

心筋梗塞患者の「病い」の経験

臨床心理学コース 土屋 瑛 美

Focusing on the Experience of "Illness"
—Narratives by Patients who Suffered from a Heart Attack—

Emi TSUCHIYA

Cardiac disease including heart attack draw the attention of the people in Japan as a typical "disease". In recent years, a treatment of heart attack as "disease" has developed because of the progress of medical technology as well as the diffusion of knowledge about it. However, a treatment of heart attack as "illness" is not enough, and the attention of a treatment of heart attack as "illness" is growing. This study focuses on how patients experience a heart attack as subjective "illness". Twelve Japanese adults were interviewed to explore the experience of "illness" of patients. As a result, the experience of "illness" alters with time. Furthermore, this finding suggested that not only characteristics of heart attack as "disease" but also individual history have an influence on the experience of "illness". Additionally, this findings indicates that the necessity of hearing "THE ILLNESS NARRATIVES".

目 次

1. 問題と目的
 - A. はじめに
 - B. 心筋梗塞と心臓リハビリテーション
2. 方法
 - A. 研究デザイン
 - B. 研究協力者
 - C. データ収集の手続き
 - D. データ分析の手続き
3. 時間的推移に沿って見る心筋梗塞患者の「病い」の経験
 - A. 【第1期：発症から手術まで】
 - B. 【第2期：手術後の入院期間】
 - C. 【第3期：退院後】
 - D. 【第4期：心臓リハビリを始めてから現在】
4. 考察
 - A. 心筋梗塞患者の「病い」の経験プロセスからの実践への示唆
 - B. 本研究の限界と今後の展望

脳血管疾患13万2799人となっている。(厚生労働省, 2006) 心疾患による死亡者数は昭和60年以降, 平成7・8年を除いて第2位となっており(厚生労働省, 2006), 心筋梗塞を含む心疾患は我が国において特に注目されるべき「疾患(disease)」であると言えるだろう。また, ここ数十年に渡り, 心疾患の危険因子ともなる高血圧・高脂血症・高血糖・喫煙・肥満症といった生活習慣病に注目が集まっており, 厚生労働省や各自治体においても知識の普及を目指し, 日々情報を発信している。こういった「疾患」に関する知識の普及と同時に, 心疾患の医療現場において「経皮的冠動脈形成術などの治療法が進展し, より入院期間は短縮化され」(仲田, 1994), 患者の予後が著しく改善されるようになってきた。

「疾患」への医療技術の発展・一般認知の向上がなされる一方で, 近年では, “人がどのように症状や能力低下を認識し, 対応していくかという経験であり, 個人史を反映しながら人それぞれに独特なものになる”(Kleinman, 1988)「病い(illness)」という考え方に注目しながら援助を行うことの重要性に注目が集まってきている。つまり, 近代医学で発展してきた「疾患(disease)」への注目だけではなく, 全体としての人間の苦悩や, 今まで置き去りにされてきた人格や歴史の意味などを含めた「病い(illness)」への注目, 全人的医療の重要性への注目がなされてきているわけである。なぜ「病い」の語りを聞き取っていく必要

1. 問題と目的

A. はじめに

我が国における平成17年の全死亡数108万人4012人を死因別に見ると, 死因順位の第1位は悪性新生物32万5885人, 第2位は心疾患17万3026人, 第3位は

がある”（江口，2000）とされているのかというと、「病い」の語りを聞くことによって、その“当事者が「疾患」をどのように自覚し、どのような物語に組みこみ、どのような感情や意味づけを付与しているかという心理プロセスを含む「物語的事実」に迫ることが出来るからである。当事者が、生きてきた「物語」に気づき、「物語」を変えることができれば、病いの自覚や生活習慣、生き方を変えることにつながり、それによって病気の進展を抑制することも可能になるだろう”（やまだ，2006）と考えられている。

様々な医療現場で「病い」への注目が集まってきているが、心筋梗塞後の患者の身体機能やQOL（生活の質）を向上させる為の心臓リハビリテーションの場も勿論その例外ではない。現在、心疾患リハビリテーション認定施設は全国に119箇所存在するが（心臓リハビリテーション学会，2002），多面的なQOL改善のために「病い」の語りを聞くカウンセリング等を含めた心理的援助を行っていくことが可能な病院は少数であり、リハビリテーションの一貫として心理士が心理援助を行っている病院は極めて少ない。我が国の心筋梗塞後の心臓リハビリテーションにおける心理的変化やQOLに関する研究には、加藤・水野・磯野ら（2002）、吉田・吉田・上月（2002）、眞嶋（2002）、金沢・豊田・平松ら（2002）、旗持（2001）、小川（1980）がある。これらの研究は心臓リハビリテーションの心理面、QOLへの有効性を示した研究と、心臓リハビリテーション期間の心理的経過を辿った研究の2つに分けられる。しかし、これらの論文では何故そのような心理的変化に至ったのかという背景や、家族、社会との関連など、個々人の要因には言及されていない。つまり「病い」への注目は高まっているものの、実際にそれに注目した研究は行われていなのである。Berkmanら（1992）も、“心筋梗塞後の死亡率は、社会的孤立の有無、パートナーとの関係および心理的なサポートの有無と関連する”と述べており、包括的な援助を提供する為には個々人の社会、家族、他者との関係やそこから受ける影響等に注目すること、つまり「疾患」的理解だけではなく、彼ら自身の主観としてどのような「病い」の経験をしているのかを知る必要があるだろう。そこで本研究では、心筋梗塞患者が「病い」を経験し、抱えて生きるまでにどのような経過を辿っていくのかということと、その経過の中で家族や友人との関係などをどのように再構築してきたかということを実際に体験されたエピソードを分析することで、探索的に研究することを目的とする。

B. 心筋梗塞と心臓リハビリテーション

本節では、本研究で使用される医学用語について簡単に述べることにする。心筋梗塞とは、心臓に酸素や栄養を送る冠動脈が閉塞して心筋の筋肉が壊死を起こす疾患で、激しい胸痛を伴うものである。（厚生労働省，2006）危険因子としては、高血圧・高脂血症・喫煙・高血糖・ストレス・過度の疲労や睡眠不足などが知られている。心筋梗塞の主要な治療法としては、内科的治療法（経皮的冠動脈形成術や薬物治療）や外科的治療（冠動脈バイパス手術）がある。

