

中途障害者の生きがいと ソーシャルサポートの関連について

とく ちん あつ こ ふじ た だい すけ*
徳 珍 温 子・藤 田 大 輔*

I. はじめに

高齢者における「生きがい」の形成において、男性については、就労等の有償労働が、生活満足度を高めることが、そして、男女ともに、地域社会への支援提供を行うことが効果があるという結果が得られており、特に、社会貢献を行っている者は、行っていない者と比べて、ほぼ3倍の人数が「生きがい」があると考えている¹⁻³⁾との報告もある。

それとは反対の「生きがい」がないという状況、つまり、生きる意欲を低下させる状態が招く最悪の結果の1つとして、自殺を挙げることができる。自殺については、諸外国に比べて日本人の高齢者の自殺が多いことは知られているが、平成13年中の遺書のある自殺の動機の11.8%が健康問題であり、経済・生活問題9.3%、家庭問題2.8%と続いている。

このように、健康障害が「生きがい」を低下させることは明らかである。

日本における自殺についての考え方は、キリスト教の「罪」を背景とする他の先進国と少し異なっていると考えられる。

日本においては、古くは、平安中・末期の正念にて臨終を迎えることが極楽往生につながり、病床にあって心身ともに異常な状態に陥ってからでは念仏を唱えることができず、したがって極楽往生もできないという自死往生の考えをはじめ、中世の武士の自刃などと

いったように⁴⁾、否定的に捉えるだけではなく、肯定的な側面も、自殺は併せ持っているといえる。

しかしながら、自殺によってもたらされる、残された家族の自責の念、例えば、十分な老親介護ができなかったのではないのかといった心理的負担は、儒教的思想が失われつつあるといわれている現在にあっても、決して小さいものではない。

「生きがい」を低下させる健康障害の1つとして、脳血管障害を挙げることができる。

後遺症としての障害を生じる健康障害として、脳血管障害がよく知られているところであり、寝たきりの原因の約4割を占める最大の原因である。

脳血管障害は、身体疾患の症状としての、うつ状態と、身体疾患にうつが合併した場合の区別が、なかなか困難であるが、身体疾患のなかでも、うつ状態を伴う頻度の高い病気である⁵⁾。

脳血管障害後のうつ病は、患者の20~65%に発症するといわれており、また別の報告によれば、脳血管障害発症後1年目では41~51%にうつ病が発症している⁶⁾ともいわれている。

脳血管障害後のうつ病およびうつ状態の改善に対して、医療機関をはじめとして、様々な取り組みがなされてきているが、脳血管障

* 神戸大学発達科学部 (Faculty of Human Development, Kobe University)

害後の「生きがい」低下の予防は、医学的・治療的側面からの成果を期待するだけではなく、社会的、教育的介入などといった、多方面からの働きかけも必要なのではないかと考えられるところである。

平成13年6月に厚生労働省が実施した身体障害者実態調査からも⁷⁾、身体障害における問題点が、高齢化という要点を含み、多様化していることを読みとることができる。

また、脳血管障害による、「中途障害者の受容と生きがい」についてのケーススタディからも、当事者の問題と共に、障害を持つ人の周囲の人における幾つかの問題点が指摘されている⁶⁾。

これからも、中途障害者の支援は、当事者だけに焦点をあてたものだけではなく、身近な周囲である家族や医療従事者、さらに、広範囲の人間関係を含めた介入が必要であると考えられる。

高齢者においては、ソーシャルサポートネットワークの豊かさが、その後の死亡率と深く関係していること、つまり、ソーシャルサポートネットワークが、高齢者の心身の健康障害予防や健康障害の緩和に効果があることが知られているところである^{9,10)}。

そこで、脳血管障害による中途障害を持つ人に対して、どのようなソーシャルサポートを模索することが、「生きがい」に対して有用であるのかを明らかにすることを目的として本研究を行った。

II. 調査対象と方法

1) 調査対象と実施者

大阪府下にある4つの脳血管障害による中途障害者作業所の通所者と、リハビリテーション病院の脳血管障害患者会に所属する通院者に、調査目的を説明した上で、同意を得られた脳血管障害による後遺症としての障害を有する62名(男性46名、女性15名、不明(聞き取り実施者の記入漏れ)1名)に対し、構造化面接法による聞き取りを行った(表1)。

平均年齢57.2で、20歳代2名、30歳代1名、40歳代6名、50歳代22名、60歳代28名、70歳代3名で、最年長72歳、最年少25歳であった。

障害の程度は1級22名、2級28名、3級6名、4級2名、不明4名。右麻痺25名、左麻痺26名、その他の麻痺2名、不明8名。55名が同居家族あり、6名が独居、不明が1名であった。

聞き取り実施者は、本調査者と患者会役員および作業所職員である。

2) 調査内容と測定尺度

①「生きがい」の測定尺度として、14項目からなる島根医科大学第3内科版 やる気スコアを使用した。これは Marin が作成した apathy scale を、Starksteinらが簡略化して報告したものを、小林らが翻訳し、日本人における妥当性を、脳血管障害後の apathy の程度を検討した上で、cut-off point を設定し直し、

