

地域保健対策検討会

報告書

～今後の地域保健対策のあり方について～

平成 24 年 3 月 27 日

地域保健対策検討会

— 目 次 —

<u>はじめに</u>	・ ・ ・ ・ ・ 1
-------------	-------------

I 地域保健活動を取り巻く社会環境の現状及び動向

1. <u>人口構造の急速な変化</u>	・ ・ ・ ・ ・ 4
2. <u>住民生活スタイルの多様化</u>	・ ・ ・ ・ ・ 4
3. <u>非感染性疾患（NCD）の拡大</u>	・ ・ ・ ・ ・ 5
4. <u>健康危機管理事案の変容</u>	・ ・ ・ ・ ・ 5
5. <u>地域保健に関連する制度等の見直し</u>	・ ・ ・ ・ ・ 6
6. <u>国と地方のあり方見直しの進展</u>	・ ・ ・ ・ ・ 6
7. <u>社会保障を支える財政の現状と今後の方向性</u>	・ ・ ・ ・ ・ 6

II 地域保健及び関連する主な施策の動向

1. <u>地域保健分野等における動向</u>	・ ・ ・ ・ ・ 8
（1）対人保健分野の動向	・ ・ ・ 8
1）感染症対策	
①予防接種	
②新型インフルエンザ対策	
③HTLV-1 対策	
2）肝炎対策	
3）がん対策	
4）難病対策等	
5）生活習慣病対策	
6）歯科保健	
7）精神保健	
8）母子保健	
9）高齢者対策（介護予防）	
（2）対物保健分野の動向	・ ・ ・ 13
1）生活衛生対策	
2）食品安全対策	
3）水道に関する取組み	
（3）医療分野における動向	・ ・ ・ 15

1) 患者の動向	
2) 医療従事者の状況	
3) 医療施設の動向	
4) 住民ニーズを踏まえた医療連携	
2. 地域保健基盤の動向	17
(1) 保健所	17
(2) 市町村保健センター	17
(3) 地方衛生研究所	17
(4) 地域保健人材の配置状況	18

Ⅲ 住民ニーズの多様化・高度化に対応した地域保健対策の推進

1. 市町村事業の効率的・効果的な実施	19
(1) 地域保健推進体制の動向	19
(2) 地方自治体間の広域連携	19
2. ソーシャル・キャピタルに立脚した健康づくり、健康なまちづくりの展開	19
(1) ソーシャル・キャピタルの概念と現状	19
(2) ソーシャル・キャピタルを通じた取組みの推進	20
1) ソーシャル・キャピタルの活用・育成	
2) 学校や企業等の場の新たな活用	
(3) 健康づくりを通じたまちづくり	23

Ⅳ 医療や介護福祉等の関連施策との連携の推進

1. 医療連携の更なる推進	25
(1) 地域医療連携体制構築における保健所関与の現状	25
(2) 地域医療連携体制の構築に向けた保健所関与のあるべき姿	25
2. 介護福祉等の関連施策の連携	26
(1) 戦略的な連携の実施	26
1) 関連施策の制度見直しの経緯等	
2) 関連施策連携の現状	
3) 戦略的連携による効果的な地域保健の実践	

(2) 戦略的な連携のための組織体制等	27
---------------------	----

V 健康危機管理事案に備えた体制整備

1. 生活衛生分野における現状と課題	29
(1) 生活衛生対策の現状と課題	29
(2) 生活衛生関係営業の課題	29
(3) 取組みの方向性	30
2. 食品安全分野における現状と課題	30
(1) 食を取り巻く環境の変化	30
(2) 輸入食品を取り巻く現状と課題	30
(3) 食品安全対策の政策転換	31
(4) 食品衛生監視における課題	31
(5) 取組みの方向性	31
1) 事案の広域化に対応した情報共有体制の強化	
2) リスク・コミュニケーションの推進による住民理解の促進	
3. 広域かつ重大な災害に対する体制強化	32
(1) 東日本大震災の特徴と地域保健対策上の課題	32
(2) 初動時における保健ニーズの的確な把握のための体制整備	33
(3) 被災地における保健調整機能の確保	34

VI 政策評価・事業評価及び調査研究に基づく地域保健対策の推進

1. 政策評価・事業評価の推進	35
(1) 政策評価及び事業評価における諸外国・日本の現状	35
1) 政策評価・行政評価の歴史的背景	
2) 日本における政策評価制度	
(2) 評価指標の標準化等による質の高い評価方法の確立	36
1) 国や都道府県が地域保健関係の統計情報等を収集する枠組み	
2) 標準化された情報収集の重要性	
(3) 地域保健関連の政策評価・事業評価における今後のあり方	37
2. 地域保健に関する調査研究のあり方	38
(1) 政策反映に資する調査研究の推進	38

1) 諸外国における調査研究機関	
2) 日本における調査研究機関	
(2) 諸外国及び日本の地域保健関連データベースの現状	・・・38
1) 諸外国の状況	
2) 日本国内の状況	
(3) 調査研究データに関する集積体制の強化	・・・39
1) 体系的な地域保健関連評価情報の集積（「知の集積」）	
2) 地域保健関連の調査研究における国と地方の連携及び役割分担	
3) 調査研究データの集積のあり方	

Ⅶ 今後の地域保健を見据えた地域保健基盤のあり方

1. <u>地域保健に関わる人材の育成・確保</u>	・・・41
(1) <u>地域保健人材の育成・確保に関する現状と課題</u>	・・・41
1) 今後の地域保健人材に求められる人材像	
2) 地域保健人材の育成・確保の現状と課題	
(2) 望ましい人材育成のあり方	・・・43
(3) 人材育成における国、都道府県、市町村の役割	・・・43
2. <u>国、都道府県・保健所と市町村の分野横断的、重層的な連携強化</u>	・・・44
(1) 都道府県・保健所と市町村の連携強化	・・・44
(2) 地方衛生研究所の充実・強化	・・・45
(3) 国と都道府県・保健所、市町村の連携強化	・・・46

おわりに ・・・47

参考資料	・・・50
・ 概要	
・ 今後の地域保健対策のあり方	
・ 地域保健対策検討会 開催要綱	
・ 地域保健における対物保健サービス検討ワーキンググループ 開催要綱	
・ 地域保健対策検討会 構成員	
・ 地域保健における対物保健サービス検討ワーキンググループ 構成員	
・ 地域保健対策検討会 検討スケジュール	

はじめに

- 地域保健対策は、平成6年の「地域保健法」及びこれに基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（以下「基本指針」という。）」により、生活者の立場を重視し、保健サービスと福祉サービスを一体的に提供することを主眼として推進されてきた。
- この間、基本指針は、阪神淡路大震災等の健康危機事案の発生や介護保険制度の施行を受けた平成12年の見直し、さらに、健康増進法の施行や精神障害者対策、児童虐待防止対策等の見直しの社会状況の変化を受けた平成15年の見直し等の数次の見直しがなされてきた。
- その後の動きとしては、個別的な政策課題について、平成17年以降、子供たちが健全な心と身体を培うことを理念とした「食育基本法」の制定（平成17年）や新たな予防給付や地域包括支援センターの創設が盛り込まれた介護保険法改正（同）、がん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とした「がん対策基本法」の制定（平成18年）、生活習慣病対策に視点をおいた特定健康診査・特定保健指導の実施を医療保険者に義務づけた「高齢者医療確保法」の制定（同年）や都道府県が定める医療計画において4疾病5事業等を定めることとされた「医療法」の改正（同年）、自殺者数が高い水準で推移していることを受け、国及び地方自治体、事業主の責務を明確にするなど、自殺対策の基本的事項を定めた「自殺対策基本法」の制定（平成19年）、新型インフルエンザへの対応を強化するための「予防接種法と新型インフルエンザ対策特別措置法」の改正（平成23年）などの地域保健に関連する法整備が進められている。
- また、平成19年12月から平成20年1月にかけて発生した毒入り餃子事件や平成21年4月の新型インフルエンザの発生など広域的な健康危機管理事案も増えており、また、平成23年3月に発生した東日本大震災は、地域保健の分野でも様々な課題を表出させた。
- 今日の日本の社会は、近年の、人口構成の大きな変化、雇用基盤の変化、家族形態・地域基盤の変化、貧困・格差問題、世代間の不公平、孤独・孤立の広がりなどの課題に直面しており、これらの課題に対応した社会保障制度の持続可能性の確保と機能強化が求められる状況にある。

- また、健康課題としては、糖尿病、がん、慢性肺疾患、心脳血管疾患を包含した非感染性疾患（NCD；Non Communicable Diseases）がこれまで以上に重要となっている。その予防のためには①喫煙、②有害な飲酒、③不健康な食生活、④運動不足等の生活習慣そのものの改善と維持が重要であり、健康寿命の延伸とともに、健康格差の縮小の実現が課題となっている。この実現のためには、個人の問題のみに帰着させるのではなく、個人が日常生活を通じて生活習慣予防に取り組むことのできる仕組みを社会に構築することが必要な状況となっている。

- 一方、地域保健法の制定以降、地域保健の基盤となる組織体制も大きく変容している。具体的には、地方分権と行財政改革・規制緩和の進展、市町村への一層の権限委譲、都道府県の設置する保健所と福祉事務所との統合、市町村合併の進展とそれに伴う都道府県の設置する福祉事務所の減少と保健所単独設置への回帰、市の設置する保健所の業務範囲と組織体制の多様化など、めまぐるしい変化が生じており、これまでと同様な行政サービスだけで、多様化・高度化する住民ニーズに対応することは困難な状況となっている。

- 平成23年3月11日に発生した東日本大震災においては、被災地の保健師等に加え、全国各地から多くの支援者が駆けつけ、被災者の健康管理に尽力した。また、同時に、被災した住民の気持ちを支えたのは、住民どうしの絆、地域の絆であったとも言われている。

- 近年、人と人との信頼関係（絆）やネットワークなどを、人的資本や物的資本と並ぶ社会的資本（以下「ソーシャル・キャピタル」という）と見なし、その活用や醸成を図る取組みが各分野で進んでいる。ソーシャル・キャピタルは、同じ志を持った者の集まりであるNPO、ボランティアや同業組合のほか、地縁で結ばれた自治会、老人会や子ども会、学校を中心としたネットワーク、企業内外のネットワークなどにも存在しており、現代社会における貴重な財産といえるものである。

- また、本検討会においては、このような地域保健を取り巻く社会の動きを背景として、多様化・高度化する住民ニーズや地域保健担当部門の置かれた現状等を踏まえ、具体的な事例を通じた議論を行い、今後の地域保健対策のあり方として、
 - ・住民個々による自助の支援とともに、地域のソーシャル・キャピタルの活用・醸成を通じた共助支援の重要性

・保健サービスや福祉サービス等の行政サービスのみならず学校や企業の活動等の地域全体の取組み推進の重要性を新たに認識するとともに、そのために必要な具体的施策について検討・提言を行ったものである。

I 地域保健活動を取り巻く社会環境の現状及び動向

1. 人口構造の急速な変化

- 少子高齢化の進展に伴い世界に例を見ない高齢化社会の到来と生産年齢人口の減少の影響により、要支援者の増加と地域保健分野を支える人的資源が不足することが懸念されている。

(参考)

- 平均寿命は、平成22年現在、男性79.64年、女性86.39年と、世界に冠たる長寿国(※1)。
- 日本の人口は、平成17年から人口減少という新たな局面に突入。
- 平成22年の1億2,806万人から、20年後の平成42年には1億1,662万人、50年後の平成72年には8,674万人まで減少。
- 高齢化率は平成22年の23.0%から一貫して上昇し、平成42年に31.6%と国民の約3人に1人が、また平成72年には39.9%と国民の約4割が、それぞれ65歳以上の高齢者。
- 今後の高齢者の増加は、特に都市部で顕著になることが予測される(※2)。
- 生産年齢人口は平成22年と比較して20年後の平成42年には1,400万人減少し、日本の経済社会の持続的発展への影響が懸念される。

(※1) 厚生労働省 平成22年簡易生命表

(※2) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」等

2. 住民生活スタイルの多様化

- 単独世帯の増加による地域での孤立化や支え合いの場である家族の機能の低下とともに、都市化の進展及び地方の過疎化等を背景に住民の生活スタイルはこれまで以上に多様化している。

(参考)

- 1960年(昭和35年)には夫婦と子の世帯が43.4%、3世帯同居等を含む「その他」世帯が35.1%であり、両者でほぼ8割を占めていたが、2005年(昭和17年)には42.6%まで大幅に低下しており、2030年(平成42年)には33.1%まで低下すると予測されている。
- 単身世帯は、1960年には4.7%にすぎなかったが2005年には29.5%に増加しており、2030年には37.4%に増加すると予測されている(※)。
- 高齢者世帯は、1960年には、129千世帯であったが2005年には3,865千世帯に増加しており、2030年には7,173千世帯に増加すると予測されている(※)。

(※) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)(2008年3月推計)」

3. 非感染性疾患（NCD）の拡大

- 糖尿病、がん、慢性肺疾患、心脳血管疾患などの非感染性疾患（Non Communicable Diseases、以下「NCD」という。）は、世界的にも死因の約60%を占め（2008年（平成20年）現在）、今後、10年間でさらに77%にまで増加するとの予測もなされており、世界保健機関（WHO）では、世界行動計画（2008年（平成20年）～2013年（平成25年））を策定し、世界的にNCDの予防と管理を行う政策が実施されている。
- 日本においても、生活習慣の改善により、生活習慣病の発症や重症化を予防し、将来にわたり健康的な生活を維持できることが明らかとなり、NCD対策を主とする生活習慣病対策の拡充が要請されている。

4. 健康危機管理事案の変容

- 日本の食糧自給率は40%まで低下し、輸入食品に頼らざる得なくなっており、冷凍技術等の高度化や流通の広域化、外食産業のネットワーク拡大等が進んでいる。これらを背景に、食品を通じた健康被害の広域化や短期間での拡大などが生じている。
- また、新型インフルエンザに見られるように、国際化の進展に伴い、健康危機管理事案の国際化も進んでおり、日本だけで対応が完結するものが減少するとともに、健康危機事案は日常的に発生しうるものとの認識を持つことが求められる局面を迎えている。
- さらに、平成23年3月に発生した東日本大震災では、被災地の行政機能も含む広域かつ重大な被害が生じ、市町村と都道府県との関係を越えた、全国的な支援が現在もなされている。
- 健康危機管理事案は、住民の生命の安全に直接関わるものであるため、国、都道府県、市町村のみならず、関係機関を含めた十分な危機管理体制を構築し、全国レベルでの監視体制を強化するとともに、住民に対しても食中毒等の健康リスクについて正しい情報を提供し、リスク認知を促す（リスク・コミュニケーション）こともこれまで以上に重要になっている。

