

1 診療所・病院における外来看護機能の強化

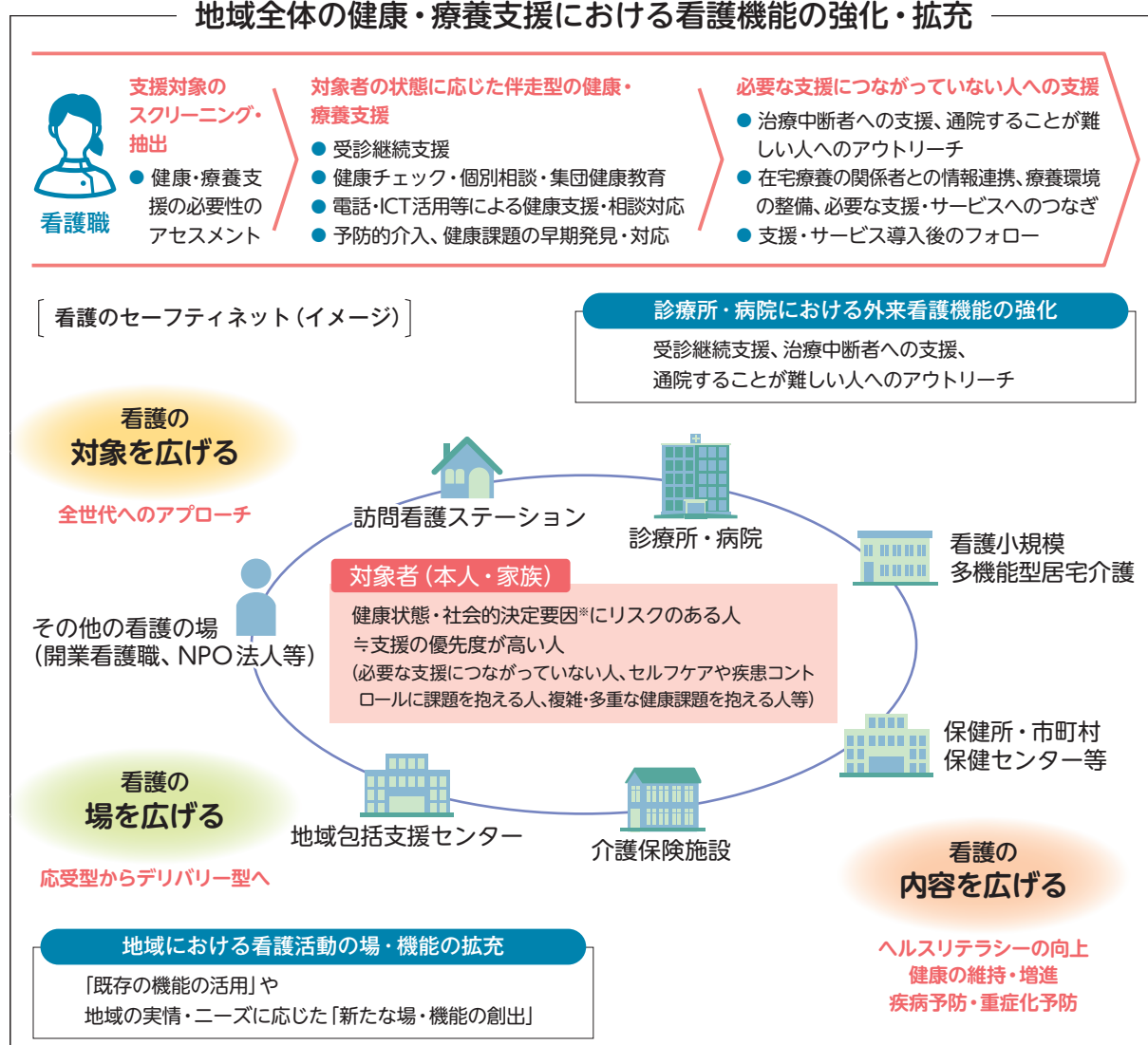
外来受診者は療養者であると同時に生活者であり、入院医療と在宅医療の狭間において、「医療」と「生活」の両方の視点をもって支援を行うことができる外来看護職への期待は大きいといえます。「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」においても「医療が『病院完結型』から『地域完結型』に変わりつつある中で、外来における生活習慣病等の重症化予防・再発防止の重要性が高まっており、在宅療養生活の継続、身体症状やQOLの改善、医療の効率化に貢献する看護職員による療養指導や支援を更に推進していくことが重要である」と記載されています⁹。

しかし、日本看護協会が実施した調査結果¹⁰では、いわゆる「診療の補助」業務が外来看護職の業務の中心となっており、重症化予防に向けた支援は十分に実施できていない現状が明らかとなりました。外来における在宅療養支援として、「病状管理及び医療処置への支援」、「治療継続支援」、「意思決定支援」、「在宅サービス利用支援」の4つが挙げられますが^{11 12}、特に「治療継続支援」と「意思決定支援」が十分に実施できていない状況でした。その理由としては、時間の確保が難しいことや、要支援者の抽出が十分にできていないこと、在宅療養支援に関する教育体制が十分に整っていないことなどが挙げられました。

外来看護が目指しているのは、疾患や障害を抱える人々が住み慣れた地域でその人らしく暮らし続けられるように支えることです。そのためには、疾病等の自然史を踏まえて悪化のリスク等を早期に把握し、重症化を予防することが重要です。しかし、入院環境とは異なり、外来では本人と接する時間が限られているため、支援が必要な本人・家族やそのニーズを短時間で把握し、適切なタイミングで介入することの難しさがあります。外来は同時並行で多様な人と看護職が行きかう場であるため、支援の手が確実に届くように、組織としての対応体制を整えることが重要です。他方、別の見方をすれば、外来は定期的に病状や療養生活の状況を把握できる場であり、かつ状態に応じて適時介入、支援できる看護職がその場にいることは、大きな強みとも言えます。外来の時間は限られていますが、外来看護職は本人・家族に出会える機会を最大限に活かし、本人が抱えている健康課題の本質を捉えること、そして、必要な支援を判断し、住み慣れた地域の多様な社会資源へつなぎながら、切れ目ない支援を調整・提供することができます。

これからの社会を見据えると、複数の慢性疾患を有し、医療と介護の複合ニーズを持つ高齢者や高齢者の単独世帯が増加するため、疾患や治療に対する理解やセルフケア行動に関する課題のみならず、外来通院が困難となる状況や治療中断など、継続的な療養支援を行う上での難しさが生じてきます。そのため、これからの外来看護においては、「受診日」以外、あるいは次回の外来受診までの期間においても、電話やメール等を活用しながら健康状態の確認や療養支援を行うことが重要になります。また、通院困難な状況に対しては、訪問看護との連携推進や遠隔医療※を推進することも必要です。医療機関内での実践や、「外来看護の『枠』の中での活動」にとどまらないこと、対象者を外来で「待つ」のではなく、看護職自らが地域や生活の場へ「出ていく」ことが期待されます⁷。

地域全体の健康・療養支援における看護機能の強化・拡充



(日本看護協会作成)

※遠隔医療：遠隔医療とは、情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為である。

その診療形態のひとつであるD to P with Nは、患者側に看護師等が同席し、遠隔地にいる医師が診療を行うものである。看護師は診療の補助のほか、療養支援や生活指導等を行っている。近年では、医療機器を搭載した車両を活用し、看護師が患者宅付近や集会所等へ向かい、車両内でオンライン診療を行う医療MaaSの取組も始まっている。

