

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・療養支援と仕組みづくり

～住み慣れた地域で暮らし続けるための重症化予防～



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 日本看護協会

はじめに

日本では、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて「地域包括ケアシステム」の構築を推進してきました。これは、高齢社会における住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される包括的な支援・サービス提供体制であり、重度な要介護状態となっても可能な限り住み慣れた地域で、人生の最期まで自分らしい暮らしを続けることの実現を目指したものです¹。その中でも、地域における医療・介護の関係機関が連携して、包括的かつ継続的な在宅医療・介護の提供体制の推進を図ることが必要であるとの考えも示されています。

このような背景を踏まえ、日本看護協会では、2015年に公表した「2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン」²に基づき、すべての人々が、住み慣れた場所でその人らしく暮らすことができる健康な地域の実現を目指し、事業を展開してきました。

また、2018年度からは、2040年を見据えた看護のあり方について検討を開始しました。地域社会の将来像や様々な課題を踏まえ、看護として注力すべき課題は何か、取り組むべき方向性や目指す姿について検討し、とりまとめました。その中で、地域における療養支援等の確立が必要であることを明示し、予防的介入の重要性や重症化予防の取組におけるビジネスモデルの構築が重要であるとして、2020年度からは重点事業に位置づけ、地域に必要な健康増進・疾病予防や重症化予防に資する看護活動の内容・体制などを検討して参りました。

本稿では、地域全体の健康・療養支援における看護機能の強化・拡大と、地域の看護職と自治体保健師の連携・協働による地域全体の健康・療養支援と仕組みづくりが全国で実践・展開されることを目指し、すでに取り組まれている実践事例から学びを得ながら、今後、求められる看護活動の内容や取組のポイント等をお示ししました。また、診療所・病院の外来看護機能の強化、地域における看護活動の場・機能の拡充、自治体保健師の活動が有機的に連動することの重要性もお示ししています。特に、地域の医療機関など様々な場で働く看護職と、地域全体の保健医療福祉等の施策・計画に直接携わる自治体保健師が連携・協働することは、地域の実態に沿った健康・療養支援体制の構築を可能とし、ひとつひとつの看護活動が更に推進・強化され、ひいては国民全体の健康づくりへも波及できると確信しております。

地域や地域住民の健康・療養支援にかかわる看護職の皆様におかれましては、ぜひ本稿内容を参考に取り組を進めていただき、看護職同士が手を携え、創意工夫をしていただきながら、この取組が国民の健康づくりに寄与できるものとして全国に広がり、そして、変わりゆく地域社会に応じて看護が更に発展していく一助になれば幸いです。

最後になりましたが、これまでの検討や本稿作成においては、全国で先駆的に取り組まれている看護職の皆様への調査・ヒアリング等も行わせていただきました。ご協力いただきました皆様にご場を借りて心より感謝申し上げます。

令和6年11月

公益社団法人 日本看護協会

会長 高橋 弘枝

目次

序 章

4

地域全体の健康・療養支援体制の強化に向けて 4

生活習慣病等の重症化予防に資する地域全体の健康支援と仕組みづくりに向けて 6

第1章 地域全体の健康・療養支援における看護機能の強化・拡充

9

1 診療所・病院における外来看護機能の強化 9

■ 外来における看護活動のポイント 11

1) 支援対象とニーズの把握 11

2) 具体的な支援のアプローチ 12

(1) 外来の場における在宅療養支援 12

(2) 予防的介入と次回受診までのフォロー 13

(3) 治療中断者等へのアプローチ 14

(4) 集団教育等の企画・運営 15

3) 必要な体制の整備 15

2 地域における看護活動の場・機能の拡充 17

■ 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 18

1) 支援対象の考え方 18

2) 具体的な支援のアプローチ 18

(1) 既存の看護活動の場を活かした機能の拡充 18

(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 20

(3) 財源確保の上での活動の場・機能の拡大 21

3) 必要な体制の整備 24

■ 働き盛り世代の健康を支える看護活動のポイント 25

1) 働き盛り世代の健康に関する現状 25

2) 産業保健活動の現状・課題と取組の必要性 25

～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～ 27

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 31

1	自治体保健師と地域の看護職の連携・協働の意義 ……………	32
1)	地域保健・地域看護活動の現状・課題……………	32
2)	自治体保健師と地域の看護職の活動の特徴……………	32
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……………	32
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 ……………	34
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……………	34
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……………	35
3)	自治体保健師と地域の看護職の連携・協働のポイント……………	36
3	地域全体の健康支援と仕組みづくり ……………	38
■	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 ……………	38
1)	地域で支援する「仕組み」とは……………	38
2)	地域で支援する「仕組みづくり」のステップ……………	39
3)	地域で支援する「仕組みづくり」のポイント……………	41
(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……………	43
(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……………	44
(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……………	45
■	地域・職域連携の仕組み ……………	46
1)	地域・職域連携が必要な社会的背景……………	46
2)	地域・職域連携とは……………	46
3)	地域・職域連携の現状と課題……………	47
4)	地域・職域連携に係る看護職の役割や取組……………	48
4	自治体保健師間の連携・協働による公衆衛生看護活動 ……………	51
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……………	51
2)	都道府県、保健所、市町村間の重層的な取組の必要性……………	51
3)	ビジョンを描こう……………	51

第3章 今後に向けて 52

序 章

地域全体の健康・療養支援体制の強化に向けて

2025年が間近に迫る今、高齢人口がピークアウトする2040年以降を見据えた取組の充実が必要となっています。2040年以降の我が国においては、少子・超高齢化・人口減少のさらなる進展、高齢人口の質的な変化（高齢人口の高齢化、困窮化、孤立化）、健康格差の拡大、地方の行政・生活機能の弱体化が、私たち看護職が対応しなければならない課題であることが分かっています。国では、このような社会構造の変化や人々の暮らしの変化を踏まえ、社会全体で実現するビジョンとして「地域共生社会」という考え方を提示し、その実現に向け、様々に改革を進めています。

「地域共生社会」とは、制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えてつながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を目指すものです。その実現に向けた「改革の骨格」として、①地域課題の解決力の強化 ②地域丸ごとのつながりの強化 ③地域を基盤とする包括的支援の強化 ④専門人材の機能強化・最大活用の4点が掲げられています³。

本会は、その実現においても「予防」「医療」そして「生活（暮らし）」の視点からアプローチできる看護の専門性が有効であると考えており、地域の中で健康を支える看護機能の強化に取り組んでいるところです。

特に、「予防」は、心疾患・脳血管疾患・糖尿病といった生活習慣病などの発症やそれに伴う合併症が、長年、社会的な課題ともなっている我が国において、地域共生社会の実現に向けた重要な取組の一つです。

