

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

岡山市保健所 & 保健センター

地域包括ケアシステムを生活支援体制整備事業と介護予防・日常生活支援総合事業を通し、構築する。保健所が市内の合意形成を行い、保健センターは地区担当制で培ったネットワークづくりや健康情報分析などの機能を活かして活動する。視点は、全世代型の地域包括ケアシステム構築の唱導である。狙いは、すべての人の健康づくりと、ローリスク段階での早期対応や育児不安・虐待・メンタルヘルス・貧困などにも対応できる地域づくりである。

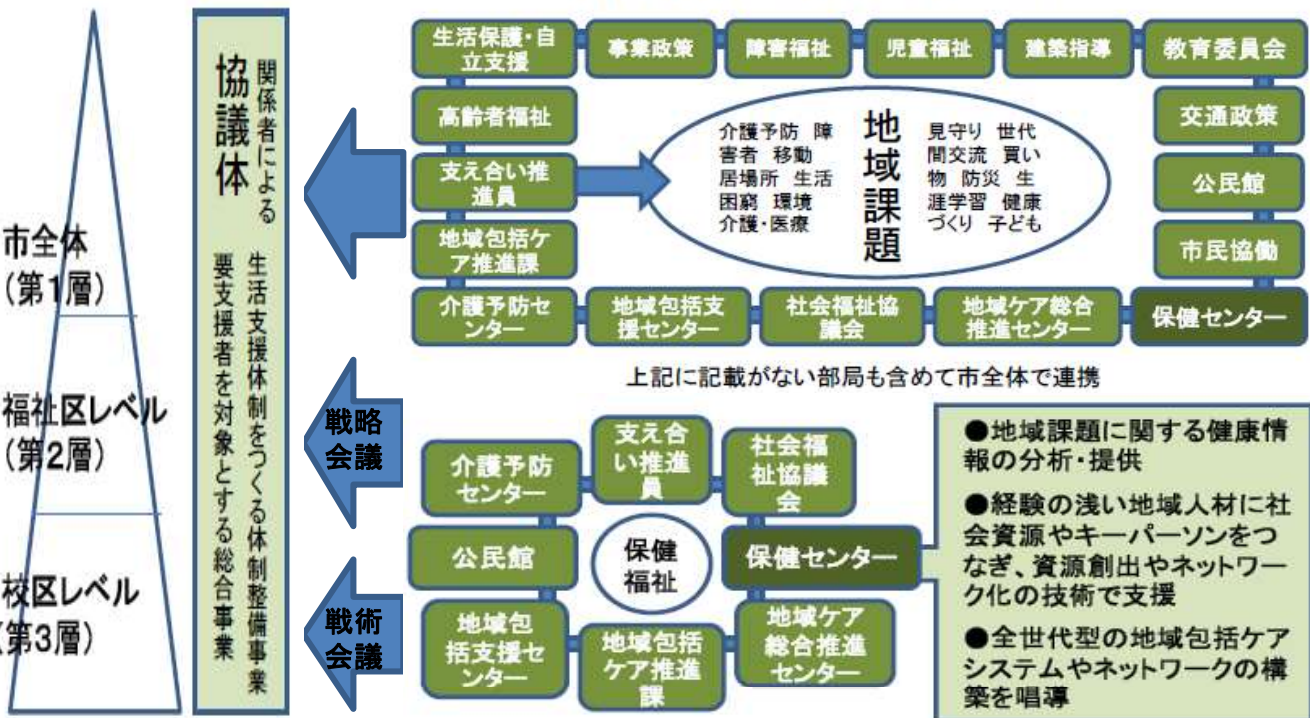
概要・体制

- ・市地域ケア推進会議が、生活支援体制整備事業と介護予防・日常生活支援総合事業を通じ、地域包括ケアシステムを構築するにあたり、地域で関係者が一体的・戦略的協働体制で実施すべき旨の方針を示し、福祉区単位の「地域づくり戦略会議」、校区ごとの「地域づくり戦術会議」を設置して、保健センターが推進のリーダーを担うことが決定。
- ・保健センターは、高齢者対策に終始せず、地域資源を横串にし、全世代型の地域包括ケアシステムを唱導する役割を担う。

背景・課題

- ・地域包括ケアシステム構築を目指し、部局横断のワーキングチーム(WT)が発足。
- ・保健所が「保健情報班」を担うとWTへの参加を申入れ、協議内容を保健センターへ還元。
- ・保健センターは、全世代型の地域包括ケアシステム構築を支援する役割を担うことが決定。

行政がつながると地域もつながる



保健所 & 保健センターの連携機能・役割

- ・各保健センターでは、従前から「しゃちほこよの会」(社協、包括、保健センター、公民館、介護予防センター)を開催しており、それを協議体(第2層・第3層)の発足・運営を支援する「戦略会議」「戦術会議」の基盤とし、課題共有、方向づけを図っている。
- ・地区担当制や健康日本21地方計画で培った地域ネットワークづくりのスキルや効果的な根回しといったプロセス等を、経験の浅い生活支援コーディネーターに伝えながら、地域づくりを支援している。
- ・サービス量と関係する地区ごとの人口動態、要介護者数を左右する運動習慣や肥満、糖尿病等の健康データを提供し、関係者間で共有し、実践を促す。
- ・具体的には、高齢者の通いの場創出の議論では、「母子も立ち寄れる場に」などと助言する。
- ・保健所は、保健部門の関与の意義を関係部局や職員に伝達するための会議や研修会等を実施。

効果・成果

- ・青写真を描き、根拠を示しつつ、関係者の合意を得て、資源を育成・連携し、地域をつくるという地域活動の展開手法に長けた保健センターの後方支援もあって、支え合い推進員(生活支援コーディネーター)が単独でキーパーソンにアプローチできるようになった。
- ・協議体参加の住民からも「バックアップが心強い」との声が聞かれている。
- ・技術移転の結果か、市内96小学校区中およそ1/3に第2層協議体が立ち上がった(平成30年度末時点)。各機関も、保健センターに多様な情報を寄せてくれるようになった。

ポイント

- 地区担当制等で培ったネットワークやスキルの活用、●市内の合意形成(保健センター関与の意義の共有=市内WG、上層部の年度ごとの方針確認、職員への研修会等での周知)、●健康データ等の分析・共有、●全世代型の地域包括ケアの視点の醸成

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 岡山市保健所&保健センターの動き(連携体制構築に向けたプロセス)

A 俯瞰的立場の職員の存在

・WT発足時、保健センターが社会資源をつなぎ、全世代の地域包括ケアシステムを唱導・支援するとPR。その合意の組織的な維持のため、年度ごとに幹部に説明、職員間の齟齬をなくすためにも、研修や勉強会を実施

0 位置についてヨーイ

- ・地区担当制による社会資源と健康課題の把握
- ・健康市民おかやま21による顔の見えるネットワーク
- ・地域づくり活動のスキル

2 根拠を集める

- ・健康情報・課題の把握
- ・WTの議論を把握

3 仲間をつくる

- ・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」を設置。連絡会等で地区の人口動態、介護・保健情報、地域課題を分析、共有し、福祉人材等の経験・人脈不足を把握

6 育てる、促す

- ・生活支援コーディネーターに保健センターが同行し、構築してきた人脈・社会資源を紹介、顔つなぎを行った。技術も伝えた。
- ・資源側にも全世代型の包括ケアになるよう促した

0

1

2

3

4

5

6

7

1 風をつかむ

- ・生活支援体制整備事業と介護予防・日常生活支援事業を通じた地域包括ケアシステム構築の方針が決定。庁内WT発足
- ・保健所が「保健情報班」を担うとWT参加を申し入れ
- ・保健部門の強みを活かし、地域包括ケアシステムの要を担うとの合意形成
- ・保健センターが各区に「戦略会議」「戦術会議」を設置し、協議体の設置・運営を支援

4 協議組織をつくる

- ・各区に以前から社会福祉協議会、地域包括支援センター、保健センター、公民館による「しゃちほこの会」という協議の場があったため、そこに介護予防体操の拠点整備等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、「地域づくり戦略会議」を設立した
- ・「戦略会議」が協議体を支援することした

7 評価・フィードバックする

- ・技術移転の成果か、市内96校区中1/3に第2層協議体が発足(平成30年度末)。住民を交えた「戦術会議」が立ち上がり、町会長以下の参加者に研修を行い、サロンづくりをはじめた校区も出てきた。高齢者の移動支援を問題視し、「生活交通の会」を発足させ、デマンドタクシーの検討をはじめた校区もある。生活支援コーディネーターも、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
- ・保健センターにも関係機関から早期み情報が入るようになり、萌芽的な段階での協議、検討も可能になった。

B 人材育成の意識

- ・各種の会議等を通し、生活支援コーディネーターなどに社会資源の紹介、ネットワークづくりのスキルなどを伝授。・生活支援サービスの創出の議論に関わったり、サービスマッチング会議などにも参加し、ローリスク段階での声掛け、支え合いの意義を住民に指導。特定層に偏らず、全世代型の支え合いを促進。

ファミリーヘルス推進員制度

江戸川区健康部中央健康サポートセンター

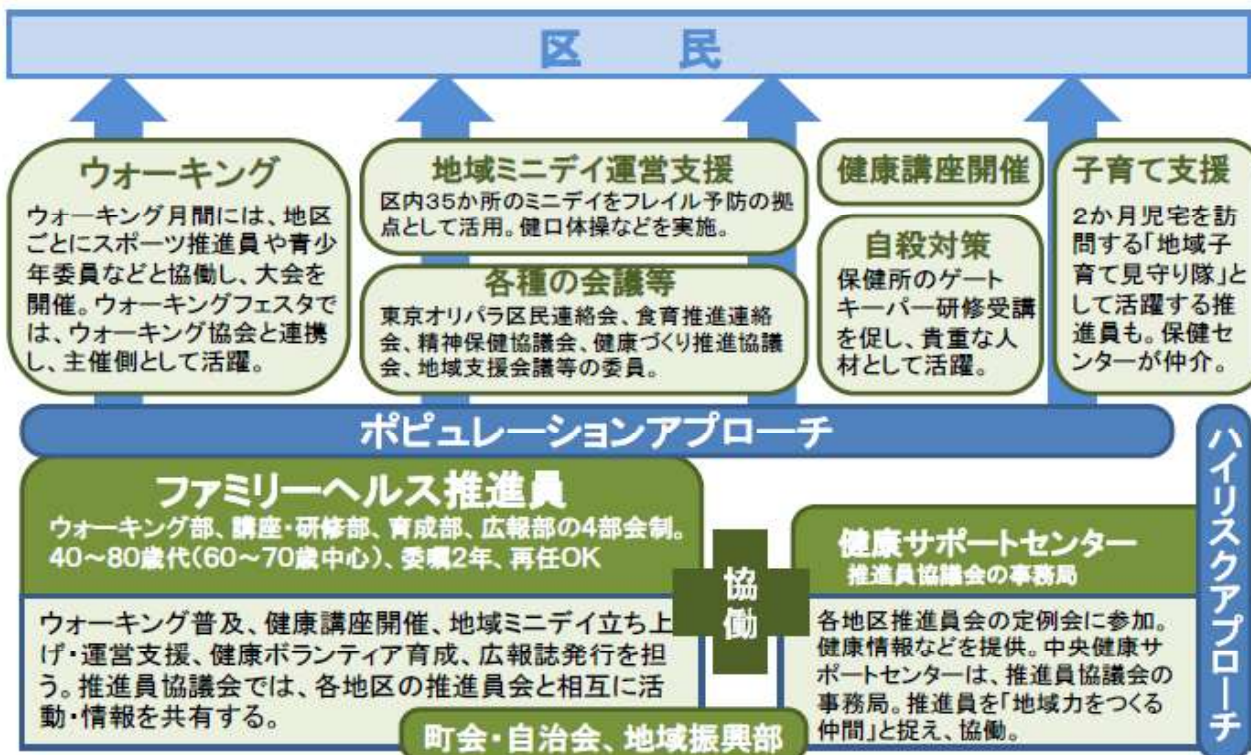
ファミリーヘルス推進員(約300人)は、ウォーキングの普及、健康講座の開催、地域ミニデイの立ち上げ・運営支援、健康ボランティアの育成などの健康づくり普及活動を行う。区内8つの健康サポートセンターでは、その事務局を担当。「地域力をつくる仲間」として緊密に連携し、関係部局や地域資源とつなぐなど、ポピュレーションアプローチの一翼を担うパートナーと位置づけている。認知度が高く、多様な資源から協力要請が入る存在となっている。

