

慢性疾患と共に生活する人びとを支える看護に関する一考察

蔵 本 文 乃

本論文は「慢性疾患」の増加に至った経緯と現状を考察し、「慢性疾患」の増加が医療に及ぼす影響と「健康障害」を持ちながら生活する人びとに対する看護を考察した。

「慢性疾患」に罹患している患者の増加は国民が要求する医療を変化させ、「健康障害」と共に生活をする人を増加させた。また、毎日の生活および「生きる」ということにおいて「生活の質」が追求されるという変化がみられるようになってきた。それと同時に、健康に対する考え、価値観も人それぞれ異なり、また何らかの「健康障害」があったとしても、それによって不健康であるとは言いきれない、という考え方も一般的に浸透してきつつある。しかしながら、「慢性疾患」は個人の生活に深く関わり、その人にとっては今後も疾患と共に生活していかなければならない。そのため、看護者は「慢性疾患」がある場合、より一層、「日常生活を営む人である」ということに目を向け、その人となりの歴史を持つ個人として捉え、“生活者”としての視点で向き合うことが必要である。

キーワード：慢性疾患，健康障害，“生活者”，価値観，高齢社会

I. 緒 言

医療の高度化と生活環境の変化が相俟って高齢社会となったわが国は、健康障害と共に生活する人びとの増加、特に生活習慣病も含めた慢性疾患患者の増加は著しいものとなっている。そのため、健康に対する価値観の多様化、医療に対する欲求の変化、多様化が予測される。その変化に伴い看護者は患者に対して“生活者”という視点を重視して看護をすることがさらに重要になりつつある。

そこで本論文は、現在の日本の医療状況を高齢化との関連で捉え、高齢者の急速な増加や疾病構造の変化が医療に及ぼす影響を明らかにし、慢性疾患、特に生活習慣病の現状を明らかにすることで、看護者の対応について考察を行う。また、個人の生活に深く関わる慢性疾患をキーワードに、慢性疾患患者の障害の受容過程を踏まえながら、健康障害と共に生きることの意味について論述し、健康障害と共に生活していく人びとを支えていくことの必要性和、その看護のあり方を論じる。

II. 健康に関する現状と課題

—高齢社会という現状から—

1. 高齢化の現状

世界保健機関（World Health Organization : WHO）が2003（平成15）年に発表した加盟192カ国の健康指標の資料によると、わが国の平均寿命は81.9年で世界最長である。日本の平均寿命の推移は、1945年（第二次世界大戦以後）男女とも平均寿命が50年を超え、緩やかに平均寿命は延びている。

WHO では高齢化率が7%以上14%未満を高齡化社会、14%以上21%未満を高齡社会、21%以上を超高齡化社会と高齢化の実態について定義している。日本は主要国の高齢化率の推移（表1）からもわかるように、1970年に高齢化率7.1%を超え、高齡化社会となり、1995年には14.5%を超え高齡社会となった。25年の間に高齢化率は2倍になり、諸外国と比較してみても高齢化の伸び率は著しく、アメリカ合衆国の約3倍、フランスの約5倍のスピードで高齢化が進んでいる。

まず、平均寿命について諸外国と比べてその伸び率を比較してみたい。平均寿命の国際比較（表2）は作成期間は各国ばらついており、単純に比較でき

表1 主要国の高齢化率の推移

(単位 %)

年	日本	アメリカ合衆国	イギリス	フランス	スウェーデン
1950	4.9	8.3	10.7	11.4	10.3
1955	5.3	8.8	11.3	11.6	10.9
1960	5.7	9.2	11.7	11.6	12.0
1965	6.3	9.5	12.0	12.1	12.7
1970	7.1	9.8	12.9	12.9	13.7
1975	7.9	10.5	14.0	13.5	15.1
1980	9.1	11.2	15.1	14.0	16.3
1985	10.3	11.8	15.1	12.9	17.9
1990	12.1	12.8	15.7	14.0	17.8
1995	14.5	12.5	15.9	15.0	17.6
2000	17.7	12.5	16.0	15.9	17.4

http://www.pref.miyazaki.jp/fukushi/kourei/kourei_hp/pdf/syuyou.pdf (2004年9月21日) を参考資料とし筆者が作成した表である。

