

令和2年度 厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業

地域包括ケアの実現を支える 保健医療福祉連携システムの構築事業

報告書

令和3年3月



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 **日本看護協会**

目次

I 事業概要

1. 事業の背景 2
2. 事業の目的 3
3. 事業実施方法 3
4. 本事業で得られた知見 6
5. 保健医療福祉の連携強化にむけて 7

II 結果

1. 保健医療福祉連携システムの構築段階と保健所保健師の役割 10
2. 保健医療福祉連携システムの構築における県本庁の役割 16
3. 保健医療福祉連携システムの構築における市町村保健師・関係者等の役割 17
4. 保健医療福祉連携システムの構築にむけた連携モデル 18

III 事例集

1. 積極的なコミュニケーションで圏内のネットワークを構築した事例
(広島県西部保健所広島支所) 23
2. 東日本大震災後、県・保健所・市町村・住民が一体となり
一から地域包括ケアシステムを構築した事例(福島県相双保健福祉事務所) 30
3. 県本庁がリーダーシップをとり地域包括ケアの方向性を定め、
保健所が管内の実情に合わせ取り組みを推進した事例(大分県豊肥保健所) 37

I 事業概要

1. 事業の背景

1) 地域包括ケアの実現にむけた保健医療福祉の連携強化の必要性

少子高齢化の進展や国民の保健医療福祉ニーズの多様化・複雑化、災害や新興感染症の拡大などの健康危機が頻発する中で、地域住民が住み慣れた地域で自分らしく生活できるようにするためには、全世代型の地域包括ケアシステムの構築・推進が急務である。

今般の新型コロナウイルス感染症対応においても、都道府県本庁^{※1}、都道府県保健所^{※2}、市町村、保健医療福祉の関係機関・関係団体・関係者^{※3}が共に対策を考え、取り組み、助け合える関係性やシステムづくりを平時から築いておくことが重要である。つまり地域包括ケアシステムは、平時から整備されることで、健康危機等不測の事態においても力を発揮するものである。

2) 地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築・推進

保健医療福祉等の課題やそれらの課題解決のための人的資源・社会資源は地域・自治体により大きく異なり、市町村単独では解決できない課題も多い。そのため、日常生活圏域や市町村を越えて、二次医療圏単位での提供など地域の特性を反映した保健医療福祉サービスの実現・提供が求められている。地域の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築・推進し、サービスを提供していくためには、あらゆる関係者がお互いを理解し、現状や課題を共有すると共に、地域全体を俯瞰して将来を見据えて行動することが必要である。そして、地域の住民組織、関係者が役割を再認識し、合意した上で地域の課題に取り組み、人的資源を含めた社会資源を有効に活用し、継続的なサービス提供体制を整備していくことが重要である。これにより、その地域で暮らす人々が孤立することなく、その人らしく地域で暮らせるよう、全世代的に支え、住みやすい社会にすることができる。

3) 都道府県保健所保健師^{※4}が保健医療福祉の連携システムを構築する根拠

地域における広域的、専門的なサービスの提供は、総合的な保健衛生行政機関である保健所が担っており、地域住民の健康を支える中核となっている。そのため、保健医療福祉の連携システムを構築するための拠点は保健所及び保健所保健師となる。

地域における保健師の保健活動に関する指針^{※5}において、『都道府県保健所等に所属する保健師は「実態把握及び健康課題の明確化」「保健医療福祉計画策定および施策化」「保健サービス等の提供」「連携及び調整」「研修(執務を通じての研修を含む。)」「評価」の事項に留意し保健活動を行うこと』とされている。この中で「連携及び調整」では、「管内市町村の健康施策全体の連絡、調整に関する協議会等の運営を行うこと」「精神障害、難病、結核・感染症、エイズ等の地域のケアシステムを構築するための協議会を運営し活用すること」「市町村の規模により、市町村単独では組織化が困難な健康増進、保健医療、高齢者福祉、母子保健福祉、虐待防止、障害福祉等に関するネットワークを構築すること」等とされている。保健所

※1 以下、「都道府県本庁」を「県本庁」とする。

※2 以下、「都道府県保健所」を「保健所」とする。

※3 以下、「保健医療福祉の関係機関・関係団体・関係者」を「関係者」とする。

※4 以下、「都道府県保健所保健師」を「保健所保健師」とする。

※5 厚生労働省健康局通知、地域における保健師の保健活動について、平成25年4月19日健発0419第1号

保健師は管内市町村を俯瞰し、広域的、専門的な立場で連携及び調整を行う役割が求められている。新型コロナウイルス感染症への対応においても、保健所保健師は保健医療福祉の関係各所との調整を行うなど、連携システム構築の機能の重要性が改めて認識されたところである。

連携をシステム化することで、継続的な地域包括ケアの実現が期待できる。一方で、連携は手段であるため、連携システムの構築がゴールにならないよう留意する必要がある。

2. 事業の目的

地域の課題解決に必要なサービスの創出と継続的な提供にむけた保健医療福祉の連携システム構築のプロセスを明らかにする。同時に、連携システム構築における保健所保健師の役割や機能、さらに県本庁の保健師及び関係者の役割を明らかにする。これらを踏まえ、地域包括ケアの実現に必要な連携のあり方として「連携モデル」を作成する。

地域包括ケアシステムとは

ケアを必要とする全世代の全ての人々が、可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した生活を営むことができるよう、住まい、医療、介護、介護予防、自立した日常生活の支援が、地域の実情に応じて、包括的に継続的に切れ目なく確保される体制をいう。

3. 事業実施方法

1) 事業実施体制

本事業の実施にあたり、行政職員及び学識経験者等で構成された「地域包括ケアシステム推進にむけた保健医療福祉の連携強化に関する検討委員会」を設置した。本検討委員会は委員10名で構成された。

地域包括ケアシステム推進にむけた保健医療福祉の連携強化に関する検討委員会構成員

◎村嶋 幸代	公立大学法人大分県立看護科学大学 理事長/学長
角野 文彦	滋賀県健康医療福祉部 理事
川上美都江	米子市福祉保健部障がい者支援課 課長補佐兼相談支援リーダー
佐々木暁子	札幌市保健福祉局高齢保健福祉部介護保険課 認知症支援担当係長
西生 敏代	公益社団法人山口県看護協会 会長
野口 純子	香川県立保健医療大学助産学専攻科 専攻科長/教授
野村 陽子	名寄市立大学 学長
平野 一美	藤枝市立総合病院 看護部兼医療支援センター参与
福田 裕子	まちのナースステーション八千代 総括所長
本田あゆみ	福島県保健福祉部健康衛生総室健康づくり推進課 主幹

事業協力者

木嶋 彩乃	公立大学法人大分県立看護科学大学地域看護学研究室 助教
-------	-----------------------------

◎は委員長(五十音順・敬称略)

2) 検討委員会の開催状況

	日時	内容
第1回	令和2年7月16日(木) 10:00～12:00	1. 連携モデルの完成にむけた検討について 令和2年度の事業の内容等 2. 保健所と関係者等への事例調査について ヒアリング等の概要、対象地域の選定、ヒアリング等の内容 3. 連携モデルの評価について
第2回	令和2年12月21日(月) 13:00～15:00	1. 本事業のとりまとめの方向性について 1) ヒアリング結果の報告とまとめについて 2) 地域包括ケアの実現を支える保健医療福祉連携システムの構築段階と行政保健師の役割(令和2年度版)について 3) 連携モデル案について 4) 報告書骨子案について 2. その他
第3回	令和3年2月5日(金) 14:00～15:30	1. 本事業報告書案について 2. 本事業答申案について 3. 周知普及の方法について

3) 方法

保健所保健師と、その管内の市町村、関係者を対象に事例調査を実施した。

① 対象の選定方法

令和元年度に実施した全国調査の結果より、地域包括ケアシステムの構築・推進に保健所保健師が積極的に関わっている、かつ保健医療福祉の関係者等が参画する会議体等(協議・検討の場)が保健所内に設置されている保健所を、県本庁のアドバイスも参考に選出した。

該当する保健所へ趣旨を説明、依頼し、同意を得られた保健所3か所において管内の地域包括ケアシステムの構築・推進にむけた取り組みを最も把握している保健師と、保健所を通じて紹介いただき同意を得られた市町村、関係者等をヒアリングの対象とした。令和2年度は新型コロナウイルス感染症の対応もあり、その中で受けていただけた保健所や関係者を対象とした。

② データ収集方法・実施期間

令和2年9～11月に、各々60～120分程度のヒアリングを行った。対象者には、事前情報収集シートを送付し、作成を依頼した。また、事前にヒアリング項目を対象者に示し、管内の概況や関係資料を得た。ヒアリング終了後にも可能な範囲で資料を依頼した。

ヒアリングは、新型コロナウイルス感染症の流行下であったことから、実施者と対象者が近隣で許可が得られた場合には、感染対策を徹底した上で対面にて実施した。それ以外はオンラインで行った。対象者の許可を得てボイスレコーダーで録音した。

都道府県	施設名称	区分	手段	ヒアリング実施日
広島県	西部保健所広島支所	保健所	対面	令和2年9月17日(木) 10:00～12:00
	北広島町	市町村	オンライン	令和2年11月6日(金) 15:30～16:30
	坂町地域包括支援センター	関係者等	オンライン	令和2年11月5日(木) 11:00～12:00
福島県	相双保健福祉事務所	保健所	オンライン	令和2年10月19日(月) 15:00～17:00
	檜葉町地域包括支援センター	関係者等	オンライン	令和2年11月17日(火) 16:00～17:00
	公立相馬総合病院	関係者等	オンライン	令和2年11月17日(火) 14:00～15:00
大分県	豊肥保健所	保健所	対面かつ オンライン	令和2年10月29日(木) 10:00～12:00

③ ヒアリング内容(保健所保健師並びに関係者等の地域包括ケアシステムの構築・推進にむけた活動)

対象者	ヒアリング内容
保健所保健師	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域のあるべき姿、地域包括ケアシステムに対する認識 ● 地域包括ケアシステムの構築・推進にむけた具体的な取り組み、経緯、成果、工夫、促進要因、困難だったこととその対応 ● 地域包括ケアシステムの構築・推進の進捗状況、課題と目指す方向性
市町村保健師 関係者等	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域のあるべき姿、地域包括ケアシステムに対する認識 ● 保健所保健師からの支援で地域包括ケアシステムの構築・推進に効果的だったこと ● 地域包括ケアシステムの構築・推進の進捗状況、課題 ● 地域包括ケアシステムの構築・推進において、保健所保健師の役割として期待すること、市町村保健師(関係者)の役割に対する認識

④ 分析方法

ヒアリング終了後、毎回、実施者間で振り返りを行った。保健所保健師並びに関係者等の地域包括ケアシステムの構築・推進にむけた活動内容から、連携システム構築のプロセス、保健所保健師の役割と推進した事項、課題について抽出した。抽出したデータのうち、令和元年度に作成した「連携段階における機能と8つのステップ」「連携構築の段階と行政保健師の取組み例」を用いて、保健所保健師の役割を整理し、その過程で連携構築の段階を再検討、修正し、各構築段階における保健所保健師の役割を表に整理した。また、連携システム構築の促進要因と課題や、県本庁・市町村保健師・関係者の役割も整理した。これらを踏まえて、令和元年度に作成した「連携モデル」をもとに充実を図り、新たな連携モデルを作成した。

