

2

## 地域診断ガイドライン



## I

## 序章

## 問題の所在

少子高齢化傾向の定着，低成長経済の遷延などの社会的趨勢の余波を受け，高齢者保健対策や生活習慣病対策，介護予防，自殺，DV，虐待などの予防や危機介入，健康危機管理にいたる保健・医療領域の課題はますます複雑化し，個々での課題解決は困難となっています。

これら多彩な課題に対し，保健師の役割としては，疾患管理といった病態を理解し対応するだけでは不十分です。地域の統計的情報を踏まえるのはもちろんのこと，個別対象へのケア，多層的な医療・福祉資源を繋ぐケア・ネットワークから導かれる質的データなど生活全般にかかわる地域の実情を総合的に把握し，課題を抽出すること，すなわちエビデンスに基づく施策展開／健康政策（evidence-based health policy）を展開していかねばなりません。

にもかかわらず，緊縮予算，人員削減の潮流の中で組織は細分化傾向にあります。その結果，地域住民を年齢で区切って相談／支援を振り分けたり，あるいは疾病モデルのアプローチになってしまったり，事業という手段をどう使いこなすかではなく，事業をこなすことが目的化してしまいがちといった指摘も散見します。

地域社会を俯瞰的に眺め，医療，健康，経済，教育，安全等人が生きてゆくために必要な諸条件を総合的に判断する地域診断の力量が脆弱になりつつあるとはいえないでしょうか。そこで，先進的事例のヒアリング調査等の結果を踏まえ（本報告書 P5～P16 参照），根拠に基づいた地域診断を進めて行くための知識および技術並びに体制を明らかにしていきたいと考えました。調査報告書の結論を踏まえつつ，今後の方向性を整理します。

1. 実践現場における地域診断のあり方を再確認すると同時に，地域診断と事業，施策，政策の密接な関係であることを前提に，市町村・都道府県保健所・衛生研究所の多機関協働体制が促される。

2. 地域保健の活動において，より広域を対象とした数値化されやすい疾病統計などを踏まえつつ，さらに小地域の特性に合わせた，より具体的かつ実践的な施策立案・実行・評価ができる技術（情報収集能力・分析能力や還元能力）を現任教育にて習得できる体制を整える必要がある。

3. 上記を，組織的理解のもとに保健師活動が推進できるリーダーシップが重要であり，統括的な立場の保健師の位置づけが求められる。

## II

### 地域診断とは

保健・医療、福祉領域の課題はますます高度化、複雑化しています。これら多彩な課題に対し、保健師は、地域に住まう人々はもちろん、地理的な環境や組織・機関、社会資源等を総体として地域を捉え、その地域に着目して活動しています。すなわち、個人あるいは家族を対象としているだけでなく、“地域”そのものを対象（community-oriented Nursing）としており、個人の生活実態に肌で接すると同時に、地域のニーズをボトム・アップ的に政策に反映させていく機能を有しています。

この機能が、『地域診断』であり、本ガイドラインでは地域診断を、「公衆衛生を担う専門家が、地区活動を通して地域課題を明らかにし、地区活動を通して個人のケアに留まらず、集団あるいは地域を対象にケアを行い、地域課題を軽減／解消していく一連のプロセスである」と整理しました。

地域診断が必要かつ重要である大きな理由は、地域ごとにさまざまな特性があるためです。また、どのような理想に基づいた行政施策も、地域を眺めた上での血の通った運用とたゆまぬ努力、絶えざる改善という日々の実践を通じてしか、住民の暮らしの向上にはつながらないからです。すなわち全国一律の政策・施策・事業では不十分であり、地域の特性に応じた取り組みが求められているということです。

調査結果にもあるように、保健師は、量的データのみで地域を見ることは不十分で、家庭訪問や健康教育、地区組織活動など地区活動を展開するなかで、個別対象へのケア、多層的な医療・福祉資源を繋ぐケア・ネットワークから導かれる質的データ、あるいは「地域」、「生活」、「健康」、「豊かさ」の文脈で綴られる住民から得られる質的情報も加えて初めて“対象”が抱えている課題に触れる経験をし、重要性を認識しています。以上のような経験を、横断的／縦断的に把握されるデータと捉え、定期的に集約して量的データと合わせて総合的に把握（アセスメント）することが地域診断なのです。

地域診断は、量的にも質的にも精度の高い、エビデンスに基づく施策展開／健康政策（evidence-based health policy）として反映されるもので、日々の「地区活動」と密接に結びついていると言えます。

### 地域診断とは

- \*あらゆる地域生活関連情報から、コミュニティのメンバーの顕在的・潜在的ヘルスニーズと健康課題を明らかにすると同時に、その課題の背景にも留意しながら、課題に対する対応能力についても判断（把握、分析）する。このことによって導かれる活動目的・目標、計画、実施、評価の一連のプロセスに結び付ける専門的判断であり、技術である。
- \*地域診断は、受け持つ地域（市あるいは管内）で、公衆衛生看護活動を展開するために、その地域で生活を営む人々、自然環境、社会的環境、年齢構成、伝統・風土などをよく観察し、集団と捉えて、健康の切り口から正しい判断を導くプロセスである。
- \*それぞれの地域がどうなっているのか、人々の生活はどうなっているのか、地域の問題や課題を解決する力・資源はどうなっているのか、健康で生活しやすくするための課題は何か、どうしていきたいか、それぞれが「できること」「すること」は何か等、地域の課題を協働して解決しようと動き出すこと」すなわち地域診断は問題解決のためのアセスメントである。



### 「これって本当」、「おや、あれ」は、地域診断の第一歩

日々のお会いや活動を通して「これって本当」、「おや、あれ」「こんなの初めて」といった疑問や驚きに遭遇します。そのクエスチョンを頭のすみに押し込んでいませんか？もしくは、科学的根拠もないし…と忘却の彼方に追いやっていませんか？

まずは、先輩や同僚に報告し、共感を得られるか確認しましょう。「私だけの疑問や驚き」から「仲間も同じ」と知ることが地域診断を一步先に進める大きな布石です。次に、疑問や驚きに対し、事例/事象が「どのくらい」、「どの程度」、「以前は」「他地域では」など貪欲に調べていきます。統計データとして参考になるもの、住民の発言や行動として参考になるものを最初の「疑問や驚き」に合わせて収集し整理します。

地域では、たくさんの方がそれぞれの人生を歩んでいます。一步地域へ出向けば、無限の発見があります。その発見に健康との結びつきの強さを見出したり、優先順位を配慮することは、まめに地域に出向き、経験を重ねることで可能になるのです。

## 1 地域診断の企画

地域診断に取り組む際に、明確にしておきたいことは、何を目的に地域診断をするのかということです。目的も定まらない中で闇雲にデータ集めをしても、実際、どのように活用できるのか、どのように読み取るのかも分からず、結局うまく利用できないという事態に至ってしまう可能性があります。

日常の活動の中で疑問に感じることを整理し、その疑問はどのようにしたら明らかにできるかも含めて、事前に地域診断の目的を十分に検討し、収集すべき資料（つまり欲しいデータ）をリストアップしてみるなど地域診断の目的に見合う企画を立てることから始めます。

### ◆地域診断の動機づけ

- \* 合併時は、事業の摺合せなど事業処理に追われ、事業実施の根拠や成果を意識していなかった。その後の活動を通して町村間の地域差の拡大が目につくようになり、市全体としてどうあるべきか、そのために私たちが何をすべきなのかという考えが強くなり、地域診断の必要性に目覚めた。
- \* 業務分担制で市内全体の様子（状態）が見えなくなり、同じ市のなかで協力体制が弱くなってきたことがきっかけとなり、各担当の課題意識のすり合わせをしようということになった。
- \* 健康プランに基づき事業は実施しているが、各地区の状況が見えなくなり、評価が必要になった。
- \* こんにちは赤ちゃん訪問事業を実施するにあたり、又実施するなかで4か月までの子育てに関する地域診断の必要性を強く感じた。

（地域診断に取り組むきっかけ：ヒアリング結果より）

## 2 量的データの収集

複雑で高度化する地域社会の動きの本質をつかむためには、コミュニティーデータのコアである人口動態統計、各種保健統計（地域診断に用いられる一般的資料とその特徴、P52 参照）、地理的文化的社会的要素、当事者や世代を超えた住民の声など多彩な情報を必要とします。

では、保健分野において地域診断に活用できるデータは、どこにあるのか、どうやって入手するのでしょうか？

公表されている主な統計資料は、「国民衛生の動向」や「国民の福祉の動向」（財）厚生統計協会発行）等、身近にある冊子の巻末統計表をみると、かなりの統計データがあることがわかります。この他にもインターネットを活用することで、厚生労働省や総務省、あるいは都道府県や市町村のポータルサイトからは、各々が所管する統計数値が入手可能です。

### 2-1 地域診断のための疫学的方法（代表性の確認）

人間集団に起きている複雑な事象を効率的に観察、整理するために必要不可欠な地域診断の方法論として疫学があります。

疫学的方法論を用いた地域診断では、まず知りたいこと（「この地域では肺癌が多いか？」など）を罹病統計（P52）などで明確にします。次に知りたいことを明らかにするために用いる適切な客観的資料を探します。その際には資料の代表性のチェックが必要です。対象とする疾病に罹患する可能性のある母集団（曝露集団 population at risk）を明確にします。例えば、子宮がんを検討の対象とした場合、分母となる曝露集団は女性で、分子は対象となる疾病を有した患者です。対象とする疾病（分子）の概念（診断基準）が明確で、適切であることの検証も本来は必要です。

\* 資料の代表性とは、検討すべき地域を代表するような標本（Sampling）になっているかどうかということを示します。

代表性の高いものに以下のような調査方法があります。

- ・ 悉皆調査（曝露集団全員を調査したもの）
- ・ 系統的層別無作為抽出標本（性・年齢階級別に曝露集団に対して一定の比率で、無作為的に対象を選んで調査したもの）

代表性のチェックがすめば、データの比較（地域と他地域・地域と全国など横断的比較、継時的・経年的など縦断的比較、性、年齢階級、職種など集団内比較、及び、比較から導かれた違い（特徴や課題）に関連する要因を探ることになります。

## 2-2 地域診断のためには比較が必要 —他の地域との比較—

地域診断に取り組んだ結果をどう解釈するかという場合、多くは、対照とする基準値のようなものがあって、それと比較して何らかの判定/判断を下すのが一般的なやり方です。そのため、何らかの比較する対象（地域データ等）が必要となります。ここで留意する点は、他地域との比較をする場合には、最低限条件を揃える必要があるということです。健康に関しては、関わる関連要因も多く、これを考慮せずに比較をすると誤った判断を導くことになりかねません。

一般によく利用されている条件を整える代表的な方法が年齢調整です。保健分野における地域診断は、人に関わる様々な日常生活関連要因や社会環境、あるいは症状の有無や疾病の罹患状況をデータ化し、それらの集計・分析されて結果が導かれます。（たとえば高齢者が多ければ多いほど死亡する人が多くなるのは当然です。）したがって、信頼性が高い比較を行うには、条件をできるだけ整えることなのです。

## 2-3 地域診断のためには比較が必要 —経年的な変化による比較—

地域診断には、前段のようにある時期を基準にその地域の実情に関する様々なデータを収集・分析し、地域の状況を判断する横断的な手法が多く取り扱われます。一方、時の推移とともに地域を取り巻く環境は変化し、外部からの様々な介入（行政施策の導入等）により人々は少なからず影響を受け、個々人の生活習慣も含め地域全体の健康課題も大なり小なり変化するのが普通です。過去から現在への経年的な変化をみることで、近い未来の姿をある程度折り込んだより適確な診断ができる可能性が高まるということです。

