第2章 地域全体の健康・療養支援における自治体保健師と地域の看護職の連携・協働による仕組みづくり

本章では、第１章で述べた、地域全体の健康・療養支援における看護活動と「自治体保健師による地域全体の健康支援体制のマネジメント」が有機的に連動する意義や、そのための方策、それぞれの地域のニーズに応じた健康施策の展開や新たな社会資源の創出につなげる方策など、「自治体保健師と地域の看護職の連携・協働による地域全体の健康支援と仕組みづくり」のポイント等を整理し示します。

地域全体の健康・療養支援と仕組みづくりは、自治体保健師と地域の看護職の連携・協働のみで成し遂げられるものではありません。しかし、生活習慣病等の重症化予防をはじめとした、看護職の強み・専門性を発揮すべき取組においては、自治体保健師と地域の看護職の連携・協働なくしては、地域の実態に応じた仕組みづくり・施策化は実現し難いと考えます。以下に、自治体保健師と地域の看護職の連携・協働を軸とした健康・療養支援の仕組みづくりの概要を示します。

地域全体の健康・療養支援における
自治体保健師と地域の看護職の連携・協働による仕組みづくり

自治体保健師

健康増進・健康づくりに関する保健活動

- 健康データの収集・分析、地域の健康課題の集約・抽出（地域の看護職との情報連携含む）
- 特定健診・保健指導、各種健診・検診、それらの受診勧奨
- 健康課題の早期発見・対応、予防的介入、重症化予防
- 健康なまちづくり、地区組織活動、地域住民との協働

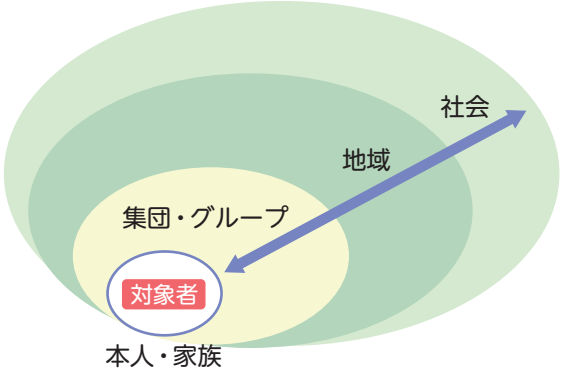
地域のケアシステムの構築や仕組みづくり

- 支援を必要とする人々に支援が適切に行き渡るよう不足している支援・サービスや仕組みを見いだす
- 必要な健康施策の展開、新たな社会資源の創出
- 庁内・関係機関（地域の看護職）との連携体制の構築
- ケアシステムに携わる人材の確保や育成体制の整備

自治体保健師による地域全体の健康支援体制のマネジメント

地域の健康課題の集約・抽出、不足している支援・サービスや仕組み・新たな社会資源の創出、必要な健康施策の展開

公衆衛生看護の働きかけの対象（イメージ）※



地域で支援する仕組みづくりのステップ

ステップ１
地域の課題の明確化と目的共有
＊地域の看護職による実情の把握・共有
＊関係機関との健康課題とビジョンの共有

ステップ２
仕組みの構築に向けた具体的な方策の実行
＊自治体保健師同士の連携の促進
＊地域の看護職との連携の促進

ステップ３
仕組みの安定
＊新たなサービスの創出、事業化、施策化
＊創出されたサービスを地域の対象者に適用

※参考：麻原きよみ責任編集，岡本玲子他編集：公衆衛生看護学テキスト 第1巻 公衆衛生看護学原論 2022 年1月

（日本看護協会作成）

1 自治体保健師と地域の看護職の連携・協働の意義

1）地域保健・地域看護活動の現状・課題

近年、個人が抱える健康課題が多様化・複雑化しており、既存の制度では解決できない、制度の狭間にあるような事例が増加しています。また、治療中断や健康状態の不明者などの健康状態のリスクの高い人、孤立や貧困等の社会的にリスクを抱えた人など、発見や介入が難しい人が一定数存在しています。そのような中、リスクの高い人に対しての自治体保健師と地域の看護職との情報共有や連携する仕組みが十分に機能していないことから、タイムリーで効果的な支援につながらない状況も生じています。

2）自治体保健師と地域の看護職の活動の特徴

診療所・病院の外来や訪問看護などの地域の看護職は、治療が必要な人や重症化リスクの高い人など、健康・療養支援の必要性の高い人の把握が容易であり、更に個々の健康状態や支援ニーズを把握しやすいという強みがあります。しかし、対応できる対象者は自身のサービス利用者に限られ、対象者がサービスを希望しなくなった場合のその後の対応は難しくなります。一方で、自治体保健師には地域の健康データを基に事業化や施策化し、必要な人に必要なサービスを安定して提供する仕組みづくりを行えるといった強みがあります。しかし、自治体保健師は、地域によっては、タイムリーに個々の健康状態やニーズを詳細に把握することが難しいため、例えば、生活習慣病の重症化予防では、年齢層や加入している医療保険の状況等によっては、支援が必要な対象者を把握し、直接的なアプローチを行うことが難しいことがあるという弱点もあります。

地域における健康・療養支援には、個々の健康状態を具体的に把握することと、地域全体を見据えた対策を検討することの二つの側面のアプローチが必要です。そのため、診療所・病院の外来や訪問看護等の地域の看護職と自治体保健師の両者の強みを活かした協働こそが、効果的な取組の鍵となります。

3）自治体保健師と地域の看護職の連携・協働を進める意義

自治体保健師と地域の看護職が連携・協働し個々への支援体制を強化することにより、制度の狭間にあるような人や治療中断や健康状態の不明者などを早期に発見し、必要な支援につながるようなセーフティネットを張ることも可能になります。これまで、何らかの理由で関われなくなった人々のその後の状態が気にかかる経験をされた方は多いと思います。今後は、地域の看護職と自治体保健師それぞれの活動の特徴を活かした連携・協働を促進し、地域全体の健康・療養支援に取り組んでいきましょう。

その取組では、お互いを知ることから始めるのが大切です。地域の看護職にとっては自治体保健師の組織体制はわかりにくいものです。しかし、これを理解しておくことが保健師との連携をより円滑にします。そのため、次項では生活習慣病の重症化予防に関わる自治体保健師等の配置部署などについて説明します。また、先に述べたとおり、自治体保健師には事業化や施策化し、必要な人に必要なサービスを安定して提供する仕組みづくりを行えるといった強みがありますので、その進め方についても説明します。これらについて地域の看護職と自治体保健師の相互理解が深まることで、連携・協働が、更に進むことを期待しています。

コラム　自治体保健師の所属する保健所・保健センター

自治体保健師は、本庁、保健所、市町村保健センター等に所属し、地域で生活する様々な健康レベルやライフステージの人々を対象に活動しています。国―都道府県―保健所―市町村という組織体系によって重層的に施策や事業が行われているため、各々の機能が発揮できるよう連携し取り組む必要があります。

保健所

都道府県保健所は、都道府県が設置し、管轄する市町村を持ちます。食品衛生や感染症等の広域的、専門的な業務を主に担います。市町村と協力して、関係機関（医療機関、地域の医師会等）と調整を行い、大規模で広域的な健康危機管理等に取り組みます。指定都市、中核市等も保健所を設置できます。

