

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 報告書



平成23年3月

## 目 次

### 1. 調査報告

1 はじめに	5
2 調査目的	6
3 調査方法	6
4 結果	7
5 考察	16
6 まとめ	18
 【事例 1】 青森県の取り組み	19
【事例 2】 長野県飯田保健所と管内市町村の取り組み	21
参考資料 1. 地域診断の提言内容（平成 16 年～平成 21 年）	
【事例 3】 奈良県郡山保健所と奈良市保健所の取り組み	24
参考資料 2.	
【事例 4】 富山県高岡市の取り組み	34
参考資料 3. 「保健師活動実績および評価（地区診断）」	
【事例 5】 高知県香南市と高知県中央東保健所の取り組み	41
参考資料 4. 「香南市の健康課題と取り組み」	
【事例 6】 北九州市の取り組み	47

### 2. 地域診断ガイドライン

I 序章	51
II 地域診断とは	52
III 地域診断の方法	54
IV 地域診断を活動計画（施策）に活かす	64
V 地域診断の推進体制	79
 おわりに	85



1

# 調查報告



## 地域診断から始まる、見える保健活動推進事業

分担事業者 中板育美（国立保健医療科学院）  
 事業協力者 大西基喜（青森県健康福祉部）、岡村芽子（東京都町田保健所）、加藤昌弘（愛知県津島保健所）、加藤静子（埼玉県熊谷保健所）、工藤恵子（武蔵野大学）、佐藤文子（福岡県福岡市）、鰐渕清子（栃木県真岡市）、松端克文（桃山学院大学）、米澤純子（国立保健医療科学院）  
 オブザーバー 佐々木隆一郎（長野県飯田保健所）

**要旨：**根拠に基づいた地域診断により成果を導ける技術および体制、チームのリーダーを担うスタッフのマネジメント力を向上させることを目的に、会議ならびに地域診断を実施している自治体への個別インタビュー調査、地方衛生研究所へのインタビュー調査を行った。インタビューガイド内容は、地域診断の実態、実施の目的／位置づけ、工夫点や配慮点、実施により得た効果／成果、努力を要すること、地域診断の実施を阻害する要因、各機関の役割と他機関への期待などである。その結果、地域診断がごく限られた領域に留まっていたり、その背景に業務分担制や分散配置体制があること、さらに診断項目にばらつきも見られた。また都道府県と市町では、疫学データや保健統計の収集や分析に関する技量に違いがみられた。このことから、1) 地域診断の位置づけを再認識する必要性 2) 量的／質的データ収集と分析手法を理解する必要性、3) 都道府県保健所と市町村、地方衛生研究所、大学などの協働体制構築の必要性を確認した。

### ① はじめに（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、健康危機管理など保健・医療領域の課題はますます複雑化し、個々の課題解決は困難となっている。これら多彩な課題に対し、保健師の役割は、病態を理解し対応するだけでは不十分である。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のみならず、各地域の統計的情報を踏まえて生活全般にかか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らない。どのような理想に基づいた行政施策も、運用と改善を通じてしか、住民の暮らしの向上には役立たない。保健師は、個人の生活実態に肌で接すると同時に、現場のニーズをボトム・アップ的に政策に反映させる絶好のポジションにいるのである。

しかし、緊縮予算、人員削減の潮流の中で組織は細分化され、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ための地域診断スキルが脆弱になりつつある。そこで、地域診断の実施を阻む可能性のある課題を整理した。

- 
- 地域診断とは、単に統計情報を収集・分析することだけではなく、地域の経済、福祉、教育状況など社会学的情報と結びつけて総合的に考察することが必要である。  
(例えば、DVや子ども／高齢者虐待などは、経済問題、あるいは地域や人とのつながりの希薄さなど、多くの複雑な要因を含んで困難性が高くなる。このような環境は、多くの深刻な健康問題の好発母胎となりうることを考慮すると、事象も環境も地域診断の対象から外すわけにはいかない。)
  - 「エビデンス」や「数値」を問われる昨今においては、保健師は日々の活動の中で得られた「実感」や「気づき」にしたがって発言し、その発言を精緻化して、アセスメントに導く行動に対する自信を奪われている可能性がある。  
⇒現場感のある地域診断の定義や地域診断項目が未整理の可能性。
  - まして、地域診断技術は、その地域に地区活動をとおして入り込み、住民個々の生活に具体的に触れた熟練した先輩からの伝承的教育（OJT）が頓挫すれば、困難性が高まるばかりであろう。  
⇒地域診断においては、人材育成上重要であるが、伝承型のOJTとして機能しづらい状況にある可能性。
  - そもそも地域診断は、その結果を受けて、住民のQOLを改善するために必要な生活環境情報を集積し、よりきめの細かい健康増進施策に反映させていくことが、本来の目的であるが、その推進体制が確立していない可能性がある。  
⇒地域診断手順および地域診断の実施体制が曖昧である可能性。

## ② 調査目的

- 1) 地域診断の趣旨に沿い、現在の地域診断の実態を明らかにする。また、地域診断を行うにあたり努力を要すこと、あるいは、努力をしても達成できていないこと、その達成を阻害している要因等について明らかにすること。
- 2) さらに、地域診断をイベントで終わらせず、課題に対して、政策・施策・事業に反映させていくための地域診断を推進する体制および技術習得にむけたガイドラインを作成することを目的とする。

## ③ 調査方法

- 1) 保健・医療・福祉領域において地域診断に関する学識経験者と実践家による会議の開催
- 2) 地域診断を行っている自治体実務担当者への半構造化インタビュー (semi-structured interview)  
※インタビューを選択した理由：地域診断をルーチン活動に定着させるための具体的な方策を導くには、現状の深い理解と解釈が不可欠と考えられたため。  
※対象の選定：規準依拠型にならない、理想的な状態にある事例を都道府県、政令市、市に割り当て、検討会構成員が所属する自治体を中心に抽出した (criterion-based ; Preissle & Le Compte, 1993, pp 69)。

## 3) インタビュー実施期間

平成 22 年 10 月～平成 23 年 1 月

## 4) インタビューガイド

文献検討や会議検討会における事前協議結果をもとに作成した。

基本項目：人口、面積、高齢化率、出生率、保健師数、配属部門先、保健部門の活動体制

テーマ事項：地域診断の目的 / 位置づけ、地域診断を要した動機、工夫点や配慮点、実施により得た効果 / 成果、努力を要すること、地域診断の実施を阻害する要因、地域診断項目など。

## 5) データ分析の方法

質的内 容分析（コーディングとカテゴリー化）

## 6) 倫理的配慮

電話で調査の主旨説明を行ない、同意を得られた自治体職員に公文書で依頼した。インタビュー当日に、再度主旨を説明し、同時にプライバシーの保護、回答拒否の自由、録音の許可、公表の方法などを口頭及び文書を用いて説明した。なお、本調査は行政機関を中心としたものであり個人情報など倫理規定に関する事項は扱わないと判断した。

## 4 結果

## 1) 個別インタビュー実施自治体の概要（表 1）

県庁 / 保健所 4 か所、政令市 1 か所、中核市 1 か所、市 2 か所の計 8 自治体に個別インタビューを実施した。

表1 ヒアリング自治体の概要

(データは H22.4. 1 時点)

自治体	人口	事業主体	高齢化率 (%)	出生率 (%)	保健師数	活動体制
青森県健康福祉部	1,373,997	県	25	6.9	73	業務担当制
長野県飯田保健所	169,503	県保健所	29.7	7.9	8	業務分担制 / 地区分担の併用
高知県中央東保健福祉事務所	126,228 (H22.3.31)	県保健所	29.7 (H22.3.31)	7.3 (H22.3.31)	14	業務担当制
(高知県) 香南市	34,450	市	26.7	6.53	17	業務分担制 / 地区分担の併用
奈良県郡山保健所	358,946 (H21.10.1)	県保健所	22 (H21.10.1)	7.9	15	業務担当制
(奈良県) 奈良市	368,097	中核市	22.9	7.4	50	業務担当制
(福岡県) 北九州市	982,319	政令市	24.8	8.7	151	校区ごと (7 区) に地域担当制
(富山県) 高岡市	177,851	市	26.8	7.52	24	業務分担制 / 地区分担の併用

\* 保健師数は、保健センターのみでなく分散配置先の保健師の数も含む。また、管理的立場で地域や業務を直接持たない保健師も含んでいる。

## 2) 地域診断を実施している自治体へのインタビュー結果（表2）

### 【事例 1】 青森県の取り組み（P17 参照）

地域保健総合推進事業「総合的地区診断手法に関する研究」（分担事業者：大西基喜、青森県健康福祉部、平成19年度～21年度）参照。

モデル地区対象に、地区診断を行うための診断ツール（解析ソフト）を考案している（診断ツールは、難しい操作や計算式等を用いなくても解析結果が得られるように工夫されており、保健師等が相談の中で得た質的データも入力、分析できるようになっている）。分析データは特定健診データ中心。平成22年度以降は、モデル地区を拡大し、市町村担当者がデータ収集と分析を行い、保健所は全体を見ながらサポートする体制である。さらに、精神保健、難病対策に関する分析の事業化も進めている。

（成果）地域診断を実施することで保健活動の全体像が解るようになった。市町村と保健所の担当者の結びつきが強くなった。

（課題）地域診断を行う上では、市町村と保健所の協働体制の維持が不可欠であり、そのリーダーシップが重要である。

### 【事例 2】 長野県飯田保健所と管内市町村の取り組み（P19 参照）

疫学的データ（SMR）を活用した地域診断結果から健康課題を明らかにして、保健活動の方向性に対する提案書（参考資料1「地域診断の提言内容」）を管内市町村に実施していく活動を平成16年度から実施している。診断結果を保健所保健師が、各市町村に出向いて情報還元・課題の共有・活動方針・活動への助言指導を行っている。

（成果）事業計画を立てる際に保健所との協働が容易になり、多面的な見方ができるようになっている。また、データを自治体の総合計画、保健計画にいかす努力等、保健師の意識に変化がでてきた。さらに、生活習慣病のみでなく、母子保健等に関する住民からの声や地域生活情報による「気づき」や「疑問」が積極的に出されるようになり、保健師の志気向上につながった。

### 【事例 3】 奈良県郡山保健所と奈良市保健所の取り組み（P22 参照）

県下の保健所難病担当者による奈良県難病事業ワーキング会議では、ALS患者の全数把握と支援体制の構築のためKJ法にて課題を抽出した（参考資料2 ALS患者の在宅療養環境の問題とその要因）。

県保健所及び市保健所合同の「難病在宅ケア推進ネットワーク事業」の事務局として、事業推進に向けた基礎資料作成を意図し地域診断を開始（データ解析+関係者やサービス利用者を対象とした聞き取りから課題を抽出した。相互で利用している支援事業所がある奈良市保健所との協働実施である。目的としては、住民サイドからは、サービスの向上であるが、行政側からは、所管区域の実態把握及び課題整理とこれらを通じた人材育成であった。

