

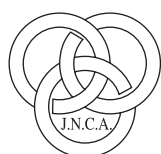
社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会  
保健師活動を中心とした住民参加型地域包括ケアシステム検討委員会

---

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル 4F  
TEL:03-6809-2466 FAX:03-6809-2499 URL:<http://www.kokushinkyo.or.jp/>

平成22年度 老人保健事業  
推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

# 地域包括ケアにおける 保健師活動の事例集



社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

## 目 次

はじめに .....	1
1.事例からみる保健師活動のポイント .....	2
2.活動事例 .....	4
事例1.涌谷町町民医療福祉センター .....	5
事例2.国保坂下病院 .....	8
事例3.公立みつぎ総合病院 .....	10
事例4.高浜町国保和田診療所 .....	12
事例5.東京都世田谷区 .....	13
事例6.埼玉県和光市 .....	15

# はじめに

高齢化がさらに進み、限られた地域資源の中で、今後保健師の果たすべき役割や業務はさらに大きくなることが予想されます。今後はますます、地域住民の健康ニーズを分野横断的に把握・評価し、効率の良いサービスを展開することが求められています。保健師活動を効果的に展開していくためには、地域の中で主体的な住民参加を促し、保健師、関係機関や専門職、住民が協働していくことが必要であり、5年、10年先につながる地域包括医療・ケアの基盤となるでしょう。

国保直診施設のある地域では、国保直診施設が中心となって地域包括医療・ケアを推進してきており、住民参加の基盤がある地域が多くあります。その基盤を継続できるような行政や国保直診施設から地域へ、住民へのアプローチも期待されます。

市町村合併の影響や制度による業務の縦割りなどにより、保健師間の連携を取りにくくしている様々な背景も指摘されていますが、積極的な保健師間の連携による、地域全体の保健・医療・介護・福祉における実態や課題を把握した効果的なサービス展開への期待は大きいと考えられます。

この事例集では、「保健師活動による住民参加型地域包括ケアシステムの構築事業」の成果として、地域の限られたマンパワーの中で効率的で効果的な事業の実施に努めている、積極的な取り組みの事例を紹介させていただきます。専門職としての保健師の役割を見直し、地域包括医療・ケアにおいて、また保健師の行う業務全般の観点から、保健師に期待される役割について、考える一助となれば幸いです。

平成 23 年 3 月  
全国国民健康保険診療施設協議会

# 1. 事例からみる保健師活動のポイント

「保健師活動による住民参加型地域包括ケアシステムの構築事業」では、全国の国保直診施設や、先進的な地域包括ケアを行う自治体を対象として、ヒアリング調査を行いました。具体的な取り組みの内容を通して、「地域包括医療・ケアシステムにおける保健師活動」を進めるための重要なポイントとして、以下のような点が明らかになりました。

## (1) 地域包括ケアの基盤づくり

- 保健・医療・介護・福祉に関わる地域における活動において、住民の主体的な参加を促し、協働していくことは5年、10年先につながる地域包括医療・ケアシステムの基盤となります。住民の活動を促すための工夫や、保健・医療・介護・福祉機関間相互の連携を強化することが重要です。
- 地域住民の健康ニーズを分野横断的に把握し、効率の良いサービスを展開することが求められています。そのため、多様な機関・施設、部署間のネットワークを構築することが必要となります。
- 他機関・他施設、他部署とのネットワークづくりのキーパーソンとなり、橋渡し役、さらにコーディネーター役を担うことができる適任の人材は保健師であると考えられます。
- そのためには、多様な機関に所属する保健師の間での連携強化が有効であり、他機関・他施設、他部署との連携が望まれます。

## (2) 住民参加型の事業展開

- 国保直診施設のある地域では、従来から地域包括医療・ケアを推進してきており、住民参加の基盤がある地域が多いと考えられます。今後も継続的に、住民参加型の地域包括医療・ケアの基盤づくりと、住民参加型の地域づくりのための行政や国保直診施設からの住民への働きかけが行われることが必要となります。
- 新たな事業を展開する際には、各地区の特性やニーズを生かすこと、そして住民の参加を促し住民と一緒に作り上げることで、事業の効果が上がります。さらに、住民の参加の拡大や住民が主体となった活動につながることを期待されます。
- 日頃から、住民のキーパーソンとなる民生委員や健康推進員、町会役員などと情報交換し、地域の課題を共有できる関係づくりが望まれます。

### (3) 統計データの活用

- 実施している事業に関するデータや実績報告として把握しているデータを分析し、今後の事業計画や保健師の活動の根拠として活用することが有効です。
- データとして収集する項目や分析方法は、目的によって変わります。例えば、地区の現状や課題を住民に周知し理解を深めることを目的とする場合には、地区ごとの数値（健診受診率など）を分析し、わかりやすく提示することが重要です。
- 事業を実施する場合は、事業の有効性について評価することが必要となります。その際は、適切な評価が可能となるように、事業実施による効果が測れる項目のデータを収集し、事業実施前後の比較をする分析が求められます。
- まずは、現在ある統計データを活用することが有効と考えられます。分析に用いることができるか、各データを単独に評価するのではなくどのような数値と比較したり、関連付けたりすることにより課題の抽出ができるか、「役立つ統計」の視点で見直すことが必要となります。例えば、相談窓口の活用状況や認知度を評価する場合に、相談件数の増加状況のみを把握していても認知度が上がったとは言い切れません。相談ルートに偏りがなく、様々なところから相談がきているかを把握できるよう、相談件数とともに相談ルートの情報がなければ相談窓口の認知度が上がったと根拠を持って示すことができないためです。
- 調査結果として、地域診断を実施する場合に、業務分担制のため業務ごとに分断された地域診断になってしまうことが問題として挙げられていました。地域の健康課題を把握することを目的とするのであれば、業務ごとの地域診断を持ち寄り、全体で検討することが必要となります。
- 地域診断によって地域の健康課題を明らかにすることは、多職種と共有し目的を同じくして事業に取り組むためにも必要となります。また、地域の健康課題は住民と共有することもできるものです。