概要・体制

- 健康サポートセンターでは、ファミリーヘルス推進員会を組織し、定例会にも保健師や管理栄養士らが毎回参加。図中の4つの部会にも担当職員を置いている。
- 中央健康サポートセンターでは、ファミリーヘルス推進員協議会の事務局を担当し、各地区の活動の共有化とともに、各方面からの協力要請の紹介・調整などを行っている。
- ウォーキングの普及などのほか、健康サポートセンターと両輪で立ち上げてきた区内35か所のミニデイ等を拠点にフレイル予防に取り組むなど、活動の幅を広げている。

背景・課題

- 昭和61年の発足当時は健診の周知等が中心だった。名誉職的な認識があり、また高齢社会を踏まえた活動の活性化が課題となっていた。
- そこで、平成16年に健康サポートセンターの関与を強化。部会制の導入とともに、センターごとに推進員会を組織し、活動の共有化を図った。



保健センターの連携機能・役割

- 定例会等に毎回参加し、地域の情報を得たり、健康情報を提供したりと、積極的に関わっている。
- 関係部署や団体などから協力要請が入った際には、推進員と一体的に協働で対応し、個々の顔を思い浮かべながら、適任者の派遣を促している。
- 関係部署や団体などにアンテナを張って、協働できるところがないか、常に意識をしている。
- 推進員がセンターに立ち寄った際にも、他愛ない会話をしながら、情報を得るようにしている。
- 健康サポートセンターにハイリスク対策が強く求められる中、推進員と協働し、カバー率の高い活動、ポピュレーションアプローチを展開できる意義を新任期の職員に伝え続けている。
- 推進員の育成支援に手間はかかるが、専門職だけでは手の届かない部分に対応できる意義を職員間で共有している。

効果・成果

- 健康サポートセンターの関与により、地域で広く認知され、東京オリパラ区民連絡会、ウォーキングフェスタ組織委員会などのほか、地域支援会議などの公的な協議会や会議の委員を務めるようにもなった。子育て支援や自殺対策にも取り組むようになった。
- 自治会を所管する地域振興部が会合時、推進員制度の紹介時間を設けるようになった。
- 当初175人だった会員数は現在、300人にまで増加した。
- 推進員自身の健康行動をセルフチェックシートで調査したところ、249間で改善を示した。

ポイント

- 推進員は町会等からの推薦のため、区地域振興課とも連携、●中央健康サポートセンターは推進員協議会の事務局を担い、各センターは毎回、定例会に参加、●ミニデイを拠点にフレイル予防も開始、●地域に認知が広がり、協力要請が増加、●健康サポートセンターは「地域力を創る仲間」と認識

ファミリーヘルス推進員制度

江戸川区健康部中央健康サポートセンターの動き(連携体制構築に向けたプロセス)

A 俯瞰的立場の職員の存在

・センター長は係員当時、ハイリスク対応に追われ、推進員支援に否定的だったが、**区の重点事業等を俯瞰する立場となり、重要性を再認識**。専門職だけでは届かない部分に届ける重要な社会資源の推進員と協働のポピュレーションアプローチの意義を職員に伝えている。

0 位置について ヨーイ

・ファミリーヘルス推進員の発足当初、活動の中心は健診の周知などで、今日的な課題とやはずれが生じてきていた。**活動の活性化が課題**だった

5 ツールをつくる

・推進員活動の狙い、フレイル予防や子育て支援など取り組むべき課題等をまとめた「手引き」を作成し、支援
・活動が推進員の健康行動に効果的かを確認するセルフチェックシートを作成



6 育てる、促す

・健康サポートセンターの関与により、活動とともにその存在の認知度が高まり、**関係部署等から介護予防やフレイル予防、地域共生社会づくりなどに関わる活動への協力要請が増えてきた**

0

1

2

3

4

5

6

7

1 風をつかむ

・区として力を入れている介護予防をはじめ、推進員に期待される活動などが増加
・高齢化の進展を踏まえ、介護予防的な活動の拡大などを視野に、平成16年に活動の活性化を目指して、健康サポートセンターの関与を強化

3 協議組織をつくる

・平成16年に各健康サポートセンターごとに「推進員会」を組織し、講座・研修部、育成部などの部会をつくり、いずれかに所属する体制をとった
・同時に、中央健康サポートセンターに事務局を置く「推進員協議会」を発足させ、各地区の会長らが活動を共有する仕組みを創設した
・関係部署等からの協力要請は、健康サポートセンターが調整し、推進員につなぐなど、一体的に活動する体制とした

7 評価・フィードバックする

・ウォーキング大会や健康講座、ミニデイでのフレイル予防、自殺対策などの関係者からの評価を推進員にフィードバックし、モチベーションを高めている
・推進員活動が健康行動に変化をもたらすか確認するセルフチェックシートで、2年目で点数が改善した

B 人材育成の意識

・推進員の育成支援に手間はかかるが、専門職だけでは手の届かない部分に対応できる意義を職員間で共有している。
・ハイリスク対応が要求される健康サポートセンターでは、若手職員は推進員支援に否定的となりがちだが、カバー率の高いポピュレーションアプローチが展開できる意義を伝えている。

生活保護受給者の健康管理支援事業

上尾市生活支援課 & 保健センター

埼玉県上尾市では、生活保護受給者対策として、厚生労働省モデル事業に取り組んだ。受給者世帯の子どもたちの食生活・食環境が悪かったことから、受給者本人への健康管理支援だけでなく、そうした子どもたちを対象として、将来の健康と自立を視野に入れた「食育支援プログラム」を社会福祉法人や学習支援組織、学生等と連携して提供している。受給世帯等の子どもたちまでを対象とした事例は非常にユニークで、全国的にも例がない。

概要・体制

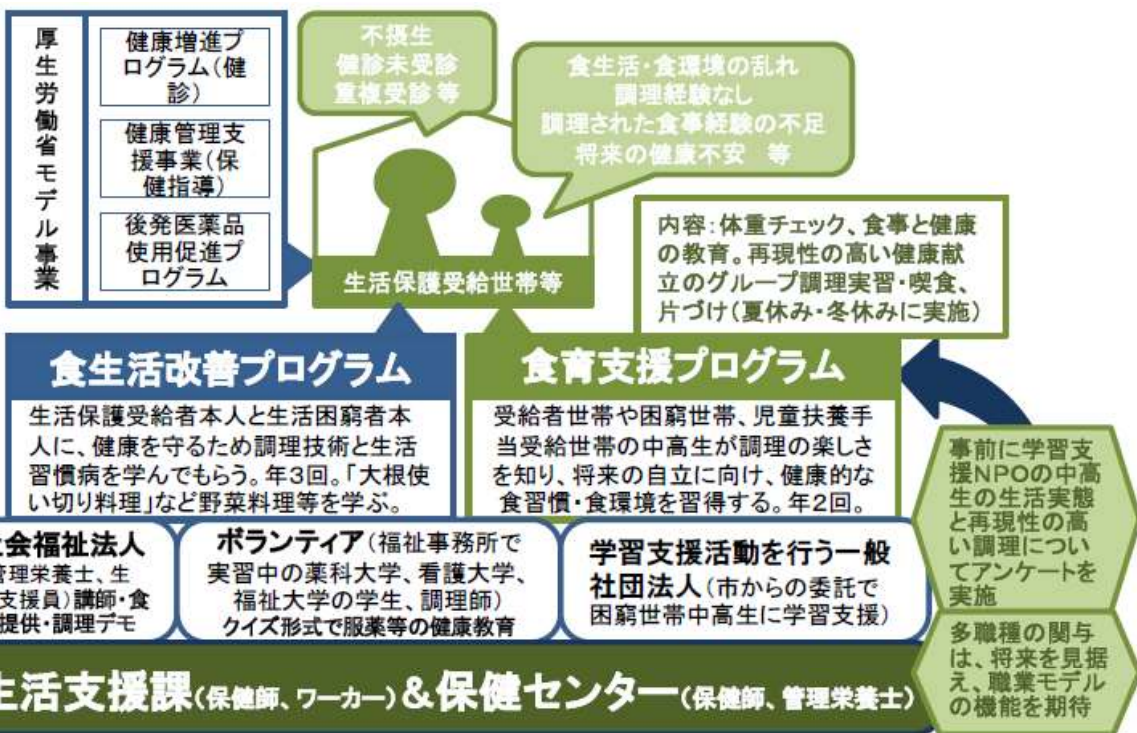
- 生活保護受給者本人向けの「食生活改善プログラム」とともに、その子どもたち向けの「食育支援プログラム」を社会福祉法人や学習支援組織、さらに福祉事務所で実習中の大学の学生らで連携体制を組み、実施。狙いは、将来の自立に向け、健康的な食習慣等の習得である。実施前に、学習支援組織のとも連携している。
- 調理デモの担当者は、県相談事業で個人的につながりのあった社会福祉法人の管理栄養士と支援員ら。福祉事務所の実習で縁のある大学の学生らも健康教育に加わる。

背景・課題

- 平成24年度に厚生労働省モデル事業に申請するとともに、保健師を生活保護部局に配置。
- 保健師がワーカーとの同行訪問等で受給世帯等の子どもたちの食環境の悪さを把握。本人向けの「食生活改善P」とともに、その子どもたち向けの「食育支援P」の必要性を提案した。

保健センターの連携機能・役割

- 受給者等対策では、電算システムで未治療者を抽出し、健康増進法の一般健診を勧奨。受診後、保健センターの保健師・管理栄養士・健康運動指導士らで個別指導する(健康増進プログラム)。
- 食生活の乱れ、重複受診・重複処方などの受給者には、健康増進や予防の喚起を行い、ワーカーが不健康者を把握すると、伴走型の保健指導を保健センターと連携し実施する(健康管理支援事業)。
- 新規受給者の場合、虐待等も考慮し、必要に応じ、ワーカーと保健師の同行訪問を行う。
- 「食育支援P」は当初計画にはなかったが、上記事業を通し、子どもたちの食環境の悪さを把握、将来の健康・自立を危惧し、親になった際に愛情を込めた手料理ができるようにと提案し、実施した。「予見」の視点を活かした取り組みである。
- 多職種が関わるのは、将来の職業モデルとして機能させるためでもある。



効果・成果

- 「食生活改善P」では、精神疾患を持つ肥満患者が130kgから80kgへ減量した。
- 「食育支援P」では「家族が喜びそう」「自分好みにアレンジしてみたい」との反応があった。
- 平成25年度に2.8%だった健診受診率は30年度に10.6%、また要指導者割合も60.4%から29年度に40.5%に改善した。
- 調理デモのボランティアは、治療中の受給者だったが、自信を持ち、給食調理員になった。
- ケースワーカーは、精神疾患と生活習慣病を併発する治療放置者への優先すべき医療処置など対応手法を学び、保健師との連携を高く評価している。

ポイント

- 本実施を視野にモデル事業に申請、保健師も配置、●ワーカーとの同行訪問で受給者世帯等の子どもの食環境の悪さを把握、予見的に提案、●過去の事業での人脈と困窮世帯の子ども学習支援団体と連携し、生活実態を把握の上、調理実習等を実施、●職業モデルとして多職種が参加

生活保護受給者の健康管理支援事業

上尾市生活支援課&保健センターの動き(連携体制構築に向けたプロセス)

0 位置についてヨーイ

- ・2012年に厚生労働省モデル事業申請
- ・2020年度から生活保護受給者対策が**全市町村実施の方針**だったため、早く準備した

1 風をつかむ

- ・申請と同時に、**保健師を生活保護担当課へ配置した**

2 根拠を集める

- ・電算システムで糖尿病等の生活習慣病の**未治療者を抽出**
- ・平成25年度は、健診受診率は2.8%、要指導者率は60.4%
- ・同行訪問等の中で、**受給世帯の子どもたちの生活・食環境の悪さを把握**。将来の健康を踏まえた食の自立、調理技術の習得の必要性を認識
- ・被保護世帯等の中高生に学習支援を行う組織で、**生活実態の把握と再現性の高い献立提案のための調査**。調理具と生鮮食品は揃っていることを確認した
- ・高校への保健センター出張栄養相談等で男子のお菓子の過剰摂取と**軽度肥満**、女子の**過度な減量**などを把握したため、その結果生じる**健康問題**に対応するプログラムを検討

