

平成21年度地域保健総合推進事業
全国保健師長会研究事業

「保健所機能を活かした保健・医療(看護)・福祉の連携強化」

報 告 書



平成22年3月

分担研究事業者 永江 尚美
(島根県浜田保健所)

・・・はじめに・・・

平成20年度・21年度の2ヵ年事業として「保健所機能を活かした保健・医療(看護)・福祉の連携強化」調査研究事業を行いました。

本調査研究事業を実施するにあたり、背景として保健・医療・福祉を取り巻く環境の変化等に伴い、保健所及び保健所保健師には、生活の場を重視した保健・医療・福祉サービスの推進に向けて新たな役割機能が求められていることがありました。

特に広域的・専門的立場にある県型保健所には、在宅療養者が地域で安心して暮らしていくための社会資源の整備、地域ケアのネットワーク化、その質を保証する役割が期待されています。具体的には、保健分野における疾病予防・疾病管理・介護予防を重視した健康なまちづくりのための環境づくり、医療分野における専門医療を必要とする在宅療養者支援としての専門医療機関やサービス提供機関との調整・連携づくり、福祉分野における地域ケアを担う人材の育成や他職種間の連携チームにおけるコーディネート、そして新たな社会資源・地域資源の発掘および民間と連携した地域資源づくり等がさらなる役割機能として求められています。

このような状況を踏まえ、本研究では、「保健所機能を活かした機能的な保健・医療(看護)・福祉の地域におけるネットワーク(地域ケアネットワークシステム)の確立」に焦点をあて、平成20年度には、5県の協力保健所において連携強化事業を行い、地域ケアネットワークに係わる情報の整理や従事者が抱える課題の収集、ネットワークを意識した課題解決方策や効果的・効率的な取り組みの検討を行いました。そして、平成21年度には、前年をふまえ、地域ケアのネットワーク構築のための要件を整理すると共に、保健所及び保健師の果たす役割を分析し、地域におけるネットワーク構築のためのガイドラインの作成を行いました。

また、本研究をとおして、ネットワーク構築において保健師の持つ専門性を活かした工夫・技術が活かされていること、そして、その展開過程において保健師活動の「みる」「つなぐ」「動かす」の視点を活かしながら、地域における保健・医療(看護)・福祉の連携強化を図っていることが分かりました。

保健師助産師看護師法第2条に、「保健師」とは、厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて保健指導に従事することを業とする」と定められていますが、保健師の業は、単なる保健指導ではなく、保健・医療・福祉を取り巻く様々な分野とのネットワークづくりにおける総合調整機能を果たしながら、地域で安心して暮らせる地域づくりまでを含んでいます。

本報告書が、全国の保健所及び保健師の皆様をはじめ関係者の皆様に、保健・医療(看護)・福祉の連携強化を進めていく参考にしていただければ幸いに思います。

最後になりましたが、本研究にあたりご指導をいただいたアドバイザーの諸先生、調査に御協力いただいた保健所、関係機関及び関係施設の皆様に厚くお礼を申し上げます。

平成21年度地域保健総合推進事業

「保健所機能を活かした地域の保健・医療(看護)・福祉の連携強化」

分担事業者 永江尚美(島根県浜田保健所)

・・・ 目 次 ・・・

第1章 平成 20 年度調査研究(概要) P 2

第2章 平成 21 年度調査研究報告 P 7

I 研究要旨

II 研究目的

III 研究組織

IV 研究方法

V 結果

1 協力保健所のネットワーク事例の概要

(島根県、石川県、岐阜県、兵庫県、東京都)

2 ネットワーク構築に必要とされる要因(促進要因・阻害要因の分析から)

3 協力保健所のネットワーク構築において発揮された支援(展開)技術
(「ガイドライン」作成に向けて)

4 ネットワーク構築のための保健所及び保健師の役割

VI 考察及び今後に向けて

..... P 31

第3章 資 料 P 33

1 地域保健総合推進事業検討会経過(平成 20 年度、21 年度)

2 地域保健総合推進事業発表会抄録(平成 20 年度、21 年度)

3 地域保健活動事業評価ワークシート

4 事業分析シート(例:島根県浜田保健所シート、兵庫県加古川保健所シート)

5 ガイドライン項目とネットワーク事例(抜粋)一覧

6 「ネットワーク構築のためのプロセスと要件」及び「保健所におけるネットワーク
の発展過程とアセスメント項目」(島根県保健師協議会)

「保健所機能を活かした保健・医療(看護)・福祉の連携強化」



第1章 平成20年度 調査研究概要

超高齢社会が進展する中、医療的ケアを必要とする在宅療養者が、今後も増加することが予測される。そのような背景のもと、平成20年度の調査研究事業は、保健・医療(看護)・福祉の有機的な連携によって、在宅療養者が、地域で安心して暮らせる地域ケアネットワークの確立を図ることを目的にした「連携強化事業」と既にネットワーク化が図られている「先駆的事例の調査分析」を行った。以下にそれらについて説明する。

1. 協力保健所の連携強化事業

調査研究班の所属する岐阜県(1か所)・石川県(1か所)・兵庫県(1か所)・東京都(1か所)協力保健所(都道府県型保健所)で、保健・医療(看護)・福祉に関わる課題をそれぞれ選定し、それらの連携状況調査を実施し、管内の在宅ケアにおける保健・医療(看護)・福祉資源のマップを作成すると共に、ヒアリング等で地域ケアの課題を抽出した。

調査研究班では、地域で関係機関・事業所等との連携状況を明らかにするための共通項目を検討・整理し、各地の連携状況調査で活用した。(具体的な5県の事業内容は、協力保健所事業一覧を参照) また、保健所機能を活かした支援方法を評価するために、地域保健活動事業評価ワークシートを開発した。ワークシートを用いて、事業の展開過程を、地域課題の把握、援助、教育的働きかけ、ネットワーク化、制度開発、精度管理の要素に沿って分析し、各協力保健所の事例の展開方法を評価した。

結果は、連携状況を共通項目や地域活動事業評価ワークシート(P44 参照)に再整理することにより、多分野に渡る課題が明確化され、それをもとに連携強化事業を進めることができた。

なお、この協力保健所の取組を平成21年度調査研究事業の分析対象材とした。

2. 先駆的事例の調査・分析(島根県事例)

既にネットワーク化が図られている島根県の先駆的事例を取り上げ、地域ケアシステムづくりの要件(阻害・促進要因)、展開過程の要素を事例分析した。

島根県内の全保健所で先駆的にネットワーク化を果たしている業務(10事例)を対象とし、平成9年度から年度毎に「具体的に連携に向けて実施したこと」「担当業務において課題となつたこと」についての記載やシステム図による振り返り調査を実施した。さらに、各事例のネットワーク構築のためのプロセスをとおして保健所および保健師の役割について、フレーズを抽出し、KJ法等で質的に分析した。

また、県保健師全員に、担当業務の振り返り調査(年度毎に在勤地で関わったネットワーク事業のプロセスや課題等について記載)を実施し、各保健所の事業毎に突合し、先駆的ネットワーク化に向けて保健師が関わったプロセスについて質的に分析・整理した。

各事例のネットワーク化のプロセスを示したプロセスマップやネットワーク図の分析から、支援者の役割の明確化と広がりが示され、個を中心としたネットワークからの中核医療機関を核とした支援体制のシステムの構築、既存のシステムを見直しを図ることによる現在の課題に対応するシステムの構築が抽出された。

また、保健所事例調査及び保健師の関わり調査の分析では、保健所が地域でネットワークを効果的・効率的に図るためには、4つの事項(1.県の施策として明確な打ち出し、2.保健所が圏域課題に沿ったネットワーク化を推進、3.保健師が推進の核として、予防から治療まで一貫した視点で推進、4.担当者が異動しても次につなぐ業務の推進(現任教育体制))が基盤と

して存在し、この基盤が地域ケアにおけるネットワークの構築に大きく影響していると考えられた。

これらの島根県の事例からは、ネットワークの構築では、保健所(保健師)がPDCAプロセス(図を参照)を踏んでおり、その結果、より良い連携のためのネットワークやネットワーク化の基盤が明らかになった。

また、地域ネットワークの体系化に向けた要件(促進要因・阻害要因)を下図の通り検討した。この要因分析は、平成21年度調査研究事業に活用した。

図 ネットワーク構築のためのプロセスとその要件

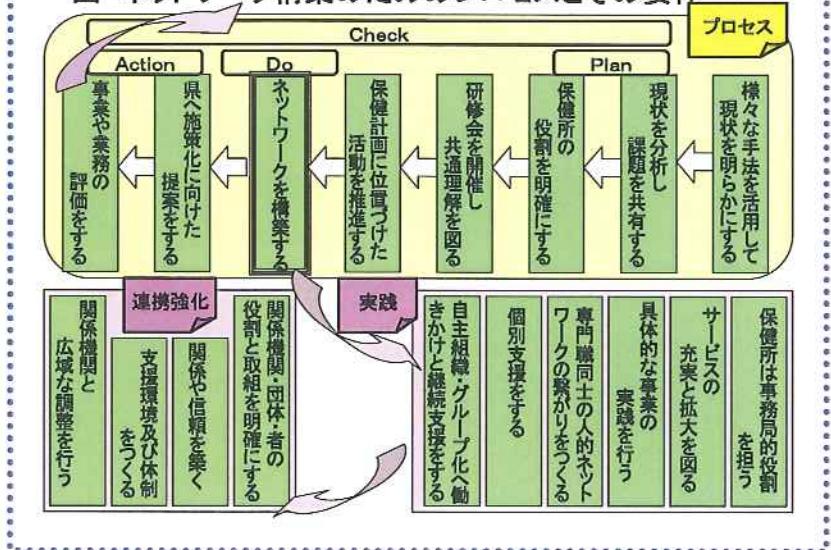
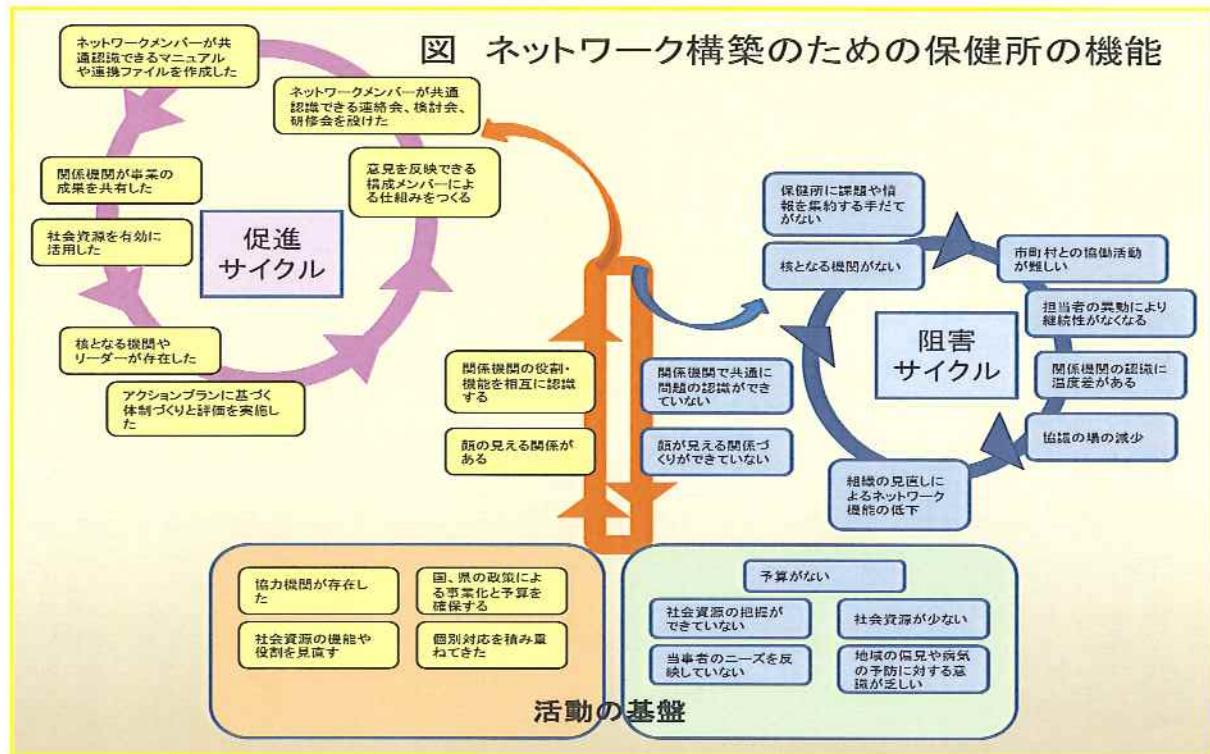


図 ネットワーク構築のための保健所の機能



(1)協力保健所事業一覧

	島根県	石川県
テーマ	先駆的ネットワーク事例を通して保健所および保健所保健師の役割機能に関する調査研究	神経難病患者の在宅療養支援体制の強化
テーマ選定の理由 (背景・取り組み課題)	ネットワーク事例の展開過程を通して導き出された保健所及び保健所保健師の役割機能を整理するため	医療・介護等の制度改革を背景に、H18年度に在宅難病患者療養支援状況調査を実施し、その結果を踏まえ、難病患者に関わる看護・介護関係者への研修・事例検討の開催、介護保険サービス担当者会議への参加などにより、専門知識・技術の普及、関係機関の連携促進等に努めている。 これまでの取り組みを評価し、特に医療依存度の高い神経・筋系難病患者の在宅療養支援体制の強化を図る。
調査内容 (対象・方法)	1.全保健所にネットワーク事例の振り返り調査 2.県保健師全員に10年間の業務振り返り調査	1.難病患者に関わる介護支援専門員等へのグループインタビュー調査(医療・看護・介護の状況、関係機関の連携状況、必要な体制等) 2.特定疾患医療券申請時に患者・家族から回答があった「おたずね票」の分析 (受療状況、介護保険利用状況、困り事、療養上の要望等)
今回の研究で明らかになつたこと (注:保健師が当たり前にやつてきたこと、継続できたこと、ネットワーク上の課題等)	①PDCAのプロセスを重視 ②プロセスを通して人的ネットワークと人間関係づくり ③異動しても次に繋ぐ業務の推進 ④保健所として圏域課題・ニーズの明確化と関係者との共通認識の場づくり ⑤保健所として社会資源の開発と連携システムの総合調整の必要性	①個別ケアの過程で築かれたケア担当者間の信頼関係が、次の個別ケアでの連携につながり、ケアネットワークの基礎となっている。 ②ケア担当者への専門研修・事例検討の開催が、難病患者に関わるケア担当者の資質向上のための機会を保障し、前向きな関わりにつながっている。 ③個別ケアだけでなく、地域でケアを必要とする特定集団としてのニーズに対応する社会資源・サービスを創出する働きかけの必要性を再確認できた。
成 果	①ネットワーク化に向け県・保健所・保健師が果たした役割が整理できた ②ネットワーク化においても保健師が重視すべき活動視点を大切に次に繋ごとの必要性が整理できた	神経難病患者・家族の在宅療養支援においては、現行の自立支援、介護保険などの既存制度だけでは個々の状況に応じたケアマネジメントが困難となっている状況が推察でき、保健所としての難病対策の課題を整理することができた。
次年度の取り組み	ネットワーク化における ①促進・阻害要因の明確化 ②関係者のニーズの明確化	1.介護支援専門員等へのグループインタビュー調査結果を踏まえ、難病相談支援センターを含め、圏域内のケアネットワーク強化に向けた企画・実施。 2.おたずね票の分析結果を踏まえ、在宅療養者にとって利用しやすい看護・介護等の体制、社会資源情報の提供のし方等を検討。

岐 阜 県	兵 庫 県	東 京 都
糖尿病対策での地域の保健・医療（看護）・福祉の連携強化	精神障害者の治療中断予防にかかる保健・医療（看護）・福祉のネットワークづくり	訪問看護ステーションとの連携を中心とした看護ネットワークの強化に関する調査研究
管内2市において耐糖能異常の割合や糖尿病医療費などが多く、糖尿病予備群の対策を平成19年度から進めている。しかしながら糖尿病療養者を中心とした、かかりつけ医・専門医・福祉サービス、市保健師を含めたケアネットワークまでには至っておらずその体制整備を行うため今回取り上げた。	当所では、精神障害者の適正な医療の導入や迷惑行為等の問題解決、事件の未然防止のため、警察及び市町と連携して精神保健業務における危機介入の体制づくりに取り組み、今後は医療導入後の治療中断予防と地域生活支援が課題となっている。このため、治療中断予防のための関係施設とのネットワークづくりを検討し、精神障害者の地域生活支援の充実を図る。	管内の看護関係者のネットワークを強化するために、既存の会議体を活用し、現在の訪問看護ステーションの実態把握と課題を分析し、保健医療圏の地域ケアに関する資源とする。
地域の糖尿病ケアの医療機関・訪問看護ステーションへのヒアリングを実施	調査対象：40施設（精神科を標榜する医療機関、訪問看護ステーション、障がい者支援センター） 調査方法：ヒアリング調査及び郵送調査 調査内容：基本情報、精神科訪問看護、治療中断予防・退院促進の取組、連携等	対象：管内訪問看護ステーション29施設 調査期間：平成20年11月5日～25日 調査方法：郵送自記式アンケート調査 調査内容：基本事項・看護内容・連携・課題等)
・病院、訪問看護ステーションの糖尿病療養者への関わりの実態から、当地域の課題が明らかになった。 ①住民への健康教育のありかた ②関係職員の認識・スキルについて ③地域と医療機関の連携に関すること ・日頃の保健所業務（訪問事例や市の情報交換等）のなかで、断片的に把握していた関係機関の現状が、総合的に把握できた。 ・管内の主要機関のサービス支援体制をヒアリングし、管内全体の医療、訪問看護の体制を把握できた。	①治療中断予防のハイリスク事例（キーパーソンがない、家族の理解が不十分、受診拒否、治療中断等）について、関係機関が共通理解し、連携して支援していく必要性。 ②訪問看護ステーションがかかわっている困難事例への協働支援、連携の強化 ③治療中断予防のための家族支援、普及啓発の継続実施の必要性	連携上の問題として病院や診療所との連絡のとり方、退院連絡票やインシデント・アクシデントレポートが十分に活用されていないことが把握できた。また、保健所への要望としては、担当保健師とケア目標を共有し保健師のサポート内容を知りたいという意見が把握できた。
・ヒアリング調査を実施するまでに時間がかかったが、実際に対面することで在宅支援スタッフと顔見知りになった。 ・対面することでより聞き取り内容の理解が深まった。 ・各機関の特徴、院内での動きがわかった。 ・保健所がやっていること（糖尿病予備群対策）や、やろうとしていることが伝わった。	①各施設における精神障害者の地域生活支援における問題やハイリスク事例を関係者と共有することができた。 ②医療機関及び訪問看護ステーションとの連携方策を具体的に検討することができた。	①看護管理者連絡会の経過をまとめたことで、住民への情報発信や圏域内の看護の質の向上のための研修のしくみを構築した保健所の役割が確認できた。 ②アンケート調査により、訪問看護ステーション実態把握ができた。
下記課題の解決に向け、関係者へ投げかけ共通認識を図る 1 住民への健康教育 2 関係職員のスキルアップ 3 重症化予防に向け病院と地域の連携体制の構築 4 糖尿病予備群対策の評価 必要に応じ、保健所既存事業と連動させていく	①精神科・心療内科医療機関連絡会及び訪問看護ステーション連絡会を通して、治療中断予防ハイリスク事例の支援体制整備を図る。 ②精神障害者地域生活支援にかかる社会資源マップを関係施設に配付し、情報を提供する。 ③個別事例への治療中断予防のための支援を通して各関係機関との連携を強化する。	アンケート調査対象者へインタビューを実施。看護のネットワークへ活かす。



第2章 平成21年度 調査研究報告

I 研究要旨

保健所には、在宅療養者が地域で安心して暮らせるよう市町村と協力した社会資源の整備、地域ケアのネットワーク化、その質を保証する役割が求められている。

今年度は、昨年度研究事業において石川県・岐阜県・兵庫県・島根県・東京都の5自治体における協力保健所において実施した連携強化事業の「ネットワークを意識した課題解決方策や効果的・効率的な取り組み調査」の結果を基に、地域特性に応じたネットワーク構築のためのガイドラインの作成に向けて検討を行った。また、平成20年度に実施した連携強化事業を通してネットワーク化を図る上での促進要因・阻害要因について分析整理すると共に、ネットワークづくりのプロセスと発展・継続要因との関連性を整理した。

連携強化事業の分析の結果、ネットワークの構築に関して、①ネットワーク構築の展開で発揮される技術は、いくつかの技術が同時並行的に展開される。②日常活動をとおして、また協働関係の中で課題の発見・共有がなされ、同時にネットワークの立ち上げの契機をつくっている。③ネットワークを継続発展させるためには、サービスの質の評価・向上が重要であり、そこから新たな資源・サービスの創出につながっていることが明らかとなった。