### (4) 保健師の専門職としての活動

- 保健師に求められる役割は、社会のニーズや健康問題の動向によって変わり、その中で専門職としての働きが期待されています。今後はさらに高齢化が進み、かつ地域資源は限定されている中で、保健師の業務はさらに増えることが予想されます。
- 「他の職種と連携しながら横断的かつ継続的に、個人や家族及び集団と組織を支援すること」が保健師に期待されています。業務を効率的・有効的に行っていくためには、他職種と役割分担をしながら、保健師の専門職としての役割を見直していくことが必要となります。
- 行政の保健師の配置は、市町村の規模や考え方によって、業務分担や地区担当が異なりますが、保健師間の連携を強化することで、地域の健康課題を分野横断的に捉える必要があります。それにより、限られたマンパワーの中で、有効な保健事業を継続的に実施できるようになると考えられます。
- また、保健師間の連携を強化したり、勉強会等の機会を活用することで、人材育成やスキルアップにつながることも期待されます。

## 2. 活動事例

ここでは、ヒアリング調査により把握した具体的な活動の事例を紹介します。

事例一覧：

### 【国保直診施設における地域包括医療・ケアの取り組み】

	地域および施設	テーマ
事例1	宮城県・涌谷町町民医療福祉センター	住民と地区の課題を共有することによる住民参加型の事業実施
事例2	岐阜県・国保坂下病院	住民活動の支援と地区診断を活用した保健師間の連携
事例3	広島県・公立みつき総合病院	病院を拠点とした地域の健康づくりを推進する保健師活動
事例4	福井県・高浜町国保和田診療所	保健師が地区を把握し、地域住民と顔の見える関係作り

### 【自治体における地域包括ケアの取り組み】

	自治体	テーマ
事例5	東京都世田谷区	高齢者の実態把握ローラー作戦
事例6	埼玉県和光市	コミュニティケア会議による行政主導の関係づくりと資質向上の取り組み

# ■事例1. 涌谷町町民医療福祉センター

## テーマ：住民と地区の課題を共有することによる 住民参加型の事業実施

### 1. 地域の状況

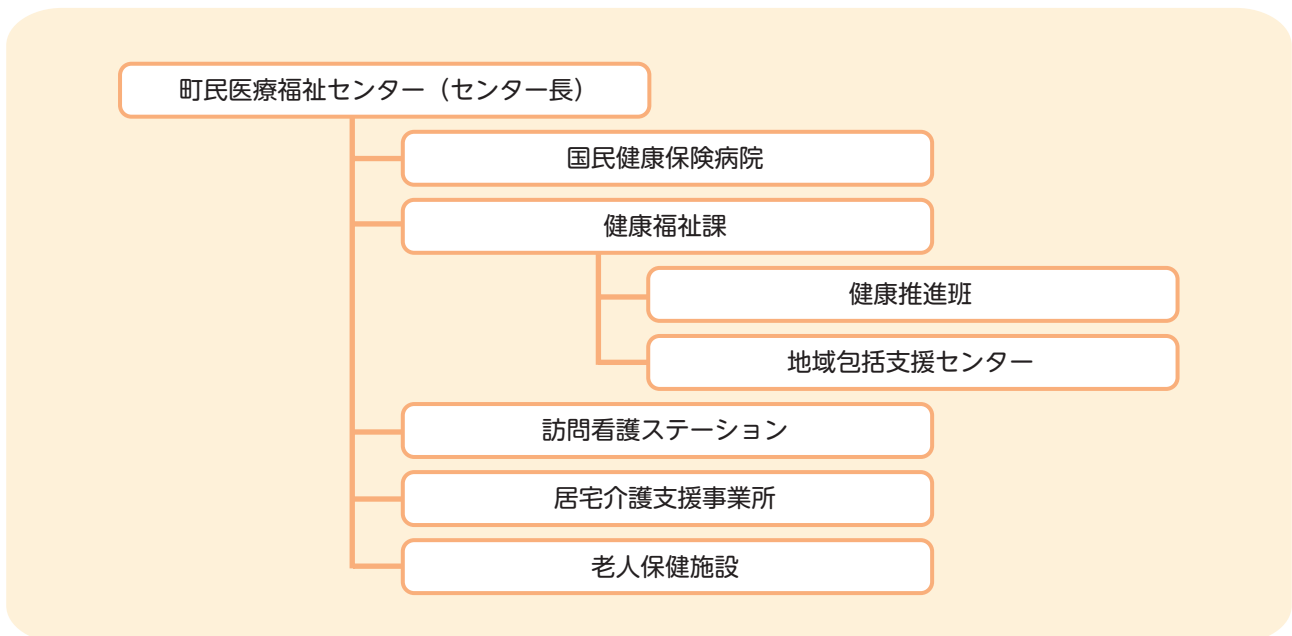
宮城県の北部に位置する涌谷町は、人口 18,036 人、高齢化率 26.9% (平成 21 年 4 月 1 日現在) です。

### 2. 組織体制

#### 1) 町民医療福祉センターの概要

町民医療福祉センターは、1988 年 11 月に開設しました。町民の皆様と医療福祉センター職員の相互協力により、町民一人ひとりが「安らかに生まれ」「健やかに育ち」「朗らかに働き」「和やかに老いる」ことを通して、その人らしいかけがえのない人生を送ることをめざすことを基本理念として、保健・医療・福祉が一体となった切れ目のない包括的な地域づくりが行われています。

町民医療福祉センターは、センター長が組織を統括し、国民健康保険病院、健康福祉課、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、老人保健施設が設置されています。



