

V 資料

資料5 ヒアリングレポート

ヒアリング事例レポート

<岩手県>

- 陸前高田市保健課..... 111
 - ・陸前高田市はまってけらいん、かだつてけらいん運動推進事業

<埼玉県>

- 上尾市生活支援課..... 117
 - ・生活保護受給者の健康管理支援事業
- 朝霞市保健センター..... 122
 - ・育み支援バーチャルセンター事業
 - ・あさか健康プラン 21 推進事業

<東京都>

- 江戸川区中央健康サポートセンター..... 132
 - ・ファミリーヘルス推進員制度

<神奈川県>

- 横浜市旭区福祉保健センター..... 137
 - ・ウォーキングフレンズ事業
 - ・健康づくり環境整備事業
 - ・女性の健康づくり事業
- 川崎市川崎区役所田島地区健康福祉ステーション..... 147
 - ・男性料理教室(開始当初は「男塾 in たじま」)
- 相模原市緑保健センター..... 154
 - ・楽しむ健康づくり推進事業
- 相模原市中央保健センター..... 158
 - ・働く人の健康づくり地域・職域連携事業

<新潟県>

- 湯沢町健康増進課..... 165
 - ・未成年の飲酒・喫煙防止、たばこ対策

<福井県>

- 高浜町保健福祉センター..... 171
 - ・産後ケアデイサービス事業
 - ・たかチャレ推進委員会

<愛知県>

- 豊川市保健センター..... 186
 - ・糖尿病対策プロジェクト

■東海市しあわせ村(保健福祉センター).....	193
・いきいき元気推進事業	
・妊娠出産包括支援事業	
<三重県>	
■名張市健康・子育て支援室.....	205
・まちじゅう元気！！プロジェクト	
・よくバリ青春体操の普及	
<京都府>	
■京都市左京区役所保健福祉センター.....	215
・セカンドライフをいきいきと生きる～左京・からだの学校男子倶楽部～	
<兵庫県>	
■福崎町保健センター.....	222
・食育推進事業	
<岡山県>	
■岡山市保健所&保健センター.....	228
・生活支援体制整備事業を通じた地域包括ケアシステムの構築	
<高知県>	
■中芸広域連合保健福祉課(高知県).....	234
・「遊分舎(あそぶんじゃ)」の開設	
<大分県>	
■竹田市総合社会福祉センター.....	241
・介護予防強化推進事業(ささえ愛のある地域づくり)	

※ 事例は、必ずしも自治体の地域計画などに含まれているとは限らない。

※ 事例の並びは都道府県・市区町村番号順。同一市区町村内においては順不同。

※ 掲載事例は、掲載の承認が下りなかった1事例を除く26事例。

< 陸前高田市保健課 >

人口 1 万 9,338 人、高齢化率 38.2 %

主管課は、市役所内にある。

■ 陸前高田市はまってけらいん、かだってけらいん運動推進事業

(市総合計画、健康増進計画、地域自殺対策計画などに位置づけ)

○事業の概要

陸前高田市では、「未来図会議」というプラットフォームで合意形成をはかりながら、日常の立ち話やお茶飲み、何気ない会話を通して人々が交流できる場を「はまかだ」（仲間に入って話しましょう）という合言葉で増やしてきた。それらが、リスクの未然回避やローリスクの状態で気がつける住民力、地域力を育んだ結果、低い自殺死亡率、男女の標準化死亡比岩手県 No1、女性の平均寿命岩手県 No1 といった多様な成果をもたらした。また、総合計画や健康増進計画、高齢者福祉計画、自殺対策計画に位置づけたことで庁内連携が進み、包括的な支援体制につながった。今後は、「はまかだ」の視点を子育て支援を含め、他分野にも積極的に取り入れる意向である。

【主管課】 陸前高田市保健課

【実施】 5 年以上 10 年未満

【対象】 特定の対象を設定していない

【連携先】 地域づくりや自殺対策、子育て、介護予防、障がい福祉などすべての分野に通じる概念として、実施部署を限定していない。

社会福祉協議会、地域包括支援センター、住民組織・NPO・ボランティア団体、その他個人や団体、官民を問わず認定したスポット、保健所

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

平成 23 年の東日本大震災で甚大な被害を受けた陸前高田市では、発災直後から、全国の応援チームや保健医療福祉関係者が一堂に会して、活動の情報共有や今後の方向性についての話し合いの場である「保健・医療・福祉包括ケア会議」を開始した。平成 24 年には、未来を考える場として「保健医療福祉未来図会議」と名称を変更した。分野に限定されない個人や団体、官民を問わず、さまざまな関係者からなるゆるやかな協議組織で、事務局は陸前高田市保健課が担った。

この会議では、「みんなと話したい」「交流したい」という住民の声をもとに、「こころのケア」と「居場所づくり」を柱としたさまざまな取り組みを介し、多くの社会資源や人々をつないだ。その結果、こころの交流を促す活動が地域に拡大した。

その際の合言葉が「はまかだ」（「仲間に入って話しましょう」という意味の気仙語「はまってけらいん かだってけらいん」の略）で、日々の暮らしの中での立ち話やお茶飲み、

職場や学校などでの何気ない会話、趣味仲間の集まりといったコミュニケーション（写真）の大切さの意識化に活用された。

その結果、地域では「はまかだ」は、ソーシャルキャピタルとほぼ同義と理解されるようになるとともに、ソーシャルキャピタルの醸成の手段として、重要な役割を担うことになった。



「はまかだ」の例。「お茶飲み会」

○現在の協働や連携の状況

地域住民と保健医療福祉に関わる人や組織をつなぎ、陸前高田市の未来図を共有するための場であったこの会議は、平成 25 年に実施要領が策定された。そして、平成 30 年度から、特定分野だけで健康を支援するのは困難として「保健医療福祉」という冠を外し、「未来図会議」（年 4 回開催）と改称された。要領では、市長公約の「ノーマライゼーションという言葉がいないまちづくり」などの実現を目指す中長期的な展望を議論する場と位置づけられた。誰もが参加可能で、多様な組織や団体等を通じて、あるいは直接的に、地域や住民の声やニーズを汲み取れる場となっている。

そのコアメンバーは、被災直後から支援活動を実践してきた人材や団体で、具体的には、陸前高田市の保健課と地域包括支援センター、社会福祉協議会のほかに、仮設住宅等での自治会サポートやコミュニティ形成支援などを行っていた「仮設住宅連絡会」が前身である「復興支援連絡会」、地域の困り事を資源を組み合わせるまちづくり会社「SAVE TAKATA」、生活支援体制整備事業における協議体設置と話し合いの場づくりを受託する NPO まちづくり協働センター、そして被災当初から支援に入り現在は「はまかだ運動推進アドバイザー」である管轄保健所や陸前高田市での勤務経験があり、いち早く支援を開始した岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学講座の佐々木亮平氏と、「陸前高田市ノーマライゼーション大使」であるヘルスプロモーション推進センターの岩室紳也氏らで構成される。この会合も要領により、「はまかだ運動推進会議」と位置づけられた。毎月 1 回、市保健課により開催されている。

これらが要領化されたのは、活動が地域に受け入れられ、かつ一定の成果を示したためだ。「はまかだ運動」そのものも、「陸前高田市はまってけらいん、かだってけらいん運動推進事業」として、市の政策に位置づけられた。しかも、市長公約の「ノーマライゼーションという言葉のいないまちづくり」を盛り込んだ市の総合計画や、健康増進計画、そして震災復興計画の基本理念に定められた「ひとを育て、命と絆を守るまち」、すべての市民が健康や幸せを感じられるまちの実現に資するものとして規定された。

具体的な取り組みは、①はまかだの実践（ソーシャルキャピタル醸成に向けた市民、関係機関等による戦略を持った地域のつながりの強化、各地域と市全体の QOL 向上や健康づくり、介護・自殺予防などを通じたまちづくりを実践する）、②はまかだの普及啓発（スポットガイド（次頁図）、パンフレット、グッズ（次頁写真）などの作成、配布等）、③はまかだを仕掛け続ける人の増加に寄与すること（はまかだ運動推進会議と未来図会議の実施）など

である。

現在は、地域で人が集う場を「はまかだスポット」として認定し、「見える化」する「スポットガイド」の作成・整備というプロセスを通じた「はまかだ」のさらなる浸透に力点が置かれている。具体的な作業は、「SAVE TAKATA」が交流イベント等を開催しつつ、行政や関係団体等と協働であたっている。また、「復興支援連絡会」も、教室運営などを通じたコミュニティ形成や地域交流、自治会支援の活動の中で「はまかだ」の機会を積極的につくっている。

一方、市社会福祉協議会も、送迎型7か所と仮設住宅型1か所の計8か所のサロンを展開しながら「はまかだ運動」を推進している。陸前高田市には、なお200世帯以上が仮設住宅に入居しており、仮設住宅集約化のための仮設間転居、災害公営住宅入居や高台への住宅建設が行われている。社協生活支援相談員は、「また新たなコミュニティをつくる必要がある。住民からも、はまかだのサロンをしてほしいとの声が届くので、積極的にその視点で支援している」と話している。



○現在の協働や連携に関する意識

未来図会議は、事例発表とグループワークという構成で行われている。「毎回テーマを決め、関係する団体等に分野横断的に声をかけ、はまかだ具体的にイメージできるような事例を紹介してもらっている」（市保健課）。

例えば、料理を持ち寄って食事を楽しむミニデイ的な活動を紹介し、食から考えるはまかだの実践例をイメージしてもらったり、移動支援がテーマの際には、ドアツードアでのデマンドタクシーなどのほかに、健康体操の場に移動図書館を呼んでいる地区の事例を紹介し、“来てもらう交流”なども伝えたそうだ。「自分たちでもできそうと感じてもらうことが大事。地域の困り事を把握し、自分たちで考える、というプロセスを大切にしています。そして、それを地域にフィードバックする。それを繰り返してきました。その結果、はじめは情報共有の場に過ぎなかったのが、次第に自分たちで考える場、他分野を巻き込む場へと変容していきました」（市保健課保健師）。

その中で強調してきたのが「絆」という言葉だ。この漢字には、つながりという意味の「きずな」と手かせ、足かせ、束縛といった意味の「ほだし」の2つの読み方がある。ただ「つながる」だけでなく、地域行事などにほだされて参加することが結果として、お互い様の人間関係や信頼関係を育て、健康やQOLを向上させるなどと繰り返し訴え続けた。

復興支援に従事してきたコアメンバーは、「多くの支援団体が地域振興や産業振興に重点を置いてきたが、個々の住民のQOLを高めるという視点は弱かった。まちの最小単位は住民なので、1人1人が健康にならなければ、地域振興などあり得ないことがわかった」「は

まかだ運動で個々の QOL が高まれば、地域全体が元気になる。市内で活動する 30 ほどある NPO の関係者にそういう視点を伝えている」と話している。一方、市社会福祉協議会生活支援相談員は、「はまかだ運動は、交流すると良いことがあるという成功体験を住民にもたらした」と見ている。「お茶しているのは暇人だという認識が根強かったが、はまかだで元気になる姿を見て、はまかだは大事だね、という認識に変化してきた」と評価している。

○事業の拡大や発展

理念が浸透し、「はまかだ」は、平成 30 年度からの「陸前高田市こころの健康づくり（自殺対策）計画」に明記され、自殺対策にも位置づけられた。また、平成 25 年 1 月に策定された岩手県大船渡保健所管内の「岩手県気仙地域自殺対策アクションプラン」には当初から採用されていた。気軽につながり、語り合っ心癒しにつながる地域をつくること目指されている。市の自殺者数は、減少傾向で全国と比較しても少ないが、20～40 歳代男性と 20 歳代と 60～80 歳代女性は全国より高い。そのため、全課が連携して「人とつながる」取り組みを進め、改善をはかるとしている。

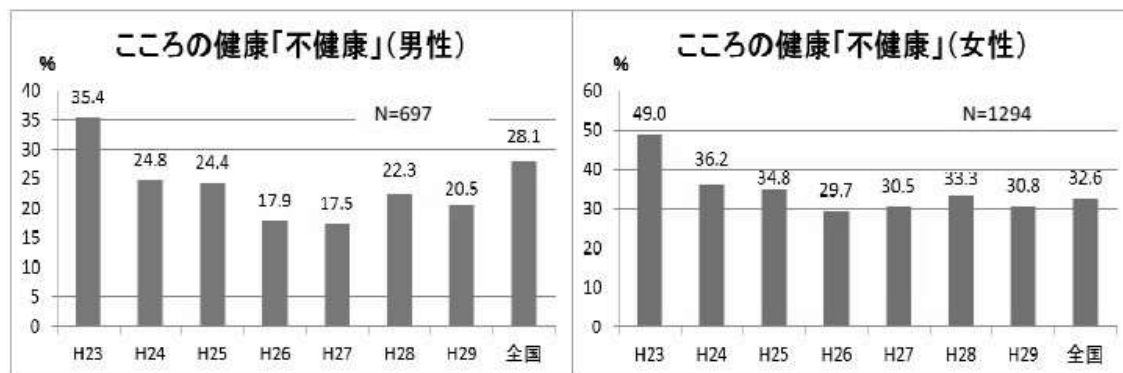
このほかにも、介護保険制度の生活支援体制整備事業における協議体にも平成 30 年度から位置づけられた。生活支援や介護予防のエンジンとしても、期待されている。

○事業の実施による効果

官民連携で運動を促進した結果、「はまかだ」の認知度は、平成 26 年度は 48.6%だったが、平成 30 年度には 72.5%へと大きく上昇した。

また、こころの不健康度が高い人の割合を調べたところ、東日本大震災が発生した年は全国平均よりかなり多かったが、以降は全国平均と同じレベルか、それよりも少ない状態を維持していたことが明らかになった（下図）。主観的健康感についても、「はまかだ運動」を実践者している人は、「はまかだ」を知らない人よりも高い傾向であることが判明した。

一方、自殺者数の推移を見ると、平成 15 年をピークに減少傾向で、震災後も少ない状態を維持していた。しかし、年齢階級別死亡率で調べたところ、20～40 歳代男性と 20 歳代、60～80 歳代女性の自殺死亡率の高さ（次頁表）が判明した。人口が少ない地域では 1 人の増減で死亡率が大きく変動するため、今後も丁寧な評価が求められる。



このような成果を地域にフィードバックした結果、「はまかだって大事だよね」という認識がさらに高まり、住民の取り組みがさらに進んだと言う。

表1 自殺者数の推移

	H21	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29
男	6	4	2	2	0	4	1	4	0
女	2	3	5	0	2	0	2	2	2
合計	8	7	7	2	2	4	3	6	2
死亡率(人口10万対)	34.2	29.9	34.6	10.1	10.3	20.7	14.9	30.8	10.3

表2 自殺死亡率の傾向(H21~24年とH25~29年の平均値の比較)

	年代	傾向	H25年~H29年計(自殺死者数:0人記載せず)
男性	10代、50代~80代	全国より低い・同等	50代2人、60代1人
	40代	全国より高く増加傾向	40代3人
	20代~30代	全国より高いが低下傾向	20代1人、30代2人
女性	10代、30~50代	全国より低い・同等	
	20代、70代	全国より高く増加傾向	20代1人、70代3人
	60代、80代	全国より高いが横ばい傾向	60代2人、80代2人

例えば、ある地域のサロンが実施したウォーキングイベントでは、スタート時点でウォーキング参加者は5人だったが、道中で仲間を誘い、ゴール時点ではウォーキング参加者が10人になった。要するに、途中参加が可能な形で行われたようだ。

保健課保健師は、「これを聞いて、つながりを増やす意義が伝わっているようで嬉しかった。保健医療職はどうしても健康という入口から入ってしまうが、人のつながりを優先すべきと痛感した。人が集まれば、健康度が改善することにも改めて気づかされた。これが一番の収穫」と話している。地域の主体性の高まりを感じることも増えたと言う。

市社会福祉協議会の生活支援相談員も、次のように話す。「放っておいたらハイリスクケースになる事例も、ローリスクのうちに関われるようになった。住民同士で“あの人が心配” “いつもと違う”などと早く気づいてくれる。住民には伝えてくれる力があると改めて気づかされました」。見えなかったニーズ、届かなかった声が「はまかだ」の支援や住民を通して入るようになり、文字どおり、包括的な支援体制が住民という社会資源を含めてできてきたと評価する。また、専門職同士の関係も強固になり、カンファレンスの場でなくとも、地域の情報やケースの共有、対応がごく自然にできるようになったという声も聞かれた。

連携が持ちかけられる機会も増えてきた。例えば生涯学習分野からは、芸術文化講座などを「はまかだ」の場としたいと声をかけられた。「はまかだ」が各種計画に位置づけられたこともあり、そうした要請の受け入れもスムーズだと言う。

未来図会議で「多分野が仕掛けるはまかだ」をテーマにした際には、移住定住促進NPOが活動紹介を行い、民泊も「はまかだ」だという視点が認識され、庁外連携につながった。このつながりから、民泊客にどのような食事を提供すれば良いかがわからないという民泊経営者の声を把握した同NPOが、食生活改善推進員に調理講習会を依頼して、そのニーズに応え、新たな「はまかだ」の場につながった。今後、市外のツーリストらを含めた「はまかだ」を構想していると言う。また、青年会議所も、子どもたちの職業体験に「はまかだ」の視点を取り入れていくそうだ。

「はまかだ」の輪は、着実に広がっている。

○活動継続における課題と対応方法

最大の課題は、委託費を中心とした予算の確保である。だが、一定の成果も出たので、グッズの制作費を民間に委ねるなどの工夫もして、何とかやりくりしていくと言う。

また、「はまかだ」は全世代向けの考え方だが、高齢者対策という誤解も根強い。若い世代の自殺や子育て不安などの問題もあるので、そうした層への拡大も課題である。保健課は、「思春期教室もはまかだという考えで、はまかだパンフレットの子育て版をつくっている。若い世代も元気にしたい」と意気込んでいる。

関係団体等からは、「以前に比べて庁内連携は進んだが、資源をつなぐハブとしての意識を今以上に持ってほしい。そして、民間組織が成果を出したら、その成功事例を積極的に情報発信してほしい。そうすれば、頑張れる」という声が上がっている。行政が関係機関をつなぐ意識を持ち続けることも課題と言えるだろう。

一方、「はまかだスポット」を調査し、マッピングする作業をコアメンバーだけで推進するのが大変で、課題だと言う。全体で300か所以上もあり、訪ねることができたのは150か所程度に過ぎない。次々と認証していくのも課題だ。半面、「常連だけの気兼ねなく行ける居場所にしておきたいから、ホームページに掲載しないでほしい」という声もある。住民主体の通所サービスなどを増やす介護予防・日常生活支援総合事業を推進する意向もあり、その辺りをどのように考えるかも課題だが、地道に伝え続けるしかないとしている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・分野に限定しない多様な主体によるゆるやかな協議組織を設置した。
- ・それを、人との交流が健康の源泉となるという共通理解のもと、「こころのケア」と「居場所づくり」のプラットフォームと位置づけた。
- ・協議組織の運営にあたっては、参加しやすい、意見を出しやすい雰囲気重視した。その緩やかさが活動促進のポイントとなった。
- ・「はまかだ」というわかりやすい合言葉が、ソーシャルキャピタルの醸成につながった。
- ・「はまかだ」ができる場所を「見える化」したことにより、認知度が7割に向上した。
- ・ゆるやかな協議組織を設けたことで、支援団体間の顔の見える関係が強固になり、連携が活発になって、取り組みのカバー率が上がった。
- ・活動の結果、「こころの不健康度」が高い人の割合が低い状態で維持できている。
- ・活動を市長の公約を盛り込んだ総合計画や震災復興計画、健康増進計画、自殺対策などに位置づけた。その結果、庁内連携がスムーズになった。
- ・人との交流の場が増えたことにより、ハイリスク者に気づける住民力が醸成され、包括的な支援体制が構築できた。
- ・ともに汗を流したことで、行政に依存する傾向が軽減し、地域の自立心が高まった。
- ・協議組織が作戦会議の場と認識された結果、行政が言いづらいことも、地域づくりに必要な事柄であれば、団体等の民間の立場から発言してくれるようになった。

<上尾市生活支援課>

人口 225,196 人、高齢化率 25.60%

本事業の主管課は、市役所本庁にある。保健センターは、市内 2 か所にある。

■生活保護受給者の健康管理支援事業（平成 24 年より厚労省モデル事業）

○事業の概要

上尾市では、平成 24 年から生活保護受給者対策を開始した。厚生労働省のモデル事業で、健康増進プログラム（健診）、健康管理支援事業（保健指導等）、後発医薬品使用促進プログラムからなる。当初は、生活保護受給者本人への健康管理支援が中心であったが、受給世帯等の子どもたちの食生活食環境が想像以上に悪いことから、将来の健康と自立を視野に入れ、学習支援 NPO や専門職を有する社会福祉法人などの関係団体等と連携して、子どもたちのための食生活改善プログラムを提供することにした。生活保護受給者への健康管理支援事業が平成 33 年より全国で義務化されるが、その子どもの支援まで実施している事例は珍しい。

【主管課】

【実施】5 年以上 10 年未満

【対象】生活保護受給者等とその子ども

【連携先】高齢者支援部門、子育て支援部門、生活困窮者部門、生涯学習部門

福祉サービス事業者や施設、住民組織・NPO・ボランティア団体、一般社団法人、医療機関、大学、学校、企業、商店・商店街、社会福祉協議会、子育て支援センター・子育て世代包括支援センター、地域包括支援センター、保健所

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

生活保護受給者対策の準備として、平成 24 年に厚生労働省のモデル事業に申請するとともに、まず保健センター保健師を生活保護部局に配置した。

そして生活保護部局で、電算システムを用い、40～64 歳で糖尿病や脂質代謝異常などの生活習慣病がありながら医療機関未受診の受給者を抽出し、健康増進法にもとづく一般健康診査の受診勧奨を実施。受診後、健診結果をもとに、保健センターが保健指導対象者を選定し、保健師、管理栄養士、歯科衛生士、健康運動指導士などによる個別相談・指導を実施する。なお、未受診である場合には、生活保護部局で再度、リストアップし、ケースワーカーが勧奨する。これが、健康増進プログラムの流れだ。

一方、健康管理支援事業は、食生活が乱れ、喫煙量や飲酒量が多く、身体活動も乏しい上、不眠やストレスを抱えていたり、不節制や不衛生で、重複受診や向精神薬の重複処方が見られる受給者等が少なくないことからはじめたもので、すべての受給者に健康増進や疾病

予防の注意喚起を行うとともに、ケースワーカーから健康管理が著しく不適切で健康を害しているケースを把握し、目標管理型、伴走型の保健指導を実施する。

こうした取り組みにより、平成 25 年度にわずか 2.8%であった健診受診率は、30 年度には 10.6%まで上昇し、要指導者の割合も 60.4%から 29 年度には 40.5%に改善した。

○現在の協働や連携の状況

生活保護部局と保健センターでは、生活保護受給者本人への健康管理支援の状況の共有のための会議を持っている。新規受給者が挙がってきた場合には、虐待なども考慮し、必要に応じてケースワーカーと保健師の同行訪問を行うなどしている。

こうした対応の中で、生活保護受給者本人と、その世帯の子どもたちに想像以上の食生活と食環境の乱れが確認された。そこで平成 27 年度から、受給者本人向けの「食生活改善プログラム」と、受給世帯等の子どもたち向けの「食育支援プログラム」を、多機関と連携しながら展開することにした。

「食生活改善プログラム」の対象者は、生活保護受給者と生活困窮者。狙いは、自らの健康を守るために調理技術と生活習慣病予防について学ぶことである。年 3 回の実施で毎回、数人から 10 人程度が参加する。例えば、「大根使い切り教室」では、大根とイカの缶詰の煮物、大根菜のふりかけ、大根の甘酢漬け、大根の皮のきんぴら、大根サラダ、大根とわかめの味噌汁を調理し、野菜料理のレパートリーが増えるよう働きかける。生活保護部局の保健師やケースワーカー、保健センターの管理栄養士のほか、社会福祉法人の管理栄養士と支援員らが、講師や調理デモンストレーションに関わる。福祉事務所に実習に来た薬科大学や看護大学、福祉系大学の学生も、ボランティアとして健康教育と調理実習に参画しており、薬科大学の学生は調理実習のデモンストレーションとともに、クイズ形式で正しい服薬方法などの健康教育を担当する。

一方、子どもたち向けの「食育支援プログラム」は、被保護世帯や生活困窮世帯、児童扶養手当受給世帯の中高生が自ら調理する楽しさを知り、将来の自立に向け、健康的で健全な食習慣や食環境を習得するきっかけをつくることを目的に、参加しやすい夏休みと冬休みの年 2 回開催している。毎回、5 人から 14 人が参加する。連携先はほぼ同じ。子どもたちの募集にあたっては、市からの委託で被保護世帯等の中高生を対象に週 1 回、学習支援を行っている一般社団法人と連携し、協力を依頼している。

○現在の協働や連携に関する意識

受給者等向けの「食生活改善プログラム」では、社会福祉法人の管理栄養士や支援員が調理デモンストレーションなどで協力しているが、これは生活保護部局の保健師が、失業や虐待、DV、けがや病気などが原因で生活に困っている人たちに寄り添って、訪問や相談を通じて必要な制度につなぐ埼玉県相談支援事業「彩の国あんしんセーフティネット事業」で接点のあった人物に連絡し、協力を得たものである。このネットワークからは、別の人材も

食材の支援等を含め、協力が得られていると言う。

子どもたち向けの「食育支援プログラム」の実施にあたっては、学習支援団体の先生に相談したところ、モチベーションを高めるレクリエーション的な効果が期待できるとして、反応は良好であった。また、学生に講師役などに関わってもらっている大学も、前向きに協力してくれていると言う。

生活保護部局のケースワーカーは、精神疾患と生活習慣病を併発していながら治療放置され、服薬が困難な状態になっているなど、健康面の問題から支援が上手くいかないケースへの対応で悩んでいることも少なくなく、優先すべき医療的な処置の判断などに長けた保健師との連携は、高く評価されている。

○事業の拡大や発展

被保護世帯や生活困窮世帯等の子どもたち向けの「食育支援プログラム」は、当初から計画された事業ではなかった。しかし、取り組みの中で、子どもたちの食生活の乱れ、とくに調理された食事を口にする経験の乏しさなどから、生活保護部局の担当保健師が将来の健康、自立を危惧するとともに、親になったときに愛情のこもった手料理をつくってあげられることが必要と判断し、実施に至った。

実施に先立ち、被保護世帯等の中高生に学習支援を行っている市内数か所の拠点へ出向き、参加の声掛けを行うとともに、その生活実態を知り、自宅での再現性のある献立を提案する目的でアンケートを行った。その結果、基本的な調理器具や生鮮食品などは家庭に揃っていることが確認できた。また、保健センター管理栄養士が高校への出張栄養相談等で男子生徒の清涼飲料水やお菓子の過剰摂取による軽度肥満や女子生徒の極端なダイエット傾向を把握していたことから、それらの結果として生じる生活習慣病や、やせ過ぎに伴う不妊症といった健康問題への対応をプログラムの中で指導することとした。

そのような検討を経て、体重チェックや食事と健康などの健康教育と、自宅の食材等で調理できる再現性の高い献立を組み合わせたプログラムが決定した。

「食育支援プログラム」の流れは、健康教育、調理デモンストレーション、グループに分かれての調理実習、喫食、片付けとなっており、健康教育の講師は保健師や管理栄養士、そして調理デモンストレーションは社会福祉法人の管理栄養士や調理師がそれぞれ担当する。社会福祉法人の支援員は、買い出しや食材の提供などの事前準備や当日のスタッフとしても活躍している。さらに、生活保護部局のケースワーカー（社会福祉士や精神保健福祉士など有資格者含む）はもちろん、大学の学生もボランティアで関わっている。

実は、こうして多職種に関わってもらっているのは、子どもたちの将来を見据え、職業モデルとして機能してほしい、と生活保護部局の保健師が考えたためだ。したがって、気になる仕事があれば、業務内容や資格取得、進学先等について尋ねるように促していると言う。大人たちが真剣に関わることにより、社会に対する信頼感をもって成長することも期待できる。担当保健師は、「プロの調理師の包丁さばきを見て目を輝かせた子どももいた」と振

り返っている。

○事業の実施による効果

子どもたち向けの「食育支援プログラム」については、事業の実施後に行ったアンケートで、調理の再現性が確認できただけでなく、「家族が喜びそう」「自分好みにアレンジしてつくりたい」といった前向きな声が聞かれた。

一方、受給者本人等向けの「食生活改善プログラム」では、精神疾患を有する 40 歳代の肥満の受給者が体重を 130kg から 80kg 台に減量した例がある。調理器具等が自宅になかったため、月に 5,000 円を貯めてそれらを購入し、ヘルパー等の協力も得て 1 人で調理できるようになったばかりか、ヘルシーメニューにハマり、ラジオ体操とウォーキングを毎朝の日課にしたおかげで、ダイエットできた。生活保護部局の保健師は「外食が減り、お金が貯まるというメリットも大きかった」と振り返っている。

伴走型の支援により、野菜の摂取量を増やす調理技術を身につけることが目的であったが、プログラムへの参加が当事者の「楽しみ」の一つになっているだけでなく、社会参加への助走の場にも位置づけられるようになっている。

実は、両プログラムの調理デモンストレーションに入ってもらっているボランティアは、治療中の生活保護受給者で、就労支援員との関わりは遠のいたものの、保健師による健康管理支援の対象者で、自信回復のために協力を依頼した人材だった。包丁さばきで子どもたちの目を輝かせ、事業への関わりで人の役に立つ喜びを実感できたこともあって、臨時給食調理員となった。社会復帰しつつある当事者も資源とし、連携の輪を広げているのである。

○活動継続における課題と対応方法

課題の一つは、福祉と保健の担当者間での「食」に対する考え方の違いを統一することだと言う。具体的には、福祉分野では調理実習にやや豪華な食を求め、少しでも日常の中に夢も持たせたいと考えるのに対し、保健分野では自宅にある調理器具で入手できる食材で簡単に料理できる再現性を重視するといった違いがある。そのため、互いの考え方を共有し、すり合わせを行って、誰もが標準的な対応を行えるように目的を明確にした要綱などの整備が必要だとしている。

また、包括的な支援体制の構築に向け、子ども食堂との連携にも着手したいと考えている。本来であれば、週 1 回の学習支援の場で実施できるのがベターであるが、環境的にむずかしいため、子ども食堂との連携を模索している。まだ拾えていない生活困窮世帯等の子どもたちをカバーすることに加え、「食生活改善プログラム」で調理に興味を持つなどした当事者に子ども食堂のボランティアとして活躍してもらいたいためでもある。虐待や DV の経験を持つ子どももいるので、一方的な思いだけでは実現できないが、すでに市内 6 か所の子ども食堂には打診をしつつあり、何とか支援の輪を広げたいとしている。そのほかにも、洋服の交換会を補助金を得て実施している母親サークルがあるため、そうした団体とも連

携し、生活の質を高めるアプローチも検討中である。

子どもたちの性教育への対応も課題である。起業看護師が「パンツの教室」を開催していることから、そうした資源との連携も検討している。さらに、子どもの自殺対策にもつなげる意向である。

一方、市内の生活保護受給者の53%が高齢者で年々、その割合が上昇し、介護扶助も増大していることから、介護予防的な取り組みへの着手も課題となっている。そのため、さらなる社会資源との連携が必要だと言う。

このように福祉分野には、多くの公衆衛生的な課題が存在することから、保健師等の人材の福祉分野へのジョブローテーション、積極的な派遣、人事異動を検討すべきだと言う。本庁と保健センターが別棟となっていることもあり、若い保健師等が本庁に壁を感じている状況であるので、そうした心理的な障壁も払しょくしたいとしている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・事業開始に先立ち、保健センターから主管課に保健師を派遣した。
- ・保健センターから派遣された生活保護部門の保健師が保健センターの機能、多忙さを理解しており、双方に負担の少ない連携を可能にしている。
- ・対象者の実態とともに、地区診断を活かし、学習支援NPOや社会福祉法人などの社会資源の把握も行った上で、必要な資源に積極的にアプローチし、連携の輪に加えている。
- ・被受給者世帯等の子ども向けの食育支援プログラムのスタッフらは、ほかの事業等で関わった個人的な人材だが、必要な人材を自身の人脈をも活かして活用している。
- ・当事者の将来を見据え、自立につなげるべく、事業のサポートに入ってもらい、資源として活用している。
- ・単なる医療費適正化に終始せず、対象者や受給者世帯等の子どもたちの将来の健康を予見し、必要な連携先にアプローチするとともに、当事者の活躍の場をつくったり、子どもたちのロールモデルとしての大人を事業に関わらせるなど、専門職として、予見的な関わり方をしている。
- ・事業の実施前後の評価を行っている。
- ・その結果として把握された介護予防ニーズ、生活支援ニーズへの対応も新たな社会資源を模索し、連携の輪の拡大を視野に入れ、中長期的な目線で解決しようとしている。
- ・連携先からの依頼は、なるべく受けるようにしている。それにより、依頼がしやすくなる。「お互い様」を意識している。
- ・連携先である保健センター保健師らに対し、社会福祉などの周辺の制度や政策の把握とともに、庁舎内の関係部門の職員との人脈を持つておくようアドバイスを送っている。

<朝霞市保健センター>

人口 136,299 人、高齢化率 18.80%

保健センターは単独型（子育て世代包括支援センターのみ同居）で、市内 1 カ所。

本課機能を有する。市役所とは、徒歩 5 分程度の距離圏。

■育み支援バーチャルセンター事業（子ども・子育て支援事業計画、障害者プランに位置づけ）

○事業の概要

軽度発達障害などの「気になる子ども」の支援のため、乳幼児健診から保育園・幼稚園、小中学校等に至る切れ目のない支援体制をつくる。単に診断をしてサービス等に結びつけるのではなく、現実問題として現場で対応に苦慮している学校等の教員らのエンパワメントなどの支援を行うことを狙いとしている。市には、発達支援センターがないことから、専門家を保健センターでリクルートし、専門家チームをつくり、保育所、小中学校、さらにはその所管課である保育課や学校指導課などともネットワークを構築している。

【主管課】朝霞市健康づくり課

【実施】5 年以上 10 年未満

【対象】幼児～中学生、およびその保護者、教員など

【連携先】子育て支援部門、障害児者支援部門、学校教育部門、
保育園、幼稚園、小中学校、保健所

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

市に発達支援センターがなかったことから、軽度発達障害を持つ本人やその保護者、また対応にあたる教員らの負担軽減のため、「育み支援バーチャルセンター事業」を発案した。

きっかけは、平成 16 年度の県保健所による「発達障害児支援会議」であった。これを機に、保健・福祉、教育等の関係者で発達障害児の地域支援のあり方に関する情報交換を行うとともに、研修会等を実施した。また、同年に埼玉県教育委員会が実施した「小中学校の通常学級に在籍する特別な教育支援の必要な児童生徒に関する調査」により、学習面や不注意・多動性、対人関係等の発達面に著しい困難を有する児童生徒の割合が小学校で 11.7%、中学校で 7.5%に上がることが明らかになっており、朝霞市においても同様の傾向で、実際に発達障害を抱える児童生徒がいることも確認できた。

早速、保健センターの健康づくり課では、地域における発達障害児等の支援体制が必要と判断し、県教育委員会にアプローチするとともに、市の障害福祉課、保育課、教育委員会（教育指導課）に声をかけた。そうした中で、とくに学校には、動きまわる子や集中できない子があり、担任教諭 1 人で対応に困っているだけでなく、どこに相談すれば良いか、どのような制度につなげば良いかもわからず、負担感が大きいことが確認された。

そこで、これらの課の関係者らで「育み支援バーチャルセンター事業」に取り組むことになった。とは言え、市には発達支援センターがないため、保健センターが小児精神科や小児発達等の専門医師や臨床心理士、作業療法士などをリクルートした。具体的に教育現場に向いて相談支援を行いたいと説得し、何とか専門家を確保した。作業療法士については、市作業療法士会に頼み、相談支援が行える人材を派遣してもらうことにした。そして、それらの専門家と保育士、教員、保健師らの地域スタッフとでチームを組み、保育所、幼稚園、小学校、中学校への巡回相談や単発の発達相談などの相談業務のほか、研修会、報告会、発達障害児者支援体制整備連絡会議なども実施する仕組みを構築した。

これが、平成 21 年度にはじまった健康づくり課を事務局に障害福祉、子育て支援、教育委員会、保育所・学校などが連携する「育み支援バーチャルセンター事業」である。狙いは、母子保健から学校保健に至る切れ目のない支援体制をつくることである。市子ども・子育て支援事業計画に位置づけられている。

○現在の協働や連携の状況

保育課や学校指導課が所管する市内の保育所・幼稚園、小中学校等から発達障害に関わる相談事項を集約し、専門医などの専門家と保育士や教員、保健師の地域スタッフらのチームで事前カンファレンスを実施した上、保育所・幼稚園、学校に年 2 回（前期、後期）、巡回して相談支援などを行う。高学年や中学生については、巡回の相談支援ではなく、単発の相談支援で対応する。その理由は、例えば普通学級に入ったことにより、不登校などの二次障害が生じているケースもあるため、1 人 1 人をしっかりとチェックするためである。

一般的な巡回式では、診断結果を報告するだけだが、朝霞市の場合、保育課等が保育所等から集約した情報を記した「記録用紙」をもとに事前カンファレンスを行い、何に困っているのかなどを把握した上で、具体的な狙いをつけて巡回訪問を行い、その後の対応に活かすため、事後カンファレンスまできちんと行うのが、大きな特徴である。専門医からは、生まれてからの情報を持っており、必要なサービスの調整もできる保健センターの保健師が巡回に必ず同行するよう要請されている。

巡回訪問後には、「巡回相談報告会」を実施している。保育所 3 回、幼稚園 1 回、小中学校 1 回とそれぞれ保育課と教育指導課と合同で、巡回訪問を振り返り、状況を報告し、情報を交換する。

このほかにも事業の一環で、つまずきのある子どもへの対応などをテーマに毎年、講演会を実施している。保育士や教員だけでなく、保護者らにもオープンにしており、100 人近い参加を得ている。

一方、保健センターでは、早期に療育につなげる重要性が認識されるようになり、1 歳半児と 3 歳児の乳幼児健診に心理職が入る体制となった。

さらに、乳幼児健診のカルテなどから、集団が苦手な子などの「気になる子ども」をピックアップし、確定診断前から支援を行ったり、早期に療育に結びつけたりするため、3 歳ま

での「子パンダ教室」と、3歳以上の「にじいろイルカ教室」という親子対象の発達相談教室も設置した。子どもへの支援と親への支援の優先度なども判断し、親には発達上の関わり方などもレクチャーする。いずれも、巡回スタッフと同じメンバーが関わる。

また、児童福祉等を担当する子ども未来課で家庭児童相談員が行っていた1歳半児と3歳児の家庭児童相談事業を保健センターで引き取り、心理職が関わる体制にした。

○現在の協働や連携に関する意識

保育所や小中学校は困っているの、所管課等に働きかけて両方をシームレスにつなぎ、専門家チームを結びつけるアプローチは、保健センターが行うものという共通理解がついている。相談の事業だけでなく、その後に必要となるサービスなどの資源をもつなげていく役割も含めて、認識されている。事例検討で、ケースが適切な療育の指導員につながり、子どもも親も落ち着いていること共有すると安心し、モチベーションも上がるし、学びにもなる。そういう場をつくることで、効果も共有でき、信頼も高まると言う。

保健センター担当者は、「保健センターは、子どもの生まれてからの情報も持っており、地域の資源も熟知しており、資源同士をつなぐ専門職もいるので、保健センターがマネジメントを行うこのような取り組みは、全国どこの自治体でも実施できると思う。他部署をまたぐので大変だが、上司へのレクチャーなどを丁寧に行えば、乗り越えられる」と話す。

市立の保育所や学校等については、スキルの高まりが感じられるとともに、保健センターが相談先として身近な存在となっている。私立については、巡回訪問等を開始したのが平成28年度からなのでこれからだが、市立の保育所や学校等の児童生徒の家庭環境に問題等があるケースでは、家庭訪問に同行することもある。今後は、保育課からの要請もあり、私立への対応に力を入れる案も出ている。

学校関係者等の人事異動に伴って共通理解が希薄化しないよう、関係各課が集まって実績報告等を行う「発達障害児者支援体制整備連絡会議」を年3回開催している。年2回は実務者中心で行い、年1回は異動等で方向性がブレないように課長級に参加してもらっている。こうした会議の継続により、共通理解の促進をはかっている。また、年数を重ねたことで、実務者から教頭や学校長に昇進する者も現れ、より理解が進んできている。

とくに保育所や学校の関係者は、発達障害の診断をつけ、療育や医療につなげば治ると誤解している場合もあるので、5～6歳までは確定診断がつけられず、先々まで支援を行っていくものだという基本的な理解をしてもらう。また、気になっていながら、どこにも相談せず、療育につながっていないケースもあるので、まずは早期に療育につなげる重要性を含めた正しい理解をしてもらうことを重視している。

そのような理解をしてもらった上で、巡回訪問で診断して終わりではなく、きちんとフォローしていくことについて説明をするプロセスを丁寧に行ってきた。

また現在もなお、市内すべての保育所等で実施できているわけではないので、未実施の保育所に対しては、何度も説明に出向き、巡回相談でも単発相談でも構わないので、いずれか

の相談支援を受け入れてもらえるように説得していると言う。

○事業の拡大や発展

事業開始当初から保健センターが中心的に動いてきたが、意義が伝わり、困った際の身近な相談先としても期待され、支援スキルも向上したことなどから、学校指導課は業務として、学校等からの相談内容の集約、記録、巡回相談日時の調整などを主体的に行うようになった。

当初は、手探りで巡回を行っていたが、平成 29 年度は公立を中心に保育所 9 園、幼稚園 8 園、小学校 10 校、中学校 5 校を巡回し、保育所は公民合わせて延べ 33 園に支援した。平成 31 年度は、認可保育所の増加もあり、保育園だけで 60 園の予算を組む予定である。

○事業の実施による効果

保健センターでは、これまで母子と関われる事業は、新生児訪問や 4 か月児訪問、10 か月児・1 歳半児・3 歳児健診で、とくに後半は間が空いてしまうという弱点があった。しかし、「育み支援バーチャルセンター事業」により、保育所とつながり、支援が切れ目なく行えるようになった上、小中学校へもフォローができるようになった。シームレスな支援体制を確立できた点が一番の効果である。

連携以前は、学校側は何でも県教育委員会へ相談していたが、外部の専門職を確保しつつ、巡回相談、報告会、研修会、講演会などを開催したことにより、支援スキルが高まってきた。また、巡回相談支援の前に保育課や教育指導課が保育所や学校等から困り事などを集約する作業や、保育所・学校等の関係者が巡回時の記録を用紙に記載する作業は、本来業務の最中に行われる。したがって、教員らにはかなりの負担となるのだが、例えば巡回時の記録等は、給食時に保健師らの巡回チームのスタッフが一緒に行ったり、カンファレンスをすることもある。そうした伴走型の作業も、発達に課題のある児童生徒の対応を考える上で教員らの参考になり、信頼につながっている。

従来は、困り事があった場合、県教育委員会にしか相談していなかったが、情報を共有している身近な保健センターに気軽に相談できる体制となり、安心だと評価されるようになった。「学校関係者は以前、保健師は児童生徒を診て助言する人という認識だったが、現在は、生まれてからの本人の状況はもちろん、その親や家庭の継時的な状況などを把握し、必要な対応、サービスや社会資源の調整を行い、さらには連携体制の構築や仕組みの整備などを行う人材と理解してくれるようになった。信頼関係が困り事の相談だけでなく、健康教育等のオファーにもつながっている」と保健センター担当者は話している。