（近年発生した主な健康危機管理事案）

- ・平成19年12月～20年1月、兵庫県及び千葉県で毒入り餃子事件の発生
- ・平成21年、新型インフルエンザの発生
- ・平成23年3月、未曾有の被害をもたらした東日本大震災の発生
- ・平成23年4月、飲食チェーン店での腸管出血性大腸菌による広域散発食中毒事件の発生

5. 地域保健に関連する制度等の見直し

- 平成17年の食育基本法、障害者自立支援法、高齢者虐待防止法、介護施設整備促進法の制定、平成18年のがん対策推進基本法、高齢者医療確保法、自殺対策基本法、平成19年の自殺対策基本法の制定、平成17年、20年、23年の介護保険法改正などが行われている。
- 平成20年の医療制度改革による特定健康診査・特定保健指導の実施に加え、平成25年から開始する「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」（次期）、がん対策基本計画（次期）の策定に向けた検討がなされている。
- こどもや高齢者等のライフステージに着目した対策や、障害者対策、自殺対策、健康の保持・増進に着目した総合対策など、それぞれの分野において多様化・高度化したニーズに対応するため、総合的かつきめ細やかな施策を実施するべく法的基盤の整備が進展している。

6. 国と地方のあり方見直しの進展

- 平成7年の地方分権法の成立以後、平成10年の地方分権推進計画閣議決定、平成11年の第二次地方分権推進計画閣議決定、平成12年の地方分権一括法の施行、平成18年の地方分権改革推進法の成立などを経て、平成22年6月には地域主権戦略大綱が閣議決定され、「住民に身近な行政は、地方自治体が自主的かつ総合的に広く担うようにするとともに、地域住民が自らの判断と責任において地域の諸課題に取り組むことができるようにする」とされ、国と地方が対等なパートナーシップの関係であることを踏まえ、両者の協働が明記されている。
- また、平成23年12月29日に開催された「国と地方の協議の場」では、社会保障給付における国と地方の役割分担として、社会保障4分野に「予防接種」、「がん検診」等を加えることとされたところである。

7. 社会保障を支える財政の現状と今後の方向性

- 平成24年2月17日に閣議決定された、「社会保障と税一体改革大綱」において、「社会保障を支える財政に目を転ずれば、日本の財政は、税収が歳出の半分すら賸えず、国及び地方の長期債務残高は平成24年度末には対GDP比196%に達すると見込まれる極めて厳しい状況にある。（中略）
国の一般歳出に占める社会保障関係費の割合は5割を超えており、税収が歳出の半分すら賸えていない現状に照らせば、社会保障関係費の相当部分を将来世代の負担につけ回していることになっていることに加え、毎年1兆円規模の社会保障の自然増も不可避な状況となっている。」とされている。

- また、高齢化が一段と進む2025年に向けて、在宅医療の充実と医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した包括的な支援（地域包括ケアシステム）の構築や、要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進することとされており、社会保障を維持・充実するために「支え合う社会の回復」が求められている。

II 地域保健及び関連する主な施策の動向

1. 地域保健分野等における動向

(1) 対人保健分野の動向

1) 感染症対策

① 予防接種

- 厚生科学審議会予防接種部会において、予防接種法の対象となる疾病・ワクチン（子宮頸がん予防、ヒブ、小児用肺炎球菌等）、接種費用、予防接種の評価・検討組織の在り方等について議論がなされ、平成22年の「第一次提言」取りまとめ、平成23年7月の「主な議論の中間的な状況の整理」取りまとめを経て、現在、同年9月の厚生労働省案を踏まえ引続き検討されている。
- 子宮頸がん予防ワクチン、ヒブワクチン、小児用肺炎球菌ワクチンについては、引き続き平成24年度についても接種緊急促進臨時特例交付金により対象年齢層に対し接種の機会が提供されることとなっている。
- ポリオワクチンを、現在の生ワクチンから不活化ワクチンにできるだけ早期に切り替えるべく取組みがなされている。また麻しん排除に向けて、「麻しんに関する特定感染症予防指針」に基づく取組みが進められている。

② 新型インフルエンザ対策

- 新型インフルエンザ対策行動計画については、平成21年に発生した新型インフルエンザ(A/H1N1)の経験を踏まえ、平成23年9月に新型インフルエンザ対策閣僚会議にて、改定されたところである。平成24年1月には、新型インフルエンザ専門家会議において、新型インフルエンザ対策ガイドラインの見直しに係る意見書が取りまとめられた。
- 新型インフルエンザ対策の実効性を高め、国民の生命や健康の保護だけでなく、国民生活や国民経済に及ぼす影響を最小限にとどめることを目的とした「新型インフルエンザ等対策特別措置法案」が平成24年3月に閣議決定され、国会に提出されたところである。
- 平成23年7月、「予防接種法及び新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法の一部を改正する法律」が成立し、新たな臨時接種の創設、健康被害救済の給付水準の引き上げ等により、平成21年に発生した新型インフルエンザ(A/H1N1)と同等のものが発生した場合の予防接種への対応が図られた。

③ HTLV-1対策

- HTLV-1（ヒトT細胞白血病ウイルス1型）の感染者は、全国に約100万人以上と推定されており、まれではあるが重篤な疾病であるATL（成人T細胞白血病）やHAM（HTLV-1関連脊髄症）を発症する
- 平成22年9月に総理官邸にHTLV-1特命チームが設置され、同年12月に「HTLV-1総合対策」が取りまとめられた。厚生労働省においても平成23年7月に第1回HTLV-1対策推進協議会が開催され、HTLV-1総合対策を推進している。

2) 肝炎対策

- B型・C型ウイルス性肝炎は、国内最大級の慢性感染症であり、総合的対策を講じ、早期発見・早期治療を促進する必要があることから、平成21年に「肝炎対策基本法」が制定され、それに基づく「肝炎対策基本指針」が平成23年5月に策定された。これらに基づき、国と地方において国民・行政・関係者等が一体となった取組が推進されている。
- また、平成23年12月には、これまで進められてきた「肝炎研究7カ年戦略」が見直され、「肝炎研究10カ年戦略」がとりまとめられた。今後、同戦略に基づき、肝炎治療に関する研究等が進められることとなっている。

3) がん対策

- がんは昭和56年以降、日本における最大の死亡原因となっており、現在、年間死亡者数が30万人を超え、死亡者の1/3はがんが原因で、「国民病」ともいえる状況となっている。
- 平成18年に「がん対策基本法」が制定され、平成19年に「がん対策推進基本計画」が閣議決定された。基本計画は少なくとも5年ごとに検討し、見直すことになっており、厚生労働省では、がん対策推進協議会の意見を聞き、平成24年6月までに基本計画の見直しを行う予定となっている。

4) 難病対策等

- 特定疾患治療研究事業による医療費助成、難治性疾患克服研究事業等による研究の推進、医療施設等の整備、相談支援事業、在宅福祉施策などの難病患者への支援施策が引き続き実施されている。
- 厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会において難病対策全般について見直しが検討されており、平成23年12月に同委員会で「今後の

難病対策の検討に当たって（中間的な整理）」が取りまとめられ、平成24年2月に閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」においても、医療費助成の法制化も視野に入れた総合的な難病対策を目指すことが盛り込まれたところ。現在、この大綱を踏まえ、より具体的な施策が検討されている。

○ そのほか、

・リウマチ・アレルギー対策については、リウマチ、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、花粉症等のリウマチ・アレルギー疾患を有する患者は国民の約50%にのぼると言われており、平成23年8月の厚生科学審議会疾病対策部会リウマチ・アレルギー対策委員会の報告書を踏まえ、「リウマチ対策の方向性等」及び「アレルギー疾患対策の方向性等」が見直されたところである。

・腎疾患対策については、慢性腎不全による透析は年々増加傾向にあり、平成22年末には約30万人が透析療法を受け、透析を必要とする患者も年間約1万人のペースで増え続けており、厚生労働省において、平成20年3月に腎疾患対策検討会で取りまとめられた「今後の腎疾患対策のあり方について」を踏まえ腎疾患対策を推進しているところである。

5) 生活習慣病対策

○ 日本における健康対策は、昭和30年代以降、加齢に着目した「成人病対策」として各種施策が講じられてきたが、近年では、平成8年12月に出された公衆衛生審議会の意見具申を踏まえ、がん、循環器疾患、糖尿病などの生活習慣を主要因とした疾患の割合の増加等を背景に、「生活習慣病対策」として、「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が展開されるとともに、「がん対策推進基本計画」等に基づく取り組みが行われてきた。

○ また、生活習慣病の予防は、中長期の医療費適正化対策の柱としても位置づけられており、平成20年度からは、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）に着目した特定健診・特定保健指導がスタートし、40歳以上の医療保険加入者に対して、医療保険者が健診等を行うことが義務づけられた。

○ 一方、たばこ対策については、「健康日本21」や「健康増進法」に基づき受動喫煙対策が図られてきたが、平成17年に「たばこの規制に関する世界保健機関枠組み条約」が発効したことから、日本においても、同条約の締約国として、たばこ製品への注意文言の表示強化、広告規制の強化、禁煙治療の保険適用、多数の者が利用する公共的な空間は原則と

して全面禁煙であるべき旨の通知の発出等が行われてきた。平成22年には、国民の健康の観点から、1本当たり3.5円のたばこ税率の引上げも行われた。

- さらに、慢性閉塞性肺疾患（COPD）については、平成22年12月に取りまとめられた「慢性閉塞性肺疾患（COPD）の予防・早期発見に関する検討会」からの提言を踏まえ、取組みが進められている。
- こうした中、近年、慢性疾患の発症や悪化は、個人の意識と行動だけでなく、個人を取り巻く社会環境による影響が大きいため、これらの疾患について、単に保健分野だけでなく、地域、職場等における環境要因や経済的要因等の幅広い視点から、包括的に施策を展開し、健康リスクを社会として低減していく「非感染性疾患（Non Communicable Disease；以下「NCD」という。）対策」としての概念が国際的な潮流となっており、日本においても、この概念に沿った社会政策を一層進めていく必要がある。
- このため、日本においても、健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」の見直しにおいて、これまで重視してきた一次予防のみならず、社会環境の整備も含めたNCD対策を柱とした目標の設定の議論が行われている。
- なお、NCDは、世界的にも死因の約60%を占め（2005年（平成17年）現在）、今後10年間でさらに17%増加するとの予測もなされている。また、世界保健機関（WHO）では、「非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」（2008年（平成20年）～2013年（平成25年））を策定するほか、2011年（平成23年）には国連におけるハイレベル会合でNCDが取り上げられる等、世界的にNCDの予防と管理を行う政策の重要性が認識されている。今後、WHOにおいて、NCDの予防のための世界的な目標を設定し、世界全体でNCD予防の達成を図っていくこととされている。

6) 歯科保健

- すべての国民が健やかで豊かな生活を過ごすために、平成元年から80歳になっても自分の歯を20本以上保つことをスローガンとした「8020（ハチマルニイマル）運動」が推進されており、8020達成のために乳幼児期から高齢期における各ライフステージの特性に応じた取り組みが推進されている。
- 近年、口腔の健康と全身の健康との関係が注目され、食生活を支える口腔機能の維持の観点から、「歯科保健と食育の在り方に関する検討会」

において、平成21年7月に報告書「歯・口の健康と食育～嚙ミング30（カミングサンマル）を目指して～」が取りまとめられたところである。

- また、平成23年8月に歯科口腔保健の推進に関する法律が施行され、現在、「歯科口腔保健の推進に関する基本的事項」の策定にむけ、関係審議会において検討がなされている。

7) 精神保健

- 精神疾患については、その患者数が近年急増しており、平成17年には300万人を超える水準となっており、国民の4人に1人が生涯でうつ病等の気分障害、不安障害及び物質関連障害のいずれかを経験していることが明らかとなっている。このほか、発達障害や高齢化の進行に伴って急増しているアルツハイマー病等の認知症等も含まれており、精神疾患は、国民に広く関わる疾患である。
- 精神疾患は、あらゆる年齢層で疾病により生じる負担が大きく、また、精神疾患にかかることにより稼得能力が低下することがあるなど、本人の生活の質の低下をもたらすとともに、社会経済的な損失を生じている。また、平成10年以降14年連続で3万人を超える水準にある自殺の背景には、うつ病、統合失調症、依存症等の精神疾患が多く認められている。
- 厚生労働省では、平成16年9月の「精神保健福祉施策の改革ビジョン」以来、「入院医療中心から地域生活中心へ」の基本理念の下、施策が進められてきた。平成23年には、「障害者制度改革の推進のための基本的な方向について」（平成22年6月29日閣議決定）に沿って、地域生活支援のための取組みと検討課題がとりまとめられたところである。さらに、閣議決定では精神障害者に対する強制入院等のあり方等が課題として示されていることを踏まえ、現在、「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けたチーム」等で検討が進められている。
- また、平成23年12月の社会保障審議会医療部会で、現在の4疾病5事業に加え、精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加すること等とされ、また、同年12月の医療計画の見直し等に関する検討会で、「精神疾患の医療体制構築に関する指針（骨子）」が示されたところである。

8) 母子保健

- 21世紀の母子保健の取組みの方向性と目標を示し、関係機関・団体が一体となって推進する国民運動計画である「健やか親子21」については、平成21年度に、第2回中間評価がなされ、今後重点的に取り組む方向性等が示されたところである。

- 子どもの慢性疾患対策としては、小児がんなど特定の疾患（11疾患群）について、医療費の自己負担分を補助する小児慢性特定疾患治療研究事業が実施されている。
- 妊産婦や乳幼児に係る健康診査、訪問指導等の母子保健事業は、平成9年の母子保健法の改正により市町村に移管されているが、平成25年4月1日から、母子保健法に基づく未熟児養育医療等の業務が都道府県から市町村に委譲されることになっている。この他、先天性代謝異常の早期発見・早期治療のため、各都道府県で実施している新生児マス・スクリーニング検査について、平成23年度にはタンデムマス法を用いた検査の普及が図られている。
- 妊婦健康診査については、平成20年度第2次補正予算等において、必要な回数（14回程度）が受けられるよう、支援の拡充が図られており（すべての市区町村で14回以上の公費助成を実施（平成23年12月現在））、平成24年度についても、平成23年度第4次補正予算において、公費助成が継続されることとなっている。
- 不妊に悩む夫婦に対しては、体外受精及び顕微授精に要する費用の一部の助成がなされ、経済的負担の軽減が図られている。

