地域看護ケア活動論　テスト勉強

■　4/16

・地域保健活動について

　　対象：すべての人々

　　範囲：集団、地域

　　方法：地域包括ケア、ケア体制

　　場：生活の場（学校、産業、地域）

○地域保健とは：

　・公衆衛生看護活動とは、地域に暮らす住民全体を対象とし、法的基盤に基づいて行政組織で行われる活動である。

　・目的は、地域に暮らす人々、またそれらに影響を与えるコミュニティの健康の保持・増進を図ることである。

　・活動方法には、地域診断、地域活動、コーディネート、地域支援システム構築、地域資源開発などがある。

■　4/16

・僻地：交通条件および自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち、医療の確保が困難であって、無医地区および無医地区に準じる地区の要件に該当するもの。

・無医地区：当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地域で、医療機関がなく、かつ容易に医療機関を利用することが出来ない地区。

■　4/23

・地区診断：受け持ち地区の成り立ちやそこに住む人々の生活実態と健康問題を把握し、保健師自身の取り組むべき活動は何かを明らかにしていくもの。実践活動の一部。

・地区診断の方法：

①実地調査（地区視診）

②統計分析（既存資料の活用）

③住民・関係機関からの意見聴取（実態調査）

○PDCAサイクル：

　　PLAN：計画（目標を設定するための計画）

　　　↓

DO：実施

　　　↓モニタリング　　　　　　　　　　　　　　　情報収集、理解、アセスメント

　　CHECK：評価

　　　↓

ACT：調整・改善

■　4/23

・コミュニティ・アズ・パートナーモデル：

　・アメリカのアンダーソン、マクファーレンにより開発。

　・アセスメントの要素は「地域アセスメントの車輪」として表現。

　　車輪の中心：地域に暮らす人々

　　周囲の８つの構成要素：物理的環境、教育、安全と交通、政治と行政、保健・社会サービス、コミュニケーション、経済、レクリエーション

○プリシード・プロシードモデル：

　・グリーン（1991年）

　・ヘルスプロモーションを実践するためのモデルである。

　・日本名では「MIDORIモデル」、或いは「みどり理論」

　・プリシード：実施に先立って行われる、アセスメントから計画まで、第1段階から第５段階に示し、第５段階と第６段階で折り返す。

①社会アセスメント：コミュニティの情報活動を通じてニーズを知り、何を欲しているか確定する

②疫学アセスメント：健康問題を明らかにし介入の優先順位を定める

③行動・環境アセスメント：2で選ばれた健康問題にかかわる行動・環境要因を明らかにする

④教育・組織アセスメント：健康行動の準備・実現・強化要因を明らかにする

⑤運営・政策アセスメント：介入プログラムの実行へ向けた最終的な戦略や計画を定める

　・プロシード：実施の後に行われる、実施から評価まで、第６段階から第９段階で示す。

⑥実施：健康増進プログラムの実施

⑦経過評価：計画通りに実施されているか評価する

⑧影響評価：前提・実現・強化要因や変化の度合いを評価する

⑨結果評価：最終的なプログラムの効果を評価する

　・アセスメントと実施、評価の９つの段階で示している。（教科書p272では８段階）

　・最終目標は、健康が支える生活の質の向上。（QOLで目標であり、健康が目標ではない。）

・保険事業の目標実現のための４つの条件

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | マンパワー |  |
|  |  |  |
| 経費 | 保健事業 | 物品 |
|  |  |  |
|  | 施設 |  |

○評価：

　・プロセス評価：内容の適否、プログラムの進行状況、対象の参加状況、調達物資、人材、経費等の活用状況。

　・影響評価：実施目標や準備、実現因子、行動・環境因子等にどのような影響が出たかについて評価。

　・結果評価：活動目標（行政サービスの質の向上、受益者の増加、広がり）および成果指標（改善、満足度等）の評価。

■　5/14　（武田先生のため、どこがテスト出るか不明）

・介護保険制度：武田先生の講義

・介護度は７段階（要支援１～２、要介護１～５）

・財源を尊厳に変える！これが介護保険。

・介護保険の見直しの基本的視点

　・制度の持続可能性：給付の効率化・重点化

　・明るく活力ある超高齢社会」の構築：予防重視型システムへの転換

　・社会保障の総合化：効率的かつ効果的な社会保障制度体系へ

○介護保険法の一部改正

　・予防重視型システムへの転換：自立支援へ

　・施設給付の見直し：居住費用、食費の見直しなど

　・新たなサービス体系の確立：地域密着型サービス、地域包括支援センターの創設など

　・サービスの質の確保・向上

　・負担の在り方・制度運営の見直し

・介護予防にかかる施策

　・地域支援事業：

・介護予防事業：介護予防特定高齢者施策、介護予防一般高齢者施策

・包括的支援事業のうち介護予防ケアマネジメント

　・新予防給付：介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、介護予防支援

　・介護給付：介護予防の視点を踏まえた、既存サービスの実施

○介護予防とは、

　①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）こと。

　②要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善を図る）こと。

　↓

　つまり介護予防とは、その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるように支援すること。すなわち「自立支援」である。（＝介護保険の基本理念）