また、管内市町村毎の保健データや公衆衛生看護活動から地区診断を行った。

（成果）難病事業ワーキング会議では自主防災マニュアルなどの作成につながった。在宅難病推進ネットワーク事業に関しては、レスパイトやショートステイ先の確保、ルール作

表2 地域診断を実施している自治体への個別インタビュー結果

	自治体名							
	青森県	長野県飯田保健所	高知県 中央東福祉保健所	高知県香南市	奈良市保健所	奈良県郡山保健所	北九州市	富山県高岡市
1. 自治体の概要	青森市(中核市)を除き、6圏域で6つの保健所を配置	1市3町10村を管轄		H18年3月に4町1村が合併	平成13年に中核市	3市4町1村(大和郡山市・天理市・生駒市・平群町・三郷町・斑鳩町・安堵町・山添村)	昭和38年に政令指定都市北九州市が発足。7つの行政区に分かれて各々独自の施策を展開	H17年11月に旧高岡市と旧福岡町が合併(対等合併)
2. 人口 (H22. 4. 1現在)	1,373,997人	169,503人	126,228人(H22.3.31)	34,450人	368,097人、 276,84km <sup>2</sup>	358,946人(H21.10.1) 300.09km <sup>2</sup> (H21.10.1)	982,319人 487.88km <sup>2</sup>	177,851人 210km <sup>2</sup>
3. 面積 (H22. 4. 1現在)	9,607.05km <sup>2</sup>	1,929.19km <sup>2</sup>	1,546km <sup>2</sup>	126.51km <sup>2</sup>	26.70%	22.90%	22%(H21.10.1)	7.52 26.80%
4. 人口動態統計								
出生率(H22. 4. 1現在)	6.9	8.1	7.3(H22.3.31)	6.53	7.4	7.9	8.7	7.52
高齢化率(H22. 4. 1現在)	25%	29.70%	29.7%(H22.3.31)	26.70%	22.90%	22%(H21.10.1)	24.80%	26.80%
5. 保健師数	73人	9人(定数) 現員8人		14人	17人	50人	15人(難病相談支援センターを含む)	151人(嘱託18人含む)
6. 活動体制	感染症、難病、精神、3つのぞれぞれの担当部署に配置	業務分担制と地区分担の併用	業務分担	保健師は健康対策課 市民保険課 高齢者介護課 福祉事務所の4課に配置され、健康対策課では業務分担制と地区分担を併用している。	保健総務課、保健予防課、健康増進課の3課に配属	保健所は健康増進課と難病相談支援センター	本庁、保健所、子ども家庭局、教育委員会などへの保健師配置。7つの区は校区ごとの地域担当制を導入	保健部門は地区担当と業務担当の併用
地域診断の位置づけ(内容)	平成19年度～22年度 ・地域保健総合推進事業「総合的地区診断手法に関する研究」を活用。 ・モデル地区対象に、研究事業担当者が分析データは特定健診に絞るデータ収集と分析を実施。 ・地区診断を行うための診断ツール(解析ソフト)を考案。 ・平成22年度以降 ・モデル地区拡大し、実際に市町村担当者がデータ収集と分析を行い、保健所は全体を見ながらサポート ・保健所の精神保健、難病対策に関するデータの活用、分析も事業化。	平成16年から管内市町村に対して実施。 管内の地域診断は本来業務の位置づけ 健康課題を明らかにして、保健活動の方向性に対する提案を実施。	市内の地域診断は本業務の位置づけ 診断結果の提示を通じて市町村支援活動を行う。	民間の研究助成大同生命の研究費を確保し、実施。県保健所及び市保健所合同の「難病在宅ケア推進ネットワーク事業」の事務局として、事業推進に向けた基礎資料作成を目的にし、調査、事業を開始。相互で利用している支援事業所等がある奈良市保健所との協働。	市全体の各事項にはまだ到達していないが、本庁の各事業部が各領域ごとの地域の実態を捉え、重点課題/重点施策を提示し、各校区の活動に生かすために研修機会を通じて情報提示していく方法を検索中。	平成19年から市の業務として開始。 ・保健師が担当している地区ごとに行い、年2回の報告会を実施 ・報告会で統一様式の必要性を感じ、統一シートの検討を若手職員(保健師、事務職、栄養士)の自主グループのワーキングの中で実施。 ・平成20年からは統一したシート(メイン、サブ、社会資源、緊急時・災害対策)を活用して地区診断を実施。		
目的	既存のデータ(量的データ、質的データ)を活用した地区診断を行い、健康政策に活用する。	管内市町村の地域診断を通して保健衛生施策の企画・立案を支援する。	生活習慣病予防対策における広域的・専門的な立場からの役割發揮と市町村支援	市の健康課題の抽出とエビデンスに基づく対策、活動計画の立案	住民サイド:サービスの向上 実民行政側:所管区域の実態把握及び課題整理。結果としての人材育成(担当者のレベルアップ)	市全体を捉えた上で、各校区ごとの特徴を把握し、課題解決のために住民と協働し地区に責任を持った保健活動を行う。		
地域診断を行うに至った背景	・保健所では当然されているはずのデータの活用が、実際には行われていない現状(実行に移すためにはきっかけが必要) ・経験のあるベテラン保健師が多い県の状況。今後の世代交代に備え、今まで蓄積されたものを形にして残し残していく必要がある。	・保健課題に基づいた市町村への専門的支援、保健サービスの推進のため、地域診断を行い市町村が実施する保健事業への提案を実施する必要があった。	旧市町で共同保健計画を実施してきた。脳卒中対策と厚生労働省大規模ホート研究のフィールドであった歴史的背景。市町からの健康増進計画作成のための情報支援の要請。国保ヘルニアアフターケア事業の評価に関する専門技術的な立場での支援要請(特に医療機関との連携に係る調整)。	計画を推進するにあたり、取り組むべき健康課題を整理し、市としての対策として位置づけていく必要があった	個別支援から抽出された課題からネットワークづくりの事業を推進するため、地域医療等の現状を把握することになった。	事業担当が細分化する中で地域診断の必要性を認識した。		
地域診断を行う際の工夫や配慮	・市町村レベルでの地区診断を行うにあたり、各保健所で、それぞれの市の担当の保健師を決めた(平成9年以降、各保健所で保健師は分散配置)。結果、保健師の市町村への意識が高くなかった。 ・診断ツールは、統計に詳しくなくても(難しい操作や計算式等を用いてなくとも)解析結果が得られるように工夫。 ・保健師等が相談の中で得た質的データも入り、分析できるようになっている。	・市町村保健師との協力 ・分析を進めるために必要な資料の提出についての協力依頼。	・委員会での取り組みしたこと、地域診断活動が目的ではなく、手段として根付かせるよう配慮した形になつた。 ・課を超えた取組(全行业的取組)の必要性に配慮し、そのためのアクション(課長ヒアリング)の道筋を作つた。 ・PDCAサイクルの考え方で整理できるよう配慮。	・保健師の地域診断活動が目的ではなく、計画推進の1手段としてできるよう配慮。 ・委員会形式で行なうことで、1領域にとどまらず、健康課題からビジネスを見定めて、課を超えた取組(全行业的取組)を実施したこと。 ・データ分析から課題抽出、目指す(目標設定)、目標達成に至る事業計画(各課)各職種の役割分担、評価指標の設定までをPDCAサイクルで固式化でき、全市的に共有できるよう工夫した。	郡山保健所と、市保健所である奈良市保健所が連携。 ネットワーク会議開催時に、保健所と市が交代で会議費等予算執行するなど、対等な関係での連携。	市保健所全体の合意形成に向けて、まずはその準備段階として本庁内の事業課保健師で実態を整理し、研修機会を活用して、母子保健対策、生活習慣病対策、精神保健福祉対策、高齢者対策の領域の地域の実態について情報提示を行なつた。		
地域診断をしてみての変化	・地域診断を実施することで保健活動の全体像が解るようになった。保健師のリーダーが地域診断の必要性を認識することが必要。 ・市町村と保健所の担当者の結びつきが強くなつた。	・HCから提案書(地域診断結果)を提示されているので、事業計画を立て際に相談がしやすくなった。協働することにより柔軟な判断ができる、多面的な見方ができるようになっている。 ・ターゲットの選定の意義や保健事業計画を立て際に着眼点などが理解できるようになつた。 ・データを自治体の総合計画、保健計画にいかゞ努力等保健師の意識に変化がでてきた。	・市が、自分の市の実態が見え始めると、温度差を少ししづめながらでも、活動計画に自信が持ち始めていくのがわかつた。 ・PDCAの因縁をボトムアップで作り上げる市との協働作業はとても重要なこと実感。 ・委員会を通じた取組したこと、保健師のみならず、全行业的体制につなげやすく、4課連携した委員会開催により課題や取り組みの共有ができた。	①関係機関として、管内医師会、病院、訪問看護ステーション等とも、日頃からの連携を密に図り、協力を仰ぐことに成功している。	今年度22年度の取組であり、変化は今後を見交換を行なうにいった。 ・担当地区を愛する気持ちは増し、地域に出ることで活動が増えた。 ・地域診断の結果を住民に伝えることで住民との協働が増えた。 ・地域は健康の面だけではなく文化や観光振興等の側面から広く捉えるようになった。 ・地区診断の結果から課題の明確化と優先順位の絞り込みの必要性を再認識できた。 ・業務効率化を目指した活動ではなく、住民と顔と顔を合わせた活動が基本。			
地域診断が及ぼした影響(インパクト)	・地区診断後に、受診率が高くなった地域がある。検診を実施することや受診してもらうことが大切だという認識が、検診実施のモチベーションを高めることにつながると推測される。	・住民からの声や住民の変化がはじめたことで保健師の士気向上につながつた。 ・自治体の課長等も地域の実態を知り、健診の受診勧奨をするなどの行動が見られた。	・地域診断の結果を市の健康づくり推進員の研修会で報告したこと、健康課題を健康づくり推進員の活動協働で、住民に働きかけるきっかけづくりができた。 ・地域の健康課題を医師会と共に、医師会の協力体制のもとで、市の健康づくりを推進する土台ができた。	計画が市保健所等のPDCAサイクルで考えたことで、活動の羅針盤となり、運用・成果が見えやすくなっていることを保健師ら自身が自覚している。	在宅難病推進ネットワーク事業に関しては、3年のスパンを経て、課題であった、レスパイトやショートステイ先の確保に関し、ルール作りを完成させたり、アクションプランの評価、災害時の自主防災マニュアルなど作成につながり実効的な成果に結びついている。	本庁内保健師が、事業課ごとに実施した地域診断結果を共有することで、生活習慣病対策と母子保健との連携や精神保健と母子保健の連携の必要性を改めて認識する機会となつた。		
課題	・モデル地域を拡大しながら実施しているが、まだ全域ではない。 ・糖尿病等の慢性疾患や市町村の健診データに焦点をあてた分析から、同じ手法を使って保健所に蓄積されている多様なデータの分析にも取り組む予定である。 ・事業化された部分についても、具体的な事業は進行中である。	・小規模自治体のデータの取り扱い(数年単位でのデータや経年データで示すなど工夫) ・地域の健康課題がこころの問題や虐待等、分野が多岐にわたるので、地域診断をその領域にも拡大していくねばならない。	管内の全市への反映	他の領域への拡大	在宅難病ネットワークにおける地域診断は、研究費活用なので、一時的な地域診断事業として、終了する可能性が残っている。その後の更新作業については要検討であり、この方式を用いての地区診断は、ルーチンワークとなりにくと思われる。 一方、地区診断→地域への還元→効果→地区診断、というサイクルができるので、位置づけを明確にし、仕切り直しすることで、今後につながる。	保健所の統計情報の活用と全校区への波及と継続できる仕組みづくり	量的データと質的データから地域全体を捉えるためのスキルアップ。 ・保健センターで収集できないデータをどのように収集し分析をしていかが課題。	
保健所の役割	・分析作業を行なうモデル市町村に対し、相談、アドバイスを保健所が担当。 ・糖尿病等の慢性疾患や市町村の健診データに焦点をあてた分析から、同じ手法を使って保健所に蓄積されている多様なデータの分析にも取り組む予定である。 ・事業化された部分についても、具体的な事業は進行中である。	(保健所) ・データ収集をはじめ、地域診断における連業務に関してスパーバーハイズの役割 ・地域診断の取組みを動機付ける。 ・机上の講論ではなく、地域の実情を見聞きする等により、相手方が受話可能な提案(政策)を示す役割。	・計画推進や委員会の円滑かつ効率的運用のために、医師会との調整などを市が苦手としている部分やデータ分析については保健所が率先して役割をとる。 ・保健所での工夫として、データ分析を保健所保健師に限定せず、管理栄養士や医師などの協力を得て行なっている。(保健所の総合力を生かしている)	医療連携における医師会との調整 計画推進の方向性の妥当性やデータ分析の助言、支援	難病在宅ケア推進ネットワーク会議においては、事務局として全体的な統括と情報収集と資料の提示をする。	本庁内との役割の整理をしたうえで、保健所が持つ死亡統計等の量的データの収集・分析機能を十分に活用していく体制づくり	死亡統計などの量的データの収集、分析が困難なので保健所からの提示に期待する。	
保健所長の役割	地区診断を行う上で、全体を統括するリーダー役が期待される。	・保健所役割遂行のモニタリング ・提案書の理解を得るための各市町村長へのアクション	・医師会長や医師会選出専門委員との調整。地元医科大学による支援の調整、研究結果など地域診断結果を市長、副市長に説明し対策の基本方向を確認。国保や介護保険担当課長への働きかけ。 ・疫学的なデータ解析。市内健康増進担当職員に対するデータ処理の技術指導。	医師会との調整 計画推進の方向性の妥当性やデータ分析の助言、支援 計画推進にあたり実態や課題をデータ等を示して市執行部に説明(理解を得やすい)	・市型保健所と県型保健所との連携による事務局としての実施体制をつくること。 ・難病在宅ケアネットワーク会議における地域や関係機関との連携を深め推進できる体制構築すること。 ・また、事業推進にあたり保健師が活動し易い環境づくりと、リーダーシップを発揮すること。		保健所管内市町の地区診断に関するリーダーシップ。地区診断結果に関する助言。	

りを完成させたり、アクションプランの評価や実働的な成果に結びついている。地域診断については、負担感はあったものの、根拠が明確になったうえに、新たな課題が見え、他分野でも実施する必要性や新たな仕事の掘り起こしにつながるなど発見が大きい。活動に対し、住民のために取り組む必要がある、取り組まねばならないという考えに立てた。

(課題) 他分野への波及

#### 【事例4】 富山県高岡市での取り組み (P31 参照)

児童福祉法に則る乳児家庭全戸訪問事業（通称こんにちは赤ちゃん事業）の実施に伴い、個人の生活や健康課題の実情が徐々に見えてきたことから、地域全体が見えていないことを危惧し、平成19年から市の業務として分野ごとの地域診断を開始。現在は、年2回の報告会を実施している。平成20年度の報告会からは、保健師、事務職、栄養士のワーキングで作成した統一様式（参考資料3「保健師活動実績および評価（地区診断）」）で実施している。

(成果) 地域を健康の側面だけではなく文化や観光振興等の側面から広く捉えるようになり、担当地区への愛着につながっている。地域診断の結果を住民に伝えるなど地域に出ることが増え、住民との協働も増えている。地域診断の結果をうけた意見交換を積極的に行うようになり、市全体の課題の明確化と根拠に基づく優先順位の絞り込みの必要性を再認識できた。その結果を23年度予算編成に反映できている。

(課題) 量的データと質的データから地域全体を捉えるためのスキルアップと、市単独では収集できないデータあるいは解析でないデータの扱いが課題

#### 【事例5】 高知県香南市と高知県中央東福祉保健所の取り組み (P38 参照)

保健所としては、市からの健康増進計画作成のための情報支援の要請や国保ヘルスアップ事業の評価に関する専門技術的な立場での支援要請（特に医療機関との連携に係る調整）を受けて、生活習慣病予防対策における広域的・専門的な立場からの役割発揮と市町村支援の立ち位置をとった。香南市としては、健康課題の抽出とエビデンスに基づく対策、活動計画の立案を行う立ち位置で地域診断を実施している。保健師の地域診断活動が目的ではなく、計画推進及び市の施策への反映の手段として地域診断がなされるよう配慮しながら進めている。全市的に課題の共有化と活動が展開できるように、現状のデータ分析から課題抽出、目指す姿（目標設定）、目標達成に見合った事業計画と各課／各職種の役割分担、評価指標の設定までのPDCAサイクルを図式化（設計図）して提示（可視化）できるよう工夫した（参考資料4「香南市の健康課題と取り組み」）。

(成果) 介護保険や特定保健指導、医療制度改革などで、介護、保健、医療が縦割りでの運営が進んできたが、委員会を通じて4課連携して課題や取り組みの共有ができた。また、地域診断の結果を市の健康づくり推進員の研修会で報告することで、健康課題を健康づくり推進員の活動協働で、住民に働きかけるきっかけづくりができた。保健所長の介入により、医師会との協力体制が強くなり、市の健康づくりを推進する土台ができた。全体を通して計画推進の方向性の妥当性やデータ分析見直しをPDCAサイクルで実施したこと、活動のぶれない方向性を担保し、市保健師の活動に対する自信につながっている。

---

#### 【事例6】 北九州市の取り組み (P44 参照)

事業分担という縦割りが強化される中で、市全体を捉えた上で、各校区（7区）の特徴を生かした保健活動を目指すことを目的に地域診断に取り掛かった。まずは本庁内の事業課保健師で実態を整理し、研修機会を活用して、母子保健対策、生活習慣病対策、精神保健福祉対策、高齢者対策の4領域の地域の実態について各区に情報提示を行なう。

(成果) 地域診断結果を他分野で共有する機会を通して、生活習慣病対策と母子保健との連動や精神保健と母子保健の連動の必要性を改めて認識する機会となっている。

(課題) 定例的な地域診断の機会 / 体制の確立

#### 3) 地方衛生研究所への個別インタビュー調査結果 (表3)

地方衛生研究所に配置されている保健師は、全地方衛生研究所77か所のうち、9か所であった。そのすべてに電話による個別インタビューを行い、そのうち1か所は面接による個別インタビューを実施した。

地方衛生研究所の保健師は、感染症サーベイランス・疫学調査、調査研究に関する部署や窓口業務、企画・調整業務を担当する部署に配属されていた。

千葉県は、地方衛生研究所の情報発信機能強化に向けたプロジェクト事業「健康福祉リソースセンター事業」(17～21年度)の立ち上がりを受け、平成17年度に保健師を配置した。プロジェクト終了後の平成22年度からは健康福祉ナビゲーター事業として本格的に実施に至っている。保健師は、人口動態統計、医療統計、疾病統計など保健所管内あるいは市町村データが集約されていることから、データ的根拠を資料化してデータを還元するなどしながら、保健所等との連絡調整、実践現場の現状を踏まえた企画、研修機能に対する役割を本庁総務課と確認している。

島根県では、保健環境科学研究所が、各自治体の各種計画の策定、保健医療福祉サービス事業の展開に必要な情報を市町村→保健所→保健所→研究所→保健所→市町村という流れで伝達するシステム化を図ってきた県である。この流れにより情報管理がなされるようになり、県内の保健従事者等にとって、調査や研究のバックアップ機関としておおよそ浸透している。また、普段から保健科学研究所は県庁や保健所や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。

#### 4) 地域診断に至る動機、成果、課題 (表4)

地域診断に至る動機は、健康増進計画の推進や評価が求められたことや、例えば、国が推奨する乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）など全体を把握できる事業を通じて、個人の生活や健康課題の実情が徐々に見えてきたことから、地域の実態が見えていない現実に気づいたことあるいは、活動／事業を効果的に行なうことを目指す際に、縦割り組織の弊害を実感したこと、また保健所からデータを管内横並びで提示されたことなど多彩であった。

成果／効果としては、「課題が明確になり、ビジョンを持った活動につながりモチベーションが向上した」など、特に活動の目的を視覚的に組織内で共有することで自信を持つて活動できるようになっていた。しかしながら、地域診断項目や地域診断方法には、分野

