

公衆衛生から地域医療へのメッセージ

—両者のさらなる連携・協働の推進を目指して—

企画：地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長 中村正和

特集

●エディトリアル

●総論 —地域医療と公衆衛生との連携・協働の重要性と展望—

●感染症対策 —新型コロナウイルス感染症を中心に—

●災害時における保健・医療・福祉活動の連携

●地域医療のレジェンドの温故知新

●フレイル対策

●連携・協働で取り組む地域包括ケアシステムのPDCA

エディトリアル

地域医療振興協会 ヘルスプロモーション研究センター センター長 中村正和

少子高齢化、疾病構造の変化、さらに近年頻発する災害や新興感染症の流行の中で、地域医療と公衆衛生の一層の連携・協働が求められている。

本特集では、地域医療のいくつかの課題を取り上げ、公衆衛生に従事する医師から、地域医療関係者に、課題解決のための相互の連携・協働に向けた熱いラブコールの提示を意図した。

まず総論として、地域医療振興協会のシニアアドバイザーで公衆衛生委員会委員長である宇田英典先生から、ご自身が離島医療を通じて認識された公衆衛生の重要性を熱く語っていただくとともに、地域包括ケアシステムの推進と健康危機事象の発生時における連携・協働の方向性や進め方、当協会の活動、今後の展望を解説していただいた。地域医療と公衆衛生のどちらも熟知されておられる著者ならではの説得力のある内容である。

次に、各論として、大分県東部保健所所長で全国保健所長会会長の内田勝彦先生から、新型コロナウイルス感染症対策の経験をもとに、今後の新興感染症対策における医療と公衆衛生の役割分担と連携のあり方について解説いただいた。新型コロナウイルス感染症対策で明らかになった連携の課題が具体的に整理され、地域医療の現場にとっても大変参考になる。

熊本県人吉保健所所長の服部希世子先生からは、熊本地震での経験や厚生労働科学研究の成果を踏まえて、災害時における保健医療福祉活動が相互に効果的に連携するためのポイントを明快にまとめていただいた。「平時にできないことは、災害時には絶対できない」とあり、平時からのシステムの構築と、情報収集・共有システムの整備の必要性を強調された。

大阪府の八尾市保健所所長の高山佳洋先生からは、長年にわたる循環器疾患の予防対策の研究や行政の経験を踏まえて、大阪府や国の健康政策を俯瞰しながら、増大する健康格差の問題、現在取り組んでおられる健康まちづくりについて紹介いただいた。関係者間でのデータの共有、医療施設も含めた小規模事業所の健康経営を地域ぐるみで行う重要性を指摘していただいた。

女子栄養大学教授の新開省二先生からは、フレイルの疫学研究や地域での対策の経験をもとに、地域でのフレイル予防は医学モデルでなく生活機能モデルで捉える重要性と、疾病面と生活面の対策に分けて役割分担することの必要性を解説いただいた。また、地域特性や人口規模の異なる3つの自治体での取り組み事例を紹介しながら、地域医療との連携・協働の課題を提示していただいた。

最後に、富山県新川厚生センター所長の大江浩先生から、地域包括ケアシステムの推進にあたって行政計画や組織を横断したPDCAの重要性が高まっていることを受けて、その背景や実際について解説いただいた。公表データや分析ツールを活用した資源・取り組み・成果の見える化は必須であることが改めて認識された。

地域医療と公衆衛生の連携・協働を推進するキーワードは、複数の著者が異口同音に語っているように、平時からの地域医療と公衆衛生の枠を越えた連携・協働体制の構築である。また、連携・協働のために情報や課題の共有、取り組みや成果の見える化が必要である。まさにアクションリサーチの手順、「みんなで見て、みんなで考えて、みんなで行動する」である。

平時のみならず、健康危機事象時にも地域住民の命や健康が守れる社会の仕組みを構築するため、本特集が地域医療と公衆衛生の連携・協働のあり方や役割を考える契機となれば幸いである。

総論

—地域医療と公衆衛生との連携・協働の重要性と展望—

地域医療振興協会 公衆衛生委員会委員長 宇田英典

POINT

- ① 人々の健康を規定する要因は、1. 遺伝的要因と感受性素因、2. 社会経済的環境、3. ライフスタイル、4. 感染症および物理・化学的環境、5. 保健医療の水準・サービスへのアクセス等、多岐にわたることから、人々の健康を保持・増進していくためには、これらの要因に対し、バランスよく、多角的に対応していく必要がある
- ② 産業基盤が脆弱で過疎高齢化が進む離島においては、健康格差の現実に直面することも少なくない。個の対応力の強化と同時に、政策等の制度設計や組織的対応といった集団へのアプローチの両者が必要である
- ③ 高齢化が進む我が国において重要な政策課題の一つである地域包括ケアシステムの推進のためには、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供されることが基本となる
- ④ 日常生活に甚大な影響を及ぼす大規模な健康危機事象が発生した際には、個への対応と同時に組織やシステムに働きかける危機管理対応システムが重要である

特集

健康の保持・増進を図るために

人々の健康を規定する要因は、1. 遺伝的要因と感受性素因、2. 社会経済的環境、3. ライフスタイル、4. 感染症および物理・化学的環境、5. 保健医療の水準・サービスへのアクセス等、多岐にわたる(図1)。健康状態は、それぞれの個体が有する遺伝的要因をベースとしながら、ライフスタイルや環境要因、それらに対する感受性、保健医療提供体制等によって左右される¹⁾。人々の健康を保持・増進していくためには、これらの要因に対し、バランスよく、

多角的に対応していく必要がある。

世界保健機関(WHO)では、公衆衛生の役割を「地域社会の組織的努力を通して、疾病を予防し、生命を延長し、身体的・精神的増進を図る科学であり技術である」としている。この中で、重要な「地域社会の組織的努力」とは、地域住民はもとより、医療、保健、福祉といった地域を構成するさまざまな団体や施設、専門家が連携・協力して行うものと考えられている。

地域住民の健康の保持・増進のためには、地域医療と公衆衛生は不可分の関係にある。

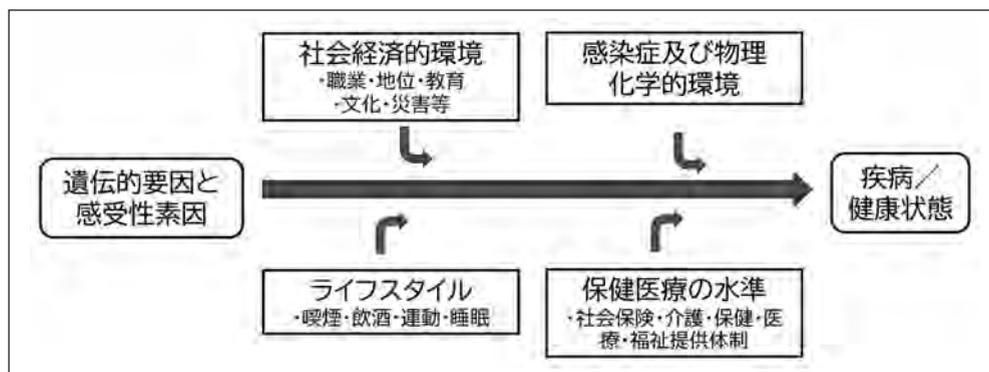


図1 健康を規定する要因

離島医療を通じて認識した 公衆衛生の重要性

筆者は自治医科大学卒業後、鹿児島大学、県立病院、国立病院等での研修・勤務を経て、九州西方約45kmに位置する鹿島村診療所(甌島)や鹿児島市から南に約400km離れた瀬戸内町へき地診療所(奄美大島)で離島医療に従事する等、10年間の義務年限を地域医療の現場で過ごすことができた。

義務年限終了後は、母校の建学の精神に則って、漠然と地域医療に従事するものと考えていたが、離島医療の経験や、当時、厚生省から鹿児島県に赴任していた郡司篤晃先生との出会いがきっかけとなり、公衆衛生の道を選択することにした。

離島やへき地等の限られた生活空間では、診療所を訪れる患者に対する診療だけでは、地域の健康を支えるには十分とは言えない。往診や在宅診療、訪問看護や訪問介護との連携、散在する乳幼児施設、小・中学校、高齢者・障害者施設等での健診や予防接種といった保健活動、住民からのよろず相談や日頃のご近所付き合いといった日常活動等、健康に関連する活動は多い。

また健康格差も看過できない課題の一つである。離島の良さは、自然の美しさや人情の深さ、新鮮な食べ物等、枚挙にいとまはないが、中でも最大の長所は、さまざまな境遇の人たちが暮らしていける懐の深さではないだろうか。産業基盤が脆弱で過疎高齢化が進む中であっても、地域の支え合いの中で生き生きとした生活が営

まれている。しかし一方では、さまざまな社会的課題や困難を抱える住民も少なくない。健康格差は、地域格差と所得格差の2つの要素から生じる。

巡回診療の際に訪れた加計呂麻島の集落において、精神を病んだ40代女性の住宅へ往診を依頼されたことがあった。進行した疾患による身体所見、病識の欠如といった病状だけではなく、生活の基盤となる衣食の貧相さ、非衛生的な生活環境、近隣住民だけの脆弱な支え等、複合的、難度の高い課題を抱えた患者への対応は、医師の力の及ぶ範疇を超えていた。保健・医療・福祉・介護・建築・総務等の幅広い行政組織や医療以外の関係機関・団体とも協議しながら、対策を模索していった経験は強烈な印象として残っている。

医療従事者は医療を通じて地域住民の健康や生活を支援していくことが大きな役割であるが、同時に、地域全体を健康で住みやすいものにしていく地域づくりの一部も担っている。健康増進・疾病予防に資する地域住民のヘルスリテラシーの向上、医師のみならず保健師や薬剤師、看護師等のコメディカルスタッフの確保、疾患や外傷の背景にある生活習慣や生活環境・地理的状況の分析・評価、行政施策への提案、中核的病院との医療連携体制の整備や充実・強化、医療従事者を支える遠隔教育や遠隔診療体制の整備等、医療従事者自身の対応力の強化とともに、政策等の制度設計や組織的対応といった集団へのアプローチの両者が必要なことを、離島医療を通じて痛感した。

地域包括ケアシステムの推進に 必要な連携・協働

地域包括ケアシステムは、高齢化が進む我が国においては重要な政策課題の一つである。国立社会保障・人口問題研究所によると、2060年には総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は40%近い水準になると推計されている。複数の疾患を有し、多様な健康課題を抱え、心理社会的にも継続的・包括的ケアを必要とする高齢者への対応は待ったなしである。

国においては、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めている。

在宅での生活が可能であれば、外来診療や訪問診療を活用しながら住み慣れた地域での生活を継続する。症状が悪化したり、入院が必要な状態になったりした場合には、最寄りの病院で入院診療を受け、退院できる状態になったら自宅に戻り地域での生活を続ける。介護を必要とする高齢者に対しては、ケアマネジャーがさまざまな介護保険サービスをマネジメントし在宅での生活を支える。

筆者が鹿児島県伊集院保健所に在勤中、管内の病院とケアマネジャーとの関係を強化するために行った医療介護連携事業について紹介したい²⁾。対象とした鹿児島保健医療圏は、県都鹿児島市を含め3市、人口約70万人で構成される。病院数85カ所(うち急性期病院53カ所)、ケアマネ事業所204カ所の地域である。本事業には、85病院のうち47カ所(うち53カ所の急性期病院の32カ所)、204カ所のケアマネ事業所は204カ所全ての事業所の参加が得られた。

事業開始時の入院完結率については、鹿児島市民の場合は市内の病院に94%が入院していたが、近隣の2市の住民の場合には居住地の病院に入院する割合は約45%(2013年)であった。入退院時の患者情報については、入院時にケアマネジャーから病院への患者情報の提供は57%

(要支援16%、要介護70%)、退院時に病院からケアマネジャーへは約70%(要支援45%、要介護75%)と、必ずしも情報共有は十分とは言えなかった。特に、居住地と異なる地域に入院した患者情報の共有化の割合は低く、行政圏域を跨いだ医療介護連携の難しさが示唆された。

伊集院保健所が県庁の支援も得て、医療機関、医師会、ケアマネ事業所、ケアマネ協議会等との調整、進捗状況の把握と調査結果の還元提供等を行った結果、現時点では両者からの情報の提供漏れは1割に満たない状況まで改善している。本事業は、全国各地で行われている医療介護連携構築の一つであるが³⁾、公衆衛生が地域医療と関係機関・団体との連携・協働に重要な役割を果たした好事例と言える。

健康危機事象発生時に 必要とされる連携・協働

近年、地球温暖化の進行や世界的な流通網の発展等により、自然災害や感染症の蔓延といった健康危機事象が増加傾向にある。比較的限局した地域における小規模の健康危機事象の場合には、これまでの経験や知識・技術、体制・ネットワークを駆使して、通常業務の延長線上でなんとか対応することができる。

ただし、パンデミックや広域にわたる自然災害といった規模の大きい健康危機事象が発生した場合には、平時の体制で対応することは難しい。まして、災害救助法が適応される規模の大規模災害や、COVID-19のような国際的規模のパンデミック等では、平時の体制を危機管理体制に切り替えなければ対応することは困難である。

大規模災害時には、長期にわたり、多岐に及ぶ多様なニーズが発生することから、健康被害を最小化するためには発災後のフェーズに応じて、医療救護活動、保健予防、生活衛生対策を総合的に進めることが重要である。災害直後の急性期には、控滅症候群や外傷等の直接的な健康被害への対応とともに、医療機関が被災したことにより投薬や診療を受けることができない

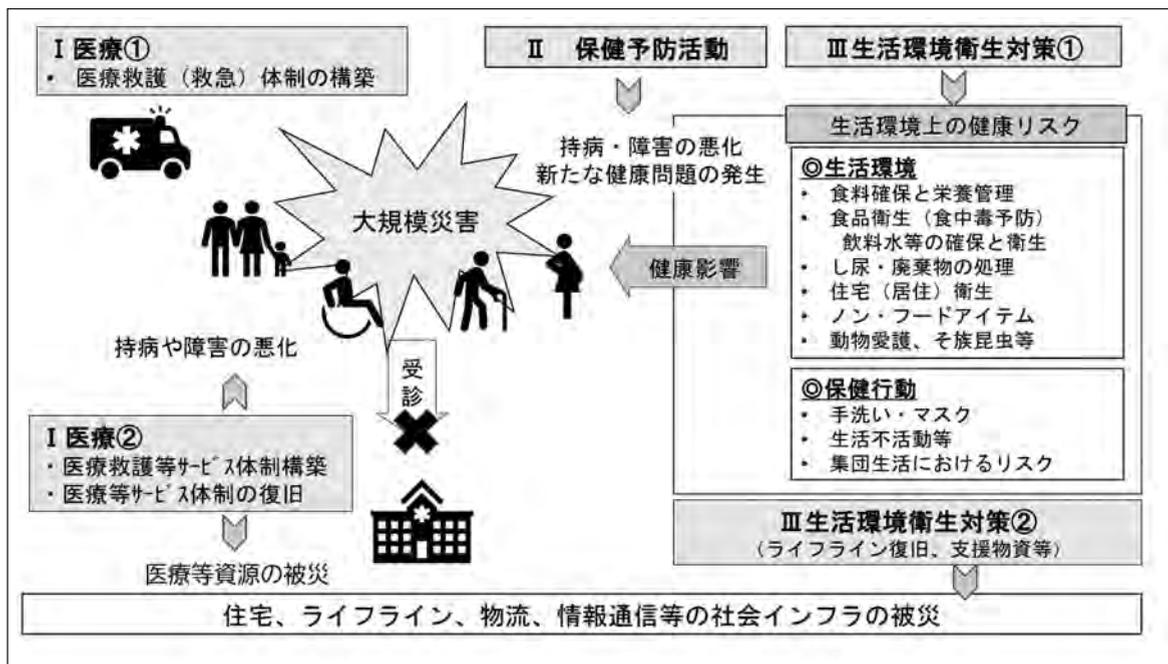


図2 災害時保健医療対策3本柱 二次健康被害の最小化

特集

慢性疾患患者や障害者等の地域住民に対して、広域で迅速な医療救護が必要である(図2)。

さらに、亜急性期以降には、集団で生活している避難所等において発生する健康リスクに対応するため、手洗い・マスク着用等の感染予防、生活不活化病やエコノミッククラス症候群予防等の保健予防活動、食料確保や栄養管理、飲料水等の確保、し尿・廃棄物の処理等の生活環境衛生対策を総合的に実施することが求められる。

災害救助法やいわゆる感染症法、新型インフルエンザ等対策特別措置法といった健康危機管理の根拠法に基づき住民の生活や生命の安全、健康を守るために行政が責任を持って対策を講じている。保健所や都道府県庁が指揮命令系統の中核となり医療機関や消防の他、DHEAT(災害時健康危機管理支援チーム)やDMAT(災害派遣医療チーム)、IHEAT(新型コロナウイルス感染症等に係る対応人材)等の応援派遣者の協力を得ながら、多岐にわたる組織による一体的な対策が行われる構造となっている(図3)。

災害対策と同様に感染症対策においても、地域医療の現場で行われる個々の患者への診療と、地域住民や職場等の集団を対象とした公衆

衛生活動は密接に関連している。対象となる感染症患者を診察した医師は法に基づき、公衆衛生の専門機関である保健所に届け出を行う。保健所は、積極的疫学調査や健康診断の勧告等を通じて感染の蔓延状況を把握し、就業禁止命令や入院勧告等により感染拡大防止対策を行う。

また、医療機関や高齢者施設、障害者(児)施設等での集団感染は、入院・外来患者やその家族、医療従事者、医業経営への影響といった当該医療機関へ大きなダメージを与えるとともに、地域の医療提供体制の脆弱化、受診抑制や保健予防活動の見直し・中止等による住民の健康悪化等、地域社会に与える影響も小さくない。

医療機関等の施設内感染防止には、発生防止や早期探知、感染拡大防止等、医療機関自ら院内感染対策の充実を図るとともに、公衆衛生の立場からは地域の医療連携体制の構築、院内感染発生時の指導・支援、地域住民への適切な情報提供、入院、転院調整といった医療連携体制や必要に応じた施設等への人員の支援体制を整える必要がある。

