

高齢者の「病の語り」に見る主観的幸福感の研究

奈良県立医科大学医学部看護学科¹⁾ 香川大学医学部看護学科²⁾ 奈良県立医科大学附属病院³⁾
吉村雅世¹⁾ 内藤直子²⁾ 近藤さつき³⁾ 余野博子³⁾ 橋口智子³⁾

The Study of Subjective Well-Being in "The narrative of illness" by Elderly

Masayo Yoshimura Naoko Naitoh Satuki Kondoh Yono Hiroko Tomoko Hashiguti

Nara Medical University School of Nursing,

要 旨

本研究は、日々の看護場面で語られる高齢患者の「病の語り」から、主観的幸福感の特徴となるものを抽出し、QOL を高める看護支援の方向性を検討することを目的とした。方法は、平均年齢 70.4 歳の 5 名の高齢患者に 1～4 日間の間隔で過去－現在－未来をテーマにした 3 回の半構成的面接を実施し「病の語り」を得、語り手の不安や満足感・幸福感といった情緒を分析した。同時に「人生の肯定的評価尺度」を用いて主観的幸福感を客観的に測定した。結果、人生を肯定的に評価する傾向にある人もそうでない人も、過去をネガティブな情動で語り、未来を満足感や達成感といったポジティブな情動で語った。高齢患者は病を持った人生を順に語ることで病や老いを受け入れ生活の満足感や幸福な老いといった主観的幸福感を抱く。継続して語ることが高齢患者の主観的幸福感を高め、意図的にテーマを設定し継続して語る機会を設ける看護支援の必要性を考察した。

キーワード：高齢者・病の語り・主観的幸福感

I. はじめに

高齢者の看護では、老化や健康障害による顕在的・潜在的反応への支援だけでなく、老いを受け入れた QOL の高い生活の支援も目標にする。ロートンによる QOL の枠組みは、生活機能や行為・行動の健全性、生活の質の認知、居住環境、主観的幸福感の 4 つの領域から成り立ち、特に、主観的幸福感は QOL の究極の目標になっていると言われている（柴田 1998）。介護老人保健施設や福祉施設では、レクリエーション等で生活の楽しさや満足感といった主観的幸福感を高めようと支援がなされ、人生の満足度や生き甲斐・幸福感といった主観的幸福感を測定する様々な尺度も開発されている（古谷野 2003）。

しかし、看護者が臨床で満足感や幸福感を高めるケアとして用いる方法は、日々の援助の中で表出される高齢者の「語り」を傾聴し

共感することだと考える。「私たちの人生は物語としてある。それほどに物語と人間の生とは不可分な関係にある」（小田 2002）と、生活と物語の関係がいわゆるように、日々何度となく看護場面のコミュニケーションで語られた物語は、人間の生や病を持つことによる反応、即ち、病の物語であり、看護者は聴き手として「病の語り」を読み取り共感することで語り手の満足感や幸福感の表出を助け、主観的幸福感を高めると考える。

そこで、患者の話を物語として聴く姿勢で面接するナラティブインタビュー（小田 2002）により語られた高齢患者の「病の語り」から、満足感や生き甲斐といった主観的幸福感と判断できる情緒を抽出し、その特徴から QOL を高める看護支援の方向性を検討した。

さらに、語り手の主観的幸福感を客観的に判断する方法として過去・現在・未来を総合

して判定する「人生の肯定的評価尺度」(表1)(角野 1998)を用い、検討した。

表1 人生の肯定的評価尺度	
1.	私の人生は、素晴らしい状態である
2.	できるなら、自分の人生を他の人生と取り替えたい
3.	この先、人生に不満を持つことはきっとないだろう
4.	私は、私の人生に満足している
5.	人生をもう一度やり直せるとしても変えたいことはほとんどない
6.	これまでの人生の失敗は、結局自分のためになってきた
7.	私の人生は苦渋に充ちている
8.	私はこれまでの人生の中でこうしたいと思った重要なことは成し遂げてきた
9.	生まれてきたことに感謝している
10.	大体において、私の人生は理想に近い
11.	今までしてきたことが、これからの人生に良い影響を及ぼすだろう
12.	私は大きな期待を持って、これからの人生を楽しみにしている (角野 1995) (2・7は逆転項目)