次に、心臓リハビリテーションについて説明を行う。心臓リハビリテーションとは急性期治療終了後の患者に対し施行される医学的な評価、運動処方、冠危険因子の是正、教育およびカウンセリングからなる長期に渡る包括的なプログラムのことである。日本における本格的な心臓リハビリテーションは、1978年の心臓リハビリテーション研究会の発足時から始まったとされる。現行の心臓リハビリテーションには、急性期および回復期プログラムがあり、急性期は早期退院を目指しプログラムが組まれ、回復期リハビリテーションは退院後外来通院により社会復帰が目指される。心筋梗塞後の心臓機能の低下・体力低下・身体調整機能の低下を運動によって回復するだけでなく、それによって社会生活へと復帰する前に自信を付けさせることや、最終的にはQOLの改善、二次予防を心臓リハビリテーションでは目標にしている。

2. 方法

A. 研究デザイン

本研究の目的は心筋梗塞患者が辿る「病い」の経験過程を明らかにするという探索的な性質を持っている。そこで、本研究では“よく知られていない事象について人がそれをどう理解し経験しているのか、つまり人の内面からみた経験の意味や基本的構造の把握を目的とする”（Creswell, 1994）ための方法であり、“過程の重視・意味への注目”（Bogdan& Biklen, 1998）を行うことのできる質的方法を用いることとした。

B. 研究協力者

都内循環器専門病院リハビリテーション室に通院中であり、かつ発症から3ヶ月以上経っている心筋梗塞患者12名（男性10名、女性2名、平均年齢64.8歳）（表1）。心疾患といっても様々な種類がある中で、本研究で心筋梗塞を対象としたのは、発作時の経験が最も

顕著に語られるのではないかと筆者が想像したからである。また、発症から3ヶ月以上経っている方と設定したのは、心身状態がある程度回復し、経験を振り返ることの出来る期間と判断したからである。研究協力者は男性10名と女性2名と女性が少ないが、これは心筋梗塞という病気の持つ特性でもある。心疾患による死亡率を比べてみても男性80.6万人に対して女性44.2万人と明らかな性差が見られる。(厚生労働省, 2004)

C. データ収集の手続き

面接に先立ち、リハビリテーション室にスタッフとして参加し、リハビリ中や待ち時間に会話をさせてもらうことでラポールを構築した。その後、筆者から紙面と口頭で、研究趣旨・インタビュー概要・プライバシー

シーの保持・データの録音・体調不良の際には直ちに面接を中止できることなどを説明、インタビュー協力の依頼をした。2006年8月から10月に渡り、研究協力の承諾を得られた方に、考案した質問項目(表2)に従い半構造化面接を行った。研究協力者の話の流れに沿って対話を続け、適宜こちらからの質問も行った。面接時間は40分~90分であり、ICレコーダーに録音、逐語化の上フィールドノートに蓄積されていった。

D. データ分析の手続き

本研究では、Glaser&Strauss (1967), Strauss&Corbin (1998) によるグラウンデッド・セオリー・アプローチを援用し、分析を行った。まず、録音されたインタビューデータを筆者自身が逐語化し、インタビューを

表1 研究協力者内訳

対象	年齢	性別	治療法	既往歴	家族既往歴
A	44	M	PTCA スtent	高血圧	
B	67	M	PTCA スtent	高血圧	妻：自律神経失調症
C	65	M	PTCA スtent	胃潰瘍/糖尿病/脳梗塞	姉：半身不随(完治)
D	69	M	PTCA スtent		
E	59	M	PTCA スtent	脂血症	父：脳溢血・兄：脳梗塞
F	52	F	PTCA スtent	肩こり	
G	65	F	PTCA スtent	乳がん	兄：心不全
H	82	M	バイパス手術	前立腺がん	妻：狭心症
I	66	M	PTCA スtent	高脂血症/中性脂肪	妻：脳溢血
J	68	M	バイパス手術	糖尿病	
K	70	M	PTCA スtent	狭心症	
L	71	M	バイパス手術	高血圧/脳出血/腎臓結石	

PTCA：経皮的冠動脈形成術

表2 面接ガイド

<p>【面接開始時の質問】</p> <p>『心臓の病気にかかるということは〇〇さんにとって大きなことだったと思うのですが、どのように体験されてきたのかを〇〇さんご自身の言葉でご自由にお話下さい。』</p> <p>【主な質問項目】(自由な語りを最優先とし、語りの流れに沿い以下の視点に配慮しながら対話を行う)</p> <p>1：この病気になった、あるいは病気であることを聞いたときの気持ちについて教えてください。その後、ご自身の行動や、周囲への態度で何か変化がありましたか？</p> <p>2：今振り返られて、その状況を乗り切るのにどんな情報・どんなことが役立ったと思われますか？</p> <p>3：医療スタッフ、周囲の人々の対応で、どんなことが役に立ち、助けになりましたか？</p> <p>4：退院後、日常生活(お仕事への復帰を含む)に戻り、退院前に予想していたよりも、思った以上に戸惑ったこと、しんどいと思ったことはどんなことでしたか？</p> <p>5：ご病気をされてから、ご家族やご友人、周りの方々のあなたへの接し方に変化はありましたか？また、その変化をどのようにお感じになりましたか？</p> <p>6：病院で(外来、リハビリ)、患者さん同士でお話をされることはありますか？また、そのように患者さん同士でお話することについてどのようにお感じになりますか？</p>

振り返ると共に、感じられたことなどを文章データに記載した。その後データを何度か読みなおし、全体的な内容把握を行った。次に、グラウンデッド・セオリー・アプローチに則り、データを文脈から切り離し細かく分析するために、内容のまとまりごとに区切るデータの切片化を行った。その後、区切られた切片に対し、内容を端的に表す名前（コード）をつけた。その上で、コードを類似性と相違性に従って分類し、分類毎にコード名全てを包括するような名前（カテゴリー）をつけた。その後、カテゴリー同士を比較し、カテゴリーとカテゴリーの関係をみるという作業を行った。その中で、類似性があるものは一つにし、そのまとまりを示すカテゴリー名をつけるという作業を繰り返し行った。

