

2014 年度 兵庫県立大学大学院看護学研究科 博士論文

慢性心不全患者の日常生活における活動の調整
Coordination of the activity in the daily life in the patients
with chronic heart failure

学籍番号 ND09N002 佐佐木智絵

指導教員

主査 野並葉子（兵庫県立大学）

副査 加治秀介（兵庫県立大学）

副査 宮脇郁子（神戸大学）

副査 山本あい子（兵庫県立大学）

平成 27 年 1 月 15 日

慢性心不全患者の日常生活における活動の調整

論文要旨

研究の背景と目的

慢性心不全は、慢性の心臓のポンプ機能の障害によって発生する、末梢主要臓器に対する酸素の供給不足と、肺や体静脈系にうっ血をきたした結果、生活機能に障害を生じた病態である。近年の生活習慣病の増加と高齢化を背景に、慢性心不全患者は今後ますます増加すると予測されている。慢性心不全は、原因となっている疾患の進展や、急性増悪を繰り返すことによる心機能の低下によって、不可逆的な進行性の病態であり、生命予後、生活予後共に不良と言われている。進行を抑えるためには、疾患の進展予防と急性増悪の回避が必要であるが、慢性心不全患者の急性増悪による再入院率は高い現状がある。現在の多くの研究や実践報告は、再入院の原因として明らかになっている自己管理不足を改善することを目的としたものである。しかし、慢性心不全患者の生活調整や療養では、自分の生活を中心に療養法を選んだり、その人個人の生活の有り様や価値観の在り様を保ちながら生活したりしていることが明らかになっている。このような、日常生活の調整は、慢性心不全患者が心不全を増悪させることなく、自分の生活を送るための気遣いの実践であると言える。多様な生活の中で行われている患者自身の日常生活の活動の調整という、気遣いの実践を理解することが、慢性心不全患者へのケアとして必要だと考えた。

以上を踏まえ、本研究の目的は、『慢性心不全患者の実践である日常生活における活動の調整が、どのように行われているのかを明らかにする』こととした。

理論的前提

本研究は、Dreyfus によって解釈された、Heidegger の現象学的人間観を前提とした。Heidegger は、人間は世界の内に住み込んでいる存在者（世界－内－存在）であり、常にすでに状況のうちにおかれているものとした。そして、文化や慣習などを備えた日常性の中に埋没し、疑問を持つことなく存在する一般的で平均的な存在者の在り様を、世人と呼び、何らかの体験によって己の存在を問いつつ存在する存在者は現存在と呼んだ。現存在の存在は、気遣いによって世界の内に現にされ、先駆的決意性をもって、世界の内に存在するとしている。Dreyfus は、その人の住み込む世界の中での気遣いの実践を技能と捉え、Heidegger の現象学を、技能の現象学として解釈している。本研究では、存在者である慢性心不全患者が、どのような日常性の中にあり、そこでどのように存在しながら、そのような気遣いの実践を行っているのかを解釈した。

用語の定義

慢性心不全患者の活動の調整とは、慢性心不全患者が、心機能の低下や心不全症状によって限られたエネルギーを、生活に伴う活動を行う中で消費し、また、

活動を一次的に中断したり、あえて負荷をかける活動を行ったりすることで、消費したエネルギーの回復や貯蓄を図り、身体的・心理的な疲労からの回復や安らぎを得て、活動を再開し、継続するために行っていること、と定義した。

研究方法

本研究の対象は、ACC/AHAの心不全ステージ分類B～Cに該当する心疾患を原因とする慢性心不全患者で、1年以内の心不全増悪による入院歴が無く、日常生活動作が自立している患者とした。また、生活について60分程度の連続した言語的コミュニケーションによって表現可能であることを条件とした。研究への参加に同意を得られた患者を研究協力者とし、2回のインタビューと、その間の活動量計による活動量測定を依頼した。インタビューは、初回は、研究協力者が意識している日常生活における活動と、その調整についての半構造化面接を行った。2回目のインタビューまでの間に、3日間程度の活動量測定を依頼し、2回目のインタビューは、活動量測定結果の内、歩数とMETsを1分ごとのグラフ化した活動量分析を見ながら、実際の活動についてインタビューを行った。その後、必要に応じて追加のインタビューを行った。その他、研究協力者の基本的属性、及び活動に影響を与える項目として、健康関連QOL (SF-8)、身体活動能力質問表 (SAS)、現病歴と入院歴、既往歴、治療内容、心機能等をデータとして得た。

インタビューデータ、活動量分析結果を主たるテキストとし、Bennerの解釈学的現象学的手法を用いて、解釈を行った。その際、共通性の指標として、日常性、時間性、振る舞い／ふるまい、情態性、関心の5つの指標を用いた。各研究協力者個人の解釈の後、24人の研究協力者相互の共通性を確認しながら、テーマを抽出し、それぞれのテーマの範例と代表的事例を明らかにした。

倫理的配慮

本研究は、兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所研究倫理委員会の承認を得たうえで、研究協力施設から求められた場合には、その研究協力施設における倫理審査を受け、承認を得て実施した。

結果および考察

1. 24人の研究協力者のテキストを解釈した。平均年齢は66.4歳（最少30歳，最大85歳，中央値65.5歳）で、男性18人、女性6人であった。心不全の原因となった疾患は、虚血性心疾患（8人）、心筋症（9人）、弁膜症（3人）、不整脈（4人）で、そのうち再同期療法などや補助換気療法などの薬物療法以外の治療法を受けていた協力者は8人であった。心不全ステージでは、20人がステージCで、何らかの心不全症状を有する者が多くを占めた。病歴の中央値は54.5か月で、発症から3～5年経過した者が多かったが、中には発症後30年以上経過している者もいた。SF-8の各項目の平均は、国民標準値とほぼ変わらない値を示していたが、全体的健康観、心の健康、日常役割機能（精神）以外の項目では、得点にばらつきが見られた。慢性心不全患者は、QOLが低

いと言われているが、本研究の研究協力者の健康関連 QOL は、国民標準値と同等であった。これは、1年以内の心不全増悪による再入院がない患者を対象にしたことで、比較的安定して生活を送ることができている慢性心不全患者が対象であったことが影響していると考えられた。

2. 本研究では、【心臓の正常性を証明する】、【新たな身体に合わせて通常性を修復する】、【活動できる範囲に止(とど)める】、【活動の範囲を狭める】、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】、【心臓を休める時間を持つ】、【通常性を保つためにし続ける】、【日常性を保つために身を休める】、【住まい方の中にいる】、【住まい方を作り直す】という、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整の 10 のテーマが抽出された。また、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整という振る舞いの様態は『不全に陥り動きにくくなった心臓を、動かしたり休めたりというような活動の調整をしながら、如何に通常性を保ち、身につけている技能を使って投げ入れられた状況を生き抜くか』というものであり、このことから、活動の調整の中心的な意味として『必要に応じて変えながら、それでも己にとっての通常であることを維持すること』が見出された。
3. 慢性心不全患者の日常生活における活動の調整は、通常性を保つために行われていた。通常性とは、その人が日常性の中で生きてきた歴史の中で、その人なりの生き方や生活の仕方、その人らしさとして、自分にも、他者にも了解された存在の仕方である。【新たな身体に合わせて通常性を修復する】、【通常性を保つためにし続ける】、【日常性を保つために身を休める】、【住まい方の中にいる】という活動の調整の仕方は、通常性を維持することと強く関連していた。通常性を保つように活動を調整する背景には、慢性心不全患者が住み込んでいる文化や慣習などによって意味づけられた、慣習的な意味を帯びた身体で行っている活動の調整をすることによって、従来の自己概念を維持しつつ、慢性心不全によって生じる身体的な限界を受け入れていることがあった。そして、通常性を維持することで、生活の中ですでに獲得されている技能を用いて生活することができることも、通常性を維持する理由であった。
4. 慢性心不全患者の日常生活における活動の調整は、エネルギーを循環させるために行われていた。慢性心不全患者は、心臓を、不全でいつ止まるかわからないものというだけではなく、正常性と可能性をもった、手許にあるものとして捉え、活動によって身体を動かすことで心臓を動かし、循環を改善させ、症状の緩和を図っていた。また、動かすだけではなく、身体を休めて心臓を休め、動かすことと休めることの落差をつけることによって、循環を促していた。【心臓の正常性を証明する】、【活動できる範囲に止(とど)める】、【活動の範囲を狭める】、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】、【心臓を休める時間を持つ】という活動の調整は、循環させるために行われていた活動の調整の仕方であった。中でも、身体を休めて心臓を休めることは、心不全になっても変わらない生活の活動をして過ごす時間と関連しており、変わらないことを自覚することで得られる、安心や安寧といった、心理的なエネルギーを循環させて、慢性心不全という投げ入れられた状況を生き抜くことに繋がっていた。

Coordination of the activity in the daily life in the patients with chronic heart failure

Abstract

Study background and objectives

Chronic heart failure is a pathological condition that limits the functions of daily life as a result of an insufficient oxygen supply to the peripheral organs and blood stasis in the lungs and systemic veins owing to chronic problems with the pumping function of the heart. The number of chronic heart failure patients is expected to increase owing to recent increases in lifestyle diseases and the increasingly aging population. Chronic heart failure is an irreversible, advanced pathology that reduces cardiac function as a result of the worsening of the primary disease and repeated incidents of acute exacerbation. This situation leads to poor vital prognosis and living prognosis. To control the progression of the disease, it is necessary to prevent the worsening of the disease, avoiding incidents causing acute exacerbation. However, the rate at which chronic heart failure patients are re-hospitalized owing to incidents of acute exacerbation is currently high. The objective of most studies and practical reports on this topic is improving insufficient self-management, which has been identified as a cause of re-hospitalization. However, it is clear that chronic heart failure patients choose methods of convalescence that fit within their personal lifestyles so that they can maintain their way of life and values. Thus, coordination of the activities of daily life is a type of care practice that allows chronic heart failure patients to live their own lifestyles without causing worsening of their disease. Indeed, caring for chronic heart failure patients requires nursing that understands the care practices that coordinate the daily life of each patient is just one lifestyle amongst a wide variety of lifestyles.

The objective of this study was to elucidate methods of coordinating the activities of daily life practiced by chronic heart failure patients.

Theoretical background

The present study is based on H. Dreyfus's interpretation of Heidegger's phenomenological view of humans. Heidegger considered humans to be beings dwelling within the world, who are constantly placed into situations. They are embedded within the "everydayness" provided by the culture and "customs." The state of general, average beings who undoubtedly exist is termed "das man," and the being who continually questions his own existence because of some experience is termed "dasein." The state of existing in the present is

transformed into “the there” as a result of care, and a person in this situation exists in the world with “anticipatory resoluteness” (Vorlaufende Entschlossenheit zum Tode). Dreyfus understood the practice of care in the world in which humans live to be a skill, and he interpreted Heidegger’s phenomenology as “the phenomenology of everyday coping skill.”

The present study is an interpretation of how chronic heart failure patients, who are “beings,” exist within everydayness and how they practice care while existing in this everydayness.

Definition of terms

“Coordinating with the activities of chronic heart failure patients” is defined as follows: chronic heart failure patients expend the energy that is limited by their reduced cardiac function and heart failure symptoms as they engage in the activities of their daily lives. They also temporarily cease these activities as well as activities that put a load on their hearts, in an attempt to recover and store the energy that they have expended. In doing this, they recover from their physical and mental fatigue and gain peace of mind, which allows them to resume and continue their daily life activities.

Methods

The subjects in this study were chronic heart failure patients whose disease was categorized as stage B or C according to the ACC/AHA heart failure guidelines, who had not been re-hospitalized during the previous year because of worsening of their heart failure, and who were able to independently engage in the activities of daily life. Another condition was the ability to verbally communicate for approximately sixty continuous minutes about their lifestyle. The study participants were those patients whose consent to participate in the study was obtained. They were requested to be interviewed twice and for their activity level to be measured using an activity level analysis system. The first interview was a semi-structured interview that focused on the activities of daily life, which the study participants were aware of, and the coordination of these activities. The participants were requested to measure their activity level over an approximately three-day period between the two interviews. The second interview focused on their actual activities while the interviewer reviewed their minute-by-minute walking activity levels and metabolic equivalents which had been converted into a graph form. Additional interviews were subsequently conducted as necessary. In addition, the study participants’ basic characteristics and items that influenced their activities were recorded. These included health-related QOL (SF-8), a physical activity ability questionnaire (SAS), the history of the

current disease, hospitalization history, general medical history, treatment details, and data pertaining to cardiac function.

The interview data and activity level analyses were the main analyzed results used. These were interpreted using P. Benner's interpretative phenomenology. The following five indices were used as indices of commonality: everydayness, temporality, practice, affectedness, and concern. After assessing each study participant, themes were extracted by checking for commonality among the 24 study participants and these were classified into paradigm cases and exemplars.

Ethical consideration

This study was conducted after I acquired the approval of the research ethics committee of the Research Institute of Nursing Care for People and Community, College of Nursing Art and Science, University of Hyogo, and the approval of the ethical committee of the institutions I asked to participate in this study only in the case that approval was required by the institutions.

Results and discussion

1. We analyzed the texts of the 24 study participants. Their average age was 66.4 (range: 30–85; median: 65.5). Eighteen were male and six were female. The diseases causing their heart failure were ischemic heart disease (n = 8), cardiomyopathy (n = 9), valvular disease (n = 3), and arrhythmia (n = 4). Eight participants were using treatments other than pharmacotherapy, such as devices or CPAP. Twenty participants were in stage C and most showed some symptoms of heart failure. Disease duration was a median 54.5 months. For most patients onset of disease occurred 3 to 5 years prior, but some patients had been suffering from heart failure for thirty or more years. The average for SF-8 items was nearly the same as NBS, but items other than general health, mental health, and emotional state showed a wide variation in the scores. Chronic heart failure patients are said to have reduced QOL, but the health-related QOL scores of participants in the present study were the same as NBS. This is likely due to the fact that subjects were restricted only to those patients who had not experienced re-hospitalization within the past year caused by the worsening of their heart failure and that these chronic heart failure patients were able to live relatively stable daily lives.
2. We extracted 10 themes related to coordinating the daily activities of chronic heart failure patients: confirmation of heart normality; reframing of usuality in accordance with the change in body function; remaining

within the range of performable activities; reducing the range of activities; engaging in activities that exercise the diseased heart; setting aside time to rest the heart; continuously engaging in activities that maintain usuality; resting the body to maintain everydayness; maintaining the conventional way of existing; and reframing of the conventional way of existing. In addition, the form of practice in coordinating the daily activities of chronic heart failure patients was identified as the following: “the way the chronic heart failure patient can survive the situation he or she was put into while using the physical functions he or she still has to maintain usuality, while at the same time alternately resting and exercising the diseased heart.” This then led us to identify the central significance in coordinating activities as “maintaining what is normal to oneself while making changes as necessary.”

3. Coordinating the daily activities of chronic heart failure patients is designed to maintain usuality. Usuality is the lifestyle and way of living developed over the course of the life of each person that is unique to each individual and a way of being that is understood by both the person himself and others as being unique to that person. Ways of coordinating activities such as reframing of usuality in accordance with the new body, continuously engaging in activities that maintain usuality, resting the body to maintain everydayness, and being within a way of living are strongly related to the maintenance of usuality. In this background of coordinating activities to maintain usuality, chronic heart failure patients derive meaning from the culture and “customs” within which they live. Moreover, by coordinating the activities they perform using the body that has thus taken on a “common” meaning, they maintain their former concept of self and thus accept the physical limitations imposed by the chronic heart failure. In addition, the fact that they can perform activities using the skills they are still able to successfully perform within their daily lives is another reason to maintain this usuality.
4. Coordinating the daily activities of chronic heart failure patients is a mechanism of circulating energy. Chronic heart failure patients regard their diseased heart not as something that may stop functioning at any time but rather as something at hand that has normality and possibility. In addition, exercising their hearts by exercising their bodies through engaging in activities improves their circulation and alleviates their symptoms. By not only exercising but also resting, they create a balance between exercise and rest, which promotes circulation. Moreover, resting

their hearts by resting their bodies is related to time spent engaging in daily activities that they used to perform before the disease onset. This then circulates the psychological energy of peace of mind and well-being that they derive from sensing that their lives have not changed, allowing them to function after a diagnosis of chronic heart failure.

目次

第 I 章 序文	1
第 1 節 研究の背景	1
I. 慢性心不全患者の特徴	1
II. 先行研究	1
1. 慢性心不全の疫学的調査	1
2. 慢性心不全患者の自己管理能力と行動変容に関する調査	2
3. 慢性心不全患者の療養行動に関する研究	2
III. 研究課題の明確化	3
1. 心不全患者が自己管理を行うことの困難さ	4
2. なぜ生活に焦点を当ててるのか	5
3. 活動と関連した『休息』の検討	5
4. なぜ活動の調整に注目したのか	6
第 2 節 研究目的	6
第 3 節 用語の定義	7
第 II 章 文献検討	8
第 1 節 心不全管理と運動療法、および活動	8
第 2 節 心不全患者の活動と休息に関連する国内・国外の研究動向及び位置 づけ	8
第 3 節 心不全管理と休息	9
I. 休息の概念分析	9
II. 慢性心不全患者の活動と休息のバランスに関する研究	11
第 4 節 ハイデガーの存在論における日常的振る舞い	11
第 III 章 研究方法	14
第 1 節 研究デザイン	14
第 2 節 理論的前提	14
第 3 節 対象	14
第 4 節 データ収集	15
I. デモグラフィックデータ	15
1. 年齢・性別・家族構成	16
2. 原疾患	16
3. 病歴・入院歴	16

4. 治療内容	16
5. 心機能(左室駆出率(Left Ventricle Ejection Fraction;LVEF)、左室内径短縮率(Fractional Shortning;FS)等)	16
6. 血漿脳性ナトリウム利尿ペプチド値(Brain Natriuretic Peptide; BNP)	17
7. 身体活動能力質問表(Specific Activity Scale:SAS)	17
8. SF-8(Short-Form-8 Health Survey TM スタンダード、日本語版(以下 SF-8))	19
II. インタビュー	20
1. インタビュー内容と方法	20
2. インタビューアーとしての研究者のあり方	21
3. インタビューにおける正当性の確保	22
第5節 データの分析	23
I. データ分析・解釈のプロセス	24
1. 心不全患者が日常生活の中で行っている活動の調整の仕方を明らかにする。	24
2. 行われていた活動の調整の意味に着目し、活動の調整の代表的事例を明らかにする。	24
3. テーマや代表的事例を繰り返し分析しながら、範例を明らかにする。	24
II. データ分析における正当性と妥当性の確保	24
第6節 倫理的配慮	25
第IV章 結果	27
第1節 結果の概要	27
I. 研究協力者の概要	27
1. データ収集	27
2. 研究協力者の疾患・治療的背景	27
3. 研究協力者の健康関連 QOL	29
II. データ分析・解釈のプロセスとテーマ	30
1. ハイデガーの現象学的存在論からの解釈の視点	31
2. 分析・解釈のプロセス	33
3. 「慢性心不全患者の日常生活における活動の調整」の10のテーマ	35
第2節 心臓の正常性を証明する	36
I. 範例; E氏	36
1. 背景	36
2. 発症前と変わらない日常を営む	36
3. 楽しく生きておく	37
4. 心臓が正常に動いている感覚	38
5. 解釈的説明:不全な心臓で正常な生活を営む	38

6. 解釈的説明:今ならできるところをしておく.....	39
II. 代表的事例;<自分の意志でコントロールできる趣味を始める>(C氏).....	40
1. 背景.....	40
2. コンペアーの流れに合わせる.....	41
3. 趣味だと言える趣味を持つ.....	41
4. 解釈的説明:自分の意志でコントロールできる趣味を始める.....	42
III. 代表的事例;<大丈夫と信じてしなければならないことをし続ける>(F氏).....	43
1. 背景.....	43
2. 安定して過ごせるパターンを崩さないように守る.....	43
3. 解釈的説明;自立した生活が崩れないように守る.....	44
IV. 【心臓の正常性を証明する】という活動の調整の意味.....	45
第3節 新たな身体に合わせて通常性を修復する.....	46
I. 範例;X氏.....	46
1. 背景.....	46
2. 長年不摂生をしてきた結果の身体.....	46
3. 傷めてしまった身体に見合った活動を模索する.....	47
4. 新たな身体を感じる.....	48
5. 解釈的説明:新たな身体で生活するための通常性を立て直す.....	49
6. 解釈的説明:長年不摂生をしてきた身体の来歴としての生活を整える.....	50
II. 代表的事例;<崩した健康のバランスを修復する>(D氏).....	51
1. 背景.....	51
2. 目標を決めて課題に取り組む.....	51
3. 不健康な生活の流れを断ち切った生活.....	52
4. 解釈的説明;いつでも働くことができる身体に修復する.....	53
5. 解釈的説明;不健康な生活習慣を断ち切って復調するための生活習慣に作り替える.....	54
III. 代表的事例;<座っていたり体を動かしたりする時間を作る>(K氏).....	54
1. 背景.....	54
2. 座っている時間を作る.....	55
3. やりたいことを気兼ねなくする時間を作る.....	56
4. 解釈的説明;座っていたり体を動かしたりする時間を作る.....	56
IV. 【新たな身体に合わせて通常性を修復する】という活動の調整の意味.....	57
第4節 活動できる範囲に^{とど}止める.....	58
I. 範例;L氏.....	58
1. 背景.....	58
2. しんどいことから遠ざかる.....	58
3. 試しながらもとのように戻す.....	58
4. 解釈的説明;活動の範囲を伸縮させる.....	59

II. 代表的事例；＜違和感を覚えない範囲に収める＞（S氏）	60
1. 背景	60
2. 負荷を違和感として感じる	60
3. もうここまでというラインを越えない	61
4. 解釈的説明；しすぎないようにやめておく	62
III. 代表的事例；＜気張っていない活動強度に ^{とど} める＞（R氏）	62
1. 背景	62
2. 衰えていない部分を残すために歩く	63
3. 負担をかけない方法を選んで歩く	63
4. 解釈的説明；再手術を受けるまでの間をもたせる	64
IV. 代表的事例；＜自分の心臓の調子に合わせて控えたりやめたり選んだりする＞（B氏）	65
1. 背景	65
2. 身に沁みつけた休み方に任せる	65
3. 解釈的説明；調子よくいる	66
V. 【活動できる範囲に ^{とど} める】という活動の調整の意味	66
第5節 活動の範囲を狭める	68
I. 範例；G氏	68
1. 背景	68
2. 眠れるほど疲れきるまでやめない	68
3. アンコントロールな身体をもたせる	69
4. いつ倒れるかわからない身体、限度を超えない範囲	69
5. 解釈的説明：アンコントロールな状況の中に住まう	71
6. 解釈的説明：悪化しないと思える活動の範囲を狭める	71
II. 代表的事例；＜制限のある身体が楽で安全な活動の範囲に狭める＞（T氏）	72
1. 背景	72
2. 動かない体と動けない身体	73
3. 突然死するかもしれない不安と安全な範囲	73
4. 解釈的説明；動けない身体で動ける範囲のこしらえをする	75
5. 解釈的説明；制限のある身体が楽で安全な活動の範囲に狭める	75
III. 代表的事例；＜生活の範囲を一定に守る＞（O氏）	76
1. 背景	76
2. 負担をかわしつつ毎日を送る	77
3. 生活をしてきた範囲とできる範囲	78
4. 解釈的説明；生活の範囲を一定に守る	79
IV. 代表的事例；＜農業を続けられるように規模を縮小する＞（A氏）	80
1. 背景	80

2. 百姓として農業を営む	81
3. 解釈的説明;百姓としていられる範囲に規模を縮小する	81
V. 【活動の範囲を狭める】という活動の調整の意味	82
第6節 不全になった心臓を動かす手立てをとる	84
I. 範例;M氏	84
1. 背景	84
2. 病気が病気をこしらえたことで調子の悪さを感じる	84
3. 動くことに意識をめぐらせる	84
4. 解釈的説明:動いていたころの活動の仕方をなぞる.....	85
5. 解釈的説明:動かなくならないように動かす	86
II. 代表的事例;<身体を動かす労さをし続ける>(N氏)	87
1. 背景	87
2. 動きすぎないように気を付けて身体を動かす.....	87
3. 解釈的説明;体を動かすことを続けて血液の循環に働きかける	88
III. 代表的事例;<動くことで調子が良いと感じるリズムに乗せる>(S氏)	88
1. 背景	88
2. 体調を予測し安定できるリズム	89
3. 解釈学的説明;動くことで体調を捉え、動くことで調子の良いリズムに乗せる.....	89
IV. 【不全になった心臓を動かす手立てをとる】という活動の調整の意味	90
第7節 心臓を休める時間を持つ	91
I. 範例;H氏	91
1. 背景	91
2. 主婦である生活の仕方を模索する.....	91
3. 自分の居場所を守るために歩き続ける	92
4. 力が抜ける時間を持つ	93
5. 解釈的説明:自分の示し方を模索する.....	93
6. 解釈的説明:自分らしく存在する時間を持つ.....	94
II. 代表的事例;<気分がいい時間を過ごす>(A氏)	95
1. 背景	95
2. なんのいい目もない日々を過ごす	95
3. 解釈的説明;本来の自分に戻る時間を持つ	96
III. 【心臓を休める時間を持つ】という活動の調整の意味	96
第8節 通常性を保つためにし続ける	98
I. 範例;A氏	98
1. 背景	98
2. 合わせるものとしての農業.....	98
3. 農業をし続ける	99
4. 解釈的説明:百姓としての習慣に従って生活する	99

II. 代表的事例；〈仕事はし続ける〉(L氏)	100
1. 背景	100
2. 仕事は変えることなく続ける	101
3. 解釈的説明；自分のリズムを崩さない	101
III. 代表的事例；〈身に馴染んだ生活のパターンを続ける〉(P氏)	102
1. 背景	102
2. 毎日外出する生活を続ける	102
3. 解釈的説明；会社員の頃からのパターンを崩さないで生活する	103
IV. 代表的事例；〈規則正しく整えて立ち続ける〉(I氏)	104
1. 背景	104
2. 活動に強弱をつけて自分でやる	104
3. 解釈的説明；いつも通りにし続けることで加齢による変化に対応する	106
V. 代表的事例；〈長年の職場で仕事をし続ける〉(V氏)	106
1. 背景	106
2. 仕事にはまって仕事をし続ける	107
3. しんどい状況に身体が癖づく	108
4. 解釈的説明；心不全を持ちながら働く技能を熟練させる	108
VI. 【通常性を保つためにし続ける】と言う活動の調整の意味	109
第9節 日常性を保つために身を休める	111
I. 範例；O氏	111
1. 背景	111
2. 動き続ける毎日	111
3. 調子を捉えて座る時間を作る	112
4. 解釈的説明；動き続けるために座る時間を作る	112
II. 代表的事例；〈何もしない時間をつくる〉(T氏)	113
1. 背景	113
2. 転んでじっとしている時間	113
3. 解釈的説明；構えを作って何もしない時間をつくる	114
III. 代表的事例；〈積み重ねた負荷をリセットするために休む時間をつくる〉(U氏)	115
1. 背景	115
2. 妻として夫を介護する	115
3. 解釈的説明；疲れ果てない介護者として夫との生活を成り立たせる	116
IV. 代表的事例；〈動かない身体や動きにくい心臓が動くように休める〉(M氏)	117
1. 背景	117
2. 動き続けることができない身体	118
3. 解釈的説明；動きにくい心臓が動くように休む時間を入れる	118
V. 代表的事例；〈動いた身体を休める〉(N氏)	119
1. 背景	119

2. “あかん”体で“あかん”活動を続ける	119
3. 解釈的説明;“あかん”活動でかかった負担から調子を戻すために休む ...	120
VI. 代表的事例;〈疲労から回復するために休む時間をつくる〉(Q氏).....	120
1. 背景	120
2. もたせなければ戻ってしまう身体	120
3. 解釈的説明;何も無い状態で維持するために体を休める.....	122
VII. 【日常性を保つために身を休める】という活動の調整の意味	122
第10節 住まい方の中にいる	124
I. 範例;J氏	124
1. 背景	124
2. しなければならないことをする	124
3. しないことで生まれたエネルギーで楽しむ	124
4. 解釈的説明:主婦としての明るみに住もう	125
5. 解釈的説明:家事をなす道具としての身体	125
6. 解釈的説明:人に任せてしないという事をする	126
II. 代表的事例;〈妻のペースに合わせる〉(Y氏)	126
1. 背景	126
2. クレーンと一体となった身体で船を造る.....	127
3. クレーンから離れた身体と新しいペースメーカー	127
4. 解釈的説明:ペースメーカーのすり替え	128
III. 【住まい方の中にいる】という活動の調整の意味	129
第11節 住まい方を作り直す	131
I. 範例;Q氏	131
1. 背景	131
2. 管理人として生活する	131
3. もたせなければ戻ってしまう身体	132
4. もたせるためにできることをしてみる.....	133
5. 解釈的説明;無理をしない生活の仕方に整える.....	134
II. 代表的事例;〈夫とのかかわりをし直し自分の日常性を整える〉(U氏)	134
1. 背景	134
2. 夫の介護者として無我夢中で介護をする.....	135
3. 疲れ切って休息を必要としている身体	135
4. 介護をしないでもよい時間を作る	136
5. 解釈的説明;心不全を持った介護者としての介護の仕方に整える.....	137
III. 【住まい方を作り直す】という活動の調整の意味	138
第V章 考察	139
第1節 慢性心不全患者の日常生活における活動の調整	139
I. 通常であるための活動の調整	139

1. 慣習的な意味を帯びた身体で活動すること.....	140
2. 習慣の中で獲得した技能を用いること.....	143
II. 循環させるための活動の調整.....	146
1. 不全になった心臓の持つ意味.....	148
2. 活動とエネルギー.....	151
3. 身体を動かすことで心臓を動かす.....	154
4. 身体を休めて心臓を休める.....	155
第2節 看護への示唆と研究の限界.....	157
I. 看護実践への示唆.....	157
1. 通常性を保つことの支援と埋もれている技能の発掘.....	158
2. 通常性を維持するための心臓リハビリテーションと多職種連携.....	161
3. 活動を可視化することの効果と有用性.....	162
II. 研究の限界.....	164
第VI章 結論.....	167
謝辞.....	170
引用文献.....	173

図表目次

表 1 身体能力質問表(SAS)(和泉ほか, 2006, p.37 一部改変).....	18
表 2 New York Heart Association 心機能分類 (和泉ほか, 2006, p.36 一部改変)	19
表 3 データ収集スケジュール.....	22
表 4 研究協力者の属性.....	28
表 5 研究協力者の心機能とステージ分類.....	29
表 6 10 のテーマと範例・代表的事例.....	35
図 1 活動量測定結果の提示例.....	22
図 2 SF-8 得点分布.....	30

第 I 章 序文

第 1 節 研究の背景

I. 慢性心不全患者の特徴

慢性心不全は、コントロールが困難な慢性疾患の一つと言われている。慢性心不全とは、『慢性の心筋障害により、心臓のポンプ機能が低下し、末梢主要臓器の酸素需要量に見合うだけの血液量を絶対的また相対的に拍出できない状態であり、肺または体静脈系にうっ血をきたし生活機能に障害を生じた病態』（日本循環器学会,2013a,p.2）であり、様々なリスクファクターから心疾患を発症し、心不全から最終的には死に至る。主な症状は、運動耐容量の低下、浮腫、全身倦怠感などであり、これらの症状は非特異的で多様な症状を呈する。また、呼吸困難感や運動耐容能の低下といった症状は患者の Quality of life (以下 QOL)を著しく低下させ、致死的不整脈による突然死の頻度も高いことから、生活予後・生命予後共に極めて悪い (和泉, 筒井, 2006)ことが特徴である。さらに、うつもしくはうつ症状の合併率や再入院率について、他の慢性疾患と比較して高い (Gottlieb,Khatta,Friedmann,Einbinder, Kazen,et al., 2004)という特徴があり、うつなどの精神的状態は患者の QOL や自己管理、生命予後に影響する (辻村, 尾崎, 2004)ことが明らかになっている。また慢性心不全患者は、症状の影響や入院を繰り返すことで社会的に孤立しやすく、社会的孤立が患者の自己管理の不徹底やうつなどの精神的症状の発生に大きく影響する (Makaya, Chishaki, Takeshita, Kato, & Tsutsui, 2009)とされる。これらのことから、慢性心不全患者はコントロールが困難な症状を抱えており、その症状によって身体的、精神的に QOL が低下しやすく社会的に孤立しやすいこと、社会的な孤立は、患者の QOL をさらに低下させるだけでなく、うつや自己管理不足を誘発し増悪による再入院につながるといった悪循環があり、生活予後や生命予後が不良になるといった特徴を持っている。

II. 先行研究

1. 慢性心不全の疫学的調査

2005 年、American College of Cardiology /American Heart Association (以下 ACC/AHA)は慢性心不全のステージ分類を提示 (Hunt, Abraham, Chin, Feldman, Francis, et al., 2005)し、心不全発症のハイリスク状態である StageA から難治性となり心移植などの治療を必要とする StageD へと不可逆的に移行する進行性の症候として位置付けた。このステージは、心不全のベースとなる疾患の発症、その進行に伴う心機能の低下や加齢に伴う心機能低下、そして心不全症状の出現と治療への抵抗性の出現によって進行していく。そして近年の高齢化や循環器治療の進歩、生活習慣の変化に伴う生活習慣病とその予備軍の増加などにより、StageC 以降の有症候性心不全患者は年々増加の一途をたどっており、循環器疾患に関する治療費の増加、介護費用の増加など、もはや社会問題の一つとも言われている (和泉ほか, 2006; 芝, 下川 2010)。また、ステージの進行による心不全症状の出現や活動耐容能の低下は患者の QOL を著しく低下させ、社会的な孤立、うつの発症につながるなど、患者の生活予後にも大きく影響する (Makaya, et al, 2009;Makaya, Tsutsui, Chishaki & Takeshita,

2006;眞嶋, 寺町, 小沼, 木村, 笠貫, 2003)。そのため、治療は症状の緩和と心不全の進行の予防であり、ステージや症状にあった治療法の選択と自己管理能力の向上が焦点になっている(和泉ほか, 2006)。一方、慢性心不全患者の再入院率の高さは他の慢性疾患患者と比べても高く、退院後 6 か月以内で 27%、1 年以内では 35% が、心不全の増悪により再入院することが明らかとなっている。その原因としては、塩分・水分制限の不徹底(33%)、感染症(20%)、過労(12%)、服薬の不徹底(11%)、身体的・精神的ストレス(5%) などであり、多くは患者の自己管理の不十分さが原因となっている(眞茅, 筒井, 2005)。そのため、セルフケアやセルフマネジメントなどの視点から、患者の自己管理能力を高め、行動変容を導くことを目的とした研究が多くおこなわれている(上泉, 1985;岩本, 1998;大津, 森山, 2008b;閨, 2008;志賀ほか, 2010)。

2. 慢性心不全患者の自己管理能力と行動変容に関する調査

大津(2011)は、セルフマネジメントプログラムにおける知識提供と実践スキルの指導によって、セルフケア能力や QOL が向上し、在宅期間が延長することを明らかにしており、特に基礎疾患の管理や病態の基礎知識の多いものは、少ないものに比べて Brain Natriuretic Peptide(以下 BNP)値が低いことを明らかにした(大津ほか, 2008b)。また、患者自らがセルフケアのアセスメントを行い、不足するセルフケアを補うケアによって、行動変容につながることも明らかになっている(乾, 西田, 三木, 羽馬, 2009)。更に、多職種による包括的で継続的な介入は、自己管理能力や QOL が向上する(眞茅, 筒井, 2009)ことも明らかであり、患者の自己管理能力を高め、増悪による再入院を回避するための様々な視点や介入への示唆は多くみられる。その反面、慢性疾患患者を対象に行ったセルフマネジメントプログラムの効果を、医学的指標によって評価した研究(Park, et al., 2010)では、糖尿病とリウマチ疾患患者については劇的な効果が確認されたが、心疾患患者やアレルギー性疾患患者については若干の効果は認められるものの1年後には効果が確認できないと指摘されており、コクランライブラリーにおける慢性疾患患者へのセルフマネジメントアプローチに関するレビュー(Foster, Taylor, Eldridge, Ramsay & Griffiths 2009)でも、継続性と継続性を高めるアプローチについては疑問が投げかけられている。

3. 慢性心不全患者の療養行動に関する研究

自己管理や行動変容といった視点で患者の行動を捉えたとき、コンプライアンスの良し悪しやアドヒアランスに着目される。心臓という臓器の特徴から、患者に求められる自己管理は多く生活全般にわたる。そうした多くの療養行動を、患者の様々な生活のありようの中で、そのとおりに実践することは困難である。患者は「どうやったらいいのかわからなくて、退院した時は本当に困りました。」「先生がこうと言われたことをできたらいいんやけど、そんなんばっかりもやっつけられへん。どないしようって。」と、退院後に直面する生活と指導内容とのギャップに戸惑うことも多い。しかし、「できるようにしかできんですよね。家族をつきあわせるんもかわいそうなし。」「だましましいうか、サボりながらいうか、休み休みやないと続かんですわ。」というように、指導された通りにはしなくてもその人なりの療養のやり方を見つけて実践している。しかし、こうした“サボりながら”や“で

きるようにしかできない”といった状況は、概ね自己判断やノンコンプライアンスとして捉えられ、改善が必要なポイントとみなされる。研究者が行った日常生活の中で生じる心不全増悪のリスクを回避するために行われているセルフマネジメントを明らかにした先行研究（佐佐木，2011）では、療養法が状況に合わせて調整可能な生活の部分にかかわるとき、患者は新しい療養法を生活になじませるように工夫し、生活の中に療養を組み込んでいた。しかし、患者の生活の中心をなすような変えられない生活の部分に関する療養法の場合には、療養法を変えたり取り入れようとして試みてはみるものの生活の調整が困難であり、向かないものとしてあきらめたり、効果がないとわかってはいても調整可能であったこれまでの療養法を今の状態に合わせて続けるというマネジメントを行っていた。そうすることで、自分の生活を守りつつ、指示通りにはできなくても悪化させないようにバランスをとって療養を行っていることが示された。また山下，増島，眞嶋（2011）は、慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整について9つのカテゴリーを示し、症状悪化しないことを優先する生活様式に変更したり、症状悪化しないことが第一優先であると意識を変えたりということをしながらも、自分を取り巻く状況を考慮した結果、心負荷となる行動をやむを得ず行ったり、心負荷とわかっているが自分の価値観を優先したいので負荷となる行動をとったりというように、患者は同時に複数の調整を行いながら生活しているとした。そしてその人個人の生活のあり方や価値観のありようを保ちながら、調整する対象に合わせて、調整の仕方を変えていることを明らかにした。

Ⅲ．研究課題の明確化

< 範例 >

心臓をいたわるためにと言うか、私がしているのはボーリングですね。もうこれのために言うてもいいくらい。20年前に、心筋梗塞の時ね。先生に生きようと思うんだったらやめた方がいいと言われたんだけど、それはできなくてね。心臓のことはこの20年、先生の言い方もだいぶ変わったんです。最初は心臓の壁が弱くなっている、しばらくして大部分が線維化してきていると。最近では石灰化してきていると言われる。繊維はほら、まだ伸び縮みする。でも石灰と言ったら石でしょ？伸び縮みはしないよね。それはともかく、心臓が動かなくなってきたということだろうと思うんです。でも、ボーリングはやめられない。だから、仕事を変えて休みをとりやすいようにしてね。昔は毎日30ゲームは練習していたけど、さすがにそれは無理だろうから、今は10ゲームまで。毎月大会に出て、もうセミプロだったけど、私の心臓にはシニアがあつてだろうからリーグも人より早くシニアに移って、大会は3か月か4か月に1回くらいにしてね。大会の時は、足に力が入らなくなるからβブロッカーは飲まないんです。ボーリングは足がしっかりしてないと。それから集中力が切れるから利尿剤もね、前日から飲まない。それでうまく勝ち上がれば多ければ60ゲームくらいになるのかな。大会の後は3日は仕事もできないけど、それはもう覚悟の上でね。家でのおんぴり電球替えたりして。こんなこと看護師さん前にして大きな声で言ったらだめだろうけど、でもこれがあるから生きているようなものだから。最初は加減がわからなくて、何回か入院したこともあったけど、ここ10年くらいは入院してないですよ。無理はしません。仲間も知ってるから無理もさせないし、気もつかっている。順調、いや、快調。快調だね。ボーリングをしていない自分は考えられない。一時、やめないといけないんじゃないかと思った

こともあったけど、できるから。石灰なんてもろい石でできている心臓だけど、できないことはないからね。(60代男性)

この男性は左室駆出率も低く、おそらく運動を控え服薬を的確に行うことで心負荷を除き心不全の増悪を予防する、一般的な生活に関する指導を受けていたはずである。しかし退院後の男性の生活をきくと、とにかくボーリングを続けることが患者の生活の調整の主軸となっている。表現の仕方は特徴的であるが、自らの心臓の状態は正しく把握できているにもかかわらず、左室駆出率を考えると過剰とも思える運動を続け、大会の時だけとはいえもっとも負荷がかかる時に服薬をやめ、その結果大会の後は仕事や練習もできない状況がある現状を、快調と表現している。そして確かに心不全の増悪による再入院歴はなく、とても生き生きと自らの生活を語っている。運動負荷の管理や服薬の管理ができていないにもかかわらず、なぜこの男性は心不全を増悪させることなく過ごしているのだろうか。

この状況について、この男性のように活動を行ったとしても、活動に見合う休息を取ることで負荷のバランスを保っているのではないかと考え、休息について検討した。休息について概念分析を行う中で、休息は活動をしていない安静の時間と言うだけではなく、あえて負荷をかけることで得られる休息もあることが明らかとなった。そのため休息とは活動の対になるものではなく活動の一つのレベルであると考えられた。そして活動とは単に身体的で意図的な活動ではなく、慢性心不全患者が生活を行う中で意識的、無意識的に行っている生活に伴う活動であると考えられた。男性の語りの中の生活の活動は、ボーリングという運動を中心に語られたものであった。しかし、ボーリングを続けるために行っている生活上の活動の調整があるのではないかと考え、その生活における活動の調整について知ることが、この男性に起こっていた状況を理解することにつながると考えた。

1. 心不全患者が自己管理を行うことの困難さ

慢性心不全は、自己管理を行うことで増悪を防ぎ、進行を予防することができる病態である。にもかかわらず、慢性心不全は再入院率が高い（眞茅ほか，2005）ことが知られており患者数も年々増加している。慢性心不全患者が再入院を繰り返す要因として、塩分・水分制限の不徹底、服薬管理の不徹底などの自己管理の不足によるものが多い（眞茅ほか，2005）とされている。自己管理を行うことは必要ではあるが、実施が困難である理由として3点が考えられる。第1に心臓の代償機能によって負荷の程度の判断ができにくい点である。心臓には代償機能があるため、避けた方がよいと指導を受けている活動であっても「やってみたらできたから」「大丈夫だと思ったから」と、気にとめていなかった負荷の積み重ねが、過労として病状の増悪につながる。こうした負荷の蓄積が及ぼす心不全への影響を判断することは難しく、管理することには困難が伴う。第2に、日常生活における活動が持つ自動化された側面によって、意識に上らない活動が多い点である。慢性心不全患者が症状を増悪させることなく療養を行うためには、飲食、服薬、活動やストレス管理など、日常生活全般の変更が必要とされる。しかし、日常生活はそれまでの生活の中で積み重ねられ、日常的に繰り返され、自動化された側面をもつ（中西，2004）ものであり、すべての日常生活における活動を意識して行っ

ているわけではない。無意識のうちに自動化されて行っている活動も多く、そのような日常生活を全般にわたって変更することも困難である。第 3 に、自己管理による日常生活の変更が自己概念に及ぼす影響である。入退院を繰り返す慢性心不全患者の病状増悪の体験とは、症状の進行と療養法の実行に伴い、それまでの生活の中で築いてきた自己価値を失い、そして新たな自己価値を見出して療養法とともに自らの生活に編みこんでいく体験（服部，前川，2010a）とされている。患者にとって心不全の進行と療養法の実践は、自らの自己概念が揺らぎ脅かされる体験である。自己概念とは、自らが自己を対象として把握した概念と定義され、日常生活の中で様々に影響を受けて形成される。心不全の進行に伴う活動耐容量の低下などの症状によって日常生活の変更が余儀なくされたり、進行を抑えるために日常生活を変更したりすることは、その人が形成してきた自己概念を揺るがすことにつながる。そのため自己管理をすることには困難が伴う。

2. なぜ生活に焦点を当てるのか

自己管理はその人の生活の中で行われている行動であり、生活そのものである。慢性心不全患者においても、心機能の低下によってこれまでの生活でできていたことができなくなる事に加え、自己管理で生じる制限によってこれまでの生活ができなくなることは何らかの負の影響を及ぼすのではないかと考えられた。生活の活動はその人をその人たらしめ、その人の自己概念を形成する大きな因子でもある。慢性心不全患者の自己管理は、低下した心機能でその生活を送るために、生活の活動を調整した結果であると考えられる。現在の日本では心不全に対する疾病管理の方法は確立されておらず、退院時や外来において、患者が自己管理を行えるように知識提供しながら行動変容に向けての支援を行っている現状がある。また、看護の研究においても、自己管理、セルフケア、セルフマネジメントといった、患者が自らの健康を管理する方法に焦点が当てられているものが多い。しかし、心身の健康を維持することは、単に自己管理行動がとれるということではない。糖尿病患者を対象にした研究では、HbA1c のコントロールと健康関連 QOL に負の相関を認め、自己管理に伴う様々な制限や、制限から来る閉塞感が QOL を下げている可能性が示唆されている（足立，2006）。そのため、患者の日常生活における活動の調整に焦点を当て、状況を明らかにすることで、従来の療養支援とは異なるアプローチにつながるのではないかと考えた。

人間は常にすでに状況のうちにおかれているもの（世界内存在）であり、その人の関心の在り様によって関係づけられた世界内に住み込む存在である（Heidegger, 1927/2003a）。そして生活とは心不全の療養も含め、その人の関心の在り様によって規定された世界の内での日常的な振る舞いである。その人がどのように関心を持っているのかによって振る舞いとしての生活も様々であり、慢性心不全は、慢性心不全患者の関心に共通した一部分ではあるが、それが関心の全てではない。本研究では、そうした関心によって規定された世界での振る舞いを生活としてとらえた。

3. 活動と関連した『休息』の検討

休息は活動の対になる言葉である。活動を調整するということは、活動と休息のバラ

ンスをとるといふことにつながるのではないかと考え、『休息』についての概念分析（佐佐木, 2012a）を行った。その結果、心不全患者の『休息』という概念は、「活動を一時的に中断したり、あえて負荷をかける活動を行ったりすることで、疲労からの回復やエネルギーの貯蓄を図り、心理的な安らぎを得たのちに、活動を再開するために行っている、主観的な行為」であった。これは単に活動をしていない状態、もしくは活動量が少ない状態を指すのではなく、休息のために行っている行為の強度や量が多かったとしても、患者自身が疲労からの回復を感じることができ、活動を継続することができる行為である、ということを示す。心不全患者は、制限をするという病いの仕事を遂行することで、社会生活や趣味・楽しみなどの仕事は制限されることが多い。こうした状況の中で、心不全患者は限られたエネルギーを適切に配分することで趣味や経済的な仕事を継続したり、心臓以外の健康を維持するための療養法を見出したりしている。心不全患者にとって、エネルギーが限られたものであるのならば、心身の疲労を回復し、活動のためのエネルギーを蓄える休息は、心不全患者が活動を継続するために必要な概念だと考えられる。本概念分析の結果から『休息』はひとつの活動の仕方であり、活動の継続を前提としていることから、活動の調整に着目する必要があると示された。

4. なぜ活動の調整に注目したのか

本研究の研究疑問は『心不全患者は日常生活の中で、どのように活動の調整を行っているのだろうか？』ということであった。慢性心不全患者が安寧で質の高い生活を送るためには疾患の進行を予防することが第一義的な目的になることは明らかであるが、患者にはその個人的な背景からどうしても療養法との調整が困難なその人の生活があり、そうした部分を理解することが、患者の療養支援には重要になることが考えられる。心不全などの内部障害は、障害の程度を視覚的に認識することが難しく、特に心不全では代償機能があることで負荷や不足が症状の増悪にすぐに反映されない。そうした状況の中で、活動を調整することには困難が予測される。生活のありようは人それぞれで、症状の増悪は心機能だけではなく腎機能を含めた様々な身体的要因が関連するため、共有しづらい個人的なものであることが多い。また、悪化の予防のために行っていることだけではなく、患者が生活するために行っていることも多く、生活する上で全てを悪化予防の立場で生活活動をしていけるわけではない。患者は心機能が低下したことで生じる様々な生きにくさや支障を持ちながら、自分の生活が行えるように腐心しており、心不全の増悪をきたすのも、生活との折り合いがつかなかった結果であるとも言える。そのため、悪化予防のために何をしているのかではなく、生活を送るために何をしているのかという、患者が現に生きぬいている体験そのものに注目する必要があるのではないかと考えられた。また、慢性心不全は再入院率が高く、コントロールが困難であるとはいえ、うまく調整し増悪することなく経過できている患者も多くいる。そうした実践の状況そのものを明らかにすることは、支援方法に何らかの方向性を示すはずと考えた。

第2節 研究目的

日常生活の調整は、慢性心不全患者が心不全を増悪させることなく自分の生活を送る

ための気遣いの実践であると捉える。多様な生活の中で行われている患者自身の日常生活の調整という気遣いの実践を理解することから、慢性心不全患者への新たなケアの方向性を見出したいと考える。

上記を踏まえ、本研究の目的は、『慢性心不全患者の実践である日常生活における活動の調整が、どのように行われているのかを明らかにすること』とした。

第3節 用語の定義

1. 日常生活における活動: 日常生活は、その人の関心や興味、社会、文化的な背景によって多様性があり、個人の背景的要因にそった日常生活のあり方が規定される。そのような日常生活の中で、動くことでエネルギーを消費したり、休むことでエネルギーを回復させたり、貯蓄したりすることを通して、意識的、無意識的に行っている有目的な行為を含む実践。(その人の住み込む世界における日常的振る舞い。)
2. 活動の調整: 知識や技能、道具を用いて、心不全を増悪させないように活動の内容や方法などを整えること。技能は習熟に伴って無意識的で直感的な側面を持つようになる。そのため、意識的、無意識的に行われているものも含む。(道具と技能によってなされるふるまいとしての自分自身へのかかわり、気遣い。)
3. 慢性心不全患者の活動の調整: 慢性心不全患者が、心機能の低下や心不全症状によって限られたエネルギーを、生活に伴う活動を行う中で消費し、また、活動を一次的に中断したり、あえて負荷をかける活動を行ったりすることで、消費したエネルギーの回復や貯蓄を図り、身体的・心理的な疲労からの回復や安らぎを得て、活動を再開し、継続するために行っていること。

第 II 章 文献検討

第 1 節 心不全管理と運動療法、および活動

2001年に、アメリカ心臓病学会およびアメリカ心臓病協会(ACC/AHA)は「成人における慢性心不全の診断と管理に関するガイドライン」(Hunt et al., 2001)を改定し、心不全症候群の発症・進展過程を4つのステージに分類し、それまでの対症療法だけではなく、発症予防、病態の進展抑制に重点を置いたガイドラインを発表した。さらに2005年には、心不全のリスク段階において、禁煙やメタボリックシンドロームのコントロールなどの予防的視点を強調した改定(Hunt, et al., 2005)が行われた。このガイドラインは、心不全を不可逆的な進行性の疾患と捉えており、心不全の発症前に適切な介入を行えば、病態の進行速度を抑制し、心不全の発症率および死亡率を減少させることができると考えるものである。その中で、治療・手技が有益であることについて証明されているエビデンスレベル Class I のガイドラインとして、心不全患者への運動療法があげられている。それまで心疾患への運動療法は、心筋梗塞後の心臓リハビリテーションが主であり、心不全への適応のエビデンスレベルは低いとされていた。しかし、このガイドラインでは、ステージCへの介入として運動療法のエビデンスレベルが上がっており、患者の生命予後・生活予後を向上させる効果が示されている。現在日本においても、慢性心不全患者への運動療法の効果に関する報告が盛んになされている。

これら報告されている運動療法は医療者監視下におけるリハビリテーションであり、慢性心不全患者が日常生活上行っている活動に伴う運動に関してはあまり注目されていない。むしろ、過活動に伴う心負荷が再入院の要因としてあげられており(後藤, 長井, 長沼, 高木, 結城, 2005)、退院指導時には制限すべき項目として考えられている。しかし、慢性心不全患者が生活を続けていく上で、職業や日常生活活動に関する活動の中には制限しにくい活動もある。日常生活に伴う活動は、活動強度から考えても多くは3METs以下の軽い運動である(運動所要量・運動指針の策定検討会, 2006)。場合によっては強い運動を伴うこともあるが、それは一時的であり、心臓の代償機能による代償が可能であることが多い。しかし、慢性心不全の急性増悪には、そのときは代償されて大きな負荷にならず見過ごしていたものの累積が誘因となることもある。

よって、慢性心不全患者にとって過負荷にならない範囲での活動を維持することは非常に有益であるが、負荷の程度を把握しにくい日常生活における活動は症状の増悪を招く要因になりうる。慢性心不全患者は心不全の増悪を避けるために、生活上必要な活動を行いながら、過剰な負荷や累積した負荷にならないように休息をとりながら、活動を調整する力が必要であることが考えられた。

第 2 節 心不全患者の活動と休息に関連する国内・国外の研究動向及び位置づけ

心不全は、高齢化や生活習慣病人口の増加に伴い今後も増加することが予測されている(和泉ほか, 2006)。心不全は増悪に伴う再入院が多いことが知られており、その主な原因である服薬、食事、水分管理に関して、セルフケアや自己管理を中心として研究されてきた。しかし、心不全患者に対する心臓リハビリテーションが提唱され、安静が必要な急性期の治療とは異なり、安定期においては運動を行うことで疾患のコントロールやQOLの

維持・向上に有効であることが明らかとなっている（上村，2011）。

心不全患者は他の慢性疾患と比較して QOL が著しく低いことも明らかとなっており、療養の中に運動を取り入れることは効果的だと言える。しかし、心臓リハビリテーションは、心電図などによる生体モニタリングを行いながら医療者の監視下で行う活動負荷であり、日常生活の中で行うことは難しい。また日常生活における活動については、過活動が心不全増悪の要因となっていることが明らかとなったり（後藤ほか，2005；大平，西田，大西，植松，2008）、必要以上の安静による活動耐容量減少が活動時の息切れを増大させ、QOL の低下につながることも明らかとなっている（大平，西田，2008；上村，2011）。よって心不全患者は、運動を取り入れながら活動と休息のバランスを保つことで、心不全の増悪予防、QOL の維持・向上が可能であると考えられる。

第 3 節 心不全管理と休息

医学中央雑誌（2005 年～2014 年）において、心不全、休息をキーワードに検索すると 17 文献検出される。そのうち 7 文献は、心臓の生理機能に関する基礎医学研究であり、休息は心臓のノンストレス状態を示す用語として用いられていた。10 文献は看護もしくはリハビリテーションに関する文献であった。そのうち 9 文献では、リハビリテーション中のインターバル、安静保持もしくは活動をしていない状態として休息を用いていた。日常生活において、心不全の増悪を予防するために活動と休息のバランスをとる場合、休息には単に安静にしていたり活動を行わない状態ではない側面があるのではないかと考え、休息の概念分析を行った（佐佐木，2012a）。

I. 休息の概念分析

慢性心不全は、活動耐容量の低下や浮腫などをはじめとする、非特異的な症状を呈する進行性の症候である。心機能の低下や増悪に伴い、労作時の息切れなど活動に伴う症状を感じることや、活動による心負荷が心不全の増悪因子となる。そのため、運動・活動や動作に、受動的・能動的な制限が生じる。よって患者は、必要な活動を行いつつも、その活動が負荷とならないような工夫を行って生活を営んでいる。これまでこうした活動に関する工夫は、“活動制限”や“運動制限”あるいは“安静の保持”というような、活動の抑制を想起させる言葉で表現されることが多かった。しかし、人が生活を営むとき、抑制することだけでは生活活動が十分行えない。退院を迎えた心不全患者は、生活上必要な活動と、入院中に行っていた指示・指導された活動との解離に直面し、負荷になるとわかりつつも生活を優先した行動をしたり、指示を守れないことに罪悪感を感じつつもあきらめたりしながら、生活の調整やセルフマネジメントを行っている。また、入退院を繰り返す慢性心不全患者は、その症状の体験の中で、様々なしんどさを抱えながら活動の調整法を編み出すといわれている。こうしたことから、活動の調整法とは、単に活動を抑制し、息切れなどの症状を回避することだけではなく、その人の生活を維持しつつ症状を回避する調整法であり、“制限”とは異なると考える。そこで“休息”という言葉に着目し、概念分析を行った。

概念分析の手法として、Wilson の概念分析の手順を、Walker らが修正・簡略化したもの（Walker & Avant, 2004/2008）を用いた。心不全患者における休息については先

行研究がない。そのため用法を丁寧に抽出し、各段階を行き来することで概念の特性や属性を繰り返し吟味できる（上村，2006）簡略版の使用が適切と考えた。分析の対象は、日本および海外の研究論文と、各種の辞書・辞典、看護系書籍とした。日本語では“休息”“心不全”を、海外文献では“Rest”“heart failure”をキーワードとして、医中誌 Web 及び CINAHL で文献の抽出を行った。医中誌 Web では、休息と心不全をキーワードに、抄録あり、原著論文でスクリーニングし検索したところ、8 件該当した。しかし看護に関する文献は見当たらなかったため、休息と心不全のキーワードのみで検索し、心不全患者を対象とした論文 9 件を抽出した。CINAHL では、rest and nursing and heart failure not anecdote の検索条件で 37 件該当し、研究対象が心不全患者ではないもの、医中誌 Web での検索結果と重複するものを除くと 28 件であった。

これらの分析対象での『休息』の用法の探索し、5 つの属性が見出された。1)心身の疲労を伴う活動や仕事を一時的に中断している状態であり、休息後には再び活動を開始する、2)休息は、心身の疲労がある状態からの回復を目指して行っている、3)休息は、活動を行うために必要な、心身のエネルギーを蓄えるために行っている、4)休息をとることで、その人の生活のリズムを保つことができる、5)休息は、活動のレベルの高低や心負荷の強弱ではなく、身体的活動を伴う休息もあり、その人本人が効果を感じることができるものである。

明らかとなった 5 つの属性を元に境界例、関連例、相反例、誤用例を検討した結果、休息には、①継続しなければならない活動が存在すること、②心身の疲労を察知することができること、③休息をとる必要を感じることができること、④現在の心身状況に合わせた休息の程度を知覚できること、⑤休息をとるために必要な環境（場所、時間など）が整っていること、⑥自分の心身に合った休息の方法を持っていることという 6 つの先行要件が存在し、休息の結果として、「適切なバランスで、休息をとることができ、活動を継続できる」「心身の疲労からの回復を知覚できる」の 2 つが明らかとなった。

以上のことから、心不全患者の『休息』という概念は、「心不全患者の休息は、活動を一時的に中断したり、あえて負荷をかける活動を行うことで、疲労からの回復やエネルギーの貯蓄を図り、心理的な安らぎを得たのちに、活動を再開するために行っている、主観的な行為」であり、単に活動をしていない状態、もしくは活動量が少ない状態を指すのではなく、休息のために行っている行為の強度や量が多かったとしても、患者自身が疲労からの回復を感じることができ、活動を継続することができる行為である、ということが示された。心不全患者に生じる制限をするという病いの仕事を遂行することで、社会生活や趣味・楽しみなどの仕事は制限されることが多い。こうした状況の中で、心不全患者は限られたエネルギーを適切に配分することで趣味や経済的な仕事を継続したり、心臓以外の健康を維持するための療養法を見出したりしている。心不全患者にとって、エネルギーが限られたものであるのならば、心身の疲労を回復し、活動のためのエネルギーを蓄える休息は、心不全患者が活動を継続するために必要な概念だと考えられた。本概念分析の結果から“休息”はひとつの活動の仕方であり、活動の継続を前提としていることから、活動の調整に着目する必要があることが示された。

II. 慢性心不全患者の活動と休息のバランスに関する研究

研究者が、5名の慢性心不全患者を対象に行った研究（佐佐木，2012b）では、慢性心不全患者は社会や家族の中での役割、家事や仕事などの労働、趣味や習慣に伴う活動、健康を保つための活動において、活動と休息のバランスをとろうとしていた。研究協力者らは、活動の継続時間や行う時間帯、行動や動作の仕方を変えることで、心負荷がかからない活動の仕方を選んだり、意図的に休む時間を一日の予定に組み込んだり、睡眠時間を調節したりすることで休息の時間をとることをしていた。特に社会や家族の中での役割を遂行する場合においては、自分の都合では動けないために活動量が多くなることもあるが、1日や数日、または月単位でバランスが取れるようにスケジュールを整えたり、体調に合った量になるように役割を部分的に委譲したり力加減を変えたりして、役割を果たすことによる充実感を感じながら過負荷にならない配慮をしていた。

しかし中には、強い疲労感を感じ今日はほとんど歩けないことがわかっても決まった時間に散歩に出かけ、いつもの行動をとることで調子のよい自分のリズムを崩さないようにしたり、毎日朝の散歩で坂道を駆け上がったたり、寝る前に強い運動をしてから布団に入ったりすることで、負荷をかけた心臓が徐々に収まっていくことや足や手が暖かくなるなどの正常な身体の変化を感じて、身体の正常性を確認したりしているということも明らかになった。これは治療的な視点から見ると不適切と思えるバランスのとり方ではあるが、患者にとっては調子がよいときに行えていることができることによって大丈夫であるという自信をもつことができたり、正常な自分の身体の反応を感じることで安心を得たりすることができ、心理的な安定が得られることにつながっていた。そのため、身体的には活動をしている状態ではあるが、心理的には自信や安心を得ることで心が安らぐという休息の状態であると考えられた。

また、活動量計で測定した METs と歩数の結果を提示したところ、対象者は何もしていないと思っていた時間に動いていることがわかり、「こうしようと思ったわけではないけれど、ずっとやっているからもう体にくせづいてしまった」「昔は意識してそうしていたけど最近はどう思わなくても体がそう動いている」という言葉が聴かれた。日常生活活動は、文化や慣習、社会的背景によって繰り返され、自動化された側面を持っている。慢性心不全患者の活動と休息においても、意識的に行われていることだけではなく、療養を続ける中で繰り返され自動化された活動や休息のとり方があることが考えられた。

以上のことから、慢性心不全患者の活動と休息のバランスは、天秤にかけるように行われているものではなく、自己概念や役割、症状などの身体状況、自信や安定、安らぎといった多面的なものであり、休息も含めて活動を調整することであると考えられた。また、意識に上らないものも含めてその人の生活のあり方と強く関係しており、生活の中での活動の調整方法に着目する必要性が示された。

第4節 ハイデガーの存在論における日常的振る舞い

Heidegger は人間を「現存在」と呼んでいる。「現存在」とは自己を現にそこにあるものとして自覚している存在であり、常に自分の存在について疑問を持ち、疑問を持ちながら自己解釈している存在者である。そして現存在が現存在として「その内で」「生活している」ところを「世界」と呼ぶ（Heidegger, 1927/2003a）。「世界」とは、事物が〇〇として存在して

いる一般世界において、「言語、伝統、および人間のそのほかの振る舞いの中で存在が了解されることによって開かれる明るみ」(Dreyfus, 1990/2000, p.42)のことである。つまり、人間は、自らの存在に注目しその意味を探求しようとする存在であり、探求を始めたときに言語や伝統、そして自分自身が一般世界に対して寄せている関心のありようによって照らし出された世界の中に住み込んでいる存在である。振る舞いとは世界の内では現存在が自分の存在について了解しようとする際に用いられている技能(practice)であり、「世界」の内では自分自身や物や他者へ向かう行為の様々な仕方(Dreyfus, 1990/2000)である。人間はすでに現にある規範の中で生い育つ際、〇〇であるものと適切に交渉するための、共有された準備態勢を引き受け発展させる。〇〇であるもの、道具を道具として用い、自己の存在を了解しようとすることは、技能であり存在了解の実践(Dreyfus, 1990/2000)である。そして日常的振る舞いとは、社会化されてその中へと巻き込まれていながらも、われわれの心中でそれが表象されることがないような背景である。そのため、振る舞いは常に行為としてなされているものの、常に意識化されているわけではない。そして振る舞いには順応性があり、様々な仕方ですら状況に対処しつつ、存在者を現存在としてあらわにする。

しかし人間は、常に自分の存在に疑問を投げかけながら生きているわけではない。人間は自分が存在することを当然のこととして捉え、他人や物とのかかわりの中で生きている。こうした状況は「日常性」と呼ばれ、「日常性」とは人間の非本来的なあり方であり、日常性の中に埋没して生きている(Heidegger, 1927/2003a)。「自分の存在を問うことなく、他人と同じように考え同じように振舞う存在」を「世人」と呼ぶ。「世人」は日常性のもっとも実在的な主体であり、文化や公共的な役割や活動によって要求される首尾一貫した振る舞いのパターン(平均性)(Dreyfus, 1990/2000)を持っている。

人間は「日常性」に埋没しているだけでなく、人間は生まれたときにはすでに一定の時間的・空間的状況の中に否応なしに投げ込まれ、そこから抜け出すことができない。Heideggerはこの逃避不可能な時間や空間を「状況(Da)」と呼び、人間はこの状況(Da)の中に不可避的に存在する「現存在(Dasein)」であるとしている。そして、人間は「ダー・ザイン(Dasein)」として特定の時間的・空間的状況(Da)に不可避に投げ込まれそれに制約されている。人間はこの状態から逃げることはできず、逃げたとしても新たな状況に投げ込まれる。つまり人間は、気づいたときには不可避の状況に取り囲まれ制限されており、そうした制限された状況の中での人間のあり方が被投性と呼ばれている(Dreyfus, 1990/2000)。

このように制限された状況の中で、人間が本来的な生き方をするときには迫られる決断が投企である。Heideggerは人間が非本来的な生き方から本来的な生き方へ変わるきっかけとして死をあげている(Heidegger, 1927/2003b)。そこにあることを当然と捉えた世人にとって、存在の消失を意味する死は生き方を変えるに十分なきっかけである。存在者としての自分が当然あるべきものではなく有限であると自覚したとき、制限された状況の中で、これからどういうあり方をすべきかを、限られた状況の中にある選択肢の中から自分の責任で決める決断を被投的投企と呼ぶ。「世人」としてのあり方は非本来的なあり方ではあるが、一般的な日常的平均性であることは肯定されており、本来的なあり方になることを強制されるものではない(中橋, 2006)。

慢性心不全患者は、心疾患という、障害と死が密接に結びついたイメージを持つ臓器の障害を経験している。また、虚血性心疾患の胸痛や、心不全症状の呼吸苦は、死を想

起させる症状でもある。そのため慢性心不全患者は、機能が低下した心臓での生活という
不可避な「状況」の中にある現存在であり。症状や治療によって何かしらの制限された状
況の中に存在している(被投性)。そして生活の仕方、療養の仕方などの被投的投企を
行いながら、知識と技術、道具を用いて対処しているといえる。しかし、慢性心不全の疲労
感やむくみなどの非特異的な症状は、患者を日常性にとどまらせることもできると考える。
世人としてのあり方は否定されるものではなく(中橋, 2006)、一般的なあり方として受容さ
れるべきものである。どちらの場合であっても、日常生活における活動の調整として行われ
ていることは、平均性も含めて技能を用いた実践だと考えられる。Dreyfus(1990/2000)は、
技能は使用することによって段階的に習熟していき、エキスパートでは直感的、感覚的に
用いられるようになるとしている。直感や感覚は、エキスパートが持っている非常に高度で
膨大な知識に裏付けられるが、この知識は非言語的で前意識的な領域に蓄積されている
ため、明確な言語化が難しく、観察が難しい特徴を持つ(Hunt, 2008/2009)。慢性心不全
患者がその実践が意識的であれ無意識であれ、日常生活における活動の調整を行うこと
については、時間性と歴史性を背景に、初心者からエキスパートまでのいずれかの段階にあ
ると考えられる。自分自身の個別的な生活の在り様の中で、慢性心不全患者がその人な
りの調整を行うことについては、習熟し卓越していく可能性を持っていると考える。

第 III 章 研究方法

第 1 節 研究デザイン

本研究は質的・記述的な探索研究である。インタビュー法によって得たデータをてがかりに、解釈学的現象学的手法を用いて、研究協力者の日常生活における活動の調整の持つ意味について解釈した。共通性を判断しながらテーマを抽出し、テーマごとに、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整の範例と代表的事例を示した。

第 2 節 理論的前提

本研究は、Dreyfus によって解釈された、Heidegger の現象学的存在論を前提とした。Heidegger は、人間は常にすでに状況のうちにおかれているものであり、その人の関心の在り様によって規定された明るみの内に住み込む存在と捉えている。彼らのふるまいの中に共通して現れる自分自身へのかかわりを見出すことで、慢性心不全患者の生き抜いている体験の探求を行った。

慢性心不全患者が活動の調整を行っている日常生活は、その人の社会的、文化的、歴史的背景によって多種多様である。そして、日常生活はそれが当然のこととして捉えられ、営まれている。Heidegger はこうした当然のこととして捉えられた状況を「日常性」と呼ぶ。本研究では、慢性心不全患者が意図して行っている日常生活における活動の調整（被投的投企）と、日常性の中で当然のこととして行われている調整（平均性）の両方に着目し探求した。また、活動の調整として行われている実践・自分自身へのかかわりは知識と技能、道具を用いて行われるふるまいである。ここで用いられている技能について Dreyfus は、使用することによって段階的に習熟していくものとし、初心者からエキスパートまでの技能習得の段階モデル (Hunt, 2008/2009) を示している。本研究に当たり、慢性心不全患者は慢性疾患特有の長い過程において、その人の身体的、社会的、文化的、歴史的背景によって照らし出された明るみの（日常生活）中で、活動の調整にかかわる技能を修得していくプロセスを踏んでいるのではないかと考えていた。初心者であれば失敗も多く管理できていないように見える場合もあるが、技能の習得に伴って活動の調整が安定して行えるようになって考えた。以上のことから、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整がどのように行われているのかを明らかにするために、Dreyfus によって解釈された Heidegger の人間観を前提として解釈を行うことが有用であると考え、本研究の理論的前提とした。

第 3 節 対象

ACC/AHA はステージ分類における StageB 以降を慢性心不全と捉え治療を行う必要性を述べている (ACC/AHA, 2005)。StageB は心臓に器質的異常を伴うが心不全症状のない患者であり、無症候性で、心不全を引き起こす器質的心疾患を持ってはいるものの、日常生活において心不全症状を認めない段階にある。この段階では明らかな活動制限などは行われない。しかし心不全は、心臓の器質的変化を認めて治療を受け始めた段階で、知識や体験を通してその人が寄せる関心の一つであり得、その人の振る舞いに影響を及ぼすと考えられた。次に stageC は、心臓に器質的異常を伴い、過去もしくは最近

に心不全症状を伴った患者である。StageC の患者は有症候であり、息切れ、疲労感、活動耐容量の低下を伴っている。この段階では症状のコントロールと心負荷の軽減のために、活動量や活動内容に制限が生じたり、症状や治療に伴って活動に影響が生じたりする段階である。有症候であるため生活に伴う活動上様々な影響を受けていると考えた。また、StageD の患者は難治性であり、症状が活動に与える影響が大きいことが予測されること、さらにインタビューそのものが症状を誘発したり増悪させたりする可能性が考えられる。さらに、本研究で着目する活動とはその人らしさを反映するものであり、入院中の画一的な環境下では活動の仕方が異なると考えた。

本研究は、どのように活動を調整しているのかという点に焦点を当てた。そのため、日常生活における活動を自ら調整できる患者が対象となることが望ましかった。また、退院直後の状況は、患者の日常生活とはやや異なる状況が存在すると予測された。以上のことから、本研究の対象者は『心疾患をベースとする、外来通院中の慢性心不全患者で、ACC/AHA ステージ分類で StageB～C に該当する患者であり、日常生活における活動においておおむね自立した活動が可能であって、1 年以上心不全の増悪による入院歴がない患者。また、30～60 分のインタビューにおける会話が可能な患者』とした。まず条件に該当する慢性心不全患者 10 名にインタビューを行い、研究の進行に伴ってさらに対象者を追加しながら実施した。

第 4 節 データ収集

日常生活における活動は、日常的に繰り返され自動化された側面を持っているため、意識化されず無意識のうちに行っている活動も多い。また、実践としての活動の調整は、習熟していくにつれて経験に基づき意図せず直感的に行われる。そうした無意識下の活動を探索していくための手法として、半構造化面接によるインタビューと、活動量測定による結果を用いた回顧的なインタビューを行った。回顧的なインタビューは、インタビュー時に活動量測定器による活動量測定の結果をグラフ化して提示し、その時の活動を振り返ったり活動の様子を視覚的に確認したりしながら行った。実際の活動状況を視覚化して提示することによって、無意識のうちに行っていた活動を想起させ、意識に上らせることができ、自動化され無意識のうちに行っていた活動についても語りを引き出し、データとすることができると考えた。また、活動には様々な関連要因があること、日常性にかかわる社会的、歴史的状況を把握する必要があることから、症状の強さ(NYHA)や心機能(左室駆出率(%), 短縮率(%))、受けている治療、入院歴、病歴(既往歴など)、性別、家族歴、職業、社交性、心の健康、健康観、活力等についても把握した。

1. デモグラフィックデータ

本研究では、研究協力者である慢性心不全患者(以下研究協力者)に明るみを持たせる背景、つまり日常生活を営む上で影響を及ぼしている可能性がある項目として以下のデモグラフィックデータを収集した(資料1参照)。以下のデモグラフィックデータは、研究協力者の属性を理解するうえで用いるため、単純集計を行った。

1. 年齢・性別・家族構成

Framingham コホート研究では、慢性心不全患者は 70 代以降に急増し、最終的には女性が多いことが明らかとなっている（今井，2007）。治療や予後等において一部性差が確認されている（濱口，筒井，2012）。日常生活において、性別やジェンダー、年齢によって、社会的役割に違いがあると考えられる。また、家族構成も研究協力者の日常生活に影響すると考えられた。

2. 原疾患

本研究の対象者は、心疾患により慢性心不全となった慢性心不全患者とした。心不全は症候であり、虚血性心疾患、弁膜症、心筋症、不整脈、高血圧、腎不全、呼吸器障害、アミロイドーシス等様々な原疾患がある。今回の研究では研究協力者が行っている日常生活における活動の調整の共通項を見出していることが必要であり、心疾患が原因である患者に限定して研究依頼を行った。また、心疾患（虚血性、弁膜症、心筋症、不整脈等）によって、発症時の状況や患者が体験した症状、生活上の制限、治療などが異なる事が予想され、日常生活における活動の調整が異なる可能性もある。抽出された典型例において原疾患が範例となる可能性があるため、データ収集項目とした。

3. 病歴・入院歴

慢性心不全以外に、日常生活に影響を及ぼしたり治療を受けたりしている疾患の有無と病名や、慢性心不全の急性増悪による入院歴についてデータとした。慢性疾患患者は複数の疾患を持つことが多い。複数の疾患を同時にコントロールすることは日常生活に与える影響が大きいと考えた。またこれまでの入院歴についても、研究協力者がどのように慢性心不全と付き合い、どのような歴史的背景を持っているかについて理解するうえで重要であるため、データ収集項目とした。病歴については、主治医や担当看護師が、安定した生活を営んでいると判断した場合は、発症後 1 年未満の患者についても対象とした。

4. 治療内容

慢性心不全の治療は、利尿薬や降圧薬などの薬物療法、水分・塩分制限、運動制限・運動療法、再同期療法(デバイス)に関する制限や留意事項など、日常生活に影響を与える内容が多い。また、治療を行うことや治療によって症状が変化することなどは、研究協力者が日常生活活動を調整するうえで重要な影響を与える体験であると考えた。研究協力者がなぜそのような活動の調整を行うのかを理解する際に重要な内容と考え、データ収集項目とした。

5. 心機能(左室駆出率(Left Ventricle Ejection Fraction;LVEF)、左室内径短縮率(Fractional Shortning;FS)等)

心不全は、心臓の収縮障害もしくは拡張障害によって引き起こされる。「末梢臓器に必要とされる血液量の左室から大動脈への駆出を規定する機能が収縮機能であり、最も広く用いられている指標は LVEF である」（日本循環器学会，2013a, p.5）。LVEF

は、左室に流入し貯留した血液が左室から駆出された割合であり、正常値は、LVEF 55～80%である(木原ほか, 2006)。FS は、左室が形態的にどれだけ収縮したかという指標である。正常値は FS 30～50%で、左室壁に運動障害がある場合には LVEF よりも的確に左室の収縮能力を示す(木原ほか, 2006)。これらは心臓超音波検査や心臓カテーテル検査、アイソトープ検査によって計測される。特に心臓超音波検査は侵襲も少なく慢性心不全患者の経過の観察のために定期的に行われるため、研究協力者の心機能を把握する上で診療録から得られる比較的簡便な項目である。左室から全身に供給される血液(もしくは酸素)量は、酸素を消費する運動や活動に直接的に影響を及ぼすと考えられるため、この2項目をデータ収集項目とした。

拡張障害については、LVEF が比較的保たれている場合でも存在する可能性があり LVEF や FS のみでの評価は難しい。「拡張能についてはステイフネス定数がゴールドスタンダードとされる」(日本循環器学会, 2013a, p.5)が、測定に伴う侵襲が大きいため、E/E'比やBNP値等による二次的な評価が多く行われている。E/E'比は僧帽弁におけるE(early filling)とE'(拡張早期 early filling)の比によって確認できる(E/E'比; 8より大きい場合は拡張障害による心不全を疑う)(木原ほか, 2006)。しかしこれは心不全患者の外来診療において一般的に計測される項目ではなく、心壁の運動によってはE/A比などの他のデータで変わる場合もある。そのため患者の日常生活への影響を理解する際に必要であれば、補足的にデータとして得た。また右心機能についても同様に一般的に得られる検査データではないが、心臓超音波検査における「右室面積変化率(基準値; $44 \pm 13\%$)や右室 Tei index(基準値; 0.28 ± 0.04)が指標」(日本循環器学会, 2013a, p.6)とされる。これについても必要があれば補足的にデータとして得た。

6. 血漿脳性ナトリウム利尿ペプチド値(Brain Natriuretic Peptide; BNP)

BNP は主として心室で合成される心臓ホルモンであり、心室の負荷により分泌が促進し、血中濃度が上昇する鋭敏な生化学マーカーであると同時に、強力な予後規定因子でもある(日本循環器学会, 2013a)。BNP は利尿作用、血管拡張作用、アルドステロン分泌抑制作用を有しており、米国では心不全の治療として用いられる。日本においては慢性心不全の診断と重症度評価の指標として、また、BNP 値をガイドとした慢性心不全の治療指標としても用いられる(和泉ほか, 2006)。正常値は 18pg/mL 以下であるが、臨床的に $200 \sim 250\text{pg/mL}$ が退院時のメルクマークとされている。また、New York Heart Association 重症度分類(NYHA 分類)に平行して上昇することが確認されており、「BNP が高いほど心不全症状が存在し、重症である」(日本循環器学会, 2013a, p.11)。肥大型心筋症や大動脈弁狭窄症、透析中の腎不全患者ではこの限りではなく、年齢、性別、肥満度、腎機能の影響を受けやすい。慢性心不全患者は高齢者が多いため、BNP と NYHA が必ずしも平行するとは限らないが、一般的によく用いられる慢性心不全の重症度を判断できるマーカーであるため、本研究でも心不全の重症度を把握するための指標として用いた。

7. 身体活動能力質問表(Specific Activity Scale:SAS)

慢性心不全患者の自覚症状から心不全の重症度を判断する指標として SAS を用い

た。これは安静時の酸素消費量 3.5mL/分/kg を身体活動強度で表示し、その何倍になるかで身体能力を評価する指標（麻野井，2003）である（表1）。身体活動強度（METs（メッツ）；Metabolic equivalents）とは、活動・運動を行った時に安静状態の何倍の代謝（カロリー消費）をしているかを表す指標である（運動所要量・運動指針の策定検討会，2006）。例えば 7METs は安静時の 7 倍の消費カロリーということになる。この質問表は一般的な生活活動動作から METs を導くことができる簡便な質問表であり、生活地域や生活状況によって判断困難な項目については、同様の MET の日常生活動作に差し替えることも可能である。（例；雪かきはできますか？→家具の移動や運搬はできますか？）SAS と QOL との関係について調査した研究（中山，1999）では、壮年群では SAS において 5 METs 以上であれば QOL の維持が可能との報告がある。慢性心不全治療ガイドライン（日本循環器学会，2013a）では、慢性心不全による活動能力の低下は患者の QOL と充実度を直接に低下させるため、その改善は治療の主要目標であることが示されている。また、「活動能力は運動能力のみならず、心理的状態、認識能力、社会的環境等に依存することから、これらの評価は初期の病態把握および管理をする上で極めて重要である。」（日本循環器学会，2013a,p13）とされ、SAS は New York Heart Association 重症度分類（NYHA 分類、表 2）と並んで活動能力の評価表として示されている。

NYHA 分類は一般的に使用されている症状から心不全の重症度を判断し、QOL 評価に役立つことができる指標であり、心不全の主症状である労作時の呼吸困難感、易疲労感と出現する労作の程度によって I 度～IV 度に分類される。最も一般的で簡便である点で有用性は高い（和泉ほか，2006）とされているが、NYHA 分類の問題点として、この分類は患者の自覚症状によるものでありその自覚症状が必ずしも心不全に由来するとは限らないこと、判定者の主観により左右されること、それぞれの労作の定義があいまいであることなどがあげられている。SAS と NYHA 分類はあわせて検討することが可能であり、SAS を用いることで労作の定義のあいまいさがなく把握できると考えた。

表 1 身体能力質問表 (SAS) (和泉ほか, 2006, p.37 一部改変)

質問内容	METs	NYHA 分類
1 夜、楽に眠れますか？	1MET 以下	NYHA IV 度
2 横になっていると楽ですか？	1MET 以下	
3 一人で食事や洗面ができますか？	1.6METs	NYHA III 度
4 トイレは一人で楽にできますか？	2METs	
5 着替えが一人で楽にできますか？	2METs	
6 炊事や掃除ができますか？	2～3METs	
7 自分で布団が敷けますか？	2～3METs	
8 ぞうきんがけができますか？	3～4METs	
9 シャワーを浴びても平気ですか？	3～4METs	

10 ラジオ体操をしても平気ですか？	3～4METs	
11 健康な人と同じ速度で平地を 100～200m 歩いても平気ですか？	3～4METs	
12 庭いじり(軽い草むしりなど)をしても平気ですか？	4METs	
13 一人で風呂に入れますか？	4～5METs	
14 健康な人と同じ速度で 2 階まであがっても平気ですか？	5～6METs	NYHA II 度
15 軽い農作業(庭掘りなど)はできますか？	5～7METs	
16 平地を急いで 200m 歩いても平気ですか？	6～7METs	
17 雪かきはできますか？	6～7METs	
18 テニス(または卓球)をしても平気ですか？	6～7METs	NYHA I 度
19 ジョギング(時速 8km 程度)を 300～400m しても平気ですか？	7～8METs	
20 水泳をしても平気ですか？	7～8METs	
21 縄跳びをしても平気ですか？	8METs 以上	

表 2 New York Heart Association 心機能分類 (和泉ほか, 2006, p.36 一部改変)

I 度	心疾患を有するが、通常の労作では疲労、動悸、呼吸困難、強心痛などの自覚症状を起さない(7METs 以上)	テニス、ジョギング(エルゴメーターで 150 ワット) など
II 度	安静時には自覚症状はないが、通常の日常生活の活動によって自覚症状を惹起するもの(5～6METs)	子供と遊ぶ ゆっくり自転車をこぐ など
III 度	軽度の労作によって自覚症状が出現するために、日常生活が著しく障害されるもの(2～4METs)	柔軟体操、ストレッチ、幼い子供を抱えて歩く、洗濯物を干す など
IV 度	いかなる労作も行うことはできない。安静時に自覚症状が存在することもある(1METs 以下)	静かに座る、会話、書き物をするなど

8. SF-8 (Short-Form-8 Health Survey TM スタンダード、日本語版 (以下 SF-8))

SF-8 は、健康関連 QOL (Health-related quality of life、以下 HQOL) の包括的プロフィール型測定尺度である。HQOL は、医療行為が直接介入することができる健康に直接関連した QOL (土井, 2002) である。SF-8 は、8 項目で 8 つの下位尺度 (全体的健康感、身体機能、日常役割機能 (身体)、体の痛み、活力、社会生活機能、心の健康、日常役割機能 (精神)) と 2 つのサマリースコア (身体的健康、精神的健康 (以下 PCS、MCS)) を算出することができる測定尺度である。同様の包括的 HQOL 測定尺度である Short-Form 36 Health SurveyTM (以下 SF-36) や国民標準得点との比較が可能な短縮尺度である。信頼性・妥当性はすでに検証 (福原 鈴鳴, 2012) され、QualityMetric の登録商標として市販されている尺度である (SF-8™ Health Survey (Standard, Japanese version) Copyright © 1999, 2000, 2003 by QualityMetric Incorporated and

Shunichi Fukuhara. All rights reserved)。

SF-8 および SF-36 は、心臓リハビリテーションやセルフマネジメントの介入研究の評価指標 (Makaya et.al.,2006; 大津, 2008a; 西川, 細谷, 小林, 2008; 藤吉ほか, 2009)として、循環器領域ではしばしば用いられている。特に慢性心不全の活動量との関連では、SF-36 を用いた研究 (後藤ほか, 2005)で「急性増悪に対する認識不足と対処の遅れ」と「過剰な運動に対する認識不足」が認められた患者では、下位尺度の活力のスコアが高いことが明らかになっている。また、安田が比較的心機能が保たれている慢性心不全患者を対象に行った研究 (安田, 松藤, 2009)では、歩数や運動量が多い人ほど SF-36 の下位尺度である社会生活機能スコアが高い結果が明らかにされている。慢性心不全と抑うつに関する研究 (藤吉ほか, 2009)では、抑うつは身体非活動を通して間接的に病態を増悪させることや、身体非活動の改善による運動介入によって抑うつ、6 分間歩行距離、HQOL が改善することが示されている。以上のことから、SF-8 と各下位尺度・サマリースコアを見ることによって、慢性心不全患者の活動に影響を与えると考えられる社会面、精神面、身体面の状況の理解につながるのではないかと考えて使用した。

II. インタビュー

本研究では、インタビューによって慢性心不全患者の日常生活における活動の調整を語りとして引き出し、逐語録に起こしてテキストとした。本研究によって明らかにしたい日常生活における活動や活動の調整には、意識化されたものと無意識のものがあり、無意識のものを意識化し、語りとして引き出すために以下のようにインタビューを行った。

1. インタビュー内容と方法

インタビューは 2 回に分けて行い(表 3 参照)、必要時 3 回目のインタビューを行う。2 回のインタビューは内容と方法が異なるインタビューを行った。

まず 1 回目のインタビューでは、研究協力者が意識して行っている日常生活における活動の調整について、半構造的にインタビューを行った。内容としては、研究協力者がエネルギーを消費していると感じる活動とその活動を中断する基準や中断の仕方、エネルギーを回復させたり貯蓄したりできていると感じている活動、どのようなときに安らぎや疲労からの回復を感じるのか、これまで継続してきた活動とその内容である。これらはインタビュー時点での活動だけではなく、なぜそのようにするようになったのか、心不全発症前はどうか等についても質問した。これらは患者の歴史的・社会的背景や日常性を知る過程でもあり、患者の住み込む世界に接近する手がかりとしても行った。

2 回目のインタビューでは、1 回目のインタビューの結果補足が必要な内容の確認と活動量測定結果を基に、1 回目では語られなかった意識している活動と、活動量測定の結果を見て想起した無意識の活動についての語りを促した。研究協力者には、1 回目のインタビュー終了後、2 回目のインタビューまでの間に任意の 3 日間、アクティマーカー®による活動量測定を依頼した。測定後研究者に郵送によって返却し、研究者は 2 回目のインタビュー時に活動量測定結果(歩数、METs)をグラフ化(1 分毎～1 時間

毎の棒グラフ)した。またグラフに凡例等をつけることで研究協力者の活動で特徴的な部分がわかるように作成した(図1参照)。この測定結果を2回目のインタビューで研究協力者に提示し、特徴的な部分から活動の内容やなぜそのような特徴があるのかなどについてインタビューを行った。その際、研究協力者自身が何をしていたのかわからない場合は、METs や1回目のインタビューで得られた活動の内容を参考に、具体的な行動の例を示しながら活動を想起できるよう促した。

2回のインタビューの内容を解釈していく過程で生じた疑問や補足が必要な内容があれば、3回目以降のインタビューを随時行った。研究開始時は、特に条件を設定せず、研究対象の条件に合う患者の紹介を依頼した。しかし、研究の過程では必要に応じて条件を設定し、選択的・意図的な対象を選び比較対象を行いながら解釈を行った。この過程を繰り返しながら、新たな典型例が抽出されなくなるまで対象を変えながらデータ収集と解釈を繰り返し行った。このように解釈学的循環を行う中で、典型例に見られる範例にあわせて、もしくは範例を否定するような対象に選択的にインタビューを行い、解釈を重ね、先行性を持ちつつも研究協力者の体験に立ち返りながら解釈を進めるように努めた。

2. インタビューアーとしての研究者のあり方

研究者は研究協力者の世界に常に興味を持って住み込み、研究協力者の日常生活における活動の調整の語りに参加し、ともに参画している体験の語りを促す存在としてインタビューを行う(片田, 鈴木, 蛭名, 1990)。

現在行っている日常生活の活動の調整は、研究協力者の過去の経験から連なるものである。そのため、研究協力者の現在の活動の調整に関する語りに対し、その調整にいたるまでの過去の経験についても十分語りを促せるよう問いかけを行う。問いかけの中で研究協力者の体験に沿い、研究協力者の世界の中に住み込むことができるようにインタビューを進める。そのために、事前にその施設で用いられている退院指導等のパンフレットを入手し、研究協力者が理解している活動のあり方への理解を深めるよう努力する。研究の進行に伴い、研究者は研究協力者の活動の調整について若干の仮説を持ちながらインタビューを行うが、誘導的にならないよう、研究協力者の体験に立ち返りながら語りを促すことで、主観によるバイアスが入らないよう配慮する。

特に2回目以降のインタビューでは、実際の活動量の測定結果を提示してインタビューを行うことになるため、研究協力者に対し研究者がよって指導的な役割にならないよう十分注意する。そのために、積極的傾聴を通して理解を明確にすることや、正確に聞き取れているのかを確認しつつ語りをありのままに受け取るように努めることで、研究協力者への理解を深める(Benner, 1994/2006)。

表 3 データ収集スケジュール

外来受診	インタビュー デモグラフィックデータ 原疾患、心機能 (LVEF、FS、BNP) 、SAS、SF-8 ^{資料2)} 治療内容 (薬剤、デバイスなど)、入院歴・病歴
約 4 週間	アクティマーカー ^{®資料 7)} による活動量測定 (任意の 3 日間)
外来受診	活動量測定結果を提示して回顧的なインタビュー

