

質の高いケアの提供、地域への貢献：

看護師が主導する慢性疾患ケア



2010 年国際看護師の日

本書中の「看護師」とは、原文では nurse であり、訳文では、標記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職全てを指す。

他の言語への翻訳権も含めて、この出版物は著作権を有しています。国際看護師協会(ICN)から文書による許諾を得ることなく、本文の一部または全部を何らかの方法で複製することや検索システムに登録すること、販売することなど、一切の伝播を禁じます。短い引用(300語未満)に関しての許可は不要ですが、その場合は出典を明記してください。

All rights, including translation into other languages, reserved.

No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Council of Nurses. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

Copyright ©2010 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95094-00-0

本書は ICN の許可のもと、ICN 会員協会として社団法人日本看護協会が日本語訳を行いました。許可のない商業目的での使用を禁止します。

目次

ICN 会長および事務局長からのメッセージ	2
第 1 章 慢性疾患という課題	3
第 2 章 発展と保健医療制度に与える影響	8
第 3 章 慢性疾患のリスク軽減戦略	14
第 4 章 慢性疾患ケア管理、看護職の役割、コンピテンシー	19
第 5 章 慢性疾患ケアにおける看護の革新	27
第 6 章 慢性疾患のリスク低減とケア向上における NNA の役割	31
第 7 章 結論	34
付属書	
ICN プレスリリース	36
ICN 所信声明	38
ICN ファクトシート	49
引用・参考文献	57



皆様

現在、全ての国において、慢性疾患の波が押し寄せており、慢性症状を持つ人たちにとって適切で経済的に無理のないケアが必要とされている。慢性疾患の予防とケアに対する関心を高めることにより、看護師が世界の人々の健康増進に貢献できる可能性が、今までになく高まっている。

糖尿病・心血管系疾患・呼吸器疾患・がんは、世界において最も主要な死亡原因であり、これらを死因とする患者が毎年 3,500 万人いると推定されている（WHO 2008a）。その 80%は低・中所得国で起こっているが、これらの疾患は予防可能である。また発症したとしても早期から有効なケアと管理を行えば、患者は充実した生産的な生活を送ることができる。こうした「従来からある」慢性疾患に加えて HIV/AIDS などの疾患についても、その進行や性質を変えることは、あらゆる国で慢性疾患の継続的なケアを必要とする人の数が増えるということの意味している。

世界全体の健康と安寧への脅威の増大に対抗するため、世界中の看護師が指導力を発揮し、コミュニティのあらゆる側面・分野に関わる必要性が差し迫っている。

この文書は、2 型糖尿病を例にとり、慢性疾患ケアに対して高まるニーズについて背景情報を提供する。看護師その他の人々がこの問題の重大さを理解し、看護師が知識と勇気、広い視野と参加意識を持って主導的役割を果たす立場にあることを認識するよう、この文書は求めるものである。

この IND キットを用いて ICN は、慢性疾患との戦いを主導すること、家族と患者とコミュニティにとって健康的な役割モデルとなること、そして各国看護師協会を通じて必要な社会的・経済的・政治的変革を ICN およびパートナーとともに訴えることをめざして、世界のあらゆる場所で看護師が自ら行動を起こすことを呼びかける。

会長

ローズマリー・ブライアント (Rosemary Bryant)

事務局長

デビッド C. ベントン (David C. Benton)

今、世界は、慢性疾患を原因とする死亡・障害の大幅な増加に直面している。発展途上国で感染症に多くの注目が集まる一方、慢性疾患は先進国だけに関わるもので、主に高齢者や富裕層がかかりやすい疾患と従来は考えられてきた。しかし、実際は世界の死亡原因の60%は慢性疾患によるものであり、その80%が低・中所得国で発生し、労働年齢人口における疾患が増加していることが統計で明らかになった（WHO 2008a）。各国の所得のいかなるレベルにおいても、健康と疾患は社会的勾配に従って生じる。すなわち社会経済的な立場が低い程、健康度は低い（WHO 2008b）。「これら疾患による急激な負担増は特に貧困層に大打撃を与えており、各国間および国内での健康格差の拡大を助長している（WHO 2008a）。」

慢性疾患の増加と貧困層への過度の影響には様々な要因があり、その多くは保健医療セクターのみで対応できる範囲を超えている。しかし、保健医療セクターは慢性疾患との闘いを主導しなければならず、また、看護師は慢性疾患の予防だけでなく、すでに罹患している世界中の何千万もの人々のケアにも多大な貢献ができる可能性を担っている。

用語の定義

慢性疾患の分野においては、言い換え可能な関連用語が多く使用されている。たとえば、慢性病（chronic illness）、慢性症状（chronic conditions）、長期症状（long term conditions）、生活習慣病（lifestyle disease）、非感染性疾患（non-communicable disease、NCD）などである。世界保健機関（WHO）は、慢性疾患を「長期にわたり、ゆっくりと進行する疾患」と定義し、慢性症状を「数年または数十年の長期にわたり継続的な管理を必要とする健康上の問題」としている（WHO 2002）。NCDは通常、感染性因子によるのではなく、遺伝的感受性・生活習慣・環境暴露が引き起こす病気として定義されている。また、慢性症状という語は、非感染性症状（例：糖尿病、喘息）、持続性感染症（例：HIV/AIDS、結核）、長期精神疾患（例：うつ、総合失調症）および持続性の身体構造上の障害（例：失明、遺伝子疾患）をまとめて表す言葉として使われることが多い（WHO 2002）。

この文書全体では慢性疾患という語を使用するが、特に他の著者の引用をつける場合などに、それ以外の語も使用される。しかし、どのような語が使われようとも、最も重要なことは、看護師らが問題の大きさとそれがもたらす緊急の課題を理解すること、そして健康増進・疾病予防に加

えて、必要とする人に適切なケアと管理が提供されるように行動することである。

問題の規模

この問題の規模は極めて大きい。糖尿病・心血管系疾患・呼吸器疾患・一部のがんは、人類の健康と発展への重大な脅威となっており、世界の主要な死亡原因である。

糖尿病の事実（WHO 2009a）

- WHO の試算によると、世界中で 1 億 8,000 万人以上が糖尿病に罹患している。この数字は、2030 年までに倍以上になると予想される。
- 2005 年は年間で推定 110 万人が糖尿病で死亡した。
- 糖尿病による死亡の 80% 近くが、低・中所得諸国で発生している。
- 糖尿病による死亡者のほぼ半数は 70 歳以下の人々であり、55% は女性である。
- 緊急の対策を講じなければ、今後 10 年間で糖尿病による死亡が 50% 以上増えると WHO は予測する。中でも、上位中所得国では糖尿病による死亡が、2006 年から 2015 年の間に 80% 以上増えるとされる。

心血管系疾患（CVD）の事実（WHO 2009b）

- CVD は、世界の死亡原因の第 1 位である。毎年、他のどの原因よりも CVD で死亡する人の数が多い。
- 2004 年には、推定で 1,710 万人が CVD で死亡した。世界の全死亡の 29% に相当する。このうち、推定 720 万人は冠動脈性心疾患で、570 万人は脳卒中で死亡した。
- 低・中所得諸国に発病が集中している。CVD による死亡の 82% が低・中所得国で発生しており、男性・女性にほぼ同等に発生している。
- 2030 年までに、約 2,360 万人が CVD で死亡するようになるだろう。多くは心疾患と脳卒中である。これらは引き続き単独の死亡原因として突出していると予測される。増加率が最高になるのは地中海東岸、死亡数の増加が最大になるのは東南アジア地域である。

がんの真実（WHO 2009c）

- がんは世界の主要な死亡原因のひとつである。2004 年には 740 万人の死亡（全死亡の約 13%）ががんによるものであった。
- 肺がん・胃がん・肝臓がん・大腸がん・乳がんは、毎年最も死亡数の多いがんである。
- 最も多いがんの種類は、男性と女性で異なる。
- がん死亡の 30% 以上は、予防できるものである。

- 喫煙は、単独では最大のがんの危険因子である。
- がんは、一つの細胞の変性から発生する。この変性は、外部要因および生まれつきの遺伝的要因が引き金になると考えられる。
- 世界のがんによる死亡は増加し続け、2030年には1,200万人ががんで死亡すると推定される。

慢性呼吸器疾患の真実（WHO 2009d）

- 毎日、数億人が慢性呼吸器疾患に苦しんでいる。
- 現在、3億人が喘息にかかっている。
- 2億1,000万人が慢性閉塞性肺疾患（COPD）にかかっているが、それ以外にもアレルギー性鼻炎など、診断を受けることの少ない慢性呼吸器疾患にかかっている人も非常に多い。

これらの疾患は予防が可能である。心疾患・脳卒中・2型糖尿病の80%、がんの3分の1以上は共通の危険因子、すなわち主に喫煙・不健康な食生活・運動不足・アルコールの有害な摂取を減らすことにより、予防することが可能と言われる。適切に対応しない限り、これらの健康問題による死亡と疾患の負担は増加し続ける。WHOは、NCDによる死亡は今後10年間に世界で17%増えると予想している。増加が最大になるのはアフリカ地域（27%）と地中海東岸（25%）である。死亡の絶対数が最大になるのは、西太平洋および東南アジア地域である（WHO 2008a）。最近の調査では、米国の平均余命はこの100年間で初めて低下し、これは喫煙と肥満がもたらす慢性疾患が原因と考えられている（Thorpe 2009）。糖尿病の有病率は、抗レトロウイルス療法（糖尿病のリスクを4倍増加させる）の適用が向上するとともに増えると予想される。カメルーンでは、糖尿病の有病率が10年で10倍に増えたと基礎データが示している（Bischoff et al. 2009）。

原因は何なのか？

世界全体での慢性疾患の増加には、世界レベル・国内レベル・地方レベルのそれぞれにおける非常に広範囲にわたる要因が関わっている。その多くは根本的な世界的/社会的変化、たとえば都市化や経済のグローバル化、政治的・社会的政策、社会的不公平、人口の高齢化などと結びついている。

急速な都市化の結果、「都市貧困層」に対する施設やサービスが不足している。それは住居、インフラ（道路・上水道・衛生・下水・電気など）、基本サービス（家庭ごみの収集・プライマリ・ヘルスケア・教育・緊急救命サービスなど）を含む、健康に不可欠な施設・サービスである（WHO 2002）。

先住民を含め農村部の貧困層は過度の貧困や乏しい生活条件とともに、インフラや生活環境の整備において進行する投資不足に苦しんでいる。回避できるはずの健康の不平等は、人々が育ち、生活し、働き、年をとる環境と、病気に対応するシステムとが原因で起こる。健康の社会的決定要因委員会（Commission on Social Determinants of Health）の最終報告は、社会正義が生死を左右すると主張している（WHO 2008b）。

こうした変化に伴って起こるのが、主要な修正可能な危険因子の増大である。すなわち、喫煙・貧しい食生活・運動不足・アルコールの過度の使用・無防備な性行動・心理社会的ストレスの放置などである。そして、これらが中間危険因子、すなわち血圧上昇・血糖値上昇・コレステロール値上昇・肥満を引き起こし、結果として心血管系疾患・脳卒中・一部のがん・慢性呼吸器疾患・糖尿病を招くのである。

糖尿病

国際糖尿病連合（International Diabetes Federation、IDF）によると、1985年の世界の糖尿病患者は推定約3,000万人であった。今日、その数は2億4,500万人、20年間で7倍になったことになる。このまん延を緩和する策を講じなければ、20年以内に糖尿病患者の数は3億8,000万人まで増加すると予想されている（IDFa）。「糖尿病は先進国における成人の部分視覚喪失や失明の主要原因になっており、また事故が原因ではない手足の切断の大多数を占めている。糖尿病のある人は、心臓発作や脳卒中の可能性も高く、腎臓疾患が進行するリスクも高い。（IDFa）」

オーストラリアでは、国立社会経済モデリングセンター（National Centre for Social and Economic Modelling）が、2型糖尿病の罹患率は今後40年で2倍となり、160万人が罹患し、年間140億オーストラリアドルの費用がかかると予想している。糖尿病の合併症として予想されるのは、27万人の冠動脈バイパス手術、25万人以上の脳卒中、75万人以上の腎臓症状である（C3 Collaborating for Health 2009）。

事実と数字

- 現在、世界中で2億4,600万人が糖尿病に罹患しており、2025年には3億8,000万人に増えると予想される。
- 2007年、糖尿病患者が最も多い上位5カ国は、インド(4,090万人)、中国(3,980万人)、米国(1,920万人)、ロシア(960万人)、ドイツ(740万人)である。
- 2007年、成人人口の糖尿病有病率が最も高い上位5カ国は、ナウル(30.7%)、アラブ首長国連邦(19.5%)、サウジアラビア(16.7%)、バーレーン(15.2%)、クウェート(14.4%)である。
- 2025年までに、糖尿病有病率の最も著しい上昇は、発展途上国で起こる。
- 毎年、700万人が新たに糖尿病を発症している。
- 毎年、380万人が糖尿病により死亡している。それ以上の人数が、糖尿病が関係する脂質異常と高血圧によって心血管系疾患が悪化して死亡している。
- 10秒に一人、糖尿病が関係する原因で死亡している。
- 10秒に二人、糖尿病を発症している。
- 糖尿病は、疾病による死亡の世界第4位の原因である。
- 糖尿病患者の少なくとも50%は自分の症状に気づいていない。一部の国では、この割合が80%に近い可能性がある。
- 2型糖尿病の最大80%は、健康的な食生活と運動量の増加により予防可能である。
- 糖尿病は、先進国においては腎機能障害の最大の原因であり、莫大な透析費用が発生している。
- 2型糖尿病は、西欧諸国では腎機能障害の患者において最もよく見られる症状となった。ドイツや米国といった国では、報告される有病率は30%から40%までさまざまである。
- 糖尿病患者の10%から20%は、腎不全で死亡する。
- 世界で250万人以上が、糖尿病性網膜症に罹患していると推定される。
- 糖尿病性網膜症は、先進工業国の労働人口(20歳から65歳)における失明の最大の原因である。
- 先進国では、2型糖尿病患者は糖尿病のない人よりも、多くは心血管系疾患で平均して5~10歳若く死亡する。
- 心血管系疾患は糖尿病の主要な死亡原因であり、糖尿病死亡者総数の50%を占める。障害が残る者はさらに多い。
- 2型糖尿病の患者が心臓発作または脳卒中を起こす可能性は、糖尿病がない人の2倍以上である。実際、2型糖尿病患者は、糖尿病はないが心臓発作の既往がある人と同じくらいの確率で心臓発作を起こす(IDF 2001)。
- 特に少数民族および先住民において、糖尿病・呼吸器疾患(特に喘息)・心血管系疾患・免疫抑制は、H1N1のようなウイルスによる重篤または致死性の症状となるリスクを増加させる(WHO 2009e)。