3. 時間的推移に沿って見る心筋梗塞患者の「病い」の経験

結果を述べるにあたり、まず時間的推移に沿って述べていくことにした理由を記載する。実際にインタビューを進めていくと、研究協力者の方々は必ず時間の推移に沿って話をされ、分析をしていく際にも時間的推移が重要な観点となった。ゆえに、時間的推移【第1期：発症から手術まで】【第2期：手術後の入院期間】【第3期：退院後】【第4期：心臓リハビリを始めてから現在】と各期に沿って結果を述べていくこととする。

A. 【第1期：発症から手術まで】

【第1期：発症から手術まで】では〈背景〉〈発症時〉〈診断→手術時〉という3つのカテゴリーグループ、11のカテゴリーが生成された。

心筋梗塞患者は食生活や喫煙といった【生活スタイル】やストレス過多な【発作状況】によって心筋梗塞の【初期症状】を発症し、その後【既往歴】【過信】といった〈背景〉に影響を受けながら症状を捉え、行動することとなる。患者がどのように症状を捉えることになったかを知るのには、この〈背景〉という概念を捉えておくことが非常に重要だと考えられる。[自身の既往歴]や[家族既往歴]が心筋梗塞と関連のある疾患であった場合、自身に対して【過信】をしていない限り「なるべくしてなった(Aさん)」と納得した語りが述べられ、また[自身の既往歴]に関するDrに相談をすることで適切な【対処行動】をとっている。しかし、[自身の既往歴]が心筋梗塞と関連の

ない疾患であった場合は、症状を[自身の既往歴]に引きつけて捉えてしまう語りが見られた。例えば、Fさんは

「最初、肩とか背中中の左側だけ痛かったんですね。ちょっと肩こり症なもので、肩こりだと思っていたので…全然心臓とは思わなかったですね」(Fさん)

と語っている。また、心筋梗塞と関連の少ない[家族既往歴]に影響を受けて【初期症状】を捉えている語りも見られた。

「妻が心療内科の先生にかかっているんですよ。先日、ちょうど一緒について行った。その2日後…朝から何か胸が痛いんです。『私もちょっと胸が苦しいんですけど』ってそんな話を妻としていたんです」(Bさん)

Bさんの奥様は、心因性の胸の痛みで心療内科に通っていた。診察に同行した数日後に、Bさんは初期症状を感じる事となった為、Bさんは自身も心因性の胸の痛みなのかもしれないと症状を捉えたのである。また、【初期症状】がどれだけ強いかわかりにくく、【対処行動】や後の【疾患の捉え方】にも影響することが明らかになった。強い痛みを感じた人々は[明らかな異常としての捉え方]をし、それに適応した対処行動を取っている。一方、弱い痛みを感じた人は上述のFさん、Bさんのように[既往歴に関連した捉え方]、[家族既往歴に関連した捉え方]をしたり、[病識がないための捉え方]をし、判断が遅れたり、【対処行動】を誤ってしまったりした。例えば、Lさんは痛みが弱かった為、電車で病院に来院するという対処行動をとり、結果炎症が広がってしまった。Lさんは

「いやあ、そんなにひどい梗塞じゃなかったような気がするんですよ。我慢できてね、自分で病院まで行けるなって感覚がありましたから。子供の時からスポーツやってね、マラソンなんかやっているからね、そこまで辿り着けるかどうかというのは計算するんですね。自然と。なんとか辿り着けるなとそういう感覚で、出てきたんじゃないかなと思いますね」(Lさん)

と述べている。ここにも【個人史】に影響を受けた語りが見られた。更に、【初期症状】が弱い人は「胸は苦しかったけど、そんなに歩けないとか意識を失うとか、そんなんじゃないから、そんな重大な病気だ

表3 【第1期：発症から手術まで】 カテゴリー一覧と発言例

カテゴリーグループ	カテゴリー	下位カテゴリー	発言例（インフォーマント）
<背景>	【既往歴】	[自身の既往歴]	高血圧, 糖尿病, 高脂血症, 胃潰瘍, 脳梗塞, 乳がんなど
		[家族既往歴]	脳溢血, 脳梗塞, 自律神経失調症など
		[既往歴のDrとの関係]	その先生に今までずっと診てもらっていたんですよ。11年間ね。(Lさん)
	【生活スタイル】	[食生活]	今までも減塩食だった (Fさん) 脂っこいものがすき (Hさん)
		[喫煙]	一日20本くらいのタバコをずっと続けてきた (Cさん)
		[運動]	運動がもともと好きでジム通いをしていた (Fさん)
	【過信】	[発作状況]	総会で忙しい時期の発作 (Bさん)
		[甘え]	同期の中でも自分は病気をしたことが一度もない (Dさん)
		[無知]	「心筋梗塞ってなんやろな。なんやろ？」って感じですよ (Cさん)
	【医療スタッフの対応】	[先入観]	心臓の人っていうのは, 狭心症も心筋梗塞も含めてですけど, 非常にこつ耐えられない苦しみがあるって聞いてた (Eさん)
[医療スタッフの対応]		看護師さんとか, 先生の立ち振る舞いを見て, 自分は本当に安心した (Lさん)	
【個人史】	[個人史]	食事制限…やるだけやってみようや…ってなって, 半年…1ヶ月くらいやって, 逆に体壊した。その通りにしてね。逆に体を壊した (Cさん)	
<発症時>	【初期症状】	[初期症状]	強い痛みを伴う症状・弱い痛みを伴う症状・全く痛みがない
	【症状の捉え方】	[明らかな異常としての捉え方]	もう冷や汗というかな, 胸の圧迫感と冷や汗…ダラダラって, ちょっと普段と違って, おかしいなこんな症状出たことないし (Iさん)
		[既往歴に関連した捉え方]	ちょっと肩こり症なもので, そう思っていたので…痛くなくなったりとかもしてましたんで。ええ。いつもどおりの感じだったもので, 全然心臓とは思わなかった (Fさん)
		[家族既往歴に関連した捉え方]	妻がちょっと, これっていう病気じゃないんですけど, 心療内科の先生にかかっているんですよ。朝からごろごろしていたら, 何か胸が痛いんです。「あたしもちょっと胸が苦しいんですけど」
	[病識がないための捉え方]	胸が少し痛むが気にしなかった (Dさん)	
【対処行動】	[来院経緯]	救急車・既往歴の掛かり付け医に相談の結果来院	
<診断→手術時>	【診断時感情】	[家族既往歴に関連した対処行動]	うちの家内が狭心症で, 通院してたんでニトロを持ってたんですよ。まあこれ飲んで, 一つ舌下に入れたら, 感じとして少し楽になったんですよ。(Hさん)
		[ショック]	まさか心臓病になるとは思わなかった
		[納得]	なるべくしてなった (Aさん)
	【手術イメージ】	[不安]	もとへ戻るかどうかの不安があった (Fさん)
		[バイパス]	P T C Aよりも大変こわい
	【手術の捉え方】	[P T C A]	特定のイメージはなし
		[手術への疑問]	カテーテルやりますって言われて。それ自体, 僕, すごい驚きだったんですよ。(Jさん)
[手術への不安]		一番最初の手術の時は, 死ぬか生きるかというか, それを一か八かというかね, 50対50の感じで…不安でしたね。(Eさん)	

