



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	高齢障害者の活動遂行と健康意識について
Author(s)	村田, 和香; 渡辺, 明日香
Citation	高齢者問題研究, 16, 37-50
Issue Date	2000-03
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/38459
Type	journal article
File Information	murata-3.pdf



高齢障害者の活動遂行と健康意識について

村田 和香* 渡辺明日香*

Activity Performance and Health Beliefs of the Disabled Elderly

Waka MURATA, Asuka WATANABE
*Department of Occupational Therapy,
College of Medical Technology, Hokkaido University*

Abstract

The objective of this study is to explore the effective occupational therapy service to enrich the quality of life of the disabled elderly by evaluating their activity performance and health beliefs. In this study, a qualitative method, i.e. "field-work method", was applied to seventeen disabled elderly, aged from 65 to 86, living in Hokkaido, with interviews taking place in the participants own homes.

From the analysis of the subjects' spoken stories relating to their own health, it was confirmed that most of the stories were constructed from the comparison between present and previous conditions of illness and disability, and from the interwoven psychosocial and sociocultural sides of daily life. Also confirmed was that decision making in daily life would promote the beliefs of health in the disabled elderly.

From these results, some considerations are discussed for planning and implementing occupational therapy services for the disabled elderly, especially in consideration to individual health beliefs and activities.

Key words : Disabled elderly, Fieldwork, Activity performance, Health beliefs, Occupational therapy

キーワード：高齢障害者，フィールドワーク，活動遂行，健康意識，作業療法

はじめに

日本における65歳以上の人口は、高齢者の平均余命が劇的に伸びたことにより急増し、1970年には老年人口が総人口の7%以上を占める高齢化社会となり、1996年には14%に達する高齢社会に突入した。加えて、平均寿命は男女とも世界一となるなど、いまや世界最高の長寿国となった。わずか26年間に達成した急激な高齢化現象である。今後老年人口の比率は、2050年に32.0%とピークに達するものと推定されている¹⁾。

人口の最多年層が中年期に達した現在、自らの老後対策と社会の高齢化対策という2点が課題となっている。社会の高齢化対策としては、2000年4月の介護保険導入により、福祉の部分は大きな変動が予測される。しかし、個々人の長くなった老後を創造的かつ有効に過ごすための高齢者の役割を作り出すという点に関していえば、わが国ではあまり努力が払われてこなかったように思われる。1992年に見直された高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略（新ゴールドプラン）で、ようやく長寿科学研究の推進としての予防や治療法の開発、看護・

*北海道大学医療技術短期大学部作業療法学科

介護分野、そして社会科学にいたる総合的プロジェクト研究が位置づけられるようになった現状である²⁾。民間主導の研究は多く、その結果がシルバー産業へと広がりつつある。

社会の変化も加わり、人生の選択肢が広がり、自己実現の可能性が増加したことは魅力ある変化であり、これまで青年期の特徴とされていた自分らしい生き方の模索は、生涯を通しての重要な課題となった。健やかな老後をむかえるために、健康維持を考えた個人のライフスタイルの確立と環境の重要性について認識することが必要であろう。

これらの問題を解決するためには、人生50年時代の社会意識の上に立った健康観ではなく、人生80年時代にふさわしい高齢者の新たな役割を再構築し、人生の質 (Quality of Life; 以下, QOL) の視点をもち考慮しなければならない。

WHOの健康の定義では、「健康とは、単に疾病や病弱ではないというだけにとどまらず、身体的、精神的、社会的安寧(満足する)の状態をいう」としている。QOLは身体的、心理的社会的に満足のいく状態(well being)に対応している。臨床医学では、健康は疾病がないこと、すなわち病理学的過程のない状態の意味に使われていることが多い³⁾。WHOが目標としているのは、人々に可能な限り最高の健康状態をもたらすというもっと広い概念である。高齢者を対象とした場合、健康の定義の後半、すなわち、身体的、精神的、社会的安寧の状態に重点をおくことが当然のことといえよう。具体的には、人間が実際に行う活動を通して、心身機能の向上を図ることになる。このように、QOLはWHOの健康定義の一部に類似しているのである。さらに、WHOの国際障害分類(International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: 以下, ICIDH)は、2000年に医学モデルと社会モデルの統合を狙い改定作業中である⁴⁾。これは、健康状態に応じて、生物、心理、社会的なアプローチを統合して障害に対処するための枠組みとして位置づけられており、いっそうQOLの個別性が重視