表3 地方衛生研究所 ヒアリング先一覧

自治体名	岩手県	秋田県	栃木県	千葉県	東京都	福井県	兵庫県	島根県	さいたま市
施設名	環境保健研究センター	健康環境センター	保健環境センター（地方衛生研究所）	衛生研究所	健康安全研究センター	衛生環境研究センター	健康生活科学研究所 健康科学研究センター	保健環境科学研究所	健康科学研究センター (地方衛生研究所)
保健師が配置された年	・平成13～保健科学部設置に伴い、保健師1名、栄養士1名が配置される。 ・平成19～特定健診・特定保健指導に伴う各種事業実施に向け、保健師2名が配置となる	昭和50年度～	平成8年度～	平成17年度～	平成18年度～	平成14年度～ 平成20年度～	保健師1名配置 保健師2名配置	平成10年度～	平成19年度～
保健師が配置された経緯等	・保健科学部において、地域保健に関する情報の収集、分析、還元の強化並びに機能の強化を図るために、保健師と栄養士が配置される。	・秋田県の生活習慣病（成人病）予防対策のための調査研究及び事業（S50年～現在） ・結核登録者情報調査事業（S56年～現在）	地域保健法に基づき策定された平成6年12月1日厚生省告示第374号地域保健法の整備に関する法律（平成6年法律第84号）に基づき、栃木県では公害研究所と衛生研究所を統合し、保健環境センターを設置した。設置の際、保健環境センターの役割である「保健・環境情報の収集、管理、解析および提供」「健康事象に関する疫学的調査研究」を担つために保健師が配置された。	平成17年度から、健康に関する情報を収集・解析するとともに、都民や関係機関にいち早く情報を発信するために疫学情報室が設置され、医療専門職として配置になる。				島根県では、行政機構の改編に併せ、地方機関の見直し検討（「保健所のあり方検討会」、「衛生公害研究所のあり方検討会」等）がなされ、衛生公害研究所の機能強化の一環として保健師の配置について検討された。その結果、地域保健法の制定を受け、研修と情報機能の強化を図るために、平成10年度に保健師が配置された。	平成19年に健康科学研究センターが設置されたと同時に配置
保健師所属部署	保健科学部	保健衛生部 健康科学・管理班	企画情報部	感染疫学研究室	疫学情報室	健康長寿推進室	危機管理部 危機管理課	総務企画情報グループ (平成16年度から現部署名)	保健科学課
保健師数	2名	1名	1名	1名	1名	2名	1名	1名	1名
業務内容	・各種データの収集およびデータベース化、分析、還元 「いわて健康データウエアハウス」の運用に向け、人口動態統計、生活習慣に係るデータ、特定健診、特定保健指導データの収集およびデータベース化、分析、還元を行っている。 ・保健情報の提供 ホームページへの掲載により保健情報を随時提供している。 ・特定健診・特定保健指導従事者技術高度化支援事業の実施 ①特定健診・特定保健指導従事者研修会の開催 ②特定健診・特定保健指導研修等評価委員会の開催	1. 結核登録者情報調査事業（H19年以降の現在の事業名） ・厚生労働省の結核サーベイランス事業 ・秋田県独自の結核サーベイランスシステムの構築と運用（H6～H18） ・現在は地方感染症情報センター業務として、感染症全般を3名で担当し、うち結核を保健師1名で担当 ・結核情報の収集・報告、還元、公表等 ・保健情報を収集・報告、還元、公表等 ・特定健診・特定保健指導従事者技術高度化支援事業の実施 ①特定健診・特定保健指導従事者研修会の開催 ②特定健診・特定保健指導研修等評価委員会の開催	①感染症情報センター業務 ・厚生労働省による全国への報告、集計データの分析、関係機関への情報提供、結核・感染症サーベイランス委員会資料の作成、出席、結核登録情報の分析とコホート検討会への情報提供 ②脳卒中発症登録事業の取りまとめ（県独自、脳卒中死亡率が高いため）登録、集計、解析を実施、公開の担当は本庁 ③調査、研究（年度によってテーマは異なる） H21・22は特定健診・特定保健指導について取り組んでいる（現状把握、市町村の受診率、有所見者の分析等）	・感染疫学研究室は千葉県感染症情報センターカ（千葉市を含む）を運営 ・平成21まで保健師は研究所の別部署（健康疫学研究室）に配置 健康疫学研究室の業務 ・健康に関するデータ作成（老人保健基本健診統計システム）、人口動態・がん検診等データベース作成） ・特定健康診査、特定保健指導について ・定期的に現状把握、市町村の受診率、有所見者の分析等	・調査研究 ・ノロウイルスによる集団事例の疫学的解析 ・基幹点定医療機関（感染症発生動向調査事業）の調査実施 ・新任保健師の地域診断の講師 ・東京都感染症健康新規管理情報ネットワークシステム（東京都独自システム）の管理・運用 ・対外的な窓口 ・関係機関との連携 ・内部の研究に関する調整 ・大学や外部とのマネジメント （人材育成） ・県庁と連携し実施 ・新任保健師等研修 ・保健師活動企画研修 中期型（保健師・栄養士等）が約10ヶ月間調査研究に取り組み、政策に生かしていく。 ・現任教育指導者研修 ブリセプター研修 （評議・研究） ・稚児保健に関する調査研究、保健医療計画等の策定、評議等を支援するためのデータ収集や分析等 （情報） ・保健医療サービス事業の展開に必要な情報の収集、分析、還元	①地域保健の人材育成にすること ②評議・研究にすること ③情報にすること ・対外的な窓口 ・関係機関との連携 ・内部の研究に関する調整 ・大学や外部とのマネジメント （人材育成） ・県庁と連携し実施 ・新任保健師等研修 ・保健師活動企画研修 中期型（保健師・栄養士等）が約10ヶ月間調査研究に取り組み、政策に生かしていく。 ・現任教育指導者研修 ブリセプター研修 （評議・研究） ・稚児保健に関する調査研究、保健医療計画等の策定、評議等を支援するためのデータ収集や分析等 （情報） ・保健医療サービス事業の展開に必要な情報の収集、分析、還元	・総務、企画を担当 ・感染症情報センター業務 ・職員と対象とした研修		
備考		・様々な公衆衛生情報のデータ蓄積、情報提供にはやや長い期間が必要であると思われる。完成まで同一人が取り組むことで、ある程度の成果（物）が得られるのではないかと感じている。 ・保健師は事業や研究を行う部署（保健衛生部）、あるいはセンター全体の業務を図る部署（企画管理室）のどちらであっても、企画立案、連絡調整能力を持ち合わせているため、適応し、その能力を発揮できる可能性があるのではないかと思われる。						島根県においては、保環研に配置されている保健師が、その役割を發揮できる背景として、これまでの県（保健所）と市町村が連携して地域での保健活動を展開してきた蓄積があることが大きい。また、保健師だけではなく医師や栄養士など他の地域保健従事者と連携して、保健所機能を活かした活動展開を推進したことにより、その役割を発揮できていると考える。さらに、保環研は本庁と保健所、保健所は市町村と連携して業務を推進していることから効果的な役割発揮につながっていると考えている。	

表4 個別インタビュー結果（動機、成果／効果、課題）

地域診断に至る動機	<ul style="list-style-type: none"> <li>・計画／評価のプロセスを経て市全体の実態が見えていないことが露呈した。</li> <li>・各対策を推進する際、課を超えた体制作りが不可欠と判断し、その際に地域診断の必要性を認識</li> </ul>
地域診断から再認識したこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・継続的・組織的に地域診断ができる体制の必要性</li> <li>・市全体の課題の明確化と根拠に基づく優先順位の絞り込みにつながった</li> <li>・活動の成果を地域診断に反映させることで住民への説明や住民と協働が容易になった。</li> <li>・健康だけではなく文化や観光振興等も含めて上司や事務官に根拠を持って地域を説明できた。</li> <li>・活動ビジョンと実施と評価がつながることで活動に自信が持てた</li> </ul>
保健所に期待したい役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健所は市町村に協働の姿勢で診断結果を返す役割</li> <li>・市町村だけでは地域全体をデータから俯瞰的に見ることが困難。保健統計や疫学データを含めて多少強引でも保健所が地域診断結果を提示してほしい</li> <li>・保健所長が中心となって保健所レベルでデータを整理しそれを伝えるのが役割</li> <li>・市町村の動機付けや適宜スーパーバイズの役割がある</li> </ul>
課題	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管内各市事業課および住民に地域診断結果をプレゼンして、理解を促す調整機関／者の力量向上</li> <li>・住民の生の声を拾い上げていくことのシステム化。</li> <li>・継続的な地域診断を保障する体制や核となる人材の存在。</li> </ul>

別あるいは死亡統計中心に地域全体を診るなど切り口に違いがあった。都道府県と市町村では扱うデータそのものも違いがあった。また、市町村から見た保健所への期待は、地域診断はもちろんのこと課題抽出や活動計画等へのスーパービジョンが大きかった。また、保健所長に対しても、データ解析への期待は勿論だが、それのみでなく、医師会や医療機関連携等の調整の役割としての期待も相当であった。

##### 5) 地域診断を実施する際の困難点や阻害要因（表5）

地域診断を実施する際に、努力を要した点は、「生活習慣病に関する地域診断（現状分析）は進んでいるものの、そこから他分野に拡大させることが困難」である点や、地域実態は、

表5 個別インタビュー結果（効果、困難点、阻害要因）

地域診断の成果	発言内容
1) 地域診断によって達成できていること	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域診断によって活動ビジョンと実施と評価のつながりが視覚的にもわかり、自らの活動に自信が持てた。</li> <li>・市全体の課題が明確になったし、活動に自信が持て、元気が出た。</li> <li>・根拠に基づくので、優先順位の絞り込みにつながった</li> <li>・活動の成果を出せるので、住民への説明や住民と協働が容易になった。</li> <li>・健康関連部署のみでなく、文化や観光振興等も含めて上司や事務官に根拠を示しながら、ぶれずに説明できた。</li> <li>・医師会とのトラブル対応など、保健所長の芯材は大きい。</li> </ul>
2) すべきであると思いつながらできていないこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病のみではなく、母子保健活動等他分野にも生かせるはずだが、横には広がらない。</li> <li>・市の地域診断は、社会文化的な質的なデータの収集が中心となり、単独での保健統計データなどの収集や分析に限界がある。</li> <li>・地域の健康課題がこころの問題や虐待等、分野が多岐にわたるので、地域診断もその領域に拡大していかねばならない</li> <li>・量的データだけではなく、住民の生の声を拾い上げて地域診断をするシステムになりにくい。</li> </ul>
3) その達成を阻害している要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健統計データと社会文化的な質的数据から地域全体を捉えるためのスキルアップが乏しく、必要である。</li> <li>・業務分担なので、一分野で実施した地域診断の手法で他分野にもということがつながりにくい。</li> <li>・継続的な地域診断を保障する体制や核となる人材の育成が不十分。</li> <li>・小規模自治体のデータの取り扱い</li> </ul>

---

死亡や成人に関するデータのみではなく、「子ども／高齢者虐待や精神保健福祉活動なども含めて考える必要がある」が、役割分担されているので、共有しづらい点などが語られた。また、多くが「地域診断技術を持った人材の不在」や、「地域全体を見据えられる体制でない」「地域診断体制がない」「残業の増大」などの課題も語られた。

## ⑤ 考察

地域診断は、「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」。

ここでいう「あらゆる地域生活関連情報」を、いわゆる統計資料から把握できる量的数据と住民の生の声に代表される質的データの双方を含むものと捉えた。特に質的データには、たとえば住民懇談会（座談会）や家庭訪問など日々の地区活動から得る生の住民の声はもちろん、地域資源の充足度、保健サービスの利用度、満足度などから把握できる住民の生活状況や健康行動なども含まれる。

このような地域診断を行っている（もしくは目指している）実践現場に対し、その実際を知るために、自治体へのインタビュー調査と地方衛生研究所への電話または視察によるインタビュー調査を行った。以下の3点に絞って考察する。

### 1) 地域診断の位置づけを再認識する必要性

保健師は、地域診断を行う上で、死亡統計や疾病統計などの統計データに基づきつつも、住民のQOL（Quality of Life）を評価し、QOLを阻害する背景や要因を探ることによって、現状を改善し、よりきめの細かい健康増進施策に反映させることであると捉えており、地域診断の本来の目的を認識していると考えられた。また、保健師は、地域診断を実践することの成果として、根拠に基づく活動ができるにより他者への説明や分野を超えて他課との調整が容易になるなどこれまでの困難性が改善されたなどの実感を得ていた。さらに、地域診断から導いたビジョンに対して、評価を見据えた活動計画を立てることができる、ぶれることのない姿勢が維持されるなど、自らの活動に対する姿勢にも変化が生じることを実感していた。

今回の事例2、3、5は、健康増進計画や在宅難病ケアシステムなど国の政策に基づき、都道府県型保健所と市あるいは中核市が協働で行っていた。それぞれが相互に役割を認識しながら量的データ分析に質的データも加えて地域診断がなされているため、根拠に基づいた説明が可能となり、多機関を巻き込んだネットワークや他課を巻き込んだ活動につながっていると思われた。

また、事例4や6は、成人保健のみならず、母子保健や精神保健などの領域の地域診断の必要性、さらに、それらを統合した地域全体の地域診断につなげる必要性も認識していることも伺えた。それは、例えば、精神保健分野の地域診断を実施する場合において、統合失調症など診断しやすい疾病のみならず、高齢者／こども虐待、認知症など多彩な背景

を持つ病態がどのように身体的健康度と関係しているかなどにも配慮すること、生活習慣病対策などにおいても、死亡だけに着目したり、成人だけの問題として捉えるのではなく、母子や精神などにも地域診断の範囲を広げる必要性等の発言などである。

以上のように、地域診断を活かした活動／事業事例からは、地域診断を実施することにより、地域診断の意義やあり方の再認識が促され、さらにそこにとどまらず、他分野／多領域あるいは包括的な地域診断を考慮するなど、自律的発展性をも引き出されている可能性も示唆された。

## 2) 量的／質的データ収集と分析手法を理解する必要性

インタビュー調査からは、情報収集の項目そのものにも情報量にもばらつきがみられた。死亡統計を主としたもの、社会学的環境要素を中心としたものなどである。全体的に情報の質や量をはじめ、そのアセスメントの弱さは多くの保健師が実感していた。本来、保健師のみならず、地域診断は、各々の自治体の責任において重視されるべきであり、保健所長や大学の疫学教室／公衆衛生学教室などとの連携も考慮し、その穴埋めを図る必要がある。

一方、保健師は、個々には地域情報が必ずしも標準化された方法あるいは法則に従って収集されたものではないとしても、住民の生活実態を積み上げて収集しており、その情報から生活の質の改善に向けた方向性がくみ取れることも感じ取っていた。しかし、「エビデンス」や「数値」を問われる昨今においては、保健師は日々の活動の中で得られた「実感」や「気づき」にしたがって発言し、その発言を精緻化して、アセスメントに導く行動に対し、勢いや自信がない表現もあった。今後は、実践活動の中で得られる質の高い一次情報を「断片的な事実」に捨て置かず、点から線、線から面へと情報をまとめあげ、構造化するスキルこそは、保健師の力量と捉え、その技術の必要性の確認及び習得に力点をおく必要があると思われる。

いずれにしても、量的／質的データ収集と分析手法については、医療システム、経済情勢、雇用／就労、福祉、教育状況など社会学的情報や生活環境情報と結びつけて総合的にアセスメントするスキルは重要であり、スキル習得を目指す教育環境が必要である。

## 3) 都道府県保健所と市町村の協働体制構築

情報収集および分析において、都道府県と市町村の間にはいくつかの格差（死亡統計や死亡小票等の閲覧、地方衛生研究所活用等）がある。保健所は、保健所長はじめ、保健所内の多彩な専門家集団の特性を生かし横断的に地域診断に取り組める体制を意識する必要がある。同時に、市町村や地方衛生研究所などを結び付け、横断的・縦断的な管内の広域診断を系統的に、そして継続的に実現できるシステムを構築していく役割が期待されている。

市町村は、住民との接近性は、最も高く、まさに保健活動の第一線機関として、数量的情報のみではなく、地区活動や家庭訪問等を通じた目撃情報や個別的聞き取りを質的な情報として精緻化し、アセスメントできる力量の向上が期待される。

さらに地域診断に基づく体制整備として、地方衛生研究所の存在は欠かせない。地方衛生研究所の機能、役割を再度認識したうえで、市町村・都道府県保健所・衛生研究所が各々

---

の機能を活用し合い、単機関ではなく、多機関協働で、地域診断に取り組める体制が望まれる。

また、これらを実現に向けるためには、保健師のみではなく、組織的理のもとにすすめる必要があるのは言うまでもない。

## ⑥まとめ

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を促す。
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<sup>1)</sup>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. 上記を組織的理のもとに推進できる統括的な立場の保健師設置が望ましい。

---

1) 小地域：市町村レベルだけではなく、内容によっては中学校区、小学校区、さらには町会・自治会レベルと細かく設定する必要がある場合がある。ちなみに保健師が行う地区活動は顔の見える関係が担保される小学校区単位で行われることが望ましい。地域保健総合推進事業「地区活動の推進体制に関する検討会報告書」（分担事業者：中板育美、2009）

## 事例 1

## 青森県の取り組み

### ○事業の位置づけ 平成 19 年度～平成 21 年度

- \* 地域保健総合推進事業「総合的地域診断手法に関する研究」の一環
- \* モデル地区を対象に、研究事業担当者が特定健診や特定保健指導等のデータ収集と分析を実施（量的データ・質的データ）。地域診断のための診断（集計・分析）ツールを開発

### 平成 22 年度以降

- \* 市町村の地域診断を事業化（地域診断手法定着事業）  
保健所圏域ごとに市町村担当者を決め、モデル市町村の地域診断を本庁、市町村と協働で実施。
- \* 保健所の地域診断を事業化（総合地域診断システム推進事業）  
保健所で把握している精神保健、難病対策等に関わるデータの集積と分析を行う予定。

### ○目的

既存データ（量的データ、質的データ）を活用し地域診断を行い、健康政策に活用する。

### ○目標

- ☆保健所等に蓄積されているデータを有効に活用すること（活用のためのきっかけ作り）
- ☆世代交代に伴い、これまで培われてきた公衆衛生活動を形にして残し、引き継ぐこと

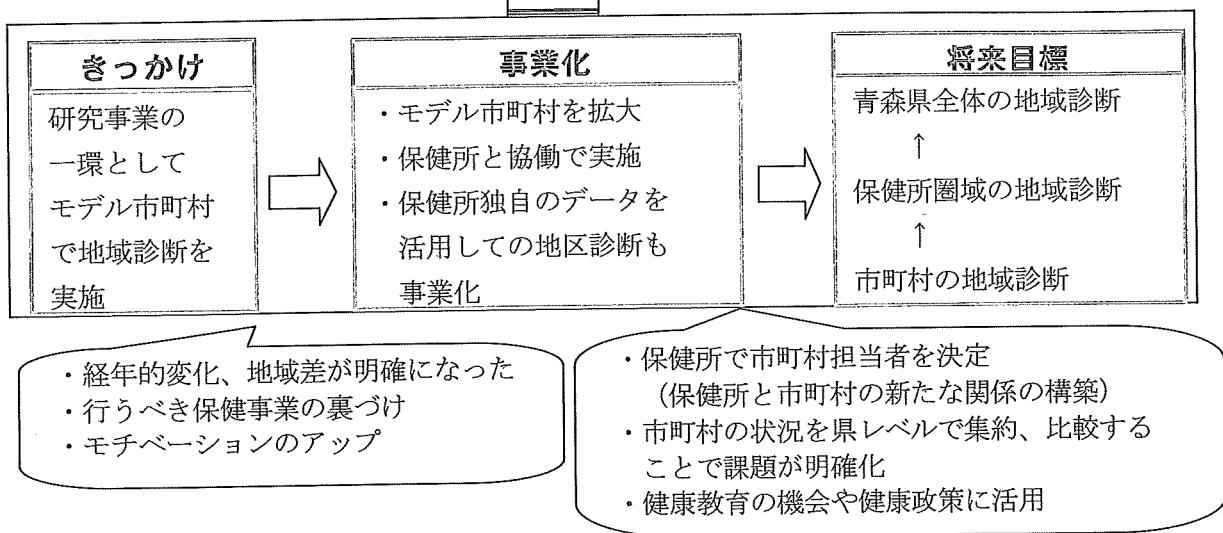
### ○効果

- ☆地域診断を行うことで、健診データの経年的な変化や地域差があることが明確になった。受診率アップの重要性が再認識され、地域活動のモチベーションも高まった。
- ☆モデル市町村のデータを県レベルで集約して比較検討することで、漠然と感覚的に捉えていたそれぞれのまちの健康課題が明確になった。健康教育や健康施策に活かされた。
- ☆平成 9 年以降、保健所保健師は分散配置となつたが、市町村担当保健師を決めて、市町村の地域診断を行つた結果、保健所保健師の市町村に対する意識が高まり、新たな関係が構築された。

