

平成 11 年度
厚生科学研究費補助金
(健康科学総合研究事業)

総括・分担研究報告書

総合的な地域保健サービスの 提供体制に関する研究

主任研究者 小倉 敬一

(千葉県船橋保健所長)

目 次

総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究

総括研究報告書

- 1 総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究1
主任研究者：小 倉 敬 一（千葉県船橋保健所長）

総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究

分担研究報告書

- 1 保健所の地域診断機能の強化を中心とするモデル事業1
分担研究者：藤 内 修 二（大分県佐伯保健所長）
- 2 思春期問題を中心とするモデル事業3
分担研究者：平 野 彰 一（福岡県田川保健所長）
- 3 母子保健（広域的・効率的）を中心とするモデル事業5
分担研究者：常 岡 克 伸（三重県熊野保健所長）
- 4 母子保健（地域的総合支援）を中心とするモデル事業8
分担研究者：土 居 浩（長崎県福祉保健部健康政策課医療監）
- 5 痴呆性老人在宅ケアを中心とするモデル事業13
分担研究者：内 野 英 幸（長野県大町保健所長）
- 6 痴呆性老人総合的地域ケアを中心とするモデル事業20
分担研究者：野 尻 孝 子（和歌山県御坊保健所長）
- 7 難病（在宅ケア）を中心とするモデル事業24
分担研究者：本 田 万知子（富山県砺波保健所長）
- 8 難病（総合的地域ケア）を中心とするモデル事業29
分担研究者：景 浦 しげ子（愛媛県西条中央保健所長）
- 9 広域的障害者プランを中心とするモデル事業30
分担研究者：高江洲 均（沖縄県宮古保健所長）
- 10 総合相談窓口を中心とするモデル事業38
分担研究者：栗 原 修 一（群馬県沼田保健所長）
- 11 地域保健白書による具体的事業を中心とするモデル事業40
分担研究者：佐 藤 拓 代（大阪府富田林保健所長）
- 12 福祉保健総合センター管内における地域保健の推進に関するモデル事業43
分担研究者：山 内 拓 夫（埼玉県深谷保健所長）

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

総括研究報告書

総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究

主任研究者 小倉 敬一 千葉県船橋保健所長

研究要旨

昭和60年度の医療法の改正及び平成9年度に全面施行された地域保健法では、二次医療圏をベースとした効率的な保健医療サービスの提供の必要性が強調されている。本研究は、各医療圏において各種事業が効果的に推進されるためのシステム構築のモデル作成を目的とした。

12府県の分担研究者（主として保健所長）が、それぞれのモデル地域（原則として二次保健医療圏）を選定し、その圏域における地域保健に関する特定の課題を定め、課題の具体的な解決を図るための体制づくりを中心に研究を行い、問題点を明らかにした。

分担研究者

藤内 修二	大分県佐伯保健所	所長
平野 彰一	福岡県田川保健所	所長
常岡 克伸	三重県熊野保健所	所長
土居 浩	長崎県保健福祉部健康政策課	医療監
内野 英幸	長野県大町保健所	所長
野尻 孝子	和歌山県御坊保健所	所長
本田 万知子	富山県砺波保健所	所長
景浦 しげ子	愛媛県西条中央保健所	所長
高江洲 均	沖縄県宮古保健所	所長
栗原 修一	群馬県沼田保健所	所長
佐藤 拓代	大阪府富田林保健所	所長
山内 拓夫	埼玉県深谷保健所	所長

き、P-Pモデルの有用性と日本におけるモデル展開上の問題点を明らかにした。

(2) 思春期問題を中心とするモデル事業

保健所の専門機能を生かし、学校保健と地域の関係機関の連携を図り「思春期問題モデル委員会」等の地域保健ネットワークを構築することにより、思春期の心と体を守る体制を充実させた。

(3) 母子保健（広域的・効率的）を中心とするモデル事業

医療過疎の小規模市町村に対して、市町村の枠を越えた広域的な対応（協議会の設置、カルテの統一等）を図ることにより、効率的な母子保健医療システムの構築を試みた。

(4) 母子保健（地域的総合支援）を中心とするモデル事業

地域母子保健事業の総合的支援システムを構築し地域に定着させるために、幼児健診、グレーゾーン対策、障害児療育支援の3つの視点から事業を実施した。

(5) 痴呆性老人在宅ケアを中心とするモデル事業

痴呆性老人の早期発見・早期対応のために、地域における医療の保障、受け皿としてのグループホーム、介護者の会の必要性を明らかにし、それらのネットワーク化を図った。

(6) 痴呆性老人総合的地域ケアを中心とするモデル事業

痴呆性老人やその家族の実態、ニーズを明らかにする中で、サポートシステムにおける関係機関の役割を明確にし、そのシステム化を図った。

(7) 難病（在宅ケア）を中心とするモデル事業

管内の在宅難病患者の生活実態とニーズを把握し、モデル地区における生活支援実践及び病診連携体制づくりを行い地域難病在宅ケアの体制を確立し、患者及び家族のQOLの向上を図り、地域の難病対策を推進した。

(8) 難病（総合的地域ケア）を中心とするモデル

A. 研究目的

本研究は、各医療圏において各種事業が効果的に推進されるためのシステム構築のモデル作成を行い、各都道府県における事業推進の参考に資することを目的としている。

B. 研究方法

12府県の分担研究者（主として保健所長）が、それぞれのモデル地域（原則として二次保健医療圏）を選定し、地域保健に関する特定の課題を定め、その解決のための体制を構築して2年間に亘り具体的に事業を実施し問題点を明らかにする。

C. 研究結果

本研究は、具体的なシステムづくりを指向しており、各分担研究の概要については以下のとおりである。

(1) 保健所の地域診断機能の強化を中心とするモデル事業

PRECEDE-PROCEED-MODELを用いて地域診断から企画・実施・評価に至るまでのプロセスを管内の市町村とともに展開した。それに基づ

事業

保健所としての難病対策を行うためには、二次医療圏内でのよりきめの細かい地域ケアシステムづくりを行う必要があるが、その専門性からみて全県下を視野に入れたシステムづくりが併せて重要であることを明らかにした。

- (9) 広域的障害者プランを中心とするモデル事業
市町村の障害者福祉プラン策定へ参画することで、市町村支援手法の開発と医療・福祉との連携強化についての保健所の役割を明らかにした。

- (10) 総合相談窓口を中心とするモデル事業
地域保健法による基本指針では各市町村における総合相談窓口の開設、育成が重要なテーマとなっている。多様な住民からの要望、質問に責任を持って、的確に答えるために保健所を中心とするバックアップシステムを作ることが強く求められている。この研究では、住民の様々なニーズに対応したサービス提供体制の整備とサービスの質量並びに人材確保により保健所のバックアップ機能の強化、情報提供システム、情報ファイル化等を検討した。