発展と保健医療制度に与える影響

この章では、慢性症状の増加が世界の社会的・経済的発展に与える影響を、ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals、MDG）、貧困、ジェンダー、保健医療制度と関連させて検証する。慢性症状に関係するコストについては、特に糖尿病を取り上げて検討する。

社会的・経済的発展

発展は通常、各国内の経済的・社会的状況の中で、継続的かつ持続可能な改善に結びついている。発展の結果として健康のための機会が作られるという考えがある一方、健康な人口が公平で持続可能な発展には必要だという考えもある。この議論は、資源の配分を考える際には重要であり、国が健康に投資する余裕があるかどうか、あるいは健康に投資しないですむ余裕があるかどうかという疑問を生じさせる。もちろん、国の経済的な豊かさと全国民の健康との間には必ずしも明快な関係があるわけではない。世界中の国々で不平等は拡大しており、従来の国と国との比較では完全な実態を把握することにはならない。高所得国の貧困層は、低所得国の富裕層より健康のための機会に恵まれていないからである。慢性疾患とその危険因子は貧困と密接に関係し、貧困を助長する。したがって、発展に関する世界の議論からこれらを除外して考えることはもはやできない（WHO 2008a）。

慢性疾患は、人的・社会的・経済的な側面で高いコストを要し、個人やコミュニティが可能性を実現するのを阻害し、人々の未来を奪う。そのコストを数値化する適切な方法を見つけることは容易ではないが、そのコストには職場で失われる時間だけでなく、自宅・教育現場・余暇で失われる時間も含まれる。その結果として、クオリティオブライフ（生活の質）の低下、個人および家族の貧困レベルの上昇、事業および国内経済に対する生産性と経済生産の低下、個人および保健医療制度に生じる診断・ケア・治療のコスト、そして多くは予防可能な慢性疾患の合併症のコストが生じる。

各国の慢性疾患の課題への対応においては、社会的・経済的発展、保健医療制度の発展の全般的な背景も考慮に入れなければならない。

ミレニアム開発目標

ミレニアム開発目標（MDG）の中で、慢性疾患への対応が具体的なターゲットに挙がっていないのは機会の喪失であり、慢性疾患を犠牲にして HIV/AIDS・結核・マラリアだけに注目を集めてしまったと考える意見は少なくない。これらの疾患にのみ注目することによって、慢性疾患の差し迫った破滅的状況に対する注目と資源が失われたとも言われている（WHO 2005, p.70）。

しかしながら、MDG は、貧困・不平等・教育の欠如・妊産婦の死亡などの健康問題の根本的原因に取り組んでおり、感染症に対応するために保健医療制度強化に投入された労力や資源は、慢性疾患のケアと管理にも良い影響を与えているという意見もある。

どのような立場をとるにせよ、MDG は富裕国と貧困国の間の約束を形にしたものである。この焦点を絞ったパートナーシップは、慢性疾患の予防と管理の計画を進めるためにも利用することができる。慢性疾患は、持続する貧困の状況では、他の健康障害の原因と同等の重要性を持っているからである。問題は、MDG または慢性疾患のどちらに焦点を置くかではなく、相乗的方法で、双方に力を入れることである。なぜなら、両者は相互に結び付いており、社会的・経済的發展と社会的排除の防止にとって、本質的な前提条件だからである。

貧困

貧困と慢性症状との関係は、双方向的なものである。すなわち、貧困が健康障害の原因となり、健康障害が貧困をもたらす。WHO が特定している要因（WHO 2002）には、次のようなものがある。

- 栄養状態が偏った母親が育てる子供は、成人してから糖尿病・高血圧・心疾患などの慢性症状に罹患する傾向がある。
- 小児期の貧困と不健康は、がん・肺疾患・心血管系疾患・関節炎などの成人期の慢性疾患に関連する。
- 先進国・発展途上国いずれにおいても、貧困層の高齢者は健康状態が悪く、ケアへのアクセスも満足な状態ではない。
- 貧困層の労働環境は、より肉体的に厳しく、傷害や有害物質への暴露の危険にさらされる傾向にある。特に発展途上国において、有害な化学物質への暴露や汚染は、がん・心血管系疾患・呼吸器疾患の地域有病率との関連性が指摘されている。
- 貧困層は保健医療や予防手段を利用できないことが多く、結果として健康アウトカムが悪化し、慢性症状が増悪すること。
- 慢性症状は、失業につながる就労不能・早期の離職・生産性の低下などに関連している。

- 慢性症状の治療費用は、特に症状の初期管理や合併症予防がうまく行われないと、莫大な金額になる可能性がある。
- 慢性症状のある人は、地域社会の中で疎外され中傷の対象となるリスクがあり、結果として教育や雇用の機会が一層限定される可能性がある。また、中傷や無視は慢性的な問題の悪化とつながっている。慢性症状のある女性では、教育的・経済的・肉体的危害のリスクも大きくなる。

男女不平等

社会的な不平等、貧困、保健医療をはじめとする資源へのアクセスの不平等が、世界中の女性、特に貧困層の女性にとっての慢性疾患の負担をさらに重くしている。

- 慢性疾患があっても女性は男性より長く生きる傾向があるが、健康状態は悪いことが多い。
- 保健医療にかかる費用（患者負担分など）が、女性のサービス利用の障害になっている。女性の収入は男性より低く、世帯内の資源の管理権が限られているからである。
- 家庭内の女性の労働負荷や、病気の家族を世話する役割は、自分が治療を受けようとする判断を遅らせる深刻な要因にもなっている。
- 女性の自由な移動が制限されている地域では、医療センターまでの移動もできない場合がある（WHO 2005, p.65）。

保健医療制度

慢性疾患の増加は、世界中のあらゆる保健医療制度の負担を増大させ、今までとは異なった新しい需要を作り出している。保健医療サービスの提供・保健医療労働力・情報システム・医療製品・ワクチン・技術・財政・リーダーシップと統治など、保健医療制度のあらゆる要素が影響を受けている。プライマリ・ヘルスケアに対する取り組みが公言されているにも関わらず、ほとんどの保健医療制度は急性期の一時的なケアから長期ケアへと焦点を移動させる必要に対応できていない。この点については、第4章の中で、長期ケアの様々なモデルについて触れながら詳しく検討する。

WHOの「非感染性疾患の予防と管理に関する世界戦略のための2008年から2013年の行動計画」(Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases) (WHO 2008a)は、保健医療制度の方向修正と強化について各国にガイドラインを示している。看護師は、全国および地域レベルでの取り組みにこのガイドラインを生かすことができる。このガイドラインには、適切な政策の確実な実施、教育を受けた人的資源の強化、必須医薬品と基本

的技術への適切なアクセス、プライマリ・ヘルスケアの基準、有効に機能する患者紹介のしくみ、心血管系疾患・がん・糖尿病・慢性呼吸器疾患など一般的な症状についてのエビデンスにもとづくガイドラインと基準の活用、乳がんや子宮頸がん、糖尿病、高血圧その他心疾患のリスク要因の早期発見を目的としたコスト効果の高いアプローチの方法、医師・看護師、その他の保健医療従事者の研修の改善と継続教育プログラム、非感染性疾患の患者が自らの状態を管理できるようにするための支援（例：教育、インセンティブ、自己管理・ケアのツール）、保健医療へのアクセスの不平等を減らすための持続可能な医療財政のしくみなどが含まれている。

慢性疾患のコスト

慢性疾患による疾病負担を立証する強力な疫学的根拠はあるが、慢性疾患の経済的影響について説得力のある根拠は得られていない。慢性疾患のコストは、手術や薬物療法の直接医療費だけにとどまるものではない。労働者が病気または障害になった場合の生産性の低下、早期の退職、様々な対処策（貯蓄や投資の切り崩し、家計資産の売却、病気の家族の面倒をみるために子供の学校をやめさせるなど）のコストなど、重大な間接コストもある。個人や家庭だけでなく、コミュニティ・雇用者・経済全体にもかかるこうした慢性疾患のコストは、急速に膨張を続けている（OXHA 2009a）。さらに、苦痛・苦悩・死別など、数値化できない人的損失もある。

コストの説明・計算に様々な方法やアプローチが使われているため、包括的で意見集約された数値を導き出すのは困難であり、結果は広い解釈となっている。コストの推定には主に3つの方法がある。

- 疾病の会計上の費用を算出する方法
- 経済成長モデル（慢性疾患が国内所得に与える影響を、労働力供給や貯蓄などの変数を使って推定する方法）
- 全所得を使った方法（健康障害に伴う厚生損失を金銭的に測定しようとする方法）
（WHO 2005, p.75）

経済成長アプローチを使った試算が最も低い値になり、全所得アプローチが最も高い値になる。疾病費用の試算がその中間の結果になる。

疾病費用アプローチを使った場合、米国で心疾患による総医療費の推定は、2000年には2,982億米ドルだったものが、2001年には3,292億米ドル、2002年には3,518億ドルへと上昇したことになる（WHO 2005, p.75）。

オーストラリアでは、脳卒中が国の直接の医療費総額の約2%を占めていると推定される（WHO 2005, p.76）。

ノルウェーの研究では、塩分の摂取を減らして国民の血圧を 2 mmHg 下げることによって、心疾患と脳卒中の回避により 25 年間で 1 億 8,800 万米ドルが節約できると試算されている (WHO 2005, p.77)。

カナダの研究でも、運動不足の人を 10% 減らせば、一年で 1 億 5,000 万カナダドル (約 1 億 2,400 万米ドル) もの直接医療費が削減できると試算されている (WHO 2005, p.77)。

WHO は、中国で 2006 年から 2015 年の間に、心疾患・脳卒中・糖尿病のみで国民所得のうち 5,580 億ドルが失われるだろうと予測している (WHO 2009b)。

2008 年の OECD 会議で、以下が報告された。

- 健康障害のリスクに伴う生産性の損失は、慢性疾患の治療コストの 400% にもなる。
- 米国では、慢性疾患の国民の医療支出が、総額 2 兆米ドルの国の医療費支出の 75% を占める。
- 慢性疾患による経済負担の増加に伴い、工業国や新興経済国においても、他の重大な問題を解決するための費用や、教育・インフラなどの基本的ニーズを従属する費用が圧縮されることになりかねない。
- OECD 諸国では、医療費のうち予防に使われているのはわずか 3% である。 (Price Waterhouse Coopers LLP 2008)

米国では毎年、喫煙の直接・間接のコストが 750 億ドル以上、糖尿病のコストが 1,300 億ドル以上かかっている (OXHA 2009a)。

糖尿病は 2007 年、世界の 380 万人の死亡原因となった。これは地球上の全死亡の約 6% であり、HIV/AIDS とほぼ同等である。WHO が計算した糖尿病で死亡する人の寿命短縮年数を使うと、1 年で 2,500 万年分以上の寿命が失われることになる。国際糖尿病連合 (IDF) は、これとは別に、予防可能な糖尿病の合併症が引き起こす障害とクオリティ オブ ライフの悪化という形で、寿命短縮年数に換算して 2,300 万年が失われているとしている。糖尿病患者は、特に個人や家庭がケアや治療の費用を自分で負担しなければならない国では、早死にするリスクが高い。

先進国と発展途上国の格差

糖尿病の医療費の 80% 以上は、世界の最富裕国で支出されている。中・低所得国では 20% 未満しか支出されていないにもかかわらず、近い将来これらの国に糖尿病患者の 80% が暮らすことになる。米国は世界の糖尿病患者の約 8% を抱える国であるが、糖尿病治療の世界全体の支出の 50% 以上を支出している。欧州も世界全体の支出の 4 分の 1 を占める。他の工業国、オーストラリア

や日本が、残りのほとんどにあたる。世界の最貧国では、命を救うための最も安価な糖尿病薬の供給にさえ、十分な支出が行われていない。

糖尿病にかかる医療費の劇的な増加

糖尿病は、先進国・発展途上国いずれにおいても、診断前から費用がかかる病気である。心疾患・脳卒中・腎臓病・切断などの高価な合併症の予防に十分な投資が行われていないため、必要以上にコストが大きくなっている。末期の腎臓病を併発した糖尿病患者ひとりの治療費は、合併症がない患者の3~4倍になる。2007年、世界は糖尿病とその合併症の治療・予防に、少なくとも2,320億米ドルを費やしたと推定される。2025年までには、これが3,025億米ドルを超える予想である（IDF6）。

慢性疾患のリスク軽減戦略

この章では、慢性疾患の予防に焦点を当てる。最もよくある慢性疾患、すなわち糖尿病・心血管系疾患・呼吸器疾患・一部のがんの発病可能性を増大させる行動的・生物学的危険因子を取り上げ、これらの危険を低減または管理するための様々な介入を検証する。

慢性疾患の予防

慢性疾患の根本的な原因は、保健医療セクターの外にあることが多いため、その予防戦略には保健医療セクター以外、たとえば、農業・財務・貿易・交通・都市計画・教育・スポーツなどのセクターの関与が必要である。可能な限り最良の健康アウトカムを得るためには、すべての分野の政策を分析し、連携させる必要がある。

危険因子の削減

心疾患・脳卒中・2型糖尿病の最大80%と、がんの3分の1以上が、危険因子の削減または管理によって予防可能なものである。共通する主な行動上の危険因子は喫煙・不適切な食生活・運動不足・有害なアルコールの使用である。関連する生物学的危険因子には、高血圧・高コレステロール・高血糖・過体重／肥満がある。

オックスフォード・ヘルス・アライアンス（Oxford Health Alliance）のデータ（OXHA 2006）によると、先進国においては、危険因子は主に貧困層に集中し、発展途上国では社会経済グループごとに危険因子が異なることが示唆されている。たとえば、低所得国の大多数において、喫煙は貧困層に集中している。肥満に関して言えば、不健康な習慣は国内でまず富裕層から始まり、貧困層に広がる傾向がある。糖尿病のデータは、先進国・発展途上国いずれでも主として富裕層での発生を示唆しているが、これは貧困層は診断を受けようとならないかもしれないという事実を反映している可能性もある。身体活動や狭心症などその他の指標については、全体像はさらに渾然としている。危険因子を軽減するための戦略は、共同アプローチを大切にし、認識の向上、現実的かつ手頃な価格の「健康的な選択」の提供・推進、そして「健康的な選択」を「容易な選択」にすることを目指すべきである。

介入

危険因子に対応するための介入には、一次予防と二次予防がある。一次予防介入は疾病の診断の前に行われ、個人・コミュニティまたは国民全体が対象である。二次予防には、血圧モニタリングやコレステロール検査などの臨床スクリーニング、ハイリスクの人または既に慢性疾患が発症している人を対象としたアスピリン、スタチン、 β ブロッカー、ACE 阻害剤などの医薬品の使用が含まれる。