保健センター

市町村は、母子保健事業、健康増進事業、精神保健事業等の住民の身近で利用頻度の高い保健サービスを提供します。市町村保健センターは、市町村が設置し、これらの保健サービスの活動拠点です。最近は本庁で勤務し、サービス実施時のみ市町村保健センター(場所）を使用する自治体が増えています。

法律上の位置づけ

地域保健は、地域保健法（1994年保健所法を改正し制定）を法的根拠に実施されており、同法には地域保健行政を担う国、都道府県、市町村の責務が定められています（以下参照）。地域保健法では、住民に身近な母子保健、高齢者保健などは市町村が実施主体となり、保健所は専門的・広域的な拠点として機能の強化が規定されています。また、保健所及び市町村保健センターの整備及び運営に関する基本的事項は同法に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針」に記載されています[19]。

（基本理念）

第二条　地域住民の健康の保持及び増進を目的として国及び地方公共団体が講ずる施策は、我が国における急速な高齢化の進展、保健医療を取り巻く環境の変化等に即応し、地域における公衆衛生の向上及び増進を図るとともに、地域住民の多様化し、かつ、高度化する保健、衛生、生活環境等に関する需要に適確に対応することができるように、地域の特性及び社会福祉等の関連施策との有機的な連携に配慮しつつ、総合的に推進されることを基本理念とする。

（保健所）

第六条　保健所は、次に掲げる事項につき、企画、調整、指導及びこれらに必要な事業を行う。

一　地域保健に関する思想の普及及び向上に関する事項
二　人口動態統計その他地域保健に係る統計に関する事項
三　栄養の改善及び食品衛生に関する事項
四　住宅、水道、下水道、廃棄物の処理、清掃その他の環境の衛生に関する事項
五　医事及び薬事に関する事項
六　保健師に関する事項
七　公共医療事業の向上及び増進に関する事項
八　母性及び乳幼児並びに老人の保健に関する事項
九　歯科保健に関する事項
十　精神保健に関する事項
十一　治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病により長期に療養を必要とする者の保健に関する事項
十二　感染症その他の疾病の予防に関する事項
十三　衛生上の試験及び検査に関する事項
十四　その他地域住民の健康の保持及び増進に関する事項

（保健センター）

第十八条　市町村は、市町村保健センターを設置することができる。

②　市町村保健センターは、住民に対し、健康相談、保健指導及び健康診査その他地域保健に関し必要な事業を行うことを目的とする施設とする。

（「地域保健法」より抜粋）

2 自治体保健師と地域の看護職の連携・協働を進めるためのポイント

自治体保健師は、住民の健康寿命の延伸やQOLの向上を目指し、健康の保持増進や健康障害の予防と回復を促進しており[20]、生活習慣病等の重症化予防は保健師の重要な活動の一つです。重症化予防では、自治体保健師、診療所・病院、訪問看護ステーション、企業等の協働が必要であることは先に述べましたが、同じ看護職であっても、自治体保健師とどのように連携したらよいかがわかりにくいという声を聞きます。ここでは、自治体保健師の生活習慣病等の重症化予防に関わる保健師活動の特徴を示し、連携・協働のポイントについて説明します。

1）地域の看護職からみた自治体保健師の活動を理解するための基本的事項

生活習慣病等重症化予防に関わる自治体保健師の主な施策や部署

自治体保健師との連携でわかりにくいことの一つが窓口です。自治体保健師は複数の部署に配置されています。

傾向として、生活習慣病予防は、健康づくりに関する部署（健康増進課、健康推進課等）が担当し、特定健診・保健指導やデータヘルス計画の作成、重症化予防は、国民健康保険を担当する部署（国保健康保険課等）が主に担当していることが多いと思われますが、自治体によって担当部署は異なります。まずは自治体に連絡し、どの業務がどこの部署が担当しているかを確認しましょう。なお、表1に自治体保健師が関わる生活習慣病等の主な施策とその概要を示しました。

また、令和６年度からスタートした健康日本21（第三次）の基本的方針に「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり」が掲げられています[21]。社会がより多様化することや、人生100年時代が本格的に到来することを踏まえ、胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくりの必要性が提示されました。自治体保健師は、健康づくりに関する部署でなくても、生活習慣病予防を意識し関与することが求められ、今後は様々な部署を主体とした生活習慣病等の重症化予防が展開される可能性があります。例えば、母子保健領域では、胎児・乳幼児期は今後の生活習慣の基盤をつくる時期であるため、予防の観点を持つことは重要です。健康づくりの部署と母子保健部署の内部連携から始め、地域の診療所・病院の産科・小児科、学童期では学校との連携が考えられます。

表1：自治体保健師が関わる生活習慣病等の主な施策

主な施策	施策の概要
健康増進計画の策定・推進	生活習慣病の予防を中心とした、総合的な健康づくりの指針となるもの
データヘルス計画*の策定・推進	●レセプト等のデータをはじめとする健康・医療情報を活用してPDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業を実施するための計画（データヘルス計画）を作成・公表し、保健事業の実施、評価、改善等の取組を行う（実施者：医療保険者〈国保国民健康保険の場合は市町村〉） ＊データヘルス計画の策定は、全ての医療保険者に求められています。
特定健康診査・保健指導	●医療保険者が実施する特定健康診査では、生活習慣病の予防のため、対象者（40歳～74歳）に対しメタボリックシンドロームに着目した健診を行う ●特定保健指導では、特定健康診査の結果等を踏まえて、生活習慣病の発症リスクが高く、生活習慣の改善による生活習慣病の予防効果が多く期待できる者に対して、専門スタッフ（保健師、管理栄養士など）が生活習慣を見直すサポートを行う
糖尿病性腎症重症化予防**	●①糖尿病の未治療の人に対して医療機関への受診勧奨を行い継続的な治療につなげる、②治療中の人でリスクが高い人に対して医療機関等と連携して保健指導を行う等の取組により、腎不全や人工透析への移行を予防し、健康寿命の延伸を図る ＊＊糖尿病性腎症の重症化予防を推進することは、全ての医療保険者に求められています。
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	●高齢者の心身の多様な課題に対応し、きめ細かな支援を実施するため、後期高齢者の保健事業について、後期高齢者医療広域連合と市町村の連携内容を明示し、市町村において、介護保険の地域支援事業や国民健康保険の保健事業と一体的に実施するもの

2）生活習慣病等の重症化予防に関わる保健師活動の特徴

自治体の保健師活動は、個々の住民への直接的な支援だけでなく、集団を対象とした支援や、住民を取り巻く環境に働きかけることが特徴です。具体的な活動内容には、集団を対象とした健康教育や啓発活動、関係者同士の連携を促進する仕組みづくり、住民の自主グループやサービスを創出することや、制度に働きかけ事業化・施策化する等があります。表2に生活習慣病等の重症化予防の関連施策ごとに、主な保健師の活動内容の例を示しました。何らかの疾病や障害を抱えながら地域で暮らす人々が増加する中、表2の活動内容は自治体保健師だけで担うことは難しく、今後は地域の看護職との連携が不可欠です。相互に役割や活動を理解し合い、連携・協働することにより、地域の実態に即した活動の広がり、強化が期待されます。

