



• 半分は前期「保健行政論」の復習

概要

- 地域保健の思想
 - 地域の水準
 - 地域特性とその指標
 - 地域保健の特徴と流れ
 - 地域保健展開上の留意点
- 制度と運用(地域保健法)
- 新たな問題と地域保健対策の見直し
- ヘルスプロモーションの流れ
- 市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書
- 地域保健対策検討会報告書



- 地域社会 (community)
 - = 地理的環境の共有 + 共同体感覚
 - = “一定の環境や特徴を共有する人々の集まり”
- 保健活動の際に「地域」が重要な理由
 - (1) 共通の環境条件 → 共通の健康問題
 - (2) 健康問題の解決 ← 必要な資源・行動規範等が地域依存
- 地域に合った保健活動が必要!
- 大きな「地域」としては地球、国家や連邦制国家の州。バーチャルな社会(ネットの SNS が典型的)とのズレがもたらす問題点にも注意



近隣、集落等の小地域
(地区レベル)



| 名称 | 定義 | 内容 |
|-------|---------------|-----------------------------|
| 存続集落 | 55歳未満人口が50%以上 | 跡継ぎ確保。共同体機能を次世代に受け継げる |
| 準限界集落 | 55歳以上人口が50%以上 | 現在は共同体機能維持。跡継ぎ確保困難。限界集落予備軍。 |
| 限界集落 | 65歳以上人口が50%以上 | 高齢化進行。共同体機能維持が限界に達している |
| 消滅集落 | 人口0 | かつて住民が存在。完全に無人。集落が消滅。 |

- 町会、字、自治会など行政の末端組織として機能している最小単位。
- 血縁的・地縁的社会。神社の祭りの主体等。
- 地域により組織が機能しているかどうか差が大きい(機能不全なのは、移住が多い大都市の他、限界集落も)
- * 大野晃(1991)提唱、下表はWikipediaより改変



行政区域と生活行動圏

- 行政区域
 - 県・保健所管轄区、市区町村など
 - 政策実施の単位。
 - 首長が方針決定権をもつ。
 - 地域保健法制定後重要性が増した。
- 生活行動圏
 - 医療圏、通勤・通学圏など
 - 生活の場としての地域。
 - 上水水質など広域の問題もあるので、行政区分を超えた政策が立てられる必要がある場合もある。



離島・山村などの僻地

- 問題が多く、それが地域特性によって異なる



移動が不便な山村で在宅介護を希望する人へのホームヘルプなどのサポートのニーズ(長野県泰阜村の例)
※しかし、家族や地縁的社会とヘルスプロフェッショナルが依存的にならず協働するのは難しい。



地域特性とその指標

- 地域特性を把握するための指標: 自然環境、交通・通信、生活環境、労働環境、教育・学習環境、生活・文化、住民の意識・要望・要求など。
- 健康問題を把握するための指標: 人口動態、死因統計、疾病の状況、医療費の状況、予防接種状況、在宅ケアの状況、等々。
- 地域で利用できる社会資本: 保健医療、福祉、教育などの諸機関、地区組織、保健推進員、民生委員等。
- ソーシャル・キャピタル: 隣人信頼度、社会統合性等。

→ 以上のような指標を調べ地域特性を把握することが必要。



社会経済要因の中での
ソーシャル・キャピタルの位置づけ

- 社会経済要因の区分
 - ミクロ(個人、家族): 収入、教育等
 - メソ: ソーシャル・キャピタル等
 - マクロ(集団): 人口密度、所得不均衡(Gini係数などで評価する)等
- ソーシャル・キャピタルは、マルチレベルな要因
 - 例) 隣人間の相互信頼関係、ソーシャルネットワーク、互恵性など
 - 複数の概念をカバーするアンブレラタームであり、社会の統合度、社会的サポート、社会参加などを意味する(Almedom AM, 2005)。



ソーシャル・キャピタルの定義
(Islam MK et al, 2006 による)

Bourdieu P (1980) 「多かれ少なかれ組織化された、相互に保持するあるいは認識する関係性の継続的なネットワークを保有することに関連した現行のあるいは潜在的な資源の集合体」