従って、地域診断においては、横断的な面と時系列を考慮した縦断的な面の双方をみて、地域の有り様を把握し、診断することが非常に重要となります。

## 地域診断に用いられる一般的資料とその特徴・・・



### ■人口動態統計資料（インターネットでも入手可能，利便性も優れている）

地域診断の際には，他の地域との比較が不可欠であることから，どの地域でも普遍的に手に入る人口動態統計資料（死亡，出生，婚姻）は地域診断の出発点として用いる資料として最適であり基本である。

なかでも死亡資料は，地域診断に最も参考になる。厚生労働省は5年に一度，人口動態統計特殊報告として，人口動態保健所・市区町村別統計として，標準化死亡比（SMR）を公表している（昭和63年～平成4年のSMRから5年毎）。この資料は，人口規模が小さい市区町村の資料も比較的安定した値が示されている。

### ■罹病資料

癌登録，脳卒中情報システムのような地域疾病登録などで得られる資料で，地域での疾病の発生状況を把握することができる。しかし，都道府県単位のがん登録などの資料が存在するにとどまり，全国の市町村を網羅した罹患資料はない。地域で特定の疾病の死亡数が多い時に，発生数が多いためなのか，医療などその他の地域の事業によるものなのかを明確にするためには不可欠な資料である。

### ■有病資料

厚生労働省は，3年に一度行われる患者調査で受療率を報告している（対象：全国の全病院及び1/3の診療所）。しかしこの資料は都道府県単位での推計資料であり，市町村資料としては利用できない。

市町村で利用可能性のある有病資料は，国保レセプト資料，健康診断資料である。どちらも地域の全住民をカバーしていないので，利用の際には，解釈に一定の配慮が必要。

### ■関連要因の手がかりを得るための資料

具体的に介入するための手段の手がかりを得るための資料としては，地域における気温，空気，水などの環境要因に関する資料に加えて，地域の構成員に対する健診データ，地域の産業特性データ，各種売り上げデータ（たばこ，酒，塩など）などが考えられる。しかし実際の検討に当たっては，これらの資料を集めるには大きな労力が必要となる。そこで，普段から，目的を持って関連資料の蓄積や個人データのモニタリングを継続的に行っておくことが必要である。

### ■資料の偏りの補正

地域診断では，全国平均との比較，全県平均との比較，保健所管内平均との比較など，他の地域との比較が必要である。

（市町村単位での比較の場合は，5年間程度の平均値を比較することが一般的である。）

次に比較できる条件が整っているかを検討する（例えば，若者が多い集団と高齢者が多

い集団の死亡率を比較しても、死亡率が後者に多くなるのは当然のことである)。このような資料の場合、偏りを考慮して比較する方法がある。代表的な年齢調整率と標準化死亡比 (SMR) の計算例を示す (資料 1)。

### ※人口動態調査票

死亡統計は、統計法 (平成 19 年 5 月 23 日法律第 53 号) に基づく基幹統計調査である人口動態調査の一部であり、公表されている統計データは、死亡票が集計されたものである。死亡票には、下記の項目が含まれている。このデータは、SMR (標準化死亡比) を利用することによって、他地域の死亡率と比較が可能となりいわゆる死因別死亡割合が過去や他の地域と比較してコメントすることに役だっている。

この他にも調査票には、様々な情報が含まれており、利用方法によっては本来の死亡統計をとる目的とやや異なる情報を知ることにも可能である。

### 《記載事項》

#### 1) 出生票

(1)子の氏名 父母との続き柄 男女別, (2)生まれたとき, (3)生まれたところ, (4)子の住所, (5)父母の氏名 生年月日, (6)父母の国籍, (7)同居を始めたとき, (8)子が生まれたときの世帯の主な仕事, (9)子が生まれたときの父母の職業, (10)子が生まれたところ及びその種別, (11)体重及び身長, (12)単胎・多胎の別, (13)妊娠週数, (14)この母の出産した子の数, (15)出生に立ち会った者

#### 2) 死亡票

(1)氏名, (2)男女別, (3)生年月日, (4)死亡したとき, (5)死亡したところ, (6)死亡した人の住所, (7)死亡した人の国籍, (8)(9)死亡した人の夫または妻, (10)死亡したときの世帯の主な仕事, (11)死亡したときの職業・産業, (12)(13)死亡したところの種別 施設の名称, (14)死亡の原因, (15)死因の種類, (16)外因死の追加事項, (17)生後 1 年未満で病死した場合の追加事項, (18)その他特に付言すべきことがら, (19)施設の所在地又は医師の住所及び氏名

#### 基幹統計である人口動態調査票情報の利用について

統計法に基づき収集した情報は、目的以外の利用が厳格に制限されている (法第 40 条)。しかし、公的機関等において一定の条件のもとでの利用が認められている (法第 33 条)。都道府県、保健所、市区町村、市町村保健センターが保健医療行政に必要な情報を得るために、人口動態調査の調査票情報を利用する場合、統計法第 33 条第 1 号の規定による申出を行う。





## 《資料1》 一年齢調整の仕方

### 1. 標準化死亡比 (SMR) の求め方

必要な資料

- ・標準集団の年齢別死亡率
- ・対象集団の年齢別人口
- ・対象集団の観察死亡数

計算の基本式

$$\text{SMR} = (\text{観察死亡数}) \div (\sum (\text{標準集団の年齢別死亡率} \times \text{対象集団の年齢別人口})) \times 100$$

結果の見方

SMRは標準集団(厚生労働省が発表している資料では全国)の死亡状況と比べて対象集団の死亡状況が年齢構成を考慮(年齢調整)して、多いか、少ないかを示す指標である。100であれば標準集団と差はなく、100より小さければ死亡率は低い、100より大きければ死亡率は高いとみる。

### 《標準化死亡比の有意性の検定(国との比較)》

必要な資料・・・対象地域の標準化死亡比(SMR), 対象地域の観察死亡数

計算の基本式

$$\text{求める SMR の 95\% 信頼区間} = \text{SMR} \times (1 \pm 1.96 \times 1/\sqrt{(\text{観察死亡数})})$$

結果の見方

基準となる全国のSMRは「100」なので、求めた二つの95%信頼区間がこの100を含んでいるかどうかで、全国に比べ有意( $P > 0.05$ )な差があるかどうか判定できる。たとえば求めた95%信頼区間が(87.2-98.2)とか(102.2-131.4)のように100を含んでいなければ、有意な差があるといえる。一方、(87.3-104.5)等のように間に100が含まれている場合には、有意な差はみられないと結論することになる。

### 2. 年齢調整率の求め方(直説法)

必要な資料: 地域集団についての年齢階級別死亡率

標準人口(基準とする人口)の対応する年齢別人口

年齢階級	A 地域死亡率 (10万対)	B 地域死亡率 (10万対)	標準人口人数(人)
29歳以下	4.0	5.0	600,000
30歳以上	2.0	3.0	400,000

$$\text{計算式: 調整率} = \frac{(\sum (\text{地域の年齢階級死亡率} \times \text{標準人口の年齢階級別人口}))}{(\sum \text{標準人口の年齢階級別人口})}$$

計算例: A 地域, B 地域の年齢調整死亡率は, それぞれ以下のようになり, B 地域の方が高いという結果なる。

$$\text{A 地域} \quad (4.0 \times 600000 + 2.0 \times 400000) \div 1000000 = 3.2$$

$$\text{B 地域} \quad (5.0 \times 600000 + 3.0 \times 400000) \div 1000000 = 4.2$$

### 3 質的データの収集

健康は、本人の栄養状態や免疫機能などの素因（内的要因）と空気、水等の生態学的環境や職業、経済、安全環境などの社会的環境を考慮した環境（外的要因）と日常生活習慣（行動）のいわば3次元で成立しているといわれています。したがって、健康課題の解決に挑む際には、この3次元のどれかに着手することで、解決/成果を期待することができるとも言えます。

量的データは、3次元のどこかに生じた綻びをあぶり出し、綻びという「変化」を測定し、「得点化」することで地域の特徴と将来動向を診断します。一方、質的データは、地域の人的資源の充足状況やサービスの利用、事業参加実態と満足度、あるいは個別的に支援を継続している対象者にとっての意義や価値、支援効果など、人々の生の声で表現されたものを、以前と比較した「変化」として汲み取り、地域性や伝統や文化、住民同士のつながりや助け合いなどと合わせて考えていくものです。たとえば、介護予防や健康づくりなどの取り組みは、住民の参加が望ましいので、懇談会/座談会のような形で住民参加を促すことがあります。そのとき、呼びかける“人”のネットワークができていることは、これまでの地区活動の成果そのものですし、そこで、住民の声の変化をくみ取ることができます。そしてその機会が住民主体の参加型活動につながることもあります。

このように、質的データにつながる活動は、時に地域の“弱み”が浮き彫りになるだけではなく、人のつながりや行動力などの“強み”も引き出します。地域の強みは、この地域ならではの健康課題に対する有効な解決方策に役立つ資源になる場合もあります(図1)。

地域診断は、単に高血圧やがんなどの医学的情報の収集・分析に終わるものではありません。得られた医学的情報と地域のつながり、助け合い、経済状態、教育状況などの社会学的情報や生活環境に関わる情報を結びつけて、総合的に考察し、住民のQOLを改善するために必要な健康増進施策に反映させることを本来の目的としています。

このように地域診断の機会を通して住民の「気づき」や住民自らの主体的活動へとつながることがあることを経験的に心得ておくことも大切です。

量的データと質的データのどちらが相応しいか、どちらを優先するかは活動の性質によって異なりますが、多くは双方を組み合わせる地域診断を行うのが通例でしょう(図2)。

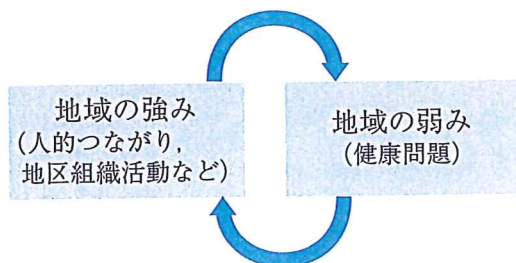


図1 地域の弱みを地域の強みで補完

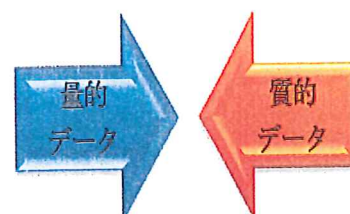


図2 量的データと質的データのバランスのいい組み合わせ

各地域（担当地区）の家庭訪問や各種事業など地区活動等から保健師が捉えた地域住民の生活 / 健康状況や地域特性、地域住民の生活を支える社会資源などの質的な情報が、地域診断において重要であることは述べてきました。地域診断をより総合的なアセスメントに近づけるために、質的な情報について、参考例として提示します（表1）。