と思っていなかった (Eさん)」というような実感の薄さがある為, 【診断】を受けた第2期以降にも自分は心筋梗塞患者であるという【疾患を捉える】ことが難しいということも明らかになった。【診断時感情】にもまた, 〈背景〉が必ず関係してくるということができるだろう。【過信】や【既往歴】から, 心筋梗塞

を予期していなかった場合はショックを受けることとなる。このように, 背景である個人史に影響を受けながらも自身の中で「病い」を経験していくという流れが【第1期：発症から手術まで】に存在した。

表 4 【第 3 期：退院後】 カテゴリー一覧と発言例

カテゴリーグループ	カテゴリー	下位カテゴリー	発言例（インフォーマント）
<退院後状況>	【症状】	[身体的症状]	疲れやすくなったから眠くなったのかもしれない（Dさん）
		[精神的症状]	ひどいのは1月ごろかな、やっぱり精神的にあれてて、あの一吐き気がしたり、めまいがしたり、耳が聞こえづらくなったり、この頃すごく情緒不安定みたいな感じに。（Iさん）
		[妻の精神的症状]	緊張していたと思います。したがって、こういうドライアイになったり、耳鳴りが…ひどい耳鳴りになりまして、今も残っているんです（Dさん奥様）
	【制限に伴う行動変化】	[行動制限]	走ること、布団の上げ下げ、自転車にのることなどの制限
		[水分摂取]	先生に言われたのは、それこそ、500ミリリットルを朝昼晩に分けて3本飲めって言われたんですよ。で、それを今はじめてますけどね。（Lさん）
		[タバコ]	子供を成人させるまではタバコもやめよう（Aさん）
		[食事・酒]	脂っこいものは殆ど控えていますね。肉類も今までは殆ど取っていません。（Lさん）
		[薬・通院]	ちょっとおかしいと、すぐ診察して、先生の所に聞きに行って（Iさん）
		[運動]	今は出来るだけ動くように、散歩するように（Kさん）
	【感情変化】	[対人・仕事]	今までの酒飲み友達とはあんまり会わなくなりますよね。その人間関係…友達関係変わってきますよね。かなり変わりますね。（Aさん）
		[過去を振り返って]	今まで何をしてきたのかな？っていう。何の実績も上げてないとかね、自分の存在感とかね、生きてる証とかね、あんまりないんじゃないかとか、そういう…。のんべんだらりと生きてきたというか。そういう感じはしてね。（Eさん）
		[今現在思う事]	自分は心臓が悪いんだって、思うのはなにかの時に出るよね。なにをなにしてわけにはない。（Kさん）
	<周囲の環境変化>	【家族関係】	[以前からの家族関係]
[変化した家族内の行動]			最初の頃は結構手伝ってくれた。前から少しはやってくれてたんですけど、それ以上にやってくれていましたね（Fさん）
[変化しなかった家族内の行動]			そういう間柄いるんで、今回病気をしたからといって変わっていないと思います。（Dさん）
[変化したイメージ]			いよいよ歳でやきが回ってきたなと思ったんだろうね。うん、そういうメールをくれたり、電話をくれたりね、そういう気配を感じますね（Dさん）
[家族への気持ち]			いつも家族はこちらが食べさせてやると思っていたけど、やっぱりありがたさというのをね感じましたね。（Jさん）
【友人関係】		[変化した関係]	今までの酒飲み友達とはあんまり会わなくなりますよね。その人間関係…友達関係変わってきますよね。かなり変わりますね。（Aさん）
		[変化しなかった関係]	色々ちょっと親友とかにも話をしたんですけども、それだけじゃないと思うよ、またスタイルを変えていけばお酒を呑まなくても、ゴルフをしなくても仕事をとれるんじゃない？っていういい親友…いい仲間がいますね。そう助言してくれて、今まではこれしかない、これしかないと決めてたけれども、こういう風になった時に、もう一回考え直して、違うスタイルも取れるのかなと考え始めました（Aさん）