表1 対象者状況

性別	年齢	障害認定	家族状況	麻痺部分
男：46	20歳代：2, 30歳代：1	1級：22	同居：55	右麻痺：26
女：15	40歳代：6, 50歳代：22	2級：28	独居：6	左麻痺：26
無記：1	60歳代：28, 70歳代：3	3級：6	無記：1	その他：2
		4級：2		無記：8
		無記：4		

表2 島根医科大学第三内科版 やる気スコア

1) 新しいことを学びたいと思いますか？	
2) 何か興味を持っていることはありますか？	
3) 健康状態に関心がありますか？	
4) 物事に打ち込めますか？	
5) いつも何かしたいと思っていますか？	
6) 将来のことについての計画や目標を持っていますか？	
7) 何かをやるようとする意欲はありますか？	
8) 毎日張り切って過ごしていますか？	
	(全くない 3 少し 2 かなり 1 おおいに 0)
9) 毎日何をしたらいいか誰かに言ってもらわなければなりませんか？	
10) 何事にも無関心ですか？	
11) 関心を惹かれるものなど何もないですか？	
12) 誰かに言われないと何もしませんか？	
13) 楽しくもなく、悲しくもなくその中間くらいの気持ちですか？	
14) 自分自身にやる気がないと思いますか？	
	(全く違う 0 少し 1 かなり 2 まさにそのとおり 3)

cut-off score 16 points

表3 支援ネットワーク (宗像)

a. 手段的支援ネットワーク

- (1) 経済的に困っているとき、頼りになる人
- (2) あなたが病気で寝込んだときに、身の回りの世話をしてくれる人
- (3) 引越しをしなければならなくなったとき、手伝ってくれる人
- (4) わからないことがあるとよく教えてくれる人
- (5) 家事をやってくれたり、手伝ってくれる人

b. 情緒的支援ネットワーク

- (1) 会うと心が落ち着き安心できる人
- (2) 気持ちの通じ合う人
- (3) 常日頃あなたの気持ちを敏感に察してくれる人
- (4) あなたを、日頃認め評価してくれる人
- (5) あなたを信じてあなたの思うようにさせてくれる人
- (6) あなたの喜びをわがことのように喜んでくれる人
- (7) 個人的な気持ちや秘密を打ち明けることのできる人
- (8) お互いの考えや将来のことなどを話し合うことのできる人

1. いる 2. いないの選択肢の中で、1. いると答えた場合を1点として加算したものを指標とした尺度

16点以上をやる気低下と判定するよう作成されたものである^{11, 12)} (表2)。

②ソーシャルサポート測定尺度として、宗像の支援ネットワーク(a. 手段的支援ネットワーク5項目、b. 情緒的支援ネットワーク8項目)を用い、家族でと家族以外でのそれぞれの項目の支援ネットワークの有無を聞き、得点化した¹³⁾ (表3)。

③中途障害を持つ当事者の「生きがい」についてのイメージと、周囲の人の態度について思うことを自由に発言してもらい、記録した。

3) 調査時期

調査時期は2003年3月から5月とし、データの集計および解析にあたっては、SPSS 11.5

J For Windowsを使用した。

Ⅲ. 結 果

1. やる気スコア得点からの検討

やる気スコアによって、「やる気低下あり(やる気なし)」と判定されたものは、記入漏れのあった1名を除く61名中22名(36.1%)で、「やる気低下なし(やる気あり)」は39名(63.9%)であった(表4)。

1-1 やる気スコアの性差による比較

性差については男性46名のうち、やる気ありが33名(71.7%)で、やる気なしが13名(28.3%)、女性15名のうちでは、やる気ありが6名(40.0%)、やる気なしが9名(60.0%)で、やや女性にやる気低下がみられた($\chi^2=$

表4 属性によるやる気

		やる気		人数小計
		あり人数 (%)	なし人数 (%)	
やる気 (N=61)		39 (63.9)	22 (36.1)	61
性差 (N=61) *	男性	33 (71.7)	13 (28.3)	46
	女性	6 (40.0)	9 (60.0)	15
麻痺の部位 (N=54)	右麻痺	14 (53.8)	12 (46.2)	26
	左麻痺	21 (80.8)	5 (19.2)	26
	その他の麻痺	1 (50.0)	1 (50.0)	2
同居家族の状況 (N=61)	独居	4 (66.7)	2 (33.3)	6
	同居	35 (63.6)	20 (36.4)	55
障害認定 (N=58)	1級	13 (59.1)	9 (40.9)	22
	2級	20 (71.4)	8 (28.6)	28
	3級以上	4 (57.1)	3 (42.9)	5
年齢階層 (N=61)	50歳未満	8 (88.9)	1 (11.1)	9
	50歳代	13 (61.9)	8 (38.1)	21
	60歳以上	18 (58.1)	13 (41.9)	31
発症後経過年数 (N=61) **	1~5年	12 (92.3)	1 (7.7)	13
	6~10年	12 (48.0)	13 (52.0)	25
	11~15年	8 (66.7)	4 (33.3)	12
	16年以上	7 (63.6)	4 (36.4)	11