健康日本21（第三次）にも示されているとおり、主要疾患別にみた我が国の総患者数は、高血圧疾患1,500万人、心疾患（高血圧性のものを除く）305万人、2型糖尿病369万人、脳血管疾患174万人にのぼります⁴。2019年の国民健康・栄養調査⁵によると、40歳から74歳において、高血圧症有病者は46.2%、糖尿病が強く疑われる者・糖尿病の可能性が否定できない者は27.9%、脂質異常症が疑われる者は22.8%であり、未治療である割合もそれぞれ2割から5割程度であるとされています。

これらの発症予防・重症化予防は、一人ひとりのQOLに直接影響することはもちろんのこと、将来的な医療費の適正化や持続可能な全世代型社会保障の実現という観点からも重要です。また、生活習慣病等はその名の通り、生活習慣やセルフケア能力の向上、療養環境の改善などにより、病状の改善や重症化の予防が見込まれることから、人々の「暮らし」の身近な場において、これら予防への取組の強化が求められます。

このような、治療・療養の場の地域への移行が進められる中、地域で強化すべき看護活動としては、診療所・病院の外来における看護、訪問看護サービス、看護小規模多機能型居宅介護事業所による医療ニーズの高い人々への在宅療養支援、自治体保健師による生活習慣病等の予防活動や健康づくり、地域・職域連携などが挙げられます。

外来看護について考えると、国では、外来医療に係る医療提供体制の構築において、外来医療と在宅医療が切れ目なく提供されることなど地域包括ケアシステムの構築に資するような取組の重要性と、外来医療の機能分化の必要性を示しています⁶。また、国の「新たな地域医療構想」の検討において、本会では、保健・医療（入院・外来）・在宅・介護・障害福祉等サービスまで、対象者の状態に応じて継続的かつ一体的な支援を効率的に行う体制整備が必要であると提言しています⁷。それぞれの医療機関における外来医療の機能分化が進む中においても、本会としては、「外来看護」「在宅看護」などそれぞれの看護の役割発揮・機能強化とともに、地域の看護職がつながり、地域の人々に対する切れ目ない「看護」を提供し続けることが肝要であると考えます。

現在、地域の人々の健康・療養支援に携わる看護職は、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事業所、地域包括支援センター、介護保険施設、企業等、様々な場におり、それぞれに先駆的な取組が始められていますが、全国で活動を展開することについては、課題が残されています。

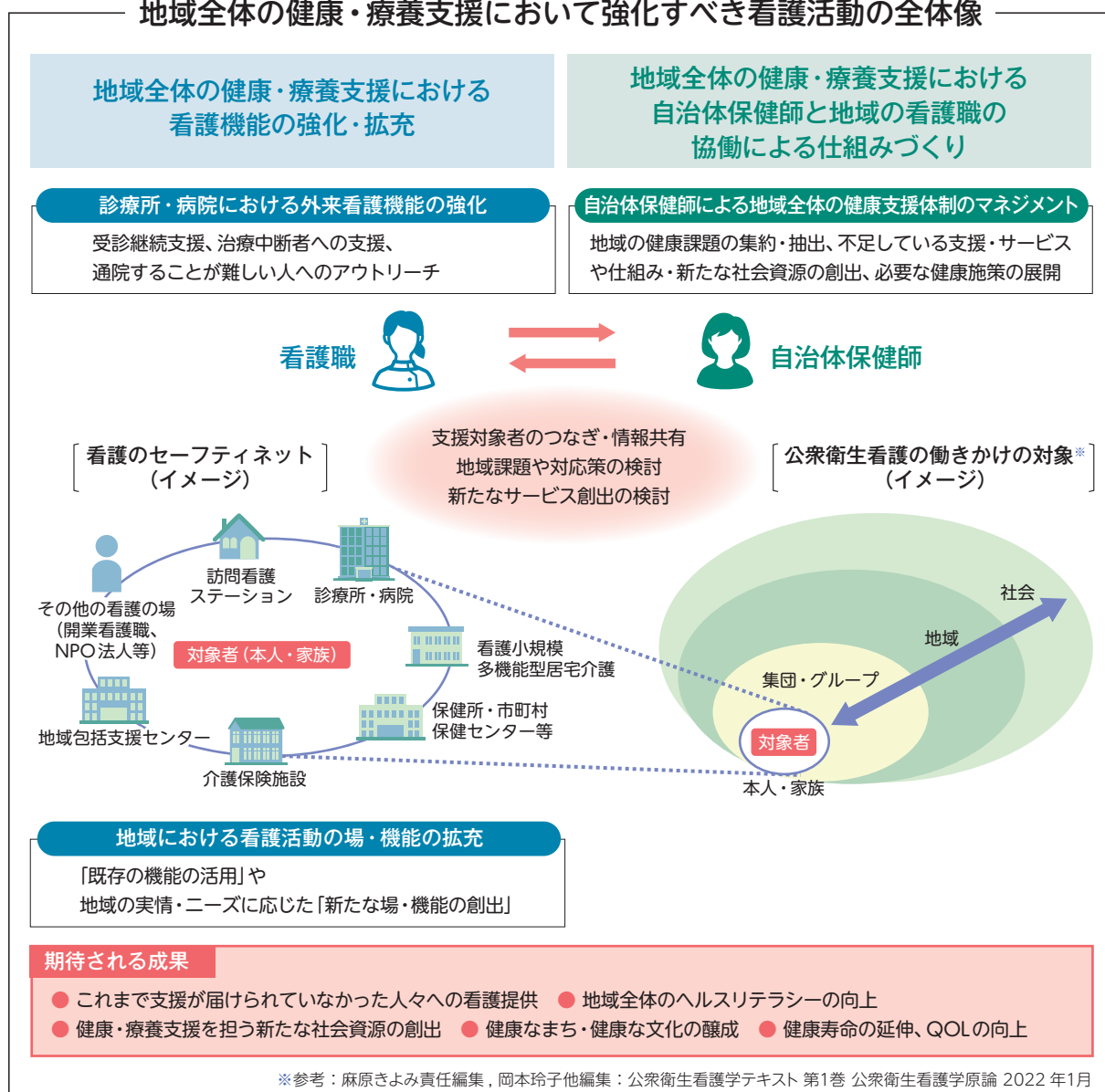
例えば、既存の診療所・病院の外来看護については、その在り方の議論や制度上の評価は必ずしも十分ではありません。また、在宅療養から看取りまで伴走する訪問看護サービスは、その重要性が認識されているにも関わらず、診療報酬に基づく活動に注力せざるを得ない状況があることや、予防的介入への評価が十分ではないことなど、地域の健康・療養支援体制を強化するために必要なサービスが十分とはいえないのが現状です。