個人レベル

人々は人生の様々な時期に健康増進に取り組む決心をし、その理由も「見た目を良くしたい」「元気になる」「健康を維持したい」など様々である。その意図は必ずしも慢性疾患の予防でなくとも、以下のような行動は一般的な慢性疾患のリスクを削減する。

- 禁煙。必要に応じて、ニコチン置換療法の適用
- 責任ある飲酒。推奨最高量を超えないこと
- 定期的な運動。週 3 回の最低 30 分間のウォーキングに相当する運動
- 適切な体重と BMI 値の維持。新鮮な果物と野菜を毎日少なくとも 5 杯分食べ、塩分摂取を減らし、不飽和脂肪に切り換えること

毎日の生活にしっかり定着するまでこうした行動を続けることは、慢性疾患の発現リスクを減らす機会や資源、動機を持っている人にとってさえ難しい。看護師にできることは、実例を挙げて指導したり、家族や友人に健康的な生活習慣を一緒に身につけていくよう励ますことである。

コミュニティ レベル

コミュニティに根差した介入が成功するには、コミュニティ全体の参加、地域政策決定者の後押し、分野横断的な活動、非政府組織・産業・民間セクターとの協力など多くの重要な要素がある。たとえば、健康的な学校・職場は、子供たちや家族、従業員の健康に大きな影響を持ち、意欲や参加率の向上、生産性の改善などにつながる。看護師の重要な役割としては、教育や情報キャンペーンを主導すること、伝えるべき健康情報が正確で一貫しているようにすること、学校および職場での健康的な食品の入手に関する政策に影響を及ぼすこと、栄養指導や血圧スクリーニングなどの保健サービスへのアクセスを提供すること、健康的な環境作りや運動施設の設置を促すこと、健康的な選択が容易になるような環境を作り出すことが考えられる。

健康のためのコミュニティ介入（Community Intervention for Health）（OXHA 2009b）は、喫煙・貧しい食生活・運動不足にさらされることを減らす環境・政策の整備を目的とした世界規模の研究プログラムである。その介入には、コミュニティ内の協調体制の構築、健康教育、構造的な介入、ソーシャルマーケティング戦略などが含まれる。このプログラムは、現在、中国・インド・メキシコ・チュニジア・イスラエル・英国・米国など先進国・発展途上国の高リスクコミュニティで導入されている。この介入の重点は、コミュニティ・学校・職場・保健センターに置かれ、プログラムの成果として以下が期待されている。

- 慢性疾患の危険因子に対処する指針として、優良な事例（best practice）のロードマップの策定
- 介入プロセスとアウトカムに関する包括的な国際データベースの構築
- リスク因子の軽減と慢性疾患の予防の分野を前進させる研究論文の作成

北アメリカ先住民は2型糖尿病の発生が異常に多く、世界で最も高い発生率の一つに数えられる。アリゾナ州のピマ（Pima）の先住民は、成人の有病率が50%に上り、記録されている限りの最高値である。従来の食生活と運動不足が最大の危険因子である。二つのコミュニティの大半の住民と複数の施設を対象としたある介入プログラムは、文化的に受け入れられる適切なものであることが立証され、現在さらなる研究が進められている（Rosecranes et. al. 2008）。

社会レベル

社会レベルの変革は、特に煙草とアルコールに対する課税の政策転換、喫煙と飲酒に関する法律整備、食品ラベル表示・販売戦略・製品製造に関する政策転換などが例としてあげられる。健康に良くない食品成分（加工食品のトランス脂肪酸や塩分量など）を減らす工業プロセスの変革は、人々の食生活に大きな影響を与える可能性がある。

世界で年間300万人と言われる喫煙に関連する死亡のうち、インドが3分の1を占めている。また、噛みタバコが原因と医師が考えている口腔内の前がん病変も増加している。噛みタバコは社会的に広く受け入れられており、インド全体の特に関西で若い世代で人気が増してきている。この10年では、一部のチュアブルタイプ、または、煙の出ないタバコ数種類が6歳から7歳という幼児を対象に販売され、実際に利用されている（Joshi 2006）。口腔がんは10年の潜伏期間があり、インドでは今後数年の間に膨大な数の口腔がんが発生する恐れがある。ゴア州は世界でも最も厳しい反タバコ法を可決した。ゴア州喫煙・噛み吐き禁止法（Goa Prohibition of Smoking and Spitting Act）は、公共の労働または利用の場所（バス停、海岸、公共交通機関を含む）での喫煙と噛みタバコの吐き捨てを禁止している。州内でのすべてのタバコの広告、および学校または礼拝所から100メートル以内でのタバコ製品の販売を禁止している（BBC Worldservice）。

問題点

慢性疾患の危険因子に対処することは、コスト効果、文化的な相違、情報へのアクセス、情報にもとづく意思決定など、多くの課題をもたらす。

リスク削減のための介入の多くは、コミュニティや社会のレベルより、個人レベルでのほうがそのコストと影響が測定しやすい。たとえば、高リスク人口群対象の介入ではなく、一般的な一次予防の相対コスト効果を判定しようとする研究が進んでいる。

健康を求める行動や個人の選択、健康の増進・維持・管理に対する責任などには、文化的な差がある。また、一般市民と保健医療従事者の間の関係には、特に情報共有や意思決定の面で、大きな差がある。

正確で関連性があり偏向していない情報の入手・活用は、個人から医療従事者、政策決定者まで、すべてのレベルで重要である。発展途上国では、喫煙・飲酒・食生活・運動不足が健康におよぼす影響についての認識が低く、情報が明らかに不足しているケースがある。ICN も参加している「全ての人々に健康情報を（Health Information For All）」という 2015 年を目標年としたイニシアチブは、あらゆる人が情報に通じた保健医療提供者へアクセスできることを目標にしている（HIFA）。情報をもたらしたメリットの例として、1964 年、米国で公衆衛生局長官が喫煙の健康リスクに関する発表をした後、喫煙率が突然かつ継続的に低下したことがある。

しかしながら、情報の発信は思うほど簡単なものではない。喫煙の健康への影響が一般的に認知されるまでに何世紀もかかったように、必要な情報のすべてが入手可能とは限らない。幼児など一部の人口群では、情報を解釈・理解する技能・能力を備えていないこともあるゆえ、子供向けの食品・飲料のマーケティングは議論の多い問題になる。成人の間では、企業・政府・その他の利害関係者が提供する情報に対して懐疑的である、または信頼が持てないなどの場合がある。

また、健康的な選択肢を知っていることと、その選択肢を実行することは別問題ということもある。人は必ずしも合理的には行動しないもので、リスクを冒すことも通常の人間の行動の一部である。情報を十分にもっている人でも不健康な食品を食べ、喫煙し、飲み過ぎることがある。したがって、情報を提供し意識を高めることは必須のステップではあるが、それ自体で行動や実践を変えるには十分でない場合もある。人口全体に情報を与え教育するため、一貫した健康関連のメッセージを伝達し、様々な方法で定期的に強化していく必要がある。

たとえば目標設定や問題解決のような心理的・動機的・行動的支援も、持続的な生活習慣の変化を成功させ、慢性疾患を予防するためには重要な役割を持っている（Fekete et al. 2007; Whittemore et al. 2009; Lindstrom et al. 2008）。慢性疾患の最大 80%が予防可能であると推定されているのであ

るから、看護師は、慢性疾患の予防において世界的に重要な貢献をできる立場にある。

2 型糖尿病の予防

一次予防はリスクの高い個人を特定し、2 型糖尿病の発現から守り、糖尿病治療の必要性和糖尿病関連の合併症治療の必要性和の両方を減少させる。体重管理と運動量の増加を目的とした生活習慣の変更は、2 型糖尿病の予防の重要な目標である。

二次予防は、合併症の早期発見と予防から成り、その結果、治療の必要性を減らす。糖尿病の初期段階でとられる対策は、クオリティ オブ ライフの観点からよりメリットが大きく、特に入院が回避できればコスト効果がより高くなる。血糖値の管理がうまくいくと合併症の発現リスクが大幅に減り、すべてのタイプの糖尿病において進行を遅らせることができるという決定的な根拠も得られている。高血圧と血中脂肪の上昇の管理も同様に重要である (IDFc)。最近の米国の研究では、体重減少と集中的な生活習慣の改善により、糖尿病予備群から正常な血糖値へと回復できる可能性が示唆されている (Perreault et al. 2009)。

この章では、慢性症状のケアと管理を、様々な慢性疾患ケアモデルに触れながら検討する。慢性疾患ケア管理における看護職の役割にも焦点をあて、一連の慢性疾患ケアの流れの中で看護師に求められるコンピテンシーについても言及する。

慢性疾患ケア管理のモデル

糖尿病と心血管系疾患など、いくつかの疾患を抱えている人が増加していることを考えると、個々の慢性疾患をそれぞれ切り離して見ることはできない。一般的な慢性疾患による患者・家族・保健医療ケアシステムへの負荷は類似しており、実際、これら疾病を異なったものというより似たものと見なし、すべての慢性疾患が比較できるような管理戦略をとることが有効である。

慢性症状のある患者が、可能な限り最良の健康状態を保ち、機能レベルを長く維持するためには、コミュニティ内で幅広いサポートを必要とする。自宅で問題とうまく付き合うためには自己管理の技術が必要であるし、症状の変化や悪化が急性状態になる前に迅速に対応できるように、ニーズを予想した積極的かつ総合的な計画にもとづくケアと管理も必要である。

現在、様々な慢性疾患のケアモデルが、各国で利用・適用されている。看護師は、適切なモデルを主導し支援するべき最前線にいる。例として、慢性疾患ケアモデル（chronic care model、CCM）と WHO 慢性症状の画期的ケア（Innovative Care for Chronic Conditions、ICCC）枠組みの二つのモデルを、図1および図2に示す。

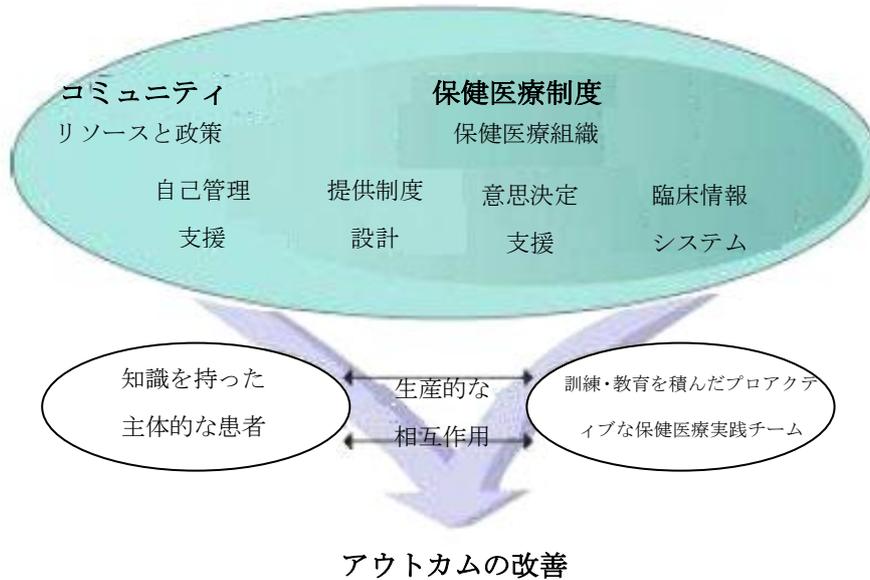
慢性疾患ケアモデル（CCM）

CCM アプローチの本質は、「知識を持った主体的な患者と、教育、訓練を積んだプロアクティブな保健医療チーム」との間の相互作用である。すなわち、「自分の健康について有効な判断を下して健康を管理するための情報と技術と自信をもち動機付けのされた患者と、必要な患者情報と意思決定支援と質の高いケアの資源を備えた保健医療チーム」という意味である（Improving Chronic Illness Care 2004）。このモデルは、以下に示す6つの相互に関連する要素と付随する活動に基づいている。これら要素および活動のすべてにおいて、世界中の看護師が主要な役割を担う。

図 1：慢性疾患ケアモデル（CCM）

要素	活動・役割
患者－ケア提供者の関係	<ul style="list-style-type: none"> ● 症状管理に患者自身を能動的なパートナーとして参加させる。 ● 患者・ケア提供者・家族・より幅広い一般市民に情報と教育を提供する。 ● 患者のセルフケアと自己管理を促す。 ● 患者・ケア提供者との長期的な関係を構築する。患者・ケア提供者・家族は新たな進展や治療の選択肢については一般医師より熟知している場合があり、新しい情報を看護師や医療関係者にもたらしることがある。
医療提供の制度設計	<ul style="list-style-type: none"> ● 予防・スクリーニング・アセスメント・診断を主導する。 ● 対症的ケアから、計画的なケアと持続的・積極的なフォローアップへとシフトする。 ● チームアプローチと協力による実践を行う。 ● 高リスク群をスクリーニングする。 ● 複雑なニーズを持つ患者のケアを調整する。 ● 患者が理解でき、患者の文化にあったケアを計画・提供する。
意思決定支援	<ul style="list-style-type: none"> ● アセスメント・診断ツールを体系的に利用する。 ● 介入の指針としてエビデンスにもとづくプロトコルと臨床ガイドラインを活用し、患者と共有する。 ● チームの一員としての専門医への照会を調整する。
情報システム	<ul style="list-style-type: none"> ● 効果的に意思伝達し、適切に情報管理する。 ● 新しい技術を活用する。 ● 実践ガイドラインについて注意喚起とフィードバックを行う（患者登録簿の利用など）。 ● ケアと治療を監視・評価する。 ● 質の向上を重視する。
コミュニティのリソース	<ul style="list-style-type: none"> ● 社会的統合と健康的な生活を促進する地域当局との強力な連携体制を構築し、プログラムを推進・開発する。 ● 特定の文化またはコミュニティで何が有効かを知る。 ● 効果的なプログラムへの患者の参加を奨励する。 ● 一般市民・非医療従事者・その他のセクターの役割を増やす。
保健医療組織	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画的なケアのためのインフラの戦略的開発に尽力・支援する。 ● 組織内・組織間で適切なリーダーシップをとる。 ● ケアの調整のための合意を形成する。 ● コスト効果の高いリソース利用・管理を行う。 ● 政策決定・保健医療サービスの計画・管理に参加する。 ● 効果的な改善戦略を推進する。 ● インセンティブはケアの質にもとづいて行われるようにする。

慢性疾患ケアモデル



WHO 慢性症状の革新的ケア（ICCC） 枠組み

WHO の慢性症状の革新的ケア枠組みは、教育を受け、情報をもった、動機づけられた患者と家族、保健医療ケアチーム、コミュニティの支援者が協力して初めて慢性症状について好ましいアウトカムが得られる、という確信に基づいている（WHO 2002）。