II. 研究方法

1. 研究対象

対象の条件を一定にするため、N医科大学附属病院整形外科病棟に入院中の、以下の3項目に合致する老年期の患者とした。①老化が原因で関節に健康障害をきたし、手術療法を受け、リハビリテーション中の人。②回復期又は慢性期にあり、退院あるいは転院が見込める人。③口頭言語能力がある、言語の聴覚的理解ができる、自発話における喚語困難がないという「ADAS J cog」(Alzheimer's Disease Assessment Scale 日本語版)の3項目を満たす痴呆でない老年者。対象者の選定は、臨床経験30年の看護師長、臨床経験19年の看護主任、臨床経験18年の臨床実習指導者の3名が、上記の基準に合致すると判断した人とした。

倫理的配慮として、対象者には目的、内容、テープに録音すること、プライバシーは守られること、いつでも中止できることを文書と口頭で説明し、同意の得られた人とした。

「人生の肯定的尺度」の使用は書面で開発者の許可を得た。

2. データ収集

平成14年7月～8月、5名の老年者にナラティブインタビュー(半構成的面接法、以下面接という)と自記式質問紙法を実施した。

面接は、1人の患者に対し3回実施した。

方法は「質的研究におけるナラティブ」(小田 2002)を参考に、詳細な計画表を作成し(吉村 2003)実施した。面接の間隔は対象の入院期間と人間の24時間のライフサイクルを考慮し1日から4日の間隔を開け実施した。1回に1テーマとし、自由に話をしてもらい、面接者は、途中わからないことは質問するが、聞き役にまわることをあらかじめ説明した。各回毎にテーマを設定し、1回目は過去を語ることを意図し“現在に至る病気の経過”をテーマに「今の病気の症状が出たときから今までの経過を話してください」という導入で30～60分を予定して実施した。2回目は、現在を語ることを意図し“現在の状況に対する思い”をテーマに「今の車椅子や杖を使う、あるいはコルセット等を装着する生活をどう感じているかを話してください」という導入で、3回目は未来を語ることを意図し“今後の療養生活に対する思い”をテーマに「これからどのような療養生活をしたいと考えておられるかを話してください」という導入で15～30分を予定して実施した。面接は研究者が聴く姿勢として以下の7項目を心がけ、一人で実施した。①聴き役に徹する。②自分がその人と同じ思いであることを伝えて、安心感を持ってもらうように心がけ傾聴する。③援助者も高齢者と同じ感動していることを示し共感する。④老人のペースにあう尋ね方を工夫し明確化を行う。⑤否定せず、肯定的に理解する。⑥物語の聴き手として、話の主人公・登場人物の視点に自分を重ね合わせることで筋を追うように聴く(森岡 2001)。⑦聴く姿勢のためメモは取らない。自記式質問紙は、3回目のインタビュー終了後手渡し、郵送で回収した。

3. データ分析

1回の面接で語られたものを「病の語り」とし、まず、録音したテープから逐語録を作成し一次資料とした。次に、主語述語からなる語りを一片一片の「語り」とし、意味を変えないことを大前提にして、逐語録を口語に、方言を標準語に、代名詞を意味のある言葉に

調整した二次資料を作成した。さらに、二次資料を丁寧に再読し、エピソードあるいは出来事が同じいくつかの「語り」を時系列でつないだ文脈のある語り「物語」にまとめタイトルをつけ特徴を抽出した。

人生肯定的評価は12項目を「全くそう思わない」から「全くそう思う」と7段階のリカート方式で、1～7点で採点した。項目2・7は逆転項目とした。

Ⅲ. 信頼性と妥当性

信用可能性 (Credibility), 転移可能性 (Transferability), 明解性 (dependability) 確認可能性 (conformability) の4つの概念 (Holloway, Wheeler 1996) を用いて研究の真実性を確保し信頼性・妥当性とした。信用可能性では、研究者は研究施設である整形外科病棟で、老年看護学実習を展開しており研究の場で十分な時間を費やしていると共に、学生と共に看護過程を展開し、該当病棟に入院する高齢者の特徴を理解しうる立場にあるという長い関わり合いがある。面接は日を置いて3回行われ、調査している事柄の典型を成すものを選別できるだけの十分な時間をかけ、研究に深さをもたらす持続的な観察が行われている。データ収集は、半構成的面接と12項目の質問紙を用いた。逐語録から二次資料への調整と「語り」をつなぎ合わせ「物語」とした結果は指導教官と研究者で確認を行い一致しないものはなく、修正する問題もなかった。転移可能性では、3名の信頼ある看護者が「ADAS.J cog」という尺度の一部を含む基準を用い調査対象を選定した。これは一般には内的妥当性にあたる。また「面接計画書」や「面接者の聞く姿勢と具体例」「逐語録の調整と具体例」等の計画書を作成し分析するといった考察に至る足跡が明確かつ内容豊かであることを確保できる方法を考慮した。確認可能性ではデータを録音し逐語録から分析データへまとめた過程は読み手にも確かめられる。