表2 平均寿命の国際比較

(単位 年)

	男	女	作成期間
日 本	78.36	85.33	2003
アイスランド	78.7	82.5	2001-2003
スウェーデン	77.30	82.00	1998-2002
ス イ ス	77.4	83.0	2001
イ ギ リ ス	75.68	80.39	2000-2002
フ ラ ン ス	75.2	82.8	2000
ド イ ツ	75.38	81.22	2000-2002
アメリカ合衆国	74.4	79.8	2001

厚生統計協会：国民衛生の動向. 51(9), 68, 2004. を参考資料とし筆者が作成した表である。

ないが、2000年以降のデータであり、現在の平均寿命を大まかに把握することは可能だと推察する。諸外国の平均寿命の比較（図1）から明らかになるのは、最初に高齢化が進んでいるアイスランドは、1970年代前半の平均寿命は約76年、現在は約80年と4年の上昇、イギリスは1970年代前半の平均寿命は72年、現在は約79年と7年の上昇である。それに対して、1970年代前半の日本の平均寿命は約72年、2003年での平均寿命は約82年と10年の上昇となっている。

日本は先進国といわれる諸外国と比べ、30年の間に著しく平均寿命が延び、高齢化が進んだ。そこで、わが国の高齢化を推進した3つの側面について現状を整理し、健康に関する課題を明らかにする。

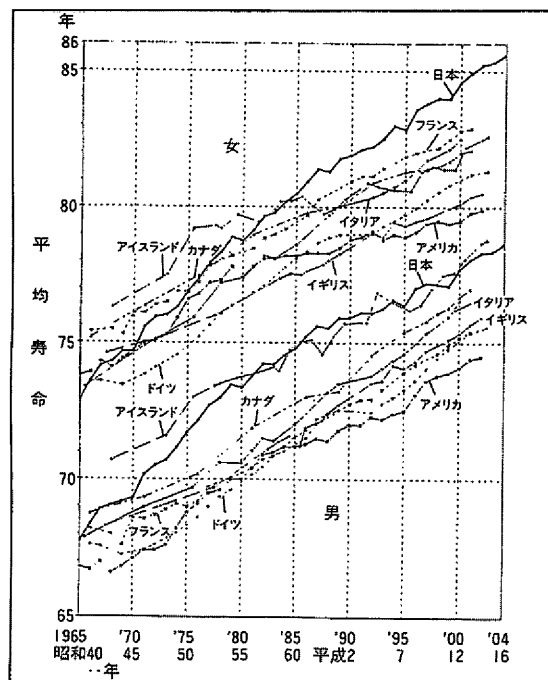


図1 諸外国の平均寿命の比較

出典：厚生統計協会：国民衛生の動向. 52(9), 66, 2005.

2. 高齢化を推進した要素の検証—3つの側面—

第二次世界大戦以降より著しい平均寿命の延びが認められ、日本は長寿社会であると誰もが認める国になった。日本にこのような高齢化をもたらした要因には、政府による健康に関する政策の充実や医療技術の著しい発達があり、誰でもいつでも医療を受けられる体制が整い、疾患に罹患してもすぐに死に至るという経過をたどることが少なくなった

からである。ここでは、高齢化を推進した数ある要因のうち、医療提供体制、栄養の改善、疾病構造の変化をキーワードに現状と課題を明らかにする。

1) 医療提供体制の充実

現在わが国の医療提供体制は、すべての国民が健康保険や国民健康保険といった公的な医療保険制度に加入し、いつでも必要な時に医療が受けられる国民皆保険制度である。また、2000（平成12）年のWHOの発表によると、「1997（平成9）年のデータに基づき、健康の到達度と均一性、人権の尊重と利用者への配慮の到達度と均一性、費用負担の公正さ等から評価した保健医療システムの総合目標到達度も、わが国は当時の加盟191カ国中1位となっている」¹⁾とある。

これは、わが国の保健医療システムが他の国の中で最も優れていると評価されるもので、高い水準にあるということである。このような状況は高齢化を推し進める要因の一つである。しかしながら、国民医療費の推移（図2）からも明らかなように、1985（昭和60）年と2000（平成12）年を比較すると、国民医療費が約2.7倍、老人医療費が約1.9倍になっている。