そして、ネットワークの構築における保健所(保健師)の役割として、①二次医療圏における健康課題に責任を有することから、圏域課題の共有化・医療連携・社会資源の開発等の連携システムの総合調整を担う。②地域を基盤に様々なニーズを把握し、関係機関との連携調整を図ることにより、様々な事象におけるネットワークの構築を推進する。③これらをとおして、地域でのケアマネジメントの質的管理を行うことが重要であると整理できた。

特に、効果的で継続性のあるネットワークを形成するためには、実際にケアに携わる専門職などによるボトムアップと同時に、地域のキーパーソン、政策策定者や地域の機関長、地元有力者等影響力の大きい人への働きかけが必要であり、二次医療圏で様々な機関と関係を持つ保健所とその保健所に所属する保健師がこれらのネットワークの構築に携わる意義は重要であることが明らかとなり、ガイドラインとして整理した。

II 研究目的

保健所の役割機能を活かした有機的連携の基に、地域における効果的なネットワーク化を図るために、ネットワーク構築のための展開過程及び各プロセスで発揮される支援(展開)技術について「ガイドライン」を作成する。

また、ネットワーク構築過程における要因分析と有機的連携体制の構築化の整理を行うことにより、保健所及び保健所保健師の役割機能を整理する。

III 研究組織

分担事業者	永江 尚美(島根県浜田保健所 総務保健部長)
事業協力者	飯田 芳枝(石川県健康福祉部 少子化対策監室 課参事 母子保健ブループリーダー) 堀 幸子(岐阜県健康福祉部 保健医療課 保健企画監) 戸森 良江(埼玉県保健医療部 健康づくり支援課 主幹) 柳瀬 厚子(兵庫県東播磨県民局 加古川健康福祉事務所 主幹) 山科 美絵(東京都多摩立川保健所 保健対策課 地域保健担当係長) 川又 協子(東京都多摩立川保健所 副参事) 相木 直美(石川県石川中央保健福祉センター 河北地域センターチーフ) 本間 華子(岐阜県関保健所 管理監兼健康増進課長)
アドバイザー	永田 智子(東京大学大学院 地域看護学分野 講師) 大木 幸子(杏林大学保健学部 看護学科地域看護学研究室 教授)
アドバイザー (協力大学)	斎藤 茂子(島根県立大学短期大学部専攻科 地域看護学 教授) 吾郷 奈美恵(島根県立大学短期大学部専攻科 地域看護学 教授) 坪内 美奈(岐阜県立看護大学 地域基礎看護学講座 准教授) 牛尾 裕子(兵庫県立大学 看護学部 准教授) 佐々木 順子(石川県立看護大学 地域看護学 教授) 工藤 恵子(武蔵野大学 看護学部 准教授)
オブザーバー	山名 由希子(東京大学大学院 修士課程)

IV 研究方法

昨年度5自治体(石川県、岐阜県、兵庫県、東京都、島根県の協力保健所)で実施した「ネットワークを意識した課題解決方策や効果的・効率的な取り組み調査」を基に地域特性に応じた取組方策について、下記により分析した。

1. 事業分析シートを作成(図1 及び P45~P47 参照)

各協力保健所のネットワークの構築において各プロセスで工夫した事項、ネットワークづくりにおける技術を整理

2. ネットワーク構築のための促進要因、阻害要因を整理

3. 各事業について記載された上記1を、プロセスの段階ごと記載された工夫や技術を抽出し、類似性を基に整理し、「連携強化のための各過程の関連性」を検討するとともに、ガイドラインを作成

事業分析シートの内容

	具体的な内容	工夫した点	ネットワークづくりにおける技術
事業内容			
事業項目			
プロセスの段階			
実施の意図			
対象者・機関	～段階の区分～ ①課題発見 ②課題の共有 ③ケア ④資源発掘 ⑤知識の共有 ⑥関係者のネットワーク ⑦サービスの質の向上 ⑧資質・サービスの創出 ⑨予算化 ⑩しくみづくり ⑪サービスの質の評価 ⑫継続化 ⑬制度改正		
事業対象の選定方法			
企画段階に実施したこと（所内に向けて）			
企画段階に実施したこと（地域・関係機関に向けて）			
実施段階に実施したこと（所内に向けて）			
実施段階に実施したこと（地域・関係機関に向けて）			

図 1

Ⅴ 結果

Ⅴ-1 協力保健所のネットワーク事例の概要

平成 20 年度には、調査研究班の所属する岐阜県(1か所)・石川県(1か所)・兵庫県(1か所)・東京都(1か所)・島根県(7か所)の協力保健所(都道府県型)で、保健・医療(看護)・福祉の課題をそれぞれ選定、それらの連携状況調査を行い、管内の在宅ケアにおける保健・医療(看護)・福祉資源のマップを作成すると共に、ヒアリング等で地域ケアの課題を抽出した。そして、調査研究班で開発した地域保健活動事業評価ワークシートを活用し、各事業から導き出した展開過程を地域課題の把握、援助、教育的働きかけ、ネットワーク化、制度開発、精度管理の要素に沿って分析し、協力保健所の連携事例の展開方法を評価した。

ここでは、各協力保健所の2年間の調査研究事業のまとめと各プロセスマップを掲載する。(P10～P19 参照)

【島根県】テーマ:先駆的ネットワーク事例を通して保健所

(及び保健師)の役割機能に関する調査研究

指導協力:島根県立大学 短期大学部 出雲キャンパス専攻科(地域看護学)齋藤 茂子 教授・吾郷 美奈恵 教授

1 目的

医療的ケアを必要とする在宅療養者が地域で安心して暮らしていくためには、地域の様々な社会資源を繋いだネットワークが必要であることから、既にネットワーク化が構築されている県内各保健所のネットワーク事例についてプロセスを評価し、ネットワーク化に必要な体制及び保健所の役割機能を整理するとともに、全国への波及を図る。

2 内容

(1)県内全保健所に対し、先駆的にネットワーク化が図られている事例の背景調査(20年度)

- ① 管内の社会資源、② ネットワーク化の必要性と背景、③ ネットワーク化に向けた検討状況、④ ネットワーク化における課題、⑤ ネットワーク構築後の評価

(2)県職員保健師に対し、平成9年度～平成19年度の10年間の担当業務振り返り調査(20年度)

- ① 各年度の所属・担当課・担当業務、② 担当業務でネットワーク化を図るために具体的に実施したこと、
③ 担当業務において課題となったこと

(3)ネットワーク化に向けての促進因子・阻害因子調査(20年度)

各保健所が構築したネットワーク事例について、ネットワーク構築における促進因子・阻害因子をそれぞれ5枚のカードに記載し提出

(4)上記3項目を基に「島根県保健所保健師の果たしたネットワーク化における役割機能」を整理(21年度)

3 結果・課題

各保健所が様々な業務の推進において、地域ケアのネットワーク化を図っている事例を分析した結果、下記の点が明らかとなった。

- (1)県の施策として明確な打ち出し(方針)があったこと
- (2)保健所が圏域課題に沿ったネットワーク化を推進していたこと
- (3)保健所が推進の核として予防から治療まで一貫した視点で推進していたこと
- (4)担当者が異動しても次に繋ぐ業務の推進がなされていたこと
- (5)基本事項として、保健所がネットワーク構築において、PDCAのプロセスを踏み、その中で人的ネットワークをつくり、関係機関との信頼関係を築き、広域的な調整を図っていること

なお、参考資料6(P53～P55)は、島根県保健師協議会と県立大学短期大学部の共同事業による「ネットワーク構築のためのプロセスと要件」「ネットワーク発展過程とアセスメント項目」である。

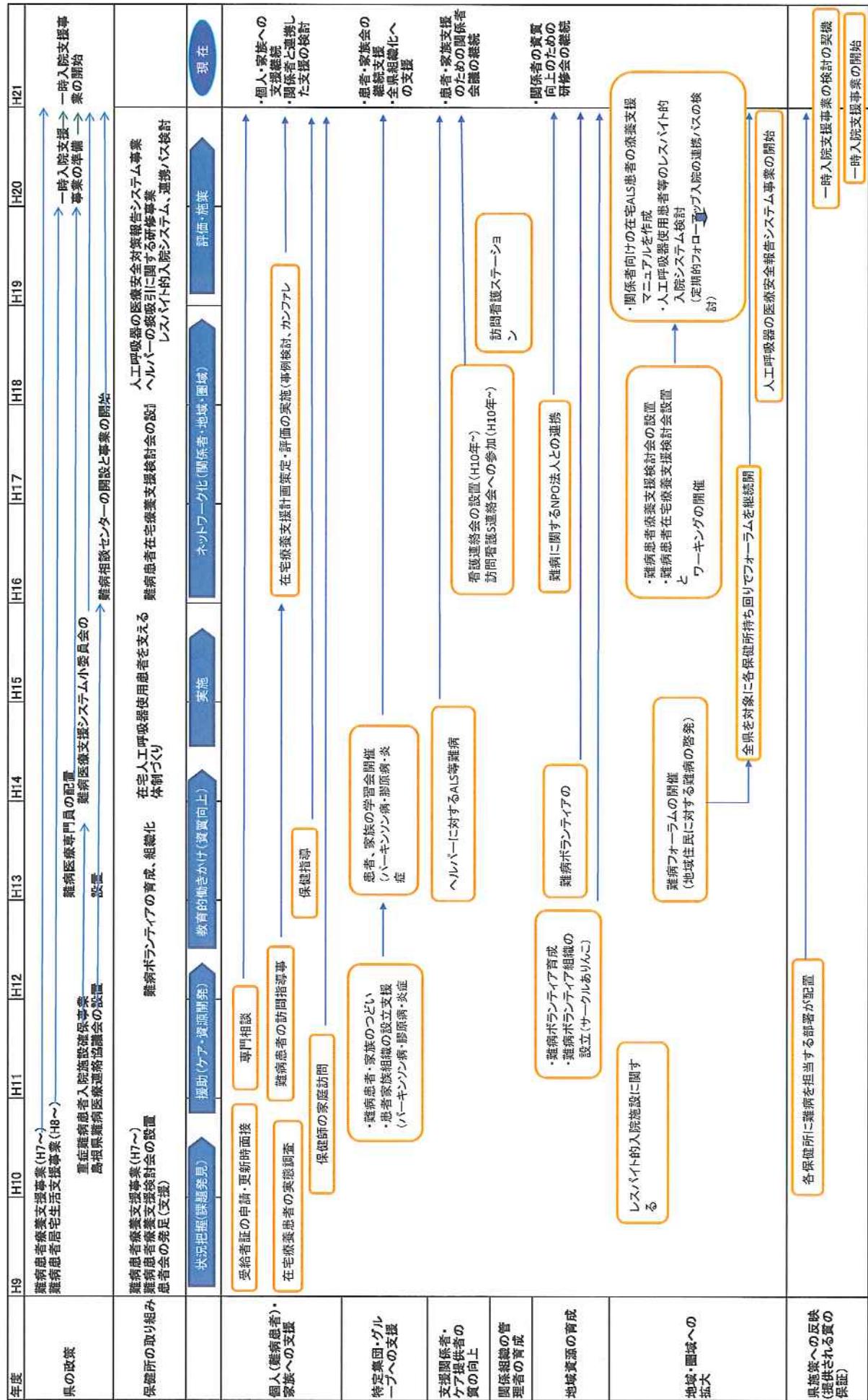
4 今後の計画

平成20年度の調査結果を、全国波及できるように更に分析するとともに、フォーカスグループインタビューにより下記事項を明確化し、学生教育・地域保健師研修・地域在宅医療従事者研修等に活用できる冊子を作成する。

- (1)関係者がネットワーク化についてどのようなニーズ・意見を持っているのか明確化する
- (2)ネットワーク化するにあたり促進要因と阻害要因の明確化
- (3)各業務の継続化を効果的に円滑に推進するために、引き継ぎ手引き書(仮称)作成

～難病患者在宅療養支援ネットワーク(プロセスマップ)～

島根県出雲保健所事例



【 石川県石川中央保健所 】

テーマ:神経難病患者の在宅療養支援体制の強化に関する調査研究

指導協力:石川県立看護大学 地域看護学 佐々木 順子 教授

1.目的

医療・介護等の制度改革を背景に、平成18年度に在宅難病患者への看護・介護等の療養支援体制を調査し、その結果を踏まえ特に医療依存度の高い神経難病患者の在宅療養支援に関する看護・介護関係者に対する研修会・事例検討会の開催や介護保険サービス担当者会議への参画などにより、専門知識・技術の普及、関係機関の連携促進等に努めている。

これまでの取り組みを評価し、患者・家族が不安なく在宅療養ができるよう、地域における看護・介護等の支援体制のより一層の充実に向けた方策を検討する。

2.内容

<平成20年度>

(1) 特定疾患医療券交付申請時において患者・家族に記載を依頼している「おたずね票」により得られた情報の集計・分析(平成19年4月～20年3月分 152件)

①医療の受療状況 ②介護保険の利用状況 ③困り事 ④療養上の要望 等

(2) 神経難病患者の在宅療養支援に関するグループインタビュー調査(対象:介護支援専門員等8名)

①医療・看護・介護等の現状と課題 ②関係機関との連携状況 ③必要な体制整備 等

<平成21年度>

(1) 前年度の集計分析結果を踏まえ「おたずね票」の内容について見直し、改善

(2) 介護支援専門員に対するグループインタビュー調査結果を踏まえ関係者連絡会の開催

3.結果・課題

(1) 医療券申請時の「おたずね票」を分析した結果、神経難病患者に共通する困りごとは病態そのものに対する不安であった。しかし、一方で要望したいことの訴えが少なく、個別の問題として自分で解決しようとする傾向が推察された。「おたずね票」を見直し、日常生活面や社会生活面の問題が表出しやすいよう改めるとともに、県保健所難病業務担当者連絡会を通じて県全域の各保健所の当該様式の見直し及び相談体制の検討に反映させた。

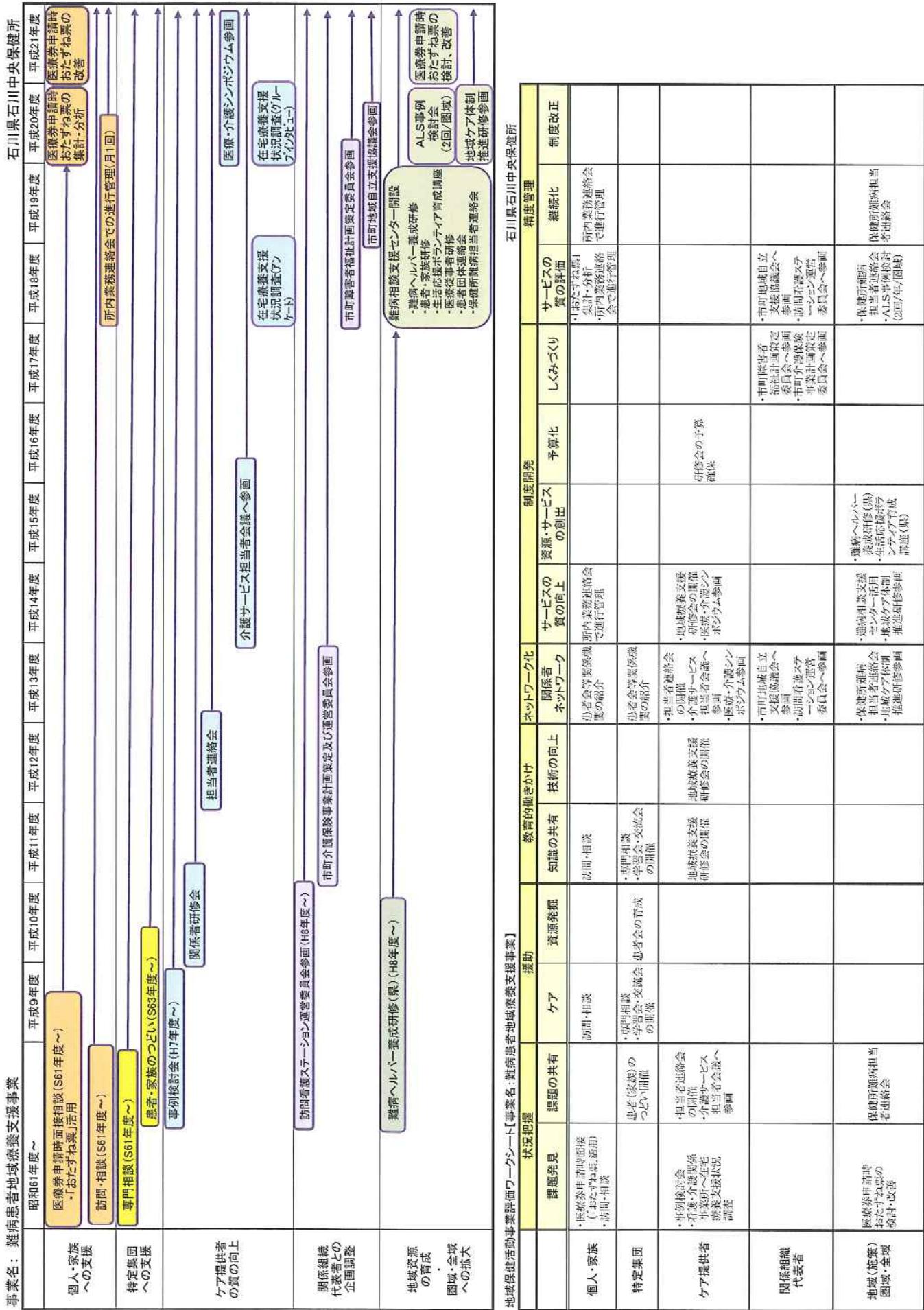
(2) 介護支援専門員に対するグループインタビュー調査の結果、保健所が開催している研修会・事例検討会が、神経難病患者の在宅療養支援に関する看護・介護関係者の資質向上に重要な役割を果たしていることが確認された。

(3) 医療依存度の高い神経難病患者の在宅療養支援では、訪問看護の役割が重要視され積極的に活用されていた。その一方で、介護支援専門員は現行の医療・看護・介護・福祉等の各種制度の限界、利用のしにくさなど、神経難病患者のケアマネジメントに苦慮している状況がうかがわれた。

4.今後の計画

改善した「おたずね票」の活用のほか、関係者との連絡・事例検討・研修の場を拠点に、活動に有用な知識・技術、参考事例、療養者に有用な資源など、実践情報の集積、共有化に取り組む。

事業名：難病患者地域療養支援事業



【岐阜県関保健所】

テーマ:糖尿病対策での地域の保健・医療(看護)・福祉の連携強化

指導協力:岐阜県立看護大学 地域基礎看護学講座（北山三津子教授、坪内美奈准教授等）

1 目的

関保健所では市町村と協力して、管内住民が「糖尿病にならない、早期発見できる、重症化しない、糖尿病になっても地域で安心して暮らせる」よう、①糖尿病の健診受診者増加のための普及啓発の工夫、②地域ケアシステム化、③その質の向上・維持、④社会資源の整備を図ることを目的として、糖尿病地域ケアネットワークを構築する。

2 内容

地域の糖尿病ケアの実態を把握するため、管内2市の病院・訪問看護ステーション7ヶ所と、このほか隣接市の1病院(管内患者の受診もあり糖尿病認定看護師が勤務しているため、参考として実施)に、対面式によるヒアリング調査(項目:各機関の概要、糖尿病の医療提供体制、糖尿病患者に関する関係機関との連携など)を実施した。

また、平成21年度は、解析したヒアリング調査結果を被ヒアリング機関等担当者に還元し、ネットワーク構築上の諸課題の解決を図るために研修会を開催した。

3 結果・課題

ヒアリング調査結果等から糖尿病ケアの課題を整理した。

- * 住民への健康教育:住民全般に対し、糖尿病および糖尿病の治療に対する意識の向上を図る必要がある。
- * 医療従事者の認識・スキルについて:外来等では重症化予防に向け、試行錯誤で取り組んでいるところであり、医療従事者の糖尿病に関する共通理解やスキルアップを図っていくことは必要である。
- * 連携に関するここと:医療機関や訪問看護ステーションは、自施設だけのアプローチでは支援に困難を感じている。また、職種によって、糖尿病に対する理解や看護の必要性についての認識の違いなど連携上の課題は残っている。
- * 体制のこと:医療機関の役割分担について課題が出されたが、今後の地域連携パスの施行状況などを確認していきたい。