このように、生命や健康、日常生活に甚大な影響を及ぼす大規模な健康危機事象が発生した際には、個への対応と同時に組織やシステム

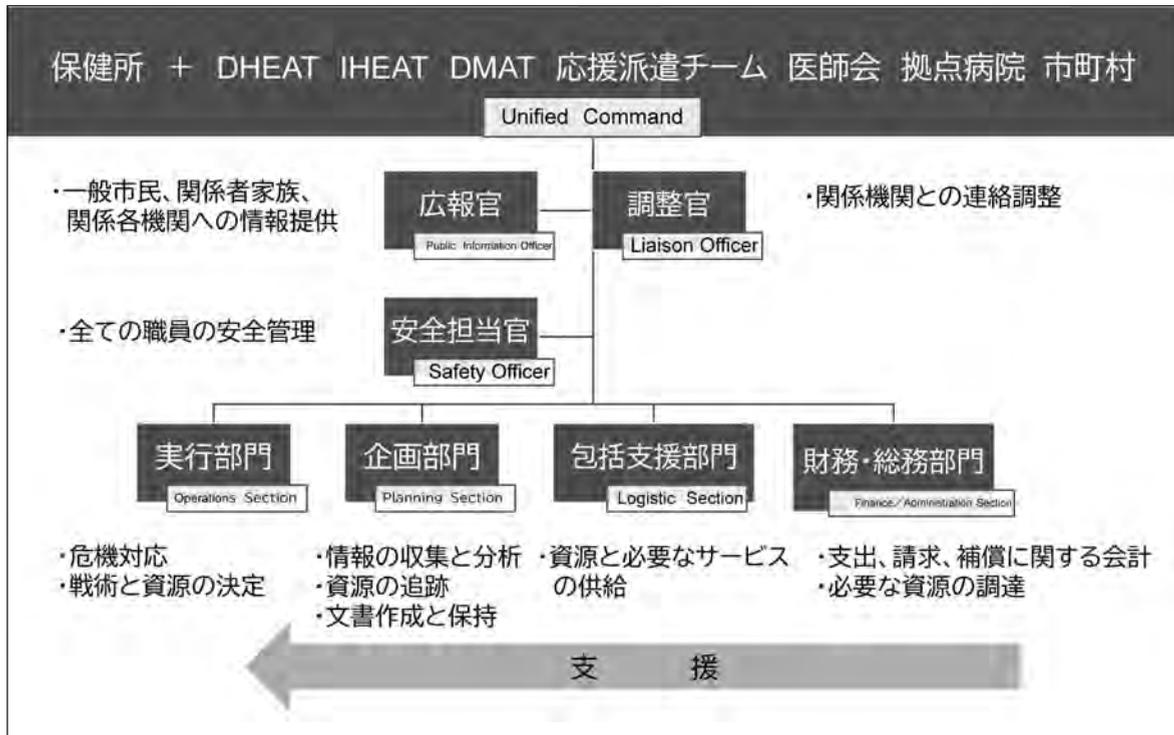


図3 大規模健康危機事象発生時の統合チームによる指揮のイメージ
 DMAT (災害派遣医療チーム) Disaster Medical Assistance Team
 DHEAT (災害時健康危機管理支援チーム) Disaster Health Emergency Assistance Team
 IHEAT (新型コロナウイルス感染症等に係る対応人材) Infectious disease Health Emergency Assistance Team

に働きかける危機管理対応システムが重要である。行政や医療機関、応援派遣者等が連携・協働したシステムティックな対応がなされなければ、それぞれの組織が烏合の衆になりかねず対策の効果を上げにくくなる。健康危機事象の発生時には、地域医療と公衆衛生の連携・協働は不可欠である。

地域医療振興協会の 公衆衛生委員会活動

地域医療振興協会(JADECOM)に設置されている公衆衛生委員会の活動を紹介したい。2020年に京都で開催された公衆衛生学会で、COVID-19に対する対応をテーマとして、初めてJADECOM主催のセミナーを開催した。JADECOMから吉田卓義先生(練馬光が丘病院副管理者)、望月崇紘先生(君津市国保小櫃診療所管理者兼診療所長)、公衆衛生の立場から内田勝彦先生(大分県東部保健所所長:全国保健所長会会長)に地域医療と公衆衛生の連携・協働

に関して発表・議論していただいた。

以後、2021年の第80回日本公衆衛生学会総会(東京)では、中村正和先生(ヘルスプロモーション研究センターセンター長)と梅屋崇先生(あま市民病院事業管理者兼病院長)から、群馬県嬬恋村でのフレイル予防、青森県東通村での短命県返上プロジェクト、東京都台東区立台東病院や愛知県あま市民病院でのヘルスプロモーション病院活動について、また2022年の第81回日本公衆衛生学会(甲府)では、嶋田雅子管理栄養士(地域医療振興協会本部)から真鶴町国保診療所の取り組み、楠本直紀作業療法士、野本潤矢作業療法士(台東区立台東病院/老人保健施設千束)からは、病院が地域住民と協働で取り組んでいるヘルスプロモーション活動に関する発表がなされた。

地域住民が「ずっとこのまちで暮らし続けられる」ための活動、また職員が多職種で連携しながら実施している「ずっとこの施設で働き続けられる」ための活動等、JADECOMの施設が診療業務の中で取り組んでいる、地域医療と公

衆衛生の連携・協働した優れた活動事例として全国の公衆衛生関係者に示すことができたと考えている。

さらに、JADECOCOMの25の病院を対象として、京都大学社会健康医学系専攻(今中雄一教授)と共同で実施したヘルスプロモーション活動の調査結果についても紹介しておきたい。病院で行われるヘルスプロモーション活動とは、医療従事者はもとより、患者や地域住民、職員およびその家族を対象として、それぞれの立場の人たちが、健康に影響するさまざまな生活習慣、環境について考え、より良くするためのさまざまなサポートやプロセスを包含するものである⁴⁾。

25病院全てから、病院の規模・機能、地域特性、ニーズに応じて、食事や運動、休養、飲酒、喫煙対策といったさまざまな健康規程要因に関する創意工夫あふれる活動事例が寄せられた⁵⁾。JADECOCOMの施設は市町村等から管理運営を委託され、行政と一体的、あるいは密接な連携体制のもとで地域医療を展開している例が多い。そのような背景を持つJADECOCOMだからこそ、公衆衛生の大切な概念の一つであるヘルスプロモーション活動が実践されているのではないかと考えられた。

病院は医療を通じて人々の健康づくりに寄与しているが、今回の調査結果から患者、職員、あるいは地域住民を対象として、さまざまなヘルスプロモーション活動が行われているといった、心強い実態が把握された。今後も、医療機関のさまざまな日常的取り組みの中で、このような活動が拡充していくことを期待したい。

地域医療と公衆衛生との 連携・協働に関する展望

身体・精神いずれの障害・疾病の有無にかかわらず、住み慣れた地域で生活していくためには、住まい、医療、介護、予防、生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの推進が重要である。

また、感染症や食中毒、災害対策等の健康危機事象の発生の際には、地域住民の生活や生命の安全、健康を守るために都道府県庁や保健所といった行政機関と、地域医療との連携・協働による対応が不可欠である。

地域医療と公衆衛生との連携・協働は、健康の保持・増進のために大切な関係性を有する。今後とも相互連携のもとで地域医療が展開していくことが望まれる。

参考文献

- 1) NEW予防医学・公衆衛生学(改訂第4版),岸玲子,他 編集,南江堂,2018.
- 2) 鹿児島保健医療圏域入退院支援ルールについて. <http://www.pref.kagoshima.jp/ak06/kenko/nyutaiinn/ru-ru.html>(accessed 2023 Feb 27)
- 3) 平成27年度高齢者リハビリテーションの機能強化事業 都道府県医療介護連携調整実証事業 報告書. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000143737.pdf>(accessed 2023 Mar 1)
- 4) 日本ヘルスプロモーション学会. <https://plaza.umin.ac.jp/~jshp-gakkai/intro.html>(accessed 2023 Jan 27)
- 5) 地域医療振興協会公衆衛生委員会, 病院におけるヘルスプロモーション活動に関する調査結果報告. <https://www.jadecom.or.jp/library/movie2/pdf/phpreport.pdf>(accessed 2023 Jan 18)

感染症対策

—新型コロナウイルス感染症を中心に—

全国保健所長会 会長(大分県東部保健所 所長) 内田勝彦

POINT

- ① 新興感染症発生時に、できるだけ短期間に診断に資する検査体制が臨床医に提供される必要がある
- ② 新興感染症であっても、病診連携、病病連携によって入院する医療連携体制が整備される必要がある
- ③ 新興感染症まん延時に、自宅療養者、施設療養者、宿泊療養者について委託も含め迅速に療養管理体制を確立する必要がある
- ④ 地域感染期に全ての医療機関が外来対応できる医療体制整備が必要である

特集

はじめに

新型コロナウイルス感染症では、保健所は地域の医療機関と連携を取りながら3年を超える期間対応した。本感染症の位置付けは新型インフルエンザ等感染症から五類感染症に変更され、次の新興感染症に対しての準備も始まっている。本稿では今回の対応を振り返り、今後の新興感染症対策における地域医療と公衆衛生の連携・役割分担について考える。

感染症に対する 医療と公衆衛生の役割

感染症に罹患した患者への対応は医療の役割であるが、感染症の種類によっては感染拡大防止のために公衆衛生対応が必要な場合があり、そのため感染症の予防及び感染症の患者に対す

る医療に関する法律(以下、感染症法)第12条では感染症患者を診断した医師に届出義務を課し、そこから地域医療と公衆衛生(行政)の連携が開始される。届出に患者氏名など個人属性が必要な感染症は一類、二類、三類、四類、新型インフルエンザ等感染症、新感染症および一部の五類感染症(麻しん、風しん、侵襲性髄膜炎菌感染症)であり、直ちに届け出る必要がある。

届出を受けた行政(保健所)は、必要に応じ積極的疫学調査を行い当該感染症の感染拡大防止対応が必要と判断された場合は感染症法に規定されるさまざまな措置を実施することになる(表1)。これら措置の中に入院も含まれるが、平常時において届出件数が多い結核(二類感染症)では、届出を受けた時点で、すでに病診連携・病病連携により結核病床を有する医療機関に入院していることが多いため入院勧告は形式的に行われるにすぎず、行政は積極的疫学調査によ

表1 感染症法に規定される措置

感染症法	条文見出し	一類	二類	三類	四類	新型インフルエンザ等 感染症
16条の3	検体の採取等	○	○			○
17条	健康診断	○	○	○		○
18条	就業制限	○	○	○		○
19条・20条	入院	○	○			○
26条の3	検体の取去等	○	○			○
27条	病原体に汚染された場所の消毒	○	○	○	○	○
28条	ねずみ族、昆虫等の駆除	○	○	○	○	○
29条	物件に係る措置	○	○	○	○	○
30条	死体の移動制限等	○	○	○		○
31条	生活の用に供される水の使用制限等	○	○	○		○
32条	建物に係る措置	○				
33条	交通の制限又は遮断	○				

り感染源追求や感染拡大可能性把握を行い、健康診断、就業制限などの措置を実施する。

また、感染症(疑いを含む)患者に対する外来診療については感染症法に特段の定めはなく、診断までは全ての医療機関が対応する前提となっている。

新型インフルエンザ等政府行動計画 で想定された対応

新型インフルエンザ等政府行動計画(以下、行動計画)は2005年11月に策定、数次の改定を経て2009年2月に全面改定され、発生段階を前段階(未発生期)、第一段階(海外発生期)、第二段階(国内発生早期)、第三段階(感染拡大期、まん延期、回復期)、第四段階(小康期)とした。未発生期には各都道府県がまん延期における医療体制の確保を行い、海外発生期には検疫体制およびサーベイランス体制を強化、パンデミックワクチン接種、パンデミックワクチン生産開始、発熱相談センターの設置などを行い、国内発生早期には発生地域で外出自粛要請等の感染拡大防止対策、発熱外来の整備、患者への入院勧告などを行い、感染拡大期には検疫は縮小し、病院・高齢者施設等における感染対策を強化し、パンデミックワクチンの接種などを行い、まん延期には患者の入院措置を中止し原則として全ての入院医療機関において診断・治療を行うとともに、入院治療は重症患者を対象とすることとし、小康期には発生前の通常の医療体制に戻し、発熱相談センターおよび発熱外来を縮小・中止するなどとした。

2009年2月頃、メキシコとアメリカで新型インフルエンザの局地的な発生が確認された。このウイルスA(H1N1)pdm09の感染は拡大しWHOは同年4月25日に「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態(PHEIC)」を宣言した。国内で初めて患者が確認されたのは5月9日で帰国者であった。当初は新型インフルエンザ等感染症として入院勧告の対象であったが流行地域では自宅療養を認める取扱いとなり、6月19日には全国で入院勧告は中止され季節性インフルエンザと同様に原則として全ての医療機関で診療することになった。

この経験を踏まえ、2011年9月に行動計画は現行計画に改定された。この改定では、発生段階に地域性を加味し、国内発生早期、国内感染期の期間中に地域未発生期、地域発生早期、地域感染期を想定した。また、地域発生早期から地域感染期への移行は各都道府県において患者の接触歴が疫学調査で追えなくなった時点が目安とされた。医療体制は海外発生期から帰国者・接触者相談センターと帰国者・接触者外来を設置し、発生早期には入院勧告を行い、感染期には帰国者・接触者相談センター、帰国者・接触者外来、入院措置を中止し、原則として一般の医療機関において新型インフルエンザの患者の診療を行うこととされた。

新型コロナウイルス感染症での 実際の対応

新型コロナウイルス感染症は2020年2月1日から指定感染症としての対応が開始され、同年

3月28日の基本的対処方針にも記載されているとおり、行動計画の発生早期に相当する対策すなわち帰国者・接触者相談センター、帰国者・接触者外来での対応、入院勧告・措置といった対応がとられた。また「患者が増加し重症者等に対する入院医療の提供に支障をきたすおそれがあると判断する都道府県では、厚生労働省に相談の上、重症者等に対する医療提供に重点を移す観点から、入院治療が必要ない軽症者等は自宅療養とし、電話等情報通信機器を用いて遠隔で健康状態を把握していくとともに、医師が必要とした場合には電話等情報通信機器を用いて診療を行う体制を整備すること」および「患者が増加し増設した帰国者・接触者外来での医療提供の限度を超えるおそれがあると判断する都道府県では、厚生労働省に相談の上、必要な感染予防策を講じたうえで、一般の医療機関での外来診療を行うこと」といった内容も記載されている。また、「自宅療養とする際、家族構成等から高齢者や基礎疾患を有する者等への感染のおそれがある場合には、地方公共団体は、軽症者が宿泊施設等での療養を行うことや、同居家族が一時的に別の場所に滞在すること等、家族内感染のリスクを下げるための取り組みを講じること」として宿泊療養を提案している。

2020年5月4日(第1波の頃)の基本的対処方針では、重症者等に対する医療提供に重点を置くべき地域では、入院治療が必要ない無症状病原体保有者および軽症者(以下「軽症者等」)は、宿泊施設等での療養とすることで、入院治療が必要な患者への医療提供体制の確保を図ることとされ、実質的に行動計画の地域感染期に相当する対応を取ることになったが、入院勧告・措置は中止されず、感染拡大防止のため人権を制限する入院勧告・措置制度が地方行政の重症度判断に基づき行われるという問題が生じることになった。

2020年9月15日(第2波の頃)に事務連絡「令和2年度インフルエンザ流行期における発熱外来診療体制確保支援補助金にかかる対応について」において診療・検査医療機関の指定要件が示され、外来対応医療機関が帰国者・接触者外

来から診療・検査医療機関に移行することになり、2021年1月7日(第3波の頃)の基本的対処方針では「患者が増加し(中略)一般の医療機関での外来診療を行うこと」との記載が削除された。

2020年10月14日(第3波の前)に入院勧告・措置の対象が患者(65歳以上の者、呼吸器疾患を有する者その他の厚生労働省令で定める者およびこれら以外の者であって当該感染症のまん延を防止するため必要な事項として厚生労働省令で定める事項を守ることに同意しないもの)に明確化されたが、2021年1月7日(第3波の頃)の基本的対処方針で「病床がひっ迫する場合には、高齢者も含め軽症者等は宿泊施設(適切な場合は自宅)での療養とすることで入院治療が必要な患者への医療提供体制の確保を図ること」とされているように、入院勧告・措置が地方行政の重症度判断に委ねられる状況は続いた。2021年2月3日に特措法等が改正され新型コロナウイルス感染症が新型インフルエンザ等感染症に位置付けられたが、基本的な対応に変化はなかった。

第4波(2021年春・アルファ株)では兵庫県や大阪府での医療ひっ迫が、オリンピック期間中の第5波(2021年夏・デルタ株)では東京都をはじめこれまで大きな感染拡大がなかった地方都市でも医療ひっ迫がみられた。2021年11月19日の基本的対処方針では更なる感染拡大時への対応が示され、「医療の確保に向けて、政府の責任において、入院対象者の範囲を明確にするとともに、法で与えられた権限に基づき、政府及び都道府県知事が、自宅療養者等の健康管理・重症化予防を図るため、地域の医療機関に対し、健康観察・診療等について最大限の協力を要請する」とされた。すなわち入院対応については限られた病床の運用が地方行政の重症度判断に委ねられる状況が続く一方で、入院できない自宅療養者の健康観察の医療機関委託が推奨された。

第6波(2022年冬・オミクロン株)では全国的に軽症の感染者が増加し、高齢患者を中心に、基礎疾患悪化、他傷病、誤嚥性肺炎、体動困難などによる入院により病床がひっ迫した地域も

多く、高齢者施設での集団感染がこれに拍車をかけた。第7波(2022年夏)、第8波(2023年冬)ではさらに感染者が増加し、全国的に病床逼迫が起こった。

新型コロナウイルス感染症対応で明らかとなった連携の課題

1. 診断に至るまでの行政の関与(第1波:2020年春)