- (11) 地域保健白書による具体的事業を中心とするモデル事業
大阪府南河内二次医療圏の保健所が中心となり、地域保健白書を作成し、それに基づく具体的な事業を展開、圏域全体としての関係機関の連携の強化と施策の企画及び評価システムの確立を図った。

- (12) 福祉保健総合センター管内における地域保健の推進に関するモデル事業
埼玉県大里保健医療圏をベースに、保健・医療・福祉の連携による総合的な地域ケアシステムを構築し「社会的弱者」の生活支援を展開する中で、関係機関の役割を明確にするとともに、支援活動の評価指標を作成した。

D. 考察

- (1) 保健所の地域診断機能の強化を中心とするモデル事業

新たに開発した演習プログラムや日本におけるモデルのテキストを目指して作成された報告書を適用した事例が適用されることにより、優先順位を決定するために必要な実証的根拠を提供することが可能となった。

また、各地域での展開においてスーパーバイザーの必要であり、今後その養成が必要である。

- (2) 思春期問題を中心とするモデル事業
保健教育は、学校が主体となって系統的に実施することが望ましい。
また、本モデル事業をとおして保健教育手法

について保健所へ支援が求められるようになった。

- (3) 母子保健（広域的・効率的）を中心とするモデル事業

医療過疎地域における専門家の確保が困難な中、少人数のスタッフに対応システムを確立したことにより、提供サービスレベルの維持が可能となった。

また、情報機器による見守りネットワーク体制を構築したことにより、保健医療を越えたサービスの提供が可能となった。

- (4) 母子保健（地域的総合支援）を中心とするモデル事業

1.6歳児、3歳児検診評価事業では、判定マニュアル作成のための現状分析にとどまったため、今後はモデル市町村を設定し地域の小児科医師を交えた使いやすいマニュアルを作成する。

グレーゾーン支援介入事業では、対象者の選定における判断基準以上に、従事者の子供や母親を見る目を養うことの重要性が認識された。

障害児地域療育支援事業では、地域療育アトラスとして「子育て支援マップ」を作成したが、その作成経過中における、相互の理解、信頼関係を深め、地域療育ネットワークの定着化を図っていくことが重要である。

- (5) 痴呆性老人在宅ケアを中心とするモデル事業

早期発見・早期対応の実現に向けた地域住民への幅広い啓発、保健所がリーダーシップを発揮した病診連携研究会（医師会との連携）の継続的かつ定期的な開催、保健・医療・福祉の連携とシステム構築等を通して、健康政策科学の推進者としての保健所の役割を認識し地域へのアピールを行えた。

- (6) 痴呆性老人総合的地域ケアを中心とするモデル事業

痴呆性老人地域ケアを進めていくためには以下のことが重要である。

- ・痴呆の早期発見・早期対応
- ・基礎疾患（脳血管疾患・骨折など）の予防
- ・地域における在宅サービスの充実と専門病院、宅老所の開設
- ・適切な痴呆対応の理解を深めること
- ・介護者負担の軽減
- ・関係機関のネットワークづくり

- (7) 難病（在宅ケア）を中心とするモデル事業
在宅難病患者支援のためには以下の項目が重要である。

- ・保健婦による、医療との連携と福祉サービス導入への専門的援助、訪問指導稼働量の確保、ケアマネージメント能力の向上。
- ・住民が核となる地域交流実行委員会の運営。
- ・かかりつけ医による在宅医療の積極的な取り組みと病診連携体制の促進及び、救急時対応可能な在宅医療システム。

- (8) 難病（総合的地域ケア）を中心とするモデル

事業

地域ケアシステムを保健所が中心となって構築しようとする場合の課題と期待は以下のとおり。

- ・課題：専門医に関する情報不足、保健所のコーディネート機能、医療の質、情報提供意欲の不足、保健所事業の周知不足など。
- ・期待：行政機関としての情報提供、実態把握機能。

(9) 広域的障害者プランを中心とするモデル事業
PCM活用に主眼を置いた今回の研究の成果は以下のとおり。

- ・地域の問題の整理、分析手法
- ・地域の関係者との連携
- ・各種会議、説明会、連絡会、また事業の進行管理
- ・住民参加の行政施策の推進

(10) 総合相談窓口を中心とするモデル事業
住民意識調査から得た課題として以下に大別し対策を講じた。

- ・住民に身近な問題：広報誌による業務内容の紹介。
- ・住民に身近ではないが大きな問題：地域保健法で保健所の役割として行わなければならないとした各種事業に関して情報の収集・整理・活用のための資料を作成。

(11) 地域保健白書による具体的事業を中心とするモデル事業

「地域保健白書」作成に際し、具体的施策・事業として以下のことを行った。

- ・母子保健ニュースの発行
- ・健康づくり事業の評価
- ・感染症予防講演会の開催
- ・広域的な難病相談会等の実施
- ・精神保健福祉マップの作成
- ・効果的な事業推進を協議するための体制の構築

(12) 福祉保健総合センター管内における地域保健の推進に関するモデル事業

保健・医療・福祉の連携による地域ケアシステムの順調な稼働は、支援対象者（社会的弱者）のニーズに応えるべく、「ケアマネージャー役」と「システムコーディネーター役」の習熟度にかかっている。

E. 結論

2年計画の最終年度では、前述の結果に示したとおり具体的なプログラムを展開したところである。なお、現時点では最終的な評価については、今後待つところが多い。

また、これらの研究的取り組みを、継続的に定着させることが本来のねらいであり、各分担研究において、努力が続けられている。

F. 研究発表

1. 論文発表

特になし。

2. 学会発表

「総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究」平成11年度地域保健対策研究発表会

G. 知的所有権の取得状況

特になし。

研究要旨 PRECEDE-PROCEED Model の利点の一つである実証的根拠に基づいて課題解決の優先順位をつけることにより、効果的、効率的な事業の展開を可能にするという特徴を活かしつつ、住民参加が希薄になりがちという弱点を補う展開方法を検討した。また、糖尿病対策にこのモデルを用いた事例をもとに演習プログラムを開発した。更に、全国各地域でこのモデルの展開を支援しているスーパーバイザーを集めてワークショップを開催し、各市町村におけるモデル展開の支援のノウハウの普及を図った。

A. 研究の目的

ヘルスプロモーションの理念に基づき、Greenらによって提唱された PRECEDE-PROCEED Model（日本名 MIDORI モデル、以下、モデル）を用いて管内市町村の地域診断から事業の実施、さらに効果の評価に至るまでのプロセスを支援することにより、保健所の地域診断、企画・調整機能の強化を図るとともに、こうした展開のノウハウを地域保健関係者へ普及することにより、ヘルスプロモーションの実践をめざす。