4 今後の計画

保健所の既存事業であり当地域で進めている「糖尿病予備群対策」と連動させながら、事業の方向性として下記について取り組んでいく。

- * 糖尿病の病態レベルにあった健康教育の充実
- * 医療従事者のスキルアップと福祉関係者等への知識の普及
- * 医療機関と地域との連携

	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度
県の施策	<p>平成12年度から岐阜県糖尿病セミナーを開催</p> <p>岐阜県糖尿病対策推進協議会への負担金支出、委員とし</p>	<p>保健所、市町村への沿線提供</p> <p>岐阜県医師会から地域医師会へ「特定健診の際の留意点(H5A1)」による対応</p>	<p>保健医療巡回検査の検討</p>	<p>岐阜県糖尿病対策性進協議会の取り組みについて保健所、</p>
糖尿病対策地域ネットワーク事業の推進:保健医療福祉ネットワーク事業	<p>●糖尿病ネットワーク事業 (1)糖尿病ネットワーク会議 「糖尿病を予防するために、地域でできる支援とは!」 (2)糖尿病対策支援事業(研修会) 「栄養アセスメントの実際」</p>	<p>●糖尿病ネットワーク事業 (1)糖尿病ネットワーク会議(2回開催) ・糖尿病における糖尿病(予防)対策について意見交換 (2)糖尿病対策支援事業(予防)指導の実際に各機関の役割と連携指掌について 各機関における糖尿病(予防)指導の実際に について</p>	<p>●糖尿病ネットワーク事業 (1)糖尿病ネットワーク会議(2回開催) ・糖尿病における糖尿病(予防)対策について意見交換 (2)糖尿病予備群対策研究会 (3)糖尿病負荷試験勉強会</p>	<p>●糖尿病ネットワーク事業 (1)糖尿病ネットワーク会議 ・糖尿病ケア実態調査 (2)糖尿病予備群対策研究会 (3)糖尿病負荷試験勉強会</p>
問題・方向性	<p>・糖尿病予備群の事後指導における保健センターと医療機関との連携体制の調整を図ること ・診断標準及び指導方法の標準化 ・特定健診で対象とならない糖尿病予備群の対策</p>	<p>・武儀地域糖尿病予備群対策の必要性 ・武儀地域糖尿病予備群対策の標準化の必要性 ・診断標準及び指導方法の標準化 ・特定健診で対象とならない糖尿病予備群の対策</p>	<p>・予備群対策の実施結果 を確認し、政策の現状、 課題を確認する。</p>	<p>・予備群対策の実施結果 を確認し、政策の現状、 課題を確認する。</p>
当事者への支援	<p>糖尿病ネットワーク会議(H18) 糖尿病の会、健康新聞参加者との会</p>	<p>糖尿病ネットワーク会議(H19) 関係機関の取組</p>	<p>染義士向け研修会の開催(H18) 糖尿病保健指導に関する研修会(H19)</p>	<p>糖尿病ネットワーク会議(H20) ・糖尿病予備群対策勉強会 ・糖尿病負荷試験の勉強会(H20)</p>
支援提供者育成	<p>糖尿病医療機関訪問看護ステーション調査(H20)</p>	<p>老人保健指導監査(～H20) 生活習慣病ヒアリング(H21)</p>	<p>糖尿病重症化予防研修会(H21)</p>	<p>糖尿病ネットワーク会議(H20) ・糖尿病予備群対策の体制づくり 糖尿病ネットワーク会議(H21) ・予備群対策の評価について</p>
地域圏域への拡大・質の確保				<p>岐阜県糖尿病対策性進協議会総会にて報告(H20)</p>
実施策への反映				

【 兵庫県加古川保健福祉事務所 】

テーマ:精神障害者の治療中断予防にかかる保健・医療(看護)・福祉の
ネットワークづくり

指導協力:兵庫県立大学看護学部 広域健康看護学 地域看護学 牛尾裕子准教授、伊東愛助手

1 目的

加古川保健福祉事務所では、精神障害者の医療導入後の治療中断予防と地域生活支援が課題となっていることから、平成 20 年度に、精神障害者に関わる保健、医療(看護)、福祉関係者から、地域生活支援にかかる情報や地域生活支援従事者が抱える課題を収集し、精神障害者の治療中断予防のためのネットワークづくりの検討を行った。

その結果、治療中断のハイリスク事例(キー・パーソンがない・家族の理解が不十分、受診拒否、治療中断等)の対応に各関係機関、施設で苦慮しており、地域生活支援のためには関係機関のネットワークが必要であること、訪問看護ステーションと困難事例への協働支援等、連携の強化が必要であること、家族支援、普及啓発を継続して実施することが必要であることが明らかとなった。

平成 21 年度は、精神科・心療内科医療機関や訪問看護ステーションへの調査結果等の報告及び関係機関連携について協力要請を行うほか、研修会の開催や個別事例への支援を通して関係機関の連携推進など精神障害者の地域生活支援体制の充実に取り組んだ。

2 内容

(1) 平成 20 年度

- ① 精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会の開催
関係者による精神障害者の地域生活支援や治療中断予防ためのネットワークづくりの検討
- ② 精神障害者地域生活支援にかかる医療(看護)・福祉施設調査
精神科・心療内科医療機関、訪問看護ステーション、障がい者支援センターの調査の実施
- ③ 精神障害者地域生活支援にかかる社会資源情報マップの作成、配付

(2) 平成 21 年度

- ① 精神科・心療内科連絡会議及び訪問看護ステーション連絡協議会における調査結果の報告及び関係機関連携についての協力要請
- ② 訪問看護ステーション、地域包括支援センター職員及び精神障害者相談員研修会の開催
- ③ 治療中断ハイリスク事例の継続支援の徹底、及び事例を通じて関係機関との連携の強化
- ④ 精神障害者地域生活支援にかかる社会資源情報マップの作成、配付

3 結果・課題

- (1) 治療中断のハイリスク事例について関係者と共有することができ、円滑に連携できる医療機関が増えた。今後も関係者と顔の見える関係づくりを継続し、ネットワークの強化を図る。
- (2) 訪問看護ステーション、地域包括支援センター等支援者の研修会を通して、精神障害者への対応や各機関の役割について、認識を高めることができた。今後も密な連携や支援が必要である。

4 今後の計画

各会議、研修会、社会資源マップの作成配付や個別事例の支援を通してネットワークの強化、関係者のスキルアップを図る。

加古川健康福祉事務所の精神保健福祉業務スマップ

地域保健活動事業評価ワークシート

【 東京都多摩立川保健所 】

テーマ:訪問看護ステーションとの連携を中心とした看護ネットワークの強化に
関わる調査研究

指導協力:武蔵野大学看護学部 地域看護学 (齋藤泰子教授・工藤恵子准教授)

1 目的

管内の看護関係者のネットワークを強化するために既存の会議体を活用し、現在の訪問看護ステーションの実態把握と課題を分析し保健医療圏の地域ケアに関する資源とする。

2 内容

① 調査

-1.アンケート(対象:管内訪問看護ステーション 29 施設)

基本事項・看護内容・連携・課題等(平成 20 年 11 月実施)

医療安全(廃棄物処理・リスク管理) (平成 21 年 12 月実施)

-2. インタビュー調査(対象:訪問看護ステーション4か所、病院 3 か所)

地域連携における課題(平成 21 年 1 月実施)

② 看護管理者連絡会の経過のまとめから

3 結果・課題

①-1. アンケートから

* 圏域のステーションは、常勤換算看護師平均が 4.5 人と規模が小さいが、リハスタッフ(PT・OT)が 19 か所(67.8%)配置されている。しかし、事務職が配置されていないステーションが 9 か所(32.1%)あり、業務分担が進んでいない。

* 実績から見ると、ステーション1か所の総訪問回数は月平均 400 回とスタッフ数からみて多い。また、受け入れ可能な患者像では神経・筋疾患療養者やターミナルケアなどが多く、高度な看護技術を必要とする患者を担当している。

* 連携上の課題として、病院には指示書や連絡が取りにくいこと、診療所は夜間対応についてあげられている。

* 医療廃棄物処理については、全て適切に管理されていることが把握された。

* ステーションの 7 割弱に精神的な暴力事象があり、担当者の交代・複数対応やケア会議等で対応している。

①-2. インタビュー調査では

* 連携の促進要因として、すべての対象者が、「顔の見える関係」という言葉を使い、入院から退院、在宅療養を継続する上で関わるスタッフの関係作りが重要であることを強調した。

* 在宅療養を支援する上で、「生活の視点」を持つことの必要性が指摘された。

② 看護管理者連絡会の経過のまとめから

保健所が事務局となって看護管理者連絡会を継続したことでの、住民への情報発信や圏域内の看護の質の向上のための研修のしくみを構築することができた。また、看護のネットワークが深まることで、年々増加している医療依存度が高い患者等、さまざまな問題を抱えた方の在宅療養を進めるための体制整備や援助の質の向上に努めることができた。

4 今後の計画

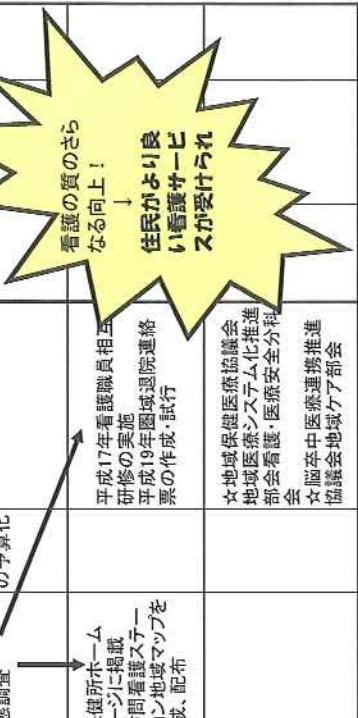
看護管理者連絡会や地域医療システム推進部会を活用し、課題共有と検討していく。

地域保健活動事業評価ワークシート

東京都多摩立川保健所:看護管理者連絡会
会の目的:保健・医療・福祉に携わる看護管理者者がそれぞれの立場から、看護の質の向上に関する諸問題について討議・検討を行い、
各看護管理者同士のネットワークを通じて地域住民に質の高い看護サービスを提供するために設置

2009. 1. 15

状況把握		援助		教育的働きかけ		ネットワーク化		制度開発		精度管理				
	課題発見	課題の共有	ケア	資源発掘	知識の共有	技術の向上	関係者ネットワーク	サービスの質の向上	資源・サービスの創出	予算化	しづくくり	サービス評価の基準	継続化	制度改正
個人・家族	・疥癬患者の対応 ・MRSAの対応 ・入院期間の短縮化 ・医療依存度の高い 患者の在宅ケアの急 増													
当事者														
特定集団														
ケア提供者														
関係組織代表者														
地域(施設)														
全国														



V-2 ネットワーク構築に必要とされる要因（促進要因・阻害要因の分析から）

平成 20 年度の研究事業において、保健所機能を活かした連携強化を図るための共通調査項目を検討するにあたり、共通に考えられる促進要因と阻害要因の仮説を設定した。

平成 21 年度は、協力保健所の調査結果および既にさまざまなネットワーク化を図っている島根県の連携事例を分析し地域ネットワークの構築に向けた要件整理(阻害要因・促進要因の分析)について検討することとした。

検討にあたっては、昨年度島根県研究で整理した地域ネットワークの体系化に向けた要件を踏まえ、各自治体のネットワーク事例から考えられる促進要因と阻害要因について、共通仮説シートに記載、分析し、標準化を試みた。

平成 20 年度に設定した促進要因及び阻害要因の仮説は、以下のとおりである。

(1) 保健所機能を生かした連携強化を図るための促進要因の仮説

- ①圏域地域保健医療計画が策定されており、その中に「保健・医療・福祉の連携の推進」が明確に記載されている
- ②圏域内の保健・医療(看護)・福祉に関する情報が集まりやすく、情報を持っている
- ③保健所の様々な職種のネットワークが活かされている
- ④圏域内の保健・医療(看護)・福祉の推進にかかわる社会資源が多くある
- ⑤圏域内の社会資源をつなぐネットワークが既にある
- ⑥圏域内の社会資源を活用した保健福祉事業が実施されているところが多い
- ⑦関係機関・関係者が圏域内における自らの役割を認識している
- ⑧保健所内の職員が保健所機能を意識して業務を推進している

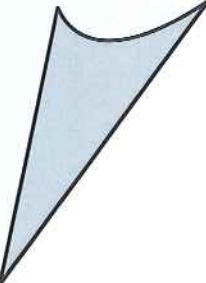
(2) 連携強化を図っていくうえで考えられる阻害要因の仮説

- ①圏域地域保健医療計画が策定されており、その中に「保健・医療・福祉の連携の推進」が明確に記載されていない
- ②圏域内の保健・医療(看護)・福祉に関する情報が集まりにくく、情報を持っていない
- ③保健所の様々な職種のネットワークが活かされていない
- ④圏域内の保健・医療(看護)・福祉の推進にかかわる社会資源が少ない
- ⑤圏域内の社会資源をつなぐネットワークが不十分である
- ⑥圏域内の社会資源を活用した保健福祉事業が不十分である
- ⑦関係機関・関係者が圏域内における自らの役割の認識が不十分である
- ⑧保健所内の職員が保健所機能を意識した業務の推進が不十分である

上記仮説について、各協力保健所におけるネットワークづくりの要因を分析した結果、保健所機能を生かした連携強化を図るための要因として次の事項が導き出された。

～ 保健所機能を生かした連携強化を図るための要因 ～

- ① 関係機関において、ネットワーク構築のための圏域課題の明確化と共有化が図られること
- ② 中・長期的な方針に向けて具体的な目標設定を行い、その目的を果たすためのネットワーク事業が構築されること
- ③ 保健・医療・福祉に関する情報(各分野の支援内容・利用方法等)を集約し、迅速で連携したサービス提供が図られること
- ④ 分野別ネットワーク・職域ネットワークを活用し、日頃から情報交換と連携が図られ、協力体制が築かれていること
- ⑤ 社会資源の有効活用に向けて、横断的・有機的連携が図られるような事業企画等により協働体制が構築されていること
- ⑥ 保健・医療・福祉に関する関係機関(関係者)が各々の役割を認識・共有し、連携が図られる人間関係が構築されていること
- ⑦ ネットワーク構築における保健所の役割機能、推進方針、課題検討等が所内で確認でき、継続性を持った体制があること
- ⑧ 保健・医療・福祉の連携したサービス提供を有機的に推進するために、調整機能を有する保健師等マンパワーの充足と必要な予算が確保されること



V-3 協力保健所のネットワーク構築において発揮された支援(展開)技術 (「ガイドライン」作成に向けて)

5自治体で実施されたネットワークの構築において、各プロセスで工夫した事項、ネットワークづくりにおける技術を事業分析シート(資料P45～P47を参照)に整理し、分析を行った。

(1) ネットワークを構成する組織

ネットワークを構成する組織は、効果的で機能性のあるネットワークを形成するために、保健所を中心とした二次医療圏の範囲で、地域のキーパーソンを核に、地元関係者、行政機関、保健・医療・福祉等の関係団体等で構成されていた。

- ① 地域(自治会・民生委員・商工会・住民グループ等)
- ② 市区町村(保健センター・福祉事務所・医療機関・消防・警察等)
- ③ 二次医療圏(保健所・医師会・患者会・各専門職団体・拠点病院等)

のそれぞれの分野から構成され、ネットワークづくりが進められていた。

(2) 連携強化の展開過程

それぞれの対象分野において取り組まれた関係機関(関係者)との連携強化の過程は、以下のプロセスを経て展開されていた。ただ、このプロセスは①から⑬まで単純な順序性を持って進められるのではなく、同時に進められることもあり、展開過程の中で再度課題の発見・共有・ケアの提供等に戻り、螺旋状の発展につなげていると考えられた。

- | | | |
|---------------------|-----------------|---------|
| ① 課題発見 | ② 課題の共有 | ③ ケアの提供 |
| ④ 社会資源の発掘・キーパーソンの発掘 | | |
| ⑤ 知識の共有・技術の向上 | ⑥ 関係者のネットワークづくり | |
| ⑦ サービスの質の向上 | ⑧ 資源・サービスの創出 | |
| ⑨ 予算化 | ⑩ しくみづくり | |
| ⑪ サービスの質の評価 | ⑫ 継続化 | ⑬ 制度改正 |

(3) 連携強化のための各過程の関連性

連携強化のための各過程は単純に PLAN-DO-SEE の過程の一段階ずつステップを踏んで展開するのではなく、日常活動をベースにしながら、常にネットワークづくりが中核となり、ネットワークづくりを工夫し持っている技術を活用しながら重層的に展開していた。(図2 ①～⑥は図の番号に対応している。)

- ① 日常活動の中から課題の発見・共有を行い、保健・医療・福祉の連携を基盤にしたケアシステムづくりが展開される。
- ② 日常活動から資源の発掘がなされており、それがネットワークづくりの起点となる。

- ③ 課題の発見、共有は関係機関や関係者とともになされることでネットワークづくりにつながる。
- ④ また、ネットワークの形成を基盤に資源・サービスの創出、しくみづくり、予算化、制度改正、知識共有、技術の向上、サービスの質の向上が行われる。それらによりケアが提供され、ケア提供をとおしてネットワークは強化される。
- ⑤ さらに、ケアネットワークの評価がなされ、資源の発掘や課題の発見へとつながり、サイクルが循環する。
- ⑥ サービスの質や量の評価についても、ケア提供の過程やその過程で形成されたネットワークを通してなされ、同様に課題の発見へとつながり、サイクルが循環する。

連携強化のための各過程の関連性

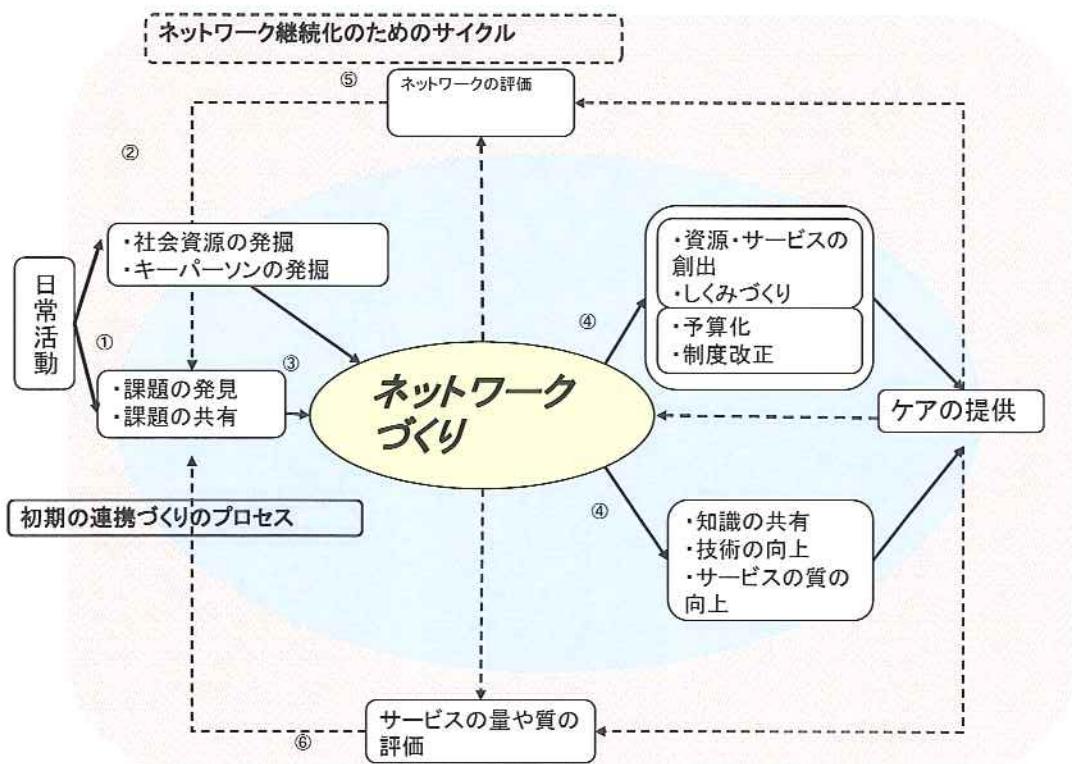


図 2

(4) 各プロセスで発揮される支援(展開)技術 (ガイドライン)

協力保健所の事業分析シートを分析した結果、以下のネットワーク構築とネットワークを活用した保健活動の展開過程で発揮される支援技術について整理した。

なお、これらの技術は、必ずしも順序性をもって段階的に進むのではなく、いくつかの技術が同時並行的に重層的に展開されるものである。

1. 課題の発見

1-1. 課題をキャッチ

(1) 事例をとおして地域の課題を把握する

- ① 事例の支援で浮上した課題と地域のしくみやサービスとの関係を考える
- ② 事例の個別の生活背景とあわせて社会資源や地域のしくみを総合的にアセスメントする
- ③ 住民の生活圏を考え地域の課題をアセスメントする
- ④ 事例にかかわり関係者の困りごとを既存のしくみや制度のはざまを確認する

(2) 予防的視点から課題をアセスメントする

- ① 常に1次予防を視野に入れたケアシステムを考えて課題を見出す

(3) ネットワーク構築が必要(有用)な課題であることを判断する

- ① 広域的な課題について、ネットワーク構築の必要性を判断する
- ② ネットワーク構築が必要と考える課題に普段から関係があり、詳しい人と協働して進める
- ③ 予算の確保ができそうか、配分をどうするか考えておく

1-2. 課題の明確化

(4) ニーズを把握するために調査を行う

- ① 同じ調査が重ならないようにするなど、関係機関の負担軽減に配慮する
- ② ネットワーク化の必要性を強調し、調査実施への理解を得る
- ③ 部門を跨ぐ調査を行う場合は、多方面に協力を依頼する
- ④ 既存のネットワークを基盤に調査を実施している場合は、ネットワークの会議で結果を報告し、今後につなげる

(5) 保健所の既存資料や情報を統合して課題をアセスメントする

- ① 組織内の他部署の情報も併せて社会資源のアセスメントを行う
- ② 社会資源の偏在をアセスメントする
- ③ 既存資料を活用して社会資源の状況把握を行う
- ④ 日常活動における問題や課題を明確にする