表1 領域ごとに考える量的データおよび質的データの参考

	質的な情報収集の視点		量的な情報
	観察・住民の声・五感を働かせて感じたこと・気づき	社会福祉資源	統計データ・資料
1. 人々	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域にどのような人々が生活しているか</li> <li>・家族形態、家族関係はどうか</li> <li>・高齢者世帯の生活はどうか</li> <li>・単身者の生活はどうか</li> <li>・近隣関係、コミュニティの結びつきはどうか</li> <li>・転入者は地域になじんでいるか</li> <li>・地域の歴史・伝統・風習</li> <li>・人々の価値観、信念</li> <li>・宗教</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地区組織（自治会・老人会・婦人会など）</li> <li>・保健補導員、健康推進員</li> <li>・民生委員、主任児童委員</li> <li>・ボランティア</li> <li>・人々の集まる場所（集会所、公民館）</li> <li>・寺社、墓地、宗教関連施設</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総人口・推移</li> <li>・人口密度</li> <li>・性別年齢構成</li> <li>・年少人口・割合、生産年齢人口・割合、老年人口・割合</li> <li>・世帯数・推移、世帯構造別世帯数、割合、推移、平均世帯人員</li> <li>・婚姻数・率、離婚数・率</li> <li>・転出入数</li> </ul>
2. 生活環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地勢、自然（空気、緑地、動植、植物、田畑）、環境汚染の状況</li> <li>・気候（雪国の生活、季節による暮らしぶり、季節による健康への影響）</li> <li>・住宅（集落・家々の様子）、工場、高層ビル、繁華街、空き地</li> <li>・人々の移動状況、利用交通機関の状況、交通量、道路・歩道・自転車道の状況、障害者の移動が可能であるか</li> <li>・住民は安全だと感じているか</li> <li>・産業、商店、雇用場所の状況（繁栄、労働環境）</li> <li>・住民の買い物場所</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・公共・民間交通機関</li> <li>・商店街</li> <li>・産業</li> <li>・警察・消防</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地図・地理的条件</li> <li>・気象条件、自然災害発生状況</li> <li>・住居形態</li> <li>・上下・水道普及状況</li> <li>・交通機関</li> <li>・事故・治安</li> <li>・所得・消費・失業率</li> <li>・産業構造</li> </ul>
3. 母子保健	<ul style="list-style-type: none"> <li>・母子保健事業に参加している母子の様子や母親の育児行動</li> <li>・育児に対する考え、不安、相談内容</li> <li>・家庭環境、育児についての協力状況（父親の家事・育児への参加状況）</li> <li>・地域住民の子育て家族に対する見守り状況</li> <li>・育児サークルの活動状況</li> <li>・母親および関係機関の発達障害の原因と特徴および発達障害支援への理解</li> <li>・継続フォロー児を関係機関につなげた状況（対象児数、対象機関数）</li> <li>・発達障害児の保育施設から就学施設への情報共有および連携状況（関係機関数・会議数）</li> <li>・講演会による地域住民の相談状況の変化（相談窓口を知り関係機関につながった人の数）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・愛育班、母子保健推進員・児童民生委員</li> <li>・医療機関（産科・小児・周産期、精神科）</li> <li>・保育園・幼稚園</li> <li>・児童館</li> <li>・小・中・高等学校（担任・養護教諭、スクールカウンセラー、特別支援コーディネーター）</li> <li>・児童相談所、子育て支援センター、発達支援センター</li> <li>・子育てサークル、子育て支援団体</li> <li>・子ども電話相談室</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・妊産婦死亡率、周産期死亡率・率</li> <li>・出生数・率、合計特殊出生率</li> <li>・乳児死亡率</li> <li>・赤ちゃん訪問対象者数</li> <li>・新生児訪問数</li> <li>・乳幼児健診受診者数・率</li> <li>・乳幼児健診継続フォロー対象者数・率</li> <li>・予防接種実施率</li> <li>・母子保健事業参加者数</li> <li>・母子継続訪問数</li> <li>・児童虐待件数</li> <li>・人工妊娠中絶件数、実施率</li> </ul>
4. 高齢者保健	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要介護高齢の困難事例の背景（家族の健康状況、介護・サービス拒否、介護状況）</li> <li>・認知症介護家族の認知症に関する知識、介護支援ニーズ、介護家族自身の支援ニーズ</li> <li>・ケアマネージャー、ホームヘルパー等からの相談内容</li> <li>・地域医療連携パスを活用した移行、連携、連携体制整備の状況</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センター</li> <li>・介護保険事業所</li> <li>・老人保健福祉施設</li> <li>・社会福祉協議会</li> <li>・医療機関</li> <li>・訪問看護ステーション</li> <li>・介護家族会・認知症家族会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢化率</li> <li>・介護保険要介護認定者数・率</li> <li>・介護保険サービス利用者数</li> <li>・介護保険利用者の原因疾患</li> <li>・高齢者虐待事例件数と認知症の割合</li> <li>・精神科保健福祉法医療保護入院の認知症の割合</li> <li>・地域内の介護サービスの利用状況</li> </ul>

<p>5. 成人保健</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・成人保健対象者および健診受診者の健康に関する考え、生活習慣（食生活、運動状況、飲酒・喫煙、睡眠、ストレスの状況、労働状況）</li> <li>・事業所主の考え方、栄養士の配置状況、給食の内容、職員の食事の好み</li> <li>・職域関係者の広報活動の協力状況</li> <li>・地域・職域連部会の委員メンバー及び発言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・健康づくり推進協議会</li> <li>・食生活改善推進員</li> <li>・健診機関</li> <li>・商工会議所</li> <li>・国保連合会</li> <li>・医師会</li> <li>・労働基準監督署</li> <li>・事業所</li> <li>・産業保健センター</li> <li>・地域・職域連部会</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・総死亡数、性別・年齢別死亡数</li> <li>・死因別死亡数、割合</li> <li>・粗死亡率、年齢調整死亡率</li> <li>・標準化死亡比（SMR）</li> <li>・受療率（悪性新生物・脳血管疾患・心疾患・糖尿病・高血圧等）</li> <li>・医療費（6ヶ月以上の長期入院者内訳、高額医療費に占める疾患別内訳、医療療養病床入院患者の原因疾患別内訳）</li> <li>・特定健診対象者数、受診者数（率）</li> <li>・動機付け支援対象者数</li> <li>・積極的支援対象者数</li> <li>・国民健康保険加入者の受診状況</li> <li>・がん年齢調整死亡率</li> <li>・がん検診対象者数、受診者数（率）</li> <li>・平均寿命</li> <li>・肥満者の割合、塩分摂取量、喫煙率、運動・飲酒の状況</li> </ul>
<p>6. 精神保健</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・住民の心の健康づくりへの関心、精神疾患・精神障害、自殺に対する意識、理解、対応</li> <li>・相談窓口の利用者の声</li> <li>・精神障害者の生活状況（住宅環境、食生活状況、就労状況、近隣・地域住民との関係等）</li> <li>・精神障害者の家族状況（疾患・障害の理解、病状悪化を早期発見するための知識、定期受診・服薬の必要性の理解、対応状況、家族の悩み等）</li> <li>・精神科退院前支援会議の連携状況（実施内容・回数・その後の効果）</li> <li>・自殺した家族状況（悲嘆、周囲からの批判、生活状況等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神保健福祉センター</li> <li>・医療機関（精神科指定病床、クリニック・デイケア）、訪問看護ステーション</li> <li>・生活訓練施設、授産施設、福祉ホーム、福祉工場、地域生活支援センター、グループホーム</li> <li>・障害者就業・生活支援センター、ハローワーク</li> <li>・警察署・消防署・検察庁</li> <li>・当事者会、家族会</li> <li>・民生児童委員</li> <li>・ボランティア、傾聴ボランティア</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神障害者通院公費負担数</li> <li>・精神保健福祉手帳交付者数</li> <li>・身体障害者手帳の発行数</li> <li>・自立支援医療受給者数</li> <li>・精神保健福祉法24条通報件数・疾患、医療中断の実態、措置入院数、退院後、再通報数・疾患</li> <li>・自殺者数・割合・SMR・推移、自殺者の背景（仕事の有無、配偶者の有無等）</li> <li>・相談窓口の利用者数</li> </ul>
<p>7. 難病</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定疾患医療費助成申請時面接、療養相談、家庭訪問等からの療養上の問題</li> <li>・人口呼吸器装着の神経筋難病者の家族の介護負担、レスパイト入院に対する考え、利用状況</li> <li>・レスパイト受入病院のレスパイト入院状況、ケアプランにおけるレスパイト導入状況</li> <li>・市町村高齢介護主管課、地域包括支援センター等との情報交換実施状況</li> <li>・ケアマネージャー、看護職者の神経筋難病知識</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関（専門医）</li> <li>・医療機関（地域医療）</li> <li>・訪問看護ステーション</li> <li>・地域包括支援センター</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特定疾患医療費助成申請者数</li> <li>・レスパイト入院受入病院数、レスパイト入院利用希望数、レスパイト入院登録数</li> <li>・神経筋難病研修者参加者機関数、参加者数</li> </ul>
<p>8. 感染症</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症発症後の対応</li> <li>・施設における感染症発生事例</li> <li>・施設管理者の感染症対策に対する考え、感染症対策取り組み状況</li> <li>・医療機関関係者の結核に関する理解（管内発生状況、服薬支援の必要性、保健所との連携の必要性の理解）</li> <li>・DOTS カンファレンスの実施状況・検討内容</li> <li>・服薬に対する協力者の増加</li> <li>・HIV 感染者を取り巻く状況、感染経路実態</li> <li>・エイズ患者の感染経路、生活実態</li> <li>・住民のエイズ感染予防対策の理解</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関</li> <li>・国立療養所</li> <li>・結核委託医療機関</li> <li>・訪問看護ステーション</li> <li>・調剤薬局</li> <li>・感染症対策指導対象施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、ケアハウス、介護療養型医療施設、通所介護事業所、通所リハビリ事業所、障害者支援施設等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症発生報告数</li> <li>・施設からの感染症発生報告状況</li> <li>・結核罹患登録者数</li> <li>・結核新登録患者数（高齢者・外国人の割合）</li> <li>・新登録患者喀痰塗末陽性者数</li> <li>・DOTS 対象者数</li> <li>・HIV 感染者・エイズ患者数（推移・国籍・性別・年代・感染原因別）</li> <li>・エイズ検査利用者数（性別・年代別）</li> </ul>

診断ツール（解析ソフト）を考案（青森県の取り組み・報告書資料参照）  
「総合的地区診断手法に関する研究」地域保健総合推進事業（H19～H21）

▶各保健所は、市担当保健師を決め市町村レベルでの地域診断をともに行う体制にした。

保健所では当然やられているはずであるデータの活用が、実際には行われていない現状があり、埋もれている多くの量的および質的情報を、データとして整理し活用し、地域の保健政策に生かすことを考えた取り組みである。

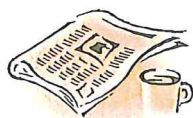
経験豊かなベテラン保健師が多い県にとって、世代交代を見据え、今までの蓄積を形にして残し伝えるという、もう一つ大きなねらいもあった。

診断ツールは、量的データのみならず、保健師等が活動で得た質的データも入力、分析できるようになっている。地域診断を実施することで保健活動の全体像がつかめるようになっている。

## 4 診断へ（アセスメントを含む）

日常の「気づき」で認識していた違和感や疑問は、死亡資料をはじめとする量的データと質的データを適切に補正し、比較を行い地域での集積性を検討することで、確かな確信に変わっていきます。そこで、この気づきや違和感の妥当性が明らかになり、重要性が確認できれば、そのリスク軽減あるいは解決に向けて活動を展開すべき健康課題であるかどうか判断はおのずと明らかになります。

さらに、地域診断によって、地域の生活関連情報、人的資源（自治会や婦人会など組織的つながり）などの地域の強みともいえる情報も積みあがっているので、明確になった健康課題を解決に向ける時の方策検討に生かすことができます。この地域（地区、団地）ならではの処方箋になるのです。すなわち、地域診断は、課題を洗い出すと同時に、その解決に向けたヒントを得る機会にもつながっているのです。