されることになる。

QOLを評価するためには、これまでいくつかの方法がとられてきた。QOLの定義は、人間の生活者としての意識や状態から自然・人間環境を包括するものまでと様々である⁵⁾。これには個人の安定感、生活の満足度、あるいは幸福感といった主観的な受け取り方とする定義と、満足な生活をするための環境や社会システムというより客観的な指標とする定義がある。したがって、健康について考慮したQOL評価といっても、その意味は広範囲にわたる。ひとつの研究方法としては、健康に関わる人間としての機能性を調べることがある。身体機能、精神状態、社会生活、生活上の役割、苦痛、生命力、健康認識度などの幾つかの項目を調べるものである⁶⁻⁸⁾。高齢者の健康状態については、国内、国外ともに、日常生活活動(Activities of Daily Living: 以下, ADL)の多次元調査の報告が多い^{9, 10)}。

QOLをとらえるもうひとつの方法には質的アプローチがある。QOLそれ自体の概念が明確でない時点では、質的アプローチは有効であるが、その研究はいまだ少ない。その理由は数量化による科学主義、実証主義に基づいた研究を科学として認めてきた歴史的制約によるものが考えられる。しかし、主観的なQOLを探ることは、作業療法をはじめとする高齢障害者のケアにあたるものが、それぞれの職務を遂行する上で、すなわち、対象者にいかに効果的アプローチを提供するかを決断を的確に実施する上で極めて重要となる。長期間にわたって病院や施設でケアを受けた経験を持つ高齢者の中には、健康や自立した生活を失うだけでなく、自分らしさや自己の生き方も否定的にならざるを得ない現実苦しむ人も少なくない。高齢に達するとともに、長期ケアを利用しなければならなかった高齢者自身の表現を通して、自己の人生の意味を明らかにすることは、高齢者への援助のあり方を考える重要な手段となりうる。

作業療法は医学モデルに基づいて発展してきたが、ノーマライゼーションの概念の導入により、

対象者自らが意味を持つ活動の遂行や機能の自立に向かって適応し、変化し、動いていくことを可能にする能力に注目する方向に拡大している¹³⁾。看護、介護、および作業療法などの専門職の存在意味は、その独自性と専門性によるケアサービスのあり方に結びついている。質の高いケアの提供には、その成果を評価することが重要である。臨床で対象者のニーズにあわせたサービスを提供し、その成果を評価することは、サービスの質を維持することにつながり、作業療法サービスを改善する方法でもある。作業療法の質の探求は、質の意味を理解することからはじめなければならない。

高齢者のリハビリテーションを推進する立場では、高齢者の問題に対して個別的に、対象者中心の解決法を探り、対象者の意志に応じたきめこまかなサービスを提供しなければならない。サービスの提供者は対象者の慢性障害による制限を認めた上で、高齢者自身が自己の目標を現実的に決定し、選択した目標の達成を援助する促進者にならねばならない。そのためには、対象者の興味、価値観、自己概念など、主観性を把握することが必要である¹²⁾。対象者個人の価値観を知ることにより、個人がおかれている文化的背景や生活史、そして身体的制限の中で援助することが可能となる。対象となる高齢者の健康の意識は、これまで受けてきた医療や福祉サービスの評価でもあり、また、対象者を取り巻く社会的文化的背景の把握につながるものと考えられる。