(6) 関係機関と協働して課題を把握する

- ① 日常の活動の中での連携を新たな課題発見の糸口とする
- ② 顔を合わせた関係づくりの中で課題を聞き取る
- ③ 連携が取れていない機関に出向いて関係づくりしながら課題の把握をする
- ④ 会議を活用して関係機関の見えている地域の課題を共有する
- ⑤ 実務者と並行して組織の長への働きかけを行う
- ⑥ キーパーソンと企画の段階から相談をし、協働関係をつくる

2. キーパーソンを発掘し関係づくりの実施

(1) キーパーソンとなる関係者、関係機関を見出す

- ① 日常の活動で連携関係を築いてきた関係者をキーパーソンとして協働する
- ② 課題を抱える住民とでっている人をキーパーソンとして見出す。
- ③ 既存の地域のネットワークの要になっている人をキーパーソンとして見出す
- ④ 構築しようと描いているケアシステムの中核機関をキーとなる機関として見出す
- ⑤ 関係機関の代表者に趣旨を説明し、代表者からその機関の窓口となる人の推薦をうける

(2) キーパーソン、キーとなる機関との顔のみえる関係づくり

- ① 出向いていき、顔をあわせて意図を伝える
- ② 調査を活用して直接顔を合わせて連携の機会とする
- ③ 出向いていき、直接課題を聞き取る

3. 課題の共有

(1) 協働関係の中での共有

- ① 日常活動の連携関係からキーとなる機関を見出し、企画段階から相談する
- ② キーパーソンと企画の段階から相談をする
- ③ キーとなる機関に出向いて企画の段階から相談する
- ④ 出向いていき顔の見える関係づくりをとおして、関係者の困っていることや本音をつかむ
- ⑤ 実務者への働きかけと並行して組織の長への働きかけを行う

(2) 会議の活用による課題の共有

- ① 既存会議を活用あるいは発展させて課題を共有する
- ② 事例分析により課題を抽出して、チーム内で課題を共有する

(3) 資料化による課題の共有

- ① 課題が分かりやすいように資料化する
- ② ネットワーク構築の目的や方法・体制の理想図を描く
- ③ 支援フロー図や役割の表などを用いて可視化する

(4) 所内チームづくり

- ① 図を示して、所内で計画を共有しチームをつくる
- ② 所内で経過から共有し取り組みの組織をつくる
- ③ このテーマに取り組む必要性を所内で充分に説明し、業務量や予算配分について理解を得る

(5) 所外の重要な関係者との共有

- ① 既存の会議の場で課題を共有し、新たなネットワークの必要性について理解を得る
- ② ネットワークの前段階であるワーキンググループを立ちあげる
- ③ ワーキンググループメンバーには、実際にその課題に普段関わる経験がある人を選定する

4. 関係機関のネットワークづくり

4-1. ネットワークの立ち上げの契機づくり

(1) 連携のねらいに予防を据える

- ① 一次予防を視野にいれたネットワークをつくる

(2) 連携のターゲットをみいだす

- ① ケアシステムのキーパーソン、中核となる機関を見出す
- ② 地域のネットワークを評価し連携が必要なところを抽出する
- ③ 連携状況を評価し連携が必要なところを調査対象とする
- ④ 連携の乏しいところに出向き課題を聞き取る
- ⑤ 課題を広く捉え、関連する機関を幅広く選定する
- ⑥ 確認作業として、地域の社会資源に詳しい専門家や同僚に相談する

(3) 協働関係をつくる

- ① キーパーソンと企画の段階から相談する
- ② 関係機関と今後の計画を検討しながら進める
- ④ 関係機関と協働事業とすることで連携関係をつくる
- ④ 構成メンバーに、課題の重要性・ネットワーク構築の必要性と重要性、メンバーの役割、活動の目標について説明し、皆が同じイメージを持つようにした上で、ネットワーク構築に関して同意を得る。特に、ネットワークのキーパーソンになるような人には、集まりの当日でなく事前に説明を行い、了解を得る。

(4) 従来の連携を基盤にしてネットワークを発展させる

- ① 日常活動の中の連携を基盤に発展させる
- ② キーパーソンとの連携を次の事業につなげる

4-2. ネットワークの継続・発展

(5) 保健所の強みをいかす

- ① 市町村での調整が難しい場合に広域行政の立場で調整する
- ② 医療との連携を担う
- ③ 市町村の主体を尊重する

(6) 共有化や合意にむけて場やツールを活用する

- ① 会議を活用して課題を共有する
- ② 会議の場でまとめ役を担う
- ③ 会議で各機関の役割を具体的に検討し、決定する
- ④ 活動の基盤となる情報を収集し、課題や計画の検討のための材料として資料化して提示する
- ⑤ 連携用ファイルや社会資源マップなどのツール作成や、作成したツールの情報更新を、ネットワークでの活動の1つに位置づける

(7) 参加者の自発的な関与を促す

- ① メンバーの主体的な活動を促進するため、連絡調整の役割を担う
- ② 各メンバーが各自の課題として認識できるように重層的にワーキングを開催する
- ③ 保健所に任せきりにならないよう、役割分担をするなど、工夫する

(8) ネットワークの活動目標と実際の活動の整合性を確認し、目標が達成できるよう働きかける

- ① 各メンバーが同じ目標を持って活動できているか確認し、情報の共有化を適宜おこなうよう意識する
- ② 個別事例を大事にしてニーズを正しく把握し、方向性がずれないようにする

(9) 地域全体への発信を行う

- ① 活動結果を幅広く周囲に提案していくような啓発活動のシステム作り(広報チームのたちあげなど)を意識し、全県に発信する
- ② 地域づくりの視点から他分野との交流についても考える

(10) 保健所の役割を継続的に果たす

- ① 保健所の担当者は、ネットワーク形成の経緯や目的が担当者の変更にかかわらず組織内で共有されていくよう引継ぎをしていく
- ② ネットワークの在り方に変化が生じた場合も、それまでの経緯を踏まえて理解する

5. ネットワークを活用したサービスの質の評価・向上

(1) サービスの質の評価

- ① 生活実態からサービスの評価を行う
- ② 事例分析などをとおして、地域のサービス内容を具体的に評価する
- ③ 事例分析などをとおして、社会資源やサービスの制度上の課題を把握する
- ④ 所内の他の担当者から社会資源の状況を把握する

(2) 地域の社会資源やサービスの情報を取りまとめ、地域に発信する

- ① 関係機関と課題共有から情報発信にいたるまで、組織的な対応となるよう戦略的に展開する
- ② 利用者の生活の視点を重視し、生活情報と組み合わせた情報発信を行う
- ③ 市町村での調整が難しい保健課題についてとりあげる
- ④ 関係機関の範囲が広域であり市町村をまたがる課題について広域行政の立場で調整する

(3) 管内の地域(市町村)の事業やしづみのノウハウを把握し、共有する

- ① 学習会や研修会を関係機関とともに企画する

(4) 医療との連携を強化する

- ① 医師会など医療のセクションと共同事業として連携しながら取り組む
- ② 保健所長をリーダーに組織的にとりくむ
- ③ 療養者の生活実態から医療の関係者に課題を伝える

6. ネットワークを活用した資源・サービスの創出

(1) サービスへのアクセスの不公平を是正する

- ① 地域全体の社会資源やサービスの偏在を評価する
- ② 偏在している社会資源の開発を企画段階から意識する
- ③ 市町村の独自性を尊重しつつ、市町村間の格差をうめて、基本的な保健福祉サービスの質は担保できるようにする。(各市町村が課題に気づけるように、検討や資料による可視化を行う)
- ④ 今後の地域の連携促進につながる資源開発を計画する

(2) 調整機関としての役割を担う。

- ① 所内で企画段階から、管理職を含めて課題の共有化や資源やサービス開発の方向性を決め、関係機関への調整の役割を所内で共有する
- ② 資源やサービスの創出にむけて、戦略的に組織的対応を展開する→医師である保健所長や保健師の課長など専門職の重層的な組織体制をいかして、所外の調整を管理職とともにを行う。

7. ネットワークを活用したしくみづくり

- ① 療養生活の実態を調べ、どの段階で予防が可能かを検討し、1次予防を含めたケアシステムを描く
- ② 2次予防、3次予防のシステムの開発にあたっても、1次予防までふくんだケアシステムを考える
- ③ 既存のシステムをいかし、それらと連動したケアシステムを考える
- ④ ケアシステムにおける各機関の役割を具体化し、関係機関との会議の場で関係者との合意形成を行う
- ⑤ どこの機関が主体となると地域に根付くかを考えて、ケアシステムを構築する

8. ネットワークの評価

- ① 地域にあるネットワークを洗い出し、ネットワーク全体を俯瞰する
- ② ネットワーク会議が形骸化していないか、機能しているかを判断する
- ③ ネットワークが一部の参加機関に負担が集中していないかを判断する
- ④ ネットワークの要になっている機関が保健所であるか他の機関であるかを評価し、保健所の関与の位置を再評価する
- ⑤ 複数のネットワークが統合できるかどうかを評価する

V-4 ネットワーク構築のための保健所及び保健師の役割

ネットワーク構築における意義を考えると、サービスやサポートの提供者間で情報の共有や共通認識が持たれることにより、対象者のニーズを適切に反映してケアが提供されるなどのケアマネジメントが十分に機能すること、ケアの質が維持できることが大切である。

効果的で機能性のあるネットワークを形成するためには、実際にケアに係わる専門職などによるボトムアップと、地域のキーパーソン、政策策定者や地域の機関長・地元有力者等影響力の大きい人への働きかけが必要であり、二次医療圏で様々な機関と関係を持つ保健所及び保健所に所属する保健師には、これら地域でのネットワーク構築におけるケアマネジメントの質的管理を担う役割が求められている。

平成 20 年・21 年度の調査研究事業をとおして、保健所及び保健師の機能について以下のとおり整理された。

- 1) 保健所(保健師)は、二次医療圏で地域の健康課題に責任を有することから、圏域課題の共有化・医療連携・社会資源の開発等の連携システムの総合調整を行う。
- 2) 保健所(保健師)は、地域を基盤に様々な事象におけるネットワークの構築を推進する。
- 3) 上記をとおして、地域でのケアマネジメントの質的管理を行う。

具体的には、以下に示すそれぞれの役割により地域におけるネットワークの構築を進めていくことが重要であると考える。

(1) 保健所の役割について

- ① 圏域課題・圏域ニーズの明確化と関係機関(関係者)への認識の共有化
 - * 市町村では対応困難な課題・地域ニーズ等に対する調整
 - * 市町村間の格差解消への支援
 - * 関係機関との調整及び共有化のための場設定
- ② 社会資源の開発及び連携システムの総合調整
- ③ 保健所の総合的機能を生かした人材育成
- ④ 保健・医療(看護)・福祉の連携強化における調査研究機能
 - * ネットワーク化を図る上での管内課題の集約
 - * 必要な情報・データの管理及び提供
 - * システム化の方向性整理
- ⑤ 医療との連携における調整機能
 - * 地域・医療連携、病・診連携、診・診連携の推進支援
 - * 関係機関・関係者連携会議の設定
- ⑥ 他圏域・全県への波及
 - * 効果的なネットワーク構築に係わる実施内容等の紹介

(2) 保健所保健師の役割機能について

- ① 連携体制推進の具体的な場づくり
 - * 在宅医療・看護・福祉サービスの支援づくりの検討
 - * 支援従事者の質の向上研修等
- ② 在宅療養者・家族への広域的支援
 - * 患者会・家族会設立支援
 - * 交流会・学習の場づくり等
- ③ 在宅療養者支援ネットワークの形成
 - * 看護連絡会、関係機関連絡会、関係者連絡会等の開催
 - * 関係者の広域調整
- ④ 予防から治療まで一貫した視点による関係者支援
- ⑤ 複数の保健師が係わる視点を生かしたネットワーク構築の形成
 - * 担当者の異動を生かした複数の視点によるネットワーク構築の積み上げ
- ⑥ 他圏域・全県への波及
 - * 全県会議で効果的なネットワーク構築に係わる工夫・支援技術等の紹介

(3) ネットワーク構築における保健所(保健師)機能を推進していくための要件

平成20年度の研究事業で、島根県の先駆的事例から整理されたネットワーク構築における保健所(保健師)機能について、更に4自治体協力保健所の事例を含め分析・再整理を行った。

- その結果、保健所機能を推進していくための要件として以下のことが考えられた。
- ① 保健所内全体での検討が十分になされ、ネットワーク構築の必要性及び目的が明確化され共通認識されていること
 - ② 個々の事例を大切に支援することにより地域関係者との関係を広げていること
 - ③ 行政職員として、継続実施できるよう予算獲得や計画に盛り込まれていること
 - ④ 地域で、個別のレベルや関係機関・団体とのつきあいを日常的に行っていること
 - ⑤ ネットワーク構築のために保健所の広域性・公平性を持って市町村の課題を明確に提示できること
 - ⑥ 「顔の見える関係」「関係機関の役割・機能の相互認識」をとおして、ネットワーク構築の目的を意識化すること
 - ⑦ 保健所の機能を発揮するために保健所保健師としての資質を持って仕事が出来ること

VI 考察及び今後に向けて

今回、都道府県型の保健所における各種のネットワーク構築について各県の事例を分析し、ガイドラインを作成した。その結果下記のとおり、保健師の保健活動の視点である「みる」「つなぐ」「動かす」全てが、ネットワークづくりに必要であり、ネットワークの各過程で繰り返し活用している。

そして、ネットワーク構築の各過程は、一つひとつが決して独立したものではなく、支援内容を行き来しながら重層的に展開されている。

～ネットワーク構築のための支援(展開)・技術のガイドライン(概要)～

1. 課題の発見

1-1. 課題をキャッチ

- (1) 事例をとおして地域の課題を把握する
- (2) 預防的視点から課題をアセスメントする
- (3) ネットワーク構築が必要(有用)な課題であることを見断する

みる

1-2. 課題の明確化

- (4) ニーズを把握するために調査を行う
- (5) 保健所の既存資料や情報を統合して課題をアセスメントする
- (6) 関係機関と協働して課題を把握する

みる

2. キーパーソンを発掘し関係づくりの実施

- (1) キーパーソンとなる関係者、関係機関を見出す
- (2) キーパーソン、キーとなる機関との顔の見える関係づくり

みる

つなぐ

3. 課題の共有

- (1) 協働関係の中での共有
- (2) 会議の活用による課題の共有
- (3) 資料化による課題の共有
- (4) 所内チームづくり
- (5) 所外の重要な関係者との共有

みる

つなぐ

4. 関係機関のネットワークづくり

- ##### 4-1. ネットワークの立ち上げの実機づくり
- (1) 連携のねらいに予防を据える
 - (2) 連携のターゲットをみだす
 - (3) 協働関係をつくる

みる

つなぐ

4-2. ネットワークの継続・発展

- (5) 保健所の強みをいかす
- (6) 共有化や合意にむけて場やツールを活用する
- (7) 参加者の自発的な関与を促す
- (8) ネットワークの活動目標と実際の活動の整合性を確認し、目標が達成できるよう働きかける
- (9) 地域全体への発信を行う
- (10) 保健所の役割を継続的に果たす

みる
つなぐ

動かす

5. ネットワークを活用したサービスの質の評価・向上

- (1) サービスの質の評価
- (2) 地域の社会資源やサービスの情報を取りまとめて地域に発信する
- (3) 管内の地域(市町村)の事業やしきみのノウハウを把握し共有する
- (4) 医療との連携を強化する

みる

つなぐ

動かす

6. ネットワークを活用した資源・サービスの創出

- (1) サービスへのアクセスの不公平を是正する
- (2) 調整機関としての役割を担う。

動かす

7. ネットワークを活用したしきみづくり

つなぐ

8. ネットワークの評価

みる

* 1～8から段階的に進むのではなく、ステップごとに評価し、フィードバックしながらネットワーク構築をしている。

サービスやサポートの提供者間で情報の共有や共通認識が持たれ、ケアマネジメントが充分に機能し、対象者にケアが提供されることが大切である。

また、ネットワークは、必要に応じて関係者間の情報提供がなされるため、対象者のニーズはサービスに反映され、ケアの質が維持できる役割を持っている。

このようなネットワークを維持・継続、発展、見直しを図るためにも、事業評価と保健師の資質の確保(人材育成)が重要なポイントであることも明らかになった。

そして、ネットワークを構成する組織と保健所保健師の役割として、地域でのケアマネジメントの質的管理を担うことが重要である。

特に、効果的で継続性のあるネットワークを形成するためには、実際にケアに携わる専門職などによるボトムアップと、地域のキーパーソン、政策策定者や地域の機関長、地元有力者等影響力の大きい人への働きかけが必要であり、二次医療圏で様々な機関と関係を持つ保健所機能と保健所に所属する保健師がこれらのネットワークの構築に携わる意義は重要であることが明らかとなった。

改めて、保健所及び保健師がネットワークの構築、継続、発展に大きく貢献していること、役割の大きさを再認識した。

そして、ネットワーク構築における保健所(保健師)機能を推進していくための要件として、「① 保健所内で検討が十分になされ、必要性及び目的の明確化と共有がされている」、「② 個々の事例を大切に支援することにより地域関係者との関係を広げること」、「③ 継続実施のための予算獲得や計画に盛り込むこと」、「④ 地域で、個別のレベルや関係機関・団体とのつきあいを日常的に行っていること」、「⑤ 保健所の広域性・公平性を持って市町村の課題を明確に提示できること」、「⑥ 顔の見える関係、関係機関の役割・機能の相互認識をとおして、ネットワーク構築の目的を意識化すること」、「⑦ 保健所の機能を発揮するために保健師自身が保健所保健師としての資質を持って仕事が出来ること」が重要である。

保健所及び保健所保健師は、地域の保健・医療(看護)・福祉の関係機関と連携した各種ネットワークにより、地域づくりを推進していくことが大きな役割である。

第3章 資 料

- 1 地域保健総合推進事業検討会経過（平成20年度、21年度）
- 2 地域保健総合推進事業発表会抄録（平成20年度、21年度）
- 3 地域保健活動事業評価ワークシート
- 4 事業分析シート（例：島根県浜田保健所シート、兵庫県加古川保健所シート）
- 5 ガイドライン項目とネットワーク事例（抜粋）一覧
- 6 「ネットワーク構築のためのプロセスと要件」及び「保健所におけるネットワークの発展過程とアセスメント項目」（島根県保健師協議会）





1-1 平成 20 年度 地域保健総合推進事業検討会経過

	開催日	会 場	内 容
第 1 回	平成 20 年 6 月 7 日	新宿文化センター	・研究事業の目的・内容の確認 ・事業企画と今後の進め方について
第 2 回	平成 20 年 7 月 12 日	新宿文化センター	・具体的事業企画の検討 ・調査協力保健所の選定について ・調査項目の検討
第 3 回	平成 20 年 10 月 4 日	日本公衆衛生協会	・各協力保健所での検討状況の確認 ・調査項目(共通項目)の確定 ・実施上の課題等の検討
第 4 回	平成 20 年 12 月 6 日	日本公衆衛生協会	・協力保健所での進捗状況と課題検討 ・先行事例のまとめ方の検討
第 5 回	平成 21 年 1 月 17 日	日本公衆衛生協会	・調査結果の分析、課題整理 ・今年度事業のまとめ、方向性の検討
第 6 回	平成 21 年 3 月 7 日	日本公衆衛生協会	・今年度事業の最終確認 ・報告書案の検討 ・次年度計画について

(研究班の構成として、21年度の構成員の外にアドバイザーとして、村嶋 幸代氏(東京大学大学院 地域看護学分野教授)、秋山 正子氏(白十字訪問看護ステーション所長)が含まれている。)

1-2 平成 21 年度 地域保健総合推進事業検討会経過

	開催日	会 場	内 容
第 1 回	平成 21 年 6 月 6 日	日本公衆衛生協会 3階会議室	・20 年度事業の全体整理 ・21 年度事業企画について
第 2 回	平成 21 年 8 月 29 日	日本公衆衛生協会 3階会議室	・各保協力健所での事業分析シートについて ・ネットワーク化における保健所保健師の役割
第 3 回	平成 21 年 10 月 10 日	日本公衆衛生協会 3階会議室	・ガイドライン(案)について ・地域ネットワークの構築に向けた要件整理
第 4 回	平成 21 年 12 月 5 日	新宿区民文化センター 第3会議室	・ガイドライン(案)について ・調査研究事業の報告書(案)について
第 5 回	平成 22 年 1 月 16 日	日本公衆衛生協会 3階会議室	・ガイドライン(案)の検討 ・発表会抄録について ・報告書について
第 6 回	平成 22 年 2 月 6 日	日本公衆衛生協会 3階会議室	・ガイドライン及び報告書について

保健所機能を活かした地域の保健・医療(看護)・福祉の連携強化

分担事業者 永江尚美(全国保健師長会 島根県浜田保健所 総務保健部長)

事業協力者 飯田芳枝(石川県健康福祉部) 堀幸子(岐阜県健康福祉部) 戸森良江(埼玉県保健医療部)