B. 研究方法

- 1) 九州の各県で展開されているこのモデルの適用事例について、適用した段階と各段階における具体的な作業（特に、各因子を抽出するための情報収集や優先順位を決定するための情報収集、住民参加の形態）について調査した。
- 2) 従来、地域保健関係者への研修会において、歯科保健の事例を用いて演習を行っていたが、糖尿病対策にこのモデルを用いた事例をもとに新たに演習プログラムを開発し、各地の研修会において演習を行った。
- 3) 全国各地域でこのモデルの展開を支援しているスーパーバイザーを対象にワークショップを熊本市で開催し、市町村における展開をどう支援するか演習を通して学んだ。
- 4) 各地域におけるモデル展開の実践をもとに、日本におけるこのモデル展開のテキストを作成した。

（倫理面への配慮）

研究が保健活動の展開モデルの開発であり、個人情報扱わないため、倫理面への配慮は特に、

必要ないと考えた。

C. 研究結果

1) 九州各地域におけるモデル展開の特徴と課題

現在、展開中の 15 事例について分析を行った。展開の領域は歯科保健をはじめとする生活習慣病対策、健康文化と快適な暮らしの村創造プランづくり、食品衛生対策、環境衛生対策と多岐にわたっていた。

事例を分析するためのフォーマットを作成し、展開の特徴を分析した。社会診断として、12 事例で focus group からのヒアリングが実施されていた。12 事例で行動・環境診断が行われ、そのうち優先順位の検討が行われていたのは 5 事例であった。既存の資料（文献や保健統計等）から実証的根拠を得て、優先順位の決定が行われていたのは、歯科保健領域の 2 事例のみであった。抽出された各因子について実態調査を実施していたのは 14 事例であった。また、優先順位の検討など展開のために住民や関係者を加えた協議会等を設置していたのは 7 事例であった。

展開における課題として、スーパーバイザー確保の必要性が多く事例で指摘されていた。

2) 糖尿病対策での演習プログラムの開発

従来の歯科保健の事例を用いた演習は、優先順位の検討が既存の文献など実証的根拠に基づいてできるという利点があり、モデル全体の流れを理解しやすいと好評であった。その一方で、他の地域保健の領域に応用しようとする、実証的な根拠が不足して、思うように進められないという弱点もあった。

そこで、60 代女性の糖尿病対策にこのモデルを

用いた事例をもとに演習プログラムを開発した。

a) 因子分類のカード演習

実際に糖尿病患者からのヒアリングで得られた意見をカード化し、モデルを構成する各因子に分類する作業を通して、各因子についての理解を深める。更に、各因子間の関連を線で結ぶことにより確認する。

b) 優先順位の検討演習

1日1万歩あるく、週に2回運動する、1日2単位の間食を守るという3つの生活習慣について、糖尿病のコントロールへの影響の強さ、地域において実践できていない糖尿病患者（60代女性）の割合、実現可能性の3つの視点で検討させることにより、優先順位を決定する際の考え方を習得する。

c) 教育・組織診断演習

上記の演習で選択された項目について、それぞれ、本人への教育により満たすべき準備・強化・実現因子と、周囲への働きかけによって満たすべき強化・実現因子と環境因子を抽出する。

d) 健康教育計画シートの作成

上記の演習で抽出された準備・強化・実現因子のうち、優先的に取り組むべき項目について、誰が、いつ誰に、どんな場で、どんな内容を、どんな教育媒体を用いて健康教育を行うのかをまとめる

上記の演習には4時間程度を要し、講義と含めても5時間半程度と、1日の研修会でも実施可能というのがメリットである。

3) スーパーバイザーワークショップの開催

全国16道府県から42名の参加を得て、熊本県健康センターにて2日間かけて開催した。

ワークショップではある市町村の展開事例についてどうアドバイスをし、軌道修正するのか演習を通して検討した。また、実際の地域保健活動における課題について、このモデルでの展開をシュミレーションする演習を行った。こうした演習を通じてこのモデル展開を支援するワークシートが作成された。

4) モデル展開のテキストの作成

モデルの背景や理論についての解説、各段階における作業の実際、各領域における展開の実際についてを収載した報告書を作成し、全国の保健所と県の健康政策担当課に送付した。

D. 考察

九州各地域における展開事例では、既存の資料（文献や保健統計）から、現状についての情報や優先順位決定のための実証的根拠が得られにくく、ほとんどの事例で実態調査（断面調査）が行われていた。しかし、こうした断面調査では優先順位の決定は困難であり、質問票の標準化とその結果の蓄積が優先順位の決定におけるこのモデルの利点を発揮するために必要と考えられた。こうした優先順位づけの弱点を補うべく、住民代表や関係者等からなる協議会などで、実態調査の結果を提示し、優先順位を一緒に検討していた。こうした試みは住民参加が希薄になりがちなこのモデルの弱点を補うものと考えられた。

しかし、こうした優先順位付けは実態調査などのデータが活かされずに、参加者の思いだけで決定されたり、「声の大きい」人の意見に左右されたりする危険性をはらんでいる。こうした弱点をクリアすべく、新たに開発した演習プログラムや作成したテキストでは、こうした点に配慮した。

将来的には、このモデルを適用した事例が蓄積されることにより、優先順位を決定するために必要な実証的根拠を提供することが可能になる。

また、各地域での展開においてスーパーバイザーの必要性が指摘されており、スーパーバイザーのワークショップの開催が今後、各地域で必要と考えられた。

E. 結論

このモデルは日本においてもヘルスプロモーションの実践に向けての有用な展開モデルであり、その効果を発揮できる展開を可能にすべく展開事例の蓄積、スーパーバイザーの養成が必要と考えられた。

F. 研究発表

論文発表

- 1) 藤内修二：高齢者の「食」の食を支える地域づくり 栄養日本 42：10-13, 1999.
- 2) 藤内修二：PRECEDE-PROCEEDモデルに基づく実践活動の展開。健康福祉の活動モデル(新井宏朋編), 医学書院, 東京, 1999.

学会発表

- 1) 藤内修二：日本におけるPRECEDE-PROCEED Model 展開の課題とその克服。第58回日本公衆衛生学会(別府市) 1999.