本来、感染診断の検査適応については診察した医師が判断すべき事項であるが、新興感染症では検査体制未整備という理由で検査適応を行政(保健所)が判断せざるを得ない状況が生じることが経験された。診断手段がPCR検査しかなく、しかもプライマーが地方衛生研究所にしかない状況では、検査件数は地方衛生研究所の検査能力に依存するため行政検査を受け付ける保健所が検査件数を制限せざるを得ない。帰国者・接触者相談センターに位置付けられていた保健所は発熱者等からの相談を受け、海外渡航歴や行動歴、接触歴を聞き取り、新型コロナウイルス感染症の可能性があると判断した場合は帰国者・接触者外来に受診調整し、保健所は鼻咽頭拭い液検体を確保し地方衛生研究所に搬入していた。検査件数が上限に近づき制限が必要になると感染可能性の高い事例から優先順位をつけて検査を割り振る必要もあった。2月17日の厚生労働省事務連絡「新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安について」で、帰国者・接触者相談センターへの相談は発熱が4日以上継続した場合とされたが、これがPCR検査の適応基準と勘違いされて「4日以上発熱があるのになぜPCR検査を受けられないのか」とか、「手遅れになる」といった苦情が多く寄せられた。また、同日の事務連絡「新型コロナウイルス感染症に関する行政検査について(依頼)」で、検査対象は医師の総合的な判断で柔軟に、と補足されたが、検査件数に制限があることに変わりはなく、医師から「PCR検査が必要と判断しているのにどうして行政検査を受け付けられないのか」といった苦情を受けることもあった。

3月6日からPCR検査「SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)核酸検出」が保険適用され、PCR機器を導入する医療機関(主に急性期病院)が徐々に増えていったが、それ以外の医療機関にとって民間検査機関のPCR検査は、時間がかかるため普及せず、保健所を介したPCR検査がメインであった。5月13日から「SARS-CoV-2(新型コロナウイルス)抗原検出」が保険適用されてからは、医師が必要と判断した患者への即時検査が可能となり、診断に至るまでの行政の関与は必要なくなった。

検査体制未整備時を想定した連携訓練を実施するとともに、今回導入が進んだPCR機器の今後の活用について具体策を検討する必要がある。新興感染症発生時には、できる限り短期間で、臨床医が必要と判断した場合に診断可能な検査体制を整備することが重要である。

2. 入院勧告・措置と入院調整

結核など入院勧告・措置が必要な感染症について、その患者数は感染症病床、結核病床で対応可能な範囲であり、これら病床を有する医療機関は周知されているため病診連携・病病連携で入院しており特段の入院調整は要しない。

新型インフルエンザ等感染症においては、これらの病床では対応できないことが予想されるため、各都道府県は新型インフルエンザ等対策行動計画に基づき新型インフルエンザ患者入院医療機関を確保している。この医療機関名は非公表であったが、2019年1月の第31回厚生科学審議会感染症部会において、「新型インフルエンザ対策における医療体制に関する情報提供・共有について」が審議され、新型インフルエンザ対策医療機関について、厚生労働省ホームページに掲載し公表することになった。

新型コロナウイルス感染症においては、新型インフルエンザ患者入院医療機関がそのまま利用されたわけではなく、2020年3月26日の事務連絡「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた入院医療提供体制等の整備について(改訂)」の別添「新型コロナウイルス感染症の患者数が大幅に増えたときに備えた

次の新興感染症に備えた 連携・役割分担のあり方

改正感染症法により、各都道府県は医療関係者、消防機関、診療に関する学識経験者、市町村、保健所などからなる連携協議会を設置して入院調整の方法、医療人材の確保、保健所体制、検査体制、情報共有のあり方などを平時から協議し、予防計画を策定することになる。

患者の診断、治療、療養管理は医療が担当し、接触者管理、感染拡大防止対策は行政が担当するという共通認識のもと、各地域で医療機関と行政が連携し、検査体制未整備時の対応、感染症患者入院に際しての病診連携・病病連携と行

政の関与、自宅療養・施設療養・宿泊療養患者の療養管理体制、地域感染期の外来診療体制等について準備していくことが求められる。

参考文献

- 1) 新型インフルエンザ等政府行動計画(内閣官房ホームページ)<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/keikaku.html>(accessed 2023 Mar 1)
- 2) 新型コロナウイルス感染症対策の基本的対処方針(内閣官房新型コロナウイルス感染症対策ホームページ)https://corona.go.jp/news/news_20200411_53.html(accessed 2023 Mar 1)
- 3) 白井千香, 他:新型コロナウイルス感染症に対する地方自治体および保健所の対応-流行状況の推移およびウイルス変異に応じた感染症対応の模索-. 保健医療科学 2022; 71(4): 292-304.

災害時における 保健・医療・福祉活動の連携

熊本県人吉保健所 所長 服部希世子

POINT

- ① 災害関連死を防ぎ、被災者の生活を守るためには、発災後早期から、医療救護活動だけでなく、保健予防活動、環境衛生対策および福祉支援活動の公衆衛生活動に着手し、保健・医療・福祉の分野横断的な支援体制を構築することが必要である
- ② 保健・医療・福祉の多職種が効果的に連携するために、都道府県庁に設置される保健医療福祉調整本部や保健所等における対策会議が有効である
- ③ 災害時の多職種連携を達成するためには、平時から地域包括ケアシステムの構築を着実に進めておくことが重要である
- ④ 現在、「災害時保健医療福祉活動支援システム(D24H)」の開発が進められており、情報の面でも連携強化が進むことが期待されている
- ⑤ 地域の医療従事者には、平時だけでなく災害時にも多職種連携のリーダーシップを発揮いただきたい

●
●
●
●
●
●
●
●
●
●

特集

はじめに

災害関連死は高齢者や基礎疾患を持つ者に多く、避難生活の負担が大きいことが分かっており¹⁾、平成28年熊本地震における災害関連死の数は直接死の4倍以上に上る²⁾。災害時における保健医療福祉行政の役割は、防ぎ得た死と二次健康被害を最小限に抑えること、そして、被災地の住民ができる限り早く通常の生活を取り戻すこと、である。

発災後は速やかに指定避難所や福祉避難所が開設されるほか、自主避難所や車中泊、在宅避難、縁故避難とさまざまな避難形態を取るよう

になる。ライフラインの途絶や医療機能の低下により、避難生活に伴う健康課題は、深部静脈血栓症、低体温症、熱中症、高血圧・糖尿病・喘息・精神疾患など慢性疾患の悪化、生活不活発病、感染症、食中毒、栄養不足や食物アレルギー、口腔衛生、メンタルヘルスなど多岐にわたり³⁾、また、近年多発する災害の経験から被災者に対する福祉的視点、生活支援の重要性が高まっている。

発災直後は救急救命の医療救護活動が中心になるが、避難所における避難生活も発災直後から始まり、保健・医療・福祉に関わる健康被害のリスクが一気に高まる。災害関連死を防ぐた

めには、発災直後から、医療対策だけでなく、保健予防活動、環境衛生対策および福祉支援活動等の公衆衛生活動に着手し、中長期的な視点で分野横断的な支援体制を構築することの重要性が認識されるようになった。また災害時には、平時のコミュニティの脆弱化、住環境や日常の暮らしの変化などから、高齢者、障がい者、精神疾患患者や母子など要配慮者の課題が顕在化しやすくなる点においても、医療支援のみならず、保健や福祉分野など多職種、多機関による支援が必要となることは珍しくない。

本稿では、これまでの災害経験を踏まえ、被災自治体における災害対応体制を踏まえた地域医療と保健、福祉との協働のあり方について、現状と課題を述べる。

実災害における 保健・医療・福祉活動の連携

1. 平成28年熊本地震の課題とマネジメント通知

阪神・淡路大震災以降、国は災害時の医療だけでなく被災者の健康管理活動の実施についても、災害現場に最も近いところの保健医療行政機関である保健所において、情報収集や分析評価、支援チームの配置調整等のコーディネート体制を整備するよう、繰り返し通知を发出してきた⁴⁾⁵⁾。平成23年東日本大震災では広範囲でライフラインや交通が遮断され、沿岸地域の市町村や保健所、市町村保健センターが被災し、行政機能そのものが麻痺に陥った⁶⁾。その結果、多岐にわたる大規模な公衆衛生支援活動を現場で指揮調整することが困難になり、避難所における衛生環境などの整備に相当の時間を要した。2012年3月厚生労働省がまとめた「地域保健対策検討会報告書」⁷⁾では、被災地における保健調整機能の確保の重要性と、健康危機管理の中心的役割を担う保健所が分野横断的・重層的な連携を通して災害時の調整役を担う必要性が記された。

平成28年熊本地震では、本震後も余震が頻発し、住家等の被害に加え、いつまた起こるか分からない大きな地震への恐怖や継続する地震活

動により、避難者数の増加や避難期間の長期化を招いた。被災者は避難所の過密の回避などから、指定避難所以外にも自主避難や車中泊避難、軒下避難などを選択した。役場や保健所では道路の遮断や通信手段の途絶等により、指定避難所のみならずさまざまな場所にいる被災者の状況把握が困難となり、必要な支援が遅れる場合もあった。

このように災害が発生すると、一気に被災地の支援ニーズが膨れ上がる一方で、被災都道府県等の指揮調整部門は混乱し情報の集約もままならず、限られた支援資源の有効活用や被災状況に応じた適正な分配が十分にできなくなり、迅速な保健医療福祉活動の展開が困難になることが繰り返されてきた。

熊本地震後に行われた国の検証から、被災都道府県、保健所、保健医療活動チームの間で保健医療ニーズや支援チームの活動状況等について情報連携が行われず保健医療活動が効率的に行われない場合があったこと等を踏まえ、平成29年7月に厚生労働省通知「大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について」(通称「マネジメント通知」)が各局長連名で发出され、被災都道府県は保健医療調整本部を設置し保健所と連携すること、また保健所は市町村と連携し、支援チームへの活動調整や情報連携等の総合調整を行うこととされ、被災都道府県・保健所・市町村と3層の連携および地元関係機関や支援チームとの横の連携による総合調整の重要性と、体制構築の必要性が明確に示された(図1)⁸⁾。このマネジメント通知は画期的な通知であり、发出後、各自治体において本庁や保健所を拠点とした保健・医療の連携を進める取り組みが行われるようになった。

その後、毎年のように発生する災害対応の課題から福祉支援の重要性が認識され、自治体において医療・保健・福祉と防災との連携体制の構築を進めるため、令和元年度に厚生労働省が内閣府と連携して「医療・保健・福祉と防災の連携に関する作業グループ」を設置し、各分野の行政組織が分野横断的に被災者支援に関する情報を収集し共有するための情報連携の在り方

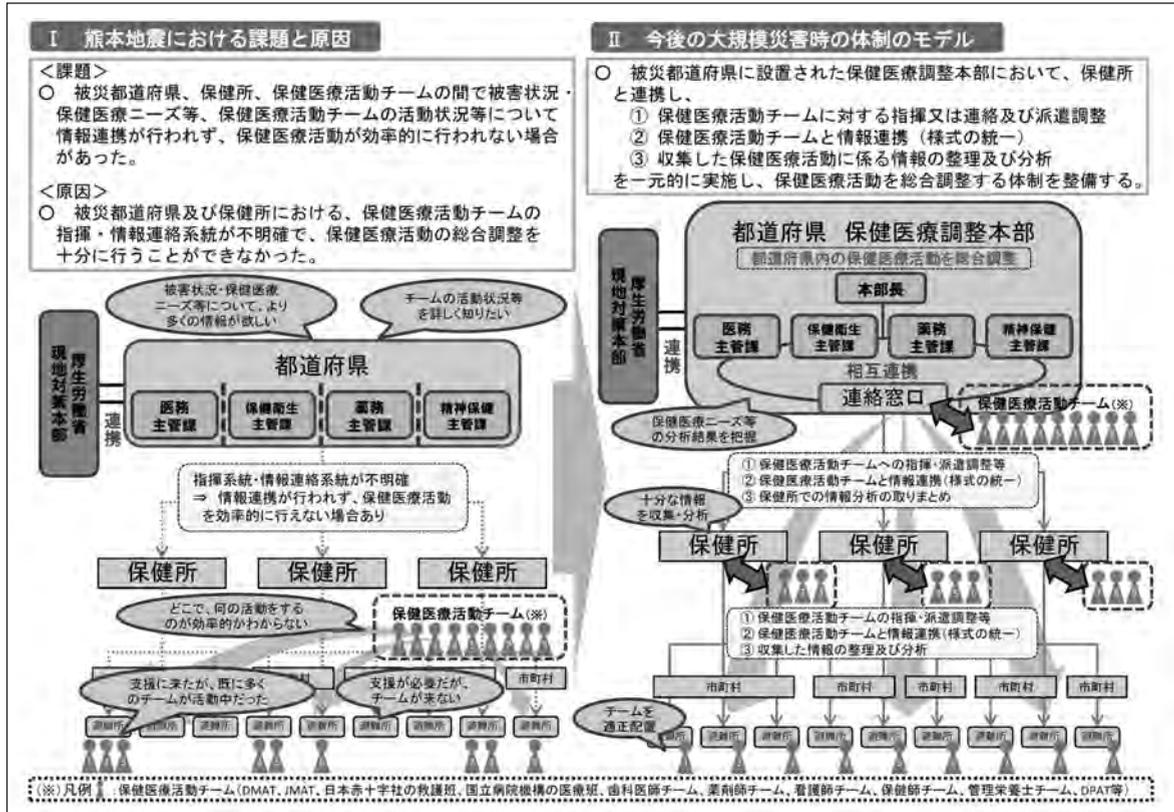


図1 大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について

や、災害発生を想定して、平時からあらかじめ医療・保健・福祉関係者と防災関係者が円滑に連携、調整するための体制の在り方について検討が行われた⁹⁾。この作業グループの検討結果等を踏まえ、令和4年7月厚生労働省通知「大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の整備について」¹⁰⁾が発出され、保健医療調整本部の名称が「保健医療福祉調整本部」へ変更された。この保健医療福祉調整本部の設置により、今後、保健・医療・福祉の連携が加速化することが期待されている。

2. 保健・医療・福祉が参加する対策会議の有用性

災害時に支援活動を行う保健・医療・福祉チームが多様化、増加しており、また医療救護活動だけでなく、保健衛生活動や福祉活動も被災後早期から開始されるようになってきた。保健・医療・福祉それぞれの領域の連携と協働がなければ、特に被災後急性期から亜急性期にかけてニーズが大きく増大する時期に適切に対処

できず、二次健康被害の増大を招くことになる。効率的に保健・医療・福祉を連携させ協働するための「調整」が重要なポイントであり、官民合わせた多職種による連携と協働を達成するために最も効果的な「調整」の場となるのが、都道府県・保健所・市町村の各本部がそれぞれ開催する対策会議である(写真1)。この対策会議において被災地内・外の関係団体やチームが、被災状況、避難所の状況や活動内容等を共有することで、支援の漏れや重複を防ぎ効率的な支援を



写真1 令和2年7月豪雨時の水俣・芦北地域保健医療対策会議



図2 阿蘇圏域災害保健医療連絡会議

展開することができる。対策会議において、意思決定に必要な情報を保健医療福祉関係者と共有し、現状と課題を把握、対策の優先順位付と方針等について協議し、決定する。対策会議の開催頻度は、発災直後から急性期は1日2回程度、その後は1日～数日間に1回と調整していくことが多い。

熊本地震で被災した保健所では、本震4日後に被災保健所長を会長、災害拠点病院長をチームリーダーとする会議体が立ち上がり、被災地内外の医療・保健・福祉が一体となり公衆衛生活動を進める拠点となった。対策会議の開催により、現状と課題を共有し、より効果的な被災者支援について話し合い、連携しながら活動することでタイムリーな被災者支援につながった。また、被災保健所管轄の市や村でも支部の会議体が機能し、指揮命令系統を一本化、明確化できたことで多職種連携が進み、被災地が一体となった二次健康被害予防活動が可能となった。保健所と市や村の双方でこの対策会議が機能した大きなポイントの1つは、地元の病院や診療所の医師、歯科医師、薬剤師および医師会・歯科医師会・薬剤師会等の医療関係者が早い段階から会議に参加し、保健所や役場と共に主体となって調整に関わっていただいたことであ

る。地域の医療従事者の参画により、支援者が現場の方針を受け止め、現場の声を活かした被災者への迅速・効率的な支援につながった。支援者が撤退した後も、地元の保健医療福祉関係者で会議体を引き継ぎ、被災者の健康課題への対応、救急医療、見守り支援等、被災地の保健医療福祉体制の復旧・復興を中長期にわたり一体となって推進することができた(図2)¹¹⁾。

熊本地震において、発災直後から避難所、在宅や施設等における被災者への保健医療福祉活動が始まることを経験し、いかに速やかに関係者を集めた対策会議を開催できるかがその後の二次健康被害の予防につながるということが認識された。速やかな対策会議の開催にあたっては、平時の準備が必要である。駐車場スペースも考慮した会議開催場所の候補を複数選定しておくこと、関係者との連絡網の作成や物品の確保などが挙げられる。また、対策会議では扱う情報の量も多いため、関係者との協議時間が長くなる傾向にある。特に被災地の関係者は長期にわたる災害対応を余儀なくされるため、連日、長時間に及ぶ会議は心身ともに負担のかかることが考えられる。あらかじめ時間を設定するなど、会議運営に係る工夫も必要である。

D24H ALL JAPAN 保健・医療・福祉 支援チームを情報システムで支援
 D24H: 災害時保健医療福祉活動支援システム (Disaster/Digital information system for Health and well-being)

D24H は、SIP4D (府省庁連携防災情報共有システム) 及び被災地で支援活動を行う保健・医療・福祉チーム (DMAT, DPAT, DHEAT、日赤等) のそれぞれの独自システムと連携し、災害時の保健医療福祉支援活動に必要な情報を収集、整理統合、加工分析し、支援活動の意思決定判断に必要な情報を提供するシステムです。被災地で活動する全ての保健医療福祉支援チームが、D24H を介してリアルタイムに同じ災害情報を共有できるワンストップ型情報提供を実現しました。また、分析指標を搭載し、各支援チームの支援活動の必要に応じてデータを統計処理、分析結果や被害予測、支援分配計算を提示します。

D24H がつなぐ ALL JAPAN 保健医療福祉システム連携イメージ
 全ての保健医療福祉支援チームと行政及び厚生労働省が同じ情報を共有
 異なる支援チーム間でも容易な意思疎通を可能に