これらの側面を把握する質的研究方法として、エスノグラフィーがある。エスノグラフィーとは、他者の生活世界がどのようなものなのか、他者がものごとをどのように見て、何を喜び、どのような行動をとるのか、その背後にあるその人の文化を描くことである。人の日常行動の背景にある文化は、当人さえ感知しない程その人の一部になっていることが多く、質問紙や面接などのその人の意識に頼るような研究方法では取り出せないことも多い。それを、その人の生きている文脈ごとと抽出しようと試みるのが、フィールドワークであ

る^{13, 14)}。

作業療法の実践は、対象者の個別的な理解、対象者自身が体験した障害や治療の意味を明らかにし、生活の再構築の可能性を追求するために、対象者の人生における重要な出来事を明らかにし、意味づけるよう働きかける。したがって、臨床に携わるものはもちろん、ケアを研究するものは対象者の健康に対する自覚をよく理解しておくことが必要となる。なぜならば自覚が症状となっており、あられることが多いからである。ただ、ある特定の自覚とある特定の症状との間に1対1、あるいは原因—結果の関係として直接結びつけることは困難な場合が多い。しかし、健康への信頼ないし自信というものは、基本的に切り離して考えることはできない。高齢者の場合、健康と病気の両方を同時に感じていることが想像される。いかに健康を自覚するかということによって、大切な将来の生き方を考えるきっかけを作ることにもなる¹⁵⁾。

筆者ら的高齢障害者のQOLを検討するための研究結果では、高齢者は現時点でいくつかのテーマを解釈・評価し、それらを統合しつつ、自己概念を再形成して、人生を受容していると考えられた。また、ライフストーリーを構成するテーマは、加齢と関連する人生の出来事をベースに、心理的社会的側面や文化的側面が関連して構成されていた。それぞれの環境での適応に影響を及ぼす要因として、障害や疾病、これまでの人生を通して肯定的な自己概念を確認できるかどうかがあげられた¹⁶⁾。

高齢者自身の健康の自覚を問う本研究でも、その概念が明確でないがゆえに、このような質的アプローチを必要とする領域であろうと考える。

本研究の目的

上記問題意識の視点に立ち、高齢障害者が地域社会で生活するために、個々の環境への適応に必要とされる活動をいかに実現していくのかを、健康意識との関係から明らかにしようとするものである。本研究では北海道内に在住する高齢障害者

を対象として、フィールドワークの手法を用い、以下の問題を探求することに目的をおく。

- (1) リハビリテーションの経験が有り、現在は在宅で生活している高齢障害者の語りの中にあられた生活と健康を構成する要素を調べる。
- (2) 健康に対する自覚、およびその自覚に影響を及ぼす要因を探る。
- (3) (1), (2)より、それぞれの環境での適応にどのような影響を及ぼしているかを明らかにする。

本研究は上記の目的を明確にし、高齢障害者の健康の自覚を把握し、QOLを高めるケアのあり方を検討するものである。これは、作業療法を含めたケアサービスの評価にもつながり、対象者との好ましい協業体制を構築する上でも貢献できるものと思われる。

作業療法のサービスが理論と実践の統合に向かうためには、専門性として必要な科学的リーズニングに加え、個別的で、象徴的、主観的な人間の現実に関わる「臨床の論理（クリニカル・リーズニング）」が、知識の認識枠組みに統合される必

要がある¹⁷⁻¹⁹⁾。個々人が、社会生活の中で障害や疾病によって困難な状況に遭遇しても、人にはおのおの対処方法があり、その受容の仕方ともさまざまである。こうした人生の軌跡にある個別の生き方の信念を理解の出発点とする援助のあり方を探索し、そうした視座を内包した作業療法研究の方法を確立していく意味で、本研究は独自の意味を持つものと考ええる。

本研究の方法

1. 研究デザイン

本研究は高齢障害者を対象に、内面的世界からとらえた活動の遂行状況および健康意識を把握しようとするものであり、研究デザインは質的因子探索研究とした。具体的には、フィールドワークの手法を用いた面接と参与観察によるものである。フィールドワークは既存の理論に対して柔軟なスタンスが取れ、またよりどころとなる適当な理論がなくても新たに理論を生み出すという特色を持つものである¹⁹⁾。その方向は、人間の行動、あるいは文化や社会の複雑な成り立ちに必然的に含まれる矛盾や非一貫性を、全体的にとらえるという