9) 高齢者対策（介護予防）

- 介護保険制度では、平成18年度に、介護保険制度の基本理念である「自立支援」をより徹底する観点から、軽度者（要支援者）への「予防給付」についてサービス内容が見直され、また、介護予防事業を含む地域支援事業が導入されるなど、予防重視型システムへの転換が図られている。
- また、平成24年度からは、「予防給付」において生活機能向上に資するサービスへの重点化が図られると共に、要支援者と要支援状態となるおそれのある高齢者を対象に、介護予防と日常生活への支援とを切れ目無く提供する仕組みとして、地域支援事業に介護予防・日常生活支援総合事業が導入されるなど、地域包括ケアシステム構築の推進を目指した取組みが講じられているところである。

(2) 対物保健分野の動向

1) 生活衛生対策

- 生活衛生関係営業において生活衛生同業組合は、衛生水準の向上のための共同事業を実施し、保健所から各事業所への情報伝達の機能を発揮するなど、食中毒・感染症の発生予防に貢献している。一方で、中小零細事業者が多く、また組合員の高齢化など、多くの課題に直面しており、

地域に密着した生活衛生関係事業者の活性化を図ることにより、地域の高齢者等が買い物弱者にならないような対策を講じるなど、生活衛生関係営業の振興方策全般についての検討が関係検討会にてなされている。

- 公衆浴場法に規定する浴場業及び旅館業法に規定する旅館業の事業者並びに建築物における衛生的環境の確保に関する法律に規定する特定建築物の維持管理権原者に対し、水質を汚染する病原生物（レジオネラ属菌等）に関する知識の普及・啓発、指導を行っている。
- 特定建築物や住宅における室内空気汚染等による健康影響、いわゆるシックハウス症候群について、知識の普及・啓発、指導を行っている。

2) 食品安全対策

- 食品中の放射性物質対策については、原子力安全委員会の示した指標値を平成23年3月、食品衛生法の暫定規制値として設定するとともに、地方自治体において検査計画に基づく検査を実施し、暫定規制値を超えた食品については同一ロットの食品を回収、破棄するなどの対応が行われている。また、原子力災害対策特別措置法に基づき、暫定規制値を超えた地点の広がり等を踏まえ、県域又は県内の一部の区域を単位として原子力対策本部より出荷制限等が指示されている。食品中の放射性物質に関する新しい基準値については、平成24年2月24日に薬事・食品衛生審議会食品衛生分科会・放射性物質対策部会共同会議で了承され、平成24年4月1日から施行する。
- BSE（牛海綿状脳症）対策については、平成13年の対策開始、平成14年の牛海綿状脳症対策特別措置法の制定を踏まえた、生産段階での飼料規制から、と畜、販売の各段階における規制を図ってきたところ。現在、対策開始から10年経過したことを踏まえ、最新の科学的知見に基づき、国内検査体制、輸入条件など対策全般の再評価について、食品安全委員会への諮問がなされている。
- 平成23年4月、飲食チェーン店で腸管出血性大腸菌による広域散发食中毒事件が発生。生食用食肉（牛肉）の規格基準を策定し、平成23年10月より施行されている。現在、薬事・食品衛生審議会において、生食用牛レバーの取扱いに関する審議がなされている。
- また例えば、数年前までは、原因不明食中毒として扱われていた一部の寄生虫による食中毒事例について、関係機関間の連携の下、その病因物質の解明などの取組みが進んできている。

3) 水道に関する取組み

- 現在は、平成16年6月に策定、平成20年7月に改訂された水道ビジョンにおいて定められた日本の水道が果たすべき役割と目標を踏まえた取組みがなされているが、策定から7年が経過し、水道を取り巻く環境にも変化が生じてきていることを受け、平成24年度中を目途とした新たな水道ビジョンの策定に向けて検討が行われている。
- 東日本大震災を受けた対応としては、復旧・復興関連予算として、平成23年度1次補正において災害復旧費として160億円、同3次補正において災害復旧費303億円、被災状況調査費1.2億円が手当てされた。また、水道水の放射性物質汚染への対応としては、水道水中の放射性物質の指標(放射性ヨウ素300Bq/kg(乳児は100Bq/kg)、放射性セシウム200Bq/kg)等を超過した時には、厚生労働省より水道事業者に対して摂取制限等を要請することとなっており、平成23年4月4日のモニタリング方針に基づき、福島県及び近隣10都県を重点区域として1週間に1回以上検査の実施がなされている(平成24年3月現在)。
- 平成25年4月1日から、水道法に基づく、専用水道、簡易専用水道の指導等に係る業務が、都道府県から全ての市に委譲されることになっている。

(3) 医療分野における動向

1) 患者の動向

- 平成20年の推計外来患者数は、病院が170万人強、一般診療所が380万人強、歯科診療所が130万人強となっており、外来患者のうち、往診、訪問診療などの在宅医療を受けている者は10万人程度となっている(※1)。
- また、再来患者の平均診療間隔は、全体平均で5.8日(昭和54年)から10.0日(平成20年)と、多くの疾患で長くなる傾向にある(※1)。

(※1) 平成20年患者調査

2) 医療従事者の状況

- 平成22年の病院100床当たりの従業者数(常勤換算)は117.2人で、内訳は、医師12.3人、歯科医師0.6人、薬剤師2.7人、看護師42.8人、准看護師10.1人、看護業務補助者12.3人、PT/OT4.9人、管理栄養士・栄養士1.5人などであり、臨床医師数について、日本はOECD加盟国と比べ少ない現状にある。
- また、産婦人科、小児科、救急などの厳しい勤務環境にある特定の診

療科での医師の不足や、全国的に大都市に医師が集中し、周辺地域やへき地で医師が不足している医師の地域偏在、在宅において医療と介護を包括的に提供するための拠点整備や医師・看護師・介護士などの他職種連携が十分でない等の課題がある。

- 病床当たりの従事者数と平均在院日数の間には高い相関関係がある。

3) 医療施設の動向

- 病院数は平成2年をピークとして減少しており、平成22年には、平成2年の段階の病院数の約9割となっている。有床診療所は大幅に減少する一方、無床診療所や歯科診療所、薬局は増加傾向にある。
- 病院の規模としては、200床未満の中小規模の病院が多く、また、病院の病床数は平成4年をピークに以後減少するとともに、病床利用率も低下傾向にあり、平均在院日数も短縮傾向にある。
- なお、国際的な比較では、日本の人口千人当たりの病床数は13.5と、他のOECD諸国に比べて大幅に多くの病床を有している。
- 特定機能病院（高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修など）、地域医療支援病院（紹介患者に対する医療の提供、救急医療の提供など）についても、今後のあり方等について検討がなされている。
- 人口構造や疾病構造等の変化を踏まえつつ、将来にわたり、国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、病院・病床の機能の分化・強化、在宅医療の推進といった視点から、医療提供体制の改革に向けた検討がなされている。

4) 住民ニーズを踏まえた医療連携

- 社会保障審議会医療部会における次の意見を踏まえ、保健・医療・福祉の連携も見据えた医療連携体制の構築を目指していく必要がある。
 - ・我が国の医療提供体制は、戦後、医療機関の整備が図られ、50年前に国民皆保険制度を実現して以来、全国民に必要な医療サービスを保障していくため、医療提供体制の一層の充実が図られ、その結果、世界最長の平均寿命を達成するなど、高い保健医療水準を実現してきた。
 - ・その一方で、急速な少子高齢化の進展、人口・世帯構造や疾病構造の変化、医療技術の高度化、国民の医療に対するニーズの変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化している。しかしながら、我が国の医療提供体制は、機能の分化が十分とは言えず、また、必要な医療サービスが不足している面があるなど、こうした変化に十分に対応できていない。

- ・さらに、国際的に見て人口当たりの病床数が多い一方で、人口当たりの医師数は少ないなど医療を担う人材の不足や、医師の地域・診療科偏在などが課題とされ、また、救急患者の受入れの問題、地域医療の困窮など様々な課題に直面している。
- ・限りある医療資源の中で、世界に冠たる我が国の医療制度を将来にわたって維持・発展させていくには、現在抱えている様々な課題に取り組みつつ、医療を取り巻く環境の変化に対応した、より効率的で質の高い医療提供体制の構築を目指していく必要がある。

2. 地域保健基盤の動向

(1) 保健所

- 保健所の数は、地域保健法制定以降、集約化が急速に進み、平成6年3月に全国で848箇所であったものが、平成23年4月1日現在で、都道府県立373箇所、政令指定都市立50箇所、中核市立41箇所、その他政令市立8箇所、特別区（23区）立23箇所の合計495箇所に減少している（※1）。
- 平成22年1月の調査によると、保健所の組織体制も変容して均一でなくなっており、都道府県の設置する保健所のうち、地方振興局の内部組織または出先機関であるものが38.0%で、政令市型保健所のうち本庁内の一部署や支庁の内部組織であるものが70.6%となっている。また、保健所の形態は、単独型は38.1%であり、福祉や環境との統合組織が61.7%と多くなり、統合組織の長が保健所長であるものは49.4%であった（※2）。

(2) 市町村保健センター

- 市町村保健センターは、健康相談、保健指導および健康診査その他地域保健に関し、地域住民に密着した対人保健サービスを総合的に行う拠点であり、昭和53年度からその整備が推進された結果、平成22年10月現在2,680箇所となっている（※3）。

(3) 地方衛生研究所

- 地方衛生研究所は、都道府県や指定都市における科学的かつ技術的中核として、調査・研究、試験・検査、研修・指導、公衆衛生情報等の収集・解析・提供を行うことを目的として設置されており、平成22年4月現在で全国に77箇所が設置されている（※4）。
- 一方で、地方感染症情報センターが併設されているのは、47都道府県で39箇所（83%）、19政令指定都市で9箇所（47%）となっていたり、環境

研究所と合併している地方衛生研究所は47都道府県の32研究所（68%）となるなど、地方衛生研究所間でもその役割・機能の違いが大きい現状にある。

（４）地域保健人材の配置状況

- 保健所には、医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士、統計技術者など、その業務を行うために必要な職員をおくこととされており、平成21年度末現在の常勤職員数は、28,259名となっている。
- また、保健所医師数は、平成21年度末現在で803名となっており、平成11年度以降、減少傾向にある（※5）。
- 保健師については、平成23年度保健師活動領域調査によると市町村（保健所設置市を除く）保健師は19,031人、保健所設置市特別区の保健師は7,991人となっており毎年増加傾向にある。一方、都道府県保健師は4,975人とここ数年横ばいしないしは減少傾向にある。
- 平成20年度には、特定保健指導の実施とそれに伴う住民全体の健康づくり等に対応するための措置として、新たに市町村保健師を約1,400人分、平成23年度には、自殺防止対策の強化のため、新たに市町村保健師を約1,400人分、都道府県保健師を約70人分の地方交付税措置がそれぞれなされたところである。
- また、保健所等において対物保健を担う食品衛生監視員や環境衛生監視員等については、平成22年度にはそれぞれ6,775人（専従者1,769人）と6,242人（専従者678人）であったものが、平成21年度にはそれぞれ7,825人（同1,343人）と5,984人（専従者385人）となっており、食品衛生監視員については専従率の低下が、環境衛生監視員については人数及び専従率の低下がみられている（※6）。

（※1）厚生労働省健康局総務課地域保健室調べ

（※2）平成21年度地域保健総合推進事業「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究」（分担事業者：荒田吉彦（旭川保健所長））による。

（※3）社団法人 全国保健センター連合会調べ

（※4）地方衛生研究所全国協議会調べ

（※5）平成21年度地域保健・健康増進事業報告（平成22年度分については、東日本大震災の影響により、宮城県のうち仙台市以外の保健所が含まれていないため、平成21年度の資料を引用）

（※6）平成21年度衛生行政報告例（平成22年度分については、東日本大震災の影響により、宮城県のうち仙台市以外の市町村、福島県の相双保健福祉事務所管轄内の市町村が含まれていないため、平成21年度の資料を引用）

Ⅲ 住民ニーズの多様化・高度化に対応した地域保健対策の推進

1. 市町村事業の効率的・効果的な実施

(1) 地域保健推進体制の動向

- 住民ニーズがますます多様化・高度化するなかで、質の高い保健サービスを福祉サービスと一体的に提供するため、対人保健サービスの多くが都道府県から市町村に移管されている。一方、大規模な市と小規模な町村の間には、地域保健サービスを担う保健師等の専門職種の配置状況や事業の実施状況に差が生じている。

(2) 地方自治体間の広域連携

- 小規模な市町村や、大規模合併により行政区域に飛び地が存在する市町村などにおいても、地方自治体規模や地方自治体内のサービス受託事業者の有無等にかかわらず一定の行政サービスを提供する必要があり、今後とも質の高い保健福祉サービスを展開していくためには、都道府県と市町村の間又は市町村間同士の共同処理制度の導入などによる広域連携のより一層の推進が望まれる。
- 具体的な共同処理制度として、法人設立を要する①一部事務組合、②広域連合や、法人の設立を要しない③協議会、④機関等の共同設置、⑤事務の委託などの仕組みがある。これらの制度を地域の実情に応じ、活用することが望ましい。また、その際には、保健所から市町村に対する技術的支援や人材育成支援がなされることが必要である。

2. ソーシャル・キャピタルに立脚した健康づくり、健康なまちづくりの展開

(1) ソーシャル・キャピタルの概念と現状

- ソーシャル・キャピタル (Social Capital) (※1) とは、「信頼」「社会規範」「ネットワーク」といった人々の協調行動の活発化により、社会の効率性を高めることができる社会組織に特徴的な資本を意味し、従来のフィジカル・キャピタル (物的資本)、ヒューマン・キャピタル (人的資本) などとならぶ新しい概念である。
- ソーシャル・キャピタルを「資本」と見なす概念こそ新しいものであるが、一方で、その本質である「人と人との絆」、「人と人との支え合い」は、日本社会を古くから支える重要な基礎であったことも事実である。
- ソーシャル・キャピタルが豊かであれば、市民活動への参加が促進されるとともに、それらの市民活動を通じて、ソーシャル・キャピタルがさらに培養されるという、ソーシャル・キャピタルの各要素と市民活動量とは