各府省庁・関連機関
 国土交通省 DiMAPS
 内閣府 ImPACT
 農水省等

人・社会活動
 GPS SNS
 ボランティア活動

ライフライン事業者
 運送業者
 小売業者
 インフラ管理者
 その他民間企業

ISUT 都道府県 市町村

情報を output

被災地における保健医療福祉支援チームの支援活動方針の意思決定に必要な情報を提供

様々なデータタイプ+リアルタイムで災害情報を出力
 災害情報は、各支援チームの必要に応じた形式でアウトプット。ダウンロード可能な CSV (表計算ソフト対応) やグラフ形式のファイル、情報を一元化して可視化した地図 (災害時保健医療福祉活動支援地図) で、災害時支援活動の意思決定判断を支えます。

データの可視化
 災害時保健医療福祉活動支援地図
 施設情報 / 医療機関情報 / 道路情報 / ライフライン情報等。データを地図上でまとめて表示

データのダウンロード/情報検索
 CSV ファイル
 電報所リスト / 医療機関情報等
 データのグラフ/印刷

分析指標搭載。統計処理してデータをカスタマイズ-予測と予測-
 各保健医療福祉支援チームの活動内容や必要に合わせてデータを分析、統計処理して地図上に表示。例えば、「平常時人口分布+避難所情報+道路情報」からある地区の被災者の予想避難移動距離を算出したり、「被災地災害拠点病院患者数+道路情報+現地支援チーム稼働状況」などから被災地入りする支援チーム分配量や移動経路の最適化計算結果を算出。的確な予測・予測技術で支援活動方針決定を支えます。

データの予測と予測
 被災地
 被災地人口
 被災地医療機関
 被災地道路
 被災地ライフライン状況
 被災地支援チーム稼働状況

図3 D24H ALL JAPAN 保健・医療・福祉 支援チームを情報システムで支援

災害時の効率的な 保健・医療・福祉連携のために

1. 平時における地域包括ケアシステムの活用

平時にできないことは、災害時には絶対できないと言われ、災害時には公助よりも自助や共助が力を発揮する。熊本地震における医療的ケア児への対応では、平時から多職種で子どもを支える地域のネットワークが存在していたことが、子どもたちの安全確保と健康の維持につながった。ライフラインが途絶されたなか、在宅で人工呼吸器を使用している子どもで犠牲者は1人も出ていない¹²⁾。一方で、平時に社会資源をほとんど使わずにケアを続けていた家庭は孤立しやすい。

現在、災害時にも機能する地域包括ケアシステムの構築が求められている。このことにより発災後もコミュニティを壊さずに災害対応を行い、平時のサポートの仕組みが継続的な支援の機能を保つことにつながる¹³⁾。災害時にも地域包括ケアシステムが機能するためのポイントと

しては、平時から行政主導ではなく、地域の住民、介護施設や福祉事業所、医療機関等、さまざまな機関が参加して地域全体で作り上げていくことである。その際に、他職種が担う役割や行っている活動に対する理解は必要であり、多職種が集まった災害を想定した机上訓練等は相互理解の機会として大いに活用できる。また、多職種連携のためには、つなぎ役によるリーダーシップを必要とする場合が多い。地域の医療従事者はリーダーシップを取り得る存在であり、周囲の期待も高い。平時から積極的に地域包括ケアシステムの構築に取り組まれることが望まれる。

2. 情報収集・情報共有の仕組み

保健医療福祉連携のために、情報収集と共有化は必須である。災害時の情報収集では、投入できる時間や手段、要員が制約されるため、優先度を考慮し必要な情報を効果的に収集すると同時に分析を進め、アクションにつなげることが必要となる¹⁴⁾。災害の情報に関する特徴とし

施設・避難所等ラピッドアセスメントシート (OCR 対応様式)

ver.20210907

□の欄は、使用可能・該当・対応済であれば、✓を入れてください

* A: 充足 B: 改善の余地あり C: 不足 D: 不全

避難所コード

調査日	2	0	年	月	日	#A-D 選択式の項目が全て A 評価になるまで連日記入 # 人数は概算可
	AM	PM	時	分		

調査者氏名	調査者所属
電話連絡先	

施設名	固定電話
所在地	携帯電話
	FAX

避難所運営組織	代表者名
---------	------

避難者数 (A)	内訳 男性 (人)	内訳 女性 (人)
食事提供人数 (B)	避難所以外の避難者数 (推計) ※ 食事提供数 (B) - 避難者数 (A)	

避難者数 (再掲)	昼間人数 (人)	夜間人数 (人)	車中泊人数 (人)
	75 歳以上 (人)	未就学児 (人)	乳児 (人)

ライフライン / 通信	飲料水	A ~ D	食事	A ~ D	使用可能トイレ	A ~ D	
	電気	A ~ D	ガス	A ~ D	生活用水	A ~ D	
	固定電話	<input type="checkbox"/>	携帯電話	<input type="checkbox"/>	衛星電話	<input type="checkbox"/>	データ通信

医療支援	救護所設置	医療チームの巡回
------	-------	----------

避難所の環境	避難密度	A ~ D	毛布等寝具	A ~ D	室温管理	A ~ D	手洗い環境	A ~ D
	トイレ掃除	<input type="checkbox"/>	土足禁止	<input type="checkbox"/>	下水	<input type="checkbox"/>	ごみ集積場所	<input type="checkbox"/>
	男女別更衣室	<input type="checkbox"/>	男女別トイレ	<input type="checkbox"/>	男女別居住スペース	<input type="checkbox"/>	授乳室等母子専用スペース	<input type="checkbox"/>
	感染症予防・清掃用品	<input type="checkbox"/>	パーテーションによる区切り	<input type="checkbox"/>	段ボールベッド	<input type="checkbox"/>	室内禁煙	<input type="checkbox"/>

伝達事項	
------	--

問合せ先: 芝浦工業大学 システム理工学部 市川 学 (m-ichi@shibaura-it.ac.jp)

図4 施設・避難所等ラピッドアセスメントシート (OCR 対応様式)

て、被災が大きいところほど情報が得られにくい、情報の正しさを確認する手段が限られる、現場の状況とニーズが急速に変化する等が挙げられる。特に災害発生後の急性期や亜急性期は、完璧よりも迅速に情報収集することが重要である。

現在、災害時の情報を分野横断的に収集・共有する「災害時保健医療福祉活動支援システム (D24H)」^{9,15)}(図3)が国の研究開発段階にある。また国は、保健医療福祉各分野の関係者が共通で把握しなければならない項目が記載されている、統一的な避難所情報収集シートとして、「施

設・避難所等ラピッドアセスメントシート」(図4)を推奨している¹⁰⁾。

今後、多職種が連携した災害訓練等の中で、これら情報共有ツールや統一様式を用いた演習を行い操作に慣れておくことが重要である。また収集した情報をどのように対策の意思決定につなげるのか、一定の標準化が求められる。

おわりに

災害時には多くの医療支援チームの応援を必要とするが、被災地住民のこと、また地域のさまざまなリソースを一番理解している地域の医療従事者が、その能力を発揮することにより、被災者の支援活動がさらに効果を発揮する。平時において、多職種による連携の事例を1つ1つ積み重ねていくことが災害時に活かされることは間違いない。医療従事者にはマネジメント通知等に基づく災害対応の仕組みを理解し、災害時には平時のノウハウを活かして、多職種連携のリーダーシップを取り、積極的に被災者の支援に取り組まれることが期待される。

参考文献

- 1) 内閣府:災害関連死事例集. 2021年4月.
- 2) 熊本県:平成28年熊本地震に関する被害状況について(330報).

2022年11月11日<https://www.pref.kumamoto.jp/uploaded/attachment/200527.pdf>(accessed 2023 Feb 24)

- 3) 松本珠実, 他:令和元年度 地域保健総合推進事業「災害時の保健活動推進マニュアルの推進」報告書「令和元年度 災害時の保健活動推進マニュアル」. p33-71, 日本公衆衛生協会/全国保健師長会, 2020.
- 4) 厚生省健康政策局長:災害時における初期救急医療体制の充実強化について. 健政発第451号, 1996年5月10日.
- 5) 厚生労働省医政局長:災害時における医療体制の充実強化について. 医政発0321第2号, 2012年3月21日.
- 6) 遠藤幸男:平成25年度厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「大規模地震に対する地域保健盤整備実践研究」厚生労働科学研究成果データベース,201330015A. <https://mhlw-grants.niph.go.jp/project/23470> (accessed 2023 Feb 24)
- 7) 厚生労働省地域保健対策検討会:地域保健対策総合報告書 ~今後の地域保健対策のあり方について~. 2012年3月27日<https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000027ec0-att/2r98520000027ehg.pdf>(accessed 2023 Feb 24)
- 8) 厚生労働省大臣官房厚生科学課長, 他:大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について. 科発0705第3号, 2017年7月5日.
- 9) 厚生労働省大臣官房厚生科学課 健康危機管理・災害対策室:理恵和元年度医療・保健・福祉と防災の連携に関する作業グループにおける議論のとりまとめについて(情報提供). 令和2年5月7日.
- 10) 厚生労働省大臣官房厚生科学課長, 他:大規模災害時の保健医療福祉活動に係る体制の整備について. 科発0722第2号, 2022年7月22日.
- 11) 熊本県阿蘇保健所:熊本地震における阿蘇保健所の活動. 平成29年4月.
- 12) 高田哲, 他:災害時の子どもへの支援 ~障がいのある子どもたちに焦点をあてて~. 脳と発達 2019; 51: 202-205.
- 13) 認定特定非営利活動法人災害福祉広域支援ネットワーク・サンダーバード:平成28年度 老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業「災害支援の視点にたった地域包括ケアシステムの検討」. 平成29(2017)年3月.
- 14) 上原鳴夫:迅速ニーズアセスメント, 國井修(編):災害時の公衆衛生私たちにできること. p53-71. 南山堂, 東京, 2012.
- 15) 芝浦工業大学システム理工学部環境システム学科 市川学 市川研究室 https://www.ds.se.shibaura-it.ac.jp/?page_id=19 (accessed 2023 Mar 2)

地域医療のレジェンドの温故知新

八尾市保健所 所長 高山佳洋

POINT

- ① 戦後の半世紀で平均寿命世界一を達成した主な要因は、初期の公衆衛生対策、続いての国民皆保険制度による高血圧治療の普及、減塩、生活習慣改善、日本の食文化だったが、今後の生活習慣の変化、健康格差の拡大は軽視すべきでない
- ② 長寿国への道程には地域差があり、大阪市の中高年死亡率の高さが例示する都市の健康問題、健康格差がその背景にあった。地域、職域、国を挙げて健康格差の是正、健康寿命の延伸、医療、介護費用の適正化が喫緊の政策課題である
- ③ 制度化された特定健診、特定保健指導等が効果を上げ、地域を医する新たな総合診療医のレジェンドが生まれるには、集団医学と連携した地域ごとのデータ分析、利活用、健康経営が不可欠である

特集

はじめに

自治医科大学の開学当時の地域医療のレジェンドと言えば、岩波新書「村で病気がたたかう」にへき地診療所から佐久総合病院への発展、農村医学を築いた足跡が記された若月俊一先生、同「自分たちで生命を守った村」沢内村の深澤晟雄村長と共に、全国ワースト1の乳幼児死亡率の村で、老人医療無料化のへき地医療を実践し、起死回生の偉業を成した増田進先生が有名だった。若月先生は、自治医大に何度も招かれ、増田先生には研究事業でお目にかかる奇遇を得て、両先生の熱く高い志に感動した日を鮮明に憶えている。いずれも、個人の命を救う点の医療から、患者や家族を継続して支える線

の医療、さらには全村健康管理という地域全体を変える面の医療へと発展させた地域医療の回天の嚆矢である。

今や若月・増田両先生に比肩しうるレジェンドと呼ぶにふさわしい貢献をしている自治医大の卒業生や地域医療振興協会に集まる有志の医師が、全国各地で輩出されている。その多彩な活躍においては、総合診療専門医として、最先端の医療水準の医療の提供を目指すとともに、地域社会全体を面として癒す働きも見られている。そのような潮流に資するために、筆者が大阪で長年携わってきた、循環器病やがんをはじめとする生活習慣病の予防、健康づくり、公衆衛生の分野の仕事を振り返り、地域医療に貢献する総合診療医や拠点病院、施設等の現場に期

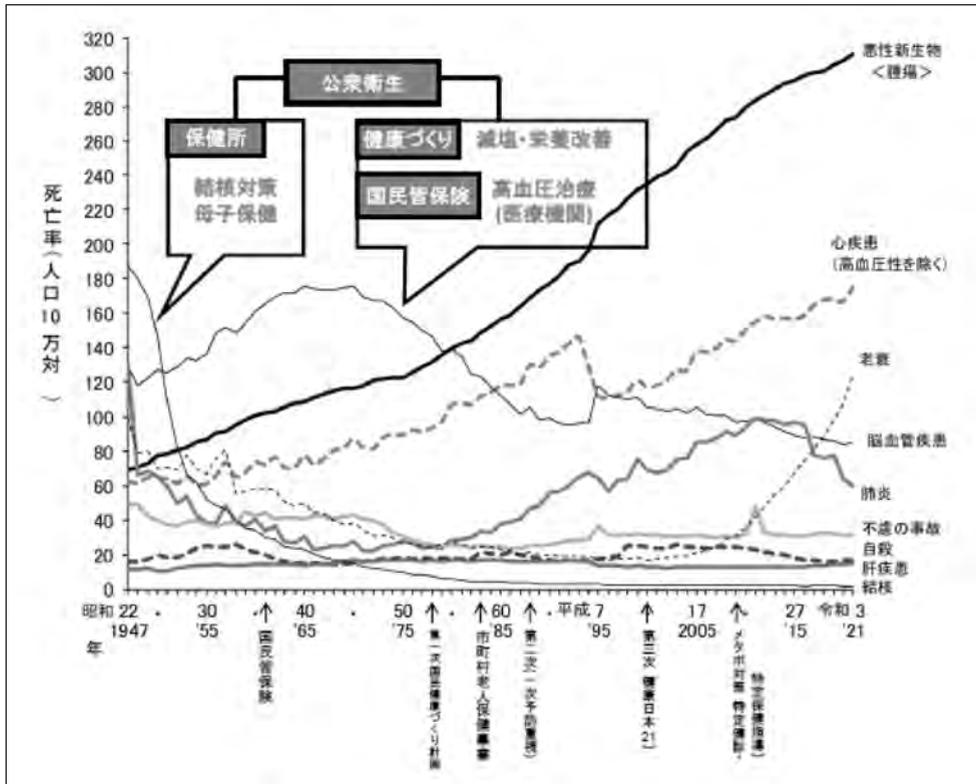


図1 主な死因別にみた死亡率（人口10万対）の年次推移

〔文献1〕から筆者編集

待する役割や具体的な取り組みについて、私見を述べてみたい。

ランセット日本特集号「国民皆保険達成から50年」の示すもの

日本が、第二次世界大戦の敗戦後の荒廃期に、現在のアフリカ、サハラ以南諸国並みの惨状を呈した感染症の蔓延、高い乳児死亡率といった劣悪な健康水準に陥っていた状態から、半世紀後には平均寿命世界一のレベルにまで到達した奇跡的な回復は、どうして達成されたのか？ランセットが2011年8月に特集号¹⁾で世界に紹介したが、図1はそのエッセンスを筆者が独断と偏見で見える化したものである。日本の主要疾病による粗死亡率の戦後から今日に至る変遷と、その中にエポックになったと検証された対策を書き込んである。

GHQの指導の下に、保健所の公衆衛生体制による、結核・感染症と母子保健等の対策が顕著な成果を上げ、感染症が激減し、乳児死亡率

も大きく改善した。その後、脳卒中が国民病として登場するが、減塩や栄養改善運動等の生活習慣の改善、国民皆保険制度発足による高度高血圧の治療が普及する等の高血圧対策が推進され、見事に大きな減少に成功する。代わって、虚血性心疾患が増加しているが、ヘルシーな日本食の文化を背景とする罹患率の抑制や高度医療等の効果もあり、欧米の水準を未だ大きく下回っている。残念なことに、タバコ対策の遅延によりがん死亡率は未だ増加が止まらないが、まだ平均寿命世界一水準を持続できている。しかしながら、今後食生活の悪化、肥満、喫煙、健診未受診等による健康格差を軽視すれば、国民皆保険制度、介護保険制度も疲弊し、平均寿命世界トップレベルの保持が困難になることが危惧される。

大阪府の健康指標の推移の示すもの

長寿国となったわが国においても、その改善の度合いは一様ではなく、地域差が大きい。そ

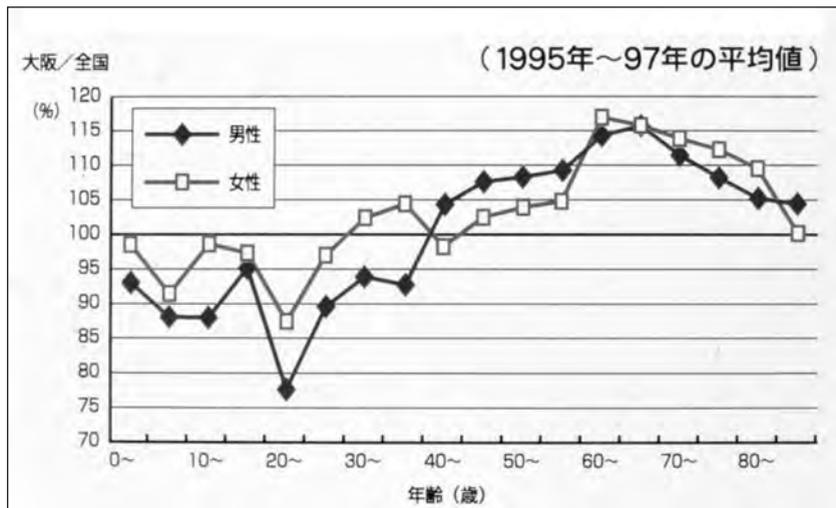


図2 年齢区分別死亡率の比較 (全国平均を100%とする)

の代表例として大阪府の健康指標の推移は都市の健康課題として、大きくクローズアップされた。というのも、大阪府における平均寿命の伸びは、昭和45(1970)年ころから鈍化し始め、全国順位が昭和40(1965)年に男性12位、女性13位であったものが、昭和50(1975)年にはそれぞれ20位、32位、昭和60(1985)年には46位、47位(最下位)へと下降したからである。