Ⅳ. 結果

1. 対象の特徴 (表2)

対象はプレ調査の2名を含む、男性2名、女性3名の5名、平均年齢70.4歳であった。

表2 対象の特徴

氏名	年齢	性別	病名	手術名	身体状況
A	68	女性	第5腰椎滑り症	椎弓切除術 後方固定術	術後43日目、腰部コルセット装着中、歩行器又はT杖で歩行、4人部屋
B	67	女性	左変形性 股関節症	左人工 股関節 置換術	術後10日目、ベッド上安静中、側臥位の体位変換が自力でできない、ベッド頭部90度までギャッチアップ可能、3回目には介助でベッド上端座位可能となる、4人部屋
C	80	女性	左肩 腱板断裂 両膝 人工関節	左肩腱板 修復術	術後7日目、右肩関節をエアバッグで固定、歩行に制限なし、4人部屋
D	70	男性	両変形性 足関節症 糖尿病	右足関節 固定術	術後10日目、左足関節ギブス固定中、右足免荷不可、自力で車椅子で駆動し移動、4人部屋、糖尿病は内服と食事療法
E	67	男性	頸部脊柱 管 狭窄症	頸部脊柱管 拡大術	術後7日目、頸部カラー装着中、歩行器で移動(歩行)、4人部屋

事例Aは68歳、女性。椎弓切除術・後方固定術後43日目。腰部コルセット装着し歩行器又はT字杖で歩行している。長男夫婦、孫と同居し隠居生活中で退院後も同様である。2回目の面接後、退院の日が決定した。

事例Bは67歳、女性。左人工股関節置換術後10日目。ベッド上安静中で側臥位の体位変換を自力ではいけない。ベッドは頭部90度までギャッチアップ可能である。3回目の面接時、端座位まで可能となる。息子夫婦、孫と同居である。脳血管疾患で右肩麻痺がある。3回目面接の前に抜糸が行われた。事例Cは80歳、女性。左肩腱板修復術後7日目。右肩関節を良肢位に固定しているが歩行に制限はない。夫と息子夫婦・孫と同居である。膝関節の置換術を受けたばかりで、日々の生活行動をリハビリと考え暮らしていた。2回目面接の後、転院を勧められた。事例Dは70歳、男性。右足関節固定術後10日目。右足

関節ギプス固定中で体重をかけて歩行はできない。自力で車椅子を駆動し生活している。糖尿病に罹患しており内服と食事療法でコントロールできている。妻と二人暮らし、農業を営むかたわら地域の役割を持つ。2回目の面接の後、反対側の足関節の手術が決定した。**事例E**は67歳、男性。脊柱管拡大術の7日目。頸部カラー装着中、歩行器で歩行。妻と二人暮らし、手術が決定し勤めを退職した。面接2日前から安静が解除された

2. 面接時間と物語の数 (表3)

1回目の面接時間は20～50分、2回目は6～44分、3回目は6～35分、3回の合計は33～129分であった。面接時間の平均は19.2分(SD14.4)であった。2～18片の「語り」をつなぎ合わせ、A 37個、B 33個、C 39個、D 34個、E 125個の「物語」となった。

3. 人生の肯定的評価 (表4)

人生の肯定的評価は事例A 46点、事例B

表3 面接時間と物語の数

事例	面接時間(分)				物語の合計(個)
	1回目	2回目	3回目	合計	
A	20	7	6	33	37
B	23	8	7	38	33
C	23	6	8	37	39
D	27	14	10	51	34
E	50	44	35	129	125