4) 報告書の作成・周知方法の検討

検討委員会での検討結果をまとめ、本報告書を作成した。本報告書は、県本庁、保健所、市町村等に配布した。また、地域包括ケアの実現を支える保健医療福祉連携システムの構築に係る関係者に、保健医療福祉連携システム構築にむけた連携モデルや、保健所保健師の役割や具体的な取り組みについて周知すると共に、学会等での普及を図っていく。

4. 本事業で得られた知見

1) 保健医療福祉連携システムの構築段階と保健所保健師の役割(表1、13～16頁)

連携システムの構築段階は下記の通り、4段階に整理された。

① 実態把握・課題集約では、保健所保健師は日頃から積極的に市町村・関係者に出向いて、情報を得やすいように関係づくりを行い、情報を収集し、集約する。包括的かつ継続的なケアの提供を困難とする課題を抽出し、データを可視化し提示する。

② 相互理解・課題共有・共通認識では、地域の課題解決にむけて、関係者等が地域のあるべき姿を共有することが重要である。既存の会議体を活用するなど協議・検討の場を設定することによって、関係者を集め、各自の視点から地域課題を見つめ、共有する。その際、保健師は関係者同士の相互理解が進み、関係が構築できるようにも配慮する。また、保健所内においても、連携システムの方向性や意図、あるべき姿を共有し、構築できるようにする。

③ サービス提供体制の整備・役割合意形成では、関係者と共に都道府県の施策と方向性を管内の現状と擦り合わせ、地域の健康課題を解決する方策を検討する。そして、既存の地域の社会資源やネットワークを評価し、不足や改善の必要がある場合は、既存サービスの改善や新たなサービスの創出やその提供体制の仕組み等を検討する。この過程では、管内市町村間で共有し発展に繋げるなど、地域包括ケアシステムを構築・推進するために市町村保健師と協働する。そしてサービス提供体制における関係者の役割を明確化し、合意形成を図る。

④ サービス提供体制の運用・評価・改善では、予算や人員を確保し事業計画を策定するなど事業化・施策化を主となって先導する。保健医療福祉サービスの提供体制は、評価を定期的に行い、PDCAサイクルを効果的に機能させることが求められる。特に、目標と評価指標を明確に決定することが重要である。

2) 保健医療福祉連携システムの構築における県本庁の役割

県本庁は、県全体の施策の方向性を見据え、保健所管内における意見や課題を吸い上げながら、地域の実情に応じた方策を先導して考える役割がある。保健所と市町村の連携と協働に寄り添い、保健事業の体系図等における県・保健所・市町村の役割の明確化など保健所管内の広域の仕組みとなるよう枠組みや、評価指標を作成し提供する。異動などで担当者が代わっても継続してシステムが稼働できる体制づくりや保健所保健師の力量形成に対する働きかけを行っていく必要がある。

3) 保健医療福祉連携システムの構築における市町村保健師・関係者等の役割

市町村保健師は、住民に身近な行政機関として、住民に寄り添いながら、保健の専門性を発揮して保健所や関係者と連携し、地域保健事業を推進すると共に、課題解決にむけて関係者を集め会議を企画、開催する。必要時保健所に支援を求める。また関係者も、地域包括ケアシステムを展開する一員としての自覚を持ち、住民と共に活動しながら、住民の力を引き出し、働きかけていくことが必要である。

4) 保健医療福祉連携システムの構築にむけた連携モデル(図1、19頁)

保健所保健師は、既存の会議体を拠点として、市町村を含めた関係者間と情報及び目標を共有し、方向性の決定を導くことによって、地域の課題解決にむけた活動を展開することが可能となる。県全体の方針性は県本庁がリーダーシップを取る役割があり、保健所保健師が県本庁と一体的に地域包括ケアシステムに取り組むことによって、県全体のベクトルが揃い、関係各所の役割機能が最大限に発揮され、効果的な地域包括ケアシステムの構築・推進が期待できる。

5. 保健医療福祉の連携強化にむけて

連携システム構築のためには、日頃のコミュニケーションが重要となるため、保健所と市町村、関係職種間で情報交換会や研修会・勉強会等を定期的に開催し、本音を語り合えるような関係づくりや、事業を通じた顔の見える関係づくりが工夫して行われることが望まれる。

保健所における協議の場の設定では、地域住民を含めた関係者が集う場に加えて、保健所管内市町村毎に特徴や状況が異なることを考慮し、各市町村と一対一で検討できる場を設けることが望ましい。また、市町村保健師や関係者は、地域の課題解決にむけて、自組織だけでは連携を図ることが困難な関係者となつた役割を保健所保健師に望んでいる。さらに、管内市町村における事業の進捗状況の把握だけに留まらず、他圏域の状況、県や国の動向・施策の方向性を含めた広域的な視点の共有を求めている。地域包括ケアシステムの構築・推進において、保健所保健師は、管内の関係者から求められる役割や機能についても把握した上で、県本庁や関係者と連携・協働し、地域包括ケアの実現にむけたデザイン(施策化)までもっていくことが求められる。

地域包括ケアシステムの構築・推進に係る人材育成の観点から、保健所保健師の具体的な取り組みや保健医療福祉連携システムの構築にむけた連携モデルについて、研修等で企画されることを期待する。

II 結果

1. 保健医療福祉連携システムの構築段階と保健所保健師の役割

地域包括ケアシステムの構築・推進にむけた保健所保健師の取り組みから、連携システム構築のプロセスは、以下の4段階に整理され、各段階における保健所保健師の役割・機能が示された(表1、13～16頁)。

① 実態把握・課題集約

② 相互理解・課題共有・共通認識

③ サービス提供体制の整備・役割合意形成

④ サービス提供体制の運用・評価・改善

構築段階は、地域の実情によって、前後あるいは同時に進行する可能性が考えられる。構築状況の評価ではなく、構築にむけた活動の参考として活用されることが望まれる。

① 実態把握・課題集約

保健医療福祉の提供に関する地域課題及び意見を収集、集約する

保健所保健師自身が地域包括ケアシステムの構築・推進を遂行するという役割の重要性と意義を認識する必要がある。例えば、管内市町村が医療との連携が難しい場合には、保健所が先導して連携・調整を行い広域で取り組んでいく必要性を認識する。

日頃から、業務分担制・地区担当制に依らず、自組織内関係部署、市や関係者等に積極的に出向き、直接的に関係者の声から現状を把握するなど情報収集・共有を大事にする。また、会議の前後や事業を通して、保健所と市町村の担当者同士が語り合える機会を持つなど、保健所と市町村がいつでも気軽にコミュニケーションをとれるような関係性を作っておくことが重要である。その他、管内における保健医療福祉の関係者とも情報が得やすい関係作りが望まれる。その過程において、地域包括ケアシステムの構築・推進におけるキーパーソンを把握する。

そして、集約した情報から包括的かつ継続的なケアの提供を困難とする課題を抽出し、協議が必要な課題の見立てを行い、課題を関係者間で共通認識ができるように可視化する。例えば、市町村や産婦人科、小児科、保育所など母子保健の各関係者から収集した情報を、乳幼児・学童等発達段階別に表に整理することで、住民と関係者の現状と課題を可視化することができる。

② 相互理解・課題共有・共通認識

保健医療福祉の関係機関・関係団体・関係者で課題を共有すると共に、地域課題を俯瞰し、地域のあるべき姿について共通認識を持つ

関係者と協働し取り組んでいくためには、地域の課題を共有する必要があるため、協議の場を設定し、課題に関連する関係者を検討し、参集する。選定は市町村や関係者に相談の上行うことで、地域包括ケアシステムの構築・推進における管内の各関係者のキーパーソンを把握できる。協議前には、関係者等に出向き、地域における保健医療福祉の課題について説明を実施するなどにより、関係者が地域の課題やあるべき姿について話し合えるような関係性を築き、共通認識を図れるよう働きかけることが有効である。また、協議の場は他組織や多職種の役割について相互に理解する機会ともなる。さらに、形成された関係性を保健医療福祉サービスの提供に活かすこともできる。

保健所内においても定期的な情報交換を行い、地域における課題や目指す方向性について共有する。

保健所内で共有することにより、管内の協議の場に誰が参加しても目指す方向にむけて取り組むことが可能となることが期待できる。

また、地域課題の解決には地域住民の力は不可欠である。災害に遭い役場機能がほぼ停止した地域においても、帰還した住民の力を得てコミュニティが再構築された事例もある。そのため住民と共に地域のあるべき姿を検討、共有する機会を持つことが重要になる。

3 サービス提供体制の整備・役割合意形成

保健医療福祉の関係機関・関係団体・関係者で課題解決にむけて協議検討し、方針を合意し、既存のサービス提供体制を評価した上で、必要なサービス提供体制を整備し、各々が役割について合意する

国の示す地域包括ケアシステムの構築・推進に関する指針や動向をはじめ、県本庁の施策と方向性を確認し、管内の実情に合わせて取り組む。管内の資源や関係者の現状や関係性など総合的に考慮し方策を検討することが求められる。関係者で意見を出し合い、優先して取り組むべき課題を決定していく。日頃の市町村や関係者との連絡会や事例検討会の場で把握した課題などから取り上げることもできる。

保健所は管内の保健活動の総合力向上を目的として、市町村保健師と共に、地域包括ケアシステムの構築・推進にむけて協働する。具体的には、サービス提供における先駆的事例や困難事例など管内の市町村の取り組みを市町村間で共有し、管内全体における取り組みの発展に繋げる。市町村の組織体制や事業など市の特徴を把握し共に客観的に確認することで方向性やサービス提供の検討に繋げることができる。

既存のサービス提供体制に関して、評価が不十分な場合は、評価指標を設定しモニタリングと評価を行う必要がある。評価を踏まえて、不足や改善の必要がある場合は、既存サービスの改善や新たなサービスを創出し、提供体制等を検討する。そして提供体制の検討の過程においては、関係者の役割を明確化し合意形成を図る。例えば、「退院調整ルール」を作成する場合、病院の医療職や介護支援専門員^{※6}等から退院時に行うべき情報共有の内容や方法に関係者間で把握・共有し、各関係者が自身の役割を認識し、合意できるよう働きかける。

4 サービス提供体制の運用・評価・改善

保健医療福祉の関係機関・関係団体・関係者が協働してサービス提供体制を運用できるように働きかけ、サービス提供体制を評価・改善する

予算や人員の確保など事業計画を策定し、事業化・施策化を主導する。関係者と協働し、サービス提供体制を運用していくことが必要である。関係者に対する直接的な支援やマネジメント、サービス提供に係る人材育成を目的とした研修等が求められる。そして、地域に根付かせるためには、住民や関係者、組織内の理解が必要であることから、関係者及び組織内への普及・啓発が必要である。例えば、精神科における長期入院患者の地域移行にむけた取り組みとして、医療機関と福祉施設が協力し合うことで、患者と病院スタッフが退院前に地域の就労支援事業所の体験を実施することができる。これにより、医療と福祉の双方の理解を促し、サービス提供体制について関係者間で協働しやすくなり、実情に即した運用