B. 【第2期：手術後の入院期間】

【第2期：手術後の入院期間】では、〈手術直後〉〈入院期間〉という2つのカテゴリーグループ、【手術後の感情】【入院状況】【疾患の捉え方】という3つのカテゴリーが生成された。【手術後の感情】として殆どの人が「*血管の詰まった部位を取ってしまえば、よくなるのだからすぐ帰れるはず…と軽視していた*」と述べている。これには第1期のカテゴリーである【無知】や【初期症状】の弱さ、PTCAへの【手術イメージ】が影響していると考えられる。例えばAさんは「*カテーテルが心臓に入っているわりには、全然痛くもなるともない…。大きな手術という感じはなかった*」と語っており、【疾患の軽視】へと繋がったと考えられる。しかし、その後の〈入院期間〉の中で、痛みの【症状】を感じることや、寝返りさえも打てない【入院状況】を経験すること、【同室患者との会話】や【Drからの症状説明】情報を得ることなどの経験を通して、【疾患の軽視】から重大な病気なのだと思える疾患を捉えなおすようになる。この流れの中では病前に持っていた心筋梗塞イメージから、正確な心筋梗塞イメージへと変容していく過程を示すことが出来た。しかし、この段階では疾患を【納得】することが出来ず【否認】してしまう方も数名いらした。Cさんは「*まだ半信半疑だけだね。本当に心筋梗塞をやったのかと。(中略)わかってるんだよ。レントゲン見せられて言われているからね。それでもね…自分としてのこれからの付き合い方ね。自分で、そういうことするとちょっとキツイから*」と述べて、【否認】している。この語りの中からは、Cさん自身【Drからの症状説明】もしっかりとあり、疾患のイメージはついているものの、入院期間ではこれからの疾患との付き合い方が分からないために、まだ【否認】している状況であると考えることが出来る。

C. 【第3期：退院後】

第3期の退院後の期間では、〈退院後状況〉と〈周囲の環境変化〉の2つのカテゴリーグループ、【症状】【制限に伴う行動変化】【感情変化】【家族関係】【友人関係】という5つのカテゴリーが生成された。

なお、退院と同時に心臓リハビリを始めているため、時間の推移では【第3期：退院後】と【第4期：心臓リハビリを始めてから現在】は平行しているが、主に自宅でのこと（第3期）と病院（リハビリ）でのこと（第4期）という観点に分けて記述することとする。

【第2期】までは、病院における限られた交流の中で疾患イメージを固めていくこととなったが、【第3期】では周囲の環境、交流が広がるが、【症状】や【制限に伴う行動変化】で思ったように日常生活を送れない葛藤を感じる事となる。【第2期】よりも、その差を感じざるを得ない時期だということが出来るだろう。感情変化が起きる前段階として、【症状】を実感するという段階がある。例えば、「*吐き気がしたり、目眩がしたり、耳が開こえづらくなった（Iさん）*」、「*息切れがしましたね（Hさん）*」などの【身体的症状】や不安・再発を心配することからくる緊張感などの【精神的症状】を実感するという語りが得られた。また、これらの【症状】は患者自身の要因だけでなく周囲の環境にも強く影響を受けるものである。例えばIさんは、退院後奥様の介護や多忙な仕事を受け付けており「*余裕がなかった*」と語っている。その周囲の環境が影響し目眩や耳の開こえづらさを引き起こしたのだと考えられる。

【症状】を実感することと同時に、患者は【制限に伴う行動変化】を余儀なくされる。【制限に伴う行動変化】は、これまで自分でやってきたことが出来なくなってしまうという事であり、患者の気持ちに大きな影響を与えたと考えられる。例えばJさんは

「おまえら、食わしてもらって何をいっとるかあと思っていただけでも、えばってたんですけども、病気になるれば形無しですよ。」（Jさん）

と述べている。つまり、【制限に伴う行動変化】は病前の自己イメージを変化させる必要性を生み出したと言える。それとともに、病前の自己イメージと現実の自己イメージとの間で「*はがゆさ*」「*情けなさ*」などの【感情変化】が引き起こされたと考えられる。

【症状】や【制限に伴う行動変化】を体験した後、心筋梗塞患者は【感情変化】を経験し、また【友人関係】【家族関係】の変化も経験することとなる。心筋梗塞を経験したからこそ【過去を振り返って】、「*それまでの景色が非常に新鮮に感じられたんですよ。要するにそこで心臓が止まっていれば、感じる事の出来ない太陽の暖かさとかね、空気とか…、要するに生きていく感じと違いますかね。（Eさん）*」といったように「生きる」ことに感謝する一方で、【今現在思う事】としては【第2期】で疾患を軽視していたが、状態がなかなか戻ってこないへの不安や焦りも併せ持つのである。しかし【未来を見据えた】時、感情は以下のように変化することも明らかになっている。例えばAさ

んは

「この病気って…もう一回カテーテルもやるだろうし、終わったわけじゃないじゃないですか。まだまだこれから付き合っていかなきゃいけないっていう可能性もある。一生涯付き合っていかなきゃいけない病気だと思うので、あんまり派手なことはできない…っていったらおかしいですけど。気をつけていくことが、最低限自分の務めかなと思ってます」(Aさん)

と語っており、病いと付き合っていく覚悟を示している。更にKさんのように

「最初はショックなんだけど、だんだん慣れてきてしまうというか…油断がね。出来れば、油断の時間を短くね、長いこと油断していないで、短くできればと思いますけど」(Kさん)

と捉え、油断をしないことを心に決めていくという流れも存在した。

こういった制限・感情変化の経過の中では、周囲の環境との関係性の変化もおこってくる。主な変化としては【家族関係】の変化と【友人関係】の変化がある。様々な制限を受け、以前の生活スタイルや病前イメージを病後に必要な生活スタイルやイメージへと変化させざるを得ないように、患者を支える家族や、友人にも変化が必要になってくる。【家族関係】においては、動くことの出来ない患者に変わって家事を行ったり、栄養指導を受けて食事の管理をしてくれたりするなどの【家族内の行動変化】が起こる。この変化は調査協力者毎どの家族にも起こったことであるが、その変化がどのように起こったかという【以前からの家族関係】と関連していた。【家族内の行動変化】の根底には【以前からの家族関係】に影響を受けた家族の接し方や行動といった【変化しなかった家族内の行動】、もしくは変化させることが出来なかった家族の行動があったのではないだろうか。そういった意味では変化といっても表面上の変化だということができるのかもしれない。後者の例としてBさんの例をあげてみよう。

精神的に強いつていうかしつかりしていれば、いいんですけど…妻がまたおかしくなられても困るから…どうしても言うこと聞いちゃうんですよ。ある程度は。(じゃあ、奥様が安心できるようにご自身としては行動してしまうというか。) 退院2ヵ月

後くらいに旅行が2つくらいあったんですよ。先生にも聞いたら、「大丈夫ですよ」と言っていたんですけど、妻は「1年間は絶対ダメでしょ」と。(奥様としては、1年間は家で安静にしたいというか。) ずっとダメっていうか。(Bさん)