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究

分担研究者 平野 彰一 福岡県田川保健所長

研究要旨 田川地区医療圏が抱えている若年妊娠、薬物依存等の思春期問題の改善を図るため、保健所の専門性を生かし、学校保健との連携を深めた保健教育体制の確立を目指した。

A. 研究目的

地域保健法における保健所機能の新たな方向性として、思春期問題を中心とする学校保健との連携のあり方を模索する。

B. 研究方法

保健教育の体制づくりや教育方法を検討するために、前年度同様に思春期ネットワークの総括委員会及び検討委員会を開催した。また、保健所がモデル校と協同で保健教育を実施すると共に、保健教育関係者への研修会の開催や保健所内の思春期ライブラリーを整備した。併せて、モデル校及びモデル校以外の中学生を対象とした「性に関する意識及び知識調査」を実施して、事業推進の基礎資料を得ると共に事業の評価とした。

（倫理面への配慮）

保健教育を実施する際、思春期の多感な時期へのアプローチであるため、一つの考え方に捉われたり、価値観の押しつけにならないように配慮した。例えば薬物教育において、薬物使用を善悪の視点で捉えると、既に使用している者や回復しようとしている者への偏見・差別につながるので、特に留意した。

C. 研究結果

1. 思春期ネットワークでは、総括委員会

や検討委員会において各機関それぞれの立場から健康課題や取り組み状況が報告された。またモデル地区では、地域検討会で住民や保護者と健康課題の協議をしたこと、及びモデル校の公開授業に保護者が参加したことにより、住民の健康に対する認識が深まり、家庭での会話づくりのきっかけとなった。

2. モデル校での保健教育では、保健所の授業支援（T・T授業）や教材の貸出し・指針作成等により、教員の意識や知識の向上が見られ、モデル校が主体的に保健教育に取り組むようになった。また、保健所からの専門情報を積極的に活用し、系統的な保健教育計画を作成するモデル校も現れた。
3. モデル中学校と他中学校の生徒の意識調査では、モデル中学校の方が「保健所などの社会資源を知り活用したいと思っている生徒が多く、性交と妊娠に関する知識が高い」ことが分かった。
4. 研修会は、養護教諭や保健主事のみならず、他の一般教員も一同に受講したことから学校全体での理解が進み、保健教育の充実が図られた。

D. 考察

1. 「保健所をはじめ、関係機関が連携し

て技術支援や情報提供を行い、学校が主体となって系統的な保健教育が実施することが望ましい」ことを保健教育関係者で共通認識することができた。これは、各機関相互の役割分担を検討しながら、連携を深めた結果と考える。

2. モデル校以外の多くの学校や町村単位の養護教諭部会、市町村保健婦等が、保健教育手法について保健所に助言を求めてくるなど保健教育の広がりが見られたこれは保健所がモデル事業に取り組み、保健所が加わった保健教育を公開授業としたこと、積極的な情報提供や研修会の開催と共に、思春期ライブラリーを充実した成果と言える。
3. 一般的に自己完結型といわれている学校との連携により、この事業が展開できた要因は、田川保健所が思春期保健の基本理念とした「自分を大切に思う心、自分の健康を考える力」の必要性と、学校が進める「生きる力を育てる教育」という方向性が一致したことが大きい。

E. 結論

思春期の問題は、親子関係の歪み等家庭内の問題も内在しており、学校保健と地域保健が協同で取り組む必要がある。学校が主体となって保健教育を実施し、保健所はそのための情報の提供や教材の貸出し、また、必要に応じて授業に参加し支援した。このことにより、双方の特性が生かされ教育効果が向上した。

子どものQOL向上のためには、学校と家庭・地域が共に子ども達への保健教育の必要性を認識し、実施の技術を身につけ、また、相談できる機関を知っていることが必要である。この事業では、保健所が学校と家庭・地域に対し、保健教育の必要性を訴え、技術支援を推進することにより、両者のパイプ役となることができた。

F. 研究発表

1. 論文発表（該当なし）
2. 学会発表（該当なし）

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得（該当なし）
2. 実用新案登録（該当なし）
3. その他（該当なし）

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究

分担研究者 常岡 克伸 三重県熊野保健所長

研究要旨

- 1) 医療過疎の小規模市町村単位での母子保健サービス提供は、十分な量の確保や質的なレベルの維持が困難である。そこで広域市町村協議会を設置して、広域的・効率的な母子保健サービス提供システムの構築を行った。
- 2) 管内唯一の一般病院を核として、母子保健のセンター的運用が図れるよう体制整備を行うとともに、情報機器（テレビ電話）を活用した在宅障害児の支援システムを整備した。

A.研究目的

地域保健法の施行により、母子保健サービスの提供主体が市町村に一元化されるなかで、医療過疎の小規模市町村では提供すべきサービス量が確保できず、質も低下するおそれがある。そこで地域の母子保健に関わる資源を有効に活用するために、市町村の枠を越えた広域的な対応を図ることにより、効率的な母子保健医療システムの構築を試みた。

B.研究方法

市町村長、医師会長や地元公立病院院長をメンバーとする広域市町村協議会を設置し開催した。母子保健システムの統一のための調整会議を開催した。地元公立病院において管内市町村の乳児集団健診を実施した。過疎・僻

地において通院が困難な在宅障害児が療育相談や指導を容易に受けられるように、地元公立病院小児科と各家庭をテレビ電話で結び、定期的にはまたは緊急時に対応ができるようにした。また市町村保健センターや福祉事務所にもテレビ電話を設置して広域的な療育支援体制を整備した。さらに三重県内唯一の肢体不自由児施設である県立草の実リハビリセンターにもテレビ電話を設置して、障害児の療育相談と専門的リハビリ指導を実施した。在宅障害児支援マップを作成した。地域住民の啓発活動として講演会を開催した。中学校教育と連携して保健福祉体験講座を実施した。

（倫理面への配慮）

在宅障害児宅にテレビ電話を設置する

際に、必ず保護者等の同意を得て設置した。

C.研究結果

市町村長らを構成メンバーとする広域協議会を開催したところ地域の母子保健の問題点について関係者が共通認識を持つことができるようになり、市町村長の関心も老人問題だけでなく母子保健にも向けられるようになった。

カルテ様式をはじめ乳児集団健診のシステムを統一化することにより、管内唯一の小児科医が各市町村に出向くことなく、病院において市町村共通の健診を実施した。小児科医の効率的運用ができ、健診結果の統一的管理や事後フォローも容易になった。病院小児科医の院外保健活動稼働日数は 136 日から 30 日に減少した。健診の受診率は変わらなかった。

テレビ電話を設置して、在宅障害児の療育支援を行った。小児科医によるテレビ電話を利用した健康相談、保健指導、訓練を提供した。保健婦による訪問指導とテレビ電話を利用した健康相談、保健指導を実施した。整形外科医によるテレビ電話を利用したリハビリ指導と療育相談を実施した。

地域住民に対する啓発活動として、子どもの健康を考える講演会を実施し、本研究の進捗状況も報告したところ地域住民の小児医療・母子保健や障害児に対する認識が深まった。

地元の中学3年生に対して、毎週保健福祉体験講座を実施したところ中学生の保健・医療・福祉に対する関心を

高めることができた(100%)。

広域協議会において、病院を核として紀南母子保健医療福祉センターを整備することが決定された。

D.考察

医療過疎地域では、小児科医の確保をはじめ、母子保健医療関係の専門家の確保は困難であるが、少ないスタッフで対応できるシステムを確立しておくことにより、提供するサービスレベルの維持が可能である。この課題について広域で首長をメンバーとする協議会を設置したことが本事業を評価する上で重要なポイントである。

情報機器を用いた見守りネットワーク体制を作ることで、保健医療サービスの提供だけでなく、大きな安心感も提供できた。テレビ電話設置費用に関しては情報化社会の進展によって将来安価になれば、テレビ電話は広く普及するものと思われる。