図・町民医療福祉センター構成

#### 2) 保健師の配置

保健師の配置は分散配置です。町民医療福祉センターの組織の中で、保健師 12 人（うち 2 人は育休中）は、健康推進班に 6 人、地域包括支援センター（直営）に 2 人、病院に 2 人（看護部長と健診センターに 1 人ずつ）配置されています。保健師は、病院の病棟勤務や健診センター、健康福祉課の健康推進班や地域包括支援センターの各部署を異動し、業務経験を積んでいきます。



### 3. 連携事例

#### ■ 事例1：「特定健診受診率向上作戦」としての生活習慣病予防教室（健康推進班の事業）

##### 1) 事業の背景

人口動態や、国保の加入者の状況、各種健診の受診状況、地区に出向く機会や、健康推進員との情報交換から得る地域の状況を踏まえて、健康推進班では活動をしています。平成20年度から特定健診受診率が低迷しており、この状況を住民と共有することから始めることにしました。町の健康づくりを一緒に担っている健康推進員と、地区の活動の要でもある行政区長に町全体の受診状況と行政区ごとの受診状況を色々な場面で情報提供をしてきました。その中で、健診の必要性や町の現状を話し、どのようなことが原因でこのような現状になっているかを一緒に考えてもらいました。住民側から自分の健康を守るために健診が必要だという雰囲気が高められるような会の持ち方を工夫し、生活習慣病予防教室の開催につながりました。平成22年度の保健部門の重点施策として特定健診の受診率向上を挙げ、その取り組みの1つとして、生活習慣病予防教室を全行政地区で開催しました。

##### 2) 生活習慣病予防教室の開催

健康推進員や行政区長との地区の状況確認や情報共有を通して、「生活習慣病予防教室」を行いました。「生活習慣病予防教室」は、生活習慣の改善とともに、特定健診の必要性について普及活動を行うことを目的としています。

全39行政区に対して、健康推進員や行政区長と協力し、健診の大切さや、生活習慣病予防の大切さを理解してもらい、そこから自分が取り組めることを見つけてもらおうということで、保健師が各地区を回りました。生活習慣病予防教室は、国保直診施設の医師7名の協力も得て開催しました。

保健師から教室という場を提供していますが、健康推進員からはその場を利用して減塩への取り組みをしたいということで、減塩メニューの試食を生活習慣病教室の1コマとして取り入れ、開催してきました。

##### 3) 事業の評価と今後の課題

平成22年度の生活習慣病予防教室は、全39行政区で実施し、1019人の参加者でした。行政区によって参加の多少がありますが、参加者数の差は、行政区長の声掛けなどの協力によるところが理由として考えられました。

住民側（健康推進員）から、地域の中で顔を合わせる層が限られてくるので、もっと若い人に働きかける機会があったほうがよいのではないかという声が上がりました。健康推進員からの提案で、町で日曜日に開かれている朝市に出向き、健康推進員が中心となって健診の状況を話したり、朝市会場に来ている人に向けて受診勧奨をしたりという活動をしています。住民が活動することで、また、住民が感じていることを行政に話してくれることで、事業実施において、行政主導とは違うアプローチにつながっていくと考えられます。

特定健診の受診率向上についても、行政区長に受診率を提示して、引き続き取り組んでもらっています。区長と健康推進員ともに関心を持ってもらうことで、受診率の向上につながっています。行政区によっては、区の様々な集まりで話題にして、健診を受けることを勧めたり、受診したかを確認し合っているところもあります。

#### ■ 事例2：認知症予防の取り組みとしての脳力アップ倶楽部（地域包括支援センターの事業）

##### 1) 事業の背景

平成19年の調査で要介護認定者の約4割に認知症状がありました。認知症の相談件数が年々増加している現状があり、認知症予防の必要な状況がありました。一般高齢者を対象とした認知症予防の取り組みとして、「脳力アップ倶楽部」に取り組むこととなりました。

## 2) 事業の目的

1つめに、「地域」における認知症の理解と予防の普及で、住民に認知症にたいして関心を持ってもらうこと。2つめに、「地域」での見守り・支え合いのきっかけ作りで、住民同士が共助関係を築けるように事業を通して働きかけること。3つめに、「地域」において閉じこもり高齢者への支援体制構築で、独居や高齢者世帯が増えている中で、地域で孤立しないようにすることを目的としています。

## 3) 発足から開催まで

平成 20 年 12 月に認知症の人と家族の支援会議で、モデル地区を決定しました。モデル地区は、町営住宅があり高齢者世帯の多い地区の 2 行政区を決定しました。

その後、モデル地区の 2 行政区、それぞれと打合せを重ねてきました。モデル地区 A では、平成 21 年 6 月に事業趣旨の説明を行い、平成 21 年 7 月～8 月に事前打合せ会を行い、平成 21 年 8 月に初開催となりました。モデル地区 B では、平成 21 年 9 月に事業趣旨の説明を行い、平成 21 年 9 月～11 月に事前打合せ会を行い、平成 21 年 12 月に初開催となりました。構想から事業開始まで 1 年以上かかったこととなります。

「脳力アップ倶楽部」は、平成 21 年度は、A 地区で 3 回、B 地区で 2 回の計 5 回、平成 21 年度は A 地区・B 地区で各 3 回の計 6 回開催しました。

## 3) 「脳力アップ倶楽部」の内容

「脳力アップ倶楽部」の内容は 4 つに大別されます。1 つは、「皆で楽しみながら脳力を伸ばす」カリキュラムとして、回想法（昔語り）、お笑いコトの緩衝、クイズなどです。2 つめは、「脳が活性化するといわれるゲーム」で、十二支ビンゴゲーム、童謡カルタ取り、脳トレドリルなどです。3 つめは、「身体を動かすことで脳力を伸ばす」カリキュラムとして、歌や音楽に合わせ楽器を鳴らす・踊る、指体操などです。4 つ目は、「認知症予防についての学習」で、保健師による健康講和などです。