28点、事例C 68点、事例D 68点、事例E 84点であった。

表4 人生の肯定的評価

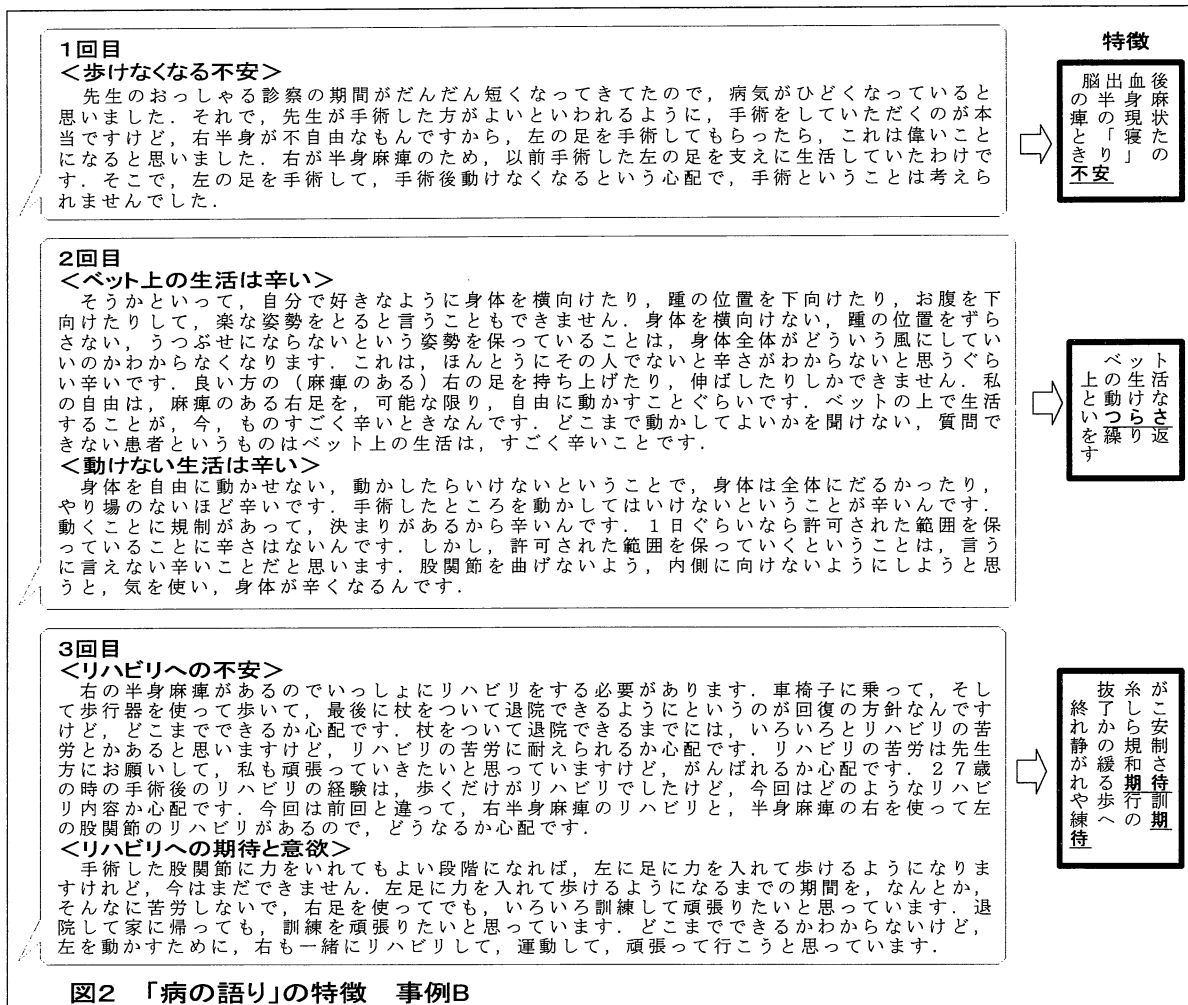
事例	評価点数
A	46
B	28
C	68
D	68
E	84

4. 語りの概要(表5)

「物語」のタイトルから見た語りの概要は、**事例A**の1回目は、体の弱い夫に替わりに家業を続けたことや肥満が原因で病気になり手術した経過であった。2回目は、杖を使う現状や自宅での転倒の心配であった。3回目は、趣味を生かして生活しようという今後に対する思いであった。

