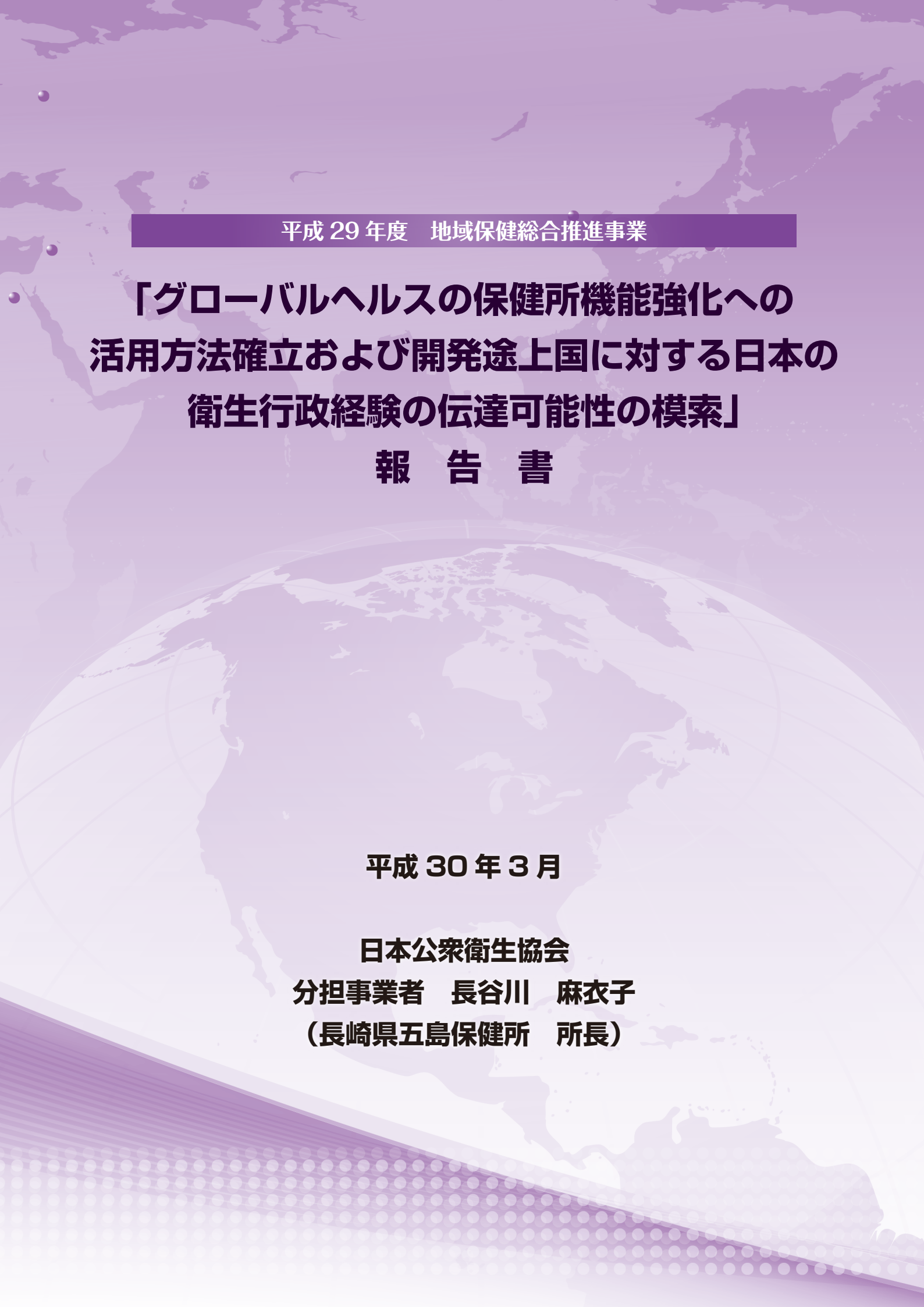




平成 29 年度 地域保健総合推進事業

**「グローバルヘルスの保健所機能強化への
活用方法確立および開発途上国に対する日本の
衛生行政経験の伝達可能性の模索」
報 告 書**

平成 30 年 3 月

日本公衆衛生協会
分担事業者 長谷川 麻衣子
(長崎県五島保健所 所長)

目次

はじめに	1
事業概要	2
1. 事業の位置づけ	2
2. 分担事業者・事業協力者・助言者・オブザーバー一覧	2
3. 報告書の想定読者	3
4. 用語の定義	3
事業報告	4
1. 今年度の取組み概要と結果総括	4
2. 各課題に関する取り組み	7
A) 社会のグローバル化により保健所業務上の起きている課題に必要な対応の検討ワー キンググループ (WG)	7
(1) 取り組み報告	7
(2) 資料	23
既存の参考資源	23
① 各地の医療通訳派遣実施団体一覧	23
② 結核にかかる行政文書や資料のある自治体・機関・報告書一覧	27
B) 地域保健現場におけるプロジェクト・サイクル・マネジメント (PCM) 手法活用の 可能性 WG	29
(1) 取り組み報告	29
(2) 資料	41
① 資料 1 課題分析とプロジェクトマネジメント手法	41
② 資料 2 PCM 手法研修風景	45
③ 資料 3～18 PCM ワークショップ結果	46
④ 資料 19 PCM 手法研修アンケート結果 (熊本)	62
⑤ 資料 20 PCM 手法研修アンケート結果 (長崎)	69
⑥ 資料 21 PCM 手法研修資料	74
C) 両領域横断人材育成方法の検討 WG	80
(1) 取り組み報告	80
(2) 日本の公衆衛生行政に関する英語版説明資料	95
① 変貌する世界のなかで果たす地方行政の責務と疫学 (スライド)	95
② 同上 (解説)	99

はじめに

グローバルヘルスと地域保健の間に橋渡しはできるのか、そもそもその意義は何かというところから始まった当研究班の活動は、平成 28 年度事業においては、グローバルヘルスと地域保健の交流は双方の機能強化に有用であることを示しました。そして、両領域の交流を可能にするキャリアパス等の仕組みは不十分であること、また、保健所業務における外国人等対応における課題は少なからずあることから、今年度の取り組みでは、取り組みの一つ目として、社会のグローバル化により保健所業務上で起きている課題について、昨年度のアンケート調査結果を詳細分析し、実務に役立つ既存の情報やツールを把握し整理し、新たに必要なツールについて検討しました。二つ目として、グローバルヘルス領域で有効性が認められている手法について地域保健領域への応用を検討しました。三つ目として両領域の交流を促進するため横断的な人材育成プログラム検討等の具体的な実践方法の提案に向け、さらに検討を進めました。これらの取り組みにおいては、協力事業者や助言者の方々のグローバルヘルス領域での経験で培われた視点やネットワークが活かされたことは言うまでもありません。

日本における生活の中で外国人であることが健康格差を生じさせないように、必要な地域保健対策が充分行われる必要があります。また、急速に進む社会の高齢化に日本の社会保障制度どう対応するかについては世界が注目しているところですが、社会保障制度のひとつの柱である医療・公衆衛生分野における対策は都市部、周辺部、離島・へき地部で異なることから、地域レベルの具体的な課題や対策や遂行上の試行錯誤が発信されることは、これからの高齢化社会における公衆衛生対策モデルの提示として国際社会への貢献になると思われます。このような必要性に保健所をはじめとする地域保健対策に従事する技術職が対応できる環境づくりに資するよう取り組んでいきたい所存です。今後、両領域の知見・人材が双方向に活用・活躍する機会が増えることを期待します。

最後に、本事業の実施にあたり、ご協力いただきました全国所長会、都道府県・市区関係部署の皆様方に心より御礼申し上げます。

平成 30 年 3 月

平成 29 年度地域保健総合推進事業 グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法確立および開発途上国に対する日本の衛生行政経験の伝達可能性の模索

分担事業者 長崎県五島保健所 所長 長谷川 麻衣子

事業概要

1. 事業の位置づけ

平成 29 年度地域保健総合推進事業（保健所長会推薦事業）

指定課題 『国際保健の推進』（平成 28 年度～）

国際化に対応し、国内外において実務経験のある公衆衛生医師から見た日本の公衆衛生対策の現状と課題、今後、海外に提供可能な日本の公衆衛生対策等について国際貢献および人材確保・育成の観点から取り組む。

上記の指定課題の下、平成 28 年度より『グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法確立および開発途上国に対する日本の衛生行政経験の伝達可能性の模索』事業班では、グローバルヘルスと地域保健の両領域に共通・類似性のある課題を検討し、それらの対策における両領域の知見や人材の活用・育成の可能性を示すことに取り組んだ。

2. 分担事業者・事業協力者・助言者・オブザーバー一覧（敬称略, 五十音順）

	所属役職	氏 名	所 属
分担事業者	所長	長谷川 麻衣子	長崎県五島保健所
協力事業者		石岡 未和	国立国際医療研究センター
協力事業者	所長	釼 陽子	熊本県御船保健所
協力事業者		西村由佳	宮崎県都城保健所健康づくり課
協力事業者	助教	馬場 俊明	東京大学医学研究科精神保健学分野
協力事業者	准教授	松井 三明	長崎大学大学院熱帯医学・グローバルヘルス研究科
協力事業者	課長	村上 邦仁子	東京都多摩府中保健所保健対策課
協力事業者	保健医長	矢野 亮佑	青森県三戸地方保健所
協力事業者	所長	渡邊 洋子	東京都大田区保健所
助言者	上席主任研究官	種田 憲一郎	国立保健医療科学院 国際協力研究部
助言者		牧野 友彦	WHO 西太平洋地域事務局
助言者	教授	中村 安秀	甲南女子大学看護リハビリテーション学部教授
助言者	部長	仲佐 保	国立国際医療研究センター
助言者	教授	湯浅 資之	順天堂大学国際教養学部
顧問	会長	宇田 英典	全国保健所長会

3. 報告書の想定読者

地域保健分野・国際保健分野の実務者・管理者

4. 用語の定義（地域保健・国際保健/グローバルヘルス）

地域保健とは地域住民の健康の保持・増進に関することで、日本では一般衛生行政体系の中、保健所・市町村が各分野の地域保健対策を担っていることから、本事業においては、主に保健所・市町村における地域保健活動を対象としている。

国際保健とグローバルヘルスについては、本事業ではほぼ同義語として使用しており、人々の健康の保持・増進のため、多国間の交流・協力等による国境を越えた保健活動を対象としている。

事業報告

1. 今年度の取り組み概要と結果総括

要旨 地域保健とグローバルヘルス領域の知見・人材の活用の可能性について、前年度の結果を基に具体策を検討した。保健所機能強化として、保健所業務における言語問題による対応の困難さを軽減するため、外国語対応の行政文書の作成と共有化、また外国人対応の困難さを軽減し対応の質を平準化するため、保健所における相談対応ハンドブック作成と研修による人材育成が優先的な取り組みと考えられた。グローバルヘルス領域で活用されている事業立案・評価手法であるプロジェクト・サイクル・マネージメントシステム（PCM）手法について地域保健領域での活用を検討し期待される効果を示した。両領域横断的な人材育成方法については開発途上国と国内衛生行政を共に経験した保健医療専門職に対する質的調査を実施し、日本国内での人材活用に関する課題を整理した。

A. 目的

平成 28 年度事業において、グローバルヘルスと地域保健の交流は双方の機能強化に有用であることを示し、両領域の交流を可能にするキャリアパス等の仕組みは不十分であること、保健所業務における外国人等対応における課題は少なからずあり、これらの課題について更なる検討が必要であることを指摘した。これらの結果を踏まえ、今年度の事業目的は次の 3 つとした。（１）社会のグローバル化により保健所業務上の起きている課題に必要な対応の検討、（２）グローバルヘルス領域で有効性が認められている手法について、地域保健領域への応用を検討すること、（３）両領域の交流を促進するため、横断的な人材育成プログラム検討等、具体的な実践方法を提案すること。

B. 方法

（１）昨年度事業実施のアンケート調査「保健所における地域保健業務への国際化影響調査」結果より、保健所日常業務へのグローバル化による影響や課題を経験した保健所は回答中 6 割に上り、分野は結核が、課題となった要因は言語が最多で、コミュニケーション方法や日本の法や制度の理解を得るのに苦労していることが明らかになった。今年度は、記述回答の分析と対応のための既存資源把握やツール開発の検討を行った。

（２）地域保健事業の計画立案・評価の充実のため、JICA による国際開発援助事業で活用している PCM 手法の適用を検討するため、近年重要性が増しているテーマを題材に日本の地域保健現場で働く職員に対し、PCM 研修と事後アンケート調査を実施した。研修テーマは、それぞれ「災害時の公衆衛生対応について」と「住み慣れた地域で最後まですごせるための問題点・課題」とし、平成 29 年 9 月に熊本県御船保健所、平成 30 年 1 月に長崎県五島保健所で実施した。また、課題分析の手法を比較し、PCM の特徴・利点・欠点を整理、現時点での公衆衛生行政での PCM 活用事例収集を行った。

（３）両領域横断的な人材育成方法

昨年度に引き続き、グローバルヘルス分野において日本人が培ってきた経験を国内の公衆衛生行政に応用すること、また日本国内の衛生行政経験のなかで開発途上国に活用できる可能性を明らかにすることを目的に、開発途上国および日本国内の衛生行政分野両方での経験を持つ保健医療分野の専門職を対象として質的調査を行った。

C. 結果

(1) 保健所業務上の課題と必要な対応

アンケート調査記述回答から抽出した課題は後述の取り組み報告に示す。これら課題より、対応の優先性・実現性の高い課題とその対応策は次のとおりである①保健所業務における言語問題による対応の困難さを軽減する。そのための方策として、行政対応文書の日本語例を作成し、英語翻訳を作成の後、他言語へ順次翻訳し、全国保健所が入手できる仕組みにする。②外国人対応の困難さを軽減し、対応の質を平準化する必要がある。言語・宗教・文化や在留資格・金銭問題等、外国人対応における基本的な知識や考え方の習得を促進するため、「保健所のための外国人相談マニュアル（仮）」を段階的に作成し研修実施し、人材育成を図る。マニュアル内容の骨子を、年度内に作成予定である。また、既存の参考資源の整理として、各地の医療通訳派遣実施団体を整理しリスト化した。

(2) PCM 手法の活用

研修会参加者は熊本県では県職員と研究班医師 2 名含む総数 18 名で多職種（医師、保健師、薬剤師、検査技師、獣医師、管理栄養士、事務職）、長崎県では県・市職員総数 13 名で保健師・管理栄養士の参加を得た。7 時間の研修時間内で分析しプロジェクト概要表の作成まで至った。事後アンケート調査の結果、「普段の業務で PCM 手法の活用が可能」との回答はそれぞれ 72%,62%で、活用に必要なことは、研修(78%,78%)、上司の理解（67%,23%）であった。記載回答では、地域保健従事者が事業立案・評価に困難さを抱えている現状がうかがえた。

(3) 保健師 13 名、臨床検査技師 1 名、計 14 名の調査を実施した。「日本に生かせる海外経験」として、外国人対応、異文化と多様な価値観に対する理解、危機管理能力などが挙げられた。「日本での業務」では、事務業務が多く保健医療職としての専門性を発揮しにくい、保健師が地域にはいる時間が短い、そのために地域の実情に応じて業務を行うことができているか確信をもてない、などのジレンマが聞かれた。日本の衛生行政から青年海外協力隊に参加する場合、職場の理解が重要、特に理解のある上司・同僚がいない場合には退職を選択せざるをえない、在籍参加の取り扱いが自治体により大きく異なる等が指摘された。

D. 考察

(1) 本年度は、優先課題の選択と対応策の提案までが成果となった。今後、支援ツールの作成が必要であるとともに、引き続き保健所業務における社会のグローバル化に起因する課題の把握に努め、対策を検討・提案することが求められる。

(2) 行政の事業展開において「PDCA サイクルをまわす」は以前より強調されていることであるが、そのことが認識されていたとしても、マクロ的な施策の下、多様な地域性に応じた事業展開が必要な地域保健の現場において、上位計画に則り「例年通り」の事業を進めると、問題や目的が的確でない状況になることが起こりがちである。そのような状況を回避するために、問題から考える PCM 手法を用いることは、地域の課題とその原因を分析し目的を明確化することが期待できる。また、事業化までのプロセスや事業計画を視覚的に示すため、職場内で視覚的に共有するコミュニケーションツールになり、特に、上司や上位組織への説明、後任への引き継ぎに役立つことが期待できる。また、保健所の多職種が所属し地域資源とのつながりがあるという特性は、的確な人員構成で「参加型」の手法を効果的に運営する素地があり、PCM の活用でより現場のニーズに合った事業計画、関係者間の目的・目標を共有した事業遂行が期待できる。一方で、活用においては上司の理解が必要とのアンケート調査結果より、新たな手法を柔軟に取り入れることができる職場環境づくりが必要である。また、研修方法が確立して

いるため、人材育成の両領域共通プログラムの一要素になり得る。

(3) 開発途上国での活動から国内では得がたい能力が醸成される一方、国内の業務では地域との直接の接触が少なくなっていること、海外には職場環境から容易には出て行きがたいことが示された。国内と開発途上国とでシームレスに業務を行うことができる専門職の必要性和意義を明確に提示することができない限り、国内でのグローバルヘルス人材の活用は限定的かつ特殊な分野にとどまると思われる。海外へ派遣、また海外経験者を受け入れている関係者に聞き取りの範囲を広げ、その意義の有無を確認することが必要である。

E. 結論

社会のグローバル化により起きている保健所業務上の課題を把握し対応策を検討した。既存の参考資源の整理として、各地の医療通訳派遣実施団体を整理しリスト化した。PCM 手法を現在の地域保健領域での活用により期待される効果を示した。

F. 今後の計画

保健所業務において、言語問題等を含む外国人ならではの対応の困難さを軽減し対応の質の平準化を進めるため、既存資源の整理やツール作成と共有、「保健所のための外国人相談マニュアル（仮）」の作成に取り組む。両領域横断的なキャリアパスの実践例の収集や提案を行う。

G. 発表

日本公衆衛生雑誌第 64 巻第 10 号 122 頁,2017 年 10 月;第 76 回日本公衆衛生学会総会シンポジウム
同上誌 第 64 巻第 10 号 670 頁,2017 年 10 月;保健所における地域保健業務へのグローバル化の影響調査

2. 各課題に関する取り組み

A) 社会のグローバル化により保健所業務上の起きている課題に必要な対応の検討ワーキンググループ (WG)

WG メンバー 矢野 (リーダー)、村上、渡邊、長谷川

(1) 取り組み報告

I) 当ワーキンググループの背景・目的

平成 28 年度に実施した当研究班アンケート「保健所における地域保健業務への国際化影響調査」(以下、平成 28 年度アンケート)【当セクションの末尾に掲載】の結果より、グローバル化による保健予防、生活衛生、健康づくり等の保健所日常業務への影響や課題を経験した保健所は回答中 6 割強であり、分野としては結核対策が最多、課題となった要因は言語が最多で、コミュニケーション方法や日本の法や制度の理解を得ることに苦労していることが明らかになった。

そこで今年度は、保健所の抱える課題の詳細分析をした上で、実務に役立つ既存の情報やツール等の把握、また新たなツール等の開発や追加調査の検討を行った。

II) 今年度のワーキンググループの活動

平成 29 年 6 月 25 日 (日) 第 1 回班会議後、6～10 月にかけて、平成 28 年度実施アンケートの自由記載回答を分析し、調査結果から優先課題を決め、その対応に資する情報収集をした。この作業を進めるため 8 月 20 日にワーキンググループで会議を持ち、内容を 11 月 1 日に第 76 回日本公衆衛生学会において「保健所における地域保健業務へのグローバル化の影響調査」としてポスター発表した。10 月からは外国出生結核の現状把握や対策検討を目的に、日本医療研究開発機構 (AMED) 平成 29 年度「新興・再興感染症に対する革新的医薬品等開発推進研究事業：結核低蔓延化に向けた国内の結核対策に資する研究」に協力することとなった。12 月 3 日 (日) 第 2 回班会議においては、経過報告を行い、次年度の方向性について話し合いの場を持った。

III) 方法

平成 28 年度アンケートは、全国 480 か所 (県型 364 か所、市型 93 か所、区型 23 か所) の保健所を対象とし、295 か所 (県型 229 か所、市型 55 か所、区型 11 か所) から回答を得、回収率は 61.5%であった。

その中で、「問 2：貴保健所では平成 26 年 4 月～これまでに、以下のような事例 (※) に関与・経験したことがありますか？[※事例の定義：保健所が行う各種の地域保健分野 (健康危機管理含む) の業務において、対象者または関係者が外国人、または外国との往来がある日本人であったために、通常の実施の時とは異なる何らかの課題が生じ、業務遂行に影響があった事例) 』の質問に対し、該当事例に関与・経験した保健所は 188 か所 (県型 137 か所、市型 43 か所、区型 8 か所) であった。問 3 にて確認した関与・経験事例の該当分野を、改めて 9 分野【1.結核、2.エイズ・性感染症、3.その他の感染症、4.母子保健 (予防接種含む)・児童福祉、5.精神保健、6.難病、7.食品衛生・生活衛生、8. その他、9. 多言語対応 (1～8 の共通項目)】に大別し、それぞれの自由記載部分の記載内容を検討した。まず、全体の傾向として事例数を確認した。一か所の保健所からの複数回答の場合は個々の事例としてカウントした。その後、KH Coder ソフトを用いた結果を参考にテキストマイニングを実施した。最も自由記載の多かった 1.結核の分野では 20 回以上、その他の分野では 10 回以上出現した頻出語を、一覧表にまとめた。記述内容を、KJ 法でグループ化を行ったうえで集計し、各分野から代表的事例 (他地域でも

起きうる事例)を抽出した。

また、「問5: 回答の補足情報、関連する課題、支援方策の提言等、自由にご記入ください」における記載内容は、前述の9分野ごとに要点を抽出し、問3の検討結果も含めた「代表的事例と課題・対応」と「支援方策の提言」に分類し、表に示した。さらに、それぞれの支援方策に関する現状を、研究班として情報収集できた部分は「研究班の検討結果」として合わせて表に示した。

IV) 結果

1. 結核

平成28年度アンケートでは、結核の該当事例を経験したと回答した保健所は157か所(県型116か所、市型35か所、区型6か所)で、経験ありと回答した保健所の83.5%を占めた。自由記載として結核は計246件の回答があり、記載の中に20回以上出現した単語は表1の通りであった。

結核分野における検討結果を表2に示す。

表1 結核分野の頻出語

抽出語	出現回数 (回)	抽出語	出現回数 (回)	抽出語	出現回数 (回)
結核・肺結核	251	留学・留学生	38	感染	26
治療	213	入院	37	検診	26
受診・診る	106	医療	36	連絡	26
患者	105	外国	34	研修・研修生	25
帰国	91	対応	34	ネパール	25
出身	86	言語・言葉	34	会話・コミュニケーション	24
健診	65	技能実習生	33	調整	24
通訳	64	接触者健診	32	終了	23
中国	60	服薬	31	入国	23
困難・苦慮	59	経過	30	保健所	23
日本語	58	本人	30	経過観察	23
フィリピン	53	ベトナム	29	機関	22
発病・発症	49	就労	28	DOTS	22
不明	43	支援	27	管理	20
説明	42	診断	27	日本語学校	20
必要	42	来日	27		
理解	40				

表2 結核分野の代表的事例と検討結果

代表的事例と課題・対応	支援方策の提言	研究班の検討結果
健診の必要性 - 来日前検診が未実施である。 - 母国で検診を受け異常なしと判断した事例があった。	- 外国人技能実習生、日本語教育機関生徒など、結核高まん延国からの長期滞在者に対し、入国時(前または後)健診の義務付けと質の担保が必要 - 入国時啓発ツールの作成普及	- 入国前・直後健診の実現可能性を検討する必要がある。 - 厚生労働省にて、他国システムの情報集等の動きがあるよう。 - 今後は①外務省・法務省・総務省との交渉、②予算措置、③各国における健診実施医療機関の認定、等が必要。
技能実習生・日本語教育機関 - 技能実習生が入職時健診にて結核と診断された。 - 技能実習生の場合、結核登録保健所と本人の生活地域が異なっており、登録直後の迅速な面接ができない場合がある。 - 技能実習生を雇う事業所事業者の意識に差がある。	- 結核対策情報の提供など、外国人技能実習生受入監理団体や日本語教育機関との平時からの連携の重要性 - 技能実習で開発途上国から来日している研修生の待遇や	- 日本語教育機関を正しく把握する必要がある。 - 日本語教育振興協会、全国日本語学校連合会にリストあり、どちらかには加盟している学校が多いが漏れもある。東京都は日本語教育振興協会のリストを基に学校リストを作成している。 「法務大臣の告示を受けた日本語教育機関等」一覧が網羅するが名称のみで住

- 外国人研修受入は国の制度に基づくため、感染症予防啓発事業は組織主管課等との連携が難しい。 - 日本語学校は学校安全保健法の対象となっていないため、入学時の健診が義務付けられていない。	福利厚生を向上させる必要	所・連絡先等なし。日本語教育機関の統廃合が著しく、月に複数回更新されていることもあり。 ・ 技能実習生の受入監理団体や企業、また派遣事業所を把握する必要がある。団体監理型の受入団体は大手数ヶ所あるが、業界団体等があるかは不明。 ・ 平成 29 年 11 月以降は、団体管理型技能実習生受入機関は法務省の許可制となり団体一覧にて把握が可能。 ・ 平成 19 年 8 月施行の日本語教育振興協会の「日本語教育機関の運営に関する基準」では、「入学後できるだけ早期にその健康診断を行うものとし、1 年経過後、再度健康診断を行うよう努めるものとする」との記載があり、平成 28 年 7 月策定の法務省入国管理局の「日本語教育機関の告示基準」にも同じ記載がある。平成 29 年 10 月以降に新規に開設される日本語教育機関の適格性については、同基準にのっとり判断されている。 http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri07_00044.html) ・ 技能実習生の入国後講習期間（2 ヶ月）は雇用関係がなく、その時期の入国後健診等で「結核疑い」になれば届出されずに帰国となっているケースもあり、平時から保健所が団体監理型技能実習生受入機関と関係を構築しておくことが重要。
DOTS - 外国人結核患者への DOTS の説明が困難である。 - 本人にうまく伝わらず、医師の指示通り服薬ができていなかった。 - 本人は常に「分かりました」と答えていたが自己中断していた。 - 外国人の通院手段の確保が課題である。	- 多言語の服薬状況（DOTS）確認シートの整備	・ 東京都等一部自治体においては、DOTS シートの多言語版を作成、使用中。 ・ 結核、DOTS 支援について結核研究所作成の資料がありそちらも大いに活用できる。

- LTBI の重要性が伝わらない場合がある。 - 日本語学校教師や患者家族と連携した DOTS など工夫をしている。		
国外管理の難しさ - 患者が無断帰国した事例がある。 - 研修終了により治療途中で帰国する場合がある。 - 留学先での治療継続のため紹介状を持ち出国したが、結核治療中であることを理由に入国を拒否された事例があった。 - 帰国後の治療継続のため、紹介状作成、治療先の調整など対応した。 - 帰国後の服薬確認継続が難しい。 - 治療中の一時帰国の際、母国の病院では異常なしと言われ治療中断となった。 - 帰国後管理で、感染症法の適用が難しく、米国など自国が低蔓延国の場合、または高蔓延国の場合なども、対応が異なる場合がある。 - 国外滞在患者への調査が難しい。 - 管理健診中の帰国で連絡が途絶えてしまった。 - 航空機の接触者健診では搭乗者の個人情報への権限が弱い。	- 国同士の情報提供など、厚生労働省の役割を再確認する必要性	・ 治療中または登録中患者の帰国における母国への適切な橋渡しが必要である。 ・ European Respiratory Society/ World Health Organization Tuberculosis Consilium (ERS/WHO TB Consilium) のウェブサイト (https://www.tbconsilium.org/)にある結核患者紹介システムを用いた、国外への患者紹介が可能である。ただ、ID 取得や英語能力が必要でありややハードルが高い。 ・ 患者に適切な指示・助言をするために母国の結核医療体制やフォロー体制、制度等について情報が必要。 ・ 結核対策が世界で完全に標準化できていないのは、国によっては国内の地域によって結核対策体制が大きく異なるため。
社会的背景 - 生活費等金銭的な問題があり安定した服薬が難しい。 - 不法滞在で無保険の場合、入院勧告の医療費一旦自費払いが課題である。 - 日本の保健医療システムの理解が難しい。 - 入国管理局との問題があり治療継続が難しい事例がある。 - 薬剤耐性例で病状悪化が判明し、帰国延長に関する調整を必要とする事例がある。	- 多剤耐性結核患者への治療の場合、在留延長など司法の支援も必要 - 入国管理局との連携の必要性 - 全国保健所長会に対し、全国一律の調査ではなく、結核課題の大きい保健所向けの調査の要望 - 外国人結核対応事例集の作成と共有	・ 外国人によって文化や考え方が異なることを理解し、尊重する姿勢が重要。宗教や食事、物事の決め方（例：イスラム教）、費用等、外国人であれば気にする傾向のある事柄について、予めリストアップし、患者・家族や関係者に丁寧に説明する。 ・ 在留資格なしの外国人患者の場合は対応方法等を例示する必要がある。

- 患者本人が約束にルーズで書類がなかなか揃わないことが多い。 - ビザの関係で母国と日本を行ったり来たりする事例がある。 - 不法滞在に対する国外退去を恐れ聞き取りへの協力が得られない。 - 地域住民からの苦情は、外国人の日本と母国の文化慣習の違いへの理解不足や、地域コミュニティに対する配慮不足等から生じることが多い。 - イスラム教徒女性へのレントゲン検査は女性放射線技師のみと指定される場合がある。 - イスラム教のお祈りの時間に重なる場合には相談室を提供するなど相手を尊重した対応をした。 - 採血を怖がり拒否された。 - 西洋医学以外（気功、伝統医療など）で治すことを主張された。		
コミュニケーションの難しさ - 本人は言葉が通じないストレスを感じている。 - 勧告入院への理解が難しい。 - 自国語が話せても読めない場合がある。 - 予約日に未受診でも意思疎通が出来ず、理由が不明の事例があった。	- 結核の治療、感染症法上の入院勧告や就業制限等の制度について解説した外国語文書が必要 - 外国人支援団体等、結核治療が必要な外国人が母国語で気軽に無料で相談できるシステム	・パンフレット（治療・療養）、問診票（指さし、選択肢提示）、行政文書（入院勧告、就業制限、健診受診勧告）等の外国語書類の整備の可能性を検討する。 ・「新興再興感染症対策等健康危機管理推進事業班（中里班）」平成 28 年度報告書に収集されているが、課題は①対応日本語原本がなかったり、②翻訳の正誤や質が不明であったり、③内容に地域特性が含まれていたり、など。 ・各文書の日本語標準版を作成し、英語翻訳を作成し、その後他言語へも順次翻訳していくことを検討。全国保健所長会ウェブサイトに掲載しダウンロードできるようにしてはどうか。 ・医療通訳の需要は高いが各言語・各地域で揃えることは実現困難（別項に詳細）。

2. エイズ・性感染症

平成 28 年度アンケートでは、エイズ・性感染症の該当事例を経験したと回答した保健所は 33 か所（県型 20 か所、市型 8 か所、区型 5 か所）であった。自由記載としてエイズ・性感染症は計 29 件の回答があった。頻出語の検索では、記載の中に 10 回以上出現した単語は表 3 の通りであった。

エイズ・性感染症分野における検討結果を表 4 に示す。

表 2 エイズ・性感染症分野の頻出語

抽出語	出現回数 (回)	抽出語	出現回数 (回)
検査	40	日本語	12
結果	20	苦慮・困難	12
説明	13	受検	11
外国	12	陽性	10
告知	12		

表 4 エイズ・性感染症分野の代表的事例と検討結果代表的事例と課題・対応	支援方策の提言	研究班の検討結果
- 検査に来所した外国人が英語も日本語も通じず、結果を聞く来所の必要性が伝わらず、その後来所しなかった。 - 検査陽性の外国人に告知の際、意思疎通がうまくいかず、患者は結果を受け入れられず逃げてしまった。 - 救急外来での外国人対応で医療従事者の針刺しが発生、病院がエイズ検査を要求も本人の同意を得られなかった。 - 多言語による検査前後のカウンセリングが可能な保健所もある。	- HIV 検査に関する多言語資料 - HIV 検査結果告知時の通訳同席の承諾	・ HIV 検査に関しては、予約から受検、結果告知まで外国語を要する。 ・ 伝えるべきこと、聞くことを日本語と英語で予め決めておくことが必要。 ・ ①パンフレット、②検査の流れ、③結果の解釈と流れ、等については外国語書類の整備が必要。 ・ 各文書の日本語標準版を作成し、英語翻訳を作成し、その後他言語へも順次翻訳していくことを検討。全国保健所長会ウェブサイトに掲載してはどうか。

3. その他の感染症（新興感染症・麻しん・風しん・その他）

平成 28 年度アンケートでは、その他の感染症の該当事例を経験したと回答した保健所は 45 か所（県型 26 か所、市型 12 か所、区型 7 か所）であった。自由記載として新興感染症・麻しん・風しん・その他は計 48 件の回答があった。頻出語の検索では、記載の中に 10 回以上出現した単語は表 5 の通りであった。

その他の感染症分野における検討結果を表 6 に示す。

表 5 その他の感染症分野の頻出語

抽出語	出現回数 (回)	抽出語	出現回数 (回)
調査	25	医療	10
感染	16	患者	10
対応	12	通訳	10
発症	12	入院	10
旅行	12	理解	10
疫学	11		
日本語	11		
連絡	11		

表 6 その他の感染症分野の代表的事例と検討結果代表的事例と課題・対応	支援方策の提言	研究班の検討結果
- 外国人は、日本国内の感染症対策に対する理解が乏しい。 - 外国人旅行者が麻しん発症した場合、母国の感覚で、日本の対応の必要性を受け入れてもらえない。 - 麻しん接触者の健康観察対象が技能実習生などの場合難しい。 - 旅行者が診断された場合には連絡がつかない場合が多い。	- 感染症対策の制度、入院勧告文など多言語の説明用資料と多言語の問診票 - 旅行者の場合、滞在期間が限定されるため、聞き取り等初動対応が円滑にできるような支援システムが必要	・ 感染症法が H30 年 1 月より改正となり、風しんの対策が強化されている。 ・ 今後東京オリンピック開催に向けて、海外からの人の出入りが増え、MERS などの新興感染症や、麻しん・風しん、侵襲性髄膜炎菌感染症等への対応の強化が求められるだろう。

- 住民票のない外国人に対して疫学調査を行う際に意思の疎通が行えず、面会も難しい。 - 自治体間の対応の差が課題になることがある。 - 全国保健所長会のネットワークの有難さを痛感した。 - クルーズ船で乗客に 1、2 類感染症が発生した場合に備えた関係機関との訓練を実施している。		
---	--	--