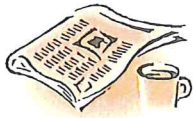
### 地域診断は、住民との対話から

地域診断の第一歩は、まず地域へ出向き、情報収集することや関係者の方々と意見を積極的に交換することである。例えば、母子保健担当者であれば、健診で“気になった乳幼児とその母親（父親）”への家庭訪問や、地域の育児サークルに参加し、様々な意見を聴くこと等もそれに該当するだろう。また、介護保険担当者であれば、様々な介護保険サービスの集計結果を参考に、地域に出向き、介護サービスの利用実態を見てくることや利用者と意見交換すること等がそれにあたる。端的に言えば、いずれの分野においても、地域を診断する材料は地域の中に散らばっているということであり、重要なことは、常日頃から問題意識や関心を持って地域に出向いているかどうかなのである。地域に出向き、まずは必要・不必要問わずに住民との対話を大切に、情報を拾い集めてくれることが地域診断への第一歩といえるだろう。（Dr. K）

◆フィールドに根付いた“ぶれない”良い流れ＝思考の道筋を築く

- \* (異動で) 担当者が変わっても目指す方向性が見失われず、切れ目なく続いていくためにも、地域診断は、必要なこと。
- \* 地域全体だけではなく、自分の担当地区の健康データにも興味が出て、地区担当ごとの特徴を活かした活動をしたと思うようになった
- \* 数字だけでなく、実際に地区活動を通して、地域の現状を把握したことを地域診断に活かしたいと思うようになった。
- \* 地域診断をしっかりとやるということは、国の言いなりになるということではなく、自分の自治体にとっての必要性を上司や事務方にも根拠を持って説明できることを実感した。
- \* 地域診断から自分達の活動の見通しも評価できるし、それを他職種や関係者に説明できる。わかりやすくして市民にも説明できる。

(地域診断の実践を通じて再認識したこと：ヒアリングから)



地域の複雑な現象をありのままに受け入れる

健康課題は、過去に増して高度化・複雑化しているため、かかわる関連要因も様々である。この複雑な現実に戸惑い、混沌とする中で、現実を白か黒かで過度に合理化（デジタル化）してしまうと、その間の多様なグレーの存在を見失う可能性が出てきてしまう。その結果、社会の動きや人々の健康・生活の理解に齟齬を生じさせることになれば、誤った地域診断（誤診）になり、ひいては活動の成果は見込めないことにもつながる。

われわれ公衆衛生に関与する専門家は、複雑な現象を呈する地域の実態をまずはしっかりと受け入れていきたいものである。そこからしか、個人、家族、集団あるいは地域が直面する健康課題には近づけない。フィールドにしっかり立ち、「主体は生活者（住民）」である視点・姿勢を崩さずに「組織の使命、将来像、および目標（mission, vision and objectives）」を確認し、行動して行きたいものである。

『今日のカルテは  
明日への資産』

他地域との比較（横断的）は、短期間での情報収集が可能だが、原因と結果の時間的側面がわからない場合が多い。一方時間的に経過を追う比較（縦断的）は、時間的推移をみることができ時間には確かに要す。しかし、既存の資料の保存が整備されていれば、過去に遡って、横断的にも縦断的のもの、見る（診る）ことはできる。要するに地域診断は忘れたころにイベントで行うものでなく、日々の積み重ねなのです。

## 1. 地域診断は PDCA \* サイクル (Plan-Do-Check-Action Cycle) の中で捉える

地域診断結果から地域の健康課題が導かれたら、その課題の解決イメージ（ゴールのイメージ/あるべき姿）を“目的”として言語化します。これが目的の設定です。目的を達成させることが、すなわち成果/効果を出すことを意味します。この時、課題解決に向けて、最も重視される対象（ターゲットの絞り込み）も設定します。「この対象が、（解決のイメージ）通りになる」というストーリーが成立します。次に、目標設定と目標に基づいた活動計画、評価の指標を設定します。評価は、一定のあるいは何らかの尺度を使って、目的がどの程度達成できたかを測定し、さらにその改善/修正/継続など見直して次の活動の企画立案に生かしていきます。この一連の流れが「Plan（計画）-Do（実施）-Check（評価）-Action（改善）」です（図3）。

PDCA \* サイクルとは、

組織的に展開される活動を「P：計画」「D：実行」「C：評価」「A：改善」の順に実施し、その活動全体を繰り返し反復させる手法や考え方です。保健活動のみならず、様々な管理活動における中心的な考え方になっています

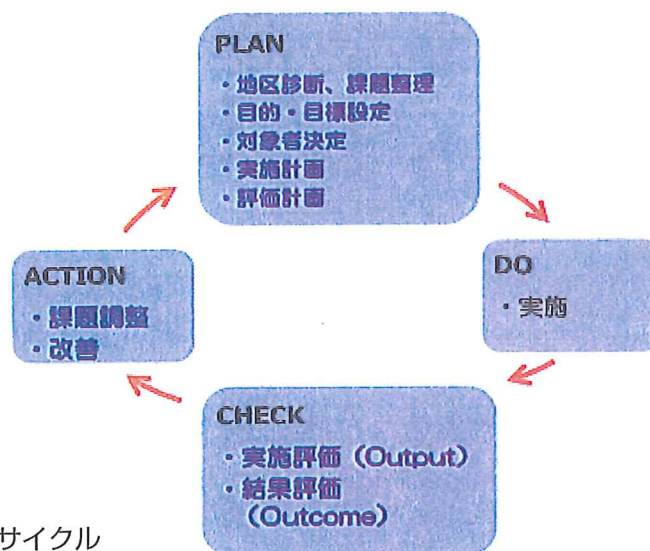


図3 PDCA サイクル

## 2. 地域診断と PDCA —活動が成長する仕組—

### 1) Plan（地域診断，活動目的/目標，実施・評価計画，実施，評価）

Plan は、単に事業計画を意味しているわけではありません。Plan には、地域診断、解決に向けた目的・優先されるべき対象者、目標の設定、活動実施計画、評価計画が含まれます。（大阪府堺市の事例を参考資料 1, 2 として提示します<sup>1)</sup>）

## (1) 地域診断（健康課題の明確化）

地域診断の方法は、Ⅲ 地域診断の方法で述べてきました。従来から①実地調査 ②統計分析 ③住民や関係機関からの意見の分析などから行うとされています。既存の保健統計や疫学的方法を駆使し科学的根拠を担保しながら、保健師が地区活動（家庭訪問や健康教育、住民との協働）で得る質的情報も重視します。これらの情報は、目的・目標に沿った活動計画を立てる際の基盤となるものです。

PDCA の考え方を保健師等、職員みなで共有できるための人材育成

—ぶれない活動・あるべき活動を—

（大阪府堺市の取組）

大阪府堺市は、事業計画・評価シートを作成し、共通シートに基づき活動が展開できる体制を目指していた。国立保健医療科学院の短期研修（公衆衛生看護管理者研修）に毎年計画的に参加している本市は、学び（PDCA手法を活用した地域ケアシステムの構築演習）を堺市のものにすべく、研修参加者をファシリテーターとして中堅者研修および係長研修で復命を兼ねて還元する仕組みを作るなどしながら、目指した体制づくりを着々と進めている。

職場内での話し合いやファシリテーターのスーパーバイズを受けながら1年間という長いスパンで取り組むこの研修は、OFF-JTで得た個人の技術を組織の技術に転換させていくプロセスでもある。

もともと地域担当制をとり、民生委員等との協働による健康づくりなど地区活動が行われている堺市は、どの地区センターでも、地域診断に地域の人的資源やソーシャルネットワークなどの質的な実態があたりまえに記載されるのが特徴であり、市民ありきの市民のためのぶれない企画力と施策力育成の一翼となるであろう。（参考資料1,2）

## (2) 目的の設定

地域診断から導かれた健康課題の解決に向けて、目的、目標を設定します。

目的は、事業/活動が達成したいこと、つまり住民の健康にどのような成果（Outcome）がもたらされることをわれわれが願っているのか（どうなるのが望ましいのか）を具体的に表現します。

例えば、「（具体的対象者）住民が、・・・することで、健康を維持できる」「50代の男性が、メタボリック症候群に関連する疾患に対する保健行動を行うことで、健康的な生活を送ることができる」などです。

目的を設定した時点で、この目的を達成させるための活動は、対策<sup>2)</sup>、施策<sup>3)</sup>、事業<sup>4)</sup>のどのレベルの活動に相当するのかが確認してあることが大切です（図4）。

1) 大阪府堺市は、国立保健医療科学院・短期研修の計画的受講を経て、既存の自組織作成シートを改変し、人材育成を視野に入れた中堅者/係長研修で普及を図っている。資料はその演習成果物である。なお、科学院のシートも参考に添付する。

2) 対策とは、国または自治体として、一定の分野や問題についてどのような方針と理念で取り組むのかを示すもの。

3) 施策とは政策/対策を実現するための様々な取り組みを、一定のグループにまとめたもの

4) 事業とは特定の施策の中に含まれる具体的な取り組み。通常は文字通り「〇〇事業」



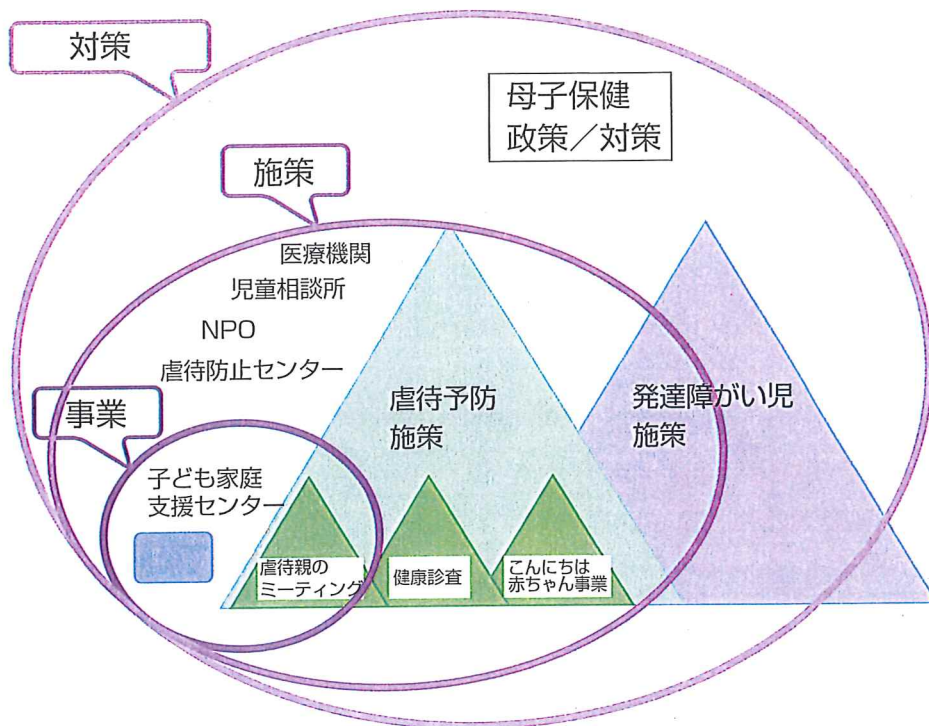


図4 システムにおける事業/活動の位置づけ

### (3) 目標の設定

目的が決まれば次は、その目的を達成するための条件を考えます。この条件が目標であり、生じてほしい変化を表現したものになります。

目標は、一つではなく複数個設定される場合が多いようです。例えば、「住民が、〇〇の行動が取れる(△△ができる)」,「〇〇機関が、◇◇行動が取れる(△△ができる)」などです。目標一つ一つがクリアされることで、目的を達成させることに近づいていくと考えます。目的の達成がすなわち成果(Outcome)ということになります。