また副次的な効果として、健康教育等のオファーが増えてきたと言う。「例えば、アルコール・たばこ対策の健康教育や、授業参観前に保護者向けに風疹等の予防接種などの講義をさせていただいた。教育指導課からは毎年、子どもの自殺対策としての SOS ゲートキーパー研修の講師を頼まれ、新任期の教員らにロールプレーも含め、レクチャーをさせていただいている。垣根が低くなり、依頼が気軽に入るようになってきている。養護教諭の勉強会にも呼

ばれ、保健センター機能についてお話をさせてもらったこともある」と話す。

○活動継続における課題と対応方法

巡回訪問が実施できている公立の保育園や幼稚園、学校については支援スキルの向上が認められるようになってきたが、巡回訪問の受け入れを行っていない私立の保育所や学校がいくつか残っている。それらへの拡大が今後の課題の一つである。

また、保育所や学校などの現場で行うべきことを過度に保健センターに期待されることも課題である。巡回相談支援時の個々の児童生徒の記録は本来、現場が行うべきことだが、しばしば“お客さん”になってしまい、保健センターに委ねようとする場合がある。この事業は、各現場のエンパワメントが目的であるので、毎年の事業説明等でその辺りの徹底をはかるとともに、所管課から現場に対し、記録の仕方や当該児童生徒の見守り方などのガイドラインを出すなどしてもらうことも課題だと言う。

この事業の大きな目標は、当事者への支援とともに、周囲の教員やそのほかの子どもたちへの影響を軽減することである。したがって、健常児の親たちに発達に課題のある子どもへの対応の仕方を理解してもらうことも課題で、受け入れられる地域社会づくりもこの取り組みの範疇として位置づけている。保健センター来所型では、個別対応が中心だが、これは学校等へ出向いた巡回型の事業であるため、教員を含め、周りの児童・生徒、その保護者にも間接的な効果が期待できる。クラス分けの際にも、発達障害などを抱える児童生徒の席の並べ方や隣の生徒への対応の仕方を含め、チームからの助言をもらえるようになったことから、苦労が減ってきたと言われるようになってきた。そういった効果をさらに周囲に拡大することが、今後の大きな課題の一つである。

この事業は、教員らの困り事に付随して子どもたちを診るというスタンスなので、一般にオープンにしていない。だが、発達上の課題等を抱える子どもの親がそもそも困っていない、あるいは障害を受容できていないといった場合も少なからずある。そこで、保健センターでは、保護者の受容を促す目的で保護者の相談から入る支援も必要と考えている。その場合、保健センターも関与するが、現場の先生方のスキルなども今以上に問われる。保護者らにオープンにしていくことが今後の課題だと言う。障害者プランの見直し時には、その辺りも位置づける意向である。

こうして一定の効果が認識され、発達に課題のある子どもたちが支援計画に結びつくようになってきているが、評価指標の設定が課題となっている。現状では、人数や巡回数といったアウトプット指標だけであり、学校卒業後に地域で暮らせることを狙いとする中で、どのような批評を用いれば良いか、手探りの状態となっている。

また、発達障害者支援法の整備に伴い、市障害福祉課が市内の社会福祉法人が行う児童発達支援センターや県の発達障害者支援センターなどの療育につなぐ事業を開始し、児童発達支援センターのケアマネが支援計画を作成し、支援する取り組みが動きはじめるとともに、保育所などに療育支援で訪問するサービスや通所の療育サービスもスタートした。こう

した取り組みとの棲み分けが今後の課題である。

さらに今後は、この連携の基盤を活かし、保健センターが所管する子どもの自殺対策にも広げていきたいと言う。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・発達支援センターがないことを逆にとり、必要な専門職を確保し、保育士や教員らの地域スタッフとチームを組み、巡回相談等に対応する方法を採用した。
- ・連携のきっかけは、県保健所の会議と、発達面に困難を抱える児童生徒が1割程度いるとした県教育委員会による調査結果だった。
- ・保育所や学校等との連携体制ができ、保健センターでも発達支援関係の事業を拡充したことなどにより、母子保健から学校保健に至るシームレスな支援体制が構築できた。
- ・巡回相談支援の結果の報告会や、研修会、講演会なども行い、発達に課題のある子どもを受け入れる地域社会づくりも視野に入れている。
- ・実務者レベルの会議だけでなく、管理職レベルの会議を毎年実施し、人事異動等に伴う共通認識の希薄化を防ぐように工夫している。
- ・保育・教育・障害福祉の連携を促進でき、母子保健事業等のデータを持つ保健センターが事務局として機能すれば、どの市町村でも支援体制づくりの実施は可能である。
- ・保健センターは、本庁とは別棟の単独型だが、マネジメント機能を持ち、関係部署の調整を積極的に図れば、連携体制の構築には、何ら不都合はない。

■あさか健康プラン21推進事業（朝霞市健康増進計画に位置づけ）

○事業の概要

朝霞市では、「くらしの中から健康づくり」をテーマとする「あさか健康プラン21」を推進している。その中で、保健センター単独の取り組みでは、一部の参加者しか捉えられず、カバー率が高まらない、という悩みを抱えていた。そこで、保健センターでは出会えない層とのつながりを増やすべく、庁内の各課との連携を深め、普段とは違う層の取り込みを模索した。また、プランの推進役である健康あさか普及員に市職員もなれるよう工夫しているため、その登録依頼を他課との接点としても活用している。一連の取り組みで他課との関係が良くなり、カバー率が上がり、「あさか健康プラン21」の指標も改善してきた。

【主管課】朝霞市健康づくり課

【実施】5年以上10年未満

【対象】特定の対象は設定していない

【連携先】国保や高齢者支援の部門、生涯学習スポーツ課、産業振興課、道路課など8課、
商店・商店街、地域包括支援センター、住民組織・NPO・ボランティア団体

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

健康づくりの活動を推進する上で、保健センター（健康づくり課）だけでは、健康増進に関心のある人、リピーターにしかアプローチできず、展開に限界があった。

そこで、「あさか健康プラン 21」における健康づくりでは、積極的に他分野と連携し、他課が主催する事業やイベントなどを通し、これまでに接点のなかった人たち、健康に関心のない人たちにも関心を持ってもらうアプローチを行うことにした。

きっかけの一つは、あさか健康プラン 21 第 1 次計画（平成 26 年度から第 2 次計画）で「朝霞市民健康意識調査」を実施し、「今後、あなたはどのような健康づくり活動に参加したいですか？」という設問に対し、「参加したいと思わない」という回答が 22.0%いたことである。その半面、「スポーツ活動」が 32.7%、「ボランティア活動」が 13.2%おり、普段関わっていない層にアプローチしていく必要があると意識するようになった。

○現在の協働や連携の状況

具体的な事業内容は、健康あさか普及員の拡大、健康まつりへの他課等の参加、各課主管のイベント等での健康ブースの設置、民間企業等との協働などである。

まず、健康関係の取り組みを行っている課として、生涯学習・スポーツ課、公民館を所管する教育委員会、産業振興課、道路課など 8 課をピックアップし、連携した。

例えば、生涯学習・スポーツ課とは、市民体育祭などに健康相談ブースを出展し、健康づくりの普及を PR させてもらっている。また、公民館とは度々、健康講座等を共催していたこともあり、地域活動と健康づくりを絡ませようと、講座の時間を 15 分もらい、社会参加による健康効果などをアピールしている。みどり公園課とは、公園遊具の設置にあたり、担当職員と意見交換を行い、介護予防等につながる遊具の使用法の説明会や体験会などを共同実施した。地域包括支援センターとは、健康相談やイベントへの協力を行っている。

保健センターでは、年 4 回はイベント等に協力するという目標を立て、健康あさか普及員の PR を行うほか、他課の事業への協力を積極的に行っている。連携先には、手間にならない関わり方を心掛け、保健センターからは人材を派遣するなどもしている。

一方、プランの活動を促進し、その重要性や楽しさをアピールするとともに、自分が健康になれるボランティアである「健康あさか普及員」についても、第 2 次計画から、他課との連携をより積極的に行うようにしている。健康あさか普及員の役割は、健康あさか普及員意見交換会の実施、健康まつりなどへの協力、市内イベント等での健康づくりブースの設置、健康づくり情報の発信、民間企業や他機関との協働などで、普及員自身もさまざまな実施主体のイベント等に参加して健康づくりの輪を広げるのだが、保健センターでは創設当初から市職員も普及員になれる規定にしていたことから、市職員にも普及員への登録について積極的に声をかけるようにしている。

「普及員に登録している職員を人事異動の度に追いかけてたり、普及員向けに年 2 回発行しているレターを“普及員ですよ？”と言って直接持参するなどし、顔をつなぐようにし

ている。政策企画課にも普及員がいたので、つながりができ、イベントなどでの協力が依頼できるなど、他課との連携がスムーズになった。声をかけやすいので、この方法は良い」と語っている。

一方、普及員同士の情報交換等を目的として年 6 回、健康あさか普及員意見交換会を開催している。毎回 30 人ほどの熱心な市民を中心とした普及員が参加し、普及員が講師となった勉強会、健康まつりの出展ブースの打ち合わせなどを行っている。

また、誰でも自由に参加できる「ASAKA 健康ラウンジ」や、ラウンジや各種イベントの企画提案等を行う「ASAKA 健康ミーティング」も、それぞれ年 6 回開催している。「健康ラウンジ」では、「普及員が楽しめば、活動が長く続く」という大学からの助言もあり、ウォーキングや正しい靴の履き方といったテーマを設定した学習会を開催しているほか、健康まつりにおいても、大学生と協働で健康体操などを行っている。「若い現役世代も参加してくれ、地域の薬剤師や作業療法士といった専門職や企業の人たちも来てくれた。保健センターとの関わりで普及員になった高齢世代にとっては刺激になるし、若い人たちもそういう世代によるみんなのための活躍が刺激になる。双方が楽しそうに刺激し合っている」と保健センター担当者は言う。

○現在の協働や連携に関する意識

手間のかからない絡み方を模索したことにより、他課からは、イベントや事業の協力依頼があったり、主催イベント内で PR の時間をくれるなど、協力関係ができてきた。

保健センターには、健康づくりが進むよう、庁内や関係団体等の調整をしたり、普及員が主体的に活動できるような働きかけする役割があるが、そうした機能が関係各課に伝わりつつあり、健康づくりの新たな事業展開の“場探し”をする立場と認識されている。

とは言え、他部署と連携する際には、保健センターから一方的に依頼しても、「健康づくりは関係ない」などと言われ、思ったようには進まないこともある。コンセンサスが得られるまで「時を待つ」「次のチャンスに向けて切り変える」という認識も大切だと言う。

○事業の拡大や発展

産業振興課と、所管する花まつりや農業祭への健康づくりの PR ブース出展などで連携するようになった。

他課主催のイベントなどにブースを出展したり、普及員らが参加したりすることで、行事そのものが盛り上がるので、喜ばれている。そういった協力により、保健センターの取り組みへの他課の協力も取りつけやすくなるという。

○事業の実施による効果

仲間から仲間へ拡大させる主旨の健康あさか普及員は、他課と積極的に関わるなどしたこともあり、平成 25 年度の 120 人から 29 年度末が 324 人、平成 30 年 10 月時点で 360 人

にまで拡大した。多くのイベント等に参加するなど、役割を果たしている。

また、カバー率を上げるべく、他課と積極的に連携してきたことで、健康の取り組みが増えてきたと感じている。例えば、公民館から、活動するサークル・団体を紹介してもらい、15分講話の時間をもらって、普及員への登録を促すなどしてきたことで、公民館を拠点にした健康講座の数が増えた。実際は、保健センターから、つながりができたサークル・団体に講座を打診する形だが、それでも企画段階から関わり、実現に結びついている。

さらに、市職員も健康あさか普及員になれるように工夫したことが他課との接点づくりに奏功し、庁内連携のきっかけとなっている。

保健センター担当者は、「他課とのイベントに関わるなどの連携で、普段出会えない層と接点を持てる。まったく新しく保健センターでグループをつくるのはむずかしいし、時間がかかるけれど、そういう関わりで新しい層と出会えるメリットは大きい」と話している。

こうした活動の成果か、あさか健康プラン 21 の数値目標 54 項目のうち、運動習慣者の割合、歩数のほか、健康寿命、がん死亡率、自殺率など 13 項目が改善した。

○活動継続における課題と対応方法

担当者の人事異動が事業継続上の課題であったが、健康あさか普及員が取り組みの中心で、職員も普及員となっているので、人事異動時に職員を追いかければ、新たな課での連携の可能性が模索でき、必ずしも異動がネックとはならなくなりつつある。

保健センターとしては、このように連携しているつもりだったが、健康あさか普及員からは「もっと連携すべき。介護予防の取り組みなどは、バラバラに行われている」などの指摘を受けている。「地域包括支援センターの事業を保健センターもジョイントで行ったり、保健センターで行っている認知症予防事業に地域包括支援センターの事業参加者に出てもらうなど、連携をしているつもりだったが、市民からはまだまだ足りないに見えるよう。生の声を真摯に受け止めて改善したい。保健センターが賄いきれない取り組みで、他課が実施しているものがあれば、調整をして、どんどん連携を進めていきたい」と話している。

他課との連携により、連携する意識が高まり、健康の概念も拡大していると思われるが、評価をどのように行うかが課題である。専門職としては、数値での評価を行いたいと言うが、どのような方法論が良いのか、検討していきたいとしている。

「健康あさか普及員」の条件は「市内在住」としているが、活動が活発化し、市外でのイベント活動の希望が出るようになり、条件の見直しを迫られている。近隣市町村のウォーキングイベントに参加した普及員が「朝霞市の PR を含めて市外で活動してもいいのではないか？」という声を上げているという。「新しい層と関わることで意識が広がるのを目の当たりにした。とは言え、市外での活動について、どうするかは検討課題」としている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・健康部門だけでは、健康に関心がある人たちにしかアプローチできないと反省した。
- ・健康を全面に打ち出さないアプローチでカバー率を高めようと発案した。
- ・健康づくりを推進する健康あさか普及員を市職員にも担ってもらうよう PR することで、他課にアプローチする機会ができた。
- ・他課のイベントなどへの協力とともに、健康あさか普及員の市職員への拡大などで、他課との関係性が構築できたほか、他課所管の事業を通して新しい層の市民と出会えた。
- ・他課からは、保健センターが健康づくりの新たな事業展開の“場探し”をする立場と認識されるようになってきた。
- ・他課へのイベント協力が評価され、保健センターへの協力も得やすくなっている。
- ・仲間から仲間楽しく拡大する健康あさか普及員の交流の機会を増やしたことで、若い層や企業の従業員らが加わり、企業の取り組みも広がってきた。
- ・運動習慣や歩数、さらには健康寿命やがん死亡率、自殺率といった健康あさかプラン 21 の 13 の指標が改善した。
- ・人事異動が事業継続上の課題であったが、市職員にも健康あさか普及員を担ってもらったことで、人事異動時に職員を追いかければ、新たな課での連携の可能性が模索でき、必ずしも異動がネックとはならなくなってきた。

<江戸川区健康サポートセンター>

人口 699,373 人、高齢化率 21.0%

健康サポートセンター（保健センター）は、区内に 8 か所ある。健康サポートセンターは、区健康部健康サービス係に属し、その一係という位置づけ。区役所本庁舎とは、約 500m の距離圏。

■ファミリーヘルス推進員制度（ファミリーヘルス推進員設置要綱に位置づけ）

○事業の概要

ファミリーヘルス推進員は、ウォーキングの普及、健康講座の開催、地域ミニデイの立ち上げ・運営支援、広報誌の発行、健康ボランティアの育成といった健康づくり普及活動を行う。区内 8 つの健康サポートセンターでは、それぞれの所管の推進員を支援している。地域で健康講座を開催したり、イベントでの啓発活動を行うなど、地域ごとに活発に活動している。認知度の高まりとともに、各種の会議や協議会などへの参画も要請されるようになっていく。

【主管課】江戸川区役所健康部健康サービス課

【実施】10 年以上

【対象】高齢者、成人一般など

【連携先】地域振興部、区内 8 か所の健康サポートセンター、自治会、町内会など

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

前身である伝染病予防委員や保健衛生委員の活動が形骸化する中、昭和 61 年 4 月に「健康づくりはまず家庭から」を実践し、さらに地域全体に浸透させることを目的として、「ファミリーヘルス推進員制度」が制定された。推進員は当初、家庭婦人の中から地域の自治会、町会長の推薦により、区長が委嘱した。制度発足当時は、地域の小学校などで実施されていた区民健診の周知・受診勧奨や健康講座の開催といった役割を担った。

平成 16 年度からは、活動のさらなる活性化を図るため、健康サポートセンターごとに「ファミリーヘルス推進員会」を組織し、ウォーキング部、講座・研修部、育成部、広報部、会計部の部会制を敷き、推進員はいずれかの部会に所属することとした。これに伴い、具体的な役割は、①健康講座の開催、②健診等の受診勧奨、③健康づくりに関する情報提供、④ウォーキングの普及、⑤地域ミニデイの立ち上げ・運営、⑥健康ボランティアの育成、⑦通信の発行（年 3～4 回全戸配布）などとなった。

また同時期に、区健康部健康サービス課健康サービス係に事務局を置く「ファミリーヘルス推進員協議会」を発足させ、各地区の推進員会の会長・副会長が集まり、他地区の推進員会の活動内容を共有したり、相互の情報を提供し合う取り組みを開始した。この協議会が発足したことにより、良い活動が相互に取り入れられるようになるとともに、各地域の会長・

副会長のつながりが強くなったとしている。

○現在の協働や連携の状況

ファミリーヘルス推進員は発足当初 175 人であったが、現在は区内 8 か所の健康サポートセンター合わせて 300 人ほどとなっている。40 歳代から最高齢 88 歳までおり、中心は 60 歳代、70 歳代である。

当初、家庭婦人の中からの推薦だったこともあり、現在も大半が女性であるが、近年は男性も推薦されるようになってきている。町自治会長からの推薦による委嘱期間は 2 年間だが、再任を妨げない規定となっている。

各健康サポートセンターでは、それぞれの管轄の推進員会を支援し、協働している。定例会（地区により毎月～3 か月に一度程度）では、各部会からの活動報告や地域行事での取り組み、研修会の案内などを行っており、健康サポートセンターの各専門職（保健師・栄養士・歯科衛生士・理学、作業療法士）からは、健康情報が提供され、推進員の健康意識の向上や活動の実践が促されている。なお、各部会には担当者を配置し、運営の支援を行っている。



推進員の活動は、前述の取り組みのほかに、イベントへの関与も多い。例えば、区内の各地区で行われる地域まつりに健康サポートセンターが出すブースに協働で参加し、血圧測定や減塩のパネル展示などを一緒に行ったり、区民まつりでも健康ブースを出展している。また、区の 3 月のウォーキング月間には、地域ごとに地元のスポーツ推進委員、地域スポーツ推進員、青少年委員などと協働してウォーキング大会を開催している。

さらに、ある地域の推進員は、地区の連合町会運動会で健康ブースを出し、自主企画で認知症予防体操や健口体操を普及啓発するなどの活動を行っているという。

○現在の協働や連携に関する意識

ファミリーヘルス推進員制度の運用においては、町会等を所管する区地域振興部との連携が緊密である。推進員の委嘱年度前には各町会の会合で、地域振興部職員の仲介によって推進員制度の紹介の時間を設けられるなど、次世代の獲得にも協力してくれているという。

ほかにも、後述する地域包括支援拠点である「なごみの家」を所管する福祉部や社会福祉協議会、地域包括支援センターなどからも、会合等への参加協力要請などが入ると言う。

健康サポートセンターと推進員との関係も、当然のことながら、大変緊密である。各地域の健康サポートセンターおよび発足当時の保健所では、長年にわたってファミリーヘルス推進員を大切にしてきた歴史がある。そういった中で、健康サポートセンターでは、定例会などの会合を重ね、その上に信頼関係を構築してきた。そのため、庁内外の関係者は、推進員と健康サポートセンターが二人三脚で活動していることを熟知しており、協力要請など

は健康サポートセンターを通して入ってくる。

健康サポートセンター担当者は、「健康サポートセンターにとって推進員は、身近な存在。推進員が立ち寄った際にも、他愛のない会話を交わすような関係性がある。外部から協力要請などの問い合わせがあったときにも、1人1人の推進員の顔が思い浮かび、その得意なことなども想起できる。代を重ねてきた関係性があるからこそ、庁内外の人脈を通じて活躍の場がだんだんと広がっているのだと思う」と口にする。

さらに、健康サポートセンター担当者は、次のように付け加えた。

「以前、長野県の食改善推進員が、“保健センターの職員が地域にはこういう健康課題があるから一緒に活動しましょう、と声をかけ続けてくれたことが道しるべとなっている”と発言していたのを見た。そのとき私は、ファミリーヘルス推進員に道しるべを与えられているかと自問した。以来、区の健康課題やお願いしたいことなどを具体的に伝えるよう心掛けてきた。時間も手間もかかるけれど、丁寧に接することで、生き生きと活動している場面を多く目にするようになってきた。嬉しく思う」と

○事業の拡大や発展

ファミリーヘルス推進員の認知度が上がるに連れ、各方面からも声がかかるようになった。例えば、区福祉部が3年前から各地域に設置しはじめた年齢や障害の有無にかかわらず誰もが気軽に集える拠点「なごみの家」（区内15か所に整備予定）では、開所式に招かれたり、そのつながりから、同じく福祉部が開催する地域共生社会実現のための「地域支援ネットワーク会議」にも要請を受けて参加するようになっている。

そのほかにも、食育推進連絡会、江戸川区オリンピック・パラリンピック区民連絡会、江戸川区ウォーキング協会、福祉部の精神保健福祉協議会、健康づくり推進協議会、地域支援会議などでも委員として要請を受け、活躍していると言う。

江戸川区ウォーキングフェスタでは、ウォーキングフェスタの中心となる江戸川区ウォーキング協会から要請があり、推進員会協議会の会長がその副会長に就任しており、推進員会協議会副会長も組織委員会委員として、それぞれ活躍している。その具体的なミッションは、大会にて一緒にウォーキングをするとともに、体調不良者が出た場合に主催スタッフにつながるといったものである。

一方、推進員が立ち上げてきた区内35か所のミニデイは現在、フレイル予防の拠点の1つとなっており、会の運営に加え、健口体操や体操等が行われている。健口体操等は、推進員の定例会や地区で開催する健康講座においても、フレイル予防の観点で実践されており、さまざまな形で活用されている。

ほかにも、任意ではあるが、2か月児の家庭を訪ねて子育て情報を提供する「地域子育て見守り員」として、研修を受講の上活躍している推進員もいると言う。

さらに、区保健所保健予防課のいのちの支援係と連携している。具体的には、自殺防止対策としてのゲートキーパー研修の初級・中級を推進員に積極的に受講してもらっており、自殺

対策の貴重な人材としても活躍は始めていると言う。

○事業の実施による効果

推進員は前述の通り、各地域で活発に活動しており、地域の健康づくりの一端を担う欠かすことができない存在となっている。

一方、推進員自身の健康意識や行動面にも、効果が現れていると言う。「たんぱく質の多い食品（肉・魚・卵・大豆製品）を一日に何回食べていますか？」「ウォーキングをしていますか？」「ウォーキング以外の運動をしていますか？」「こまめに外出していますか？」といった設問からなる「セルフチェックシート」を作成し、これを各健康サポートセンターで実施し、項目ごとに点数化してみたところ、2年目には平均点数が改善していたことがわかった。「結果を推進員にフィードバックし、さらに健康意識と健康づくりのための行動変容を促すことができたなら良いと考えている」と健康サポートセンター担当者は話す。

○活動継続における課題と対応方法

ファミリーヘルス推進員に関する課題として、「推進員を推薦していない町会の存在」や「推進員の高齢化」があると言う。いずれも簡単に解決できるものではないが、日々の推進員の活動の発信を継続する中で、町会・自治会の理解を得ていきたいとしている。

また、江戸川区の重点施策の1つがフレイル予防であることから、当面はこの課題に推進員とともに取り組み、超高齢化社会に向かう中で、まだまだ周知が進んでいないフレイル予防の普及啓発を図るとしている。推進員の多くが高齢者層でありながら、心身ともに健康を維持しながら社会参加をしており、すでに健康長寿の見本と言えるため、そうした高齢者が一人でも増えてほしいという願いを込め、職員も一体となってフレイル対策に取り組むとしている。

他自治体で、この推進員のような展開を検討する場合、担当者は次のように助言した。「新たに立ち上げる方法にこだわらず、庁内各部署や各種団体でもボランティアを抱えているので、そういったグループに声をかけるのも一つの方法である。そのためには、自身の所属部署内にとどまらず、外にもアンテナを張り、協働できるところがないかを把握し、良い意味で活用できる部署や団体等と良好な関係をつくっておくことが必要である」。

現在、保健センターの業務は虐待などのハイリスク対応に追われており、多忙を極める若手職員に対し、健康づくりのポピュレーションアプローチの方法の1つとしての推進員制度の意義をどのように伝えていくか、が大きな課題だとしている。

そう指摘したある健康サポートセンターの所長は、次のように述懐する。

「15年ほど前の係員だった当時、すでに健康サポートセンターはハイリスク対応に追われていて、業務担当だった私は、ファミリーヘルス推進員の支援をやめたいと思っていた。資料づくりや調整作業の負担が大きかったためだ。しかし、今になって考えれば、目先の事例や目先の業務しか見ておらず、地域全体を見ていなかった。所長になり、江戸川区の健康

行政を俯瞰的に見る立場から、推進員の長年の活動を振り返り、その多面的な取り組みの意義を考えると、健康サポートセンター健康サービス課の職員とともに手を結んで活動する推進員の活動はとても大事だ、と強く感じる。一緒に育つまでは手間暇はかかるけれど、私たち専門職だけでは手の届かない地域に隅々にまで健康情報を届けてくださる。とても大事な人材、仲間、社会資源と改めて感じる。推進員のみなさんは明るいし、仕事を楽しんでいる方がとても多い。私たち職員の気持ちを和ませ、エネルギーをもらい一緒に喜べる存在だ。若い職員が、そう感じることができるよう、先輩職員たちでその意義をしっかりと伝えながら、一緒に頑張っていきたい」

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・ファミリーヘルス推進員は、町会等からの推薦で委嘱されるため、町会等を所管する地域振興部と健康サポートセンターとの連携は密である。
- ・区内 8 つの健康サポートセンターでは、管内の推進員の具体的なミッションをもって支援を行っており、ファミリーヘルス推進員を専門職と一緒に「地域力」をつくる仲間と認識している。
- ・そうした関わりの成果として、推進員が健康サポートセンター職員とともに立ち上げてきた地域ミニデイは区内 35 か所にまで拡大し、現在はフレイル予防対策の拠点の 1 つに発展している。
- ・推進員はこのほかにも、子育て支援や自殺予防対策の人材としても活躍しており、ウォーキングフェスタや東京オリンピック・パラリンピック区民連絡会などの委員としてもオファァが入るなど地域に浸透し、活躍している。
- ・近年、健康部門ではハイリスクアプローチへの関わりが急増しているが、推進員には、多様なセクターから声がかかっており、ポピュレーションアプローチと一緒に展開できる存在になってきている。
- ・そうした庁内外からの協力要請は、一体的な存在と認知されている健康サポートセンターを通して入ってくる。
- ・地域に密着している推進員は、専門職だけでは手の届かない地域の隅々にまで健康情報を届けられる貴重な人材、仲間、社会資源である。
- ・推進員の活動を目にすることで、健康サポートセンター職員の気持ちが和み、エネルギーをもらえる。活動のプロセスや成果を一緒に喜べる存在となっている。

<横浜市旭区福祉保健センター>

人口 373 万 3,084 人、高齢化率 24.2%

(うち旭区=人口 24 万 5,756 人、高齢化率 29.3%)

福祉保健センターは、市内 18 行政区の区役所に 1 か所ずつ設置されている。旭区福祉保健センターは旭区役所の一部門で、区役所には区政推進、地域振興、戸籍、税務などの課がある。各区役所に「個性ある区づくり推進費」という予算が配分されており、区役所内の裁量で編成できる。

■ウォーキングフレンズ事業 (地域福祉保健計画に位置づけ)

○事業の概要

効果的な歩き方などを学ぶ「入門編」、講師になれるようなスキルを学ぶ「講師編」という一連の講座を受講した後、「拡散編」として各種行事等でウォーキングの啓発活動を行う「ウォーキングフレンズ」は、保健活動推進員、民生委員・児童委員などと連携し、運動習慣の少ない市民の運動を支援する地域人材。子育て世代の運動実施率が低い、高齢者が多いという旭区の問題を改善するため、子育てサロンや地域ケアプラザなどの社会資源ともつなげたところ、地域に浸透し出した。Win-win が意識された連携事業である。

【主管課】横浜市旭区役所福祉保健センター福祉保健課健康づくり係

【実施】5 年未満

【対象】子育て世代、成人一般、障害児・者、高齢者

【連携先】子育て支援部門、障害児者支援部門、高齢者支援部門、生涯学習部門、地域福祉保健部門
自治会・町内会・連合自治会町内会、福祉事業者や施設、地域ケアプラザ、住民組織・NPO・ボランティア団体

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

横浜市旭区は、運動実施率が低い、高齢者が多いという漠然としたイメージは持っていたが、詳しく調べてみると、運動習慣が少ない人の割合が 20～40 歳代女性に多く、とくに子育て世代の運動実施率が低い、40 歳代の主観的健康観も低い、といった健康課題があることが明らかになった。また、高齢化率が高く、18 区中で最も高齢者数が多い区であるという特性もわかった。

これらの現状から、横浜市で推進しているウォーキングを地域に広める手段を検討し、地域の中で、ちょっとしたウォーキングのワンポイントアドバイスができる人材育成を事業化することにした。

この事業をより効果的な取り組みにするため、自治会町内会長推薦による保健活動推進員(市長委嘱、2 年任期)の協力を得て、各地域で自主的に活動してもらうことを狙った。ま

た、保健活動推進員のみならず、ヘルスマイト、子育て支援関係者をはじめとした地域のさまざまな活動団体等にウォーキングのワンポイントアドバイスができる人材になってもらうために働きかけ、ウォーキングの基本的な情報提供を行う「入門編」と、行動変容を促すための「講師編」を実施し、講師編を受けてくれた人を核にして地域全体にウォーキングを浸透させる、という事業の流れを組み立て、「ウォーキングムーブメント創生」を合言葉に、講座名を「ウォーキングフレンズ事業」と命名した。

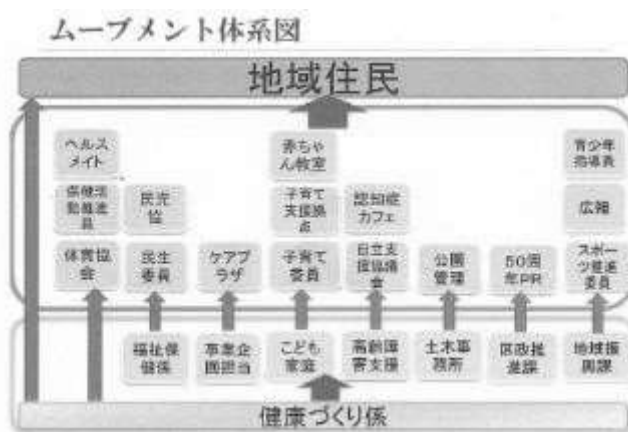
「入門編」では、参加者自身の歩き方の確認や体力測定を行い、参加者自身の健康意識の向上を目指した。「講師編」では、他者へウォーキングのワンポイントアドバイスができるよう、旭区の健康課題についてのグループワークを行ったり、実際の指導ロールプレイを実施した。そして、各種行事等でウォーキングの啓発を自主的に行う「拡散編」というステップアップ方式とした。「入門編」「講師編」の指導にあたってもらう機関は、地域での認知度が高く、科学的な指導ができるインストラクターがいて、地域連携担当者もいる旭スポーツセンターとした。

各方面に打診したところ、反応が良かったので、平成28年度中に新年度の予算要求をした。財源としては、各区役所に配分されている「個性ある区づくり推進費」を活用した。区役所内の各課で調整して自主編成できる予算であるため、必要額を確保し、各課の役割や既存事業との連携を模索した。

事業のスタート年となる平成29年度に健康づくり施策に積極的な区長が着任したことをきっかけとして、区の重点施策にも位置づけられた。区役所全体に風が吹くことになった。後述する「健康づくり環境整備事業」もこの年からスタートし、総合的な取り組みになった。

○現在の協働や連携の状況

「ウォーキングフレンズ講座」の受講者を確保するため、まず保健活動推進員やヘルスマイトなどに声をかけるとともに、右図のようなイメージで、区役所の各部署を通じ、青少年指導員やスポーツ推進委員などの関係団体等にも広く周知を依頼し、カバー率を上げることとした。健康部門においても、関連する団体に周知するとともに、区役所の窓口にも各種申請等に訪れた住民等にも参加を呼び掛けるなどした。



主要ターゲットの一つである若い女性層への周知には、こども家庭支援課に協力を求め、「子育てひろば」などの子育て支援関係者等を通じ、赤ちゃん教室等の場でチラシや冊子を配りながら、ウォーキングの正しい姿勢や効果などについて説明し、普及を行った。「子育て

てグループの定例会などにも顔を出し、15回以上の説明を行った。その結果、「子育てひろば」でのウォーキング指導の実施につながった。

また、地域福祉保健計画の地区別計画を議論する地区計画推進会議のメンバーにも、さまざまな団体等が参画しているため、ある地域ではその会議でも周知を行い、講座を受講してもらった。受講者には、その後も「拡散編」で関わってもらっている。

さらに横浜市には、高齢者、子ども、障害者など誰もが安心して暮らせるようにさまざまな取り組みを行う福祉保健の拠点として、「地域ケアプラザ」が市内138か所に整備され、そこでも体操教室や食事会、健康講座などが開催されていることから、区内の地域ケアプラザ（旭区には13か所）とも連携をとることにした。ちなみに、「地域ケアプラザ」には、地域包括支援センターも併設されている。

○現在の協働や連携に関する意識

データを集め、分析、検討する中で、子育て世代の運動実施率の低さや市内18区中で最も高齢者が多いといった課題を抽出したことにより、事業の方向が明確になった。そして、健康課題を関係者と共有するようにアプローチしたことにより、区役所の他課にも広くウォーキングムーブメントの意義を周知することができ、協力関係が築けてきた。

出先機関や関連の各種団体等にも合計で30か所くらい事業説明に出向き、健康課題などについても伝え続けたことから、区の健康度についての理解が高まり、受講者も増加している。今後は人材育成から、ウォーキングの取り組みが拡大する仕組みを検討すると言う。

○事業の拡大や発展

より身近な地域での展開を考え、地域の拠点である「地域ケアプラザ」に積極的にアプローチすることにした。

地域ケアプラザでは、地域包括ケアシステムの構築に向け、“人材発掘”が課題の一つとなっていたことから、「ウォーキングフレンズ講座」をそのツールとすべく、養成講座に取り組んでもらうことを提案。業務協力の依頼文書を出すとともに、コーディネーターなどの会議にも出向き、健康課題とともに事業の趣旨、メリットなどを伝えた。

このようなアプローチの結果、地域ケアプラザでも、講座を実施してくれるようになったと言う。地域ケアプラザには、子育てママから高齢者まで幅広く利用できるスペースがあり、運動実施率の改善に寄与すると見ている。

地域ケアプラザの協力をこだわったのは、若い女性層は「運動」と聞くとジョギングやスポーツジムのトレーニングをイメージし、ウォーキングが運動に該当すると認識されていないとわかったからだ。身近な地域ケアプラザでウォーキングに触れる機会ができれば、運動実践者の拡大と地域ケアプラザの周知も期待できると考えたと言う。

また、地域ケアプラザを通じ、高齢者にウォーキングが広がることも期待した。旭区は、高齢者が多い上に、坂道の多い地形であるため、介護予防の視点からも、身近な地域で日常

的に運動できる環境が必要であった。地域ケアプラザとのつながりにより、子育てグループだけではなく、高齢者層のチャンネルが増えることが期待できる。

こうした中、「ウォーキングフレンズ講座」の「講師編」に、高齢化率の高さなどの区が抱える健康課題を説明する時間を入れたところ、受講者が自身の関わっている認知症カフェでもウォーキングに取り組んでもらえるようになったと言う。

○事業の実施による効果

積極的な周知の結果、平成 29 年度は「入門編」(4 回実施) 249 人、「講師編」(2 回実施) 39 人、「拡散編」966 人、30 年度には「入門編」200 人、「講師編」40 人、「拡散編」1607 人への広まりがあった。

各部署に健康課題を伝えられた上、このように各部署を通して事業の参加者を増やすことができた結果、受講者が指導する側に回り、赤ちゃん教室や地域ケアプラザのママストレッチ講座などのほか、「子育てひろば」や認知症カフェなどにも活動を拡大してくれた。平成 31 年度には、区内 13 の地域ケアプラザのうち、4 か所で「ウォーキングフレンズ講座」を開催する予定で、これにより、身近な拠点での運動習慣の意識づけの機会が地域レベルでも拡大できる。さらに、「地域ケアプラザ」は、これらがきっかけで、ウォーキングイベントの運営委員会にも参画することになったほか、一部の地域ケアプラザでは、ウォーキングを中心とした健康づくりの自主事業まで実施するようになり、強力な連携先となった。

また、講座の受講者にアンケートし、「成果を誰かに伝えたいか？」と聞いたところ、9 割が誰かに伝えたいと回答するなど評判も良く、また「より知識を深めたい」「説明時のツールがあれば、より伝えやすい」「活動場所をつくってほしい」といった声もあったことから、ウォーキングフレンズがレクチャーしやすいように冊子やタペストリーをツールとして作成し、支援した。さらに、「フォローアップ編」というプラスアルファの講座も設け、講師にウォーキングを社会参加と捉え、その社会参加が個人や社会にもたらす効果などの知見も中身に加え、講演してもらった。すると、受講者から「ボランティア活動が有効であることがわかった」などの反応が寄せられたと言う。

このほか、福祉保健課健康づくり係が連携先にとっての相談先になるという副次的効果も得られた。「子育てひろば」からは、「ウォーキングフレンズ講座」の関わりだけでなく、「生活習慣病やがん予防、障害児の運動のあり方の講座などを行ってほしい」などのオーダーが入るようになった。「こちらの事業への協力を依頼するだけでなく、そういった声にも応えることがその後の連携体制の構築にも生きてくる」と担当者は指摘する。

このような取り組みの結果、「旭区区民意識調査」のウォーキングをする人の割合が増加した。健康づくりのためにウォーキングする人は、平成 26 年度調査では 32.3%だったが、30 年度は 38.4%に上昇した。とくに課題だった若い層では、20~29 歳が 17.8%から 22.0%、30~39 歳が 15.7%から 20.5%、また高齢者層でも 60~69 歳が 44.2%から 45.2%、70 歳以上が 43.5%から 49.8%といずれも上昇した。

○活動継続における課題と対応方法

区役所全体への周知が課題であったが、「個性ある区づくり推進費」を活用したことにより、その調整プロセスを通じて伝えることができた上、健康施策に関心がある区長に替わるというタイミングも奏功し、行政関係者には広く周知することができた。

分析した健康課題の改善を目標としたことで、一課では成し遂げられない、連携が必要だ、という空気をつくることができた。それによって、他課も取り組みの必要性を感じるようになったことから、健康課題を「見える化」することは、やはり非常に重要と言える。

とは言え、部局を超える連携の際には、依頼文書のような根拠を提示することも必要となる。また、連携先に協力を求める以上、依頼元も連携先にメリットをもたらすような丁寧な対応を心掛けることが必要となるとしている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・統計データなどから健康課題を「見える化」し、関係者で共有することが重要である。
- ・どこと協力し、どのように展開すれば、効果的な取り組みになるかを常に考える。
- ・顔の見える関係をつくるには、何度も足を運び、直接会うことが欠かせない。健康課題の解決に必要であれば、連携先に協力依頼の書面を提出することも重要である。
- ・部署間の調整で編成できる予算の協議の段階で健康課題を示し、事業意図を説明したことも協力につながった。
- ・健康施策の重要性を理解する区長の就任という“風が吹いた”タイミングを活かした。
- ・健康課題を改善するために何をするか、を常に考えることが大切だ。働きかけるのは、仲間、上司、住民などさまざまである。
- ・“事業を行う”と捉えず、“顔が見える関係をつくる”“地域人材を育成する”機会と捉えて取り組むことも重要である。
- ・連携時には、依頼するだけでなく、要望にも応えるというスタンスが重要。その結果、関係性が強固となり、その後のさまざまな活動にも協力が得られる。

■健康づくり環境整備事業（地域福祉保健計画に位置づけ）

○事業の概要

「健康づくり環境整備事業」は、誰でも気軽に身近なところでウォーキングができる環境を整備することが目的である。健康階段、ウォーキングポイントリーダー設置、旭区オリジナル啓発チラシ、タペストリー、健康プレートなど、ウォーキングを促進するための整備を行うことで、ウォーキングに取り組む人の割合を高めることを目指した。「旭区区民意識調査」の結果、全世代でその割合が向上した。

【主管課】横浜市旭区福祉保健センター福祉保健課健康づくり係

【実施】5年未満

【対象】特定の対象は設定していない

【連携先】子育て支援部門、障害児者支援部門、高齢者支援部門、生涯学習部門、まちづくり部門、産業振興部門、土木事務所
自治会・町内会・連合自治会町内会、企業、商店・商店街、福祉サービスの事業所や施設、地域ケアプラザ、住民組織・NPO・ボランティア団体、保育園・学校など

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

旭区では、子育て世代の運動実施率が低い、40歳代の主観的健康観が低い、高齢者が多いといった健康課題があった。しかし、「運動」と聞くと、ジョギングやスポーツジムでのトレーニングなどしか「運動」に該当しないと思われており、ウォーキングが身近な運動とは認識されていなかった。こうした状況が運動が実施されない要因の一つと考えられた。

そこで、より身近なところでウォーキングなどの運動に取り組める環境を整えることが必要になった。

○現在の協働や連携の状況

旭区福祉保健センターでは、消費カロリーの目安や病気を予防する歩数などをわかりやすく、身近なところに表示すれば、気軽に知識を持って歩けるのではないかと考え、「健康プレート」(写真)をつくった。



区全体に広げるには、係内の人員体制も少ないため、まずはモデル地区を選定し、その自治会、町内会、区土木事務所に相談を持ちかけてみた。すると、土木事務所からも協力できると回答を得ることができ、地域の公園を管理する方々からも公園の利用者が増えるかもしれないと良好な反応があり、年度内にまずモデル地区」の3地区の公園にモデル的にプレートの掲示を行った。

また、手続きに来る市民等にも周知するため、庁内連携を経て、区役所の階段を「健康階段」(写真)とすることも試みた。



いずれも、「個性ある区づくり推進費」の予算調整を各課で行った経緯や他事業での連携、ウォーキングや健康づくりに関心が高い上司の考えなどが背景にあり、推進することができたとしている。

一方、広報誌においても、ウォーキング実施率が低い子育て世代にアピールするため、ウォーキングを日課にしているママにモデルになってもらい、ウォーキングをPRする記事を掲載した(写真)。そのきっかけは、横浜市が推進しているウォーキングポイント制度に参加している子連れ母親が窓口を訪れた際、インタビューしてみたら、「自転車でなく、歩いて移動することを心掛けている。ウォーキングでダイエットをして綺麗になりたいママは多いはず」と話していたため、広報誌のウォーキング特集で子育て世代へのメッセージを送ることで効果が期待できると考えたからである。



