の改善指導、糖尿病手帳の活用。
15	県	糖	①②	糖尿病患者に対し、診療ガイドラインや精検紹介状・結果票による特定健診から医療機関を経て市町村までの連携。
16	県	糖パス	①②	特定健診から始まり、かかりつけ医、専門医、市町村、保健所等間の連携。

連携システム・パス（試・運）の事例５

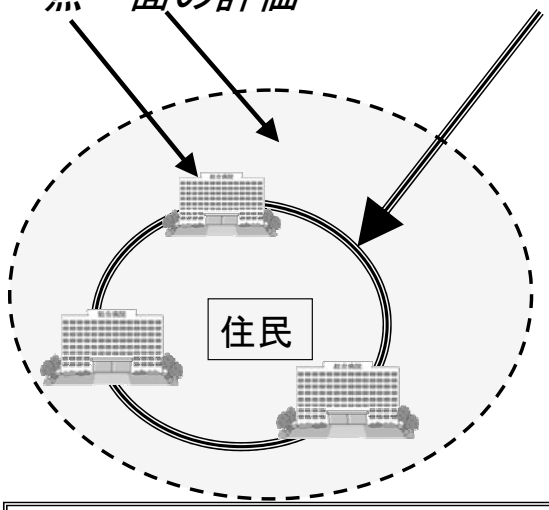
No.	設置	疾病	部位	概　　要
17	県	糖	①②	県糖尿病予防・管理指針による糖尿病予防システム、境界型糖尿病に対し教育相談窓口開設医療機関や教室教育入院実施医療機関、患者会による連携。
18	県	脳パ	④⑤	シームレス研究会設立後の現在は、啓発中心
		心パ	①②	研究会が設立された後は、啓発を中心に実施
		糖パ	①②	糖尿病検診・治療連携システムに着手
19	県	４	④⑤	退院時情報システム、在宅ケアの必要な退院患者に関する情報を連絡票で共有し、退院調整会議を開催。
20	県	４	①②④	病診連携システム、急性期病院から維持期診療所までの紹介状による連携。

先進事例把握の着眼点（粗案）

１　事業概要の確認	連携部位①⑤、連携パスの策定
２　保健所業務としての位置づけ	定例業務　モデル事業
３　新たな取組のポイント	新たな仕組（ＭＣ協議会との連携）
	新制度との関連（特定健診・診療報酬改定）
	適切な成果（患者の安心、入院期間の短縮）
	その他（ルール・ロール・ツールの売り）

連携の評価と連携体制の評価の考え方

連携の評価（指針）
点・面の評価



連携体制の評価（班）
連携鎖（個別体制）の*評価*

◎　連携体制の存在評価
- ○共有ルール（規約・会議）
- ○共有ロール（役割機能の明示）
- ○共有ツール（パス・連絡票）

◎　連携体制の内容評価
- ○関係者間情報の共有
- ○医療機能の把握と役割分担
- ○診療対応基準の標準化
- ○関係者間の知識共有
- ○データ収集・分析
- ○住民への情報の提供

◎　連携体制の結果評価（○構造・過程・成果の評価）

連携体制評価の着眼点（粗案）

１　目　的	目　標・保健所の役割	
２　連携体制	事前準備	他の事業による連携の状況
		診療機能の把握（診療機能調査・地域連携室）
	体制づくり	協議会（参加機関・参加職種）
		事務局（診療基準の標準化・データ収集・分析）
		研修体制（研修会・事例検討会・意見交換会）
	連携の仕組	ルール（規約・手引・マニュアル）
		ロール（役割の理解・機能別医療機関リスト）
		ツール（患者手帳・連携パス・ＨＰ）
	市町村	特定健診・特定保健指導
		介護保険（ケアマネジメント・退院時調整会議）
		疾病別（登録）情報システム
	住　民	情報伝達（講演会・研修会・パンフ）
		患者会・家族会（会との協働・体制への反映）
３　結　果	経過・成果指標	

保健所の取組・役割

１　取組の内容

①現状の調査　②方針の提示　③認識の共有
④利害の調整　⑤協議会の設置　⑥体制の評価
⑦体制の見直し　⑧人材の育成　⑨普及・啓発

２　役割の内実（私見）

○　保健所は、他の協働機関が持ち得ない「公正性・公平性・公明性」のある調整機能を活用しながら、医療連携体制構築に取組む役割。

※　この役割の発揮には、保健所機能について、平素から医師会等に周知しておくこと。

〔事例２〕

「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」

事例提供者

赤穂　　保　（東京都多摩立川保健所長）

事例名	【事例２】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
事例提供者名	赤穂　保（東京都多摩立川保健所長）
コメント （１）成功要因分析	１．保健所と中核病院及び医師会との十分なコミュニケーションの確保と信頼関係の構築 ２．病院主導の会議となりやすいが、医師会等の地域のかかりつけ医の立場を配慮した進め方にすること ３．保健所が社会資源の把握や地域全体の課題の提示など、随時適切なアドバイスを行うこと
（２）事例からみた医療連携	・「かかりつけ医機能推進事業」 （平成７～１３年） ・「医療機能連携推進事業」 （平成６～１６年） ・「地域医療システム化推進事業」 （平成１２年～） ・「疾病別医療連携推進事業」 （平成１７年～） としてかかわってきた。
（３）保健所の関与の可能性と役割	１．事業全体の企画・進行管理 ２．関係機関・団体等との調整 ３．関連する事業、取り組みの連結 ４．組織化・システム化 ５．情報収集、分析 ６．普及啓発 ７．事業委託事務局（地域中核病院等）支援 ８．本庁施策への情報発信、企画案提起

平成２０年度地域保健総合推進事業　中四国ブロック
■「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」（発表要旨）

東京都では、平成１２年度より「都民の誰もが身近な地域で病態に応じた医療を受けられるようにするため、二次保健医療圏ごとに、地域における医療機能の分化と医療施設相互の連携を進め、地域の状況に応じた医療体制を整えていく」という目的で、圏域単位に協議体を設置し、地域医療の提供体制について協議を行う「地域医療システム化推進事業」の取組を進めてきた。特に平成１５年度以降、具体的には生活習慣病を中心とする疾病やそれぞれの急性期、亜急性期、慢性期などの状況に応じて、地域で対応できる効果的・効率的な医療提供体制の構築に重点をおいた「疾病別医療連携推進事業」として圏域ごとに対象疾病を決め事業が具体化していった。

東京都多摩立川保健所が所管する北多摩西部保健医療圏では、特に圏域として年齢調整死亡率が高い特徴を示す心疾患と、圏域の中で次に死亡率が高く適切な処置で機能予後の改善が期待できる脳卒中の二疾患を対象として、平成１７年度より本事業を推進してきた。

事業の展開に際しては、圏域内の中核病院、地区医師会、消防署、各市及び保健所で構成される疾病別医療連携推進検討会を立ち上げ、その下に心疾患部会、脳卒中部会をそれぞれ設け、急性期を中心とする作業の具体化を目指した。

平成１７年度は圏域内医療機関を中心とする実態調査を行い、１８年度はそれらを踏まえて心疾患（急性心筋梗塞）と脳卒中の急性期における医療連携システム構築に向けたガイドラインや市民向け普及啓発用リーフレット、かかりつけ医カードなどを作成、１９年度は市民向け講演会や医師会向け研修会を実施しながらシステムの試行、評価を行ってきた。一連の取組の結果、例えば「急性期病院に発症後２時間以内に来院する割合、及び救急病院に救急車で来院する割合が増加する」などの成果が得られた。

平成２０年度より医療法改正に伴う新たな東京都保健医療計画がスタートし、特に４疾病５事業についての取組を全都的に強化する方向性が示された。当圏域においても、都の計画に合わせて「東京都北多摩西部保健医療圏　地域保健医療推進プラン」を改定し、圏域における脳卒中に関する取組をさらに継続発展させて、特に急性期以降、回復期、維持期（在宅）にわたる地域でのシームレスな対応を可能とするシステムづくりを目指して事業を展開することとなった。

一連の取組を通じて保健所が果たしてきた主な役割を列記してみると、
① 事業全体の企画・進行管理、②関係機関・団体等との調整、③関連する事業、取組の連結、④組織化・システム化、⑤情報収集・分析・提供、⑥普及啓発、⑦事業委託事務局（地域中核病院等）支援、⑧都計画（本庁施策）への情報発信、企画案提起などを挙げることができる。そして地域でのこうした取組を成功させるためには、参加した誰もが主役意識を持てるように、保健所としての大局観に裏打ちされた地道で粘り強い努力が不可欠である。

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（中四国ブロック）

東京都北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進事業」

「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」

2008.9.11.
東京都多摩立川保健所
赤　穂　　保

1

東京都及び北多摩西部圏域における地域医療システム化推進事業の経緯

事業目的：都民の誰もが身近な地域で病態に応じた医療を受けられるようにするため、二次保健医療圏ごとに、地域における医療機能の分化と医療施設相互の連携を進め、地域の状況に応じた医療体制を整えていく。

「システム化推進事業」までの取組

「かかりつけ医機能推進事業」（平成7年～13年）
・地域の医師の「かかりつけ医」としての役割の促進、住民への普及啓発を実施
・区市町村に対する補助

「医療機能連携推進事業」（平成6年～16年）
・病院・診療所の機能の分担と連携を図るため、患者紹介や専門的な医療技術・医療機器の相互利用を推進
・二次医療圏ごとに1地区医師会に委託

「地域医療システム化推進事業」（平成12年～）
・これまでの二つの事業を二次医療圏単位で一体的に推進するため、二次医療圏ごとに協議体を設置し、医療提供の在り方について協議を行う。
・区部は、特別区を通して医療機関等に委託して実施、多摩地域は、都保健所が調整機能を発揮し、地域の中核病院等に委託して実施。

都の取組方針

具体的な課題として、疾病別医療連携の推進に重点をおいた取組を実施していく。
・地域の中核病院の医療連携室間のネットワークを強化する。
・患者の疾病（主にがん、糖尿病、心疾患、脳卒中などの生活習慣病）や状況（急性期、亜急性期、慢性期）に応じて、地域で対応できる効果的・効率的な医療提供体制を構築する。

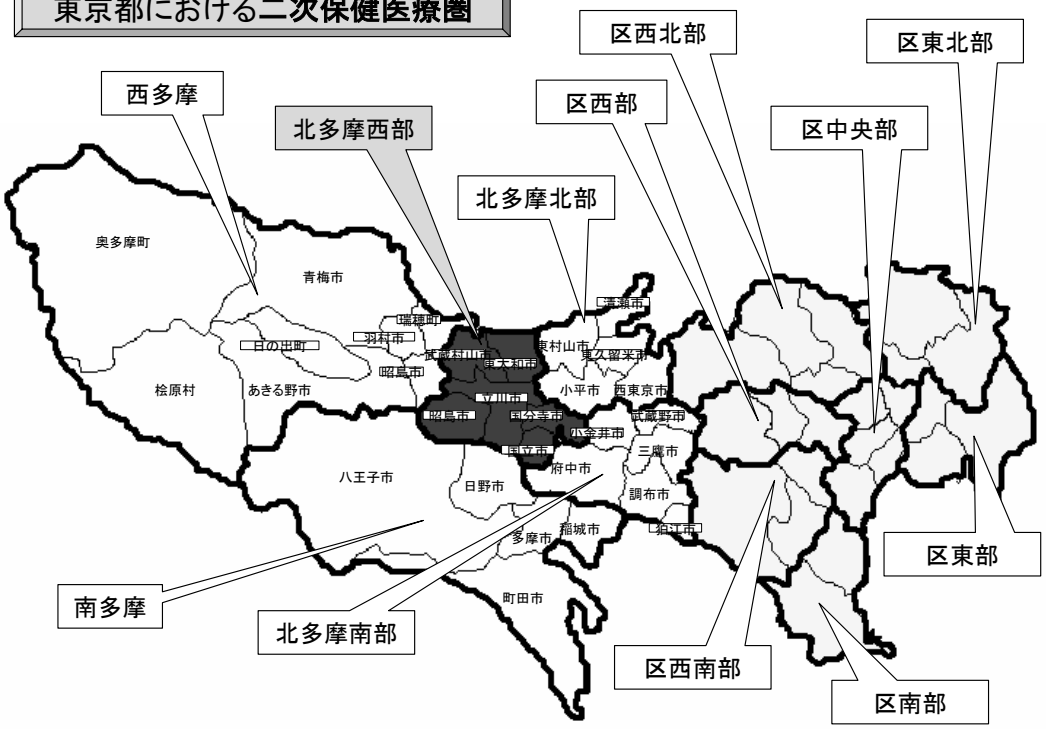
北多摩西部医療圏では

『疾病別医療連携推進事業』（平成17年～本格実施）
「脳卒中」を共済立川病院が、「心筋梗塞」を災害医療センターが、それぞれ事務局となり地域医療連携システムの構築に着手
⇒平成17年度：圏内医療機関の実態調査
⇒平成18年度：急性期における連携システム構築
⇒平成19年度：システムの試行、評価

＜平成20年度以降＞
医療法改正に伴う『東京都保健医療計画』及び圏域の「地域保健医療推進プラン」の改定の中であらためて（特に4疾病を対象）計画化⇒『システム化推進事業』の継続・発展

2

東京都における**二次保健医療圏**



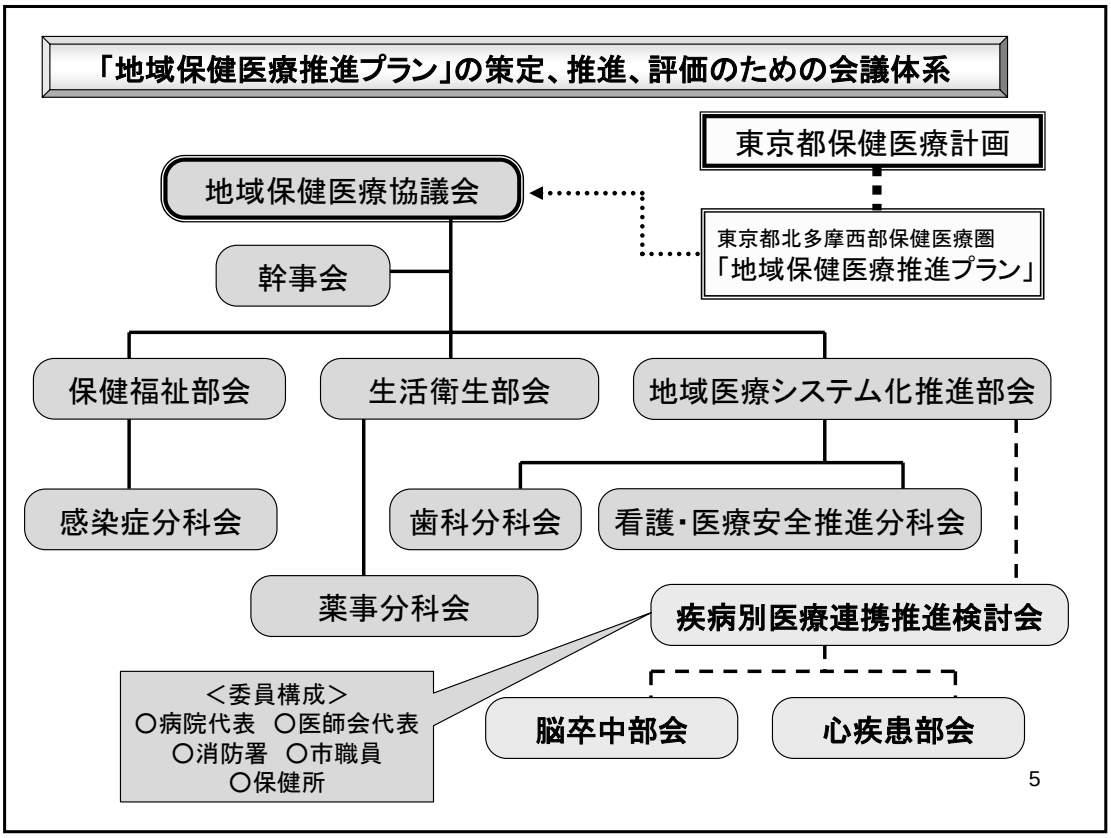
東京都多摩立川保健所管内（北多摩西部保健医療圏）の概況

多摩立川保健所は、地域保健法に基づく2度の再編整備により、平成16年4月より**立川市、昭島市、国分寺市、国立市、東大和市、武蔵村山市の6市**を管轄することになった東京都保健所の一つである。

管内（北多摩西部保健医療圏）**人口は約62万5千人、面積は約90平方キロ**の広域にわたる。多摩地域の中央やや北部に位置し、南の多摩川から狭山丘陵に連なる武蔵野台地に広がる地域である。多摩川河岸や玉川上水、国分寺崖線等貴重な自然を残す一方、多摩地域の交通の要衝であり、業務・商業の中核都市として発展している立川を有する。他の区域はベッドタウンとしての色彩が濃いが、大学や研究機関も数多く立地しており、全体として多機能かつ個性的な文教・住宅都市を形成している。

管内の医療機関は、**一般病院24、診療所481、救急医療機関は15**である。このうち日本脳卒中学会rt－PA静注療法施設基準を充たす病院は、3病院（A：2次救急、274床、神経内科医1名、脳神経外科医4名、B：3次救急、455床、神経内科医4名、脳神経外科医10名、C：2次救急、466床、神経内科医2名、脳神経外科医2名）である。

4



北多摩西部保健医療圏における疾病別医療連携推進事業の概要

事業目的

1　北多摩西部保健医療圏（以下「圏域」という）の医療機関が、圏域内の課題となる疾病について共通認識を深める。
2　対象疾病について医療連携を促進することにより、圏域内の課題解決に取り組む。
3　圏域内の対象疾病の悪化の予防、死亡率の減少を図る。

取組の方向

＜事業の内容＞
1　圏域内の医療状況・連携状況等の把握（病院等調査）
2　疾病別・状況別に適時・適切な連携ができるようガイドラインを作成、活用
3　医療従事者研修会、事例検討会
4　住民への普及啓発
＜事業の進め方＞
1　検討会を設置し、事業内容の共有・調査票の作成・ガイドラインの作成を協議する。
2　事務局病院を中心とする疾病別の部会を設置し、調査項目の検討・調査の実施・調査結果の解析・ガイドラインの検討、および医療従事者向け研修等を実施する。
3　都民医療学習セミナーやホームページ、広報誌等を活用し、住民への普及啓発を実施する。

事務局病院の主な役割

＊検討会・部会の運営　＊会議資料作成　＊病院調査の実施・集計解析
＊病院調査票、ガイドライン等の印刷　＊研修会、事例検討会の開催　＊予算執行

疾病別医療連携推進事業における都保健所の役割

1　地域保健医療協議会　地域医療システム化推進部会における進行管理

2　事務局病院への委託、事務調整
- 圏域内中核病院への依頼
- スケジュール管理・内容調整

3　基礎資料の提供

4　関係機関・団体等との調整

5　市民への普及啓発（各市と連携）

7

対象とする疾病について

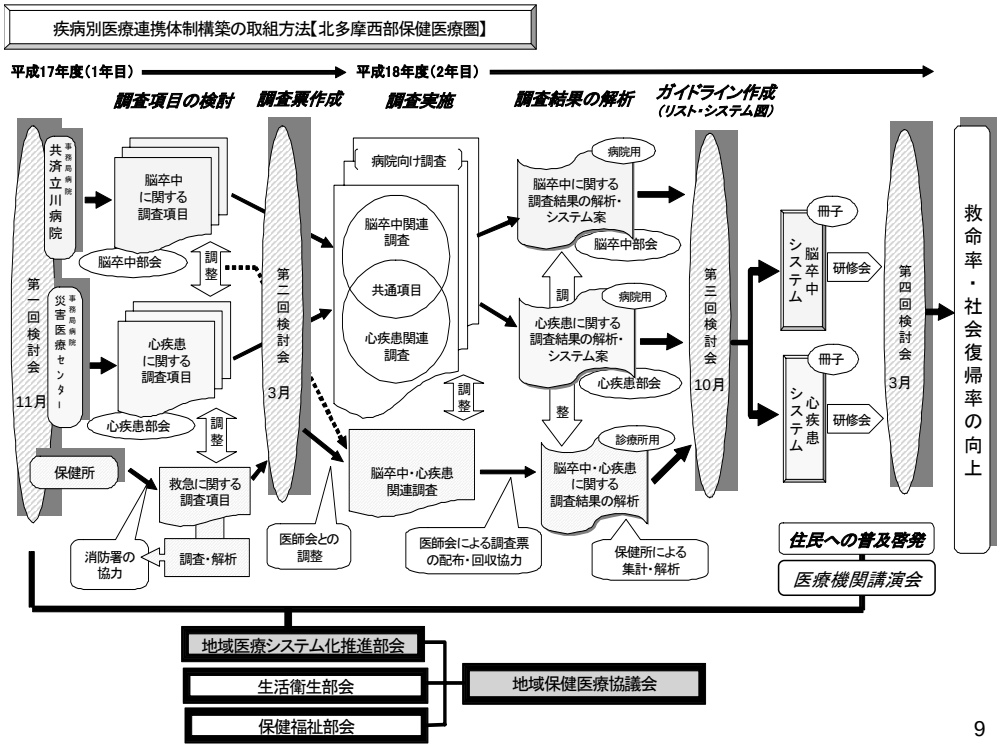
1　圏域における死亡状況（H15）

年齢調整死亡率	①心疾患（男・女）	②脳血管疾患（男・女）	③肺がん（男）
死因別死亡数	①悪性新生物	②心疾患	③脳血管疾患
主要疾病別死亡数	①急性心筋梗塞	②脳梗塞	③胃がん

2　対象疾病について　⇒　同じ動脈硬化を基盤とする2疾病を対象とする

	疾病	圏域の状況	圏域でのシステム化により期待できる効果	備考
1	心疾患 （心筋梗塞）	・圏域内年齢調整死亡率第1位 （都死亡率より高い） ・主要疾病別死亡数第1位 ・日本人死因の第2位 ・発症時の対応により救命率の差が大きい	・急性期の対応をシステム化することにより救命率上昇（死亡率の低下）	事業効果の評価がしやすい
2	脳血管疾患 （脳卒中）	・圏域内年齢調整死亡率第2位 （都死亡率より低い） ・日本人死因の第3位 ・主要疾病別死亡数第2位 ・介護が必要となる疾患の第1位 ・発症時の対応により救命率・後遺症の差が大きい	・急性期の対応をシステム化することにより救命率上昇（死亡率低下）、 ・機能予後の軽減が期待できる ・慢性期までの一環した療養支援が推進できる	在宅ケアシステムを含めた検討が必要