成果を導くためには、単一の事業や個人の努力では困難で、いくつかの機関や職種、事



#### 住民の組織力を味方に

地域診断から導かれた健康課題を解決するための手段(活動計画に書かれる介入/支援方法)は、すべてが行政施策で実施すればいいものでもないかもしれません。むしろ住民の主体的な取り組みや既存の住民組織活動が培ってきた力を借りた方が、功を奏す場合があります。その意味では、行政サービスそのものが、時代変化の要請や住民の意思をくみ取り、反映されたものをモニタリングしていく政策診断も一方では重要です。施策化は地域診断と政策診断が結びついて成り立っているとと言えます。

業や地区活動、住民の協力など種々が相互補完的に層をなす必要があります。  
 目標の表現については、目的と同様に、住民への理解の得やすさや異動時の引き継ぎ、評価のしやすさを考慮し、抽象的な表現より具体的な表現が望ましいといえます（図5）。

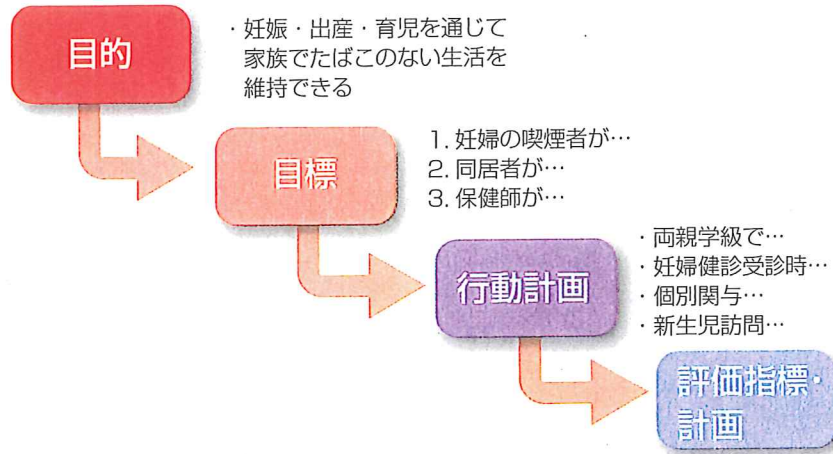


図5 目的・目標と行動計画との関係



### Point! 目標の表現のポイント

- ◇対象（主語）を明確にする（誰が…，〇〇機関が…，△△職が…）
- ◇変化（目指す姿）を述語として盛り込む（…ができる。…がわかる。…になる。）
- ◇評価ができる表現，相手にわかりやすい表現を心がける。  
 （専門用語や抽象的表現はなるべく避けたわかりやすい表現を心がける）
- ◇優先度の高いものから記載する

#### 例) 母子保健

目標1 乳幼児を育てる親が、子育てにかかわる心配ごとを一人で抱え込まずに相談できる。→相談できる人を有する人の数

目標2 育児にかかわる相談を受ける関係者（保健師や保育士など）が、あらゆる場面で安心して話せる環境を提供できる。→相談者の増加（場面ごと）

#### 生活習慣病

目標1 自分の健診結果を理解し、体の状態・変化に気づくことができる

目標2 自らの行動目標を自らの意思で設定することができる

目標3 対象者自身が、目標にむけてセルフケアができる

目標4 交流の場の情報を持ち、活用することができる

目標5 保健指導担当者が、潜在的力量を引き出す相談スキルを発揮できる

#### (4) 事業 / 活動計画

次にその目標を達成するためには、どのような事業あるいは活動を実践することが望ましいかを熟慮し、具体的な事業 / 活動計画を立てていきます。目的や目標と乖離すること

なく、忠実にそして具体的に計画をたてます。

目標は叶えるためには、一つの事業で完結することは稀であり、多くは、いくつかの事業が相互に関連しあって目標が達成されるのが常道です。

事業/活動を計画するとき、そもそも、“既存の…”, “前例踏襲で”, “昨年も実施したので”といった理由で事業/活動を計画するのではなく、あくまでも一つ一つの事業がどの目標達成に寄与する事業なのか、目標達成のためにどのような事業/活動が求められるのかを考慮します。

#### 《評価とは》

「将来のために現在の活動を改良したり、よりよい企画を行うために体系的に経験から学び、学んだ教訓を生かすこと」WHO

「あるものの価値や有用性を判断するためのプロセスである」

(Suchman,EA, :Evaluative Research. New York, Russell Sage Foundation,1967)

「活動の適切性や効果や影響をその目的に照らして、できるだけ系統的にかつ客観的に決定しようとするプロセス」

Last (John M.Last, 2000)

### (5) 評価計画を立てる

#### 《評価を行う理由》

絞り込んだ対象に対し、目指した健康状態(目的)がどの程度達成できたかという成果と事業/活動の方法の確かさを確認するために評価は行われます。

また、評価を行うことで、可能な限り早い段階で計画の見直し・改善を仕掛けることができるという利点があります。さらにもう一つ理由を加えれば、行政は住民に対し「説明する責任(accountability)」があるという点です。活動/サービス提供側の判断や判断に基づく行動を社会(住民)に説明する責任のことです。これを怠るということは、提供側(活動を行う側)が何をしているのか、なぜその事業/活動なのか、何が住民の利益につながるのかを説明しないということです。逆に説明責任を果たすことで、恣意的で不明瞭な権威の行使を監督し、ニーズに沿わない施策や事業/活動を明確にし、新しいアプローチの可能性を導くことになるのです。

#### 《評価チームを作る》

評価計画は、活動計画を実行(Do)の前に既に立てることが重要です。

評価を効果的に行うためには、評価チームを組む必要があります。評価は1人であるいは保健師のみで行うのではなくチームで行うのが理想です。チーム構成は、例を挙げれば活動スタッフ・事務担当者・予算担当者、住民とその周辺の者・理解を促したい人などです。特に事務担当者や予算担当者は、成果を見てもらうだけでなく、活動内容への理解

を促す意味でも大切です。逆に関係者を巻き込めない評価は、関係者の関心や価値観を活動に引き寄せることにつながりにくいために、今後の方向性や継続に影響を及ぼす可能性さへあります。

また、チームによる評価活動は、組織内の対話を促進し、気づき、思考を育み、積極的行動化を育む力があるとも言われており、組織の一体感、団結力のある風土づくりにもつながる可能性があると考えます。

### 《評価指標を設定する》

評価は、インプット（企画評価・ストラクチャ評価）、アウトプット（実施評価・プロセス評価）、アウトカム（結果評価）の3部構成で考えてみます（図6）。

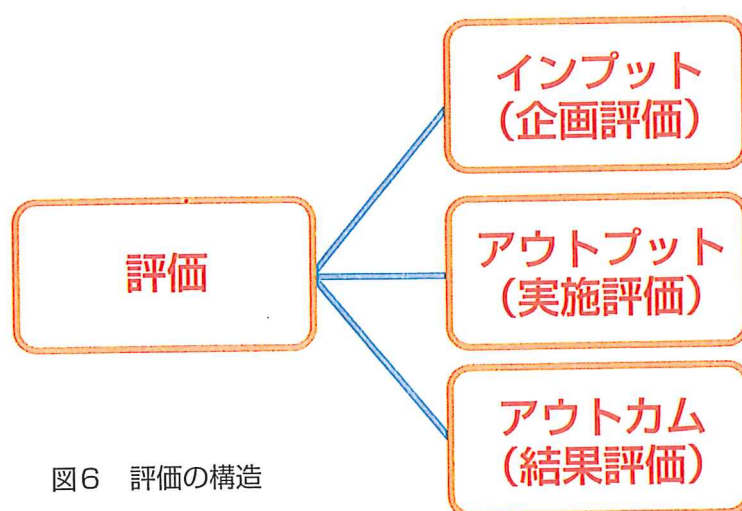


図6 評価の構造

### ○結果評価（アウトカム指標）

まず重要な指標がアウトカム指標です。「目的」がどの程度達成できたかを評価します。つまり、地域診断結果から導きだされた健康課題に対し、目的や目標を設定したので、結果評価も、健康課題が改善された姿にどれだけ近づいているかを表現する形になります（ex. 健康寿命、死亡率、有病率、QOL 指標、健康的な生活習慣、糖尿病治療中断者の数や、3歳の虫歯保有率、子ども虐待死亡事例数、高齢者虐待相談対応件数など）。

評価は、できる限り経年的または他の地域と比較できるように設定します。一度システム化してしまえば経年的にモニタリングできる点で、資料としてもわかりやすく、説明しやすい指標です。

アウトカム指標は、ベースラインからの「変化」を測定し、例えば「得点化」するもので用意していた指標を測るような場合と質的な方法（参加者にとっての参加の意義や価値や効果は語り言葉で表現されるもの）を上手く組み合わせで作ります。



## Point!

### 例) ○母子保健

- ・心配ごとを相談できる人数の割合
- ・ホームドクターを持っている親の割合 乳児 H20 ( ) % → H21 ( ) %  
1 ~ 3 歳 H20 ( ) % → H21 ( ) %
- ・ある程度の自信を持って育児ができる人数の割合 ( ) %
- ・虐待通報件数

### ○生活習慣病対策 (特定保健指導)

- ・自分の健診結果を理解し、体の状態・変化に気づくことができる (人数・割合)
- ・自らの行動目標を自らの意思で設定することができる (人数・割合)
- ・対象者自身が、目標にむけてセルフケアができる。 (人数・割合)
- ・対象者が自ら仲間や家族に健康について語る事ができる (人数・割合)
- ・交流の場の情報を持ち、活用することができる (人数・割合)
- ・ステージの変化 積極的支援 → 動機付け支援・情報提供, 動機づけ支援 → 情報提供
- ・肥満度・血液検査・メタボリスク個数
- ・目標達成率, 継続率 (ドロップアウト率), 死亡率・要介護率, 有病率・有所見率, 生活習慣病関連医療費, QOL

### ○実施評価 (アウトプット指標)

良いアウトカム指標を導くために努力したプロセスを評価するための指標が実施評価 (アウトプット指標) です。

アウトプット指標は、どのような手法でどのくらいの量を投資してアウトカム指標 (効果) を導いたのかあるいは逆に導けなかったのかのメカニズムを明らかにしていくものです。各々の活動計画を実施した回数, 受診率や研修会 / 講演会などの参加者数, 参加者数のうち計画時に絞り込んだ対象者の割合 (数), 参加満足度など実施したか否かが指標となります。



## Point!

### 例) ○生活習慣病

- ・健診回数, 参加者数 　・保健指導実施回数, 参加者数 　・受診率・保健指導実施率
- ・知識: メタボと生活習慣との関連について知識向上
- ・意識: 生活習慣を見直し, 行動に変化を及ぼす決心をした人の数 (割合)

自分たちの行動を数値で表現されやすいアウトプット指標は、比較的实践現場で年度末に行う事業評価に近いのではないのでしょうか?