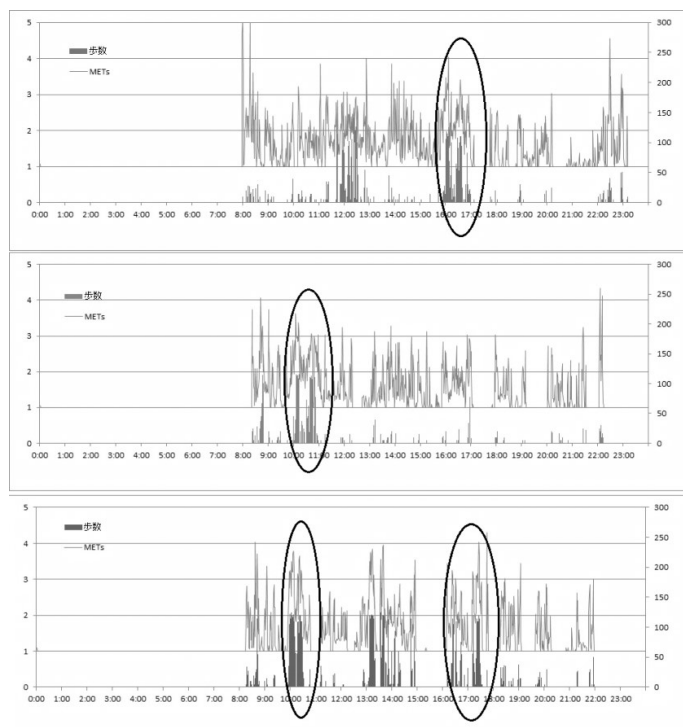


図 1 活動量測定結果の提示例

3. インタビューにおける正当性の確保

現象学による研究は「存在の意味への問い」である。Heidegger は現存在である対象のより根本的な存在様式に接近するために、自らの研究を世界内存在の日常的な状況のうちに位置づけた。つまり研究者自身が、対象となる人々の世界のうちに住み込むのである。対象となる人々の世界に住み込むために、インタビューによる対話と参加観察によって対象者の世界に関与し続け、そこから生み出される語りをテキストとし、このテキストを隠れた統一性や意味を明るみに出すという目的のもと解釈学的研究の内で解釈される(Benner, 1994/2006)。解釈において必要とされる条件として、「a)その意味を理解したいと思う対象やテキストが存在すること、b)意味の表現とは区別でき、日常の実践のうちに表現され具現されるような意味がテキストの内に存在すること、c)意味や表現がその人にとって重要性を持つというような個人ないしは人々が存在しなければ

ばならないということの3つがあげられる」(Benner, 1994/2006, p.70)。これらは多角的なインタビューによる対象との交流と、参加観察によって場に居合わせることによって達成される。本研究における世界内存在の日常的な状況とは、慢性心不全患者の生活の実践的活動であり、慢性心不全患者と患者を取り巻く状況からなる。そのため、慢性心不全患者の存在の意味への問いを明らかにするためには、インタビューによる慢性心不全患者との対話と参加観察による状況への参与が必要であった。しかし、本研究での状況はある場面に限られた一時的な状況ではなく、慢性心不全患者が、一日もしくは数日をかけて行っている日常生活の調整である。そのため参加観察は 24 時間以上の継続性が必要となるため現実的ではない。また、常に行為としてなされているものの、背景化し意識に上らない側面をもつものを、インタビューによる交流のみでテキストの内に存在させることもまた困難である。慢性心不全患者の日常生活における活動の調整という振る舞いそのものや、日常的な実践のうちに表現され具現されるような意味をテキストの中に存在させ、解釈するための方法として、本研究では活動量測定を用いた。慢性心不全患者に活動量測定器を装着して日常生活を送ってもらうことで、研究者は活動量測定器を通して慢性心不全患者が活動を調整している場面に参加した。そして研究者は、後日慢性心不全患者が行っていた活動をグラフ化して提示することで、行っていた活動の仕方を意識に上らせ、語りとして引き出すことを試みた。「人間科学は回顧的で歴史的であることを避けることができず、生きられた経験を反省できるのはその経験が起こった後に限られる」(Benner, 1994/2006, p.71)とされていることから、あえて回顧的に振り返ることを求めることで、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整という生きられた経験における意味を問うことが可能になったと考える。

また、実際の活動状況を見ながらのインタビューは、患者の生活に多角的に接近する手段にもなりうる。4週間の活動だけではなく、時には心不全発症以前までさかのぼり、単にインタビューによる交流では気づかれなかったかもしれない状況を明らかにするのに役立てた。日常的な状況下にある関係者を研究するためには時間をかけて自らその状況に関与する必要がある、そのためにも2回のインタビューだけではなく、必要に応じて3回目以降のインタビューを行い患者の世界の中に深く住み込むことができるように心がけた。

更に、慢性心不全患者の身体機能、治療、精神的状態、社会的状態、受けた指導の内容などを理解することは、これらは慢性心不全患者の日常的振る舞いに影響を与えるため、患者の住まう世界を理解するうえで役立つと考えた。これらのデータを理解したうえで解釈に望むことで現実的な解釈が可能になり、研究に精密さと正確さをもたらすと考え、実施した。

第5節 データの分析

Dreyfus 解釈による Heidegger の現象学的存在論の立場から、Benner の解釈学的現象学の手法を用い、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整に関する語りに現れるテーマの分析、代表的事例の分析、範例の探求を相互に関係して行った。

I. データ分析・解釈のプロセス

データの分析・解釈は、以下のプロセスで行った。

1. 心不全患者が日常生活の中で行っている活動の調整の仕方を明らかにする。

1人の研究協力者に対し、方法の異なる複数回のインタビューを行った。インタビューの内容は逐語録とし、テキストの一部として取り扱った。データを繰り返し読み、研究協力者の日常生活における活動の調整について記録されている言語を読み取りながらテーマを見出した。その際、研究協力者はどのような活動を、どのように調整しているのか、そしてその調整は研究協力者にとってどのような意味があるのかを検討し、繰り返し読み込み書き出ししながら、見出したテーマに沿って分析を行った。

2. 行われていた活動の調整の意味に着目し、活動の調整の代表的事例を明らかにする。

複数の研究協力者のテキストを、そこにパターンが存在しないかどうかを相互に読み込みながらテーマを積み上げることで、共通するテーマを見出した。テーマは、共通性の指標を基に、共通する特徴、類似点や相違点を明確化しながら抽出していった。

3. テーマや代表的事例を繰り返し分析しながら、範例を明らかにする。

どのように活動を調整しているのか、身体的、社会的、心理的特徴などを踏まえて見出したテーマをあらわす範例を明らかにした。また、共通性を持った事例を代表的事例とした。

II. データ分析における正当性と妥当性の確保

解釈は書いたり書き直したりするプロセスであり、「そうして粘り強く参与することが研究の正当化のための手順のひとつ」(Benner, 1994/2006, p.72)であるとされるように、繰り返し読むこと、反証や別の解釈を探し何度も書きなおすこと、新しい解釈を受け入れながら疑問を持ち再検討することを繰り返して行うことで、研究の正当性を確保する。そのために以下に注意して解釈を進めた。

解釈的現象学には、テキストを、疑問を持ちつつ比較検討したり、想像力を用いて状況に住み込んだりすることが含まれる。テキストを厳密かつ専門的に読み込み、分析、統合、批評、理解を繰り返すことで、テキストの意味を明瞭に表すように努めた。そして、読者がテキスト内の意味と質的な差とに近づくことができるように解釈的注釈を示した。その際研究者は、注釈を看護における語句やモデルに単純化することがないよう、常にテキストに表されている研究協力者の声と経験とに敬意を表し、テキストに表れていないものが含まれないよう常に自己に問い続け、先入観を排除するように努めた (Benner, 1994/2006; 田中, 1997)。これらのプロセスは、読者が追体験できるよう研究ノートに詳細に書き記し、研究者は、前景と背景、状況間、研究協力者たちの実際的な世界の間を行ったりきたりしながら解釈を続けた (片田, 鈴木, 蛭名, 1990)。解釈は反証や別の解釈を探しながら繰り返し行い、新しい解釈が生じた場合それを常に受容するようになった。

さらに研究の正当性を確保する条件として先行構造がある。先行構造は理解を解釈

と結びつけるものである。研究者が解釈学的研究を行う際には先入観を排除する必要がある。しかし現象学的存在論に基づくと、研究者もまた日常性に囲まれ、文化や公共的な熟知性を共有した世界の中に住まい巻き込まれている存在であり、現存在として自己を解釈しようとする存在である(中橋, 2006)。そのため研究者は、テキストに向き合った時点ですでに、解釈を可能にする研究者の世界からの背景的实践を携えて状況に至る(先行的所持)(Benner, 1994/2006, p.67)。また、テキストを解釈する視点は、研究者に背景が与えられてこそ持つことができ(先行的まなざし)、研究者は解釈において期待されるものを期待する(先行把握)(Benner, 1994/2006, p.67)。研究者はこうした先行構造のもと、インタビューや解釈の過程で理解し、体験し、表現することを繰り返し(解釈学的循環)ながら、解釈と評価という対話的プロセスを絶えず行うことで解釈の首尾一貫性、包括的な理解可能性、透徹した洞察力、徹底性、適切性、文脈性、テキストとの一致、誘発性、潜在的な可能性を保障する(Benner, 1994/2006)。そのために、研究者はデータとテキストを繰り返し読み、常に研究協力者の体験に立ち返りながら解釈するように努めた。また、解釈の過程における研究者の思考のプロセスを、読者が追跡できるよう、分析用紙に記述しながら解釈を進めた。そして解釈は、指導教員および循環器疾患、循環器疾患患者の看護・研究の経験がある第三者の評価を受けながら進めることで、研究者の先入観や知識や経験による偏りによって生じる解釈の不適切性を回避するように努めた。

第6節 倫理的配慮

本研究の対象となるのは外来通院中の慢性心不全患者である。対象の選定は主治医もしくは外来担当看護師に依頼した。そのため、依頼の時点で強制力が働かないようにするために、主治医もしくは外来担当看護師には研究者の紹介に留めていただけるよう依頼を行った。また、研究参加への依頼は研究者が行うが、その際には研究への参加の有無によって、対象者が受ける医療的・看護的サービスには影響しないこと、研究の途中で辞退も可能であり、同様に受けるサービスには影響しないことを、書面を用いて説明した。説明後に、書面で同意を得られた場合に研究協力者とした。

インタビューは外来受診時に行い、個室などのプライバシーが保護された環境で行うこと、インタビューの内容はICレコーダーに録音し、適宜メモを取りながら行うことを説明し、研究協力者からの要望がない限り、個室に移動して行った。録音については拒否することができること、途中辞退の意思が確認できた場合には録音内容も含めて破棄することを説明し、同意を得た。また、インタビュー中に心不全症状が現れた場合にはインタビューを中止し安静を保てるよう配慮すること、インタビューの内容は医師や看護師に伝わることはないことを伝えて実施した。ただし、医師や看護師に伝えることで明らかに対象者にとって有益であるまたは治療上重要である場合には、対象者の同意を得てから医師もしくは看護師に伝えることも説明を行った。

診療記録等(以下カルテ)から情報を得ることについて、内容を説明し研究協力者の了解を得た後に閲覧した。カルテの取扱い方法はデータ収集施設の取扱い規約に則り、遵守した。氏名について、2回目以降のインタビュー設定のための診察日確認やデータ収集施設への施設利用の依頼等のために把握したが、他のデータとは別に取扱いデータ

収集終了後に削除した。データは研究者がID番号を割り振って管理を行った。得た情報は施錠管理できる場所で保管し、取扱いには十分注意を払った。

活動量測定は任意の3日間を依頼した。強制ではなく、測定する日程についても研究協力者の任意とすることを伝えた。活動量測定器は研究者が貸し出し、次のインタビューまでの間に返送用封筒を使用して郵送での返送を依頼した。結果はグラフ化して渡すこと、希望があれば活動状況に関する解説を行うことを伝え、実施した。また、活動が多い少ない等によって評価するためのものではなく、歩いた歩数とそのときの運動の強さがわかるものであることを保証し、無理に動いたり休んだりする必要はないことも説明した。

この研究成果は博士論文として大学に提出し保管されるとともに、学会や学術雑誌に発表する。その際にも、氏名はもちろん病院名等個人が特定される情報は除くことを説明した。研究の特性上、語られた内容が掲載される場合があるが、その場合であっても個人の特定につながる部分は伏せること等を説明した。また、論文が掲載された段階ですべての情報は破棄することを説明し、書面に同意を得た。

不利益等について、この研究に協力することで、インタビューを受けている間の時間的拘束が生じることが予想されたが、診察や検査、会計などの待ち時間で行い、診察等に影響が出ないよう配慮しながら行った。

第IV章 結果

第1節 結果の概要

1 回目のインタビューのみであったり、活動の調整が他の既往歴による影響を強く受けていたりした場合を除き、最終的に24人の研究協力者の語りから、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整のテーマを抽出した。24名の研究協力者の属性を表4に示した。

I. 研究協力者の概要

1. データ収集

2013年3月～2013年11月でに、A県内の循環器専門医が常駐する3病院の、循環器内科外来で行った。外来担当医に患者選定を依頼し、診察後に研究者に紹介する、もしくは、外来担当看護師が患者選定を行い、主治医の確認と承認を得て研究者に患者を紹介する手順をとった。

インタビューは、会計や検査結果の待ち時間、診察終了後の時間で、空室の診察室や面談室などの個室で行った。2～3回のインタビューを行い、1回のインタビュー時間は、20分～70分であった。

研究趣旨に同意し、データ収集に参加した研究協力者は述べ34人であったが、再入院等の理由によりデータ収集プロセスの全ての過程が終了しなかったり、他の既往歴の影響が強く表現されていた研究協力者のデータを除き、24人の研究協力者のデータを解釈した。

2. 研究協力者の疾患・治療的背景

24人のインタビュー時の平均年齢は66.4歳(最少30歳, 最大85歳, 中央値65.5歳)で、男性18人、女性6人であった。心不全の原因となった疾患は、虚血性心疾患(8人)、心筋症(9人)、弁膜症(3人)、不整脈(4人)で、そのうちデバイスやCPAPなどの薬物療法以外の治療法を受けていた協力者は8人であった。(表4)

24名の心機能とステージ分類を表5に示す。心不全ステージでは、20人がステージCで、何らかの心不全症状を有する者が多くを占めた。身体活動能力(SAS)は、最大21、最少7、中央値は13で、多くの研究協力者は、4METs程度の活動は行えると回答し、通常の日常生活動作に支障がないが、負荷の強い活動で息切れなどの心不全症状を感じる者が多かった。病歴の中央値は54.5か月で、発症から3～5年経過した者が多かったが、中には発症後30年以上経過している者もいた。

EF(正常55～80%)において、正常範囲内であったのは8人で、ほとんどの協力者の左室駆出率は低値であった。また、%FS(正常30～50%)では、16人が下限の30%を下回っていた。EFと合わせると、%FS下限を下回っていた16名全員が短縮率、駆出率とも低い状態であった。

表 4 研究協力者の属性

	年齢	性別	病歴(月)	原疾患	心不全による入院回数	特記すべき現在の治療内容
A氏	78	男	24	肥大型心筋症	1	CRT-D
B氏	61	男	265	心筋梗塞	12	CRT-D
C氏	58	男	8	上室性不整脈	1	
D氏	62	男	15	上室性不整脈	1	
E氏	30	男	14	拡張型心筋症	1	
F氏	40	男	37	拡張型心筋症	1	
G氏	66	男	48	心筋梗塞	4	
H氏	65	女	24	上室性不整脈	1	
I氏	85	男	48	心筋梗塞	3	
J氏	80	女	177	大動脈弁狭窄症	19	PM, HOT, 外来点滴療法
K氏	82	女	45	肥大型心筋症	4	ASV
L氏	57	男	104	拡張型心筋症	1	
M氏	65	男	96	心筋梗塞	3	
N氏	65	男	67	狭心症	2	CPAP
O氏	81	女	240	拡張型心筋症	3	CPAP
P氏	81	男	356	心筋梗塞	8	CPAP
Q氏	61	男	49	拡張型心筋症	1	
R氏	69	男	60	心筋梗塞	2	心リハ
S氏	70	男	151	大動脈弁閉鎖不全症	3	
T氏	70	女	60	拡張型心筋症	3	ASV
U氏	78	女	24	上室性不整脈	1	
V氏	71	男	456	僧房弁閉鎖不全症	11	
X氏	54	男	97	心筋梗塞	3	
Y氏	64	男	13	拡張型心筋症	2	

CRT-D; 両室ペーシング機能付き植込み型除細動器 PM; ペースメーカー

HOT; 在宅酸素療法 ASV; 二相式気道陽圧呼吸療法 CPAP; 持続性陽圧療法

表 5 研究協力者の心機能とステージ分類

	Stage 分類	SAS	BNP(pg/mL)	CTR	EF(%)	%FS
A 氏	C	9	419.2	55%	33	15
B 氏	C	9	272.4	61%	33	167
C 氏	B	21	873.4	46%	56	34
D 氏	B	21	32.3	45%	66	34
E 氏	B	21	21.5	48%	46	22
F 氏	B	21	4.0	54%	59	30
G 氏	C	17	145.0	52%	24	12
H 氏	C	10	48.5	57%	61	32
I 氏	C	10	292.3	53%	64	31
J 氏	C	10	522.7	62%	67	36
K 氏	C	14	1328	69%	62	37
L 氏	C	15	26.1	45%	23	18
M 氏	C	13	55.1	55%	44	22
N 氏	C	13	134.7	54%	45	22
O 氏	C	13	503.0	65%	23	11
P 氏	C	10	210.0	47%	45	24
Q 氏	C	18	134.9	52%	68	38
R 氏	C	10	39.7	58%	35	13
S 氏	C	13	520.4	54%	21	1
T 氏	C	9	1057.0	56%	34	8
U 氏	C	7	454.0	56%	52	18
V 氏	C	10	27.1	48%	65	35
X 氏	C	18	47.8	42%	25	48
Y 氏	C	13	71.5	44%	56	23

※CTR、EF、%FS は、少数点以下を四捨五入して記載した。

3. 研究協力者の健康関連 QOL

SF-8 の調査結果を図 2 に示す。得点は SF-36v2 の得点に換算(NBS)した、SF-36NBS 得点の推定値で示している。この値は、50 点より高い得点は全て 2007 年の日本国民一般の平均より高い事を意味し、50 点より低い場合は国民平均より低い事を示す(福原, 鈴鴨, 2012)。グラフは、理論的得点範囲をフロート図で示し、網掛け部分が研究協力者の得点範囲である。網掛け内の横線は、本研究協力者の平均値を示す。また、各グラフの上部には、SF-36NBS 得点推定値での、国民標準値平均を記載している。

各項目とも国民標準値と大きな差はなかった。これは、研究協力者を、1 年以内に心不全増悪による再入院が無い患者に限定しており、比較的安定して経過できている慢性心不全患者に対する調査であったことが理由として考えられた。また、全体的

健康観、心の健康、日常役割機能(精神)の項目については、大きなばらつきはなかったが、そのほかの項目については個人間でばらつきが見られた。サマリースコアの身体的健康では、理論的得点分布のほぼ中間層に当たる回答が多かった。

また、全体的健康感、活力の回答を見ると、最高値に回答したものはなかった。日常役割機能(身体、精神)と心の健康、全体的健康感は、最低値に回答した者はなかった。このことから、本研究の研究協力者は、活力の面ではそれほど健康ではないと考えているため、全体的健康感もとりわけ高くはならない。しかし、日常生活の中での役割に関しては、身体的、精神的に果たしていると捉えているものが多いため、全体的健康感も低くはなっていないことが分かる。そのために、サマリースコアにおいても、身体的健康、精神的健康の両方が、分布は広いが、ほぼ中間的な自己評価をしていると考えられた。

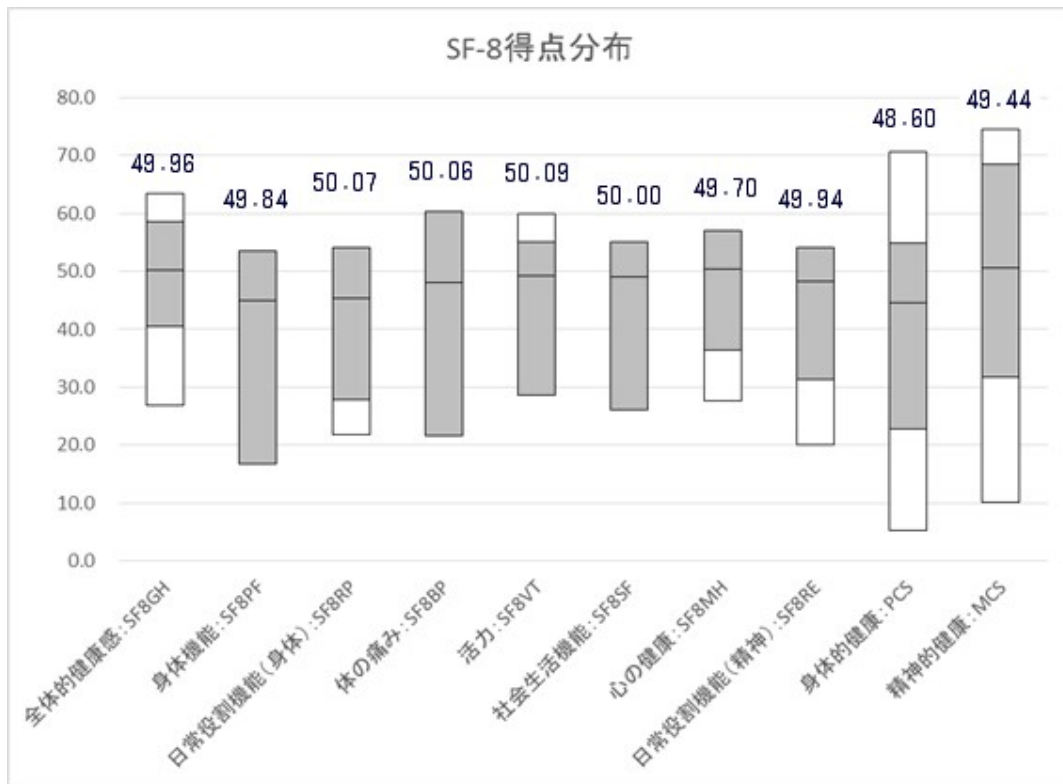


図 2 SF-8 得点分布

II. データ分析・解釈のプロセスとテーマ

上記の24人から得たインタビューデータ、活動量分析結果、属性をテキストとして、解釈を行った。

インタビューは、一人の研究協力者に対し、2回～3回実施した。インタビュー時には、患者の表情や仕草などにも注目し、インタビューメモとして残しながら行った。妻などの同伴者がいる場合には、同伴者との会話や同伴者の回答も全てデータとしたが、場所や時間、タイミングを変えて、できるだけ研究協力者本人の回答も得られるように行っ

た。

インタビュー内容を逐語化したものを分析・解釈の対象とした。その際、研究者が気になった動作や表情なども書き込み、研究協力者が語った状況をできるだけ残すように配慮した。また、活動量分析結果は、パターンや変化を捉え、患者の非言語的な語りとして捉えて分析・解釈した。

1. ハイデガーの現象学的存在論からの解釈の視点

本研究の理論的前提は、Heidegger の現象学的存在論である。第Ⅱ章 4 節で、Heidegger がどのように人間を捉えているか、そして Dreyfus が Heidegger の理論をどのように解釈し、技能をどのように捉えているかについて説明した。ここでは、結果から考察にいたる研究者の解釈を追跡可能にするために、再度 Heidegger の現象学的存在論について触れる。後述する研究の限界でも述べるが、現象学的手法を用いることは、個人の解釈である点で、研究の妥当性を完全に担保することは難しい。ここでどのような考えをもとに解釈したのかを記すことで、確実性を高める助けとしたい。

Heidegger (1927/2003a, b, c) は、人間は、世界の中に存在する、世界—内—存在であるとした。世界の内にある存在者としての人間は、その人の意思や希望とは無関係に、文化や慣習を備えた日常性の中に投げ入れられて存在する(被投性)。そしてその日常性の中に埋没し、己を問うことなく、周りがそうであるように自分もそうであると、一般的で平均的な存在である、非本来的な存在の仕方、つまり世人へと頹落する。世人にとって死は、当然誰もが死ぬが、それはさしあたり自分ではないというように隠蔽されている。片山(2004)は、日常性にはすでに意味が沈殿しており、違和感なく物事や言葉を理解し、了解することができるのは、こうした日常に沈殿している意味を、私たちが自明のものとして了解しているからだとしている。この、自明のものとして了解している意味が、非本来的な存在の仕方を成り立たせるものである。存在者は、あえて問う事をしなくても、曖昧に、体感的に意味を了解できる。それは、その人の世界のなかで、社会性や文化性を背景に、自然と身につけられた習慣的なものである。世人とは、このような曖昧で体感的な意味の中で満足し、日常性の中に埋没して存在している存在者であり、日常性は、存在者が己を問う契機を、覆い隠し、隠蔽するものである。しかし、その覆いが取り除かれ、死が眼前に立ち上がってきたとき、存在者は、己が死という可能性に向かって生きている存在であるという事を了解する。そして、頹落しつつ存在することを受け止め、死という可能性に向かって生きている事を自覚する、先駆的決意性をもって、将来に向かって己を投げ入れつつ存在するようになる。この、己を将来に向かって投げ入れることを企投とよぶ。現在がら将来を見たとき、投げ入れるべき可能性が複数あったとしても、現存在が投げ入れられる将来は一つでしかありえない。そのため、現在は将来によって開かれた現在であり、投げ入れられた将来によって意味づけられた現在である。そのため、Heidegger の時間性は、一般的な時間の流れを意味しない。将来性によって意味づけられた現在と、将来性へ向かって己を投げ入れる現在の現である。現存在(Da Sain)の現とは、このような死という可能性へと向かう現を引き受け、死へと向かうという状況の内へと覚悟を決めるという事である(熊田, 1984)現に存在するものとしての現である。また、過去は過ぎ去

ったものではなく、将来へと投げ入れ続けた現在の積み重ねであることから、既在性とされる。現存在は、このような時間性をもって世界に住み込んでいる。尚、世人にとっての将来性と現在は、今の繰り返しである。ただ、今を繰り返すのであるから、既在性は忘却であり、積み重ねてきたことによる現在、そして積み重ねることによる将来にはなりえない。しかし、こうした世人の在り方は、存在者の第一次的で一般的で、最も多い存在の仕方だとされる(Heidegger, 1992/2006)。

Heidegger (1927/2003a, b, c)はまた、存在者が世界の内に存在するのは、常に何らかの特定の状況の内に存在するという仕方である。この、一定の状況は“明るみ”と呼ばれ、存在者は、明るみの内でさまざまな対象に出会う事ができるとする。そして現存在は、その“明るみ”の中で、“世界の中で出会われる”という仕方である。現存在が出会われるものが、道具的存在である。同時に存在者は、世界の中で“〇〇として”存在している。前段で、日常性にはすでに意味が沈殿していると述べた。私たちは私たちの世界の中で、既に意味づけられた様々なものと出会われて存在している。例えば外出しようと玄関に向かうと、そこに靴がある。私たちは、靴は外出するときに足に履くものとして靴と出会われる。人が変われば、足元を着飾るためのもので出会うかもしれない。出会うのではなく出会うのは、靴がそのような意味をもった道具として、私たちに働きかけてくることによって、靴と出会うからである。そして、意味をもたなければ、靴は革とゴムの塊としてただそこにあるかもしれない(Heidegger は、ハンマーを例にして説明している)。これは物に限らない。共存在である他者もまた、〇〇として出会う(本田, 1990)。例えば、看護師として、患者として、世界の中で出会う場合、看護師である、患者であるとは、自分がそのように示すのではなく、出会う道具が持つ意味によって、そのように出会う。つまり、私は看護師だと主張しても、患者が私に看護師という意味を見出さなければ、看護師として出会うことはない。このような存在の仕方を、道具的存在という。つまり私たちは、物や人ではなく、道具的存在として、世界の中で出会うのである。

ここまで、存在者としての現存在と世人、道具的存在と、存在者が住み込んでいる世界の説明としての日常性、時間性、存在の仕方としての企投、先駆的決意性と頹落について説明した。Heidegger は、現存在の存在の仕方として、情態性について述べている。情態性とは、気分付られている事である。Heidegger は『存在と時間』の中で、肉体と精神、意識と存在という、デカルト的な心身二元論を常に批判し、否定している。心身は不可分で統合されたものであるという事が Heidegger の主張である。楽しい、嬉しい、つらい、怖いというような感情は、身体から離れて存在しているわけではない。現存在は、状況によってそのように気分付られ、それを振る舞いとしてあらわすことで存在している。不安や恐怖は、存在者の根源的な存在の意味を開示するものとして、根本的情態性とされる。特に死は、存在そのものを無にするものとして、存在者を不安というように気分付るものであり、存在者はそのように気分付られることによって、先駆的決意性をもった現存在として現に開かれるとされる。

研究者は、このような『存在と時間』で述べられた、Heidegger の現象学的存在論の立場から、慢性心不全患者のテキストを解釈した。『存在と時間』は未完のまま終わっており、晩年の Heidegger は、『存在と時間』についての失敗を認めている(木田,

2000)。しかし、それでもなお、本研究の理論的前提としたのは 3 つの理由がある。一つは、心身二元論を否定し、振る舞いという実践 (practice) によって人を説明している点である。心臓は、自律的に動く臓器であるが、体と心の活動によって影響を受けて変化する臓器である。心の動きは、如実に心臓の動きとして現れ、これは“胸が高鳴る”というように、心臓の動きとの関連で慣用句として用いられるほどである。このような心臓が不全になっている慢性心不全患者を解釈する視点として、心身が統合されたものとして捉えられる前提が必要であった。そして、本研究の主題である活動の調整は、慢性心不全という、心臓の機能の不調をもった人の、振る舞いそのものだと考えたからである。二つ目は、日常性と世人という捉え方である。序文で示したように、慢性心不全患者は、自己管理が不十分であるために再入院を繰り返すことが多い(眞茅ら, 2005)。しかし、ボーリングをしていた慢性心不全患者は、服薬や運動管理など、自己管理が十分とは言えなくても、生き生きと生活し、心不全を増悪させることなく過ごしていた。この現象を明らかにするとき、その人の生活という日常性と、そこに埋没している世人という捉え方、そしてそれを非本来的としながらも、第一次的で一般的な存在の仕方として認める考え方が必要ではないかと感じたからである。三つめは、Heidegger、Dreyfus、Benner と続く、技能と習熟の考え方である。日常性に埋没し、問う事をしていなかったとしても、不全な心臓で生活をする上では何かしらの技能があるはずだと考えていた。Heidegger が振る舞いの技能的側面を顕わにし、それを Dreyfus が技能の習熟段階として発展させたことも、Heidegger を理論的前提とした理由である。こうした理由から、解釈の手法として Benner の手法を用いたが、解釈は Heidegger の存在論の視点を用いて解釈を行った。

2. 分析・解釈のプロセス

第 3 章 5 節で述べたように、本研究は Benner の解釈学的現象学の手法を参考に、分析・解釈を進めた。

第 1 相は、心不全患者が日常生活の中で行っている活動の調整の仕方を明らかにする相である。得られたテキストを繰り返し読むことから始め、必要時には録音データや、インタビュー時に書き記した研究協力者の動作や気になった口調などのメモに戻り、必要な情報を書き加えながら進めた。その後、テキスト全体の分析として、その人の活動の調整の傾向や背景などに応じた、個人の活動の調整のストーリーを書き出した。ストーリーは、その研究協力者が行っている、日常生活の中でも活動の調整の仕方について、項目立て、解釈を加えながら書き出すように努めた。更に、テキスト諸部分の分析として、テキストの中の、活動の調整について述べている部分を文脈ごとに解釈を加えていった。そして、解釈によって浮かび上がってきた、その研究協力者の活動の調整の意味の共通点に着目しながらまとめ、タイトルをつけた。最初に行ったテキスト全体の分析結果であるストーリーと、次に行ったテキスト諸部分の分析から導いた内容、活動量分析結果から浮かび上がった活動のパターンなどを総合的にとらえながら、その研究協力者の、日常生活における活動の調整のを解釈し、意味を書き出し、まとめて行った。

第 2 相は、行われていた活動の調整の意味に着目し、活動の調整の代表的事例を明らかにする相である。第 1 相で明らかにした個人の活動の調整の意味をテキストとし、24 人の研究協力者間の共通性を探索した。この第 2 相は「まったく異なった客観的な事情をはらむ別の状況においても、その意味が識別されうる、というそういったやり方で、状況における意味を把握する物語やスケッチ風の描写のこと」(Benner, 1994/2006 p.57)である。本研究では、意味を識別する際に、日常性、時間性、ふるまい／振る舞い、情態性、関心の 5 つの視点をを用いた。Benner(1989/1999)は、共通性を探索するための指標として、状況、身体性、時間性、関心事、共通する意味という指標を示しているが、本研究で理論的前提としている Heidegger の存在論を基に、指標を定めた。これらを指標とし、研究協力者個人の日常生活における活動の調整の意味を、共通した意味ごとにまとめ、更に共通した意味を表現するようにタイトルをつけ、テーマとした。この第 2 相の分析を行う事で現れるものが代表的事例 (Exemplar) である。代表的事例とは、「特に意味のある交流、意図、あるいは能力を表す力強い事例」(Benner, 1994/2006 p.57)である。テーマごとに、そのテーマの持つ意味や活動の調整の仕方を表している事例を、そのテーマの代表的事例とした。まず、第 1 相で明らかにした個人の活動の意味を、5 つの共通性の指標の視点で読み直していった。次に、類似した意味を持つ活動の調整を行っている研究協力者をまとめ、その活動の調整のパラダイムを示す語を、テーマとした。その際、共通性の指標では類似していてもパラダイムが現れなかったり、パラダイムに沿にくい事例が含まれたる場合には、再度テキストや、必要があればデータに戻りながら、共通性を見直した。個人の活動の調整の意味の類似点と相違点を明確にし、まとまりを作り直したり、再度パラダイムとテーマを検討することを繰り返した。この過程の中で、活動の調整が、慢性閉塞性肺疾患などの、合併している他の疾患に応じた仕方になっており、慢性心不全患者の活動の調整という範囲には収まらないデータは除外するなどして、慢性心不全患者が行っている活動の調整が持つ、パラダイム毎のまとまりを作り、そのまとまりとなった研究協力者を、そのパラダイムの代表的事例とした。

第 3 相は、「意味の特殊なパターンを表す力強い事例をはっきりと認識する」(Benner, 1994/2006 p.57)相である。この、“意味の特殊なパターンを表す力強い事例”が範例 (Paradigm case) である。代表的事例の中でも、そのテーマをもっとも如実に表す研究協力者を範例 (Paradigm case) とした。範例とは、「個人の行為や理解がその状況的文脈、すなわち、関心、実践、および背景亭君、からどのように現れてくるかを理解するために必要であり、豊かな描写的情報を体現している」(Benner, 1994/2006 p.57)ものである。第 2 相で明らかにした代表的事例の中で、そのパラダイムをもっとも強く説明できるものを範例としたが、範例が見いだせない場合には、再度 2 相に戻って検討し直すことを繰り返した。

各相において、指導教員のスーパーバイスを受けながら、常にデータとの間を行き来し、帰納と演繹を繰り返して解釈を重ねることで、結果の正当性を確保できるよう努めた。

3. 「慢性心不全患者の日常生活における活動の調整」の10のテーマ

以上のプロセスを経て明らかになった「慢性心不全患者の日常生活における活動の調整」に関する10のテーマ・範例・代表的事例を、表6に示した。第2節より、それぞれのテーマについて、範例(Paradigm case)と代表的事例(Exemplar)、及び解釈を記述する。

表 6 10のテーマと範例・代表的事例

テーマ	範例	代表的事例
心臓の正常性を証明する	E氏	F氏、C氏
新たな身体に合わせて通常性を修復する	X氏	D氏、K氏
活動できる範囲に ^{とど} める	L氏	S氏、R氏、B氏
活動の範囲を狭める	G氏	A氏、T氏、O氏、K氏
不全になった心臓を動かす手立てをとる	M氏	N氏、S氏
心臓を休める時間を持つ	H氏	A氏
通常性を保つためにし続ける	A氏	F氏、I氏、L氏、P氏、V氏
日常性を保つために身を休める	O氏	N氏、M氏、T氏、Q氏、U氏
住まい方の中にいる	J氏	Y氏
住まい方を作り直す	Q氏	U氏

第2節以降、上述の10のテーマを1節ごとに記述した。各節は、まず、そのテーマの範例を示し、その後、代表的事例を示してから、それらの範例と代表的事例によって説明される、そのテーマが示している慢性心不全患者の活動の調整が持つ意味というパラダイムを述べるように構成されている。

範例・代表的事例ともに、そのケースの日常生活における活動の調整の語りをストーリーとして述べ、その後、解釈的説明を加えた。患者の語りは「」で示し、研究者の問いかけや、研究者が観察した患者の動作や表情などは()で示した。

また、一人のケースが複数のテーマを持っている場合があった。その場合に、ストーリーに重複する内容があるが、そのテーマのストーリーとして再掲している。

第2節 心臓の正常性を証明する

I. 範例； E氏

1. 背景

30代前半の男性。28歳で拡張型心筋症と診断された。診断時に心不全状態のため集中治療室で加療し、その後大部屋で退院までを過ごした。他の3ベッドにも慢性心不全の急性増悪のために入院していた患者がいたが、その中でも自分だけが若かったと話していた。退院後にロードサイクルを始め、週末には80km先まで出かけたり、山道を越えたりして楽しんでいる。入院時のEFは27%と低心拍出であり、退院後半年で33.8%、現在は45%と回復してきた。その他は%FS 22.2% E/E'比 15である。発症時は出張が多く残業や休日出勤も多い部署であったが、発症後は配置換えになり、以前のように忙しい状況ではなく働いている。

2. 発症前と変わらない日常を営む

E氏は心不全症状で入院するまで、出張や残業、休日出勤も多い仕事をしてきた。退院後、職場の配慮で職務内容が変わり、出張や休日出勤などはほとんどなくなり、おおむね決まったペースで仕事をしている。活動量分析を見ると、時間や強さなど、ほぼ同じパターンで平日を過ごしており「7時20分に家出て、そこまで15分くらい歩いて駅まで行って、36分の電車に乗ってという。だからこのところは駅まで歩くのと、駅は階段なんで。それと居るところが2階なんで、階段上がって、あとは事務所の中を移動するくらい。同じ場所に今いるんで、建屋内でいるんで。何か取りに行ったりするのはあるんですけど。移動もそれくらいなんで。昼を外で食べたらちょっと歩くかな。たぶんこの日はそうだったはず。それ以外はそんなに動くことないんで。(お仕事は5時までですか?)5時に、またその駅まで歩いて、会社。電車乗って、多分これがまたそこから自宅まで。(この日はなんか夜にかなり歩かれてますけど。)それ、水曜日?(はい)ああ、定時なんで、水曜日は。多分どこか行ったと思います。たぶんツレと飲みに行ったか、ちょっと出かけたか、そんな感じだと思います。」と、グラフを指さしながら、何をしていたのか細かく話す。記録された4日間は、ほぼ同じようなグラフの起伏になっていた。E氏にとってこうした日々は、終業時間や業務内容が決まっているため、この仕事をしている限りは大きく変わることがない日常だといえる。また、「(大体お仕事の日はこんな感じになるんでしょうか。あの、心不全になって何か変わったようなことはありますか。)そうですね。前と変わらず、日常は過ごせているので。(変わらず。)前と変わらずですね。薬を飲むようになったということだけですかね。」と話した。これらの日々は、業務内容は変わったものの、E氏にとって心不全を発症する前から変わらずに続いている日常であり、時折外食などのイレギュラーが混じるものの、グラフを指さしながらそこで何をしているかをすらすらと述べることができるほど、日常的に繰り返し、固定された生活のパターンなのだと言える。

E氏が発症前から続けている事には、お酒を飲むことがある。「(楽しみはお酒って言われてましたけど。)あれは、だいぶ減らしたんですけどね。適量ならって言われてるんで。でも好きですね。お酒は気分良くなるじゃないですか、勝手に。だから楽しいんですけど、健全じゃないですよ。控えめって言われるし。(そうですね。ほどほど

に。)前はもっと飲んでたんですけどね。中毒じゃないんですけど、やめれないですよ。せつかくウイスキーの味も覚えてきて、飲むのも楽しかったし。なんかこう、子供の反抗みたいな感じがしないでもないですけど。(ダメと言われたらますますみたいな。)そうそうそれ。一応 30 前だったので、大人なんで、その辺は考えて減らしましたけど。」と、健全ではないと言いながらも、発症前からの楽しみであると話した。心不全になり、楽しんでた飲酒をやめてしまうのではなく、楽しんできたことを適度な範囲の中で同じように楽しむことも、E 氏が発症前と変わらない日常として続けたことだといえる。

3. 楽しく生きておく

E 氏は発症時の自分の状態について「入院した時は、何か薬が効かんかったら、やばかったらいいんですよ、僕。薬が効いて、力のパーセントが徐々に大きくなったんで、薬で治していくじゃないですけど、やったんで。治すって言ってもあれやし、原因もあれやけど。」と言い、死が身近に迫った体験を話した。治療の効果を得て集中治療室から一般病棟に移動した E 氏は 4 人部屋に入ったが、その部屋は同じ心不全で療養している患者ばかりだった。しかし「この患者というのは結構年いってる方、30 代とか珍しいと聞いたんですけど。」と言うように、同室の患者も高齢者ばかりだった。「結構、薬効いたんで、(他の患者より)早く退院できたりして。」「年齢の違いと言うか、そうなんか。しんどいはしんどいけど、割と歩くのも(他の患者より)早かったし。」と、他の患者と比較して自分の回復の過程を振り返り、一度は死が間近に迫った状況から回復し、尚且つ他の患者よりも先んじて改善していった体験を話した。退院後 E 氏は、「時間ができたことが一番ですね。前、出張が多くて、そういう趣味とかできなかつたんです。だから。(今は出張もないし。)そうですね。自宅におることが多いので、そういう趣味に時間を割ける。別に自転車じゃないといけなかつたわけじゃないんですけど、前から興味もあつたし。時間もできたしやっとうと思つて。」と、以前から興味があつたロードバイク(競技用の自転車)を始めた。発症前には運動習慣をもたなかつた E 氏だが、中々回復しない高齢患者と自分との違いを感じ、退院後には運動をしようと思つたと言い、「趣味もできたから、それでもっと楽しく生きたいなと思つたんですけど。(楽しく生きたいなと思つたのは何ですかと言つたら、ちょっと難しいと思うんですけど。)最初 20 代だつたんで、とりあえず、とにかく仕事、仕事で一人前にとりあつかう感じ。こんなこと言つたら怒られると思うんですけど、歳いった人って、それまでにいろんなことやってると思うんですよ。それに体力も落ちてるだろうし。僕でもまだ一応体力はある年だし、楽しんどかないと。多分そういうパターンやつたんですかね。(そうなんです。)僕、性格的に楽観的なので、なつたらなつたでしゃあないわと思つてるんで。だから、そんなんもあつて楽しんで生きたいなつていうか、楽しんどこうというか。いいのか悪いのかあれですけど、時間もできたんで。」と話した。E 氏にとってロードバイクは、体力があると感じられる今だからできる事であり、同室だつた高齢患者のようにいずれできなくなるのであれば、今しておかなければならない事だつたと言える。そして E 氏は、週末には山道を含む 80km ほどのツーリングに出かけるなどしており「あ、自転車で山登るようになったかな。ヒルクライムと言うんですけども、山を登ったりするようになったかな。今までは平地やつたのに、山を登ったりするようになった。」と、心不全発症後の方が、

発症前よりもすることが増えたと話した。

4. 心臓が正常に動いている感覚

E氏がロードバイクを始めたのは、時期を合わせるとEF30%前半の頃だったと推測される。軽量化されているとはいえ、前傾姿勢になってペダルを漕ぎ続けて速度を維持する動作は心負荷がかかる。心負荷についてE氏は「脈拍ですね。脈拍が、普通に寝とって速くなるということはなかったんですけど、速さとかは気になりましたね。(やばいなど思ったのは)最初、心拍数上がりながらやっとなって、180いったときぐらいに。でも治まったんで、運動したら心拍数上がるのは当然で、それが治まらんかったら怖いなど思ったんですけど、それでもだんだんちゃんと治まっとなったんで。最初のころは中々下がらんかったんで、やばいかなと思ったりもしたんですけど、でもだんだんと下がったんで、大丈夫なんやろなと思って、様子見ながらやったり。180くらいまでいくと、結構しんどい、やばいかなと思うくらいには。それで180までかなと思って。最近はどうでもないけど前はかなり心拍数上がったんで。最近はそのままでいかないからまあ様子見て。さすがに戻らなかつたらまずいんじゃないと思いますけど、特にそんなことなかったんで。」と、脈拍を目安にしていた。E氏は脈拍を測ることで、自分の心臓の状態を知ると共に、負荷をかけることで脈拍が早くなり、負荷を除くと徐々に戻っていくという正常な心臓の動きを、自分の心臓もしていることを感じ取っていた。

また、「心臓の力も、中々上がらなかつたみたいですけど、最近はどうでもない位らしいんで。最初は、血圧下げる薬を飲んどったんでしんどかつたんですけど、それでならしていったんで。(なれると言うのは。)しんどいのに。体が薬に対応していったか何かわからないですけど。(徐々に体がなれてくるのを。)自転車は乗ってますよね、でもね。定期的に乗ったりして。しんどいけど、やれば慣れるかなと。走るのとか、そうじゃないですか。やっていけば走れる距離も長くなるのと一緒に、最初はそういうもんかなと。なんで、定期的に乗るようにはしてました。」と、徐々に運動に耐えられる持久力がついていくのと同様に、疾患や薬剤によって影響を受けている体であっても、続けることでできるようになっていく心臓の動きを感じていた。

5. 解釈的説明:不全な心臓で正常な生活を営む

心臓は、人が活動をするうえで必要な循環を、自律的、自動的にに行っている臓器である。体の活動のように、意識的に操作できるわけではなく、特に意識しなくても当然動いているものともいえる。E氏の心臓は、拡張型心筋症を発症することで、意識しなくても動いていて当然であった心臓が、服薬などの療養をしなければ、十全に動かない、「薬が効かなかつたらやばかつたらしい」心臓になった。E氏は集中治療室や大部屋での療養を通して、それまでは特に気にすることなく行っていた活動が、心不全になった心臓では簡単にはできないことや、更に年配の患者ではよりできにくくなる状況を経験した。E氏にとって心臓は、「運動したら心拍数上がるのは当然」「やっていけば走れる距離も長くなるのと一緒に、最初はそういうもんかなと。」と言うように、自律性と順応性をもったものであり、一時は止まってしまうかもしれなかつた心臓から、服薬を続け、「ならして行って」、正常な動きをするまでに回復した心臓でもある。E氏は、回

復はしたものの拡張型心筋症で心不全の状態にあり、薬が効かなければやばかった心臓が正常通りに動いているか、正常通りの反応をするかという事を確認し、正常に動いている心臓を自分で確認し証明するための活動の調整として、ロードバイクに乗り、楽しく生きておくということを行っていた。

また E 氏は、死が身近になった経験や日常生活動作が思うようにできない経験をした。更に、大部屋で他の患者の様子を見ることによっても、通常であれば簡単にできた活動ができにくくなるということを経験していた。これらの経験は、心臓が不全の状態になったことによって引き起こされたものであり、動いていることが当然で強く意識することがなかった心臓が正常に動くということと、日常生活における活動を行うことが強く結びついた経験だったともいえる。E 氏は、仕事内容が変わったとはいえ発症前と変わらない日常を営んでいる。負担が減り、仕事が楽になったとはいえ、発症前と変わらない日常が営めるためには、心臓が正常に動いていることが必要になる。E 氏がロードバイクを始めたタイミングは、「退院して少し、仕事の中身変わったんですけど、まあ慣れてきたし、通勤も問題ないし。そんなところだったかな。」というタイミングであり、心不全になる前の十全だった心臓で生活していた活動ができるようになったタイミングであった。そのため、発症前と変わらない日常生活が営めることや、更に加えてロードバイクという趣味を楽しむことは、それらの活動ができる程に、心臓も発症前と同じように、十全ではないにしても正常に動いているということの証明でもある。反対に言えば、これらの生活が営めるということは、心不全の心臓が正常に動いていることを示すことでもある。心臓が正常に動いているからこそ、E 氏は発症前と変わらない日常を営むことができ、趣味を楽しむことができる。E 氏が現在の日常生活を営み、趣味を楽しむことは、心臓が正常に動き、機能しているということを証明するための活動の調整だといえる。

6. 解釈的説明:今ならできるときをしておく

E 氏がロードバイクを始めたのは、「歳いった人って、それまでにいろんなことやってると思うんですよ。それに体力も落ちてるだろうし。僕でもまだ一応体力はある年だし、楽しんどかないと。」と感じたからであった。E 氏がこのように感じたのは、大部屋での入院生活が影響していた。同室の、高齢心不全患者は、「薬が効かなかつたらやばかった」ほどの重症であった自分より、回復に時間がかかっていた様子を同じ部屋で見続けていた。20代後半であった E 氏にとって、死や老いは、いずれくるものであっても本当に自分の身に起きることとして了解されていなかったらと思う。しかし大部屋で過ごす中で、他の高齢心不全患者の様子は自分の将来の姿として E 氏の眼前に立ち上がって来たと考えられる。Heidegger (1927/2003c) は、日常性の中に没入している世人は、人は死亡するものだとして了解しているが、自分こそがまさに死につつある人であるという事は隠蔽し回避しているという。入院したことで E 氏は、日常性の中で隠蔽してきた自分が死に向かう存在であることや、老いていく存在であることが眼前に立ち上がり、今存在している自分と、将来存在するであろう自分について了解したのだといえる。そして被投的存在として、若くて体力があり、ゆっくりであっても回復しつつある心臓を持った今できるときをしておくことをし始めたのだと言える。E 氏のロード

バイクを始めるという振る舞いは、終わりのある存在である自分であることを意識した E 氏が、死に先駆けて、限りのある身体で今でなければできないことをしておくことを決意し、存在することの意味を見出す振る舞いであった。

また、死ぬかもしれない事、心不全の心臓で老いる事は、E 氏に今しておかなければならないと感じさせる、恐れや不安というような情態性を抱かせることになった。ロードバイクという今できることをしておくことは、もうしばらくは若くて体力がある自分の可能性への企投だと言える。しかし同時に、薬が効かなければやばかったほどの自分の心臓という不可能性への企投でもある。E 氏は、「しんどいのには慣れる」ために定期的にロードバイクに乗り、いつかは慣れるはずと信じていた。そして、「運動したら心拍数上がるのは当然で、それが治まらんかったら怖いなと思ったんですけど、それでもだんだんちゃんと治まっとったんで。」というような正常の心臓と同じ反応や、続けることで走る距離が伸びたりヒルクライムができるようになったりとできることが増えていくような、正常な運動能力の変化を、自分自身で感じ、行動として周囲に示していた。E 氏がロードバイクという今できることをしておくことは、自分という存在が活着しているために不可欠である心臓の正常性を証明するという意味のある活動の調整であった。

E 氏にとって、発症前と変わらない日常生活を営むことや、更に加えてロードバイクという趣味の活動を行うことが【心臓の正常性を証明する】という活動の調整だといえる。心不全である E 氏の心臓は、発症前のように十全な心臓であるとはいえない。しかし、運動によって心拍数が上昇し、休息によって徐々に下がっていくこと、負荷をかけて訓練することで活動耐容量が増すことなど、正常な心臓の正常な反応は、E 氏の心臓でも起きている。E 氏が発症前と変わらないと思える日常生活を営めること、ロードバイクという趣味の活動が行えるということは、心臓が正常に動いていることの保障や証明にもなっている。E 氏の【心臓の正常性を証明する】という活動の調整は、心不全になり、薬が効かなければ止まってしまっていたかもしれない心臓が回復し、発症前と変わらない生活を営めたり趣味を楽しめたりできる存在として、今生きて存在していることを証明するという意味を持った活動の調整だといえる。

E 氏と同様に、心臓の動きと生活や趣味の活動とが関連していた事例として、C 氏と F 氏が挙げられた。C 氏は退院後にツーリングを始めた男性の事例、F 氏は入院前の生活に戻る事について語られた事例である。

Ⅱ. 代表的事例；＜自分の意志でコントロールできる趣味を始める＞（C 氏）

1. 背景

C 氏は 58 歳の男性で、心房細動が原因で 2 年前に心不全を発症した。発症時は 3 交代で工場勤務をしており、C 氏は忙しく不規則な仕事が発症の原因だったと思うと述べた。アブレーションと薬物療法により心房細動のコントロールができ、現在は特に症状を感じることもないという。EF 55.7% %FS 12.3%。退院後に工場での検品作業中心の現職に転職した。

2. コンベアーの流れに合わせる

C 氏の発症時の勤務先も現職も、製造業でライン業務であった。前職は「夜勤したり、昼したり。時間シフトって言うんですか、それも調整しにくいんですわ。例えば朝7時に入って、晩の7時に終わって。夜勤は晩の7時に入って、7時に上がった。だから、日に4時間残業とかね。3、4時間残業しとったと思います。そのときに、しんどかったんです。本当に終わったらぐったりしてました。」と言い、「仕事で疲れて、それであんなしんどいんやと思ってたくらいなんで。大変でした。仕事がね、ほんま原因なんやないかと思うんですわ。不整脈の。」と心不全症状による倦怠感や活動耐容量の低下も仕事の疲れだと思っていたと話した。退院後同じライン業務だが夜勤のない現職に転職した。活動量分析を見ると、毎日ほぼ同じパターンの活動になっていた。「朝、仕事始め、ちょっとばたばたするんです、うろろね。あの、工具出して来たり点検したり、コンベアーの。いろいろと片づけたものだしてきたりとかそんなので。動きだす前にセットあるんでね。そんなんしてるからじゃないかな。この辺ね。そうそう。そうですね。終わりの片づけするからばたばたしてね。朝の逆で、出したもん片づけて、チェックしてね。そんなんがこの辺かな。(18時ごろ。同じように同じペースを守ってお仕事なさってるんだなというのが。)そうですね、もうそうですね。大体同じようなパターンですね。あの、コンベアーに乗って出てくるもののチェック。だから見る方も同じペースでね。大体仕事も同じようなパターンです。人数で多少変わるくらい。仕事はもう単調なんでね、決まってる。」「(1日目を指して)金曜日の朝、ごみ出しの日で。それで、すぐ近くなんでね、ごみステーション。1、2分で着くんで。何歩かことこ歩いて。それがここやろね。」というように、それぞれ何をしている活動なのかを指さしながら説明できていた。

C 氏の仕事はコンベアーに乗って流れてくる製品のチェックである。工場の製造工程の一部なので、自分で速さやタイミングなどを調節できるわけではない。ラインをとめないように、不良品を流通させないように、コンベアーの流れに合わせて動き、働く以外に方法がない。そのため、毎日の活動は判で押したような同じパターンを取るようになる。そのパターンは、C 氏が無意識にしている事ではなく、工場の稼働に合わせたもので、合わせるからこそこそで働ける。C 氏の意味には全く関係なく、でも意識してそのように働くことが必要な職場である。コンベアーはただ製品を運んでくるだけではなく、意思決定を伴わず、合わせざるを得ないものである。C 氏は「大体仕事も同じようなパターンです。」と言い、仕事だけではなく、出勤前や帰宅後の生活もパターンになっている。C 氏の前職も、工場の製造ラインで製品を造る仕事であった。夜勤や残業が無くなり、身体的な負担は減ったが、C 氏の意志に関係なく、コンベアーの流れに合わせて働くという点では同様の状況になっていた。

3. 趣味だと言える趣味を持つ

C 氏に趣味や楽しみにしていることを尋ねると、表情が一変し、研究者の質問にかぶせるように「ありますよ。」と答えた。「バイクとかね。ツーリングに行ったりね。(もうずっと前から趣味と言うか、楽しみで。)昔からやとったけど、ちょっと。診てもらって異常なし、オーケー出たから何か趣味持とうと思って十年ぶりに。2年ぐらい前からやったかな。(2年前ぐらいからと言ったら、ちょうどしんどくなり始めたころ。)ここを退院して何か

趣味見つけようと思って、それでバイクに乗ったんです。何か趣味を持たんとだめやと思ってね。(気晴らしでもしないとということだったんですね。)いやあのね、入院したでしょ。そしたら急にすることなくなったんです。2週間かな、そのくらい入院して。ものすごくしんどかったのは、最初の3日くらいかな。そのあとはまあ少し余裕というか、そういうのも出てきて。そしたらなんもすることないなあって思って。とりあえず退院したら職場変わろうと思って。そしたら何しようって思うじゃないですか。(時間ができるかもしれないですしね、職場を変われたら。)そういうところが変わらんとしんどいと思ってましたね。それで、そしたら結局退院してもなんにもすることないと思ったんです。(そうなんですね。)そう。それで、これはあかん、なんか趣味を持たんとだめやと思って。(ああ。)大げさなようだけど、あの、心臓だし、過労死とかね、考えたときに、何の趣味もないってどうなんというか、ほんと、どうなん。(ああ、なんとなくわかる気がします。私も今死んだら絶対化けて出ると思うときがあります(笑)) (笑いながら) そうですね。もうね、あかん、なんか趣味もたなっていくのが先で。それで、まあ。(そう思って始められたんですね。)そう。だからあの、さっき趣味を聞かれて、よっしゃと思ったんです。あの頃は何にも答えることなかったんですけど、今はバイクですぐに答えられるので。」と話した。そして、「仕事が単調やから、全く違って楽しいですね。自分で決めて、好きなとこをね。それで自分のペースでできるし。(仕事とはまた違った感じでいいんですね。でもバイク、結構体力使いますよね。)自分で押さえないといけないからね。まそういうのも楽しい。峠じゃなくても楽しいもんです。」と仕事とは違い、自分のペースで楽しめる楽しさがある事を話した。

4. 解釈的説明: 自分の意志でコントロールできる趣味を始める

C氏はずっとラインで働いてきた。ラインの仕事は「ほとんど、お昼の45分以外はずっと立ちっ放しで。立って、製品検査です。コンベアーで流れてくる中から不良品をチェックして抜くっていう。ベルトコンベアーから流れてくるんです、それを。順番には流れてくるので一度に大量にはないですけど、最終チェックなので。」と、一定の速度で流れているコンベアーに合わせて動く仕事で、そこにはC氏の意志はなく、コンベアーの作り出す流れに、仕事も生活も合わせる仕事である。心臓もコンベアーと同様に、坦々と規則正しく動き、血液を循環させている。普段生活している中で、こうした心臓の動きに意識を向けることはなく、動いていることを当然としてとらえている。C氏は、不整脈になったことによって、コンベアーのように動いていて当然であった心臓が、不規則になり、動かなくなって入院するまでになった。C氏は、「心臓だし、過労死とかね」と考えたときに、今のその存在の仕方を変えなければと考え、残業や夜勤というような覆いかぶさっていたものを取り外した結果、趣味がないこと、自分のペースがないことなどの不足が見えてきたと思われる。そのため、そうした不足を埋めるものとして、バイクでツーリングに出かけるという趣味を始めた。C氏にとってバイクという趣味を持つことは、死に先駆けて今を存在するうえで、自分に足りなかったものを埋めるという意味があり、単調な仕事と自分でコントロールできるバイクという趣味を組み合わせることで、存在することの意味を見出していた。

心臓は、コンベアーと同じように常に一定で動いているものであり、動いているかどうか

かに関心を向けることもなく、このような日常性の中に埋没していた C 氏が、心房細動によって心不全になったことで、コンペアーのように一定に動いていて当然であった心臓が、一定には動かなくなる可能性のあるものであること、まして自分の意志や都合によってコントロールできるものではないことが、現実味を帯びて立ち上がってきたと言える。C 氏にとって、心房細動のため、必要な時に必要なように自動的に動いてくれない心臓が、本当に回復して正常に動くようになったのかどうかを確認するための方法が、バイクのように自分でコントロールできる活動を通して、心臓の反応を確認することであった。＜自分の意志でコントロールできる趣味を始める＞という活動の調整は、コンペアーのように単調に動くだけではなく、バイクという不規則な負荷にも反応し、動いてくれているということの証明であり、仕事をし、バイクという趣味をもって生活できることは、規則正しく動かなくなって滞った心臓が、正常に動いていることを示している。そして、趣味があるといえる現在の C 氏を、生きて存在させている正常な心臓の証明でもあるといえる。

Ⅲ. 代表的事例；＜大丈夫と信じてしなければならないことをし続ける＞(F 氏)

1. 背景

F 氏は 40 歳男性で、整体院に勤務している。実家を離れて整体院で働いていたが、一度退職し、アルバイトの警備員をしていた 3 年前に、拡張型心筋症で入院加療が必要になったため、実家に戻り、近くの病院に入院した。現在は再び実家を離れ、約 1 時間かけて通院している。1 年半前に再増悪のため入院したが、それ以降は入院せずに安定している。

2. 安定して過ごせるパターンを崩さないように守る

F 氏の活動量分析結果は、5 日間まるで判を押したように同じグラフであった。勤務の日の 5 日間であったのかを尋ねると「いえ、休みの日が 1 日あったと思います。」と答えた。F 氏の手帳と日付を合わせなければ、どの日が休日であったのかもわからないほど、同じパターンを示していた。F 氏は、このような生活のパターンは、心不全を発症する前に戻した結果だと話した。

F 氏は一人暮らしをしていたが、発症時「仕事の疲れか、太って動きにくくなったのかと考えてました。」「1 カ月か 1 カ月半ぐらいは、だるくて体が重たいまま過ごしました。」「(しんどくても)もう頑張るしかないぐらいで。」と、おそらく消化管浮腫による嘔吐という働けない症状が出るまでひたすら我慢して頑張っていた。しかし心不全であることがわかり、入院加療が必要になったため実家に戻り、両親の世話を受けながら実家の近くの総合病院で加療していた。退院後も実家に戻って療養していたが、「近くのコンビニに行くのがぎりぎりだった」状態であった。徐々に動ける範囲も拡大し、再び一人暮らしの自宅に戻った。F 氏には発症前から自宅の 5km 先の駅周辺のカフェでコーヒーを飲みながら読書をする習慣があり、目的のカフェまで散歩として歩いていた。自宅に帰った F 氏は、仕事を再開するためにも散歩ができるようにしたいと考え、「自転車のほうが負担が少ないかなと思って」、まず自転車で外出することから始めた。自転車で動く範囲を広げていきながらも「最初は自転車に乗ってもちよっとしんどくて、

吐いてもうたことが1回か2回最初はありましたけど。それぐらいで、だんだん乗ってても普通で。」と、やめることなく続けていた。F氏にとって、仕事は生活をするために必要なものであり、自転車で動く範囲を広げることは仕事に復帰して自立した生活を取り戻すという、F氏が思う回復した状態にあるために必要なもので、必要であるからこそしなければならぬことであった。F氏は、「大丈夫だと信じるしかないというか」と言い、嘔吐などの症状があっても、大丈夫だと信じて続けていた。F氏は、「最初は坂がちょっときつかったんで、坂道とかは全部おりて押してましたけど。」「どこそこの公園まで行って、缶コーヒーでも買って、ちょっとしばらく本でも読んどこうかなとかそんな感じ、散歩に近い感じであっちこっち行ってましたね。」「ちょっとずつ動ける範囲、活動範囲を広げていったり。最初は別に食べ歩きまでしてなかったんでしたね。」と言うように、徐々に本来のように歩ける状態に戻していき、現在のF氏は、発症前と同じように生活ができるようになり、再就職をして自立した生活に回復した。

F氏は、判で押したように同じ活動分析のグラフを見ながら「時間は決まってるんですけど、昼から始まって終わるのは深夜なんで。通勤が大体そのぐらいの時間で、自転車で通勤してるんで。どこか1日休みの日があったと思います、多分それ。休日も同じようなパターンになってしまう。パッと見ただけじゃどこが休みの日だったかわからないですね、これ。」と、「崩すと大変なんで。連休じゃないんで。けっこうそういうパターンで動いてますね。早起きして出かけてもいいんですけど、さすがにしんどいので、体力的に。(そしたらここに通院する日は大変ですね。)パターンが狂うので、(通院から)帰るとしんどい。ゆうても一日だけなので。せっかく問題なくできてるので、わざわざ崩さなくても。ここに来る日はしんどいので、大体そういうのはわかるので。せっかくうまくいってるので、できるだけ崩さずにおきたいんですね。性格もあるんでしょうけど、保守的というか、守りに入っていると思います。でも苦にならないので。」と話した。F氏は、大丈夫だと信じて時には無理をしながらも徐々に本来の生活に戻し、戻ってからは、安定して生活できているパターンを崩さないように守るようにして、生活をしてきた。

3. 解釈的説明;自立した生活が崩れないように守る

F氏は実家から離れ、独立して生活を営んでいた。心不全になったことで、「最初の退院した後、半年ぐらいは実家に帰って、ほとんど寝てました。全然、動く、それこそ近所のコンビニ行くんでも、ぎりぎりだったんで。」と言うように、30代後半で親の世話にならざるを得なくなった。F氏は再び一人暮らしに戻ったタイミングについて、「半年ぐらいでしたらもう大分、元気にはなってたんで。(どんなところが?)歩ける距離もふえましたし、普通に食事もとれるような感じになりましたし、そのぐらいですね。」と、「とにかく一人暮らしに戻り、その後で本来の生活の範囲まで動けるように戻っていった。F氏にとって一人暮らしをしている場所は、仕事という収入源や所属先、自分の技能をふるう事ができる場であり、そこで生活ができるという事は、一度不可能になった年齢相応の自立した生活を送ることができるだけの、体調や心機能が回復し、心不全症状がない状態である事を示している。F氏にとって、現在の本来の自立した生活が崩れないように守ることは、そのような生活を送ることができるだけの、本来の正常な心

臓の機能を守ることであった。そして不全になった心臓が正常に動ける現在のパターンを守ることは、年齢相応の自立した生活を送ることができる身体を支えている心臓の正常性を証明し、維持するための活動の調整であると言えた。

IV. 【心臓の正常性を証明する】という活動の調整の意味

このように、【心臓の正常性を証明する】という活動の調整には 2 つの意味があった。一つ目は、不全である自分の心臓が、回復し、変化する生活や負荷に、健全な心臓と同じように反応し動き続けている心臓であるということを証明する事である。一般的に心臓は、個人の意思に関係なく、自動的・自律的に、規則正しく動いているものである。しかし心不全の状態では、不整脈のように規則正しさが失われたり、薬剤やデバイスをいなければ自動的・自律的に動かなくなったりするために、動いているものであった心臓が、いつ止まるかわからないものになる。心不全を発症したことによって、当然動いているものであった心臓が、動かなくなるかもしれないものになり、いつ動くか動かなくなるかは予測できない、不確実なものになった。心臓が停止することは死亡することと直結しており、E氏、C氏、F氏共に、心不全を発症したことで自らの死の可能性に直面し、死への不安と気分付られて存在せざるを得なくなった。そのような状態において、ロードバイクやツーリングによって心臓に負荷をかけ、負荷に反応して心拍数が増えたり、休息によって心拍数が戻っていったりという正常な心臓の反応を捉えることは、不全である心臓が正常に動いていることを、自分に対して証明することになると言える。

Heidegger (1927/2003b, p.300) は、日常性に埋没している世人における死は、「人はいつか死亡するものだが、しかし当分はまだ死亡することはない」というように、死の可能性を遮蔽しつつ回避されているものとしている。心不全を発症したことは、これらの遮蔽し回避していた自らの死亡の可能性を明るみに出すことになる。現存在は被投的存在であり、常に将来性にむかって企投している存在であり、そのため常に既在性(過去)によって規定された存在だといえる。死によって投げ入れられるべき将来性が否定されるならば、自動的に現在存在している事そのものへの否定につながる。【心臓の正常性を証明する】という活動の調整の二つ目の意味は、健全な心臓であったころの、心不全発症前の生活と変わらない生活を営むことによって、今生きて存在していることを証明することである。健全な心臓であったころと変わらない生活を営むことができるという事は、そのような生活を営むに十分なほど正常に、心臓が動いているという事を示す。E氏やC氏の仕事に合わせた生活リズムや、F氏が守っている自立した生活は、死が自らのものとして立ち上がってきた心不全患者が、死が遮蔽され、回避されていた頃と同じように心臓が動き、今、生きて存在していることを証明するためのふるまいであると言えた。

第3節 新たな身体に合わせて通常性を修復する

I. 範例；X氏

1. 背景

X氏は、54歳で鉄工所に勤務している男性である。2005年に狭心症でPCIをしていたが、その後無職になり保険が使えなくなったので通院を中断。服薬などもしていなかった。それでも特に体調の変化を感じずにいたが、2年前に心筋梗塞を発症し、夜中にトイレで倒れた。なぜ倒れたのかもわからず、胸の痛みも転倒による骨折だろうと思って1日放置していたが、痛みが引かずに受診。心筋梗塞(3枝病変)と心不全で入院になった。その時に糖尿病も指摘された。ICUに1週間、その後も退院まで1カ月と回復に時間がかかり、その時について「24時間以上たってから来とるから、余計に重症だったらしい」と言われる。退院後に復帰した職場では、労作が強い現場から内勤に変わり、主に事務方の作業と現場の指導的役割を担っている。既往歴には糖尿病と脂質異常症があり、内服治療中である。

2. 長年不摂生をしてきた結果の身体

X氏は心不全という状態になったのも、「狭心症でカテーテルの処置してもらって、ちょっと不摂生しとったのも事実なんですわ。」と言い、「だからそれが祟って(胸を指さし)これに來たんだと思います。」と、現在の体の状態について話した。X氏の言う不摂生な生活は、「だめな患者なんです。いうたらそのときもタバコもやめなさいと、それで薬は飲みなさいってずっと言われてた。でもそれも自分で全部やめましたからね。会社かわったいうのもあるんやけども、そのときにちょっと薬もらいに行かなくなって、いったらそういうのはもう全然やらなかったんで。」という通院や服薬をしなかったりタバコを吸い続けたり、「倒れる前までは、食事はむちゃくちゃ食べてたし、炭酸飲料、コーラとかあの辺ももうがぶ飲みしてたし、缶コーヒーも1日5、6本。それからいうたらもう暴飲暴食やね」というような暴飲暴食、「前なんか結構無理して仕事も続けたけども、最近は何んまちょっと、もう休み休み。」というような肉体労働の仕事、「心筋梗塞になった状態になってから、その24時間以上ほったらかしにしとったのが大きいですわねって」というように、心筋梗塞を起こしたその時も骨折と思って放置していたというような、自分の健康や体調に関心を向けずにいた生活である。

X氏が不摂生な生活をしてきた結果、心筋梗塞によって心不全になり、退院後は現場から内勤に変わった。鉄工所での花形の仕事は現場の仕事であり、X氏は花形の仕事から裏方の仕事に変わるようになった。「(職場の配置は)変えてもらったというか、しょうがないから変わらざるを得ないですね。余り無理するとやっぱりちょっとまた出るかなという怖さもあるんで、別にないとは思いますがね、今。」と、狭心症発作や心筋梗塞を再び起こすかもしれない体であるがために、変わらざるを得なかったと話した。そして発症して2年経過したころに、どうしても現場の人数が不足、現場を1日手伝う必要があった。X氏は元の現場を手伝った日について「できると思ったんやけどね、結構。1日ぐらい頑張れる思ったんやけど、なかなかしんどかったんで。(そうなんですわね。)やっぱりちょっときついなって。(そうでしたか。)誰かがいるんなら、もう願い下げますね。というより、迷惑かかるんでね。2人とか3人での作業なんで、1人がもたも

たしたり、気緩めたり、事故になっちゃうような大きいものやってるんで、どう言うの、嫌々とかじゃないんやけど、そういうところについていかれへんかったら、やっぱり相手にけがさせたりしても嫌なんで、できるだけそういうときやっぱり、もう体力のある若い子に任せたほうが、なかなかええん違うか思って。その辺を管理してるんやけど。」と振り返り、1日くらいならできると思った現場の仕事が体力が続かずできなかつたこと、迷惑をかける状況になったこと、若い社員に任せて安全に作業できるようにするための管理に回った方が良いと思ったことを話した。長年不摂生をしてきた結果として、花形の現場で活躍できる身体ではなくなり、役割の変更が必要になっていた。

3. 傷めてしまった身体に見合った活動を模索する

X氏は、発症前と現在との活動の一番の違いは「体使わなくなったことかな。」といい、仕事についても「前なんか結構無理して仕事も続けたけども、最近ではほんまちょっと、もう休み休み。」と無理をして続けることが無くなったと言う。X氏の身体は不摂生な生活を続けた結果、狭心症や心筋梗塞による慢性心不全、糖尿病、脂質異常症というような疾患を患い、X氏の予想以上に現場についていけない状況になっていたため、果たす役割も変えなければならぬほど傷んだ身体になっていた。特に「とりあえず血管の掃除は終わりました。ただ、そういうふうになんか心筋梗塞になった状態になってから、その24時間以上ほったらかしにしとったのが大きいですねって、いわゆる心臓に水が大分たまってるんで、負担かかってます。だからちょっと、何せICUに1週間おったからね。(そうなんですね。)結構何か1週間って長いらしいですけど、だから結構重かったみたいで、本人はそのつもりなかったんやけど、先生が言うには、結構重症でしたよと言われまして。」という状態であった心筋梗塞発症時は、回復にも時間がかかり、退院後もすぐには動けなかった。「何せ、家、ここ退院して、タクシー乗って帰ったんやけど、玄関着くなりもうばたん、倒れるんじゃないけど座り込んで、もう家上がるのがやっとなんか、あときはね。体がすごい重たかって。やっぱり布団の中でちょっとしばらく休み、ほんで家の中うろろ始めて、だから3日ぐらい、3日か2日ぐらい家おったかな。それからちょっと服着がえて、病院内ではフロアを歩いてもええということからリハビリはしてたんやけどね、なかなか1日ずっと歩いたことなかったんで。(じゃあ家の中をちょっとうろろするところから始めて。)うろろして、ちょっと1歩出ていう感じにして、何とか家の周り、ぐるぐるできるぐらいになったときから、散歩ぐらいからかね、やっぱり。」と、傷めてしまった身体を徐々に慣らしていくことから始め、現在は職場に復帰することもできている。X氏は、「先生いわく、動きなさいと。(そうなんですか。)20分程度、30分、歩いてくださいと。だからできるだけ体は使ってくれということ。使ってくれて、疲れない程度にね。(そうなんですね。)だからちょっと歩くぐらいはずっとしてますし。」と歩くようにしたり、「前なんか結構無理して仕事も続けたけども、最近ではほんまちょっと、もう休み休み。(そうなんですね。)そういう感じで仕事やらせてもらってるんで」と休みながらゆっくりと仕事をしたりして「もうなれな仕方ない、だから大分なれたよね。なれてきたかないう程度やね。」と、配置換えになったり以前のように働けなくなっている現在の状況についても、慣れることをしてきた。

X氏は自らの事を「苛みやから」と言い、車に乗っていて渋滞にあうとイライラして口調が荒くなったり、「先生はイライラはあかん言われるけど、病院なんか待ってばっかでイライラばっかやと思うわ。」と、手際よくやっていきたい方だと言われる。しかし、退院後は体が重かったり、入院前とは違う業務内容になったりと、手際よくはできない状況であった。それでもX氏は仕事をしながら生活を整えなければならず、「ただ歩くとか自転車乗るとするのはちょっと合わへんで、だからゴルフぐらいならええかな思った。」と、自分に合わない運動をやめて、自分にあうゴルフを始めたり、「40分、朝早い時間なら30分ぐらいで行けるんやけど、交通量が多くなると、やっぱり1時間ぐらいかかっちゃうんで、それが嫌なんで、もう6時には大体会社着いて、後、ゆっくりできるでしょう。車の中で、結構いらいらするほうなんで。」というように朝の渋滞を避けるために始業の2時間前に会社につくように家を出て、「(8時の始業までは)もうずっとじっとテレビ見てる。(そうなんですな。)事務所でその日の予定を書いたりとか静かに」「2時間ぐらいゆっくりしてから仕事入る。」と仕事前のあわただしい時間をゆっくり過ごしたり、「とにかく余り人混みが嫌なんで、できるだけ人がおれへん時間帯、狙っていくというのが自分のあれやから、朝早いのは別にええかなと。だから昼までに打ちっ放し行っても何しても終わって、昼からはゆっくりしてますわ。」と、自分の自由がきく時間帯に運動をしに行ったりして、現在のいらいらしない生活のペースを作ってきた。

4. 新たな身体感覚をつかむ

発症前と現在との活動の一番の違いを「体使わなくなったことかな。」と述べているように、X氏は不摂生をしていた生活を、体を使う事で乗り越えてきていた。そのため、健康や体調に注意を払わなくても生活を送ることができていたが、様々な傷みが生じた現在の身体では体を使う事だけで乗り越えていくことができなくなった。また、X氏が仕事を通して身につけていたであろう感覚も、配置換えによって使う事ができなくなってしまった。X氏は、自宅に帰るだけでも疲れ切ってしまう身体で、再び日常生活を営むために、とにかくやってみるしかなかった。「とりあえずだから車乗ってうろうろもせなあかんので、そういうようなところからちょっと始めて、挨拶行って。(じゃあ車でちょっと出られるぐらいまで。)だから出られて、あっちゃこっちゃ買い物行くような感じにして、そんなんからならしていったかな。」「中で何ぼかは小さい仕事はしますからね、だからその辺から徐々にならして行って」というようにして、やってみることを通して、現在の新しい身体感覚をつかんでいた。そして、「できると思ったんやけどね、結構。1日ぐらい頑張れる思ったんやけど、なかなかしんどかったんで。」「ちょっと現場の人間が休んだんで、ちょっとかわりというか、入ったんやけど、なかなか前みたいには体動かなかった。(そうですね。)1年、2年、2年近くね、今、もう余りそういう体力的なことは余りしてなかったんでね、そういう面で言うと、ちょっと落ちてるかなと。」というようにして、試してみた結果「いや、(現場の仕事は)もうしたらしんどいやろうな、さきに立って多分しないでしょう。若い人がいますんで。若い人に任せます。」というようにしたらしんどいという感覚としてつかみ、無理をしない生活につなげていた。X氏は運動のためにゴルフの打ちっ放しに出かけることがあるが、その時間は2時間と決めている。「大体自分の感覚いうたらおかしい、自分の練習の中では2時間が大体ペースいうか、普通やから、2

時間ぐらいやね。」と、身につけた感覚で自分にとって無理のないペースをつかんでいる。そして、「何か行けるかないう感じで、多分それで行ったと思うんですよ。もしこれしんどかったら、もう家に直帰してますんで。」と、仕事の後でゴルフに行く時と行かない時の違いはいけるかなという感じだと言う。他にも「やっぱりあるねん。会社、車乗って帰るときに、すぐ近くにあるんですよ、練習場が。行こうかな思うねんけど、その前の道をこっちへ曲がるか、こっちへ曲がるかで家かゴルフ場かなんねんけど、そのときの雰囲気、きょうはもうやめとこうってこっち帰るときもあるし、今日は行けるなどと思って行く日もあるし、週1回、行くか行けへんかぐらいやけど。」というように、無理にならないかどうかを、何となく感じ、身体の疲れの感覚に任せることで決めることができるようになっていた。

5. 解釈的説明:新たな身体で生活するための通常性を立て直す

X氏は、狭心症を発症して治療を受けたがその後自己中断し、6年後に心筋梗塞を起こしている。慢性心不全のステージでは、狭心症を発症した時点ではすでに慢性心不全の状態にあると言えるが、X氏の活動の変化から、ここでは便宜上、心筋梗塞の発症前を慢性心不全発症前と捉える。

X氏が自ら述べるように、発症前の生活は暴飲暴食、過労、通院や治療の自己中断、喫煙、飲酒など、不摂生を積み重ねた生活であった。X氏は、不摂生な生活を、40代という若さと体力がある体を使って生き抜いていた。X氏の生き抜く基盤となっていた体は、不摂生な生活をしたり、職を失った経済的な問題を切り抜いたり、仕事をしたりして、日々の生活を生き抜くための道具的存在としての身体であり、不摂生をものともせず働いていた身体であった。そのため、X氏にとっての通常な状況とは、不摂生ができ、不摂生をしても働けるという状況であり、それが可能な身体として存在している事だったと言える。しかし、道具が手入れをされなければ自然に傷んで使えなくなってしまうように、X氏の身体も不摂生な生活を続けて体をおざなりにしてきた結果、糖尿病や脂質異常症、ひいては心筋梗塞という形で身体に積み重なった傷みとして現れた。そのため、X氏の道具的存在性が失われてしまったと言える。同時にX氏は、自分の健康状態を顧みなくても、大きく壊れることなく自分の生活を支えてくれる身体をもって存在してきた。一度は狭心症を患ったものの、短期間の入院で治療ができ、経済状態の悪化によって通院や服薬を中断しても、職を得て肉体労働ができてきた。X氏の歴史性は、不摂生な生活をものともしない身体が通常の状態として築かれてきたと言える。

しかし、心筋梗塞によって心不全を発症したX氏の身体は、タクシーに乗って自宅に帰るのもやつの状態であり、それまでX氏が通常にしてきた状況とは異なる状況であった。不摂生どころか、一般的な日常生活に伴う活動ですら困難を伴うようになってしまった、新しいX氏の身体は、それまでの通常のこととして気にせずできてきたことができなかった。そのため、不摂生をものともしない身体で生き抜いてきた日常性を、新しい身体で生き抜いていくために、X氏は、ちょっとから始めて、いろいろなことを試みて、新しい身体で生き抜くことに慣れるように試してみるようにしていた。とりえずやってみることを繰り返し、新しい歴史を積み重ねることで、新しい身体で生活するた

めの通常性を立て直していた。通常性とは、X氏が日常生活の中で、特に意識することなくふるまっている生活の仕方であり、X氏はやってみたり試してみたりすることで、心不全になり不摂生に耐えることができなくなった新しい身体で、意識しなくてもスムーズに生活できる通常性を立て直していったと言える。

6. 解釈的説明:長年不摂生をしてきた身体の来歴としての生活を整える

X氏の現在は、長年不摂生をしてきた身体の来歴であり、不摂生をしていた既存性によって投げ入れられた現在である。X氏は不摂生をものともせず働いていた身体をもって存在していたが、心不全を発症したことでその道具的存在性や歴史的存在性が失われてしまった。また、発症前に狭心症を経験しているとはいえ、その後も不摂生を続けていたため、心不全になった身体で生活するための経験は全くない状態であった。X氏は、運動を始めたり、イライラしない生活に変えたり、変化した役割を遂行したりと、発症後は日常生活の様々な面を変えてきた。X氏の身体が不摂生をしてきた来歴であるという事は、存在の現れとしての生活も同様に、不摂生をしてきた身体の来歴であると言える。Dreyfus(1990/2000 p.44)はHeideggerからの引用として「現存在はそのつど、その現事実的具体化においてのみ実存し、現存在は現事実的なものとしては、とりわけ、そのつど身体の内へと分散してしまっているのである」と述べている。X氏は、不摂生をものともしない身体として存在していたが、“不摂生”という具体化したふるまいは、不摂生をものともしない身体であるからこそ行えた振る舞いだった。X氏は、不摂生という振る舞いとおして世界の中に存在しており、不摂生という振る舞いは、X氏の日常性における生活の仕方であった。X氏が心不全発症後に変えた生活の仕方は、道具的・歴史的存在性が失われてしまい、それまでの振る舞いができなくなったX氏が、新たにゼロから作り上げた振る舞いであった。そして、不摂生という振る舞いを通して具体化されていた生活を、全く異なる、不摂生ではない振る舞いを通して新しく具体化させたもの、世界の中に存在するための新しい存在の仕方として作り直したものだと言える。

X氏の、長年不摂生をしてきた身体の来歴としての生活を整えるという活動の調整は、生活を変えるという事ではない。X氏は心不全を発症することによって、X氏の歴史性や道具性を失ってしまった。この歴史性や道具性は、X氏が日常生活を、一つ一つ立ち止まることなくスムーズに送るために必要な技能ともいえる。X氏の長年不摂生をしてきた身体の来歴としての生活とは、不摂生をものともしない身体でなければ送れない生活で、生活者として存在できない生活であった。そのため、不摂生に耐えることができなくなった新しい身体では送れない生活であるため、全く新しい生活として立て直し、スムーズに生活を送れるように整える必要があった。長年不摂生をしてきた身体の来歴としての生活を整えるとは、心不全によってこれまでに修得した技能が使えなくなったX氏が、生活者として存在し続けるために、新たに技能を習得していくことを示す、活動の調整であった。

【新たな身体に合わせて通常性を修復する】ことは、心不全によって低下した機能に見合うように生活を変更して破綻した部分を修復するというよりも、新しい通常性を

作り上げていくような活動の調整を示す。ここで言う通常性とは、その人の歴史的存在性から生じたものであり、その人が住まう世界における振る舞いであると言える。現実的には、そうすることが通常の事として、特に疑問にも思わず、その人が生きている世界とのかかわり方を、生活としてスムーズに行える状況である。X氏にとっては、暴飲暴食や、経済的に困難な状況では通院をやめる事、無理をして仕事を続けること、などの不摂生な生活であり、X氏は、そのように生活することが通常の生活の仕方であった。これは、不摂生に生きてきたX氏の歴史的存在性によって現実的に現れたX氏の存在の仕方であり、世界とのかかわり方である。現在のX氏は、運動を始めたり、イライラしない生活に変えたり、変化した役割を遂行したり、発症後通院と治療を継続したりと、不摂生な生活とは反対の生活を、通常の生活の仕方として行っている。これは、X氏を取り巻く世界そのものは変化が無い中で、不摂生に耐えられなくなった身体で、X氏が生活し、その世界を生き抜くために、新しく作り上げてきた生活の仕方であり、新しいX氏の歴史的存在性であり、世界とのかかわり方である。このように、同じ世界や日常性の中にあっても、それまで積み重ねて習得した技能が全く使えない場合に、世界と関わるための全く新しい技能を新たに習得していく活動の調整が、【新たな身体に合わせて通常性を修復する】という活動の調整であると言える。

Ⅱ. 代表的事例；〈崩した健康のバランスを修復する〉（D氏）

1. 背景

62歳男性。1年前に心房細動に対してアブレーションを行い、その後ジギタリス製剤とβブロッカーによる内服治療を継続している。現在は退職しているが、在職中は開発にかかわる部署にいたことがあり、疾患や治療について、様々な書籍を読んで知識を蓄えている。妻や娘と同居しているが、自分の食事はすべて自分で作っている。日常生活は自律しており、自覚する心不全症状もない。インタビュー時には、自分の病気は心房細動であり慢性心不全ではないが、どのような基準で対象者を選んでいるのかなどの質問をされ、説明を求めたり、研究や分析方法について詳しく知りたいと話されたりしていた。現在の心機能は、BNP32.3pg/mL、拡張能、収縮能とも正常範囲内である。主治医から患者の紹介を受けた際に「仙人のような人」と形容されており、患者自身も「仙人のような生活を続けています。」と言い、朝食はコップ2杯のニンジンジュース、昼は和そば、夜は野菜たっぷりの鶏団子鍋と決め、毎日管理していると話していた。

2. 目標を決めて課題に取り組む

D氏は、自らの生活を「仙人のような生活」と言う。D氏の生活をきくと、食事と運動にはとにかく気を付けて、書籍から得た知識を基に、とてもストイックに管理しているようだった。「食事は何冊か、食と健康の話が僕は好きで、いっぱい本をそれまでも読んできた、読み込んできたと言うか、好きで、料理の本もそうやけど。一体、体と食はどういう関係があるのかというのがあって。結構そういう本ばかり読んできたあれがあって。それで、恐らく、しばらくそのたぐいの本を読んでなかったの、改めて本屋さんに行って、いろんな本を読みました。朝はニンジン・リンゴジュース。生でニンジンを絞っ

て、リンゴは毎日使えないから、ああいうのは季節ものだから。それは一般の100%のリンゴを入れて。それをコップに2杯かな、それで朝は終わり。昼は和そば、日本そばね。基本的にはワカメ、ワカメと、そうですね、よく入れてるのは、あれを入れてる。モヤシ。昼はそれね。夜はなべと言うか、野菜がたっぷり入ったなべ。ちょっと何かてんぷらかな、だしの出るようなとりだんご。かき揚げは、油っこいものは食べなくなった。僕の今の食生活の基本パターンは、あと1品魚、ちょっと小さいのを焼くか、漬物もダイコンかニンジン等を浅漬けにしたようなもの、という、基本的には和食です。みんなね、もう少し早く病気になってますわ。大体、暴飲暴食した連中は、傾向として、大体病気になってます。それは大体ね、何となくわかるんです。(分析されたんですねと問うと強い口調で)そう、そうでなかったら。調べますもん、私。むちゃくちゃ研究しますから。」と言い、書籍で体に良い食事を研究し、その結果に基づいて食事を作っていた。運動も「1日にできたら1万歩を目標。今、私、毎日つけてますんで、今までのデータは全部ありますよ。1年分ぐらいは多分記録とってるから。(毎日ですか、すごいですね)何の無目的で駅を繰り返したって、めっちゃくちゃむなしいウォーキングになんです。何かがないと。買い物でも何でもいいんですよ。ついでながらやらないと、こんなん続かないのはわかってるから。それに少しずつ気がついたんです。だから、みんな無目的にぐるぐる、みんな歩いてはるけど、僕はそれはできませんわ。」「(夜9時の運動は)それは不定期ですね。(17時過ぎはほぼ毎日ウォーキング)そうですね。昼も30分ぐらい歩いてました。大体昼と夕方には歩くという、朝は歩かないです。食事前にするか食後にするかどっちがいいかなと思ったんだけど、食後のほうがカロリー減ることは減りたいんだけど、食前のほうがいいのかなと思って。大体食前だと思います。12時半から1時でしょう、動いてるのは。それで歩きがちょっと足りないなと思ったら、大体その食後1時間ぐらい、ちょっと外に出て歩くようにしてます。余り夜出ることないけど、気が向いたら出るというような感じですね。(いつ歩くといいかというのも調べられたんですか?)だから幾つか本読みました。食と健康の。多分、読んでると思います。何冊も読んでるんやけど。そういう全部変えた背景がある、理論的に、そういう本の。」と、本を読み、考えて、これが最善だと思う生活に整えていた。

3. 不健康な生活の流れを断ち切った生活

D氏がこのような生活をするようになったのはアブレーション後の、この1年間の事であった。それまでのD氏は、「僕は基本的に、医学というのは、何て言うのかな、足らざるか、過剰になって病気になるか、突然、細胞が変異するのか、その要因も多分、何か因果関係があるわけで。不整脈になってんで、タバコ、めっちゃくちゃ吸ってました、油っこいもの好きでした、ビールもついでに飲んでました、病気にならへんほうがおかしいでしょう。たまたま1回入院しないとわからないって、昔から、みんな一般的によく言うてましたでしょう。だから、本当に入院してしまいましたやん。それでわかったんです。」と言い、入院したことで、病気の原因になっている生活習慣に気づいたことを話した。「だから一番変わったというか、変えたのは、断ち切ったこと。それを断ち切ったら終わる話でしょう。」「退院した後、正確には入院してからだけど、タバコはすっぱり。後はそうやね、健康管理、不健康な生活してたら、また別の、だから血管を詰めますや

ん。どこかそういうものを変えることしないと、決断というのはまた大げさになるから、それがストレスになりますやん。だから、それが普通の生活だと組み込んでいかないと。暴飲、暴食と好きなもの食べてたら絶対病気なるのわかってるから、バランス崩れるはずやから、まずそれをどこかで断ち切ると。じゃあ、断ち切った後、どうするかということです。何を断ち切って、新しいやつ何するかというのが大体わかってるから。それだけの話、実行するかしないかだけだから。」と、現在の生活は、病気につながった不健康な生活の流れを断ち切り、新しい健康的な生活の流れを作ったものだと話された。

D氏がここまで健康的な生活にこだわる理由は、「退職、定年でね、して、仕事を、6カ月ぐらいしたらどこかで始めようと思って。ちょっと待てよと思って、もうちょっと様子見ようかなと思って。そしたら入院。(退院後は?)頭もぼけたらあかんから、もう一つ何か資格関係の試験でも受けようかなと思ってのんですけどね。まあ、勉強は。今のところはそういう、まだ若いし。(そうですね。)運動もね、一つには働く体力と気力を維持する、そのためにということもあります。いつでも働けるように、そういう目標ね。」「仕事中は、大体、課題達成型人間やと、大体企業戦士ですわ、僕ら最後の団塊の世代の最後ですから。ずっと、いろんな人口が多い中で生まれて、大体、課題達成型人間が多いんだけど。だから、それも張りなんですよ。そのステージ。その途中で人生のイベント、結婚するとか子供ができたとか、何かそれは幾つかのイベントはありますけど。基本的には仕事の達成感ですよ、会社人間やから。会社人間と言うか。だから、結局、これから老後に入っていきますよね。必ずどこかがた来ますやん。よう使こうきてるねんから。いつかは限りあるわけやから。だから、その間にどういうメンテナンスしとくかだけでしょ。仕事やってるとき、かなりストレス、そういう仕事ばかりやってきたからかもわからないけど。議論もよくしたし、よく飲んだしね。飲んどらなやつとられんわ、こんなもんは言っ。大体みんなそうです。そのリセットの意味も込めて。リタイアしたら多分、退屈、みんないろんなことやってるけど、暇もてあましてる人もおるん違うかな、何か打ち込むものがないと。」と、退職後に再就職しようとした矢先での入院であったために、体調の管理が仕事の代わりの目標になっている事について話した。また、「(食事が)まずいんです。つまり、油を抜く。それから四つ足の肉とか、ブタとか牛とか、うまいですよ、確かに。そういうのを抜くと何の楽しみがあります?でも3カ月目でぐぐぐとスコアが、全て基準内に入りました。それまでは中性脂肪高い、コレステロールも高い、総コレも高い。だから、いわゆる心臓に悪いと言われるリスクは、リスクスコアと言うんかな、持ってた。とにかく、それは落とそうということで。大体、口から食べて、みんな栄養を取って出して行くだけだから。口から食べるものって、かなり影響してるんです、恐らく。それモチベーションです、まず。今の病気が完全に復調するための目標ですよん。」と、今の生活が、完全に復調するという課題を達成するために行っている取組であることについても話していた。