※6 以下、「介護支援専門員」を「ケアマネジャー」とする。

をすることができる。社会資源の紹介パンフレットにおいても、関係者間での協議・作成を行うことで、より地域の現状を反映し、ニーズに応じたものを作成することができる。

また、PDCAが機能するように、あらかじめ目標や評価方法、評価指標を設定し、市町村や関係者へ提示、共有した上で実施する。具体的には、事業に関するデータの整理の方法や、データを見る視点、評価方法などが挙げられる。さらに、定期的にサービス提供体制についてモニタリング、評価・改善を繰り返し実施していくことが求められる。

表1. 地域包括ケアの実現を支える保健医療福祉連携システムの構築段階と都道府県保健所保健師の役割と取り組み
【令和2年度版】

※関係者…保健医療福祉の関係機関・関係団体・関係者

保健医療福祉連携システムの構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的な取り組み
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">1 実態把握・課題集約</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">保健医療福祉の提供に関する地域課題及び意見を収集、集約する</p>	<p>関係者から情報収集する</p>	<p>1. 保健所保健師自身が地域包括ケアシステムの構築・推進を遂行する役割の重要性と意義を認識する</p> <p>2. 管内の市町村、関係者や自組織内関係部署への積極的な実態把握により、保健医療福祉サービスや構築しているケアシステムについて情報収集、モニタリングする</p> <p>3. 日頃から保健所と市町村、関係者が共に取り組み、情報交換がしやすい身近な関係性を作る</p> <p>(具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 難病の家庭訪問や保健指導等、日頃の保健活動を通して、管内のニーズや資源の状況を把握する ● 平時の保健活動を通して、地域に必要な資源を把握し、市町村に情報提供する ● 市町村に出向き、地域包括ケアの担当部署・担当者を把握し、顔の見える関係を構築する ● 市町村に出向き、定期的なカンファレンスの参加やヒアリングにより現状とニーズを把握する ● 市町村と保健所の両者が各々関わるケースについて、日頃から情報提供・情報共有を行う ● 感染症流行時など緊急性・必要性を考え市町村に出向き、地域の現状を把握する ● 医療機関に出向き、ヒアリングを行うと共に保健所からも情報提供を行う ● 保健指導の際に情報収集する内容を管内市町村で標準化し、現状を把握する
	<p>関係者からの情報を整理し課題を抽出する</p>	<p>4. 保健医療福祉の提供に関する関係者等の取り組みや現状・課題・認識を、集約・整理し、課題を抽出する</p> <p>5. 集約した課題から包括的かつ継続的なケアの提供を困難としている課題を抽出する</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 収集したデータから課題に対する取り組み状況について市町村間で比較する ● 地区診断を通して見えてきた課題に関する情報を整理する
	<p>保健医療福祉の提供に関する課題を可視化する</p>	<p>6. 保健医療福祉の提供において地域で協議が必要な課題の見立てを行う</p> <p>(具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 協議の場では関係者が共に考えられる題材で課題をおさえ、示すことを意識する <p>7. 関係者が課題を共通認識できるよう情報を可視化する</p> <p>(具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 管内の地域包括ケアに係る事業の状況を俯瞰できるよう情報を可視化する ● 退院調整ルールなど管内の取り組みの課題や現状についてアンケート結果を可視化する

保健医療福祉連携システムの構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的な取り組み
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">2 相互理解・課題共有・共通認識</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">関係者で課題を共有すると共に地域課題を俯瞰し、地域のあるべき姿について共通認識を持つ</p>	<p>情報・課題共有の場を設定する (既存の場を活用する)</p>	<p>8. 課題に関連し、参集が必要な関係者を検討する (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域の実情に合わせて連携が必要な関係者を検討する ● 参集者の選定を市町村や関係者に相談の上行う ● ケアを要する人への支援にむけて、医師会や医療機関、看護協会、訪問看護など連携が必要な関係者を検討する ● 医療機関に地域移行の理解を広めるために病院のキーパーソンに、関係者が集まる会議への参加を促す <p>9. 関係者が地域の保健医療福祉の提供に関する現状や課題を共有できる場を設定し、運営する (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 市町村と日頃から密にコミュニケーションをとり、保健所と市町村が率直に話し合える場を設定する ● 市町村のみでは医療との連携が難しい現状を捉え、保健所が主導で医師会や医療機関を巻き込み、会議を設定する ● 保健所管内の医療、福祉、教育等で定期的に情報・課題共有する場を利用する ● 新型コロナウイルス禍で住民の現状を把握し、課題の緊急性を考え会議を早急に開催する ● 地域移行支援にむけて医療機関と地域の関係者がつながれる場の必要性を考え会議を設定する <p>10. 管内市町村や関係者等に出向き、保健医療福祉の課題共有について説明を実施するなど、参集ができるよう調整を行う</p>
	<p>関係者と情報・課題共有、相互理解を図り、協働できる関係性を築く</p>	<p>11. 関係者と共に地域の健康課題を共有し、共通認識が図れるよう働きかける (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域共生ケア会議に関係者を参集し、課題を共有することで当事者意識を促す ● 市町村や地域包括ケアに係る関係機関等のキーパーソンに出向き、合意形成を図れるよう調整を行う ● 関係者間が同じ思いで地域の課題が話し合えるように関係性を築く <p>12. 関係者がお互いの業務や取り組みを共有するなどして相互に理解できるよう働きかける</p> <p>13. 関係者が保健医療福祉の提供において協働できるようにする (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 会議を企画する段階で、参加者が本音を語り合える方法を検討する ● 管内の市町村が互いの状況を共有できるようにする ● 医療機関と福祉事業所がお互いを知り、つながる重要性を認識できるように会議内で思いを共有する ● 地域移行支援を目的とした会議で、それぞれの関係者が取り組みを紹介する ● 情報交換会等において、新しい事業など先行的な事例等の情報提供を行う

保健医療福祉連携システムの構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的な取り組み
	地域課題を俯瞰し、地域のあるべき姿について関係者と共通認識を図る	<p>14. 関係者と共に地域の健康課題を集約及び俯瞰し、地域のあるべき姿について共有する (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 保健所管内の地域包括ケアのあるべき姿を市町村と共有し、実現にむけて共に考える ● 都道府県が考える地域包括ケアシステムのあり方と、市町村が目指す地域包括ケアシステムとの方向性を保健所保健師や関係者間で相互に確認する <p>15. 保健所内でも地域のあるべき姿を共有する</p> <p>16. 地域住民の力の活用を意識し、地域のあるべき姿を地域住民と共有する</p>
<p>3 サービス提供体制の整備・役割合意形成</p> <p>関係者で課題解決にむけて協議・検討し、方針を合意し、既存のサービス提供体制を評価した上で必要なサービス提供体制を整備し、各々が役割について合意する</p>	課題解決にむけて、関係者と共に協議・検討する	<p>17. 地域のあるべき姿への課題解決にむけて協議・検討を実施する (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括ケアシステムに関連する事業の進捗状況や長期的な見通しなどを、俯瞰的な視点で考える ● 市町村の自立支援協議会の機能強化が必要という現状を捉え、保健所と各市町村が協働して開催する連絡会にて事例検討を行う
	課題解決にむけて、関係者と共に優先順位、方針を決定する	<p>18. 県本庁の施策と方向性を管内の現状と擦り合わせる</p> <p>19. 優先して取り組むべき地域課題を決定する</p> <p>20. 県本庁へ管内の現状を報告する</p> <p>21. 関係者で地域課題解決の方針を決定、共有し合意形成を図る (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域包括ケアに係るキーパーソンと既存の会議を利用して参集し、協議し、ニーズや課題の合意形成をする ● 市町村や関係者と課題を共有し、方向性について話し合い、双方が理解、了承できるようすり合わせをする ● 専門家の意見を根拠として、合意形成に活用する
	課題解決にむけて、関係者と共に既存のサービス提供体制を評価する	<p>22. 既存のサービス提供体制における目標及び評価指標を設定する (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 市町村を含め関係者との取り組みや役割を評価することができる会議のあり方を検討する ● 会議体自体の評価を行う ● 協議した内容を振り返り、評価が行えるよう評価指標を示す <p>23. 既存のサービス提供体制の評価を実施する (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 課題に対する各関係者の対応状況についてフィードバックを得てモニタリングを行う ● 地域移行支援の各会議の取り組みについて年に沿って経過を表に整理する

保健医療福祉連携システムの構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的な取り組み
	課題解決にむけて、関係者と共に必要なサービス提供体制の方策を決定し、合意形成する	<p>24. 市町村間でサービス提供体制を共有し解決や発展を図る</p> <p>25. サービス提供体制の整備の必要性を検討し、必要なサービス・提供体制の仕組みを検討する (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 在宅医療介護連携など国の動向を踏まえて管内外の医療機関や県と協働できる体制を検討する ● 地域のあるべき姿を見据えて事例の検討を通して個別支援から事業化まで検討する <p>26. 連携ルール運用及び質の担保にむけ、従事者の育成、方策を検討する</p> <p>27. 事業や施策の住民理解を促進するための方策を検討する</p> <p>28. 関係者間で相互に役割を明確化し、合意形成を図る</p>
<p>4 サービス提供体制の運用・評価・改善</p> <p>関係者が協働し、サービス提供体制を運用できるように働きかけ、実施したサービス提供体制を評価・改善する</p>	関係者と協働し、サービス提供体制を運用できるように働きかける	<p>29. 予算や人員を確保し事業計画を策定し事業化・施策化する (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 地域診断に基づき、退院調整ルールや認知症初期集中支援チーム等広域的な体制作りのための事業を立ち上げる ● 医療・介護・保健等のサービス提供体制に係るデータについてストラクチャー、プロセス、アウトカムを指標で可視化する <p>30. 関係者及び組織内に事業や施策を普及・啓発する</p> <p>31. 保健医療福祉の提供に係る人材育成に関する企画・実施する</p> <p>32. 関係者に対する直接的支援・マネジメントを行う (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 施策化までのデザインに関する具体的な方法について、市町村や関係者等と共に検討する <p>33. 住民に事業や施策を普及・啓発する</p>
	関係者と協働し、サービス提供体制を評価・改善する	<p>34. 目標及び評価指標を明確に決定する</p> <p>35. サービス提供体制についてモニタリング、評価・改善を繰り返し実施する (具体例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 退院調整ルールや、認知症初期集中支援チーム等、広域的な仕組みを評価し改善する

2. 保健医療福祉連携システムの構築における県本庁の役割

地域力を底上げするためには、県本庁が県全体の地域のあるべき姿を見据え、保健所、市町村、関係者、住民と共有しながら共に考えることが重要になる。各保健所の担当者や関係者が一同に集まる県の会議は各圏域の情報がボトムアップされ協議できる機会となる。

県本庁は先導して地域における意見や課題を吸い上げながら、保健所と市町村の連携と協働に寄り添い、方策を考える。県本庁が県全体の施策の方向性を示し、保健事業の体系図において県・保健所・市町村の役割を明確化し、システム化すると共に、保健所をバックアップする仕組みを構築する。これにより

保健所が管内の実情とすり合わせながら、取り組むことができる。例えば、県本庁主導で広域の仕組みとして、退院調整ルールを作成し、保健所に運用ルールと評価指標を提供するなど、保健所が業務遂行において困難な状況の場合に本庁が先導することで一体的な取り組みに繋がった例もあった。