今後は、「地域における看護活動」の成果を可視化し、評価につなげていくとともに、効果的な取組を適切に展開し、財源や人材を得て活動を継続していくなど、既存の看護活動の場における看護機能の一層の強化が必要です。また、地域の人々にとって身近な場において、それぞれの地域のニーズに応じた看護活動の場を整備し、支援を必要とする人々を円滑に看護職による支援につなげることが急務です。

併せて、地域においてこれらの取組を効果的に推進するためには、「地域における看護活動」を担う看護職と、「地域やコミュニティ全体への健康支援」を担う自治体保健師が協働し、地域の健康課題を共有・検討しながら、必要に応じ施策化していくことも求められます。

特に、自治体保健師には、これまでの予防的活動や地域のケアシステムの構築に向けた仕組みづくり等の取組を踏まえて、地域全体の健康・療養支援体制を強化するための看護サービスや連携のあり方等を地域の看護職とともに検討するなど、その調整役割も一層期待されています。

地域全体の健康・療養支援において強化すべき看護活動の全体像



（日本看護協会作成）

生活習慣病等の重症化予防に資する地域全体の健康支援と仕組みづくりに向けて

個人が抱える健康課題や社会的背景が多様化する中、あらゆる健康状態の人が住み慣れた地域でその人らしい生活を安定して継続するためには、既存の仕組みや制度のあり方を見直し、対象者に伴走する健康支援体制に再構築する必要があります⁸。

伴走型の健康支援を行うにあたって、まずは、対象者がどのような状態にあり、どのような支援ニーズがあるのかを把握することが重要です。対象者の健康状態のみを見るのではなく、健康状態に影響を及ぼす可能性がある社会的決定要因[※]の観点も併せて対象者を捉え、予防的視点でリスクをアセスメントした上で、支援策を検討することが求められます。

しかし、現行の制度では、生活習慣病等の継続的な治療や生活習慣・療養環境の改善を必要とする疾患の多くは、特定健診等の健診受診の結果により医療介入や保健指導の必要性が判断されます。そして、診療所・病院などの医療機関へ通院し、時には入院加療をしながら、地域での生

生活を継続することになります。これらは、従来からの「治療」を主体とした健康支援であり、治療を中断している人や健康状態が不明な人、孤立や貧困等の健康に影響を与える社会的決定要因を抱えた人への支援にはつながりません。

また、地域社会の変化や人々の暮らしの変化に伴う自助・互助の脆弱化、健康に対する価値観によるセルフケア能力の違いなどから、健康格差はますます進展しています。個人の背景や抱える課題が多様化する中で、これまでの「治療」主体の支援や体制だけでは、既存の制度・サービスの狭間に陥ってしまう人々、支援の手が届かないまま健康状態の悪化に陥ってしまう人々が更に増加する可能性もあります。

そこで、私たち看護職が、地域住民の生活習慣病等の重症化予防に取り組むにあたり、健康課題がある人や予防的介入が必要な人々を取りこぼさず把握し、タイムリーに適切な支援につなげるために、本稿では特に注力しなければならない、支援の優先度の高い対象者を「健康課題がある人々」のみならず「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」と捉えます。健康に影響を与える社会的決定要因がどのような状況であるかをアセスメントすることの重要性を踏まえ、今後、地域全体の健康・療養支援において強化すべき看護活動について述べていきます。

対象者の状態に応じた伴走型の健康支援を地域全体へ波及するためには、地域の既存の診療所・病院など医療機関の外来看護機能を強化し、地域における看護活動の場や機能を拡充すること、そして、各看護活動の場で活躍する看護職間において情報共有し、対象者をつなぎ、更に、地域の状況に応じて必要な資源を抽出・創造しながら、看護のセーフティネットを構築することが求められます。

また、看護のセーフティネットが地域全体の仕組みとして機能するためには、行政施策との連動が重要です。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ことにより、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などにつながることが期待されます。

今後は、地域の看護職と自治体保健師の協働による、これらの取組が各地で実践されていくとともに、看護職の看護介入による成果・効果を明らかにしていくことも必要です。そして、それらの活動が地域の実情に沿った新たな制度の創設やサービスの導入につながるなど、確実に評価を得ていくことも不可欠です。また、全国での取組促進にあたっては、担い手である看護職の人材育成、既存の制度や財源の活用など、活動するための基盤を整備していくことも重要です。

※社会的決定要因（健康状態に影響を及ぼす可能性があるもの）の例⁸

	分類	項目
直接的因子	支援者の有無、 家庭環境	●キーパーソンの有無 ●独居、高齢者世帯、ひとり親家庭 ●虐待・ネグレクト
	他者との交流状況、 閉じこもりのリスク	●外出機会の増減 ●知人・近隣住民との交流 ●地域活動・社会活動への参加状況
	経済状況	●貧困、生活保護受給
	教育	●幼少期からの生活習慣病や食育等に関する教育の有無 ●学校・職場・地域等における健康教育の有無
	健康無関心層、 支援につながらない層	●健診・医療機関未受診者、治療中断者、精神障害者、発達障害者等 ●必要な制度・サービス・支援等につながっていない者
間接的因子	環境要因	●地域の食文化や価値観（自助・互助・共助の風土の醸成等） ●近隣の飲食店の特徴（ファストフード店が多い、定食屋が多い等） ●医療機関、スーパー、通いの場等の整備状況、アクセス ●移動手段（車の所有の有無、公共交通機関の整備状況等） ●運動施設の有無（フィットネスクラブ、公営のスポーツセンター、プール等） ●遊歩道、公園等の整備状況
	地域ネットワーク	●健康づくりに資する自主グループ等の有無（運動サークル、料理教室、健康クラブ等） ●交流の場の有無（サロン、オープンスペース、憩いの場、趣味活動の場等の整備状況） ●ボランティア活動の有無、実施状況 ●地縁組織の有無、参加率（自治会、町内会、婦人会、老人会、子ども会等） ●住民グループ（子育てサークル、患者会、ピアサポートグループ等） ●住民同士の見守り、ネットワークの構築状況
	行政サービス	●生活習慣病・重症化予防に関する施策、事業の実施状況 ●ポピュレーションアプローチ、生活習慣病・重症化予防に関する普及啓発の実施状況 ●相談機関の整備状況、アクセス

