

会 長 講 演

看護活動と地域社会との協働

Collaboration between Nurses and Community

会 長 小西美智子 KONISHI Michiko (日本赤十字豊田看護大学)
司 会 新道 幸恵 SHINDO Sachie (青森県立保健大学)



小西美智子
KONISHI Michiko



新道 幸恵
SHINDO Sachie

キーワード：看護活動、健康づくり、疾病予防、エンパワーメント、地域社会

Key Words : Nursing Activities, Health Promotion, Prevention of Diseases, Empowerment, Community

I. はじめに

わが国は高齢社会となり、疾病構造も悪性新生物、心疾患、脳血管疾患に代表されるような生活習慣病の占める割合が多い。このような状況は昭和26年に結核が死因の第1位から第2位になり、脳血管疾患が第1位になって以降継続している。これらの疾病の改善には医療機関での治療に加えて、人々が各自の日々の生活習慣を改善することが求められている。国の政策としても、生活習慣病の発症や悪化を予防するために、生活習慣の改善として栄養・運動・休養を3本柱とする第1次国民健康づくりが1978年に始まった。10年後の1988年には第2次国民健康づくり政策、そして2000年には健康日本21政策がそれぞれ指針として提示され今日に至っている。一方WHOは各国の健康政策への関わり方として、1978年にはプライマリヘルスケアの理念、1986年はヘルスプロモーションの理念を提言し、各国の状況に対応した健康保持や疾病予防対策を推進することを期待している。これらのわが国およびWHOの提言を踏まえて、人々の健康を維持し、疾病

を予防することにより、壮年期死亡の減少や健康寿命の延伸ができるように看護活動を展開することが求められている。

在宅療養を支援する医療・看護ケア技術の進展、在宅で使用可能な医療機器の開発、さらに2000年からの介護保険制度の導入により、医療機関での入院治療から在宅で治療を継続する在宅療養者が増加した。外来通院で治療を行う場合、専門医と主治医をもつ者も多くなるので、医療機関間の連携が重要であり、病病連携や病診連携が行われることになる。その連携は医師に限られたことではなく、医療機関間の看護職の連携、医療機関の看護職と訪問看護ステーションの看護職との連携等が必要であり、その上で在宅療養が可能になるといえる。

近年わが国においては1995年の阪神・淡路大震災以降、2007年の新潟中越沖地震等、震度5を越えるような地震が多発している。その他台風や集中豪雨、洪水等による自然災害も多発し、人々の生命や生活を破壊し、後遺症としての健康障害をもって生活している者も多い。災害時に行うべき救急医療・看護活動、災害

後の健康回復や生活回復への医療・看護活動についての対策は徐々に整備されシステム化され、地域社会にある保健・医療・福祉機関と専門職および住民との協働により、被害を最小にする平常時からのネットワークの構築が推進されている。また多発する自然災害の発生を事前に予知し、避難すると同時に、日常生活での対策により災害に対する被害を少しでも減らす減災に対応できるように指導することも看護職の役割であると思う。

人々の健康ニーズの高まりによって、地域社会には多くの保健・医療・福祉機関や専門職が活躍しているが、非専門職として地域住民が保健・医療・福祉サービスに関わる割合も増加してきている。人々の健康回復、疾病予防、健康づくりには、地域社会にある人、物、機関の活用を看護職がどう活用できるかが影響すると思う。そこで地域社会を視点にした看護活動について考える。

Ⅱ. 生活習慣病予防における看護活動

生活習慣病の発症予防・悪化予防には、栄養・運動・休養を基盤にした健康によい生活習慣の構築をめざした第1次国民健康づくりが開始された。ここでは、個人への指導に重点が置かれた。WHOのヘルスプロモーションの理念や1978年制定の老人保健法の趣旨に沿って、1988年の第2次国民健康づくり（アクティブ80ヘルスプラン）では、80歳になっても自分の身の回りのこと、つまりADLの自立をめざした予防の概念を取り入れた健康づくり指針が示された。その内容は図