表1 対象者の背景

氏名	性	年齢	居住地	疾病・障害	学歴	婚姻状況	入院・入所期間	OT受療期間	機能状態
S.T.	男	65	S町	左片麻痺	高校卒	既婚	6か月	3か月	独歩・ほぼ自立
I.M.	女	65	S町	左片麻痺	高校卒	既婚	1年	6か月	独歩・自立
I.Z.	男	67	O市	右片麻痺、腰椎症	高校卒	既婚	1年	10か月	独歩・自立
I.S.	男	67	A市	右片麻痺、糖尿病	大卒	既婚	2年	1年10か月	独歩・ほぼ自立
I.F.	男	72	S町	左片麻痺	旧中卒	既婚	1年	10か月	杖歩行・ほぼ自立
S.T.	男	74	S市	右片麻痺	旧中卒	既婚	1年6か月	1年	独歩・自立
O.J.	男	75	S町	右片麻痺、肺ガン	旧中卒	既婚	1年	8か月	独歩・自立
U.M.	男	76	A市	左片麻痺、肺ガン	旧中卒	既婚	3年	1年	独歩・自立
K.T.	男	76	O市	左片麻痺、糖尿病	旧中卒	既婚	1年6か月	1年	独歩・入浴一部介助
T.Y.	女	77	S市	脊柱間狭窄症	小学卒	既婚	2年	1年11か月	車椅子・入浴介助
T.S.	男	80	H市	多発性脳梗塞	小学卒	既婚	2年	1年	車椅子・入浴介助
E.T.	女	80	S市	腰痛症	高女卒	死別	2年	1年	独歩・自立
S.W.	女	84	S市	脳幹梗塞	小学卒	死別	3年	2年	杖歩行・ほぼ自立
O.M.	男	85	S市	胸椎圧迫骨折	高小卒	既婚	2年	1年	歩行器・入浴介助
M.T.	女	85	S市	脊髄梗塞	小学卒	死別	3年	2年	車椅子・入浴介助
M.A.	女	86	S市	多発性脳梗塞	小学卒	死別	3年	2年	杖歩行・ほぼ自立
O.S.	女	86	S市	右膝人工関節	小学卒	死別	6か月	3か月	杖歩行・ほぼ自立

基本的姿勢にあり、本研究もそれに従った。まず、フィールド全体の観察を実施し、焦点を絞った観察に移行する。さらに、エスノグラフィックな面接を実施し、データ収集と分析を同時並行的に進めていくという方法である。

2. 対 象

北海道内在住で、過去および現在作業療法を治療している高齢障害者を対象とした。道内S市およびO市、A市の病院で作業療法を受けているもの、H市の老人保健施設のデイケアに参加しているもの、S町保健センターで実施しているリハビリテーション教室の参加者の中から、あらかじめ研究目的および方法を説明した上で研究協力を依頼し、これを了承していただいた方々である。面接に支障をきたす、コミュニケーションの取れないものや知的に問題のあるものは除外した。

最終的に分析対象となったのは、男性10人、女性7人の合計17人である（表1）。対象者の年齢

は65～86歳であり、平均年齢は76.5歳であった。老年前期（65～74歳）が6人、老年後期（75歳以上）が11人であり、80代は女性が多い。全員が入院・入所の経験を持ち、その期間は6か月から3年であった。また、退院・退所後の在宅の生活は6か月以上たっている。婚姻状況については、全員が既婚であり、そのうち配偶者と死別したものが5名あった。収入源については、ほとんどが年金をあげており、これに加えて子どもからの援助や貯蓄の切り崩しなどがあげられた。

身体状況では、脳梗塞後遺症による片麻痺、糖尿病、ガン、腰痛、骨折等様々である。寝たきりの状態のものはなかったが、ADLは自立しているものから入浴等の介助が必要なものとまで幅広い。知的な問題では日常生活に支障はない。