* p<0.05 **p<0.1

4.942, $df=1$, $p<0.05$) (図1)。

1-2 やる気スコアの家族との同居状況による比較

家族との同居状況をみてみると、61名のうち、独居者は6名で、家族との同居者は55名であった。6名の同居者でやる気ありと判定された者4名(66.7%)、やる気なし2名(33.3%)で、55名の同居者のうちで、やる気あり35名(63.6%)、やる気なし20名(36.4%)であった。家族状況との間に、やる気低下の有意な差はみられなかった($\chi^2=0.119$, $df=2$, n.s.)。

1-3 やる気スコアの麻痺および障害の程度による比較

麻痺の部位によるやる気低下との関連においては、記入漏れ8名を除く54名中、右麻痺26名では、やる気あり14名(53.9%)、やる気なし12名(46.1%)で、左麻痺26名では、やる気あり5名(19.2%)、やる気なし21名(80.8%)、その他の麻痺2名では、やる気あり、やる気なし、それぞれ1名であった。

麻痺の部位の違いによるやる気低下に、有

意な差は観察されなかった($\chi^2=4.5$, $df=2$, n.s.)。

また、障害の程度を示す指標としての障害認定とやる気低下との関連においては、記入漏れ5名を除く57名のうち、障害認定1級の者22名で、やる気あり13名(59.1%)、やる気なし9名(40.9%)、障害認定2級の者28名では、やる気あり20名(71.4%)、やる気なし8名(28.6%)、障害認定3級以上の者7名では、やる気あり4名(57.1%)、やる気なし3名(42.9%)であった。

障害認定の比較による障害の程度において、やる気低下に、有意な差はみられなかった($\chi^2=1.035$, $df=2$, n.s.)。

1-4 やる気スコアの年齢階層による比較

年齢を49歳以下(9名)、50歳代(21名)、60歳以上(31名)と、階級別にやる気ありとやる気なしとの関連をみてみると、49歳以下のやる気あり8名(88.9%)、やる気なし1名(11.1%)で、50歳代のやる気あり13名(61.9%)、やる気なし8名(38.1%)、60歳以上のやる気あり18名(58.1%)、やる気なし13名(41.9%)であった。

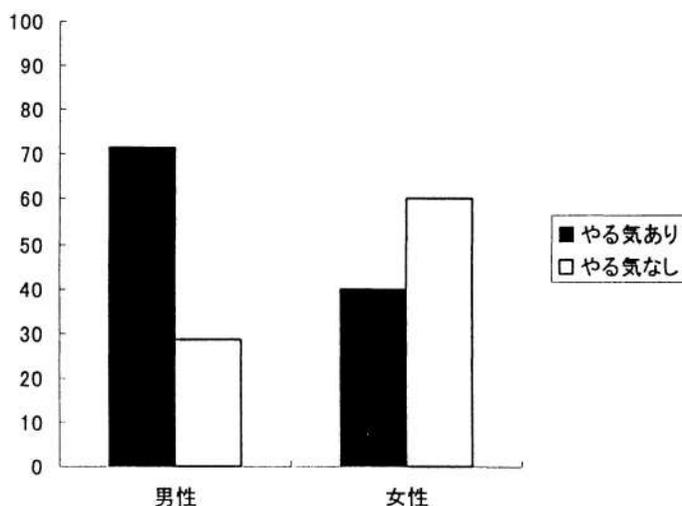


図1 やる気スコアの性差

したがって年齢階級による比較において、やる気低下に有意な差はなかった($\chi^2=3.279$, $df=4$, $n.s.$)。

1-5 やる気スコアの経過年数による比較

経過年数を5年ごとに分けて、やる気あり、やる気なしをみると、発症より5年以下13名では、やる気ありが12名(92.3%)、やる気なしが1名(7.7%)であったが、6～10年経過した25名では、やる気ありが12名(48.0%)、やる気なしが13名(52.0%)と、やる気なしと判定された人のほうが多くなり、発症より11～15年経過した12名では、やる気ありが8名(66.7%)、やる気なしが4名(33.3%)と、再びやる気ありのほうが多い。そして、発症より16年以上経過した11名でも、やる気あり7名(63.6%)、やる気なし4名(36.4%)という結果であった。

このことより、発症より5年以下ではやる気なしが少なかったものの、発症から6～10年を経過した人にやる気の低下がみられ、その後、やる気が回復するという傾向が観察された($\chi^2=7.331$, $df=3$, $p<0.1$) (図2)。

2. 支援ネットワークとの関連

2-1 やる気の有無による支援ネットワーク得点

やる気あり群とやる気なし群で、支援ネッ

トワーク得点の比較を行った(表5)。

家族の支援ネットワーク得点の比較では、やる気あり群39名の平均値 10.5 ± 3.5 、やる気なし群22名の平均値 10.2 ± 4.1 で、やる気あり群、やる気なし群に、有意な差はみられなかった($t=0.317$, $df=59$, $n.s.$)。