Coleman JS (1990) 「社会構造のある側面からなり、その構造内の個人のいくつかの活動を容易にするもの」

Putnam RD et al. (1993) 「信頼、規範、ネットワークのような、協調的な活動を容易にすることによって社会の効率を改善することができる、社会組織の特徴を指す」

Portes A (1998) 「ネットワークあるいはより広い社会組織のメンバーの美德によって資源をうまく操るための個人の能力をさす」

4つの(部分的に重なっている)主たる理論的成分

[1] 社会的信頼/互恵, [2] 集合的効率, [3] 自由意志による組織への参加, [4] 相互の利益のための社会的統合

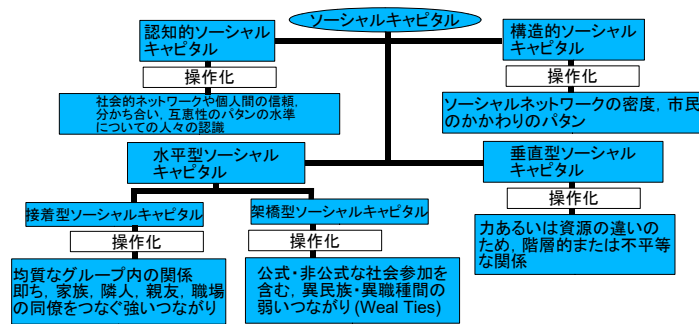
ソーシャル・キャピタルと健康状態の関連について先行研究の知見

- Durkheim E (1897) マクロな観察に基づき、「抑うつと自殺は社会的紐帯を弱めることと関連している」「社会的統合が最高度の社会で自殺率が最低となる」(In: Kawachi I, Kennedy BP "The health of nations", The New Press, 2002, pp.122)
- House JS et al. (1988) 「好きな人と一緒に過ごす時間や社会的活動に従事している時間と同じくらい、寿命を延ばし、QOLを改善するための、もっとも確実な方法の一つである(前掲書)
- Brummet BH et al. (2001) 社会的隔離(ネットワークの大きさとして MSSI が3以下の状態)で冠動脈疾患の患者の死亡リスクが上昇する。MSSIとはマンハイムソーシャルサポートインタビューの頭文字であり、ネットワークの大きさは次の6つのタイプのどれかにリストされる個人の総数(重複は除く)である。(1) 話したいか何かを一緒にしたい、(2) 過去4週間に招待された、(3) 物を借りたり何かを頼める、(4) とても重要な個人的決定を下すのを助ける、(5) 非常に親しい友人あるいは親戚が重病あるいは死亡したとき話をすることができて(悲しみを)理解してくれる、(6) 何もかもがうまくいかず落ち込んでいて気持ちが挫け、自分の存在価値を疑いさしているときに話しかけ、勇気付け、いい気分させてあげられる。

ソーシャルキャピタルが疾病罹患や死亡を減らす生物学的メカニズム

- ソーシャルキャピタルは心理的ストレスを減らし、それによって免疫系を強化し、個人を健康に保つ(心身医学の概念)
 - Cohen S et al. (1997): 健康なボランティアを対象に実験的にライノウイルスに感染させる実験をしたところ、社会関係(12種類の社会関係の1つに分類され、2週間以内に最低1度は話をしたことがある人の総数)が少ないときの方がライノウイルスに感染しやすいことがわかった。
- ソーシャルキャピタルが高い地域では(若い頃からの)身体活動が活発になり健康な生活習慣が形成される
 - Lindström M et al. (2001) *Social Science & Medicine*, 52: 441-51. スウェーデンの調査結果で、社会経済レベルが低いと余暇時間の身体活動が少ないという関係が見られるのに、社会参加やソーシャルキャピタルの影響を調整するとその差が消えることを示した。
 - Novak D et al. (2016) *Public Health*, 135: 48-55. クロアチアの高校生ではソーシャルキャピタル(Furuta et al., 2012の6項目質問で評価)が高いと男子は中等度以上の運動を日常的にする生徒が多く、女子は運動全般を日常的にする生徒が多い

ソーシャルキャピタル研究のフレームワーク



Source: Fig. 1, Islam MK et al., 2006.