3. 方 法

1) 面 接

面接の場所は、対象者の自宅、もしくは、リハ

表2 面接内容と質問例

面接内容	質問例
現在の生活について	・ごく普通の1日の過ごし方について ・経済面、精神面の助けの必要なとき
人生について	・どこで生まれたか ・両親は何をしていたか ・結婚について ・こどもについて ・大きな出来事
老いについて	・年をとることをどう考えるか ・長生きできるとしたら、どんなことをしたいか ・将来のことを考えるか ・死について考えることはあるか
仕事や趣味について	・どんな仕事をしていたか ・仕事をどのように感じていたか ・趣味は何か ・趣味をはじめたきっかけについて
病気や障害について	・病気・障害になったときについて ・どう感じているか ・生活の変化について ・不安なこと
健康について	・健康とは ・健康になるために ・今健康ですか

ビリテーション実施場所近辺（たとえば施設のホールやデイルーム、近くの喫茶店）等で実施した。自宅の場合には、訪問時に通された部屋であり、居間か本人の自室であった。これらの場は、対象者にとってなじみのある場所である。

面接は、あらかじめ実施した健康に関する予備調査や興味チェックリストの内容を確認しながら開始し、健康と日常生活を中心に、半構成的質問紙法を用いた（表2）。質問の仕方は一律ではなく、会話の流れや対象者の理解の程度によって異なった。

面接時間は一人60分から120分程度であり、数回に分けて行う必要のある場合もあった。面接の内容は、対象者の了解のもとに録音した。

2) 参与観察

面接と同時に、対象者の生活の様子を観察した。同意が得られた場合には、その様子をビデオで録画した。観察者は自宅を訪問した場合には来客として、施設等でのリハビリテーション場面では見学者という立場をとった。

観察項目は、対象者の身だしなみ、面接中の態度、家庭の様子、自宅周囲の環境、リハビリテー

ション場面などである（表3）。

3) 期 間

本調査は、1999年5月から2000年1月までの約9ヶ月間に実施したものである。

4) 倫理的配慮

データ収集に先立ち、本研究の目的と大まかな面接内容について説明して研究への協力依頼を行うとともに、データ収集時に研究への協力の承諾を再確認した。さらに、プライバシー保護に関すること、すなわち、データは本研究以外には使用しないこと、秘密は厳守すること、苦痛に感じることは話す必要のないことを保証した。

4. 分析方法

録音された面接の内容は文章化し、フィールドノーツに再現した。観察場面もメモをもとに再現し、記録ビデオがある場合は確認し、フィールドノーツに書き加えた。このフィールドノーツを仮説生成の視点から分析した。仮説生成法の特徴は、理論的サンプリングの考え方を使って、集めたデータの中から新しい仮説構成体や理論の萌芽をつかみとっていくことにある¹⁰⁾。データのコーディング、カテゴリーの抽出、仮説の生成がその流れである。

フィールドワークによる仮説生成研究の特色は、データ収集とデータ分析のプロセスが相互依存的に絡みながら同時に進行することである。分析をすると同時にデータ収集も継続した。

最終的には、対象者の活動遂行と健康の自覚の関係を分析し、何らかの分類が可能かどうかを検討した。

5. 研究の限界

本研究は北海道内で協力いただいた17人の調査であり、得られたデータを老人領域のフィールドへ普遍化しようとするものではない。

表3 観察項目

観察項目	
みだしなみ	・服装 ・整容状態
面接中の態度	・表情 ・動作 ・対応の仕方 ・話し方
家庭の様子	・部屋の状態 ・家族の様子 ・家族の介護の仕方
自宅周囲の環境	・交通機関 ・自然環境
リハビリテーション場面	・表情 ・話し方 ・動き ・話題の内容 ・他者との交流

結 果

1. 語られた健康を構成する諸要素

データ収集を進める中で、語られた健康を構成する概念的諸要素を表4のように分析した。語られた健康は、疾病・障害に関わる出来事と加齢・老化に伴うこと、そして日常の出来事の心理的社会的側面や文化的側面が相互に関連して構成されていた。

