様々な健康レベルの人々の暮らしを支援する保健師活動

～予防からターミナルまで～



山口県宇部市健康福祉部
滝川　洋子

本日の内容



- 市と国保の概況
- 「住民が住み慣れた地域で健やかに暮らせる」ための取組み
  - 宇部市在宅ケア支援システム
  - 宇部市健康づくり計画「アクティブライフ宇部」
  - 保健師の個別支援の実践事例

保健師活動の基本と活性化へのポイント

最近の新たな取組み

国保データーベースを活用した保健師活動

宇部市

～緑と花と彫刻のまち～

- 本州最端の山口県の南西部に位置する
  石炭産業から発展した工業都市
- 人口　１７万４千人（2012.１ ）
- 高齢化率　２６．０％（2012.1）
- 市内に山口大学医学部付属病院
  医師　８３９人　保健師　８２人
  一般診療所　１７８箇所　病院　２０箇所
  病床数　４，８４０床　＊2008年度統計から

宇部市制施行90周年

イメージキャラクター

チョーコクン





宇部市における保健師の配置状況

- 健康福祉部　次長　1名
  - 健康推進課　12名
  - 高齢福祉課　10名
  - 介護保険課　2名
  - 地域医療対策室　1名
  - 障害福祉課　5名
  - 子ども家庭支援室　1名



- 総務管理部
  - 職員課　2名

計34名（内係長以上11名）

業務分担・分散配置⇒今後地区分担制へ

国保の状況(平成22年度末)

- 被保険者数 4，408人(加入率37．79％)
  加入世帯数 25，307世帯
- 決算状況
  歳入総額 197．4億円(繰入金5億円含む)
  歳出総額 189．9億円
- 国保税の現年課税 調定額
  一世帯当り 155，265円
  一人当り　 94，672円

～苦しい運営～

特定健康診査と主な保健事業

- 特定健康診査実施状況　受診率15．0％
  - 動機付け支援利用率57．4％
  - 積極的支援利用率43．9％
- 主な保健事業実施状況
  - 健康づくり栄養教室
    - 年間66回 延参加者1，144人
  - 国保健康口座・国保健康教室
    - 年間36回 延参加者6，934人
  - 健康づくり歩こう会
    - 年間7回 延参加者489人

宇部市在宅ケア支援システム

住み慣れた地域で安心して健やかに暮らす

〔一九九四年二月～〕

在宅ケア協議会

協議・発展

〔一九九六年四月～〕

保健・医療・福祉サービス調整推進会議

協議・発展

〔二〇〇〇年七月～〕

障がい者ケア協議会

協議・発展

高齢者支援ネットワーク

障がい者支援ネットワーク

主治医照会システム

退院情報連絡システム

健康づくりネットワーク

地域移行ネットワーク

就労支援ネットワーク

推進

病診・病病・診診連携かかりつけ医制度の推進

推進

在宅緩和ケア・地域リハビリテーションの推進

推進

生活習慣病対策・介護予防対策の推進

推進

精神障がい者地域生活への移行

推進

障がい者等の就労支援

ネットワークの広がりを推進させる基盤となった3つの協議会

- **在宅ケア協議会（H6年2月～）　"医療障壁への挑戦"**
  医師会、市保健師が手弁当でスタート、毎月の処遇困難事例検討で問題を共有し、必要なシステム構築
- **保健・医療・福祉サービス調整推進会議（H8年4月～）**
  行政が組織する会議、994回開催（延18，562人参加）
- 事例検討2，344件、 支援関係対象者研修会27回開催
- **障がい者ケア協議会（H12年7月～）**
  保健・医療・福祉関係者の手弁当の会
  その後、教育・就労関係者、障がい者もメンバーに
  ５つの部会別で毎月開催

なぜ協議会が長期にわたって続いているのか？



- 参加してよかった
- 楽しかった
- 参加しないと損をしそう
- 参加しないと置いていかれそう

↓

- 参加者の現在、困っていること
  住民ニーズに対応した内容
  ～必要な協議の場～

保健･医療･福祉サービス調整推進会議

サービス調整推進会議（各機関責任者）

各ブロック会議の課題解決への協議

ブロック会議（各ブロック内の実務者）

処遇困難等のケースカンファレンス

東部地域　西部地域　南部地域　北部地域　中部地域　障害者　若年者

医師会員の出席

在宅医療担当理事

1回／月

在宅医療委員会委員

1回／月

各ブロック内医師


薬剤師会
医師会





障がい者ケア協議会主催（参加者800人）

身体障がい、視覚障がい、聴覚障がい、知的障がい、精神障がいの人達がシンポジスト　地域での「自分らしさ」をメッセージ



退院情報連絡システム
《理念》

入院患者さんが安心して退院され、
退院と同時に適切な保健･医療・福祉・
介護のサービスを受けることができる
体制を整備する。
それにより、介護負担の軽減を図り、
自立支援・QOLの向上を目指す。