しかし、家族以外の支援ネットワーク得点の比較では、やる気あり群39名の平均値が 7.0 ± 4.4 であるのに対し、やる気なし群20名の平均値 3.5 ± 4.4 と、やる気なし群がやる気あり群に比べて、有意に低い値を示した($t=2.855$, $df=59$, $p<0.05$)。

このことにより、家族以外の支援ネットワーク量が、「生きがい」に影響を及ぼすことが示唆された(図3)。

支援ネットワーク得点を、手段的支援ネットワーク5項目と、情緒的支援ネットワーク8項目に分けて、それぞれの得点を、やる気あり群と、やる気なし群で比較すると、家族の手段的ネットワーク得点の、やる気あり群39名の平均値 4.1 ± 1.4 、やる気なし群22名の平均値 4.1 ± 1.3 であった。

したがって、やる気あり群とやる気なし群の家族の手段的支援ネットワークの得点に有意な差はなかった($t=-0.111$, $df=59$, $n.s.$)。

情緒的支援ネットワーク得点の比較において、やる気あり群39名の、家族の情緒的支援ネットワークの平均値 6.5 ± 2.3 、やる気なし

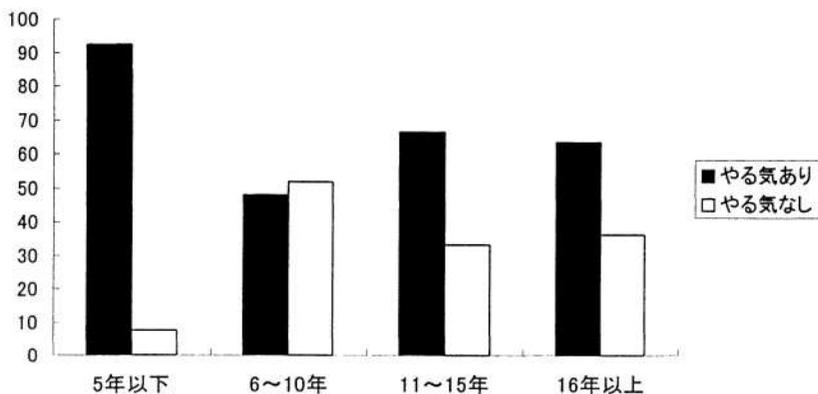


図2 やる気スコアと経過年数

表5 やる気による支援ネットワーク特定の比較

支援ネットワーク (得点)	やる気	
	あり (平均得点)	なし (平均得点)
家族の支援ネットワーク (13)	10.5±3.5	10.2±4.1
家族以外の支援ネットワーク (13) *	7.0±4.4	3.5±4.4
家族の手段的支援ネットワーク (5)	4.1±1.4	4.1±1.3
家族以外の手段的支援ネットワーク (5) *	2.3±1.7	1.4±1.6
家族の情緒的支援ネットワーク (8)	6.5±2.3	6.1±3.0
家族以外の情緒的支援ネットワーク (8) *	4.9±3.0	2.8±3.4

* <0.05

群22名の平均値6.1±2.9で、手段的支援ネットワーク得点と同様に、やる気あり群と、やる気なし群に、有意な差はなかった($t=0.514$, $df=57$, n.s.)。

一方、家族以外の手段的支援ネットワーク得点では、やる気あり群39名の平均値2.3±1.8、やる気なし群22名の平均値1.4±1.6で、やる気あり群とやる気なし群の、手段的支援ネットワーク得点に、有意な差がみられた($t=2.100$, $df=57$, $p<0.05$.)。

また、家族以外の情緒的支援ネットワーク得点においても、やる気あり群39名の平均値4.9±3.3、やる気なし群の平均値2.8±3.4で、やる気あり群とやる気なし群の、情緒的支援ネットワーク得点に、有意な差が観察された($t=2.443$, $df=57$, $p<0.05$.)。

2-2 年齢階層による支援ネットワーク得点の比較

年齢階層別に、支援ネットワーク得点を比較してみると、61名のうち、49歳以下9名の平均値10.3±2.3、50歳代21名では11.0±3.7、60歳以上31名では10.1±3.9であり、家族からの支援ネットワーク得点に、有意な差はなかった($F=0.339$, $df=2$, n.s.)。

しかし、家族以外の支援ネットワーク得点の比較においては、59名のうち、49歳以下9名の平均値9.1±3.1、50歳代20名では6.5±4.8、60歳以上30名では4.3±4.7と、年齢階層が上がるほど、有意に家族以外の支援ネットワーク得点が、低くなるという差がみられた($F=4.394$, $df=2$, $p<0.05$.)。