1 診療所・病院における外来看護機能の強化

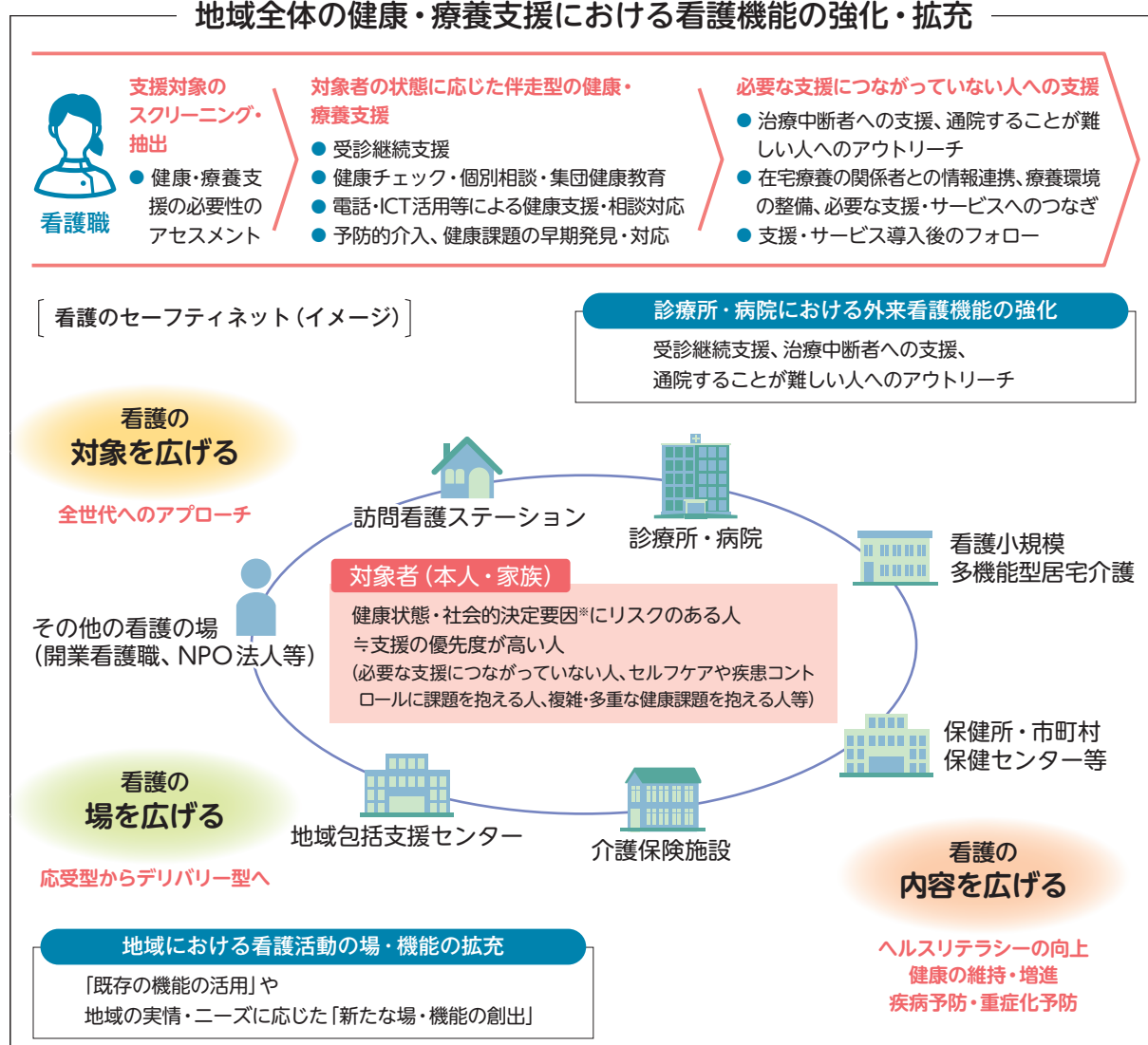
外来受診者は療養者であると同時に生活者であり、入院医療と在宅医療の狭間において、「医療」と「生活」の両方の視点をもって支援を行うことができる外来看護職への期待は大きいといえます。「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」においても「医療が『病院完結型』から『地域完結型』に変わりつつある中で、外来における生活習慣病等の重症化予防・再発防止の重要性が高まっており、在宅療養生活の継続、身体症状やQOLの改善、医療の効率化に貢献する看護職員による療養指導や支援を更に推進していくことが重要である」と記載されています⁹。