つぎに老人医療受給対象者と老人医療費の推移（表3）は老人福祉法に基づく老人医療受給対象者数と老人医療費総額、1人当たりの老人医療費を表わしたものであるが、1973（昭和48）年度と2001（平成13）年度を比較すると、老人医療費の対象者数は約3.6倍、老人医療費は約27倍に増加、また老人1人当たりの医療費についても約7.5倍に増加している。この国民医療費の増加の背景には、高齢化により、若者に多くみられる急性疾患から、老人に多くみられる慢性疾患の増加による疾病構造の変化がある。即ち疾病をもちながら日常生活を送る人が増加し、治療日数を長く要すること、一方で医療機関の整備が進み、外来受診・入院治療が受けやすくなったこと、又、医療技術の高度化により医療費単価が増大していること等が関係していることも考えられる。医療費の増大は今後も継続し、若い人びとの保険料の負担は増す一方である。そのため、少子高齢化の進展、医療技術の進歩、国民の医療に対する意識の変化等を背景として、これまで有効とされてきた保健医療システムに対する人びとの「公平性」に影響を及ぼすと考えられる。

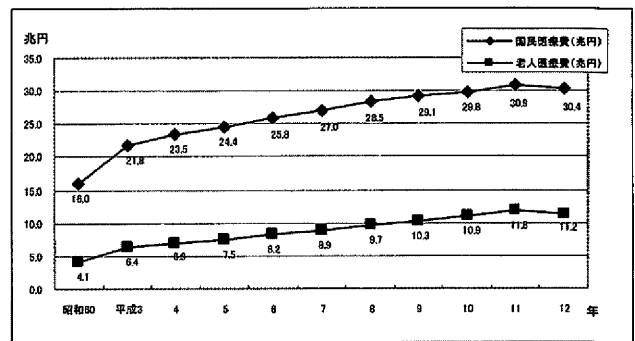


図2 国民医療費の推移

厚生労働省監修、平成16年度版厚生労働白書、16、2004。を参考資料とし筆者が作成した図である。

2) 栄養の改善

現在、わが国は「飽食の時代」といわれるように、各国の食材、料理を食することが可能であり、食料の流通も滞りなく行われ、いつでも多種多様な食品を手に入れることが可能となった。第二次世界大戦終了後と比較してみると国民の栄養状態は著しく改善されている。この日本国民の栄養状態が改善された背景には、国民の栄養改善を目的とする国民栄養調査や法律の改正がある。

第二次世界大戦以降、日本政府は法律による栄養改善の実施、学校給食の普及と栄養状態の改善に務めていた時代があった。しかし、日本の景気の回復に伴い生活が豊かになると人びとの栄養不足の問題は改善され、近年では、食事や栄養に関する情報がマスメディアでも氾濫している。さらに従来の政策と異なり、近年の栄養強調表示制度の創設や輸入食品への罰則強化といった法律の改正が行われている。この事からも分かるように、食品の安全面に関わる問題が出現してきている。

また、動物性食品の摂取量比較（図3）より1950（昭和25）年の国民と2002（平成14）年の70歳以上の高齢者を比較すると、動物性食品の乳・乳製品の摂取は14倍、肉類の摂取は5倍の増加となっており、食生活・食環境が子どもの頃や青年期と比べると大きく変化している。第二次世界大戦後著しい栄養状態の改善を認めるが、その反面、生活習慣病の原因である脂質・糖質の摂取が著しく増加し、疾病構造の変化に影響を与えている。