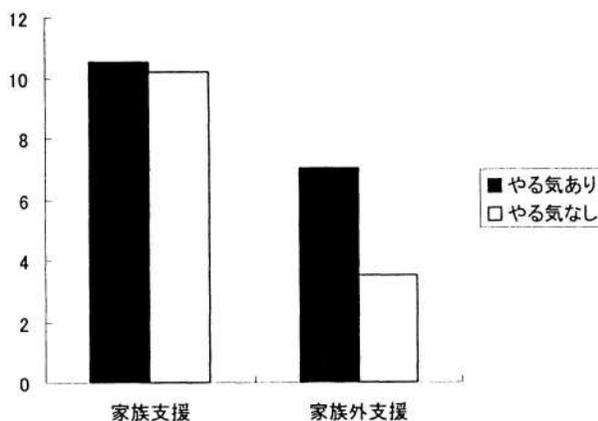


図3 支援ネットワーク得点とやる気

目標達成、挑戦(2名)があった。

また、希望を含む抽象的な表現として、希望(3名)、冬は必ず春となる、若さ、輝き・光、心豊かな生活、毎日楽しく、自由に生きたい(3名)、自分が一番(1名)があった。

3-2 周囲の人の態度について感じたこと

「生きがい」イメージの分類と同様に、周囲の人の態度で感じたこと34項目を以下のように分類した(表7)。

自分ができること、つまり、セルフケアに対しての肯定に関連するものとしては、良かったことは積極的にさせてくれる、積極的に評価してくれる、積極的に受け止めてくれる、自分のできることへの評価、老若の区別なしに学ぶがあった。

同じ立場の人たちとの接触においては、受傷直後に、同じ疾患の人から励まされた時は嫌だったと否定的な言葉がある一方、肯定的な言葉として、同じ疾患を持つ人の真面目さが励みになった、同じ立場の仲間ができた、一緒に語り合えるがあった。

また、障害を持つ前と後の態度の変化について、一番多く、否定的な言葉として、待ってもらえない、いやらしい人間関係、病気になった後の差別(2名)、いじめがあった(2名)があり、肯定的な言葉として受傷前と同じ態度で接してくれる(4名)、愛情をもって接する(2名)、皆がよくしてくれた、知らない人からの親切な声かけがあった、地域で声をかけてもらうことが増えたがあった。

良くも悪くもという肯定でも否定でもない

表7 周囲の人の態度で感じたこと

セルフケアの肯定	同じ疾患の人との接触	受傷前後の変化	ノーマライゼーション
積極的にさせてくれる	<否定>	<否定>	ノーマライゼーション
積極的に評価してくれる	受傷直後に同じ疾患の人から励まされた時は嫌だった	待ってもらえない いやらしい人間関係 病気になった後の差別(2名)	活動への社会的な支援 指導員等の関連者への教育機会の増加
積極的に受け止めてくれる	<肯定>	いじめがあった(2名)	
自分のできることへの評価	同じ疾患を持つ人の真面目さが励みになった	<肯定>	
老若の区別なしに学ぶ	同じ立場の仲間ができた 一緒に語り合える	受傷前と同じ態度で接してくれる(4名) 愛情をもって接する(2名) 皆がよくしてくれた 知らない人からの親切な声かけがあった 地域で声をかけてもらうことが増えた <どちらでもない> 40年余り仕事一筋 色々な人の気遣いがあったりなかったり(2名)	

言葉として、40年余り仕事一筋、色々な人の気遣いがあったり、なかったり(2名)があった。

また、中途障害者個人への働きかけにとどまることなく、すべての中途障害者に対し、必要とされる働きかけとして回答されたものでは、ノーマライゼーション、活動への社会的な支援、指導員等の関連者への教育機会の増加というものもあった。

調査を実施した中途障害者作業所の1つが明文化している目標と問題点では、

1. 生活不安の解消：制度の活用・独居の不安・高齢化
2. 就労環境の充実：再就労・安定した収入
3. 社会参加の拡張：外に出る・仲間と出会う・地域で暮らす
4. 中途障害者の市民権の確立：事故・病気は誰にでも起こるもの

以上の4つが挙げられていた。

また、中途障害者作業所を支援するための組織(支える会)が、作業所への支援活動における問題点としては、以下の6つが挙げられていた。

1. 再発などの身体的不安
2. 通院や家庭での生活に対する不安
3. 社会に向けてのハンディキャップに対する不安
4. 社会の受け入れに対する不安
5. 主な働き手が障害を負ってしまった家族の不安
6. 障害者としての家族を迎える家族の不安

これらは、実際に障害を持った人が、日々の生活の中で感じてきたこと、そのものであると思われる。

IV. 考 察

やる気スコアに属性についての検討を行ったが、年齢、麻痺の部位、障害認定による障害の程度、同居家族の有無については、やる気低下の有無との間に有意な差はみられな

かった。

1) 「生きがい」と性差について

今回の調査では、結果に示した、男性よりも女性のやる気低下、つまり「生きがい」を感じにくいということが分かった。

「生きがい」を感じるかに性差が生じた理由を考えると、医学的な側面では、脳血管障害後のうつ状態におけるADL(Activities of Daily Living；以下ADL)障害について、女性が男性に比べて障害の程度によって強く作用されるという報告があり¹⁴⁾、また、慢性期脳血管障害者のADLと精神的健康度を示す指標が、高い相関を示していることが、先行研究で報告されている¹⁵⁻¹⁷⁾。