表2：自治体保健師が生活習慣病等の重症化予防に関わる主な施策と活動内容（例）

主な施策	自治体保健師の主な活動内容（例）
健康増進計画の策定・推進	●健康増進計画の策定に向けたデータ分析、健康課題の明確化、提案 ●健康増進計画に基づく事業の運営、評価、改善 ●健康増進計画を推進するための関係機関との連携促進 ●担当地区の健康課題の明確化 ●健康教育の実施、担当地区での自助グループの立ち上げ　等
データヘルス計画策定・推進	●健康診査等のデータ分析、健康課題の明確化、健康課題解決に向けた改善策の検討・実施 ●特定健康診査・保健指導の受診率、保健指導率向上に向けた検討・実施　等
特定健康診査・保健指導	●地区担当保健師による特定健康診査・保健指導の実施 ●委託業者との連携、評価、改善策の検討・実施　等
糖尿病性腎症重症化予防	●特定健康診査の結果やレセプト等のデータ分析、健康課題の明確化、健康課題解決に向けた改善策の実施 ●ハイリスク者の特定、医療機関への受診勧奨や、医療機関等と連携した保健指導の実施 ●治療中断者への働きかけ ●事業の推進会議等による連携促進　等
高齢者の保健事業と介護予防の一体的な実施	●庁内各部局間の連携体制の整備 ●一体的実施に係る事業の基本的な方針の作成 ●介護の地域支援事業・国保の保健事業との一体的な取組の実施（データ分析、アウトリーチ支援、通いの場への参画 等）　等

3）自治体保健師と地域の看護職の連携・協働のポイント

連携・協働の第一のステップは、お互いのことを知ることです。そのため、自治体保健師の活動目的、生活習慣病等の重症化予防に関わる主な事業や担当部署、活動内容について前述しました。しかし、実際にはこれまで関わり合いのなかった場合は、どのような時に連携すべきなのか、どのようにコンタクトをとるのかはわかりにくく、ハードルが高いものです。お互いがつながろうと意識を持ち、まずは顔見知りになることから始めましょう。地区担当保健師や関連事業を所掌している自治体の保健師などに連絡してみることも良いでしょう。例えば、個別支援のカンファレンスや連携会議等で、地域の看護職と自治体保健師が会った時は、理解を深めるチャンスです。役割を理解することから始め、普段から緩やかなネットワークをつくることでタイムリーな連携・協働が実現します。

コラム　健康日本21（第三次）

全ての国民が健やかで心豊かに生活できる持続可能な社会の実現に向け、誰一人取り残さない健康づくりの展開（Inclusion）とより実効性をもつ取組の推進（Implementation）を通じて、国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な事項を示し、令和6年度から令和17年度までの「二十一世紀における第三次国民健康づくり運動（健康日本21（第三次））」を推進するものである。

○ 国民の健康の増進の推進に関する基本的な方向

一　健康寿命の延伸と健康格差の縮小
二　個人の行動と健康状態の改善
三　社会環境の質の向上
四　ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり

○ 生活習慣病（NCDs）の発症予防・重症化予防の目標

(1) がん
① がんの年齢調整罹患率の減少
② がんの年齢調整死亡率の減少
③ がん検診の受診率の向上

(2) 循環器病
① 脳血管疾患・心疾患の年齢調整死亡率の減少
② 高血圧の改善
③ 脂質（LDL コレステロール ）高値の者の減少
④ メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少
⑤ 特定健康診査の実施率の向上
⑥ 特定保健指導の実施率の向上

(3) 糖尿病
① 糖尿病の合併症（糖尿病腎症）の減少
② 治療継続者の増加
③ 血糖コントロール不良者の減少
④ 糖尿病有病者の増加の抑制
⑤ メタボリックシンドロームの該当者 及び予備群の減少
⑥ 特定健康診査の実施率の向上
⑦ 特定保健指導の実施率の向上

(4) COPD
① COPD の死亡率の減少

（健康増進法に基づく「国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針」より抜粋）
https://www.mhlw.go.jp/content/001102474.pdf [21]

3 地域全体の健康支援と仕組みづくり

生活習慣病は日々の生活習慣の改善・維持と適時適切な医療のサポートが必要な疾病です。多面的、継続的に看護職が関わるためには地域で支援する「仕組み」として連携・協働することが重要です。

ここで扱う対象者像は、序章で述べたとおり支援の優先度が高い人々であり、例えば、生活習慣病等の発症リスクがある人、生活習慣病等を発症したが未受診・治療中断している人、疾病が進行・悪化した合併症のリスクが高い人などです。このような対象者が適切な支援につながることを目的にした仕組みづくりとはどのようなものか、また、どのようにその仕組みをつくるのかについて説明します。

■地域全体の健康支援と仕組みづくりに向けた保健活動の展開

1）地域で支援する「仕組み」とは

地域で支援する「仕組み」は、単なる2者の連携・協働とは異なる特徴があります。この仕組みは、地域ケアシステムとも呼ばれます。地域で支援する仕組みの特徴として、以下が挙げられます。

(1) 目指す姿が理念や目的として明確に示されている

地域には診療所、病院、訪問看護ステーション等、多様な事業所が存在し、事業所によって価値観が異なります。そこで必要となるのが、地域で支援する仕組みにおける明確な理念と目的です。地域の仕組みによって実現したい「目指す姿」が理念や目的として明確に示されることにより、関わる人々はそれを共通認識として意識し活動を実践することができます。

(2) 仕組みを構成するサービス提供者が明確である

当然のことですが、地域の仕組みを構成するサービス提供者を明確にしておく必要があります。地域の仕組みを構成するサービス提供者と一丸となって進めていくことが大切です。

(3) 仕組みのコーディネーターが存在する

地域の仕組みはコーディネーターがいないと進みません。コーディネーターは仕組みを構成するサービス提供者と全体をアセスメントし、各サービス提供者の役割を調整することや共通認識の形成のために関係者の相互交流・連携を図ります。物事を調整しまとめることをコーディネート、それを行う人をコーディネーターと呼びます。自治体保健師は、中立な立場であることや、地域資源を把握していることから、コーディネート役を求められることが多くあります。

イメージでとらえるために、図3を参照ください。2者の連携・協働は点と点、仕組みは面と表現されます。点でつながる支援よりも、面の方が支える仕組みが、より強化されます。面で支え

る仕組みにより、点や線による連携・協働では支えることが難しかった対象者も含めた、誰一人とりこぼさないセーフティネットが構築され、「安定した仕組み」として機能します。