正の相関関係にあり、例えば、日本のデータにおいても、合計特殊出生率とソーシャル・キャピタル指数とは正の相関関係にあることが判明している。

- ソーシャル・キャピタルのなかで、組織化された代表的なものの一つであるNPO法人の数をみると、平成10年のNPO法の施行以来、NPO法人の認証数累計は年々増加し、平成21年には、38,997法人となっている。その中で、保健・医療又は福祉の増進を図る活動を目的とするNPO法人は、約6割を占め、その活動内容も、子ども・子育て支援、がん・難病などの医療・介護支援、障害者の就労支援や生活支援をはじめ、地域における雇用創出支援、ニート等の若者支援、自殺対策支援など、非常に幅広い分野での支援活動を行なっている。

(※1) ソーシャル・キャピタルは「社会資本」、「社会関係資本」、「人間関係資本」、「市民社会資本」と言われることもあるが、日本語として定着した表現がないため、ここではソーシャル・キャピタルという。

(2) ソーシャル・キャピタルを通じた取組みの推進

1) ソーシャル・キャピタルの活用・育成

- 住民のライフスタイルの多様化やICT（情報通信技術）の進展等により、地域住民の保健に関するニーズの多様化・高度化が進む一方で、生活習慣病対策の観点からは、食事・運動等の住民の生活習慣の改善・維持が重要な課題となっており、個人による取組みを進めるだけでなく、地域や学校・職場等での日常の生活を通じて取組みが促進される、ソーシャル・キャピタルの活用や醸成を通じたまちづくりへの期待が高まっていると換言することができる。
- ソーシャル・キャピタルは、「人と人の絆」、「人と人との支え合い」に潜在する価値を意味しており、その概念を厳密に整理することは容易ではないが、保健医療の分野での取組みを推進する基盤としてみた場合、次のように分類できる。
 - ・ 住民の生活の場としての地縁に基づくネットワーク（例：自治会、老人クラブ、こども会等）
 - ・ 価値観や経験を共有し、健康課題の解決に強い動機をもつネットワーク（例：保健活動推進員、食生活改善推進員、患者会・ピアサポーター等）
 - ・ 職業を通じて住民の健康課題を共有するネットワーク（例：生活衛生・食品安全関係同業組合等）
 - ・ 児童生徒の活動の場であるとともに、保護者や地域住民との交流の場でもある学校

- ・労働者等の健康管理を担うとともに、地域社会への社会的責任を果たすことも求められる企業・保険者
- ソーシャル・キャピタルの具体的な活用事例としては、愛知県尾張旭市では、平成16年の「健康づくり推進員養成講座」による推進員の養成に始まり、これまでの間、健康づくり推進員自身が、健康づくりの知識や技術を修得し、市と協働して、「筋力トレーニング」、「ウォーキング」、「笑い与健康」を活動の3本柱とする地域の健康づくりのリーダーとなって、市民の健康の維持、増進を図る取組みが進められている。この際、行政は、住民への具体的方法論や方向性の提示に留め、住民主体の展開を妨げないよう留意することが重要である。
- これまでも、保健所や市町村の保健師等が関わって、地域のソーシャル・キャピタルを通じたアプローチはなされてきたが、特に都市部における地域のソーシャル・キャピタルの低下や様々な事業を運営するための事務作業に追われる現状により、このようなアプローチが困難な状況に直面していることも事実であり、このような現状に対応するためには、各保健師等が持っているソーシャル・キャピタルを持ち寄り、政策課題解消に向けて総合的に活用することが求められるとともに、地縁に基づくソーシャル・キャピタルはもちろんのこと、学校や企業などの場の活用のほか、多様なソーシャル・キャピタルを通じた取組みを進めることも重要である。
- また、世界に例を見ない高齢化社会を迎え、高齢者同士で支え合う社会、互いに障害を持ちながら助け合う社会を構築していくことも必要であり、具体的にはソーシャル・キャピタルの核となりうる人材に対し、保健所・市町村保健センター等の行政が知識や技術の獲得を支援し、様々なソーシャル・キャピタルが参画する場（例：健康づくりのための協議会）を設定した上で、その「核」を中心とした住民主体（住民協働）の活動を展開することが望まれる。

2) 学校や企業等の場の新たな活用

- 学校では、学校保健安全法に基づく児童生徒等への健康診断のみならず健康教育や保健指導も行われており、生活習慣病の予防には早い段階からの理解が重要であることをふまえると、学校保健の意義は大きい。
- 同時に、学校は児童生徒の活動の場であると共に保護者や地域住民にとっての交流の場であり、ソーシャル・キャピタル形成の場としても期待できる。学校には、学校保健を推進するための組織として、校長や養護教諭等の教職員のほか、学校医等、保護者代表、児童生徒、地域保健

関係者からなる学校保健委員会が小学校の81.9%、中学校の78.6%、高等学校の76.7%に設置されている（平成17年）。また、平成20年1月の中央教育審議会答申において、中学校区毎に設置される地域学校保健委員会のほか、市町村レベルで教育委員会と保健部門などの行政機関や地域の学校医等が連携する場として「学校地域保健連携推進協議会（仮称）」の設置を通じた地域ぐるみの取組みの必要性が指摘されている。

- また、学校においては児童生徒等の心身の健康の保持増進を図るため、学校保健計画（※1）を策定し、計画に沿って活動が行われており、保健所・市町村保健センター等は、これらの学校という場を取り巻く関係者らとの協議の場に積極的に参加し、ソーシャル・キャピタルの核となる人材を発掘する等、ソーシャル・キャピタルの場としての学校と十分連携をとった健康づくりを進めることが重要である。
- 企業とは、営利を目的として経済活動を継続して実施する組織のことをいうが、それと同時に、労働者等その場に集う者にとっては活動の場であり、そこにはコミュニティーが形成されている。また、企業の中には、企業内ばかりでなく、その他の企業や地域社会との間に信頼関係を構築している例も多く、企業及びそれを取り巻く周辺をソーシャル・キャピタルが存在する場と見なすこともできる。
- 企業は、自らの労働者等に対し、労働安全衛生法に基づき、労働者の健康診断の実施等を通じて、その健康を確保することが求められている。また、平成20年からは高齢者医療確保法により、医療保険者に対しては、被保険者及びその被扶養者への特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられている。このほか、メンタルヘルスの取組なども進められており、これらの企業内の労働者等に対する取組みは、地域保健対策の推進と密接不可分の関係にあり、地域での地域・職域連携協議会を通じた取組みが重要である。
- また、住民の健康の保持・増進に資する企業の社会的責任（CSR；Corporate Social Responsibility）（※2）の意識に基づく活動も、近年の国民の健康意識の向上を受け、急速に広がっている。
- 保健所や市町村保健センター等は、このような企業を健康なまちづくりを推進する地域の一員と位置づけ、地域の健康増進計画の実践に際し、企業による活動を把握・評価するとともに取組みを住民に周知するなどの環境整備を行うことが重要である。
- また、国においても、地方自治体の取組みを推進するためのガイドライン等の検討がなされ、具体的な方法論が広く提示されることが望まれる。これらの国及び地方自治体の体系的な取組みを通じて、企業の取組

みをさらに促進することが期待される。

(※1) 学校保健計画：学校保健法第五条「学校においては、児童生徒等及び職員の心身の健康の保持増進を図るため、児童生徒等及び職員の健康診断、環境衛生検査、児童生徒等に対する指導その他保健に関する事項について計画を策定し、これを実施しなければならない。」

(※2) 2010年、国際標準化機構(ISO)は、全ての組織を対象とする社会的責任(Social Responsibility)に関する国際規格であるISO26000を定め、SRを「組織の決定および活動が社会および環境に及ぼす影響に対して、次のような透明かつ倫理的な行動を通じて組織が担う責任。健康および社会の繁栄を含む持続可能な発展への貢献、ステークホルダーの期待への配慮、関連法令の遵守および国際行動規範の尊重、組織全体に取り入れられ、組織の関係の中(影響力の範囲)で実践される行動」と定義づけている。

(3) 健康づくりを通じたまちづくり

- ソーシャル・キャピタルを通じた健康づくり活動を展開することにより、住民が積極的に地域に出て、他の住民と交流し、地域の絆がさらに深まったという事例が報告されている。このことは、ソーシャル・キャピタルに立脚した健康づくりは、それ自体が住民ニーズに合致した取組みであると同時に、まちづくり(地域の絆)という現代社会が抱える重要な課題に対する対応策ともなり得ることを示している。
- また、平成22年度地域保健総合推進事業「健康なまちづくり(ヘルスプロモーション)における保健所の役割と機能に関する研究」(分担事業者 中川昭生(島根県益田保健所))においても、地方主権時代における地域保健活動は住民や機関・団体等と協働した健康なまちづくりが重要であり、地方自治体における健康政策及びソーシャル・キャピタルや地域力を念頭に置いた地域コミュニティの活動が強化される必要があると報告されている。
- 他方、地方自治体全体の政策課題として「健康」をキーワードに掲げ、保健医療部門のみならず、例えば、遊歩道等を設け、住民が散歩やジョギングをしやすい環境を作る等の地方自治体全体を挙げて健康に取り組む事例も見られる。
- 健康なまちづくりの実現には、地域の視点からソーシャル・キャピタルとの関わりを通じて健康なまちづくりを進めるスタイルのほか、地方自治体を挙げて健康なまちづくりを進めるスタイルなど、地域の実情に応じて様々な方法が模索されているが、ソーシャル・キャピタルという地域の資源を活用することが、健康づくりに留まらず、「人と人との絆づくり」、さらには「健康なまちづくり」につながる各地で示されている。また、健康なまちづくりの概念は、WHOが近年進めている「すべての政策に健康の視点を(Health in All Policies)」の概念に沿うものでもある。
- ソーシャル・キャピタルを活かした地域づくり、社会づくりに関連して、現在、政府において寄附税制の見直しやソーシャル・キャピタル育成の支

援に資する事業の実施等の取組みがなされている。

- 保健所及び市町村保健センター等の地域保健関係機関は、地域の健康増進計画の策定や実践において、これらのソーシャル・キャピタルの活用や醸成に資する制度等を理解した上で、その活用を十分に念頭に置き、その「健康」の観点での拠点として役割・機能を果たすことが求められている。

IV 医療や介護福祉等の関連施策との連携の推進

1. 医療連携の更なる推進

(1) 地域医療連携体制構築における保健所関与の現状

- 都道府県は、医療法第30条の3に定める基本方針に即して、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という。）を定めることとされており、保健所は、地域医師会等と連携して、圏域連携会議を主催し、医療機関相互または医療機関や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ことが求められている。
- さらには、「医療計画の作成及び推進における保健所の役割について」（平成19年7月20日健康局総務課長通知）においても、保健所の業務として医療機関との連携、医療計画策定への関与が求められている。
- 一方で、平成21年度地域保健総合推進事業「地域医療連携体制の構築と評価に関する研究班」（分担事業者：患上博文（山口県宇部環境保健所長））によると、保健所の医療連携体制構築への取組としては、県型保健所では56.8%、市型は17.8%（指定都市5.1%、中核市・政令市33.3%）で、全体では48.4%に留まっており、疾病別では、脳卒中が72.8%と比較的よく取り組まれているのに対し、がんは33.3%、急性心筋梗塞は23.2%、糖尿病は37.8%に留まっていた。また、担当職種としては、保健所の中で保健師（53.3%）と行政職（52.7%）が中心的な役割を担っていることも明らかとなっている。

(2) 地域医療連携体制の構築に向けた保健所関与のあるべき姿

- 医療連携体制の構築には、多くの医療機関等が関与するため、保健所には公平・公正な立場での調整が期待されるとともに、圏域において現状の把握・公表や介護・福祉などの他の領域との調整についても積極的に役割を果たす必要がある。
- 具体的には、
 - ・脳卒中患者に対する急性期、回復期などの病院間のネットワーク構築に向けた研究会や地域連携パス運用を目指す研究会、在宅や介護を含むネットワーク連絡会の中心的役割を中核市保健所が担い、地域における脳卒中地域リハビリテーション体制を構築した事例
 - ・医師会主導で進められていた在宅終末期医療に対する診診連携に関する連携パスの運用に関し、県型保健所が公平・公正な地域の調整役としてその普及や様々な施設や団体のシステムへの参画を促進する等の支援を行っている事例

などが報告されている（※）。

- 医療連携体制の構築は、疾病モデルの視点だけではなく、地域で生活する生活者を中心に据えた視点で構築することが重要であり、このためには公衆衛生の専門機関である保健所が中心となって関わり、医療連携から保健・医療・福祉の連携へと繋げていくことが求められる。また、住民に対し、仮に疾病を発症した場合に地域のどの医療機関でどのような医療を受けることになるのかを平素から明らかにすること等を通じて、住民に安心をもたらすとともに、適切な受療行動を促すことにもつながる。
- また、以前から保健所は、感染症対策を担っており、今後発生が危惧される新型インフルエンザや新興再興感染症等への備えの観点からも、保健所の地域医療連携への関与が期待されている。
- 保健分野に比べ、医療分野でのソーシャル・キャピタルの果たす役割には、専門性等の観点から一定の制約はあるが、その一方で、「がんに関する患者や家族の会」、「小児科など地域の医療を守るための会」などの強い動機を共有する主体による活動が広がりを見せている現状もある。地域保健の基幹的な役割を担っている保健所には、このような地域のソーシャル・キャピタルの活用を通じた取組みが期待される。

（※）平成21年度地域保健総合推進事業「地域医療連携体制の構築と評価に関する研究班」（分担事業者：恵上博文（山口県宇部環境保健所長））

2. 介護福祉等の関連施策の連携

（1）戦略的な連携の実施

1）関連施策の制度見直しの経緯等

- 平成17年には障害者自立支援法の制定により精神障害者等に対する福祉施策の実施、介護保険法の改正により介護予防事業の実施や高齢者に対する総合相談機能を有する「地域包括支援センター」の市町村における設置、平成20年には医療制度改革による医療保険者による特定健康診査・特定保健指導の実施などにより、地域保健行政の体系が大きく変化している。

2）関連施策連携の現状

- 市町村において、地域保健施策が、その他の保健施策（保険者による保健や介護保険法に基づく介護予防、学校保健や職域保健等）や児童虐待防止対策等の福祉施策と、横断的な取組みを実施しているかどうかについては、市町村ごとに取組みの差が大きい。
- その一因として、地方自治体毎に置かれた状況の違いが大きいことのほか、市町村保健部門を広域的にネットワーク化する枠組みが存在し