4. 母子保健（予防接種含む）・児童福祉

平成 28 年度アンケートでは、母子保健および児童福祉の該当事例を経験したと回答した保健所は 51 か所（県型 22 か所、市型 22 か所、区型 7 か所）であった。自由記載として母子保健・児童福祉は計 105 件の回答があった。頻出語の検索では、記載の中に 10 回以上出現した単語は表 7 の通りであった。

母子保健・児童福祉分野における検討結果を表 8 に示す。

表 7 母子保健・児童福祉分野の頻出語

抽出語	出現回数 (回)	抽出語	出現回数 (回)	抽出語	出現回数 (回)
受診・診る	55	医療	15	言語	12
外国	34	フィリピン	14	書類	12
苦慮・困難	29	住民	14	説明	12
出産	28	場合	14	相談	12
乳幼児	27	申請	14	妊娠	12
支援	25	診査	14	文化	12
母子	25	母	14	治療	11
確認	20	訪問	14	把握	11
予防接種	20	証明	13	保健	11
必要	19	状況	13	居住	10
健康	18	理解	13	交付	10
妊婦	18	連絡	13	不明	10
対応	16	育児	12	夫婦	10
通訳	16	機関	12	保護	10

表 8 母子保健・児童福祉分野の代表的事例と検討結果

代表的事例と課題・対応	支援方策の提言	研究班の検討結果
母子・乳幼児健診 - 予防接種が必要ではないという主張を受ける。 - 子どもの母国での予防接種歴が不明で困る。 - 乳幼児健康診査を受診しない場合がある。 - 飛びこみ出産の事例があった。 - 病院を避け自宅出産の希望がある - 外国版の母子健康手帳の交付、案内一覧を用意するなどの対応をしている。 - 乳幼児健診・赤ちゃん訪問等母子事業で市の担当課と連携し通訳対応をした。	外国での予防接種歴を確認する手段（予防接種手帳・母子手帳など）	・乳児全戸訪問において通訳が必要。ボディランゲージでは限界がある。また、家族が十分に通訳を担えない場合もあり、配偶者等の通訳では DV 等家庭内問題を発見しにくくなる可能性もある。
児童虐待・DV - 児童虐待の考え方も異なる場合があり、保護時にトラブルとなった。 - 虐待相談があった場合に市と連携して対応した。要保護児童連絡協議会を開催した事例もあった。		・児童虐待や DV 被害者への根本的対応は、それぞれの国における価値観とも関わってくるため難しい。

- DVがあるも宗教上離婚出来ず、一人親としての福祉制度等が利用出来ず生活困窮に陥った。		
不妊治療費助成制度 - 外国との往来がある方で、所得課税額が不明、過去の助成履歴が追跡できない、などの理由で交付決定までに時間を要した。		・ 不妊治療費助成制度は、日本人申請が前提であり、外国籍の場合、必要な書類が取得できにくい。申請の援助が必要か。
社会的背景 - 離乳食の進め方の指導がなじまない場合がある。 - 育児に関する価値観の違いへの対応が難しい。 - 宗教上の理由で先天代謝異常検査を拒否された。 - 母親が不法滞在のため、子は無国籍で健康保険未加入、病院受診ができない。 - パートナー以外の日本人との関わりがない	- 保健指導を仲介してくれる支援者の必要性	・ 住所不定者、不法滞在者への対応が、彼らの子供の健康や生活に直結している。

5. 精神保健

平成 28 年度アンケートでは、精神保健の該当事例を経験したと回答した保健所は 49 か所（県型 33 か所、市型 11 か所、区型 5 か所）であった。自由記載として精神保健は計 68 件の回答があった。頻出語の検索では、記載の中に 10 回以上出現した単語は表 9 の通りであった。

精神保健分野における検討結果を表 10 に示す。

表 9 精神保健分野の頻出語

抽出語	出現回数 (回)	抽出語	出現回数 (回)	抽出語	出現回数 (回)
精神	56	保護	21	外国	12
入院	54	本人	19	受診	12
措置	35	必要	16	中国人	12
苦慮・困難	34	病院	16	同意	12
医療	31	福祉	16	疾患	11
通報	30	家族	15	通じる	11
通訳	29	診察	15	理解	11
対応	25	治療	13	退院	10
保健	23				

表 10 精神保健分野の代表的事例と検討結果

代表的事例と課題・対応	支援方策の提言	研究班の検討結果
- 旅行者が応急入院となる際、72 時間という限度時間内に領事館から海外在住の家族に入院同意を得る調査を実施することが難しい。 - 自傷他害のおそれと精神保健福祉法 23 条通報。日本語が話せないため、通訳協力者と英語を話せる指定医を調整し対応した。 - 母国大使館が当県になく、文書でのやり取りや、処遇の相談をするのに苦慮した。 - 措置入院したが、退院後の生活費や居住先が課題となる。	- 外国人の精神保健福祉法 23 条通報例に対し、診察可能な医療機関や体制の整備	・ 日本語を話せない通報・要診察患者に対しては、①通訳者の確保、②英語に慣れた精神科医、③行政文書の多言語化の必要性。 ・ 精神保健福祉法に基づく入院等に係る行政文書や制度のパンフレットの英・中・韓・フランス・スペイン・タガログ語版は都立松沢病院のホームページに整備されている。 ・ 精神保健福祉法の理解が難しい。

- 措置入院の退院後の帰国に際し、母国の医療システムに関する情報がなく対応に苦慮した。 - 通院が中断していたため、市の保健師および通訳者と当所保健師で訪問し、受診が再開できるように支援した。 - 医療保護入院で日本語が通じず家族の状況が分からない場合の市長同意の判断に苦慮した。		
- 入院の身の回りの準備や、措置入院時の必要書類作成をしてもらえるキーパーソンが不在である。	- 措置入院の通知文など、多言語版が必要 - 措置入院解除後、まだ入院治療が必要な場合の医療費や入院支援者の担保	・ キーパーソンとなる支援者が会社以外にいない外国人も多い。
- 健康保険未加入のため、措置解除後は治療継続が難しい	- 医療保護入院における応急入院期間（72 時間）を延長できるなどの特例対応	・ 在留資格なしの外国人患者の場合は対応方法等を例示する必要がある。 ・ 措置解除後の、費用負担を含めた医療の確保が重要。

6. 難病

平成 28 年度アンケートでは、精神保健の該当事例を経験したと回答した保健所は 19 か所（県型 15 か所、市型 3 か所、区型 1 か所）であった。自由記載として難病は計 18 件の回答があった。頻出語の検索では、記載の中に 10 回以上出現した単語は、難病、申請、の二つであった。

難病分野における検討結果を表 11 に示す。

表 11 難病分野の代表的事例と検討結果

代表的事例と課題・対応	支援方策の提言
- 指定難病医療給付の制度は、病院（医師）が一律に申請するように話をするのではなく、患者等の状況を確認して説明することが望ましい。 - 外国籍の難病患者の窓口対応の申請手続きについて課題がある。 - 申請受付時、保健所職員が代筆している場合もある。 - 小児慢性疾患医療費申請事務を行う際に、言語が通じず、手続き説明が困難である。 - 児に障害があり療育機関や特別支援への調整に時間を要した。	- 外国人も対象となる指定難病特定医療費給付制度は、制度の概要や申請書類等の説明文書が多言語で必要（国レベル）

7. 食品衛生・生活衛生

平成 28 年度アンケートでは、食品衛生の該当事例を経験したと回答した保健所は 42 か所（県型 32 か所、市型 9 か所、区型 1 か所）であった。自由記載として食品衛生は計 51 件の回答があった。頻出語の検索では、記載の中に 10 回以上出現した単語は表 12 の通りであった。

また生活衛生は、平成 28 年度アンケートでは該当事例を経験したと回答した保健所は 12 か所（県型 9 か所、市型 2 か所、区型 1 か所）であった。自由記載として生活衛生は計 17 件の回答があった。頻出語の検索では、記載の中で最も多く認めた単語は「調査（9 回）」であった。

食品衛生・生活衛生分野における検討結果を表 13 に示す。

表 12 食品衛生・生活衛生分野の頻出語

抽出語	出現回数 (回)	抽出語	出現回数 (回)
食品	33	外国	15
営業	27	講習	11
申請	26	指導	10
日本語	26	責任	10
許可	22	説明	10
衛生	21		
苦慮・困難	18		
理解	18		

表 13 食品衛生・生活衛生分野の代表的事例と 検討結果代表的事例と課題・対応	支援方策の提言	研究班の検討結果
- 食品衛生法申請者が外国人の事例が増加している。 - 日本の食品衛生に関する知識を十分理解してもらう必要がある。 - 食品衛生責任者認定講習会は「日本語が理解できる方に限ります」の条件がある。 - 多言語の事業者向け食品衛生マニュアル、飲食店営業許可証などを作成し対応した。 - 申請書を代筆するなどの対応もある。 - 飲食店舗の巡回、立ち入り検査等においては、日本人管理職に同席して頂くなど工夫をした。 - 文化的に食品の解釈の違い（例：ナンは日本では菓子、インドでは主食）がある。	- 食品衛生の監視指導や許可に関する多言語の説明文書	・ 許可申請時の援助は社会保障の直接的範囲ではないため他分野と比べ優先順位は低い。 ・ 食品衛生責任者講習会の外国語化。 ・ ①食品衛生の講習会テキスト、②パンフレットについて日本語標準版の作成し、英語翻訳等について検討。 ・ 千代田区保健所が食品衛生マニュアル（英・中・韓・ヒンディ・ネパール語）を作成。
- 食中毒調査において言語が障壁となり、聞き取り調査に困難を要した。 - 飲食店に対する苦情申立人が外国人の事例もあった。	外国人旅行客への食中毒調査票の備えが必要	
- 廃棄物の不適正処理となり、火災が発生した事例があった。 - 外国人による産業廃棄物の不法投棄への対応が難しい。		
- 民泊や予約サイト Airbnb に関わるトラブルが多い		・ 定住外国人による未許可民泊が増えている。

8. その他

その他、医療安全、医療保険、肝炎医療費助成、自然災害、被爆者支援などで、計 12 件の自由記載があった。災害時対応では、外国人向けの情報提供のあり方、医療救護所の多言語対応化などの検討の重要性があげられた。

9. 多言語対応（共通項目）

1～8 の分野にまたがって、多言語対応に関する記載が多く見られたため、表 14 に示す。

表 14 多言語対応に関する代表的事例と検討結果

代表的事例と課題・対応	支援方策の提言	研究班の検討結果
媒体について - インターネットから他府県や結核研究所作成の多言語資料を利用している。 - 通常使用している様式等が使えない。 - 多言語対応の指さし対話表を別途作成整備した。	多言語の文書 - 各種保健業務に係る外国人対応パンフレット - 各国の医療や治療状況、相談窓口等をお知らせできる資料 - 多言語版の様式集(検査依頼書など) - 多言語資料のインターネットでの共有化 - 他所の事例の研究班報告書における情報提供を - 保管所業務外国人対応事例集の出版を ICT の活用 - スマートフォン・電話等を媒体とした互いに通訳可となるようなネットワークシステムの開発 - 専門医療用語・専門用語を適切に翻訳出来るアプリを搭載したタブレット端末導入	・ 言語に係る課題解決のための方法やツール等を把握する必要性があり、研究班で別途集計し（VII. 既存の参考資源等を参照）、以下が判明した。 ・ 既存の外国語文書・資料等では勧告・通知等の行政文書が足りないことが分かった。 ・ 結核に関する情報はそれなりにある。結核研究所や愛知県のウェブサイトにも最も多く集められ、大阪府のウェブサイトにはパンフレット類が掲示されている。 ・ 内容の英語版を基準にすれば、通訳ソフト（Google Translator 等）の英語以外の言語への通訳精度は高く利用価値あり。日本語から英語以外の言語への通訳は制度にまだ課題あり。 ・ 平成 28 年度地域保健総合推進事業「新興再興感染症等健康危機管理推進事業班」（中里班）報告書に行政文書は集められている。課題は①対応日本語原本がないこと、②翻訳の正誤や質が不明なこと、③内容に地域特性が含まれていること、など。 ・ 日本の保健所活動全般を紹介する際に活用できるよう、当研究班にて保健所業務紹介の英語版プレゼンテーション資料を作成した（全国保健所長会ウェブサイトに掲載予定）。
人について	通訳者の手配	・ 東京都では、結核に係る医療通訳派

- 通訳派遣の依頼調整に時間を要する、タイムリーに通訳者が確保できない。 - 通訳確保の予算が不足、または全く無い。 - 多国籍対応、希少言語対応が課題である。 - 日本の行政用語を相手の国の言葉に置き換える難しさがある。 - 保健所に外国語対応可能な職員がいる場合もある。	- 事前登録制の、医療や保健所業務に対応できる専門性と守秘義務を備えた通訳者の確保 - 日本在住外国人の通訳登録派遣制度の検討 - 結核 DOTS 時に通訳同行 - 通訳者を速やかに派遣できる 24 時間対応型のサービス - 外国人対応における諸問題（通訳の確保、関係国との調整等）の法令上の責任の明記 保健所職員の語学力向上 - 研修、e ラーニング、外国語テキスト配付などを通じた保健所職員の語学力の維持向上	遣を特定非営利活動法人シェアに依頼可能（予算上件数に上限あり）。 ・医療通訳が普及しない背景には①身分保障、②財源・費用負担スキーム、③質の保障（統一）、の制度がないため。現在、国際臨床医学会にて認定医療通訳者制度を検討中。 ・当面は資料の活用・共有や分かりやすいやさしい日本語を用いる等の工夫による対応が現実的。 ・地域によっては国際交流協会が医療通訳のマッチングを行っている。 ・人口密度が低い地方や希少言語において実現できるとしたら遠隔通訳か。 ・将来的には、一般社団法人 全国医療通訳者協会（NAMI）等外部団体との連携も有効か。
---	--	--

V) 考察

1) 課題：多言語対応

- ・ いずれの分野においても、課題は言語が最上位であり、平成 28 年度アンケートでは、31 種類の言語が具体的に把握できた。回答で最も多かったのは中国語であり、以下タガログ語、英語、ベトナム語、ポルトガル語、ネパール語、韓国語、インドネシア語、スペイン語、タイ語、ヒンディー語、ビルマ語、クメール語、ロシア語と続いた。近年滞在者数の増加が著しいアジア諸国の言語の対応が上位に多く、何らかの対策が必要な課題といえる。なお英語については、職員等による対応で処理でき、課題として挙げられていない可能性もある。

また、ここで注意しなければならないのは、母国語による説明資料等があっても理解されるとは限らない場合や、そもそも説明文書が難しかったり、個人特性で理解力に乏しかったりする場合もある。それらの例として、記述回答の中で、母国語でも読字ができない事例があげられていた。また、日頃の業務の中では外国人に限らず日本人であっても理解を得るのに難しいことは少なくない。

- ・ 自治体や関連の団体や学会が、多言語対応の文書を作成しウェブサイトで公開しており、随時活用することは可能である。しかし、活用する際には、①日本語原本が示されていなかったり、②翻訳が必ずしも正確でなかったり、③開発した地域特性の記述となっていたり等、注意を払う必要があり、特になじみのない言語の文書においては要注意といえよう。

支援方策の提言等でも、多言語対応の文書の作成が最も多かった。さらに既存の外国語文書・資料等では勧告・通知等の行政文書が足りないことが分かった。このことから、保健所業務として全国共通に必要な法関連の行政文書を、まず結核対策関係文書について多言語に翻訳し、全国保健所で共有できるシステムを構築することが、第一に必要である。ここでは、地域保健総合推進事業「新興再興感染症等健康危機管理推進事業班」（平成 28 年度中里班）や、愛知県がウェブサイトにて公開している「医療機関等外国人対応マニュアル」の感染症対策法関連の行政文書が一つの参考とな

る。

- ・ さらに、母国語に訳するだけでなく、やさしい日本語に置き換えることの重要性もある。特に公文書類に使用される単語は難しい単語の傾向があり、やさしい日常的な日本語に変換することで伝わることもある。このひな型の整備も同時に考える必要がある。
- ・ 通訳者を介した対応も、様々なレベルでの工夫で現場の対応をしていることがわかった。一番多いのは対象者に日本語のわかる親族・友人・同僚等に同行してもらうように促している方法である。またタブレット通訳を導入している自治体も少数だがあった。本来は医療に精通した通訳者の配備が最も望ましいが、人材不足や予算化のかべがある。まずは保健衛生行政の場面への配備は地域ごとのタブレットを介した遠隔通訳を考慮することが現実的であろう。

2) 分野：結核

- ・ 日本語教育機関生徒、技能実習生はアジア諸国が多く、とりまなおさず結核高蔓延国からの来日者となる。アンケート事例でも、技能実習生や、日本語教育機関生徒・留学生の結核対応での課題記述が多かった。
 - ① 入国時（前または後）の健診がない、母国での健診結果があるものの入国後まもなく結核を発症した、等の課題に対しては、信頼性のある健診の実施が必要である。これについては厚生労働省・結核研究所で検討の端緒についたところである。現行の日本語教育機関においては、日本語教育振興協会がその運営に関する基準において、「生徒の入学後できるだけ早期にその健康診断を行うものとし、1年経過後、再度健康診断を行うよう努めるものとする。」としているが、どのくらいの機関が実施しているかは実態がつかめていない。
 - ② 技能実習生の派遣事業所や日本語教育機関の存在を正しく把握し、結核対策情報の提供など日常からの意思疎通・連携を図る必要がある。日本語教育機関は、全数把握ではないものの、日本語教育振興協会、全国日本語学校連合会のリストを活用することが提案できる。また、団体管理型技能実習生受入機関は法務省の団体一覧にて把握が可能である。これらの情報から管轄地域に存在する団体管理型技能実習生受け入れ機関や日本語教育機関の存在を可能な限り把握し、結核対策情報の提供など日常からの意思疎通・連携を図ることは、①で記述の日本語教育機関が健診実施を促すことにもつながることが期待され、必要である。

さらに、ビザの期限や不法滞在など在留資格に関連する課題は、入国管理局との連携も必要である。
- ・ 治療継続や接触者健診の実施においても、言語の問題のほかに、出入国の把握などに苦慮している実態が分かった。
 - ① 治療継続には、多言語対応の説明が不可欠であるだけでなく、中断とならないよう、国内転居や帰国時の情報の共有化にむけた何らかのシステムが必要である。例えば帰国の際は、現状では各保健所独自に対応している所であり、帰国先の結核に係る法律や保健医療体制を把握することが難しく、紹介方法に困っている現状である。国を跨ぐ場合は、ERS/WHO Consilium で患者紹介は可能ではあるが、ID 取得や英語能力が求められ、我が国の行政職員には敷居が高いかもしれない。
 - ② 治療継続や接触者健診・管理検診など長期にかかわることから、様々な宗教的・文化的な対応に齟齬が生じている実情があった。それに対しては、対応する職員側が多文化理解を促進する

ためのマニュアル等の整備が求められる。

3) 分野：その他

- ・ 母子保健・児童福祉の分野では、多言語対応の課題に加えて、文化や宗教的な習慣の差異への対応に苦慮している現状がわかった。具体的には、①離乳食や育児法の違いにより、保健指導の内容がなじまない、②宗教上の理由で必要な検査の拒否や、DVがあっても離婚することができない、虐待のとりえ方が異なる、などが事例として挙げられていた。これらに対しては、まずは日本の価値基準ではないことを念頭に置いて介入する心構えが必要と思われる。保健衛生行政の職員が、現場で外国人に接する際の注意点や対処法例を内容とした相談マニュアル等の開発も有効と思われる。
- ・ 生活衛生の分野では、外国人経営の飲食店における食中毒発生時の対応や、廃棄物の誤った処理による火災事例などがあげられていた。これらの分野においても、多言語対応の文書の整備が必要である。
- ・ 近年の来日外国人観光客の増加に加えて、今後 2020 年のオリンピック・パラリンピックの開催等があることから、在住外国人に限らず短期間の来日者も対象とした、健康危機管理の視点での様々な対策を講じておくことが重要である。

VI) 今後の展開

以上を踏まえ、これからの展開として、以下 4 つを実施していきたい。

【1】保健所が対象住民やその家族等宛に発行する行政文書の多言語版整備

日本語のひな型を定め、通訳職を介して他言語に翻訳し、全国保健所長会等のウェブサイトにて共有し、全国の保健所がダウンロード・活用できるようにする。分野は、まずは回答数が最も多かった結核で、言語は、原則的に回答数が多い順に段階的に翻訳する。

なお、言語についてはタガログ語、英語、ポルトガル語、韓国語等は既存の資源がいくつかあるため（以下、VII. 既存の参考資源等を参照）、まずはベトナム語、ネパール語、インドネシア語等、需要が高いものの現状既存資源が非常に限られている言語を優先することを考えている。また、分野については他に精神保健、母子保健、食品衛生等についても、既存資源の把握・整理をする。

【2】「保健所のための外国人相談マニュアル（仮）」の作成と研修の企画実施

外国人であるが故の対応の心得や注意すべきこと、また具体的な対応事例や既存資源等について、まとめたハンドブックを作成する。内容構成としては、言語問題に対しての多言語行政文書の整備、医療通訳の確保、通訳体制確立のポイント等、費用問題に対しての社会保険や在留資格によらずに適応可能な制度等の整理、支援環境問題に対しての在留資格の種類の整理や、職場・家族・非営利団体・在日〇〇人会等との関係構築、生活背景問題に対しての宗教・食事・住居で留意すべき点、帰国問題に対しての各国の医療事情の整理や橋渡しのポイント等を考えている。なお、特定非営利活動法人シェアが発行する「外国人医療相談ハンドブック～HIV 陽性者療養支援のために～」は十分に参考にしたい。

【3】日本語教育機関生徒や技能実習生等の結核ハイリスクグループに係る課題の調査・整理

平成 29 年度「新興・再興感染症に対する革新的医薬品等開発推進研究事業」の研究開発課題名「結核低蔓延化に向けた国内の結核対策に資する研究」：分担研究「ハイリスクグループおよびデインジャーグループの結核対策強化」への協力継続し、保健所の結核対策業務に資する情報を得る。

【4】外国人が関係する精神保健福祉課題の把握

外国人患者の精神保健福祉法に基づく通報や相談ケース等について事例を調査し、現状での対応方法や今後の課題について情報収集・整理する。

VII) 参考文献

- ・平成 29 年度地域保健総合推進事業「グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法確立および開発途上国に対する日本の衛生行政経験の伝達可能性の模索事業」報告書，日本公衆衛生協会
- ・外国人医療相談ハンドブック～HIV 陽性者療養支援のために～，平成 24 年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業：外国人の HIV 予防対策とその介入効果に関する研究班
- ・医療機関等外国人対応マニュアル，愛知県多文化共生推進室
(<http://www.aichi-iryoku-tsuyaku-system.com/manual/>)
- ・資料・勧告集，公益財団法人結核予防会結核研究所
(<http://www.jata.or.jp/data.php>)

H28 長谷川班調査回答票

【メール返信のアドレス: ○○○○@jpha.or.jp】
【FAX での返信の場合:事務局 (井上) (03) ○-××】

■ 該当するものに☑をいれ、必要に応じ内容を記載してください

○ 設問2以降は、平成26年4月～これまでに、貴保健所が関与・経験した事例を調査対象としています

設問1 貴保健所名: _____ (記入者御氏名: _____ (役職名: _____))
(□ 県型 □ 市型 □ 区型) 所管人口 (約 _____ 万人 (四捨五入))
(なお、保健所長が複数の保健所を兼務している場合、それぞれの保健所ごとに回答してください)

設問2 貴保健所では以下のような事例(※)に関与・経験したことがありますか？

※ 保健所が行う各種の地域保健分野(健康危機管理含む)の業務において、対象者または関係者が外国人であつたり、外国との往来がある日本人であつたために、通常の対応の時とは異なる何らかの課題が生じ、業務遂行に影響があつた事例

(単に「外国人に対応した」等の事例は該当せず、課題や業務遂行への影響があつた場合が該当となります)

- ☐ 当保健所で関与・経験した事例がある (→ 設問3～設問5をご回答ください)
☐ 当保健所で関与・経験した事例はない、わからない (→ 設問5をご回答ください)

設問3 貴保健所で関与・経験した事例(※)は、以下のどの分野に該当しますか？(複数選択可)

該当するものがあれば☑し、それぞれの概要を下の記載欄に、簡潔にご記入願います。

(国・身分(旅行者、留学生・技能実習生・就労者等)なども簡潔にお示しください。)

- ☐ 結核 ☐ 麻疹・風疹 ☐ 性感染症 ☐ 新興感染症 ☐ 他の感染症()
☐ 母子保健 ☐ 精神保健 ☐ エイズ ☐ 難病 ☐ 児童福祉(虐待含)
☐ 高齢者保健 ☐ 食品衛生 ☐ 生活衛生 ☐ 医療安全 ☐ 原子力災害
☐ 自然災害 ☐ その他1 () ☐ その他2 ()

☑した項目の概要 (例:結核治療中の患者(○○国出身の留学生)が無断帰国し、治療経過不明となった)

設問4 設問3☑の事例において、地域保健業務の遂行に影響したのはどのような要素ですか？(複数選択可)

- ☐ 言語()語 ☐ 日本の文化 ☐ 外国の文化 ☐ 宗教 ☐ 職場・仕事
☐ 金銭・生活費 ☐ 医療費 ☐ 日本の保健医療システム(医療費以外) ☐ 外国の保健医療システム
☐ 家族・親戚 ☐ 交友関係 ☐ 在留資格 ☐ その他()

設問5 回答の補足情報、関連する課題、支援方策の提言等、自由にご記入ください。(ない時は□チェック)

☐ 特になし

以上です。1月18日(水)までにメールまたはFAXでご返送ください。ご協力いただきありがとうございます。

(2) 資料 既存の参考資源等

①各地の医療通訳派遣実施団体

(一般社団法人全国医療通訳者協会より引用。平成 30 年 1 月 28 日現在)

通訳派遣を必要とされている医療従事者、患者・ご家族の皆様は、以下の関連団体に直接お問い合わせ下さい。本リストは通訳派遣以外の目的で利用することを禁止されております。なお、【備考】は各団体の自由記載を掲載しております。リストは随時改訂されますので、最新のものは(社)全国医療通訳者協会のホームページをご確認ください。

<http://national-association-mi.jimdo.com/>

地域 (都道府県)	団体名	連絡先等
北海道	特定非営利活動 法人 エスニコ	【ウェブサイト】 http://www.ngos25.org/ 【電話】 011-211-0105 【E メール】 s25@ngos25.org
北海道	一般財団法人 北海道国際交流 センター	【備考】 言語：中国語、英語、ロシア語など 函館市在住外国人や外国人観光客等が利用できる有料サービスです。 【ウェブサイト】 http://www.hif.or.jp/ 【電話】 0138-22-0770 【派遣依頼】 090-2694-7985 (24 時間対応)
北海道	SEMI (札幌英語 医療通訳グルー プ)	【備考】 言語：英語 【ウェブサイト】 http://semi-sapporo.com 【E メール】 SEMI@sapporo@gmail.com / semisapporo@gmail.com
北海道	札幌中国語医療 通訳グループ	【備考】 言語：中国語 派遣は、札幌市とその周辺の病院・保健センター等 【E メール】 sp.chugokugo.iryotsuyaku@gmail.com
岩手県	奥州市国際交流 協会	【備考】 言語：英語・中国語・韓国語・タガログ語 派遣は岩手県立胆沢病院、奥州市総合水沢病院のみ 【ウェブサイト】 http://oshu-ira.com/ 【電話】 0197-22-6111 【E メール】 yisasupia@catv-mic.ne.jp
宮城県	公益財団法人 宮城県国際化協 会	【備考】 <言語> 英語・中国語・韓国語・インドネシア語・ネパール語・ベトナム語等 22 言語 <費用負担> 原則依頼機関

		【ウェブサイト】 http://mia-miyagi.jp/ 【電話】 022-275-3796 【E メール】 mail@mia-miyagi.jp
茨城県	一般財団法人 つくば市国際交 流協会	【ウェブサイト】 https://www.inter.or.jp/index.htm 【電話】 029-869-7675 【E メール】 info@inter.or.jp
栃木県	公益財団法人 栃木県国際交流 協会	【備考】 相談対応時間：火曜～土曜日 9:00～16:00 【ウェブサイト】 http://tia21.or.jp/ 【E メール】 tia@tia21.or.jp
群馬県	群馬県生活文化 スポーツ部人権 男女・多文化共生 課	【備考】 平成 29 年度は、医療通訳ボランティアの派遣コーディネートを NPO 法人群馬の医療と言語・文化を考える会に委託。 ＜対応言語＞英語、中国語、スペイン語、ポルトガル語等 11 言語 ＜登録者数＞延べ 171 名 ＜協定医療機関＞45 ヶ所（うち県立病院 4 ヶ所） ＜費用負担＞医療機関又は患者 【ウェブサイト】 http://www.pref.gunma.jp/04/c2200161.html 【電話】 027-226-3396 【E メール】 jinkenka@pref.gunma.lg.jp
群馬県	特定非営利活動 法人 群馬の医 療と言語・文化を 考える会	【備考】 言語：英語、フランス語、中国語、ポルトガル語、スペイン語、タ ガログ語、ネパール語、タイ語、インドネシア語など 【ウェブサイト】 http://iryotsu-gunma.com 【電話】 027-289-2440
埼玉県	公益財団法人 埼玉県国際交流 協会	【備考】 派遣は公的機関の依頼によるもののみ。医療通訳有資格者の派遣を 約束するものではありません。 【ウェブサイト】 http://www.sia1.jp/ 【電話】 048-833-2992
神奈川県	特定非営利活動 法人 多言語社 会リソースかな がわ（MIC かな がわ）	【備考】 派遣は、事前に契約を交わした神奈川県内と東京都内神奈川県近隣 地域の医療機関からの依頼による。患者からの依頼は受け付けてい ない。 【ウェブサイト】 http://mickanagawa.web.fc2.com/
新潟県	新潟医療通訳セ ンター	【備考】 新潟地域（新潟市および新潟市近隣市町村）の医療機関に対して医 療通訳者派遣。 【電話】 050-5318-3611 【E メール】 niigatamic.enter@gmail.com

新潟県	特定非営利活動 法人 糸魚川国 際人材サポート 協会	【備考】 言語：英語、中国語、台湾語、タガログ語、韓国語 糸魚川市内のみ派遣。 【電話】 025-555-4135（事務局） 【E メール】 iisa.itoigawa@gmail.com
富山県	公益財団法人 とやま国際セン ター	【ウェブサイト】 http://www.tic-toyama.or.jp/ 【E メール】 tic@tic-toyama.or.jp
岐阜県	公益財団法人 岐阜県国際交流 センター	【備考】 言語：中国語、ポルトガル語、タガログ語 【ウェブサイト】 http://www.gic.or.jp/ 【E メール】 gic@gic.or.jp
静岡県	公益財団法人 静岡県国際交流 協会	【備考】 病院から要望があった場合に、医療通訳者を紹介する。事前に利用 同意書のやりとりが必要。 【ウェブサイト】 http://www.sir.or.jp/ 【電話】 054-202-3411 【E メール】 info@sir.or.jp
愛知県	あいち医療通訳 システム推進協 議会	【ウェブサイト】 http://www.aichi-iryou-tsuyaku-system.com/ 【電話】 050-5814-7263
三重県	公益財団法人 三重県国際交流 財団	【備考】 言語：英語、スペイン語、中国語、フィリピン語、ポルトガル語 医療機関・保健センターからの依頼に対応（個人の方からの依頼は お受けしていません）。 【ウェブサイト】 http://www.mief.or.jp/jp/partner_iryoku.html 【電話】 059-223-5006
三重県	特定非営利活動 法人 伊賀の伝 丸（つたまる）	【備考】 言語：スペイン語、ポルトガル語、中国語など 通訳者が少なく、派遣できない場合もあります。伊賀市とその近隣 市町。 【ウェブサイト】 http://www.tsutamaru.or.jp/ 【電話】 0595-23-0912 【E メール】 info@tsutamaru.or.jp
奈良県	なら多言語医療 通訳サポート （ Nara-MMIS （ナラミス）： Nara Multilingual	【備考】 言語：英語、中国語、スペイン語 ご依頼をいただいても通訳者の都合により手配できない場合もあり ます（特にスペイン語） 【ウェブサイト】 http://www.facebook.com/Nara.MMIS/

	Medical Interpretation Support)	
大阪府	公益財団法人 吹田市国際交流 協会	【備考】 言語：英語・中国語・韓国語 派遣は市立吹田市民病院、済生会吹田病院、済生会千里病院のみ。 【ウェブサイト】 http://suita-sifa.org/ 【電話】 06-6835-1192 【Eメール】 info@suita-sifa.org
兵庫県	特定非営利活動 法人 多言語セ ンターFACIL	【ウェブサイト】 http://tcc117.jp/facil/ 【電話】 078-736-2230 【Eメール】 facil-medical@tcc117.jp
広島県	公益財団法人 ひろしま国際セ ンター	【備考】 2018年度派遣開始に向けて準備中。 【ウェブサイト】 http://hiroshima-ic.or.jp/ 【Eメール】 hic@hiroshima-ic.or.jp
山口県	公益財団法人 山口県国際交流 協会	【備考】 内容によっては派遣できない場合がございます。一度ご相談下さい。 【ウェブサイト】 http://yiea.or.jp/ 【電話】 083-925-7353
福岡県	福岡アジア医療 サポートセンタ ー（福岡県・福岡 市の共同設置）	【備考】 ・医療通訳派遣：平日 9 時～18 時（土日祝休業）英・中・韓対応 ・電話通訳・医療に関する案内：24 時間 365 日 15 言語対応 【ウェブサイト】 https://asian-msc.jp/ 【電話】 092-734-3035
福岡県	公益財団法人 北九州国際交流 協会	【備考】 言語：英語・中国語・韓国語 ※その他の言語は応相談 派遣時間：原則、火曜～土曜日 9：00～17：00 【ウェブサイト】 http://www.kitaq-koryu.jp/ 【電話】 093-643-5931

②結核に係る行政文書や資料のある自治体・機関・報告書

(I)文書・資料等(結核患者関係)																				●＝複数あり ○＝あり	
結核患者	診断・治療開始						治療					治療後 管理健診通 知	紹介状								
	入院勧告	入院延長勧 告	就業制限	公費負担決 定通知書	意見を述べ る機会通知	保健師面談 (初回～退 院前)	療養の手引 き(37条)	治療の手引 き(37条の 2)	服薬手帳 (37条)	服薬手帳 (37条の2)											
日本語	○(中里)	○(中里)	○	○	○	○	○		○	○		○	○	○							
中国語	●(中里) ○(東京) ○(愛知)	●(中里) ○(東京) ○(愛知)	○(愛知)			○(中里)	○(東京)		○(結研)												
北京語									○(東京)												
英語	●(中里) ○(東京) ○(愛知)	●(中里) ○(東京) ○(愛知)	○(愛知)	●(中里)	●(中里)	○(中里)	○(東京)		○(結研) ○(東京)				○(結研)								
タガログ語	○(愛知)						○(東京)		○(結研) ○(東京)												
ベトナム語							○(東京)		○(結研) ○(東京)												
ポルトガル語	○(中里) ○(愛知)	○(中里) ○(愛知)	○(愛知)				○(中里)	○(中里)	○(結研)												
ネパール語							○(東京)		○(結研) ○(東京)												
韓国語	○(東京) ○(愛知)	○(東京) ○(愛知)	○(愛知)			○(中里)	○(東京)		○(結研) ○(東京)												
インドネシア語									○(結研)												
スペイン語	○(中里) ○(愛知)	○(中里) ○(愛知)	○(愛知)				○(中里)	○(中里)	○(結研)												
ロシア語									○(結研)												
ヒンディ語							○(東京)		○(結研) ○(東京)												
ミャンマー語							○(東京)		○(結研) ○(東京)												
モンゴル語									○(結研)												
タイ語									○(結研)												

(II) 文書・資料等(一般、結核接触者、LTBI)													
一般、結核接触者、LTBI				知識・一般				接触者健診					
	パンフレット (費用含)	公費負担説明	公費負担申請書	検査の流れ 説明	胸部X線検査 説明	QFT検査 説明	ツ反説明	健診のお知らせ	LTBI説明	健診勧告	健診結果通知	個人票の問診票	
	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
日本語	○(結研) ○(大阪) ○(愛知)	○(愛知)	○(東京)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京)	○(東京) ○(愛知)	○	○	○
中国語													
英語	○(結研) ○(大阪) ○(愛知)	○(茨城) ○(愛知)	○(東京)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京)	○(東京) ○(愛知)	○(愛知)	○(愛知)	○(愛知)
タガログ語	○(大阪) ○(愛知)	○(茨城) ○(愛知)		○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪)	○(愛知)	○(愛知)	○(愛知)	○(愛知)
ベトナム語	○(大阪)			○(大阪)	○(大阪)	○(大阪)	○(大阪)	○(大阪)	○(大阪)				
ポルトガル語	○(大阪) ○(愛知)	○(茨城) ○(愛知)		○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪)	○(愛知)	○(愛知)	○(愛知)	○(愛知)
ネパール語	○(結研) ○(大阪)			○(大阪)	○(大阪)	○(大阪)	○(大阪)	○(大阪)	○(大阪) ○(東京)				
韓国語	○(結研) ○(大阪) ○(愛知)	○(茨城) ○(愛知)	○(東京)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(東京)	○(東京) ○(愛知)	○(愛知)	○(愛知)	○(愛知)
インドネシア語	○(大阪)			○(大阪)	○(大阪)	○(大阪)	○(大阪)	○(大阪)	○(大阪) ○(東京)				
スペイン語	○(結研) ○(大阪) ○(愛知)	○(茨城) ○(愛知)		○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪) ○(愛知)	○(大阪)	○(愛知)	○(愛知)	○(愛知)	○(愛知)
ロシア語	○(結研)												
ヒンディー語	○(結研)												
ミャンマー語	○(結研)												
モンゴル語													
タイ語	○(結研) ○(大阪)			○(大阪) ○(東京)	○(大阪) ○(東京)	○(大阪) ○(東京)	○(大阪) ○(東京)	○(大阪)	○(大阪) ○(東京)				

(中里) = H28 年度地域保健総合推進事業「新興再興感染症等健康危機管理推進事業班」報告書

(結研) = 結核研究所ウェブサイト

B) 地域保健現場におけるプロジェクト・サイクル・マネージメント (PCM) 手法活用の可能性 WG

(1) 取り組み報告

WG メンバー 剣 (リーダー)、西村、村上、長谷川

I. 目的

開発援助プロジェクトの計画・実施・評価という一連のサイクルを「プロジェクト・デザイン・マトリックス (以下、PDM)」と呼ばれるプロジェクト概要表を用いて効果的・効率的な運営管理を目指すプロジェクト・サイクル・マネージメント (以下、PCM) 手法は、JICA プロジェクトを始めとした日本の国際開発援助領域で、各技術協力案件の事前調査や評価調査に広く活用されている。グローバルヘルス領域でも同様であり、有効性が認められているこの PCM 手法について、日本の地域保健領域への応用を検討することが、本研究の目的である。

II. 方法

1. 文献調査により PCM 手法を含む課題分析の手法を比較し、PCM 手法の特徴・利点・欠点を整理。参考にした文献は以下の通り。

- 財団法人国際開発高等教育機構. PCM 手法の理論と活用. PCM 読本編集委員会編、東京：財団法人国際開発高等教育機構. 2001

- 清水研. 開発援助における PCM 手法の問題点 PCM 手法の限界と動的問題分析による補完. 国際 P2M 学会研究発表大会予稿集 2006；春季：220－229.