特に保健所は、管轄地域の医療機関などの社会資源・リソースを把握し連携していることから、地域医療を支える仕組みを構築する上では、重要な役割を担っています。

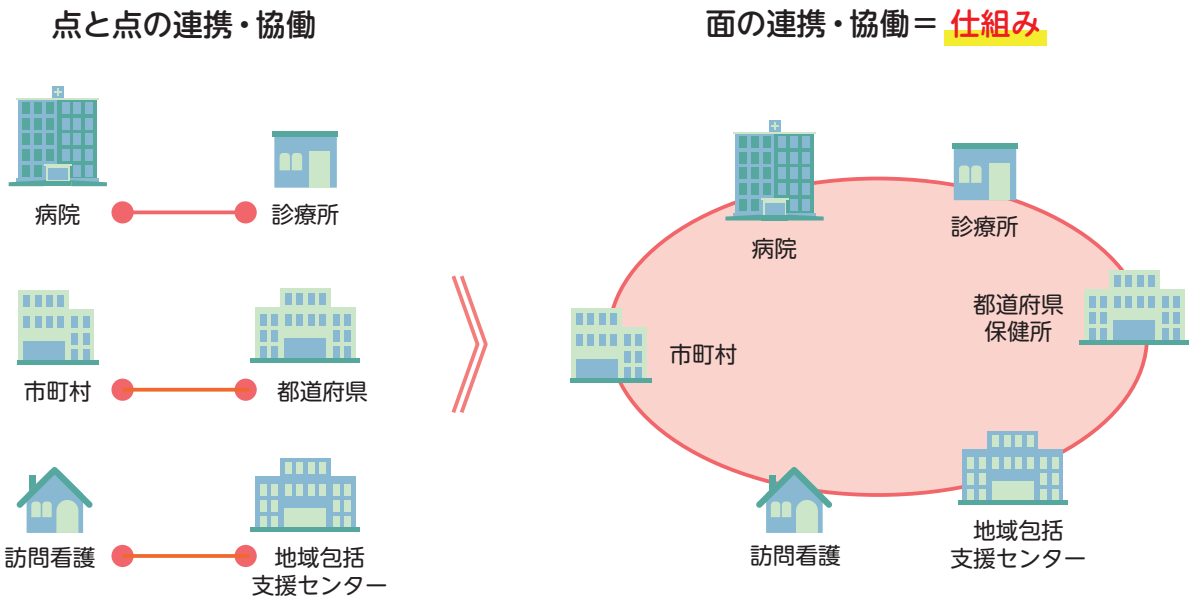


図3：地域で支える仕組みのイメージ

2）地域で支援する「仕組みづくり」のステップ

地域で支援する仕組みづくりにはある程度時間を要するため、長期的に計画し進めていく必要があります。ステップごとに説明します。

STEP 1

地域の課題の明確化と目的共有

①地域の課題の明確化

最初に、地域の課題を明確にし、地域で支援する仕組みづくりの必要性の確認や目的を検討します。そのきっかけとなるのは、地域の看護職の困りごとであったり、行き詰まり感であったりします。自治体保健師は、「困りごとを教えてほしい」「一緒に解決したい」という態度・姿勢を持ち、地域の看護職の声をキャッチし検討することが大切です。

関係者と話し合う場を持つのもよいでしょう。地域の課題を共有するための資料は自治体保健師が準備します。分析可能な既存データ、例えば、国保の特定健康診査のデータや自治体が行う定点調査データ等を基に資料にまとめます。また、自治体保

健師が地区活動や個別支援等を通して地域の人々に共通するニーズを見いだし、地域で支援する仕組みの必要性を感じることがあります。自治体保健師には状況に応じて、地域の健康課題の背景について、「なぜ」を深堀りし、個人の問題を地域の課題まで引き上げて考えることが必要になる場合があります。この過程を言語化することが地域の課題の明確化につながります。

②地域の看護職同士が地域の課題や目的を共有する場の設定

地域の課題解決に向けて、地域の専門職や施設間の連携を促進するために、会議体の設置はよく行われる手法です。○○検討委員会、○○協議会、○○推進会議などの名称が付けられます。また、このような会議体を設置し、地域の看護職をつなげる役割を担えるのは、公的な立場にある自治体保健師です。先に述べたように、自治体保健師は住民個々の支援だけでなく、地域で支援する際のコーディネーターの役割を担える専門性をもつ職種です。この強みを意識して活動することが地域で支援する仕組みづくりにつながります。

STEP 2

仕組みの構築に向けた具体的な方策の実行

地域の課題や目的を共有した後は、地域で支援する仕組みの構築に向けて具体的な方策を明確にし、実行します。例えば、治療中断者の把握方法や連携のタイミングの明確化、動機付けの難しい人に対する保健指導のスキルアップ研修の企画などが考えられます。

また、地域で支援する仕組みで受け入れた、重症化予防に向けて支援が必要な対象者については、本人の同意を得た上で適宜情報を共有し、対象者にとってよりよいサービスになるように関係機関が協議していくための会議をもつことも必要です。この会議は、先に述べた関係機関の会議体レベルよりも、ケース検討など実務的なことを話し合う実務者レベルの会議をさします。

STEP 3

仕組みの安定

重症化予防に向けて、質的にも量的にも地域のケアサービスが拡大し、地域で支援する仕組みがスムーズに機能し安定する段階です。その一方で、時間の経過とともに関係機関の専門職が入れ替わり、当初の理念や目的を知る人が少なくなったり、業務について慣れが生じ問題点に気づきにくい状況が生じやすくなったりします。関係機関の会議体や実務者レベルの会議等を活用し、改善点を見いだし、検討することがより重要になります。

3）地域で支援する「仕組みづくり」のポイント

「仕組みづくり」のステップ1からステップ3のプロセスを進める上で、大切なポイントや具体的な実施方法について説明します。

①地域の看護職の実情を把握し共有する

取り掛かりとして、まずは自治体保健師、診療所、病院、訪問看護ステーション等の地域の看護職がつながること、そのためには、困りごとや行き詰まり感の共有から始めることを先にお勧めしました。例えば、あなたの地域ではどのようなことが考えられるでしょうか。重症化予防に地域の各機関がどのように関わり、どのような困りごとを抱えているのかを整理してみるところから始めるとよいでしょう。例として表3に整理しました。この表を見ると、どのような機関が、どのような関わりで対象者に出会うのか、その機関が持ち易い困りごとを知ることができます。

②関係機関と健康課題及びビジョンを共有する

生活習慣病等の予防・重症化予防における仕組みづくりに最も重要なのは、各関係機関が同じ目的を共有し活動することです。中でも自治体保健師は、旗振り役として、地域の健康課題を把握し、データなどを根拠に活動目的や方向性、すなわちビジョンを示す役割を担います。その際に重要なポイントは、取組内容が、行政の政策・施策、事業のどこに位置づいているかを分かりやすく示すことです。行政以外の看護職にとっては、行政政策や施策、事業の関係やその重要性はわかりにくいものです。しかし、これらを地域の看護職にも理解してもらうことで、政策・施策等のビジョンに応じた新たな方法を提案してもらえたり、協力を得やすくなる可能性が高まります。また、自治体以外の看護職も取組内容の行政政策・施策における位置づけを理解するように心がけましょう。それによって、自分たちの目指す方向性や関わり方を検討するのに役立ちます。

③自治体保健師の庁内連携を促進する

健康日本21（第三次）の基本的方針に「ライフコースアプローチを踏まえた健康づくり」が掲げられ、胎児期から高齢期に至るまでの人の生涯を経時的に捉えた健康づくりの必要性が示されました。自治体保健師は、どの領域においても、生活習慣病予防を意識した関与が求められます。また、今後は様々な部署が生活習慣病等の重症化予防を展開する可能性があります。保健師が配置されていない関係部署も含めて、これまで以上に、自治体内の連携を促進することが必要です。