この枠組みは、以下の基本原則に支えられている。

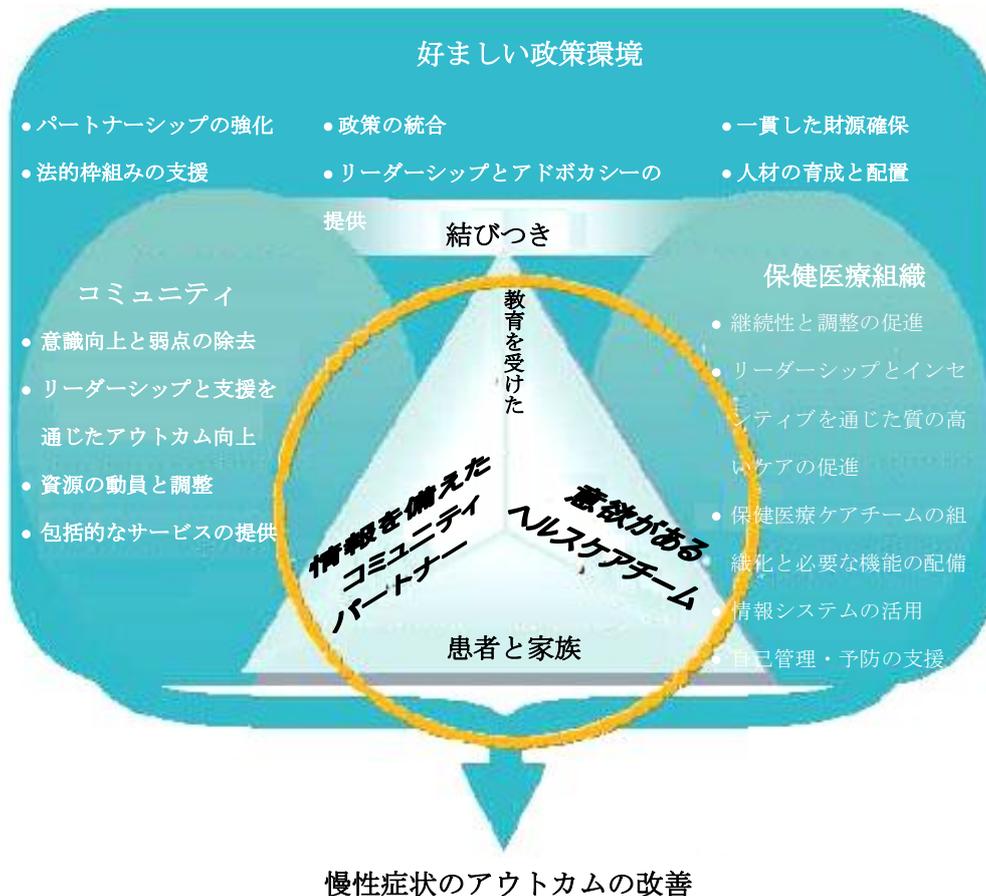
- エビデンスにもとづく意思決定
- 市民中心
- 予防重視
- 品質重視
- 統合性
- 柔軟性・順応性

この枠組みを構成するのは基本部分または「構成要素（building block）」と呼ばれるもので、これらの要素は、長期的な健康問題をより効果的に管理できる保健医療ケアシステムを構築または再設計するために活用することができる。看護師は、地域の状況、利用可能な資源に応じて、慢性疾患の適切で効果的なケアと管理ができるよう、これら構成要素の一つひとつすべてに完全かつ効果的な貢献ができる立場にある。

図 2 : WHO ICCC 枠組み

構成要素	
保健医療組織	自己管理・予防を支援する 保健医療ケアチームを組織し、必要な機能を備える 情報システムを活用する 継続性と調整を促進する リーダーシップとインセンティブを通じて質の高いケアを促進する
コミュニティ	資源を動員し調整する 包括的な保健医療サービスを提供する リーダーシップと支援を通じてアウトカムの向上を目指す 意識を向上させ、弱点を取り除く
政策環境	パートナーシップを強化する 人材を育成し配置する リーダーシップとアドボカシーを提供する 政策を統合する 一貫した財源確保を図る 法的枠組みを支援する

WHO 慢性症状の革新的ケア枠組み



看護師の役割

これら 2 つのモデルのいずれも、その中核をなすのは情報を提供され、動機づけられた患者・家族・コミュニティと、それを支える訓練・教育を積んだ意欲のある協調的な保健医療実践チームである。そして看護師は、情報と患者教育の提供、患者・ケア提供者・コミュニティとの関係構築、ケアの継続性の提供、ケア提供を発展させるための技術の活用（ICN 2007）、長期療法におけるアドヒアランスの支援、協調的実践の推進（ICN 2004）の面で実践の最前線にある。

慢性疾患ケアモデルは米国で開発され、実践したのは主に医師であるが、医師の Bodenheimer は「医療文献と慢性疾患ケア向上のための多くの取り組みの経験から、医師ではなく看護師こそが、患者中心のケアチームにおいて慢性疾患ケアモデルの実施の鍵であることは明らかだ」と述べている（Bischoff et al. 2009）。

「看護師と計画的に訪問慰労を行うことで得られた好ましいアウトカムは、患者とのよりよいコミュニケーションが要因かもしれない。看護師はチームの一員として働くことが医師よりも優れている傾向にあり、患者とのより有益な相互関係を構築できる。したがって、看護師は、世界中の慢性症状の発生に対応するという疫学的難題を引き受けるよう訓練・教育を積むべきである（Bischoff et al. 2009）。」

コンピテンシー

慢性疾患ケアのどのモデルを使うにしても、看護師こそが鍵であり、看護師はその潜在力をフルに発揮できるよう必要な知識・技能・特性を有していなければならない。変化する疾病の負担に対応できる看護・医療労働力を備えるための教育訓練プログラムが必要である。この種の教育訓練は分野横断的かつ複合的学習に役立つ。慢性症状をもつすべての人が適切で安価な包括的ケアを利用でき、かつ必要な時には専門家のケアと管理が利用できるよう、コスト効果の高い実利的なアプローチを活用しなければならない（ICN 2008）。

ICN の「看護ケアの連続した枠組みとコンピテンシー（Nursing Care Continuum Framework and Competencies）」は、ICN の「ジェネラリスト・ナースのためのコンピテンシーの枠組み（Framework of Competencies for the Generalist Nurse）」を基にしており、看護ケアの連続体全体にわたって、適切な知識・技能・特性（言い換えればコンピテンシー）が開発されるための健全な枠組みを提供している（ICN 2008）。この場合も課題は、ケアの連続体全体に適用される慢性症状・疾患のケア・管理に共通の要素を特定すること、そして併存症および複雑な状況に必要とされる具体的な専門知識を特定することである。専門職実践との境界線をどこに引くかは、地域の人々の保健医療ニーズに対応するために利用可能な資源を最も有効に活用するために、地域および国内レベル

で決定される。ICN は、専門家としての臨床業務につく看護師のためのコンピテンシーの枠組みを定めている（ICN 2009）。

慢性疾患の予防・管理のために看護師に必要であるコンピテンシーには、以下のようなものがある（ICN 2008）。

- 効果的な保健医療サービスのために求められる幅広いサービスへのアクセスを改善する活動に参加すること（看護師）。
- 看護と保健医療における情報・選択・自己決定に関する患者の権利を尊重すること（看護師および専門看護師（スペシャリスト・ナース））。
- 医薬品その他の製品を処方する際には、業界のマーケティング戦略に対して、専門家としての品位・誠実さ・倫理的行動を示すこと（専門看護師および上級実践看護師（advanced practice nurse））。
- 情報源・教育提供者として行動し、生活習慣の改善を求める患者に対しては、疾病・傷害の予防活動を適用し、健康状態の変化・障害・死亡に対応すること（看護師）。
- 疾病予防活動の導入と健康な生活習慣の維持を推奨するため、個人・家族・コミュニティに対する指導・教育の機会をとらえ、これを提供すること（看護師および専門看護師）。
- 個人またはグループのニーズや特性に合った教授法・学習法を選択すること（看護師および専門看護師）。
- 専門実践にとって重要な分野での疾病の抑制、健康な生活習慣と環境の促進の活動において、他の専門職やコミュニティ、特殊な利益団体とも協力すること（専門看護師）。
- 健康の多岐にわたる決定因子を考慮した視点を実践に取り入れること（看護師および専門看護師）。
- 看護とその他の保健医療サービスに患者がアクセスできるようにするため、他の医療従事者と協力して取り組むこと（看護師）。

慢性疾患の管理

慢性疾患の管理において、看護師はますます主導的な役割を果たすようになっている。ケアを求める人の数が増えた結果として、やむをえずそうなっている状況もある。他方、専門看護師や高度実践看護師の導入が、特定されたニーズに対応して戦略的に行われている場合もある。英国では、ケア管理においてより幅広く、多くの責任を担う看護師としての最も早く例の一つが、糖尿病専門看護師（Diabetic Nurse Specialist）の導入である。

2 型糖尿病の管理

2008 年、英国では、プライマリケアおよびセカンダリケアにおける 2 型糖尿病管理の国内ガイドラインが、入手できる最良のシステマティック レビューにもとづき、見直し・改訂された (NCC-CC 2008; Bannister 2008)。同様のガイドラインは他国でも利用可能であり、これらガイドラインから、多くの国の看護師が、糖尿病患者のケアと管理の責任を担う最適の立場にあることは明らかである。

患者中心のケア：

すべてのケアは、患者個人のニーズと選好を考慮すべきである。患者が根拠にもとづく情報と教育へのアクセスの裏付けを得て、情報を得た上での意思決定を行うためには、良好なコミュニケーションが不可欠である。

教育：

各種のガイドラインでは、診断時またはその前後に体系的な教育をすべての患者に行うべきであるとしている。また、エビデンスでは集団での教育が望ましいことが示されているが、参加できない、または参加を希望しない患者には代替策を講じるべきである。教育はエビデンスに基づき、個人のニーズに合致してなければならない。体系化されたカリキュラムを、訓練を積んだ講師が実施し、質の保証と定期的な監査が行われなければならない。教育評価をすべての患者の年次評価の一環として行うべきであり、年次更新へのアクセスも継続ケアの重要な要素である。体系的な教育プログラムを通じて行われる教育は、患者個人の継続ケアに組み入れる必要がある。したがって、糖尿病ケアに関わるすべての医療従事者が、地域プログラムで使用される内容・主要メッセージ・自己管理ツールに精通しておくことが不可欠である。

食事療法の指導：

食事療法の指導は、健康的な食習慣の原則、特に心血管リスクからの最適な保護に重点を置く。摂取が推奨される食品は、果物、野菜、全粒穀物・豆類、低脂肪乳製品、脂肪分の多い魚である。飽和脂肪酸およびトランス脂肪酸を含む食品の摂取は制限し、糖尿病患者用として市販されている食品は避けるべきである。

血圧：

2 型糖尿病患者の推奨目標血圧は 140/80 mmHg である。腎臓・眼・脳血管に損傷のある患者は、より厳しい 130/80 mmHg を目標とする。最初の介入として生活習慣の指導が推奨されるが、これで目標血圧が達成できなければ、ACE 阻害薬を最大耐量まで漸増して用いることが推奨される。ただし、今後妊娠の可能性のある女性に対しては注意が必要で、カルシウムチャンネル遮断薬が推奨される。治療の効果を定期的に見直し、最適な管理と適切な用量の漸増を行う。

血糖値コントロールのアセスメント：

特に微小血管リスクの低減に関連して、一般に HbA1c の目標値は 6.5%未満とされている。ただし、この目標達成のために犠牲にしなければならないクオリティ オブ ライフや、副作用の範囲、管理に必要なリソースなどによって、この値は個人で変わる。HbA1c 6.5%に近い目標値の達成に苦闘している患者には、目標値に向かった HbA1c のどのような減少であっても意味があると強調することが重要である。低血糖のリスクがある治療法を適用する場合には、低血糖を回避するために若干高めの目標値が必要なこともある。HbA1c 6.5%未満というような強力な管理は勧められない。

血糖値の自己モニタリング：

血糖値の自己モニタリングは、自己管理教育の不可欠なものとして、新たに糖尿病を診断された患者すべてに提供されるべきである。ただし、すべての患者が血糖値の自己測定を希望するとは限らない。モニタリングの目的をはっきりさせ、結果の解釈と変化に対してとりうる行動についての教育が行われなければならない。自分の血糖値をモニタリングすることを選択しない患者もあるが、モニタリングをすることを選択した患者には支援をしなければならない。自己モニタリングの決定をしたら、少なくとも年 1 回はモニタリングのメリットと効果について検証すべきである。

脂質の管理：

2 型糖尿病の患者のほとんどは、心血管系リスクが高いと考えられる。40 歳以上の患者の多くにスタチン療法が適用される。一部の 40 歳未満の患者には、従来 of 危険因子を有しており、高リスクがある。このような患者にもスタチン療法が適用となる。40 歳未満の人の高い危険因子は、メタボリック シンドロームの兆候、家族歴、民族的背景、微小血管損傷のエビデンスである。

慢性疾患ケアにおける看護の革新

慢性症状に対する保健医療ケアの革新は、慢性症状の予防法・管理法を変える新しいアイデア・方法・プログラムの導入である（WHO 2002）。看護職にとって、革新は目新しい概念ではない。世界中の看護師は、日々、革新的な活動に従事している。それは患者ケアのアウトカム向上への意欲と保健医療制度のコスト削減の必要性に動機づけられた活動である。こうした先駆的活動の多くが、患者と国民全体と保健医療制度の健康に大きな改善をもたらしてきた（ICN 革新データベース）。

慢性症状という難題に創造的・革新的解決策を提供し、患者・家族・コミュニティの日々の生活に大きな変化をもたらすうえで、看護師は最適の立場にある。ICN は、看護の革新の促進・普及に取り組んでおり、全世界に看護の革新の拡大を促進するためにインターネットを基盤とするリソース「ICN 革新データベース (Innovations Database)」を立ち上げた (<http://www.icn.ch/innovations/>)。また、ICN は 2009 年国際看護師の日のテーマに、「質の高いケアの提供、地域への貢献：ケアの革新を看護職から」を選んだ。

第 4 章で検討したとおり、慢性疾患のケアは、看護師と患者・コミュニティの間の関係だけでなく、ケアチーム内の関係や働き方の変化も必要とする。また、技術の進歩は、情報や通信技術だけでなく新製品や新技術の導入という面でも、慢性症状のケア・管理における多くの革新の基礎となる。技術が効果的に活用されることで、従来型の業務に変化が起きたり、疑問を投げかけたりすることもある。また、保健医療・看護サービスの設計と提供において柔軟性も要求されるようになる。看護師は、このような変化を具体化し促進する最前線に立つことが多い。