- 開発教育・国際理解協力ハンドブック. 2 章開発教育の進め方 1 節開発教育の実践 PCM 手法

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/edu/kyouzai/handbook/html/h20104_2.html

(2018 年 1 月 19 日アクセス可能)

- 渡辺純一. 国際協力でのプロジェクト・マネージメントプロセスとは一. 国際地域学研究. 2010；第 13 号：157-169

- 小島光洋. 「PCM」の使い方. 保健婦雑誌. 2003；Vol.39 No.11: 1035-1039

- 小島光洋、稲葉洋恵、島谷富美子. PCM 手法でニーズを考える. 保健婦雑誌. 1999；Vo.55 No.10:815-822

2. 現時点での公衆衛生行政での PCM 手法活用事例を収集

インターネット検索により、PCM 手法活用の事例を収集した。また PCM 手法活用経験のある沖縄県に勤務する国吉秀樹医師 (平成 30 年 3 月 1 日現在八重山保健所) にメール及び電話にてヒアリングを行った。国吉医師には、PCM 手法を活用した事業計画に関わったことのある一関係者としてのご意見を頂いた。ヒアリング内容は、

- 健やか親子おきなわ 2010 計画での PCM 手法活用について

- 「健やか親子おきなわ 2010」以外でも、沖縄県で PCM 手法を活用した事業について

て

●日本（沖縄県）の地域保健行政の事業に PCM 手法を使って、良かった点について

●日本（沖縄県）の地域保健行政の事業に PCM 手法を使って、良くなかった点、困難だった点について

●PCM 手法を活用するに際しての地域保健行政に関わる人々（県庁職員、保健所職員など）の反応について

●沖縄県における現在及び将来の PCM 活用について
についてである。

3. 日本の地域保健行政現場における事業計画・評価に関して、SWOT 分析を実施。PCM 手法の日本の地域保健行政現場での活用の可能性について検討。
4. 保健行政現場で働く職員を対象に PCM 手法研修を行い、研修後に参加者に対して、現在現場で抱えている事業計画・運営・評価に関する問題点や、PCM 手法活用の可能性について、アンケート調査を実施。

III. 結果

1. PCM 手法を含む課題分析の手法の比較、PCM 手法の特徴・利点・欠点

資料 1 に、課題分析手法の比較結果を示す。発想・課題分析・意思決定・計画実行・調査の 5 点について、PCM 手法はすべての場面で使用可能であることが示唆された。同様にこの 5 点に関してすべての場面で使用可能な方法は、コミュニティ・アズ・パートナーモデル、プロシード・プリシードモデルもあるが、班会議では、これら二つの手法に比べて、PCM 手法は簡便であるとの意見が多かった。このように、PCM 手法は他課題分析手法に比し、多くの場面で使用可能であり、簡便であるという点で優れていると言える。

また、PCM 手法の特徴・利点及び留意点としては、文献上では以下のようなことが書かれていた。

<PCM 手法の特徴・利点>

- 参加型：ニーズに応じたプロジェクト立案ができる。参加者間のコミュニケーション・情報共有・議論・合意形成の促進、プロジェクトの進捗や達成状況を共有化するツールとして優れている。関係者間、被援助者と援助者間でコミュニケーションが容易になり、調整に役立つ。
- 一貫性：目標や成果などを計画時に明確に設定するため、的確で効率の良いプロジェクト運営管理ができる。記録が標準化した形で残されるので、経験の蓄積となる。
- 視覚的：全体がつかめる。
- 問題から考える：比較的単純な論理に基づいているため理解しやすい。
- ボトムアップ

<PCM 手法の留意点>

- PDM は変更することがある。実施途中での変更等柔軟な対応が必要。

- PDM に選択されなかった範囲の要因が考慮されない。
- ワークショップ参加者の背景に左右される。
- 複雑な問題への対応は難しい。他の手法等の相互補完が必要。
- 問題がない状況、目的が不明瞭な状況では使えない。

2. 現時点での公衆衛生行政での PCM 手法活用事例について

インターネット上で検索しえた日本の行政が関係した PCM 手法活用例をいくつか下記に提示する。保健衛生分野（1～6）の他に、土木分野（7）でも事業計画策定に関して、PCM 手法が用いられている事例が認められた。保健衛生分野では、衛生分野(1)、精神保健分野(2)と母子保健分野（3～6）での事例があった。精神保健分野での事例(2)は研究分野での活用で、1 と 3～6 は、いずれも実際の事業計画策定に活用された事例であった。1～4、7 は行政とその他の関係者たちが参加者となっていたが、5,6 の事例では住民も参加してのワークショップが開催されていた。

① 愛知県における IPM（統合的ペストマネジメント）普及への取り組み

「統合的ペストマネジメントが普及しない」を中心問題として、保健所や本庁の監視員、業界団体の代表で PCM 手法により問題を分析した。その結果をもとに、解決策を考え、実行した（パンフレットやポスターの作成⇒実際に作成、キャラクターの作成⇒実際に作成、標準的な作業計画書・報告書の作成⇒収集した資料上では今後作成予定、リスクコミュニケーションを踏まえた推進協議会の発足⇒実際に開催 などの解決案が出された）。

（厚生労働省．平成 23 年度生活衛生関係技術担当者研修会

http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/seikatsu-eisei/gijutukensyuukai/dl/h23_4.pdf#search=%27PCM+%E4%BF%9D%E5%81%A5%E6%89%80%27

2018 年 1 月 19 日アクセス可能)

② 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業） 自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 PCM 手法を用いた自殺対策ワークショップの実施報告

行政（保健所）、研究者、病院勤務医、NPO などで PCM 手法を用いた自殺対策ワークショップを実施。「自殺が多い」を中心問題として分析し、最終的には、「希死念慮対策」「社会基盤整備」の 2 つのプロジェクトを PDM として作成。様々な立場の知見を集約してまとめる場となり、自殺対策におけるネットワーク構築といった点で役立った。⇒その後プロジェクトが実行されたかどうかは、報告書からは不明。

（平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」総括・分担研究報告書．＜研究協力報告書＞2）PCM 手法を用いた自殺対策ワークショップの実施報告（竹島正）

<http://ikiru.ncnp.go.jp/report/ueda18/ueda18-8.pdf#search=%27PCM%E6%89%8B%E6%B3%95+%E4%BF%9D%E5%81%A5%E6%89%80%27> 2018 年 1 月 19 日アクセス可能)

③ 健やか親子おきなわ 2010 計画

「健やか親子おきなわ 2010 計画」を策定するに当たり、4 つの分野における策定専門部会を設置し、分野ごとに PCM 手法を用いて問題を分析し、PDM を作成して計画を策定した。委員は、保健分野はもとより、医療、児童福祉、教育、また母子保健推進員など NPO から広く参加を求めた。

専門部会を設定した 4 つの分野は以下の通り。

(ア) 思春期の母性、父性の育成と人権尊重に関する思春期保健の強化

(イ) 妊娠、出産に安心して臨める周産期保健医療体制の整備

(ウ) 母親の育児不安、ストレス、児童虐待の解消と子どもの心の安らかな成長の促進

(エ) 生まれた子が元気にたくましく育つための環境整備

(健やか親子おきなわ 2010 <http://www.pref.okinawa.jp/kenzou/sukoyaka/pdf.htm> 2018 年 1 月 19 日アクセス可能)

④ 青森県木造町における母子保健事業評価（平成 13 年度）保健婦雑誌 Vol.59 No.11 2003 年 11 月 1034-1039

子どもの食生活に関する内容。幼児健診受診者の母親から出された食生活相談表を基礎資料として、町の保健師・栄養士で PCM 手法を適用。栄養士からの視点と、母親からの視点と 2 方向で問題を抽出し、母子保健活動（野菜摂取の動機づけ）を「野菜の必要性の知識普及」を行うことよりも、「料理をする楽しさを伝える」の中で行うことがふさわしいものと考えられるようになった。

⑤ 神奈川県城山町における母子歯科保健事業策定（平成元年）保健婦雑誌 Vol.55 No.10 1999 年 10 月 815-822

これまでの歯科保健事業を実施するだけでは手詰まりな状況の打開のため、視点を変えた新たな方法で住民と健康問題の共有をしたいと PCM 手法に着目。乳幼児のいる母親、歯科医師、保健婦のメンバーで PCM 手法を実施。母親と専門職でのイメージや考え方・視点の違いなどが明確になった⇒ニーズを把握するという意味で有意義であった。また歯科保健の分野を超えて、遊びの支援や健診時の託児といった、他の部分へも計画が普及した。キーワード「地区診断と保健計画への住民参加」。

⑥ 宮城県栗原保健所管内(若柳町)における母子保健計画（平成 9 年、10 年）保健婦雑誌 Vol.54 No.12 1998 年 11 月 1014-1023

母子保健計画策定に当たり、専門職、母子福祉に関わる職員、保育所・幼稚園の先生、

小中高校の養護教諭、子育てサークル担当職員と指導者、住民代表として PTA 役員、伝統芸能指導者によるワーキンググループを結成し、第 1 回目のワーキングで問題点を整理。その後、保健所スタッフで問題分析・目的分析を行い、第 2 回目のワーキングでメンバーに提示し、意見を出してもらった。その後、ワーキンググループで出た意見と、住民の思っていることの間にずれがないかどうかの確認のために、乳幼児を持つ母親 350 人にアンケートを行った。これらを元にして、計画を策定した。

⑦ 香川県大内白鳥バイパス計画への PCM ワークショップの導入（平成 12 年） 土木計画学研究・論文集 Vol.18 No.1 2001 年 9 月

行政関係と、地元の検討会メンバー、大学研究者等でバイパス計画について PCM ワークショップを実施。関係者分析ののち、「住民の意見が反映されていない」を中心問題として問題分析⇒目的分析が実施され、5 つのプロジェクトが選出された。こののち、公共事業でのパブリックインバルブメントを進める上の PCM 手法の導入可能性について検討会がもたれた。住民の参加が限られており、行政主導の分析となったこと等が課題として挙げられた。

さらに、沖縄県で PCM 手法を活用した健やか親子おきなわ 2010 計画について、当時事業計画策定に関わった一関係者（国吉医師）にヒアリングを行った。

1. 健やか親子おきなわ 2010 計画での PCM 手法活用について

➤ PCM 手法を使うことになった理由・経緯

・理由として、母子保健計画を策定する際、21 世紀的に取り組むべき問題の範囲が広がり、関係者も増え、様々な分野の関係者からいろいろな意見を聞きたかったということが挙げられる。また、当時は計画策定における様々な手法の有効性や手法を用いる可能性について検討されており、いろいろな手法を集めた研究がさかんに行われていた。PCM 手法もその一つであり、活用している人は多くはなかったが、回答者が PCM 手法活用の経験があり、相談に乗っていた。

➤ 県の事業に新たに PCM 手法を用いるにあたって、苦労したことなど

・上層部に当たるのは課長級の職員で、策定段階全体を説明するなかで、手法選択についての理解を得ることはできた。

・住民や関係者（保健所職員、臨床心理士、ボランティア、医師等母子保健に関わる人たち）の参加型の計画であったため、その人たちに対する研修が必要であり、研修の講師を迎えるにあたって費用が必要だった。

・4 つの部会を設置し、夜に部会を開催しており、その部会とのやりとりや様々な意見を整理することにおいて PCM 手法は有効ではあったが、時間がかかったことが大変だった。

➤ **PCM ワークショップについて**

① 講師について

- ・部会毎のワークショップは回答者が講師を担当した。
- (・全体に対する PCM そのものの講習会は兵井伸行先生が担当された)

② ワークショップにかけた時間について

- ・1回あたり 2～3 時間のワークショップを、それぞれ 3～4 回開催した。

③事業のどの段階で PCM 手法を活用したのか。PDM の使われ方などについて

- ・PCM 手法は計画/立案の段階で活用した。
- ・ワークショップですべてを仕上げていたわけではなく、最低でも目的分析まで（もしくは PDM 作成まで）を行い、その後もう一人の医師と、部会でのやりとりを確認・整理しながらまとめる形で進めていった。
- ・活動計画を示す際、PDM を使って説明した。一目でその内容を共有できるため、のちの説明会や資料でも使われていた。
- ・モニタリングや評価の前提としての PDM の時点修正が難しく、その後の作業に入れなかった。

2. 「健やか親子おきなわ 2010」以外でも、沖縄県で PCM 手法を活用した事業について

➤ その他の活用事例について

- ・平良市「健康ひらら 21」
- ・上野村「上野村障害者福祉計画」
- ・沖縄県宮古地区で策定された広域障害者福祉計画

※上野村障害者福祉計画は、3 ヶ月以上にわたって 4 回ほど、住民参加型のワークショップを行った（すべて回答者が参加した）。

➤ 県が実施した PCM 手法と、市町村での PCM 手法活用との違い・特徴

- ・住民と直接ワークショップを行うか、という違いがある。
- ・目的分析は問題分析で示された分しか分析できないが、関係者であれば中心目的に沿って今なされていることを、手段として加えることができる。もちろん、住民の目で気づくこともありそれも大事だが、計画策定は漏れがないことも大事である。
- ・県の政策として、プロジェクトの選択はせずアプローチは全部採用し、全体を示して計画をたてた。一方で行動計画表については市町村や関係団体等、取り組み主体のレベルで行った。

➤ 市町村で PCM 手法を使った事業へ県や保健所はどう関わったのかなど

・市町村計画策定を宮古保健所が支援した際、回答者がアドバイザーとして関わった。
3. 日本（沖縄県）の地域保健行政の事業に PCM 手法を使って、良かった点について
・問題となっていることが PDM まで仕上げるとよくわかり、様々な問題の整理に役立つ ・住民や関係者が参加できる。 ・関係者等と現状認識が共有でき、あるプロジェクトについて、PDM と活動計画表を用いて説明がしやすい。
4. 日本（沖縄県）の地域保健行政の事業に PCM 手法を使って、良くなかった点、困難だった点について
・時間がかかる。 ・問題分析を進めるうえで、中心問題のレベルをどう考えるかが難しい。包括的すぎても部分的すぎても当てはまりが悪いので経験を重ねないと検討が難しい。 ・目的分析の際、たとえば直接手段等について、レベルが違う話を同じ水準に合わせるものが難しい。 ・一度 PCM 手法について指導しても、その後指導者なしでワークショップの運営や準備、まとめ（水準を合わせることも含める。）等を行うことは経験がないと難しい。
5. PCM 手法を活用するに際しての地域保健行政に関わる人々（県庁職員、保健所職員など）の反応について
・嫌だという人や反対する人はいなかった。 ・ただし、全参加型ではなく、ワークショップを夜開催していたこともあり、参加者も来たり来なかったりではあった。 ※報告書にする段階で目的分析や PDM 等を簡明な表現にすることもあった。
6. 沖縄県における現在及び将来の PCM 活用について
・現在は使っていない。 ・以前は手法を広めることが流行していたが、今は以前のようにどの手法を使う、ということあまり言わなくなった。 ・PCM 手法自体、合う人合わない人がいる ※PCM が抵抗なく広く普及しなかった理由として考えられること →母子保健計画策定において、多くの計画策定手法が広がったが、問題点や課題が全体的に明確に表現しにくい母子保健の分野に対して、論理性や一貫性に優れている PCM 手法はむかなかったのではないかと、また、市町村障害者計画のように問題が多く明確な分野には PCM 手法は向いていると考える。

3. 保健所による保健福祉事業で成果を出すためのSWOT分析とPCM手法の日本の地域保健行政現場での活用の可能性についての検討

	強み	弱み
内部要因	✓ 多職種の集まり ✓ 事業を行うための予算や仕組みがある程度確保されている ✓ 市町村とのつながりがある ✓ 地域資源とのつながりがある	✓ 「例年通り」が慣例化して、問題が不明確になっている ✓ ある程度やることが決まっている分、実際の問題から離れてしまうところがある。 ✓ PDCA をきちんと実行できる人が少ない。研修も行われていない ✓ 異動があり、人が変わると事業に対する熱意も変わるところがある。引き継ぎがうまくいかない、十分ではないところがある ✓ 新たなこと、独自のことに組みにくい風土（前年踏襲、経験に基づくだけ、ただ本庁からの指示に従うなど） ✓ 現場からの提案をするにあたり、保健所-本庁間のコミュニケーションが不足している。 ✓ 保健所⇒本庁を説得させるだけの能力が不足。
	機会	脅威
外部要因	✓ 地域包括ケアシステム構築や災害時健康危機管理対応など、課部局を横断する課題への対応が求められている。 ✓ 地域保健法の指針で、自助・互助を促す取り組みが求められている。	✓ 予算が減らされている（研修予算含め） ✓ 人が減らされている。しかしやることは増えているか、変わっていない⇒忙しい ✓ 市町村とのつながりの希薄化（業務の分担による） ✓ 委託事業による市町村対象の研修開催やアドバイザー派遣が増えている。

上記 SWOT 分析結果と、PCM 手法の利点・留意点から考えると、「PDCA をきちんと実行できる人が少ない。研修も行われていない」「ある程度やることが決まっている分、実際の問題から離れてしまうところがある」「異動があり、人が変わると事業に対する熱意も変わるところがある。引き継ぎがうまくいかない、十分ではないところがある」「現場からの提案をするにあたり、保健所-本庁間のコミュニケーションが不足している」といった保健所内部の「弱み」を、

- 研修方法が確立されている
- 問題から考える手法である
- 事業化までのプロセスや事業計画を視覚的に示すことができる

という PCM 手法を用いることで、カバーできる可能性がある。また元々多職種の集まりであり、地域資源とのつながりもある保健所では、的確な人が集まって「参加型」の手法を効果的に運営でき、より現場のニーズに合った事業を計画することができる可能性もある。

4. 日本の地域保健行政現場で働く職員を対象とした PCM 手法研修結果

平成 29 年 9 月に熊本県御船保健所、平成 30 年 1 月に長崎県五島保健所で PCM 手法研修を実施した。講師はグローバルヘルス領域で PCM 手法を用いた経験が豊富で、ファシリテーター資格もある国立国際医療研究センター国際医療協力局仲佐保医師に依頼し、7 時間の研修時間内で関係者分析、問題分析、目的分析を行い、プロジェクト選択と PDM の作成まで至った。(資料 2 研修の様子)

① 熊本県での研修

県保健所、県福祉事務所、県庁健康福祉部、食肉衛生検査所等で働く医師、保健師、管理栄養士、検査技師、薬剤師、獣医師、ケースワーカー（事務職）等に広く参加希望を募り、また扱うテーマについても希望をとった。テーマの希望は（複数希望可）精神保健関連 5 名、災害保健医療関連 5 名、感染症関連 4 名、結核関連 3 名、在宅医療・地域包括関連 3 名、歯科保健関連 1 名、糖尿病・生活習慣病関連 1 名、動物愛護関連 1 名、子どもの貧困関連 2 名であった。多職種が集まること、皆が熊本地震を経験し災害対応には関心を持っていることより、熊本での研修のテーマは「災害時の公衆衛生対応について」とした。参加者は総勢 18 名（研究班医師二人を含む）で、3 グループに分かれて研修を実施した。どのグループも、避難所の状況・運営、保健所の機能、医療や要支援者等に関する問題を呈示しており、（グループ 1）避難所の状況を把握するための情報管理に関すること（グループ 2）保健所の機能（保健所職員の役割）に関すること（グループ 3）避難所での感染症対策に関することをプロジェクトとして選択し、計画を立てた。別添資料に各班の関係者分析結果（資料 3）、問題分析結果（資料 4～6）、目的分析結果（資料 7～9）、プロジェクトの選択検討結果（資料 10）、PDM（資料 11）を示す。

② 長崎県での研修

現在、五島保健所が実際に取り組んでいる活動の中から、研修テーマを管内の二次離島の町である奈留町を想定して「住み慣れた地域で最後まですごせるための問題点・課題」とし、五島保健所管内県保健所・市保健センター職員の保健師・管理栄養士総数 13 名での参加を得た。グループ 1 では、「安心して高齢者が一人暮らしができない」「自宅での看取りの体制ができていない」、グループ 2 では「高齢者が一人での生活が困難」「認知症患者が早期に島から転出する」「独居や高齢者のみの世帯が多く、緊急時の対応が困難である」ことなどが、上位の問題として挙げられ、それぞれ樹形図が作成された。グループ 1 は「自宅での看取りの体制を整える」、グループ 2 は「奈留の高齢者が介護サービスを十分に受けられる」ことをプロジェクト目的とするプロジェクトを選択し、計画を立てた。別添資料に各班の関係者分析結果（資料 12）、問題分析結果（資料 13、14）、目的分析結果（資料 15、16）、プロジェクトの選択検討結果（資料 17）、PDM（資料 18）を示す。

③ 熊本・長崎両県の研修後アンケート結果（資料 19、20）

受講動機について、「自分の業務に役立ちそうだったから」を選択した者が、熊本県 15 名（83.3%）、長崎 10 名（76.9%）ともに最も多かった。また熊本では 5 名（27.8%）、長崎では 4 名（30.8%）が、「事業の立案/計画・実施・評価で困っていることがあったから」を選択しており、具体的に困っていることとして、自由記述欄には「既存の事業・要領からどう地域の特性に合ったものをするか」「決められた日にち、時間、費用等の中で、最も効果が得られるようにするにはどうすればよいか」「今ある問題を解決するのに効果的な計画を作成できていないように感じている」「地域の関係者と合同で作業するときに議論がまとまらないことがよくある」「事業を実施するうえで、まず何から取り組めばよいのかわからないときがよくある」「とにかく既存の事業をすることに追われている」「管轄地区内の健康課題の把握ができていない」といったことが挙げられていた。その他、具体的な受講動機としては「実施することが目的になってしまっていることが多かったため、計画・実施・評価ができるよう手法を学びたかった」「職場の意思決定プロセスに不満を感じており、何らかのヒントが欲しかった」「問題整理し、目的を決定する手法に興味を持つとともに、今後活用できたらと思い参加を希望」「『例年通り』に仕事をしている。自分で課題を把握し、それからどうアクションを起こして良いかわからなかったため」「実際に業務を進めるうえで、どのような手順で計画すればよいかわからなかったので」「住民と共に検討していることに妥当性があるのか、優先度は何か、不明確なため」「住民からの意見を引き出し施策に活かせる手法について知りたかった」といったことが挙げられていた。

熊本県 17 人（94%）、長崎県 13 人（100%）が、PCM 手法研修について「興味深かった」「まあまあ興味深かった」と回答しており、自由記述欄には「参加型であること・いろいろな視点から考えること・関係者で共有すること（両県で 7 名）」「問題から始まる考え方や問題分析から目的分析の流れに関すること（両県で 13 名）」「視覚化すること、全体像をみること（両県で 6 名）」と言った点に興味を持ったということ書かれていた。

熊本県 13 人 (72%)、長崎県 8 人 (62%) が「普段の業務で PCM 手法の活用が可能」と回答しており、活用に必要なこととして「研修(熊本県 14 名、77.8%、長崎県 10 人、77.9%)」、「上司の理解 (熊本県 12 人、66.7%、長崎県 3 名、23.1%)」を選んだ者が多く、その他として、「時間」「考え方の理解」「実践」「皆で事業を考えていくような雰囲気」などが挙げられていた。具体的な活用案としては、「課/班内ミーティング」「研修」「実際の事業」「地域診断」「様々な会議」などが挙げられた。

IV. 考察

行政の事業展開において、計画の立案、実行、評価が重要であることは認識されており、そのために「PDCA サイクルをまわす」ことが以前より強調されている。しかし、PDCA サイクルを「どう回すか」についての研修等を受けたことのある行政職員は決して多くはなく、地域保健の現場においては、上位計画に則り「例年通り」の事業を進めがちで、問題や目的が的確でない状況になることが起こりうる。今回、日本の地域保健現場で働く行政職員に回答してもらったアンケートでも、少なからず迷いや困難を感じながら、事業運営に従事している様子が伺えた。一方で、日本が海外の途上国を支援する国際開発領域では、問題から考える手法である PCM 手法が広く用いられており、国際開発事業に従事する者は派遣前に研修を受け、常に「今ある問題はどのように起こっているのか」「その問題を解決するためには何をすればいいのか」「評価はどのようにして行うか」を念頭に置きながらプロジェクト運営に関わっている。国際開発事業に関わる者は PCM 手法や PDM を知っているのも、新たな人材がプロジェクトに関わることになっても、PDM を共通言語としてスムーズにプロジェクトを継続することができる。この、既に研修方法や手法が確立しており、国内にファシリテーターと成り得る人材が存在する PCM 手法を日本の地域保健現場で用いることで、今以上に地域の課題とその原因を詳細に分析でき、目的を明確化することができるのではないかと考えた。また、長崎県五島保健所でのアンケートでは、「住民の意見を引き出すこと」や「住民とともにできる手法」を模索している様子が伺えたが、PCM 手法は「参加型」の手法であり、住民を含む関係者で問題を分析することが可能である。そもそも、保健所の「多職種が所属し、地域資源とのつながりがある」という特性は、的確な人員構成で「参加型」の手法を効果的に運営する素地があり、PCM 手法の活用でより現場のニーズに合った事業計画、関係者間の目的・目標を共有した事業遂行が期待できるのではないだろうか。また、事業化までのプロセスや事業計画を視覚的に示すため、職場内で視覚的に共有するコミュニケーションツールになり、特に行政の場で欠かすことのできない上司や上位組織への説明、後任への引き継ぎに役立つと思われる。文献調査上でも、既に行政現場で活用されて実際の事業実施や住民参加での事業計画などにつながっている事例もあり、特に沖縄県では県及び市町村での事業計画で複数 PCM 手法を用いた経験があった。事業に関わった一担当者の意見として、住民や関係者が参加でき、PDM にすることで様々な問題の整理に役立ち、関係者等と現状認識が共有できたといった PCM 手法の利点

が挙げられていた。今回の研修でも、参加者行政職員全員が PCM 手法に興味を持つなど、地域保健現場での活用の可能性は十分にあると感じた。しかし沖縄県の経験からは時間がかかったことや、指導者なしでワークショップの運営や準備、まとめ等を継続して行うことの難しさがあったこと、分野により PCM 手法を使用するのに向いている題材と不向きの題材があるということ、そして今回実施した PCM 研修後のアンケート結果からは、実際に行うにはもっと研修が必要ということ、実際に活用するには時間が足りないと言った、PCM 手法を活用する場合に考えられる困難についての意見も出されていた。さらに、活用においては上司の理解が必要との意見もあり、新たな手法を柔軟に取り入れることができる職場環境づくりも必要であると考えられた。また、PCM 手法には、PDM に選択されなかった範囲の要因が考慮されないという留意点がある。これらのことから、日本の地域保健現場への活用においては、例えば保健所事業全体、すなわちプログラム型の立案・評価ではなく、より期間と分野を絞ったプロジェクト型事業の立案・評価に応用させやすいと考える。

PCM 手法を用いたプロジェクト/事業運営に関しては、グローバルヘルス領域でこれまで蓄積されてきた経験が既にあり、それを広められる人材も存在する。新たな手法を開発したり導入したりしなくても、日本の地域保健現場で使いやすいようにアレンジされた PCM 手法を活用することで、現在運営されている事業をより効果的にすることができるのではないだろうか。また感染症領域など、グローバルヘルスと国内の地域保健と明確に分断することのできない分野での、国内外に渡る事象を取り扱う際にも、グローバルヘルス/国内の地域保健両分野の人材間で、PDM は共通言語となりうるだろう。また、実際の事業運営に使うこと以外にも、「プロジェクト（事業）とは？」「地域を診る」ことを学ぶための一つの研修として、地域保健分野の人材育成（例えば、社会医学専門医研修の内容に入れるなどして）にも役立つと思う。利用可能今後地域保健分野に従事する人材に PCM 手法に精通する人材が増えることで、もっと研修が必要という PCM 手法導入に当たっての困難も克服可能ではないだろうか。

【今後の展開】

日本の地域保健の現場でも PCM 手法や PDM を使うことによって事業運営がより効果的になる可能性があることを紹介していきたい。また実際の事業運営に活用できないとしても、地域保健分野に従事する人々に研修を行うことで、能力強化につながることも考えられ、行政では多くの研修が行われているので、グローバルヘルス人材を活用した研修の実施などもできればと思う（社会医学専門医研修への提言・紹介など）。

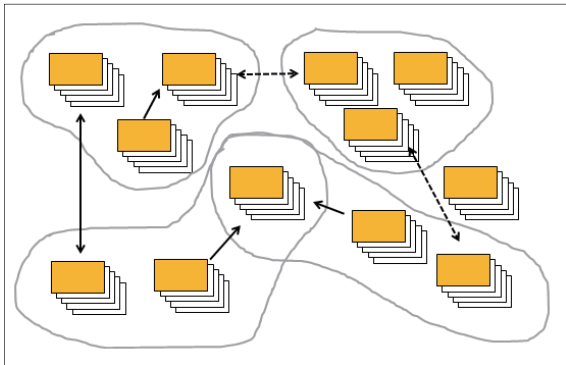
資料1. 課題分析とプロジェクトマネジメント手法

1. ブレインストーミング

米国の Alex Faickney Osborn が 1953 年に発行した著書のなかで提示した集団発想法で、メンバーの自由な発言・発想からアイデアを引き出していく。4原則として、①アイデアの質よりも様々な角度からのアイデアの量を重視する、②人の意見に対して判断・批判をしない、③粗いアイデアを歓迎する、④アイデアを結合させて改善していく、があげられる。アイデアが出尽くしたら、表現が明確でないものは確かめて書き直すなどして、グループに整理する（以下、KJ 法等につなげる）。

(Alex Faickney Osborn, Applied Imagination, 1953)

2. KJ 法



日本の文化人類学者である川喜田二郎が 1960 年代に考案した情報の整理方法。問題やアイデアをカードやポストイット等に個々に記載し、グループ毎にまとめて図解していく。共同での作業の場で多く用いられ、フィールドワークで多くの情報を集めた後や、他手法で様々なアイデア出しを行った後に活用できる。4段階あり、①カードの作成、②似通ったカードを用いたグループ編成と表札づくり（グループにならないものもある）、③図解化、④文章化と進められる。