ていないことも指摘されている。保健所は、管内市町村を広域的に俯瞰し、支援する役割を担っているが、保健・福祉分野での都道府県から市町村への業務移管の進展、保健所専門職の配置縮小等により、市と県や保健所との関係が希薄になりつつあるとも指摘されている。

3) 戦略的連携による効果的な地域保健の実践

- 地域住民のニーズは保健医療介護の生活圏内でのシームレスな連携を指向し、同時に医療保険や介護保険の給付費は増加しており、地域保健は課題解決型の活動を展開することが求められている。
- 具体的には、地域の疾病別医療費・介護給付費の動向、要介護者や人工透析に至った者の背景、地域の特定健康診査・特定保健指導の実施状況のほか、住民の健康度や健康意識等、可能な限りの情報を入手し綿密に分析し、課題を明らかにした上で目標を定め、可能な施策を戦略的・計画的に連携させて展開することが考えられる。
- また、戦略的施策連携の前提として、地域分析は不可欠である。保健所は広域的な観点から、市町村はより地域特性の観点からアプローチし、両者が密に連携することが望まれる。
- さらに、このような取組みを行政だけに留まるものとせず、広く地域住民と課題や目標を共有した上で、住民の参画により一体となって推進することが効果的である。
- これまでの地域保健活動は、ともすればプロセス偏重の傾向があった。地域保健を取り巻く状況の変化に対応するためには、適切なプロセスを踏むとともに、可能な情報や施策・財源を戦略的に活用し、結果を出すというスタンスが重要である。

(2) 戦略的な連携のための組織体制等

- 戦略的な施策連携を実現するためには、地域分析に基づく課題認識や目標設定を、地域保健部門だけでなく、福祉部門、さらに財政部門・教育部門等とも共有し、地方自治体を挙げた取組みに昇華することを可能にする体制を確保することが効果的である。
- 市町村においては、保健師等の専門職種の仕事分担制や分散配置が進んでいるなかで、限られた人材を施策の戦略に沿って効果的に配置することも重要である。
- また、戦略的な連携を進めるためには、関連する個々の計画の策定を統一した方向性の下、実施することも有用である。例えば、福井県坂井市では、「福井県坂井市福祉保健総合計画」を策定し、個別施策に関する計画

をこの総合計画の各論として位置づけ、共通の統一した理念の下、個別施策の推進を図っている。

V 健康危機管理事案に備えた体制整備

1. 生活衛生分野における現状と課題

(1) 生活衛生対策の現状と課題

- 生活衛生対策は、生衛法（生活衛生関係営業の運営の適正化及び振興に関する法律）をもとに、公衆衛生の見地から規制面のみならず振興対策も実施し、規制と振興の適切なバランスで、最終的には、国民生活の安定を図るものである。
- 地方においては、規制面では都道府県・保健所設置市が保健所が中心となって行政を実施し、振興面は都道府県生活衛生営業指導センターが経営指導を行うとともに、生活衛生同業組合が振興事業を通じて衛生水準の向上、経営の活性化に取り組んでいる。
- 住民に身近な対人保健行政が都道府県行政から市町村行政に移行し、保健所が集約・機能強化する中で、生活衛生関係は、市町村単位に行政組織がないことから、保健所の集約化、各事業者との距離の拡大を招いている面もある。また、環境衛生監視員については、平成2年度には6,242人（専従者678人）であったものが、平成21年度には5,984人（専従者385人）となっており人数及び専従率の低下がみられている。
- 国においても、都道府県の規制部門との問題意識の共有が希薄で、地域保健対策との連携強化、課題再構築が課題となっている。
- 振興面を見ると、生衛法の規定する助成（予算）、減価償却の特例（税制）、資金の確保（融資）の各々について改革を迫られており、「生活衛生関係営業の課題」と相まって、生活衛生同業組合を中心とした対策の改善が課題となっている。

(2) 生活衛生関係営業の課題

- 生活衛生関係営業者は、小規模零細営業者が大多数を占めるとともに、チェーン店化、深夜営業の増加などにより、業態の多様化が進行している。
- 非加盟事業者の増加等により、生活衛生同業組合への加入メリットや生活衛生指導センターの指導メリットが希薄化しつつあり、また各監視業務における地方自治体間の取組みの格差も拡大している。
- 一般的には衛生水準の定期的な確認が必須の食品衛生分野において、監視・立入計画が条例で定められているのと異なり、生活衛生分野については監視・立入の頻度が極めて低い地方自治体もあり、格差の是正が課題となっている。
- 全国及び生活衛生営業指導センターの活性化を含め、生活衛生関係営業

全体の改革を進める必要がある。

(3) 取組みの方向性

- 生活衛生関係事業者は、営業者の自主的な衛生努力の支援と消費者への情報関与を、今まで以上に促進する必要があることから、自主管理点検表を普及させるとともに、店舗への掲示や組合・指導センターからの指導などによって公表することを促進させることが望ましい。また、衛生責任者を明確化するために、主任となるクリーニング師、管理美容師及び管理美容師を明示することが望ましい。
- また、衛生水準の確保・向上を目的として連帯するソーシャル・キャピタルの一種でもある生活衛生同業組合等の機能の一層の強化・活用が求められることから、地方自治体による新規営業者の組合への加入促進の一環として、保健所等から営業者への伝達機能を強化するとともに、全国指導センターの大規模チェーン店等との連携を図ることにより、公衆衛生情報の提供機能を一層強化する必要がある。
- 行政機関においては、監視・指導の現状を詳しく分析・評価し、その結果に基づいた効果的な監視方法・体制整備の強化等に努める必要がある。

2. 食品安全分野における現状と課題

(1) 食を取り巻く環境の変化

- フードチェーンの複雑化、グローバル化、食品の消費方法の大きな変化は、食品に関する健康被害において最大のリスク要因である食中毒の原因施設を、家庭から食品メーカーや外食産業等へと変化させるとともに、被害の広域化を招く等、新たな食品安全の課題が生じている。
- 食中毒事件を原因施設別に見ると、家庭の割合は減少傾向にあるものの、今なお全体の約20%を占めている。食中毒についてわかりやすい情報提供や教育の必要性がある。
- 国政モニター課題報告「食の安全性に関する意識調査」(2010年8月)によると、食の安全に対して何らかの不安を感じている者が全体の68.1%に上っている。

(2) 輸入食品を取り巻く現状と課題

- 日本の食料自給率は、カロリーベースで約40%まで低下してきている。一方、輸入食品の届出件数は急激に増加し、輸入食品の少量多品目化が進展している。

- 検疫所における水際対策に加え、新たな安全対策を求めるきっかけとなったのが、2002年(平成14年)の中国産「冷凍ほうれんそう」の残留農薬事件であり、輸入時の監視機能の強化に加え、輸出国における衛生対策の推進、国内監視との連携や国際協力といった様々な施策を組み合わせることにより、輸入食品の安全対策を総体的に強化していくことが重要である。

(3) 食品安全対策の政策転換

- 平成15年5月、新たに成立した食品安全基本法により、
 - 1) 内閣府に設置する食品安全委員会による科学的知見に基づく食品健康影響評価。(リスク評価)
 - 2) その結果に基づく、関係行政機関によるリスク管理。
 - 3) 施策の策定に当たり、関係者相互間の情報や意見の交換(リスク・コミュニケーション)の実施。
- 食品安全対策は、関係行政機関の連携を密にし、食品等事業者や消費者も含めた厚みのある食品安全体制を構築し、国民の健康の保護に踏み込んだ積極的な対策を講ずる方向へと転換している。
- 特に企業側においても、食品安全に対して専門部門を設置するなどのコンプライアンスを意識した食品安全への積極的な取組みを実施する傾向にある。

(4) 食品衛生監視における課題

- 平成14年には大規模な食中毒事件が多発。その年の食中毒発生状況は、事件数1,850件、患者数27,629名、死者18名で、500名を超える大規模事件が6件発生した。流通手段の発達や住民の移動範囲の広域化等に伴い、食中毒事件は大規模かつ広域化する傾向にある。
- 一方、全国の食品衛生監視員数は、平成2年の6,775人(専従者1,769人)から平成21年の7,825人(同1,343人)と、人数は若干増加しているものの、専従率は大きく低下している。

(5) 取組みの方向性

1) 事案の広域化に対応した情報共有体制の強化

- 広域化する食中毒に迅速に対応するため、ICTを最大限活用し、厚生労働省、国立感染症研究所、国立医薬品食品衛生研究所、地方自治体本庁及び保健所等をオンラインで結ぶ食中毒調査支援システム(NESFD)を構築することにより、地理的に離れた複数機関と食中毒関連情報を共有するとともに、WEB会議システムによる遠隔会議、また職員の資質の向

上の観点からのe-learning研修を実施するなど、関係機関の連携強化が図られている。

- 今後とも、監視体制の強化、全国の市場等で採取した食材の汚染実態調査の実施等、流通段階での汚染食品の発見や改善措置に力点をおいた対応を講じる必要がある。

2) リスク・コミュニケーションの推進による住民理解の促進

- 食品分野においては、近年、遺伝子を組換えた食品、異常プリオンたん白質を原因とするBSE、放射性物質に汚染された食品など、高度な科学技術が応用された食品や従来知られていなかった病原体などによる健康被害が生じる恐れのある食品への的確な対応が求められているが、これらについては、住民は基本的にそれらに対する基礎知識を必ずしも十分に有していないため、不安感を増長している面もあり、安全ばかりでなく安心の面でも一層的確な対応の必要性が高まっていることから、今後は関係事業者ばかりでなく一般住民に対しても、適切なリスク・コミュニケーションを積極的に展開していくことが求められる。
- その際には、住民等への適切なリスク・コミュニケーションが図られるよう、その方法・手段についても一層の研究がなされることが望まれるとともに、食品衛生に従事する職員にも高いリスク・コミュニケーション能力が期待されている。
- さらに、行政を主体にしたリスク・コミュニケーションばかりでなく、その普及のため、地域のソーシャル・キャピタルの育成・強化も重要な課題となっている。

3. 広域かつ重大な災害に対する体制強化

広域かつ重大な健康危機事案としては、新型インフルエンザ等の感染症アウトブレイク、大規模・広域の食中毒事案や毒物混入事件、原因不明健康被害アウトブレイクなど様々な事案が考えられるが、平成23年3月11日に、東日本大震災が発生し、被災地の行政機能を含めた広域かつ重大な被害が生じ、健康危機管理上の様々な課題も表出した。このため、本検討会においては、東日本大震災への対応を通じ、広域かつ重大な健康危機事案への対応を検討した。

(1) 東日本大震災の特徴と地域保健対策上の課題

- 平成23年3月11日に発生した東日本大震災は、マグニチュード9.0という激震に加え、大津波の発生により東北沿岸部を中心として人的・物的に壊滅的な被害をもたらし、同時に世界に例を見ない原発事故が発生するなど未曾有の複合大災害となった。

- 今回の大震災では、
 - ① 10 県 241 市町村に及ぶ広域同時多発災害であったこと。
 - ② 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大きな被害を受けたこと。
 - ③ 長期にわたる通信と交通の遮断が関係者間の情報共有や指揮命令の混乱に拍車をかけたことに加えて、広域同時多発災害への対応を余儀なくされたことから、県本庁主導の危機管理システムが機能不全に陥ったこと。
 - ④ 全国の地方自治体等からかつてないほど多数の保健師等が被災地に入り、長期にわたって避難所の被災者等の健康管理等を支援したこと。が特徴あるいは課題として浮き彫りとなった。

(2) 初動時における保健ニーズの的確な把握のための体制整備

- 今回の大震災では、一義的に住民の健康管理を担う市町村、市町村保健センターなどの行政機関そのものが被災し、その規模も東日本全体に及ぶ広域災害であったことも相まって、派遣地方自治体からは、ライフラインの状況、宿泊情報、交通機関、物資の流通情報、被災地地方自治体の保健活動体制など支援活動に必要な情報が不足し、支援ニーズに応じた保健活動が十分に行えなかったことから、情報収集や共有化の仕組みの必要性に関する多くの意見が寄せられた。
- また、避難所等においても、様々な機関が被災者を対象に調査を行ったことから、避難住民に過度の負担を生じさせた実態把握のあり方についても課題となった。
- 東日本大震災規模の広域的で甚大な災害に対しては、発災後の早い段階において、被災地における被災者の健康に関する情報を網羅的に効率的に収集することが、以後の人的・物的資源の効果的な配置に必要不可欠である。また、それ以降のフェーズにおいても、随時に避難所等での保健ニーズや活動状況を定量的に把握し、状況の変化に応じた適切な人的・物的資源の配置を可能にする仕組みの構築が必要である。
- これらを可能にするためには、広域的で甚大な災害時に、先遣的に被災地に入り、そこでの公衆衛生情報（避難所毎に、被災者数、被災者の健康状況、衛生状況、支援資源の状況等を想定）を迅速かつ網羅的に収集・評価できる人材を平時から養成し、登録する仕組みを構築することが必要である。
- 同時に、災害時の健康支援活動に際しては、多くの地方自治体等から経

験年数や職種も多様な支援者が派遣されるが、比較的短期間での派遣となることが想定され、避難者への健康支援について、支援者独自の手法によらない方法論の共有が重要であることから、国レベルで健康支援活動の具体を明示したガイドラインを策定し、全国の地方自治体や民間の支援者に普及するなどして、あらかじめ災害時の保健活動方法論の共有化を図る必要がある。また、地方自治体間で災害時の支援協定を締結している場合には、健康支援活動の進め方等について、平時から十分な情報共有を図ることも重要である。

- 各地方自治体においても、災害発生時に備えて、保健活動に関するガイドラインの策定や必要な訓練を行うとともに、保健師等の人材の確保に努める必要がある。

(3) 被災地における保健調整機能の確保

- 今回の震災においては、被災地での保健活動等の支援に当たった者などからは、保健に関わる人材等の調整機能の確保の重要性が指摘された。
- この要因として、市町村や保健所等の拠点機関自体が甚大な被害を受けたことや、地方自治体関係者やボランティアの方々など多様な機関に所属する支援者により様々なルートで支援の手が差しのべられたことなどのほか、保健所と市町村との間での平時からの連携が十分でなかったのではないかと指摘もなされている。
- 健康危機管理の中心的役割を担う保健所には、再編統合による、所管区域の広域化や、保健所長の兼務化、保健師等の人員削減、市町村内の縦割りの業務分担化などの課題はあるが、災害時に保健調整役（コーディネーター）を担うのは地域の医療資源や住民の健康ニーズ等を把握している保健所長である。有事の際に、保健に関する調整機能が十分機能するためには、地域保健活動を通じた分野横断的・重層的な連携が重要であると共に、平時から災害時における具体的な役割分担等を保健所と管内市町村との間で十分に確認する必要がある。
- また、特に発災当初には、保健と医療との連携は不可欠であるが、厚生労働省「災害医療等のあり方に関する検討会」報告書（平成23年10月）において示されている超急性期のDMATとの連携に引き続いて、それ以降の「地域災害医療対策会議（仮称）」との連携も密にとる必要がある。このため、保健所は、平時から地域の医療機関等の関係機関とも十分な連携を確保することが重要である。