1に示したように、生活習慣病の予防には単に個人の努力だけでは限界があり、周囲の人々を含めた生活環境が影響するので、両者の組み合わせが大切である。2000年の第3次国民健康づくり（健康日本21）では、さらに生活環境の整備が健康づくりに必要であることが強調された。その基本理念のなかで、「健康に関する生活の質向上を目指し、一人一人が自己の選択に基づいて健康を増進する。そしてその個人の活動を社会全体が支援していくこと」と述べている。これを支援する法律として、健康増進法が2003年に制定された。たとえば健康増進法第25条で受動喫煙の防止が明記され、多数の者が集まる施設の管理者は、これらを利用する者が受動喫煙とならないように、必要な措置を講じることを求めている。これによって禁煙施設や禁煙場所が増加し、喫煙者を相対的に減らす結果となっている。

喫煙は悪性新生物、心疾患、脳血管疾患等の発症要因であることは多くの者が知識として解っており、看護職も外来時に、入院時に、退院時に、個別指導や集団指導を行って健康障害をもっている者に禁煙を勧めているが、その成果は十分とはいえない。しかし同時に社会生活のなかで喫煙する場所が減少し、周囲に禁煙をする者または進める者が増えると、看護職が行う禁煙指導も効果が上がり、喫煙者は減少するといえる。2004年のわが国の20歳以上の喫煙者割合は男性46.9%、女性13.2%といずれも減少傾向にあり、これは個人の意思を社会が後押しした成果と考える。看護職はこのように社会全体の活動との連携による保健指導が必要であると思う。