退院情報連絡システムの流れ

患者・家族

↓ 相談

入院中の医療機関　（主治医と看護師等）

↓ 連絡票にて連絡

健康福祉センター

↓ 対象により、健康福祉センターと市とに振り分ける

在宅ケア支援スタッフ

↓ 入院中の病院を訪問

在宅支援計画検討　（患者、主治医等と相談）

↓

サービス提供等在宅支援開始

必要に応じて医師会と連携

退院情報連絡システムスタート後１５年間の利用実績

- 述べ2，916人が利用して退院
- 年齢を問わず利用

  平成23年度　65歳未満19％
  65歳以上81％
- 宇部市のみでなく他市町に広がる
- 20床以上の24病院から連絡

  脳卒中・骨折・がん・心疾患・認知症・精神疾患等の方が利用

主治医照会システム

保健師

市高齢福祉課・市保健センター

市障害福祉課・健康福祉センター

①記入・FAX

在宅医療連絡票

⑤主治医決定

宇部市医師会
在宅医療担当理事

③主治医になれるかどうかの
返答・FAX

②連絡票・FAX
④主治医決定

ブロック内在宅医療医師

在宅ケア支援システム構築において関係者で大切にしてきたこと

- システムは作ることが目的ではなく連携のための一つの手段に過ぎない
- システム先にありきではなく、関係者の顔の見えるヒューマンネットワークを優先

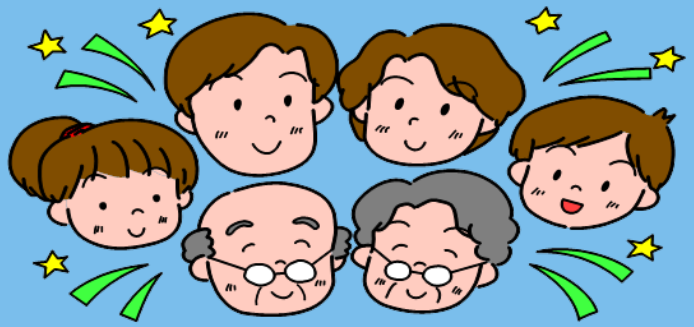
～住民の幸せを目指して
住民の暮らしを支援する～

あたりまえなことがあたりまえにできること

宇部市健康づくり計画

アクティブライフ宇部

～動こう、つかもう、わたくし達の健康～



元気でいたい・・・・　誰もが願うことです

あなたの思いをかたちにしました

「宇部市健康づくり計画
アクティブライフ宇部」
は
健康日本21計画の地方計画

健康日本21運動の目的
健康寿命の延伸
生活習慣(ライフスタイル)の見直し

・宇部市民の手で計画

・宇部市独自のもの

・皆ができるもの

・気軽に・楽しく
長続きするもの

基本的な考え

・子どもから
高齢者まで

・親子の触れ合い

・子どもと高齢者
地域の触れ合い

・評価しやすいもの

健康づくりでまちづくり・宇部を変えよう

アクティブライフ宇部の特徴



・　策定過程を大切にしながら、市民自らが検討し策定

・　疾患にとらわれず、市民自らの健康願望をもとに目標を設定

・　実効性のある計画・数値目標を設定

・　健康づくりに医療費の概念を導入

宇部市民の健康の現状と課題

- 保健医療統計からみた宇部市民の健康
- 生活習慣アンケート調査 （2000人）

  食事についてのアンケート調査
（市内小1・小5の保護者全員）等
- 「市民の健康願望」情報収集
  （うべサロンカッタル会－8G）
- 保健事業部会会員の健康感
- 市民の健康づくりについての意見募集



宇部市民の健康願望

1. 自分の力で歩きたい（体力）
2. 朝食はぬかない（食生活）
3. お腹を引っ込めたい（肥満）
4. いつまでも自分の歯を大切にしたい（歯）
5. 病気知らずで過ごしたい（元気）



宇部市民の健康願望



6．朝　気持ちよく目覚めたい　（心）

7．タバコの本数を減らしたい　（たばこ）

8．自分なりにできるボランティアをしたい

9．人とのかかわりを持ちたい　（ふれあい）

10．自然の中で体を動かしたい　（自然）

健康づくり　4つの柱





動く

食べる

健　康

楽しむ

守る





アクティブライフ宇部
4つのスローガン

「動く」

“もう1000歩、健康寿命90秒に50円節約”

「食べる」

“うちで、みんなでごはんを食べよう”



「楽しむ」

“お互いの居場所を確認し合い、　役立ち感を
楽しみながら、私たちの元気を手に入れよう”

「守る」

“吸わない、吸わせない、たばこの害から身を守ろう”

アクティブライフ宇部

計画策定及び推進組織

宇部市健康づくり推進協議会

保健事業部会(下部に保健事業連絡会議)