3) 疾病構造の変化

医療提供体制が充実してきたことや栄養面での改

表3 老人医療受給対象者と老人医療費の推移

	老人医療受給対象者数 (千人)	前年度比 (%)	老人医療費 (億円)	前年度比 (%)	1人当たり老人医療費 (千円)	前年度比 (%)
昭和48年度	4,237	—	4,289	—	101	—
49	4,493	6.0	6,652	55.1	148	46.3
50	4,700	4.6	8,666	30.3	184	24.5
51	4,894	4.1	10,780	24.4	220	19.5
52	5,146	5.1	12,872	19.4	250	13.6
53	5,408	5.1	15,948	23.9	295	17.9
54	5,675	4.9	18,503	16.0	326	10.6
55	5,907	4.1	21,269	14.9	360	10.4
56	6,158	4.3	24,281	14.2	394	9.5
57	6,465	(5.0)	27,487	(13.2)	425	(7.8)
58	7,491	(15.9)	33,185	(20.7)	443	(4.2)
59	7,823	4.4	36,098	8.8	461	4.2
60	8,157	4.3	40,673	12.7	499	8.1
61	8,484	4.0	44,377	9.1	523	4.9
62	8,805	3.8	48,309	8.9	549	4.9
63	9,084	3.2	51,593	6.8	568	3.5
平成元年	9,363	3.0	55,578	7.7	594	4.5
2	9,732	3.9	59,269	6.6	609	2.6
3	10,112	3.9	64,095	8.1	634	4.1
4	10,488	3.7	69,372	8.2	661	4.4
5	10,884	3.8	74,511	7.4	685	3.5
6	11,345	4.2	81,596	9.5	719	5.1
7	11,853	4.5	89,152	9.3	752	4.6
8	12,440	5.0	97,232	9.1	782	3.9
9	13,013	4.6	102,786	5.7	790	1.1
10	13,604	4.5	108,932	6.0	801	1.4
11	14,186	4.3	118,040	8.4	832	3.9
13	15,405	4.2	116,560	4.1	757	△0.2

厚生統計協会：国民衛生の動向51(9)，213，2004。を参考資料とし筆者が作成した表である。

注 1) () 印：老人医療費は、昭和58年1月以前は旧老人医療費支給制度の対象者に係るものであり、同2月以降は老人保健法による医療の対象者に係るものであって、老人保健制度の創設に伴う対象者の拡大のため56年度と57年度、57年度と58年度は単純に比較できない。

2) △印：前年度より減少を示す。

善により食生活が変化し、個人の寿命が延び高齢化社会になったことを背景に疾病構造も変化してきた。主な死因別に見た主要死因の年次推移（図4）では、1945（昭和20）年代の死亡率（人口10万人対）の第一位は結核で約190万人と第二位の脳血管疾患130万人を大きく上回る死亡率であった。その後1960（昭和35）年までの約10年間で結核の死亡率（人口10万人対）は約40万人と約75%の急激な低下を示している。その一方で、現在の三大死因であるといわれている悪性新生物、脳血管疾患、心疾患の死亡率（人口10万人対）を1950（昭和25）年と2002（平成14）

年で比較してみると、脳血管疾患は約130万人から約120万人と著しい変化はみられないが、悪性新生物：約70万人から約240万人へと約3.4倍、心疾患：約60万人から約120万人へと約2倍の増加がある。このように悪性新生物や心疾患が増加した原因には、先に述べた栄養状態の改善のほかにも医学・医療技術の発達により早期診断・早期治療が可能になったことも関係していると考えられる。