4. 解釈的説明;いつでも働くことができる身体に修復する

D氏は、課題達成型の企業戦士として、D氏の住まう世界の中で振る舞っていた。退職後、再就職しようとした矢先に入院し現在に至るが、それでも再び働くための準備は続けている。D氏は、それまでの不健康な生活習慣のために、再び働いている日

常に戻れない身体の状態になっていた。D氏は「いつでも働けるように、そういう目標ね。」と言うように、不整脈により心不全になり、血中脂質も異常値であった。D氏の身体は、それまでの課題を達成するために戦士として働いていた身体ではなくなっており、身体そのものが課題を抱えた、何らかのメンテナンスをしなければならない、働けなくなった身体であった。D氏はそのようになった身体の原因を、過去の不健康な生活習慣にあると考え、禁煙し、体にはよいが美味しくはない食事を徹底し、毎日記録をつけながら歩くという、健康的な生活習慣にしている。食事や運動の習慣を整えることで、働けなくなった身体を再び働ける身体に作り替えるように、活動を調整していた。

5. 解釈的説明；不健康な生活習慣を断ち切って復調するための生活習慣に作り替える

D氏は、課題を達成するために戦士として働くことができる身体を基盤にして、生活をしてきた。D氏の心房細動は突如として起きてきたものではなく、在職中に指摘はされていたが「その頃は、正直なところ医者に行く暇があれば仕事をやりたかった」「肉体労働ではないんやから、そんなにしんどい事もなかったし、仕事に差しさわりのない事で(仕事を)抜けることは、あんまり意味がないと思って」、対処していなかった。当時のD氏の課題は仕事を通してもたらされるものであり、仕事が優先されるものであった。現在のD氏も、体調さえ整えばまだ働らくことができ、働くことを前提にしていた。D氏は仕事を持ち、その中の課題を達成することで世界の中に自分として存在してきたと言える。そのためD氏にとって、仕事ができない不調を抱えた現在の状況は、これまでの仕事や課題達成というキーワードで表現されるようなD氏の歴史的な存在性にそぐわない状況であった。D氏は、メンテナンスをしなければ働くことができない身体で、仕事をして働くために、これまでの不健康な生活習慣を断ち切り、ストイックなまでの食事と運動を取り入れた生活習慣に作り替えてきた。これは、課題達成のために戦士のように働くことができる身体で働き続けることが通常であったD氏が、働くことができなかった身体に出会い、その新しい身体に対してメンテナンスをし、体調を整えて働くという通常性に作り替えたことで起きた活動の調整であったと言える。

Ⅲ. 代表的事例；＜座っていたり体を動かしたりする時間を作る＞(K氏)

1. 背景

82歳女性。2009年に心不全症状を認め入院し、肥大型心筋症と診断された。その後2012年までに3回の心不全増悪による再入院を経験している。EF、%FS共に正常範囲内であるが、拡張能が著しく低い(E/E'比 30.3)。普段は夫と二人暮らしであるが、2012年に次女夫婦の近くに転居し、次女や外科医の次女の夫が頻りに様子を見ている。K氏の夫も循環器内科に通院しており、うつ傾向があると診断され、K氏は夫の体調をとて気にかけている。K氏の3回の再入院時には次女と次女の夫が不調を発見し、受診を勧めたり一緒に受診をしたりしていた。元々習い事をしたり、旅行に出かけたりとかなり活動的に動いていたが、発症や転居を機に徐々に控えめの活動になっている。アダプティブ・サーボ・ベンチレーション(以下ASV)が導入

されているが、装着すると音やマスクが気になって睡眠できないため、日中に装着するようにしている。

2. 座っている時間を作る

K氏はASVが導入されている。本来は睡眠時に使用するが「本当は夜にね、寝るときにつけた方がいいものだけど、わたしもう(顔をしかめて顔の前で手を振る)。だからちょっと時間が足りないんだけどお昼に。睡眠薬をもらってもつけたら(顔の前で手を振る)。だから昼間にね、こうやってつけて。(そうですか。夜はゆっくり休めますか?)それはもうぐっすり。朝までトイレに起きることもないくらいゆっくりしてます。でも、前の、つけて寝てた頃もあったのでね、その時はもう全然。本当はね、あれなんでしょうけど、でももう。(ひどく顔をしかめて手と頭を横に振る)もうしんどいの。もう、つけない方がよく眠れます。だから朝も気分がいいから、それでね。」と、夜間には使用せず、日中に使用している状況を話した。「(マスクを、呼吸器の、つけられてるとおっしゃっていたのは、大体どのあたりでつけられてるんでしょうか。)帰ってきて、散歩、帰ってきてから、ごそごそと、お洗濯しておいたり、そういうあれをしてしまってからご飯を食べます。それから、マスクをして、それで大体12:00過ぎくらいかな、ご飯を食べて、お昼を。それからまた片付けがあればそういう事をしてまたマスクをつけて、お茶をして、またマスクをつけて、それで大体5:30ごろからまたお台所ごそごそして、それで晩御飯。やから11:30くらいまでまたマスク。(座って。)そう。(こんな風に運動の強さが強くなる山があるんです。)お昼ご飯の前後とか、お茶の時間の前後とか。(そしたらお昼は2時くらいからのこの辺でしょうか。)そうそう。大体3時から4時ごろにお茶の時間がありますのでね。それから終わってからまた、えっとこの辺のところはまたマスクをつけて。それで大体7時前に晩御飯が終わりますのでね。あの夕方はちょっとごそごそ台所をして、それから晩御飯をして、それからちょっと他の事もして、それで大体9時から11時半までまたつけて、そういう風にね、してます。だから、本当は夜つけるものなんでしょうけど、もう私は苦しくてね、本当に。もう眠れないのよ。そんなもんだから時間が足りないけど昼にね、できるだけつけるようにしてるんです。それでこう、こうやって運動しながら。運動はお散歩もね、しないとね、いけないでしょう。でもつけたら歩けないから。それで、私はあの、テーブルではなしに、掘りごたつではないけど、お座布団と座椅子に座って、テーブルの上に機械を持ってきて、それで座ってやっているので、手をこうしたり、こうやって、それからこんな感じに体をぐっとしたり、そういう事をしながらいるんです。」と述べ、家事の合間に、体操(1.5~2METs)をしながら、座椅子に座ってマスクをつけて座っていた。

座っていない時間のK氏は、常に10歩前後/分の歩数があり、1~4METsの間の活動を続けていた。「洗濯かしら?お昼にはしないから、何してたのかしら?お掃除、〇〇(商品名)、ほら、モップみたいな〇〇を使って、ささっと。」と、グラフを見ながら動いている事実は分かるものの、具体的に何をしていたのかはあいまいでわからない何かしらの活動をしていた。K氏からは、洗濯や掃除、料理、片付けなどの家事が、していたかもしれない事として答えられた。

3. やりたいことを気兼ねなくする時間を作る

元々活動的な生活を送っていた K 氏は、「毎日ね、起きて、それから散歩。家は住宅地だから、こう行って、こう行ってってわかるから、決まったようなところを。だからもう本当に楽しいの。この時間がね、毎日楽しみ。若いころはハイキングに行ったり、お山に行ったりね、もう大好きで。今はもう全然だけでも。だからもうこの朝の時間が私の全部なの。(全部ですか?)全部。大好きなの。(ワンちゃんのお母さんにも会えるし。)(頷きながら)だから朝一番から私の楽しいことができ、その時はもう全部忘れて楽しいの。だから私の一日は本当に楽しくなるの。気ままに歩くのでね。ちょっとメリハリをつけようと思って、たっただと早く歩いたり、ゆっくりにしたり、だらだら歩くとつまらないから、同じ歩くでもちょっとそのあたりを変えるようにして歩いて。ずっとたっただと歩くのはしんどいでしょう。だから一人の方が好きなように歩いて楽しいから一人で、考えながらメリハリつけて歩いてるんです。(K さんにとって楽しい歩き方があるんですね。)そう、自分のね。それが本当に楽しいから、ちょっとの雨ならすっとうてしまうんですよ。一人で自由に歩けるからね、余計に楽しいいでしょうね。」と、口調も表情も非常に明るく、身振り手振りをつけて話した。

K 氏はこれまでも主婦として家事をしながら、病気になった兄弟の介護をしたり、友人と旅行に出かけたりハイキングに出かけたりして楽しみの時間を作っていた。現在は、次女夫婦の近くに転居したこともあって「心臓が悪くなってから、こちらの方へ、娘の近くへ引っ越してきたんですけど、それからあんまり歩かなくなりましたね。あの、マスクもあるので余計にですけど。今はあの、散歩に出かけるときには首から札をかけて出てるんですよ。」と、慣れない土地で道に迷ったりすることもあるので活動範囲は狭まったものの、それでも毎日、雨の日でも散歩に出かけている。K 氏が自分の全部だという朝の散歩は、洗濯などの朝の家事を終えてから行われていた。K 氏は、1 時間ほどのこの散歩の時間を、「いろいろとね、始める前。夫もゆっくりしてるから。」と、主婦としての仕事を始める前の時間に行い、帰宅後に主婦として家事をし始めていた。

4. 解釈的説明;座っていたり体を動かしたりする時間を作る

K 氏は主婦として長年生活をしてきた。現在の K 氏の活動のほとんどは、主婦業に伴う活動であり、いつ何をしているか明確には思い出せないほど、日常の動作として K 氏に馴染んでいる活動である。主婦業は、主婦である K 氏が自宅にいる限り常にしている活動で、夫と共に生活をしている K 氏には 1 日すべてが仕事の時間と言ってもよい。そのような仕事をしている K 氏が、仕事をせずに座っている時間は、家事の合間の ASV の装着時間である。機械を居間に持ってきて、座布団を敷いて座椅子に座り、更にマスクを装着して機械に繋がっている時間は、K 氏が K 氏のために、家事をせず座っている時間であり、仕事の手をとめて、意図的に自分のために座っている時間である。K 氏はこのようなことを意識してし始めたわけではなく、ASV を装着することで夜間に熟睡感が得られず、だからと言って治療をやめるわけにもいかず、「本当はよくないんだろうけど」と思いながら行っている活動である。しかし、結果として K 氏が座って休息をとる時間になっていた。また、K 氏は主婦業を始める前に自分のための時間として散歩に出かけている。「この朝の時間が私の全部なの」と述べていたように、からだ

を動かすことが好きな K 氏にとって、1 時間の散歩と、その間に会う犬を散歩させている近所の方との会話、誰に気兼ねするでもなく自分の好きなように歩くことができることは、自分の楽しみのためだけに自分に使える唯一の時間であると言える。

K 氏は心不全になったことによって、以前のような活動的に出かける生活ができなくなった。それは K 氏の心機能によるものだけではなく、自分で悪化の徴候を捉えて受診できない K 氏が、次女夫婦の近くに転居した環境の変化も影響している。発症前の K 氏の身体は、主婦としての仕事を無意識に行える身体であり、自由に自分のための時間を楽しむことができる身体であった。しかし K 氏の新しい身体は、心機能が低下した心不全の身体というだけではなく、悪化が捉えられず次女夫婦のサポートが必要な身体であり、サポートを得られる環境にいないと安定してられない身体でもある。そのような身体で存在している K 氏が、主婦として世界に存在するためには、それまでにはなかった座っている時間や、それまでは自由にしていた体を動かす時間を、生活の中に作るが必要であったと言える。K 氏の【新たな身体に合わせて通常性を修復する】という活動の調整とは、主婦としての日々の生活の中に、自分のために座って居たり体を動かしたりする時間を作ることで、心不全という新たな身体で世界とのかかわりを作っていく活動の調整の仕方だと言える。

IV. 【新たな身体に合わせて通常性を修復する】という活動の調整の意味

【新たな身体に合わせて通常性を修復する】という活動の調整を行う背景には、心不全になったことによって歴史的な存在性が揺るがされた体験があった。そして、揺るがされた歴史的な存在性は、世界の内存在し、世界と関わる自分自身の、道具としての身体の変化として理解されていた。歴史的な存在性が揺らぐことは、その人が、それまでの生きてきた世界の中で身につけて発揮していた技能が発揮できなくなるという事である。慢性心不全は、生活場面の全てにおいて影響を及ぼす病態である。そのため、生活のあらゆる場面において、それまで意識せず通常用いてきた技能が使用できなくなる。心不全によって新たな身体に出会った X 氏、D 氏、K 氏は、それまでの身体で通常用いることができていた技能を揮う事ができなくなっていた。そのため X 氏は身体の来歴としての生活を整え、D 氏は生活習慣を作り替え、K 氏は生活の中に時間を作ることで、新たな身体に合わせて通常性に修復し、歴史を築きなおしていた。【新たな身体に合わせて通常性を修復する】とは、慢性心不全によって、身につけてきた生活する技能を通常のようにふるまうことができなくなった患者が、慢性心不全によって出会った新たな身体で、従来住まっている世界と関わるることができる通常性を身につけなおしていくという意味をもった活動の調整であった。

第4節 活動できる範囲に止める^{とど}

I. 範例;L氏

1. 背景

57歳男性。自営業(自由業)。仕事は遊びであり、仕事であり、生きがいだと言う。入院する10年ほど前から、7月～9月は空咳が出て止まらない時期だと思っていた。2004年に咳が止まらなくなり、息苦しさが出始め、食事がとれなくなってきたため救急受診。そこで拡張型心筋症による心不全が原因だとわかり、治療を受けることができた。その際疾患の特性上入退院を繰り返す可能性が高いと言われていたが、これまで再入院することなく経過できている。EF 23% %FS 18.33 E/A 比 0.4であり、拡張能が低く、短縮率、駆出率も低い。SASは13。「階段はしんどい。駅でもどこでもエスカレーター。それかエレベーター探して絶対に階段は使わへん。」と言う。

2. しんどいことから遠ざかる

L氏はずいぶん以前から咳嗽や呼吸困難感などの心不全症状を感じていたが、それはアレルギーによる呼吸器症状だと思っていた。しかし拡張型心筋症と診断され、アレルギーではなく心不全症状だったことを知った。そして、「妻;最初は「何回も入他院を繰り返すことがあります」って言われて。それで、5年、6年ということもありますとも言われてましたから。」と言い、生活的にも、生命的にも危機的な状況であったことがわかった。L氏は、「そんなときはもうこれでしゃあない言われたから、入退院も常時繰り返しますって言われてたからな。だからせめて3年の間でも、4年の間でも、なあ。そう入院せんでもええようなことをとと思ってたもんやから、まあまあおかげさんで大丈夫やったし、1回もしてないな。」と言い、いずれ入退院するようになったとしても、それまでの期間をできるだけ長くしようと考えていた。そして、「3,4年は何にもせんやったな。今も重労働はしない。」「妻;今年の夏は、はじめてバカンスに、海外に行ったね、飛行機に乗って。(それまではされてなかったんですか?)L氏;何回も入退院するようになって言われとったしな、いつ悪くなるかわからへんし。」と話した。「走られへんな。それから階段のぼれない。階段はあかん。エレベーターとかエスカレーターやな。目の前に階段あっても、ぐるっと回って行くからな。」と言い、具体的にしなくなっていたことは、飛行機で海外に行くこと、ゴルフに行くこと、階段を使うことなどであった。これらをしなくなった理由については「しんどいな思いながらしとったことをせんようになっただけやな。」と述べ、アレルギーだと思っていた頃に、身体的なつらさを感じながらもしてきたことをしないようにしたことを話した。

3. 試しながらもとのように戻す

L氏は、【通常性を保つためにし続ける】で述べたように、仕事はそのまま続けていたが、仕事以外の部分についてはこのようにしないようにしてきた。しかし、発症から9年が経過し、その間一度も心不全の増悪による入院をせずに経過することができた。そのため、最近ではしないようにしてきたことを、少しずつ再開していた。「(ゴルフは)日曜日にな。週に1回、多くて週に2回かな。」とゴルフを再開していたが、再開する

ときには「あかんことはないやろうと思ったし。ちょっとやってみよか、してみよか、あかんかったらやめたらええし、いう感じやな。1ホールでやめてもええし、あかんかったらホールでもええし。でもやってみたらホール回れた。」と、とりあえずやってみて、だめだったらやめるつもりではじめてみたことを話した。また、「ちょっとこの間は、飛行機に乗ることも控えてたけど、飛行機にも乗れたし、5時間ほど。心不全になって初めてやったのかな、長時間は。1時間とか、そのくらいならあったけどな。」と、長時間拘束されることがわかっている海外への旅行も再開するようになっていた。

4. 解釈的説明;活動の範囲を伸縮させる

L氏は、心不全と診断された際に、心不全の増悪によって入退院を繰り返す可能性があることや、生命的にも生活的にも、長期間の予後は望めないこともあることを知った。L氏は、遊びでもあり生きがいでもある仕事は同じようにし続ける反面、旅行やゴルフなどの仕事以外の部分はしないようにして、できるだけしんどいと感じることがない範囲の活動をしてきた。L氏の活動の範囲は、しんどいと感じたことがあるかどうかで決められる範囲で、活動の種類や継続時間の範囲である。L氏は、その活動がしんどいと感じる活動であれば、その活動をしないようにすることで、心臓に負担をかけないように調整していた。この、しんどいと感じる活動は、L氏にとっては心不全の増悪に近づける活動であり、しないようにすることで、心不全の増悪から自らを遠ざけるという意味があった。同時に、L氏が、しんどいと感じる活動をしないでおくことは、心臓にかかる負担を減らし、入退院を繰り返すようになるまでの時間が延びることを期待している活動であった。つまり、心不全の増悪から自らを遠ざけると同時に、心不全が増悪しないでいる時間を延ばすという意味も持っていた。

また、L氏は「やめた」という表現を使わず、あかん(だめだ)、しないようになったと表現した。そして、走ったり階段を上ったりは今もあかん(だめだ)が、ゴルフや長距離の旅行は再開し、試しながら、徐々にしないようになる前の状態に戻っていた。L氏は、心不全の増悪から自らを遠ざけ、心不全が増悪しないでいる時間を延ばすように活動を調整していたが、その範囲は変化している。L氏は、しないでおくがやめたわけではなく、自らが遠ざかってはいたが、その活動を遠ざけたわけではない。活動は活動としてそこに残し、ただL氏の活動の範囲の外に出ていただけである。範囲の外に出たのは、その活動がL氏にとってしんどいと感じる活動であったからであり、L氏がしんどいと感じなくなれば、その活動はできる範囲にはいる活動になる。L氏は、しんどいかどうかという基準で、自らの活動の範囲を伸縮させている。そのため、一度しなくなった活動であっても、しんどいと感じなくなったL氏が再びその活動に接近すれば、いつでもその活動は再開されるのだと考えられる。

L氏がしんどいと感じない範囲が、L氏の活動のできる範囲であり、診断前の様にしんどいけれどもするのではなく、しんどいと感じない活動の範囲を超えないように止(とど)めておくことが、L氏が行っている活動の調整の仕方である。この【活動できる範囲に止(とど)める】という活動の調整の仕方は、活動をやめてしまうこととは違い、できる可能性がある活動として、活動はそこに存在し続けているという特徴がある。たとえば、L氏がしんどいと感じなければ、その活動はできる活動としてL氏が存在する

スポットライトの範囲に入るが、しんどいと感じればその活動はスポットライトの範囲から外れてしまう。スポットライトの光が当たる範囲は、L氏がしんどいと感じるかどうかで決まる。しんどいと感じなければライトの範囲は広くなり、多くの活動がスポットライトに照らし出されるが、しんどいと感じればライトの範囲は絞られ、仕事という活動だけがスポットライトの中に残る。そして、ライトの当たる範囲の中の活動だけを行い、ライトの外には出ない。このように、L氏は活動の範囲を伸縮させ、【活動できる範囲に止(とど)める】ように活動を調整していた。

L氏のように、住み込んでいる明るみはその都度の体調によって変化し、活動はその明るみの中にある活動を行っている例として、次の代表的事例であるS氏の、範囲の中に収めるといふ活動の調整があった。

II. 代表的事例；＜違和感を覚えない範囲に収める＞(S氏)

1. 背景

70歳男性。週3日～4日、マンションの管理人として出勤する。道を挟んだ2棟のマンションを管理しており、110戸と90戸の部屋数がある。日によって派遣される管理人の人数が違うので、行ったり来たりする日もあればどちらかに専念できる日もあり、朝9時からの勤務と14時からの勤務がある。仕事がない日は家で読書をするか、植木(盆栽よりも大きいサイズの鉢植え)をするかしている。糖尿病を患っていたS氏は、10年ほど前に咳が出るようになったのでタバコをやめたところ体重が増加。減量目的でジョギングをしていたが、息苦しさが出るようになった。1か月くらい続けていたが、息切れが治まるのに時間がかかるようになり受診、心不全と言われた。その後内服でフォローしていたが、4年くらいしてから歩くとき苦しくなり、2年前の7月に弁置換術を受けた。現在の心機能は悪く、左室はほとんど収縮していない(拡張期径74mm 収縮期径73mm)。

2. 負荷を違和感として感じる

【不全になった心臓を動かす手立てをとる】で述べるが、S氏は、動いていることが日常であり、動くことで調子がよいと感じるリズムに乗ることができる。しかし、S氏の心機能は低い。そのため「歩いとも、やっぱりきつい上がりが上がったら、やっぱり息切れはしてくるわ。ふうふう言いよる。」「下の血圧が50切ったら、何かふらつくな」ときは、もうじつと動かないの。めったにないけど、あれ、おかしいなと思ってぼつとしようたら、もう歩かんとじつとしたまま。1回くらいあったかな。1分くらいじつとしとるかな。1分超えてるかな。(でも出先とかだったら血圧計とかないじゃないですか。)ない。(どうするとか。)自分で下の血圧が50切れてるなと思ったら、もうわかるわ。」と言うように、動くことで息切れやふらつきなどの症状を感じることもある。息切れやふらつきのほかにも、違和感があると言い、「やっぱり植木さわるからね。やっぱり植木鉢の重いもの持つと、ぼつとくる。」「(違和感というのは、動悸がするとかそういうふうな感じですかね。)動悸よりね、動きが鈍いわ。(体の動きが。)うん、動きが。やっぱりそんな違和感が出てくる。」というように、具体的に説明はできない、いつもと違う感覚として

異常をとらえていた。S氏は、特に血圧については「1年間は、退院して1年間は朝と晩、血圧ずっとはかっていた。2年目になってから、あんまり変わらないから、たまにしかはかからなくなった。(たまには何か調子が悪いなと思ってはかったりとかですか。)あるけども、そんなときあるん。締めつけ、ちょっと痛いかなと思うときははかってみるけど、一緒。」「多分そのとき(血圧の変動を感じたとき)、何かストレス感じてると思うわ。そのときには、そやからもう言われて、ちっと間したらもう忘れる。結局、がとと来よるときあるから。そのかわり自分自身で、ああ、こうなるなというのがわかるから抑えてる。そんな抑え過ぎたときに、やっぱりちょっと上がってんな、血圧上がってるないのがわかる。」と、測定しなくても大体の自分の血圧がわかると言う。血圧の上下だけではなく、重いものを長時間持ち運びしたときや、いつもより多く歩いた時など、S氏は心臓にかかっている負荷を、違和感として感じ取ることができていた。

3. もうここまでというラインを越えない

S氏は、マンションの管理人として働いているが、仕事中は常に動き回っている。「(ほとんど座られてる時間がなくて、ずっと何かをなさってるんですけど。)そう。巡回しとんや。(それでずっと歩きっぱなしなんですね。)そう。それで呼び出しが出たり、座ったって1時間も座ってないと思う。(巡回をしながら座って、長くても30分。)30分、1時間も座ってない。」「座ってずっとやっとなんだけど、たまに、管理人やからね。だから、警報が鳴ったら走らなあかんときも出てくるわけ。」と話したように、巡回をしたり警報に対応したり、お昼であっても誰かが来れば対応をしなければならない。しかし、S氏は違和感を覚えることがある。そのため「やっぱり植木さわるからね。やっぱり植木鉢の重いもの持つと、ぼとつとくる。(なるほど。)ほんで時間、それを長時間続けると、やっぱり明るる日に響くから、時間、ある程度2時間なら2時間決めて。(じゃあ、それが翌日のためというか、負担にならないように。)自分なりに、もうここまでという考え方。」と言うように、ここまでというラインがあり、そのラインを越えないように活動をしている。具体的には、「もう階段を上るいうたらね、1階ぐらい。あとは、もう3階であっても3階まで上がらない、エレベーターで上がる。(でも、おりるのは階段なんですね。)階段。エレベーターのときもあるけど、階段でおりるほうが。(多いんですね。)うん。そやから下の階におったら、階段でおりるのがほとんど。一番上まで上がとつたら、もう呼び出されたらエレベーターですつとおりる。」と、階段を上らないことや急いで降りるときにはエレベーターを使うこと、「ビール飲んだときはもうきついわね。(ちょっと晩酌程度でちょっと飲み。)あと、焼酎だけ、1杯だけ。もうそれ以上は飲まない。(じゃあ、それも決めて。)もう大体決まってる。(決めた枠からはみ出さなければ。)大丈夫やなというのが、自信持ったらあかんけど。そやから10時までのときは、このときは飲まないからね。(じゃあ、こっちだったら。)飲むんだけど、もう10時から帰ってきてからは一切飲まない。遅いときは、飲んで6時、7時まで。それ以降は、もう過ぎたら、食べ物いうたら果物だけぐらい。」と、飲んで負担がかからない時間までにお酒を飲むこと、と言うように、活動の仕方や活動をする時間を、ここまでと決めて活動をしていた。

4. 解釈的説明;しすぎないようにやめておく

S氏は、動くことで調子が良いと感じるリズムに乗ることができる。そのため、主に仕事を通して、S氏は動くようにしている。しかし、心機能が低いこともあって、負荷がかかっている状態を違和感として感じることもある。S氏は、違和感を覚えたときにはその活動をやめる。じっと動かないようにしたり、次の日にするようにしたり、他の方法をとったりと、やめる仕方は様々であるが、一時的にその活動をやめて、違和感がなくなるようにしていた。S氏は「もうここまで、という考え方。」と、その活動には続きが残っていたとしても、違和感を覚えたところまででやめて、その続きはしないようにしていた。S氏の活動の調整の仕方は、しないようにするのではなく、しすぎないようにするという調整の仕方であった。S氏にとっては、動くことは調子が良いリズムに乗るために必要なことであるため、しないということはない。しかし、しすぎると違和感を覚えるため、しすぎないようにするという調整である。

S氏の【活動できる範囲に止(とど)める】という調整の仕方における、活動できる範囲とは、違和感を覚えない範囲である。この範囲は、S氏がリズムに乗ることができているかどうかによって異なるため、一定の範囲ではない。走らないようにしていても、警報が鳴ったら走るとか、いつもは歩いて降りる階段も、場合によってはエレベーターを使って降りることもある。S氏は、荷物の重さや巡回している階の高さ、その活動を続けている時間の長さなどの範囲を、違和感を覚えないという基準で変えながら、活動をその範囲の中に止(とど)めて越えないように調整していた。このように調整することで、S氏が、調子の良いリズムに乗ることができたり、リズムに乗ったまま動くことができたりすることにつながっていると考えられた。

L氏、S氏は、「しんどい」「違和感」という、その時の体の調子をとらえて範囲を変化させていた。このような範囲を変化させる目安として、心臓リハビリテーションで獲得した血圧の感覚を用いていたR氏の事例を示す。

Ⅲ. 代表的事例;<気張っていない活動強度に止める>(R氏)

1. 背景

R氏は69歳男性で、発症後5年が経っている。発症時、心筋梗塞によるうっ血性心不全で、僧房弁逸脱を起こした状態であったため、腹囲が大きくなっていたが、肥満によるものだと思っていたため、毎日公園をジョギングしていた。下肢の浮腫が著明になったため近医を受診し、紹介によって緊急入院になったが、認知症の母親の介護をしていたためすぐに入院できず、施設の手配をして3日後に入院し、状態改善後、冠動脈バイパス術(以下 CABG)を受けた。退院後に見たテレビ番組で、バイパス術の後には13年ほどで再手術が必要になると話しており、Rさんは自分もそのくらいで再手術が必要になるだろうと考えている。そのために、拒絶反応が起きない自己血管が使えるように歩いたり心臓リハビリテーションを続けている。母親は退院後施設に入所。2年前106歳で亡くなるまで、R氏が介護を行っていた。現在の心機能は、EF 35%、%FS 15%、E/A比 1.5である。

2. 衰えていない部分を残すために歩く

R氏は、「そやから退院した半年は要注意で、半年間は家でおって、それから歩きに行ったときは生駒山上ったもんな。そのとき体力があったんやろう思う。それが年々衰えていって、自分でわかるんや。そやから、今でも駅の階段一遍に上られないのよ。」と話し、同じ術後であっても、5年前と比較して現在の体力の衰えを感じている。R氏は、毎日の散歩と鉄道会社が主催しているハイクへの参加を続けてきた。「〇〇(鉄道会社)のあれが3カ月ごとにあれが出るわけね。今やったら6、7、8のが出てるわけ。ああ、違う、7、8、9が出たんや。ほんなら7月行って、8月の最初の週が終わったらこの間はないわけや。9月は土日ずっとあるわけや。何月何日、どこそこの駅って書いてある、時間と。その距離数書いてあるから。ほんで健脚向きのは行かれへんから、それは消すけども、ほかのときは、10キロとか書いてるから、それ行って。それをずっとカレンダーに書いて、ほんで水曜日は診察があるかわからんからそこはあけて、ほんで火曜日はリハビリがあるからそこもあけて、それ以外の日はどっか出ていくなあれして、土日はそれ行かんといかんから、ずっとあけて。鍛えとかんといかん言われたから、それ鍛えるために足、歩いて。今はそれだけかな、楽しみにしている言うたら。」と、楽しみにするためだけではなく、鍛えるために歩いている。R氏が鍛えたいのは足である。それは、健脚であるためというよりも、再手術の際に使用できる自己血管を残しておくためという目的であり、「バイパス使うたから、今度右足のあれを使うから、そやから家でごろごろしとったら血管が弱くなるから、できるだけ動いてくれいうて先生が言われるから、それで行ってるわけ。自分の拒否反応起きんためにも自分のん使わんといかんし。一番最初言われたんは、両足使うて、足らなんだから腕も使いますよいうて言われたんよ。(それじゃあ、そのときのためにというか。)そうそう。」と述べた。

3. 負担をかけない方法を選んで歩く

R氏の、ハイクに参加した日の歩数は2万歩近くになる。R氏の心機能は、駆出率、短縮率が低く、強い負荷をかけると呼吸困難感などの心不全症状が現れる。R氏は「毎朝起きたときに血圧はかるでしょ。そのときの結果というか、きょうは特に130ぐらい出たら、きょう高いな思って、そのときは意識して、できるだけきつい動きはしないようにするとか。その手帳に書いて、きょうは高いとかって書いてるからね。そやから、買い物でも近くへ行くとか、あんまり遠いところへ行かないとか、それは大体意識してるわね。」と、血圧を目安にしていることを話した。そして、「リハビリのときも、ある程度歩き出してから血圧が下がってくるのよ。一番下のあれも下がってくる。ほんで、話ししたらばっと上がってくる。そやから、その途中でこうやったら話やめてくれ言われるし。そやから、ある程度体動かすだけでずっと、ある程度下がってきますよ。」という、心臓リハビリテーションで得た血圧の変化から、「大体、距離数が万歩計で歩いているのわかってるから、そういうふうは何回かあれしたら友達ができるでしょ。一緒に歩かれへんわけや、自分で血圧上がるのわかってるから。そやから、駅で会うて話し合いして、こんにちはいうて挨拶、どこにいてはるか名前も知らんけど、顔なじみなって、ほんで行きだしたら、1人で歩くからいうて。私、心臓悪いからいうて言うてるから、みんな何も言わん。」

うん、頑張ってるって、そういう感じ。そやから同じ道を、もうこれで今4年目かな。」と、ハイキングで友達ができても、歩き始めたら一人で歩くようにして、会話をしながら歩く負荷を避けたり、「きょうも朝6時かに起きて、ほんで御飯食べて、そやから8時ごろやともう出かける準備してんねんけど、まあまあ今日は9時やから、1時間じっとしてて。(じゃあ、そういうふうな時間をこう。)そやから、動いて休んで、また動いて、その結果がやね、大概。そやから1日中ずっとしてない。」と、動き続けることでかかる負荷を避けたりしていた。このようにすることについて「そのカテーテルで検査して、あと何年のうちに再手術せんといかんかいうのを決めるん違いますかな。何せ心臓が24時間動いてるから、やっぱりつないだところが金属疲労になって、多分それはわかってたからね。さっき言いました3分の1しか血管に血が通ってないから、特に自分が悪いんかな思うてるから。そやから、無理したらあれでしょ。(そうですね。)そやから、無理をして気張ることをしないようにせんて、途中でもし裂けたらえらいこっちな思うから。今やったら心臓を100%動かさんような感じで、70%かそこらまで抑えていて、絶対無理しないというのは決めてるから。」と話し、鍛えるために動かなければならないが、冠動脈は金属疲労を起こしているので、過剰な負荷をかけると破裂するかもしれないと思っていること、そのために心臓を100%動かさないようにしていると述べた。

4. 解釈的説明;再手術を受けるまでの間をもたせる

R氏は、一度CABGを行っているが、13年前後でもう一度手術が必要になる体であると考えている。R氏はそれまでの間、心不全を増悪させないで維持すること、2回目のCABGで使う事ができる良好な自己血管を保つこと、手術を受けられる体力を維持することを心がけて生活をしている。R氏が毎日散歩をしたり、長距離のハイキングに出かけたりすることは、体力と血管を保つために行っている活動である。しかし、バイパス後血管の狭窄が確認されたり、体力の衰えを感じたりするために、R氏は自分の身体を金属疲労を起こしている身体だと感じている。バイパス後血管も、心臓そのものも、またR氏の体調についても、金属疲労を起こしたパイプに圧力をかけると破裂してしまうように、自分の身体も無理な圧力をかけると破裂してしまう。再手術するまでの間に破裂してしまう事を防ぐためにR氏が行っている活動の調整の仕方が、気張らない活動強度に止めておくことである。R氏は、心臓リハビリテーションで、心電図と血圧を測定しながら運動をしているが、その経験からどの程度の強さの運動をしたら血圧や心拍数が変化するのか、どのような運動の仕方が体に影響するのかを、見て知っていた。この経験を生かして、話しながら歩かない事や、相手に合わせなければならない事、続けて活動をする事が無いようにしている。ハイキングに出かけても、歩き始めるまでは友人と会話を楽しみ、歩き始めると一人で歩くようにしたり、外出する日には自宅での家事などの作業は最低限にしたりというようにして、必要なことやしたい事でも、気張って何かをしてしまわないように、破裂しないのでできる範囲に止めておくように調整していた。R氏にとって、活動できる範囲とは金属疲労を起こしている身体が破裂しない範囲であり、血圧の感覚を基に範囲を決めていた。そして、しなければいけない事やしたい事であっても、ずっとしないようにして、活動できる範囲に止めるようにしていた。R氏の

【活動できる範囲に止める】とは、金属疲労を起こした身体が、再手術を受けるまでの間もたせるために行っている活動の調整であった。

R 氏の体調のとらえ方は、L 氏、S 氏が「違和感」や「しんどい」と表現するようなあいまいな感覚での捉え方とは異なり、自覚した症状と、心臓リハビリテーション中のモニターの変化を比較してきたことで身につけた、具体的で数値化できる感覚であった。次に示した B 氏は、血圧の値を感覚で捉え、活動の範囲を調整していた事例である。

IV. 代表的事例；＜自分の心臓の調子に合わせて控えたりやめたり選んだりする＞(B 氏)

1. 背景

B 氏は 61 歳男性で、定年まで経理担当のサラリーマンとして働いていた。転勤しながら勤めていたが、定年を機に地元に戻ってきた。B 氏は T 県で勤めていた時平成 3 年に心筋梗塞を発症し、その後の療養中に脳梗塞を起こしている(心房細動の既往有)。脳梗塞の後遺症として、身体が動きにくくなったこと、時々言葉が出にくいと感じることがあるが、ほぼ後遺症なしで回復したと言われている。2 年前に植え込み型除細動器(ICD)から CRT-D に入れ替えたが、それまでの間は常に心不全症状を感じている状態で、駐車場から社屋までの間 10m ほどの距離を、何度も休みながら歩いていた。現在はほとんど症状を感じることもなく、天文館に通ったり、観劇に出かけたりしている。EF 33.3%、%FS 16.3%、E/E' 比 14.85、E/A 比 2.37 と、全体的に心機能が低い。

2. 身に沁みついた休み方に任せる

B 氏は、心不全になってからの 22 年間の内、20 年をサラリーマンとして働き、家族を支えてきた。この 20 年は、何度も心不全増悪による入退院を繰り返しながら過ごしてきた 20 年間で、「あの、その頃は、特に夜にね、(苦しくなることが)よくあったので、その、職場はあの、明るいところではあったけれども、夜、静かだからね、こう、んー、いるのかいないのか。(他のあの、ご家族とか)いえあの、家内は、そのいましたけれどもね、あの、んー、気が遠のくわけではないんですけどね、んー。(握っていた指先をもう一度きゅっと握って胸元へもってくる)(自分がいるのかいないのか。)ええ、そう。そういうこともあってね、気分がね悪くなりますね。」と話したように、自分がいるのかいないのかさえ分からなくなるような期間であった。B 氏は、この 20 年間の間で自分の調子を感覚で把握できるようになっており、(脈拍が)下がった時の感覚が、んー、あの、ふーっと遠くなるようなそういう感覚、んー、感覚ですね。」「歩く感じが違うんですね。前はね、あの、地についてない感じなんですよね。歩いている時が。ところが今は、ついてる感じなんですよね、足が」や、「体全体の疲れが取れてないという感じがあります」と、感覚で調子を捉えていることを述べた。

B 氏は、デバイスを CRT-D に変更してから調子が良くなり、「毎日ホッとして生きてるような感じ感ですよ。」と話した。以前は「じっとして。(じっと。)仕事がありましたか

ら、もう家でじっとしていることがほとんどでしたよね。」と、仕事以外の時間は自宅でじっとして過ごすことがほとんどだったが、「今はあの、(いつ倒れてもおかしくない)そういう様なことは、ほとんど、考えなくなってるね。やっぱり、あの、もうちょっと歩こうとか、そういう風なあの、やる気にもつながってますよね。」と、天文館のシルバー天文大学に通ったり、散歩を増やしたり、心不全を発症してから初めて同窓会に参加したりと、外出することも多くなった。しかし、「普通はこの程度(活動量測定の5日目、6日目を指さす)なんですよね。で、ちょっとあったかくなって、少し増やしてみようと思ったのがこの辺なんです(活動量測定の1日目、2日目を指さす)。で、結局、寒さと、疲れと(笑)で。それで一回元に戻して。この時は失敗、失敗とは言わないけれどまだそこまでではなかったけど、この次の週はこの時みたいに疲れはなかったの、あれは(指でOKサイン)。」と、調子よくいられない時もある。そのため休むこともしているが、「たくさん歩くわけではないですから、この日(2日目)のようにしなくてもよかったのかもしれないですね。休み方が違うんでしょうね。必要な。」と、疲れ方によって必要な休み方が違うと話した。休み方の選択については、「その日は寒くて、風が強かったんですよ。で、出て、劇をみても耐えられないだろうなというふうに思ったので、帰ったんですよ。感じた通りにして正解だったですよ。帰ってしばらくしたら案の定熱が。(熱があったんですか。)いえ、出かける前には、測ってたんですけども、その時はなかったんですけども、これは耐えられないという感覚がして。それで引き返したんです。」「具体的にはまだわからないですね。でも、たぶんそういう感覚でわかるんじゃないかなと思います。」と話し、その時の感覚で分かると述べていた。

3. 解釈的説明;調子よくいる

B氏は、22年の心不全との生活で身についた、なんとなく感覚として捉えられる調子があり、その調子によって必要な休み方を、感覚でわかって休んでいた。休み方には、増やしたり元に戻したり、一日家に居て何もしないでいたり、楽しみにしていた観劇も、取りやめて帰ったりというように、様々あったが、これらはB氏が、その時に一番良いと思えた方法で、特に考えたり根拠があるわけではないが、そのようにしていた休み方である。B氏の活動できる範囲とは、B氏の調子の感覚に異常として捉えられない範囲である。散歩のように、1回目はだめでも2回目は大丈夫であったり、観劇のように、いつもなら大丈夫であるはずなのに、耐えられないような気がしたりと、その時々によって、同じ活動でも異なってくる。B氏は、自分の感覚で捉えた、自分が調子よくいられる活動の範囲に合わせて、やめたり、控えたり、仕方を選んだりすることで、調子が悪くなる範囲にはみ出してしまわないように活動を行っていた。B氏は、【活動できる範囲に止(とど)める】ことをして、ホッとして生きていられる現在の調子の良さを維持できるように、活動を調整していた。

V. 【活動できる範囲に^{とど}める】という活動の調整の意味

【活動できる範囲に止(とど)める】という活動の調整は、その人が何らかの方法で身体の調子を捉え、捉えた調子で活動範囲を決めて、その範囲の内に活動をとどめると

いう仕方で行われていた。また、調整している活動は、するしないというような調整ではなく、どの程度するのかという調整であった。こうした調整を行う上で、L氏はしんどいと感じる感覚、S氏は違和感、R氏は血圧や脈拍の感覚、B氏は、言語化できない調子の感覚というような、その人が感じ取った、自分の体の状態に関連した感覚が影響していた。これらの感覚は、S氏やR氏のように、続けてきたセルフモニタリングの成果として、測定しなくても体の反応でおおよそその血圧や心拍が予測できるほど身についたものであったり、L氏やB氏のように、長年の不調の体験から身についた感覚的なものであったりする。しかし、その感覚に合わせてたり、任せたりすることが、過剰な心負荷を回避することにつながっていた。

また、回避の仕方についても、ほとんどすべての活動は、いずれできる可能性がある活動として残されており、その人がとらえた感覚によって、再開可能な状態であった。そのため、その時はしなかったりやめたりしても、調子によっては再開したり、活動する量や強さなども多くなったり少なくなったり、強くなったり弱くなったりするような調整の仕方であった。【活動の範囲を狭める】という活動の調整の仕方では、できること、できないことが選り分けられ、確実にできると思える活動に範囲を狭めていたことに対し、【活動できる範囲に止(とど)める】という活動の調整では、やめておいたり、ラインを越えないでおいたり、方法を選んだり、伸縮させたりという仕方では、その時にできる範囲に合わせて、活動の量や強さを変えていた。つまり、同じ階段を使わないという活動の調整の仕方であっても、【活動できる範囲に止(とど)める】という調整の仕方では、できるときには階段を使ったり、上りは使わないが下りは使ったりというように、とらえた調子に合わせて階段の使い方を選ぶのである。そのため、L氏のように、試すことでできる範囲を確認するような活動も含めて、【活動できる範囲に止(とど)める】という調整になっていた。

これらのことから、【活動できる範囲に止(とど)める】という活動の調整は、身についている感覚に応じて、その時々にあった活動の範囲を選ぶという調整の仕方であり、数時間から数年という一時的な活動の停止を含むものだと考えた。

第5節 活動の範囲を狭める

I. 範例 ; G 氏

1. 背景

G 氏は 66 歳の男性で、既往歴に糖尿病がある。2005 年に心筋梗塞 (3 枝病変) を発症し、2010 年に α β 遮断薬が奏効するまでの間に 3 回、急性増悪による入院歴がある。2011 年に冠動脈バイパス術を受けたが、EF23.5%、%FS12.29%と低心機能である。糖尿病に対して、薬物療法と食事療法を行っており、運動療法も進められているが、つらくてできない。以前は長距離トラックの運転手をしていて、2010 年に体調を理由に退職し現在は生活保護を受けている。以前は階段のみのアパートに住んでいたが、手術後に県営団地の 1 階に引っ越し、家の出入りがずいぶん楽になったと言われる。独居のため、身の回りのことなどすべて自分で行う必要があるが、G 氏の活動量分析の結果を見ると、一日の歩数は多くても 3000 歩で、ほとんどが 2300 歩前後で、数時間動いていない時間もあった。15 時前後にまとまって 1500 歩前後の歩行がある。G 氏は、ズボンの後ろポケットに文庫本を入れ、待合の時間は必ず本を読んでいた。また、小さなバッグの中にも、財布などとともにもう 1 冊文庫本が入っていた。「本を読むのは好き。今は時代物。これと思ったらその作者の本は全部読む。」と、楽しげにそれまでに読破した小説家名を数人あげて話された。そして「本ばかりで動かへん。本の話ならできるから。あかんかな。」と言いながら、心不全で入院した時のことについて話した。

2. 眠れるほど疲れきるまでやめない

G 氏は心不全の原因として「とりあえず、過労、多分、睡眠不足やろうね。原因はね。」と話した。「前、長距離運転手しとったから、夜寝んと走るから。体を動かさんと、極端に言うたら、疲れだけ残るから。多分、それが原因やと思う。」と言い、自分の活動の仕方について「疲れ切って寝るというタイプかな。」と表現した。トラックの運転手をしていたころは「ここから青森に行くのに、一睡もせんと行くからね。関東に行くんでも、大体四、五百キロあるやろう。寝んと行く場合が多いから。(仮眠も?)人によって走り方が違うからね。僕の場合はそういう走り方やったけど。先、着く時間はもう決まってるから。それを先取りするか、後でゆっくり行きながらじわじわ計算して行くか。僕の場合は先に行ってしまって、向こうでゆっくりするタイプやったから。」と話し、「徹夜で走っても苦にならんから。体が疲れ切ったら放ついても寝るやん、人間というのは。もたんから。そういう寝方やからね。」と、寝るために必要な準備として疲れ切るという活動が必要だったことを話された。トラック運転手をやめた現在については、「本はもう昔から好きやから。読みかけたら最後まで読まな気が済んで、大概、徹夜になるから。」「せやから、極端やから。読み切ってしまうまで読むから、例えばこれなんかだったら 5 巻まであるやろう。昨日から 4 まで、昨日一晩で読んでるから。あとこれだけで終わるから、それに読みかけたらとまらんし。同じ本でも何回も読むから、読む度に感想が変わるから。(一晩で。さすがに疲れるんじゃないですか?)本は別に体がなれてるから。ただ目の疲れが、目やにが出るわね、最近は。それと、体が疲れ切らんと寝られへんのよ。」と、寝るために必要な疲労のための活動として読書がある事を話した。G 氏は活

動量計を入浴時を除いた 24 時間継続して装着しており、昼夜関係なく、歩行はなくても METs 値が変動していた。「ベッドで本読んでるか、テレビ見てるか、音楽。うん、ベッドの上で、ずっと動いてたんかもわからんけどな。2時間ぐらい寝たらすぐ目が覚めるから。せやからちょくちょく。」と、現在の活動の状況を述べていた。

3. アンコントロールな身体をもたせる

G 氏は心不全の原因について、「遺伝もあるけどね。父親も心不全やし、兄弟も心不全で死んだし。遺伝があるやろうと思う。僕は双子やけど、もう一人のほうは 46 歳で死んでるから。(心不全で?)兄弟がね、同じやから、同い年やから。せやから、やっぱり遺伝があるんやろうと思う。」「おやじなんか風呂で死んだからね、急性心不全か何かな。」と、父と双子の兄弟を心不全で亡くしたことを話した。また、「前までよう歩いたりしよったから、心臓が悪いと思わなかったけど。遺伝もあるやろうと思う。」と、健康で歩く事にも支障がなかった心臓が、歩くこともつらい今の状態になった原因として遺伝があると考えていた。遺伝とは、自らが知らないうちに自分の身の内にひそんでいるものであり、G 氏が何かをすることによって変えられるものではない。G 氏は、そういう遺伝というものによって、心不全という状況にならざるをえなかったことを述べた。G 氏の心臓は、遺伝によっていつ止まるかわからない心臓であり、さらに糖尿病がある事で「糖尿病を進まさんようにしないと、一緒のことやから、心臓にも負担が来るから。だから、糖尿病を進まさんためにどうするか。それは食事の量で何とかいけるやん。心臓はどないもならんから。心臓には負担をかけんようにというたら、余り食べ過ぎてもあかんやろうし。」と、更にリスクが高くなっている事を理解していた。そして「せやから今まで倒れたのも、薬を飲まへんようになるでしょう。途中で。あっち、長距離で行ったらいつ帰ってくるかわからんから。そのときは必ず倒れてたから。言うたら、心臓で、薬で心臓をもたしとるような感じやん、今は。だから、薬やめたら、多分倒れるやろうと思う。」「糖尿病ぐらいしか。心臓の場合はどうやったらええようになるかというんかな、治りようがないから。動きが悪いんやから、僕の場合は。せやから、それを動きをよくする方法がないやん、極端に言うたら。一旦ある程度悪くなったら元には戻らんから。その現状維持しかないやろうと思ってな。」と、遺伝や心筋梗塞による心機能の低下など、アンコントロールな心臓をもつ G 氏が、その心臓が遺伝に従って止まってしまうように、なんとか持たせるために活動の調整を行っていることを話していた。

4. いつ倒れるかわからない身体、限度を超えない範囲

G 氏は心不全で倒れるのはあつという間だと言う。「自分でわかるからね、もう。せやから、息が苦しくなって、救急車を呼んで。こども3回か4回ほど、救急車で全部来とるんや。」「というか、ある程度わかるんで、前兆が。ちょっと歩いてみると、もう歩けんようになるから、それですぐ。救急車呼ぶころには、もう倒れてるな。」と、悪化の徴候を感じて救急車を呼ぶ頃には倒れてしまっていると話す。G 氏の心不全増悪の体験は、異常を感じてから倒れるまでの間には猶予が無い、突然で急激な変化として理解されていた。また、父親や兄弟の死も前兆のない突然の出来事であり、G 氏にとって自

分の身体は、いつ倒れ、そして死ぬかもわからない、急激な変化をきたす身体だと言える。

G氏は悪化の原因として「とりあえず、過労、多分、睡眠不足やろうね。原因はね。」と言、「体を動かしたりとか余りしないな。」「(運動療法とかは)それは、糖尿の場合は、正直言って、食事療法が主やからね、はっきり言ったら。だから、運動も、たくさん食べたらようけ運動せんと、それをしないわけやから。量を抑えることによって、運動を無理してせんでも抑えられるやん、糖尿の場合は。そういうふうには僕は理解してるんやけどね。」と、あまり運動などをしないようにしていると話す。G氏には糖尿病があり、カルテには毎回のように運動療法を勧めている記載があるが、活動量は少ない。「しんどくなるまで動くのがわからんから。どこまで動いたらいいのかわかるのか悪いのかという、その限度が。だから、怖いわけよ。もしね、一人しかおらんから。だから、住んでるところも一人やし。倒れたら、たちまち自分で救急車を呼ばなあかんやろうし。誰もおらんから。(運動しなさいと言われても)うかつにはね(できない)。」「精いっぱい(できることは)歩くぐらいやね。ただ歩くと言っても、一日何ぼも歩かんからな。車のとこ行って、買い物に行くか。買い物いうても、何ぼやろう、ここからその薬局あるやろう。そのぐらいの距離や。それを往復するぐらいや、一日ね。ほとんど歩かんの違うかな。」と述べた。G氏の、アンコントロールで急激な変化をきたす身体は、どの程度動いても安全なのかかわからない身体であり、そのためうかつに運動はできない身体でもあった。

そのような身体ではあるが、動かないことの弊害も理解している。「運動というよりも必要性に応じてやな。スーパー隣で近いから冷蔵庫がわりで、その日食べるもんだけ買ってくる、そういうやり方してるから。1日寝たままというのが一番あかんやろな。せめて買い物でもという気があるんやわ。だから買い物でも買い過ぎたら今度、次の日は1日寝たままになるやん。ほな、次1日寝た日あったらその次の次の日行くときはちょっとやっぱりしんどいかな。病院と一緒に、寝れば寝るほど体が弱ってくるから、だからそこの兼ね合いはあるけどね。」と、買い物という必要性を持たせることで、歩く時間を作っていることを話した。しかし、「限度を超えん範囲で運動も適当にと。ぬくくなれば、散歩ぐらいはしてもええかなと思うけどね。寒い間はやっぱり温度差があるとね、余り心臓によくないから。」「安定したもんやし、(10時ごろを指さして)できればこら辺ぐらいで散歩にでも行けたら一番理想なんやけどね。その気にならんけど。」と、今以上に活動量を増やすことにはその気にならないと否定的であった。G氏にとって今の活動は、心不全が増悪せずに生活ができていて、自分の身体の限度を超えていない安全な範囲であり、それを変えることは何の保証もない調整だと言える。そして、「一人やから、いつも。お金にしても、保険証にしても、倒れるときは電話と保険証とお金はポケットにちゃんと入れて倒れるようにしてるからね。それは最小限、自分で守らんとあかんことやから。今でも部屋の鍵はかけたことないよ。(それはいつ倒れるかわからないからそうやって?)だから、鍵はかけないようにして。いつ呼んでも勝手にあくように。それは最小限に、一人住まいやから。気つけることはそれぐらいかな。」と述べた。G氏がほとんどの時間を過ごしている家の中は、誰かが助けに入ることができる安全な場所であると言える。G氏は必要に応じた活動のみにとどめ、いつ起きるかわからない心不全の増悪に対応可能な家の中を中心にした生活に調整していた。

5. 解釈的説明:アンコントロールな状況の中に住まう

G氏は、これまでの入院に至った経緯や父親と双子の兄弟の死の経緯から、心不全である自分の体は予測できず、急激に変化し、遺伝によって否応なく状況づけられた、アンコントロールな身体であると感じていた。また、心不全の原因である心筋梗塞についても、糖尿病が誘因になっていることも理解はしているが、それでも「過労、多分、睡眠不足やろうね。原因はね。」と言う。過労や睡眠不足についても、G氏がそうなるようにしているわけではなく、「体が疲れ切らんと寝られへんのよ。」という、そうせざるを得ない自分の身体によるものである。更に加えれば、G氏の今の状態は「薬で心臓をもたしとるような感じやん、今は。」と述べたように、薬によってもっている状態であり、薬によって持たされている身体でもある。そのため、「どこまで動いたらいいのか悪いのかという、その限度が。だから、怖いわけよ。」と言うように、G氏自身にも手におえない身体で、限度がわからないためコントロールのしようがない状況が、G氏が投げ入れられた世界であった。

いつ倒れるかもわからないこと、父や兄弟のようにいつ死ぬかもわからないこと、予防するための手段がわからず、コントロールできないというようなG氏のこれまでの心不全にまつわる体験によって、現在のG氏は不安というように気分づけられて存在しているといえる。Heidegger(1927/2003b)はこの不安を根本的情態性とし、日常性に埋没している存在者が、固有の存在としてのおのれに関心を向け、自らを被投的存在として開示するものだとする。G氏においても、遺伝や疲れ切るまでやめないというような働き方によって、現在のアンコントロールな状況に置かれていると自らを了解して存在していた。そのため、現在のG氏のふるまいである活動の調整の仕方は、不安という情態性によって規定された調整になっていた。

6. 解釈的説明:悪化しないと思える活動の範囲を狭める

アンコントロールな身体で生活をしているG氏は、自身が述べているように限度がわからないために、限度を超えない範囲で活動を調整していた。G氏の限度を超えない範囲は、自宅を中心にほとんど外出しない範囲であり、自宅の中でも横になって本を読んでいる活動の仕方であった。客観的にG氏の心機能から考えればこの活動しかできないわけではないと思われ、またG氏自身も気温や時間帯を見ながら運動をできる余地があることには触れていた。しかし、「その気にはならんけど。」と、余地があったとしても実施する気分にはならないとも述べていた。

G氏にとって現在の「限度を超えない範囲」は、大丈夫かどうかを試してみた結果見出した範囲ではなく、また確実に限度を超えていないといえる範囲でもない。G氏の現在の活動の範囲は、アンコントロールながらも悪化しなかった経験のある範囲というだけであり、活動量を多くすることも少なくすることにも保障されるものは何もない。また、「今でも部屋の鍵はかけたことないよ。(それはいつ倒れるかわからないからそうやって?)だから、鍵はかけないようにして。いつ呼んでも勝手にあくように。それは最小限に、一人住まいやから。気つけることはそれぐらいかな。」と述べたように、現在の範囲についても、これで大丈夫だという保証は持っていない。不安と気分づけられた

G氏が、何物でもなくならず、現存在として存在できた、つまり悪化せずに生活できた活動の範囲が現在の範囲なのだと見える。不安と気分づけられて存在しているG氏は、心機能や、G氏自身が見出している、現在よりも広い可能な活動の範囲はあるが、G氏が悪化しないと思える活動の範囲に狭めることで、安心と言えないまでもそのように思える気分で見られるように調整をしていた。

G氏の【活動の範囲を狭める】という調整は、少ない活動量で生活することで、悪化しないと思える範囲で生活するという、量的な範囲を狭めることをしていた。このことは活動量を狭めるということだけではなく、アンコントロールな身体によって現在に投げ入れられ、不安という情態性によって存在しているG氏が、不安から離れた存在として自らを将来に投げ入れるという意味を伴った活動の調整であったといえる。心臓は疾患のない健常者であっても意識的にコントロールできる臓器ではなく、規則正しく動いていることが常の臓器である。しかし、疾患を持つことによって常に動いているものである心臓が、活動や機能が完全ではない状態に陥るとそのアンコントロールな部分が突如として明確に突きつけられることになる。G氏が心筋梗塞から慢性心不全に至り入退院を繰り返す中で、父や兄弟の死があっても歩いていたころには気にしていなかったことが、眼前に立ち上がってきていた。また、心臓が動いていることは生きていくことを意味しており、その心臓が動かなくなるかもしれないアンコントロールな身体であることは、必然的に死への不安と気分づけられる。【活動の範囲を狭める】ことは、このような慢性心不全患者の疾患的な要因が影響しているといえる。

現存在は気分付られて存在しているという情態性という存在の様態が、活動の調整に影響を及ぼしている例はG氏だけではなかった。次の代表的事例であるT氏は、突然死可能性があるために外に出ることが怖いと気分づけられて存在しており、そのことが、T氏の活動の調整に影響を及ぼしていた。

II. 代表的事例；＜制限のある身体が楽で安全な活動の範囲に狭める＞(T氏)

1. 背景

T氏は夫と二人暮らしの70歳女性である。1年半前に異常な動悸を感じて救急車で受診し、拡張型心筋症と診断された。この時に脳梗塞のリスクや突然死の可能性がある事についても説明を受けている。54歳で脳梗塞の既往があり、左不全麻痺があるが顕著な障害は残らず、歩行がゆっくりで疲れてくると脱力感があると言われる。気が付きませんでしたと言うと、にっこりと「そうでしょう。」とおっしゃり、面談室までの歩行(7mほど)では歩行がゆっくりではあるが麻痺がある事は全く気が付かないほどで、杖なども使用されていなかった。ゆったりとはしているがきれいに整った服装で、靴も歩きやすいがおしゃれなものを履かれていた。椅子に座ってしばらくは呼吸がはやく、喘息もあると言われる。心機能はEF 34%、%FS 8.2%、E/E'比 15.1と、駆出率、収縮率、拡張能共に低い。自宅ではゴミ出しや布団の上げ下ろしは夫がしている。夫も心疾患を患っているため無理はできないが、重いものをもったりという事はやってくれる。「主人が、俺が生きてる間は持つから大丈夫やけど、あれになったらタクシーで行ったらいいやん言うから、そうしようかなと思ってるんですけど。」と言われていた。

2. 動かない体と動けない身体

T氏が活動をするには、身体的・時間的な制限がある。「大体3時間ぐらいが勝負ですね、私の体では。3時間出歩くと、もう疲れて、早く横になりたいという感じなんです。だから、3時間ぐらいまでは、大体足のほうはそう大してあれなんですけど、手のほうが悪いんで、足のほうはそんなことないんですけど、やっぱり30分以上歩くと疲れて歩けなくなるんです。神経が、びっと足が突っ張って。こけたりしたら危ないと思って。」「外出は好きだったんですね。いろんな百貨店行っていろんなもの見たり、これいいな、あれいいなと思って見たりするのはすごく好きだったんですけど、脳梗塞で体がちょっと不自由になってから、何着てもあれだし、靴は履けないし、それからもうずっと引っ込んでしまうようになりましたね。人生がらっと変わりましたね。それまで勤めてましたし、楽しかったし。今は何にもしたくないです。体動かないもん。ちょっと動こうものなら、しんどいからばたばたとするしね、息上がってしまうしね。もう何にもしない。こないして、じっとこうしてるのが一番心臓にも負担かからないし、今一番いいね。」と言う。T氏は左不全麻痺があるため、躓いて転びやすく、30分程度歩いていると足がつたようになる。また、心不全によって疲労しやすく耐容量も少ないため、3時間ほどで横になりたくてたまらなくなる、というようにT氏の体は動かない体だと言える。また、T氏は拡張型心筋症であり医師からは突然死の可能性のある事を告げられている。「あんまり外へ、突然死があつて出たくないというのはありますね、頭のどっかの片隅にあると思いますね。」「何にも変わってないですね、生活上ね。ただ、私の気持ちだけが、余り外へ1人でぶらぶら出るのが怖いっていう。」と話し、突然死するかもしれないので、外に出ることが怖い事を述べた。T氏の身体は、機能的に動かない体であり、更に脳梗塞や心不全、突然死の可能性のある事によって、外には出ることができない、動けない身体なのだと言える。

3. 突然死するかもしれない不安と安全な範囲

T氏は54歳で脳梗塞を発症するまで事務員として勤めていた。「外出は好きだったんですね。いろんな百貨店行っていろんなもの見たり、これいいな、あれいいなと思って見たりするのはすごく好きだったんですけど、脳梗塞で体がちょっと不自由になってから、何着てもあれだし、靴は履けないし、それからもうずっと引っ込んでしまうようになりましたね。人生がらっと変わりましたね。それまで勤めてましたし、楽しかったし。」と、おしゃれやショッピングを楽しんでいた当時を振り返った。そして現在については「今は何にもしたくないです。体動かないもん。(そうですね。)ちょっと動こうものなら、しんどいからばたばたとするしね、息上がってしまうしね。もう何にもしない。こないして、じっとこうしてるのが一番心臓にも負担かからないし、今一番いいね。」と、背もたれにもたれてゆったりと座りなおした。生活の仕方について聞くと「(心不全になってから)何にも変わってないですね、生活上ね。ただ、私の気持ちだけが、余り外へ1人でぶらぶら出るのが怖いっていう。」と話し、心不全によって活動耐容量が低下した動かない体と、更に突然死の怖さがある事で、外に向かつて動けない身体であることを述べていた。T氏は、外出は必要最低限にし、外出するときには必ず夫とともに出かけてい

た。「自分の1人で歩いているペースでは息上がらないんですけど、誰かと、御近所の方と会いますね。そのペースで合わせてしゃべると、どんどんとして、1人になりたいと思うんですね。合わせられないんです。そやから、歩幅が。」と言うように、T 氏の動かない体では他者のペースに合わせる事が困難であった。そのために、「すごく疲れやすいんですね。だから、おんなじ年齢の人とも、みんな元気で体操行ったりね、行こうって言われるんですけど、とつてもやない、体がついていけないし、ちょっと私、障害のほうもちょっとあるんでね、左半分が脳梗塞で。(そうなんです。)だから、人とおんなじようなことがちょっと無理。すぐ疲れやすいし、息上がってしまうし、だから人と歩くのあんまり好きじゃない。1人で自分のペースで歩くとしんどくない。」「ほとんど家にいますね。買い物と病院以外は、あれ見に行かないと、誘いもあるんですけど、明日出ていかないかと思うと、もうどつと疲れが出て、断ることもできないし、だからもう最初から。とにかく出ていってうろろするのが嫌なんですよ、もう。どこで倒れるか知らん、そればかり。(そうですね。)そればかりが怖くて、家にいるのが一番いいわと思って、一番いい、家が。」「家でテレビ見てるのが一番ええ、一番ごちそうかな。」と、自分のペースを守るために他者との関わりや交流が減った。そしていつも一緒にいる夫は同じように心疾患を患っており、T 氏にとっては説明したり気を遣ったりしなくてもわかってくれる相手なのだとと言える。T 氏にとっての安全な範囲とは、動けない身体で他者に合わせるといような無理をすることが起きない範囲で、それが家の中という場所だったといえる。

T 氏は「あんまり外へ出てうろろしないですね。買い物と病院とは、もう仕方なくこうして来てるけど、それ以外は家で、先生に散歩しなさいよって言われてるんで、散歩は少しちょっと歩いたり買い物行ったりするんですけど、買い物も坂がすごいんで、できるだけ控えて、家の中では動いてますけどね。」と、あまり出かけないようにしているが「(余り遠くには)行かないように、主人が常にそばにいるように、でも1人でたまに衣類とかそういうもの買い物があるときは、3時間以内で時計見ながら、疲れてきたなと思ったらさっと帰るように。だから3時間以上はちょっとしんどいですね。」「動悸がするから。平らな道だったらいいんですけど、買い物行くにも、私とこは坂がすごいんです。普通のしゅつとした坂だったらいいんですけど、こんなんですからね。だから、ほかへ行けばいいんだけど、それも面倒くさくて、主人が、俺が生きてる間は持つから大丈夫やけど、あれになったらタクシーで行ったらいいやん言うから、そうしようかなと思ってるんですけど。」と言うように、出かける時のほとんどは夫と一緒に、出かける先もほぼ同じ場所である。「出たときに、もうこしらせして出てるから、ついでにと思ってあちこち行って、明るく日くたびれて、そんな感じやね。」と述べているように、T 氏にとって外出は、身なりを整えるだけではなく、怖いと思っている外に出かける心構えもこしらせをしてから行う活動である。そのため、例え坂道が少なく通いやすい場所にあるスーパーだったとしても、いつもと違う場所に出かけることは非常に勇気が必要な、大きな変化だと言える。そのため T 氏は、そのような生活上の変化もできるだけ起こさないで、一定の範囲に保つようしており、変化がない一定の範囲に保つことが、T 氏が安心して生活できる範囲であった。

T 氏の活動量分析では、午前中は家事などのために低強度ではあるが動き続けているが午後から夕方にかけて全く動かない時間帯があった。T 氏は「(大体 3 時前後ぐらいで、ほとんど何もされていないぐらいの時間があるんですけど。)ちょうどテレビのニュース番組が、いいのがいつも毎日してるから、それを転んでじっと見てるの。」と、午前中の家事で動き回っている時間と違い、寝転んでじっとテレビを観ている時間があると話した。また夕方以降もほとんど動いておらず、「(何かお風呂から上がってしなきゃいけない家事があったりとかないですか。)何にもしない。お風呂から出て、テレビ見てるだけやね。(そうなんですね。じゃあ、割とゆっくりして。)ゆっくり、うん。」「(御飯の片づけとか)終わって、しまったら、もう 5 時、6 時前。5 時 45 分ぐらいから 6 時の間ぐらいで、後はゆっくり横になって。だから近所の人がすごい早いね言われる。ピンポンって来はったらもうパジャマ着てるから、すごい早いね言われる。」「(午後は)ゆっくり、もうずっとテレビ見て。」と、午後にゆっくり過ごすために、寝転んだり、パジャマに着替えたりしていた。T 氏は主婦であり、主婦の仕事は絶えることが無い。そういう中でゆっくり過ごすためには、姿勢や服装でオフの時間であることを示すしかない。T 氏は、出かける時には「こしらえをして」出かけているが、ゆっくり休むためにもこのようなこしらえをして、他者にも自分自身にも何もしない時間であることを示して、何もしない時間を作るようにしていた。T 氏にとって家の中は、安全場所であると同時に主婦としての仕事の間である。そのため、このようにこしらえをして示すことで、何もしない時間という安全な範囲を作っていた。

4. 解釈的説明;動けない身体で動ける範囲のこしらえをする

脳梗塞を発症する以前の T 氏は、外で仕事をしながら、ショッピングやおしゃれなどを楽しんで生活をしてきた。脳梗塞になったことでおしゃれが楽しめなくなったり、手足が動きにくくなったりしたために外出しにくくなり、さらに拡張型心筋症によって突然死の可能性が出てきたことで「何にも変わってないですね、生活上ね。ただ、私の気持ちだけが、余り外へ1人でぶらぶら出るのが怖いっていう。」と、生活の仕方は変わらないものの外に出ることに怖さを感じるようになった。T 氏は、脳梗塞の後遺症や心不全症状によって体が動かず、さらに突然死んでしまうかもしれないという不安による、動けない身体として生活をしている。T 氏が動けない身体で生活をしている仕方は、外に出る時にはこしらえをして出かけ、家の中にいる時にも何もしないでゆっくりするためのこしらえをするという仕方であった。T 氏は、死ぬかもしれない、怖いと感じている存在として自らを了解し、世界に開かれた存在である。こしらえをすることは、T 氏がそのような存在であるという事を周囲に示すためのふるまいであるといえる。心不全であることは、一見して分かる事ではない。その一見してわからない身体の不調を、姿勢や服装で分かるようにして周囲に示すことは、T 氏が不安や恐れと気分付られながらも、安心して居ることができる場所や時間を確保できるという意味があると考えられた。

5. 解釈的説明;制限のある身体が楽で安全な活動の範囲に狭める

T 氏が活動するには、動けない身体であることによる制限がある。T 氏は不安や恐れと気分付られて存在しているが、その中でもできるだけ安心して居ることができる範

困のこしらえをしている。この安心できる範囲とは、動悸がしたり息が切れたり、足がつったようになってしまったりしないで楽に動ける負荷の少ない範囲、合わせたり気を遣ったりしなくてもよい気心の知れた範囲、坂道があっても慣れた場所に通うというような予測できる範囲、いざ倒れた時にもすぐに夫が対処してくれるような範囲であり、T氏にとっては楽で安全な範囲だと言える。元々外出することが好きだったT氏は、今でも衣料品を買いに出かける時は一人で出かけることが多い。元々ショッピングが好きで百貨店などに出かけていたT氏にとって、回数も減り、3時間と決めてあまりあれこれしない外出は、T氏の身体に合わせて範囲を狭めた活動であると言える。しかしこのように【活動の範囲を狭める】ことは「近くの、ずっと40年近く通ってるところの先生は、ちょっと不整脈みたいに脈が飛んでるなって、そんなん気にしなくていい、誰でも年いってきたらなるからって言われてほってしたんですけど、ほんで急にまたなって、すぐ入院しなさいって入院して、また造影剤で検査して、それでたくさん言われたけど覚えてない。心不全か突然死か脳梗塞かであいますよと言われて、びっくりしたんですけど。」と、気にしなくてよいと言われていたにもかかわらず突然死の可能性のある状況に投げ入れられたT氏にとって、突然死をしたり心不全が悪化したりしていないという事実裏付けられた安全な範囲の中で生活することなのだとと言える。T氏の【活動の範囲を狭める】という活動の調整は、動けない身体で突然死の可能性によって不安や恐れと気分付られて存在しているT氏が、突然死することなく今生きているという事実裏付けられた、楽で安全な範囲に活動を狭めることで、安心を感じながら生きるための活動の調整であった。

このように、【活動の範囲を狭める】という活動の調整の仕方には、不安や恐れと言った根本的情態性や、過去によって規定された現在に投げ入れられて存在するといった現存在の被投性や時間性という様態が関係していた。T氏、G氏ともに、自宅を中心にした活動の範囲に狭めていたが、範囲をどのように狭めるのかという狭め方は様々であった。T氏、G氏とは異なる狭め方をしていた事例としてO氏、A氏の例を示す。

Ⅲ. 代表的事例；＜生活の範囲を一定に守る＞(O氏)

1. 背景

O氏は81歳の女性で、一人暮らしである。60代(平成7年)の頃に地域の検診で心肥大を指摘されていたが、高血圧のため近所の内科に通院していたものの特に問題を感じることなく過ごしていた。平成22年の夏ごろから家事をしていると胸部の不快感や動悸を感じるようになり検査のために入院し、拡張型心筋症と診断された。検査のために何度か入院をしたが、心不全症状による入院はない。EF23%、%FS10.9%、E/E'比13、E/A比0.7と、駆出率、短縮率、拡張能ともに低い、低心機能であるが、SASは13あり、歩行時にも特に息切れなどは出ていない。睡眠時無呼吸症候群があるため、夜間はCPAPを装着している。装着には慣れたが、マスクや蛇管が臭くなって困るので毎日お湯で洗っていると話した。診断時に突然死の可能性のある病気だと説明を受け、特に夜間や人が無場所一人で出かけることは怖いと言われる。近所

に妹がいるので、一緒に食事をしたり、散歩をしたりしているほか、習字、ヨガなどの習い事に通う事が多い。歩いているときも座っているときも、背筋はしゃんと伸びており、とても若々しい。身なりや装いからも80代には見えず、生き生きとして見えた。

2. 負担をかわしつつ毎日を送る

○氏は「怖いでしょ、そんなの言われたら」「あんまり一人では出ないんです。」「夜、日が落ちてからは出ないようにしてるんです。」「人通りの少ない場所とかはもう。」というように、倒れたときに誰もいないような場所や時間帯を避けて外出をしていた。しかし、外出そのものを避けるのではなく、場所やタイミングを選んで出かけるようにしており、以前から続けている習字やヨガなどの習い事にも出かけている。また、○氏は主婦であり、「大体が夕飯の下ごしらえは、ちゃんと午前中にほとんどしますから。洗い物終わってからすぐにもう。」「私は寝たお布団は毎日干さない気が済まないほうだから、毎日干して、1時ごろになったらまた裏返しして干して、そんなんやら、ごみがちょっと落ちてても拾って歩くほうなので、そんなんでも動く。」というように、これまでやってきた家事のやり方があって、心不全に関係なく以前からそのようにしている。そして、料理が好きで、近所に配る料理もするので、買い物の荷物が多くなったり、台所に立つ時間が長くなったりする。「そうですね。割と台所に立ってる時間が、私1人なのに長いんですけどね。お隣の分までしたりするので。台所立つの好きなので、冷蔵庫あけて何かすることないかなと思ってはね、つくだ煮してみたりいろいろするので、もう1日のうち本当長い間台所立ってますね。」「自分の分だけできないんですよ。つつい多くなって、だからお隣の子供さんたちも喜んでくれる、子供が1人いてね、私のお料理おいしい言うてくれるので、しょっちゅう、食べてちょうだい言うて持っていくんですけどね。だから、しがいがあるんですよ。だから1人でもコロッケしますしね。」「買い物から帰ったときとか、カートにいっぱい、1人なのにいっぱい買い込んで、坂道を上るもんですからね。」と楽しそうに話し、坂道を重い荷物をもって上ることが大変だと言いながら、それも含めて家事として、また楽しみとして続けている。しかし○氏は、無理にし続けているわけではない。「お昼間はもう暑いからだらんとしてね。」「お買い物も今は毎日行きません、暑いし。でも気候がよくなったら、やっぱり1回は外に出ないとあれだから行くんですけどね。」「午後は食事が終わったら北の間で、風がよく通るので、北の間に行きますからね。そこでちょっと横になったりとか、ちょっとテレビ見たりとかしますね。私、あんまりじっとは、今暑いからお昼横になるけど、冬は横にはなったことないです。」というように暑い夏場は買い物の回数を減らしたり、昼の暑い時間帯は涼しい部屋で昼寝をしたりしている。○氏はあまりじっとはしていないと話していたが、活動量分析では何もしていない時間帯があった。それについては、「座ってるときは座ってますから。何もすることなかったら、私はお習字も習ってるんですけどね、お習字も先生に見せる前に一生懸命してあとはしないもんだから、それで体もてあますの。本も1時間読んだら私肩が物すごく凝るんです。ほいで音読しなさいいうて息子にしょっちゅう言われるもんで、音読したら余計疲れて、1時間ぐらいしたらしんどくなるんですよ。だから、あとはまたテレビの欄見て、見たのに再放送見たりとかね、お昼座って時間過ごすんですけどね。」というように、家事の合間に適度に休みを混ぜながら、主婦の仕事をしている。

○氏は、心不全になってからの生活の変化について「そんなにはないです。」と言う。○氏は心不全の増悪による入院は経験したことはないが、胸部不快や動悸という何となく気持ち悪い、おかしい感じを経験していた。「坂道上って休憩するでしょう。休憩したときに、やっぱり動悸が大きい息になるんですね。」「しばらく大きい動悸がちょっと何回かあって、寝ないとおさまらないから、心臓の関係かな思ってみたりするんですよ。」と言われる。ずっと続くわけではないのでそれが心不全かなと思いつつも断言はできない。そのため、○氏は「ヨガに行って、先生が、吸ってと言われるでしょう、吐くまでがもたないんですよ。(ヨガの息は)長いから、それがもたないから、私、心臓悪いから息ましよう思ってるぐらいですね。長いから、なかなか先生と同じようにいきません。吸ってね、今度、吐くまでの時間が長いんですよ。だから、それが待てない。(そこは自分のペース)そう、自分のペースでいってますけどね。」「走らないように言われてるから、余り早足もだめ、私、すごい速いんです。だから、それをちょっと気を付けてますけどね。それでも80過ぎてるおばあちゃんにしたら速過ぎるんですよ。(退院の時にそんなお話があったんですね。)そうです。お風呂も胸から上は絶対つからないで、寝て、ここまで(心窩部あたりに手を水平に置く)のお湯で入ってます。」というように、心臓の負担になりそうな事を、なんとなく避けるようにしている。そうすることで心不全の症状だと思われる状態になる活動の仕方を避けて、安心してできるように調整をしている。○氏はこのような仕方について、「ただ平凡に、のりくらしと毎日送ってますけど。(のりくらしですか?)そう、これと言って何か特別何かしてることもないし、特別な趣味があるわけでもないし、平凡に。のりくらし毎日を送ってます。」と言い、やりたいことをやりながら、特別に何かに力を入れてするわけでもなく、なんとなく悪くなりそうなことを避けながらのりくらしと日々を送るようにしていた。

3. 生活をしてきた範囲とできる範囲

○氏は心不全になってからも生活そのものはあまり変わっていないという。主婦業もそれまでしてきたように続けており、「朝、食事終わってから。テレビを見て、9時半から10時前ぐらいからちょっとしますね、お買い物行かないときは。それとお昼の食事終わったら、ちょっと夕飯の下ごしらえしたり。夕方するの嫌なので。夕方はすぐに食べられるようにちゃんと準備しとかないと嫌なので。」「私は寝たお布団は毎日干さない気が済まないほうだから、毎日干して、1時ごろになったらまた裏返しして干して、そんなやら、ごみがちょっと落ちてても拾って歩くほうなので」と言うように、それまでしてきたように主婦業を続けている。また、「(心不全になって、何かできなくなったことはありますか? やめてしまったこととか。)あんまり思い当たらないんですけど。」と言い、「もうずっと、ヨガには行ってらんですけど。1回です。月に4回ね。」「お習字は好きでね、子供のころから好きで行ってますけど。グループの方が、みんないい方なんです。だから、それは週に1回、今は月に2回になりましたけどね、生徒さんが減って。一番楽しみにして行ってます。」と言うように、心不全になってもそれまで生活をしてきたように生活が続いていた。○氏は絵を描くことも好きで、以前は絵画も習っていたが「絵も習ってたんですけど、震災からやめてしまっただけ。やめたらだめですね、続けないと。」と言うように震災を機にやめてしまった経験がある。どんなに好きなことでも、一度やめてしまうと再

開することは難しいため、「やめたらだめですね、続けないと。」と話した。このような過去の体験があるため、やめないで続けることが大事だと思っており、そのことは主婦業や趣味だけではなく、歩くことにおいても同様に影響していた。O氏は「(かかりつけの内科で)歩いてますか、歩いてますかって先生に聞かれるから。携帯にこれ(歩数)出るからね。携帯見ながら、今日歩いてないな思ったりして。ここでも言われる。だから歩かないと思って、一応は、いるんですけどね。」と言い、意識して歩く時間を作るようにしてきた。しかしO氏の自宅周辺は坂が多く、「坂道上って休憩するでしょう。休憩したときに、やっぱり動悸が大きい息になるんですね。」「疲れるという事よりも、苦しくないでしょう。暑いだけでも息が苦しいように感じたので、それが無いので。暑い時の方が動悸が大きくなる感じがしやすいように思ったので、それです。」というように、夏場の暑さもあって、O氏が心不全の症状かもしれないと思っている「動悸が大きい息になる」状態になる。そのため真夏の時期に歩くことはしていないと話す。その代わりに「玄関の入り口からリビングの端まで30分間往復して歩いたりしたんです、家の中で。」「それ廊下を、家の中を30分歩いた、それですわ、きっと。玄関からリビングの端までね、30分、きょうは歩いてないから思って歩いたから。」と言うように、冷房が効いている屋内を歩くことをしていた。

このように、O氏は家事や趣味、体のために歩くことなど、生活の中でしてきたことはやめることなく続けているが、その仕方は負担にならないように変えていた。家事は「私、あんまりじっとは、今暑いからお昼横になるけど、冬は横にはなつたことないです。」と言うように、同じように料理をしたり掃除をしたり、布団を干したりしているが、それ以外の時間の過ごし方を変えることで暑い季節の負担を減らし、趣味についても「やっぱり年ですから、お稽古に來られている方が60代の方が多し、だからやっぱりちょっとは違いますよね。みんな、ゴルフに行かれたり旅行に、皆リッチな方が多しんですよ、私のお稽古の。それで、あちこち食べに行かれたり、私、あんまり食べるのに興味が無いので、誘われたら行くようにしてます、誘ってもらえなくなるから。」と適度な付き合いにとどめ、歩くことも「去年は1人で〇谷の池の周りを歩いたりしてたんですよ。朝5時ごろに起きて行ったりね。もう今はちょっと体が朝えらくて行かないですけどね。」「ヨガに行った日は行かないですね。お習字も。教室まで歩きますのでね。お習字はそれでもあれから1回しか行ってませんから、そうなんですけど。でもみなさんとお話したり、まっすぐ帰らないこともありますのでね。そうすると少し歩くでしょう。そういう事もあって。」と、無理をしないでできる範囲でしている。

O氏は、これまで生活をしてきた中でしてきた事柄の範囲は、やめたりせずに一定に保っているが、その仕方は無理がなくできる範囲に調整をしていた。

4. 解釈的説明;生活の範囲を一定に守る

O氏は現在の生活について「ただ平凡に、のりくらりと毎日送ってますけど。」と言う。この平凡でのりくらりとした毎日は、突然死するかもしれない心臓なので、「もう嫌になるんですよ、これ死ぬまでするんか思ったら。」というCPAPを着け続けることや、受診のたびに「歩いてますか、歩いてますか言われる」という歩く事をしながら、診断前と変わらず習い事をしたり、好きな料理を作ったり、家事をしたりして過ごしている毎日

のことである。O氏は、心不全になったからといってやめてしまったことはなく、家事や習い事など診断前と同様の生活を続けている。家事も一人暮らしだからと言って何かをしなくなるわけではなく、段取りなども「私は寝たお布団は毎日干さない気が済まないほうだから、毎日干して、1時ごろになったらまた裏返しして干して、そんなんやら、ごみがちょっと落ちてても拾って歩くほうなので、そんなんでも動く。」というように同じようにしており、料理も「自分の分だけできないんですよ。ついつい多くなって、だからお隣の子供さんたちも喜んでくれる、子供が1人いてね、私のお料理おいしい言うてくれるので、しょっちゅう、食べてちょうだい言うて持っていくんですけどね。だから、しがいがあるとすよね。だから1人でもコロッケしますしね。」と、毎日作ることを欠かさない。習い事も週に1回のヨガと月に2回の習字に通い、お付き合いも誘われなくなるに程度に続けている。しかし、突然死の可能性があるので注意深くしなければならず、暗くなってから一人で外出することや、人通りの少ないところを一人で歩くことはしなくなり、その代わりに明るいうちに外出したり、近所に住む妹と一緒に歩いたりというようにしている。O氏が狭めている活動の範囲は、活動一つひとつの仕方の部分である。横になって休む時間を作ったり、暑い時期は外の散歩を避けたり、妹と一緒に歩くようにしたり、そこそこのお付き合いにしたりというように、仕方を変えることでちょうどよい範囲に【活動の範囲を狭める】ことをしつつ、生活の範囲は一定に保って生活を続けている。

O氏には、これまで生活してきた範囲として家事やヨガ、習字などがある。このような範囲の生活をしていることが、O氏の存在の仕方であり、心不全によって突然死の可能性があったり、症状のためにできにくいことがあったりすることは、そのような生活の範囲をもって存在していると了解している自分自身の根幹を揺るがされる出来事であったと考えられる。O氏がそのように了解している自分として存在し続けるためには、生活の範囲を一定に保つことが必要であった。そのため、生活してきた範囲は一定に保ちながら、範囲の中でのふるまいの密度や濃厚さといった部分を、これまでに培い身につけていた生活の技能を使って縮小したふるまいにすることで、自分を保つことができていた。

O氏と同様に、生活の範囲は一定に保ちながら、ふるまいの密度や濃厚さといった部分を縮小することで活動の範囲を狭めるような調整の仕方を行っていたA氏の例を述べる。

IV. 代表的事例；＜農業を続けられるように規模を縮小する＞(A氏)

1. 背景

78歳男性。肥大型心筋症の拡張相にある。高血圧と不整脈は指摘されていたが、2年前に心不全症状のために入院し、その際にCRT-Dを挿入した。それ以来、定期的に受診しているが症状の増悪はない。農業を営んでおり、妻と二人暮らし。CRT-D挿入後に、農地のほぼ半分の営農を他者に委託した。近隣市に息子・娘の家族が住んでいるが、農業は一人で営んでいる。EF 32.6%，%FS 15.3%，E/E'比 19.44，E/A比 1.27，S/D比 1.66と、心機能は全般的に拡張能、収縮能ともに低下してい

る。SASは9で、屋内での生活には支障ないと思われるが、農作業などの高負荷の作業は辛いと感じるレベルであった。

2. 百姓として農業を営む

A氏は、CRT-D挿入後の状況について「昔やったら元気やったけど、心臓悪くなってからあかん。ヘルニアの手術したおりにはずっとしよった。(妻;離れたとこの畑もしんどいね。100mくらいなもんやけど。)100mもそんなんあるかいや。そんなんには歩けへんわ。ここの前の薬局(30m程度)行くくらいのもんよ。それもまあもうゆっくりやないとな。」「(そしたら毎日の畑は大変ですね)半分や。(半分ならしんどくなくできるんですね)すっと動くと膝があれやし、長いことするとしんどいしな、まあええとこ半分よ。しんどくなるまではせんし。まあそんなもんやな。」と、よくても挿入前の半分程度になっていると話した。心不全になり、CRT-Dを挿入したA氏は、100mも歩けないと言い、良くて以前の半分しかできない状況ではあるが、できる半分の農業は続けている。「しんどい言うても自分の所のくらいは作らんとね、百姓やから。(百姓ですかという問いに頷きながら)田んぼも畑もあるしね、全部人に任せて作ってもうてもそれは情けないことやしね。」「まあ自分とこのくらいやったらできるし。農業いうのはそういうもんやしね。」「農家やからね。自分が決めんでも、合わせとったらそうなるわね。あの、んー、あんたはあんまりわからんかもしれへんけど、水撒き一つにしてもな、朝はええけど日が高こうなってからはあかんもんなんです。そんなんするんは朝のうちやない。そんなんもあるしな、あの、そしたら大体きまってまうわな。(天気もあるし、自分のいいようにはならないですね)やっぱり農業、百姓いうたらそれが仕事やからね。若い時分は、あの、ヘルニアの手術してからトラックで仕事に行ったりね、なかなかほいとやめれるもんでもないからね。せにやあいかんわね。」と言う。A氏は40代のころに腰椎椎間板ヘルニアのために手術をした既往がある。一緒に話をしていた妻が苦笑をもらすほど、その術後も変わりなく農業をしてきた。A氏は、自分は百姓であり、自分の家は農家であるという。心臓が悪く、100mも歩けない状況であったとしても、農家であり百姓であるからには、自分や自分の家族が食べるものは自分で作ることが通常のことであり、人に任せることは情けない事だと思っている。しかし、「良くて半分」であるため、残りの半分は他人に任せて、規模を縮小した。百姓であるA氏にとっては、活動耐容量が下がり、農作業が「しんどい」と思う事があっても、種をまき、育て、収穫するという一連の農業をすることが通常であるため、A氏は負担のかからない楽な部分だけをするのではなく、規模を縮小することで百姓として農業を営んでいた。

3. 解釈的説明;百姓としていられる範囲に規模を縮小する

A氏の活動量分析では、7時台と15時台に1時間の歩数と累積METs値が高い時間帯があった。「たぶんいつものことやからあんまり覚えてないんやろうね。は一。苗かな。あの、野菜のね、苗箱を持ってちょっと動かした日がこの日かな。ちょっとのものやったんけどね。走るようなことではなしに、あの、下に置いとるでしょう。こう(手でいくつか並べるようなしぐさをしながら)箱の中にね。その箱をね、ちよいと隣に移したくらいかな。」「そうやね。夕方はちょっとごそごそしたんやけど。あの、鍬もってね。(ああ、

苗を植えるのに?)まだ植えるわけやないねんけど、準備はしとかなあかんから、肥料混ぜてね、畝をこしらえて。そうそう、畝をね。」と言うように、鍬で畑を耕して畝を作ったり、地面に置いてある苗箱を持ち上げて移動したりという、負荷がかかる農作業を行っていた。負担がかかるそれらの作業は、他者に委託したほうが楽なのではないかと思うが、A氏は「そうやね、鍬使ったりね。それもまあ通常のことやからね。毎日おんなじにはならんわね。日和のこともあるし、その時その時で必ずいうこともあるしね。」「通常しておくことやからね、その、強いかいというようなもと思てなかってんけど。測ってみんとわからんもんやね。」と、それらの作業は症状に関係なく、通常のことだと言う。A氏の言う通常とは、百姓として農業を営んでいれば、常日頃から行っていて当然の事柄で、それらがあるから農業であり、それらをするのが百姓という仕事であるものを指す。つまり、百姓であるA氏は、負荷の大きい仕事を他人に任せて楽なところをすることは百姓としての生き方ではなく、ひいては百姓という生業をもって存在してきた自分と言う存在了解を無に帰してしまうふるまいであると考えられる。A氏は農地の半分を人に任せて残りの半分は自分自身で農業を営むという仕方<農業を続けられるように規模を縮小する>ように活動を調整したが、これは「よくて半分」のA氏が、農家に生まれ育ち、生業を百姓としてきた自分という存在でいるために行った【活動の範囲を狭める】という活動の調整であった。

V. 【活動の範囲を狭める】という活動の調整の意味

以上のように【活動の範囲を狭める】という活動の調整は、心不全によって、生命や積み上げてきた生活などの己を己として示すものが失われるかもしれないというような状況における、その人の存在の様態が影響した調整だと言える。存在の様態には、時間性、不安や恐れと言った情態性、存在の被投性がある。「突然死するかもしれない」というような、慢性心不全やその原疾患に伴って眼前に立ち現われた事実と、「百姓いうんはそういうもんやしね」というような、自分自身の存在了解や、「のりくりとやってみすけど」というような、日常性の中で蓄積されてきた生活の技能によって、範囲が示すものや狭め方が異なっていた。例えば、範例であるG氏は、心筋梗塞後に数回の心不全増悪による入退院を繰り返す中で、父や同胞の心不全による突然死の事実が眼前に立ち上がったことで、遺伝によって自分もいつ死ぬかもしれない現在に投げ入れられた。そのためG氏は、死への不安や恐れという情態性のもと、活動の広さを確実に悪化しないであろう自宅内を中心とした範囲に狭めるというように活動の調整を行った。疲れ切るまで眠れないと自分自身を表現しているG氏は、心筋梗塞の原因には糖尿病がある事を理解しているが、決して運動療法をすることに力を割こうとはせず、横になって本を読み続けることをしていた。それは、いつ倒れたり突然死をしたりするかもしれない自分自身にとって、運動のために出かけることが死につながらないと言えないからであり、自らを死という将来性に投げ入れないためのふるまいだと考えられる。そして、トラック運転手であったころからそうであったように、疲れきるまでやめない自分であることは、読書を、シリーズを読み切るまで、同じ作者の著作をすべて読むまで、やめないで疲れるまで読み続けることで、そのように生きてきた自分を保っていた。またO氏は、主婦として生活してきた中で身につけた家事の技能を駆使することで、家事や趣味などの生活の

