

# 序章

## 地域全体の健康・療養支援体制の強化に向けて

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

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

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

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

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

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

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

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

現在、地域の人々の健康・療養支援に携わる看護職は、診療所・病院、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センター、介護保険施設、企業等、様々な場におり、それぞれに先駆的な取組が始められていますが、全国で活動を展開することについては、課題が残されています。

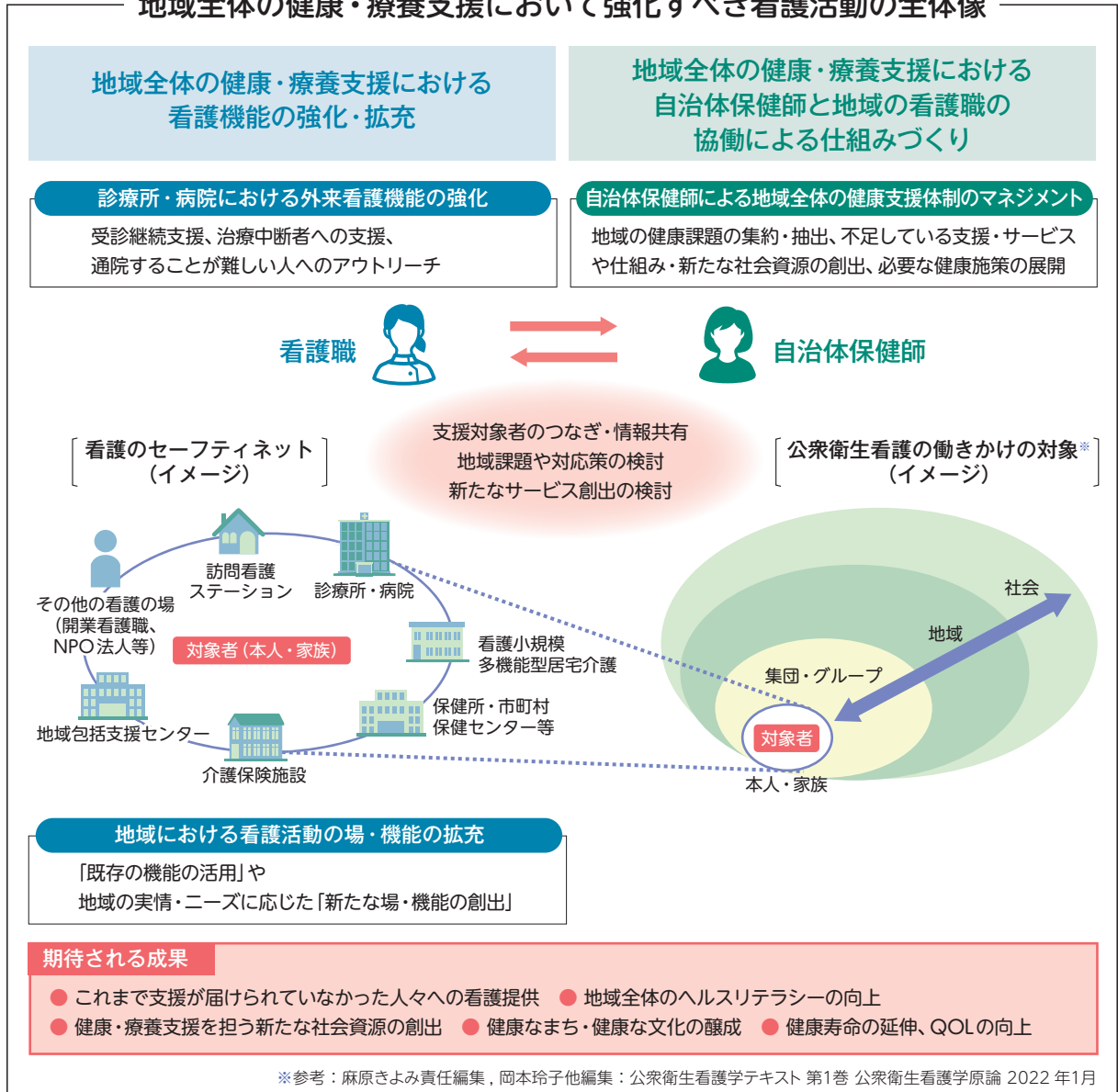
例えば、既存の診療所・病院の外来看護については、その在り方の議論や制度上の評価は必ずしも十分ではありません。また、在宅療養から看取りまで伴走する訪問看護サービスは、その重要性が認識されているにも関わらず、診療報酬に基づく活動に注力せざるを得ない状況があることや、予防的介入への評価が十分ではないことなど、地域の健康・療養支援体制を強化するために必要なサービスが十分とはいえないのが現状です。

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

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

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

## 地域全体の健康・療養支援において強化すべき看護活動の全体像



(日本看護協会作成)

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

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

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

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

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

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

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

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

また、看護のセーフティネットが地域全体の仕組みとして機能するためには、行政施策との連動が重要です。地域全体の健康・療養支援における看護活動と「自治体保健師による地域全体の健康支援体制のマネジメント」が有機的に連動することにより、それぞれの地域のニーズに応じた健康施策の展開や新たな社会資源の創出などにつながることを期待されます。

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



※ 社会的決定要因（健康状態に影響を及ぼす可能性があるもの）の例<sup>8</sup>

	分類	項目
直接的因子	支援者の有無、 家庭環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>● キーパーソンの有無</li> <li>● 独居、高齢者世帯、ひとり親家庭</li> <li>● 虐待・ネグレクト</li> </ul>
	他者との交流状況、 閉じこもりのリスク	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 外出機会の増減</li> <li>● 知人・近隣住民との交流</li> <li>● 地域活動・社会活動への参加状況</li> </ul>
	経済状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 貧困、生活保護受給</li> </ul>
	教育	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 幼少期からの生活習慣病や食育等に関する教育の有無</li> <li>● 学校・職場・地域等における健康教育の有無</li> </ul>
	健康無関心層、 支援につながらない層	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 健診・医療機関未受診者、治療中断者、精神障害者、発達障害者等</li> <li>● 必要な制度・サービス・支援等につながない者</li> </ul>
間接的因子	環境要因	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 地域の食文化や価値観（自助・互助・共助の風土の醸成等）</li> <li>● 近隣の飲食店の特徴（ファストフード店が多い、定食屋が多い等）</li> <li>● 医療機関、スーパー、通いの場等の整備状況、アクセス</li> <li>● 移動手段（車の所有の有無、公共交通機関の整備状況等）</li> <li>● 運動施設の有無（フィットネスクラブ、公営のスポーツセンター、プール等）</li> <li>● 遊歩道、公園等の整備状況</li> </ul>
	地域ネットワーク	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 健康づくりに資する自主グループ等の有無（運動サークル、料理教室、健康クラブ等）</li> <li>● 交流の場の有無（サロン、オープンスペース、憩いの場、趣味活動の場等の整備状況）</li> <li>● ボランティア活動の有無、実施状況</li> <li>● 地縁組織の有無、参加率（自治会、町内会、婦人会、老人会、子ども会等）</li> <li>● 住民グループ（子育てサークル、患者会、ピアサポートグループ等）</li> <li>● 住民同士の見守り、ネットワークの構築状況</li> </ul>
	行政サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 生活習慣病・重症化予防に関する施策、事業の実施状況</li> <li>● ポピュレーションアプローチ、生活習慣病・重症化予防に関する普及啓発の実施状況</li> <li>● 相談機関の整備状況、アクセス</li> </ul>