表5 語りの概要

事例	面接回数	「物語」のタイトル
事例A	1回目	家業が原因、寒い地方へ転居、足が痺れ動かない、原因が分からない、入院、手術、3度転居した、転居の先々で受診、夫の分まで仕事した、昔は太っていた、家業と体重が原因、リハビリは泣くほど痛かった、リハビリは痛くて辛かった、痛みが無いのはうれしい、手術の決心、手術を受けたことが良かったか疑問に思う
	2回目	歩行器は不便、歩行器は杖よりまし、杖は肩が凝る、家は歩行器が使えず不安、退院したら杖なので不便、家での転倒が不安、階段が怖い、階段が危険、家での転倒が心配
	3回目	コルセットの生活に我慢できるか心配、編み物をしながら暮らす予定、退院したら杖なので不便
事例B	1回目	再発、脳出血の後遺症、痛みの悪化、歩けなくなる不安、手術の決心、片麻痺の生活が原因、耐久年数切れ、片麻痺の生活、手術後の生活の現状、リハビリの現状、訓練の必要性の認識
	2回目	ベッド上の生活は大変、ベッド上の生活は辛い、動けない生活は辛い、寝る格好が恥ずかしい、辛い生活を頑張ろう
	3回目	安静解除の期待、車椅子に乗る不安、リハビリへの不安、リハビリを支える理学療法士の存在、回復への期待、リハビリへの期待と意欲、療養への意欲
事例C	1回目	肩の痛みが出現、年齢と回復力の心配、痛みで茶碗が持てない、手術しかないと思う痛み、家族に相談し入院、痛みで何もできない、夫の手を借り通院、痛み止めを打ちに通院、入院、すぐ手術でなかった不満、手術で痛みが和らいだ
	2回目	腕を使えない姿勢は不便、腕を使えないのは仕方がない、ハンズは片手で上げる、不自由は仕方がない
	3回目	いくつかの病気を抱える自分と夫、受診の不便さ、夫の送迎、夫への感謝、夫を頼りにしている、退院を告げられる不安、転院を決心、1日でも長く入院したい、病気を治したい、家族と仲良く、長生きしたい
事例D	1回目	田んぼで捻挫、無理に仕事を続けた、受診、初期治療の不満、治らない、無理に農業を続けた、遠い病院を受診、農業は重労働、反対の足もねんざした、現在は療養中、米作り、反対の足も手術を希望、米はおいしい、米作りはやめられない
	2回目	車椅子の調子、車椅子を交換、車椅子は整備が必要、農業機械も整備が必要、車椅子を交換、3台目を選んだ、車いす操作は使って調子がわかる、農業、おいしいご飯、車椅子は不便でない
	3回目	手術の希望がなくなった、帰郷の予定、農業はやめられない、仕事を調整する、来た甲斐があった
事例E	1回目	激痛が出現、家族には秘密、症状の進行、妻に打ち明ける、痛みの増強、治療できないという説明、息子達に打ち明ける、後遺症の残る頸椎の手術を悩む、手術を決心、手術を決断できてよかった、手術の終了、絶対安静の心配と恐怖、術直後から症状が軽減した、回復するという医師の説明、初めは立っただけで精一杯、すぐトイレには行けなかった、排泄はトイレがよい、3日目に廊下を歩いたふらついて大変だった、タイミングの良いアドバイス、手術に感謝、症状が改善した、痛みの消失、医療者の自信ある態度、安楽になる看護、便秘の問題、便秘解消のアドバイス
	2回目	装具により皮膚が痛い、うつむくことはできない、装具で安心して入浴できる、装具は安静が守れる、ペットボトルを工夫している、寝返りを打てない苦痛、寝返りを打たせてくれる、痛み止めは1回だけ使った、頸椎障害と排泄障害、手術の説明は納得できた、老化現象と納得した、家族の同意、歩行開始とふらつき、歩行器で遠出、リハビリが大変になった、老化の実感、望む治療を受けた喜び、初期の絶望的思い、望む回復をした喜び
	3回目	療養生活に満足、手術が怖かった、術後は怖くなくなった、勝手な心配をしていた、Nrの言葉で気持ちが楽になった、苦痛に超越し苦勞をした、ベッド上での運動、療養生活に満足、転倒が危険、自宅は危険:段差、転倒に気をつける、装具を付けた生活、医師の注意を守る、退院の希望、無理のない生活



事例C (図3) の1回目は<夫の手を借り通院><すぐ入院できなかった不満>から、家族の援助がなければ通院できないつらさ、すぐに手術をしてもらえなかったという治療への不満という特徴があると捉えた。2回目は<腕を使えないのは仕方がない><不自由は仕方がない>から、片手の不自由さや「仕方ない」を繰り返すあきらめという特徴があると捉えた。3回目は<夫を頼りにしている><退院を告げられる不安><家族と仲良く、長生きしたい>から、受診を支援してくれる夫への感謝、退院を告げられる不安、夫と暮らす今後の療養生活の希望という特徴があると捉えた。