柳瀬厚子(兵庫県加古川健康福祉事務所) 山科美絵・川又協子(東京都多摩立川保健所)

アドバイザー 村嶋幸代(東京大学大学院地域看護学分野教授) 永田智子(東京大学大学院 講師)

大木幸子(杏林大学保健学部地域看護学教授) 秋山正子(白十字訪問看護ステーション所長)

齋藤茂子・吾郷美奈恵(島根県立大学短期大学部専攻科地域看護学教授)

【要旨】

保健所には、在宅療養者が地域で安心して暮らせるよう市町村と協力した社会資源の整備、地域ケアのネットワーク化、その質を保証する役割が求められている。

今年度は、5自治体の協力保健所において、ネットワークを意識した課題解決方策や効果・効率的な取組みについて連携強化事業を行った。今回は、既に様々なネットワーク化を図っている島根県の連携事例について実施した質的な分析を中心に報告する。

今後、地域ネットワークの体系化に向けた要件をさらに検証・整理し、次年度は具体的なガイドラインを作成し全国での効果的な実践を図る。

A. 目的

今後増加が推測される医療的ケアを必要とする在宅療養者が、地域で安心して暮らせるため、機能的な保健・医療(看護)・福祉の地域ケアネットワークの確立を図る。

今年度は、2年研究の1年目として、協力保健所で情報の整理や地域ケアの従事者が抱える課題等を収集し、ネットワークを意識した課題解決方策や効果的・効率的な取組を検討する。

B. 研究方法及び内容

1. 協力保健所の連携強化事業

スライド3～7のとおり、岐阜県・石川県・兵庫県・東京都・島根県の5協力保健所(都道府県型)で、保健・医療・福祉の課題をそれぞれ選定し、連携状況調査を実施して管内の在宅ケアにおける医療・看護・福祉資源のマップを作成すると共に、ヒアリング等で地域ケアの課題を抽出した。

また、地域で関係機関・事業所等と課題を共有し、取り組むべき課題と方策、優先順位等を検討した。そして、現在の連携状況を明らかにするために、島根県の事例を基に協力保健所で活用できる共通項目を以下の分類で整理し、各地の調査で活用した。

① 保健所のフェイスシートとして、組織体制・事業対象・社会資源状況・関係機関との連携状況・対象分野における関係会議等

② 対象分野における地域支援体制上の問題点・課題、課題解決の方策等

③ 対象分野における主たる関係機関が保健所に求める役割・期待する機能等

④ 対象分野における在宅療養を安心して可能にするための条件

⑤ 対象分野の資源マップ作成に必要な項目

また、連携強化についての保健所機能を活かした支援方法を評価するために、地域活動事業評価ワークシートを開発した。導き出した展開過程を地域課題の把握、援助、教育的働きかけ、ネットワーク化、制度開発、精度管理等の要素に沿って分析する形式とし、協力保健所の連携事例の展開方法を評価した。

2. 先駆的事例の調査・分析(島根県事例)

既にネットワーク化が図られている島根県の先駆的事例を取り上げ、地域ケアシステムづくりの要件(阻害・促進要因)、展開過程の要素を事例分析から導き出した。

① 全保健所に、先駆的にネットワーク化を果たしている業務(難病患者在宅療養支援ネットワーク、緩和ケア支援ネットワーク、精神の治療中断予防システム、周産期医療システム等の10事例)について平成9年度から年度毎に「具体的に連携に向けて実施したこと」「担当業務において課題となったこと」についての記載やシステム図による振り返り調査を実施した。

各事例について、ネットワーク構築のためのプロセスの過程から保健所および保健師の役割について、フレーズを抽出し、KJ法等で質的に分析した。

② 県保健師全員に、地域保健法施行(平成9

年)後からの担当業務の振り返り調査(年度毎に在勤地で関わったネットワーク事業のプロセスや課題等について記載)を実施した。

自由記載を各保健所の事業毎に突合し、先駆的ネットワーク化に向けて保健師が関わったプロセス(異動による引き継ぎを含む)について質的分析・整理した。

C. 結果

1. 4都県の連携推進事業は、各地で現状把握・課題分析を地域関係者と協同して実施中であり、ネットワークの強化を進めている。
2. 島根県の調査結果では、プロセスを整理していく中で、例えば、難病についてはスライド8・9の在宅支援ネットワーク(プロセスマップ)やネットワーク図のように支援者の役割の明確化と広がりにつながっている。

同様なプロセスの整理から周産期(スライド10)においては、個を中心としたネットワークから、中核医療機関を核とした支援体制のシステムが構築された。

また、精神(スライド11)では既存のシステムを見直しさらに強化することで、治療中断予防システムの構築を図っている。

このようなネットワークの構築、広がりの強化における関係機関にケアするなど保健所の役割を図にまとめた(下図「ネットワーク構築のためのプロセスとその要件」を参照)。

また保健所事例調査及び保健師の関わり調査の分析では、保健所が地域でネットワークを効果的・効率的に図るために、以下の4つの事項がネットワーク化の基盤として存在し、この基盤が地域ケアにおけるネットワークの構築に大きく影響していると考えられた。

1. 県の施策として明確な打ち出し
2. 保健所が圏域課題に沿ったネットワーク化を推進
3. 保健師が推進の核として、予防から治療まで一貫した視点で推進
4. 担当者が異動しても次につなぐ業務の推進(現任教育体制)

D. 考察

4都県の連携推進事業について、連携状況を共通項目や地域活動事業評価ワークシートに再整理することにより、多分野に渡る課題に対し、スムーズなネットワーク強化事業を進めることができた。

また島根県の事例からは、ネットワークの構築にあたっては、保健所(保健師)がP D C Aプロセス(図「ネットワーク構築のためのプロセスとその要件」を参照)を踏んでおり、その結果、より良い連携のためのネットワークやネットワーク化の基盤が明らかになった。

今後、この視点を研究全体のまとめにいかしていく。

E. 結論

先駆的事例では、地域で生活する在宅療養者が、安心して暮らしていくための関係機関・団体等からなるネットワークをケアし、地域づくりへの仕掛けを行う保健所(保健師)の役割が重要であることが明らかになった。

また、先行事例を分析し連携事業を推進することにより、ネットワークに関わる事業を効果的に図ることができる。

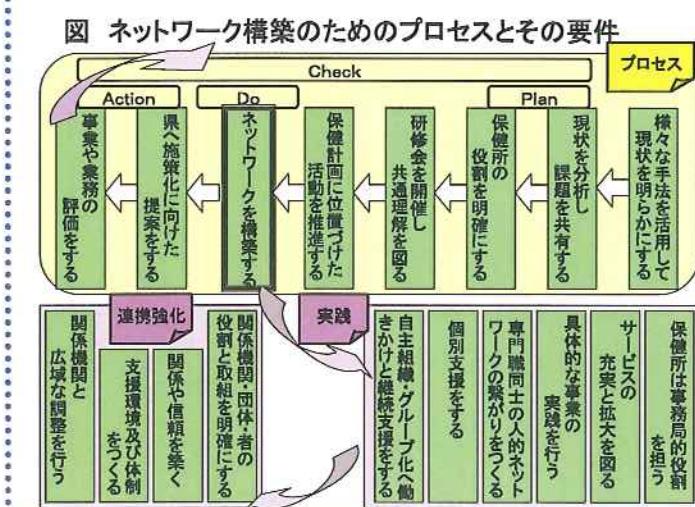
F. 今後の計画

5自治体の協力保健所における調査結果の分析は今年度報告書にまとめる。

また、その分析に基づき、地域ネットワークの体系化に向けた要件(促進要因・阻害要因)、地域活動事業評価ワークシートについてさらに検討し、ガイドラインを作成する。そして、各地の保健所で在宅療養者に関わるネットワークづくりを進めることにより、在宅療養者の良好な地域ケアの推進を目指す。

G. 発表

論文発表・学会発表なし



平成20年度地域保健総合推進事業

「保健所機能を活かした地域の保健・医療(看護)・福祉の連携強化」

《目的》今後増加が推測される医療的ケアを必要とする在宅療養者が、地域で安心して暮らせるため、機能的な地域ケアネットワークの確立を図る。

《研究方法》

1. 協力保健所の連携推進事業

5自治体の協力保健所(都道府県型)で在宅ケア資源マップを作成、ヒアリング等の調査を実施

* 地域ケアの課題を抽出し、地域で関係機関・事業所等と課題を共有し、取り組むべき課題と方策、優先順位等の検討

* 地域活動事業評価ワークシートに沿ったプロセスの検討

2. 先駆的事例の調査・分析 (島根県の調査)

①全保健所の先駆的なネットワーク業務(10事例)について振り返り調査
良好な地域ケアの推進するためにネットワーク構築のプロセスから保健所の役割について質的分析

②県保健師全員の業務振り返り調査

先駆的ネットワーク化に向けて保健師が関わったプロセスを分析

1

連携状況調査の共通項目

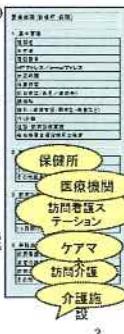
1) 保健所管内の社会資源状況、関係機関との連携状況、対象分野における関係会議等

2) 対象分野における地域支援体制における問題点・課題、課題解決の方策として考えられること等

3) 対象分野における主たる関係機関が、保健所(及び保健師)に求める役割・期待する機能等

4) 対象分野における在宅療養を安心して可能にするための条件整備

5) 対象分野の資源マップ作成に必要な項目



岐阜県:関保健所

糖尿病対策推進のためのネットワークづくりに関する調査研究 (協力:岐阜県立看護大学)

- ・糖尿病対策のネットワーク化の経緯と現状の整理
- ・実態把握としてのヒアリング調査(2市)
基本事項、職員、糖尿病受患者数、糖尿病医療体制、訪問診療、併設施設、関係機関との連携、支援の検討の場、入院患者の在宅療養を可能とする条件整備、地域ケア体制の問題点・課題解決の方策
- ・対象:病院と訪問看護ステーション 計8か所
* 保健所が説明しながら各機関を回り、生の声を聞く
- ・調査することによってネットワークを更にすすめ、住民、サービス提供者、連携の切り口で現状と課題の整理

管内の課題:

- ①住民への健康教育、②医療従事者の認識・スキル
- ③在宅療養支援のための連携強化

3

石川県:石川中央保健所

神経難病患者の在宅療養支援体制の強化に関する調査研究 (協力:石川県立看護大学)

《目的》

平成18年度に在宅難病患者療養支援状況調査を実施し、その結果を踏まえ、難病患者に関する看護・介護関係者に対する研修・事例検討の開催や、介護保険サービス担当者会議への参画などにより、専門知識・技術の普及、関係機関の連携促進等に努めている。

これまでの取り組みを評価し、特に医療依存度の高い神経・筋系難病患者の在宅療養支援体制のより一層の充実に向けた対策を検討する。

《内容》

- 1 難病患者の在宅療養支援に関する実態把握・分析
 - (1) 難病に間わる保健師、介護支援専門員等のグループインタビュー
(医療の状況、看護ニーズと実際の状況、関係機関の連携状況等)
 - (2) 特定疾患医療券交付申請時「おにすね票」の集計・分析
- 2 社会資源マップの作成

4

兵庫県:加古川健康福祉事務所

精神障害者の治療中断予防ネットワークづくりに関する調査研究 (協力:兵庫県立大学看護学部)

- ・経緯: 平成16年市内で発生した事件を契機に警察及び市町との連絡会を開催し、問題解決処遇困難事例の支援方法の検討や危機介入の体制整備を行っている。
- ・課題: 治療中断予防と地域生活支援

《調査研究内容》

- (1) 精神障害者地域生活支援に関する医療(看護)・福祉施設調査(基本情報、治療中断と退院促進、連携、期待等)
ヒアリング調査(8か所): 精神科病院、自立支援医療登録訪問看護ステーション
「かかり看護センター」
郵送調査(32か所): 精神科を基盤とする医療機関(精神科病院除く)、訪問看護ステーション(自立支援医療登録除く)
- (2) 精神障害者地域支援ネットワーク検討会(年2回)
- (3) 社会資源マップ(広域)の作成

5

東京都:多摩立川保健所

訪問看護ステーションとの連携を中心とした看護ネットワークの強化に関する調査研究 (協力:武藏野大学看護学部)

・経緯

昭和62年～ 医療依存度の高い患者の在宅ケアの増加に伴い、地域の看護職の連携の強化の必要性→立川市看護管理者連絡会の設置

平成16年 保健所の再統合に伴い会議体の再構成

→二次保健医療圏(6市管轄) 看護管理者連絡会の設置

・目的

- ①訪問看護ステーションの実態を把握し、保健医療圏の地域ケアに関する資源とする
- ②看護職によるネットワークの強化
- ③保健所ホームページ「訪問看護ステーションのページ」の再開

・調査内容

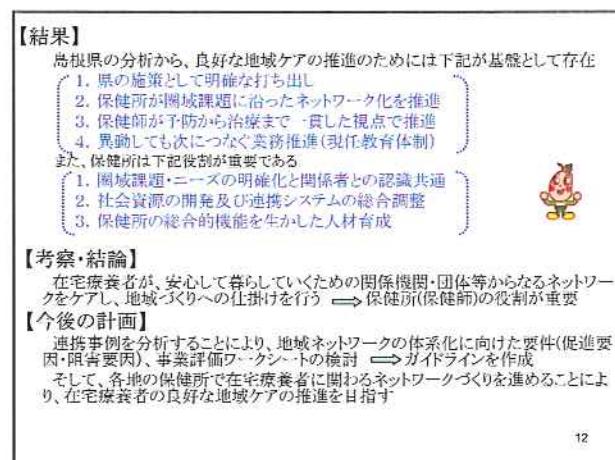
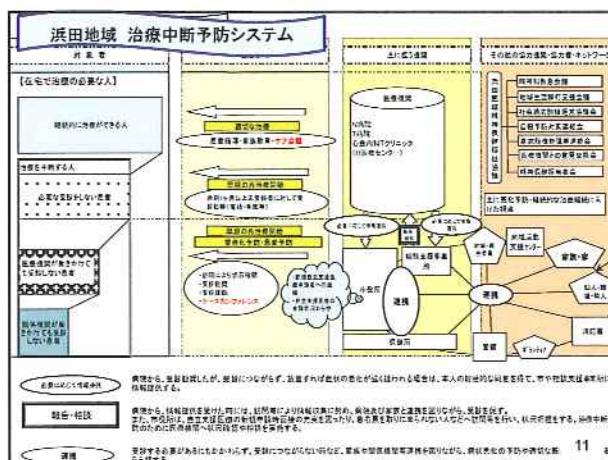
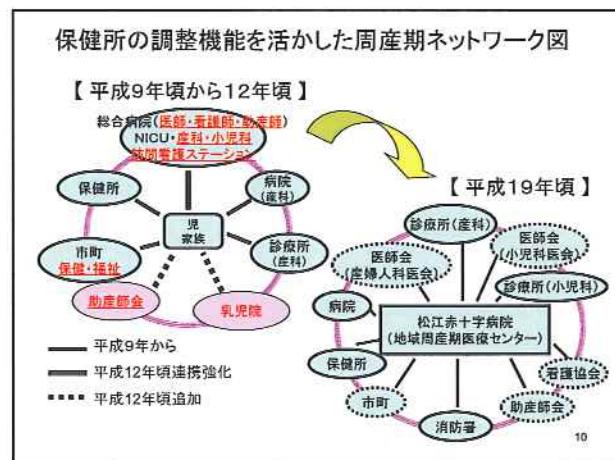
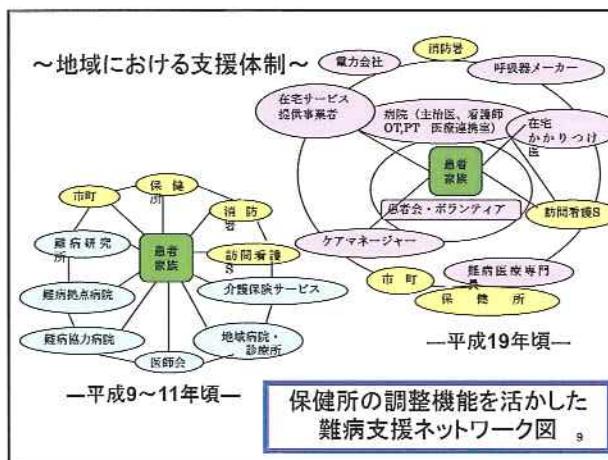
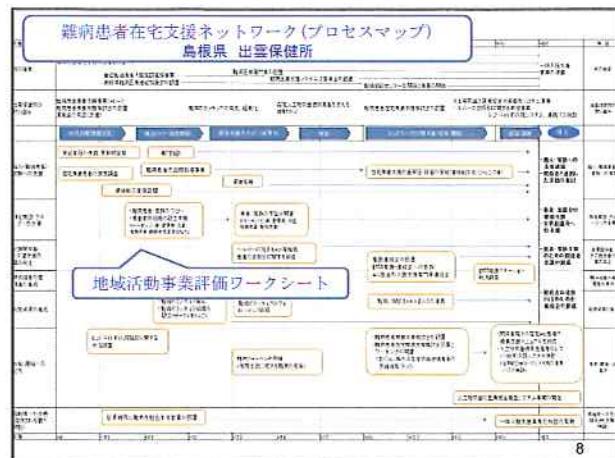
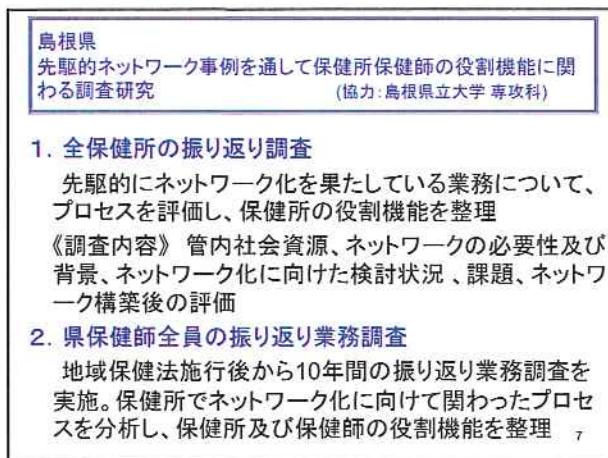
- ①訪問看護ステーション実態調査(29施設対象、基本事項、看護内容、連携、課題等)
- ②施設・ステーション(各4ヶ所)へのヒアリング調査



看護の質のさらなる向上!