韓国：

可能な限り血糖値を正常近くに維持することは、2 型糖尿病の合併症の予防における鍵となる。韓国の研究では、看護師による携帯電話の SMS メール介入により、患者が血糖値をうまく管理できることが示された。ある比較臨床試験で、患者はインターネットか SMS で自己測定した血糖値と医薬品情報を毎週提出した。送られたデータは個人記録に照らして分析され、たとえば「運動不足が血糖値の悪化の原因とされます」「食べる量を確認してください」というように、食生活・運動・医薬品についての助言が与えられた。この定期的な連絡とフィードバックが、血糖値管理への患者の意欲を高めた可能性がある。介入群ではベースラインと比較してグリコシル化ヘモグロビン (HbA1c) が 3 カ月で 1.15%ポイント低下し、6 ヶ月で 1.05%ポイント低下した。また、

介入群の患者は食後二時間血糖値（2HPMG）が3カ月でベースラインから 85.1 mg/dL 低下し、6カ月では 63.1 mg/dL 低下した（Hee-Seung et al. 2007）。

スリナム：

IND のテーマ「ケアの革新を看護職から」に触発されて、スリナムの Diakonessenhuis 病院小児科病棟の看護師たちは、慢性疾患のある子どもたちのケアの改善に主導的役割を果たしている。この小児科病棟はスリナムの首都にあるこの民間病院（216 床）にある。慢性疾患で入院している患者の数は少ないが、入院の頻度は高い。看護師らは、患者の両親や兄弟姉妹たちが利用できる心理ケアが十分でないことに気が付き、慢性疾患と戦う家族に専門家による指導と支援を提供するプログラムを設計した。第4章で取り上げた慢性疾患ケアモデルを使って、多分野横断的なプログラムが設計された。期待されるアウトカムは、入院率の40%削減と、その結果としての患者と家族のクオリティオブライフの向上、入院および外来通院の削減による学校教育の中断の減少である（スリナム看護師協会の報告）。

フィンランド：

ガイドラインの実施、多職種連携の改善、業務と責任の分担、そして予防活動とリソースの目標設定において、多職種化の推進と学習が有効であることが示された。その結果、糖尿病・高血圧・脂質異常症の患者のケアと管理に改善が見られた（Sipla et al. 2008）。

米国：

ICN 革新データベースに収められたイニシアチブの中に、デイトン退役軍人局医療センター（Dayton Veterans Affairs Medical Center, DVAMC）の患者健康教育（Patient Health Education, PHE）部が開発した、女性のための生活習慣管理シリーズ（Life Style Management Series for Women）がある。女性のために開発・実施された、5週間の講義形式の経験にもとづいたホリスティックな生活習慣管理プログラムである。含まれる項目には、ストレス管理、体重管理・維持、栄養、運動、セルフケア戦略などがある。プログラムが対象とするのは健康な女性退役軍人と、兵役関連の諸問題や肥満・高血圧・糖尿病・骨粗鬆症・がんのリスクが高い女性である。この多分野横断的なプログラムの主要な目的は、健康維持戦略の推進と、疾病および疾病の進行の予防である。プログラムでは、参加者が疾患の発現・進行につながる危険因子を自ら特定し削減する指導がされる。また、予防的スクリーニングの重要性が強調される。その結果、一部の参加者は、疾病の進行を予防し個々の自己管理により熱心に取り組むために、行動変容を援助をする集中支援プログラムに参加した。一連のプログラムの終わりには、参加者は、よりよい生活習慣の選択をすることにより健康維持と疾病予防に役立つ知識を身に付けた。

南アフリカ：

看護師を対象とした、過体重や喫煙を含む慢性疾患の問題に対処する職場プログラムが、McCord 病院で導入された。このプログラムは、南アフリカ共和国看護協会（Democratic Nursing Organization of South Africa, DENOSA）と ICN とオックスフォードヘルスアライアンスの共同事業で、国内

ではナースプラクティショナーの Honey Allee が主導したものである。プログラムは、パートナーシップと参加の原則にもとづいて策定され、目標の共有を前提とし、「健康であること」の意味は年齢・社会経済状況・文化などの要素によって、個人で異なるものであるという認識があった。この地域プログラムに含まれる組織方針は「ケア提供者のためのケアリング (caring for the carers)」の原則を取り入れ、健康と福祉に重点を置いた組織方針の改善、昼食時の健康的な食品の提供、体操クラスや様々な支援クラブ、健康診断、体重管理および禁煙を助けるニコチンパッチの提供などに重点が置かれている。知識・技能・専門性を共有し、成功例や困難だった例なども紹介された。プログラムは、看護師が自らの健康増進にむけた情報提供・教育・支援について成功をおさめた。現在までの結果では、相当数の看護師の体重減、慢性疾患の管理の向上、健康診断の受診、禁煙が示されている。なお、ICN とそのパートナーは、他の NNA が看護師とその家族・職場・学校・地域コミュニティの健康改善を目指す同様のプログラム導入を考える場合、積極的に支援する準備がある。

台湾

がん患者の在宅での鎮痛剤投薬計画が順守されない問題を抱える台湾の看護師たちは、鎮痛剤に関する認識を把握するため、「バリアアンケート台湾版 (Barrier Questionnaire-Taiwan form, BQT)」を用いた調査を行った。鎮痛薬に対する実際の患者の認識についてデータを得たいと考えたからである。患者の鎮痛剤投薬計画順守の実態の数値化には、Morisky 自己申告順守スケールを用いた。

この調査の結果、患者の鎮痛剤に対する誤まった認識が明らかになった。この誤認への対応として、患者とその家族に対して実用的な指導を掲載した疼痛教育ハンドブックが配布された。このハンドブックは、運命論的考え方の明確化、診察時に必要以上に医師の時間をとることへの懸念、良い患者であろうという希望、医薬品の副作用、依存、疾病の進行などが内容となっている。

看護師からも患者に対して鎮痛薬の処方の説明が行われた。効果的な医薬品の使用、剤型、有効性、起こりうる副作用、投与方法などである。特に、効果的に疼痛コントロールをするために、決められた時間に処方された通りに鎮痛剤を服用することの重要性を強調した。

再受診のたびに、看護師は患者の鎮痛剤への認識、実際に感じた効果と副作用について情報収集し、医師の参考にするとともに、鎮痛剤処方を調整する根拠とした。看護師らは家族を疼痛緩和と教育プログラムに招き、患者と医師の良好な意思疎通を促し、疼痛のある患者について専門職からの懸念を伝えた。患者は痛みについてだけでなく、医薬品に対する自分の反応についても情報を共有するよう推奨された。

疼痛教育と相談から 1 ヶ月後、患者と家族の鎮痛剤使用に対する障壁は有意に減少した。患者の処方に対するアドヒランスも明らかに向上した。患者らの報告でも、疼痛の強度と日常生活への障害が有意に減少したことが示された (台湾看護師協会の報告)。

英国：

一般医（GP）のオフィスで働く看護師である Anita Plummer は、慢性疾患患者に対する看護師主導の体重管理プログラムを開発した功績で表彰された。彼女が対処されていないニーズに気づいたのは、2006年のBMIの実務監査によって、肥満の発生が国内平均よりも高いことを知ったときである。患者の4人に1人が肥満に分類され、3人に2人が過体重または肥満であった。全体として18歳から75歳までの長期疾患（冠状動脈性心疾患・糖尿病・高血圧）のある1,061名の患者のうち、605名のBMIが28以上であった。実践の資源が限られていることから、Plummerは、長期疾患のある過体重・肥満の患者の体重管理を優先することにした。教育的プログラムや体重管理ミーティング、健康ウォーキングを工夫したところ、すべてが好評を博し有効であった（Robinson 2007）。

アラブ首長国連邦：

アラブ首長国連邦看護協会（Emirates Nursing Association、ENA）は、積極的に市民教育に従事して健康水準を向上させること、慢性疾患、特に糖尿病と高血圧についての知識を広めることに取り組んでいる。ENAは、保健省の支援を受けて、聖なる月、ラマダンの健康的な断食方法を教育するための健康意識向上キャンペーンを開始した。このキャンペーンは、アブダビから開始されフジャイラまで、すべての首長国を網羅するように計画された。多分野横断的なアプローチをとり、看護師が患者・家族・医師・その他の医療提供者と連携して活動した。このキャンペーンの一般市民へのサービスには、血圧・血糖値の測定、健康意識向上のチラシや冊子の配布、患者と近親者に対する健康的な習慣の形成と長期合併症の予防についての教育などがある。そのほかにも、若者とその家族を対象とした食生活・運動・心理社会的支援・社会活動など、健康的な暮らしの一般的な話題についての1対1の相談や教育も行われた。この報告の時点で、すでに約1万人がキャンペーンの対象となっている。この事業の成功の要因は、保健省の支援、ボランティア看護師の参加、大規模な一般市民の参加である（アラブ首長国連邦看護協会の報告）。

リスク低減と慢性疾患ケア向上における NNA の役割

慢性疾患の予防と管理という課題に取り組もうとするとき、NNA には勇気と熱意が要求される。特に、急を要する優先事項が他にも多数あり、その多くが長期の疾病予防・健康増進よりも明白で直接的な効果を持っているとあれば、なおさら難しい。しかし、既存の患者だけでなく家族やコミュニティ、将来の世代にとっても、NNA が今こそ看護職に対するリーダーシップを発揮することが大きな意味を持つ。

コミュニティ・雇用者・パートナー・政策決定者・学校・患者・家族など幅広い当事者と協力し、慢性疾患の流れを食い止め、ウェルビーイングを促進するのに必要なケア・治療・管理を慢性症状を持つすべての人が受けられ、可能な限り最良の健康アウトカムを達成するために、NNA はあらゆるレベルで看護師に情報を与え、参加を促し、力を与えられる強い立場にある。

各国の NNA は、幅広い要素を考慮して、どのような介入が自分たちの状況に対して適切であるのか決定しなければならない。たとえば、実施の能力、受容性、コミュニティや行政からの支援などである。少数の活動を選択し成功させることは、多数の活動にやみくもに挑むよりも影響力が大きいことが多い。

情報の普及とアドボカシー

NNA は、個人・コミュニティ・政策立案者に対して、慢性疾患についての情報と主要メッセージを広めるべき立場にある。慢性疾患についての包括的で、根拠にもとづく情報を広く普及させることが、意識喚起と行動変容に影響を与えるのに必要である。公の議論を促進し、アドボカシーを鼓舞し、慢性疾患が公衆衛生の最優先課題であることを確認するためには、慢性疾患の方針についての情報共有も必要である。NNA は以下を行うことが可能である。

- スピーチやプレスリリースの中で、慢性症状についての主要な情報・事実・数字を広報すること。
- 慢性疾患についての情報を、学校・職場・保健センター・コミュニティセンターで普及させること。
- 慢性疾患の予防と管理についての意識向上を目的に、国内キャンペーンやイベントを実

施すること。

- 関連のフォーラムや会合の議題の中で、慢性症状の予防と管理を優先的に扱うこと。
- 慢性疾患ケアの分野での「看護師による革新」の成果を評価し、看護師の活躍を出版物・ウェブサイト・学界などで特集すること。
- 他の保健医療専門職の団体、保健省、その他の関連の分野や利害関係者との協力関係を促進すること。
- 保健省その他と協力して、国内の保健医療その他の関連の公共政策に影響を及ぼすこと。
- 慢性疾患ケアにおける看護師の尽力を強化・促進する法規制定を働きかけること。
- 予防・振興・治療・リハビリテーションの各サービスについて、バランスのとれたアプローチを求める活動を行うこと。
- 課題の話し合いや適切な理解のため、公的な議論の場を提供すること。
- 社会的弱者の健康について主張すること。
- 優良な事例のエビデンスを普及させること。
- 健康的な職場環境を提供するために、雇用者に対してロビー活動を行うこと。

草の根の動員

NNAは、権利擁護団体や地域のリーダーたちと、以下のことについて協力することができる。

- 慢性疾患のリスク・予防・管理についての意識喚起に役立つ年1回の「健康の日」など、草の根のキャンペーンやイベントを開催すること。
- 地域レベルでの慢性疾患に関するイベントや活動を振興すること。
- 他の主要関係者と協力して、健康的な学校・職場環境の確保についての革新的な実践を支援すること。
- 地域のNNA代表者が自分の地域社会に関わり、健康的な生活習慣のメリットや慢性疾患予防について地域のメディア・隣人・友人らと話し合うよう奨励すること。
- 地域での安価で健康的な選択肢を求めるロビー活動を患者やコミュニティに奨励すること
- 国の戦略が地域の状況に応じて調整されるようにすること。

パートナーシップの構築

慢性症状の予防と管理の成功には、保健医療セクター内外の市民社会団体、政府省庁、地域のリーダー、保健医療従事者、民間セクター・経済界などとの連携した行動が求められる。効果的なパートナーシップが構築できれば、協力が加速されるほか、重複が最小化でき資源の取り合いが減り、各団体が慢性疾患プログラムを強化・拡大することが可能になる。

- 地域のリーダー・保健医療専門職・ビジネスリーダー・政策立案者の間でパートナーシップを構築し、情報の共有、戦略の策定、資源の流通を図ること。
- 慢性疾患の予防・管理への投資の強化、健康的な食生活・運動・禁煙を促進するプログラムと政策の実施を政策立案者に訴えること。
- 予防・ケア・管理の新しいアプローチが看護師に与える影響について、短期的な実施と長期的な費用・効果の両面から、保健医療組織・研究者・政策立案者に提案を行うこと。また、これらの影響を効果的に管理する方法についての議論に参加すること。
- 教育機関と協力して、慢性症状についてのカリキュラムでの扱いを強化すること。
- 看護の教育研究機関と協力して、慢性疾患ケアの研究に重点を置くこと。
- 規制当局および国会議員と協力して、慢性症状の管理に看護師がその能力を最大限発揮する際の妨げになるような、法規や規制の実施における矛盾を排除すること。

能力開発

NNAは、健康増進や疾病予防、不健康や慢性症状の管理の促進について、看護職全体の能力の強化、および個人・家族・コミュニティの能力の強化に、重要な役割を担っている。

- 慢性疾患プログラムの立案・実施への技術的な支援を行うこと。
- 慢性疾患の予防と管理において、実践と革新に関する意見交換や討議ができる場所と機会を提供すること。
- 看護師その他に対して、看護の革新を普及させること。
- 継続教育の促進のため、奨学金などの財政支援を提供するよう省庁に働きかけること。
- 看護師のための研究奨励制度や研修機会の提供、就業機会の開拓を通じて、看護と研究への関心を呼び起こすこと。
- 十分な研修とフィードバックの仕組みを通じて、新しい情報技術の導入を奨励・促進すること。
- 変更管理を円滑にすること。