### ○今後の展望

- ☆保健所のデータベースを活用した地域診断はこれから実施される予定である。
- ☆現在はモデル市町村のみで実施している地域診断を全域に拡大していく必要がある。
- ☆将来的には市町村レベルの地域診断から保健所圏域、県全体の地域診断へと発展させていく。

## 地域診断に基づく健康政策



## 事例2

## 長野県飯田保健所の取り組み

### ○今回取り上げた活動の目的

管内市町村の地域診断を通して保健衛生施策の企画・立案を支援する

### ○実施内容

標準化死亡比（SMR）を中心に管内市町村すべての健康課題を明確にし、市町村保健活動の方向性に対する提案を行う。

（県型保健所の役割でもある市町村への専門的支援機能）

〈SMRに基づいた健康課題の抽出から、PDCAによる保健事業の展開に至るまで〉

#### 保健所が行ったこと

○地域診断の基本的資料（人口動態統計資料の標準化死亡比（SMR）、市町村の死亡資料等）から他地域と比較し、各市町村の死因の特徴を明らかにする

#### ○地域の実情を見聞

#### 市町村が行ったこと

○市町村が持つ統計及び事業実施データ、（各種健診状況等）の提出



市町村	診断結果	提言内容	市町村保健師の活動
A村	死亡原因に占める脳卒中の割合が男女ともに高い	脳卒中予防対策 ・高血圧の治療 ・生活習慣により高血圧を予防	講演会や情報紙の発行・脳卒中予防教室を3年間実施→SMRの比較→結果を住民に報告→住民への実態調査→新規事業
B町	心疾患の死亡が多い。 健診未受診者は心疾患、脳血管疾患の死亡率が高い	健診未受診者の把握と健診対象者の再検討 心疾患死亡リスク軽減を目的とした健康習慣の普及活動	健診実施機関の変更（住民が健診を受けやすい、健診後のフォローアップ体制のある実施機関の選択）→健診受診率の向上→要医療者の早期医療受診へつながる

---

## ○効 果

- ◇行政保健師として費用対効果、医療費削減を念頭にいれた計画、活動、評価に取組んでいる。
- ◇市町村保健師は他の自治体の活動を意識するようになり、保健所保健師は担当地区(市町村)はどうなのかの意識（いい意味での競争意識）を持ち業務へ取り組んでいる。
- ◇市町村保健師は保健所保健師との連絡会議の中で、保健活動の中で気づいた案件について質問し解決案の助言を受け事業を展開している。  
(数年単位でのデータの出し方、自治体データ全体としての出し方等、表現方法について助言を受けている)

## 参考資料 1 地域診断の提言内容（平成 16 年～平成 21 年）

### 長野県飯田保健所

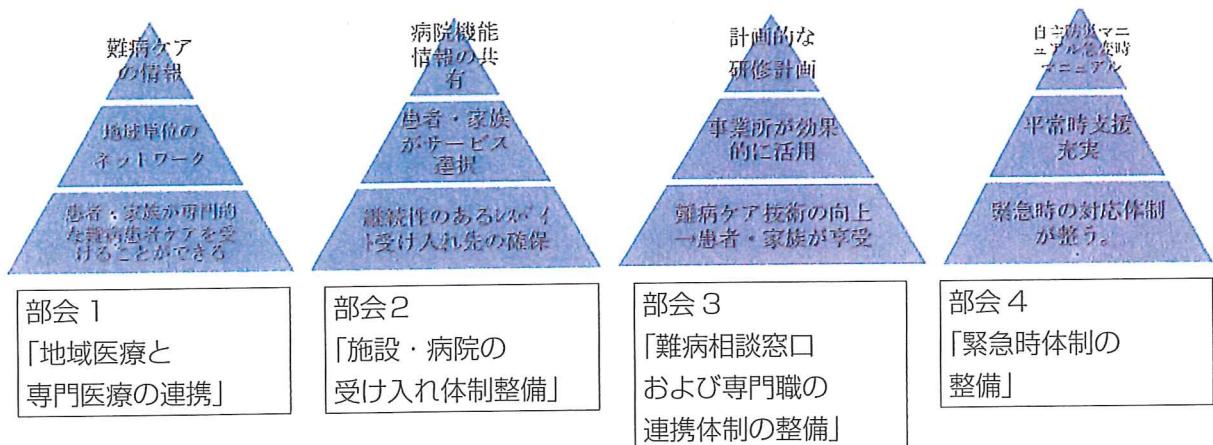
市町村名	診断結果	提言内容	提言日	担当	統計の見直し (H21.4)		SNR評議会	事業展開	アンケート調査 (H21.5 メール回答)
					H14～19 人口動態統計 (SNR)	低下・悪化			
A 市	・駆け出しが多い、女性は全国よりも多い ・大腸がんを患う人が多い、女性は全国よりも多い ・急性心筋梗塞の死因が男女とも全国よりも多い ・脳血管疾患の死因が男女とも全国よりも多い	1 ハイリスク層の基本健診、がん検診の受診率に対する対策 2 基本健診受診者、要医療者のコロナ体制の確立 3 診療所における地域づくり教育・支援 (要素から、地区別データを提示)	例) H19.3.15	○○	・男性の全死亡が増加 ・男性の心疾患が増加	△	検診効果の資料活用	○ 首長までの共通認識	地域別データが参考にならなかった。 市の提出データで誤りを見出し、訂正する必要あり。 (自分の反応?)
	・心疾患の死因が多い ・駆け出しが多い ・死亡率が高い	1 駆け出しが多い、SMRが地域による偏りがある 2 小学生死亡率に対する健診評価の算出 3 流感に向けた地域活動の基盤整備 (駆け出しが多い、SMRが地域による偏りがある)	△△		・女性の全死因が減少 ・男女ともに脳血管疾患が減少	○	未受診者対策 検診対象者の再検討	○ 首長までの共通認識	
	・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 65歳男性に罹るがんが増加傾向 3 流感に向けた地域活動の基盤整備 (金花園が非常に高い、男性の胃がんが増加傾向にある)	△△		・男性の全死因が増加 ・男女ともに心疾患が増加	○	未受診者対策 検診対象者の見直し	○ 保健康、保健などで問題の端末を持った。	予算額が時期を考慮し、もう少し早い時期に欲しい、
B 町	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 駆け出しが多い、SMRが地域による偏りがある 2 小学生死亡率に対する健診評価の算出 3 流感に向けた地域活動の基盤整備 (駆け出しが多い、SMRが地域による偏りがある)	△△		・男女ともに脳血管疾患が減少 ・胃がんは男性が減少、女性が増加	○	がん検診 (H17～20年度) 65～70歳の大齢・男女の無料	○ がん検診	予算額が見直しられた。
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 駆け出しが多い、SMRが地域による偏りがある 2 がん死因に対する検診受診率の算出 3 流感に向けた地域活動の基盤整備 (駆け出しが多い、SMRが地域による偏りがある)	△△		・男女ともに全死因が減少 ・胃がんは男性が減少、女性が増加 ・男性の脳血管疾患が増加 (女性は脳血管疾患が多い?)	○	がん検診 (H17～20年度) 65～70歳の大齢・男女の無料	×	がん検診にいたした。
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 生活習慣の改善 2 ハイリスク者の健診受診率の向上 3 がん予防への取組み	△△		(富士市など)		社会貢献 計画広報に掲載	○ 推進されるまで、問題に付けていたものが新たにおかれた。	予算額が時期を考慮して欲しい。 検査内容は一般的で、地域特有が出でない。 推進活動で、市町村、保健師の努力が欲しい。 がん検診と真なり。
C 町	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 駆け出しが多い、SMRが地域による偏りがある 2 がん死因に対する検診受診率の算出 3 流感に向けた地域活動の基盤整備 (駆け出しが多い、SMRが地域による偏りがある)	△△		・男女ともに全死因が増加 ・急性心筋梗塞は男女とも増加 ・脳血管疾患は男女とも増加 (女性は脳血管疾患が多い?)	○	がん検診 (H17～20年度) 65～70歳の大齢・男女の無料	×	がん検診にいたした。
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 生活習慣の改善 2 ハイリスク者の健診受診率の向上 3 がん予防への取組み	△△		(富士市など)		社会貢献 計画広報に掲載	○ 推進されるまで、問題に付けていたものが新たにおかれた。	予算額が時期を考慮して欲しい。 検査内容は一般的で、地域特有が出でない。 推進活動で、市町村、保健師の努力が欲しい。 がん検診と真なり。
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 生活習慣の改善 2 がん検診受診者の増加	△△						
D 村	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
E 村	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
F 村	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
G 村	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
H 村	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
I 村	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
J 村	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
K 村	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
L 村	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
M 村	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
N 村	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						
O 町	・駆け出しが多い ・金花園のSNRが非常に高い ・男性の胃がんが増加している ・がん検診の受診率は県内よりも高い	1 がん死因に対する検診受診率の算出 2 がん検診受診者の増加	△△						

### 事例3

### 奈良県郡山保健所と奈良市保健所の取り組み

#### 「難病在宅ケア推進ネットワーク会議」(以下、ケアネットワーク会議)

- 事業位置づけ：難病特別対策推進事業（厚生労働省、1998）に基づく難病対策
- 目的：難病患者とその家族が住み慣れた地域（在宅及び病院施設を含む）で安心して療養生活を送ることができる。
- 事業目標：関係機関が連携しながら患者支援を行える体制をつくる
  - ・患者・家族が専門的な難病患者ケアを受けることができる
  - ・継続性のあるレスパイト受け入れ先の確保
  - ・難病ケア技術の向上
  - ・緊急時の対応体制が整う



地域診断（難病に関する医療・施設情報や統計データ、関係者会議での議論や聞き取り調査等のKJ法による分析結果）結果を踏まえて、課題抽出から目的確認、目標（目的成就に向けたプロセス）を設定していく経緯がある。

#### ○効果

- 部会1では、専門性の高い難病ケアに関する取り組みと地域単位でケアチームづくりの2本柱で推進。難病ケア情報が地域単位のケアネットワーク会議により、患者家族に伝わる仕組みの構築
- 部会2では、レスパイト入院受入れ条件一覧表の作成共有を経て、患者・家族満足の高いレスパイト入院病床の拡大と確保、在宅レスパイトの充実
- 部会3では、難病患者のケアスタッフ同士の資質向上と連携の強化につながるよう研修計画の一元化に取り組み、事業所単位で、効果的に研修計画を活用できる仕組みの構築
- 部会4では、自主防災マニュアル、急変時マニュアル作成

## ○今後の展望

3年間にわたる地域診断（量的・質的データ）にもとづき得られた地域特性に配慮した計画策定や評価のための話し合いの体験を活かし、今後は、2つの保健所がそれぞれの持つ課題解決にむけて関係者を交え、より地域に根差した形で実施していく。同時にその集約として年に1回2保健所合同のケアネットワーク会議を体制として位置づけ、難病患者とその家族が住み慣れた地域（在宅及び病院施設を含む）で安心して療養生活を送ることができる地域づくりを実現していく。