大阪府の保健医療行政は、全国で最も早く成人病センターを設立し、母子保健総合医療センター、救命救急センターを整備するなど高度医療の拠点整備に尽力してきたにもかかわらず、ワースト1に転落した事態は、メディアや議会でも大きく取り上げられ、原因究明と対策が求められた。全国との差異はさほど大きい値ではなかったのだが、働き盛りの中高年齢層の高い死亡率など公衆衛生的に見逃せない、生活習慣病対策を考える上で重要な次のような特徴が見られた。

① がんが死因の第1位になったのが、全国より10年早く見られるなど疾病構造の変化が早く起こっていた。

② 死因別に見ると脳血管疾患の死亡率は低く、がん(特に肺がんと肝がん)、心疾患(特に虚血性心疾患)、糖尿病、慢性肝疾患の死亡率が全国に比べて高くなっていった。

③ 年齢区分別に見ると若年では全国より低い、中高年の死亡率が明らかに高く(図2)、そ

の傾向を地域別に見ると、大阪市以外の地域は全国と同レベルであったが、人口の約3割強を占める大阪府で顕著に表れていた²⁾。

この背景には、高度経済成長の歪みによる都市の健康問題が大阪府において特徴的に表れ継続していたことが指摘され、雇用不安や貧困、多量飲酒と関連が見られた中高年層の心疾患、慢性肝疾患、肺がん、自殺の死亡率の改善の遅れがあったと社会医学的に推論されている³⁾。

結核対策にならって基本健康診査やがん検診が、老人保健法に基づく保健事業として、市町村を実施主体として制度化された当時、国民健康づくり運動開始から日も浅く、健診結果に基づき生活習慣を改善する機運は未だ低調だった。地域住民対象の成人病健診の受診率は低く、知識伝達型の健康教育の効果は乏しかった。

また、中高年齢層の人々の多くは、小規模事業所の勤労者であり、労働安全衛生法上、定期健康診断が事業主に義務化されているが、報告義務が無いことから、小規模ほど未実施率が高く、健康管理は軽視されていた。健康増進を目的とした定期健診項目の充実と、制度としての推進(トータルヘルス・プロモーション・プラン:THP)も、地域保健より遅れていた。

健康指標ワースト1を克服するインパクトのある事業が強く求められた結果、保健所を起点に、地域保健、職域保健の成人病予防の取り組みを定着させ、生活習慣病予防の流れへと導く

起爆剤とする特別対策を企画し推進した。職域保健では、府の労働行政と連携し、小規模事業所勤労者の健康実態の把握と啓発を兼ね、労働安全衛生法に定められた項目を取り入れた特別の循環器検診事業を開始した。それと並行して、全ての保健所所管区域ごとに勤労者健康管理推進協議会が設置され、健診データの分析から高血圧、高脂血症、肥満、高血糖、高尿酸血症等の健康格差が明らかになり、健診受診の重要性が啓発された。当時、府内健診未実施5割の小規模事業所勤労者は約100万人と推計されており、これに対して約1万人の健診事業と、地域ごとの協議会を通じて職域保健関係者への啓発が継続された。波及効果の程度は未知数だが、健診未実施事業所の掘り起こし、受診勧奨が継続され、小規模事業所の定期健診実施率は年を追うごとに向上していった⁴⁾。

地域保健の対策においても、知識伝達型の陳腐化した健康教育を行動変容型に変える試みを全保健所でモデル的に展開した。効果が明らかになっていた軽度の有酸素運動を取り入れ、楽しく健康づくりを体験する長期コースの健康教育を実施した。教育終了後、この事業から自助グループが続々と生まれ、参加者の肥満や高血圧、糖尿病の改善をもたらす効果を上げた⁵⁾。

健康指標ワースト1対策を、さらに発展させるために、健康づくりの拠点施設(健康科学センター)を整備し、それを核にして、保健所のモデル事業、市町村や職域(特に小規模事業所)での法定保健事業での一般化を推進する健康づくりネットワークを構築することが構想された。健康づくり計画を指針とするPDCAサイクルに基づき、府内全域の各種健康づくり事業を組織的・系統的にフル稼働させる構想である。

しかしながら、整備された健康科学センターは、厳しい経済情勢による行政改革で、保健所の統廃合、事業の見直しと併せて、既存の施設と統合され、大阪がん循環器病予防センターとなって、機能も移転された。国保、協会けんぽのビッグデータの分析、各種保健事業の評価による、がん検診も併せて市町村の保健事業支援、地域・職域の連携は、その後継続されている⁶⁾。

ちなみに、大阪府の平均寿命の都道府県順位は、令和2年には男性41位、女性36位(80.81歳、87.37歳 vs 全国81.49歳、87.60歳)へとやや上昇し、男女共にワースト1の課題は、青森県が直面している。この大阪府での変化の要因として、戦後の劣悪な生活環境下で育ち、脆弱な健康状態が認められていた「昭和1桁世代」の動向がある。この世代に肝炎ウイルスの持続感染による肝がん、肝硬変の高い罹患率があり、中高年齢層の高い死亡率をもたらしていたのが経年的に低減したのである。このコホート効果が、大阪市において大きかったことが指摘されている。

国民健康づくり運動「健康日本21」が問われている政策課題

現在、生活習慣病予防対策は、健診に加えて、メタボリックシンドローム予防に重点を置いた保健指導が、法定事業として全国民に一般化して推進されている。地域においては高齢者医療確保法に基づく特定健診、特定保健指導が、国民健康保険加入者を対象として実施されている。また健康増進法に基づき、対策型のがん検診が市町村により実施されている。職域においては労働安全衛生法による定期健康診断が、メタボ健診を包摂して実施されている。

これらの対策は、21世紀における国民健康づくり運動「健康日本21(第二次)」の国の指針の下、都道府県、市町村の健康増進計画に基づき、数値目標を掲げてPDCAサイクルにより推進されている。

この後期に、新型コロナウイルス感染症の未曾有のパンデミックが襲来し、3年にわたり、全国的に生活習慣病対策は後退を余儀なくされた。各種事業が停滞し、健康格差の増大が危惧されているが、新型コロナウイルス感染症の重症化につながる合併症としての糖尿病、肥満等のリスク認識は深まった。10年周期の国民健康づくり運動の期限も1年延長され、第三次の方針が検討中であるが、健康寿命の延伸、健康格差の縮小を、最上位の目標に掲げることが明らかにされている。

一方で、経済の停滞と格差の拡大は、より深刻化し、医療・福祉のコスト上昇は、世界に誇る国民皆保険制度や介護保険制度を揺るがす保険料の急増を招いている。このため都道府県、市町村、地域、職域を挙げて健康づくりを推進するスキームの改善、改革が求められ、データヘルス計画等の医療費適正化計画による予防対策によって医療費の効率化、適正化が進む明らかな結果を出すことが喫緊の政策課題になっている。

中核市八尾市での 健康まちづくりへの挑戦

半世紀間で平均寿命世界一にまで到達した国全体の成功体験は、食文化や生活習慣が医療とともに重要であることを示している。また、大阪府の健康指標ワースト1対策の経験から、地域特性、健康格差の把握によって、生活習慣病予防が具体的に、能動的に取り組まれる「集団医学」の視点の重要性が認識された。しかしながら、対策は未完のままである。その不全感を払拭するために、健康まちづくりを実際に自治体で具体化してみたいとの個人としての不遜な思いを抱いていたところ、筆者が最初に大阪府のへき地として勤務を命じられた保健所の所在地であった八尾市が中核市となり、保健所を設置することになり、保健所長として挑戦する縁に導かれた⁷⁾。

八尾市には、脳卒中、循環器病予防の疫学研究と地域活動が、長期にわたり継続され成果をあげている地区がある。約60年前に小町喜男先生の脳卒中予防の疫学研究が開始され、5年で発症率半減、重症化予防を達成し、高血圧や低コレステロール等の危険因子を解明した疫学フィールドである⁸⁾。年を経るにつれて、受診率は低減し、存続の危機に瀕した。これを成人病予防会という住民の自治組織を基にした自助活動育成に切り替えて、幾多の困難を経て今日まで半世紀以上にわたって、毎年1,000人規模の集団健診と健康づくりの諸活動が続いている。健診データ集約による、生活習慣病の危険因子や

地域特性の把握とそれに基づく、生活習慣改善指導と健康づくり運動が長期に持続され、地区全体の循環器病予防、医療費抑制、要介護認定率の抑制成果をあげている「集団医学」⁹⁾の元祖の地区である。

八尾市では、この健康コミュニティをモデルとして他の地区に波及させるために、保健師の地区分担制を敷き、疾病の動向を踏まえ健診項目を上乘せし、個別、集団方式を混ぜて特定健診、特定保健指導の推進が図られた。市議会も全会一致で、健康まちづくり宣言を採択し機運醸成に努めてきたが、特定健診やがん検診の受診率、特定保健指導実施率が伸び悩み、中核市に移行し、保健所を持つことで、その打開が図れないかとの期待感が大きかった。

健康まちづくりの司令塔、 健康まちづくり科学センターの創設

保健所に、地域の課題を明らかにするために、個人情報保護も担保しながら、人口動態統計、国保データ、介護保険データ等のビッグデータにも行政的にアクセスし、調査研究する機能が期待されながら実働していなかった。そこで、この機能を担保するために、保健センターの組織再編を機に、令和3年に健康まちづくり科学センターという司令塔組織(医師1、事務職3、統計解析の非常勤職員1、兼務保健師4名)設置にこぎつけた¹⁰⁾。しかし、新型コロナウイルス感染症のパンデミックの対応に駆り出され、本格的な稼働は遅れた。先送りされていた八尾市健康まちづくり計画を策定した後、各種データ分析から重点課題とされた糖尿病、フレイル予防に重点を置いたプロジェクトの地域活動がようやく始動している。

集団医学的アプローチとして、地域ごとに健診データを分析し、疾病、死亡、要介護情報と逐次突合する。把握された地域特性、健康課題を市民に見える化し、自治会が主体的に策定する「わがまち推進計画」と調和を図る。地域ごとに保健師の活動を介して、ソーシャルキャピタルの地域活動を健康づくりと連動させ、成果を

検証する。このPDCAサイクルを回しながら健康コミュニティの育成を図るという漸進主義で対策を進めている¹¹⁾。

残された課題とかかりつけ医、総合診療医への期待

新しいプロジェクトにも、生活習慣病や要介護の健康課題の解決を阻む、手強い課題が残されている。今や無料で利用できるまでになった保健事業や健康づくり活動があるのに、それを活用しない、できない市民層である。国保加入者、協会けんぽに加入する小規模事業所勤労者に多く、健康格差も把握されている。

まず、健診受診につなげるために、未受診者を特定して、重点的に受診勧奨する「組織型健診」を推進している。集団健診は、職域保健での未受診者も受け入れ、がん検診と一体的実施を図っている。さらに、受診データを示すだけの保健指導に陳腐化させないために、自分達の健診データの多変量コホート分析からスコア化した、市民の健康リスク評価を結果説明に導入している。成果物の一例として、図3に八尾市民の健診データの分析による糖尿病予測リスクスコアを示した。今後、脳卒中、がん等の健康リスクや要介護度のリスク評価に、大阪大学の協力により最新の多変量解析が試みられる予定である。自助、共助できる市民層から、エビデンスに基づいた健康おたくが生まれることを目指している。

しかしながら、健診データの大半は、かかりつけ医の個別健診から得られ、結果のフィードバックも、かかりつけ医の予防活動、プライマリ・ヘルスケアが基盤となって初めて効果的に推進される。健診や保健指導未受診のかかりつけの患者に勧奨して、受診率の向上に貢献した好事例の報告もある。目標まで受診率が高まり、健診データがより多く集約されるほど、「集団医学」としての地域特性や健康課題の把握の精度が上がる。栄養、運動等の保健指導にも多く導ける。

生活習慣病等のコモンディジェズの医療を担

う総合診療医ならば、健康づくりにアクセスしない、できない患者の社会経済的困難を察知し、寄り添い、予防医学サービスの利活用を推奨できるのではないか。また、職域保健でも、小企業の事業主には、自分の院所での健康経営の実践を例示し、その意義を説く産業医にもなれるのではないか。保健所や保健センターと連携し、地域住民に拡大する健康格差を把握し、是正の行動を起こせると同時に、健康寿命の延伸につながる要因の解明、ヘルスプロモーションの牽引者になる「集団医学」のプロフェッショナルになれないだろうか。

地域医療振興協会公衆衛生委員会の昨年の調査研究では、協会傘下の25病院のヘルスプロモーションの好事例を明らかにされるなど、期待感に応えられる可能性と熱く高い志の萌芽が認められている¹²⁾。

生活習慣病予防、健康づくり、公衆衛生施策と連動した地域社会を医する医療を推進する新しいレジェンドが輩出し、バタフライ効果をもたらすことを切望して、これらの取り組みにエールを送りたい。

参考文献

- 1) Ikeda N, et al: Japan: Universal Health Care at 50 Years. What has made the population of Japan healthy? Lancet 2011; 378: 1094-1105.
- 2) 高山佳洋, 福島俊哉: 大都市の健康生態: 大阪から. 公衆衛生 2002; 66(9): 645-650.
- 3) 南沢孝夫: 大阪市における中年期の死亡率についての社会医学的検討. 日本公衛誌 1979; 26(3): 116-124.
- 4) 井戸正利, 福島俊也, 高山佳洋: 小規模事業所従業員の健康管理の推進—地域保健からのアプローチ. 保健婦雑誌 1997; 53(7): 544-548.
- 5) 高山佳洋: 健康づくり事業の推進—大阪府の保健所における先駆的健康づくり事業8年間の試み. 公衆衛生 1996; 60(8): 548-553.
- 6) 高山佳洋: 大阪府における公衆衛生体制の推移と課題 歴史的考察. 公衆衛生 2016; 80(1): 43-49.
- 7) 高山佳洋: 中核市保健所における公衆衛生ことはじめ 八尾市保健所の挑戦. 公衆衛生 2020; 84(6): 388-393.
- 8) 嶋本喬, 飯田稔 編, 小町喜男 監修: 地域における循環器疾患の疫学研究と予防対策の発展. 東京, 日本公衆衛生協会, 2007. p55-74.
- 9) 多田羅浩三: 大阪の公衆衛生: 集団医学の道. 日本公衛誌 2017; 64(4): 179-189. 1
- 10) 八尾市健康まちづくり科学センター <https://www.city.yao.osaka.jp/0000057613.html> (accessed 2023 Mar 25)
- 11) 八尾市健康まちづくり計画 <https://www.city.yao.osaka.jp/0000062203.html> (accessed 2023 Mar 25)
- 12) 病院におけるヘルスプロモーション活動に関する調査 結果報告 <https://www.jadecom.or.jp/library/movie2/pdf/phpreport.pdf> (accessed 2023 Mar 25)

健診結果から糖尿病発症確率を計算してみましょう！

八尾市では、約3人に2人は血糖値が高いことが分かっています！
 特定健診等の健康診断の結果を確認しご自身の糖尿病の発症確率を計算してみましょう！
 ※この発症確率計算はHbA1cの値が6.4%以下の人が対象です。6.5%以上の方は医療機関の受診、
 すでに治療中の方はかかりつけ医の受診を続けましょう。

1 あてはまる項目に○をつけましょう

	0点	1点	2点	3点	4点	5点	
◎ 年齢	40～49歳	50～59歳	60歳以上				○のついた点数を記入しましょう
◎ BMI	21未満	21～23未満	23以上				
◎ 腹囲 (男性85cm以上、女性90cm以上)	いいえ	はい					
◎ HbA1c (NGSP値) <small>※HbA1cは7%未満</small>	5.6未満		5.6～5.7		5.8～5.9	6.0～6.4	
◎ 尿糖	—		±	+	以上		
◎ 喫煙状況	なし		あり				
◎ 高血圧症 ※1	なし		あり				
◎ 脂質異常症 ※2	なし		あり				

※1 高血圧症：次の①～②いずれか1つ以上に該当 ①収縮期血圧140mmHgまたは拡張期血圧90mmHg以上、②降圧剤の使用
 ※2 脂質異常症：次の①～④いずれか1つ以上に該当
 ①中性脂肪150mg/dL以上、②HDLコレステロール39mg/dL以下
 ③LDLコレステロール140mg/dL以上、④脂質低下剤の使用

3 上の点数をすべて足しましょう

合計点数	
------	--

4 ③で計算した合計点数をもとにご自身の糖尿病発症確率を下の表で確認しましょう。

合計点数	糖尿病発症確率(%)		
	1年後	3年後	5年後
0点	1.0	2.9	4.9
1点	1.4	4.0	6.6
2点	1.9	5.4	9.0
3点	2.6	7.3	12.0
4点	3.5	9.8	16.1
5点	4.8	13.2	21.3
6点	6.5	17.6	27.9
7点	8.7	23.2	36.0
8点	11.7	30.3	45.7
9点	15.7	38.9	56.6
10点	20.8	49.0	68.0
11点	27.3	60.1	78.9
12点	35.3	71.5	88.1
13点	44.8	82.0	94.5
14点	55.6	90.4	98.1
15点	67.0	95.9	99.6
16点	78.0	98.7	99.9
17点	87.4	99.7	100.0
18点	94.1	100.0	100.0
19点	97.9	100.0	100.0

😊 20%未満：これまでの健康づくりを続けましょう

😬 20～39.9%：生活習慣を振り返りましょう

😱 40～59.9%：要注意！

😓 60～79.9%：早く改善を！

😡 80%以上：緊急アラーム！



【お問い合わせ】
 八尾市保健センター
 電話 072-993-8600
 F A X 072-996-1598

※空腹時血糖値≧126mg/dL、または非空腹時血糖値≧200mg/dL、またはHbA1c≧6.5%、および/またはインスリン注射または血糖降下薬服用を必要とされています。

八尾市国民健康保険の特定健診データより作成

図3 八尾市民の健診データの分析による糖尿病予測リスクスコア

フレイル対策

女子栄養大学栄養学部地域保健・老年学研究室 教授 新開省二

POINT

- ① フレイルは生活機能モデルで捉えるべきである
- ② フレイルは多要因が複雑に関与して生じるが、生活習慣病と老年症候群が2大要因である
- ③ フレイルの一次、二次、三次予防を担う保健医療職が連携し、住民に一体的なサービスが提供されるとき、予防効果は最大化される