VI 政策評価・事業評価及び調査研究に基づく地域保健対策の推進

1. 政策評価・事業評価の推進

(1) 政策評価及び事業評価における諸外国・日本の現状

1) 政策評価・行政評価の歴史的背景

- 政策評価・行政評価は、主として米国で誕生し発展した。1993年に「行政事業評価法（Government Performance Results Act）」が成立し、以後、全米の政府機関に適用された。しかし、公共部門における評価の主流は「プログラム評価（Program Evaluation）」で、政策計画、実施プロセス、政策の影響、効率性を体系的に評価する方法であるが、評価の信頼度は高いものの、評価の実施にあたっては高度な専門性が要求され、また膨大な時間と費用がかかるという難点があった。
- そこで、より簡便な方法として、政策の効果や効率性などに着目してそれらの側面を数量的に把握する「事業評価（Performance Measurement）」が米国において普及定着したが、この評価方法が日本にも伝承することになった。
- さらに、現在は、健康影響評価（Health Impact Assessment ;HIA）の取り組みも進められている。健康影響評価は、ヨーロッパ諸国連合（EU）から出てきた発想で、政策や事業が集団の健康にどのような影響を与えるかを予測・評価するためのプロセスあるいは方法であり、1990年代に発達し、政策の事前評価に使用されている。評価の対象は、保健医療分野の健康関連要因だけでなく、保健医療分野以外の政策にも適用されるのが一つの特徴で、評価は、利益と不利益の両面で評価され、最終的には様々な意思決定に役立てることを目的としている。
- 具体的な健康影響評価のプロセスは、提案された施策を対象とすることがどうかを決定して、実施方法の決定と準備（体制、予算、スケジュールなど）、政策によって起こる可能性のある健康影響とその科学的根拠の検討、HIAが政策形成に役立ったかの評価、政策実現後生じた健康影響の短期的・長期的評価を実施し、その評価に基づき、健康上の不利益を軽減し、利益を増やすための提言を行うというプロセスである。

2) 日本における政策評価制度

- 国においては、平成13年に政策評価制度が導入されるとともに、平成14年に「行政機関が行う政策評価に関する法律」が施行され、また平成17年に政策評価に関する基本指針が閣議決定され、以後、各省庁において政策評価に関する基本的事項等を定め、その実施結果を政策へ反映

することが本格的になった。

- このような取組みは、政策の質の向上、職員の意識改革、国民への説明責任の徹底につながり、効率的で質の高い成果重視の行政が実現されると期待される。
- 地方自治体においては、平成2年頃から事業評価制度が導入されており、その根拠としては、条令・規則あるいは要綱・要領が考えられるが、その中でも要綱・要領を根拠に実施している地方自治体が大半である。
- 「地方自治体における行政評価の取組状況(平成21年10月1日)」(総務省調べ)によると、政策評価制度は都道府県・政令指定都市では既に大半が導入しているものの、市町村では約半数の導入に留まっている。しかし、導入率が上昇傾向にあることから、今後とも政策評価の導入が一層普及していくものと推察される。
- また、先に述べた健康影響評価に関しても、国内において、久留米市の中核市への移行に伴う健康影響評価を久留米大学が行った報告があり、中核市としての政策・事業が、市民に及ぼす健康影響の評価が実施されている。現在は、都市計画などの分野で当該評価制度が徐々に取り入れられる状況にあるが、今後、保健医療分野においても積極的な取組みの推進が期待される。

(2) 評価指標の標準化等による質の高い評価方法の確立

1) 国や都道府県が地域保健関係の統計情報等を収集する枠組み

- 地域保健対策の評価を適切に行うためには、地域保健活動の状況を示す情報を適切に収集する枠組みを構築する必要がある。国が地方自治体の地域保健活動関係の情報を入手する枠組みとしては、以下のものが考えられる。
 - ・ 統計法に基づくものとして、「基幹統計調査」と「一般統計調査」がある。前者は、国から報告を求められた者は拒否したり、虚偽報告を行ったりしてはならないとされており、これには人口動態調査や医療施設調査が含まれている。後者には前者のような規定はなく、これには衛生行政報告例や地域保健・健康増進事業報告が含まれている。
 - ・ 地方自治法第245条の4第1項に基づくものとして、各大臣が地方自治体に対し、担当する事務に関する地方自治体の事務の運営等について適切と認める技術的な助言もしくは勧告等をするため、必要な資料の提出を求める枠組みがある。なお、この枠組みにより、都道府県が市町村に対し、必要な資料の提出を求めることもできる。

- ・個別法に基づくものとして、例えば、感染症法では一類感染症などの患者について、医師は患者の届出の義務を負うほか、指定届出機関の管理者は発生状況の報告などの届出の義務を負うもの等がある。
- ・このほか、補助金等適正化法第14条に基づくものとして、補助事業の適正な実施を図る観点から補助事業に係る事業実績の報告を義務づけるものがある。

2) 標準化された情報収集の重要性

- 国では、前項に掲げた情報収集の枠組みにより、都道府県や市町村等の地域保健活動の現状に関する情報を収集し、その結果を評価することにより、地方自治体への助言等に活用している。しかし、その調査項目等について、地域保健対策の実情に合致していないとの指摘もあり、今後、国として収集すべき情報とは何か、またその情報を収集するに当たって情報の標準化をする手法等について検討する必要がある。
- 一方、地方自治体においては、例えば、島根県では「保健統計資料提供システム」が独自に構築されており、全県下の市町村で標準化した質問紙を用いて健診等の各種データの情報を収集し、人口動態統計、脳卒中情報、特定健康診査等データ、母子保健データの提供システムが確立されている。また、乳幼児健診も県内で統一された健診項目により実施されるなど、県レベルで収集情報の標準化を行う事例もある。
- 地方自治体において、このような取組みを進めるためには、先に述べた国レベルでの検討と併せ、地域内においても都道府県と市町村等とが連携し、情報の標準化のための検討を進める必要がある。

(3) 地域保健関連の政策評価・事業評価における今後のあり方

- 効率的・効果的な地域保健対策の実現には、各地方自治体や地域住民が、地域の公衆衛生の水準を相互に自覚・理解し、地域の健康課題を認識した上で、関係者（地域住民、行政、関係機関）が一体となって取り組むことが重要である。
- そのためには、データの精度を信頼度の高いものとし、基本的なデータ項目は全国レベルで統一し、標準化された評価指標や評価方法を示すことが必要である。そして、各地方自治体が地域保健活動結果を標準化された評価指標に基づいて評価・分析、公表することにより、地域の保健活動が全国レベル、他地域レベルで相互に比較・評価する事が可能となり、次の目標を明確にした地域保健施策を立案・推進する事が可能となる。
- 具体的には、地方自治体において定めることとされている健康増進計画

やがん対策推進計画、肝炎対策計画等の計画の進捗等について、標準化された評価指標に基づき、適切に評価し、結果の公表等を通じて、施策を改善する、いわゆるPDCAサイクルの実践が求められる。また、医療計画におけるPDCAサイクルの実践については「医療計画の見直し等に関する検討会」を踏まえて推進することとなっている。

2. 地域保健に関する調査研究のあり方

(1) 政策反映に資する調査研究の推進

1) 諸外国における調査研究機関

- 地域保健に関する諸外国の調査研究機関としては、米国では、保健社会福祉省所管の総合研究所である「疾病管理予防センター(Centers for Disease Control and Prevention : CDC)」、1888年に設立された合衆国でも最も古い医学研究の拠点機関である「国立衛生研究所(National Institutes of Health : NIH)」、食品や医薬品、化粧品、医療機器などの許可や取締を行っている保健社会福祉省に属する「食品医薬品局(Food and Drug Administration : FDA)」、英国では、感染症から健康増進まで所掌している「疾病予防センター(Health Protection Agency : HPA)」などが代表される機関として存在する。

2) 日本における調査研究機関

- 国レベルでは、厚生労働省の機関として、国立医薬品食品衛生研究所、国立保健医療科学院など4機関と独立行政法人の研究機関として国立健康・栄養研究所をはじめ10機関、文部科学省では独立行政法人や国立大学法人の研究機関などがある。
- 地方レベルの研究機関としては、地方衛生研究所や環境衛生研究所が独立又は統合して設置されている。

(2) 諸外国及び日本の地域保健関連データベースの現状

1) 諸外国の状況

- 世界最大の医学図書館として、米国国立医学図書館(National Library of Medicine : NLM)があり、約2,000万件の文献情報を有し、医療に関する情報の収集・発信の拠点として機能しており、NLMの国立生物工学情報センター(NCBI)が運営する文献情報検索サービス(パブメド(Pub Med))は、無料で世界のどこからでもアクセスが可能となっている。

2) 日本国内の状況

- 日本では、国立保健医療科学院をはじめとする各国立研究機関等において、独自の研究成果の公表、国や地方自治体などにおける個別の調査研究データを研究年報・月報の形で結果がそれぞれ公表されているものの、全体をレビューし信頼度のレベル分けがなされた調査研究結果を網羅的に公表している機関はなく、それらのデータを一般の者が評価の参考に活かせる環境は必ずしも整っていないのが現状である。

(3) 調査研究データに関する集積体制の強化

1) 体系的な地域保健関連の評価情報の集積（「知の集積」）

- 米国においては、体系的な評価がなされた公衆衛生情報を蓄積している機関がある。CDCにおいては、メタ・アナリシス（過去に行われた複数の研究結果を統合し、より信頼性の高い結果を求める解析手法）等による評価を踏まえた知の集積・分析・発信が行われ、がん、エイズ、喫煙など様々なテーマ別に大量の研究論文、統計資料を専門家集団が系統的にまとめ、信頼できる事実として提示している。
- 内容についても、要点をわかりやすくして国民向けに公開しており、特に「喫煙に関する米国公衆衛生総監報告書」は、CDCを中心に保健省が数年おきに作成し、その時点での喫煙に関する科学的知見をテーマ別に系統的に集約しており、米国のたばこ対策の推進に大いに貢献している。

2) 地域保健関連の調査研究における国と地方の連携及び役割分担

- 調査研究を効率的・効果的に推進するためには、国レベル、地方レベルでの連携や役割分担について今後検討していく必要がある。
- 国では、WHOやCDCなどの関係機関との連携を通じた国際的な知見の集積、大規模コホート調査・研究など信頼度の高い研究の推進、メタ・アナリシス分析を踏まえた体系的な地域保健関連の知の集積などに取組むことが考えられる。
- 一方、地方自治体では、例えば、実地調査や公的統計等の解析による医療計画の作成や進捗管理に資する研究や地域の食文化や気候、産業や生活環境など地域特有なものに起因する健康課題に対する調査研究、国レベルで行う調査研究への協力など保健所、地方衛生研究所などの地域の研究組織と国や国の研究機関との間で連携や役割分担をしながら調査・研究を進めていくことが考えられる。
- また、民間の地域保健に関する調査研究を行っている機関とも、連

携を図る必要がある。

3) 調査研究データの集積のあり方

- 日本においても米国の取組みと同様に、中立的立場から国内外の科学的知見を集積し、科学的・系統的に分析して、公衆衛生総監レポートのような報告書にまとめ、それらの成果を行政での具体的な政策決定に生かす取組みは不可欠である。
- また、得られた知見を国民や県民、マスコミ等に対し正確な科学的情報として提供していくことも重要である。
- しかしながら、地域によって極めて取組みの格差が大きく、また当該事案を遂行するための人材と物と予算が十分ではないところも多いのが現状であることを踏まえ、集積データは一つのところに蓄積するのではなく、どこにあるのかがわかるようにインデックス化することや情報の確実性、信頼性、妥当性を担保する分類や分析も行った上で提示することが考えられる。

VII 今後の地域保健を見据えた地域保健基盤のあり方

1. 地域保健に関わる人材の育成・確保

(1) 地域保健人材の育成・確保に関する現状と課題

1) 今後の地域保健人材に求められる人材像

- 地域保健人材に求められる資質としては、社会人としての基本的資質、行政官としての資質のほか、専門職種毎に求められる資質がある。
- 近年、地域保健行政は、他分野との重なり合い、民間との競合、地方分権・市町村合併・緊縮財政、専門知識・情報の非対称性の解消などの環境変化にさらされており、今後の地域保健人材には、以下に示すような地域性・時代性を重視した高度な非定型業務を遂行することのできる人材が求められる。
 - ・ 一貫性や将来展望のある長期的な視野に立った政策の立案・実施・評価
 - ・ 健康・保健に関する情報（科学的根拠、制度、分野横断的ニーズ等）の収集・分析と住民への提供（特に、健康危機に際してのリスク・コミュニケーションが重要）
 - ・ ソーシャル・キャピタルの開発・育成を含めた諸機関・組織の発展的調整、活用・育成
- また、これまでも保健活動推進員や食生活改善推進員等により地域の健康づくりは担われてきたが、多様化する現代社会におけるソーシャル・キャピタルという新たな文脈の中で、その「核」として、行政と協働し、地域の健康づくり、さらには健康なまちづくりの先導役たりえる人材を、地域保健人材の一員として発掘・育成していくことも重要な課題である。その際、住民主体の活動を、真に地域に根付かせ、実効的なものとするためにも、発掘・育成の仕組みや社会的な認知につながる仕組み等について、十分に検討を行うことが重要である。
- これからの地域保健対策は、地域保健担当部門に所属する人材と、ソーシャル・キャピタルの「核」となる人材とが、互いに連携し、ソーシャル・キャピタルを活用することにより展開されることが望ましい。

2) 地域保健人材の育成・確保の現状と課題

- 保健所長兼務数については、平成 18 年度には保健所総数 535 箇所に対し保健所長兼務数 34 人だったものが、平成 22 年度には保健所数 494 箇所に対し 42 人と増加傾向を示しており、公衆衛生医師確保は喫緊の課題となっている。

