博士（保健学）学位論文

論文題目

関節リウマチをもつ高齢者のストレングスに関する研究

－「老年期のライフイベント」への適応にみられた「能力」－

Study of Strengths of Elderly Individuals with Rheumatoid Arthritis:
Competencies Identified as for Handling Life Events in Old Age

2015 年

指導教員　　宮城　重二　教授

佐久川　政吉
SAKUGAWA ,Masayoshi

女子栄養大学

目　次

Ⅰ　序論

１．高齢者とストレングス・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

２．研究目的・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・9

Ⅱ　研究方法

１．研究枠組み・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11

２．研究協力者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12

３．データ収集・データ分析・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・13

４．倫理的配慮・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・14

Ⅲ　結果

１．研究協力者の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・15

２．ＲＡ高齢者の「能力」として導かれたコアカテゴリー・・・・・・16

１）病気の意味の探求
２）受容
３）相互依存

３．ＲＡ高齢者の「老年期のライフイベント」への

適応にみられた「能力」の構造・・・・・・・・・24

Ⅳ　考察

１．ＲＡ高齢者の「能力」の構造の特徴・・・・・・・・・・・・・・・・26

１）病気の意味の探求から捉えた「能力」
２）受容から捉えた「能力」
３）相互依存から捉えた「能力」

２．ＲＡ高齢者の「能力」の向上と応用可能性・・・・・・・・・・・・30

３．ＲＡ高齢者の「能力」に着目した看護実践への示唆・・・・・・・35

４．本研究の限界と今後の課題・・・・・・・・・・・・・・・・・・・36

結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・38

文献・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・39

謝辞・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・50

図表

資料

Ⅰ 序 論

1. 高齢者とストレングス

超高齢社会を迎えているわが国は、諸外国に例をみないスピードで様々な高齢者の施策が推進されている。介護の社会化をめざした介護保険制度、その見直しによる介護予防の強化、地域包括支援センターによる地域のネットワークづくり、隣人や知人などの関係者同士の支え合いによる地域支援事業が取り組まれている。そして、高齢者をケアや給付の対象として捉えるのではなく、高齢者の力を社会の中で生かす方向性が示された(「安心と希望の福祉ビジョン」厚生労働省,2008[1]. 「21 世紀型(2025 年)日本モデルの社会保障」、社会保障制度改革国民会議,2013[2])。人とのつながりを持って生きていける社会の実現に向けて、高齢者の知恵と力を生かすことが提唱され、自立高齢者だけなく、要介護高齢者を含めたすべての高齢者が、社会の支え手・担い手になることが期待されている[3]。

ケアの動向は、高齢者が可能な限り住み慣れた地域で安心・安全な日常生活を継続するために、在宅医療や地域ケアが推進され、地域の実情に応じた包括ケアシステムの構築がめざされている[4]。

これらは、豊かな超高齢社会の構築に向け、高齢者の知恵と力を生かした施策とケアの動向といえる。

高齢者は衰退する身体機能への適応、新たな役割の再構築、人生の受容と死の受容という発達課題を「英知」を持ってチャレンジする存在であり[5]、多様な社会情勢の変化を生き抜いてきた達人である。同時に、過去の生活を通して成長し続け、発達課題を克服してきた人生の先輩である。このように、高齢者は衰退現象だけでなく、成熟現象として捉えることもできる。近年、成熟現象を捉える概念として、「ストレングス(Strengths)」が注目されている。

ストレングスとは、「力、強さ、強み、長所、精神的な力、知力、道徳心、勇気、

抵抗力、耐久力、強度、頼り、支え」を意味する[6)]。語源的には自然な世界を反映した世俗的な言葉で、日常生活の中で用いられ、逆境や苦難を乗り越えていく力に名付けられたものである。したがって、ストレングスには科学性や専門性といった特徴はないが、人々の中で培われてきた知恵が含まれている[7)]。

専門職は、ストレングスを 1970 年代後半にケアに導入した[8)]。当時は利用者の弱さ(ウィークネス)をアセスメントすることで生活上の課題を捉え、それを解決していくアプローチが主流であった。しかし、その評価として、利用者の QOL (quality of life)や地域での生活力を高めることができていないことが明らかになった。その反省から、ストレングスモデルが提案され、精神障害者のケアマネジメントに活用され始めた[9)]。

高齢者ケアでは、Fast＆Chapin により先駆的にストレングスが導入された[10)]。現在は高度医療が進行し、高齢者ケアにおいても、専門職による細分化された技術が求められる時代になっている。一方で、高齢者の権利や自己決定のように当事者の視点が重視され、専門職主導による医学モデルに沿った高齢者ケアには限界も生じている。従来、高齢者は病気や障害によりセルフケアが弱いと考えられてきた。そのため医学モデルでは、高齢者のセルフケアの強化ではなく、専門職の提供できるケアを重視してきた。これに対し、ストレングスモデルでは、「問題より可能性を、強制ではなく選択を、病気より健康をみる」[11)]ことを前提に、高齢者の持つ力に着目し、それをケアに生かすことを重視している。

ストレングスが国際的に保健・医療の領域で取り上げられたのは、2001 年の世界保健機構(WHO)総会で、「国際生活機能分類」(ICF : International Classfication of Functioning Disability and Health)が発表されたことによる。従来の「国際障害分類」(ICIDH : International Classfication of Impairments, Disability and Handicaps, 1980 年)は、機能や能力の回復、社会的不利を解決することに重点を置いた問題解決を図ってきた。しかし ICF では、心身の機

能や構造で一部ウィークネスを持ちつつも、「活動」や「参加」の概念を用いることにより、ストレングスを捉える特徴がある[12]。そのため、ICF はストレングスモデルと極めて近い考え方である[13]といわれている。

ストレングスについては、これまで複数の研究者により定義や構成要素が示されている[14)~17)](表1)。

ストレングスの定義は、Rapp らの示す「すべての人は目標や才能や自信を有しており、またすべての環境には、資源や人材や機会が内在している」のように、定義で共通していることは、人のもつ成熟現象に着目していることである。

構成要素は、個人と環境に大別される。個人のストレングスとして、願望、能力、自信、強み、強さ、上手さ、豊かさ、たくましさ、好みがあり、環境のストレングスとして、資源、社会関係、機会、外部の強さがある。Rappら[18]の構成要素は、他の研究者の構成要素を包含し、能力、願望、自信、資源、社会関係、機会の6要素である。能力、願望、自信は、人のもつ精神機能ともいえる。

国内外におけるストレングスの研究の動向をみると、国外では、1980 年代以降、アメリカのソーシャルワーク分野[19]に始まり、ストレングスの定義[20]や構成要素の提示[21]、精神障害者などへのストレングスモデルの導入[22]や評価[23]、QOL 評価のためのアセスメントツールの開発[24]などがみられる。ストレングスの定義及び構成要素、ストレングスモデルを用いた事例研究にとどまり、理論化までは導かれていない。

わが国でのストレングスの研究は、1990 年代に始まり、その内容は、ストレングスの概念・モデル化の試み、ストレングスの対象、ストレングスの実践に関する事例的な取り組みがなされている。

ストレングスの概念・モデルは欧米からの輸入であり、周囲(環境)との支え合いの視点が弱いこと[25]が指摘されている。わが国では、地域における個人と環境(隣近所など)との相互関係の中で個人を生かすストレングスがあるため[26]、

個人のみならず、環境のストレングスも組み込み、支え合いの構造を明らかにする必要がある。

事例研究としては、長期入院の統合失調症患者は自己決定ができること[27]、一人暮らし要介護高齢者は社会サービス活用のため他者提案や他者仲介を受け入れ、新たな人間関係を築き問題解決方法が導けること[28]が示唆されている。また、難病者は多様な困難を経て“苦しみとの和解”ができること[29]、中途障害者は、身体的な回復のみではなく、自らが果たすべき役割を認識し、自己存在を肯定されることによって生きていく目的や意味を取り戻すことができること[30]が、ストレングスとして報告されている。これらの事例研究は、対象理解を再考し、個別事例におけるストレングスの存在を示唆しているが、構造化されているわけではない。

ストレングスの実践として、看護分野では、入院・入所中の対象の事例研究として、統合失調症患者の日常生活の確立[31]や自己決定の促し[32]が報告されている。また、認知症高齢者の問題行動の背景をストレングス視点からアセスメントする必要性[33]が述べられている。これらは、施設内での専門職と対象との限定された関係でのストレングスの必要性であり、地域（環境）のストレングスを取り入れ活用する視点はほとんどみられない。病気や障害を抱えながらも地域で生活している高齢者のストレングスを、個人と環境の視点から導き出すことで、高齢者ケアに貢献できる高齢者の存在を明らかにすることができると考える。

以上、国内外のストレングスの研究をまとめると、ストレングスの定義及び構成要素、事例によるその重要性についての先行研究はあるが、実証的に構造化した先行研究はみあたらない。

ところで、高齢者の精神機能を明らかにするためには、「ライフイベントでの体験を考慮すること」の重要性が示唆されている[34]。本研究において、ストレングスを可視化するために、ライフイベント（life events）を設定する。ライフイベントとは、

「人生上の重大な出来事」[35]であり、肯定的と否定的な出来事が含まれ、個人の生き方に直接・間接に影響を与える[36]。ライフイベントは、1970 年代頃には、急病や交通事故のような個人を破局に導くものとして狭い範囲の定義がなされていた。しかし、一連の研究により、仕事や財産、健康上のことなど、広い範囲のイベントを含めるようになってきた[37]。

老年期のライフイベントとして、配偶者の死亡や社会的地位の喪失など、成人期にはなかったストレスが増大するため、精神的健康を維持していくことは容易なことではない[38]。高齢者からライフイベントを導く場合、「ライフイベントが生じた当時の客観的事実ではなく、高齢者が老年期の現時点でどのように出来事を把握し、どのように人生を意味づけているかということが重要である」[39]といわれている。また、「生活の再設計をしなければならない状況に対し、ライフイベントを受け入れられるような人は、社会資源を活用しながら適応している」との報告がある[40]。高齢者はライフイベントへの適応や意味づけをしながらストレングスを強化し、老年期を過ごしていることが推察される。

Saleebey[41]は、文化的・個人的ストーリーがストレングスの宝庫であり、意味の創出の鍵は当事者の語りの中にあるため、語りに基づく実証的な研究の必要性を述べている。ライフイベントからストレングスを導くためには、高齢者が選択する印象深いライフイベントについての語りから実証的に導き出す必要がある。

そこで、本研究では、高齢者のストレングスを引き出すために、「老年期のライフイベント」に着目した。そして、「老年期のライフイベント」へのストレングスとして、その構造化を試みた。それは、神谷[42]が「難病のような苦難の中で生きる意味を見出している者は、その心の構造が変化している」と指摘するように、「老年期のライフイベント」の語りからストレングスの構造を導くことができると考えたからである。また、「老年期のライフイベント」への適応は、高齢者が闘病生活で強化してきたと思われる精神機能としてのストレングスによってもたらされ、それは「老年

期のライフイベント」への適応の記憶から語られることが期待される。

そこで、本研究では、「老年期のライフイベント」への適応から高齢者のストレングスを導くために、関節リウマチ（rheumatoido arthritis：以下、RA と略）をもつ高齢者を選定した。RA は主に成人期に発症し、身体機能は寛解と増悪を繰り返しながら低下していくが、精神機能は維持されていると思われるからである。

わが国の RA 有病率は 0.33%で、全国の患者数は約 60 万人と推計され [43)]。RA 患者総数に占める高齢者の割合は、60%である（平成 23 年患者調査）[44)]。従来の若年または中年で発症した RA が、治療法の進歩に伴う生命予後の改善から、高齢者の中に増えつつあり [45)]、受療率は 70 歳代が最も高い [46)]。RA 患者の当事者団体「日本リウマチ友の会」（会員約 15,000 人）の実態調査における 60 歳以上の割合は、2000 年は 54.3%、2005 年は 62.1%、2010 年は 68.3%と高齢化が進行している。全国の男女比は1対4、友の会員は1対9[47)]であり、女性の割合が高い。RA の女性は男性に比べ、ストレス耐性に強くストレスマネジメントに優れていること [48)]、日常生活を快適に過ごすための創意・工夫を発揮する資質がある [49)]との報告がある。そこで、本研究では、RA 高齢者のなかでも女性高齢者に限定した。

RA の病因・病態は未だ十分に解明されたとはいえず、効果的な対症療法はあるものの根治的な治療法が確立されていない。そのため、症状は悪化し慢性化する傾向があり、疼痛や上下肢の機能障害、継続的な治療と薬剤の投与による副作用などにより、日常生活の活動や社会への参加が制限される。その上、RA の悪化・慢性化に伴い、疼痛や生活の不自由さがあっても、他者の理解が得られにくい [50)]ともいわれている。しかしながら、辛い体験をする中でも RA 高齢者は老いや病気に向き合い、生きる意味を見出しながら闘病していることが予測される。そして、その過程で精神機能としてのストレングスが強化され、そのストレングスは自らの体験として、ライフイベントを通して語れることが推察される。

RA 患者に関する研究の動向をまとめると、患者を研究対象とした内容と専門職のケア内容に整理できる。

患者を研究対象とした内容は、身体機能に関すること、精神機能に関すること、社会機能に関すること、生活機能に関することに整理できる。

身体機能に関しては、RA に伴う日常生活での影響として ADL の低下[51]、疼痛の受容や対処のプロセス[52]があることが指摘されている。

精神機能に関しては、RA に伴う不安[53]や抑うつ[54]、生活上のストレス[55]、精神的苦悩[56]を抱えざるを得ないことが報告されている。性格的な傾向としては、おとなしくて内向的、物事を最後まで几帳面にこなす、まじめで規則を守る、我慢強く[57]、抑うつや神経症的傾向を形成する。一方で、外向的・社交的な面があり、両方を併せ持っている[58]という。また、RA 患者は重度になってもコミュニケーション能力を維持していること[59]が報告されている。生きがい（楽しみ）について、友人との付き合い、子どもや孫の成長など交流関係との関連や[60]、ソーシャルサポートの授受と社会参加の報告[61]がある。いずれの報告も、RA 患者が孤立することなく他者との関わりの中で生きがいを持って生きていることを示唆している。

社会機能に関しては、RA 患者は社会とのつながりの希薄化による役割の喪失[62]や閉じこもり[63]という課題がある。また、仕事関係での不利益、家族関係の悪化、誤解や非難された経験のように、社会には偏見が根強く残っていることが明らかにされている[64]。一方で、患者会参加による再発の不安の減少などの効果があり[65]、社会とのつながりの必要性が示唆されている。

生活面では、発症前は出来ていた家事[66]や食生活[67]の自立度が低下せざるを得ない実態が報告されている。

専門職のケア内容としては、医師による治療に関すること、アセスメントと QOL 尺度開発・測定に関することに整理できる。つまり、医師による診断のため

のアセスメントと QOL 尺度開発・測定の試みがなされ、疼痛症状スケールのアセスメント [68]、症状マネジメント [69]を実践に用いた報告がある。治療を除く医学の研究では、RA に特異性のある QOL 尺度の開発・測定 [70]が臨床研究として行われ、治療経過や症状の状態、ADL など日常生活を中心に把握するために、HAQ と AIMS の日本版測定尺度 [71]が開発され、臨床での診断基準に用いられている。

以上、RA の影響による身体機能・精神機能・社会機能の低下や QOL 尺度開発・測定の先行研究は、衰退現象に焦点を当てたものがほとんどである。一部、精神機能に着目し、その重要性を示唆している報告がみられるが、RA 患者のもつストレングスを生かしたライフイベントへの適応に関する実証研究は見当たらない。

本研究では、精神機能を生かした行動として表出されやすいストレングスの構成要素である「能力」(competencies)に着目した。前記したストレングスには、能力以外に、願望、自信、資源、社会関係、機会の構成要素がある。願望と自信は内面に特化し、行動として表出されにくい要素である。環境(資源、社会関係、機会)は、個人ではなく環境が主体となる。高齢者は、環境からの影響を受けて「能力」が引き出され強化されている可能性がある。一方で、個人が環境に働きかけて影響を与えることによって「能力」を強化していると思われる。したがって、高齢者を主体として行動まで表出が期待できる「能力」に着目した。