加えて、経済的問題を抱える人や、コミュニティのサポートが乏しい人、本人や家族が問題に気づいていない、または、どうすればよいかわからずに問題が放置されているなど、自ら困りごとを発信することが難しい人も増えています。潜在的な課題を捉え、多様な社会資源をつなぎ、切れ目ない支援を調整する役割も外来看護職に期待されています。地域における重層的支援体制の整備として、アウトリーチ等を通じた継続的支援が市町村単位で取り組まれています（社会福祉法第106条の4 第2項第4号）、外来医療の場においてもアウトリーチ型の伴走支援の視点が重要になります。

また、診療所・病院における外来の対象者は、すでに何らかの医療的介入を必要としている人々ですが、これからの外来看護機能としては、その「場」を活かし、健康状態に応じて予防的に介入していくことも期待されます。また、看護職が合併症・併存疾患といった医療的な側面や、本人を取り巻く社会・生活環境、個人の認知・価値観などを含めた多角的な側面から理解を深めることにより、様々なリスクをアセスメントし、起こり得る問題に先んじて対応することができます。その結果、本人・家族のヘルスリテラシーやセルフケア能力の向上、治療中断等のリスクの回避、再入院の予防や重症化予防、地域での安心・安全な療養生活の継続など、様々な効果が見込まれます。

■外来における看護活動のポイント

本項では、診療所・病院における外来看護の実践事例を基に、1) 支援対象とニーズの把握、2) 具体的な支援のアプローチ、3) 必要な体制整備について取組ポイントを示します。

1) 支援対象とニーズの把握

序章で述べたとおり、「健康課題がある人々」「健康に影響を与える社会的決定要因からみた課題がある人々」など、支援の優先度が高い人が外来において注力すべき支援対象となります。外来看護職は、本人・家族と接する機会に、自宅での生活状況やセルフケアの状況、受診行動のとり方や暮らしている地域の特性など健康状態に関わる事項について情報収集し、来院時の様子も見ながら、治療・受診継続に困難さを抱える人や潜在的ニーズのある人の把握に努めています¹¹。しかし、看護職個人の判断や経験、知識に頼る形では、情報収集の不足が発生し、重症化し入院を繰り返す状況が起きてから、本人・家族の課題やニーズに気づくことになります。外来看護職の「気づき」が、本人の予後やQOLに大きく関わってくるため、組織的な取組として、外来において情報収集・看護介入の機会を設けることや、情報把握・共有のためのシートを活用するなど、支援対象とニーズの把握に向けた工夫が重要です。

取組例

- 受診予定の本人に関して、事前に把握しておくべき情報やアセスメントの視点（セルフケアの状況や心身・生活状況の評価項目など）を朝の外来看護職チームミーティングで共有し、診察前後に聞き取り・問診を実施。
※事前共有した事項は、本人のカルテに情報を添付するなどして、チームで評価漏れを防いでいる。
- これまでの経過も含めてニーズを把握するツールとなるスクリーニングシートを作成・活用し、支援の必要性についてスタッフ間の意思統一を図り、更に利便性・効率性を考慮して電子化。
※外来に限らず、病棟や退院支援部署でも重症化予防・在宅療養支援の必要な人々に気づくことにつながっている。
- すでに活用している外来受診時の基本的なチェックリストから得た健康情報と、退院調整部門の関係者や地域の医療・介護等の関係者からの情報など様々な情報を、外来職員のカンファレンスですり合わせ、各対象者のニーズをアセスメント。

2) 具体的な支援のアプローチ

支援対象とニーズを把握したのち、個々の課題や状況に応じた支援を行うことになります。ここでは、(1) 外来の場における在宅療養支援、(2) 予防的介入と次回受診までのフォロー、(3) 治療中断者等へのアプローチ、(4) 集団教育等の企画・運営の4つについて、事例を基に取組ポイントを示します。

(1) 外来の場における在宅療養支援

療養の場が入院から外来、在宅や介護保険施設等へと移り変わる中で、対象者が安心・安全に在宅療養を継続できるよう、外来看護職は多職種や地域の関係機関などと支援調整を行い、連携を図ることが求められます。それぞれの外来が「点」として存在するのではなく、「線」としてつながり、更には「面」として、地域全体で重層的に切れ目なく連携を深めて看護を提供することが重要です。

取組の場(例)	看護職による取組ポイント
【事例1】 診療所の外来	● 生活習慣病の診断後初めて通院する人や疾病コントロール不良の人、健康に影響を与える社会的決定要因からみた課題がある人に対し、知識・セルフケア能力の向上に向けた指導や生活習慣改善のサポートなどを実施。 ● 関連病院への教育入院や他科との連携に関して、一定の基準やスキームを整備してシステムティックに活動を展開。
【事例2】 病院の外来	● 認知症などでセルフケア能力が低下している人について、家族や地域のケアマネジャーと連携し、活用できる既存のサービスなどを検討の上、在宅療養環境の整備を支援。 ● 認知症専門の地域の医療機関とも連携し、個別に症状の進行状況などから今後予測されるリスクをアセスメントし、必要な支援を検討。 ● 病院の所在する地域に、地域包括支援センターがあるという強みを活かし、当該地域包括支援センターと月1回の情報交換を実施。対象者の地域での暮らしぶりについて情報を共有。情報交換の中で、潜在的なニーズのある対象者の支援方法について医療機関の外来として可能な支援を検討。

(2) 予防的介入と次回受診までのフォロー

重症化予防や疾病コントロール不良の予防、治療継続支援の必要性などについて、看護の強みである「医療」と「生活」の両方の視点をもって対象者を理解し、多様な価値観に応じて対象者への予防的な介入、支援を行うことが重要です。

取組の場(例)	看護職による取組ポイント
【事例1】 診療所の外来	● 糖尿病認定看護師や糖尿病療養指導士の資格を持つ看護師による糖尿病の人への支援を主としながら、看護を軸とした外来の体制を確立。 ● 治療継続支援の必要性や治療中断のリスクをアセスメントし、次回外来受診日までの期間に電話で生活状況を把握するなどのアプローチを実施。
【事例2】 病院の療養相談 ／糖尿病外来	● 主に糖尿病認定看護師と糖尿病療養指導士の資格を有する看護師が担当。 ● インスリン導入指導を実施する際は、指導に携わった看護師が本人・家族に名刺を渡し、指導後3日以内にその看護師あてに電話を入れてもらう方法で、外来の「場」以外でフォローを実施。 ● 重症化リスクの高い人を早期に治療へつなげるため、年に1度、全員へフットケアを実施。事前にセルフチェックシートを本人に記載してもらい、自身の状態・病状への理解を促進。
【事例3】 病院の外来	● 対象者の検査・測定結果など、収集した量的・質的データを継続的にモニタリングできる共有データを作成し、次回受診までの間に外来看護職で情報共有。 ● 医療機関と自治体保健師が在宅療養の状況や治療状況等について情報共有できるよう、受診と受診の間の期間に定期的に検討会を実施し、対象者の同意を得た上で双方が閲覧できるICTを活用した情報共有ツールを導入。 plus ポイント：取組をはじめた経緯と成果 自治体保健師も医療機関側も支援ニーズがあることには気づいていたが、本人の血糖コントロール不良が続いていた事例があった。自治体保健師と医療機関の外来の看護職が認識している健康課題や設定目標の共通理解のためには連絡票(依頼書・報告書などの書類)や電話での連絡調整だけでは効果的な支援継続が難しい状況であった。そのため、情報共有の方法を変更・改善した。その結果、タイムリーに適切な介入ができています。