- これに対し、厚生労働省により、公衆衛生関係業務への従事を希望する医師への説明や地方自治体とのマッチングや全国で開催される臨床研修病院説明会等での普及啓発活動が進められているほか、各地方自治体における取組みや地域保健総合推進事業（全国保健所長会協力事業）による取組みなどがなされている。
 - 医師、歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師、助産師、看護師、診療放射線技師、臨床検査技師、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士、統計技術者などの地域保健人材の資質・能力の向上については、法令上、地方公務員法において職員への研修機会の付与が義務づけられるとともに、地域保健法において国、都道府県、市町村に対し人材養成・確保及び資質の向上に係る努力義務が規定されている。また、保健師についてはさらに、保健師助産師看護師法及び看護師等の人材確保の促進に関する法律に保健師の研修等受講の努力義務が規定されているところである。
 - 地域保健対策において大きな役割を担う保健師の就業状況としては、市町村への就業者の増加が続く一方で、保健所への就業者は横ばいないしは若干の減少となっており、平成 21 年 3 月現在、新卒保健師の就業先の 61.8%が市町村、10.6%が保健所となっている。
 - また、(社)日本看護協会の調査(※)によると、保健師らが認識している現状の課題として「分散配置による連携の悪化(42.0%)」、「産休等での人員不足・代替確保困難(39.0%)」に続いて、「職場内研修が困難(37.7%)」、「次期リーダーの未育成(24.2%)」、「新人育成が困難(19.3%)」、「研修機会の減少(19.2%)」などの人材育成に関する課題が並んでいる。
- (※)平成 21 年度(社)日本看護協会の厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業「保健師の活動基盤に関する基礎調査」
- 人材育成に関する組織間連携については、平成 21 年度地域保健総合推進事業「保健所の有する機能、健康課題に対する役割に関する研究」(分担事業者：荒田吉彦(旭川市保健所長))で次のように報告されている。
 - ・市町村が保健所に期待する役割として、77%の市町村が「人材育成・研修」を挙げている。
 - ・市町村の地域保健人材に対し、現任教育においてシステム化された支援を行っている保健所は県型保健所が 28.9%、市型保健所 27.6%で、市町村(保健所設置市を除き)としてシステム化している割合は 4.2%であった。

(2) 望ましい人材育成のあり方

- 人材育成にはその場限りの研修を繰り返すだけでなく、組織全体が人材育成に取り組むという共通認識が最低限必要であり、共通認識の下、「学習機会の提供や環境整備（体制）」、「目指すべき方向・レベルの設定（目標）」および「そこに至るための方策（内容）」を組織全体で共有・整備した上で、人事評価や能力開発、組織内異動、組織間人事交流等の人事管理や、専門職種毎の特性に応じた人材育成策のほか研修等の手段を総合的に活用することが重要である。ここで、行政職員としての人材のみならず、ソーシャル・キャピタルの「核」となる人材についても、地域のおかれた実情等に即して、その発掘・育成を計画的に進めることが望ましい。
- 英国では、公衆衛生専門家の生涯学習制度として、国の定める公衆衛生能力の鍵となる領域から、自らの業務に適合した項目を選択し、OJTやグループワーク、研修受講、調査研究、読書等の生涯学習を日々記録する仕組みが採用されており、各自が自己開発計画を作成することが求められている。
- 日本においても、例えば、都道府県内の地域保健人材をどのように育成するかを都道府県が全体計画として策定し、市町村職員育成を含む圏域別計画を保健所が策定するなど地方自治体の側での計画的な人材育成を行うとともに、個人もOJTを含む自らの生涯学習を記録することにより、組織と個人双方が人材育成の実績を把握する枠組みの構築とともに、計画に定めた事項の達成状況を評価し、必要に応じ改善するいわゆるPDCAサイクルが確立されることが望ましい。
- また、保健師の人材育成に当たっては、分散配置が進む中で、現任教育を充実させ、業務の中で地域を見る力や企画力を育成していくことが必要であり、組織横断的に、計画的かつ効果的に人材育成を進めるためには、保健所、市町村において、統括的な役割を担う保健師を配置することが望ましい。

(3) 人材育成における国、都道府県、市町村の役割

- 国（国立保健医療科学院を含む。）は、地域において人材育成に携わる育成指導者の養成を行うとともに、地域保健人材育成の目指すべき方向や地方自治体における人材育成体制構築に不可欠な要素を具体的に提示することが求められる。また、育成指導者の養成に当たっては、今後の地域保健対策において重要な役割を担う、ソーシャル・キャピタルの「核」となる人材の発掘・育成方策や学校・企業等の場の活用方策は

重要なテーマである。

- 同時に、当該指導者が地域に戻って、市町村を含めた域内の人材育成を行うことを念頭におき、国は地域での人材育成についても十分な支援を行うことが望ましい。
- 都道府県は、市町村との連携を図りながら、域内において、OJT、研修、ジョブローテーション、人事交流等を有機的に組み合わせた人材育成体制を構築する必要がある。また、域内の地域保健人材を見渡し、市町村と共に人材育成計画を策定する。その計画の中には、域内で開催される各種研修等のほか、新人に対するプリセプター制度、育成指導者の役割、ソーシャル・キャピタルの「核」となる人材に関する事項、保健所の役割等を明記することが重要である。
- 保健所は、都道府県の作成した人材育成計画に沿って、人材育成の最前線として、圏域別計画の作成や市町村の人材育成支援とその評価等の役割を担う必要がある。
- 市町村は、域内の住民の健康課題や人材の現状等を踏まえ、市町村としての人材育成計画を保健所等の支援の下、作成し、都道府県及び保健所や近隣の市町村と積極的に連携しながら実践する必要がある。

2. 国、都道府県・保健所と市町村の分野横断的、重層的な連携強化

(1) 都道府県・保健所と市町村の連携強化

- 現在、市町村は、母子保健対策をはじめ、児童虐待の防止対策、生活習慣病対策、食育の推進、障害者施策の推進、高齢者施策の推進など、住民に身近な保健・福祉サービスを、住民ニーズに即して一体的に提供している。
- また、全国保健所長会は「平成20年度地域保健対策の推進に関する基本的な指針の見直しに関する提言」（平成21年3月）において、「市町村の求めに応じてではなく、市町村と保健所が重層的に連携協働し、圏域単位・市町村単位の、予防から治療、地域ケアまでの切れ目のない総合的な保健医療福祉システムを構築する」ため、「基本指針に記載されている保健所の専門性の誤解を解消し、疾病・年齢別の縦割り業務分担ではなく、重層的に連携協働する体制へ再構築する。」ことを提言している。
- 地域保健法からみた、保健所の業務は、第6条及び第7条に定められた「母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項」等の「企画、調整、指導及びこれらに必要な事業」等を行うほか、第8条にあるように「所管区域内の市町村の地域保健対策の実施に関し、市町村相互間の連絡調整を行い、及び市町村の求めに応じ、技術的助言、市町村職員の研修その他必要な援助を行うことができる」とされているものであり、地域保健法第6条及び第7条に定

められた事項については、保健所が、必ずしも市町村の求めに応じて実施するものではなく、広域的、専門的かつ技術的拠点として、分野横断的かつ重層的な支援を市町村に対し行うことが求められている。

- 一方で、これまで見てきたように、都道府県から市町村への業務移管の進展や地域保健部門の組織人員の見直し等に伴い、市町村と都道府県・保健所との連携が希薄になってきているとの指摘がある。
- 地域全体を見て、地域の実情に応じた地域保健施策を講じていくためには、直接のサービス提供者である市町村と、地域を広域的に眺め、域内の市町村の取組み等を俯瞰する保健所とが、保健所による市町村の実態把握の具体的方法や域内の市町村の比較を行う方法などを含め、定期的に双方の状況について意見交換を行ったり、書面により役割分担を明確にしたりするなど密接なコミュニケーションを図ることを通じて、特定の分野に限らず、分野横断的かつ重層的に連携を図ることができる体制を構築しておくことが重要である。特に、個別施策によっては、保健所を設置する市町村と都道府県との間で、法令に基づく権限や業務の関係が複雑となる場合もあり、密接な連携を図る必要がある。

(2) 地方衛生研究所の充実・強化

- 地方衛生研究所には、病原体サーベイランスをはじめとする感染症対策の拠点であるとともに、レジオネラ症対策やノロウイルス等による食中毒対策、化学物質による健康影響対策等の対物保健分野においても拠点としての役割が期待される。
- 一方で、平成15年から平成20年の5年間で、職員数が13%減少、予算が30%減少、研究費も47%減少するとともに、人口10万あたりの常勤衛生職員数が最大では3.01人、最少では0.41人と地方衛生研究所の間でもその人員配置に大きな差が生じている。
- このような状況のなか、地方衛生研究所の機能の充実・強化を図るためには、感染症等に関して患者情報と病原体情報とを一体的に管理することができる仕組みとして、地方衛生研究所への地域感染症情報センターの併設などが進められるとともに、地方衛生研究所を支える疫学の専門家等の人材のさらなる育成・確保が望まれる。
- 地方衛生研究所の位置づけについては、「基本指針」において、地域における科学的かつ技術的に中核となる機関として再編成し、その専門性を活用した地域保健に関する総合的な調査及び研究を行うとともに、当該地域の地域保健関係者に対する研修を実施すること等が示されている。
- また、地方衛生研究所の公衆衛生情報等の収集・解析・提供業務につい

て、国、都道府県・指定都市、地方衛生研究所、保健所、市町村のネットワークの中の地方拠点としての役割も求められており、その機能のさらなる充実強化の観点から、引き続き検討をする必要がある。

(3) 国と都道府県・保健所、市町村の連携強化

- 国は、地域における都道府県・保健所と市町村の連携が一層円滑なものとなるよう、好事例の収集・分析、地域での保健活動に資する評価指標の開発、これらを通じた地域保健対策の方向性の提示、育成指導者の養成のほか、有事の際の調整等において、十分役割を果たすことが期待される。

おわりに

- 日本社会は、少子高齢化のさらなる進展と人口減少（特に労働人口の減少）という新たな局面に加え、若い世代の非正規雇用者の増大と低所得者層の拡大、単身世帯の増加などによる家族機能の低下、加速する都市化の波による無縁社会の広がりなどの国民の社会環境は大きく変化しており、今後、さらに健康分野においては、住民ニーズが多様化・高度化していくことが予測される。
- 地域保健行政の現状としても、対人保健分野の基礎自治体への業務移管が進むと同時に市町村合併の推進による管轄区域の広域化、行財政改革による定員・予算の一層の縮減も相まって、従来の行政サービス体系だけで、住民ニーズに応えていくことが困難な状況となっている。
- 一方、平成 23 年 3 月 11 日に発生し、未曾有の被害をもたらした東日本大震災では、被災地の内外において、人が生きていくに当たって、「人と人の絆」、「人と人の支え合い」について、改めてその重要性が認識されている。
- このような中、地域保健対策としても、持続可能な地域社会を実現し、迫り来る少子高齢社会に対応するためには、これまでの行政主体のサービス提供型の地域保健対策から、「人と人の絆」等によるソーシャル・キャピタルを活用することにより住民が主体的に参画できる地域保健対策に速やかに移行していくことが求められている。
- 本検討会では、地域保健対策に関連する幅広い事項に関する網羅的な議論を通じて、新たな住民主体の地域保健対策を進めるために、地域保健担当部門が取組むべき施策として、以下の事項を提言する。

1. 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

- 地域保健担当部門は、地域のソーシャル・キャピタルに立脚した活動を展開し、多様化・高度化する住民ニーズに即した取組みを推進する。
- 特に、ソーシャル・キャピタル形成の場である学校・企業等と積極的に連携するとともに、その「核」となる人材を発掘し、育成する。
- 保健所・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するとともに、国における企業活動の評価のあり方の検

討等を踏まえ、企業活動の評価を実践するとともに、その活動内容の住民への周知を推進する。

2. 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

- 地域保健担当部門は、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する。
- 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する。
- 保健所は、管内を俯瞰し地域の健康課題等に関する評価・分析を進めるとともに、市町村及び住民への分かりやすい情報を提供する。
- 市町村は、縦割りに陥らず総合的に推進する組織体制を構築するなどして、地方自治体内での情報共有を進めるとともに、保健所と連携して、住民の健康課題に即した取組みを推進する。

3. 健康危機管理体制の強化

- 対物保健に係る健康危機管理については、情報共有体制の強化や監視員等の資質向上等を通じた行政監視体制を強化するとともに、同業組合等の取組みやリスク・コミュニケーションによる住民理解の促進も併せて強化する。
- 災害に備えた体制強化としては、災害時の保健活動が効果的・効率的に行えるよう国と地方自治体の連携及び地方自治体間の連携の強化による先遣的な情報収集体制の構築や具体的な健康支援活動のあり方の共有等を推進する。
- 同時に、都道府県・保健所と市町村との平時からの連携体制の強化を通じて、保健所を中心とした災害時保健調整機能を確保するとともに、危機事案発生時における重層的・分野横断的な対応が可能となる体制を構築する。

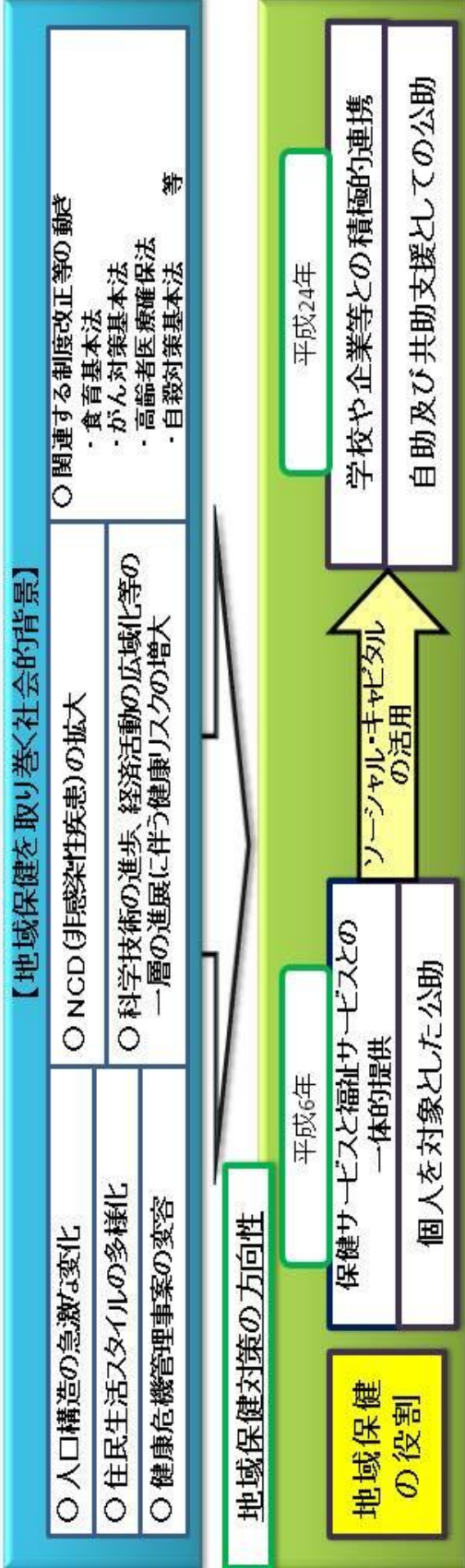
4. 地域保健対策におけるPDCAサイクルの確立

- 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、地方自治体に周知する。
- 地域保健担当部門は、地域の特性を踏まえた地域保健に関する評価・公表を推進するとともに、住民等からの反応を踏まえた施策改善のプロセスを構築する。