三重県の障害児に対する中心的な施設である三重県立草の実りハビリセンターと在宅障害児がテレビ電話で直接つながったことは非常に大きな意義がある。過疎僻地と都市との地域格差を是正する手段として非常に有効であり、他の僻地や離島において、このシステムの活用が十分可能である。

母子保健医療センターや療育センターなどの基盤整備に広域で取り組むことになったことは、本事業の大きな成果である。全国的にも母子保健医療福祉が一カ所でサービス提供される施設は極めて少なく、身近なサービスは身

近な市町村でという地域保健法の理念に沿うものと言える。

E. 結論

小規模市町村における乳幼児健診は市町村の枠を越えて広域で実施することによって、人的資源の効率的な運用が可能になる。

テレビ電話は過疎地や遠隔地での障害児に対する療育支援事業に効果的であり、過疎僻地の母子保健のレベルアップにつながる。

F. 研究発表

1 論文発表

なし

2 学会発表

第 58 回日本公衆衛生学会総会において発表した。(日本公衆衛生雑誌 46 巻 10 号、537 ページ、平成 11 年 10 月号)

G. 知的所有権の取得状況

1 特許取得

なし

2 実用新案登録

なし

3 その他

なし

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究

分担研究者 土居 浩 長崎県保健福祉部健康政策課医療監

研究要旨：長崎県地域保健医療計画の中で1歳6ヶ月及び3歳児健診の判定、グレーゾーン対策、障害児療育のネットワークづくりの問題があげられている。これらの問題を解決するため1) 1.6歳児、3歳児健診評価事業、2) グレーゾーン支援介入事業、3) 障害児地域療育支援事業、をモデル事業として行いそれぞれの問題点を検討評価する事によって地域に密着した母子保健の総合的な支援システムの構築、定着化をはかる。

A. 研究目的

1) 1.6歳児、3歳児健診評価事業

① 1.6歳児、3歳児健診の総合判定において地域や判定者個人によるばらつきを少なくするため健診票の解析を行い、判定の標準化を図る。

② 1.6歳児の結果を3歳児健診クロスさせ、また、3歳児健診のフォローアップアンケートを行うことで市町村の実施するそれぞれの健診の問題点を把握評価し、健診精度の向上を図る。

③ 市町村から保健所への健診結果の連絡に必要な適切なフォームを作成する。

2) グレーゾーン支援介入事業

母親の育児不安や社会的要因を背景としておこる「不安定な母子関係」は様々な児の心身発達障害の原因となる。この母子関係を「グレーゾーンの母子関係」として着目し、市町村規模や対象児にあわせたお遊び教室など具体的な支援対策法を確立し、定着化を図る。

3) 障害児地域療育支援事業

障害児やその家族が身近な地域で生活していくため、地域の保育所や幼稚園などの、地域療育施設・機関に関する情報のデータベースの作成する。さらに、地域療育支援のためのネットワークを構築し連携強化をはかる。

B. 研究方法

全体計画を表1. に示す。平成11年度のそれぞれの研究方法については以下に示す。

1) 1.6歳児、3歳児健診評価事業

① 平成10年度の研究で1.6歳児および3歳児健診受診者の一致率72.8%と極めて低かったため、1.6歳児健診受診者をコホート固定し3歳児健診受診者の追跡調査を行う。

② 3歳児健診票の未記入が446名にのぼったため、フォローアップアンケートを中止し、健診票の再度見直しを行い、医師記載事項内容による比較を行う。

2) グレーゾーン支援介入事業

平成10年度は「親子ふれあい教室」を2週に1回、半日の6回を1クールとして実施した。開催間隔、日数を検討した結果、平成11年度は、週1回、半日の8回を1クールとした新プログラム(表3)に変更して実施し最終的には大村市への事業定着を目指す。

3) 障害児地域療育支援事業

平成11年度は、地域療育ネットワーク懇話会、「障害児親の会、代表者によるつどい」を継続開催し、使い勝手の良い地域療育総合アトラスを作成する。

倫理面への配慮

健診評価事業は縦断的事業のため個人識別における氏名等の確認が必要となるが使用した資料については事業終了後すみやかに廃棄するものとし、それまでの保管管理を厳重に行うことにより個人情報管理を行う。データ処理は長崎大学で行うため当然公務員としての守秘義務がある。グレーゾーン支援事業は1歳6ヶ月健診後、対象者に勧奨し、了解が得られてから行われるもので、保健所が大村市の協力を得て実施し当然個人の情報については所内の規定によって対応する。また報告書作成にあたっては個人の情報が漏出しないよう十分に注意を払うものとする。地域療育総合アトラスの作成にあたっては紹介する施設等には事前の了解を取り掲載する。

C. 研究結果

1) 1.6歳児、3歳児健診評価事業

平成7年度の1.6歳児健診受診者2239名中3歳健診を受診した児は1802名(80.5%)で転出者64名、健診未受診者27名、不明346名の計437名あった。1.6歳児健診の指導区分と3歳児健診判定結果がクロス集計できた者は1130名(50.5%)で重複判定を含めると1151件が解析可能であった(表2)。1.6歳児健診で異常なしと判定された868名の中で3歳児においても異常なしと判定された者は545名(62.8%)で、35名(4%)が治療中となっていた。一方、治療中であった23名中12名は3歳児では異常なしであった。

健診票の医師の記載事項では1.6歳児では肥満や低身長など身長・体重に関する問題が148名と最も多かった。貧血が第2位であったが、これは大村市において血液検査の結果指摘された者がほとんどを占め特殊な場合と考えられた。言語発達に問題のある児は35名あった。アトピーは27名であった。アレルギーは10名と少なく、その多くは食餌アレルギーであった。3歳児については尿鮮血などの尿異常が最も多く、ついでアイテストを含む眼科領域の問題が多かった。アトピーは47名であったがそのほとんどが1.6歳児では指摘を受けていなかった。アレルギーは22名と増加していたがそのほとんどは喘息であり1.6歳児と大きく異なっていた(表3)。

2) グレーゾーン支援介入事業

平成11年度は新プログラム(表4)による「親子ふれあい教室」を3クール実施、最終の1クールは大村市の事業として実施し定着化を図った。事業開始より5クール目までの親子ふれあい教室へ

の参加状況を表5に示す。

3) 障害児地域療育支援事業

今年度、地域療育ネットワーク懇話会を4回開催、また「障害児親の会、代表者によるつどい」を平行して開催し、使い勝手の良い地域療育アトラスを作成するため積極的に意見交換を行った。最終的には地域療育アトラスを「子育て支援マップ」の名称で作成した。

D. 考察

1) 1.6歳児、3歳児健診評価事業

1.6歳児健診受診者をコホート固定し追跡調査を行ったが不明者346名にのぼり、特に諫早市と大村市では合計324名が不明となっておりフォローアップに問題があると考えられた。また、3歳児の情報の増加は昨年比に比べ175名にとどまった。