しかし、令和元年度のアンケート調査の結果、47都道府県本庁において、組織横断的な情報共有の機会は6割弱あるものの、開催頻度は不定期または年数回程度であった。また、県本庁と保健所の統括保健師において、地域包括ケアの実現にむけた検討や課題の共有を行った者は5割であった。県本庁が保健所の状況を把握し、積極的な関与が望まれる。

また、地域の実情に合った地域包括ケアシステムの構築・推進を実現するためには、その任に就く保健師等担当者一人一人が地域包括ケアシステムの必要性を認識し、システム構築を行える能力をもつ必要がある。県本庁は保健活動の総合調整、計画の人材確保、事業の企画・立案・予算確保及び評価、関係者との連携調整等を通して、保健所への支援を行う役割がある。そのため、システム構築における保健所保健師の力量形成に対し重要な役割を担っている。県本庁は研修や情報交換会を企画するなど力量形成に対する働きかけを行っていくことが求められる。

3. 保健医療福祉連携システムの構築における市町村保健師・関係者等の役割

1) 連携システム構築における市町村保健師の役割

連携システム構築において市町村保健師は、公平・中立な行政の立場で医療及び保健の専門性を発揮しながら、多職種と連携を取り、地域包括ケアに関する事業の立ち上げを推進することが期待される。医療機関との連携のために、課題解決にむけて必要な関係者を集めた会議を企画、開催するだけでなく、県本庁や保健所に広域的な支援を求めることも必要になる。

2) 連携システム構築における関係者等の役割

住民の一人一人の生活を支えるために、地域の多職種が各々役割を発揮し、連携することが必要である。多職種が協働することで、住民を巻き込み、住民の力を引き出しながら、地域包括ケアシステムの構築・推進を仕掛けることができる。先の未来を見据えて、今の子ども達を含めた住民に働きかけることも重要な意味を持つ。

地域包括ケアシステムの構築・推進にむけて、連携する意味や必要性を共有するために、関係者との連携の取り決めや連携に係る業務を整理し、関係者に周知する。課題に応じて、必要な参集者を集い、ワーキンググループといった協議体を設置することもある。日頃から、顔の見える関係を維持することで、課題解決にむけた方策の検討、企画、実施を関係者と協働して行うことができる。

4. 保健医療福祉連携システムの構築にむけた連携モデル

1. 2. 3. より地域の課題解決に必要な保健医療福祉等サービスの提供と創出を図るために必要な保健医療福祉連携システム構築にむけた連携モデルが示された(図1、19頁)。連携システム構築段階と構築における保健所保健師の役割、その他県本庁・市町村保健師・関係者の役割や関係性を図式化したものである。

保健所保健師は管内の情報集約の拠点となり、既存の会議体の活用や必要時新たな会議体を設置し、情報共有、課題集約、合意形成、事業化・施策化につなげ、評価を実行できるシステムづくりを主導する。市町村保健師や関係者等は、日頃から住民主体を重視しながら連携を図り協働し、必要時保健所に広域的な支援を求める。また、県本庁は各管内の会議体で集約された意見や状況を集約する場を置き、都道府県のあるべき姿や方向性を定め、保健所間や関係者間の調整、連携システム構築の仕組みづくりへの支援を行い、県全体の連携システムの推進を図る。

この「保健医療福祉連携システムの構築にむけた連携モデル」を活用するのは、保健所保健師及び、保健所保健師と日頃の活動で協働している市町村保健師・関係者(関係機関・関係団体・事務職等)である。お互いの役割や関係性を理解した上で協働することで、このシステムが機能し、地域包括ケアシステムの推進が期待できる。連携モデルを継続していくためには、各組織に根付かせていくことが必要である。

ただし、これは全ての都道府県に一律ではなく、都道府県毎、保健所毎、市町村毎の地域の特性に応じて変容するものである。

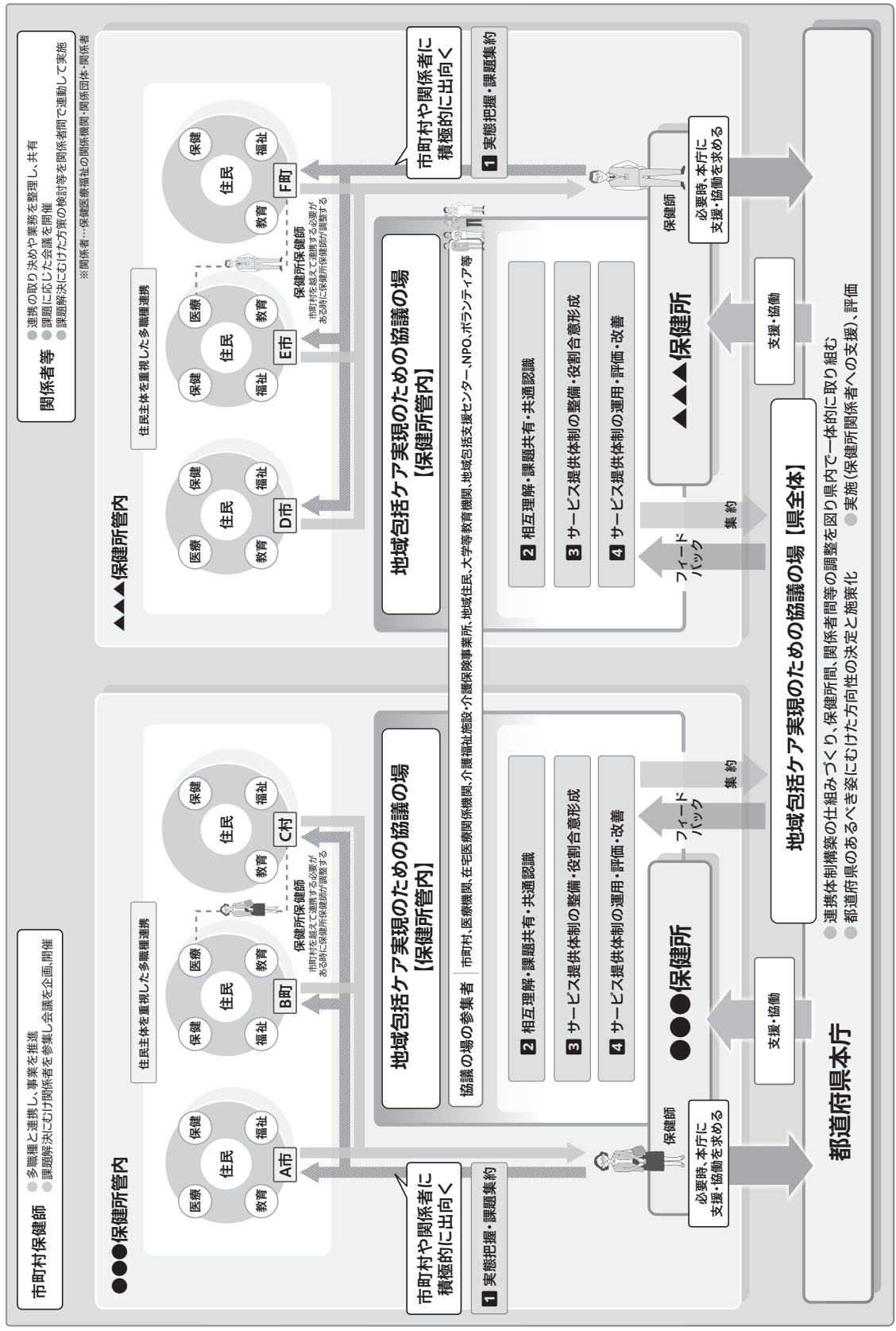


図1. 保健医療福祉連携システムの構築にむけた連携モデル
 ~保健所保健師の取組みと市町村・関係者・県本庁との相互の働きかけに焦点をあてて~

Ⅲ 事例集

1. 事例調査の実施

保健所管内で包括的かつ継続的に保健医療福祉サービスの提供(地域包括ケアの実現)にむけた連携システム構築における保健所保健師の役割や機能、関係者の役割を明らかにする。

1) 対象の選定方法

ヒアリング対象の選定に際し、令和元年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業「地域における実効性のある保健医療福祉連携モデルの構築事業」で行った全国調査「保健医療福祉の連携と行政保健師の取組み状況」の中から、以下を考慮し、保健所3か所や関係者等を選定した。

- (1)「保健所の地域包括ケア推進部署への保健師の配置」がある。
- (2)「保健所における管内の関係者との協議・検討の場」に関係者が複数参集している。

2) データ収集方法

管内の地域包括ケアシステムの構築・推進にむけた取り組みを最も把握している保健師と必要に応じて管内の市町村、関係者等にヒアリングを行った。

3) ヒアリング内容

(1) 保健所保健師

「地域のあるべき姿、地域包括ケアシステムに対する認識」「地域包括ケアシステムの構築・推進にむけた具体的な取り組み、経緯、成果、工夫、促進要因、困難だったこととその対応」「地域包括ケアシステムの構築・推進の進捗状況、課題と目指す方向性」についてヒアリングした。

(2) 市町村保健師・関係者等

「地域のあるべき姿、地域包括ケアシステムに対する認識」「保健所保健師からの支援で地域包括ケアシステムの構築・推進に効果的だったこと」「地域包括ケアシステムの構築・推進の進捗状況、課題」「地域包括ケアシステムの構築・推進において、保健所保健師の役割として期待すること」「市町村保健師(関係者)の役割に対する認識」についてヒアリングした。

4) 分析方法

ヒアリング終了後、毎回、実施者間で振り返りを行った。保健所保健師並びに関係者等の地域包括ケアシステムの構築・推進にむけた活動内容から、連携システム構築のプロセス、保健所保健師の役割と推進した事項、課題について抽出した。抽出したデータのうち、令和元年度に作成した「連携段階における機能と8つのステップ」「連携構築の段階と行政保健師の取組み例」を用いて、保健所保健師の役割を整理し、その過程で連携構築の段階を再検討、修正し、各構築段階における保健所保健師の役割を表に整理した。また、連携システム構築の促進要因と課題や、県本庁・市町村保健師・関係者の役割も整理した。これらを踏まえて、令和元年度に作成した「連携モデル」をもとに充実を図り、新たな連携モデルを作成した。

事例 A 積極的なコミュニケーションで圏内のネットワークを構築した事例 (広島県西部保健所広島支所)

取り組みの概要

県本庁が地域包括ケアシステム構築に係る支援策を保健所と共有し、保健所保健師がその重要性を認識し、積極的に働きかけていた事例である。保健所保健師が管内の情報収集と共に、市町間での情報が共有できるようにし、管内の市町の地域包括ケアが底上げできるようにしていた。取り組みは、保健所が一方的にリーダーシップをとるのではなく、あるべき姿のビジョンを見せながら、市町と共に学ぶというスタンスで、市町と十分コミュニケーションをとりながら進めていた。保健所が日常的に市町や関係者等に出向き、地域包括ケアに係る様々な相談に乗り、必要な情報を提供することで、各市町の地域包括ケアの推進に貢献していた。

1. 保健所管内の概況

	面積(km ²)	人口(人)	高齢化率(%)
海田地域 (安芸郡府中町、海田町、熊野町、坂町)	73	117,618	28.2
芸北地域 (安芸高田市、山県郡安芸太田町、北広島町)	1,526	52,651	42.3
管内全体	1,599	170,269	31.1