仲間をつくる

- ・生活保護部局と保健センターで生活保護受給者本人の**健康管理支援の状況を共有**するための**会議を設置した**
- ・新規受給者が把握されると、虐待等を考慮し、ケースワーカーと保健師が同行訪問

0

1

2

3

4

5

6

7

6 育てる、促す

- ・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」とともに、受給世帯等の子どものための「食育支援プログラム」を開始。「食育支援P」は、調理された食事を口にする経験の乏しさがあったため、**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**。「食生活改善P」は、健康を守るために調理技術と生活習慣病予防を学び、**野菜料理のレパートリーが増える「大根使い切り料理」などの実習を実施**。一方、「食育支援P」は、自立的な食習慣の習得を目的とし、**健康教育と再現性の高い献立の調理デモ、グループ実習・喫食、片づけ**を行う。
- ・いずれも「彩の国あんしんセーフティーネット事業」で個人的に接点があった社会福祉法人、学習支援組織、大学生らと、生活保護部局と保健センターの職員が対応。

8. 評価・フィードバックする

- ・「食育支援P」では「家族が喜びそう」などの反応。「食生活改善P」では、外食が減り、調理具を買ってヘルシーメニューにはまり、ウォーキング等の相乗効果で130kgから80kgに減量した精神疾患患者の例がある。
- ・福祉は調理実習で豪華な食を求め、日常に夢を持たせようとするが、自立や健康の面からは再現性を重視。目的の共有が不可欠。

B 人材育成の意識

- ・子どもたちの将来を見据え、職業モデルを期待し、多職種が関与。
- ・当事者にも参加してもらい本人の自立支援も視野。
- ・ケースワーカーは、精神疾患と生活習慣病を併発する治療放置者への優先すべき医療処置など対応手法を学び、保健師との連携を高く評価。
- ・過去の人脈への声掛けや学習支援組織への調査などで関心を喚起した。

糖尿病対策プロジェクト

豊川保健センター

愛知県豊川市では、県国保連モデル事業をきっかけとして、健康課題を見える化。保健センターが事務局を担い、農務課、保育課、スポーツ課、保険年金課、介護高齢課など6課からなる「糖尿病対策プロジェクトチーム」を発足させ、プロジェクトチーム発案のポスターを医療機関や美容院、衣料品店、介護支援事業所などで周知するとともに、既存事業の見直しを図り、各課記入の「計画・評価表」で進捗管理しながら、横断的な対策に取り組んでいる。

概要・体制

・県国保連モデル事業の国保・介護・健康の3課の連携体制を維持するため、「糖尿病対策プロジェクトチーム」を発足。各種計画委員会で声をかけ、農務課、保育課、スポーツ課を加えた6課で、互いの既存事業に糖尿病予防の視点を入れ、負担感の少ない横断的な取り組みを進めている。ヘモグロビンA1cの認知度向上を核にした周知、食堂啓発とともに、保健センターとスポーツ課のウォーキング教室の機能分化や、保育課と協働した保育園保護者向けの出前型予防講座の開催など、相互乗り入れで事業展開している。

背景・課題

・3課の分散配置の保健師らは、低い特定健診受診率、リピーター化する健康教室参加者、高騰する介護給付費や保険料などについて、課題視していた。
・平成21年度から27年度にかけ、糖尿病予備群が17%から52%へ急増した。

糖尿病対策プロジェクトチーム (定例会議 年5回)
保険年金課、介護高齢課、農務課、保育課、スポーツ課、豊川保健所、保健センター(事務局)

企画政策課による連携促進要請

6課による食堂啓発、ポスター、特産野菜たっぷり料理とよかわ汁、計画・評価表

目標:「健診受診率向上」「HbA1c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」

保健センターとスポーツ課のウォーキング教室を機能分化	市役所食堂で、6課協働で、糖尿病予防やよかわ汁等をPR。その場で相談にも対応	農務課の図書館コラボ展示で特産品のPRで協働展示
保健所の集団給食施設指導に同行し、ベジファーストや野菜たっぷりメニュー等をPR	保健センターの予防教室等のチラシを特定健診等の通知などに同封	園長会でPRし、保育課と協働で保護者向けの予防教室を出前型で実施



保健センターの連携機能・役割

- ・プロジェクトチームの事務局として、定例会の運営や対策の進捗管理などを担っている。
- ・ただし、関係各課の既存事業に予防の視点を盛り込むなどの工夫をしているため、負担感は少ない。
- ・国保・介護保険、特定健診のデータ等を分析し、糖尿病を中心とした健康課題の見える化を図った。
- ・各種計画会議で連携事業をPRし、仲間を増やす。
- ・インパクトあるフレーズでポスターを協働作成。
- ・保健所の給食施設指導を活用して事業所に介入し、ポスター配置や「野菜の日」採用を実現。
- ・その中で、市民向けの周知の必要性を実感し、市役所食堂で6課による啓発事業を実施。
- ・担当者レベルの頻回な打ち合わせと、課題等を共有する「計画・評価表」への記入の促進を通し、各課から「この事業を使えば、あれもできる、これもできる」とアイデアが出るよう心掛けた。
- ・上司、部長、次長らに年度ごとにレクチャーを実施。

愛知県国保連モデル事業「健康なまちづくり推進事業」(平成25~27)年度

- ・医療費分析: 脳内出血、脳梗塞、腎不全、糖尿病の一人当たり医療費が高い
- ・特定健診分析: ヘモグロビンA1c有所見者率が県平均より極端に多い

保険年金課 「低い特定健診受診率(県内ワースト3位)を上げたい」	保健センター 「健康教室の参加者がリピーターばかり」	介護高齢課 「高齢化で介護給付費も保険料も高騰する」
--	--------------------------------------	--------------------------------------

愛知県豊川保健所

効果・成果

・3課で開始したプロジェクトメンバーが庁内PR等により、6課に増えた。
・通知へのチラシの同封など、各課の既存事業の連携で、カバー率が高まった。
・ヘモグロビンA1cの認知度が向上(43.0%→65.7%)し、特定健診受診率も改善(33.9%→36.5%)。ヘモグロビンA1c有所見者率が72.7%→52.5%へと県平均並みに改善した。
・要介護者にも糖尿病患者が多いので、従来の取り組みに加え、重症化予防と介護予防を組み合わせて行うことについても、合意が得られた。

ポイント

- 県国保連モデル事業を活用
- 分散配置の保健師と3課長の合意
- 健康課題の「見える化」
- HbA1c認知度向上に特化
- 頻回な顔合わせ
- 既存事業の相互乗り入れで負担感を軽減
- 取り組みを共有する「計画・評価表」の活用
- 成果のフィードバック

糖尿病対策プロジェクト 豊川市保健センター(連携体制構築に向けたプロセス)

A 俯瞰的立場の職員の存在

- ・県保健所、県国保連がモデル事業に選定。

0 位置についてヨーイ

- ・分散配置された保健師らは、「低い特定健診受診率を何とかしたい」「健康教室の参加者の多くがリピーター」「高齢化に伴い、介護保険給付と保険料が高騰する」と危機感を抱き、改善の必要性を感じていた。

2 根拠を集める

- ・各種データから脳内出血、脳梗塞、腎不全、糖尿病の医療費の高さ、A1c有所見者率の高さを把握。健康課題の「見える化」で意識を統一。

5 ツールをつくる

- ・キャッチコピーを選定しポスターやPOP等を作成。
- ・特産野菜たっぷりの簡単「とよかわ汁」を考案。
- ・共有のため、「計画・評価表」を作成。各課の事業に予防の視点を入れ目指す姿、課題等を記入。

7 評価・フィードバックする

- ・ヘモグロビンA1c認知度(43.0%→65.7%)、特定健診受診率(33.9%→36.5%)に改善。A1c有所見者率(72.7%→52.5%)が県平均並みに回復した。
- ・特定保健指導時に「野菜を最初に食べるようになった」との声が増加した。

0

1

2

3

4

5

6

7

1 風をつかむ

- ・県国保連の声掛けで、国保、介護、健康分門との連携が条件のモデル事業「健康なまちづくり推進事業」(平成25~27年)に着手。
- ・市企画部門の「政策連携会議」が各課の類似事業の見直しを要請していた。

3 仲間をつくる

- ・モデル事業受託時、国保部門の課長が介護部門と保健センターに直接説明。
- ・国保部門保健師は不安だったが、国保部門の課長が両課長に協力要請し、踏み切れた。
- ・3課と保健所でモデル事業のチーム組織。

4 協議組織をつくる

- ・3課等でプロジェクトチームを立ち上げ、保健センターが事務局を担当。その際、各課の既存事業に糖尿病予防の視点を加え、負担感を軽減。
- ・「受診率向上」「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」を目標として掲げた。

6 育てる、促す

- ・保健所の集団給食施設指導に同行し、ベジファーストなどをPRし、数事業所が採用。
- ・健康増進計画や食育推進計画の会議等で声をかけ、連携先を拡大。農務課と野菜料理を協働開発し、クックパッドにアップ。園長会で説明の上、保育課と保護者向け教室、ヘルシーおやつの実施、給食便りに予防記事の掲載。スポーツ課とウォーキング教室の機能を分担。3課+上記3課で市役所食堂で新たに予防啓発を実施。
- ・頻回な顔合わせで各課の提案が活発化した。

B 人材育成の意識

- ・部長・次長ら幹部に毎年、連携概要をチームでレクチャー。
- ・担当で頻回に打ち合わせ、意識を統一。「計画・評価表」でブレを解消。

はまってけらいん、かだってけらいん(はまかだ)運動推進事業

陸前高田市保健課

陸前高田市では、東日本大震災後に発足した「保健・医療・福祉包括ケア会議」を改称した、個人・団体、官民を問わない緩やかな協議組織「未来図会議」で、居場所づくりを柱とした「はまかだ運動推進事業」を推進している。市長公約とともに、総合計画や健康増進計画、自殺対策計画等に位置づけ、庁内外の資源を巻き込んだ結果、ソーシャルキャピタルの重要性が理解され、地域力が上がり、心の不健康度や自殺率などが改善した。

概要・体制

- ・震災復興が目的だったが、居場所等を創出する中で、「未来図会議」をニーズをくみ取る場、中長期的展望を議論する場へ昇華。人と交わる「はまかだ」がソーシャルキャピタルと同義と理解され、居場所等は322か所に拡大した。認知度が高まる中、実施要領を整備し、「はまかだ運動」(はまかだの実践、普及啓発、仕掛ける人の増加)も政策化した。
- ・未来図会議等の事務局は保健課が担い、事例発表等で活動や意義を共有。自殺対策、生活支援・介護予防、体制整備事業のほか、子ども・子育て世代等にも拡大させたい。

背景・課題

- ・平成24年に保健医療福祉未来図会議と改称したが、特定分野だけで健康は支援できないと30年に「未来図会議」と再度、改称された。
- ・自殺者数は全国平均以下に改善したが、20～40歳代男、20歳代と60～80歳代女は全国より多いため、全課で「人とのつながり」を強化する。

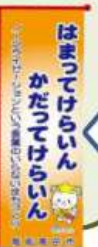
はまかだ運動推進事業

暮らしの中の立ち話やお茶飲み、職場や学校での何気ない会話、仲間の集まりといったコミュニケーションができる居場所を社会資源をつないでつくり、心豊かに暮らせる地域をつくる。
* 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