○新予防給付における対象サービス（どれだけ知っているか）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防サービス：  介護予防訪問介護  介護〃防訪問入浴介護  介護〃防訪問看護  介護〃防訪問リハビリテーション  介護予防居宅療養管理指導  介護予防通所介護  介護〃防通所リハビリテーション  介護予防短期入所生活介護  介護〃防短期入所療養介護  介護予防特定施設入居者生活介護  介護予防服用具貸与  特定介護予防福祉用具販売 | 地域密着型介護予防サービス：  　介護予防認知症対応型通所介護  　介護〃防認知症対応型共同生活介護  介護予防小規模多機能型居宅介護  介護予防支援： |

・新予防給付の内容：

　・新たなサービスの導入（３つ！）

　　①運動器の機能向上

　　②栄養改善

　　③口腔機能の向上

・地域包括ケア：

高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活をおくれるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供することが必要。

　　↓

そのためには、自助努力を基本にしながら介護保険を中心としつつも、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な資源を統合、ネットワーク化し、高齢者を継続的かつ包括的にケアする必要があり、すなわちこれを「地域包括ケア」という。

○地域包括支援センター：

　・必置の３職業

　　①社会福祉士

　　　②主任ケアマネージャー

　　　③保健師等

■　5/21

・地区診断の４つの視点：

　①　サービスの対象の構成の明確化

　　・地区住民および生活条件の成り立ち

　　・社会資源の現状

　②　人々の健康問題の明確化

　　　・健康指標の分析

　　　・精神心理面の指標の分析

　　　・生活環境要因の分析

　③　人々の保健行動の把握

　　　・生活行動の分析

　　　・健康への態度

　　　・資源利用行動の分析

　④　家族および地域社会の共同生活の把握

　　　・家族の成り立ちと行動の分析

　　　・地域社会の成り立ちと共同生活の分析

■　6/18

・住民基本台帳人口移動報告：市町村長が作成する住民基本台帳により、人口の移動状況を明らかにすることを目的とする。

・作成方法：転出入者に係る住所、性別、年齢、変更情報（異動事由、異動年月）。

・国勢調査：国内の人口や世帯の実態を明らかにするため５年毎に行われ、総務大臣に実施義務がある。

・人口静態統計であり10月1日に行われる。

・全数調査である。

・法律は統計法。

・国勢調査はすべての皆様に必ず回答していただくことになっている。（仕事で忙しくても）

■　7/2（プリントには7/1と記載）

・地区診断は、地区住民の健康上の問題を明確にし、その解決方法を発見する保健活動の１つ。地区活動の一部として行うもので、具体的には以下にあげる項目を目的としている。

　①地区の健康問題の把握

　②地区の健康問題解決方法の模索

　③地区の健康対策の樹立（障碍者計画立案なども含む）

　④保健事業の効果測定

・情報分析のテクニック：

　・人口の少ない地域での健康指標は、数年分まとめて統計をとり、率で比較しない。

　・保健衛生時計は経年的な推移でみる。

　・同じような条件の地区と比較して分析する。その場合、年齢調整死亡率が最適。

　・数値化できない主観的情報もアセスメントに含める。

・交絡因子とは、調べようとする因子以外の因子で、病気の発生に影響を与えるものをいう。

　例：飲酒とガンの関連性を調べる時、飲酒以外の例えば喫煙などがガンの発生率に影響を与えているかもしれない。この時、喫煙が交絡因子に該当し、喫煙が調査に影響を与えように補正する必要がある。

・地区活動計画立案ポイント：

　・前年度の実績や、他の自治体・県の既存資料を評価して参考にする。

　・可能な仕事量を明確にする。

　・活動に優先順位をつける。

　・事業実施体制を見直す。

　・5年や10年など、長期に渡る計画では、中間の時点で、それまでの結果に対する住民の意見を参考にする。

　・予算化されていない活動や実績のない事業でも、新規分野開拓のため計画に盛り込むこともある。

　・計画は必ずしも単年度で完結させる必要はない（保健活動は効果が現れるのに時間がかかる）。

　・計画段階で評価方法を決めておく（実施後評価しようとしてもできない）。

この場合、数字で評価できるように工夫しておく。

・前年度活動実績の評価の視点：

　①活動方針の評価：前年度の方針は適切であったか。次年度はどう改善・修正すればいいか。

　②活動実施目標の評価：目標は適切であったか。目標実現のためにどれだけの努力をしたか。次年度はどう改善・修正すればいいか。

　③実施過程の評価：保健師の活動の仕方は、計画通りに仕事を運んだと言えるか。計画の改善すべき点はどうか。チームのマンパワー、施設、設備計画、会場の選定、経費面での計画はどうであったか。