次に、外来看護職による、機を捉えたアセスメントとコミュニケーション能力(対象者の発言・表情、関係性の観察、看護ケアを通じたアプローチにより生活上の問題点に気づくこと)が発揮されたことにより、健康状態や生活環境・療養環境の悪化予防につながった事例を紹介します¹¹⁾。

実践事例

60歳代から糖尿病の治療中断と再開を繰り返していた80歳の男性。外来看護師が、今後を予測して、活用できる支援・サービスを検討し、本人・家族の意思決定を支援しながら、訪問看護の利用を開始。外来から在宅へと看護をつなげ在宅療養を継続。

(次のページへ続く)

(前ページの続き)

本人・家族の状況とこれまでの支援状況

- 生活習慣改善のための栄養指導の効果がなく、外来での残薬確認にも難渋。
- 自宅でのインスリン注射のサポート（血糖測定や単位合わせ、声掛け）は妻が行っていた。
- アルツハイマー型認知症との診断以降、セルフケア能力が低下。妻の通院付き添いも嫌がり、来院しないことも出てきた。妻は、本人との外来受診（毎週注射のため外来受診）について「外出の良い機会なので継続したい」と希望している。

外来看護師の「看護」の視点（ポイント）

- 外来受診の際に、本人と妻に生活状況や困りごとなどを聞き、情報収集しながら関係性を構築した。
- 本人は肺炎などで時々入院することがあり、入院中は血糖コントロールが改善するが、退院すると悪化することから、在宅でのセルフケアに課題があると考えていた。
- 認知症の発症により、将来的に通院継続や内服・注射の自己管理が困難になることを予測。訪問看護の利用を開始する必要があると考えた。そのため、タイミングを判断した上で、在宅療養環境を整えるための積極的な支援を行う必要性があると考えた。
- 外来カンファレンスを開き、看護上の問題点を洗い出し、看護計画を見直した。認知機能低下による薬剤アドヒアランス不良から血糖コントロール不良に陥っていること、本人も妻も高齢となり、今後更に家族内でのサポートが不足する可能性を問題点として考えた。
- 週1回の外来受診を希望する妻に対し、その意向を尊重しながらも、本人の病状、現在置かれている状況に関連づけて考えられるよう丁寧に説明。訪問看護を利用した後の生活の変化や、これからの妻のことも心配して訪問看護の利用をすすめていることを伝え、同意を得た。

訪問看護の利用開始後の多職種との連携

- ① **医師と相談**：在宅で自己管理しやすいようなシンプルな治療・薬剤への変更
- ② **ケアマネジャーと連携**：退院支援部門を介して地域包括支援センターと状況を共有し、訪問看護サービスを調整
- ③ **訪問看護師と連携**：訪問看護師からの相談に対して適時適切な対応を行い、外来・在宅双方で状況を確認・共有・連携

(3) 治療中断者等へのアプローチ

近年、外来への平均受診間隔が長くなっており、1回の未受診でも思いのほか、長い治療中断につながるものが懸念されます。治療中断は重症化につながるため、治療中断を予防する働きかけや、健診等で要医療と判断されたが受診していない未受診者を確実に抽出し、治療やその継続に向けた支援を行う必要があります。

取組の場（例）	看護職による取組ポイント
【事例1】 診療所の外来	●病状やセルフケア等に関して配慮が必要な場合、後日、看護師から電話連絡する約束をし、フォロー。 ●外来予約日に未受診だった人について、未受診によるリスクを判断し、電話・手紙で連絡。
【事例2】 診療所の外来	●外来の看護職と、本人の住む地域の自治体保健師とが情報を共有。外来看護職だけでは十分な支援が難しい場合や、長期間、治療中断しているような場合は、自治体保健師が家庭訪問するなどし、必要な支援策も共有しながら連携して継続的に支援。

(4) 集団教育等の企画・運営

生活習慣病等の疾病コントロールのために教育・指導が必要な本人・家族に対し、特別な支援コースや教育・指導の場を企画・運営している取組もあります。

取組の場(例)	看護職による取組ポイント
【事例1】 病院の外来	● 担当医師とともに「重症化予防支援」の対象者を抽出。対象者に対し、集合研修・栄養指導・外来フォローなどを組み合わせた「支援コース」を提供。コース終了後は「療養相談」として個別フォローを継続。本人の情報共有や進捗管理のため、医師と外来の看護職等で月1回チームミーティングを実施。 ● 外来での限られた人材・時間・財源などを考慮し、集団教育に案内する対象者の基準を設定し、個別教育と集団教育を組み合わせる実施。 <u>plusポイント</u> ● 外来看護を中心に、院内外の関係部署・関係機関と連携するシステムが構築されており、運用されている点が特徴的。 ● 当該の取組の他にも、糖尿病で治療中の人全員に対して診察前に看護師との面談を設定するなど外来の看護体制を確立。 ● 病院として、次年度以降、自治体から糖尿病性腎症重症化予防の事業を受託予定。

3) 必要な体制の整備

これまで述べてきた看護活動を実現するためには、組織として外来看護の活動体制を整備することが求められます。人材確保・育成や財源の確保も重要となりますが、多くの事例からは、第一歩として、組織内で情報共有できる仕組みづくりの重要性が分かります。例えば、外来看護職に対して生活習慣病等の重症化予防に関する知識の向上や関心を喚起しつつ、どのように支援の対象者を抽出し、フォローしていくかを検討するカンファレンスの開催も効果的な方法の一つです¹¹。同僚や看護管理者に相談し、それぞれの看護職が感じている課題を共有する場を持つことから始めるとよいでしょう。

また、外来看護において質の高いケアを継続的に提供するためには、標準化された業務フローの確立も必要です(図1:参考例)。生活習慣病等の重症化リスクが高い対象者のスクリーニング基準や介入のタイミング、定期的なフォローのタイミングや内容などについて、病棟・退院支援部署・外来など、院内全体の看護の流れの中で「チーム」として取り組むことが重要です。