## 4) 事業実施の評価と今後の課題

地域住民と話し合いを重ね、事業趣旨の理解を得て「脳力アップ倶楽部」が開催できました。事業後のアンケート結果では、回想法と健康講話の関心が高く、次回も参加したいとの回答が多数でした。一方で、「年に 2～3 回だけの開催で意味があるのか」という意見もありました。モデル事業として、地区を限定して実施しましたが、モデル事業を通して、地区を知り、一から地区に入り、関係を作っていくことで、地区との深い関わりができました。

今後は、モデル事業を実施した地区で、地区マップを作ることも検討しています。現在地区の一部で、病院の連携室と連携して支援マップを作成していますが、地区全体として支援マップを作っていきたいと考えています。

## 4. 事例のポイント

- 保健師が特定健診の受診率を地区ごとに分析・提示し、住民と話し合うことで、課題を共有し、住民が自分たちの問題として取り組むことができるようになった事例です。住民のキーパーソンとして、健康推進員や住民区長が活躍しています。【事例1】
- 認知症予防の新規事業を、モデル地区で実施し、事業の説明から実施まで地区の住民と話し合いを重ね、地区の現状に合わせた事業実施をした事例です。事業の構想から実施までの期間はかかりますが、地区を知り、住民との関係づくりから始めることで、住民参加型となり、モデル事業後も次の課題へ取り組む基盤ができています。【事例2】

## ■ 事例 2. 国保坂下病院

### テーマ：住民活動の支援と地区診断を活用した 保健師間の連携

#### 1. 地域の状況

中津川市は岐阜県の南東部、長野県との県境に位置し、人口 83,824 人（平成 23 年 1 月現在）です。国保坂下病院は、旧坂下町にあります。坂下町は平成 17 年 2 月に市町村合併をして中津川市となりました。

#### 2. 組織体制

##### 1) 組織の概要

中津川市の支所が国保坂下病院に併設されています。

支所には保健師が 3 名配置され、病院と共に事業を実施しています。地域の健康づくりは、坂下病院の地域医療課が担当し、様々な事業を行っています。

市の事業であるリハビリ教室などは、坂下地区は坂下病院に委託し、山口地区は市の保健師が担当、乳幼児健診では数が多いところは病院の保健師が入るなど連携をして事業を実施しています。

開業医が減少している地域事情を考慮すると、地域包括ケアとして保健医療福祉を担わざるを得ない状況であり、学校の健診、住民健診等を坂下病院が担当し、介護保険関係のリハビリテーション、訪問看護などに出向いています。

##### 2) 保健師の配置

保健師は市全体で 31 人おり、27 人が行政、高齢支援課（地域包括支援センター、課長含む）4 人、その他が健康医療課です。うち 3 人が国保坂下病院に配置されており、同じ建物の中にいるので、いつでも話ができる環境です。

#### 3. 連携事例

##### ■ 事例 1：住民がリーダーとなつての活動

健康推進員が全市で 7 人おり、健康づくり、受診率を上げる活動、血圧の教育、講演会などに取り組んでもらっています。食生活改善委員は、地域住民への健康教育に取り組んでいます。

- 認知症については、平成 20 年に、「認知症みまもりの輪」というモデル事業を実施しました。認知症の見守りは認知症や地域の活動に対して理解のある人に担ってほしいと思い、自治会長、民生委員など住民リーダーとして活動してもらいやすい人に打診をしました。その方々が中心となって地域の人を集めました。現在は、「地域支援マップ」を地域住民と一緒に作成中です。どこにどんな人がいるか、その人を見守っているのは誰かを地図上に示すもので、地域住民が自ら課題を見つける形で進めています。
- 「心の健康づくり事業」では、老人クラブの会長、民生委員が代表を担っています。付知地区では高齢者を集めて、自主的な組織活動として蕎麦の栽培をしながら、子どもや地域住民を巻き込んで地域おこしを行っています。

- 運動教室のあとは自主的な活動が継続しやすいようです。最初は保健師が主導しますが、その後は自主的な活動となっていくます。対象者が若いグループは自主活動につなげ、継続した活動ができます。一方、介護予防は参加者が高齢者であり、自主活動として自立するのは難しい面もあります。そこで高齢者の活動は、教室等の開催後、保健師等がOB会を作り、参加者の健康管理を含めて活動を支援しています。

## ■ 事例 2：保健師間の連携に地区診断の活用

### 1) これまでの背景と課題

市町村合併をしたことにより、合併前の事業を市全体で展開することが困難になる面があります。また、新たに実施する場合の取り組み体制などにも課題があります。保健師の業務は地区担当制と業務担当制を併用していますが、機能分化してきており、業務担当制の色合いが濃くなっていました。

年度計画の際には、現状分析など市の保健師全体で話し合いの場が設けられていますが、日常業務の中では、機能分化しているので話し合う機会がないのが現状でした。

### 2) 地区診断の活用

保健師は、地区担当制と業務分担制を兼ねています。今年度から地区活動に力を入れ、今まで事業主体の活動だったものが、地域住民に責任をもって活動を展開していくことにしました。地域の健康状態や、どんな人が暮らしているかをもっと知るべきであるという考えから、地区診断という形でそれぞれの担当が分析しはじめています。今後、財政が厳しくなる中、有意義な成果が出せる保健師活動となるよう業務の見直しをしていくため、会議を開催する予定です。

地区診断の結果は、地区ごとに図式化し、一覧表を作って地区間で比較できるようにしています。食生活は健診データからの読み取りや、聞き取り調査などで把握しています。医療費についてはレセプト件数と費用を分析しています。深く掘り下げた分析は地区担当が行っています。疾患を重度と軽度に分けて、糖尿病と血圧が重なっている地区など、地区ごとに把握しています。疾患の原因を探りながら、そうならないための食習慣、生活習慣を住民にフィードバックしたいと考えています。データを集計・分析することで、その地区の生活習慣を変えるところまでつなげることが目標です。

また、地区診断は、保健師全体の取り組みとして実施することで、新人保健師が学校で学んできたことと現場で求められることのギャップを埋め実践的な能力を身につけるための教育や、若手保健師のスキルアップにも活用しています。