能力とは、広辞苑 [72]では、「①物事をなし得る力、はたらき。②認識・感情・欲求・行動など、精神現象の諸形態を担う実体。どれだけの精神機能が働きうるかという可能性である」。Rapp ら [73]は、能力には、「技能、力量、素質、熟達、知識、手腕、才能が含まれている」とし、白澤 [74]は、能力を「“できること”として捉え、身体機能としての可能性と、精神機能に該当する障害や疾病への受容ができていること」としている。また、Taylor[75]は精神機能に特化し、「人間の精神がも

つ特質の中で最も感銘を与えるのは、降りかかった不幸に耐える能力である」と述べている。さらに、国内外（22 件）の研究におけるストレングスの概念分析から、「能力とは物事を成し遂げる力のことで、潜在的なものを含んでいること、能力は獲得し、発達させることもでき、いろいろな困難を乗り越え、生き抜いてきた体験により身につけることもある」[76]と、述べられている。

患者のもつ「能力」を明らかにした事例研究が報告されている。吉田ら[77]はがん患者の能力はセルフケアをなし得る力、山中ら[78]は補助人工心臓装着患者の能力は深刻で危機的な状況を乗り越えるための反発力や抵抗力としている。畑野ら[79]は認知症高齢者の潜在能力を引き出し伸ばすことが、自己効力感を高めることにつながる、と述べている。また、RA 患者の家事・余暇活動・疼痛管理の能力について、能力を重視する群の満足度はwell-being に関係するが、重視しない群は関係しないこと[80]が示唆されている。

以上、患者のもつ「能力」は、身体・社会機能よりも、精神機能を重視していることが特徴である。

したがって、高齢者のストレングスを検討するために、老化や病気に伴い低下が避けられない身体機能よりも、精神機能を生かした「能力」に着目する必要がある。

2. 研究目的

RA 高齢者は疾患特性から長い闘病生活を通して精神機能を強化し、特にRA 女性高齢者は自らの闘病体験を語ることができ、老年期の英知で意味を見出し、それがストレングスになっていることが考えられる。先行研究において、ストレングスの定義及び構成要素、事例研究はあるが、実証的に構造化した研究は見当たらず、理論構築が求められる。ストレングスとしての「能力」を実証的に明らかにしていくためには、当事者の高齢者が記憶の中から想起しやすく、顕

在化しやすい内容を設定する必要がある。

したがって本研究では、「老年期のライフイベント」に着目し、その適応にみられた「能力」の構造化を試みた。それは前記（5頁）の神谷[81]が指摘したように、「老年期のライフイベント」の語りから「能力」の構造を導くことができると考えたからである。

以上のことから、本研究の目的は、RA 高齢者の「老年期のライフイベント」への適応にみられた「能力」の構造化からストレングスを明らかすることである。

「能力」の構造が明らかになることで、RA 高齢者の内面にある「能力」を顕在化することができ、「能力」の強化や、他の慢性疾患や要介護高齢者や高齢者ケアへの応用可能性に発展すると考える。

Ⅱ 研究方法

1．研究枠組み（図1）

高齢者のストレングスの構造化を図るために、RA の影響が特徴的に現れることが予測された3つのライフイベント、 つまり、「リウマチの発症」、「初めての手術」、「老年期のライフイベント」を時系列に設定し、それらのライフイベントごとに、6つの構成要素（3頁参照）について、検討する必要があると思われる。しかし、本研究では、特に、「老年期のライフイベント」を取り上げ、その適応における「能力」の構造化を試みることとした。

「能力」に焦点化した理由は、前記したように、ストレングスの構成要素には、「能力」以外に、個人には願望、自信など、環境には資源、社会関係、機会などがある。願望と自信は、精神機能の内面に特化されやすく、行動として顕在化しにくい要素であることや、資源、社会関係、機会は、個人ではなく環境が主体となりやすいと思われる。また、高齢者は、環境からの影響を受けて個人の「能力」が引き出され強化される可能性があること、逆に、環境に働きかけて影響を与えることによって個人の「能力」を強化していると思われる。

したがって、高齢者を主体として行動まで表出が期待できる「能力」に着目し、「物事を成し遂げるために持っている精神機能を生かした力」とした。

次に、「老年期のライフイベント」に焦点化した理由は、 RA に関連して影響が予測される成人期の「RA の発症」と「初めての手術」のライフイベントの経験が、老年期において経験知として集約されていると推察されたこと。また、10 年以上前の遠い過去の記憶になる「RA の発症」と「初めての手術」に比べて、「老年期のライフイベント」の記憶が鮮明と思われた。したがって、RA 高齢者の語りからリアリティをもって、「能力」が導き出せると推測されたからである。

2. 研究協力者

在宅で生活し、RAと診断されている高齢者で、A県内の地域包括支援センターや訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所に調査協力の依頼を行い、各施設の専門職より紹介された人である。その選定基準は、①65 歳以上の女性の高齢者、②RAを発症してから10年以上が経過している、③手術の経験がある、④認知症がなく聴き取り調査に受け答えが出来るコミュニケーション能力がある、とした。選定基準の理由は、以下のとおりである。①については、高齢者は経験と知恵があるため、「能力」としての精神機能が生かしやすい状態にあること、また、老年期に至るまでに疼痛や不安を抱え苦悩しながらも、女性として生活に密着した家事や育児、仕事、地域での活動など、多機能な役割を担ってきたことで「能力」の強化が予測されることから、ライフイベントが語りやすいと思われた。②ついては、RA 発症から無治療のまま放置すれば、10 年後には寝たきりなどの高度な身体機能障害を起こすことや、治療継続でも 10 年以内に患者の80%に永久的な関節異常が発生すること[82]、罹病期間が10年を超えると40%以上の患者が機能障害度ClassⅣ(寝たきり・車椅子レベル)になること[83]が報告されている。逆に、罹病期間が10年以上で、関節異常があっても、寝たきりにはならずにいることは、治療に加え、本人の日常生活や他者との関係の中に「能力」があるから、在宅での生活が継続していることが推測された。③については、RA 発症後に疼痛や変形などの機能障害が進行し危機的な状況で手術を選択したことが予測される。手術自体は医療職が行う技術であるが、手術を受ける決定は本人によってなされる。自己決定は精神機能の働きで、手術の経験を通して精神機能が強化されたと思われた。④については、RA 高齢者本人の語りからリアリティのあるエピソードを引き出すことが重要な方法のため、記憶を想起することができ、面接調査レベルの言葉でのやりとりができることが必要であった。

選定基準に沿って、専門職より紹介された人は 17 人であった。後日電話で研究目的について説明し訪問日時を決定した。自宅などを訪問し、研究目的と方法について口頭及び文書（資料 1「依頼書」、資料 2「同意書」）に基づき説明した。その内、認知症（2 人）と入院中（1 人）で追跡出来なかった人 3 人を除く 14 人が分析対象となった。

3. データ収集・データ分析

半構造化した質問紙を用いて、研究協力者の指定する場所（自宅など）で2～4回の面接調査を行った。1回あたりの時間は30分～60分であった。インタビューガイド（資料3）を作成し、研究協力者との関係づくりを意識しながら、基本属性や生活史、RA の病歴などを把握した。その後「老年期のライフイベント」のエピソードを引き出すため、「65 歳から今日までの間に、一番印象に残っている出来事は何ですか」と問いかけ、一つの出来事を思い出してもらった。次に、その出来事が起きた時の状況を尋ね、家庭や社会での生活の変化について質問を深めていった。そして、「能力」を具体的に引き出すため、「その時は、お体の状況はどういう状況でしたか」、「その時、あなたが自分で対処できていたこととして、どのようなことがありましたか」と問いかけ、自由に語ってもらった。なお事前に了解を得て、IC レコーダーに録音しメモも記載した。面接終了後は 2 日以内に逐語録と個票を作成した。

分析は逐語録を精読し、その中から「老年期のライフイベント」に関連すると思われる文章の塊を抜き出しエピソードをつくった。次に、エピソードから文脈上読み取れる了解可能な最小単位の文章で、「能力」と解釈できる内容をキーセンテンス（“　”）とした。類似したキーセンテンスを集め、サブカテゴリー（＜　＞）を見出した。さらに、サブカテゴリー化したものを類似内容ごとに集め、カテゴリー（≪　≫）、コアカテゴリー（【　　】）を生成した。

質的研究では、研究者が分析用具となるため、キーセンテンスからコアカテゴリーの生成に至る分析過程では、真実性・妥当性の確保のため、学位（博士）を有し RA 高齢者への看護実践経験のある研究者２人と、事例ごとの逐語録や個票を行き来しつつ、合意を得るまで検討し、研究者による恣意的な解釈がないかを確認しながら分析を進めた。

4. 倫理的配慮

本研究は、所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号 07016）。

研究協力者には、研究趣旨を説明し、口頭と文書で同意を得た。個人情報は特定されないよう ID 番号を付すなどの配慮をした。研究協力者は調査に不慣れなことや、RA の影響により季節や天候により体調変化が起きやすいことから、表情や言動の微妙な変化を観察しながら面接を進めた。

Ⅲ 結 果

1. 研究協力者の概要（表2）

研究協力者の概要を表2に示す。性別は全員女性で、年齢は最年少が 67 歳、最高齢が 85 歳で、前期高齢者が 13 人、後期高齢者は 1 人で、平均年齢は 72.6 歳であった。世帯構成は独居世帯が 4 人、老夫婦世帯が 1 人、同居世帯が 9 人であった。

RA の病歴として、発症年齢は最年少が 25 歳、最高齢が 60 歳、平均 38.1 歳で、罹病期間は最低が 21 年、最長が 47 年、平均 38.1 年である。手術歴は、最大が 14 回、最小が1回、平均 4.6 回であった。RA の病態として、現在の痛みの程度は、「痛みなし」が 2 人、「弱い痛み」が 11 人、「中等度の痛み」が 1 人であった。痛みの部位は、全身、首、肘、肩、手指、股関節、膝、足底であった。RA の機能障害度を示す指標として用いたのは、臨床で標準的に用いられている Steinbrocker の機能分類（資料 4）で、classⅡが 9 人、classⅢが 5 人であった。ClassⅡとは「動作の際に1ヶ所、あるいはそれ以上の関節に苦痛があったり、または運動制限はあっても普通の生活なら何とか出来る程度の機能」で、ClassⅢとは「普通の仕事とか自分の身の回りのことがごくわずか出来るか、あるいはほとんど出来ない程度の機能」である。

介護度は、要支援・要介護なしが2人、要支援1が2人、要支援2が5人、要介護1が2人、要介護2が2人、要介護2が1人であった。

「老年期のライフイベント」として、孫の誕生（3人）、夫との死別（2人）、ボランティア活動、模合への参加、一人暮らし、海外旅行、リウマチ闘病体験の発表、リハビリの利用、新薬の利用、緊急手術、通所サービスの利用を挙げていた。なお、模合（モアイ）とは、経済的支援を目的とした頼母子講やユイのことであるが、現在では親睦目的の意味合いが強い寄り合いのことである。

2. RA高齢者の「能力」として導かれたコアカテゴリー

「老年期のライフイベント」への対処から見出された「能力」は、表3に示すように 97 のキーセンテンス、26 のサブカテゴリー、13 のカテゴリーが抽出された。さらに、カテゴリーは、3つのコアカテゴリーとして生成された。

以下に、事例を紹介する。エピソードの中から、能力として抽出した文章で、“　”はキーセンテンス、＜　＞はサブカテゴリー、≪　≫はカテゴリー、【　】はコアカテゴリーを示す。

1)病気の意味の探求〔表3-1)〕

【病気の意味の探求】は、1カテゴリー≪長患いの価値≫が抽出され、2サブカテゴリー＜リウマチを共感できる＞＜闘病に価値を見出せる＞があった。

事例 H(70 代)　**夫と長女夫婦・孫との同居世帯**

農村部出身で、11 人きょうだいの末っ子として出生。終戦直後は薪拾いなどを手伝い幼少期を過ごした。高校卒業後に経理を学び、役場で働きながら青年会や婦人部の活動に参加し、県内全域の青年団と交流した。29 歳で結婚し医療事務として働いていた。昭和 47 年に県外に引っ越し、医療職の夫と同じ病院で医療事務として働き、RA 発症後の昭和 50 年に沖縄に戻って来た。子供は娘2人に恵まれた。

RAの発症は36歳で、県外で事務職をしていた時、手指間に蚊に噛まれたように赤くポツポツが出てきたため受診し RA と診断された。その後、痛みと発熱を繰り返し食事も取れず 3 ヶ月間入院した。手術は左股関節などで4回経験した。RA 罹病歴は 37 年で、民間療法(針灸)やユタ(霊媒師)に通ったことがある。

老年期のライフイベントは、60 代での福祉大会における「リウマチ闘病体験の発表」のエピソードであった。

<u>エピソード1</u>:元々は引っ込み思案だったが、人に依頼されてリウマチ闘病体験の原稿を一晩で書くことができた。もしも健康な体だったら、発表する機会に

は恵まれなかったかもしれない。“体験発表をしたことは、リウマチに罹ったお陰であることを実感し感動を覚えた”（＜闘病に価値を見出せる＞－≪長患いの価値≫）。

エピソード2：同病者から、今までは食事にも家族旅行にも出掛けなかったけど、あなたの発表を聞いて元気をもらって出掛けているよ。あなたのお陰だよと感謝され、“体験発表することで、自分も人（同病者）も元気になれる”ことがわかった（＜リウマチを共感できる＞－≪長患いの価値≫）。

エピソード3：“リウマチでもくじけずに前向きにやってきたから、こんなに元気になっている”ので（＜闘病に価値を見出せる＞－≪長患いの価値≫）、リウマチの人には、私のように元気になれることを知って欲しい」。

事例 C（60 代） 長男夫婦・孫との同居世帯

農村部出身で、6 人きょうだいの3番目として出生。高校を卒業後、米軍基地で軍雇用員として 10 年間勤務し復帰時に退職した。青年時代は陸上が得意のスポーツウーマンだった。23 歳で結婚し子供は3人で、子供が小さい時は誉めることを重視した子育ての方針であった。仕事している長男嫁の代わりに、孫の小学校の授業参加に行ったり、招待されて歌を披露したこともある。夫は 20 年前に若くして亡くし、その時は子供達の大学進学の時期と重なり、特に経済面で苦労したことを覚えている。同居していた姑への 9 年間の介護体験がある。

RA の発症は 28 歳で、第2子を出産後産褥熱が下がらないため受診し RA と診断された。痛みが強かった時は、扇風機の風でも痛く、「RA が動いている」状態だった。変形してもいいから、痛みがなくなればと思うほどで、泣いて暮らすことが多かった。RA が悪化するのが心配だったことと、子供も小さく主婦業に専念するために退職した。手術は、左膝など3回受けた。RA 罹病歴は 41 年である。

老年期のライフイベントは、一番の楽しみである「模合いへの参加」のエピソードであった。

エピソード1:リウマチ仲間同士での模合は、月に1回4時間カラオケとお喋りで楽しくて、時間があっという間に過ぎてしまうので、もっと会いたい気持ちが募り食事会も持つようになった。模合が近づくと、仲間一人ひとりの顔を思い浮かべて、ウキウキする。年上(80 代)の仲間が元気でいることは、私達若いメンバーの目標であり励みになっている。模合の楽しさは、互いに同じ病気を乗り越えてきたという共通の体験があるからだと思う。元々は大人数でスタートしたが亡くなった人もいて、残ったメンバーは元気でいようとお互いに励まし合い、体が不自由でも、励まし合うために模合を続けている。同じリウマチを持っている仲間だから、病気のことを話しやすいし、“同じ病気だから話しを聴いてあげられ”(＜リウマチを共感できる＞－≪長患いの価値≫)、気兼ねなしに病気のことを口に出して話せるのでストレスが貯まらない。仲間同士は大変さが通じ合うので安心感があり、模合が続いているから明るく前向きに生きていける。