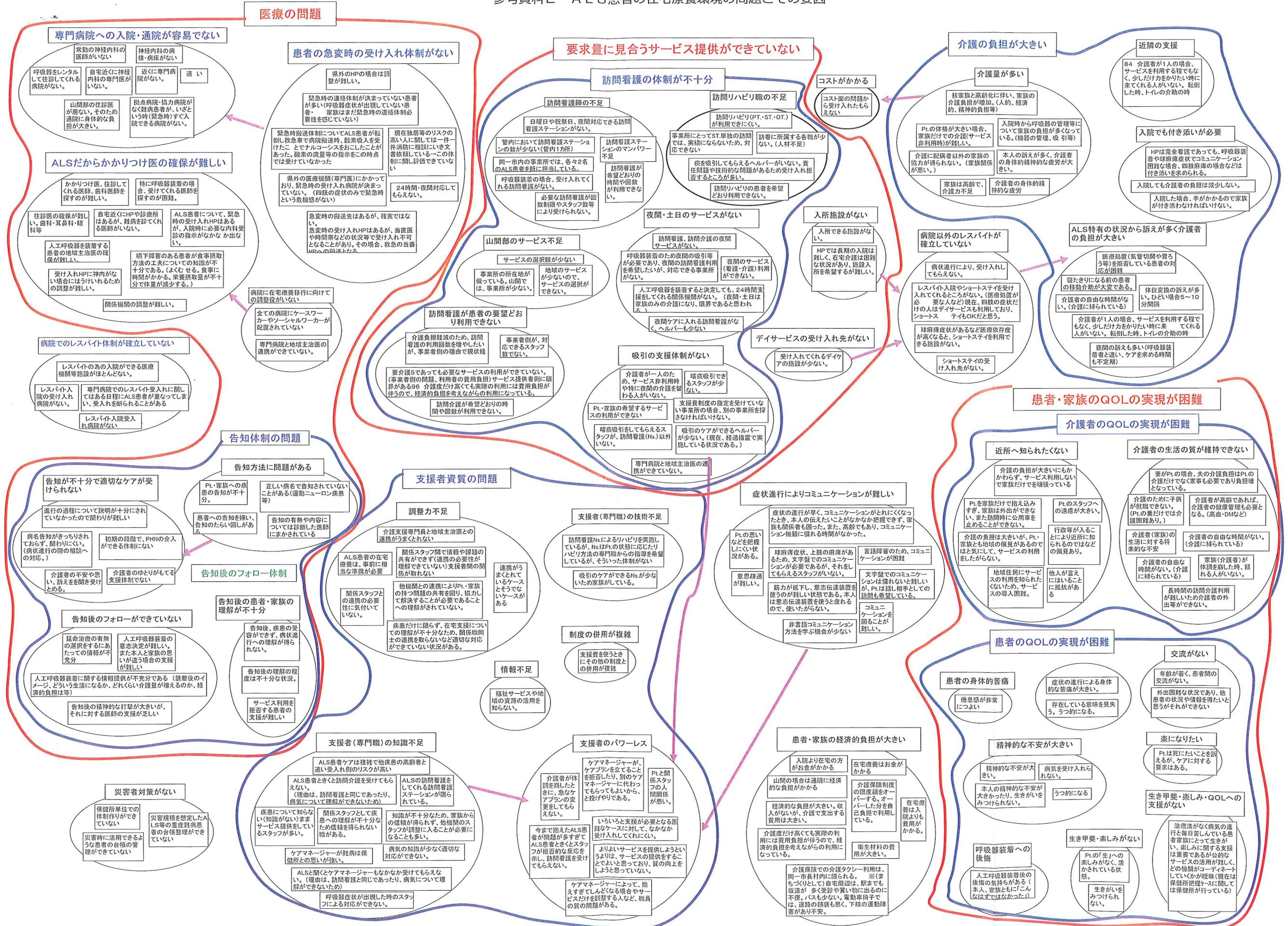


### 地域診断（数的データからの理解と質的データからの理解）

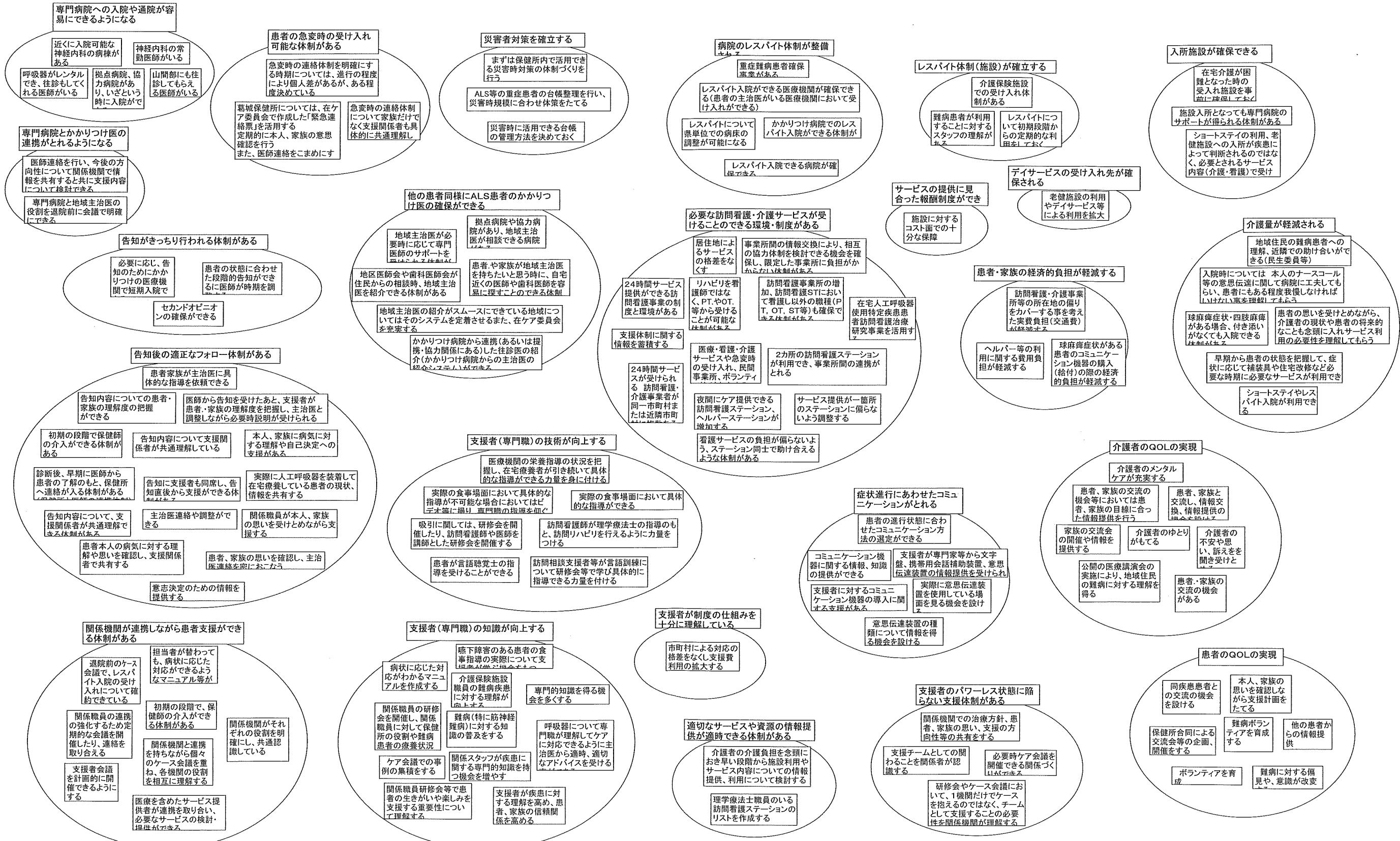
- ・活動目的が難病患者・家族を支える地域単位のケア体制の確保にあるため、地域診断の主軸となった項目は、・対象地域の難病患者の数（疾病分類別、性別など）、主治医（医療機関）、医療・保健・福祉関連の諸資源と活用度、活用にまつわる不満／不安、難病患者のケアや医療体制、在宅療養に関わるサービス等のデータの分析
- ・聞き取り調査によって得られた質的情報をケアネットワーク会議でのKJ法にも届くカテゴリ化を進め、利用者側やサービス提供者側の双方から課題を抽出



## 参考資料2 A L S患者の在宅療養環境の問題とその要因



## 参考資料2 ALS患者の在宅療養環境改善への課題



## 参考資料2 ALS 患者療養環境改善への課題（図の整理）

課題	課題解決のための条件
1 専門病院への入院や通院が容易にできるようになる	近くに入院可能な神経内科の病棟がある 神経内科の常勤医師がいる 呼吸器がレンタルでき、往診してくれる専門病院の医師が近くにいる 自宅近くの専門内科の専門医がいる 拠点病院、協力病院があり、いつでも入院ができる 山間部にも往診してもらえる医師がある
2 専門病院と地域主治医の連携がとれるようになる	専門病院と会議で明確にできる 医師連絡を行い、今後の方向性について関係機関で情報を共有すると共に支援内容について検討できる
3 患者の急変時に受け入れが可能な体制がある	急変時の連絡体制を明確にする時期については進行の程度により個人差があるが、おおよそその時期を決めている 急変時の連絡体制について家族だけでなく支援関係者も具体的に共通理解している 専門保健所においては、在宅ケア委員会を作成した「緊急連絡票」を活用し、定期的に本人、家族の意志確認を行う。また、医師連絡をこまめにする
4 災害時対策を確立する	ALS等の重症患者の合帳整理を行い、災害時複数に合わせた対策を立てておく。 まずは保健所内で活用できる災害時対策の体制をつくりをおこなう 災害時に活用できるような台帳の管理方法を決めておく。
5 病院のレスパイド体制が整備される	重症難治病院施設確保事業がある かかりつけ病院ができる医療機関が確保できる（患者の主治医がいる医療機関において受け入れができる） レスパイド入院でのレスパイド入院ができる体制がある レスパイド入院での病床が確保できる
6 告知がきっちり行われる体制がある	必要に応じ、告知のためにかかわりつけの医療機関で短期入院できる 患者の状態に合わせて段階的告知ができるよう医師が専用を調整する セカンドオピニオンが確保できる
7 告知後の適切なフォローワー体制がある	患者、家族が主治医に具体的な指導を依頼できる 本人、家族の病気に対する理解や自己決定への支授がある 医師から告知をうけたあと、支援者が患者、家族の理解度を把握し、主治医と調整しながら必要時説明が受けられる 告知内容についての患者、家族の理解度の把握ができる 初期の段階で保健師の介入ができる体制がある 診断後、早期に医師から患者了解のちと、保健所へ連絡がある体制がある（保健所と医師の連携体制） 告知後に支援者も同席し、告知直後から支援ができる体制がある 告知内容について、支援関係者が共通理解している 実際に人工呼吸器を装着している患者の現状、情報と共有する 患者本人の病気に対する理解や思いを確認し、支援関係者と共有する 患者本音が患者、家族の思いを受け止めながら支援する 意志決定のための情報を提供する
8 他の患者同様にALS患者のかかりつけ医の確保ができる	地域主治医が必要に応じて専門医師のサポートを受けられる体制がある 拠点病院や協力病院があり、地域主治医が相談できる病院がある 患者や家族が地域主治医を持ちたいと思うことを容易に探すことできる体制がある 地区医師会や歯科医師会が生民からの相談時に地域主治医を紹介できる体制がある 地域主治医の紹介がスムーズにできる地域においてはそのシステムを充実させる。また、在ケア会議を充実させる かかりつけ病院から連携（あるいは提携・協力関係にある）した生診医の紹介できる（かかりつけ病院からの主治医の紹介システム）

課題	問題	課題題解決のための条件
9 必要な訪問看護・介護サービスを受けることができる環境・制度がある	24時間サービスが受けられる訪問看護・介護事業所が同一市町村又は近隣市町村に複数ある居住地によるサービスの格差をなくす 事業所間の情報交換により、相互の協力体制を検討できる機会を確保し、限定した事業所に負担がかからない体制がある 訪問看護事業所の側から、また、訪問看護ステーションにおいて看護師以外の職種（PT, OT, SI等）も確保できる体制がある リハビリを看護師ではなくPTやOTから受け受けることが可能な体制がある	支援体制に関する情報交換を蓄積する 医療・看護・介護サービスや急変時の受け入れ、民間事業所、ボランティア等が充実する 2ヶ所の訪問看護ステーションが利用でき、事業所間で連携ができる 在宅人工呼吸器使用者特定疾患訪問看護治療研究事業を活用する 夜間にケア提供できる訪問看護ステーション、ヘルパーステーションが増える サービス提供が1ヶ所のステーション同士で助け合えるような体制がある
10 支援者（専門職）の技術が向上する	医療機関の栄養指導を把握し、在宅療養の支援者が引き継いで具体的な指導ができる力量を身につける。 実際の食事援助において具体的な指導が不可能な場合においてはビデオ等に撮り、専門職の指導を仰ぐ 吸引に関しては訪問看護師や医師を講師とした研修会を開催する 訪問看護師がPTの指導のもとで訪問リハビリを行えるような力量をつける 患者が言語聴覚士の指導を受けるにどこができる 訪問相談支援者が言語訓練について研修会等で学び具体的に指導できる力量をつける	
11 支援者（専門職）の知識が向上する	嚥下障害のある患者の食事指導の実際について支援者が学ぶ機会をもちつ 病状に応じた対応がわかるマニュアルを作成する 介護保険施設職員の難病患者に対する理解が向上する 関係職員の研修会を開催し、関係職員に対して保健所の役割や難病患者の療養状況を理解する機会がある 難病（特に神経系難病について）の知識の普及をする 専門的知識を学ぶ機会を多くする ケア会議での知識の集積をする	
12 関係機関が連携しながら患者支援ができる体制がある	担当者が変わつても西浜に応じた対応ができるようマニュアル等がある 退院前のケース会議でレディート入院の受け入れについて確認している 初期の段階で保健師の介入ができる体制がある 関係機関と連携を持ちながら個々のケース会議を重ね、各機関の役割を取り組む 関係機関の連携を強化するため定期的な会議を開催したり連絡を取り合っている 関係機関が理解してケアに努めるために、共通認識している 支援者会議がそれらの役割を明確にし、 支援者会議を計画的に開催できるようにする 医療会議を含めサービス提供者が連携を図り合い、必要なサービスの検討・提供ができる	
13 適切なサービスや資源の情報提供ができる体制がある	介護者の介護負担の懸念を念頭におき、早い段階から施設利用やサービス内容についての情報提供、利用について検討する	
14 サービスの提供に見合った報酬制度ができる	施設に対するコスト面での十分な保証	
15 ティサービスの受け入れ先が確保される	老健施設の利用やティサービスの利用を拡大する	
16 入所施設力確保できる	在宅介護が困難となったときの受け入れ施設を前に確保しておく 施設入所どなつても専門病院のサポートが得られる体制がある ショートステイの利用、老健施設への入所が医療によって判断されるではなく必要とされるサービスの内容で受け入れが検討される	

課題	問題	課題解決のための条件
17 レンバイト体制（施設）が確立する	介護保険施設での受け入れ体制がある 難病患者が利用することに対するスタッフの理解がある レスパイントについて初期段階からの定期的な利用をしておく	
18 支援者が制度の仕組みを十分に理解している	市町村による対応の格差を無くし支援費利用の拡大する	
19 患者・家族の経済的負担が軽減する	訪問看護・介護事業所の所在地の偏りをカバーすることを考えた交通費の実費負担力軽減する ヘルパー等の利用による費用負担が削減する 球麻痺症状がある患者のコミュニケーション機器の購入（給付）の際の経済的負担力軽減する	
20 症状進行にあわせたコミュニケーションがどれほど可能か	患者の進行が齧合に合わせたコミュニケーションの方法の選定ができる コミュニケーション機器に関する情報、知識の提供ができる 支援者に対し、コミュニケーション機器の導入に関する支援がある 支援者が専門家等から文書型、携帯用会話補助装置、意思伝達装置の情報提供を受けられる 意思伝達装置について情報を見る機会を設ける 家族に意思伝達装置を使用している場面を見る機会を設ける	
21 支援者がパワーレス状態に陥らない支援体制がある	関係機関での治療方針、患者、家族の想い、支援の方向性等の共有する 必要時ケア会議を開催できる関係性作りができる 支援チームとして関わることで関係者が認識する 研修やケース会議において1懇親会だけでケースを抱えるではなく、チームとして支援することの必要性を関係機関が理解する	
22 介護費が軽減される	入院時については、本人のナースコール等の意思伝達に関して病院に工夫してもらい、患者にもある程度の理解してもらう 球麻痺症状、四肢麻痺がある場合、付き添いが無くても入院できる体制 患者の想いを受け止めながら、介護者の想いや患者の将来のことでも念頭にいれサービス利用の必要性を理解してもらう ショートステイやレスパイトが利用できる 早期から患者の状態を把握して、症状に応じて備蓄具や住宅改修など必要な時に必要なサービスが利用できる 地域住民の難病患者への理解、近隣での助け合いができる。民生委員等	
23 介護者のQOLの実現	介護者のメンタルケアが充実する 患者、家族の交流の機会等においては患者、家族の目標にあつた情報提供を行う 患者、家族と交流し、情報交換や情報提供の機会がある 介護者の不安や想い、訴えを聞き、受け止める 家族の交流会の開催や情報提供をする 介護者のゆとりがもてる	
24 患者のQOLの実現	公開の医療講演会の実施により、地域住民の難病に対する理解をえる 患者、家族の交流の機会等においては患者、家族の目標にあつた情報提供を行つ 同医患患者との交流の機会を設ける 他の患者からの情報提供がある 本人、家族の想いを確認しながら支援計画をたてる 難病がランティアを育成する 医療相談会等情報を得る機会を多く設ける 患者の難病に対する雇員や意識が改変される 保健所合同による交流会などの企画、開催をする	

## 事例4

## 富山県高岡市の取り組み

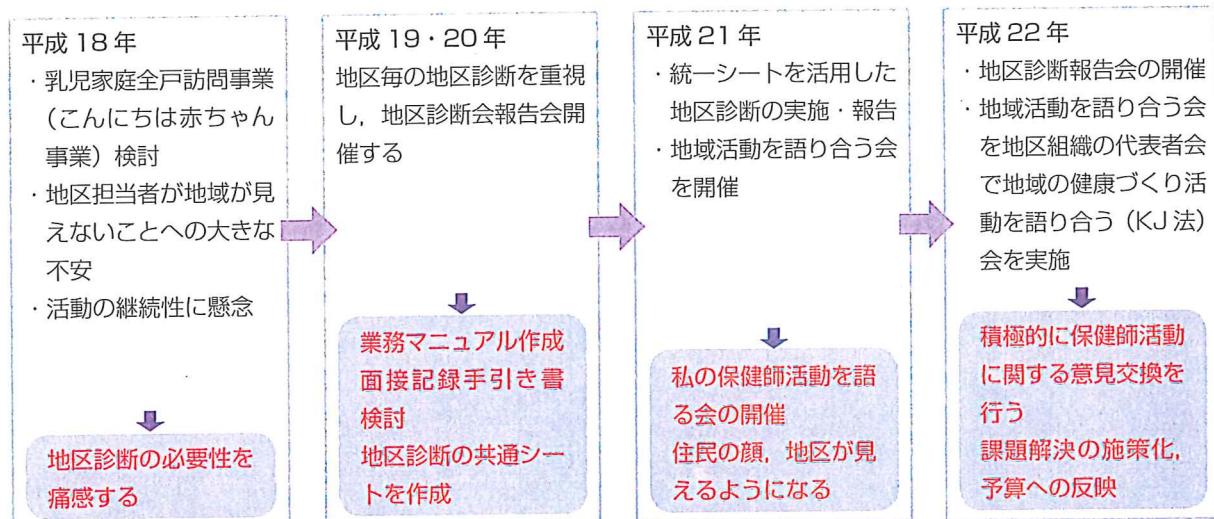
### ○今回の取組活動の目的

◇目的：住民が住みなれた地域で健康な暮らしができるように、地域に責任を持った保健師活動ができる。

◇目標：地区診断で把握できた健康課題を組織として住民と共有し課題解決に向けた協働ができる

- ・地区診断に必要なデータの収集ができる
- ・地域住民の暮らしの中から健康ニーズの聴取ができる
- ・各地区データと住民のニーズから地区の健康課題を把握できる
- ・地区的健康課題を組織として共有し、施策化できる
- ・地域住民と健康課題を共有し、解決に向けた協働ができる

### ○実施経過



### 【地区診断項目】

地域診断に関する量的データは小学校区毎の基礎的なデータ（住民基本台帳）、学校保健統計、母子保健関係データ、成人保健データ、国民健康保険関係データや健康づくり推進懇話会活動実績、地区組織活動内容などから構成される。質的データは保健師の家庭訪問や地区組織活動から把握できた健康に関するニーズや地域の文化・観光にかかる住民の意識や行動など社会文化的要因などが盛り込まれている。

## ○効果

- ① 保健師活動の意欲が向上し地区を愛する気持ちが増した。地区に出るのが億劫ではなくなった。
- ② 保健師個々が自らの地区活動を振り返る機会となった。
- ③ 保健師が自信を持って地域に出て住民と接することができるようになった。
- ④ 地区診断の結果から課題の明確化と根拠に基づく優先順位の絞り込みができた。
- ⑤ 市の健康課題が共有化でき保健師活動についての意見交換や夢が語りあえるようになった。
- ⑥ 地区診断から得られたがん検診情報等が健康づくり懇話会の推進により掲載され住民と連携した活動へつながった。
- ⑦ 各地区的診断結果から市全体の事業評価、見直しを行い予算編成に反映できた。
- ⑧ 地区診断報告会の実施により、保健師の活動が見えるようになり他職種の理解や協力に繋がった。

## ○今後の課題

- ① 市で実施する地区診断では、社会文化的な質的なデータの収集が中心となり、保健統計データなどの収集や分析に限界がある。
- ② 保健統計データと社会文化的な質的データから地域全体を捉えるためのスキルアップが必要である。
- ③ 保健統計データ収集や分析には保健所や市の他部門との連携が必要である。