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。

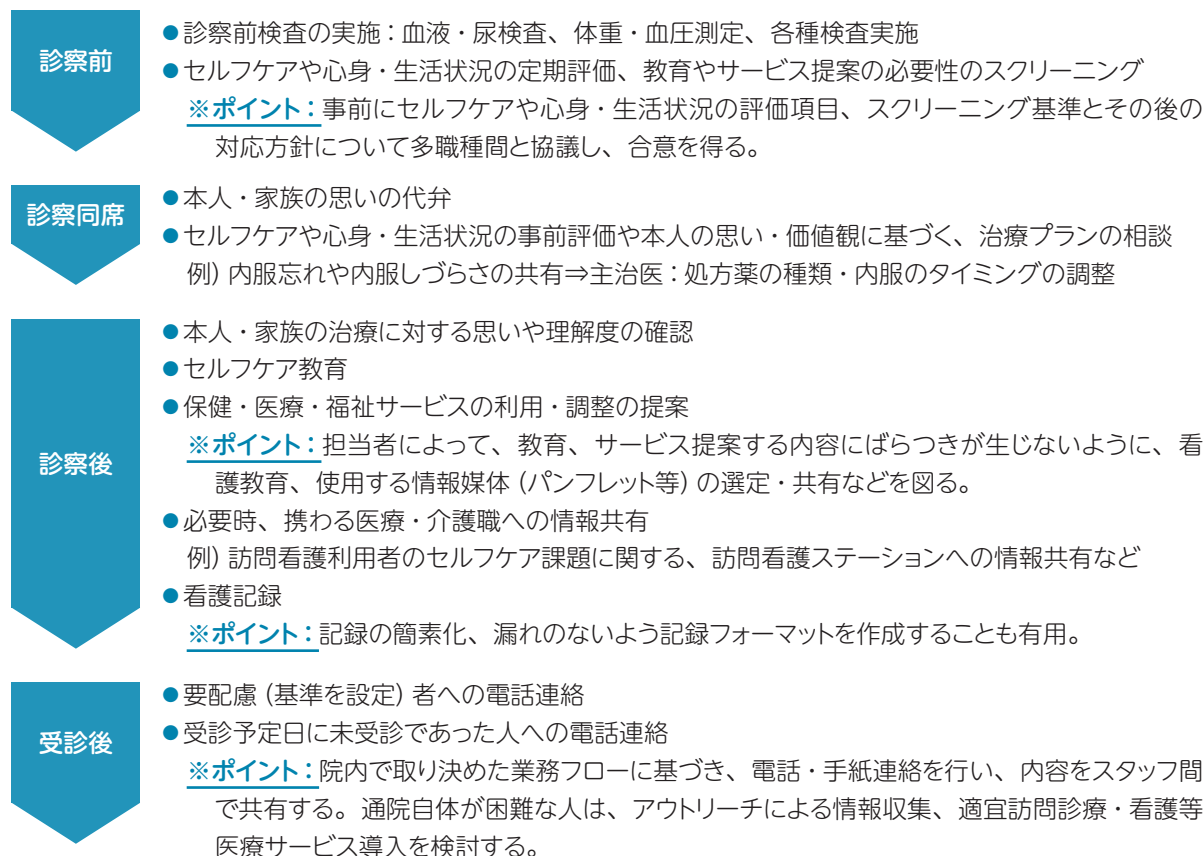


図1：参考例：外来における看護業務フローと検討時の留意ポイント

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、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。

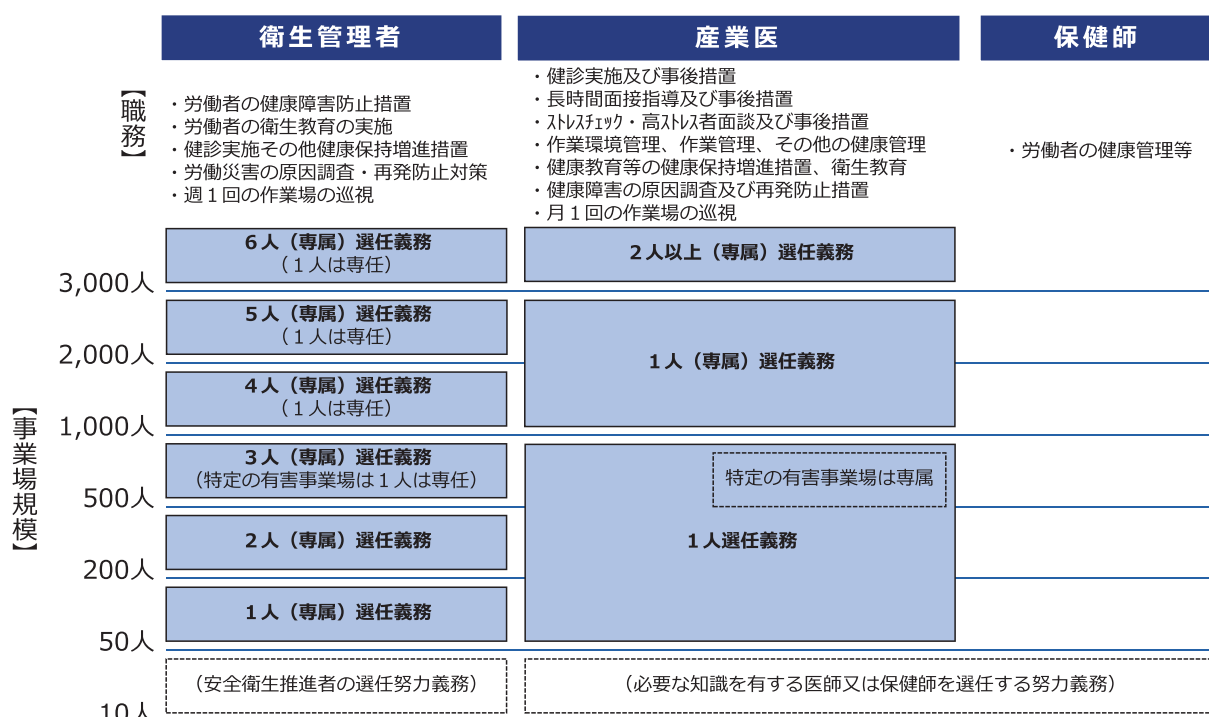


図2：労働安全衛生法に基づく衛生管理者、産業医、保健師の選任基準等¹⁴

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。

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

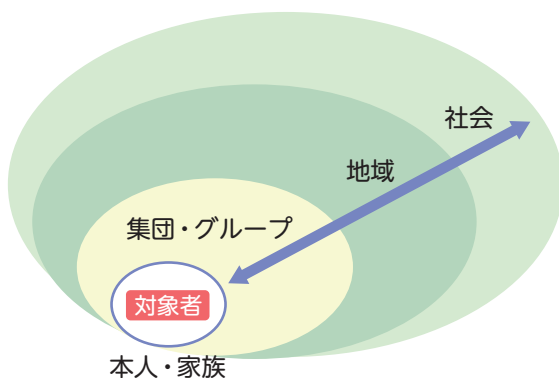
地域のケアシステムの構築や仕組みづくり

- 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：麻原さよみ責任編集，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。国一都道府県一保健所一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。最近では本庁で勤務し、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分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ひとつが窓口です。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に自治体保健師に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。

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と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。