(川喜田二郎、発想法—創造性開発のために、中公新書、1967 年)

3. マインドマップ



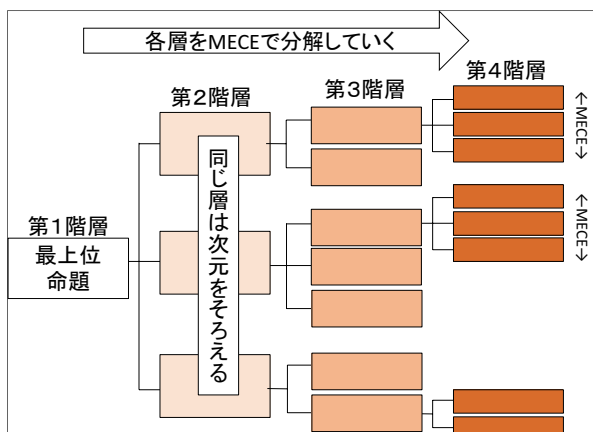
英国の脳科学者 Tony Buzan が 1970 年代に提示した、脳内での思考を、図解により見える化をして発想を促すツール。表現したい概念の核となるキーワードや図を中央に記載し、放射状にキーワードをつなげ、Imagination（発想）と Association（系統化）を繰り返しながら展開していく。発想をキーワードで記述することで思考のスピードに追い付くことができ、キーワードを関係線でつなげることで文章化を補い、同時に次の発想が刺激される。

(<https://imindmap.com/how-to-mind-map>)

(Tony Buzan, How to Mind Map: The Ultimate Thinking Tool That Will Change Your Life, 2002)

(トニー・ブザン、新版 ザ・マインドマップ、ダイヤモンド社)

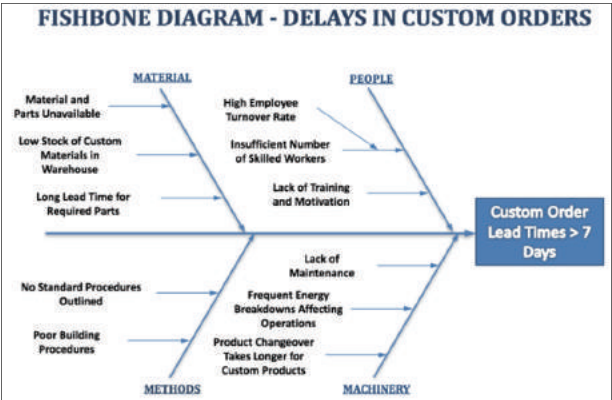
4. ロジックツリーと MECE



米国の McKinsey 社や The Boston Consulting Group などの企業戦略コンサルタントが活用している。"Mutually Exclusive Collectively Exhaustive : MECE（互いにダブリがなく全体としてモレがないこと）”の考え方に基づき、課題を階層状（ツリー状）に分解して論理を展開する。解決策に迫っていく手法。物事の全体像が把握でき、深層の原因を探り、具体的な解決策を提示することができる。また、要素間の関係が図解で明らかになる。作成時、各階層間で次元がそろっていること、ダブリやモレがないことの適宜確認が重要である。

(ロジカルシンキング研修.com <http://www.ltkensyu.com/logicalthinking/1-4/4-1.html>)

5. フィッシュボーンダイアグラム（特性要因図）



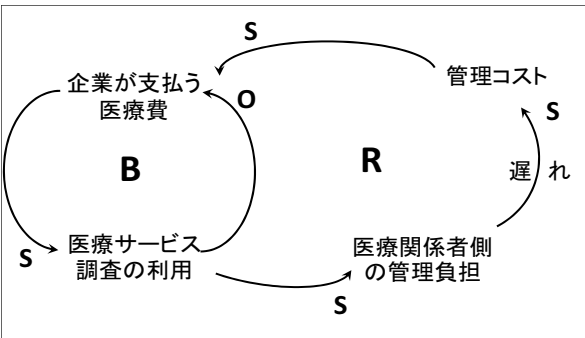
日本の化学工学者の石川馨が 1950 年代に考案した、特性 (effect) と要因 (factor) の関係を系統的に線で結んで、魚の骨状 (樹状) に示した図。特性 (effect) とは、管理の成績・成果として得るべき指標または既に発生したトラブルである。要因 (factor) とは特性に影響する管理事項 (人・機械・材料・方法・測定・環境、など) であり、その中で原因 (cause) とは、適切な管理を欠いたためにトラブルを引き起こした要因を指す。

(Tom Mochal, Use a Fishbone Diagram to help attack complex problems,

The Tech Republic CIO50, 2012)

(Problem Solving By Fishbone Diagram, <http://www.innovativeprojectguide.com/problem-solving/11/95-problem-solving-by-fishbone-diagram.html>)

6. システムシンキング

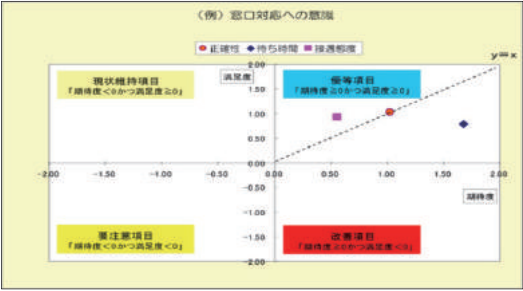


事象の全体を 1 つのシステムとしてとらえると、相互に関連するシステムやその要素で出来上がっているため、直線的な原因と結果の関係では説明しきれない場合がある。システムシンキングでは因果ループ図を用いて循環構造を明らかにし、全体の最適化を考える。S(Same)は同一方向の因果関係、O(Opposite)は逆方向の因果関係、B はバランスゼロのプロセス、R は拡張のプロセスを示す。ロジックツリーや PCM 手法の弱点を補う考え方でもある。

(関谷武司他、グローバル人材に贈るプロジェクトマネジメント、関西学院大学出版会)

(ダニエル・キム他、宮川雅明訳、システム・シンキングトレーニングブック)

7. ポートフォリオ分析



事業、活動の優先順位を決める手法の一つ。2 つの指標を選出し、それぞれ交差する軸上に設置する。エリアを 4 区分し、要素を配置していくことで優先順位を判断する。左の例では、満足度と期待度を指標としており、期待度が高いが満足度が低い活動を改善の優先順位が高いと判断した。他に重要度と緊急度、ニーズとコスト、など様々な指標が考えうるが、それら指標の選出が成否を決定するため、重要となる。

(新潟市 お客さま満足度調査 水道アンケート調査、<https://www.city.niigata.lg.jp>)

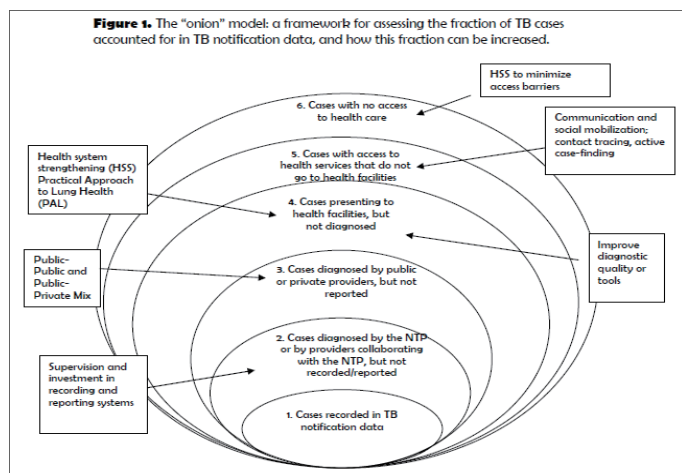
8. SWOT 分析



1960 年代から 70 年代にかけて、米国スタンフォード大学の Albert Humphrey により構築され、企業やプロジェクトの内部環境と外部環境を、強み (Strengths)、弱み (Weaknesses)、機会 (Opportunities)、脅威 (Threats) の 4 つのカテゴリーで要因分析する。立案方法ではなく、プロジェクト実施中の状況分析に使用されるのが一般的である。

(SWOT 分析、戦略源、<https://strategy.dyzo.consulting/terms/swot%E5%88%86%E6%9E%90>)

9. オニオンモデル

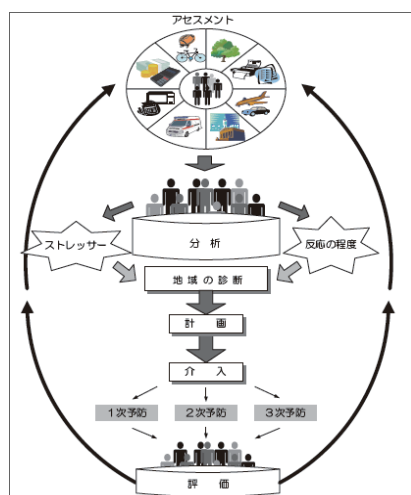


いくつかの概念間の拡大または拡張関係を説明するためのダイアグラムテンプレートで、玉ねぎの断面の層のようになっているためこの名がある。一つ外側の層との間の Gap を課題として把握する際に有効である。左の例では、真の結核患者数（第六層）から結核対策において診断された患者数（第一層）に至るまでの各層間の Gap が示され、それらを埋めるための対策が提示されている。

(WHO, Assessment of surveillance data – workbook., 2012.

http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/resources_documents/workbook.pdf)

10. コミュニティ・アズ・パートナーモデル

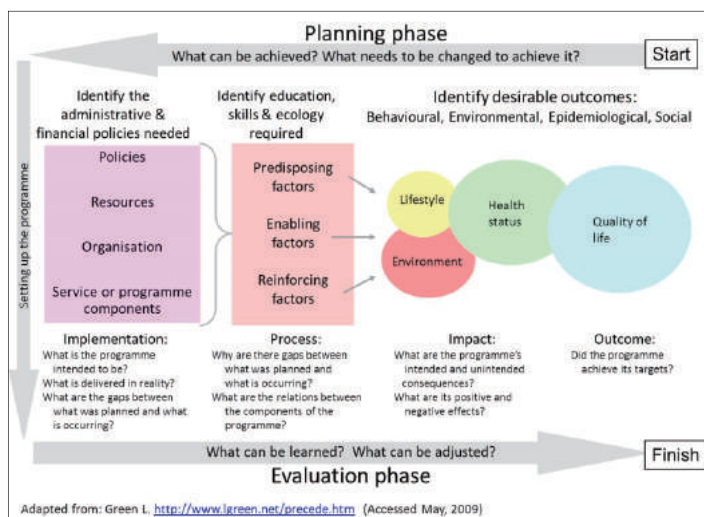


Elizabeth T. Anderson, Judith Macfarlane らにより 1996 年に提唱された地域診断のモデルで、前身は community as client model。地域全体を包括的な視点で捉え、地域の情報収集、計画、立案、介入、評価までのプロセスを住民参画の上で行う。コアシステムとサブシステムからアセスメントを行い、抽出された課題から優先順位を決定、対応策を立案し、介入していく。コアシステムは、人口構成、歴史、文化、価値観などコミュニティの基盤となるもので、サブシステムは 8 つの要素（① 物理的環境、② 経済、③ 政治と行政、④ 教育、⑤ 安全と交通、⑥ コミュニケーションと情報、⑦ レクリエーション、⑧ 保健医療と社会福祉）を含んでいる。

(Elizabeth T. Anderson, Judith M. McFarlane, Community as Partner: Theory and Practice in Nursing)

(全国国民健康保険診療施設協議会、実践につながる住民参加型地域診断の手引き：地域包括ケアシステムの推進に向けて、2012)

11. プリシード・プロシードモデル



Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter によって 1991 年に開発された地域のヘルスプロモーションや保健プログラムを計画し、評価するためのモデル。プリシード(PRECEDE)は **P**redisposing, **R**einforcing and **E**nabling Constructs in **E**ducational **D**iagnosis and **E**valuation の頭文字で 4 段階の診断部分を示す。プロシード(PROCEED)は **P**olicy, **R**egulatory, and **O**rganizational Constructs in **E**ducational and **E**nvironmental **D**evelopment の頭文字で、実施～評価の 4 段階を示す。計 8 段階で構成される。健康問題の実現要因、強化要因、前提要因を具体化して整理し、地域における自発的な

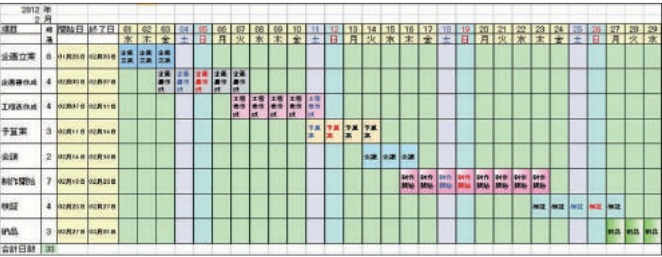
健康増進プログラムの計画作成・実施・評価を理論的に進めることができる。

(全国国民健康保険診療施設協議会、実践につながる住民参加型地域診断の手引き：地域包括ケアシステムの推進に向けて、2012)

(Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter、実践ヘルスプロモーション—PRECEDE - PROCEED モデルによる企画と評価)

(Lawrence W. Green 氏の HP, <http://www.lgreen.net/precede.htm>)

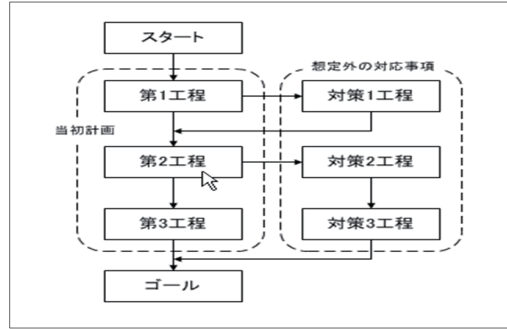
12. ガントチャート



米国の機械工学者 Henry Gantt が 1910 年代に考案。計画実行のために必要な作業を、Who, What, When で洗い出し、縦軸に作業または資源、横軸に時間を割り当てて図式化したもの。計画に加えて、実績の横棒を書き入れることで、プロジェクト全体の進捗状況を一目で管理することができる。

(http://fk-plaza.jp/Solution/solution_Top.html)(Gantt chart history, <http://www.ganttchart.com/index.html>)

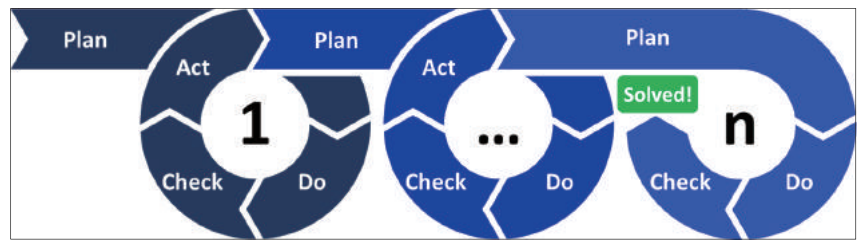
13. PDPC 法（過程決定計画図）



Process Decision Program Chart の頭文字で、日本の近藤次郎が 1960 年代作成した手法。計画の全過程を順序で図解したもので、事前に考えられるさまざまな事象（結果，状況，処置など）を予測し，プロセスの進行を進める手順を図式化し，問題が生じたときには，目標に向かって軌道修正することが可能となる。結果的に，事態を望ましい方向に導くことができる。左の例では，計画では第 1 工程から第 3 工程を経て完成するが，第 1 工程および第 2 工程には不安定要素があるため，対策工程が想定されている。

[(株)日科技研：過程決定計画図（PDPC）とは、<https://www.i-juse.co.jp/statistics/product/func/nqc/pdpc.html>]
(PDPC 法、http://fk-plaza.jp/Solution/solu_nqc7_6.htm)

14. PDCA サイクル



業務管理の基本サイクルとして用いられるマネジメント手法。近代の品質管理の父といわれる W. Edwards Deming 博士により 1980 年代に考案され、生産現場で改善を継続的に行うためのプロセスが連続的なループとなるようにデザインされている。Plan（計画）－Do（実行）－Check（評価）－Action（処置）の順に 業務を進め、一巡したら次のサイクルに入る。新たな目標を決めて計画を立てることで、PDCA の改善サイクルが回り続ける。

なるようにデザインされている。Plan（計画）－Do（実行）－Check（評価）－Action（処置）の順に 業務を進め、一巡したら次のサイクルに入る。新たな目標を決めて計画を立てることで、PDCA の改善サイクルが回り続ける。
(PDCA cycle, <http://asq.org/learn-about-quality/project-planning-tools/overview/pdca-cycle.html>)

各手法の主な使用場面と PCM 法との比較表

整理番号	手法	発想	課題分析	意思決定	計画実行	評価
1	ブレインストーミング	○				
2	KJ法	○	○			
3	マインドマップ	○				
4	ロジックツリーとMECE		○			
5	フィッシュボーンダイアグラム（特性要因図）		○		○	○
6	システムシンキング	○	○			
7	ポートフォリオ分析			○		
8	SWOT分析		○		○	
9	オニオンモデル		○			
10	コミュニティ・アズ・パートナーモデル	○	○	○	○	○
11	プリシード・プロシードモデル	○	○	○	○	○
12	ガントチャート				○	
13	PDPC法		○		○	
14	PDCAサイクル				○	○
	PCM法	○	○	○	○	○

(参照：http://fk-plaza.jp/Solution/solution_Top.htm、一部村上加筆)

資料2 熊本PCM研修 2017年9月2日



資料2 長崎PCM研修 2018年1月13日



資料3 関係者分析 熊本

グループ1

受益者	プロジェクト実施者
避難していない人	医療チーム、DMAT
避難所への避難者	県外からの支援者（専門職）
要援護者	県外から派遣の行政事務職
小児慢性特定疾患児	（メンタル）市町村職員
医療ニーズのある高齢者	都市医師会長、都市医師会事務長
入院患者（被災した病院）	地元の医療施設、病院職員
医療的ケアを必要とする人	福祉施設
難病患者（人工呼吸器使用）	小児科医・医師
在宅療養者	薬剤師
妊婦	看護師
乳幼児	学校・学校職員
乳幼児の保護者	NPO団体
高齢者	ボランティア団体
有症者	炊き出しの人
保健所職員（メンタル）	大学関係者
避難者（家あり）	県災害対策本部
避難者（家なし）	保健所職員
車中泊者	警察
生活保護者	自衛隊
漁業者	消防
農か	町保健センター
食品加工業者	市町村福祉避難所担当課
工事関係者	市町村健康管理担当課
動物飼育者	市町村災害担当
エンジニア	避難所管理者
学生	
	動物愛護団体

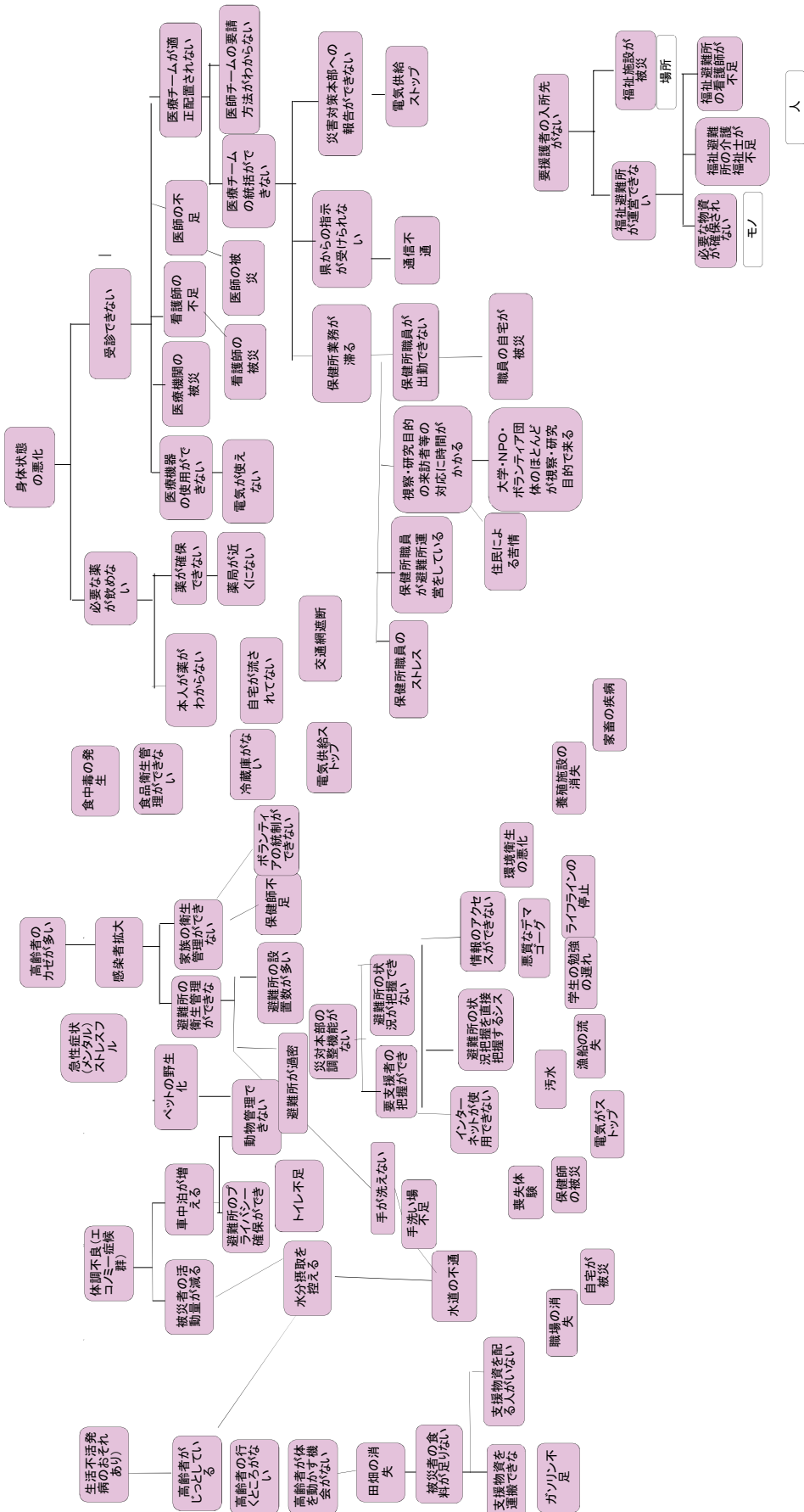
グループ2

受益者	プロジェクト決定者	政策決定者	財政負担者	協力者	不利益グループ	反対者
医療関係者	保健所職員	保健所職員	県	医療スタッフ	NPO団体	医師
高齢者	福祉課職員	市町村職員	市町村	保健所職員	ボランティア	
小児〇〇患者	医療従事者	地元医療職	国	福祉施設	大学関係者	
障害者	A町保健センター			医師	来庁者	
生活困窮者	市町村職員			看護師		
乳幼児	介護職員			NPOP団体		
車中泊者				大学関係者		
避難所に避難したい人				ボランティア団体		
壊れた家にいる人				巡回医療チーム		
行方不明者						
負傷者						
避難者						

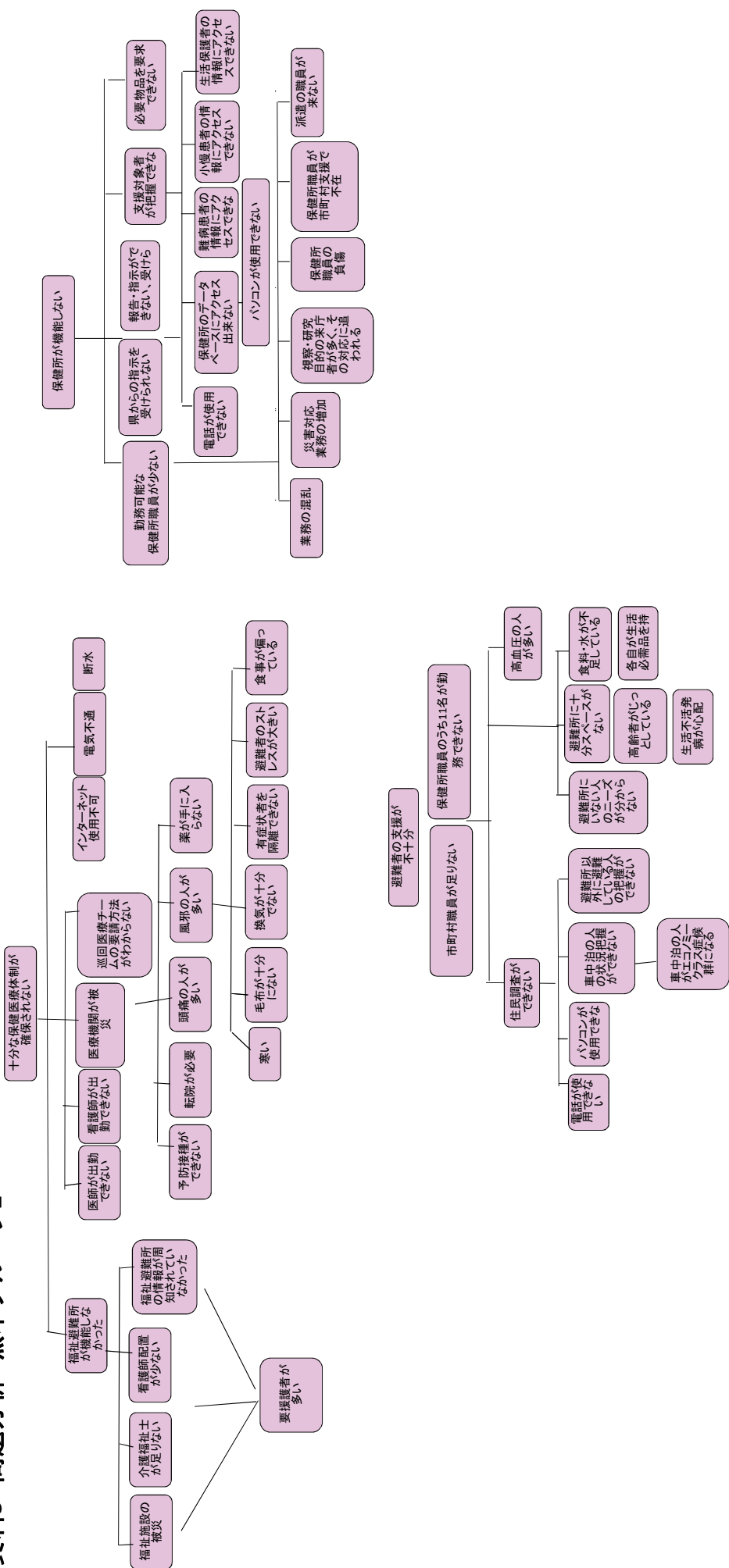
グループ3

受益者	プロジェクト決定者	政策決定者	財政負担者	協力者	不利益グループ	反対者	決定実施者
難病患者	国	自衛隊	県	応援職員	業者	NPO団体	現場職員
困窮者	県	保健所所長	国	避難所運営者	漁業・農業従事者	遺族	DMAT
要介護者	議員	首長（市町村長）	国民	救急隊	九州電力	避難者	NPO団体
避難者	保健所所長			ボランティア		大工	医療機関
精神疾患患者				民間団体		土木	市町村職員
高齢者				消防警察		マスコミ	医師会
小・中学生				巡回医療チーム		研究者	
小児慢性疾患患者				市町村職員			
妊婦				大学関係者			
				ボランティア団体			
				介護職員			
				病院・医院医師			

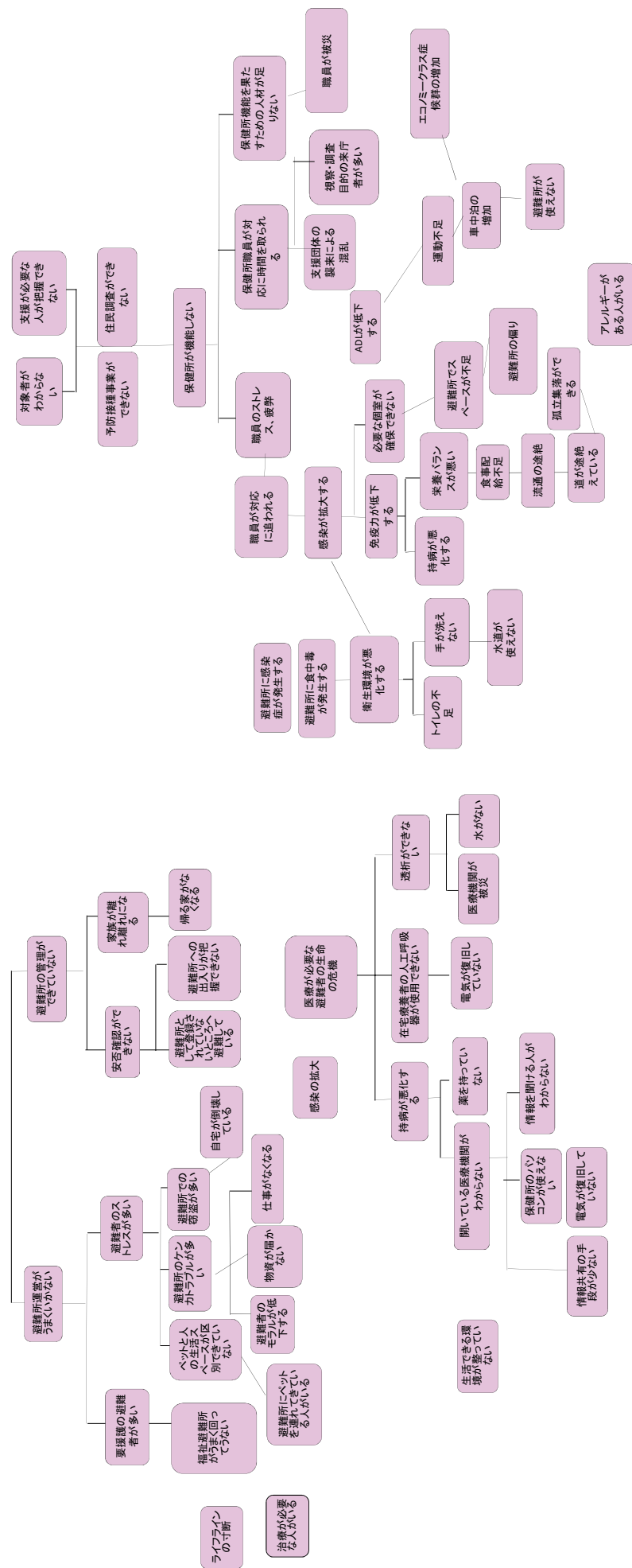
資料4 問題分析 熊本グループ1



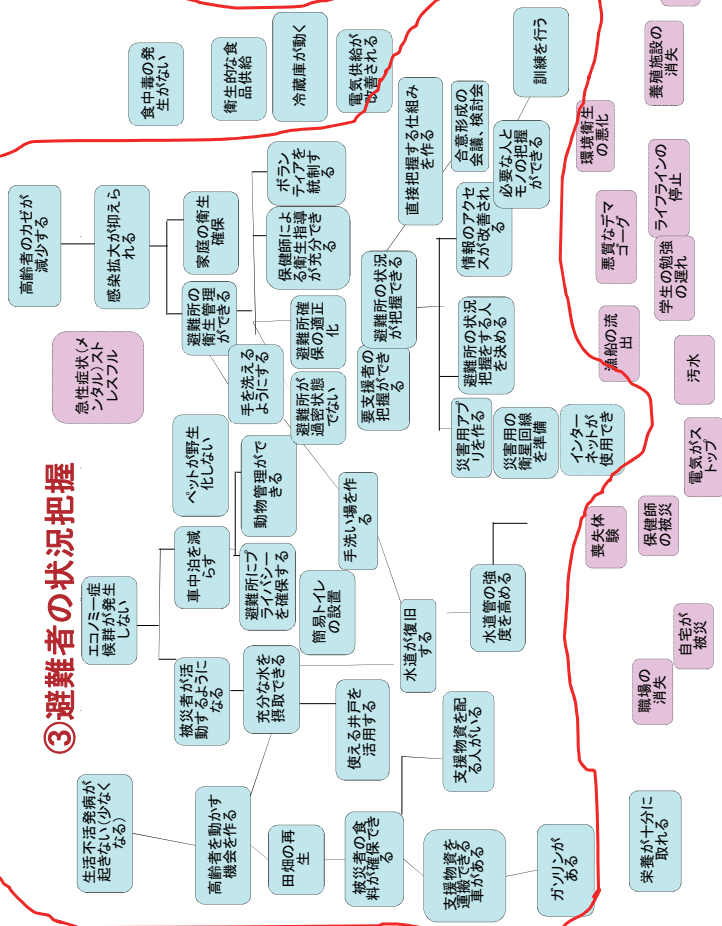
資料5 問題分析 熊本グループ2



資料6 問題分析 熊本グループ3

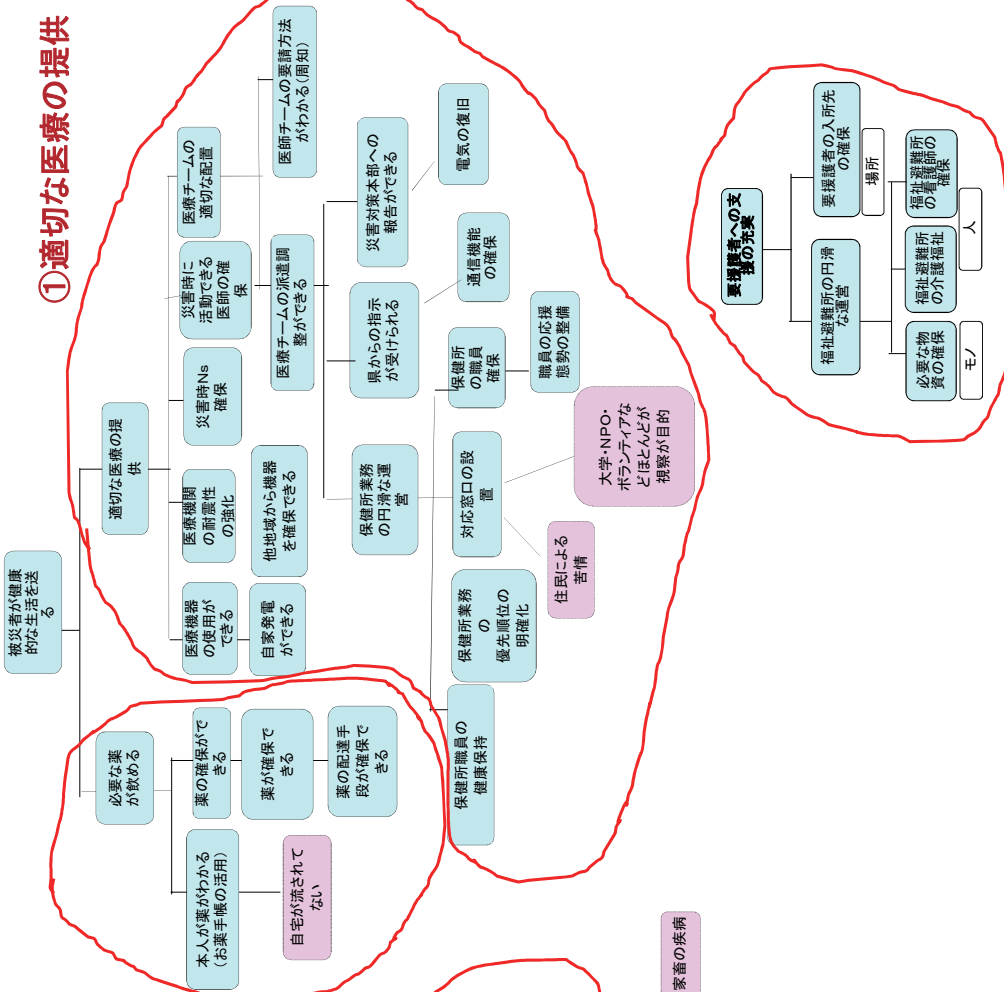


③避難者の状況把握

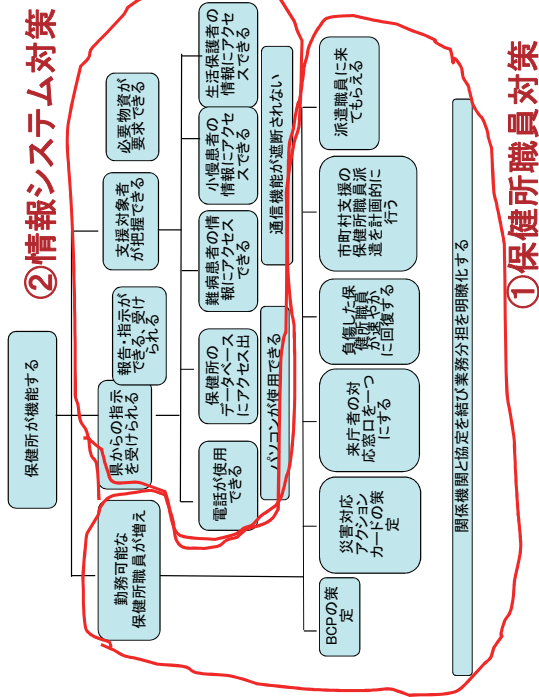
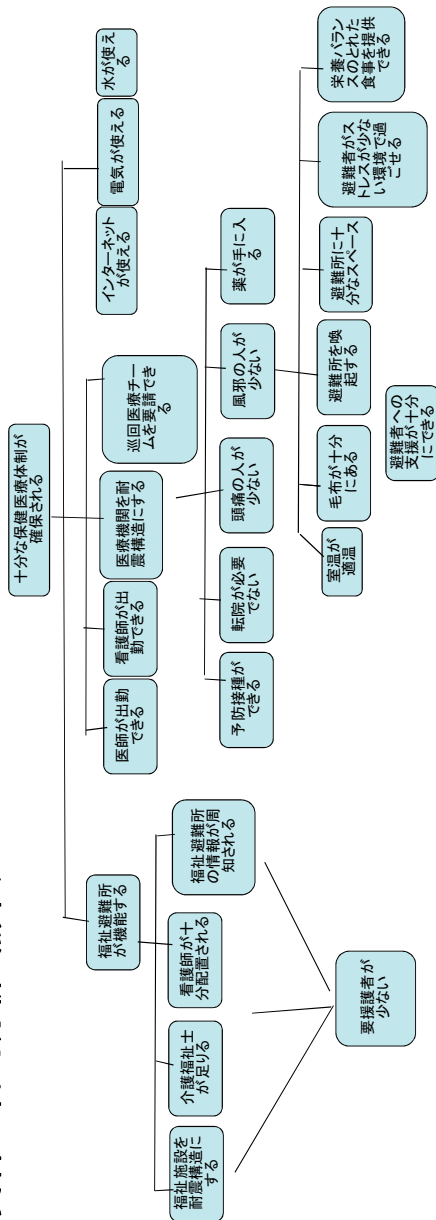