参考資料3 富山県高岡市

【メインシート】

\_\_\_\_\_ 地区(校下) 担当保健師【

】

平成 年度 保健師活動実績及び評価(地区診断)

地域の特徴

【地域特性】～人口構成・地理的条件・交通条件・産業・生活環境など～

【健康問題】～人口動態・疾病状況・健診及び検診状況など～

【地区組織活動】～活動状況・連携等～

地区の課題

次年度の方針

## 参考資料3 富山県高岡市

## 【サブシート】

地区(校下) 担当保健師【

】

## 平成 年度 保健師活動実績及び評価(地区診断)

## I 地域の特徴

## 1. 自然環境(位置、地理的条件、交通等)

--

## 2. 健康問題・保健問題

	人口動態・衛生統計	平成 年	前年比	平成 年	前年比	平成 年	前年比	備考
人 口	世帯数							
	総人口							
	0~14歳 (率)							
	15~64歳 (率)							
	65歳以上 (率)							
	75歳以上(再掲) (率)							
	高齢化率							
児 童	肥満							
	う歯							
地 区 の 状 況	赤ちゃん訪問対象者数(人)							
	新生児訪問数(人)							
	継続訪問件数 母子(人)							
	継続訪問件数 成人(人)							
	対象者数(人)							
特 定 健 診	受診者数(人)							
特 定 保 健 指	動機付け支援対象者数							
	積極的支援対象者数							
受 診 者 数 検 診 (人)	胃がん							
	肺がん							
	大腸がん							
	乳がん							
	子宮がん							
國 民 健 康 診 保 険 状 況 加 入	悪性新生物 受診率(%)							
	1件当たりの費用額(円)							
	1人当たりの費用額(円)							

### 参考資料3 富山県高岡市

#### II 地域の社会資源

1. 保健福祉関係施設（保健センター、老人福祉施設、児童福祉施設、精神障害者社会復帰施設等）

施設名	所在地	電話番号	備考（利便性や利用状況等）

2. 医療機関（病院、医院、専門病院等）

施設名	所在地	電話番号	備考（利便性や利用状況等）

3. 教育関係機関（学校、公民館、青少年センター、体育センター、図書館等）

施設名	所在地	電話番号	備考（利便性や利用状況等）

4. 地区組織（自治会、婦人会、社協、ボランティア等）

団体名（代表者名）	住所地	電話番号	備考（活動状況・内容等）

5. 年間スケジュール（がん検診、健康教室、懇話会など）

--

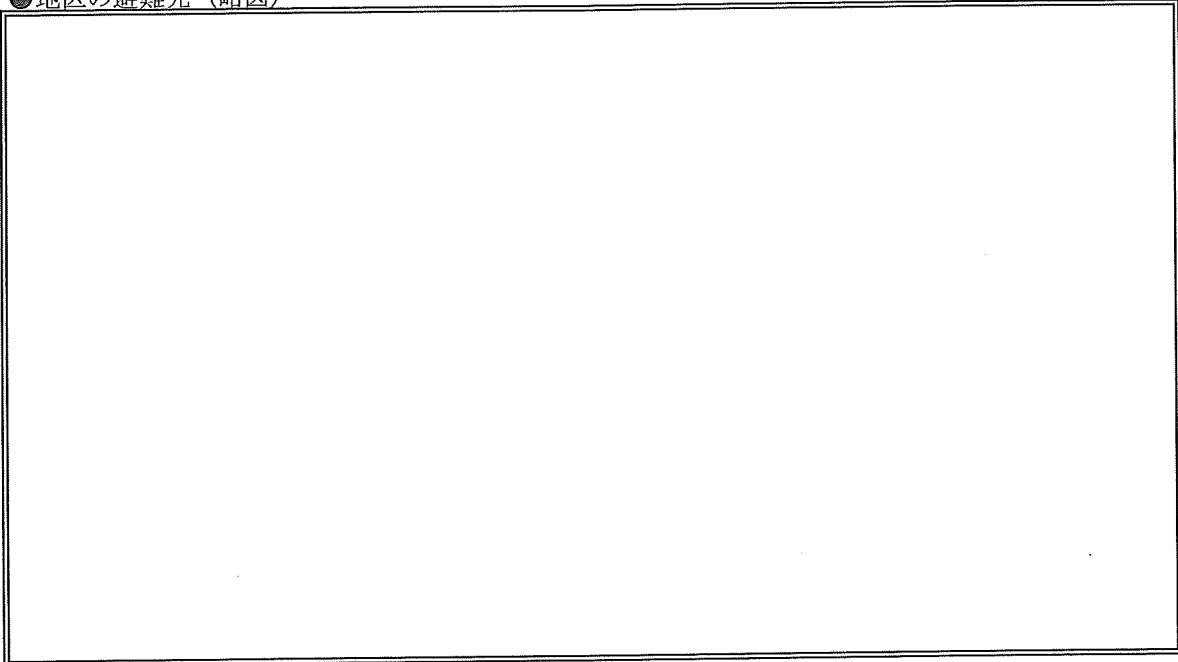
## 参考資料3 富山県高岡市

## 【緊急時・災害対策用シート】

平成 年度 地区（校下）緊急時・災害対策用シート

## 緊急避難先

## ●地区の避難先（略図）



## ●医療拠点とする避難施設

地区名	施設名	電話番号	所在地	面積 (m²)

## ●広域避難場所

地区名	施設名	電話番号	所在地	面積 (m²)

## ●地域型防災活動拠点とする避難施設

地区名	施設名	電話番号	所在地	面積 (m²)

参考資料3 富山県高岡市

●避難施設

地区名	施設名	電話番号	所在地	面積 (m <sup>2</sup> )

主要連絡先

団体名	電話番号	代表者名	住所地
連合自治会長			
地域女性ネット会長			
地区社会福祉協議会会長			
老人クラブ会長			
地区（校下）健康づくり推進懇話会長			
地区環境保健衛生協会会長			
母子保健推進員 理事			
食生活改善推進員 理事			
ヘルスボランティア協議会 理事			
民生委員			
地域包括支援センター			
公民館・地区連絡支援センター			
子育て支援センター（児童センター）			

**事例5****高知県香南市と高知県中央東福祉保健所の取り組み**

## ○今回取り上げた活動の目的

健康増進計画策定およびその効果的な推進

香南市は、健康増進計画を保健所による死亡統計等の情報支援を得て策定した。その際には、保健所とともに生活習慣病予防に関する地域診断を行い、その結果を医師会、保健所、地区組織代表等の外部委員と庁内関係4課で構成する健康づくり推進委員会に反映することで、全市的な健康課題の共有と組織的な保健活動の展開に役立てている。



香南市の保健師による地域診断は、地域診断で終わることなく、地域の健康課題やエビデンスに基づく健康増進計画の策定と市の施策への反映に役立てられている。

## ○PDCAサイクルで先を見通した活動へ

特筆すべき点は、脳卒中予防のために市民と医療機関、地区組織、行政がそれぞれ具体に取り組むこととその評価指標をマトリックス化した施策体系表を作成するとともに、評価指標のデータ収集に関する介護保険部署等関係4課と保健所の役割を確認することにより、PDCAサイクルで保健活動を展開できるように可視化していることである。

## ○保健所の役割 / 機能の発揮

保健所は、市からの要請を受けて死亡統計や特定健診データの情報分析や全国の疫学的な専門情報を提供するとともに、地元医療機関の医師と市保健師等の連携調整に関する支援要請を受けて、医師会長や医師会選出医師、大学の専門医師との調整をするなど、広域的・専門技術的な立場での役割を発揮している。

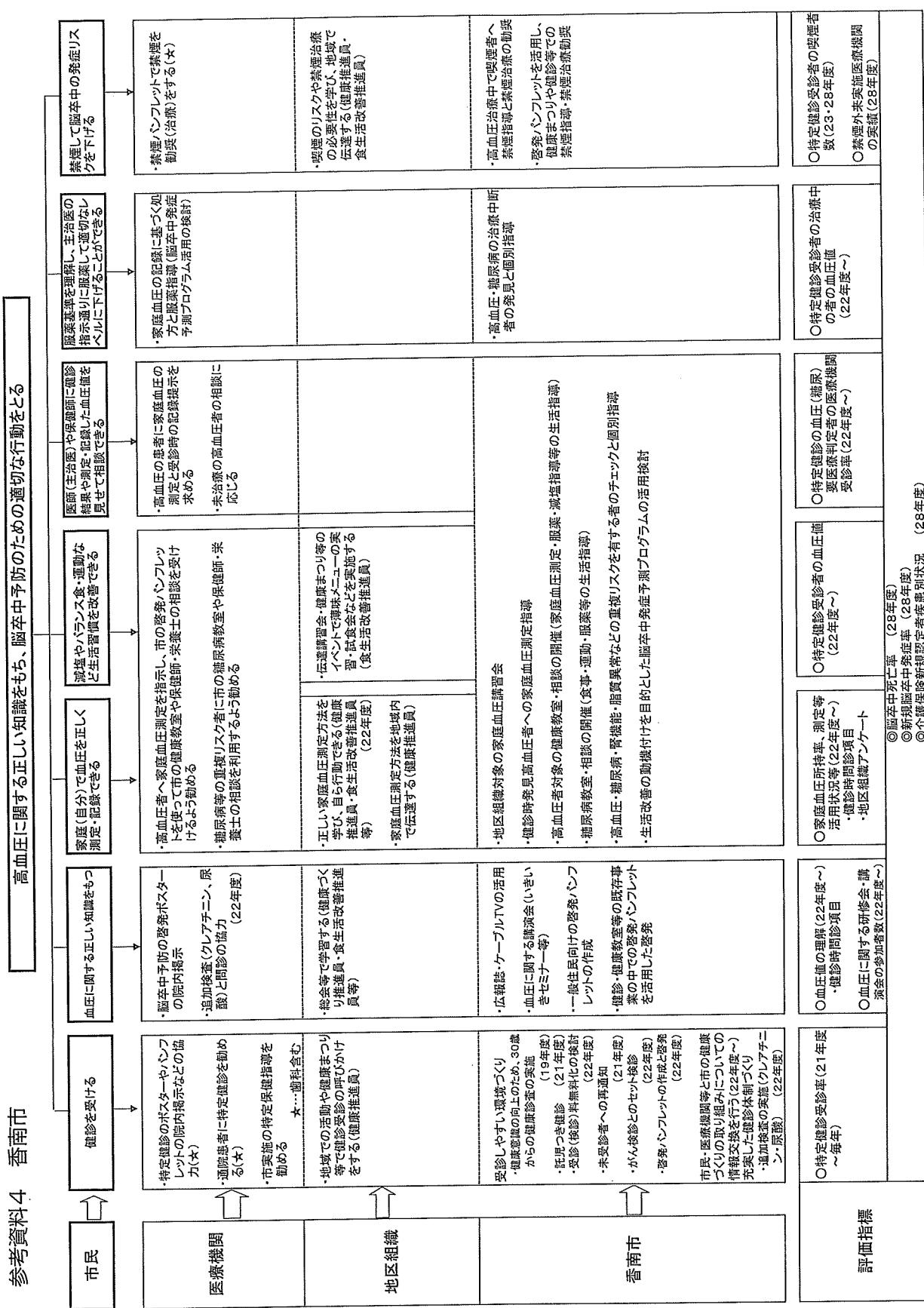
## ○取組の成果

健康増進計画の策定や健康づくり推進委員会を通じて、庁内関係4課の間で健康課題の共有と評価に関する連携協力の確認ができたことである。また、地域診断の結果を市の健康推進員の研修会で報告したこと、家庭血圧測定の普及推進など地区組織との連携協働の活動の開始につながっている。さらに、保健所長の介入により、弱かった医師会との連携協力が進み、市の健康づくりを推進する土台を築いている点は大きい。

全体を通して、地域診断で抽出した健康課題に基づく計画策定と委員会により健康課題と目標（評価指標）を組織的に共有することにより、ぶれない保健活動の方向性を確認し、PDCAサイクルで活動を展開する基盤ができている。また、このことが市保健師の活動に対する自信にもつながっている。

参考資料4 香南市

高血压に関する正しい知識をもち、脳卒中予防のための適切な行動をとる



## 参考資料4 香南市

香南市の健康課題と取り組み

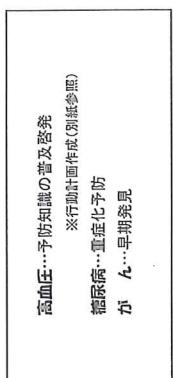
～生活習慣病予防重点対策～



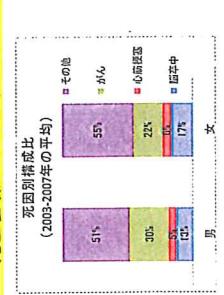
香南市の健康づくり方針

基幹増進計画に基づき  
③つの重点計画に取り組みます。

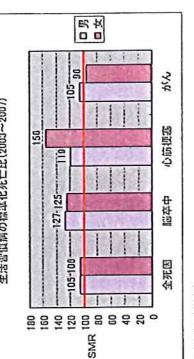
(20~29年)



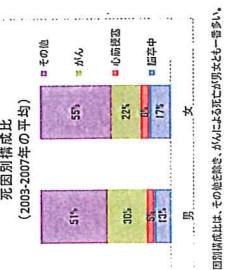
死亡者数はかんが多い



死亡割合を全国と比較すると



SMR  
全死因 死因別 全日本 年齢別  
性別別



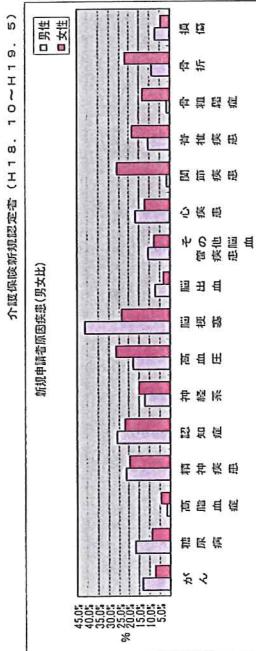
SMR割合を示すのは、同じ年齢層の全国平均に対する当市の割合である。この年齢層の死因別割合で、Xiangnan Cityでは、その他の死が最も多く、がんはそれに次ぐのが特徴である。  
死因別割合には、その他の死を除いて、心疾患、脳卒中、心筋梗塞が続く。  
死因別割合には、その他の死を除いて、心疾患、脳卒中、心筋梗塞が続く。

死

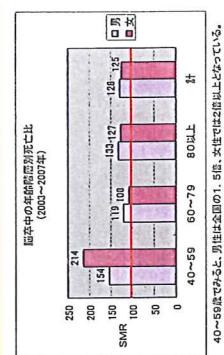
亡

介護保険利用者の原因疾患

循環器系の病気の割合が高い。



脳卒中は40～50歳代の動き盛りに多い

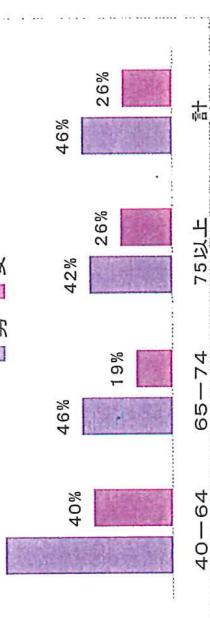


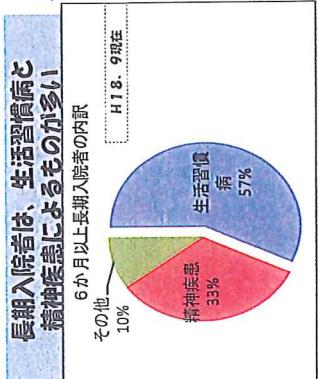
SMR  
年齢別死因別割合比

年齢別死因別割合比

脳卒中は40～50歳代の動き盛りに多い

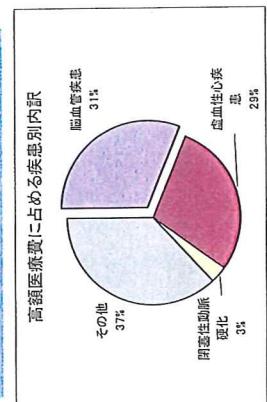
新規介護認定者の主治医意見書原因疾患割合  
卒中の記載のある者の割合



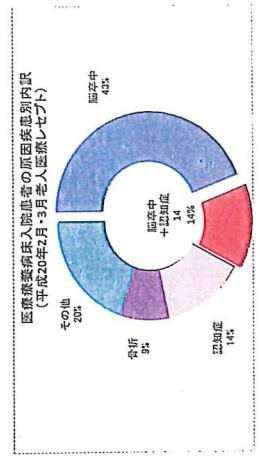


**医療**

### 高額医療費の3割は臓卒中

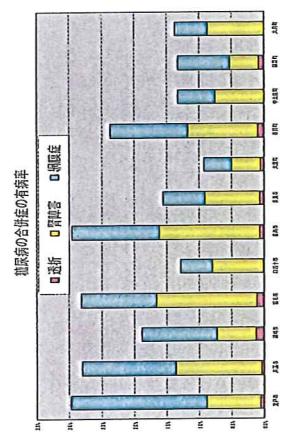


### 長期入院者の中でも、臓卒中が最も多い

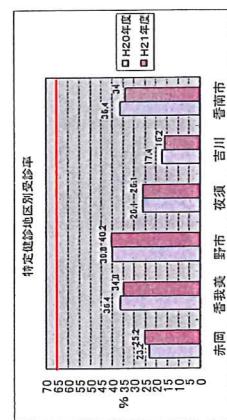


臓卒中が、半数近くを占めている。

### 糖尿病合併症の有病率が高い

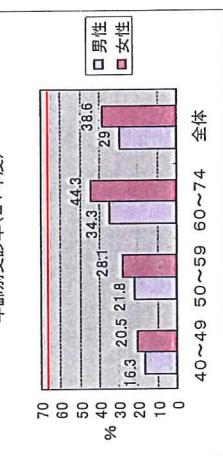
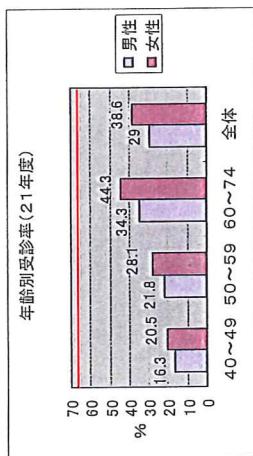


### 特定健診受診率は横ばい



めざせ 65% !