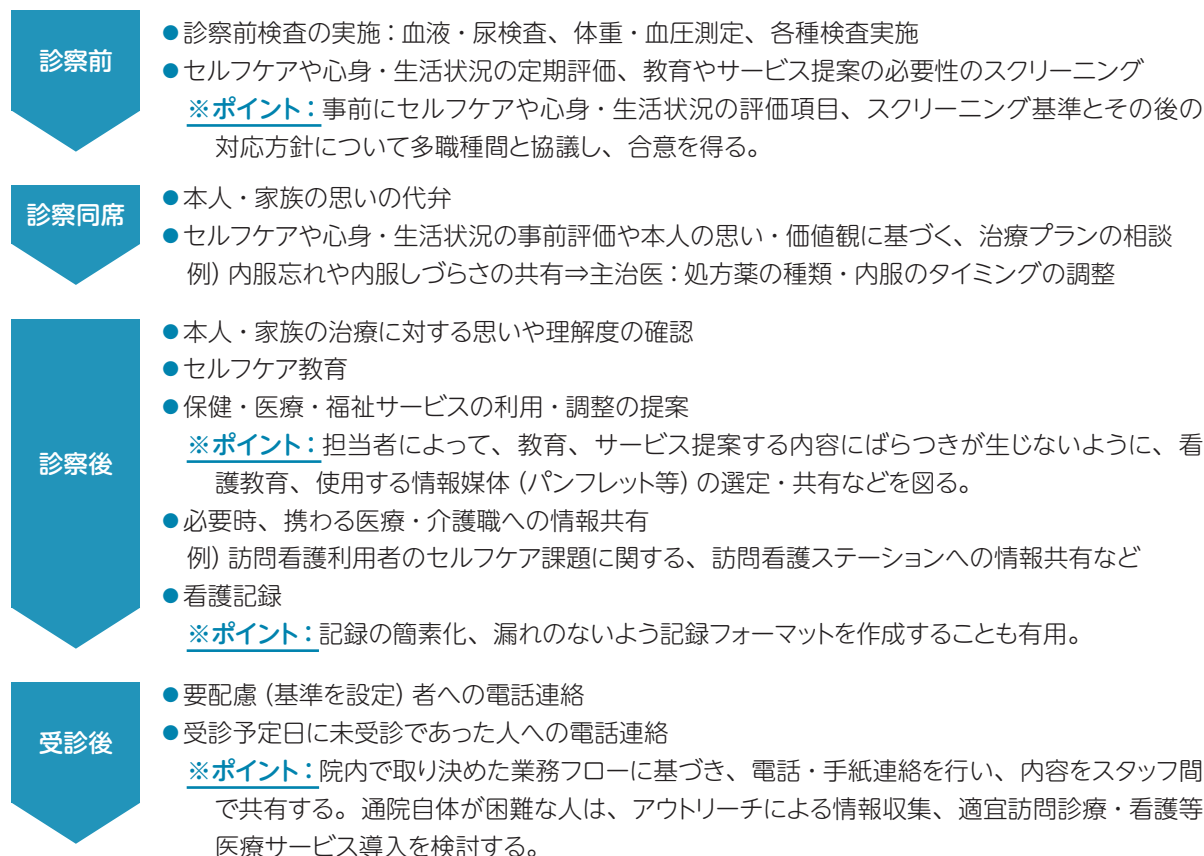


図1：参考例：外来における看護業務フローと検討時の留意ポイント

外来看護は地域の実情・ニーズに応じて、また、地域医療全体を視野に入れた医療提供体制の整備の方向性に沿いながら、その中で求められる役割を認識し、機能を発展させていくことが求められます。そのためには、地域の健康政策・施策形成に行政の立場で関与する自治体保健師との連携・協働は欠かせません。診療所・病院の外来看護職と自治体保健師が、それぞれに把握している地域の健康課題や「気づき」を共有し、すり合わせ、アセスメントすることにより、地域全体の仕組みづくりや地域での一体的な健康施策の展開につなげていくことが期待されます。（詳細は第2章）

2 地域における看護活動の場・機能の拡充

地域全体の健康・療養支援における看護機能の強化・拡大に向けては、**1**で示した診療所・病院における外来看護機能の強化に加え、地域住民の身近な場における看護活動が重要となります。

従来の外来看護の「場」は、治療を主軸とした応受型の体制としての色合いが強く、健康状態が不明な人や孤立・貧困などの健康状態に影響を与える社会的決定要因のリスクが高い人などを対象者として把握し、支援につなげるには難しさがあります。地域住民のより身近な場に「看護」が存在することができれば、これまで必要な支援を届けることが難しかった「支援の優先度が高い対象者」を把握し、予防的に介入していくことが可能になります。

これからの時代においては、これまで以上に、看護職には支援する対象者を「地域で暮らす生活者」として捉え理解しながら看護の専門性を発揮すること、地域住民一人ひとりの暮らしと健康を中心に置き、その暮らしにより近い場で看護活動を行うデリバリー型へと、活動の「場」を広げていくことが期待されています。

更に、地域社会の変化や健康課題の多様化・複雑化に対応していくためには、「場を広げる」のみならず、「看護の対象を広げること」「看護の内容を広げること」も求められます。地域の様々な「場」で看護職が活動することにより、治療や療養を必要とする本人・家族のみならず、あらゆる健康状態にある、あらゆる世代の地域住民一人ひとりに対して支援を行うことが可能となります。このように、支援の対象が広がることに伴い、必要とされる支援・看護活動の内容も広がりを見せていきます。例えば診療所・病院では、外来受診に限らず気軽に立ち寄ることができる健康チェック・健康相談窓口の開設、訪問看護ステーションや看護小規模多機能型居宅介護（看多機）などでは、サービスの利用者だけでなく、予防的な観点からその家族の健康支援も対象としていくことなどが挙げられます。

健康状態や世代などにかかわらず、暮らしに近い「地域」「コミュニティ」の中で、看護職による健康相談や支援を受けられる体制を整備することができれば、これまで支援することが難しかった人々へのアプローチが可能となります。また、地域に密着した活動であることから、社会的決定要因などの健康状態に影響を与える可能性のある様々な事項を捉えやすく、健康課題を早期に発見・対応ができるなど、人々の様々な状態に応じた予防的介入も可能となります。ひいては、地域住民のヘルスリテラシーの向上につながり、疾病や障害を持ちながらも住み慣れた地域でその人らしく安心して暮らすことができるような地域づくりに、看護職が貢献するなどの効果も期待されます。

現状としては、予防的介入に対して、診療報酬や自治体からの補助金をはじめとした財源の確保が十分になされているわけではありません。しかし、各地域において様々な立場の看護職が、それぞれの課題認識を基に、努力と工夫を重ねて取組を始めているところです。その中には、診

療所・病院など既存の看護活動の場によらず、看護職が運営するNPO法人・企業、開業看護職などの多様な主体による看護の「新たな場」を創出している取組もあります。どのような取組主体であっても、その地域の健康課題やニーズに応じた看護活動は、効果的なものとして地域で認められ、継続的な取組の展開につながっていきます。新たな場を創出し看護活動の展開に取り組む看護職が、ひとりで抱え込むことなく、自治体保健師や地域の関係機関などの様々な社会資源と有機的につながることで、制度等の狭間で支援の行きとどかない人々を生まない「誰一人取り残さない」看護のセーフティネットを構築していくこと、そして、その取組が地域の仕組みとして機能していくことが重要です（詳細は第2章）。

■地域住民の身近で総合的な看護活動を創出するためのポイント

本項では、地域住民の身近な場における看護活動を創出してきた実践事例を基に、1) 支援対象の考え方、2) 具体的な支援のアプローチ、3) 必要な体制整備について取組ポイントを示します。

1) 支援対象の考え方

地域の人々の健康課題やニーズ等によって、「地域住民の身近で総合的な看護活動」の対象は異なります。また、看護活動の実施主体によっても重視する対象は異なりますし、担い手である各看護職の課題認識や問題意識、これまでの経験などによっても、支援が必要だと捉える対象は異なってきます。しかし、所属組織の意向や各看護職が考える地域の健康課題・ニーズ、地域において果たすべき役割や具体的な取組は、支援者側の要因だけで決めることはできません。地域の状況に応じて、注力する支援対象を検討し、場合によっては変更しながら、取組内容なども変化させていくことも必要です。