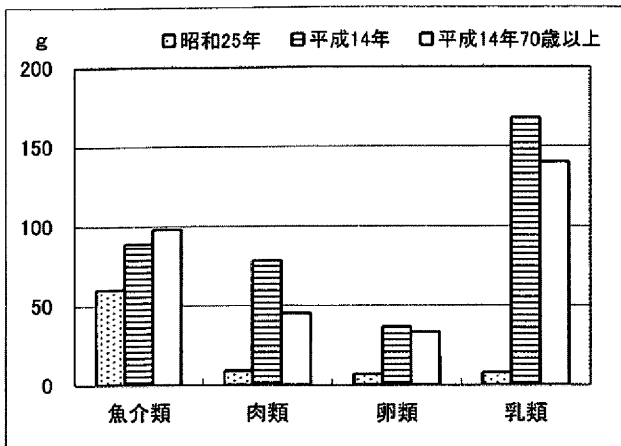


図3 動物性食品の摂取量比較（1人1日あたり）
厚生労働省：平成14年度国民栄養調査を参考資料とし
筆者が作成した図である。

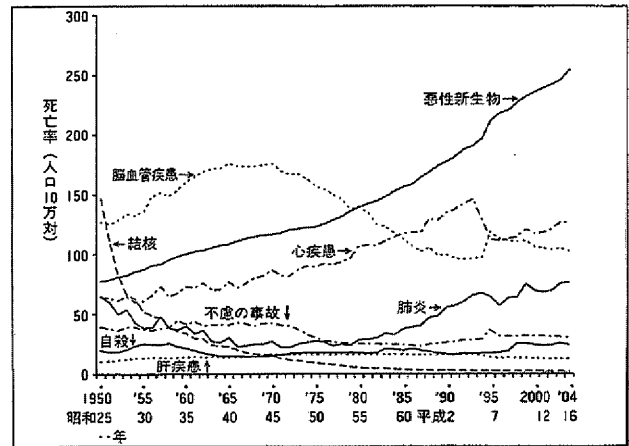


図4 主な死因別に見た主要死因の年次推移
出典：厚生統計協会：国民衛生の動向、52（9）、
44、2005。

Ⅲ 健康障害に対する価値観の変化

1. 医療の現状

疾病構造の変化でも述べたが、現在の三大死因は悪性新生物、心疾患、脳血管疾患である。これらの疾患は生活習慣病と言われ、特に狭心症や心筋梗塞といった虚血性心疾患、脳梗塞、脳出血といった脳血管疾患に関しては高血圧症や高脂血症、動脈硬化が誘因となって発症するケースが多い。また、高血圧症や高脂血症、動脈硬化は無症状で進行するため、心疾患や脳血管疾患を発症してから疾患に気づくことも少なくない。悪性新生物についても大腸がんや胃がん、乳がんについては食生活、肺がんは喫煙という日常生活における個人の生活習慣が強く影響している。ここでは主な生活習慣病として挙げられている、がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、高血圧の受療率から考察を行う。

1) 生活習慣病の状況

(1) 生活習慣病の推移

主な生活習慣病の受療率の年次推移（図5）で表されているように、1984（昭和59）年から2002（平成14）年までの受療率を比較してみると、2002（平成14）年度の受療率（人口10万人対）では入院・外来6,222人のうち、がんは272人（4.3%）、心疾患は157人（2.5%）、脳血管疾患は275人（4.4%）、糖尿病は173人（2.7%）、高血圧は477人（7.7%）と主な生活習慣病といわれるものが全37疾患のうち約21%を占めている。1984（昭和59）年は主な生活習

慣病の受療率は約19%、1996（平成8）年は約22%であった。傷病分類の違いがあり正確な判断を行うことは難しいが、1978（昭和53）年の第1次国民健康づくり対策に始まり、健康保持増進対策として生活習慣の改善による疾病予防・健康増進の考え方が発展してきているにもかかわらず、1996（平成8）年から2002（平成14）年までの受療率の割合の著しい変化は認められず、生活習慣病に罹患している患者は緩やかに増加傾向にある。

(2) 生活習慣病に対する政策

厚生労働省では2000（平成12）年から第3次の国民健康づくり対策として「健康日本21」を推進している。さらに生活習慣病予防に向け、①栄養・食生活、②身体活動・運動、③休養・心の健康づくり、④喫煙対策、⑤アルコール対策、⑥歯の健康、⑦糖

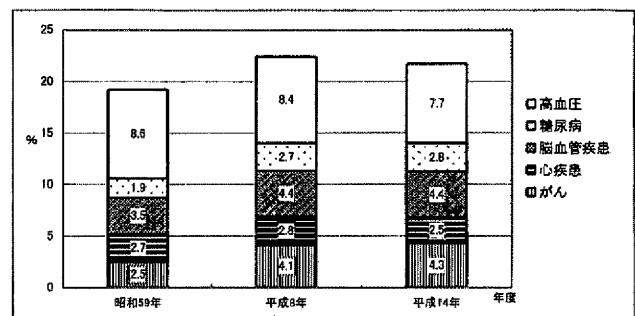


図5 主な生活習慣病の受療率の年次推移
厚生労働省監修、厚生指標、48（16）、2001、特別編集号10-14、51（4）、40、2004。を参考資料とし筆者が作成した図である。