Bさんの奥様は以前から、極度の心配症で精神科への通院もされている方である。Bさんの場合、奥様が精神的に不安定になることを心配して、奥様の要求をかなえてしまうという【以前からの家族関係】を退院後に必要となるであろう関係へと変化させることが出来なかったのである。このように、家族の行動がどう変化していくのかという病いの経験には家族史も関係すると考えられた。行動面では以上のように変化・不変化が見られたわけだが、内面はどうだったのか。ここでは前述した【変化したイメージ】というものが示された。自己イメージが変化すると同時に家族内での「父」もしくは「母」イメージも変化した。【家族関係】の中での変化は行動面などの明らかな変化を除けば、イメージなどの内的変化が顕著であったということが出来るだろう。

【友人関係】にも変化・不変化を見ることが出来た。友人関係を制限のために変化させざるを得ない状況になり、「お酒の席に行かないようになった(Hさん)」、「会う友人を選ぶようになった(Aさん)」などの行動変化を引き起こし、【変化した関係】へと繋がったと言える。家族の行動変化とは異なり、以前からの関係性に関係なく変化してしまったことが【友人関係】の変化の特徴であろう。しかし、それでも【変化しなかった関係】というものも語られた。Aさんの例をとってみよう。

生活が大きく変わるので、友達関係とか人間関係とか、そこがやっぱり、一番戸惑うっていうか、心のなかで葛藤がありますよね。しかも、それが仕事に絡んできますんで。なるべく多くお酒の席に行ったり、お客さんと話す機会を作ったりしてたんですけど、「それだけじゃないと思うよ、またスタイルを変えていけばお酒を呑まなくても、ゴルフをしなくても仕事がとれるんじゃない？」っていういい仲間がいますね。そう助言してくれて、今まではこれしかない決めてたけれども、もう一回考え直して、違うスタイルも取れるのかなと考え始めましたよね。(じゃあ、その大事な友達の方がいらっしやっただから…) やっぱり、友達ですよ。人間つ

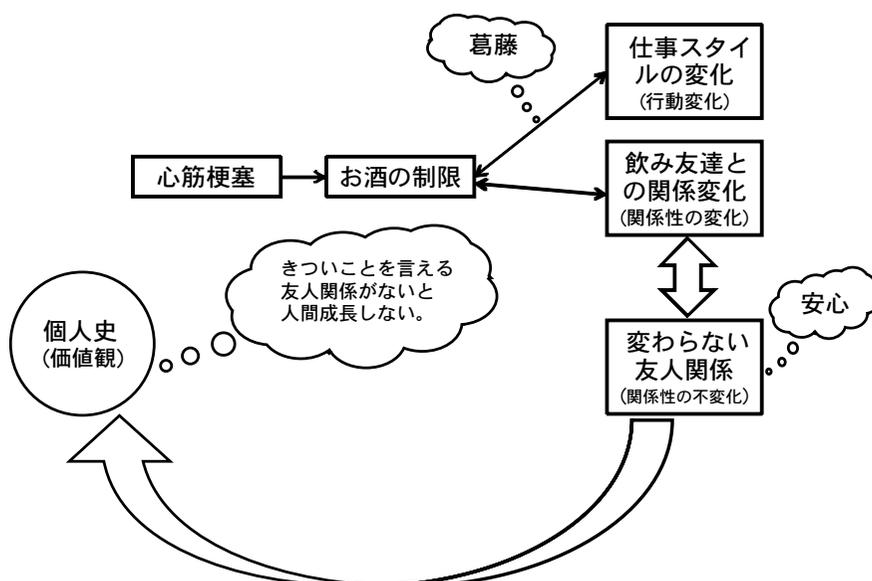


図1 Aさんの「友人関係」の変化・不変化

てそうじゃないですか。やっぱり、そういうお互いにきつい事を言い合える友達がいないと人間って成長していかないから。それで一人になっちゃうと人間ってどんどんどんどん小さくなっちゃうけど、いろんな人の話を聞いていけば、どんどんどんどん大きくなれるって言うか。そういう風になりたいなあと思うんで。そういう友達が2、3人はいるつもりなんで。そういう人のアドバイスって大切ですよ。ね。(今までも相談されたり…) それは、そうですね。当然。(意見を取り入れながら。進んできたって感じなんです。ね。) そうですね、自分だけじゃとても無理ですよ。ね。(…自分の人生自体がって感じなんです。ね。) そうですね！ (Aさん)

上記のように「きつい事を言い合える友達がいないと人間成長していかない」「自分だけじゃとても無理、やっぱり友人」といったように友人関係がいかにAさんにとって大事で、個人史に大きく関係してきたかということが語られた。そのAさんにとって、【友人関係】の変化というものは病いの経験の中で大きな出来事であったのではないかと考えられる。今まで酒飲み友達も多かったが、心筋梗塞をきっかけにお酒を飲めないから会わない、誘われないという変化にはAさん自身大きな衝撃を受けたのではないだろうか。またそのお酒と友人というものが仕事と密接に関係してくるため、その葛藤は尚更だったのではないだろうか。し

かし、離れていく友人がいる中で、「変化しなかった関係」が人を強く支えるという一つの例でもあったと言えるのではないだろうか。この例を図1に示す。

このように【第3期】では、周囲の環境、交流が広がる中で【症状】や【制限】により思ったように日常生活が送れない葛藤を感じる事となる。同時に【制限に伴う行動変化】【感情変化】を経験し、また【友人関係】【家族関係】の変化も経験することが明らかになった。

D. 【第4期：心臓リハビリを始めてから現在】

最後に【第4期：心臓リハビリを始めてから現在】である。〈リハビリテーションプログラム〉と〈リハビリにおける周囲の環境〉の2つのカテゴリーグループに分けられた。リハビリプログラム開始にあたり、患者は自身の【体力減退の実感】をし、元に戻るかどうかの【不安】に苛まれながら、リハビリテーションを開始する。その後、リハビリを続けることで【プログラム中盤→終了】では、【体力の回復を実感し】、それに伴い安心感を取り戻す。