事例D (図4) の1回目は<無理に仕事を続けた>から、仕事(農業)等で安静が守れ

なかったことで悪化させたことへの後悔という特徴があると捉えた。2回目は<車椅子は使って調子がわかる>から、農業機器を扱う経験から使いやすいものを選択するという自己決定を行った満足感という特徴があると捉えた。3回目は<手術の希望がかなった><仕事を調整する>から、次の手術日が決定し退院の見通しがついた安堵感、健康のために方法を変えて農業を続ける希望(展望)という特徴があると捉えた。

事例E (図5) の1回目は<治療できないという説明>から、根本的治療方法がないことを知らされた絶望、後遺症が予測される頸椎の手術を決定するまでの不安という特徴があると捉えた。2回目は<自力で寝返りは打てない苦痛、寝返りを打たせてくれる><

望む回復をした喜び>から、苦痛を緩和するために体験した看護ケア、手術や安静期間が無事終了した安堵感や苦痛を耐えた達成感という特徴があると捉えた。3回目は<転倒に気を付ける><無理のない生活>から、装具

で足元が見えないことで自宅の敷居等であつまずいて転倒する不安を語りながら安全な生活をしたという希望(展望)という特徴があると捉えた。

<p>1回目 <治療できないという説明> 2・3枚のレントゲン写真を撮っただけで頸椎圧迫という診断名がついたんです。私は次は治療法になると思っただけです。ところが、頸椎に元々この症状はあり、説明でしつこく説明を聞いてはびっくりしました。しかし、先生は説明を聞いては「お辛いかな」と言いました。さらに、治療の目的は、普通家庭で生活できるように心がけていく、階段を下りることが辛くなると言っていました。これは、大言不慚なもので、何も言いませんでした。わかりましたと言って帰ってきました。</p>	<p>特徴 根本的な治療方法がわからないうちに、後測推定で不安</p>
<p>2回目 <自力で寝返りは打てない苦痛、寝返りを打たせてくれる> 手術が無事終わり、一旦、ベッドの上で寝返りの打てない生活が始まると、寝返りでも何でもさせてくれるんです。使用する安楽物品は工夫されたベットボトムや砂袋、スポンジ等です。スポンジをいろんな形にしているわけです。耳は耳で、圧迫されないように耳の部分をつくりぬいているわけです。スポンジや砂袋など何種類か使い分けて、左から右へささっさと寝返りを打たせてくれるんです。「一度、上向いて、寝たい」と言えば、傷口にあたらぬように首の後ろにスポンジを挟んで、上向きにしてくれました。 <望む回復をした喜び> 先生の「手術すると楽になる」という一言は、私がほんとうにそうしてほしいという思いだったわけです。希望のある説明。しかし、片方の大きな病院では「えらいことや、近い将来車椅子になる」といわれたんです。</p>	<p>保持したし、ケガや痛みを減らすための手術を終了した。静養期間中の不安を軽減させた。</p>
<p>3回目 <転倒に気を付ける> 自宅は、家の中が全て段のある昔の建物ですから、今から頭の中に段差を描きながら準備しようと思います。退院したら、家の中では、あそこも気を付ける必要がある、ここも気を付ける必要があると思っています。 <無理のない生活> あまり無理をしないようにいわれます。1・2回廊下を歩いていたら、そんな頑張りなっていない歩幅から、少しずつ練習したらいいと。ドクターストップがかかりました。自分自身で練習したいと思って、退院してから入院したから、焦ることは無いんです。回復に焦ることは無いんですが、無理しないでとこらわれています。</p>	<p>装具の元、足元の転倒の危険を認識し、安全な生活(展望)を望む。</p>

図5 「病の語り」の特徴 事例E

V. 考察

1. 人生の肯定的評価の特徴

「人生の肯定的評価尺度」は、幸福感やQOLの全体的評価を過去一現在で評価していた従来の尺度に、未来の人生も評価すべきとして過去一現在一未来にわたる人生の主観的評価・満足度を捉えようとして開発されたもので(角野1994)、1995年の調査では平均年齢46.9歳(SD6.4)で平均59.85(SD11.04)、平均年齢20歳(SD1.2)で平均54.78(SD11.04)であった。「病」という人生にとって大きな出来事を経験し、これからも療養生活の継続を余儀なくされる健康障害者、あるいは、「老・死」という今後には後退的な状況を予測する高齢者にとって、主観的幸福感を評価する方法として、