(H31.1月現在)

参考：事業概要令和元年度(広島県西部厚生環境事務所広島支所広島県西部保健所広島支所)一部抜粋
<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/367830.pdf>(最終検索日：R3.3.9)

2. 保健所・市町村・関係者等の取り組み

1) 広島県西部保健所広島支所

(1) 連携システム構築の背景

「医療介護総合確保法」が平成26年6月に成立、平成27年施行となり、地域における医療と介護の総合的な確保を推進する体制整備が進められていると共に、地域包括ケアシステムの構築が図られている中で、広島県においても医療と介護の連携強化を図り、医療提供体制と地域包括ケアシステムを一体的に構築・運用するため、県本庁の関係課を機能別に再編すると共に、保健所においても、保健課の業務として、地域包括ケアの推進が位置付けられた。

県全体の取り組みが始まって3年後の平成30年、広島県豪雨災害が発生し、同保健所管内でも中山間地域では甚大な被害を受けた。被災時の対応や、被災後の復興を円滑に行うためには、平時からの地域包括ケアシステムを整備しておく必要があるが、管内で地域包括ケアの取り組みに差がある状況があった。そこで、管内での取り組みの差を均てん化し、地域全体で底上げすることを目的に広域的な仕組みづくりに取り組んだ。

(2) 連携システム構築における保健所保健師の取り組み

表2

構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的な取り組み
1 実態把握・課題集約	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者から情報収集する ・関係者からの情報を整理し課題を抽出する ・保健医療福祉の提供に関する課題を可視化する 	<ul style="list-style-type: none"> ●市町に出向いて聞き取りをすることで、市町のニーズや資源の状況を把握する。 ●市町のヒアリングを通して、地域包括ケアの主管課・担当者を把握し、顔の見える関係を構築する。 ●平時の家庭訪問を丁寧に行い、市町と連携・支援するために連絡会議を開催する。 ●保健活動の基本に立ち帰り、難病の家庭訪問や災害に備えた保健指導を通して管内のニーズや資源の状況を把握する。 ●保健指導を通じた情報収集の方法を標準化し、管内の情報を把握する手段として体制に組み込む。 ●市町から声を聞くだけでは不十分で、地区診断を通して見えてきた課題に関する情報を保健所からも積極的に把握する。 ●医療、介護、保健・予防、住まい・住まい方、生活支援・見守り、専門職・関係機関のネットワーク、住民参画(自助・互助)、行政の関与・連携に係るデータに関して、ストラクチャー、プロセス、アウトカムを指標で数値化して見える化する。 ●市町を横に並べ、管内の地域包括ケアの状況を俯瞰できるよう情報を整理する。 ●見える化したデータからベンチマークし、管内で取り組みの差がないか確認する。

構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的な取り組み
2 相互理解・課題共有・共通認識	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報・課題共有の場を設定する(既存の場を活用する) ・ 関係者と情報・課題共有、相互理解を図り、協働できる関係性を築く ・ 地域課題を俯瞰し、地域のありべき姿について関係者と共通認識を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ● 市町の包括ケア主管課と保健部門担当者を対象とした管内情報交換会を開催するために、庁舎内で会議の必要性について説明し起案する。 ● 保健師個人の考え方や力量に依拠せず、誰が任についても地域包括ケアが仕組みとして推進されるよう、保健所と市町が話し合う場を設置する。 ● 地域包括ケアに係る協議の場を仕組みとして位置付け、場の継続のために協議の目的を関係者と合意形成する。 ● 会議の合間などに、市町個々に声かけをし、密にコミュニケーションがとれる場を作る。 ● 関係団体で合意形成する地域の会議に参画する。 ● 情報交換会を企画する段階で、参加者が報告するだけに留まらず本音を語り合える設定を検討する。 ● 保健所－市町の個々の関係ではなく、市町互いの状況が共有できるようにする。お互いのメリットを尊重する。 ● 管内全体の課題を保健所と市町で検討する。 ● 情報交換会において、新しい事業に関する先行的な事例等の情報提供や助言を行い、広域的な連携に繋げる。 ● 関係団体の地域包括ケアに係るキーパーソンのところに向いて、ニーズや課題の合意形成を図る。 ● 管内の市町がそれぞれどのような状況か、広域的な県内の取り組みについて共有する。 ● 市町や、関係団体の地域包括ケアに係るキーパーソンと顔の見える関係を構築する。 ● 保健所管内のあるべき地域包括ケアのビジョンを明確にし、市町とビジョンを共有し、実現にむけて共に考えることができるよう、身近な話題を通してビジョンを共有する。 ● 全世代型地域で支える形にしたいというビジョンを市町と関係機関等と共有する。 ● ビジョン実現にむかって保健所がリードはするが、一方的にならないよう、市町と共に考えるという姿勢でいる。
3 サービス提供体制の整備・役割合意形成	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題解決にむけて、関係者と共に － 協議・検討する － 優先順位、方針を決定する － 既存のサービス提供体制を評価する － 必要なサービス提供体制の方策を決定し、合意形成する 	<ul style="list-style-type: none"> ● 市町、関係団体の地域包括ケアに係るキーパーソンのところに向いて聞き取り、意見の合意形成を図る調整を行う。 ● 保健所と市町が率直に意見をいい、検討できる場を設定する。 ● 保健所の情報交換会を企画する段階で、参加者が報告するだけに留まらず本音を語り合える設定を検討する。 ● 地域包括ケアに係る協議会に向き、保健所保健師の意図を伝え、共通理解を図り、関係団体の地域包括ケアに係るキーパーソンと合意形成する。

構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的な取り組み
④ サービス提供体制の運用・評価・改善	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者と協働し、サービス提供体制を -運用できるよう働きかける -評価・改善する 	<ul style="list-style-type: none"> ●平時からの保健指導(保健所保健師)を通して地域に必要な資源を把握し、市町に情報提供する。 ●管内の市町の地域包括ケアの取り組みの差を小さくし、全体として地域包括ケアが推進できるようにする。 ●保健所は管内に留まらず、国の動向に合わせた連携のあり方を推進する。 ●医療機関との連携、大きな連携のあり方について、保健所保健師が先導する。 ●保健師としての医療・保健の専門性を活かし、地域包括ケアシステムのための施策化までのデザインに関する支援を行う。 ●町実施主体の地域ケア個別会議に医療のアドバイザーとして参加する。 ●保健所が、各市町の地域包括ケアシステムの進捗を図式化、表にする。

(3) 保健所保健師の連携システム構築にむけた取り組みを促進した要因

① 地域包括ケア構築推進に係る県本庁の支援体制がある(技術支援の人員配置、事業評価等のデータ提示)。

公益財団法人広島県地域保健医療推進機構を通して県が市町の支援を行っている。また、県から保健医療福祉のデータを突合し、脳梗塞、大腿骨骨折、誤嚥性肺炎など介護利用になりやすい疾患について市町毎に分析を行ったデータの提示があり、市町と共有する資料として活用している。

② 年度初めに毎年各市町と顔合わせし顔の見える関係構築に努めた。

毎年4～5月に市町に出向く。誰がヒアリングを受けるかによって地域包括ケア推進のキーパーソンが誰かわかり、市町の役割分担がわかる。また、保健所保健師も挨拶し、担当者の所在を示した。互いに顔の見える関係構築に努めることで、情報共有や相談、率直に意見交換できるようにした。

③ 保健所と市町が、支援する－支援されるという関係ではなく、共に勉強するというスタンスをとった。

管内情報交換会は、互いに勉強するという形とし、保健所から市町への指導でも支援でもない、共に学ぶということにし、市町と共に取り組めるようにした。

④ 市町の事業に反映できるよう、市町の事業開始の時期を考慮して動きだすようにした。

市町と県で事業開始の時期が異なるため、4月に事業開始する市町に合わせて、地域包括ケアの事業を動かしていくことで、市町と共に取り組めるようにした。

(4) 連携システム構築において困難だったこと

① 市町によって、地域包括ケアに関するデータの把握状況が異なっていたが、市町のペースに合わせて進めるスタンスとした。

データ収集にあたり、在宅酸素療法実施者数、人工呼吸器使用者数がなかなか埋まらない市町があっ

たが、まずはできる範囲で一覧表を作成した。市町のペースにあわせて進めることとし、市町と共に取り組めるようにした。

- ② **誰が担当しても基本の保健活動をベースとした地域包括ケアを推進できるように、保健所保健師の力量形成を図り、取り組みの継続を図った。**

2) 北広島町

(1) 市町としての取り組み

- ① **市町として公平・中立な行政の立場で医療的専門性を発揮しながら、多職種と連携を取り、地域包括ケアの事業の立ち上げを推進している。**

総合事業を継続実施していく必要があり、総合事業の訪問型、通所型のAを形として実施し、訪問の基準緩和を行った。地域ケア会議、個別会議を開催する必要があると考えた。国が示すように、町内の専門職以外の団体を取り入れ、女性会や老人クラブ、郵便局、福祉部門も持っている農協に協力の説明をして参加を促し、地域ケア会議の形を作った。認知症については、町内に疾患センターがあり、認知症地域支援推進員設置事業と初期集中支援チームを委託し、事業の推進を地域包括支援センターの保健師が一体となって、認知症の取り組みを医療的な側面を進めていくようにした。

- ② **医療機関との連携のために、関係者を集めた会議の開催等、県や保健所に広域的な連携を依頼している。**

医療と介護における連携の方向性について共通認識を持つために、年に数回グループワーク等で議論したり、研修を行ったりした。(二次医療機関との連携について)県、保健所と連携し、広域的な連携システムを構築してほしいと早くからお願いしていた。こちらから積極的に依頼すると協力を得られ、現状に繋がっている。

(2) 取り組みの中で困難だったこと

- ① **小さい町のため、業務を委託できる専門的な機関がないなど資源の不足により、事業を進めるのが難しい。入院に係る医療の提供は二次医療圏で連携していく必要があるが、県が統一して行う方針であり、行っていない状況である。**

大きな疾病を抱えて入院・手術となると、二次医療機関との連携の問題がケアマネジャーからも出てきていた。生活支援コーディネーター、生活支援体制整備事業は総合事業になってから立ち上げられたものなので、町としてもどのように進めていくか困った。立ち上げの際に似たような会議があったので、シフトしていけばいいと助言を得たが、走り始めてどのように運営していくか、2年目3年目になって悩みができていて、生活支援体制整備事業の事業化・施策化につまずいた。生活支援体制整備事業をしているが活動の見える化・施策化に行き詰っている。

- ② **地域ケア会議に参集している関係者にアンケートを実施し、課題を把握したが、コロナ禍での見える化・施策化に悩んでいる。**

課題は明確であるが、それを解決するための方策を形にすることに悩んでいるので、保健所に共に考えてもらい、見える化・施策化に繋げるための助言が欲しい。

(3)保健所保健師に期待すること

- ① **事業等を通して定期的に会える機会があると、コミュニケーションがとりやすく、日頃のスムーズな連携が推進される。**

人材が足りず、保健所保健師に個別ケア会議のアドバイザーとして、定期的に来てもらい、医学的な助言を得ている。そこで様々な相談をし、地域ケア会議につなげていく部分を重要事項として共に考えるという姿勢を見せてくれる。定期的に会う事業があるとコミュニケーションをとりやすい。現場に来てもらうことで町の実情を知っているの、具体的な助言が得られる。会議の前後の時間を活用し、現状の課題や次に協議する課題について話し合う場を持つことを保健所から提案された。保健所保健師が地域ケア会議、個別会議に参加しており、そこに派生する事業については理解があり、頼みやすい。