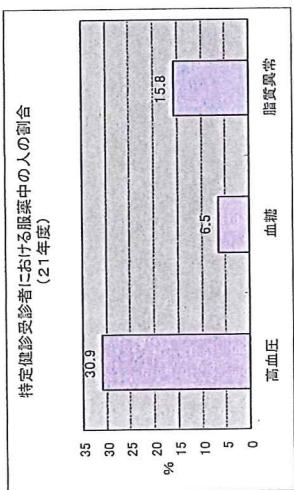
### 動き盛りの受診率に課題あり



**健診**

## 参考資料4 香南市

**特定健診受診者  
約3人に1人は高血圧治療中**



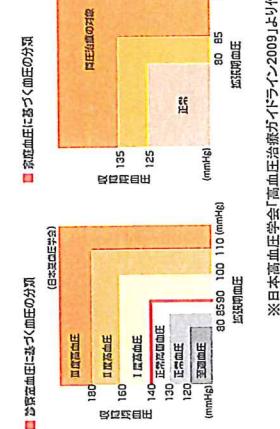
**「声」…特定健診判定で高血圧を治療**

**愛診しない人**  
 「以前白衣高血圧症と言われたので病院へは行かない。」「自動血圧計を持っているが、最近測ったことがない。」「健診で血圧が高かったので、自分で測ると180/120あった。でも一人暮らしだしそこまで心配してもらわなくていい。」「（血糖・脂質・肝機能すべて高値）自覚症状はないので…。」「いつも高いので、あまり気にはしなくなかった。」

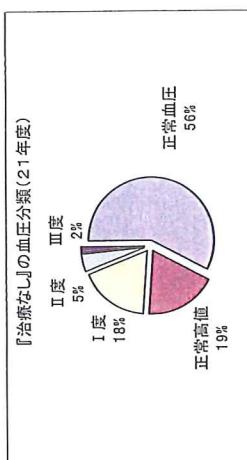
**愛診した人**  
 「病院では正常値。2週間自分でも測ってみてもらったが異常なかった。今後は生活にも気をつけます。」

※血圧の理解と自己測定・継続支援の大切さ

**血圧の基準値**



※高血圧にあづく血圧分類



※治療なしの4人に1人は高血圧判定

**「声」…糖尿病で治療中**

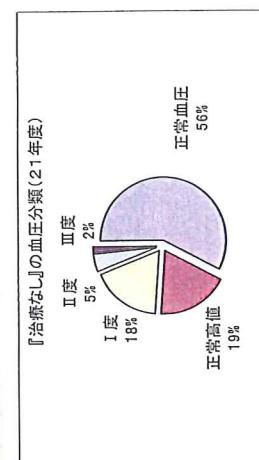
「職場健診で血糖が高めと言われていた。仕事や飲み会が多くてそのままに…。」「親も糖尿病だった。症状は知っていたが結びつかなかつた。」「（通院をやめていた）体重が減り寝せてよかったですと思つていた。」「薬を飲めば、血糖はよくなると思った。」

※検査結果の見方がわからぬ！」  
 「糖尿病と知られるのが恥ずかしかったが、最近はよく耳にする言葉になった。患者同士で話をする。」

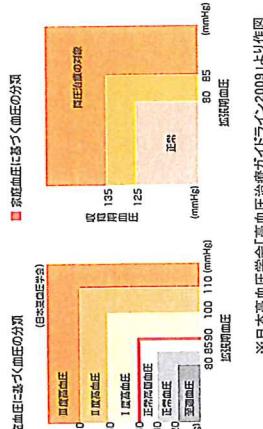


※治療の理解と自己管理(生活習慣改善)の大切さと難しさ

**特定健診受診者  
約3人に1人は高血圧治療中**



※高血圧にあづく血圧分類



※治療なしの4人に1人は高血圧判定

**「声」…糖尿病で治療中**

「職場健診で血糖が高めと言われていた。仕事や飲み会が多くてそのままに…。」「親も糖尿病だった。症状は知っていたが結びつかなかつた。」「（通院をやめていた）体重が減り寝せてよかったですと思つていた。」「薬を飲めば、血糖はよくなると思った。」

※検査結果の見方がわからぬ！」  
 「糖尿病と知られるのが恥ずかしかったが、最近はよく耳にする言葉になった。患者同士で話をする。」



※治療の理解と自己管理(生活習慣改善)の大切さと難しさ

**「声」…糖尿病で治療中**

「職場健診で血糖が高めと言われていた。仕事や飲み会が多くてそのままに…。」「親も糖尿病だった。症状は知っていたが結びつかなかつた。」「（通院をやめていた）体重が減り寝せてよかったですと思つていた。」「薬を飲めば、血糖はよくなると思った。」

※検査結果の見方がわからぬ！」  
 「糖尿病と知られるのが恥ずかしかったが、最近はよく耳にする言葉になった。患者同士で話をする。」



※治療の理解と自己管理(生活習慣改善)の大切さと難しさ

## まとめ

<死亡>  
・寒暖ではがんが多いが、死亡率を全国と比較すると、**脳卒中**と**心筋梗塞**が高い

<介護>  
・特に40～50歳の働き盛りで**脳卒中**の死亡割合が高い

<介護保険利用者の半数が**脳卒中**。40～64歳の若い男性では、8割以上が**脳卒中**が原因

<医療>  
・高額医療費の6割を、**脳卒中**と**虚血性心疾患**が占める。  
・**糖尿病**併発症の有病率が高い

<健診>  
・特定健診受診者の3人に1人は**高血圧**治療中

<治療なしの4人に1人は**高血圧**判定



<死亡>  
・寒暖ではがんが多いが、死亡率を全国と比較すると、**脳卒中**と**心筋梗塞**が高い

<介護>  
・特に40～50歳の働き盛りで**脳卒中**の死亡割合が高い

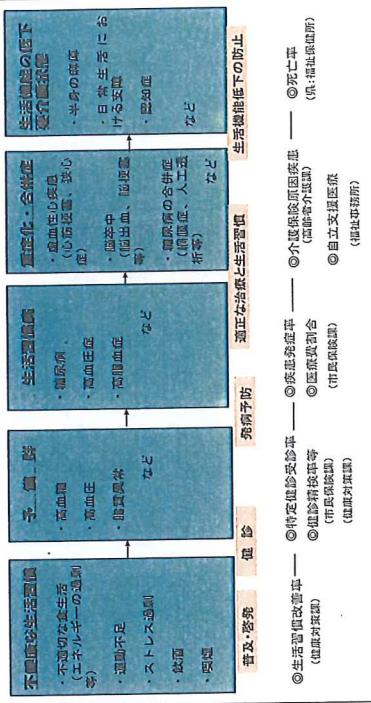
<介護保険利用者の半数が**脳卒中**。40～64歳の若い男性では、8割以上が**脳卒中**が原因

<医療>  
・高額医療費の6割を、**脳卒中**と**虚血性心疾患**が占める。  
・**糖尿病**併発症の有病率が高い

<健診>  
・特定健診受診者の3人に1人は**高血圧**治療中

<治療なしの4人に1人は**高血圧**判定

## 健康づくり対策の評価指標と関連各課・機関



## 22年度の主な取り組み（案）

1. 健康課題の共有（循環器疾患管理委員会の設置）

2. 課題に向けた取り組み

- ・地区組織…血压測定モニール事業  
(血压測定方法の研修等)
- ・特定健診の追加検査（クレアチニン・尿酸）

3. 専門部会

- ・特定健診結果の高血压判定にもとづく指導内容の検討
- ・血压測定や脳卒中予防の一般向け指導パンフレット作成
- ・市の保健指導体制（要介護）の検討



**事例6****北九州市の取り組み****○今回取り上げた活動の目的**

地域保健に関する多岐にわたる業務が、組織的に縦割りになりやすい傾向の中で、各領域が相互に情報交換ができ、効果的な健康づくり政策を推進できる仕組みを模索する。

**○活動の実際**

市本庁の事業担当者（母子保健、高齢者保健・介護保険、生活習慣病対策、心の健康づくり）が、北九州市全体の各分野ごとの地域診断の結果を、研修機会を通じて各区のセンター保健師に伝える取組で、初の試みである。

\*北九州市は、151名の保健師が保健福祉局（21名、うち保健所5名）、子ども家庭局（3名）、区役所生活支援課（123名、うち地域包括支援センター31名、精神保健福祉相談員<sup>1)</sup>として10名）、総務市民局（3名）、教育委員会（1名）と局レベルで分散化が進んでいる。

また、精神保健福祉活動に関しては、精神保健福祉相談員の資格を持つ保健師のみで対応している。

**○成果と今後の方向**

地域包括支援センターや精神保健福祉相談員など、自分の担当部門のみならず、日頃、交流の少ない保健師が一堂に会すことができたことは1つの成果である。

また、北九州市の各々の分野の実態をそれぞれの角度から把握でき、改めて分散配置のデメリットや業務の細分化がもたらす負の部分を認識したと同時に、どのように改善すべきかを考える機会になっている。

今後は、保健所の役割／機能の再検討を加え、保健所、本庁、各区生活支援課等が各々の機能を効果的に活用した形で、北九州市の健康課題の共有と優先順位の検討、さらに各区の独自性に合わせた根拠に基づく取組の実現を目指したい。

1) 精神保健福祉相談員とは：昭和40年の精神衛生法改正で、保健所は精神衛生の地域における行政の第一線機関として位置づけられ、精神衛生相談員を配置できるとされた（平成22年の精神保健法の改正、平成27年の精神保健福祉法の改正で、精神保健福祉相談員となる）。精神保健福祉相談員は、地方公務員試験に合格後に、1.精神保健福祉士、2.大学で社会福祉に関する科目を修めて卒業した者で、精神保健および精神障害者の福祉に関する知識・経験のある者、3.医師、4.厚生労働大臣の指定した講習会の課程を修了した保健師で、精神保健に関する知識および経験のある者、5.上記に準ずる者

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／健康新政策（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。

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。

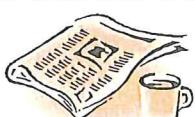
地域診断が必要かつ重要である大きな理由は、地域ごとにさまざまな特性があるためです。また、どのような理想に基づいた行政施策も、地域を眺めた上で血の通った運用とたゆまぬ努力、絶えざる改善という日々の実践を通じてしか、住民の暮らしの向上にはつながらないからです。すなわち全国一律の政策・施策・事業では不十分であり、地域の特性に応じた取り組みが求められているということです。

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

日々の出会いや活動を通して「これって本当」、「おや、あれ」「こんなのは初めて」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すか？

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、たくさん的人がそれぞれの人生を歩んでいます。一歩地域へ出向けば、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。
- \*こんなに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な資料とその特徴、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、身边にある冊子の巻末統計表をみてみると、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のか？」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指します。

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 一他の地域との比較一

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、条件ができるだけ整えることです。

## 2-3 地域診断のためには比較が必要 一経的な変化による比較一

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、地域での疾患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。地域で特定の疾患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から, (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》 一年齢調整の仕方一

### 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

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

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

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

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が判定できる。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うことができる。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になり、B 地域の方が高いという結果なる。

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

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

### 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”的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を改善するためには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て地域診断を行うのが通例でしょう（図2）。

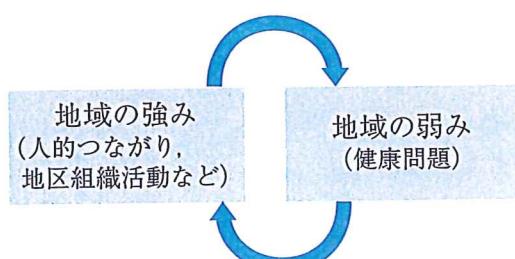


図1 地域の弱みを地域の強みで補完

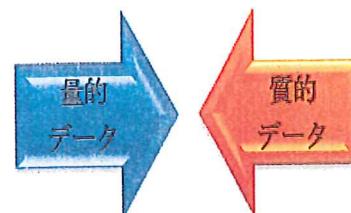


図2 量的データと質的データのバランスのいい組み合わせ

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>・保健指導員、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、動植物、植物、田畠）、環境汚染の状況</li> <li>・気候（雪国の生活、季節による暮らししづらさ、季節による健康への影響）</li> <li>・住宅（集落・人々の様子）、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>・育児に対する考え方、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>・継続フォローアップ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>・妊娠婦死亡率、周産期死亡数・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オン対象者数・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>

5. 成人保健	<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方、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>・食生活改進推進員</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>
6. 精神保健	<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>
7. 難病	<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患者の家族の介護負担、レスパイト入院に対する考え方、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>
8. 感染症	<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方、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>・新登録患者喀痰塗未陽性者数</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とともにを行う体制にした。

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。

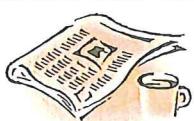
経験豊かなベテラン保健師が多い県にとって、世代交代を見据え、今までの蓄積を形にして残し伝えるという、もう一つ大きなねらいもあった。

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。



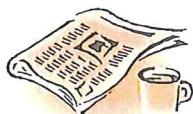
地域診断は、住民との対話から

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、様々な意見を聞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し、情報を拾い集めてく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、切れ目なく続していくためにも、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い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（数字化）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るが時間は確かに要す。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。

## IV

### 地域診断を活動計画（施策）に活かす

#### 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できが、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

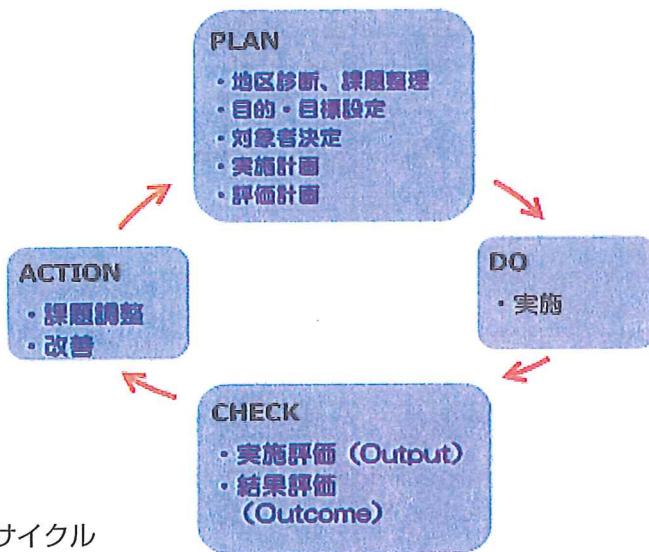


図3 PDCA サイクル

#### 2. 地域診断と PDCA ー活動が成長する仕組ー

##### 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・るべき活動を一

(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当市は、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を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」