さらに、うつ状態の測定や、やる気低下の測定といった精神的健康度、つまり「生きがい」の程度とADLが正比例しているという報告もあるように¹⁵⁻¹⁷⁾、障害の程度は同じであったとしても、女性の方が男性に比べて、ADL低下および「生きがい」の喪失が生じる危険が強いのではないかと推測できた。

脳血管障害患者の、リハビリテーション意欲を左右する因子については、対象者自身の生活歴、職業歴やそれぞれの異なった性格などから、必ずしもその因子は一様ではないとされているが、障害認定による等級に代表される機能障害(Impairment)の程度は同じであっても、ADLに代表される能力障害(Disability)の程度において、社会的性別役割の差(Gender)による、生活歴、職業歴や、それぞれの異なった性格を形成してきた環境の差は、決して見過ごすことのできない要因の1つである。

しかしながら、今回の調査において、障害の程度は障害認定の等級を比較するのみであり、ADL評価は行わなかった。したがって、障害認定による等級、つまり機能障害(Impairment)の程度と、ADLのような能力障害(Disability)の程度においての差を比較していな

いため、男性のADLよりも女性のADLが低下しているかどうかを、ここでは述べる事ができない。

しかし、脳血管障害者のQOL(Quality of Life; 以下QOL)に影響を及ぼす要因において、「買い物を行っている」ということが、QOLを悪化しているという報告もあり¹⁷⁾、支援の必要の査定を行うについては、できる、できないのADLの評価からだけではなく、QOLを併せて検討した上で、介護を提供することが、「生きがい」の喪失の予防に必要なと考えられた。

また、ADLの援助、すなわち、介護という役割については、担い手の多くの場合が女性であるというジェンダーにも注目する必要があると考えられた。

家庭介護を行う上での困難さは、平均寿命・平均余命の延長に伴った介護期間の長期化という、家庭周期の変化や、核家族化や少子化による、家族サイズの小型化による家庭内での介護者不足などが挙げられることや¹⁸⁾、65歳以上の要介護者等と同居する主たる介護者は1992年男性16.8%、女性83.2%であったものが、2001年には、男性22.9%、女性77.1%と、性差による役割の差が縮小しつつあるが、それでも、女性による介護のほうが多いことが示されている。

要介護者と介助者との関係が、自分の親や配偶者の親といった「老親介護」の割合は、社会の高齢化に伴い、1992年の61.6%から2001年には65.9%へと増加している。

介護期間についても65歳以上の者のうち、その状態になってからの期間が、3年以上である者の割合は46.9%、さらに5年以上である者の割合は26.8%で、主たる介護者の介護に当てる時間も、「ほとんど終日介護」が男性22.6%、女性28.5%と、介護期間や介護時間の長さからも、介護に関わる負担の大きさを窺い知ることができる¹⁾。

このことから、介護されるという状況に

対しての負担感は、介護を体験してきた女性のほうが、男性よりも強いのではないかと考えられた。

したがって、新たな問題提起として、今まで、介護する側の身体的、精神的負担としての、「介護負担」がよくとりあげられてきたが、介護される側の精神的負担としての「介護負担」にも、今後、着目した上での、教育的介入の必要があると考えられた。

自殺動機の構成割合をみると、自殺の動機を健康問題とする割合は50～59歳では男性9.8%に対して女性16.5%であり、60歳以上では男性15.2%に対して女性19.1%と健康問題と生きる意欲との関連が、女性のほうが強いことが示されている⁷⁾。

ここからも、健康障害により介護されるということに対する負担感は、男性よりも女性のほうが大きいと考えられる。

介護保険等で実施されている公的な介護が、どれくらい介護者の負担を軽減しているのか、また、介護を受ける人の「申し訳ない」といった負担感の軽減をはかることができているかについても、今後、検討する必要があると考えられた。

介護保険等を含む公的介入を、諸外国と同様のセルフケア不足を見直し、それに対する補完をするだけにとどまることなく、今後の「生きがい」の低下につながる危険性の除去という意味での日本的なケアの必要も、検討していくべき課題の1つであると考え。とりわけ、身内ではない他者がどのようにみているのか、また、他者にどのように見られるのかを意識したADLについて注目していく必要があると考えられた。

2) 発症からの経過年数による「生きがい」への影響

今回の結果では、発症より5年以下ではやる気低下が少なかったものの、発症から6～10年を経過した人にやる気低下がみられ、そ

の後、再び逆転し、やる気が回復するという傾向が観察された。

本調査では、調査対象の全体人数が少ないことなどから、発症年数とやる気について、再調査の必要があると考えるが、今回得られた結果からは、脳血管障害などによる麻痺などといった「身体の機能や社会的役割などの喪失体験」を、ありのまま受け入れて、自分のものとして認めること、すなわち、「受容」するための支援が、発症より5年以上経過した人に対して、不足しているのではないかと推測された。