フレイルの捉え方 -医学モデルから生活機能モデルへ-

私の専門とする老年学(ジェロントロジー)では、高齢者の健康として生活機能を重視する。生活機能は日常生活を送る上で必要な機能であり、生活の質とも密接に関連している。さらに健康余命の最大の予測因子でもある。では生活機能とは具体的には何を指すものであろうか。私は、国際生活機能分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)にある3つのドメイン、すなわち心身機能・構造、活動、参加を含む包括的なものと考えている。ICFでは、3つのドメインの間で双方向性の矢印が引かれており一方向性ではない。このことも生活機能を包括的に捉える重要性を示している。

フレイルを健常と要介護の中間の段階であるとするならば、フレイルを生活機能モデルで

捉えるべきである。健常とは病気がないことではなく、生活機能が高い状態を指す。一方、要介護とは身の回り動作で介助が必要な、生活機能はかなり低い状態を指す。したがって、フレイルとは“原因はともかくも”生活機能が低下して、のちのち要介護に移行しやすい状態である。フレイルを予防したり先送りしたりすることは、健康余命の延伸に直結するため極めて重要である(図1)。

フレイルを医学モデルではなく、生活機能モデルで定義することの利点をいくつか挙げたい。高齢期の生活機能の加齢変化は、個人によって千差万別である。しかし、我々はこれを大きく4パターンに分類することに成功した¹⁾。用いた生活機能の評価尺度は老研式活動能力指標である。群馬県草津町に在住する高齢者約2,700人を10年間追跡し、この間、繰り返し測定された老研式活動能力指標総得点に縦断的な統計解析法を適用して求めた¹⁾。

特集

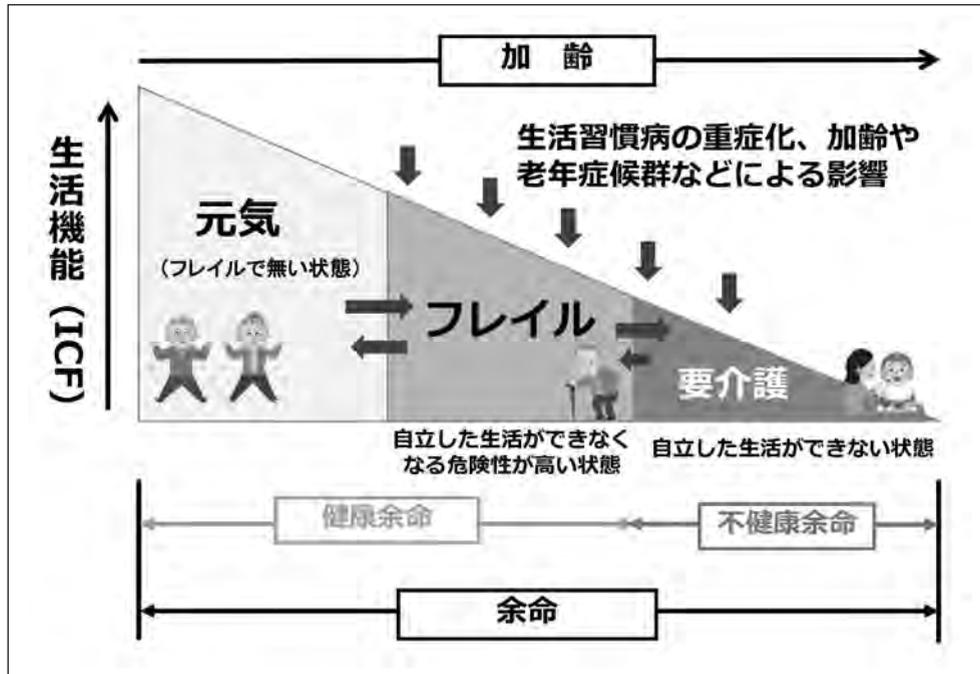


図1 フレイルと健康余命との関係
 [文献 葛谷：日老誌 (2009) をもとに北村・新開・藤原が作図]

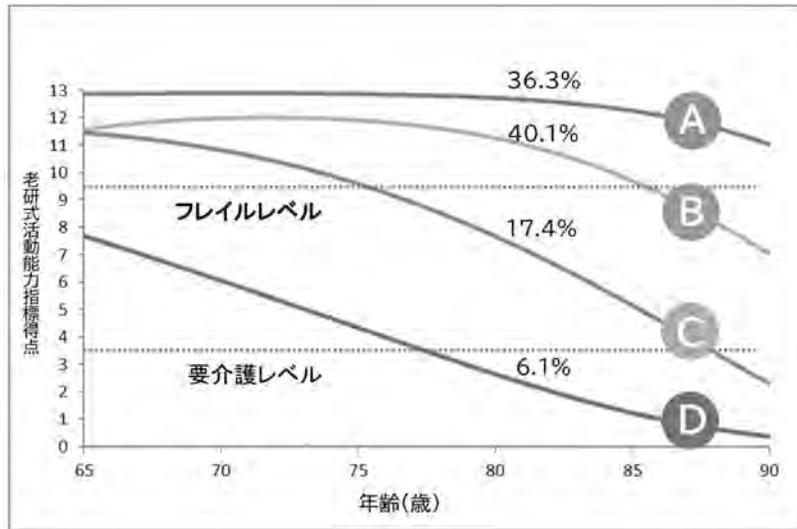


図2 生活機能の加齢変化 4つのパターン

健康長寿の戦略※

- A. サクセスフル・エイジング
- B. ロコモ・認知症など老年症候群対策によるフレイル予防
- C. 生活習慣病の重症化予防を通じたフレイル予防
- D. 中年期からの健康管理

※ 独自解析を経て新開が作成

[文献 1) の Fig. 1 を新開が改変]

4パターンごと、いつフレイルになり、また要介護になるのか、その違いが分かる(図2)。さらに、各パターンに分かれる疾病要因もおおよそ分かってきた。65歳時点でフレイルであったD群、65歳以降74歳の間に急速に生活機能が低下しフレイルになるC群の2つには、高血圧や糖尿病さらには脳卒中の既往者が多く、生活習慣病の重症化が主な原因となっていること、

一方、75歳以降徐々に生活機能が低下し、85歳頃フレイルになるB群では、初回調査時に握力や歩行速度さらには認知機能が低かった人が多く、ロコモティブシンドローム(ロコモ)や認知症などの老年症候群が主な原因であったのである。

フレイルを生活機能モデルで捉えると、高齢期にフレイルが生じる2大原因として生活習慣

病と老年症候群があり、それぞれが異なる時期にフレイルの発生に関係していることが分かる。一方、フレイルを医学モデルで捉える立場では、「フレイルと生活習慣病とは別々の病態である」「フレイル予防は従来の介護予防とは異なる」ということになる。一方、生活機能モデルで捉えると、フレイル予防は早期からの介護予防であることや、保健事業と介護予防事業の一体的実施の必要性がストンと理解できる。

フレイル予防の戦略

このようにフレイルを生活機能モデルで捉えると、フレイル予防とは生活機能低下および重症化の予防ということになる。疾病面では、前期高齢期の生活習慣病の重症化予防対策と後期高齢期の老年症候群対策が重要となる(図2)。また、生活面では、高齢者がいきいきとした生活を送る上で必要な栄養、体力、社会面の対策が重要である。栄養面では多様な食品摂取と食の楽しさが、体力面では筋力や歩行機能の維持・増進が、社会面では人や社会との絆づくりが、それぞれポイントとなる。

疾病面の対策、特に重症化予防は、主に地域医療の領域である。生活習慣病だけでなくロコモ、認知症といった老年症候群の管理および重症化予防をぜひお願いしたい。生活面の対策は、主に公衆衛生の領域である。地域高齢者の栄養、体力、社会面の対策を行政のみでなく当事者を含む地域全体で進めていく。そのことが生活習慣病や老年症候群の予防にもつながるのである。

予防の3つの段階

公衆衛生では、予防の段階を一次、二次、三次予防の3つに分ける。一次予防とは、未然に防ぐこと、二次予防とは早期発見と適切な対応、さらに三次予防とは重症化予防である。地域医療が担うのは主に三次予防であり、公衆衛生は主に一次および二次予防を担う。一次予防の手段はヘルスプロモーション活動と健康教育であ

り、二次予防のそれは健診によるスクリーニングと保健指導である。

それぞれの地域において、一次、二次、三次予防を担う保健医療専門職が連携し、住民に一体的なサービスが提供されるとき、予防効果は最大化される。公衆衛生の父と呼ばれるウィンスロウが1926年The American Journal of Public Healthに発表した論文の中で、「公衆衛生とは、病気を予防し、寿命を延ばし、健康とよき生活をもたらす科学と技術である。そして組織化された地域社会の努力で、衛生的な環境、感染症の制圧、病気の早期診断と予防のための医療と介護サービス、個人への健康教育、健康の維持と改善のためにふさわしい生活を誰にでも保証するような社会システム作りをなすことをいう」とし、公衆衛生の概念・目標・手段を述べている。この内容は現代にも十分通用する。

フレイル対策においても、それぞれの地域の強みを生かした社会システムを構築し、住民を含む関係者がその狙いをしっかりと理解し協働して事業を進めていくこと、すなわち「組織化された地域社会の努力」が大事である。以下に、それぞれの地域の強みを生かしてフレイル予防の仕組みを構築し、対策を進めてきた我々の事例を3つ紹介する。

草津町におけるフレイル対策

今から20年以上前になるが、群馬県草津町の行政保健師が、当時私が働いていた東京都老人総合研究所に突然訪ねてきた。「国の補助金をとったので草津町に来て高齢者向けの健診を開発してほしい、できれば健康なまちづくりに一緒に取り組んでほしい」という。その頃は研究所に入職して間もない時期であり、長期に疫学研究ができる地域を探していたため、「一緒にやりましょう」と二つ返事した。同町は日本で名だたる観光温泉町であり、自主財源にも余裕があった。何年かして国や県による補助金が打ち切られても、同町単独で予算化して事業を継続することができた。同町の強みは、予防に理解のある首長と熱心な保健医療職の存在および

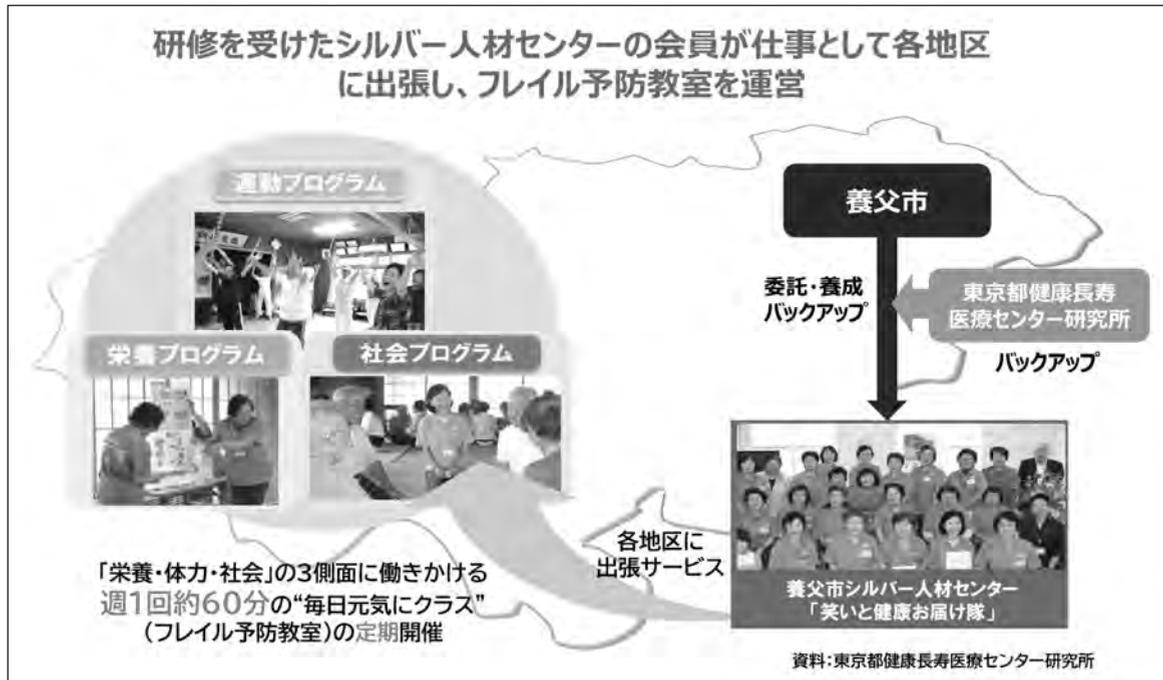


図3 養父モデルの構築
 養父モデル：継続的に参加できるフレイル予防の拠点を徒歩圏域（行政区）ごとにつくる方式

自主財源である。また、同町のフレイル対策の特徴は、既存の地域保健の仕組みを活用し、その内容をフレイルの観点から改変したことである。

紆余曲折があったが、高齢者の健康づくりの重点を、疾病予防・管理から機能的健康度の維持増進（＝フレイル予防）に移すこととした。一次予防（健康教育）では機能的健康（栄養、体力、社会）の増進に重点を置き、住民の自主的な健康づくり活動を支援した（場の提供、等）。二次予防では、従来の健診に高齢者総合機能評価（CGA:Comprehensive Geriatric Assessment）を取り入れ、機能的評価とその結果に基づく保健相談を実施した。三次予防では、従来の介護予防教室を栄養、体力、社会的機能の改善を目的とした複合プログラムに変更した。

研究開始から5年ほど経過したころ、同町から住民の理解が得られなければこれ以上研究を続けられないという懸念が出された。また、研究では通常の健診にはない測定も行い、その保健指導も行っていったことから、地元の医師会や歯科医師会からもクレームが出されるようになった。この段階で同町と研究所との間で連携

協約書を締結し、保健活動への積極的な関与を通じて健康なまちづくりを目標とすること、また、その評価をきっちり行うことにした。また、同町の保健・福祉・医療に関する委員会にも出席し、地元医師会の理解を得ることを心かけた。なお、同町に隣接した町に地域医療振興協会が運営する病院が設立されたが、我々との接点はほとんどなかった。我々からもう少し積極的に動いていれば接点が見いだせたかもしれないと、今になって反省している。

最初の10年間の保健活動の結果、地域高齢者の機能的健康度は向上し、新規要介護認定率は大きく下がった^{2,3)}。また、介護保険財政も安定化し、1号被保険者基準額は全国最低を記録している。

養父市におけるフレイル対策

公衆衛生学会総会（松山）で知り合った兵庫県但馬地方局長寿の郷の方の紹介により、養父市を訪れ同市地域包括支援センターの保健師らと話し合う機会を持った。当時、同市では基本チェックリストでハイリスクと判定される人は

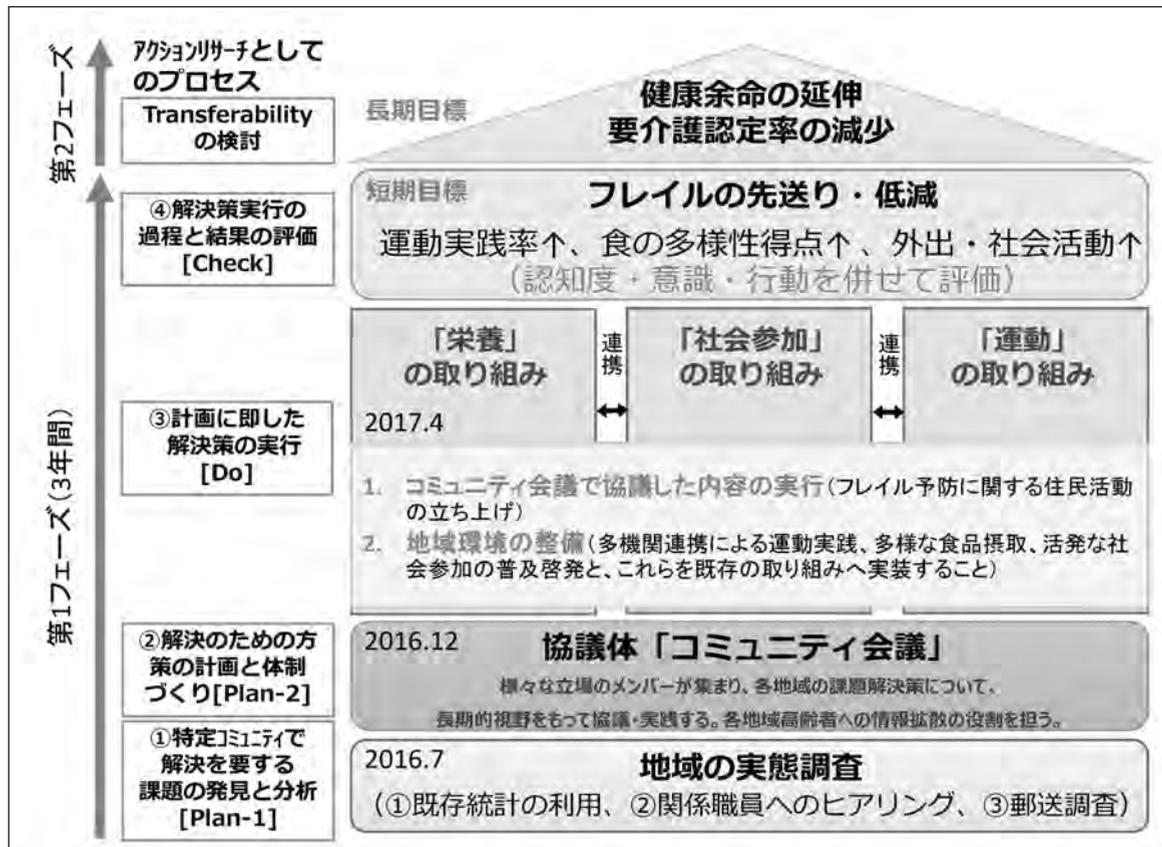


図4 大田区元気シニア・プロジェクト：ロードマップ

[文献6]より引用)

ほんの一部で、その方々を対象に介護予防教室を開催しても参加者はわずかで効果が実感できないとのことであった。同市は典型的な中山間地域で、教室が開催される市役所まで車で1時間かかる地区もある、しかし、地域住民の横のつながりは強いので、これを生かした健康づくりをやりたいという問題意識であった。