疾病や障害に関連する出来事としては、病態や変化からくる不安、疾病や痛み、障害からくる自立の喪失、生活の変化、リハビリテーションを含んだ治療に対する自己の態度、移動能力、薬や栄養の自己管理、入院生活などが口述の内容に含まれていた。加齢・老化を含め老年期における出来事としては、配偶者の死、その後に訪れるひとり暮らし、孤独、家族とのきずななどであった。これらが日常生活の出来事として例示されていた。

I.Z.さん、67歳男性、右片麻痺・腰椎症

「痛みがあると健康って言う感じはないねえ。歩いても気持ち良くないから気分は滅入るだろう。これは絶対健康じゃないなあ。痛い病気があったら健康じゃないんだな。あとは食べ物がおいしいかもだな。痛いともずいんだよ。」

M.A.さん、86歳女性、多発性脳梗塞

「うーん、年をとると健康じゃないねえ。あんなに何でもできたのに、人様の世話ばかり

でさ、まあ、年をとるちゅうことはそういうことだな。健康には縁なしだ。」

O.J.さん、75歳男性、右片麻痺・糖尿病

「健康っていうのは、自分のしたことに責任が取れるってことではないだろうか。そういう能力のあるっていうことが健康につながると思います。病院へ行って、薬をきちんと飲んで。それがひとりでもできることが大切です。」

M.T.さん、85歳女性、脊髄梗塞

「普通の生活ができるってことかねえ。人様の迷惑にならないでね。私はだめだねえ。病気が悪くなるって思ったら、もうだめだねえ。気弱になるねえ。周りもね、そう言うふうにいるよ、きっと。」

2. 健康意識とそれに影響する諸要因

自己の健康についての意識を見ると、対象者17人のうち自分は健康、あるいは健康について問題ないと自覚しているものは10人、逆に健康でない、健康な方ではないとしているものが7人であった(表5)。自らの健康状態の判断基準となる要素は、様々であった。前者の健康の自覚を持つものは、同じ年齢の仲間と比較し、良いか悪いかを判断し、病気があっても生活のある部分が自立しているので健康であると感じているものが多かった。後者の場合には、入院していた、病気がある、障害があると、自分の不幸を生き生きと話すものもあっ

表4 対象者が語った健康を構成する諸要素

疾病・障害に関すること	病歴、病態の安定、治療介入、食事制限、薬、治療期間
	機能状態、リハビリテーションへの態度・姿勢、プログラムの内容
加齢・老化に伴うこと	ADL自立度・介助量、移動能力、改善度、入院生活、他者との比較
	痛み・痛みコントロール、自己管理、生活の変化
心理的側面	死への不安、配偶者の死、ひとり暮らし、孤独、家族・親戚のつきあい
	トラブルの対処、自己の能力の信頼、人生の選択、幸せ感、行動力
社会的側面	興味・好奇心、自信
	家族の支え
社会的側面	友人・近隣とのつきあい、老人クラブ
文化的側面	価値観、宗教、旅行、行事、老いのイメージ

表5 対象者自身の健康意識

健康意識	対象者数	諸要素
健康 問題はない	10人	安定した病態, 慢性疾患 自立度, 食事, 移動, 外出 他者との比較, 悟り・あきらめ ゆとり, 好きなことができる
健康ではない 健康な方ではない	7人	病気・障害・痛みの変動 介助量, 他者の介入 移動能力, 排泄時の介助 食事制限 老化 若いときと比較, 病前と比較

た。

以下にその典型的な例を示す。

I.F.さん, 72歳男性, 左片麻痺

Iさんは自分を健康と自覚していた。左上肢は補助手レベル。杖がないと歩行は不安定であり, 階段昇降時は手すりが必要となる。立ち上がりには自分の大腿に手をつき支える。着替えは腰掛けて行う。現在はリハビリ教室のリーダー的存在となっている。病前は配線工事の仕事をし, 夜明かし麻雀が好きだったそうである。