②必要な薬が飲める

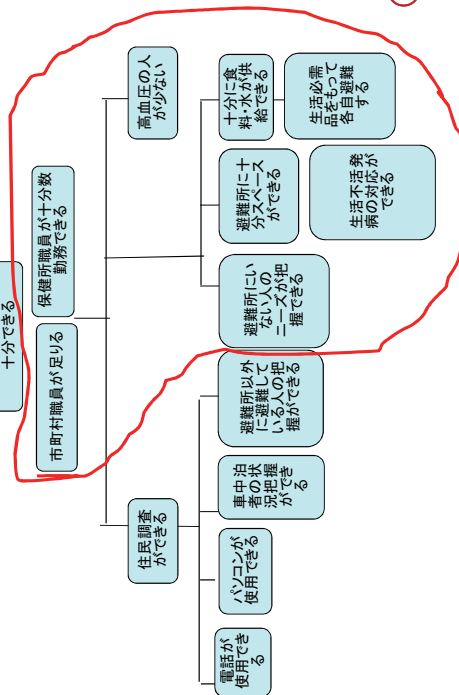
①適切な医療の提供



資料8 目的分析 熊本グループ2



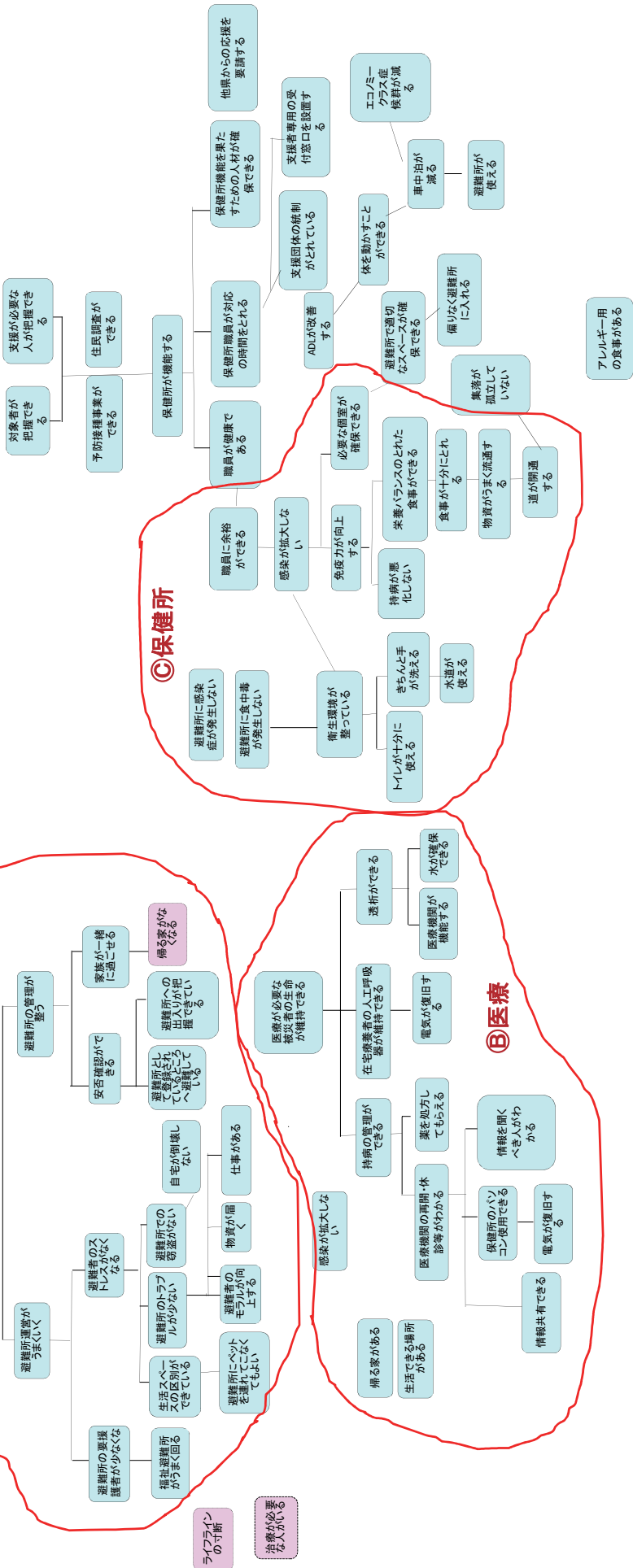
①保健所職員対策



③避難所対策

資料9 目的分析 熊本グループ3

◎A 避難所



資料10 熊本 プロジェクト選択

グループ1（○△×で評価）	実現可能性	有効性	効率性	自立継続性	緊急性
①適切な医療の提供	×	×	×	×	○
②必要なくすりが飲める	△	○	○	△	△
★ ③避難者の状況把握	○	△	△	○	×

グループ2（1が最優先）	実現可能性	有効性	効率性	自立継続性	緊急性
★ ①保健所職員対策	1	1	1	1	1
②情報システム構築	3	2	3	1	2
③避難所対策	2	2	2	1	3

グループ3（合計点数）	実現可能性	有効性	効率性	自立継続性	緊急性	合計
④避難所運営管理強化	1	2	1	3	1	8
⑤特に医療が必要な人への医療提供体制強化	2	3	2	2	3	12
★ ⑥災害時感染症発生対策	3	1	3	2	2	11

資料11 熊本 PDM

グループ1	グループ2	グループ3
プロジェクト名: 目指せ！避難所情報100% プロジェクト期間: 対象地域: 対象者: 避難所避難者	プロジェクト名: 保健所職員対策部隊 プロジェクト期間: 対象地域: 対象者: 保健所職員	プロジェクト名: プロジェクト期間: 対象地域: 対象者: 被災者（避難者、仮設入居者など）
上位目標	上位目標	上位目標
災害本部の調整機能が働く町	災害時に保健所が機能する	保健所職員が余裕をもって避難所対応ができる
プロジェクト目的	プロジェクト目的	プロジェクト目的
避難所の状況が把握できる（避難所にいる）	災害時に、十分な数の保健所職員が、自分の役割を認識して動けるようにする	災害時の被災者における感染症拡大防止
成果	成果	成果
1.直接把握報告できる仕組みづくりができる。 2.災害時にも活用できるインフラ体制整備 3. 把握報告の仕組みの周知	1.派遣職員の確保 2.関係機関との調整 3. 市町村支援 4. 保健所の体制づくり	1.衛生環境の整備モデルの作成 2.食事提供マニュアルの作成と周知 3. 体力低下防止
活動	活動	活動
1-1. 地域の関係者会議を行う。 1-2. 情報明確化のため、記録様式の作成 1-3. 役作りの明確化（民生委員、市町村、県職員） 1-4. 仕組みの明文化 2-1. 衛星回線を持つ業者との協定締結 2-2. 衛星携帯を配備する 2-3. wifi, ルーター, タブレットなどのインターネット環境の整備 3-1. マスコミとタイアップした周知を行う 3-2. 訓練を実施する 3-3. 住民説明会を開催する 3-4. 支援者への周知ツールを作成する	1-1. 県外派遣制度の構築 1-2. 県内派遣制度の構築 1-3. 支援体制の確立 1-4. 職種別（派遣医師、薬剤師、食監など）派遣体制の構築 2-1. 保健所と県庁間、保健所間の窓口調整 2-2. 派遣チーム、外部機関、団体との調整 2-3. 拠点病院との調整 3-1. 派遣職員の計画 3-2. 市町村とのコミュニケーション 3-3. 市町村と保健所でそれぞれの役割を共に認識する 4-1. マニュアルの整備と活用 4-2. BCPの策定と活用 4-3. アクションカードの整備と活用 4-4. 保健所間の認識の共有	1-1. 避難所ゾーニングにおける体制づくり 1-2. 衛星物資の確保徹底の周知 2-1. 食事バランスシート配布 2-2. モデル献立の作成と周知 2-3. 企業との協定締結 3-1. くまモン体操などの周知と啓発

資料12 関係者分析 長崎五島

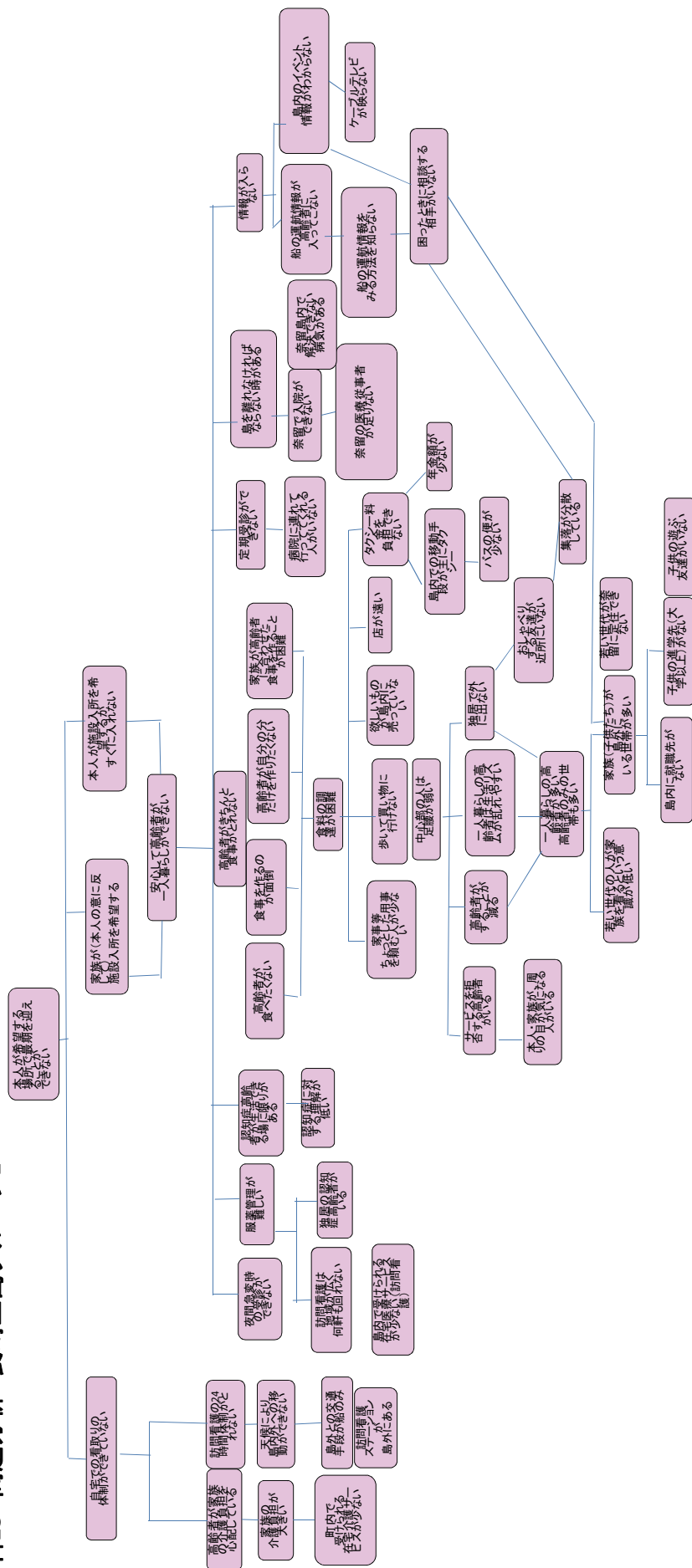
グループ1

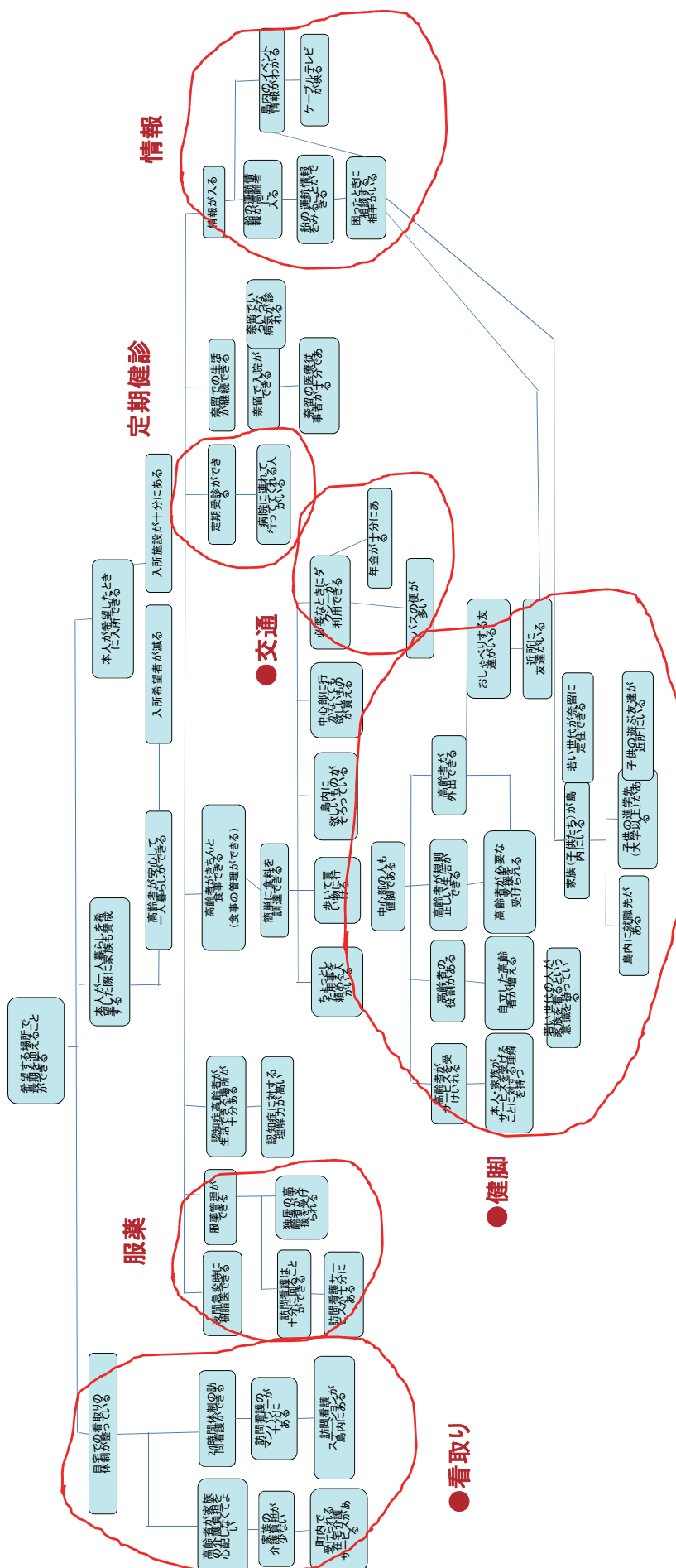
受益者	プロジェクト決定者	政策決定者	財政負担者	協力者	不利益グループ	反対者	その他
奈留の住民(高齢者) 要介護の高齢者 家族 障がい者 難病患者 子どもたち	長崎県五島市 市役所職員 市役所保健師 市長 保健医療福祉関係者 支所長 支所課長 支所保健師 健康推進員 実施機関の長 地域保健事業の担当者 公的有床診療所 医療機関 民間無床診療所 2次医療圏内の公的病院(島外) 歯科診療所 地域包括支援センター 地域支援協力員(市地域協働班管轄) ケアマネージャー 訪問看護ステーション ヘルパー	市長	市長 高齢者 家族 納税者(保険)	家族 地域住民 ボランティア 支える人 公民館講座 ミニデイ 趣味の会 特別養護老人ホーム 学校 保育園 町内会 社会福祉協議会 老人福祉施設 薬局 調剤薬局の薬剤師 食生活改善推進員 (奈留にはいないが) 警察 消防奈留支所 交通機関関係者 宅配 買い物関係者 食堂 九州商船 タクシー バス	タクシー会社 宅配業者 商店 介護業者	高齢者 家族	地域住民の意識 健康 自宅の環境 社会資源

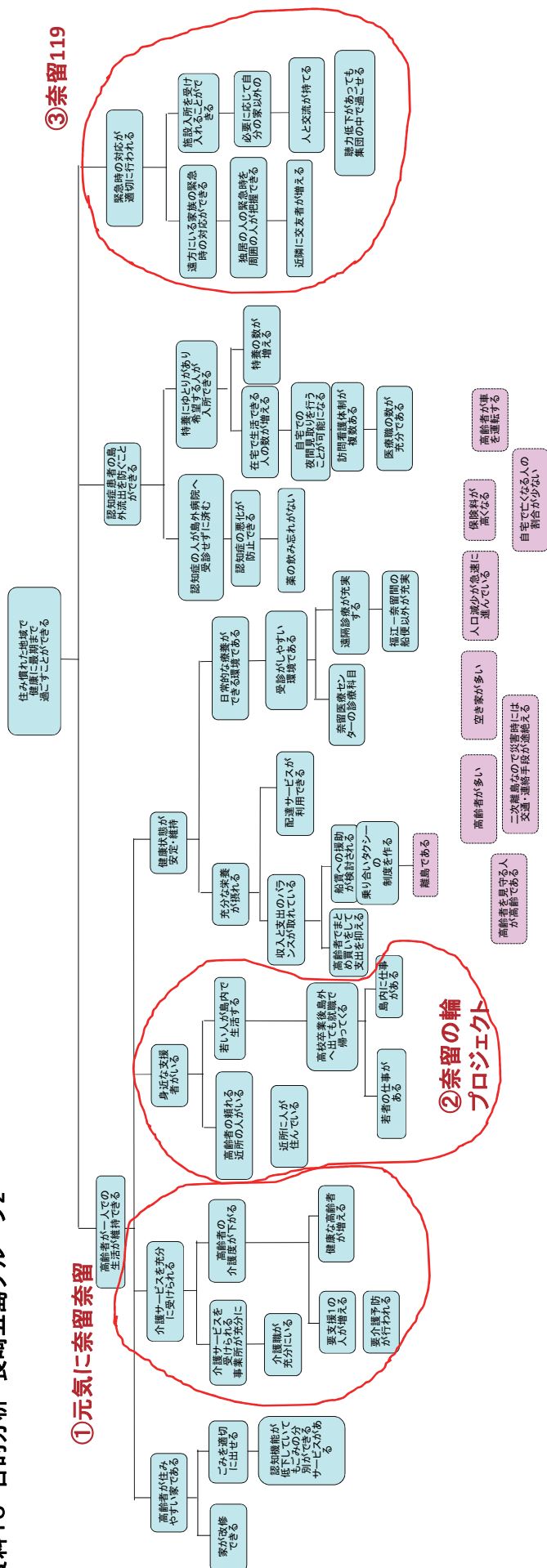
グループ2

受益者	プロジェクト決定者	政策決定者	財政負担者	協力者	不利益グループ	反対者	その他
奈留町在住の人 高齢者 一人暮らしの高齢者 認知症患者 一人暮らしの認知症 妊婦 家族 乳幼児 子ども 奈留に家族を残して転出した人 遠方の家族	奈留支所 行政本庁 市職員 長寿介護課 保健所 2次医療圏内の公的病院(島外) 公的有床診療所 病院・診療所の医師 医療機関職員 訪問看護ステーション 在宅介護職員 介護関係施設職員 ヘルパー 入所施設 通所サービス 特別養護老人ホーム	五島市	住民 五島市 長崎県	近隣者 友人 見回りする人 公的有床診療所 医療機関・診療所 民間無床診療所 医師 ケアマネージャー 社会福祉協議会 介護保険事務所 健康推進員 民生委員 まちづくり協議会 認知症サポーター 町内会 老人クラブ 老人会会長 婦人団体 育成会会長 警察・交番・駐在所 消防・消防団 学校 食事配達サービス 漁協	島外の施設	五島市 近隣住民	介護保険税滞納者 健診未受診者 国保税未納者

資料13 問題分析 長崎五島グループ1







資料17 長崎五島 プロジェクト選択

	グループ1（合計点数）	実現可能性	有効性	効率性	自立継続性	緊急性	合計
★	看取り	1	3	2	2	3	11
	健脚	3	2	3	3	1	12
	交通	2	1	1	1	2	7

	グループ2（1が最優先）	実現可能性	有効性	効率性	自立継続性	緊急性
★	①元気に奈留奈留プロジェクト	1	1	2	1	2
	②奈留の輪プロジェクト	2	2	1	3	3
	③奈留119プロジェクト	3	3	3	2	1

資料18 長崎五島 PDM

グループ1	グループ2
プロジェクト名： プロジェクト期間： 3年間 対象地域： 奈留地区 対象者： 成果1 奈留地区住民 成果2 事業所	プロジェクト名： 元気に奈留奈留プロジェクト プロジェクト期間： 3年間 対象地域： 五島市奈留地区 対象者： 成果1 奈留の65歳以上の高齢者 成果2 介護士および介護職を目指す人々
上位目標	上位目標
希望する場所で最期を迎えることができる	奈留の高齢者が一人での生活を維持できる
プロジェクト目的	プロジェクト目的
自宅での看取りの体制を整える	奈留の高齢者が介護サービスを十分に受けられる
成果	成果
1. 高齢者が家族の介護負担を心配しなくて良い 2. 24時間体制の訪問看護ができる	1. 奈留の高齢者の介護度が下がる 2. 奈留で受けられる介護サービスが増える
活動	活動
1-1. 住民向けの講演会（在宅看護、介護） 1-2. 介護・看護相談会 1-3. 家族会 1-4. ボランティア育成（高校生、若者） 2-1. 公的有床診療所訪問看護ステーションの強化 2-1-1. 人材育成（訪問看護の必要性を研修で伝える） 2-1-2. 訪問看護師の確保（奨学金制度の導入、学生向けしまナース体験、訪問看護師によるセミナー（高校生へ） 2-1-3. 訪問車両・ガソリンの確保 2-2. 奈留島外ステーション強化 2-2-1. 奈留島内の看護師の確保、登録制度 2-2-2. I T 端末での対応	1-1. 未受診者へ対応し特定健診の受診率を上げる 1-2. ミニデイ（体操教室、自主活動）を増やす 1-3. 介護予防教室を増やし、男性の生活能力の向上を図る 1-4. シルバー人材センターの会員を増やし、就労の場、サービスの場を提供する 1-5. 介護認定の適正化のため研修会を開催する 2-1. 介護職への研修を充実させる 2-2. 中学生以上の若者に介護職への職場体験を提供する 2-3. 介護職員育成の支援を行う 2-4. 手当や助成金を創設し、有資格者の掘り起こしを行う

資料 19 PCM 研修熊本 アンケート結果

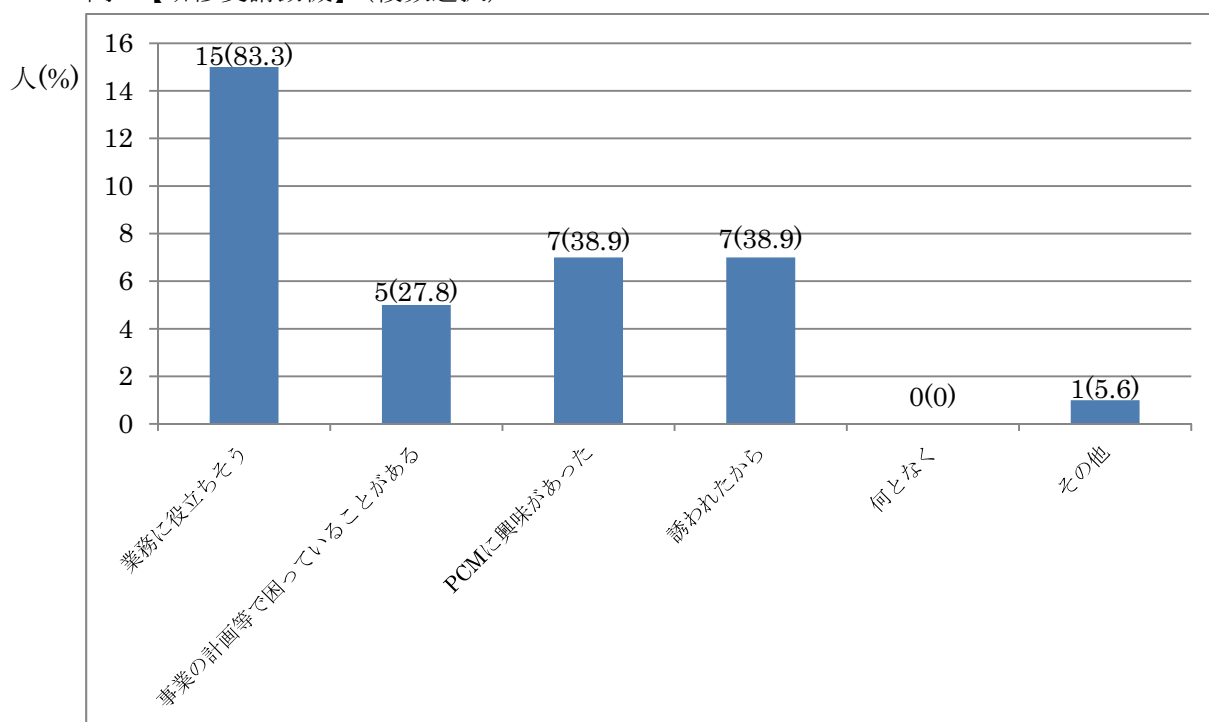
問 1【参加者について】総参加者数 18 名

性別：男性 2 名（11%）、女性 16 名（89%）

年齢：20 歳代 7 名（38.9%）、30 歳代 6 名（33.3%）、40 歳代 3 名（16.7%）、
50 歳代 1 名（5.6%）、無記入 1 名（5.6%）

職種：医師 3 名（16.7%）、保健師 9 名（50%）、検査技師 2 名（11.1%）、薬剤師 1 名（5.6%）、
獣医師 1 名（5.6%）、事務職/ケースワーカー 1 名（5.6%）、管理栄養士 1 名（5.6%）

問 2【研修受講動機】（複数選択）



その他→物事に対応する一手段として面白そうだったから

- 研究班の一員で、参加させてもらうことになった
- ビジネス研修のようで、面白そうだったから
- 実施することが目的になってしまっていることが多かったため、計画・実施・評価ができるよう手法を学びたかった
- 災害時対応を考える機会を持ち、かつ解決方法などを考える手法を学びたかったため
- PCM 手法を知らなかったのも、日ごろの業務に活かせたらと思い参加した。どう、何から事業をするのかも悩むことがあったので、すごく勉強になった
- 職場の意思決定プロセスに不満を感じており、何らかのヒントが欲しかった
- 問題整理し、目的を決定する手法に興味を持つとともに、今後活用できたらと思い参

加を希望

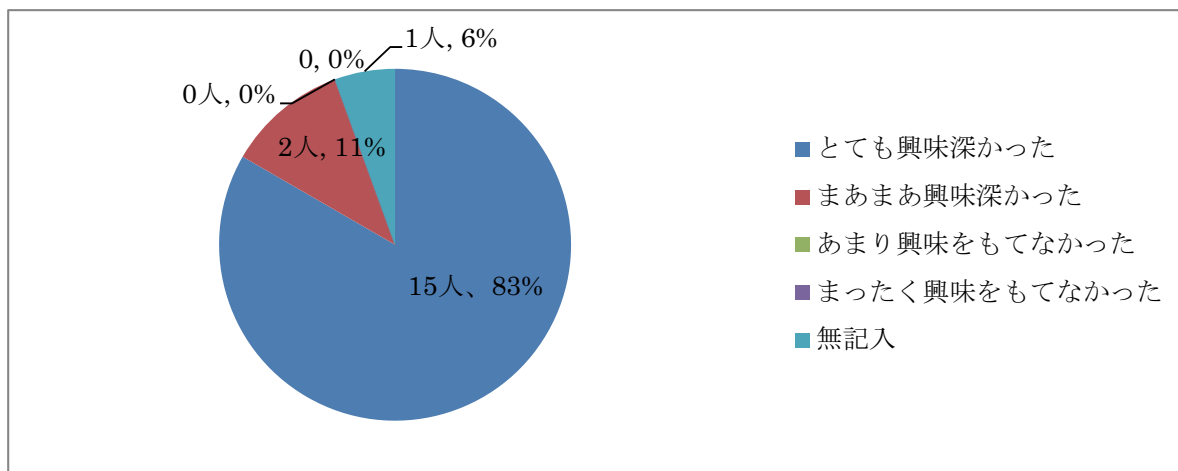
- 物事に対応する一手段として面白そうだったから
- 「例年通り」に仕事をしている。自分で課題を把握し、それからどうアクションを起こして良いかがわからなかったため
- 実際に業務を進めるうえで、どのような手順で計画すればよいかわからなかったので
- 事業を計画する際に参考になると思ったから
- PCM 手法という手法は、初めて聞いたが、少し調べるとその手法がどのようなものなのか、興味がわいたので

記載された自由記述 5/12 で、「現在の業務遂行に何らかの困難を感じている」旨が書かれている。

問 3（問 2 で 2. を選択した者）現在の自分の業務に関して、事業の立案/計画・実施・評価等で困っていることについて

- うまく進まない
- 立案・計画するときに、既存の事業・要領からどう地域の特性に合ったものをするか
- 事業を実施するうえで、まず何から取り組めばよいのかわからないときがよくある。決められた日にち、時間、費用等の中で、最も効果が得られるようにするにはどうすればよいか迷うときがある。
- 今ある問題を解決するのに効果的な計画を作成できていないように感じている
- 関係者が主体的にかかわるように計画を策定すること。多く出た課題に優先順位をつけ、対策を立てることを地域の関係者と合同で作業するときに議論がまとまらないことがよくある。