宇部市健康づくり

推進班（市役所内部組織）

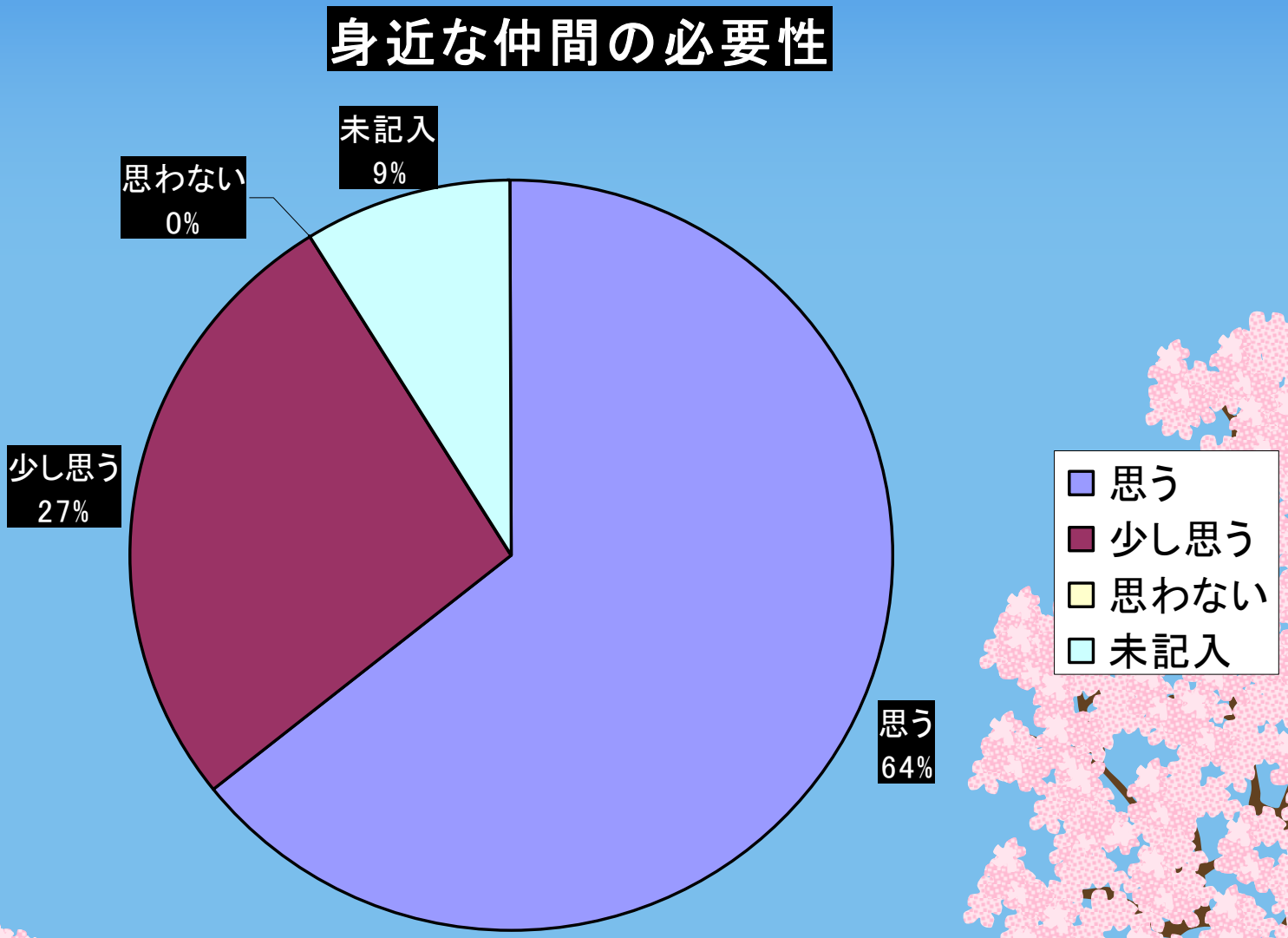
ワーキンググループ

動く　食べる　楽しむ　守る

アクティブライフ宇部
1日モニター体験

- STOP　THE　中年太り・・・うごく（29人）
- 子どもとふれあい豆腐づくり・・・たべる
  たのしむ（26人）
- 達人に学ぶ「宇部の味」・・・たべる（38人）
- 彫刻を楽しみながら元気に
  歩いてみませんか・・・たのしむ（38人）
- 食育セミナー「こいも掘っちゃろ」・・・たべる
  たのしむ（28人）

身近な仲間が大切！！



国保モデル事業（市と医師会の協同研究）

「個別健康教育における　グループ支援介入の効果判定」

- 期間　平成19年～20年
- 対象者　収縮期血圧130～159mmHgまたは
- 拡張期血圧85～99mmHgの者
- 研究仮説

　従来の個別健康教育をグループワーク形式で実施すると従来の個別健康教育と同等の効果が得られる

- 研究方法

　個別支援とグループ支援の2つの方法で、5か月間毎月実施し、毎回及び終了1年後の血圧等7項目の検査値と生活習慣の変化を比較

結果　同等の効果が得られる事が示唆された

すぐそばに入り口が



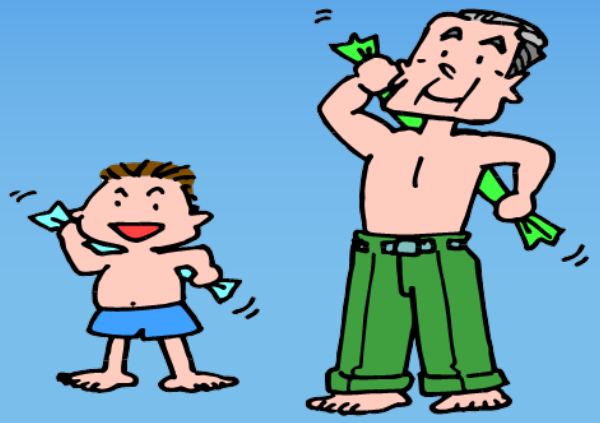
・　出来ることからやろうよ！

・　あなた一人じゃないよ！

・　行政も学校・会社・地域団体も
皆が応援しているよ！

健康づくり情報は
宇部市保健センターまで

健康づくりのさざ波効果



保健センターは情報提供、仲間づくり・
受け皿づくりを支援しています！

（平成23年度末実績）

健康づくり関連取組み事業　946

健康づくり取組み活動団体・グループ　325


健康日本２１推進講演会
けんこう発信ｉｎ宇部
報告
「私たちの健康宣言！」
講演
「骨粗しょう症、知れば、防げる、治せます！」
講師 山口大学医学部 人体機能統御学（整形外科）
石田洋一郎 先生