　④効果判定：どれだけの成果を上げることができたか。母集団に対してどれだけの人をカバーした活動であったか。どのような予防的効果をもたらしたか。

○活動方法の選定（保健師固有の技術を提供する手段）

　　①家庭訪問：家族単位に個別の援助を行う方法。

　　②健康相談：それを利用する個人に対して相談的対応をする方法。

　　③健康教育：それに参加した人に対し教育的対応をする方法。

・条件づくり

　　①予算計画等

　　②年間計画・月間計画としての日程作り

　　③保健従事者同士の話し合い

　　④住民との相談

・地区活動方針に含める要件：ｐ120

　　①前年度実績評価と保健事業への対応

　　②地区診断とそれから導いた対策

　　③長期的目標

　　④短期的目標

　　⑤活動を成功させるための戦略

・地区活動目標（短期的目標）の記述例：ｐ122

　　例１：健康診断の前年度の受診率が20％であったが、該当年齢層の健康管理の機会について実態を調べたところ、あと15％ぐらいの受診率の向上を図れることが可能と分かったので、これを目標に事前の働きかけの機会をつくって受診勧奨をする。

　　例２：地区に健康相談を開設する。この開設にあたり、当初から支持を確保するために団地自治会に相談を持ちかける。地区住民側の協力が得られたならば、サービスを提供するという立場をよく理解してもらってから実施する。また、この相談は単なる個別相談とするのではなく、リハビリテーションの集団訓練の提供も併せて行い、多様な機能をもたせ、これによって利用者の拡大を図る。

・地区活動目標に用いる指標：ｐ122

　　①対象集団の健康水準：

　　②対象集団における人々の健康意識や保健行動：

　　③地区活動条件における到達目標：

・129～138は省略（試験に出ない・・・かな）

■　7/18　梅林講義

人材管理（人材育成）各論2/237-238

・キャリアラダー：キャリアーを梯子のように段階的にレベルで表現したもの。

・2009年（平成21年）に保健師助産師看護師法の改正と人材確保の促進に関する法律が改正され、

　生涯にわたる研修が明記された。

○現任教育の方法：

　①OJT（on the job training；職場内教育）：

・日常の業務を通じて教育する。

・事例検討等を通じて教育する。

・中堅以降はジョブローテーションにより、保健以外の福祉部署やその他の部署への異動もある。

　②OFF-JT（off the job training；職場外教育）

　　・職場外で計画される研修への派遣。

・自己啓発　＞　OJT　＞　OFF-JT　　　と言われる。

情報管理　各論2/239-340

・地域看護での情報の取り扱いについて：

①機密性の高い情報を扱うことが多いため、個人情報の保護に細心の注意を払う必要がある。

②住民や対象者に有益な情報を正確に、迅速に提供することにより災害や疾病の予防をする必要がある。

　③保健医療福祉活動と住民を繋ぐために、活動計画や結果を住民に分かりやすく情報提供していく必要もある。

・地方公共団体では情報公開を基本とした情報管理が重要となる。

情報公開と個人情報保護の法制化：

○OECDの8原則：1980年（昭和55年）、OECD（経済開発協力機構）は「プライバシー保護と個人データの国際流通についてのガイドラインに関する理事会報告」を採択した。

①収集制限の原則：個人データは、適法・公正な手段により、かつ情報主体に通知または同意を得て収集されるべきである。

②データ内容の原則：収集するデータは、利用目的に沿ったもので、かつ正確・完全・最新であるべきである。

③目的明確化の原則：収集目的を明確にし、データ利用は収集目的に合致するべきである。

④利用制限の原則：データ主体の同意がある場合や法律の規定による場合を除いて、収集したデータを目的以外に利用してはならない。

⑤安全保護の原則：合理的安全保護措置により、紛失・破壊・使用・修正・開示などから保護すべきである。

⑥公開の原則：データ収集の実施方針などを公開し、データの存在・利用目的・管理者などを明示するべきである。

⑦個人参加の原則：データ主体に対して、自己に関するデータの所在・内容を確認させ、または異議申立てを保障するべきである。

⑧責任の原則：データの管理者は諸原則実施の責任を有する。

個人情報保護に関する法律：

・社会の急速な進展　　　　情報公開の進展

　　↓　　　　　　　　　　　↓

知る権利　　　　　プライバシー等の侵害

○「個人情報保護に関する法律（個人情報保護法）」が2003（平成15）年に公布される。

・「看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針」日本看護協会

　　　①健康診査記録

　　　②個別相談記録

　　　③家庭訪問記録

　　　④各種サービスや登録の申請に用いる記録（難病、精神障害者など）

　　　⑤集団指導とそれに関連する個人のデータや記録

　　　⑥地域保健衛生に関する資料および記録

　　　⑦地域の保健ニーズ把握や事業評価に用いた各種質問紙記録や面接記録

　　　⑧地域における組織活動や自主グループ活動における個人情報

○公務員、保健師として求められる個人情報保護（守秘義務）

　　　①保健師助産師看護師法：保健師、看護師、准看護師は正当な理由がなく、業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

　　　②地方公務員法：職員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

　　　③刑法：医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、公証人～

　　　④高齢者の医療の確保に関する法律：

　　　⑤感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律：感染症予防法

情報開示

・「行政機関の保有する情報の公開に関する法律（情報公開法）」制定、1999年（平成11年）

　・行政文書の開示義務

　・国民は開示による権利を保障される。一方で行政機関は情報公開制度を整備する義務が生じた。

健康危機管理

・平成12年（2000年）3月、「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」を改正し、地域における健康危機管理等の指針を示した。