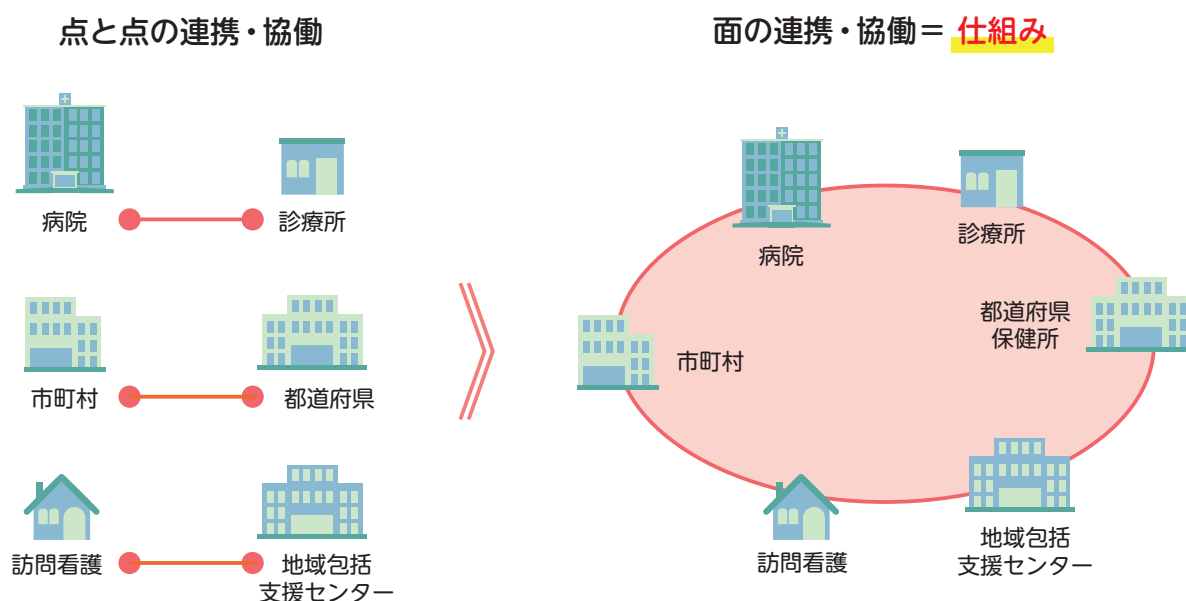


図3：地域で支える仕組みのイメージ

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」を深掘りし、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。〇〇検討委員会、〇〇協議会、〇〇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会えるのか、その機関が持ちやす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、本音と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ター看護師（以下「コーディネーター看護師」）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、コーディネーター看護師、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ター看護師が、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ターなどを実施。
- 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

- コーディネーター看護師による、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。
- コーディネーター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ター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。
- コーディネーター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きました。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)

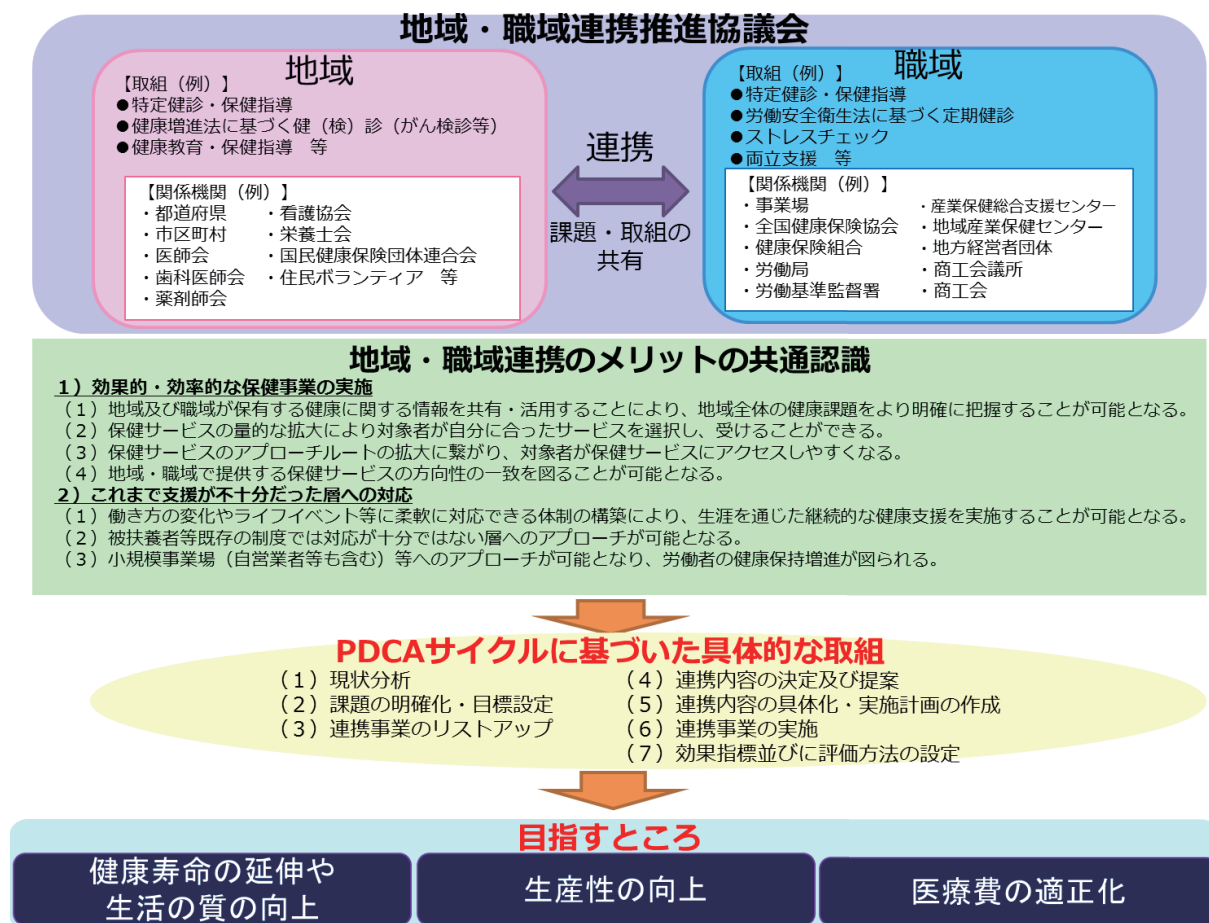


図4：地域・職域連携推進事業の意義

(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、同じく被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)。全国の実践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。