2) 具体的な支援のアプローチ

支援対象を検討したのち、具体的な支援のアプローチの方法や内容を検討の上、地域の状況に応じた支援を行うこととなります。ここでは、(1) 既存の看護活動の場を活かした機能拡充、(2) 地域の健康課題から活動目的を抽出した新たな拠点の創設、(3) 財源確保の上での活動の場・機能の拡大の3つについて、事例を基に取組ポイントを示します。

(1) 既存の看護活動の場を活かした機能の拡充

活動の運営・取組主体は、診療所・病院、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型居宅介護（看多機）、都道府県看護協会、地域包括支援センター、開業看護職やNPO法人・企業・事業場など多様です。また、特に運営や取組主体として組織を持たず、看護職の仲間や退職後の看護職が集まり、活動していることもあります。

これまでの看護活動の場において把握した対象者の支援ニーズや、看護職の課題意識などから支援対象を設定し、健康相談・教育の場づくりなど、地域の支援ニーズに応じて取り組むことが重要です。

【事例1】	既存の看護活動の場 診療所	看護職の課題意識 来院する人の中に認知症やフレイルが進行またはフレイル予防が必要な状態の人が増加している
	取組の経緯 上記支援ニーズを把握したことを契機に、地域住民の後押し（ニーズ）もあり、診療所としてできることを検討 取組の内容と拡充した機能 【対象者の把握】 ● 来院者一人ひとりに「困りごとがないか」声かけ ● 系列病院にて行われる退院時の「生活に関する問診」を通しての紹介 ● 系列の訪問看護ステーションの看護師からの紹介 ● 近隣の住民や利用者の口コミ 【健康チェック・健康相談】 ● 診療所の待合室や地域の空き店舗を活用して、受診者以外の地域住民も対象とした健康相談、健康チェック（身長体重・血圧・骨密度・体組成測定、問診など） ● 支援の対象者のうち「気になる人」には診療所のスタッフが自宅訪問し来所を勧奨 plus ポイント ● 診療所主催で、地域住民との会議の場を設けており、住民のニーズも把握しながら、ともに「健康づくり」に向けて取組を企画している。 ● 現状では、無償での取組となっているが、行政との連携も含めて今後の活動展開を検討。また、幅広い年代への対象拡大も検討。	
【事例2】	既存の看護活動の場 病院	看護職の課題意識 医療機関の受診に関係なく住民が気軽に立ち寄れる「場」が地域に不足している
	取組の経緯 地域の健康を守ることを組織理念としていることから、地域に根差した活動を展開する取組として、「居場所づくり」を検討 取組の内容と拡充した機能 ● 院内の空きスペースを活用し、受診に関係なく地域住民が気軽に立ち寄れる「場」を設置。「暮らしの保健室」「暮らしの相談窓口」として無料で相談を受付。 ● 脳トレなどのレクリエーション、健康講話を企画・実施。（病院退職後の看護師や自治体保健師などに対応を依頼し、人材確保）	
【事例3】	既存の看護活動の場 病院	看護職の課題意識 医療が必要な状態であるが、医療機関への受診に抵抗感のある人のフォローが必要ではないか
	取組の経緯 従来から病院が事務局となり、地域住民が会員となる「健康福祉の会」があったことから、住民の緩やかなつながりの中で健康支援に取り組む機会を検討 取組の内容と拡充した機能 ● 広く地域住民のために健康講話、健康相談、健康情報の周知などを実施。（公民館、公営住宅の集会所、町内会の会合など、住民に身近な場で実施） ● 上記の取組をとおして、参加者や地域住民の潜在的ニーズを抽出し、生活習慣病の状態観察や重症化予防、必要な社会資源につなぐ。	

【事例4】	既存の看護活動の場 訪問看護ステーション	看護職の課題意識 訪問看護の対象者の家族が体調を崩すなど健康支援を必要とする人が多数いる
	取組の経緯 訪問看護の対象者の家族や、そのほか様々な健康状態の人々を見守る「看護」を軸とした活動が必要と考え、地域に根差した訪問看護ステーションならではの取組を検討 取組の内容と拡充した機能 ● 訪問看護の対象者の家族のうち、特に、働く女性や介護する女性が自身の健康を守ることができるよう相談の場を設置。 ● 地域住民を対象にした「予防」に力を入れた活動として、「病気になる前に相談できる場」づくり。 ● 訪問看護ステーションに来所または電話で相談を受付。	

(2) 地域の健康課題から活動目的を抽出した新たな拠点の創設

地域社会の変化や地域の健康課題の複雑化・多様化に対応するために、新たな拠点の創設が必要となることもあります。病院、自治体、地域の関係機関の協働運営による新たな看護活動の拠点の創設など、地域の社会資源それぞれが役割を認識した上で事業連携などを行い、活動展開することが重要です。

【事例1】	取組主体 市・市民病院・地域包括支援センター・ 社会福祉協議会などとの協働運営	地域の健康課題 地域の高齢化や住民の孤立、複雑・多様な健康課題を抱える地域住民の増加
	活動目的 健康課題などの改善・解決、地域住民の住み慣れた地域で安心安全な暮らし 取組の内容と拡充した機能 ● 地域住民が気軽に立ち寄ることができる看護活動の拠点「健康ステーション（コミュニティセンター）」を新たに創設。 ● 看護活動の担い手は、病院退職後の看護師・保健師、自治体保健師など。 ● 総合的な健康相談窓口、地域の人々の健康学習支援（健康な地域づくり）、地域の関係機関との事業連携などの機能を持つ。	
	plus ポイント ● 協働運営機関で運営協議会を設置し、個別相談対応の検討や情報共有だけでなく、地域課題の抽出・検討、事業への反映、行政・大学等とも連携して活動展開している点が特徴的。 ● 院外研修として病院の看護職が携わる機会を確保することで、地域で暮らす住民の生活を知る良い機会となっており、院内での看護の視点が広がることにつながっている。	

(3) 財源確保の上での活動の場・機能の拡大

地域における看護活動の内容は、地域の状況に応じて多様性に富んでおり、例えば、医療的な処置・ケアの提供や様々な相談対応を入口とした「医療」「受診」へのつなぎ、各種保健医療介護サービスとの連携など、いわゆる既存の活動もあります。そのほか、対象者の価値観やライフスタイルに応じた様々な手法を用いた継続的な健康・療養支援、健康チェック、健康相談や、健康相談窓口の設置などがあります。自治体保健師ではない地域の看護職が、一定のコミュニティ・集団を対象とした療養支援、健康教室などの健康づくり活動に取り組んでいる場合もあります。

看護職の課題意識から活動し始め、個人事業主や法人として起業し、自治体等から委託を受けるなどして、財源を確保し、地域住民の健康課題の解決に向けて、様々な健康づくり活動に取り組むことが重要です。

【事例1】	取組主体 開業／起業保健師（元自治体保健師）	看護職の課題意識 既存の制度・サービス提供体制では支援が十分に行き届かないような人々への支援が必要ではないか
	財源 自治体や医療保険者などから業務受託 取組内容（活動の例） ● 高齢の生活保護受給者に対する健康管理支援（自治体ケースワーカーと同行家庭訪問、健診や医療機関への受診勧奨、主治医との連携支援、対象者のライフスタイルに合わせた生活支援など） ● 認知症予防教室 ● 介護保険の認定者でサービス未利用の高齢者に対するフレイル予防（家庭訪問、相談先や地域包括支援センターとの支援計画や支援内容の連携） ● 糖尿病性腎症重症化予防（保健指導） 等	
【事例2】	取組主体 NPO 法人（元自治体保健師）	看護職の課題意識 制度の縦割りで支援が不十分だった事項などを含め、より自由度の高い方法で地域貢献できないか
	財源 自治体や企業などの補助金・寄付金・賛助金 等 取組内容（活動の例） ● 全世代の地域住民を対象とした健康相談の場の設置 ● 「通いの場」「憩いの場」「交流の場」づくり ● 住民向けの健康教育や講演会・イベントの開催による健康に対する啓発活動 ● 看護職向けの研修や交流会 等	