3) 坂町地域包括支援センター

(1)関係者としての取り組み

- ① **連携の取り決めや連携に係る業務を整理し、関係者に周知する。**

連携を強化するために連携ツールを作る取り組みが各地でされている。しかし、ツールの作成理由が浸透していなかったり、ツール作成が目的になっていたり、効果的な活用につながっていない地域もある。連携による業務が煩雑にならないよう、連携の必要性の理由を様々な場面で伝えていくことを続けている。

- ② **住民の力を活かした地域包括ケアシステムの構築を仕掛けている。**

地域の課題を解決するためには住民の力も重要となる。そのため、住民参加型研修会を企画する地域力を引き出し、住民との信頼関係を構築している。地域の課題を地域住民が認識し、解決にむかっていくという場所が必要である。専門職が考え方を地域住民に発信した際に、同意してもらえる土台を作っておく必要がある。考え方に温度差があると、地域住民の集まりなどの機会に声がかからなくなる。長年かけて住民の中に地域包括ケアの意識を作っていくことが必要である。地域住民に対し10年間何度も同じことを説明した。それにより、考えをまとめていくことが信頼関係、地域を相手にアプローチしていく上では重要である。地域の人に受け入れてもらえ、発信したことが地域に広まるには、ある程度の年月が必要である。

- ③ **2042年を見据えて、住民の力を引き出すという意味で、今後、今の子ども達を含めた住民に働きかけていく必要があると考えている。**

少子化で支え手が減り、高齢者が増えている。誰の問題か住民も含めて考えていくことが重要である。子ども達のために今の世代ができること、変えられる未来、変えられない未来に分けて考えるようにしている。地域包括ケアシステムの植木鉢の図の中で、葉っぱの事業だけではなく、土部分の住民活動が必要である。

- ④ **連携推進にあたり、行政職員がマインドを持つことが重要だと考えるため、関係者の意識の共有・統一を図る。**

行政職員がマインドを持って仕事にあたってほしいという願いを地域包括支援センターと、県の保健所で意識を共有した。早い段階から住民を巻き込みながら、意識を共有することが大切である。

(2) 取り組みの中で困難なこと

① 小さい町のため、地域包括ケアシステム構築が属人的になる。

行政職員の人事異動では、幅広い分野の業務をこなす必要があるためスペシャリストよりもジェネラリストが多く生まれている。税務部局や給食部局から福祉部局に来るなどもあり、地域包括ケアシステム、保健師の専門性を行政主導で高めていくことが難しいと感じる。

(3) 保健所保健師に期待すること

① 町から委託されている立場のため、委託元に対し本音で伝えにくいこともある。保健所が橋渡しとなり、助かっている。

委託先から委託元の市町に伝えにくいことも、県の立場で助言・指導してもらえることでスムーズに進むことがある。少しずつ行政職員が自分の思いを語るようになっていく過程を見ていた。行政の職員がマインドを持って仕事にあたるのは、地域への発信力の向上と地域包括ケアシステムを作っていく上で重要だと考える。

② 保健所が広域的な情報提供や活動発表の場を設定し、顔の見える関係づくりの橋渡しや、話を聞いて精神的サポートをしてくれた。

県内の取り組みや進捗状況を共有する場を設定してもらえることがとても助かる。興味をもって話を聞いてもらえ、良いところをクローズアップし、他所で紹介されるとスタッフも嬉しい。専門職として、行政職員よりも地域包括ケアをよく知っている職員が多く、保健所保健師が伝えてほしいことなどをヒアリングしてくれる場面があり、いい潤滑油になっている。保健所保健師が、県内の介護予防をうまく進めている市町について、説明会を設定し、町職員、地域包括支援センター職員が近隣の市町と共に視察した時の縁が続いていて、意見交換のタイミングができた。わからない時につないでもらえるような、実際に活用できるネットワークとして役立っている。

③ 研修会開催について、運営の仕方や関係者の巻き込み方について具体的にアドバイスしてもらった。

運営のサポートをしてもらい、運営の方法や関係者の巻き込み方などの助言をもらった。個人ワークとそこからの発表など、保健所から提案してもらったことが効果的であった。個人ワークの際にファシリテーターが意見を引き出すようにして、住民が地域を考えるきっかけとなった。保健所、県のサポートを得られた。

事例 B

東日本大震災後、県・保健所・市町村・住民が一体となり一から地域包括ケアシステムを構築した事例 (福島県相双保健福祉事務所)

取り組みの概要

東日本大震災後、住民の広域避難により地域のコミュニティ崩壊や役所機能が分散したため、県と保健所、市町村が一体となり、一から地域包括ケアを整備していった事例である。その中で保健所は、帰還した住民の高齢化と、医療資源が地域に偏在していることに着目し、震災後、広域での高齢者の地域包括ケアシステム構築に取り組んだ。

取り組みを促進した仕掛けとして、退院調整ルールの整備等に関して県の支援があったことや、帰還した住民に寄り添い、住民とまちの未来のビジョンを共有し、住民の力を活用しながら進めていったことがある。

取り組みによって、高齢者の認知症の早期発見に係る医療提供体制や、退院調整など広域での仕組みの整備をすることができた。

1. 保健所管内の概況

	面積(km ²)	人口(人)	高齢化率(%)
相双地域 相馬市、南相馬市、双葉郡(広野町、楡葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村)、相馬郡(新地町、飯舘村)	1,739	166,064 (震災後:H31.4月) 195,950 (震災前:H22.10月)	30.6(H22.10月)

※相双地域のうち、双葉郡の多くの町村は、原子力災害後、国から避難指示が出され、多くの住民が県内外への避難を余儀なくされた。このため、平成23年度以降のデータについては、住民がいないために大きく減少しているものや、住民が他の市町村や県外に避難して生活している場合でも、住民票がある避難元市町村のデータとして集計分析されているものなどがある。このデータは、県現住人口調査月報及び住民基本台帳人口を基に推計した人口である。

参考：1)「図表で見る福島県相双地域の保健・医療・福祉の動向(令和元年度版)」、R2.4月、福島県相双保健福祉事務所
<https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/381121.pdf>(最終アクセス;R3.3.9)
2)「業務概況 令和元年度」令和元年8月 福島県相双保健福祉事務所
<https://www.pref.fukushima.lg.jp/uploaded/attachment/346099.pdf>(最終アクセス;R3.3.9)

2. 保健所・市町村・関係者等の取り組み

1) 相双保健福祉事務所

(1) 連携システム構築の背景

東日本大震災の地震や津波の被害、原発事故の影響により、令和元年7月時点において、県全体で約4万

2千人が県内外へ避難している状況である。避難指示が解除されても、様々な事情で避難を続けざるを得ない住民が多く、帰還が進んでいる地域も高齢者の割合が高いため、地域包括ケアシステムの構築は喫緊の課題であった。

一方、帰還が進んでいない市町村は住民の大部分が広域的に避難し、コミュニティが県内外の各地に点在しており、地域包括ケアをどう構築していくか明確なビジョンを持っていない。また、少しずつ医療体制も整備されているが十分ではなく、医療機関が一つもない地域もある。さらに、社会資源、マンパワー不足も課題であり、広域的な連携による仕組みが必要であった。

(2)連携システム構築における保健所保健師の役割と取り組み

表3

構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的取り組み
1 実態把握・課題集約	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者から情報収集する ・関係者からの情報を整理し課題を抽出する ・保健医療福祉の提供に関する課題を可視化する 	<ul style="list-style-type: none"> ●市町村に出向き、管内の保健医療福祉の現状と課題を把握する。 ●高齢者については、「要介護状態になることを予防するとともに、要介護状態等となった場合においても、可能な限り地域において自立した生活を送れるようにするための体制をどう構築していくか」といった視点でヒアリングを行う。 ●市町村に、現在重点を置いて進めている事業、困っていることを直接、生の声として聞く。 ●保健師がそれぞれ担当市町村を持ち、既存データを用いた地域診断を実施するとともに、各保健師が日々の業務を通じて把握している市町村の健康課題を所内で共有し、総合的なアセスメントを行い、市町村の健康課題を抽出する。 ●介護を必要とする住民が安心して在宅に戻ることができるよう、医療と介護の連携の実態を把握するため、アンケート調査を実施する。また、アンケートの調査結果を活用しながら、退院調整ルールの整備・充実を図る。 ●「住民が住み慣れた地域で最期まで元気で暮らせるようにするために」というビジョンにむけ、地域包括ケアシステムを整備する。 ●市町村の役所機能やコミュニティの復帰状況、社会資源に差はあるが、市町村単独では取り組めないことを、保健所保健師が核となり、広域的な仕組みを作る。

構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的取り組み
2 相互理解・課題共有・共通認識	<ul style="list-style-type: none"> ・情報・課題共有の場を設定する(既存の場を活用する) ・関係者と情報・課題共有、相互理解を図り、協働できる関係性を築く ・地域課題を俯瞰し、地域のあるべき姿について関係者と共通認識を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ●高齢福祉に関しては、事業ごとに課題を整理し、情報交換会や研修会等で、市町村や関係機関と現状、課題を共有する。 ●地域包括ケアシステムとして広く協議するため、既存の会議を活用する。 ●行政保健師が主導して、情報交換会の場を設定する。 ●収集した情報を整理し、市町村に対して書面でフィードバックする。 ●地域診断の結果を、保健師が市町村に出向き、説明を行った上で共有する。 ●退院調整ルールに関して、定期的に会議を開き、関係者同士の意見交換ができるようにする。 ●地域包括ケア実現のための方向性を行政保健師や関係者間で相互に確認する。 ●地域包括ケアを進めていく上での環境が市町村毎に異なる中で、広域的な県の方針・保健所の方針と、市町村が目指す姿をすり合わせる。
3 サービス提供体制の整備・役割意識形成	<ul style="list-style-type: none"> ・課題解決にむけて、関係者と共に －協議・検討する －優先順位、方針を決定する －既存のサービス提供体制を評価する －必要なサービス提供体制の方策を決定し、合意形成する 	<ul style="list-style-type: none"> ●現時点の進捗状況や長期的な見通しなどを、俯瞰的な視点で保健所と県本庁(主管課)が共に考える。 ●管内の取り組みの成果を見える化し市町村と共有する。 ●退院調整ルールを評価し、関係機関の意見も踏まえながら必要に応じてルールの見直しを行う。 ●地域包括ケアシステムのあり方について、関係機関と検討し、共有する。 ●市町村、関係機関と連携しながら地域課題を抽出し、解決策を共に検討する。
4 サービス提供体制の運用・評価・改善	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者と協働し、サービス提供体制を －運用できるよう働きかける －評価・改善する 	<ul style="list-style-type: none"> ●地域診断に基づき、「認知症初期集中支援チーム」の立ち上げ、広域の仕組みとして体制構築する。 ●既存の「退院調整ルール」について、管内の現状を把握し、広く関係者と協議しながら運用することで、PDCAサイクルを回しながら広域の仕組みとして定着させる。 ●地域包括ケアシステムの構築にむけて、関係者からの情報を整理し、実情に応じた退院調整ルール等を作成する。 ●広域的な仕組み(退院調整ルール)のアンケート調査を実施し、課題や現状を明らかにし、評価と改善をする。 ●運用評価会議を実施し、ケアマネジャーや医療機関との連携状況を評価する。