世界全体で増大し続けている健康とウェルビーイングに対する脅威に対抗するため、世界中の看護師が指導力を発揮し、コミュニティのあらゆる側面・あらゆる分野へ看護師が関わる必要性が差し迫っている。2008年から2009年にかけての世界経済の急速な悪化によって、世界各国の保健医療セクターが利用可能な資源にさらに大きな圧力をかける結果になった。同時に、先進国および低開発国の個人・家族・コミュニティが、日々の生活の中で直面する難しい選択・難題も増えている。

「健康的な選択」を「容易な選択」とするために、看護師の取り組みが、かつてないほど重要になっている。これには、健康的な選択を促す法律・規則を求める国内および国際レベルでのロビー活動やアドボカシー活動が必要と考えられる。たとえば、食品の製造・表示・価格設定、効果的で健康的な介入を支援するための国内資源の根拠にもとづく配分のためのロビー活動、健康的な環境と実践を促進するために学校・職場との協力、患者・家族への情報提供と教育の機会の活用などである。

国際看護師の日を祝って提唱される一部のテーマや活動と異なり、この行動の呼び掛けは、専門や実践の場所・種類に関わりなく、あらゆる国の看護師個人の関心と対応を必要とする。世界1,300万人の看護師一人ひとりが、健康的な食習慣、適度な運動、節度ある飲酒そして禁煙に取り組めば、自らの健康とウェルビーイングを増進し、慢性疾患の発症の可能性を抑えることになるだろう。これら看護師が、その家族・友人・職場・地域社会で健康的な生活習慣を推進する役割モデル・教育者・改革推進者となれば、慢性疾患の脅威を食い止めることができるかもしれない。教育を受け権限を得た看護師とコミュニティは、保健医療と社会政策に必要な幅広い変化に貢献できるだけでなく、地域・国内・全世界の構造的な変化にも効果的な貢献ができる。

ICN とそのパートナーは、慢性疾患の予防とよりよい管理に専心し、今後もより健康的な世界を構築するために努力を続ける。

付属書



ICN は世界中の看護師に呼び掛ける 慢性疾患との戦いを主導せよ

2010年5月12日 スイス、ジュネーブ—世界は慢性疾患を原因とする死亡・障害の大幅な増加に直面しており、世界中の看護師がコミュニティのあらゆる側面・あらゆる分野に関わり、この増大しつつある世界の健康と発展への脅威に対処する必要性が差し迫っている。統計によると、世界の死亡の60%は慢性疾患によるものであり、その80%は低・中所得国で発生している。この「国際看護師の日」を機会に、国際看護師協会（International Council of Nurses、ICN）は、世界中の看護師に対し、慢性疾患の大発生を食い止めるため、自らの私生活と専門職の役割の両面で、行動を起こすことを呼びかける。

「『健康的な選択』を『容易な選択』とするために、看護師の取り組みが、かつてないほど重要になっている」と ICN 会長のローズマリー・ブライアント（Rosemary Bryant）は訴える。「世界1,300万人の看護師一人ひとりが、健康的な食習慣、適度な運動、節度ある飲酒そして禁煙に取り組めば、自らの健康とウェルビーイングを増進し、慢性疾患の発症の可能性を抑えることになるだろう。これら看護師が、その家族・友人・職場・地域社会で健康的な生活習慣を推進する役割モデル・教育者・改革推進者となれば、慢性疾患の脅威を食い止めることができるだろう。」

この問題の規模

この問題の規模は、極めて大きい。糖尿病・心血管系疾患・呼吸器疾患・一部のがんは、人類の健康と発展の重大な脅威となっており、世界の主要な死亡原因である。

- WHO の試算によると、世界中で1億8,000万人以上が糖尿病にかかっている。この数字は、2030年までに倍以上になると予想される。
- 2004年には、推定で1,710万人が心血管系疾患（CVD）で死亡した。世界の全死亡の29%に相当する。このうち、推定720万人は冠動脈性心疾患で、570万人は脳卒中で死亡した。
- 世界のがんによる死亡は増加を続けると予想され、2030年には推定1,200万人ががんで死亡する。

これらの疾患は予防が可能である。心疾患・脳卒中・2型糖尿病の80%、がんの3分の1以上は共通の危険因子、すなわち主に喫煙・不健康な食生活・運動不足・アルコールの有害な使用を減らすことにより、予防可能であったと言われる。適切に対応しない限り、これらの健康問題による死亡と疾患の負担は増え続ける。

健康的な生活習慣を身につけることだけでなく、看護師は、健康的な選択を促す法律・規則の制定を訴えることもできる。たとえば、食品の製造・表示・価格設定、効果的で健康的な介入を支援する国内資源を根拠にもとづく配分のためのロビー活動、健康的な環境と実践を促進する学校・職場との協力、患者・家族への情報提供と教育の機会の活用などである。

この行動の呼び掛けは、専門や実践の場所・種類に関わりなく、あらゆる国の看護師個人の関心と対応を必要とする。教育を受け、力を与えられた看護師とコミュニティは、医療と社会方針に必要な幅広い変化に貢献できるだけでなく、地域・国内・全世界の構造的な変化にも効果的な貢献ができる。

国際看護師協会（ICN）は130カ国以上の各国看護師協会からなる連盟であり、世界全体の数百万人の看護師を代表する団体です。看護師のために看護師によって運営されているICNは、看護職の国際的な代弁者であり、すべての人々に質の高いケアを提供し、健全な保健政策を世界全体で実現するために努力しています。

詳しくは、Linda Carrier-Walker にお問い合わせください。

電話：+41 22 908 0100 FAX：+41 22 908 0101

Eメール：carrwalk@icn.ch ICN ウェブサイト：www.icn.ch



がん予防における看護師の役割 Nurses' role in prevention of cancer

ICNの所信：

がんの予防は、多くの医療関係者や生活者団体にとって重視すべき課題の一つであり、中でも看護師は人々の健康に直接かかわる重要な立場にいる。これを踏まえ、国際看護師協会（ICN）は、下記の事柄を強く訴えたい。

- 看護師は、個人が健康的な生活習慣の獲得する手助けをし、それを通してがんの一次予防に貢献すべきである。
- 看護師は、スクリーニング検査の重要さとその施設について情報を提供し、ハイリスクの個人や家族のスクリーニング受診を奨励し、スクリーニング活動、特にプライマリケア・レベルで行われる活動に積極的に参加することにより、二次予防および早期発見を実行すべきである。

各国看護師協会（NNA）の担う役割も大きい。ICNは、各国のNNAに対し、下記の事柄を求める。

- がん予防と早期発見のアプローチや、戦略の向上の可能性を探る看護研究が実施されるように、法的・政治的な活動を展開する。また、その中で看護師が果たすべき役割を探求する。
- がんの予防と早期発見の新しい知見と技術を、看護基礎教育・卒後研修・継続教育の課程に取り入れる必要性を訴える。
- 国民の意識向上や、がん予防・早期発見を目指した政府その他のイニシアチブを支援し、積極的に関与する。
- がん予防と早期発見に関する国際的な交流活動への、国内がん看護専門看護師組織の参加を促進する。
- ヒトパピローマウイルス（HPV）を、国内の予防接種プログラムに含めるよう、法的・政治的な働きかけを行う。
- 他の医療従事者および政府機関と協力して、公共の場所での完全禁煙を求める。

- 国内外の活動への参加を含め、がん予防活動およびその戦略への看護師の積極的な関与を促進する。
- 公共の場の完全禁煙や、より広範な健康の社会的決定要因に対応した保健政策など、環境保健政策の改革を働きかけること。

背景

がんは、多くの国で主要な死亡原因になっている。一方で、がんの約 85 %は回避できる可能性があると考えられるようになってきている。がんの直接の原因についてはまだ解明が進んでいないが、最大のリスク要因として「喫煙」と「食習慣」のふたつが研究結果から指摘されている。

がんによる死亡の 30 %以上は喫煙が原因であり、約 35 %は不健康な食生活、過度のアルコールの摂取、運動不足に関係する可能性がある。

つまり、がんの予防とは、生活スタイルと行動パターンを変える提案をすることである。すなわち、禁煙する、アルコール摂取を減らす、食生活を改善する、身体を動かす機会を増やす、他人の吸うたばこの煙や紫外線、アスベストなど環境中の危険因子を避ける、などが含まれる。また、早期発見によってがんの罹患および死亡を減少させることも、有望と考えられる。

子宮頸がんについて言えば、約 99 %には HPV 感染が関与しており¹、子宮頸がんの予防と管理における HPV ワクチンの安全性については、すでに十分な合意が形成されている²。

最新の研究でも、パパニコロー検査と液状化細胞診（LBC）を使用した子宮頸がんのスクリーニングは、侵潤性子宮頸がんによる死亡リスクを大幅に軽減することが確認された。その他、乳がんの自己検診や、便潜血検査、S 状結腸鏡検査、直腸検査（問診、触診、指診）など、早期発見のための各種の検査法も、がんの罹患および死亡を減らすと期待される。

喫煙などのがんのリスク要因は、人や家庭の生活スタイルに重大な影響を与え、健康に対するより広範な社会的決定要因と関わっていると言える。

がんのリスク要因に関しての情報提供や教育を考えると、単に個人の生活スタイルの問題にとどまらず、公共の場での完全禁煙、健康に対する社会的決定要因や健全な公共秩序も考慮すべきである。

1：世界保健機構（2005年）「子宮頸がん予防のためのワクチンの開発・導入を促進する新 WHO イニシアチブ」（www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr26/en/print.html）

2：ワクチンの安全性に関する諮問委員会（Global Advisory Committee on Vaccine Safety）（2008年）疫学週報（Weekly Epidemiological Record）No./28/29、2007年7月20日、139～140ページ

1989年採択

2008年改訂および再認

関連ICN所信声明：

- 環境および生活スタイルに関する健康阻害要因の削減
- 看護師と自然環境
- 喫煙と健康

2008年（社）日本看護協会訳

- | |
|--|
| <p>* 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。</p> <p>* ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、（社）日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。</p> |
|--|



たばこ使用と健康 Tobacco Use and Health

ICN の所信：

蔓延するたばこ使用は公衆衛生上重大な脅威になっているが、たばこ抑制策は目を覆うばかりの不適切な状況を呈している。

国際看護師協会（ICN）は次の事柄を宣誓する。

- たばこ使用の全面禁止。
- 看護師および看護学生によるたばこ使用の予防と排除。
- ICN が関係する場での禁煙実施。これには各国看護師協会（NNA）にその施設内、会議その他の場での禁煙方針の採用勧告を含む。
- 他の国際政府組織および NGO、保健医療専門組織と協力して蔓延するたばこ使用に立ち向かう。
- NNA と協力して WHO たばこ規制枠組条約 (FCTC) 施行を支援すること。

ICN は会員協会に他の国内組織と協力して、たばこが健康にもたらす悪影響に政府と一般市民の注意を喚起し、たばこ使用の減少と中止および根絶を政府に働きかけるよう勧める。具体的には、ICN は各国内での活動を擁護・提唱する。

- たばこの広告や出資援助を禁止し、すべてのたばこ製品に目に留まりやすい警告をつける政策を支援するロビー活動。
- 政府と協力してたばこ税引き上げなどの立法、財政政策を導入。。
- 公共の場所での禁煙支援、学校、競技場、職場、航空機、レストランその他公共の空間を禁煙推奨。
- 青少年など特にたばこ使用に陥りやすい弱者層をターゲットとする市民向け教育／広報活動に参加。
- たばこ栽培農家に転作を奨励すること。
- 喫煙する看護師に使用予防・禁煙プログラムの禁煙モデルとなるように勧める。
- 看護師に、喫煙予防と禁煙を看護通常業務の一部に組み入れるよう勧める。
- 看護教育カリキュラムの全課程にたばこと喫煙に関する情報を組み込むよう努力する。
- たばこを常用していながら禁煙環境に置かれている入院患者を支援する方法を明らかにする。

背景：

世界のたばこ使用は徐々に増加しており、予防できる死亡者数は年間 500 万人に近づいている。この数は 2020 年までには 1000 万人に達すると予想されている。喫煙を続ける看護師と若い女性のたばこ使用増加に懸念が強まっている。

ICN 看護師の倫理綱領^[1]は健康増進と疾病予防は看護師の基本的責任であると述べている。さらに看護師は一般市民が健康上・社会上必要としている行動を開始し、支援する責任を他の市民と共有する。

たばこ使用により生ずる健康問題は予防できることがきわめてはっきりしている。WHO たばこ規制枠組条約に関連する健康増進と疾病予防防止は強化が必要であり、看護師はその役割を果す者として最適である。また、看護師と NNA はたばこに関する研究とその結果の普及に関わるべきである。

1999 年採択

2006 年改訂

以前の声明：Smoking and Health

関連 ICN 所信声明：

- 環境およびライフスタイルに関する健康阻害要因の削減
- 看護師の労働安全衛生
- がんの予防および早期発見における看護師の役割

^[1]国際看護師協会（ICN）、看護師の倫理綱領、2005 年改訂

2008 年（社）日本看護協会訳

* 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。

* ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、（社）日本看護協会が日本語訳を作成しました。

許可の無い商業目的での使用を禁止します。



環境およびライフスタイルに関する健康阻害要因の削減 Reducing Environmental and Lifestyle Related Health Hazards

ICN の所信：

看護師および各国看護師協会は、環境とライフスタイルに関する健康阻害要因削減の助けとなるべく、戦略上重要な役割を担うべきである。

各国看護師協会（NNAs）は、個人および地域のために、以下の方法で健康阻害要因削減に貢献できる：

- ⇒社会経済的状況、ジェンダーおよび文化的信条に配慮した健康的なライフスタイルを促進する。その方法として、運動・ストレスマネジメント・事故防止・体重の維持・栄養教育等を用いる。
- ⇒各国で環境およびライフスタイルに関係のある主な健康阻害要因についてのNNAの姿勢を明確にし、広く普及させる。
- ⇒健康的な生活および労働環境を創り維持する方法を導入するために、政府および地域社会と協働する。その方法として、水道水へのフッ素添加・食品添加物の管理・薬物濫用を削減する方法・健康阻害要因に立ち向かうためのサービスが含まれる。
- ⇒栄養不足および失調・薬物売買・汚染制御・性感染症・偽造医薬品といった共有の問題に取り組むための国際協力を含め、具体的な健康阻害要因の予防および制御のための政府の努力を支援する。
- ⇒以下のプログラムを開始するにあたり指導的役割を果し、活動に積極的に参与する：
 - 阻害防止および制御プログラムの開発、調整および監督を行う組織。
 - 全国/地域の防災計画および、他国における災害の国際計画。
 - 以下の研究
 - 重大な環境的かつ職業上の健康阻害要因の規模、結果、および必要とされる介入
 - 人々が健康阻害要因を削減し、自身の健康を維持することができるような実践・技術・健やかさ
 - 健康を害するものについて、早期に警鐘を鳴らす
 - 生活および労働条件の改善
 - 環境の汚染状況の監視。環境を害する要因への看護介入の影響に関する測定
- ⇒阻害要因に対して、看護師が健康増進とカウンセリングで役割を効果的に遂行できるように、十分な情報・教育・権限付与・資源確保を行う。