ソーシャルキャピタル質問項目の例

Lochner KA, et al. (2003): 3つの指標

- 住民の互恵性の認知: 各近隣クラスター (NC) において「周囲の人々はその隣人を喜んで助ける」という問いに強く賛成/賛成する住民の割合
- 住民の信頼感の認知: 各 NC において、「この近所の人々は信頼できますか」という問いに強く賛成/賛成する住民の割合
- いくつの組織に入っているか: 自由意志による加入組織の多様性(宗教組織, 近隣組織, 仕事上のグループ, 市民グループ, 民族組織, 国籍によるクラブ, 地区組織, 政治組織などを含む)

ソーシャルキャピタルの文献

- Berkman LF, Kawachi I: *Social Epidemiology*. Oxford Univ. Press, 2000.
- Kawachi I, Kennedy BP: *The health of nations*. The New Press, 2002.
- Cohen S, Doyle WJ, Skoner DP, Rabin BS, Gwaltney JM: Social ties and susceptibility to the common cold. *JAMA*, 277: 1940-1945, 1997.
- Islam MK, : Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5(3), 2006.
- Almedon AM: Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicine*, 61: 943-964, 2005.
- Lochner KA, Kawachi I, Brennan RT, Buka SL: Social capital and neighborhood mortality rates in Chicago. *Social Science & Medicine*, 56: 1797-1805, 2003.
- Lasaga IQ: Melanesian's Choice: *Tadhimboko Participation in the Solomon Islands Cash Economy*. Australian National University, 1972.
- Fraenkel J: *The manipulation of custom: From uprising to intervention in the Solomon Islands*. Victoria University Press, 2004.
- Lindström M, Hanson BS, Östergren P-O: Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behavior. *Social Science & Medicine*, 52: 441-51, 2001.
- Novak D, Doubova SV, Kawachi I: Social capital and physical activity among Croatian high school students. *Public Health*, 135: 48-55, 2016.

地域保健の特徴と流れ

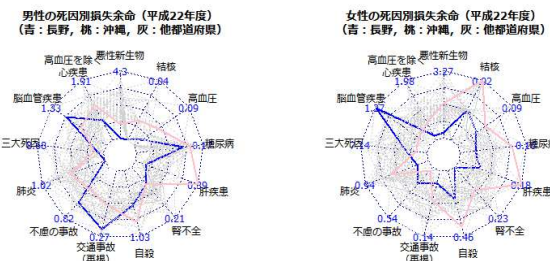
- 総合保健/包括医療的な考え方
 - 地域住民がその生活基盤の中で自らの健康の保持増進を図れるように必要な保健技術を地域社会に見合った形で組織的に提供し、その健康生活を支援していく一連の活動
- 1978年: 日本で「国民健康づくり」提唱
WHOのアルマ・アタ宣言(プライマリヘルスケア提唱)
- 1985年医療法改正(→都道府県に医療計画策定義務)
- 1986年オタワ憲章(→ヘルスプロモーション: 住民参加)
- 1994年保健所法→地域保健法
- 2000年から「健康日本21」(2002年栄養改善法→健康増進法)
- 2005年から地域保健対策検討会(→2012年報告書発表)
- 2005年介護保険法改正→地域包括支援センター
- 2006年老人保健法が高齢者医療確保法に。2008年施行の長寿医療制度と特定健診が影響大: 地域は支えられるか?

地域保健展開上の留意点

- (1) 特定集団 (aggregate)
- (2) 一人一人の健康問題=地域社会共通の問題
※逆に言えば、地域によって問題が異なること
- (3) 対象者は地域で生活している
- (4) 地域社会の慣習そのものを変えることの強力さ
(例: 長野県で食生活改善推進員の活動により減塩に成功し脳卒中死亡が激減したこと。しかしなかなか変えられるものではない)
- (5) 地域社会に権限を与え、住民自身の自己解決能力を養うこと(エンパワメント)の重要性。住民自治組織化・強化

長野県と沖縄県の死因別死亡

- 長野県の脳血管疾患死亡はまだ多いのだが減った
- 沖縄県は肝疾患による死亡が多い(飲酒?)