2)受容〔表3-2)〕

【受容】は、3カテゴリー≪自己覚知≫≪しなやかさ≫≪謝恩≫が抽出され、6サブカテゴリー＜内省できる＞＜素直に喜べる＞＜楽天的に考え直せる＞＜価値観の違いを受容できる＞＜艱難辛苦を受容できる＞＜心から感謝できる＞があった。

事例 M(70 代)　老夫婦世帯

農村部出身で、戦時中は父親が教員をしていた台湾に疎開していた。きょうだいは 4 人で、大学卒業後、23 歳で学校教員になり、57 歳で退職した。31 歳で公務員の夫と結婚し、子供3人である。若い頃から好奇心旺盛で、旅行やカメラ、コーラス、社交ダンス、洋裁、水泳など多趣味である。

RA の発症は 32 歳で、長男を出産して1ヶ月後より、左足の踝に蹴られたような痛みが現れ、紫色に腫れ、全身倦怠感と微熱が続き、座っていられないため受診すると RA と診断された。その当時は、RA は年寄りの病気ぐらいの認識で

怖さはなく、どういう病気かはまったく知らなかった。一番辛かったのは、冬場は寒くて水が冷たかったため、おむつ洗いで、シンシンと骨まで染みることだった。元々冷え性だったので靴下を履いたが温まらず、お湯を沸かして温める暇もなかった。朝は早朝から乳飲み子の世話に追われていた。RA の知識もなく、この先どうなるかという不安よりも、目の前の子育てをしないといけないという思いに駆られていた。手術は2回受けたことがあり、RA 罹病歴は 45 年である。

老年期のライフイベントは、60 代で受けた手術後の創感染で予期せぬ「緊急手術」のエピソードであった。

エピソード1:肘の痛みと屈曲がひどくなり趣味のカメラや旅行、更衣などにとても困ったので、肘専門の医師を探して手術をした。手術は無事に終わり、痛みが改善されたので満足して退院した。しかし、その後に突然、悪寒戦慄が起こり、再入院を余儀なくされた。創部からの感染が疑われ身動きが取れない入院生活が始まった。･･･結局再手術はうまくいかなかった。“手術がうまくいかなかったことは、受け容れようと思った”(＜艱難辛苦を受容できる＞－≪しなやかさ≫)。

エピソード2:“手術で辛い体験をしたことで人の気持ちがわかり、人を許せるようになってきた”(＜楽天的に考え直せる＞－≪自己覚知≫)。･･･“人は皆考え方が違うのに、これまでは自分の意見を押しつけていたことに気がついた”(＜内省できる＞－≪自己覚知≫)。･･･相手が気付くまで待つことができるようになったので、人間として大らかになったのかなと思えた。“相手と意見が合わなくても、その人らしさとして、受け容れられるようになった”(＜価値観の違いが受容できる＞－≪しなやかさ≫)」。

事例 B(60 代)　長男夫婦・孫との同居世帯

農村部で8人きょうだいの4番目として生まれた。中学校卒業後、軍雇用員として昭和 31 年から昭和 50 年まで勤めた。25 歳で結婚し子供は息子3人である。

長男に嫁いだため姑と同居することとなった。RA を発症した頃は幼少の子供を抱えて仕事もしていたため、家事はほとんどを姑が手伝ってくれた。その後、姑の介護を経験した。夫と姑には恵まれたと今でも思っている。

RA の発症は 27 歳で、偏頭痛から始まり、肩凝りや首など全身に痛みが広がっていった。手術は両膝の2回受けたことがある。RA 罹病歴は 42 年である。発症した頃、周囲から「遺伝病」と言われ、父親からは、「うちの血筋にはリウマチはいない」と言われたことを今でもはっきりと覚えている。

老年期のライフイベントは、60 代での最も辛かった体験として、癌を告知され亡くなった「夫との死別」のエピソードであった。

エピソード1：早期退職し孫や私の面倒をみてくれた夫が、亡くなったことがとても悲しかった。病院で夫の癌告知を受け、ボーとした状態で家に帰って来て、何をどうしてよいのかがわからなかった。夕方になったら涙がとめどなく流れてきて困惑した時、（リウマチ友の会の）仲間に「何をしていいのかわからない。今すぐおいで」と連絡すると、駆け付けてくれた。“仲間に言いたいことを全部吐き出すことで気持ちが変わった”（＜艱難辛苦を受容できる＞－≪しなやかさ≫）。身内に語れないことでも仲間には悩みや辛さが語れた。

エピソード2：癌告知から亡くなるまでの8ヶ月間、夫と過ごす時間を多く持つようにした。夫は私のことを気遣い、遺言として仲間とのつながりを勧めてくれた。“夫との大喧嘩で1週間、顔を合わせることはなかったが、死別の準備になったと思う（＜楽天的に考え直せる＞－≪自己覚知≫）。･･･一日一日の夫との時間を大切にしていたので、別れは穏やかだった（＜楽天的に考え直せる＞－≪自己覚知≫）。

エピソード 3：亡くなった後、眠れない日もあり睡眠薬を飲んだこともあるが、今では寂しくて考え込むことも眠れないこともなくなったのは、月日が解決してくれたと思う（＜艱難辛苦を受容できる＞－≪しなやかさ≫）。今は子や孫達の成長

が一番の楽しみで、85 歳まで長生きし家族全員で祝いの写真を撮ることを目標にしている。成長した孫達が親になり、家族をつくることを思い浮かべただけで楽しくなる」。

3)相互依存〔表3-3)〕

【相互依存】は、9カテゴリー≪根気≫≪跳ね返す力≫≪自己決定力≫≪言語化による自己表現≫≪臨機応変にセルフケア≫≪居心地よさの創出≫≪社会資源の獲得≫≪世話上手≫≪次世代の育成≫が抽出され、18 サブカテゴリー＜目標を持ち粘り続けられる＞＜自らを鼓舞することができる＞＜失敗を糧にできる＞＜弱みに向き合い克服できる＞＜先を見据えた決断ができる＞＜物怖じせずに伝えられる＞＜身体感覚を通してセルフケアできる＞＜マイペースで健康づくりができる＞＜環境に応じてセルフケアできる＞＜身だしなみを整えられる＞＜安全・安心な環境を整えられる＞＜活動しやすい環境を整えられる＞＜楽しみながら活動できる＞＜他者の力を借りることができる＞＜無理せずサービスを取り込める＞＜他者への気遣いができる＞＜世話を焼くことができる＞＜次世代を育むことができる＞があった。

事例 D(60 代)　独居世帯

6人きょうだいの3番目として生まれ、大家族の中で自由奔放に育てられた。教育熱心の父親の勧めで県外の専門学校に進学し、美容師資格を習得した。美容師として働いていたが、帰省後同級生と 28 歳で結婚し美容師を辞めた。息子達がスポーツの全国大会に出場したことが自慢である。新婚時代はアパートで生活していたが、隣町に自宅を新築した時から姑が同居することになった。

RA の発症は 31 歳で、第4子出産直後、肩の痛みから現れた。痛みに対して対処方法がわからない時期で、手首の痛みには湿布を貼って、地域活動に参加していた。手術は膝など4回受けたことがある。RA 罹病歴は 39 年である。

老年期のライフイベントは、60 代で嫁ぎ先からアパートに「一人暮らし」のエピ

ソードであった。

エピソード1:他のリウマチの人のように泣きながら頑張るのではなく、自分の好きなように一人暮らしをしたい。それで結果的に孤独死してもいいと考えていた。実現するためのタイミングを考え続け、子供達が家庭を築ける年齢を待っていた。(同居の)姑は元気であったが、90 代での家族全員の炊事・洗濯はきついだろうと思い見るのが辛かった。・・・“たとえ私が一人暮らしをしても、夫と姑の二人で寂しくないと思った”(＜他者への気遣いができる＞－≪世話上手≫)。

エピソード2:一人暮らしをする前から、“家事や入浴等の介助はヘルパーにお願いしようと計画していた”(＜安全・安心な環境を整えられる＞－≪居心地よさの創出≫)、・・・掃除のために箒を持つだけでも関節の痛みが出てくるので、徹底的に怠け者になろうと決めて、“一人暮らしをした時から、これ以上悪くならないように、何にもしないようにした”＜環境に応じてセルフケアできる＞－≪臨機応変にセルフケア≫)。だから、一番手間のかかる食事も朝はコーヒーとパンで済ませ、“昼食は作らないで配食サービスを頼んでいる”(＜無理せずサービスを取り込める＞－≪社会資源の獲得≫)。

エピソード3:連絡手段として大切な電話は、“痛みが軽減するように、重たい固定電話から軽い携帯電話に変えた”(＜活動しやすい環境を整えられる＞－≪居心地よさの創出≫)。・・・今では姑も夫も一人暮らしを理解してくれている。・・・近くに居て会うことがあっても、(別居中の)夫や子供達には時々手紙を書いて、感謝の気持ちを伝えている。

事例 N(80 代)　長男夫婦・孫との同居世帯

大正 14 年に農村部で5人きょうだいの2番目として生まれ、尋常高等小学校を卒業した。2 歳の時に母親を亡くし、16 歳から県外の紡績工場で終戦まで働き、その後、隣の県の造船所内の食堂で働いていた。そこで知り合った地元出身の男性と 25 歳で結婚した。子供は 5 人で、夫は自分の子供達はきちんと育

てるという意向で、家庭のことをしっかりするために、共働きは認めなかったため、結婚後は専業主婦であった。

RA の発症は 55 歳で、足の指から踝や膝に上がってきて体全身が痛く、手も真っ赤に腫れていたのが、最初の症状だった。手術は1回、左肘を 10 年前に受けている。RA 罹病歴は 30 年である。

老年期のライフイベントは、70 代での手術後に始めた「通所サービスの利用」のエピソードであった。

エピソード1:(左肘の手術で入院し)退院した時、娘は私が家に閉じ込めていたら大変なことになると、通所サービスを4ヶ所回って一番よいと思う所を探し提案してきたので、“娘の通所サービスの勧めに同意した(＜先を見据えた決断ができる＞－≪自己決定力≫)。サービスメニューは私の体調に合うし、利用者同士で話しが弾み前向きになれ、知り合いも増えていくので楽しかった。通所では、“朝は歩きづらいのでゆっくりと歩き”(＜マイペースで健康づくりができる＞－≪臨機応変にセルフケア≫)、“筋トレを自分のペースに合わせて続けることも出来る”(＜マイペースで健康づくりができる＞－≪臨機応変にセルフケア≫)。

エピソード2:“通所サービス利用の際は、して欲しいことを(職員に)主張している”(＜物怖じせずに伝えられる＞－≪言語化による自己表現≫)。･･･新しく入ってきた“通所サービス利用の初心者に過ごし方を教える”ことで(＜世話を焼くことができる＞－≪世話上手≫)、他の利用者達に誉められることもあった。

エピソード3:最初の通所サービスをしばらく利用した後、物足りなくなり、“(元々)手工芸が好きなので、手工芸の充実した通所サービスに変更した(＜活動しやすい環境を整えられる＞－≪居心地よさの創出≫)。“手工芸で作品を作ったり、作品が出来上がることが一番の楽しみで”(＜楽しみながら活動できる＞－≪居心地よさの創出≫)、“今では作った手工芸が展示出来るまでになっている”(＜楽しみながら活動できる＞－≪居心地よさの創出≫)。

エピソード4:“手工芸は(リウマチで変形し力の入らない)指先の状況に合わせながら、指導を受けながらゆっくりとやった”(＜マイペースで健康づくりができる＞－≪臨機応変にセルフケア≫)。手工芸は指先が不自由でも諦めず、“自宅に持ち込んでも練習した”(＜目標を持ち粘り続けられる＞－≪根気≫)。そうすると、“次第に指先が自由に使え、仲間達と同じペースに揃えることが出来た”(＜弱みに向き合い克服できる＞－≪跳ね返す力≫)。“手工芸がうまくなったのは、負けず嫌いの性格もあったと思う”(＜自らを鼓舞することができる＞－≪根気≫)。通所サービスではいつもルンルン気分で楽しく気分爽快で、多くの仲間との交流や手工芸が出来ることが幸せだと思った」。

3. RA高齢者の「老年期のライフイベント」への適応にみられた「能力」の構造(図2)

図2に示すように、RA 高齢者(個人)は精神機能を生かし、RA を≪長患いの価値≫として意味づけるという【病気の意味の探求】をしていた。この病気の意味の探究を礎に、個人(自己)に向き合う≪自己覚知≫と≪しなやかさ≫を発揮し、また、個人にとどまらず関わりのある環境(他者、サービス、病気)への≪謝恩≫ができる【受容】へと能力を向上させていた。さらに、その集大成として、≪根気≫≪跳ね返す力≫≪自己決定力≫を踏まえた上で、環境に対して≪言語化による自己表現≫≪臨機応変にセルフケア≫≪居心地よさの創出≫として向き合いつつ、個人の力で限界の時は、環境の力を取り込むという≪社会資源の獲得≫をしていた。一方で、環境への働きかけとして、≪世話上手≫であり、≪次世代の育成≫まで担う利他的な能力を発揮していた。RA 高齢者は老年期に至るまでに脈々と培ってきた精神機能を生かし、RA という病気を探求する中で意味づけ、受容し、個人と環境との【相互依存】の形を生成できる能力を身につけ向上させている構造が導かれた。

つまり、RA 高齢者の能力とは、自己の内面を掘り下げ、【病気の意味の探究】としての価値を形成し、病気や環境（他者）との関係における【受容】とへと広げることが出来、他者との関係で培われる【相互依存】に至る高次の段階に到達していた。また、過去から現在、≪次世代の育成≫のように未来志向で捉えることができることであると思われた。

Ⅳ 考　察

1．RA高齢者の「能力」の構造の特徴

1）病気の意味の探求から捉えた「能力」

RA 高齢者は、予期せぬ突然の RA の発症から老年期に至るまで、疼痛や不安、生活のしづらさなどに苛まれ、RA から逃れることはできない。「病気に罹った人は自分の症状に常に関心を向けざるを得ないため、自分の身体から意識が離れることはない」[84)]といわれる。RA 高齢者の場合、自分の身体を感じるのは RA という病気を通してということになる。また、小玉によれば、「難治性の病気に罹った場合、病気に対する意味の探求が闘病の大きな主題となる」[85)]という。これまで患者が自らの病気に対して楽観的な態度を示すことは、病気からの逃避、あるいは現実否認とみなされがちであったが、最近の病気対処の研究では、「病気の中に積極的意味を見出そうとすることは、むしろ、適応的な病気対処」[86)]と考えられている。Frankl[87)]によれば、「人は苦悩する能力をもち、苦悩が意味をもちうるのは、主体自身が変わる時であり、苦悩による成長がある」という。RA 高齢者は、RA に伴う苦悩を嘆くだけでなく、冷静に自分の置かれている状況を内省し、RA のもつ意味を考え続け、成長の糧にしてきたのだと思われる。隅田は、「病いの意味づけを修正することで、ネガティブな病いの意味づけがポジティブな病いの意味づけに変化する」[88)]と述べている。

本研究においては、事例Hのように、闘病体験を書き発表した体験は、闘病生活や人生を振り返る機会となり、闘病に価値を見出すという長患いの価値の「能力」を発揮していた。RA によってもたらされる多くの逆境体験は、「人生に肯定的な意味を与え、教訓としてその後の生き方の構築につながる」[89)]という指摘は、RA 高齢者でも同様と思われる。RA 高齢者は病歴も長く、RA と生活との折り合いをつけながら老年期に至っているため、病気の意味を探求する能力が養われるのだと考える。Taylor ら[90)]は、乳癌患者の病気対処過程の一つして意味

の探求を挙げ、「半数以上の患者が、病気によって自分の人生の振り返りを迫られたこと、残りの患者も自己変革の契機となったこと」を述べている。自らに降りかかってきた病気をどのように意味づけるかによって、その後の生活や人生に大きな影響を与えると思われる。