【事例3】	取組主体 NPO 法人 (当初は児童福祉系の事業を展開)	看護職の課題意識 地域住民への健康支援強化が必要ではないか
	財源 国からの補助金や自治体からの事業委託 等	
	取組内容 (活動の例) ● 地域の複数個所に暮らしの保健室を設置し、地域住民の健康・療養支援 (気軽に看護職に出会い相談できる場づくり、健康相談、血圧・骨密度・筋肉量などの測定や握力などの体力測定とアセスメントの上フィードバック) ● 地域住民が多数立ち寄る場 (地域のスーパーなど) での定期的な健康講話 (自治体保健師から地区ごとの健康課題に関するデータ・情報を得て、取組の方向性を共有した上で開催場所や地区別のテーマを設定)	
	plus ポイント ● 取組開始にあたって、取組主体 (地域の看護職) が捉えている地域の健康課題や必要と考えている取組方策・活動内容について自治体に対してプレゼンした。その結果、この取組が自治体の健康施策の方針としても掲げられるに至ったという特徴がある。 ● 健康課題や施策の方向性を自治体保健師 (行政) と共通認識することにより、活動に対する理解を得られ、地域住民に必要とされる継続的な事業運営・財源確保が可能となっている。また、地域の自治会や民生委員とも情報共有や連携を図るなど、住民組織とも連携・協働した活動を展開できている。	

コラム

訪問看護ステーションの多機能化に向けて

在宅療養を支える体制として、限られた資源のもと、あらゆる世代の多様なニーズに24時間体制で対応するためには、地域の中で連携拠点となる訪問看護ステーションを位置づけ、訪問看護ステーション間の機能分化・連携を推進することが重要です。

ここでは、2019年度厚生労働省委託事業「訪問看護ステーションの拠点化に関する調査事業報告書」¹³より、以下の2つの側面から取組事例をご紹介します。

- 多世代・多機能に対応したサービス提供
- 地域の訪問看護ステーション等の支援

1 多世代・多機能に対応したサービス提供

特 徴

訪問看護ステーションが、介護保険の看護小規模多機能型居宅介護や、障害児者を受け入れる「共生型サービス※」あるいは様々な公的保険外サービスを併設して機能拡大し、地域住民の療養や生活をより“点”から“面”に近い形で支える取組

取組の経緯

- 看護師が訪問看護ステーションを起業。
- その後、地域特性や訪問看護事業で見いだした住民ニーズへの対応を検討し、ホームホスピスや暮らしの保健室、障害福祉サービス等へ事業拡大。
- 予防から看取り、小児から高齢者まで多世代の多様なニーズに対応。
- 行政との面談を定期的に行い、捉えたニーズの事業化へ向けてプレゼンや説明を実施し関係性を構築。

促進要因

- サービス利用者や地域住民からニーズを引き出し、地域の中で医療や看護、生活等を包括的に考え、追加できる事業を見いだす。
- 土台となる事業の安定的な収益に向け、スタッフ一丸となつてのスキルの向上。
- 理念や必要性を理解し、協働・賛同してくれる仲間がいること。

2 地域の訪問看護ステーション等の支援

特 徴

「教育ステーション」の名称で、地域の基幹的な訪問看護ステーションが行政や関係団体と連携し、他事業所への教育研修や同行訪問、相談対応等の支援をする取組

取組の経緯

- 自治体の事業で二次医療圏ごとに「教育ステーション」を指定し、他の訪問看護ステーションの研修や相談支援、地域連携強化等の活動を実施。
- 地域ごとの「教育ステーション」が自地域の課題やニーズを踏まえ事業を企画。
- 事業企画の過程で、自治体保健師や病院看護師に参加・協力を呼び掛ける等、看看連携のハブとして機能。

促進要因

- 自治体の補助事業（地域医療介護総合確保基金を活用した事業）として行うことで、県内の訪問看護ステーションの連絡協議会に未加入の事業所にも広く働きかけが可能となり、地域の事業所の連携促進にも役立つ。
- 教育ステーションを補佐する協力ステーションを育成し、その活動を経て教育ステーションに移行することで各圏域の活動を活性化。
- 教育ステーションに事業担当の専従職員を配置し、各教育ステーションとの情報共有、フォローアップ、事業の見直しを実施。

※共生型サービス：共生型サービスは、
 ・介護保険サービス事業所が、障害福祉サービスを提供しやすくする
 ・障害福祉サービス事業所が、介護保険サービスを提供しやすくする
 ことを目的とした指定手続きの特例として、平成30年に設けられた制度です。

3) 必要な体制の整備

地域全体の健康・療養支援のための“総合的な”看護活動へ

地域における看護活動の場・機能の拡充を実現するためには、地域の健康課題やニーズを踏まえた活動でなければならないことは、先に述べてきました。しかし、一機関・組織、一看護職だけで地域全体の健康課題やニーズを把握することには難しさがあります。そのようなときは、把握している健康課題、支援上の課題（取り組む上で感じている課題など）を自治体保健師と共有することが重要です。市町村で地区担当保健師がいる場合には、具体的な内容を地区担当保健師と話す機会を持つことも方法のひとつです。

地域住民一人ひとりに対する健康・療養支援を担う看護職が捉える「地域の健康課題」と、地域全体の健康課題を捉えて必要な仕組みづくり・資源の創出・施策化を担う自治体保健師が捉える「地域の健康課題」は必ずしも一致しているとは限りません。「地域における看護活動の場・機能の拡充」の初期の段階から、それぞれの捉える「地域の健康課題」を丁寧にすり合わせ、両者の強みを活かしながら課題解決を図ろうとする視点が重要です。

地域の看護職と自治体保健師が地域の情報や健康課題をともに検討し、共有することで、地域の実態をよりの確に捉えることができます。そして、実際の活動や取組において連携・協働することで、地域の健康課題やニーズに応じた具体的な取組を効果的・効率的に講じることが可能となり、ひいては、切れ目のない一体的な健康・療養支援体制の構築につながります。（詳細は第2章）

地域住民にとって身近な場で、人々に必要とされる看護活動を長く続けていくためには、その取組を評価し、効果・成果を可視化していくことも必要です。また、活動のための財源の確保や人材確保・育成は欠かせません。

地域の人々の健康をまもるためには、既存の制度・サービスの枠に捕らわれない取組が求められています。そのような発想は、私たち看護職にこそできることです。置かれている立場、機関、組織において、看護職としてどのように関わっていくことができるか、それぞれが今抱えている支援上の課題に照らして検討を始めることが重要です。

■働き盛り世代の健康を支える看護活動のポイント

「地域における看護活動の場・機能の拡充」に取り組むにあたって、特に労働者の重症化予防やその家族への支援においては、働き盛り世代の健康を支えるという視点も重要です。本項では、地域における看護活動の一対象として「働き盛り世代」の人々への健康支援について示します。