8


疾病別医療連携体制構築の取組方法【北多摩西部保健医療圏】
平成17年度（1年目）
平成18年度（2年目）
調査項目の検討
調査票作成
調査実施
調査結果の解析
ガイドライン作成
（リスト・システム図）
第一回検討会
11月
共済立川病院
災害医療センター
保健所
脳卒中に関する調査項目
心疾患に関する調査項目
救急に関する調査項目
脳卒中部会
心疾患部会
調整
消防署の協力
調査・解析
第二回検討会
3月
医師会との調整
病院向け調査
脳卒中関連調査
共通項目
心疾患関連調査
脳卒中・心疾患関連調査
医師会による調査票の配布・回収協力
脳卒中に関する調査結果の解析・システム案
心疾患に関する調査結果の解析・システム案
脳卒中・心疾患に関する調査結果の解析
病院用
診療所用
保健所による集計・解析
第三回検討会
10月
脳卒中システム
心疾患システム
冊子
研修会
第四回検討会
3月
救命率・社会復帰率の向上
住民への普及啓発
医療機関講演会
地域医療システム化推進部会
生活衛生部会
保健福祉部会
地域保健医療協議会

9

検討会風景

10

医療機関調査

＜調査目的＞

北多摩西部保健医療圏を中心に一部周辺診療圏を含め、同じ動脈硬化を基盤とする虚血性心疾患と脳卒中を対象に、特に生命予後と将来のQOLに大きく影響する急性期を中心とする医療連携のあり方を検討するため、地域の医療機関状況を把握し、連携をより実践的な強固なものとするための基礎資料とする。

＜調査対象＞

圏域内	病院	24施設
	10床以上診療所	12施設
	10床未満診療所	422施設
圏域外	病院	7施設
合計		465施設

＜調査内容＞

・外来・入院診療体制
・救急搬送・転送先
・救急対応状況
・連携窓口
・その他

＜調査期間＞

平成18年3月から5月

＜調査方法＞

記名式アンケート調査。診療所は医師会を通じて配布、回収（医師会未加入診療所及び国立市の診療所郵送）。圏域内病院及び有床診療所は郵送。圏域外病院は調査票を持参し依頼、郵送にて回収。

11

アンケート結果から考えられること（脳卒中）

＊365日24時間常時 救急対応可能な充分な人員の脳卒中専門医を有す病院は少ない。

＊24時間救急対応可能といっても1人～少人数で無理をしている病院が多い。

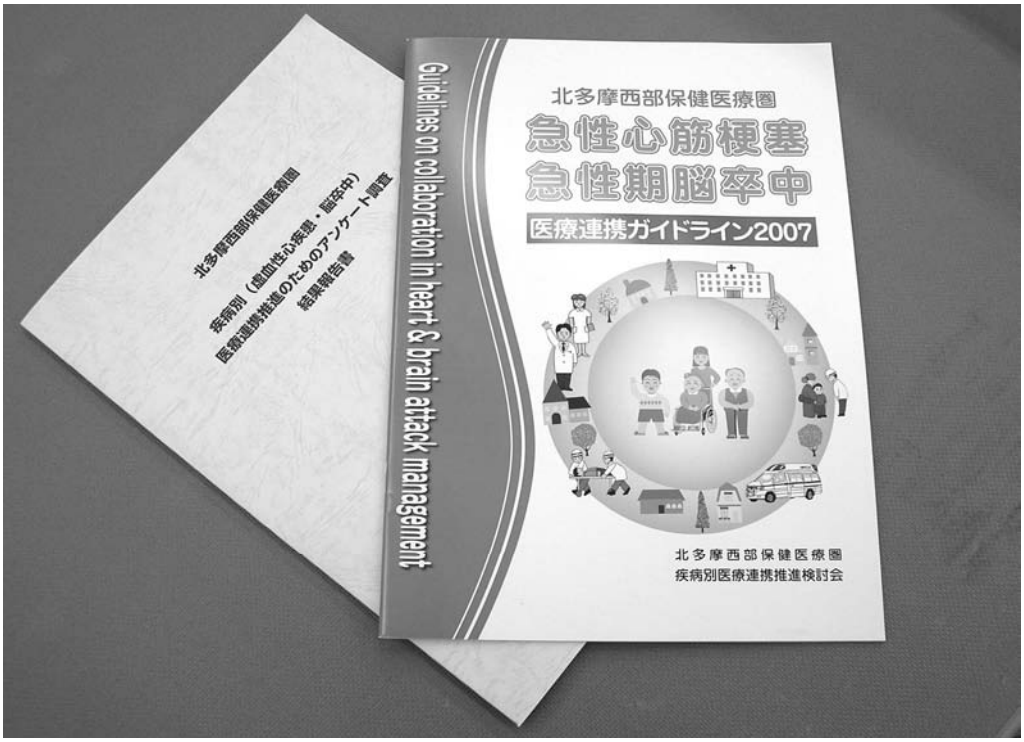
＊かかりつけ医が搬送先を救急隊員に探してもらう場合が4～6割である。

＊救急要請は患者側がする場合が4割で最多。しかし、かかりつけ医がまず診察することも3割ある。

⇒①緊急対応可能病院が少ない

②かかりつけ医から速やかに救急病院につながることも少ない。

12



13

ガイドラインの主な内容 （項目の柱）

1. ガイドラインの目的
2. 救急医療の流れ（急性心筋梗塞、急性期脳卒中）
3. 市民向け啓発活動
4. かかりつけ医と専門病院との連携
5. かかりつけ医が果たすべき役割
6. 救急搬送の手順

（全19ページ）

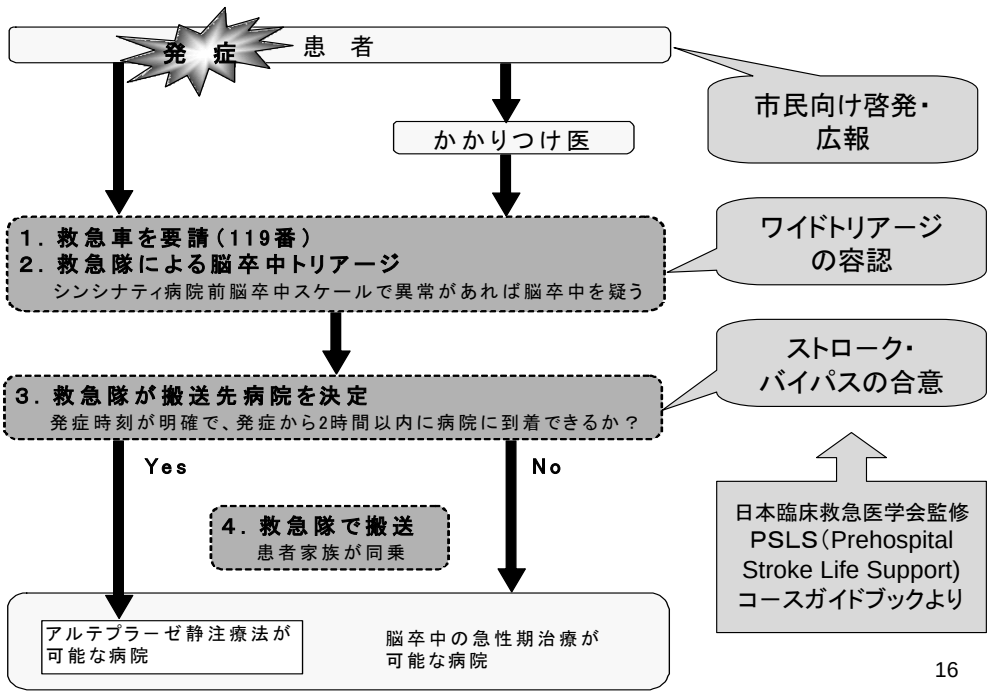
14

脳卒中救急医療の流れ（ガイドラインより）

1．脳卒中を疑う症状に遭遇した場合は、市民自らあるいはその家族が早期に救急要請を行う。
2．かかりつけ医は、脳卒中を疑わせる症状の患者や家族から、電話連絡あるいは受診希望の連絡を受けた場合、救急要請をして脳卒中の救急対応病院に搬送してもらうよう指示する。
3．救急隊が、患者の脳卒中トリアージを行い、搬送先病院を決定し、救急搬送する。
4．急性期脳卒中病院では的確かつ迅速な診療を行う。

15

脳卒中救急医療の流れ図（ガイドラインより）

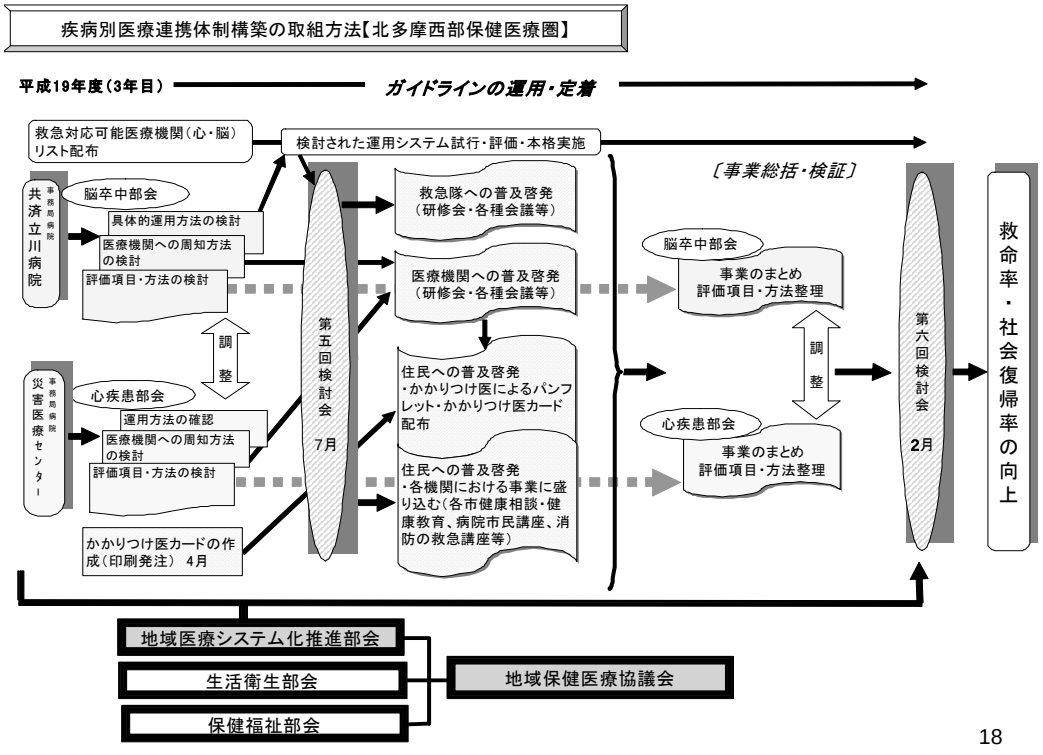


16

シンシナティ病院前脳卒中スケール
（ガイドラインに掲載）

テ ス ト		判　　定			
顔面	歯をみせてください。笑ってください。	正常	顔面の動きが左右対称	異常	顔面の動きが左右対称でない。
上肢	両目を閉じて、両腕を真っ直ぐ前に10秒間保持してください。	正常	上肢の動きに左右さもなく、または、両上肢とも全く動かない。	異常	上肢の動きに左右差がある。
発語	「生き字引とは物知りの人のことです」と言ってください。	正常	正しい言葉で、流暢にはなす。	異常	流暢でない、又は、言葉を間違える。または、話せない。

17



18

市民対象講演会（H19.2.3）

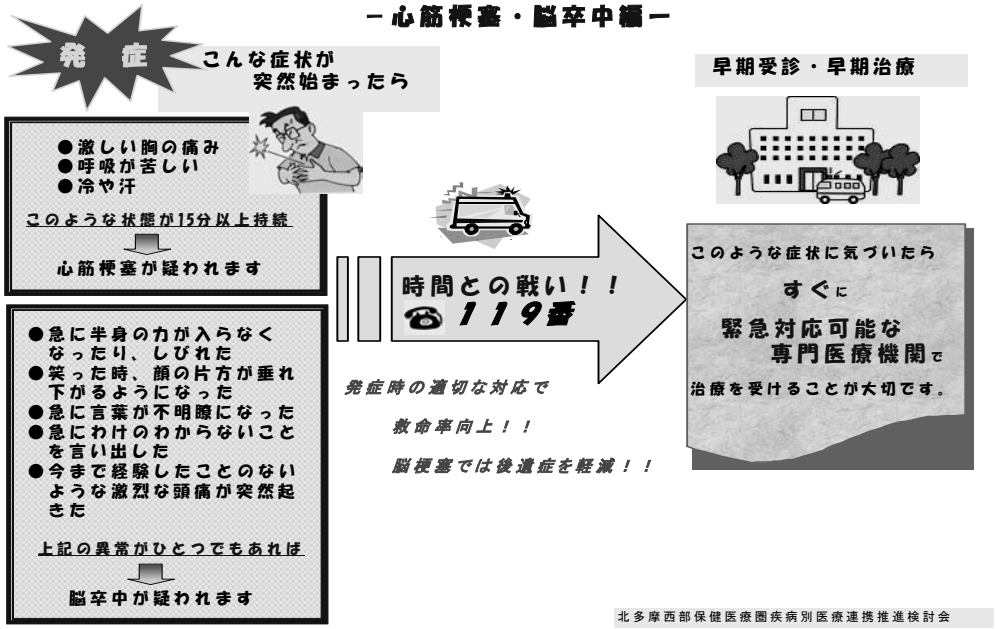
テーマ
「あなたの気づきがあなたを救う」

内容・講師
◎「こんな症状がでたら脳卒中を考える」
篠原幸人（国家公務員共済組合連合会立川病院院長）

◎「急性心筋梗塞　ふだんの予防と緊急時の対応」
佐藤康弘（独立行政法人国立病院機構災害医療センター循環器科医長）

参加者
204名

於）立川市女性総合センター「アイム」



普及啓発用リーフレット（表）

20

救急車を要請する際は・・・　119番

「保険証」「お薬手帳」
を準備しておきましょう

1. 消防です。火事ですか、救急ですか。
→「**救急です。**」

2. 何市、何町、何丁目、何番、何号ですか。
→「 ＿＿＿＿**市**＿＿＿＿**町**＿＿＿**丁目**＿＿＿**番**

マンション名は
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿**の**＿＿＿**号室です。**

周辺の目標物は＿＿＿＿＿＿＿＿**です。**」

3. 電話番号を教えてください。
→「**電話番号は**　　（　　）　　**です。**」

4. どうしましたか。
→「**急病です。**」
現在の状態を簡潔に伝える。
（裏面の発症時の疑われる症状など）

※　あわてるとスムースに伝えられません。前もって書いて電話の前などに貼っておきましょう。

救急車が到着するまでにメモしておきましょう。

① **何時何分から異常が始まりましたか**
□（昨日・今日）の（午前・午後）　　時　　分
□ **時刻ははっきりわからない**

異常が始まった時刻がはっきりわからない場合は、最後に元気であったことがはっきりしている時刻はいつですか
□（昨日・今日）の（午前・午後）　　時　　分
□ **時刻ははっきりしない**

② **治療中の病気は**
脳卒中・てんかん・高血圧・糖尿病・腎臓病・肝臓病
狭心症・心筋梗塞・不整脈・心房細動
その他の病名（　　）

③ **飲んでいる薬の名前は**
（　　）

④ **治療を受けている診療所や病院の名前及び診察券番号**
＿＿＿＿＿＿＿＿　No.＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿　No.＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤ **緊急時の連絡先**
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿　**続柄：**＿＿＿＿
電話番号：（自宅）＿＿＿＿＿＿＿＿
（勤務先）＿＿＿＿＿＿＿＿
（携帯）＿＿＿＿＿＿＿＿

普及啓発用リーフレット（裏）

21

かかりつけ医カード（名刺サイズ）

<表>

かかりつけ医カード(緊急受診時にご提示下さい)

名　　前		
住　　所		市
性別・生年月日		男・女（　　年　　月　　日生）
かかりつけ医	診療所・医師	（　　）診療所、（　　）先生
	電話番号	Tel
	診察券番号	No.
	飲んでいる薬	ワーファリン・抗血小板薬（　　）
治療中の病気		脳卒中・てんかん・高血圧・糖尿病・腎臓病・肝臓病・狭心症・心筋梗塞・心房細動・（　　）

北多摩西部保健医療圏（心筋梗塞・脳卒中用）

<裏>

緊急連絡先（ご家族など）

連絡先氏名	続柄（　　）
自宅電話番号	
携帯電話番号	
勤務先名称・電話番号	
その他の連絡先	

このカードをお持ちの方が貴院に緊急入院された際には、かかりつけ医にご一報ください。

22

医療機関研修会（H19．3．8）

内容・講師　：

■「急性期脳卒中医療連携ガイドライン2007」
　脳卒中部会長　太田晃一
　（国家公務員共済組合連合会立川病院）

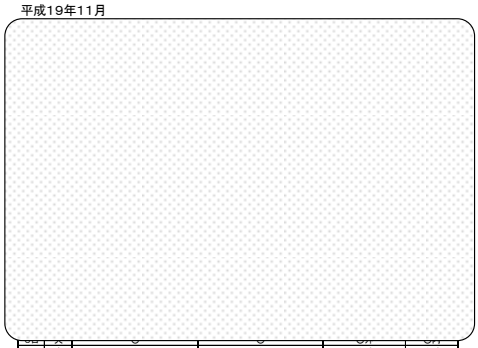
■「急性心筋梗塞医療連携ガイドライン2007」
　心疾患部会長　佐藤康弘
　（独立行政法人国立病院機構災害医療センター）

参加者　：　55名

会　場　：　国家公務員共済組合連合会立川病院

rt-PA静注療法カレンダー

北多摩西部保健医療圏・急性期脳梗塞rtPA静注療法カレンダー
平成19年11月



7日	水	○	○	○外	○外
8日	木	○	○		
9日	金	○	○	○外	
10日	土	○	○		
11日	日	○	○		
12日	月	○	○	○内	○内
13日	火	○	○	○外	○内
14日	水	○	○	○外	○外
15日	木	○	○		
16日	金	○	○	○外	
17日	土	○	○		
18日	日	○	○		
19日	月	○	○	○内	○内
20日	火	○	○	○外	○内
21日	水	○	○	○外	○外
22日	木	○	○		
23日	金	○	○		
24日	土	○	○		
25日	日	○	○		
26日	月	○	○	○内	○内
27日	火	○	○	○外	○内
28日	水	○	○	○外	○外
29日	木	○	○		
30日	金	○	○	○外	○内

北多摩西部保健医療圏
急性心筋梗塞・急性脳卒中医療連携ガイドライン 2007 より抜粋

脳－表１　シンシナティ病院前脳卒中スケール

テスト		判定			
顔面	歯を見せてください。笑ってください。	正常	顔面の動きが左右対称的。	異常	顔面の動きが左右対称でない。
上肢	両目を閉じて、両腕を真っ直ぐ前に10秒間保持してください。	正常	上肢の動きに左右差なし。または、両上肢とも全く動かない。	異常	上肢の動きに左右差がある。
発語	「生き字引とは物知りの人のことです」と言ってください。	正常	正しい言葉で、流暢に話す。	異常	流暢でない、または、言葉を間違える、または、話せない。

急性期脳卒中患者の救急搬送の手順

(1) 現場到着後、まず救急活動基準に従って救急活動を開始する。
(2) 脳卒中が疑われる場合には、以下の事項について実施することが望ましい。
① 「シンシナティ病院前脳卒中スケール」（脳－表１）を評価する。一つでも異常がある場合、約70%の確率で脳卒中である。
② 発症時刻を確認する。発症時刻が不明の場合は、最後に健常であったことが明らかである時刻を確認する。
③ 「脳卒中救急医療に関する市民向けパンフレット」（資料１）、「かかりつけ医カード」（資料２）に記入してあれば回収する。
④ 搬送先病院を次の基準により選択する。
A）「シンシナティ病院前脳卒中スケール」（脳－表１）で「異常」が１つ以上ある場合は、脳卒中の急性期治療が可能な病院に搬送する。
B）このうち、発症時刻が明瞭で、発症から2時間以内に病院に到着できる場合は、アルテプラーゼ静注療法が可能な病院へ搬送する。[註]
C）かかりつけ医からの救急搬送要請で、かかりつけ医が搬送先病院を指定する場合には、それを優先する。
註）脳卒中の急性期治療が可能な病院のうち、アルテプラーゼ静注療法のための日本脳卒中学会施設基準[文献1]（脳－表２）を満たす病院（脳－表３）の対応可能日のカレンダーを、前月までに各消防署、各医師会、各医療機関に配布して、搬送先病院の選択のための情報を提供するシステムを整備する予定である。
⑤ 現場に患者の家族が居合わせた場合には、搬送先病院でのインフォームド・コンセントのために、努めて家族を同乗させた上、救急搬送を開始する。

(1)「シンシナティ病院前脳卒中スケール」で異常が1つ以上あり、発症時刻が明確で、発症から24時間以内に病院に到着できる場合は、アルテプラーゼ静注療法が可能な病院へ搬送してください。
(2)下記カレンダーの連絡先に、アルテプラーゼ静注療法適応症例を受け入れ可能かどうかを、電話でお問い合わせ下さい。病院業務の都合によってはお引き受けできないこともあります。

病院名		A病院	B病院	C病院	
時間帯		24時間全日	24時間全日	8:30ー12:15	13:15ー17:15
救急隊からの連絡先		代表番号 042-526-5511	救急センター 042-562-1411(代)	ホットラインへ	同左
かかりつけ医からの連絡先		代表番号 042-526-5511	上記代表番号 平日・土曜の日中は代表、17時ー翌8時半および休日は救急センター受付が電話に出ますので、救急センター看護師に指示してください。看護師より医師に連絡します。	平日は地域医療連携センター 042ー524ー2436 それ以外は代表番号 042ー523ー3131	
日	曜日	○＝受け入れ可能	○＝受け入れ可能	○内＝神経内科受け入れ可能 ○外＝脳神経外科受け入れ可能	
1日	木	○	○		○内
2日	金	○	○	○外	
3日	土	○	○		○内
4日	日	○	○		○内