ここでも紆余曲折を経て、最終的に「養父モデル」を構築することができた(図3)。研修を受けた養父市シルバー人材センターの会員がフレイル予防サポーターとなって、仕事として各地区に出張して合計10回、栄養、運動、社会面から成る複合プログラムを提供する、その後は行政区単位で自主グループ化してこの教室を継続していくというものである。もちろん行政保健師がサポーターと行政区の間に入って、コーディネーター役を担ったことは言うまでもない。2020年3月末時点で154の行政区のうち58行政区でフレイル予防教室が運営されるまでになった。この間、私どもが担ったのは、養父モ

デルの提案、フレイル予防サポーター養成講座の講師(最初の2回のみ)、1行政区でのフレイル予防教室の立ち上げ支援であった。3回目以降の養成講座、2ヵ所目以降の教室の立ち上げは、すべて行政保健師がコーディネーターとなって、シルバー人材センターや各区自治協議会、社会福祉協議会などと協働して実施していった。

養父市の強みは、保健活動に理解のある首長と有能な保健医療職の存在、地域社会の絆の強さ(組織・団体や人々)である。養父モデルの当初の5年間については、野藤らがPAIREMの枠組みを使って評価を行っている⁴⁾。また、最近、教室への参加によって要介護リスクが約半分まで低減する効果が得られていることが報告された⁵⁾。

地元の国保診療所の歯科医師には、養父モデル創設期にご支援をいただいた。一方、同市にある公立八鹿病院(地域中核病院)とは具体的に連携することはなかった。

東京都大田区におけるフレイル対策

今後のフレイル予防の本丸は、大都市部である。75歳以上の後期高齢者が激増し、また一人暮らし高齢者が多い反面、人間関係が希薄なコミュニティが多いからである。大田区在住で元東京都福祉局長が研究所(現東京都健康長寿医療センター研究所)に挨拶に来られ、大田区長の要望として元気高齢者対策をやりたいとのこと。当時私は研究所の副所長をしており、理事長から何か魅力的な提案をしてほしいという。大都市部のコミュニティは、養父市のような地縁型ではなく、目的ごとに集まる機能型である。機能型コミュニティを生かせば地域の力でフレイル予防を進められるのではないか。そこで「大田区元気シニア・プロジェクト」を立ち上げた⁹⁾。研究所側の責任者は私、実務担当は清野論研究員と決まった。同研究員は、行政との協議、地域団体との折衝、実態調査の実施、モデル地区でのコミュニティ会議の立ち上げなど、プロジェクトの根幹を一手に担った。3年間の研究のロードマップは図4とした。プロジェクト初年次の2016年に実施した「シニアの健康長寿に向けた実態調査」は、65~84歳の男女15,500名を対象とした12頁に及ぶアンケート調査(郵送式)であったが、応答率は77%と極めて高かった。同区は地域力の向上を区政の柱の一つとしており、区職員もその理念を理解し仕事をしているように感じる。本調査においても、区民が集まる場に区の職員がたびたび出向いて、調査の目的を説明し「自分ごととして調査に協力してほしい」と話していたことが印象的であった。18ある行政区のうち3つをモデル地域に選定し、まず協議体としての「コミュニティ会議」を設立した。そこでフレイル予防の3つの柱である、「栄養」「運動」「社会参加」の取り組みをどう進めるか協議し実行するのである。各コミュニティ会議にはプロジェクトの主旨に賛同する団体や施設、事業所、企業など

から20人ほどの委員が集まった。プロジェクトの理念は、地域の力(住民、行政、企業、法人、商店会など)でフレイル予防と健康寿命の延伸をめざすというものである。2019年までの3年間の取り組みとその評価についてはSeinoらがPreventive Medicineに詳しく記載している⁷⁾。

おわりに

老年学と公衆衛生学をバックグラウンドに持つ一研究者が、疫学研究と公衆衛生活動を両輪としてきた経歴を踏まえて、フレイル予防のエビデンスと地域における実践例を紹介した。フレイル対策においては、フレイルの概念やその原因の多様性をよく理解した上で、地域保健や地域医療で働く専門職が固いタッグを組んで、各地域の強みを生かした予防システムをつくることが求められている。

文献

- 1) Taniguchi Y, Kitamura A, Nofuji Y, et al: Association of Trajectories of Higher-Level Functional Capacity with Mortality and Medical and Long-Term Care Costs Among Community-Dwelling Older Japanese. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2019; 74(2): 211-218.
- 2) 新開省二, 吉田裕人, 藤原佳典, 他: 群馬県草津町における介護予防10年間の歩みと成果. *日本公衆衛生雑誌* 2013; 60(9): 596-605.
- 3) 清野論, 谷口優, 吉田裕人, 他: 群馬県草津町における介護予防10年間の取り組みと地域高齢者の身体、栄養、心理・社会機能の変化. *日本公衆衛生雑誌* 2014; 61(6): 286-298.
- 4) 野藤悠, 清野論, 村山洋史, 他: 兵庫県養父市におけるシルバー人材センターを機軸としたフレイル予防施策のプロセス評価およびアウトカム評価. *日本公衆衛生雑誌* 2019; 66(9): 560-573.
- 5) Nofuji Y, Seino S, Abe T, et al: Effects of community-based frailty-preventing intervention on all-cause and cause-specific functional disability in older adults living in rural Japan: A propensity score analysis. *Prev Med* 2023; 169: 107449.
- 6) Seino S, Kitamura A, Tomine Y, et al: A Community-Wide Intervention Trial for Preventing and Reducing Frailty Among Older Adults Living in Metropolitan Areas: Design and Baseline Survey for a Study Integrating Participatory Action Research With a Cluster Trial. *J Epidemiol* 2019; 29(2): 73-81.
- 7) Seino S, Tomine Y, Nishi M, et al: Effectiveness of a community-wide intervention for population-level frailty and functional health in older adults: A 2-year cluster nonrandomized controlled trial. *Prev Med* 2021; 149: 106620.

連携・協働で取り組む 地域包括ケアシステムのPDCA

富山県新川厚生センター 所長 大江 浩

POINT

- ① 医療計画では「在宅医療」も柱の一つで、目標値設定や指標評価によるPDCAが推進されている
- ② 医療、介護、障害に係る行政計画の計画期間や指標の整合が図られ、一体的に推進されている
- ③ 分析ツールの普及やオープンデータ化が進められ、資源の見える化、取り組みの見える化、成果の見える化によって、PDCAが推進しやすくなっている
- ④ 地域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築・推進には地域の関係機関・団体による連携・協働が欠かせない

●
●
●
●
●
●
●

特集

はじめに

2014年3月の全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会「在宅医療・地域包括ケアシステムの推進に関する見解(平成25年度報告)」¹⁾の「ヒューマンネットワークによる在宅医療・医療介護連携・地域包括ケアを推進することが、地域における健康危機管理の強化にもつながる」の提言は、3年余のコロナ禍で実感される機会が少なくなかった。当管内では第7波以降、高齢者施設でのクラスターが頻発したが、普段からの医療介護連携の取り組みが急性期病院の負担の軽減に役立った。

ここでは、保健所が地域包括ケアシステムに関わる根拠と意義を述べるとともに、関係機関・

団体との連携・協働によるPDCAの実際を紹介する。

保健所が医療連携、医療介護連携、地域包括ケアに関する根拠と意義

2006年の「医療制度改革」により、医療機能の分化・連携の推進と切れ目のない医療提供体制が打ち出され、医療計画で4疾病・5事業の具体的な医療連携体制が位置付けられた²⁾。2006年10月の全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会「医療制度改革における保健所の役割強化に関する緊急アピール」³⁾では地域医療連携(医療機能の分化と連携)の推進、受け皿となる地域包括ケアシステムの整備を提言し、2007

年7月20日の厚生労働省通知(医政発第0720003号, 医政指発第0720001号)で「保健所が地域医師会等と連携して圏域連携会議を主催し, 医療機関相互又は医療機関と介護サービス事業所との調整を行うなど, 積極的な役割を果たすものとする. 状況に応じて, 地域連携クリティカルパス導入に関する検討を行う」と明記された。

連携ツールとしての地域連携クリティカルパスは, 2006年度診療報酬改定で大腿骨頸部骨折が評価され, 2008年度改定で脳卒中が追加されたが, 2007年度厚労省地域保健総合推進事業「地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究」⁴⁾で, 各地の運用状況を調査したところ, 保健所に対しては, 特に中核病院同士の調整, 地域住民に対する啓発での役割が期待された。当時, 地域連携診療計画管理料, 同退院時指導料の算定要件である「計画管理病院と連携する保険医療機関との間で, 地域連携診療計画に係る情報交換のための会合が年3回程度定期的に開催すること」について, 医療機関同士(急性期～回復期～維持期・生活期)は1対1ではなく, 多対多の有機的なつながりがあり, 地域における中立・公正な専門機関による調整役が必要⁵⁾であった。これは, 現在の感染対策向上加算のカンファレンス要件などにもあてはまるであろう。

次に, 2011年の「社会保障・税一体改革大綱」に基づき, 医療計画に在宅医療の医療連携体制に求められる機能が明示され, 2014年には社会保障と税の一体改革として, 効率的かつ質の高い医療提供体制構築と地域包括ケアシステムの構築を通じて医療と介護の総合的な確保を推進するとし, 病床機能報告制度, 地域医療構想が打ち出された²⁾。また, 2015年度からの第6期介護保険事業計画では, 地域支援事業で「在宅医療・介護連携推進事業」が設けられ, 「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針(医療介護総合確保方針2014年9月12日)」では「都道府県がより広域的な立場から, 保健所の活用により, 市町村の後方支援等を積極的に行うことが重要である」とされた。

地域保健法第4条による「地域保健対策の推

進に関する基本的な指針(2012年7月31日)」において, 保健所(県型, 市型共通)の運営事項として, 「地域の健康課題を把握し, 医療機関間の連携に係る調整, 都道府県による医療サービスと市町村による保健サービス及び福祉サービスとの連携に係る調整を行うことにより, 地域において保健, 医療, 福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と重層的な連携体制を構築すること」が規定されている。

2014年度厚労省地域保健総合推進事業「在宅医療・介護連携, 地域包括ケアシステムの推進における保健所の役割に関する研究」⁶⁾では, 在宅医療・介護連携, 地域包括ケアシステムに取り組む保健所の取り組み状況を調査するとともに, 分野別(①市町村支援, ②圏域医療計画・地域医療構想, ③地域リハビリテーション, ④退院調整支援, ⑤認知症, ⑥緩和ケア, ⑦難病, 障害者)の推進ポイントをまとめている。拠点施設(基幹型地域包括支援センター, がん診療連携拠点病院, 認知症疾患医療センター, リハビリテーション広域支援センター等)や職能団体(医師会, 歯科医師会, 薬剤師会, 看護協会, 介護支援専門員協会等)でも地域包括ケアに係るさまざまな事業(会議, 研修, 普及啓発等)が実施されており, 保健所は地域における調整役・推進役としての役割が重要になっている。

地域包括ケアシステムのPDCAの背景

行政が地域包括ケアシステムのPDCA(Plan, Do, Check, Act)を進める最近の背景として, 以下の3点が考えられる。

1. 行政計画の一体的推進と指標評価

医療計画(計画期間6年), 介護保険事業(支援)計画(同3年), 障害(児)福祉計画(同3年)は有機的に関連⁷⁾しており, 計画期間と評価指標の整合が図られている。2022年12月には医療計画とがん対策推進計画, 循環器病対策推進計画も一体的に策定できることが明確化されてい

表1 富山県新川厚生センター（県型保健所）の概要

所管地域	県東部の2市2町（魚津市、黒部市、入善町、朝日町） 二次医療圏、老人福祉圏、障害保健福祉圏と一致
管内人口	11万3,512人、老年人口割合36.0%（2021年10月1日現在）
管内医療機関	管内病院14カ所・うち公的病院3カ所、一般診療所77カ所、歯科診療所51カ所、薬局59カ所（2021年10月1日現在）
厚生センターの組織機構	企画管理課（企画調整班、医務総務班）、保健予防課（地域保健班、感染症疾病班）、福祉課、試験検査課、支所
計画PDCA推進体制	企画調整班（班長 保健師）と地域保健班（同）が連携して取り組み、保健予防課長（同）と所長（医師）が総括

る⁹⁾。2024年度には、これらの行政計画が一斉にスタートするが、地域包括ケアとデータヘルスの推進がベースになっていると考えられる^{9),10)}。

2. 資源の見える化、分析ツール、実態調査

病床機能報告¹¹⁾、医療機能情報¹²⁾、薬局機能情報¹³⁾、介護サービス情報¹⁴⁾、障害福祉サービス情報¹⁵⁾、サービス付き高齢者向け住宅情報¹⁶⁾、セーフティネット住宅情報¹⁷⁾など法に基づく資源の見える化が進んでいる。また、厚労省「在宅医療にかかる地域別データ集」¹⁸⁾、日本医師会「地域医療情報システム」¹⁹⁾、地域包括ケア「見える化」システム²⁰⁾、経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト「医療提供状況の地域差」²¹⁾、NDBオープンデータ²²⁾、地域精神保健福祉資源分析データベース²³⁾といった分析データがネット公開されるとともに、医療計画作成支援データブックや国保データベース(KDB)システムのような分析ツールが普及してきている。さらに、介護保険事業計画の基礎資料として、3年ごとに、全国一斉で介護予防・日常生活圏域ニーズ調査や在宅介護実態調査²⁴⁾が行われ、フレイルリスク、生活支援・介護ニーズが把握されており、地域包括ケアシステムのPDCAが推進しやすくなっている。

3. 取り組み・成果の保険者インセンティブ

市町村国保、後期高齢者医療、介護保険では保険者の取り組み・成果による交付金制度が設けられており、その中には、地域包括ケアに関する項目も位置付けられている。また、評価結果の見える化が進められている。

富山県保健所における 地域包括ケアのPDCAの実際

本県では、①県庁医務課所管の地域医療推進対策事業〔地域医療推進対策協議会（圏域連携会議）、在宅医療部会、地域医療構想調整会議〕、②県庁高齢福祉課所管の地域包括ケア推進支援事業（医療・介護連携調整会議、在宅療養支援研修会）、③県庁健康対策課所管のがん患者在宅療養支援研修会事業、難病患者地域支援対策推進事業（地域難病ケア連絡会、難病患者支援者研修会）などの事業として、管内市町村、拠点施設、職能団体と連携・協働しながらPDCAを推進している。ここでは当新川管内の代表的な取り組みを紹介する（表1）。

1. 地域医療推進対策協議会・地域医療構想調整会議

二次医療圏ごとに厚生センター（保健所）が事務局となって、地域医療構想調整会議を兼ねて地域医療推進対策協議会（関係機関・団体の代表者中心）を年2回開催し、さらに、医療計画の5疾病・5事業、在宅医療にかかる部会（実務者中心）を開催している。地域医療推進対策協議会では、病床機能報告および医療機能情報による病院ごとの機能別病床利用の状況、平均在棟日数、急性期医療や退院支援等の医療実績、将来人口推計などの資料を提示するとともに、各公的病院から改革プランに基づく取り組みについて説明してもらい、全体で協議している。管内では、あさひ総合病院が国による再検証対象医療機関になったが、①病床数の削減（199床

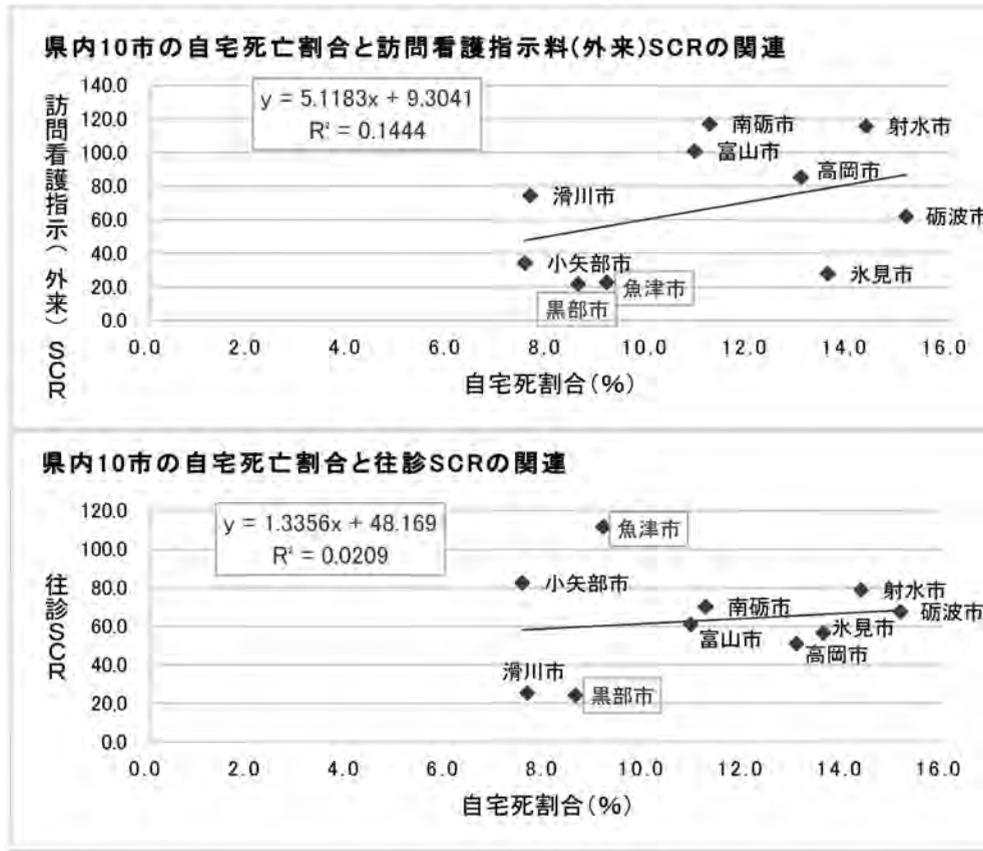


図1 自宅死亡割合とSCR（標準化レセプト出現化）
 ※ SCRは経済・財政と暮らしの関係「見える化」ポータルサイト²¹⁾2020年度診療分、自宅死亡割合は「在宅医療にかかる地域別データ集」¹⁸⁾による
 ※自宅死には孤独死も含まれ、医療計画のアウトカム指標ではないことに留意が必要であるが、管内2市の在宅看取りには訪問看護の充実が重要であることが示唆される