以上のことから、【病気の意味の探求】から捉えた「能力」は、精神機能を生かし、長い病歴や逆境体験から、病気の意味を探求する能力と思われる。RA 高齢者は、苦悩しながら成長し続け、病気を意味づけることの重要性を認識し、病気を探求する能力を高めていったことが推察される。

2）受容から捉えた「能力」

本研究における RA 高齢者の「能力」として、「受容」が導かれた。RA 患者の先行研究 [91)92)]においても、最終段階として「受容（適応）」に至っていたことは、本研究の結果を支持するものである。

RA 患者が受容に至るまでの期間については、RA を発症し不安を感じるのが約1年9ヶ月、治療などで迷いを生じているのが6年前後であること、心理的推移を認めた 52 例中、RA を受容したのは 50 例（96%）であったことが報告されている [93)]。また、発症間もない RA 患者は、「得体の知れない症状への不安があり、思いもよらぬ RA の診断にショックを受け、自分の状況を解釈できずに怒りや絶望を抱いていた」との指摘がある [94)]。RA 患者のストレス対処行動として、疾病を受容し、自分ができる範囲の趣味や仕事をしていることが明らかにされている [95)]。一方、RA を受容することができずに、自己を否定的に捉え、抑うつ状態が持続する患者もいること [96)]が、報告されている。織部ら [97)]によると、RA 患者の受容過程では、RA 発症時の①不安と否定の時期、②闘いと迷いの段階を経て、③RA の受容に至る。その期間は、52±70 ヶ月で、発病年齢の若いほど、受容に至るまでに期間の長い傾向が認められた。また、田村ら [98)]は、RA 患者の受容は、疼痛が影響していることを前提に、①初期の葛藤、②試行錯誤の時期、③痛みの

受容、④痛みからの解放の4段階を示唆している。高田[99]は、「病気の受容は病気の理解と同じではない。自分は慢性的でやっかいな病気に罹っているということ、慢性病者としての自分を、頭での認識だけではなく、心でも感情レベルでも受け止め認めていくことは、当然ながら否認や葛藤、悲嘆などの過程を経ることが不可避である」と指摘している。RA 高齢者は、複雑な感情の揺れに直面しながら、受容の段階に到達することができるのだと思われる。

RA高齢者の「能力」としてみられた受容と同様に、受容過程モデルのFinkの危機理論[100]、Cohn[101]や上田[102]の障害受容、Kubler[103]の死の段階においても、最終段階はいずれも受容（適応）に至っている。これらのモデルに共通しているのは、受容に至るまでに段階があること、その段階プロセスは必ずしも一方向ではなく流動的で、否認や回復への期待、抑うつや取引など、相反する心理状態が存在していることである。特にRA高齢者は、急性増悪と寛解を繰り返すため、受容過程の流動性や相反する心理状態に陥りやすいことが推察される。

RA と同様、難病患者でも、「病いを受容するにつれて、社会の一員としての自分、生命の一員としての自分という拡大した自己意識を経験するようになる」[104]という。また、「ALS 患者が前向きに生きるための第一歩は、病気の受容、障害の受容である」[105]と指摘されている。RA 高齢者は、受容すると残された機能に目を向け、その機能で出来る楽しみを見つけ目標をもち、目標の達成が自信となり生きがいを感じると思われる。そして、「病気や障害を受容すると、価値転換が行われ、自分自身の内面的な価値に気づき、介護されながらの行動に価値を見出すようになる」[106]という先行研究と同様の意味があると思われる。

したがって、RA高齢者の受容から捉えた「能力」とは、RA発症後の若年の頃からの苦悩を経て、受容の段階に到達することができること。そして、受容することにより、自らの内面的な価値に気づき、行動に意味をもたすことができる「能力」だと思われる。

3）相互依存から捉えた「能力」

本研究で、最も能力として導かれたのは、相互依存に関することであった。RA 高齢者は、成人期からの時間の中で、試行錯誤しながら相互依存できる知恵を編み出し、そのしくみをつくりあげてきたと考える。相互依存している人々は、「自分の努力と他人の努力を引き合わせて最大の成果を出す」[107]という。RA 高齢者は、痛みと共存しながら身体感覚を研ぎ澄ませ、出来ることと出来ないことを区別し、折り合いをつける術を身につけてきたと思われる。そのため、問題解決やニーズを満たすための他者への頼み方が巧みで、相互依存ができると考える。相互依存が出来るということは、自分の身を預けたり、他者の困りごとに手を差しのべることが出来るということであり、持ちつ持たれつのバランスを保つ能力に優れているのだと考える。

RA 高齢者は自立と依存を超越し、相互依存が出来るまでに成長しているともいえる。亀口[108]は、「自立と依存は相補的関係にあり、コインの表裏のように、どちらか一方だけでは価値を持たず、自立と依存が最も互いを尊重して接近した状態が相互依存である」と述べている。Covey[109]は「人間の成長過程を支えるプロセスとして、依存から自立へ、そして相互依存へと成長していく。相互依存を達成している人は、他者と深く有意義な関係を築くことが出来る」ことを強調している。相互依存の視点から考えると、RA 高齢者は依存するだけではなく、自ら出来ることは努力し、出来ないことは環境に働きかけケアを受け容れたり、他者に対して出来ることはケアを提供している。つまり、支え合うという相互依存をしていると捉えることができる。RA 高齢者は周りの人を上手に巻き込み、サポート体制まで変え、エンパワメントする能力があると思われる。

RA 高齢者は困りごとがある時には、主体的・積極的に相互依存している実態があった。RA 高齢者は誰に何を頼むのか、その頼み方を長年の RA と生活との折り合いから身につけてきたのだと考える。

以上のことから、リウマチ高齢者の【相互依存】から捉えた「能力」とは、自ら出来ることは努力し、出来ないことは環境に働きかけケアを受け容れたり、他者に対して出来ることはケアを提供していることであると考える。

2. RA高齢者の「能力」の向上と応用可能性

本研究では、RA 高齢者の「能力」のコアカテゴリーとして、病気の意味の探求、受容、相互依存で成り立つ構造がみられた。RA 高齢者は、「自己の健康を揺るがされながらも、日々の生活を前向きに営んでいく強さを持っている」[110)]といわれている。本研究において、RA 高齢者の「能力」の到達点として、相互作用できる段階まで到達することが出来ていると考えられた。相互依存は、それだけで独立し成り立つのではなく、相互依存の基盤に、病気の意味の探求と受容との連続性があり、「能力」として揺るがずに強化され、相互依存が出来ているのだと思われる。

慢性疾患の中で、RA の病状の経過は、急性増悪と寛解を繰り返し、疼痛などの自覚症状を伴うものである。一方、糖尿病では、緩慢に経過し、自覚症状はほとんどない[111)]。「能力」としての病気の意味の探求と受容は、糖尿病の先行研究でも明らかにされているため、RA と共通している「能力」と捉えられる。

しかし、「能力」の段階には違いがみられる。RA 高齢者については、前記したように、相互依存として、自分自身のために加え、孫の世話やボランティア活動など、他者のためのサポートを提供していたことが明らかにされた。糖尿病患者では、自分自身のために、自己実現や自立・自律がめざされ、セルフケア[112)]として、他者を出来るだけ巻き込み、サポートを獲得するなどの相互依存の指摘はされているが十分ではない。しかも、その実証的な研究はみあたらない。さらに、セルフケアについては、他の慢性疾患（COPD[113)]、慢性心不全[114)]、慢性腎不全[115)]でも同様である。本研究における≪臨機応変にセルフケア≫、つまり、

相互依存の下位概念については、RA 高齢者にかかわらず、他の慢性疾患でも共通しているといえる。

しかし、RA 高齢者が自立レベルのセルフケアにとどまらず、相互依存の段階まで「能力」の向上が図られているのは、症状の変化や闘病歴が影響していると考える。同じ慢性疾患でも、糖尿病のように発症時期は自覚症状がほとんどなく緩慢に経過する病状と違い、RA は発症が突然であり、疼痛などの症状が強く、急性増悪と寛解を繰り返しながら病状が進行していきやすい。そのため、症状への対処や生活を送る上でセルフケアしながらも、発症から他者に依存する環境にあり、サポートを借りざるを得ない状況に追い込まれると思われる。それを何十年と繰り返していく闘病生活で、他者からのサポートの借り方のコツを覚える一方で、寛解時には他者にサポートを提供するという「能力」を培ってきたことが推察される。

以上のことから、RA 高齢者の「能力」の向上について、同じ慢性疾患の糖尿病と異なる特徴は、自己のためのセルフケアにとどまらずに、他者のためにサポートを提供するという「相互依存」の出来る「能力」を培ってきたことだと考える。

RA 高齢者の「能力」である病気の意味の探求、受容、相互依存には、一貫して、自分のためだけではなく、周りの他者のための貢献まで広がっていた。例えば、病気の意味の探求では、“同じ病気だから話しを聴いてあげられる”（事例 C）のように、体験者だからこそ可能なリウマチを共感しながら話しを聴くことをしていた。受容では、“自分を取り繕うことをやめ素直になり、冗談を言いながら仲間と過ごせるようになった”（事例 M）のように、内省しながら他者と過ごす時間をつくっていた。相互依存では、“子供達の仕事中は、孫を預かり面倒をみている”（事例 E）や、“自らの出来る範囲で目の不自由な方へのボランティアをした”（事例 A）のように、世話を焼くことが出来ていた。

他者との関連で、前記したように、「能力」以外のストレングスの構成要素をみ

ると、個人のストレングスである願望と自信は、本人の内面にとどまる。また環境のストレングスである資源、社会関係、機会は、他者とのつながりはあるが、他者を活用する自立レベルであり、他者への貢献まで含めた相互依存までは読み取りにくい。一方、「能力」は物事を成し遂げる力のことであり、本人にとどまらず他者の活用、そして他者への貢献まで含まれているため、ストレングスの構成要素の中でも重要度が高いと思われる。

特に RA 女性高齢者は、「能力」を生かして他者のために貢献していた。それを支持する先行研究として、RA 患者の女性は、男性に比べて、情緒的・手段的サポートの授受が高いとの報告[116)]がある。逆に男性は少ないため、サポートが必要と考える。また男性は、女性に比べて孤立状態の比率が高いこと[117)]、ADL や抑うつ状態の改善が悪いこと[118)]、サポートの受領は多いが提供はしない男性高齢者は、要介護状態発生リスクが高いことの指摘がある。しかし、家庭においては家長として、社会においては職業人生を送ってきた男性には、女性とは異なる「能力」があると思われる。

したがって、男性との比較で、RA 女性高齢者の「能力」の特徴とは、他者の力を借りたり、他者の世話を焼くことが出来る、という「能力」が重層的に重なり、相互依存が出来る「能力」を向上させていることだと思われる。

「リウマチ白書 2010 年」[119)]によれば、RA 患者が“今したいこと”として、“地域の行事に参加したい(8.2%)”“ボランティア活動をしたい(7.7%)”があった。また、“楽しいとき”として、“友人・近所の人との付き合い(46.2%)”、“同じ病気を持った友人との交流(36.5%)”“ボランティア活動”(6.8%)の回答がみられた。これらのことは、RA 患者は他者との交流や貢献をしたいニーズがあり、実際に行動している人もいることが読み取れる。サポート(援助)成果の先行研究において、他者へのサポートと奉仕活動に積極的に参加した高齢者ほど、主観的幸福感が高いこと[120)]、生活上のストレスを経験しているが故に、サポートの受け手と思

われている人々でも、他者をサポートすることを通して自らの問題を乗り越える潜在力と、自分の人生を切り開いていく積極性を持ち得ること[121]が報告されている。また、高齢者自身がサポートを提供することは、要介護状態発生リスクを低める上で重要であること[122]が報告されている。つまり、他者への貢献は、RA 高齢者自身の「能力」を強化し、相互作用を促進することを示唆している。

一方、“現在、辛いこと”として、“何かにつけ人手を頼むとき(31.7%)”との回答がみられる。年齢別では、60～69 歳で 32.2%、70～79 歳で 35.6%、80 歳以上で 38.0%である。年齢を重ねる程、他者にサポートを頼みづらい実態[123]が浮き彫りになっている。これらの結果は、高齢者だからというだけで、サポートの依頼が出来るわけではないことが示唆される。

しかし、RA 高齢者は、家族や友人には話しづらい辛さや悩みについて、同じ病気を経験している人として共感し、思いをすくい上げることができる。RA 高齢者だからこそ、細かい所まで配慮したサポートが可能であると考える。サポートの例として、同じ病気を持った友人との交流やボランティア活動として、リウマチ友の会の活動に参加し、出来る活動を一緒に行う。先行研究で、「友の会への参加者が見出している意味として、リウマチの痛みを忘れ、埋もれていた力を発揮できること」が報告されている[124]。友の会で、他者への頼み方の姿勢やコツ、疼痛などの症状緩和の方法、生活上の工夫などの情報共有ができる。男性の場合は、集団交流が苦手な人もいるので、男性が参加しやすい活動、例えば、パソコンを使った広報誌や書類づくり、移動に不便な RA 患者の運転手や付き添い、大工のようなものづくり、会議での司会をまかせることで、交流や活動につなげていく可能性がある。これらのサポートは、RA に限らず、老化や病気・障害の悪化によりケアの受け手になりやすい難病や要介護高齢者のサポートの受領にも応用出来ると考える。

次に、若い世代への貢献を通した「能力」向上について検討する。RA は若い

頃に発症しやすいという特性があり、ライフイベントが初期の RA に強く影響することが示唆されている [125]。誰にでもストレングスが潜在していることを前提とすると、若い世代は能力が潜在化し生かされてないと思われる。

RA の突然の発症により、「症状への不安を抱き、症状も増強により、日常生活の不自由さと役割遂行の葛藤を抱き、RA であることを否認するようになっていた」との報告がある [126]。慢性疾患の特徴として、「否認は病気を受け入れることを一時的に棚上げするという機能をもつ。これによって優先すべき現実的問題に取り組むことが可能になる」[127]という。若い世代は、RA の疼痛などへの対処、目の前の生活やライフイベントを乗り越えることに、優先的に取り組まざるを得ない状況に追い込まれると思われる。一方で、RA 高齢者は、発症から老年期に至るまでの時間経過の中で、病気の意味を探求し、否認の段階を乗り越えて受容し、相互依存の段階まで至る「能力」を発揮することが出来ていた。若い世代が年を重ねることで、自らの病気の意味を探求し受容し、周りの環境にも目が届き、「能力」が強化され顕在化してくると思われる。

RA の多くは成人期の女性に発症することが特徴である。成人女性の三大役割とは、配偶者役割、親役割、職業役割 [128]といわれている。本研究の RA 女性高齢者は、不安が重なる RA の発症時期に成人期の役割を担いながら、創意工夫し乗り越え、老年期に至り「能力」を発揮し、女性としての役割も果たしてきたと思われる。また、RA が重度になってもコミュニケーション力は高い [129]といわれている。RA 高齢者は以上の特徴を生かし、RA 発症後に不安を抱えている成人期の若い世代に対して、ピアカウンセリングのように、相談や生活の創意工夫などを伝授することが出来ると考える。例えば、自らの体験を踏まえ、発症時の辛さの共有と対策、家事の工夫の伝授、家族や友人への頼み方の工夫、将来の見通しを伝えることが出来ると考えられる。

以上のことから、RA 高齢者について、若年者と比べて捉えた場合の「能力」

とは、RA 発症時期に、成人期の役割を担いながら創意工夫し、乗り越え、老年期に至るまでに「能力」を向上させてきたことだと考える。

これまで述べてきたように、世代や性別に関係なく、RA 高齢者として出来ることをサポートすることで、他者への貢献となり、本人の持つ「能力」の向上が図られると思われる。大湾[130]は、「要介護高齢者だからこそできる社会貢献がある」とし、事例を通して、「老いや要介護状態による恩恵を高齢者仲間に還元するボランティア、生き様を通してノーマライゼーションの実現を目指す地域福祉の先導役など、相互扶助が期待できる存在である」ことを述べている。