「はまってけらいん、かだってけらいん」(仲間に入って話しましょう)の略



はまかだの例
＝お茶飲み会



市長公約

ノーマライゼーションという言葉がいらないまちづくり

「みんなと話したい」「交流したい」という住民の声

未来図会議

(年4回) 事務局:保健課

参加者は、健康や幸せを感じられるまちづくりに関心のある者



はまかだ運動推進会議と関係各所(関係課等)は会議前にミーティングを行うことを実施要領で既定

はまかだ運動推進会議

(月1回)事務局:保健課

未来図会議のコアメンバー



取り組み

- 各団体等が連携して「はまかだスポット」を拡大
- 人が集う場を「はまかだスポット」として登録 など



効果

- はまかだ認知度が48.6%から72.5%に向上
- 心の不健康度が改善(平成23年男35.4%、女49.0%→29年男20.5%、女30.8%)
- 自殺率(人口10万対)が改善(平成23年34.6→29年10.3)
- 住民がソーシャルキャピタルと理解、ローリスクで気づけるようになった
- 地域振興団体がQOLを優先するようになり、各所に視点を伝達
- 庁内連携がより拡大

保健課の連携機能・役割

- ・保健課は、2つの会議の事務局として関係課やコアメンバーの調整等を担う。定例会では、テーマを決め、関係者等に声をかけ、事例発表&グループワークで共有。声を出しやすい雰囲気を重視した。
- ・健康は特定分野だけでは支援できないとして、誰でも参加可能な場とし、「ノーマライゼーションという言葉がいらないまち」の実現を目指す中長期的な展望を議論する場に発展させ、ハブとして機能した。
- ・地域ニーズをくみ取れる場であると各方面にPR。
- ・市長公約の実践活動と捉え、会議と事業の実施要領を整備、各種の行政計画に正式に位置づけるなど制度化を図った。結果、庁内連携が促進された。
- ・意識変容を促してきたため、居場所の大切さや移動支援の必要性などについても、自分たちで他分野を巻き込み、議論するようになってきた。
- ・母子保健や思春期教室も「はまかだ」の場とし、若い世代にも拡大していく。

効果・成果

- ・何気ない会話の機会、集まりを「はまかだ」として「見える化」したことで、ソーシャルキャピタルとしての「はまかだ」が理解され、その認知度が72.5%にまで上昇した。
- ・市長公約や各種計画の活用により、庁内連携がスムーズになった。
- ・緩やかなプラットフォームで本音が言え、団体等の連携が強まり、カバー率が高まった。
- ・住民が「はまかだが大事」と理解し、身近な人の異変をローリスクで気づけるようになった
- ・自殺対策、精神保健対策の狭義の取り組み時より、心の不健康度や自殺率が改善した。

ポイント

- 多様な主体と関係課の緩やかな協議組織、
- 人との交流が健康をつくるとPR、●ソーシャルキャピタルを「はまかだ」で見える化、
- 居場所が322か所もできた、●実施要領の整備、市長公約や各種計画の活用などの「制度化」、●多様な連携で自殺率等を改善

はまってけらいん、かだってけらいん(はまかだ)運動推進事業 陸前高田市保健課(携体制構築に向けたプロセス)

A 俯瞰的立場の職員が存在

・元保健所職員だった大学および研究機関の公衆衛生従事者が被災地支援の段階からサポート。

0 位置についてヨーイ

・被災年の不健康度は全国平均より高かったが、翌年度から回復傾向。
・非常時モードから平常時モードへのタイミングを模索中だった。
・立ち話やお茶飲みなどの無意識の交流を意識化させる必要を感じた。

2 根拠を集める

・コアメンバーの大学教員の協力で県大規模コホートを分析し、被災翌年に心の健康者が減少していることを確認。
・交流を望む声を確認。

5 ツールをつくる

・パンフ、のぼり旗などのグッズを作成。当初、行政が用意したが、現在は民間が作成。
・人が集う場「はまかだスポット」をプロットしたガイドブックとともに、サイトも整備。

6 育てる、促す

・食や移動支援など多様な事例を紹介し、自ら考え、連携する場に変容させてきた。
・市長公約と各種計画にも位置づけ、制度化と、モチベーション維持を図った。

0

1

2

3

4

5

6

7

1 風をつかむ

・被災以前から自殺対策に着手するも、ハイリスク者への連携が中心で社会的リスク軽減に至らずにいた。被災直後から心のケアと居場所づくりが重視される中、住民の「みんなと話したい」「交流したい」という声を逃さず、これを好機と判断。

3 仲間をつくる

・コアメンバーが、「はまかだ」(居場所、交流等)の効果を実感し、それまでの「分野ごとの活動」から、「連携した活動」へのシフトに合意。
・コアメンバーは「地域振興に重点を置きがちだったが、QOLの視点が弱かった。元気づくりが先」と理解した。

4 協議組織をつくる

・被災直後の包括ケア会議を平成24年に保健医療福祉未来会議に改称し、翌年に実施要領を整備。30年に特定分野だけで健康を支援するのは困難と「未来図会議」に再改称。
・「はまかだ運動推進会議」を設置し、「はまかだ推進運動事業」実施要領も整備した。

7 評価・フィードバックする

・心の不健康度が男35.4%、女49.0%→男20.5%、女30.8%へと改善。人口10万対自殺率が34.6→10.3へと改善した。
・20~40歳代男、20歳代と60~80歳代女の自殺率が高いことが判明し、子どもと地域、若者と高齢者をつなげるなど、子ども・子育て世代等にも拡大する。

B 人材育成の意識

・「はまかだ」の活動などの社会資源を「見える化」したことで、庁内外の関係者が人がつながる取り組みの重要性を認識するようになった。
・生涯学習や定住促進、青年会議所など職員も、「芸術もはまかだ」「民泊もはまかだ」「職業体験もはまかだ」と口にするようになってきた。

男性料理教室(開始当初:連続講座「男塾inたじま」)

川崎区田島地区健康福祉ステーション

川崎市川崎区田島地区健康福祉ステーションでは、高齢男性向けの連続講座の参加者を社会参加につなげるため、ニーズに即した男性料理教室を提案。日常的に虐待等の個別対応で連携していた家庭支援センターに調理室の貸与などを打診したところ、地域開放の方針と合致し、全面協力の快諾を得た。家庭支援センター長の地域共生社会づくりに向けた役割の提案等もあり、子どもや地域との交流へと社会参加が拡大している。

概要・体制

- ・地域デビューを目指す連続講座「男塾inたじま」卒業生の「料理ができない」という声を聞き、男性料理教室を提案。個別対応で日頃連携していた家庭支援センターと障害者施設を運営する社会福祉法人に打診。地域開放の方針に合致し、快諾を得た。
- ・男性料理教室は、参加者の自主運営で月1回、施設の調理室を会場に開催され、施設の専門職が支援にあたり、2~3か月に一度程度、ステーションの保健師2人も参加し、状況把握や提案などで継続的に支援している。

背景・課題

- ・川崎区田島地区は、独居高齢男性の割合が高く、地域とのつながりが乏しい地区。地域福祉計画には、その対策が盛り込まれていた。
- ・介護予防体操を行う男性向けのボランティア活動も存在するが、地域との関わりを軸にした社会参加のあり方が必要と感じていた。

男性料理教室(月1回)

障害者福祉施設の事業計画に位置づけ

- ・施設の地域開放の方針に合致
- ・調理室、調理道具、調味料などを提供。
- ・専門職員の支援
- ・運営費管理等
- ・役割の提案 など

たじま家庭支援センター
(障害者福祉施設を運営する社会福祉法人)

日常的に連携

- ・毎月開催
- ・参加者は7人(平均年齢70歳半ば)
- ・材料費500円を各自負担
- ・参加者同士で皮をむく、出汁をとる、写真を撮るなど役割を分担し、自主運営



施設側
社会福祉士、臨床心理士、看護師

協働

健康福祉ステーション側
保健師2人

川崎区役所田島地区健康福祉ステーション

最終日に「妻が体調不良。料理ができない」という不安を耳にした

独居高齢男性が多い社会参加の必要性
地域福祉計画

連続講座「男塾inたじま」(平成29年度)

目的:独居高齢男性の生きがいづくり&地域デビュー
①これからのライフスタイルと社会参加の意義を考える「男の生きがいづくり」、②若々しさを保つ男の体力づくり、③「園芸とともに豊かな暮らし」、④「地域の中で自分らしく活動!」
*支所地域振興係の協力

効果

- 施設の畑で野菜等を栽培し、育てたスイカで施設の子どもたちとスイカ割りなどの交流を行う。
- 施設の福祉まつりで調理したトン汁を振る舞うブースを出展。
- 子ども食堂で不登校等の子どもたちに普遊び等を教え、人気者になっている。
- 健康福祉ステーションは、「当初よりみな、表情が豊か。ある程度の社会参加を期待していたが、子どもとの交流にまで拡大しており、驚いている」「今後の活動の視点を得た」と述懐。

保健センターの連携機能・役割

- ・町会等に属さない独居高齢男性の多さや、地域福祉計画に対策の必要性が明記されたことなどから、地域デビューを目指す連続講座を企画。
- ・支所地域振興係と連携し、地域に周知。
- ・講座最終日に「料理」の不安を耳にし、男性料理教室を提案し、会場を模索。
- ・日頃、個別事例で頻りに連携している徒歩数分の調理室を有する家庭支援センター長に打診。地域開放の方針にも合致し、快諾を得る。
- ・日常的な連携で、施設側の機能やマンパワー、雰囲気などを把握していたことから、役割分担も円滑。
- ・講座終了後も健康福祉ステーションでは、料理教室に保健師2人をつけ、2~3か月に一度程度、参加し、活動状況の把握、取り組みの提案等を継続。
- ・児童虐待等のハイリスク対応に偏りがちな中、当該事例の経過等を業務会議等で共有している。
- ・こうした展開もあるため、地域に出向くよう指示。

効果・成果

- ・参加する独居高齢男性は当初より、表情が明るくなった。
- ・福祉まつりへの参加や子ども食堂の支援に求められて関わるようになった。
- ・核家族化の中、子どもたちのロールモデルの一人になっている。
- ・7人の参加者であり、エビデンスはとっていないが、地域共生社会づくりの一翼を高齢男性が担うようになった効果は計り知れない。
- ・個別事例の連携先が高齢男性の社会参加の受け皿になり得るといふ成功体験をした。

ポイント

- 講座参加者の力を信じ、活躍の場を探した、●個別対応で接点があった資源の機能等を把握していた、●介護予防体操等の役割に押しとどめず、料理という主体的ニーズに着目した、●施設側ニーズも把握していた、●事例経過を継続把握し、人材育成に活用

男性料理教室(開始当初:連続講座「男塾inたじま」) 川崎市田島地区健康福祉ステーション(連携体制構築に向けたプロセス)

A 俯瞰的立場の職員の存在

- ・区役所支所長提案の地域振興係との定例会が連携に奏功。
- ・家庭支援センター長による地域共生に高齢男性が関与する意義の提案。

0 位置についてヨーイ

- ・川崎市川崎区の田島地区は、工場地域であり、市内一高齢化率が高い地区であると認識していた。
- ・担当保健師は「高齢男性には社会参加し、健康で自分らしい生き方を模索してほしい」と考えていた。

2 根拠を集める

- ・地区踏査等で町内会等に属さない独居高齢男性が多く、「妻が体調不良。自分は料理ができない」などの声を把握。
- ・地域福祉計画には、独居高齢男性対策が明記されている。

6 育てる、促す

- ・協力が得られ、講座で終わらず、自主的な料理教室に発展。
- ・材料費は参加者が500円ずつ出し、家庭支援センターも子ども食堂の調味料等を提供するなど行政にできない支援を実施。
- ・同センターの働きかけで、職員やボランティアに料理を提供。
- ・野菜づくり等での子どもたちとの交流のほか、福祉まつりへの参加、子ども食堂で昔遊び、ロールモデルにまで発展。

0

1

2

3

4

5

6

7

1 風をつかむ

- ・介護予防で「社会参加」が注目されている中、地域とつながりのない独居高齢男性の多さを把握。
- ・そこで、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。

3 仲間をつくる

- ・連続講座の実施にあたり、接点のあった講師に打診。また周知を工夫し、庁内の地域振興課の協力を得る。
- ・講座最終日に「料理ができない」という不安を耳にし、男性料理教室の必要性を把握。そこで、虐待等の個別対応で頻りに連携していた家庭支援センターに声掛け。障害者施設を併設し、調理室も持つため、家庭支援センター長が場所の提供などについて、快諾。