・基本指針には、地方公共団体における健康危機管理のための具体的な対応についての手引書（マニュアル）整備や、地域における健康危機管理の中核的拠点として保健所の役割が明記された。

・健康危機：「医薬品、食中毒、感染症、飲料水、その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務であって、厚生労働省の所管に属するもの」

○保健所における健康器への対応の概要（12分野）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①原因不明の健康危機  ②災害有事、重大健康危機  ③医療安全  ④介護等安全 | ⑤感染症  ⑥結核  ⑦精神保健医療  ⑧児童虐待 | ⑨医薬品医療機器等安全  ⑩食品安全  ⑪飲料水安全  ⑫生活環境安全 |

* 7/18

○地域健康危機管理の４つの対策：平常時と発生時に分けた。

・平常時

①健康危機の発生の未然防止

　　②健康危機発生時に備えた準備

・健康危機発生時の対応

　　③健康危機への対応

　　④健康危機による被害の回復

※プリントには平常時、発生時の詳しい対応が書かれているが割愛。出るとしたら上の４つの対策（だと思う）。

* 7/18

○災害時における保健師の支援活動

　①直接支援：

・うがい手洗い等の注意事項の周知等の全体教育的な関わりがある。

・１人１人の被災者に声かけアプローチし、個々の健康管理を促し「孤立化」と「取り残され」を防止する意味の全戸訪問がある。

・とりわけ健康ニーズに対応するには１人１人への確認作業は重要な活動であると考えられる。

　②ニーズ集約：

　　　・全戸訪問により把握した内容を健康ニーズとして集約し、対策に繋げ、必要な支援を創りだしていく活動である。

　　　・災害後にはライフラインの復旧と共にニーズが移り変わり、生活環境が一刻も早く整えられなくてはならず、そのために何を優先して取り組んでいくか素早く判断する局面が生じる。

　　　・１人１人への声かけは同人にニーズを把握する手段ともなり得る。

　③調整作業：

　　　・様々な立場で入ってくる支援者に必要な場に入っていただき、効果性の高い動きができるよう、ミーティングの企画、記録類の整備等々調整作業が不可欠となる。

　　　・多くの被災地でこの役割を現地保健師が中心となり携わっているところである。

保健師の活動形態：

・災害時の保健活動は災害発生から長期間にわたって継続的な活動を要求される。

・被災地区単位ごとで、被災地保健師と派遣保健師とのチームで活動を実践する。

・避難所を中心とする地域（仮設住宅含む）を受持制にするなど、派遣保健師の協力を得ながら、地域の健康管理に責任をもって継続した活動を展開することが重要である。

○活動の初期には、医療救護の支援等の対応が必要となり、それに携わる期間は、規模によって異なるが、保健活動は以下のような活動形態が考えられる。企画・調整、地域、避難所という区分けをしているが、状況の変化に応じて臨機応変に再編統合を図りながら活動を展開する。

　①地域健康管理チーム：

　②避難所健康管理チーム：

　③企画・調整チーム：リーダー保健師、総括保健師

・医療ニーズと健康ニーズは違う

　・医療ニーズは、救命救急、トリアージ等で対応する。

　・健康ニーズは、環境および生活機能要因、個々の人々の自己管理から生ずる被災者の健康レベルを低下させる問題。

・自然災害時での健康ニーズにはどのようなものがあるか。

　　①感染症（インフルエンザ、風邪、胃腸炎）への対策・予防。

　　②車中泊でのエコノミー症候群、寝たきり、閉じこもり予防。

　　③食事における野菜不足や水分摂取を自主制限することによる便秘、食欲不振、摂取カロリーやバランスを考慮した食事が出来ないなどの問題。

　　④「いつまで今の状態が続くのか」「雪がふる季節を迎え、生活は大丈夫か」「自宅の改修もままならない」「プライバシーが守れない避難所生活」などによる不眠、精神的な不安。

　　⑤家の片付け作業による疲労と避難所では十分に休めない状況。

　　⑥衛生上の問題として、仮設トイレの悪臭、風呂の数の不足、アトピー性皮膚炎既往者の症状悪化、衛生面で心配をしながらの井戸水や湧き水の利用。

災害発生字から復興期までの保健活動

・各期における保健活動の概要：

　　フェーズ０：初動体制の確立（概ね災害発生後24時間以内）1日以内

　　フェーズ１：緊急対策～生命・安全の確保（概ね災害発生後72時間以内）3日以内

　　フェーズ２：応急対策～生活の安定（避難所対策が中心の時期で、概ね4日～2週間）

　　フェーズ３：応急対策～避難所から仮設住宅入居までの期間（概ね3週間～2ヶ月）

　　フェーズ４：復旧・復興対策～人生の再建・地域の再建（仮設住宅対策や新しいコミュニティ作りで、概ね2ヶ月以降）

地域看護ケア活動論　テスト勉強（空白）

■　4/16

・地域保健活動について

　　対象：すべての人々

　　範囲：集団、地域

　　方法：地域包括ケア、ケア体制

　　場：生活の場（学校、産業、地域）

○地域保健とは：

　・公衆衛生看護活動とは、地域に暮らす住民全体を対象とし、法的基盤に基づいて行政組織で行われる活動である。

　・目的は、地域に暮らす人々、またそれらに影響を与えるコミュニティの健康の保持・増進を図ることである。

　・活動方法には、地域診断、地域活動、コーディネート、地域支援システム構築、地域資源開発などがある。

■　4/16

・僻地：交通条件および自然的、経済的、社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち、医療の確保が困難であって、無医地区および無医地区に準じる地区の要件に該当するもの。