3歳児健診では未記入が多くクロス集計が可能であった者は1130名にとどまり解析に支障を来した。クロス集計の解析では1.6歳児健診と3歳児健診の判定は多くの場合独立していることが示唆された。

医師記載事項はあくまで医師の判断に任せ統一した診断基準で判断されたものではないが、1.6歳児健診では身長・体重、言語に関するもの多く、3歳児では尿、眼科領域の問題が特徴となっていた。アトピーは1.6歳で指摘された者の内3歳でも指摘された者は2例のみであった。アレルギーについては1.6歳児では食餌アレルギーがほとんどであった。3歳児の喘息で以前にアレルギーを指摘された者はなかった。

精密健診票の発行状況を見ると内容に医師の間でばらつきがみられそれぞれ専門とする領域に偏る傾向が見られた。

今回の、研究で現在行われている1.6歳および3歳児健診の役割はある程度認められるものの、その精度管理においては危機的な状況にあることがわかった。

2) グレーゾーン支援介入事業

プログラム変更により1回休んだ場合でも、子供の「場」への慣れが中断されることなく教室に適應できるようになった。回数を増やしたことで途中参加が可能となり、このような例では次回へ継続することで介入が可能となった。事業期間が2ヶ月と短くなったため事業前後の遠城寺式発達検査の変化は捉えにくくなったが社会性や対人関係、母子関係の改善は明らかであった。

本事業により母子関係の改善が図られることが実証されたばかりでなく、多くの母親の子供を見る目の変化し「子育て」への自信につながっていったことは、この事業がこの不安な時代の母子保健事業の中核となる事業であることを改めて実感させられた。

さらに、この事業を実施することがスタッフの楽しみであり、また多くの母子も楽しみながら事業に参加したことは、今後事業を継続する上で最も大切な点と思われた。

3) 障害児地域療育支援事業

2年間を費やした「子育て支援マップ」は使いやすいものとなった。

また、当初のねらいであった地域療育ネットワーク構築についてはマップ作成経過の中で相互の理解、信頼関係が深まり十分その目的を達したと考えられる。

E. 結論

1) 1.6歳児、3歳児健診評価事業

① 県央保健所管内の1.6および3歳児健診の精度管理についてはかなり危機的な状態にあり、市町村担当者、健診医師等を含めた早急な見直しが必要である。

② 健診マニュアル作成等による判定の標準化、結果のコンピューター処理による個人データの縦断的管理が必要と考えられた。

2) グレーゾーン支援介入事業

グレーゾーン対策は地域母子保健事業の中核となる可能性の高い事業であると考えられる。

3) 障害児地域療育支援事業

地域療育アトラスとして「子育て支援マップ」を延べ3年かけて作成した。アトラス作成を最終目的とせず、作成経過の中で相互の理解、信頼関係を深め、地域療育ネットワークの定着化を図ることができた。

F. 研究発表

1. 論文発表

八幡 裕一郎、青柳 潔、門司 和彦、
竹本 泰一郎、土居 浩

：母子保健情報システム化に関する研究、九州農医誌、第9号；1-12；1999

2. 学会発表

1) 濱里セツ子他

：親子ふれあい教室における母親・児・母子関係の変化、第21回全国地域保健婦学術研究会平成11年9月10日、札幌市

2) 濱里セツ子他

：グレーゾーン支援介入事業（親子ふれあい教室）の取り組み、第82回日本小児精神神経学会；平成11年10月29日、佐世保市

3) 濱里セツ子他

：1歳6ヶ月児健康診査のフォローアップとしてのグレーゾーン支援介入事業（親子ふれあい教室）取り組み、第37回長崎県総合公衆衛生研究会、平成12年3月3日 長崎市

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1. 全体計画

1.6歳児、3歳児健診評価事業		グレーゾーン支援介入事業	障害児地域療育支援事業
1.6歳児、3歳児健診判定の標準化と判定マニュアルの作成	1.6歳児3歳児健診後の追跡調査、及び評価		
9年度	平成7年度1.6歳児健診票の収集、解析 評価検討委員会の設置	平成7年度1.6歳児健診結果の登録	支援計画の策定 地域療育データベースの作成
10年度	平成9年度3歳児健診票の収集、解析	平成9年度3歳児健診結果の登録、1.6歳児の追跡調査、解析と評価	介入事業の実施 地域療育ネットワークの構築
11年度	判定マニュアルの作成 1.6及び3歳児健診結果連絡フォームの作成	3歳児健診1年後のアンケート調査、 3歳児の追跡調査、解析と評価	介入児のフォローアップ 解析、評価、 方法論の検討 地域療育総合アトラスの作成

表2. 1.6歳児指導区分と3歳児判定結果

1歳6ヶ月指導区分	人数	3歳児判定結果					
		異常なし	要指導	経過観察	要精密	要治療	治療中
異常なし	868	545	72	141	65	10	35
要指導	77	36	14	13	6	2	6
経過観察	115	53	15	28	11	0	8
要精密検査	59	33	9	9	6	0	2
要治療	9	9	0	0	0	0	0
治療中	23	12	1	2	1	1	6
合計	1151	688	111	193	89	13	57

表3. 記載事項による比較

部位	疾患	1歳6ヶ月	3歳
皮膚	アトピー	27	47
	湿疹(とびひを含む)	19	15
身体	身長・体重	148	41
	奇形	1	0
	心疾患(心雑音を含む)	14	3
	神経	2	5
	アレルギー	10	22
	貧血	110	4
	尿	0	75
	泌尿器	20	20
	眼科	18	79
	耳鼻科	4	8
その他	29	55	
運動発達	歩行	11	2
	その他	7	3
言語発達		35	12
精神発達		5	3
その他		25	5
合計		485	399

表4. 親子ふれあい教室プログラム

	テーマ遊び内容	ミニ講話等内容
第1回	手作りおもちゃ	自己紹介
第2回	新聞遊び	言葉と遊び(言語療法士)
第3回	自由遊び	食事について(栄養士)
第4回	感覚遊び(小麦粉粘土)	
第5回	魚つり遊び	歯磨きについて(歯科衛生士)
第6回	散歩	
第7回	ビーズプール	運動遊びについて(作業療法士)
第8回	季節行事(七夕)	言葉と心の発達について(臨床心理士)

9:30～ 10:00～ 10:50～ 11:00～ 11:20～

受付・自由遊び お集まり・ごあいさつ テーマ遊び おやつ・ミニ講話 お集まり・おかえり

表5. 親子ふれあい教室参加状況

	対象組数	参加組数(実)	参加組数(延)	1回平均参加組数
1クール	12	8	40	6.7
2クール	9	7	40	6.7
3クール	11	8	35	5.8
4クール	11	9	40	5.0
5クール	18	13	68	9.7
合計	61	45	223	6.7