○現在の協働や連携に関する意識

地区への依頼は、まずは顔見知りの関係者から優先して行った。さらに、事業や会議の際に直接会って行くことも心掛けた。相手側の要望を聞き、結果の報告も直接行いながら信頼を得た。そうした積み重ねが、健康課題の共有とウォーキングの意義の理解につながり、協力関係の構築にもつながった。

他部署との連携では、「リレーでバトンを手渡しするときの相手のスピードに併せた伴走」のような意識を持ち、直接会って依頼する、書類はメールではなく手渡しをする、といった関わりが重要であるとしている。丁寧な手順を踏むことで、「そこで関係性ができると、あとは自然に動くようになり、お互いが楽になる」と担当者は話している。

また、不慣れなことに時間をかけるより、それが得意な分野を探して依頼することも重要だと言う。健康プレートの内容については、健康づくり係職員で考えて作成したが、そのプレートの掲示方法などはまったくわからないため、土木事務所に相談し、依頼した。

さらに、その後も効果を追いかけ、PDCAサイクルが回るように働きかけることも、福祉保健センター福祉保健課健康づくり係の重要な役割だと指摘した。

部局横断の連携が進んだことで、区役所内部の“風土”が変わった。「やっぱり、ウォーキング大事だね、とみんなが口にするようになった。多くの連携先も、健康づくり係に気軽に相談を寄せてくれたり、声をかけてくれるようになった」と担当者は話している。

○事業の拡大や発展

継続して事業を実施してきた成果の一つが、旭区役所周辺にある公園と隣接する川沿い

の歩道を活用したウォーキングイベント「あさひまちウォーク」を旭区誕生 50 周年のプレイベントとして開催したことである。開催地の公園愛護会会長に説明に行ったところ、商店会長を兼ねていたことから、商店街も協賛し、さらにある企業も物品協賛してくれるなど、イベントも徐々に大きなものに変化していったと言う。

また、区内 13 カ所の「地域ケアプラザ」を巡る「ウォーキングスタンプラリー」も併せて行うことにした。地域ケアプラザが実施する「ウォーキングフレンズ講座」の宣伝を兼ねているため、とても協力的に連携が進んだ。双方にメリットがある取り組みになると期待されている。

○事業の実施による効果

3 年に一度実施している「旭区区民意識調査」の結果、健康づくりのためにウォーキングを実施している人の割合が全世代で増加した。

それによると、健康づくりのためにウォーキングする人は、平成 26 年度調査では全体では 32.3%だったが、30 年度は 38.4%に上昇した。年代別に見ると、20～29 歳が 17.8%→22.0%、30～39 歳が 15.7%→20.5%、40～49 歳が 19.8%→32.3%、50～59 歳が 28.9%→33.9%、60～69 歳が 44.2%→45.2%、70 歳以上が 43.5%→49.8%と、いずれも上昇した。

○活動継続における課題と対応方法

連携の際のポイントは、「直接会って話をする、他課の業務を知ること。その上で、他課の持つ事業や仕事の進め方、情報や経験も社会資源だと捉え、楽しみながら吸収し、双方にメリットがある協働を生み出すことが大切」と指摘している。

抽出した健康課題をどのように改善するかを考え、そのためにはどこと連携すると効果が最大になるかを考えることが重要である。そして、それぞれの連携先の得意技や強みをつなげる術を持つことができれば、連携は進み、継続できるとしている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・連携先への依頼は、まずは顔見知りの関係者を優先する。
- ・健康課題の改善のためには、どのような強みを持つ部門と組むかを考えることが大事だ。
- ・事業や会議などの際にも直接会って連携を打診してみる。
- ・連携では、直接会って依頼する、書類はメールではなく手渡しをするといった関わりが重要である。丁寧な手順を踏み、そこで関係性ができると、あとは自然に動くようになる。
- ・連携では、リレーでバトンを手渡しするときのような伴走の意識がポイントである。
- ・不慣れなことには時間をかけず、得意分野に任せるスタンスが重要だ。ただし、Win-win の関係になるように意識することが不可欠。

■女性の健康づくり事業 (地域福祉保健計画に位置づけ)

○事業の概要

女性の健康づくり事業は、子育て世代の健康づくりの一環で行っている事業で、公立・民間の保育園が協働実施している未就学児とその親を対象とした「保育園ひろば」に健康チェックとがん検診の啓発のブースを設けるというものである。がん検診の啓発では、市民病院がん検診センターと連携し、乳がんの触診方法等も説明している。旭区地域子育て支援拠点ひなたぼっこや自主組織である子育て支援ネットワーク主催の「KK ネットまつり」でも、同様に健康チェックとがん検診の啓発を行っている。

【主管課】横浜市旭区福祉保健センター福祉保健課健康づくり係

【実施】5年未満

【対象】乳幼児とその親、妊婦とパートナー

【連携先】子育て支援部門、市民病院がん検診センター、
自治会・町内会・連合自治会、保育園・学校、子育て支援センターなど

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

旭区では、子育て世代の健康観が低く、また女性のがんの検診受診率も低かったが、健康部門による啓発だけでは子育て世代への啓発は限界があった。

そこで、公立保育園と民間保育園が協働で開催している未就学児とその親を対象とした「保育園ひろば」と地域子育て支援拠点など、また地域の自主組織として「地域子育て支援まつり」を開催する関係者のもとを訪ね、健康課題を説明し、3つのイベントで年に1回ずつではあるが、健康づくり全般とがん検診のブースを設けてくれることになった。

ブースでは、体力測定等の場を設けるとともに、がん検診の効果や必要性、受診方法などについて説明することとした。

「保育園ひろば」では、参加者数も多いことから、市民病院がん検診センターに乳がんの触診方法について説明者として参加してもらい、がん検診そのものの状況も合わせて説明してもらった。がん検診の啓発については、がん検診センターでも課題であるという認識があったため、協働で実施することが決まった。

○現在の協働や連携の状況

3つのイベントはそれぞれ年1回の開催であるが、いずれもブースなどで健康チェックとがん検診の効果や必要性、方法などについて説明している。

○現在の協働や連携に関する意識

専門的なことは専門領域のプロに任せることがポイントで、保健センターは地域の健康課題を把握し、関係者に「見える化」した上で、必要な関係機関や社会資源などをつなげるという役割を担うことが重要となる。そして、その解決手段を探り、わかりやすく標準化し

たら、得意分野の関係者に手渡す、という手順を意識している。

○事業の拡大や発展

連携が実現したこともあり、現在では、市民病院がん検診センターといくつかの地域子育て支援拠点などが独自につながりを持つに至り、がん検診の啓発の取り組みが行われるようになった。併せて、旭区福祉保健センター福祉保健課健康づくり係にも、がん検診とは別に、生活習慣病予防の啓発に力を貸してほしいといったオーダーが入るようになった。「最近では、生活習慣病予防の知識ばかりでなく、区役所がどのような保健事業を実施しているかを教えてほしいというようにより関心を持てもらえるようになってきた」と言う。

また、市民病院がん検診センターでは、このような連携をきっかけとして、子育て中の女性のがん検診を優先するようになったり、検診中の一時保育の体制をとるようになったり、新たな取り組みもはじまった。

○事業の実施による効果

受診率の向上までには至っていないが、現状の維持はできているとしている。

また、乳がんの自己触診方法の啓発はできたと考えており、実際に感想として「こういう部位にもできることがわかった」「方法がわかった」といった声が聞かれたとしている。

○活動継続における課題と対応方法

このような取り組みを一課で実施しても、参加者が集まらないといった状況になることが多いものである。しかし、ターゲットとなる人たちがどこにいるかを考えれば、アプローチは容易である。この事業では、最もがん検診を受けてほしい世代が小さな子どもを持つ母親たちであることから、彼女たちがたくさん集まっている場を探り、関係者にアプローチした。そして、必要とする者同士をつなげる役割も果たした。その結果、がん検診センターと子育て関係者が新たな連携を生み出すに至った。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・専門的なことは専門領域のプロに任せることがポイントである。
- ・保健部門の役割は、地域の健康課題を把握し、関係者に「見える化」した上で、必要な関係機関や社会資源などをつなげることである。
- ・ターゲットとなる人たちがどこにいるかを考えれば、連携のアプローチは容易になる。
- ・解決手段を探り、わかりやすく標準化し、得意分野の関係者に手渡す、という手順を意識することが大切である。
- ・必要な組織同士がつながれば、取り組みは当事者同士で自然に進む。
- ・また、取り組みの成果を数値で示し、関係者にフィードバックすることも大切で、それによりモチベーションが維持され、取り組みが継続していく。

<川崎市川崎区役所田島地区健康福祉ステーション>

人口 150 万 3,690 人、高齢化率 20.05%

(うち川崎区は、人口 22 万 9,653 人、高齢化率 22.16%。このうち田島地区は、人口 5 万 2,675 人、高齢化率 22.99%)

地域みまもり支援センター(保健福祉センター)は、7行政区に1か所ずつ設置。うち、人口の多い川崎区には、区役所の地域みまもり支援センターとともに、2つの支所に健康福祉ステーションが設置されている。本課機能は、本庁にある。

■男の料理教室(開始当初は「男塾 in たじま」)

○事業の概要

川崎市川崎区では、独居高齢男性が多く、さらなる高齢化を見据え、自助および互助の取り組みを促進する必要があることを踏まえ、田島地区健康福祉ステーション主催で「男塾 in たじま(のちに男の料理教室へ移行)」を実施した。地域開放型の活動を展開し、調理活動室を持つ障害者施設を連携先とした。日常的に個別対応等で連携しており、機能を熟知していたため、連携もスムーズで、教室実施後に期待以上の社会参加に発展した。単に料理を楽しむだけでなく、スタッフや出入りする来所者との交流、さらには連携先が運営する子ども食堂で昔遊びを教える役割まで果たすなど、求められる人材へと昇華してきた。

【主管課】川崎市川崎区役所田島地区健康福祉ステーション地区支援担当

【実施】5年未満

【対象】高齢者、成人一般の男性

【連携先】地域振興部門
障害者福祉施設

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

川崎市川崎区役所田島地区健康福祉ステーションでは、高齢男性対策として平成28年度に「男塾 in たじま」(のちに「男の料理教室」に移行)を企画し、平成29年度にスタートさせた。

地区踏査で町内会等の関係者から、田島地区はもともと工場地域で独居男性が多く、町内会や老人会等に参加しない高齢男性が目立つという情報を得た。川崎区は、市内でも独り暮らしが断トツで多く、その対策の必要性が川崎区地域福祉計画にも記載されている。とくに、独居男性が目立つことから、地区支援担当者は、「高齢男性に地域とのつながりや社会参加の機会を持って、健康で長生きしてもらい、これからの自分らしい生き方を模索してもらいたい」と考え、男性向けの生きがいがづくりや地域デビューのための連続講座「男塾 in たじま」を企画した。

講座は全4日制で、対象は区内在住の男性。定員は25人とした。講座の内容は、①これ

からのライフスタイルや社会参加の意義を考える「男の生きがいづくり」、②体力づくりの実際を学ぶ「若々しさを保つ男の体づくりの秘訣」、③土いじりなどが心身の健康に与える効果や演芸の実際を学ぶ「園芸とともに豊かな暮らし～心と体の健康に」、④地域活動の実際について聞く「地域の中で自分らしく活動！」といった構成とした。

講師の選定を工夫し、保健活動で接点を持った体操や園芸などの講師に依頼した。また、広報にあたっては、市内の地域振興係と連携した。地域振興係では、町会を通して鉢植えを軒先にかける緑化運動などを推進しており、町会等との接点があるため、とくに広報・周知で協力を得た。この事業では、つながりが乏しい層がターゲットただけに、広報・周知がむずかしく、町会、回覧板、広報誌などさまざまな方法を活用した。

講座最終日のグループワークで参加者から、「1人暮らし」あるいは「妻が要介護状態の人が周りにおり、他人事ではない」ので「不安だ」「料理がつかれるようになれば…」「男同士で料理するのも楽しそうじゃないか」という声が出た。

そこで、会場として真っ先に思い浮かんだのは、「たじま家庭支援センター」だった。同センターは、社会福祉法人川崎聖風福祉会が運営する障害児・者の生活介護やショートステイ、日中一時預かりなどを実施する「かわさき障害者福祉施設たじま」に併設されており、施設内には調理室があり、活動の一環で畑作業を行っているほか、ボランティアの育成などにも取り組む熱心な社会資源であった。何より、地域に開放した活動室を持っており、連続講座「男塾 in たじま」でも4回のうち3回は同センターを会場として利用させてもらっており、施設内の紹介もされていたため、参加者もすでに馴染みができていた。また、田島地区健康福祉ステーションから徒歩数分の場所にあり、健康福祉ステーション職員が頻繁に個別ケース対応などで相談・連携していた機関でもあった。



早速、たじま家庭支援センター長に会場の提供について相談し、連続講座を受講した高齢男性に定期的に料理づくりなどを通して社会参加を促すという事業趣旨を説明したところ、即決だったと言う。同センターは、赤ちゃんから家庭全般の相談までを受け付ける相談支援事業を行うほか、前述のとおり会議スペースなどを地域に貸し出すなど、オープンな施設である。

講座修了生たちは、たじま家庭支援センターの2階にある調理活動室に月1回集まり、「男性料理教室」を自主的に開催するようになった。

○現在の協働や連携の状況

「男性料理教室」の参加者は現在7人で、平均年齢は70歳半ば。月1回、たじま家庭支援センターの調理活動室で10時から1時間ほど料理に勤しみ、調理後はみんなで試食をしながら交流を楽しんでいる。

材料費等は、参加者が 500 円ずつ出し、そこから捻出するほか、たじま家庭支援センターが運営する子ども食堂の材料、調味料を流用させてもらい、料理の道具も借りている。調理にあたっては参加者同士で、皮をむく、出汁をとる、完成品の写真を撮影するなど、役割を分担して楽しんでいる。

「たじま家庭支援センター」には、社会福祉士と臨床心理士、看護師の 3 人のスタッフがおり、それらのスタッフも関わってくれ、会計もセンター長が担ってくれている。健康福祉ステーション担当者は、「お金の管理を含め、このような柔軟な対応は行政ではむずかしいので、ありがたい」と積極的な支援に謝意を表している。

料理については、はじめはレシピ通りにつくただけだったが、最近はゆずなどの薬味を使ったり、見栄えを考えたり、質も向上している。また、マイ包丁やマイフライパンを持参する参加者も増えてきたそうだ。

健康福祉ステーション側の担当は、保健師 1 人。自主化した現在は、数か月に 1 度程度、一緒に参加し、状況を把握するとともに、活動の活性化のための提案を行うなど、フォローを行い、側面的に支援をしている。

○現在の協働や連携に関する意識

たじま家庭支援センターは、前述の通り、個別ケースで頻繁に連携している機関であった。センターに相談があった高齢者を訪ねたら、発達に問題を抱えた小さな子どもと親がいて、それが健康福祉ステーションに紹介されたり、紹介されたケースを発達支援センターにつないで一緒に同行訪問をしたり、逆に健康福祉ステーションが関わっていた困難ケースをセンターに紹介したり、と連携はかなり緊密であった。

だからこそ、真っ先に連携先として思い浮かんだ。「男の料理教室」の実施にあたっての相談や、調理活動室を借りての調理実習にあたっての打ち合わせなども、スムーズに行うことができた。普段から多くのケース対応で連携しているため、機能も能力も把握しており、協力依頼もしやすく、連携にあたっての困難もなかったと言う。

当初は、参加者だけで料理を楽しみ、すぐに帰宅していたが、「せっかくなつくた料理だし、いい匂いだったから、当センターのスタッフに振舞ってみたい」と声をかけた。すると、参加者も美味しいねと言われたかったようで、今では頻繁に振舞ってくれる。出入りするボランティアたちも、美味しそうな匂いに誘われ、飛び入りで加わっている。女性スタッフら



に振舞って、こんな味付けもあるのね、などと言われたときには、本当に嬉しそうにしている」とセンター長。料理は毎回10～15人前はつくるので、センターの女性スタッフは「食事を一緒に食べながら、普段伺えない家庭の状況や成育歴などを聞くこともできるし、料理がおいしいのが嬉しい。何よりみなさんの笑顔が素敵で楽しい」と喜んでいると言う。

関係性ができてきたことで、「メニューを一緒に考えてくれるようになり、食べたいものをつくろうと言い、玉子焼きなど得意なものを意気に感じてつくってくれ、でき上がると我々に届けてくれる」とセンター長は説明する。

また最近、施設の畑を貸り、野菜を栽培して料理の材料にするほか、畑作業や栽培したスイカでスイカ割りをするなど、子どもたちとの交流もはじまっていると言う。「何よりありがたいのは、排他的な雰囲気があったくないこと。精神疾患のある方や不登校気味の子どもの参加もOKしてくれ、一緒に調理や会食、後片づけをさせてもらっているのも、そのような利用者の安心できる居場所にもなっている」とセンター長は評価している。

○事業の拡大や発展

「男の料理教室」の参加者たちは昨年、たじま家庭支援センターが入る「かわさき障害者福祉施設たじま」を会場に開催された「たじままつり」と呼ばれる福祉まつりに参加し、自分たちで調理したとん汁を振る舞うブースを出した。センター長は、「出展をお願いしたら快諾してくれ、当日もたくさん参加者に楽しそうに振る舞ってくれた。人に喜んでもらえることほど嬉しいことはない。大いに刺激になったようだ」とモチベーション面の効果を口にした。

また、センター長の発案で、センターが運営する子ども食堂にも「男の料理教室」のメンバーが関わるようになった。今の子どもたちは、おじいちゃん世代と関わる機会が少なく、貴重な存在として、ベーゴマ回しなどの昔遊びを教えている。「はじめは大人の居場所の一つとして紹介したが、みな食いついてくれた。家庭内に課題を抱えている子や学校への行き渋りのある子に確認したら、ウェルカムだった。今の子に新鮮な昔遊びを教えてもらえるので人気者となり、子どもたちはメンバーのおじいさんたちを取り合って交流している。大人の男性として、ロールモデルの役割も果たしてくれている。秋には、みんなで芋煮をつくって食べた。ゆくゆくは、子ども食堂の調理にも本格的に関わってもらいたい。そして願わくば、不登校などの課題を抱えた子どもたちとの関わりも少しずつ持ってもらえたら、ありがたい」と話している。

子ども食堂での活躍に発展したことについて、健康福祉ステーション担当者は、「活動的な施設なのである程度、期待していたが、子どもたちとの交流にまで発展しているのには驚いた。みな当初より表情も豊かになっている」と語っている。

○事業の実施による効果

一連の取り組みによって、田島地区健康福祉ステーション、たじま家庭支援センターともに、町内会等とつながりのない高齢男性と接点を持てた点が成果の一つである、と認識している。健康福祉ステーション担当者は、「高齢男性の不安を耳にしたのは、はじめての経験。奥さんが体調不良になった場合に備えて何かしたいと思っているといった声が出るとは想像していなかった。でも、そういった人たちとつながり、必要な支援を考えるきっかけができたし、不安を抱く人が地域にいることもわかった。今後の活動の視点をもらった」と話す。

そして、連携でそういった高齢男性が人々と交流できる場をつくれた点も、大きな成果だと口を揃える。「地域包括支援センターでも男性向けの体操クラブなどができているが、そういう活動に加えて、地域との関わりを軸にした新しい場ができたのは、今後の活動のヒントになる。地域とのつながりがない男性の中には、具体的な役割に結びついていないだけで、実は力のある人たちがいる。地域との関わりづくりを健康福祉ステーションとして推進していかなければいけないと強く思うようになった」と担当者は続けた。

一方、「男の料理教室」の参加者たちにとっての効果は、定期的に外出する場ができたこと、そして教室に向け、どんな料理をどんな材料でどのような段取りでつくるか、そして誰に振る舞うかなど、頭を巡らせる機会ができたことではないか。また、求められる場所や期待される役割ができたことも、大きな成果だろう。センター長は、「人から求められ、喜びを感じられる機会が一つ増えたのは大きい。精神的なほりになる」と強調した。

さらに、センター長は、自施設の調理活動室について、「今は、男の料理教室や子ども食堂にしか使えていない。普段は空いているので、地域に開放しようと考えている」と明かした。健康福祉ステーション担当者も、「調理施設を求めている団体組織は、健康づくりサポーターや食生活改善推進委員をはじめたくさんある。もし、開放してくれるのであれば、ぜひ連携をお願いしたい」とプッシュした。新たな社会資源として発展するかもしれない。

もう一つ、健康福祉ステーション担当者は、別の視点の効果を口にし、「障害者施設の行事で男性が活躍している姿を地域住民に見せた点も良かったと思う」と評価した。たじま家庭支援センターのセンター長も、「子ども食堂には、川崎区社協主催のチャレンジボランティア（夏季限定で中高生が参加する）や近隣中学校の地域教育会議主催の職業体験ボランティア（中学生）、福祉科の高校生が実習などにやってくるので、教育的な効果も大きい」と述べ、多様な人が障害者福祉に関わり、地域共生社会をつくる大切さを地域に伝えられる意義を評価した。

○活動継続における課題と対応方法

「男の料理教室」の参加者が楽しめる場ができ、それにとどまらず、求められて多様な役割を果たせるような広がりを見せているが、このように発展したのは、田島地区健康福祉ステーションから体操ボランティアなどの役割を押しつけず、「料理」という主体的なニーズに着目したからと言えるだろう。たじま家庭支援センターと連携せず、健康福祉ステーションで抱え込んでいたら、ここまでの展開をしていなかったかもしれない。その意味で、連携

を模索した判断は、素晴らしいものがある。

今後の活動継続に向けた課題は、やはり次世代の確保である。参加者の平均年齢が70歳半ばなので、たじま家庭支援センター長は「新たな仲間を呼ぶなど世代交代が必要」と指摘する。ただし、男の料理教室の目的の共有が欠かせないとしている。すでにセンタースタッフは目的意識を共有しているので、この取り組みをセンターの事業計画に位置づけた。その上で、次世代の確保について、タイミングをはかりながら打診していくと言う。

今後については、どのように進展するか不明だが、センターが事業計画に位置づけて伴走しており、想定以上の変化をもたらしているので、健康福祉ステーションとしてもフォローする意向である。ただ、さまざまな分野の業務がある中で、どの程度まで入り込んで取り組めるかが課題となっている。

実は、「男塾 in たじま」は、平成29年度だけの単発事業だ。健康福祉ステーション担当者は、「継続して開催することも考えたが、健康福祉ステーションには多くのハイリスク対応を含めて多様な業務がある中で、どのようにバランスをとるか模索中である」と言う。

田島地区健康福祉ステーションがある川崎区は、市内で最も人口が多く、川崎区健康福祉ステーションのほか、田島地区ともう1地区に地区健康福祉ステーションが設置されている。平成27年度までは、田島地区健康福祉ステーションは保健師が1人だけだったが、28年度の機構改革で田島支所は保健師6人、社会福祉職1人の陣容になった。地域づくりがミッションだが、母子保健から介護予防までを担っている上、地区担当制を敷いているため、増加する虐待を含む、母子関係の困難事例への対応が非常に多く、地域づくりや健康づくりとのバランスに悩むが多いと話している。

それでも、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチのバランスが重要と考え、係会議、業務検討会などで地域づくりの展開について話し合い、着手できるものに取り組んでいる。そういった試行錯誤の中で、このような事業が生まれるので、健康福祉ステーションとしては、保健師らができるべく地域へ出向き、人材を掴む時間を担保できるよう配慮していると言う。

組織的な配慮と言えば、田島地区健康福祉ステーションが入る川崎区役所田島支所では、支所長の提案で2か月に一度、町内会等を担当する地域振興係との定例の打ち合わせが設けられていると言う。「多領域と情報交換できる機会があれば、いざ連携する際にスムーズに運ぶので、そういう機会が非常に重要」としている。

「男の料理教室は、地域にとって良い活動になっているので、ぜひ広がってほしい」と願う健康福祉ステーションだが、上記のような課題があることも事実である。ただそれでも、地区担当保健師が継続的に関われるよう、どのような活動をしているか、どのような取り組みが良かったかなどを評価し、記録を残し、共有していると言う。健康福祉ステーションの貴重な連携ネットワークの一つとして関わり続け、今後実施する講座の広報役や各種の活動を依頼する貴重な人材としても連携できたらと話している。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・ 地区踏査の情報と地域福祉計画に書き込まれた対策を踏まえ、企画した。
- ・ 地域と接点が乏しい高齢男性の「不安」を知り、対策強化の必要性を認識した。
- ・ 個別対応で機能を熟知している連携先である障害者施設を活動の広がりを期待して高齢男性の地域づくり活動の拠点として活用した。
- ・ 趣旨に賛同するリーダーが連携先に存在していた。
- ・ 地域開放型のオープンな風土を持つ連携先により、スタッフや来所者との交流、子ども食堂での活躍につながり、高齢男性のグループの社会参加が促進された。
- ・ 自走後も、担当保健師が数か月に一度のペースで参加し、状況の把握とともに、活動の活性化のための提案を行っている。
- ・ 障害者福祉に高齢男性が関わることで、地域に共生社会づくりの大切さを示せた。
- ・ ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチのバランスの重要性を再確認した。

<相模原市緑保健センター>

人口 72 万 2,334 人、高齢化率 25.40%（平成 30 年 4 月 1 日現在）

（うち緑区＝人口 17 万 1,6523 人、高齢化率 26.7%）

緑保健センターは、緑区役所内にある。保健センターは、中央、緑、南の計 3 つある。

■楽しむ健康づくり推進事業（市保健医療計画、保健事業実施要綱に位置づけ）

○事業の概要

楽しむ健康づくり推進事業の柱は、「健康ウォーク」と「健康フォーラム」である。いずれも、市民 22 人からなる実行委員がさまざまな組織や団体とネットワークを組みながら企画、運営を担っており、各団体等が有する健康情報の共有やソーシャルキャピタルの醸成に寄与している。自然豊かな地域の特性を生かした健康づくり事業を行うことで、生活習慣病や要介護の予防、健康に関する正しい知識の普及を図るとともに、市民の主体的な活動と連携の促進を図ることを目的として、保健センターが支援を行っている。市町村合併前の旧町から続く住民活動である。

【主管課】相模原市健康福祉局保健所 緑保健センター

【実施】10 年以上

【対象】特定の対象を設定していない

【連携先】子育て支援部門、福祉部門、保健所

商店・商店街、協会けんぽ、ボランティア団体、産業保健センター、神奈川県、
保育園・学校、柔道整復師会、農園、農業協同組合

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

平成の大合併前の旧津久井町の健康増進計画における取り組みである「健康フォーラム」と「健康ウォーキング」の実行委員会の活動が前身である。

緑保健センターは、平成 18 年、19 年にかけて編入した旧津久井町、旧藤野町、旧相模湖町、旧城山町のエリアを所管する。平成 22 年に政令指定都市となった後も、保健活動が活発であった旧津久井町の取り組みを担保するため、緑保健センターには「津久井担当」（津久井保健センター）という係が設けられている。

旧津久井町には当時、人口約 2 万 7,000 人に保健師が 9 人いて、丁寧な活動が行われており、平成 13 年に町内 7 地区で保健計画を策定した。住民参加で目指す町の姿を描き、住民の声を協働で事業化し、報告書として残すというサイクルで活動してきたため、住民活動が活発で、当時の計画策定メンバーは今も健康づくりに熱心である。

当時、旧津久井町では、計画に位置づけられた「すべての人にウォーキング習慣を」という目標の実践として、「健康ウォーク」と「津久井健康フォーラム 21」を実施していたが、合併で存続が危ぶまれた。そこで、計画策定メンバーだった住民から「すべての町民が健康

ウォークに親しめるまちにしたい」「豊かな自然に触れられる魅力あるイベントを行いたい」という声が上がっており、「健康ウォーク」を平成 18 年の合併後に市民健康づくり運動指導事業の「楽しむ健康づくり推進事業」として、また「津久井健康フォーラム」も平成 26 年に健康づくり活動の発表と学びの場として、この事業の一環の取り組みとして引き継いだ。

○現在の協働や連携の状況

現在、「楽しむ健康づくり推進事業」として行われている「健康ウォーク」は、旧津久井エリアの 22 人からなる「実行委員会」（平均年齢 65 歳、7 割が女性）が主体的に担っており、一方の「健康フォーラム」も保健センター事業として実行委員会の意向にもとづいて運営されている。

「健康ウォーク」については、コース設定から運営までのすべてを実行委員会が担う。また、「健康フォーラム」では毎回、テーマに沿った団体等に声をかけて参加を募っており、講師による健康づくり講座の開催とともに、健康づくりに関する情報発信、管理栄養士や保健師等による健康相談コーナーや骨密度測定などのほか、実行委員会が声をかけた無農薬農家や JA 津久井の野菜販売コーナー、市レクリエーション協会のレクリエーション、柔道整復師会による足の健康とバランス測定、協会けんぽ神奈川支部の肌水分測定、精神保健センターのスマートなお酒の飲み方チェックなどのブースが出展する。

両イベントには、健康づくり普及員や食生活改善推進団体などの地区組織が関わっている。また、両イベントを同時開催した年には、保健センターが伝手を使って声掛けした小中学校から参加した生徒が受付ボランティアを務めたほか、健康ウォークへ参加したりし、賑やかに開催されている。

両イベントに協力する団体等は、実行委員会メンバーと保健センターとの間で緩やかな連携関係があり、そのほかのさまざまな取り組みでも協力関係が見られる。

○現在の協働や連携に関する意識

健康フォーラムはテーマが毎年変わり、参加依頼する団体・組織も毎年変わる。その都度、実行委員会と保健センターで協力依頼をする。長年続くイベントで実行委員らとのネットワークがあるため、参加団体との連携はスムーズである。実行委員会のメンバーには、市職員の OB や地元警察官などもいて、顔の広さも特色となっている。

実行委員会は毎月、夜 7～9 時に定例会を行っており、保健センター職員も毎回参加している。コアメンバーによる頻回な打ち合わせも、保健センターで開催され、こちらにも職員が顔を出している。

○事業の拡大や発展

とくに拡大や発展はないが、保健センターが日頃の関係性を活かして、精神保健センターや大学などに声をかけており、参加協力団体が増えている。

○事業の実施による効果

地域に顔が効く実行委員会が市民や組織に働きかけて開催されるフォーラムは、参加する団体同士のつながりをつくり、それぞれが有する情報を地域として共有する場として機能し、健康の意識やそれを支える団体等のネットワークの拡大にも貢献している。

また、ウォーキング活動も長年継続されているため、市全体では歩行時間や運動している人の割合が働き盛り層で減っている一方、この地域の高齢者層では維持されている。なお、因果関係は不明であるが、市全体の要介護認定率が4.7%であるのに対し、津久井地区のそれは4.2%と若干低くなっている。

活発な活動は、実行委員会メンバーの健康維持にも寄与している。

○活動継続における課題と対応方法

実行委員会メンバーにリーダーなどのまとめ役が存在すれば、あるいは仲間を増やす“営業”ができる人材が存在すれば、どの市町村でも実施可能と言う。

ただし、保健センターによる支援が重要である。やってもやらなくても法的な規定がない健康づくり活動だが、相互信頼の構築や市職員の人材育成、世代を超えた支え合い、地域のネットワークづくり、ソーシャルキャピタルの醸成につながり、地域の健康度を高める活動となることから、連携が不可欠と認識しており、実行委員会と保健センターは二人三脚を続けている。

一方、評価については、市保健医療計画で市全体の傾向は追っているが、この地区だけの評価は特別には行っていない。何らかの変化があるのか、後期高齢者広域連合のデータ等では他地区との比較解析をしてみたいとしている。

また、実行委員会メンバーの高齢化も課題である。実行委員会によれば、歩けなくなるメンバーが増え、若い層の加入が少ないと言う。そのため、同事業は昨年度までは委託費で実施されていたのだが、委員会の体力も低下したため、現在は委託をやめ、保健センター事業となっている。さらに若い層は、趣味の活動には参加するが、無償のボランティア活動への参加は少なく、ボランティア活動との齟齬も生じつつあると言う。保健センターからは、近隣の大学との連携を提案し、学生などとの連携、協働といった新たな組織とのネットワーク化を促しているが、組織としての若返りが課題となっている。

保健センターのマンパワーも不足気味で、避ける人員に限りもあり、労力の配分も課題となっている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・もともとは委託による活動であったが、高齢化に伴い、自主活動が困難になりつつあり、保健センター事業として引きついだ。
- ・参加する団体同士のつながりをつくり、それぞれが有する情報を地域として共有する場と

して機能し、健康の意識やそれを支える団体等のネットワークの拡大にも貢献している。

- ・すなわち、ソーシャルキャピタルの醸成に寄与しているため、支援を行っている。

- ・時代に合わせた活動になるよう、新たな団体等とのつながりをつくる役割を保健センターが果たしている。

<相模原市健康増進課、中央保健センター>

相模原市人口 72 万 2334 人、高齢化率 25.4%

中央保健センターは緑区を管轄する緑保健センター、中央区を管轄する中央保健センター、南区を管轄する南保健センターの 3 センター体制となっており、保健師は 27 の公民館区を複数受け持っている。市全域を健康増進課が管轄している。

■働く人の健康づくり地域・職域連携事業 (市保健医療計画に位置づけ)

○事業の概要

相模原市には 2 万 4,000 件以上の事業所があり、約 26 万人の従業員がいる。そのため、地域・職域連携が重要課題として市保健医療計画や総合計画に位置づけられた。そこで保健所では、「働く人の健康づくり地域・職域連携推進連絡会」と「作業部会」を組織し、現状把握と目指す姿を共有しながら、事業計画を作成した。そして、各保健センターに地域・職域連携担当（保健師）を配置し、「作業部会」に参加するとともに、出前ミニ講座や中小企業への派遣型運動教室「どこでもジム」、健康経営のグッドプラクティスを収集し広く周知する事業所訪問などの取り組みを行っている。なお、健康増進課が連絡会の事務局を担っており、保健センターの地域・職域連携担当と連携して事業を展開している。

【主管課】相模原市健康福祉局保健所健康増進課

【実施】10 年以上

【対象】主に中小企業の事業主と従業員

【連携先】保健センター、国民健康保険部門、高齢者支援部門、子育て支援部門、精神保健福祉部門、産業振興部門、保健所、企業、協会けんぽ、大学、地域産業保健センター、労働基準監督署、勤労者福祉サービスセンター、商工会議所、商工会、法人会、年金事務所、労務安全衛生協会、建設業労働災害防止協会、健診機関連絡協議会 など

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

市内には、2 万 4,000 の事業所があり、25 万人の従業員が働いている。うち、「50 人未満」の小規模事業所は約 97%、「29 人以下」の事業所は 92.1%を占めていることから、平成 14 年策定の保健医療計画に職域保健との連携方策の検討が位置づけられ、平成 19 年には総合計画に「地域・職域連携事業の実施」、そして保健医療計画中間評価の重点課題に「職域保健との連携」が、それぞれ掲げられた。

これらを踏まえ平成 20 年度に、図のような連携先およそ 20 機関からなる「働く人の健康づくり地域・職域連携推進連絡会」を発足させた。所属の長らによる「連絡会」とともに、ざっくばらんな議論ができるよう実務者からなる「作業部会」という 2 層構造の組織体制

とし、顔の見える関係をつくりながら連携が推進できるようにした。また、保健センターを含む、庁内の担当者会議も発足させた。

平成 21 年度には、働く人の健康の実態把握（市内中小事業所における健康づくり基盤整備にかかる第 1 回実態調査）などを行い、事業主の意識改革や主観的健康観を高める取り組みの必要性を共有した。そして、個人・事業主、行政、関係機関、連



絡会がそれぞれにできることを区分し、ワークショップ形式で議論を重ね、平成 22 年 3 月末、連絡会事業計画（5 年ごとに見直し）を策定。事業計画には、「組織的に健康づくりに取り組む必要性がある事業主の増加」などの数値目標 9 項目を設定した。

具体的な対策立案で煮詰まった際には、作業部会で保健所・保健センター側からヘルスプロモーションの方法論や目標設定型アプローチを紹介し、それにもとづいて、目指す姿の設定→そのための条件の設定→実態調査・現状分析→数値目標設定→個人・事業所・関係機関・行政・連絡会の具体的な取り組み設定という手順を提案し、具体策を立案した。そして、連絡会として取り組むこととして、①課題の明確化、②健康づくりに関する情報提供、③健康づくり、ワーク・ライフ・バランスの普及啓発やネットワークづくり、④事業主に対する普及啓発、⑤健康づくり担当者の資質の向上、⑥健康資源の有効活用、新たな資源の創出などを掲げた。

この事業計画にもとづき、平成 22 年度には、連絡会の顔の見える関係を活かして、働く人の健康づくり地域・職域連携推進シンポジウムや、商工会所属の小規模事業主を対象とした「元気に働くコツを語ろう～健康診断を受けやすい環境づくり」といった地域別健康づくり懇談会などを開催した。

平成 26 年度には、第 2 回実態調査を実施して事業計画の評価を行い、第 2 次事業計画（平成 27～31 年度）を作成した。「組織的に健康づくりに取り組む必要性がある事業主の増加」という目標が改善に至らなかったため、平成 28 年度からは、健康経営のグッドプラクティスを収集し、広く周知することによって健康経営の普及啓発を図る中小企業訪問に取り組むことにした。

なお、事務局は市保健所健康増進課が担っている。具体的な取り組みは各保健センターに置かれた「地域・職域連携担当」（保健師）が地区ごとに行い、保健所がバックアップする体制となっている。そのため、「働く人の健康づくり地域・職域連携推進連絡会」には、保健センターの地域・職域連携担当が参加している。予算は、講師代・印刷代などで年間 30

万円ほどである。

○現在の協働や連携の状況

連絡会の事業計画に盛り込んだ具体的な活動は、①連絡会・作業部会の開催、②健康づくり懇談会の実施、③中小企業の事業所訪問・健康経営支援、④関係機関の実施行事等の共有、⑤優良事例のリーフレット配布による周知などで、事業計画の第2期（平成27～31年度）に入った現在も促進している。

連絡会は年2～3回、作業部会は年3～4回開催される。ほかにも、担当者レベルの内部打ち合わせや事業所訪問の後の実務者レベルでの協議が頻繁に持たれている。

連絡会では現在、事業所向けの出張相談や出張ミニ講座、事業主に対する懇談会などを行うとともに、グッドプラクティスの把握などを行っており、それらを互いに共有しながら、実施事業所を増やしているところである。

出張相談を行う際には、担当保健センターだけでなく、テーマによって、保健所の歯科や栄養の専門職が支援する体制となっている。把握したグッドプラクティスは、リーフレットで配布したほか、相模原市ホームページ「中小企業の健康経営」（<http://www.city.sagamihara.kanagawa.jp/kurashi/kenko/1007366/1013526.html>）からも閲覧できるようになっている。

また、事業主へのインタビューや従業員への生活習慣に関するアンケート調査などで事業所の健康度の分析を行い、「健康応援かべ新聞」を作成して提供するなど、事業所の健康経営を応援する取り組みも行っている。

「健康応援かべ新聞」では、依頼のあった事業所ごとに従業員のアンケート結果などから「表面に健診受診者が多い、社員が若くて活気があるといった前向きな内容を示し、裏面には運動習慣のある人が少ない、1回の飲酒量が多い、歯磨きをしている人が少ないといった課題を簡潔に掲載している」と言う。この「健康応援かべ新聞」も、前述の相模原市ホームページ「中小企業の健康経営」で閲覧することができる。

保健センターの地域・職域連携推進担当保健師によれば、「健康応援かべ新聞は、従業員の健康づくりの実態が見える化され、わかりやすい」と好評で、「出張ミニ講座等で運動や歯科と健康の関連などについて説明すると、はじめて知ったといった反応もあり、通常の保健センター事業では出会うことがむずかしい若い層に健康情報を届けることができる良い機会となっている」と言う。

なお、事業所訪問をはじめたのは、平成28年度からである。連絡会の作業部会メンバーと保健センター担当者で訪ね、課題や取り組み事例を聞いて、出張相談や「健康応援かべ新聞」、優良事例の紹介といった連絡会の取り組みにつなげている。平成30年度までに、23の事業所に訪問したと言う。

○現在の協働や連携に関する意識

連絡会の構成機関は、いずれも頼りになるパートナーとなっている。

とくに、労働関係団体は多くの事業所を把握しており、連絡会の取組の周知活動にも積極的である。また、精神保健福祉センターもメンタルや自殺の対策でリーフレットを配布したり、出前講座に出向くなど協力的で、地域産業保健センターも事業所訪問に同行する中で事後指導につながっていると前向きに捉えてくれていると言う。さらに市経済部も、この連携事業の事業所訪問に積極的で、連絡会の目標に掲げたワーク・ライフ・バランスの啓発チラシ等をもって労働領域のセミナーや研修会などで積極的に PR をしてくれていると言う。

こうした活動の中で、市健康増進課の地域・職域連携担当に連絡会メンバーから事業主に健康経営の話をしてほしいといった要請をはじめ、講師の派遣、社内報・会報などへの記事提供といった依頼が入るケースが増えてきており、それらの事業所等の要望を聞きながら、保健センターで実施している出張健康事業等を積極的に PR し、希望がある事業所等を保健センターにつないでいると言う。

また、保健センターでは、訪問依頼等がなかった事業所にも、各種リーフレットや連絡会資料等を持参し、訪ねている。「顔を売ることが出張相談や出張ミニ講座などにつながることもあるので、積極的に事業所には出向く」と話している。

事業所訪問の負担が大きいように思われるが、担当者は「それほど負担ではない」と言い切る。「連絡会の立ち上げ前に、前任者らが関係組織の主催イベントにブースを出したり、講演会の講師を務めたりと関係性をつくってくれていたため、そこからの紹介で訪ねる事業所は受け入れがスムーズだ」としている。

○事業の拡大や発展

アンケート調査で従業員の運動不足の実態が明らかになり、運動する時間が取れないといった事業所の現状が明らかになったことから、平成 30 年度より、保健センターの事業として、新たに「中小企業への派遣型運動教室『どこでもジム編』」（土日、夜も対応）をスタートさせた。

健康運動指導士などを派遣し、腰痛予防の運動やストレッチ、筋トレなど、どこでもできる運動のミニ講座を実施するもので、連絡会のほか、各メンバーの所属機関が実施する講演会やイベント等の会場にブースを出してチラシを配布したり、事業所訪問で周知をするなどして、積極的な利用を促している。こうした土日や夜間の運動教室というツールを保健センターが持ったため、よりアプローチしやすくなり、平成 30 年度には 7 事業所で実施することができたと言う。

また、連絡会を立ち上げた際、前年に経済部での勤務経験のある職員が保健所に異動してきたため、その人脈をフルに使って、商工会議所や市勤労者福祉サービスセンター等の関係者を訪ねて事業の協力を依頼したり、事業所訪問をしたと言う。さらに、健康増進課の地域・職域連携担当の経験がある保健師が保健センターに異動し、保健センターの地域・職域連携

担当として、それまでの職域の知識や人脈を活かしながら、出張健康事業や相談を展開するといった工夫もしていると言う。職員の人事異動は、連携拡大の良いチャンスと捉えている。

また、推進にあたっては、地域・職域連携が総合計画や保健医療計画に位置づけられたことも追い風になったとしている。

○事業の実施による効果

連携の効果か、健康経営に取り組みたいという事業所が少しずつ増えてきている。

そうした中で、平成21年度に連絡会で設定した各種の指標も、平成26年度にはわずかながら改善した。「健康づくりに取り組んでいない事業所を減らす」(21年度21.2%→26年度17%)、「健康づくりに取り組んでいない従業員を減らす」(9.9%→8%)、「ワーク・ライフ・バランスという言葉とその意味を知っている人を増やす」(19.8%→23%)など、7項目で改善が見られた。一方、改善しなかった指標は、「組織的に健康づくりに取り組む必要があると思う事業主を増やす」(78.5%→78%)などだった。