範囲を一定に保ちながら低心機能の状態が無理がないような範囲に狭めていたし、A氏は百姓と了解している自分として存在するために、農地の半分を人に任せ、良くて半分である自分の体に合わせた農業に範囲を狭めていた。またT氏が早々にパジャマに着替えたり、「ころんでテレビを観て」というように寝転んだりすることは、そうすることで周囲にも自分自身にも、仕事をしない時間であることを知らせるという技能であり、T氏のこしらえをするというふるまいもまた、動けない身体で生活をするために身につけた技能だと言える。

【活動の範囲を狭める】ことは、活動による負荷を避けたり負荷になる活動をやめたり減らしたりすることではない。それらは、【活動の範囲を狭める】ことの技能として示されたふるまいの結果として現れたものであった。【活動の範囲を狭める】ことは、それまで了解していた自分である在り方を保ちながら、慢性心不全によって変化した身体で生活し続けられるような範囲を維持するという意味合いを含む活動の調整の仕方であった。

第 6 節 不全になった心臓を動かす手立てをとる

I. 範例 ; M 氏

1. 背景

65 歳男性。2005 年に急激な体重減少(約 1 か月で 20kg)があり、職場(タクシー運転手)の同僚にも急に痩せすぎだと指摘されたため受診したところ、糖尿病と診断された。その際の検査で心筋梗塞(無痛であったためいつ梗塞が起きたのかは不明。3枝病変。)と狭心症が見つかり、循環器内科に入院した。その後は血糖値に気を付けてはいたが、仕事はそれまで通り行えていて、日常生活も特に変えていなかった。3 年前に PCI を受けて血流は改善したものの、心機能が低下しており、心不全と診断された。「怖いからね、心不全って言われたら。人の命預かるから、そんな怖い事できないですよん、そんな無責任な。いつ心臓止まるかわからへんし。」と、仕事をやめている。生活上息切れを感じることもあるが、胸水貯留により呼吸器内科と共診中であり、M 氏本人も息切れの原因はどちらともいえないと思っている(SAS13)。EF 44%、%FS 22%、E/A 比 2.85。現在、弟が左半身不随で 1 回/2~3 日の頻度で様子を観に行ったり、多少の介護をしに通っている。既往歴に糖尿病があり、M 氏は「(心筋梗塞の)元は糖尿から来たもの」と理解しており、血糖値をコントロールしたいという強い思いがある。

2. 病気が病気をこしらえたことで調子の悪さを感じる

M 氏は、3 年前に心不全という診断がつくまで、仕事は十分できていた。その頃も疲れは感じていたが、それでも「(仕事は)できる範囲でしたね。出来る範囲にありました。」と、口調を強めて言われるほど、支障なく十分できる状態であった。仕事を辞めたのは仕事ができないほどの身体的不調があったからではなく、人の命を預かる運転のプロフェッショナルとして、危険とわかっていて無責任なことはできないという意識からだった。しかし、今の状態については「10 分も連続して歩けない」と言われ、「歩けるときには歩いて、しんどくなったら休んで、繰り返すんですね。」という状態である。この状態について「ここ(心不全の診断時)くらいからですわ、疲れが出てきたん。思い込みで体調悪くなったりするでしょ。」「病気が病気をこしらえる、そういう感じも見受けられると思います。」と言い、「病名が病名だけにかなり不安ですよ。いつ止まるかわからへん。それが一番眠れへん理由やろうね。」と言う。「(息切れは)呼吸器内科にもかかっているけどね、水が溜まって」と、心不全という事だけが原因ではないと思っはいるが、心不全であるためにいつ心臓が止まるかわからないことが、より自分の体調を悪いものにしていて感じていた。

3. 動くことに意識をめぐらせる

M 氏は歩いているとき、意識をめぐらせて歩く運動と、意識をめぐらせずあるく散歩やただ歩くという二つの仕方がある。M 氏の活動量分析を見ると、固定された時間ではないが毎日 2 時間強の活動量の多い時間帯がある。その時間帯について聞くと「運動ですね。公園まで。」と言う。「歩いて行って、それでこうしたり、こうしたり(体をひねったり、屈伸したりする動作をする)。(時間を決めてって言うよりも大体 2 時間ぐらい

ですか。)そうそう。2時間ぐらい、糖尿病もってるから、結構気にして歩くようにしてる。糖尿病のコントロール、治療、運動療法ですね。(気分転換じゃなくて治療なんですね。)運動がしたいわけじゃないので。それでもストレスがたまらないようには気を付けてしてますね。」と、血糖値のコントロールを気にして、治療としてできるだけ歩くようにしていると述べた。M氏の活動量分析をみると、公園まで運動に出かける以外の時間はあまり活動が無く、ほぼ座っているか横になっている様子があり「そうでしょ。息切れするし。」と言う。4日間の活動量測定の期間中、1日だけ公園までの運動以外に1時間程度のまとまった活動があった。そこについて聞くと「出かけたんやわ。運動じゃない。運動やったらここやからね。違うな。(小さく聞き取りにくい声でぼそぼそと)どこ行ったのかな、歩いて出たんやろうな。」「うん、強くないから。歩いてるだけでしょうね。運動はしてないんちゃうかな。(歩いてると、運動ってなにか体を動かしたりされるんですか。)いや、そんなんじゃないしに、仕事みたいなもの。(なるほど。えっと、歩くだけ?)いや、歩くだけ言っても、歩いて何かしてるんで。途中で止まって。作業みたいなもん(前傾姿勢で体の周りの草を抜くようなしぐさ)やけどね。(じゃこの日は朝出かけて、えっと、草引きとか。)そうそう、ちょっとね。ご飯の後。(草むしりとかして。)それとかこう(手を伸ばしてごみなどを拾って集めるようなしぐさ)とかね。」と運動とただ歩くことの違いを話した。そして、運動の部分については「だいぶ歩いてるからね、密に歩いてるからね。」「階段とかはね、途中で休んで、一気にはいかない。息整えてから。そう、30秒か、1分ぐらいですね。だからここ(1分ほど間が空いている部分)、1分程度ですね。」「強くないから。歩いてるだけでしょうね。」と、非常に細かく、意識的に動いていることが話された。

4. 解釈的説明:動いていたころの活動の仕方をなぞる

M氏は活動を、運動とそれ以外の活動の2種類に分けている。M氏の運動とは、糖尿病が原因で心筋梗塞を起こしている自分がしなければならない仕事として行っているもので、目的地を決め、その目的地に到着するまでの活動の仕方を計画して意識的に活動をする事である。1分ごとの活動分析のグラフを見ながら、ここは体操をしている、ここは草引きをしている、ここは体操をしているなど、どのように活動をしたのかを説明できるほど意識的な活動で、活動そのものに、血糖値を下げるためという目的がある、有目的な活動が運動と表現されるものであった。しかし、運動以外の活動は無意識的で、買い物に行くというような、行先にたどり着くためという目的はあっても、その活動そのものに目的はない活動であった。M氏は運動を仕事と表現していた。M氏は毎日運動をしているが、「運動をしたいわけじゃない」と話した。M氏にとって運動は、糖尿病の患者で運動療法が必要な体であること、病気が病気をこしらえて調子が悪くなったことなどのために、仕事としてしなければならないと考えているものだといえる。広辞苑(2008)によると仕事とは、何かを作り出す、または、成し遂げるための行動であり、生計を立てる手段として従事する事柄、職業とされている。M氏は、これ以上調子を悪化させず、できるだけ維持したり調子を上げたりという状況を作り出すための行動として運動をし、それによって病気が病気をこしらえて調子の悪さを感じるようになった現在を生き抜く手段としていた。

M氏はもともとタクシー運転手であった。人を乗せ、行先まで安全に送り届けることが仕事であったM氏の現在の仕事が運動である。M氏の運動は、公園という行先に向かって、道を選び、速さやどのような体の動かし方をするかに気を配り、草引きをしたり体操をしたりして、再び自宅に戻るといふ、ほぼ決まったコースがある。M氏は、「いつでもそうして疲れたときはありますね。常時。んー、風呂入って体こすっても疲れますからね。」「運動すればいいというわけにもいかないんでね、心臓、息が乱れるからね。」というような、丁寧に扱わなければならない自身の体を、仕事として公園まで運び、その間には安全だけでも効果があるように、自分が動くことに意識をめぐらせていた。M氏は、好きでもなく、むしろ疲労感やつらさを感じる運動を、タクシーを運転するように、目的地に注意深く自分を運ぶというような、発症前の動いていたころの活動の仕方をなぞるようにして行うことで、変化を最低限に収めて、変化した生活の仕方になじみやすくしていた。

5. 解釈的説明:動かなくならないように動かす

M氏は「いつ心臓止まるかわからへんし」と自分の状態を表現した。そういう状態であるため仕事をやめたが、自分で決断して辞めるまで、仕事は「十分できてましたからね。」「(3年前までの仕事は)できる範囲でしたね。(強めにはっきりと)範囲にありましたね。」と、十分に仕事ができる身体であり、心臓に病気があってもできる範囲の仕事だったと今でも思っている。そして、仕事をやめたあたりから「ここくらいからですわ、疲れが出てきたん。自分もそういわれたから、思い込みもあるから。うん、思い込みで体調悪くなったりするでしょ」「病気が病気をこしらえる、そういう感じも見受けられると思います。」と、気持ちの面でも体調の変化を感じ始めた。M氏は、いつ心臓が止まるかわからない不安定な身体であり、仕事ができる範囲にあった身体でもあり、同時に、仕事をやめて動かなくなったことで、疲労を感じ動けなくなってしまった身体でもある。M氏にとって現在の体は、心不全という病気になり、いつ心臓が止まるかわからない身体でタクシーの運転手はできないために仕事を辞めたことが、病気が病気をこしらえて、疲れやすくなった体である。M氏は、そのような体の治療として運動を行っている。M氏はタクシー運転手という仕事を辞めた頃から、疲れが出てきて調子の悪さを感じるようになったと述べていた。M氏が仕事を辞めたことは、働ける範囲にあった身体が、動けなくなった身体へと変化するきっかけであったと考えられる。M氏にとっての運動は、一般的な糖尿病に対する運動療法ということだけではなく、いつ止まるかわからない心臓が本当に止まってしまったり、これ以上動かなくなってしまうたりしないように、体を動かすことで心臓を動かすという、心臓の動きを助けるための手立てだと考えられた。

このように、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】という活動の調整は、心不全になる以前から身につけている活動に関する技能を用いて、不全になり、うまく動いていない心臓を動かすことを手伝えるために行っている活動の調整である。M氏はタクシーの運転手として身につけていた、目的地を決め、一つ一つの体の動かし方に気をめぐらせながら、自分自身をその目的地に運ぶという技能を用いて体を動かし、動か

なくなったことで病気が病気をつくって心不全症状が強くなった体の手入れをしていた。同様に、肉体労働者だった N 氏、マンションの管理人をしている S 氏の調整の仕方を代表的事例としてあげる。

Ⅱ. 代表的事例；＜身体を動かす労さをし続ける＞(N 氏)

1. 背景

65 歳男性。SAS13 だが、4METs 程度の労作でしんどさを感じると言われる。EF 45%、%FS 22%、E/A 比 1.21。一人暮らし。2005 年に狭心症を指摘され、2006 年に CABG を施行した。その後は確認造影で入院する程度で心不全増悪による入院歴はない。長年建築関係の現場で力仕事をしてきた。経験も長く技術もあったため、術後に仕事を退職した後も手伝ってほしいと誘われることがあった。以前は求めに応じて手伝える事をしてきたが、体力的に難しいと思い、現在はほとんど手伝える事はない。以前はボーリングが趣味で、友人関係もボーリングを通しての付き合いが多かったが、現在はしていない。現在の趣味は熱帯魚の飼育で、仕事をしないので知人に勧められて飼い始めたが、すぐに増え、現在は1階に4個、2階に3個の水槽を置くまでになった。「魚にはもうあれやね。それはもう癒されてるから。」と話された。

2. 動きすぎないように気を付けて身体を動かす

N 氏は「どちらかという動きすぎないように。それを気を付けてんねんけどね。」と言いつつ「(毎日、散歩に出かけるとか。)いや、そういうのできへん。」と、定期的に運動をすることはできないと話した。しかし一方では「水替えは毎日やけど、水槽が汚れるでしょ。それをこすって落とさなあかんからね、その時はもうちょっときついね。」「(1階と2階の)両方やってるからな。朝7時くらいからやって、そんなんもう、終わるんは、10時過ぎるくらいやからな。」と、2階にある18リットルの水槽の水替えのために、バケツに汲んだ水をもって往復することをほぼ毎日行っていた。活動量分析を見ても、朝6時ごろから10時～11時ごろまで、4～6METsの活動を持続的に行っている様子が分かった。「何もせんかったらやっぱりいかんやろうしね(笑)。動かなあかんやろうと思う。」「綺麗けどな、ほんま、もう、大変やわ。(笑)そんな大変と思わなかったんけどな。水替えがやっぱり偉いわ。まあおかげで運動させてもらってるわ。」と、毎日のこの水替えが良い運動になっていると笑顔で話した。N氏は「やっぱり動かなあかんわな。血流、循環も悪いやろうし。歩いたらいいんやろうけどね、30分でも。したらもう血液の循環が悪いか知らんけど、足の爪に、黒うなんねん。せやからそれが痛なってな、靴でも大きめに買うてんねんけど、歩いたらそうなんねん。(痛くて歩けないので)家の中で動くいうかね。(水替えとか?)そう、そんなとこ。」「やっぱり、足が、いいんやろうと思うわ、階段。あれね、寒い時期でも足。」と、心不全になって血流が低下している自分の体を理解し、更に水替えのために階段を上り下りすると、歩くと黒ずむ足が良い状態になる事も理解していた。N氏は、退職後に知人の仕事を手伝ったことがあるが「1回友達がちょっと仕事手伝ってくれへんかってやったんやけどね、もう階段の上りおり、もうそれであかんもんね。もう息切れがして。動いたらあかんねん。」と、心不全症状によってできなかったことがあった。また、大好きだったボーリングも「ボーリングが好きやってボーリングをよう

やっと思ったんやけど、そしたらボーリングでさえもう持たれへんもん、もう。しんどいもん、もう。持ったらね。(ボーリングは)もうできひん。」と、動いたり、重いものをもったりすることはできないことを体験してきた。しかし、動くことで血流が良くなることも体験しているため、家の中でマイペースに行え、「この夏は一番息苦しく感じるのね。クーラーないと、もうあかんもんね。」というように空調を整えた場所でできる水替えは「全然せんかったらね、動かんかったらまたやっぱりあれやし。そう思って。それが体操代わりにやってるかな。」と、N氏にとっては癒しであり、適度な運動でもあった。

3. 解釈的説明;体を動かすことを続けて血液の循環に働きかける

一般的に、心不全患者にとって階段の上り下りや、重い荷物をもっての階段の上り下りは、強度の高い労作である。N氏は、仕事やボーリングなど、労作によって生じた心不全症状によって、それらをやめるという決断をしてきた。しかし、水槽の水替えは、生き物の生命に関わる事ではあるとはいえ、毎日しなければならないものでもなく、1階と2階に分けなければならないものでもない。それにも関わらず、水の入ったバケツを18リットル分をもって階段の上り下りを繰り返し、1階で平坦とはいえ90リットル、60リットル、30リットル2個の計4つの水槽の水替えを、毎日繰り返している。N氏にとってこの水槽の水替えという労作は、心臓に負荷がかかる仕事ではなく、動きすぎないように気を付けながらできる運動であり、外を歩くと30分で爪が黒くなるような血流や循環の悪さがある足が、「足が、いいんやろうと思うわ」と言う効果を感じられる運動でもある。N氏は、暑さなどの外的要因によっても体調が変化する。自宅で空調を整えた環境で運動をできる水替えは、体調を悪化させずに効果を感じられる運動である。重い荷物をもって運ぶことや、階段を上ることは、建築系の現場労働者だったN氏にとってはよく行ってきていたことである。また、ボーリングなどのスポーツをしてきたことから、体を動かすことで循環が良くなる感覚はN氏にはなじみの感覚だと考えられる。そのため、N氏にとっての水替えは、体調に合った環境の中で体を動かすことで、心不全によって血流が悪くなった心臓を動かし、循環を助けるために適した活動の仕方だと考えられる。N氏にとっての水槽の水替えは、労作によって心臓を動かして血液の循環に働きかけるという、不全になった心臓を動かす手立てであり、そのために毎日の水替えをし続けている。

Ⅲ. 代表的事例;<動くことで調子が良いと感じるリズムに乗せる>(S氏)

1. 背景

70歳男性。週3日～4日、マンションの管理人として出勤する。道を挟んだ2棟のマンションを管理しており、110戸と90戸の部屋数がある。日によって派遣される管理人の人数が違うので、行ったり来たりする日もあればどちらかに専念できる日もあり、朝9時からの勤務と14時からの勤務がある。仕事がない日は家で読書をするか、植木(盆栽よりも大きいサイズの鉢植え)をするかしている。糖尿病を患っていたS氏は、10年ほど前に咳が出るようになったのでタバコをやめたところ体重が増加。減量目的でジョギングをしていたが、息苦しさが出るようになった。1か月くらい続けていたが、息切れが治まるのに時間がかかるようになり受診、心不全と言われた。その後内服でフ

フォローしていたが、4年くらいしてから歩くと苦しくなり、2年前の7月に弁置換術を受けた。現在の心機能は悪く、左室はほとんど収縮していない(拡張期径 74mm 収縮期径 73mm)。

2. 体調を予測し安定できるリズム

S氏は心不全発症前から派遣のマンション管理人業務を行っていた。マンションの保守や巡回、宅配便の受付、トラブル対応などがあり、ほとんどはマンションの中を移動している仕事である。エレベーターなどを使用できるため、ほとんどの活動強度は3METs程度であるが、5分と座って居ることが無い。また、勤務の時間によっては夜中までの仕事になることもある。「(大変ですね。)動かしたほうが調子いいんだよ。(そうですか。)もう、結局リズムに乗ってるから。(じゃあ、多少時間がずれたり働く場所が変わったりしても、その働いてるリズムに乗ってたら。)もう大体こうなるないのわかるから。」「夜遅くなると歩くことはないから。座りっぱなしやけど、やっぱり体動かすの。足。座っとならよ。」と、座って居る時間が長くなると、座りながらでも足を動かしていると話した。

S氏は自分の体調について「動いとる方がわかる」と言い、「1年間は、退院して1年間は朝と晩、血圧ずっとはかかった。2年目になってから、あんまり変わらないから、たまにしかはからなくなった。(たまには何か調子が悪いなと思ってはかかったりとかですか。)あるけども、そんなときあるん。締めつけ、ちょっと痛いんかなと思うときははかってみるけど、一緒。(一緒。)そのぐらい、血圧がやっぱり95ぐらいいったら、あれ、何か違和感があるね。ほんで2回ぐらいはかって、深呼吸してやると、85ぐらいに戻るん。ほんなら普通になる。」と、動くことで血圧が変化するが、その時に感じる症状によって血圧が予測できている。S氏は、動くことによって、血圧の変化を感じたり、調子の良さを感じたりして、安定して生活できるリズムがあるため、不規則な仕事でも安定して生活できていた。

3. 解釈学的説明;動くことで体調を捉え、動くことで調子の良いリズムに乗せる

S氏はマンションに派遣される管理人の仕事をしており、巡回や警報時の対応など、常に動いている仕事をしてきた。また、元々糖尿病があり運動療法を勧められていた事、弁置換術後に衰えた体力を戻すために散歩をしていたこともあり、動くことはS氏の日常生活に常にあった振る舞いであり、健康にとって良いという日常性があった。術後1年間のS氏は、散歩をしながら、毎日血圧や体重をモニタリングしていたが、感覚的に自分の血圧が把握できるため、現在はしていない。S氏のこの感覚は、動くことに伴って生じるからだの反応の変化であり、じっとしては捉えられない感覚である。そのため、「動かしたほうが調子いいんだよ。もう、結局リズムに乗ってるから。」と言われ、動くことで自分の調子を知ることができる。更に、起床時に何らかの違和感を感じていても、活動を始めることで違和感が消え、調子が上向いていく体験をしている。そのためS氏にとって動くことは、心臓に負荷をかける事ではなく、むしろ順調に心臓が拍動を刻み、血圧を保つために必要な起動スイッチのようなものであり、動くことで調子が良いと感じられるリズムに乗ることができる。また、心不全の発見や手術に

至るまでの過程においても、S氏は体を動かしているときの症状から異常を察知しており、S氏にとって動くことは、自分でできる自分の身体に対する手入れであり、心臓から、動くことでだされる合図を受け取って、見えない心臓を捉えることができる重要な活動だと言える。

IV. 【不全になった心臓を動かす手立てをとる】という活動の調整の意味

【不全になった心臓を動かす手立てをとる】という活動の調整は、患者にとっては心臓を補助するための活動の調整であると言える。心不全は、心ポンプ機能低下により全身の組織代謝に必要な心拍出量を送り出すことができないために起きてくる症候である。この【不全になった心臓を動かす手立てをとる】という活動の調整は、低下した心臓のポンプ機能を、体を動かすことで補い、循環を良くするための技能であると言える。そしてこの技能は、心不全になった体で獲得するというよりも、元々身につけていた技能を生かすことで発揮される調整の仕方だと考えられた。また、この元々身につけていた技能を心不全という異なる状況の中で発揮するために、M氏は仕方をなぞるという方法を用い、N氏はし続けるという方法を用い、S氏はリズムに乗せるという方法を用いていた。心臓は、随意的に動かすことができる臓器ではないが、体は随意的に動かすことが可能であり、心臓は体の動きに応じて動き方が変化する。その変化を、調子という感覚で捉えて、不全な心臓の機能を補っているかどうかを感じたり、過剰な労作になっていないかどうかを感じたりすることも、心臓を動かす手立てとしていた。特になぞるという方法を用いていたM氏においては、運動を、発症前の働き方をなぞった活動の仕方することで日常性の変化を最低限に収めており、心不全で変化した生活の仕方に馴染みやすくすることにもつながっていた。

Dreyfus は、Heidegger の振る舞いについての記述の解釈から「日常的技能と実践的知恵を基に、熟練した技能を持つ人は適切な時に適切な仕方で適切なことを即刻成すことができる(1990/2000, p19)」と述べている。N氏、M氏、S氏のように、職業に関連して獲得した技能は、心不全と言う身体機能の変化が起きた状況であっても、その状況を生き抜くための技能として体現されていると考えられた。

第7節 心臓を休める時間を持つ

I. 範例 ; H 氏

1. 背景

65 歳女性で、既往歴に高血圧、閉塞性動脈硬化症 (以下 ASO) がある。脈波図検査 (ABI) は R/L=0.92/0.82 で、特に左下肢の血流障害がある。H 氏は、2011 年に心房細動による心不全のため入院し、その後数回のカテーテル検査・治療による入院歴があるが、心不全の増悪による入院はない。H 氏の自宅は坂の途中にあり、家の外に出るとどこに行くにも坂道になっている。EF 61%、%FS 31.87% E/E' 比 16.61 であり、拡張不全がある。H 氏は、「心臓が動きにくくなって、それで足もあかんから、歩くんはしんどい。」と言う。SAS は 10。ASO による下肢の痛みがあるため、SF-8BP (体の痛み) は低値である。

2. 主婦である生活の仕方を模索する

H 氏は専業主婦である。朝は家族の誰よりも早く起床し、夫の出勤時間に合わせて朝食を準備してお弁当を作り、洗濯や掃除を手際よくこなしながら、「今日、何してあげようかなと思って、御飯のことを考えて、そんでメモしといたりしてんねん。」と、夕食の献立を考えて朝のうちに下ごしらえをしてしまう、というように主婦業をし、家族の生活を支えてきた。しかし、心不全になってからは、「先生曰く、洗濯物を干すときに、上を向いて干したらあかんと言われてん。それから洗濯を帰ってからしたことがないねん。(そうなんですか。)洗濯は毎日するけれども、主人が干してくれるねん。(じゃあ御主人が。)掃除機もかけてくれるねん。(優しい。)いや、掃除機かけてふらふらっときたんよ、やっぱり退院したときやから。それから今まで 2 回ほどただけで、したことない。(顔の前で手を振る)洗濯も回します。で、主人が干して。するって言うたら、夕飯の用意、御飯の用意だけ。」「退院してからはしたらあかんと言われたからね、主人から。だから、したらあかんと思っとうから。今もしてない。3 年たつのにしてない。3 年間で掃除機かけたの 2 回。(2 本指を立てて笑う)」と言い、洗濯や掃除など、主婦業のほとんどを夫とともにするようになった。また、生きがいにしていたガーデニングも「お花つくったりはしてるけどね。ガーデニング。それも全部、自分でしてたけど。もう、ほとんど主人がするからね。(そうなんですか。)重たいからさ(両手で持ち上げるようなしぐさ)。(そうです。じゃあ、ちょこちょこ草を引いたりとか、苗を買いに行ったりとか。)そうそう(腕を振って歩くようなしぐさ)。(そんなときには一緒に行って。)行きよるよ。あの、買い物も一緒に行くけども、重たいものを持たないから、主人に持ってもらう(上半身を回して後ろの方に投げるようなしぐさ)。」と言うように、苗を選んで買ってきても、植えて世話をするのは夫がしてくれている。

H 氏は、医師からとめられたり、夫からとめられたりしたことで、それまで仕事であった主婦業を一人ですることができなくなった。主婦業は仕事でもあるが、家庭の中で、家族の生活と密接につながっているため H 氏の生活の仕方そのものが変わってしまった。そのため H 氏は、一人ではできない生活と仕事を、夫の支援を得ながらどのようにしていくのか模索しながらできないことを任せて生活をしていた。

3. 自分の居場所を守るために歩き続ける

H氏は、発症後は料理以外の家事のほとんどを夫と共にしている。中には掃除のように全て夫に任せている家事もある。「(夫が掃除を)してくれとうからね。案外自分でするより上手やったりしてね。(ご主人のお掃除がですか?)そうそう。その前はね、自分でしとったから主人はしてないわね。今はほら、したらあかん言うてるから主人がするやん。そしたらほら、主婦はこう、ささっとやってしまうねんけど、こう、きれいーにね、やってあんねん。(笑う)そうしたらもう、今の方が断然きれい。(きっちりされるんですね)(笑う)そうそう。そんなにきっちりするとは思ってへんやんか。意外とできるんやな思っ。(ご主人の意外な特技を見つけた感じですね。)そうそう、びっくり(笑う)。」と話したように、夫の方がきちんとできていることなどもある。H氏は、長年の主婦としての生活の中で、段取りよく、夫や家族を気遣いながら家事をしてきた。H氏が「今日は何してあげよ」と、夫が喜ぶような献立を考えて料理をしているように、H氏の家事は夫や家族が喜ぶように生活を整えるような仕方で行われていたと考えられる。しかし心不全になったことで、掃除のように夫の方がよくできたり、できないと思っ(て)てきていたことが、夫もできる事だったりというように、家族に良いように生活を整えることができる存在は、H氏だけではなくなってきたと言える。

H氏の活動量分析を見ると、毎日1時間～3時間程度、集中して歩いている時間があり、毎日5000歩以上歩いている。H氏は心不全によって著しく活動耐容量が低下した。さらにASOもあるために、坂道が多い生活環境の中では、「自分でできると思っ(て)ても、走ることができへんでしょう。バスが(ちょっと前を指さすようにしながら)そこに来てても走られへん。(元気だったときには、走ったら間に合うと思っ(て)。)それはもう走っ(て)。もう、こう(腕を前後に走る真似をしながら)しとったけど、もうあかんと思っ(たら)あかんのやろうけどな。杖も持ってるから、坂道を走るでしょう。絶対、あれと思っ(てる)から、歩くしかないからね。いつもだったら乗れるバスが乗れなくて、1本待ったりとか。もうええかと思っ(て)。走られへんし。あの、1回こけたからな。(そうなんですか。)それで何て言うの、足が痛いから足が上がってないんや、足が。(手を床と水平に前後に動かしながら)すっ(てる)。だから、あの、何でもけつまずくねん。」と、転びやすかったり走れなかったりする。それでもH氏は、毎日1～3時間の時間を夫と散歩に出かけていた。「気分やけど、こっち行こう、こっち行こうというのは、坂上がるのしんどいでしょう。下がったほうがまだ、下がったら上がらなあかんけども違う道通るから、だからもうしんどかったら坂道を下る。しんどくて、楽やなと思っ(たら)上がる、上がるときはしんどいけどな。」「(じゃあ、幾つか散歩コースがあっ(て)、そのときの体調で。)変える。(その体調というのが目安にされているものは)体調、しんどいときあるからね、何もしてないけど。だから雨前なんかやったらしんどいから、足がだるくて。でも歩く。歩いたほうがいいと言うもん。足やら腰やらに来るんやて、先生いわくな。でも歩くのはいいねんて、散歩はしてください言うて。(自分の体のために多少どんなしんどくても。)歩く。ほんで歩かなかっ(たら)もっと太るやろう。歩く、ほんで歩く。毎日、雨の日は歩かへんけどな、傘さしては。もうほとんど歩く、ほとんど歩く、うん。歩かねば。」「(以前は、でも、運動ほとんどされてなかつ(た)とおしや(っ)てましたよね。)してなかつ(た)。病気になってから、歩かなあかん思っ(て)な。あれでも、何でも、言うても歩くが一番いい言うでしょう、健康には。だから、ふだん

運動できへんからこんなんやったら、足が痛いやのな、ほんなもう歩くんやったらな、いいもんな。走られへんからさ、縄跳びもできへんし。」と話し、雨の日以外はとにかく毎日歩いている。H 氏の夫は、病気になった H 氏の負担を軽くするために手伝いをしており、H 氏は助けてくれる夫のために、良いと言われる歩くという事を「歩く、ほんで歩く」「ほとんど歩く、ほとんど歩く」と繰り返し述べながら毎日行っていた。夫を思っで行う散歩は、心不全によって主婦と言う居場所が揺らいだ H 氏にとって、家族を思っで行う家事と同様に、自分の居場所になる活動であると考えられた。

4. 力が抜ける時間を持つ

H 氏は、心不全と ASO によって活動耐容量が低下したり、主婦と言う居場所が揺らいだりなど、いわば足元がしっかりしなくなった状態で模索しながら生活している。模索しながらの生活は、力の入らない、しっかりしない足元に、ぐっと力を入れて踏ん張り続けているような状況だと言える。このような状況ではあるが、料理やメニューの事を考え、椅子に座ってボーっと過ごす時間は、心身ともに力が抜け、H 氏が「ちょうどなんちゃう。」と感じられる時間である。「何してあげようかなと思ひながら、外見ながらボーっと。思いついたら書いといたりしながらな。ボーっとやからこう(たくさん書くようなしぐさ)はせんけど、あの、頭ん中は動いとうゆうん？うち1階やから、小さい庭があつて、ガーデニングしてるんやけど。花とか見えるし。それから坂やから、前がないから1階でも割と空が見えるし。起きがけやから、コーヒー飲んでボーっとしてるんがちょうどなんちゃう？」「リラックスする時間。ここかな。昼前か昼過ぎに(コーヒー飲んでる)。このちよつとあいてるときやな。コーヒー飲みながらゆたつと。そんなんは前からしてるんやけど。なんも考えんとゆたつとしてる。」というように、1日に少なくとも2回は、力を抜いてゆたつとした気持ちで座って居る時間がある。これはわざわざそのような時間を取っているのではなく、心不全になる前からの習慣であり、心不全に関係なく、H 氏が力を抜いていることができる時間だと言える。

5. 解釈的説明:自分の示し方を模索する

H 氏は、心不全になったことによって、主婦として示していた自分の存在が揺らぐ体験をしていた。長年主婦として家族の生活を支えてきたが、夫の助けなしではできない家事が増え、中には退院後の3年間で2回しかしていない家事もある。H 氏は、これまで主婦として家族の生活を支える立場から、夫に支えられながら家事をする立場へと変わってしまった。また、夫にはできないと思っていた事が、やってみると夫の方が上手にできている家事もあった。このような状況に投げ込まれた H 氏は、家事と言う家族を喜ばせたり安心させたりすることと同様の位置づけとして、散歩をするようになったと言える。主婦である H 氏にとっての家事は、家族が喜んだり安心して生活を送ったりできるようにするための活動であり、自分のためでもあり、家族のためでもある活動である。H 氏にとっての散歩は、医師から指導を受けた体調をよくするための方法である。H 氏は心不全によって体調を崩し、夫の手助けが必要になったため、体調をよくしたり維持したりする活動をする事は、夫が喜び、安心するという、家族のための活動でもあり、自分の健康の維持・回復という自分のための活動でもある。H 氏は、とにかく

歩くという活動をすることで、主婦であることと同様に、家族に対して自分というものの存在を示す活動であったと考えられる。

6. 解釈的説明:自分らしく存在する時間を持つ

H氏は積極的に運動をしてきたことはなく、家事をし、家事が終われば友人とカラオケに出かけたりして社交を楽しんできた。また、H氏の自宅は坂の途中にあり、心不全やASOによって活動耐容量が低下しているH氏にとっては、歩くという事だけでも「しんどい」と感じる活動である。しかしH氏は「歩かねば」と言うように、毎日最低1時間、日によっては2回に分けて3時間程度歩いている。こうして歩くことによってH氏自身の存在を示している側面があるが、SF-8BP(体の痛み)の結果からも無理をして歩いているという側面もある。H氏は、主婦であるという自分という存在がゆらぎ、活動耐容量の低下やASOによっておぼつかなくなった足元に、ぐっと力を入れて立っている。これは、H氏ができにくくなったことを力を入れて踏ん張り、頑張っている時間だと言える。それに対して、朝と昼にはゆったりとした気分で椅子に座り、できにくくなったことではなく、献立を考えたり、ガーデニングの花を眺めたり、空を眺めたりしながら「ゆたっと」過ごすことができる時間がある。

H氏が、心不全発症前と同じように行いう事ができる家事は、食事を作る事だけになっている。H氏のゆたっと過ごせる時間は、無理をして立ったり歩いたりするのではなく、椅子に座ってコーヒーを飲みながら過ごせる時間であると同時に、心不全発症前からあった時間で、“できること”である料理のことを考え、夫が喜ぶ姿を想像しながら過ごす時間である。そのため、H氏にとっては心不全に関係なく、主婦をしてきた自分が、主婦として存在できる時間だと言える。そのため、このゆたっと過ごす時間は、主婦であるH氏が、力を入れて立ち続けることで消耗するエネルギーを補い、再び足元に力を入れて立ち続けることができるようにするために、エネルギーを蓄える時間をもつという活動の調整だと言える。

H氏にとっての【心臓を休める時間を持つ】という活動の調整は、H氏が主婦である自分として存在するために、「歩かねば」と気を張って、ぐっと足元に力を入れて無理をしている日常の中に、無理をしなくてもよい時間を作ることで、エネルギーの消耗を抑えたり、エネルギーを蓄えたりすることができる時間を持つことだと考えられる。心不全になったことによって変更を余儀なくされ、無理をしながら日常生活を送っている状況は、H氏にとっては負荷のかかる時間の過ごし方だと言える。そのような日常の中で力を抜いて過ごすことができる時間は、変化が無い、いつもながらの時間であると考えられる。【心臓を休める時間を持つ】という活動の調整は、負荷に対して意識的にとる休息ではなく、習慣として身に馴染み、変化が多い発症後の日常生活の中で、発症前と同じように過ごすことができる時間を持つという活動の調整だと言える。

II. 代表的事例 ; <気分がいい時間を過ごす> (A 氏)

1. 背景

78 歳男性。肥大型心筋症の拡張相にある。既往歴に高血圧、洞不全症候群、痛風があり、2011 年に心不全症状増悪のために入院し、その際に CRT-D を挿入している。EF 32.6%、%FS 15.3%、E/E' 比 19.44 で、拡張能、収縮能ともに低下している。妻と二人暮らしで農業を営んでいる。息子、娘家族が近隣市にいるが、農業には携わっていない。SAS は 9。SF-8 では、体の痛み (SF8BP)、日常役割機能 (身体) (SF8RF)、身体機能 (SF8PF) が低く、身体的健康 (PCS) が著しく低い。

2. なんのいい目もない日々を過ごす

A 氏は自らの事を農家の百姓だと言い、畑で野菜を作ったり、米を作ったりしている。農業を営むことについては「しんどい言うても自分の所のくらは作らんとね、百姓やから。田んぼも畑もあるしね、全部人に任して作ってもうてもそれは情けないことやしね。(そうですか。) まあ自分とこのくらいやったらできるし。農業いうのはそういうもんやしね。」「やっぱり農業、百姓いうたらそれ(作物を育て収穫すること)が仕事やからね。若い時分は、あの、ヘルニアの手術してからトラックで仕事に行ったりね、なかなかほいとやめれるもんでもないからね。せにやあいかんわね。」と話し、CRT-D を挿入後、農地の半分は他者に依頼して作ってもらっている状況だが、残りの半分は A 氏自身が作物を育てている。

CRT-D を挿入してからの生活について、「本 (CRT-D 挿入後の生活に関するパンフレット) に書いてどうことをね、しながらしよう思うたらね、しんどいことがようけあるんですわ。ほうなったらね、人に任せなようでけへんでしょ。」「田植えや言うてもな、植えられなあかんやろ。こうしたら(下に向いて床に手を伸ばす)あきませんいわれとうから言うてこんな(胸の前で植えるしぐさ)できへんやろ。1 列植えて残りは後日にしましょとかもできんしな。やからもう半分しかできへんわな。」と言い、制限がかかったためにすることができないこと、使ってはいけないものがあり、そのような制限がある体で農業を行うには、半分に減らすしかなかったことを話した。また、「朝は(内服の薬が多くて)ほんまに飲みにくいねんけどな、飲まな動かれへんようになって困るからな。」「(ホッとできるような事は何か)あの焼酎ちょっとな、それだけや。まあそんな(楽しみに晩酌すること)も先生にいったらあかんいわれるんやろうけどね。なんもいいこともないしね。」と話した。A 氏は、心不全症状や心不全に対する治療によって、家業である農業も規模を縮小せざるを得ず、薬を飲まなければならない面倒さや、ちょっとした楽しみである焼酎を飲むこともためられるなど、何もいいことが無いと思う日々を過ごしている。

A 氏は何もいいことが無いと思いながらも、「(焼酎を飲むこと以外には)何のいい目もないからね、ちょっとね。だめやいうことも聞いとんやけどね。」と、唯一“いい目”を見ていると感じる時間が晩酌の焼酎を飲んでいる時間である。また A 氏は、「いいやあの、よそへ。あの、大体このくらの(9 時台を指しながら)時分にね。9 時から 10 時まえくらいまで。そこの、家の前までちょっと歩いて、それから車にのしてもうて、それで出かれます。もう何十年も前からね。知っとう人ばかりやしね。話をして、お茶をね、してね。大体は同じ人やけど、まあ夜はでなくなったから、昼の部は。もう似たり寄ったりの歳の

じいさんやから、話もできるしね。時間もあるしね。」と言い、午前中に近所の喫茶店に出かけて、そこで気心の知れた仲間とお茶をのむ習慣がある。同じようなメンバーで、夜にはカラオケをしていたが、心不全症状が出現するようになってからは夜には参加せず、昼のお茶だけになった。A氏は、晩酌とお茶の時間が楽しみであり、いい事のない生活の中で“いい目”をみていると感じられる時間である。

3. 解釈的説明;本来の自分に戻る時間を持つ

A氏には、晩酌とお茶という、いい目をみている時間がある。デバイスを入れたことで、効率が半分になってしまったために農地の半分を人に任せているA氏が、迎えに来た友人の車に乗って出かけるお茶の時間は、百姓としての仕事を半分に減らしても、やめたり減らしたりすることをしなかった時間だと言える。この、晩酌の時間やお茶の時間は、何のいい目もない生活の中で、気分が良いと感じながら過ごすことができる時間で、常に農作業のために動き続けている仕事の手をとめ、楽しむことができる時間である。A氏は、常に何らかの症状を感じたり、してはいけないことを考えながら農業をしたり、人に任せすぎるとは情けないと感じながら半分の農地を人に任せたりして、思う様にはならない、心不全によって規制されたような生活を送っている。その中で、心不全に規制されることなく、A氏が通常と思う生活の流れの中で、心不全患者としての生活から解放されていると感じられる時間が、A氏がいい目をみていると感じている時間である。A氏が埋没していた日常性の中で獲得し、習慣化した活動には、百姓としての活動のように、心不全になったことが強く影響し、変更しなければならなかった活動があるが、お茶に出かける事や晩酌などのように、心不全になった現在においても、日常性に埋没していた頃と同じように過ごすことができる活動もある。A氏の【心臓を休める時間を持つ】とは、心不全によって規制されることが多くなった生活の中で、心不全に規制されない、習慣化された気分良く過ごせる時間を過ごすことで、日常性に埋没して百姓として生きていた頃と同じ時間を過ごし、本来の自分に戻る時間を持つことだと言える。このような時間を過ごすことで、ささやかで短い時間ではあっても、心不全と言う規制から解放され、再び規制された日常に戻るためのエネルギーを蓄えることができると考えられた。

Ⅲ. 【心臓を休める時間を持つ】という活動の調整の意味

【心臓を休める時間を持つ】という活動の調整の休めるとは、意識したり意図したりして体を休める事ではなく、変えざるを得ない生活の中で、変えなくても過ごせる時間があり、安らいだ時間を過ごすことになっているという事である。変えなくても過ごせる時間とは、心不全という状況に関係なく、その人の習慣の中に溶け込んでいるもので、一日や数日の中で、その人にとって通常と思える活動をしていれば自然と過ごすことができる時間である。通常性を、その人の歴史的な存在性から生じたものであり、その人が住まう世界における振る舞いだとする、この変えなくても過ごせる時間は、心不全には無関係に習慣化された振る舞いだと言える。また、活動という点からみると、習慣化された振る舞いには、動く事だけではなく、休むことも含まれている。

慢性心不全患者は、症状によって身体的にできない活動がでてくる。H氏は、重いものをもったり運んだりという動作ができない動作であり、そのために洗濯や洗濯機を回すだけで干す作業は夫が行い、ガーデニングも苗を選ぶことはH氏ができて、運んだり植えたりという作業は夫が行うという生活に変わった。またA氏は、デバイスを入れたことで農業用の電気製品が使えなくなったり、活動耐容量の低下で長時間の農業ができなくなったりしたため、農地の半分は他者に依頼して作ってもらうというように変化した。このように変化させることは、心不全という世界に投げ込まれたA氏やH氏が、不全になった心臓を守り、いたわるために行っているふるまいであり、心臓を休めるための活動である。しかしこの心臓を休める活動によって、A氏やH氏は、自分の存在が不確かなものになったり、何のいい目もないと感じるふるまいをせざるを得なくなったりしている。【心臓を休める時間をもつ】ということは、不全になった心臓をいたわるために休んだり、心不全症状によって休まざるを得なくなったりという事ではなく、患者の生活してきた歴史の中で自然と組み込まれている安らぎの時間や、変えざるを得ない活動の仕方からの解放の時間を持つことだと言える。A氏やH氏のように、自分の存在を不確かなものを感じたり、何のいい目もなく存在しているように感じたりするような存在の仕方は、緊張や心理的ストレスと表現されるような状況に常に身を置いている状態であり、何かしらの無理を強い存在の仕方だと言える。そのため、単に身体的な意味だけではなく、H氏のように不安定な足元に、ぐっと力を入れて、変化した世界の中に立ち、一般的に気の休まる暇がないと言われているような時間を過ごしている。また、心不全の状態、安定して生活をするためには避けることができない過ごし方でもある。心臓は、心理的ストレスによっても負荷を受ける臓器である。そのため、変えざるを得ない生活は、心臓への負荷にもなっていると言えるが、そのような過ごし方の中に、意識しなくてもよい習慣的な休息がある事によって、バランスが保たれ、安定していると考えられる。健康関連QOLでは、A氏、H氏共に身体的健康(PCS)は低い、精神的健康(MCS)は高い値を示していた。

【心臓を休める時間をもつ】という活動の調整の、心臓とは、身体的にも精神的にも影響を受ける、心身の統合されたものとしての心臓である。休めるという事は、低下した心機能に合わせた生活に変えざるを得ないことと、変えざるを得ない生活によって生じる自分という存在の不安定さを、変えなくてもよい時間を過ごすことで安定させ、バランスが取れて安らぎを得る事である。これは、気分転換や意図的に身体を休めるのではなく、習慣的にある休息を、やめたり変えたりせずにそのままできる事、心不全になる前から自分の存在の仕方として習慣的に馴染んでいる事を指す。習慣的に身につけていることを意識せずにできたり、心不全とは関係のない習慣的な休息であったりすることで、一時的に心不全患者としての生活から解放される時間を持つことができ、それによって、自分に対して自分らしさを示すことで、投げ込まれた世界での振る舞いをし続けることができると言える。

第 8 節 通常性を保つためにし続ける

I. 範例 ; A 氏

1. 背景

78 歳男性。肥大型心筋症の拡張相にある。既往歴に高血圧、洞不全症候群、痛風があり、2011 年に心不全症状増悪のために入院し、その際に CRT-D を挿入している。EF 32.6%、%FS 15.3%、E/E' 比 19.44 で、拡張能、収縮能ともに低下している。妻と二人暮らしで農業を営んでいる。息子、娘家族が近隣市にいますが、農業には携わっていない。SAS は 9。SF-8 では、体の痛み (SF8BP)、日常役割機能 (身体) (SF8RF)、身体機能 (SF8PF) が低く、身体的健康 (PCS) が著しく低い。

2. 合わせるものとしての農業

A 氏は代々農家である。職業は百姓だと言い、近隣市に息子や娘家族がいるが「あれらは会社員」であり、現在でも一人で農業に携わっている。心不全になって農業をすることはたいへんではないか問うと「やっぱり農業、百姓いうたらそれ (作物を育て収穫すること) が仕事やからね。若い時分は、あの、ヘルニアの手術してからトラックで仕事に行ったりね、なかなかほいとやめれるもんでもないからね。せにゃあいかんわね。」と話した。A 氏の活動量分析を見ると、一日の生活はほぼ同じパターンで固定されている。朝 5 時ごろ起床し、6 時くらいに朝食を摂って、7 時ごろには家の周りで農作業を行う。9 時～10 時ごろには近所のお仲間の車で喫茶店に出かけてお茶 (コーヒー) を飲みながら談笑し、10 時過ぎには自宅にもどって家の中の事をする。そして昼食を食べて 12 時から 13 時頃までテレビを観て、13 時には畑や田んぼに出かけて農作業を行う。そして 18 時前には自宅に帰って夕食をとり、テレビを観たり夕食を食べたり書き物をしたりして 20 時頃には床に入る、というパターンである。天候によって多少の違いは出るが、記録された 3 日間はほぼ毎日同じパターンであった。A 氏は「農家やからね。自分が決めんでも、合わせとったらそうなるわね。あの、んー、あんたはあんまりわからんかもしれへんけど、水撒き一つにしてもな、朝はええけど日が高こうなってからはあかんもんなんです。そんなんするんは朝のうちやないと。そんなんもあるしな、あの、そしたら大体きまってるわな。農業いうのはそういうもんやしな。」と言い、A 氏のパターンは自ら決めたものではなく、農家の百姓として働いてきたことで、自然に生まれたパターンだと話した。

農業は自然や作物を相手に行うものであるため、百姓の都合のいいようにはならない。そのため「本当はね、(苗の準備は)もうちょっと早いことせんらんやってんけど、ちょっとしんどかったからね。(苗の準備を)せんわけにはいかんのでね。あの、枯れてしまうでしょ。それはあかんから、してはおってんけど、いっぺんにできんかったから、それがちょっと通常よりも遅うなったんやわ。」と言うように、今体調の悪さを感じても、収穫するためには今しないでおくという事ができない。また、活動量分析では時々 5～6METs の強い運動があったり、1 時間ほど 3～5METs の運動が持続している部分があるが、「まだ植えるわけやないねんけど、準備はしとかなあかんから、肥料混ぜてね、畝をこしらえて。」「通常しておることやからね、その、強いとかいうようなもんと思てなかってんけど。測ってみんとわからんもんやね。(ちょっと強さがばらばらですけど、作業の

違いですかね?) そうやね、鍬使ったりね。それもまあ通常のことやからね。毎日おんなじにはならんわね。日和のこともあるし、その時その時で必ずいうこともあるしね。」と言うように、その時にその作業をするならば、このような活動を行う事は通常行っている事であるため、意識していない強い活動をしていることもあった。しかし、それも農業をするならば当然の事である。活動強度は問題ではなく、収穫をするためにその時にその作業が必要なので、通常通りに行っていた。A氏は、農業を思う通りにはならないものと言い、自然や作物に合わせて農業をしていた。

3. 農業をし続ける

A氏は治療のためCRT-Dを挿入している。CRT-Dは、リードの断線や誤作動を防ぐために、動作や使用する道具に規制がかかることが多い。A氏は「いやもうやっぱり、こんなん(CRT-D)入れて、しんどいから、人に任して。(息切れとかですか?)いやあ症状がいうことではなしに、あの、楽にはなってるけどね、こう、何か入るとるいうことがね、なんやこう、しんどいからね。できへんでしょ、こう、合わすんもね。本に書いてどうことをね、しながらしよう思うたらね、しんどいことがようけあるんですわ。ほうなったらね、人に任せなようでけへんでしょ。電気の機械つこたらぎ一つとできんねんけど、使わんとしな思ったら半分くらいがせいぜいやしね。」と述べた。また、「しんどい言うても自分の所のくらいは作らんとね、百姓やから。田んぼも畑もあるしね、全部人に任して作ってもうてもそれは情けないことやしね。(そうですか。)まあ自分とこのくらいやったらできるし。農業いうのはそういうもんやしね。」と言い、農地の半分は他者に任せて作ってもらい、CRT-Dを入れた生活でできる範囲である、これまでの半分の農地で農業を続けている。

A氏はCRT-Dを挿入してからの百姓としての生活について、「本(CRT-D挿入後の生活に関するパンフレット)に書いてどうことをね、しながらしよう思うたらね、しんどいことがようけあるんですわ。ほうなったらね、人に任せなようでけへんでしょ。」「田植えや言うてもな、植えられなあかんやろ。こうしたら(下に向いて床に手を伸ばす)あきませんいわれとうから言うてこんなん(胸の前で植えるしぐさ)できへんやろ。1列植えて残りは後日にしましょとかもできんしな。やからもう半分しかできへんわな。」と言い、できることに合わせた結果、半分に減らすことにした。このように話しているA氏の隣で妻は、顔の前で手を振り「聞かんのです。」と苦笑していたが、A氏は「そういうもんやし。」と意に介さずに話を続けていた。A氏は、農地を持った百姓が、自分で作らなくなることは情けない事だと感じるため、できるところだけやるのではなく、苗を植えて収穫する一連の農業を、自分でできる範囲に減らして農業をし続けていた。

4. 解釈的説明: 百姓としての習慣に従って生活する

A氏にとって農業は、作物を育て収穫し糧を得る百姓という、意味のある生き方である。百姓は少なくとも自分の家族が食べるものは自分で作るもの、育てている作物や天候に合わせて生活するもので、だからこそ農業は自分の思う様にはならず、自分の都合に合わせるができないものである。A氏はそのような農業を営む農家で百姓として生き、存在している。また、A氏には「農業というものはこういうもの」というもの

がある。農家であるという事はこうするものという A 氏自身の中にある慣習に従って生活をしている。たとえば作物を育て、収穫し、糧とするまでの一連の過程に自らが関わっている事が重要であり、農地を持っていても他人に任せて収穫だけ得るということは百姓ではないと思っている。また、関わるという事は、その時期やタイミングで必要なことができることであり、それは病気だから、しんどいからといってやめることができるものではない。こうしたことは百姓である A 氏にとっては通常の事である。通常性とは、心不全に関係なく、習慣として身につけている、その人が住まう世界における振る舞いであり、意識しなくてもそのように身体が動いているものである。A 氏は、長年百姓として生活してきたため、百姓としての世界が住まっていた世界であり、そこで身につけた百姓としての習慣が A 氏の通常性である。

A 氏が、そういうものだと言い、通常の事だと話す農業に関する活動は、百姓として働いてきた A 氏の歴史性である。Heidegger(1927/2003c, p.187)は、「現存在は、現実的にそのつど己の「歴史」をもっており、またそのようなものをもちうる。というのは、現存在というこの存在者の存在は歴史性によって構成されているからなのである。」とし、歴史性は、「おのれの固有な現実的な「現」を決意して引き受けるということは、同時に、状況の中へとむかう決意を意味する」(1927/2003c, p.188)というように、具体的な現在におけるあり方を示している。A 氏は、心不全という現に投げ込まれ、その現を決意して引き受けているが、それは百姓である A 氏が、百姓として引き受けた心不全である。A 氏の生活は百姓としての歴史性があり、生活をするための振る舞いは百姓という生活の中で獲得したものである。通常であるという事は、それ以外の振る舞いは通常ではない、つまり異常なことであり、生活そのものが異常になっては生活自体が成り立たなくなってしまう。

A 氏が百姓としての習慣に従って生活することは、百姓としての歴史性をもつ A 氏が、積み重ねた歴史の中で獲得した生活の技術を使いながら、心不全を引き受けて生活するという基本的な姿勢であった。そして、A 氏にとっての【通常性を保つためにし続ける】とは、CRT-Dを入れることで変えざるを得なかった生活を、農業をし続けることによって生活の基本的な姿勢を保ち、身につけていた生活の技術をうまく使いながら生活することを可能にするための活動の調整であった。

A 氏は、農業と言う生業に関連した歴史性が A 氏の通常性になっていた。日々繰り返すことで身につく技能と言う点では、生業や職業が通常性に繋がりやすい。職業に関連した通常性が見出された L 氏と P 氏の例を示す。

Ⅱ. 代表的事例；〈仕事はし続ける〉(L 氏)

1. 背景

57 歳男性。自営業(自由業)。仕事は遊びであり、仕事であり、生きがいだと言う。入院する 10 年ほど前から、7 月～9 月は空咳が出て止まらない時期だと思っていた。2004 年に咳が止まらなくなり、息苦しさが始まる、食事がとれなくなってきたため救急受診。そこで拡張型心筋症による心不全が原因だとわかり、治療を受けることができた。その際疾患の特性上入退院を繰り返す可能性が高いと言われていたが、これま

で再入院することなく経過できている。EF 23% %FS 18.33 E/A 比 0.4 であり、拡張能が低く、短縮率、駆出率も低い。SAS は 13。「階段はしんどい。駅でもどこでもエスカレーター。それかエレベータ探して絶対に階段は使わへん。」と言う。

2. 仕事は変えることなく続ける

L 氏は 48 歳で拡張型心筋症と診断され、「最初は「何回も入他院を繰り返すことがあります」って言われて。」と、数年で心不全が増悪し、何度も入退院を繰り返すようになる可能性があると言明を受けた。「そんなときはもうこれでしゃあない言われたから、入退院も常時繰り返しますって言われてたからな。だからせめて 3 年の間でも、4 年の間でも、なあ。そう入院せんでもええようなことをと思ってたもんやから、まあまあおかげさんで大丈夫やったし、1 回もしてないな。」と、ゴルフや海外旅行など、診断前にしていたことをしなくなった一方で、自営で行っている仕事だけは変えることなく続けていた。

L 氏は自営業である。仕事の内容は「別にこう、重労働するような仕事じゃないからね。だからまあさほどは感じない。人に会うのが仕事やな。」と言い、発症後も仕事を続けることは問題なくできていた。また L 氏は仕事について、「ライフワークが(仕事)。朝から夜まで、なんかすべてが仕事っていうか。仕事なのか、遊びの時間なのかかわからへんけど。仕事やろうね。」と言い、妻も、「仕事が全部やろうと思います。ゴルフはすぐやめれたけど、仕事は無理やろうと思うし。」と話した。L 氏は、「すべて自分(のペース)やからな。」と笑いながら話した。L 氏の一日のスタートは 10 時から 11 時の間である。心不全になってからそのようにしたのかと訊ねると、「いやそんなんちゃう。調子とかやなくて、リズムがあって。大体 10 時、11 時くらいからやな。(妻; そっからやもん、仕事するの。起きて、家の中でも歩いたりするやんか、降りてきたりとか。)午後からリズムが始まんねん。これはあれやな、もうずっと前からやからな。心不全がどうこの前からのやから、丁度ええんやわ。そんなに変えられもへんしな。かわらへんよ、おんなじや。普通にしてるな。」と答えた。

3. 解釈的説明; 自分のリズムを崩さない

L 氏は生活にリズムがあると話していた。このリズムは心不全を発症してからのものではなく、それ以前からのリズムである。発症後の L 氏は、少しでも長い間入院せずに過ごしたいと考え、趣味だったゴルフや、接待での飲食、旅行などはやめたが、仕事だけは変わらずに続けていた。L 氏にとって仕事を続けることには二つの側面があったと考えられる。一つ目は、仕事をする事で自分のリズムを守ることができるという側面である。ゴルフや旅行は、どうしてもリズムを変えなければならないが、元々自分の生活のリズムでできていた仕事は、リズムを変えることなくできるものであったと言える。二つ目の側面は、仕事が遊びであり、生きがいであり、職業であると話していたように、L 氏が自分として存在できるための要素として仕事が必要であったという側面である。そのため L 氏は、仕事をし続けることで通常性を保ち、自分として現在することができたと考えられる。

Ⅲ. 代表的事例； <身に馴染んだ生活のパターンを続ける> (P 氏)

1. 背景

81 歳男性。狭心症と診断され、通院していたが、昭和 58 年に心筋梗塞を発症。3 か月後には 2 回目の心筋梗塞を起こしたため、CABG(2 枝)を受けた。会社員で花方の営業職に就いていたが、術後には部署移動で社屋内中心の部署になった。そして仕事をしつつ、現在までに少なくとも 14 回の PTA を受けている。60 歳で定年退職した。既往歴には糖尿病と、平成 9 年には一過性脳虚血発作(TIA)、平成 20 年にはクローン病と診断され、服薬でコントロールしている。それぞれ信頼している医師のもとに通院しており、「病院に行くのが苦じゃないんです。」と言う。妻と二人暮らし。睡眠時無呼吸症候群(SAS)があるため経鼻的持続陽圧呼吸療法(CPAP)を行っている。心機能は EF 45% FS 23.5% E/E' 比 10.5 E/A 比 1.6 で、駆出率、短縮率は低い、拡張能は正常である。SAS10。「自分では、走ると動悸がすぐ上がるんです。僕は自分自身で、大体 50 から 60 ぐらいの間が脈拍の心拍数なんです。それが 80 になったら、それ以上の仕事量、運動量はやめるんです。」と言う。週に数回、元職場の同僚とランチ会をしたり、毎日のようにコースを決めて歩いたり、外に出ることが多い。自分について「全然、自分が病人やとは思ってませんし、身体障害者とも思ってないしね。ごく健常者と変わらんという。」とはなした。

2. 毎日外出する生活を続ける

P 氏の活動量分析を見ると、8 時ごろから歩数が増える。P 氏は、「これはわかります、これ 8 時でしょう。8 時のとき、これは多分、このときは〇〇(地名)行くまでに H 美術館のバス停があるんです。そこから〇〇まで歩くんですね、歩いたとき。そやから、この 8 時台は多分そうですわ。それから恐らく△△(地名)へ行ってると思います、このグラフからいきますと。12 時ぐらいまで歩いてますからね。」「9 時前ですか。9 時前に、それは恐らくバスに乗ってる時間なんです。普通はこのパターンですね。これは暑いですからね、今ちょっと。H 美術館からはおらずに、〇〇まで行くのが今のパターンです。マッサージしてから歩くというね。」「パターンは、家からバス停まで、それからマッサージへ行っ、マッサージから今度 M 駅まで、それから△△へ出て、K 駅まで歩いてちょこちょことやると 1 万ぐらいなりますわ。」と、時間と歩数を見ながら事細かに説明した。P 氏は平日は毎朝外出し、マッサージに行ってから商店街などを歩くことが日課である。時には「幸い、友達が結構おるんです。それで月に 3 回、昼飯会がありまして、それには出ますね。延べの人数にしますと、16、7 人です。3 つありまして、皆違うんです、メンバーが。少ないのは 3 人、大体あとは 5、6 人。7、8 人という感じですね。」と食事会に出かけたり、循環器、消化器、脳神経などの通院している病院に通ったりしている。

そして午後は、昼食会でなければ 12 時には自宅に帰り、そのあとはほぼ動かない。「一番落ちつくのは、うちでごろっとしてテレビ見てるときですわ。私はあんまり、生臭ですから、大体横にごろんとなるのが好きなんです。座ってテレビ見ません。寝て見ます、ソファで。ですから、そのときが一番何も考えてないし、リラックスしてるのかな。自分ではわかりませんけどね。」「僕はもともと性格的にのんびり屋というか、悪く言えば、ずぼらというんですかね、ものぐさなんですよ。こっちのものこっちやったりするの、うちの

女房がやっていますから。」と言い、特に 13 時から 16 時までの間は、14 時 30 分ごろにトイレに立つ以外の歩数はほぼ 0 歩である。この時間は P 氏いわくずぼらに過ごしている時間で、自分で動かず、妻が右のものも左にやってくれている時間である。そして、午前中の活動については事細かく説明ができる P 氏が、16 時以降に活動量が増えることについては「(毎日というか、ここ 2 日間同じなので、普段から、16 時から何か少し変わるのかなと思って。) 4 時ぐらいからね、思いつかんね。4 時は横になってますね。(横になってますか。) 横になって大体テレビ見えますね。大体夕食が 5 時半から 6 時ぐらいの間でしょう。6 時から今度は野球見ますからね。ですから、その間、飯食うときにはどうなんですか、ちょっと動きますけどね、その前に？(首を傾げながら) 大体、できて、食べて、横になるという感じですからね。運動したり、ちょっと歩いたという、そんな感覚は一切ないですわ。(グラフを見て指さしながら) ここね。出とるんですからね、やっぱり何か動いとんでしょうな。自分では全く。」と話し、何かしら動いているはずだが横になっていると話す。また自前の万歩計を見ながら、平日は少なくとも 6000 歩、多い日は 1 万歩を超えており、週末は家から出ないことが多いので多くても 700 歩前後だと話した。いつから始めた習慣なのか問うが、特にいつからという事はないと言い、「歩くというのは、何で歩き出したんかね、歩くのが苦にならんようになったんです。例えばバス見ますわね、思いつきで歩くんです。ぱっと見て、バスが出た、バスの時間を気にせず、行って見て、時間があるなと思ったら、次のバス停まで歩くんです。それでバス停を見て、まだまだ時間が、この時間やったら次まで行けるなと思ったら次まで歩くんです。そやから 2 つぐらいのバス停はしょっちゅう歩きます。」と話した。

3. 解釈的説明; 会社員の頃からのパターンを崩さないで生活する

P 氏は、歩くという習慣については定年退職後からであると理解していたが、平日の朝出かけ、帰宅したら妻が右のものも左に動かす生活は、いつからかわからないほど以前からの習慣で、定年後からというわけではないと思うという程度ではっきりしない。そして、帰宅後の全く動かない生活は会社員の頃から変わらない。おそらく、朝出かけることについても会社員時代と変わらず、行先が会社から、マッサージ店や商店街などに変わり、外出している時間も半日程度と短くなっているが、平日は出かけ、週末は家にいる生活は定年前も定年後も同じであると考えられる。P 氏の身に馴染んだ、歴史性を持った習慣とは、この朝出かけて帰宅後は動かないずぼらな時間を過ごす生活のパターンである。P 氏は他の誰もを感じない傾斜も「重くなってしんどくなる」ことで察知でき、バスも「行きは□□2 丁目からのって、帰りは 3 丁目で降りる。そうすると下りだけですから。」と気を付けている。また、活動量を、苦しさを感ずることから脈拍が 80 回/分を超えないことを目安にしている。そのような P 氏にとって、毎日半日で 6000 歩を歩く今の生活は、心臓に気を配りながら行っている、仕事のように意図的な活動である。そして、帰宅後の午後は、仕事も終わり、妻に一切合財の世話を受けながら過ごすずぼらな時間であるために、自らの活動には関心が無く、どのような活動をしていたのかが分からない時間だと言える。P 氏のこの活動は、朝仕事に出かけ、帰宅後は妻の世話を受けながら何もしないで過ごす活動で、会社員として長年働いていた頃に習慣として馴染んだ、通常の生活だと言える。

P氏は心不全の管理上大事なことは「いらいらせんことですね。全然いらいらしませんね。これは難しいと思うんですね。」と話していた。定年後も、仕事をしていた頃と同じようなパターンを崩さないで生活するという事は、P氏にとっていらいらしない、通常の生活だったと考えられる。P氏は複数の疾患を持っているが、それぞれ掛かっている医師は異なる医師である。しんどいからと1か所にまとめるのではなく、それぞれの病院に足を運び、信頼できる関係性を作ることは、営業職であった頃や、その後の社屋内での仕事の際にもP氏が仕事として行ってきた、身に馴染んだ振る舞いである。また、心筋梗塞発症後も、定年まで勤め上げることができたように、治療を続けながらも、心不全の状態ですべて安定して生活できた生活のパターンである。

P氏が身に馴染んだ生活のパターンを続けることは、P氏が意図的にそのように調整したわけではない。A氏、L氏は、意図的に仕事の量を調整してし続けることをしていたが、P氏は退職したことによって必然的に減っていったのだと思われる。しかし、P氏は通常の生活を送っているからこそ、いらいらしない安定した生活になっていると考えられた。

【通常性を保つためにし続ける】という活動の調整には、職業を通した歴史性だけではなく、その人の生きる姿勢や考え方が関連している場合もあった。例としてI氏を示す。

IV. 代表的事例；＜規則正しく整えて立ち続ける＞(I氏)

1. 背景

I氏は85歳男性で、一人暮らしをしている。27年前に心房細動による心不全で入院した。その後安定していたが2年前に急性心筋梗塞を発症し、家族を集めなければならぬほどの重篤な状態から奇跡の復活を果たした。その後も亡くなった妻と「お互いに一人になるんだから、その時はなるべく、皆様に迷惑をかけないように、一心に立てる間は一人で立ってやりましょうね」と約束をしており、近所に二人の息子とその嫁がいて時々様子を見に来る程度で、一人で生活をしていた。しかし、インタビューの1週間くらい前から急に今まで歩いていた600m先のスーパーまでが歩けなくなり、買い物をしてもらうなど嫁の世話になることが増えてきた。受診時も今までは一人で来ていたが、1回目のインタビュー時の受診から嫁が付き添うようになり、長男の嫁と次男の嫁がそれぞれ交代で付き添っていた。I氏は「この方達(嫁)に迷惑はかけまいと、そういう気持ちです」と言う。

2. 活動に強弱をつけて自分でやる

I氏は国民学校を卒業後、海軍の航海学校に入学し出兵、二十歳で復員してきた。そのころからの性格で「自分で決めたことは絶対にやめるという事はない」性格で、嫁も「すると決めたことは毎日やる方なので、してない方がどうしたんやろって心配になる」と話した。I氏も「もう思ったことはその日に、その時間にといいますか。性格と言いますか、そうしないと、先に延ばすという事はしません。きちっとすることが一番楽なんじゃないかな。(きちっとですか。)そう。私はもう5か条を自分でもう作ってるんですよ。意志

強固、規制生活、ということは規則正しい生活というね、そういう様なことを決めて。」と
言い、規則正しい、決めたことは意志を強く持ってやり遂げるというようにしていると
述べた。I 氏の活動量分析では、毎日ほぼ同じ時間帯に歩数が増えたり活動強度が
高くなっている時間帯があった。「起きたらすぐ、4 時半に目が覚めてしまいますからね、ち
ゃんとあの体温を測ってね、そして起きて、そして布団をあげてね、そしてその間にラ
ジオ体操を 1 回やるんですわね、お水を 1 杯飲んでね。そして、あの、ラジオ体操をし
て、そしてしばらくして新聞をちょっと読んで、すぐ、ラジオ体操した後に測っても血圧
はだめだからね、新聞を読むくらいがちょうどいいあれになりますから、血圧を測ってね。
(それはいいですね。ラジオ体操はしんどくないですか?)もうちょっとするくらい、踊りと
一緒やからね。それでひとつできないのが、こう(体を上下に揺らして)飛ぶ、あれがジ
ャンプのあれがあるでしょう。あれがちょっと飛べない時があるんですよ。でもそれもやら
なきゃやれないと思ってね。代わりに首のこの、運動をね、これね。あの S 字を、頭をね。
それをラジオ体操の後に、付け加えておるわけです。(毎日ですか。)ラジオ体操を始
めたのはね、これは海軍におるときもずっとやっとなったけどね。高齢者大学でも毎朝あ
の、ラジオ体操をしますからね。それがもうやっぱ 4 年間の間に身につけてしまっ
てね。」と、毎日ラジオ体操を続けていること、そしてできないことは無理にせず、できるこ
とに変えていた。I 氏は「足がその、何回来ても、そのもう 4、5 年になりますけどね、
徐々にこう足が悪くなってきてね、そして、整形にもずっとかかっていたし、整形もやめ
るし、町の整形にも行くし、それもだめだし、それでその、いまの〇〇先生にそういう事
情も話してね、そしてその、あの、血流、下肢、血流、血圧の検査もそのしていただ
いたんです。」と、対処としてできることはやってきたが改善せず、できていたことも徐々に
できなくなることが増えてきた。そのため「あの行きの際は階段を上らずにエスカレータ。
それこそ家の 2 階に、洗濯物を干すとか、そういうとき、そっと上る。一段ずつこう(もの
を上げてそっとおろす仕草)おいてね、で、またこう(持ち上げる仕草)、それくらいの状
態なんです。」と、そっとした動作にするようにしていた。その反面「(ラジオ体操は 6
(METs) 近くなって割と強い動きなんですけど)ラジオ体操はそうです。ラジオ体操も、
もう力いっぱいやるんです。(腕を持ち上げてぐるぐる回したり体を上下にゆするよう
な動作をしながら)もう力いっぱい。」と、できる限り力強い動作でラジオ体操をして
いると話した。I 氏は、「生きている以上は人間でも老化があるのは当然ですから。どうも
ないという事はないんですからね。決めていてもできなくなるという事はあるんです。
生きている以上はね。あの植木鉢もね、毎朝 2 つ 3 つを持って、日当たりのいいところに
ね、するんです。でも、今日は曇りだし、無理はせんでおこうということで、半分しかして
ないんです。そういう、ちょっと苦しいというのがあります。でも、それも、年齢的に、当
然のことだと思えば、それで終わりなんです。」「手をかけてくれるものが亡くなりました
ので、もう自分で手をかけるようにせねばなるまいと、約束事でもありましたのでね、迷
惑をかけないように、立てるうちは自分でとね。」と述べ、そっとした動作で活動するこ
とも、力強く体操することも、老いによって変化していく体調に合わせて、自分でやっ
ていくために行っていることを話していた。

3. 解釈的説明;いつも通りにし続けることで加齢による変化に対応する

I氏の生活の5か条には、意志強固、生活規制がある。決めたことはやり通し、規則正しく生活するというこの二つが、I氏の生活の在り方を決めてきた。そして、「一心に立てるうちは一人で立って」という亡妻との約束のもと、息子夫婦に迷惑をかけないように、自分の生活は自分で律して生活をしてきた。I氏の立つということは、姿勢として立つこと、そして生活を依存せず、自立／自律していることを意味する。そのため、毎日散歩がてらに買い物に行き、布団の上げ下げ、炊事、洗濯などの一切を一人でやって、体温を測ったり血圧を測ったりという体調管理も、毎日スケジュールを決めて繰り返し繰り返し、続けてきていた。こうした繰り返しは、入院時以外はどんなときでも必ず、絶対やめることなく続けてきたことで、意志強固にやり通してきたことである。I氏のし続けることは自立／自律し続けることであり、I氏は毎日同じスケジュールを繰り返すことで自立／自律してきたのだといえる。しかしI氏自身も述べたように、身体機能は加齢によって否応なく低下していく。心不全患者であるI氏にとって、加齢による身体機能の低下が及ぼす影響は大きく、洗濯物をもって2階に上がることがつらくなり、歩いていた距離が歩けなくなり、I氏にとっては階段を下りていくようにできないことは増えていく。しかしI氏は、強弱をつけることで立ち続けるための規則正しい生活を続け、老いることでより進んでいく心不全を引き受けながら、立ち続けていた。

こうしたI氏の振る舞いには、I氏が27年間、心不全である自分が息子夫婦達に迷惑をかけずに自立／自律して生活するために習慣化してきたことと、更にそれ以前から習慣化していたことがある。I氏にとっては息子夫婦に迷惑をかけずに自立／自律していることが通常のことであり、心不全になり、手をかけてやらなければならない自分のからだを、規則正しく律してやることで、自立／自律を保つことができていた。I氏の【通常性を保つためにし続ける】という活動の調整は、自立／自律した生活を保つために、生活に強弱をつけながら自分自身に手をかけ、意志強固に律した生活をし続けることだといえる。

【通常性を保つためにし続ける】という活動の調整は、A氏やL氏、P氏のように通常性を保つことによって生活の技術を生かすことができるために安定したり、A氏やL氏のようにし続けることができることで、自分や他者に己を示すことができ安寧を得られたりというように、安定や安寧につながる活動の調整だと言える。しかし、次に述べるV氏は、現在は安定しているが、過去に何度も心不全の増悪を繰り返した歴史性を持っている。

V. 代表的事例;<長年の職場で仕事をし続ける>(V氏)

1. 背景

71歳男性。昭和50年に意識消失発作で救急搬送され、僧房弁狭窄症と診断された。内科的治療を受けた。その後何度か意識消失のため救急搬送されるが、赤血球の異常のため外科的手術ができず、バルーン拡張術を受ける。しかしその後も意識消失発作は継続していた。平成7年に、僧房弁形成術(1回目)を受けた。平成12年までに心不全の増悪のため4、5回救急搬送されて入院歴がある。平成17年に僧

房弁置換術(MVR)施行後はほぼ入院はない。週に3回、以前の職場にパートに出ており、内1回は荷物の搬送などの力仕事である。妻と長男の3人暮らし。現在の心機能は、EF 65%、FS 35%とほぼ正常である。既往歴に溶血性貧血がある。

2. 仕事にはまって仕事をし続ける

V氏は高校卒業後から60歳で退職するまで同じ職場で働き、退職後もパート職員として働き続けている。「今の会社、僕は昭和33年から44年、会社に定年までおった、60まで。45年働いたんかな、44年か、大方。ほんで1年ちょっとぐらいは定年退職して遊んどって、ほかの仕事、ちょこっとしとったんやけど、ほんでまた今のとこ戻ったんが1年ちょっとしてからで、掃除とか、あるいは受付に来てくれへんか言われたから、何やかんやって五十何年、同じ会社におるんやわ。今は週に3回です。そやからもう何や、もうはまってもうとるといふか、会社では古株でもあるけどね。ある程度、定年になってから、じっとしとるよりは、家で、ちょっとでも動いたほうがええと言ったらおかしいけど、楽しみじゃないですよ、でもじっとぼけっと、それはええかと思っ、仕事しかけたような状態なんで、恐らく70、今、71になったけど、もう二、三年働けたらええん違ふかな、会社のほう自体が、もう年寄りやからええ言われるかも。もっともパートやけどね、だから1つの会社に50年から。そやから別に好きで好んでじゃないけど、楽しいからでもないけど。もう長いことやったから、ほかの仕事なんて、転職やないけど、年も年やけど、まずできないね。もう勝手知ったあれで、現役は引いとるけど、長いことおって、それだけのことやね。(でも、それが楽しみではないけど。)長いこと仕事させてもらうて、長いこと。今でもパートであるけど、正確には取り柄かな、出世もせんとな、ずっと、そんなんや。」と話していた。

V氏は心不全を発症して38年目である。おおよそ50年の勤務の内のほとんどを心不全の状態働き、その間には「これ(心臓)手術する前に、まだあったのが、僕、救急車で、もう何回も乗とんやわ。やっぱりしんどいときやろう思うんやけどね、何か急にふわっとなつて、気がついたら救急車の中というのが何回かあるんですわ。そのときの時点でね。(弁をかえる前ですわ。))ほんで何回かはずっと自転車乗とって、何かおかしい、不安な感じかな、おかしいな、おかしいな思いかけたら、自分でわかるさかいで、途中でおりて公園のベンチでずっと座とって、もうあかん、またひっくり返るな思っしたときは、一遍のときは何とかそこでおさまったけど、水道で頭冷やしたりとか、2回ぐらいそんなあるんやわ、そのときは。それがやっぱり心不全なんかどうか知らんけどね。もう何か目まいやし、じっとしとかなあかん思っ。」と言うように、数度の入退院と手術を含んでいる。V氏は仕事について、好きでも楽しくもなく、しんどいから辞めたいと思いつつも、「もうはまってもうとると」と言い、さらに二、三年は働くであろうと予測している。そして「ほんまにえらかった。あの自分の仕事はほかにかわってくれ言うのも、ちょっとかわりがおらへんのやわ。おらへん言うたらおかしいけど、言うたらどないかしてくれるんやけど、つい代わりが、自分がおらんさかいって自分でやるから。」と、自分に代わる自分がないから、しんどくても自分でやると言う仕事である。V氏にとっては、発症後は部署を変え、何度も入退院を繰り返しても勤めさせてくれた会社で

あり、長年勤めることで「正確には取り柄」と表現するほど V 氏に馴染んだものでもある。

3. しんどい状況に身体が癖づく

V 氏は、赤血球の問題で長期間対症療法的な治療を続けざるを得なかった。そのため何度も意識消失や入退院を繰り返してきた。MVR 後に症状が改善し、術後は心不全が原因の入院歴はない。V 氏は「そんなにさっさ、さっさできないな。何か年のせいなんか知らんけど、どっちかいうたら、極端な言い方やけど、一緒に歩いとっても、女房と、遅いな、とぼとぼ歩いて、そんな性格なんかな、さっさ、さっさできへん。しんどいからよりも癖なんかな。(癖なんですね。)人と歩いとっても遅いわ。(ああ、そうですか。じゃあささっと動いたりとかは余りしない。)そう、ささっとね。普通にはできるんやけど、ちょっとやっぱり横に歩いとっても遅いなとか、何かとぼとぼという感じで、しゃきしゃきとはできない。しんどいからということなしに癖やんな。やっぱり心不全系やったんかもわからんけど、昔してからの、そやけど人工弁にしてからは調子いいですね。(そうなんですか。)調子いいというか。心不全やろうか言うたときは、ずっとやっぱり、今さっきも言うたようにトイレ行くとか、階段歩いたらかなりどきどきというか、しんどかったです、やっぱり。それは心不全やったんかなと自分で思うたりするけど。激しい運動はもちろん当然だめというか、ようせえへんから、力仕事が若干あるときもあるけど、力ないようなとるからあれやけどね。」「前のこと思ったらいいいうか、階段でも前の息切れの仕方とは違いますわ、楽なことはないけどね、それやっぱり前のこの心不全の時点は、やっぱりちょっとしんどかったね。」と、何度も心不全の増悪を繰り返してきた生活の中で、ぼとぼとというゆっくりした歩き方が癖になっていること、しんどいと感じる状況が普通の状況として身につけていたことを話した。

4. 解釈的説明;心不全を持ちながら働く技能を熟練させる

V 氏にとっての仕事は、このように何度も入退院を繰り返す中でも勤めさせてくれた会社の仕事であり、不安定な体調で勤めてきたという実績を伴った仕事でもある。現在の V 氏にとって仕事をし続けることは、長年働き、自分に代わる自分はいないと言える自分を示すという意味のある活動の調整である。そのため、現在の V 氏にとっての仕事は取り柄として自らを示すものである。A 氏、P 氏、L 氏との違いは、V 氏には仕事をし続けたことで獲得した、安定したパターンやリズム、技能というものを、仕事をし続けることで発揮できるものではないという事である。V 氏は、長年消失しない心不全症状を感じていたことで、しんどいと感じる状況の中での振る舞いが知らず知らずのうちに身につけていた。例えばぼとぼとゆっくり歩く事や、トイレに向かう階段の上り下りで感じる症状などである。V 氏は、仕事をし続けることで安定した生活を送ったり、仕事をし続けることで習慣的に身につけている技能を使えたりしていたわけではない。V 氏の 38 年という病歴は、すべてこの職場で働いてきた歴史であり、心不全患者としての生活は、常の仕事とともに生き抜いてきたものでもある。V 氏の「長年の職場で仕事をし続ける」という活動の調整は、不安定な心臓の状態によってパターンが見いだせない状況の中で、その不安定な症状に対処しながら心不全患者として生活する技

能を、癖という形で習慣化することに繋がっていた。そして、習慣化したように振る舞う事が通常のようになっていたため、術後にしんどさが軽減して始めて、ゆっくり歩くというような無意識のうちに行っていた振る舞いが眼前に立ち上がってきたと言える。V氏にとっての【通常性を保つためにし続ける】という活動の調整は、己を己として示すという意味がある活動の調整であり、し続けることによって、心不全を持ちながら仕事をするための技能を発揮したり癖づけたりするという意味があった。

VI. 【通常性を保つためにし続ける】と言う活動の調整の意味

【通常性を保つためにし続ける】と言う活動の調整にはいくつかの意味が含まれていた。一つ目はA氏、L氏、V氏から読み取られた、通常のように生活し続けることで、自分を自分として示すことである。A氏は百姓である自分、L氏は仕事をしている自分、V氏は職場で古株の顔になっている自分があった。そしてそれらの仕事をし続けることで積んできた歴史性を、心不全によって変化した状況の中でも重ね続けている存在として自らを世界に示すことにつながっていた。また、農業や仕事、自立した生活をし続けるということは、馴染みよく知った状況に身を置くということである。心不全によって変えざるを得ない生活の部分はあるが、生活の多くを変えることは、変化に対応するという負荷にもつながる。そのためし続けるということによって、馴染みの良く知った状況を保ち、生活しやすくするという意味もあると言える。

二つ目は、心不全を引き受けて生活する基本的な姿勢という意味である。A氏、I氏に見られたこの意味は、Heideggerが存在者の本来的あり方として述べている、先駆的決意性に関連する(1927/2003a, b)。心不全であることは、生命活動の象徴としての心臓が動かなくなる可能性があるということである。そのため死ということを経験にとらえやすい病態だといえる。また、死ではなくても、A氏はデバイスを入れたことで、明確にそれまで通りの百姓という生き方ができなくなるという喪失があり、I氏は活動耐容量が低下することで、自立/自律した生活ができなくなるという喪失があった。A氏もI氏も、この喪失したもの、または喪失する可能性があるものが、自分が自分たる所以の既在性であった。既在性によって意味づけられて存在する現存在にとって、既在性の喪失は死と同様に存在そのものを脅かすものだと考えられる。A氏、I氏は、死や喪失にまで先駆けて、百姓として、自立/自律して存在してきた過去をとらえなおし、心不全という現在の状況を決意して引き受けて現在する生活の、基本的な姿勢が、百姓をし続けることであり、立ち続けることであった。そのための具体的な方法が、自分で耕す農地を半分にすること、強弱をつけて活動することだと考えられた。

三つ目は、通常性を保つことで、歴史的に、習慣的に身に着けてきた技能を生かすことができるという点である。A氏、P氏、L氏は、習慣化した生活を変えずにし続けることで、例えばいらいらしないことや、うまく合わせることで、自分のペースでできることなどの、安定して生活できるための技能を発揮することができていた。これは一つ目に述べた生活しやすくするという意味とも関連している。馴染みの状況であれば、既に習得している技能を使うことがしやすい。特にP氏は、無意識とはいえ会社員の時の様な生活パターンにすることで、信頼できる医師との関係を作り、妻の世話を受けながらいらいらしないで生活することができていた。

このように、【通常性を保つためにし続ける】という活動の調整は、個人の歴史性と先駆的決意性、志向性を背景に、自分らしく、己を己として示すための活動の調整であり、このように調整することによって、既に身につけている生活の技能を発揮することができると考えられた。

第 9 節 日常性を保つために身を休める

I. 範例 ; O 氏

1. 背景

O 氏は 81 歳女性で、一人暮らしである。娘と息子は二人とも海外に居住しており、1 週間に 1 回は電話で話をする。普段は近所に妹がいるので、一緒に食事をしたり、散歩をしたりしている。診断時に突然死の可能性があるとされており、怖いので一人で外出はできるだけ避けるようにしていると言う。自宅は山手にあり、自宅を出ると坂道ばかりだと言うが、習字、ヨガなどの習い事に通う事が多い。心機能は EF 23% %FS 10.9%であり、短縮率、拡張能共に低い状態である。しかし、SAS は 13 あり、歩行時にも特に息切れなどは出ていない。背筋はしゃんと伸びて、歩く姿も外見もとても若々しい。睡眠時無呼吸症候群のため、睡眠時は CPAP を装着している。

2. 動き続ける毎日

O 氏は一人暮らしであるが、「そうですね。割と台所に立ってる時間が、私 1 人なのに長いんですけどね。お隣の分までしたりするので。」と話し、隣家に差し入れる料理も作っているため、毎日台所に立っている。そのため買い物にも頻繁に出かけ、「買い物も、できるだけ毎日と思って、この 2、3 日は毎日行ってます。毎日だと荷物も少ないのでね。その方がいいのかしらと思って。」と、暑い時期は 2、3 日に 1 回に減らすのが、そうでなければ毎日買い物に出かける。また、一人で暮らしていても、掃除などの家事は人数に関係なくする必要が出てくるものであり「朝、食事終わってから。テレビを見て、9時半から10時前ぐらいからちょっとしますね、お買い物行かないときは。それとお昼の食事終わったら、ちょっと夕飯の下ごしらえしたり。夕方するの嫌なので。夕方はすぐに食べられるようにちゃんと準備しとかなないと嫌なので。」「その頃はリビング暑いので、4 時過ぎてからリビングのほう行って、それでお掃除ちょっと、フローリングがちょっとほこりが入るので、あけっ放しなので、お掃除したりしますけどね。」「私は寝たお布団は毎日干さないと気が済まないほうだから、毎日干して、1 時ごろになったらまた裏返しして干して、そんなんやら、ごみがちょっと落ちてても拾って歩くほうなので、そんなんで動く。」「ヨガには行ってんですけど。1 回です。月に 4 回ね。教室まで歩きますのでね。お習字はそれでもあれから 1 回しか行ってませんから、そうなんですけど。でもみなさんとお話したり、まっすぐ帰らないこともありますのでね。そうすると少し歩くでしょう。そういう事もあって。」と、料理や掃除といった主婦業で動き続け、習い事や買い物で外に出かけて動き続けていた。家事や習い事以外には、「内科行っても、歩いてますか、歩いてますかって聞かれるので(歩くようにしている)。」と、できるだけ歩くようにしている。毎日買い物に出かけるのもできるだけ歩くようにしたいと思っている事である。そして「お買い物に行かなかった日は、代わりにちょっとまた家の中をすこし歩いてみたりして。少しは代わりになるので。」「夕方、涼しくなったから、一緒に池の周りをね。丁度いいので。妹の方がすすすっとうち行ってしまおうのであれですけど、歩いてます。毎日ではないですけど。」「それ廊下を、家の中を 30 分歩いた、それですわ、きっと。玄関からリビングの端までね、30 分、今日は歩いてないから思って歩いたから。」と言うよ

うに、妹と散歩に出かけたり、歩いていないと思った日は家の中を歩き、医師に勧められた体に良い事として、歩くことを続けていた。

このようにO氏は、常にこまごまと動き続ける主婦ならではの活動の仕方を毎日つけ、更に習い事、そして体のために歩くという、動き続ける生活を送っていた。

3. 調子を捉えて座る時間を作る

O氏の活動量分析のグラフを見ると、常に2~3METs、時には4METsを超える活動をしているが、その中に所々、何もせずにいる時間がある。「座ってるときは座ってますから。」と言い、「何もすることなかったら、私はお習字も習ってるんですけどね、お習字も先生に見せる前に一生懸命してあとはしないもんだから、それで体もてあますの。本も1時間読んだら私肩が物すごく凝るんです。ほいで音読しなさいという息子にしょっちゅう言われるもんで、音読したら余計疲れて、1時間ぐらいしたらしんどくなるんですよ。だから、あとはまたテレビの欄見て、見たのに再放送見たりとかね、お昼座って時間過ごすんですけどね。」「午後は食事が終わったら北の間で、風がよく通るので、北の間に行きますからね。そこでちょっと横になったりとか、ちょっとテレビ見たりとかしますね。」「行きは下りでしょう、やっぱりしんどくないです、家から出たすぐだから。だから、さっささささ歩くんですよ。帰りはやっぱり荷物があったりとかいろいろするから、ゆっくりゆっくり、坂道も3回ぐらい休んで上がりますからね。(何かしながら帰られているのかと思ったんですけど)全然、あんだけの坂は、行きと帰り同じには帰れません。(だから時間は)大分違いますね。」と話し、意識をして座ったり、横になったり、止まったりという動かない時間を作っていた。

O氏は動かない時間を作っていることについて「坂道上って休憩するでしょう。休憩したときに、やっぱり動悸が大きい息になるんですね。」「暑いだけでも息が苦しいように感じたので、それが無いので。暑い時の方が動悸が大きくなる感じがしやすいように思ったので、それです。」「大分前に散歩してて、急に全身ずっと血が回るようなことはありました。歩けなくなって、じっととまって、目つぶってじっとして、しばらくしたらおさまりましたけどね。」と言う。「動悸が大きい息になる」「息が苦しいように感じた」「動悸が大きくなる」「全身にずっと血が回る」というような、感覚を捉えていた。O氏は、血圧や脈拍、検査値などのような指標ではなく、息や動悸、血の回りと表現する違和感を捉え、違和感を感じているときに意識して活動をやめ、動かないでいるようにしていた。

4. 解釈的説明;動き続けるために座る時間を作る

O氏の日常生活は動き続けている生活である。それは、O氏が主婦であり、主婦という仕事、決まった休みがあるわけではなく、終わりがあるわけでもなく、しようと思えばいつまでも動き続ける仕事であるからだと言える。この主婦と言う仕事や、働き方は、O氏が特別にしているという事ではなく、主婦であるならこういうものというように、文化的に、慣習的に、そのようなものだとして了解されている働き方である。そのためO氏が、主婦であると言うのであればそのように働かざるを得ない振る舞いだと言える。O氏は主婦であることを否定的に思っておらず、こまめに掃除をし、毎日布団を干し、

買い物に出かけたり料理をしたり、習い事に行ったりという自分の主婦の生活は、当然そうするもので、そうしないではいけないものだと話していた。このように、主婦である O 氏の振る舞いは、日本の社会や文化の主婦とはこのようなものという一般的な捉え方の中では、違和感を感じることはない振る舞いであった。

しかし O 氏は、心不全であり低心機能状態でもある。O 氏が主婦として当然の振る舞いをし続けていると、動悸が大きくなったり、血が回るような感じがしたりというような、不調が現れる。そのため、O 氏は意識的に動きをとめる時間を作っていた。特に、常に何かしら動き続ける主婦にとって、座るという事は、主婦である O 氏自身が意図的に仕事から離れて休む時間を取るという事である。座ってテレビをみたり、部屋を変えて横になったりというように、場所も姿勢も変えて、自分で座ると決めて、意図的に座る時間、主婦の仕事をしないう時間を作っていると考えられた。

O 氏は低心機能の状態でありながら、主婦の仕事をしたり習い事に行ったりという、したい事やしなければならないことを続けてきた。O 氏の意図的に主婦の仕事をしないう時間を取るというふるまいは、O 氏が不調を整え、無理にならないようにし、O 氏が今まで通り主婦であることを可能にするふるまいである。今まで通り主婦であるということは、主婦とはこのような者であるという日常性を崩さず、同じような世界にい続けられるという事である。O 氏が動き続けるために座る時間を作るという活動の調整をすることで、O 氏は主婦として生活している日常性に住み込み続けることができると考えられた。