—看護管理者連絡会や既存会議への活用—

6



保健所機能を活かした地域の保健・医療(看護)・福祉の連携強化

分担事業者 永江尚美(全国保健師長会 島根県浜田保健所 総務保健部長)
 事業協力者 飯田芳枝(石川県健康福祉部) 堀幸子(岐阜県健康福祉部) 戸森良江(埼玉県保健医療部)
 柳瀬厚子(兵庫県加古川健康福祉事務所) 山科美絵・川又協子(東京都多摩立川保健所)
 相木直美(石川県石川中央保健福祉センター) 本間華子(岐阜県関保健所)
 アドバイザー 永田智子(東京大学大学院 講師) 大木幸子(杏林大学保健学部地域看護学教授)
 斎藤茂子・吾郷美奈恵(島根県立大学短期大学部専攻科地域看護学教授)
 坪内美奈(岐阜県立看護大学看護学部准教授) 牛尾裕子(兵庫県立大学看護学部准教授)
 佐々木順子(石川県立看護大学地域看護学教授) 工藤恵子(武藏野大学看護学部准教授)
 オブザーバー 山名由希子(東京大学大学院修士課程)

【要旨】

保健所には、在宅療養者が地域で安心して暮らせるよう市町村と協力した社会資源の整備、地域ケアのネットワーク化、その質を保証する役割が求められている。今年度は、昨年度5自治体(5協力保健所)で実施した「ネットワークを意識した課題解決方策や効果的・効率的な取り組み調査」の結果を基に、地域特性に応じた取組方策の具体的なガイドラインを検討作成したので報告する。

A. 目的

保健所の役割機能を活かした有機的連携を基に効果的な地域におけるネットワーク化を図るために、ネットワーク構築のための展開過程及び各プロセスで発揮される支援(展開)技術について「ガイドライン」を作成し、全国で実践することにより良好な地域ケアの推進を目的とする。

B. 研究方法及び内容

昨年度5自治体(5協力保健所)で実施した「ネットワークを意識した課題解決方策や効果的・効率的な取り組み調査」を分析。分析にあたっては下記により実施した。

1. 事業分析シートを作成

各ネットワークの構築において各プロセスで工夫した事項、ネットワークづくりにおける技術を整理

2. ネットワーク構築のための促進要因、障害要因を整理

3. 上記を整理分析し、地域におけるネットワーク構築のためのガイドラインを検討

C. 結果

1. 連携強化の展開過程

昨年度開発した地域保健活動事業評価ワークシートでは、連携強化の過程は、以下のプロセスを経て展開されていると考えられた。

- ①課題発見
- ②課題の共有
- ③ケアの提供
- ④社会資源の発掘・キーパーソンの発掘
- ⑤知識の共有・技術の向上
- ⑥関係者のネットワークづくり
- ⑦サービスの質の向上

⑧資源・サービスの創出 ⑨予算化 ⑩しくみづくり ⑪サービスの質の評価 ⑫継続化
 ⑬制度改正

2. 連携強化のための各過程の関連性

連携強化の過程について各自治体の事例を事業分析シートにより質的に分析した結果、以下が導き出された。

各過程は、単純にPLAN-DO-SEEの過程を、一段階ずつステップを踏んで展開されてはいなかった。日常活動の中でネットワークづくりを中心とし、ネットワークづくりと他の過程を行き来しながら持っている技術を活用して重層的に展開されていた。

① 日常活動で、連携関係を築いてきた関係機関の関係者をキーパーソンとして協働体制を図っている(岐阜県・兵庫県・島根県事例)。その中で課題の発見・共有化、社会資源の発掘につなげている。

② 課題の発見・共有化に向けては、共有しやすい可視化した資料により実施している(島根県事例)。

③ ネットワーク化に向けては顔の見える関係づくり、各機関の役割・機能の明確化と相互認識を重視して進めている(全協力保健所事例)。

④ 仕組みづくりとして、既存の会議との関連を構造的に整理(兵庫県)。また、常に一次予防を視野に入れてケアシステムを考えて進めている(岐阜県・島根県事例)。

⑤ サービスの質の向上・創出に向けて利用者

の視点を重視し、協働で進めていくための学習の場を設定し進めている（全協力保健所）。

⑥ 各課程において、常にネットワークの広がりと強化が図られるよう評価を行いながら、また継続されるよう重層的に展開し循環させている（全協力保健所）。

3. ネットワーク構築に必要とされる要因（促進・阻害要因から導き出されたこと）

① 関係機関において、ネットワーク構築のための圏域課題の明確化と共有化が図られていること

② 中・長期的な方針に向けて具体的な目標設定を行い、その目的を果たすためのネットワーク事業が構築されること

③ 保健・医療・福祉に関わる情報（各分野の支援内容・利用方法等）を集約し、迅速で連携したサービス提供が図られること

④ 分野別ネットワーク・職域ネットワークを活用し、日頃から情報交換と連携が図られ、協力体制が築かれていること

⑤ 社会資源の有効活用に向けて、横断的・有機的連携が図られるような事業企画等により協働体制が構築されていること

⑥ 保健・医療・福祉に関わる関係機関（関係者）が各自の役割を認識・共有し、連携が図られる人間関係が構築されていること

⑦ ネットワーク構築における保健所の役割機能、推進方針、課題検討等が所内で確認でき、継続性を持った体制があること

⑧ 保健・医療・福祉の連携したサービス提供を有機的に推進するために、調整機能を有する保健師等マンパワーが充足され、必要な予算が確保されること

D. 考察

ネットワーク構築における保健所（保健師）機能を推進していくための要件として、以下のことが考えられる。

① 保健所内全体での検討が十分になされ、ネットワーク構築の必要性及び目的が明確化され共通認識されていること

② 個々の事例を大切に支援することにより地域関係者との関係を広げていること

③ 行政職員として、継続実施できるよう予算獲得や計画に盛り込まれていること

④ 地域で、個別のレベルや関係機関・団体とのつきあいを日常的に行っていること

⑤ ネットワーク構築のために保健所の広域性・公平性を持って市町村の課題を明確に提示でき

ること

⑥ 「顔の見える関係」「関係機関の役割・機能の相互認識」をとおして、ネットワーク構築の目的を意識化すること

⑦ 保健所の機能を発揮するために保健所保健師としての資質を持って仕事が出来ること

E. 結論

1. ネットワーク構築のプロセス

1) ネットワーク構築の展開で発揮される技術は、いくつかの技術が同時並行的に重層的に展開される。

2) 日常活動を通して、また協働関係の中で課題の発見・共有がなされ、同時にネットワークの立ち上げの契機をつくっている。

3) ネットワークを継続発展させるためには、サービスの質の評価・向上が重要であり、そこから新たな資源・サービスの創出につながっている。

2. ネットワークを構成する組織と保健所（保健師）の役割

1) 保健所（保健師）は、二次医療圏で地域の健康課題に責任を有することから、圏域課題の共有化・医療連携・社会資源の開発等の連携システムの総合調整を担う。

2) 保健所（保健師）は、地域を基盤に様々なニーズを把握し、関係機関との連携調整を図ることにより、様々な事象におけるネットワークの構築を推進する。

3) 上記をとおして、地域でのケアマネジメントの質的管理を行う。

F. 今後の計画

作成したガイドラインを全国発信し、全国での実践により良好な地域ケアの推進につなげる。

G. 発表

論文発表・学会発表なし

参考資料：ガイドラインの内容

I 地域におけるネットワーク構築の意義と保健所保健師の役割

1) 地域におけるネットワーク構築の意義

2) ネットワークを構成する組織と保健所保健師の役割

II ネットワーク構築のための展開過程

1) 連携強化の展開過程

2) 連携強化のための各過程の関連性

III 各プロセスで発揮される支援（技術）

1) 課題の発見 2) 課題の共有

3) 関係機関のネットワークづくり

IV 参考資料

平成21年度地域保健総合推進事業
**「保健所機能を活かした
地域の保健・医療（看護）・福祉の連携強化」**

【目的】
 保健所の役割機能を活かした有機的連携を基に効果的な地域におけるネットワーク化を図るために、ネットワーク構築のための展開過程及び各プロセスで発揮される支援（展開）技術について「ガイドライン」を作成し、全国で活用・実践することにより良好な地域ケアの確立を図る。

1

【研究方法】
 昨年度、5自治体（5協力保健所）で実施した「ネットワークを意識した課題解決方策及び効果的・効率的な取組調査」結果を、下記の方法により更に分析した。

- 事業分析シートを作成し、各ネットワークの構築において各プロセスで工夫した事項、ネットワークづくりにおける技術を整理
- 各保健所での調査内容からネットワーク構築のための促進要因、阻害要因の整理
- 上記を基に、地域におけるネットワーク構築のためのガイドライン作成の検討

2

事業分析シートの内容

	具体的な内容	工夫した点	ネットワークづくりにおける技術
事業内容			
事業項目			
プロセスの段階			
実施の意図			
対象者・機関			
事業対象の選定方法			
企画段階に実施したこと（所内に向けて）	~段階の区分～ ①課題発見 ②課題の共有 ③ケア ④資源発掘 ⑤知識の共有 ⑥関係者のネットワーク ⑦サービスの質の向上 ⑧實質・サービスの創出 ⑨予算化 ⑩しくみづくり ⑪サービスの質の評価 ⑫維持化 ⑬制度改正		
企画段階に実施したこと（地域・関係機関に向けて）			
実施段階に実施したこと（所内に向けて）			
実施段階に実施したこと（地域・関係機関に向けて）			

事業分析シートの記入例
兵庫県事例：精神障害者地域生活支援にかかる医療（看護）・福祉施設調査から

	具体的な内容	工夫した点	技術
企画段階の実施【所内】	1 精神科訪問看護及び訪問看護ステーションによる訪問看護の診療報酬上の違いをふまえた調査内容とした。 2 精神障害者についての訪問看護ステーションとの連携は、ほとんどなく、病院評価機構に基づく自己評価調査票を訪問看護、巡回調整に係る調査項目に活用	1 精神科訪問看護及び訪問看護ステーションによる訪問看護の診療報酬上の違いをふまえた調査内容とした。 2 精神障害者についての訪問看護ステーションとの連携は、ほとんどなく、病院評価機構に基づく自己評価調査票を訪問看護、巡回調整に係る調査項目に活用	1 社会資源の制度上の課題を把握する 2 所内の他の担当者から社会資源の状況を把握する
企画段階の実施【地域に向けて】	1 自立支援医療登録の訪問看護ステーション3か所に実施状況及び問題について電話で情報収集	1 訪問看護ステーションにおける精神障害者支援の実態を調査項目に反映させるため、事前に自立支援医療登録の訪問看護ステーションに電話で実情を聴取した。 2 調査票作成にあたって、第1回検討会の後、精神科病院に出向いて意見を聴取し、実施可能な調査内容とするよう配慮した。	1 キーとなる機関と調査内容について企画の段階で相談をする 2 キーとなる機関に出向いて調査企画を相談する

～各プロセスで発揮される支援（展開）・技術～

1. 課題の発見

1-1課題をキャッチする

- 事例を通して地域の課題を把握する……生活圈を考えて課題のアセスメントを
- 予防的視点から課題をアセスメントする……常に一次予防を視野に
- ネットワーク構築が必要（有用）な課題であることを判断する

1-2課題を明確にする

- ニーズを把握するために調査を行う……ネットワーク化の必要性と調査の理解
- 保健所の既存資料や情報を統合して課題をアセスメントする……社会資源等
- 関係機関と協働して課題を把握する……日常活動の中での連携をとおして

2. キーパーソンを発掘し関係づくりを行う

- キーパーソンとなる関係者、関係機関を見出す
- キーパーソン、キーとなる機関との顔の見える関係づくり

3. 課題の共有

- 協働関係の中での共有
- 会議の活用による課題の共有
- 資料化による課題の共有
- 所内チームづくり
- 所外の重要な関係者との共有

5

～各プロセスで発揮される支援（展開）・技術～

4. 関係機関のネットワークづくり

4-1ネットワークの立ち上げの契機をつくる

- 連携のねらいに予防を据える
- 協働関係をつくる
- 從来の連携を基盤にしてネットワークを発揮させる

4-2ネットワークの維持・発展

- 保健所の強みをいかす
- 共育化や合意に向けて場やツールを活用する
- 参加者の自発的な開きを促す
- ネットワークの活動目標と実際の活動の整合性を確認し、目標が達成できるよう働きかける
- 地域全体への発信を行う
- 保健所の役割を継続的に果たす

5. ネットワークを活用したサービスの質の向上

- サービスの質の向上
- 地域社会資源やサービスの情報を取りまとめ地域に発信する
- 管内地域の事業やしくみのノウハウを把握し、共有する
- 医療との連携を強化する

6. ネットワークを活用した資源・サービスの創出

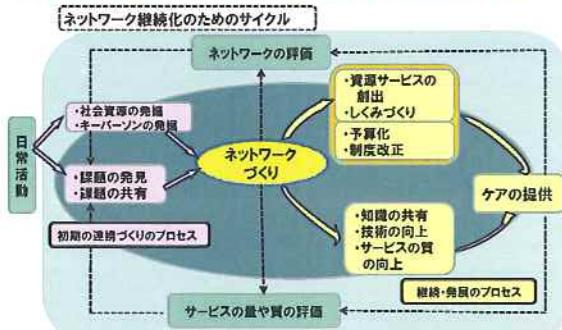
7. ネットワークを活用したしくみづくり

8. ネットワークの評価

6

【結果】

1. 連携強化のための展開過程と各過程の関連性



【結果】

2. ネットワーク構築のため必要とされる要因

- ①ネットワーク構築に向けた課題の明確化と共有化
- ②中・長期的な方針と具体的な目標設定を行い、その目的を果たすためのネットワーク事業が構築されること
- ③保健・医療・福祉に関する情報を集約し、迅速で連携したサービス提供の推進
- ④分野別ネットワーク・地域ネットワークを活用し、日頃から情報交換と連携による協力体制が築かれていること
- ⑤社会資源の有効活用に向け、横断的有機的連携が図られる事業企画等、協働体制が構築されていること
- ⑥関係機関（関係者）が各自の役割を認識・共有し、連携が図られる人間関係が構築されていること
- ⑦ネットワーク構築における保健所の役割機能、推進方針、課題検討等が所内で確認でき、維持性を持った体制があること
- ⑧保健・医療・福祉の連携したサービス提供を有機的に推進するための、調整機能を有する保健師等マンパワーの充足と必要予算の確保

8

【考察】

ネットワーク構築における保健所（保健師）機能を推進していくための要件

- ①保健所全体での十分な検討と、ネットワーク構築の必要性及び目的の明確化により共通認識されている
- ②個々の事例を大切に支援する中で地域関係者と関係の広がりを進めている
- ③行政として継続的な実施に向け予算の獲得や基本計画に記載されている
- ④日常活動において、地域における個別の関係者や関係機関・団体との信頼関係づくりを行っている
- ⑤ネットワーク構築に向けて、保健所の広域性・公平性を持って市町村の課題を明確に提示できている
- ⑥「顔の見える関係」関係機関の役割・機能の相互認識をとおして、ネットワーク構築の目的を意識化している
- ⑦保健所の機能を発揮するために保健所保健師としての資質を持って仕事が出来ている

9

【結論】

1. ネットワーク構築のプロセス

- 1) ネットワーク構築の展開で発揮される技術は、いくつかの技術が同時並行的に重層的に展開される
- 2) ネットワークの構築は、日常活動を通して、また協働関係の中で課題の発見・共有がなされ、同時にネットワークの立ち上げの契機をつくっている
- 3) ネットワークを継続発展させるためには、サービスの質の評価・向上が重要であり、そこから新たな資源・サービスの創出につながっている
- 4) これらネットワークの構築を通して、ケアマネジメントが機能しケアの質が維持できる

10

【結論】

2. ネットワーク構成における保健所（保健師）の役割

- 1) 保健所は、二次医療圏で地域の健康課題に責任を有することから、**地域課題の共有化・医療連携・社会資源の開発等の連携システムの総合調整**を担う
- 2) 保健所は、地域を基盤に様々なニーズを把握し、関係機関との連携調整を図ることにより、**様々な事象におけるネットワークの構築を推進する**
- 3) 保健所の保健師は、効果的で機能性のあるネットワークの形成に向けて、**地域でのケアマネジメントの質的管理**を行う

11

【今後の計画】

作成したガイドラインを全国発信し、全国でネットワークの構築が図られることにより、良好な地域ケアの推進につなげていく。

参考: ガイドラインの内容

- I 地域におけるネットワーク構築の意義と保健所保健師の役割
 - 1) 地域におけるネットワーク構築の意義
 - 2) ネットワークを構成する組織と保健所保健師の役割
- II ネットワーク構築のための展開過程
 - 1) 連携強化の展開過程
 - 2) 連携強化のための各過程の関連性
- III 各プロセスで発揮される支援（技術）
 - 1) 課題の発見
 - 2) 課題の共有
 - 3) 関係機関のネットワークづくり
- IV 参考資料

12

3 地域保健活動事業評価ワークシート

地域保健活動事業評価ワークシート

2008.12.6

	状況把握		援助		教育的働きかけ		ネットワーク化	制度開発				精度管理		
	課題発見	課題の共有	ケア	資源発掘	知識の共有	技術の向上		関係者ネットワーク	サービスの質の向上	資源・サービスの創出	予算化	しくみづくり	サービスの質の評価	継続化
個人・家族														
当事者														
特定集団														
ケア提供者														
関係組織代表者														
地域(施策)														
圏域・全域														

4-1 事業分析シート

事業名			
	具体的な内容	工夫した点	ネットワークづくりにおける技術
事業内容			
事業目標			
プロセスの段階 (*①～⑬の段階、複数可)			
実施の意図			
対象者・機関			
事業対象の選定方法			
企画段階に実施したこと ①【所内に向けて】			
企画段階に実施したこと ②【地域・関係機関に向けて】			
実施段階に実施したこと ①【所内に向けて】			
実施段階に実施したこと ②【地域・関係機関に向けて】			
プロセスの段階:①課題発見・②課題の共有・③ケア・④資源発掘・⑤知識の共有・⑥関係者のネットワーク・⑦サービスの質の向上・⑧資源・サービスの創出・⑨予算化・⑩しくみづくり・⑪サービスの質の評価・⑫継続化・⑬制度改正			

4-2 事業分析シート 記載例(1)

事業名	島根県:自殺予防のための医療提供体制事例(浜田保健所)		
-----	-----------------------------	--	--

	具体的な内容	工夫した点	ネットワークづくりにおける技術
事業内容	圏域内の総合病院には、精神科医師が常勤でなく、繰り返される自殺未遂に對して、救命処置だけでなく、精神科的フォローが必要な事例の場合は、早期に精神科が介入できるようにする		○平成17年に圏域自殺予防対策連絡会議を設置。壮年期に焦点をあてた自殺予防対策を検討する中で二次予防を効果的に行う方法とそれを担う機関を整理できるように情報交換の場を設定
事業目標	1 救急外来における自殺未遂者への予防対策とその推進 2 自殺未遂者への精神科の早期介入		
プロセスの段階	① ② ⑤ ⑥ ⑦ ⑩ ⑪ ⑫		
実施の意図	1 繰り返される自殺未遂の減少 2 救急処置だけではなく、根本的な課題解決に向けた支援 3 関係機関との連携強化を図る		○自殺未遂者の増加に対して、未然に防ぐセーフティネットを整えることの重要性、そのための関係者との連携及び医療提供体制の整備が必要であることを提示
対象者・機関	医師会、精神科病院、救急病院、警察、消防署、保健所	浜田圏域自殺予防対策連絡会議の構成員	○必要な医療が早期かつ適切に提供される環境を整備するために、圏域自殺予防対策連絡会議の中から救急医療対応に係る関係機関を選定し、保健所を含めて構成
事業対象の選定方法	圏域自殺予防対策連絡会議の構成員		
企画段階に実施したこと①【所内に向け】	課内で担当者を中心に実態を踏まえた対策方法を協議し、所内で所長・部長・グループにより事業計画の全体協議を実施	実態の整理と情報分析統計等の情報分析による協議資料の作成	○自傷行為のある事例に關係する救急医療機関と精神科病院との適切な連携の確保について確認
企画段階に実施したこと②【地域・関係機関に向けて】	1 自殺の実態、取り組みの重要性について整理 2 自殺予防の取り組みと推進方策を整理		○自殺予防のための連携と課題について整理 ↓ これを踏まえ、二次予防のための医療提供体制について共通確認できるように整理
実施段階に実施したこと①【所内に向け】	1 連携の仕方について協議 2 自殺予防対策連絡会の開催及び内容について検討	実態の整理と情報分析統計等の協議資料の作成	○救急医療を行う医師と精神科医師との適切な連携の確保に向けて、連携のフロー図案を検討
実施段階に実施したこと②【地域・関係機関に向けて】	1 消防署、警察、医療機関と協議 2 自殺予防対策連絡会の開催・各機関等の取り組みの役割を明確化		○救急医療を行う医師と精神科医師との適切な連携の確保に向けて、連携のフロー図案を提示 ○三次予防体制の検討に向けて自殺未遂者のフォローアップ体制の必要性を整理し検討の必要性を提議 ○18年3月全体連絡会で承認、19年4月稼働

①課題発見・②課題の共有・③ケア・④資源発掘・⑤知識の共有・⑥関係者のネットワーク・⑦サービスの質の向上・⑧資源・サービスの創出・⑨予算化・⑩しくみづくり・⑪サービスの質の評価・⑫継続化・⑬制度改正