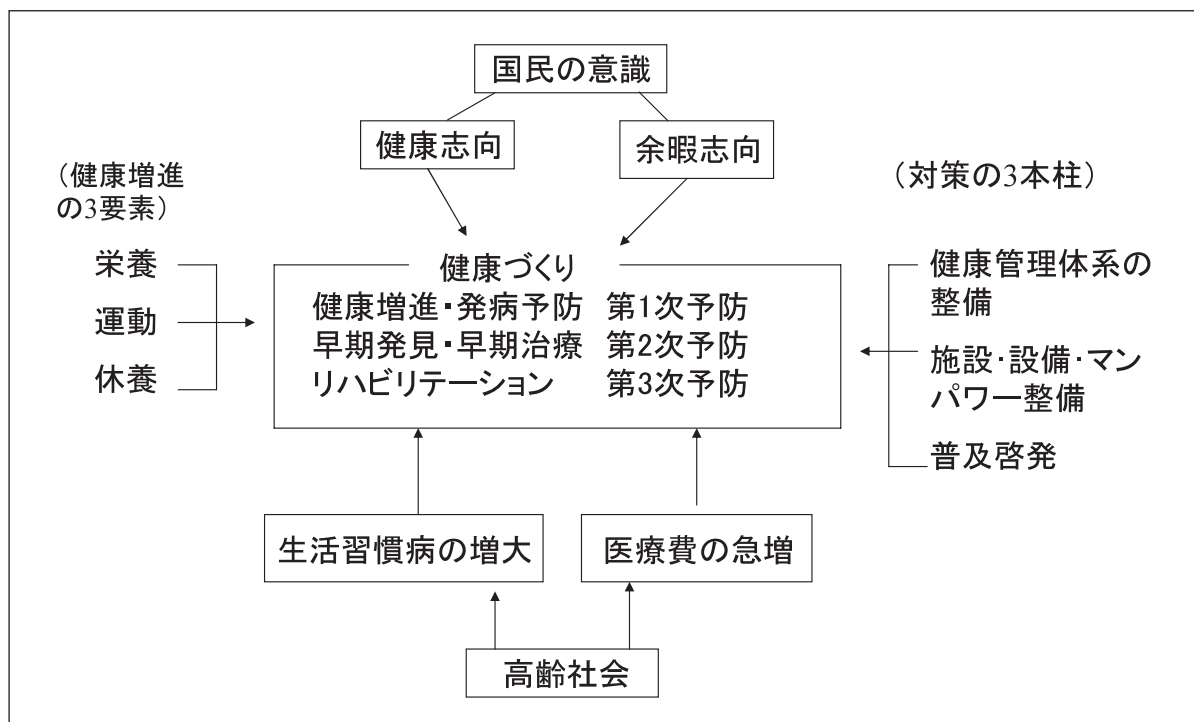


図1. アクティブ80ヘルスプラン（第2次国民健康づくり対策）－「国民衛生の動向」（第44号）より抜粋

Ⅲ. エンパワーメントへの看護活動

生活習慣病発症の経緯は図2に示したように、日々の悪い生活習慣の積み重ねによって症状が出現し、病態の変化として現れ、さらに疾患となる。この過程において発症予防・悪化予防を目的に、看護職が生活習慣改善を目的とした保健指導、たとえば禁煙行動を促すことになる。しかし、悪い生活習慣は指導を受けている者の生活習慣ではあるが、これはその個人によってだけで出来上がったものではなく、個人が乳幼児期から現在まで共に生活した家族の生活習慣の影響を受け、個人が所属する学校生活や職場生活の生活習慣の影響も受けたものである。さらに個人の生活習慣に影響した家族や学校・職場の生活習慣は、それぞれが帰属する地域社会の影響を受けたものである。そのため個人の生活習慣を改善するためには、個人の自覚とともに、個人に影響を与えている家族・学校・職場・地域社会の生活習慣を改善することが必要である。看護職としては、生活習慣病の発症や悪化を予防するためには、医療機関内の専門職によるチームケア等に加えて家族・学校・職場・地域社会に働きかけ、それらの集団が保健行動を取れるように働きかけることが必要である。つまり、地域社会をエンパワーメントする働きかけである。エンパワーメントはヘルスプロモーションにおける活動原則の1つである「能力の人々への付与」であり、つまり健康の危険因子を生活上制御することができない状況にある場合、それを自らが生活の範囲内において組織的、社会的構造に影響していく過程である。看護職としては保健行動をしなければならない者に、その人が周囲と協調し、社会へ影響を与えながら積極的に改善していく動きに対して、援助を行いながら地域全体の健康状態を改善していくことといえる。

周囲がサポートをしても対象者にその意思がないと保健行動は起きにくい。特に保健行動を促す場合は、

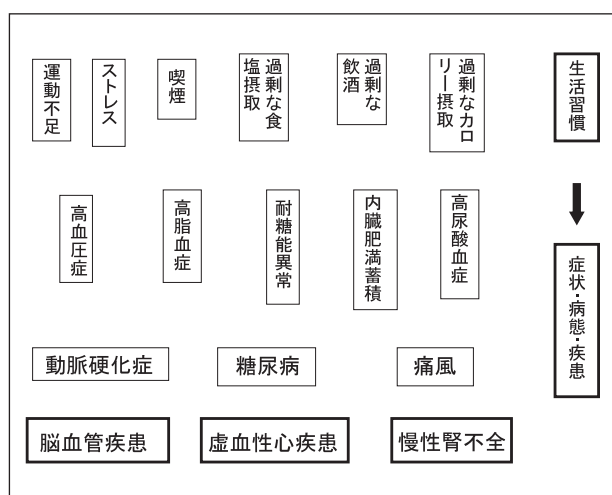


図2. 生活習慣病の発症経過

生活習慣改善という保健行動、たとえば禁煙を行った後の成果として、高血圧の改善等身体的状態への良い予測以上に、その保健行動が自分にとって負担が少なく実施可能か、その方法は自分の能力として保持している範囲内か等の予測、つまり自己効力感を高める支援が必要である（A.Bandura：激動社会の中の自己効力）。この自己効力感は制御体験、代理的体験、言語的社会的説得、生理的・感情的状態の4つの情報源によって、行動を実施する意欲が高まったり、低下したりする。制御体験とは、今まで実施したさまざまな行動等のなかから、成功体験や失敗体験を情報として再構築し、今回行うべき保健行動が今までの成功体験に近いレベルであれば実施する決意をすることになる。生理的・感情的な状況は、個人的な受け入れ容器である。一方保健行動に関わる自己効力感を高める事項としての代理的体験や言語的社会的説得は、個人が接する地域社会や集団と関連が強い。代理的体験とは、自分が実践しようとしている保健行動について、実際に行っている者を見て自分も保健行動を起こすかどうかを決断する際に影響する事項で、実際に行っている者を自分の代理と見立てて、自分の実施可能性を検討する。代理者の身体状況、社会状況がより自分に似ていると実施する意欲が高まる。言語的社会的説得は、家族や職場、地域の人々や医師・看護師等の専門職者による支援や励ましである。特に職場・地域社会に同じような保健行動を行っている者や仲間があると、それは代理的体験と言語的社会的説得の両方を合わせもつので、その保健行動への意欲は高まり、さらに継続の原動力となる。成功すると職場・地域社会は仲間を増やすことになり、地域社会のエンパワーメントとなる。看護活動は対象者だけでなく、周囲の人々も取り込み、家族・集団・地域全体の健康状況改善に寄与できることが求められている。