また、分析の結果、規模が小さいほど健康づくりに課題があることも明らかになった。働き盛り世代は多忙のため健康づくりに時間をかけることがむずかしく、個人での取り組みにも限界があるため、健康増進課としては、中小企業の健診や保健指導などを実施する協会けんぽと一層の連携強化とともに、事業主への働きかけが重要と改めて認識し、今後、重点的にアプローチしていくと言う。

因果関係は不明だが、市全体の健診受診率や健康寿命も改善してきていると言う。

一方、保健センターとしては、若い働き盛り世代に普及啓発できる貴重な機会になっており、そういった面でのメリットも効果の一つと捉えている。

○活動継続における課題と対応方法

保健センターの地域・職域連携推進担当保健師によれば、「人や組織とつながってきているが、事業所訪問数も年間数件程度と地道な活動であり、効果も出にくい」という悩みがあるそうだ。

しかしながら、連絡会設置前は参加関係機関の相互の役割も十分にわからず、何をどのよ

指標	項目	H21年度 75%	H26年度 78%	目標値
1 事業主・従業員ともに、健康づくりに関心が持てる	① 市域全体で健康づくりに取り組む必要性があると思う事業主を増やす	78.5%	78%	80%以上
	② 健康づくりに取り組んでいない事業所を減らす	21.2%	17%	11%以下
	③ 健康づくりに取り組んでいない従業員を減らす	9.9%	8%	5%以下
2 事業主・従業員ともに、協力し合える職場と見える	④ 職場内のチームワークがとれていると思う人を増やす【事業主】	92.1%	91%	96%以上
	⑤ 職場内のチームワークがとれていると思う人を増やす【従業員】	78.0%	78%	89%以上
3 事業主・従業員ともに、ワーク・ライフ・バランスの大切さを認識できる	⑥ ワーク・ライフ・バランスの支援を大切だと感じている事業主を増やす	95.3%	97%	100%
4 多様な働き方を認識できる	⑦ ワーク・ライフ・バランスという言葉とその意味を知っている人を増やす	19.8%	23%	59%以上
5 事業主・従業員ともに、経営で豊かな生活のための時間が確保できる	⑧ 自分や家庭生活のための時間の確保ができている人を増やす【事業主】	67.3%	68%	83%以上
	⑨ 自分や家庭生活のための時間の確保ができている人を増やす【従業員】	72.4%	77%	86%以上

うに連携すれば良いのかもわからなかった中で、顔の見える関係づくりを通し、互いの役割を徐々に理解し、少しずつ個々の連携が動きはじめ、事業所等の理解や依頼も増えてきていることは重要な成果であり、ネットワークの存在価値は小さくはない、と言える。あとは、拡大方策の問題だけではないだろうか。

その拡大方策であるが、健康増進課担当者は私見としながらも、「事業主への働きかけが重要なので、連絡会の連携基盤を活かして、健康経営の認証制度や表彰制度などについての研究をしてみたい」としている。

もう一つの課題は、保健センターの地域・職域連携担当の業務が、個別支援などの通常業務を抱えながらの活動である、という点である。すなわち、事業所訪問や出張ミニ講座などの準備や実施に時間を要しており、マンパワーが不足している。とは言え、保健センター担当者は、「多くの地域資源、人脈と接点があるので、ハイリスク者対応などをしながらでも、個人的には非常に楽しくやりがいがある」と話している。

一方、促進要因があるとするならば、「情報収集や関係性の構築のために、担当者が地域へ出る、関係機関に足を運ぶという活動について、背中を押してくれる上司の存在ではないか。それにより、担当者も地域に出て行きやすく、活動の促進の一因になる」と話している。

また、保健センターが地域・職域連携の担当となる点については、「保健センターは地区を管理しているため、事業所が近く、小回りも利く。今日的な課題をキャッチして、地域課題の解決に取り組むことができる利点がある」と指摘している。ただし、「地域・職域連携の取り組みは、意義や効果がわかりにくいいため、はじめて担当する者にとっては、理解するまでに時間がかかるので、丁寧な引き継ぎ資料などが不可欠だ。また、普段会えない働き盛り層の実態を把握できる機会であり、健康な職場づくりや地域づくり、人材育成の意義があるといったコンセンサスを得ておくことも必要ではないか」と指摘している。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・中小企業が多いという地域特性を踏まえ、保健所・保健センターが地域・職域連携の取り組みを模索し、事業所訪問等を重ね、課題を把握しながら、顔の見える関係を構築した。
- ・保健医療計画や総合計画に盛り込まれたタイミングを活かした。
- ・所属長らによる「連絡会」とともに、ざっくばらんに議論できる担当者レベルの「作業部会」を立ち上げた。
- ・保健所部門は、各プレーヤーでは実施できない実態調査やデータ解析、課題抽出などの情報センター的な機能を率先して果たした。
- ・立案で煮詰まった際、「目標設定型アプローチ」などのメソッドを示し、信頼感を高めた上で、事業計画をつくって、取り組むべき目標を見える化した。
- ・すぐに取り組める活動から着手し、成功体験を持たせた。
- ・事業所訪問による事業主への介入によるグッドプラクティスの収集や健康応援かべ新聞などの事業主のメリットになる取り組みが奏功した。

- ・事業所にメリットのある出張健康事業のようなツールを保健センターが持ったため、アプローチしやすくなった。
- ・人事異動した職員の経験や人脈も活かした。人事異動は連携拡大の好機と捉えている。

<湯沢町健康増進課>

人口 8,046 人、高齢化率 33.90%

健康増進課は、病院、健康増進施設に棟続きの総合福祉センター内にあり、福祉介護課、社会福祉協議会が入っている。健康増進課の保健師 7 人は地域包括支援センターと兼務。管理栄養士は保健事業を専任している。本庁舎とは、500mほどの距離圏。

■未成年の飲酒・喫煙防止、たばこ対策 (健康増進計画に位置づけ)

○事業の概要

この事業が開始された当初、湯沢町では、たばこ・アルコールは個人の嗜好品であり、喫煙防止や飲酒の対策を行うことに慎重な意見が多かった。とくに、飲酒については大らかな風土がある。健康増進計画の策定時、外注せず、住民主体で策定作業を行ったことにより、連携の基盤が築け、健康課題や解決に向けた取り組みの共有が容易に行えるようになり、未成年者の喫煙率や飲酒率が高いことから、たばこ・アルコールの経験率をゼロにすべき、というコンセンサスを得ることができた。そして、住民主体の推進委員と一緒に学校などを訪問し、協働活動への理解をしてもらい、行政と一体となって取り組みを展開した結果、未成年者の喫煙率・飲酒率が大きく改善した。

【主管課】湯沢町健康増進課

【実施】10 年以上

【対象】児童（小学生～高校生まで含む）、幼児とその親、妊婦とパートナー、一般成人、高齢者

【連携先】子育て支援部門、障害児者支援部門、学校教育部門、保育園、幼稚園、小中学校、保健所

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

湯沢町では平成 15 年度、第一次健康増進計画「湯沢町ファミリー健康プラン」を策定した。「従来の計画はつくって終わり、町民の健康づくりを十分に叶えられなかった」。住民が主体的に健康づくりに関わる仕組みづくりを目指し、健康はその人らしく過ごすための一つの資源であるという考え方をもとに、外部委託せず、ヘルスプロモーションの理念を踏まえて、27 人の策定委員によるワークショップを中心に据えた住民参加型で策定した。

町の実態については、量的調査として小学 6 年生、中学生、高校生、19～64 歳、65 歳以上のカテゴリーに分けてのアンケート調査に加え、質的調査として 11 グループに対し、フォーカスグループインタビューを行い、把握した。すると、未成年者の喫煙率と飲酒率がいずれも 10%程度あったことが明らかになった。

この課題にどのように取り組むかを策定委員会で検討した結果、やはり子どもたちへの教育を行い、それを通じて保護者等への波及効果を狙うことが効果的だろう、と取り組みの

方向性が決まった。計画策定の翌年、町立の学校との連携をはかることになり、16年度から町内すべての小学校（5校）と中学校（1校）で健康教育を実施することが決まった。実施後、児童と教員の理解度の前後評価を行ったところ、知識は全項目で改善するなど、効果的であることを確認した。そして17年度からは、飲酒についての健康教育を同じように実施した。18年度からは、中学校ではアルコール依存症の自助グループであるアルコホーリクス・アノニマスの当事者に健康教育に加わってもらった。

いずれも保健の授業として、保健センターが強く関わった。児童向けのプログラムでは、授業の目標をアンケート項目に盛り込み、達成度を評価できるように構成を企画した。「たばこの煙には4000種類以上の化学物質が含まれている」「未成年からたばこを吸うとがんになりやすくなる」「子どもは大人よりニコチン中毒になりにくい」「アルコールを飲むと子どもも大人と同じくらい脳に悪い影響がある」「アルコールをたくさん飲み続けるといつも飲みたくて我慢できなくなる」「妊娠している人がアルコールを飲み続けても、少しの量ならお腹の赤ちゃんに影響はない」といった設問では、教室実施前と実施直後は明らかに改善し、教室の1か月から2か月後では、実施直後よりやや正解率は下がるものの、教室実施前よりも改善していた。

現在、同プランは、平成24年度に策定された第2次計画（平成25～令和4年）に入っている。なお、計画の策定委員はその後、そのまま進捗管理を担う推進委員（1人増えて現在28人）へとスライドしている。

なお、活動がライフステージで途切れないよう、かつ一体的に事業展開できるよう、同プランは健康づくり計画、母子保健計画、食育推進計画、がん対策推進計画、歯科保健計画をすべて一体としたものとなっている。

○現在の協働や連携の状況

推進委員の協議は年2回で、中間評価の年度には年3回の会議と2回程度のワーキングが行われる。たばこやアルコール分野だけでなく、健康課題解決のために必要な場合は随時、職員や推進委員の有志らによるワーキングが開催され、フランクな協議も無報酬で行われている。ワーキングでの協議内容や提案は、推進委員会になされる仕組みである。

未成年の飲酒・喫煙防止は町の健康課題の一つであり、「知識の普及」「未成年の喫煙・飲酒防止対策」「未成年飲酒に対する大人の意識改革」「受動喫煙防止」の4本柱で取り組んでいる。

たばこ・アルコール対策の保健センター内の担当者は、2人体制。ただし、情報共有はなされており、ほかの保健師ら職員も動きは把握している。また予算は、基本的に関係セクターの既存事業で実施しているため、推進委員の報償費程度で済んでいる。ただし、解析を要する評価年度には、解析等を行う作業費等を計上している。

学校と保健センターの連携は、密である。取り組み開始当初は、予防教室前後のアンケート評価の学校側の負担も大きく、学校からの抵抗感がないわけではなかった。しかし今では、

学校での当然の作業と理解されている。受け入れられるようになったのは、アンケートによって、子どもたちへの教育効果が現れたことが大きい。なお、学校側の理解を得る際には、保健センターだけでなく、住民代表の推進委員も同行してもらっていると言う。

協働や連携の推進要因は、地元の「推進委員」が子どもたちの健康課題を解決する取り組みを一緒に行う姿勢を持っていることと、根拠となるデータであると言う。行政から押しつけられたものなく、自ら健康課題を整理し、対策を盛り込んだ計画であるため、推進委員らとの連携が上手くいっていると保健センターでは見ている。

また、喫煙率や飲酒率など取り組みの効果を推進委員とともにデータで確認・評価しながら進めていることが連携の促進に寄与していると考えている。「将来がある子どもたちの健康の問題であり、害があるものを体に入れることを予防する取り組みを否定する人は、1人もいなかった。目で見える数字が示している実態に取り組まなければ、という思いが一致した」と話す。

このような連携により、学校などでの取り組みが推進され、「未成年では吸ってはいけないと思う」「未成年は飲んではいけないと思う」という意識が町に根づいてきた。実際、「未成年では吸ってはいけないと思う」「未成年では飲んではいけないと思う」と思う人の割合は、平成15年度は12～18歳では63.9%、壮年期では76.1%だったが、平成29年度にはそれぞれ76.1%、84.2%へと改善している。

○現在の協働や連携に関する意識

推進委員の影響により、学校をはじめとした行政側の協働・連携が促された。

例えば、委員の一人である商工会長は、観光の町として熱心に受動喫煙対策に取り組み、町の受動喫煙防止条例の立役者の一人でもある。保健センターでは、「人選は成功に結びつく大きな鍵」と捉えている。

連携促進を考えれば、やはりこのように地域での影響力のある人材を選ぶことがコツの一つになる。そうした人材が地域に働きかけ、合意形成が得られれば、さまざまな組織の行動変容も促進され、カバー率が高まる。前述のような風土の変化にも、大いに影響を及ぼすことが推察される。

住民と一緒に目に見える成果を一緒に確認しながら、活動を見直し、継続して取り組んできたこと、すなわちボトムアップの取り組みが、こうした動きの背景にあると言える。

また、推進委員の活動の動機づけや議論の中身を整理して伝えるために、定期的にまとめ、「かわら版」として提供している。

連携を促すものは、「連携先の組織の課題も把握すること。連携先の課題と保健センターの抱える課題がどのように関係しているかを考えること。そして、互いの課題を解決する可能性がある取り組みを提案し、ともに活動を行って、成果が得られることが、連携の強化につながる。その際に、必要な関係組織同士を結びつけることが保健センターの大事な調整機能だ」と言う。それによって Win-win の関係ができるとしている。

また、住民を中心とした連携を促進するには、“企て”が必要で、「企画段階から影響力のある人物を巻き込むことが重要。そして、町の実態をみんなで一緒に確認し、どのような取り組みが必要かを協議し、実践することが大切」と言う。そのため、「学校の協力を得やすいよう、策定委員や推進委員には校長や教育委員会管理指導主事にも入ってもらった。関係組織との活動が円滑にいくための人選は大事」と話している。

協働や連携の文化を育んだ要因は、「湯沢町ファミリー健康プラン」を策定し、推進してきたプロセスそのものだったと言える。

○事業の拡大や発展

たばこ・アルコール対策を連携して推進してきたことで、歯科保健での連携もスムーズに運び出した。「中学生になると歯肉炎が多く、小学生では磨き残しが多いことがわかった。小学生の低学年のうち親も丁寧に関わるが、4年生くらいになると自分で磨けるだろうと手放し、それが原因で歯肉炎や虫歯が中学生になると増えてくると推測された」と保健センター。そこで、たばこ・アルコール対策で構築された連携の基盤を活かし、計画に位置づけた「子ども：食べたらみがくを意識づける」を関係者で改めて促進するとしている。

一方、前述の推進委員の一人である商工会長は町の高齢者の生活や健康問題にも関心が高く、高齢者の孤立対策や買い物困難者の対策の充実も考えていると言う。自身のルートで高齢者の生の声を集め、保健センターに情報提供するだけでなく、地域の誰に話を通せば、活動が促進されるかというアドバイスもくれるそうだ。「商工会長さんは、地元で20～30歳の若い世代による町の課題を考える会があり、その人たちが買い物困難な高齢者に買い物を支援するなどの仕組みを活性化事業として実施できるのではないかと、といった意見を持っている。しかも、提案だけでなく、実際にその会のメンバーに町の課題を伝えて活動の重要性まで話をしてくれる」と保健センター担当者。健康日本21の理念のとおり、策定プロセスを通じ、「町の健康」を考えるようになってきている。

また、「湯沢町ファミリー健康プラン」のプロセスから派生して、認知症高齢者が地域で安心して暮らせるための認知症対策の取り組みもはじまった。畑で農作業を一緒に行うという慣れた環境の中で、認知症があっても、もともと親しんでいた活動を通じて自分の役割が果たせたり、自分の存在価値を感じられるという「認知症アクションミーティング」と呼ばれる取り組みだ。学校やコミュニティスクールを地域開放し、子どもたちを巻き込んで取り組み、盛り上がっていると言う。

○事業の実施による効果

「湯沢町ファミリー健康プラン」では、5年ごとに中間評価を実施することになっている。

第2次計画の中間評価を平成29年度に行ったところ、喫煙をしたことがない者の割合は、第1次計画のベースラインである平成15年度は小学6年生87.5%、12～18歳81.0%だったが、29年にはそれぞれ98.2%、97.8%へと大きく改善した。また飲酒率も、平成15

年度は小学6年生 14.8%、12～18歳 13.2%だったが、29年度はそれぞれ 1.8%、2.2%とゼロにはなっていないものの、大きく改善を示した。

このほかにも、禁煙・分煙環境の整備（公的機関・医療機関での禁煙、旅館事務室禁煙、商工会主催の祭りの際の分煙など）や、大人の喫煙率の低下、喫煙マナーの普及といったプランの目標値がいずれも改善した。

なお、中間評価の結果は、ダイジェスト版にして全戸配布している。

○活動継続における課題と対応方法

課題の一つは、学校との協働活動だった。学校は子どもたちへの教育の場であり、児童へのたばこ・アルコール対策は学習指導要領にのっとり実施しているため、十分であるという認識で、町ぐるみで行う活動をなぜ学校で行う必要があるのかと考えているようだ。しかし、そうした反応に対し、計画の推進委員を務める住民やPTAなどが地域全体の課題であると訴え、間を取り持ってくれたと言う。

また、教員らの人事異動に伴い、喫煙予防教室や飲酒予防教室のスタンスに若干の温度差が生じることも課題だと言う。そうした弊害を解消するため、保健センターでは年度当初に、必ず健康増進課長が学校へ赴き、窓口となる教頭をはじめとした教員らに対策の確認と引き継ぎを丁寧に行っている。人が代わると理念が薄れるので、こうしたプロセスが連携には不可欠だと言う。

もう一つの課題は、喫煙・飲酒ともに予防教室でのアンケートの正解率が中学生になると下がってしまう点だ。そこで、より成果が得られるよう、学校の養護教諭や担当教員、外部講師となる町の病院の研修医と保健センタースタッフで教育内容を見直している。

また、小学生が酒を飲んだきっかけをアンケート結果から分析したところ、家に置いてあるアルコールをパッケージが紛らわしいためにジュース等と間違えて飲んでしまったり、ノンアルコール飲料なら子どもに飲ませても良いと考える大人が少なくないこともわかった。「とくにノンアルコール飲料は酒のゲートウェイになる可能性があるので、その対策をはじめなければと考えている。いずれにして、子どもの飲酒ゼロに向けた大人の意識変容にはまだ課題が残っている」としている。

知識レベルが向上し、風土も大きく改善するなど、策定当初の目標は概ね達成しつつあるが、未成年者の喫煙・飲酒はゼロにはなっていない。小中学生の頃に予防教室を受けたはずの若者たちが出席する成人式でアンケートを実施したところ、20歳までに飲酒した経験がある人は21.0%、喫煙した経験がある人は13.6%だった。そのため、保健センターでは、「中学校までは町立なのでアプローチできるが、高校は町内にないので関与できない。保健所と連携し、町と県、小中学校と高校の連携も進めたい」としている。

このほか、連携という財産を、特定健診・保健指導やがん検診の受診率等の向上の取り組み、さらには自殺対策としての地域での挨拶運動などにも活用し、プランに掲げた目標の一つでも多くクリアしたいとしている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・健康増進計画の策定を通し、たばこ・アルコール対策に取り組む必要性をみなで共有し、実践し、成果を確認することを通して、協働活動の意義を見出した。
- ・ワークショップや当事者へのフォーカスグループインタビューなどを通し、住民主体の取り組みになるよう“企て”をはかることが大切である。それらも連携の基盤となる。
- ・コアメンバーの共通認識をより深めるため、フランクなワーキングも頻繁に開催した。
- ・健康増進計画の策定プロセスで協働や連携の文化が育まれた。
- ・また、地域への影響力が大きい人材を推進委員にするなどの企画段階からの“企て”も不可欠である。健康政策の推進には、そのような“企て”が必要となる。
- ・連携の基盤を拡大するため、食育、母子保健、がん対策、歯科などの各種計画も一体化させた。
- ・連携先の人事異動で理念がブレないよう、推進委員とともに訪ね、町を挙げた健康課題の解決に連携して取り組む意義や必要性を毎年、訴えることが大切である。
- ・エビデンスを収集し、成果を共有することにより、連携先を動かす視点を持つ。
- ・連携先の課題と保健センターが抱える課題の関連性を整理し、協働活動によりどのような成果が得られるのかを理解してもらい、実践し、その成果を共有する。
- ・互いの課題を解消する可能性のある組織同士を結びつけることも、ポイントである。

<高浜町保健福祉センター>

人口 1 万 596 人、高齢化率 29.90%

保健福祉センターは複合型で子育て世代包括支援センター等と一体的に整備され、町内 1 カ所。本課機能を有する。町役場とは、車で 5 分程度の距離圏。

■産後ケアダイサービス事業 (子ども・子育て支援事業計画、総合計画に位置づけ)

○事業の概要

非日常的なリラックス空間である旅館・民宿を子育てに優しい町の貴重な社会資源と捉え直し、産後ケアダイサービスの拠点にしたイノベーション・プログラム。産後 4 か月までの要支援妊婦等が対象で、保健福祉センターの専門職が旅館に出向き実施する。早期に専門職と接点を持て、次の事業にもスムーズにつながる利点がある。関係団体等も、子育て世代を支援したいと意識を変えつつある。旅館等にとっても旅館業や高齢者によるカラオケ、食事、浴場に次ぐ子育て支援という商機となる Win-win プログラムであるため、町の売りになると認識しだした総合政策課や産業振興課も協力体制を敷いている。カルテやアンケート結果を 2 年間かけて分析したプロセスがポイントである。

【主管課】 高浜町保健福祉課

【実施】 5 年未満

【対象】 乳幼児とその親、妊婦とパートナー

【連携先】 子育て支援部門、まちづくり部門、産業振興部門、
医療機関、医師会・歯科医師会等の職能団体、子育て支援センター
その他民間施設 (旅館・民宿)、保健所

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

高浜町では平成 19 年度から、母子保健と子育て支援、保育、要保護児童対策を一体化させた体制を構築し、多職種がチーム連携する仕組みを整えてきた。

ところが、妊娠期からの切れ目のない体制を敷いたことで、特定妊婦や家族機能が低下して産後サポートが受けられない家庭、孤立する家庭やひとり親、貧困の増加、さらには自己決定力の乏しい親や虐待の複雑化・長期化といった子育てを巡る課題が、窓口機能が充実し相談が増加する中で、明らかになってきた。

平成 30 年度の子育て世代包括支援センター開設に向け、切れ目のない体制を敷いていても、幸せな子育てにつながっていないのはなぜなのか、原因を掘り下げたところ、そもそも「どんなまちにしたいのかをチームで考えていなかった」ために、



「支援が幸せな子育てにつながっていない」ということに気づいた。「それまでの支援は結局、個々のハイリスク対応が中心で、まち全体の予防の視点が弱かった。つまり、親が幸せに子育てでき、親の力がはぐくまれるような支援になっていなかった」と保健福祉センター担当者は振り返る。

そこで、保健福祉センターで保有する過去 9 年分の妊娠期から 3 歳半健診までのカルテを分析、平成 29 年度に実施した子育てアンケートの結果や支援者が日頃感じている課題とあわせて、問題解決のフレームワークである「ロジックツリー」(図参照)などで 2 年間にわたって分析・整理をしたところ、妊娠期、出産直後から 4 か月頃まで、以後の子育て期のそれぞれにおける課題が明確になった。平成 30 年度の子育て世代包括支援センター(ホームページ=<https://www.kurumutakahama.com/>)の立ち上げにおいては、「もっと幸せに子育て出来るまち」を目指すこととし、それまで母子保健・子育て支援・要保護児童対応等ワンストップで行ってきたことに加え、ハードもソフトも見直しを行った。



出産直後から 4 か月頃までの課題は、「幸せな子育てのスタートが切れていないこと」であり、その直接原因は「母親の産後の回復の遅れ」であった。

そして、その遅れを引き起こしている要因が分析により明確になった。すなわち、「産後サポートがなく休めない」「休養のために利用できる支援がない」「昼間は母子二人きりである」「誰に相談していいのかわからない」「身近に友人や知り合いがいない」といったことが、母親の孤立感やさまざまな負担感を生み、心身の疲労を蓄積させ、その結果、産後の回復を遅らせていると考えられたことから、産後支援の充実をはかることになった。

とは言え、産後支援の充実と言っても、産後ケア事業を委託できる産科医院までは車で 1 時間以上もかかり、現実的ではない。それに、必ずしも病気ではない妊産婦を医療機関が提供する産後ケア事業につないだとしても、医療が中心となり、置き去りにされるのではないか、真の意味でリラックスできないのではないか、といった懸念もあった。

そこで、海水浴場で有名な高浜町には 110 軒もの旅館・民宿が存在するという強みに着目し、「食事や入浴施設も充実している旅館・民宿を活用した産後ケアデイサービスをつくらう」というアイデアが浮かんだ。早速、旅館・民宿に趣旨を説明して歩き、平成 30 年 5 月からこの Win-win の取り組みをスタートさせた。

○現在の協働や連携の状況

産後ケアデイサービスは、週 1 回(定員 4 組)、10～15 時まで、1,500 円の自己負担で客

室で昼食を楽しみ、入浴施設が利用できる。現在、4件の旅館・民宿をローテーションで実施している。対象は、産後4か月までの育児不安やパニック障害、孤立、授乳リズムが掴めない、知人・家族などのサポートがないといった要支援妊婦としているが、ほとんどの産婦は少なからず不安を抱えており、対象は広い。在宅助産師や保育士、保健師等が保健福祉センターから出向き、相談や赤ちゃんの健康チェックなどを実施している。

旅館・民宿という非日常の空間は、利用への抵抗感が少なく、くつろげる空間であるため、リピーターが多い。しかも、そうした空間に複数の母親が集まるため、自然につながりが醸成されるメリットがある。

「気分転換になって、専門職とも気軽につながれる」と好評で、妊婦健診で医療機関から要支援の連絡があった妊婦や両親面接、産婦健診、2か月児育児相談などで支援が必要とされた要支援産婦の86%が1回以上、平均で2.4回利用している。利用者に聞くと、広いお風呂でリラックスでき、本音で話せるのが良いという反応だった。一人あたり4回までが補助対象だが、それ以降、自己負担で利用される人も少なくない」と保健福祉センター担当者は言う。毎回、3組程度の利用があるそうだ。



一方、平成29年度の子育てアンケートとカルテ分析で、充実感に満ちた子育てができていないという親が多く、その要因として、今の親の多くが子育てを間近に見たり体験する経験が乏しいという状況が考えられ、地域全体の子育て世代への関わりも減っていることなどから、子育て世代包括支援センター機能を持たせた保健福祉センター内の子育て支援拠点の抜本的な改修を行った。対話・成長・こころをキーコンセプトに建築家と保健師、助産師、看護師、保育士、役場の建設課の建築技師とともにワークショップを重ね、木製の巨大な遊具のような、小さな路地のようなプレイルームをつくり上げた。子どもと家族だけでなく、妊娠期の夫婦も使えて、遊びや交流の中で情報交換をするなど、つながりを深められる構造とした。



同時に、子育て世代包括支援センターの名称を公募。多数の応募案の中から子ども子育て会議で「くるむ」に決定し、赤ちゃんのおくるみのように、子育て世代を優しく包み、包まれた人が次の世代をくるむというコンセプトを示し、『kurumu』のロゴをプロにデザインしてもらった。そういうプロセスを経たためか、子育て世代包括支援センター『kurumu』は若い子育て世代に響くとともに、多くの人を引き寄せ、町民に知られるようになり、父親と子どもの利用も増えてきた。

○現在の協働や連携に関する意識

妊娠期は、夫婦ともに親になる準備が整わないことが課題であり、それが産後の夫婦のずれを招いていると考えられ、保健福祉センターでは妊娠中期以降、助産師、保健師が「両親面接」をすべての夫婦を対象に実施することとした。

「両親面接」で妊娠期から親になるということがイメージできると、産後の課題の解決が容易になる。そのため、「両親面接」では、赤ちゃんに必要なベビー服や小物、ケア用品などの「育児パッケージ」を渡し、まず赤ちゃんがいる生活や家庭環境をイメージしてもらうとともに、「〇〇家の笑って育児するためのプラン」というシートを活用する。これには、出産後に妻に起こる心身の変化や時間的・社会的な制約がどのようなストレスになるか、さらに夫の仕事の状況や職場の環境などを夫婦で共有しながら、赤ちゃんが生まれてすぐの生活の変化を2人でどのように乗り越えるかを話し合い、一緒に書き込んでいく。

これにより、自分たちの課題が整理され、お互いを知ることができ、妻の安心感と夫の想像力のアップを促す。妊娠期にこの機会を持つと、夫から産後ケアデイサービスを進めたり、夫婦で家事の手抜き策を考えたりするなど、2人で相談し乗り切っていく力がつき、産後の夫婦の認識のずれが解消され、妻の孤立感が払しょくできる。「夫婦でこんなに話し合ったのははじめて、産後のことを前もって夫婦で話し合っておくと安心感につながる」といった反応があり、夫からも自分にできることがわかって良かった」という声が聞かれている。コミュニケーションツールとしてのプランシートは、夫婦間の会話をさらに促し、課題解決につながることを期待して、白紙のシートを育児パッケージに一枚入れている。

「両親面接」で、妊娠中の夫婦の困り事が把握できた。しかし一方、夫婦だけでは解決できないことがあることもわかった。また、平成29年度の子育てアンケートからは、子育て世代は地域にサポートを求めていることが把握されており、町の子育てワークショップでは、地域側は子育て世代にどう関われば良いかがわからないという声が上がっていた。

そこで、保健福祉センターでは、これらの声を関わりの深い3団体に伝えた。すると、シルバー人材センターでは「身近で支援できる会員を派遣できる」、婦人福祉協会は「高齢者支援だけではなく、子育て世代全体も支えたい」、社会福祉協議会は「子育て世代とボランティアをマッチングする取り組みを考えたい」と提案をしてくれた。近々に、これらの事業化に向けて詰めていく予定である。

同様に、子育てしやすい環境整備のため、企業にも働き掛け、「イクボス宣言」をスタートさせている。仕事と生活のバランスを取りつつ、部下の育児休業を促すなど、仕事と育児を両立する環境整備に努める管理職やリーダーを「イクボス」とし、経営者や管理職等にその輪を広げるものである。子育て世代包括支援センター立ち上げで協働した子育て対策も担う総合政策課とともに企業に働きかける。保健福祉センター担当者は、「まずは、町長に宣言をしてもらう予定」と話す。

○事業の拡大や発展

これまで母子保健・子育て支援の窓口は、保健福祉センターだけだった。しかし、一連の取り組み後は、町全体に広がりつつある。

例えば、総合政策課では、子育て世代に選ばれる町にしたいと子育てのブランディングに力を入れはじめた。具体的には、子育てにやさしい町として、授乳期の母親に良い献立を提供する旅館・民宿や子どもの健康に良い食事等を提供する店を「kurumu(くるむ)協力店」に認証するなどし、差別化する取り組みを企画している。

また、産後ケアデイサービス事業に協力している4つの旅館・民宿が把握している利用者ニーズ等の情報を、町内のほかの旅館・民宿などにフィードバックし、それらを新たな子育て支援拠点化の拡大の起爆剤にしながら、町外からの集客も増やし、町全体の活性化につながる。保健福祉センターとしても、旅館・民宿の新たなイノベーションを総合政策課や産業振興課と一緒に進めていきたいとしている。

○事業の実施による効果

旅館・民宿という地元住民には遠い存在であった資源を子育て支援の拠点とするイノベーションを起こした結果、地元産業の活性化とともに、気負いなく使える空間で専門職とつながれる中間施設的な機能の創造につながった。「旅館・民宿は、閑散期や平日のカラオケ、食事、風呂などの介護予防的な資源に子育て支援という新たな商機が加わったと喜んでいいる。そして利用者は、くつろいだ中で専門職とつながり、その後は毎月開催される1歳までの母子を対象とした相談やベビーマッサージ、情報発信と母親同士のつながりをつくるスマイルベビー事業などへの参加につながっている。さらに、この事業でマッサージの効果を体験した母親がアロマセラピストの資格を取り、現在はこの事業の支援者になってくれている。地域の人材育成にも寄与している」と保健福祉センター担当者は見ている。

産後ケアデイサービス事業により、旅館・民宿にも産婦を支えようという意識が芽生えた。「産婦にはどんな食事が良いのかと保健福祉センターの管理栄養士に相談が入るようになった。旅館スタッフと利用者の会話、交流も増え、子育て支援への関心が高くなっている」と言う。

また、産後ケアデイサービス事業や子育て世代包括支援センター「kurumu」の取り組みが話題になり、企業も関心を持ちはじめた。「保健福祉センターが購入した乳幼児用品等を製造販売する京都のメーカーがkurumuの取り組みに賛同し、kurumuオリジナルの食器をデザインしてくれた。それにとどまらず、子育てに優しい行政の姿勢を評価し、今後ホームページで全国にPRしていくことを考えてくれている」と言う。ロゴ・デザインを手がけたデザイン事務所も同様に、自社のホームページやSNSなどでPRしてくれている。

反響の高さから、転入者からの問い合わせが増えてきた。高浜町はもともと原発立地の町で技術者ら若い世代の転入者が多いが、「転入前に産後ケアデイサービスやkurumuの取り組みについて直接、聞きに来られ、町外の方からのサービスを利用したいという相談も増え

ている。

総合政策課も反響を受け、「子育て支援が人口減少対策としても効果的であると認識し、町内の小中学校、高校の情報を町のホームページではなく、kurumu のホームページに載せてほしいと言ってくれるようになった。総合政策課とは、頻繁に話し合う機会が増え、保健福祉センターとしての先の見通しを伝えられるようになり、メリットが大きい」としている。

保健福祉センター担当者は、「産後ケアデイサービスは、最初は場所を借りるくらいの気持ちで、産業の活性化までは考えていなかった。今では、その反響に驚いている」と話す。そして、「保健福祉センターには、母子保健の個別対応に満足せず、子どもと家族の成長を見据え、人同士と社会資源同士をつなぎ、町全体を見て、動かす機能が不可欠だと改めて感じた。ハイリスク対策だけでなく、上流対策の視点を持ち、つないでいく。そして活動の成果を評価し、PDCA サイクルを回す、それが市町村保健センター、子育て世代包括支援センター、あるいは行政保健師の役割であると考えている」と語った。

○活動継続における課題と対応方法

産後ケアデイサービス事業を実施するにあたっての最大の課題は、場所の問題だった。一般的には、産科の医療機関に委託するケースが多いが、産科ではどうしても出産対応が中心となり、必ずしも病気ではない妊婦は置き去りにされている印象を抱き、リラックスできない場合が少なくなく、リピーターは多くはないとの指摘がある。

そこで、保健福祉センターでは、町の地域資源である旅館・民宿に声をかけたわけであるが、旅館等とは実は、健康増進計画たかほまチャレンジプラン（次項参照）を通じた健康づくり活動で10年以上の付き合いがあった。「しかも、依頼した旅館等のおかみさんは、元助産師、食生活改善推進員、娘さんが出産を控えている人などを意図的に選び、わかり合える人たちからアプローチした。旅館・民宿は地元への影響力が強く、発信力もあるので、期待した。物品等は町が準備し、専門職等のマンパワーは保健福祉センターから出向く形をとり、コストを抑えることもできた」と話す。健康づくり活動の歴史、顔の見える関係性がこの取り組みの基盤となっていたのだ。

一方、旅館等を会場とするが故の課題もある。高浜町は海水浴のメッカであるため、夏場の書き入れ時は満室になってしまう。初年度は、山側の旅館・民宿などに急きょ声をかけて回避したが、受け入れ先の拡大が課題である。「総合政策課や産業振興課と連携し、旅館組合の動きにすることを検討したい。利用者のニーズを旅館等にフィードバックする際には、協力旅館・民宿を何か所かハシゴする案なども提案したい。さらに町外の母親も利用できるようにし、多くの旅館等が“高浜のおかあさん”と呼ばれるような別荘的存在になったら嬉しい」と保健福祉センター担当者は期待している。

また、両親面接については、「何らかの相談があったときや医療機関等から要支援産婦の連絡があった際にも、事前に両親面接で夫にも会っているので、支援がスムーズに進められるメリットがある」と評価する一方、「今後は、夫婦が上手く子育てができたケースとでき

なかったケースで、両親面接に何か違いがあったかどうかを調べていきたい。さらに、経産婦用シートの開発も検討課題」とした。

なお、マンパワーに関しては、平成 19 年度に嘱託保育士、20 年度には正規職員の保育士、25 年度に嘱託で家庭相談員を順次確保、妊娠期と産後支援の充実を図るため、平成 29 年度には新たに助産師を嘱託で雇用し、産後ケアデイサービス事業に備えた。活動の継続に向けては、保健師を保健分野に 5 人、福祉分野に 3 人配置しているが、若手の育成が課題と言う。「仕組みをつくる際は、人事異動に備え、若い保健師を育てるために必ず一緒に行動している。熟知した者が複数いれば、動きも重層的になり、滞りも少ない」とする。

産後ケアデイサービス事業の全体について、成果はこれからとしながら、アンケートなどを見ると利用率も良く、来てほしい利用者には来てもらえており、また利用したことで不安の解消やその次の事業につながるなどの成果も出ているので、一定程度、評価している。しかし最近では、年間出生が 10 年前は 100 人程度だったのが 70~90 人と減少傾向の上、共働きが多く、2 歳時点で 7 割が保育所を利用して、地域と子ども・子育て世代の接点が極端に減少している。アンケートでも、親世代は子どもが危険な行動等をしてきた際にはを地域の人にも叱って欲しいと望む一方、地域側は普段の関係性がないので叱れないというギャップがある。こうしたギャップも、一連の事業で取り除いていきたいと言う。

来年度は、子ども・子育て支援計画の見直しの時期であり、一連の活動で見えてきたことを反映させることが課題である。委員には保育所や学校の代表者もいるので、見直しのプロセスを通し、地域活動とつながるようにしたいと話している。また、健康増進計画たかはまチャレンジプランの第 3 次計画に反映させることも、課題としている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・平成 19 年度から、母子保健と子育て支援などを一体化させた体制を構築していた。
- ・しかし、特定妊婦の増加や孤立の顕著化が目立ったことから、過去 9 年分の母子保健事業等のカルテと子育てアンケートの結果を 2 年間かけて解析した。
- ・その解析結果を対策の立案の基礎とし、ハイリスク対策から、幸せに子育てでき、親の力が育まれる支援、まちづくりへという意識統一をはかった。
- ・解析には、ロジックツリーなどを活用した。
- ・産後ケアデイサービスを提供する旅館・民宿には、健康増進計画で関わりのあったところを選び、「わかり合えるところ」からアプローチした。
- ・リラックス空間での産後ケアに専門職が出向く形をとり、関係性をつくることができ、その後の事業にスムーズに結びつけるようになった。
- ・解析結果等を関係団体に伝え、子育て世代を支援する意識と活動の醸成をはかった。
- ・子育て世代包括支援センターの改修にあたっては、建築家と建築部門の建築技師にコンセプトづくりから関わってもらい、協力を得た。PR にあたっては、ロゴデザイナーや Web クリエイターなどと連携した。

- ・子育て環境の整備に向け、企業を巻き込むため、経営者や管理職に「イクボス」になってもらうこととした。
- ・子育て世代に選ばれるまちを目指す総合政策課や、旅館等を町外の子育て世代の客を引き込む資源と捉えた産業振興課なども、活性化の観点から協力している。
- ・旅館・民宿にとどまらず、地域の団体や企業、関係課など取り組みに触れた社会資源が子育て環境の改善に動きはじめた。Win-win の視点がポイントである。
- ・行政が行うべき支援は、個別支援のみならず、地域全体への働き掛けを含む支援である、と再確認できたことがポイントである。

■たかチャレ推進委員会 (健康増進計画に位置づけ)

○事業の概要

健康増進計画「たかはま健康チャレンジプラン（第1次）」の策定、推進に関わった策定委員やワークショップの参加者などを「たかチャレ推進委員」とし、住民が野菜摂取量の拡大等の取り組みを所属組織で実践する。保健福祉センターでは、PDCA サイクルを回すことを常に意識し、現状把握、データ分析などのアセスメントを行い、必要な分野に働きかけ、必要な人をつなぐという戦略的な働きかけを行ってきた。そのようなアプローチにより、推進委員は「楽しくてためになる」と自主的に動くようになった。推進委員らによる重層的なアプローチで、地域住民は多くの影響を受けるようになり、さまざまな指標も改善してきた。

【主管課】高浜町保健福祉課

【実施】10年以上

【対象】高齢者、乳幼児とその親、妊婦とパートナー、成人一般、
児童（小学生～高校生まで含む）とその親

【連携先】企業、商店、飲食店、社会福祉協議会、地域包括支援センター、
シルバー人材センター、住民組織・NPO・ボランティア団体、
趣味サークル団体、公民館、保育所・学校、子育て世代包括支援センター
行政（高齢者部門、子育て支援部門、学校教育部門、生涯学習部門、
まちづくり部門、産業振興部門、職員健康管理部門）

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

高浜町では平成20年度に、健康増進計画「たかはま健康チャレンジプラン（第1次）」を策定した。19年度に特定健診等実施計画を策定したものの、ハイリスクアプローチだけでは町全体の健康につながらない、メタボリックシンドロームにならない環境づくりや地域づくりが必要だ、との思いもあって、ヘルスプロモーションの考え方や、健康を意識していない人にも届くポピュレーションアプローチを重視することとした。

策定委員には、保育所、学校、役場内関係課に加え、議員や区長、老人クラブ、食生活改

善推進委員など、保健事業で接点のある人材とともに、公募の人材を加えた。また策定の段階から健康に関する現状・課題を住民と共有し、今後の健康づくりに関する目標や取り組み案などを住民と一緒に整理するワークショップも開催した。ワークショップでは、健康に関する情報提供も合わせて行い、住民参加で「野菜から先に食べる」などの「たかはま健康づくり 10 か条」を策定し、それらを分野別にアクションプランに落とし、取り組みを推進した。

策定にあたって、国保レセプトや特定健診等のデータの分析とともに、漁業関係者、勤労者、商工会などの 30～40 歳代を中心にグループインタビューを行った。データ分析では、標準化死亡比では女性に急性心筋梗塞や糖尿病、乳がんが多く、男性では脳内出血、肝疾患が多い、レセプト分析では高血糖や



高血圧が 40～60 歳代から増える、通院医療費は県平均を大きく下回っているが入院医療費は県平均より高い、といった状況が把握できた。保健活動で出会えない層へのグループインタビューでは、男性勤労者では独自の健康づくりに取り組んでいるものの根拠や情報に偏りがある、漁業関係者では腐らず腹持ちのよい菓子パンや総菜パンを漁に出ている間にはよく食べるといった現状が把握できた。インタビュー対象者との折角のつながりも活かし、施策を PR してもらおう役割を担ってもらった。

保健福祉センターでは、これらの健康課題を生活に落とし込み、上図のようにわかりやすく示すとともに、課題と対策を委員らと共有しつつ、住民ワークショップでも議論した上で、前述の「たかはま健康づくり 10 か条」をとりまとめ、その普及の方法やアイデアの意見をもらった。平成 21 年度からは、これら策定に関わった住民で構成される「たかはま健康チャレンジプラン推進委員会」が発足し、計画がスタートした。9～11 月を推進強化月間とし、まずは 10 か条を周知啓発するための活動を住民・行政それぞれが自分たちの活動に取り入れ、推進した。

ところが、計画 2 年目の終わりに推進委員から、「周囲に周知したが、これ以上は限界」「どの世代にも当てはまるもので効果が出やすいテーマに絞るべき」「戦略的に推進するべき」といった意見が出て、10 か条のうち、「第 1 条 野菜から先に食べる」「第 2 条 3 食に野菜を食べる」にテーマを絞った。と同時に、推進委員に商店や生産者などを新たに加え、委員会を「たかチャレ推進委員会」と改めた。