地域保健法

- <http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S22/S22H0101.html>
- (目的)第一条 この法律は、地域保健対策の推進に関する基本指針、保健所の設置その他地域保健対策の推進に関し基本となる事項を定めることにより、母子保健法(昭和四十年法律第百四十一号)その他の地域保健対策に関する法律による対策が地域において総合的に推進されることを確保し、もつて地域住民の健康の保持及び増進に寄与することを目的とする。
- (成り立ち)保健所法(1937年制定、1947年全面改定)→地域保健法(1994年)により、保健所→保健所+市町村保健センター
- (保健所の設置—第五条)
 - 主体は都道府県、指定都市、中核市(人口30万以上)、特別区
 - 都道府県は二次医療圏ごとに1つ(都道府県で10前後)、指定都市、中核市、特別区は1つ(十出張所)
- (市町村保健センターの設置—第十八条)
 - 主体は市町村。業務は住民に対しての、健康相談、保健指導及び健康診査その他(給付行政サービス)



保健所

- 保健所の業務(地域保健法第六条:以下の事項の企画、調整、指導、及びそれらに必要な事業の実施)
 - 地域保健に関する思想の普及及び向上
 - 人口動態統計その他地域保健に係る統計
 - 栄養の改善及び食品衛生
 - 住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他
 - 医事及び薬事
 - 保健師(先駆けは1891年派出看護婦業務や1919年巡回産婆業務など)
 - 公共医療事業
 - ……



*埼玉県所沢市にある「保健所発祥之地」石碑。1937年1月、ロックフェラー財団からの寄付により、公衆衛生技術者の臨地訓練機関として設立され仮業務を開始した「農村保健館」が1938年1月竣工。保健所法により1941年から「所沢保健所」となった



地域保健活動の分類

- 規制行政的活動
 - 公共の福祉の観点個人や法人を規制
 - 専ら行政機関による
- 給付行政的活動
 - 地域住民に対するサービス提供
 - 行政機関のみならずNGOやNPOも
 - 例)健診
- 対人保健活動
 - 住民を直接対象
 - 市区町村レベルできめ細かな対応
 - 地域保健センター
- 対物保健活動
 - 対人でない対象
 - 環境対策など大規模対策
 - 都道府県単位保健所がコア



地域保健のあり方を巡る経済理論

- 外部経済効果:間接的利益(例:予防接種による集団免疫)
- 外部不経済効果:間接的不利益(例:公害)
- 行政の介入が必要な事業:検診などは、初期投資が膨大なために市場経済では参入障壁がある事業である。
- 公共財:健康教育など、住民がいつでも自由に利用でき、経費を払わなくても利用から排除されないものをいう。市場経済では供給されない。
- メリット財:老人保健法による検診(2008年3月まで)など、市場経済でも供給されるが国家的見地から政府が供給すべきもの。→小泉改革以降、ここが縮小されて地域や職域に投げられてきた



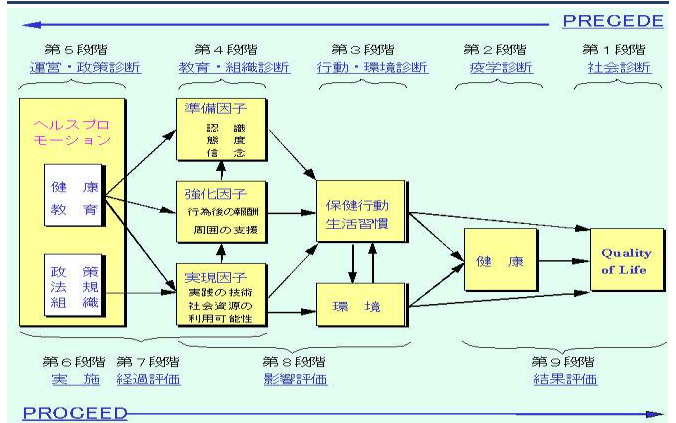
地域保健活動の進め方

- Plan-Do-See ~ PDCA サイクル
- MIDORI モデル~ PRECEDE-PROCEED Model <http://homepage1.nifty.com/PRECEDE-PROCEED/precede/midorimokuji.html>
- 策定は住民のニーズに基づく。
- 統計に基づいてニーズに優先順位をつけ、費用対効果や費用対便益を考慮して、順番に実施する。
- 実施の際は、計画に忠実に行うことと臨機応変の柔軟な対応の両方が必要。
- 評価は重要だが難しい。統計によるが、有意でなくても期間が足りないだけの場合もある。
- 今後の課題はシステム化(在宅医療支援システムとか)