⇒医療廃棄物を適切かつ確実に処理し、環境被害防止に向けて保健医療施設の管理者と協働する。

ICNは、子どもたちのために健康的な環境を創り、保護する必要性の宣言である「子どもの生存、保護、発達における世界宣言および行動計画」¹を支持する。

背景

罹患率や死亡率、医療費の高騰、生産性とQOLの低下の要因として、ライフスタイルおよび環境に関係する健康問題が挙げられることが多くなっている。特に以下の事柄が懸念される：

- タバコ、アルコールおよび薬物濫用といったライフスタイルに関連する阻害要因は、がん、暴力、交通事故等という形で個人および社会的犠牲を増やすことになる。血管疾患および精神保健問題と同様に、性感染症の急激な増加が世界的な関心事となっている。
- 食品に使用される添加物および化学物質が、栄養上の懸念を増大させている。
- 多くの先進国では拒食症や過食症のような摂食障害や肥満に苦しむ人々がいる一方、世界全体では依然として多くの人々が栄養不良となっている。

ストレスのような環境要因は、健康を害する主な原因である。汚染（水、空気、土壌）は、急性および慢性疾患の蔓延を高めている。

これらの害が個人の選択または環境から発生しているかを見極めるにあたっては、注意が必要である。看護師は、健康的な家庭、学校、職場、地域社会等の創造を目標とした政策や行動計画をさらに擁護していく。ストレスを減らし、人々が十分に貢献できるような労働環境を支援し、創り出し、そして研究する必要がある。

看護師は、家庭および職場双方における事故および疾病予防の重要な提唱者である。多くの事故は予防可能であるが、よりいっそうの教育が必要とされる。

1999年採択

2007年改訂

¹ 国際連合、*World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children and Plan of Action for Implementations of the World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children in the 1990s*、ニューヨーク、1991年

関連 ICN 所信声明：

- 看護師と自然環境
- 看護師の労働安全衛生
- がんの予防および早期発見における看護師の役割
- 旅行による疾病伝播の削減
- 後天性免疫不全症候群（エイズ）

2007 年（社）日本看護協会訳
2009 年（社）日本看護協会 改訳

- | |
|--|
| <p>* 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。</p> <p>* ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、（社）日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。</p> |
|--|

青少年における物質乱用の根絶 Elimination of substance abuse in young people

ICNの所信：

国際看護師協会(The International Council of Nurses, ICN)は、依存性をもつ物質を乱用する青少年の増加を憂慮している。看護師は、青少年に対するヘルスケアの主要な提供者として、当該世代における物質乱用と、それが健康にもたらす影響の問題に対応するうえで重要な役割を担っている。

指針策定および権利擁護(アドボカシー)、健康的なライフスタイルの奨励を通じて物質乱用を予防・減少させ、ストレスや仲間からの圧力、リスク要因に対処するための生活スキルを青少年に授けることは、ICNと看護職にとって重要な任務である。

ICNは、物質乱用の予防に力を入れ、看護師および各国看護師協会(NNAs)に対して、物質乱用(とりわけ青少年によるもの)の予防に取り組み、以下の事柄を実施するよう要請する：

- 物質乱用の危険性と生活技能(ライフスキル)に関する情報の普及を、政府および地域社会、青少年団体、保護者団体、学校当局に強く要請する。
- 他の組織や団体(看護学校、青少年団体、保護者団体、学校職員、政府、地域社会など)と協力して、物質乱用根絶計画を実施する。
- 精神作動性物質の需要を減らし、予防と治療へのアクセス提供によって障害の発生を最小限に抑えるために、自国政府機関と協力して、アルコールやたばこ、薬物、その他の物質に関する包括的政策を策定する。
- 喫煙予防と禁煙に取り組む。
- たばこおよびアルコール、薬物、他の乱用物質に関する予防・離脱プログラムを、看護教育(基礎教育、基礎終了後教育、継続教育)に組み込むことを支援する。
- 青少年の物質乱用と依存に関する罹患率・傾向・疾病負担、保護者中心の治療方法、薬理的介入、ハイリスク群やハイリスクの個人、効果的な予防介入実施を阻止する要因の解明についての活動に関与する。
- 差別を感じさせない方法で、ワクチン・注射針やシリンジ交換についてのカウンセリングや情報提供を実施し、予防と治療の理解に努めるなど、乱用による害を減少させる広範な方策を講じる。
- 物質乱用にかかわる偏見、差別、蔑視に対抗する。
- 人権の枠内での政策や介入を支援する。

各国看護師協会(NNA)と看護師は物質乱用についての国内の議論や政策課題に積極的にかかわっていかなくてはならない。

背景

たばこやアルコールその他の物質の使用は、家庭および地域社会、国家の健康と社会・経済のあり方に対する重大な脅威である。

たばこ・アルコール・ドラッグ、その他の物質の使用に関連して、様々な社会問題が増加している。その影響は、本人だけではなく、その家族や友人、同僚、社会全体にまで及ぶことが多い。

青少年の場合、家庭背景や生活上の重圧、仲間の影響などから物質使用に到ることが多い。思春期の生物学的変化は不安や心配を引き起こすが、そうした状況に対処するために物質が用いられることも多い。

アルコールや薬物を摂取する人々および、物質摂取時に注射針を共有する人々の間で、HIV/AIDS・性感染症・B型またはC型肝炎の罹患率が上昇している。たばこは全世界で年間に死亡する人の(500万人)の原因になっていると推定される。アルコールはタバコに次いで多く、230万人が早死にしている。これは年間に全世界で死亡する人の3.2%にあたる。不法物質の使用による死亡は全世界の死の0.2%を占める。喫煙と他の物質の乱用を区別して考えることが重要である。たばこの場合、あらゆる「使用」が青少年にとって重大なリスクとなる。子どもの場合は影響を受けやすいため、喫煙開始とほぼ同時にニコチン依存が始まるということを示すデータもある。

ICNは、WHOの「たばこ規制枠組み条約(FCTC)」など、たばこ使用の削減あるいは排除をめざす世界的イニシアティブを支持する。看護師は、物質乱用の有害性と、それに関連する身体的、心理的、社会的な影響を注視している。保健医療サービスを提供する者として、看護師は物質乱用の根絶において重要な役割を担う。物質乱用にかかわる偏見、蔑視、差別は支援や医療サービスを求めようとする青少年の気持ちを萎えさせる。抑制と予防をめざすプログラムの成功には、物質乱用による害毒を減少させる方策が不可欠である。

1995年採択

2002年改訂

2008年再改訂

関連ICN所信声明：

- たばこ使用と健康
- 環境およびライフスタイルに関係する健康阻害要因の削減
- HIV感染とAIDS

関連ICN出版物：

- Tobacco Free Living, ICN Fact Sheet, 2000.
- Tobacco Control and Smoking Cessation, ICN Monograph, 2004

2009年(社)日本看護協会訳

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">* 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当ててるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。* ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、(社)日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。 |
|---|



看護事情

「看護事情 (Nursing Matters)」は、現在の医療と社会問題について、看護職の視点から見た迅速な参考情報と国際的な展望を提供するためのファクトシートである。

長期治療のアドヒアランス

アドヒアランス (adherence) は一般に「医薬品を服用する、食事制限を守る、生活習慣の改善を実行するなど、合意ずみの保健医療提供者の助言に、人の行動が一致する程度」¹と定義される。アドヒアランスを調査した研究のほとんどは、処方薬品についての医師の指示にどの程度患者が従うかに焦点を置いているが、実はこの語の定義は、処方薬の服用よりはるかに広い保健医療関連行動を対象にしている。アドヒアランスに関連する行動の例には以下がある²。

- 治療を求めること。
- 処方箋の調剤を受けること。
- 医薬品を適切に服用すること。
- 予防接種を受けること。
- 経過観察のために再受診すること。
- 体重管理、喘息や糖尿病の自己管理、喫煙、避妊、危険な性交渉、不健康な食生活、運動不足などに対応する行動変容を実行すること。

ほとんどの慢性疾患（喘息、糖尿病、高血圧、HIV/AIDS）の患者にとって、処方された治療計画の順守は困難である。たとえば、中国では降圧治療を順守していた高血圧患者は43%、ガンビアではわずか27%しかいなかった。オーストラリアでは、喘息患者のうち医療提供者から処方された医薬品を定期的に服用していたのは43%だった。ヨーロッパでは、糖尿病患者に僅か28%しか糖尿病に対する最適な血糖値管理を達成できていない。抗レトロウイルス療法へのアドヒアランスは、服用する医薬品の種類や頻度によって、37%から83%までばらつきがある。先進国では治療計画のアドヒアランスは約50%だが、この数字は発展途上国でははるかに低い³。

アドヒアランスの低さの問題

治療計画のアドヒアランスの低さは、国民の健康向上をめざす保健医療ケアシステム・政策決定者・保健医療従事者の努力を無にするものである。アドヒアランスが得られないことにより、疾病の医学的・精神的合併症や患者のクオリティ オブ ライフの低下、薬剤耐性化の可能性の上昇、保健医療ケア資源の浪費、保健医療制度への一般の信頼失墜などを招くことになる^{4,5}。

アドヒアランスの測定

アドヒアランスの正確な測定は非常に重要であるが、この問題の程度を確定する「ゴールドスタンダード」はない。文献で検討されている測定法には複数あるが、それらはいくまで患者の実際の行動の代理的測定である。アドヒアランス測定に使用される方法には以下がある。

- 保健医療提供者および患者に質問する方法
- 標準化された患者記入質問紙
- 処方薬の残数確認
- 電子モニタリング装置（医薬品容器が開けられた日時を記録する）
- 最初に処方箋の調剤を受けた日、再調剤の日を確認する方法

それぞれの方法に難点があり、注意して用いなければならない。たとえば、保健医療提供者も患者もアドヒアランスの程度を過大評価する傾向がある。同様に、電子モニタリング装置の利用や、錠剤の残数を確認する方法も、患者が本当に医薬品を服用したことを示しているわけではない。

アドヒアランスに影響する因子^{6,7}

アドヒアランスはいくつかの要因に影響される。以下のような要因がある。

- 低い社会経済的状況
- 識字能力と限られた教育
- 失業
- 治療施設から遠距離
- 交通費や薬代の高さ
- 疾病の特徴
- 治療法に関する因子（治療の複雑さや期間、副作用）
- 疾病と治療に対する文化的な信条

これらの中には、患者に関する因子もあれば、医薬品に関する因子、保健医療提供者に関係

する因子もある。たとえば、社会経済的状況の悪さは患者に関連したアドヒアランスの障害であり、投薬治療の副作用は治療法に関連したものである。アドヒアランスに影響するこの複雑な因子の相互作用を踏まえる限り、患者は非難される対象ではなく、支援される対象でなければならない。

アドヒアランスの改善

アドヒアランスの改善は患者安全と結び付いており、健康アウトカムの向上や医療費の削減にもつながる。アドヒアランスが良好であれば、介入の効果が上がり、健康を促進し、患者のクオリティ オブ ライフや平均余命を向上させる⁸。また、ヘルスケアシステムや患者にとっての経済的メリットもある⁹。単独、治療計画へのアドヒアランスを改善できる方法はない。アドヒアランスを向上させるには、複数の教育的戦略や行動戦略を組み合わせる必要がある¹⁰。行動戦略には、注意喚起や患者の行動の強化がある。また、保健医療提供者も患者の選択傾向を調査する、服用計画を単純化するなどができる。慢性疾患患者のアドヒアランスを改善する教育的戦略としては、医薬品の数や服用頻度を減らす、予想される副作用の情報を提供する、治療法による生活習慣の変化を厳守するように患者の意欲を高めるなどが考えられる。

自分の慢性疾患や、治療のメリット、アドヒアランス不良が招く合併症などについて、患者自身を教育することは非常に重要である¹¹。慢性疾患のケアは多くが患者のセルフケアを求めるため、自己管理のための教育も必要である。

アドヒアランスを改善するために教育は重要な手段であるが、患者は情報を与えられるだけでなく、治療や生活習慣関連の目標に向け、厳守する動機付けや支援を受ける必要がある。

多分野横断的なアプローチも、慢性症状を管理しアドヒアランスを改善するために必要である。家族・コミュニティ・患者団体はアドヒアランス促進の重要なパートナーである。ケア計画や予想されるケアのアウトカムに積極的に関与してもらう必要がある。アドヒアランスの改善は、保健医療従事者・研究者・政策立案者・家族、そして最も重要な患者との間の継続的な協力を必要とする。

TG/2006

詳しい情報は、icn@icn.ch にご連絡ください。

国際看護師協会（ICN）は 130 カ国以上の各国看護師協会からなる連盟であり、世界全体の数百万人の看護師を代表する団体です。看護師のために看護師によって運営されている ICN は、看護職の国際的な代弁者であり、すべての人々に質の高いケアを提供し、健全な保健政策を世界全体で実現するために努力しています。

- 1 : 世界保健機構 (WHO) (2003 年) 『長期治療の順守 : 行動のための根拠』2005 年 7 月 8 日ウェブサイト www.who.int/chronic conditions/adherencereport/en/から読み出し。
- 2 : WHO (2003 年) 同上
- 3 : パンアメリカン保健機構 (Organizacion Panamericana de la Salud) (2003 年 9 月)。慢性疾患の長期治療の順守度の低さは、世界全体での問題である。ワシントン
- 4 : WHO (2003 年) 同上
- 5 : Balkrishnana R (2005 年) 「慢性疾患関連のアウトカム向上における服薬順守の重要性 : 何が明らかで、何を今後明らかにすべきか」 *Medical Care* 43(6) pp.817-520
- 6 : WHO 同上
- 7 : Balkrishnana R (2005 年) 同上
- 8 : Williams AB (2001 年) 「治療計画の順守 : 10 の重要な教訓」 *American Journal of Nursing*, 101(6), 34-43
- 9 : パンアメリカン保健機構 同上
- 10 : Balkrishnana R (2005 年) 同上
- 11 : Williams AB (2001 年) 同上



看護事情

「看護事情 (Nursing Matters)」は、現在の医療と社会問題について、看護職の視点から見た迅速な参考情報と国際的な展望を提供するためのファクトシートである。

アルコールの有害な使用

はじめに

アルコールの有害な使用は、多くの疾患や社会問題の回避可能な危険因子である。アルコールの有害な使用には、飲酒の様々な側面が含まれている。第一はアルコール摂取量である。他にも定期的または時々の飲酒から中毒状態に至る飲酒のパターン、アルコール飲料の質と含まれる有害物質（メタノールなど）がある¹。