25

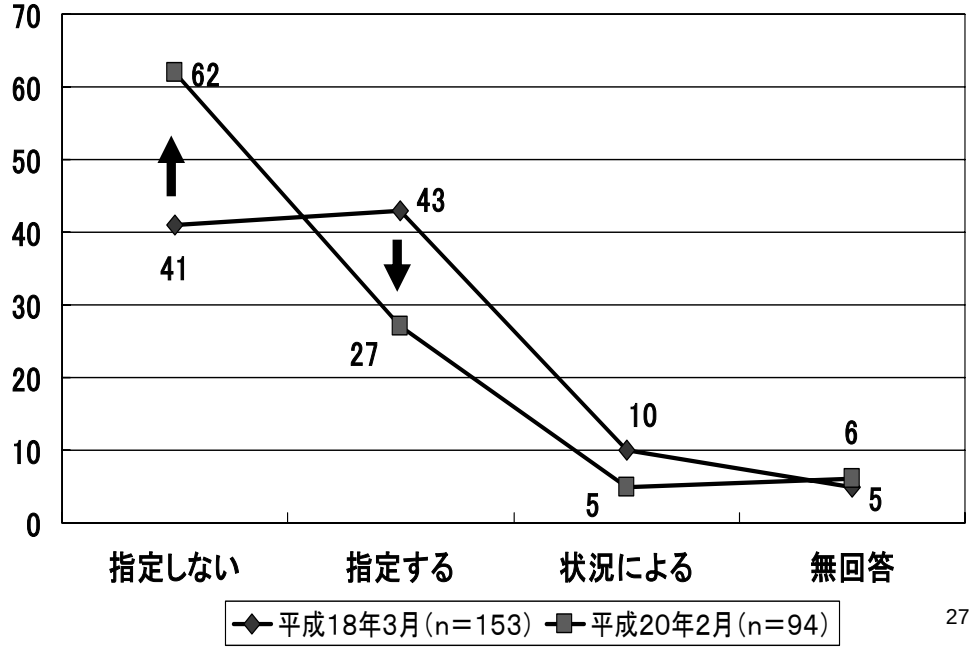
「疾病別医療連携推進事業」3年間の評価

○平成19年3月「医療連携ガイドライン2007」作成配布
○平成19年8月「rtーPA静注療法カレンダー」運用開始

これによる成果を、脳卒中について
1 「疾病別医療連携推進のための医療機関アンケート」
平成18年3月段階と平成20年2月段階の比較
2 「消防署(警防課長)へのアンケート」
3 「rtーPA静注療法実施3病院の急性脳卒中症例調査」
平成19年7月と平成20年1月の各1か月間の全対象患者比較等で評価すると・・・

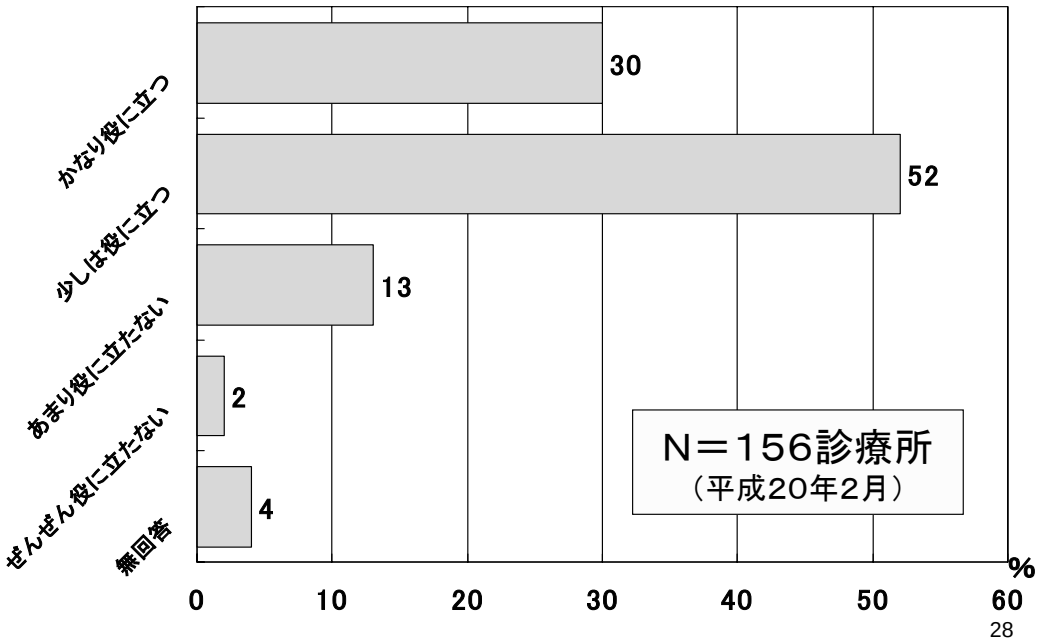
26

自院で対応できない脳卒中（疑い）患者に対して
救急車を要請する場合の「医療機関指定」割合し（%）



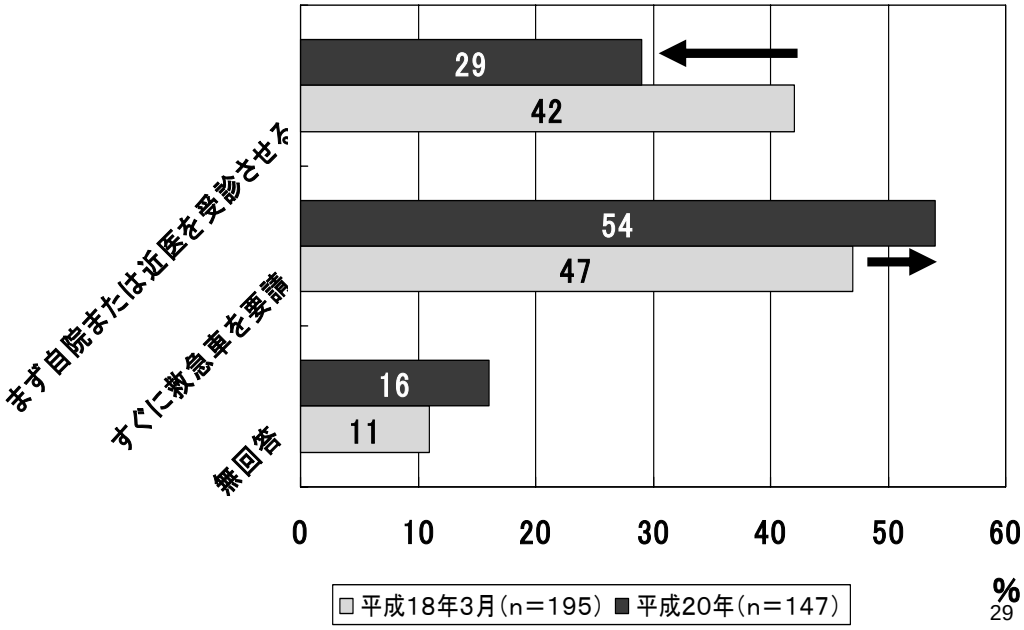
27

「かかりつけ医カード」は役に立つと思いますか



28

患者さんの状況を電話などで受けた場合の救急車要請の有無(脳卒中疑い)割合(%)



29

管内救急隊の「rt－PA静注療法カレンダー」の利用状況

(平成20年2月調査)

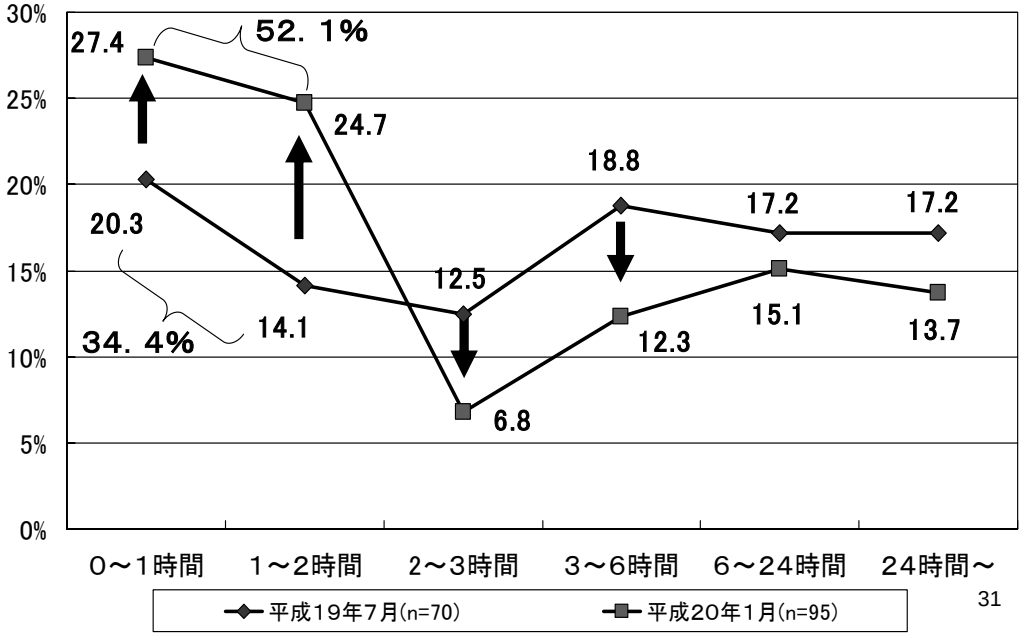
消防署	A	B	C	D
救急隊員への周知	90～100%	90～100%	90～100%	90～100%
救急車への掲載	実施	実施	実施	実施
これによる救急搬送回数(過去5か月間)	1 ～9回	1 ～9回	なし	10回以上
役に立つか	役立つ	役立つ	症例がないのでどちらともいえない	役立つ

30

脳卒中患者の発症から来院時間ごとの症例割合（％）

（日本脳卒中学会rt-PA静注療法施設基準を充たす3病院の合計）

［太田晃一脳卒中部会長（共済立川病院脳神経内科）のまとめによる］

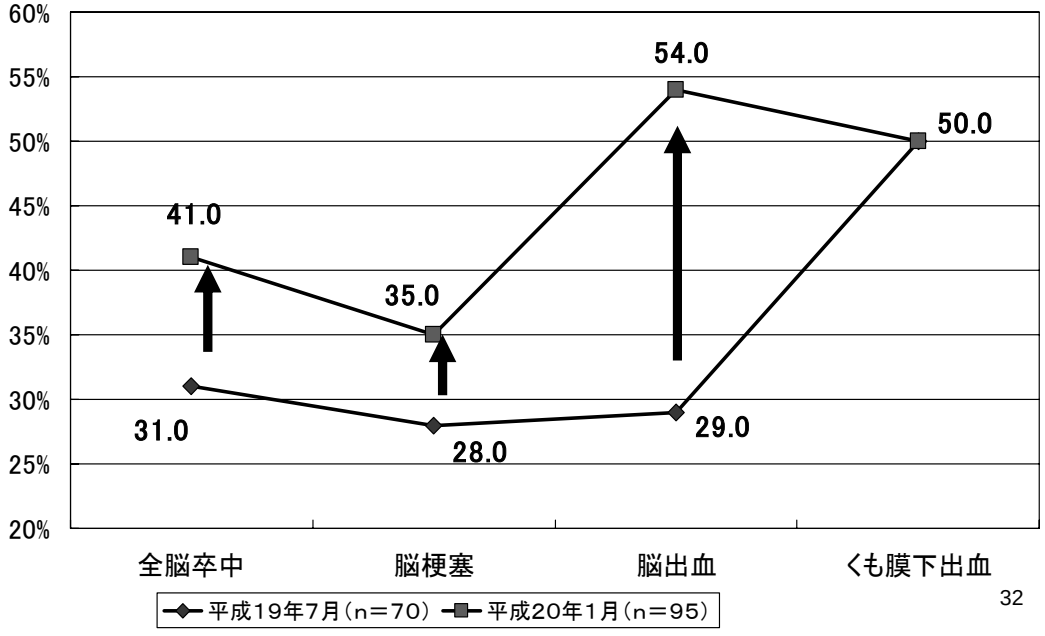


31

脳卒中（疑い）患者で発症2時間以内に来院できた割合(%)

（日本脳卒中学会rt-PA静注療法施設基準を充たす3病院の合計）

［太田晃一脳卒中部会長（共済立川病院脳神経内科）のまとめによる］

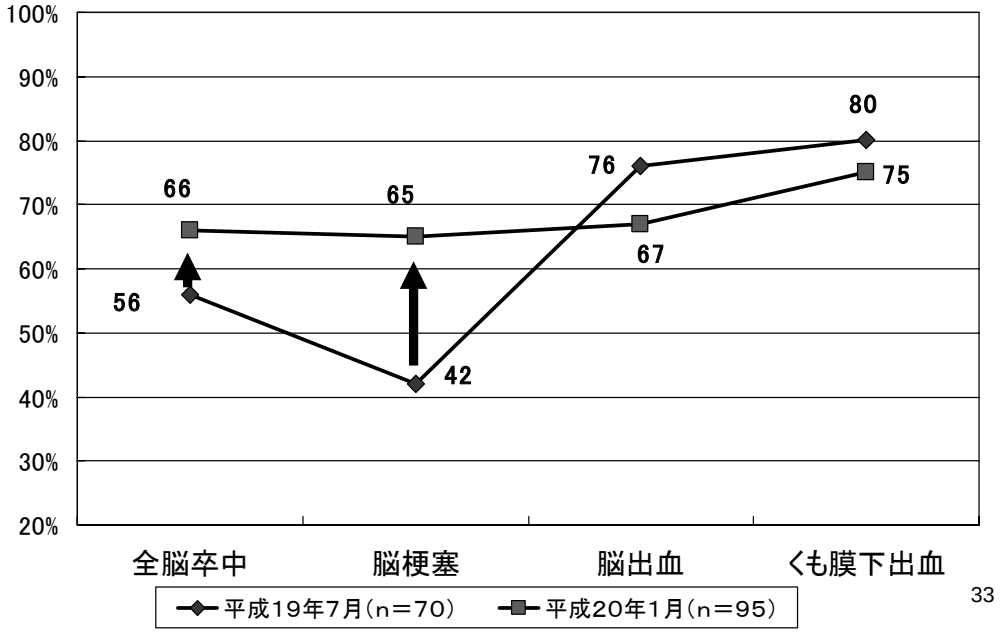


32

脳卒中（疑い）患者で救急車で来院した割合（%）

（日本脳卒中学会rt-PA静注療法施設基準を充たす3病院の合計）

［太田晃一脳卒中部会長（共済立川病院脳神経内科）のまとめによる］



33

「疾病別医療連携推進事業」3か年の到達点

① 管内を中心とする医療機関の実態調査（平成18年3月）
② 急性期の「医療連携ガイドライン2007」作成（平成19年3月）
③ 市民向け講演会実施（平成19年2月）
④ 市民向けパンフレットの作成配布（各市の協力）
⑤ 医師会向け研修会実施（平成19年3月）
⑥「かかりつけ医カード」作成、配布（地区医師会の協力）
⑦ システム普及ポスターの作成
⑧ rt-PA静注療法カレンダー作成、活用開始（平成19年8月）

◎急性期システムの試行と評価（比較調査平成20年2月）
① 平成18年3月と20年2月段階の全医療機関アンケート調査比較
② 平成19年7月1か月間と20年2月1か月間の救急病院実績比較

＜システムによる具体的な効果確認＞

① 速やかに救急車を要請する割合の増加傾向
② 救急時、救急隊に医療機関選定を任せる割合の増加傾向
③ 救急病院に2時間以内に来院する割合の増加
④ 同病院に救急車で来院する割合の増加

34

「疾病別医療連携推進事業」成功の鍵

○ 地域における拠点病院の存在（事務局機能を担える病院等）
○ 地区医師会の理解、協力（かかりつけ医カードの普及等）
○ 消防署（救急隊）の理解、協力（トリアージ、ストロークバイパス等）
○ 管内各市の理解、協力（普及啓発等）
○ 市民の理解と参加（早期の気づき、的確な救急通報等）
○ 二次保健医療圏における保健所の企画調整機能の発揮

今後の課題

○ 急性期システムの運用と評価、改善
○ 急性期以降、回復期、維持期、在宅に向けてのシステム化（脳卒中）
○ 連携に必要なクリニカルパス等各種ツールの開発、地域での活用
○ 医療機関、救急隊、市民向け普及啓発のさらなる推進
○ rt－PA療法対応可能医療機関の拡大
○ 「ガイドライン2007」から「2010」に向けての改定作業

35

課題解決に向けた平成20年度以降の取組

「地域医療システム化推進事業」における「北多摩西部疾病別医療連携推進検討会（脳卒中部会）」から、改定「東京都保健医療計画」に基づく「北多摩西部脳卒中医療連携協議会」の設置・発展へ

【目的】
○ガイドラインに基づく急性期脳卒中システムの運用、評価
○急性期以降回復期、維持期、さらに在宅療養まで切れ目のない医療・介護サービスの提供可能な仕組の構築（クリニカルパス等ツール開発を含む）

【構成】
脳卒中の中核病院・地区医師会・地区歯科医師会・地区薬剤師会・消防署・市所管課・介護サービス事業者、リハビリ関連施設・専門職等々の各代表

【運営】
○全体の企画・調整、進行管理を「北多摩西部脳卒中医療連携協議会」で行う
○協議会には、会長、副会長、顧問を置く
○事務局は、2つの中核病院が年度ごと交互に受け持ち、都からの委託を受けて協議会の運営に関する事務、予算執行する。
○保健所は、事務局を補佐する。

平成20年度以降の「協議会」の枠組み再構築

〔　既 存 事 業　〕

北多摩西部疾病別医療連携推進検討会
「脳卒中部会」
平成17年4月～（都事業として）

北多摩脳卒中連携パス協議会
「東大和病院」
平成18年3月～（自主的研究会として）

東京都地域リハビリテーション支援事業
「独立行政法人国立病院機構　村山医療センター」
平成17年8月～（都事業として指定）

再構築

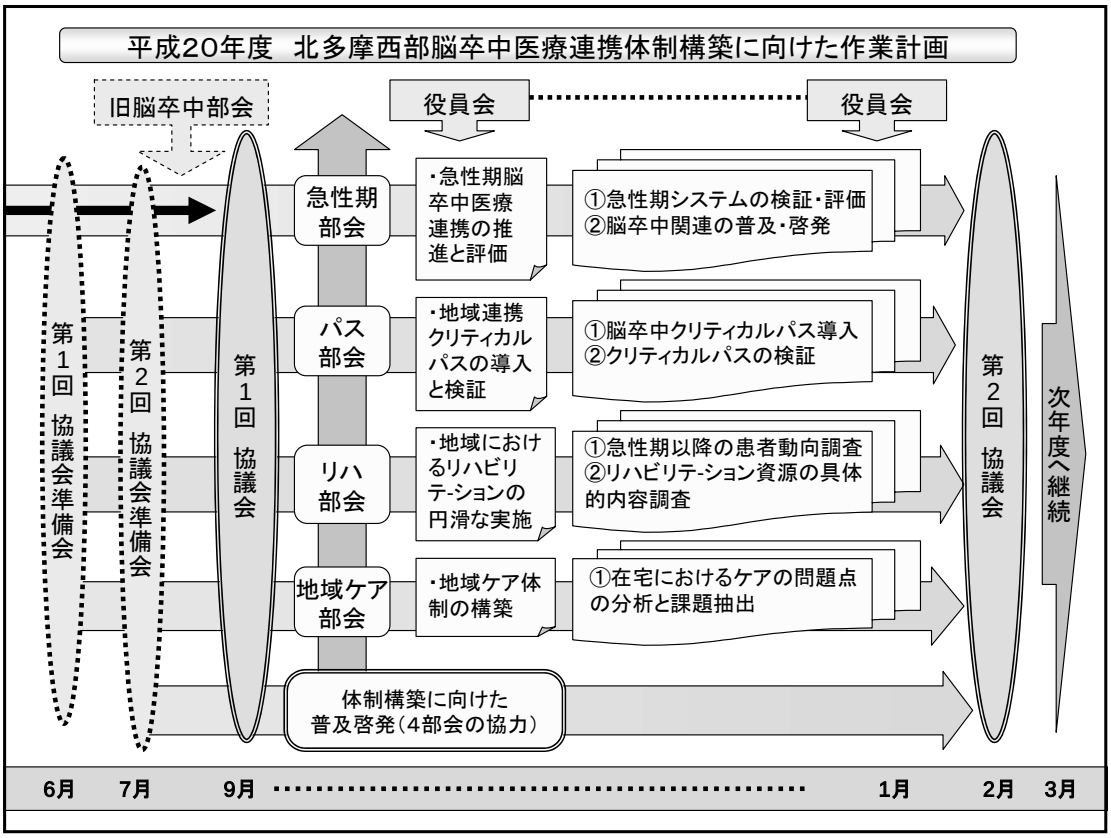
北多摩西部脳卒中医療連携協議会
- 急性期部会
- パス部会
- リハ部会
- 地域ケア部会

37

平成20年度以降の北多摩西部脳卒中医療連携体制構築に向けた作業

事　項	具体的な内容	主要構成メンバー
(1)急性期脳卒中医療連携の推進と評価 (急性期部会)	①急性期システムの検証・評価 ②地域における脳卒中関連の普及・啓発 ③ガイドライン2007の見直しと再調査	急性期病院(rt-PA静注療法実施病院)、消防署、医師会、等
(2)地域連携クリティカルパスの導入と検証 (パス部会)	①脳卒中地域連携クリティカルパスの導入 ②地域連携クリティカルパスの検証	急性期病院、回復期リハ病院、維持期リハ病院、医師会、歯科医師会、等
(3)地域におけるリハビリテーションの円滑な実施 (リハ部会)	①急性期以降の患者動向調査 ②リハビリテーション資源の具体的内容調査	リハ病院、通所リハ施設、在宅リハ関係者、医師会、歯科医師会、等
(4)地域ケア体制の構築 (地域ケア部会)	①在宅におけるケアの問題点の分析と課題の抽出 ②地域における在宅療養に関わる関係機関・団体の実態調査 ③訪問看護ステ-ションにおける脳卒中患者の受け入れ実績等調査 ④再発防止対策の検討・実施	医師会、歯科医師会、薬剤師会、地域包括支援センター、在宅支援診療所(歯科診療所)関係者、訪問看護ステーション関係者、摂食・嚥下リハ関係者、市所管課、等