④新たなサービスの創出、事業化、施策化

生活習慣病等の予防・重症化予防について検討する中で、不足するサービスや制度が明らかになることがあります。自治体保健師は、地域のニーズを把握し、必要に応じて新たなサービスの創出や事業化、施策化を図ることを職務としています。生活習慣病等の予防や重症化予防

を支援する地域の仕組みづくりでは、看護職だけでなく、医師、薬剤師、ケアマネジャー等の様々な職種の関わりが必要になります。事業化することで多くの関係者が分かりやすく、動きやすい仕組みになることがあります。自治体保健師は事業化等の必要性を判断し、地域の看護職との話し合いで把握した地域のニーズを基に、データ等の根拠に基づく資料を作成し、タイムリーに提案していくことが大切です。

表3：地域の関係機関・関係者の生活習慣病等の重症化予防への関わりと困りごと（例）

地域の関係機関・関係者	重症化予防への関わり（対象者の特徴と関わり）	困りごと
自治体保健師（健康づくり部署）	●糖尿病の発症、高血糖、高血圧、高脂血症等の予防	●ライフスタイルの多様化が進む中、誰一人取りこぼさない仕組みづくりをどのように行うか、対策が立てにくい ●行政が接点を持ちにくい対象への働きかけが必要
自治体保健師（国民健康保険部署）	●特定健康診査・保健指導の実施、データヘルス計画の立案・実行、医療費の削減	●特定健康診査・保健指導の実施率が上がらない
自治体保健師（介護保険部署）	●介護予防や健康づくり等の取組を通して、介護が必要となる時期を遅らせて、健康寿命の延伸を図る	●高齢期では高血糖、高血圧、高脂血症の改善がしにくい
診療所・病院	●糖尿病、または高血糖、高血圧、高脂血症等に対する医学的管理とそれに基づく療養指導	●治療中断のある人へのアプローチが困難 ●服薬管理の難しい人がいる
訪問看護ステーション	●高血糖、高血圧、高脂血症等に対する生活習慣の改善、服薬管理 ●糖尿病の人へのインスリン注射の実施	●認知症やモチベーションの低い人の生活習慣の改善や服薬管理が難しい

ここでは、都道府県や市町村の自治体保健師がコーディネートし、看護職が連携・協働して取り組んだ内容を取り上げ、仕組みづくりのステップに沿って、事例を紹介します。

(1) 県・保健所・市町村の保健師が構築してきた看護ネットワークが地域のインフラとなり、県と県看護協会・大学・看護管理者協議会が協働で「中小規模病院等看護管理者等支援」に取り組み、看護管理者の次世代育成も進んだ事例

STEP 1 地域の課題の明確化と目的共有

- 2000年代初頭（約20年前）から、地域の基盤を構築。
- 県の特徴として、中小規模病院が多く看護師の退職率が高率。
- 県の看護職員の確保対策の一環として中小規模病院の新人看護職員研修モデル事業を実施。
- その実績を踏まえ、保健所が事務局となり「つながる・問題解決・資質の向上」をキーワードに、二次医療圏ごとに看護のネットワーク推進会議（以下「看護ネット」）を設置。地域の医療機関などの看護職同士が施設の枠を超えて連携する基盤を構築。それを県看護協会の地区支部活動と重ねて活動。

STEP 2 仕組みの構築に向けた具体的な方策の実行

- 県が国の看護職員確保定着特別事業費を活用し事業を継続。
- 看護ネットにより二次医療圏の看護職員確保定着プランを策定。
  魅力ある病院づくりモデル事業など、地域の実情に応じて取組を継続。
- 県の施策が、在宅医療の推進に向けた医療機関の看護職員の確保定着へとシフトする中、看護ネットの目的も「在宅医療の推進」「地域包括ケアシステム構築のための看護連携」と変化。

STEP 3 仕組みの安定

- このような時に県内で多い「中小規模病院」に焦点を当て、看護管理者を支援する機会を得て、県と看護協会、大学、県看護管理者連絡協議会が核となり、診療所・訪問看護ステーション・介護施設等の看護管理者にも声を掛けて各保健所管内できめ細かく話し合いを続け、年1回は、県全体で報告会を開催。
- 中小規模病院等看護管理者支援事業は、国の補助金を得て始まったが、その後、地域医療介護総合確保基金に移行させ、事業の継続性を担保。一方で、看護ネットは県の予算で継続。

特徴・成果

- 地域の看護管理者等が一堂に参集する「場」を、保健所が設定（看護ネット）。行政課題や医療機関が抱える課題、課題の解決をめざす方向性を共有し、協働により対応策を検討。定期的に会合をすることにより、関係者同士が顔の見える、本音が言える関係性を構築。
- 看護ネットを活用し、大学も入って、新たに中小規模病院等看護管理者支援事業に取り組む中で、事業を評価し、成果の見える化を促進。医療介護確保基金も得て継続。
- 看護ネットは地域の基本的なインフラとなっており、新たな地域課題である災害対策、感染症対策、健康寿命の延伸などの取組でも機能すると期待される。

(2) 自治体の糖尿病重症化予防の一環として、看護職が基幹病院・かかりつけ医との連携の基に治療や療養支援に取り組んでいる事例

STEP 1

地域の課題の明確化と目的共有

- 県が糖尿病対策として、糖尿病の基幹病院とかかりつけ医をつなぐ、糖尿病コーディネート看護師（以下「コーディネート看護師」）の養成を開始。
- 更に、糖尿病の人の減少や重症化の予防を目的に、県、保健所、保険者、大学、各地区の基幹病院、かかりつけ医、職能団体等が情報を共有し、連携して取り組む「ストップ糖尿病対策事業」の立ち上げ。
- 保健所が二次医療圏単位に「ストップ糖尿病対策会議」を設置し基幹病院、かかりつけ医、地区医師会が参加し、市町の地域課題の共有と検討。

STEP 2

仕組みの構築に向けた具体的な方策の実行

- 基幹病院が「関係者連絡会」を担い、専門医、コーディネート看護師、かかりつけ医、市町の保健師が参加し、受診勧奨や対応困難な対象者への介入・支援方法を検討。
- 基幹病院のコーディネート看護師が、基幹病院とかかりつけ医との連携の要となり、本人の価値観や生活に沿った治療や療養支援に向け、療養プラン・指導メニューのコーディネートなどを実施。
- 支援上の課題は、関係者連絡会にて吸い上げ、連携・支援上の課題を改善。

STEP 3

仕組みの安定

- コーディネート看護師による、基幹病院内での糖尿病チーム医療体制の構築のほか、かかりつけ医療機関への対象者経過フォロー（パスシート）の作成、外来での技術面のサポートなど、本人を中心とした治療や支援の継続に向けた医療機関間の連携や情報提供の仕組みづくりの構築。
- コーディネート看護師は基幹病院主催の「関係者連絡会」の構成員であり、連絡会の課題は、二次医療圏や県単位の対策会議にもつながるように仕組みを構築。
- 県の施策との連動により、事業の評価・継続に向けての予算確保。