以上のように、計画策定ではデータ分析とグループインタビューによる現状把握、課題と対策の住民との共有・検討、そして計画推進では協働の仕組みづくり、PDCA サイクルの推進の仕組みにそれぞれ重点を置いた。

○現在の協働や連携の状況

保健福祉センターは、毎年の進捗管理、評価、報告書の取りまとめなどの事務局機能を持つ。委員会は、年度当初に企画の共有とブラッシュアップ、委員同士の交流や健康教育を兼ねた回と、年度末に実践報告と次年度の活動に向けたアイデア出しなどを行う回を年2回開催している。推進委員は、他委員等と協力・連携しながら、自らの所属組織で企画を実践、促進する。つまり、実践の担い手は「たかチャレ推進委員」自身となっている。

委員会の運営についても、事務局と一緒に PDCA サイクルを回しながら取り組みを推進している。具体的には、次のような企画が推進されている。

例えば、保育所では、給食前の挨拶を「野菜から先にいただきます」とする。また、オリジナル食戦隊ヒーローである「三食レンジャー」がさまざまな活動を園児と行い、バランスよく食べることや野菜そのものへの関心を高めている。

スーパーマーケットでは、「野菜たっぷり弁当やドレッシングを推進委員である栄養士や野菜ソムリエとコラボで開発」「折込チラシに 350g の野菜を食べるコツや意味などを掲載」「旬野菜の栄養やレシピを手づくり POP にし、店内で情報発信」を実践している。また飲食店では、「メニューに 10 か条や活動の PR を載せる」「焼肉を注文する前に野菜を先に食べることを勧める POP を置く」「野菜のメニューを増やす」「店のレシピや使用野菜についての紹介」を推進している。

さらに企業等では、「社員食堂や保健指導で、委員会合同企画で作成した野菜レシピ集や野菜を食べる意味やコツなどの資料集を活用」「推進委員や民宿、高校とコラボした野菜料理コンテストの開催」などに取り組んでいる。

イメージ的には、推進委員らのネットワークで実践組織を増やし、上図のような重層的な周知、情報提供の環境をつくることを意図している。

保健福祉センターでは、「それぞれの推進委員の所属組織で具体的かつ幅広く波及でき、関心が高まった。保健福祉センターからでは届かないところの 1 人ひとりに伝えられ、実践してもらうことができた」と評価している（前頁表参照）。

なお計画は、平成 26 年度から第 2 次計画（平成 30 年度まで）がスタートし、令和元年



【実践された企画数と住民へのアプローチ数 H23~25】

	実施された企画数	企画参加人数	店舗・チラシの アプローチ数※1	住民 1 人への平均 アプローチ数 ※1
H23	98 企画	14,000 人	カウント未	—
H24	66 企画	15,554 人	153,806 回	約 14 回
H25	66 企画	8,547 人※2	134,564 回※2	約 12 回※2

※1) 住民への平均アプローチ数
チラシ有記号欄も含めた総アプローチ数÷高野町人口11,000人
※2) H25は、若者を対象にメルマガやフェイスブック特での情報発信が増加、また、観光パンフレット等町内外へ発信される情報も出てきたため、カウントできる。

実現したこと

- たかチャレ委員が健康づくりの担い手となった
- 住民から住民へのアプローチによって、健康に関心のない人にも届いた

度に第3次計画がスタートしている。委員も、第2次計画からは組織として推進しやすいよう、町長委嘱とした。

○現在の協働や連携に関する意識

それぞれの所属組織で取り組みを実践するにあたっては、保健福祉センターで「たかチャレ野菜の企画シート」と「野菜の企画実践報告書」を用意し、共有できるよう工夫した。

前者には、ターゲットや目的、内容のほか、協力してほしいことやアイデアがほしいことを書き込める欄があり、推進委員から助言や協力がもらえることで、新たなアイデアやつながりが生まれている。また後者には、成果などとともに、使用・作成したレシピや資料などが記載でき、組織内で担当者が代わっても引き継げるよう工夫されている。またレシピや資料は、委員会全体でも共有し、「宝物アイテム」として、次年度以降の企画に他委員も活用できるよう工夫している。

さらに2回目の委員会では、委員同士で企画の実践状況を報告し、それらを共有している。それによって、客観的に町全体への波及効果や企画の成果を実感でき、自身の企画にとどまらず、委員会全体の活動へのモチベーションの維持・向上にもつながる。また、こうした場があることで、例えば、次年度の企画へのアイデアが膨らんだり、同じアイデアや狙いを持った委員同士によるコラボ企画も誕生したりしている。

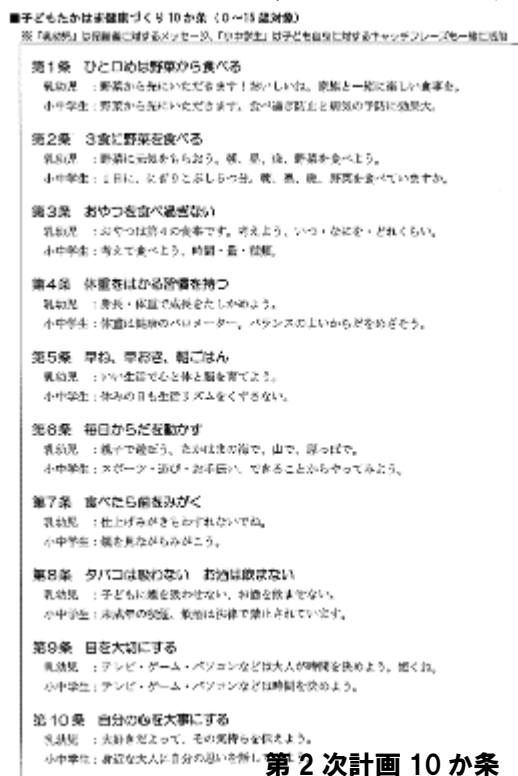
委員会やフィールドワークを兼ねた交流会も開催している。そこでは、これまでの活動でできたつながりから、所属飲食店や地域の協力がスムーズに得られるなど、活動が町のさまざまな機関の健康づくりへの意識向上にもつながっていることが確認できると言う。

「自分たちで楽しめる運営を行うことが、活動の継続につながり、その結果、自分の所属組織や町のためになる、というスタンスにいつしか切り替わってきた」と保健福祉センターは説明する。

○事業の拡大や発展

第2次計画の策定にあたり、母子保健や保育などの子どもの支援に関わる関係者に意見を聞いたところ、「成人向けの10か条は重要だが、その段階では手遅れ。もっと川上からのアプローチが重要だ。成人まで切れ目なく支援すべき」との意見があった。

そこで、現場の声を聞き、ワークショップ等を重ね、0～15歳対象の「子どもたかまはま健



康づくり 10 か条」を新たに策定し、母子保健、子育て支援、学校等で進めている。第 3 次計画では、第 2 次計画の評価・検証をふまえ、成人向けとともに、子ども向けの 10 か条の見直しを行っているところだと言う。

○事業の実施による効果

推進委員らの意識が変わってきた。前述のような所属組織での企画は、委員会での顔の見える交流の中で生まれ、実践に結びついたもので、「次年度の事業計画を立てる時期になると毎年、保健福祉センターに来年度のたかチャレのターゲットは？ メインのテーマは？と問い合わせをしてこられる。担当者が代わっても前任者からきちんと引き継がれており、定例のものになっている」（保健福祉センター）。

そのように変化してきた理由を保健福祉センターでは、「楽しくてためになるアプローチをし、自分だけにとどめるのはもったいない、地域に広めようと思わせる関わり方をしたから」と振り返る。また、「成果や改善結果を数値などで可視化し、フィードバックすることもポイントで、変化がなければ、自分たちだけでは力不足だから関わる組織や人を変えよう、あそこやここと手を組もうと促した。そのような結果として、関わる組織や団体が増え、住民が所属する機関や買物に行く場所、趣味の場などを通し、重層的にアプローチできたので、人々は各方面から影響を受けて行動を変えた、とみなが考えられるようになってきた」と見ている。

推進委員は、さまざまな団体やグループに属しており、それぞれ所属団体としての活動を行っている。地域に影響を与えるだけでなく、委員会を通じて、それぞれの団体の活動に「健康」というキーワードを定着できたことも成果の 1 つだ。例えば、定年退職を迎えたシニア男性のグループでは、高齢者の配食ボランティア活動を行っており、その際にも野菜摂取について声かけを行っている。さらに、健診結果についての勉強会を独自に開催するなど、野菜企画から波及した活動も行うようになった。

活動が町全体に広がったことで、「自分たちの活動にもたかチャレの活動を取り入れたい、コラボしたい」という推進委員以外の人たちも出てきたと言う。

こうした変化を保健福祉センターは、「企画の立て方や運営が上手くなっていて、たかチャレを越えて、どんどんと町のことを考えて、自主的に活動をし出している。すごく頼もしい」と評価している。

保健福祉センターでは、進捗や効果を評価するため、平成 23 年度から毎年 4 月に住民 3,000 人のアンケート調査を実施している。その結果、計画 2 年目に絞ったテーマ「第 1 条野菜から先に食べる」の実践者の割合は、平成 23 年の 53.8%から 28 年度は 68.8%へと大幅に向上した（右図）。

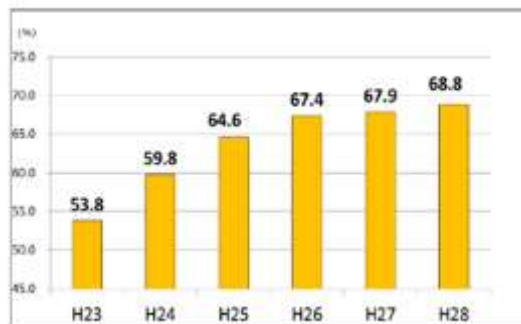
「第2条 3食に野菜を食べる」については、右図のように、平成23年の51.2%から改善できていないが、「野菜を食べる効用の認知率」「3食に野菜を食べるコツの認知率」はともに伸びており、行動変容が課題となっていることが見てとれる。

一方、推進委員会では、平成25年に若い男性の野菜摂取不足解消をテーマに活動した結果、その翌年には、その年齢層の野菜摂取量が向上したことがあった(右図参照)。原因については、若い世代がよく利用するコンビニやホルモン料理店でのPOPを含め、重層的なアプローチが効いたのではないかと保健福祉センターは見ている。

こういった取り組みから、「健康づくりに取り組みやすい町」だと思っている住民は7割にも上る。また、がん検診の受診率(右図参照)が向上した。これは、活動の普及により、健康づくりへの前向きなイメージから、町の受診勧奨にも住民の反応が良くなったためと保健福祉センターでは考えている。さらに特定健診については、第2次計画策定時

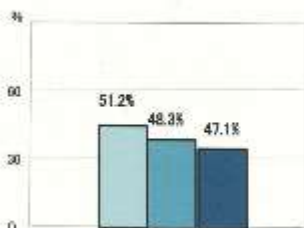
と比較し、第3次計画策定時には、新規受診者が大幅に増えたが、改善したデータ項目も多く、血糖値、ヘモグロビンA1c、拡張期血圧、LDLコレステロールの有所見率などが改善

【第1条 野菜から先に食べている人の割合の推移(H23→H28)】

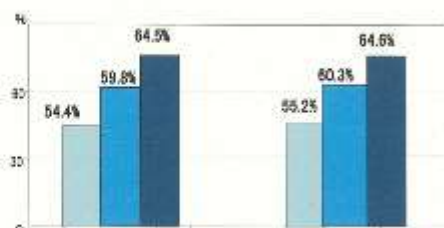


住民3,000人アンケートより(毎年4月調べ)

【3食に野菜を食べている人の割合】



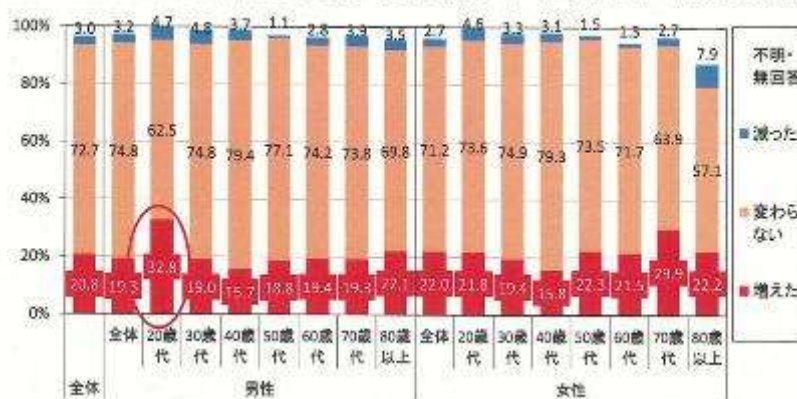
【野菜を食べる効用の認知率】



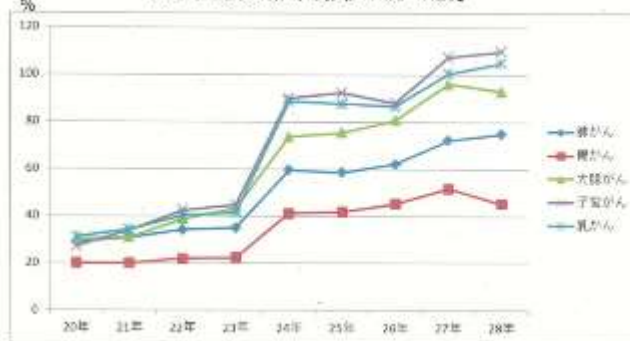
【3食に野菜を食べるコツの認知率】

H23 H24 H25

【1年前と比較した野菜摂取量の変化(性年齢別)】(住民アンケートH26.4月)



【各種がん検診受診率の推移 H20→H28】



福井県調べ
(検診対象者は国勢調査より70歳以上を算出している。H24, H27に対象者変更。H28に胃がん検診の対象が50歳以上に変更)

した。「運動実施者率は変わっていないが、野菜の食べ方などの変化や健康への関心の高まりが影響している」と保健福祉センターは分析する。

○活動継続における課題と対応方法

推進委員等の選定にあたって一般的には、地域の役付きの人物や地区ごとの代表者に声をかけがちであるが、保健福祉センター担当者は、「役職などにこだわらず、“生活の場”に着目した。例えば、健康に関心のない人の目にもとまりやすく、日常的に利用している商店や飲食店、企業などを意図的に選んだ。そして、委員会は堅苦しくなく、“楽しく”を常に意識した。すると、ざっくばらんな雰囲気でお互いに課題に思っていることを語り合い、解決し合うようになる。スーパーマーケットや飲食店などが野菜たっぷりメニューで悩んでいたら、所属する食生活改善推進員や在宅栄養士、料理好きの委員等と店がつながれるように仕掛ける。両方で企画をブラッシュアップすれば、具体的な企画や開発に結びつく。要するに、人とのつながり、ソーシャルキャピタル。つまり、コツは“来て楽しくてためになる”を意識してもらうこと」と言う。

「活動テーマをシンプルにすると、楽しさの中でどの人もリーダーシップを発揮する。必ずしも影響力のある人を選ぶ必要はない。大事なのは、むしろ課題の抽出。その課題をもって、広めたい分野や対応し得る分野の人材に働きかけを行うことが大事だ。ただし、保健福祉センターは丸投げせず、住民が正しい健康情報を発信できる支援や活動のPDCAサイクルを回す意識を持つことが重要だ。地域の思いだけでは動かない。課題を抽出して地域をアセスメントして対策を練り、それを住民と共有し、活動を行う。継続させるには、このサイクルが大切で、パートナーシップと戦略と楽しさをもって活動すれば、全国どこでもできる」とした。

一方で、住民や地元企業などを中心とした推進委員らで自主的に活動が推進されるようになってくると、行政内の壁がネックとして目立ってくる。そこで、保健福祉センターでは、それを払しょくすべく、副町長、関係課長、教育長、学校長会などがメンバーである健康増進計画の評価委員会で、取り組みの成果を丁寧に説明し、壁が低くなるように働きかけると言う。

保健福祉センターでは、野菜摂取量の拡大で取り組んできたメンバーの活動について今後、「ソーシャルビジネスにできないか？」と模索していると言う。「有能な人材がたくさんいるので、困っている飲食店などにコンサルの的に人材を出す人材バンクみたいな活動に展開すれば」と期待している。さらに、飲食店や商店等との連携をさらに進めるため、商工会などとタイアップし、事業者が参加しやすい仕組みを検討し、取り組みを充実させたいとしている。

計画全体での課題としては、運動・活動量の増加が挙げられる。野菜摂取量の拡大でつながりができた企業等で運動の促進をはかるとともに、高齢者に関しては、人と人とのつながりを活かした社会参加をインセンティブにしたいとしている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・計画策定では、現状把握とデータ分析、課題と対策の共有、そして計画推進では、協働の仕組み、PDCA サイクルの推進に重点を置いた。
- ・グループインタビュー対象者にも、施策を PR する役割を担ってもらった。
- ・推進委員の選定にあたっては、地域の役員等にこだわらず、日々の健康をつくる“生活の場”に着目した。
- ・活動テーマは、課題にもとづきシンプルなものとし、受け入れられやすさを重視した。
- ・推進委員が所属組織で実践することを想定し、必要な分野の人材を巻き込んだ。
- ・推進委員らのネットワークで実践組織を増やし、それらを含む、重層的な周知、情報提供の環境をつくり、さまざまな角度から何度も情報が入る仕組みを意識した。
- ・活動が引き継がれ、広く共有できるよう企画シート、実践報告書などのフォーマットを提供した。
- ・推進委員の集まりでは、多様な情報提供、委員同士のつながりの醸成、活動の成果のフィードバックなどを意識し、“楽しくてためになる”と思ってもらえる工夫をした。
- ・推進委員とのパートナーシップと専門家としての戦略、そして委員・専門家双方が楽しいと思う活動が継続につながる。
- ・保健福祉センターは丸投げせず、住民が正しい健康情報を発信できる支援や活動の PDCA サイクルを回す意識を持つことが重要である。
- ・地域の思いだけでは動かない。課題を抽出して地域をアセスメントして、対策を練り、それを住民と共有し、活動を行う。継続させるには、このサイクルが大切だ。

<豊川市保健センター>

人口 182,436 人、高齢化率 24.90%

保健センターは単独型で、市内 1 カ所。医師会と合築。

本課機能を有する。市役所とは、徒歩 10 分程度の距離圏。

■糖尿病対策プロジェクト（健康増進計画に位置づけ）

○事業の概要

豊川市では、平成 27 年度から保険年金課、介護高齢課、保健センター、県保健所が連携して「糖尿病対策プロジェクト」を立ち上げ、部局横断的な糖尿病対策に取り組んでいる。3 課でヘモグロビン A1c 有所見者の多さなど糖尿病の現状をユニークなポスター等で PR するとともに、各課の既存事業に糖尿病予防の観点を盛り込み、対策のカバー率を上げたことにより、糖尿病が多いという実態やヘモグロビン A1c の認知度が上がるとともに、特定健診受診率の向上やヘモグロビン A1c 有所見者割合の改善といった成果が見られた。

【主管課】豊川市こども健康部保健センター成人保健係

【実施】5 年未満

【対象】一般成人

【連携先】国保部門、子育て支援部門、高齢者支援部門、農務課、スポーツ課
保健所

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

きっかけは、愛知県国保連合会からの声かけにより、平成 25～27 年に実施した「健康なまちづくり推進事業」だった。実施にあたっては、国保部門と健康部門、介護部門が連携することが条件となっていた。

以前から、分散配置されていた保健師らが「特定健診の低い受診率（県内ワースト 3 位）を何とかしたい」（保険年金課）、「健康教室の参加者はリピーターばかり」（保健センター）、「高齢化で保険料も給付も高騰する」（介護高齢課）と危惧していたことから、保険年金課のリーダーシップにより、愛知県豊川保健所とともに同事業に取り組むことがすぐに決まった。

早速、データ解析を行い、医療費分析で 1 人当たり費用額を見たところ、脳内出血、脳梗塞、腎不全、糖尿病が県平均より高いことがわかり、また特定健診有所見者の割合を解析したところ、ヘモグロビン A1c 値が県平均より極端に高いことなどが明らかになった。

こうして健康課題が明確になったことから、平成 27 年度に保険年金課、保健センター、介護高齢課の 3 課と県豊川保健所とで「糖尿病対策プロジェクト」を立ち上げ、年に 5 回の定例会議を持つことになった。ちなみに、プロジェクトに関わる保健師は、介護高齢課 3 人、保険年金課 1 人、保健センター 5 人である。

分析結果から、改善が期待される「受診率向上」と「ヘモグロビン A1c の意味を理解し、生活習慣の見直しと改善に取り組むこと」を目標に据えた。そして、関係各課が既存事業をピックアップし、どの事業で何を指すかを整理、共有した。「受診率向上」を目標にした事業として挙げたのは、事業所出前講座、^{けんこう}健康マイレージ、健診通知、電話・はがきによる特定健診受診勧奨など、また「ヘモグロビン A1c の意味を理解し、生活習慣の見直しと改善に取り組む」を目標とした事業として挙げたのは、特定健診受診者フォローアップ、結果説明会・結果相談会、啓発用リーフレット、65 歳これから講座、糖尿病予防ゼミナール・講演会などであった。

当初は例えば、保健センターが開催する糖尿病予防ゼミナール・講演会の案内チラシを保険年金課が送る個別通知に同封するといった連携とともに、プロジェクトメンバーで啓発キャッチフレーズを考案し、他課を含めて投票で決定して、ポスター(写真)や健診結果通知への同封、ケーブルテレビや広報誌などを通じた PR などを中心に行った。



○現在の協働や連携の状況

県国保連のモデル事業の後、メリットが大きいとして、保健センターが事務局を担い、「みんなでなら何かできるかもしれない」とプロジェクトを続行することにした。そして、関係各課が参加する市健康増進計画策定会議の場で、庁内連携を積極的に呼び掛けた。

平成 29 年度から連携しているのが、農務課、保育課である。農務課については、豊川市の食育推進計画策定委員会や庁内の関係各課で構成された庁内検討会議に保健センターの管理栄養士が参画しており、声をかけたのが直接のきっかけであった。農務課とは、野菜を使ったメニューコンテストで採用されたものをアレンジした特産品 PR のための野菜メニューづくりで協働した。特定保健指導をはじめ、多方面でも活用するため、ポスターや卓上ポップなども作成した。農務課としては特産野菜の消費拡大、そして保健センターとしては野菜不足の解消、生活習慣病の予防を狙っている。その料理レシピは、コミュニティウェブサイト「クックパッド」にもアップされた。

また農務課とは、市図書館が各課と協働で開催する「図書館コラボ展示」での糖尿病予防と特産品 PR のための野菜を使ったメニューの協働展示も行った。「図書館コラボ」は、情報だけでなく、体験を来館者に提供することを目的に市図書館が主催するもので、保健センターとのコラボでは「子どもの食物アレルギー講座」などが行われたこともある。

平成 30 年度からは、スポーツ課との連携に着手した。各種の会議等で訴えていたこともあり、スポーツ課から連携を持ちかけてきた。健康増進計画の重点項目の一つに「運動」が据えられたこともあり、それぞれの課の係長同士で何度も調整し、保健センターのウォーキ

ング教室を健康づくりリーダーが行う初心者向けと位置づけ、スポーツ課のウォーキング教室をウォーキング指導者が実施する「たのしむ、こだわる」をテーマにバージョンアップした内容にするなど一貫性を持った連携事業となった。スポーツ課の係長は課長補佐に昇進してプロジェクトメンバーにもなり、連携がよりスムーズに運んでいるという。

こうした連携が促進された背景には、市企画部門が設置する「政策連携会議」で各課の類似事業を連携させるよう要請されていることも影響しているという。

なお、積極的な連携が行われているが、基本的に既存事業の目標の持ち方を変えただけであり、大がかりな予算はかかっている。ポスターなどの印刷費などが多少かかっている程度であるという。

○現在の協働や連携に関する意識

連携の意識が醸成された一番の理由をプロジェクトメンバーは、県国保連のモデル事業で健康課題が「見える化」できたことだと述懐している。また、モデル事業受託の際、保険年金課の課長が保健センターと介護高齢課の課長に説明し、関係課同席のもと、联合会から事業説明を受け、受託に向けて話し合いをもったことが大きかったとした。

連携事業は連携が拡大すると、意識がバラバラになりがちだが、担当者レベルで頻繁に顔を合わせ、意識を共有化することで乗り切った。「そうしたプロセスを経ているからこそ、それぞれの課が自分の課の事業を活用すれば、これができる、あれもできる、こんなデータも活用できる、と意識を揃えることができた」と言う。また、モデル事業を受けた当初、保険年金課には保健師が1人のみの配置で「非常に不安だった」が、保険年金課長から両課の課長に協力依頼をかけたことで連携に踏み切れた、とも述懐している。

さらに、モデル事業終了後、保健センターが事務局を担うに当たっても、新規事業を新たに立ち上げるというより、各課の持つ事業に糖尿病予防に資する視点を入れ込み、それをまとめ、促進する作業を中心的に行えば良い、と保険年金課からサジェッションを受けたことにより、負担感が払しょくでき、事務局を担当する決断をすることができたと振り返っている。

一方、連携をスムーズにするのに重宝したと言うのが、共有のための「計画・評価表」(右図)である。各課の事業を洗い出し、それぞれ関係のありそうな事業に糖尿病予防の視点を入れた上で、個々の事業に「目指すべき姿」

「担当の明確化」「実績・効果・課題」「評価指標」「今後の計画」などを書き込み、共有する。「これでプロジェクトが一体的になった。それぞれの課で入力するので、各課が主体的にもなる」とも話す。また、「特定の課だけで事業を進めるわけではないので、関係課の負担が減る」だけでなく、担当者や上司の人事異動の際にも、プロジェクトチームで関係課にレクチャーし、さらに「計画・評価表で確認するので、人事異動に伴う視点のブレが解消できる」という利点もあると言う。

なお、連携をスムーズにするため、部長や次長などの幹部等に対するレクチャーも行っている。さらに、議員に対しても、糖尿病の多さとヘモグロビン A1c の有所見者の多さやプロジェクトの取り組みについて各種委員会等で説明していると言う。

○事業の拡大や発展

愛知県は、野菜摂取量が少ない。そこで、保健所が実施する企業の食堂などの集団給食施設への指導の際、保健センターも同行し、食事の際に最初に野菜を食べてからタンパク質や糖質をそのあとに摂取して余分な糖質等の吸収をコントロールし、生活習慣病予防を期待する「ベジ・ファースト」の PR も行うことにした。

また、他市の汁物をアレンジして、ミニトマトや青じそなどの特産の野菜と豊川稻荷をイメージした油揚げが入った具だくさんの赤みそ汁を「糖尿病対策プロジェクト」の簡単野菜料理「とよかわ汁」として考案した。

そうした試みにより、ある事業所は「野菜の日」を設けるなど、実践するところも出てきた。だが、それでもラーメンなどの炭水化物中心のメニューが多いことや、野菜を提供しても売れないと嘆く食堂業務を受託する給食会社の実態などを知り、「市民の意識変容を促すアプローチが必要」と感じるようになった。

そこで、各種の申請などに訪れる市民等にも直接 PR できる市役所の食堂で3課に加え、保育課や農務課、スポーツ課の職員も加わったプロジェクトメンバーで、市役所食堂における糖尿病予防啓発をはじめた(写真)。「ストップ・ザ・糖尿病」とプリントされた揃いのベストに身を包み、「野菜を最初に食べると良い。食物繊維を摂ると血糖値の上昇を緩やかにできる」「とよ

かわ汁は、一日の必要量の1/3の野菜が摂取できる」などと説明して各テーブルを回ってチラシを配るなどする。すると、「自分の



会社の健診項目にはヘモグロビン A1c がないが、どうしたら良いか？」といった質問が飛び出すなどする。そうした声にもメンバーは丁寧に回答していく。

また 30 年度からは、保育課との連携もはじまった。保護者向けに 15 分コース、30 分コース、60 分コースの出前型で糖尿病予防教室を行うものだ。園長会でアピールしたところ、30 年度に 1 園で実施することができた。保健センターでも、「ママのための健康体操教室」などを実施し、ウォーキングのほか、子どもとの遊びなども身体活動として有効と呼びかけるなどしているが、それらとは違った層へのアプローチとして期待している。

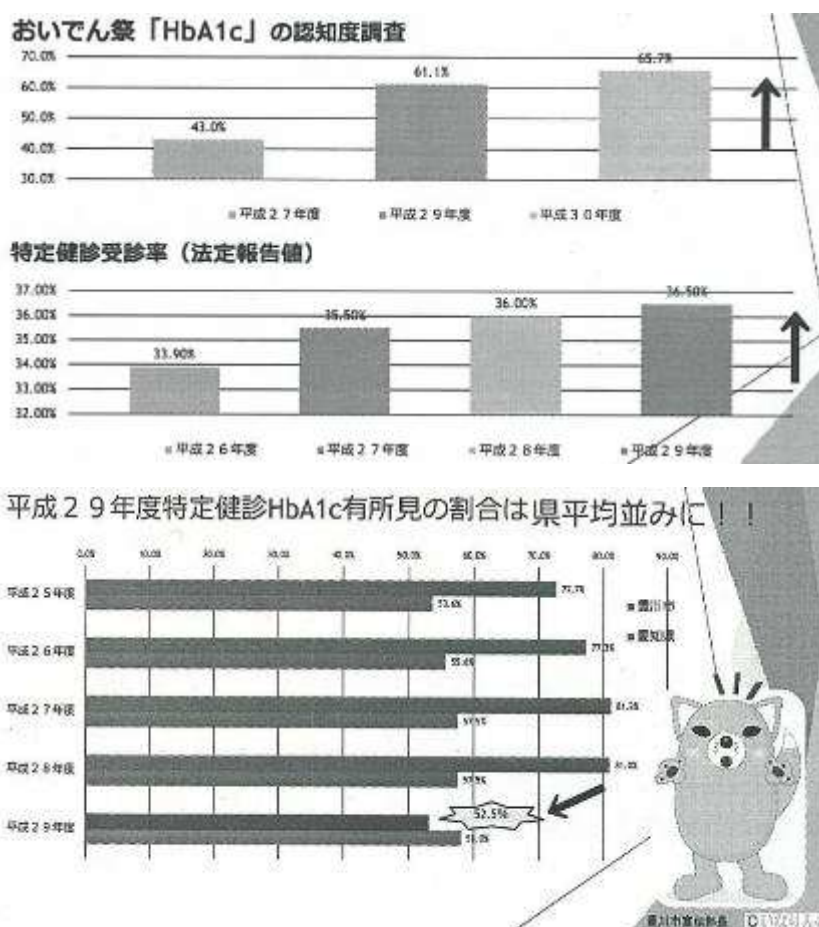
○事業の実施による効果

効果の一つは、連携する課が 3 課から 6 課（保育課、農務課、スポーツ課）に増えたことはもちろん、連携に対する各課の理解が進んだことである。とくに、市役所内の食堂での PR のほか、企業訪問での食堂等での出前講座などに職員を出すことに対し、各課の上司が前向きになっている点が大きいと言う。

また保育課では、同課の管理栄養士と保健センターの管理栄養士らの連携強化により、おやつをよりヘルシーなものに変えるなどの変化があり、さらに「給食だより」に糖尿病予防の記述が盛り込まれたり、献立にも野菜料理が増えた。こうした行動面の変化も、大きな効果の一つである。

一方、数値的な変化も現れている。具体的には、ヘモグロビン A1c の認知度と特定健診の受診率が向上した。市民まつりで「ヘモグロビン A1c」を知っているか訪ねたところ、平成 27 年度は 43.0% しか認知されていなかったが、30 年度には 65.7% へと大きく上昇した。また、特定健診の受診率も平成 26 年度の 33.9% から、平成 29 年度には 36.5% に改善した（右図）。

さらに、プロジェク



ト立ち上げ時に大きな課題であったヘモグロビン A1c 有所見者の割合も、平成 25 年度の 72.7%から、29 年度には 52.5%と県平均並みに改善した。「ヘモグロビン A1c が改善した人に、どのような取り組みを行ったかを聞いたところ、野菜を最初に食べるようにしたという回答が多かったことを特定保健指導の担当者より確認していると言う。

プロジェクトメンバーである愛知県豊川保健所では、一連の成果について、「啓発ポスターを至るところで見えるようになった。さまざまな PR の結果、認知度が高まったと思う。アンケートの際などに一般市民がヘモグロビン A1c とごく自然に口にすることを聞いたが、そういう市はなかなかない。こうして意識が高くなったのは、ヘモグロビン A1c の認知度を上げるという点にテーマを絞ったからだろう」と見ている。

○活動継続における課題と対応方法

各課の事業に糖尿病対策の視点を盛り込んだり、事業レベルでの協働を進めたりと連携は大いに進んだが、一方で、国保のデータや各課の事業をいかように活用してでも行動変容が促進されるより効果的なポピュレーションアプローチの提案が保健センターに求められるようになってきている。その辺りの期待に応えることが今後の課題である。

また、連携先が拡大して、カバー率が高まる点は非常に大きな利点であるが、拡大することで生活習慣病予防の観点が薄らいでしまう点が、新たな課題である。例えば、ウォーキング教室の参加者は高齢者が多いが、健康づくりの視点が弱くなり、コースがハードになるなど根性論に向かいがちになる。したがって、関係課と常にやり取りをし、安全性や生活習慣病予防の視点を確認し続けることが必須であると言う。また、連携先が増えると、「議論が散漫になったり、夢ばかりが大きくなったりする」と指摘する。連携ありきのイベントに走ってしまうこともあるので、目的を再確認し、足元を見つめ直し作業が常に必要だと強調していた。

一般的な認知度が高まった中でのもう一つの課題は、ライフステージに則したアプローチのあり方である。その具体的なターゲットは、若い世代である。プロジェクトメンバーで議論する中で、糖尿病になりやすい生活習慣に至らないよう、より上流にアプローチすることが重要といった声が出て、前述のように保育課と保育園を通じ、より若い層にアプローチをすることにした。保健センターでも、乳幼児健診やがん検診の場でプロジェクトを積極的にアピールするとともに、保険年金課でも 30 歳代の若い国保被保険者に特定健診の個別通知を送付したところ、平成 29 年度には、約 3,000 通を送って約 160 人が受診し、うち約 120 人が個別通知後に受診したことがわかった。個別通知の効果は確認できたが、まだまだ受診者数が圧倒的に少ない。乳幼児健診時にアンケートで質問したところ、30 歳代は市の無料健診を知らないと答える人が多かった。同じように、乳がん・子宮がんの検診の PR を乳幼児健診の場で行い、同封するチラシをプロジェクトで工夫するなどしたところ、受診率が向上したことから、今後はこの辺りの成果を特定健診にも活かし、糖尿病にならないような生活習慣を若い世代に根づかせていく考えである。

より連携の効果をだすために、今後は総合計画など市の基本計画にどのように盛り込むかが課題である。

一方、糖尿病の医療費自体は大きく改善していないことから、重症化予防も課題となってくる。地域包括ケア会議に保健センターが参加し、プロジェクトの概要を説明したところ、市民病院の看護師から地域にアウトリーチした形で糖尿病対策を行いたいという申し出があった。介護高齢課でも、要介護認定者の糖尿病が課題となっていることから、今後は重症化予防と介護予防で連携事業を展開する方向で協議するとしている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・国保連のモデル事業で医療費分析等を行って健康課題を「見える化」し、それを関係者で共有して、関係各課の連携体制を構築するきっかけとした。
- ・健康増進計画や食育推進計画の推進会議などの場を活用し、関係各課にも声をかけ、連携を促進した。各課の担当者などとは、とにかく顔を合わせる事が重要である。
- ・各課のチャンネルや機会を活用して「見える化」した事実とわかりやすいメッセージを伝えるため、インパクトのあるキャッチフレーズをプロジェクトメンバーで考案した。
- ・活動する担当者の上司や部長・次長などの幹部にも、きちんとレクチャーを行った。そうすることで、担当者がより動きやすくなる。
- ・キャッチフレーズの候補などをプロジェクトチームで提案し、職員らの投票で決まるといったプロセスを得ることで、「自分たちの取り組み」の意識を高めた。
- ・連携をスムーズにするため、共有のための「計画・評価表」を活用した。各課の事業を洗い出し、それぞれの事業に糖尿病予防の視点を上乘せした。各自が入力することで、関係各課の主体性が高まった。
- ・特定の課に負担がかかり過ぎると連携が進まないため、役割を分散させることが重要である。

<東海市しあわせ村（保健福祉センター）>

人口 11 万 1,944 人、高齢化率 21.50%

保健福祉センターは、トレーニング室やレストラン、おもちゃ図書館等も入る複合型。本課機能を有する。市役所とは、3km 程度の距離圏。

■いきいき元気推進事業（健康増進計画、健康・生きがい連携推進プランに位置づけ）

○事業の概要

「いきいき元気推進事業」は、健康づくりと生きがいづくりを重視する市長の 3 期目の公約としてスタートした。部局横断的な「いきいき元気推進担当」が企画部内に設置され、各課の事業や計画等を把握するとともに、各課職員による「いきいき元気推進委員会」を発足させた。各課職員に市の健康課題や健康の概念を伝え、グループワーク等で議論を重ね、健康増進計画とは別に各課を横串にする「健康・生きがい連携推進プラン」を策定した。運動・食生活応援メニューや健康応援ステーションといった環境整備とともに、企業城下町の特性も活かし、トマト de 健康まちづくり、事業所の社員食堂での食生活応援メニューといった活動を展開し、健康寿命の延伸などの成果を上げている。

【主管課】東海市健康推進課いきいき元気担当

【実施】5 年以上 10 年未満

【対象】一般成人、高齢者、

【連携先】国保部門、高齢者支援部門、子育て支援部門、学校教育部門、生涯学習部門、産業振興部門

自治会・町内会・連合自治会等、企業、商店・商店街、医療機関、協会けんぽ、医師会・歯科医師会等の職能団体、住民組織・NPO・ボランティア団体、保育園・学校など

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

「いきいき元気推進事業」は、地域の活力を維持・増進させるためにも健康でいきいきとした地域社会の形成と、市民の健康を守り、市民一人一人の生きがいをもって暮らすことのできる生活環境などの整備が必要とした市長の第 3 期目の公約としてスタートした。そして平成 21 年度、健康づくりと生きがいづくりを部局横断的に推進する部署として「いきいき元気推進担当」が企画部内に設置（現在は健康推進部内）された。

背景には、平均寿命が県内下位である、高

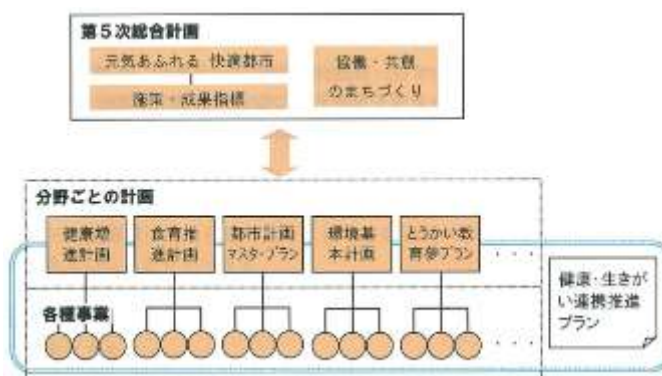


齢化率が急激に上昇する、医療費が高齢者ほど高い、糖尿病を中心に生活習慣病患者が多い、健診受診率が低いなど健康意識が低い、といった課題があった。そのため、今ある社会資源を活用して、健康分野だけでなく、都市基盤、生涯学習、スポーツなどの多様な分野の連携を図るよう指示が出た。

担当者は、市長から一から考えるよう指示を受けたことから、まず市長や職員 81 人にヒアリングを行い、各課の事業や施設、各種計画等を把握し、考え方を整理。全庁的に各課から計 42 人の職員を選出し、「いきいき元気推進委員会」を発足させた（前頁図）。そして、公共施設や各種計画、事業、市民活動を含む社会資源などを横断的につなげ、連携できる仕組みをつくって取り組みを推進することを示す基本構想として「5つの推進項目」を整理した（上図）。

推進項目	ありたい姿
健康を意識するきっかけづくり	ひとりひとりが、自分の身体(からだ)の状態と健康の大切さを知り、何をすべきが理解し、行動している状態
ごころと体がよくなる食生活	みんなで楽しくおいしくごはんを「いただきます」と、家族や仲間と食卓を囲んでいる状態
体を動かすことを生活のリズムに	だれもが健康を考えて体を動かすことが、生活のリズムになっている状態
人と人とがつながる場づくり	だれもが楽しめる居場所がある状態
心豊かに Let's enjoy	心が自然に元気である状態

これを「委員会」で各課に前述の市の健康課題の現状等とともに説明し、メルマガでも共有して、グループワーク等で議論を重ね、平成 22 年 11 月に「健康・生きがい連携推進プラン」を策定。平成 22 年度に予算を申請し、平成 23 年度から実行に移した。同プランは、総合計画にぶら下げる形で健康増進計画とは別に、右図のように各課の各種計画に横串を指すイメージでつくった。なお、「いきいき元気推進担当」は、健康推進課は業務多忙であるとして、専任的に部局調整にあたるため企画部内に設置されたと言う。



○現在の協働や連携の状況

現在、「いきいき元気推進事業」として推進されている取り組みは、運動・食生活応援メニュー、健康応援ステーション、トマト de 健康まちづくり、ウォーキング、働く世代の健康づくりなどである。公共施設や公園、企業、商工会議所、三師会などと連携して進められている。

「運動応援メニュー」は、健診結果等をもとに、その人にあった運動の強さ、ウォーキングのペースや頻度、家庭での筋トレメニューな



どを提供するものであり、一方の「食生活応援メニュー」も同じく、その人に適したエネルギー、ご飯、野菜、塩分の目安などを提供するもので、判定結果に合わせた取り組みをまわぐるみで応援するために実施している。健診結果（血液・尿検査等）を保健福祉センターや市民体育館のトレーニング室に持参すれば、提供されるほか、特定保健指導時にも運動・食生活応援メニューを個別に送付し、行動変容を促している。

さらに、こうして処方を受けた後の受け皿として、「健康応援ステーション」も認定している。具体的には、運動・食生活応援メニューをもっていけば、認定基準をクリアした「運動ステーション」5か所、「食生活ステーション」32店舗で必要な運動や食事を利用できる。食生活ステーション（写真）では、美味しさと健康をコンセプトに飲食店と管理栄養士が考えた「いきいき元気メニュー」（800kcal以下、主食・主菜・副菜が揃っている、野菜140g以上、塩分3.3g以下）が食べられ、運動ステーションでは、1人1人に合った運動のサポートを運動指導員が行ってくれる。そして、認定された市内10か所の公園には、30秒で指定されたゾーンを歩くとウォーキングペースが体感できる「ペース体感ゾーン」も整備されており、自分に合ったペースでウォーキングできるようになっている。これは、花と緑の推進課と協働して整備したものである（写真）。

また、病気等になっても健康づくりに取り組めるよう、三師会と事業協定を結び、ステッカーが貼ってある医療機関、歯科医院、薬局を訪ねれば、保健福祉センターで行っている運動・食生活応援メニューなどの健康応援情報を紹介してもらえるようになっている。

働く世代の健康づくりとしては、事業所等との連携を促進しており、例えば市内の金属加工メーカーでは、コーヒーやスナックの自動販売機をやめ、前述の「いきいき元気メニュー」を社員食堂で提供するようになった。また、庁内連携が進んで、商工労政課がとりまとめる産業振興ビジョンに健康経営の考え方が盛り込まれ、その結果、中小企業でも健康経営を取り入れたり、新たに保健師を雇用したりする事業所が出てきた。