※市民、医療機関、消防などを対象に、システムの効果的推進、連携強化に必要な内容をテーマとする普及啓発を役員会で企画・調整して「協議会」として実施する。



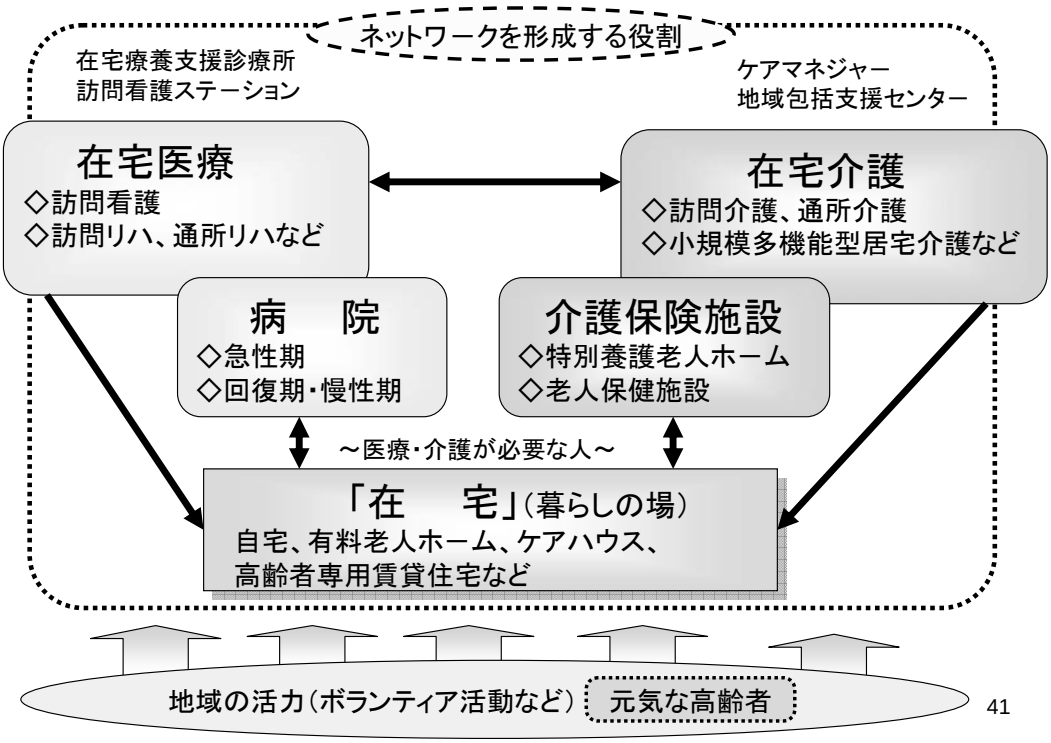
平成20年度の北多摩西部脳卒中医療連携体制構築に向けた作業

事項（部会）	主な課題	具体的な作業内容
(1)急性期脳卒中医療連携の推進と評価 (急性期部会)	①急性期システムの検証・評価	①脳卒中患者搬送までの経緯、所要時間を分析し、時間短縮のための効果的な介入点、方法を明らかにする。
(2)地域連携クリティカルパスの導入と検証 (パス部会)	①脳卒中地域連携クリティカルパスの導入 ②地域連携クリティカルパスの検証	①北多摩脳卒中連携パス協議会作成パスの圏域内への定着 ②病ー病、病ー診、訪問看護ステーションで共有できるパスの検討・開発
(3)地域におけるリハビリテーションの円滑な実施 (リハ部会)	①急性期以降の患者動向調査 ②リハビリテーション資源の具体的内容調査	①急性期病院以降の患者動向調査⇒（1）と共同 ②圏域内における急性期、回復期、維持期に対するリハビリテーション資源の調査
(4)地域ケア体制の構築 (地域ケア部会)	①在宅におけるケアの問題点の分析と課題の抽出	①医師会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、地域包括支援センター、市所管課、通所関連施設等に対して在宅における脳卒中患者ケアに関するアンケート調査を実施、保健・医療・福祉に関する問題点、課題の抽出、解決の方向性を明らかにする。

※市民、医療機関、消防などを対象に、システムの効果的推進、連携強化に必要な内容をテーマとする普及啓発を役員会で企画・調整して「協議会」として実施する。

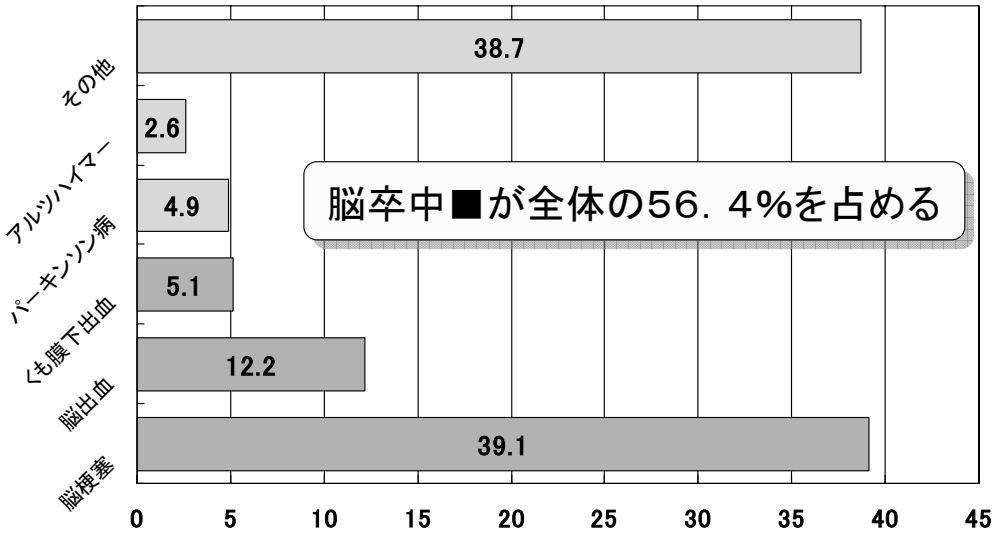
40

地域ケア体制の将来像 （「東京都地域ケア体制整備構想」より）



41

嚥下障害の主な原因疾患割合（％）



その他の内訳：頭部外傷（2．5%）、脳性麻痺（2．5%）、脊髄小脳変性症（2．0%）、
ALS（1．1%）、慢性硬膜下血腫（1．0%）、廃用症候群（1．0%）、その他（26．0%）

42

地域ぐるみの摂食機能支援事業の推移（平成17～19）

＜17年度＞

◎「障害児のための食べ方上手サポート事業」

・摂食指導地域連絡会（発達期）の設置開催

・「手づかみ食べサポートレシピ」の作成

＜18年度＞

◎新たな「地域ぐるみの摂食機能支援事業」の基盤整備

・「レシピ」による発達期研修会（障害児施設・保育所・幼稚園向け）開催1回

・地域摂食機能支援連絡会（高齢期）の設置開催（2回）

・地域の社会資源（高齢者関連施設、医療機関等）**実態調査**、「報告書」作成

＜19年度＞

◎「地域ぐるみの摂食支援事業」の地域展開

・地域摂食機能支援連絡会（高齢期）の開催（2回）

・「レシピ」による発達期研修会（障害児施設・保育所・幼稚園向け）開催2回

・高齢期摂食・嚥下機能支援研修会（医療関係者・実務者向け）の開催2回

・「摂食・嚥下障害チェックシート」作成、施設等モニタリング試行

・「摂食嚥下障害患者受け入れ医療機関リスト」作成

＜20年度＞

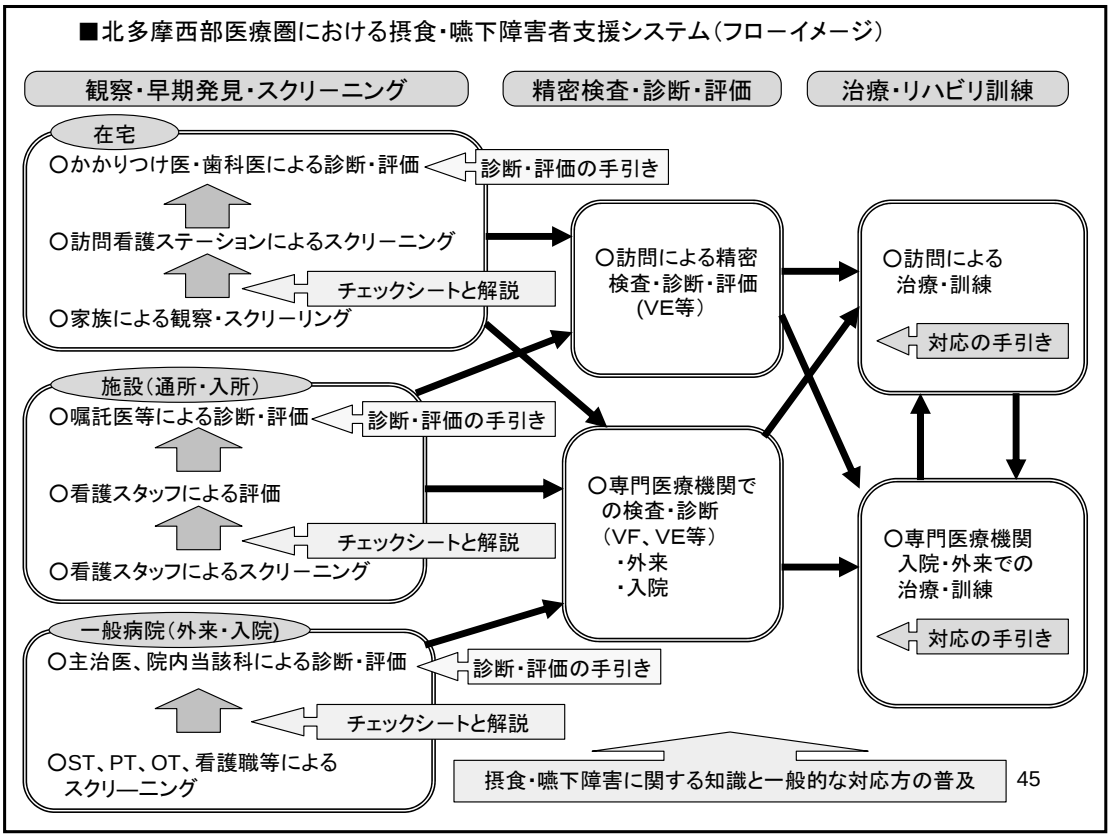
◎地域摂食・嚥下機能支援協議会の設置

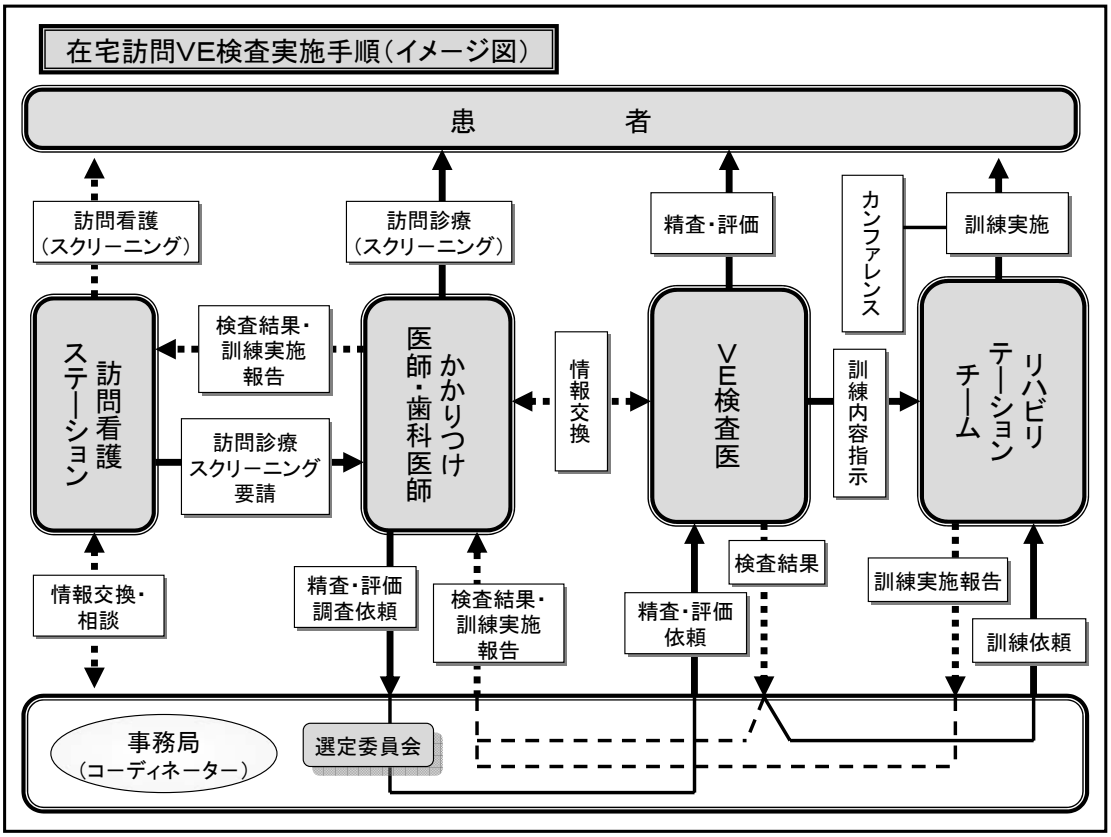
・摂食・嚥下評価専門研修（医師・歯科医師）、高齢者施設における嚥下機能診断・評価

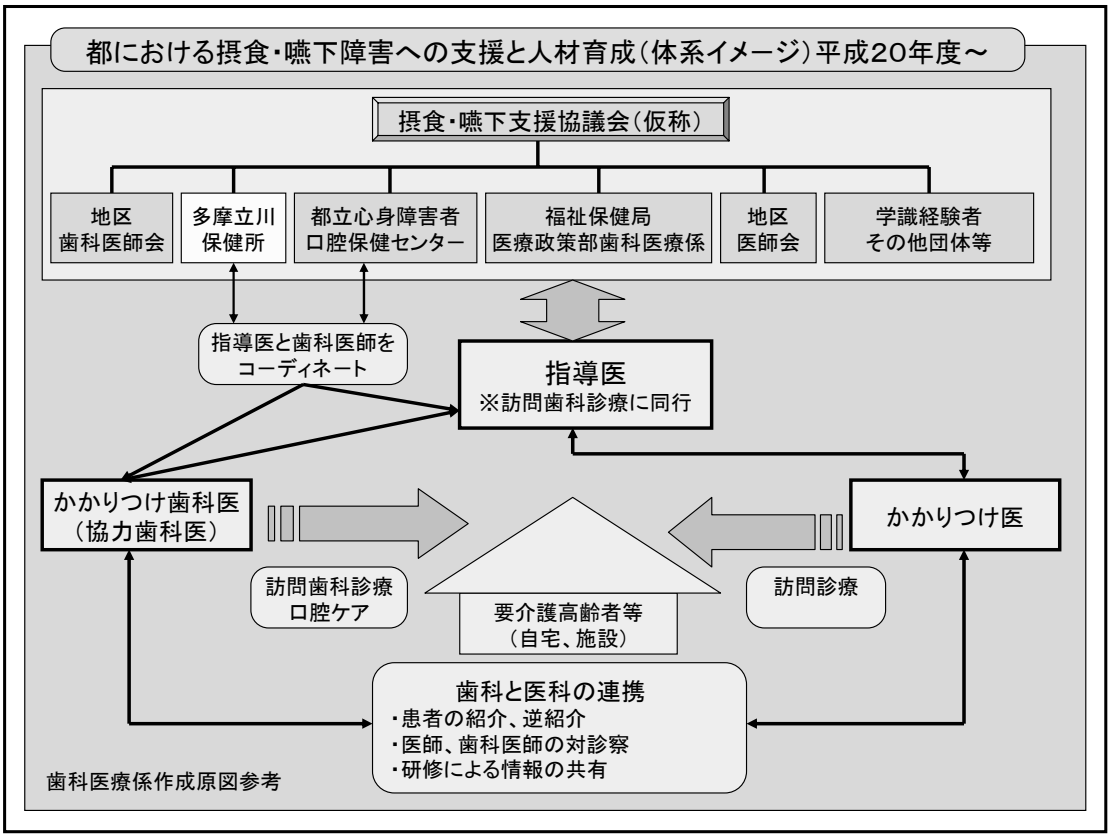
摂食・嚥下障害者支援システム構築に向けた問題点・課題（現状）と対応策

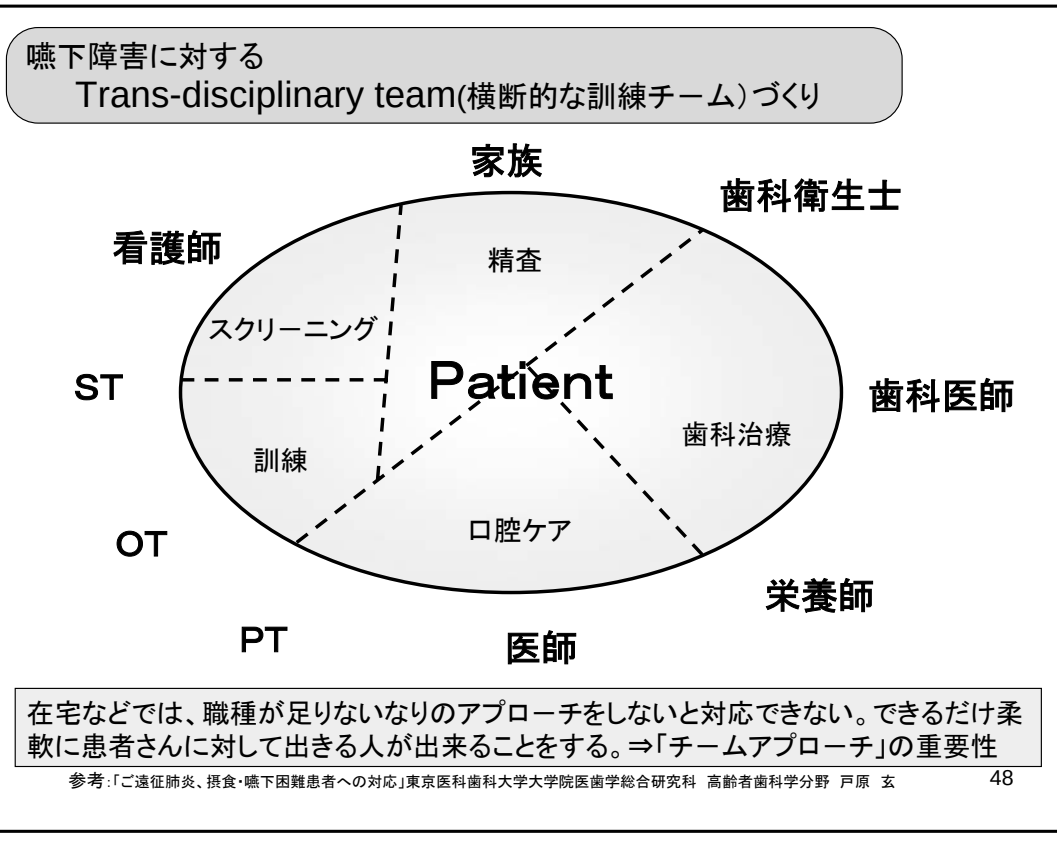
	観察・早期発見・スクリーニング	精密検査・診断・評価	治療・リハビリテーション
在宅	【問題点・課題】 ①家族に対し、摂食・嚥下障害に関する知識・情報が少ない ②摂食・嚥下障害のスクリーニングの基準が確立していない ③摂食・嚥下障害を疑っても、どこにつないでよいかわからない 【対応策】 ①～②→チェックシートの開発・研修 ③→摂食・嚥下障害を専門的に診断・評価してくれる専門医療機関のルート開発	【問題点・課題】 ①在宅訪問により診断・評価・検査(VE:嚥下内視鏡検査、等)を実施できる医師・歯科医師がいない ②VEの検査機材がない ③在宅で嚥下評価ができる仕組みができていない 【対応策】 ①→VEの実施を含む在宅での摂食・嚥下障害の検査、診断を行う医師・歯科医師の養成（診断・評価の手引きの開発も含む） ②→VEの検査機材の確保 ③→在宅で嚥下評価ができるシステムの構築	【問題点・課題】 ①通院による摂食・嚥下リハビリテーション（以下、リハビリ）を受け入れる病院が少ない ②在宅診療をする医師・歯科医師が少ない。リハビリ・口腔ケアの指導等を行う専門職が少ない ③在宅での対応のしかたについて確立されていない 【対応策】 ①～③→在宅訪問で医療を行なう医師・歯科医師及びリハビリ指導を行なう専門スタッフの養成（在宅対応の手引きなど、マニュアルの開発を含む）
入所施設	【問題点・課題】 ①スクリーニングの基準が確立していない ②摂食・嚥下障害に関する専門家に関する情報が乏しい ③職員の摂食・嚥下障害に関する知識、症状に関する理解やその対応方法に関しては差がある 【対応策】 ①→摂食・嚥下障害をスクリーニングする簡易チェックシートの開発 ②～③→摂食・嚥下障害に関する専門的な診療部門の情報提供、研修の実施	【問題点・課題】 ①嘱託医等が、摂食・嚥下障害に関する対応方法（検査・診断・評価・指導）を熟知していない 【対応策】 ①→嘱託医、訪問歯科医、施設職員が、摂食・嚥下障害を疑った場合、すぐ相談できる専門家の育成 ①→施設訪問によるVEの実施を含む摂食・嚥下障害の検査、診断を行なう医師・歯科医師の養成（診断・評価の手引きの開発を含む） ①→必要に応じて診断・評価・検査のための病院ルートの開発	【問題点・課題】 ①摂食・嚥下障害への対応が十分でない ②利用者の摂食・嚥下機能に合わせた食事内容の提供が十分でない 【対応策】 ①～②→職員が可能な環境整備の方法・食事介助の方法等のマニュアルの開発及びそのための研修
医療機関（一般病院）	【問題点・課題】 ①摂食・嚥下障害の問題に関しては、医師の関心が低く、後回しになりやすい ②スクリーニングの基準が確立していない ③専門的な診断等が必要な場合の紹介先の情報が乏しい。 【対応策】 ①～②→医師、歯科医師の研修（スクリーニングのためのチェックシートの開発を含む） ③→摂食・嚥下障害を専門的に評価してくれる相談機関	【問題点・課題】 ①精密検査、診断、評価のできる医療機関が少ない ②往診してくれる専門家が少ない 【対応策】 ①～②→摂食・嚥下障害を専門に外来で診てくれ、必要に応じて在宅へ往診もしてくれる医療機関の育成（診断・評価の手引き等の開発を含む）	【問題点・課題】 ①治療、リハビリを行なう病院が十分でない ②環境整備など対応方法の指導が十分とは言えない ③栄養摂取のために胃ろう造設となる患者が多い 【対応策】 ①～③→摂食・嚥下障害の評価に対して、指導・リハビリ等の対応方法の普及