MIDORI モデル~ PRECEDE-PROCEED Model

<http://homepage1.nifty.com/PRECEDE-PROCEED/precede/midorimokuji.html>



ヘルスプロモーションの国際潮流

- WHO (2009) Milestones in Health Promotion
 - The Ottawa charter for health promotion (1986)
 - Adelaide recommendation for healthy public policy (1988)
 - Sundsvall statement on supportive environments for health (1991)
 - Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century (1997)
 - Mexico ministerial statement for the promotion of health: From ideas to action (2000)
 - The Bangkok charter for health promotion in a globalized world (2005)
- Nairobi call for action (2010) at the 7th global conference on health promotion
- Helsinki statement (2013): "Health in All Policies Framework for Country Action" at the 8th global conference on health promotion
- Shanghai declaration (2016): at 9th global conf. Nov. 21-24, 2016 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en/>
- 2015 ~ 国連はSDGsを目指しているので、上海宣言もそれを踏まえている
- 母子保健分野では、WHOが2015年に推奨介入プランを提唱 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf



健康づくりのためのオタワ憲章 (1986)

- 1986年、カナダのオタワにおいて第1回世界ヘルスプロモーション会議が開催され、その成果がオタワ憲章としてまとめられた。憲章のなかで、ヘルスプロモーションは、「自らの健康を決定づける要因を、自らよりよくコントロールできるようにしていくこと」と定義されている。健康については以下のように語っている。「…健康というのは日々の暮らしの資源の一つであり、生きるための目的ではない。このようにオタワ憲章では、健康を目的としてではなく手段ととらえている。健康の改善には必要な条件があることも示している。平和、シェルター(住居)、教育、食料、収入、安定した生態系、持続可能な資源、社会正義、公平である。さらに、健康改善のための5つのヘルスプロモーション戦略も示した。1) 健康的な政策づくり、2) 健康を支援する環境づくり、3) 地域活動の強化、4) 個人の技術の開発、5) ヘルス・サービスの方向転換。この5戦略はその後のWHOによる、健康都市や包括的學校保健活動など、世界規模のヘルスプロモーション活動の基盤をなしている。ヘルスプロモーターの新たな役割としては、以下の3点をあげた。1) advocating: 政策提言を行う。健康は社会的、経済的、個人的発展のための資源である、目的ではないという立場をとる。2) enabling: 能力の付与を行う。すべての人が、健康になるために自らの潜在能力を発揮できるように支援を行う。3) mediating: 他分野間との協調をはかる。オタワ憲章は、プライマリ・ヘルス・ケアを基盤にし、1960年代、70年代の社会運動家であるソール・アリンズキーやパウル・フレイレの活動を念頭に書かれたと言われている。その理念はいまだに生きています。しかし、ヘルスプロモーションの核ともいえるコミュニティ・エンパワーメントはいまだに不十分になされていません。(神馬征峰)
- <http://seesaawiki.jp/w/jaidh/%A5%AA%A5%BF%A5%EF%B7%FB%BE%CF>



バンコク憲章 (2005)