○現在の協働や連携に関する意識

委員会では、42人で健康の概念を考えるグループワークなどを行い、意識を統一し、コアメンバーで健康推進課を含む各課にレクチャーした。「当初は、なぜ健康のために連携する必要があるのかという反応だった。しかし、基本構想である『5つの推進項目』を示したら納得してくれ、その気になってくれた」と担当者は振り返る。

「健康・生きがい連携推進プラン」は、健康増進計画とは別建てで策定したが、第2次計画では、考え方や具体策を盛り込んだと言う。

○事業の拡大や発展

環境整備の観点からは、若い世代が多い企業での取り組みが重要となることから、企業等との連携も活発に進められている。

地元が発祥の地であるカゴメ株式会社と連携し、健康づくりと地域の活性化に資する事業として「トマト de 健康プロジェクト」が平成26年度からはじまった。「トマト de 健康レシピコンテスト」や、ウォーキングイベント等に出没する野菜摂取を増やすきっかけづくりとしての「トマトジュースのでる蛇口」、食生活応援メニューの基準をクリアしたトマト料理（平成30年度は29店舗）やカロリー350Kcal以下でトマト使用が条件のトマトスイーツ（平成30年度は10店舗）を食べ歩く「トマト de 健康フェスティバル」といったユニークな企画も行われるようになった。

また、このプロジェクトの活動拠点として、「とまと記念館」が活用され、食生活改善推進員と管理栄養士が委託を受けて、トマトを中心に野菜にこだわった健康メニューを提供している。味わうだけでなく、レシピも提供し、家庭でもヘルシーな料理をつくってもらえるように工夫している。

さらに平成26年度には、トマト給食の日やトマトジュースでの乾杯を推奨し、トマトで健康づくりを進める「トマトで健康づくり条例」まで制定された。

○事業の実施による効果

各課の課長クラスのほか、議員にも説明する機会が持てたことで、とくに議員らの健康に対する意識がヘルスプロモーション的な考え方に変わってきた。

また、企業等との連携により、働き盛り世代との接点が持てたこともあって、健康経営に取り組む企業が増えるとともに、ウォーキングイベントなどへの若い世代の参画が増えてきた。

数値的な指標の変化については、第6次東海市総合計画のまちづくり指標および成果指標の動向（100項目、3,500人にアンケート実施）から、概ね改善していることを確認している。健康寿命は、平成24年度の男性78.55歳、女性82.77歳から、29年度には男性79.78歳、女性83.13歳へ改善した。健康づくりの取り組みをしている人の割合は、24年度の49.9%から、29年度は57.2%へ改善した。健康づくりでウォーキングなどの運動に取り組

んでいる人の割合は、24年度の31.6%から、29年度は31.5%へと推移した。健康づくりで食事の量やバランスなど食生活の改善に取り組んでいる人の割合は、24年度の26.3%から、29年度は30.1%へと改善した。市内の施設や環境が健康づくりに取り組みやすいと感じている人の割合は、24年度の59.6%から、29年度は65.2%へと改善した。健康応援ステーション制度を知っている人の割合は、24年度の10.8%から、29年度は14.0%に改善した。

また、この事業に取り組むきっかけとなった平均寿命、特定健診受診率、1人当たり国保医療費、人工透析患者数などの市全体の数値にも、改善が見られる。平均寿命は、平成17年は男性78.4歳、女性85.4歳だったが、27年は男性81.1歳、女性86.8歳と改善した。また、1人当たり国保医療費は、21年は26万7,426円（安いほうから29番目／県内57市町村）だったが、28年度は31万7,808円（安いほうから20番目／県内54市町村）と順位が改善した。人工透析の人口10万対患者数は、19年の20.7人（県平均19.8人）だったが、27年は22.9人（県平均23.4人）と県平均より少なくなった。

○活動継続における課題と対応方法

課題の一つは、意識を共有し、ともに推進してきた「いきいき元気推進委員会」の42人の職員の大半が定年退職などでいなくなっているという点である。各課の取り組みに横串を差すことができてきたわけだが、推進力の面でマイナスが大きく、新たなメンバーを募って改めて共通理解を深める機会をつくるかどうかを検討しているという。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・市長公約で健康づくりと生きがいをづくりを部局横断的に推進することとなり、職員ヒアリングを経て、職員42人からなる「いきいき元気推進担当」を設置した。
- ・そのグループワークなどで健康の考え方を広くレクチャーできた。
- ・各課の事業等を把握し、各課の各種計画に横串を指すイメージで計画を策定したことで、各課の取り組みと健康づくりを融合することができた。
- ・産業振興ビジョンに健康経営の考え方が盛り込まれ、中小企業でも健康経営を取り入れたり、新たに保健師を雇用したりする事業所が出てきた。
- ・企業城下町という特性を生かし、企業との連携を深め、健康づくりに参画する若い層を増やせた。
- ・事業に取り組むきっかけとなった平均寿命、特定健診受診率、1人当たり国保医療費などの指標を改善することができた。

■妊娠出産包括支援事業（母子保健計画、子ども・子育て支援事業計画に位置づけ）

○事業の概要

東海市では、子育て世代包括支援センターの立ち上げを機に、庁内の関係部署および医療機関などとの連携を強化し、産後 4 か月までの支援が手薄だった部分にニーズに即したさまざまな事業をシームレスに創設した。事業で把握した母親の本音、生の声を関係者で共有し、事業の見直しに活かし、さらなる支援体制の見直しを行っている。利用につながっていない母親の支援や地域での子育てのため、保育園や児童館といった社会資源とのさらなる連携も模索している。

【主管課】東海市健康推進課

【実施】5 年未満

【対象】乳幼児とその親、妊婦とパートナー

【連携先】子育て支援部門、生涯学習部門

医療機関、住民組織・NPO・ボランティア団体、保育園・学校など、
子育て支援センター／子育て世代包括支援センター

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

東海市では、平成 28 年度に子育て世代包括支援センター（連携型）を設置した。妊娠出産子育て総合相談窓口（母子保健型）は保健福祉センターの健康推進課、子育て相談窓口（基本型）は子育て総合支援センターが担っている。

立ち上げにあたって地域の分析を行ったところ、①出産後の入院期間が 4～5 日程度に短縮し、手技が不十分なまま退院している、②約 90%が核家族である、③経産婦の 60%以上が里帰りせず自宅育児、④年間出生約 1,200 人のうち、乳児全戸訪問の 27.5%が要支援家庭だった、⑤母親の就労にともない 1～2 歳児の保育園入所が 4 年前より 10%増加している、⑥子どもがいる世帯の約半数が共働き世帯である、⑦妊娠期から産後 3 か月頃までの支援が手薄、⑧乳幼児期に外出できず孤立し、育児不安を持っている親への支援が手薄である——といった状況が把握できた。

そして課題として、産院での育児指導の減少等に伴う育児困難、出産育児の知識やイメージの不足、核家族化に伴う産褥期からの回復の支援体制の不足、孤立の中での育児不安や自信喪失、産後うつなどによる育児力低下などが考えられたことから、支援の方向性として、①早期支援による産後の孤立・育児不安の軽減、②顔の見える関係性を構築しつつ育児不安や負担感の強い乳児期の子育て支援の充実、③関係機関との連携——という整理をし、とくに産後 3 か月までの産後ケアとそれ以降の継続的な支援の拡充を目指すこととした。

その実現に向け、平成 28 年度に健康推進課が取り組んだのは、妊産婦総合相談窓口の設置と産後サポート事業だった。妊産婦総合相談窓口では、母子健康手帳交付時に保健師・助産師が全員に面接し、妊婦の状況や気持ちを把握して、助言等を行うとともに、必要な妊婦に「支援プラン」を作成し、早期から医療機関等との連携の上、継続的な支援を行うものだ。

手帳交付は以前、一般窓口で交付していたが、妊婦の状況等を把握するため、保健師等が一括交付する形に変更した。一方の産後サポート事業については、まずデイ型をスタート。4か月までの乳児と母親を対象に育児相談、授乳相談、情報提供などとともに、乳児との手遊びや母親同士の交流などを実施するベビーサロンを保健福祉センターで行う事業である。

「利用者からは、一緒に安心して外出できる場所ができ、気軽に相談できるのがうれしい、交流で友だちもできたといった反応があり、好評」と保健福祉センター担当者は言う。一方、子育て総合支援センターでは、子育てサービス利用者支援事業と子育てプログラムに着手した。前者は子育てサービスの情報を集約し、スムーズな利用につなげる事業で、後者は育児困難を抱える母親の前向きな子育てに向け、系統的な学習機会を提供する事業である。利便性を高めるため、保健福祉センターにあったものを駅前の商業施設に設置し直した。

そして平成29年度、健康推進課では、産前産後サポート事業として、子育ての悩みを持つ妊産婦に「子育てサポーター」が家庭訪問し、傾聴・相談を行う「訪問型」を開始するとともに、前年度にはじめた保健福祉センターのベビーサロンに加え、病院でのベビーサロンを2週間に1度実施することとし、「デイ型」の拡充をはかった。また、産後ケア事業も新たに開始した。家族等から十分な家事や育児の支援が受けられずに産後に心身の不調などがある母子を対象に、産科医療機関や助産院などで保健指導や授乳指導、産褥への療養上の世話などを宿泊型で行うもので、費用を助成する。さらに、子育て総合支援センターでは、育児負担等の軽減のために支援が必要な家庭（1歳までの子どもがいる）に応援ママが訪問し、育児や家事を一緒に行う「ママ応援事業（訪問型子育て支援事業）」などを開始した。

平成30年度には、これらに加え、はじめて子育て総合支援センターを利用する保護者同士の交流などのための「はじめましてサロン」や、ベビーサロン終了後の保護者同士の情報交換等を行う「ひよこサロン」をスタートさせている。

産前産後サポート事業の「訪問型」を担う「子育てサポーター」の研修も、健康推進課が行い、妊産婦や育児に関する知識や技術などを高めていった。

○現在の協働や連携の状況

保健福祉センターと子育て総合支援センター、医療機関、子育てサポーターの連携は緊密で、個別のカンファレンスのほか、連携会議も多い。

健康推進課と子育て支援センターが中心の「子育て世代包括支援担当者会議」は年7回程度、その親会議である関係部課長らと医療機関による「子育て世代包括支援センター連絡調整会議」は年3回程度行われ、実務者の会議で現状分析と企画立案がなされ、具体策等が提案される。ほかにも毎朝、保健師や保育士などの連携打ち合わせも行われる。「視察で訪れた他自治体の職員から縦割りの壁がないとよく言われる。しかし、市では連携が当たり前。飲み会にケーションも頻繁」と保健福祉センター担当者は言う。

なお、各事業の活動の状況は、以下の通りである。

妊産婦総合相談窓口

	母子健康手帳面接	支援プラン作成
平成 28 年度 (6 月～3 月)	978 件	212 件
平成 29 年度 (4 月～3 月)	1037 件	166 件※
平成 30 年度 (4 月～12 月)	777 件	100 件

保健福祉センターがとくに重視しているのは、母子健康手帳交付時面接である。「保健師が一括交付することで、ほとんどの母親をカバーできるので、30～40 分かけている。家族の問題や妊娠が受け入れられているかなどもわかるし、その後の支援のあり方もここで掴める。この段階で社会資源を紹介し、必要に応じて支援プランを作成し、連携先とつなげば、かなりの予防できる。さまざまな事業ができたので、出発点である交付時面接はとくに大事。今後は、そのためのアセスメント票も整備する計画」としている。

産前産後サポート事業「デイ型」

	しあわせ村 (週 1 回)		公立西知多総合病院 (月 2 回)	
	実施回数	延べ参加人数	実施回数	延べ参加人数
平成 28 年度 (6～3 月)	18 回	323 人	—	—
平成 29 年度 (4～3 月)	48 回	1090 人	18 回	95 人
平成 30 年度 (4～12 月)	38 回	880 人	16 回	75 人

産前産後サポート事業「訪問型」

	支援対象者数	支援回数
平成 29 年度 (11 月～3 月)	3 人	7 回
平成 30 年度 (4 月～12 月)	18 人	58 回

産後 4 か月までの支援が手薄だったところに、孤立化防止あるいは育児不安の軽減のために開始した産前産後サポート事業は、効果的に機能していると言う。

「育児不安がある母親は、ここを利用する。母親同士の交流の中で、数か月先にはあんなるんだという先輩ママの育児を見て、イメージが付き、安心感を持てるという声が多。保健福祉センターで行う週 1 回のデイ型では、多くの利用者が終了時間ぎりぎりまでいて、おしゃべりしている。訪問型の利用者も、18 人の子育てサポーターとマッチングした上で訪問しているので、安心して利用できるという声が多い。昨年度は利用者が 3 人とどまったが、今年度は 18 人と利用が増えた。訪問する子育てサポーターには、とにかく褒めてと言っている。それにより、自身が持て、育児が楽しいという声が聞かれるようになってきた。4 か月まで集中的に支援するので、頑張ろうという気持ちになり、楽しくなっていくようだ」と話している。

産後ケア事業（助産院などの医療機関委託）

	宿泊		日帰り	
	人数	延べ日数	人数	延べ日数
平成29年度（6～3月）	7人	33日	2人	3日
平成30年度（4～12月）	17人	69日	8人	10日

産後、心身の不調や育児不安がある母親のために医療機関委託ではじめた宿泊型の産後ケア事業は、産後すぐに利用するケースが多いが、里帰り後に頑張ったものの、疲れてしまって利用するケースや、赤ちゃん訪問で紹介されて利用するケースが多い。「産科からの退院が早いため、この事業でやる気になったという母親が多い」と保健福祉センターでは手ごたえを感じており、「その後も、電話等でフォローし、ベビーサロンの利用を促したり、訪問で関わったりしている」と言う。

委託している医療機関は現在、5つで、「母親たちがどこで出産しているかを調べ、頼んで産後ケアをはじめてもらった。早くから実施しているところもあった。いずれも、県保健所の産科医療機関連携会議で関係性があり、頼みやすかった。しかし、利用者も増えてきたため、未実施の医療機関と会議を持ち、実施先を増やす」としている。

子育てサービス利用者支援事業

<相談件数>

平成28年度 269件 平成29年度 216件 平成30年度 261件（1/25日時点）

*29年度に減少したのは、産前産後サポート事業等の拡大に伴い、相談の場が増えたためと考えられる。

*30年度に再度、増加したのは、各事業で活発に周知を行ったためと考えられる。

<相談対象者>

年度(件数)	0歳件数	%	保護者件数	%
平成28年度（269件）	106件	39.4%	16件	5.9%
平成29年度（216件）	81件	37.5%	15件	5.9%
平成30年度（12月まで232件）	64件	27.6%	75件	32.3%

*28、29年度は0歳児に関する相談が多かったが、30年度は育児不安や手技、子どもへの対応の仕方など母親自身に関する相談が増えた。

<相談内容>

年度(件数)	生活習慣	発達発育	健康	生活環境	育児方法	その他
平成28年度 (269件)	75件 (27.9%)	66件 (24.5%)	15件 (5.6%)	7件 (2.6%)	22件 (8.2%)	84件 (31.2%)
平成29年度 (216件)	55件 (25.5%)	60件 (27.8%)	16件 (7.4%)	3件 (1.3%)	8件 (3.7%)	74件 (34.3%)
平成30年度 (12月まで232件)	69件 (29.7%)	33件 (14.2%)	16件 (6.9%)	9件 (3.9%)	9件 (3.9%)	96件 (41.4%)

*28年度は離乳食などの生活習慣（27.9%）、29年度は発達障害（27.8%）、30年度は育児不安の相談が増えている。

＜他機関への紹介・他機関との連携＞（子育て支援センターから見た他機関）

年 度	他機関紹介	他機関連携
平成28年度（269件）	73件	13件
平成29年度（216件）	19件	23件
平成30年度（12月まで232件）	32件	32件

他機関紹介…保健師、医療機関、託児所、幼児保育課、専門機関。
他機関連携…健康推進課、幼児保育課、家庭児童相談所、医療機関、保育園

*28年度の他機関紹介が多いのは、医療機関がわからないという問い合わせが22件と多かったため。他機関連携（電話等での連携）で最も多いのは、健康推進課保健師。

○現在の協働や連携に関する意識

保健福祉センターでは、事業で拾った声を関係者に適宜、フィードバックしている。

「母子健康手帳交付時面接で聞いた親にも言えない母親たちの本音や悩みは、子育て総合支援センターの保育士や子育てサポーター、地区担当保健師らと常に共有している。連携がうまく行った経緯やその時々母親の気持ちの推移なども、みんなで共有し、次に生かしている」と言う。

また、産後ケア事業の委託医療機関に対しても、「大部屋に入れられたときの母親の落ち着かない気持ちや気になったことなどをそれとなく伝え、改善を促している。そういう繰り返しの中で、より安心して使える場になってきた」と話しており、利用者と各資源の仲立ち、フィードバックの機能を果たしていることを窺わせた。

一方、子育てサポーターに対しても、訪問に不安を抱く場合があるとして、「先輩サポーターに講師を依頼し、ノウハウを共有してもらい、質の向上を促している」と担当者。「専門的な質問をされたら持ち帰って、私たち保健師に聞いて、次の訪問で話してあげてと話す」と、安心して活動できるようになる。そういうメンテナンスも保健師の仕事」とも語っている。社会資源のブラッシュアップも意識して行っているのである。

保健福祉センターとの連携の機会が多い子育て総合支援センターは、保健師に期待することについて、次のように話した。

「保健師に期待する点は、専門性、母親への心理的な面のアセスメント、親支援。子育て総合支援センターの保育士としては、専門性を持つ保健師がバックにいるから、子どもを中心にしながら、母親の中に入り込んで相談事を積極的に聞きにいける。子育て支援センターの保育士たちはもともと、保健福祉センターと一緒に働いていたことがあり、その中でも、健康の視点がある程度は身につけて支援しているが、それでも気軽に連携できる体制ができているので、ありがたい」と話している。

また、「保健師が母子健康手帳交付時をはじめ、ママの情報をいち早く把握し、ここに紹介されてはじめて、子育て総合支援センターの仕事がスタートすることも多いので、保健師のアセスメント力には期待している」と続けた。

○事業の拡大や発展

平成29年度から保健福祉センターでは、産後うつなどの予防や新生児の虐待防止のため、

産婦健診を1回から2回に増やし、産後2週間健診を新たに設けた。

現在、5割程度が2回受診している。産後2週間健診でEPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）が9点以上の受診者は約1割おり、その半数弱は産後1週間健診でも高得点であるが、気になる産婦については、医療機関から早期に連絡が来る体制になっており、早期に介入ができ、必要な機関や資源につなぐことができるようになった。医療関係者は、さまざまな会議のメンバー、オブザーバーとして入っており、顔の見える関係があるため、少しでも気になるケースがあれば、気軽に連絡が来るようになっているという。

また、平成31年1月から、赤ちゃん相談も開始した。手薄だった産後4か月までの支援を充実させた一方、その後は医療機関に委託している離乳食教室くらいしかなかったため、その間を埋めるべく、保健福祉センターの常設の育児相談としてスタートさせたものだ。

「育児相談もあるが、赤ちゃん健診のフォローとしての意味合いがあり、育児不安のある母親を拾う目的を持たせている」と説明する。

相談に来た母親には、「赤ちゃん、かわいいわねと積極的に声をかけている。すると、また来ます、と事業にやって来てくれる。地域デビューが遅れたママのピックアップをする狙いがある」と話している。

○事業の実施による効果

保健福祉センターでは毎月、カンファレンスを行っており、その中で効果を実感しているという。「産後4か月までの空白を埋めるべく、さまざまな事業をつくって、早期から母親に関わりはじめたため、その後の乳幼児健診などでの保健師との関係性がとても良くなってきたと実感している。それまでは、ベビーマッサージなどを行う産前産後サポート事業もなかったけれど、それができて心理的距離も近くなっている」と見ている。その結果、乳幼児健診も機能するようになったという。

こうしたことから、より早期の妊娠6～7か月の安定期に実施している母親教室についても、産科からの退院が早くなっていることを踏まえ、沐浴等の手技を行って、産後をイメージしてもらい内容に見直しをはかっているという。

子育て総合支援センター担当者も、保健福祉センターの母子健康手帳交付からはじまる母子保健事業や産前産後サポート事業などでつながった母親たちが子育て支援センターにどんどんと紹介されるようになってきたことで、「母親同士がお互いに知り合いになって、地域の中で公園や近所の人たちと行動をともにするようになってきており、予防効果がある」と実感している。

○活動継続における課題と対応方法

健康推進課と子育て支援センターや助産院などの医療機関との連携は緊密になった。

しかし今後は、保育所を所管する幼児保育課や、キッズルームを整備した児童館を所管する女性・子ども課、子育てネットワークやNPOなどの社会資源との連携拡充が課題である

と言う。

「保健福祉センターの産前産後サポート事業等を利用している母親は良いが、利用していない母親も少なくない。やはり、地域で子育てをするという意識が重要だ。そこで、児童委員や民生委員、さらに児童館の関係者等に声をかけて、子育てサポーターの養成の際に抱き合わせで、子育て支援を考える会を開催して、みんなで一緒にグループワークを行い、何ができるか話し合いをはじめた」と言う。

地域のそれぞれの社会資源は、地域の課題を掴んで、必要な社会資源同士を結びつけ、こういう対策をしよう、という具体的な提案まではなかなかできないものだ。それは、資源を広く知っているわけでも、地域や政策の動向を把握しているわけでもないためだ。だから、思いがあったとしても、行動に移せず、もがいていることが少なくない。

「そういうときに社会資源同士をつないで行くのが、保健師あるいは保健福祉センターだ」と市の統括保健師は言い切った。「ある児童館を覗くと、キッズルールが整備されていたのに、小学校が終わる時間になるまで閑散としていた。折角の資源が使われていない。だから、関係者でネットワークを組んで、母親たちに児童館は使える場所だよと伝えていきたい。歩いて行ける地域の居場所を増やし、地域での子育てを取り戻す必要がある」と指摘する。

ほかにも、1～2歳から入園するケースが増えている保育園や、高齢者支援課が社会福祉協議会と連携してはじめた0歳から100歳までの地域包括ケアや地域共生社会づくりといった世代間交流のためのコミュニティづくりの取り組みとの連携も、課題であると言う。「0歳から100歳までの地域包括ケアの取り組みは、高齢者支援部門が主体で行っているため、どうしても子どもの部分が弱く、多世代型にならない。その辺を改善したい。また、社会教育課の子ども向けの事業も、貴重な社会資源なので、連携を模索したい」と言う。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・ 出産後の入院期間が短くなっている、乳児全戸訪問の25%が要支援家庭である、といった最近のエビデンスから、母子保健や子育て支援の手薄な部分を明確にし、連携による新たな事業の創出によって補った。
- ・ 母子保健の手薄な部分を子育て総合支援センターや医療機関、子育てサポーターなどと連携することでカバー率を上げた。
- ・ 会議等で母親の声を関係者にフィードバックし、それぞれの機能を高めている。
- ・ 子育てサポーターの社会資源のメンテナンスも行っている。
- ・ それぞれの専門職の機能が生きるような役割分担をしている。
- ・ 社会資源の活用状況を把握しながら、その活性化も視野に入れている。

<名張市健康・子育て支援室>

人口 7 万 8,864 人、高齢化率 30.6%

保健センターの建物はあるが、機能は市役所内の健康・子育て支援室に移し、15 行政地域に看護師や介護福祉士等を配置した「まちの保健室」を設置している。

■まちじゅう元気！！プロジェクト (地域福祉計画、健康増進計画に位置づけ)

○事業の概要

「まちじゅう元気！！プロジェクト」は、地域担当保健師が、行政地域ごとに設置された「まちの保健室」、地域課題の解決や地域活動を展開する住民主体の「地域づくり組織」とチームを組み、地域の担い手を人選して継続的な人材育成を行い、健康づくりや介護予防の仕掛け人としての主体的な地域活動を促す取り組みである。これにより、健康づくりの風土が醸成され、健診受診率が向上するとともに、「地域づくり組織」による生活支援サービス提供体制構築の支援、シニアによる多世代交流といった介護予防効果が期待される取り組み、地域共生社会づくりにつながる活動も生まれはじめた。

【主管課】 名張市健康・子育て支援室

【実施】 5 年未満

【対象】 高齢者、成人一般

【連携先】 高齢者支援部門、子育て支援部門、国保部門、まちづくり部門

自治会・町内会・連合自治会、社会福祉協議会、地域包括支援センター、
医師会・歯科医師会等の職能団体、住民組織・NPO・ボランティア団体、
子育て支援センター／子育て世代包括支援センター など

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

平成 14 年に就任した現市長の方針によって名張市では、小さい政府と住民自治を柱とした行政改革に着手し、区長制を廃止した上、15 の行政地域（おおむね小学校区）ごとに地域課題の解決や地域振興や交流などを行う住民主体の「地域づくり組織」を設置した。そして、地域に対する行政事務委託等を廃止し、それにかかる補助金を一括交付金化して、「地域づくり組織」に用途自由な交付金を交付する仕組みをつくった。すなわち、住民合意によるビジョンとそれにもとづいた実践活動を推進する「都市内分権」を行った。

「地域づくり組織」には、民生委員や PTA、老人会、NPO などの代表が参画し、合議による自治が行われる。会長、役員のもとに、地域によって若干異なるが、「コミュニティ部会」「総務企画部会」「環境保全部会」「健康福祉部会」「広報文化部会」などが置かれ、これらのほかに「サロン」「有償ボランティア」「自主防災」「コミュニティバス」などをテーマとした委員会も設置されている。それぞれの行政地域では、まちづくりの理念や目標が設定され、基本方針や将来像、それにもとづく実施計画が書き込まれた「地域ビジョン」が策定

されている。

一方、平成 17 年度には、ソーシャルキャピタルの醸成を理念として策定された地域福祉計画にもとづき、まちづくりと一体的に地域福祉を推進する日常生活圏域の健康福祉の拠点として、「まちの保健室（地区保健福祉センター）」が 15 行政地域の市民センター（公民館）に設置され、看護師や介護福祉士、社会福祉士などの嘱託職員 2～3 人が配置された。地域包括支援センターのランチや子育て世代包括支援センターのサテライトとしても位置づけられ、総合相談や高齢者福祉サービスの窓口の機能を果たすとともに、健康教室や介護予防教室といったさまざまな地域活動の拠点としても機能している。

このような都市内分権が推し進められている理由は、単に財政健全化のためだけでなく、15 行政地域間の地域性に大きな差が存在しているからでもある。例えば、15 歳未満人口割合は 15 の行政地域間で 2.4%～31.0%と差があり、15～64 歳人口割合も 5.6%～43.3%、65 歳以上人口割合も 7.3%～54.4%と地域間で大きな差が存在している。こうした地域性を踏まえたまちづくりが必要であったことから、このような仕組みが導入された側面がある。

行政地域ごとに活動を展開するには、地域力を高める仕掛け人が必要となる。そこで平成 21 年度から、「まちじゅう元気！！教室」を開始した。自主的な活動に発展しなかった健康づくり保健委員を廃止した上で、各行政地域の「地域づくり組織」の代表者とまちの保健室、地域担当保健師による検討部隊「まちじゅう元気！！チーム」が、リーダーシップを発揮できる人材を推薦してもらい、それらの人材に生活習慣病予防や介護予防のための運動や栄養等の実践重視の講座をシリーズで受講してもらった。当初は、特定健診やがん検診の受診率向上などに重点を置いた。

平成 24～25 年度には、健康づくりや地域づくりの今後の方向性についてのワールドカフェを大学や病院等の関係者や市長、議員、学生などの多分野・多職種の人材を交えて行い、26 年度には、全地域でワールドカフェを実施して、その結果を第 3 次「健康なばり 21 計画」に地域ごとの計画として反映もした。

ワールドカフェでは、行政地域間の人口動態の推移や健診受診率や健診結果といった地域の健康状況とともに、健康な地域のイメージ、各地域の強みと弱み、具体的に取り組みそうなこと、実践してみたいことなどについて話し合い、各地域で共有をはかった。「まちじゅう元気！！教室」では、信頼の厚い地域は死亡率が低い、ソーシャルキャピタルは豊かな地域は健康である、というメッセージをとくに強調してきたと言う。



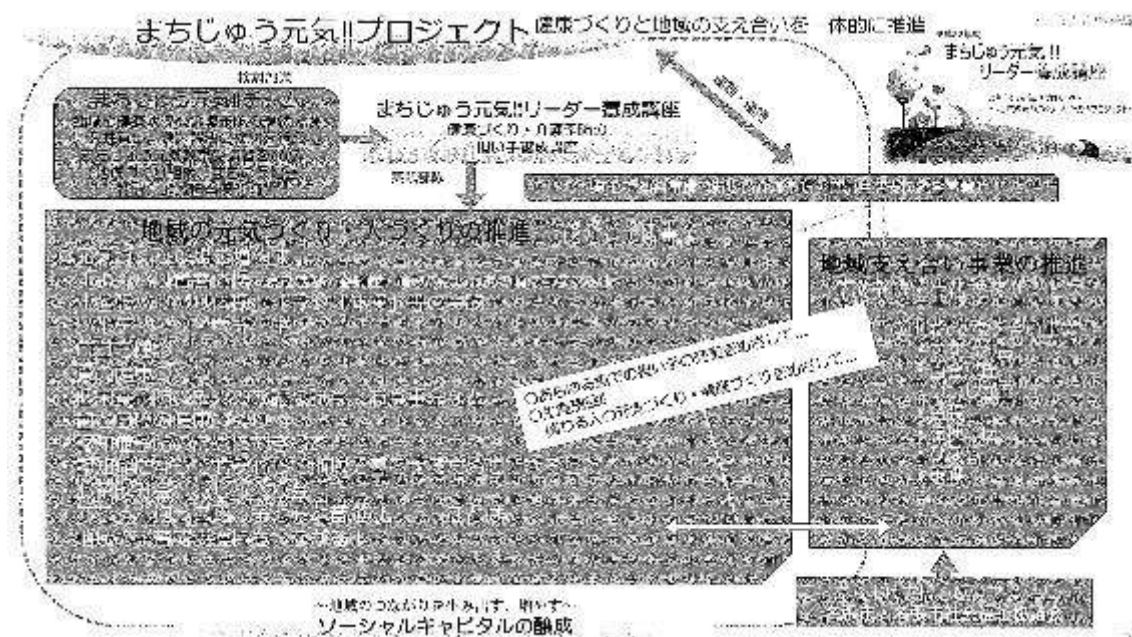
○現在の協働や連携の状況

このような取り組みの中で、サロンや講座、祭りやイベント等への参加が健康づくりにつながるという認識が浸透して、次第に地域の人材が育ってきた。例えば、行政地域によっては、「地域づくり組織」の健康福祉部会内に「はつらつ元気隊」を組織し、オリジナルのロコモ健診やウォーキング講座、ノルディックウォーキング、介護予防教室などを主体的に実践するようになってきている。

現在は、そのような活動が横展開され、「地域づくり組織」の推薦者とまちの保健室、地域担当保健師による検討部隊「まちじゅう元気！！チーム」と、平成27年度以降、継続的に行われている「まちじゅう元気！！リーダー養成講座」を修了した「まちじゅう元気！！リーダー」が一緒になって、**下図**のような健康づくりや介護予防に資する活動、介護予防・日常生活支援総合事業などを地域ごとに展開するように発展している。

「まちじゅう元気！！リーダー」が具体的に担うのは、①「よくバリ青春体操」の普及や栄養予防の啓発、認知症予防のためのおしゃべりやイベント等へのお誘いなどを行う介護予防のボランティア活動、②移動支援を含む生活支援のサポーター活動、③通いの場でのボランティア活動などである。

当初は、生活習慣病予防が中心であったが、最近では、フレイル対策を担える人材、生活支援のボランティアの増加、介護予防拠点（通いの場）を動かせる人材の育成を通じたソーシャルキャピタルの醸成をとくに意識している。



「まちじゅう元気！！リーダー養成講座」では、高齢者の特徴や介護予防の考え方、運動生理学や栄養、歯と口腔、メンタルヘルス、認知症や生活不活発病、介護保険の仕組みといった健康関連の講義に加え、コミュニケーションやボランティアの意義、さらにはコミュニティビジネス、防災といった実に多彩なカリキュラムが組まれている。講座開始前には、「まずは自分が元気になる」「元気のおすそ分けをする」「できることをする」という「愛言葉」

をみんなで復唱していると言う。平成 28 年度に行った全 8 日間の「まちじゅう元気！！リーダー養成講座」の受講者は、270 人に上る。

一連の働きかけは、地域担当保健師が市健康・子育て支援室のバックアップを受けながら行った。地域担当保健師は、「まちの保健室」には配置されていない。市役所本庁と別に設置されていた保健センターから引き上げ、連携に力を注げるよう、その大半を本庁に配置している。「保健センターは現在、乳幼児健診や母子健康手帳交付教室など以外にはほとんど使っていない。本庁に保健師が入ったことで、例えば児童手当の窓口がすぐ目の前にあり、乳幼児健診未受診者が手当ての手続きに来たときなどにアプローチできるなど、部署間の縦割り意識が排除され、連携が促進される利点が生まれた。各課職員と顔の見える関係もできる。連携には、保健師が本庁にいることが大事」と統括保健師は語っている。

ちなみに名張市では、保健師は業務分担と地区分担の併用制を敷いており、地域担当保健師は健康・子育て支援室、地域包括支援センター、発達支援センターに所属し、そこから担当地域に出向く。本庁に置いているのは、庁内連携を重視しているためである。

○現在の協働や連携に関する意識

それぞれの行政地域の「まちじゅう元気！！チーム」と「まちじゅう元気！！リーダー」の間で共有されている健康づくりの視点は、①二次予防（後追い対策）だけでなく、一次予防（先取り対策）の再認識、②ハイリスク戦略に加え、ポピュレーション戦略へ、③個人への教育と同時に社会全体で取り組むための環境整備——である。

「まちじゅう元気！！リーダー」らが住民主体で行う健康づくりや介護予防の取り組みのプロセスが住民同士の関係性を再構築して、社会参加しやすい風土をつくり、ソーシャルキャピタルを醸成して、地域の健康度を高める、という認識を関係者間で共有している。

実際、「まちじゅう元気！！リーダー」らが行うサロンや自治会などのイベントの機会を通して関係性がつくられれば、健康情報を伝達しやすい。また、普段から顔を見ていれば、互いの体調の変化にローリスク段階で気づけるメリットも生じる。そうした関係性は、健康だけでなく、防災や防犯などの対策にも活かせる、と期待されている。

一方、住民主体の「地域づくり組織」が中心となって活動を進めているため、健康づくり、介護予防、子育て支援、生活保護、障害者福祉、国保、後期高齢者医療、地域振興などの行政の関係部署は、地域分権の理念を踏まえ、「地域レベルで連携するのは当たり前」という認識を持っている。

また、人材育成は、環境整備そのものであるという認識も持っている。そして、環境整備は一つのセクションだけで行えるものではない、だから連携が必要と捉えている。

○事業の拡大や発展

当初は、特定健診やがん検診の受診率（ともに県内で低い水準）向上や高血圧や慢性腎臓病の重症化予防など生活習慣病予防に重点が置かれてきた。

しかし最近では、団塊の世代が高齢期に入ったことから、介護予防・日常生活支援総合事業の基盤づくり、フレイル対策のための社会参加、まちづくりとしての地域包括ケアシステム構築にシフトしつつあり、そのための人材育成と地域での実践活動の支援に重点を置きはじめています。



○事業の実施による効果

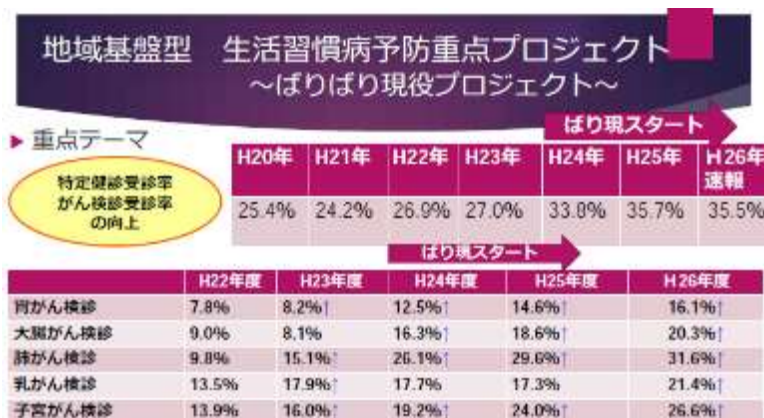
住民主体の「地域づくり組織」が行政の関係部署に横串を刺すような連携を促進するような役割を果たし、また各部署・各機関も地域をベースに連携することが当然という認識を持つようになった。

そのような体制の中で、「地域づくり組織」もそれぞれの地域で有償ボランティアによる生活支援サービス提供組織等を立ち上げるようになった。「地域づくり組織」と行政の二人三脚の基盤ができたことによる成果の一つと言えるだろう。

こうした基盤ができたからこそ実現した取り組みもある。その一つが、「男の子育て孫育て教室」である。三重県が市町村と連携して実施した「パパとじいじのための子育て教室」がもとになった取り組みで、男性シニアが自身の経験を活かしながら、若年層の親や孫との接し方や必要な知識や技能などを学ぶものである。男性シニア世代の地域での活躍と地域活動を通じた介護予防効果が期待されており、地域共生社会づくりの新しい形としても注目されている。この活動に象徴されるように、部署間の壁を感じさせない取り組みが増えた。これが最大の効果と言える。

一方、数字的な効果については、特定健診とがん検診の受診率の向上が挙げられる（下図）。

特定健診は、平成 22 年度の受診率が 25.4%だったのに対し、徐々に改善し、27 年度には 37.7%。また、がん検診に関しても、平成 22 年度の受診率が胃がん 7.8%、大腸がん 9.0%、肺がん 9.8%、乳がん 13.5%、子宮がん 13.9%が、平成 26 年度には

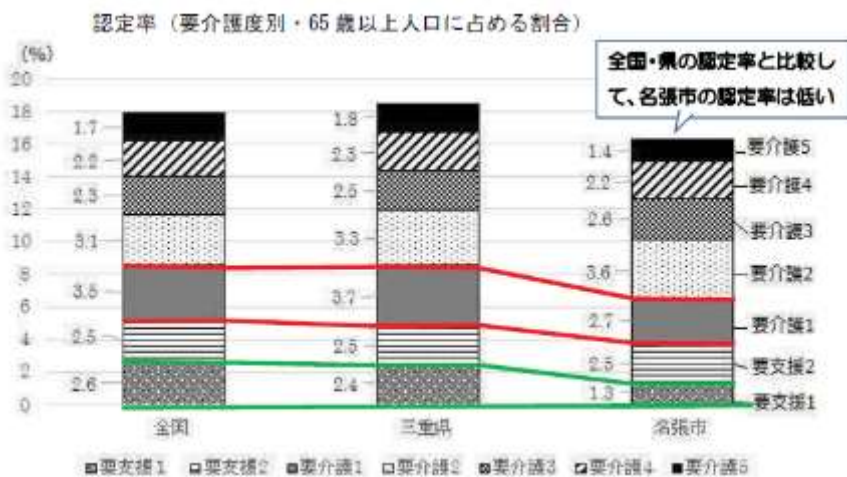


それぞれ 16.9%、23.8%、30.6%、21.6%、26.6%へと上昇した。自己負担額の減額や無料クーポン券などの影響もあるが、「地域づくり組織」と協働で地域レベルで一丸となって啓発を重ねた効果も大きいと見ている。

また、要介護認定率にも、一定の効果が見て取れる。「名張市高齢者保健福祉計画（第7次改訂）・介護保険事業計画（第6次改訂）」によれば、右図のように、要介護1～5の認定

者が増加している一方で、要介護認定率はほぼ横ばいで推移している。認定率が低いのは、名張市は後期高齢者割合がまだ低い状況にあることが要因とも推測されるが、理由はそれだけではない。下図からもわかるように、要支援1と要介護1の軽度認定者の認定率の低くなっており、その効果を窺える。

つまり、名張市では、高齢者単身・夫婦世帯の構成比が突出して低くない状況なので、家族介護によって認定を受けずに済んでいるという理由が成り立たない。生活支援等が活発になり、認定を受けずとも地域で必要な見守りが受けられ、その結果として、認定を受けないまま住み慣れた地域で暮らせる状況を生み出している、と推測されている。



○活動継続における課題と対応方法

行政地域ごとに「地域づくり組織」を支える「まちじゅう元気！！チーム」をつくり、「まちじゅう元気！！リーダー」らが住民主体で行う健康づくりや介護予防の取り組みを支援

しているが、活動が活発になるほどに、「まちの保健室」も「まちじゅう元気！！リーダー」も民生委員などの住民も目いっぱいになる。次々と生み出される支え合いのメニューに対応するためには、次々に人材を発掘し、新しい担い手を育成することが課題となる。また、行政の各部署の取り組みの把握、連携の維持も、ますます必要になってくる。

一方、地域をベースに組織横断的な取り組みが実践できる背景の一つに、部長級（健康支援推進担当理事）の保健師（統括保健師）の存在がある。つまり、福祉子ども部長とともに日常的な庁内ネットワーク等を駆使し、政策の方向性や関係部署の取り組みなどを把握して、それらも踏まえ、健康政策の組み立てを部署間の連携のあり方を含め、俯瞰的に考えられるメリットがある。だからこそ、狭義の取り組みになりがちな健康政策を俯瞰的、横断的な視点で具現化できるのだろう。

また、市長との風通しの良さ、良好な関係性も重要な条件だと言う。現在の市長は、健康政策に関心が高い。そのためか、市長室に向かう際には健康・子育て支援室の窓口に立ち寄り、「何か新しいアイデアではないか？」「課題はないか？」などと声をかけてくれるそうだ。連携体制の構築には、そうしたトップとの関係性も重要な要素と言える。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・各地区の「まちの保健室」を拠点として、都市内分権の拠点である「地域づくり組織」と市健康・子育て支援室、地域担当保健師、保健行政を一体化させた点がポイントである。
- ・「地域づくり組織」は、住民主体の画期的な取り組みではあるが、ややもすると公法人ではない危うさも一方で存在する。その辺りを、「まちの保健室」を窓口としつつ、地域担当保健師が核となる「まちじゅう元気！！チーム」が「地域づくり組織」と一緒に人材育成した上で、それらの人材とともに公的なものとして担保している点が特徴と言える。
- ・いわば、「住民主体」が安易な方向に流れないように公的にバックアップしている。
- ・市長のトップダウンで連携が促進されており、各部署の連携意識が強いことも促進要因と言える。
- ・部長級の保健師（統括保健師）が日常的な庁内ネットワーク等を駆使し、政策の方向性や関係部署の取り組みなどを把握しながら、健康政策の組み立てを俯瞰的に行っている。
- ・市長と健康部門に頻繁に立ち寄るほど関係が良好である点も、重要なポイントである。

■よくバリ青春体操の普及

○事業の概要

名張市が医師会へ委託して設置された宅医療支援センターから、補助金を活用して地域活動を行いたいとの相談を受けた健康・子育て支援室が介護予防体操を提案し、多職種で開発した。多職種連携のきっかけになるとともに、「まちじゅう元気！！リーダー」のツール、さらにはショッピングモールとの新たな連携も生んだ。

【主管課】 名張市健康・子育て支援室

【実施】 5年未満

【対象】 高齢者

【連携先】 高齢者支援部門、まちづくり部門、地域包括支援センター
自治会・町内会・連合自治会、福祉サービスの事業者や施設、
医師会・歯科医師会などの職能団体、住民組織・NPO・ボランティア団体