4 協議組織をつくる

- ・協議組織はないが、福祉施設は専門職3人、保健センターは保健師2人が担当しており、フォローを継続している。

7 評価・フィードバックする

- ・参加者7人、単発の事業であり、特別な評価作業は行っていないが、担当保健師は2、3か月に一度、一緒に参加し、状況把握、提案を実施。

B 人材育成の意識

- ・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、業務の大半が急増する虐待等を含む母子関係の困難事例への対応となり、十分な地域づくり活動が行えないという事情がある。しかし、ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチのバランスが重要とし、係会議や業務検討会等の場で、本事例の経過を報告するなど、地域づくり活動の展開について話し合い、着手できるよう努力している。また保健師には、なるべく地域へ出向き、人材をつかむ時間を担保できるよう、意識的に配慮している。

食育推進事業

福崎町保健センター

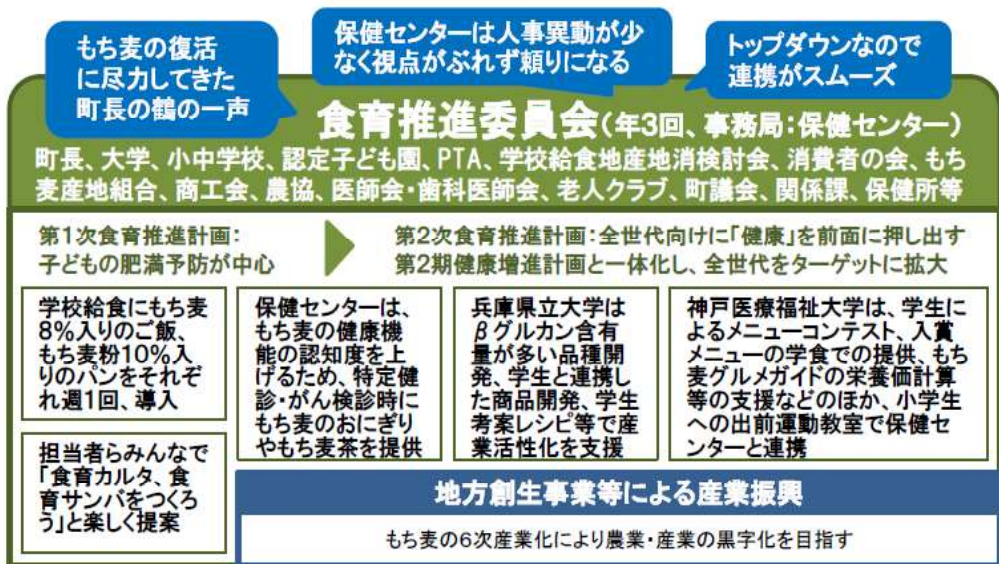
兵庫県福崎町では、子ども肥満度の県下ワースト1位をきっかけとし、町長の肝入りで、特産品もち麦を肥満予防や健康づくりを柱とした食育推進計画を策定。保健センターを町を挙げた連携体制「食育推進委員会」の事務局に据え、地方創生事業等を活用しながら大学等の協力なども得て、もち麦を活かした食育を推進している。保健センターでは、連携を楽しみつつ、各課等の活動に健康の視点を乗せて活動を展開し、進捗管理も行っている。

概要・体制

- ・第1次食育推進計画が平成23年度に策定、保健センターに食育推進係が設置されるとともに、保健センターを事務局とする「食育推進委員会」が設置（庁内担当者会議の事務局も担当）。トップダウンの取り組みなので連携はスムーズで、頻回な担当者会議も奏功し、多様な取り組みが実行に移され、カバー率を挙げている。
- ・給食へのもち麦の導入のほか、大学のエビデンスで健康面の機能が明確化したことから各課の活動も拡大。第2次計画では、健康増進計画と一本化し、全世代に広げた。

背景・課題

- ・途絶えていたもち麦の復活を図り、産地化、商品化を進め、全国的な販売も促進してきた。
- ・平成20年度に県健康増進課、保健所より男児の肥満（肥満度20%以上の割合）が県下ワースト1位になったと報告を受ける。
- ・もち麦の6次産業化で地方創生事業に着手。



効果

- 肥満度20%以上の男児の出現率が12.0%から7.0%に改善。学童全体でも9.5%から6.2%に改善。
- 農家も子どもたちのために頑張るようになった上、通年の仕事ができ、農作業が介護予防に。要介護認定率も17~18%を維持。
- 需要が高まり、障害者の就労継続支援B型の事業所に作業を依頼するなど、農福連携に発展。
- 各課を経由し、学校、農家、事業所等に幅広く関わって、働き盛り世代とも接点を持てた。

保健センターの連携機能・役割

- ・子どもの肥満の多さを町長に説明。第1次食育推進計画を策定し、食育推進委員会と庁内担当者会議の事務局を保健センターが担う。
- ・農業・産業振興が柱のもち麦に健康づくりを追加。
- ・年3回の食育推進委員会と頻回な担当者会議で顔の見える関係を構築し、各課の取り組みをつないだ上、健康の視点を乗せ、カバー率を広げる。
- ・子ども中心だった1次計画から、2次計画では全世代をターゲットに拡大し健康増進計画と一本化。同計画より、医師会等の団体を委員に加える。
- ・神戸医療福祉大学と連携し、小学校での出前運動教室を実施。食育に運動を加える。
- ・もち麦関連作業が増え、障害者の就労継続支援B型事業所へ作業を依頼し、農福連携にも発展。
- ・保健センターでは孤食予防、共食促進の「健康食堂」を開始。食育で関わってきた担い手にすべての人を受け入れる居場所をつくってほしいと期待。

効果・成果

- ・ダイエット効果が高いもち麦を給食の導入した。
- ・家庭でもち麦を使った料理をした人は51.4%→61.8%に上昇した。
- ・男児の肥満度20%以上の割合は12%→7%に改善した。学童全体でも改善した。
- ・給食に作物を納める農家の意識が高まり、通年の仕事も増えた結果、農作業そのものが介護予防的な機能を持つようになった。因果は不明だが、要介護認定率も維持されている。
- ・部局横断の連携で得た情報を互いに伝え合い、楽しく実行に移せるようになった。

ポイント

- 子どもの肥満ワースト1位を逆手にとった、
- 町長のトップダウン、●農業・産業振興に健康の視点を追加、●人事異動の少ない保健センターだからこそ連携先から頼られる、
- 連携先を通し接点の少ない層とつながり、カバー率向上、●連携先すべてが財産

食育推進事業

福崎町保健センター(連携体制構築に向けたプロセス)

A 俯瞰的立場の職員が存在

・平成20年度、兵庫県健康増進と保健所より、福崎町の男児の肥満度20%以上の割合が県下市町村でワースト1位であると報告された。

0 位置についてヨーイ

・町として、途絶えていた「もち麦」を復活させ特産品として推奨していた。
・商工会や農協等が試作、改良、商品化、兵庫県立大学と連携したもち麦産地振興協議会等が企画立案等を担うなど、産業振興が中心だった。

2 根拠を集める

・大学の協力等でもち麦は精白米より、水溶性食物繊維βグルカンが約30倍、絶分が約3倍、カルシウムが約8倍高い等の機能性を把握。

5 ツールをつくる

・商工会等がもち麦料理提供店舗マップ等を作成。
・栄養価入りバージョンも作成。

6 育てる、促す

・第2次食育推進計画で全世代を対象とし、健康増進計画と一体化、健康を前面に。
・地方創生事業等でもち麦の6次産業化の促進をする際、大学の協力も強化され、小学生への出前型運動教室もスタート。
・医師会なども委員に加入してもらった。

0

1

2

3

4

5

6

7

1 風をつかむ

・県の統計で肥満児の多さがワースト1位になった。
・そこで、町長に提案し、町長肝入りで、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柱とした第1次食育推進計画を策定。保健センターに食育推進係が新設。

4 協議組織をつくる

・食育推進計画にもとづき、食育推進委員会と庁内担当者会議の事務局を保健センターが担当。
・部局横断の担当者会議は頻繁に実施。トップダウンなので連携はスムーズ。「各課が顔を揃える会議は、総合計画の策定時しかなかったが、以降は頻繁にあり、風通しが良くなり、仲間が増えた」と保健センターは感じている。
・人事異動が少ない保健センターが事務局となり、視点がぶれないとして頼りにされるようになった。

7 評価・フィードバックする

・もち麦を特産品と認知する割合が99.3%になり、もち麦を使った料理を家庭でつくった割合は51.4%から61.8%に上昇した。
・第3セクターの売上げが年1億5000万円に。
・連携体制で各方面からアプローチすべく町を挙げて活動した結果、給食にもち麦が導入され、肥満度20%以上の男児の出現率が12.0%(平成21年度)→7.0%(平成27年)へ、学童全体でも9.5%→6.2%へと改善した。

B 人材育成の意識

・連携で各課と関係が深まった結果、アイデアを出せば、すぐに合意でき、楽しく仕事ができる関係が構築できた。
・さまざまなアイデアに賛同し、協力してくれるようになり、「連携先はすべて町の財産」となっている。

未成年の飲酒・喫煙対策、たばこ対策

湯沢町健康増進課

新潟県湯沢町では、外部委託をしない健康づくり計画策定を機に、影響力を持つ推進委員と根拠データを原動力とした未成年者の喫煙・飲酒対策に取り組み、成果を上げている。連携先の課題を把握し、その課題と保健センターが考える健康課題の関係を吟味し、双方の課題解決につながる方策を具体的に提案し、ともに汗を流し、成果を得るというプロセスで連携を強化している。そうした基盤を活かし、新たな取り組みも展開している。

概要・体制

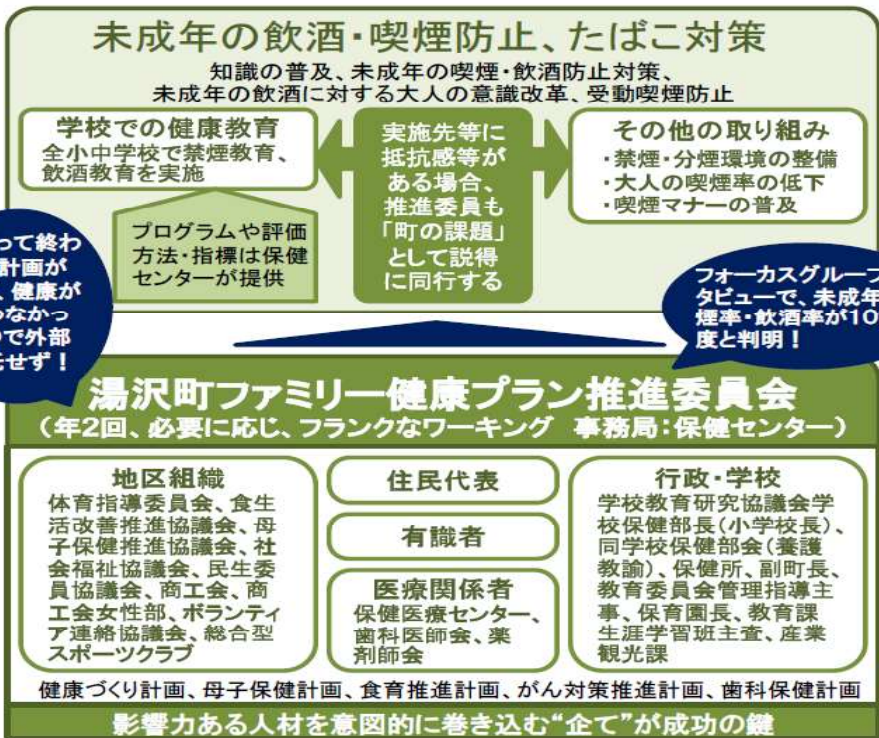
平成15年度に健康づくり計画をつくる際、住民が主体的に健康づくりに関わるよう、外部委託せず、住民参加型で策定。子どもたちの喫煙率・飲酒率のデータを示し、子どもたちへの教育の上、保護者等へ波及させようと合意形成し、推進委員の想いを一つにした。柱となる学校での健康教育の実施に際しては、教員の負担を減らすため、保健センターがプログラム等を準備、PTA等の推進委員も説得に入った。教育効果を示した結果、通常業務として定着。各種の指標も改善した。この基盤をもとに多様な活動も生まれている。