したがって、RA 高齢者を新たな高齢者像として位置付けた場合、彼らはケアの受け手だけではなく担い手の可能性もあり、活力ある高齢者として社会貢献が期待出来るため、超高齢社会が豊かになるための貴重な人材になり得る。

3. RA高齢者の「能力」に着目した看護実践への示唆

本研究の結果から、RA 高齢者は「能力」の構造があることが導かれたが、そのことは、RA 高齢者イコール弱者ではないことを明確にしている。先行研究では、「看護職者は、要介護高齢者を“ケアを受ける側”だけでなく、“ケアを与える側”としても意識し、要介護高齢者から学ぶことで、当事者のもつ“強さ”に気づくことができる」[131]と述べられている。また、RA 患者へのアセスメントは、「患者自身が行っていることを教えてもらうつもりで話を聴くこと」を勧め、それが、「看護知識の財産になり、RA 患者にとっては自分が行っていることの確認や自己効力感を高める機会になる」[132]といわれている。これらの指摘と同様に、看護職者として RA 高齢者に関わる時は、彼らには、ストレングスとしての「能力」があることを前提に、上下関係ではなく、対等な関係で関わる必要がある。また、相互依存出来る「能力」があることから、病気だから要介護だからと、看護職者がすべてを抱え込んでケアするのではなく、RA 高齢者が出来ることを見極め、出来

ないことをのみを補完するケアが重要である。それによって、出来ることが伸ばされ、ストレングスとして強化されていくと思われる。

高齢者の「能力」に着目した場合、本人の内面に埋もれている可能性があり、可視化・数値化は容易ではない。看護職者は、専門領域の知識・経験の範囲で対象を理解する傾向にあるが、それは当事者の視点ではない。高齢者が過去から現在まで大事にしてきた生活史や暮らし方・生き様について、当事者の視点から、「能力」として理解する必要がある。高齢者の生活史や暮らし方・生き様を理解する努力なくして、高齢者の尊厳を保つケアは、提供出来ないと考える。

以上のことから、高齢者には「能力」があることを前提に、見つけ、引き出し、対象理解に伴うアセスメントを深めることで、看護実践に有効に生かせると思われる。ただし、高齢者の中には自らの「能力」について自覚していない場合もあるため、語るきっかけをつくり、導かれた「能力」を支持し、共有していくことが、看護実践の初期介入として重要である。また、身体機能のみならず精神機能を重視し、個人と環境との双方向による支え合いの関係がつくれるように、当事者が相互依存のできる看護実践を創意工夫していく必要があると考える。未知の世界を突き進む超高齢社会において、先駆的に病気や老いに向き合い、「能力」を向上させている RA 高齢者から、生き様・老い様を学び、老いに上手に適応していくためのモデルにしていく必要があると思われる。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究において、RA 高齢者の「能力」を明らかにし、構造化したことは意義がある。しかし、本研究の限界として、多様にあると思われるストレングスの範囲を限定せざるを得なかったこと。「能力」への焦点化により、それ以外の自信、願望、資源、社会関係、機会などは明らかにされていないこと。高齢者の豊富な

生活史の中から老年期のライフイベントの一部の出来事のみに焦点をあてたため、ストレングスの全容を明らかにしていないこと。研究協力者を 10 年以上の RA 罹病歴がある女性高齢者に設定したことから、若い世代や罹病歴の短い患者、男性高齢者の「能力」を導き出すまでは至っていないこと、がある。

今後は、「能力」以外の構成要素の分析や、老年期に至るまでの「能力」の生成過程の検討、RA 罹病歴の短い患者や男性高齢者の「能力」を明らかにし、共通性・相違性について検討していく必要がある。また、慢性疾患や要介護の高齢者、老年期の適応に至らない RA 高齢者にも応用し、彼らの QOL の向上や看護実践、高齢者ケアに貢献できる研究として発展させることが課題である。

V 結 論

本研究の目的は、RA 高齢者の「老年期のライフイベント」への適応にみられた「能力」の構造化からストレングスを明らかにすることであった。その結果、以下の知見が得られた。

RA 高齢者は精神機能を生かし RA を≪長患いの価値≫として意味づけるという【病気の意味の探求】をしていた。病気の意味の探究を礎に、個人（自己）に向き合う≪自己覚知≫と≪しなやかさ≫を発揮し、また、個人にとどまらず関わりのある環境（他者、サービス、病気）への≪謝恩≫が出来る【受容】へと能力を向上させていた。RA 高齢者の能力の源として、長年の闘病生活で困難な出来事に対処する術を身につけきたことが推察された。

さらに、RA 高齢者は、≪根気≫≪跳ね返す力≫≪自己決定力≫を踏まえた上で、環境に対して≪言語化による自己表現≫≪臨機応変にセルフケア≫≪居心地よさの創出≫として向き合いつつ、個人の力で限界の時は、環境の力を取り込むという≪社会資源の獲得≫をしていた。一方で、環境への働きかけとして、≪世話上手≫であり、≪次世代の育成≫まで担う利他的な能力を発揮していた。RA 高齢者は老年期に至るまでに脈々と培ってきた精神機能を生かし、RA という病気を探求する中で意味づけ、受容し、個人と環境との【相互依存】の形を生成できる能力を身につけていることが推察された。

RA 高齢者の「老年期のライフイベント」の適応にみられた「能力」の構造は、超高齢社会を迎え、高齢者、特に慢性疾患や要介護高齢者の「能力」を見出し、高齢者ケアにおいても、その応用可能性があると考える。

文 献

1)安心と希望の介護ビジョン,厚生労働省ホームページ,(2014 年 11 月 26 日現在)http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/s1121-8.html

2)社会保障制度改革国民会議報告書,厚労省ホームページ,(2014 年 11 月 26 日)http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf

3)前掲書 1)

4)前掲書 2)

5) E.H.Elikson, J.M.Elikson(朝長正徳, 朝長梨枝子訳):老年期ー生き生きしたかかわりあいー, みすず書房, 310(1990)

6)竹林滋編:研究社 新英和大辞典(第6版), 研究社(2002)

7)狭間香代子:社会福祉の援助観 ストレングス視点・社会構成主義・エンパワメント, 筒井書房, 121-122(2001)

8)白澤政和:ストレングスモデルの考え方, 月刊ケアマネジメント, (3), 37(2006)

9)Charles Rapp and Richard Goscha(田中英樹訳):The Strength Model Case Management with People with Psychiatric Disabilities/ストレングスモデル精神障害者のためのケースマネジメント, (第 2 版), 金剛出版, (2008)

10)Becky Fast and Rosemary Chapin(青木信雄, 浅野仁訳):Strengths-Based Care Management for Older Adults/:高齢者・ストレングスモデルケアマネジメント ケアマネジャーのための研修マニュアル(初版), 筒井書房, (2005)

11)前掲書 9), 59.

12)上田敏:ICF(国際生活機能分類)の理解と活用ー人が「生きること」「生きることの困難(障害)」をどうとらえるか, 1-15, きょうされん(2005)

13)前掲書 8), 34

14)前掲書 9), 59

15)前掲書 9), 59-60

16)前掲書 7), 156-157.

17)前掲書 7), 135-136.

18)前掲書 8), 14.

19) Chapin, Rosemary Kennedy : Social Policy Development:The Strengths Perspective,Social Work,40(4),506-514(1995)

20) Saleeby,D. : The strengths perspective in social work practice ; Extensions and cautions, Social Work, 41(3), 296-305(1996)

21)前掲書 9), 59-60

22)Wick,A., Rapp,C.A., Sullivan,W.P., et al :A strengths perspective for social work practice, Social Work, 89, 350-354(1989)

23)前掲書 9), 329-333

24)Fitzpatrick, S.Ziebland, C.Jenkinson, et al: A Geeneric Health Status Instrument in The Assessment of Rheumatoid Arthritis,British Journal of Rheumatology, 31, 87-90(1992)

25)前掲書7), 138-143

26)神山裕美:ストレングス視点の活用と展開-地域における高齢者の介護予防と生活支援を通して-,山梨県立大学人間福祉学部紀要,2,19-30(2007)

27)黒須依子:精神障害者におけるストレングスの状況-就労活動期に入る大学生との比較における研究-,九州保健福祉大学紀要,6,41-48(2005)

28)田場由紀, 大湾明美, 佐久川政吉他:ひとり暮らし要介護高齢者の日常生活におけるストレングス-社会サービスの活用状況に焦点をあてて-, 沖縄県立看護大学紀要, 15, 53-65(2014)

29)大野真由子:難病者の「苦しみとの和解」の語りからみるストレングス・モデルの可能性ー複合性局所疼痛性症候群の一事例を通してー, 立命館人間科

学研究, 23, 11-23(2011)
30)足立美和:ストレングス視点を基盤としたソーシャルワーク実践の援助観に関する一考察-レジリエンシーに焦点をあてた中途障害者の回復過程の分析を通して-,大分大学大学院福祉社会学研究科紀要,13,1-12(2010)
31)北村育子:病の中に意味が創り出されていく過程-精神障害者・当事者の語りを通して、構成要素とその構造を明らかにする-, 日本精神保健看護学会誌, 13(1), 34-44(2004)
32)花田政之:患者の自己決定を促し支持していくための援助-家族の患者理解と協働関係をめざして,日本精神科看護学会誌,51(3),107-111(2008)
33)小泉美佐子:高齢者の強さをアセスメントしてケアに生かす, 日本褥瘡学会誌, 10(2), 91-97(2008)
34)下仲順子:高齢期における心理・社会的ストレス, 老年精神医学雑誌, 11(12), 1339-1346(2000)
35)下仲順子, 中里克治, 河合千恵子他:中高年期に体験するストレスフル・ライフイベントと精神的健康, 老年精神医学雑誌, 7(11), 1221(1996)
36)都築学:ライフイベント, ライフコースの心理学, 本田時雄, 齋藤耕二編:金子書房, 104(2001)
37)前掲書 35), 1221
38)藺牟田洋美, 下仲順子他:中年後期におけるライフイベントの主観的評価・予測性と心理的適応との関連, 老年社会科学, 18(1), 63-73(1996)
39)星野和実:ライフサイクルにおける老年期の心理社会的発達と人格形成に関する研究, 風間書房, 108(2001)
40)妹尾晴夫, 堀口淳:加齢とうつ ライフイベントと高齢うつ病(心理学的要因), ジェントロジー・ニューホラインズ, 17(3), 59-64(2005)
41)前掲書 7), 161

42)神谷美恵子:生きがいについて, みすず書房, 136-140, (1980)

43)厚生科学審議会疾病対策部会 リウマチ・アレルギー対策委員会, リウマチ・アレルギー対策委員会度報告書(平成 17 年 10 月), 2-5(2005)

44)厚生労働省大臣官房統計情報部 患者調査(傷病分類編), (2011)

45)山本一彦:膠原病診療における最新のトピックス 関節リウマチ治療ガイドライン, 内科, 95(3), 427-431(2005)

46)財団法人厚生統計協会:統計表第 38 表 受療率, 国民衛生の動向, 43(9), 460-461(1996)

47)社団法人リウマチ友の会:流 286 号ふろく 創立 50 周年記念『2010 年リウマチ白書』-リウマチ患者の実態〈資料編〉, (2012)

48)黒田広生, 中尾一志, 出口静吾他:心身医学からみた RA 患者の特徴について, 臨床リウマチ, 9, 136-141(1997)

49)下仲順子,中里克治:成人期から高齢期に至る創造性の発達的特徴とその関連要因, 教育心理学研究, 55(2), 231-243(2007)

50)三浦孝雄:リウマチ患者の QOL を求めて, 弘前大学医学部医療技術短期大学紀要, 17, 69-76, 1993

51)久保仁志, 西林保朗, 居村茂明他:在宅慢性関節リウマチ患者の実態に関する研究ーリウマチ病外来通院を中止した患者の現状調査, 臨床リウマチ, 12, 326-341(2000)

52)Francis J., Glenn A, John C. L, et al:Pain Coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis:a daily process analysis, Pain, 69, 35-42(1997)

53)Mayumi Sakita, Yoshihiko Yamazaki, Miho Sato, et al:Social Relationship and their effects on anxiety,depression,and hope in people and their effects on anxiety,depression,and hope in people with rheumatoid

arthritis in Japan, Jpn Health＆Human Ecology, 75(1), 3-16(2009)
54)中田淳子, 川上多真代, 那須由美他:関節リウマチ患者の抑うつ及び不安に関与する因子についての検討－関節リウマチと精神症状－, 第 37 回日本看護学会論文集－精神看護－, 75-77(2006)
55)Patricia M. M, Barbara D.W:The Stress of Life with Rheumatoid Arthritis as Perceived by Older Adults, Activities,Adaptation & Aging,19(4),33-47(1995)
56)Dirik G,Karanci AN:Psychological distress in rheumatoid arthritis patients: an evaluation within the conservation of resources theory, Psychological Health, 25(5)(2010)
57)阿部篤子:慢性関節リウマチによる心身の変化と生活への影響, 奥宮暁子編, 生活の再構築を必要とする人の看護, 中央法規出版, 176-186(1995)
58)藤田美貴, 忽那龍雄:関節リウマチ患者の SUBI による主観的分析, 九州リウマチ, 24(2), 156-163(2005)
59)多久島寛孝, 忽那龍雄, 小野ミツ他:高齢慢性関節リウマチ患者の在宅における生活状況－アンケートによる実態調査, 老年看護学, 5(1), 173-180(2000)
60)泉キヨ子, 向面めぐみ, 井村弘美他:慢性関節リウマチ患者のコーピング行動と生きがいに関する研究, 金沢大学医学部保健学科紀要, 23(2), 32(1999)
61)前掲書 53), 3-16
62)高田早苗:慢性病者のこころとそのケア－慢性関節リウマチ患者を焦点に, 南裕子編:基本的セルフケア看護 心を癒す, 103-113(1996)
63)村澤章, 居村茂明, 松田剛正他:リウマチ在宅ケアへの支援策－患者実態調査－, RA＆セラピー, 4(4), 32-42(1998)

64)前掲書 53), 3-16

65)荒川恵子, 荻原信子, 石井恵子:関節リウマチ患者会の効果と不参加者の要因の分析, 第 36 回日本看護学会論文集－成人看護Ⅱ, 398－400 (2005)

66)横田素美, 原礼子:慢性関節リウマチ患者の家事的生活の実態調査, 日本赤十字看護大学紀要, 12, 51-62(1998)

67)戸田佳孝,加藤章子, 増田研一:関節リウマチ患者の食生活に関する問題点について,日本醫事新報,4078,49-51(2002)

68)鎌田紀子,山田千瑞子:関節リウマチ患者にとっての疼痛スケール-感じたままの疼痛レベルを表現しやすいスケールとは-,第38回日本看護学会論文集－成人看護Ⅱ, 407-409(2007)

69)石塚順子,平せつ子:慢性関節リウマチ患者の疼痛症状マネジメントに対する援助-痛みの共通理解を目指したVASの工夫-,第 32 回日本看護学会論文集－成人看護Ⅱ, 159-161(2001)

70)Bouden K,Robert S,Theo S:Social Surport,Rheumatoid Arthritis and Quality of Life:Concepts,Measurement and Reserch,patient Education and Counseling,20,101-120(1993)

71)佐藤元:関節リウマチ患者の生活の質(Quality of Life)評価, medicina, 42(5), 777-779(2005)

72)新村出編:広辞苑 第 5 版, 岩波書店(1998)

73)前掲書 9), 59-78

74)前掲書 8), 8

75)S.E. Taylor:Adjustment to Threatenig Events. A Theory of Cognitive Adaptation,American Psychologist,1161-1173(1983)