Ⅳ. 介護予防と地域社会との協働

人口の高齢化に伴って、介護を必要とする者が増大している。平成12年4月から介護保険制度が始まり、表1に示すような在宅要介護者へのサービスが行われるようになり、また在宅療養者の医療看護処置は、医

表1. 介護保険制度における在宅要介護者へのサービス内容

訪問介護（ホームヘルプ）
訪問入浴介護
訪問看護
訪問リハビリテーション
通所介護
通所リハビリテーション
福祉用具貸与、一部購入
住宅改修費
ショートステイ
居住療養管理指導

師または訪問看護師により行われるようになった。平成17年からは表2に示すような事項は医療外ケアとなり、ホームヘルパーも実施可能になり在宅療養を支援している。一方、入院治療により病態が安定し在宅での療養が可能になっても、在宅療養が困難な者は多い。それは、施設の場合は24時間にわたる看護・介護職によるケアがなされるが、在宅では療養者のADLレベルやIADLレベルが低いと、介護してくれる家族等がない場合は、保健・医療・福祉サービスを利用してそれだけでは日常生活は成立しない。そこを補充するのが地域社会の力であると考え。在宅高齢療養者を支援する地域住民のボランティア活動として給食サービス、安否確認サービス、友愛訪問高齢者送迎サービス等がある。このほか近隣者からのサービスとして、ゴミだし等の日常生活を営む上で必要な支援が必要である。これは近隣者としての緊密度以外に、地域社会が在宅療養者をどう受け入れるかが影響する。

看護職として入院患者や外来通院者が、安心して継続して在宅療養を行うことができるように、保健医療福祉サービスの導入支援に加えて、地域社会の支援体制にも目を向け、24時間の生活リズムと生活方法を理解した上で、その内容を取り入れた退院指導や生活指導が必要である。

V. 減災と看護活動

台風、洪水、河川の氾濫、地震等の自然災害が発生した場合に、看護職は初動期には被害状況を把握し、緊急時の医療処置に対応し、生命の安全、衣食住の保持、精神的ケアに対応する役割がある。台風、洪水、河川の氾濫等の自然災害には、周囲の状況によって事前に予知でき、危険地域を予測し人々が避難できる場合もある。地震の避難に際しては、時間的余裕がなく急激に起こることが多い。いずれの場合においても発生時の対応とともに、発生によって生じる災害を最小限にする防災や減災の考え方を取り入れて、備えをし

表2. 医療行為でないもの(平成17年7月26日厚生労働省)

・原則として医療行為ではないと考えられるもの
①体温測定
②血圧測定
③新生児以外で入院治療の必要ない者に対するパルスオキシメーター装着
④軽微な切り傷、擦り傷、やけど等について専門的な判断や技術を必要としない処置
⑤一定条件下での医薬品の使用介助
・医薬品の使用では具体的に、
軟膏の塗布、湿布の貼付、点眼薬の点眼、一包化された内服薬の内服、座薬の挿入、爪の手入れ、歯や口腔粘膜、舌に付着している汚れの除去、耳垢梗塞を除く耳垢除去、
ストマ装具のパウチの排泄物を捨てる、
自己導尿補助のためのカテーテル準備・体位変換、
ディスポ市販品による浣腸