(3) 保健所保健師の連携システム構築にむけた取り組みを促進した要因

① 県本庁(主管課)が役割を發揮する。

県本庁(主管課)による保健所への支援、相互協力のもと退院調整ルールが整備された。また、「帰ってきた人も資源にしながら、その人らしく最期まで、見守ることが自分達の役目」というビジョンを県本庁

(主管課)、保健所、市町村と共有しながら、共に考えている。

② 地区担当制をとったことで、市町村、住民との信頼関係をベースとした保健活動を行うことができている。

市町村や住民の声を聞きながら進めている。帰還している住民は地域に思い入れがあり、彼らが現在困っていることやこれがあったらいいな、という声を市町村の担当が調査し、進めている。保健所保健師は地区担当制をとり、市町村が吸い上げた意見を把握しながら、各市町村の課題として、そして相双地域全体の課題として整理しながら解決策を関係団体・各市町村と協議している。

③ 管内の保健活動の総合力向上を目的に、市町村の保健師の育成、市町村保健師間の連携を図る。

相双保健福祉事務所では保健師の現任教育として、保健所保健師と市町村保健師の研修や交流の場を設けている。そこで、例えばケースに関わる中で困難や課題に感じていること、馴染みのない地域で保健活動を行う上で困っていることを情報共有している。また、お互いにうまくいった事例などの共有もしている。

④ 帰還した住民の力により、コミュニティが再構築され、最期まで安心して暮らせるまちづくりというビジョンに少しずつ向き合えるようになった。

帰還した人が元々いた地域で安心して最期まで暮らせるように、というビジョンをもとに市町村が地域包括ケアに向き合えるようになった。

(4)連携システム構築において困難だったこと

① 市町村の役場機能が帰還していない地域や、保健師のマンパワーの不足により十分な保健活動が難しい。県本庁(主管課)の支援を受けながら進めている。

保健師の数は震災前よりかなり増えている。しかし、応援の職員等、人はいるが総合力にならないのが課題である。また、県内各地に分散しているのを束ねる統括保健師の体制も弱い。人数はいるように見えるが、力を結集した活動ができていないのが現状であり、県本庁(主管課)の支援を受けながら進めている。

② 国の示す地域包括ケアシステムがあるが、状況に応じたシステム構築にむけた取り組みが必要である。在宅医療の連携などできるところから進めていこうとしている。

2) 檜葉町地域包括支援センター

(1)関係者としての取り組み

① 検討内容に応じて、適当な参集者を決定し、気になる事例について、ケース検討を行う。

(地域共生ケア会議について)関係機関の情報共有のために月1回参集していた。行政や心のケアセンター、保健所、障がい相談支援事業者、社会福祉協議会、生活支援相談員などが気になるケースの情報共有をしていたが、6年前に情報共有だけでなくケース検討をし、課題を考えていく必要があると合意した。そこからやり方を模索・検討し、現在の形態に至っている。随時のケースケア会議は必要時にケース検討会として開催するが、参集者はよりケースに則した機関ということで、場合によっては本人や家族、町民に入ってもらうこともある。自立支援型のケア会議も令和2年度から開始した。専門職団体にも入ってもらい、より予防的な視点からということを2か月に1回始めた。

② 地域共生ケア会議についてフローチャートを作成した上で、行政と共に進め方を検討、さらに関係者へ目的と流れを説明し、共通認識を持つ。

それまでは一参加者として入っていたが、地域包括支援センターが運営主体となることを決め、進め方については1年以上かけて行政と共に考えてきた。フローチャートを作って他の人への説明などで考え方を浸透させるのに時間がかかった。関係者に繰り返しフローチャートを示して、もう一回振り返ろう、こういう目的でやろうということで、目的と流れを折に触れて示した。

③ 地域包括ケア実現のための方向性を行政保健師や関係者間で相互に確認が必要である。

行政及び社会福祉協議会の考えは、榊葉町に住んでいる方、榊葉町に力を入れてやらなければいけないという方向で動いている。

④ 課題集約・共有のために、職員間でも日頃から方向性を共有する。

いつもは地域包括支援センターの中でも、時間があれば色々な話をしているので、職員は3人いるが同じ方向性でぶれないので、誰が出ても意見が同じように持っていると思っている。

⑤ 住民を巻き込んで、地域のあるべき姿について共に考えていく。

支援者だけでなく、住民をいかに巻き込んでいくかが重要である。住民主体の集いの場も生活支援コーディネーターを中心に小さい町で17か所立ち上げた。これからはどんどん住民の中に入り、住民と共に考えていく。住民も自分達が暮らし続ける榊葉町をどうしていきたいかということ、自分達で考えていけるような流れに持っていけると良い。榊葉町の地域包括ケア構築シンポジウムを毎年行っている。そこに住民も参集し、今の町の現状と課題、今後の展望等、町のことを住民と共に考える場を町が開いている。支援者と住民が一体となって、住民の声を聞きながら考えていければ良い。今の子ども達、例えば小学生・中学生にも介入し、福祉の視点や支えあいの視点、見守りの視点を自然に感じてもらえるような関わりができれば良い。

⑥ 計画策定委員として参画し、行政と共に考えていく。

計画策定委員の中で地域包括支援センター、行政3係(住民福祉課:社会福祉係、介護保険係、保健衛生係)等で意見交換されている。

⑦ 広域的な視点を持って、会議に参加する。

保健所は榊葉町以外の声、他の会議にも参加されているので、広がった視点で先進的な事例を紹介してもらえる。保健所保健師から既に取り組んでいる他の町のことについて助言を得た。

⑧ 課題に応じて検討できる参加者を集い、ワーキンググループという協議体を設置する。

課題からさらに議論する場として、行政と共にワーキンググループを立ち上げた。今後も課題によって関係機関を集め、それぞれのワーキンググループが地域課題の解決にむけて活発に意見交換できる場としたい。

(2)保健所保健師に期待すること

① 行政には地域のあるべき姿を見据えて、ケース事例を通して住民への支援内容から政策化まで検討を望む。

地域共生ケア会議とは、住民が健康で生きがいをもち、榊葉町内で安心して暮らせるようにどのよう

な支援を行うか検討しながら、それだけでなく政策につなげる役割を担うものとして行っている。共生ケア会議としたのは、高齢者に限らず障害を持つ方にも対応するように共生社会をイメージしながら共生ケア会議とのことで行っている。各部署との連携の場である。主にはケース検討を通して、定例開催で行う地域包括ケア会議と随時開催で行うケースケア会議の二本立てになっている。月1回の定例会議で事例検討を通して、地域課題まで導き出す役割を担っている。

② 日頃から顔の見える関係を維持し、課題解決にむけた方策の企画から実施まで関係者と連動することができる。

榎葉町の良いところは行政との距離が近い。何をやるにも企画の段階から行政と共に考えていくというスタンスで進めているので、意識統一ができています。住民福祉課の3係と地域包括支援センターは、それが必要だとなるので動ける。

③ 限られた社会資源の中で、関係者と連携しながら課題解決にむけたサービスや提供体制のあり方について検討・評価する。

居宅介護支援事業所も同じ母体の社会福祉協議会の中の1か所、デイサービスも社会福祉協議会の1か所など在宅福祉サービスにおいて社会福祉協議会が担う役割は大きい。震災前は複数か所あったサービス事業所も震災で撤退し、戻ってこない。社会資源が乏しい状況であり今後の課題になる。

3) 公立相馬総合病院

(1) 関係者としての取り組み

① 退院調整ルール作成に当たり、入退院に関する情報提供を行っている。

各病院で入院情報の提供先、連絡先の窓口をどこにするか検討し、提出していった。手引きの中に各施設の連絡先やケアマネジャーが決まっている場合と、決まっていない場合が一覧になっているのでスムーズになった。

② 入退院支援センターを窓口に、入退院に関する情報収集や多職種との連携を図っている。

在宅診療では訪問看護ステーションと連携し、退院患者の在宅診療や訪問看護への情報提供を行っている。地域医療連携部門では、外来と協働して関連している医療機関への紹介患者の調整を行っている。また、医療相談室と連携し、施設入所に関する調整を行っている。入退院支援センターが窓口となっているので、以前と比べて入退院の情報収集や調整がしやすくなった。

③ 院内研修で地域のケアマネジャーに講義を依頼し、地域連携のあり方について職員との共通認識を図っている。

看護部の院内研修5～6年目の看護師を対象に、地域のケアマネジャーを呼んで研修を行っている。事例を通して、ケアマネジャーの役割、地域包括ケアシステムのこと、訪問看護師の役割、入院時の在宅を見据えた関わりについて、だんだんと理解されてきた。院内の研修会をオープンにして、他の病院の看護職の方やケアマネジャーを招き、事例紹介や支援と現在の生活について講義を受け、看護師がどのような支援をすればよかったのか勉強していきたい。研修を通して、自分達で責任をもって患者の生活への支援に関われるようになってきていると感じているが、さらに生活支援の視点を深めたい。

④ **行政が作成した退院調整ルールを活用し、関係者と連携を図っている。**

(退院調整ルールが)できてからはケアマネジャーの方からも入院前の情報など情報提供がスムーズにされるようになった。調査に来てもらう時も病院に対する壁があったようだが、最近はその壁が低くなったのではと感じる。

(2) 保健所保健師に期待すること

① **未受診者に関する情報を医療関係者と共有し、受診に繋げる。**

通院や治療に至っていない、在宅や潜在的な精神疾患を持つ患者が急性期疾患で入院した際に、情報提供がほしい。健康上の問題があっても治療できずにいる一人暮らしの高齢者の連携強化をしてほしい。また、医療的ケア児の支援を期待している。

② **退院調整ルールに関して、定期的に会議を開き、関係者同士の意見交換ができるようにする。**

退院調整ルール会議が年に1回行われているが、手引きができてからは、会議の前にアンケートがあり、それによってお互い歩み寄れるようになってきている。

③ **地域包括ケアシステムの構築にむけて、関係者からの情報を整理し、実情に応じた退院調整ルール等を作成する。**

地域包括ケアシステムの構築にむけて、相双医療圏退院調整ルールに則り退院支援が出来るように作られた。策定までに何回か集まり、適切かどうかは事前に確認した。

事例C

県本庁がリーダーシップをとり地域包括ケアの方向性を定め、保健所が管内の実情に合わせ取り組みを推進した事例 (大分県豊肥保健所)

取り組みの概要

県本庁が目的を持って、保健所保健師と連動しながら県内全体の地域包括ケアシステムを進めていた事例である。取り組みが促進されたのは、地域包括ケアが県全体のシステムとして整備され、県本庁、保健所、市町の役割が明確化されていたことにある。県本庁は、地域包括ケアに係るマニュアル策定など県全体の保健医療福祉の仕組みを作り、保健所は市町より実際の運用上の課題などを管内の市から集約し、県にフィードバックし、地域包括ケアが県全体のシステムとして整備されていた。