O 氏と同様に、主婦と言う日常性に関連した活動の調整を行っていた、T 氏と U 氏を代表的事例として示す。

II. 代表的事例；〈何もしない時間をつくる〉(T 氏)

1. 背景

T 氏は夫と二人暮らしの 70 歳女性である。1 年半前に異常な動悸を感じて救急車で受診し、拡張型心筋症と診断された。この時に脳梗塞のリスクや突然死の可能性がある事についても説明を受けている。54 歳で脳梗塞の既往があり、それまでは OL として働いていた。脳梗塞によって左不全麻痺があるが顕著な障害は残らず、歩行がゆっくりで疲れてくると脱力感があると言われる。心機能は EF 34%、%FS 8.2%、E/E' 比 15.1 と、駆出率、収縮率、拡張能共に低い。「大体 3 時間ぐらいが勝負ですね、私の体では、3 時間出歩くと、もう疲れて、早く横になりたいという感じなんです。」と、脳梗塞と心不全によって、3 時間以上の外出はできないと話した。

2. 転んでじっとしている時間

T 氏の活動量分析では、午前中は家事などのために低強度ではあるが動き続けているが午後から夕方にかけて全く動かない時間帯があった。特に朝 7 時ごろに強度が強くなっている時間があるが、「午前中に、朝起きて朝食済ませた後に、片づけた後に、1 時間ぐらいは、夕食のゆがいたりああいうのは、下ごしらえはしてしまいます。午

前中はばたばたしてる。(午前中は割とずっと動かれてるので。)うん、動いてるね。掃除機かけたりとか。お布団の上げおろしは主人がしてくれてるので、何してるのかしら。台所行って、冷蔵庫かがんだり、立ったりするぐらいね。洗濯機、ベランダへ行ったり、でも7時。」と言うように、午前中は家事をしていてばたばたとしているという意識はあるが、その中で活動が強くなっている時間がある事や、何をしているかという事は分からない。また、「(4時ぐらいから、またちょっと動かれるみたいなんですけど。)はい。食事の用意、夕方のね。」と言うように、あまり外出しないT氏が動いている時間は、ほぼ家事のための時間であった。

T氏は、「(洗濯物はかごにまとめて)入れずに、1個とってはすぐ干すような。(そういうふう干すのも昔からなんですか。)そうです。」というように、行ったり来たりしながら歩いている活動と、「もう起きたらすぐ、これ(ASVのマスク)とるでしょ。とって、きれいにふいてしてるから、何にもしない。じっとして手だけ動いてる感じやねんけどね。」と言うような、座ってはいるものの手は動かしている活動、そして「ちょうどテレビのニュース番組が、いいのがいつも毎日してるから、それを転んでじっと見てるの。」というように、寝転んでいる活動がある。このような3つの活動をしながら一日を過ごし、「(御飯の片づけとか)終わって、しまったら、もう5時、6時前。5時45分ぐらいから6時の間ぐらいで、後はゆっくり横になって。だから近所の人ですごく早いね言われる。ピンポンって来はったらもうパジャマ来てるから、すごい早いね言われる。」「何にもしない。お風呂から出て、テレビ見てるだけやね。」と、18時以降は服装も寝る服装に替え、何もしないで休む時間を作っていた。

3. 解釈的説明;構えを作って何もしない時間をつくる

T氏の活動のほとんどは、家事という主婦業である。T氏がほとんど外出をしないことも影響しているが、午前中に家事のほとんどを済ませ、午後にも夕食に関連した家事をこなしている。T氏の活動には、行ったり来たりして家の中を歩いている時間、座って手だけを動かしている時間、転んでいる時間がある。行ったり来たりは、掃除や洗濯などの家事をしながら家の中を歩いている時間であり、座って手だけ動かしている時間は、ASVの手入れや洗濯物を畳むなどを座ってしている時間である。これら2つの時間は、T氏にとって動いている時間になっている。それに対して転んでいる時間は、寝転んだり、ゆったりと座ったりしてテレビをみるというような、何もしない時間である。T氏は外出の時には「こしらえをして」出るという。T氏のこしらえは、服装やお化粧などの身支度を整えることと、突然死の可能性のある体で外出をするための気構えを整えることの二つがある。T氏のこの“こしらえ”は、外出の時だけではない。主婦であるT氏は座って居る時も主婦業をしている時間であり、立つ、歩く、座るという姿勢は仕事をする姿勢である。T氏の仕事をしない姿勢が、「転んで」と言われている寝転んだ姿勢だと言える。また、パジャマという寝る服装に着替えることも、仕事をしないことを示すものである。T氏は、寝転んだりパジャマに着替えたりすることで、何もしない構えをつくり、主婦が仕事をする場所である自宅に居ながら、何もしない時間を作っていた。

T氏は、外出は3時間が限度というように、安全に、または安心して活動できる範囲がある。この範囲は外出だけではなく、時間は違っても自宅での主婦業にも言えること

ではないかと考えられる。T 氏の自宅での活動は、歩数は少なくとも活動強度が高かったり、常に何かしら動いていたという活動で、前述の O 氏と同様に、主婦らしい活動である。T 氏が主婦として、主婦らしく活動を続けることができるためには、活動できる範囲を超えないでおく必要があるが、夫と生活していれば自分の思うように生活のペースを作るわけにもいかない。そのため T 氏は、構えを作ることで、何もしないという事を、他者にも自分にも示して、主婦らしくという【日常性を保つために身を休める】ことをしていた。

Ⅲ. 代表的事例；＜積み重ねた負荷をリセットするために休む時間をつくる＞(U 氏)

1. 背景

U 氏は 78 歳の女性で、銀行を 63 歳で定年退職した後、夢だった夫との旅行三昧の日々を送っていた。しかし 70 歳の時に、夫が脳梗塞を発症し、以降は介護者として自分が見てあげないといけないと思って頑張ってきた。76 歳の 7 月に、体調の悪さを感じていたが介護疲れと置いていたところ、夫の薬を取りに出かけた病院で、呼吸苦とめまいを感じて受診。頻拍性心房細動による心不全と診断された。U 氏は夫の介護を必死でやりすぎたことが原因だと思っており、現在は介護サービスを利用しながら、必死にならずに介護をしている。EF 52%、%FS 18%、E/E' 比 13 で、短縮率が低い。SAS は 7 で、SF-8 も全体的に低値であった。

2. 妻として夫を介護する

U 氏も、O 氏、T 氏同様に主婦であり、介護が必要な夫と二人暮らしであるため、家事全般は U 氏の主婦としての仕事である。「8 時前後やったら、ごみほかしに行くんですねん。ごみほかしに行くときに、ちょっと坂道のとこを持って行くから、あれかな。ごみの捨てる日は毎日じゃないんですけど、大体 8 時に起きるんです。ごみの持っていかなんとききは 7 時 30 分に起きて、そして 8 時までに出さないかんから、8 時 5 分か 10 分ぐらいになるんですけど、行きますけどね。(起きてから) 雨戸あけたりするんですわ。」「16 時前後やったらスーパーです。大体 4 時か 3 時半、大体 4 時ぐらいに行くんですねん。」と言うように、家事の時間に合わせて活動をしている。U 氏にはさらに夫の介護が加わっていた。「まさかこないなる思えへんだからね、主人が倒れてしもうて、病気になって介護をせんなんなんて、私夢にも思ってなかったからね。最初は大変でしたわ。」「もう無我夢中でしたからね。」「自分のことより主人のことのほうが忙しいんですねん。」「主人がこんな病気で倒れてしもうたから、見てあげないかんから、自分に無理が皆かかってきて、しんどいって病院へ行きたいなと思ってても行く間がないんですねん、1 人おいといて出られへんから。」と言い、自分の事はさておき、妻として夫の介護を無我夢中で頑張っていた。そして「それで倒れたんやと思うんですよ、疲労が重なって。ひたすらしんどくてしんどくて、もう何でこんなしんどいかなと思いつつ毎日送ってたんですねん。そこでばたつとってしもうたから、ああ、これはもう無理してきたなと思って。」と言うように、心不全の原因は、介護による疲労が蓄積したことが原因だと思う述べていた。U 氏は、夫の薬を受け取りに行った病院で倒れ、そのまま入院になった。そして、「入院して安静にしてて、いっぱい点滴してもらって、そしたら楽になってきたん

ですもん。要は、主人の介護に疲れ果ててたいうこと、体が。病院入院したら物すごいゆっくり休めて、精神的にも楽になって、だんだん日ごと楽になってきましたけどね。」と、心不全になって入院し、夫の介護から離れたことで、自分がいかに疲れ果てていたのかということに気づいた。退院後の U 氏は、夫の介護保険サービスを利用してながら介護を続けている。そして介護の仕方も、「次から次へ用事あるとき。主人が次から次へ言いますねやんか。こっちもしんどいんやでって私いつも思う。腹立って言いますねん。もうそういうときには、物すごいしんどいんですもん。お父さんないうて、あなたも病人かもしれんけど、私も病人なんやで。心臓が悪いから無理ができんから、それで好き勝手なこと、わがまま言わないでって。好き勝手なこと言うから、私病人思てないの。」「気の休まるときは、夜8時。8時まではもうね、いろいろ用事が、夕飯の片づけとかしますでしょ。全部が片づいたら、大体目標は8時にしてるんですもん。主人のお薬飲んだり塗ってあげたりね、アレルギーやから塗ったり。それが大体8時には終わるようにしてます。私が本当にほっとするのは、8時以後ですもん。テレビ見るのが好きやから、自分の好きな番組のあるとき、テレビ見るんです。そのときが、ほんまに唯一自分の天国。何にも忘れて、そっちで寝てはっても知らん顔ですもん。何言うても知らん顔して、8時以後は、私はもう返事せえへんのですもん。して、言うこと聞いてたら何ぼでも動かんなんからね。8時以後は、もう何にも言わないでって。8時までやったら、言ったら動くから。もう8時以後です、私は。テレビ見るのが、ただ1つの楽しみです。(じゃあ、その時間が全部自分のための時間で、ほっとするというか。)そう、自分の時間です。だから、私もテレビの中へ入るんですもん。」「時間があって、お昼までにちょっと時間があるなどと思ったら、もう横になるんですもん、もう自然的にね。起きてても用事がないから、それやったら横になってよと思って横になって。(そういうときに少しちょっと横になって、疲れをとりながら1日されるんですかね。)ちょっとね、30分でもいいし、ちょっと横になってたら楽なんですもん。それから起きて、お昼の食事とか、夕方でも休憩しといてから起きてするんですけど、熟睡とか睡眠、寝てるわけじゃない。横になってラジオを聞いているんですね。」と言うように、介護や家事をしない時間を作るようにしていた。U氏は「自分の体ものすごく気を付けながら、私が倒れたら主人が1人になるからかわいそうでしょ。」と、自分の体をいたわりつつ、「1週間のうちに3日、訪問看護いうて、おふろ入れに来てくださるのが週2回ありますもん。それで、リハビリに来てくださるのが1回あるんですもん。だから、週のうち3日は来はるから、お昼から。休憩はできません。いいっておっしゃるんですよ。奥様、横になっとならうたらいいですから、やりますからいうて言うてくれはるんですけど、来てくださってんのに横になってんのもね。よっぽどしんどかったらしますけどね。奥さん何もしなくてもいいから、横になっとならうてくださっていつも言うてくださるんですもん。知ってはるから、私がここへ入院してたいうことも。でも、しんどいからいうて、よっぽどでないと横にならうたらん。」と、介護者として介護を続けていた。

3. 解釈的説明;疲れ果てない介護者として夫との生活を成り立たせる

U氏は、介護が必要な夫を持つ主婦である。一般的に夫の介護は妻がするものという考え方があり、U氏も自分が介護をしなければと思い、自分で介護をしてきた。心不

全発症前の U 氏は、身体的な不調を強く感じながらも、自分の体調は明るみの外に置く形で介護を続けていた。その頃の U 氏の関心は夫の介護をするという事であり、無我夢中の介護生活だったと思われる。しかし、心不全を発症し、夫の介護から離れて入院生活を送ったことで、楽になった身体を経験した。U 氏が「病院入院したらものすごいゆっくり休めて、精神的にも楽になって、だんだん日ごと楽になっていきましたけどね。」と話したように、まさに心身ともに楽になり、介護と頑張らねばと思って介護をしてきたことで、疲れ果てていた自分自身に出会ったと言える。そして U 氏は、夫の介護に向けていた関心を、介護をしている自分に向けてようになった。Heidegger (1927/2003a) は、既に投げ入れられている世界が持っている、文化や慣習などに基づいて、そうであることを自明のものとして捉え、埋没し、己を問う事をしない存在を世人と呼び、存在の非本来的あり方としている。世人は日常性の中に埋没して生きている。疲れ果てた介護者であった頃の U 氏は、夫の介護は妻の仕事、介護はこういうもの、というような日常性の中に埋没し、意識せず、こうあるべき主婦、妻、介護者として生活をしていたと考えられる。U 氏は、現在も主婦であり、妻であり、介護者であるが、心不全になったことでそのあり方を変えてきた。時間を区切り、自分のために使う時間を持ち、介護者である自分を休めてやりながら、夫の介護をしている。例えば「8 時以後は、もう何にも言わないで」と言うように、介護者が被介護者の話を聞かないことや、リハビリパンツの中での排泄を勧めることなどは、一般的な介護者としてあるべきと言われる振る舞いではないかもしれない。しかし、心不全の U 氏が、介護を続けていくためには必要な振る舞いであり、そうすることによって、U 氏は疲れ果てないで、介護者として夫との生活を成り立たせていた。U 氏にとって【日常性を保つために身を休める】とは、主婦として、妻として、家事をしたり夫の介護をしたりするという日常性を保つために、主婦であり介護者であり、心不全患者である U 氏自身の身を休め、疲れ果てないように介護をしていくために、意識的に行っている活動の調整であった。

ここまで主婦である 3 氏の活動の調整について述べた。この【日常性を保つために身を休める】という活動の調整は、主婦に限定して行われている調整ではない。休めることによって、心不全である身を整えていた M 氏、N 氏の例を示す。

IV. 代表的事例；＜動かない身体や動きにくい心臓が動くように休める＞(M 氏)

1. 背景

65 歳男性。2005 年に急激な体重減少（約 1 か月で 20kg）があり、職場（タクシー運転手）の同僚にも急に痩せすぎだと指摘されたため受診したところ、糖尿病と診断された。その際の検査で心筋梗塞（無痛であったためいつ梗塞が起きたのかは不明。3枝病変。）と狭心症が見つかり、循環器内科に入院した。その後は血糖値に気を付けてはいたが、仕事はそれまで通り行えていて、日常生活も特に変えていなかった。3 年前に PCI を受けて血流は改善したものの、心機能が低下しており、心不全と診断された。「怖いからね、心不全って言われたら。人の命預かるから、そんな怖い事できないですやん、そんな無責任な。いつ心臓止まるかわからへんし。」と、仕事をやめている。生活上息切れを感じることもあるが、胸水貯留により呼吸器内科と共診中であり、

M 氏本人も息切れの原因はどちらともいえないと思っている(SAS13)。EF 44%、%FS 22%、E/A 比 2.85。現在、弟が左半身不随で 1 回／2～3 日の頻度で様子を観に行ったり、多少の介護をしに通っている。既往歴に糖尿病があり、M 氏は「(心筋梗塞の)元は糖尿から来たもの」と理解しており、血糖値をコントロールしたいという強い思いがある。

2. 動き続けることができない身体

M 氏は、心不全の原因となった心筋梗塞は、糖尿病が原因だと理解している。そのため、血糖のコントロールのためにも歩く事をしている。しかし、タクシーの運転手を辞めた理由として「いつ心臓止まるかわからへんし」と自分の状態を表現した。また、普段の活動についても、「もう 10 分も連続して歩けないですね。」「いつでもそうして疲れた時はありますね。常時。んー、風呂入って体こすっても疲れますからね。」「休む言うか、もう体が動かなくなるからそれで。」と、いつ止まるかわからない動きにくい心臓であり、心不全による活動耐容量の低下によって、体が動かなくなると感じていた。そのため、「そんなときにはちょっと一服して、もうしんどいからって言って、無理して連続はしないですね。もう体が動かないですから。」「んー、疲れやすく、なったのかな。休むことが多くなった、体休めることが多くなったな。」「息整えてね。命令が出るから、階段もいっぺんには上がってしまわんように、途中で止まって、息整えて、それからまた上がってと言うね。」と、休みを入れながら活動をしていた。そして「(今一番体調を感じるところはどんなところですか?)よく寝れたときかな。夜ゆっくり眠れてたら、やあ、やっぱり、気持ちがいいですね。寝られないいうたらもう朝まで眠れないですからね。そうするとまあのたうち回ってますね。」と、夜に十分睡眠がとれたと感じられることが、体調の良さにつながると話した。そして、眠れると「昨夜はよかったですね。(OK サイン)せやから BNP が良かったからね。」というように、休めることで動きにくい心臓もよくなっていると感じていた。

3. 解釈的説明;動きにくい心臓が動くように休む時間を入れる

M 氏の日常性は、糖尿病患者としての生活である。血糖値をコントロールするための療養を行い、糖尿病が安定することが、ひいては心臓を守ることに繋がると考えている。そのため M 氏が、糖尿病患者としての日常性を生きるためには歩くことが必要である。しかし、心不全がある事によって体が動かず、いつ止まるかわからないほど心臓も動かなくなっている。M 氏は、動いたときに M 氏の体が出す命令をキャッチし、息を整える間休みを入れて、動きにくい心臓を休めて動きやすくしていた。また、眠れない時はのた打ち回るほどつらいが、眠れたときには調子が良いと感じ、心臓そのものが回復していると感じていた。M 氏にとって、休むという事は、いつ止まるかわからない動きにくい心臓や、活動耐容量の低下によって疲れやすくなった体を回復させ、再び歩くことができるようにするもので、睡眠のようにゆっくり休むことは、心機能を良い方向に向けてくれるものである。そうして良くなった心臓で再び運動をすることで血糖値をコントロールしようとしていた。M 氏にとって【日常性を保つために身を休める】とは、

糖尿病患者として血糖値を下げるように活動をするという日常性を保つために、心不全で動きにくくなっている身を休めるという活動の調整であった。

V. 代表的事例；＜動いた身体を休める＞(N氏)

1. 背景

65歳男性。SAS13だが、4METs程度の労作でしんどさを感じると言われる。EF 45%、%FS 22%、E/A比 1.21。一人暮らし。2005年に狭心症を指摘され、2006年にCABGを施行した。その後は確認造影で入院する程度で心不全増悪による入院歴はない。長年建築関係の現場で力仕事をしてきた。経験も長く技術もあったため、術後に仕事を退職した後も手伝ってほしいと誘われることがあった。以前は求めに応じて手伝える事をしてきたが、体力的に難しいと思い、現在はほとんど手伝える事はない。以前はボーリングが趣味で、友人関係もボーリングを通しての付き合いが多かったが、現在はしていない。現在の趣味は熱帯魚の飼育で、仕事をしないので知人に勧められて飼い始めたが、すぐに増え、現在は1階に4個、2階に3個の水槽を置くまでになった。「魚にはもうあれやね。それはもう癒されてるから。」と話された。

2. “あかん”体で“あかん”活動を続ける

N氏は元々力仕事をしており、退職後も手伝いを求められるほど熟練していた。退院後、仕事や趣味のボーリングなど、いろいろなことを試してみた。その結果、「1回友達がちょっと仕事手伝ってくれへんかってやったんやけどね、もう階段の上り下り、もうそれであかんもんね。もう息切れがして。動いたらあかんねん。」「ボーリングが好きやってボーリングをようやくとったんやけど、そしたらボーリングでさえもう持たれへんもん、もう。しんどいもん、もう。持ったらね。(ボーリングは)もうできひん。」と、「手術前よりいいんやけど、心臓ゆうんか、体？、あかんわ。」という“あかん”体であることが分かった。試した中でN氏が“あかん”と感じた活動は、力を入れたり、お酒を飲んだり、ボーリングの球などの重いものを持ちたり、階段を上ったりする活動であり、これらをする負担がかかり、息がしにくくなって胸がどきどきした。しかしN氏は、1階と2階に設置している計7個、合計すると50リットル近くの水槽の水替えを毎日している。「(1階と2階の)両方やってるからな。朝7時くらいからやって、そんなんもう、終わるんは、10時過ぎるくらいやからな。」と言い、2階に毎日18リットルの水をもって上り下りしている。N氏は、重いものをもったり階段を上ったりは“あかん”活動であると理解しているにも関わらず、バケツに入れた水をもって2階まで往復する活動を、毎日繰り返していた。

しかし、“あかん”活動であるため、やはり不調が現れる。「血压とかそういう時にはもう大概ね。血压測ってとかそうしてるからね。調節してるから。(3日目のグラフを指さして)この日なんかは昼測って、調子悪くて午後は休んだ。」「暑いと一番こたえるね。息がしにくなんねん、もう。心臓に負担かかる年、それもね。この夏は一番息苦しく感じるのね。クーラーないと、もうあかんもんね。暑くてあまり外に出ないようにした。」と、不調が現れたときの対処について述べた。

3. 解釈的説明;“あかん”活動でかかった負担から調子を戻すために休む

N 氏には、退院後にいろいろ試してみた結果、心不全症状を通して理解した体がある。重いものを持つことや階段を上ることが心臓の負担になり、不調になるという事が、N 氏の理解した体である。仕事を辞めたり、ボーリングをやめたりしたことは、N 氏が自らの体を理解した結果、不調にならないために行った調整である。しかし、毎日行っている熱帯魚の水槽の水替えには、水の入った重いバケツを持つこと、階段を上る事という、N 氏が理解した、負担がかかるためしてはいけない、“あかん”活動が含まれている。

N 氏は、元の仕事を力仕事だったというが、その中でも、退職後にも手伝ってほしいと言われるほど熟練した労働者だった。N 氏にとっては、力仕事をしている状況は日常であり、“あかん”活動であったとしても、力仕事の水槽の水替えは N 氏が埋没していた日常性であると考えられる。そして、同じ力仕事であっても、水槽の水替えは、自宅で、時間を気にせず、クーラーなどを使って環境を整えながらできる力仕事であり、N 氏にとってはできる範囲の力仕事だと言える。N 氏は、力仕事をするという日常性を保つために、クーラーをかけたり午後には休んだりして、負担がかからないようにし、“あかん”活動でかかった負担から、N 氏の体が調子を戻すように体を休めていた。

VI. 代表的事例;<疲労から回復するために休む時間をつくる>(Q 氏)

1. 背景

Q 氏は 61 歳の男性で、社員寮に妻と二人で住み込みの管理人として暮らしている。そのため、自宅は療養の場でもあり仕事の場でもある。時間や曜日に関係なく、常に管理人としての仕事をしなければならず、妻と二人で管理するには大きい(1,000 坪、150 室、130 人)の寮を「何も無いのがふつう」の状態管理している。2009 年に拡張型心筋症と診断され、治療を開始したが、小さいころから運動をしないとしんどいので、「じぶんだけ弱いのかな」と思って運動をしないように生きてきていた。仕事も運動をする仕事を避けるように調理師の仕事に入り、スナック経営を経て今の職に就いている(心不全症状による入院と診断は、現職に就いてから)。そのため、治療が始まってからは自覚症状が改善し、「今の方が元気」だと言われる。現在の Q 氏は、人生の中で初めてと言っていいほど元気な生活を送っている。心機能は、EF 68% %FS 38% E/A 比 0.9 で、駆出率と短縮率は問題ないが、拡張能が低い。

2. もたせなければ戻ってしまう身体

Q 氏は住み込みの管理人兼料理人である。「私どもは働く時間が 3 時からなんですよ、時には 2 時ぐらいのときもありますし。」というように、朝が早い。また、24 時間常に仕事時間であり、「寮生あつてのあれですから、寮生がいろんな用事を言ってくる、それが 30 分置きぐらいにずっと重なれば、どうしても動くようになりますね。土曜、日曜なんかで、例えば寮生が全然朝起きなくて 12 時ぐらいまで皆さん寝てるようでしたら、私たちが起きたとしても事務所でずっと待機とか、部屋の中で待機とかいう形で動きは少ないですわね。」と、何事も寮生に合わせた生活で、「(仕事とプライベートは)私も説明しにくいぐらいにわからないんですよ。」と言う。Q 氏に、心不全になってからど

のようなことが変わったのかを尋ねると、体調がよくなったと答えた。「子供のころなんかは、学校なんかでマラソンみたいなのですよね、走りますよね。結構長い距離、4キロ、5キロ走って帰ってきて、しばらくしたらみんな楽しそうに話をしてるのに、私は話ができなかったですよ、しんどくて。いつまでもぜいぜいがとれなくて。何か自分だけ弱いのかなとは思ったりしてたんですけど。だから、そういうのは前からあったんじゃないかなという気はしますね。ただ、働き始めてから何となくそういったことは忘れてたんですけど、だけど昔からスポーツはあんまりしてませんのでね、スポーツはしてないもんですから、一生懸命、全速力で走ったという思いもあんまりないですよ。記憶もないんですよ。自分とはにかく後でしんどくなるからというのがあったから。調理師の仕事に入って、こういう世界に入ってきたんですけど。」というように、子供のころからスポーツはできない、自分だけ弱いと感じながら生活をしてきた。そのため、特に症状が悪化して我慢ができなくなった2年前が最高に悪い時期で、「診断を受ける前よりも何か元気になったというか。自分ではそう思ってますね。」「普通の人と、元気な人と同じようにしても全く引けはとりません。とってないという感じがしますね、自分でも。」と、今のQ氏は人生の中で一番元気に生活を送れていると感じていた。Q氏は気にしなくなるくらい元気になったと言うものの、「夜中に何かで3時間ないし4時間の睡眠時間が途中でふっと、別に夢を見たわけでもないし、ふっと目が覚めるときが、1カ月のうち1回か2回ぐらいあるときがあるんですよ。そういうとき、何かしんどかったのかなと、しんどいから目が覚めたのかなとか気にするときはありますけど。」と、心配に感じる時もある。「もし前の状態で、治療を受けなくて前の状態やったら死んでたかもわかりません、この状態ね。」と、治療を受ける前の状況を振り返り、「やっぱり頭のどこかに、自分の心臓が悪いから気を付けないかんとというのがあったんでしょうね。治療を受ける、体が悪くなるまでは、意識するまでは、それまでは好きなだけ飲んで、好きなだけ食べて、夜更かしもして、当然、自分で商売をやったから、それもやった商売がスナックですから、夜更かしも仕事ですからね。一晚寝ずに、また次の日仕事したりしてましたからね、むちゃはしてましたけど。あれがあってから、ここ来て結局、最終的に我慢できなくなって、病院に行って、うんと楽になってからは、この状態はどうしても保ちたいですからね、無理はしないように常に思ってますね。」と、今の状態をもたせたいと考えている。

Q氏のもたせるための活動は、合間を見つけて休むことである。「確かに寝不足ではあるんですけど、たまたまこういう仕事を私が今やってる、管理人をやっているということが、今の自分の心臓にもむしろいいんじゃないかなと思いますね。例えば満員電車で揺られて、どこか遠いところまで通勤して、仕事して、時間の間で限られたところであつと仕事して、また帰ってきてなんていうような、拘束時間は長いですけど、途中でちょっと2時間ほど休もうとかということがある程度自由にできますからね。だから、私らみたいな心臓の弱い人間には合ってるかもわかりませんね。」と話し、「やっぱり私も気にしてはおるんですけど、睡眠不足はあんまりよくないなどは思いますけど。土曜、日曜のあたりでちょっと仕事の量が減る、出入り業者さんが来ない日ですね、つまり土曜、日曜、祝日なんかのそういう休日のときに、2、3時間多目に睡眠をとるように最近では心がけてますけどね。」「8時ぐらいから 11 時前ぐらいまでちょっと体横にして休めてるときが多

いですね。」と言うように、睡眠を多くとれる日には睡眠時間を長くしたり、仕事の合間の時間を見つけて横になったりして、体を休めていた。

3. 解釈的説明;何もない状態で維持するために体を休める

Q 氏の 24 時間は、すべて管理人としての仕事をしている時間である。管理人の仕事は寮生あつての仕事なので、Q 氏の体調に合わせて時間をずらしたり、仕事を変えることはできない。また、広い社員寮を夫婦二人で管理しているため、しなければならぬ仕事量も多い。Q 氏は子供のころから人より弱いと感じる身体であったため、いつもしんどいと感じる状態で、管理人として 24 時間仕事をしていることが、Q 氏の日常性であった。しかし、治療を始めてからは Q 氏の人生で一番体調が良いと感じながら仕事をしている。Q 氏は、心不全と診断されて初めて、これまで日常であったしんどい状態が、実は本来の日常性ではなかったという事を理解し、引けを取らない身体であることを感じていた。しかし、この引けを取らない身体での体調は、保つようにしなければ戻ってしまうかもしれない体調であるという事も理解している。引けを取らない身体になった Q 氏の日常性は、住み込みの管理人として働いている状況が日常性であり、体調によって管理人の仕事ができたりできなかつたりするのではなく、常に「何もないのがふつつ」の状態で維持できることが必要である。仕事の合間を見つけて休むことであつたり、睡眠時間を確保することであつたりという振る舞いは、何もない状態で維持するための振る舞いであると言える。そして、24 時間働いているという疲労した状態から回復し、再び人より弱い身体に戻らないために行われている調整が、【日常性を保つために身を休める】という調整であつた。

Ⅶ. 【日常性を保つために身を休める】という活動の調整の意味

【日常性を保つために身を休める】という活動の調整の前提には、その人が持っている、社会的、文化的な背景があつた。例えば、主婦であること、管理人であること、糖尿病の患者であることなどである。日常性は、存在者がすでに投げ込まれている世界であり、特に考えることなくそういうものとしてとらえている世界である。そこには、慣習や伝統というような、誰もがそういうものだと思うものがあり、他人と同じように考えたり振る舞ったりできるものがある。それが【日常性を保つために身を休める】という活動の調整の前提にある。

また、身を休めるという身は、心不全で活動耐容量が低く、息切れや動悸がしたりするからだや、突然死を怖いと思つたり、夫の心配をしたりする精神性を持ったからだや、掃除や洗濯はいつものことなので気が付いたら体が動いているというような技能を持ったからだのことを指す。その人が住み込んできた世界の中で、そういうものとして過ごしてきたことでその人が引き受けてきたものがあり、引き受けてきたものを抱えたものが身である。市川(1993)が著書の中で述べているような、絶えず社会と相互作用をもち、物的、精神的、社会的なものが不可分に一体となったものが身であり、人はその身で現在を生きている。そのため、単に労作をかけないように休むのではなく、その人が引き受けているものも含めて休めることが必要になる。例えば、T 氏が転んでいるときは、ただ活動をしないというだけではなく、主婦であることも一時やめて、主婦として動いてい

る自分を休めている。そして、習慣的に行っている活動をやめて休めることは、やめることや休むことを、意識して意図的にしなければ休めることができない。身を休めるという活動の調整は、北の間に場所を変えたり、寝転んだり、座ったり、パジャマに着替えたりして、明確な意識をもって休めている。そのため【日常性を保つために身を休める】という活動の調整は、意図的で意識的な活動の調整だといえる。

主婦とは、患者とはというような考え方は、社会的にも変化するものであり、必ずそのように生活しなければならないものではない。特に、心不全の様に病気になったことによって身体的にできない状況になれば、慣習的に求められている活動ができないということもある。しかし、範例や代表的事例で示した 6 人の研究協力者は、主婦であること、介護者であること、管理人であることなどを、やめようとはしていなかった。むしろ、慣習的に求められている、主婦や介護者などとしての活動を続けるために、休めるということをしてきた。それは、日常性の中に埋没して生活してきたことで、日常性の中で身に付けたり、身に引き受けたりしてきたものがあるため、その日常性の中にいることが必要なのだと考えられる。【日常性を保つために身を休める】という活動の調整は、心不全になったことで、日常性の中に埋没しているだけでは生きることができなくなった存在者が、その日常性の中に居続けることができるように、その人が日常性の中で引き受けていたものを抱えた身を、意識的、意図的に休めるという活動の調整だといえる。

第 10 節 住まい方の中にいる

I. 範例 ; J 氏

1. 背景

J 氏は 80 歳で、一人暮らしの女性である。原疾患は大動脈弁狭窄症で、2 年前に弁置換術を受けるまで、ペースメーカー植え込み術を受けても効果が無く、心不全の増悪による入退院を 19 回以上繰り返していた。術後に週 4 回ヘルパーを導入してからの入院歴はない。J 氏の活動量分析では、歩数は少ないものの常に何かしら体を動かしている状態である。また、朝 7 時前後に 4~5METs の活動をしており、歩数も集中している。7 時前後の活動について聞くと、「あー、この辺(7 時前後を指さしながら)高いね。何してるんやろ。掃除でもしてるのかな。ヘルパーさん来る前に片づけたりするしね。」と、ごみをまとめたり片づけたりというような家事をしていると言われる。J 氏の活動の調整においては、この家事が大きな意味を持っていた。

2. しなければならないことをする

J 氏は「娘はその日考えてみ、絶対動いてるわ、動きすぎやわって言うんですけど、一人やったら絶対せなあかんことあるでしょ、それだけは絶対せなあかんこと。晩のお茶碗洗ったりとか、今やったらシャワーせなあかんしな。」と言う。また、入退院を繰り返す体調で家事をすることについて「んー、まあ、(しばらく間を開けて)楽じゃなかった(少し笑う)。あーしんどいって一服しながらね。しんどかったら一服して、で、またしんどくなったら一服して、そうでもせんとね、終わらんからね。自分しかおらへんのやし。」と、家事が主婦として母として、自分がしなければならないものである事を話していた。また、入退院を繰り返していた頃を振り返り、「貧乏暇なしで何でもせなあかんかった。人に任せるなんて思ったこともなかった。」と言う。「若いころもなんや不安で外で働かれへんかったけど、それでもせなあかんかったからね。心臓悪いなんてことは全く知らんかってんけど、知っってもせなあかんもんはせなあかんかったと思うわ。自分でせんと他にしてくれるような人おらへんもん。お金のこともあるからね、せんかったらどうにもならんこともあるやろ。」「家の事や子育て優先で、心臓のためにそんなに何かする余裕もなかったしね。うん。うん。気持ちも、お金も、暇も。お金もなかったし。」と言う。経済的に苦しい中で、外で働かず、主婦であり母という役割を担っていた J 氏にとって家事をすることは、仕事としてしなければならない事であると同時に、家事がしてある事で、自分にも周囲にも、自分の存在価値を示すという事でもあった。

3. しないことで生まれたエネルギーで楽しむ

J 氏の転機は弁置換術後である。14 年の間に 19 回、特に置換術前の 1 年で 8 回の入退院を繰り返していた J 氏は、弁置換術後の回復に時間が必要だった。そこでヘルパーが派遣されることになり、「何にもせえへん。みんなしてもらおう。退院してすぐ来てもらったから、その頃は病院と一緒に、トイレに行けるくらいやったから。そやからなんもせんとしとった。」と、しなければならない家事ができない身体状態であったため、ヘルパーの派遣を受け入れ、家事をしてもらい、何もしないことをしていたと話す。そして、「それから集会所で、月に 2 回ほど(編み物教室が)あんねん。その時は行くけど、

1 時間くらい。団地やから、団地の集会所であるねん。一応編み物持っていくけど、まあしゃべりやな。それで3時のお茶飲んで、4時まで。その時間が楽しみで行ってるんです。(元気になる前の時には楽しみとかは)そんなものはないよ。下までも降りられへんと思って情けないだけや。」「(元気になって)そういう事ができるようになった。」「(しんどかったときには自信がなかったが)今は、娘が病院に迎えにくる言うてるけど来んでええのにとってるけど。」「と、しないことをすることで生まれたエネルギーで楽しむことができ、一人で動くことの自信も持てるようになった。」「〇〇先生が、ヘルパーさん来るようになって調子いいですねやて。ほんま寝とるだけやからね、今。」「せなあかんことやけど、せんとおく方がいいのはこれが証拠なんやろうね。」「と、しないことをする事によって体調が維持できるようになったという事を感じていた。

4. 解釈的説明:主婦としての明るみに住まう

J氏のしなければならぬ事とは、家事であった。J氏にとって家事は、経済的余裕がない中で、外で働けない自分に対して、妻であり母である存在として意味づけてくれるものであった。また、家にいる主婦とはこうあるべきというような、社会一般の主婦に対する価値観や文化的な背景によって、家事をきちんとすることがJ氏にとって唯一、自分を価値づける選択肢として示されたものだったと言える。お茶碗を洗うというような、他者から見れば必ずしもしなければならないものでもなく、J氏には自らを現す振る舞いとして家事はしなければならないものであった。Heidegger(1927/2003a)はこのような役割や文化、慣習によって期待される状況を“日常性”と表現する。そして、現存在は、日常性によって開かれた明るみの中に住み込んでいるという。J氏が住み込んでいた明るみは、心不全患者として開かれたものではなく、あくまでも主婦、妻、母として開かれた明るみであった。J氏は、家事をきちんとすることで、主婦、妻、母としての自分の存在を示しており、主婦であり母であるために、つらさを感じながらもしなければならぬことをする繰り返しとして、日常性の中に没入していたと言える。そのために、「しんどい」、「なんや不安」というような心不全である身体が出している信号は明るみの外に置いておき、日常性によって開かれた明るみの中で、家事ができる事を通して自らの存在を示し続けていた。

5. 解釈的説明:家事をなす道具としての身体

J氏の、家事をすることで自らの存在を現にするこの振る舞いは、どのようになされていたのだろうか。J氏は「んー、まあ、(しばらく間を開けて)楽じゃなかった(少し笑う)。あーしんどいって一服しながらね。しんどかったら一服して、でまたしんどくなったら一服して、そうでもせんとね、終わらんからね。自分しかおらへんのやし。」「と話す。J氏は、心不全である身体をつらさを、とりあえずたいいは外に置いておき、とにかく家事を終わらせることに関心を向けていた。J氏が一服するのは、心不全でしんどいと感じる身体をいたわるためではなく、家事を終わらせるためであった。J氏にとって身体は、家事をするための道具であり、しんどくてうまく動かない道具を、どうにかこうにか使って家事をしていたと言える。J氏は自らの身体と道具として出会い、関心は道具を通して作り上げられる家事へと向いていた。Heidegger(1927/2003b)のいう道具的存在と

しての J 氏は、家事をするための道具であり、家事ができるということが J 氏にとって大事であった。それはヘルパーが派遣されてから後も変わることはなかった。術後「トイレに行くのもやっと」で動けない J 氏にとって、自分でしないということをする事は、家事ができるために必要であり、他に選びようのない選択であった。そうすることで、一人暮らしの主婦として自らを現にしていた。J 氏は自分の身体を主婦業をなす道具として了解し、心不全症状があったとしても「しんどかったら一服して、でまたしんどくなったら一服して、そうでもせんとね、終わらんからね。」と、主婦業をなす道具としての身体が動くように調整しながら家事をしていた。

6. 解釈的説明：人に任せてしないという事をする

J 氏の日常性は、主婦として、母として家事はするべきという状況であり、それに期待される役割としての主婦業をすることが、J 氏の活動の調整の仕方であった。J 氏自らがそのような存在の仕方を選択してきたように見えるが、実のところ J 氏が選ぶことができた選択肢はしななければならないという一択のみであり、「するしかなかった」のだけと言える。ヘルパーが入ることで負荷は減っているものの、活動量分析に現れる J 氏の活動の仕方は根本的な部分、“するしかないことをする”という部分は変わっていない。J 氏は、ヘルパーが訪問する現在でも、家事はしななければならない事である。心不全によってしななければならないことができなくなった身体で、しななければならない家事ができるための選択肢には、ヘルパーにしてもらうしかない。J 氏はここでもやはり「するしかなかった」のであり、「今はできへんやん。やから待つしかないねんけど」と、「なんもせんとしとった」というような、しないという事をするという道具の使い方を通して主婦業をなしている。母であり、一人暮らしの主婦であり、そこに心不全患者であるという事が加わり、そういった日常性の中で J 氏が人に任せてしないということをする事は、道具的存在としての己を変えることなく、することをして、しないこともするというような、住まい方の中にいるという活動の調整を意味していた。

道具的存在として自らを現にしてきた患者の活動の調整は、造船所で大型クレーンの運転手をしていた Y 氏からも聞かれた。

II. 代表的事例；＜妻のペースに合わせる＞(Y 氏)

1. 背景

Y 氏は 64 歳の男性で、妻と娘と暮らしている。63 歳まで大型の高所クレーンの運転手として、長く造船に携わってきた。60 歳で定年であったが、年金が満額もらえる期間に満たなかったため、再雇用制度を利用して定年を延長していた。40 代後半で不整脈を指摘され、職場の系列病院に月に 1 回通院をしていた。一度、不整脈のために高所作業禁止になったが、解除されている。再雇用期間中に、脱力などの神経症状が出現し、妻が救急車を呼んだものの、入院になると雇用が解除されるため救急車をキャンセルしたことがある。年金が満額受給できる期間を満たしたため、療養に専念するために退職。自宅近くの病院に転院。特発性拡張型心筋症と診断された。左室駆出率は下限。心房細動と左脚ブロックがあるため短縮率が低く、駆出量が少

ない。妻は働いているが、運動を勧めたり、食事制限をしたりと、とても積極的に夫の療養にかかわっている。Y氏は依頼した翌日から3日間連続してアクティマーカーを装着していた。

2. クレーンと一体となった身体で船を造る

現在のY氏は、毎朝ウォーキングをしたり、映画館前歩いて行ったりと、歩く生活に変わっている。しかし定年前のY氏は、クレーンの運転手だったため、始業前に30m上の運転席に階段を上る以外は、運転席にずっと座って生活をしてきた。「もうクレーンの運転手ったら、神経使うでしょう。(そうですね。)ずっと一日中忙しいし、休憩時間もないぐらいやから。それがたつたんかな。動かんのや、1日もう、長残やったら10時ぐらいまで休憩なしでやったこともあるし。」と、一日中、忙しい時には昼食もとらずに朝から22時までずっと座りっぱなしでしなければならない生活であった。そして「(体がしんどいというよりも。)精神的にしんどい。見えないところとかね、やるから。(そういうお仕事をなさってたんですね。)ずっと気張って、当てたらいかんし。車と違ってクレーンはフックがよう揺れる、荷物、それをうまいこと目標の選定とか、エンジン場とか、大事な物を当てたらいかん、開口部が狭いからね、そういう気遣ってずっとしとった、37年間。」というように、神経を使ってクレーンを自分の手足として使いはしても、始業から夜10時まで、お昼も食べずにずっと座ってすることもあったのが、37年間続けていたYさんの仕事だった。そしてただ慎重にするのではなく、定められた工程に合わせて進むように、クレーンを動かしていた。Y氏は常に自分の身体を通り越えたクレーンの先の動きと出来上がっていく船に関心を向けつつ、工程に合わせて作業を進める生活を送ってきた。

3. クレーンから離れた身体と新しいペースメーカー

退職したY氏は、日課として毎朝近所をウォーキングしている。毎朝6時頃から近所の公園に行き、そこで体操などをして帰るという1時間程度のウォーキングをしている。Y氏の活動分析の結果を見ると、毎朝6時から1時間、決まったように9,000歩前後歩いていたが、その時の活動強度が著しく異なり、終始6~7METsで歩いている日と、3.5~4METsの日があった。Y氏はこの違いを「家内と一緒に歩いているもんでな、後、ついて行こうと思ったら速いわけ、わしより。それでもう、ついつい速うなるわけやね。(なるほど。じゃあ、この日は1人で歩かれて。)1人で歩いたら自分のペースで行くから、多分その関係かもわからんね。」と言う。そして最も活動強度の強かった日を指さしながら「これは無理しとるんや。」「胸が。それでずっとおばはんについて行っとって、ちょっと違和感があるな、ちょっと痛いよ、そういうときはもう俺のペースで歩いたら、そしたら落ちつくからね、治るから、そうせなしようがない。」「これの中間(2日目の事)ぐらいがちょうどいい。やっぱりゆっくり歩かなあかんわな。(そうですね、これはちょっと心配でした。大丈夫だったかなと思って)この日はほんま強行やった、2万歩やもん。一緒に歩いたら張り切って歩くから、ついていくのがしんどなる。早う、おばはん、先行けと言う、そうせんとしんどいから。(そうですね。)すぐけんかになる。ジョギングじゃない、散歩の意味がないと言われるんやけど、そうじゃないよね、俺の場合。」と、妻と一緒に

歩くと活動強度が強くなり、そうすると胸部症状が出現して苦しいと話された。また、「しんどうて横になってるやん。そしたらそんなんやあかん、しっかり運動せなあかんって追い立てられるし。ほんで一緒に歩いたら早いし。あれ食べたらあかん、これもあかん、なんも食べれるもんあらへん。」と、妻のペースは自分にはあっていないと感じている状況も話された。しかしそれでも「胸が。それでずっとおばはんについて行っって、ちょっと違和感があるな、ちょっと痛いよ、そういうときはもう俺のペースで歩いたら、そしたら落ちつくからね、治るから、そうせなしようがない。」と、症状が出たら自分のペースにするが、それまでは妻のペースに合わせていると話し、「だいぶおばはんによられとるな」と、活動分析を見ながら妻のペースに合わせていることが負担になっていることを振り返った。

4. 解釈的説明:ペースメーカーのすり替え

Y氏は、37年間の造船所での高所クレーン運転手として働く生活の中で、自らの身体をクレーンと一体化させ、手足のようにクレーンを操作し、そしてY氏の存在そのものは、船を造る道具として現になっていたと言える。そして、Y氏自身が意図をもってクレーンを操作していたように見えて、実際には工程に合わせて船を造るという選択肢しかない生活だった。時には食事もせずに14時間以上クレーンの操作をしたり、神経を張り詰めて狭いスペースでの作業をしたりというY氏の存在は、工程を踏んで船が出来上がっていくことで周囲にも示されていたと言える。そして、Y氏がクレーンを操作して船を造っているように見えて、実際は定められた工程というペースメーカーによって、Y氏の作業が動いていたと言える。Y氏は退職に伴って「療養に専念しようと思って」自宅にいるため、クレーンを運転しなくなり、工程というペースメーカーが無い生活になった。特発性拡張型心筋症という「難病。手帳をもらって、あれしてますけど。」「難病というのはどうしたら治ると、そういうものではないから難病やと、そういう事で。」と、治療の工程が見当たらない病いである事が分かり、「悪いはずはないと思って」と、「40代、やめる前ぐらい、それでも64キロぐらい、62キロとか、そんなんやったからね。(でも、それでも10キロ近く、痩せられたんですね。)いや、そやからここ(おなか)がメタボやから、85以上あったから、今はもう。(全然……もうぺったんこですね。)でしょう。」とメタボリックシンドローム解消のために、妻とともにウォーキングを始めた。そして「脂っこいもん、余り食べんようになった。嫁はんが食べさせてくれん、もうやめとけ、やめとけいうてうるさいねん。」「疲れたとき、やっぱり歩いとるときやね。(歩いてるとき。)早足で。(毎日歩くようにされてるんですね。)毎日。嫁はんが歩こう言うから、一緒に朝。(それで早足で歩いたときにちょっと疲れるかなという。)ちょっと疲れるというか、胸が痛うなるし。」と、工程ではなく妻のペースに合わせていくようになった。自身の脚を使って、妻のペースで歩くことで、療養に専念している療養者として自らを現にし、減量して体形が変わることで周囲にも自らを示してきた。つまり、心筋症である身体に関心を向けてウォーキングという振る舞いをするのではなく、メタボと表現される不健康な状態から、歩くことで減量し健康的な状態になることに関心を向けて振る舞ってきたと言える。そしてY氏は、妻のペースに合わせて、自身を減量のための道具として、明るみの中に住み込んでいた。Y氏の〈妻のペースに合わせて〉という活動の調整の仕方は、長

年道具的存在として生き抜いてきた Y 氏が、退職後の日常性の中でも変わらずに道具的に存在し続け、【住まい方の中にいる】ために行われていた活動の調整であった。

Ⅲ. 【住まい方の中にいる】という活動の調整の意味

このように、【住まい方の中にいる】という活動の調整の仕方の特徴として、文化、歴史、慣習などの日常性によって開かれた明るみの中に存在している事や、その中で道具的存在として自らを現にする存在の仕方をあげることができる。日常性の中に没入し、自分を自分のものでなくしていながら自分を選択しているように見えているだけ (Dreyfus, 1990/2000 p30) の非本来的なあり方、世人としての存在の仕方である。われわれは、常に何らかの特定の環境の内に存在するという仕方によって、世界内存在として存在している。Heidegger (1927/2003a,c) は、内存在がおかれている歴史的、文化的、伝統的種々の一定の状況を“明るみ”と呼び、われわれはその“明るみ”の内で様々な事物と出会う。慢性心不全患者においても、それぞれの患者の明るみの内で心不全としておのれに出会い、己として了解される。つまり、患者自身は慢性心不全に出会うまでに積み重ねてきた生活、例えば仕事や生活の仕方など、役割や習慣、慣習といった一定の状況によって開かれた明るみの中に、既に住まっている。【住まい方の中にいる】とは、患者が、心不全に出会った己として明るみを開くのではなく、患者がこれまでの生活史の中で積み重ねてきた明るみのそのままに在ることで、そのままに住まい続けるために行っている活動の調整である。

また、【住まい方の中にいる】という活動の調整は、決して行動が変わらないという事ではない。J 氏はヘルパーを受け入れることで、実質的な家事の内容と労働時間が軽減したと言え、それによって頻繁に再入院を繰り返していた状態から、術後 2 年経過した現在まで心不全の増悪による入院はない。Y 氏も食事療法や運動療法を行う事で減量に成功し、血中脂質などのデータも改善していた。これらは確かに行動が変わったと言えるものであるが、その行動の根本的な部分は変わっていない。日常生活における活動という視点から見ると、それまでの生活の中で繰り返し行うことで身についた活動の仕方は変わっていないことが分かる。本研究に当たり、日常生活における活動とは、患者が住み込んでいる世界の中での日常的ふるまいであるとした。J 氏、Y 氏の例に共通するのは、この日常的ふるまいは、文化や慣習といった日常性の影響を受けることはもちろんであるが、日常性の中で繰り返され、身に沁みついている、習慣化されているふるまい方がある事、そして、そのふるまい方の上に活動の調整があるという事である。J 氏は主婦や母として、Y 氏は造船所のクレーン運転手として、30 年以上生き抜いてきた生活があり、その生活の中で習得したそれぞれの明るみの中での住まい方があった。【住まい方の中にいる】とは、身に沁みつき習慣化した技術を、そのまま使った活動の調整の仕方でもあったと言える。それは、入退院を繰り返していたころの J 氏が「あーしんどいって一服しながらね。」と何とか家事をし、「(団地の) 下までも降りられへんと思っただけや。」と、外出もままならない、家事をするだけが精一杯の状態に示されるような、心不全によって予備力がない状態であるときには、活動の仕方を変え新しくすることは難しいという事に起因する。新しくすることが困難であれば、身につけている

技術を使うしかない。身につけている技術を使って、困難な状況を乗り切ったことで、J氏は、団地の集会所での編み物教室に参加したり、病院から一人で帰宅できる自信をもったりできるというようなエネルギーに余裕を感じられるようになり、「せなあかんことやけど、せんとおく方がいいのはこれが証拠なんやろうね。」と言える状況になった。またY氏は、妻のペースに合わせて生活することで、胸痛や息苦しさなどの不調和を感じ取り、「だいぶおばはんによられとるな」と言える状況になった。このように、【住まい方の中にいる】という活動の調整には、予備力が無くぎりぎりの状況の中で、エネルギーを使わずに心不全と言う状況を生き抜くために必要な活動の調整という意味があると言える。

第 11 節 住まい方を作り直す

I. 範例 ; Q 氏

1. 背景

Q 氏は 61 歳の男性で、社員寮に妻と二人で住み込みの管理人として暮らしている。そのため、自宅は療養の場でもあり仕事の場でもある。時間や曜日に関係なく、常に管理人としての仕事をしなければならず、妻と二人で管理するには大きい(1,000 坪、150 室、130 人)の寮を「何もないのがふつう」の状態管理している。2009 年に拡張型心筋症と診断され、治療を開始したが、小さいころから運動をするとしんどいので、「じぶんだけ弱いのかな」と思って運動をしないように生きてきていた。仕事も運動をする仕事を避けるように調理師の仕事に入り、スナック経営を経て今の職に就いている(心不全症状による入院と診断は、現職に就いてから)。そのため、治療が始まってからは自覚症状が改善し、「今の方が元気」だと言われる。現在の Q 氏は、人生の中で初めてと言っていいほど元気な生活を送っている。心機能は、EF 68% %FS 38% E/A 比 0.9 で、駆出率と短縮率は問題ないが、拡張能が低い。

2. 管理人として生活する

住み込みの管理人兼料理人である Q 氏の生活の時間は、ほぼすべて管理人としての生活の時間である。「ストレスね、ストレスの解消は今のところ私らもう寝るだけです。眠るだけです。それと、たまにここから歩ける範囲のところ、10 分か 15 分ぐらいで歩ける範囲に食事に出かけたりするぐらいですね。ここの食事を、自分がつくった食事を食べてるとついつい飽きてきますのでね、たまにはお酒も飲んだりとかしながら、それもせいぜい2時間ぐらいですね。出かけるときというのは、非常時にはここへ電話してください、自分の携帯の電話番号をあそこに明記して、出て行って、それから2時間ぐらいの間に、こちらに切り上げて帰ってくるという形なんです。平均的にお酒は、大体毎日缶ビール1本程度は飲んでますけど。それ以上の深酒は実際できませんのでね。何かあるかわかりませんが、ずっと起きなきゃなりませんので。」「一生懸命こちらこうやって、何事も起こらなくて当たり前なんです。何か起こったら、何か言われますのでね。寮生も不便な思いをするでしょうし、そういったことが会社に伝われば、会社も不安になるでしょう。ですから、そういったことがないようにしようと思ったら、常に私らが頭を動かして、ひよっとしたらこうなるから、こういうふうにならないためには今こういうこととこうとか、そういったこと考えながらやってるものですから、なかなかぼつとはできないですね。全部、人が入ったら 150 室あるんですよ。そこに今 130 人ほどおるんですよ。130 人もいますからね、その人たちが、朝早い人は5時半ぐらいには出ていきますからね。その人たちより遅く起きたらおかしいでしょう、管理人ですから。当然、朝食を食べさせるために、私が早く起きて朝食をつくらないと、この人たちは食べれませんからね。」と話すように、昼も夜、外出をしているときも、常に Q 氏は管理人であり、130 人の寮生の世話を一手に引き受ける存在である。Q 氏は、自宅がそのまま職場であり、退院後すぐに職場に戻ってきた。妻や、会社に臨時で雇用してもらった代理の料理人に手伝ってはもらったが、それでも退院直後から仕事をしていた。「息苦しくなる前は、順番から言って、最初は何となく不安みたいなものがありまして、おかしいな

と思いがらしばらく生活して、それからだんだんとこれおかしいなと自分でわかるようになりまして。病院に行って、治療を受けて、それからまた、さっきも言いましたように、ちょっと長い時間、せめて 5 時間ぐらい横になるように、眠ってなくても体を横にするようにして、その分、家内に大分負担はかかりましたけど、2 人でやっていますから。それからだんだんと体が軽く動くといえますか、少々歩いて息切れをしなくなりましたので、徐々に今のこういう生活に戻していった。ですから、今は大体 3 時間、4 時間弱ぐらいですかね、睡眠時間がね。それでも今は、不安はないですね。」と、退院後は横になる時間を増やしながら管理人をし、徐々に元の仕事の仕方に戻していったことを話した。そして、「(心不全になる前と今とで、一番何か変わったことはありますか。)仕事の点で言うと、やる気が出ましたね。やる気が出ましたし、もっとやっても大丈夫だという自分の自信がありますね、今でも。(自信があるというふうにおっしゃったのは、何でというか。)やっぱりそれは、まず気持ちよく呼吸ができるといえますか、息苦しさがなくなったということでしょうね、多分。(そういうふうな症状とかもなくやれているから大丈夫なんだという。)そういう安心ですわね。」と、現在では自信をもって管理人として仕事をしていることを述べた。

3. もたせなければ戻ってしまう身体

Q 氏は住み込みの管理人兼料理人である。「私どもは働く時間が3時からなんですよ、時には2時ぐらいのときもありますし。」というように、朝が早い。また、24 時間常に仕事時間であり、「寮生あつてのあれですから、寮生がいろんな用事を言ってくる、それが 30 分置きぐらいにずっと重なれば、どうしても動くようになりますね。土曜、日曜なんかで、例えば寮生が全然朝起きなくて 12 時ぐらいまで皆さん寝てるようでしたら、私たちが起きたとしても事務所でずっと待機とか、部屋の中で待機とかいう形で動きは少ないですわね。」と、何事も寮生に合わせた生活で、「(仕事とプライベートは)私も説明しにくいぐらいにわからないんですよ。」と言う。Q 氏に、心不全になってからどのようなことが変わったのかを尋ねると、体調がよくなったと答えた。「子供のころなんかは、学校なんかでマラソンみたいなのですよ、走りますよ。結構長い距離、4キロ、5キロ走って帰ってきて、しばらくしたらみんな楽しそうに話をしているのに、私は話ができなかったですよ、しんどくて。いつまでもぜいぜいがとれなくて。何か自分だけ弱いのかなとは思ったりしてたんですけど。だから、そういうのは前からあったんじゃないかなという気はしますね。ただ、働き始めてから何となくそういったことは忘れてたんですけど、だけど昔からスポーツはあんまりしてませんのでね、スポーツはしてないもんですから、一生懸命、全速力で走ったという思いもあんまりないですよ。記憶もないんですよ。自分とはにかく後でしんどくなるからというのがあったから。調理師の仕事に入って、こういう世界に入ってきたんですけど。」というように、子供のころからスポーツはできない、自分だけ弱く感じながら生活をしてきた。そのため、特に症状が悪化して我慢ができなくなった 2 年前が最高に悪い時期で、「診断を受ける前よりも何か元気になったというか。自分ではそう思っていますね。」「普通の人と、元気な人と同じようにしても全く引けはとりません。とってないという感じがしますね、自分でも。」と、今の Q 氏は人生の中で一番元気に生活を送れていると感じていた。Q 氏は気にしなくなるくらい元気になっ

たと言うものの、「夜中に何かで3時間ないし4時間の睡眠時間が途中でふっと、別に夢を見たわけでもないし、ふっと目が覚めるときが、1カ月のうち1回か2回ぐらいあるときがあるんですよ。そういうとき、何かしんどかったのかなと、しんどいから目が覚めたのかなとか気にするときはありますけど。」と、心配に感じる時もある。「もし前の状態で、治療を受けなくて前の状態やったら死んでたかもわかりません、この状態ね。」と、治療を受ける前の状況を振り返り、「やっぱり頭のどこかに、自分の心臓が悪いから気を付けないかんというのがあったんでしょうね。治療を受ける、体が悪くなるまでは、意識するまでは、それまでは好きなだけ飲んで、好きなだけ食べて、夜更かしもして、当然、自分で商売をやったから、それもやった商売がスナックですから、夜更かしも仕事ですからね。一晚寝ずに、また次の日仕事したりしてましたからね、むちゃはしてましたけど。あれがあってから、ここ来て結局、最終的に我慢できなくなって、病院に行って、うんと楽になってからは、この状態はどうしても保ちたいですからね、無理はしないように常に思ってますね。」と、今の状態をもたせたいと考えている。

4. もたせるためにできることをしてみる

Q氏は、「(退院して帰る先がお仕事先ですよ。)はい、そうです。ですから、ちょっと自分でもせつかくよくなったんだから、そのとき本当にすっかり息苦しさとかしんどさがなくなってましたのでね、だから、せつかくこういうふうになったんだから無理したらあかんという意識がありますから、ですので仕事もほっといてでも、5時間か6時間は寝るようにしてましたね。今の睡眠時間よりも2時間、3時間は多目にとってました。」と言い、今の自信を持てる状態を維持したいという気持ちがあることを述べた。Q氏は、退院後だけではなく現在も、「習慣ですか、習慣といっても仕事が終わったら食事をして、テレビでも見て、あとは睡魔に襲われますのでね、常日ごろ睡眠不足がずっと重なってますので。それも、やっぱり私も気にしてはおるんですけど、睡眠不足はあんまりよくないなどは思いますけど。土曜、日曜のあたりでちょっと仕事の量が減る、出入り業者さんが来ない日ですね、つまり土曜、日曜、祝日なんかのそういう休日のときに、2、3時間多目に睡眠をとるように最近はやってますけどね。」というように、可能な時には睡眠時間を多くとったり、「やっぱり息切れですね。重たいもの持ったりそれを続けて、例えばみんなと同じように段ボールに入ったような何か荷物をぐっと持たなきゃならなかったときでも、今まででしたら10個あったら10個全部、性格がそうですから、全部やり切ろうと思ってやりましたけど、もう明日に回そうとかね。」と、一日の作業量を減らしたり、「さっきも言いましたように時間、例えばこの時間でもリラックスしようと思ったりできる時間ですわね。またしばらくしたら忙しくなりますけど、1日の中でそういう時間が、自分の仕事の運び方である程度つくろうと思えばつくれるんですよ。」というように、時間の使い方を変えることで、負担を減らしていた。Q氏は「あれがあってから、ここ来て結局、最終的に我慢できなくなって、病院に行って、うんと楽になってからは、この状態はどうしても保ちたいですからね、無理はしないように常に思ってますね。」と、現在の状態を保つために、無理をしないような仕事の仕方を変えることをしていた。

5. 解釈的説明;無理をしない生活の仕方に整える

Q氏は、子供のころから走ったりするような活動をすると息苦しさが続いてなかなか回復しない、自分だけ弱いと感じていた。そのため、スポーツは避け、運動をしない料理人という仕事を選ぶなど、Q氏には、運動ができない弱い身体、運動をすると息切れがして苦しい身体があったと言える。Q氏は、このような人より弱い身体で、息苦しさや疲労感などを感じながら、管理人として働いてきた。管理人の仕事は寮生あつての仕事であり、Q氏の生活のリズムは寮生の生活のリズムに合わせたものであった。夫婦二人で携わっている仕事とはいえ、130人の生活を二人で支えることは大変なことであったが、何もない状態にするために、弱い身体で無理をしながら、寮生に合わせることが、Q氏の生活の仕方だったと言える。しかし、息切れが怖いと感じるほど悪化し、治療を受けた。拡張型心筋症と診断され、治療を始めたQ氏は、病いがあるにもかかわらず、やる気が出て大丈夫だと自信を持てるようになり、元気な人には引けをとらない身体になった。Q氏は、治療を受けることで息苦しさなくなり、今までになかった健康さを感じるようになったことにより、元気な人には引けを取らない身体という、新しい自分の身体と出会ったと言える。Q氏の引けを取らない身体は、疲れにくかったり、疲れを感じるがあっても回復が早かったり、それまではできなかった作業ができる身体であった。そのため、退院後も変わることなく管理人として働いてきている。しかし、人には引けを取らない身体は、子供のころから考えても、今が一番元気で、自信を持てる身体ではあるが、治療を受けなければ死んでいたかもしれないと感じる身体でもある。そのためQ氏は、治療を受けたことにより、今は引けを取らなくなっているが、心臓そのものは弱かった時と同じ心臓であり、この元気な人には引けを取らない身体は、保たせなければ戻ってしまう身体であることも理解していた。そのためQ氏は、「この状態はどうしても保ちたいですからね、無理はしないように常に思ってますね。」というように、今の身体を保たせるための活動をするようになった。

Q氏は、心不全発症前も、発症後も、同じように管理人として存在している。しかし、発症後は生活のすべてを管理人として存在するのではなく、保たせなければ戻ってしまう身体をもっている存在として、管理人という明るみの中に住み込む、住み込み方を変えるように、活動を調整していると言える。

Q氏は、住み込みの管理人兼料理人として、生活の場と仕事の場が同じ空間になっていた。次に述べるU氏も、主婦であり介護者として、生活と仕事を同じ空間で行っている事例である。

II. 代表的事例; <夫とのかかわりをし直し自分の日常性を整える> (U氏)

1. 背景

U氏は78歳の女性で、銀行を63歳で定年退職した後、夢だった夫との旅行三昧の日々を送っていた。しかし70歳の時に、夫が脳梗塞を発症し、以降は介護者として自分が見てあげないといけないと思って頑張ってきた。76歳の7月に、体調の悪さを感じていたが介護疲れとあっていたところ、夫の薬を取りに出かけた病院で、呼吸苦とめまいを感じて受診。頻拍性心房細動による心不全と診断された。U氏は夫の介

護を必死でやりすぎたことが原因だと思っており、現在は介護サービスを利用しながら、必死にならずに介護をしている。EF 52%、%FS 18%、E/E'比 13 で、短縮率が低い。SAS は 7 で、SF-8 も全体的に低値であった。

2. 夫の介護者として無我夢中で介護をする

U氏は、「(倒れる前は、横になる時間も全然とれずに。)とらずに、もう無我夢中でしたからね。」と、心不全発症以前の介護の状態について話した。介護を始めたときには、「そうですね。まさかこないなる思えへんだからね、主人が倒れてしもうて、病気になって介護をせんなんなんて、私夢にも思ってたなかったからね。最初は大変でしたわ。」と言い、とにかく夢中になって、一生懸命に介護をしてきた。その結果として、「(自分の思うようにだけはいかないときがあると思うんですけど。)いきません。自分のことより主人のことのほうが忙しいんですね。(そうですね。)もうとにかくそんなんで、倒れたときはそうでした。しんどくてしんどくて、何でこんなにしんどいかなって。だけど、主人がこんな病気で倒れてしもうたから、見てあげないかんから、自分に無理が皆かかってきて、しんどいって病院へ行きたいなと思ってても行く間がないんですねん、1人おいといて出られへんから。(そうですね。)それが積もり積もって、ぱたっと思ったんやと思います。」と、発症につながったと考えている。現在でも、「主人がおしっこって言いますでしょ、介護してますから。(ああ、なるほど。)それで、おしっこやと言うもやから、寝ててもぱっと起きて、介助しに行くわけですねん、お手洗いまで。そういう、急にそういうことでぱっと行くこともあるんです。」と、夫の状況に合わせて動かざるを得ない状況である。そして、「1週間のうちに3日、訪問看護いうて、お風呂入れに来てくださるのが週2回ありますねん。それで、リハビリに来てくださるのが1回あるんですねん。だから、週のうち3日は来はるから、お昼から。休憩はできません。(できないですか?)いいっておっしゃるんですよ。奥様、横になっってもうたらしいですから、やりますからいうて言うてくれはるんですけど、来てくださってんの横になっつてもちよっとね。よっぽどしんどかったらしますけどね。奥さん何もしなくてもいいから、横になっつてくださいっていつも言うてくださるんですねん。知ってはるから、私がここへ入院してたいうことも。でも、しんどいからいうて、よっぽどでないと横によなっつらん。」と話したように、今でも頑張っている。

3. 疲れ切って休息を必要としている身体

夫の薬を受け取りに受診した先で倒れたU氏は、心不全と診断され入院した。U氏は「主人連れて本当は行かないかん日やったんですけど、私がしんどかったから、車椅子よう押さんし、もうお父さん家におってと。私が1人で行ってくるからいうて、それで1人で行ったんですねん。ほんで先生と話して、ちゃんとお薬の処方箋やらもらって、診察室出てきたらふあっとなってしまって、それで、あ、これはだめやなと思ってね。すぐ、病院の中やから、すぐ内科の方へぱっと入って診てもらったら、この辺にも水が、肺にも水がたまってるしいうてね。これはすぐ入院せなだめですよということで、それでこっちへ。(そうだったんですね。でも出先が不幸中の幸いだったというか。)先生も手術してカテーテルを通してするべきかどうか、ちょっと考えはったみたいですけど、今回

はちょっと様子を見ましょうということで、入院して安静にして、いっぱい点滴してもらって、そしたら楽になってきたんですね。要は、主人の介護に疲れ果ててたということ、体が。病院入院したら物すごいゆっくり休めて、精神的にも楽になって、だんだん日ごと楽になってきましたけどね。」と振り返った。入院をして介護から離れたことで、6年ぶりにゆっくりと休んだU氏は、安静にすることで楽になっていくことを体験していた。

4. 介護をしなくてもよい時間を作る

休むことで回復する体験をしたU氏は、退院後も介護を続けながら、できるだけ休むようにしていた。例えば「次から次へ用事あるとき。主人が次から次へ言いますねやんか。こっちもしんどいやでって私いつも思う。腹立って言いますねん。もうそういうときには、物すごいしんどいんですねん。お父さんないうて、あなたも病人かもしれんけど、私も病人なんやで。心臓が悪いから無理がでんから、それで好き勝手なこと、わがまま言わないでって。好き勝手なこと言うから、私病人思てないの。」というように、夫の要望のままに動かないようにしたり、「ほかにね、何もばばばって行かなんことはないんです。ただ、主人がおしっこやって言うから、漏れたら嫌、私が掃除せんなんですよ。(そうですよね。)それでね、私だつと行って、ほんでお手洗いで介助してばつと、早う座りとか言うんですねん。だけど、それをしてたら私、ものすごいしんどいんですねん。このごろ、ほんでお父さん悪いけど、これリハビリパンツはいてって、これやったら漏れないから、もしも間に合わへんねやったらこれはいて、そのまま中でしたらいいからいうてね。急激にばつと動くのが、物すごい動悸がするんですねん。」と、排泄にかかわる介護の負担を減らすようにしたり、「とにかく静かに、もう静かにしてるのがいいんですねん、体に。主人がしゃべりかけてきても、もう静かにしてって言う。私、しゃべんのしんどいから、喉が痛いから静かにしてって。それにしゃべってくるから、ちょっと腹立ってきて怒るんやけど、怒ったらかわいそうなんやけどね。特に気を付けるいうたら何かな、特に。要は、自分が静かに動く。」というように、自分にとって負担が少なくなる時間を作ったりしていた。また、「時間があって、お昼までにちょっと時間があるなどと思ったら、もう横になるんですねん、もう自然的にね。起きてても用事がないから、それやったら横になってよと思って横になって。(そういうときに少しちょっと横になって、疲れをとりながら1日過ぎられるんですかね。)ちょっとね、30分でもいいし、ちょっと横になってたら楽なんですねん。それから起きて、お昼の食事とか、夕方でも休憩しといてから起きてるんですけど、熟睡とか睡眠、寝てるわけじゃない。横になってラジオを聞いているんですね。」と、体を横たえて休むようにしたり、「気の休まるときは、夜8時。8時まではもうね、いろいろ用事が、夕飯の片づけとかしますでしょ。全部が片づいたら、大体目標は8時にしてるんですねん。主人のお薬飲んだり塗ってあげたりね、アレルギーやから塗ったり。それが大体8時には終わるようにしてます。私が本当にほっとするのは、8時以後ですねん。テレビ見るのが好きやから、自分の好きな番組のあるとき、テレビ見るんです。そのときが、ほんまに唯一自分の天国。(8時からが天国の時間なんですね。)そう。何にも忘れて、そっちで寝てはっても知らん顔ですねん。何言うても知らん顔して、8時以後は、私はもう返事せえへんのですねん。して、言うこと聞いてたら何ぼでも動かんなんからね。8時以後は、もう何にも言わないでって。8時までやったら、言ったら

動くから。もう8時以後です、私は。テレビ見るのが、ただ1つの楽しみです。(じゃあ、その時間が全部自分のための時間で、ほっとするというか。)そう、自分の時間です。だから、私もテレビの中へ入るんですねん。(入っちゃうんですね。)もうね、自分の好きなテレビしか見ません。見たくないものは見ない、自分の好きな番組は見ます。そのかわりテレビの中へ入り込むんですねん、自分が。それで何にも忘れてほっとする。そのときはしんどくも何にもない。それがね、テレビが1時間ほどで終わるでしょ。そしたら、また急にえらうなるんです、体が。」と話したように、自分だけの時間を作ったりして、介護をしない時間を作るようにしていた。

5. 解釈的説明 ; 心不全を持った介護者としての介護の仕方に整える

U氏は、突然夫が倒れ、妻として、介護者として、無我夢中で介護を続けてきた。この無我夢中だった約7年間は、何かおかしいという不調を感じても、自分のために受診することもままならず、夫の介護のために生活をしてきた時間だったと言える。2年前に心不全を発症したU氏は、入院してはじめて、一人で気兼ねなく休む時間を持つことができた。入院当日は、夫の車いすを押すこともできなかった状態だったが、入院して安静にしている時間を過ごしたことで、U氏は回復を実感することができた。それまで夫や夫の介護に関心をおき、自分のことは関心の外において生活してきたU氏であったが、この体験によって自分自身に関心に向けることになった。そして、介護によって疲れ果てていた自分や、休むことによって回復していくことを感じ、介護によって疲労し、休まなければ倒れてしまう身体に出会ったのだと考えられる。しかしU氏は、夫の介護者である。そのため、休まなければ倒れてしまう身体であっても介護をしなければならず、「自分の体ものすごく気を付けながら、私が倒れたら主人が1人になるからかわいそうでしょ。」と、倒れないようにしながら介護をしなければならないと考えている。U氏が倒れないようにするためには、介護から離れ、ゆっくりと休む時間が必要である。U氏は、無我夢中で夫を中心に介護をするのではなく、自分自身もケアが必要な存在として、ゆっくり休む時間を確保できるように、夫の介護をしない時間を作るという方法で、夫からもケアを受けることができるように、夫との関係性を作り直していた。例えば、リハビリパンツなどを使ってもらうようにして介護の負担を減らしたり、一人で静かに休めるように、話しかけないように伝えたり、20時までと決めてそれ以降は自分の時間にできるように夫のケアをしておき、20時以降は自分の時間にしたり、という仕方をするので、U氏は夫から、介護をしなくてもよいというケアを受けられるようになったと考えられる。

U氏が住み込んでいる明るみは、夫の介護者として開かれた明るみである。以前のU氏は、自分のことは明るみの外に置き、無我夢中で夫の介護をするという仕方での明るみの中に住み込んでいた。しかし、新たな身体に出会ったことで、夫の介護者でありつつ、夫からもケアを受けられるような関係性に作り直してきた。U氏の【住まい方を作り直す】という活動の調整は、介護者であるという住まい方を、ケアを受けることが必要な介護者であるという住まい方に作り直して存在するという、活動の調整であった。

Ⅲ.【住まい方を作り直す】という活動の調整の意味

【住まい方を作り直す】という活動の調整の前提には、仕事や役割のような、その人が埋没しなければならない状況があった。また、その状況は、社会的、慣習的な在り方が定まっており、その人自身も知らず知らずのうちにそうあるべきと考え、そのように振る舞うような状況であった。特にU氏のように、妻であり介護者である在り方は、妻ならば、介護者ならばという暗黙の了解がある。U氏が語ったように、無我夢中で夫のために、というような振る舞いには、暗黙の了解も影響していると考えられる。人は日常性の中に住み込んでいる。【住まい方を作り直す】という活動の調整の前提となっているのは、住み込んでいる日常性に、暗黙の了解のような慣習があり、そのような状況に埋没して存在している、存在の仕方だといえた。

また、治療を受けることによって楽になったと感じた体験も、【住まい方を作り直す】という活動の調整の前提にある。Q氏、U氏ともに、心不全症状を何かしらの不調やつらさとしてとらえながら、決定的に破綻していなかったために、疲れやいつものこととして受けとめて、仕事や役割を果たしていた。特にQ氏は、人より弱い身体として、自身をとらえていたため、不調であることはいつもの状況であり、仕方のないことであった。しかし、入院し、治療を受けることで症状が軽減し、楽になる体験をした。Q氏においては、人より弱い身体が、人には引けを取らない身体へと、自分自身の了解の仕方そのものが変わるほど、心不全を発症してからの入院によってもたらされた変化は大きな変化であった。両氏にとっての心不全の発症と入院は、仕事や役割から離れて治療を受けたことで、それまでのいつものこととして受けとめていた体の不調が、回復可能なものであり、回復できる身体であったことを了解した体験だったと言える。

このような前提のもとで行われていた【住まい方を作り直す】という活動の調整は、その人が住み込んでいる日常性において、引き受けざるを得ない仕事や役割を継続して果たしていくために行われていた活動の調整だと言える。回復可能な身体が、回復できる余地を残した住まい方になるように日常性を整えるという仕方で、新しく出会った回復できる身体を維持できる住まい方に作り直していく調整であると言える。【住まい方を作り直す】という活動の調整は、求められるがままの管理人として、無我夢中で夫の介護をする介護者として、住み込むのではなく、心不全という不調を抱えた管理人や介護者としての住み込み方に変えることで、回復できる力を持った身体であり続けるという意味を持った活動の調整だと考えられた。

第Ⅴ章 考察

本研究の結果は、その人個人の心機能や生活、仕事、習慣、慣習などの日常性といったものを含む、その人が存在する世界において、その人がどのように活動を調整しているのかについて解釈し、24人の慢性心不全患者である研究協力者においてどのような様式の振る舞いであったのかをテーマとして示したものである。Heidegger(1927/2003a)は、「現象-おのれをおのれ自身に即して示すも-は、或るものが出会われるときの或る際立った様式を意味する。」(p.78)としている。本論文で示した10のテーマは、個々の慢性心不全患者である存在者が、日常生活における活動という状況において、どのように活動を調整しているのかという事の様式であり、慢性心不全患者が、自分自身の生活の中での活動の調整の仕方として、おのれを示している現象だと言える。本研究の目的は『慢性心不全患者の実践である日常生活における活動の調整が、どのように行われているのかを明らかにすること』であった。本章では、結果で明らかにした慢性心不全患者の日常生活における活動の調整の仕方という現象に考察を加えることで、看護への示唆へと発展させた。

第1節 慢性心不全患者の日常生活における活動の調整

結果に示した10のテーマから考えられた、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整の中心的なふるまいの様態とは、次のようなものであった。それは、『不全に陥り動きにくくなった心臓を、動かしたり休めたりというような活動の調整をしながら、如何に通常性を保ち、身につけている技能を使って投げ入れられた状況を生き抜くか』、ということであった。

序文でも述べたが、慢性心不全患者を対象に行われている研究は、疾病管理やセルフケア、セルフマネジメントなど、患者の行動変容を期待して行う介入やその基礎的な研究が多い現状である。また、慢性心不全という病態によっても、活動耐容量の低下などによって生活を変えざるを得ない状況が生じる。慢性心不全患者は、心不全によって変化した体で生活するために、状況からも、共存である他者からも、行動を変えるよう促されて存在していると言える。本研究の研究協力者は、少なくとも1年以内の心不全増悪による再入院が無い患者であり、ある程度安定して自宅での生活を営んでいた患者である。そのような研究協力者から得られた結果は、変えるという事ではなく、通常であり続けるということに焦点を当てた活動の調整であった。これは、頑なに変えないという事ではない。必要に応じて変えながらも、それでもその人にとっての通常であることを維持することが、日常生活における活動の調整の中心的な意味だったのである。

このような結果を踏まえ、以下には、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整において、通常であることが持っている意味、活動するということが持っている意味、慢性心不全患者の心臓のとらえ方の3点から考察する。

Ⅰ. 通常であるための活動の調整

多くの研究協力者の活動の調整には、通常であろうとすることが含まれていた。慢性心不全患者の、通常であるという事は、どういう事であろうか。また、通常であることは、

慢性心不全患者に何をもたらすのであろうか。

本研究の研究協力者であった 6 人の女性は、以前働いていた経験がある人を含め、全員が主婦であった。それぞれにその人なりの家事の仕方があり、晩御飯の準備は午前中に済ませておく、ごみやほこりはその時にこまめにかたづけようとしている、ごみは夕方にまとめておく、というように、いつもの家事の仕方が存在した。また、【通常性を保つためにし続ける】という活動の調整をしていた、退職後にも勤務中と同じように、朝出かけて帰宅後には妻の世話を受けながら過ごす P 氏や、百姓として生きている A 氏、仕事以外の事から遠ざかり仕事をし続けていた L 氏、一心に立ち続けていた I 氏、また、【心臓の正常性を証明する】という活動の調整をしていた E 氏、C 氏も、ロードバイクやツーリングを始めようと判断したきっかけは、発症前のように仕事ができるようになったという、通常性を回復した感覚であり、F 氏はまさに通常性を回復することで心臓の正常性を証明していた。

第 3 節【新たな身体に合わせて通常性を修復する】、及び第 8 節【通常性を保つためにし続ける】において、本研究の研究協力者から見出された通常性について、その人の歴史的な存在性から生じたものであり、その人が住まう世界における振る舞いと解釈した。つまり、その人の日常性の中で生活してきたことで身についた振る舞いである。これらの研究協力者の通常であることは、いくつかの共通点がある。一つ目は、家事の仕方、時間の過ごし方というような、心不全以前からの生活において、自然に獲得していた生活上の習慣に関する側面、二つ目は、百姓として、主婦として、介護者としてというような、役割等に対する慣習的な側面である。広辞苑(2008)によると、“習慣”とは、「日常の決まりきった行い。しきたり。反復によって習得し、少ない心的努力で繰り返せる固定した行動」であり、慣習とは「ある社会の内部で歴史的に発達し、その社会の成員に広く承認されている伝統的な行動様式」である。通常であるという事はどのような事であるか、通常であることによってもたらされるものは何か、について、慢性心不全患者の習慣と慣習という視点で考察する。

1. 慣習的な意味を帯びた身体で活動すること

慣習的な意味を帯びた身体での活動の調整の例として、【日常性を保つために身を休める】の範例であった O 氏を例に述べる。

O 氏は、一人暮らしの主婦であった。O 氏の活動は、ほこりを見つけたらこまめに掃除をしたり、毎日料理をしてご近所におすそ分けをしたり、長年通っている習い事を続けたり、毎日布団を干したり、というような、O 氏が 81 歳の現在まで、長年主婦として続けてきた活動が中心であった。O 氏が保っていた日常性は、“家を整えながら誰かの世話をし、習い事に通って趣味を楽しむ主婦”という存在の仕方だと言える。掃除や料理、習い事に通う事などは、O 氏が主婦として存在するうえでの振る舞いである。O 氏や家族、おそらく O 氏の周辺では、主婦とはこのような振る舞いをするものであり、O 氏は正しく主婦として世界の内に住み込んでいたと考えられる。O 氏が身に帯びていた慣習的な性質とは、このような慣習的な“主婦として”という存在の仕方である。しかし、O 氏は心不全であり、突然死についても説明を受けているため、毎日買い物に出かけたり、習い事後で仲間と一緒に食事に出かけたり、一日中家事をして

過ぎたりということとはできない。そのため、暑い時期には、1回の買い物量が多くなっても、買い物の頻度を3日に1回にしたり、習い事の後の食事は時々にして断るようになり、昼寝の時間を作って横になったり、ということをして、“主婦”という慣習的な意味を帯びた身そのものを休めるという調整を行っていた。慣習的な意味を帯びた身であるということは、その人の生活の中で、周囲からも自分自身からも、その慣習通りに行動することを求められる。しかし、心不全の病態では、その通りに行動することはできない。そのために、ただ単に行動を変えるのではなく、“主婦”である身で行う活動を変えなければならなかったのだと考えられる。

Heidegger は、存在を取り巻くこのような社会的、文化的背景が含まれた状況を日常性とよぶ。そして、日常的振る舞いは、存在者がそのように振る舞う事に疑問を持つことなく、当然のこととして捉えて行っている振る舞いである(Heidegger, 1927/2003a)。慣習的な意味とは、その慢性心不全患者が属している社会における慣習、Heideggerの言う日常性によって、意味づけされているということである。慢性心不全患者は、心不全という病態以前に、その人が生活してきた社会の中で、その人がどのように存在していたのかによって、自分とはこういうもの、として、社会も本人も捉えている行動様式、Heideggerの言う振る舞い、がある。これは、心不全であるかどうかに関わりなく、その文化や社会に属していることによって生じるものである。また、そのように振る舞う事で、その文化や社会に所属できるものでもある。慢性心不全患者は、心不全を発症する以前からの生活において、その人が生活している文化や社会のなかで、日常性によって意味づけられた存在であると言える。患者が生活をする場には、それぞれに文化や社会の特徴があり、そこで生活をするためには、慣習的な意味づけは避けることができない。

慢性心不全患者は、慣習的に意味づけられた存在であるということは、市川(1993)が、「身はすでに分節化され制度化された、意味を持った文化的世界のなかに生まれ、それを受け入れながら、同時にまた文化的分節を集合的に再分節化することによって自己組織化します。したがって、関係化においてある世界内存在は、同時に歴史内存在でもある。」(pp.90-91)としていることから述べることができる。Heidegger は、『存在と時間』(Heidegger, 1927/2003a)の中で、明確に心身二元論を否定しているが、慢性心不全という病態から活動の調整を見ると、体の活動と心負荷という視点を外すことができない。しかし、Heidegger は、『存在と時間』の中では、手の動きやまなざしとして、存在の身体性を感じ取れる部分はあるが、「現存在の「身体性」は、ここでは論ずるわけにはゆかない或る固有の問題性をそれ自身のうちに蔵しているのだが、そうした身体性における現存在の空間化は、これら左右の方向に従って、いっしょに際だてられている。」(Heidegger, 1927/2003a p.281)という一文のみで身体性という言葉を用い、身体全体について記述していない。Dreyfus(1990/2000)は、Heidegger のとらえている身体性について、現存在の存在の仕方は、本質的には自己解釈的な活動であり、身体は受肉したものである必要はないととらえている。つまり身体は、現存在が自己解釈し、その自己解釈を振る舞いとして示すという仕方存在している。そのため、受肉した物としてあるものが身体ではなく、自己解釈を振る舞いとして示すものが身体であるという考えである。つまり、「現存在は、現実的なもの

としては、とりわけ、その都度身体のうちへと分散してしまっている」(Dreyfus, 1990/2000 p.44)とあるように、身体とは現存在のその人固有の存在の仕方を現すものとして考えられる。そこで、前述の市川に戻る。慢性心不全患者の、慣習によって意味づけられた存在の仕方とは、文化との関係を持ちつつ存在している身として市川が述べている事柄と一致する。絶えず社会と相互作用をもち、物的、精神的、社会的なものが不可分に一体となったものが身であり、慢性心不全患者の振る舞いとは、身によって現にされているものだと考える。

慢性心不全患者は、その人が住み込んでいる文化や社会の中で慣習的に意味づけられた存在であり、同時に、慢性心不全という病態によって受ける身体的な影響、例えば活動耐容量の低下や易疲労など、を受ける存在として、生活をしている。慢性心不全患者の身体とは、慢性心不全の影響を受けながら、慣習的に意味づけられた存在としての振る舞いを現にする身体だと考えられる。「人は安定した日常において、我々は様々な意味を自明のものとして身につけている。そうであるがゆえに、意味に向かって「何か」と問う事はない。」(片山, 2004 p.92)とされるように、日常性に埋没している存在者は、主婦であることや、百姓であること、介護者であることなどは、自明のものであり、そのように振る舞う事に疑問を持つことはない。また、周囲も同様に疑問をもたない。慣習的な意味を帯びた身体での活動とは、そのように振る舞う事が当然であり、周囲からもそのように振る舞う事を求められている活動でもある。慢性心不全患者には、心不全を発症するよりも以前から、その人が住み込んでいる日常性の中で、自明のものとして身につけている意味がある。それが主婦や百姓、妻、夫、介護者であるという事であり、そのように存在してきた自分らしい自分、という存在の仕方であると言える。

以上の事から、慢性心不全患者が通常であろうとすることは、その社会の中で、自分として広く通じる存在の仕方を維持するという事である。慣習的な意味を帯びた身であることは、その人の生きてきた歴史の中で、自分とはこういうものとして、周囲にも自分自身にも広く認められた像があるということである。先行研究では、慢性心不全患者で、NYHAⅢ度の中年女性を対象にした研究で、慢性心不全患者の病いの体験は、疾患や身体的な限界によってもたらされる新しい自己概念を持つことや、さらに休みたい、受容的支援を受けたいと言うニーズによって導かれる情動的悲嘆というような、複雑な体験であることを明らかにしている(Allen, J.W., Arslanian, E.C. & Lynch, S.J., 2009)。その中で、身体的な限界によって役割が制限されたり失ったりすることで、その役割を部分的にしか、もしくは全く果たせない自分を受け入れ、新しい自己像をもたざるを得なくなるについて述べている。しかしそれは、永続的な心的痛みを伴うものであることも明らかにされている。本研究においても、動けない事や突然死の可能性のある事など、身体的な限界によって役割を果たしにくくなると、研究協力者自身も述べていた。しかし本研究では、慢性心不全患者は、変わらざるを得ないことをそれはそれとして受け止めながら、それでも〇〇である自分という、通常である自分、自分らしい自分の生活をあきらめず、通常であるように活動を調整していることが明らかになった。その背景には、【日常性を保つために身を休める】、【通常性を保つためにし続ける】というような、慣習的な意味を帯びた身体で行っている活動の調

整をすることによって、従来の自己概念を維持しつつ、慢性心不全によって生じる身体的な限界を受け入れていることがあるからではないかと考えられた。

2. 習慣の中で獲得した技能を用いること

本研究の研究協力者の中には、器具を用いて測定しなくても、血圧や脈拍を感覚的に把握できると述べた研究協力者が複数存在した。また、活動をする・しない、どうやってするというような判断をする際にも、なんとなく、であったり、息切れや動悸などの症状が出るという事ではなく、しんどいという感覚で判断していたりすることもあった。中には「大体このくらいかなと思って測ってみると大体当たってるから」(S氏)のように、自分が捉えた感覚を客観的に検証していることもあり、感覚的であるにもかかわらず、非常に現実的なものだと考えられた。同様の状況については、山下ら(2011)の研究においても、慢性心不全患者の生活調整において、患者が主観的な身体感覚を用いて、心負荷がかかりすぎない範囲を見極めていることが明らかにされている。慢性心不全患者の、このような感覚は、どのようにして身につけられたのだろうか。また、どのような状況下で発揮可能なのであろうか。

本研究において、慢性心不全患者が捉えていた感覚は、大きく2つに分けられた。一つは、【活動できる範囲に止める】や【不全になった心臓を動かす手立てをとる】の代表的事例であるS氏やR氏のように、セルフモニタリングや心臓リハビリテーションを通して、症状として現れた不調と、実際のモニタリングの値を照合させることを繰り返したことで、客観的な指標がなくても感じ取れるようになった感覚である。普段私たちは、今この時の血圧の値がいくらなのかを、測定することなしに言い当てることは難しい。しかし、S氏は「大体、今は96とか、98とか。話しているから100ちょっとはあるかもしれん。」と言い、R氏は「大体普通に歩いていると100くらい。それが話すと1分せんに130とかそのくらいになる。今は座ってるけど、こう、話していると、大体80、90回にはなっていない。」と、血圧や脈拍について話した。実際にR氏の脈拍を測定してみても84回/分と、ほぼR氏の述べた通りであった。両氏とも、現在は毎日記録をつけているわけではないが、発症当時や心臓リハビリテーション中には、血圧や脈拍、心拍数をモニタリングし、記録をつけていた。また、動悸や足に力が入らないような感覚など、体の異常を感じたときにはモニタリングし、自らが感じた症状と、その時の客観的指標を確認することを繰り返した結果、現在では測定しなくても血圧や脈拍をほぼ正確に把握できるようになったと述べていた。つまり、この感覚は、セルフモニタリングや心臓リハビリテーションを通して、S氏やR氏が身につけた技能だと言える。

Benner(1989/1999)は、Dreyfus(1990/2000)の技能獲得段階をベースに、看護師の技能を、熟練技能を備えた習慣的身体として、技能について述べている。ここでは、技能の獲得と習熟について、同一化や模倣、試行錯誤、新しい環境でのパターン認識能力と行動様式によって、身体におぼえこませて獲得するものという側面をあげた。技能の獲得と熟練は、経験の振り返りによって典型例を積み重ね、それによって得た対処パターンを現在の状況に無意識的に照らし合わせることで、臨床判断が行われるとする。S氏やR氏は、患者であり看護師ではないが、S氏やR氏が用いている技能は、おおよそこれに該当すると考えられる。S氏やR氏は、セルフモニタリング