・無医地区：当該地域の中心的な場所を起点として、概ね半径4kmの区域内に人口50人以上が居住している地域で、医療機関がなく、かつ容易に医療機関を利用することが出来ない地区。

■　4/23

・地区診断：受け持ち地区の成り立ちやそこに住む人々の生活実態と健康問題を把握し、保健師自身の取り組むべき活動は何かを明らかにしていくもの。実践活動の一部。

・地区診断の方法：

①実地調査（地区視診）

②統計分析（既存資料の活用）

③住民・関係機関からの意見聴取（実態調査）

○PDCAサイクル：

　　　　　　：計画（目標を設定するための計画）

　　　↓

：実施

　　　↓モニタリング　　　　　　　　　　　　　　　情報収集、理解、アセスメント

　　　　　　：評価

　　　↓

：調整・改善

■　4/23

・コミュニティ・アズ・パートナーモデル：

　・アメリカのアンダーソン、マクファーレンにより開発。

　・アセスメントの要素は「地域アセスメントの車輪」として表現。

　　車輪の中心：地域に暮らす人々

　　周囲の８つの構成要素：物理的環境、教育、安全と交通、政治と行政、保健・社会サービス、コミュニケーション、経済、レクリエーション

○プリシード・プロシードモデル：

　・グリーン（1991年）

　・ヘルスプロモーションを実践するためのモデルである。

　・日本名では「MIDORIモデル」、或いは「みどり理論」

・プリシード：実施に先立って行われる、アセスメントから計画まで、第1段階から第５段階に示し、第５段階と第６段階で折り返す。

①社会アセスメント：コミュニティの情報活動を通じてニーズを知り、何を欲しているか確定する

②疫学アセスメント：健康問題を明らかにし介入の優先順位を定める

③行動・環境アセスメント：2で選ばれた健康問題にかかわる行動・環境要因を明らかにする

④教育・組織アセスメント：健康行動の準備・実現・強化要因を明らかにする

⑤運営・政策アセスメント：介入プログラムの実行へ向けた最終的な戦略や計画を定める

　・プロシード：実施の後に行われる、実施から評価まで、第６段階から第９段階で示す。

⑥実施：健康増進プログラムの実施

⑦経過評価：計画通りに実施されているか評価する

⑧影響評価：前提・実現・強化要因や変化の度合いを評価する

⑨結果評価：最終的なプログラムの効果を評価する

・アセスメントと実施、評価の９つの段階で示している。（教科書p272では８段階）

・最終目標は、健康が支える生活の質の向上。（QOLで目標であり、健康が目標ではない。）

・保険事業の目標実現のための４つの条件

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | マンパワー |  |
|  |  |  |
| 経費 | 保健事業 | 物品 |
|  |  |  |
|  | 施設 |  |

○評価：

　・　　　　評価：内容の適否、プログラムの進行状況、対象の参加状況、調達物資、人材、経費等の活用状況。

　・　　　　評価：実施目標や準備、実現因子、行動・環境因子等にどのような影響が出たかについて評価。

　・　　　　評価：活動目標（行政サービスの質の向上、受益者の増加、広がり）および成果指標（改善、満足度等）の評価。

■　5/14　（武田先生のため、どこがテスト出るか不明）

・介護保険制度：武田先生の講義

・介護度は７段階（要支援１～２、要介護１～５）

・財源を尊厳に変える！これが介護保険。

・介護保険の見直しの基本的視点

　・制度の持続可能性：給付の効率化・重点化

　・明るく活力ある超高齢社会の構築：予防重視型システムへの転換

　・社会保障の総合化：効率的かつ効果的な社会保障制度体系へ

○介護保険法の一部改正

　・予防重視型システムへの転換：自立支援へ

　・施設給付の見直し：居住費用、食費の見直しなど

　・新たなサービス体系の確立：地域密着型サービス、地域包括支援センターの創設など

　・サービスの質の確保・向上

　・負担の在り方・制度運営の見直し

・介護予防にかかる施策

　・地域支援事業：

・介護予防事業：介護予防特定高齢者施策、介護予防一般高齢者施策

・包括的支援事業のうち介護予防ケアマネジメント

　・新予防給付：介護予防サービス、地域密着型介護予防サービス、介護予防支援

　・介護給付：介護予防の視点を踏まえた、既存サービスの実施

○介護予防とは、

　①高齢者が要介護状態になることをできる限り防ぐ（発生を予防する）こと。

　②要介護状態になっても状態がそれ以上に悪化しないようにする（維持・改善を図る）こと。

　↓

　つまり介護予防とは、その人の生活・人生を尊重し、できる限り自立した生活を送れるように支援すること。すなわち「自立支援」である。（＝介護保険の基本理念）

○新予防給付における対象サービス（どれだけ知っているか）

|  |  |
| --- | --- |
| 介護予防サービス：  介護予防訪問介護  介護〃防訪問入浴介護  介護〃防訪問看護  介護〃防訪問リハビリテーション  介護予防居宅療養管理指導  介護予防通所介護  介護〃防通所リハビリテーション  介護予防短期入所生活介護  介護〃防短期入所療養介護  介護予防特定施設入居者生活介護  介護予防服用具貸与  特定介護予防福祉用具販売 | 地域密着型介護予防サービス：  　介護予防認知症対応型通所介護  　介護〃防認知症対応型共同生活介護  介護予防小規模多機能型居宅介護  介護予防支援： |