76)岩本真紀, 藤田佐和:ストレングスの概念分析-がんサイバーへの活用-,

高知女子大学看護学会誌，38(2)，12-21(2013)
77)吉田久美子，神田清子：治療期にあるがん患者のセルフケア能力，日本がん看護学会誌，26(1)，4-10(2012)
78)山中源治，井上智子：補助人工心臓と共に生きる；心臓移植待機患者の体験と看護支援への示唆，日本クリティカルケア看護学会誌，10(1)，28-40(2014)
79)畑野相子，筒井裕子：認知症高齢者の自己効力感が高まる過程の分析とその支援，人間看護学研究，4，47-61(2006)
80)Blalock S,Devellis B,Robert F,et al：Psychological Well-Being Among People with Recently Diagnosed Rheumatoid Arthritis，Arthritis and Rheumatism，35(11)，1267-1272(1992)
81)前掲書 42)，205
82)長澤逸人，竹内勤：関節リウマチ治療における身体機能障害の改善(HAQ寛解)と生命予後の改善，医薬ジャーナル，45(10)，81-85(2009)
83)千葉勝実：福島県中通り北部における慢性関節リウマチ患者の現状，13，32-47(1997)
84)波平恵美子：からだの文化人類学－変貌する日本人の身体観，大修館書店，57(2005)
85)小玉正博：病気の心理，岡堂哲雄編：患者の心理，現代のエスプリ別冊，61(2000)
86)前掲書 85)，200.
87)Frankl,V.E.(山田邦男訳)：意味による癒やし ロゴセラピー入門，春秋社，137(2005)
88)隅田好美：筋萎縮性側索硬化症患者における障害受容と前向きに生きるきっかけ，日本難病看護学会誌，7(3)，162-171(2003)

89)渡辺たつよ:病いと共に生きるー慢性疾患を抱えながら生きる人々の体験世界ー, 第 34 回日本看護学会論文集ー成人看護Ⅱ, 371-373(2003)
90)前掲書 75), 1161-1173
91)織部元広, 大塚栄治, 植木祐司他:慢性関節リウマチにおける心の推移に関する検討, リウマチ科, 6(6), 423-428(1991)
92)湯浅美千代:増悪/寛解を繰り返す慢性病をもつ患者へのケア技術ー慢性関節リウマチ患者の疾病受容過程に着目してー, Quality Nursing, 2(12), 18-25(1996)
93)中園清, 村澤章, 遠山知香子他:RA 患者における心理的推移に関する検討, 中部リウマチ, 29(2), 87-88(1998)
94)草場知子:早期関節リウマチ患者の発症以降の心理過程と療養行動, 日本看護研究学会雑誌, 33(1), 69-79(2010)
95)芦原睦, 佐田彰見, 森山裕美他:慢性関節リウマチと心身医療, 臨床成人病, 29(3), 382-386(1999)
96)山田恵美, 芦原睦, 佐田彰見:関節リウマチ(RA)患者における抑うつと自己評価感の検討, ストレスと臨床, 17, 20-24(2003)
97)前掲書 91), 423-428
98)田村真由美, 西山ゆかり, 横山友子他:関節リウマチ患者の痛みの性質と日常生活行動からみえてくる受容プロセス, 明治国際医療大学誌, 6, 47-54(2012)
99)前掲書62), 103-113
100)Fink.S.L : Crisis and Motivation,a Theoretical Model. Case Western Reserve univ.,Cleveland.Ohio,(1973)
101) Cohn,N : Understanding the Process of Adjustment to Disbility. J Rehabil, 27, 16-18(1961)

102)上田敏:目で見るリハビリテーション医学(第 2 版), 3, 東京大学出版会(1994)
103)Kubler,R.E(川口正吉訳):死ぬ瞬間ー死にゆく人々との対話. 読売新聞社, 1971
104)橋本朋広:難病患者の苦悩の癒やし 筋萎縮性側索硬化症患者の事例を通して, 心理臨床学研究, 15(5), 513-523(1997)
105)隅田好美:筋萎縮性側索硬化症患者における障害受容と前向きに生きるきっかけ, 日本難病看護学会誌, 7(3), 162-171(2003)
106)前掲書 105), 162-171.
107)Covey, S.R(川西茂訳):7 つの習慣, 54, キングベアー出版(1989)
108)亀口公一:障害のある人にとって自立とは何か, 98, ナカニシヤ出版, (2007)
109)前掲書 107),54
110)廣田容子, 泉キヨ子, 平松知子:関節リウマチとともに生きる地域高齢者における健康観, 老年看護学, 12(1), 72-79(2007)
111)正木治恵:慢性病患者へのケア技術の展開, Quality Nusing, 2(12), 4-9(1996)
112)清水安子:糖尿病患者のセルフケアの発展プロセスについて, 千葉看護学会誌, 5(1), 31-38(1999)
113)石川りみ子, 玉城久美子, 宮城裕子他:島嶼に居住する在宅酸素療法患者の在宅療養支援モデルの構築 在宅酸素療法患者の療養状況と伝統行事参加の現状, 聖母大学紀要, 10, 15-22(2014)
114)閨利志子: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(2008)
115)三村洋美, 井上由衣, 人見裕江他: PD 療養者のセルフケア能力への看

護介入パターンの検討(第一報), 77 巻別冊腹膜透析, 95-96(2014)
116)前掲書 53), 3-16
117)斉藤雅茂, 冷水豊, 山口麻衣他:大都市高齢者の社会的孤立の発現率と基本的特徴, 社会福祉学, 50(1), 110-122(2009)
118)三輪祐介, 穂坂路男, 松島大輔他:関節リウマチ患者に生物学的製剤を使用することによる疾患活動性、ADL、QOL、抑うつ状態の改善には男女差があるか, 日本心療内科学会誌, 18(4), 225-231(2014)
119)前掲書 47), 75)
120)高木修:人を助ける心-援助行動の心理学-, 174-175, サイエンス社(1998)
121)前掲書 120), 180-181,
122)吉井清子, 近藤克則, 久世淳子他:地域在住高齢者の社会関係の特徴とその後 2 年間の要介護状態発生との関連性, 日本公衆衛生雑誌, 52(6), 456-467(2005)
123)前掲書 119), 78-79
124)表志津子, 杉森二三恵, 佐伯和子他:地域のリウマチ者の会に参加者が見出している意味-歩行困難なリウマチ者への面接から-,金沢大学つるま保健学会誌 29(1), 77-83(2005)
125)F Leymarie, D Jolly, et al:Life events and disability in rheumatoid arthritis:a European cohort., Rheumatology, 36(10), 1106-1112(1997)
126)南実希, 秋田わか, 金子麻里:関節リウマチ患者の外来支援を考える 生物学的製剤を使用している患者の心理過程をあきらかにして, 奈良県立三室病院看護学雑誌, 29, 32-37(2013)
127)今尾真弓:慢性の病気にかかるということ 慢性腎臓病者の「病いの経験」の一考察, 田垣正晋編:障害・病いと「ふつう」のはざまで, 203-217, 明石書

店(2008)
128)伊藤美奈子:個人と社会という観点からみた成人期女性の発達,岡本祐子編:女性の生涯発達とアイデンティティー個としての発達・かかわりの中での成熟,101,北大路書房(1999)
129)多久島寛孝,忽那龍雄,小野ミツ他:高齢慢性関節リウマチ患者の在宅における生活状況ーアンケートによる実態調査ー,老年看護学,5(1),173-180(2000)
130)大湾明美:輝く老いを拓く老年看護実践 要介護高齢者の社会貢献がもたらす高齢者ケアの推進,老年看護学,18(1),28-32(2013)
131)前掲書 130),28-32
132)前掲書 62),113

謝 辞

本論文作成においては、多くの方々のご協力とご支援をいただきました。

はじめに、調査を実施するにあたり快く協力していただいた関節リウマチをもつ高齢者の皆様に心より感謝申し上げます。また、ご紹介いただいた地域包括支援センターと訪問看護ステーションの皆様にお世話になりました。

女子栄養大学の指導教員宮城重二教授には、長年にわたって終始熱心なご指導と激励をいただきました。衷心より感謝申し上げます。

学位論文審査において、貴重なご指導とご助言をいただいた女子栄養大学の香川靖雄教授、橋本紀子教授、小林正子教授、遠藤伸子教授に感謝申し上げます。また、保健管理学研究室の皆様には、心温まるサポートをしていただきました。

沖縄県立看護大学の大湾明美教授、田場由紀講師には、研究計画やデータ収集・分析などで数多くのご助言やご支援をいただき、深謝申し上げます。
大川嶺子講師、糸数仁美さん、山口初代さん、坂東瑠美さん、伊牟田ゆかりさん、長嶺由利子さん、老年保健看護研究会のメンバーからは貴重な意見をいただきました。野口美和子前学長には、いつも気にかけいただき、ご助言をいただきました。皆様に心から感謝申し上げます。

最後に、いつもあたたかく見守ってくれた家族と友人に感謝します。

図　表

表1　ストレングスの定義と構成要素

研究者	定　義	構成要素	
		個　人	環　境
Rapp＆Goscha (2006)	すべての人は目標や才能や自信を有しており、また、すべての環境には、資源や人材や機会が内在している。	願望 能力 自信	資源 社会関係 機会
Saleebey (1992)	ストレングスの意味を言い尽くすことはできないが、とりあえず能力、資源、強みという言葉で表現できる。	能力 強み	資源
狭間 (2001)	異なったものが各々に有する優れたもの、それぞれがもつ、うまく生きていく力というような意味である。さらに、個人だけではなく、家族などの集団、コミュニティも保有するとされ、「資源」という意味ももつ。	強さ 上手さ 豊かさ たくましさ	資源
白澤 (2006)	“強さ”のことで、①利用者本人や周りの環境面におけるプラス面（強み）のこと。②かつ、それを“伸ばす”または“活かす”ことにより、利用者の自立支援につながるものであること。	願望 能力 好み	外部の強さ

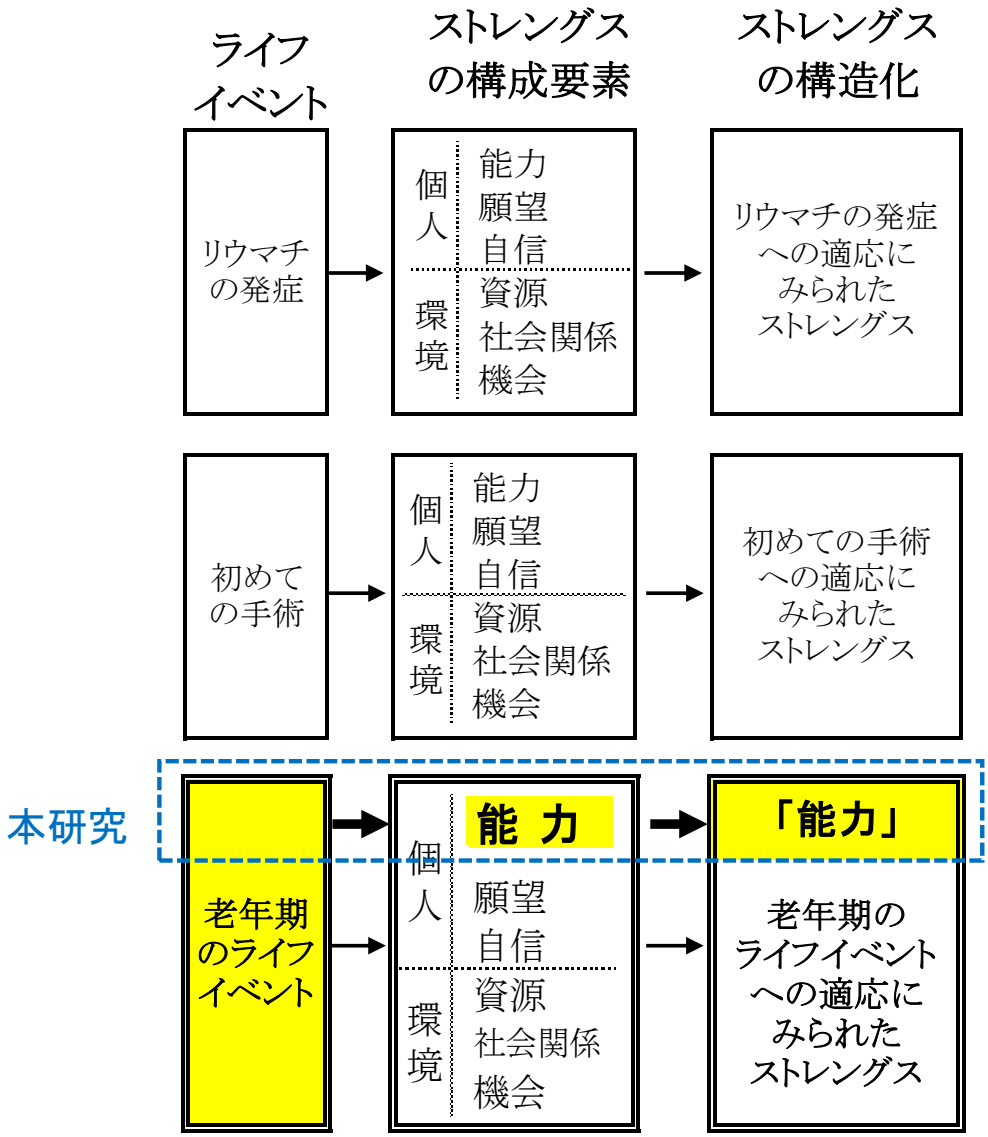
ライフ
イベント
ストレングス
の構成要素
ストレングス
の構造化
リウマチ
の発症
個人
環境
能力
願望
自信
資源
社会関係
機会
リウマチの発症
への適応に
みられた
ストレングス
初めて
の手術
初めての手術
への適応に
みられた
ストレングス
本研究
老年期
のライフ
イベント
能 力
「能力」
老年期の
ライフイベント
への適応に
みられた
ストレングス

図1　研究枠組み

表2 研究協力者の概要

n=14

ID	年齢	世帯構成	リウマチの病歴			リウマチの病態			介護度	QOL	老年期のライフイベント
			発症年齢（歳）	罹病期間（年）	手術回数（回）	痛み 程度	痛み 部位	機能障害度分類[1)]（class）		mHAQ[2)]	
A	60代	独居	25	42	6	弱い	両下肢	Ⅱ	（－）	5	ボランティア活動
B	60代	同居	27	42	2	弱い	両肘,両手指	Ⅱ	（－）	4	夫との死別
C	60代	同居	28	41	3	なし	（－）	Ⅲ	要介護1	8	模合への参加
D	60代	独居	31	38	4	弱い	全身	Ⅲ	要支援2	14	一人暮らし
E	60代	同居	38	31	5	弱い	下腿部	Ⅲ	要介護3	12	孫の誕生
F	70代	独居	51	21	9	なし	（－）	Ⅲ	要介護2	17	孫の誕生
G	70代	同居	35	38	7	弱い	左肘,右膝	Ⅱ	要支援2	8	海外旅行
H	70代	同居	36	37	4	弱い	足底	Ⅱ	要支援2	9	リウマチ闘病体験の発表
I	70代	同居	42	31	14	中等度	首,両肩,両肘	Ⅱ	要支援2	9	リハビリの利用
J	70代	同居	60	13	2	弱い	両肩,両肘 両股関節	Ⅱ	要支援2	10	新薬の利用
K	70代	独居	48	26	2	弱い	両膝	Ⅱ	要支援1	11	夫との死別
L	70代	同居	28	47	4	弱い	両肘 両股関節	Ⅲ	要介護2	13	孫の誕生
M	70代	老夫婦	30	45	2	弱い	右肘,左膝	Ⅱ	要支援1	10	緊急手術
N	80代	同居	55	30	1	弱い	右肘	Ⅱ	要介護1	9	通所サービスの利用

1）RA機能障害度分類：Steinbrockerの機能分類を用いた．class Ⅱとは「動作の際に1ヶ所、あるいはそれ以上の関節に苦痛があったり、または運動制限はあっても普通の生活なら何とか出来る程度の機能」で、classⅢとは「普通の仕事とか自分の身の回りのことがごくわずか出来るか、あるいはほとんど出来ない程度の機能」

2）mHAQ（modified Health Assessment Quetionnaire）：RAに特異的なQOL評価尺度で，8項目（衣服着脱，起床，食事，歩行，衛生，伸展，握力，活動）について，「何の困難もない（0点）」「いくらか困難である（1点）」「かなり困難である（2点）」「できない（3点）」を選択