重要なポイントは、アウトプット指標がゴールになってしまわないように意識することです。例えば健診受診率は、健診を受け、ひとりでも多くの方が健康生活（病者であれ障害者であれ）への一步を踏みだし、自分らしい豊かな生活を手に入れるためのプロセスですから、結果評価ではなく、すなわち目的ではありません。

### ○企画評価（インプット指標）

メカニズムを明らかにするためには、プロセス評価以外にストラクチャー評価といわれるインプット指標（企画評価）があります。活動計画に盛り込んだ活動の手法や投入する人材、根回し、会議日時、研修日時も含めた準備、講演会や研修会の企画は、目標に対して妥当であったか、絞り込んだ対象者にとって妥当であったか、提示した資料は対象者にとってあったか、講師の選定は妥当であったかなどです。

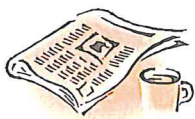
### 2) DO ここまできたら、さあ事業 / 活動実開始

「気づき」「違和感」から出発し、評価指標も設定して活動計画を立案してきました。ここからは実行する段階です。

### 3) CHECK - ACTION 評価・見直し

計画を実行した後は、アウトプット指標に沿って実施評価をします。アウトカム指標が、一定期間を経た後に評価を行うのに対し、アウトプット指標は、事業 / 活動実施の後にすぐに行います。インプット指標も一部、評価は可能になります。費用が予測の範囲であったか、講師の妥当性などです。

計画段階で期待した結果に至らず、指標を達成できない場合もあります。その理由には、活動計画（活動の手段）が不適切であった場合、あるいは、対象の絞り込みの段階で非現実的であるなどの場合、あるいはその両方の場合などが想定されます。しかし、早期にその欠点に気づき、早めに計画修正ができれば効果が得られない方法を延々と続けるような



地域診断の材料は、横断的比較（地域、他地域、全国など）、縦断的比較（経時的など）、集団内比較（性、年齢階級、職種など）を行います。そしてそこから、導かれた違い（特徴や課題）に関連する要因を探ります。関連要因には、疾病が増加するような発生要因（例えば、喫煙とがんの関係など）と疾病を抑制させるような抑制要因（例：緑黄色野菜の摂取とがんの関係、人々のつながりと孤独死や自殺の関係など）があります。抑制要因が分かれば、抑制要因が増加するような活動 / 対策を行い、発生要因が分かれば、発生要因を減少させるように取り組めば良いのです。さらに課題の重要度 / 優先度は、課題の値は依然として高値でも、減少し始めている場合や高値でさらに高値になっている場合では、後者が緊急度として高くなります。

非効率の解消になるのです。

#### 4) 結果を見せる

PDCA サイクルで根拠に基づき活動を進めてきた場合、地域診断から評価までのストーリーが成立しており、論理的な説明が可能になります。プレゼンテーション技術も駆使しながら、報告書などにまとめることや学会報告、会議の場や住民への健康教育の場、広報等で関係者や住民にフィードバックしていくことが可能になります。

### 3. PDCA の妥当性の評価

Planとして地域診断から課題抽出、目的・目標の設定、評価（成果）指標の設定、成果を導く活動計画策定まで、Doとして実行、その後の見直し・修正更なる次のActionへの流れを見てきました。このPDCA サイクル全体の妥当性を評価することもより精密なPDCAで、スパイラルアップを狙うには、以下のチェックポイントが参考になるでしょう。

#### ■妥当性 (Relevance)

「目的」「目標」は評価時においても住民のニーズと合致しているかを検討する。

#### ■有効性 (Effectiveness)

「目標（短期）」は現状と乖離していないか、無理のない達成可能な目標か、「目的」にその「目標」達成はどれだけ貢献するかを検討する

#### ■効率性 (Efficiency)

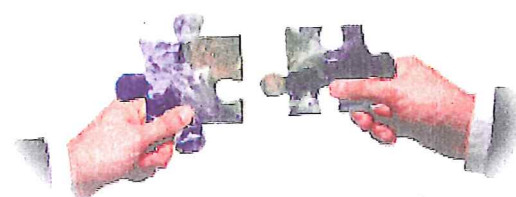
予算措置され、「投入」されたコストと「目標」「目的（成果）」の達成度合いに見合っているか。計画と投入の質、量、時期は適切かを検討する。

#### ■インパクト / 影響度 (Impact)

「目的」の達成状況をはじめ、活動計画がこれから実行 / 実施されることで生じる直接的・間接的な正・負の影響の有無と内容を検討する。

#### ■自立発展性 (Sustainability)

このPDCAによって得られた利益（住民のQOL）次第では、今後も継続される見込みがあるかどうかを、組織体制、制度、技術、予算の視点から検討する。





## PDCA で成果を見据えた活動～あるべき活動へ～

(高知県香南市と高知県中央東保健所の取り組み・報告書資料参照)

▶ 評価計画も含んだ活動計画を関係部門が共有しやすい形に！

高知県香南市は、市の健康増進計画策定、進行管理、見直しにあたり健康づくり推進委員会を設置している。市は、保健所が管内の地域診断を本来業務に位置づけていることを活用し、健康増進計画を、地域診断結果をベースにPDCAサイクルで進める体制を委員会の中に根付かせた。保健所の働きかけもあり、PDCAサイクルを意識して図式化（設計図）したので、目標達成を見据えた事業計画と評価計画を説得材料に、各課/各職種の役割分担を4課で共有できた。

香南市は経験を通し、保健所や保健所長の役割を、医師会長や医師会の調整やコホート研究結果など疫学的なデータ解析を含む地域診断結果を導くこと、さらに、市長、副市長や国保や介護保険担当課長などへの外部からの働きかけなどの支援を得て、全庁的に基本方向を確認できる道筋を築くことができた実感していた。



参考資料1 S市業務活動評価シート

実施年度		事業名		
22年度		若年成人への運動に関する健康づくり		
目的(上位目標)		若い年代層(20~40歳代)が、運動習慣を身につけることで、健康な毎日を送る。		
地域の現状・ニーズ・課題		目標	内容と方法(対象・連携先)	評価指標・観点
現状	課題			
<p>◎&lt;健康S市21中間評価より&gt; ・20~40歳代の89.1%(女性のみでは91.2%)が運動不足と感じている。 ・20~30歳代の女性で意識的に体を動かすよう心がけていない割合が高い。 ・20~40歳代の16.8%(女性のみでは13.8%)がいつも意識的に体を動かすよう心がけている(全体では31.8%)。 ◎&lt;平成20年度D幼稚園保護者へのアンケート&gt;(n=240、30~40歳代) ・94%が運動不足と感じ、83%が運動したいと思っている。 ◎&lt;平成21年度運動教室に関するアンケート&gt;M区の子育てサークル・小学校の保護者を対象(n=791、20~40歳代が781人98.7%) ・90.3%が運動不足と感じ、86.1%が運動できる機会があれば参加したいと思っている。</p> <p>○平成21年度実施したバランス・BODY教室(20~40歳代を対象とした運動教室)から、S小学校区に運動自主グループが1つでき、週1回程度Sコミュニティセンターを中心に活動(S小学校区バランス・BODY)。メンバーは10人、毎回の参加人数は3~6人/回。 ○S小学校区バランス・BODY以外の既存の運動自主グループは、60歳以上の方の参加が多い。 ○M区健康推進委員会は、ウォーキンググループア7つ・軽登山グループ1つ・体操グループ2つで構成されている。 ○K小学校体育館が、シャワールームやミーティングルームも整備された地域体育館としてH22.3月に改築され、地域住民の利用を校長も望んでいる。 ○Y小学校区の数名の方から、運動の自主グループを作りたいという意見がある。 ○月2~3回、歩こうデーを設定して、ウォーキング人口を増やす取組を実施している。</p>	<p>◎若年層に対して、保健センターが運動に関する知識を提供する機会が少ない。 ◎若年成人が運動不足を感じ、運動したいと思っているが、実際に身体を動かすよう心がけている人は少ない。</p>	<p>1. 若い年代層が、運動を中心とした健康づくりに関する知識を得ることができる。 2. 若い年代層が、運動に関する知識を得て、自身の運動習慣を見直すことができる。 3. 若い年代層が、自身の運動習慣を見直し、運動を実施しようという気持ちになる。 4. 若い年代層が、運動習慣を身につけることができる。 5. 保健センターは、若い年代層の運動自主グループの活動を支援する。</p>	<p>【運動に関する周知】 1-①運動の必要性・自宅でできる運動・運動施設等についてチラシ配架・パネル展示・広報や美原保健センターホームページへの記事掲載。 3-①関係機関の協力も得て、歩こうデーや運動できる場があることを周知し、運動のきっかけをつくる。 【運動に関するアンケートの実施や現状把握】 2-①自身の運動習慣を見直すことのできる運動習慣見直しアンケートを実施する。 5-①若い年代層の運動に関する現状(運動をしているか否か・運動をしていない理由・どのような場所で運動しているか・グループでしているのか個人でしているのか等)を把握する(運動習慣把握アンケート)。 5-②保健センター事業から派生した以外の若年層中心の運動自主グループ(社会資源)の状況把握を地区担当保健師や関係機関と連携して行う。 【20~40歳代を対象とした運動教室の実施】 1-②若い年代層を対象とした運動教室を実施し運動に関する知識を付与する。 2-②運動教室で、自身の運動習慣を見直す内容を取り入れる。 3-②運動教室で、運動実技を実施し、体験を通じて運動の継続を促す。 4-①運動教室を実施し、若い年代層を中心とした運動自主グループを育成する。 【運動自主活動グループへの支援】 5-③自主グループ「S小学校区バランス・BODY」の活動を継続・活性化を支援する。そのために、M区健康推進委員会への参加を促す。 5-④保健センター事業から派生した以外の自主グループに対して、必要時、協力・支援する。</p>	<p>【運動に関する周知】 1-①運動に関する情報提供は、適切な場所・方法・内容・時期であったか。 3-①-a歩こうデーの周知の協力を依頼した関係機関は、効果的に若年層にPRできる場であったか。 3-①-b歩こうデーやM区体育館の教室は、若い年代層が運動習慣を身につけられる情報を提供できたか。 【運動に関するアンケートの実施や現状把握】 2-①運動習慣見直しアンケートは適切な内容(見直しを促せる内容)・実施場所だったか。 5-①運動習慣把握アンケートは適切な内容(若年層の運動習慣が把握できる内容)・実施場所だったか。 5-②自主グループの状況把握は効果的な対象・方法だったか。 【20~40歳代を対象とした運動教室の実施】 1-②教室は運動に関する知識を付与する内容か。 2-①教室は運動習慣を見直すことのできる内容か。 3-②教室は運動実技の体験ができ継続を促すことのできる内容か。 4-①教室は自主グループを育成する内容か。 【運動自主活動グループへの支援】 5-③「S小学校区バランス・BODY」への関わりは継続・活性化を支援する内容か。 5-④自主グループへの協力・支援は適切だったか。</p> <p>【運動に関する周知】 1-①チラシ配布枚数、パネル展示場所数。広報やホームページへの掲載回数。 3-①歩こうデーや運動のできる場の周知を行った方法と回数。 【運動に関するアンケートの実施や現状把握】 2-①運動習慣見直しアンケート実施数・回収率。 5-①運動習慣把握アンケート実施数・回収率。 5-②運動自主グループの把握状況。 【20~40歳代を対象とした運動教室の実施】 1-②-a教室の参加人数・参加者属性・参加率。 1-②-b教室で運動に関する知識を提供した回数。 2-②教室で運動習慣の見直しを促した回数。 3-②教室で運動実技を実施した回数。 4-①教室で自主グループの育成を促した回数と内容。 【運動自主活動グループへの支援】 5-③-a「S小学校区バランス・BODY」の支援回数。 5-③-b「S小学校区バランス・BODY」に健康推進委員会への参加を促した回数。またその後の参加回数。 5-④把握した自主グループへの協力・支援の回数。</p>
				<p>【運動に関する周知】 1-①運動に関する情報提供は、適切な場所・方法・内容・時期であったか。 3-①-a歩こうデーの周知の協力を依頼した関係機関は、効果的に若年層にPRできる場であったか。 3-①-b歩こうデーやM区体育館の教室は、若い年代層が運動習慣を身につけられる情報を提供できたか。 【運動に関するアンケートの実施や現状把握】 2-①運動習慣見直しアンケートは適切な内容(見直しを促せる内容)・実施場所だったか。 5-①運動習慣把握アンケートは適切な内容(若年層の運動習慣が把握できる内容)・実施場所だったか。 5-②自主グループの状況把握は効果的な対象・方法だったか。 【20~40歳代を対象とした運動教室の実施】 1-②教室は運動に関する知識を付与する内容か。 2-①教室は運動習慣を見直すことのできる内容か。 3-②教室は運動実技の体験ができ継続を促すことのできる内容か。 4-①教室は自主グループを育成する内容か。 【運動自主活動グループへの支援】 5-③「S小学校区バランス・BODY」への関わりは継続・活性化を支援する内容か。 5-④自主グループへの協力・支援は適切だったか。</p>
				<p>【運動に関する周知】 1-①チラシ配布枚数、パネル展示場所数。広報やホームページへの掲載回数。 3-①歩こうデーや運動のできる場の周知を行った方法と回数。 【運動に関するアンケートの実施や現状把握】 2-①運動習慣見直しアンケート実施数・回収率。 5-①運動習慣把握アンケート実施数・回収率。 5-②運動自主グループの把握状況。 【20~40歳代を対象とした運動教室の実施】 1-②-a教室の参加人数・参加者属性・参加率。 1-②-b教室で運動に関する知識を提供した回数。 2-②教室で運動習慣の見直しを促した回数。 3-②教室で運動実技を実施した回数。 4-①教室で自主グループの育成を促した回数と内容。 【運動自主活動グループへの支援】 5-③-a「S小学校区バランス・BODY」の支援回数。 5-③-b「S小学校区バランス・BODY」に健康推進委員会への参加を促した回数。またその後の参加回数。 5-④把握した自主グループへの協力・支援の回数。</p>
				<p>1-A教室参加者の運動に関する知識の習得状況(割合) 2-A運動習慣見直しアンケートで運動習慣の見直しができたと答えた人の割合の増加。 2-B教室で運動習慣の見直しができたと答えた人の割合の増加。 3-Aいつも意識的に体を動かすよう心がけている人の率の増加。 3-B運動不足と感じている人の割合の減少。 3-C運動できる機会があれば参加したいと考える若年層の増加。 4-A運動教室の参加申込数の増加。 4-B教室参加者の運動に関する意識・行動変容のステージの変化。 4-C運動教室を実施した結果、育成された運動自主グループの数。 5-A「S小学校区バランス・BODY」の参加者数の増加</p>