44


■北多摩西部医療圏における摂食・嚥下障害者支援システム（フローイメージ）
観察・早期発見・スクリーニング
精密検査・診断・評価
治療・リハビリ訓練
在宅
○かかりつけ医・歯科医による診断・評価
診断・評価の手引き
○訪問看護ステーションによるスクリーニング
チェックシートと解説
○家族による観察・スクリーリング
○訪問による精密検査・診断・評価（VE等）
○訪問による治療・訓練
対応の手引き
施設（通所・入所）
○嘱託医等による診断・評価
診断・評価の手引き
○看護スタッフによる評価
チェックシートと解説
○看護スタッフによるスクリーニング
○専門医療機関での検査・診断（VF、VE等）
・外来
・入院
○専門医療機関入院・外来での治療・訓練
対応の手引き
一般病院（外来・入院）
○主治医、院内当該科による診断・評価
診断・評価の手引き
チェックシートと解説
○ST、PT、OT、看護職等によるスクリーニング
摂食・嚥下障害に関する知識と一般的な対応方の普及
45

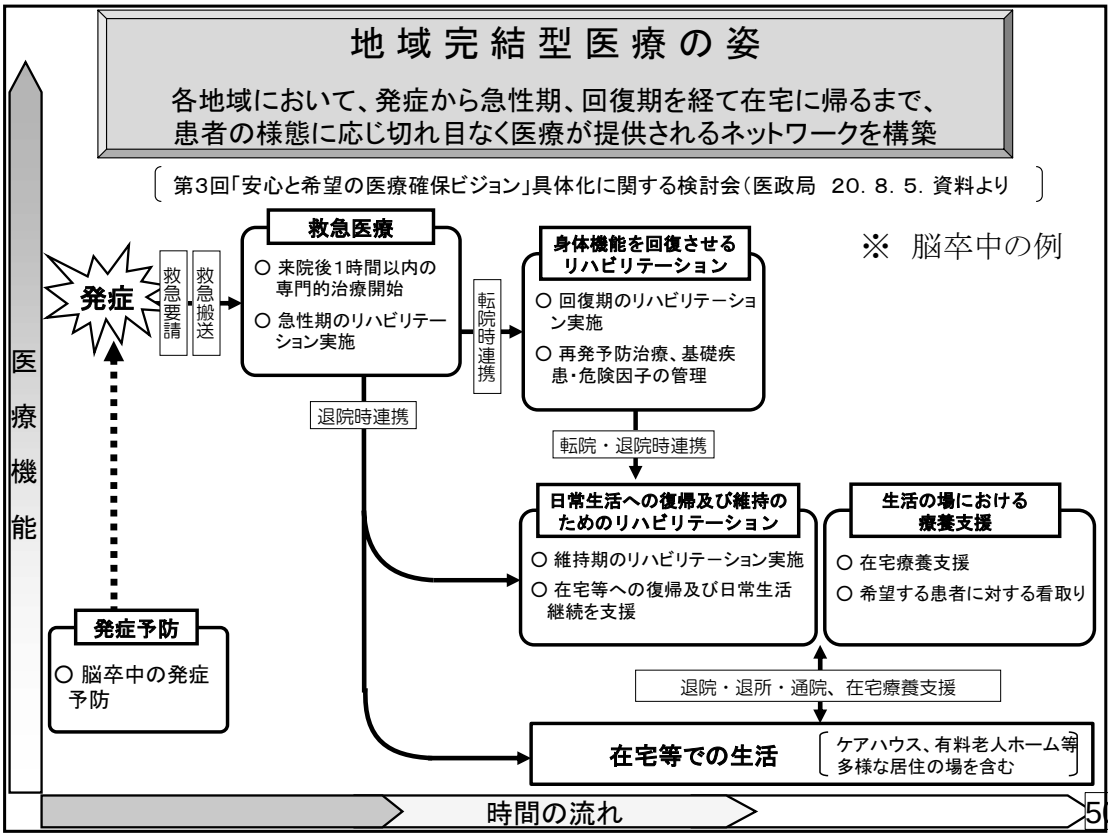

在宅訪問VE検査実施手順（イメージ図）
患　　者
訪問看護（スクリーニング）
訪問診療（スクリーニング）
精査・評価
カンファレンス
訓練実施
訪問看護ステーション
検査結果・訓練実施報告
訪問診療スクリーニング要請
医師・歯科医師かかりつけ
情報交換
VE検査医
訓練内容指示
リハビリテーションチーム
情報交換・相談
精査・評価調査依頼
検査結果・訓練実施報告
精査・評価依頼
検査結果
訓練実施報告
訓練依頼
事務局（コーディネーター）
選定委員会


都における摂食・嚥下障害への支援と人材育成（体系イメージ）平成20年度～
摂食・嚥下支援協議会（仮称）
地区
歯科医師会
多摩立川
保健所
都立心身障害者
口腔保健センター
福祉保健局
医療政策部歯科医療係
地区
医師会
学識経験者
その他団体等
指導医と歯科医師を
コーディネート
指導医
※訪問歯科診療に同行
かかりつけ歯科医
（協力歯科医）
かかりつけ医
訪問歯科診療
口腔ケア
要介護高齢者等
（自宅、施設）
訪問診療
歯科と医科の連携
・患者の紹介、逆紹介
・医師、歯科医師の対診察
・研修による情報の共有
歯科医療係作成原図参考


嚥下障害に対する
Trans-disciplinary team(横断的な訓練チーム）づくり
家族
歯科衛生士
看護師
精査
スクリーニング
ST
Patient
歯科医師
訓練
歯科治療
OT
口腔ケア
栄養師
PT
医師
在宅などでは、職種が足りないなりのアプローチをしないと対応できない。できるだけ柔軟に患者さんに対して出きる人が出来ることをする。⇒「チームアプローチ」の重要性
参考:「ご遠征肺炎、摂食・嚥下困難患者への対応」東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科　高齢者歯科学分野　戸原　玄
48

何故あらためて今「医療連携」か

- 急性期（発症）、回復期、維持期（在宅）を通して
  切れ目のない医療提供体制の必要性
  ⇒地域完結型医療の実現(自己完結型医療の限界)
- 役割・機能分担による医療資源の
  効果的・効率的（有効）な活用体制の必要性
  ⇒連携が不可欠
- 「疾病モデル」から「生活者モデル」への転換
  ⇒医療連携から保健・医療・福祉の連携へ



事 例 集 （1）

脳卒中、心疾患等

第10回日本医療マネジメント学会発表より一部概要を抜粋

【北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会（東京）】 *～不足する医療機能をネットワークにより整備～（略）*

【備後（びんご）脳卒中ネットワーク（広島）】 *～維持期までの連携を目指したネットワーク～）（略）*

【北多摩西部医療圏疾患別医療連携推進事業（東京）】 *～病院前救護のネットワーク～*

- 調査により、脳卒中及び心疾患の病院前救護体制における課題が判明
- 地域医師会、消防等の関係者と連携し、市民向け講演会や医師会向け研修会を実施
- 救急病院に発症後2時間以内に来院する割合及び救急病院に救急車で来院する割合が増加

【会津循環器地域連携パス（福島）】 *～ネットワークによる逆紹介で専門医減少に対応～（略）*

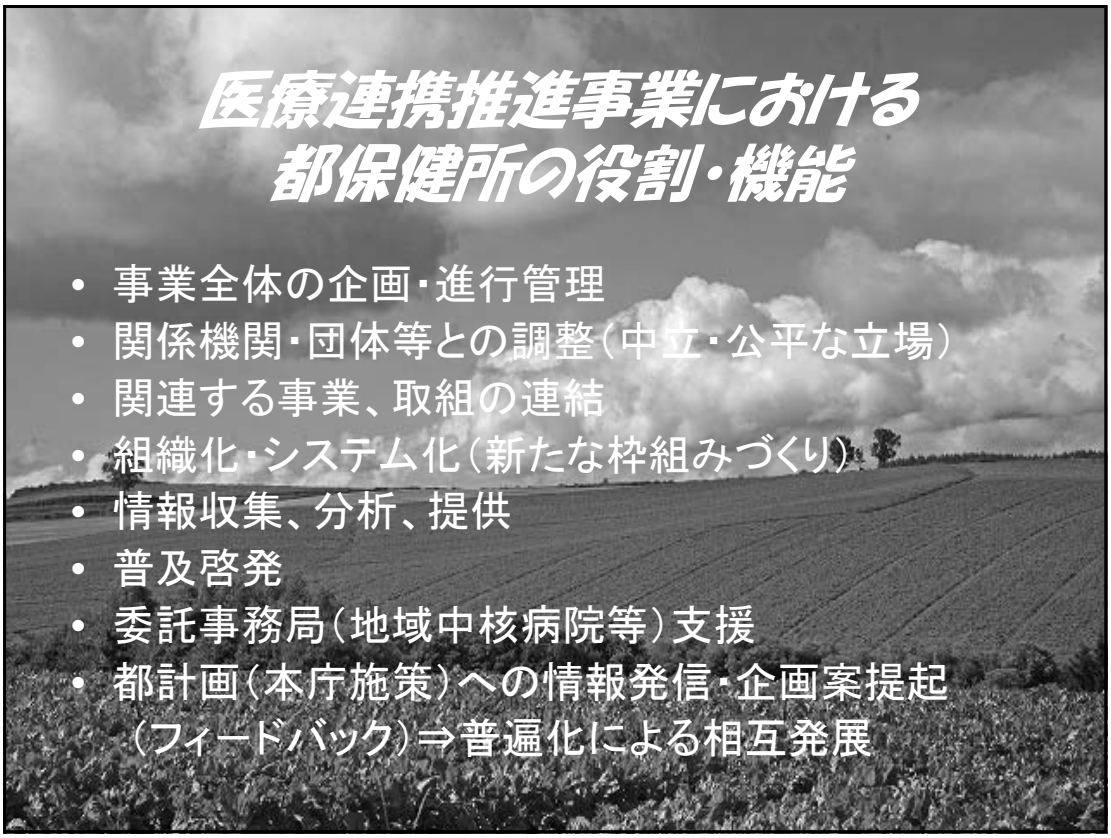
〔 第3回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会（医政局 20．8．5．資料より 〕 51

5

「医療連携」（推進）の条件

- 調整役が存在する
- 合意形成の場が保証される
- 「連携」が各医療機関に実質的なメリットになる
- 何よりも患者・地域住民に支持される
- クリニカルパスなど必要なツールが共有される
- 行政計画における位置づけと予算確保がある

52


医療連携推進事業における
都保健所の役割・機能
• 事業全体の企画・進行管理
• 関係機関・団体等との調整（中立・公平な立場）
• 関連する事業、取組の連結
• 組織化・システム化（新たな枠組みづくり）
• 情報収集、分析、提供
• 普及啓発
• 委託事務局（地域中核病院等）支援
• 都計画（本庁施策）への情報発信・企画案提起
（フィードバック）⇒普遍化による相互発展

〔事例３〕

「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 ～愛媛県における事例紹介～」

事例提供者

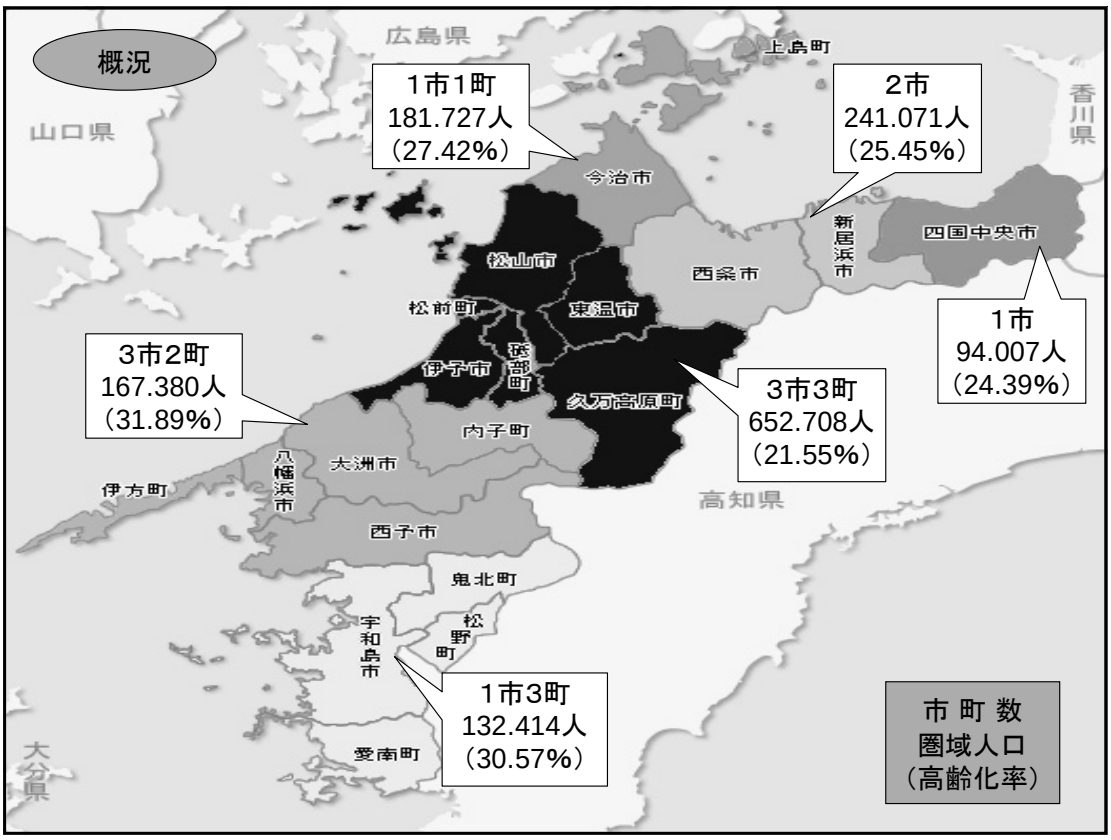
景浦　しげ子　（愛媛県松山保健所長）

事例名	【事例３】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～愛媛県における事例紹介～
事例提供者名	景浦　しげ子（愛媛県松山保健所長）
コメント （１）成功要因分析	１．クリニカルパスについて理解を深める ２．富山県砺波地域で既に作成されている連携パスを改変し使用 ３．ケースへの導入 ４．改善点の検討 ５．スタッフ用のマニュアル作成 ６．地域連携合同カンファレンス
（２）事例からみた医療連携	当初から調整
（３）保健所の関与の可能性と役割	１．情報提供～住民へは ①地域の保健福祉医療の現状と課題 ②かかりつけ医・救急医療の適切な受診の仕方 情報提供～市町・医療機関へは ①医療機能調査の集計分析結果 ②保健福祉資源の状況 ③隣接県との情報相互提供 ２．協議の場の設置 連携パスの作成・運用・評価のため

平成20年度地域保健総合推進事業話題提供1

「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」
～愛媛県における事例紹介～

愛媛県松山保健所長
景浦しげ子



１　これまでに医療連携推進に保健所が関与した事例から

①脳卒中登録事業（平成2～平成18年度）及び地域リハビリテーション事業による医療連携

②地域保健総合推進事業（平成18～19年度）「少子高齢化・過疎化に対応した医療保健福祉の連携体制のあり方」

③地域連携クリニカルパスをツールとした今治管内の精神保健医療福祉ネットワークの構築

④第5次医療計画策定における医療連携体制推進事業への参画（平成19年度）

事例1 地域保健総合推進事業（2年間のまとめ）

18年度

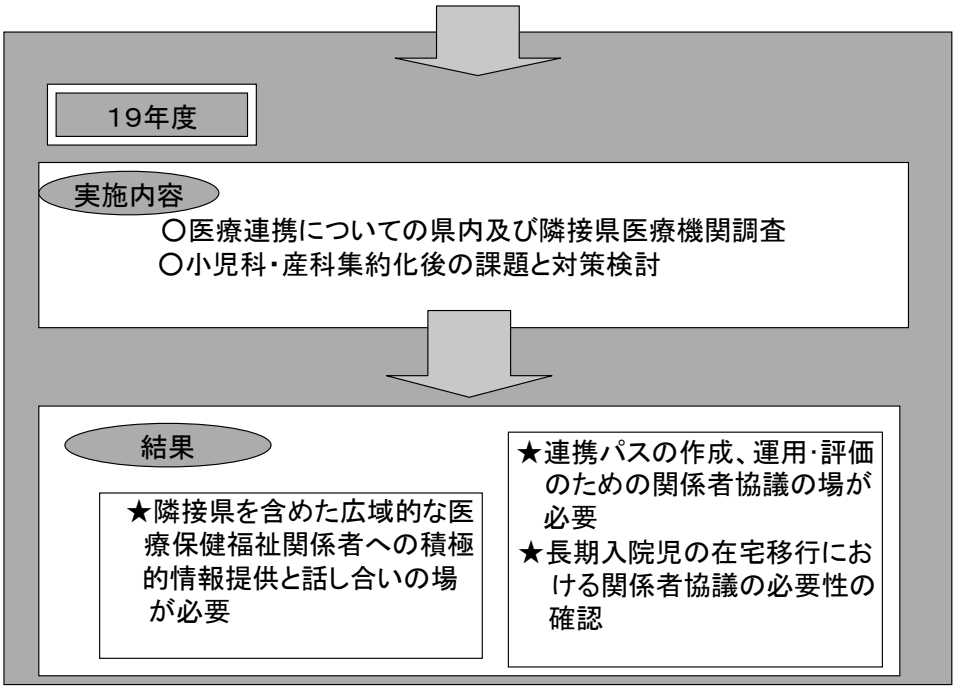
実施内容

○関係機関意向調査：医師会・市町・保健所・大学
○小児科・産科医療機関調査
○在宅医療分析（脳卒中事例）：宇和島保健所管内
○乳幼児保護者調査

結果

★小児科・産科の集約化が必要
★集約化後の対策必要
★保健福祉医療情報の不足
★地域における医療課題の明確化
★「連携パス」の活用は賛成

★二次医療圏・県境越えての受診事例多い
★住民の安心につながる情報提供と相談機能の強化
★市町の保健福祉相談窓口の一本化
★小児救急受診行動についての住民啓発強化



事例2　地域連携クリニカルパスをツールとした今治管内の精神保健医療福祉ネットワークの構築

地区概況　　今治市・上浦町（1市1町）
人口　181,414人
（高齢化率27．42%）

今治管内の精神保健医療福祉関係施設

【行政関係】
今治保健所
今治市中央保健センター
（他11支所）
上島町保健センター
（他3支所）

【医療関係者】
★精神科病床を有する病院・・2ヶ所
正光会今治病院（単科）：343床
県立今治病院（総合病院）：50床
★精神科クリニック・・・・・5ヶ所

地域連携クリニカルパス

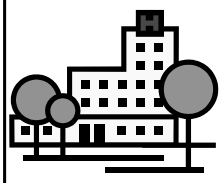
【方法】

- クリニカルパスについて理解を深める。
- 富山県砺波地域で既に作成されている地域連携クリニカルパスを改変し、使用。
- ケースへの導入
- 改善点の検討

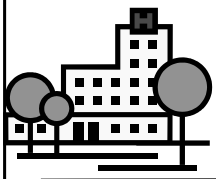
スタッフ用マニュアルの作成

地域連携合同カンファレンスの開催

地域連携合同カンファレンス



管内2病院

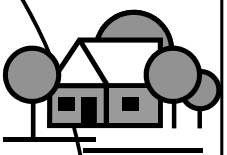


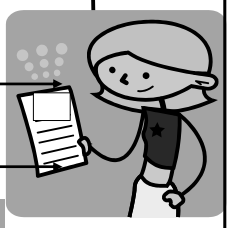
出席者：保健所、管内市町、病院関係者、社会復帰施設関係者等

検討内容：
○地域連携パス利用者の処遇について（退院時連絡、退院後フォロー状況　等）
○退院困難事例について

毎月1回　13：30～15：30

保健所、管内2病院の持ち回りで開催

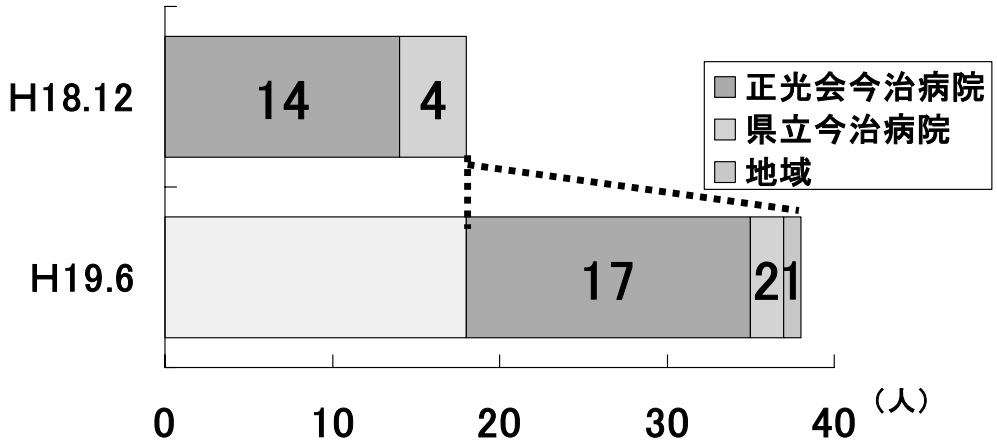




入院

地域生活

地域連携クリニカルパスの導入状況



平成19年6月末現在　38名

2　これまでの活動から考えられる医療連携における保健所の役割

	住　民	関係者	
		市　町	医療等
情報の提供	①地域の保健福祉医療の現状と課題 ②かかりつけ医・救急医療の適切な受診の仕方	①医療機能調査の集計分析結果 ②保健・福祉資源の状況 ③連接県との情報相互提供	
協議の場の設置			○連携パスの作成・運用・評価のため
		○二次医療圏　・県境を越えた広域連携の推進	

３ 平成２０年度からの保健所における取り組み

（１）地域医療・保健・福祉連携推進事業

第5次医療計画において、４疾病５事業ごとに医療連携体制を示しているが、この計画を実効性あるものとするために、各保健所がテーマを決め、地域ごとに医療・保健・福祉関係のネットワークを構築し、連携推進を図る。

★今年度から３年間を予定

（２）重点戦略推進プロジェクト

新地方局の所管エリアにおける地域の特性や課題を踏まえ、各地方局内の部内で横断的に話し合い効果的な圏域振興を図っていくために「重点戦略」や「重点戦略推進プロジェクト」を定めた