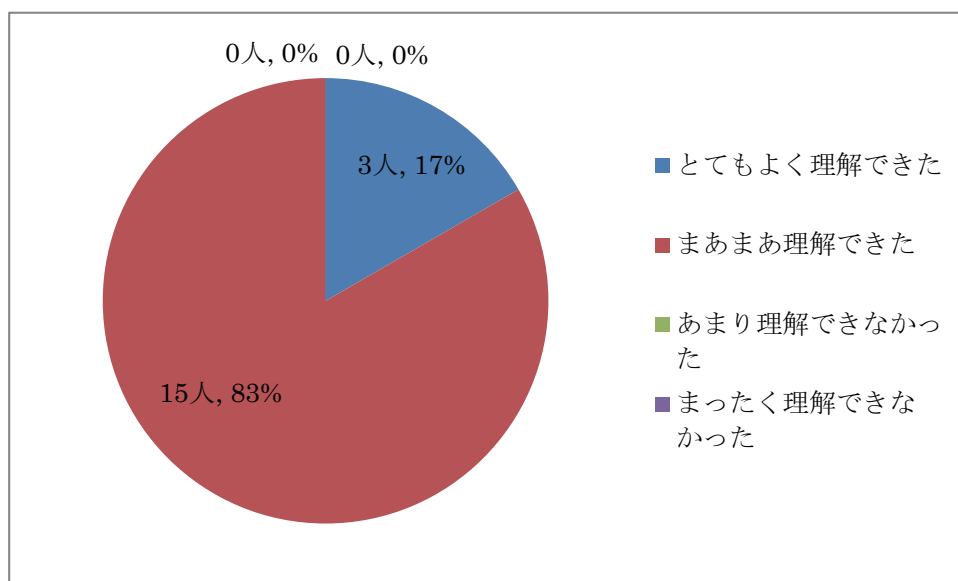
問 4-1 PCM 手法に興味を持つことができたか？



—どのような点が興味深かったか—

- 前向きな目標を関係者で共有できる点
- 問題点を挙げるところから始まる（トップダウン式は抽象的で分かりにくい）
- 全員が参加できる点
- 紙に書いて視覚化できる点。
- グループ化したり、つなげたりして目的分析までが一連の流れで目に見えてプロジェクトの形が出来上がっていくところ。
- 目的分析でネガティブな表現をポジティブな表現に変換した時に、一気にその問題の解決策がいくつもできたのが面白かった
- 付箋で視覚化することによって、問題解決の道筋がはっきりするのは今後の仕事でも使おうと思った。
- 少人数ではなく、複数人で意見を出し合い、目標や計画等を作っていくところ
- 一回の研修で今後事業に生かしていくには力量が足りないと感じたが、今後このような PCM 研修があれば参加したいと感じた研修だった
- 問題から目的へと転換するときに興味深かった
- 他職種やいろんな人の意見を伺うことができ、おもしろかった。色々な視点から問題を見ることができるようなれると思った
- グループワークでいろいろな意見があって面白かった
- 話はとてもわかりやすかったが、実際にやってみるにはもう少し勉強・訓練がいるなと思った
- 問題をたくさんあげて、どこを解決すればより上位目標を達成できるか、という視点
- 問題点のボトムアップでプロジェクトまで起こしていくところは興味深かった
- カードで意見を出し合い、原因—結果による整理を活かし、手段・目的を整理する点に興味深く感じた
- 問題分析→目的分析へ変換していく中で、具体的事項が明確になる事は、今後問題に直面した際のアプローチとして取り込みたい
- 実際の問題を出し、整理し、目的・目標を定めるという新しい視点を学んだ点
- 感じている問題から原因を考え、課題解決につなげられるため、つながりが明確だったからわかりやすかった。
- 目的・問題を掘り下げて考えていくため、考えやすかった。
- 事業を達成する目的の課題の部分から、計画を考えるというニーズに沿った事業が展開できる点、展開のやり方がわかりやすかった点
- 問題分析は中心となる問題を見出すことが難しかったということを経験
- 概念的に言語化すると（書き出す）、具体的な対策立案が困難になることを経験

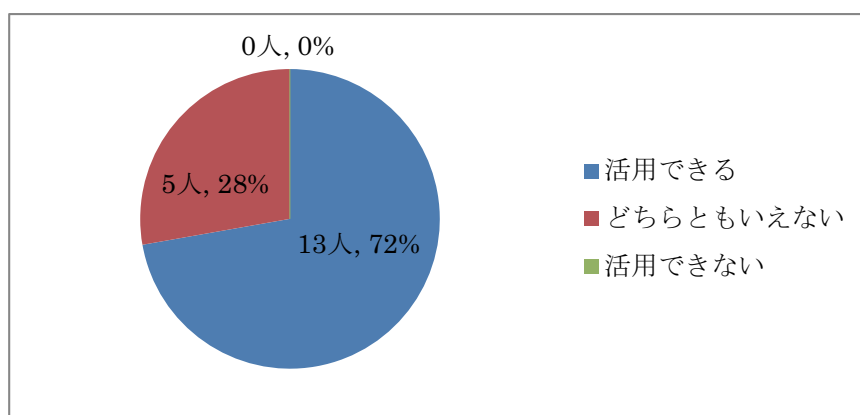
問 4-2 PCM 手法について、理解はできたか？



—わかりにくかった点—

- 問題分析の表現や視点が難しく、その後の目的分析ができなかったことが難しかった
- 緑の付箋（関係者分析）で書いたことの活用法
- 問題分析は網羅的に行うのか実際の問題までに留めるべきか、目的分析は、究極要因アプローチか至近要因アプローチか、ルールのようなものがもう少し明らかになっていると進めやすいと感じた。
- 時間があれば、もっとじっくり学びたかった
- 成果と活動の考え方が難しかった
- 問題分析の考え方

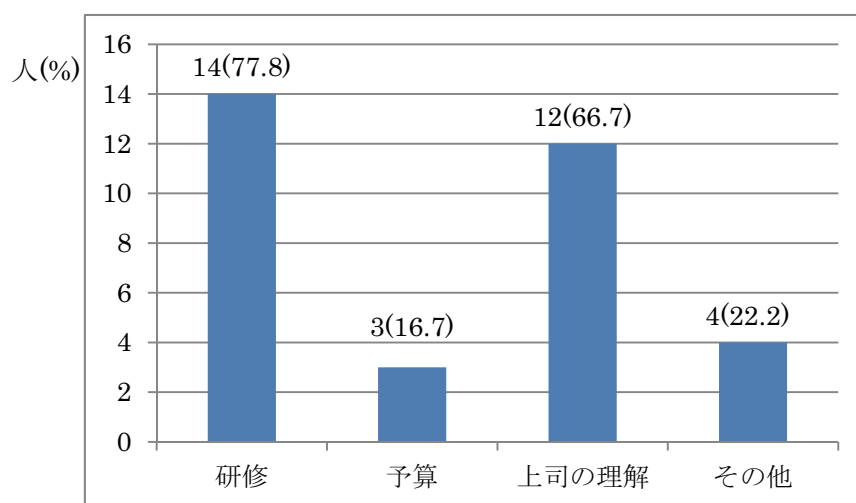
問 5-1 普段の業務で PCM 手法は活用できるか？



—どういう点で活用できそうか—

- 多職種で実行できる
- 問題点の列挙からなので、身近な問題や課題から取り組みそう
- プロジェクトではないが、事業計画する際に活用できると思われる
- 問題の把握や、それにむけての解決策、事業案を考えるにあたって手順や考え方を知ることができた。
- 職場内外で健康課題や対策の検討に使えると思った
- 決められた業務や事業の中で、より地域の問題を解決できるように活動する点
- 現業務の問題整理、今後の目標設定で活用できる。先々はチームとして活用できる機会を設け、活かすと十分な問題分析につながると思った。
- 自分の属するグループ内で問題が起きた際に、問題を共有し、多角的に解決できるような手段として、実際に書き出すということをする意義が大きいと思う。
- PCM の視点で業務を実施できそう
- 業務には課題も多いので、そこから対策を考えることができる。
- また、関係者と PCM で対策を考えても良いと思った
- 事業の目的はあるが、会議をするにしても何をしようか悩むので、頭の整理としても、この方法が使えるのではないかと思った
- 市町支援をする際の事業計画を作成
- 自分が持つ担当業務の中で、1～2人で手法を作って展開するのは難しそう

問 5-2 PCM 手法を活用するのに何が必要か（複数選択）



—その他の詳細—

- 時間
- まだ県職員として日が浅いので、その地域の特性をもっと理解したうえで立案できるようにしなければならないと思った

- 考え方の理解
- 皆で事業を考えていくような雰囲気

問 6 職場で具体的にどう活用するか

- 手法についてきちんと理解できていないので、活用案について思いつかない
- 今はまだ思い浮かばない
- 感染症や災害など、管内で発生した時の所内の体制づくり等。市町村の職員さんとも一緒に
- 自分で問題点を書き、仕事で行き詰ったときに活用してみたい
- 課内ミーティング
- 第 7 次保健医療計画の作成
- 看護職員の継続看護教育の研修会でやってみたいと感じた
- HC－市町村とで被災者支援
- 保健師研修について検討するとき
- 母子担当者会議や研修で活用してみたい。
- まずは市町村職員研修などで使ってみたい
- 慣れてきたら、関係者との会議などにも応用してみたい
- 今回の災害のように、事前の備えが必要な事業に特に有効だと思った（日ごろは目先の業務にとらわれがちなので、考えるきっかけづくりとして）
- 同僚が業務の問題点をよく愚痴で言うので、それを集めることで業務改善プロジェクトを立てられると考えた
- 関係する事業者が衛生向上案について言い訳ばかりするので、本法によりプロジェクト化し、逃げ場をなくし、やる気をもってもらう
- 課内ミーティングでの活用。課内主要事業の目標設定のため活用できたら良い
- 会議や研修会
- 歯科保健対策を関係者で考える等
- 担当者レベルの会議で活用してみたい
- 健康を守る婦人の会の役員たちと活用し、プログラムを考えたい

問 7 その他自由に

- 途中までしか参加できなかったもので、少し復習したい。まずは今までと考え方や視点を変えるところから始めるといいのかなと思う。
- 長いようであつという間の一日で、もう少しそれぞれの分析に時間が欲しいと思うことが多々あった。が、PCM 手法を実際やってみて、このようなものだというのがわかってよかったです。
- 町の職員の方ともやってみたい

- 問題分析が十分にできていなかったため、最後の PDM を作製するのが難しかった
- 様々な職種・経験からの意見を聞き、考えること、伝えること、表現することの大切さ、自分の力不足を感じ、よりがんばっていこうと思えた。
- 問題の書き方が難しかった（後で書き直しが生じるため、きちんと研修で学ぶことが大切と思った）
- 関連付けも難しかった
- 全体の流れの考え方は理解できた
- アプローチの比較視点等参考になった
- 楽しく参加できてよかった。
- もう少し時間をかけてやってみたいと思った
- 大変勉強になった。今後も活用していきたい。
- 全体像がつかみにくかった。
- 大変興味深く受講できた。
- 長時間の研修として受講してみたいと感じた
- 時間に制約があったので、十分に理解できたとは言えないが、論理的に考えていく過程は自分の中でも整理できて面白かった。
- 新しい考え方を学ぶことができた。
- 事業を考えるうえで、頭の整理がしやすく、わかりやすい方法だと思った。
- 保健師として PCM 手法の考え方は大切だと非常に感じた。とてもよい機会となった。

資料 20 PCM 研修長崎五島 アンケート結果

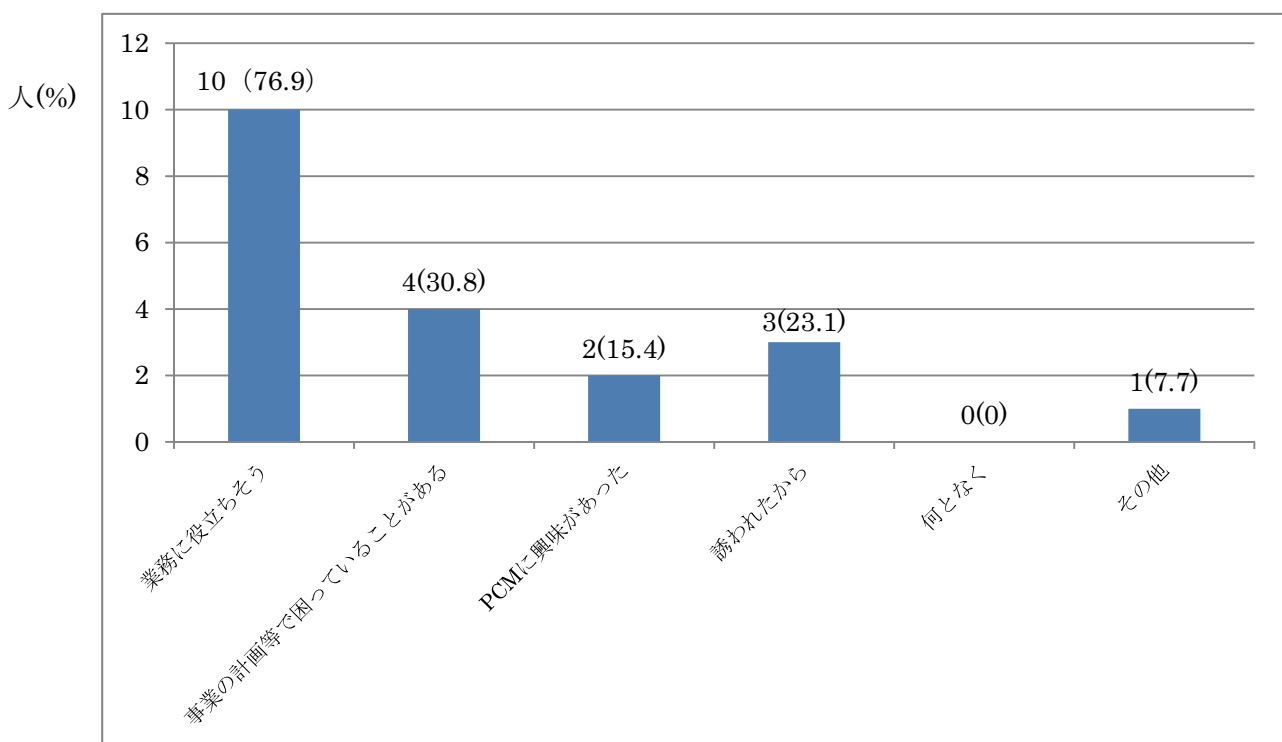
問 1【参加者について】総参加者数 13 名

性別：女性 13 名（100%）

年齢：20 歳代 3 名（23.1%）、30 歳代 1 名（7.7%）、40 歳代 7 名（53.8%）、
50 歳代 2 名（15.4%）

職種：保健師 12 名（92.3%）、管理栄養士 1 名（7.7%）

問 2【研修受講動機】（複数選択）



その他→PCM という手法を聞いたことがなかったため、どんな手法が学びたかったから

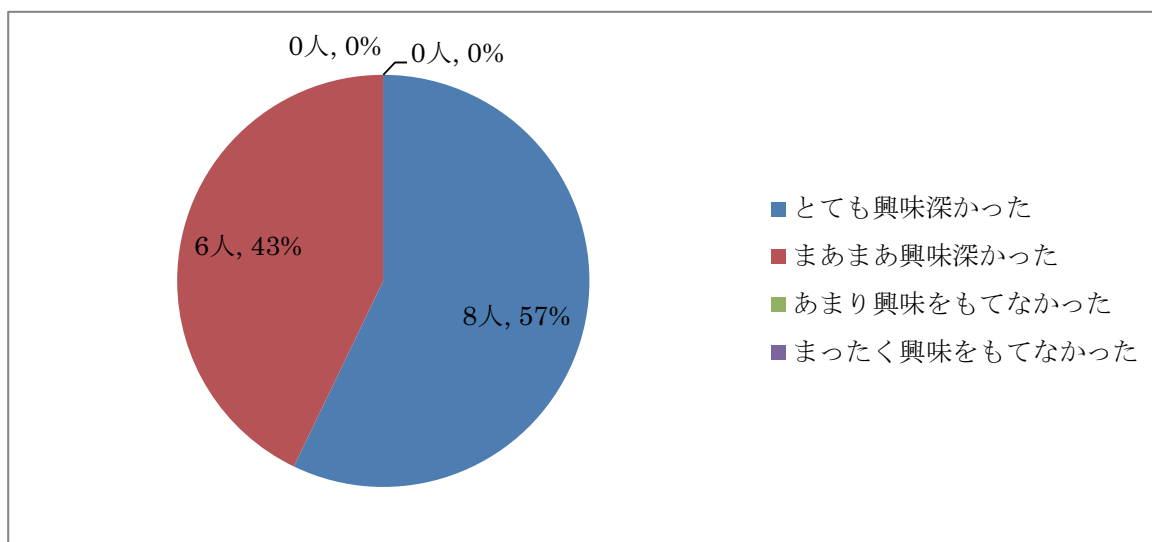
- 奈留の介護医療連携 ゆくゆくは五島市全体に活用できると思ったので。
- 保健所から案内があった過去の開催要領に興味を持った。
- 奈留町での事業を実際に行っており、住民と共に検討していることに妥当性があるのか優先度は何か不明確なため。
- 住民からの意見を引き出し施策に活かせる手法について知りたかった。

問 3（問 2 で 2. を選択した者）現在の自分の業務に関して、事業の立案/計画・実施・評価等で困っていることについて

- 何もかもあいまいな感じで、とにかく既存の事業をすることに追われているので。

- どのような手法で作るといいのかいつも迷っていたので、この手法もあるということが分かって良かったです。
- いろんな手法があり効果を得られやすく、分かりやすく、住民と共にできる手法の選択で悩むことがある。
- 管轄地区内の二次離島の健康課題の把握ができていないこと。どのような流れで事業を立案していけばよいのか分からずにいる。

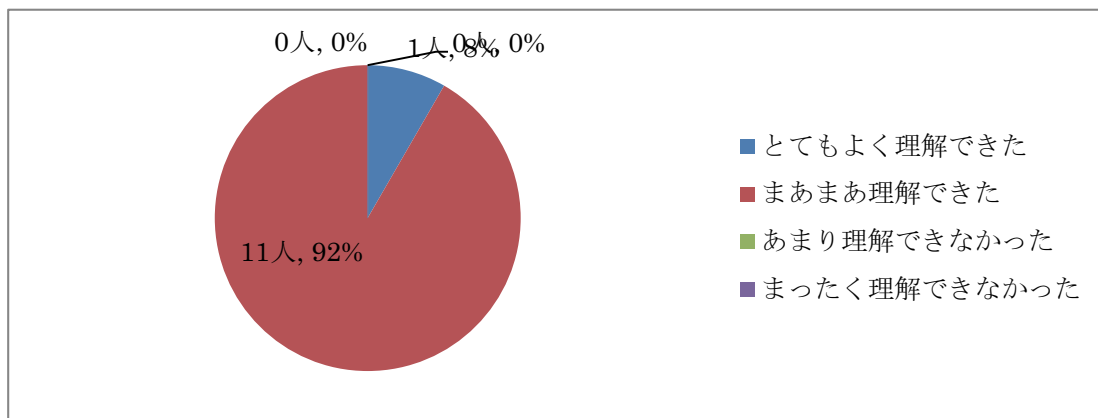
問 4-1 PCM 手法に興味を持つことができたか？



—どのような点が興味深かったか—

- 難しかったですけど、前向きな計画がたてられるような気がしました。
- 全体的な課題をみられるという点
- 全てをやろうとするが選択してやること
- 地域全体をいろんな視点から考えていく過程が興味深いと思った。
- 問題の全体像や関連性を把握し、整理することができる点。事業を立案する根拠が分かりやすいこと。ただし、分析が大変だと思いました。
- PCM の具体的な使い方や特徴を実際にやってみながら学ぶことができた。難しかったが、実際に活用できそうな手法だと感じた。
- 問題分析から目的分析の展開が最も印象的であった。問題分析が具体的で明確でないと目的分析が不明確になる点が興味深かった。
- 時間がかかり大変だという印象であった。

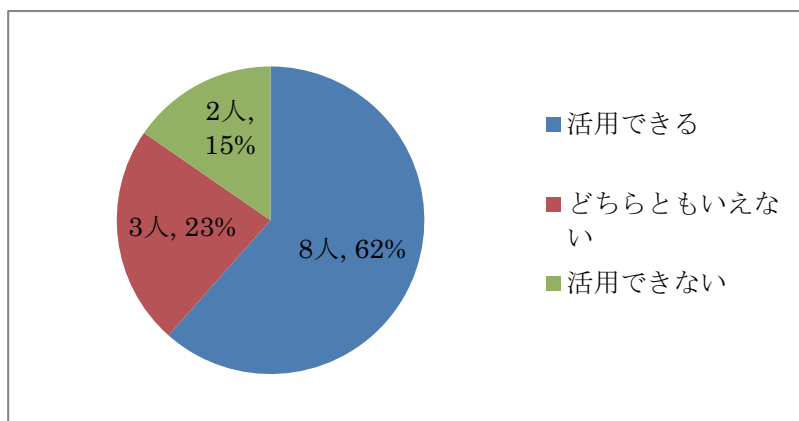
問 4-2 PCM 手法について、理解はできたか？



—わかりにくかった点—

- 原因—結果による整理が難しかった。
- 問題分析の表現方法が十分に理解できなかった。

問 5-1 普段の業務で PCM 手法は活用できるか？



—どういう点で活用できそうか—

- 地域分析に活用できます。
- 現在取り組んでいる事業に活用してみようと思います。
- 自分の地域について、現状を知り目的を持って活動したい。
- 問題の全体像の把握
- 難しくはあったが、表にあてはめることで、分かりやすいのではと思った。
- 問題分析から目的分析、事業の優先度まで考えることができると思いました。

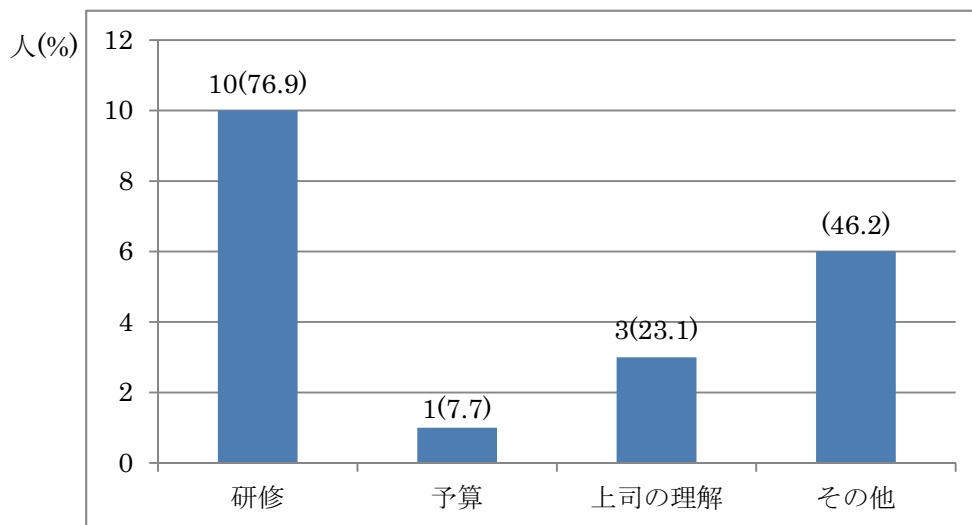
—「どちらともいえない」—

- 住民さんで行うには覚悟がいる

—どういう点で、活用できそうにないと思うか—

- 一度の研修だけでは自信がない
- PCM 手法を活用する時間が取れない

問 5-2 PCM 手法を活用するのに何が必要か（複数選択）



—その他の詳細—

- 時間（2名）
- まずは使うこと（実践）（3名）
- 演習（1名）

問 6 職場で具体的にどう活用するか

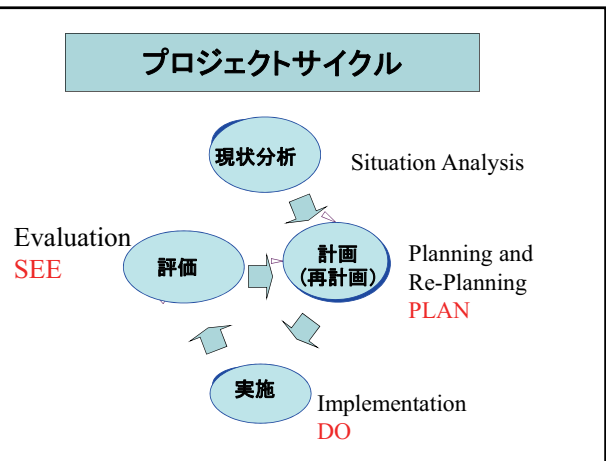
- 班内でのミーティング
- 何かの事業をする時に、それをいっしょにすすめるメンバーで使ってみたい。
- 地域分析や事例検討をした際の地域資源不足、ほかの課題解決の際に有効だと感じました。
- 課内で提案する資料に活用しようと思います。
- 管内の医療・介護等の従事者研修会などで活用できると思う。住民も交えた場での活用ができれば、より現実的なものになると思う。
- 課内ミーティングで保健師のみでなく全ての職員で活用する。
- 地区診断
- 奈留町での事業を再確認する。

問 7 その他自由に

- 住民さんとやってみると楽しそうだと。自分たちがやっている活動を論理的に説明できるようにしたいです。
- PCM 手法の全てを普段の業務に活かすことは難しいと思いますが、できるところから活用していきたいです。
- 初めての手法で難しく感じることもありましたが、自分たちで考えて保健活動をするこの大切さと面白さを感じました。

- 時間的にとても長い研修と思っていましたが、意外に早く終了したと思いました。グループワークは楽しかったです。
- 参加者全員から意見を聞きだすこと、その意見をどのように活かすかということは難しかった。楽しい雰囲気に参加できた。

国際医療センター
仲佐 保



プロジェクトの計画・実施・評価という一連のサイクルを、Project Design Matrix (PDM) と呼ばれるプロジェクトの概要表を用いて運営管理する方法

プロジェクト の要約	客観的 指標	指標の 入手手段	外部条件
上位目標			
プロジェクト 目標			
成果			
活動	投入		前提条件

目的	習慣的指標	指標入手手段	外部条件
【上位指標】 カンボジアにおける熟練助産者 (Skilled Birth Attendant (SBA)) による質の高い妊娠・出産・新生児ケアサービスの利用が増加する	・ SBAO 立会いによる出産の割合 [44% DHS (Demographic and Health Survey) 2005-90% HSP (Health Strategic Plan) 2 まで規定されている 2015 年のターゲット] ・ 妊産婦健診受診率 [2015 年以上受診する妊婦率 60% (HSP2 以前のベースライン値 2005-2008) / 60.2% DHS2005 - 90% HSP2 で規定されている 2015 年のターゲット]	・ NHS (National Health Statistics) 、 DHS ・ NHS, DHS	・ 保健者が SBA と母子衛生児に関する主要な政策を変更しな
【プロジェクト目標】 モデルト、サイトの妊婦・出産・新生児ケアサービスの向上し、それが地域モデル/行進による支援モデルコミュニティの国産モデルとして国家プログラムに反映される	・ モデルト、サイトにおける SBAO による出産の助産者の数 (8373 分娩 34% NHS2009) - 12066 分娩 50% NHS2009) ・ モデルト、サイト SBAO による妊産婦健診の回数と (国産診 105414 / 43% NHS2009) - 155854 64% NHS2009) ・ モデルト、サイトにおいて登録された出産数と数 (12303 分娩 50% NHS2009 - 15497 分娩 63% NHS2009 - 2015 年に 90% が登録されることと仮定) ・ プロジェクトの経験をもとに国家プログラムへと承認され、全国を対象として実施された事業の数 (10-2)	・ ODIC による HIS 報告 / NHS ・ ODIC による HIS 報告 / NHS ・ ODIC による HIS 報告 / NHS ・ プロジェクト報告書	・ 国立母子保健センターとセクターレベルの国家プログラム機能が大幅に変更されたい

助産能力強化を通じた母子保健改善プロジェクト

[illegible]

【導入】	1. コミュニティ間のモデル、サイトと各GDを決定するために現状をレビューをする	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	2. モデル・サイトに要するリソースを把握する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	3. 各モデル・サイトグループのニーズ（動機）とモデル・サイトにたいする期待や分析の結果をもとに、NMHCが各モデル・サイトのSRHAへのアクションプランを策定し、MCHT/MCHTコーディネーターと共有する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	4. 母性保護協定（PHDHD-MCH）を対称的にToT（Training of Trainers/MCHT）を実施し助産師コーディネーターと共有する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	5. モデル・サイトにたいするPHDHD-MCHの準備時にサポートし取り組めるための研修（MCHT研修）をPHDHD研修に併せて実施する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	6. 助産師コーディネーターとSRH/SHAMA研修時にSRH/SHAMAに関するアクションプランを作成する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	7. PHDHDをモニタリングするため、モデル・サイトにたいしてフォローアップワークフローを行う	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	8. 1年度にわたるHC/SRAに対する支援方法（モニタリング方法と関係するチェックリスト）をレビューする	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	9. 2年度への結果を基に1回の研修リソースに調整される	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	10. モデル・サイトにたいしてPHDHD-インサイダーアクションプランを作成する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	11. 研修後にチェックリストなどを活用し、PHDHD/RHに各HC/SRAへの結果を報告する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	12. 助産師コーディネーターとRH/SRAに対するMCHCのアクションプランを作成する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	13. SRH/SHAMAに関するドキュメントを作成する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	17. モデル・サイトにたいする支援方法事例をもとに、全国を対象としたSRH/SHAMAインサイダーを作成する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	18. 全国にたいしコミュニティ・レベルのグッド・プラクティスをレビューする	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	19. 選定されたモデル・サイトにたいする関係者分析を行う	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	20. モデル・サイトにたいするHC/TATに対するコミュニティによる協働活動を確認しコミュニティ協働の促進、推進策を抽出する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	24. OGDのためのコミュニティ協働実行ガイドラインを作成する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	35. OGDコミュニティ協働実行ガイドラインを共有する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	36. OGDのためのコミュニティ協働実行ガイドラインを作成する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯	【導入】	モデル・サイト間の連携促進
【導入】	37. モデル・サイトの経験をもとめるワークショップを実施する	【導入】	カリフォルニア州の家族連帯		

PCMの特徴

一貫性 プロジェクトの全過程の管理

論理性 因果関係に基づく分析
原因-結果 手段-目的

参加型 様々な関係者による協議

説明責任と透明性 計画立案過程の視覚化

PCMの原則

- PDMを使つてのモニター・評価
- カードを使つての参加型計画手法

PCMワークショップ

- その地域の関係者(ステークホルダー)が集まり、関連する問題等を協議検討する。
- プロジェクトの計画立案の各段階において、実施者側・受益者側双方の関係者が参加する会議。特に受益者の抱える問題やニーズを論理的に明らかにし、受益者を中心とする関係者の意見を広く取り入れて適切なプロジェクトの計画・立案を行なう。

PCMワークショップの特徴

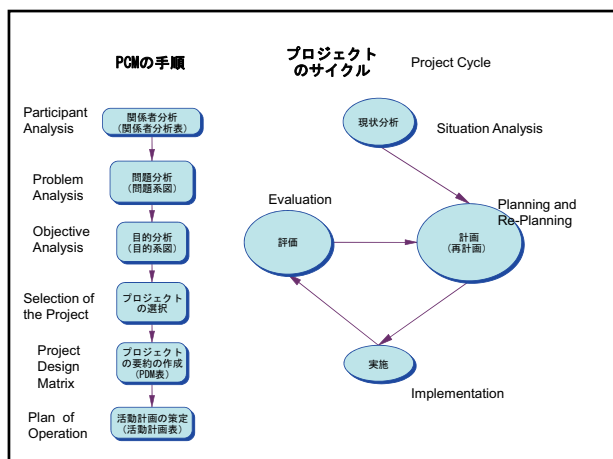
意見が出しやすい、参加者、雰囲気、方法を用いる。

多様な参加者

全ての参加者の意見

意見の視覚化・共有

ファシリテーターによるグループのダイナミック

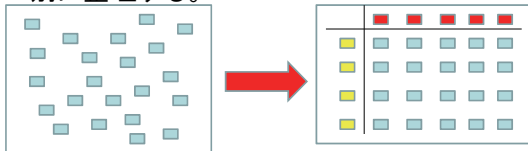


PCM手法を用いてのプロジェクトプランニング

- ケーススタディのシナリオを詳細に読む。
- プロジェクトの期間は3年間、総予算は1000万とする。

関係者分析

- 対象の地域において、一体、誰が受益者になるのか。プロジェクトの実施者などは誰なのかを検討する。
- 出された関係者をグループ化し、また、特徴別に整理する。

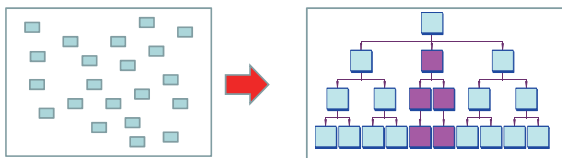


関係者分析の分類例

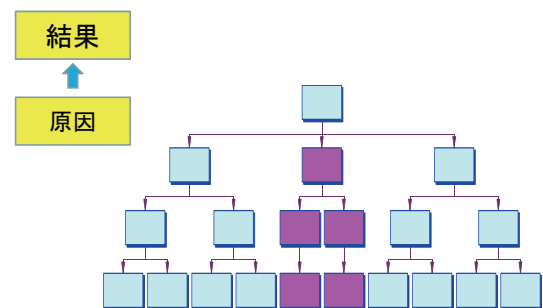
- 受益者
- プロジェクト実施者
- 政策決定者
- 財政負担者
- 協力者
- 不利益を被る(恐れのある)グループ
- 反対者
- その他

問題分析

- 「何が問題か？」
- 問題分析は、現状における問題を「原因—結果」の関係で整理し、わかりやすいように樹形図(問題系図)にまとめる作業である。



原因—結果による整理

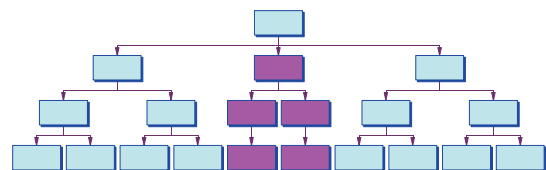


カードの書き方

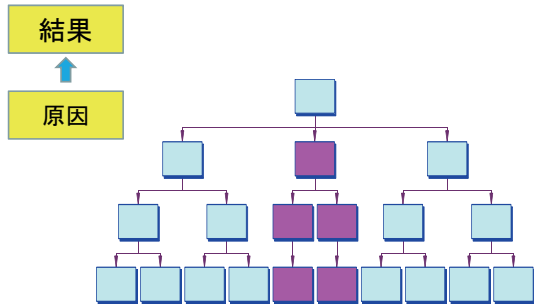
- 一つのカードには一つの問題を記載。
悪い例「子どもの下痢と肺炎が多い」
- 抽象的な概念ではなく、具体的な記述を行う。
悪い例「健康でない」
- 「〇〇がない」という表現を避ける。
悪い例「病院が無い」
- 原因と結果を両方含んだ文は避ける。
悪い例「仕事がないため、収入が少ない」