また項目数も少なく高齢者にとって回答しやすい尺度ではないかと考える。

そこで、一般平均59.85(SD11.04)と比較すると、事例C 68点、D 68点、E 84点は平均より高く、平均の範囲内あるいはそれ以上に人生を肯定的にとらえていると考えられる。一方、事例A 46点・B 28点はどちらも平均より低く、人生の肯定的評価は低いと考えられる。言い換えると、事例C、事例D、事例Eは過去一現在一未来を通して人生に満足し、肯定的に評価し、主観的幸福感は高い傾向にあり、事例A、事例Bは主観的幸福感は低い傾向にあると考える。

2. 「病の語り」に見る主観的幸福感

人生を肯定的に評価する傾向にある事例D

の「病の語り」の特徴は順に、健康行動をとらず悪化させた過去の**後悔**、車椅子の選択で自己決定を行った現在の**満足感**、**未来の見通し**が**ついた安堵感**と農業を続ける**希望**であった。また、**事例E**は過去の治療方法がないといわれた**絶望感**や後遺症の**不安**、手術や安静期間が無事終了した現在の**安堵感・苦痛を耐えた達成感**、今後の安全な生活の**希望**であった。このことは、事例D・Eの「病の語り」は、病を持つことでつらい思いをしたが、つらさが軽減した満足感や耐えたことに達成感を抱き、これから病とつきあって生活していかうと病を持つ生活へ意味を見出し、見出した自分を肯定的に評価していることを語っていると考えられる。つまり、病を持つことで不安・心配を経験するが、病に打ち勝とうと真剣に取り組み、回復を実感したことに組みの達成感を得、今まで通りの生活を変えざるを得ない状況を認識し、安全な生活や仕事（農業）の方法を具体的に決定した自分を肯定的に評価し、明るい見通し感を持ち、今後の生活に満足感を持つに至った情動の経過を語っていると考える。

一方、人生を肯定的に評価しない傾向にある**事例A**の「病の語り」の特徴は、原因となった生活や手術に対する**後悔**、転倒の**不安**、編み物をして過ごす今後の**希望**であり、**事例B**は、「寝たきり」を**拒否**、動けない**つらさ**、安静緩和や訓練への**期待**であった。このことは、事例A・Bの「病の語り」は、病による寝たきりの不安や原因となった生活を後悔し、転倒の不安や動けないつらさを体験している状況を中心に語っているが、語りながら回復への思いや、病とつきあっていかうという前向きな気持ちも表れている状況と考えられる。つまり、病を持つことで不安や後悔・痛みといったつらさを経験し、現在も続いているつらさを表出する中で「前向きに楽しい生活しなければいけない、自分がリハビリで頑張れば寝たきりは回避できる」といった生活を続けるための自分の役割を認識し、編み物をして暮らそうという趣味を生活に取り入

れようとしたり、歩行訓練に期待を抱き、前向きになれる自分を肯定的に評価し、今後の生活に肯定的で楽観的な見通し感を持つに至った情動の経過を語っていると考える。

従って、人生の肯定的評価尺度の結果にかかわらず病の語りは満足感をもった語りに変化しており、「病の語り」と「人生の肯定的評価尺度」を用いて判断した主観的幸福感とは明確に関連づけることはできないのではないかと考える。

どちらかといえば、病の経過、現在の療養、未来の生活といった病を持つことの思いを順に語ることで、現在・未来に満足感を持つに至ったと考える。生活満足度が高く幸福な老いの途上にある人を「日々の生活に熱意と喜びを持って取り組んでいる人、生きることの意味を見出している人、人生の目標を達成できたと考えている人、肯定的な自我像(self-image)を持っている人、楽天的で肯定的な気分にいる人」というように（古谷野2003）、人生の肯定的評価尺度の点数の高い事例D・Eも、点数の低い事例A・Bも、病の経過では不満・後悔・絶望といった病を持つことで経験したネガティブな情動を語るが、現在はつらい中にも現実を受け入れ、生活に障害を持って生きることの意味を見出し、肯定的な自我像を持つ、生活満足度が高く幸福な老いの途上にある人と考察できる。つまり、人生を肯定的に評価する傾向にある高齢者もそうでない高齢者も、過去・現在・未来と時間の流れに沿って継続して語ることで、療養や今後の生活に希望や満足感という主観的幸福感を表出している」と考察する。