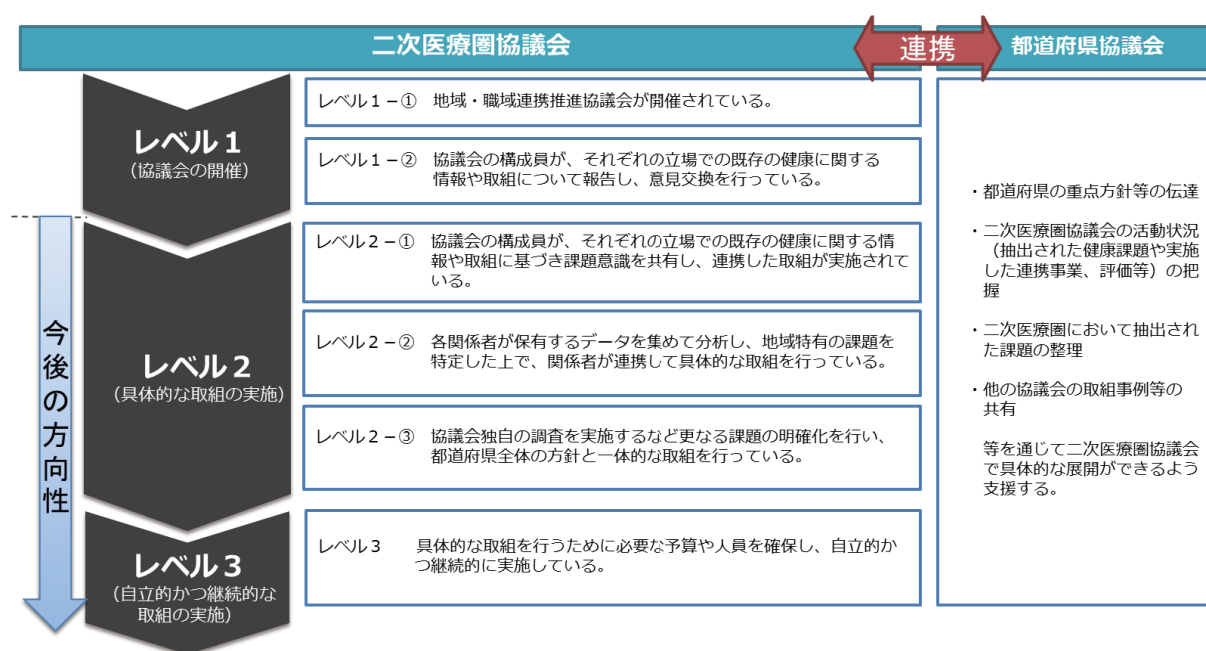


図5：地域・職域連携推進協議会の成長イメージ

(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）担当の保健師等があり、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」に関わることで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和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す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。

第3章

今後に向けて

少子高齢化の進展に伴い、家庭や地域での支援力や介護力が低下する中、疾患を抱えながらも生き生きと社会生活を営み、QOLを維持できる社会を実現することが求められています。

COVID-19の感染拡大に伴い、これまでに経験したことのない対応を求められた看護職は、本来の役割や機能を果たすことは勿論のこと、日々生じる新たな状況に、関係者・関係機関とともに知恵を出し合い、柔軟にかつ的確に対応してきました。この対応力は、我が国の未だかつてない高齢化と人口減少に伴う新たな課題への対応や必要とされる新たなサービスを創造していく上でも重要な鍵となります。

これから目指すのは、誰もがそのニーズに合った支援を受けられる地域づくりです。本稿で示した「地域全体の健康・療養支援体制の強化」はこの地域づくりを支える柱でもあります。看護の機能がさらに強化され、看護の場が施設から地域へと広がること、そして、看護職がそれぞれの役割や機能を活かし、有機的につながりネットワークを構築することは、安全・安心な地域づくりの礎にもなります。

その実現に向けて、健康寿命の延伸や健康格差の縮小に向けた重症化予防に着眼点を置きつつも、「予防」「医療」そして「生活（暮らし）」の観点から、地域住民に寄り添い継続的に支援できる看護のアプローチが果たす役割には大きな価値があります。看護の本来の専門性を活かし、地域のニーズに即したサービス・仕組みを創造していく、今がそのチャンスです。是非、チャレンジしてみましょう。

地域に求められる健康・療養支援の仕組みづくりには

高齢化の進展のスピードやその度合いは、地域によって差があります。また、高齢者を支える関係機関やサービスも同様に異なります。様々な地域課題やニーズを前に、どこから対応してよいか戸惑う看護職も多いでしょう。大切なことは、地域の看護職同士が目指すべき姿を描き、それに必要な条件を考え、自らの役割・機能を確認してみることです。看護職同士で目指すべき姿を描けると強化すべき機能や連携すべき機関も見えてきます。

また、個々の対象者への支援にとどまらず、地域全体の仕組みとするためには、行政施策との連動が不可欠です。また、住民一人ひとりの健康や療養生活を支援するためには、地域の多職種との連携も重要です。このため、各自治体における保健医療福祉に関する各種計画の策定や政策づくり、関係者との連携づくりの場等にも地域の看護職として参画し、看護活動の知見を提示するとともに自らの役割や機能を改めて周知しましょう。地域によって各種社会資源等の違いがありま

すが、自治体や他職種と協働し、地域の特性や強みを活かしながら、地域に根ざした仕組みの構築を目指していきましょう。

特に、自治体保健師には、地域を看護する役割があります。地域の特性をよく理解した上で、人・場・機能をコーディネートし、地域全体のエンパワメントに向けてマネジメントするなど、保健師本来の専門性を十分に発揮していくことが、地域に根差した仕組みづくりにもつながります。

地域ニーズに対応したサービスの継続には

地域に必要なサービスを継続的に提供するには、看護サービスを提供する機関として、サービスの質を担保し、安定的に提供できる組織基盤が必要であり、財源の確保が欠かせません。そのためには、看護活動の必要性やその価値をより一層可視化することや、生活習慣病の重症化予防などの医療保険者による事業、自治体における地域包括ケアシステムの構築や地域共生社会の実現に向けた各種施策と連動しながら、自治体保健師と地域の看護職の連携・協働による健康・療養支援が機能していくことが求められます。これらの地道な取組を定量的、客観的に評価することにより、診療報酬をはじめとする財源の確保にもつながります。

地域における看護活動の更なる発展を目指して

地域の中で、看護活動の推進力を高めていくには、自らの活動をモニタリングし、評価、改善していくことが重要です。支援により、対象者の健康状態や療養生活がどのように変化・改善しているか、支援プロセスは適切であったかなどを可能な限り客観的に評価してみましょう。また、地域に求められる仕組みの構築では、地域の自治体や関係機関とのタイムリーな情報共有や連携体制の充実度などを評価することも重要な視点となります。今後、私たちが地域全体の健康・療養支援における看護活動を更に発展させていくためには、地域における一つ一つの看護活動、そして、仕組みそのものの評価も含めてマネジメントができる人材の育成も一層重要になっていきます。

本稿では、看護職による健康・療養支援をどのように展開すればよいのか、多くの取組事例を提示しました。そこには先駆的に活動してきた看護職のエッセンスが含まれています。皆様も、これまでの看護活動を振り返り、何ができるかを考え、ぜひ一歩踏み出してみてください。地域の看護職がお互いの役割を知り、共に取り組むプロセスが新たなネットワークのはじまりです。人々の健康をまもり、より健康にすること、そして、人々が住み慣れた地域で安心して暮らせる健康なまちづくりに向け、看護職の力を発揮していきましょう。