背景・課題

・大らかな土地柄で、昔からたばこやアルコールは個人の嗜好品であるとし、対策を行うことに慎重だった。そのため、未成年においても、喫煙・飲酒の習慣があった。
・従来の計画づくりでは、つくって終わり、住民の健康を叶えられずにいた。

つくって終わりの計画が多く、健康が叶わなかったため外部委託せず！

フォーカスグループインタビューで、未成年の喫煙率・飲酒率が10%程度と判明！



効果

- 喫煙未経験者が増加(小6:平成15年度87.5%→29年度98.2%、12~18歳:81.0%→97.8%)
- 飲酒率が改善(小6:14.8%→1.8%、12~18歳:13.2%→2.2%)
- 喫煙飲酒はいけないうる人が増加(12~18歳:63.9%→76.1%、壮年期:76.1%→84.2%)

健康意識の拡大

- 商工会の推進委員が立役者となり、受動喫煙防止条例が成立。
- 小学校高学年で歯磨きを見なくなり、中学生で歯肉炎・虫歯が増加するため、歯科対策を強化。
- 商工会の推進委員が高齢者の買い物支援と地域活性化に着手。
- 認知症アクションミーティングが学校・コミュニティスクールや子どもたちを巻き込みスタート。

保健センターの連携機能・役割

- ・フォーカスグループインタビューで根拠データを示し、自ら課題を整理し、対策を考えるよう促した。
- ・ファミリー健康プラン推進委員会と有志のワーキングの事務局を担う。保健センターの担当は2人。
- ・影響力ある人物を人選。そういう人材が地域へ働きかけ、合意形成すれば、組織等が行動変容し、カバー率が高まる。連携促進には強かな企てが重要。
- ・学校での健康教育の実施に向け、連携先の課題を把握。それと健康課題の解決方策を考えた結果、負担軽減が鍵と感じ、プログラムと評価方法を提案。学習指導要領にのっとり十分できているとの認識に、根拠データの提示、推進委員である教育委員会の合意、PTA等の推進員の説得などで打開した。
- ・大学の協力も得ながら評価結果を「かわら版」などでもフィードバックしている。
- ・教員の異動等でブレが生じないよう保健センター課長が学校へ赴き、丁寧に引き継ぎ。

効果・成果

・喫煙未経験者が増加(小6:87.5%→98.2%、12~18歳:81.0%→97.8%)
・喫煙飲酒はいけないうる人が増加(12~18歳:63.9%→76.1%、壮年期:76.1%→84.2%)
・この連携を基盤とし、中学生で歯肉炎・虫歯が増える原因、すなわち小学校高学年で親が子どもの歯磨きを手放すことに着目し、歯科保健の連携もはじまった。
・推進委員の活動が活発になり、受動喫煙防止条例や買い物支援などにも広がった。
・高校で喫煙経験が増えるため、保健所と連携し、町と県、小中学校と高校の連携も模索。

ポイント

●健康づくり計画を外部委託せずに自前で策定、●未成年者の喫煙・飲酒の実態を提示、●推進委員自らの計画なので説得にも協力、●影響力ある人材の活用、●連携先の課題を把握し健康課題と一緒に解決する方法を提案、●異動時に課長が引き継ぎ

未成年の飲酒・喫煙対策、たばこ対策 湯沢町健康増進課(連携体制構築に向けたプロセス)

0 位置について ヨーイ

・これまでの計画づくりでは、つくって終わり、住民の健康づくりを十分に叶えられなかったと感じていた。
・伝統的にたばこやお酒に大らかな地域で、とくに未成年の喫煙率・飲酒率の高さが課題となっていた。

A 俯瞰的立場の職員の存在

・影響力のある人材を推進委員に意図的に人選。

2 根拠を集める

・各世代にフォーカスグループインタビューをしたところ、未成年の喫煙率と飲酒率が10%程度であることがわかった。

5 ツールをつくる

・健康教育を行う学校の負担軽減のため、保健センターがプログラムとアンケートによる評価指標、評価方法を提案し、支援した。

6 育てる、促す

・平成24年度の2次計画策定時、活動の拡大、担保のため、母子保健計画、食育推進計画、がん対策推進計画、歯科保健計画と一体化させた。
・教員の異動に伴い、健康教育に温度差が出るため、保健センター課長が学校へ赴き、窓口の教頭、教員らに丁寧引き継ぐ。また、推進委員も「地域の課題」と認識しており、同行などで協力してくれる。
・学校歯科保健の対策も、この基盤を活かし、進展。
・推進委員の商工会長が受動喫煙防止条例に尽力。
・商工会長が買い物支援と地域活性化にも着手。
・認知症アクションミーティングを学校と連携し、開始。

0

1

2

3

4

5

6

7

1 風をつかむ

・平成15年度に健康づくり計画を策定することになった際、主体的な健康づくりの実効性を担保するため、外部委託せず、ヘルスプロモーションの理念を踏まえ、住民参加で協議することを決意した。

3 仲間をつくる

・企画段階から、地域への影響力がある人物の協力を得ることを意図した。
・とくに、未成年者の問題なので、学校の協力を得やすいよう、教育委員会に入ってもらったことにした。

4 協議組織をつくる

・フォーカスグループインタビューの喫煙実態を報告した結果、想いが1つになり、子どもたちに教育し、それを通じ、保護者等への波及を狙うのが効果的と合意を得る。
・策定委員会を推進委員会に移行した。
・根拠データと、行政が押しつけず自ら立てた計画が、推進委員の連携を促進した。
・協議は年2回、必要に応じ随時WGを開催、委員が熱心で無報酬の協議も頻回に実施。

7 評価・フィードバックする

・学校は当初、学習指導要領にのっとり実施しており十分と考えていたが、実態を示し、推進委員らが説得したことで、実行に移された。
・全小中学校で健康教育後、アンケートを行い、正解率が改善。
・学校は当初、負担感から抵抗していたが、教育効果が表れた結果、受け入れられ、学校でルーチン化した。
・中間評価で未成年の喫煙・飲酒率、未成年の喫煙・飲酒が良くないと思う未成年・壮年の割合がともに改善。
・動機づけのため、議論要旨や評価結果を「かわら版」でフィードバック。

9 人材育成の意識

・住民が主体的に健康づくりに関われる仕組みを目指している。

「遊分舎(あそぶんじゃ)」の開設

高知県中芸広域連合保健福祉課

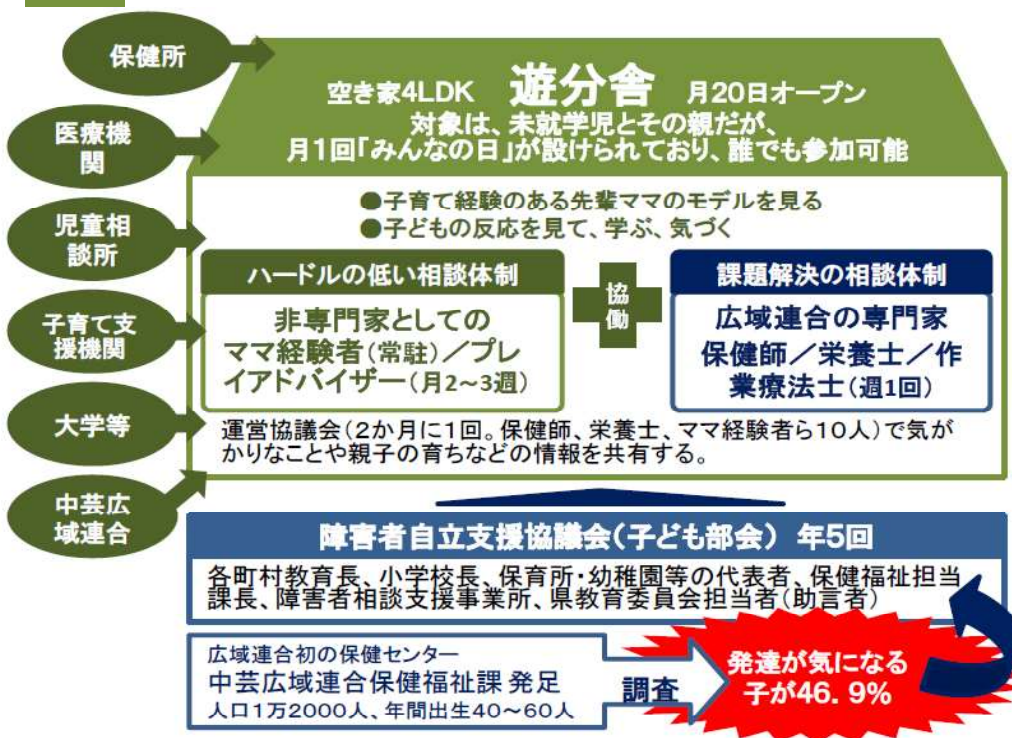
高知県中芸広域連合(馬路村、安田町、田野町、奈半利町、北川村)では、平成21年度に保健センターを広域化した保健福祉課を設置。未就学児の4割以上が発達の気になる子とわかり、母親の孤立も深刻なため、ハードルの低い相談体制を有する「遊分舎」を関係者との協議を重ね、開設した。従来の公的な母子保健事業の考えや展開方法から脱し、先輩ママから学び、当たり前の中からの母親の困りごとに対応する支援拠点となっている。

概要・体制

- ・「遊分舎」は月20日開所、ママ経験者が常駐。誰もが立ち寄れる地域交流の居場所。
- ・多くの母子が利用するため、広域連合保健福祉課では、母子保健・子育て支援の教室等を開催し、専門職が月の1/3程度訪れ、コンタクトをとりやすいよう工夫している。
- ・一方、ちょっとした悩み、相談なら、母親同士で対応できるよう、「先輩ママのモデルを見る」→「子どもの反応を見る」→「気づく」というハードルの低い相談体制をとっている。
- ・「それでいいよ、大丈夫」と気づきを促すことを重視した地域子育て支援拠点としている。

背景・課題

- ・発達に気になる子どもの増加を危惧し、広域連合保健福祉課設置を機に調べると、未就学児童446人の要経過観察が46.9%にも上った。
- ・要保護児童の人数も増加傾向だった。
- ・ハイリスク対応とともに、個から見えてきた地域課題に予防的に対応する必要があった。



効果

- 毎月100人程が利用。平成29年度の年間延利用者は1083人(実人数140人)に達した。
- 0歳~未就学児童のほか小学生も利用。近所との交流もはじまった。
- 先輩ママを見て「ここへ来ると子どもの表情がいい。私も変わらなきゃ」と気づいた例もあり、ハードルの低い相談、体験・学び・気づきの場として認識、グレーゾーンの対応も母親同士で可能になってきた。
- 早期に保健師等の伴走型支援につながり、不登校が解消した例も出てきた。

保健センターの連携機能・役割

- ・広域連合保健福祉課発足を機に過去データの分析、アンケートで実態を把握した。
- ・子育てが「個人の問題」で「地域の問題」と認識されておらず、現行の制度・サービスで対応できていない現実を子育て・教育関係者等に問題提起した。
- ・母親の自己肯定感を高めることで子どものそれを育み、親同士のつながりで気づきが得られる、「支えられ感」ある子育て体験ができる居場所を地域・学校・関係者でつくる必要があると訴えた。
- ・苦しさを抱え込む母親も多いため、表現力がつくよう役者経験があるプレイアドバイザーも「公衆衛生活動は住民がつくるもの。強みを見られる専門職ではない人材も重要」として配置した。
- ・保健センターで待つのではなく、集まる場に出向き、接点を持てるように提供体制を組み換えた。
- ・教育行政は、グレーゾーン対応の手立てが薄いことに悩んでいたため、それに代わる体制をつくった。

効果・成果

- ・親が主体性を持って参加し、安心感・楽しみの場、交流・学び体験の場、先輩ママやママ同士の学びの場、すなわちハードルの低い相談体制、体験・気づきの場と認識されてきた。
- ・先輩ママの対応を見て、子どもが落ちつく様子を見て、「私は叱ってばかりだった」と気づく母親の姿も見られるなど、母親同士がアドバイスし合う関係性ができてきた。
- ・近所の高齢者が遊分舎の庭木を剪定をしてくれたり、おすそわけをしてくれたり、地域交流の場となり、当たり前のお節介が見られる場にもなってきた。