尿病対策, ⑧循環器病対策, ⑨がん対策, の9分野からなる取り組みをしている。生活習慣病は生活習慣を改善することにより, 病気の発症予防や病気の進行・増悪を抑えたり, 遅らせたりできる病気であるため, 今日では生活習慣を改善し, 予防することに重点がおかれている。しかしながら, 主な生活習慣病の受療率の年次推移(図5)からも読み取れるように, 現在では早期発見, 早期治療の「2次予防」だけでなく生活習慣などを見直して発病を予防する「1次予防」が推進されているが, 受療率の低下をもたらすほどの著しい効果は認められない。人びとの生活習慣の改善による健康の実現が重要視され, 疾病の予防を個人の責任とするのではなく, 個人, 家族, 地域と政治が一体となって行っていくことが必要であると考えられるようになってきた。その背景には生活習慣病の罹患のリスクの増大があり, 何らかの健康障害と共に生活していかなければならない人びとが増えている現状がある為である。

2. 健康および健康障害の価値の変化

「健康体」「健康美」「健康的」という言葉からも連想されるように健康に対するイメージは「若さ」や「元気」「健全」といったものであり, 「老い」や「病気」とは正反対で明るいものである。「健康である」ということは生きていくうえでの目的や目標を達成するための一要因である。だが, 不健康だからといって生きていくうえでの目的や目標が達成できないわけではない。しかし, 慢性疾患に罹患し, 健康障害があるということは本人にとって受け入れ難い事実である。慢性疾患は長期にわたって治療が続くという特性があるため, 自分がいやだと思っても, 依然としてそこにあり続け, 日常生活のさまざまな場面で「健康障害と生きる」ことを感じざるを得ない。慢性疾患は個人の日常生活に深く関わるため, 慢性疾患の患者に対し, 看護者はどのように向き合えばよいのか考えてみる。

1) 健康に対する価値観・健康障害に対する価値観

(1) 健康障害にある患者(慢性疾患患者)の特徴と心理

まず, 患者が主体となる看護を実現するために慢性疾患の特徴を理解しておく必要がある。慢性疾患の重要な特徴をストラウスは以下のように挙げている。「①慢性疾患は本質的に長期である。②慢性疾

患はいろいろな意味で不確かである。③慢性疾患は, 一時的緩和を得るのにも, 比較的多大の努力が必要である。④慢性疾患は重複疾患である。⑤慢性疾患は, 患者の生活にとって, きわめて侵害的である。⑥慢性疾患は, 多様な補助的サービスを必要としている。⑦慢性疾患は費用がかかる。慢性病は, 長期的で, 不確かで, 不経済で, 多くの場合重複していて, きわめて侵害的であり, 治癒不可能なので姑息的である」²⁾。慢性疾患に罹患し, 健康障害を持ちながら生活することは, 完全な治癒が望めないため, 日常生活の一部を他に委ねなくてはならず, 生涯にわたるセルフケアが必要である。今まで普通に出来ていた行為に制限がかかったり, その人の楽しみが奪われてしまったり, 再燃の不安におびえながら暮らしたり, 生活に希望が持てなかったりと自分ではどうにもならないという無力感を抱きやすい。

また, 疾患には疼痛, 倦怠感といった症状の出現や外観の変化を伴う。その変化を心身ともに感じているのは患者自身である。そして, 患者はその変化による苦痛, 不安, 悲しみといった感情や辛さを引き受け, 向かい合っていかなければならない。しかし, 常に同じ状況が続くわけではなく, 日々の状況, 状態の変化に合わせて対応していくことが必要となる。

(2) 危機モデルによる障害受容過程

慢性疾患に罹患した患者は生涯にわたって健康障害と共に生活していかなければならず, 患者自身が辛さを引き受け生きていかなければならない。そのような患者はどのように心理的に変化していくのかを3人の研究者の危機モデル(表4)を参考にして障害を負ったときの心理回復過程を考えてみる。

この3人の研究者の受容過程をみても分かるように, 一般的に健康障害を持ったときには, 「こんな身体で生きていけるのか」「生きている価値があるのか」「不便な生活」というような思いのなか混乱と苦悩の時期を過ごす。障害を負うと悲観的な感情や生きていくことに対する悩みや絶望を持ちやすく, 無力感を抱きやすい。

しかし, これらの受容過程は障害を仕方なく受け止めるという消極的な過程ではない。障害をもつ人びとが健康だった今までの自分のイメージに固執することなく, 人間として生きていくことの本質(現にいま, 生きている〈存在している〉)ことが重要で