特徴・成果

- 糖尿病重症化予防に向け、二次医療圏単位で糖尿病の基幹病院、かかりつけ医との連携を構築し、看護師による糖尿病の治療や療養生活の支援を構築。
- 基幹病院のコーディネート看護師による手厚い支援による取組が、関係者連絡会、二次医療圏単位の会議と連動し、個々の課題から地域の課題の共有、施策化へとつながる仕組みとして機能。
- コーディネート看護師による地域の診療所（かかりつけ医療機関）へのサポートは、診療所の看護師の療養支援の底上げや医療機関と自治体保健師との更なる連携づくりにもつながっている。

(3) 地域共生社会の実現に向けて、自治体が拠点を立ち上げ、看護職同士や多職種が連携し重症化予防に取り組んでいる事例

STEP 1

地域の課題の明確化と目的共有

- 市が地域共生社会の実現、市民の健康づくりや住み慣れた地域で暮らし続けられるまちづくりなどを目的に、全世代対応型の「まちの保健室」を小学校区単位の市民センター内に設置。
- 市の直営運営で、看護職、社会福祉士、介護福祉士等の2～3名の専門職が常駐。
- 予算は、子育て支援事業、介護保険事業を活用。地域包括支援センター、子育て世代包括支援センターのサテライト機能を併せ持つ。

STEP 2

仕組みの構築に向けた具体的な方策の実行

- 医療的な介入が必要な対象者や支援困難な対象者等を市の保健師（地区担当保健師）とまちの保健室が連携して対応。
- 必要に応じて同行訪問や支援に必要な関係機関へつなぎ、悪化予防への支援を実施。
- まちの保健室は「場」でなく「機能」。住民に一番近い窓口機能を担い、地域の保健医療福祉資源や関係機関を結ぶネットワークとして稼働。

STEP 3

仕組みの安定

- 市の保健師は、まちの保健室の職員の人材育成も担う。
- 市の地区担当保健師とまちの保健室の職員による定期的なミーティングの開催を継続。
- 個別ケースの連携にとどまらず、日々の活動を通して把握した地域の健康課題の検討、新たな事業や取組の必要性、地区ごとの健康づくり計画の策定まで、市の保健師とともに協働した活動を展開。
- 市の総合計画や地域福祉計画の施策に位置づけ、各種制度等を活用した整備と運営。

特徴・成果

- 市の直営による運営でまちの保健室が小学校区単位に整備され、地域包括支援センターや子育て世代包括支援センターのサテライト機能を併せ持つ。
- 地区担当保健師と密に連携し、支援困難な相談対応などへは協働して支援活動を展開。
- まちの保健室は、個人が抱えている課題から抜け出すために、関係機関と連携・相談し、必要な支援につなぐことを目指し、地域の様々な施設や機関が協働しつつ、地域全体で重層的に支援する仕組みを構築している。

■地域・職域連携の仕組み

働き盛り世代の健康を支えることは、とても重要です。産業保健の場だけではなく、地域で取り組まれている「地域・職域連携」は、今後、ますます必要となります。その背景や現状について紹介します。

1）地域・職域連携が必要な社会的背景

人が生まれて成長・発達、年を重ねていく過程においては、何より心身の健康が望まれます。乳幼児期には母子保健、学齢期には学校保健というように、その時期に応じて、健康の維持・増進に関する根拠法に基づき、看護職をはじめとした専門職が地域の人々の健康支援を行っています。

このようなライフコースに応じた制度・サービスの提供体制において、働き盛り世代の健康支援は、主に、いわゆる「産業保健」「職域保健」と言われる領域で行われています。現行の「産業保健」「職域保健」では、事業場の規模や医療保険の種類、雇用形態等により、健康支援の方法や内容・頻度などはさまざまです。特に、産業医や、産業保健師等の看護職が健康支援に十分関与していない場合には、専門職による健康支援を受けないままに長期間経過することもあり、その結果、壮年期・老年期になり、QOLに影響するほどの障害や疾病を抱える状態になる人々もいます。

今回取り上げる「地域・職域連携」は、「地域保健」「職域保健」「医療保険（者）」という複数の領域における健康支援がつながり、連携し、働く世代の健康を支援する仕組みづくりのための重要な取組であると言えます。

2）地域・職域連携とは

就労世代を対象とした保健事業は、根拠法令や目的、対象者、実施主体、事業内容等が異なっており、継続的な保健事業の実施が難しい状況が指摘されていました。このような状況を解決するために、都道府県等では関係者による会議体の設置等の取組が進められてきました。2003年に告示された地域保健法に基づく「地域保健対策の推進に関する基本的な指針（地域指針）」には、地域・職域連携が重要であると明記されています[19]。また、これらの取組を一層推進するために、地域保健と職域保健の連携の基本的な考え方や具体的な取組の進め方等をまとめたガイドラインが2005年に公表されました。2019年の改訂[18]では、基本的理念が再整理されたことで、在住者であることや在勤者であることなど属性の違いによらず、「地域保健」と「職域保健」が連携した幅広い取組を促進すること、これまで支援が不十分だった層（退職者、被扶養者、小規模事業場など）への対応を促進することについても示されました。

地域・職域連携とは、地域保健と職域保健の連携により、健康支援・健康づくりのための健康情報を共有し、保健事業を共同実施したり、保健事業の実施に要する社会資源を相互に有効活用したりするなど、生涯を通じた継続的な保健サービスの提供体制を整備することを目的とした取組

です[18]。地域・職域連携のメリットは、「効果的・効率的な保健事業の実施」「これまで支援が不十分だった層への対応」ができることであり、取組の結果、健康寿命の延伸や生活の質の向上、健康経営等を通じた生産性の向上、医療費の適正化が期待できます。(図4)