（１）地域医療・保健・福祉推進事業

保健所	分類及びテーマ
四国中央	救急医療 「医療提供体制の整備」
西　条	小児医療 「ともに学ぼう！考えよう！子どもの医療！」
今　治	災害医療 「大規模災害時の連携強化へ向けた地域の取り組み」
松　山	救急医療 「適正受診の推進」
八幡浜	小児医療「小児救急医療体制の充実を目指して」
宇和島	脳卒中「脳卒中における地域連携クリティカルパス活用等による医療等連携体制の構築」

活動内容の具体例

★今治保健所
「大規模災害時の連携強化へ向けた地域の取り組み」

- ・災害時要援護者リストマップの作成
- ・災害時要援護者支援マニュアル等の作成
- ・災害対策本部との連携、机上訓練（検証）住民への啓発等

★松山保健所 「適正受診の推進」

- ・課題分析と目標の共有化
- ・適正受診に向けて、住民への啓発等の実践活動
- ・実践活動の評価及び施策化の検討

★宇和島保健所 「脳卒中における地域連携クリティカルパス活用等による医療等連携体制の構築」

- ・医療ネットワーク化戦略
- ・在宅プライマリケア戦略
- ・地域に根ざした連携システムの構築

（2）重点戦略推進プロジェクト

（具体的内容は今後、決定）

地方局	保健所名	プロジェクト名及び内容
東予地方局	○西条 四国中央 今治	【安心・安全のまちづくりプロジェクト】 誰でも安心して受けられる医療体制の構築 【災害に強いまちづくりプロジェクト】 災害発生時の協力体制の構築
中予地方局	○松山	【健康危機管理体制強化プロジェクト】 救急医療体制の推進
南予地方局	○宇和島 八幡浜	【医療確保対策プロジェクト】 地域医療体制の整備 地域医療・保健・福祉連携の推進

４　さらなる検討課題（私見）

- 県境においては、隣県との連携

  保健福祉資源の情報をどのように相互提供するか？

  関係者、連携パスや連携についての話し合いの場をどのように確保するか？

- がんのネットワーク構築の推進

  連携拠点病院協議会において、地域の医療保健福祉機関との連携の場の必要性の指摘あり

- 脳卒中の連携パスの動き

  松山医療圏内に現在２ヶ所の大きな病院が中心となって連携パスが始動

- 長期入院小児の在宅移行支援

〔事例４〕

「特定健診・特定保健指導導入における保健所の役割」

事例提供者

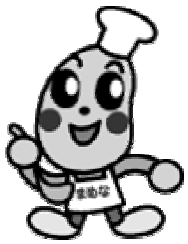
中川　昭生　（島根県益田保健所長）

事例名	【事例４】特定健診・特定保健指導導入における保健所の役割
事例提供者名	中川　昭生（島根県益田保健所長）
コメント （１）成功要因分析	ハイリスクとポピュレーションの統一的展開について、市町が具体的に理解することを重視 １．研修会や説明会を繰り返し設定 ２．各市町毎に検討会で協議、具体的にどのように考え展開するのか一緒に考える。 ３．予算と人員の確保
（２）事例からみた医療連携	
（３）保健所の関与の可能性と役割	１．市町村は、保健所に医師会・医療機関との調整を期待 ２．市町村は、これまでの健康づくりと特定健診などの事業の関連に悩んでいる ３．市町村は、事業展開における具体的なアドバイスを期待

特定健診・特定保健指導導入における保健所の役割

島根県益田保健所
中川昭生

県庁における取組



1. **基本的な考え方やマニュアル等の発出**
2. **健診等の実施機関との連絡**
   1. 県医師会への協力依頼
   2. 健診機関等の意向調査
3. **関係機関、団体等との連絡、調整**
   1. 国保連合会、社会保険事務局、労働局との情報交換
   2. 保険者協議会、地域職域連携推進協議会の活用
4. **健診データ活用準備**
   1. 全県の健診結果集計システムを制度変更にあわせて新システムへ移行・・・国保連等と協議・検討

⇨ **全て、保健所との情報、意見交換の下で！**

基本的な考え方やマニュアルの発出（所長会が積極的に協力）

- **H19年3月：生活習慣病予防活動指針**
  - 島根の活動を踏まえたハイリスクとポピュレーションの統一的展開
  - 県、市町村、保険者等の役割と連携
  - 地域と職域の連携
  - 島根における健康づくりの目指すもの
- **H19年6月：生活習慣病予防活動マニュアル**
  - 推進体制、関係者の役割と連携
  - 島根の活動を踏まえた特定保健指導の実際
  - 地域全体での取組事例紹介
- **H20年3月：特定健康診査マニュアル**

Ⅰ、特定健診の効果的な実施

1） 医療保険者の役割

① 特定健診等を補完する取組

② 健康づくりを支援する環境づくり

③ 健康なまちづくりの重視

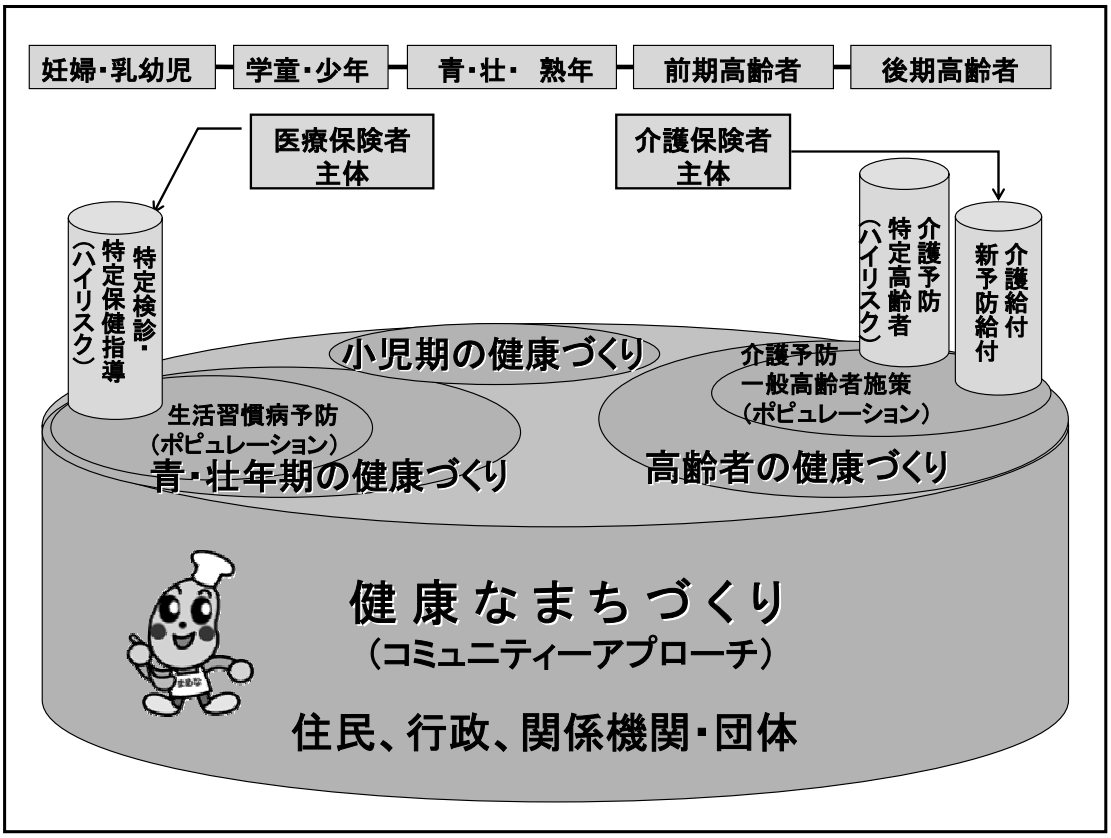
2） 市町村に期待される役割

3） 受託機関の役割

4） 県の役割

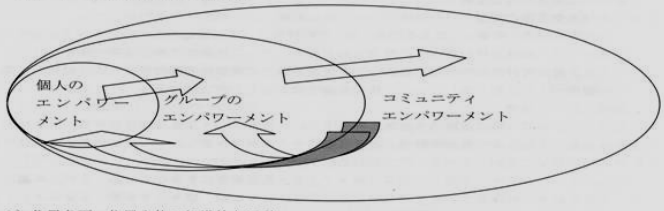
Ⅱ、地域と職域の連携について

Ⅲ、島根における健康づくりの目指すもの



これら様々な健康づくり活動が、継続され発展していくためには、地域社会を基盤とする「コミュニティアプローチ」としての展開が必要である。これらの活動単位が、相互に関連しながら、総合的に進められていくことが大切である。様々なレベルをつなぐのは共通のヘルスニーズであり、住民参画、関係機関の協働による改善への取組が、健康づくりを進める力を育む（コミュニティエンパワーメント）。

図Ⅳ－１　活動の広がりと相互作用



2）住民参画、住民主体の組織的な活動

生活習慣病は、社会生活の中に根本的な要因があることから、行政や専門家による取組だけではなく、住民が主体となった生活習慣改善運動としての推進が必要であり、そのためには、健康づくり住民組織の存在が不可欠である。

各地で、健康づくり住民組織の育成支援に取り組まれ、地域の既存組織、各種グループ、団体等、各々の地域に応じた様々な形での組織が結成され、積極的に健康づくりに取り組まれている。

3）ＰＤＣＡ（Plan計画－Do実践－Check評価－Action）の重視

地域の健康課題の把握とその改善運動は、生活に根ざしたものであることから、地域診断の過程を重視して進められてきた。健康づくりの計画を策定するためには、健康課題（地域に生活する人々の実態と要望から浮き彫りにされたヘルスニーズ）を明確にし、地域住民、関係機関、行政の間で共有すること、各々の役割を明確にすることが必要である。計画に基づいた活動、事業については、地域住民と共にきちんと評価を行い、次の計画に反映させていくことに努めている。

こうした取組が、それぞれの地域の特性を活かした健康づくりを生み出す力となっている。

【参考：地域診断】

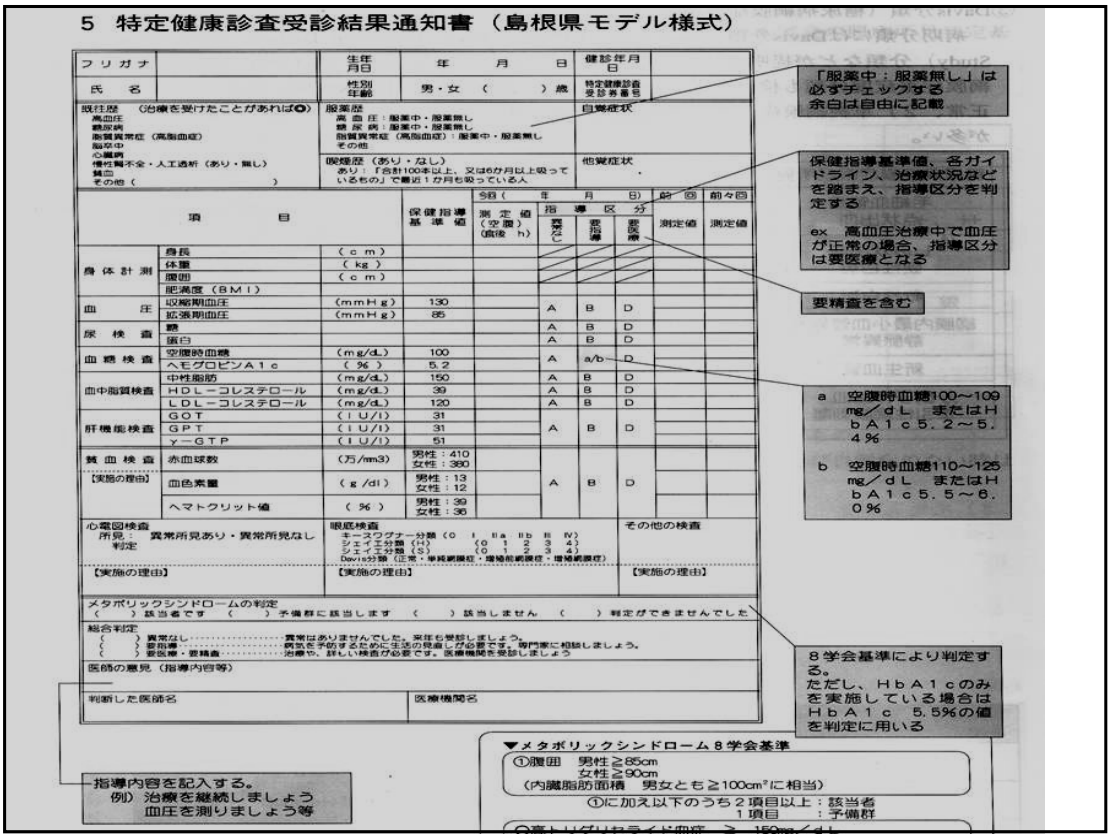
地域診断とは、地域住民の健康上の課題とその背景を明らかにすると共に、その解決方法を見出す保健活動の一つのプロセスであり技術である。地域診断は、地域住民の健康と安寧を目指して、効果的に保健活動を実施するために行われるものであり、地域診断（情報収集・分析）→計画立案→実施→評価の一連のプロセスの一段階でもある。地域診断において、明らかにし、解決しようとするのは地域住民自身の健康課題であり、それには地域住民の問題解決の能力を高めることが不可欠である。地域診断は地域保健専門職だけでなく、関連する職種と住民が協働で行うものである。

主な内容

1、島根の健康課題と推進体制
　健康長寿しまね
2、特定保健指導の実際
　保健指導のポイント
　特定保健指導の実際例
3、生活習慣病予防を地域全体で取り組むために(事例)
4、保健指導の評価

主な内容

1、特定健康診査等について
2、事後指導と判定について
　1)判定・事後指導の内容
　2)判定・事後指導イメージ図
　・各種検査結果の判定基準
　・受診結果通知書
　（島根県モデル様式）
3、外部委託に関する基準
4、健診の精度管理
5、他の健診との関係



健康づくりの評価にむけて

データバンク機能（保健所、保環研）

圏域別、市町村別集計

- ✧死亡統計マクロ
  訂正死亡率、SMR、平均寿命等
- ✧平均自立期間の算定（介護保険活用）
- ✧基本健診結果集計
- ✧生活状況:問診票

健康指標計算マクロ集　H13年度版

↑ ここをクリックするとメニューを表示します ↑

年齢調整死亡率　　死亡順位

SMR　　死亡数集計

平均余命　　データパス

平均自立期間　　説明

人口推計　　終了

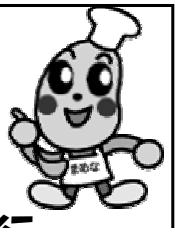
特定健診結果の集計分析システム

- これまでの県集計システムを移行
- 県庁、保環研、国保連にて検討準備中

＜課題＞

- メタボ判定と総合判定のみではなく、個別疾患毎の判定がなされるかどうか
- 職域保険分も活用できるかどうか

益田保健所における取組



＜基本的視点＞

- 老健事業は廃止ではなく健康増進事業へ移行
- 地域健康づくり運動との一体的展開の重要性
- 健康増進計画と特定健診等実施計画の関係
- チャンス：国保・職域との連携、トップの理解等

＜取組項目＞

- 市町（保健、国保）の理解促進、取組支援
- 地区リーダ等への説明、健康づくりへの活用
- 市町長への説明、体制充実の依頼
- 郡市医師会、医療機関等への説明、協力依頼

ハイリスクとポピュレーションの統一的展開について、市町が具体的に理解することを重視

1. 研修会や説明会を繰り返し設定（H18年以降）
   管内全体２回、市町個別１回ずつ、職能（栄養士、保健師）１回ずつ、国保・保健担当課長１回、地区健康づくりリーダ等
2. 各市町毎に事業検討会で協議（H18年以降）
   具体的にどのように考え展開するのか一緒に考える
3. その他
   1. 予算と人員確保
      資料準備助言（ペナルティ額、稼働量計算等）

一八年度に、管内市町と一緒に、一年間かけて作成しました

保健活動と特定健診・保健指導との関係（ガイドラインより）

年齢	人口	国保対象者	受診者数	BMI25未満				BMI25以上			
				リスク0	リスク1	リスク2	リスク3	リスク0	リスク1	リスク2	リスク3
40～64	23, 930	5, 583	2, 652	883	893	316	34	120	228	152	26
65～74	10, 195	4, 719	3, 257	678	1, 103	660	126	106	271	247	66
75～84	8, 277	6, 173	2, 357	466	835	565	103	51	144	160	33
85～	2, 955	2, 031	311	74	132	62	13	4	12	9	5
計	45, 357	18, 506	8, 577	2, 101	2, 963	1, 603	276	281	655	568	130

（要介護者　1391名）
（虚弱高齢者　644名）
（脳卒中発症者228名）
介護保険サービス等
地域支援事業・特定高齢者施策
脳卒中対策
＝訪問指導、再発予防教室等
65歳以上
地域支援事業　一般高齢者施策
特定健診保健指導　積極的支援
特定健診保健指導　動機づけ支援
特定健診保健指導　情報提供、
＝健診結果説明会、医療機関での結果返し、健康教育、相談、チラシ配布など
特定健診　受診勧奨＝広報、通知、声かけ、研修など
健康長寿しまね ・ 健康ますだ ・ 健康つわの 等

保健活動チェックリスト

（１）保健関係課の活動体制について

年度当初に課の年間業務方針が示されていること。
- □ 上司から年間業務方針が示されているか。

年度当初に業務毎の年間事業計画が作成され、事業終了時には評価を行っていること。
- □ 業務毎に年間事業計画が作成されていること。
- □ 事業終了時に評価を行っていること。

業務執行にあたって組織的な意思決定がなされているとともに、各種業務の課題・方向性について、組織として共通理解がなされていること。
- □ 業務の企画立案にあたっては、担当と上司が協議を十分に行っているか。
- □ 業務の課題・方向性についてスタッフ間で共通理解が図られているか。

課内ミーティングが定期的に行われていること。
- □ 定期な課内ミーティングにより、業務の進行管理等が行われているか。

地区担当制、業務担当制が併用されていること。
- □ 地区担当制、業務担当制が併用されているか。

保健関係職員の資質向上を図ること。
- □ 県等が実施する研修等に参加しているか。

新任・若手保健関係職員の教育が確立されていること。
- □ 新任保健師の現任教育を行っていること。
- □ 副担当制等により若手職員の育成を行っていること。

（２）住民参加の健康づくり活動について

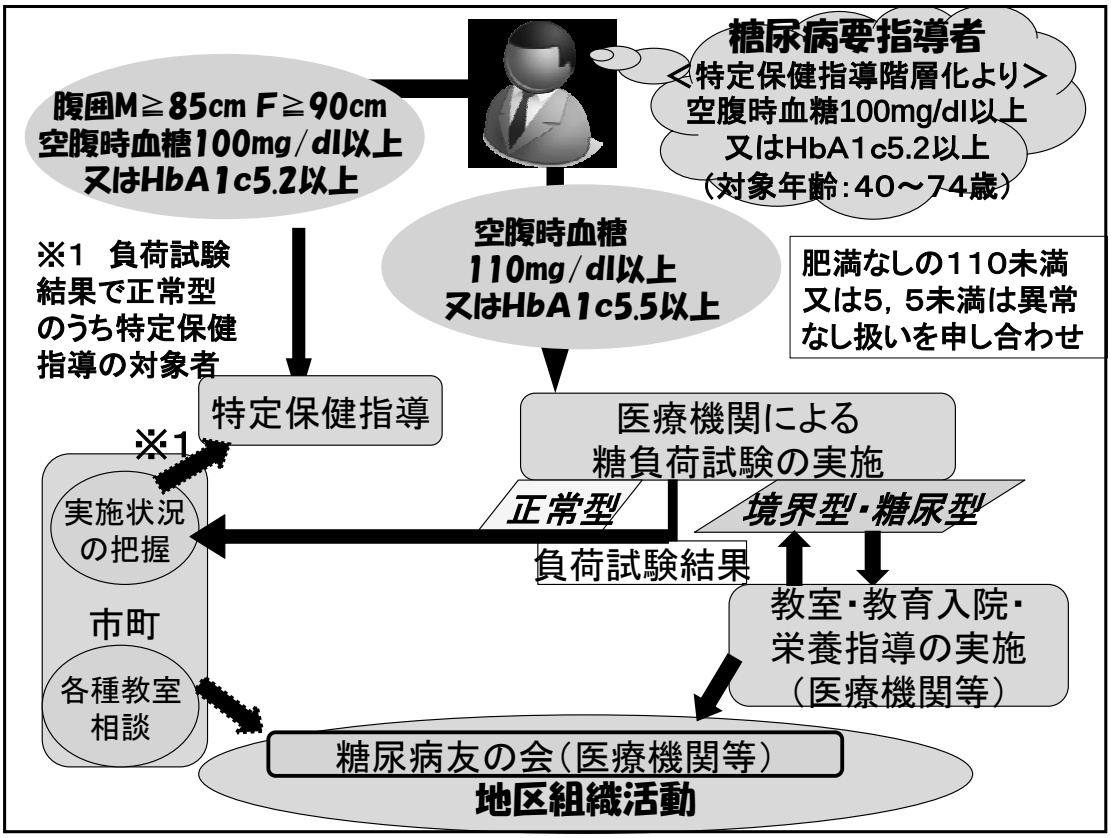
健康増進計画に各種保健活動が位置づいていること。
- □ 市町村合併後健康増進計画の策定の予定があるか。

地域ぐるみの自主的な健康づくり活動として地区組織活動等を活用していること。

１７

以下のような課題にどう取り組むのか、保健所は市町村に助言し、一緒に考える役割がある

- ◆ 有所見者の２／３を占める肥満のない高 血圧、糖尿病、高脂血症等への対応
- ◆ 治療中断者、未受診者への対応
- ◆ 空腹時血糖１００～１１０mg/dl、ＨｂＡ１ｃ 5,2～5,5までの人への対応
- ◆ ７５歳以上の高齢者への対応
- ◆ 地域健康づくり活動、友の会活動等との関係
- ◆ 健診データ等の集計、活用方針



特定健診に基づく血圧指導区分 高血圧治療ガイドライン2004

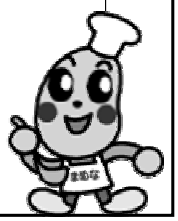
血圧値	＜120/80	＜130/85	＜140/90	＜160/100	＜180/110	180/110以上
区分	至適血圧	正常血圧	正常高値	軽症高血圧	中等度高血圧	重症高血圧