管内での母子保健や精神保健の医療資源が乏しい地域に着目し、市を超えた広域の仕組みとなるよう関係者と調整を図り整備をしていた。この取り組みにより、必要な専門家の視点を取り入れながら、住民に必要な支援をタイムリーに提供することができていた。

1. 保健所管内の概況

	面積(km ²)	人口(人)	高齢化率(%)
竹田市	478	20,434	47.8
豊後大野市	603	33,915	43.9
管内全体	1081	54,349	45.4

参考：大分県庁 豊肥地域 <https://www.pref.oita.jp/site/houhichiiki/>(最終検索日：R3.3.9)

わたしのまちの健康プロフィール R2.4月(豊肥版)

<https://www.pref.oita.jp/site/houhi/kennkoupurofi-ruhohi.html>(最終検索日：R3.3.9)

2. 保健所の取り組み

1) 大分県豊肥保健所

(1) 連携システム構築の背景

規模が小さな市町村では医療資源が十分でなく、広域で取り組む必要性や保健医療福祉が連動した体制が必要であったことから、医療との連携調整など保健所が主導で進めていく必要があった。

(2)連携システム構築における保健所保健師の取り組み

<母子保健>

表4

構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的な取り組み
1 実態把握・課題集約	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者から情報収集する ・関係者からの情報を整理し課題を抽出する ・保健医療福祉の提供に関する課題を可視化する 	<ul style="list-style-type: none"> ●毎月保健所が各市に出向き、産後うつやハイリスク者のカンファレンスへ参加し、ヒアリングにより、現状と課題、母子保健計画に関すること、ニーズ等を把握する。 ●感染症の流行など地域の現状を把握する必要性を考え日々の活動の中で各市との情報交換を積極的に行なっている。 ●各市に新型コロナによる事業への影響(保健事業の取り組み状況とその影響と対策)や妊産婦の影響、そのことによる児への影響、課題を聞く。 ●医療機関に出向き、ヒアリングを行うと共に保健所からも情報提供を行う。 ●母子保健の関係者から収集した情報について、乳幼児、学童など発達段階別に、住民と関係者の現状と課題を整理し、見える化する。 ●市に現状を記載してもらい、保健所が課題抽出を行う。 ●協議の場では関係者が共に考えられる題材で課題をおさえ、示すことを意識する。
2 相互理解・課題共有・共通認識	<ul style="list-style-type: none"> ・情報・課題共有の場を設定する(既存の場を活用する) ・関係者と情報・課題共有、相互理解を図り、協働できる関係性を築く ・地域課題を俯瞰し、地域のありべき姿について関係者と共通認識を図る 	<p>ヘルシースタートおおいた:年1回保健所と市町村とその他母子保健関係機関で実施する会議</p> <p>母子保健連絡会:年2回保健所と市町村で実施する会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ●管内には産婦人科や精神科医療機関がそれぞれ1機関ずつしかなく、管内の医療機関として役割を果たしてもらった必要性があるため、保健所が主導で医師会や医療機関を巻き込み、会議(ヘルシースタートおおいた)を設定する。 ●保健所管内の医療、福祉、教育等で定期的に情報・課題共有する場を設定する。 ●地域の目指す姿にむかって今年の取り組みの具体策を話し合う。 ●新型コロナウイルス禍で母子が置かれている状況を把握し会議を早急に開催するなど課題の緊急性を考えて開催時期を設定する。 ●地域の実情に合わせて連携が必要な関係者を検討する。 ●新生児訪問などで助産師が家庭に出向いており、助産師が母親の思いや生活の状況について把握しているため、会議に助産師会を入れる。 ●医療的ケア児の支援にむけて医師会や医療機関、看護協会、助産師職能、訪問看護など連携が必要な関係機関を検討する。 ●関係者間が同じ思いで地域の課題を話し合えるように根回しを行う。 ●市や関係者と課題を共有し、地域の目指す姿の方向性について話し合い、双方が理解できるようすり合わせをする。 ●母子保健計画の5年計画の中で今年度の事業の位置づけについて話し合う。

構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的な取り組み
3 サービス提供体制の整備・役割合意形成	<ul style="list-style-type: none"> ・課題解決にむけて、関係者と共に - 協議・検討する - 優先順位、方針を決定する - 既存のサービス提供体制を評価する - 必要なサービス提供体制の方策を決定し、合意形成する 	<ul style="list-style-type: none"> ● 将来を見据えた専門家の意見を引き出し、助言を合意形成のために活用する。 ● 会議で挙げた課題に関する各関係者のアプローチについて、フィードバックを得る等してモニタリングを行う。 ● 課題を共有し、関係者が自身の役割を認識し、役割発揮できるように働きかける。 ● 市を含めた関係者との取り組みや役割を評価することができる会議のあり方を検討し、協議されたことを繋げていくという姿勢を見せる。 ● 「健やか親子21」の調査で圏域毎の満足度や実施回数を見て、協議した内容を振り返り、評価が行えるよう評価指標を示す。 ● 会議体自体の課題検討や前年度の振り返りを行い、評価(実施回数、内容)する。
4 サービスの運用・評価・改善	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者と協働し、サービス提供体制を - 運用できるよう働きかける - 評価・改善する 	<ul style="list-style-type: none"> ● 新型コロナウイルス禍における地域の現状と課題に対する方策に必要な予算を確保する。

< 精神保健 >

構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的な取り組み
1 実態把握・課題集約	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関係者から情報収集する ・ 関係者からの情報を整理し課題を抽出する ・ 保健医療福祉の提供に関する課題を可視化する 	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神保健について市町と保健所それぞれがケースに関わっているため、日頃から両者が情報提供・情報共有を行い、支援の方針を話し合い、状況把握をすると共に、緊急事例等を保健所から市に情報提供して繋ぐ。
2 相互理解・課題共有・共通認識	<ul style="list-style-type: none"> ・ 情報・課題共有の場を設定する(既存の場を活用する) ・ 関係者と情報・課題共有、相互理解を図り、協働できる関係性を築く ・ 地域課題を俯瞰し、地域のあるべき姿について関係者と共通認識を図る 	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神障がい者の地域移行支援を目的とした会議を責任者レベル、実務者レベルで保健所、市、医療機関、相談支援事業所、サービス事業所で定期的に行い、取り組みや思い等情報交換を実施する。 ● 地域移行支援にむけて医療機関と地域の関係者がつながれる場の必要性を考え会議を設定する。 ● 精神科の長期入院者等について、地域移行の考え方を地域に浸透するためには医療機関と地域がつながることが必要であり、地域の人の思いを共に引き出して共有する場を作る。 ● グループホームの空き状況を把握し共有するなど他の事業所と連携がとれる体制づくりを行う。 ● 医療機関に地域移行の理解を広め地域に押し出す力に繋げるために、地域移行に理解のある病院のキーパーソンに保健医療福祉の関係者が集まる会議に参加を促す。 ● 医療機関が地域とつながる大切さ、あるべき姿を共有する。
3 サービス提供体制の整備・役割合意形成	<ul style="list-style-type: none"> ・ 課題解決にむけて、関係者と共に - 協議・検討する - 優先順位、方針を決定する - 既存のサービス提供体制を評価する - 必要なサービス提供体制の方策を決定し、合意形成する 	<ul style="list-style-type: none"> ● 精神障がい者が地域で自分らしい暮らしを安心して営めるように、医療機関と受け皿となる地域の事業所がお互いを知り、つながる重要性を認識できるように会議内で思いを共有する。 ● 市の自立支援協議会が課題を吸い上げられるようにするため連絡会を実施する(保健所、市、障害福祉担当課、精神科病院、相談事業所)。 ● 社会資源の充実(施策の推進)にむけ、市の自立支援協議会の機能強化が必要という現状を捉え、各市連絡会にて事例検討を通して課題抽出を行う。 ● 障害福祉サービス、社会資源の充実のために、各市で体制を整えられるよう保健所からのアプローチを行う。

構築段階	都道府県保健所保健師の役割	都道府県保健所保健師の具体的な取り組み
④ サービス提供体制の運用・評価・改善	<ul style="list-style-type: none"> ・関係者と協働し、サービス提供体制を -運用できるよう働きかける -評価・改善する 	<ul style="list-style-type: none"> ●精神障がい者の地域移行支援の各会議の取り組み(実績)について年に沿って経過を表に整理する。 <ul style="list-style-type: none"> (ア)精神障がい者の地域移行支援の取り組み経過を年に沿って、地域移行支援協議会、地域移行・地域定着促進研修会、地域移行支援協議会作業部会・地域移行支援推進連絡会の会議別に整理し表にしており、進捗を共有できるようにする。 (イ)精神障がいの長期入院患者の地域移行にむけた取り組みとして、患者と病院スタッフが地域の就労支援事業所の体験を実施する。病院や事業所などそれぞれが良さを実感しており、地域につなげていけたと認識している。 ●精神障がい者の地域移行支援として、本人ご家族、地域住民に社会資源を説明するしおり「精神保健・医療・福祉サービス案内」を作成する。 ●地域移行支援者の人材育成を目的に、病院、福祉、行政など支援者を対象とした研修会を実施する。

(3) 保健所保健師の取り組みを促進したこと

① 保健事業体系図において県・保健所・市町の役割を明確にし、システム化している。県本庁が保健所をバックアップする仕組みがある。

各保健所の担当者や関係機関が一同に集まる県の会議があり、管内の情報がボトムアップされ県全体の課題や取り組みの方向性が協議される。県版のガイドラインに則って保健所版のガイドラインを作成し、切れ目ない母子への支援を行える体制と県全体でPDCAサイクルを展開する仕組みがある。

② 保健所再編後も各市が期待する保健所の役割を果たせるよう考えながら動いている。

保健所が統合された後も、広域となった管内各市と意思疎通を丁寧に図る機会を設け、目的や目標を共有し、より良い方向を目指して共に活動できるよう心がけている。

③ 保健所と市町村が一体となって行う身近な関係性である。

意見交換できる気軽な関係があり、率直に気になったことは相互に伝え活かせる関係性がある。

④ 保健所として求められる役割・機能を認識している。

少子化・過疎化が進む規模が小さな市町村の場合、医療との連携が難しいといった現状を捉え、保健所が広域の連携を行う必要があるなど保健所に求められる役割を認識している。資源の状況や地域の事情が市町村毎にあるという管内の現状を捉え底上げするために、保健所や県が体制を整える役割があることを認識している。

【事務局】

担当理事 鎌田久美子 公益社団法人 日本看護協会／常任理事
担当部署 沼田 美幸 公益社団法人 日本看護協会／健康政策部部长
慶越真由美 公益社団法人 日本看護協会／健康政策部保健師課
一色 美穂 公益社団法人 日本看護協会／健康政策部保健師課
小石澤素子 公益社団法人 日本看護協会／健康政策部保健師課

令和2年度 厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業
地域包括ケアの実現を支える保健医療福祉連携システムの構築事業 報告書

発行 日：2021年3月31日

編集・発行：公益社団法人 日本看護協会

〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2

TEL 03-5778-8831 (代表) FAX 03-5778-5601 (代表)

URL <https://www.nurse.or.jp/>

問い合わせ先：公益社団法人 日本看護協会 健康政策部保健師課

TEL 03-5778-8844