常盤の昔を散策
ング・マップ
ウォーキングパスポート
ーウォーキング2年間日記ー

ウォーキング・マップ

距離:4．6km　時間:1時間

空と海のまち「おんだ」



宇都市健康づくりキャラクター
「ゲンキー」















大阪まで行くつもりでウォーキング

～目指せ１００万歩！～

ウォーキングはいつでもどこでも手軽に行えて、健康・体力づくりに欠かせません。
今年度9月～12月まで「ウォーキング月間」を設けました。この機会にウォーキングを
はじめてみませんか。無理のないよう続けるのがコツです。

とき：H18. 9月から12月までの4ヶ月間

対象　宇部市民、個人の参加に加え、ペア(2人1組)、チーム(3人以上)の参加も可能

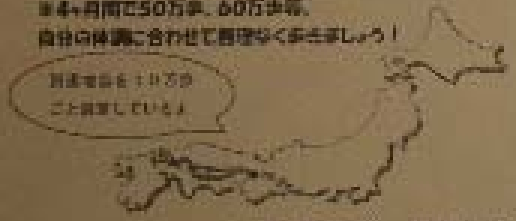
内容　1.保健センターに申込みをして参加登録をしてください。
2.万歩計で歩いた歩数をウォーキングパスポート(保健センターにて1冊50円で販売)に記録していき、4ヶ月間の合計歩数を出します。
まず100万歩を目指し宇部→大阪ウォーキングマップ図をうめていってください。
※パスポートの購入希望がない方は、歩数記録表を保健センターで差し上げます。
3.ウォーキング月間終了後、H19. 1. 19(金)までに保健センターに記録表を提出してください。(100万歩達成できなくても提出)

参加者全員でどれだけ歩けるか力を合わせてみんなの歩数を合算する予定だよ

結果　4ヶ月間で100万歩達成者は、表彰式を予定しています

申込み方法　9. 1(金)から申込み受付。
参加申込書が保健センターにありますので直接お越しください。尚、保健センターにお越しの場合は、あらかじめ電話をして行ってください。