引用文献

- 1 厚生労働省公式ホームページ：1. 地域包括ケアシステムの実現へ向けて、
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/index.html 2024年10月11日閲覧。
- 2 公益社団法人日本看護協会：2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン いのち・暮らし・尊厳をまもり支える看護, 2015.
- 3 地域包括ケア研究会：平成28年度老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業, 地域包括ケアシステム構築に向けた制度及びサービスのあり方に関する研究事業, 2040年に向けた挑戦 (概要版), 2017.
- 4 日本生活習慣病予防協会ホームページ：最新の患者調査 (厚生労働省) より、国民の健康状態について分析, 図1, <https://seikatsusyukanbyo.com/main/opinion/post.php> 2024年10月11日閲覧。
- 5 厚生労働省：令和元年国民健康・栄養調査報告, 2020.
- 6 厚生労働省：外来医療に係る医療提供体制の確保に関するガイドライン～第8次 (前期)～, 2023.
- 7 厚生労働省：第5回新たな地域医療構想等に関する検討会, 資料6, 日本看護協会 新たな地域医療構想に向けて～地域での看護機能の強化と人材確保・育成～, 2024.
- 8 公益社団法人日本看護協会：2020年度生活習慣病・重症化予防における看護職活動モデルの創出に関する検討委員会答申, 2021.
- 9 厚生労働省：医療計画の見直し等に関する検討会, 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, 2020.
- 10 公益社団法人日本看護協会：令和3年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業 地域包括ケア推進のための外来における看護職の役割把握調査事業 報告書, 2022.
- 11 永田智子, 田口敦子：外来で始める在宅療養支援 ニーズ把握と実践のポイント, 日本看護協会出版会, 2021.
- 12 公益社団法人日本看護協会：令和4年度厚生労働省看護職員確保対策特別事業 外来看護職員の在宅療養支援能力向上のための研修プログラム検討事業 報告書, 2023.
- 13 公益社団法人日本看護協会：令和元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, 2020.
- 14 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, 2022.
- 15 総務省統計局：令和3年経済センサス活動調査 事業所に関する集計 産業横断的集計 事業所数、従業者数, 表番号3.
- 16 厚生労働省：労働安全衛生規則 第五十二条.
- 17 厚生労働省：第1回産業保健のあり方に関する検討会 資料2, 2022.
- 18 これからの地域・職域連携推進の在り方に関する検討会：地域・職域連携推進ガイドライン, 2019.
- 19 厚生労働省：地域保健対策の推進に関する基本的な指針, 2024.
- 20 日本公衆衛生看護学会：日本公衆衛生看護学会による公衆衛生看護関連の用語の定義, 2014.
- 21 厚生労働省：国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針の全部を改正する件, 2023.
- 22 厚生労働省：地域・職域連携のポータルサイト <https://www.mhlw.go.jp/chiikishokuikiportal/> 2024年10月11日閲覧。
- 23 厚生労働省：令和5年度地域・職域連携推進関係者会議 資料2, 地域・職域連携の推進について, 2023.
- 24 全国保健師教育機関協議会監修：保健師まるごとガイド, ミネルヴァ書房, 2012.
- 25 内閣府：Society5.0 資料.

参考文献

- 荒木暁子：令和3年度公益社団法人日本看護協会委託事業 重症化予防に向けた看護職の活動の明確化に向けた調査研究 最終報告書, 2022.
- 公益社団法人日本看護協会：令和2年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 地域包括ケアの実現を支える保健医療福祉連携システムの構築事業 報告書, 2021.
- 公益社団法人日本看護協会：令和元年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 地域包括ケアシステム推進にむけた保健医療福祉の連携強化に関する検討委員会 報告書 ～ 行政保健師の機能強化にむけて～, 2020.
- 公益社団法人日本看護協会：協会ニュース, 2024年2月号
- 山田佐登美, 永田智子他：2023年度外来看護機能の強化に関する検討委員会 答申, 2024.
- 前田明里, 永田智子：外来看護師が患者の在宅療養支援のニーズに気づくための情報収集, 日本地域看護学会誌, 22(3), p17-25, 2019.
- 麻原さよみ責任編集, 岡本玲子他 編：公衆衛生看護学テキスト 第1巻 公衆衛生看護学原論 第2版, 医歯薬出版株式会社, 2022.
- 公益社団法人日本看護協会：令和4年度厚生労働省先駆的保健活動交流推進事業 保健師の活動基盤に関する基礎調査 報告書, 2023.
- 厚生労働省：令和5年度看護職員確保対策特別事業 地域を包括的に看護する訪問看護師等の人材育成プログラム作成事業 地域を包括的に看護する看護人材育成のための教育プログラム 第1版.
- 日本医療政策機構：循環器病対策推進・腎疾患対策推進・肥満症対策推進プロジェクト横断会合 論点整理 地方自治体における生活習慣病対策の教訓と課題、未来への展望, 2024.
- 秋山正子総編集, 神保康子他 編：「暮らしの保健室」ガイドブック, 日本看護協会出版会, p1-183, 2021.
- 河原加代子：地域・在宅看護論 [2] 地域・在宅看護の実践, 医学書院, p342-355, 2022.
- 山田吉子, 黒江ゆり子：急性期病院における糖尿病看護の充実 ～入院・外来糖尿病患者の思いに焦点をあてて～, 岐阜県立看護大学紀要, 19(1), p75-85, 2019.
- 増田誠一郎：2型糖尿病患者における治療中断の予測因子としての治療満足度とセルフモニタリング力の関連性, 日本糖尿病教育・看護学会誌, 26(1), p49-57, 2022.
- 櫻井秀彦, 岸本桂子：意図的／非意図的中断に着目した服薬アドヒアランスの影響要因に関する実証研究, 日本ファーマシューティカルコミュニケーション研究会会誌, 16(2), p4-12, 2018.
- 西原晴美, 町田恵子：事例報告2 千葉県房総半島 病院看護師と保健師が互いに役割を発揮 職場環境を見ずえた連携, 日本看護協会機関誌 看護, 日本看護協会出版会, 2016.

【謝辞】

最後になりましたが、本稿作成にあたり、これまでの検討に参画いただいた皆様、執筆にご協力いただきました先生方に厚くお礼申し上げます。

【執筆協力者】

慶應義塾大学 看護医療学部 教授 田口 敦子

岡山大学 学術研究院保健学域 准教授 加澤 佳奈

埼玉県立大学 保健医療福祉学部看護学科 教授 高橋 恵子

東海大学 医学部看護学科 准教授 三橋 祐子

【編集協力者】

慶應義塾大学 看護医療学部 教授 田口 敦子

湘南医療大学大学院 教授 村嶋 幸代（東京大学名誉教授）

令和6年度厚生労働省保健指導支援事業

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・療養支援と 仕組みづくり

発行日 2024年11月11日

編集 公益社団法人 日本看護協会
健康政策部保健師課

発行 公益社団法人 日本看護協会
〒150-0001 東京都渋谷区神宮前5-8-2
TEL: 03-5778-8831 (代)
URL: <https://www.nurse.or.jp/>

※本書の無断複写・転載を禁じる



生きるを、ともに、つくる。

公益社団法人 日本看護協会