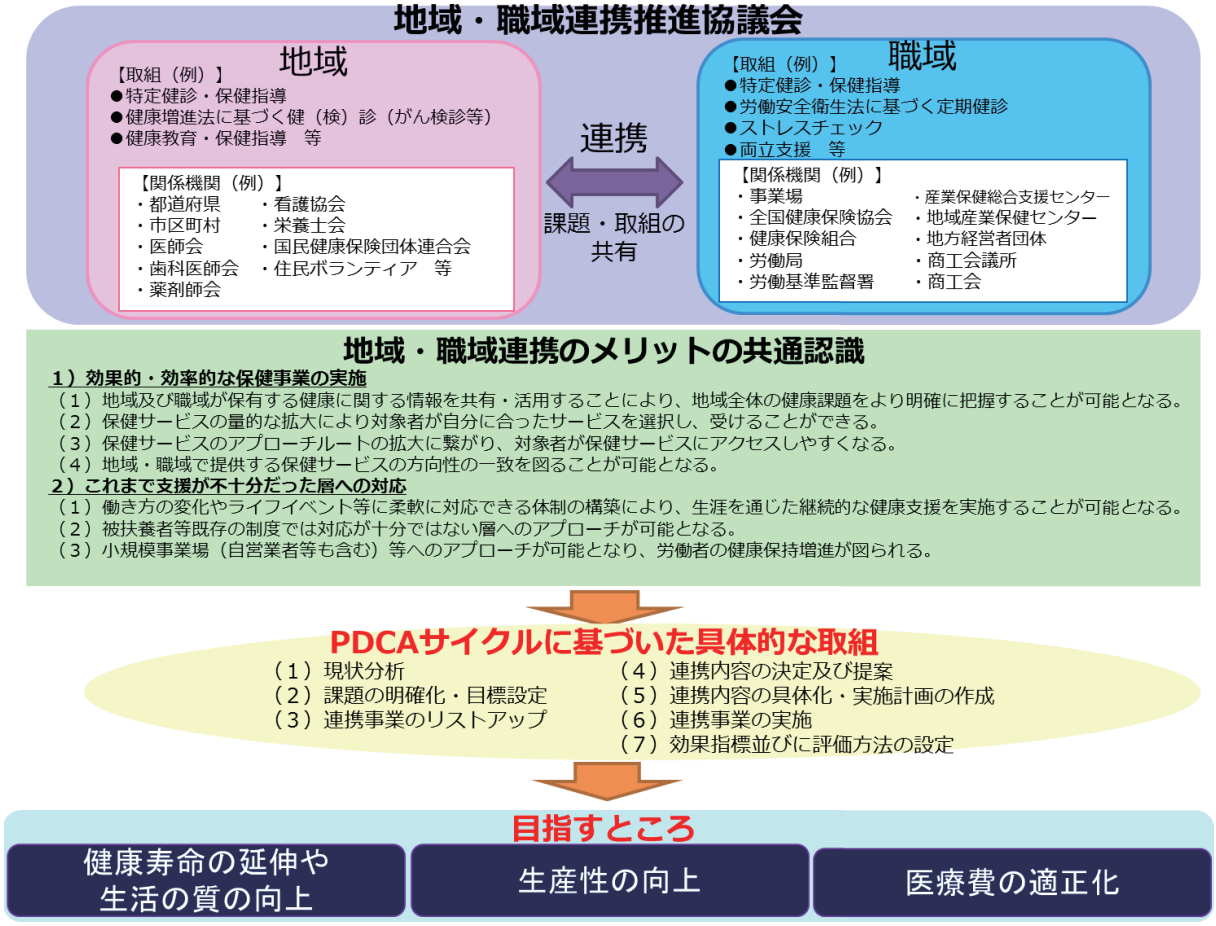


図4：地域・職域連携推進事業の意義

（出典：地域・職域連携推進ガイドライン　令和元年9月改訂）

3）地域・職域連携の現状と課題

地域保健とは、地域住民の健康の保持増進や、公衆衛生の向上のために地域保健対策を推進するものであり、取組の例としては、市町村国保が被保険者に行う特定健診・保健指導、健康増進法に基づくがん検診、健康教育などがあります。一方、職域保健の取組の例としては、同じく保険者による特定健診・保健指導、労働安全衛生法に基づく健康診断、ストレスチェック、治療と仕事の両立支援などがあります。

地域・職域連携の推進に関しては、先に述べた地域指針において、保健所・市町村等が地域・職域連携推進協議会（以下、協議会）を設置し、組織間連携を推進することなどが明記されています[19]。国では、この協議会に関する研究結果や報告書などを公表しており、2024年3月末には、厚生労働省により地域・職域連携ポータルサイトが開設され、先駆的な取組事例が掲載されています[22]。また、全国の協議会設置割合も示されており、都道府県96%、二次医療圏87%、保健

所設置市・特別区71%となっています[23]。合わせて、協議会の「成長イメージ」も提示されています（図5）。全国の取組の状況を成長のイメージから見るとレベル2-②、③、レベル3に相当するような、地域特有の健康課題を特定した上で関係者が連携して具体的な取組や都道府県全体の方針と一体的な取組を行っている割合は、都道府県18%、二次医療圏9%、保健所設置市・特別区21%にとどまっています[23]。これは、協議会が「情報交換の場」にとどまり、具体的な取組に発展できていない、あるいは、具体的な取組に係る評価ができていないといった課題を抱える協議会が多い[23]ことを意味しており、引き続き、全国的に協議会の取組のレベルを上げるための工夫や方策が求められている状況と言えます。

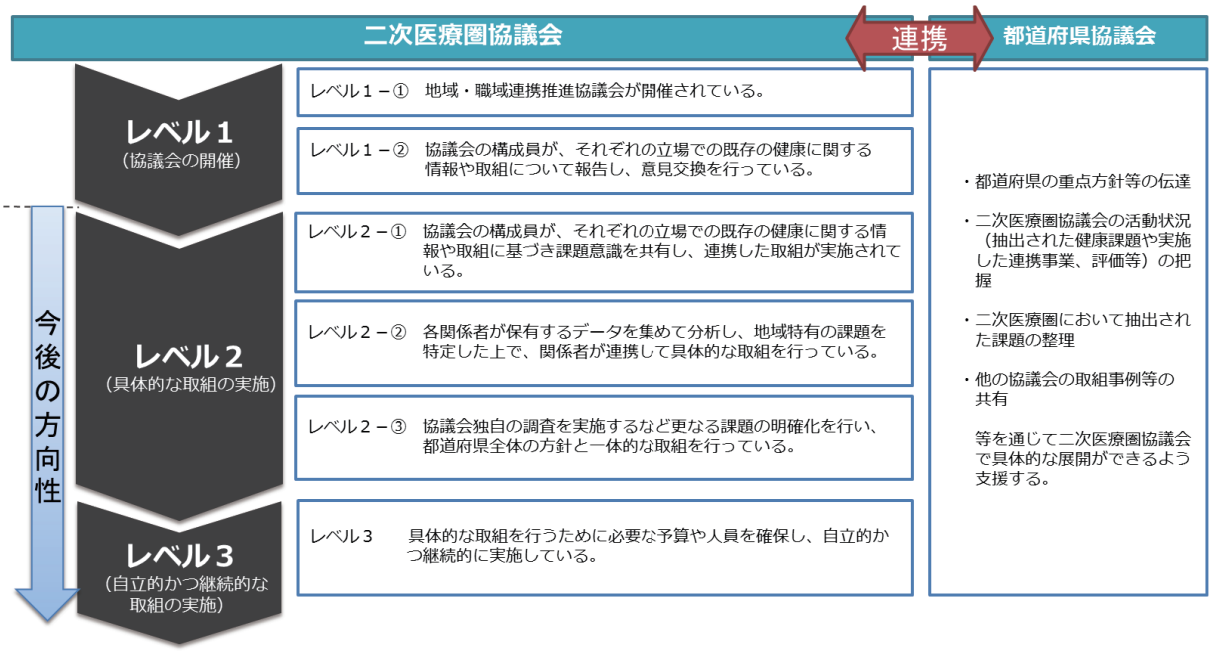


図5：地域・職域連携推進協議会の成長イメージ

（出典：地域・職域連携推進ガイドライン・資料3より抜粋）

4）地域・職域連携に関係する看護職の役割や取組

自治体保健師

都道府県や保健所設置市、特別区に所属する場合は、一般的に地域・職域連携（推進）担当の保健師等がおり、協議会の運営や職域を対象とした連携・支援活動を実践しています。一般の市町村の場合は「職域との連携は都道府県や保健所の業務」「職域保険の加入者は市町村の健康支援の対象ではない」と認識している場合もあるかもしれません。しかし、冒頭で述べた働き盛り世代の現状などを踏まえると、自治体規模や組織体によらず、働く世代の健康づくりに「今」着手しなければ、医療費の高騰や高齢期における要介護者の増加、生活習慣病を抱える人々の増加を始めとした多くの問題を食い止めることはできません。「地域全体の健康づくり」に関わることのできる自治体保健師には、地域の将来像を見通して、働く世代や若年層へのアプローチを考えることが求められます。例えば、地域の若い世代に接することができる既存事業（乳幼児健診など）のタ