## 4. 事例のポイント

- 対象となる住民グループの特性を考慮しながら、住民主体の活動へとつなげる取り組みを行っています。【事例1】
- 住民の食生活改善など具体的な成果につながる地区診断に積極的に取り組んでいます。実践的な保健師教育にもつながっています。【事例2】

# ■事例 3. 公立みつぎ総合病院

## テーマ：病院を拠点とした地域の健康づくりを推進する保健師活動

### 1. 地域の状況

広島県の尾道市は人口約 63,000 人、御調町は、人口約 8,000 人、高齢化率 31.4%、後期高齢者の割合は 18.8%(平成 20 年 4 月)です。御調町は平成 17 年 3 月に市町村合併をして尾道市となっています。

### 2. 組織体制

#### 1) 組織の概要

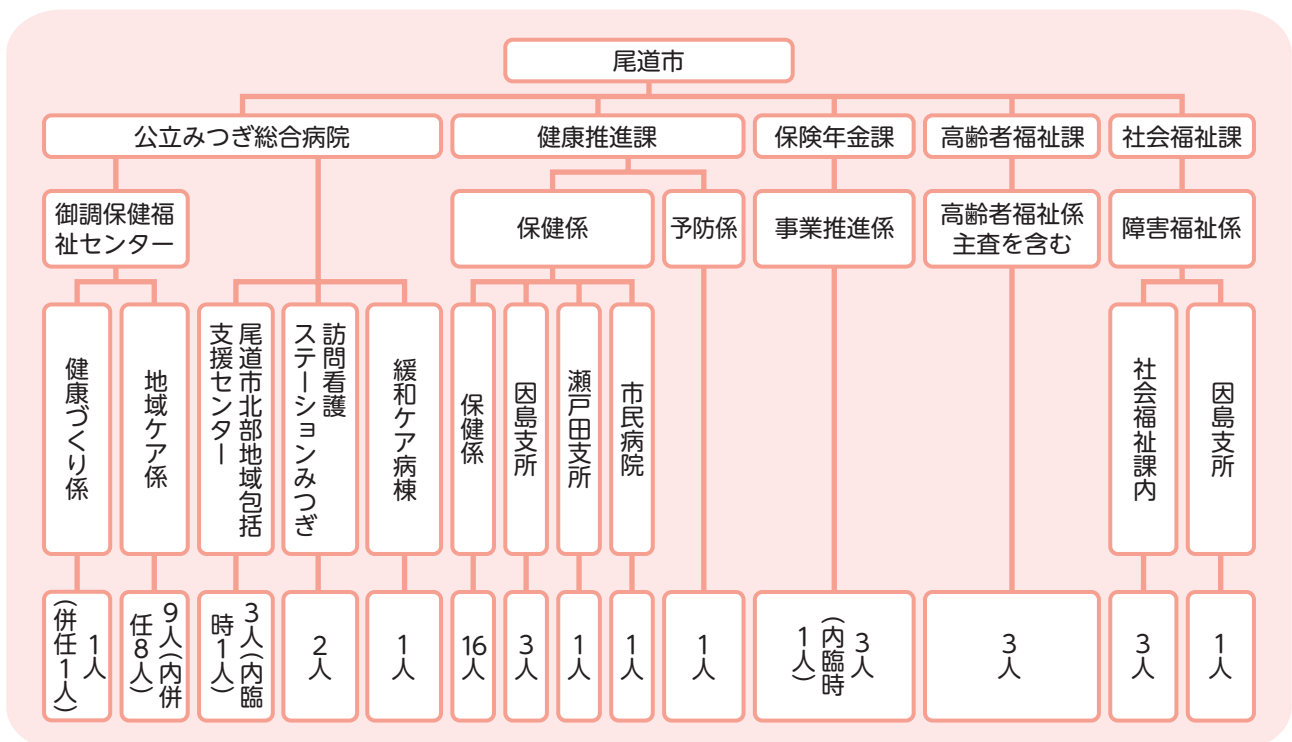
昭和 59 年、町の保健福祉センターが公立みつぎ総合病院に併設されたことが転換点となり、保健・医療・福祉・教育の連携が可能となりました。「地域包括ケアシステム」の原点となった病院です。地域包括支援センター、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟も併置され、それぞれに配置された保健師間の連携も進められています。

#### 2) 保健師の役割

保健師の役割は、地域の健康づくりの推進役、調整役であり、病院、住民と連携して地域の健康づくり等に取り組んでいます。多くの保健師は併任であり、病院の仕事と市の仕事を兼務することにより職域を広げています。母子から高齢者までの担当を幅広く経験したり、保健師であるとともにケアマネジャーの業務も担う保健師もいます。こうした併任は病院管理者の考えによるもので、保健師は5年間の実務経験を積むと、必ずケアマネジャー資格を取得することとなっています。保健師の業務担当は、従来の形に近い地区担当兼業務担当制で、集団と個別を同時に知ることができます。

尾道市の保健師配置の現状

平成 22 年 12 月現在



### 3. 連携事例

#### ■ 事例1：健康ウェルカムキャンペーン

##### 1) 事業の背景

特定健診の受診率が広島県は全国で下から2番、尾道市は県内で下から4番であったため、受診率向上、健康づくりを目的として受診率をあげることを目的として、平成22年より健康ウェルカムキャンペーンを開始しました。国保担当者、健診部門等が企画したもので、保険年金課・保健福祉センター・健康推進課・高齢者福祉課が関わっています。市町村合併後、公立みつぎ総合病院と市役所との連携の大きなイベントはこれがはじめてとなります。

##### 2) ポイントをためて商品をもらう

ポイントをためて商品をもらうことで、住民が健康に関心を向けることを狙ったものです。

健診をうけると5ポイント、がん検診3ポイント、健康づくり宣言で目標達成すると5ポイントなど、目標とする20ポイントをためやすい仕組みになっています。また、講演会に参加するとシールをもらえます。