1) 働き盛り世代の健康に関する現状

我が国では、労働者の安全と健康を確保し快適な職場環境の形成を促進することを目的として、労働基準法から派生した労働安全衛生法が1972年（昭和47年）に定められています。それに基づき直近約15年の間でも、特定健診・保健指導の導入、医療保険者によるデータヘルス計画の策定やそれに基づく保健事業の推進、メンタルヘルス対策としてのストレスチェック制度の導入、病気の治療と仕事の両立支援の促進、健康経営優良法人認定制度の導入など、様々な取組が進められてきました。

しかし、労働者の健康課題は年々深刻化していると言われており、例えば、労働人口の40.6%が働きながら通院している¹⁴ことが分かっています。また、精神障害の労災認定の請求件数は2022年（令和4年）で2,683件、認定件数は710件と、ともに増加の一途をたどっています¹⁴。更に、就業女性の51.5%が女性特有の健康問題により、勤務先で困った経験があるという結果も明らかとなっています¹⁴。

2021年（令和3年）4月には、「高年齢者等の雇用の安定等に関する法律」の一部改正が施行され、70歳までの就業確保措置が事業主の努力義務となりました。このため、今後は高年齢労働者の増加が見込まれるとともに労働者の健康課題は、より多様化・複雑化することも予測されます。このような「働き盛り世代」の健康課題の質的な変化を踏まえながら、これからは従来の疾病予防・重症化予防のみならず、フレイル予防や介護予防などの看護活動の視点も広げることが重要となります。

2) 産業保健活動の現状・課題と取組の必要性

日本では、従業員50人未満の事業場^{*}の従業者数が全従業者数の56.1%、また従業員300人未満の事業場の従業者数は83.4%を占めており¹⁵、中小規模の事業場で働く人が非常に多い状況です。このような従業員50人未満の小規模の事業場では、産業医のみならず、安全管理者や衛生管理者の選任義務もありません（図2）。また、定期健康診断結果の報告書を所轄の労働基準監督署へ提出する義務もなく¹⁶、従業員の健康と安全を守る産業保健活動がほとんど行われていない事業場も多いと言われています¹⁷。

従業員50人以上300人未満の中規模事業場においては、衛生管理者や嘱託産業医の選任義

※事業所と事業場の違い：事業所は経済活動の場所ごとの単位であり、事業場は同じ場所、且つ組織として独立して業務を行っている場所のことを指す。よって、事業所＝事業場の場合もあれば、同じ場所にある複数の事業場をまとめて事業所とすることもある。

務は生じますが、専従ではないため、小規模事業場や、自営業や個人事業主に雇用されている人と同様の状況にあると推察できます。現状では、多くの労働者が退職するまでの期間、健康や安全を守るための体制が十分ではない環境に置かれている可能性があります。

我が国においては、働き盛り世代の人々の「健康」をいかに守るか、そして、定年退職を迎える世代を「職域」から「地域」に、いかに健康な状態を維持して送り出していくかが重要であり、特に高齢期にある労働者の健康管理が大きな課題です。中小規模の事業場の産業保健活動が十分であるとは言えない現状においては、地域の実情に応じた看護活動として働き盛り世代の健康を支える新たな取組を創造していくことも求められます。

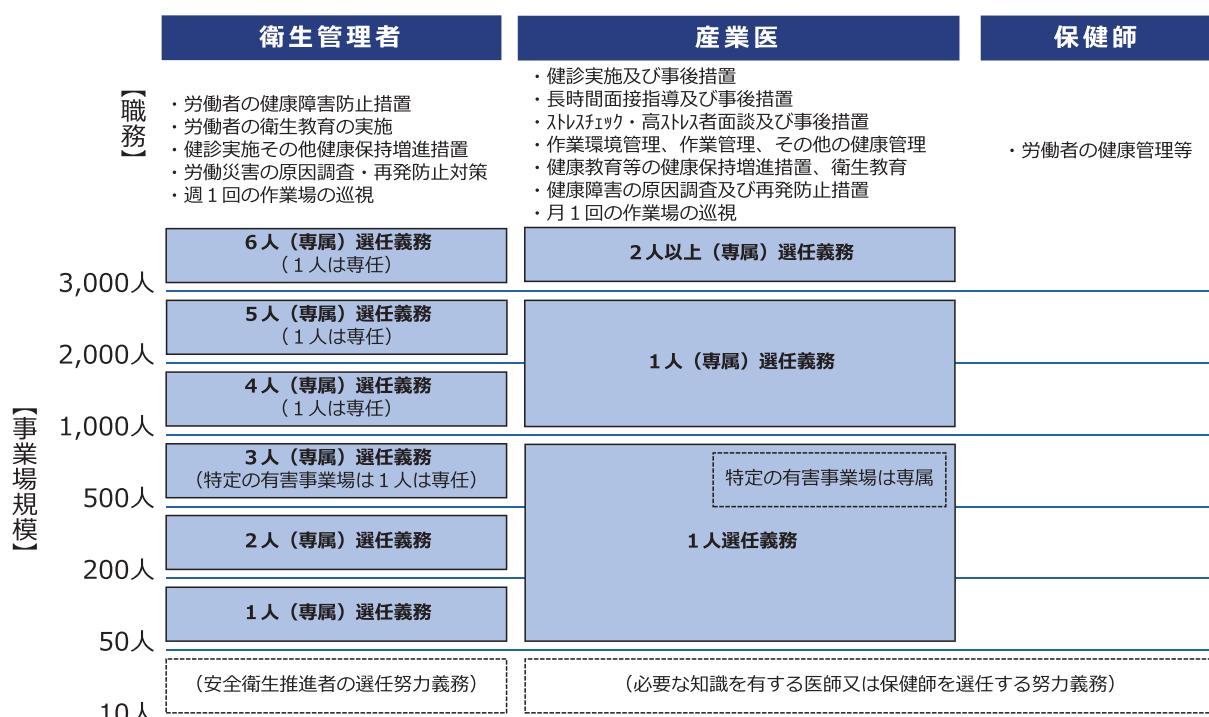


図2：労働安全衛生法に基づく衛生管理者、産業医、保健師の選任基準等¹⁴

出典：厚生労働省 第1回 産業保健のあり方に関する検討会（参考資料1）

～働き盛り世代の健康を支える看護活動とは 実際の取組例から～

働き盛り世代の健康支援における看護職による取組の現状を踏まえると、その必要性や重要性に関するそれぞれの看護職の認識・理解の深度には、差がある可能性があります。「職場で対応するもの」「職場の保健師等がやっているもの」、そのような認識のもと、それぞれの看護の場において健康支援を行っているかもしれません。しかし、実際には、保健師をはじめとした看護職の「支援」を届けることができていない労働者は非常に少ないのが現状です。

支援を届けることができない理由には、職場環境や労働者の個人的な事情等があると考えます。特に個人的な事情は人それぞれ、多種多様で複雑なものです。一般的に「健康無関心層」と言われる人々の中にも「健康のことに実は関心がある人」は一定程度含まれていると言われており、関心はあるが「どこに相談したらよいか、どうしたらよいか分からない」と行動を起こせていない場合もあります。このような場合、看護職が関わるきっかけを持つことができれば、その人の健康行動が大きく変わり、よい効果を生み出すことができます。