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

名張市在宅医療支援センターより、医師会への補助金を活用して地域活動を行いたいという相談のあったことが、取り組みのきっかけである。

在宅医療支援センターは、医療資源の効果的な活用と関係機関の連携の強化をはかり、在宅療養者とその家族を総合的に支援するため、平成23年に名張市が保健センターの2階に開設したもので、その運営を郡市医師会に委託している。医療機関の紹介や在宅医療に関する相談業務・情報提供などのほか、在宅医療の関係機関のネットワークの構築や医療介護従事者の多職種連携、さらには在宅医療従事者のための研修会、地域に向けた講演会開催等を通じた普及啓発といった機能が期待されている。そのため、地域資源を良く知る市保健師OB（元・市直営地域包括支援センター長）が置かれている。

在宅医療支援センターから依頼を受けた健康・子育て支援室では、行政地域ごとに人材を育成し、サロンや通いの場などを整備する中、高知市が開発・普及させた「いきいき百歳体操」のような介護予防体操を広めたいと構想していたこともあり、早速、事業構想を練った上で、在宅医療支援センターで2か月に1度開催している「在宅支援実務者会議」に提案した。そして、三師会や訪問看護ステーション連絡会、ケアマネ協議会、地域包括支援センター、医療機関等の実務者からなる「在宅支援実務者会議」で、かかりつけ医が地域のサロンなどを紹介しながら勧める体操を開発・普及させようと合意形成がなされた。

早速、「在宅支援実務者会議」のメンバーである訪問リハビリテーション連絡会や医療機関の理学療法士や作業療法士などを中心に在宅医療支援センター、市健康・子育て支援室、地域包括支援センターなどの多職種でチームを組み、医師会が県のモデル事業「かかりつけ医による地域医療支援プログラムに関する研究」で体操の開発に取り掛かり、平成28年に筋力アップ、認知症予防、痛みの改善を柱とした介護予防体操を完成させた。

「なんでも改善したい」と「名張」をかけた「よくバリ」を冠に青春時代の姿を目指そうとの思いから、医師会長が「よくバリ青春体操」と命名した。地域で普及させるため、体操の講師がいなくても実施できるよう、DVDも製作した。

○現在の協働や連携の状況

名張市では、前述のように「まちじゅう元気！！プロジェクト」で元気づくりの人材と場をつくってきたことから、「まちじゅう元気！！リーダー」のフォローアップ研修などに「よ

くバリ青春体操」を盛り込むことにした。

平成 29 年度からは、この体操を「地域づくり組織」などが行うサロンなどの歩いて通える場所で週 1 回以上、実施してもらうよう、「まちじゅう元気！！リーダー」に働きかけ、「よくバリ青春体操」を普及させている。

○現在の協働や連携に関する意識

在宅医療支援センターの「在宅支援実務者会議」で開発したため、地域をベースにした介護予防の考え方を多職種に理解してもらうツールになるとともに、多職種連携を深めるツールにもなった。とりわけ、保健医療介護の関係機関の連携強化に寄与したと言う。

また、「よくバリ青春体操」は、医療機関の理学療法士・作業療法士が地域で活動するきっかけにもなっている。

○事業の拡大や発展

「よくバリ青春体操」を各行政地域の「地域づくり組織」が運営するサロンなどで実施できるように支援していた中、平成 30 年にショッピングモールの「イオン名張店」の店長から、地元の「地域づくり組織」に店内で毎日「よくバリ青春体操」を実施したいとの要請が入った。そして、「地域づくり組織」から健康・子育て支援室に相談が投げかけられ、調整を経て、子どもたちも参加できる夏休み中の 7 月～9 月に毎日、実施されることになった。「イオン名張店」が主導するイベントとしては 9 月に終了したが、その間、毎日参画していた有志が主体となり、引き続き、店内で「よくバリ青春体操」は行われている。

それを機に「イオン名張店」の店長より、健康講座や体力測定などの健康づくりに関する取り組みを定期的に店内で実施してほしいという依頼が市健康・子育て支援室に持ち込まれ。現在、実施する方向で調整を続けているところである。

○事業の実施による効果

全市的な展開の前に 2 地区で週 2 回、3 か月間、「よくバリ青春体操」をモデル実施し、前後評価を行った。

すると、ファンクショナルリーチ、座位からの立ち上がり、開眼片足立ち、5m 歩行が改善した。測定値の改善者割合は、それぞれ 75.0%、89.3%、92.9%、88.9% だった。参加者からは、体操をはじめから「孫を抱くことができた」「墓参りに行けるようになった」「転びにくくなった」「数メートルなら杖なしで歩けるようになった」といった声が聞かれた。また、3 か月後にアンケートを実施したところ、「腰痛・膝痛が楽になった」(48.5%)、「人と話をすることが増えた」(67.9%)、「人と会うことが多くなった」(71.4%)、行動・外出する機会が増えた(67.9%)、「動くことに自信が持てるようになった」(50.0%)、「気持ちが明るくなった(60.7%)」といった回答が得られた。

このような結果から、体操の実施で身体的な改善が確認できたが、それ以上に人と人のつ

ながりや笑顔を増やすツールになり、介護予防の促進に貢献できるとの思いを深めた。

○活動継続における課題と対応方法

「よくバリ青春体操」は、かかりつけ医が地域のサロン等を紹介して勧める体操として考案したものなのだが、サロンの数が十分でなく、社会処方あまり進んでいない。市内174の自治会のうち、「よくバリ青春体操」を週2回以上実施できているところは、まだ2か所程度と伸び悩んでいる点が、大きな課題である。

そこで今後は、サロン運営者と積極的に連携し、行政地域の「まちじゅう元気！！チーム」のバックアップを得て、拡大をはかる意向である。体操の開発に関わった在宅医療支援センターの「在宅支援実務者会議」メンバーとも普及のあり方を検討すると言う。

また、高齢者サロンなどばかりではなく、「イオン名張店」の成功例も参考にしながら、市内のほかの企業等とも連携を広げたいと考えている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・名張市在宅医療支援センターを設置した医師会と健康・子育て支援室は、日常的に保健事業等で接点があり、物理的にも心理的にも距離が近く、相談を持ち込みやすい関係性を有していた。

- ・名張市在宅医療支援センターの事務局に置かれた元市保健師と健康・子育て支援室で事前の調整をはかれた点も、ポイントである。

- ・健康・子育て支援室で構想していた介護予防体操の提案を乗せて、「よくバリ青春体操」を開発し、そのプロセスを医療介護の従事者の連携のツールとして活かして、多職種協働を促進させた。

- ・「よくバリ青春体操」という具体的な介護予防のためのツールができたため、連携の基盤である「地域づくり組織」で展開した結果、地域に広く認知されることになり、ショッピングモールから活用したい旨の要請が入った。連携が連携を生んだ。

＜京都市左京区役所保健福祉センター＞

京都市は人口 147 万 5,183 人、高齢化率 27.2%

（うち左京区は、人口 168,932 人、高齢化率 27.9%）

保健福祉センターは、市内 11 の区役所と 3 か所の区役所支所に 1 か所ずつ設置。左京区保健福祉センターは区役所の一部門で、副区長が保健福祉センター長を兼務している。

■セカンドライフをいきいきと生きる～左京・からだの学校男子倶楽部～（左京区運営方針に位置づけ）

○事業の概要

京都市左京区では、定年退職後の男性に地域貢献や就労等の社会参加を促し、担い手として活躍できるように「左京・からだの学校」を連続講座で実施している。事務局である保健福祉センターでは、「左京・健康なまちづくりプロジェクト」を開始し、取り組みの方向性などを議論する「左京健康ミーティング」や、庁内の横断的な「左京区役所庁内ワーキングチーム」を立ち上げ、健康の概念や意義を関係者に伝えながら、連携を促進している。従来の疾病予防的な保健事業から脱却し、連携にもとづく活動を展開した結果、参加者である定年退職後男性が講座終了後、自主的に OB 会を組織し、シニアファッションショーを実施したり、通いの場の担い手として活躍したりと、社会参加に向けたエンジンとして機能するに至っている。

【主管課】京都市左京区役所保健福祉センター健康長寿推進課

【実施】5 年未満

【対象】左京区在住の定年退職後世代（おおよそ 60 歳以上）で
主治医から運動制限の指示のない人

【連携先】高齢者支援部門、子育て支援部門、障害児・者支援部門、生涯学習部門、まちづくり部門、産業振興部門
自治会・町内会等の住民組織、企業、社会福祉協議会、地域包括支援センター、大学、医師会・歯科医師会等の職能団体、NPO 法人、ボランティア団体、保育園・学校、京都市環境保全活動センター、その他民間施設・団体

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

京都市左京区役所保健福祉センターでは平成 28 年度から、主体的・継続的な健康づくりを育み、取り組みやすい環境をつくることを通して、健康なまちづくりを推進するため、①個々の区民の意識改革・行動変容、②区内の機運醸成（周知・啓発）・まちづくりを柱とした「左京・健康なまちづくりプロジェクト」をスタートさせた。

そして、プロジェクト全体の方針を決定し、健康なまちづくりを担う各種団体関係者による「左京・健康なまちづくり協議会」と、具体的な方策の検討や提案を行う健康づくりサポ

ーターや食育指導員、学生、PTA など子育て世代を含めた幅広い区民による「左京健康ミーティング」、さらにプロジェクトの企画・運営、関係者の連絡調整、各部署間の調整などを担う「左京区役所庁内ワーキングチーム」を立ち上げた。事務局は、区役所の保健福祉センターと地域力推進室が共管で実施している。

従来の疾病予防的な取り組みから脱却し、「健康なまちの具体的なイメージ」について区民とともに話し合う「左京健康ミーティング」を重ねる中で、「定年後の男性が身近な地域でたわいのない世間話ができるまち」という目指すイメージができ上がった。男性が多様な健康課題を抱えていたことから、定年後の男性が変わることによって家族が変わり、さらに地域も変わっていくことを目指した「セカンドライフをいきいきと生きる～左京・からだの学校男子倶楽部」という連続講座の開催につながった。

「左京・からだの学校男子倶楽部」は、おおよそ 60 歳以上の男性を対象とし（定員 100 人）、健康知識の習得や自身の健康の維持・増進、行動変容、社会的健康、地域や人とのつながり、地域の担い手の発掘などをキーワードとした 8 回の連続講座（参加費 2,000 円）で、居場所づくり、ボランティア活動、子育て支援や就労による地域貢献等の活動を通して、地域とつながってもらう取り組み。平成 29 年度にスタートした。

プログラムは、これまでの保健福祉センター事業において女性に比べて参加者が少なかった男性のみを対象とするため、事前に対象年齢層にグループインタビューなどを行って、ニーズを収集し、歴史探訪ウォーキングや調理実習、さらには事業受講前後の評価を数値化するなど、男性が関心の高い内容を盛り込んだ。そして、学校をイメージして、区長を「学校長」、事業担当者（保健師）を「担任」と称した。

歴史探訪ウォーキングでは、地元のコースを設定し、地元の歴史に詳しい区民を講師としたことにより、「長年住んでいるが、改めて多くのことを学んだ」などと好評だったと言う。また毎回、地域ごと、テーマごとにグループワークを行い、参加者同士のつながりを強める

プログラムの概要



左京からだの学校男子倶楽部 授業内容

第1回	必修	入学式開校講演会「人生第2ステージ～社会とつながって輝こう～」	
第2回	必修	自分のからだを知ろう 体力測定 (開眼片足立ち、握力、TUG、長座体前屈、5回立ち座り)	
第3回	選択	歴史探訪 学びながらウォーキング	
第4回	選択	こころを元気にしよう・やりたいことグループワーク	
第5回	選択	生活術プログラム	フィードバック コメント
第6回	選択	みんなで楽しく食べるために 調理実習	
第7回	必修	からだの変化を知ろう 体力測定 (開眼片足立ち、握力、TUG、長座体前屈、5回立ち座り)	
第8回	選択	卒業式 これからの人生をともに語ろう	フィードバック コメント

工夫をした。グループワークの際は、介護予防につなげることを意識し、地域包括支援センターの担当者がファシリテーターとして入り、グループを区内 7 つの地域包括支援センターの管轄地区に分けるなどの工夫をしたことにより、参加者同士の顔が見える関係がつけられ、「男も井戸端会議で盛り上がる」との意見が飛び出すほどに盛り上がった。さらに、社会参加の促進を意識して、地域のボランティア活動の情報紹介コーナーを設けるなどの工夫も行った。これも結果として、グループ内の交流が活発になり、気の合う者同士が誘い合って、地域活動に参加したり、市内の大学の学食を巡り歩くなどの行動につながっていった。

なお、プログラム開発や評価については、京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻と共同研究の委託契約を締結し、実施してもらった。医師、理学療法士には、講師を依頼して医学的な指導も実施してもらった。

企画当初は、他部局から「民間のカルチャーセンターと何が違うのか？」といった声も聞かれたが、地域や人とのつながりをつくる社会的な健康づくりである点が異なると説明し、「つながりができ、外出すれば、メンタルヘルスや身体面の利点も期待できるし、力のある人なら地域の担い手になってくれるメリットもある」などと訴えたと言う。そうした中で、「左京・健康なまちづくり協議会」では、子育て支援関係者が「保育現場には畑作業をはじめ保育士の手の届かない作業があり、そこに講座参加者からの支援が期待できる」といった意見が聞かれ、また中小企業家同友会の関係者からも「人手不足の中、隙間の労働力としても期待できる」といった賛同の声が寄せられたと言う。「地域貢献や就労といったキーワードで説明したことで関係部局も納得してくれた」と事業担当者は振り返る。

苦勞したのは、参加者を募る広報活動だった。駅や店舗、図書館などの協力を得たほかに、グループインタビュー協力者や「左京・健康なまちづくり協議会」「左京健康ミーティング」のメンバーに周知を頼んだほか、区役所全体でも周知をはかったと言う。ちなみに予算は、区役所が住民参加の下でまちづくりを進めていく「区民提案・共汗型まちづくり支援事業予算」を活用した。

その結果、81人（第1期生平均年齢＝72歳）の申し込みがあった。保健福祉センターが実施する講座等では、受講者は通常、町会や自治会などの関係者が中心になりがちだが、公的機関の事業に参加したことがないという男性が63%を占め、修了者は96%に達した。参加者からは「左京区に住んでいて良かった」「同じようなことを考えている人が近所にたくさんいるとわかり、安心した」といった意見が聞かれ、中には修了証をもらって涙を流していた参加者もいたと言う。

○現在の協働や連携の状況

「左京・からだの学校男子倶楽部」の修了式で、受講生から「卒業して終わってしまうのは寂しい」との意見が出て、「左京からだの学校OB会」が平成30年度に発足。現在、会員制で44人が参画し、規約なども策定し、自発的に活動を続けていると言う。

「OB会」では、会員同士のほか、懇親会、森林除伐ボランティア活動、里山・ピザ釜で遊ぶ活動などのほか、「心の健康のためにスカッとした格好で華麗に外出しよう」と参加費 500 円で資金を確保し、自主運営でシニアファッションショーも開催したと言う。これをきっかけに「夫婦で外出する機会が増えた」という声も聞かれたそうだ。

また、修了生たちは、グループワークで仲良くなったメンバーと力を合わせて、自らの地区で「修学院ぷらちなクラブ」「メンズキッチン」といった名称のグループを立ち上げ、それぞれの活動を展開するようになったと言う。



○現在の協働や連携に関する意識

京都市では、「健康長寿のまち・京都」の理念を掲げ、全庁を挙げて、また市民団体、関係団体の参画を得て、健康寿命の延伸に向けた取り組みを推進している。

「左京・健康なまちづくりプロジェクト」は、そうした動きを踏まえ、先行して取り組んでいた行政区の状況も参考にしながら、平成 28 年 6 月に区長を筆頭に区全体で立ち上げた取り組みである。保健福祉センターとしても、従来の狭義の健康領域の取り組みだけではなく、まちづくりの中で健康づくりを展開したいと感じていたことから、その追い風に乗る気持ちでこのプロジェクトに取り組んだ。翌 29 年度の区役所の保健と福祉の部署を一体化する機構改革と相まって、庁内の一体感が醸成されたこともプラスに作用した。

各課の職員の動きは、区長が縦割りではなく、部署を超えた組織風土の醸成を指示していたことから、活発であった。事業等の話を関係各課に通ず調整作業などの負担は増えたものの、保健福祉センターは庁内の理解者、賛同者が非常に増加した」と感じている。

とくに、関係事業会議の検討、調整を行う「庁内ミーティング」のコアメンバーである地域力推進室企画担当、およびまちづくり推進担当とは、風通しの良い関係ができたと言う。当初は、「健康づくりは個人の考え方もあり、なぜお節介をするのか?」といった疑問があったようだが、「ヘルスプロモーションの『坂道の図』などを駆使して説明した結果、今では個人の健康の取り組みだけでなく、環境整備の重要性など広義の健康の概念も十分に理解してくれている」と保健福祉センターは話している。

また、地域力推進室等との連携の中で、市と地域を結ぶ役割を持つ「市政協力委員」（左京区内 849 人）や、今まで保健福祉センターではつながりの薄かったさまざまな地域団体とのつながりもできてきたと言う。

一方、定年後世代の介護予防の取り組みなどのため、地域包括支援センターや社会福祉協議会、地域介護予防推進センター（社会福祉法人委託）などとの連携も強固になった。

○事業の拡大や発展

「左京からだの学校 OB 会」の活動がますます活発となり、平成 30 年 12 月には、京都市長が現場に出向き、市民の声に耳を傾け、自由に意見交換する「おむすびミーティング」という場で、市長と対談するまでに発展した。

その中で OB 会メンバーは、市長に対し、自ら企画実行した「心の健康とシニアファッションショー」の DVD を見せながら、「シニアが街中を颯爽とおしゃれをして歩くのも、国際観光都市・京都ならではの光景で、それらを含めて京都というまちの景観だ」と意見を述べるなど「大いに話が弾んだ」と言う。など、「心の健康とシニアファッションショー」は、令和元年度には左京区誕生 90 周年記念事業として、OB 会、区役所、社会福祉協議会、地域介護予防推進センターの共催で開催される予定である。

また、OB 会は、自分たちのための活動ばかりではなく、市社会福祉協議会が受託して実施している、要支援の高齢者を対象とした地域支え合い活動創出事業の担い手としての活動にも、意欲的に取り組んでいると言う。

保健福祉センターとしては、活動が軌道に乗れば OB 会活動の自主性を尊重して見守る予定であったが、「左京・からだの学校」の講座の中で、「売り手良し、買い手良し、世間良し」の「三方良し」を強調した結果、このような活動に発展してきたこともあり、側面的な支援を続ける方針に切り替えることにした。

令和元年度には、「左京・からだの学校」の講師として OB 会メンバーが登壇することも計画されている。

○事業の実施による効果

「左京・からだの学校」参加者の事業効果については、もともと比較的元気な方であったため、体力測定などの結果は良好で、顕著なアウトカムの改善は見られなかった。活動が継続していけば、身体機能や認知機能の維持改善が期待されるが、効果が現れるまでには 6～7 年程度の年数が必要になる。したがって、当面はその中間指標となる「意識・行動の変化」や「精神機能の変化」などをフォローする評価指標とともに検討する意向だ。何より地域での活動の継続が重要なので、疾病やフレイルの予防に配慮しながら、活動の継続状況を見守っていくとしている。

この取り組みにより、地域の関係者の意識に変化があった、と保健福祉センターは感じている。「参加者などを通して口コミで地域に伝わり、“左京区っていろいろと頑張っているね” “さまざまな連携を区を挙げてやってくれている” といった地域の声を聞く機会が増えてきた。これまでの保健事業では疾病予防などに熱心な方が繰り返し参加されることも多かったが、参加者層に広がりを感じている。参加者や関係者に助けられて想像以上に多くの人たちに発信でき、熱心な人材ともつながれたので、当初の目的はある程度達成したと考えている」と話している。

また、より大きな効果と言えるのが、保健福祉センター職員の意識の変化である。担当者

は、「これからの保健事業では、従来のように業務をこなすだけではなく、区民のニーズや健康課題から地域に必要な取り組みを一連の連携を財産として、関係者とともにクリエイティブに創り出すことが必要」と多くの保健福祉センター職員が自覚したと言う。さらに、保健と福祉の部署が一緒に介護予防に資する取り組みを実施する機会が増え、拡大した関係部署との調整作業も大幅に増えたが、より良い区を目指す職員同士と一緒に仕事ができることが苦労以上のやりがいになっていると話す職員も増えており、生活モデルで、「人々の人生の課題と寄り添えれば良いと理解できたのが収穫」と話す職員もいると言う。

もう一つの重要な効果と言えるのが、他部署の意識の変化である。広義の健康の概念を理解してくれたのはもちろんだが、「左京・健康なまちづくりプロジェクト」の取り組みの場に多くの区民が集まるので、各課が「アンケートを取りたい」「住民の声を直接聞きたい」「事業のPRをしたい」「ボランティアを募りたい」などと声をかけてくる機会が非常に増えたそうだ。「地域の人たちの生の声を聞きたいと各部署の取り組みがより住民の目線を踏まえて実施されるようになることが期待される」と担当者は話している。

そうした庁内各課の意識の変化は、「各課には必ずニーズや困り事がある。そこを把握し、どんな取り組みで一緒になれば良いかを考えれば、自然につながれるとわかったのが大きい」との声から窺えるように、保健福祉センター職員が各課のニーズを把握する努力の結果もたらされたと言えるかもしれない。

○活動継続における課題と対応方法

運営上の課題となっているのは、「左京・からだの学校」を2年目から“男女共学”にした影響をどのように捉えるか、という点である。平成29年度は、男性のみの募集で81人の申し込みがあったが、30年度は男性に絞らずに参加募集したところ、応募者は女性75人、男性33人となった。プログラムは、男女で分けたが、せっかく共学なのだという不満が聞かれたり、男だけの学校も良かったという声もあった。地域の担い手に発展することは期待できるが、本来の目的である男性を引き出すという点からは、「これでよかったのかと迷うところである」と保健福祉センター担当者は吐露する。

一方、活動を継続させるための課題は、評価である。前述のように成果を客観データで示す困難さはもちろんだが、「プロジェクトで格段に人のつながりは増えたとし、ネットワーク化で顔の見える関係もでき、成果があったという主観的な思いはあるので、予算を継続的に確保するため、そして取り組みを地域で継続してもらうためにも、評価手法を明確にし、関係者間で共有することが大きな課題」と強調する。

また、次の展開も課題である。「左京・からだの学校」を含む「左京・健康なまちづくりプロジェクト」がソーシャルキャピタルを生み出す取り組みだと区役所内部で理解され、これらが介護予防のための通いの場になるとの想定一方、観光や景観・環境美化などを含めた健康分野以外の領域などで、京都市が期待する活動も想定した新たな健康づくりの展開を検討しなければならない。「からだの学校OB会」のメンバーも「健康の次の段階が大事

だ」と発言しており、メンバーとともに模索したいとする保健福祉センターとしても、「とくに働きたい高齢男性と、隙間の労働力を求めている企業とのマッチングが、これからの社会における非常に有効な手段だと考えているが、どのような仕組みが良いのか、十分な検討が必要だ。区役所だけでは答えが出せないので、関係する部署などと課題を共有していきたい」としている。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・関係団体、庁内各課には、「健康の概念」を丁寧に説明し、まちづくりの観点からの健康づくりの支援が必要であることを伝えた。
- ・健康の概念や社会参加の重要性を伝え、共有する場として、さまざまなレベルの横断的な協議会を発足させながら、その場を活用して関係性もつくっていった。
- ・保健と福祉の機構改革のタイミングも活用した。
- ・中小企業等関係機関の賛同を得るため、男性の社会参加には、「地域貢献」や「就労」が含まれると伝えた。
- ・高齢男性同士のつながりづくりには、グループワークも活用した。
- ・“卒業後”を意識し、地域包括支援センターにファシリテーターとして参加してもらった。
- ・プログラム開発や評価のため、大学の協力も得た。
- ・「からだの学校 OB 会」が発足し、通いの場の担い手などに展開している。
- ・関係各課が協議会や OB 会のメンバーなどの現場の声を聞きたいとアプローチするようになった。
- ・取り組みの評価を具体的な指標で行い、効果を共有することが課題である。
- ・関係部局と連携し、クリエイティブになることに保健福祉センター職員が目覚めた。
- ・連携先の課題や困り事を把握した上でつながることが連携をスムーズにするポイントだ。
- ・観光や環境など健康以外の領域に関わる住民への拡大、就労とのマッチングなども、今後の課題である。

<福崎町保健センター>

人口 19,738 人、高齢化率 27.30%

保健センターは町内 1 カ所で、地域包括支援センター・子育て世代包括支援センターが併設。平成 31 年 4 月からは、子ども家庭相談支援拠点も開設。

町役場とは、徒歩数分程度の距離圏。

■食育推進事業（食育推進計画、健康増進計画に位置づけ）

○事業の概要

福崎町では、古くに栽培されていたものの一旦、途絶えた「もち麦」を昭和 60 年代に復活させ、特産品に昇華させて、それを食育や健康づくりに活用している。子どもの肥満度が高いことを危惧した町長の提案で、保健センターに食育推進の事務局を設置して、大学や住民組織、農務や地域振興の部局等とネットワークを結び、さまざまな取り組みを推進している。そして、横断的な取り組みでカバー率を上げ、子どもの肥満率を改善した。現在は、すべてのライフステージにターゲットを拡大している。「もち麦」の普及に地方創生事業の予算が活用された。

【主管課】 福崎町健康福祉課食育推進係

【実施】 5 年以上 10 年未満

【対象】 特定の対象は設定していない

【連携先】 学校教育部門、産業振興部門

自治会・連合自治会等、PTA、農協、大学、
医師会・歯科医師会等の職能団体、住民組織・NPO・ボランティア団体、
認定子ども園・学校など、町議会、商工会、保健所 など

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

福崎町では平成 20 年度、兵庫県健康増進課の統計により、男児の肥満（肥満度 20%以上の学童の割合）が県下市町村でワースト 1 位であったことが判明した。

そこで、平成 23 年度に町長の肝入りで、子どもたちの肥満予防と規則正しい食習慣の確立、成人のメタボ対策を目玉に位置づけた第 1 次食育推進計画を策定した。スローガンは、一旦途絶えていたものの、復活をさせて町の特産品としてすでに奨励されていた「もち麦」の頭文字を取り、「も」う一度見直そう、「ち」いきの食材、「む」かしの食事、「ぎ」っしりつまった栄養素とした。もち麦は、腸内フローラを整え、ダイエット効果が高いと言われていた水溶性食物繊維βグルカンを豊富に含んでいることから、その機能性を町内外に PR するとともに、地産地消を心がけ、学校給食に取り入れることを継続するなど、町民の健康増進と医療費抑制を目指すことが計画に明記された。

それまでのもち麦は、商工会や農協、農業改良普及センター、第三セクターである株式会

社もちむぎ食品センターなどが試作、改良、商品化を進め、生産組合の設立や加工・販売の拠点である特産館の建設、兵庫県立大学と連携したもち麦産地振興協議会の設置運営をはじめ、農業や産業の振興の面からのみ、目玉と位置づけられていた。

しかし、大学の協力等により、水溶性食物繊維βグルカンが精白米の約30倍、鉄分が精白米の約3倍、カルシウムも精白米の約8倍も高いという健康的な機能が明らかになったことから、第1次食育推進計画を期に「健康づくり」という大きな柱が加わることになったのである。

食育推進計画では、「健全な食生活の実践」が基本目標の筆頭に掲げられ、「食育活動の推進」と「地産地消の推進・食文化の継承」が基本目標2、3に位置づけられた。そして、この計画にもとづき、保健センターに「食育推進係」が新設され、保健師と管理栄養士が中心となって「食育推進委員会」や「庁内担当者会議」の事務局を担うことになった。

「食育推進委員会」のメンバーは現在、神戸医療福祉大学、小中学校、認定子ども園、PTA、学校給食地産地消検討会、いずみ会、消費者の会、もち麦産地組合、商工会、農協、医師会・歯科医医師会、老人クラブ、町議会、区長会、関係課、保健所（兵庫県中播磨健康福祉事務所）などで毎回、町長も参加する（神戸医療福祉大学、医師会・歯科医医師会、老人クラブは第2次計画から参画）。毎年、取り組みや進捗の報告を行っている。

○現在の協働や連携の状況

食育推進委員会は年3回開催されており、また担当者レベルでは部局を超えて頻繁に打ち合わせ等を行っている。「以前は、各課が顔を揃えて議論する機会は、総合計画の策定時くらいだったが、食育推進計画を策定してからは、互いに顔を合わせる機会が格段に増え、風通しも非常に良くなった。仲間が増えたと感じる」と保健センター担当者。事務局業務では、「どういう町にしたいかを強く意識している」と話している。

もち麦の普及のため、学校給食にもち麦が取り入れられている。週4日のご飯のうち、1回がもち麦が8%入っているもち麦ごはん、週1日がもちむぎ粉10%入りのパンとなった。町費で価格補てんを行っている。また商工会では、もち麦メニューの考案やそれを食べられる店のマップなどを作成するなどしている。

保健センターでは、もち麦の認知が高まってきた半面、その健康面の機能性については認知度が低かったことから、特定健診とがん検診と一緒に実施する「まちぐるみ健診」でもち麦のおにぎりやもちむぎ茶などを提供しながら積極的にPRした。

また、大学もPRには熱心である。早くから、もち麦の復活等に向けて協力してきた兵庫県立大学では、学生と連携した商品開発団体の活動や学生考案レシピのPR、βグルカンが従来の1.5倍ある新種の開発などで関わっている。とくに学生と連携した活動は、地元の生産者や加工業者などの活性化につながっており、評価が高い。

兵庫県立大学とは、平成24年度から本格的な連携がスタートした。もち麦のPRパンフの作成や、学生らによる「もち麦ドレッシング」などの商品開発やイベントでの販売などに

関わっているという。

平成 25 年頃、大麦（もち麦）の健康面の機能性がテレビなどに取り上げられる機会が増えた。それを期に、第三セクターの株式会社もちむぎ食品センターでのもち麦関連商品の売上げは、年間 1 億 5,000 万円に達するようになっている。

○現在の協働や連携に関する意識

子どもたちの肥満解決のために食育の必要性を保健センターとして提案し、町長がトップダウンでその推進を決定したため、連携はスムーズである。庁内担当者会議で課題や対策を共有し、各方面から住民へアプローチできるようになった。町を挙げた取り組みとなっており、教育長も「知育・徳育・体育と食育」の 4 つの「育」と捉えて、子どもや家庭に食育を PR していると言う。

事務局を計画策定当初から保健センターが担っていることは前述したが、保健センターとしては、健康づくりのベースの上に食育のエキスを注ぐスタンスで取り組んでおり、負担も少ないと言う。ちなみに、健康福祉課長は以前、別の課で開発ほどない贈答用「もちむぎ麺」を関東のデパートへ宣伝に赴くなど売込活動に携わっており、事務局の業務を「非常に名誉なこと」と認識している。

連携先の多くが「みんなで協働して取り組んでいる」と感じていると言う。それは、人事異動が比較的少ない保健センターが事務局を担っているためである。「ほかの課は事務職員が中心で、数年で異動してしまう。そうすると、取り組みの経過の把握ができない。しかし、保健センター職員は、他課に比べ異動が少ない。他課の職員は、保健センターが取り組みの経過や各課の活動の経緯を把握しており、視点がブレずに活動できると捉えてくれている」（保健センター職員）。

また、関係のできている各課等を経由し、学校や農家、事業者など町内に広くアプローチすることができるようになった。とくに、もち麦生産者や加工業者などの働き盛り世代など、保健センターが接点を持ちにくい層にアプローチできるメリットが大きいと言う。

○事業の拡大や発展

食育推進計画は、肥満児の減少を目指し、子ども中心のアプローチだった第 1 次計画から、平成 28 年度からの第 2 次計画では、すべてのライフステージをターゲットとした。そして、ともに生涯にわたって健全な心身と豊かな人間性を育むために密接に関係していることから、第 2 期健康増進計画と一体的に取りまとめることとし、「福崎町第 2 次食育推進計画・健康増進計画」として策定されることになった。このタイミングで、それまで以上に「健康」が前面に出ることになった。

第 2 次計画から食育推進委員会の委員になった神戸医療福祉大学では、学内の総合健康サポートセンターがもち麦の価値や効果を広める活動に積極的に参加しており、講演等のほか、学生によるもち麦メニューコンテスト、その入賞メニューの学食での提供、もち麦配

合のパンケーキ粉等の開発などに加わった。また、福崎町が地方創生事業等でもち麦の6次産業化を促進する中で、平成29年度に「もち麦グルメガイド」を作成した際には、そこに掲載するもち麦メニューの栄養価計算などを行うなどの役割も担った。

神戸医療福祉大学とは、保健センターが月2回実施している将来の生活習慣病予防を目的とした小学生対象の運動教室でも連携しており、町内2つの小学校へ放課後に出向く出前型教室の協力を得ている。肥満児対策については、各学校でそれぞれ取り組まれていたが、食育事業として大学と連携し、運動と栄養の両面からアプローチすることができるようになった。成人向けの保健事業でも、例えば健康教育での調理実習などでもち麦の摂取を促している。

なお、食育推進計画のターゲットがすべての層をターゲットにしたことから、医師会・歯科医師会と老人会なども食育推進委員会の委員に加わってもらったそうだ。

○事業の実施による効果

食育推進計画や健康増進計画への位置づけ、それにもとづく連携体制の構築といった町を挙げた取り組みによって、もち麦が町の特産品であると認知している人の割合は99.3%にも達し、家庭でもち麦商品を使って料理をしたことがある人の割合は、計画策定時に51.4%だったが、第2次計画の最終年度時点では61.8%に上昇した。こうしたことから、保健センター担当者は「もち麦から健康の話を持ち出しやすく、健康行動を勧めやすい。そういうツールとして非常に便利」と話している。

食育推進計画に地産地消を促進する旨を明記したこともあり、学校給食で使うキャベツは平成30年は、100%町内から供給されており、そのほかの品目も町内産が増えてきている。保健センターでは、「農家の意識も高くなってきていて、子どもたちのために頑張ると言う人が増えてきた。さらに、そうした結果、通年で仕事ができるようになり、高齢の農家においては農作業そのものが介護予防になると期待している」と評価する。地産地消を介護予防に結びつけるあたりは、保健センターならではの視点だろう。

そのような意識が広まってきた効果か因果関係は不明だが、要介護認定率は17~18%でずっと維持されていると言う。

さらに、当初の目的でもあった子どもの肥満率については、肥満度20%以上の男児の出現率は、平成21年度に12.0%だったが、平成27年度には7.0%へと改善した。女兒についても、平成21年度は6.9%だったが、27年度には5.4%へと改善した。学童全体としても、平成21年度に9.5%だった出現率は、27年度に6.2%に改善した。また、朝食を毎日食べる子どもの割合も、計画策定時に88.0%だったが、27年度には90.2%へと改善した。

こうした町を挙げた取り組みが評価され、平成30年に福崎町食育推進委員会が第2回食育活動表彰を受けた。特産品であるもち麦の機能性を健康づくりに活かし、食育と一体的に進めていることが認められたもので、とくに学校給食にもち麦を取り入れている点が評価されたと言う。

一方、町を挙げたもち麦の6次産業化と健康政策への導入の効果とも言えるのが、農福連携である。もち麦の生産・加工が進むことで、商品の袋詰め作業などの需要が高まるため、社会福祉法人が運営する障害者等の「就労継続支援B型」の事業所へ作業を依頼した。「就労継続支援B型」は、年齢や体力などの面で雇用契約を結んで働くことが困難な障害者等が軽作業などの就労訓練を行う福祉サービス。工賃を得ながら、自分のペースで働けるため、就労に関する能力の向上が期待できる。厚生労働省の社会福祉施設等調査によれば、B型事業所は2016年で1万214事業所、利用者は25万2,597人とどまっているが、同様の視点の取り組みが全国に広がれば、裾野も広がっていくだろう。

部局を超えた連携の機会が増えたことから、互いに得た情報を課を超えて伝え合うことができるようになった点は何よりの効果だ。今後、高齢者の就労が介護費や医療費を抑制する効果等についても関係課と共有し、さらなる取り組みの促進をはかると言う。

○活動継続における課題と対応方法

町を挙げた連携体制をもって推進し、大学等の協力で全国的なPRも果たせた結果、もち麦の消費が増え、作付面積も拡大し、農業・産業の振興がはかれた上、前述したように子どもたちの肥満問題なども改善してきた。

そうした中で保健センターに期待されていることは、事務局として各課が把握しているニーズをキャッチし、関係するセクターにつなぐことである。例えば、学校が健康教育を望めば、大学とつないだりする。しかも、人事異動が少ない保健センターの利点を活かし、顔の見える関係ができていることから、依頼をしやすい。

今後の課題は、そうした「当たり前の関係性」を続けることだ。「連携できたから、顔の見える関係性がつくられ、ちょっとしたアイデアでも声に出せば、やってみようかとすぐに合意でき、互いに楽しく仕事ができる、そんな関係性をつくれた。PR用に食育カルタをつくってみよう、食育サンバをつくってアピールしよう」と提案したら、多くの協力者が賛同し、実現できた。多くの連携先があるから頑張ろうとも思える。連携先はすべて町の財産」と担当者は話している。

保健センターでは現在、「健康食堂」に取り組んでいる。子ども食堂が注目されているが、すべての世代を対象とした孤食の予防、共食の促進をする拠点である。「こういう取り組みを行う人づくりを食育の取り組みで行っていると思っている。これまで関わってきた人材で協力し、すべての人を受け入れる居場所をつくってほしい」と語っている。

もう一つ課題があるとすれば、食育事業に関する補助金等の弾力的な運用だと言う。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・町の将来、子どもの健康が心配だという町長のトップダウンにより連携がしやすかった。
- ・兵庫県の統計で、男児の肥満（肥満度20%以上の学童の割合）がワースト1位であることが明らかになり、取り組みが動きはじめた。

- ・農業や産業の振興に「健康づくり」という視点も盛り込んだ。
- ・食育推進計画にもとづいて各事業を展開し、子どもたちの肥満が改善しただけでなく、もち麦の生産が増え、仕事が増え、それらが介護予防につながるメリットも出た。
- ・健康面の機能性が高い「もち麦」の町内の認知度が上がったことにより、「もち麦」をきっかけに保健指導などがしやすくなった。
- ・保健センター内に食育推進係を食育推進計画にもとづいて設置し、「食育推進委員会」等の事務局を担ったことで、多くの関係者と顔の見える関係ができた。
- ・関係課等を通じた PR で、保健センターが接点を持ちにくい層への PR が可能になり、カバー率を上げることができた。
- ・人事異動の少なさがメリットになり、保健センターの事務局機能が評価されている。
- ・大学との連携で学生と町民の連携も生まれ、町が活性化してきた。
- ・連携先には、多様な課と団体があり、新鮮なことばかりで、楽しく取り組めるメリットがある。
- ・現在の連携の取り組みは、将来の「人づくり」と認識している。

＜岡山市保健所・保健センター＞

人口 71 万 9,474 人、高齢化率 24.7%

保健センターは福社区単位に 6 つあり、地域包括支援センターも同じ圏域に 6 つある。本課機能を有するのは、岡山市保健所である。

■生活支援体制整備事業を通じた地域包括ケアシステムの構築（各種計画に位置づけ）

○事業の概要

岡山市は、平成 27 年度から生活支援体制整備事業、そして平成 29 年度から介護予防・日常生活支援総合事業をスタートさせ、それらを通し、地域包括ケアシステムの構築を進めている。その中で、保健所と保健センターは、保健介護・健康関連データの分析や発信とともに、従来からの社会資源の創出の視点や顔の見えるネットワークのストック、好事例の横展開の方法論などを活かし、高齢者支援部門等やサービスを創出・提供する住民主体の協議体などに支援を行っている。地区担当制を貫き、地域に顔の見えるネットワークを張り巡らしながら、全世代を対象にゼロ次予防や一次予防を担い、地域と協働で活動してきた保健センターの機能をフルに生かし、連携にもとづく地域包括ケアシステムを着実に構築している。

【主管課】岡山市地域包括ケア推進課

【実施】5 年未満

【対象】高齢者、幼児とその親、妊婦とパートナー、成人一般、児童、障害児・者

【連携先】高齢者支援部門、医療政策推進部門、生涯学習部門、まちづくり部門
自治会・町内会・連合自治会、社会福祉協議会、地域包括支援センター、
住民組織・NPO・ボランティア団体、公民館、その他

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

岡山市では、平成 27 年度から生活支援体制整備事業、そして平成 29 年度から介護予防・日常生活支援総合事業をスタートさせるため、27 年 4 月に介護保険課や高齢者福祉課といった関係課によるワーキングチームを設置した。

市保健所では、区ごとの人口の推移や高齢化率の進展の差、総合事業の対象者数の算出、認知症や低栄養の推計などの保健介護・健康関連データを分析する「保健情報班」の役割を担うと申し入れ、ワーキングチームに参加することにした。ワーキングチームで得た情報や検討結果を市内 6 つの保健センターに還元しつつ、会議や研修で地域包括ケアシステムへの関与のあり方を討議した結果、保健センターは、赤ちゃんから高齢者までの障害の有無を問わない地域包括ケアシステムの構築を支援する役割を担うことになった。

そして同年 12 月、介護部門との顔の見える関係づくりのため、保健センターごとに地域包括支援センターと介護予防センターによる「連絡会」を立ち上げ、人口動態統計や高齢者

実態調査等の介護・保健情報の分析にもとづく地域課題についての協議を開始。同年度末には、市地域ケア推進会議が、地域づくりの推進にあたっては担当レベルで互いの事業や情報を一体的、戦略的協働体制で取り組むべき、という方針を示したことから、翌28年度には、「地域に支え合いの花を咲かせましょう」をテーマに地域への一体的な働きかけを行うため、福社区ごとに関係課・関係機関が参加する「地域づくり戦略会議」と、小中学校区ごとに関係機関の担当者が協議する「地域づくり戦術会議」を設置することとし、保健センターがそれらの会議でリーダー役を担うこととなった。つまり保健センターは、関係課・関係機関の取り組みに横串を刺し、資源同士をつなぐ役割を果たすことになったのである。

現場では以前から、「戦術会議」に相当する場として、社会福祉協議会、地域包括支援センター、保健センター、公民館の頭文字をとった「しゃちほこの会」と呼ばれる地域づくりの協議の場があり、そこに介護予防体操の拠点整備などを行う介護予防センターや市地域包括ケア推進課を加え、「戦術会議（地域づくり支援ネットワーク）」と位置づけ、地域レベルの協議がはじまった。

○現在の協働や連携の状況

「しゃちほこの会」は、高齢者の生活支援と社会参加に資する地域資源の開発を担う生活支援体制整備事業の協議体とは別物で、赤ちゃんから高齢者まですべてをカバーする地域包括ケアシステム、すなわち地域づくりの視点を持った協議や支援が本務となる。

その中で、保健センターは例えば、子ども食堂をつくるという議論になれば、高齢者も関わられるようにアドバイスを言い、また高齢者の通いの場を整備するのであれば、子どもたちや赤ちゃん連れのママさんも立ち寄れる場にするという助言を関係課・関係機関等に行うといった役割を果たす。すなわち、特定のターゲットの支援だけに走らないように配慮しながら、健康格差の是正やそれらを生む要因が解消されて全世代が暮らしやすい地域づくりとなるように仕向けることが役割となる。

また、保健センターの重要な役割として、地域課題に関する健康データの分析・提供を位置づけた。とくに福祉系の関係者は、高齢者実態調査や要介護認定などの情報は把握している一方で、サービスの必要量と関係する人口動態の推移や特定健診やがん検診の受診状況や罹患状況、運動習慣や糖尿病や肥満といった要介護状態に影響を与えるデータの地域差といった健康関連データに触れる機会が少ない。そのため、そうした情報と保健センターが関わってきた地域の社会資源、キーパーソンの情報が重宝されると言う。