・新予防給付の内容：

　・新たなサービスの導入（３つ！）

　　①運動器の機能向上

　　②栄養改善

　　③口腔機能の向上

・地域包括ケア：

高齢者が住み慣れた地域でできる限り継続して生活をおくれるように支えるためには、個々の高齢者の状況やその変化に応じて、適切なサービス、多様な支援を提供することが必要。

　　↓

そのためには、自助努力を基本にしながら介護保険を中心としつつも、保健・福祉・医療の専門職相互の連携、さらにはボランティア等の住民活動などインフォーマルな活動を含めた、地域の様々な資源を統合、ネットワーク化し、高齢者を継続的かつ包括的にケアする必要があり、すなわちこれを「地域包括ケア」という。

○地域包括支援センター：

　・必置の３職業

　　①社会福祉士

　　　②主任ケアマネージャー

　　　③保健師等

■　5/21

・地区診断の４つの視点：

　①　サービスの対象の構成の明確化

　　・地区住民および生活条件の成り立ち

　　・社会資源の現状

　②　人々の健康問題の明確化

　　　・健康指標の分析

　　　・精神心理面の指標の分析

　　　・生活環境要因の分析

　③　人々の保健行動の把握

　　　・生活行動の分析

　　　・健康への態度

　　　・資源利用行動の分析

　④　家族および地域社会の共同生活の把握

　　　・家族の成り立ちと行動の分析

　　　・地域社会の成り立ちと共同生活の分析

■　6/18

・住民基本台帳人口移動報告：市町村長が作成する住民基本台帳により、人口の移動状況を明らかにすることを目的とする。

・作成方法：転出入者に係る住所、性別、年齢、変更情報（異動事由、異動年月）。

・国勢調査：国内の人口や世帯の実態を明らかにするため５年毎に行われ、総務大臣に実施義務がある。

・人口静態統計であり10月1日に行われる。

・全数調査である。

・法律は統計法。

・国勢調査はすべての皆様に必ず回答していただくことになっている。（仕事で忙しくても）

■　7/2（プリントには7/1と記載）

・地区診断は、地区住民の健康上の問題を明確にし、その解決方法を発見する保健活動の１つ。地区活動の一部として行うもので、具体的には以下にあげる項目を目的としている。

　①地区の健康問題の把握

　②地区の健康問題解決方法の模索

　③地区の健康対策の樹立（障碍者計画立案なども含む）

　④保健事業の効果測定

・情報分析のテクニック：

　・人口の少ない地域での健康指標は、数年分まとめて統計をとり、率で比較しない。

　・保健衛生時計は経年的な推移でみる。

　・同じような条件の地区と比較して分析する。その場合、年齢調整死亡率が最適。

　・数値化できない主観的情報もアセスメントに含める。

・交絡因子とは、調べようとする因子以外の因子で、病気の発生に影響を与えるものをいう。

　例：飲酒とガンの関連性を調べる時、飲酒以外の例えば喫煙などがガンの発生率に影響を与えているかもしれない。この時、喫煙が交絡因子に該当し、喫煙が調査に影響を与えように補正する必要がある。

・地区活動計画立案ポイント：

　・前年度の実績や、他の自治体・県の既存資料を評価して参考にする。

　・可能な仕事量を明確にする。

　・活動に優先順位をつける。

　・事業実施体制を見直す。

　・5年や10年など、長期に渡る計画では、中間の時点で、それまでの結果に対する住民の意見を参考にする。

　・予算化されていない活動や実績のない事業でも、新規分野開拓のため計画に盛り込むこともある。

　・計画は必ずしも単年度で完結させる必要はない（保健活動は効果が現れるのに時間がかかる）。

　・計画段階で評価方法を決めておく（実施後評価しようとしてもできない）。

この場合、数字で評価できるように工夫しておく。

・前年度活動実績の評価の視点：

　①活動方針の評価：前年度の方針は適切であったか。次年度はどう改善・修正すればいいか。

　②活動実施目標の評価：目標は適切であったか。目標実現のためにどれだけの努力をしたか。次年度はどう改善・修正すればいいか。

　③実施過程の評価：保健師の活動の仕方は、計画通りに仕事を運んだと言えるか。計画の改善すべき点はどうか。チームのマンパワー、施設、設備計画、会場の選定、経費面での計画はどうであったか。