＊1　＊2

異常認めず　**要指導**　**要医療(要受診)**

＊1：次のいずれかがある場合
- **肥満あり**
- **HDL、血糖、HbA1c、心電図、眼底のいずれかが要指導**
- **常習の喫煙あり**

＊2：次のいずれかがある場合
- **肥満あり**
- **脂質、心電図、眼底のいずれかが要指導**
- **血糖かHbA1cが要指導b**
- **脳卒中、心筋梗塞、狭心症、心不全の既往あり**



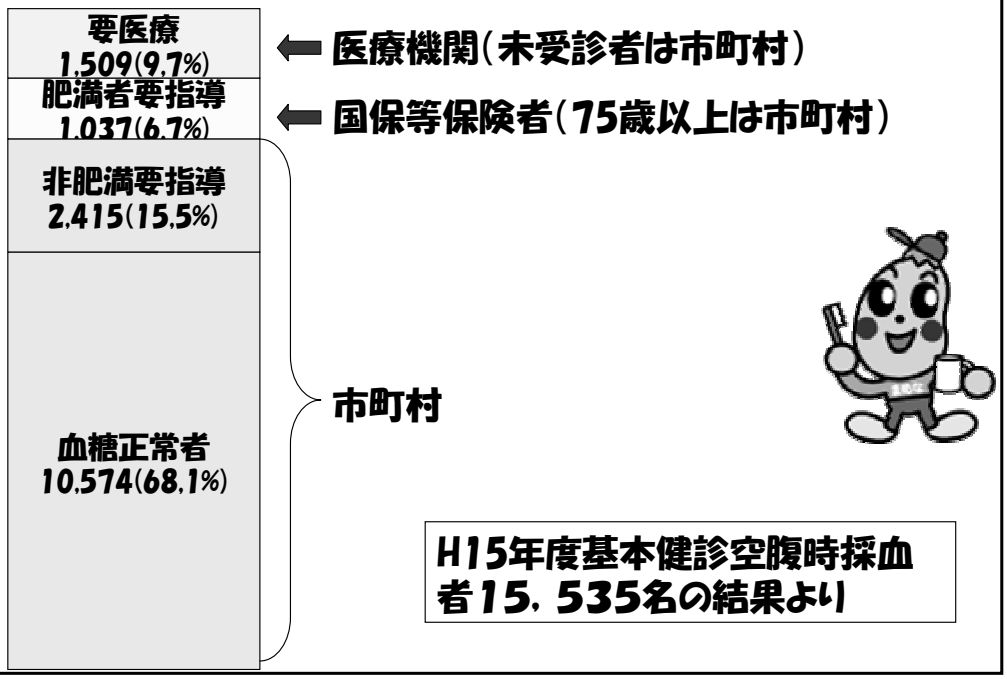
市町への説明資料
～市町長説明に使用～

ねらい:

★ 地域ぐるみの活動展開が重要

★ 人員確保が必要

健診結果による階層別の割合
（血糖異常者を例に）

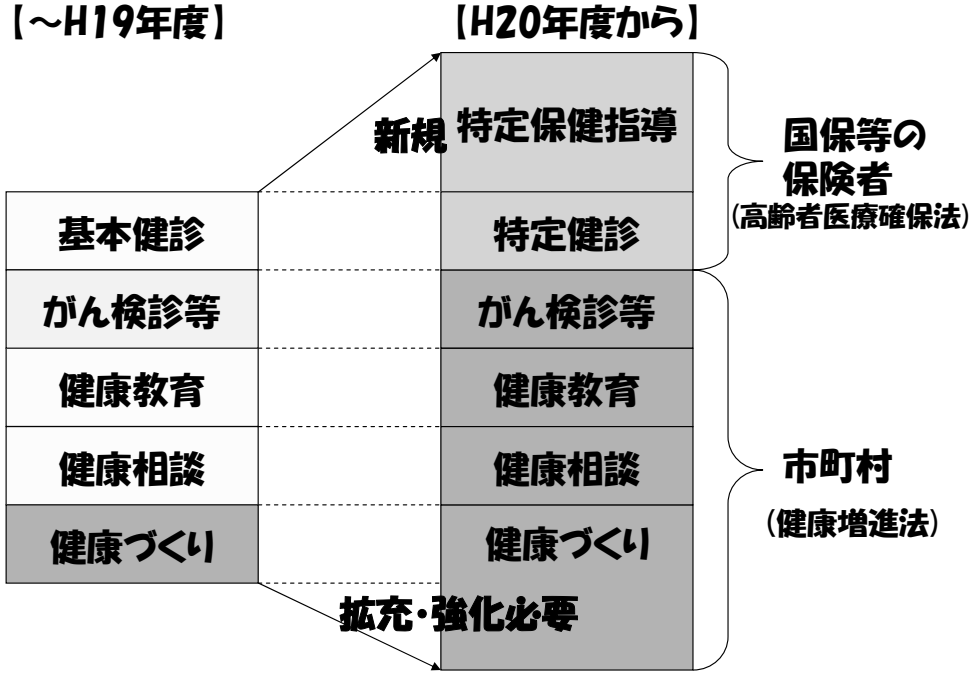


H15年度基本健診空腹時採血者15，535名の結果より

目標を達成するために必要な取組

特定健診受診率（国保：65％）	・個人通知等周知徹底 ・誘い合い等地域ぐるみの取組推進
特定保健指導実施率45％	・保健師、管理栄養士の確保、人材育成 ・受けやすい条件整備。健診結果の説明を通じて受ける気になってもらう。 ・グループや地域ぐるみの取組推進
該当者、予備軍減少率10％	・特定保健指導終了者のフォロー ・現在は該当ではないが、生活習慣が悪い者への指導 ・地域ぐるみの取組推進

業務量の変化イメージ



特定健診等事業は保健所の業務ではないのだろうか？

- 市町村は、保健所に医師会・医療機関との調整を期待しています
- 市町村は、これまでの健康づくりと特定健診等事業の関連に悩んでいます
- 市町村は、事業展開における具体的なアドバイスを期待しています

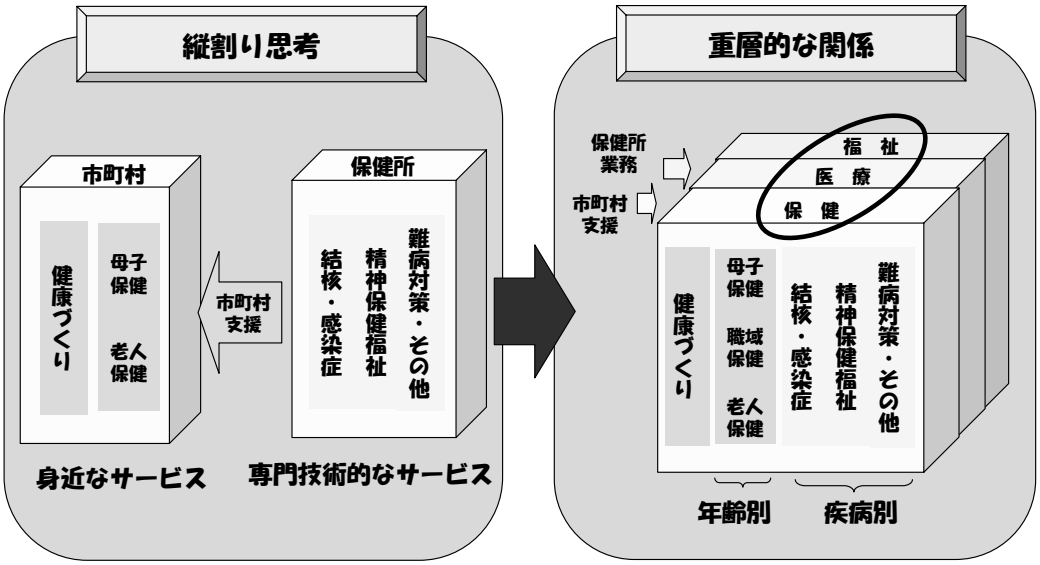
保健所がこうした市町村の期待に応えるのは、市町村支援のためだけではない

平成１９年度
保健所の充実強化に関する提言

全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会

平成２０年

縦割り思考ではなく重層的な関係



健康なまちづくりは保健所業務

コミュニティーの健康づくり活動育成により

- 精神、難病患者等への理解と支援が広がる
- 食中毒や感染症予防の生活を徹底する
- 適正な廃棄物処理や環境保全に取り組む
- 適正受診と医療を守り育てる取組を展開する
- 動物愛護と適正飼育を実践する
- 健康危機管理の際のセーフティーネットが機能する

保健所業務の効果的な推進に極めて重要です

〔事例５〕

「広島市の特定健康診査」

事例提供者

中本　　稔　（広島市東区厚生部医務監
東保健センター長）

事例名	【事例５】広島市の特定健康診査
事例提供者名	中本　稔（広島市東区厚生部医務監東保健センター長）
コメント （１）成功要因分析	広島市では、これまでの老人保健の健康診査の受診者の半数以上が６５歳以上であること、また６４歳以下も健保被扶養者が多いことから、特定健診・特定保健指導の実施には困難な状況がある。これまでと同様に医師会と原爆障害対策協議会（原対協）の役割が大きく、特定健診も集合契約で計画をすすめる。特に原対協は施設健診も含め、医師会の精度管理を担っている。市内には３医師会が存在しており、これらを調整する保健所（保健部）の役割が重要である。
（２）事例からみた医療連携	特定健診・特定保健指導に関しては、原対協を含めて医師会の集合契約であり、特別な連携機能はない。
（３）保健所の関与の可能性と役割	市内の３医師会と行政が連合地対協を作り、保健医療に関わる課題を検討している。平成２０年度では特に救急医療について夜間救急診療所を広島市が設置し、広島市医師会が運営を始めた。これらの調整に保健所（保健部）が重要な役割を担った。

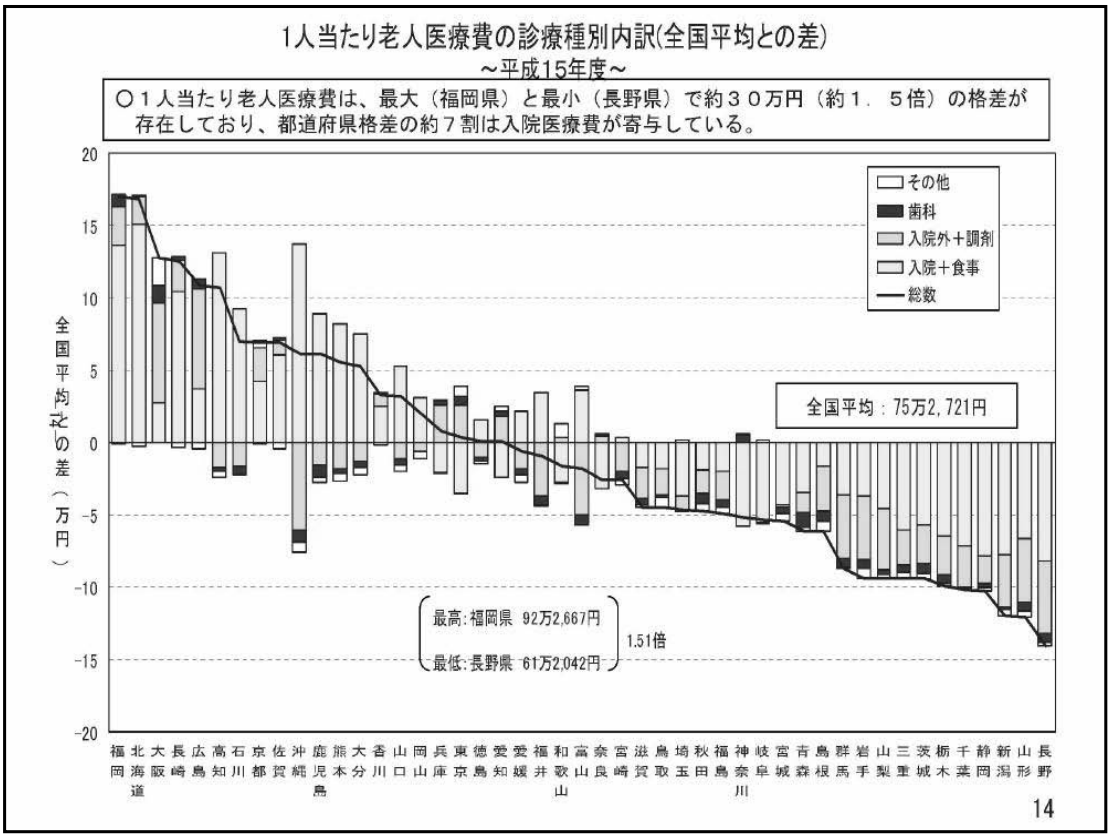
広島市の
特定健康診査

広島市東区厚生部医務監
東保健センター長
中本　稔

広島市の概要（平成17年）

- 面積905km^2 、太田川河口
- 人口115.4万
- 高齢化率16.9%
- 出生率千対9.6
- 合計特殊出生率1.28
- 新生児死亡出生千対1.4
- 悪性新生物では肝臓がん死亡率高い。
- 平均寿命は男性79.45、女性86.33
  政令市では男性4位、女性1位。
- 被爆者（健康手帳保有者）が8万人

広島市保健医療課



広島原爆障害対策協議会（原対協）

- 被爆者と行政（県市）、医師会（県市）の三者の構成で1956年に設立。
  当初は被爆者の健診、職業補導、生活相談など総合窓口
- 1989年、総合健康ｾﾝﾀｰと福祉ｾﾝﾀｰを分離。
  前者は健康管理、健康増進、健康科学館の事業
- 広島市が集団（＋施設）健診を実施しているのは、この原対協健康管理部の役割が大きい。
- **広島市の老健健診のうち48%が原対協が実施**
- **ちなみに被爆者健診一般検査のうち60%が原対協実施**

広島市保健医療課

老人保健健康診査の平成19年実施状況

単位：人

区分	基本健診（実人員 ※1）		被爆者健診（一般検査延人数 ※2）	
		（再掲）原対協実施分		（再掲）原対協実施分
個別健診	28,326		19,795	
施設健診	10,751	10,751	10,239	10,239
集団健診	15,092	8,894	19,746	19,746
計	54,169	19,645	49,780	29,985

※1　被爆者生活機能評価を除く。

広島市特定健診等実施計画

	平成20年	平成21年	平成22年	平成23年	平成24年
対象者数	196,980	199,890	202,800	205,450	208,090
特定健診実施率	30%	40%	50%	60%	65%
実施者数	59,090	79,960	101,400	123,270	135,260
特定保健指導対象者数	13,680	18,500	23,430	28,400	31,090
同　実施率	25%	30%	35%	40%	45%
同　実施数	3,420	5,550	8,200	11,360	13,990
（再掲）動機づけ支援	2,290	3,750	5,570	7,800	9,710
（再掲）積極的支援	1,130	1,800	2,630	3,560	4,280
MS該当者・予備群の減少率					−10%

広島市の特定健診
受診率向上をめざして

広島県の集合契約 （市内には3医師会）

集団・施設健診と個別健診の3形態

保健指導の動機づけは直営（看護指導員）

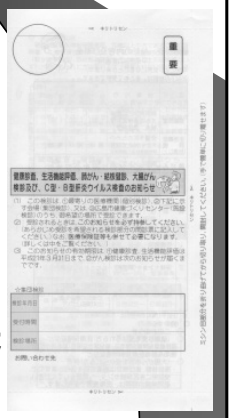
特定健診、メタボリックの周知の役割も

「健診通知」にはがん検診も一緒に

（胃、女性がん（子宮、乳）は別）

統一の受診票は問診＋生活機能評価

特定健診＋肺、大腸、肝がん検診結果



広島市保健医療課

広島市の特定健診の課題

- 受診率が目標？
  - 除外規定　入院入所者の除外ができない
    - →未受診者にアンケートを行う予定
  - １０万人の健診をどの機関が行うのか
- 保健指導－動機づけ
  - 衛生部門が行うがその評価はこれから
  - 中間見直しで完全委託か、一部直営か

広島市保健医療課

〔事例６〕

「倉敷市国保ヘルスアップモデル事業の取り組みから」

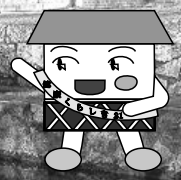
事例提供者

篠原　淑子（倉敷市保健所健康づくり課長）

事例名	【事例６】倉敷市国保ヘルスアップモデル事業の取り組みから
事例提供者名	篠原　淑子（倉敷市保健所健康づくり課長）
コメント （１）成功要因分析	参加率向上のために・・・ ・単なる案内状送付では１～２割の申し込み ・参加者のライフスタイルやニーズに柔軟に対応 ・”待ち”ではなく”攻め”の姿勢が必要 そこで積極的に電話による参加勧奨 ・夜間コース、出前コースを準備 ・参加者からの紹介キャンペーンの実施 など多彩なコースで実施
（２）事例からみた医療連携	
（３）保健所の関与の可能性と役割	どのように施策に活かすか！！ ～中核市保健所としての役割～ ・中核市は県型保健所と市町村機能が必要 ・国保対象者だけでいいの？ ・モデル的実施で効果的なプログラム開発 ・保健指導実施機関の資質向上のために・・・ 委託先も含めた保健指導者の実践的研修会 巡回支援などのバックアップ体制 ・職域保健との情報交換・連携（地域・職域連絡会） 他の保険者にも還元できる

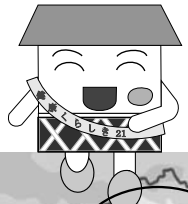
特定健診・保健指導の効果的な実施に向けた取り組み

倉敷市国保ヘルスアップモデル事業の取り組みから



星野仙一記念館
はココ！

平成２０年９月１２日
倉敷市保健所健康づくり課
篠　原　淑　子



倉敷市を紹介します。

H20年4月末現在

人　　口	**478,322人**
高齢化率	20.3%
国保被保険者数	157,054人
特定健診対象者数（推計）	約85,000人
医療機関数　病　院	41ヶ所
一般診療所	353ヶ所

岡山県南の中核市（H14年～）

【各地区の特徴】

倉敷地区･･･文化観光の町
児島地区･･･繊維の町
水島地区･･･工業の町
玉島地区･･･果物が特産の町
真備地区･･･竹の子が特産の町

（平成17年合併）

今までも健診の事後指導はしてたけど．．．

参加率の向上のために．．．

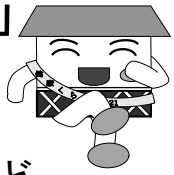
単なる案内状送付では１～2割の申し込み
参加者のライフスタイルやニーズに柔軟に対応
“待ち”ではなく“攻め”の姿勢が必要

そこで

積極的に電話による参加勧奨
夜間コース、出前コースを準備
参加者からの紹介キャンペーンの実施　など

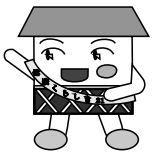
多彩なコースで実施してみました。

健康福祉プラザ「健康づくり事業」
～ヘルスチェックでリスク管理～

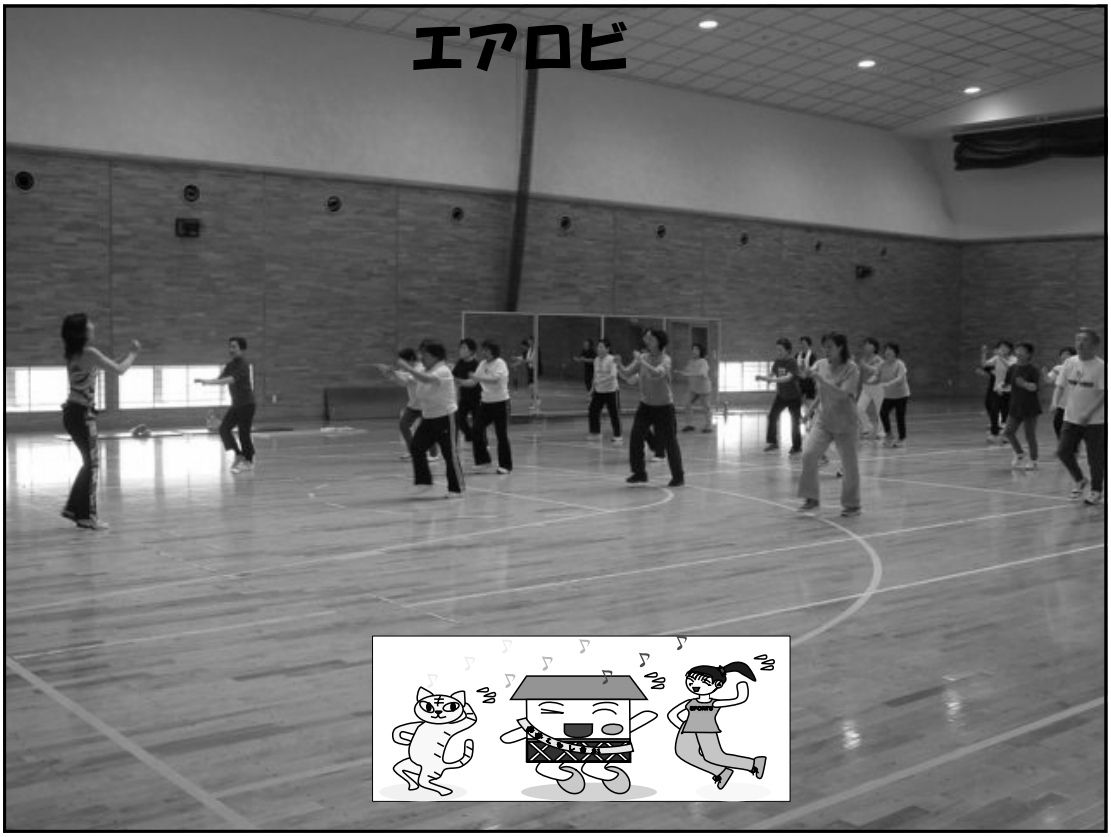


①医師、保健師、管理栄養士、健康運動指導士など
　充実したスタッフと設備
②土日や平日は夜9時まで専門スタッフが常駐
③多彩なメニューの中から参加者のライフスタイルやニーズに柔軟に対応
④運動・食事・休養の総合的な個別健康支援プログラム
⑤運動負荷テストなど含めたヘルスチェックから本人に最適な運動強度を算出し運動処方。（健康リスク管理）
⑥ライフスタイルチェックで個人の意識や行動変容レベルを点数化し評価