や心臓リハビリテーションを行う中で、試行錯誤し、時には医師や他の医療従事者の助言を得ながら、数値として現れている身体の状態を、症状などの主観的感覚と結び付けることを繰り返してきたと考える。それによって、現在では測定しなくても、症状などの主観的な感覚から、おおよその血圧や心拍数が予測できるようになったのだと考えられる。両氏が獲得した技能とは、測定することなしに、身体の状態から血圧や心拍数といった身体の状態を推測する技能である。Dreyfus も Benner も、基本的には専門的な技能に関する獲得の段階について述べている。しかし、心不全を発症した当初の両氏が、血圧測定の結果や、心臓リハビリテーション中に表示される心拍数を見ながら、一つ一つの、感覚した症状と値、その時の活動というような情報を、組み合わせたり分解したり、医師や医療従事者に解説を受けたりしながら、徐々に自立して捉えることができるようになったプロセスは、初心者から達人へと向かう、卓越性のプロセスと類似するものがある。通常、歩いたり、話したりというような日常生活上の活動をするときに、自分の心臓がどのように動いているかを意識しながら活動することはない。しかし、慢性心不全という状況下では、これらの日常生活上の活動をすることで心不全症状が出現したり、活動ができなくなったりというような制限が生じる。そのため、慢性心不全患者は、不全になった心臓で生活をするという専門的な技能を必要とされる存在であり、S 氏や R 氏のように、心臓の状態を感覚することで、不全な状態である自分の心臓で【活動できる範囲に止める】ことをしたり、S 氏のように【不全になった心臓を動かす手立てをとる】ことをしたりすることができると思う。

慢性心不全患者が捉えていた感覚の二つ目は、L 氏や X 氏、B 氏のような、なんとなく感じる感覚である。S 氏や R 氏のように、血圧や心拍数というような、セルフモニタリングに関連したような感覚とは異なる。述べている本人も「何となく」、「説明は難しい」と話し、その時に心不全症状があったわけではないが、なんとなく感覚した不調のようなものである。X 氏は、運動の代わりに仕事帰りにゴルフの打ちっぱなしに行くが、なんとなくやめておいた方が良さそうな感覚があると、そのまま帰宅すると述べていた。また L 氏も、ゴルフに出かける時にしんどさを感じた日は出かけないと話した。両氏とも、その時に何らかの症状があるわけではなく、なんとなく感覚した、直感的な感覚であった。また B 氏は、外出の直前に血圧や体温を測っていたが、駅に着いた時に、特別気候が違ったわけではないが「今日は耐えられないかもしれない」と思い外出を取りやめて帰宅し、しばらくしたら発熱したという体験をしていた。これらの感覚の体験に共通していたのは、直感的な感覚であるということ、また、それらの感覚はいつもとの違いによって把握された感覚であったという点である。特に B 氏を例に述べると、B 氏は、散歩や高齢者セミナーへの参加など、毎日外出をするようにしている。B 氏が感じた、今日は耐えられないかもしれないという感覚は、毎日のように出かけている環境にも関わらず、耐えられないように感じたという違和感であった。こうした、いつもとは違うというような感覚を察知する力は、どのように獲得されたのであろうか。ここでは、Heidegger が存在様式の一つとしてあげた、道具的存在という側面から考察する。

Heidegger (1927/2003a,c) は、事物の存在の様式として、道具的存在をあげている。事物が存在するとき、それは何かのための道具として了解され存在する。人も同様に、何かをする道具として存在している一面がある。家事をする、書類を書く、歩く、

介護をする、農業をするといった事柄をするための道具として、その人は存在していると考えてもよいであろう。例えば主婦は、自分自身を、料理を作ったり、掃除をしたりする道具として了解し、主婦として振る舞っている。包丁や掃除機といった家事のための道具を使いながら、使っている主婦その人も、家事を為すための道具として存在している。“世人”である人は、日常性の中で、例えば家事を為す道具として、というように振る舞うことに疑問を抱くことなく、当然のように、繰り返しそのように振る舞っているといえる。本研究で言う“通常性”とは、このような日常性の中で繰り返し振る舞うことで習慣として身につけている生活の仕方である。その人が埋没し、住み込んでいる世界における振る舞いであり、意識しなくてもそのように身体が動いているものと言い換えることもできる。この通常性は、心不全を発症する前からの生活のなかで作られて来たものである。そのため、意識しなくても通常のように振る舞うには、道具である自分自身も通常でなければならない。しかし、慢性心不全は、活動耐容量の低下など症状があるため、発症前と同様に振る舞うことは難しい。Dreyfus (1990/2000) は、道具は故障や不調によって、無意識的な振る舞いから論理的な振る舞いを求めるようになると述べている。つまり、心不全を発症する前には無意識に行っていたことも、心不全という不調下では無意識に行うことは難しく、使い方を考え、意識的に行わなければ、道具として機能できないということである。では、L 氏や X 氏、B 氏はどうであろうか。L 氏、B 氏は、心不全と診断されたり、心不全症状を自覚したりするようになってから、10 年以上経過している。道具的存在という存在様式で考えれば、既にその背景に心不全によって活動に制限がある道具だと言える。しかし、制限がある状況下でも、L 氏は仕事をし続け、2 年前からはゴルフを再開していたし、B 氏も同様に、散歩や高齢者セミナーなどに参加していた。つまり、仕事をするための、老後を楽しむための道具として存在しているものの、既に慢性心不全によって、論理的な振る舞いを求める道具として存在していると言える。つまり、道具的存在であるために、仕事をするための、老後を楽しむための道具的存在であると同時に、心不全という不具合があり、非常に意図的に、意識的に用いられることを要求する道具的存在なのである。そのために、道具的存在としていつもの通りに振る舞うだけでなく、その振る舞いの際には、故障があっても〇〇として振る舞えるかどうかという事に、常に関心を向けつつ振る舞うという仕方では存在していると言える。その結果、いつもと違うという感覚を捉えることができ、ゴルフ場によらずに帰宅したり、外出を中止したりというような振る舞いとして現れたのだと考えられる。

このように、習慣の中で獲得した技能とは、発症後に習慣化した事柄の中から獲得した、自らの心臓の状態を症状から感覚する技能と、慢性心不全によって論理的な振る舞いを求める道具的存在として、自らの振る舞いに常に関心を向けることで普段との違いを感覚する技能があると考えられた。そして、それらの技能を用いることで、【活動できる範囲に止める】、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】、【新たな身体に合わせて通常性を修復する】という活動の調整が行われていると考えられた。

しかし、上記のような技能は、どのような状況でも発揮可能なのだろうか。道具的存在という事から獲得される技能は、普段との違いを感覚する技能だけではないと考える。例えば P 氏である。P 氏は、定年退職までサラリーマンとして働いていた。現在は

退職しているが、平日の朝は外出し、午後に帰宅して、右のものを左にやるのも妻に
してもらおうという生活は、サラリーマン時代から変わっていない。活動量計の結果を見
ながら、分単位で活動の内容を説明できる様子は、タイムスケジュールを組みながら
働いているサラリーマンさながらであった。現在の P 氏にとっては、午前中の外出は仕
事の時間であり、午後は仕事から帰ってきたプライベートな時間なのだと考えた。そし
て、プライベートな時間には、妻の世話を受けながら、ほとんど座ったり寝転がったりし
て過ごすという生活も、働いていた時から変わっていない習慣なのだと考えた。P 氏は、
意図的にこのような習慣を継続していたわけではない。P 氏が“サラリーマンとして”と
いう道具的存在として生活した 40 年間で、身につけていた習慣である。P 氏は、慢性
心不全を発症してから 30 年間、サラリーマンとして存在し、14 回以上のカテーテル治
療を受けながら、勤め上げることができた存在の仕方でもある。P 氏が、慢性心不全を
持ったサラリーマンとして存在してきた中で獲得した技能は、サラリーマンという通常
性の中で発揮されるものだと考えられる。例えば X 氏は、2 回目の心筋梗塞を発症し
入院するまでの間に、暴飲暴食をしたり、無理をして働いたりしても、何とかその日を
乗り越えていく生活の技能があったのだろうと推察された。しかし、意図的に行ってい
るわけではない。そのため、予備力や回復力が備わっている体に対しては事足りる技
能であったとしても、不全に陥った心臓である体には不十分である。このように、慢性
心不全患者にとって、心不全という状況に投げ込まれる体験は、身につけていた‘技
能’を使う事ができない状況に投げ込まれる体験だということもできる。

以上の事から、習慣の中で獲得した技能は、その習慣の中でこそ発揮できる技能
だと言える。慢性心不全患者が、通常性を維持しようとする理由には、慣習的
な意味を帯びた身体である事の他に、習慣の中で身につけた技能を発揮するためと
いう理由があると考えられた。慢性心不全は、心臓のポンプ機能の低下により、生活
機能に支障をきたすことが特徴的な病態である。活動に必要な酸素を送ることができ
ないことによって、体を動かすと息切れがしたり、苦しくて動けないという症状が起きる。
慣習的な意味を帯び、通常性の中で生活してきた慢性心不全患者にとって、この
ような心不全という状況に投げ込まれることは、それまで道具的存在として積み重ねて
きた歴史が覆され、自分という存在そのものを問い直さなければならない体験であ
ったと考えられる。また、積み重ねてきた歴史が覆るという事は、歴史の中で身につけ熟
練させていた技能も、それまでのようには使えなくなる。特に生活に関する技能は、そ
の生活であるからこそ発揮可能な技能である。心疾患患者を対象にした質的研究に
おいて、患者は世界の変化や、自己像の変化を感じ、見通しが崩れるような体験をし
ていることが明らかにされている (Allen et al., 2009; 服部, 前田, 2010; Subasic,
2013)。通常性を維持することは、これらの変化の中で、存在している世界と存在者
である自分を維持し、過去に獲得してきた技能を使いながら、慢性心不全を持った自
分として生きるために必要な活動の調整であると言えた。

II. 循環させるための活動の調整

本節冒頭において、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整には、『不全
に陥り動きにくくなった心臓を、動かしたり休めたりというような活動の調整をしながら、

如何に通常性を保ち、身につけている技能を使って投げ入れられた状況を生き抜くか』という、中心的な意味があったことを述べた。そしてI項では、慢性心不全患者が、なぜ通常であろうとするのか、また、通常であることにはどのような意味があるのか、そして、通常であることによってもたらされるものは何かについて述べた。本項では、慢性心不全患者にとって、不全に陥り動きにくくなった心臓を動かしたり休めたりするという活動の調整が、どのような意味をもって行われていたのかについて述べる。

10のテーマによって示された、慢性心不全患者が心臓を動かしたり休めたりするという活動の調整が持つ意味として、循環させるための活動の調整であることがあげられた。これは、心臓にかかる負荷を軽減するように体を動かしたり、休息をとったりという活動の調整とは異なる意味を持っていた。また、心臓リハビリテーションのように、骨格筋による心臓の補助機能を高めるという事とも異なる。心臓を動かしたり休めたりすることで循環させることは、何かしらの原因によって十全に動かなくなってしまった心臓を、リズムに乗せる、なぞる、し続ける、しておく、合わせる、というような患者の活動の仕方によって動かし、滞ってしまった循環を生み出そうとする活動の調整であった。また、この循環は、血液の循環だけではなく、死が眼前に立ち上がってきたことで生じた死への不安や恐怖といった気分を、調子よくいる事や、いい目を見る事、気分良く過ごすことによって、安心や安定へと循環させることでもあった。これらについて、心臓と心不全の生体・病態的特徴と、を踏まえて考察する。

本研究で、日常生活における活動とは、その人の関心や興味、社会、文化的な背景によって多様性があり、個人の背景的要因にそった日常生活のあり方が規定される日常生活において、動くことでエネルギーを消費したり、休むことでエネルギーを回復させたり、貯蓄したりすることを通して、意識的、無意識的に行っている有目的な行為を含む実践と定義し、これが慢性心不全患者の日常的振る舞いであるとしていた。結果として、活動の調整の仕方の10のテーマが明らかになったが、慢性心不全患者が動いたり休んだりする振る舞いにはどのような意味があったのだろうか。I項で述べたように、慢性心不全患者は、“通常であるために”という志向性をもって活動を調整していた。しかし、通常であるために活動を調整するためには、通常の活動ができるためのエネルギーの供給が必要になる。山下ら(2011)は、慢性心不全患者は、慣れ親しんだ生活を維持するために、心身のエネルギーを適切に配分し、務めや趣味を行うように生活調整を行っている事を明らかにしている。慢性心不全の症候の多くは、心ポンプ機能の低下によって、身体活動の維持に必要な酸素の需要と供給のバランスをとることができなくなることに由来する。酸素だけではなく、糖質などのエネルギー源は、血液によって必要な臓器に配分されることを考えると、慢性心不全という病態は、心機能によって使用できるエネルギー量が規制されているという事ができる。山下らの研究では、心不全発症前よりも減ってしまったエネルギーを配分することで、務めを行う事や趣味を楽しむことなどをし続けることができるように生活調整を行っていることが分かる。その規制されているエネルギーを、適切に配分し、消費することは、生活をする上では必要不可欠なことである。本研究結果からも【通常性を保つためにし続ける】、【日常性を保つために身を休める】、【住まい方の中にいる】というような、通常性や日常性などの、いわば慣れ親しんだ生活を維持するための活動の調整が明らかになっている。しかし、慢

性心不全患者は、限られたエネルギーを配分しつつ使用しているだけなのであろうか。本研究で明らかになった【不全になった心臓を動かす手立てをとる】、【心臓を休める時間を持つ】、【心臓の正常性を証明する】という活動の調整は、限られたエネルギーを配分して使用している状況とは異なる意味を持つ活動の調整であった。慢性心不全患者は、限られたエネルギーを配分して使用するだけでなく、滞ってしまっていて使えないエネルギーを、循環させることで使用可能なエネルギーにするような活動の調整だと言える。

1. 不全になった心臓の持つ意味

そもそも、慢性心不全患者にとって、不全になった心臓とはどのようなものなのであろうか。慢性心不全は、「慢性の心筋障害により、心臓のポンプ機能が低下し、末梢主要臓器の酸素需要量に見合うだけの血液量を絶対的また相対的に拍出できない状態」(日本循環器学会,2013b p.2)である。各臓器に必要な、酸素や栄養素などのエネルギーは、心臓のポンプ機能によって血液を循環させることで供給されており、慢性心不全の状態では、各臓器は慢性的なエネルギー不足の状態になっている。更に、肺うっ血などに伴う呼吸機能障害などが複合的に生じることで、特に活動に伴う骨格筋の運動では、酸素消費量も多くなるために、易疲労感、活動耐容量の低下などの心不全症状につながる(甲斐, 2012)。医療従事者にとっての心臓は、ポンプ機能の低下によって機能を果たしにくくなったものであり、様々な負荷によって容易に破綻するため、負荷を避ける必要性があるものである。だからこそ、各種デバイスや薬剤等を用いて、前負荷や高負荷の軽減と、心臓の運動の補助を目的とした治療を行い、酸素消費量の多い活動や動作を避けたり、医師の指示のもと行ったりするように、患者教育を行っている(眞茅, 池亀, 加藤, 2012)。本研究で明らかになった【新たな身体に合わせて通常性を修復する】、【活動できる範囲に止(とど)める】という活動の調整においては、心臓を感覚する技能を用いて、発症前の通常性には耐えることができなくなった身体に合わせて通常性に小さな修正を加えることで、通常性の連続を維持しつつ、過負荷を避けるようにしたり、その時々体調に合わせて、過負荷にならない活動の範囲に止(とど)めた活動にしたりしていた。また【活動の範囲を狭める】活動の調整の仕方では、医師から勧められたとしても確実に安全な範囲の活動しかしないようにして、過負荷を避けるようにしていた。これらの活動の調整の仕方は、意味という点から考えると異なる部分はあるが、視覚的に確認できる活動としてはコンプライアンスのよい、自己管理された活動の仕方と言える。また、【日常性を保つために身を休める】のように、連続した活動にならないように休息をとりながら適度な活動をするという状況は、現在行われている患者教育の効果として求められているものである。

しかし、【心臓の正常性を証明する】、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】という活動の調整の仕方では、心不全発症後にロードバイクやツーリングを始めたり、毎日18リットルの水槽の水替えをしたりというように、医師に相談しつつも、自らしんどいと感じる活動をしていた。また、【心臓を休める時間を持つ】活動の調整のように、飲酒などの必ずしも推奨されない活動を含む調整の仕方もあった。こうした活動の調整の仕方は、どのように理解されるべきであろうか。この点について、Heidegger の言う

“手許性”に基づいて、慢性心不全患者にとっての心臓の持つ意味という視点から述べる。

“手許性”とは、世界の内での道具的存在と出会い、道具的存在が使用可能なものとしての意味を帯びて了解されている状況を指す(Heidegger,1927/2003a,b)。心臓は、そもそも血液を循環させるポンプ、言い換えると、エネルギーを循環するポンプとして、存在している。しかし、普段の生活の中で、心臓をエネルギーを循環するポンプとして捉えて存在を意識することは余りない。階段を上る、走る、動悸を感じるという状況下で、動いていることを捉えることが多いが、エネルギーを循環させているポンプとして意識しているわけではない。つまり、普段の生活において、心臓が存在しているという事は了解していても、その存在を眺めているだけである。心不全を発症したことで、心臓は眺めやっていた存在から、エネルギーを循環させるポンプとして了解し、配慮的なまなざしをもって見つめることになる。その結果、心臓は意味を帯びたものとして、手許にあるものとなる。配慮的なまなざしをもって見つめることを、Heidegger は配慮的気遣いと呼ぶ。世界の内部で出会われる道具的存在と、その道具的存在に関わる現存在の存在が配慮である。配慮によって道具的存在は、〇〇のための道具として現存在に存在を開き、現存在も〇〇のための道具として道具的存在を了解する。そして、配慮的気遣いによって、道具的存在は、その都度の必要性に応じて、意味を帯びた道具的存在性として、世界の中で現になる。心臓は、いつも動いており止まることは死を意味するが、自分の心臓は動いているものというようにあいまいに了解されている。配慮によって、心臓はエネルギーを循環させるものとして了解され、配慮的気遣いによって、規則正しく動いてエネルギーを循環させて生命をつないでくれるものというような、意味を帯びた道具的存在性として了解される。

【心臓の正常性を証明する】、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】、【心臓を休める時間を持つ】という活動の調整をしていた研究協力者は、心臓を、どのように配慮的なまなざしをもって見つめていたのか、また、どのような意味を持って手許にあったのか。ここでは、【心臓の正常性を証明する】の範例であり、心不全発症後にロードバイクを始めた E 氏を例に述べる。

E 氏は、心不全によって ICU に入院したことを「何か薬が効かんかったら、やばかったらいいんですよ、僕。」と、生命の危機の状況であった状態から、薬が効いたことで生きることができた体験として振り返った。これは、まだ 20 代で、忙しく働いていた E 氏にとっては、予想だにできなかった状況であった。E 氏は、ICU に入院したことで、当然のように動いているものであった心臓が、拡張型心筋症という疾患によって当然のように動かなくなり、更には薬が効かなければ止まってしまう心臓であることを理解していた。E 氏の心臓は、拡張型心筋症によって不全に陥り、薬が効かなければ止まってしまう心臓として E 氏の世界に現になったと言える。E 氏は、心臓を配慮的なまなざしで見つめることで、薬が効かなければ止まっていた心臓であり、薬が効いているから動いている心臓という意味を持った、手許にあるものとして心臓を了解していた。また、ロードバイクを始めたことについて、「180 くらいまで行くと、結構しんどい、やばいかなと思うくらいには。それで 180 までかなと思って。最近はそうでもないけど前はかなり心拍数上がったんで。最近はそこまでのいかないからまあ様子見て。さすがに戻らなかったらま

ずいんでしないと思いますけど、特にそんなことなかったんで。」と話し、「しんどいけど、やれば慣れるかなと。走るのとか、そうじゃないですか。やっていけば走れる距離も長くなるのと一緒に、最初はそういうもんかなと。」言うように、正常な心臓と同じように、負荷に慣れることで動くようになる可能性がある心臓という意味もあった。E氏は、【心臓の正常性を証明する】という活動の調整を、薬が効かなければ止まってしまっていたかもしれない心臓が回復し、E氏自身の存在が発症前と変わらない生活を営めたり趣味を楽しめたりできる存在であり、今生きて現に存在できていることを証明するという意味を持った活動の調整として行っていた。この背景には、不全に陥り動かなくなってしまう心臓ではなく、薬が効かなければ止まってしまう可能性がありつつ、それでも正常な心臓と同様に動き、慣れることによって動く可能性を持った心臓という、手許にあるものとしての理解があったと考えられる。

前述したように、Heidegger(1927/2003a)は二元論を明確に否定し、心身は不可分なものとして考えている。道具的存在とは、世界の中で、現存在に出会われるものであり、身体の一部である心臓を、道具的存在として客体視するには疑問が残る。心疾患患者を対象とした研究で、患者は、自分自身の身体を、見慣れない不慣れなもの(Subasic, 2013)、制御できないもの(阿川、原、小野、沖中,2012)として捉えること、心臓を意識したり気にしたりすることによって内在的な身体体験をする(朝倉,1998)ことなどが明らかにされている。これらの体験は、自分自身の身体を、不慣れな物や制御できないものとして、客観的にとらえる体験であると言える。本研究でも、自らの心臓を金属疲労状態にあるパイプだと例えて説明していた。またR氏のように、統合されたものでありながら、自らの心臓を客観的に捉えて表現する研究協力者もいた。Toombs(1992/2001)は、「それまで意識せずして単に生き生きと働いていた身体が病気になると、身体は招かれざる客体になり、注意を向けざるをえなくなる。身体の客観化は、必然的に自己の身体からの疎外感を生む。とりわけ、身体をもはや自己を自己として表現する存在としては経験されなくなる。むしろ、身体そのものは物質的・物理的客体であるかのように現れたり、自分の計画を遂行する場合に克服しなければならない敵対勢力として現れる。」(p.180)としている。心機能の低下によって生じる、できていたことができなくなる、してはいけなくなる、することが怖くなる、というような体験は、当然のように身体の一部であった心臓が、不調をもたらす原因として世界に現にされる体験ではないかと考える。そして、世界に現にされた心臓は、循環させるポンプという道具的存在として了解される。だからこそ心臓は、身体の一部でありながら、世界の中にある眺めるものとして、身体の外に出され、手許にあるものとして了解可能になると考える。また、心不全患者は、心電図モニターや血圧、体重、脈拍として、心臓の動きが可視化された環境で入院生活を送る。服部、多留ら(2010)は、慢性心不全患者のセルフモニタリングについて、身体症状・身体活動の変化や体調管理の状況を自覚したり測定したりすることで把握し、それらの情報から自らの病状を解釈することで成り立つものとしている。慢性心不全患者は、このように身体の外で数値として可視化された心臓を眺め、解釈している。毎日の散歩と鉄道会社が主催しているハイクへの参加を続けているR氏やリズムに乗せることで、マンションの管理人としての連日勤務をこなしているS氏は、血圧や脈拍という外に出された心臓を解釈することを

繰り返し、現在では外に出す作業をしなくても、心臓の動きを解釈できるようになっていた。また、ロードバイクを始めたE氏や、一時中断していたゴルフや海外旅行を再開したL氏は、超音波検査の結果や心臓リハビリテーションの場で、医療従事者の確認をとりながら運動することなどによって、測定され、可視化された心機能によって、身体の状態を解釈していた。仕事を持つ慢性心不全患者のセルフモニタリングの先行研究では、身体が教えてくれる限界だけではなく、医師の評価を頼りにする事を繰り返すことで体調を解釈していることが明らかになっている(上谷, 瀬戸, 清水, 2013)。こうした、可視化された心臓と研究協力者の関係は、まさに配慮的気遣いの関係である。慢性心不全患者は、統合されたものとして世界の内側に存在しながらも、眼前に眺めるものとして心臓を意識し、関心を寄せ、不具合を持った道具的存在として捉えていると考えられる。

慢性心不全患者にとっての心臓は、不全であり、動きにくいもの、いつか止まる可能性があるものであるが、それでも現在は、正常に反応し、動き、生活することを支えることができている心臓である。そして、活動によって、慣れることができたり、鍛えることができたりする可能性がある心臓であると言えた。このような手許性を持った心臓であることによって、研究協力者の振る舞いとしての活動の調整は、“循環させるため”という志向性を持った活動の調整になっていたと考える。エネルギーを循環させるためのポンプとして存在している心臓が不全に陥っている状況が心不全という病態である。しかし、運動をすれば心拍数が増え、しばらくすると元に戻ることや、増えた脈拍が、規則正しく拍動を刻んでいる事、体を動かすことで冷たくなっていた足の先が温かくなること、心不全になる前からしていたことを同じようにできる事など、心臓が、不全であっても正常性を持って動いているのであるならば、E氏のように心臓に働きかけをすることで、不全である部分を補い、心臓を動かすという活動の調整の仕方が、循環させるためという志向性を持った活動の調整である。心臓そのものは不随意の臓器であるため、骨格筋のように意図的に動かすことはできない。そのため、身体の活動によって心臓に働きかけることで心臓を動かし、エネルギーを循環させることになる。その方法が、次に述べる、3.身体を動かすことで心臓を動かすこと、4.身体を休めて心臓を休めることである。また、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整の特徴として、慢性心不全患者は、自らの心臓をコントロール可能なものとして捉え、身体の活動を通して心臓を動かしたり休めたりするように、活動を調整していることが示された。そして、動かしたり休めたりすることによって、不全になっている心臓の動きを補助し、エネルギーを生み出そうとしている事、また、血液の循環だけではなく、安らぎや安定という気分の循環を生み出し、揺らぎやつらさという心的状況を生き抜いていることが示唆された。

2. 活動とエネルギー

身体を動かすことで心臓を動かすこと、身体を休めることで心臓を休めることの2点について述べる前に、慢性心不全患者の活動と、エネルギーとの関係について考察する。一般的には、活動はエネルギー消費に関わるものである。慢性心不全患者の活動耐容量の低下は、活動によるエネルギー消費に用いられる酸素が、心ポンプ機

能の低下によって十分供給できないことが原因である。II章の文献検討でも述べたが、循環器医療の領域において、活動と休息は対をなすものとして捉えられている。心臓への負荷としての活動と、活動による負荷を取り除くものとしての休息である。概ね、活動とは、運動などの動的な状況を指し、休息は睡眠などの静的な状況を指す。活動と休息は、対義語のように反対の状況であり、心臓を取り巻く状況として対をなすものだと捉えられる。しかし本研究では、休息の概念分析の結果、休息とは活動の仕方の一つだとし、活動の中に含まれるものとして扱った。その結果、休息は活動の中に含まれるものであり、エネルギーを循環させる、同じ方向性を持つ活動であることが示された。そして、慢性心不全患者が、活動をすることによってエネルギーを作り出そうとする活動が明らかになった。つまり、心臓が十全に動かないことによって、本来あるエネルギーが十全に活用できず、滞っていたものを、心臓を動かすことによって循環させ、エネルギーとして使用可能なものにする活動の調整の仕方である。

この活動の調整は、心臓リハビリテーションのように骨格筋による心ポンプ機能の補助を目的とするのではなく、運動することで心拍数をあげ、循環を良くするというような、直接的に心臓に向けて行う活動であった。不全である心臓の自然な活動に任せるのではなく、不全な心臓を動かすように補助をする目的の活動の調整である。2012年に改定された心臓リハビリテーションガイドライン(日本循環器学会, 2013b)によると、慢性心不全患者での有酸素運動の効果は、末梢循環や骨格筋機能の改善など末梢性効果が運動耐容能増加、換気亢進の是正、冠灌流の改善、自律神経機能の改善が示されている。心臓リハビリテーションは、心臓をそのものを動かすことを目的とするのではなく、低下したポンプ機能で、できるだけロスなく動くことができるように整える事が目的と言える。本研究で明らかになった【不全になった心臓を動かす手立てをとる】という活動の調整は、体を動かすことに伴って心拍数が増加することを利用し、心臓をそのものを動かすことで血液の循環を良くすることを目的とした活動の調整であった点で、心臓リハビリテーションとは異なっていた。

研究協力者らは、仕事や歩く事、水槽の水替えをすることによって、運動量を増していた。【不全になった心臓を動かす手立てをとる】の範例であるM氏は、心不全であっても仕事はできる範囲にあったが、タクシーの運転手という職業柄、安全のために仕事を辞めた。そして、辞めたころから不調を感じるようになり、現在の不調は「病気が病気をこしらえた」ものだと捉えていた。そのために、毎日治療として散歩に出かけ、これ以上動かなくならないように、体を動かすことで心臓を動かしていた。代表的事例であるN氏は、力仕事をしてきたが心不全によってできなくなった。「やっぱり動かなあかんわな。血流、循環も悪いやろうし。歩いたらいいんやろうけどね、30分でも。したらもう血液の循環が悪か知らんけど、足の爪に、黒うなんねん。せやからそれが痛なつてな、靴でも大きめに買ってんねんけど、歩いたらそうなんねん。」と、視覚的にも循環の悪さを感じていた。しかし、水槽の水替えのために毎朝2時間~3時間、階段を上り下りしたり、18リットルの水を入れ替えたりする作業をすることで、「やっぱり、足が、いいんやろうと思うわ、階段。あれね、寒い時期でも足。」と、循環が悪くて歩くと黒くなって痛む足が、水槽の水替えをすることで足に良い効果が出ていると感じていた。

このように、慢性心不全患者の活動の調整には、病態によって生じる、エネルギー

が規制された状態や、それによって生じる倦怠感や息切れ、活動耐容量の低下などによって自然に生じる活動の制限がある中で、適切にエネルギーを配分して消費するだけでなく、体を動かすことで心臓を動かして、循環を改善し、エネルギーを作り出すことで体調を改善させるための活動の調整が行われていた。M氏は、治療としての運動と、生活上の歩く動作とを分けて考え、公園までの散歩は治療としての運動として位置付けていた。このように、身体を動かして心臓を動かすことには治療としての意味合いが含まれていた。山田と小松(2007)は、虚血性心疾患患者の運動継続に影響する要因を明らかにしているが、その中で、前提要因としての運動への結果期待、自己による統制感と、強化要因としての運動に対する充足感をあげている。運動を自分の統制下で行える治療として捉え、少しでも予後を改善することを期待して運動を行い、その結果、客観的指標や生理的変化を確認することで充足感を得て運動を継続できるとする。この先行研究で明らかになっている自分で行える治療としての運動と同様に、慢性心不全患者においても、ポンプ機能が不全になり、十分にエネルギーを循環させられない心臓に対して、自律しては動けなくなっているポンプを身体を動かして心拍数を増やすことで動かして、エネルギーを循環させようとする、自分で行える治療的な意味合いを持っていると考えられる。但し、慢性心不全患者における治療的な意味合いは、心臓を治療するという事ではなく、ポンプ機能の不全によって十全に行えなくなった循環を促すという、症状に対する対処としての治療であった。研究協力者が、循環させていると感じ取れるものは、冷たくなっていた足が温かくなる感覚であったり、倦怠感が取れて動きやすいと感じる感覚であったりした。これらは、慢性心不全の症状が改善された感覚であり、研究協力者らは、活動をしていない時にある症状と、活動によってその症状が改善されたことの違いを捉えて、活動の効果として捉えていたと考えられる。

しかし、こうした活動の調整の仕方は、医療の監視を離れたところで行われている。慢性心不全患者の日常身体活動を身体活動量測定計を用いて解析した研究(長沼, 井上, 神山, 飯塚, 鈴木, 1999)では、心不全増悪と日常身体活動との関係について、一日の身体活動量が多く、身体活動の過量が心不全増悪の重要な因子と考えられることを報告している。このことから、慢性心不全患者が治療として行う活動が、返って心不全を増悪させる可能性があるとも考えられる。本研究の研究協力者は、1年以内の心不全増悪による再入院歴が無い患者を対象としており、範例、代表的事例となっている研究協力者は、いずれも安定して経過できていると医療従事者が判断した患者であった。日常的に運動をしたり、水の入ったバケツをもって階段を往復したりというような活動が行われているにも関わらず、心不全を増悪させることなく経過できた理由として、I項で述べた“自らの心臓の状態を症状から感覚する技能”と、“自らの振る舞いに常に関心を向けることで普段との違いを感覚する技能”があると考えられる。循環させるという志向性を持つ前提には、不全であっても正常性を持って動いている心臓という、手許性があった。特に本研究の対象となっている、ステージB、Cの状態は、心臓の器質的変化によって著しく予備力が低下した状態であるが、治療等によって安定した状態で維持可能な段階である。そのため、これらの技能を用いることで、心臓に残されている予備力の範囲で、正常から逸脱しない範囲に収

めることができているのではないかと考えられる。実際に、M氏、N氏、S氏共に、感覚する技能を用いて、活動できる範囲に止(とど)めたり、身を休めたりする活動の調整も行っていた。

配慮的気遣いのまなざしから見た不全な心臓は、生活を送るには動きの悪い道具であり、エネルギーを十分循環させることができない道具だと言える。配慮的気遣いによって、意味のある道具、つまり手許にあるものとして心臓を了解することで、その道具をどのように使用するかという振る舞いが生じる。その振る舞いが、【心臓の正常性を証明する】、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】、【心臓を休める時間を持つ】、【活動できる範囲に止(とど)める】といった活動の調整である。これらの活動の調整は、動かすだけではない。休めたり、止(とど)めたりといった、心臓を休めることも行っていた。動いているとき、休めているときの落差をつけるように活動を調整する事によって、エネルギーを循環させることができていると考えられた。

3. 身体を動かすことで心臓を動かす

身体を動かすことで心臓を動かすとは、これまでに述べてきたように、身体の活動に伴って動きが変化する心臓の動き方を用いて、動きにくくなっている心臓を、身体を動かすことで動かして、循環を助ける活動の調整の仕方である。具体的には、リズムに乗せる、なぞる、し続ける、しておく、合わせるというような仕方があった。研究協力者の中には、医師などの医療従事者に確認をとりながら行っていることもあったが、生活の中で自然にそのようにされていたり、中にはそのように活動している研究協力者自身も、無意識のうちにそのように活動していることもあった。こうした活動の仕方は、どのようにして獲得されたのであろうか。

例えばA氏の、農業をし続けるという活動の調整は、農業とは自分に合わせてくれるものではなく、合わせなければならないものであるが、大体のタイミングが合えば、自然の力で助けられることがあるものだという事を、A氏が了解していたこと、そして、自分や自分の家族が食べるものは自分で作るのが百姓だという、百姓としての通常の在り方を獲得していた事が、背景にあって行われていた活動の調整であった。また、タクシーの運転手だったM氏は、周囲の状況や運転に気を配りながら、目的地まで移動するというタクシー運転手の頃の活動の仕方をなぞるように、自分の活動一つひとつを説明できるほど意識して気を配りながら歩くことで、公園という目的地まで移動することを、毎日繰り返していた。A氏やM氏のこの活動の調整の仕方は、慢性心不全になったことで、規模を縮小したり、タクシーを運転するのではなく自分の足で歩くことに変更したりしているが、基本的には心不全発症前からの生活の中で獲得している活動の仕方である。また、P氏が崩さないようにしている、午前中は外出し、帰宅後は妻の世話になって過ごす生活のパターンも、サラリーマン時代の生活のパターンであり、このパターンを崩さないでいられることで、P氏は自分の体調を崩さずにいられる。このように、慢性心不全患者の活動の調整には、心不全を発症してから獲得した技能だけではなく、それ以前から身につけている生活の技能を、心不全になって変化した身体に合わせて応用していることが考えられた。

Benner(1989/1999)は、人間は身体に根ざした知性として存在しており、それぞれ

が所属している文化や家族を通じて、背景の意味を与えられているとする。背景の意味とは、「文化によって人に誕生の時から与えられ、その人にとって何が現実とみなされるかを決定する」(p.52)のものであり、「何が存在するかに関する人々に共有された公共的理解である。背景の意味はそれ自体は対照的に取り扱える「もの」ではなく、むしろ世界に対する理解の様式であり . . . 人間は身体に根差した知性として存在するがゆえに、すでに誕生の時から——という事は反省的意識を持つ以前から——文化的な背景の意味を取り入れることができる。」(p.52)としている。個人が誕生して以来所属している文化や下位文化、家族を通じて与えられてきた意味であり、そこでの人生経験を通じて獲得してきた意味であるために、背景の意味は、人がその文化の中で背景の意味を携えて生きていくにつれて変容し、新しい形態を取り入れて変わっていくものでもある。慢性心不全患者は、患者である以前から、百姓やサラリーマン、タクシー運転手というような仕事、主婦や介護者という役割などによって与えられた背景の意味を携えた存在である。また、慢性心不全という状況に投げ入れられたことによってその背景の意味は変化しても、そもそも存在している文化そのものが変わるわけではないために、身体に根差した知性として獲得している文化の中で生活する技能は、そのまま生かされ続けると言える。このように、背景の意味によって獲得された技能がある事は、前述した通常性を保つことにもつながるものである。特に、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】活動の調整については、背景の意味によってすでに獲得されている活動の仕方をを用いて、身体を動かして心臓を動かすように活動の調整を行っていると考えられる。

また、【心臓の正常性を証明する】活動の調整は、E氏のように心不全になってからロードバイクを始めるという事はあるが、その前の段階では、仕事ができるようになったことをロードバイクを始めるタイミングとして捉えていた。まずは通常の生活に戻り、通常に生活できる心臓であることを証明することが第一歩となっている点で、背景の意味によって獲得されている活動の仕方をを用いつつ、新たにロードバイクを始めることで獲得される技能があると考えられる。Dreyfus (1990/2000) は、Heidegger の『存在と時間』第二篇は、アリストテレスのフロネーシス(実践的知恵)について扱っていると解釈し、「フロネーシスを持つ人にとっての理解可能性とは、共有された文化的振る舞いの内部でなされる長い間の経験から生じてくる、様々な反応を、徐々に洗練した結果なのである。」(序文 p.24)とする。【心臓の正常性を証明する】活動の調整を行っていた研究協力者は、心不全によって乱された通常性を回復し、そこで技能を使いながら、更に新しい活動を始める事でまた新たな理解可能性を洗練し、技能として獲得しつつ、身体を動かして心臓を動かすように活動の調整を行うと考えられた。

4. 身体を休めて心臓を休める

IV章 7 節において、【心臓を休める時間を持つ】という活動の調整は、身体的にも精神的にも影響を受ける、心身の統合されたものとしての心臓を、低下した心機能に合わせた生活に変えざるを得ないことと、変えざるを得ない生活によって生じる自分と言う存在の不安定さを、変えなくてもよい時間を過ごすことで安定させ、バランスが取れて安らぎを得る事だと述べた。生理学的にも、慢性心不全患者は常に交感神経緊

張状態にあり、心不全の進展や重症不整脈の発生に寄与することが推定されている（日本循環器学会，2013a）。【日常性を保つために身を休める】との違いは、日常性を保つために身を休める活動の調整は、慣習的な意味を帯びた身そのものを休めることで、活動に伴う心身の負荷を取り除くための活動の調整であることに比べ、【心臓を休める時間を持つ】は、意図的に休めると言う行為を行って負荷を軽減するのではなく、心不全発症前と変わらない時間を過ごせている事によって、一時的に心不全患者としての生活から解放される時間を持つことができ、それによって、自分に対して自分らしさを示すことができる事である。つまり、心臓を休める時間とは、必ずしも身体的負荷を取り除いた状態とは限らない。A 氏にとっての心臓を休める時間は、友人と喫茶店に出かけて話をする時間や晩酌の時間であった。身体を休めて心臓を休める事の身体とは、心身が不可分に統合された身体であり、心臓を休めるとは身体的な負荷と心理的負荷の両方を取り除くことで起きる、心臓の休息である。

心臓は、常に一定の感覚で動き続けている臓器である。その動きを休めることは、死につながるため心臓が休むという事はできない。小島と寺町(2010)は、心不全を繰り返す拡張型心筋症患者は、病態に対して<生と死に向き合う心の揺らぎ><疾病と共存することへの辛さ>という心理的状況を抱え、こうした状況に対して、家族や友人の支えによってバランスをとっていることが明らかにされている。小島らは拡張型心筋症患者を対象にしているが、慢性心不全患者でも同様の事が言える。生命そのものである心臓が不全となったことや入院の体験は、これまでに述べてきたように、それまで覆い隠されていた死が、眼前に立ち上がる体験である。自分こそが死ぬ可能性がある存在であると気づいたとき、不安や恐怖というように、気分付けられることになる。Heidegger(1927/2003b)は、現存在が気分付けられて存在しているという存在の仕方を、情態性と言う。『存在と時間』においては、死という可能性が、不安という根本的情態性の関係について記されているが、慢性心不全が生命予後だけではなく、生活予後も不良な症候であることを考えると、できなくなるという生活の喪失も、死と同様に慢性心不全患者を気分付ける可能性であると考えられる。慢性心不全患者は、いずれ来る死や、また体験するかもしれない症状への恐れ、症状や治療的制限によってこれまで通りの生活ができなくなるであろうことによって、不安や恐怖、情けなさというように気分付けられると考えられる。

研究協力者の中には、G 氏や T 氏のように、自分が安全だと確信できる範囲に活動の範囲を狭め、客観的にできそうだと思う事でも、しないで避けるように活動を調整していたり、I 氏や H 氏のように、できていることがあるにも関わらず、できなくなったことに関心が向けられ、情けなさや不安を感じていたりすることもあった。眞茅(2013)は、慢性心不全患者に合併するうつ症状は、急激な症状出現や苦痛を伴う治療による恐怖・不安、心機能低下による身体活動能の低下や就労・余暇活動の制限による喪失感や孤独感、厳密な自己管理の必要性や増悪および死の危険性に直面することによって生じるとする。慢性心不全患者は、交感神経作動薬の使用や、病態による酸素供給量の低下もあり、うつを合併する割合が高い。日本での慢性心不全患者のうつ有病率は、約 26～31%(Yamada, Shimizu, Suzuki, & Izumi, 2012)で、慢性心不全患者の約 3 人に 1 人が、Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)8 点以

上のうつ状態にある事が示されている。小島ら(2010)が明らかにした心的状況からも、慢性心不全患者が、慢性心不全によって不安や恐怖、情けないと気分付けられることは、このような心理的状況を生じさせることが推察される。

慢性心不全患者は、変わらざるを得ない状況に投げ入れられることはこれまでも繰り返し述べてきた。これは、慢性心不全患者自身もそうであり、医療従事者や家族も変わらざるを得ないと思っている。しかし、患者が住み込んでいる世界や、日常性が変わるわけではない以上、変わらない部分は残っているはずである。変わっていないという事実や、変わらずに生活上の活動を行えているという事実は、慢性心不全患者にとって、安心や安寧というように気分付けられる体験だと言える。調子よくいること、いい目をみる事、気分良く過ごすことというような心臓を休めるという活動の調整は、慢性心不全という状況に投げ入れられ、不安や恐怖、喪失感や孤独感というように気分付けられて存在している慢性心不全患者が、変わらない状況があることを自覚することで、安心や安寧と気分付けられて安らぎを得る事である。また、安らぐことによって、身体的な負荷だけではなく、心理的負荷が軽減され、意欲や活力というような、心理的なエネルギーが生まれ、そのエネルギーが循環することで、投げ入れられた状況を生き抜いていることを示すと考えられた。

第2節 看護への示唆と研究の限界

1. 看護実践への示唆

ここまで、範例と代表的事例を示しながら、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整がどのような現象であったのかを述べてきた。序文で述べたように、本研究のきっかけとなったのは、ボーリングをしていた60代の男性心不全患者との出会いであった。心不全を増悪させることなく生活を送っている、コンプライアンスの良い患者として紹介を受けたこの患者の生活は、重いボーリングの球を息を止めて持ち上げたり、大会の前日にはβブロッカーの内服をやめ、当日には利尿剤の服用もやめて参加したりと、少なくとも一般的なコンプライアンスの良さとは異なる生活であった。しかし、それでも10年以上、心不全を悪化させることなく生活ができており、ボーリングという生きがいを持ちながらの生活を、非常に生き生きと語っていた。再入院せず、安定して生活している慢性心不全患者の中には、医療従事者のアドバイスとは異なる生活をしつつ、うまく再入院のリスクを回避している患者がいた。そしてその生活には、再入院率が高いと言われる慢性心不全患者が安定して生活できるためのヒントがあるのではないかと考えた。もちろん、これまで行われているセルフケア、セルフマネジメント、疾病管理などの視点から行われているケアを否定するものではない。本研究の研究協力者は、少なくともこれらのケアを受けたうえで、現在の安定を得ている。再入院を繰り返す患者が退院後6カ月以内で27%、1年後は35%(眞茅, 筒井, 2012)と高率であるとはいえ、本研究協力者のように、再入院することなく生活することができている60~70%に属している慢性心不全患者の、その生活を見ることによっても、何かしらのヒントが得られるのではないかと考えた。本研究では、このような高率な再入院率の背景にある、これまで行われているケアでカバーできていない部分を補う、新たな介入のヒントを得ることを目指した。この研究から得られた慢性心不全患者が安定して生活できるためのヒントとは何で

あったのか、以下に述べる。

1. 通常性を保つことの支援と埋もれている技能の発掘

2000年代前半に、慢性心不全患者の再入院の要因は、塩分・水分制限の不徹底(33%)、感染症(20%)、過労(12%)、服薬の不徹底(11%)、身体的・精神的ストレス(5%)などであり、多くは患者の自己管理の不十分さが原因となっていることが明らかになった(眞茅ら,2005)。この発表と前後して、慢性心不全患者への介入の多くは、これらの患者の自己管理の不十分さを改善することを目的とした、行動変容を求めるものが主流となり、効果も検証されていることは、序文でも述べた通りである。本研究結果では、【住まい方を作り直す】、【新たな身体に合わせて通常性を修復する】というような、生活の仕方の見直しに基づく行動の変化が示されたテーマが抽出された。しかし、本章1節でも述べたように、研究協力者の活動の調整は、病態からどうしても変えざるを得ない現実があるが、変えざるを得ない中でどのようにして通常性を保つかという事が重要視されていた。Toombs(1992/2001)は、「病気とは、調和、安定性、能力、および安楽を失った状態であり、「慣れ親しんだ世界を失う」とことと関係する。現象学的分析で明らかにされるように、病気は自己変容した実存状態であり、世界一内一存在のありかたが著しく変化した状態を意味する。この変化は、一過性の場合もあれば、長期にわたる場合もある。このような自己変容した状態で、病んだ人は普段の活動に従事することができなくなり、日常的な仕事や遊びの世界に関与できなくなる。慣れ親しんでいる世界がいままでどおりに続く中で、このような孤立状態は一層深刻である。」(p.188)と述べている。このことから分かるように、世界の中で孤立状態になり、医療従事者からも変化を求められる中で、通常性を保つことは非常に困難だと考えられる。そのような困難な中で、慢性心不全患者は通常性を保つために様々な活動の調整を行っていた。

本研究から示されたのは、世界一内一存在として、慣習的に変わることができない部分があることや、変わらないことによってもたらされる安定がある事、通常であるからこそ発揮できる技能がある事であった。慢性心不全患者の体験には、日常的につきまとうしんどさから心不全増悪時の究極のしんどさまで、様々なしんどさを体験せざるを得ないこと(服部, 前川, 2010)、常に続く苦しさや命が脅かされた忘れられない極限の体験(阿川ら, 2012)などの症状体験があり、それによってできないことが増えるなど、変わらざるを得ない世界に投げ込まれる。また投げ込まれた世界では、できないという事だけではなく、することが怖いというように気分付けられて存在することにもなる。慢性心不全患者は、そのような投げ入れられた世界の中で、慣習的に意味づけられた身体をもって、生活者として生活し続けなければならない。もちろん、セルフケアやセルフマネジメント、疾病管理など、生活を変えることで投げ入れられた世界の中で生き抜くことを支援することも重要であり、効果的であることは明らかである。しかし、維持することに着目し、その人がどのような意味を帯びて世界の中に存在しているのか、その存在の仕方に心不全がどのように影響するのか、変えざるを得ない部分はどこで、維持するのはどこかを、患者と医療従事者が共有しながら理解することが必要だと考える。医療従事者は、共に気遣う存在として患者の世界に住み込み、患者が

生活の中で身につけている技能を共に探し、どのように生かすかを考えて実践することによって、患者は変わらざるを得ない世界の中で、変わらない安定を見いだせるのではないか。

例えばH氏は、主婦としての存在の仕方を変えなければならなかったがために、「とにかく歩く、歩く、歩かねば」と、下肢のだるさや痛みがあってもとにかく歩くことで、模範的に療養をしている患者として、投げ入れられた世界での明るみを開こうとしていた。しかしH氏には、夫のために献立を考えて料理を作るという主婦としての存在の仕方があり、夫を送り出した後でコーヒーを飲みながら、晩御飯の献立を考え、ゆっくりと座ってガーデニングで整えられた庭を眺める時間があった。インタビューを通して、掃除や洗濯、ガーデニングなど、一人で主婦業をすることができず常に夫と共にしていること、中には掃除のように夫の方が長年主婦をしていた自分よりも上手にできることなど、主婦としては十分機能していない自分について語っていた。しかし最後には、料理は変わらず自分でできる事、心不全になる前と同じように家族を思いやって献立を考えている事が整理され、「今が一番幸せなんかなあ」と、夫の手を借りながら主婦として存在している自分を評価していた。

また、変わらざるを得ない状況であったとしても、患者が住み込んでいる世界の内に医療従事者も共に住み込むことで、どのように変えることでその患者の生活が維持されるのかを考えて介入する必要性が生じてくる。【活動の範囲を狭める】の範例であったG氏は、いつ倒れるかわからないという不安から、絶対に安全だと思える範囲の活動しかできなくなっており、健康関連QOLも低値であった。G氏は、食料品と古本を買いに出かける以外の外出はほぼなく、常に自宅の中にいるが、医師からは外出や散歩などの運動を勧められている。現在の必要以上に狭められた活動の範囲ではなく、外出などを気楽に行えていた活動の範囲を維持するように支援することは、必要以上に活動範囲を狭め、Toombsの言うような慣れ親しんだ世界の中での孤立を防ぐ手立てにもなると考える。

更に、“自らの心臓の状態を症状から感覚する技能”と、“自らの振る舞いに常に関心を向けることで普段との違いを感覚する技能”という点で、現在行われているセルフモニタリングの支援の重要性と発展の必要性が示されたと考える。慢性心不全患者のセルフモニタリングは、測定や自覚によって身体活動・身体症状の変化や体調管理の状況を捉え、解釈するものとされている(服部、多留ら、2010)。“自らの心臓の状態を症状から感覚する技能”と、“自らの振る舞いに常に関心を向けることで普段との違いを感覚する技能”の内、特に“自らの心臓の状態を症状から感覚する技能”は、セルフモニタリングを繰り返すことで、感覚する技能として習熟し、直感的に用いることができるようになった技能だと考える。文献では、セルフモニタリングの帰結として、適切なセルフマネジメントによって、適切な対処行動がとれ、身体活動の維持ができ、生活習慣が是正され、心不全増悪と再入院のリスクが軽減することでQOLが改善されるとしている。本研究では、二つの感覚する技能を用いることで、身体活動が維持されるだけでなく、E氏のように活動を広げたり、L氏のように一度遠ざけた活動を再開したりというように、より積極的な活動を行う事に繋がること示された。これは、セルフモニタリングの帰結としての活動の仕方というだけでなく、背景に、心臓の手許性

があると考え。E氏やL氏にとって心臓は、不全であっても正常性をもったものであり、生きて活動することを支えてくれているものというような意味を持ったもので、同時に、不全であり動かなくなる可能性があるものであった。そのため、ロードバイクやゴルフ、海外旅行など、やってみることをして、その時の心臓の反応を感覚して活動の仕方を選ぶことができていた。E氏やL氏は、いつか動かなくなってしまう心臓、つまり自分自身が死ぬ可能性がある存在であることを了解している。結果でも述べたように、死という可能性に向かって現在を生きる、先駆的決意性を持って生きることは、日常性に埋没して生きる事とは違い、世界の中での自分自身に配慮的まなざし向けることである。そこでのセルフモニタリングは、単に心不全の増悪や再入院を防いで QOL を改善するためのものではなく、慢性心不全患者が生活している今に、意味を見いだせるような生活の仕方を選択できるようにするためのセルフモニタリングとして行う事が必要だと考える。

これらの支援を行うためには、慢性心不全患者の生活に沿った場が必要であり、入院中には限界がある。患者が、生活をする中で心臓を手許にあるものとし、自分らしさ、〇〇として存在できているなど、自分自身に意味を見出すことは、退院後の生活の中で行われていくものだと考えられる。現在、慢性心不全認定看護師の養成が始まり、外来での活動が行われるようになってきている。外来での看護は、医療やセルフケアの継続というだけではなく、これまで述べたように、患者の世界に共に住み込み、技能の習熟を促し、患者が通常性を維持できる場として、発展させる必要があると考える。

慢性心不全患者は、入院中の管理されて安定した状況から、退院後によって管理されていない日常性へと戻らなければならない。心不全症状があり、変わるように指導を受けて退院した慢性心不全患者にとって、普段通りにできていることは、症状や変えなければならない状況の内に埋もれてしまい、隠蔽されてしまう。また、可視化した活動量分析の結果を見てもなお、どのような活動をしていたのか記憶に上がってこないほど無意識化した活動を、自分自身で明るみに出すことは困難である。慢性心不全患者がどのような世界に住み込んでおり、どのような技能を持っているのか、その技能をどのように使う事ができるのか。変わってしまったことで隠蔽されてしまった、変わらなくてもよい事は何か。これらの事に、慢性心不全患者自身が関心を向け、気遣いのもとで明るみに出すことは、変えることと同じように一人で為すには困難な事柄である。外来の場は、患者自身が病院から生活の中に戻り、変わってしまった身体に馴染み生活を変えることを支援するだけでなく、変わらないことを変わらなくてもよいものとして浮かび上がらせ、維持することを支援する場としての可能性があると考え。また看護師は、生活することの支援者として、患者の生活を聴くことによって、その人が持っている技能を引き出したり、新たに技能を獲得し習熟させていったりする際の先達として、共に患者の世界に住み込むことができる存在である。そうすることによって、慢性心不全患者が、心臓を手許にあるものと捉え、不全でいつ止まるかわからない心臓というだけではない可能性を持った心臓と共に、慢性心不全という体験を生き抜くことを支援できると考えられる。

2. 通常性を維持するための心臓リハビリテーションと多職種連携

心臓リハビリテーションを含めた運動療法の慢性心不全への効果は、自覚症状の改善、運動能改善、QOL の改善、心事故減少、生命予後改善、うつの改善、再入院の回避などが確認されている(後藤, 2014; 日本循環器学会, 2013a,b; 清水ら, 2011)。心臓リハビリテーションは、医師の運動処方に従い、医療的監視下で行われ、処方される内容は、心機能に応じた有酸素運動や低強度レジスタント運動である(和泉ら, 2006)。その他、高嶋、東、中村、杉原(2008)は、心臓リハビリテーションに参加している作業療法士が行っているリハビリテーション内容について、「対象者のADLやIADLの拡大に向けた、安全で負担の少ない動作獲得への指導や訓練、住環境整備等の、より生活に密着した視点での支援を中心に役割を担っていた。」ことを明らかにしている。一方、多施設コホート研究によって、高齢慢性心不全患者の心不全増悪による再入院は、生活機能の低下が予測因子であることが明らかになっている(Yamada, Shimizu, Suzuki, Izumi, PTMaTCH collaborators, 2012)。生活機能は、加齢と心不全による機能低下によって、サルコペニアなどの骨格筋の異常が起こること、活動耐容量が減少することなどが原因で低下する。特に高齢者においては、老化によって生理的に機能が低下するため、通常であることを維持することが難しくなっていく。そのため、先に効果として挙げた、様々な機能の改善だけではなく、その人にとっての通常的生活を送ることができるように、維持していくための支援が必要になる。本研究の研究協力者のほとんどは、65歳以上の高齢者であった。生活の中での活動が行えていた患者を対象としていたため、生活上介助が必要な研究協力者は含まなかったが、それでも様々なできなくなる体験が語られていた。加齢や心機能の低下による生活機能低下は避けることができない事ではある。しかし、その中でも通常的生活を送ることは必要であり、特に高齢心不全患者においては、生活機能との関連で重要だと言える。そのためには、運動処方だけではなく、安全で負担の少ない動作などの体の動かし方の獲得は、慢性心不全患者が、通常だと考える生活を送るためにも効果的だと考える。

例えば農業をし続けていたA氏は、心機能の低下やデバイスを入れたことによって活動や動作に制限が生じていた。この制限は、A氏の百姓としての生活をしにくくするものであったが、A氏は半分を人に任せ、自分で行う活動の量を半分に狭めることで、百姓であり続けることができていた。このようなA氏の百姓であるという通常性を維持することの支援においては、安全で負担の少ない動作獲得の支援が効果的であったであろう。また、60歳～70歳の間では、定年退職などに伴って、慢性心不全患者の日常性が変化する。P氏のように、定年退職後にも生活のリズムを崩さないで通常性を維持していた研究協力者もいたが、Y氏は、退職したことによって日常性が変わり、在職中に自分の生活のペースメーカーにしていたものを失ってしまったために、返って負荷の強い生活になってしまっていた例もあった。このような場合に、心臓リハビリテーションを通して、理学療法士などによる身体機能と運動との関連の評価や、適切な運動の仕方の指導などを受けることができれば、日常性が変化したとしても、目安となる活動や動き方を早期に獲得することができていたかもしれない。更に、G氏のように、自分が安全だと確信できる範囲に、必要以上に活動の範囲を狭めている場合で

も、看護師がそのような生活に気づき、療法士と連携をとることによって、G 氏の生活の範囲が広がる可能性もある。

看護師が、患者の生活を聞き取り、どのように生活することが必要なのかを患者と共に考え、加齢によって変化していく身体機能を患者と共に受け止めて通常であることへの支障を見出して、心臓リハビリテーションの場につなげていくことは、慢性心不全患者の活動の調整を助け、慢性心不全という状況を生き抜くための直接的な支援になると考える。

3. 活動を可視化することの効果と有用性

本研究では、慢性心不全患者の日常生活における活動に焦点を当てた。現象学的研究において、研究者が研究協力者の世界にいかに住み込むかは、研究の正当性を確保するうえで重要である。もっとも用いられる方法が参加観察法であるが、自宅で生活し、外来通院をしている慢性心不全患者の日常生活に対して参加観察法を用いることは現実的ではなかった。そのため、身体活動量計を用いて、研究協力者の日常生活を、活動量 (METs と歩数) をグラフ化して可視化し、インタビューの場で共有することで、回顧的に住み込むことを試みた。結果としてこの試みは成功したと考えているが、データ収集をし、解釈をする過程で、活動量を可視化することにケアとしての有効性が示された。

医療での活動量計の使用は、特定健診や糖尿病の運動療法など、運動状況の把握や、運動の促進との関連で用いられることが多い (出口ら, 2014; 蘇, 田中, 正田, 後藤, 2014; 徳永, 多留, 宮脇, 2014)。近年では、睡眠状態のアセスメントツールとしても用いられている (中崎ら, 2013)。循環器領域における研究では、心臓リハビリテーションに関連した研究 (加治佐ら, 2011) で用いられ、主に退院後の活動による負荷の程度を測定していた。これらの先行研究では、生活の中で行っている活動強度を患者自身が把握でき、過負荷となっている活動を回避できること、生活の中では強度の強い活動が占める割合は多くないが、生活活動に伴う低強度の活動が多く、持続的に行われる傾向がある事、農作業などの一般的な指導においては避けるように指導する強度の強い活動であっても、実際の計測値での強度は強くない場合があり、画一的に禁止すべきではない事などが明らかにされている。また、強度が弱い場合であっても、退院後 6 か月以内に心不全が増悪した群は、しなかった群に比較して有意に累積活動量が多いことが報告されている (長沼ら, 1999)。こうした先行研究によって、活動量計を用いて活動を測定することは、慢性心不全患者が適切な活動量や活動強度で生活を送るために有効な支援である事が明らかにされている。

本研究での活動量計は、研究協力者に、いつ、どのような活動をしていたのかを想起させ、無意識に行っていた活動についても意識に上らせて語りとして導くための手段として用いた。そのため、できるだけ詳細に示すために 1 分ごとのグラフとして示し、活動強度だけではなく、歩数とともにグラフ化することで、より活動を想起しやすいようにして用いた。そうすることで、多くの場合、この時何をしていたのかを想起して話すことができていたが、中には、何かをしていることは波形の変化から分かるものの、何もせずに寝ているだけだと思っていたため、波形の変化を起こしている活動について全く

説明できない研究協力者もいた(P氏)。また、散歩時のつらさから、妻との散歩は負担になっているのではないかと薄々考えてはいたが、実際に波形を見ることで、自分が捉えていたつらさは、妻のペースに合わせた強度で散歩をしていることによるものだという事が分かり、妻と相談するためにデータを持ち帰った研究協力者もいた(Y氏)。更に、前職との比較で感覚的には楽で負荷が少ない仕事をしていると感じていたが、活動分析の結果を見ると自分の自覚以上に活動していることが分かり、仕事の仕方などを再考することにしたC氏、主婦としての存在の仕方を見失い、ひたすら歩くことで患者として存在しようとしていたH氏は、活動量分析を見ながら一日の活動の仕方を振り返ることで、主婦としての活動ができていた時間があり、心不全発症前と変わらない時間をすごしていることを理解することができていた。

活動を可視化することの効果は、先行研究でも明らかになっているように、測定しなければわからない自分の活動強度を知ることで、過負荷にならない活動の仕方に変えることができるという側面は、P氏やC氏のように本研究でも確認することができた。更に本研究では、どのくらいの強さで、どのくらいの量をという視点ではなく、どのように活動をしながらかつ過ごしているのかに着目することで、心不全という状況に隠蔽され、自分自身でもわからなくなっていた自分という存在を明るませることができる側面や、心臓を感覚として捉える技能の習熟を促す側面がある事が示された。

まず、心不全という状況に隠蔽されてわからなくなっていた自分の存在を明るませるという事について述べる。Heidegger(1927/2003a,b,c)は、世界—内—存在が存在している世界の構造について、我々が世界の内に存在することは、常に何らかの一定の状況に内におかれて存在するという仕方によって存在しているとし、その一定の状況を明るみと呼んだ。そして存在者は、その明るみの中で出会われ、了解されるという。慢性心不全患者は、心不全という状況の中に投げ入れられ、心不全という明るみの中で了解される。H氏は、主婦として存在していたが、心不全になったことでそれまでと同じように主婦としての存在することができなくなり、できている部分もできなくなっている状況に隠蔽されてしまっていた。そのため、H氏は、「3年たつのにしてない。3年間で掃除機かけたの2回。」、「洗濯を帰ってからしたことがないねん。洗濯は毎日するけれども、主人が干してくれるねん。」、「ガーデニング。それも全部、自分でしてたけど。もう、ほとんど主人がするからね。」というように、主婦としての活動ができていない事を語っていた。後でH氏が気づいたように、家族が喜ぶことを考えながら献立を考えて料理を作ったり、夫のお弁当を準備したりと、以前と変わらない主婦としての活動もあったのだが、それらはできなくなった状況に隠蔽され、隠蔽されてH氏自身も気づくことなく生活をしてきた。そして、主婦として活動できなくなったことの代わりのように、足の痛みや倦怠感を感じながら、「歩くのは体にいい言うからね。歩く、とにかく歩く。歩かねば。」と、毎日歩き続けていた。しかしH氏は、活動量分析のグラフを見ながら、動いていない時間の過ごし方を想起して話すことで、料理はしている事、家族を思いやっている事、夫を送り出し、コーヒーを飲みながら夕食の献立を考えて午前中に下ごしらえをしている事など、隠蔽されていた以前と変わらない主婦としての自分の存在が浮かび上がり、明るませることができていた。中年期の慢性心不全の女性を対象にした先行研究(Allen et al.,2009)で、患者は、それまでの社会的役割を喪失し、新た

な自己像を作らざるを得なくなるが、それは永続的に続く心的苦痛を伴う事が明らかにされている。H 氏のように、できなくなることが増え、変わらざるを得ない状況はあるものの、その中に変わらない部分、通常性を見いだせることは、少なからず心的苦痛を緩和させる効果があると考えられる。

次に、心臓を感覚として捉える技能の習熟を促す側面について述べる。I 項でも述べたように、慢性心不全患者には、“自らの心臓の状態を症状から感覚する技能”と、“自らの振る舞いに常に関心を向けることで普段との違いを感覚する技能”があると考えられる。しかし、だれもがこのような感覚する技能を習得しているわけではない。【新たな身体に合わせて通常性を修復する】の代表的事例であった K 氏は、明らかな心不全症状が現れていても、自分自身で症状が出現していると感覚することができなかった。K 氏は、自分自身で感覚することができない部分を、娘と娘婿の世話を受けることで補いながら、活動を調整していた。また、活動の調整に結びつかなかった例として Y 氏の例があった。Y 氏は、大型クレーンの運転手として長年勤務しており、原因であった不整脈は勤務中から指摘されていたが、退職までは心不全症状を起こすことなく経過していた。それは、Y 氏が毎朝 20m 上にあるクレーンの操作台に上がる活動を繰り返す中で、心臓の調子を感覚し、活動を調整していたからだったと推察される。しかし退職後、感覚する機会が無くなった Y 氏は、妻が健康的だと捉えている活動のペースに合わせるように活動を調整するようになった。しかし、健康な妻のペースは、心不全である Y 氏には過負荷になっており、妻とともに散歩をするときには、動悸や息苦しさなどの心不全症状を自覚するようになった。一人で散歩をしているときには症状を感じない事から、Y 氏は薄々妻のペースに合わせる事が負担になっているのではないかと感じていたが、同じ時間で同じコースの散歩をしていたため、本当に負担になっているのか確信が持てない状況であった。しかし、活動量分析のグラフを見ると、妻とともに散歩をしているときと、一人で散歩をしているときは、同じ 1 時間でも 3METs 前後の強度の違いがあり、自分に耐えられる強度は 4METs までであり、妻とともに歩いている 6~7METs の強度は心不全症状を誘発するものであることを理解していた。このように、活動を可視化することによって、感覚として捉えた身体の調子を意味づけることで、ただ感覚するという事から、活動を調整する技能へと習熟させていくことができると考える。

荻野ら(2014)は、活動量計を用いて実際の日常生活を評価することで、日常生活を維持しながら、過剰な部分をピンポイントでコントロールすることができるとしている。これは医療従事者が患者指導をするという場面からの示唆であるが、患者と共有することによって、患者自身が活動を意味づけ、調整できる技能を習熟できると考えられた。

II. 研究の限界

『心不全患者は日常生活の中で、どのように活動の調整を行っているのだろうか?』という研究疑問を明らかにするにあたり、本研究では解釈学的現象学的手法を選択した。それは「現象そのものへ」という現象学の方向性が、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整という、日常生活の中に埋没し、アンコントロールな状態にならな

ければ医療従事者すら注目しない現象を明らかにするために適していると考えたからである。また、生活という限りなく個人的で、尚且つ患者自身も無意識に行っている現象を捉えるためにも、必要な方向性だと感じたからでもある。しかし、この手法を用いて行った本研究には、いくつかの限界がある。1点目は、提供されたテキストに可能な限りの、最もふさわしい説明を与えることが、現象学的な研究の学術的な伝統における厳密な規則である(Benner, 1994/2006)が、そこには、解釈を行う研究者の主観や先入観などが入り込む可能性があるという、研究手法そのものにある限界である。そしてもう2点目は、無意識の活動を含めたことで、語られず、最後まで意識に上がることが無かった活動の存在である。3点目は、本研究の研究協力者が、心不全ステージや症状など、対象が限定されている点である。こうした研究上の限界はあるものの、本研究の結果には、一定の汎用性もあると考える。

まず、考察で示した、“通常であるための活動の調整”と“循環させるための活動の調整”という二つの視点である。これら二つは、本研究の研究協力者から得られた、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整の志向性である。“通常であるため”という志向性については、人という存在が、死のその時まで将来に向かって己を投げ入れる企投的存在(Heidegger, 1927/2003a,b,c)である事からも、ステージや性別、役割に関係なく見出されるものであろうと考えられる。本研究では、し続ける事や身を休める事、修復すること、住まい方の中にいること、というような仕方で示された。こうした具体的な活動の調整の仕方や、活動の調整の中でどの程度強調されるかは、対象の背景によって異なることが予測されるものの、“通常であるため”の活動の調整は、死のその時まで必要になるであろう。また、慢性心不全は生命予後だけではなく、生活予後も不良な症候である。進行的に生活ができにくくなるという、病態的な背景がある事は、何かしらの調整を行わなければ、通常のように生活ができにくいという事でもある。その人がその人らしく生活をするために必要であるのが、“通常であるために”という活動の調整であり、生活の背景は異なり、仕方は違っていても、そこには何らかの“通常であるための活動の調整”が行われているはずである。また、“循環させるための活動の調整”においても、同様のことが言える。心機能や症状の程度によって、どのように循環させるのかという仕方は異なるであろうが、心臓のポンプ機能が損なわれ、循環が滞る慢性心不全だからこそ、必要となる活動の調整だと考えられる。臨床でのケアとして応用する際には、背景の違いなどによる具体的な活動の調整の仕方の検討や、適用度などの検討が必要であり、課題として残るものの、本研究で示された“通常であるための活動の調整”と“循環させるための活動の調整”という、慢性心不全患者の活動の調整の志向性には汎用性があり、慢性心不全患者のケアの構築へとつながる可能性があると考えられる。

次に、本項の冒頭で、無意識の活動を含む日常生活における活動を解釈することの限界について触れた点である。研究を始める段階で、取り扱おうとしている現象に、無意識で語ることが難しい現象が含まれることは理解していた。語られたテキストに対する解釈が現象学的研究であるにも関わらず、無意識の語ることができない日常生活における活動を扱うにあたって、非言語的な語りとして現象を浮かび上がらせる方法を検討した。それが活動量計を用いた活動量分析による可視化であった。実際に解釈を進

めていく中で、当初属性として把握する予定であった健康関連 QOL や、心機能、SAS などのデータによっても、言葉で語るができない現象を浮き上がらせることができることが分かり、インタビューによる言語的なテキストと、計測値、活動量分析の結果を総合して解釈すべきテキストとして研究を進めた。しかし、これら可視化しても語るができない活動があったことも事実であり、語るができないという事を解釈せざるを得なかった。こうした状況はあるが、可視化してもなお、想起できないほど生活の中に馴染み、感覚として日常性に埋没している活動があり、同時にそのような活動があるという事に関心を向ける手立てもある事が明らかになったことは、本研究の成果だと言える。また、そのような意識しないでいられるほど馴染んだ活動ができる事そのことが、患者の安定を示す指標でもあろう。意識せずに活動ができていう事は、その活動によって症状を意識することもなかったという事である。活動量測定などを通して、無意識に行われている活動がある事に、医療者と患者双方が関心に向け、意識しないままできていることを認めることで、体調を感覚する場面として活用できる可能性がある。

考察でも述べたように、この結果から得られた維持することの支援という点では、本研究から得られた結果は、検討の余地があるにせよ、汎用性を持ったものであると考える。今後、本研究の結果を、具体的な慢性心不全患者のケアへとつなげるべく、研究を重ねていきたい。

第VI章 結論

本研究は、心不全ステージ分類 B～C にあり、安定して経過している慢性心不全患者が、日常生活における活動の調整をどのように行っているのかを、解釈学的現象学的手法を用いて明らかにした研究である。Heidegger の現象学的存在論を理論的前提とし、解釈を行った結果、以下について明らかになった。

1. 慢性心不全患者の日常生活における活動の調整のテーマとして、【心臓の正常性を証明する】、【新たな身体に合わせて通常性を修復する】、【活動できる範囲に止(とど)める】、【活動の範囲を狭める】、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】、【心臓を休める時間を持つ】、【通常性を保つためにし続ける】、【日常性を保つために身を休める】、【住まい方の中にいる】、【住まい方を作り直す】という 10 のテーマが抽出され、それぞれの範例、代表的事例が示された。

- 1) 【心臓の正常性を証明する】活動の調整とは、心臓に負荷をかける活動を行ったり、心不全を発症する前と同じ生活のリズムに戻したりすることによって、動いて生活を支えている心臓の正常性を証明する活動の調整であった。この活動の調整は、健全な心臓と同じように反応し動き続けている心臓であるということを証明し、今生きて存在していることを証明する事という、二つの意味を持った活動の調整であった。また、いずれ機能低下によってできなくなったり死んだりするという前提のもと、今はそのような活動ができている自分というような、自分自身の存在を意味づけることに繋がっていた。
- 2) 【新たな身体に合わせて通常性を修復する】活動の調整とは、心不全によってできなくなったそれまでの生活の仕方を、動きにくくなった身体の状態に合わせて修復する活動の調整であった。心不全になったことで、住まっている世界は変わらないにもかかわらず、慢性心不全によって身体が変化したために、通常性の中で身につけてきた生活する技能を用いることができなくなる。そのため、心不全という新たな身体で従来住まっている世界と関わり、技能を用いることができる通常性に修復していくという意味をもった活動の調整であった。
- 3) 【活動できる範囲に止(とど)める】活動の調整は、身につけている感覚に応じて、その時々にあった活動の範囲を選ぶという調整の仕方であった。この場合には、一度中断した活動であっても、数時間から数年後には、再びできる可能性がある活動として、患者の世界に残り続けていた。
- 4) 【活動の範囲を狭める】活動の調整は、自分が安全だと確信できる範囲に活動の範囲を狭めたり、活動の範囲は一定でも、一つひとつの活動を行う範囲を狭めたりする活動の調整であった。それまで了解していた自分の在

り方を保ちながら、慢性心不全によって変化した身体で生活し続けられるような範囲を維持するという意味合いを含む活動の調整の仕方だと言うことができた。

- 5) 【不全になった心臓を動かす手立てをとる】活動の調整は、低下した心臓のポンプ機能を、体を動かすことで心臓を動かすことによって補い、循環を促すために行っている活動の調整であった。ポンプ機能が低下したことで血液の循環が滞り、エネルギーを十分に循環させることができないことに対して、負荷をかけて心臓を動かしてやることで、エネルギー不足による症状を緩和させる、治療的な意味合いをもつ活動の調整であった。
- 6) 【心臓を休める時間を持つ】活動の調整は、低下した心機能に合わせた生活に変えざるを得ないことと、変えざるを得ない生活によって生じる、自分という存在の不安定さを、変えなくてもよい時間を過ごすことで安定させ、安らぎを得る活動の調整であった。
- 7) 【通常性を保つためにし続ける】活動の調整は、必要に応じて活動の仕方は変えるが、それでもやめてしまうことなく活動をし続けること活動の調整であった。し続けることは、自分らしく、己を己として示すための活動の調整であり、通常性を保つことで生活の中で身に付けた技能を用いる事ができるという特徴があった。
- 8) 【日常性を保つために身を休める】活動の調整は、自分でも、周囲からも、当然のように期待されている活動の仕方がある、慣習的な意味を帯びて存在している慢性心不全患者が、期待されている活動をするために、短時間期待されている活動をしない時間を作って休む活動の調整であった。心不全になったことで、日常性の中に埋没しているだけでは生きることができなくなった存在者が、それでもその日常性の中に居続けることができるように、その人が日常性の中で引き受けていたものを抱えた身を、自分にも周囲にも休むことを明確に示し、意識的、意図的に身を休めるという活動の調整であった。
- 9) 【住まい方の中にいる】活動の調整は、心不全に出会った己として明るみを開くのではなく、患者がこれまでの生活史の中で積み重ねてきた明るみのそのままに住まい続けるために行っている活動の調整であった。心不全によって、活動を変える事すらままならない状況において、そのまま住まい続けることで、獲得済みの生活の技能を使って何とか心不全の状況を生き抜くための活動の調整だと言えた。
- 10) 【住まい方を作り直す】活動の調整は、回復可能な身体が、回復できる余地を残した住まい方になるように日常性に働きかけて整えるという仕方で、新しく出会った回復できる身体を維持できる住まい方に作り直していく活

動の調整であった。これは、その人が住み込んでいる日常性において、引き受けざるを得ない仕事や役割を、心不全を悪化させないで継続して果たしていくために行われていた活動の調整であった。

2. 以上の結果から、慢性心不全患者の日常生活における活動の調整という振る舞いの様態は『不全に陥り動きにくくなった心臓を、動かしたり休めたりというような活動の調整をしながら、如何に通常性を保ち、身につけている技能を使って投げ入れられた状況を生き抜くか』というものであり、活動の調整の中心的な意味として『必要に応じて変えながら、それでも己にとっての通常であることを維持すること』が見出され、以下の考察が得られた。
 - 1) 慢性心不全患者の日常生活における活動の調整は、通常性を保つために行われていた。通常性とは、その人が日常性の中で生きてきた歴史の中で、その人なりの生き方や生活の仕方、その人らしさとして、自分にも、他者にも了解された存在の仕方である。【新たな身体に合わせて通常性を修復する】、【通常性を保つためにし続ける】、【日常性を保つために身を休める】、【住まい方の中にいる】という活動の調整の仕方は、通常性を維持することと強く関連していた。通常性を保つように活動を調整する背景には、慢性心不全患者が住み込んでいる文化や慣習などによって意味づけられた、慣習的な意味を帯びた身体で行っている活動の調整をすることによって、従来の自己概念を維持しつつ、慢性心不全によって生じる身体的な限界を受け入れていることがあった。そして、通常性を維持することで、生活の中ですでに獲得されている技能を用いて生活をするができることも、通常性を維持する理由であった。
 - 2) 慢性心不全患者の日常生活における活動の調整は、エネルギーを循環させるために行われていた。慢性心不全患者は、心臓を、不全でいつ止まるかわからないものというだけではなく、正常性と可能性をもった、手許にあるものとして捉え、活動によって身体を動かすことで心臓を動かし、循環を改善させ、症状の緩和を図っていた。また、動かすだけではなく、身体を休めて心臓を休め、動かすことと休めることの落差をつけることによって、循環を促していた。【心臓の正常性を証明する】、【活動できる範囲に止(とど)める】、【活動の範囲を狭める】、【不全になった心臓を動かす手立てをとる】、【心臓を休める時間を持つ】という活動の調整は、循環させるために行われていた活動の調整の仕方であった。中でも、身体を休めて心臓を休めることは、心不全になっても変わらない生活の活動をして過ごす時間と関連しており、変わらないことを自覚することで得られる、安心や安寧といった、心理的なエネルギーを循環させて、慢性心不全という投げ入れられた状況を生き抜くことに繋がっていた。

謝辞

この研究は、慢性心不全患者のセルフマネジメントについて研究していた時のある研究協力者との出会いから始まりました。慢性心不全になってからの生活を、できないことも含めて非常に生き生きと語ってくださっていたその姿に、すべての患者がこうだったらみんな幸せなのにと強く思いました。そして、失敗しながら今にたどり着いた過程を聴くにつれ、将来こうなることが分かっていたら、失敗しないように助けることができたのに、とも思いました。この一人の方との出会いが、この研究をしたいと思ったきっかけでした。その出会いから7年、そして博士後期課程に入学して6年の、ここまでの時間は、多くの方々との出会い、支えられ、学ばせていただく、何にも代えがたい充実した時間でした。このような時間を過ごさせていただいたことに、心より感謝申し上げます。

はじめに、研究にご協力いただきました、研究協力者の皆様に感謝申し上げます。つらさも、苦しさも、楽しさも、全てを丁寧に語っていただきました。時には人生の先輩として、社会人の先輩として、研究職の先輩として、励まし、応援していただいたこともありました。結果では24人の方々ですが、1回目のインタビューや、活動量測定までの段階では、34人の方に協力をしていただいていた。そのすべての方のお話が、今でも耳に残っています。ご協力いただき、本当にありがとうございました。

この論文では、3施設にご協力をいただきました。病院長様、循環器内科医の皆様、看護部長様、看護部の皆様、外来看護師の皆様、そして、クラークや治験コーディネーターの皆様には、お忙しい中、日々様々な場面でご配慮をいただきました。ご協力いただき、励ましていただいたことに、心より感謝申し上げます。ありがとうございました。

主査である野並葉子教授には、研究計画立案から論文作成まで常に、進んでいるのかいないのかわからない位のペースのなか、いつも励まし、支えていただきました。分析し、解釈していく段階は、時には逐語録の段階からテキストを読み込んでいくことに付き合ってくださいました。その中で、現象の見方、解釈の仕方、言葉を吟味すること、そして、常に帰納と演繹を繰り返しながら整理し、つなぎ、積み重ねていくことがどういうことなのか、現象から知を見出す方法と姿勢を学ばせていただくことができました。最後まで手をかけ、導いていただき、本当にありがとうございました。感謝申し上げます。

神戸大学の宮脇郁子教授には、副査としてご指導をいただきました。博士論文としての新規性は何か、慢性心不全看護としての知見は何か、結果の汎用性はどこまであるのかなど、地に足をつけて書き進めていくことができるように、ご示唆をいただきました。「書くのよ、出すのよ」と言っていただけたことが、最後の所で頑張れる力になりました。ご指導をいただけましたことに、心から感謝申し上げます。

兵庫県立大学の加治秀介教授には副査としてご指導をいただきました。心臓リハビリテーションとの違いは何か、慢性心不全患者だから起こる結果なのかなど、

論文を書くにあたって押さえなければならぬ部分を投げかけていただき、まとめることができました。本当にありがとうございました。

兵庫県立大学地域ケア開発研究所の山本あい子教授には、副査としてご指導いただきました。先生に問われ、答えることの中で、曖昧になっている部分が明確になり、研究者が研究者として、論理的に説明できることの重要性を認識することができました。心より感謝申し上げます。

この博士論文を作成していく段階では、兵庫県立大学大学院看護学研究科の先生方に、沢山の事を教授いただき、そしてご意見やアドバイスをいただきました。丸橋裕教授には、哲学的な視点で物事を見る見方を示していただきました。また、研究計画ディベロップメントでは、多くの先生方に研究疑問の明確化や焦点のしぼり方、研究上の課題など、ご示唆をいただくことができました。研究計画書を作成する段階で、ここでいただく示唆で思考が整理され、勇気をいただき、次への一歩になりました。片田範子研究科長を始め、研究科の教員の皆様に心から感謝申し上げます。

また、本学の非常勤講師であり、東京女子医科大学の田中美恵子教授にご教授いただいた影響を受けて、この研究が始まり、進んでいきました。先生に受けた最初の講義でこの研究の理論的前提に出会い、次の講義でこの研究を進める推進力をいただきました。本当にありがとうございました。

6年間の博士課程の中で、データ収集にかけた1年間以外を、仕事を持ちながら取り組みました。兵庫県立大学看護学部の森菊子先生、東京医科大学医学部看護学科の岡谷恵子先生、兵庫県立大学地域ケア開発研究所の伊藤ちぢよ先生、関西国際大学保健医療学部看護学科の佐藤禮子先生、清水玲子先生には、上司として、同僚として支えていただきながら、研究を進めることができました。ありがとうございました。また、藤原由子さん、東京医科大学の河田照絵先生には、同僚というだけではなく、博士の同士として、いつも支えてもらいました。共に頑張る存在があったからこそ、最後まで取り組むことができたと思っています。特に、河田照絵先生には、論文の終盤、明石まで足を運んでいただき、論文の校正を助けていただきました。どれだけありがたかったかしれません。心から感謝申し上げます。

博士課程の同期、川田美由紀さん、馬場敦子さん、福山智子さんには、この6年間たくさんの励ましをもらいました。できることも、できないことも、共に支えあえた6年間でした。本当にありがとうございました。

既に修了なさっている方々も含め、同じ成人看護学領域の博士課程の皆様には、いつも相談に乗っていただき、励ましていただきました。目標とできる先輩方に恵まれたことに、とても感謝しています。また、藪下八重さん、仲村直子さんには、いつも相談に乗っていただき、応援していただきました。特に、協力施設がなかなか見つからない中、仲村さんに紹介していただけたことが一つの転機になりました。本当にありがとうございました。

また、共同研究室で、いつも私の突然の問に答えてくれた岩國亜紀子さん、勝沼志保里さん、原朱美さん、渡邊聡子さんに感謝いたします。突然投げかけられ

る禅問答のような問に、いつも困惑しながら答えてくれました。データにおぼれそうなとき、皆さんからの答えが何度も救い出してくれました。また、共同研究室に行けば誰かがいて、相談したり笑いあえたりしたことは、私の励みでした。ありがとうございました。

この論文を作成する間には、友人からの励ましが力になりました。俵志江さん、李錦純さんは、私の目標であり、相談相手でした。いつも気遣いと励ましをいただき、ありがとうございました。

振り返ると、多くの方々に支えられた論文でした。遅々として進まないプロセスを、見守り、支え、導いていただいた方々の存在があっこそ、この論文を書くことができました。この論文は、一つの区切りとなる成果ではありますが、これからのこの成果を還元していくことができるように、努力を重ねていきたいと思っております。そして還元していくことで、支えていただいた皆様へのお礼にしたいと思っております。本当にありがとうございました。

最後に、6年間見守り、励ましてくれた家族に、心から感謝いたします。

引用文献

- ACC/AHA (2005). Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult.
- 足立久子 (2006). SF-36 を用いた糖尿病患者の健康状態評価. *ヒューマン・ケア研究* (7), 11-19.
- 阿川慶子,原祥子,小野光美,沖中由美(2012). 高齢慢性心不全患者の日常生活における身体変化の自覚. *老年看護学*, 17(1), 46-54.
- Allen, J.W., Arslanian, E.C., & Lynch, S.J. (2009) The lived experience of middle-aged women with New York Heart Association class III heart failure: a pilot study. *Prog Cardiovasc Nurs*, 24(3), 96-101.
- 朝倉京子(1998). 心筋梗塞を発症した描写の生きられた身体体験. *日本看護科学学会誌*, 18(3). 10-20.
- 麻野井英次(2003). 心不全の重症度評価－実際的なアプローチとは. *内科*, 91, 431-434.
- Benner, P. (Ed.) (2006). *ベナー 解釈的現象学 健康と病気における身体性・ケアリング・倫理*. (相良ローゼンマイヤーみはる 監) 東京: 医歯薬出版.(1994).
- Benner, P., & Wrubel, J. (1999). 現象学的人間論と看護. (難波卓志 訳). 東京: 医学書院. (1989).
- Choen, M.Z., Kahn, M.L., & Steeves, R.H. (2005). *解釈学的現象学による看護研究 インタビュー事例を用いた実践ガイド*. (大久保功子 訳). 東京: 日本看護協会出版会.(2000).
- 出口暁子, 伊藤有希子, 松村寿美, 角南ちえ子, 井上恵子, 川瀬俊子, . . . 笠山宗正 (2014). 2型糖尿病患者に対する安静時代謝量および身体活動量の測定に基づく指示エネルギー量を用いた栄養指導の有効性. *日生病院医学雑誌*, 41(2), 84-89.
- 土井由利子 (2002). QOL の概念と QOL 研究の重要性. *保健医療科学*, 53 (3), 176-180.
- Dreyfus, H. (2000). *世界内存在 『存在と時間』における日常性の解釈学*. (門脇俊介 訳) 東京: 産業図書.(1990).
- Foster G., Taylor C., Eldridge S., Ramsay J., & Griffiths, J. (2009). Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *The Cochrane Library*.
- 藤吉大輔, 河野一郎, 時枝美貴, 高杉紳一郎, 岩本幸英, . . . 砂川賢二 (2009). 慢性心不全患者に対する心臓リハビリテーション施行の効果. *理学療法福岡*, (22), 42-45.
- 福原俊一, 鈴嶋よしみ (2012). SF-8 日本語版マニュアル(第2版). 京都: NPO健康医療評価研究機構.
- 後藤秀世, 長井裕介, 長沼文雄, 高木一生, 結城昌慶 (2005). 慢性心不全患者における在宅療養上の問題点の抽出および患者教育に関する検討. *心臓リハビリテーション*, 10 (1), 130-135.

- Gottlieb, S., Khatta, M., Friedmann, E., Einbinder, L., Kazen, S., Baker, B., ...
 Thomas, S. (2004). The influence of age, gender, and race on the prevalence of depression in heart failure patients. *Journal of the American College of Cardiology*, 43 (9), 1542-1549.
- 後藤葉一 (2014). キーノートレクチャー:我が国の心臓リハビリテーションのエビデンス. *心臓リハビリテーション*, 19(1), 26-29.
- 濱口早苗, 筒井裕之 (2012). EBM HOT FLASH JCARE-CARD. *Cardiac Practice*, 23 (2), 210-213.
- 服部俊子 (2012). ドレイファスの技能獲得段階. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 10 (1), 57-63.
- 服部容子, 前川幸子 (2010). 入退院を繰り返す慢性心不全患者の病状増悪の体験とその意味 心不全増悪への対応策と新たな自己価値をA氏自らの生活へと編み込むプロセス. *甲南女子大学研究紀要(看護学・リハビリテーション学編)*4, 79-85.
- 服部容子, 多留ちえみ, 宮脇郁子 (2010). 心不全患者のセルフモニタリングの概念分析. *日本看護科学会誌*, 30(2), 74-82.
- Heidegger, M. (2003a). *存在と時間 I*(第3版). (原佑, 渡邊二郎, 訳) 東京: 中央公論社.(1927).
- Heidegger, M. (2003b). *存在と時間 II*(第3版). (原佑, 渡邊二郎, 訳) 東京: 中央公論社.(1927).
- Heidegger, M. (2003c). *存在と時間 III*(第3版). (原佑, 渡邊二郎, 訳) 東京: 中央公論社.(1927).
- Heidegger, M. (2006). *ハイデッガーカッセル講演*. (後藤嘉也 訳) 東京: 平凡社 (1992).
- 本田弘治 (1990). 解釈学的現象学における他者了解について. *奈良大学紀要*, 18, 26-34.
- Hunt, A. (2009). *リファクタリング・ウェットウェア ー達人プログラマーの思考法と学習法*. (武舎広幸, 武舎るみ, 訳) 東京: オライリージャパン.(2008).
- Hunt, S., Abraham, W., Chin, M., Feldman, A., Francis, G., Ganiats, T., . . . Riegel, B. (2005). ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult—Summary Article A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, (112), 1825-1852.
- Hunt, S., Baker, D., Chin, M., Cinquegrani, M., Feldman, A., . . . Smith, S. (2001). ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: Executive Summary A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*(104), 2996-3007.
- 市川浩 (1993). *<身>の構造 身体論を超えて*. 東京: 講談社.

- 今井靖 (2007). 疫学 Framingham 心臓研究 50 年間の心不全発症・予後の動向. *日本臨床*, 65 (増刊 4), 61-64.
- 乾早紀子, 西田典子, 三木紗希恵, 羽馬由恵 (2009). 再入院する心不全患者への生活指導 心不全アセスメントシートを用いた個別的な生活指導を試みて. *奈良県立三室病院看護学雑誌*(25), 28-31.
- 岩本ゆみ (1998). 外来通院中慢性心不全患者のループ利尿剤に対する受けとめと対処行動. *お茶の水医学雑誌*, 46 (2), 91-99.
- 和泉徹, 筒井裕之(編) (2006). *心不全を予防する 発症させない再発させないための診療ストラテジー*. 東京: 中山書店.
- 甲斐久史(2012). 慢性心不全の病態生理. *日本内科学会雑誌*, 101(2), 322-328.
- 加治佐望, 荻野智之, 新井秀宜, 和田智弘, 高橋哲也, 森沢知之, . . . 道免和久(2011). 重症閉塞性肥大型心筋症に対するリハビリテーションの経験. *心臓リハビリテーション*, 16(2), 222-227.
- 上泉和子 (1985). 心不全と看護 セルフケアの意義 セルフケアを阻害する因子. *看護 Mook*(13), 152-158. 上泉和子 (1985). 心不全と看護 セルフケアの意義 セルフケアを阻害する因子. *看護 Mook*(13), 152-158.
- 上谷千夏, 瀬戸奈津子, 清水安子(2013). 仕事をもつ慢性心不全患者が生活調整をするためのセルフモニタリング. *日本循環器看護学会誌*, 8(2), 17-25.
- 片田範子, 鈴木千衣, 蛭名美智子 (1990). 理論と方法としての解釈的現象学. *看護研究*, 23 (5), 505-514.
- 片山洋之介(2004). 存在論と日常性 : ハイデガーの『存在と時間』を手がかりに(上). *茨城大学人文学部紀要 人文学科論集*, 41, 87-101. <http://ir.lib.ibaraki.ac.jp/bitstream/10109/187/1/200700105.pdf>
- 木田元(編). (2000). *ハイデガー『存在と時間』の構築*. 東京: 岩波書店.
- 木原康樹, 竹中克, 林輝美, 赤石誠, 伊藤浩, 石塚尚子, . . . 水重克文 (2006). 心機能指標の標準的計測法とその解説. *超音波医学*, 33 (3), 371-381.
- 小島朗, 寺町優子(2010). 心不全を繰り返す拡張型心筋症患者の心理・社会・経済的状況の探索. *日本循環器看護学会誌*, 6(1), 59-69.
- 熊田健二. (1984). 人間と歴史性の問題. *Artes liberales*, 34, 21-33. <http://hdl.handle.net/10140/2324>
- 眞茅みゆき(2013). 循環器疾患患者のメンタルケアに必要な基礎知識 心不全患者のメンタルケアにおける看護のポイント. *Heart*. 3(11), 11-23.
- Makaya, M., Chishaki, A., Takeshita, A., Kato, N., & Tsutsui, H. (2009). ストレスは循環器疾患のリスクか? 不安や社会的サポート不足は軽症心不全患者における予後不良と独立的に関連する. *Circulation Journal*, 73 (Suppl.1), 64.
- 眞茅みゆき, 池亀俊美, 加藤尚子(編) (2012). *心不全ケア教本*. 東京: メディカルサイエンスインターナショナル.
- Makaya, M., Tsutsui, H., Chishaki, A., & Takeshita, A. (2006). 日本人の慢性心不全の特徴と治療戦略 心不全患者の再受診及びクオリティーオブライフに対する社会的環境的及び感情的因子の影響. *Circulation Journal*, 70 (Suppl I), 41.