　④効果判定：どれだけの成果を上げることができたか。母集団に対してどれだけの人をカバーした活動であったか。どのような予防的効果をもたらしたか。

○活動方法の選定（保健師固有の技術を提供する手段）

　　①家庭訪問：家族単位に個別の援助を行う方法。

　　②健康相談：それを利用する個人に対して相談的対応をする方法。

　　③健康教育：それに参加した人に対し教育的対応をする方法。

・条件づくり

　　①予算計画等

　　②年間計画・月間計画としての日程作り

　　③保健従事者同士の話し合い

　　④住民との相談

・地区活動方針に含める要件：ｐ120

　　①前年度実績評価と保健事業への対応

　　②地区診断とそれから導いた対策

　　③長期的目標

　　④短期的目標

　　⑤活動を成功させるための戦略

・地区活動目標（短期的目標）の記述例：ｐ122

　　例１：健康診断の前年度の受診率が20％であったが、該当年齢層の健康管理の機会について実態を調べたところ、あと15％ぐらいの受診率の向上を図れることが可能と分かったので、これを目標に事前の働きかけの機会をつくって受診勧奨をする。

　　例２：地区に健康相談を開設する。この開設にあたり、当初から支持を確保するために団地自治会に相談を持ちかける。地区住民側の協力が得られたならば、サービスを提供するという立場をよく理解してもらってから実施する。また、この相談は単なる個別相談とするのではなく、リハビリテーションの集団訓練の提供も併せて行い、多様な機能をもたせ、これによって利用者の拡大を図る。

・地区活動目標に用いる指標：ｐ122

　　①対象集団の健康水準：

　　②対象集団における人々の健康意識や保健行動：

　　③地区活動条件における到達目標：

・129～138は省略（試験に出ない・・・かな）

■　7/18　梅林講義

人材管理（人材育成）各論2/237-238

・キャリアラダー：キャリアーを梯子のように段階的にレベルで表現したもの。

・2009年（平成21年）に保健師助産師看護師法の改正と人材確保の促進に関する法律が改正され、

　生涯にわたる研修が明記された。

○現任教育の方法：

　①　　　　　（職場内教育）：

・日常の業務を通じて教育する。

・事例検討等を通じて教育する。

・中堅以降はジョブローテーションにより、保健以外の福祉部署やその他の部署への異動もある。

　②　　　　　（職場外教育）

　　・職場外で計画される研修への派遣。

・自己啓発　＞　OJT　＞　OFF-JT　　　と言われる。

情報管理　各論2/239-340

・地域看護での情報の取り扱いについて：

①機密性の高い情報を扱うことが多いため、個人情報の保護に細心の注意を払う必要がある。

②住民や対象者に有益な情報を正確に、迅速に提供することにより災害や疾病の予防をする必要がある。

　③保健医療福祉活動と住民を繋ぐために、活動計画や結果を住民に分かりやすく情報提供していく必要もある。

・地方公共団体では情報公開を基本とした情報管理が重要となる。

情報公開と個人情報保護の法制化：

○OECDの8原則：1980年（昭和55年）、OECD（経済開発協力機構）は「プライバシー保護と個人データの国際流通についてのガイドラインに関する理事会報告」を採択した。

①収集制限　の原則：個人データは、適法・公正な手段により、かつ情報主体に通知または同意を得て収集されるべきである。

②データ内容の原則：収集するデータは、利用目的に沿ったもので、かつ正確・完全・最新であるべきである。

③目的明確化の原則：収集目的を明確にし、データ利用は収集目的に合致するべきである。

④利用制限　の原則：データ主体の同意がある場合や法律の規定による場合を除いて、収集したデータを目的以外に利用してはならない。

⑤安全保護　の原則：合理的安全保護措置により、紛失・破壊・使用・修正・開示などから保護すべきである。

⑥公開　　　の原則：データ収集の実施方針などを公開し、データの存在・利用目的・管理者などを明示するべきである。

⑦個人参加　の原則：データ主体に対して、自己に関するデータの所在・内容を確認させ、または異議申立てを保障するべきである。

⑧責任　　　の原則：データの管理者は諸原則実施の責任を有する。

個人情報保護に関する法律：

・社会の急速な進展　　　　情報公開の進展

　　↓　　　　　　　　　　　↓

知る権利　　　　　プライバシー等の侵害

○「個人情報保護に関する法律（個人情報保護法）」が2003（平成15）年に公布される。

・「看護記録及び診療情報の取り扱いに関する指針」日本看護協会

　　　①健康診査記録

　　　②個別相談記録

　　　③家庭訪問記録

　　　④各種サービスや登録の申請に用いる記録（難病、精神障害者など）

　　　⑤集団指導とそれに関連する個人のデータや記録

　　　⑥地域保健衛生に関する資料および記録

　　　⑦地域の保健ニーズ把握や事業評価に用いた各種質問紙記録や面接記録

　　　⑧地域における組織活動や自主グループ活動における個人情報

○公務員、保健師として求められる個人情報保護（守秘義務）

　　　①保健師助産師看護師法：保健師、看護師、准看護師は正当な理由がなく、業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

　　　②地方公務員法：職員は、職務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

　　　③刑法：医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師、弁護士、公証人～

　　　④高齢者の医療の確保に関する法律：

　　　⑤感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律：感染症予防法

情報開示

・「行政機関の保有する情報の公開に関する法律（情報公開法）」制定、1999年（平成11年）

　・行政文書の開示義務

　・国民は開示による権利を保障される。一方で行政機関は情報公開制度を整備する義務が生じた。

健康危機管理

・平成12年（2000年）3月、「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」を改正し、地域における健康危機管理等の指針を示した。