厚生科学研究費補助金（健康科学総合研究事業）

分担研究報告書

総合的な地域保健サービスの提供体制に関する研究

分担研究者 内野 英幸 長野県大町保健所長

研究要旨 痴呆性老人の早期発見・早期対応を推進するために、モデル地区における住民への啓発、相談窓口の充実、介護者支援などの実践を行った。また、痴呆性老人に関する病診連携研究会を発足し、痴呆診療技術の向上、専門機関と診療所のネットワーク強化を図り、痴呆の初期の段階から適切な医療対応ができる基盤づくりを行った。さらに、全国各地域において、痴呆性老人とその家族を支えるため実践活動をしている人たちが集い、学習、意見交換、交流をすることによって、取り組みの更なる前進や問題解決のきっかけとなることを狙って、痴呆セミナー in 北アルプスを開催した。

本研究成果のまとめとして、痴呆症の発見・対応が早期につながる実践の手引き書として痴呆のガイドブックを作成した。

A 研究目的 (図1)

痴呆症は年をとれば誰でもがなりうる病気である。だが、社会的には偏見や差別などが根強い。いわんや、医療や社会サービスの保障は不十分である。そこで、痴呆性老人とその家族が安心して暮らせる地域づくりを目指して、保健所がリーダーシップを発揮してその基盤整備に着手した。アプローチの基本的な視点として、疾病予防の概念を採用し痴呆症に対する早期発見・早期対応が痴呆の進行を遅らせ、予想される問題行動に対しても適切かつゆとりのある対応が可能となり、その結果在宅ケアの負担が軽減できて在宅ケアの継続にも繋がっていく、との仮説をもとに研究事業に取り組んだ。

B 研究方法 (図2)

(1) 保健所の機能強化

研究事業の実施に当たって、保健所のセクトを越えた技術系専門職種と事務系職種の合体によるプロジェクトチームをつくった。これによって、社会問題やシステム構築が大きなウェイトを占める痴呆対策などの新たな事業への保健所の取り組みを可能にした。事務系も専門家だとの認識のもとに痴呆について学習し、現場から学ぶという姿勢で地域活動への参加も行き、専門職とパートナーシップの関係で事業の展開を進めた。

(2) モデル地区の選定と特徴

痴呆性老人の早期発見・早期対応に繋がる実践活動として、2モデル地区で、住民への啓発や相談窓口の充実、介護者支援を行った。まず第一段階として、保健所保健婦が各地区の保健婦などと痴呆性老人の地域における現状を把握した上で、取り組みの具体案を協議のうえ作成することから開始した。両モデル地区

ともデイケアと介護者の会を足がかりに、グループホームを設置することを最終目標にした。

(3) 病診連携研究会開催

研究会は、平成10年10月からスタートし、冬場を除き毎月1回夜6時30分から8時30分まで、まず地元専門医療機関の医師などから話題提供してもらい、保健所で司会進行を行った。一方的な講演に終わることなく話題提供者と参加者が相互に学習しながら何が問題でその解決には何が必要かなど談論風発して話し合うようにした。参加者は、医師だけでなく看護婦、保健婦、歯科医師、薬剤師、ケースワーカー、施設関係者と広く受け入れた。なお、毎回、話題提供者と保健所のスタッフにおいて事前の打ち合わせを十分に行い、病診連携研究会で協議するポイントを明らかにした。

(4) 「痴呆セミナー in 北アルプス」の開催

研究3年目の集大成として地域での取り組みを普遍化し全国レベルで痴呆の実践家とネットワークを持つことで取り組みの更なる前進や問題解決のきっかけとなることを狙って、「痴呆セミナー in 北アルプス」開催した。痴呆の早期発見・早期対応のための三本柱として「医療サービスの保障」「施設・在宅サービスの充実」「地域住民の理解と支え」をテーマに学習や意見交換、交流を深めた。また、分科会では、「病院と診療所との連携」「宅老所・グループホームづくり」「介護者の会をとおした介護者支援」をテーマに話し合った。

(5) 痴呆のガイドブック作成

病診連携研究会や痴呆セミナーの内容を体系的にまとめたガイドラインや学習記録を編集し、痴呆のガイドブックを作成した。痴呆の早期発見・早期対応を

継続的に推進するため地域で気軽に活用できる実践の手引書としての役割を期待している。

(6) 倫理面への配慮

早期発見を推進する場合、痴呆は個人の尊厳に関わることとして、痴呆性老人の意思を尊重し、痴呆性老人に主体を置いて、人権と情報管理に配慮した研究を行った。

C 研究結果

(1) モデル地区事業

① 小谷村での実践活動 (図3)

痴呆に関する住民の関心も低く、啓発や相談窓口の充実による潜在痴呆性老人の掘り起こしが重要であるとの共通認識から、村の年間事業に痴呆性老人対策をドッキングし、健康教室での啓発や相談体制の整備、訪問などによるケースマネジメント、そしてデイサービスとの連携による家族会の充実を重点とした。殊に冬季の厳しい環境が一人暮らし高齢者の在宅を破綻させ、施設生活や遠方の子どもの世話になることを余儀なくされていた。そこで、宅老所やグループホームが、当地域において痴呆性老人の在宅ケアを可能とする基盤となるとの判断で、設置に向けての学習や検討会を重ねてきたが、宅老所・グループホームの設置までにはいたっていない。その阻害因子として、①「お年寄りの世話をするのは嫁」との強い固定観念、②介護者の訴えを社会運動へと盛り上げていく土壌不足、③行政対策としての優先認識不足④行政依存などがあげられる。介護者の会に関しては、村で開催しているデイサービスとドッキングする形で痴呆性老人の介護者の会を年1回実施した。定例で介護者主導の実施を目指しているが、行政も地域住民も介護者の会の意義と役割が十分に認識できておらず、多忙な業務の中、優先的に取り組むまでの意識が育っていない状況である。来年度、痴呆のデイサービス、いわゆる宅老所が予算化されスタートする予定であり、少しずつではあるが、対策が進展している。

② 松川村での実践活動 (図4)

松川村では、講演会や学習会を通して患者家族や自助グループの中から痴呆性老人の憩いの場を作りたいとの提案がなされた。しかも、この運営はボランティアが中心になって推進していくことを謳っていた。そこで、ボランティア養成の「痴呆を知ろう」講座の開催もスタートした。こうした社会福祉協議会の全面的な支援によるスタッフの養成と施設確保により、童謡サロン「羊の家」(デイケア)が平成11年7月にスタート、週一回開催している。お年寄りに対しては、役場、社協、在介センター、痴呆疾患センター、診療所、保健所など様々なサービスや支援がある中で、それぞれが役割を担いながらいかにトータルケアをするかが、今後の課題となっている。

(2) 病診連携研究会 (図5)