- 眞茅みゆき, 筒井裕之 (2005). 臨床疫学から見たわが国における慢性心不全患者の実態. *循環器科*, 57(3), 218-223.
- 眞茅みゆき, 筒井裕之 (2009). チーム医療から考える慢性心不全患者の疾病管理. *日本循環器病予防学会誌*, 44(3), 194-199.
- 眞茅みゆき, 筒井裕之(2012). 慢性心不全の疫学. 北風政史(編), *心不全診療 Q&A* (pp.2-6). 東京都:中外医学社
- 眞嶋朋子, 寺町優子, 小沼華子, 木村暢孝, 笠貫宏 (2003). 外来通院中の心疾患患者における QOL とソーシャル・サポートとの関係. *東京女子医科大学雑誌*, 73(6), 169-175.
- 諸富伸夫, 水間正澄 (2014). 心大血管リハビリテーションの最前線, *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine*, 56(1), 16-20.
- 村上礼子, 鈴木美津枝, 鹿村眞理子, 錦見俊雄 (2010). 地域生活を継続している慢性心不全患者のセルフケア 外来患者のセルフケア影響要因に注目して. *獨協医科大学看護学部紀要*, 3, 1-10.
- 長沼文雄, 井上雅浩, 神山宏, 飯塚利夫, 鈴木忠(1999). 慢性心不全管理における日常身体活動量測定的重要性. *Journal of cardiology*, 34(Suppl1), 391.
- 中橋誠 (2006). 存在論における日常性の役割. *メタフィシカ*, 37, 17-27.
- 中西純子 (2004). 「日常生活行動」の概念分析. *愛媛県立医療技術大学紀要*, 1(1), 49-56.
- 中崎恭子, 北村真吾, 野崎健太郎, 片寄泰子, 元村祐貴, 塚田恵鯉子, ... 三島和夫 (2013). 新しい活動量計における睡眠/覚醒判定アルゴリズムの検討. *国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所年報*, (26), 254.
- 中山豪(1999). 慢性うっ血性心不全の代償期における身体機能と QOL に関する検討. *帝京医学雑誌*, 22(2), 165-174.
- 関利志子 (2008). 慢性心不全で通院する後期高齢患者のセルフケアの課題と看護援助. *老年看護学*, 13(1), 40-48.
- 日本循環器学会 (2013a). *慢性心不全治療ガイドライン(2013年更新版)*. 日本循環器学会. http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2010_matsuzaki_h.pdf
- 日本循環器学会 (2013b). *心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン(2013年更新版)*. 日本循環器学会.
http://square.umin.ac.jp/jacr/link/doc/JCS2012_nohara_h20130822.pdf
- 新村出(編). (2008). *広辞苑(第6版)*. 東京:岩波書店.
- 西川啓子, 細谷真砂美, 小林美幸 (2008). 心臓再同期療法患者の QOL 評価. *木村看護教育振興財団看護研究集録*, (15), 65-80.
- 西村ユミ(2001). *語り掛ける身体 看護ケアの現象学*. 東京:ゆみる出版.
- 荻野智之, 高橋哲也, 森沢知之, 加治佐望, 福島明日香, 内山侑紀... 道免和久 (2014). 3軸加速度計を用いた慢性心不全患者の活動量評価と生活指導の試み. *日本心臓リハビリテーション学会誌*, 19(1), 78-83.
- 大平雄一, 西田宗幹, 大西和弘, 植松光俊 (2008). 自宅退院する入院患者における退院前後での身体活動量の比較検討. *理学療法科学*, 23(2), 313-317.

- 大津美香 (2008a). 心不全のディジーズマネジメントの実践を探る 回復・慢性期 回復・慢性期の心不全患者の QOL 何を評価するのか、評価尺度と限界、今後の展望. *看護技術*, 54 (12), 117-123.
- 大津美香, 森山美知子 (2008b). 慢性心不全患者の疾病の自己管理の実態と心不全の臨床指標との関連. *広島大学保健学ジャーナル*, 7 (2), 66-76.
- Otsu, H., & Moriyama, M. (2011). 慢性心不全の外来患者に対する自己管理教育プログラムの有効性. *Japan Journal of Nursing Science*, 8 (2), 140-152.
- Park, J., Yamazaki, Y., Yonekura, Y., Yukawa, K., Homma, M., Kagawa, Y., & Ueno, H. (2010). 慢性疾患を有する成人におけるセルフマネジメントプログラムの診断群別効果. *日本健康教育学会誌*, 18 (Suppl), 81.
- 佐佐木智絵 外来通院中の心不全患者が心不全増悪のリスクに対して行っているセルフマネジメントの内容分析(2011). *第8回日本循環器看護学会学術集会抄録集*. p.35.
- 佐佐木智絵 (2012a). "休息"の概念分析 心不全患者への適用. *近大姫路大学看護学部紀要*(4), 31-39.
- 佐佐木智絵 (2012b). 心不全患者の日常生活活動の調整の意味. *第9回日本循環器看護学会学術集会抄録集*. p.98.
- 柴信行, 下川宏明 (2010). 本邦における心不全の実態は? 慢性心不全の疫学データ. *救急・集中治療*, 22 (1-2), 7-13.
- 志賀幸子, 平川かなこ, 松崎由美, 平川千津子, 岡村裕美, 板井安代. ... 舛友一洋 (2010). 高齢心不全患者の服薬アドヒアランス向上を目指した地域連携の取り組み. *心臓リハビリテーション*, 15 (2), 314-318.
- Subasic, K. (2013). Living With hypertrophic Cardiomyopathy. *Journal of Nursinf Scholarship*, 45(4), 371-379.
- 蘇リナ, 田中喜代次, 正田純一, 後藤一成(2014). 肥満男性における生活習慣改善が肝臓周りの脂肪および血清脂質代謝に及ぼす影響. *健康医科学研究助成論文集*, 29, 88-97.
- 高嶋千敬, 東祐二, 中村春基, 杉原素子(2008). 心大血管疾患領域における作業療法の実態調査. *心臓リハビリテーション*, 13 (1), 173-175.
- 田中美恵子 (1997). *精神障害・当事者にとっての病いの意味 -地域で生活する4人のライフヒストリーから(未出版博士論文)*. 聖路加看護大学:東京.
- Toombs, S. K. (2001). *病いの意味 -看護と患者理解のための現象学*. (永見勇 訳). 東京:日本看護協会出版会. (1992).
- 徳永友里, 多留ちえみ, 宮脇郁子(2014). 2型糖尿病患者が行っている身体活動自己管理行動と身体活動量との関連. *横浜看護学雑誌*, 7(1), 9-15.
- 辻村理恵子, 尾崎紀夫 (2004). 循環器疾患に伴ううつ病について. *Bulletin of Depression and Anxiety Disorders*, 2 (2), 4-7.
- 上村宗弘 (2011). 【運動と生活習慣病】心疾患と運動. *成人病と生活習慣病*, 41 (3), 290-295.

- 上村朋子 (2006). 「概念分析」の主な手法とその背景についての文献的考察. *日本赤十字看護学会誌*, 6 (1), 94-102 .
- 運動所要量・運動指針の策定検討会. (2006). 健康づくりのための運動指針 2006～生活習慣病予防のために～. 厚生労働省.
- Walker, O., & Avant, K. (2008). *看護における理論構築の方法*. (中木高夫, 川崎修一, 訳) 東京: 医学書院.(2004).
- 山田緑, 小松浩子 (2007). 虚血性心疾患患者の運動の継続に影響する要因の検討. *聖路加看護学会誌*, 11(1), 53-61.
- Yamada, S., Shimizu, Y., Suzuki, M., & Izumi, T. (2012). Functional limitations predict the risk of rehospitalization among patients with chronic heart failure. *Circulation Journal*, 76(7), 1654-1661.
- Yamada,S., Shimizu,Y., Suzuki,M., Izumi,T., & PTMaTCH collaborators (2012). Functional Limitations Predict the Risk of Rehospitalization Among Patients With Chronic Heart Failure. *Circulation Journal*,76(7), 1654-1661.
- 山下亮子, 増島麻里子, 眞嶋朋子 (2011). 慢性心不全患者の症状悪化予防に関する生活調整. *千葉看護学会誌*, 16 (2), 45-53.
- 安田加代子, 松藤彩 (2009). 心不全患者の在宅生活における活動量とQOL. 第6回日本循環器看護学会学術集会抄録集.p.98.

資料目次

資料 1 研究依頼書（患者様用）.....	i
資料 2 同意書（研究者控え）.....	iv
資料 3 同意書（研究協力者控え）.....	v
資料 4 研究依頼書（施設管理者用）.....	vi
資料 5 研究依頼書（外来担当医用）.....	viii
資料 6 研究依頼書（外来担当看護管理者用）.....	x
資料 7 アクティマーカー取扱説明.....	xi
資料 8 インタビューガイド.....	xiii
資料 9 健康関連 QOL 調査用紙.....	xv
資料 10 研究協力者の活動量分析結果.....	xvii
資料 11 研究協力者の健康関連 QOL.....	xlvii

研究にご協力いただくにあたって（依頼文）

研究者 兵庫県立大学大学院看護学研究科 博士後期課程
学生 佐佐木 智絵

私は兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程の学生、佐佐木智絵と申します。この度博士論文として、慢性心不全患者様が自宅での日常生活においてどのように活動の調整を行っているのかを明らかにするために、「慢性心不全患者の日常生活における活動の調整」についての研究を行いたいと考えております。この研究を行うことで、看護師が皆様に提供できる退院指導の内容や方法の向上、継続的な看護の提供に貢献できると考えております。

今回ご協力いただきたい点は、どのような時に、どのように身体を動かしたり休めたりされているのか、実際にどのくらい、どのような活動をなさっているのかなどについて、外来受診のときに空いている時間でインタビューをさせていただいたり、活動量を測ることができる万歩計で測らせていただきたいと思っております。なにとぞご協力くださいますよう、お願い申し上げます。

具体的には下記の点について、お願いいたします。

1. 1回につき 30～60 分前後のインタビューを、今回と次回の外来受診時にさせていただきます。
2. インタビューの場所は、面談室などの個室を使用し、他の患者様や面会の方々にお話を聞かれないようにいたします。
3. インタビューの内容は録音し、インタビュー終了後に文章に起こします。もし録音されたくないと感じられましたら録音はいたしませんのでお申し出ください。
4. インタビュー中は所々メモを取らせていただくことがありますのでご了承ください。
5. インタビューは計 2 回を予定していますが、もし追加でお伺いしたいことがあった場合には、後日 1～2 回、追加で短時間のインタビューをさせていただくことがあるかもしれません。その場合も外来受診にあわせてお願いさせていただきます。

6. 次回の外来までの間で3日間程度、万歩計をつけていただき、活動の量や強さを測らせていただきたいと思います。
7. そのほか、カルテから、年齢、性別、血液検査結果（BNP）、心エコーや心臓カテーテル検査の結果（%FS・EF・E/E'）、心不全の原因となった疾患、服薬中の薬、他の治療中の疾患の有無、入院歴、現在受けられている内服以外の治療（心臓リハビリテーション、外来点滴療法など）について、見させていただきたいと思います。これらは、インタビューと活動量の分析の結果とあわせて検討するために用います。

また、下記のことについてお約束させていただきます。

1. この研究への参加・協力はお断りになることができます。お断りになっても、あなたが受けられる医療サービスに関して不利益を被ることは一切ありません。
2. この研究へ参加・協力を同意いただいた場合であっても、研究の途中で参加を撤回することができます。その場合であっても、不利益となることは一切ありません。
3. インタビューの内容で、答えたくないと思われたことはお答えいただかなくてもかまいません。また、インタビューの途中で中止や、インタビュー後にそのデータを使わないで欲しいと思われたときにも中止することができます。遠慮なくお申し出ください。
4. 活動量測定は、期間を短縮したり、インタビューのみご協力いただくこともできます。遠慮なくお申し出ください。
5. あなたのプライバシーは固く保護され、内容は、研究の目的以外に用いることはありません。
6. インタビュー中に得られた情報で、体調の変化や症状など、医療上の必要がある場合には、了解をいただいてから（緊急の場合を除く）主治医や看護師に情報を伝えることがあります。
7. カルテから得られた情報、録音した内容や文章に書き起こした内容、計測した活動量などのデータは、結果がまとまった時点（平成27年3月）で消去・破棄いたします。
8. 個人情報が入りたくないようには番号で処理しますので、お名前が残ることはありません。また、研究成果を文書で公表する場合（論文や研究発表など）にも、匿名性を守り、個人が特定されることが無いように守秘いたし

ます。

この研究に協力していただくことによって起こる不利益・不快として次のことが考えられます。

- インタビューによる時間的拘束が起きますが、診療・治療・検査などを優先いたしますので、不都合がありましたらインタビュー中でもお申し出ください。
- 30 分程度の会話をしますので、その途中疲れを感じられることがあるかもしれません。その際には時間を分割してお伺いしたり、インタビュー中であっても中止することができますので、いつでもお申し出ください。
- 活動量計をつけることで、拘束されているように感じられることがあるかもしれません。期間の短縮や途中で中止することもできますのでお申し出ください。また、活動量計で計測した内容につきましては、健康管理にお役立ていただくために、結果をお渡しすることができます。ご希望がありましたらお申し出ください。

研究中や研究終了後であっても、不快・不利益がないよう最善の努力をいたします。また、この研究中や終了後においても、質問や疑問が生じた場合は速やかに対応いたします。いつでも研究者の連絡先にお問い合わせください。研究結果は、後日、兵庫県立大学大学院看護学研究科博士論文として提出するほか、看護や循環器に関する学会・雑誌で公表します。詳しい研究結果を知りたい場合は、研究者の連絡先にお問い合わせください。

研究者 兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程 学生 佐佐木 智絵
指導教員 兵庫県立大学大学院看護学研究科 教授 野並 葉子

連絡先 〒673-8588 明石市北王子町 13-71
電話・FAX

この依頼文は、研究終了の平成 27 年 3 月末日まで、同意書とともに保管させていただきますよう、お願い申し上げます。

同 意 書

「慢性心不全患者の日常生活における活動の調整」の研究について、
十分に説明を受けた上でこの研究に参加することに同意します。
また、診療記録 (カルテ) の閲覧についても併せて同意します。

平成 年 月 日

研究協力者署名 _____

説明者署名 _____

研究者

兵庫県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

学生 佐佐木 智絵

指導教員 教授 野並 葉子

問い合わせ先

〒673-8588 明石市北王子町13-71

電話
FAX



保存期間；平成 27 年 3 月末日

同 意 書

「慢性心不全患者の日常生活における活動の調整」の研究について、十分に説明を受けた上でこの研究に参加することに同意します。
また、診療記録（カルテ）の閲覧についても併せて同意します。

平成 年 月 日

研究協力者署名 _____

説明者署名 _____

研究者

兵庫県立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程

学生 佐佐木 智絵

指導教員 教授 野並 葉子

問い合わせ先

〒673-8588 明石市北王子町13-71

電話

FAX

尚、本同意書は研究が終了する平成27年3月末日まで、依頼文と共にご保存ください。

病院長
看護部長 殿

平成 年 月 日

研究協力に関するお願い

私は兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程の学生、佐佐木智絵と申します。この度博士論文として、慢性心不全患者様が自宅での日常生活においてどのように活動の調整を行っているのかを明らかにするために、「慢性心不全患者の日常生活における活動の調整」についての研究を行うことを希望しております。この研究を行うことで、看護師が皆様に提供できる退院指導の内容や方法の向上、継続的な看護の提供に貢献できると考えております。つきましては、研究協力者として、貴院循環器内科に通院中の患者様の紹介をお願いいたしたく存じます。

研究の概要および依頼内容について資料を添付いたしております。ぜひご一読いただき、ご協力賜りますよう、お願い申し上げます。

依頼事項

- ▶ 対象となる研究協力者の紹介をお願いいたします。条件は以下のとおりです。

①ACC/AHA の心不全発症のステージ B～C 該当する患者で、②現在、外来通院中で良好にコントロールできており過去 1 年間に心不全増悪による入院暦がなく、③30～60 分程度の言語的コミュニケーションが可能な患者様。

- ▶ 研究の進行に伴い、比較検討のために対象の特徴を限定した患者様の紹介を依頼することがあります（例；女性の患者様など）。
- ▶ 手順として、1）対象となる患者様の外来受診終了後に、主治医から患者様に研究者をご紹介いただき、2）その後、研究者から患者様に対し研究内容等を説明させていただきたいと考えております。
- ▶ インタビューは、活動量測定の前・後で1回ずつ（2回）を予定しております。2回とも、外来受診時にさせていただきたいと考えております。必要に応じて、後日 3 回目以降のインタビューをお願いする場合があります。
- ▶ インタビューは、研究協力者の方のプライバシー保護のため、個室で行いたいと考えております。つきましては、診察室や面談室などの個室を 1 室使用させていただきたくお願いいたします。

- ▶ 患者様からの希望があれば、活動量測定の結果のうち、一日の歩数、一日の活動量・活動強度の分布をお渡しし、内容の説明をいたしたいと考えております。退院指導等で用いられています資料がありましたら、事前に拝見させていただき、患者様が受けられている指導等と相違がないように留意いたします。

- ▶ 対象者の同意が得られた後で、カルテから次のデータ（検査内容によっては該当する項目のみ）を取得させていただきたいと思っております。つきましては、カルテの閲覧をご許可させていただきたいと存じます。カルテ閲覧に関しましては、貴院の規定に添って手続きを行い、規約を順守いたします。
 - ◇ 年齢、性別、BNP、%FS・EF・（必要時 E/E'・ Tei index）等の血液・生理・画像検査結果、基礎疾患、服薬中の薬、他の治療中の疾患の有無、現病歴、入院歴、行われている服薬以外の治療（心臓リハビリテーション、外来点滴療法など）

- ▶ 研究にご協力いただいた患者様には粗品を進呈する予定にしております。

研究者 兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程
学生 佐佐木 智絵
指導教員 兵庫県立大学大学院看護学研究科
教授 野並 葉子

連絡先 〒673-8588 明石市北王子町 13-71
電話・FAX

担当医師 御机下

年 月 日

研究協力に関するお願い

私は兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程の学生、佐佐木智絵と申します。この度博士論文として、慢性心不全患者様が自宅での日常生活においてどのように活動の調整を行っているのかを明らかにするために、「慢性心不全患者の日常生活における活動の調整」についての研究を行うことを希望しております。この研究を行うことで、看護師が皆様に提供できる退院指導の内容や方法の向上、継続的な看護の提供に貢献できると考えております。つきましては、研究協力者として、貴院循環器内科に通院中の患者様の紹介をお願いいたしたく存じます。

具体的な依頼内容は下記の通りです。

依頼事項

1) 対象となる研究協力者の紹介をお願いいたします。

条件として、①ACC/AHAの心不全発症のステージB～Cに該当する患者で、②現在、外来通院中で安定して経過されており過去1年間に心不全増悪による入院歴がなく、③30～60分程度の言語的コミュニケーションが可能な患者である患者様をお願いいたします。

研究の進行に伴い、比較検討のために対象の特徴を限定した患者様の紹介を依頼することがあります（例；女性の患者様など）。

2) 条件に該当する患者様がいらっしゃいましたら、(1)外来診察終了後に、心不全患者様について研究をしている研究者がいる旨を患者様にご説明いただき、(2)患者様が研究者の説明を聞いても良いとご了承いただけた場合、(3)患者様に研究者をご紹介ください。

ご紹介いただく際、患者様にプレッシャーにならないようご配慮いただけますようお願いいたします。

3) ご紹介いただいた後に、研究者から患者様へ、研究の趣旨などを説明し、同意を得たいと考えております。

4) インタビュー中に、息切れなどの症状が現れた場合には速やかにインタビューを中止し安静を保つようにいたしますが、症状が消失しない場合にはご連絡いたしますのでご指示をお願いいたします。

5) 患者様からの希望があれば、活動量測定の結果のうち、一日の歩数、一日の活動量・活動強度の分布をお渡しし、内容の説明をいたしたいと考えております。退院指導等で用いられています資料がありましたら、事前に拝見させていただき、患者様が受けられている指導等と相違がないように留意いたします。

6) 対象者の同意が得られた後で、カルテから次のデータ（検査内容によっては該当する項目のみ）を取得させていただきたいと思っております。つきましては、カルテの閲覧をご許可いただきたいと存じます。カルテ閲覧に関しましては、貴院の規定に添って手続きを行い、規約を順守いたします。


年齢、性別、BNP、%FS・EF・（必要時 E/E'・ Tei index）等の血液・生理・画像検査結果、基礎疾患、服薬中の薬、他の治療中の疾患の有無、現病歴、入院歴、行われている服薬以外の治療（心臓リハビリテーション、外来点滴療法など）。

7) 研究にご協力いただいた患者様には粗品を進呈する予定にしております。

研究の概要について資料を添付いたしております。ぜひご一読いただき、ご協力賜りますよう、お願い申し上げます。

研究者 兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程
学生 佐佐木 智絵
指導教員 兵庫県立大学大学院看護学研究科
教授 野並 葉子

連絡先 〒673-8588 明石市北王子町 13-71

電話・FAX 

外来担当看護長 殿

年 月 日

研究協力に関するお願い

私は兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程の学生、佐佐木智絵と申します。この度博士論文として、慢性心不全患者様が自宅での日常生活においてどのように活動の調整を行っているのかを明らかにするために、「慢性心不全患者の日常生活における活動の調整」についての研究を行うことを希望しております。この研究を行うことで、看護師が皆様に提供できる退院指導の内容や方法の向上、継続的な看護の提供に貢献できると考えております。つきましては、研究協力者として、貴院循環器内科に通院中の患者様の紹介をお願いいたしたく存じます。

具体的な依頼内容は下記の通りです。

依頼内容


- 対象となる研究協力者の紹介をお願いいたします。
条件として、①ACC/AHAの心不全発症のステージB～Cに該当する患者で、②現在、外来通院中で安定して経過されており過去1年間に心不全増悪による入院歴がなく、③30～60分程度の言語的コミュニケーションが可能な患者である患者様をお願いいたします。
研究の進行に伴い、比較検討のために対象の特徴を限定した患者様の紹介を依頼することがあります（例；女性の患者様など）。
- 個室の利用をご許可ください。
主治医（もしくは外来担当の看護師の方）からご紹介いただいた患者様に、30分～60分のインタビューを行います。その際、患者様のプライバシー保護のため、個室を使用させていただきたいと考えております。インタビューは紹介いただいた日と次回の外来日の2回に、必要があれば3回目以降のインタビューの可能性があります。インタビューに伺う際には、事前にご連絡させていただきます。つきましては、診察室、面談室などの個室を1室お借りしたく、調整をお願い申し上げます。
- 患者様からの希望があれば、活動量測定の結果のうち、一日の歩数、一日の活動量・活動強度の分布をお渡しし、内容の説明をいたしたいと考えております。退院指導等で用いられています資料がありましたら、事前に拝見させていただき、患者様が受けられている指導等と相違がないように留意いたします。

- 対象者の同意が得られた後で、カルテから次のデータ（検査内容によっては該当する項目のみ）を取得させていただきたいと思います。つきましては、カルテの閲覧をご許可いただきたいと存じます。カルテ閲覧に関しましては、貴院の規定に添って手続きを行い、規約を順守いたします。
年齢、性別、BNP、%FS・EF・（必要時 E/E'・ Tei index）等の血液・生理・画像検査結果、基礎疾患、服薬中の薬、他の治療中の疾患の有無、現病歴、入院歴、行われている服薬以外の治療（心臓リハビリテーション、外来点滴療法など）
- インタビュー中に、息切れなどの症状が現れた場合には速やかにインタビューを中止し安静を保つようにいたしますが、症状が消失しない場合にはご連絡いたしますのでご指示をお願いいたします。
- 研究にご協力いただいた患者様には粗品を進呈する予定にしております。

尚、研究の概要について資料を添付いたしております。ぜひご一読いただき、ご協力賜りますよう、お願い申し上げます。

研究者 兵庫県立大学大学院看護学研究科博士後期課程
学生 佐佐木 智絵
指導教員 兵庫県立大学大学院看護学研究科
教授 野並 葉子

連絡先 〒673-8588 明石市北王子町 13-71

電話・FAX 

アクティマーカー（万歩計）の取り扱いについて

アクティマーカーは、歩数と運動量を図る万歩計です。朝起きてから、夜布団に入られるまでの間、つけていただきたいと思います。
※防水ではありませんので、お風呂やシャワーのときははずしてお入りください。

つける場所

腰のベルトにつけてください。ベルト部分につけにくい場合は、ズボンのポケットに入れていただいてもかまいません。

次回の外来日までに 3 日間程度つけていただき、お渡ししている返信用のレターパックでお返しく下さい。次回の外来のときに結果を印刷してお渡しいたします。連続した 3 日間でもかまいませんし、ばらばらでもかまいません。

アクティマーカーにはボタンが 3 つついています。どのボタンを押していただいても計測に支障が出ることはありません。



切替ボタンを押すと、今日の活動量や消費カロリー、歩数が順番に切り替わります。

呼ボタンを押すと、前日までの情報を見ることができます。

呼ボタンは、気になる症状があったときなどに押しておく、分析のときの目印になるボタンです。特に押していただかなくてもかまいませんが、押していただいた場合は、結果をお渡しするときにわかるように印をつけてお渡しすることができます。

1. 普段の生活の中で、心臓に負担をかけないように気をつけていることがあれば教えてください。

できるだけ答えやすい質問からはじめる。「ない」という回答も含めて、そのまま受け止める。内容によって 2.3 のどちらの質問から投げかけるかを検討する。

2. 最近、よく動いたと感じたり、疲れたと感じたことがありましたか？
⇒それはどのようなことをしていたときでしたか？
⇒そのとき（疲れたと感じたとき）、どうしましたか？
⇒途中で休憩したりやめておいたりする時の目安のようなものはありますか？

エネルギーを消費していると感じる活動や、中断の基準や中断の仕方について、具体的な場面で答えてもらえるようゆっくりと話を聞く。

3. 生活の中で気をつけていることはどんなことですか？
⇒なぜそれに気をつけるようになったのですか？
⇒気をつけるようになって変わったことはありますか？

エネルギーを消費していると感じる活動や、中断の基準や中断の仕方について、心不全の療養と結び付け、2とは異なる視点から聞く。2同様に具体的な場面で答えてもらえるようゆっくりと話を聞く。

4. 病気になってもどうしても続けたい、やめられないと思いつけていることはありますか？
⇒続けるためにどのようなことをしていますか？

研究協力者にとって継続したいと思っている活動で、活動の調整の動機となったり目的となっている患者の変えられないものと、その活動を続けるために行っている休息や工夫について問いかける。

5. 何か習慣になっていることはありますか？
⇒それはいつごろからの習慣ですか？
⇒心不全になってからやめてしまった習慣や楽しみがあれば教えてください。

これまで継続してきた活動について聞く。現在行っていることだけでなく、過去に行っていたことやそれをやめてしまった経緯についても聞くことで、活動を中断することについても聞ける可能性がある。

6. 心臓のことが気になるときはどんなときですか？

⇒気になったときにどうしていますか？

〔 中断の基準や中断の仕方について、心不全症状と結び付けて聞く。また、中断しない場合も考えられ、中断や継続に影響する事柄についても知ることができる。 〕

7. 生活の中で楽しみにしていることはどんなことですか？

〔 質問 4 と同様の目的で、聞き方を変えて質問を行う。質問 4 の内容によっては省略することも可能。 〕

8. ほっとしたり元気が出るようなことはどんなことですか？

⇒どのようなときにそれ（楽しみにしていることやほっとしたり元気が出たりすること）をするのですか？

⇒それをはじめたきっかけがあれば教えてください。

〔 エネルギーを消費していると感じる活動や、中断の基準や中断の仕方について、具体的な場面で答えてもらえるようゆっくりと話を聞く。 〕

あなたの健康について

このアンケートはあなたがご自分の健康をどのように考えているかをおうかがいするものです。あなたが毎日をどのように感じ、日常の活動をどのくらい自由にできるかを知るうえで参考になります。お手数をおかけしますが、何卒ご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

以下のそれぞれの質問について、一番よくあてはまるものに印 (☑) をつけてください。

1. 全体的にみて、過去 1 ヵ月間のあなたの健康状態はいかがでしたか。

最高に良い	とても良い	良い	あまり良くない	良くない	ぜんぜん良くない
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

2. 過去 1 ヵ月間に、体を使う日常活動（歩いたり階段を昇ったりなど）をすることが身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん妨げられなかった	わずかに妨げられた	少し妨げられた	かなり妨げられた	体を使う日常活動ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. 過去 1 ヵ月間に、いつもの仕事（家事も含みます）をすることが、身体的な理由でどのくらい妨げられましたか。

ぜんぜん妨げられなかった	わずかに妨げられた	少し妨げられた	かなり妨げられた	いつもの仕事ができなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. 過去1ヵ月間に、体の痛みはどのくらいありましたか。

ぜんぜん なかった	かすかな 痛み	軽い痛み	中くらいの 痛み	強い痛み	非常に 激しい痛み
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

5. 過去1ヵ月間、どのくらい元気でしたか。

非常に 元気だった	かなり 元気だった	少し 元気だった	わずかに 元気だった	ぜんぜん 元気でなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. 過去1ヵ月間に、家族や友人とのふだんさまたのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で、どのくらい妨さまたげられましたか。

ぜんぜん 妨 <small>さまた</small> げられ なかった	わずかに 妨 <small>さまた</small> げられた	少し 妨 <small>さまた</small> げられた	かなり 妨 <small>さまた</small> げられた	つきあいが できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. 過去1ヵ月間に、心理的な問題（不安を感じたり、気分が落ち込んだり、イライラしたり）に、どのくらい悩さまたまされましたか。

ぜんぜん悩 <small>さまた</small> ま されなかった	わずかに 悩 <small>さまた</small> まされた	少し 悩 <small>さまた</small> まされた	かなり 悩 <small>さまた</small> まされた	非常に 悩 <small>さまた</small> まされた
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

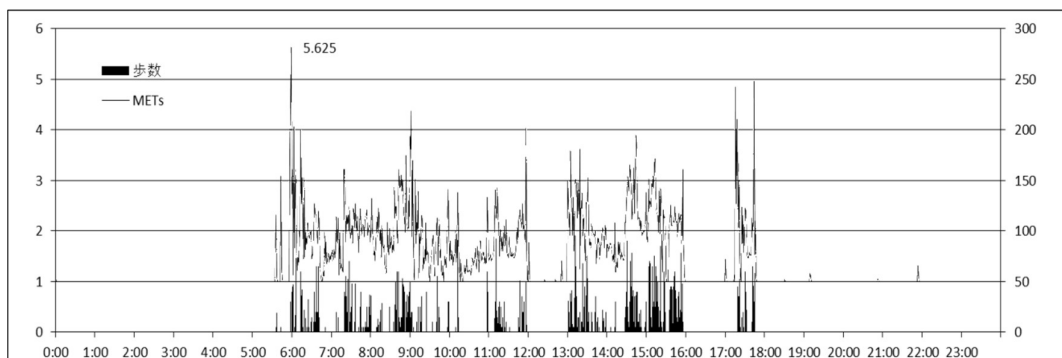
8. 過去1ヵ月間に、日常行う活動（仕事、学校、家事などのふだんさまたの行動）が、心理的な理由で、どのくらい妨さまたげられましたか。

ぜんぜん 妨 <small>さまた</small> げられ なかった	わずかに 妨 <small>さまた</small> げられた	少し 妨 <small>さまた</small> げられた	かなり 妨 <small>さまた</small> げられた	日常行う活動が できなかった
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