##### 3) 周知活動

講演会、行事などへの参加者に、劇などで積極的にPRしました。「健康福祉展」「健康わくわく」などさまざまな取り組みの中で、住民の健康に対する意識啓発に取り組んできたことが効果につながっています。

##### 4) 事業の評価

3年計画の事業の初年度です。受診率の向上そのものより、まずは「打ち上げ花火」として広く住民に周知することを狙っています。現時点では、数値として結果を評価する段階にはないものの、健康への関心が高まってきています。

#### ■ 事例2：保健師連絡会議（勉強会）

##### 1) 経緯と目的

平成20年から保健師連絡会議（勉強会）を始めました。保健師は、一般に自分の担当範囲は得意だが、範囲外のことは不得手な部分があります。それぞれの業務内容、何ができるかを互いによく知り合うことで、課題に対して適切な専門職を活用すること、逆に活用される人材になることを狙ったものです。保健師の業務は多忙ですが、こうした勉強会は時間を割く価値のあるものであるとして、管理者、保健福祉部長、各課課長に依頼し、開催が承認されました。こうした取り組みを立ち上げ、実践し、効果的に継続するためには、要綱作成、会議の定例化など、組織の仕組みとして整備することが重要です。

##### 2) 概要

保健師連絡会議は年4回開催しています。担当を決め順に業務内容や課題などの発表を行います。市内の保健師45人は、業務は縦割りであるため、この会議をお互いの勉強の機会、連携をとりあう機会としています。

##### 3) 効果

市内の他の地域の保健師と交流することで、規模の違いによる見方、考え方、連携部署の多さが違うことを理解することができる、また、自分の業務範囲内だけでは得られない情報があることを知ることができ勉強になると、保健師の間では高い満足度が得られています。

通常業務が多忙であり業務優先となりがちですが、組織体制として連絡会議に参加することが承認、奨励されていることで、参加しやすくなっていることもポイントです。

### 4. 事例のポイント

- 事業を実現するためには、適切な連携が重要です。「けんこうウェルカムキャンペーン」では、市と病院が連携し、キーパーソンと目的を共有して適切な機関、部門が協力しあうことで、大規模な事業の実現につなげることができました。【事例1】
- 市内の保健師の交流、相互学習の場として3ヶ月に1回の連絡会議を開催しています。会議をきっかけとして、日常の業務において相互の専門性を活用しあい協力しあう関係構築が図られています。【事例2】

## ■事例 4. 高浜町国保和田診療所

### テーマ：保健師が地区を把握し、地域住民と顔の見える関係作り

#### 1. 地域の状況

高浜町国民健康保険和田診療所は、福井県の最西端に位置する高浜町にあります。高浜町の人口は11,345人(平成23年2月末現在)です。

#### 2. 組織体制

##### 1) 保健師の配置

市の保健師は、保健課に5人、福祉課に2人配置されています。その中の地域包括支援センターには、主任介護支援専門員として保健師が1名配置されています。

町全体の保健福祉活動計画は、保健計画と福祉計画に分かれています。策定段階では相互に意見交換をして作成されています。

##### 2) 国保直診診療所の位置づけ

国保直診診療所は、保健課に所属し、医療推進室の管理下にあります。診療所では通常診療において個別事例については、保健師に対して情報提供を求めたり相談を受けたりしています。行政の依頼があれば講師として講話を実施し、町の健康づくり計画の策定委員として参加しています。

##### 3) その他

地域の健康づくりに関する取り組み体制としては、各地区1～2名の健康づくり推進員が配置されています。キーパーソンは役場や教員のOBなど特定の職種によらず、一般住民が参画しています。

#### 3. 連携事例

##### ■事例1：地域ふれあいサロン

高浜町では、閉じこもりや認知症の予防を兼ねて、月に1回程度住民が地区の生活改善センターなどに集まって体操やおしゃべりなどを行う場をふれあいサロンと呼んでいます。町内には15ヶ所(平成20年12月1日現在)のサロンがあり、地域包括支援センターではその立ち上げや運営を支援しています。サロンによって、参加者や活動内容は多様であり、高浜町では各地区で住民がリーダーとなり、「転倒予防教室(介護予防事業)」を開催しています。

地域包括支援センターは教室の開催を支援しています。各地区では健康意識の高い住民がリーダーとなり、地域包括支援センターとのパイプ役を担っています。教室の内容が住民に受け入れやすいことや、地域包括支援センターの保健師の人柄などにより、サロンの良さが地域に浸透し、参加者が集まり地域に定着しています。

事業を展開するうえで、保健師が地区を把握していることがポイントとなります。こまめに訪問し、住民との接点を最大限に活用して、地域住民と顔の見える関係作りを大切にしています。

#### 4. 事例のポイント

- 小規模の地区で、保健師と住民の顔の見える関係が構築されています。住民が主催し、地域包括センターが支援している「ふれあいサロン」は、住民のニーズにあった受け入れやすい教室の内容や、保健師の人柄などが成功の要因となっています。

## ■事例 5. 世田谷区

### テーマ：高齢者の実態把握ローラー作戦

#### 1. 区の状況

人口約 85 万人で、高齢者は約 16 万人。高齢化率 18.5 ~ 18.6%程度であり、前期高齢者と後期高齢者が半々程度となっています。今後は高齢化が進み、要介護者も増えてくることが予想されており、介護予防事業への取り組みを強化しています。

世田谷区は支所制度をとっており、5つの支所に行政区が分けられています。

#### 2. 保健師の体制

約 100 人の保健師は分散配置となっており、支所の保健福祉課と健康づくり課、本庁の介護予防・地域支援課がある地域福祉部、要支援児童担当課のある子ども部、保健所に配置されています。支所の中の保健福祉課は福祉事務所機能を担っています。健康づくり課は市町村の保健センター的機能であり、精神から子育て支援（虐待予防）まで広範な分野を担っています。支所の保健福祉課は、地域包括支援センター（委託事業者）のサポートも行っています。