表3-1） 病気の意味の探究

キーセンテンス	ID	サブカテゴリー	カテゴリー	コア
“同じ病気だから話しを聴いてあげられる”	C	＜リウマチを共感できる＞	≪長患いの価値≫	病気の意味の探求
“リウマチの体験発表をすることで、自分も人（同病者）も元気になれる”	H			
“（リウマチ）仲間の気持ちを察することがで出来るようになった”	M			
“リウマチに罹ったことで、闘病体験を書くことができた”	H	＜闘病に価値を見出せる＞		
“リウマチになったことで、書道と作文を書くようになった”	H			
“リウマチでもくじけずに前向きにやってきたから、こんなに元気になっている”	H			
“（福祉大会で）体験発表ができたことはリウマチのお陰であることを実感し感動を覚えた”	H			
“リウマチの痛みを我慢して人に頼らないので、医師からも“強い”と言われる”	K			

表3-2） 受容

キーセンテンス	ID	サブカテゴリー	カテゴリー	コア
“人は皆考え方が違うのに、これまでは自分の意見を押しつけていたことに気がついた”	M	＜内省できる＞	≪自己覚知≫	受容
“相手を変える前に自分が変わることに気づいた”	M			
“自分を取り繕うことをやめ素直になり、冗談を言いながら仲間と過ごせるようになった”	M			
“模合仲間に褒められるとうれしい”	C	＜素直に喜べる＞		
“書道が多くの応募作品から選ばれ、褒められ嬉しかった”	H			
“手術で辛い体験をした事で、人の気持ちがわかり、人を許せるようになってきた”	M	＜楽天的に考え直せる＞		
“リウマチで辛くても、模合があるので明るく生きられている”	C			
“夫との大喧嘩で1週間顔を合わせることはなかったが、死別の準備になったと思う”	B			
“一日一日の夫との時間を大切にしていたので、別れは穏やかだった”	B			
“何事も遠慮しないでやることが大事だと思った”	H			
“孫の出産をきっかけに自分も生きないといけないと思い、治療のために入院した”	F			
“人は皆考え方が違うことが許せるようになった”	M	＜価値観の違いを受容できる＞	≪しなやかさ≫	
“相手と意見が合わなくても、その人らしさとして受け容れられるようになった”	M			
“今では考え込むことも眠れないこともなくなったのは、時間が解決してくれたと思う”	B	＜艱難辛苦を受容できる＞		
“仲間に言いたいことを全部吐き出すことで、気持ちが変わった”	B			
“痛みがあることで行きたがらない人もいたが、毎年福祉大会に出掛けた”	H			
“手術がうまくいかなかったことは、受け容れようと思った”	M			
“（病気のことを）口に出して話せるのでストレスが貯まらない”	C			
“出来事の全てが自分を元気にしてくれたと思うので、感謝しないといけないと思う”	H	＜心から感謝できる＞	≪謝恩≫	
“（外出時）車の運転が出来る仲間にはいつも感謝し気持ちを伝えている”	C			
“(別居中の）夫や子供達には時々手紙を書いて、感謝の気持ちを伝えている”	D			
“すべり症になったお陰で、リハビリをするよさがわかった”	I			
“リハビリで腰痛が軽減し、リハビリの効果に感謝した”	I			

表3-3） 相互依存

キーセンテンス	ID	サブカテゴリー	カテゴリー	コア
“（住んでいた）海外から出身地（日本）に戻り、頑張って歩けるようになった”	K	＜目標を持ち粘り続けられる＞	≪根気≫	相互依存
“（通所サービスでの）手工芸は自宅に持ち込んでも練習した”	N			
“娘と妹と海外旅行に行くことができた”	G			
“成長した孫達が親になり、家族をつくることを思い浮かべただけで楽しくなった”	B			
“体が不自由でも、互いに病気を乗り越えた者同士励まし合うために模合を続けている”	C			
“福祉大会で司会に推薦され頑張った”	H	＜自らを鼓舞することができる＞		
“手工芸がうまくなったのは、負けず嫌いの性格だと思う”	N			
“自己注射を失敗しても、自分で対処できた”	J	＜失敗を糧にできる＞	≪跳ね返す力≫	
“自己注射は失敗しながら上手になった”	J			
“人前で話すのは苦手だったが、体験発表を経験して、話すことが出来るようになった”	H	＜弱みに向き合い克服できる＞		
“（手工芸で）次第に指先が自由に使え、仲間達と同じペースに揃えることができた”	N			
“自己注射のやり方を習うために入院し、注射のやり方を習った”	J			
“リウマチで指が使えないが、車椅子を使うわけいにはいかないと思って頑張った”	I			
“リモコンが使えない程日常生活が不自由になり、寝たきりになることを心配した”	I	＜先を見据えた決断ができる＞	≪自己決定力≫	
“通所の送迎で困った時の対処法がわかったのでバスでの送迎を決めた”	I			
“痛みが増強しリハビリの効果が期待出来なかったのでリハビリを中断した”	I			
“乗り物に乗る時は頸椎カラーをして用心をした”	G			
“医師から紹介された新しい骨粗鬆症の新薬を利用した”	J			
“娘の通所サービスの勧めに同意した”	N			
“治療した膝に細菌感染が広がることが怖かったので、細菌感染が広がらない選択をした”	M			
“手術の治療方針を決める際意見を迫られ今後の日常生活をイメージ化し決めた”	M			
“通所サービス利用の際は、して欲しいことを主張している”	N	＜物怖じせずに伝えられる＞	≪言語化による自己表現≫	
“人に依頼されてリウマチの闘病体験の原稿を一晩で書いた”	H			
“理学療法士にリハビリの効果について語った”	I			
“身内に語れない（夫の死の）ことでも、仲間には悩みや辛さが語れた”	B			
“旅行をする上で、体調に波があったので気になった”	G	＜身体感覚を通してセルフケアできる＞	≪臨機応変にセルフケア≫	
“体の調子がいい時を選んで、妹と小旅行に出掛けていた”	G			
“痛みはあったが、注意すれば、杖なしで歩けた”	D			
“朝は歩きづらいので、ゆっくりと歩く”	N	＜マイペースで健康づくりができる＞		
“筋トレを自分のペースに合わせて続けている”	N			
“手工芸は指先の状況に合わせながら、先生に指導を受けながらゆっくりとやった”	N			
“海外への移動は、何もかも自分でやらないといけなかったので大変だった”	K	＜環境に応じてセルフケアできる＞		
“一人暮らしをした時から、これ以上悪くならないように何もしないようにしている”	D			
“髪のセットが上手くできなくなっているがおしゃれと化粧は続けている”	C	＜身だしなみを整えられる＞		
“模合の前日に美容室に行き、おしゃれな服を着て化粧をして参加していた”	C			
“肘の痛みで更衣に支障を来していたが、工夫して出来るようにした”	M			

表3-3） 相互依存（つづき）

キーセンテンス	ID	サブカテゴリー	カテゴリー	コア
“一人暮らしをしたことで、気兼ねしないでいいので安心した”	D	＜安全・安心な環境を整えられる＞	≪居心地よさの創出≫	相互依存
“家事や入浴等の介助はヘルパーにお願いしようと計画していた”	D			
“食事は弁当や食堂、配食サービスを利用すればいい思った”	D			
“息子に留守中の戸締りや電気の消し忘れを注意した”	G			
“手工芸が好きなので、手工芸の充実した通所サービスに変更した”	N	＜活動しやすい環境を整えられる＞		
“仲間といる時は口に出さなくても、互いに動きやすいような環境を工夫することができる”	C			
“痛みが軽減するように重たい固定電話から、軽い携帯電話に変えた”	D			
“手工芸で作品を作ったり、作品が出来上がることが一番の楽しみである”	N	＜楽しみながら活動できる＞		
“今では作った手工芸が展示出来るまでになった”	N			
“模合の時は出掛けられるように準備をして気が張っているが、楽しいので疲れない”	C			
“以前は皆おしゃれしていたが、互いに不自由な所もあり気楽に参加している”	C			
“移動中、誰にも迷惑をかけずに自分でやると思っていたが、できないことは人に依頼した”	K	＜他者の力を借りることができる＞	≪社会資源の獲得≫	
“人に迷惑をかけないようにと思い、理学療法士に階段の上り下り訓練をお願いした”	I			
“（通所サービスの）バスの送迎時に運転手を活用する方法を看護師と相談した”	I			
“肘の手術の経験者を探し、肘の手術について話を聞きに行った”	M			
“肘の痛みと屈曲がひどくなって来たため、主治医に手術の是非を相談した”	M			
“（夫の死後）眠れない日もあったが、我慢せずに睡眠薬を飲んだ”	B	＜無理せずサービスを取り込める＞		
“食事はつくらないで、配食サービスを頼んでいる”	D			
“（通所サービスの）看護師による特別な送迎は迷惑をかけていると気を遣った”	I	＜他者への気遣いができる＞	≪世話上手≫	
“（一人暮らしで）子供達は開放できたと思う反面、寂しい思いをさせたかもしれないと思う”	D			
“（嫁ぎ先を）飛び出した者が何食わぬ顔をして戻るわけにはいかないとためらっていた”	D			
“たとえ私が一人暮らしをしても、夫と姑の2人で寂しくないと思った”	D			
“相手が気付くまで待つことができるようになったので、人間として大らかになったと思えた”	M			
“（夫と姑との）和解のきっかけとしてお盆の行事に仏壇のある嫁ぎ先に訪問することを考えた	D			
“子供達の仕事中は、孫を預かり面倒をみている”	E	＜世話を焼くことができる＞		
“無理をすると調子を崩すので、自分のペースで孫達の面倒をみるようにしている”	E			
“自らの出来る範囲で目の不自由な方へのボランティアをした”	A			
“通所サービス利用の初心者に過ごし方を教える”	N			
“孫がはしゃいでぶつからないよう孫に説明をした”	L	＜次世代を育むことができる＞	≪次世代の育成≫	
“孫と遊びながら、孫に教えることもある”	F			

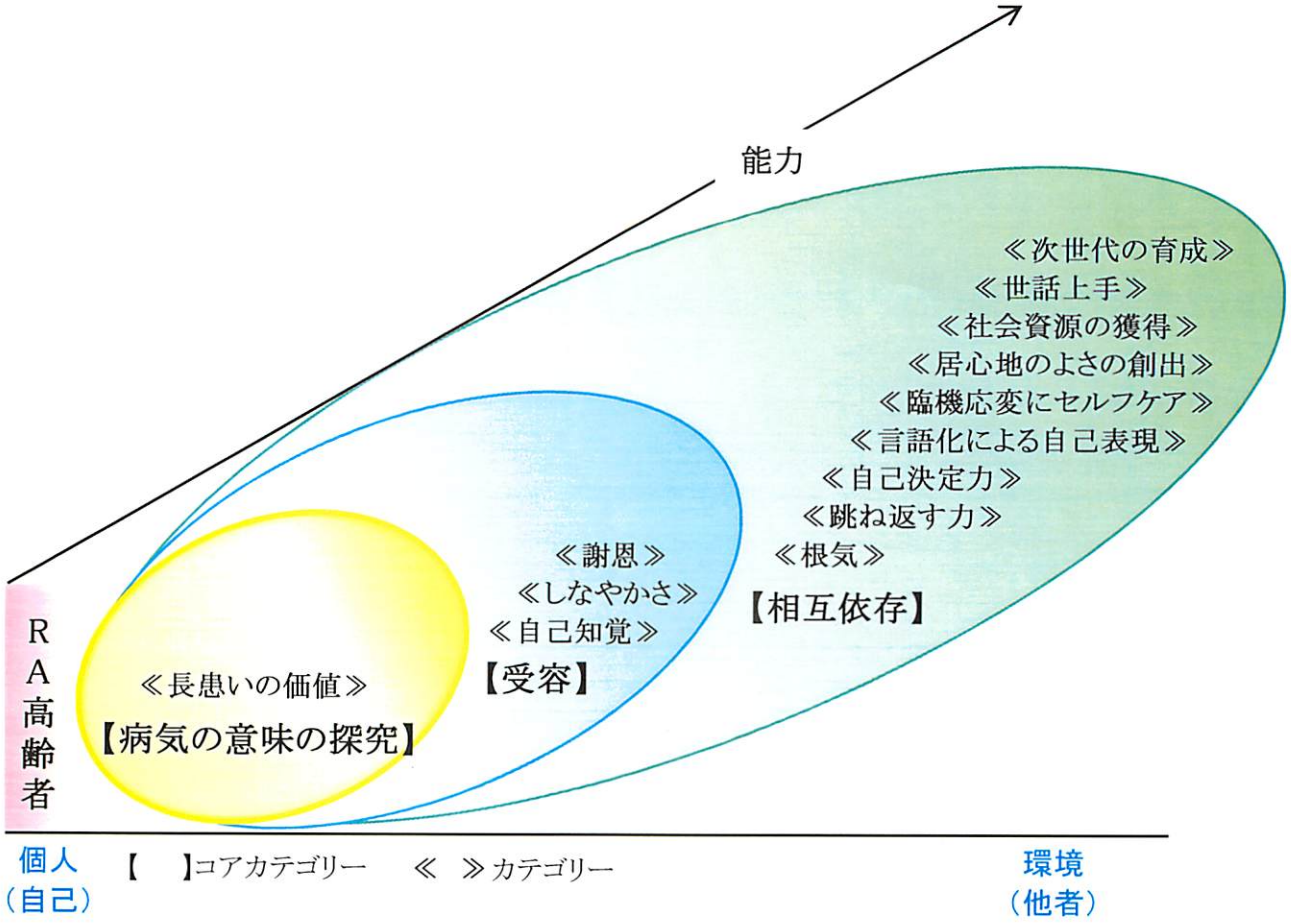

図2 RA高齢者の「老年期のライフイベント」への適応にみられた「能力」の構造

資　料

資料１

対象者用（ご本人控え）

調査へのご協力のお願い（依頼書）

平成　　年　　月　　日

私、佐久川政吉（さくがわまさよし）（沖縄県立看護大学教員）は、大学に勤務しながら、高齢者の看護について、教育・研究を行っております。

この度、関節リウマチの高齢者（65 歳以上）の強さ（ストレングス）とＱＯＬ（生活の質）をテーマにした調査を計画しております。

関節リウマチなどの影響により体の働きが低下している中で、①日常生活を送る上でどのような思いで、どのような努力や工夫をされてきたのか、②ご家族や友人・知人、医療や介護などの専門職の方々からどのような支援を受けているのかなどについて、お聞きする予定です。

調査は、事前に目的・内容などをご説明し、承諾を得た上で行います。承諾を得られれば、指定する日時・場所で行います。調査時間は 30 分～60 分程度を予定しています。

調査にお答えいただいた内容については、個人のプライバシーが保護されるよう秘密を固くお守り致します。また調査結果を学会などで公表する際には、個人が特定されないよう慎重に取り扱います。

調査へのご協力をいったん承諾した後でも、不都合や負担などが生じた場合には、いつもでお断りができます。また、調査時に体調不良などできつい時には、延期または中止致します。疑問点や質問等がございましたら、いつもでお尋ね下さい。速やかにお答えさせていただきます。

本調査を行うことで、関節リウマチや高齢化の影響により体の働きが低下しても、ご本人の強い意思や生活上の工夫、周囲（ご家族や友人、仲間同士）や公的サービスなどの活用などの支え合いがあれば、本人の望む自宅での生活が可能であることを明らかにしたいと考えております。

これからの超高齢社会における高齢者の看護の教育・研究に役立ていきたいと思っております。

上記の内容をご理解いただき、調査にご協力いただければ、幸いです。

ご協力をいただける場合は、別途、調査協力に関わる同意内容を明示した「同意書」をかわす手続きを取りたいと存じます。なお「本依頼書」と「同意書」は調査が終わるまで、一緒に保管するようにお願いいたします。

調査者：佐久川 政吉（さくがわ まさよし）
所　属：沖縄県立看護大学 老年保健看護
連絡先：（電話・FAX）０９８－８３３－８８５３
（住所）〒902-0076 那覇市与儀 1-24-1