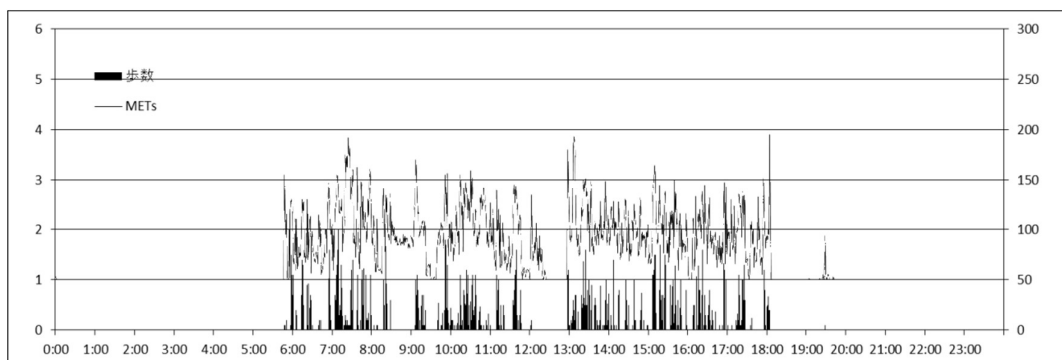
ご協力、ありがとうございました。

A 氏の活動量分析結果

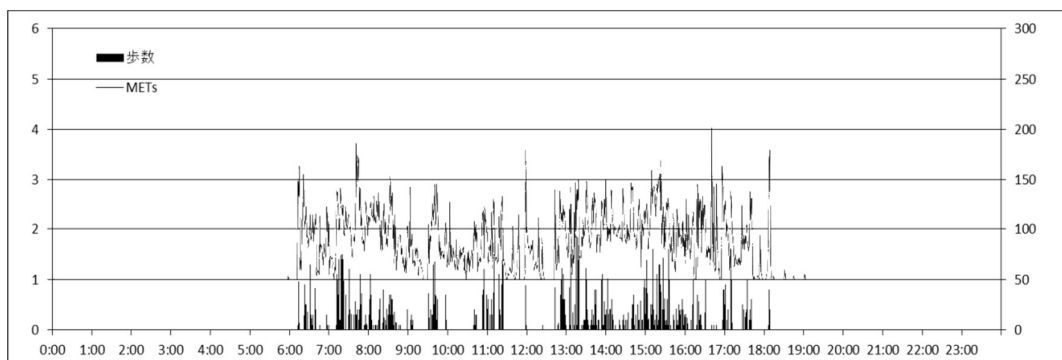
1 日目



2 日目

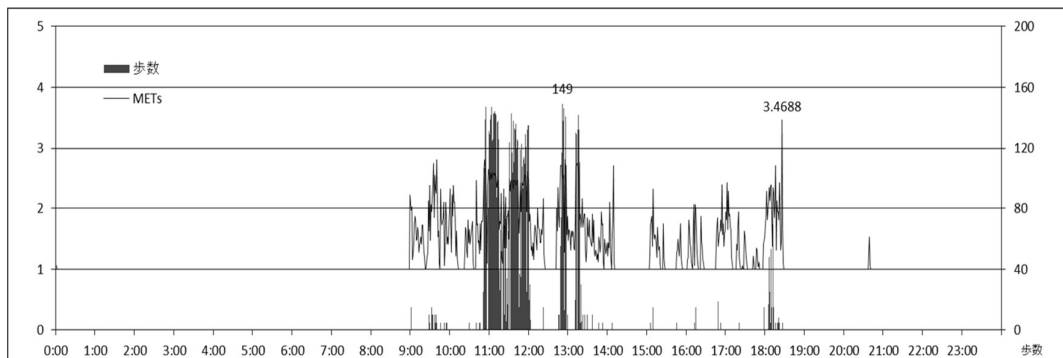


3 日目

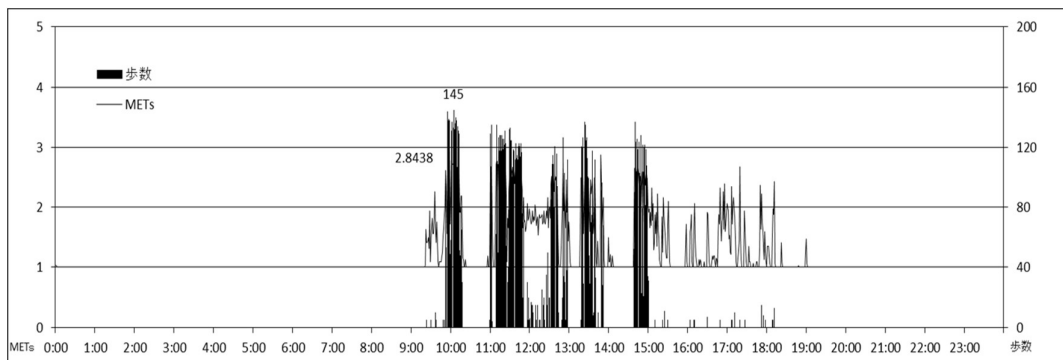


B 氏の活動量分析結果

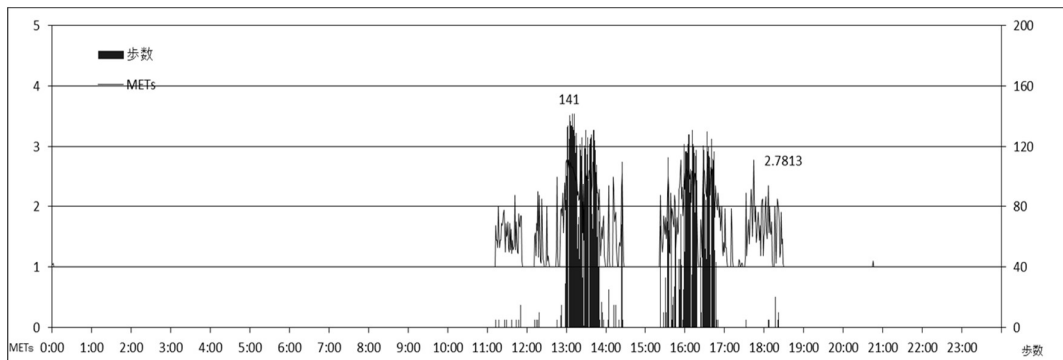
1 日目



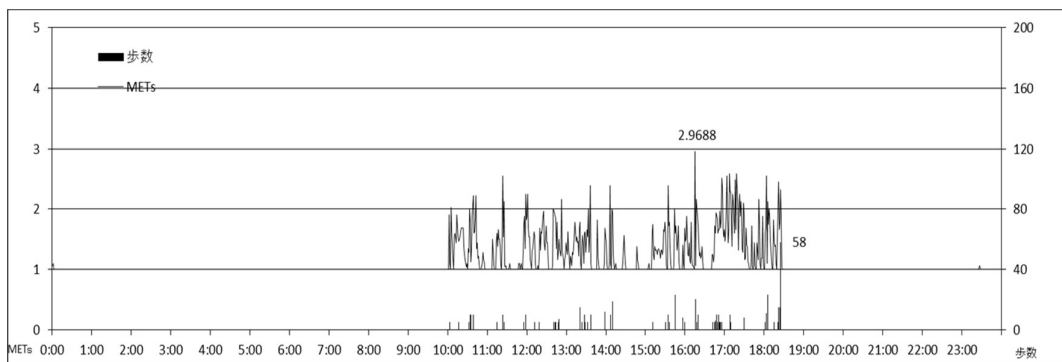
2 日目



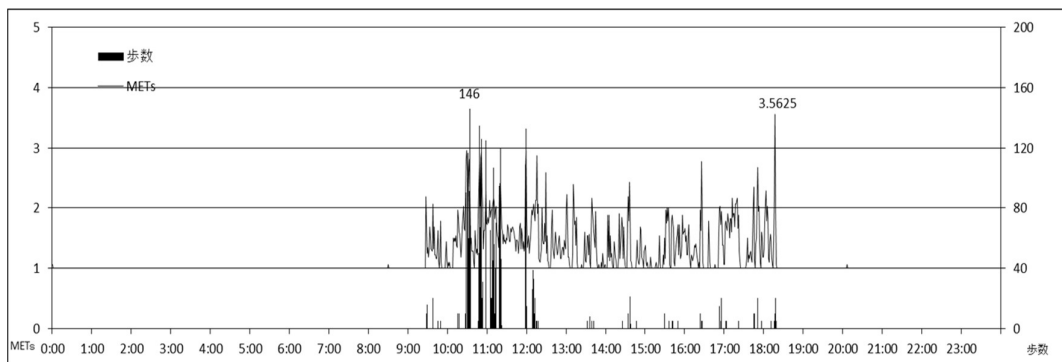
3 日目



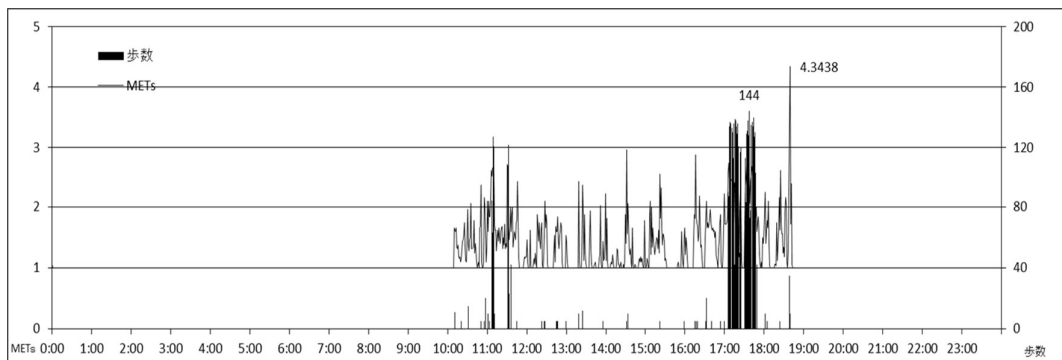
4 日 目



5 日 目

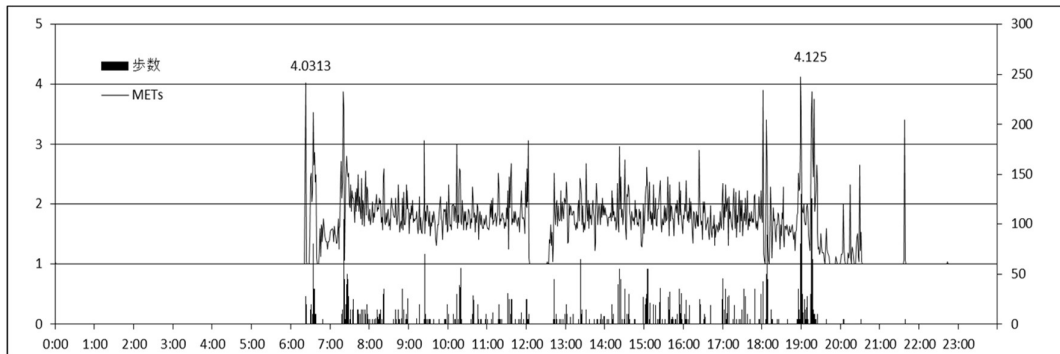


6 日 目

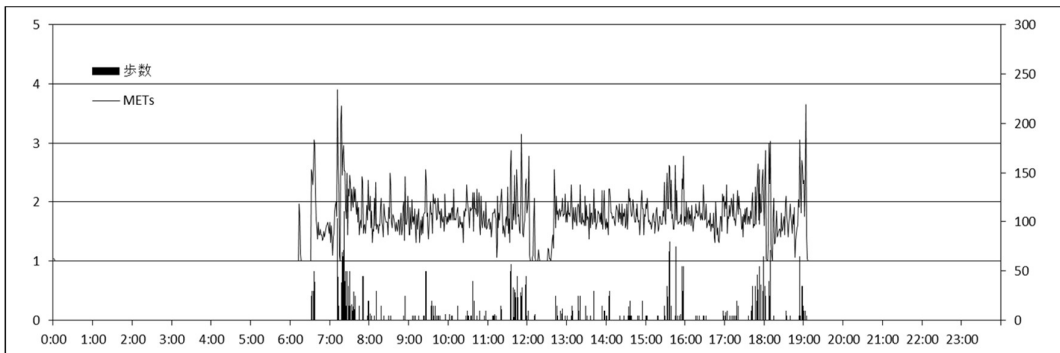


C 氏の活動量分析結果

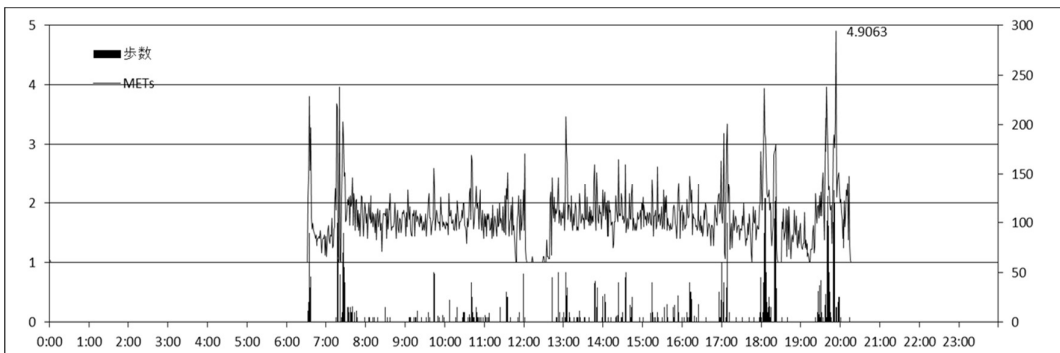
1 日目



2 日目

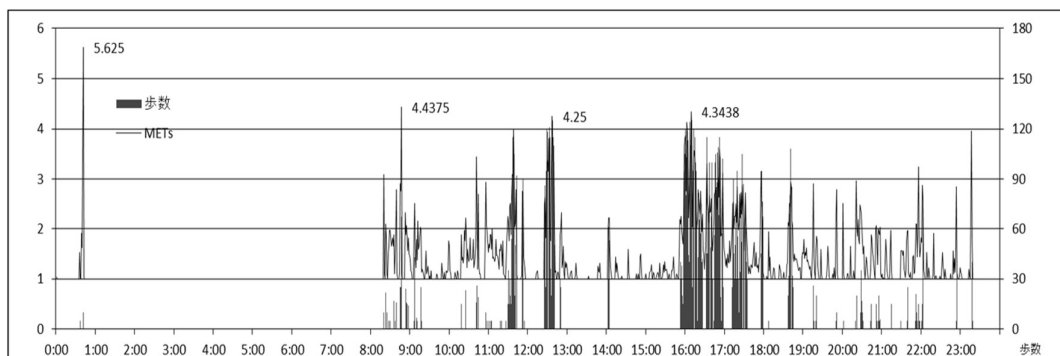


3 日目

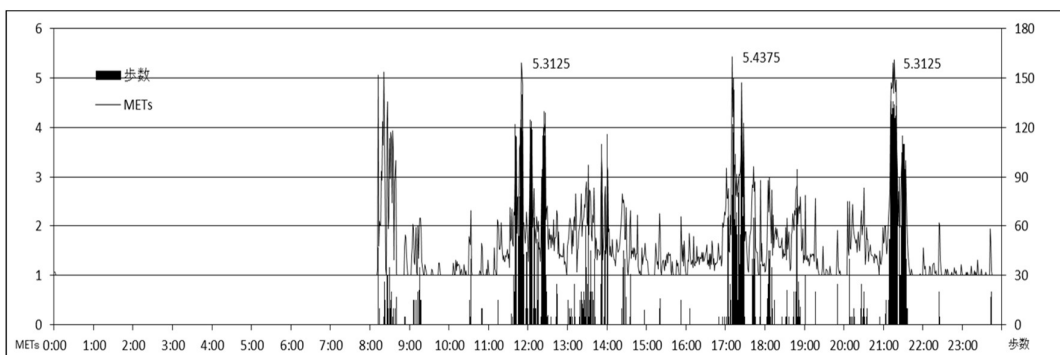


D 氏の活動量分析結果

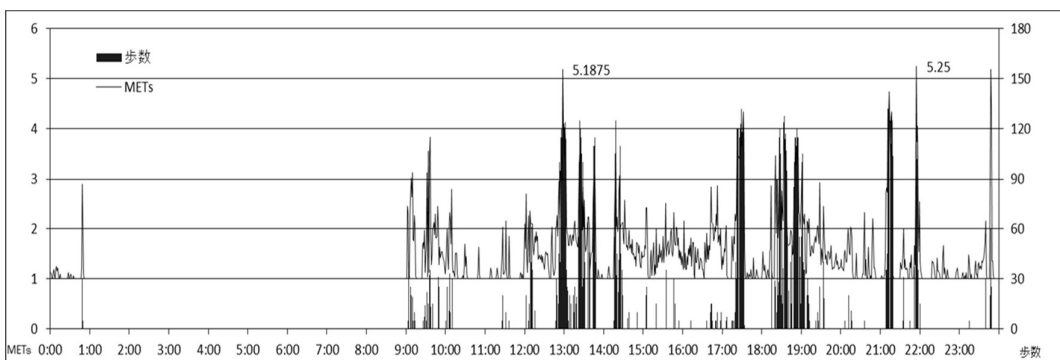
1 日目



2 日目

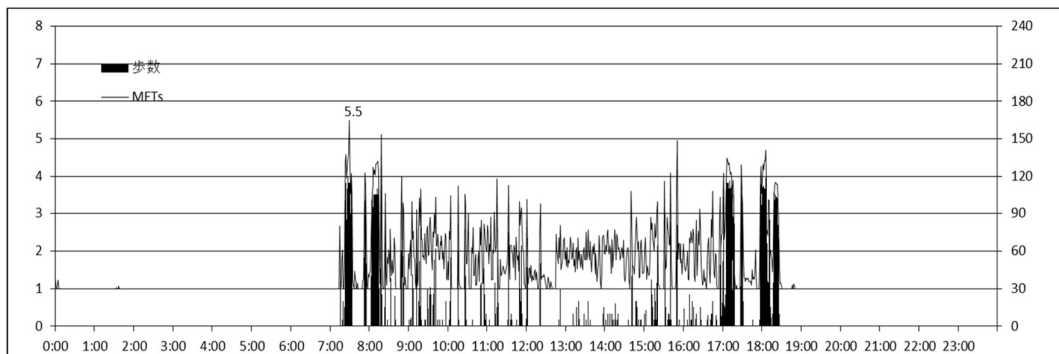


3 日目

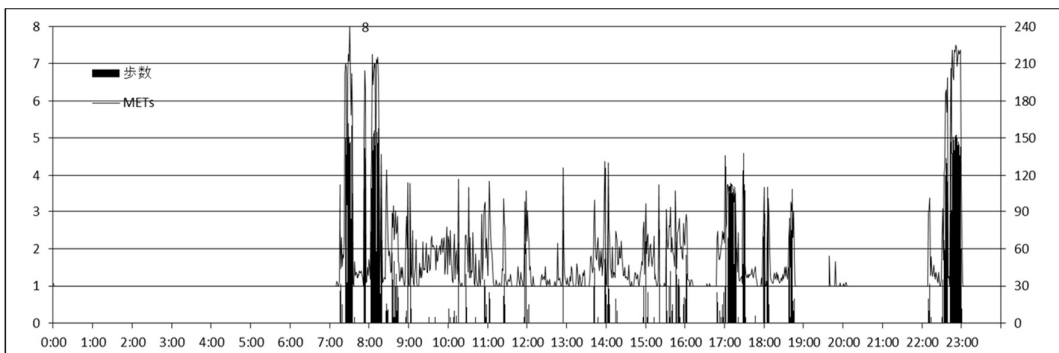


E 氏の活動量分析結果

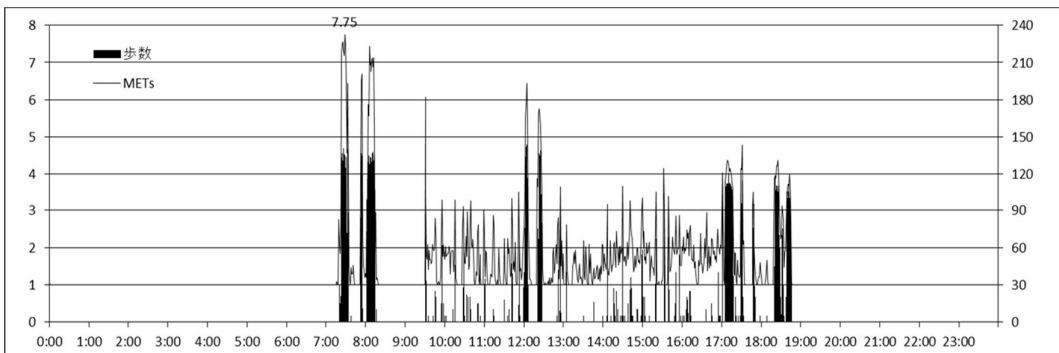
1 日目



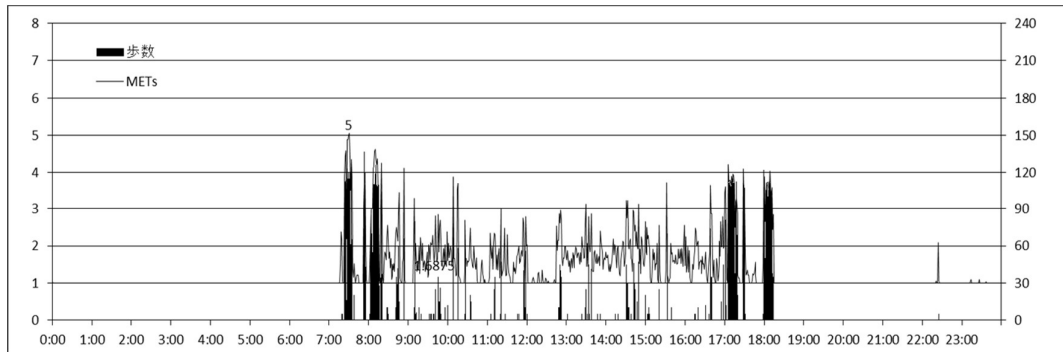
2 日目



3 日目

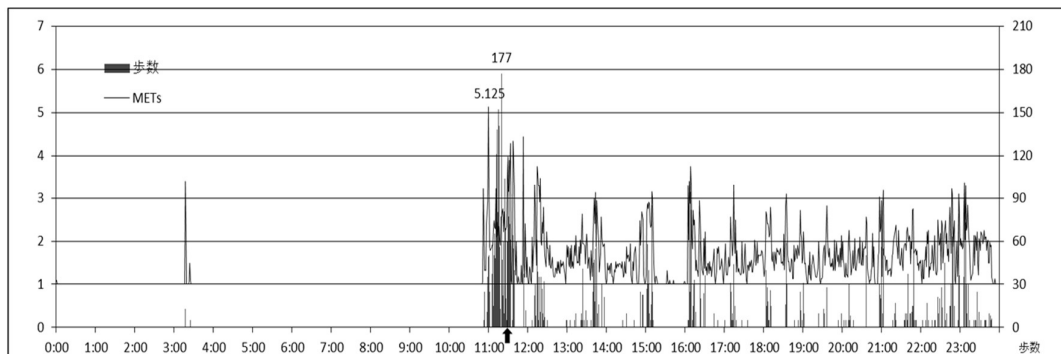


4 日 目

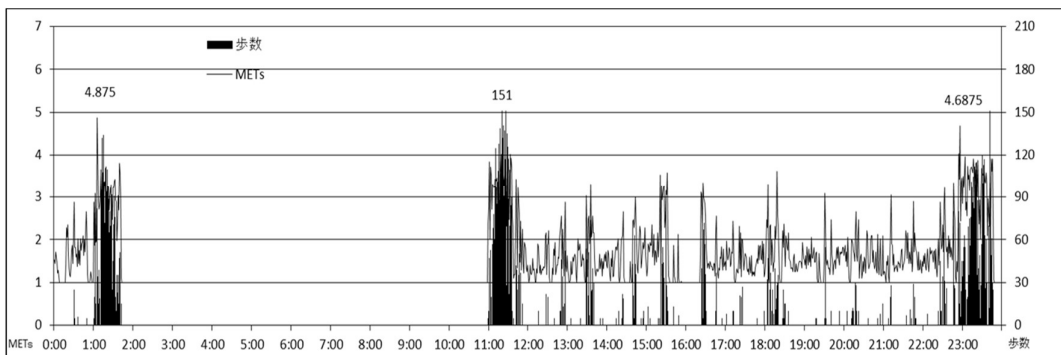


F 氏の活動量分析結果

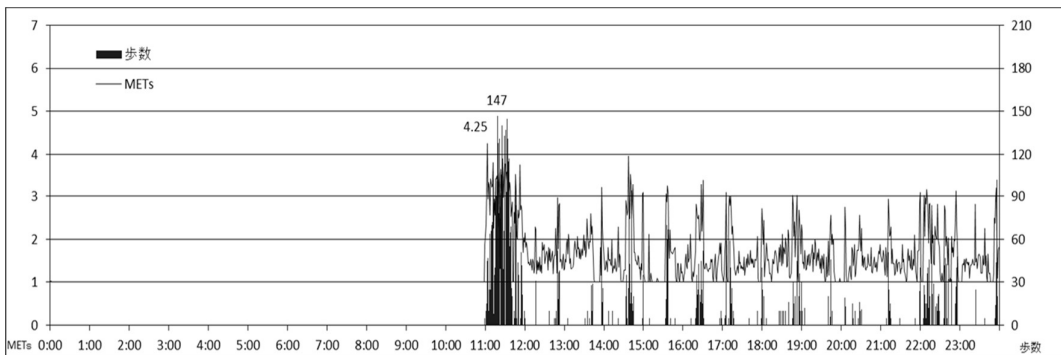
1 日目



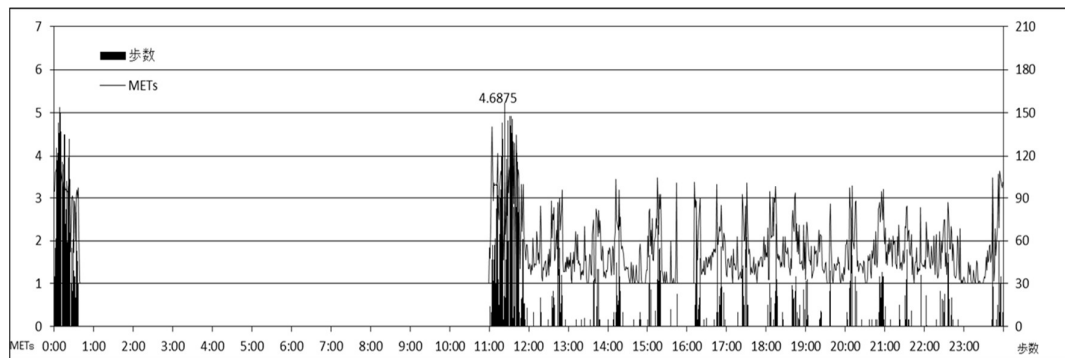
2 日目



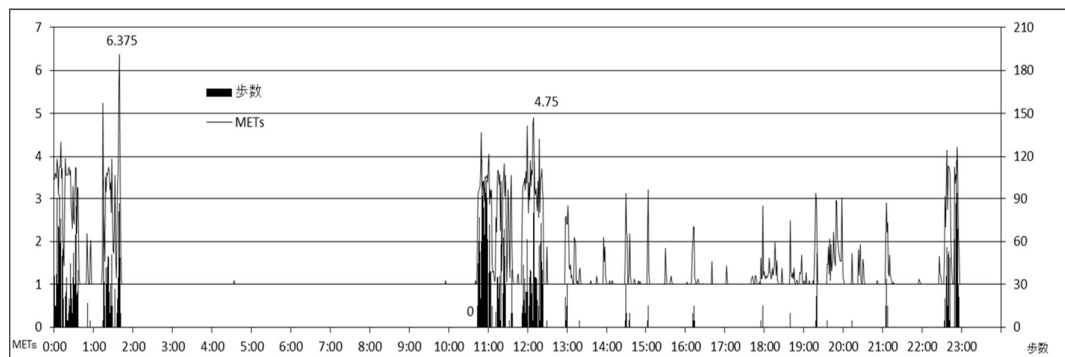
3 日目



4 日 目

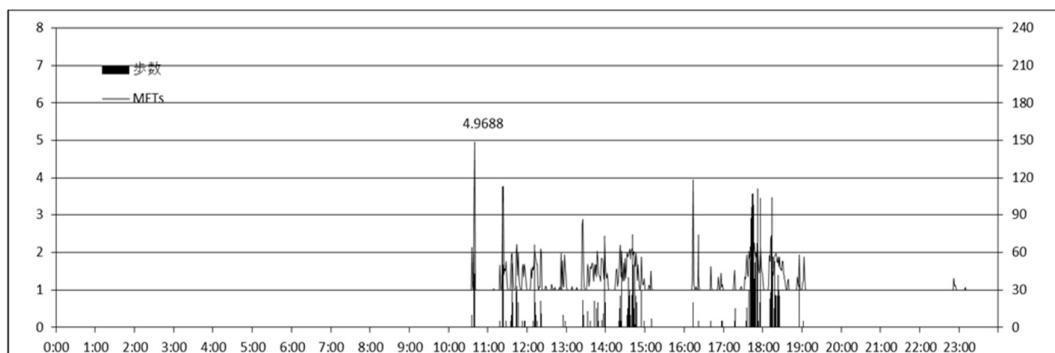


5 日 目

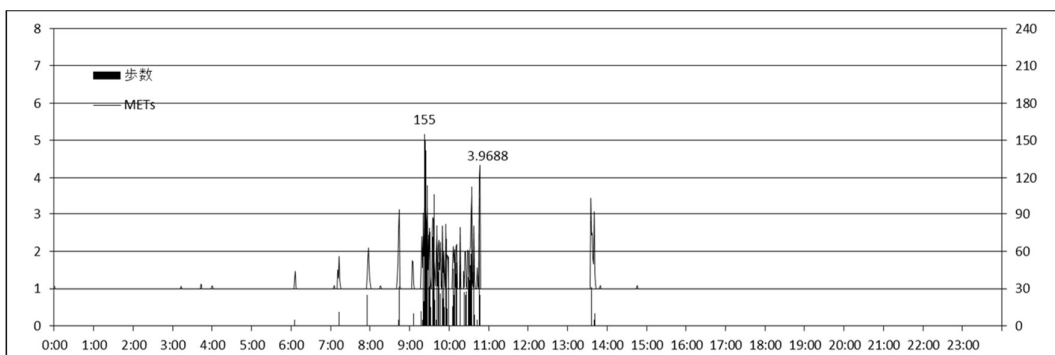


G 氏の活動量分析結果

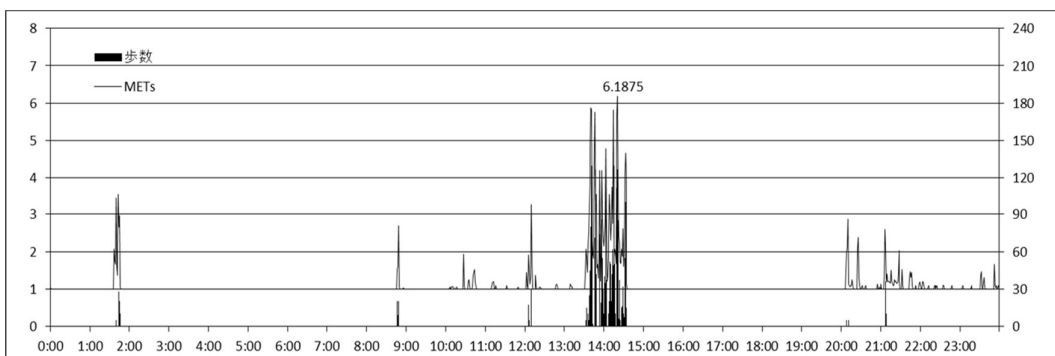
1 日目



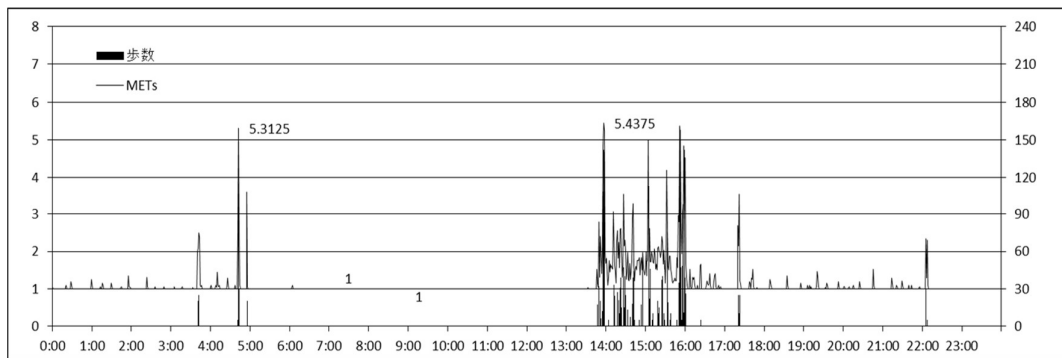
2 日目



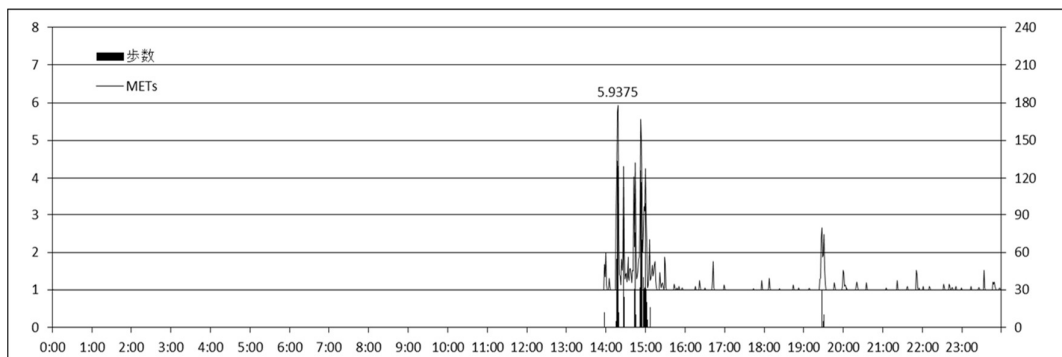
3 日目



4 日目

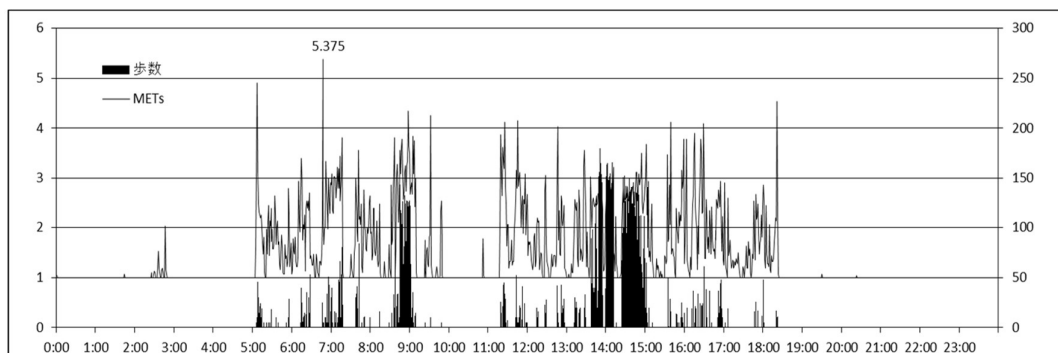


5 日目

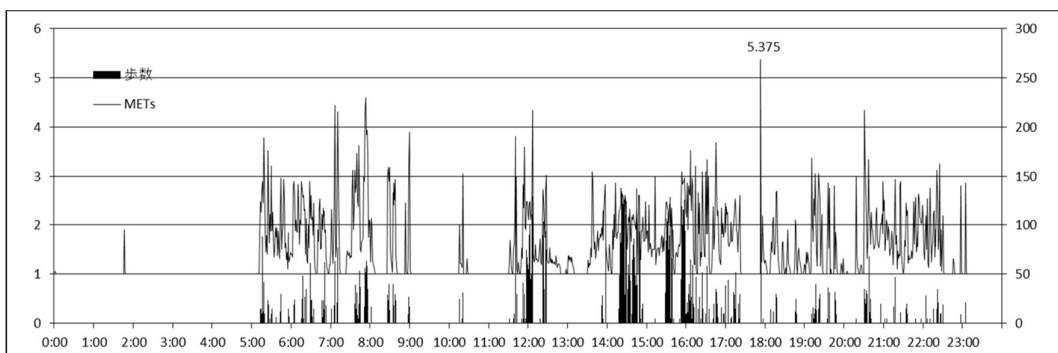


H 氏の活動量分析結果

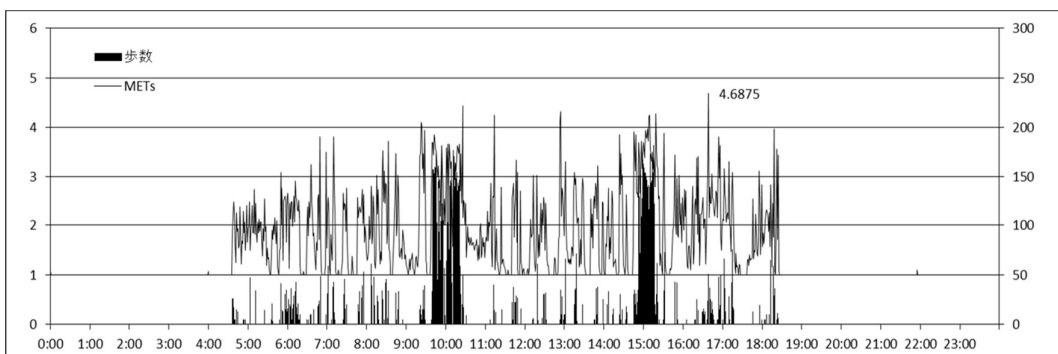
1 日目



2 日目

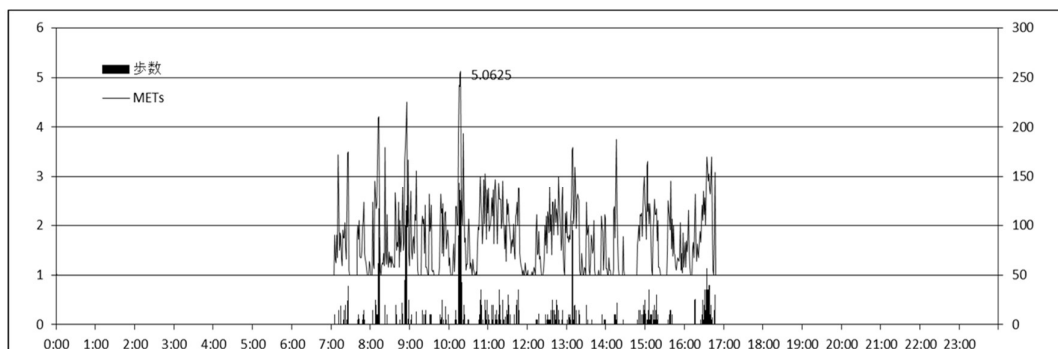


3 日目

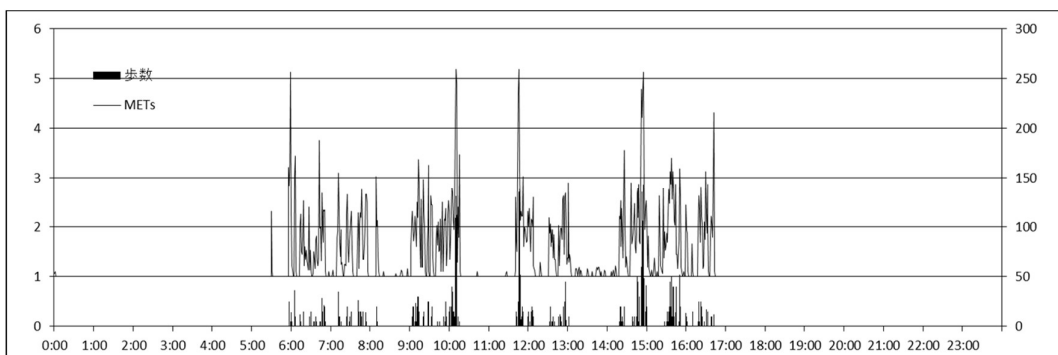


I 氏の活動量分析結果

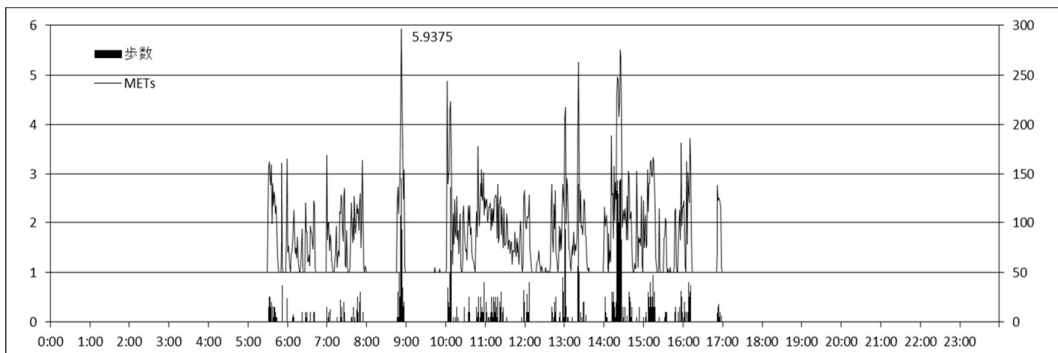
1 日目



2 日目

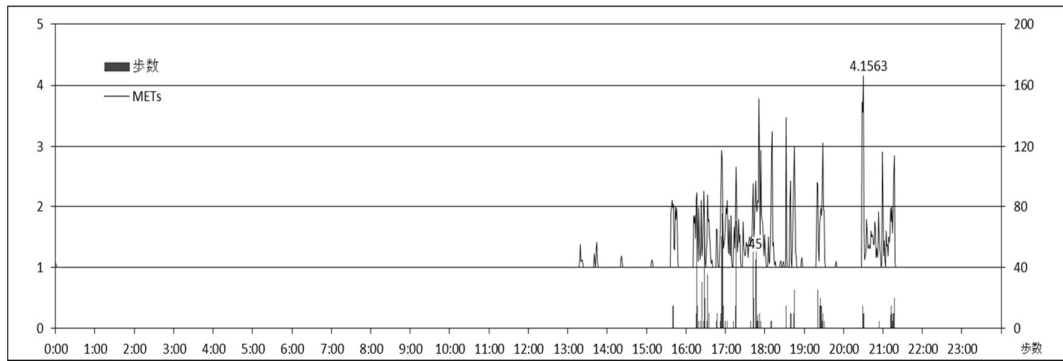


3 日目

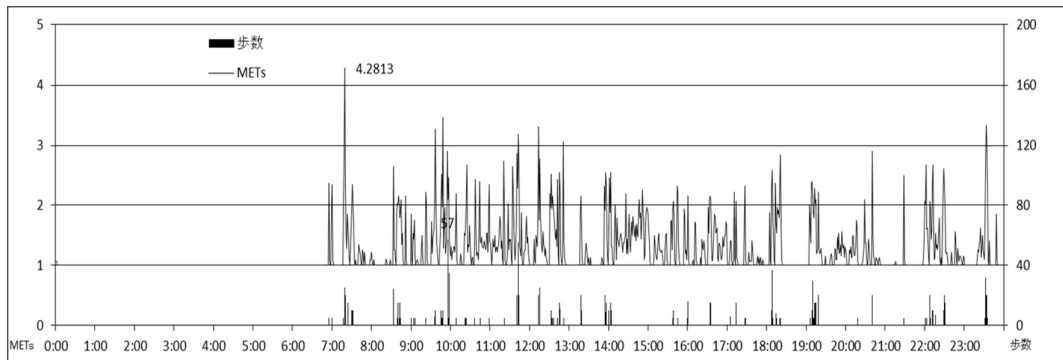


J 氏の活動量分析結果

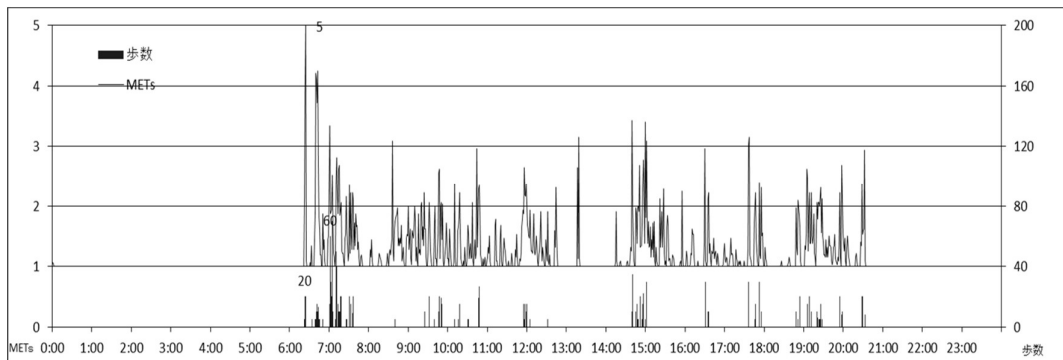
1 日目



2 日目

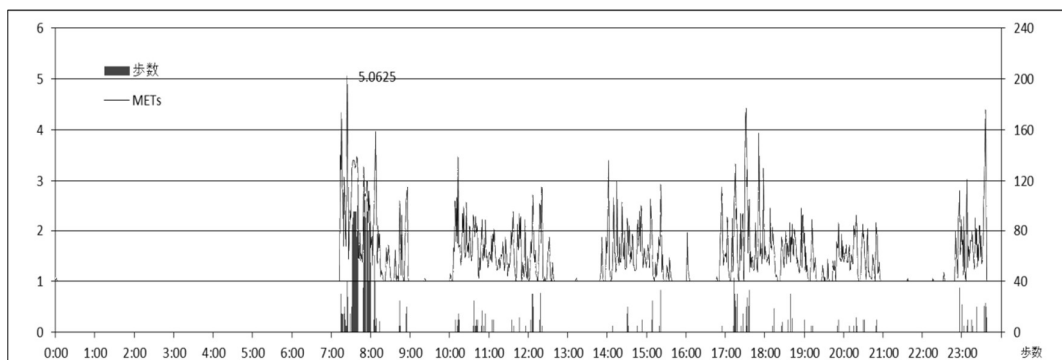


3 日目

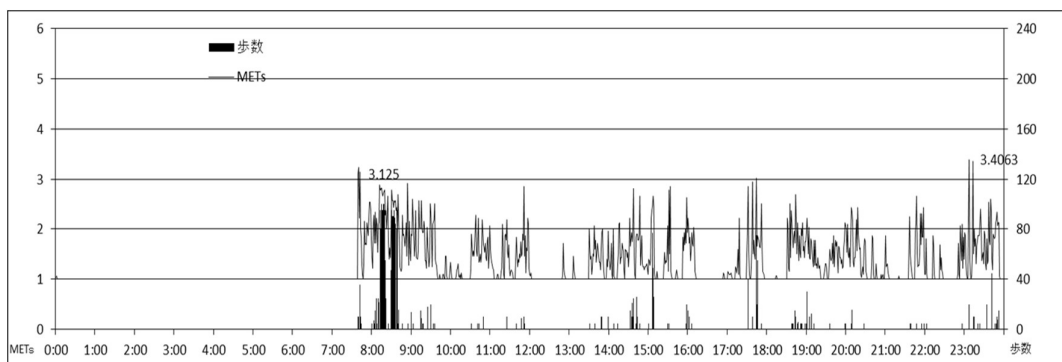


K 氏の活動量分析結果

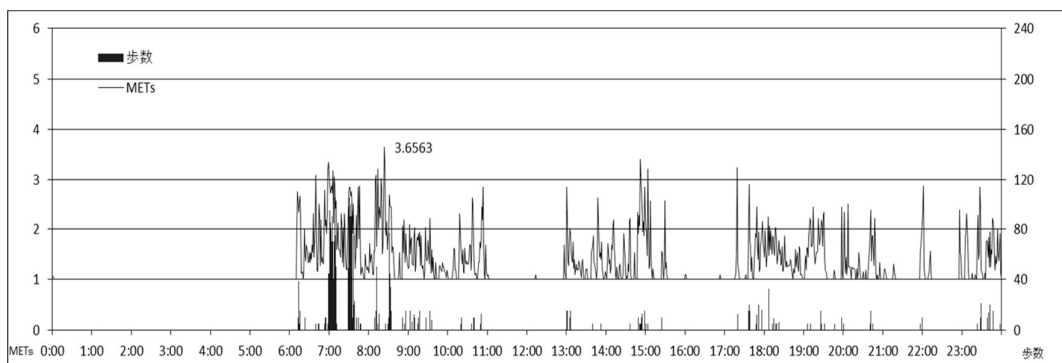
1 日目



2 日目

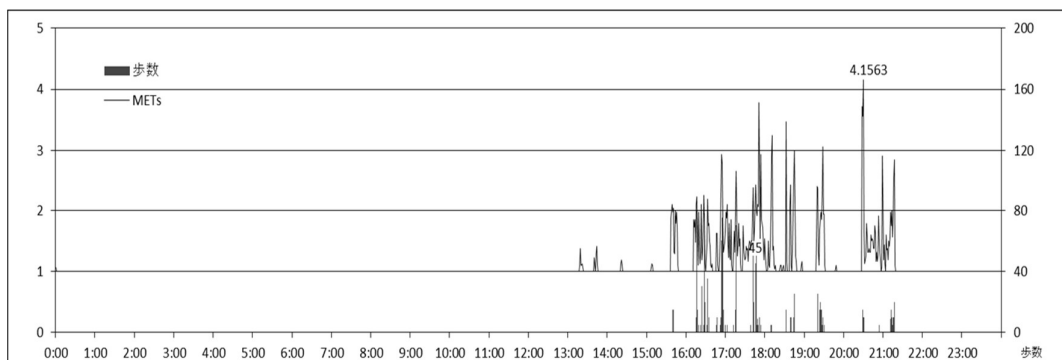


3 日目

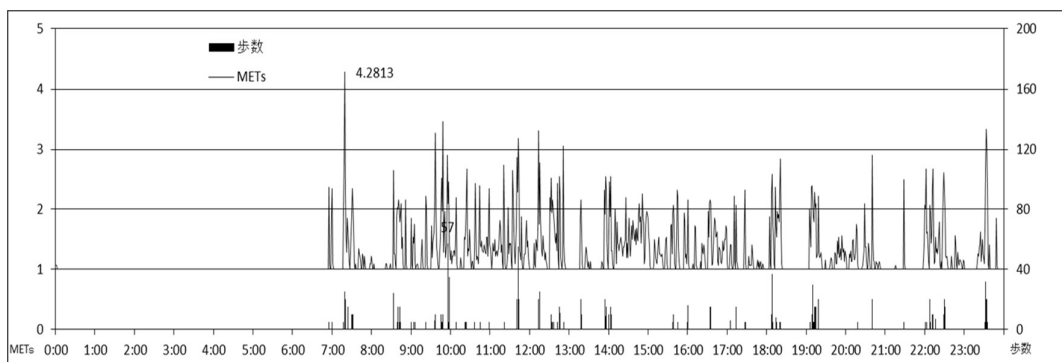


L 氏の活動量分析結果

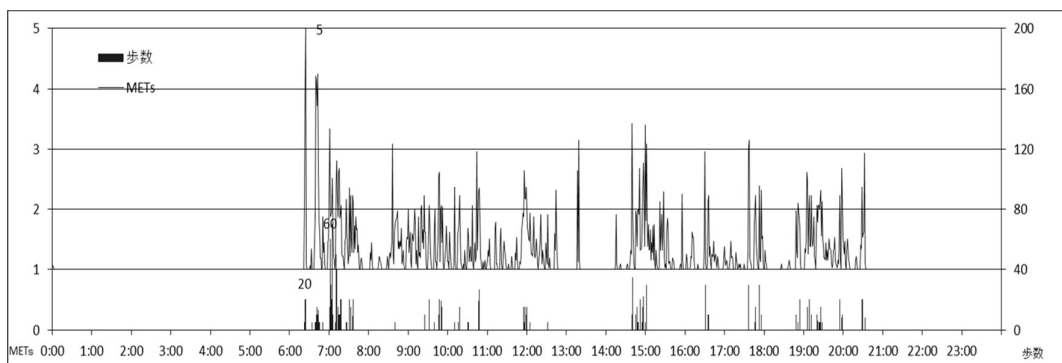
1 日目



2 日目

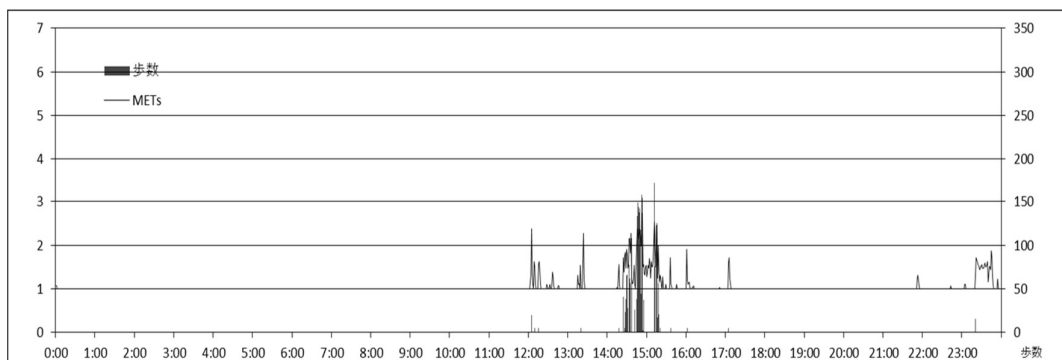


3 日目

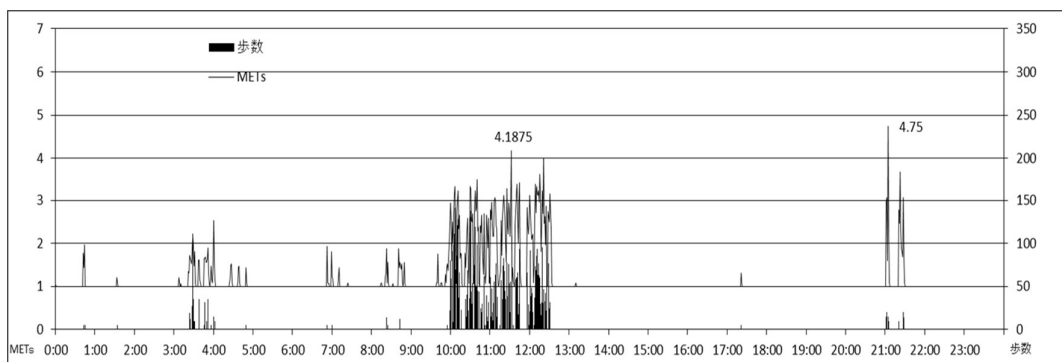


M 氏の活動量分析結果

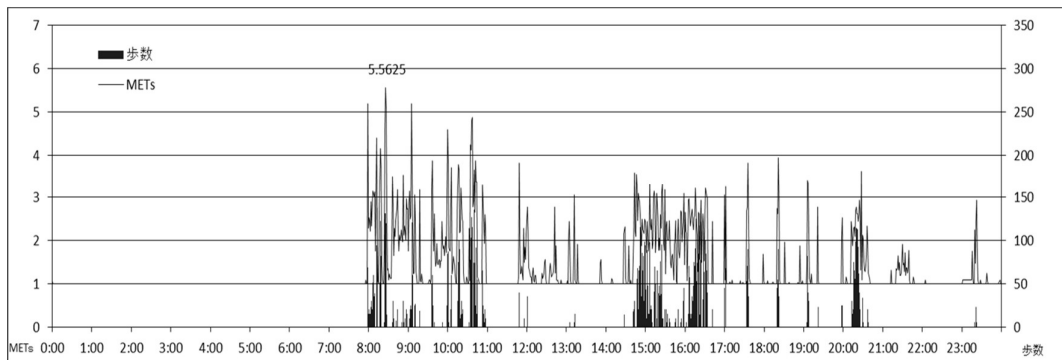
1 日目



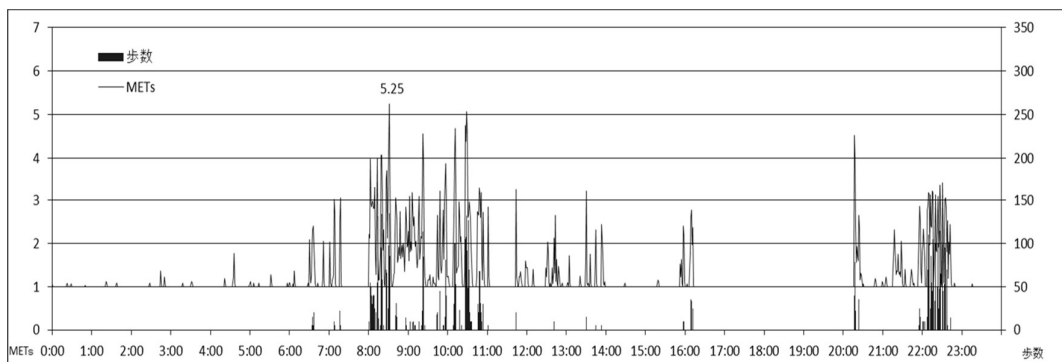
2 日目



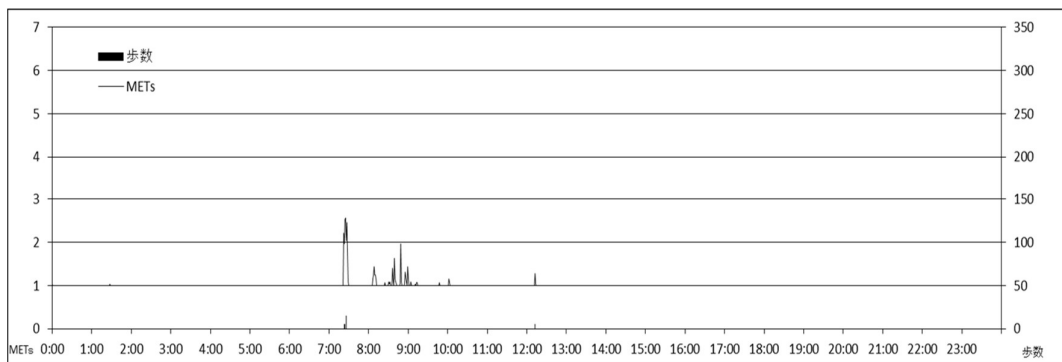
3 日目



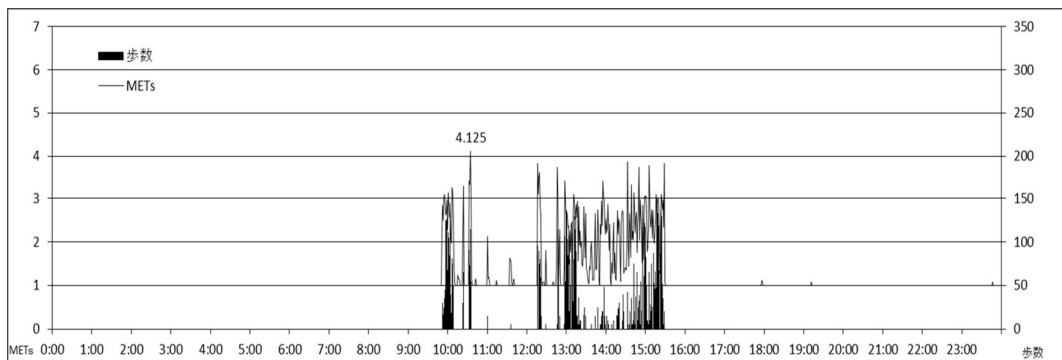
4 日 目



5 日 目

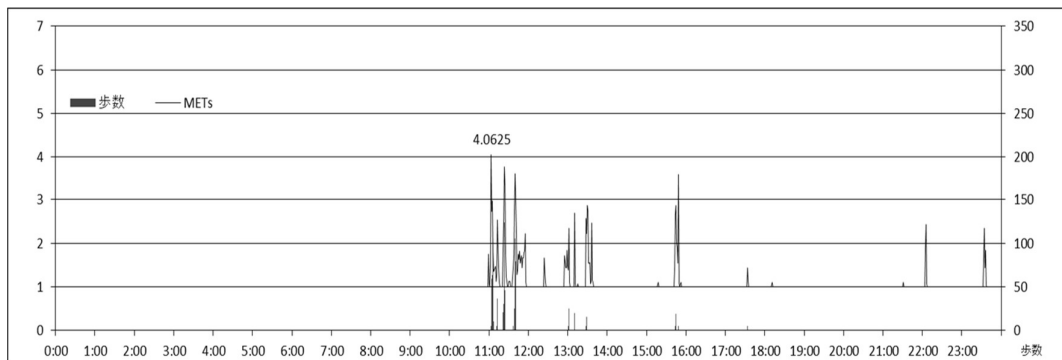


6 日 目

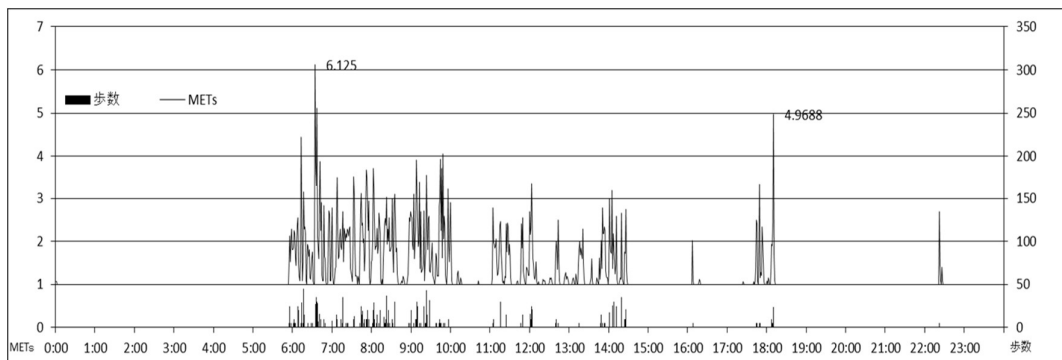


N 氏の活動量分析結果

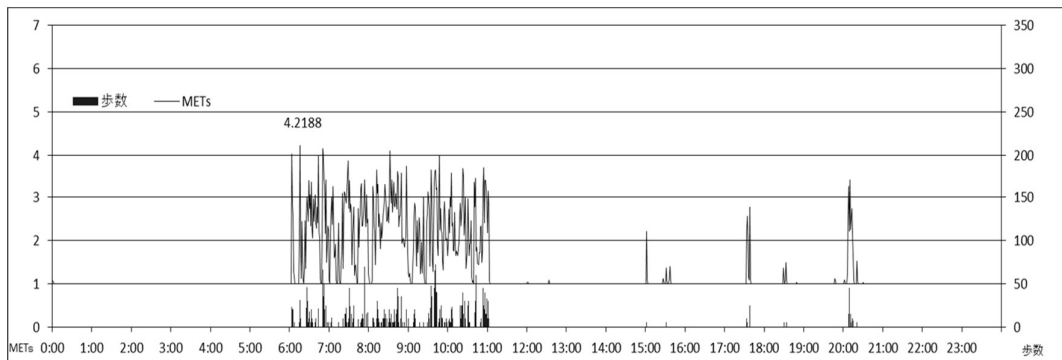
1 日目



2 日目

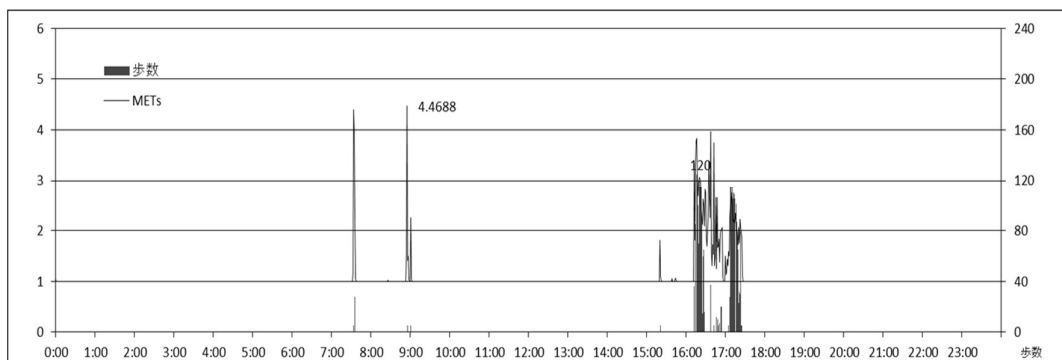


3 日目

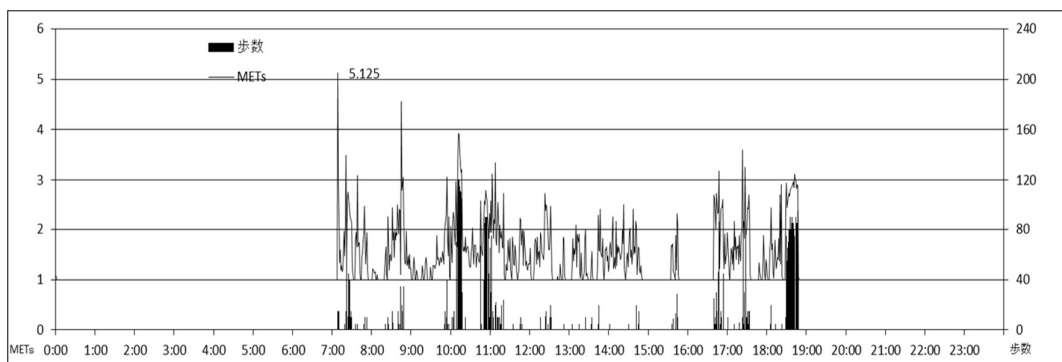


○氏の活動量分析結果

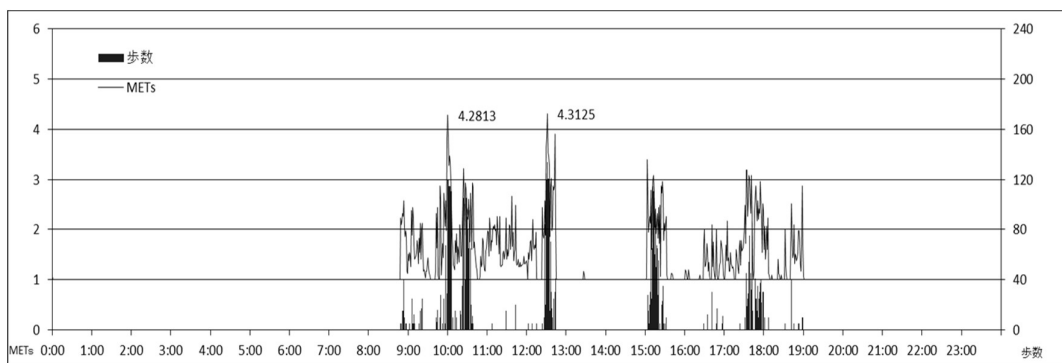
1日目



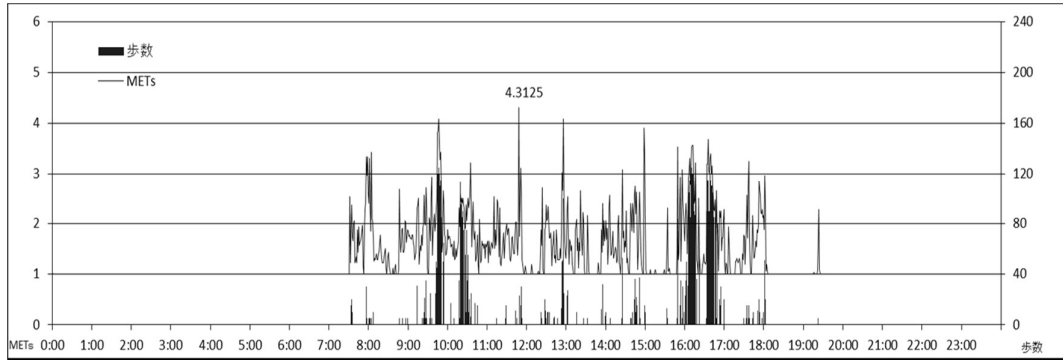
2日目



3日目

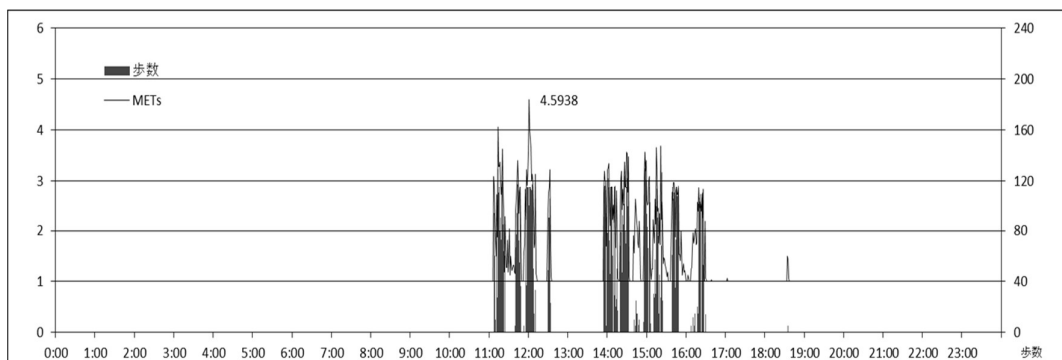


4 日 目

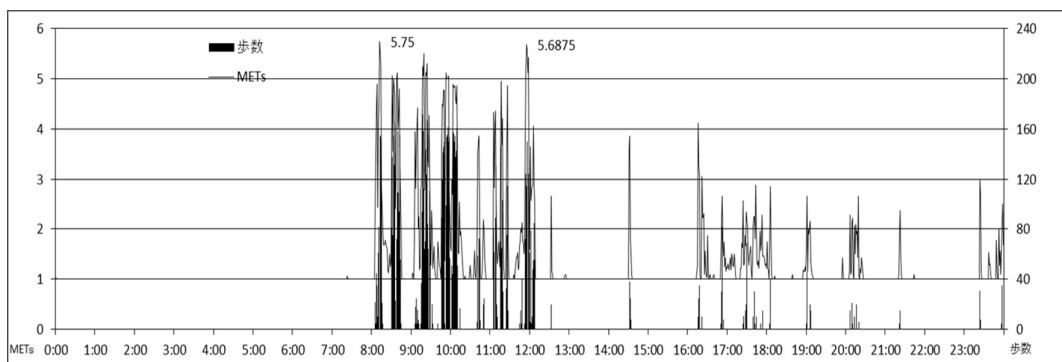


P 氏の活動量分析結果

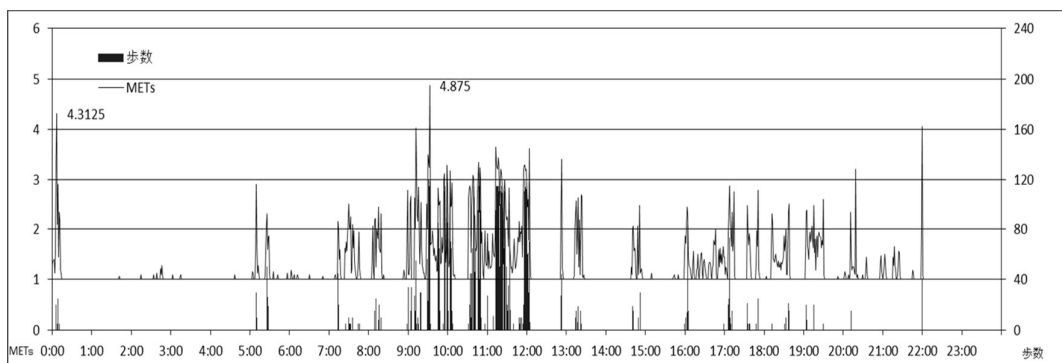
1 日目



2 日目

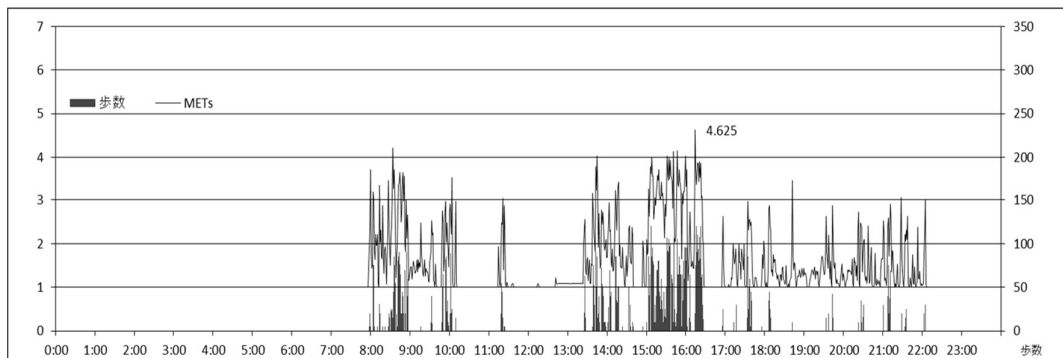


3 日目

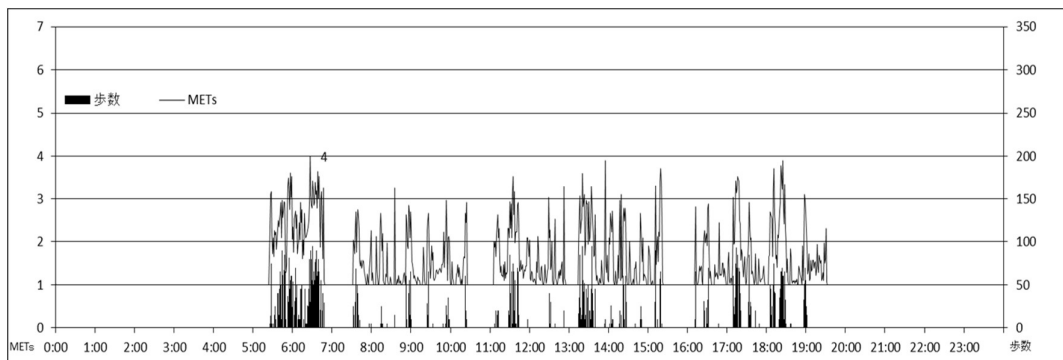


Q 氏の活動量分析結果

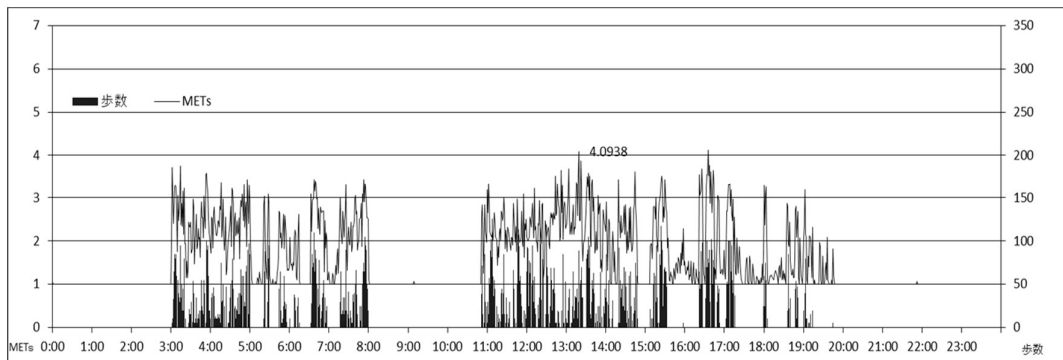
1 日目



2 日目

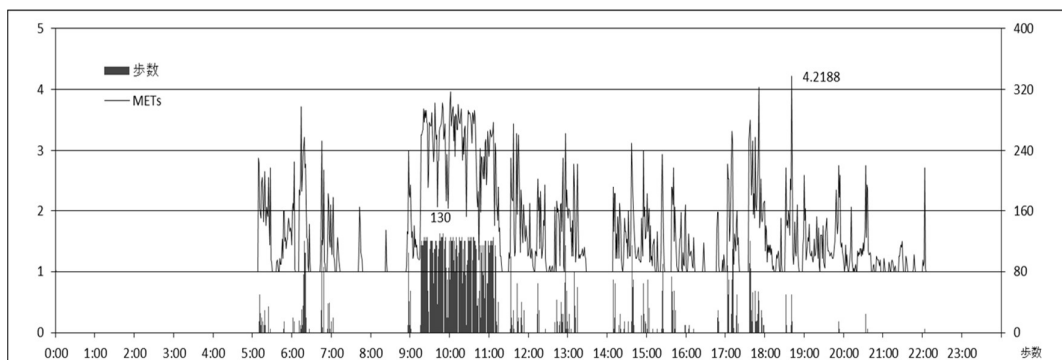


3 日目

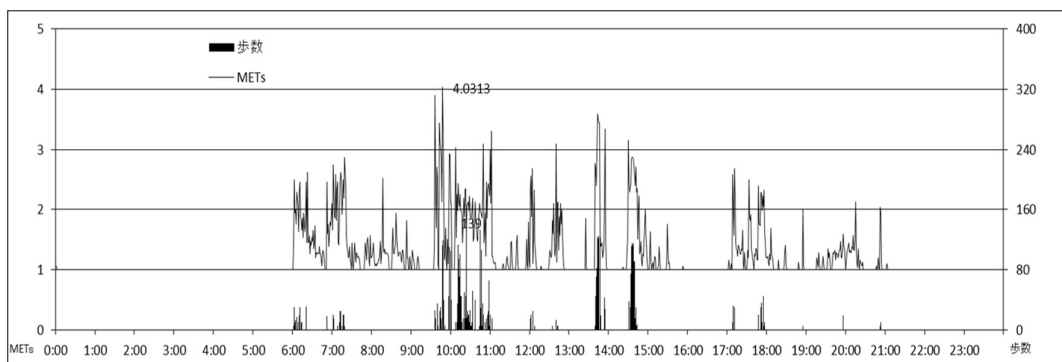


R 氏の活動量分析結果

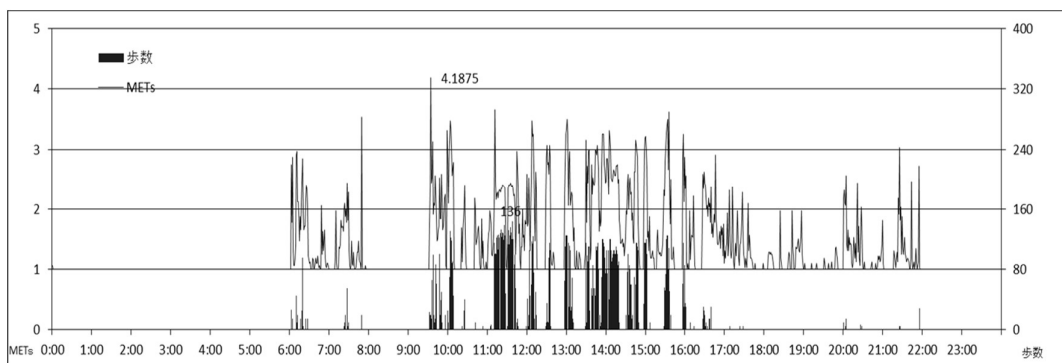
1 日目



2 日目

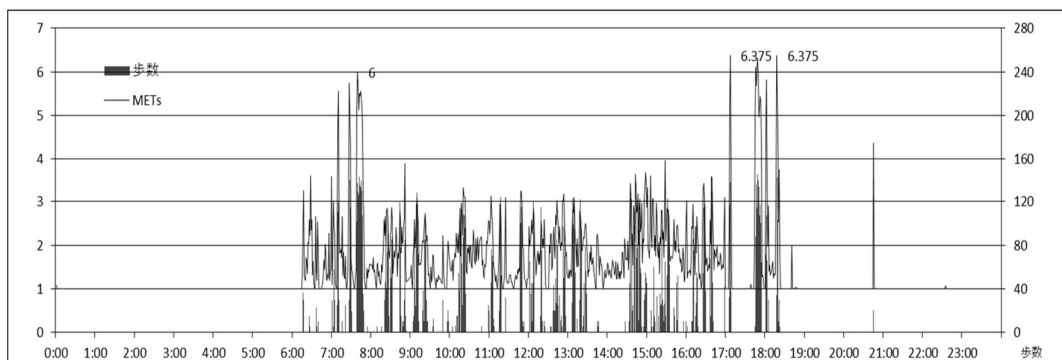


3 日目

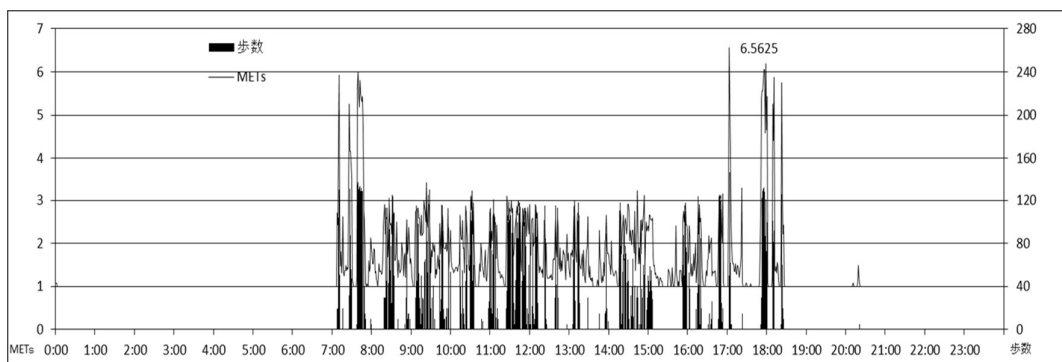


S 氏の活動量分析結果

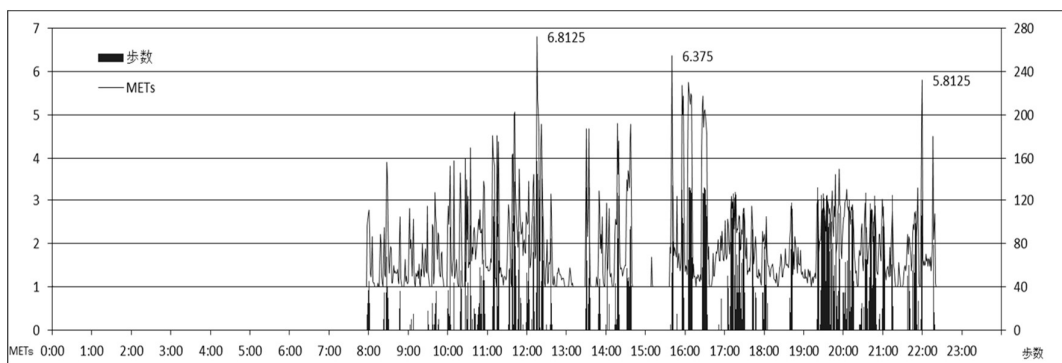
1 日目



2 日目

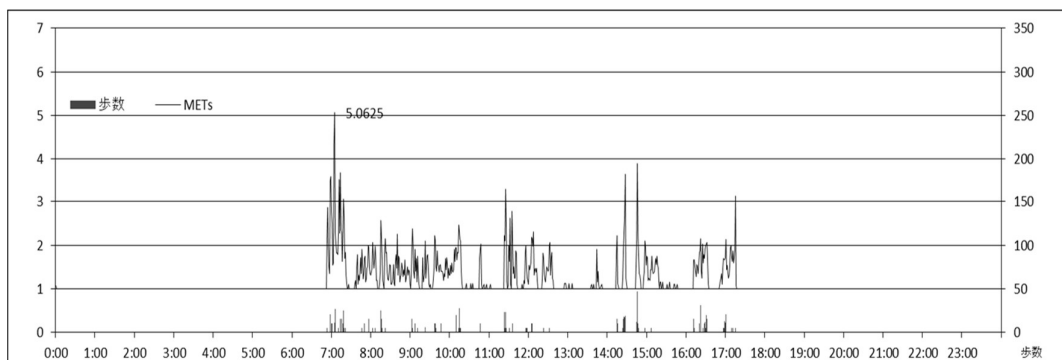


3 日目

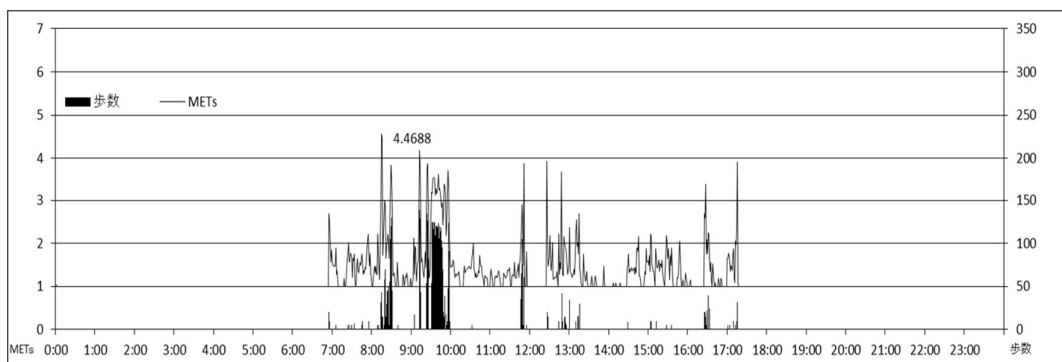


T 氏の活動量分析結果

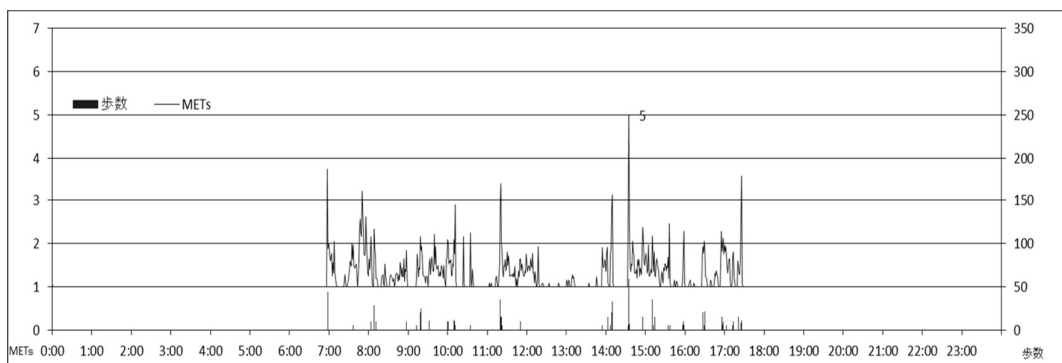
1 日目



2 日目

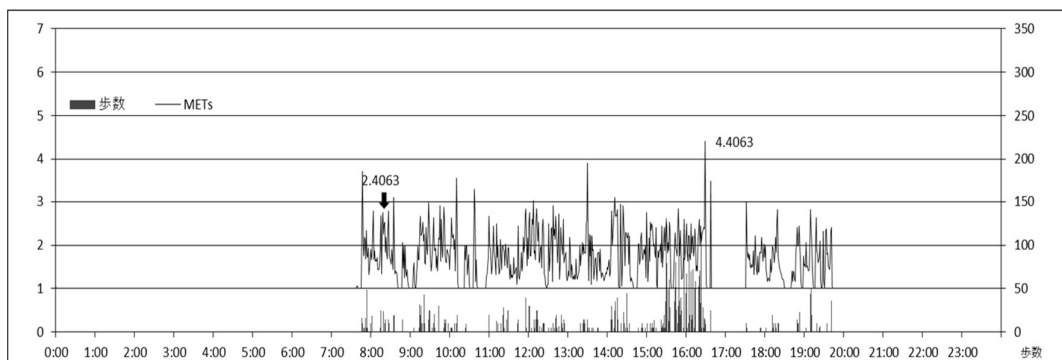


3 日目

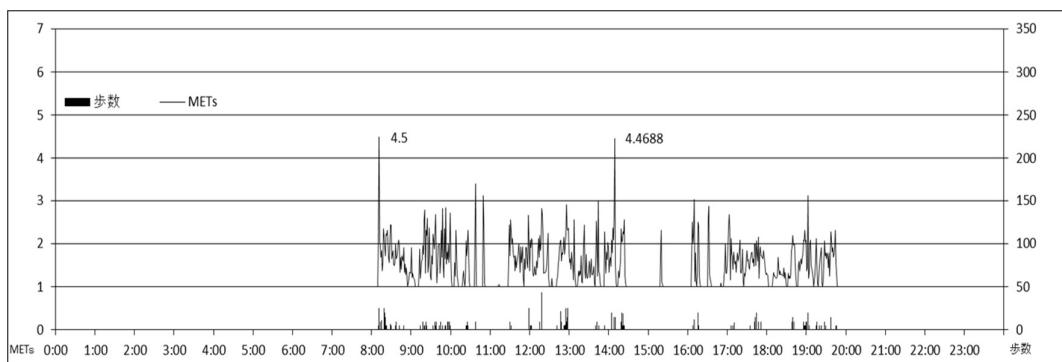


U 氏の活動量分析結果

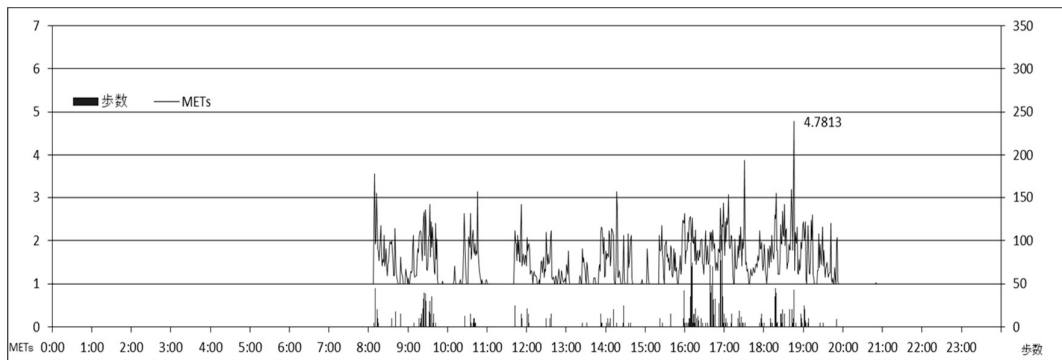
1 日目



2 日目

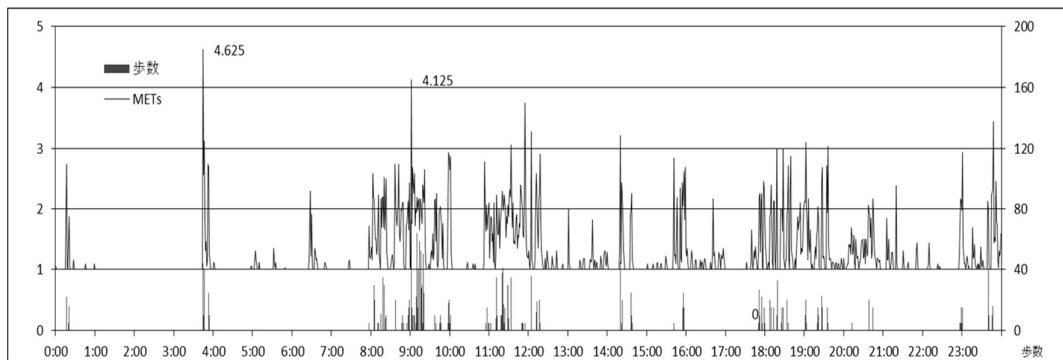


3 日目

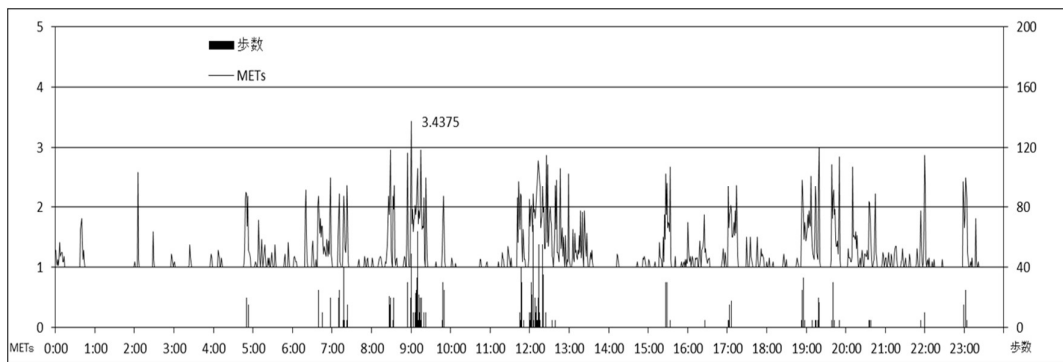


V 氏の活動量分析結果

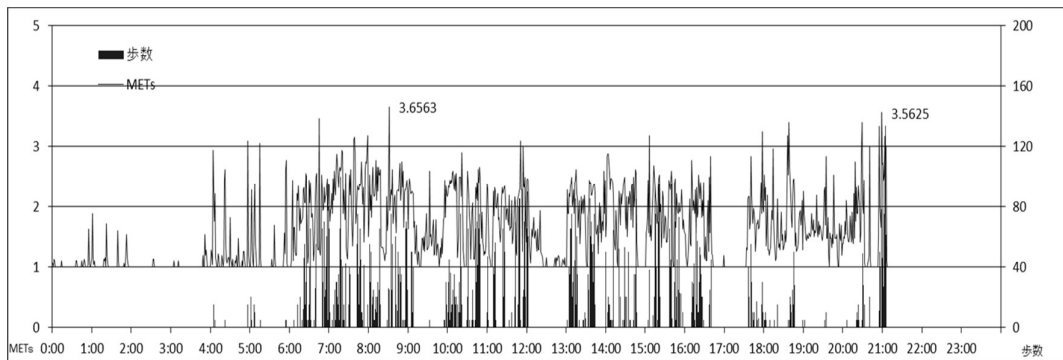
1 日目



2 日目

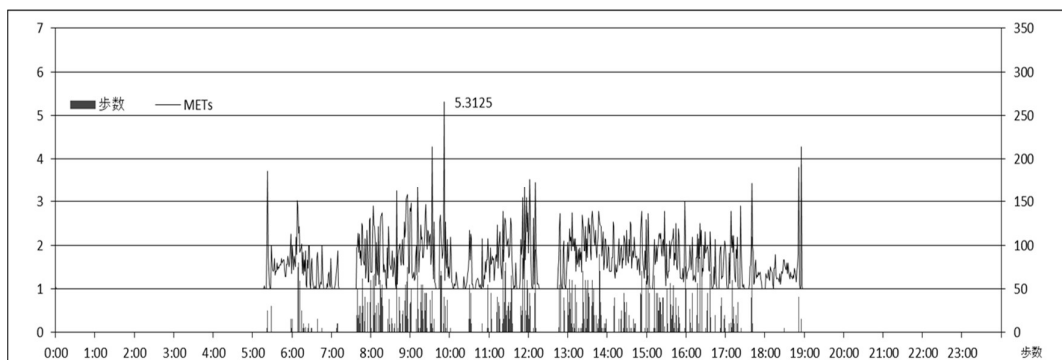


3 日目

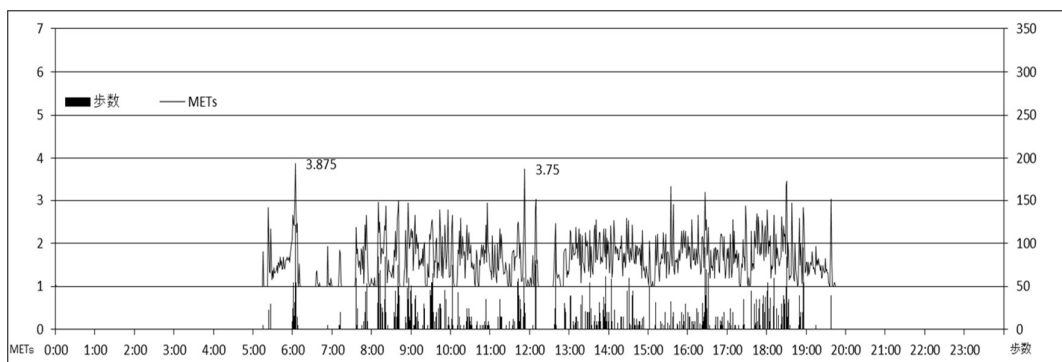


X 氏の活動量分析結果

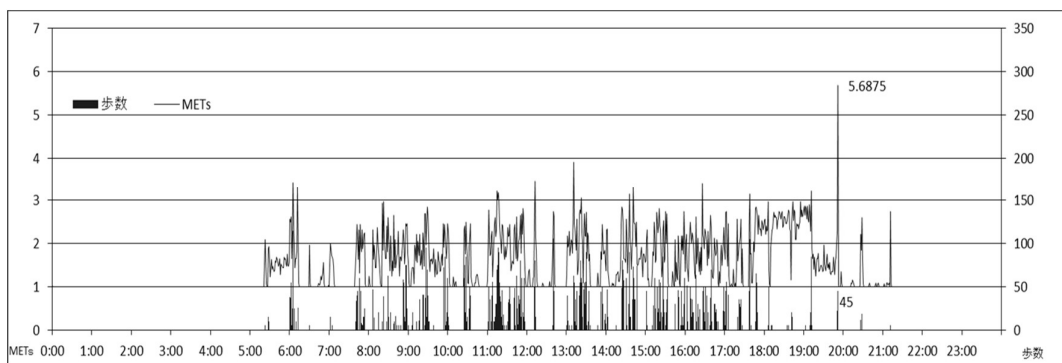
1 日目



2 日目

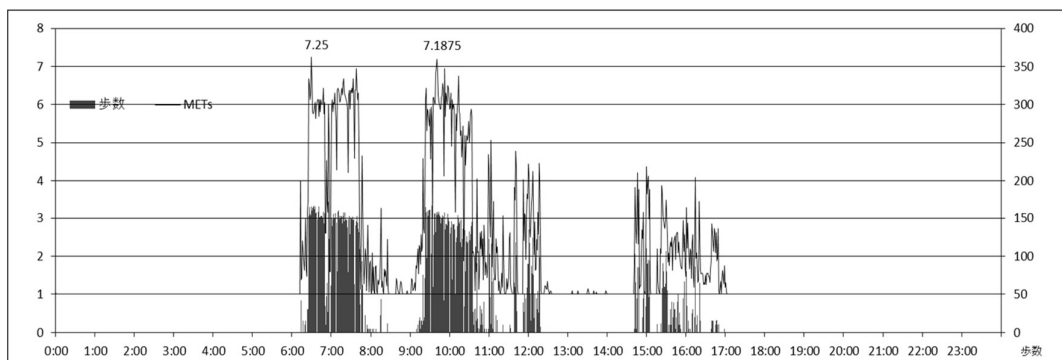


3 日目

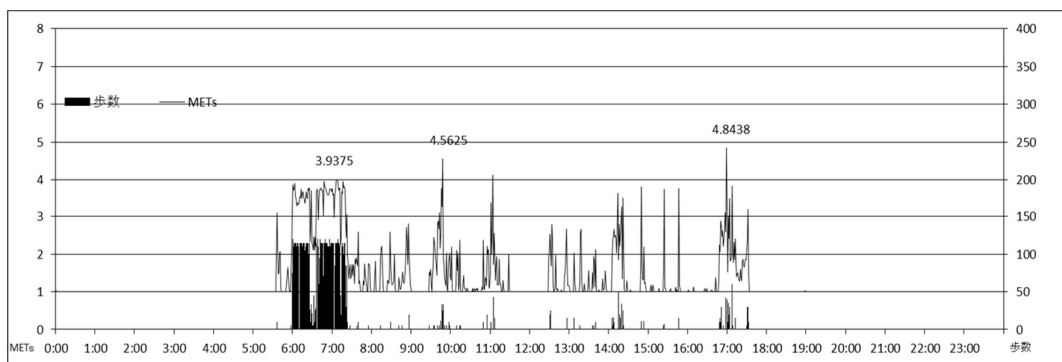


Y 氏の活動量分析結果

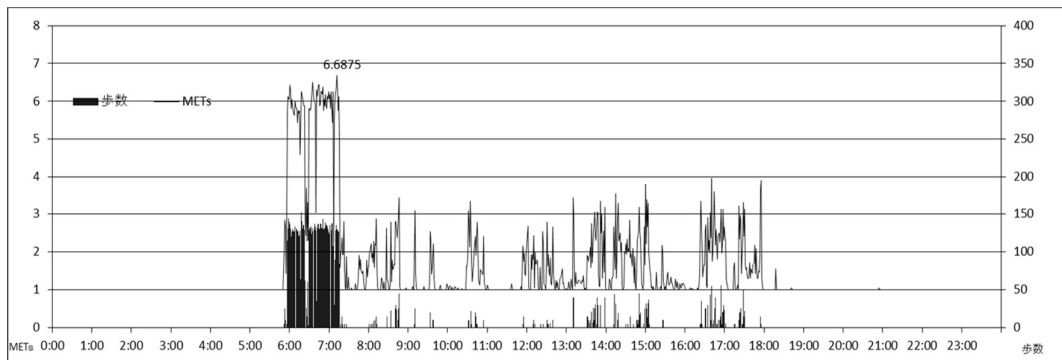
1 日目



2 日目

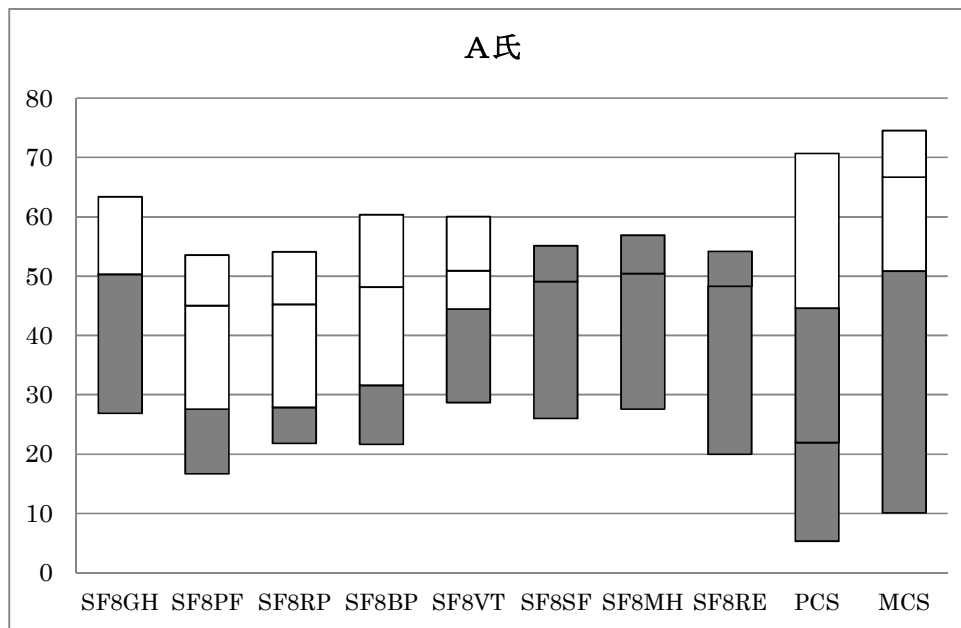


3 日目

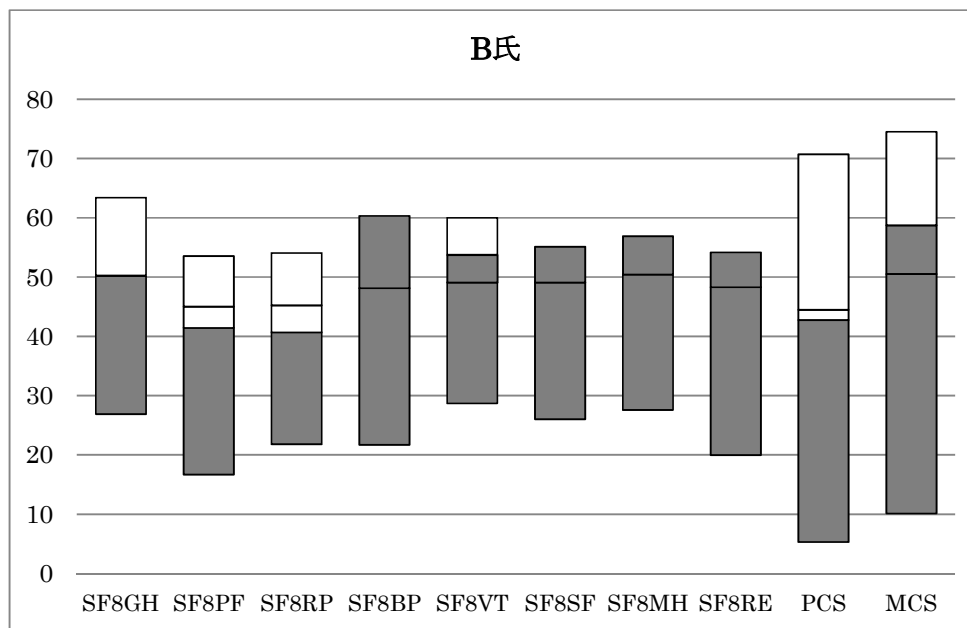


- 各グラフのフロート図は、NBS 得点での得点範囲を示す。
- 網掛け部が研究協力者の NBS 得点、フロート図内横線は、研究協力者の平均得点を示す。
- グラフ下部に、各研究協力者の国民標準値に基づいてスコアリングされた得点 (NBS) と、2007 年 SF-36v2 における国民標準値の平均得点を記載した。尚、身体的健康 (PCS) と精神的健康 (MCS) の 2 つのサマリースコアの NBS 得点は、小数点 3 位以下を四捨五入して記載している。
- グラフ内の略号は以下の通り。

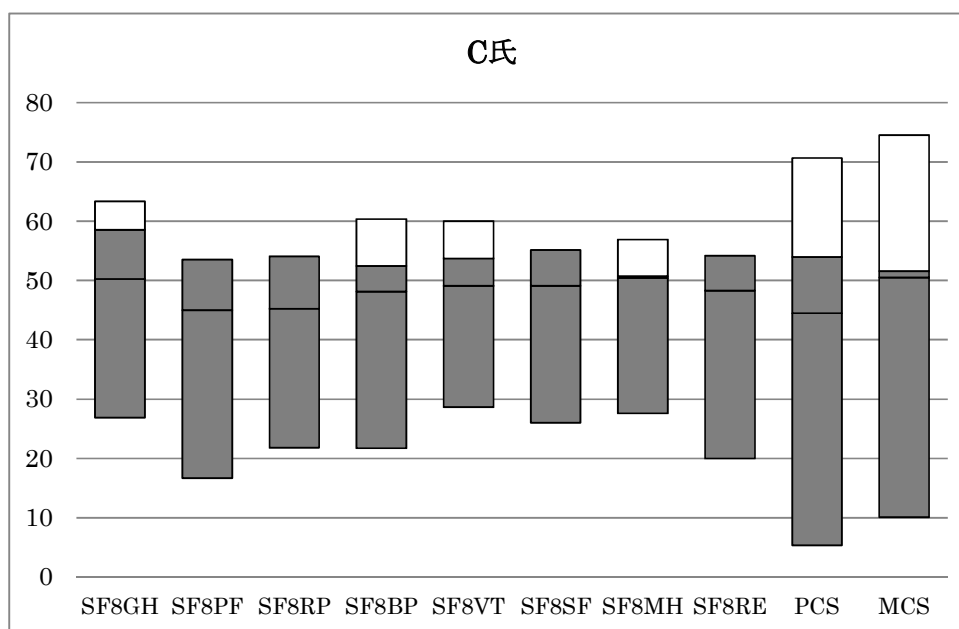
全体的健康感：SF8GH、身体機能：SF8PF、日常役割機能（身体）：F8RP、体の痛み：SF8BP、活力：SF8VT、社会生活機能：SF8SF、心の健康：SF8MH、日常役割機能（精神）：SF8RE、身体的健康：PCS、精神的健康：MCS



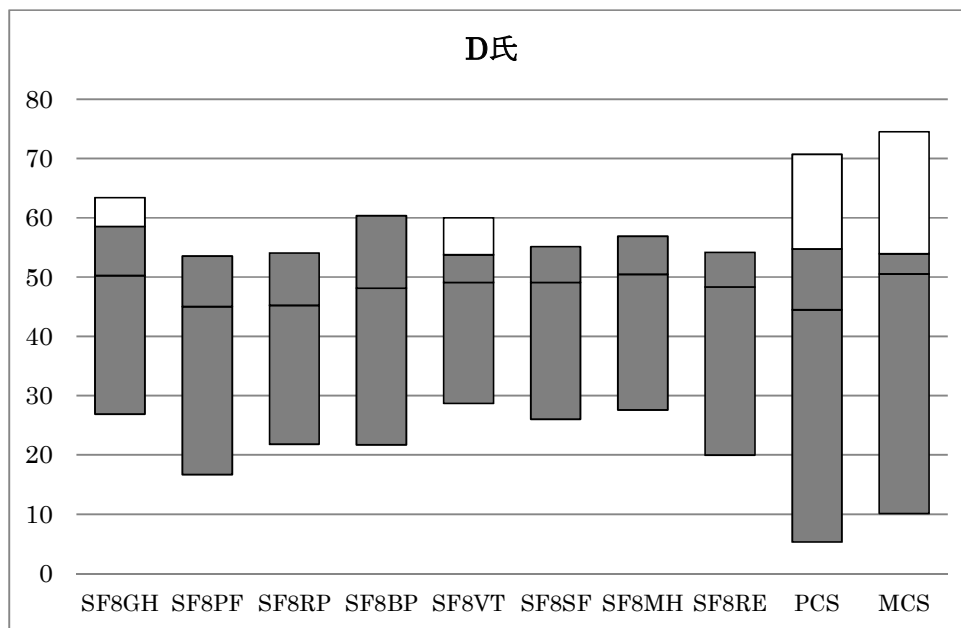
A氏	
NBS 得点	50.27 27.59 27.91 31.59 44.48 55.14 56.93 54.19 21.96 66.66
国民標準値平均	49.84 50.07 50.06 49.96 50.09 50.00 49.70 49.94 48.60 49.44



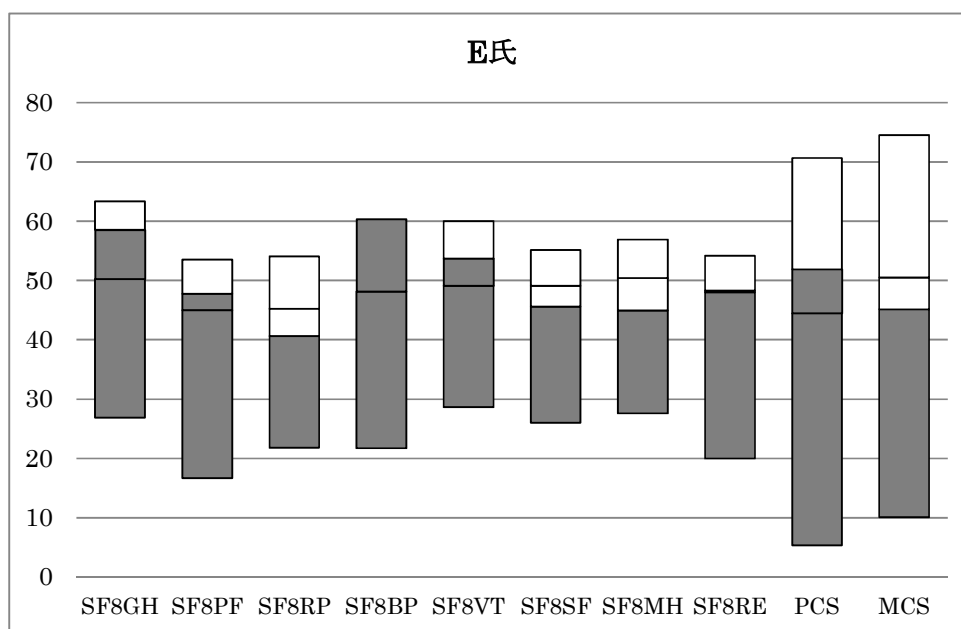
B 氏										
NBS 得点	50.27	41.45	40.65	60.35	53.74	55.14	56.93	54.19	42.76	58.74
国民標準値										
平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



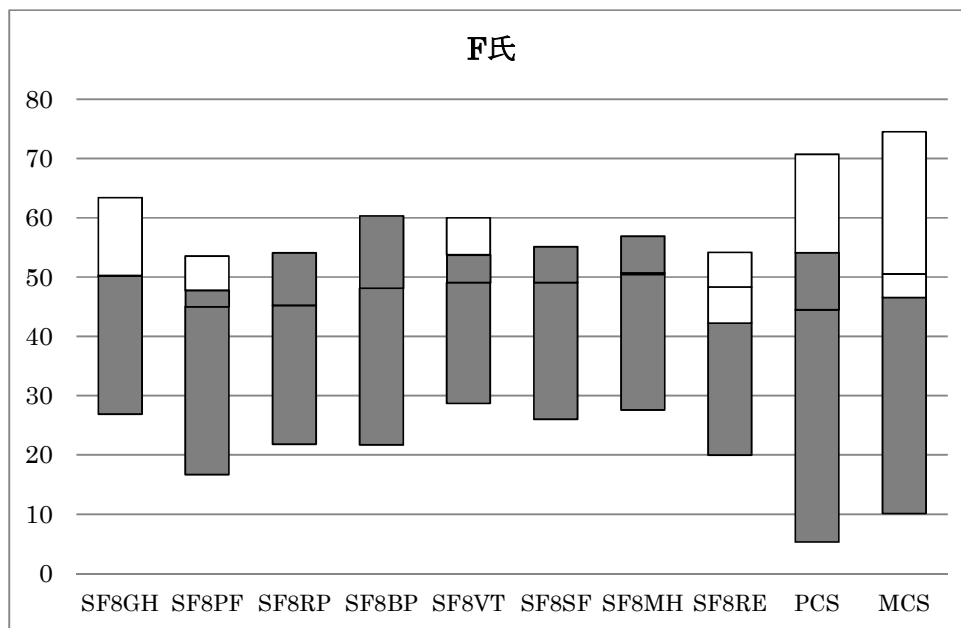
C 氏										
NBS 得点	58.54	53.54	54.09	52.46	53.74	55.14	50.72	54.19	53.99	51.61
国民標準値										
平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



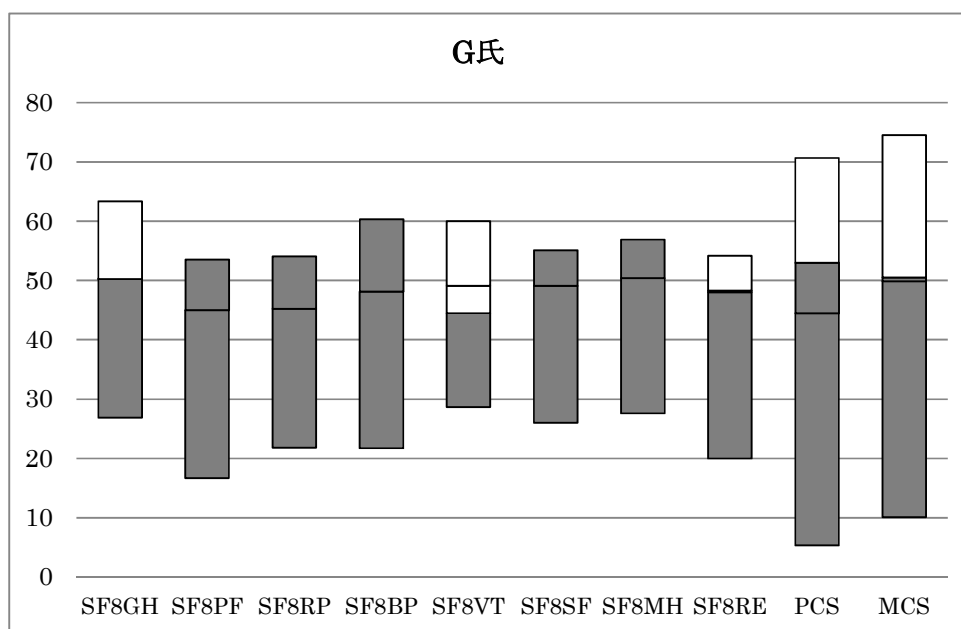
D 氏										
NBS 得点	58.54	53.54	54.09	60.35	53.74	55.14	56.93	54.19	54.73	53.93
国民標準値 平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



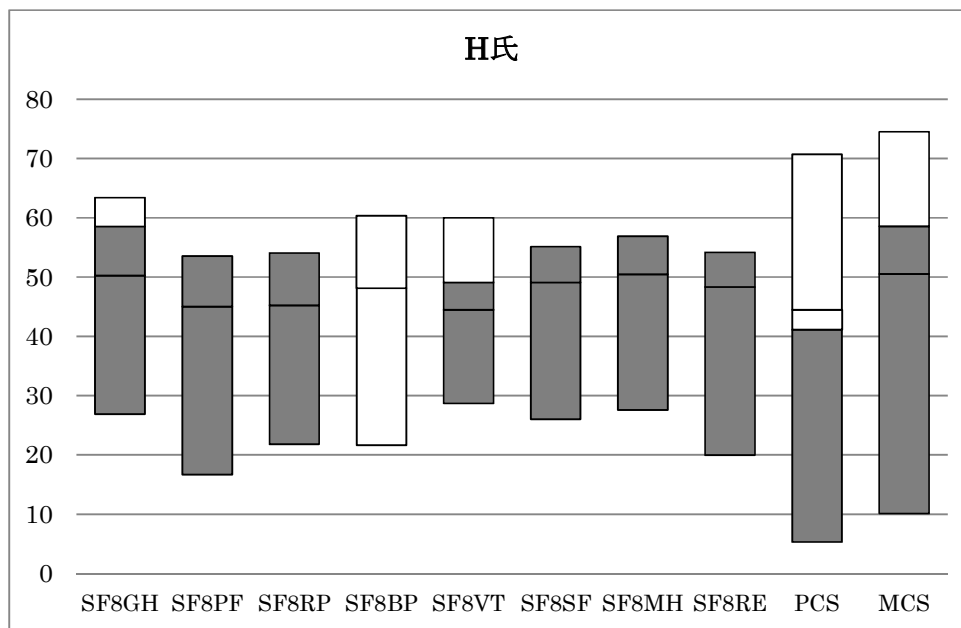
E 氏										
NBS 得点	58.54	47.77	40.65	60.35	53.74	45.60	44.94	48.04	51.92	45.16
国民標準値 平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



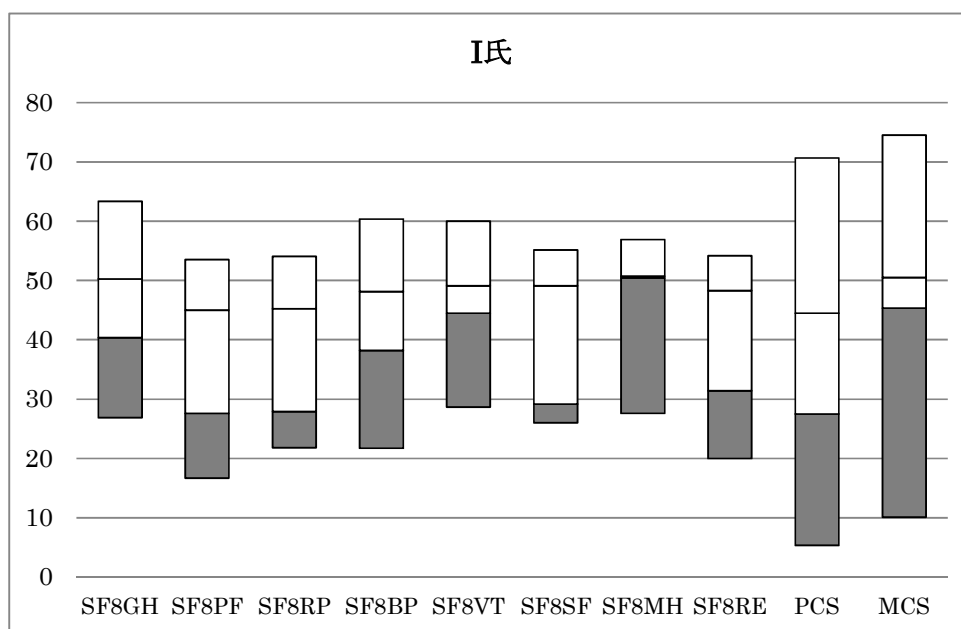
F 氏	50.27	47.77	54.09	60.35	53.74	55.14	50.72	42.24	54.14	46.54
NBS 得点										
国民標準値	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44
平均										



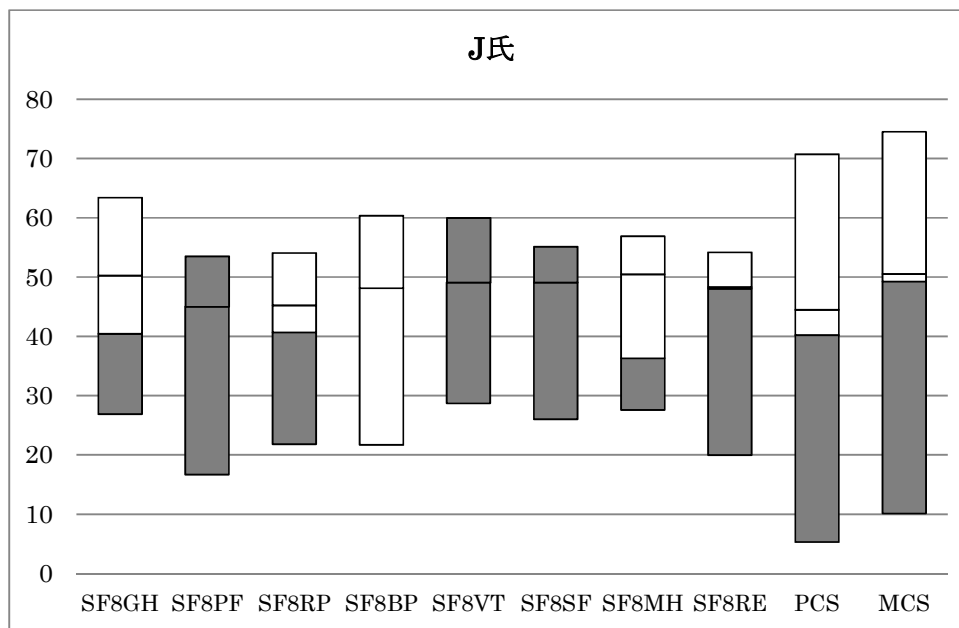
G 氏	50.27	53.54	54.09	60.35	55.14	55.14	56.93	48.04	53.84	51.69
NBS 得点										
国民標準値	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44
平均										



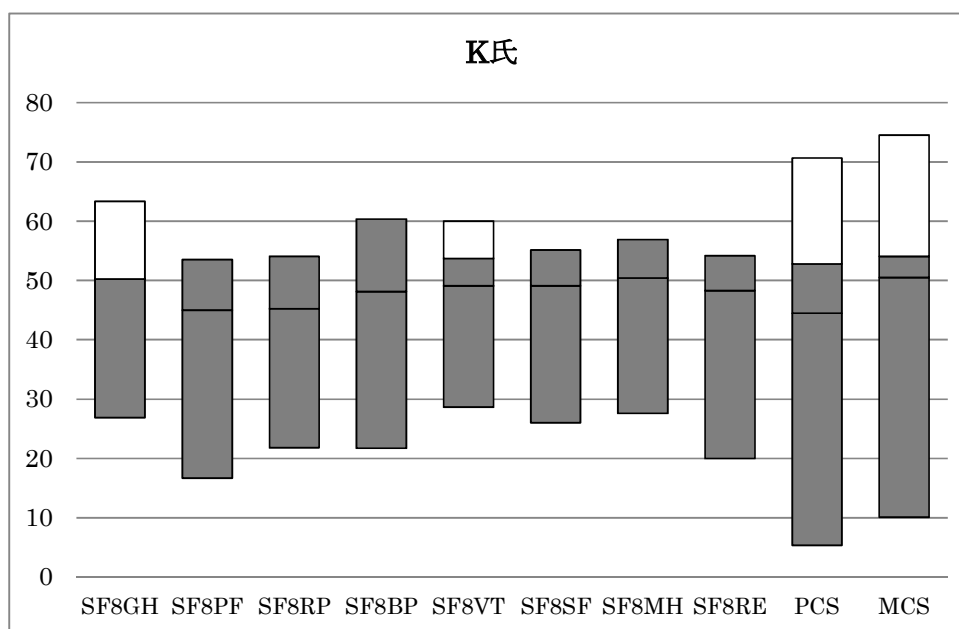
H 氏	58.54	53.54	54.09	21.68	44.48	55.14	56.93	54.19	41.15	58.56
NBS 得点										
国民標準値	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44
平均										



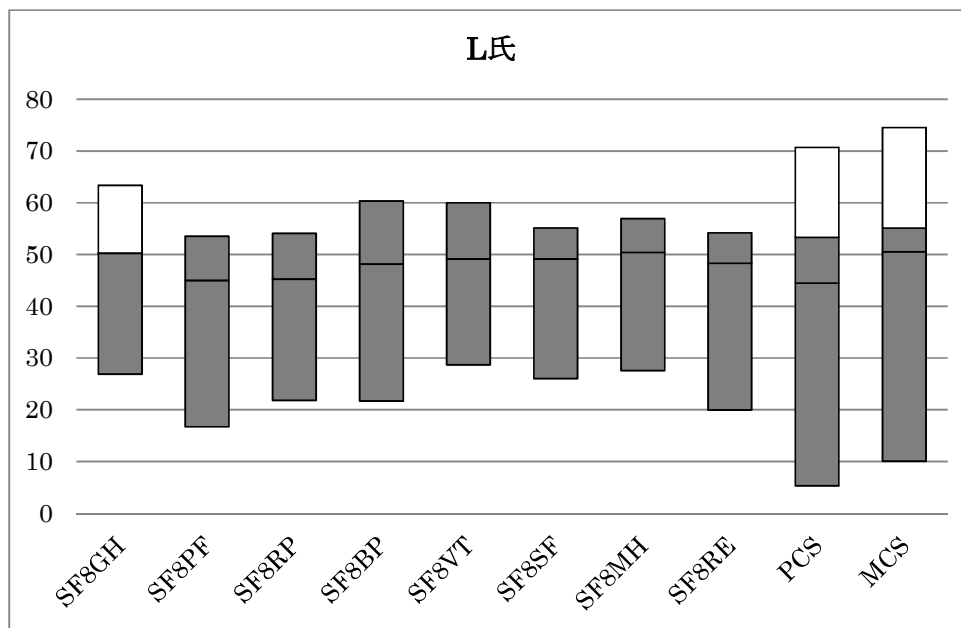
I 氏	40.40	27.59	27.91	38.21	44.48	29.15	50.72	31.42	27.49	45.37
NBS 得点										
国民標準値	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44
平均										



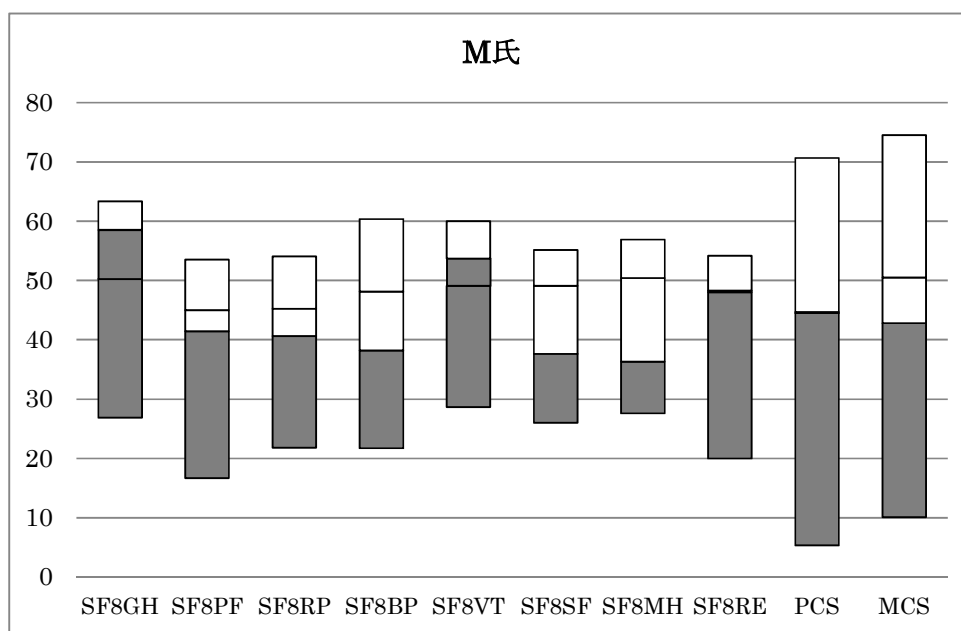
J 氏	40.40	53.54	40.65	21.68	60.01	55.14	36.30	48.04	40.19	49.23
NBS 得点										
国民標準値	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44
平均										



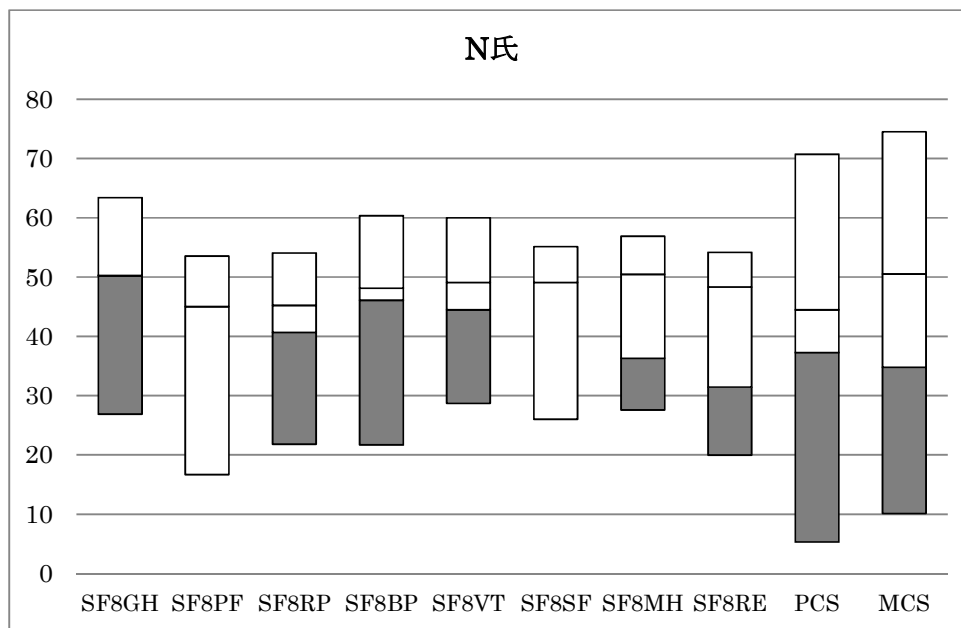
K 氏	50.27	53.54	54.09	60.35	53.74	55.14	56.93	54.19	52.82	54.09
NBS 得点										
国民標準値	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44
平均										



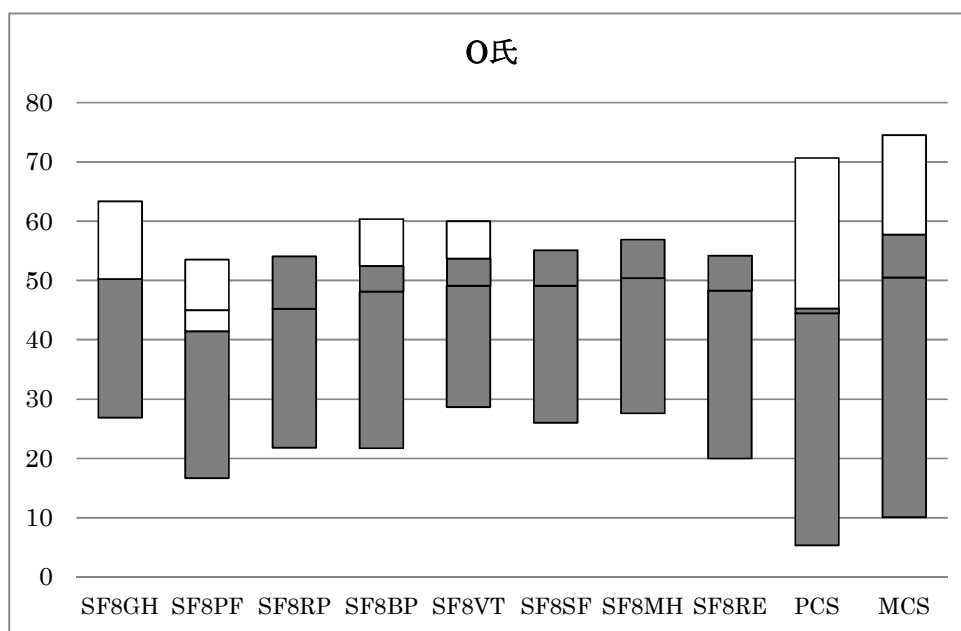
L 氏	SF8GH	SF8PF	SF8RP	SF8BP	SF8VT	SF8SF	SF8MH	SF8RE	PCS	MCS
NBS 得点	50.27	53.54	54.09	60.35	60.01	55.14	56.93	54.19	53.30	55.14
国民標準値 平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



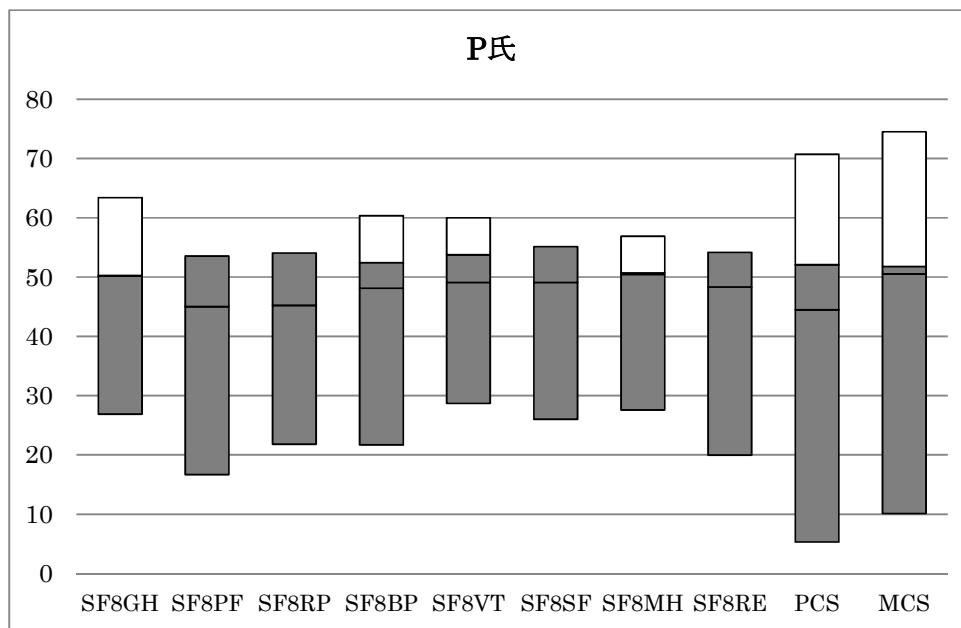
M 氏	SF8GH	SF8PF	SF8RP	SF8BP	SF8VT	SF8SF	SF8MH	SF8RE	PCS	MCS
NBS 得点	58.54	41.45	40.65	38.21	53.74	37.65	36.30	48.04	44.71	42.82
国民標準値 平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



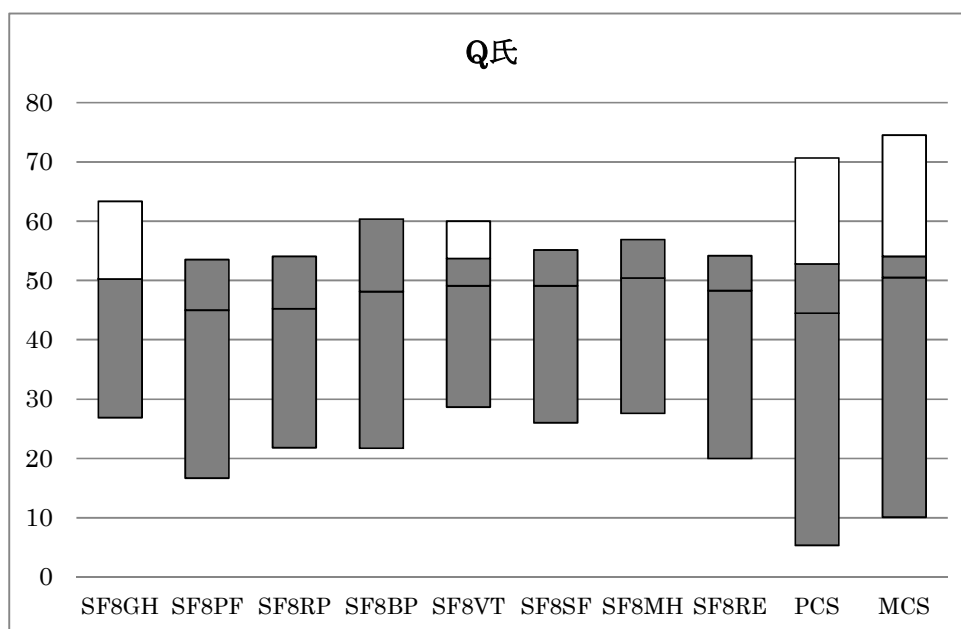
N 氏	50.27	16.69	40.65	46.10	44.48	26.00	36.30	31.42	37.27	34.81
NBS 得点										
国民標準値	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44
平均										



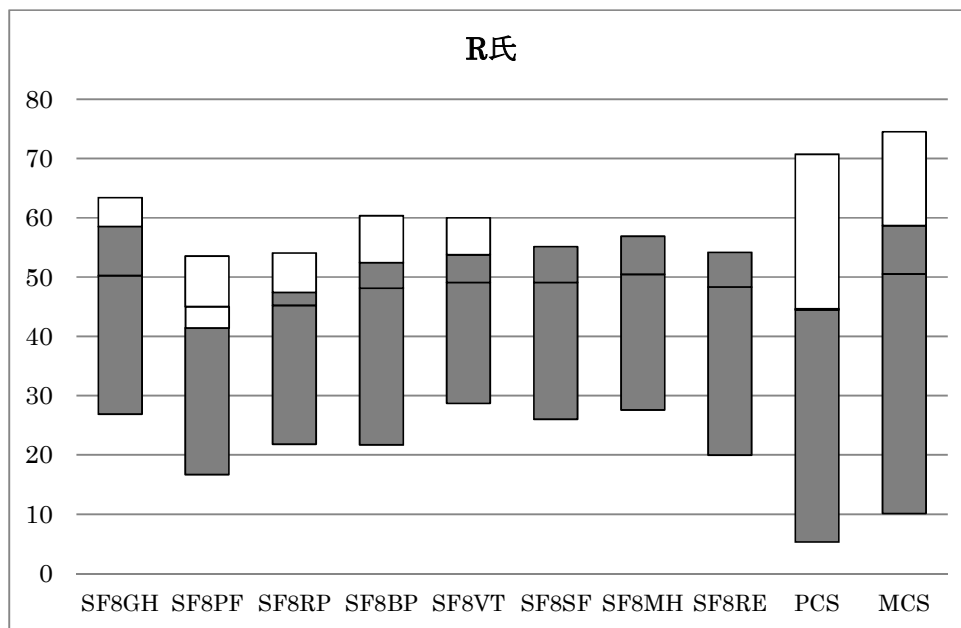
O 氏	50.27	41.45	54.09	52.46	55.14	55.14	56.93	54.19	45.38	58.00
NBS 得点										
国民標準値	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44
平均										



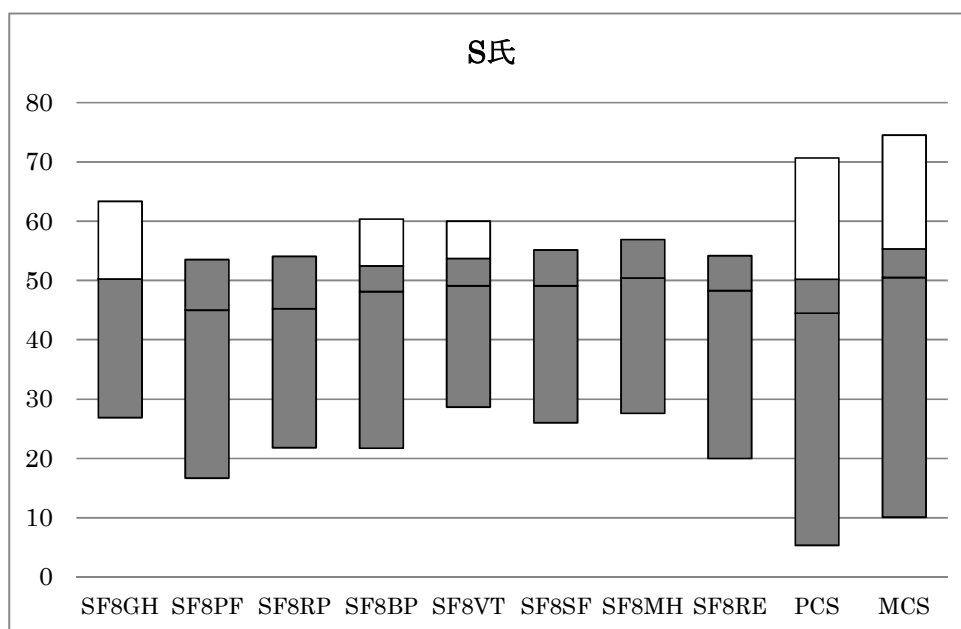
P 氏										
NBS 得点	50.27	53.54	54.09	52.46	53.74	55.14	50.72	54.19	52.09	51.78
国民標準値 平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



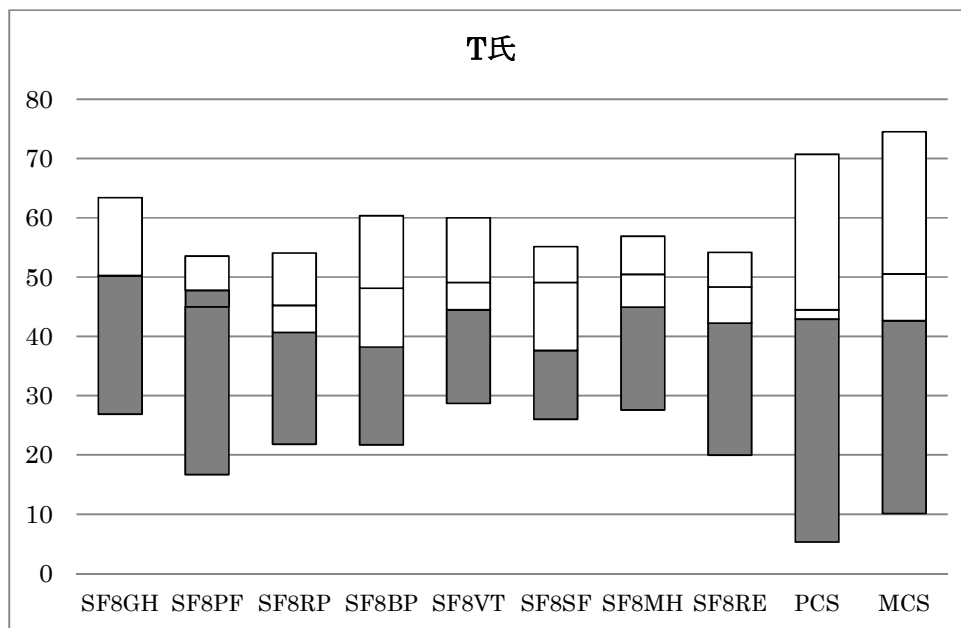
Q 氏										
NBS 得点	50.27	53.54	54.09	60.35	53.74	55.14	56.93	54.19	52.82	54.09
国民標準値 平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



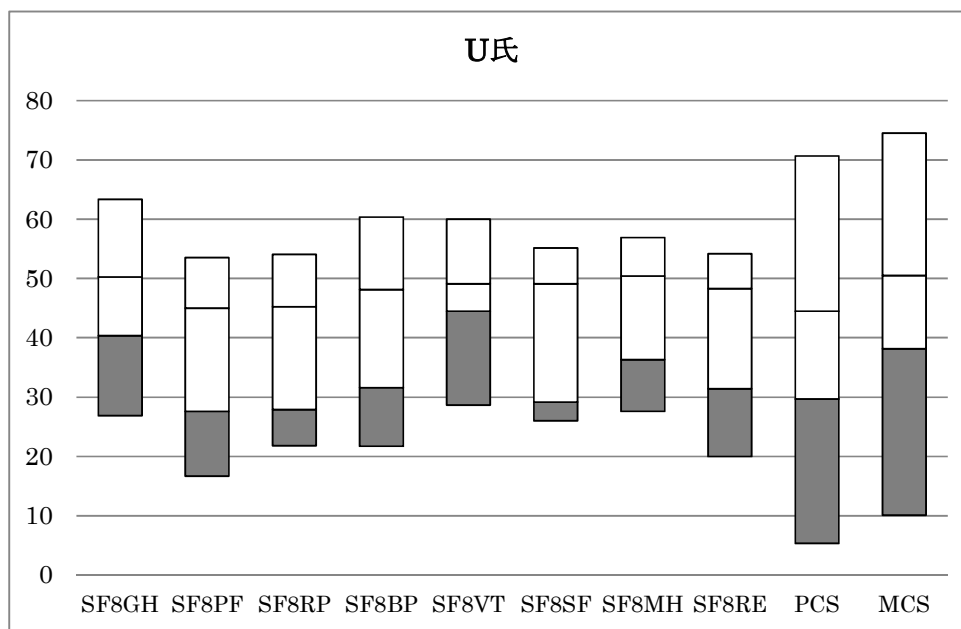
R 氏										
NBS 得点	58.54	41.45	47.42	52.46	53.74	55.14	56.93	54.19	44.63	58.71
国民標準値 平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



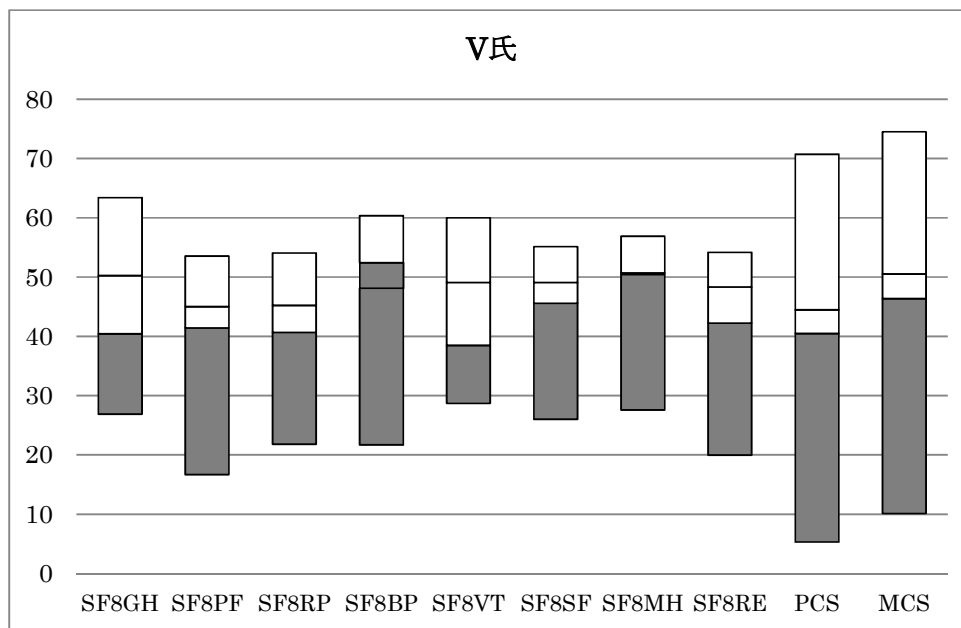
S 氏										
NBS 得点	50.27	53.54	54.09	52.46	53.74	55.14	56.93	54.19	50.20	55.35
国民標準値 平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



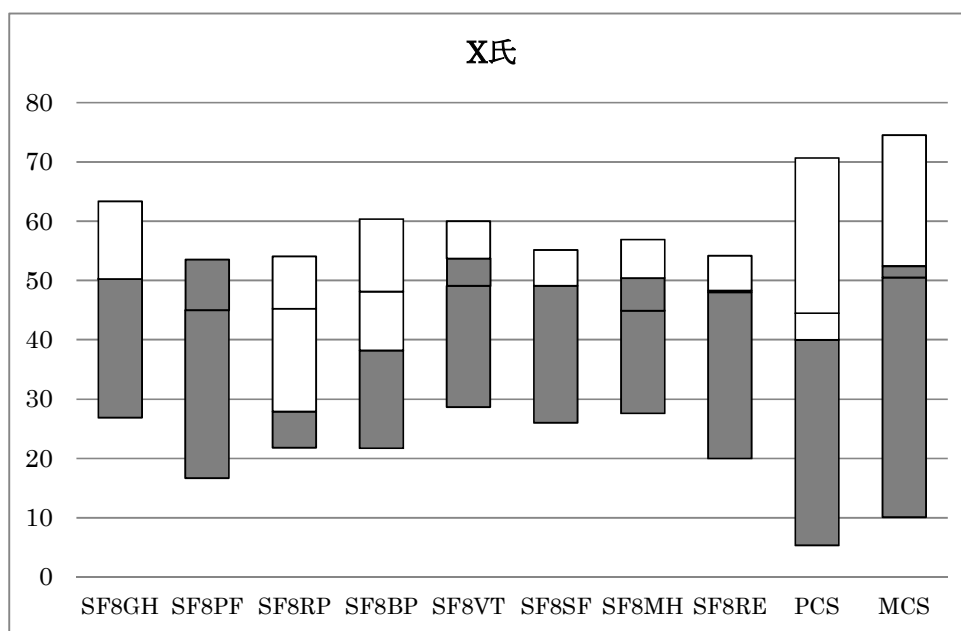
T氏 NBS 得点	50.27	47.77	40.65	38.21	44.48	37.65	44.94	42.24	42.90	42.66
国民標準値 平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



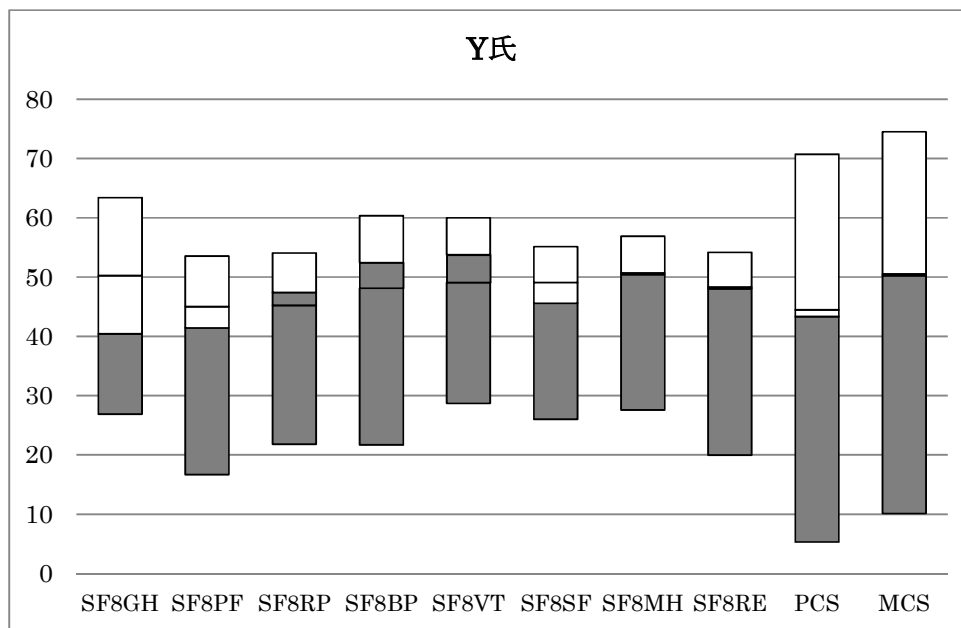
U氏 NBS 得点	40.40	27.59	27.91	31.59	44.48	29.15	36.30	31.42	29.68	38.12
国民標準値 平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44



V 氏	40.40	41.45	40.65	52.46	38.51	45.60	50.72	42.24	40.49	46.34
NBS 得点										
国民標準値	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44
平均										



X 氏	50.27	53.54	27.91	38.21	53.74	55.14	44.94	48.04	39.98	52.43
NBS 得点										
国民標準値	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44
平均										



Y 氏										
NBS 得点	40.40	41.45	47.42	52.46	53.74	45.60	50.72	48.04	43.37	50.26
国民標準値 平均	49.96	49.84	50.70	50.06	50.09	50.00	49.70	49.94	48.60	49.44