(案)

所属		記載者	
M保健センター		M	
測定方法・時期	目標値	実施状況・結果	考 察・次への課題
実施報告書を用いて、スタッフカンファレンスや係内会議で検討。	<p>【運動に関する周知】</p> <p>1-①適切だった</p> <p>3-①-a効果的だった</p> <p>3-①-b提供できた</p> <p>【運動に関するアンケートの実施や現状把握】</p> <p>2-①適切だった</p> <p>5-①適切だった</p> <p>5-②効果的だった</p> <p>【20～40歳代を対象とした運動教室の実施】</p> <p>1-②/2-①/3-②/4-①適切だった</p> <p>【運動自主活動グループへの支援】</p> <p>5-③支援する内容だった</p> <p>5-④適切だった</p>	<p>【運動に関する周知】【運動に関するアンケートの実施や現状把握】に関する項目は次年度実施予定。</p> <p>【運動教室の実施】</p> <p>1-②/2-①/3-②/4-①教室実施前加算にて検討し、教室実施中にも担当者で再確認し、適切に実施した。</p> <p>【運動自主活動グループへの支援】</p> <p>5-③今年度の運動教室への参加を促し振り返りの場としたり、参加勧奨用チラシ作成のアドバイスをするなど活動を継続・活性化を支援する内容だった。</p> <p>5-④グループ把握とともに次年度実施予定。</p>	<p>【運動に関する周知】【運動に関するアンケートの実施や現状把握】は、次年度実施予定。</p> <p>【運動教室の実施】</p> <p>昨年度に運動教室に関するアンケートを実施し、効果的な教室運営について検討したうえで教室を開催することができ、区内に2つ目の若い年代層を中心とした運動自主グループを育成することができた。今後、地域の状況に應じながら、すべての校区に1つグループを育成していくことを目標とする。</p> <p>教室参加申込数が目標に達しなかったことについては、周知方法に課題があると考えられる。次年度は、広く運動に関する意識・行動変容ができるよう地域を限定せずに周知し、かつ、自主活動グループ化を目指す地域にはより充実した周知を行う等の工夫が必要である。</p>
<p>【運動に関する周知】</p> <p>1-①/3-①年度末に集計</p> <p>【運動に関するアンケートの実施や現状把握】</p> <p>2-①/5-①年度末に集計</p> <p>5-②地区担当保健師や健康推進委員会メンバーへの聞き取り</p> <p>【20～40歳代を対象とした運動教室の実施】</p> <p>1-②/2-②/3-②/4-①実施報告書やスタッフカンファレンスで確認</p> <p>【運動自主活動グループへの支援】</p> <p>5-③-a/5-④実施報告書や健康推進委員会会議録で確認</p> <p>5-③-b健康推進委員会会議録で確認</p>	<p>【運動に関する周知】</p> <p>1-①チラシ200枚/パネル展示2ヶ所/広報掲載1回/H/Pへの掲載</p> <p>3-①各関係機関に1回</p> <p>【運動に関するアンケートの実施や現状把握】</p> <p>2-①/5-①100枚以上/回収率75%以上</p> <p>5-②年度で1回以上</p> <p>【20～40歳代を対象とした運動教室の実施】</p> <p>1-②-a定員以上/属性20～40歳代/参加率75%</p> <p>1-②-b/2-②/3-②/4-①毎回</p> <p>【運動自主活動グループへの支援】</p> <p>5-③-a教室参加含め5回以上</p> <p>5-③-b参加の促し1回以上/その後毎回参加</p> <p>5-④協力依頼があって1回以上</p>	<p>【運動に関する周知】【運動に関するアンケートの実施や現状把握】に関する項目は次年度実施予定。</p> <p>【運動教室の実施】</p> <p>1-②-a参加人数は定員に達せず/平均年齢38.7歳(31～45歳)/参加率76.9%</p> <p>1-②-b/2-②/3-②/4-①実施&lt;バランス・BODY教室概要&gt;</p> <p>実施日時：10月28日,11月4・18日(木)</p> <p>いずれも10時～11時30分</p> <p>実施内容：ヨガ・ウォーキング等</p> <p>周知方法：小学校からチラシ配布、広報特記事項：チラシは若年層向けのイラスト使用、S小学校区バランス・BODYへの支援の場も兼ねる</p> <p>【運動自主活動グループへの支援】</p> <p>5-③/5-④達成した。</p> <p>5-④グループ把握とともに次年度実施予定。</p>	
<p>1-A/2-B/4-B</p> <p>教室参加者へのアンケート実施。ならびにスタッフカンファレンスで確認</p> <p>2-A/3-C運動に関するアンケートを実施</p> <p>3-A/3-B新健康S市21のアンケート結果</p> <p>4-A教室予約者名簿。</p> <p>4-C教室終了後に育成された運動自主グループへの支援の実施報告書</p> <p>5-Aグループリーダーへの聞き取り。</p>	<p>1-A100%</p> <p>2-Aアンケート実施初年から3年後に+20%</p> <p>2-B100%</p> <p>3-A現状16.8%⇒25%</p> <p>3-B現状89.1%⇒75%</p> <p>3-C現状86.1%⇒90%</p> <p>4-A定員超え</p> <p>4-B全員のステージup</p> <p>4-C1グループ以上</p> <p>5-A25%up</p>	<p>1-A90%が「運動の必要性を理解できた」もしくは「具体的な運動を知ることができた」と答えた</p> <p>2-A/3-A/3-B/3-C次年度実施予定。</p> <p>2-B60%が「自身の運動習慣を振り返り見直すことができた」と答えた</p> <p>4-A達せず</p> <p>4-B100%が「教室に参加して運動習慣に対する意識や行動の変化があった」と答え、90%が「学んだことを個人で実施しようと思っている」もしくは「学んだことを個人で実施している」と答えた</p> <p>4-C1グループ(Y小学校区)</p> <p>5-Aおおむね50%up</p>	

## 参考資料2 様式1：活動／事業の位置づけを確認するシート

所属：（ ） 氏名：（ ）

◆政策名：

◆政策全体の目的

施策名	施策の目標	活動／事業名 (目標との関連)	事業の対象・実施主体
.	1) 2) 3) 4)		

参考資料2 様式2：活動にまつわる関係組織・機関・人材の関連図

所属：( ) 氏名：( )

Legend for relationship types:

- : 連携/協力体制が密に良好な関係が継続されている。
- : 連携/協力体制がとれている
- - -● : 今後、連携/協力体制を強化したい

参考資料2 様式3：事業（活動）および評価計画

所属：（ ） 氏名：（ ）

◇活動/事業名：

◇活動/事業目的：

◇対象(者)及び対象者数：

◇実施期間・回数：

◇予算・拠出法令等：

◇参加者数： 実

人 延べ 人

活動/事業が開始された背景・地域の特性	現 状	課 題	目 標	事業概要 (企画～実施内容～事後 等)	評 価 計 画			評価結果
					評価段階と指標	評価の時期	測定方法	
					目標			
				企 画 の 評 価	プログラム			
					評価計画			
					実 施 評 価			
					目 標 達 成 度			
					結 果 評 価			

V

地域診断の推進体制

公衆衛生活動における地域診断は、医療システム、経済情勢、雇用/就労、福祉行政、教育状況など社会学的情報や生活環境情報、統計情報を相互補完的に結びつけて総合的(包括的に)にアセスメントしていくことが必要であることを述べてきました。また、しかしながら、これが十分行われるだけの体制が実践現場において十分であるとは言い難い状況にあります。

そこで、市町村・都道府県(保健所)・地方衛生研究所・大学(疫学/公衆衛生学)、国民健康保険連合会等が各関係部署の役割の相互理解を深めつつ、各々の立場や機能/役割を活かし、『多機関協働』で、地域診断に取り組める体制が必要であると考えます(図6)。

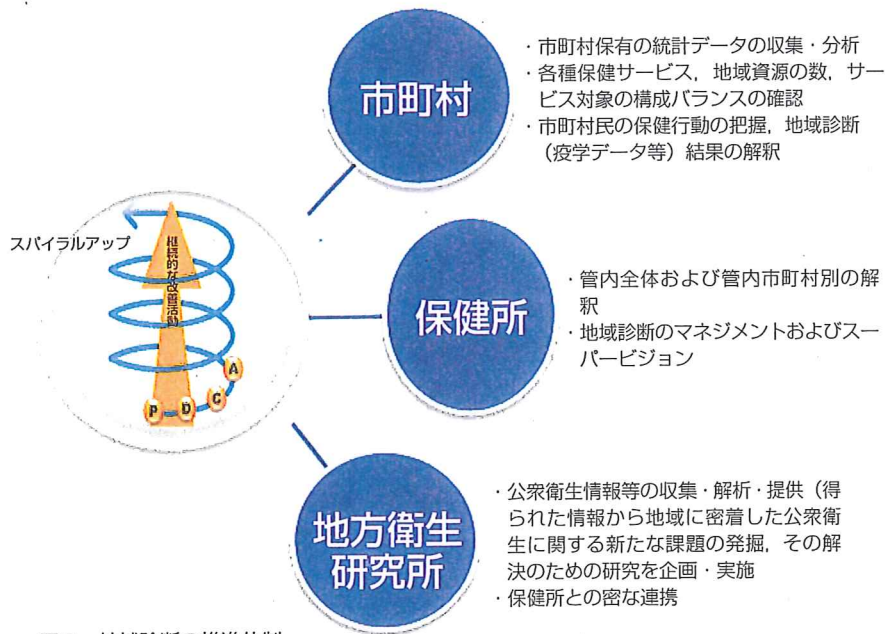


図6 地域診断の推進体制

## 1. 市町村の役割

地域課題のリスク軽減/解決は、時として行政が講じる対策のみでは不完全で、地域住民の主体的取組が一体となり、果たされることがあります。行政に携わる保健師が、どれだけ敏感に時代変化を捉え、どれだけリアルに住民の意志や地域の実情をくみ取っているか、そしてそれらに基づいて施策を組み立て、実施評価していくかを一連の流れとしてモニタリングしていけるどうかにかかっているということはありません。