働き盛り世代には、健康支援を必要としているが支援が行き届いていない人、支援すれば重症化予防につながる人々が大勢いることを理解し、改めて働き盛り世代のニーズを考え、自身の置かれた立場で何ができるか、まずは考えることが重要です。具体的に取り組むにあたっては、自治体保健師や保険者とともに、地域の健康ニーズや課題を話し合い、協働することができれば、より具体的な活動につなげることもできます。

ここでは、現行の制度では十分に支援体制が整備されていないと考えられる中小規模の事業場等に対する看護活動について、実際の取組事例を紹介します。

株式会社を起業し、中小企業への健康支援の事業を立ち上げた取組例

ポイント：自治体保健師としての経験を通しての気づき・課題認識から起業し、健康支援を事業化している

看護職としての活動を通しての気づき・課題認識

- 自治体保健師として勤務していた際に、中小企業の従業員で、早期に対応できれば重症化に至らずに済んだらという対象者が大勢いた。
- 会社の生産性を上げる上でも企業の経営者に従業員の心身の健康の重要性に気付いて欲しい。
- 従業員には、企業で働いているときにこそ健康意識を高めて欲しい。
- 企業側から起業保健師へ健康支援を受けたいと希望があり、企業側にもニーズがあることが分かった。

取組主体

保健師が起業し健康支援等を行っている株式会社

実施内容

- 健康支援を実施する企業の経営者と今後の方向性を相談しながら、従業員の年間の健康増進計画（健診・フォローの面談、ストレスチェック、運動・栄養セミナー等の啓発講座等の実施計画）を

作成し、それに基づいた支援を実施。

- 随時、従業員への健康相談・面談、健診結果に基づく保健指導や受診勧奨を実施。

活動のための財源

- 企業と年間契約し、活動内容について企業と相談しながら財源を確保。

訪問看護ステーション等合同会社を基盤としてモデル的に始めた取組例

ポイント：保健師としての活動を通しての気づき・課題認識を踏まえ、ステーションを立ち上げた時に得た商工会議所とのつながりを活かして事業化している

保健師としての活動を通しての気づき・課題認識

- 保健師としての経験から、従業員の健康づくりについて未病の段階で介入できれば、健康増進、疾病予防、重症化予防につながるのではないかと。
- 企業側は「健康は大切だ」とは言うが、行動に移すまでは至っていない。
- 中小企業には健康についての身近な相談先がない。
- 従業員のための相談先があれば、家族の介護などによる離職も防げるのではないかと。

取組主体

訪問看護ステーション等合同会社

実施内容

- 訪問看護ステーションとして商工会議所とつながりがあった強みを活かし、産業保健分野における健康支援の企画を商工会議所へ提案し、興味・関心のある企業の紹介を依頼。
- 興味・関心をもった企業と商工会議所の担当者でチームを編成し、話し合いを重ねた上、実施体制や支援内容を決定。
- 健康支援の希望があった企業へ出向いて、従業員の個別の健康相談を実施。
- 健康相談では、治療と仕事の両立に関する相談、健診の受診勧奨、生活習慣病等の医療機関への受診に向けた動機付け等を実施。
- 企業向けの健康支援をモデル的に無料で実施。今後は、企業側の費用負担などを検討。
- 商工会議所の集まりで、地域の企業の社長等に向けた健康講話を行うことにより、企業向けの健康支援をPR。

【参考情報：財源確保についての情報】

中小企業に対しての健康支援に取り組むためには、制度がない中でどのように財源を確保するかが大きな鍵となります。国や自治体の助成金等を確認し、支援を受ける側・支援する側も活用できる財源を確保できれば、継続的な支援につながります。

例：「団体経由産業保健活動推進助成金」

<https://www.johas.go.jp/sangyouhoken/tabid/1251/Default.aspx>

(独立行政法人労働者健康安全機構ホームページ, 2024年10月11日)

コラム

現状の産業保健活動を支援する関係機関を理解するための基本的事項

産業保健体制の3つの主な枠組みは以下のとおりです。

- ①すべての地域住民を対象とした「地域保健」(地域保健法、健康増進法、母子保健法 等)
- ②労働者の安全と健康を守るための「職域保健」(労働安全衛生法、労働基準法)
- ③国民が安心して医療を受けるための「医療保険」(健康保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律 等)

働き盛り世代の健康を支える産業保健体制

医療保険

(健康保険法、国民健康保険法、高齢者医療確保法等)

【医療保険者による健康づくり推進】

被保険者・被扶養者のために保健事業による健康づくりの推進

●医療保険者：

健保組合、協会けんぽ、市町村国保、国保組合、後期高齢者医療広域連合

●保険者協議会(高齢者医療確保法)

- ・都道府県ごとに組織(努力義務)
- ・保険者横断的に健康増進・医療費分析等を実施

保健師

職域保健

(労働安全衛生法等)

【働く人の健康を守る産業保健活動】

労働者の健診等について、事業者¹⁷に義務付け

●産業保健活動の3管理

(①作業環境管理 ②作業管理 ③健康管理)

※③には健康診断・測定、疾病予防・管理、健康相談・教育、ストレスチェック等を含む

●産業保健総合支援センター(産保センター)

- ・労働者健康安全機構を母体とし、各県に設置
- ・産業医、産業保健師等の産業看護職、衛生管理者等の主に産業保健関係者を支援

●地域産業保健センター(地さんぽ)

- ・従業員50人未満の小規模事業場の事業者や労働者への支援

保健師

地域保健

(地域保健法、健康増進法、母子保健法 等)

【全ての地域住民を対象とした保健活動】

●自治体(都道府県、保健所、市町村)

保健師

- 地域保健法、健康増進法において、自治体・医療機関・保険者・地さんぽ・商工会等の関係団体等との連携「地域保健と産業保健の連携の推進(地域・職域連携の推進)」を規定
- そのための「地域・職域連携推進協議会」の設置も規定

上図のように、3つの枠組みの中の各所において、保健師等により働き盛り世代の人々の健康支援を行っています。しかし、それら制度や取組のつながりが明確ではなく情報共有や継続した支援体制の構築が困難な状況があります¹⁸。

「職域保健」において事業場の健康支援を担う地域の拠点・機関

「産業保健総合支援センター(産保センター)」

産業保健活動に関わる様々な職種の支援、各種相談対応や研修の実施等を行っています。

近年では、治療と仕事の両立支援を重視し、保健師や社会保険労務士等が事業場を訪問し、両立支援制度の導入等についてアドバイスを行ったり、管理監督者や労働者を対象とした意識啓発を図る教育、従業員と事業場間の個別調整支援なども行っています。

「地域産業保健センター(地さんぽ)」

全国に350か所あり、従業員50人未満の小規模の事業場の事業者や労働者に対して、健康診断結果に基づく健康管理、長時間労働者への医師による面接指導の相談、メンタルヘルス支援、健康保持増進の取組など、医師や保健師が健康相談を原則無料で提供しています。地さんぽの利用には事前申込が必要であり、かつ、利用制限(1事業場につき2回まで、労働者1人あたり2回まで)があります。

「医療保険」における健康づくりなどの取組

各保険者は被保険者とその扶養者を対象に、健診・保健指導のほかに、データを活用した事業主との連携・コラボヘルスなどの各種保健事業も行っています。現行の制度では、勤務先や職種・業種、居住地などで保険者が規定されており、主として労働者を対象とした保険者と退職後や高齢者の加入者が多い保険者では、抱える健康課題が異なります。そのため、地域全体・全世代を対象とした健康支援・ライフコースアプローチを推進するためには、保険者間の連携・協働が重要です。