ておく指導が必要である。防災や減災には行政の対策だけでなく、住民の自覚と協力が必要である。研究的に地震に対する防災や減災を目的とした備え度を査定する質問項目を作成した報告によると、表3に示したように、環境危険認知要素4項目、防災準備力要素は17項目、生き残り能力要素9項目、被害予測能力要素4項目、地域コミュニティ要素15項目の5要素が挙げられている。また、ADLが低下している寝たきり者、難病、認知症の在宅療養者に対して、各市町村では災害発生時に、自宅から避難場所への移動体制を円滑にするために、近隣住民の協力の基にシステム化が始めている。看護職としては減災の視点から、本人・家族や近隣住民に在宅療養者について、災害時の避難や移動の際に注意し配慮しなければならない移動方法や、避難生活開始時に対応するためにまた避難生活をする上で、必要な医療衛生用品や医薬品の数やその管理方法について平常時に対象者に指導支援する必要がある。そして在宅療養者が移動時や避難生活時に2次的な災害に遭遇しないように体制を支援することが必要である。

VI. まとめ

看護職が対象とする者は、家族・学校・職場を含めた地域を基盤としたそれぞれの生活者である。生活習慣病のような慢性疾患が多い現在においては、その疾病の治療は入院療養のみによって治癒改善するよりは、生活の場や自宅において療養する期間が多くなり、場合によっては生涯疾病とともに暮らす生活となる者も多い。その場合、看護職は対象者の生活を地域の一

表3. 地域コミュニティ要素の15項目

日頃からのとなり近所とのつきあい
・普段からとなり近所の人と面識がある
・となり近所の連帯感はある
親類・家族・友人とのつきあい
・親類・家族・友人と何でも頼める関係作りがある
・災害時に助けてもらえる親類・家族・友人が近所に住んでいる
災害を想定した隣近所とのつき合い
・避難勧告が発令した際、となり近所へ声かけする
・災害時に備え、日頃からの近所づきかひの必要性を理解している
・災害時となり近所で誰を優先的に助ける必要があるか知っている
・災害時の役割分担について、となり近所の人と話しをしてる
・居住地域に災害の兆候などを異常を感じたら、地域の人と連絡を取り協力する
・若者を非常時に活動してくれる人材として取り組んでいる
町の仕組み
・災害時に、けがをした際に行く医療機関を知っている
・町の防災組織を知っている
・町の防災訓練に参加している
・災害用の救出道具や物品、防災資機材の保管場所を知っている
・町は防災訓練を実施している

出典：21世紀COEプログラム ユビキタス社会における災害看護拠点の形成, pp.15-28、兵庫県立大学、2006年3月

人としてアセスメントし、地域にある社会資源を活用して療養生活が継続できるように一緒に考えることが必要である。そして地域社会に必要な社会資源がない場合には、看護専門職として必要性を家族、集団・地域社会に説明し、対象者・患者とともに既存の社会資源の改善・工夫への提言や、新しい社会資源の開発に取り組み、療養環境を整備することへの関わりも必要であると思う。つまり図3に示したように、個人、家族、集団・地域が健康維持・増進、疾病予防、疾病回復にそれぞれ必要な能力が獲得できるように、看護職は専門的な知識・技術を提供し支援する機能と役割を果たすことが必要である。

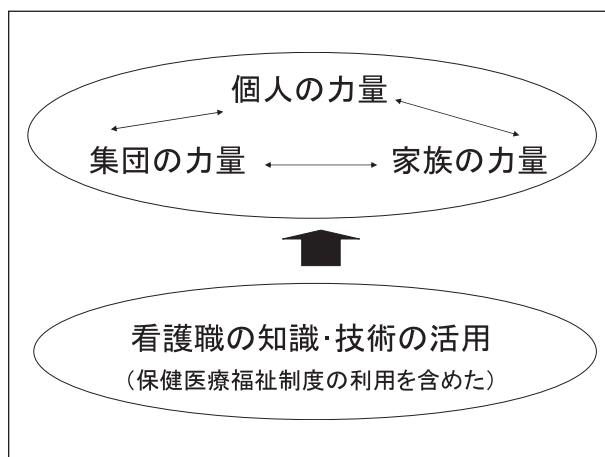


図3. 個人の健康保持・疾病予防の力量形成