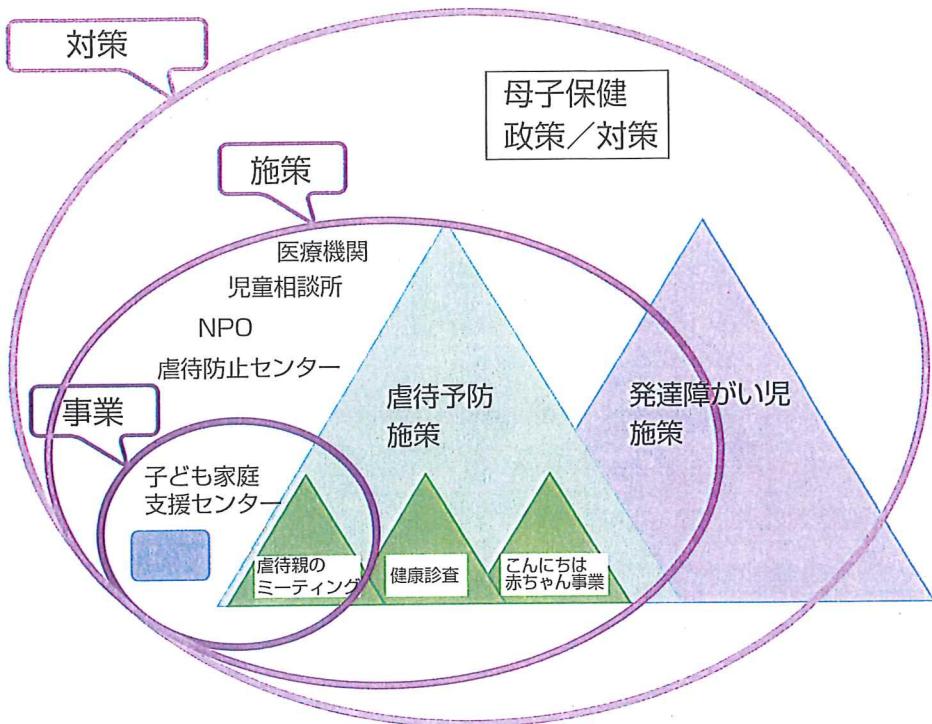


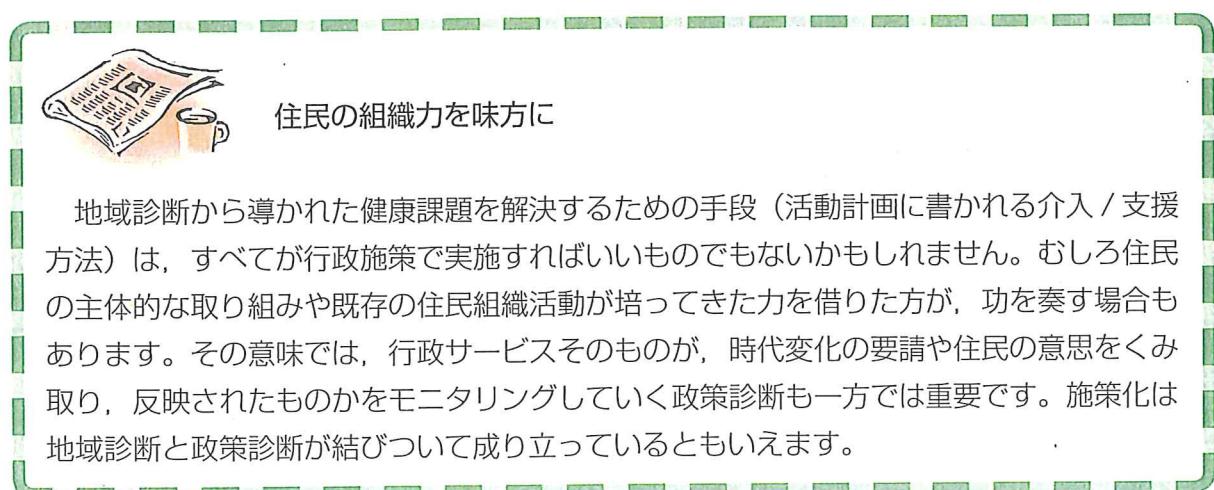
図4 システムにおける事業 / 活動の位置づけ

### (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、○○の行動が取れる（△△ができる）」、「○○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



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）。

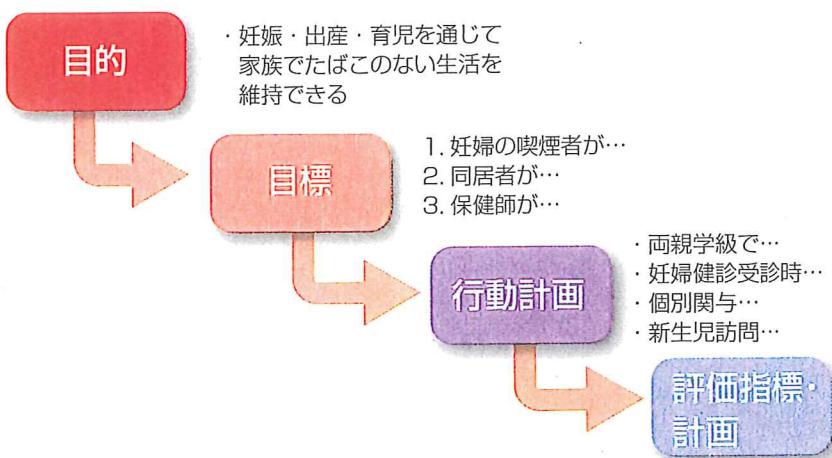


図5 目的・目標と行動計画との関係



## 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。

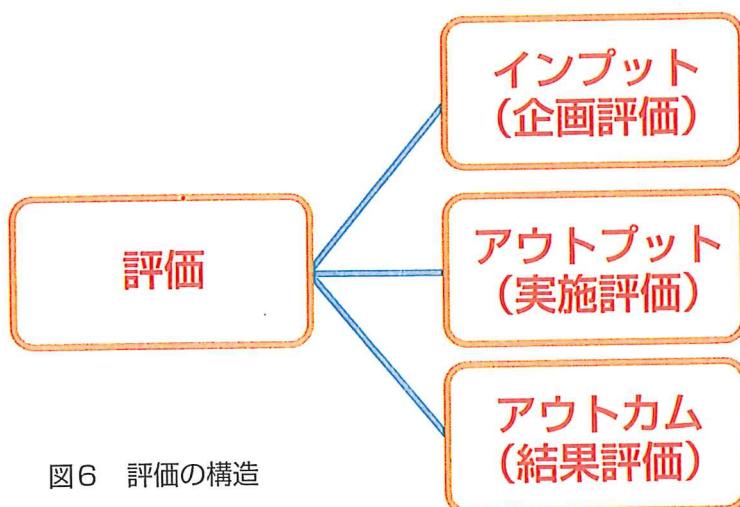
評価を効果的に行うためには、評価チームを組む必要があります。評価は1人あるいは保健師のみで行うのではなくチームで行うのが理想です。チーム構成は、例を挙げれば活動スタッフ・事務担当者・予算担当者、住民とその周辺の者・理解を促したい人などです。特に事務担当者や予算担当者は、成果を見てもらうだけでなく、活動内容への理解

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、関係者の关心や価値観を活動に引き寄せる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）。



#### ○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設定します。一度システム化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て作ります。



## 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ことができる（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つ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、比較的実践現場で年度末に行う事業評価に近いのではないでしょうか？

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）への一歩を踏みだし、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ていたか、講師の選定は妥当であったかなどです。

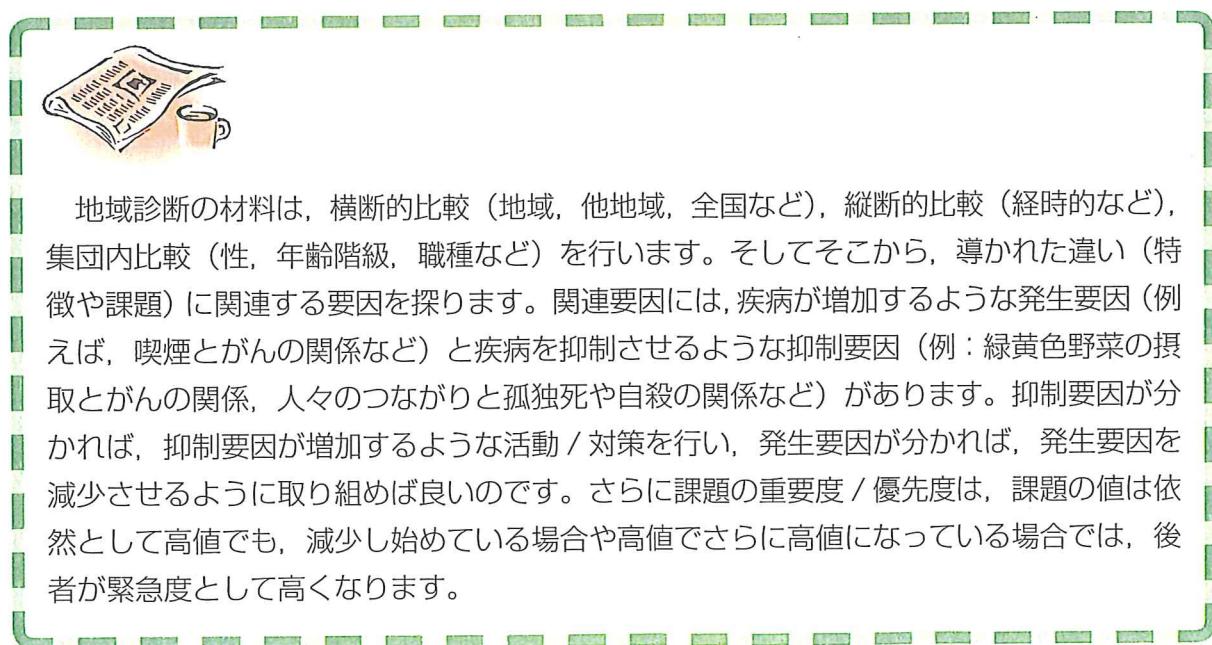
### 2) DO ここまでできたら、さあ事業／活動実開始

「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。これ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



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)

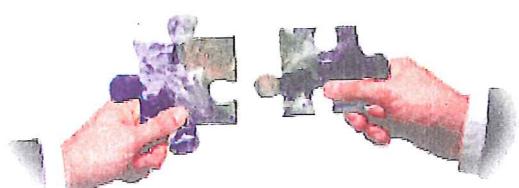
予算措置され、「投入」されたコストと「目標」「目的（成果）」の達成度合いに見合っているか。計画と投入の質、量、時期は適切かを検討する。

#### ■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と実感していた。

## 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>◎<b>健康S市21中間評価より</b> ・20~40歳代の89.1%(女性のみでは91.2%)が運動不足を感じている。 ・20~30歳代の女性で意識的に体を動かすよう心がけている割合が高い。 ・20~40歳代の16.8%(女性のみでは13.8%)がいつも意識的に身体を動かすよう心がけている(全体では31.8%)。</p> <p>◎<b>平成20年度D幼稚園保護者へのアンケート</b>(n=240、30~40歳代) ・94%が運動不足を感じ、83%が運動したいと思っている。</p> <p>◎<b>平成21年度運動教室に関するアンケート</b>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%が運動不足を感じ、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。</p> <p>OM区健康推進委員会は、ウォーキンググループ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。</p> <p>OK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。</p> <p>○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。</p> <p>○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、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とができる。</p> <p>◎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に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、自分の運動習慣を見直すことができる。 3. 若い年代層が、自分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(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。</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関係機関の協力をもって、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。</p> <p>【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。</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。</p> <p>【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。</p> <p>【運動に関する周知】 1-②教室の参加人数・参加者属性・参加率。 1-②-a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。</p> <p>【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-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 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運動不足を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>
			企画評価
			実施評価
			結果評価

(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。	【運動に関する周知】 1-①適切だった 3-①-a効果的だった 3-①-b提供できた  【運動に関するアンケートの実施や現状把握】 2-①適切だった 5-①適切だった 5-②効果的だった  【20～40歳代を対象とした運動教室の実施】 1-②/2-①/3-②/4-① 適切だった  【運動自主活動グループへの支援】 5-③支援する内容だった 5-④適切だった	【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。  【運動教室の実施】 1-②/2-①/3-②/4-①教室実施前からアレルギーにて検討し、教室実施中にも担当者で再確認し、適切に実施した。  【運動自主活動グループへの支援】 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。 5-④グループ把握とともに次年度実施予定。	【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。  【運動教室の実施】 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、地域の状況に応じながら、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。  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。
【運動に関する周知】 1-①/3-①年度末に集計  【運動に関するアンケートの実施や現状把握】 2-①/5-①年度末に集計 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  【20～40歳代を対象とした運動教室の実施】 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  【運動自主活動グループへの支援】 5-③-a/5-④実施報告書や健康推進委員会会議録で確認 5-③-b健康推進委員会会議録で確認	【運動に関する周知】 1-①チラシ200枚/パネル展示2ヶ所/広報掲載1回/HOPへの掲載 3-①各関係機関に1回 【運動に関するアンケートの実施や現状把握】 2-①/5-①100枚以上/回 収率75%以上 5-②年度で1回以上 【20～40歳代を対象とした運動教室の実施】 1-②-a定員以上/属性20～40歳代 /参加率75% 1-②-b/2-②/3-②/4-①毎回 【運動自主活動グループへの支援】 5-③-a教室参加含め5回以上 5-③-b参加の促し1回以上/その後毎回参加 5-④協力依頼があつて1回以上	【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。  【運動教室の実施】 1-②-a参加人数は定員に達さず/平均年齢38.7歳(31～45歳)/参加率76.9% 1-②-b/2-②/3-②/4-①実施<バランス・BODY教室概要> 実施日時：10月28日、11月4・18日(木) いずれも10時～11時30分 実施内容：ヨガ・ウォーキング等 局知方法：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  【運動自主活動グループへの支援】 5-③-b達成した。 5-④グループ把握とともに次年度実施予定。	
【1-A/2-B/4-B】 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 【2-A/3-C】運動に関するアンケートを実施 【3-A/3-B】新健康S市21のアンケート結果 【4-A】教室予約者名簿。 【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 【5-A】グループリーダーへの聞き取り。	1-A100% 2-Aアンケート実施初年から3年後に+20% 2-B100% 3-A現状16.8%⇒25% 3-B現状89.1%⇒75% 3-C現状86.1%⇒90% 4-A定員超え 4-B全員のステージup 4-C1グループ以上 5-A25%up	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 2-A/3-A/3-B/3-C次年度実施予定。 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 4-A達さず 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 4-C1グループ(Y小学校区) 5-Aおおむね50%up	

## 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

)

) 氏名：

所属：

◆政策名：

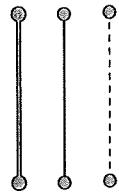
◆政策全体の目的

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：（ ）

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



参考資料2 様式3：事業（活動）および評価計画

- ◊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：

所属：（ ） 氏名：（ ）

活動事業が開始された背景・地域の特性		目標	事業概要 (企画～実施内容～事後等)	評価計画 評価段階と指標	評価結果 評価時期 測定方法
現状	課題	企画の評価	目標	評価計画	実施評価
△予算・想定法合意： △参加者数：		企画プログラム			結果評価 目標達成度

## 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、各自の立場や機能／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）。

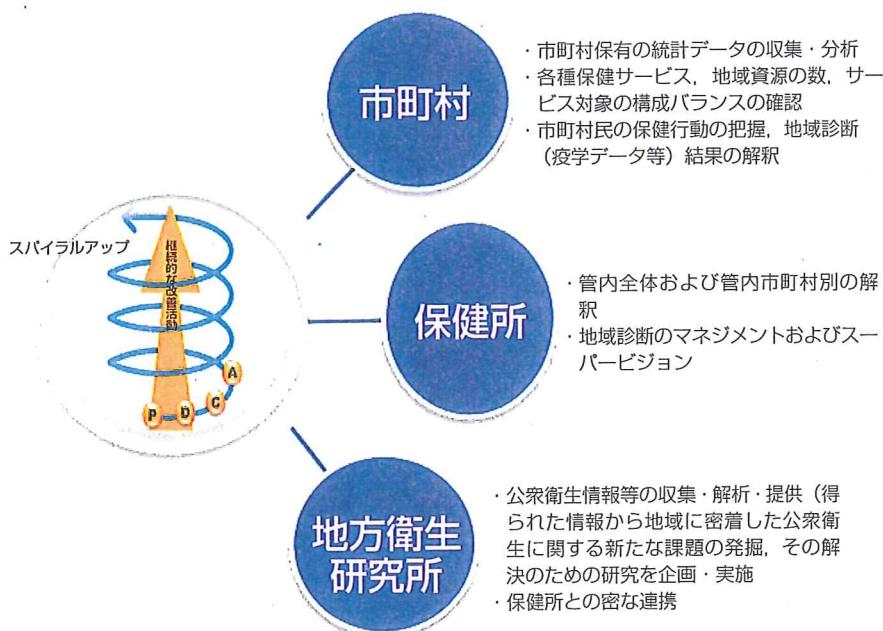


図6 地域診断の推進体制

## 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くかにかかっているということは言うまでもありません。

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

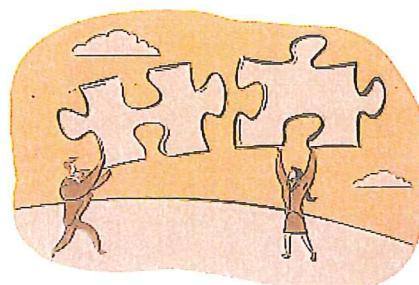
- 市町村民の年代別・性別保健行動の把握
- 地区活動から得られる日常的な「気づき」の言語化
- 統括保健師（リーダー的立場）の保健師は、地域診断のシステム構築に向けた環境整備を図る

## 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／役割を持つており、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	武藏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
	鰐渕清子	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はなく、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。