「自分のことかい。自分ではまあ健康だと思うよ。今はねえ。あたったときは死んだほうがましと思ったけどなあ。今は健康だと思うよ。上を見ればきりがないけどな。歩くことができれば健康になれるんだよ。食い物うまいしな。だから後はお迎えを待つみなのさ。死ぬのが生きがいていうか。捨て鉢ってことじゃないよ。だからやることはやろうと思うんだ。悟りを開いたんだよ, 病気になってから。病気になったからそう思えるようになったんだよ。前は無我夢中で生きてきたっていう感じ。忙しすぎて, 体の使いすぎだ。な, 俺は健康だろう。」

S.W.さん, 84歳女性, 脳幹梗塞

Sさんは自身を健康と認識していた。移動は杖歩行であり, 痛みをとまっていた。しかし, 痛みのないときは何も悩みがないようにも見えた。

健康管理を自分でしているという意識が強い。生家も結婚先も農家であり, 長く働いてきた。料理が好きで, 現在も朝, 昼食は自分で作っている。

「自分で健康管理できてるんだから, 健康なんだよ。これ以上悪くなりようもないさ。食事だろ, 体操。自分で考えるのさ。一番大事なのは, くよくよしないことかな。頭いいからさ, すぐ忘れるから健康なのさ。」

T.Y.さん, 77歳女性, 脊柱間狭窄症

Tさんは, 自らを健康ではないと認識していた。リハビリテーションには非常に積極的に参加している。また, 他メンバーに声をかけるなど, ムードメーカーとなっていた。家でも趣味の歌作りをしており, どちらかという活動的なイメージを与える人である。しかし, 以前は何でもやれたという思いが強く, 過去に働いていたときの自分のイメージを基準としていた。障害は受容されていた。

「もうねえ, 仕方ないといえはないんだろうけどね, 病気だから仕方ないのさ。人様に迷惑かけながら生きているからさ, これで健康といったら叱られちゃうよ。まあ, 楽しければいいからね。楽しむ障害者になるさ。不真面目だって叱られるかね。なんでも幸せだって思えることが大事だと思うよ。」

T.S.さん, 80歳男性, 多発性脳梗塞

Tさんは, 健康でないと認識していた。車椅子

を利用し、老人保健施設のデイケアに参加している。日常生活も入浴を中心に介助を必要とする場面が多い。両手動作も困難である。過去には老人クラブに通い、旅行も大好きであった。現在は生きていくのに一生懸命で、精一杯と受け止めているようである。

「病気だし、障害者だろ。摂生が悪かったんだな。もうだめだろう、健康にはならないよ。元通りにならないんだから。」

M.A.さん（前出）

Mさんは、年をとった自分はすでに健康ではない、と認識していた。杖歩行ではあるが、日常生活はほぼ自立している。来客にお茶を出すなどの気配りも適切である。リハビリテーション場面では、年だからと遠慮することが多い。常ににこやかな表情で、他者との会話を楽しんでいる。若いメンバーに過去の経験話すことも見られた。

「年だからねえ。こうなりたい、あになりたいと思って、健康になりたいと思って、無理なんだよ。細く長く生きればねえ。昔はねえ、何でもできたでしょう。今はねえ、一歩歩いては、肩で息して、またひとつ進んで息ついて。」

そんなんだから健康なんてねえ。年だからあたりまえだよ。」

3. 日常生活での活動遂行と重要な出来事

対象者が日常の生活を語るテーマは、配偶者とふたりになった老人夫婦の生活、あるいは死別後の生活、孤独、疾病や障害からもたらされた自立の喪失、それでも興味あることをしたいという気持ち、どうにかしたいと思う悩み、葛藤、家族とのきずな、友人や近隣の人たちとのつながりなどであった。疾患や障害を持ちながらも、前向きに生きている姿を垣間見ることができた。

