

St. Luke's International University Repository

慢性病とともに生きる人々を支える看護

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 木下, 幸代, Kinoshita, Sachiyo メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014998

This work is licensed under a Creative Commons
Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0
International License.



会長講演

慢性病とともに生きる人々を支える看護

木下幸代¹⁾

1. はじめに

糖尿病などの生活習慣病に代表される慢性病の管理は、食事・活動全般にわたっており、日常的な営みと切り離して考えることはできない。第二次大戦後の生活水準の向上および医学・医療の進歩に伴い、日本は世界でも有数の長寿国となっているが、生活習慣病の急増および高齢化の急速な進行は、病気や介護を必要とする人々の増加をもたらす極めて深刻な問題となっており、さまざまな対策が検討されている。

しかし、生活習慣を改善し病気を予防する、あるいは進展を遅らせるという取り組みの重要性はいまでもないことであるが、年を取り、病を得て、やがて死を迎えるということは人間にとって必然でもある。仏教では生老病死といわれるが、病気は排除することのできないものであり、病気をもつ当事者にとっては日々の生活において病気といかに付き合っていくか、看護専門職にとっては病気をもつ人々をどのように支えるか、ということが大きな課題となっている。

2. 糖尿病看護の評価研究から

慢性病をもつ人々の看護について深く考えるようになったきっかけは、20数年前の聖路加国際病院内科外来での経験であった。病棟で看護していたころは、入院を繰り返す慢性病患者さんに対して看護の限界を感じていたが、内科外来で同じ状況の方々に接してみると、日常的な事柄に関する質問も多く、指導したことの反応が直接返ってきて、その人その人の生活を考え対応するという手ごたえを得ることができた。

1992年、聖路加看護大学博士課程に進み、自己効力の強化につながるような看護介入を組み込んだ糖尿病患者教育プログラムを作成してその効果を検証するという評価研究に取り組むことになった。研究の枠組みとして、Bandura (1986) の“自己効力”および達成可能な目標が行動の強い動機づけとなるという“目標／意図”の概念を取り入れた概念モデルを作成した。このモデル(図1)は、達成可能で具体的な短期目標の設定、行動の遂行、自己評価およびフィードバックを組み込んだ看護介入により、自己効力が高められ自己管理への主体的な取り組みが促進されることを表している(木下, 1998)。これ

らの要素を約4週間毎の外来受診時に実施する3回の「個別指導」に織り込んだ糖尿病患者教育プログラムを作成し参加協力の得られた人々に適用した(図2)。この研究を進める過程で、研究に参加してくださった方々との半年から1年近いかかわりを通して、人々が日常生活において自ら行動を変えていくプロセスを肌で感じることができた。

参加者はさまざまな行動修正を試みていた。その方法としては、最初は、重点的に指導したことの中から、ご飯の量を一定にする、食物を計量する、などの比較的取

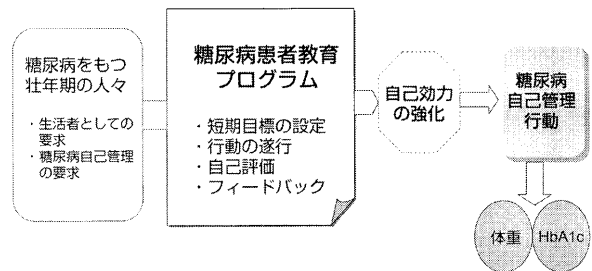


図1 糖尿病をもつ壮年期の人々の主体的な自己管理を促進するための概念モデル

出典 木下幸代 (1998) : 糖尿病の自己管理を促進するためのプログラムの作成. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 2(2). 110-117.

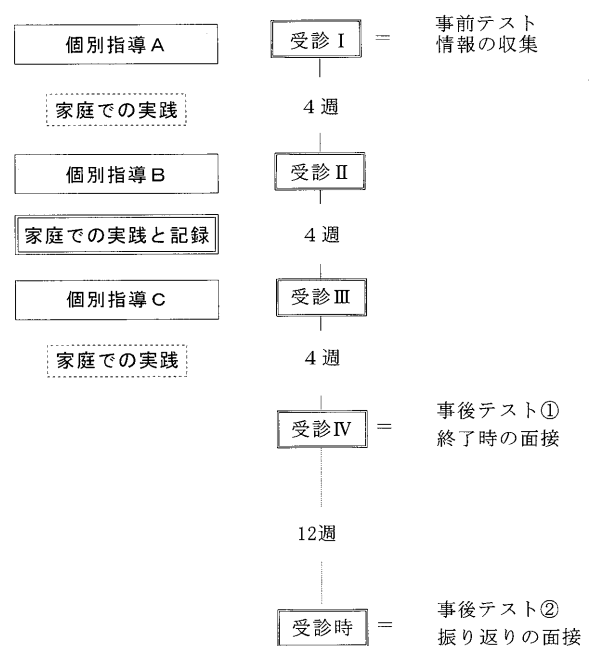


図2 糖尿病患者教育プログラムと評価のスケジュール

1) 聖隷クリストファー大学看護学部

り組みやすいことが実行された。また、記録から日々の行動を自己評価して行動を変えるという主体的な取り組みもみられるようになった。食事に関することは比較的容易に修正されたが、運動（ウォーキング）は、生活時間の組み替えやパートナー（家族・犬など）との調整が必要であり、なかなか実行されなかった。一部の参加者は、単に指導されたことを守るだけでなく、家族や友人に自ら積極的に働きかけて、家族全体の食生活を変えたり、友人をウォーキングに誘ったりして、生活のみでなく人間関係も調整して、実行するようになった。