障害の発生の初期段階に携わる医療者が、「受容」という言葉を、安易に使用する傾向があることを指摘する¹⁹⁾報告もあり、また、「障害受容」に要する期間を、医療的介入が必要である期間を中心に考える傾向がある^{8, 20)}ともいわれている。

病院をはじめとする医療施設等において、治療の対象者である「患者」を「クライアント」などといった呼び方に変える、外来や入院時において、氏名の後に「様」をつけるなどの「対象者中心」「全人的把握」といった、医療の専門職者に対する教育が近年盛んに行われているが、医療的介入が必要である時間や場所以外に対する意識欠落、つまり、一人の生活している者として捉えるという意識の欠落は、しばしば経験するのが現状であるが、筆者自身の体験からも感じているところである。

また、脳血管障害発症後2年といったように、症状の固定したと考えられる障害を持った人を家族に対して、うつ状態の改善に対する介入、特に医学や看護、介護といった医療を中心とする介入についての有効な実践は報告されているが²¹⁻²⁴⁾、症状が固定し、ADLの拡大をはかるための理学療法や作業療法、または家屋の改造などの、生活をしていく上での不自由さを軽減するための対策が終了した後については、医療、福祉の直接的な介入は

減少するため、家族以外の支援の不足が生じていると推測される。

今回の発症より5~10年経過した人のやる気の低下、すなわち「生きがい」の低下は、支援不足を示唆する1つの証左となり得るのではないかと考えられた。

そのため、受傷直後から始まる喪失体験へのグリーフケアなど、入院中から外来に向けての長期にわたる継続的支援の連携といったニーズがあるという意識付けを、医療の専門職者に対して行う必要があると考えられる。

3) 「生きがい」ソーシャルサポートの関連

家族以外の支援ネットワーク得点の、やる気あり群とやる気なし群との比較では、やる気なし群がやる気あり群に比べて、有意に低い値を示した。

このことにより、家族以外の支援ネットワーク量が、やる気あり、やる気なしに、つまり「生きがい」を感じるか否かに影響を及ぼすことが示唆された。

また、本調査の結果において、家族の支援ネットワークよりも、家族以外の支援ネットワークが有意に「生きがい」を支える大きな役割を果たしているという結果が得られた。

ここから、発症後5年以上経過した人に対する、家族以外のソーシャルサポートが不足しているのではないかと推測される。

家族以外の支援ネットワークの充実が、「生きがい」の喪失に対して有効な方法の1つとして挙げられるのではないかと考える。

作業所における就労は、安定した収入の保障という段階にまでは至っていないものの、障害のある労働者のニーズの1つである有償労働に配慮した、家族以外のソーシャルサポートであると考えられる。

しかしながら、中途障害者作業所の通所者、および、患者会の会員を対象に行った、今回の調査にあっても、発症後5年以上経過した人に、有意に「生きがい」喪失が認められた。

発症後5年以上経過した人に、ソーシャルサポートの得点が低いという結果はみられなかったが、特に、機能障害が固定し、能力障害が固定した状態にある時期であるからこそ、家族以外のフォーマルな、あるいはインフォーマルな介入の方法論的構築が必要とされる場所である。

中途障害者の、介護が家族に依存したものである従来のインフォーマルな支援関係や、困っている人に対する扶助という、従来の社会保障のあり方は、中途障害者の「生きがい」を増進させるということに関しては、機能を十分に果たすことができないのではないかと考えられた。

今後、セルフケア不足へのニーズを充足させるための、中途障害者への働きかけとは別に、様々な人間関係という集団の中から、当事者が選択できる「手段」を提供するために、様々な人間関係を構成する一員であるという意識への変革を促すための、障害者支援教育を考えていくことも、今後の課題の1つである。

V. 本研究のまとめと限界

今回の調査では、家族以外の支援ネットワークについて、友人やコミュニティの人といったインフォーマルなものであるのか、行政によるフォーマルなものなのかは明確にできなかった。そのため、介入方法としてどのようなことが有効であるのかを考える上での情報が不足しており、40歳代を頂点に家族以外の支援ネットワーク得点が高く、年齢階層がそれよりも高くなっても低くなっても、家族以外の支援ネットワーク得点が低下したが、40歳代で家族以外の支援ネットワークがなぜ高くなるのか、その要因を特定することができなかった。

しかし、介護保険を用いたフォーマルなサポートであれば、40歳代を頂点にすることなく、それ以降の年齢も同様に高い支援ネット

ワーク得点を示すはずであり、40歳代の人がどのような家族以外のサポートを受けているのかという「支援者の属性」と、家族以外のどんな活動が「サポートとして認知」されているのかを知る必要がある。

中途障害者の自由な発言を基にした「生きがい」に関連するイメージから、社会参加、健康の保持増進、家族のサポート、家族以外のサポート、障害者の学習機会の保障などが浮かび上がっており、「周囲の人の態度から感じたこと」では、周囲の人の障害理解、セルフケアの保障、障害の受容段階をふまえたセルフヘルプグループを含む、ピアによるカウンセリング実施や、ノーマライゼーションの浸透、といった教育的介入が求められていることから、今後、より具体的な方法のための調査を行っていく必要があると考えている。