・基本指針には、地方公共団体における健康危機管理のための具体的な対応についての手引書（マニュアル）整備や、地域における健康危機管理の中核的拠点として保健所の役割が明記された。

・健康危機：「医薬品、食中毒、感染症、飲料水、その他何らかの原因により生じる国民の生命、健康の安全を脅かす事態に対して行われる健康被害の発生予防、拡大防止、治療等に関する業務であって、厚生労働省の所管に属するもの」

○保健所における健康器への対応の概要（12分野）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①原因不明の健康危機  ②災害有事、重大健康危機  ③医療安全  ④介護等安全 | ⑤感染症  ⑥結核  ⑦精神保健医療  ⑧児童虐待 | ⑨医薬品医療機器等安全  ⑩食品安全  ⑪飲料水安全  ⑫生活環境安全 |

* 7/18

○地域健康危機管理の４つの対策：平常時と発生時に分けた。

・平常時

①健康危機の発生の未然防止

　　②健康危機発生時に備えた準備

・健康危機発生時の対応

　　③健康危機への対応

　　④健康危機による被害の回復

※プリントには平常時、発生時の詳しい対応が書かれているが割愛。出るとしたら上の４つの対策（だと思う）。

* 7/18

○災害時における保健師の支援活動

　①直接支援　：

・うがい手洗い等の注意事項の周知等の全体教育的な関わりがある。

・１人１人の被災者に声かけアプローチし、個々の健康管理を促し「孤立化」と「取り残され」を防止する意味の全戸訪問がある。

・とりわけ健康ニーズに対応するには１人１人への確認作業は重要な活動であると考えられる。

　②ニーズ集約：

　　　・全戸訪問により把握した内容を健康ニーズとして集約し、対策に繋げ、必要な支援を創りだしていく活動である。

　　　・災害後にはライフラインの復旧と共にニーズが移り変わり、生活環境が一刻も早く整えられなくてはならず、そのために何を優先して取り組んでいくか素早く判断する局面が生じる。

　　　・１人１人への声かけは同人にニーズを把握する手段ともなり得る。

　③調整作業　：

　　　・様々な立場で入ってくる支援者に必要な場に入っていただき、効果性の高い動きができるよう、ミーティングの企画、記録類の整備等々調整作業が不可欠となる。

　　　・多くの被災地でこの役割を現地保健師が中心となり携わっているところである。

保健師の活動形態：

・災害時の保健活動は災害発生から長期間にわたって継続的な活動を要求される。

・被災地区単位ごとで、被災地保健師と派遣保健師とのチームで活動を実践する。

・避難所を中心とする地域（仮設住宅含む）を受持制にするなど、派遣保健師の協力を得ながら、地域の健康管理に責任をもって継続した活動を展開することが重要である。

○活動の初期には、医療救護の支援等の対応が必要となり、それに携わる期間は、規模によって異なるが、保健活動は以下のような活動形態が考えられる。企画・調整、地域、避難所という区分けをしているが、状況の変化に応じて臨機応変に再編統合を図りながら活動を展開する。

　①地域健康管理　チーム：

　②避難所健康管理チーム：

　③企画・調整　　チーム：リーダー保健師、総括保健師

・医療ニーズと健康ニーズは違う

　・医療ニーズは、救命救急、トリアージ等で対応する。

　・健康ニーズは、環境および生活機能要因、個々の人々の自己管理から生ずる被災者の健康レベルを低下させる問題。

・自然災害時での健康ニーズにはどのようなものがあるか。

　　①感染症（インフルエンザ、風邪、胃腸炎）への対策・予防。

　　②車中泊でのエコノミー症候群、寝たきり、閉じこもり予防。

　　③食事における野菜不足や水分摂取を自主制限することによる便秘、食欲不振、摂取カロリーやバランスを考慮した食事が出来ないなどの問題。

　　④「いつまで今の状態が続くのか」「雪がふる季節を迎え、生活は大丈夫か」「自宅の改修もままならない」「プライバシーが守れない避難所生活」などによる不眠、精神的な不安。

　　⑤家の片付け作業による疲労と避難所では十分に休めない状況。

　　⑥衛生上の問題として、仮設トイレの悪臭、風呂の数の不足、アトピー性皮膚炎既往者の症状悪化、衛生面で心配をしながらの井戸水や湧き水の利用。

災害発生字から復興期までの保健活動

・各期における保健活動の概要：

　　フェーズ０：初動体制の確立（概ね災害発生後24時間以内）1日以内

　　フェーズ１：緊急対策～生命・安全の確保（概ね災害発生後72時間以内）3日以内

　　フェーズ２：応急対策～生活の安定（避難所対策が中心の時期で、概ね4日～2週間）

　　フェーズ３：応急対策～避難所から仮設住宅入居までの期間（概ね3週間～2ヶ月）

　　フェーズ４：復旧・復興対策～人生の再建・地域の再建（仮設住宅対策や新しいコミュニティ作りで、概ね2ヶ月以降）