しかし、日常生活において、一定の水準の自己管理行動を維持するという絶え間ない意識的な努力を続けることは非常に困難であり、ある程度経過すると空腹感や食欲に負けて以前の食生活に戻ってしまうということが起こりがちであった。あるいは、検査値の改善・体重の減少などにより目標が順調に達成されると、安心して気がゆるみ注意を払わなくなるという現象がみられた。

プログラムへの参加およびその後の過程において、参加者の自己管理への取り組みは時間の経過にしたがって変化していき、“行動修正”“生活の調整”、元の生活への“逆戻り”“目標達成”という4つの局面が見出された（図3）。

最初に現れた局面は“行動修正”で、本人の努力のみで変えられる範囲のこと、例えば、ご飯の量を一定にする、菓子類を食べない、食物を計量する、などが比較的容易に行われた。行動修正はどちらかという受け身の活動で、そのみでは長続きすることなく、元の生活に“逆戻り”する可能性が高いと考えられる。一方、運動療法など、生活時間や人間関係の調整を必要とする行動はなかなか実行されなかった。

修正された行動を維持していくためには、生活全体を組み直すことが必要であった。参加者の一部は、家族や友人に自ら積極的に働きかけ、家族全体の食生活を変えたり友人を運動療法に誘ったりするというように人間関係も調整していた。そのような調整により、自己管理を生活の中に組み込むことができるようになり、次の“生活の調整”の局面に移行していった。生活の調整は、プログラムが終了する前後から専門家の援助ではなく本人

の工夫と努力により行われていた。

さらに、減量に成功して“目標達成”という局面に至った参加者は、自己効力が強化されてもっと高い目標をめざすようになった。この“目標達成”は、一つの到達点であるが、患者自身が自立して主体的に病気と取り組んでいくための出発点でもある。何らかのプログラムに参加したことをきっかけとして、本人の努力とさまざまな支援により行動変容がなされ習慣化されて生活の一部となっていく。しかし、慢性病の長い経過においては、本人や家族に生じるさまざまな出来事により生活が乱れる危険性は常に存在し、何らかの支援を受けて再度引き締めるということが繰り返されていると考えられる。

3. 病気と向き合うということ

慢性病をもつ人々の患者自身による主体的な病気の管理については、「自己管理」「セルフマネジメント」「アドヒアランス」「セルフケア」などのさまざまな用語が用いられている。評価基準として行動レベルの改善や客観的な指標の改善が求められ、特に、糖尿病の場合は血糖値やHbA1cという非常にわかりやすいコントロールの指標があるために、外来場面では、検査値による評価が優先される傾向にある。しかし、日常生活における病気との付き合い方は、検査値に示された数値だけで判断できるものではない。コントロールが乱れ十分な管理ができていないようにみえる人々でも、全くわかっていないのかという決してそうではなく、多くの人々はその人なりの考え方で病気と付き合っている。日常の生活世界における病気の管理は、そのときその場の状況に左右されて「わかっていてもできない」あるいは「このくらいでいい」のであり、医療者側が考える客観的な指標をめざすような厳密な管理との間には大きな隔たりがある（浮ヶ谷, 2004）。

一般向けに書かれた書物や患者の闘病記などでは、よく“病気と向き合う”という表現が使われている。『大辞林、第5版』（三省堂、2006年）によれば、「向き合う」とは「①互いに正面を向いて相対する。②事態を直視する」となっている。「病気と向き合う」とは具体的にどのようなことかと考えると、一つは自分の身体をよくみることであり、自覚症状のほとんどない糖尿病などの場合には、データから自分の状態を把握することも重要な要素となる。二つ目としては、生活者としての自分自身と向き合い、ふだんあまり意識していない行動や生活全般を見つめ直すことである。

しかし、生活習慣病の初期段階にある壮年期の人々は、自分自身のセルフケアとともに家族など他者のケアを担う立場にあり、人々は仕事や家族の世話に追われ、自分の身体についてゆっくり考える余裕をもっていない。生活習慣の改善を指導されても、そのことに時間を割いて努力することができない—向き合うことができない—という状況は日常的によくあることである。そのような場