中心問題

包括的な問題で、それを解決すれば、多くの問題が解決するもの

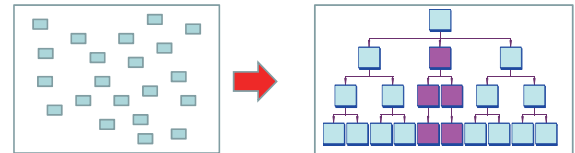


原因—結果による整理

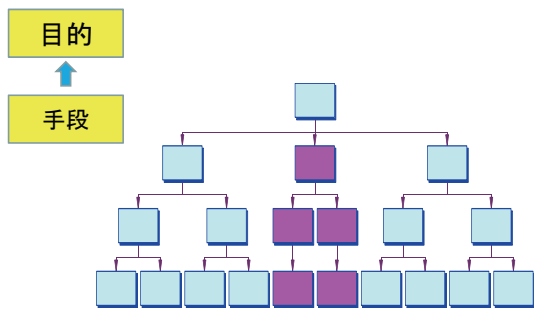


目的分析

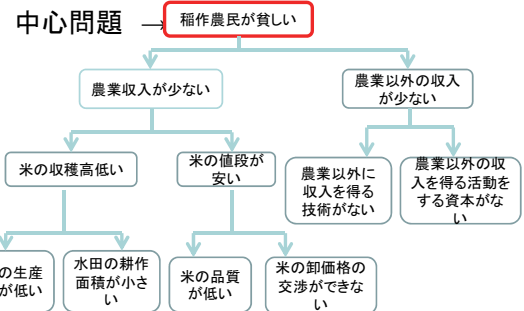
- 問題のNegativeな表現をPositive(目的になる)な表現に変換。
- できるだけ、実現可能な言い方に変換。



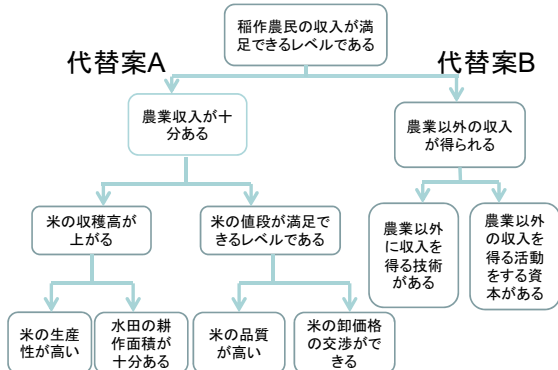
手段—目的による整理



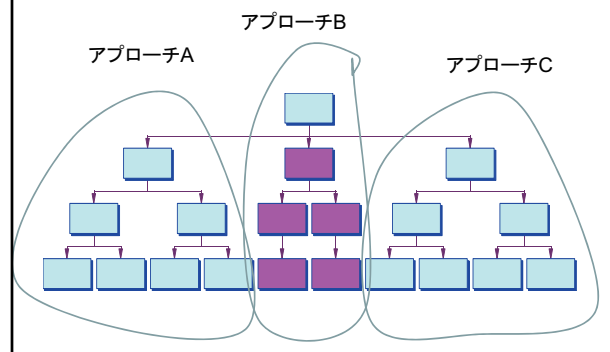
問題分析



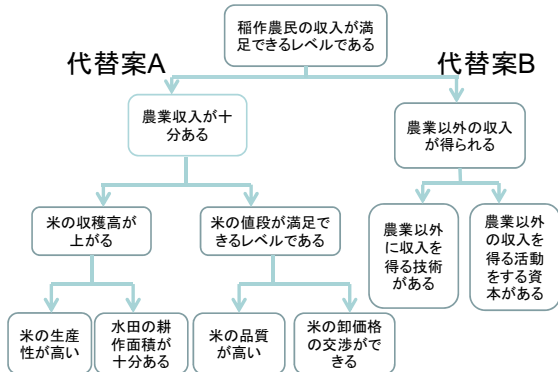
目的分析



プロジェクトの選択



目的分析



予定のインプット

- 3年間のプロジェクト
- 3年間1000万円

アプローチの比較例

	実現可能性	有効性	効率性	自立継続性	緊急性
アプローチA					
アプローチB					
アプローチC					

PDM Project Design Matrix

プロジェクトの要約	客観的指標	指標の入手手段	外部条件
上位目標			
プロジェクト目的			
成果			
活動	投入		前提条件

プロジェクトの要約

上位目標

プロジェクトが達成されることによって、達成が期待される開発効果。

プロジェクト目標

プロジェクト終了時までには達成されることが期待されている目標。

成果

目標を達成するためにプロジェクトが実現しなければならない事項。

活動

プロジェクトの成果を実現するために、投入を効果的に用いてプロジェクトが実施する具体的な行為。

プロジェクトの選択のためのクライテリア

- 有効性(目的が達せられそうか)
- 効率性(インプットに比べそのアウトプットが低すぎないか。)
- 実現可能性(利用できるリソースと期間に比べ)
- 緊急性
- 自立継続性(Sustainability)
- など。

プロジェクト・デザイン・マトリックス

プロジェクトの要約	指標(3個以下)	指標の入手方法
上位目標:		
プロジェクト目標: 農業収入が増加する。		
成果及び活動 成果1 1-1 1-2		
成果2 2-1 2-2		
成果3 3-1 3-2		

プロジェクト・デザイン・マトリックス

プロジェクトの要約	指標(3個以下)	指標の入手方法
プロジェクト目標:		
成果及び活動 成果1 1-1 1-2		
成果2 2-1 2-2		
成果3 3-1 3-2		

C) 両領域横断人材育成方法の検討 WG

(1) 取り組み報告

WG メンバー 松井（リーダー）、石岡、馬場、長谷川

組織横断的な公衆衛生専門職育成システム確立の試み

開発途上国の経験と日本の衛生行政業務との接点を模索するためのインタビュー調査

1. 研究の実施背景

本研究成立の背景のひとつに、「地域保健」と「国際保健（グローバルヘルス）」との間には「公衆衛生学」として一定の共通性が存在し、その共通事項を通じて公衆衛生分野の専門職の育成と確保に取り組むことが可能なのではないか、という仮定がある。

社会問題の多くは種々の格差に起因して発生する。格差は、国家・地域間、あるいは都市と農漁村との間に、また人種、世代、性別、職業など、あらゆる社会的構造を基礎として発生しうる。そして、この格差に関連して差別が起こる。「公衆衛生学」は、社会問題、ひいては格差と差別の問題を、保健・福祉・医療の観点から捉えて解決策を模索する実学である。

開発途上国に視野を広げた場合、地理・気候などの生活環境の厳しさと政治・経済状況の不安定さ、またそれらに起因する貧困のために、格差が弱者に及ぼす影響は、特に開発途上国においてより極端な形で顕在化している。

日本は開発途上国に対する技術協力あるいは研究等を通じてグローバルヘルスの経験を重ねてきた。途上国では、限られた情報を手がかりとして、少ない資源を有効に活用する保健衛生政策の立案・実施・評価が求められる。その実践では、客観的な状況分析に基づく現状評価と未来予測、さらに必要に応じて外部からの資金・資源の導入を行うことが外部者の役割として期待されている。

一方、国内では、法的根拠に基づいて技術職と事務職が協力しつつ衛生行政の体制を整備し、世界でも先進的な地域保健システムを構築してきた。その中で、いわゆる県型保健所の役割に注目した場合、市区町村が行う保健分野の計画策定・実施・評価の過程を専門的観点からの助言等を行い、より施策が有効なものとなるよう支援をする役割が期待されている。この日本の保健サービス提供における保健所と市町村との関係は、開発途上国における種々の協力関係に相似しているとも考えられる。

上記から、様々な側面で国際化が進んでいる、あるいは進めなくてはならない日本国内の保健衛生行政に、グローバルヘルス分野では一般化している多職種協働型の事業マネジメント手法を導入すること、また国内外で活動する人々の交流を促すことによって、両分野からの学びを得ることができ、それを通じての人の育成が可能なのではないか、と考えた。しかしながら、グローバルヘルスと地域保健領域の知見・技術について双方向での具体的な活用と実践方法についての検討は不十分であり、その意義について広くコンセンサスを得られていないように感じられる。

では、どのようにしたら、開発途上国で働いてきた公衆衛生専門職（医師、獣医師、保健師、等）が、その経験を日本の衛生行政で生かすことができるのか、経験を生かすためにどのような工夫が必要か、さらに公衆衛生を基盤として日本国内と開発途上国の双方を視野に入れながら（人事交流等の実施も含めて）活動することはできるのか、などを明らかにすることが必要と考えた。

II. 研究の目的

本研究は、グローバルヘルス分野において日本人が培ってきた経験を国内の公衆衛生行政に応用すること、また日本国内の衛生行政経験のなかで開発途上国に活用できる可能性を明らかにすることを目的に実施した。具体的には、以下の事項を中心とした調査を行った。

- ①開発途上国における勤務経験を日本国内の衛生行政に活用できる可能性、またそのために必要とされる方法はなにか。
- ②日本国内の衛生行政で働く際に求められる資質、およびその資質と開発途上国での勤務で培われる経験との共通点と相違点はなにか。

III. 方法

1. 研究対象者

対象者は、原則として国内の保健・衛生行政分野、開発途上国での保健・医療分野、両者の勤務を経験した医師、歯科医師、獣医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師等の専門職とする。対象者の選定基準は、以下の2点を満たす者とした。

- ①国内の衛生行政分野（国・都道府県・市区町村）で、3年以上の勤務経験を有する
- ②開発途上国において、保健・医療分野で、2年以上の勤務経験を有する

この対象者は、本研究班（「グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法確立および開発途上国に対する日本の衛生行政経験の伝達可能性の模索」）の参加者自身、あるいは参加者から紹介をうけた者をはじめとし、研究参加者から紹介を受けるスノーボール式で行われた。

2. 研究の方法

(1) 概要

本研究は、個別のインタビューによる質的研究手法により実施した。インタビューは、対象者全員に対して、下記のインタビューガイドを用い、1対1の半構造化面接法により行った。インタビューの実施は原則として対面であるが、対象者が遠隔地に居住している場合には、電話またはスカイプ等の通信手段により行った。インタビューは、予め後述する研究参加への同意を取り付けた後、インタビュアーが自己紹介を行い、以下の事項に沿って対象者の経験を時系列に聞き出し、また必要に応じて補助的な質問を加える方法を取った。

(2) インタビューガイド

①保健医療資格取得後の経歴を教えてください。

(i)日本国内での衛生行政分野の経験について（職場、職務、印象）

(ii)海外（主に途上国）での勤務経験について（職場、職務、印象）

②日本での経験を途上国で生かせると思いますか？

(i)そのために必要なこと（能力、組織の体制、取り組む課題、雇用体制など）は、どのようなことでしょうか？

(ii)日本の衛生行政で働いて、さらに海外で働く際に必要なこと、困難なことはどのようなことでしょうか？

③途上国での経験を日本で生かせると思いますか？

(i)そのために必要なこと（能力、組織の体制、取り組む課題、雇用体制など）は、どのようなことでしょうか？

(ii)日本の衛生行政で働く際に困難なことはどのようなことでしょうか？

④途上国で働くことと、日本で働くことで、似ている点、異なっている点は、それぞれどのようなことだと思いますか？

(3) 記録の保持と分析

インタビューの記録は、参加者の許可を得た上で録音し、デジタル音声データとして保管。このデータの文字起こしをして文書ファイルを作成し、定性的にコード化して、開発途上国の公衆衛生分野、日本の衛生行政、それぞれで働く際の視点、必要なこと、困難なことなどを念頭において、それらを概念として抽出した。あわせて、日本、途上国、それぞれで共通することから相互に活用可能な事項を、さらに異なる事項から相互に学べること、あるいは活用が困難であることの記述を追加した。

IV. 結果

1. 実施期間および対象者

2016年9月より2017年12月にかけて14名に対しインタビューを行った。それぞれの属性は表1の通りである。

職種は1名の臨床検査技師を除き、全て保健師の方である。インタビュー実施時に行政に属していた方のうち、国が1名、都道府県が2名、市区町村5名、その他6名であり、衛生行政以外の職務に就いておられる、あるいは離職している方も見られた。途上国での活動は1名のシニア海外ボランティアの方以外はすべて青年海外協力隊に参加された方である。派遣されていた地域はアフリカ10名、中央アジア2名、東南アジア1名、中南米1名という内訳になっている。

表1. 対象者の属性

No	職種※	国内所属期間	派遣時身分	派遣地域
----	-----	--------	-------	------

		(インタビュー実施時)		
1	保健師	国	JOCV	アフリカ
2	保健師	その他	JOCV	アフリカ
3	保健師	その他	JOCV	アフリカ
4	保健師	その他	JOCV	アフリカ
5	保健師	その他	JOCV	アフリカ
6	保健師	都道府県	JOCV	中央アジア
7	保健師	その他	JOCV	東南アジア
8	保健師	市区町村	JOCV	アフリカ
9	保健師	市区町村	JOCV	中央アジア
10	保健師	市区町村	JOCV	アフリカ
11	保健師	市区町村	JOCV	アフリカ
12	臨床検査技師	都道府県	JOCV	アフリカ
13	保健師	その他	SV	中南米
14	保健師	市区町村	JOCV	アフリカ

※海外派遣時の職種は異なる場合がある

2. 海外活動参加の契機

今回のインタビュー対象者の多くが青年海外協力隊経験者である。海外での活動を意識し、青年海外協力隊に参加する契機となった出来事としては、友人や先輩、周囲の協力隊OB/OGによるものが多く、実際に途上国に行った結果、その現状を見て関心を持ったという経緯も見受けられる。早い方では中学生ころから協力隊参加を意識し始め、海外で活動するため、もしくは青年海外協力隊になるために看護職を選んだというケースもある。一方で、これというきっかけはないものの、新たな環境で働いてみたいという思いや、衛生行政のイメージギャップから協力隊参加に至った例もあった。

3. 海外派遣に際しての困難

日本の衛生行政に働く中で、海外での活動に関心のある人材は一定数存在する。しかしながら、海外活動への参加を困難にする要素が様々に存在する。具体例を挙げると

- ・自分にできるかという不安、力がないからという思い込み
- ・勇気が持てない
- ・海外の治安(イメージ)の悪さ
- ・家族の反対
- ・職場の反対
- ・職場の迷惑になるのではという不安

- ・年齢制限
- ・ライフイベント(結婚、家族の死別など)

などが挙げられるが、海外派遣を行う上で大きな役割を担う現職参加について、下記で詳しく検討する。

4. 現職参加

青年海外協力隊には、所属先に身分を残したまま参加する「現職参加」の仕組みがあり、地方公務員の場合、下記のいずれかの措置が用意されている。¹

「外国の地方公共団体の機関等に派遣される一般職の地方公務員の処遇等に関する法律」（昭和 62 年法律第 78 号）に基づき各地方自治体が制定した条例（通称：派遣条例）の適用による、「派遣職員」（有給休職）としての参加。

2. 「地方公務員法」（昭和 25 年法律第 261 号）第 26 条の 5 に基づき各地方自治体が制定した条例の適用による、「自己啓発等休業」（無給休職）を利用しての参加。

しかしながら、適応は個別のケースによるところが大きく、応募前に職場から事前の承認が必要な場合もあることから、JICA では応募前に所属先に相談することを推奨している。

¹

本インタビューの回答者のうち、現職参加をした人の割合はほぼ半数となっている。現職参加しなかった事例を検討すると

- ・協力隊に行きたかったため、過去に協力隊派遣の実績がある自治体を選んで就職したが、実際は条例がないために自身が協力隊に参加する際は現職参加できず、退職して参加した
- ・現職参加することが認められず、退職した
- ・現職参加の制度はあったが、帰国後にやりたいことが変わるのではないかと思い、退職して参加した
- ・現職参加の制度はあったが、規模の小さな自治体に 2 年という短期で来てくれる人材がいるか疑問であり、組織に迷惑をかけないためにも辞めて参加した

という事実が明らかになった。特記すべきは、現職参加をしたいと掛け合ったが認められなかったケースで、

「そういう人が今後増えても困る、ということと言われたのと、そういう人は求めていないということと言われたので…。だから横浜とか名古屋とか、大きい所とか、過疎地域とか、開発してほしい所はこういう人良いと思うんですけど、うちみたいな田舎で、『あれこれ余計なことを言わないでほしい』というような地域的な空気もあるんですよ。そういうのは、『私(回答者)が行ったんだから私も行きたい』というような人が増えてくると困るし、制度がある以上認めなくてはいけないから、ということで、話を受けました。」

以上のような事実もあるということである。こうした環境が、現職参加のみならず、協力隊参加へのハードルになっている可能性は大いにある。

¹ https://www.jica.go.jp/volunteer/application/seinen/support_system/incumbent_participation/

また、現職参加したケースにおいても

- ・現職参加したが、自治体における初事例だった
- ・自身は制度を使って参加したが、過去に同じ職場から参加したJOCVのうち、一人は帰国後退職、もう一人は職場に戻らないというケースだったので、心配はされた。
- ・現職で参加したが、上司の反対にあった
- ・現職で参加したが、無給休職で参加した

という意見があり、衛生行政分野における現職参加が普遍的に受け入れられていない様子が窺い知れる。

5. 日本の衛生行政

日本の衛生行政の強みとして挙げられた点は、個別の対応ができる、予防という形で地域に入ることができる、リソースに限界がない、地域の方の力などがある。

他方で、日本の行政で働く中で困難な点を列挙してもらうと、業務量とその内容に言及したものが目立つ。業務量に関して言えば、人数が限られており、個人の担当する範囲が広く、業務をこなすだけで精一杯であるという意見が多く、そのために業務改善の余地がないという一面もあるようである。定期的な異動が繰り返される中で、業務を知る人がおらず、過去の事例を自分で調べなくてはいけない困難さを挙げる意見もあった。

業務の内容に関しては、事務仕事が多く、(保健師として)地域に出向く機会が(少)ない、対個人の仕事(少)ないという意見が目立った。制度や予算の限界を挙げる意見もあり、決められた制度・予算の枠組み内で事業を行わなくてはいけない点が途上国との大きな違いであるという指摘もある。経時的に制度が増え、変化していく中で、業務内容に対する縛りは厳しくなっていることを示唆する意見もあった。

日本の行政の課題として、海外から来た住民に対する対応の不十分さに言及したものがあつた。

これらの日本での衛生行政の経験から得られたものについては、下記のような意見が挙げた：

- ・病気だけではなくて、政策という視点がついた
- ・海外でのカルチャーショックがあまりなかった
- ・地域に出向くという日本の保健師の姿勢、限られた予算の中で少しでも多くの人とその恩恵を受けられるようにという考え方…病院との違い

6. 海外の業務

海外、特に途上国の青年海外協力隊ならびにシニア海外ボランティア活動で直面する事態やそれに対する印象は、衛生行政の経験の有無にかかわらず、他の職種でも広くみられるものが多い。

海外での業務の強みとして最も多く寄せられた意見は、活動の自由さである。特に、「制度

や法律が未整備なこと」が十分な支援を不可能にする一因になる一方で、活動の自由の幅がきき、失敗しても次のことに挑戦できる環境があるという声があった。

また、配属先での不遇もある一方で、

- ・他の隊員の配属先に比べてやる気があり、しっかりしていた
- ・会議で自分の言いたいことを汲み取って分かってもらえた
- ・協力的であり、自分たちで賞を獲得したりしていた
- ・様々な方法で取り組んでみようという姿勢が感じられ、積極的に新しいことを始めたいということから、意見を求められ、アイディアを出すと取り組んでくれた。やろうという姿勢を感じられた

以上のような印象も寄せられている。受け入れ組織によって様々な待遇の差があるという事実は、組織で活動する中では普遍的に存在するものであると考えられるため、途上国での活動や青年海外協力隊に限って発生することではない。

これに対し、海外で直面する困難としては、

- ・予算が全くない、予算がない状態で進めていくのが難しい
- ・協力者がいない
- ・お金やプライドの問題で、全面的な協力が得られない

など、予算や配属先の姿勢に言及するものが多かった。これらの多くが他職種の青年海外協力隊にも広く見られる状況であるが、

「一番大変なのは言葉ですよ。特に保健師は看護職みたいに看護技術はこうでしょって見せるものでもないし、物を作る人みたいに物を作って、こうジェスチャーで、見せるっていうものでもないの、言語はすごく大切だなと思いました」

上記のような意見は、「目に見えるもの・成果」をとかく求められがちである途上国においては、特に保健師や衛生行政の業務を理解してもらうことが難しいとも考えられる。

こうした海外の経験から得られたものとして最も多かった回答が、価値観、内面、精神の変化である。

「自分自身の価値観ですかね。「こういう人もいるんだ」っていう所での。若い時は何でこの人こうなんだろうって周りの人のせいにしていたところもあると思うんですけど、帰って来てからはこの人はこういう人なんだっていう、極端に言えば。どうやって動いてもらったら良いかな、この人の良い所ってどうしたら良いかなとか。でも実践は私していないので。そういうことを思うようになりました。」

「思う通りにいかないじゃないですか。大体会議やっても今日誰も集まらないとか、雨降ったから来ないとか。最初はカリカリしていたんだけど、違うんだな、しょうがないんだな、と思って。でも、次の時に来るんですよ。その時間のスパンとか距離感とかものの考え方っていうのが、日本は同じ同一の民族で、同一の考え方をもっているから、すごく判で押したようにうまくいくんだけど、そうじゃない人たちが入っている時に、どこまで許容できるかっていうそこらへんの広さっていうのが、海外に行ってからの方が深

まったかなという気がしました。」

以上のように、これまでに体験したことのない価値観や精神に長期間触れることによって、自身の中の価値観が大きく変わり、許容力が広がったとする事例が多い。加えて、

「結構思いつめたりすることがあるんですけど、もうちょっとこう視野を広げてというか、こればかりじゃない、人生はもっとっていう感じで。・・・やりたくなかったらやめればいいか、みたいな感じで気は楽になりましたね。」

不慣れな環境での生活で様々な困難に曝露した結果、忍耐力や適応力、精神力や柔軟性が身につく、その結果、物事の捉え方、生き方にも大きな変化をもたらすことがうかがえる。

7. 日本と海外の業務の共通点

日本と海外の共通点として挙げられたのは、当然ではあるが、その活動の目的が「住民の健康を守ること」にある点である。周囲の環境や課題となる疾病が異なる中においても、この目的に対するアプローチ方法は共通であることが指摘されている。特に、保健師として、他人の領域に入っていく際の姿勢、相手の話を聞き、指図を避けること、置かれている状況の問題を把握し、対策方法を考えること、担当がいなくなった後も見据えて活動を計画すること、コミュニティの一員になること、などは日本、途上に共通する方法のようである。また、環境が異なっても、上の者を立てることや、上司やキーパーソンとの関係構築など、コミュニケーションを円滑に進めるための環境づくりも共通している。

8. 日本と海外の業務の相違点

日本と海外の相違点で挙げられる点は多岐にわたるが、大別すると下記の点に要約できる：

・環境／制度

流行している病気や用いられる基準(スタンダード)の差異もさることながら、途上国では利用できる環境(資源)や制度も異なる。日本では国から目標・予算の枠組みが提示され、それに基づき、都道府県、市区町村という順を経て、活動が展開されていくことが基本であるが、途上国では特にそれが難しい。日本では様々な監視機関があり、セーフティネットがある一方で、命に直結する事例が多い途上国ではその仕組みがない、制度ありきで推奨していた支援策が途上国では通用しない、そもそも保健師という職種が存在しない、なども具体例である。

・仕事に対する意欲、姿勢、価値観

次いで多く挙げられた意見は、仕事に対する意欲、姿勢、価値観の違いである。日本では仕事が生活の中心に据えられることが多い中で、海外ではその価値観が大きく異なる。金銭的理由により仕事をしない、仕事よりもプライベートを重視する、などが海外での特徴として挙げられる。こうした仕事に対する意欲は、日本の価値観のもとでは困難を覚えることが多い。その一方で、日本では外国人住民の対応(日本語以外での業務)が敬遠される傾向があるが、海外ではこうした外国民に対しても、親身になって対応する姿勢が見られる、

といった意見もあった。

- ・活動の自由度

「制度や法律がない」ということが途上国の一つの特徴として挙げられる一方で、制度がないことでより自由に活動できるという意見も見られた。仕事で挑戦できる幅が大きい、思いついたことを試すことができる、失敗しても次に挑戦できる、上司に直談判できる、などがその理由である。

9. 日本から海外に活かせること

日本での経験を途上国で活かせるか、という問には、日本と海外での業務に共通する事項において特にその経験が発揮されるようである。万国共通である感染症の知識はもとより、保健師として地域に向かう際の姿勢、人との接し方、日本で培われた関係者とのネットワークづくりや、コミュニケーション能力といった心構えや対人能力に加え、実際の健康政策や健康教育、イベント実行やデータ分析などの実践的な経験が海外の活動に直接役立ったという意見も多い。また、比較する対象として日本での経験があることで、日本での業務をそのまま応用はできなくとも、差異を見出すことから他国の制度を理解する手助けにもなり、こういった施策が必要かを考えるヒントにもなるようである。

しかし、日本での経験は、日本で学んでいったことがあってもレベルが全く異なる海外では通用しないこと、また、日本の公衆衛生の知識があったとしても、それを元に海外について考えたり比較したりするのは難しいという見解もあった。

10. 海外から日本に活かせること

途上国の経験が日本で活かせるか、という点においては、コミュニケーション能力、度胸、精神力など、個人の内面強化という面に触れる意見は多い一方で、日本の衛生行政に対し、直接的な技術で還元できる点は少ない印象を受ける。

まず、途上国の経験が日本の衛生行政で活かせる事例として挙げられた点について、具体的に見てみると、

- ・海外の行政システムやうまくいったケースを紹介できる
- ・海外と似た地域特性の場合(僻地など)、地域への入っていく方を反映することができる
- ・住民主体で活動を行い、意識を高める活動は日本でも活かせる
- ・ゼロから考え、人を集める方法は応用できる
- ・海外からの来訪者があった際、日本との差異を意識した上で日本の紹介ができる
- ・危機管理や経営能力
- ・様々な生活、考えがあるというカードを持つことにより、考え方の幅が広がり、マネジメントにも活かせる
- ・日本にいる外国人対応や、海外で流行している疾病の担当を任せてもらえるようになるなどが挙げられた。

更に、こうした直接的に衛生行政に反映できる技術に加えて多かった回答が、個々人の内面的な変化である。具体的には

- ・ 様々な人や考え方を受け入れられるメンタリティ
- ・ 様々な人と付き合えるコミュニケーション能力
- ・ 途上国で得た価値観や人生の考え方

といった、異文化を体験したことによって自己の内面が広がったという意見が多い。一方、こうした内面的な変化を、日本国内での衛生行政に具体的にどう生かすかという点では、その方法を見つけれられていないケースが多いようである。

上記に紹介するような事例もある一方で、途上国の経験が日本で活かせるか、という問いに関しては懐疑的な意見が多かった。特に、日本から海外に行く際は、知識や経験を持っていくことができるが、逆のパターンにおいては、環境があまりに違いすぎるため、日本において途上国の経験を活かす方法が見つからないというものである。途上国で活動した経験を活かし、国際交流や、途上国を支援することなども考えられるが、衛生行政の活動としてまず考えなければいけないのはその住民であり、市区町村の組織でそうした事業を展開するのは難しいという指摘があった。そもそも、日本の衛生行政業務の中で、途上国の経験を必要とする機会がないのではないかという意見もあり、多くの回答者から「日本の衛生行政への還元方法に関しては模索中である」との回答を得た。

11. 帰国後の困難

青年海外協力隊として海外で活動をして日本の行政に戻る際に、海外とのギャップに悩む例も何件か報告されている。

「帰って来てから、あまりに違うじゃないですか。私も2年(学校に行ったけれどそれ)くらい空けないと、日本人に社会復帰できないと思って。・・・その日本人に社会復帰する時間とか、必要だなんて思って・・・組織として、来てすぐに日本人として働かなくては行けないので、海外で学んだものとかあっても、一回そこでまるにして、ここからまた違う人で行くっていうのがうまくつながっていかないのかなと」

「日本のテンポとアフリカの、たった2年間なのにテンポが合わなくて、日本社会についていけなかったです」

「結構スピード感の違いとかが一番慣れるまでは大変で、あとは同時に色んな仕事をこなすっていうことに対してもなかなか難しいのを感じました」

その多くは他の海外からの帰国者が経験する逆カルチャーショックによるものであるが、帰国直後に日本の職場に復帰しなくてはならない現職参加の行政職員にとっては、その影響がより強いことも考えられる。

12. 必要な能力や日本でやっておくべきこと

海外派遣を見据えて必要な能力や、日本で付けておくべき能力についての問いには、下記

の回答が得られた。日本の行政の基礎的な知識もさることながら、衛生行政として人と関わる際の姿勢や、対人能力について言及するものも見られる。

- ・行政の仕組み、手続き、事業をもっと知っておくべきだった。色んな自治体の事例を知っていた方が提案や分析も深くできる
- ・日本の統計やデータがどのようにまとめられているのかを知らなかったので、知っておいた方が良かった
- ・地域実態や人々の暮らしを見極めるというのは、どこの国においても大事。数値的に見ることも、状況を観察することも
- ・目の前の仕事に追われていること、対応がパターン化されていることから、ひとりひとりの生活を見極めるという能力が(大事とは分かっているけど)なおざりになっている
- ・言語能力が限られており、遠まわしに言うべき所でストレートに言ってしまい、現地でうまく関係が築けなかった
- ・なぜそれが必要かを理解してもらえるように説明できる能力

V. 分析ならびに提言

1. 開発途上国における経験を国内の衛生行政に活用できる可能性

1-1. 日本国内の衛生行政

1-1-1. 日本国内の衛生行政の課題

開発途上国での経験を国内、特に衛生行政に活用できるかという命題に対し、インタビュー参加者の多くがその解を見つけることに困難を覚えている印象を受ける。その理由は「途上国と日本の環境、課題、求められているものが異なる」という点に集約できるのではないかと考える。下記の回答にもある通り、

「法律でがちがちに「今こういう事業をしなさい」とか決まっているし、今変わるときだったので、その準備がどこの市町村もてんでこまいとかそういう感じで、何か新しいことを、というよりも、変えていかれる法律に合わせるためにどうしようかという方が、それでいっぱいでした」

「縛りがある所があるので、地域に出て行ってクリエイティブさとかそういうのは行政でやっていくのはとても難しいかな、というのが3年働いてみての感想ではありました。ただもっと保健師としてお仕事ができるようになればそういう余裕も出てくるかもしれないんですが、3年間の中の自分では、自分で新しい何かをやるというのはすごく難しいなと思いました。予算も限られていたりするので、こういうことをやってみようって思っても、次の年、やりたいと思ったときにお金があるわけではないので、1年半くらい前に考えると、相当長い目で考えていかないとできなかったり、考えていても数年で異動になってしまったりとか、数年で部署が異動になるので、そうすると思っていたことが担当のところでできなかったりというのは出てくるかなと思います」

日本の衛生行政という枠組みで考えた場合、組織として取り組むべき課題、対応策はある

程度決まっており、そこに個々人のアイディアや感性が入り込む余裕は、途上国のそれに比べればはるかに限られている。「法や制度が未発達である一方、自由な活動ができ、失敗があっても次に挑戦できる」途上国の環境で培われた経験が「法や制度によって活動の道筋が明示化される一方、求められる成果が決められており、定められた手順通りに進める必要がある」日本において活用できるようにするには、日本の衛生行政の業務プロセスの大幅な改組が必要になるであろう。

1-1-2. 日本国内の衛生行政への提案

日本の衛生行政に途上国の経験を活用するためには、インタビューで得られた日本の衛生行政の課題を検討することが一案である。日本の行政で働く上での困難な点は、業務量とその内容に言及したものが多かった。

「日本の行政、保健衛生に限らずですけど、行政自体、文書作りだったりそういった事務作業が多いですし、色んな制度が良くも悪くもあって、それに縛られすぎている感じ、ちょっと窮屈な感じが日本に帰ってきてもった印象ですかね」

「日本の人も医療職の人って人のためについていう思いやりが多い人が多いのかなっていう印象はあるんですけども、目の前の煩雑な業務、事務作業とかに追われて、そういった気持ちが欠けつつある人もいます。眉間に皺寄せて働いている感じがあるので、もうちょっと仕事の内容、日本全体の体制とかにもかかわると思うんですけども、もうちょっとシンプルにならないかなって思いますね」

事務作業や文書作りに追われ、1-1-1 で前述されたように「地域に出て、クリエイティブな仕事をするのが難しい」環境では、途上国で培われた自由なアイディアを試すことは困難であろう。業務委託や業務分担の見直し、また、組織内の意見交換などを通じ、日本の衛生行政に途上国の経験を活用できる余地を生み出すことが重要であると考ええる。

1-2. 価値観の活用

開発途上国で得られたものは、技術よりも価値観の変化など、内面的なものが大きい。特に、様々な価値観に触れた結果、許容力が増え、多角的な視点が身についたという参加者の意見があった。こうした多角的な視点は、日本においても様々な事例が存在する中で、その多様性を許容できる姿勢があることは、社会的多様性の広まる上でも大きな役割を果たすと考えられる。その方法としては、直接的な対面支援だけでなく、イベントや企画、教室などを通じて間接的にも活用できる可能性がある。

1-3. 外国人対応／新興・再興感染症発生時の対応

V 章 1-2. と関連し、社会的多様性が広まる中で、行政における在留外国人対応はその一角を占める。実際に、海外での経験を買われ、予防接種や相談時の外国人の対応(通訳)を任されたという事例は何点か聞かれた。また、ジカ熱やデング熱といった感染症の対応として、問診票の英語版の作成を担当したという事例もあった。過去の研究班による検討会においては、こうした外国人や新興・再興感染症対応は、短期的、かつ特殊な対応を要する際にのみ外部人材を求めるという指摘があったが、法務省によれば在留外国人の数は平成

29 年 6 月末時点で 2,471,458 人、その数は平成 23 年以降毎年増加の一途をたどっており、平成 28 年 6 月末から平成 29 年 6 月末までの 1 年で、およそ 16 万 5,000 人の増加を見せている²。在留資格別には永住者が最もその割合が大きく、全体の 30%を占める²。内訳では中国(711,486)が最も多く、次いで韓国(452,953)、フィリピン(251,934)、ベトナム(232,562)、ブラジル(185,967)が続く²。こうした海外からの訪問者が増える中で、衛生行政業務の中で恒常的に外国人に特化した対応をしていくニーズは少なからず生まれてくるものと思われる。外国人対応は、自身が海外で「外国人」として生活した経験を衛生行政の中でフィードバックする絶好の機会となる上、語学やコミュニケーション能力を更に向上させる機会ともなる。また、業務上または自己管理の面から、途上国での生活における疾病予防・対策を経験していることは、日本において馴染みのない新興・再興感染症への対策にも活かせると考えられる。

1-4. 僻地医療など特殊ケース

稀なケースではあるが、例えば僻地医療など、海外と似た地域特性の場合、地域へのかかわり方などに共通するものがあるのではという意見があった。

2. 現職参加

2-1. 現職参加の課題

途上国での経験を日本の衛生行政に活用するために、帰国直後に元の職場に戻るができる現職参加制度は大きな役割を担うと考えられる。職場に籍を残したまま海外での経験を積むことのできる現職参加制度であるが、IV 章 4 で述べられた点を整理すると、下記に挙げる課題が浮かび上がる。