5. これからの地域保健基盤のあり方

- 住民主体の地域保健対策を進めるため、地域保健人材としてソーシャル・キャピタルの「核」となる人材を位置づける。
 - 人材育成に当たって、国は、育成指導者の養成のみならず、地域における当該指導者の支援を行うとともに、都道府県・保健所と市町村は、互いに連携を深め、計画を立て、体系的に人材育成に取り組む。
 - 国、都道府県・保健所、市町村は、特定の分野に限らず、分野横断的かつ重層的な連携を図る。特に保健所は、常に管内の健康課題の把握に努め、市町村との密接なコミュニケーションを通じた支援を行う。
-
- 以上、国及び地方自治体は、本報告書を踏まえ、地域における健康課題の解決に向けて、関係機関や関連施策等と一体的となって積極的に取り組むとともに、大規模災害の発生に備えた健康危機管理体制の強化や効率的・効果的な地域保健活動の展開を通じて、持続可能で地域住民が安心して暮らせる地域保健体制の実現が図られるよう期待する。

地域保健対策検討会報告書の概要

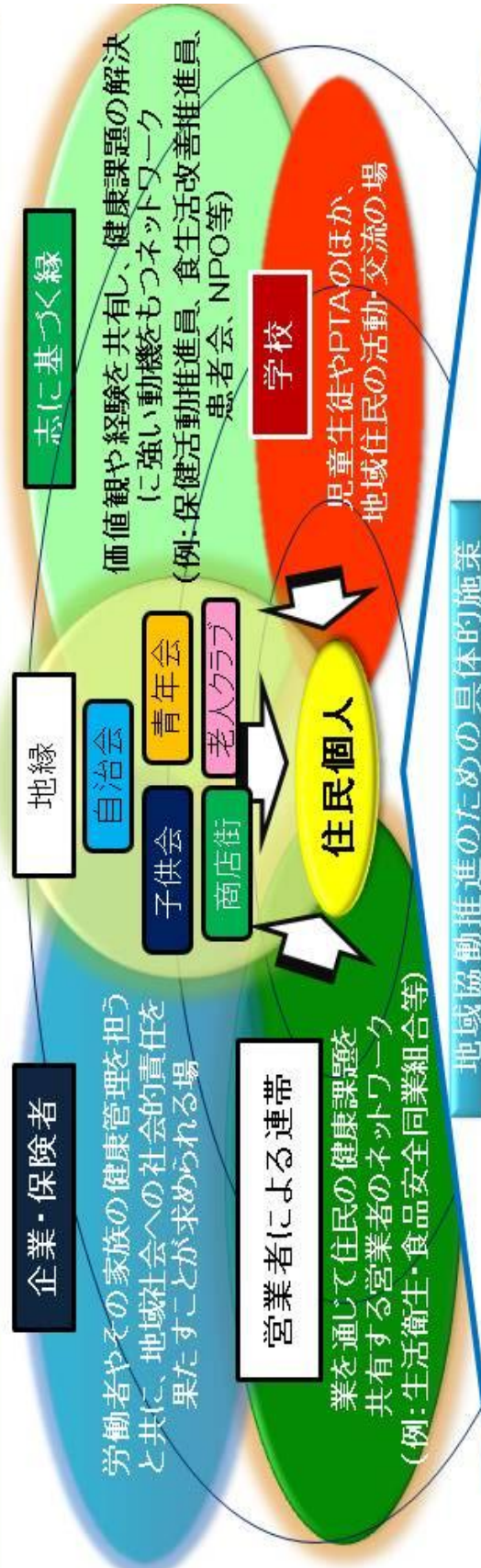


方向性実現のための手段

<p>政策課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 国民ニーズの質的変化(多様化及び高度化)への対応 ○ 保険者による保健施策や医療・介護福祉施策との一体的な展開 ○ 健康危機管理事案への対応 ○ 健康に関する地域格差の縮小に向けた対応 ○ 地域保健対策の新たな課題に対応できる人材の育成 	<p>【地域保健対策業務全般】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域資本(公的・民間／人的・物的・社会的(ソーシャル・キャピタル等))のベストミックスによる国民ニーズへの対応 ○ 個別事業活用のあり方 ○ 医療・介護福祉等関連領域の事業等を含めた施策の総合的推進 <p>【組織間連携のあり方】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業の緊急性や重篤性に応じた国・都道府県・市町村連携の強化(役割分担型 → 重層連携型) <p>【情報の取扱い】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 地域保健情報の標準化及び評価・公表による可視化、目標や改善策の共有等を通じた地域でのPDCAサイクルの構築及び推進 <p>【地域保健人材のあり方】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 目標達成のために必要な資質の向上及び能力の育成(事業こなし型・活動目的型 → 目標達成型)
---	---

今後の地域保健対策のあり方

～ 地域のソーシャル・キャピタルの活用を通じた健康なまちづくりの推進 ～



地域協働推進のための具体的施策

- ソーシャル・キャピタルの核となる人材(例えば、健康意識を持ち、実践する「健人(仮称)」など)の計画的な発掘・育成を通じた住民主体の保健活動の推進
 - 学校保健委員会等の学校を取り巻く協議の場への積極参画
- 企業や同業組合等による取組みを促進させる環境整備
 - リスク・コミュニケーションを含めた地域への分かりやすい情報提供の推進
- 各種保健施策のほか医療・介護福祉施策との連携による効果的な施策展開 など

今後の地域保健対策を見据えた具体的体制整備

- ソーシャル・キャピタルの活用に向けた地域保健担当部門の体制整備
- 地域の健康課題等の共有のため、標準化された指標による評価・分析を通じたPDCAサイクルの確立
- 各種保健施策や医療・介護福祉施策との効果的連携のための自治体内における体制整備
- 情報共有体制の強化や担当職員の資質向上のほか、平時からの自治体間連携の枠組み構築等による健康危機管理体制の強化
- 国、都道府県・保健所、市町村による分野横断的・重層的な連携体制の構築 など

地域保健対策検討会開催要綱

1. 趣 旨

地域保健対策の推進については、地域保健法（昭和22年法律第101号）及び同法第4条の規定に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」（平成6年12月1日厚生省告示第374号）に定められてところであるが、市町村合併の進展や健康危機管理事案の発生など、近年の地域保健を取り巻く状況の変化に対応し、地域住民の健康の保持及び増進並びに地域住民が安心して暮らせる地域保健の確保を図る検討を行うために地域保健対策検討会を開催する。

2. 検討事項

- (1) 地域における健康危機管理の体制（地方衛生研究所の機能強化含む）について
- (2) 市町村と保健所の連携について
- (3) 地域における医療計画との関わりについて
- (4) 地域保健対策にかかる人材確保・育成について
（人材確保については特に医師）

3. 本検討会の構成員

別紙のとおり。

4. その他

- (1) 検討会は健康局長が開催する。
- (2) 検討会には座長を置く。
- (3) 会議は原則公開とする。
- (4) 検討会の事務局は厚生労働省健康局総務課地域保健室に置く。
- (5) 本要綱に記載の無い事項については、必要に応じて別途事務局が定める。

地域保健における対物保健サービス検討ワーキンググループ

開催要綱

1. 目的

近年の地域保健を取り巻く状況の変化に対応し、地域住民の健康の保持及び増進並びに地域住民が安心して暮らせる地域保健の確保を図る検討を地域保健対策検討会（以下「検討会」という。）で行っているところであるが、検討会の検討事項のうち、対物保健サービスに関する専門的な検討を行うため、検討会に、地域保健における対物保健サービス検討ワーキンググループ（以下「対物ワーキンググループ」という。）を置き、開催する。

2. 検討事項

対物ワーキンググループは、検討会が行う次の検討事項のうち、対物保健サービスに係るものについて検討し、その結果を検討会に報告する。

- (1) 地域における健康危機管理の体制について
- (2) 市町村と保健所の連携について
- (3) 地域における医療計画との関わりについて
- (4) 地域保健対策にかかる人材確保・育成について

3. 「対物ワーキンググループ」の構成

- (1) 対物ワーキンググループは、検討会の構成員及び地方自治体並びに関係団体の関係者から構成する。
- (2) 対物ワーキンググループに検討会の構成員の中から検討会座長が指名する対物ワーキンググループ長を置く。
- (3) 対物ワーキンググループの構成員は、2の検討事項に関する検討会への報告をもって役割を終了するものとする。

4. 「対物ワーキンググループ」の開催

対物ワーキンググループは、対物ワーキンググループ構成員の中から、検討事項に応じて対物ワーキンググループ長が招集する。

5. 会議の公開等

会議は非公開とし、検討結果は検討会に報告する。

6. 「対物ワーキンググループ」の庶務

対物ワーキンググループの庶務は、厚生労働省健康局総務課地域保健室において行う。

7. その他

この開催要綱に定めるほか、対物ワーキンググループの運営に関し必要な事項は、対物ワーキンググループ長が定める。

地域保健対策検討会構成員

(敬称略：五十音順)

五十里	明	愛知県健康福祉部健康担当局長 (平成23年10月16日まで)
大井田	隆	日本大学医学部教授
大場	エミ	横浜市南福祉保健センター長
岡	紳爾	山口県健康福祉部審議監
岡部	信彦	国立感染症研究所感染症情報センター長
尾形	裕也	九州大学大学院医学研究院医療経営・管理学講座教授
小澤	邦壽	群馬県衛生環境研究所長
曾根	智史	国立保健医療科学院国際協力研究部長
中	由美	大阪府藤井寺保健所地域保健課主査
名越	究	栃木県保健福祉部保健医療監 (平成23年10月17日～)
羽佐田	武	静岡県駿東郡小山町住民福祉部健康課長
秦	榮子	愛媛県食生活改善推進連絡協議会会長
◎ 林	謙治	国立保健医療科学院長
廣田	洋子	北海道空知総合振興局技監(北海道岩見沢保健所長)
松崎	順子	千葉県市川市保健スポーツ部保健センター健康支援課長
山本	都	国立医薬品食品衛生研究所安全情報部研究員
吉田	和仁	愛知県尾張旭市健康福祉部健康課長

(◎ : 座長)

地域保健における対物保健サービス検討ワーキンググループ構成員

(敬称略：五十音順)

青山	亨	全国クリーニング生活衛生同業組合連合会会長
安達	幸男	全国生活衛生営業指導センター指導調査部
榎戸	勝敏	神奈川県足柄上保健福祉事務所生活衛生課長
大澤	元毅	国立保健医療科学院統括研究官
加藤	隆	全国飲食業生活衛生同業組合連合会会長
岸本	泰子	島根県松江保健所長
北原	良一	新潟県福祉保健部生活衛生課長
田崎	達明	東京都福祉保健局健康安全部食品監視課食品危機管理担当課長
谷本	義広	(財)滋賀県生活衛生営業指導センター専務理事
豊福	肇	国立保健医療科学院国際協力研究部上席主任研究官
○ 名越	究	栃木県保健福祉部保健医療監
三木	朗	さいたま市保健福祉局保健部食品安全推進課長

(○ : 対物ワーキンググループ長)

地域保健対策検討会 検討スケジュール

○ 第1回 地域保健対策検討会

開催日：平成22年7月20日（火）

議事：（1）地域保健対策の現状と課題について
（2）その他

○ 第2回 地域保健対策検討会

開催日：平成22年8月31日（火）

議事：（1）地域における医療計画との関わりについて
（2）地域保健対策にかかる人材確保・育成について
（3）その他

○ 第3回 地域保健対策検討会

開催日：平成23年2月3日（金）

議事：（1）「地域保健対策検討会」の議題及び論点（案）について
（2）市町村における質の高い保健福祉サービスの提供体制について
（3）その他

○ 第4回 地域保健対策検討会

開催日：平成23年3月9日（水）

議事：（1）地域保健における対物保健サービス検討ワーキンググループの開催要綱について
（2）評価及び優先度に基づいた地域保健計画等の策定と推進について
（3）地域保健に関する調査・研究について
（4）その他

○ 第5回 地域保健対策検討会

開催日：平成23年10月28日（金）

議事：（1）東日本大震災への対応を踏まえた健康危機管理のあり方
（2）その他

○ 第6回 地域保健対策検討会

開催日：平成23年12月5日（月）

議事：（1）社会福祉等の関連施策との連携について
（2）その他

○ **第7回 地域保健対策検討会**

開催日：平成24年1月27日（金）

議事：（1）快適で安心できる生活環境の確保（対物保健）について
（2）人材の確保・育成及び資質の向上等について
（3）その他

○ **第8回 地域保健対策検討会**

開催日：平成24年2月29日（水）

議事：（1）住民ニーズの多様化・高度化に対応した地域資源との関わりについて
（2）その他

○ **第9回 地域保健対策検討会**

開催日：平成24年3月16日（金）

議事：（1）地域保健対策検討会報告書（たたき台）について
（2）その他

○ **第10回 地域保健対策検討会**

開催日：平成24年3月27日（火）

議事：（1）地域保健対策検討会報告書について
（2）その他

地域保健における対物保健サービス検討ワーキンググループ

○ **第1回 地域保健における対物保健サービス検討ワーキンググループ**

開催日：平成23年11月4日（金）

議事：（1）快適で安心できる生活環境の確保について
（2）その他

○ **第2回 地域保健における対物保健サービス検討ワーキンググループ**

開催日：平成23年12月19日（月）

議事：（1）快適で安心できる生活環境の確保について
（2）その他

○ **第3回 地域保健における対物保健サービス検討ワーキンググループ**

開催日：平成24年1月20日（月）

議事：（1）快適で安心できる生活環境の確保について
（2）その他