ポイント

- 広域連合保健福祉課設置の機会を活かした、●母子保健のデータやアンケートで実態を把握した、●教育分野の困りごとを把握した、●子どもに関わる責任者と県関係者の協議組織をつくった、●地域課題という認識で、地域の力を育てる方針を共有した

「遊分舎(あそぶんじゃ)」の開設

高知県中芸広域連合保健福祉課(連携体制構築に向けたプロセス)

A 俯瞰的立場の職員の存在

・県保健所、県教育委員会の担当者

0 位置についてヨーイ

・保健活動の中で発達
が気になる子ども、子
育てしづらさや生きづ
らさを抱えた親が増え
ていると感じていた。

2 根拠を集める

・平成21~22年の訪問で新生児の5割が1日50~80gで
体重増加し、泣く度にミルクを飲ませていることを把握。
・ママへのアンケートで62%が育児等にストレスを抱え、
25%が不眠や生きづらさを感じていることを把握。
・未就園児ママへの聞き取りで育児がしんどいが46%、
10代から喫煙、4割が喫煙、親が不登校等の実態判明。

6 育てる、促す

・予算は、障害者総合支援法の発達障害のための
地域生活支援事業と県単のあんしん子育て応
援事業、巡回相談員整備事業等を活用した。
・新聞にも取り上げられ、利用増につながった。
・この活動が圏域市町村の保健師部会で認知さ
れる中で、小学校養護教諭とつながり、生きるた
めの力を育み、自分を、相手を大切にできる子ど
もの育成を目指した「いのちの教育プロジェクト」
(県保健体育課)に結びついた。令和元年から学
校で担えない性教育が遊分舎でスタートさせるな
ど、活動の幅を広げている。

0

1

2

3

4

5

6

7

1 風をつかむ

・平成21年度に中芸
広域連合が保健福
祉業務を広域化し、
保健福祉課を設置し
たのを機に、未就学
児446人を調べると、
46.9%が「発達に気
がかりがある子」に
該当した。

3 仲間をつくる

・平成22年度に
子育て支援・母子
保健・教育に関わる
有志で「中芸地区の子
どもの育ちを支える
仕組みを考える会」
を組織。

4 協議組織をつくる

・子育て環境の未整備を解決するため、「考える
会」を翌年度に障害者自立支援協議会「子
ども部会」に位置づけ、毎年5回程、議論。
・26~27年度に県の家庭教育支援にかかるモ
デル事業の着手。母親の孤立等が「地域全体
の課題」と認識されていないことを把握。
・そこで、「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「遊分舎」を
医師の空き家を借りて29年度に開設した。

7 評価・フィードバックする

・母子保健の過去のデータの分
析やママへのアンケートなどを遊
分舎の開設前に随時実施し、得
られた情報は関係者に提供した。
・個別事例は、遊分舎の運営協
議会で2か月に一度、情報共有し
ている。
・部会には県職員に入ってもらい、
俯瞰的な目で見てもらった。

B 人材育成の意識

・先輩ママの力、地域の力を重視した。 ・データ分析は広域連合で集約された保健師10人、栄養士2人などで行い、実態を知る機会とした。
・「公衆衛生活動は住民がつくっていくもの。ストレンクスが見られる地域人材が不可欠。専門的知識に偏るべきでない」という視点を貫いた。

セカンドライフをいきいきと生きる～左京からだの学校(旧「左京からだの学校男子倶楽部」)

京都市左京区役所保健福祉センター

京都市左京区では、社会環境整備に軸を置く「左京・健康なまちづくりプロジェクト」(平成28年度～)の一環で、「左京からだの学校」を実施。その後、受講生が「OB会」を自主運営し、ボランティア活動、地域支え合い活動の担い手として活躍するほか、市長へ「シニアが颯爽とお洒落して歩くのも国際都市の景観だ」と提言するなど、活動を多様化させている。意識が高まり、次の課題として、高齢男性と隙間の労働力のマッチングなども浮上している。

概要・体制

- ・区を挙げた「左京・健康なまちづくりプロジェクト」の一環で、退職男性の社会参加を促す「左京からだの学校男子倶楽部」(のちに左京からだの学校に改称)を実施。社会参加や三方良しの意義を強調し、地域とのつながりや地域貢献を促す。
- ・受講生が「OB会」を発足させ、「メンズキッチン」などのサークル立ち上げ、ボランティア活動、地域支え合い活動創出事業の担い手などの社会参加を実現している。
- ・協議組織により、他課等も環境整備やソーシャルキャピタル、広義の健康概念を理解。

背景・課題

- ・定年退職後の男性は、多様な健康課題を抱えている。一方で、多様な経験やスキルを有しており、人材不足の地域とつながる事業ができれば、Win-winの取り組みになり得ると考えていた。
- ・保健福祉センター職員は、狭義の健康に捉われがちであった。

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

- 60歳以上男性、8回講座
- 行動変容、社会的健康、地域や人とのつながりなど
 - 売り手よし、買い手よし、世間良しの「三方よし」強調
 - 体力テスト、グループワーク(地域ごと、地域包括支援センターがファシリテーター)
- 居場所づくり、ボランティア、就労等の地域貢献へ

左京からだの学校OB会

- 「終わってしまうのは寂しい」と第1期生81人中44人で規約策定、自主化。
- 親睦会、森林除伐ボランティア等
 - 講座を縁に「メンズキッチン」等のグループを立ち上げて活動
 - シニアファッションショー開催。記念行事で「シニアが颯爽と歩くのも国際都市の景観」と市長に提言。



市民

効果

- 連続講座受講者がOB会を発足させて自主化し、グループ活動やボランティア活動に発展した。
- 地域支え合い活動創出事業の担い手としても活躍。
- 次期連続講座の講師も務めた。
- 保健福祉センター職員が、業務をこなす意識から、連携を財産に関係者と活動をクリエイティブにつくり出す意識にシフト。良い区を目指す職員同士での仕事やりがいになった。
- 保健福祉センターへの他課の信頼が増した。

保健センターの連携機能・役割

- ・保健福祉センターは、同プロジェクトの協議会、ワーキングの事務局を地域力推進室と共管。
- ・「左京からだの学校」の前にグループインタビューを行った上、男性が関心を持つ内容を決定した。
- ・講座のグループワークで地域包括支援センターをファシリテーターとし、受講生を地区毎に分け、地区情報を提供するなど、地域とのつながりを促した。
- ・企画当初、「民間カルチャーセンターと何が違う？」との問いに対し、つながりができ、外出すれば、心身面の利点がある上、地域の担い手になる可能性があり、介護予防等の効果が期待できると説得。
- ・プログラム開発・評価に京都大学の協力を得る。
- ・関係機関とのつながりにより、「OB会」が多様な活動を展開したため、次年度の講座講師を依頼。
- ・OB会が「健康の次が大事」と認識しており、観光や景観・環境美化等との連携方策、高齢男性と隙間の労働力のマッチング手法を検討していく。

退職男性の健康が課題!

左京健康なまちづくりプロジェクト(平成28年～)

健康づくりの取り組みやすい環境をつくり、主体的、継続的な健康づくりを育む

気運醸成・まちづくり

意識改革・行動変容

左京健康なまちづくり協議会
各種団体関係者。現況把握、方針決定、総括(計画、進捗管理、評価)

左京健康ミーティング
幅広い年代の健康に関心ある区民。具体的な方策の検討提案 など

左京区役所庁内ワーキング

事務局＝地域力推進室、保健部、福祉部。企画・運営、関係者の連絡調整、各部署間の事業の調整・融合の検討 など

効果・成果

- ・講座の第1期生は81人(平均72歳)で63%が公的事業未参加者。修了者96%。
- ・受講だけで終わらず、OB会が発足し、多様な社会参加につながった。
- ・「従来業務をこなす」から「高いカバー率に寄与する連携先や良い区をつくるという熱心な他課職員とつながれば、クリエイティブに仕事ができる」と保健福祉センター職員の意識が変化。また、各課には困り事や健康ニーズがあり、それを把握すれば、連携できると認識。
- ・連携先が各段に増加。区役所内の風通しが良くなり、自然に連携できるようになった。

ポイント

- 退職男性の社会参加を目指し連続講座実施、●区長推進の事業等の機会も活用、●関係者に環境整備、ソーシャルキャピタル、三方良しを繰り返し説明、●受講生がOB会を組織し、自主化、●他課の住民ニーズを把握したいという困り事に「協議会」を活用

セカンドライフをいきいきと生きる～左京からだの学校(旧「左京からだの学校男子倶楽部」) 京都市左京区役所保健福祉センター(連携体制構築に向けたプロセス)

0 位置について ヨイ

- ・多様な健康課題を抱える定年退職後の男性に社会参加の機会が必要と感じていた。
- ・従来型の狭義の健康づくりや保健部門中心の取り組みでは、定年退職後の男性の介護予防等のアプローチは届かないと感じていた。

A

俯瞰的立場の職員の存在

- ・区長が「左京・健康なまちづくりプロジェクト」をスタートし、全区的な連携を促進。

2 根拠を集める

- ・事前にグループインタビューで退職男性が好みそうな歴史探訪、調理実習、講座前後の数値での評価等ニーズを探った。

6

育てる、促す

- ・「OB会」に発展。親睦会、メンズキッチン等のサークル活動、ボランティア等のほか、社会福祉協議会経由で地域支え合い活動創出事業の担い手としても活躍している。
- ・「心の健康のためスカッとした華麗な格好で外出しよう！」とシニアファッションショーを参加費500円で自主開催。「夫婦で外出する機会となった」との声も聞かれた。
- ・市長との意見交換イベントに照会し、市長に「シニアが颯爽とお洒落して歩くのも国際都市の景観だ」と提言した。講座で「三方良し」を強調したため、このように発展した。

0

1

2

3

4

5

6

7

1 風をつかむ

- ・京都市が全庁的連携を軸とした「健康長寿のまちづくり」を掲げた。
- ・区長がそれを踏まえ「左京・健康なまちづくりプロジェクト」を平成28年度に開始することに。
- ・29年度に機構改革で保健福祉が一体化。

3 仲間をつくる

- ・地域力推進室等のコアメンバーで、定年退職男性と社会参加につなげる取り組みを協議。
- ・「なぜお節介を？」との質問にヘルスプロモーションの「坂道の図」で説得。

4

協議組織をつくる

- ・プロジェクト全体の方針等を定める「左京健康なまちづくり協議会」、方策を検討する住民による「左京健康ミーティング」、部署間調整を行う「左京区役所庁内ワーキング」を立ち上げ、地域力推進室が共管で事務局を担う。
- ・社会参加の健康面、介護予防面の効果を説明し、子育て支援関係者が「保育士の手の届かない作業に期待できる」、中小企業同友会も「隙間の労働力に期待できる」など賛同を得た。「なぜお節介するのか？」との疑問に対し、環境整備の重要性等を繰り返しレクチャーした。

7

評価・フィードバックする

- ・第1期生は81人(平均72歳)で63%が公的事业未参加者。修了者96%。
- ・天井効果で体力測定結果の顕著な改善はなし。
- ・身体・認知機能の効果は数年先となるため、意識・行動や精神機能の変化を追う意向だが、生産性やネットワークの効果などについて評価手法は予算の継続確保の上でも、検討課題である。

B

人材育成の意識

- ・ヘルスプロモーションの「坂道の図」等を用い、社会参加、環境整備の意義を繰り返し説明。理解してくれている。

ささえ愛のある地域づくり(竹田市介護予防強化推進事業)

竹田市高齢者福祉課(総合社会福祉センター)

竹田市では、モデル事業を機に元気高齢者等が担い手となる「暮らしのサポートセンター」を創出し、その全市展開と、高齢者がいきいきと暮らし続けるための生活支援体制整備事業等の推進のため、全市的な「ささえ愛推進会議」を立ち上げ、部局横断で地域づくりを進めている。高齢者の実態・ニーズを良く知る保健師がトップに立つ高齢者福祉課が事務局を担ったことで健康福祉政策の関心が高まり、さらに連携で人事異動に伴う滞りも減った。