○現在の協働や連携に関する意識

保健センターが地域包括ケアに関与する理由の一つは、体制整備事業において経験の浅い生活支援コーディネーターが散見され、人数も不足し、議論や資源開発がなかなか進まないためでもある。また、社会資源を生み出すなどの地域づくりを行う主体として地域包括支援センターや介護予防センター、公民館など多数が存在しており、それら創出側の過不足の

調整も十分ではないため、保健センターが入ることになった経緯もある。

岡山市ではこれまで、地区担当制を貫き通し、地域づくりを地道に展開してきた。そのため、多様な社会資源とのネットワークや力のある多くの人材との顔の見える関係を築いており、持ち上がった課題を誰に持っていけば話が進むのか、その展開方法なども熟知している。そして、保健センターの地区担当の保健師らが、保健センターや公民館などのさまざまな主体がそれぞれに講座や勉強会等を行っていたのを、重複などがないように調整すべく、横串を刺すとともに、顔の見えるコアな関係性を築いてきた実績もある。さらには、長年関わってきた愛育委員（約 5,500 人）や栄養委員（約 1,800 人）といった人的資源は、地区を良く知るだけでなく、課題を主体的に解決、改善する力も持っており、それらが地域包括ケアシステムの構築に寄与するという期待もあった。実際、これらの住民組織は、2018 年の大水害時にも、浸水などの被害状況を自分たちのネットワークを駆使して早期に把握して、保健センターに情報提供した。それによって、保健師は約 1 週間で 2,500 戸の全数訪問を済ませることができた。しかも、要支援者も掴んでいたため、死者もゼロだったそうだ。

このような貴重な社会資源を有し、地域活動の展開方法にも長けた保健センターであったため、地域包括ケアシステム構築に向けた支援においても成果を上げられるだろうと期待されたのである。実際、機能を活かしたことで、「戦術会議」としての「しゃちほこの会」ばかりか、地区レベルの協議の場もわずか一年足らずでつくり上げることができた。

そのため、関係課や関係機関からの信頼は厚い。とりわけ、青写真を描き、科学的な根拠を示しながら、関係者のコンセンサスを得て、資源を育成し、それらをつなぎ、新たな資源やサービスを創出し、地域をつくる、というプロセスのための技術の移転が関係者から期待されている。とくに、キャリアが浅い生活支援コーディネーターには、多大な影響をもたらすはずである。

○事業の拡大や発展

以前から「しゃちほこの会」が機能していたという東区保健センターでは現在、住民を交えた「戦術会議」の場を小学校区単位でつくりようとしている段階である。

地区によって課題はさまざま、町内会長に話をつけ、参加メンバーへの研修を実施しながら、コンセンサスを形成し、活動できる人材を確保して、サロンづくりなどに動き出している小学校区もあれば、高齢者の足の問題が深刻化し、移動支援のための「生活交通の会」なるものを立ち上げて、デマンドタクシーの導入を準備している小学校区もある。また、地区社会福祉協議会を中心に第 2 層協議体が立ち上がったところに対しても、地区の誰に根回しすればスムーズに進むかを熟知する保健センターは頼りにされており、関わりを求められていると言う。

保健センターの保健師は、そうした地馴染りはもちろん、地区によっては小エリアの協議体ができているところもあり、そこでの町内会や民生委員、地域づくり支援ネットワークによる福祉委員会での議論、生活支援サービスの提供メンバーによるマッチングの打ち合わ

せなどにも頻繁に参加するなど、きめ細かくかつ積極的に関わっていると言う。

一方、南区西保健センターでは、中・小学校区ごとに「しゃちほこの会」があり、第2層協議体が3つ立ち上がり、生活支援のサービスづくりなどの議論に入っていることから、アンケートをもとに対策やサービスを講じる議論に関わり、特定の層と特定の人たちで支援するだけでなく、ローリスク段階からの声掛け、見守り活動を地区の住民みんなで行うような幅広い住民同士の助け合いの視点が必要などをサジェスションしていると言う。

このような役割が期待されるのは、運動・栄養・社会参加を3本柱とする健康増進計画「健康市民おかやま21」の地区計画の進捗を管理する「地区推進委員」が町内会長らとの顔の見える関係を地道に築いてきたためである。

現在、保健センターは、体制整備事業の協議体等のネットワーク立ち上げに力を入れるなど、地域包括ケアシステムや地域支援という広い視点での関わり方にシフトしている。

○事業の実施による効果

保健センターが地域づくり支援ネットワークなどを介して関わってきたことで、関係機関のほか、メンバーらも変化を見せている。

とくに大きな変化は、保健師等と同行して顔つなぎをしたことによって、生活支援コーディネーターをはじめとした地区の人材が単独で地域のキーパーソンにアプローチできるようになった点である。少しずつ技術移転が進んできていると言えるだろう。さらに、協働の意識も強くなっていると感じるという。公民館が健康福祉の視点で社会参加を促進してくれたり、地域振興部門の関係者らが体制整備事業の予算が少ないことを認識し、中山間周辺地域活性化支援事業といった別の活用可能な予算を紹介してくれたり、地域づくりの意識がより良い方向に変化していると言う。

一方、住民も、「行政らが一体的に支援してくれたので協議体を立ち上げられた。背中を押してくれた。バックアップが心強い」などと評価してくれていると言う。なお、平成30年度末時点で第2層協議体は、市内96小学校区中、およそ3分の1で立ち上がっている。

また、保健センター側にもメリットが生まれている。今まで以上に関係者が地域に健康情報や健康課題を伝え、かつ積極的に地域の情報を持ってきてくれるようになったと言う。

「例えば、地域づくり支援ネットワークや協議体などの場を通し、自立支援部門が子ども食堂のネットワーク化を進めているといった情報が入ってくる。すると、児童虐待や育児不安、メンタルヘルス、さらには8050問題と呼ばれる引きこもりの子を持つ家庭の高齢化という困難事例などのケースをそうした受け皿につなげ、ネットワークで包括的に見守ることができる。その意味で、保健センターが関わることは重要と再認識した」（保健センター担当者）。

ただし、ある程度の技術移転が進んできたので、今後は社会福祉協議会や地域包括支援センターなどに主体を移し、保健センターはあくまでも包括的な視点でそれらを支援していく方向にシフトしていくべきではないか、という意見も出はじめていると言う。

健康面の効果が出るのはこれからだろうが、協議体の活動等が本格的に動き出せば、居場所などが増え、外出頻度や交流の機会が増加するので、高齢者については要介護や認知症などが先送りでき、また前期高齢者や壮年期層については血圧などの指標が改善するかもしれないと見ている。さらに、隣近所に目配りをし、緩やかな見守りをする人が増えたりメンタルヘルスの課題を抱えた人への対応などが改善する、自然に健康が維持されるような地域の変化が生じるのではないかと関係者は期待している。

○活動継続における課題と対応方法

保健センターがこのような関わりを実行するには、やはり地区担当制を敷き、地区組織の育成にしっかりと関わるとともに、子どもから高齢者までのすべてを見るという視点、さらには地域の力のある人脈を把握しながら合意形成や実践が進められる経験とスキルを持っていることが条件になる。すなわち、個別事例への対応だけではなく、「地域を動かす能力」を持っていることが条件になると指摘している。

一方、課題は、行政トップに保健センターが関与する必然性について理解し続けてもらうことだと言う。本庁レベルで必然性が認識されていても、保健センターレベルでも認識の差が生じる可能性がある。そういった齟齬を解消するには毎年、担当者や関係者で話し合うなど、一定の共通認識を持つためのプロセスが必要だと言う。そこで、そのための研修を適宜、実施していると言う。

最も危惧される点は、数値的な効果が見えないから撤退せよとなってしまうことである。したがって、保健センターとして、何らかの適切な指標で取り組みの評価を行うことも欠かせないと言う。

また今後は、高齢者向けの対応から、子どもやメンタルヘルスなども含めた全世代型の対応に切り替えたいとしている。「かなり意識は浸透してきたので、そういった全世代型の対応について、投げ掛けていきたい。地域側は既に必要性を理解しているが、むしろ縦割りでやってきた専門職がネックになるかもしれない。しかし、世代別や疾病別、障害ごとの縦割りの対応については、何とか払しょくしていきたい」と話す。

このような視点で関わってきた市保健所と保健センターでは、「地域保健法にもとづく地域保健活動の基本指針に地域包括ケアシステムの構築に関与すべきと明確に書き込んでほしい。書き込まれれば、地域や職種を超えた共通言語になる。地域共生社会づくりや子育て世代包括支援センターの取り組みを含め、積極的に関わる必要がある」と指摘した。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・保健センターは、統計分析などで実態把握や将来推計を行い、関係者で共有するよう促す役割を果たしている。
- ・地区担当制で培ってきた住民組織や社会資源との顔の見える関係性を地域包括ケアシステムづくりに活かすとともに、キャリアの浅い関係者の人材育成を兼ねた関わりをする。

- ・地域包括ケアシステムづくりへの保健センターの関与に関し、幹部間でのコンセンサスを
得るとともに、担当者レベルにおいても、勉強会や研修会などで関与の必要性や方針の共通
認識を持つ機会をつくり、トップダウンとボトムアップの両方を意識する。
- ・全世代型の地域包括ケアという理念の共有化を意識した関与を行っている。
- ・地域保健法にもとづく地域保健活動の基本指針に地域包括ケアシステムづくりや地域共
生社会づくりの活動に積極的に関与すべきと明確に書き込む必要がある。

<高知県中芸広域連合保健福祉課>

人口 1 万 257 人、高齢化率 44.1%

中芸広域連合では、5 町村の広域化に対応するため、保健福祉課を田野町保健センター内に設置。5 町村の保健師等の専門職や職員を集約し、保健福祉業務の一部（67 業務）を広域的に実施している。

■「遊分舎」の開設あそぶんじや（中芸広域連合の保健福祉業務に位置づけ）

○事業の概要

少子高齢化と過疎化が進行している奈半利町、田野町、安田町、北川村、馬路村の 5 町村からなる中芸広域連合では、保健福祉課を設置し、保健福祉業務の一部（67 業務）を広域化業務として取り組んでいる。乳幼児健診などで「気になる子ども」が 46.9%にも達したことから、母親の孤立を防ぎ、地域とのつながりの中で育児を含む生活体験を積みながら、親子の自己効力感が高められる拠点として、空き家を活用した「遊分舎」を設置した。地域のネットワークで、子育ては地域全体の問題との認識を広げつつ、「遊分舎」に専門職を送りこみ、母親同士を含むハードルの低い相談体制を実現していくことで、地域の意識を変えている。

【主管課】高知県中芸広域連合保健福祉課（田野町保健センター内）

【実施】5 年以上 10 年未満

【対象】未就学児とその親、妊婦とパートナー、障害児・者

【連携先】中芸広域連合内の 5 つの町村の保健センター、子育て支援部門、
障害児者支援部門、学校教育部門、保育園・学校など
児童発達支援センター、保健所

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

中芸広域連合（奈半利町、田野町、安田町、北川村、馬路村）では、介護保険業務、青少年育成センター業務などを 5 町村で一本化して実施している。平成 21 年度からは、保健福祉課も設置し、保健福祉業務の一部（67 業務）も広域化した。田野町保健センター内の中芸広域連合保健福祉課に 5 町村の保健師 10 人、管理栄養士など 2 人の専門職および事務職を集約配置し、母子保健、児童福祉、障害者保健福祉、健康増進などにあたっている。

中芸広域連合の 5 町村の人口は約 1 万 1,000 人で年間出生数は 40～60 人ほどだが、平成 22 年度に保健師らで調査を行ったところ、乳幼児健診や保育所・幼稚園などで「発達に気がかりのある子ども」（要経過観察）として把握されたのは、就学前児童 446 人のうち、209 人と 46.9%にも達した。教育行政も、制度の狭間にいるグレーゾーンの子どもたちへの手立てがないことに頭を痛めていた。家庭教育支援の必要性を認識するとともに、子どもの発

達支援や親支援には焦点が当たっていないことも把握した。

さらに、平成 21～22 年度の新生児・乳児訪問では、約 5 割の新生児の体重が一日 50～80 g のペースで増加する異常事態にあることを把握した。母親に理由を聞くと、「子どもが泣いたら空腹と思い、すぐに飲ませている」といった状況だった。さらに、平成 22 年度に子育て世代の女性に実施したアンケート（n=175、回収率 74.5%）では、62%が育児や仕事、人間関係でストレスを感じており、25%が熟睡感が乏しいなど、親自身も生きづらさを強く感じていることもわかってきた。

そこで、平成 22 年度に「中芸地区の子どもの育ちを支える仕組みを考える会」を有志で立ち上げ、翌年から、これを障害者自立支援協議会「子ども支援部会」に位置づけた。「ハードルの低い相談支援の体制づくり」を目指した同部会の構成員は、各町村教育長、小学校長、保育所・幼稚園などの代表者、保健福祉担当課長、民間の障害者相談支援事業所などで、県教育委員会担当者を助言者として毎年、5 回程度の議論を重ねた。

こうした中、平成 26～27 年度には、家庭教育支援にかかるモデル事業に取り組んだ。そして、「親同士がつながっていない」「親は孤立し、子育ての不安を抱え込んでいる」「その責任を学校に押し付けている」「地域で起きている問題は学校の問題で、うちの子どもには関係ない」といった認識であることが把握され、現在生じている問題はあくまでも「個人の問題」と考えており、「地域全体の問題」と認識されていないことがわかった。子どものことが心配であっても、母性神話も根強く、周囲は親なら子育てできて当たり前という認識で、母親たちは「子育てに自信がない」と言えない雰囲気だった。そうした環境であるためか、平成 28 年度には乳幼児 391 人、小学生 390 人、中学生 242 人のうち、要保護児童数がそれぞれ 11 人（2.8%）、10 人（2.6%）、7 人（2.9%）に達した。

この間、平成 25 年度にも、未就園の 0～2 歳児の母親 129 人に聞き取りをしたところ、育児が「想像よりしんどい」と感じる母親が 46%に上っていたほか、10 歳代から喫煙している、未就学児の親の 4 割が喫煙している、親が不登校であった、育児体験がないなど、子どもを育てる環境がそもそも家庭や地域に整っていないことが鮮明になった。

そこで関係者は、母親の自己肯定感を育むことで子どもの自己肯定感にもつながり、また人と人がつながることで親同士の気づきになり、「支えられ感」が持てるような子育て体験ができる場として、日常性がある居場所が必要だ、と考えるようになった。

そこで、多くの母親が周りの大人の習慣が子どもに影響を与えている一方、母親の力だけでは解決できないとも感じていることなどから、中芸広域連合保健福祉課では、地域・学校・関係者らがともに「親の経験不足」「子どもの発達に合わせた対応の不足」をカバーするための乳幼児期の子どもと親の学びの場として、「遊分舎^{もぞぶんじや}」を開設することにし、空き家だった医師の家を借りて平成 29 年度、「遊分舎」をオープンさせた。

予算的には、障害者総合支援法にもとづく発達支援のための地域生活支援事業と県単独事業であるあんしん子育て応援事業、巡回相談員整備事業などを活用した。

○現在の協働や連携の状況

「遊分舎」は、4LDKの平屋。「ふらっとひろば」と称して平日＋休日1日オープンしており、子育てマ

マ経験者が1人常駐する。未就学児とその親が対象だが、月1回、「みんなの日」が設けられており、小学生や高齢者など誰でも立ち寄れる居場所となっている。ピザ釜があるほか、台所を使って調理も行える。また、庭を活用した野菜づくり、草履づくり、読み聞かせなども開催され、おもちゃ病院の高齢者がおもちゃ修理に訪れたりもする。

多くの子どもと母親らが集まることから、保健福祉課の「びよびよ教室」（親子で遊ぶ、親子で表現する）や、子育て支援教室（栄養士が関わるランチづくり）、親子うんどう広場（作業療法士が関わる）などを開催し、保健師、栄養士、作業療法士などの専門職が月の1/3程度は訪れる。子育てサークル活動、遊分舎 de ランチ、リトミック、ピラティス、ママ主催の教室など、さまざまな催しも行われる。

1か月のプログラムは、前月に作成し、母子保健事業のなかで配布したり、LINEで公開したりすることで、参加しやすいよう工夫している。

「遊分舎」では、2か月に一度、運営協議会を開催している。保健師や栄養士などの行政側と子育てママ経験者ら10人ほどで、理念の確認、活動報告、気がかりな事や親子の育ちなどの情報共有などを行う。保健福祉課担当者は、「母子保健事業の延長線上の取り組みなので、困難も苦勞もない」と言う。

地域での「遊分舎」の認知度が次第に高まってくると、食生活推進員が郷土料理を母親たちとつくって子どもたちと一緒に食べたり、「遊分舎」の庭木の剪定作業を近所の高齢者が担ってくれたり、小学生向けの遊びの企画でママさんたちと幼い頃から付き合いのある中高生がボランティアで関わるなど、多くの世代が関わる拠点にもなってきた。

保健福祉課担当者は、「近所の方の関わりへの感謝の気持ちから、新米の時期に親子でおにぎりをつくり、近所に子どもたちがおすそ分けに訪問するなど、少しずつ地域の関わりが持てるようになってきた」とその変化を説明する。



○現在の協働や連携に関する意識

親自身が育児を含めた生活体験が乏しいため、子どもの発達に重要な体験や経験の機会が限られ、子どもの成長・発達に悪影響をもたらすと考えられることから、「遊分舎」では「それでいいよ。だいじょうぶ」というキャッチフレーズを大切にしている。保健福祉課では、できないことを責めるのではなく、こうすればいいんだ、という気づきを促すことを重視した「地域子育て支援拠点」と位置づけてもいる。

そのため、子育てママ経験者が1人常駐する形をとり、先輩ママがあやして子どもが落ち着く様子をモデルとして見せるなどしながら、子育てに関わるさまざまな経験や体験を積み重ね、基本的な生活習慣を習得できるように支援している。すなわち、「先輩ママのモデルを見る」→「子どもの反応を見る」→「気づく」という手法をとっているのである。例えば、従来の母子保健事業としての離乳食教室では、発達を踏まえた適切な離乳食について学び、赤ちゃんに静かに離乳食を与えるだけの場になってしまうが、「遊分舎」の「遊分舎 de ランチ」のような雰囲気の中だと、子育てママ経験者が赤ちゃんへの対応をモデル的に見せるだけで、自然に対応を学べ、さながら赤ちゃんとのコミュニケーションの取り方教室のように機能する。結果、母親らは育児を無理なく、体験を通じて学ぶのだ。

こうした手法により、「いつも禁止の掛け声ばかりだった母親が、先輩ママの“子どもと一緒にやってみる”“待ってみる”という方法で子どもの行動が落ち着くのを見て、“私って叱ってばかりだった”と先輩ママにつぶやき、子どもへの対応が良くなった。さらに、母親同士の関係性ができてくると、ほかの母親の様子を見て学ぶようになり、モデルが先輩ママだけでなく、子育て仲間にも広がっていく。遊分舎が、子育てを親に任せきりにする現状を是正し、地域で子育てをするという感覚を地域に根づかせつつある、と実感している」(保健福祉課担当者)。

このような「遊分舎」を実現できたのは、「子ども支援部会」で議論を重ね、従来の公的な母子保健事業の考え方や展開方法から脱し、母親の気かけや困り事に対応できるよう、かつて当たり前存在した生活の中で学び、解決する機会を取り戻そう、と見直しをはかり、合意できたからである。

「遊分舎」に常駐する子育てママ経験者は、幼稚園の教員資格を持つ子育てサークルの運営経験者で、趣旨を説明したところ、「地域に恩返しをしたい」と快諾してくれたという。ほかにも、子どもと親の表現力の向上のため、役者であり、プレイアドバイザーの肩書も持つ人材に月2〜3週間、関わってもらっている。保健福祉課担当者は、「先輩ママなどの専門職以外の人材の関わりが重要。専門職では、声掛けが専門的になりすぎ、母親を受け身にしてしまうし、否定的なアプローチで反発心を招きかねない。そもそも公衆衛生活動は、住民がつくっていくもの。ストレングスを見られる人材が地域には不可欠で、専門的な知識に偏らない工夫も必要だ」と説明している。

なお、「子ども支援部会」などで議論を積み重ねてきたため、連携上の阻害要因は一つもないと関係者は言い切っている。

○事業の拡大や発展

圏域の市町村保健衛生職員協議会保健師部会で、子育てや子どもの発達について共通の課題が確認され、「生きるための力」を育むアプローチが母子保健の喫緊の課題として共有された。それを機に、小学校の養護教諭とつながり、健康教育における「生きるための力を育む心の教育（性教育）」の取り組みの見直しが始まった。

そして、性に関する課題の解決をはかる体制を地域で構築し、「自分を、相手を、大切にできる子どもの育成」を充実させる「いのちの教育プロジェクト」（県保健体育課）が平成31年度から「遊分舎」でスタートする。学校と地域が連携し、学校で担えない部分に、「遊分舎」の考え方を取り入れれば、さまざまな機会や資源を活用して地域に広げられる、としている。

また、地域包括支援センターとの連携を想起させるエピソードも生まれている。地域包括支援センターでは、介護予防のために地域の畑を活用し、認知症患者が生活リズムを身につけるための取り組みを行っている。そんな中、キッズ認知症サポーター養成講座でつながりができた小学校に生活支援コーディネーターが声をかけたところ、6年生がひまわりの種まきや芋の苗植え、収穫の手伝いをしてくれるようになった。

「遊分舎」では、近所の高齢者が庭木の剪定にやってきましたり、おもちゃ病院の高齢者との接点ができたり、新米のシーズンには「遊分舎」でつくったおにぎりを子どもたちが近所に配って歩いたりといった、かつてのコミュニティにあたり前に存在した光景やちょっとしたお節介がすでに生まれている。こうした機能を持ちはじめた「遊分舎」の考え方や取り組みは、多世代の課題を包括的に改善しうる拠点になり得るとして、地域包括支援センターとしても、連携のタイミングを見計らっているところだと言う。

○事業の実施による効果

効果の一つは、「遊分舎」の利用者の増加だ。「遊分舎」は1か月で20日（平日＋休日1日）オープンしており、毎月100人ほどの利用がある。平成29年度には、延べ利用者数は1,083人（実人数は140人）に達した。0歳児から就学前児とその親の利用がメインだが、イベントには小学生なども参加している。また、障害者の生活拠点の機能も持っているため、相談支援事業所の活動として12人が利用した。新聞にも取り上げられ、近所の人も様子を見に訪れるようになり、認知度が高まってきている。

運営スタッフである子育てママ経験者がアンケートを実施したところ、①親が主体性を持って参加している、②安心感・楽しみ、③交流・学び体験の場、④親も子どもも満足し生活習慣のメリハリにつながっている、⑤先輩ママやママ同士からの学び、⑥多世代交流の場——といった利用のメリットが確認された。「遊分舎」がハードルの低い相談体制、安心安全の場、体験・学びや気づきの場といった基盤になっていることが窺えた。

利用者である母親の変化としては、できちゃった婚で赤ちゃんが嫌いだったという母親

が、「遊分舎」での先輩ママの対応を見て、“ここに来ると子どもの表情がいいんですよね。私も変わらなきゃ”と気づいたといった事例がある。また、表情が硬く、コミュニケーションが下手だったが、母親同士で交流するようになって、表情が豊かになり、互いにアドバイスをし合うようになった母親や、子育てのしづらさは“自らの生い立ちから来ているのかもしれない”と吐露できるようになった母親もいると言う。保健福祉課担当者は、「隠したいことも含め、気持ちをみんなに伝えられるようになった。遊分舎には、責める人がおらず、受けとめてくれるばかりだから、本音が言える。辛いことや抱えている悩みを打ち明け、お互いにアドバイスし合う関係ができてきている。そして何より、母親たちが何でも前向きに取り組めるようになってきた」と分析する。男は酒を飲んで憂さを晴らし、女は抱え込む、という風土が少しずつ改善してきているのかもしれない。

○活動継続における課題と対応方法

関係者間で子育ての課題を「個人の問題」から「地域全体の問題」に昇華させて「遊分舎」を具現化させた結果、母親同士で良い点を評価し合い、自ら改善していく風土が生まれてきた。

さらには、ママ同士でお互いの気になることを伝え合い、子どもの発達上の気になる点をさりげなく伝え、発達支援センターの療育に早期につながるといった事例も出てきた。グレーゾーンの早期対応を母親同士でできるようになってきはじめてのである。

また、このような過程で保健師等につながり、伴走型支援により、不登校児が適応指導教室に通学できるようになるなどの事例も見られるようになっている。

こうした基盤ができてきた一方、課題となるのが、学校の児童生徒へのアプローチである。親自身の生活体験の乏しさから、子どもたちの発達に不可欠な体験や経験の機会が減っており、生きる力が弱い傾向にあることから、「あくまでも私見の域を出ていないけれど、コミュニティスクールをベースとして、遊分舎を拡大したような取り組みを展開できたらと思っている」と保健福祉課担当者は話す。幸い、保健師が関係する教育委員会が運営する学校支援委員会にメンバーとして入っていることから、実現性の高い構想として思い描かれている。すでに平成31年度より、学校給食に地域の住民を招き、一緒にランチを楽しむことが企画され、住民との交流の機会を持てるよう計画が進んでいると言う。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・個から見てきた地域の課題をチームで検討し、対策を共有するとともに、住民とも共有することがポイントである。
- ・子育ての問題は、母親の力だけで解決できない課題であると認識し、地域全体の課題として捉え直す視点を持った。
- ・有志のネットワークを、教育長や校長、保育・幼稚園長などからなる公的な「子ども支援部会」に昇華させ、施策で対応するという合意形成をはかった。

- ・生きる力が乏しく、孤立した母親を地域とつなげる場として「遊分舎」を位置づけた。
- ・従来の母子保健の概念から脱し、子どもと親の自己肯定感を育む視点に切り替え、地域ぐるみでの家庭教育支援と親支援を「学び」の場で行えるようにした。
- ・以前は保健センターに親子で来てもらう方針だったが、現在は親子が集まる「遊分舎」に専門職や地域の経験者に来てもらうスタンスに切り替えた。すなわち、セッティングス・フォー・ヘルスの視点を重視した。
- ・連携にあたっては、各種調査結果を丁寧に分析し、地域の実態を伝えることを重視した。
- ・広く認知してもらうため、県のモデル事業も活用した。
- ・親の自己肯定感が低い中で専門家が指摘しても反発を招くことから、非専門家であり、子育て経験があるママとの協働・連携を実現し、ストレングスを見られる子育て経験者を常駐させ、「ハードルの低い相談体制」を整えた。専門的な知識に偏らない工夫をした。
- ・人と人のつながりが母親に自信を持たせ、互いにアドバイスし合える関係性を育てた。
- ・モデル事業のつながりから、学校との連携が視野に入ってきた。
- ・そもそも公衆衛生活動は住民がつくっていくものという視点が不可欠である。

＜竹田市総合社会福祉センター＞

人口 2 万 2,332 人、高齢化率 44.50%

本事業を主管する高齢者福祉課は、市役所本庁に隣接する総合社会福祉センター内にある。センターは、ほかに社会福祉協議会、地域包括支援センター、保健センター（機能のみ）による構成されている。

■介護予防強化推進事業（ささえ愛のある地域づくり）（介護保険事業計画等に位置づけ）

○事業の概要

高齢率が 50%に迫る竹田市が注力するのが、住民同士で支え合う地域づくりである。「暮らしのサポーター」が生活支援サービスなどを提供する「暮らしのサポートセンター」をつくり、その横展開により、地域包括ケアを目指す。高齢者福祉課は、その基盤づくりのプロセスに「介護予防強化推進事業」を活用し、社会福祉協議会や地域包括支援センターと協働で介護予防・日常生活支援総合事業や生活支援体制整備事業の実践に取り組みながら、地区レベルと全市レベルの庁内連携体制を敷いた。その活躍を通し、全市的な信頼を得ている。

【主管課】 竹田市役所高齢者福祉課

【実施】 5 年以上 10 年未満

【対象】 高齢者等すべての住民

【連携先】 高齢者福祉部門、社会福祉部門、保健医療部門、生涯学習部門、
総務・企画・まちづくり部門
社会福祉協議会、地域包括支援センター、
加えて、地域では、地区社会福祉協議会に属する住民組織、民間事業所、公的機関など、

○事業立ち上げの経緯と当時の状況

展開のきっかけは、平成 24～25 年度に受けた厚生労働省の介護予防強化推進事業だった。自立支援に有効な方策を住民主体の担い手を育成しながら明らかにするとともに、多世代が集える拠点を核に支え合いの地域づくりを目指す事業で、そのバックアップ的な機能を市高齢者福祉課が果たした。

その前の平成 19 年から市商工観光課が設置した「経済活性化推進協議会」を窓口にして厚生労働省の地域雇用創造推進事業を受託し、平成 23 年度からは企画情報課に所管を移し、地域福祉・介護、健康づくり分野等の新たな地域内発型の起業・雇用、すなわち地域を支える互助の仕組みとコミュニティビジネスをつくり、活動的な高齢者も「暮らしのサポーター」という担い手とする構想が動いており、それに向けた人材育成に着手していた。

そして、「暮らしのサポートセンター」で行う通所・訪問サービスも生活支援サービスもすべて、この事業で育成する高齢者に担い手になってもらう方向となった。その後、これらは、介護保険制度の見直しにより、介護予防・日常生活支援総合事業や生活支援体制整備事

業に位置づけられることとなった。

当初は、高齢者の支援体制のため、数多くのホームヘルパーを養成しなければならないとイメージしたようだが、保健師らが「介護予防トレーナーのような人材の養成をしてほしい」などと提案した結果、生活支援の担い手「暮らしのサポーター」とともに、運動指導を行う健康づくりインストラクターも育成することになった。ちなみに後者は、「竹田ヘルスフィットネス」という住民組織の起業につながり、高齢者福祉課や保険健康課、生涯学習課などから現在、運動推進の業務委託を受けるなどしている。

そうした中、「暮らしのサポートセンター久住・りんどう」が平成 24 年に設立された。「寄り合いの場」でお茶を飲んだり、各種教室を開いたり、カラオケなどを楽しむとともに、利用者の潜在的なニーズを上手に拾い、「暮らしのサポーター」が提供する生活支援や介護予防などのサービスにつなぐというものだ。虚弱高齢者等の支援であると同時に、担い手の生きがいや介護予防に寄与するという取り組みで、竹田市は全国のモデルにもなっている。保健師が教室等に関わる機会は少ないが、サポーター養成では保健師や管理栄養士らが講師となり、予防的な視点についてのレクチャーは行ってきたと言う。

この取り組みの中で意図したのは、行政サービスをつくるという発想から脱し、住民が主体的に動く地域をつくるということだった。そして、従前の「できないところを補う介護」「してあげる介護」から、「自立支援」へと舵を切り、アセスメントや対応の仕方も見直した。高齢者福祉課参事の保健師は、「自立支援型の地域ケア会議で要支援者の 4 割を卒業させた埼玉県和光市の担当者を講師に招くなど研修を繰り返しました。残存能力を見極め、生活環境も含めてアセスメントする力を住民もどんどんと吸収し、しっかりと身に付けていきました」と振り返る。

「暮らしのサポートセンター・久住りんどう」は、多くの成果を示した。例えば、股関節を手術し、在宅療養中の利用者は、教室等に通って運動するうち、調理が担当できるようになって自立判定になり、やがて「暮らしのサポーター」にもなった。利用者からサポーター側に移ったのである。

こうした成果を見た市長は、市内全域への拡大を決断した。

2 か所目の「暮らしのサポートセンター・直入ゆのはな」の立ち上げ、横展開のために関わり、平成 22 年から地域包括支援センターに業務援助で配置された保健師も参画した。立ち上げは、①人材育成、②ニーズ調査、③組織立ち上げ、④拠点整備、⑤住民への周知という手順で行った。住民が自ら地域に関わり、実情を目の当たりにすると意識が変わり、その後の活動につながる、という理論を踏まえている。

このとき、「この活動は単なる生活支援ではない」と感じたと話す。掃除の依頼で訪ねたケースでは、息子が同居しており、寂しそうな様子を見たサポーターが「息子さんのために訪問をしなければ」と口にした。「彼が元気になれば、本人も改善する。運動や栄養の指導ではなく、心のつながりの醸成を役割と理解していたのです。こうした視点を持つ高齢者の経験と能力を生かしたり、生活の舞台をアセスメントすることが、広い意味での介護予防に

つながる。そこが保健師の役割と感じました」と高齢者福祉課保健師は振り返る。

「暮らしのサポートセンター」は現在、市内に7か所。平成29年度の実績は、延べサポーター250人、サロン・寄り合い参加者9,800人、生活支援サービス利用者630人である。

○現在の協働や連携の状況

介護予防強化推進事業などを「暮らしのサポートセンター」の立ち上げに活用し、全市的な展開には、新しい地域支援事業を活用している。地域ケア会議を早期に実践し、認知症対策、多職種連携、医療連携に取り組み、介護予防・日常生活支援総合事業にも平成27年度からいち早く取り組んだ。振り返れば、介護予防強化推進事業は、これらの予行演習であった。

介護予防強化推進事業では、専門職によるサービス検討会議（地域ケア会議）が規定されていたため、早い段階から地区担当保健師も参加し、喜びと生きがいを感じる介護予防の考え方を深める契機になったと振り返っている。また、以前は高齢者本人へのサービスの提供が中心だったが、例えば、社会参加の機会がない地区であれば、そういった活動をどのように創出していくか、環境整備に関する部分も議論するように進化してきている。

一方、現在、竹田市が力を注ぐのは、生活支援体制整備事業である。

総合事業にいち早く着手したが、訪問型サービスでは、事業所に自立支援や重度化防止に期待し、地域リハビリテーション活動支援事業でリハ職も活用したが、そもそも専門職人材が不足しており、また通所サービスでも一般介護予防事業で通いの場を充実させたものの、やはり自立支援を支える担い手の不足が浮き彫りとなった。そこで、住民主体の生活支援サービスと社会参加などを促す生活支援体制整備事業に積極的に取り組んでいる。

平成27年にまず、「新しい地域支援のあり方を考えるフォーラム in 竹田」を開催し、地域に支え合いや助け合いなど生活支援の必要性を呼びかけた。と同時に、小学校区ごとに17か所ある地区社会福祉協議会を中心に、住民らが積極的に地区の課題や解決策、互助の体制づくりなどを話し合う「よっちはなそう会」を開催。第2層協議体として、地域でできる生活支援の体制づくりを推進している。

その上で、地域づくりの後方支援のため、生活支援コーディネーターだけでなく、地域包括支援センターや社会福祉協議会（活性化協議会を含む）、市役所の各課職員等からなる「地域づくり推進関係機関チーム」を設置。地区の話し合いにチームで参加することとしたため、行政と一体感があるという声が多く、評判が良い。また、メンバーには事務職員もおり、「地域の実態だけでなく、保健師の機能を知ってもらう意味でも有益」（保険健康課）と言う。

さらに、全市的な体制として、第1層協議体とは別に「新しい地域ささえ愛推進会議」を設置した。高齢者福祉課、社会福祉課、保険健康課、生涯学習課、総務課、企画情報課、都市デザイン課、各支所のほか、社会福祉協議会（統合した経済活性化促進協議会を含む）、地域包括支援センターなども加わって月1回協議している。先の「フォーラム」の実行委員会が母体である。

多部署が参画する理由は、高齢者の問題が多く施策に関わるからだ。地域づくりや介護予防、災害対策を進めるにも、1課では対応できない。しかも、認知症対策、移動支援、共生型社会づくりと連携が不可欠な問題も山積だ。高齢者福祉課は、「多部署が関わらないと高齢者対策は実行できない。関われば、各課にメリットがある。だから、積極的に関与してくれる。市長からも一枚岩になれ、と言われていました。おかげで、横のつながりが強くなり、人事異動等に伴う滞りが少なくなるという利点も出てきた」と言う。

一方、分散配置をしてきた保健師の連絡会も、毎月開催している。平成の大合併時、保健師の分散配置とジョブローテーションの導入に向け、保健師全員が参加する会議と、ヘルス部門保健師の会議が、それぞれ月1回開催されることになった。さらに、事業所や病院、健診センター等に勤務する保健師の管内保健師会議も月1回開催している。「福祉や介護の視点などが参考になる。資源の足し算もでき、連携にもプラスになる」と保険健康課参事は話している。

○現在の協働や連携に関する意識

部局横断的に取り組んだことで、自治体経営における健康福祉政策の意義が認識されるようになった。最近では、「こんな課題も一緒に取り組んだほうがいい」と提案する部署も増えている。

他市町村が視察等で訪れた際、他課等との連携がスムーズで驚かれるそうだ。だが、前述のような理由から、連携は当たり前の基盤と意識されている。

市総合社会福祉センターに必要な部門が入っている上、市役所本庁の敷地内に隣接していることから、物理的にも連携しやすい環境である。

○事業の拡大や発展

前述の「よっちはなそう会」は、当初、行政への陳情の場のような雰囲気だったこともある。

ところが、地区社会福祉協議会の役員らに丁寧な投げかけ続け、やる気を示した地区を積極的に支援しつつ、年1回のフォーラムで実践例を発表し、共有化するという試みを繰り返す中で、未着手の地区が必要を感じて取り組みはじめるという良い循環で回り出すようになった。例えば、認知症高齢者の徘徊模擬訓練、予約型乗合タクシーの「乗ってみよう！体験ツアー」、共生型の通いの場、育てた野菜が買える通いの場、食事とセットの買い物ツアーなど、さまざまな活動が動きはじめている。

「よっちはなそう会では、行政から与えられるのではなく、自分たちでできること、地域でできること、地域がつながればできることを整理しようと促しています。すると、やってみようとなり、自分たちでできない部分があれば、行政等とつながって手伝ってもらおうと主体性が出て、先進地区を視察したり、自主的に勉強会等を重ね、動くことにつながります。地域ので、進んでいくのは、とてもエネルギーギッシュと一緒に参画するのが楽しい。一年目

にしっかりと向き合うこと、そうすれば少しずつ形になる。でしゃばらず黒子に徹するのがポイントです。これまでは住民ができることを奪い、手をかけ過ぎたと反省しています」(高齢者福祉課)。

「よっちはなそう会」には、「愛育保健推進員」(373人)や福祉委員(304人)、民生委員(99人)、消防団などの住民組織も多く入っている。全地区の第2層協議体にも参画している「愛育保健推進員」は、「よっちはなそう会」などでヘルスの視点で発信をしているそう。平成の大合併時、竹田市では、他市町村の多くが廃止した40グループある住民組織を「資源」として残したそう。以前に医療費分析をした際、活動が活発な地区は医療費が低かったこともあり、「地区組織なしで保健活動はできない」「保健師の役割の一つが地区組織の支援だ」を合言葉にもしてきた。だからこそ、生活支援体制整備事業でも、住民組織と一緒に活動することにしたのである。これも、特徴の1つであろう。

○事業の実施による効果

一連の取り組みを通じ、庁内連携がスムーズになった。

例えば、地域ケア会議に、総務課をはじめとする庁内の連携課、さらには市長・副市長などの幹部、また議員の傍聴を促した。また、各課の課長が理解を示し、「よっちはなそう会」を後方支援する地域づくり推進関係機関担当チームに課員を積極的に送り出してくれるようにもなったと言う。

高齢者福祉課保健師は、「高齢者の生活実態を把握し、課題の共有をはかっている。その中で、例えば移動支援の必要性が理解された。地域では大きな課題なので、我が事と関心を持ってもらうのはありがたい。また以前は、介護予防などの質問が議会に出ることは稀でしたが、一連の協働以降、暮らしのサポートセンターをどのように展開させるか、介護人材の不足をどのような方法で解決するか、移動支援をどんな仕組みで進めるかなど、多くの質問が出る。喫緊の課題でもあるが、意識が大きく変わったと感じます。市政における健康福祉施策が重要視される一方、課題は山積している。解決に向けて、地域の目指す姿の実現に向けた地域づくりの視点で対応していきたい」と話している。

また、生活支援体制整備事業の協議体を動かす生活支援コーディネーターは若い人が多く、経験も少ないが、そんな彼らを育てたのは、地域住民である暮らしのサポートセンターだった。暮らしのサポートセンターに関わったベテラン保健師らが地区のあらゆる資源を歩いて回り、生活支援コーディネーターの顔も売り込んだことも寄与しているが、住民自身の人材育成力も大きかったと振り返っている。

一連の取り組みの効果と言えるか因果はわからないが、介護保険料が安いことが特筆される。竹田市は2025年に大分県内で2番目に高い高齢化率47.8%に達すると推計されていることもあり、平成29年の要介護認定率は18.6%(2025年には21.7%と推計)と県内6番目の高さだが、保険料額は第5期から5,500円と下から6番目の安さとなっている。

○活動継続における課題と対応方法

課題の一つは、取り組みの評価である。医療費や介護費は一つの指標だが、それがすべてではなく、生み出している何かがあるとも感じている。地域住民の自信に満ちた元気な笑顔をエビデンスと考えることにしているが、数値化も課題だと言う。

一方、地域課題の優先順位をどのように位置づけるか、も課題だ。「地区の会議でこれに取組もう、あれをやってみよう」と意見が出て、その支援を行うものの、それが本当に優先順位の高い取組みなのか整理がつかない。イベントではない恒常的な活動は、結果として介護予防に寄与していると思うのですが、この指標が改善したという明確な評価の方法がつかみにくく、方向性があるか悩むこともあります。今後は、予算確保のためにも、そういう論点が問われる」と高齢者福祉課参事の保健師は吐露する。

地域の役員のなり手不足も、課題である。そのため、現在の役員らの取り組みを高め、地域に関わるすべての関係者・機関のやる気とそれに寄り添う行政の関係を続け、それを担いながら、地域の目指す暮らしを共有し、行政がチームで関わることを、良い意味の任務とするように工夫をしたいと言う。

今後重要なのは、地域共生社会づくりで、生活困窮者や障害者などの対策も大きな課題である。「子どもから高齢者まで誰でもが支えられる側、支える側として参加できるように成長できるよう、暮らしのサポートセンターを支援していきたい」と言う。

また、問題が多領域化しているので、保健師のジョブローテーションも課題である。

【連携体制構築に向けた取り組みのポイント】

- ・介護予防強化推進事業や体制整備事業等を活用し、庁内レベルと地区レベルの連携体制を構築した。
- ・保健師が育ててきた社会資源である「愛育保健推進員」などの住民組織が全地区の協議体のメンバーに加わり、ヘルスの視点を発信している。
- ・庁内連携では、政策動向をキャッチし、他分野の制度、他課の業務などを把握し、俯瞰的な目線を持った上で、具体的な効果を期待して連携先の見立てをしている。そうすれば、実現のためにどことつながれば良いかが自然に見えてくる。
- ・連携には、関係各課との物理的、心理的な距離の近さが必要である。高齢者対策に一体的に取り組むため、総合社会福祉センターは、高齢者福祉課、地域包括支援センター、社会福祉協議会、保健センターなどを集約した多機能型センターとして機能強化した。かつ、市役所本庁の敷地内に置いた。
- ・対策は、1課だけでは実施できない。そのため、各課の施策を把握し、課題や思いなども掘むことが大切。それには、予算、マンパワー、計画などを共有するための横断的な庁内連携の場が必要である。
- ・庁内連携の場があれば、人事異動などがあっても、活動の方向性のブレが少ない。
- ・多職種連携の顔の見える関係をつくるため、電話一本・FAX一枚ではなく、都合をつけ

て直接会うことが重要である。あらゆる事業は、人とつながってできている、という認識が不可欠である。

・住民主体の取り組みが進むと、自分たちでできることと、行政にしかできないことが整理される。何を目的に取り組むか、目指す姿を共有し、それぞれの役割を自覚することが重要である。

平成31年3月31日

地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所
社会参加と地域保健研究チーム