http://seesaawiki.jp/w/jaih/d/%A5%D0%A5%F3%A5%B3%A5%AF%B7%FB%BE%CF

2005年、第6回ヘルスプロモーション国際会議で示されたバンコク憲章は、RaeburnとRootmanによれば、きわめて活気的な内容を含んでいる。憲章によれば、「ヘルスプロモーションは…、ポジティブ (positive) で包括的な (inclusive) な健康の概念を提供している。その概念は QOL の一つの決定要因であり、精神的かつスピリチュアルなウェルビーイングという要素も含んでいる」WHO の健康の定義が示すように、健康とは単に病気がない、ということだけではない。より積極的な意味合いをもつポジティブなものである、ということこそこの憲章は述べている。ポジティブなアプローチをとることによって、キャパシティ・ビルディングやエンパワーメント、個人や地域の回復力 (resilience)、QOL と健康をリンクさせることが可能になってくる。包括的 (inclusive) であることによって、健康の決定要因の幅も広がる。これまでもエビデンスとして示されてきた経済、教育などの決定要因に加えて、またエビデンスとしては弱い、文化要因、心理的要因、スピリチュアルな要因などが今後考慮されてくるであろう。QOL がこのように健康との関係づけられてあげられた、ということもまたヘルスプロモーションの包括性を特徴付けるにふさわしい。精神面、スピリチュアルな面でのウェルビーイングをとりあげているのも注目し値する。これまでも、その重要性は強調されながらも、公的な憲章にスピリチュアルという言葉がとりあげられることは少なかった。それがヘルスプロモーションにとつてどういう意味をもつのか？その解明にはさらに一世紀を要するかもしれない。しかし、少なくともそのスピリチュアルの可能性をここに示したことは画期的である。さらにバンコク憲章は、以下のようにヘルスプロモーションを位置づけるべきとした。①グローバルな開発課題の中心に置くこと、②全政府にとって核となる責任課題とすること、③コミュニティや市民社会にとって重要な中心課題とすること、④すぐれた企業活動にも必要なものとする。 (神馬征峰)

<minato-nakazawa@umin.net>

25



上海宣言 (2016)

http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/en/

https://www.youtube.com/watch?v=T8qMwDxpW0s

Conference themes

- Healthy cities
- Health literacy
- Good governance
- Healthy China

Objectives

- To provide guidance to Member States on how to reflect promoting health into national Sustainable Development Goal (SDG) responses, and how to accelerate progress on SDG targets.
- Exchange national experiences in:
 - a. strengthening good governance for health through action across government sectors;
 - b. broadening and strengthening social mobilization; and
 - c. promoting health literacy.
- To highlight the health sector's changing role as the key advocate for promoting health.
- To highlight the crucial role that cities – and municipal leaders, especially Mayors – play in promoting health (creating Healthy Cities), in the context of an increasingly urbanized global population.

<minato-nakazawa@umin.net>

26



母性と新生児の健康増進の推奨介入 (WHO, 2015)

- 以下を強く推奨
 - 出産準備と合併症があった場合への準備性 (BPCR) : WHO が妊産婦ケア (ANC) の主要要素の一つとしている。含めるべき項目は、どこで産みたいか、どういつ分娩助産者を望むか、出産時及び合併症があった場合の最寄り施設、出産及び合併症に関連した支払いへの助成、施設に持つていく必要があるもの、妊娠と出産時の相談相手、出産のために女性が家を離れている間の子供の世話のためのサポート、施設への搬送、合併症があった場合の供血症、等 (エビデンスの質は低い)
 - 母性と新生児の健康のための男性の取り込み: さまざまなモデルやプログラムがあり、良い効果が期待されているがエビデンスの質はきわめて低い
 - 伝統的助産師 (TBA) とのパートナーシップ: WHO は助産師などの熟練助産者 (SBA) への移行を進めているが伝統文化色が強いところでは TBA と協力しないと社会から受容されない。TBA への技術訓練、必要な物資の供給、モニタリングと評価が必要
 - 文化的に適切な熟練母体ケアの提供: そのためにコミュニティとの対話が必要。その際、女性の声を確実に拾い上げるメカニズムが必要。エビデンスの質はきわめて低い
 - 出産選択時の相談相手: 女性が妊娠、出産をする際のさまざまな選択について相談する相手は文脈ごとに少し異なっているが、継続的に相談できると妊娠の帰結が改善することには中程度のエビデンスがある
 - 参加型学習や女性グループの活動サイクルへの組み込みを通してのコミュニティ活性化: エビデンスは中程度
 - 質改善過程へのコミュニティの参加、プログラムの計画や実施へのコミュニティの参加: 推奨されているが、エビデンスの質はきわめて低い
- 条件付き推奨: 施設近くで妊婦が待機できる家の提供、コミュニティ管理の搬送システム