平成10年10月から平成11年10月まで計10回開催

した。参加者は、毎回40人から50人(平均45人)であった。研究会における学習、協議、討論内容は、痴呆の診断や鑑別、痴呆の随伴症状とその対応、薬物療法、家族援助と調整、受け皿づくり、地域への啓発、そして専門機関、診療所、病院、社会サービスの役割分担と連携、など多岐に渡っていた。

(3) 痴呆セミナー (図6)

平成11年11月20日と21日の2日間にシンポジウムと分科会を開催した。参加者は全国や県内からシンポジウムが280人、分科会が130人であった。先駆的な実践活動者と参加者が相互に学習し交流することで連帯の輪と新たな活動への動機付けになったものと評価している。

(4) 痴呆のガイドブック

病診連携研究会とセミナーにおける学習成果について録音を基に文章化・編集し、体系的にまとめ、痴呆のガイドブックを作成した。第1部は痴呆のガイドライン、第2部は病診連携研究会学習記録編集、第3部は痴呆セミナー学習記録編集からなっている。痴呆に何らかの形で関わっている多くの人に役立つよう具体的、かつ、医学から社会学の広範な範囲を網羅し編集したので162頁の分厚い本となった。必要に応じて活用しやすいように索引をもうけた。保健・医療・福祉関係者から自助グループ、関心のある人たちなど幅広い層に配布し痴呆症の医療とケアに活用されて痴呆の早期発見と早期対応に繋がればと願っている。

D 考察

(1) 早期発見・早期対応

① 早期発見・早期対応のための啓発

早期の痴呆をどのように定義するか難しい。我々が想定している早期の痴呆とは、「発見が早期」ということを強調したい。つまり、痴呆に関わるすべての人たち、本人を中心に、家族、保健・医療・福祉関係者、そして地域の住民が、痴呆としての症状(サイン)に早く気づいて認知することが肝心である。そして認知した後、その認知の意義をよく理解して、対応へとつなげていく一連のプロセスが、「早期発見・早期対応」という言葉に集約される。そこで早期発見・早期対応の実現に向けては、老若男女、素人、専門家を問わず、地域住民への幅広い啓発が大変重要になってくる。啓発技法に関しても、単なる知識だけの提供だけではなく、人間行動学や社会構造に基づいた、地域をベースにした、社会運動としてのアプローチでなくてはならない。

② 早期発見・早期対応の行動科学的流れ (図7)

早期発見・早期対応が成立するには、本人、家族、それに関わる保健・医療・福祉関係者、地域住民が、痴呆に関して認知(早期発見・早期対応の意義を認識)し、そのための試行錯誤(準備)をしながら、社会との繋がり(連携)を持つことによって、自信が生

まれ行動に移し、それがシステムとして維持されていく一連のプロセスを経なければならない。一方、早期発見しても早期対応できる受け皿、社会資源がなければ何にもならない。むしろデメリットとして本人や家族に余計な負担や不安を与えることになりかねない。

そこで、早期発見を活かすには、治せる可能性のある痴呆は治し、進行を予防できる痴呆は進行を遅らせ、痴呆の早い段階から介護者支援の体制づくりが整備されていることが不可欠といえる。

③医療面から見た早期発見・早期対応の促進因子

医療面において早期発見・早期対応が実現されるには、医療自体の質的向上からケアとしてのサポートシステムの充実などが総合的に推進されねばならない。まず、診療所の意識改革と診療技術の向上に専門機関の充実とアクセス向上が相まって診療所と専門機関との連携強化が成り立ち、痴呆症患者とその家族の受入れ体制できあがるといえよう。

(2) うまいチーム医療・ケアを実現するネットワーク

痴呆に対する関係機関のネットワークとは、関係機関のスタッフが顔見知りになること、知り合うことである。つまり、痴呆の問題を通してそれぞれのスタッフが患者とその家族に総合的な支援のためには、自分だけでは問題解決が困難であると判断し、他に救いと援助を求めるプロセスが連携の本態である。

そこで、まず重要なことは、病診連携研究会などの学習会や事例検討会を地域で開催することによって人的ネットワークのきっかけと動機付けを行うことは極めて意義のあることである。今後も、保健所がリーダーシップを発揮し医師会と連携しながら、病診連携研究会を持続的かつ定期的に開催することが必要である。(図8)

(3) 保健、医療、福祉の連携とシステム構築

痴呆性老人に対して、人間としての尊厳が守られ、トータルケアが達成されるには、保健・医療・福祉が有機的に統合されたユニットでサービスが提供されることが望ましい。このためには、保健・医療・福祉の連携が何よりも不可欠である。連携を達成しようと思えば、まず仲がよくなることである。仲がよくなるには、信頼関係が必要である。そのためには、信頼される活動をせねばならない。したがって、連携とは、先ず自らの領域で汗を流し実践し、その限界を知り他者にその補完を求めつつ、他者からは注目され援助を求められる相互作用といえよう。それによって、人間

関係の繋がりが強化されシステムが出来、その中で人の繋がりの継続性が達成されていく。

(4) 保健所に求められているもの

本事業を通して科学的にコーディネートするする役割、つまり、健康政策科学の推進者としての保健所の役割を認識し地域にアピールすることができた。

①保健所の機能強化として技術系専門職種と事務系職種の合体によって社会問題やシステム構築が大きなウエートを占める痴呆対策などの新たな事業への取り組みが可能となった。②保健事業の多くが市町村に移管される中、市町村との役割分担、連携において保健所が中心となって担っていく領域の発掘ができた。③介護保険や医療法改正など社会のニーズの変化に伴い保健・医療・福祉のトータルな見地で補完すべき役割が保健所にあることを確認できた。

したがって、地域から信頼される新しい保健所となるには、先ず、保健所スタッフ一人ひとりの意識改革と、健康に関する地域総合コーディネーター、専門家としての自覚が必要といえる。

E 結論 (図9)

21世紀の健康に関する最重要課題の一つとして痴呆対策があげられている。本研究事業を通して痴呆症の予防から治療、ケアなど包括的な疾病管理における保健所の専門機能としての役割が明らかとなった。保健所は、地域をベースにした健康政策のプロモーター兼コーディネーターとして総合的な企画、調整の専門機能が求められている。このためには、新しいニーズに応える保健所スタッフの人材育成が急務である。

痴呆症に対して在宅ケアがより可能となるには、受け皿となる専門医療病棟、グループホーム、施設、介護者の会などを、痴呆の早期の段階から積極的に活用することによって介護負担軽減と介護教育をはかりゆりの介護が出来るシステム整備にかかっている。このためには、先ず痴呆の早期発見と早期対応を可能とする医療機関の痴呆症に対する医療の向上が不可欠といえる。

F 研究発表

(1) 論文発表

公衆衛生、1998年、第62巻第11号(803-807)

(2) 学会発表

第57回日本公衆衛生学会(1998年10月)

第58回日本公衆衛生学会(1999年10月)