市町村は、住民サービスの第一線機関であり、住民のリアルな生の声や健康行動、生活実態を把握できる位置にいます。この立ち位置を十分に活用して、地域診断に必要なまちづくりに関連する質的データ収集と地域診断に基づく計画的な活動を展開したいものです。そして迷った時には、保健所を存分に活用することをお勧めします。

- 市町村保有(統計情報部署)の統計データの経年的な収集・分析ができる仕組みづくり
- 各種保健サービス、地域資源、サービス対象の構成バランスの確認(ポピュレーション

アプローチとハイリスクアプローチ), 活用度等など質的データを必要に応じて継続的に収集できる仕組みづくり

■市町村民の年代別・性別保健行動の把握

■地区活動から得られる日常的な「気づき」の言語化

■統括保健師（リーダー的立場）の保健師は、地域診断のシステム構築に向けた環境整備を図る

## 2. 保健所の役割

保健所は、市町村支援機能（協働）や保健所としての管内診断ができる機能 / 役割を持っており、また、専門職の総合力を活かした情報分析が可能な位置にいます。市町村のニーズを察知すれば、関連要因を発見する役割が保健所に求められます。保健所保健師は、データ解析、アセスメントを自らが奮闘することはもちろんよいことですが、保健所長、管理栄養士等保健所内での専門家の活用や大学（疫学教室や公衆衛生学教室）などを頼ることも選択肢の一つになるでしょう。

■既存の統計資料の照合・解析

■保健所（長）の役割

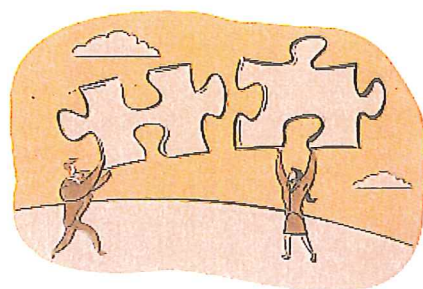
保健所機能をフルに発揮した地域診断のマネジメント・スーパービジョン

■保健師の役割

- ・統計情報の解析結果の市町村への還元
- ・保健所が導いた地域診断（疫学データ等・小票など）結果の解釈
- ・管内全体および管内市町村別の解釈
- ・比較分析の解釈（全国、県、市町村、経時的に過去5年毎程度の比較）
- ・各市町村への還元に向けた資料化（プレゼン用資料）

\* 統括保健師は、保健所の役割 / 機能の有効活用に向けた所内連携はもちろん管内市町村や地方衛生研究所等との調整機能を果たすなど、保健師活動が根拠に基づく活動として展開すべく環境調整を図る。

- ・必要に応じて管内市町村の P-D-C-A（課題抽出・目的・目標・計画・評価）へのスーパービジョン



## ◆保健所の役割

- \*ヘルスプロモーションの中で、いかに保健師の環境設定の役割が大きいかを学んだ、保健所から市町村に対しても協働の姿勢で結果を返していきたい
- \*町村だけでは現場の流れにとどまり、地域全体を俯瞰的に見ることが困難。町村は現場対応が必至。多少強引に保健所がリーダーシップをとって一緒に考えてほしい
- \*地域診断結果を活かしつつ効果的に活動するためには、課を超える必要があり、医師会との折衝が必要になる。そのための調整機関/者として、やはり統括的に動ける保健所(長)の存在が大きい。

(インタビューより)

3. 地方衛生研究所<sup>1)</sup>の役割

地方衛生研究所（都道府県、指定都市等における衛生行政の科学的かつ技術的中核機関）の設置/活動の目的には、研修指導<sup>1)</sup>及び公衆衛生情報等の収集・解析・提供<sup>2)</sup>を行うことも含まれており、具体的には、「健康事象に関する疫学的調査研究」や「健康の保持及び増進に関する調査研究」、「地域保健活動の評価に関する調査研究」などが明記されています。

さらに、地方衛生研究所の機能強化策として、公衆衛生情報等の収集・解析・提供業務について、得られた情報から地域に密着した公衆衛生に関する新たな課題を発掘し、またその解決のための研究を企画・実施するものとしていること、またその際には、関係行政部局、保健所等との緊密な連携が期待されているのです。

- 1) 研修指導：保健所の職員、市町村の衛生関係職員その他地域保健関係者の人材の養成及び資質の向上を目的とした研修指導
- 2) 公衆衛生に関する情報の収集・解析：関係行政部局、市町村及び地域住民等への（1）試験検査の方法等に関する情報の収集・解析や（2）公衆衛生に関する情報の収集・解析の結果の情報提供

1) 地方衛生研究所は、地域保健対策を効果的に推進し、公衆衛生の向上及び増進を図るため、都道府県又は指定都市における科学的かつ技術的中核として、関係行政部局、保健所等と緊密な連携の下に、調査研究、試験検査、研修指導及び公衆衛生情報等の収集・解析・提供を行うことを目的とする（地方衛生研究所設置要綱）。



---

## ●島根県保健環境科学研究所（地方衛生研究所）の例

---

島根県では県保健医療福祉施策のための地域診断や保健医療福祉サービス事業等の評価にあたり、島根県保健環境科学研究所(以下、保環研)が施策等の検討に必要な各種統計データの収集・蓄積・分析・提供を行っている。標準化された質問項目によって得られた健診等データや各種統計データは基本的に、市町村→保健所→県庁→保環研へと送られ、保環研の保健師を含むチームによって分析がなされる。そして、保環研→県庁→保健所→市町村のルートで結果が還元される。なお、この各種データの流れは、システム化され情報管理されている。

今では保環研は調査や研究のバックアップ機関として、県内の保健従事者等に浸透している。また、普段から保環研は県庁・保健所・市町村と連携をとり求められているデータを知るなど、現場ニーズに対応できる体制を組む工夫をしている。

## 参考文献

- 1) 一瀬 篤；総合的地域診断手法に関する研究事業報告書，平成 21 年度地域保健総合推進事業，2010
- 2) Elizabeth T. Anderson, Judith McFarlane (ed.) / 金川克子, 早川和夫監訳; コミュニティーアズパートナー 地域看護学の理論と実践, 第 2 版, 医学書院, 2007, P250-257
- 3) 尾崎米厚, 鳩野洋子, 島田美喜; いまを読み解く保健活動のキーワード, 医学書院, 2002, p141-144
- 4) 金川克子 / 編集; 地域看護学総論 地域の健康課題と地域看護学, メヂカルフレンド社, 2004, P58-62
- 5) 佐伯和子, 編著, 地域看護アセスメントガイド, 医歯薬出版株式会社, 2009, P6-11
- 6) 清水忠彦, 南波正宗 / 編集; わかりやすい公衆衛生学, 廣川書店, 2002, P1-32
- 7) 中板育美, 宮本ふみ; 保健師業務要覧第 2 版, 日本看護協会, 2008, P38-52
- 8) 中板育美; 公衆衛生看護活動における評価の現状と課題, 保健医療科学 Vol.58, No.4, pp. 349-354
- 9) 中板育美; 地区活動の推進体制に関する検討会報告書, 平成 20 年度地域保健総合推進事業, 2009,
- 10) 平野かよ子編; 地域特性に応じた保健活動—地域診断から—, ライフ・サイエンス・センター, 2004, P19-28
- 11) 平野かよ子, 他編; 事例から学ぶ保健活動の評価, 医学書院, 2004
- 12) Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter, (訳) 神馬征峰; 実践ヘルスプロモーション, 医学書院, P30-77
- 13) Subnote, 33rd edition, Medical Care & Public Health 2010, 医療情報科学研究所, 2010, MEDIC MEDIA, P117-128

平成 22 年度 地域保健総合推進事業  
地域診断から始まる見える保健活動実践推進事業

分担事業者	中板育美	国立保健医療科学院公衆衛生看護部 主任研究官
事業協力者	大西基喜	青森県健康福祉部保健医療政策推進監
	岡村芽子	東京都町田保健所保健対策課課長補佐
	加藤昌弘	愛知県津島保健所長
	加藤静子	埼玉県熊谷保健所副所長
	工藤恵子	武蔵野大学看護学部准教授
	佐藤文子	福岡県福岡市保健福祉局 健康福祉のまちづくり部地域保健課課長
	鱒淵清子	栃木県真岡市健康福祉部健康増進課 成人健康係係長
	松端克文	桃山学院大学社会学部 社会福祉学科准教授
	米澤純子	国立保健医療科学院公衆衛生看護部 主任研究官
オブザーバー	佐々木隆一郎	長野県飯田保健所長

## おわりに

組織の中で人が育ちにくくなっていることが、保健師のみならず随所で指摘されています。その背景として、団塊の世代の一斉退職（2007 問題）による暗黙知的な知恵の伝承の遮断や組織全体の仕組みの複雑化とそれに伴う仕事の細分化などがあげられています。その結果、保健師に限定すれば、全体的な地域の問題の解決に向けた仕組みづくりと個別援助の両方に価値を置く職でありながら、その意義は、弱体化しているのではと考えます。これは、保健（公衆衛生）活動の効果的かつ効率的推進の観点からも看過できない課題であると考えました。

そこで、地域という人が住まう空間に責任を持ち、人々の生活に視点をおくことで見えてくる地域の健康課題を施策に反映させていく活動の歩みを再確認することとし、そのベースというべき地域診断を推進する方策を示すことにしました。

EBM（Evidence-Based Medicine）が強調される昨今ではありますが、それは先達の「保健師は人のそばに…、人と共に…」の信念を否定するものではないと考えます。なぜならこの信念には、連綿と培ってきた保健師であるというアイデンティティー、行政で働く保健師として住民に向き合い続けて、健康指標に奏功してきたプライドと情熱が結び付いているからです。そしてこのような信念は、保健師等、地域保健スタッフにとって重要なだけでなく、住民のニーズから乖離しない健康づくりにとっても意味を持つからです。

行政機能のすみわけのしやすさに甘んじ、われわれが馴染むばかりではなく、今一度、母子保健や精神保健、健康づくり、地域づくりを横串で捉え、相互補完的に機能させうる仕組みを作り出すべく動き始めたいものです。そしてその根底には、住民のありのままの実態を受け入れた、まさにその地に根差した地域診断が不可欠なのです。地域ならではの目指すべき目的・目標は、戦略的な事業／活動計画を支え、組織的経験として積み重ねられ、次第にその地に根を張っていくでしょう。

ぜひ、この報告書を手に取り、保健師のみならず他職種あるいは事務官、住民とともに、組織力を結集した現場らしい地域診断に取り組んでいただけるきっかけとなることを切に願っています。