※4ヶ月間で50万歩、60万歩等、
自分の体調に合わせて無理なく歩きましょう！





＜問い合わせ・申し込み＞

宇部市保健センター成人保健係
〒755-0042 宇部市琴芝町二丁目1番1号　TEL 31-1777

宇部市保健婦センター
〒755-0151 宇部市大字船木1147番地1　TEL 67-1273

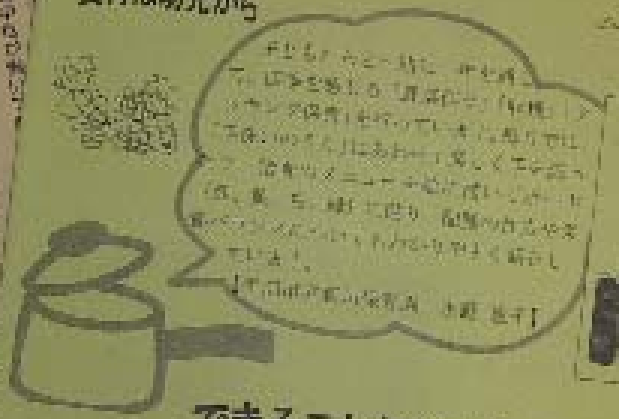


食育ニュース

けんこう発信

私のアクティブライフ

食育は幼児から





できることからはじめよう！



楽しさイチバン！

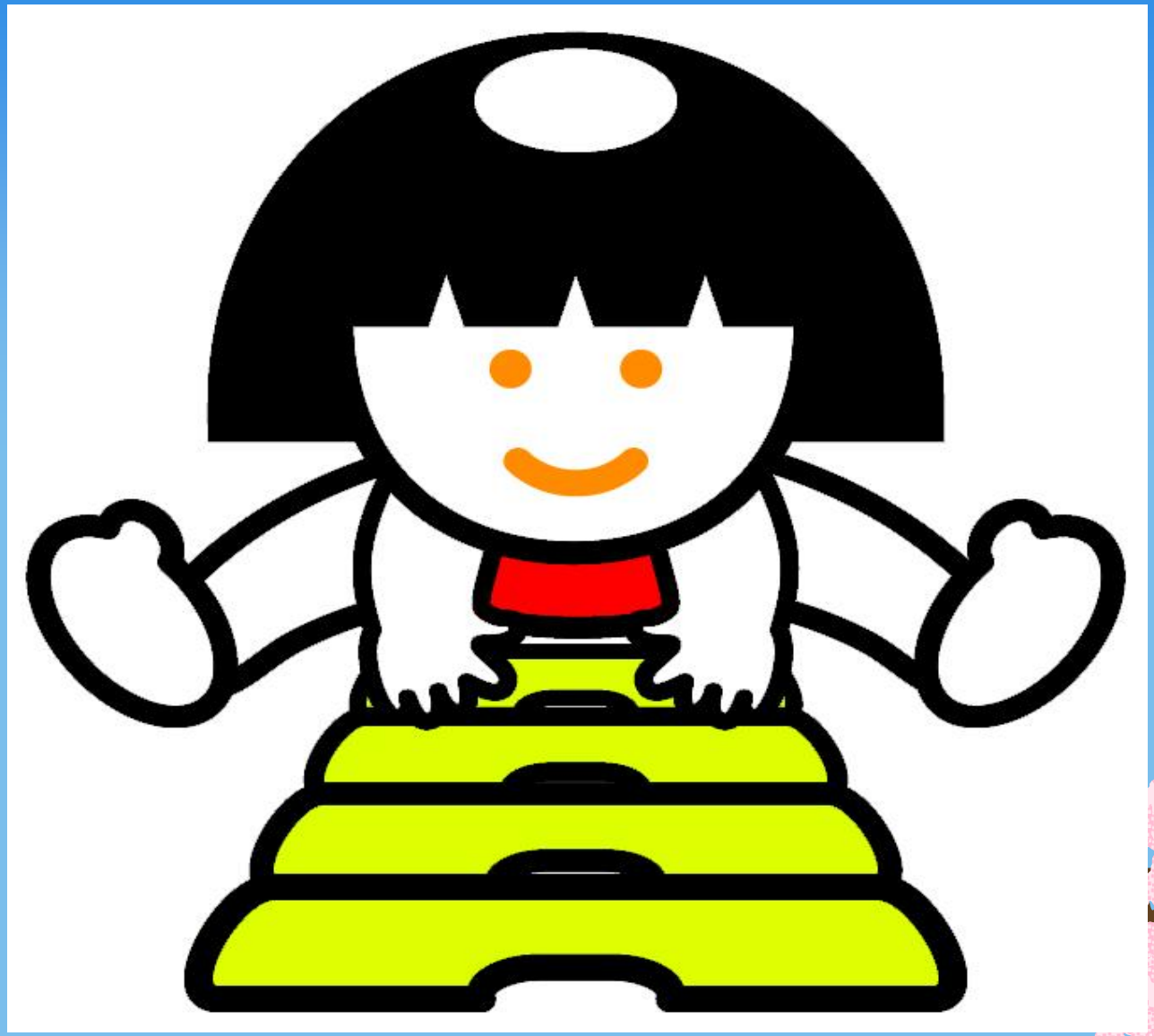



主食
うごく
たべる
2006 6 16




自分が吸わなくても
まわりが。
たばこを5本すいま
見る間にニコチンやタールが
綿にしみ込み茶色になりまし
綿





健康づくりキャラクター「ゲンキー」

保健師の個別支援の実践事例

様々な健康レベルの人々の暮らしを支援

- 関わりの始まり
- その後の経過等

「住み慣れた地域で安心して健やかに暮らす」

「市保健師の役割」



生活習慣病対策からウォーキング協会を設立された61歳男性への支援

- 関わりの始まり

  生活習慣病についての健康相談

  定年後、宇部市にUターン。放置していたメタボや高脂血症を何とかしたい。
  一緒に取組む仲間がほしい。

- ウォーキング推進員養成講座参加
- 検査値改善しウォーキング仲間も増える
- 会社勤めで培った組織力で、仲間とともにウォーキング協会設立、10年経過

絵が趣味の脳卒中後遺症の50代男性の個展開催への支援

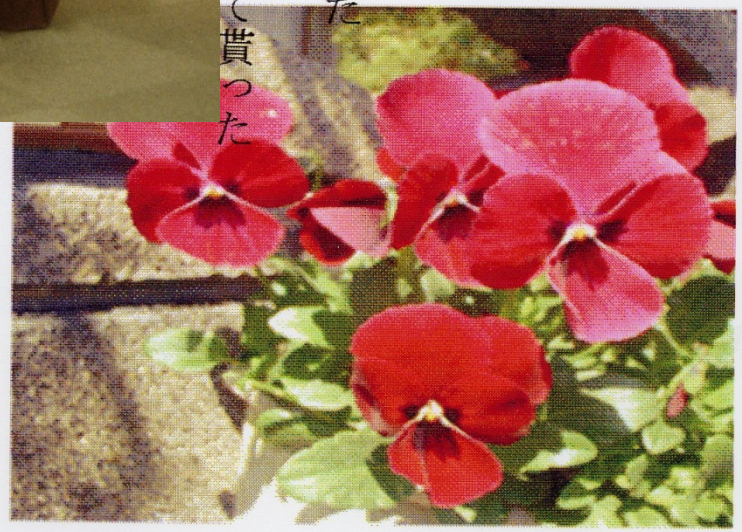


- 関わりの始まり
  介護保険認定調査
- 楽しみから夢の話へ
  「絵を描くことから個展開催へ」
- 障害者支援センターとの協働
  ボランティアの結集
- ３日間の個展開催（来場者２００人）
  本人･来場者･ボランティア･家族･関係者の交流
  生きる意欲・QOLの向上