また、人生を肯定的に評価する傾向にある**事例C**は、過去を痛みや家族の援助がなければ通院できない**つらさ**や治療への**不満**といったネガティブな情動を持ち、今後**希望**というポジティブな気分を持つ高齢患者と考えられ、先の4事例と同様に過去・現在・未来と語ることで主観的幸福感を表出していると考察できる。しかし、現在に「仕方ない」という**あきらめ**や家族（夫）への**感謝**の情動を持

つ。このことは、障害を受け入れたというより老いを受け入れた状況に近いと考える。幸福な老いの程度を測る概念として「自分自身について基本的な満足感を持っていること」「世界の中に自分の居場所があるという感じを持っていること」「努力しても動かし得ないような事実は、事実として受容できていること」の3つが(柴田 1998) いわれるように、「仕方がない」というあきらめの言葉には、老いは努力しても動かし得ない事実として受け止め、夫の支援が家族(夫婦)という世界の中に自分の居場所があること実感させるといった状況にあり、事例Cは幸福な老いの途上というより幸福な老いにある高齢者と考察できる。

従って、高齢患者が継続して「病」を語ることは、病を持つことによる身体的反応だけでなく、人生や老いといった生活に対する意味を見出し日々の生活に真剣に取り組む自分をあらためて認識し、肯定的に評価し、満足感や幸福な老いといった、QOLを高める主観的幸福感を表出すると考察する。

高齢患者は、語りを繰り返すことで主観的幸福感を表出する。看護者は日々の看護場面で、継続して語る機会を設けると共に、意図的にテーマを投げかけ聴き手として関わることで、高齢患者の主観的幸福感を高める支援ができると考える。

VI. 研究の限界

本研究の限界は、対象を加齢による運動障害に限定したことで、幅広く健康障害を持つ高齢者に同様のことが言えないことである。

VII. 結論

- 1) 人生を肯定的に評価する傾向にある高齢者もそうでない高齢者も、継続して「病」を語ることで、主観的幸福感を表出する。
- 2) 高齢患者が継続して語る機会を意図的に設け、聴き手となる看護者の関わりは、主観的幸福感を高める支援の1つとなる。

VIII. 終わりに

看護者は日々の看護援助で高齢者と関わ

り、病や老いに対する思いを聴きやすい立場にある。高齢者が語る「病の語り」の特徴から、その人の人生の満足度や幸福な老いの程度をアセスメントし看護ケアに生かすだけでなく、自分を肯定的に評価できる機会を作ることは、高齢患者の主観的幸福感の表出を助け、繰り返すことで主観的幸福感を高め、さらにQOLの向上に繋がると考える。

IX. 謝辞

本論文を作成するにあたり調査にご協力下さいました患者様、奈良県立医科大学附属病院関係者の方々に深謝致します。

尚、本論文は、香川大学大学院医学系専攻科修士課程看護学専攻に提出した修士論文の一部に加筆・修正を施したものである。

X. 引用文献

- 福永知子他(1999):意識障害、織毛、痴呆、健忘障害及び他の認知障害、臨床精神医学増刊号, 37-59.
- 角野善司(1994):人生に対する肯定的評価尺度の作成(1), 日本心理学会第59回大会発表論文集, 23.
- 古谷野亘, 安藤孝敏(2003):新老年社会学シニアライフのゆくえ, 株式会社ワールドプランニング, 143.
- Lunny Holloway & Stephanie Wheeler(1996), 監訳・野口美和子(2000):ナースのために質的研究入門, 医学書院 173-179.
- 森岡正芳(2000):ことばの臨床 ナラティブセラピーの世界, 心理学ワールド, No. 8, 13-16P.
- 小田博志(2002):質的研究におけるナラティブ, 看護技術, vol.48, no.1, 89-94.
- 柴田博, 安藤進, 本間昭 他(1998):サクセスフルエイジング, 老化を理解するために, 株式会社ワールドプランニング, 50.
- 吉村雅世(2002):看護ケアにナラティブアプローチを導入した老年患者の語りの構造と変化の研究, 香川大学大学院医学研究科看護学専攻修士論文.