事業名	兵庫県加古川健康福祉事務所 精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会の開催	
	具体的な内容	工夫した点
事業内容	1 精神障害者の地域生活支援(治療中断事例への支援等)にかかる実態及び課題の検討 2 治療中断予防のためのネットワーク作りの検討	
事業目標	1 管内の精神科の医療(看護)及び福祉施設における精神障害者の地域生活の支援状況、課題等を把握し、地域生活支援にかかる課題を明らかにする。 2 精神障害者の治療中断予防や地域生活支援のネットワークづくり等支援体制の充実に役立てる。	
プロセスの段階	① ② ④ ⑥ ⑦ ⑩	
実施の意図	緊急対応事例の多くが治療中断、治療不徹底事例で、退院後の地域生活支援の充実が必要である。また、長期入院患者の地域生活移行支援が課題となっている。このため、関係機関の対応困難事例の実態や地域生活支援の課題を共有するとともに、各機関の役割の相互理解をすすめ、精神障害者の地域生活支援にかかる連携体制の充実を図る。	
対象者・機関(検討会構成員)	保健所顧問医、管内精神科病院2か所(看護師、精神保健福祉士)、訪問看護ステーション、市町障害福祉担当課、県立精神保健福祉センター、県立大学看護学部、健康福祉事務所	(選定の理由) ・保健所顧問医: 対応困難事例について日頃から健康福祉事務所の役割をふまえた助言を得ており、緊急対応時には精神科病院院长としても連携を積極的にとってくれる医師である。また、管内医師会でも精神科医療機関のリーダーであり、本事業のキーパーソンである。 ・管内精神科病院: 管内精神科病院は治療中断事例など入院の受入や訪問看護を担っている。また長期入院患者の地域生活支援移行支援事業の協力など連携が不可欠である。 ・訪問看護ステーション: 自立支援医療登録の訪問看護ステーションが少なく、精神障害者の地域生活支援のためには確保を図る必要があることから、訪問看護ステーションにおける精神障害者支援の実態把握と連携方策の検討が必要である。
事業対象(検討会構成員)の選定方法	1 所内でメンバー案の検討 2 保健所顧問医に相談 3 市町障害福祉担当職員に相談 4 精神科病院職員については院長を通じて出席者を推薦依頼 5 県内の医療の状況を把握している立場から精神保健福祉センター職員(医師及び精神保健福祉士)を依頼 6 訪問看護ステーションは、自立支援医療の申請が多く経験が豊富な事業所を選択	1 保健所顧問医は、管内精神科医療機関とのネットワークづくりのキーパーソンであり、所長の信頼も厚いことから企画段階から相談することとした。 2 精神科病院の職員については、病院によって訪問看護、退院調整の職種、所属が異なるため、医療機関に出向いて状況を把握し、院長から推薦を受けた。 3 県内の精神科医療の情報を有している精神保健福祉センターの助言を得ながらすすめることとした。 4 訪問看護ステーション:、自立支援医療の申請が多く経験が豊富で、日頃から健康福祉事務所と連携がとれており、率直な意見が聞きやすい事業所を選定した。
企画段階に実施したこと①【所内に向けて】	1 課内で緊急対応事例の問題行動、治療状況、医療機関、対応結果の分析 2 精神障害者地域支援にかかる各関係機関の役割及び精神障害者関連の会議の現状を整理 3 事業目的、計画、構成員等について所長と協議し、決定	1 当所で平成17~19年度まで取り組んできた「こころの問題連携事業」の評価をまとめたところであり、その成果を周知するとともに課題解決に向け発展させることとした。 2 既存の精神科医療機関やこころのケアネットワーク会議での報告や協力依頼ができるよう会議開催時期を組み込んで計画した。
企画段階に実施したこと②【地域・関係機関に向けて】	1 市町関係課に課題について情報収集 2 自立支援医療登録の訪問看護ステーション3か所に実施状況及び問題について電話で情報収集	1 市町障害福祉課については、日頃から管内の会議や事業での連携を通じて、事業の協力をお願いした。 2 精神障害者については訪問看護ステーションと連携が少ないため、現状や課題について電話で把握した。
実施段階に実施したこと①【所内に向けて】	1 こころの問題連携事業の評価、緊急対応事例の概要、市町における地域生活支援の状況等についての資料作成 2 治療中断予防にかかる各機関の役割の明確化	1 これまで実施してきたこころの問題連携事業や健康福祉事務所が対応してきた緊急対応事例から治療中断予防の取組の必要性について関係者に理解が得られるよう資料の作成に努めた。 2 治療中断予防にかかる関係機関の役割を図示し、課内職員で検討することにより、解決すべき課題や役割について協議した。
実施段階に実施したこと②【地域・関係機関に向けて】	1 顧問医に事前に会議の内容について説明 2 検討会において、各機関の精神障害者地域生活支援にかかる現状と課題について共有するとともに、治療中断予防の取組の必要性について理解を得られるよう説明 3 第2回検討会後に精神保健福祉センター、県立大学の構成員による打合せの実施 4 既存の精神科医療機関連絡会議及びこころのケアネットワーク会議において、検討会及び調査結果の報告	1 顧問医に事前に説明し、了解を得た。検討会後も今後の進め方について助言を得た。 2 市町の自立支援法に基づく相談事業や自立支援給付の状況を検討会で報告し、社会資源の活用の促進について周知を図った。 3 検討会において危機介入～治療中断予防～退院促進等各期における各機関の役割を図示し、精神障害者の地域生活全般についても関係者に理解が得られるよう説明した。 4 第2回検討会後の関係者の打合せにより、調査結果や会議の開催状況を評価し、今後の健康福祉事務所の取組についての検討を行った。 5 検討会や調査結果を精神科医療機関連絡会議及びこころのケアネットワーク会議で報告することにより、治療中断予防や退院促進事業、市町事業の活用促進に努めた。その結果、円滑に連携できる診療所が増え、管内精神科病院で退院促進支援事業の協力が得られるなど連携が深まった。

①課題発見・②課題の共有・③ケア・④資源発掘・⑤知識の共有・⑥関係者のネットワーク・⑦サービスの質の向上・⑧資源・サービスの創出・⑨予算化・⑩しくみづくり・⑪サービスの質の評価・⑫継続化・⑬制度改正

5 ガイドライン項目とネットワーク事例(抜粋)一覧

ガイドラインの支援(展開)技術	事例	主な技術
1. 課題の発見		
1-1. 課題をキャッチする		
(1) 事例をとおして地域の課題を把握する		
① 事例の支援で浮上した課題と地域のしくみやサービスとの関係を考える ② 事例の個別の生活背景とあわせて社会資源や地域のしくみを総合的にアセスメントする ③ 住民の生活圏を考え地域の課題をアセスメントする ④ 事例に関わっている関係者の困りごとから既存のしくみや制度のはざまを確認する	兵庫県加古川保健福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会 検討会発足前に、事業開始前に、保健師全体で、治療中断予防のための連携に関する課題を、事例分析から検討し、ネットワーク検討会の必要性を確認した。その上で、担当者が事業計画を検討した。 岐阜県関保健所：糖尿病療養者に関する実態把握としてのヒアリング調査 聞きとる際には、患者個人に関する情報のみならず家族背景、地域の社会資源等に関する情報も含めながら患者の生活がイメージが持てるよう聞き取りを行った。 東京都多摩立川保健所：地域看護における看護職の連携についてのインタビュー調査 病院、訪問看護ステーションの看護職対象のインタビューにおいて、実際に関わっている事例をもとに、連携の課題について聞き取りをした。	① ② ③ ④
(2) 預防的視点から課題をアセスメントする		
① 常に1次予防を視野に入れたケアシステムを考えて課題を見出す	島根県浜田保健所：糖尿病対策関係機関連携体制事例 地域の健康指標改善に向けて、壮年期の健康づくりを推進するためには、症状の悪化と共に多くの合併症を引き起こす糖尿病について、発症予防から適正管理までを含めた連携システムが必要であることを判断した。	①
	島根県益田保健所：自殺予防対策に關わるネットワーク事例 自殺予防対策連絡会で一次予防の重要性を確認、「地域における自殺予防推進方法」をまとめて「地域自殺予防のためのうつ病対策行動指針」を作成した。	①
(3) ネットワーク構築が必要(有用)な課題であることを判断する		
① 広域的な課題について、ネットワーク構築の必要性を判断する ② ネットワーク構築が必要と考える課題に普段から関係があり、詳しい人と協働して進める ③ 予算の確保ができそうか、配分をどうするか考えておく	島根県隠岐保健所：精神保健福祉医療ネットワーク 離島及び精神科医師の確保が困難であるという地理的・社会的情景の中で、精神疾患患者の治療継続・悪化防止・救急対応に向けて関係機関(者)が協力しあって目的や役割に関する共通認識を持ちながらネットワークを構築することが必要であることを判断した。 島根県出雲保健所：精神障害者の在宅支援ネットワークの構築 予算の確保と配分等、予算担当課と事業実施課がナリあわせの機会をもった。 東京都多摩立川保健所：看護ネットワークの強化のための会議等の活用 地域の医療機関の看護管理者(看護部長等)をメンバーとする会議を保健所で開催し、調査の内容、調査結果から得られた課題について検討した。	① ② ③ ④
1-2. 課題を明確にする		
(4) ニーズを把握するために調査を行う		
① 同じ調査が重ならないようにするなど、関係機関の負担軽減に配慮する ② ネットワーク化の必要性を強調し、調査実施への理解を得る ③ 部門を跨ぐ調査を行う場合は、多方面に協力を依頼する ④ 既存のネットワークを基盤に調査を実施している場合は、ネットワークの会議で結果を報告し、今後につなげる	岐阜県関保健所：糖尿病療養者に関する実態把握としてのヒアリング調査 調査機関担当者と対面式にて聞き取り調査を実施し、管内の病院、訪問看護ステーションを対象とすることで、それらの機関における糖尿病ケアの実態を顧の見える関係の中で把握することを意図した。また、糖尿病予備群対策に取り組む中で生じた疑問等について把握する。 兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援にかかる医療(看護)・福祉施設調査 訪問看護ステーション連絡協議会の場で健康福祉事務所の業務と併せて調査の趣旨説明を行い、調査票を配付し依頼した。 東京都多摩立川保健所：訪問看護ステーション実態調査 所課長への説明には、地域の地域医療推進プランの在宅ケアのデータ把握と基盤である看護のネットワーク強化の必要性を強調した。また、ステーション調査に関しては地域の課題である駆除中医療連携や地域振興等下りハ連携を視野に具体的な基礎調査にも活用できるものとした。同じ対象には年度内に調査がかぶらない様にした。結果は既存の関連会議で報	② ② ③ ④
(5) 保健所の既存資料や情報を統合して課題をアセスメントする		
① 組織内の他部署の情報も併せて社会資源のアセスメントを行う ② 社会資源の信頼をアセスメントする ③ 既存資料を活用して社会資源の状況把握を行う ④ 日常活動における問題や課題を明確にする	兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援にかかる医療(看護)・福祉施設調査 精神障害者についての訪問看護ステーションとの連携はほとんどなく、実情を把握していないため、難病・母子チームの保健師から日頃の訪問看護ステーションとの連携状況を把握し自立支援医療が利用可能な訪問看護ステーションが少なく、精神障害者の地域生活支援のためにそれはそのステーション確保を図る必要があることから、すべての訪問看護ステーションを対象に調査とした。 精神科病院については、調査前に施設に関する情報(病床数、職員数、院内会議設置状況、在院患者の状況、在院期間、デイケア・訪問看護実施状況)を関係課から収集して、実施者間で施設の特徴を把握した。 石川県石川中央保健所：特定疾患医療券交付申請時において患者・家族に記載を依頼している「おたずね票」により得られた情報の集計・分析 これまで個別相談のみに利用されていた個別情報を集計・分析することで、特定集団としてのニーズを顕在化し、当事者の声を分析することで、ケアを受ける側からみた支援体制の評価を行った。	① ② ③ ④
(6) 関係機関と協働して課題を把握する		
① 日常の活動の中での連携を新たな課題発見の糸口とする ② 顔を合わせた関係づくりの中で課題を聞き取る ③ 連携が取れていない機関に出向いて関係づくりしながら課題の把握をする ④ 会議を活用して関係機関の見えている地域の課題を共有する ⑤ 実務者と並行して組織の長への働きかけを行う ⑥ キーパーソンと企画の段階から相談をし、協働関係をつく	岐阜県関保健所：糖尿病療養者に関する実態把握としてのヒアリング調査 地域の医師、保健センター、医療関係者に療養者への関わりの状況を把握し、所内で共有し 兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援にかかる医療(看護)・福祉施設調査 精神科診療所とは日頃の連携が少ないが、退院後の通院先として診療所への通院が多いことから、調査を通して連携方策を検討する機会とした。 兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会の開催 市町の自立支援法に基づく相談事業や自立支援給付の状況を検討会で報告し、社会資源の活用の促進に関する周知を図った。 東京都東京都多摩立川保健所：訪問看護ステーション実態調査 看護管理者連絡会幹事と訪問看護ステーションの幹事会代表に対して調査協力を依頼し、調査によって得たい情報について率直に意見を聞いた。 東京都東京都多摩立川保健所：訪問看護ステーションインタビュー調査 日常の地区活動による関係をベースとして実施した。インタビューは、課題追求からではなく、うまく行っていることを確認することから始めるようにした。	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ②

ガイドラインの支援(展開)技術	事例	主な技術
2. キーパーソンを発掘し関係づくりを行う		
(1) キーパーソンとなる関係者、関係機関を見出す	<p>① 日常の活動で連携関係を築いてきた関係者をキーパーソンとして協働する ② 課題を抱える住民と出会っている人をキーパーソンとして見出す。 ③ 既存の地域のネットワークの要になっている人をキーパーソンとして見出す。 ④ 構築しようと描いているケアシステムの中核機関をキーとなる機関として見出す ⑤ 関係機関の代表者に趣旨を説明し、代表者からその機関の窓口となる人の推薦をうける</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会 検討会メンバーを以下の理由で選定した。・保健所顧問医：管内の精神科クリニックの院長であり、精神障害者の治療中断予防のために保健所等と積極的に連携をとてくれる医師であるため、本事業のキーパーソンであると考えた。・A精神科病院：管内の入院治療の多くをひきうけている病院であるため。・B訪問看護ステーション：精神障害者の訪問看護を、過去に数例経験している。今後の生活支援において訪問看護の役割が重要と考えられる。</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会 訪問看護ステーションの代表として、自立支援医療の申請が多く経験が豊富で、日頃から健康福祉事務所と連携がとれており、率直な意見が聞きやすい管理者を検討会メンバーとして</p> <p>岐阜県関保健所：糖尿病療養患者に関する実態把握としてのヒアリング調査 管内の3医療機関と、訪問看護ステーション4機関を対象とした。さらに、隣接市の1病院は、管内患者の受診もあり、糖尿病認定看護師が勤務しているため調査対象に加えた。</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会の開催 精神科病院の職員については、病院によって訪問看護、退院調整の職種、所属が異なるため、医療機関に出向いて状況を把握し、院長から推薦を受けた。</p>	① ② ③ ① ③ ⑤
(2) キーパーソン、キーとなる機関との顔のみえる関係づくり	<p>① 出向き顔をあわせて意図を伝える ② 調査を活用して直接顔を合わせて連携の機会とする ③ 出向き直接課題を聞き取る</p> <p>岐阜県関保健所：糖尿病療養患者に関する実態把握としてのヒアリング調査 初めて関わる機関、今後の関わっていきたい機関と考え、対面式とした。また、実態の把握のみならず、顔見知りになることで、講師など他業務に繋がる事も考えた。</p> <p>東京都多摩立川保健所：地域看護における看護職の連携についてのインタビュー調査 アンケート調査実施後に、実際に出向きインタビュー調査という形で課題の聞き取りを行った。</p>	① ② ③ ② ③ ③
3. 課題の共有		
(1) 協働関係の中での共有	<p>① 日常活動の連携関係からキーとなる機関を見出し、企画段階から相談する ② キーパーソンと企画の段階から相談をする ③ キーとなる機関に出向いて企画の段階から相談する ④ 出向いていき顔の見える関係づくりをとおして、関係者の困っていることや本音をつかむ ⑤ 実務者への働きかけと並行して組織の長への働きかけを行なう</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援にかかる医療(看護)・福祉施設調査 1. 訪問看護ステーションにおける精神障害者支援の実態を調査項目に反映させるため、事前に自立支援医療登録の訪問看護ステーションに電話で実情を聴取した。 2. 調査票作成にあたって、第1回検討会の後、精神科病院に出向いて意見を聴取し、実施可能な調査内容とするよう配慮した。</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会 保健所顧問医は、精神障害者の社会復帰や治療中断予防に積極的に取り組んでおり、管内の社会資源の状況についての情報を多く得ていることから、企画段階から相談して進めることとした。検討会メンバーについても所内でメンバー案を検討後、保健所顧問医にも相談をし、非公式にメンバーの推薦をうけた。 保健所顧問医は、日頃から対応困難事例についての助言や緊急対応時には精神科病院院長としても連携を積極的にとってくれる医師である。また、管内医師会でも精神科医療機関のリーダーであり、本事業のキーパーソンであるため、顧問医に企画段階から相談をした。</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援にかかる医療(看護)・福祉施設調査 健康福祉事務所の調査にあたる職員については、精神科病院は聞き取りの対象が看護部長等のため実地指導等で顔を合わせる機会のある課長が担当し、訪問看護ステーションは地区担当の保健師が行うこととし、地域との連携が深まるよう配慮した。</p> <p>島根県松江保健所：周産期医療体制推進ネットワーク事例 松江圏域の周産期医療の中心的役割機関である地域周産期医療センターと周産期医療連絡協議会の目的・推進体制・方向性・内容等に関する協議を再三実施した。</p> <p>東京都多摩立川保健所：訪問看護ステーション実態調査 対面で事業説明を行った。また訪問看護ステーションの幹事を訪問し、訪問看護ステーションが知りたいこと、回答しやすい内容、他の情報提供の状況等調査に関する率直な意見を取り入れた。</p>	② ③ ② ③ ⑤ ② ③ ⑤ ② ③ ④ ⑤
(2) 会議の活用による課題の共有	<p>① 既存会議を活用あるいは発展させて課題を共有する ② 事例分析により課題を抽出して、チーム内で課題を共有する</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会 既存の精神科医療機関やこころのケアネットワーク会議での報告や協力依頼ができるように会議開催時刻を考慮して計画した。</p> <p>東京都多摩立川保健所：地域看護における看護職の連携についてのインタビュー調査 調査結果を既存の会議(看護管理者連絡会)に提示し、課題を共有した。</p>	① ① ①
(3) 資料化による課題の共有	<p>① 課題が分かりやすいように資料化する ② ネットワーク構築の目的や方法・体制の理想図を描く ③ 支援フロー図や役割の表などを用いて可視化する</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会の開催 これまで実施してきたこころの問題連携事業や緊急対応事例から治療中断予防の取組の必要性について関係者に理解が得られるよう資料の作成を行った。</p> <p>島根県浜田保健所：自殺予防のための医療提供体制事例 救急医療を行う医師と精神科医師との適切な連携の確保に向けて、連携のフロー図案を検討・提示した。</p> <p>島根県出雲保健所：医療依存度の高い在宅療養児生活支援ネットワーク事例 関係者が各々の役割を担いながら、具体的に支援していく「支援フロー図」及び「在宅療養支援ファイル」案の検討を行った。</p>	① ③ ③ ③
(4) 所内チームづくり	<p>① 図を示して、所内で計画を共有しチームをつくる ② 所内で経過から共有し取り組みの組織をつくる ③ このテーマに取り組む必要性を所内で充分に説明し、業務量や予算配分について理解を得る</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会の開催 治療中断予防にかかる関係機関の役割を図示し、課内職員で検討することにより、解決すべき課題や役割について協議した。</p> <p>東京都多摩立川保健所：訪問看護ステーション実態調査 所課長への説明には、圏域の地域医療推進プランの在宅ケアのデータ把握と基盤である看護のネットワーク強化の必要性を強調した。また、ステーション調査に関しては圏域の課題である脳卒中医療連携や地域栄養食下りハ連携を視野に入れ、他の基礎調査にも活用できるものとした。説明には所内幹部会を活用した。</p>	① ② ③
(5) 所外の重要な関係者との共有	<p>① 既存の会議の場で課題を共有し、新たなネットワークの必要性について理解を得る ② ネットワークの前段階であるワーキンググループを立ちあげる ③ ワーキンググループメンバーには、実際にその課題に普段関わる経験がある人を選定する</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会の開催 当所で平成17～19年度まで取り組んできた「こころの問題連携事業」の成果を周知する機会とともに課題解決に向け発展させることとした。</p> <p>島根県出雲保健所：難病患者在宅療養支援ネットワーク事例 難病患者療養支援検討会(圏域難病医療連絡協議会)の設置においては、地域での支援体制に関わる機関・団体・組織を構成機関として、具体的な支援方策についてはワーキング部会で検討した。</p>	① ② ③