概要・体制

- ・元気高齢者等が担い手となる「暮らしのサポートセンター」や、そうした資源の創出を担う生活支援体制整備事業の協議体の運営支援を含む「住民主体でつくり出す地域づくり」を、高齢福祉課が事務局となる全庁連携体制「新しいささえ愛推進会議」や市職員らの「チーム」で支援。育てた野菜が買える通いの場、食事つき買い物ツアー等が実現。
- ・暮らしのサポートセンターは7校区に7か所整備。平成29年度の実績は、サポーター250人、寄り合い等参加者9,800人、生活支援サービス利用者630人。

背景・課題

- ・高齢化率5割に迫る高齢化、人材不足が深刻。
- ・平成23年度に高齢者の雇用創出、24~25年にのちの総合事業や体制整備事業につながるモデル事業を相次いで受託。当初はヘルパー養成する構想だったが、保健師らが元気高齢者等が担い手となる地域づくりの必要性を強調した。

保健センターの連携機能・役割

- ・高齢者の雇用創出と介護予防のモデル事業を融合し、元気高齢者等が担い手となる「暮らしのサポートセンター」(くらサポ)のアイデアを示す。
- ・平成24年度に開始したくらサポの担い手「暮らしのサポーター」養成では、保健師らが予防の視点をレクチャーし、先進自治体職員を講師に招いて、自立支援・介護予防のノウハウも伝授した。
- ・平成27年度から総合事業、体制整備事業に着手する中、市長の「くらサポ全市拡大」「全庁連携」の指示を受け、さわやか福祉財団を招き、フォーラムを開催。コアメンバーをもとに全市的な「ささえ愛推進会議」を発足、高齢者福祉課が事務局を担う。
- ・第2層協議体では、市職員や保健師の「チーム」の支援と住民組織の参画もあり、予防の視点が根づいた。保健師連絡会でも情報を共有している。
- ・「行政が手をかけ過ぎ、住民のできることを奪ってきたのではないかと反省している。

ポイント

- モデル事業を機に暮らしのサポートセンターを創出
- その全市拡大を指示した市長により全市的連携が実現
- 高齢者の実態・ニーズを熟知する高齢者福祉課が事務局を担う
- 愛育保健推進員ら住民組織も協議体に参画、予防の視点で情報発信



効果・成果

- ・第2層協議体は7校区17地区に整備。愛育保健推進員など住民組織の参画や保健師ら市職員らによる「チーム」の支援も相まって多様な活動が誕生。生活支援コーディネーターも住民組織との関わりの中で育成。その結果か、平成29年度の要介護認定率は18.6%と県内6番目の高さだが、保険料は第5期から5,500円と県内6番目の安さを維持している。
- ・全庁連携により人事異動に伴う滞りがなくなった。保健師機能が広く認知された。
- ・議会で健康福祉政策関連の質問が増えた。

ささえ愛のある地域づくり(竹田市介護予防強化推進事業)

竹田市高齢者福祉課(総合社会福祉センター)(連携体制構築に向けたプロセス)

0 位置についてヨーイ

- ・高齢者支援体制が必要だが、介護人材の養成等ではなく、元気高齢者の活躍が必要と感じていた。
- ・平成の大合併時、保健師のジョブローテーションのため、分散配置を行ったが月1回、保健部門保健師会議と保健師全員参加の会議、さらには事業所や病院勤務等の管内保健師会議を開催してきた。
- ・合併後も愛育保健推進員等の住民組織を保健活動の核としてきた。

A

俯瞰的立場の職員等の存在

- ・市長の「暮らしのサポートセンターの全市拡大」「一枚岩になれ！」の指示で連携が本格化。

2 根拠を集める

- ・高齢化率が5割近くに、各課は恒常的な人材不足とともに、高齢者の実態や対応の仕方がわからずに悩み、不安を抱いていた。

6 育てる、促す

- ・フォーラム実施後、第2層協議体にあたる「よっちはなそう会」を7校区17地区に設置。愛育保健推進員ら住民組織も同会に参画し、予防の視点で情報発信。「地域づくり推進関係機関チーム」で一体感が育まれ、育てた野菜が買える通いの場、食事つき買い物ツアーなどが誕生。
- ・庁内連携の結果、高齢者の実態・ニーズ把握ができる地域ケア会議に市長・副市長、幹部、総務課、議員らも参加傍聴するようになった。

0

1

2

3

4

5

6

7

1 風をつかむ

- ・企画部門で雇用創出、保健福祉部門で介護予防のモデル事業を受託。
- ・これをもとに、「暮らしのサポートセンター(くらサポ)」のイメージを確立した。
- ・モデル事業が地域づくり、つまり総合事業、体制整備事業の予行演習となった。

3 仲間をつくる

- ・企画部門がモデル事業の受け皿とした「経済活性化推進協議会」を社協に組み入れ、保健師らで暮らしのサポートセンター設立支援。
- ・平成27年度にコアメンバーで「新しい生活支援の在り方を考えるフォーラム」を開催し、考え方を共有。

4 協議組織をつくる

- ・市長の指示で第1層協議体とは別に全庁的連携体制「新しいささえ愛推進会議」を設置。月1回協議。「他部署が関わらないと高齢者対策は実現できない」と認識。
- ・また、第2層協議体を後方支援するため、生活支援コーディネーターや社協、保健師、市職員による「地域づくり推進関係機関チーム」を組織。

7 評価・フィードバックする

- ・保健師も第2層協議体に参加し、高齢者ニーズを把握し、各課に情報還元。その結果、議会で健康福祉政策の質問が増えた。
- ・住民主体の取り組みでは、優先順位のつけ方が課題。明確な評価方法が必要。

B 人材育成の意識

- ・分散配置の保健師が全庁会議や地域づくり推進関係機関チームに関わったことで健康福祉政策の重要性が幹部、職員、議員らに伝わる。
- ・「住民組織なくして保健活動はできない」と育ててきた愛育保健推進員ら住民組織の参画で生活支援コーディネーター等も育ててきた。

育み支援バーチャルセンター事業

朝霞市保健センター

朝霞市では平成21年度より、発達障害児等への対応に教員らが苦慮していることから、専門医ら専門スタッフと保育士、教員、保健師の地域スタッフがチームを組んで年2回、保育所・幼稚園・小中学校へ巡回訪問し、支援する「育み支援バーチャルセンター事業」を実施。発達支援センターがなく、教員に身近な相談先がないため、現場のエンパワメントを目的とし、教員ら支援者のスキル向上を図っている。受容できる社会づくりも視野に入れている。

概要・体制

- ・市内の保育所、幼稚園、小中学校等に専門医等の専門スタッフと保育士、教員、保健師の地域スタッフがチームで巡回し、教員ら支援者の相談支援を行う。来所した保護者等からの相談にも応じる。発達障害に関する相談内容を教育委員会学校指導課が集約した「記録用紙」をもとに事前カンファレンスを行い、相談内容を把握し、狙いをつけて巡回訪問した上、事後カンファレンスまで行っている点が特徴。
- ・対応共有の巡回相談報告会と、地域での受容を促す講演会も実施している。

背景・課題

- ・母子保健事業の中で発達上の「気になる子ども」の支援ため、乳幼児健診などの母子保健から、保育園、幼稚園、小中学校の学校保健に至る切れ目ない支援体制の必要性を感じていた。
- ・県保健所の発達障害支援会議や発達課題を有する児童が1割という県調査が背中を押した。



効果

- 平成29年度は、公立を中心に保育園9園、幼稚園8園、小学校10校、中学校5校を巡回。保育園は、公民合わせて33園に支援した。31年度は、保育園だけで60園を計画。
- 母子保健事業だけでは途切れてしまうが、多くの保育園とつながった上、小中学校へのフォローも増えて、シームレスな支援体制ができてきた。
- 現場の保育士や教員らの発達障害等の理解度と対応スキルが高まった。報告会、研修会等を重ねた結果、保健センターが身近な相談先になった。
- 副次的効果として保健師機能が認知され、健康教育の依頼が増え、子どもの自殺対策の講師依頼もされた。

保健センターの連携機能・役割

- ・保健センターは、個別相談ではなく、必要な資源やサービスにつなげたり、庁内外の調整のため、発達障害児支援マネジメント事務局を担った。
- ・専門医から産前産後の情報を持ち、サービス調整できる保健師が巡回に同行するよう要請された。
- ・家庭環境等に問題がある例では家庭訪問に同行。
- ・市の事業体系を見直し、早期療育を見据え、乳幼児健診に心理職を採用。「気になる子ども」を確定診断前に早期療育に結びつけるため、3歳までと3歳以上の発達相談教室も開始した。
- ・発達障害児支援体制整備連絡会議(年3回)は、将来を見据えた体制の検討を行う場だが、2回は担当、1回は課長級に対し、人事異動で方向にぶれが生じないよう共通理解の促進も行っている。
- ・講演会を行い、健常児の親にも、発達障害児を受け入れる共生社会の考え方をレクチャーしている。
- ・未実施保育園等に繰り返し実施要請を行う。

効果・成果

- ・発達支援センターがないという弱みを関係課や現場とのネットワーク化でクリアした。
- ・多くの保育園、幼稚園とつながった上、小中学校へのフォローも増えて、シームレスな支援体制ができてきた。心理職を採用し、母子保健事業も早期療育につなげる見直しをした。
- ・教員ら支援者のスキルが向上し、保健センターが教員らの身近な相談先となった。保健師機能も知られ、健康教育のオファーも増えた。子どもの自殺対策のSOSゲートキーパー研修では、新任教員らのロールプレイを含め、レクチャーを依頼された。

ポイント

- 県保健所の会議や県調査がきっかけ、● 発達支援センターがない弱みをネットワーク化でクリア、● 専門スタッフをリクルートし巡回チームを組織、● 支援者の支援を軸とした、● 教育委員会が現場の相談内容を集約し、カンファレンスの上、巡回する仕組みを構築

育み支援バーチャルセンター事業 朝霞市保健センター(連携体制構築に向けたプロセス)

A 俯瞰的立場の職員の存在

・県保健所が平成16年度に実施した「発達障害児支援会議」が事業化のきっかけとなった。

0 位置についてヨーイ

・「気になる子ども」の継続的な支援のため、乳幼児健診などの母子保健事業から、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必要があると感じていた。

2 根拠を集める

・朝霞市の学校等でも、県調査と同様の傾向で、実際に発達障害児がいることもわかった。
・学校も対応に苦慮し、教員らが負担感を抱いていた。

5 ツールをつくる

・学校等の主体性の担保のため、学校指導課が相談内容を集約する「記録用紙」を作成。

6 育てる、促す

・本事業は、教員ら支援者のスキル向上などが狙いの一つであるが、巡回時の記録等の教員らの負担が大きいときは保健師が支援したり、カンファレンスを行い、伴走。信頼関係を育てた。
・未実施保育園等には説得を重ねる。

0

1

2

3

4

5

6

7

1 風をつかむ

・きっかけは、県保健所が平成16年度に実施した「発達障害児支援会議」だった。
・平成16年度の県教育委員会調査で、学習面や対人面で発達に著しい困難を有する児童生徒は、小学生11.7%、中学生7.5%に上ることが明らかになった。

3 仲間をつくる

・県保健所の会議を機に保健・福祉・教育の関係者等で発達障害児の支援のあり方の情報交換をはじめた。
・すると学校では、動き回る子等の対応に担任が困っており、またどこに相談するか、どんな制度につなぐかがわからず、困っていた。

4 協議組織をつくる

・そこで、支援体制が必要とし、県教育委員会とともに、市障害福祉課、保育課、教育委員会に声をかけた。
・市には発達支援センターがないため、小児精神科・小児発達専門医、臨床心理士、作業療法士をリクルートした。
・チームでの巡回・単発相談、報告会、研修会、発達障害児支援体制整備連絡会議を実施することとした。

7 評価・フィードバックする

・報告会や連絡会議で個別ケースの対応等をフィードバックし、教員ら支援者のスキル向上を促した。巡回チームの助言により、学校等のクラス分け、生徒の並び順の苦勞が減ったとの声も聞かれる。

B 人材育成の意識

・発達障害児本人の早期発見・早期支援も重要だが、教員ら支援者の生涯の理解や対応スキルの向上にとくに重点を置いている。
・専門医等の巡回チームが定期的に入り、カンファレンスを行い、研修会なども行うため、学校等の現場の人材育成が図られている。