自身の体力などに不安を感じながらもリハビリを続けている際に、同時に存在するのが、〈リハビリにおける周囲の環境〉である。ここにはリハ室の人間関係や役立つ情報が含まれる。リハビリを始めてどのように人間関係を作っていくのかということ、男性の場合、話をすることに遠慮をする。なぜこの遠慮が

起きてくるのか…というのは、【第 1 期：発症から手術まで】の【手術イメージ】で述べたバイパス手術と PTCA による治療法の違いが影響していると考えられる。例えば、H さんは以下のように語っている。

僕はリハビリを長くやってるのは、みんなバイパスかと思ったんですけども、それ以外の人も長くやってるんですよね。ステントをやったくらいで、入院だっただけなのに長くないしね。体を傷つけてるわけでもないし、別にこんなところにこなくて、普通に生活していればいいのかなと思うけどね。そのへんよくわからないですけど。この人がバイパスだから、この人がステントだからとか、分かっていたら、バイパスやっている人にはどこから血管取った？とか聞きますけど。カテーテルだけの人とは病気に対しての語っているのは話がつかないですよね。(H さん)

H さんのようにバイパス手術をして、「PTCA 治療は分からない」から話が合わないという方もいれば、L さんのように自分もバイパスだが、「やっぱり、見ますとね…やっぱりかわいそうだなと思う人もいますからね。僕よりひどかったのかもしれない…」と語り、バイパス手術の跡を見て、話しかけないと言う方も多くいた。お互いの配慮の結果、病気について語らないのだろう。しかし、逆に女性は病いの経験を共有することでほっとするなどの感情変化も見られた。今回、お話をうかがったのは 2 人だが、参与観察を続けてきた間に出逢った女性の方々はリハビリにおいて女性同士で話し合っている姿を見ることが多かった。男女の違いとして、病いの経験を話す・話さないの違いはあるものの、会話事態は患者に大きな力付けとなっているようである。[話の内容]としては、日常の話・リハビリの保険期間の話・病いの体験の話などが挙げられた。その際の[話すことへの感情]としては、「会話を楽しみにしている (A さん)」、「ほっとする (F さん)」などが例として挙げられた。全く[話をしない]と述べている方もいたが、その方は「リハでは会話めんどくさい。これもダメだと言われてるんだよ。隣近所とも話さない。(C さん)」といったように、前々からそんなに話が好きではなく、以前からの友人の作り方や関係性が反映していると思われた。

以上のように、心臓リハビリという場を通して新しい繋がりを持ち、話をする事で情報を得たり、共有することで安心感をえることにも繋がるという流れが【第 4 期】では明らかになった。話をする、共有する

ということが全ての人に合っているものではないと思うが、共有することで楽になる・話をする経験はよいものだったと述べている方が多かったため、その機会を医療側が提供することも望まれるのではないかとと思われる。

4. 考察

本研究では時間の推移に沿って心筋梗塞患者がどのような「病い」の経験をしていったのかということを検討してきた。医学的に述べれば、心臓機能が低下し、それに伴った症状や能力の低下が生じるというのが心筋梗塞という「疾患」であるが、Kleinman (1988) が「病い」とは、人がどのように症状や能力低下を認識し、対応していくのかという経験であり、個人史を反映しながら人それぞれ独特なものになる」と述べているように、心筋梗塞という「疾患」によって生じた「病い」の経験には個人史が強く影響を及ぼすということを示すことが出来たと考える。以下に本研究から示唆されることを論じておきたい。

A. 心筋梗塞患者の「病い」の経験プロセスからの実践への示唆

本研究で得られた結果は、Kleinman の述べる「病い」とは、人がどのように症状や能力低下を認識し、対応していくのかという経験であり、個人史を反映しながら人それぞれ独特なものになる」といった考えや、Good (1994) の述べる「人間の病いは基本的には意味論的 (semantic) な、つまりは意味を持つ (meaningful) ものであり、そして全ての臨床実践は本来的に解釈を伴った (interpretative) つまり解釈学的 (hermeneutic) なものである」といった「意味を中心とするアプローチ」を軸に述べる事が出来る。全ての人が持つ個人史によって、心筋梗塞の初期症状や疾患の捉え方が影響を受け、その後の展望にも影響を及ぼすということが分かった本研究の結果からは、心筋梗塞患者の捉える病いの苦しさもまた、Kleinman や Good が言うように個人個人異なったものになるということが言える。主に「疾患」と向き合う「医療側には患者の生活が見えていない」(松岡, 2005) と言われることもあるが、本研究の結果からも医療従事者は苦しさの背景にある個人の語り一つつまりこれこそが患者の生活の部分にも繋がってくるわけだが一を聞く必要性があるということが再確認できたと言えるだろう。今後更に、上別府 (2004) の言う「医療現場における患者や家族の心理

的ケアニーズ;それは時として非言語的に表現されている、に対する高い感受性を持ち、適切に応答していく心理ケア”であるセラピューティックな看護といったようなものが望まれてくることになるのかもしれない。

医療従事者が個人の語りを聞くことは心筋梗塞患者が「病い」の経験プロセスにおいて、様々な変化や不変化を経験する際にも必要となってくると考えられる。変化・不変化と言っても病前病後の自己イメージの変化・不変化であったり、病前病後の家族の行動の変化・不変化であったりと様々だが、その変化・不変化の中には「個人史による必然性」が存在しているということを臨床実践の中では頭に入れておかななくてはならない。変化したから一概に良い悪いと言うことも出来ないし、変化しなかったからといって良い悪いということも出来ないのである。