保健師の人材育成や研修の企画は、保健所の健康企画課が担っています。保健師の人材育成は、初任期から中堅（10 年目程度）まで、各年次に応じた到達目標を決めています。

保健師が分散配置となっており 5 年程度であり、業務も細分化しているため、全体を把握することが課題ではありますが、ジョブローテーションにより見えてくるものもあります。年に 1 回、保健師の全体会として勉強会が行われています。

#### 3. 連携事例

##### ■事例 1：高齢者の実態把握ローラー作戦

###### 1) 全高齢者実態把握調査からの個別訪問対象者の抽出

平成 21 年に 65 歳以上の住民 15 万人を対象に、「世田谷区全高齢者実態把握調査」を郵送配布・郵送回収にて実施しました。調査は、後に支援につなげられるよう記名式であり、内容に関心も高かったことから、住民から大きな反響がありました。

調査結果から、支援が必要であろう約 2 万 6 千人の高齢者を抽出し、個別訪問対象者としてしました。アンケートの未回答者が約 4 万人で、未回答の 4 万人のうち、要介護認定を受けている人が 1 万 5 千人ほどです。要介護認定を受けている場合は、ケアマネジャーが担当しているあるいは認定調査が入っていて地域包括支援センターが把握しているため、それ以外を未把握の高齢者として、個別訪問の対象者としています。



## 2) 個別訪問の状況

地域包括支援センターごとに個別訪問対象者リストを作成して各地域包括支援センターに渡し、平成22年度より個別訪問を開始しました。

高齢者実態把握調査結果を地域ごとに分析し、どれくらい見守りを希望している人がいるのか、一人暮らしの人が何人いるのかなどの情報をデータとして各地域包括支援センターに渡しています。それを基に各地域包括支援センターが毎年計画を作成しており、計画的に実態把握を進めるよう指導しています。各地域の特性に合わせて実態把握の目標を立て、実行しています。約2年で個別訪問が終わる目途がついており、現在はローラー的に高齢者を把握している途中です。

## 3) 事業の評価とデータの活用

地域包括支援センターの1センターあたり職員は5人程度であるため、専門職が関わるべき業務範囲を確定する必要があります。専門職が関わる必要がある人を抽出することが今回のローラー的に高齢者の把握をしている目的です。

支援が必要と判断し個別訪問対象者とした抽出項目が妥当であったかどうかは、個別訪問をした結果を踏まえて、見直しを行います。地域包括支援センターが支援を必要とする人を個別訪問して状況把握を行い、望むサービスは何か、分析を進めていくことにしています。

## ■ 事例2：医療連携

### 1) 地域包括ケア会議

地域包括支援センター27か所それぞれに町づくり協議会があり、月1回、地域包括支援センターが主催し、ネットワーク構築のため「地域包括ケア会議」が開催されています。顔の見える関係づくりを構築することを目的として、昨年度から医療連携に重点を置いた会合を始めました。

地域包括支援センターごとではなく、区を5地域に分け、地域ごとに医療連携の会議を持つようにしました。医師会、歯科医師会、薬剤師会の3師会と連携を取り始めています。例えば、医師会の事務局に地域包括ケア会議の案内を出すと、事務局から会員に一齐にFAXを流す、歯科医師会は各地域担当の医師を決めて会議に出るなど、各師会でルールを決めて会議に参加しています。地域包括ケア会議は、メンバーが主体的に地域で認知症に関するシンポジウムを開催するなど、会として成熟してきているところもあります。

### 2) 医療連携の取り組み

世田谷区内の医師に相談できる「ケアマネタイム」を設け、主治医と連絡をとりやすい環境を作っています。開業医に調査し、相談できる時間帯、相談の方法（電話、FAX等）を一覧にしてケアマネジャーや地域包括支援センターに配布しています。

要介護状態が変わると、ケアマネジャーや地域包括支援センターの担当が変わるため、モデル事業として、連絡が途絶えないように情報共有するためのシートを作成しています。入院前後の情報を記入してやり取りできるシートや医師とやり取りするFAXの書式などを作成中です。

## 4. 事例のポイント

- 高齢者の全数調査を実施し、支援を必要としていると推定される高齢者の抽出を行い、個別訪問を行っています。ローラー作戦で全高齢者の実態把握を実施することを通して、地域包括支援センターの関わる要支援者の状況把握や、要支援者として抽出する項目の精査、専門職として担うべき仕事を検討することにつなげている事例です。【事例1】

## ■事例 6. 埼玉県和光市

### テーマ：コミュニティケア会議と住民情報の集約

#### 1. 市の状況

和光市は埼玉県内でも高齢者の総数が多いとされています。平成 21 年時点では人口 77,657 人、高齢化率は 13.7%ですが、今後、高齢化率が大きく上昇することが予測されています。

#### 2. コミュニティケア会議

##### 1) 概要

コミュニティケア会議は、一般高齢者・特定高齢者・要支援高齢者・要介護高齢者に対する、介護予防、困難ケース対応及び権利擁護等を包括的マネジメントする、上部会議と位置づけられています。

##### 2) 開催頻度および議題、検討対象

原則として毎週木曜日午前中に開催されています。中央会議を月2回、地域包括支援センターごとの会議を月1回開催しています。介護予防のプランについては、新規と評価は全件について実施します。

##### 3) メンバー構成

保険者、担当介護支援専門員、サービス提供者ほか保健師、リハビリ専門職等とされています。例えば、「二次予防ブロック会議」のあるケースでは、認知症ケア専門職、主任介護支援専門員、作業療法士、保険者、地域支援事業サービス提供者、保健師などが参加します。