下肢筋力測定



エアロビ



マシントレーニング

プールエクササイズ

H18・19国保ヘルスアップ事業

基本健康診査・国保人間ドック等で要保健指導の人

プラザ利用可能な人

プラザを利用できない人

積極的支援

ヘルスチェック
（初回面接）

個別健康支援プログラムの作成

医師による総合判定と目標値の設定
1　運動処方・プログラム
2　食事処方・プログラム
3　休養処方・プログラム

※参加者はすべて、ヘルスチェックを受け個別健康支援プログラムを作成する。個別処方に基づき、個別トレーニングまたは各セミナーを受講する。

セミナーコース
健康実践セミナー
栄養セミナー
ヘルスアップ教室
休養セミナー

健康づくりコース
（個別トレーニング）

お出かけ運動教室
（最寄の会場で受講）

評　価

地域で共同で開催する健康教室

自主グループ化をめざし、同窓会を開催

評　価

動機付け支援

コミュニティグループに出前講師保健指導

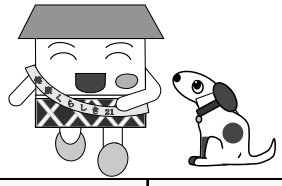
健康相談
（個別面接）

6月後アンケートによる評　価

6月後アンケートによる評　価

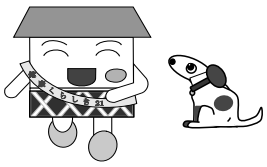
※年に1度ヘルスチェックを実施し、再アセスメントする。

結果は？



健康福祉プラザ実施

コース名	セミナーコース	健康づくりコース	お出かけ運動教室	夜間コース	グループ支援
支援の種類	両方対応	両方対応	両方対応	動機づけのみ	動機づけ支援のみ
支援形態	グループ支援	個別支援	グループ支援	個別支援	グループ支援
参加者数	15人	79人	5人	2人	216人
脱落率	0	1．1割	0	5割	0．4割
特徴	個々の健康課題に応じた処方に基づき、運動・栄養・休養のプログラムを一貫して受講できる	施設のフリー利用と併せて支援を実施。ライフスタイルや希望に合わせたメニューを選択できる	地域の会場に出向いて健康教室を開催	仕事を持っている人や日中のサービスの利用しにくい人が参加できる	地域の既存のグループの集まりに出向いて支援。
支援ポイント	1040	190以上個々に異なる	500		
腹囲改善率(3cm以上)	1．3割	積極的5割 動機づけ測定なし	4割	0	0．6割
体重改善率(3kg以上)	2．7割	7割	2割	0	0．4割
行動改善率(平均)	7．3割	3．6割	7割	5割	5．8割
まとめ	セミナー実施期間の改善はあるが継続が困難なためプログラムを見直し継続の意識付けを行った。主に食事の改善率が高かった。	運動施設の利点を活かし、保健指導以外にも自主的に施設の利用を促し効果が上がった。しかし、すでに維持期の人も多く行動変容の改善率は低かった。	交通の便を考慮し、会場に出向いたが、初回のヘルスチェックはプラザ利用が必要としたため新たな参加者拡大には至らなかった。複数回の支援で改善効果は高かった。	積極的支援も受け入れ可能としたが、仕事帰りの人が多く、国保対象者の利用は少なかった。	参加者間の励ましにより行動変容率は高かったが、1回のみのグループ支援で個人に合わせた計画が十分でなく測定結果の改善には至らなかった。



①運動施設の利点を活かし、保健指導以外にも自主的な施設利用を組み合わせ、効果が上がった。

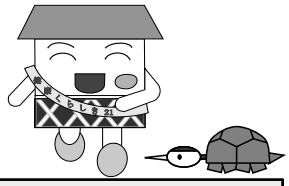
②健診結果の案内通知のみでは参加者が少ない。健診機関からの紹介がないと難しい。

③実施期間の改善はあるがその後の施設利用がない場合6ヶ月後にリバウンドするケースが多い。プログラムを見直し評価1ヶ月前に励まし支援を実施すると効果的であった。

④行動変容の内容については運動より食事についての改善率が高かった。

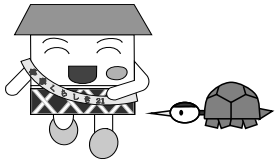
⑤夜間コースは仕事帰りの人が多く、国保対象者の利用は少なかった。

結果は？



地域保健（保健師）との共同開催

支援の種類	積極的支援	動機づけ支援
支援形態	グループ支援（一部個別中心あり）	個別支援
実施地区	5地区	1地区
実施コース数	7コース こつこつコース・ぐんぐんコース・わいわいコース メタボノックアウト教室・脱メタボ健康応援プログラム 脱！メタボリック教室・「素敵にからだ改善！」教室	1コース
対象者数	1044人	47人
参加者数	118人	44人
参加率	0．4～5．4割	9．4割
脱落率	0～2割	0．7割
特徴	参加への関心度が高まる教室のネーミングを工夫。 担当保健師を決め定期的個別支援を併せて実施。 効果的な教材作成など工夫。	健診当日に個別面接支援を実施することでタイムリーな支援を実施。
支援ポイント	330～530P	
腹囲改善率(3cm以上)	3．8割	2．7割
体重改善率(3kg以上)	2．5割	0．5割
行動改善率(平均)	4．5～10割（7．7割）	4．9割
まとめ	集団検診の多い地区の参加率は高いが医療機関委託による健診が多い地域は参加率が低い。しかし、参加率が高いと脱落率も高い傾向がある。指導者側のモチベーションが効果に反映している傾向にあった。	健診直後の介入が効果的であった。動機づけ支援のみでも初回支援において具体的な目標設定ができていれば効果が期待できる。



①健診直後の介入が効果的であった。動機づけ支援のみでも初回支援において具体的な目標設定ができていれば効果が期待できる。

②集団検診の多い地区の参加率は高いが医療機関委託による健診が多い地域は参加率が低い。しかし、参加率が高いと脱落率も高い傾向がある。

③指導者側の熱意が対象者のモチベーションに影響し、効果に反映している傾向があった。

④身近な地域で開催するため、終了後の自主グループ化に結びつけることができた。

事業評価から．．．

保健指導者が陥りやすい“落とし穴”

測定数値にとらわれすぎない。･･･測定条件が同じでないと比較できない。

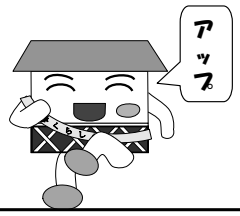
減り過ぎはかえって危険。専門家のリスク管理が必要。

行動変容や意識レベルを客観的に評価する工夫が必要

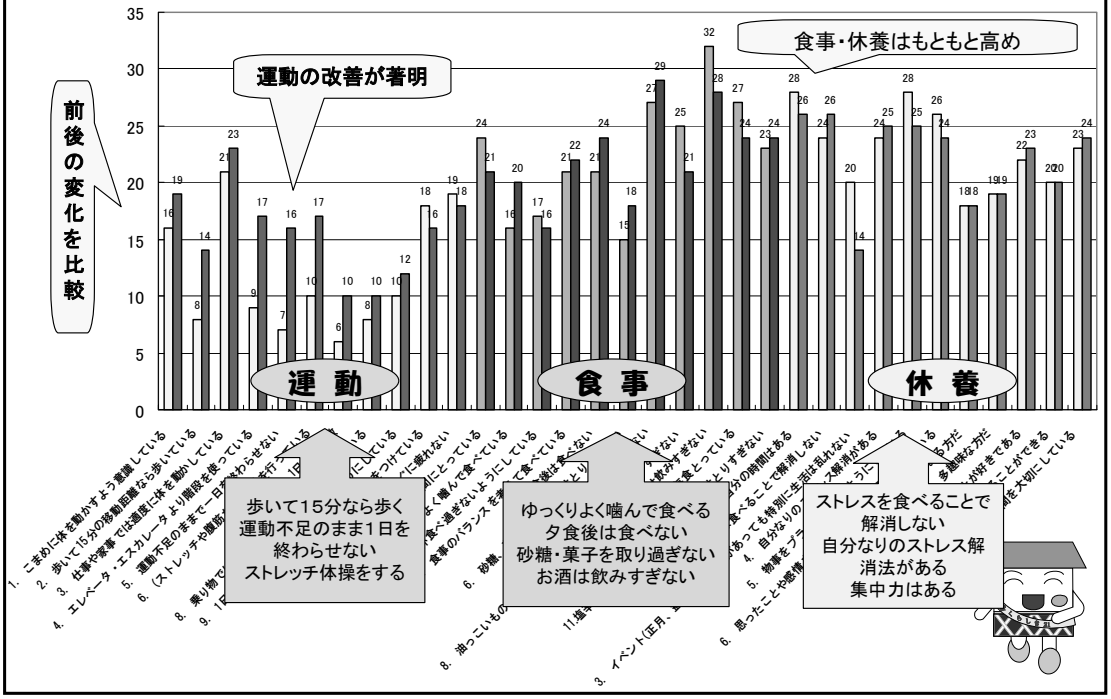
事業の参加前後で点数を比較し自身の変化を客観的にとらえることでできる。

生活上の良い変化を共有し改善意欲に繋げることができる。

保健指導者の熱意が必要です！



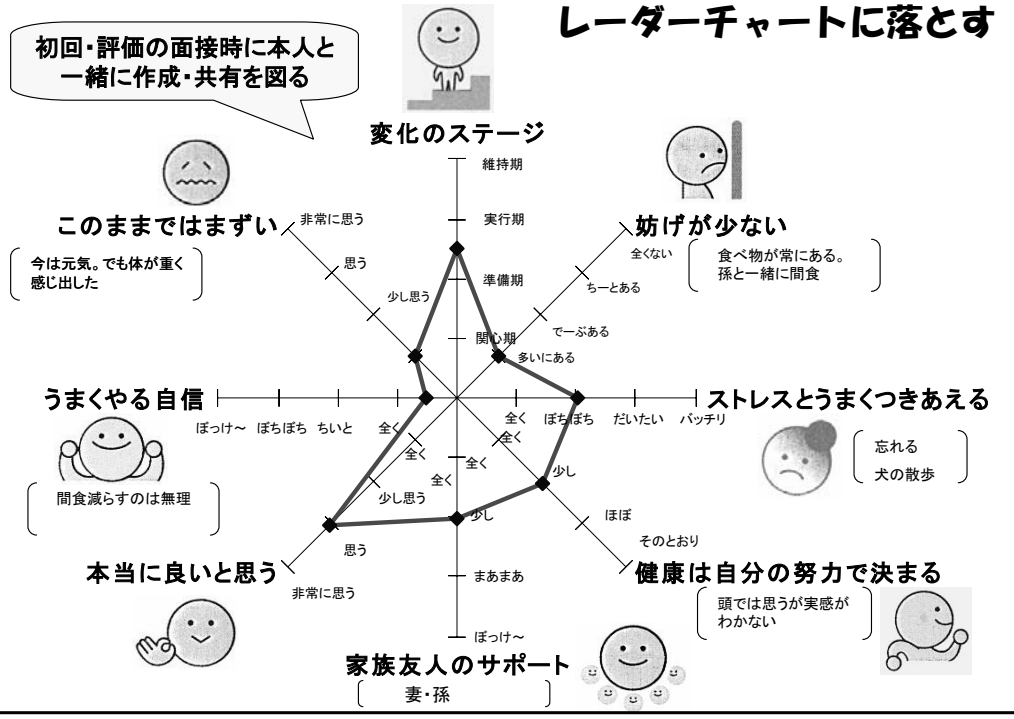
意識・行動レベルの変化を客観的に評価する工夫例
ライフスタイルチェック（初回と評価時）

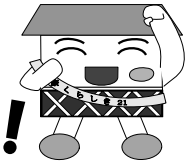


行動変容のレベルを客観的に評価する工夫

レーダーチャートに落とす

初回・評価の面接時に本人と一緒に作成・共有を図る





指導者の熱意が必要です！

楽しみを持たせた目標設定が継続のポイント

対象者には

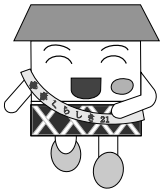
・腹囲3cm減や体重3kg減が目標ではなく、「達成したら〇〇をする。」など生活スタイルや趣味まで落とし込んだ具体的目標設定やご褒美が継続の秘訣。

保健指導者には

・保健指導者自身が対象者と目標を共有し、変化を引き出すことで自信をつけることができる。

あなたの笑顔が対象者のモチベーションアップにつながる

保健指導実施者の人材育成
まずは職員の意識改革！



《平成19年度の取り組み》

- 1人最低3事例を受け持ち実践
- 職場の中で取り組みやすい環境づくり
  体制づくり･･･マネージャーの位置づけ
- OJTを取り入れた年間研修計画と発表の機会
- ロールプレイとグループワークを組み合わせた
  主体的研修が好評
- 内部講師主体の研修･･･講師自身が大いに学ぶ

倉敷市特定健診･保健指導研修（H19年度）

目　的:　平成20年度から義務づけられる特定健診･特定保健指導を効果的に実施するために医療保険者としての企画･実践･評価の能力と、保健指導従事者として生活習慣病予防のための保健指導を担う実践者の育成を目的とする。

対　象:　保健所保健師･栄養士、各保健福祉センター保健師、在宅保健師･栄養士、国保職員
※国保職員は基本研修のみ

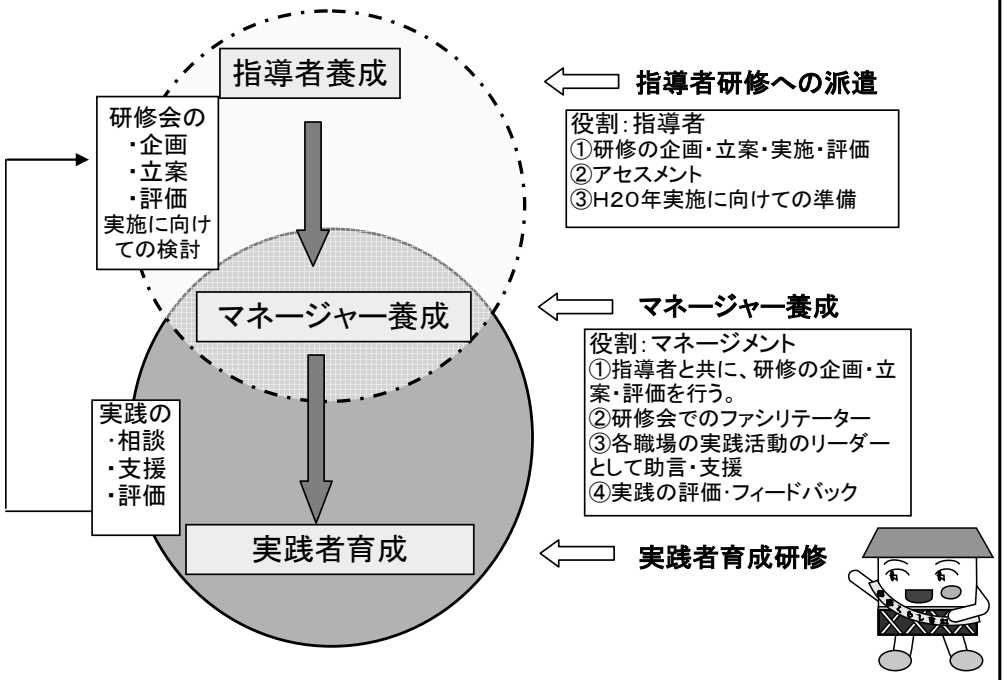
1、基本研修（マネージャー･実践者･国保職員共通研修）
標準的な健診･保健指導プログラムを理解し、各論研修につなげていくためのものとして、最初に取り組む。

2、企画･評価研修（マネージャー養成研修）
医療費情報や健診データの分析結果に基づき、地域の特性･課題を明確化し、取り組みの優先順位の決定から事業企画に至るまでと、実施結果の評価について指導者と共に実施できることを目的とする。

3、保健指導者実践研修（マネージャー･実践者共通研修）
対象者の健診データを読み解き、検査結果と生活習慣や栄養等のアセスメント結果から対象者の状況に応じた代謝の説明及び生活習慣改善の支援と行動変容に至るまでの保健指導の各ステージで必要な能力を習得するための研修として実施。
前期研修 ⇒ 職場での実践 ⇒ 介入事例をもって後期研修

実践者の到達目標
①健診･保健指導の仕組みについて理解している。
②メタボリックシンドロームの医学的基礎事項を理解し、説明できる。
③メタボリックシンドロームの栄養･運動のアプローチを心得ている。
④対象者の行動変容のためのアプローチ技術（カウンセリングを含む）を身につけている。
⑤介入プログラムの計画･実施･評価をマネジメントできる。
⑥個別もしくは集団に対する介入事例を3件以上報告できる。

H19年度　倉敷市特定健診・保健指導研修体制



どのように施策に活かすか！！

～中核市保健所としての役割～

中核市は県型保健所機能と市町村機能が必要

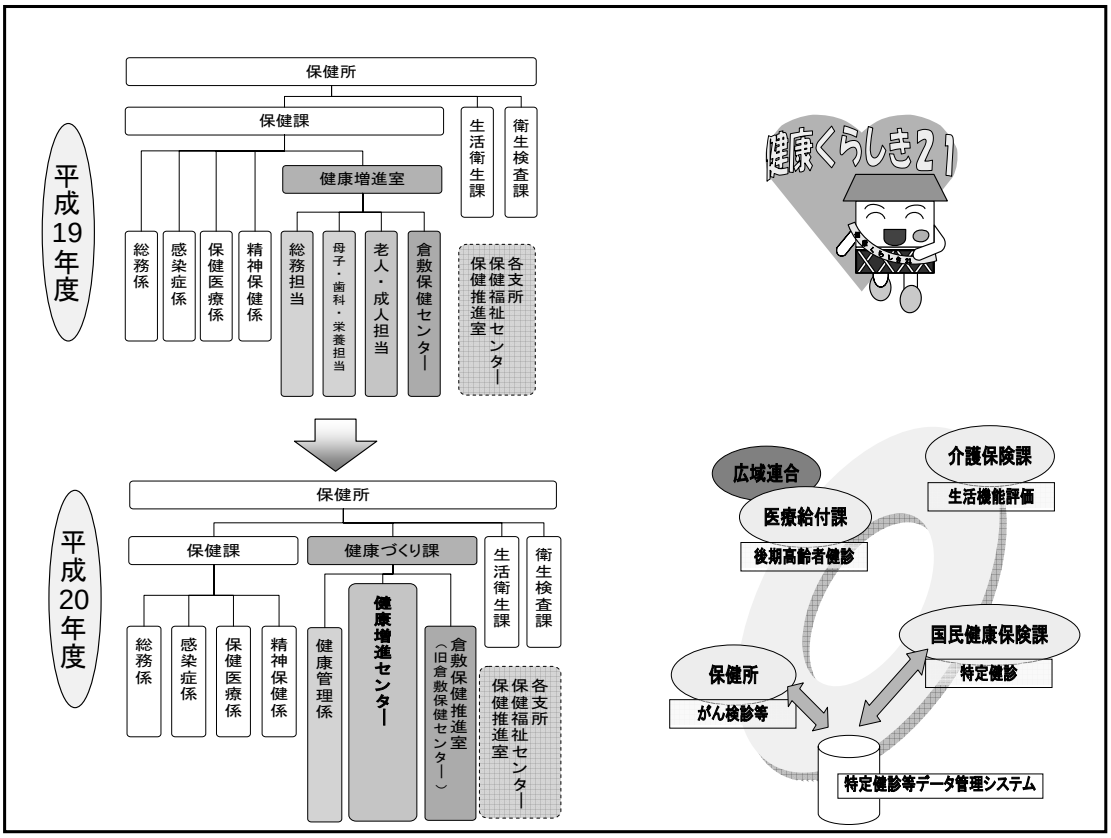
国保対象者だけでいいの？

モデル的実施で効果的なプログラム開発

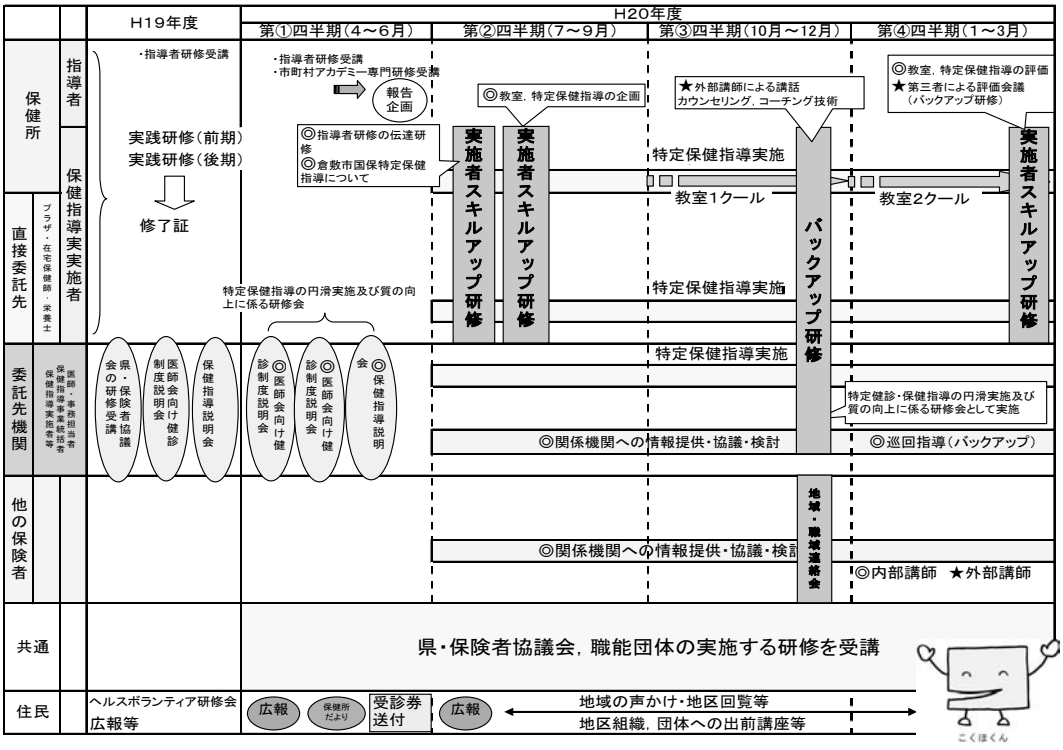
保健指導実施機関の資質向上のために・・・
委託先も含めた保健指導者の実践的研修会
巡回支援などのバックアップ体制

職域保健との情報交換・連携（地域・職域連絡会）

他の保険者にも還元できる



H20年度倉敷市特定健診・特定保健指導研修スケジュール



やっぱり

ポピュレーションアプローチ！！

健診受診率・保健指導利用率・メタボ減少率を達成するためにも

市民全体の健康づくり意識・関心を高めよう！

保健指導で成果の上がった人こそ貴重な人材

地域の健康づくり推進リーダーを育成し、
活動の機会を提供。波及効果を狙おう！