表4 さまざまな研究者による危機モデル

Fink	<p>個人のもっている通常の対処能力がその状況の欲求を充たすのに不十分であると感じ、衝撃・防衛的退行・承認・適応の過程を経る。</p> <p>衝 撃：最初の心理的衝撃の時期</p> <p>防 衛 的 退 行：危機の意味するものに抵抗して、自分自身を守る時期</p> <p>承 認：危機の現実と直面する時期</p> <p>適 応：建設的な方法で積極的にその状況に対処する時期</p>
Shontz	<p>個人が人生の重要目標に対する乗り越えがたい障害と思われるものに、一時的にぶつかって普段の対処方法を用いられなくなったとき訪れる。</p> <p>最 初 の 衝 撃：現実の知覚によりショックと離人傾向に陥る。</p> <p>現 実 認 知：現在の自己構造の崩壊が起こる。強い不安、パニック、無力感を味わう。</p> <p>防 衛 的 退 行：以前の自己同一性の確立。不安軽減のための現実逃避、否認、願望思考の出現。自我は問題に対する怒りをもって反応する。</p> <p>承 認：是認の段階で抑うつと失墜感を味わう。</p> <p>適 応：新しい自己同一性が生まれる。不安の減少、安定感と価値観の再生による満足感。</p>
Cohn	<p>突然身体障害を受け、危機に陥った人の経過をショック・回復への期待・悲嘆・防御期・適応の5段階で表している。</p> <p>シ ョ ッ ク：障害の起きた直後で、自分の障害の重さ、予後などについての洞察を欠いている。不安感もない。防御規制により心的混乱から庇護されている。</p> <p>回 復 へ の 期 待：生じている障害を認める最も初期の段階。障害は消失すると信じている。</p> <p>悲 嘆：障害を深め、将来の希望が阻まれ、無力感を感じ、回復意欲を失う。深い悲しみと自己否定を感じる。依存心が強くなり、また自棄傾向が強まる。</p> <p>防 御 期：悲嘆の日々のなかで何よりも自分をだめにしているのは自分のファイトのなさであることに気づき始める。障害の重篤さ、永続性を自覚する時期でもあるので防御反応も生じやすい。</p> <p>適 応：障害は障害者の特性の1つにすぎないものとして受け入れることができるようになる。</p>

出典：土居洋子・泉キヨ子編：成人看護学，A. 成人看護学原論（第2版），Ⅶ. 成人看護学に用いられる看護理論3. 廣川書店，pp146, 2001.

あること）を見つめ自分を再発見する，という積極的な過程だと捉えられる。

今まで健康で、人生の途中で健康障害を負った人びとは、受容までの時間に個人差はあるが、さまざまな研究者による危機モデル（表4）からも分かるように受容というものは今ある現状を受け入れ、新しい自分を発見したり、あるいは何らかの援助によって発見していこうとするものである。それは「健康障害」があるからこそ健康が最高の価値ではなく、「健康障害」を持ちながら生きることによって価値を見つけ出すといったことである。この、障害の受容過程で自分を再発見するということは生きることに対する価値観の転換であるといえる。

（3）障害受容のための価値転換の必要性

自分を再発見することが必要であると述べたが、

受容にいたるための生きることに対する価値観の転換には、自分が失ってしまったと思っている価値とは別の価値があること、障害により自分の価値がなくなることはないこと、外見だけの価値ではなく内面的な価値もあることに気づくこと、さらに他人と比較することをやめ、自分の本来の価値や資質に価値を置くことが求められる。生きている意味・生きがいなどは個人で様々であり、それと同様に健康に対する考えや価値も生活環境や社会環境などによって大きく左右される。

患者が何に対して価値を持ち、患者は今、ここにある自分をどのように捉え、どのような生き方を希望しているのかということに重きを置かなければ患者が主体となる看護は提供できないと考える。