「女タルモノ」

女タルモノ
あなたの心が好きだ
その優しさに私は泣いた
女タルモノ
あなたに花の心を教えて貰った



絵画個展終了後にボランティアと共に

17歳で育児不安の強かった母親への長期にわたる関わり

- 関わりの始まり

  乳児健診の情報から

- 身近に育児支援してくれる人がいない⇒ちょっとしたことで不安になる⇒継続支援
- 人生の節目ごとに相談・支援

  離婚、就労、再婚、 低体重児出産、子どもの不登校、糖尿病の発症、 孫の育児、親の介護等々

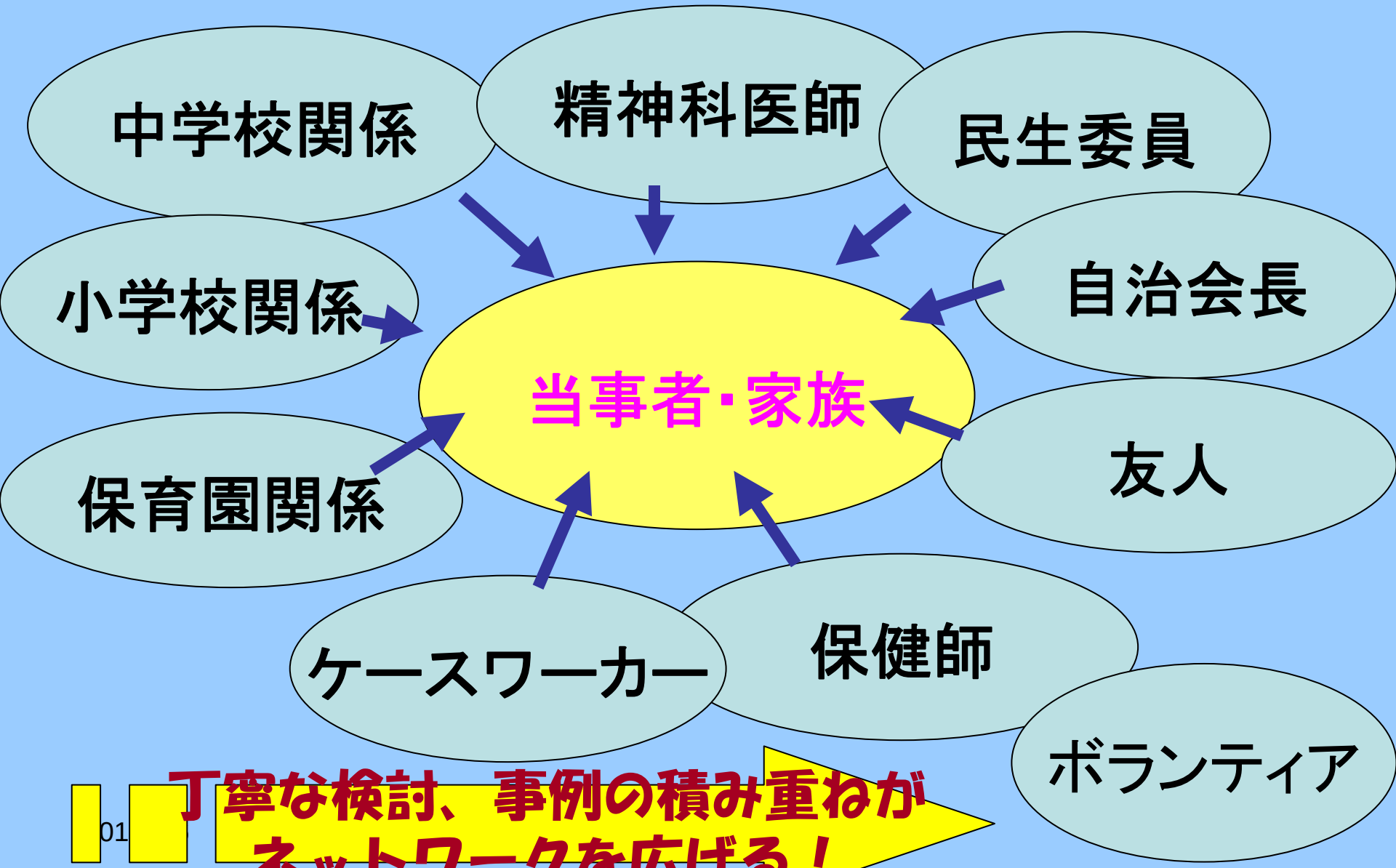
  生涯を通じた関わり

子ども4人の母子家庭で、母がうつ病で入院治療が必要になった家庭への支援

- 関わりの始まり
  医療機関から
- 入院中の子どもの処遇
  子ども達は在宅を望むも、周囲は施設入所意向
- 関係者による協議の場の設定
  生活保護の申請と家事支援、ボランティア支援で在宅生活



個別ケア会議に集った関係者



丁寧な検討、事例の積み重ねが
ネットワークを広げる！

30歳の高次脳機能障害女性の新婚生活回帰への支援

- 関わりの始まり
  脳外科からの退院情報連絡
- 退院に向けて在宅サービス調整
  医療、リハビリ、住宅改造等、関係者と連携
- 目標設定「新婚生活に戻る」
- 出来ること探しと反復練習
  文字練習、絵画、留守番、介助通院、電話等

回帰へのきっかけ
買い物、おしゃれ、化粧、マニュキア

夫の死後、認知症発症し、近隣とのトラブルのたえないひとり暮らしの女性への支援

- 関わりの始まり
  民生委員からの相談
- 近隣とのトラブル、火事の心配から施設入所させてほしい
- 認知症理解に向けて近隣との話合いの場の設定
- 出来ることに着目
  近隣の見守り、環境の整備、介護サービスの導入
  主治医、専門医との連携

主治医との連携がうまくいかない老老介護の夫婦への支援

- 関わりの始まり
  訪問診療されている主治医からの苦情
- 主治医への**退院の連絡遅く**、在宅介護サービスを勧めるも消極的で、**退院後急激にADL悪化**
- **サービスを理解し慣れるまで**市保健師で対応し、サービス提供に繋げる
- 介護者である夫が狭心症発作
  在宅継続意向において、食い違い、**調整**