資料2

対象者用（ご本人控え）

調査へのご協力の同意（同意書）

この度、私は、関節リウマチの高齢者を対象とした調査について、調査者から以下の内容について、「依頼書」に基づき、説明を受けました。

本調査に協力することを同意します。

１．調査の目的
２．調査の内容
３．同意した後でも、いつでも調査協力の辞退ができること
４．個人のプライバシー、秘密が固く守られること
５．現在利用しているサービスへの影響はないこと

以上のことについて了解しましたので、調査に協力します。

平成　　年　　月　　日

ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

説明者（調査者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

調査者：佐久川 政吉（さくがわ まさよし）
所　属：沖縄県立看護大学 老年保健看護
連絡先：（電話・FAX）０９８－８３３－８８５３
（住所）〒902-0076 那覇市与儀 1-24-1

資料３

インタビュー・ガイド（第１回調査）

【導入】

１．挨拶、自己紹介

こんにちは。はじめまして。今日は調査にご協力をいただき、ありがとうございます。私は沖縄県立看護大学の佐久川政吉と申します。元々看護師ですが、現在は大学に勤務しながら、高齢者の看護を衷心に教育や研究を行っております。

調査に入る前に、今回の調査の目的と進め方について説明させていただきます。

２．調査（研究）の説明

（目的）関節リウマチの影響によって体の働きが弱まっていく中で、①これまで暮らしてきた中で、あなた自身がどのような努力や工夫をされて乗り越えて来られたのか、また、②周りのご家族や友人・知人、専門職の方々からどのような支援を受けたのかを中心にお聞きします

（進め方）調査は２回に分けて行いますので、今回と次回の二度、お邪魔させていただきます。

調査の進め方として、今回と私の方からお聞きしますので、お答えいただけたらと思います。お聞きした質問の内容がわからなかったり、よく聞き取れなかった場合には「わからない」などと返していただければ、再度お聞きします。

調査の時間は、60 分から 90 分を予定しています。

調査については、録音させてもらってもかまわないでしょうか。録音した内容は、私の方でお聞きしますが、今回の調査の目的以外には使いません。

録音内容は、調査が終了した後に、私が責任を持って破棄します。

調査にお答えいただいた内容については、個人のプライバシーが保護されるよう秘密を固くお守りいたします。また調査結果を学会などで公表する際には、個人が特定されないよう慎重に取り扱います。

調査へのご協力をいったん承諾した後でも、不都合や負担などが生じた場合には、いつもでお断りができます。また、調査時に体調不良などできつい時には、延期または中止致します。

疑問点や質問などがございましたら、いつもでお尋ね下さい。速やかにお答えさせていただきます。

以上、説明したことをお守りします。

それでは、調査に入ってもよろしいでしょうか。

【調査】

１回目の今日は、伺いたいことが大きく２つあります。一つは、現在の暮らししている状況や健康のことです。二つ目は、昔を思い出してもらって、仕事や結婚、子供の誕生などについてお聞きします。

それでは早速始めたいと思います。よろしくお願いいたします。

１．基本属性について

基本的なことについて教えて下さい。

１）年齢：生年月日を教えて下さい。

２）世帯構成：現在、この家では誰とお住まいですか。

２．生活史について

ご自身の昔の出来事などについて教えてください。

１）出生：お生まれになったのは、何年ですか。

２）教育歴：最終の学校を卒業されたのは何歳の時ですか。何という学校ですか。

３）職歴：お仕事の経験はありますか。そのお仕事はいつからいつまでされていたのですか。

４）結婚歴：結婚されたのは何歳の時ですか。

５）出産歴：お子様はいらっしゃいますか。何人ですか。息子さんですか、娘さんですか。

３．病歴について

これまでのリウマチのことについて教えて下さい。

１）発症年齢：リウマチと初めて医師から診断されたのは、何歳の時ですか。

２）罹病期間：（現年齢－発症年齢＝罹病期間（年）で計算する）

３）手術回数：手術はこれまで、どのような手術を何回受けましたか。

４．病態について

現在のリウマチなど具合について教えて下さい。

１）痛みの有無：痛みはありますか。

２）痛みの部位：痛みはどの程度ですか。（痛きなし、弱い痛み、中糖度の痛み、強い痛み、激痛）

３）痛みの程度：痛みは体のどの部分ですか。

４）機能障害度：別紙：スケール

５）リウマチ以外の病気：リウマチ以外に現在治療中の病気はありますか。何という病気ですか。

６）合併症）他に治療を受けたり、症状があって、診断されている病気はありますか。

５．友の会について

１）リウマチ友の会があるのをご存じですか。

２）（入会している場合）あなた自身はどのような活動をされていたんですか。

３）あなたにとって、友の会はどのような存在でしたか。

６．自立度について

生活する上でどれぐらい不自由しているのかについて教えて下さい。

１）リウマチ特異的 QOL 尺度：別紙：スケール

２）日常生活自立度：別紙：スケール

３）介護度：介護度はどのぐらいと言われていますか。

７．セルフケアについて

あなたが実際に行っている行動について教えて下さい。

１）セルフケア行動：ご自身で行っている活動にはどのようなものがありますか。

８．資源の活用について

現在利用しているサービスについて教えて下さい。

１）インフォーマル・サービスの活用：あなたが、周りの家族や友人・知人などからお手伝いしてもらっていることはありますか。それは具体的にどのようなことですか。

２）フォーマル・サービスの活用：介護保険など、現在利用されているサービスは何ですか。

９．価値観について

１）主観的健康感：現在、自分の健康についてどう思っているのか教えて下さい。
「非常に健康」、「まあまあ健康」、「普通」、「健康でない」の４つから選ぶとどれにあたりますか？

２）リウマチの健康への影響：リウマチになったことは、現在〇〇さんの健康にどのような影響を与えていると思いますか（ストレングスを引き出す）
（ストレングスについて）△△のような健康への考え方は、リウマチによって得られたことと捉えることも出来ますか。

３）生活満足度：別紙：スケール

４）人生観：リウマチになったことは、〇〇さんの人生にどのような影響を与えていますか。
そのことは、リウマチによって得られたこと、つまりプラス面とも捉えられますか。

５）今後の目標：〇〇さんのこれからの目標があれば、教えて下さい。

【謝辞】

こちらがお聞きしたかった調査内容については以上ですが、〇〇さんの方からお伝えしたいことや、言い残したことなどがありますでしょうか。

今日は長い時間、お話しを聞かせていただき、ありがとうございました。

次回は、リウマチの診断をされた頃のお話しや、初めてリウマチの手術を受けた時のお話し、60 歳になってから今日までの間に一番印象に残っている出来事について、伺う予定です。次回もよろしくお願いいたします。

インタビュー・ガイド（第２回調査）

【導入】

こんにちは。沖縄県立看護大学の佐久川です。先日は調査にご協力をいただき、ありがとうございました。あらためて２回目の調査させていただきます。今日もよろしくお願いします。

今日は伺いたいことが３つあります。一つ目は、リウマチの診断をされた頃のお話し、二つ目は、初めてリウマチの手術を受けた時のお話し、三つ目は、65 歳になってから今日までの間に一番印象に残っている出来事についてです。それでは早速始めたいと思います。よろしくお願いいたします。

【調査】

１．リウマチの発症について

まずリウマチの診断をされた頃のことについてお聞かせ下さい（エピソードを引き出すための質問)。

１）リウマチの発症時の状況：

・前回、リウマチの診断をされたのは△歳とおっしゃっていましたが間違いありませんか。
・どういうきっかけで、診断を受けましたか。
・診断を受けた時はリウマチという病気を知っていましたか（どのように理解していましたか)。
・診断を受けたのは外来ですか、それとも入院する必要がありましたか。

２）リウマチ発症時の生活の変化：

・リウマチの診断を受けた頃、生活に変化はありましたか。
（年齢に合わせて、想定される家庭生活面：家事、子育てのこと、社会生活面：仕事のことを具体的に質問し、いくつかのエピソードを引き出す）

今お話しされたこと（語られたエピソードごと）について、〇〇さんご自身のことと、当時の周りの環境について教えて下さい。

◇本人のストレングス（リウマチの発症）について

まずは、ご自身のことについてですが、

１）願望：

・その時は、・・・辛いお気持ちだったと思いますが、そのような中で生きる支えや目標になっていたことはありますか。

２）能力：

・その時のお体の状況は現在と違うと思いますが、どういう状況でしたか。
・(エピソードに対し)身体的にご自身で対処出来ていたこととしてどのようなことがありましたか。
・その時の精神的な状況はどうでしたか。
・それまでの生活と変化はありましたか。
・家庭での家事や子育て、仕事にはどのように関わっていましたか。
・その関わりはご自身が決めたのですか。
（主体性を発揮する関係として）これまでどのような関わりをしてきたのですか

３）自信：

・(エピソードに対し）リウマチの診断をされたことはあなたの自信に影響を与えましたか。

◇環境のストレングス（リウマチの発症）について

あなたの周りの環境のことについてですが、

1）資源：

・(エピソードに対し）リウマチの診断をされた時に、支えになった人やサービスにはどのようなものがありましたか。
その支えは、どのようにして得られましたか。

2）社会関係：

・(資源として語られた人について)支えを得られた人たちとは、どのような関わりがありましたか。

・リウマチの診断を受けたことで、仕事仲間との付き合いに変化はありましたか。
それはどのような変化ですか。

・リウマチの診断を受けたことで、家族との付き合いに変化はありましたか。
それはどのような変化ですか

・リウマチの診断を受けたことで、友人や知人との付き合いに変化はありましたか。
それはどのような変化ですか。

・リウマチの診断をされたことで、新たにつながりを持った人はいますか。
具体的に、その人は誰で、どのようなつながりですか。

3）機会：

・(エピソードに対し）その経験について、これがいいタイミングだったとか、いい機会に恵まれていたというような体験はありますか。

リウマチの診断をされた頃のことについてお聞かせいただき、ありがとうございます。

2．手術について

次に、初めてリウマチの手術を受けた時のことをお聞かせ下さい (エピソードを引き出すための質問)。

1）手術の状況：

・初めてリウマチの手術をされたのは、何歳でしたか。

・体のどこを手術されたのですか。

・手術を受けた時は、どのくらいの入院が必要でしたか。

・手術を受けることになったきっかけを教えて下さい。

2）手術前の生活の変化：

・手術を受ける前の生活の変化について教えて下さい。
（年齢に合わせて、想定される家庭生活面：家事、子育てのこと、社会生活面：仕事のことを具体的に質問し、いくつかのエピソードを引き出す）

3）手術後の生活の変化：

・手術を受けた後の生活の変化について教えて下さい。
（年齢に合わせて、想定される家庭生活面：家事、子育てのこと、社会生活面：仕事のことを具体的に質問し、いくつかのエピソードを引き出す）

今お話しされたこと（語られたエピソードごと）について、〇〇さんご自身のことと、当時の周りの環境について教えて下さい。

◇本人のストレングス（手術）

ご自身のことについてですが、

1）願望：

・その時は、・・・辛いお気持ちだったと思いますが、そのような中で生きる支えや目標になっていたことはありますか。

2）能力：

・その時のお体の状況は現在と違うと思いますがどういう状況でしたか。（手術の前後も区別して）

・(エピソードに対し)身体的にご自身で対処できていたこととしてどのようなことがありましたか。

・その時の精神的な状況はどうでしたか。

・それまでの生活と変化はありましたか。

・家事や子育て、仕事にはどのように関わっていましたか。

・その関わりはご自身が決めたのですか。

・（主体性を発揮する関係として）これまでどんな関わりをしてきたのですか。

3）自信：

・(エピソードに対して）初めての手術をされたことはあなたの自信に影響を与えていましたか。

◇環境のストレングス（手術）

あなたの周りの環境のことについてですが、

1）資源：

・(エピソードに対し）初めての手術をされた時に、支えになった人やサービスにはどのようなものがありましたか。

・その支えは、どのようにして得られましたか。

2）社会関係：

・(資源として語られた人について)支えを得られた人たちとは、どのような関わりがありましたか。

・手術を受けたことで、仕事仲間との付き合いに変化はありましたか。
それは、どのような変化ですか。

・手術を受けたことで、家族との付き合いに変化はありましたか。
それはどのような変化ですか。

・手術受けたことで、友人や知人との付き合いに変化はありましたか。
それはどのような変化ですか。

・手術をされたことで、新たにつながりを持った人はいますか。
具体的に、その人は誰で、どのようなつながりですか。

3）機会：

・(エピソードに対し）その経験について、これがいいタイミングだったとか、いい機会に恵まれていたというような体験はありますか。

手術のことについてお聞かせいただき、ありがとうございます。

３．老年期のライフイベントについて

最後です。65 歳になってから今日までの間に、一番印象に残っている出来事は何ですか（エピソードを引き出すための質問）。

１）その出来事時の状況：

・その出来事は何歳頃でしたか。

・どういうきっかけがあったのですか。

２）その出来事時の生活の変化：

・その出来事が起きた時、生活に変化はありましたか。

（年齢や出来事に合わせて、家庭生活面や社会生活面のことを具体的に質問し、いくつかのエピソードを引き出す）

今お話しされた出来事について、〇〇さんご自身のことと、当時の周りの環境について教えて下さい。

◇本人のストレングス（老年期のライフイベント）

ご自身のことについてですが、

１）願望：

・その出来事について、・・・生きる支えや目標になっていたことはありますか。

２）能力：

・その時は、お体の状況はどういう状況でしたか。

・(エピソードに対し)身体的にご自身で対処できていたこととして、どのようなことがありますか。

・その時の精神的な状況はどうでしたか。

・それまでの生活と変化はありましたか。

・家事や仕事にはどのように関わっていましたか。

・その関わりはご自身が決めたのですか。

・（主体性を発揮する関係として）これまでどんな関わりをしてきたのですか。

３）自信：

・（エピソードに対して）その出来事が起きたことは、あなたの自信に影響を与えましたか。

◇環境のストレングス（老年期のライフイベント）

次にあなたの周りの環境についてですが、

１）資源：

・(エピソードに対して）その出来事が起きた時に、支えになった人やサービスにはどのようなものがありましたか。

・その支えは、どのようにして得られましたか。

２）社会関係：

・(資源として語られた人について)支えを得られた人たちとは、どのような関わりがありましたか。

・その出来事によって、仕事仲間との付き合いに変化はありましたか？
それは、どのような変化ですか。

・その出来事によって、家族との付き合いに変化はありましたか。
それはどのような変化ですか。

・その出来事によって、友人や知人との付き合いに変化はありましたか。
それはどのような変化ですか。

・その出来事によって、新たにつながりを持った人はいますか。
具体的に、その人は誰で、どのようなつながりですか。

3）機会：
（エピソードに対して）その出来事について、これがいいタイミングだったとか、いい機会に恵まれていたというような体験はありますか。

高齢者になって起きた出来事についてお聞かせいただき、ありがとうございます。

【謝辞】

こちらがお聞きしたかった調査内容については以上ですが、〇〇さんの方からお伝えしたいことや、言い残したことなどがありますでしょうか。

それでは、今日も長い時間、貴重なお話しを聞かせていただき、ありがとうございました。
〇〇さんから、２回に渡ってお聞きした内容につい　ては、病気を抱えながらも、いろんな努力や工夫を重ねて人生を乗り越えてきた方々の事例として、まとめていきたいと思います。
本当にありがとうございました。

資料4

Steinbrocker class分類：関節リウマチの機能障害度分類

Class Ⅰ	身体機能は完全で不自由なしに普通の仕事はできる
Class Ⅱ	動作の際に1カ所、あるいはそれ以上の関節に苦痛があったり、または運動制限はあっても普通の生活なら何とかできる程度の機能
Class Ⅲ	普通の仕事とか自分の身の回りのことがごくわずかできるか、あるいはほとんどできない程度の機能
Class Ⅳ	寝たきり、あるいは車椅子に座ったきりで、身の回りのこともほとんど、または全くできない程度の機能

出典：Steinbrocker.O et al：Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. JAMA 140, 659（1949）