Ⅳ 慢性疾患と共に生活する人びとを支える看護

高齢社会の一面として「慢性疾患」に罹患している患者の増加という現実があり、それは「健康障害」と共に生活をする人を増加させた。一方で国民に必要な医療を変化させている。特に「慢性疾患」は患者の生活と深く関わり、患者自身だけではなく、患者を取り巻く全てのものを包括して疾患に向かい合わなければならない。さらに疼痛や倦怠感といった症状や外観の変化を伴い、患者自身が一番その変化を感じ、苦痛、不安、悲しみといった感情や辛さを受け、向かい合って生きていかなければならない。このような現状のなかで、毎日の生活および「生きる」ということにおいて「生活の質」を追求する、という変化がみられるようになってきた。「生活の質」には個人の生命観、人生観、価値観、心身の健康、社会・環境適応などが含まれる。さまざまな健康の状態にある人びとの生活を問う視点としては、「生きている事」という“事実”ではなく、いかに“生きているか”という“人生に処する態度”を重視することが必要であるといえる。

健康障害を持つことによって、自尊の感情・自らの存在意義・生き続けることの意味といった自己に対する価値感情が低下・喪失している患者を認め、尊重し、患者が何に対して価値を持ち、患者は今、ここにある自分をどのように捉え、どのような生き方を希望しているのかということを重要視する事は患者が主体となる看護を提供する上で大切である。患者が主体となる看護を提供することはいいかえると、患者を“生活者”として捉える事である。

付記

本論文は、平成16年度九州看護福祉大学大学院看護福祉学研究科基礎看護学専攻修士論文「“生活者”という視点を重視した看護の実現—仏教の教えを手掛かりとして—」の一部を加筆修正したものである。

引用文献

- 1) 厚生労働省監修：平成16年度版厚生労働白書。厚生統計協会，3，2004.
- 2) Anselm L. Strauss, Corbin F. Glaser, Maines S. Wiener：慢性疾患を生きる—ケアとクオリ

ティライフの接点—。南裕子監訳，医学書院，pp12-20，2001.

参考文献

- 1) 厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室栄養調査係：平成14年国民栄養調査結果の概要。厚生生の指標，51（5）：2004.
- 2) 中野秀一郎：権力としての医療—医師—患者関係を中心として—。人間と医療を考える5 社会学と医療，園田恭一 編，弘文堂，pp109-138，1993.
- 3) 新村拓：死と病と看護の社会史。法政大学出版局，1989.
- 4) 新村拓：老いと看取りの社会史。法政大学出版局，1991.
- 5) 加野芳正：看護の人間学。世織書房，2001.
- 6) 新村拓：医療化社会の文化誌 生き切ること・死に切ること。法政大学出版局，1998.
- 7) 医療人類学研究会：文化現象としての医療「医と時代」を読み解くキーワード集。メディカ出版，1998.
- 8) ジュディス A. スミス：看護における健康の概念，都留春夫監訳，医学書院，2002.
- 9) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気。メヂカルフレンド社，1992.
- 10) 黒江ゆり子 藤澤まこと 普照早苗：病の慢性性 Chronicity と個人史—わが国におけるセルフケアから個人史までの軌跡。看護研究，35（4）：303-313，2002.
- 11) 黒江ゆり子：病の慢性性 Chronicity と生活者という視点—コンプライアンスとアドヒアランスについて。看護研究，35（4）：287-301，2002.
- 12) アーサー・クラインマン：病の語り 慢性の痛みをめぐる臨床人類学，江口重幸訳，誠信書房，1996.

(平成18年2月1日受理)

蔵本文乃

〒861-5598 熊本市和泉町325番地
熊本保健科学大学
保健科学部 看護学科

Nursing Care in Support of Individuals Chronic Diseases

Ayano KURAMOTO

Abstract

This study considers the background leading to the increase in chronic illnesses and the current situation, and goes on to consider the effect this increase in chronic illness has on healthcare, as well as nursing care for those who are living with health disorders.

The increase in those afflicted with chronic illnesses has changed the modality people desire of medicine. People living with health disorders are on the increase. The change now seen is one of quality of life being sought in daily life and life generally. At the same time, people have different viewpoints regarding health and values, and it is commonly held that although a person may experience some health disorder, this does not equate to that person being unhealthy. Nevertheless, chronic illnesses have a deep impact on people's lives, and patients must spend the rest of their lives with their affliction. Therefore, nursing care professionals must pay even more careful attention to the lifestyles of those afflicted with chronic illness, and see those people as individuals with a particular history of their own who are also leading full and ordinary life.