イミングで、地域のニーズを把握することから始めてみてもよいと思います。そのほか、中小規模の事業場などが多い地域の場合は、地域の商工会議所や労働基準監督署などと接点を持ち、関係者が集まる機会を活用して、働く世代に向けて「保健師の顔を知ってもらう」ことから始めるのも1つの方法です。そして、あらゆる機会を活かして一人でも二人でも、ともに取り組むことができそうなキーパーソンを見いだし、更にはその人が属する事業場などから何らかの健康支援の取組を始めてみるなど、「モデル事例」を作ってみることをお勧めします。

また、自治体の中での取組事例としては、将来推計も含めて健康データを示した上で首長の理解を得て、地域・職域連携に取り組む仲間を部署横断的に獲得し、各自治体における保健医療福祉に関する計画等の行政施策に位置づけて「地域・職域連携事業（5か年計画）」を策定し、継続的に評価・活動展開して取組を発展させている地域もあります。このように、自治体の方針として打ち出すことで、ビジョンを共通認識することができます。そのビジョンに基づく取組を効果的なものにするには、職域側（事業場側）がメリットを感じて健康づくりに取り組むことができるような工夫も求められます。

産業保健師等の看護職

介護、育児、従業員の配偶者やこどものメンタルヘルス相談等、従業員本人だけではなく、家族の健康問題を抱える従業員から相談を受けることがあると思います。家族の健康も従業員が健康で安全に働くためには重要な要素です。従業員の家族の健康支援に関して、従業員自身の力だけでは上手く地域の健康支援につながらないと感じた時には、プライバシーに配慮した上でぜひ地域の看護職同士で連携してください。

また、これからの産業保健師等の看護職には、従業員の健康支援にとどまらず、地域の自治体とのコラボ企画による健康教育や健康相談、事業場で開催する健康フェスタ等、地域保健とのつながりを活かした取組を充実していくことができる可能性があります。「地域保健」との連携を深めたい場合には、事業場の所在する地域で開催されている協議会の取組について、まずは、協議会を主催する保健所等の自治体保健師から情報を得るだけでも良いと思います。従業員やその家族が生活する地域の健康問題や健康施策の方向性、具体的な保健事業の内容などを把握しておくことは、事業場内の健康問題を解決に導くヒントになるはずです。

地域の医療機関等の看護職

今、関わっている対象者やその家族の多くは、地域に戻れば「働く人」である可能性が高く、治療と仕事の両立、介護と仕事の両立などに悩んでいる場合も少なくありません。また、生活習慣病等の治療や療養においては、対象者の価値観や生活習慣に影響を与えるであろう職場環境を改善しなければ、重症化予防が相当難しいこともあります。そのような場合には、本人・家族らが属する事業場に産業医や産業保健師等の看護職がいるかどうか、まず確認してみてください。事業場に産業医等がいる場合には、本人・家族の同意を得た上で、情報共有など支援策をともに検討することも可能です。事業場に産業医がいない場合は、地域の産保センターが個別訪問支援等

の治療と仕事の両立支援サービスを行っていますので、相談してみるのもよいと思います。また、訪問看護ステーションによる先進的な取組として、訪問看護サービスの対象者の家族に対し、自分のからだや心の健康を守り、介護離職せず働き続けられるよう、健康相談の場づくりに取り組むところもあります。

このように、地域の医療機関等の看護職にとっても「働き盛り世代の健康支援」「地域・職域連携」は身近なものです。地域の看護職同士の連携を深めることにより個別支援を充実させること、そして、働き盛り世代の健康を支えるための連携の仕組みとして、すでに存在している協議会という場もぜひ活用してください。

4 自治体保健師間の連携・協働による公衆衛生看護活動

1）自治体保健師の強みを活かしリーダーシップを発揮しよう

保健師の仕事は、個人・家族をケアするだけでなく、その背景にある社会の問題を察知し、原因を探索して根本的な解決を図っていくことです[24]。根本的な原因を探索すると、生活習慣病等の重症化予防は、自治体内での対策では十分な効果を得るのが難しいことは実感されていると思います。例えば、転職する人を支援するには保険者間の連携が必要であることや、医療を中断する人を支援するには、広域の医療機関との連携が重要であることなどが挙げられます。自治体保健師は、このような制度の狭間にある人を察知し、安定した仕組みをつくることのできる唯一の看護職です。また、看護職の中で、地域全体を見て、ビジョンを示し、各機関をつなげることができるのは保健師しかいないといっても過言ではありません。保健師の強みを活かし、地域の仕組みづくりに向けてリーダーシップを発揮しましょう。

2）都道府県、保健所、市町村間の重層的な取組の必要性

生活習慣病等の重症化予防では、健康日本21（第三次）においてその対応の必要性が掲げられていることから、都道府県、市町村の健康増進計画には、生活習慣病等の重症化予防の重要性とその対応が取り上げられています。市町村は身近なサービスの提供、保健所は専門的・広域的拠点と役割分担があるものの、都道府県、市町村間の保健福祉に関する計画や事業は連動性があるため、連携し取り組むことが効果的・効率的であることは言うまでもありません。改めて、国－都道府県－保健所－市町村という組織体系によって重層的に施策や事業を行う必要性を認識し、各々の機能が発揮できるよう連携し取り組みましょう。

3）ビジョンを描こう

近年、急激な少子化・高齢化の進行、地域力の弱体化等を背景に、自治体保健師の仕事は複雑で多様化しています。また役割への期待も大きいことから、多忙を極める状況です。しかし、その仕事は本当に効果的だと住民に説明できるでしょうか。何を優先しどのように関わっていくのかを、少し先を見据えて考える時にきているかもしれません。

今後、マンパワーの減少は避けられませんが、悪い変化ばかりではありません。近い将来、ICTやAIが生活に溶け込む時代を迎え、人々の生活が激変し、地域の看護職の仕事もその影響を受けることは間違いありません[25]。リアルタイムに健康データを取得しやすくなることや、住民と支援者、支援者間のコミュニケーションの方法も増えます。このようにマンパワーの減少をカバーできるような環境整備が進み、地域の看護職が連携しやくなると考えられます。これまで、ケアを提供する中で解決することが難しかったことを解決できるかもしれません。どんな地域にしたいか、地域保健活動を通して住民の考えを十分に理解した上で、地域の看護職同士がビジョンを描くところから始めてみてはどうでしょうか。迫りつつある変化を見据えて、今こそ、地域の看護職が連携し、住民のwell-beingにどう貢献できるかを考えていく重要な時です。是非、生活習慣病等の重症化予防をきっかけに、チャレンジし創造する楽しさを感じましょう。