ヘルパー訪問時の気づきから、**タイムリーな対応**により、保健・医療に繋がり、**信頼関係へ**

攻撃性のある、全員が知的障害者家族へのチャンスを活かした支援

- 関わりの始まり
  別居家族からの相談
- 大腿頸部骨折の母親が入院拒否し衰弱状態に
  何とか緊急搬送し手術、退院後施設入所
- 近隣とのトラブルから何度も自治会等より転居要望
  くさい、危ない、不安等々
- 自治会と行政で何度も話合い、不安の解消へ
  訪問介護の導入（家事支援、入浴支援）
  ボランティア等による凶暴な犬の散歩
  地区清掃等地区活動への協力

難病治療中転倒、四肢麻痺状態になり、在宅死を望む70代男性への支援

- 関わりの始まり
  入院中の病院から退院情報連絡
  本人の在宅願望強いが、妻は躊躇
- ケアマネは疼痛緩和・環境整備等において処遇に困っていた。
- 市高齢福祉課と障害福祉課保健師が協働で支援し、退院。

市保健師の役割はグリーフケア等妻への支援

本人の望まれたかたちでの在宅死となる。

市町村保健師を取り巻く状況の変化

- 保健事業の拡大
- 複雑困難な健康ニーズを持つ人への対応
- 市町村合併による人口規模の拡大
- 保健師の分散配置（業務分担制）
- 保健事業の効率化

市町村は住民に最も身近な存在として、多様化する健康課題に的確に対応しなければならない

求められる能力や活動範囲は拡大している

保健師の地域活動の基本

- 個を見る（アセスメント）・暮らしを支援する
- チームで支援する
- 顔の見える支援ネットワーク
- 地域を見る



地域ニーズ･地域課題・地域資源の把握

- 課題解決のための施策化

施策の継続的メンテナンス

（PLAN・DO・SEEサイクル）

ネットワークの拡がり（さざなみ効果）

市町村保健師活動活性化のポイント

- 地域を「みる」「つなぐ」「動かす」
- 保健師活動の軸足は住民
- 制度の狭間の人々を支援するための人的ネットワークの構築
- 個別支援から社会資源を見つけ出し、創る
- まちづくりの視点で
  ジェネラリスト（スペシャリストでもあり）
  暮らしを支える　その人らさを支える
  自らの生き様も問われる？

今までの宇部市の保健師活動を振り返り地域活動を考えてみると・・・

- 危機感からの出発
- 職場の良好な人間関係
- 高いモチベーション　タイムリーな対応
- 新しいこと、市･地域独自の課題にチャレンジ
- 地域が変わる、人が変わる（評価）

保健師として、喜び、やりがい、自信を共有

職場全体のエンパワーメント、個々のアイデンティティの確立

基盤に・・・

- **事例検討会あり**

  課題の共通認識

  支援技術の向上

  （処遇困難事例からの学び）



- ～支援協力者の存在～

  “住民の皆様のために” をモットーに

  一事例毎、丁寧に取り組む

  保健師の一生懸命な姿勢

  ⇒人的ネットワークの拡がりに

すべての日々の保健師活動が・・・

- 健康教育　家庭訪問
- 健康相談　健康診査等々

↓

- 地域の人を知り
- 地域の情報を知り
- 地域のニーズ、課題をつかむ



チャンス！！

事業をこなすだけではなく

宇部市の保健師活動の理解と協力への取組み

- 他団体・他職種との協力・連携（官民協同）

  医療関係（医師会、看護協会等）

  福祉関係（社会福祉協議会、民生・児童委員会自治会、介護施設、ケアマネ協議会等）

  市議会、学校、農協、社会保険事務所、NPO等

＊協同で研修会や事例検討会等の開催、参加要請

＊市内・県外での研究や発表（活動をまとめ公表）

市役所内の職種を超えた日々の連携

ケースワーカー、社会福祉士、栄養士等

「宇部志立大学」健康学部

（平成23年度創設）

- 目標
  　地域の健康づくりに関する活動に積極的に関わっていただける市民の人材育成
- 年間全16講座(受講者H23年38人、H24年46人)
- 医師等の専門家による、健康づくりに関する講義
- 運動・栄養・コミュニケーション等の体験学習

健康について意見交換するグループワーク

健康課題に関するグループ研究

終了者を「健康まちづくりサポーター」に

はつらつポイント制度（平成24年度創設）

- 目的

  市民がボランティア活動や健康づくり・介護予防に積極的に参加、継続することで、一人ひとりの健康の維持増進や介護予防が促進されるとともに、住民参加による、活力のあるまちづくりを推進する。