一般的に何らかの疾患に罹り障害を持った際、受容すべきという社会の大きな流れが存在するように感じられる。“障害によって変化した諸条件を心から受け入れること”というのが障害受容の包括的な定義(高瀬, 1956)であり、変化を受け入れる自分、家族、他者というものが好まれてきたように思う。本研究における心筋梗塞患者の「病い」の経験も、心筋梗塞をきっかけに今まで歩んできた人生における多くの事柄の変化を受けとめざるを得ない状況に直面するとういうプロセスが存在した。その意味では、障害受容の経験であると言えるのかもしれない。しかし、筆者は「受容」という言葉を使うことなく本研究を論じてきた。それは「受容」という言葉を使うことによって、「受容すべきである」という暗に隠されたイメージを示してしまうのではないかという懸念からである。変化した諸条件を受け入れることを良しとすることは一面的であり、そうあるべきではないと考えている。例えば、医療従事者からすればこれまでの食生活から減塩食などへの変化を良しとする考えがあるだろう。確かに身体の為にはそれがベストな方法である。しかし、なぜ変化させることが出来ず、不変なままなのかを考えた時にそこには「個人史による必然性」が存在するのである。個人の語りを聞くことなしに、その必然性を知ることにはできないと考えられる。患者の自己決定権を尊重する医療への転換が望まれている現代医療において、「どうして・なぜそのように決定したのか、なぜ変化し、なぜ変化しなかったのか」という情報を得ることが必要であろう。その両面の背景を知ることが、個人にとっての適切な治療・心理援助をするための第

一步になるのではないかと考えられる。

我が国における心臓リハビリテーションの現場で、個人の語りを聴くことを含めた心理援助を行う心理士がいる現場はまだまだ少ない。そのため、患者同士での会話や忙しい医療従事者との会話の中で、患者個人が「病い」を語るしかない状況である。だが、患者同士や忙しい医療従事者と「病い」の経験を語るということは、短期化された入院期間や定期的に患者の入れ替わりがある心臓リハビリテーションの場ではなかなか難しい面もあるのかもしれない。本研究の面接の最後に、必ず「病いの経験を話すという体験はどうでしたか？」という質問をさせてもらったが、その中で研究協力者の方々は「こんなに自分の話を聞いてくれることはなかなかない」「病いの経験を人に聞いてもらうのはいい」と述べていた。なかなか「病い」の経験を話す機会をもてない患者が、その機会をもてるように援助すること、またその話の内容を医療の場で役立たせるために、患者と医療従事者とのつなぎの役目をするのが、これから発展していくであろう心臓リハビリテーションの場で心理援助を専門的に行っていく者の一つの役割になるのかもしれないと考える。

B. 本研究の限界と今後の展望

本研究においては、心臓リハビリテーション部に入院中であり、尚且つ話をするに了承を得られた方を対象に研究を行ってきた。この研究協力者の選定に本研究の限界がある。第一に本研究では、心臓リハビリテーションに通うまでに回復された方を対象としており、疾患の重篤度を考慮していない。重篤な症状があり、心臓リハビリに参加するまでに回復していない患者の「病い」の経験が異なったものであろうことは容易に想像できることである。

第二に話をするに了承を得られた方々に面接を行ったため、話することに強い拒否感を持った方はいなかったということがある。そんな協力者の方達だからこそ、リハ室の友人関係の中で話することに抵抗感がなく、そしてそこから情報を得たり、安心感を得たりすることが出来たのかもしれない。心臓リハビリテーションの場面で参与観察を行っている、全く会話をしないで黙々とリハビリを行い、帰っていかれる方がいらっしまったのも事実である。そんな方々には今回お話を聞くことはできなかったが、その方々には今回得られた経験過程とはまた違った「病い」の経験過程が存在するのかもしれない。今回の研究協力者の方々は、話をする経験はよい経験であったと述べて

くださったが、話をすることに抵抗感のある方にとっては、話をするのがストレスになることもあるだろう。話をするに抵抗感はあるが、心筋梗塞の「病い」の経験の中で心理的困難を感じている人がもし存在したとしたら、どのように援助していきべきなのか…それはこれからの研究の余地があるところであると言えよう。更に、「病い」の経験を語ることに對しても、1対1で語りを聞くべきなのか、もしくはグループワークの形で話を聞くべきなのか、ご夫婦一緒にお話をお伺いするべきなのかと様々な形態が考えられるが、どの方法が心筋梗塞患者にとって適した方法であるのかはわからない。語りの効果を明らかにし、そしてどのような語りの方法を取ることが心筋梗塞患者の方には適切であるのかを明らかにすることは、今後の課題とすることができよう。

また、心臓リハビリテーションに参加していない方の経験についても考えておきたい。本研究では、心臓リハビリテーション参加者を対象としているが、心臓リハビリテーションは強制的なものではないため参加者にもとからの偏りがあつたと考えられる。これが第三の限界である。心臓リハビリテーションに参加していない方の「病い」の経験はどういったものであるのかを明らかにし、その方々にはどのような援助体制を提供していきべきのかをこれから研究していく必要があると考える。

最後に、本研究では心筋梗塞患者の「病い」の経験プロセスを明らかにする為にグラウンデッド・セオリー・アプローチを援用して検討を行ってきたため客観性・抽象性が高まったと言える。しかし、心筋梗塞患者の「病い」の経験プロセスに収まりきらなかった個別性の高い個人の語りが存在したのも事実である。今後はより個別性に注目して事例検討などを行っていく必要があると考える。

(指導教員 中釜洋子教授)

引用文献

- 江口重幸 1999 病いの語りと人生の変容 —「慢性分裂病」への臨床民族誌的アプローチ— 発達 第20巻 第79号 pp.40-48
- Good, B. "Medicine, rationality, and experience" Cambridge: Cambridge University Press, 1994
- 旗持知恵 2001 心筋梗塞を発症した病者の入院時心臓リハビリテーション期間における病の受け入れのプロセス 山梨県立看護大学短期大学部紀要 第7巻 第1号 pp.1-11
- 上別府圭子 2004 サイコセラピューティックな看護/Psychotherapeutic Nursingの展望 精神療法 第30巻 第6号 pp.85-92
- Kleinman, A. "The illness narratives: Suffering, healing and the human

condition" Basic Books, 1988

Kleinman, A著 江口重幸訳 『病いの語り—慢性病をめぐる臨床人類学』 誠信書房, 1998, p.4

やまだようこ・山田千積 2006 看護学において「生活者」の「生活」を描くための研究方法 「ライフストーリーの樹」モデル 専門家と生活者の場所と糖尿病のナラティブ 看護研究 第39巻 第5号 pp.51-63