アルコール摂取は、以下のような健康上・社会生活上の悪影響を及ぼす。

- 中毒（酩酊）、依存（習慣性、強迫性、長期飲酒）
- 早死の主要な原因
- 故意または不測の外傷
- 心血管系疾患・肝硬変・がん・精神疾患など、複数の感染症および生活習慣病
- HIV 感染を含む性感染症

アルコールは、すべての死亡の約 3.7%、230 万人の早死、世界の疾病負担の 4.4%の原因になっていると推定される。さらに、アルコールの有害な使用は、犯罪・暴力・失業・常習欠勤などの社会的な悪影響とも関連する。近年、世界で若年層や女性のアルコール使用の負の影響の問題が大きくなっている²。たとえば、ICN は若年層の薬物乱用の排除に関する方針の中で、依存性の物質を乱用する若者の数の増加と、彼らの健康に与える影響について懸念を表明している。

アルコール摂取に影響する要素

アルコールの有害使用に対抗する有効な介入を設計するためには、この問題に影響を与える要素を理解することが重要である。多くの文化でアルコールの使用は、以下のような社会的・文化的環境に根差していることが多く、個人の特質とも結び付いている³。

- 年齢、性別、身体的・心理的状況、アルコール使用の悪影響に対する個人の認識
- 社会的・経済的・文化的価値、個人の飲酒パターンに対する受容・承認を含む家族の規範
- 入手しやすさ、値段の安さ、社会のアルコール使用に対する許容性
- 仲間集団（peer group）の社会文化的影響、個人の地位、アルコール使用に対する社会の態度
- 「男らしい」「魅力的」などとする広告やアルコール使用の描写が形作る、人々の価値観や思考プロセス
- アルコールの法的な位置づけ、およびアルコールの影響下で危害を加える人々に対する法的措置

多くの社会で、アルコール使用は結婚・誕生・学問上の達成・昇進などの祝い事と結び付いている。「適度な」アルコールの使用を求めるアドバイスは、アルコールとその摂取についての混乱・矛盾したメッセージにつながることも多く、アルコール関連の危害を減らすための保健政策や戦略を弱体化させる。

アルコールの有害な使用の結果

アルコールは、体内のほとんどすべての器官に害を及ぼす毒性を持っている。また、アルコールの有害な使用は、健康・社会・経済の要素すべてに、短期・長期の悪影響を及ぼす。アルコールの急性的影響は、HIVをはじめとする性感染症につながる無防備な性交渉、飲酒運転や機械操作による事故や外傷、そして暴力などの危険な行動につながる。一方、長期的な影響として、60種以上の疾病のほか、心血管系疾患・乳がん・C型肝炎・肝硬変などの慢性症状を悪化させる。アルコールの慢性的な有害使用は、免疫系を弱め、細菌性肺炎などの感染症のリスクを高める⁴。アルコールは中枢神経に作用する「精神活性物質」であり、運動機能・認知過程・気分・知覚のかく乱および行動変化をもたらす。これらの影響は、大きな社会問題の原因になる⁵。

アルコールの有害な使用に関係する「社会的損害」には、家族・コミュニティ・職場の崩壊、暴力、犯罪が含まれる。その他にも、失業、犯罪への関与、逮捕もある。こうした影響はアルコールを使用する個人だけでなく、家族・コミュニティ・社会にも及ぶ⁶。

個人の健康・家族・コミュニティに対するアルコールの有害な使用の悪影響は、医療費や社会的費用の面で経済的な負担になる。世界中で、アルコール単独で 180 万件の死亡（全死亡の 3.2%）の原因となり、その 180 万件の 3 分の 1 が不測の外傷によるものである⁷。医療費には、外傷やアルコール関連の疾病の治療費と、リハビリの費用が含まれる⁸。社会的費用としては、財産の損失、失業、交通事故外傷、家族の苦痛が含まれる⁹。

アルコールの有害な使用を減らす戦略は

飲酒の開始時期を遅らせる、アルコールを乱用する人数を減らす、アルコール使用の有害なパターンを最小化する、アルコール摂取の行動を変化させるなど、複数の目標を達成できるような、有害使用に対する戦略を設計する必要がある¹⁰。文献でも、アルコールの有害な使用を減らすための多数の戦略が指摘されている^{11,12,13}。

- ヘルスプロモーション・予防・教育を強化して、一般の意識を高め、アルコール乱用の有害な影響の削減に参加する個人とコミュニティの能力を高めること。効果を上げるには、飲酒の文化的・社会的背景の知識にもとづく理解と、人口全体を対象とした対策を組み合わせながら、特に社会的弱者（例：若年層、妊産婦）を考慮する必要がある。
- コミュニティを基本とする行動を増やし、地域のリーダー・宗教組織・ヘルスプロモーション組織・消費者連盟・組合など様々な関係者を巻き込むことは、飲酒に関する危害を最小限にする効果的な戦略である。この行動は危害に対するコミュニティの見識を高め、過剰な飲酒に対する許容性を狭め、無秩序なアルコールの販売・使用に反対する方向にコミュニティを動かすことができる。
- アルコールの入手を規制して、アルコールの消費と入手を制限すること。この戦略には、購買可能な年齢、販売日・時間、小売や販売店の密度、価格・広告の統制など、アルコール飲料の製造・流通の規制を含む。
- 飲酒運転および交通事故による悪影響や重大性を減らすために、飲酒運転への政策を支援・制定すること。この政策は、運転手の血中アルコール濃度の上限を下げ、免許を停止することを実施しなければならない。
- アルコール摂取に関する問題の早期発見とより深刻な症状の防止のために、医療従事者の関与と研修を通じて、保健医療分野の対応を強化すること。アルコール障害のある人の治療と地域社会サービスは、十分な政策と制度に支えられより広い予防戦略に組み込まれている限り、有効である。

看護師および各国看護師協会（NNA）がとるべき行動

看護師および NNA は、アルコールの有害な使用を低減または撲滅に重要な役割も持っている。NNA は以下の行動をとることができる。

- 政府・コミュニティ・その他の組織と協力して、アルコールの有害な使用に関する情報を普及させ、アルコール乱用を減らす戦略を実施すること。
- アルコールの有害な使用に関する予防プログラムを、看護教育および継続教育に取り入れることを支持すること。
- 政府に働きかけて、予防と治療へのアクセスにより危害を最小化するためのアルコール政策を策定させること。
- 飲酒率・傾向、疾病負担や、高リスク群を対象とする看護介入、予防介入の実施に対する障害、患者中心の治療アプローチなど、アルコールに関係する研究に参加すること。
- 人権にもとづく政策と介入を支援すること。

看護師および NAA は、予防・治療・ケア・リハビリテーションを含む、アルコールの有害な使用に対する保健医療分野の対応を強化するために、重要な当事者となることができる。

詳しい情報は、icn@icn.chにご連絡ください。

国際看護師協会（ICN）は 130 カ国以上の各国看護師協会からなる連盟であり、世界全体の数百万人の看護師を代表する団体です。看護師のために看護師によって運営されている ICN は、看護職の国際的な代弁者であり、すべての人々に質の高いケアを提供し、健全な保健政策を世界全体で実現するために努力しています。

TG/2009 年 10 月

References

- 1 World Health Organization (2008). Sixty-First World Health Assembly, A 61/13, 20 March 2008.
- 2 WHO (2008). Op. cit.
- 3 WHO-SEARO (World Health Organization Regional Office for South East Asia)
<http://www.searo.who.int>
- 4 WHO (2007). Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption, WHO Technical Report Series 944..
- 5 WHO (2007). Ibid.
- 6 WHO (2007). Ibid.
- 7 WHO (2009). Op. cit.
- 8 WHO (2008). Op. cit.
- 9 WHO (2007). Op. cit.
- 10 Samarasinghe D (2009). Reducing Alcohol Harm: Things We Can Do. FORUT, Solidaritetsaksjon for utvikling. Available from Alcohol, Drugs and Development, www.addresources.org
- 11 WHO (2008). Op. cit.
- 12 Samarasinghe D (2009). Op. cit.
- 13 Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) and Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA-CCLAT). (2007, April). *Reducing Alcohol-Related Harm in Canada: Toward a Culture of Moderation. Recommendations for a National Alcohol Strategy in Canada.*
http://www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/FINAL_NAS_EN_April3_07.pdf

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Council of Nurses. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

Copyright © 2009 by ICN - International Council of Nurses,
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

引用・参考文献

Bannister M (2008). *Management of type 2 diabetes: updated NICE guidance*. Primary Health Care Volume: 18 Issue: 8 (2008-01-01) ISSN: 0264-5033.

BBC World Service. *Cancer epidemic on the way*. Tobacco in India, Tobacco on Trial Initiative.

http://www.bbc.co.uk/worldservice/sci_tech/features/health/tobaccotrial/india.htm accessed 6 November 2009.

Bischoff A, Ekoe T, Perone N, Slama S, Loutan L (2009). *Chronic Disease Management in Sub-Saharan Africa: Whose Business Is It?* International Journal of Environmental Research and Public Health 2009, 6, 2258-2270;

<http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2258/pdf> accessed 6 November 2009.

C3 Collaborating for Health (2009). *Diabetes in Australia to double*.

<http://www.c3health.org/uncategorized/diabetes-in-australia-to-double/> accessed 6 November 2009.

Fekete EM, Antoni MH and Schneiderman N (2007). *Psychosocial and behavioral interventions for chronic medical conditions*. Current Opinion in Psychiatry. 20(2):152-7, 2007 March accessed on Medline 3 November 2009.

Healthcare Information for All by 2015 <http://www.hifa2015.org/> accessed 6 November 2009.

Hee-Seung K and Hye-Sun J (2007). *A nurse short message service by cellular phone in type-2 diabetic patients for six months*. Journal of Clinical Nursing p1082-1087, Blackwell Publishing Ltd.

International Council of Nurses (2009) *Framework of Competencies for the Nurse Specialist*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses (2008). *Nursing Care Continuum Framework and Competencies*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses (2007). *International Competencies for Telenursing*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses (2004). *Collaborative Practice in the 21st Century*, Geneva, ICN.

International Council of Nurses Innovations Database <http://www.icn.ch/innovations/>

accessed 6 November 2009.

International Diabetes Federation (2001). *Diabetes and Cardiovascular Disease: Time to Act*. <http://www.idf.org/webdata/docs/Diabetes%20and%20CVD.pdf> accessed 6 November 2009.

International Diabetes Federation (a). *Why you should care..* <http://www.idf.org/why-you-should-care> accessed 6 November 2009.

International Diabetes Federation (b) *World Diabetes Day Media Kit* http://www.idf.org/websdata/docs/World_Diabetets_Day_Media_Kit.pdf, p24.

International Diabetes Federation (c). *Prevention*. <http://www.idf.org/prevention> accessed 6 November 2009.

Improving Chronic Illness Care (2004). *Chronic Care Model*, presentation by Ed Wagner, Director, MacColl Institute for Health Care Innovation. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Model_Talk&s=27 accessed 6 November 2009.

Lindstrom J, Peltonen M, Eriksson JG, Aunola S, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, Keinanen-Kiukaanniemi S, Uusitupa M and Tuomilehto J (2008). Finnish Diabetes Prevention Study (DPS) Group. *Determinants for the effectiveness of lifestyle intervention in the Finnish Diabetes Prevention Study*. *Diabetes Care*. 31(5):857-62, 2008 May. Accessed on Medline 3 November 2009.

National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2008). *Type 2 diabetes: national clinical guideline for management in primary and secondary care (update)*. London: Royal College of Physicians <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG66FullGuideline0509.pdf> 6 November 2009.

The Oxford Health Alliance (2009a). *The costs of chronic disease*. <http://www.oxha.org/knowledge/backgrounders/the-costs-of-chronic-diseases> accessed 6 November 2009.

The Oxford Health Alliance (2009b). *Community Interventions for Health* <http://www.3four50.com/cih/> accessed 6 November 2009.

The Oxford Health Alliance (2006). *Chronic disease: an economic perspective*. <http://www.oxha.org/knowledge/publications/oxha-chronic-disease-an-economicperspective.pdf> accessed 6 November 2009.

Perreault L, Kahn SE, Christophi CA, Knowler WC, Hamman RF and the Diabetes

Prevention Program Research Group (2009). *Regression From Pre-Diabetes to Normal Glucose Regulation in the Diabetes Prevention Program*. *Diabetes Care* September 2009 32:1583-1588; published ahead of print July 8, 2009, doi:10.2337/dc09-0523 accessed 7 September 2009.

PriceWaterhouseCoopers LLP (2008). *Working Towards Wellness: The Business Rationale*. Presentaion by Ruxandra Băndilă www.oecd.org/dataoecd/51/48/40945809.ppt. accessed 6 November 2009.

Robinson F (2007). *Sharing good practice: cardiovascular risk management category winner Anita Plummer*. *Practice Nurse* Dec 14; 2007 34(10): 14-5.

Rosecrans A M, Gittelsohn J, Ho LS, Harris SB, Naqshbandi M and Sharma S (2008). *Process evaluation of a multi-institutional community-based program for diabetes prevention among First Nations*. *Health Education Research* Vol.23 no.2 2008, pp 272–286 <http://her.oxfordjournals.org/cgi/reprint/23/2/272> accessed 6 November 2009.

Sipla R, Ketola E, Tala T and Kumpusalo E (2008). *Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – The Helsinki Prevention Programme (HPP)*. *Journal of Interprofessional Care*, January 2008; 22(1): 31 – 44.

Thorpe KE (2009). *Chronic disease management and prevention in the US: The missing links in health care reform*. *Eurohealth* Vol 15 No 1 2009 http://www.euro.who.int/document/OBS/Eurohealth15_1.pdf accessed 6 November 2009.

Whittemore R, Melkus G, Wagner J, Dziura J, Northrup V and Grey M (2009). *Translating the diabetes prevention program to primary care: a pilot study*. *Nursing Research*. 58(1):2-12, 2009 Jan-Feb. Accessed on Medline 3 November 2009.

World Health Organization (2009a), Fact Sheet N°312, *Diabetes*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2009b). Fact Sheet N°317 *Cardiovascular diseases (CVDs)*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2009c). Fact Sheet N° 29 7 *Cancer*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2009d). *Respiratory diseases*.

<http://www.who.int/respiratory/en/> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2009e). *Preparing for the second wave: lessons from current outbreaks*. Pandemic (H1N1) 2009 briefing note 9, 28 August 2009, WHO, Geneva

http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_second_wave_20090828/en/index.html accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2008a) *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, Geneva, WHO

<http://www.who.int/nmh/Actionplan-PC-NCD-2008.pdf> accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2008b). Commission on Social Determinants of Health, *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*, Geneva, WHO

http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf accessed 6 November 2009..

World Health Organization (2005). *Preventing Chronic Diseases a vital investment*.

Geneva, WHO http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241563001_eng.pdf accessed 6 November 2009.

World Health Organization (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Geneva, WHO.