第一に、職場の理解が得られないケースである。先のケースとは別に、受験時には上司の許可が得られたものの、実際に合格すると反対された事例や、反対はされなくとも「公務員としてのキャリアを捨てる」といった周囲の意見もあり、職場、特に上司の理解があるかないかは、現職参加に大きな影響を与えるものと思われる。

第二に、現職参加でも有給・無給の差があり、無給休職の場合はそうでない参加に比べて金銭的な負担が大きく異なる。

第三に、現職参加後の職場復帰の有無が挙げられる。現職参加を推進する一つの理由には、途上国での経験を派遣元の組織に還元することが期待されることが考えられるが、参加した後こうした機会がないまま退職するケースが頻発した自治体においては、現職参加に対する不安の声が上がっていた。

2-2. 現職参加への提案

現職参加を左右するのは、所属先の上司の采配によるところが大きい。JICA に関わりのある家族をもつ上司が現職参加できるよう取り計らったり、自身も国際協力に携わっている上司が積極的に行きやすい環境を整えたりした結果、現職参加に至ったという事例が見ら

² <http://www.moj.go.jp/content/001238032.pdf>

れた。よって、衛生行政業界全体として現職参加の認知度を高めつつ、派遣条例や補てん制度の整備など、職場で一人の人材が 2 年間の海外派遣をする間の業務に耐えられる体制を保障することが重要である。また、現職参加でも有給・無給の差があり、こうした金銭的負担が海外活動の参加を阻む要因になり得ることにも注目したい。併せて、現職参加した人材が、責任を持って派遣元に戻るということも重要である。

3. 日本と海外で働く際に求められる資質

3-1. 日本国の衛生行政で働く際に求められる資質と途上国の勤務で培われる経験の共通点

IV 章 9 ならびに 10 で紹介されている通り、日本と海外で働く際に求められる資質として共通するのは、(保健師としての)姿勢、コミュニケーション能力といった対人能力、現地の問題を見極める能力である。これらは衛生行政に関わらず、あらゆる業種において必要となるものである。しかしここで注意をしなければならないのは、海外と日本双方でこうした姿勢や能力が重要であるという指摘がある一方で、特に日本の衛生行政の(保健師の)職務の中でこうした現場に行き、人と関係を持つ機会がないことが挙げられている点である。人と関わるときの姿勢や現地の問題を見極める能力、コミュニケーション能力などは、実体験を通じて培われるものであり、こうした機会を担保することは、日本の現場で特に重要であると考えられる。

加えて、日本の衛生行政業務で課題として挙げられていた「前例が分からない状態で仕事が与えられる」という事例も、勝手の分からない途上国で活動を行う上では共通して要求される能力の一つとも言える。

また、環境や職務要請内容の異なる海外で普遍的に通用するものではないため、双方で必要とされる能力とは言い難いかもしれないが、データ分析やイベント実行の実務経験も、海外で活かせるものである。

3-2. 日本国の衛生行政で働く際に求められる資質と途上国の勤務で培われる経験の相違点

海外の勤務で培われる経験は内面的なものが多く、姿勢や考え方などを除いた「技術」として直接日本の衛生行政の現場で活かすことが難しい、と多くの回答者が答えていることは先に述べている通りである。途上国と日本のシステムが大きく異なることもあり、制度の整っていない途上国での業務経験が、既に制度のある日本で活かせるかという点と難しいであろうことは想像に難くない。

4. 経験者が感じる困難、必要とする支援

4-1. 参加しやすい環境並びに帰国後の身分保障

既に本章 2 で述べたように、国内の衛生行政に従事する者が、海外に行きやすくするためには、参加しやすい職場環境づくり、帰国後の身分保証が不可欠である。現職参加の認知

度向上、衛生行政全体としての人材保障などが、こうした環境づくりを促進すると考えられる。加えて現職参加の場合であっても、無給の場合は、金銭的負担が有給の場合と異なるため、参加を思いとどまる要因の一つになり得る。

4-2. 帰国時支援

現職参加をした回答者のうち、帰国してから日本のリズムについていくことに困難を覚えたという意見が何点か挙げられた。帰国時カルチャーショックは、特にすぐに現場に復帰しなくては行けない現職参加にとってはケアを必要とする場面となる。

5. 進路設計

5-1. 日本での進路設計

最後に、こうした海外での経験を進路の一つに選ぶことについて寄せられた意見を紹介する。

(JOCVに参加することに対して)

「キャリアアップというのは、日本で、市の職員で最終的には部長・係長になりたいとか、昇級をしたというレベルでのキャリアアップであれば、私はお勧めしない。」

(時間の無駄ということ？)

「時間の無駄というより、それを海外に行っている間に、日本の制度って変わっていくので、そっちを勉強していく方が、市町村の保健師さんとして能力はついていくんじゃないかと。私が離れている間の日本の変化って正直よくわかっていないですし、介護保険制度とかどんどん変わっていくと思うので、そこを勉強した方がよっぽど日本では身になるんじゃないかと。ただ、その人が将来的には海外を見据えて保健師としての場を日本だけでなく海外とか途上国とかそういう所に広めていきたいという方向なのならばお勧めします。」

このように、日本の衛生行政で継続して働くことを見据えた場合、海外の業務よりも日本で業務を積むことの方がより力になるという認識が現場にあることは、他の回答者からも得られた。

(2) 日本の公衆衛生行政に関する英語版説明資料

変貌する世界のなかで果たす地方行政の責務と疫学

Characteristics and Epidemiological Works of Public Health Centers (PHCs) in Japan

Chairman of Japanese Association of Public Health Center Directors (JAPHCD)

Director of Ijuin Public Health Center, Kagoshima Prefectural Government

Hidenori Uda, MD., PhD.

1 全国保健所長会

Kagoshima Prefecture, attractive land

○1600 Km to Kagoshima Prefecture
/ Haneda to Kagoshima plane 1hr 30min
/ Tokyo St. – Kagoshima-Chuo(central) St. Shinkansen Bullet Train 6hr 30min

Yakushima (World Natural Heritage)

Sakurajima volcano

Kurobuta-shabu (Kurobuta (Black Berkshire) pork)

WCE2017 Saitama City

Tokyo Haneda

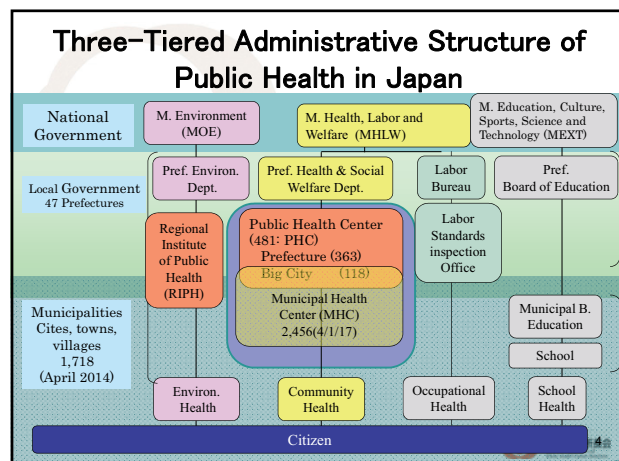
Ijuin PHC.

(PHC: Public Health Center)

Characteristics of The Public Health Center(PHC)

- Public health centers (PHCs) are public health **administrative agencies specialized in public health**, established by **local governments** according to the PHC Act enacted in 1947 (later in 1994 amended to the current Regional Health Law).
- There are **481 PHCs nationwide** in Japan as of April 1, 2017.
- The goal of the PHC is health promotion and protection, and disease prevention. PHCs do provide **preventative medicine**, but **not curative medicine** like other countries.
- PHC director was** legally required to be **an MD** with a 3 or more-year experience in public-health field. However, due to difficulties in finding such MDs and thanks to the trend of deregulation, the requirement was **abolished in 2005**. Now, there have been **only a few non-MDs** since the law revision; and all of them were and are dentists.
- Health personnel**: Medical doctors, dentists, pharmacists, public health nurses, veterinarians, nutritionists, food hygiene inspectors, environmental inspectors, X-ray technicians, hygiene technicians are working.

全国保健所長会



Characteristics of PHC and MHC, RIPH

	Public Health Center (PHC)	Municipal Health Center (MHC)	Regional Institute of Public Health (RIPH)
Established by	Prefecture, Big cities (Population number>=200,000)	Municipalities (Cities, towns, villages)	Prefecture, Ordinance designated cities (Big cities: pn.>=700,000)
Number	481	2,456	77
Main works	Specialized personal services (infectious dis., intractable dis. etc.) - Law Enforcement (medical facilities, food hygiene etc.)	Personal services closely related to the daily lives of residents (MCH, immunization, disabled, elderly)	Examination of causal pathogens - Infectious disease surveillance system - Research Education and training - Environmental monitoring
Staff	Various public health professional staff	Public health nurses and dieticians	MD, Pharmacist, Inspection technician etc.

全国保健所長会

The Role Sharing of the National and Local Governments

- National Government unification**
 - Measures at **national scale** and point of view
 - Insurance (medical, nursing care) compensation, large-scale disaster countermeasure
 - Nationwide **unified activities**
 - Gathering, analysis and publication of various statistical information
 - Measures against global and/or novel infectious diseases
 - Role of the existence of the state in the international community
 - Support and advice to local administration
- Local Government diversity**
 - Support residents' self-determination and self-responsibility
 - Activities **closely related to the lives of local residents**
 - Measures against **infectious diseases in sporadic** and regional units
 - Measures against **food poisoning**
 - Improvement of **community medical system** (construction of medical collaboration system, medical and nursing care collaboration)
 - Living support and support for people with disabilities
 - Mental health welfare measures

6 全国保健所長会

Brief history of the Administrative Public Health in Japan (Main Acts and systems related to PHC)

1947 Public Health Center (PHC) Act ,Launch of JAPHCD

1945- 1969

issues

Public health (infectious dis, malnutrition, unsanitary environment etc.)
Medical (accessibility to medical institute, poverty etc.)

measures

Health care system (MHW, PHC): UHC (Medical Insurance),
Surveillance System (demographics, notification of CDs),
Activities for the health of individuals and/or groups.
Activities for the environmental improvement
(waste, water, air, medical facilities) etc.

1994 Regional Health Act (PHC Act revised) → PHC and MHC

1970-1999

issues

ageing, NCDs , global infectious dis. Suicide, decentralization

measures

Health care system (PHC + MHC, decentralization),Long-T care insurance

2000-

issues

Frequent disasters, ageing, decline of the population

measures

Healthy Japan 21 (prolongation of healthy life span)
regional comprehensive care



7

Activities of the Public Health Center (PHC) based on the Law*

Activities for **personal services** (health of individuals and/or groups)

*Matters concerning **health of retention and promotion** of residents

• **Demographic Statistics** and **community health statistics**

• Health for **Intractable diseases**

• Prevention of **infectious diseases** and other diseases

• Dissemination of knowledge on community health

• Matters concerning public health nurse

• Maternal and child health and the elderly health

• Dental health • Mental health

Activities to **the objects** that affect the health of individuals and/or groups

• Improvement of **food hygiene** and nutrition

• Cleaning and other **environmental sanitation** including housing, water supply, sewerage, waste disposal

• **Medical and Pharmaceutical affairs**

• Improvement and promotion of **public health care business**

• Examination and inspection on hygiene for hotel, inn, barber, spa, restaurant

※ The following projects can be implemented as necessary

• **Collection, arrangement, utilization of information** on regional health

• **Survey and research** on community health

* Regional Health Act (PHC Act enacted in 1947, later revised in 1994)



8

Main Health and Medical, Welfare Statistics related to PHCs' work

1. Evaluation of **health policies and public health activities**

1. Health statistics on medical facilities / workers etc.
2. Health statistics on regional health promotion etc.

2. Evaluation of **regional health conditions and health care situations**

1. Vital statistics
2. Patient survey etc.

3. Early detection and management of **health crisis situations**

1. **Infectious disease** occurrence
2. **Food poisoning** occurrence

4. Public **health research** (optional activities)

※ **Health and medical statistics are the foundation of public health activities.**



9

1. Evaluation of **health policies and public health activities**

- Survey of **Medical Institutions** all 1948~
 - the **current improvement and distribution of medical institutions** (hospitals and clinics)
 - organization, clinical specialties, machinery and equipment, number of professionals , number of beds, social insurance medical practice, notification of emergency, medical practice and examination etc.
 - Medical institution → **PHC** → Prefecture → MHLW
- Survey of **Physicians, Dentists and Pharmacists** all 1948~
 - **distribution of medical personnel** (hospitals and clinics, sex,)
 - Dr. Dentist. Ph. → **PHC** → Prefectures → MHLW
- Report on **Regional Public Health Services and Health Promotion** Services (annually) all 1954~
 - **Activities of health centers and municipalities** (maternal and child health, health promotion, dental health, mental health welfare, hygiene education, placement situation of staff, etc.)
 - **PHC**, Municipality → Prefecture → MHLW



10

2. Evaluation of **regional health conditions and health care situations**

- **Vital Statistics** annually all 1899~
 - **Live Birth , Death, Fetal Death**, (Marriage ,Divorce)
 - Municipality → **PHC** → Prefecture → Ministry of HLW (MHLW)
- **Patient Survey** (Once in 3 years) all/sample 1948~
 - **Situation of patients that use medical institutions** ("hospitals and clinics")
 - Gender, date of birth, address, date of admission and discharge, name of main diagnosis and other diagnoses, payment scheme of medical fee, type of bed etc.
 - Medical institution → **PHC** → Prefecture → MHLW
- Comprehensive Survey of **Living Conditions** sample 1986~
 - **Living conditions** such as health, medical care, welfare, pension, income
 - Household → Enumerator → Instructor → **PHC** → Prefecture → MHLW
- National **Health and Nutrition** Survey sample 1946~
 - (1) **physical** (body height, weight, abdominal diameter, BP, Hemato Exam)
 - (2) **nutrition** (intake, nutrient amount, situation (abstinence, eating out etc.))
 - (3) **Lifestyle** (diet, physical activity - sleep, drinking, smoking, dental health etc.
 - **PHC** → Prefecture → Ministry of HLW (MHLW)



11

3. Early detection and management of **Health Crisis Situations**

1) ROLE OF PHCS CONCERNING **FOOD SAFETY**

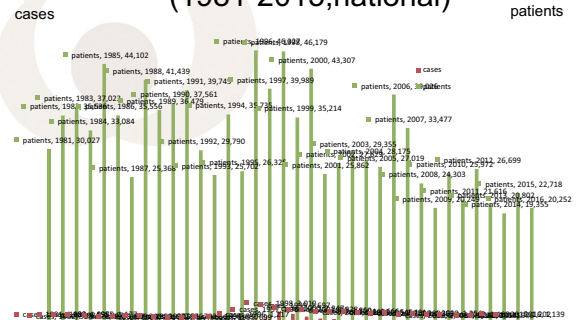


12

Risk Management for Health Crisis Events

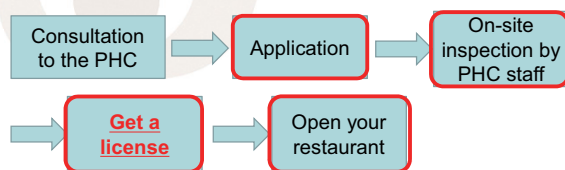
1. **Risk Assessment:** **Assess** risk scientifically
2. **Risk Management:** **Facilitate workshops or exercises** for the preparation of health crisis
3. **Crisis Management:** **Implement necessary measures** based on risk assessment and risk management
4. **Risk Communication:** **Exchange information and opinions** among related people representing the people including public, government, and academia

The Number of Food Poisoning (1981-2015, national)



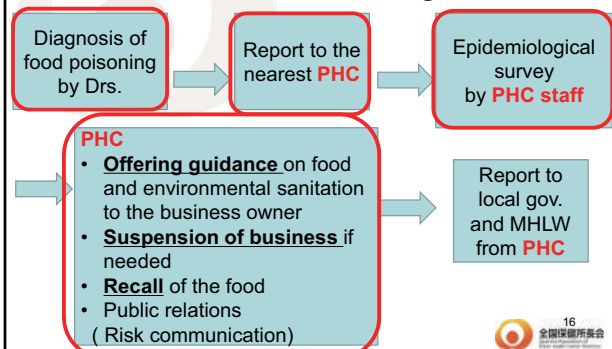
Food Business Licensing

When you want to open a new restaurant, you need **to get a license**.



Even **after you opened your restaurant**, **PHCs go for inspection regularly** and give advice.

Detection and Measures for Food Poisoning



The Role of PHCs concerning Food Safety

1. Food business licensing
2. On-site inspection, audit and guidance
3. Sampling test
4. Inspection order
5. Disseminations and enlightenment to public on food sanitation
6. Handling complaints
7. Food poisoning investigation and necessary measures

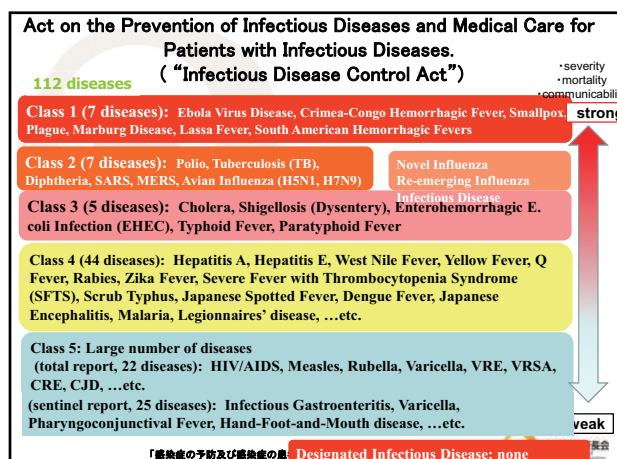
3. Early detection and management of **Health Crisis Situations**

2) ROLE OF PHCS CONCERNING **INFECTIOUS DISEASES CONTROL**

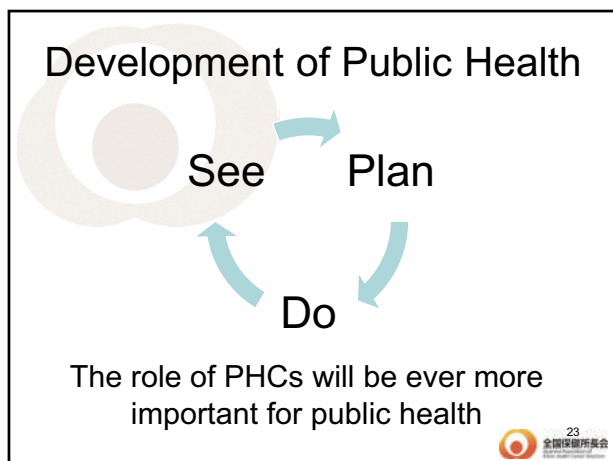
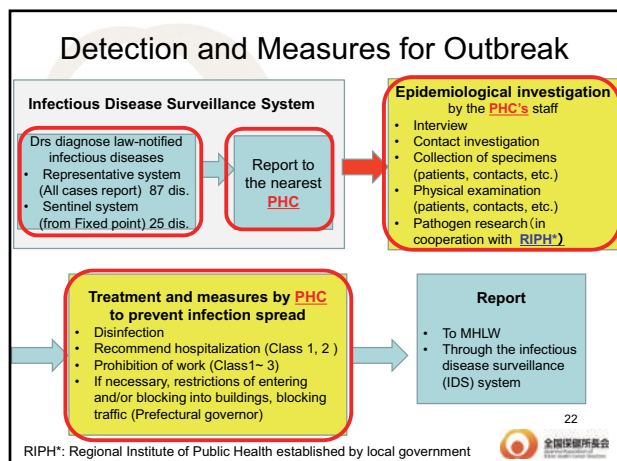
Year	Communicable Disease	Occurrence in JPN	Remarks
2003	Severe Acute Respiratory Infection (SARS)	None	• 8,096 infected & 774 dead mainly in Asia and Canada, Eastern India. Especially in China (12/1/2003) • PHEIC(4/25/2009) #2
2009	Influenza A (H1N1)	Over 9 million infected, 68 dead nationwide (estimated).	• over 600,000 infected, 18,000 dead worldwide
2014	Dengue Fever	180 patients reported (10/31/2014)	• First domestic sporadic infection • 50 to 100 million people infected worldwide
2013~	Severe Febrile Thrombocytopenic Syndrome (SFTS)	158 patients reported (8/30/2015)	Reported from 20 prefectures especially in western Japan • PHEIC(8/8/2014)
2014	Ebola Virus Disease	none	• over 28,000 infected, 11,000 dead mainly in western Africa
2014	Middle Eastern Respiratory Syndrome(MERS)	none	• 1,368 infected & 489 dead worldwide; 188 infected and 38 dead in Korea (7/31/2015) • PHEIC(2/1/2018)
2013~	Zika Fever	3 cases (inbound)	• over 400 million infection threat. 4180 newborn microcephaly, 68 newborns dead worldwide

*1/A Incidents: none in JPN, but too close to Japan
Accidents: break out in JPN
*2 PHEIC Public Health Emergency of Internal Concern by WHO

IDSC (Infectious Disease Surveillance Center) of NIID(National Institute of Infectious Disease) : <http://www.niid.go.jp/niid/ja/sfts/3143-sfts.html>



Surveillance Data	2016
Class 1: 0	
Class 2: TB 18,280 (data of 2015)	
Class 3: EHEC 3,641, Shigellosis 121, Typhoid 52, Paratyphoid 19, Cholera 10	
Class 4: Legionnaires' disease 1,592, Scrub Typhus 500, Hepatitis E 354, Dengue Fever 338, Japanese Spotted Fever 275, Hepatitis A 269, SFTS 60, Malaria 54...	
Class 5: Syphilis 4,518, Invasive Pneumococcal Infection 2,693, CRE 1,555, HIV/AIDS 1,428, Amoebic Dysentery 1,133, Acute Encephalitis 750, Fulminant Hemolytic Streptococcal Infection 492, Varicella (hospitalization) 313, Invasive Hib Infection 307, Viral Hepatitis (excluding Hepatitis A & E) 273, CJD 172, Measles 159, Tetanus 128, Rubella 125, ...etc.	



変貌する世界のなかで果たす地方行政の責務と疫学（英語原稿）

(Slide 1)

(Slide 2)

Let me introduce myself briefly. I usually work at the Ijuin Public Health Center in Kagoshima prefecture, which is located at the south western tip of the island of Kyushu in Japan. It is about 1600 km away from Tokyo.

Kagoshima is blessed with abundant attractive resources. Rich nature such as the first World Natural Heritage Yakushima Island, an active volcano Sakurajima next to highly populated Kagoshima-city, a huge variety of food ingredients such as the Kurobuta pork, Shochu liquor, and a distinct history and culture.

It is possible to get to Kagoshima in about 1 hour 30 minutes by plane from Tokyo, Haneda Airport. Also, if you like ground transportation, you can get there using Shinkansen bullet train, however it will take about 7 hours or so. If you have time, please come and visit us.

(Slide 3)

Well, first of all, I will summarize the main characteristics of the Public Health Center (PHC) in Japan. PHCs are administrative agencies specialized in public health, and were established in 1947 according to the PHC Act enacted in the same year. As of April 1, 2017, there are 481 PHCs nationwide.

The goal of the PHC is health promotion and, health protection, and disease prevention. It is a front-line agency practicing preventive medicine. PHCs do provide preventative medicine, but not curative medicine like other countries.

Until 2005, the PHC director was legally required to be an MD with a 3 or more-year experience in public-health field. However, due to difficulties in finding such MDs and thanks to the trend of deregulation, the requirement was abolished in 2005. Now, non-MDs can take the directorship of a PHC. However, there have been only a few non-MDs who assumed the director

position since the law revision; and all of them were and are dentists.

In a PHC, many technical staff, including medical doctors, dentists, pharmacists, public health nurses, veterinarians, nutritionists, food hygiene inspectors, environmental inspectors etc. are working.

(Slide 4)

The administrative system of public health in Japan has a three-tiered structure. The three tiers are the national government, local governments such as 47 prefectures, and 1718 municipalities. All the PHCs are established by local governments, which are prefectures and large cities with a population of 200,000 or more. There is no national PHC.

(Slide 5)

Municipalities can establish municipal health centers (MHCs), which are dealing with personal services closely related to the daily lives of residents such as maternal and child health, health promotion, immunization, health screening, and health care of disabled and elderly. There are 2,456 MHCs across the nation. As a result, in many communities, the community health care is provided in cooperation with PHCs and MHCs.

Furthermore, there are 77 Regional Institutes of Public Health (RIPH) nationwide. These local agencies collaborates with PHCs in fields such as the examination of causal pathogens, management of infectious disease information, education and training for public health staff, water and air environmental monitoring and so on.

(Slide 6)

Regarding the role sharing of the national and local governments, the central government takes nationwide administrative measures and conducts activities which are unified throughout the nation. On the other hand, local governments' roles are closely related to residents' daily lives, and are to promptly carry out public health activities for diversified groups living in various situations. Both national and local governments cooperate to provide public health in Japan while making full use of their respective advantageous features.

(Slide 7)

PHCs were set up nationwide after the World War II in order to tackle various public health issues such as infectious disease spread, malnutrition and unsanitary living environment.

Afterwards, the role of PHC changed with changes of population composition, disease structure, living environment and so on. In 1994, the PHC Act was revised and renamed the Regional Health Act. This law stipulates the present framework of public health administration.

(Slide 8)

The major activities of PHC can be divided into two groups.

The first group of activities consists of so-called personal services such as health promotion, measures for intractable diseases, measures against infectious diseases and collection of health and medical statistics etc.

The second group of activities is to the objects that affect the health of individuals and/or groups. These include so-called objective services such as measures for food hygiene, environmental hygiene, including water supply and sewerage and waste disposal. They also include monitoring of medical institutions and pharmacies, and giving them various guidance.

In addition, as needed, the following projects can be implemented:

- Collection, arrangement and utilization of information on regional health; and
- Survey and research on community health.

(Slide 9)

Health and medical statistics provides important information useful for operating health policies, conducting various public health activities, and evaluating the outcomes and issues resulted from implementation of policies and measures. Health and medical statistics are, I should say, the foundation of public health activities.

Those statistics include the data for:

first, evaluation of public health policies and activities;

second, evaluation of regional health conditions and health care situations;

third, early detection and management of health crisis situations;

and fourth, public health research.

PHCs play an important role in collecting, analyzing and utilizing many statistics data.

(Slide 10)

For evaluation of health policies and public health activities, there are three major groups of statistical surveys.

First, there is the survey of medical institutions in order to know the distribution of medical institutions. This is so-called a medical examination function.

The second is the survey of medical doctors, dentists, pharmacists in order to know the distribution of those medical personnel.

The third group of surveys consists of various surveys on Regional Public Health Services and Health Promotion Services such as the projects of community health activities conducted by PHCs and municipalities.

Since 1948, the PHC have been conducting these surveys, and, for many years, the information thus collected has been used for evaluating the actual conditions of public health and medical care in the community, and to improve its public health.

Let me explain more details about the surveys of medical institutions as an example. In this survey, our activities are not limited to examining the information collected by our questionnaire survey. We also carry out on-site inspections of medical institutions every year; through those activities, we become aware of the actual conditions of medical facilities, and become able to establish personal communication networks with medical staff in those facilities. Thus, we are able to evaluate the quality of medical care and medical safety at major hospitals in a community, and are able to give guidance to them vis-a-vis.

(Slide 11)

Health care statistics for evaluation of regional public health conditions and health care situations include demographic statistics for risk assessment to ascertain the current situation of livebirth, death and so on. In addition, such statistics include data obtained from Patient surveys to obtain the number of patients using medical facilities, and the status of diseases.

For prevention of Non-Communicable Diseases, the national health and nutrition survey provides important data. It collects information on physical conditions, nutritional intake, lifestyle habits etc. at approximately 6,000 households in 300 districts which are randomly selected from the entire nation. The field work of this nationwide survey is mainly conducted by PHCs.

The data obtained by this survey are compiled and analyzed in the national government, and the results are published. As I explained, the PHC plays an important role in collecting and utilizing regional information in this survey.

(Slide 12)

The PHC conducts daily surveillance. For example, it collects health and medical statistics. Another important task of the PHC is crisis management. When a health crisis event such as a food poisoning case or an infectious disease outbreak occurs, the PHC is responsible for taking prompt countermeasures. The crisis management includes early detection of such an event, and grasping the situation, evaluating possible consequences, and giving treatment and support to patients. It also includes prevention of outbreak expansion.

(Slide 13)

Management of health crisis consists of four important pillars. Two of them are risk assessment and risk management to take preventive measures on a daily basis in ordinary time. Such preventive measures include holding workshops and conducting exercises and drills based on risk assessment. The other two pillars are crisis management at the occurrence of a crisis event, and risk communication with citizens, administrators and business operators to prevent expansion of crisis.

(Slide 14)

In recent years in Japan, 500 to 1,000 cases of food poisoning occur every year. In total, as many as 20,000 to 40,000 patients are involved in them.

In Japan, nationwide food hygiene measures have been undertaken since 1947. The national government enforces standards and rules on food safety, and local governments practice various regulatory activities on daily basis. In addition, the national and local governments strongly advise eatery and food industries to conduct self-management on food safety.

(Slide 15)

Among others, PHCs plays important roles on food hygiene since it is the front line agency in this field. Any eateries/restaurants providing foods and drinks to customers must be sanitary and safe facilities. If you want to open a new restaurant in Japan, you need to get a license from the PHC. PHC staff conducts inspections, and then the director of the PHC gives a business license to the owner. Only after getting that license, the owner can open a restaurant. In addition, PHC staff regularly conducts inspection and gives guidance to them even after the start of business.

(Slide 16)

In the event of food poisoning, prompt responses should be taken. A medical doctor is legally required to report any food poisoning cases and suspected food poisoning cases to the nearby PHC. In most of food poisoning cases, the PHC in the corresponding area comes to know the case by such a report. However, even when no report is filed by a doctor, we may handle the event as a food poisoning case on the basis of the results of a survey conducted in response to residents' complaints.

Upon receipt of notification, the PHC carries out an epidemiological investigation of patients, causal facilities, the users of the causal facilities and so on. Based on investigation results, it gives guidance to the restaurant. If necessary, the PHC orders suspension of its operation, and/or a recall of faulty foods. In addition, the PHC releases information on the incident to the public through the media, and conducts various activities to raise awareness

of customers and local residents.

In recent years, most common causative pathogens are Norovirus and Campylobacter, which account for approximately 30% of cases, respectively. In addition, Anisakis infection is responsible for about 10% of cases. These laboratory examinations to determine the causative agents are carried out in collaboration with the Regional Institute of Public Health, which has various laboratories for detecting infectious agents and conducting bioassays. It also has laboratories to determine environmental contaminants.

(Slide 17)

In summary, the major roles of PHC in food hygiene are as follows.

First, giving an official permission to open a restaurant or to start a food company after inspecting its hygiene conditions. Second, monitoring and giving them guidance after the start of their operations. Third, conducting sampling test. Fourth, giving them a strong advice to self-check their hygiene conditions. Fifth, disseminating information to residents and giving them educational opportunities for enlightenment. Sixth, handling complaints from residents. And lastly, taking various measures to control food poisoning outbreaks.

(Slide 18)

Next, I will explain the role of PHC on infectious disease control.

(Slide 19)

This slide shows the list of infectious diseases that were accidentally imported into our country, and of those alarmed health authorities for fear of importation into our country in recent years,

In Japan, there have been increasing concerns over the importation of infectious diseases from overseas that may be accompanying globalization, and outbreaks of infectious diseases caused by overcrowding population in urban areas.

(Slide 20)

The “Act on the Prevention of Infectious Diseases and Medical Care for

Patients with Infectious Diseases” (Infectious Disease Act) is the basis of measures against infectious diseases in Japan. It was revised from "Infectious Disease Prevention Act", which was enacted in 1898 more than one century ago. Into the new law, "AIDS Prevention Act" and "Tuberculosis Prevention Act" were integrated.

This law divides 110 infectious diseases into five classes on the basis of severity and communicability. In total, 112 diseases together with new emerging infectious diseases are subject to the infectious disease surveillance (IDS) system. In addition, Ministry of Health, Labor and Welfare (MHLW) can issue a governmental ordinance designating an infectious disease which is subject to IDS for up to one year.

This IDS system covers two groups of infectious diseases:

for diseases classified in the first group, the system intends to detect all the cases diagnosed by medical doctors across the nation. Any medical doctors who diagnose those diseases are required to report to the nearest PHC. In other words, they are the diseases subjected to complete enumeration or census.

The other group of infectious diseases is subject to sentinel monitoring at designated medical institutions. The medical doctors working at those medical facilities are required to report to the nearest PHC when diagnosing those diseases.

Diseases subject to complete enumeration are rare diseases or highly contagious diseases that require special attention to prevent the spread of infection. All the infectious diseases belonging to classes 1 to 4 and 22 diseases belonging to class 5 are included in this group. This group also includes a novel influenza.

The rests of class 5 infectious diseases, which numbers 25, are subject to the sentinel monitoring survey. They are diseases with a large number of patients. These diseases are not considered to require complete enumeration.

(Slide 21)

For your information, I prepared this slide showing the number of major infectious diseases in Japan during the last year.

(Slide 22)

A doctor who diagnosed a disease listed in the Infectious Disease Prevention Act is required to notify the nearest PHC. Upon receipt of notification, in case of fear of outbreak, or in need of epidemiological survey and medical examination, the PHC will conduct an epidemiological survey and take measures to prevent expansion of the infection. In addition, in cooperation with the Regional Institute of Public Health (RIPH), the PHC makes a search for the causative pathogen.

If it is a class 1 or 2 infectious disease, the PHC advises patient to be hospitalized. If it is a disease of any other classification, it will issue instructions such as prohibition of work or prohibition of food contact. In the case of a class 1 infectious disease or a novel infection, we will take necessary actions with the help of MHLW and National Infectious Diseases Research Institute.

(Slide 23)

Public health activities are based on the Plan-Do-See cycle, which grasps the current situation and implements appropriate actions with the community network in the region based on proper plans.

The PHC is an agency specialized in public health. It collects and analyzes data on the regional public and environmental health and sanitation on a daily basis. The information thus obtained is used for maintaining and improving the public health of the region. It also makes every effort to detect health crisis events as early as possible, so that prompt measures can be taken. I think that the role of PHCs will be ever more important for public health in the world with globalization and rapid transformation of societies.

Thank you for your listening.

平成 29 年度地域保健総合推進事業
「グローバルヘルスの保健所機能強化への活用方法確立および
開発途上国に対する日本の衛生行政経験の伝達可能性の模索」
報告書

発 行 日 平成 30 年 3 月

編集・発行 日本公衆衛生協会

分担事業者 長谷川 麻衣子（長崎県五島保健所）

〒853-0007 長崎県五島市福江町 7-2

TEL 0959-72-3125

FAX 0959-75-0102