- 対象

  市の指定した介護支援に関わるボランティア活動を行った65歳以上の者

  健康づくり・介護予防に参加した40歳以上の者

活動内容に応じてポイント付与（1ポイン1円）

～がんを予防し、がん患者にやさしいまちをつくろう！！～

がん対策総合推進事業

がん予防から早期発見・早期治療
ターミナルからグリーフケアまでのがん対策総合支援システムの構築

がん予防推進事業

生活習慣改善による予防から
早期発見のためのがん検診受診率向上
のための取り組み

- 健康推進課
- 保険年金課

がん患者にやさしいまちづくり事業

がんにかかっても安心、納得できる治療や
必要な保健・医療・福祉サービスが提供される
がん患者を支えるシステムの構築

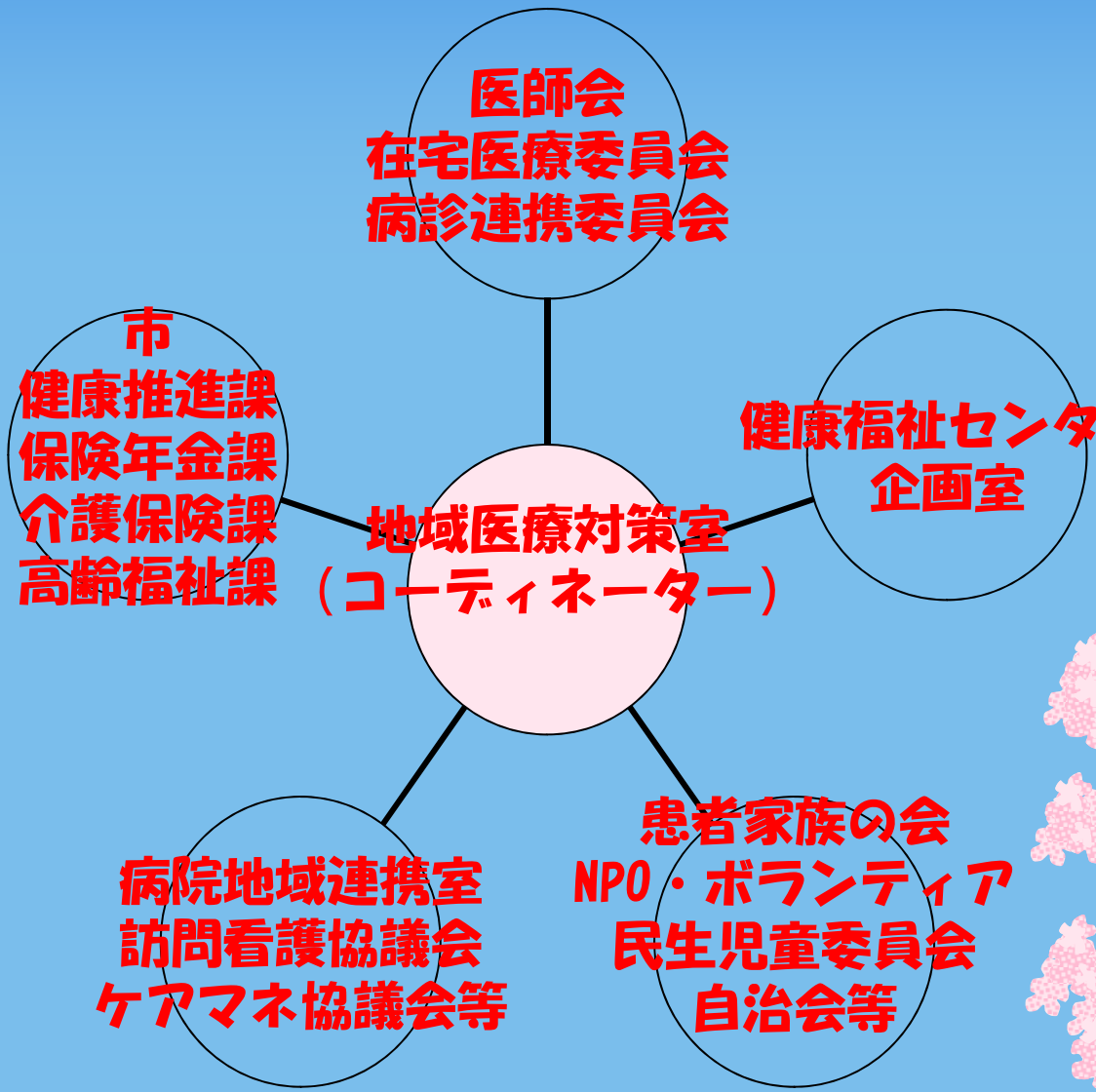
- 地域医療対策室
- 他関係課

末期がん等早期対応事業

退院情報連絡システムを活用し
末期がん患者に在宅ターミナルケアを
迅速に提供するためのしくみづくり

- 介護保険課
- 高齢福祉課
- 健康推進課

がん対策総合推進のための連携図





がん検診の受け方
かかった時の相談窓口
かかった時の病院選び
緩和ケア病棟
在宅緩和ケア診療所
がん治療にかかる費用
悩みを分かち合う患者会
等

国保データーベースシステムを活用した保健師活動とは

～健やかに暮らせる地域づくりへの支援～

- 地域分析から地域課題を把握し施策化
  - 住民・議会・行政組織に見える化と役割認識
- 個別支援の充実

～顔の見える保健・医療・福祉のネットワークを基盤に～

- 優先順位による支援対象者の絞込み
- 個別データーを活かした生涯を通じた支援
- 健診・医療・介護の状況を活かした支援

最後に・・・

保健師の地域活動全体の中で

- 地域における保健・医療・福祉等様々な関係者の連携による**顔の見える支援ネットワークは、**健康づくり・介護予防に限らず、様々な健康レベルの人々の暮らしと健康を支援できると考えています。
- 健康づくり、介護予防、特に**生活習慣の改善・継続**には、この顔の見え支援ネットワークによる**仲間づくり**が活かされると考えています。

～ネットワークの拡大は保健師の役割～

ご清聴ありがとうございました！！
関係者の皆様に感謝いたします。