ガイドラインの支援(展開)技術	事例	主な技術
4. 連携のねらいに予防を据える		
4-1. ネットワークの立ち上げの契機をつくる		
(1) 連携のねらいに予防を据える		
① 一次予防を視野にいれたネットワークをつくる	岐阜県関保健所：糖尿病療養者に関する実態把握としてのヒアリング調査 すでに管内で糖尿病予備群対策を進めていたため、糖尿病療養者の実態を把握し、その実態が予防活動に生かせないかと考え、対象を病院と、療養者の生活実態等が把握しやすい訪問看護ステーションに絞った。	①
(2) 連携のターゲットをみいだす		
① ケアシステムのキーパーソン、中核となる機関を見出す ② 地域のネットワークを評価し連携が必要なところを抽出する ③ 連携状況を評価し連携が必要なところを調査対象とする ④ 連携の乏しいところに向き問題を聞き取る ⑤ 課題を広く捉え、関連する機関を幅広く選定する ⑥ 確認作業として、地域の社会資源に詳しい専門家や同僚に相談する	島根県県央保健所：思春期ニコロの健康づくり 思春期＝学校ではなく、乳幼児期から青年期まで広く関わる機関を選定 島根県雲南保健所：総合的な自殺予防対策推進に向けたネットワーク 心の健康問題に関する機関及び団体を中心とした施策検討には限界があること、多分野にわたる問題や社会資源の整理及び役割確認の必要性を検討し、総合的なネットワークが組めるように対象機関を選定（医師会や病院のほか、商工会、警察署、消防、行政の多重債務担当課なども含めた）	⑤ ⑤
(3) 協働関係をつくる		
① キーパーソンと企画の段階から相談する ② 関係機関と今後の計画を検討しながら進める ③ 関係機関と協働事業することで連携関係をつくる ④ 構成メンバーに、課題の重要性・ネットワーク構築の必要性と重要性、メンバーの役割・活動の目標について説明し、皆が同じイメージを持つようにした上で、ネットワーク構築に関して同意を得る。特に、ネットワークのキーパーソンになるような人には、集まりの当日でなく事前に説明を行い、了解を得る	島根県松江保健所：周産期医療体制推進ネットワーク事例 事務局である「地域周産期母子医療センター」（産科部長）が構成機関の院長に事前相談・了解を得るよう働きかけを実施した。 東京都多摩立川保健所：訪問看護ステーション実態調査 看護管理者連絡会幹事の意向も踏まえた調査をめざした。訪問看護ステーションの幹事を訪問し、訪問看護ステーションが知りたいこと、回答しやすい内容、他の情報提供の状況等調査に関する率直な意見を取り入れた。	④ ① ④
(4) 従来の連携を基盤にしてネットワークを発展させる		
① 日常活動の中の連携を基盤に発展させる ② キーパーソンとの連携を次の事業につなげる	島根県出雲保健所：精神障害者の在宅支援ネットワークの構築 管内の精神保健福祉に係わる様々な既存ネットワークと連動させ、地域における精神保健医療サービスの向上（医・職・住）に向けた地域支援ネットワークを構築した。	①
4-2. ネットワークの継続・発展		
(5) 保健所の強みをいかす		
① 市町村での調整が難しい場合に広域行政の立場で調整する ② 医療との連携を担う ③ 市町村の主体を尊重する	岐阜県関保健所：糖尿病対策における支援体制づくり（糖尿病対策地域ネットワーク事業の実施） 地域医師会の協力が不可欠であるが、1市ののみでの働きかけは難しく、保健所が介入する事で広域的に公平性をもって進めることができた。 管内の各市は規模も、糖尿病予備軍の支援体制の現状も異なるので、各市の状況にあわせた支援の方向性を考えた。 石川中央保健所：パーキンソン病患者・家族のつどい 市町の現状を踏まえ、今後、市町が主体となり企画・運営ができる体制づくりの視点で検討。 <市町の現状把握>・難病対策の位置づけ・市町保健師の思い	① ② ③ ① ② ③
(6) 共有化や合意にむけて場やツールを活用する		
① 会議を活用して課題を共有する ② 会議の場でまとめ役を担う ③ 会議で各機関の役割を具体的に検討し、決定する ④ 活動の基盤となる情報を収集し、課題や計画の検討のための材料として資料化して提示する ⑤ 連携用ファイルや社会資源マップなどのツール作成や、作成したツールの情報更新を、ネットワークでの活動の1つに位置づける	兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会 検討会において危機介入～治療中断予防～退院促進等各期における各機関の役割を図示し、精神障害者の地域生活全般についても関係者に理解が得られるよう説明した。 岐阜県関保健所：糖尿病対策における支援体制づくり（糖尿病対策地域ネットワーク事業の実施） 岐阜県糖尿病対策推進協議会で保健所の取り組みを報告した。 島根県松江保健所：周産期医療体制推進ネットワーク事例 構成機関等の取組が1冊で把握できる情報ファイルである「母子保健指導者用ファイル」を作成し、ファイル管理の責任者を決め、年1回「看護連絡会」の場で新情報の紹介や加除を行っている。 東京都多摩立川保健所：訪問看護ステーション実態調査 調査の結果を保健所ホームページに訪問看護ステーションの情報として掲載し、共有した。	① ② ③ ① ④ ⑤ ④ ⑤ ④ ⑤
(7) 参加者の自発的な関与を促す		
① メンバーの主体的な活動を促進するため、連絡調整の役割を担う ② 各メンバーが各自の課題として認識できるように重層的にワーキングを開催する ③ 保健所に任せきりにならないよう、役割分担をするなど工夫する	島根県浜田保健所：糖尿病対策関係機関連携体制事例 医科・歯科連携の紹介状や管理マニュアルの改正等は、病院・医師会が主体となり動くよう、連絡調整の役割を保健所が果たしている。 島根県出雲保健所：精神障害者の在宅支援ネットワークの構築 関係機関が各自の課題として認識できるように、重層的にワーキングを開催。すべての項目について、案の段階から事務局と共に検討し、関係機関へフィードバックを行った。 島根県県央保健所：思春期ニコロの健康づくり 関係機関の参加による思春期保健連絡会の開催や保護者交流会の自主グループ化を図り、その活動の運営母体として企画会を設置した。企画会は、「保健所の仕事」としないために立ち上げたものである。	① ③ ② ③ ② ③
(8) ネットワークの活動目標と実際の活動の整合性を確認し、目標が達成できるよう働きかける		
① 各メンバーが同じ目標を持って活動できているか確認し、情報の共有化を適宜おこなう意識する ② 個別事例を大事にしてニーズを正しく把握し、方向性がずれないようにする	島根県県央保健所：思春期ニコロの健康づくり 個別事例を大事にして、学校等の現場ニーズを正しく把握して事業を推進した。	②
(9) 地域全体への発信を行う		
① 活動結果を幅広く周囲に提案していくような啓発活動のシステム作り（広報チームのたちあげなど）を意識し、全県に発信する ② 地域づくりの視点から他分野との交流についても考える	島根県出雲保健所：難病患者在宅療養支援ネットワーク事例 検討結果については、県の施策構築に向けて情報を発信した。 島根県出雲保健所：精神障害者の在宅支援ネットワークの構築 結果を広く周知できるように、関係職種が心の健康づくり取り組み隊」や精神科救急支援チーム」として登録し、事例検討・啓発活動へ参加できるようなシステムを作成した。	① ② ① ②

ガイドラインの支援(展開)技術	事例	主な技術
(10)保健所の役割を継続的に果たす	<p>① 保健所の担当者は、ネットワーク形成の経緯や目的が担当者の変更にかかわらず組織内で共有されていくよう引継ぎをしていく ② ネットワークの在り方に変化が生じた場合も、それまでの経緯を踏まえて理解する</p> <p>島根県浜田保健所：糖尿病対策関係機関連携体制事例 糖尿病管理マニュアルは毎年、活用状況の確認とマニュアルの見直しを継続実施している。医科・歯科連携の紹介状や管理マニュアルの改正等は病院・医師会が主体となって動くように、連絡調整の役割を保健所が果たしている。</p> <p>東京都多摩立川保健所：看護ネットワークの強化のための会議等の活用 疾患別のネットワーク以外に、看護ネットワーク（訪問看護ステーションを含めた看護管理者連絡会幹事会・全体会）、病院の看護部長による管理者連絡会が20年間継続している。新たに発足した部会等（地域保健医療協議会医療システム化部会と看護医療安全分科会、摂食嚥下機能支援協議会及び脳卒中医療連携協議会地域ケア部会）と連携させ、看護ネットワークのための会議を継続している。</p>	① ②
5. ネットワークを活用したサービスの質の評価・向上		
(1) サービスの質の評価	<p>① 生活実態からサービスの評価を行う ② 事例分析などをとおして、地域のサービス内容を具体的に評価する ③ 事例分析などをとおして、社会資源やサービスの制度上の課題を把握する ④ 所内の他の担当者から社会資源の状況を把握する</p> <p>島根県出雲保健所：医療依存度の高い在宅療養児生活支援ネットワーク事例 実態調査した看護系大学を助言者とし、医療依存度の高い在宅療養児に関するニーズの把握（実態調査、事例検討等から）を行った。</p> <p>島根県出雲保健所：難病患者在宅療養支援ネットワーク事例 難病患者療養支援検討会（圏域難病医療連絡協議会）の設置においては、地域での支援体制に関わる機関・団体・組織を構成機関とし、具体的な支援方策についてはワーキング部会で検討した。</p> <p>石川中央保健所：神経難病患者の在宅療養支援に関するグループインタビュー調査 管内市町における難病患者への取り組み状況を踏まえた上で、保健所としての機能・役割を意識した事業内容を検討した。圏域内の看護・介護サービス体制の精度管理と連携調整の視点を重視し、保健所としての今後の事業改善に活かすことをねらいとした。</p>	② ② ③ ③
(2) 地域の社会資源やサービスの情報をまとめ、地域に発信する	<p>① 関係機関と課題共有から情報発信にいたるまで、組織的な対応となるよう戦略的に展開する ② 利用者の生活の視点を重視し、生活情報と組み合わせた情報発信を行う ③ 市町村での調整が難しい保健課題についてとりあげる ④ 関係機関の範囲が広域であり市町村をまたがる課題について広域行政の立場で調整する</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援にかかる社会資源情報マップの作成 管内が広く施設が地域偏在しており、利用するためには交通機関や経路が重要であるため、相談者にわかりやすいマップとなるよう配慮して作成した。</p> <p>東京都多摩立川保健所：訪問看護ステーション実態調査 訪問看護ステーションの全数調査の結果は、関係機関への公平性と住民への情報提供という公的責任の観点で保健所ホームページにて公表をした。</p>	② ② ①
(3) 管内の地域（市町村）の事業やしくみのノウハウを把握し、共有する	<p>① 学習会や研修会を関係機関とともに企画する</p> <p>岐阜県関保健所：糖尿病対策における支援体制づくり（糖尿病対策地域ネットワーク事業の実施） 市の糖尿病対策の取り組みについて情報収集した事から、糖尿病予備群への支援体制の現状をまとめ、地域課題を絞った。</p>	①
(4) 医療との連携を強化する	<p>① 医師会など医療のセクションと共同事業として連携しながら取り組む ② 保健所長をリーダーに組織的にとりくむ ③ 療養者の生活実態から医療の関係者に課題を伝える</p> <p>岐阜県関保健所：糖尿病対策における支援体制づくり（糖尿病対策地域ネットワーク事業の実施） 勉強会は地域医師会との共催とし、文書発送、当日のあいさつなど医師会の協力を得て実施 島根県浜田保健所：糖尿病対策関係機関連携体制 圏域の医師会長・病院長及び糖尿病懇話会の関係者と事前相談し、体制を構築した。 また、研修会は医師会と共に実施しており、毎年、医師会に糖尿病管理マニュアルの活用状況の確認と見直しについてアンケートを実施している。</p>	① ①
6. ネットワークを活用した資源・サービスの創出		
(1) サービスへのアクセスの不公平を是正する	<p>① 地域全体の社会資源やサービスの偏在を評価する ② 偏在している社会資源の開発企画段階から意識する ③ 市町村の独自性を尊重しつつ、市町村間の格差をうめて、基本的な保健福祉サービスの質は担保できるようにする。（各市町村が課題に気づけるように、検討や資料による可視化を行う） ④ 今後の地域の連携促進につながる資源開発を計画する</p> <p>島根県浜田保健所：糖尿病対策関係機関連携体制事例 管内医師会と共同で「浜田圏域糖尿病管理マニュアル」を作成、更新・点検・評価を行った。関係者会議・研修会等の場づくりにより、糖尿病対策における医科・歯科連携体制を推進し、効果的な糖尿病対策を構築した。</p>	④
(2) 調整機関としての役割を担う。	<p>① 所内で企画段階から、管理職を含めて課題の共有化や資源やサービス開発の方向性を決め、関係機関への調整の役割を所内で共有する ② 資源やサービスの創出に向けて、戦略的に組織的対応を展開する→医師である保健所長や保健師の課長など専門職の重層的な組織体制をいかして、所外の調整を管理職とともに進行。</p> <p>岐阜県関保健所：糖尿病対策における支援体制づくり（糖尿病対策地域ネットワーク事業の実施） 課内で今年度のすすめ方について協議し、所長も含め所内でも協議を行い、初年度は、体制を形にしていく事を組織内で共有した。その上で、保健所長である医師、保健師である課長が医療との調整を行った。</p>	②
7. ネットワークを活用したしくみづくり		
	<p>① 療養生活の実態を調べ、どの段階で予防が可能かを検討し、1次予防を含めたケアシステムを描く ② 2次予防、3次予防のシステムの開発にあたっても、1次予防までふくんだケアシステムを考える ③ 既存のシステムをいかし、それらと連動したケアシステムを考える ④ ケアシステムにおける各機関の役割を具体化し、関係機関との会議の場で関係者との合意形成を行う ⑤ どの機関が主体となると地域に根付くかを考えて、ケアシステムを構築する</p> <p>岐阜県関保健所：糖尿病療養者に関する実態把握としてのヒアリング調査 ヒアリング調査した結果をふまえて、管内で糖尿病対策をすすめる上での取り組み課題と、1次予防、2次予防、3次予防の段階別に糖尿病重症化・合併症対策を整理した。</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会 従来の他の精神保健関連の事業やネットワーク会議との調整をあわせて検討した。</p> <p>兵庫県加古川健康福祉事務所：精神障害者地域生活支援ネットワーク検討会の開催検討会や調査結果を精神科医療機関連絡会議及びこれらのケアネットワーク会議で報告することにより、治療中断予防や退院促進事業、市町事業の活用促進に努めた。その結果、円滑に連携できる診療所が増え、管内精神科病院で退院促進支援事業の協力が得られるなど連携が深まった。</p>	② ③ ④ ⑤
8. ネットワークの評価		
	<p>① 地域にあるネットワークを洗い出し、ネットワーク全体を俯瞰する ② ネットワーク会議が形骸化していないか、機能しているかを判断する ③ ネットワークが一部の参加機関に負担が集中していないかを判断する ④ ネットワークの要になっている機関が保健所であるか他の機関であるかを評価し、保健所の関与の位置を再評価する ⑤ 複数のネットワークが統合できるかどうかを評価する</p> <p>島根県出雲保健所：難病患者在宅療養支援ネットワーク事例 平成10年にALS人工呼吸器装着患者の在宅への移行支援に向けて、難病を切り口とした看護連絡会を設置→病院連携、病院・診療所と訪問看護との連携の具体的な方法について検討（→現在のネットワークへ充実拡大）</p>	① ⑤

6-1 「ネットワーク構築のためのプロセスと要件」（島根県保健師協議会、県立大学短期大学部専攻科地域看護学）

図1

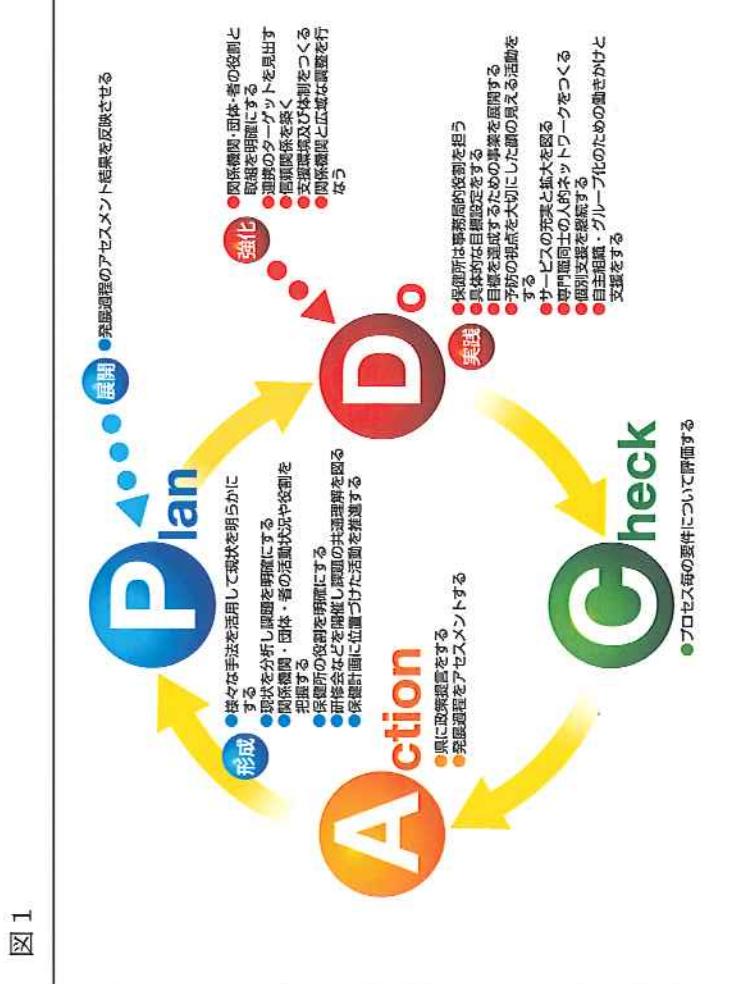


表1

プロセス	要件
Plan	<p>様々な手法を活用して現状を明らかにする</p> <p>現状を分析し課題を明確にする</p> <p>関係機関・団体・者の活動状況や役割を把握する</p> <p>保健所の役割を明確にする</p> <p>研修会などを開催し課題の共通理解を図る</p> <p>保健計画に位置づけた活動を推進する</p> <p>発展過程のアセスメント結果を反映させる</p> <p>保健所は事務局的役割を担う</p> <p>具体的な目標設定をする</p> <p>目標を達成するための事業を展開する</p> <p>予防の視点を大切にした顔の見える活動をする</p> <p>サービスの充実と拡大をする</p> <p>専門職同士の人的ネットワークをつくる</p> <p>個別支援を継続する</p> <p>自主組織・グループ化のための働きかけと支援をする</p> <p>関係機関・団体・者の役割と取組を明確にする</p> <p>連携のターゲットを見出す</p> <p>信頼関係を築く</p> <p>支援環境及び体制をつくる</p> <p>関係機関と広域な調整を行なう</p>
Form	<p>様々な手法を活用して現状を明らかにする</p> <p>現状を分析し課題を明確にする</p> <p>関係機関・団体・者の活動状況や役割を把握する</p> <p>保健所の役割を明確にする</p> <p>遊びのターゲットを見出す</p> <p>信頼関係を深く</p> <p>支援環境及び体制をつくる</p> <p>関係機関と広域な調整を行なう</p>
Expand	<p>発展過程のアセスメント結果を反映させる</p> <p>保健所は事務局的役割を担う</p> <p>具体的な目標設定をする</p> <p>目標を達成するための事業を展開する</p> <p>予防の視点を大切にした顔の見える活動をする</p> <p>サービスの充実と拡大をする</p> <p>専門職同士の人的ネットワークをつくる</p> <p>個別支援を継続する</p> <p>自主組織・グループ化のための働きかけと支援をする</p> <p>関係機関・団体・者の役割と取組を明確にする</p>
Practice	<p>保健所は事務局的役割を担う</p> <p>具体的な目標設定をする</p> <p>目標を達成するための事業を展開する</p> <p>予防の視点を大切にした顔の見える活動をする</p> <p>サービスの充実と拡大をする</p> <p>専門職同士の人的ネットワークをつくる</p> <p>個別支援を継続する</p> <p>自主組織・グループ化のための働きかけと支援をする</p> <p>関係機関・団体・者の役割と取組を明確にする</p>
Do	<p>保健所は事務局的役割を担う</p> <p>具体的な目標設定をする</p> <p>目標を達成するための事業を展開する</p> <p>予防の視点を大切にした顔の見える活動をする</p> <p>サービスの充実と拡大をする</p> <p>専門職同士の人的ネットワークをつくる</p> <p>個別支援を継続する</p> <p>自主組織・グループ化のための働きかけと支援をする</p> <p>関係機関・団体・者の役割と取組を明確にする</p>
Check	<p>プロセス毎の要件について評価する</p> <p>県に政策提言をする</p> <p>発展過程をアセスメントする</p>
Action	<p>県に政策提言をする</p> <p>発展過程をアセスメントする</p>

6-2 図2 保健所におけるネットワークの発展過程とアセスメント項目(鳥取県保健師協議会、県立大学短期大学部専攻科地域看護学)



6-3 表2 保健所におけるネットワークの発展過程とアセスメント項目

発展過程	アセスメント項目	発展過程	アセスメント項目
日常業務	地域を大切にしている 個別対応の積み重ねがある 課題解決のための目標が確認できる	課題の 共有	連絡会、検討会、研修会を開催する マニュアルや連携ファイルがある 共化や合意に向けて、場やツールが活用できる
	中間評価をしている 事業計画と報告書を作成している		関係機関が事業の成果を共有できる 核となる機関やリーダーが存在する
	気づきを引出し共有する場がある		メンバーの自発的な開拓がある
人材育成	担当者を配置している 保健師として育ち育てる雰囲気がある	活動の 背景	メンバーが主体的に情報発信できる 意見が反映できる場がある
	当事者のニーズを反映した課題がある 関係者に問題意識がある		保健所に力量とマンパワーがある 市町村と協働活動ができる
	社会資源が把握されている 必要な社会資源がある 国・県の政策・施策による事業がある		社会資源が有効に活用できる 学習会や意見交換の場がある 認知された核となるリーダーが機能している
課題抽出	課題解決のための目標が確認できる 関係機関の役割・機能を相互に認識している 健康課題が関係機関で共通認識されている	ネットワークの 活動目標と実際の活動の整合性が確認できる 目的・目標に基づく体制づくりと評価を実施している 関係機関の認識に温度差がある 組織の見直しによりメンバーバーの役割が変化した ネットワークの必要性が希薄化した	ネットワークの活動目標と実際の活動の整合性が確認できる 目的・目標に基づく体制づくりと評価を実施している 関係機関の認識に温度差がある 組織の見直しによりメンバーバーの役割が変化した ネットワークの必要性が希薄化した
	顔の見える協力機関が存在する 社会資源が無い場合は動きかける		地域の機能として定着した 課題が解決した
	保健所に課題や情報を集約する手立てがある 予算が確保できる		
形成期	活動の 背景	課題の 解決	

平成 21 年度地域保健総合推進事業(全国保健師長会研究事業)
「保健所機能を活かした保健・医療(看護)・福祉の連携強化」報告書

発行日:平成 22 年 3 月

発行者:全国保健師長会

分担事業者 永江尚美(島根県浜田保健所)

住 所:〒160-0022 東京都新宿区新宿1-29-8 公衆衛生ビル内

電 話:03-3352-4281