##### 4) 特徴

コミュニティケア会議は、「顔の見える会議」というだけではなく、地域包括ケアの仕組みとして組織横断的にシステム化されている点が特徴です。

和光市では、支援計画表や生活機能評価、総合評価、計画書等独自のシートを開発し、市内で共通的に運用されていることも重要です。この共通書式を用いることにより、アセスメントや課題の分析、支援、モニタリングの視点が明確になり標準化されるほか、コミュニティケア会議においても見るべき箇所がわかりやすく効率的に進められます。

和光市の要支援者の 48%が都内の病院にかかっているため、都内の病院の医療連携室にも和光市の方針を伝えています。医療連携室とコミュニティケア会議の連携が重要であると考えています。また、特に医療に関する側面について、ケアマネジャー個人が対応できなくても、「チームケア」を実践し、コミュニティケア会議で対応することが可能です。

コミュニティケア会議はコーディネーターの役割が重要であり、育成する必要があります。また、コミュニティケア会議には関係者の OJT としての機能もあります。コミュニティケア会議を繰り返しているうちに、担当者の主観の尺度も統一されてきます。仮説目標を立てることが重要であり、利用者の現在状況と課題を分け、そこから解決する方法論を選びます。

### 3. 地域包括ケアシステムについて

#### 1) 地域包括支援センターの役割

介護保険の入り口と出口を把握する役割を担います。利用者の状態像を把握し、それに見合った予防から介護までの基盤整備を整えています。また、高齢者の状態像の地区ごとの状況を踏まえて、コミュニティケア会議のコーディネートをしています。

#### 2) チームケアの重要性

地域包括ケアでは、各専門職が連携したチームケアの体制を整えることが重要となります。また、チームケアには、課題に対応できる事業者の参画が求められます。チームケアの体制が構築されれば、事業所の質が保たれ、質の伴わない事業所の乱立にはつながらないと考えられます。

### 4. 地域支援事業について

#### 1) 地域支援事業の活用

地域支援事業として生きがいデイサービスを委託で運営しています。地域内には、インフォーマルサービスのNPOが2拠点、老人福祉センターが2ヶ所あり、介護保険制度から卒業した人(状態が改善し、要介護状態でなくなった人)の受け皿となっています。こうした受け皿機能が事業計画に含まれており、コミュニティケア会議の中でもこうした機能を有効に活用しています。

例えば、地域支援事業が確立していれば、デイサービス以外の選択肢となり、予防の利用者にとって適切な支援を提供することができます。介護保険利用者から状態が改善して、介護予防になり、さらに特定高齢者の枠からも外れて、自主サークルに参加するようになったケースもあります。また、特定高齢者がプログラム終了後、一般の自主サークル(体操、書道、絵手紙など)に参加しているケースもあります。特定高齢者プログラム参加時は送迎サービスを利用していても、自主サークルに参加する時点では、1度同行してルートを確認すれば、その後は独力で通えるようになりました。

和光市では高齢者の総数の増加に対して、認定者数の増加割合が小さく、すなわち認定率が低下しています。毎年、新しい対象者が加わる一方で、非該当になる方がいるという構造になっています。

#### 2) 地域支援事業の例

予防ヘルプは、介護保険指定事業者9ヶ所に2重指定しています。指定事業所であれば、介護保険の対象外となっても6ヶ月はサービス提供が続けることができるため、事業所にとってもメリットがあります。ヘルス喫茶サロンは、保健師を配置し、血圧等、バイタルや体重を測定し健康相談、栄養相談を行うもので、小学校で月3回開催しています。このほか、管理栄養士のステーションや、口腔ケアステーションも実施しています。

地域支援事業を介護事業者に委託することは、事業者の育成にもつながります。新規に指定する事業者には、和光市の介護予防の考え方、シートの内容や生活機能の評価の視点などをレクチャーしています。委託先として優良な事業者を選別することが難しく、事業者を「育てる」ことも重視しています。

## 5. 情報の集約と活用について

### 1) 情報システムの概要

個人台帳を一元的に管理する独自のシステム「介護予防隊」が開発されています。市役所と4ヶ所の地域包括支援センターがローカルなネットワークでつながって、住民の情報が共有されています。システムは住民基本台帳とも連動し、全住民のデータ（相談記録、家族や病院、民生委員等の基本情報、認定データ）が登録されています。

### 2) データの活用

一次活用としては、地区別のデータ分析を行いニーズに応じた事業計画に反映することであり、二次活用としては、受け皿、基盤の整備につなげています。また、事業者にとってもマーケティングという点で有益な情報となります。

### 3) データの収集と分析

基本チェックリストについて、1年度あたり対象者の3分の1ずつ調査を行い、3年間で全員の情報が収集される仕組みとしています。個人情報を提供することが本人にとってメリットとなることを理解してもらい（支払っている保険料の還元）、同時に個人情報取得の承諾を得ています。

基本チェックリストの分析結果は、アドバイスとともに、直接個人に返送されます。郵送による回収率は高く、未回収については民生委員や介護予防サポーターが訪問して回収します。訪問により問題のある事例も発見できるという利点があります。

アセスメントシートもデータベース化されており、ケアプランもデータで取り込んでいます。市内で書式を統一しており、フロッピーで受け取りをデータベースに転送します。運動機能、口腔、栄養の変化等に基づき、個人の統括表が自動で作成される仕組みとしています。

### 4) システムの利点など

個人ごとに介護予防手帳カードを発行し、地域包括支援センターでカードを提示することにより自分のデータを確認することもできます。また、データベース構築により、紙は直近のもののみを残すこととしているため、ペーパーレス化にも効果があります。4ヶ所ある地域包括センターの担当地域外の住民からの相談があった場合でも、受け付けておき該当するセンターとの共有が可能です。

## 6. 事例のポイント

- 保健師をはじめとする専門職種が参加し個別のケースについて議論するコミュニティケア会議では、システムとしてチームケアを推進、実践する体制が整備されています。
- 地域住民のデータを一元管理し、個人単位および地区単位で分析をすることにより、個人への有効なフィードバックを行い住民への意識付けを図るとともに、地区ごとに効率的な施策を展開しています。