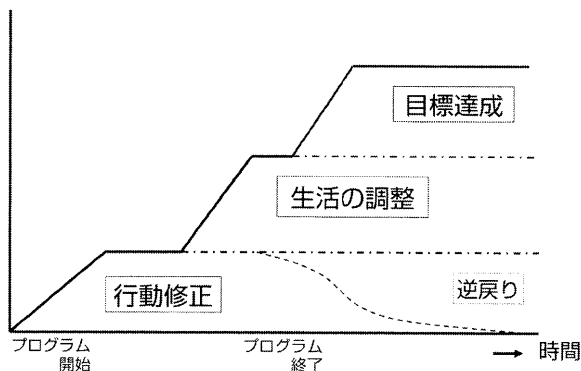


図3 糖尿病患者の自己管理を促進する過程の諸局面

合には、気がかりとなっている事柄の処理や調整を優先させ、病気の管理に関しては時期を待つということも重要な選択肢である。

4. 慢性病をもつ人々への支援

治ることのない慢性的な病気をもちながら生活している人々を支援するときには、まず、その人が病気とどのように向き合い病気を生活の中にどのように位置づけているかを見極めることが、かかわりの第一歩ではないかと考える。

前向きに取り組む意欲はあっても、「向き合い方がわからない」場合の一つの方法としては、体重や食事・運動などを記録し自己評価して自分の問題に気づき日常生活を見直すという「セルフモニタリング」が有効である。詳細な自己管理記録は負担が大きく継続されにくい、カレンダーや手帳の片隅に記入する歩数や体重などの簡単なデータでも振り返りの手がかりとして十分活用することができる。記録は自分のしていることをうやむやにしないためには是非必要である。

病棟や外来において、看護専門職が慢性病をもつ人々にかかわる場面は少なくないが、入院時の一時的な支援、あるいは少数の人々への支援にとどまり、長期的な支援体制はほとんど確立されていない。患者は何を求め、看護専門職はどのような支援を提供することができるのだろうか。10数年前に出会ったある50代の女性は、外来での看護師との会話を通して、自分の生活を振り返り病気との付き合い方について次のように述べていた。

「皆さん、(病院に)来るときは控えるみたいだけど、私は来るときだけって控えないの。そうすると、その結果が正直に出ないもの…。食べるならわりかた(病院に)来る前に食べるくらい。案外その後は控えるけどね…」

「私、必死でがんばらないよ、ずぼらだよ。そんな必死だなんてどうかなっちゃうじゃん…。息がつまるというか、いやになる…。ここに来るときは病気だなと思うけど、ふつうの日には病気だと思わないのね。…今日はたくさん食べたなと思うときには歩かなきゃいかんと思って…、頭の隅っにはあるだよねえ。」

「お百姓をもっと楽にやればいいんだけど…。でも、お百姓やってるから、まだ、これでも身体動かしている。ご隠居様みたいに、じいじと百姓を減らして、売るものを作らんようになって動かんと思う…」

農業をしているその女性は、発症から10年以上経過していて経口薬では限界となりインスリン治療を考えている時期であった。食事や運動は確かに日々の生活において本人が取り組むことであるが、日常生活行動は意識

してがんばるというよりほとんど無意識的に行われている。病気と向き合うためには、時間と場と考えることを助ける何かが必要である。この患者にとっては、外来で看護師と会話する時間がゆっくりと病気と向き合う時間となっていたようであった。外来受診は否応なしに病気を考える機会であり、専門職の適切なかかわりが求められている。また、糖尿病の教育入院などの入院場面も、病気を管理するための知識・技術の習得だけでなく、患者にとっては、あわただしい日常を離れてゆっくりと病気と向き合う時間となるはずである。このような数少ない機会を逃さないで、患者が病気と向き合うことができるよう支援していくことに、看護専門職の一つの役割があるのではないかと考える。

5. おわりに

慢性病とともに生きる人々への支援について、私なりの言葉でまとめると、「その人の生活や生き方を尊重しつつ、その人が病気と向き合って生活していく長い道のりを支えること」と表すことができる。これは具体的な行動というより、看護専門職が患者と向き合うスタンスであり、ジーン・ワトソンやベナーのいうケアリング概念の範囲に含まれる内容と考えられる。

人々は専門職の支援があろうとなかろうと、病気とともにある長い人生を自ら切り開いていかなければならない。人々の病気との向き合い方・付き合い方にはさまざまな様相があり、日常生活を生きる人々への支援は、技法やマニュアルのような形でパターン化できるものではない。必要なときに必要に応じた形でいつでも対応できるようになっていることが望ましく、このような支援のあり方について、さらに検討を重ねていく必要がある。それとともに、時間に追われ一人一人の患者に看護専門職が十分かわることのできない現状のなかで、病気をもつ人々としてしっかり向き合うことのできる場と時間を確保し、ケアリングを可能にしていくようなシステムを整備することが大きな課題として残されている。

引用文献

- Bandura, A. (1986). Social Foundations of Thought and Action - Social Cognitive Theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 木下幸代(1998). 糖尿病の自己管理を促進するための教育プログラムの作成. 日本糖尿病教育・看護学会誌. 2(2). 110-117.
- 浮ヶ谷幸代(2004). 病気だけど病気でないー糖尿病とともに生きる生活世界ー. 誠信書房.