<minato-nakazawa@umin.net>

27



消費者保健 (都市環境における地域保健)

- 都市住民 = 消費者 ~ 消費者特有の保健活動
 - 消費者運動と呼ばれる。
 - 消費者クラブ活動、エコマークなど。
- 消費者の健康被害
 - 誤飲、薬害など。1968年「消費者保護基本法」、1994年「製造物責任法 (PL法)」による消費者保護。一方では健康教育 (cf. 食育基本法)
- 都市化への対応としての健康都市
 - 1994年「環境基本法」→環境計画策定 (健康なまちづくりを含む)
 - The alliance for healthy cities (WHO 連携, 2004)
 - Urban health の研究拠点は WHO 神戸センター

<minato-nakazawa@umin.net>

28



新たな問題と地域保健対策見直し

- 地域社会の衰退と地方切捨て
- 危機管理対策
 - 2004年第2回国立公衆衛生研究所国際連盟会議「平時は生活習慣病対策、有事の際は感染症対策」
- 地方分権の流れ
 - 地域保健対策検討会 (2005年 ~, 2012年報告書)
 - 地域保健医療計画 → 地域保健計画
 - 住民自治協議会
 - できる町とできない町の格差

<minato-nakazawa@umin.net>

29



市町村保健活動の再構築に関する検討会報告書

- 背景: 高齢化進展 → 効率的予防対策
- 事例: 島根県安来市
- 解決すべき課題
 - 保健師や管理栄養士の分散配置の弊害
 - 事務作業負担
 - 人材育成上の問題
 - 組織横断的な取り組み体制の未整備

<minato-nakazawa@umin.net>

30



地域保健対策検討会報告書 (2012)

- 住民主体の健康なまちづくりに向けた地域保健体制の構築
 - 地域のソーシャル・キャピタルに立脚した活動、多様化・高度化するニーズに即した取組み
 - ソーシャル・キャピタル形成の場である学校・企業等と積極的連携、「核」となる人材発掘育成
 - 保健師・市町村保健センターは学校保健委員会への参加等を通じて、学校との連携を推進/国における企業活動の評価のあり方の検討等を踏まえ、企業活動の評価を实践、住民へ周知
- 医療や介護福祉等の関連施策連携を推進するための体制の強化
 - 保健・医療・介護福祉の施策連携を通じ、住民ニーズに即した実効的な取組みを推進
 - 保健所は、地域の医療連携体制の構築に、公平・公正な立場から積極的に関与、管内を俯瞰し地域の健康課題等に関する評価・分析を進め、市町村及び住民に分かりやすい情報提供
 - 市町村は、総合的組織体制構築、情報共有、保健所と連携、住民の健康課題に即した取組
- 健康危機管理体制の強化
 - 対物保健に係る健康危機管理: 情報共有体制強化、監視員等資質向上
 - 行政監視体制強化、同業組合等の取組みやリスコムによる住民理解の促進も併せて強化
 - 災害に備えた体制強化: 国と地方自治体/地方自治体間の連携強化 → 準備性向上
 - 都道府県・保健所と市町村の連携体制強化 → 保健所を中心とした災害時保健調整機能確保
- 地域保健対策におけるPDCAサイクルの確立
 - 国は地域保健情報の標準化及び評価・公表のあり方を定め、地方自治体に周知
 - 地域の特性を踏まえた評価・公表推進、住民等からの反応を踏まえ施策改善
- これからの地域保健基盤のあり方
 - 住民主体: 地域保健人材としてソーシャル・キャピタルの「核」となる人材育成
 - 国は育成指導者の養成 + 地域における当該指導者支援
 - 都道府県・保健所と市町村は連携を深め、計画を立て、体系的に人材育成に取組む。
 - 国、都道府県・保健所、市町村は、特定の分野に限らず分野横断的・重層的な連携体制の構築。特に保健所

<minato-nakazawa@umin.net>

31



今後の地域保健対策のあり方

http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000028u9a-attf/2r98520000028udm.pdf



<minato-nakazawa@umin.net>

32