→109床)、②地域包括ケア病棟の開設、③圏域の中核病院である黒部市民病院との双方向のカルテ連携、④機能強化型訪問看護ステーションの設置、④訪問診療・訪問リハビリの拡充、⑤診療所と連携した在宅看取りなど、「高齢者医療の先進モデル病院」を目指す取り組みは当協議会で高く評価されている。管内公的3病院はコロナ重点医療機関として入院医療に対応するとともに、高齢者施設のクラスター発生時には施設に向いてゾーニング指導や治療支援にあたっており、こうした取り組みを踏まえて、協議会では、地域医療構想における2025年の機能別必要病床数にとらわれず、地域包括ケアの推進が大命題であるという合意ができています。

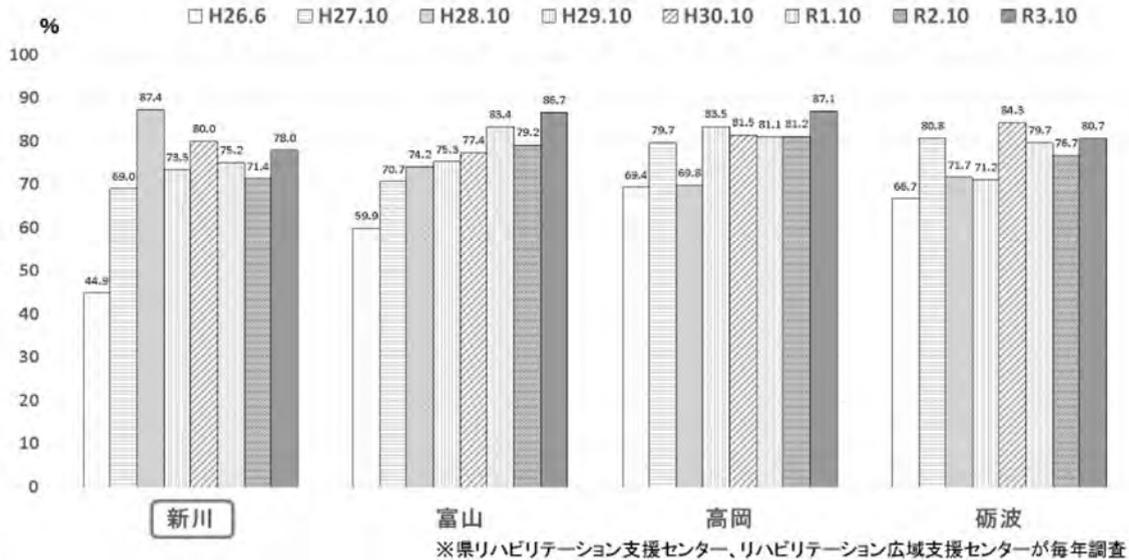
また、下部会議の一つである在宅医療部会では、在宅医療にかかる地域別データ集、医療計画作成支援データブック、医療提供状況の地域

差の在宅医療関連データを提示し、「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」のフェーズごとに、県内他圏域と比較した強み・弱みを関係者間で認識してもらっている。例えば、在宅看取りを進める上で、図1のような比較分析は効果的である。

2. 看護管理者連絡会、地域リハビリテーション連絡協議会

管内病院の看護部長・地域連携室師長、介護支援専門員協会役員、地域包括支援センター担当者と定例会を開催し、「入退院支援ルール」²⁵⁾を作成・更新するとともに、厚労省「都道府県医療介護連携調整実証事業」²⁶⁾で用いられた方法により、入院時情報提供率と退院時情報提供率を経年的に把握し、「退院支援」の評価指標の一つとして活用している(図2)。また、急性期・回

入院時情報提供率(ケアマネ⇒病院)



退院時情報提供率(病院⇒ケアマネ)

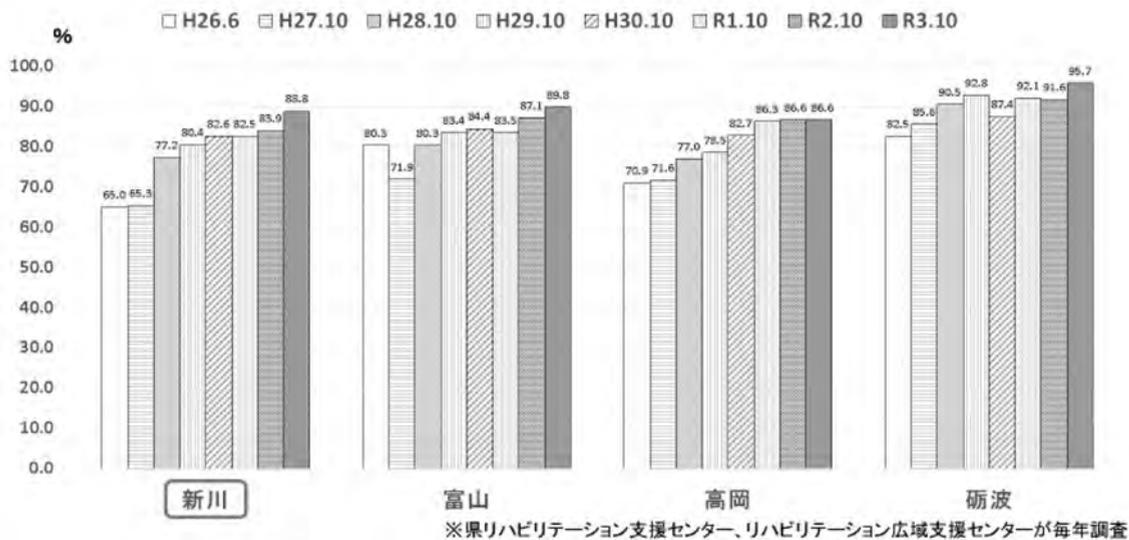


図2 入退院に関わる情報提供率

※退院支援の評価には、診療報酬の入退院支援加算、介護支援等連携指導料、介護報酬の入院時情報連携加算、退院・退所加算に関する分析も重要で算定件数が増加傾向にある。

復期・生活期のリハビリ関係機関で構成する地域リハビリテーション連絡協議会では施設における各種医療処置や、地域におけるリハビリテーション、認知症支援の実施状況等をまとめた「圏域地域リハビリテーション活動マップ」²⁷⁾を作成・更新している。認知症対策については、精神保健福祉ネットワーク会議でも重点的に協議²⁸⁾し、管内では器質性精神障害(F0)による医

療保護入院数が減少傾向になっている。

地域包括ケアシステムの推進には、地域における看護職ネットワーク(保健所、地域包括支援センター、医療機関、訪問看護ステーション、介護支援専門員協会等)はポイントの一つと考える。

3. 在宅医療介護連携推進研修会(写真1)

厚生センター、管内市町、公的3病院、医師



写真1 第3回在宅医療介護連携推進研修会(2019年9月17日)
テーマ「地域で医療的ケア児を支援するためのより良い連携のあり方について」(新川地域在宅医療支援センター²⁹⁾提供)

会在宅医療支援センター、看護協会支部、地区薬剤師会の共催で、例年、医療、介護、福祉の多職種による研修会(①ミニ講義、②事例を踏まえたグループワーク、③関係機関・団体の活動紹介)を開催している。参加者アンケートからは顔の見える関係の推進に役立つと好評であるが、事前の企画・打ち合わせを通じてのコアグループが重要であることを実感している。

4. がん患者在宅療養支援事例検討会

厚生センター、管内市町、がん診療連携拠点病院の2病院(国指定、県指定)、医師会在宅医療支援センター²⁹⁾、看護協会支部、地区薬剤師会の共催で、パネルディスカッション形式により、多機関・多職種関わった、終末期がん患者事例(入退院～看取り)の振り返り検討会を開催している。厚生センター保健師と拠点病院担当看護師による事前の準備(開催日時・場所、テーマ、事例選定、発表者、進行・役割、アンケート等)が重要で、平日夜間の開催にもかかわらず、毎回幅広い職種の参加がある。末期がんは比較的短期間に状態が変化するため、急変時の対応や看取りを含めて関係機関とタイムリーに連携調整する必要がある。また、最期まで本人の意思が表明でき、「可能な限り住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した生活を営む」という地域包括ケアの趣旨が凝縮されている³⁰⁾。

5. 医師会在宅医療支援センターとの連携・協働

新川地域在宅医療支援センター²⁹⁾は、2005年

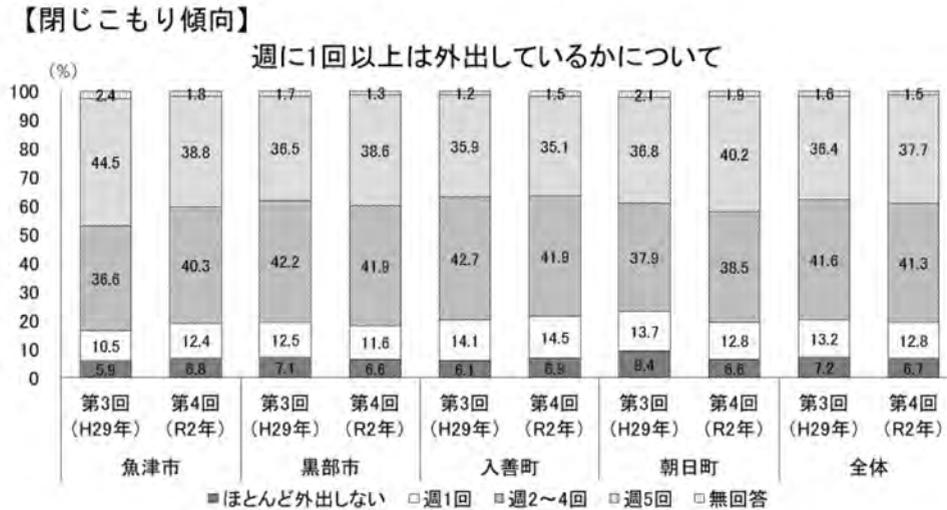
度に開業医8名でスタートした新川地域医療連携懇話会が母体となり、2010年度に下新川郡医師会に設置され、市町から在宅医療・介護連携推進事業の一部委託を受けている。常勤職員は1名であるが、企画・運営に厚生センターが全面的に協力し、共催で市民公開講座や医療・介護・福祉従事者研修会を開催するとともに、人生会議(ACP)のアニメーション動画を作成している。また、2009年度に県の在宅患者情報共有モデル事業で導入したMicrosoft Office Grooveは、2019年度に「あんしん在宅ネット(Net4U)」に切り替えて、運用管理・利用支援を行い、タイムリーな情報連携を推進している(2022年度76事業所が利用)。

コロナ禍における地域包括ケアの取り組み

大きな流行の波の繰り返しで、医療・介護現場や厚生センターが逼迫し、各種会議や研修を中止せざるを得ない状況であったが、Withコロナ政策が打ち出された2022年9月以降はオンラインを活用しながら各種事業を再開している。グループワークは五類化後に再開する予定である。

2023年2月14日の在宅医療部会では、①対面の面会を制限している病院では在宅療養の希望が多くなり、病棟からの退院前・退院後訪問指導に力を入れていること、②訪問看護ステーションのスタッフの感染では、顔の見える関係の他事業所と協力し合って対応していること、③クラスター発生施設では口腔ケアの重要性が増していることなどが報告された。

2020年の介護予防・日常生活圏域ニーズ調査(要介護以外の高齢者に実施)では高齢者の外出頻度は以前とそれほど変わらなかったが、うつ傾向がやや増加していた。地域包括ケア「見える化」システム²⁰⁾で公表される、市町における身近な場での「週1回の通いの場」は当初制限されていたが、ワクチン接種の普及とともに再開されるようになってきており、2023年のニーズ調査結果が注目されている(図3)。



【うつ傾向】 この1か月間、どうしても物事に興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがあると回答した方の割合

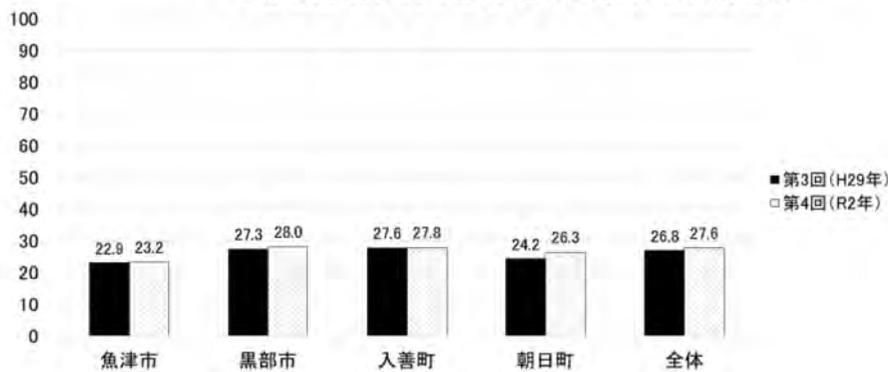


図3 閉じこもり傾向とうつ傾向 (介護予防・日常生活圏域ニーズ調査から)

終わりに

地域包括ケアシステムのあり方は、地域資源の状況によって異なるため、画一的に進めることができない。また、関係する機関・団体が多く、地域における連携・協働によるPDCAが欠かせない。高齢者を対象にした地域包括ケアは、医療的ケア児支援ネットワークや精神障害にも対応した地域包括ケアシステムなどへと、全世代対象に発展しており、今後一層、公衆衛生と地域医療がタッグを組んだ取り組みを推進していきたい。

文献

- 1) 2014年3月全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会「在宅医療・地域包括ケアシステムの推進に関する見解(平成25年度報告)」http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai_chihokenjyu_H25_tmp01.pdf(accessed 2023 Mar 27)
- 2) 2021年6月18日第1回 第8次医療計画等に関する検討会資料2 p25「医療計画に係る医療法の改正の主な経緯」<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000794328.pdf>(accessed 2023 Mar 27)
- 3) 2006年10月全国保健所長会地域保健の充実強化に関する委員会「医療制度改革における保健所の役割強化に関する緊急アピール」http://www.phcd.jp/02/soukai/pdf/iinkai_chihokenjyu_2006_02.pdf(accessed 2023 Mar 27)
- 4) 2007年度厚労省地域保健総合推進事業 地域連携クリティカルパスの普及・推進に関する研究報告書(分担事業者 大江浩)。(財)日本公衆衛生協会. 2008 <http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/html/2007.html>(accessed 2023 Mar 27)
- 5) 武藤正樹監修: 一歩進んだ医療連携実践Q&A. 東京, じほう, 2009.
- 6) 2014年度厚労省地域保健総合推進事業 在宅医療・介護連携, 地域包括ケアシステムの推進における保健所の役割に関する研究報

- 告書(分担事業者 大江浩).(財)日本公衆衛生協会. 2015. http://www.phcd.jp/02/kenkyu/chiikihoken/pdf/2014_H26_tmp05.pdf (accessed 2023 Mar 27)
- 7) 大江浩:保健師が知っておきたい! 行政計画の一体的推進の全体像と実践. 保健師ジャーナル 2018; 74(3): 226-230.
 - 8) 2022年12月20日閣議決定「令和4年の地方からの提案等に関する対応方針」https://www.cao.go.jp/bunken-suishin/doc/r04/k_tb_r4_honbun.pdf (accessed 2023 Mar 27)
 - 9) 大江浩:地域共生社会に向けてのデータヘルス. 保健師ジャーナル 2018; 74(10): 843-848.
 - 10) 大江浩:地域診断と実践-地域包括ケアとデータヘルス-. 保健医療科学 2018; 67(2): 166-172.
 - 11) 病床機能報告<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html> (accessed 2023 Mar 27)
 - 12) 医療機能情報http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/teikyouseido/index.html (accessed 2023 Mar 27)
 - 13) 薬局機能情報http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iyakuhin/kinoujouhou/index.html (accessed 2023 Mar 27)
 - 14) 介護サービス情報<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/> (accessed 2023 Mar 27)
 - 15) 障害福祉サービス等情報<https://www.wam.go.jp/sfkohyout/COP000100E0000.do> (accessed 2023 Mar 27)
 - 16) サービス付き高齢者向け住宅情報<http://www.satsuki-jutaku.jp/index.php> (accessed 2023 Mar 27)
 - 17) セーフティネット住宅情報<https://www.safetynet-jutaku.jp/> (accessed 2023 Mar 27)
 - 18) 厚生労働省「在宅医療にかかる地域別データ集」<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html> (accessed 2023 Mar 27)
 - 19) 日本医師会「地域医療情報システム」<http://jmap.jp/> (accessed 2023 Mar 27)
 - 20) 地域包括ケア「見える化」システム<http://mieruka.mhlw.go.jp/> (accessed 2023 Mar 27)
 - 21) 経済・財政と暮らしの指標「見える化」ポータルサイト「医療提供状況の地域差」<https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/special/reform/mieruka/tiikisa.html> (accessed 2023 Mar 27)
 - 22) NDBオープンデータ<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html> (accessed 2023 Mar 27)
 - 23) 地域精神保健福祉資源分析データベース<https://remhrad.jp/> (accessed 2023 Mar 27)
 - 24) 介護保険事業計画策定に向けた各種調査等に関する説明会https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-rouken_384533.html (accessed 2023 Mar 27)
 - 25) 新川医療圏在宅医療・介護ネットワークの手引き「入退院支援ルール」<https://www.pref.toyama.jp/1268/kurashi/kenkou/kenkou/1268/renkei/zaitakuiryoutebiki00.html> (accessed 2023 Mar 27)
 - 26) 2015年度高齢者リハビリテーションの機能強化事業 都道府県医療介護連携調整実証事業 報告書<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000143737.pdf> (accessed 2023 Mar 27)
 - 27) 新川圏地域リハビリテーション活動マップ<https://www.pref.toyama.jp/1268/kurashi/kenkou/kenkou/1268/renkei/rehamap/index.html> (accessed 2023 Mar 27)
 - 28) 藤田喜代美, 大江浩他:精神障害にも対応した地域包括ケアシステム構築支援の取り組み. 看護 2019; 71(6): 54-58
 - 29) 新川地域在宅医療支援センター<http://www.niikawa-zaitaku.net/> (accessed 2023 Mar 27)
 - 30) 林ひとみ, 大江浩:がん医療・緩和ケアの地域診断と地域連携の推進. 保健師ジャーナル 2017; 73(12): 1008-1013.