本調査は、調査の趣旨を説明し、同意を得られた者のみを対象者とし、同意しなかった者に対しては実施していない。そのため、調査に協力するという意思がある者、つまり、調査に対してある程度の興味や関心を持つほどの「やる気」がある者を対象にした調査であった。したがって、脳血管障害による中途障害者全員からのサンプリング調査を実施したわけではないため、調査結果に偏りがあることを否定できない。

VI. 謝 辞

本調査を行うにあたり、有益なご助言をいただき、データ収集の際に、ご協力いただきました中途障害者作業所4施設の通所者と職員の皆様、患者会会員の皆様と患者会役員の皆様、社会福祉法人麦の会理事長兼清恵会病院第2分院副院長杉原芳泰先生に、心より感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省監修：平成15年度版 厚生労働白書、14-87頁(2003)

- 2) 杉原陽子：高齢者の社会的貢献の実態，精神面への効果，および関連要因の検討，短期プロジェクト研究報告書(1998-2000年度)後期高齢期における健康・家族・経済のダイナミクス，東京老人総合研究所，57-69頁(2003)
- 3) 鈴木紘一他：高齢者の健康と生活－「長寿社会における暮らし方の調査」の結果報告，東京老人総合研究所(2001)
- 4) 新村 拓：老いと看取りの社会史，法政大学出版社，41-46頁(1991)
- 5) 水島繁美：脳血管障害の長期管理，現代医療社，113-119頁(2000)
- 6) 樋口輝彦：標準精神医学，医学書院，260-281頁(2002)
- 7) 国民衛生の動向・厚生指標 臨時増刊・第50巻第9号，通巻784号(2003)
- 8) 徳珍温子，藤田大輔：中途障害の受容と生きがいの関連について，大阪信愛女学院短期大学紀要，37，23-36頁(2003)
- 9) 増地あゆみ，岸 玲子：高齢者の抑うつとその関連要因についての文献考察－ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に－，日本公衆衛生雑誌，第48巻6号，435-448頁(2001)
- 10) 藤田綾子：高齢者と適応，ナカニシヤ出版，43-100頁(2000)
- 11) 青山晃治，小林祥泰，岡田和悟，卜蔵浩和他：脳血管障害におけるApathyとうつ状態が認知機能に与える影響，脳卒中，20，239-243頁(1998)
- 12) 岡田和悟，小林祥泰，青木 耕，須山信夫他：やる気スコアを用いた脳卒中後の意欲低下の評価，脳卒中，20，318-323頁(1998)
- 13) 宗像恒次：行動科学から見た健康と病气，メヂカルフレンド社，197-232頁(2001)
- 14) 伊藤栄一：リハビリテーションの意欲を左右する因子－脳卒中を中心に－，臨床科学，32，575-581頁(1996)
- 15) 澤 俊二，磯 博康，伊佐地 隆，大仲功一他：慢性脳血管障害者における心身の障害特性に関する経時的研究，日本公衆衛生雑誌，50，325-338頁(2003)
- 16) 鈴木喜八郎，寺島伸子，小山内隆生，達増美澄ほか：脳卒中患者の慢性期における抑うつ状態，弘前大学医療技術短期大学紀要，18，104-107頁(1994)
- 17) 江藤文夫，坂田卓志：脳血管障害後遺症患者の健康関連Quality of Lifeに影響を及ぼす要因の研究，日本老年医学会雑誌，37，554-560頁(2000)
- 18) 安達正嗣：高齢期家族の社会学，世界思想社，143-176頁(1999)
- 19) 藤田智香子，川口晴美，勘林秀行，吉川公章他：「障害受容」という言葉はリハビリテーション専門職種によってどのように使われているか？，青森県立保健大学紀要，2(1)，17-26頁(2000)
- 20) 奥宮暁子：リハビリテーション看護における障害の概念，リハビリテーション看護の新しい視座，医歯薬出版，8-15頁(2001)
- 21) 山下一也，小林祥泰：脳血管障害後遺症の慢性期の管理と生活指導，治療，83，2975-2977頁(2001)
- 22) 岩月宏泰，奥田英隆，岩月順子：慢性期脳血管障害患者の抑うつ状態に影響を与える要因，名古屋大学医療技術短期大学紀要，7，51-56頁(1995)
- 23) 澤 俊二，磯 博康，伊佐地 隆，大仲功一他：脳血管障害者における心身の障害特性に関する経時的研究－心身の障害予測因子に関する分析－，茨城県立医療大学紀要，7，69-78頁(2002)
- 24) 河瀬比佐子，神田貴絵，安藤和子，原田昌子他：脳血管障害後のリハビリテーション意欲に関連する要因－便通の状態との関連についての検討－，熊本大学教育学部紀要，50，103-114頁(2001)
- 25) 河内清彦：視覚障害学生の学業支援サービスに対する大学生の意識構造－自己効力感，視覚障害者観，ボランティアイメージ，特殊教育研究，39，33-45頁(2002)

(受理 2004年2月4日)