多くの対象者は、テレビ、読書、散歩、友人との交流、そしてリハビリテーションといった活動で日々を過ごしていた。家庭や地域で持つ役割によって、家事等の仕事の活動と余暇的な活動とのバランスがとれていた。多くは家族と同居のため、祖父母、父母という役割を持ち、団欒の場を持つ、話を聞く、相談にのるなど、交流のための活動をしていた。老人世帯、あるいはひとり暮らしの対象者は、主婦や家庭維持者の役割から要求される活動を行っていた。友人との交流、趣味や老人クラブ、リハビリテーションの参加などの活動によ

表6 意志決定をとまなう生活の中での重要なこと

	大きな決定	小さな決定
病気や障害	治療法、治療の同意 治療の継続 手術を受けるか否か リハビリテーションを受けるか否か 介助のために他者を家へ入れるか 家屋の改造	今日病院へ行くか、行くまいか 作業療法で何を作るか 車椅子・杖等の購入 介助を受けるか、お願いできるか
家族や親族	退院・退所先	お祝い、おこづかい 訪問
友人や親しい人々	友人を招待	一緒に食事・お買い物
趣味	新たにはじめる	材料購入、プレゼントする
金銭面	財産分与 不動産処分 定期預金の解約	年金の受け取り 普通預金の引き出し
日課	旅行	就寝時刻、起床時刻、食事時間 食事の内容、こんだて 外出、散歩

て、多彩な役割を獲得していた。

これらの日常生活での活動が有意義かどうかは、活動そのものの意味に加えて、自分自身の選択や意志決定が加わったかどうかによって左右されていた。また、意志決定には大きな決定と小さな決定の2つがあった(表6)。

小さな意志決定とは、好きな時間に起きる、あるいは寝る、食事をとる、外出する、電話する、訪問者に対応するといったことに伴う日常的な小さな決定である。日常茶飯事ではあるが、障害を持った高齢者は選択や意志決定をする機会が少なくなりがちであるため、このような日々の小さな出来事を積み重ねることは重要な意味を持っていることがうかがわれた。自分がどのように決定したかが生き生きと表現されていた。

大きな意志決定は、治療の同意、リハビリテーションのため通院する、通院を終了する、家を改築する、財産に関わることなどである。この決定については対象者のほとんどがひとりで決定することがなく、家族や周囲の人の意見に左右されていた。

大きな決定が下せなかった場合は、障害を持っているので、あるいは年だから仕方ないと受け止めていた。2つの意志決定のバランスが健康の自覚に影響を及ぼしていた。

S.T.さん, 65歳男性, 左片麻痺

左足指の変形と痺れ感があり、スリッパのはけないことが不満である。かつては重機操作の仕事をしており、収入も良かったそうである。もともと焼きものが好きで、陶芸に興味があった。障害を持ったことが自分の興味ある陶芸を始めるきっかけになった、と笑って話してくれた。パチンコも好きで、退屈になると出かける。自分自身を健康と認識している。手を動かすこと、陶芸が頭を使い、神経を刺激し、歩くことが健康を保っていると感じている。

「時々ね、一人じゃできないことがあるんだよ。細かなとことか、重たいものを持つとかね。

そのときさ、自分で無理しないで、人に頼むといいんだけどさ、それができなくて失敗することがあるんだよね。ひっくり返したりね。友達にも頼めないときがあるんだよ。おかしいよね。ちょっと言えばいいんだけど、気がついてくれる人がいるとほっとするね。手伝ってもらってでも好きなことができるっていうのでも、いいと思うんだ。うちの(妻)は嫌がるけどさ。人生長いからねえ。健康で長生きがあこがれだね。人に頼めると楽だよ。」

I.M.さん, 65歳女性, 左片麻痺

Iさんは非常に活動的である。話している中でも、採集してきた山菜を広げて乾燥させるなど、手は休めない。気になっているのは頭痛が強くなるときがあることと、左肩関節可動域の制限である。夏(8月)の現在、7時に寝て3時におきるといった生活をしている。これは障害前と変わらない。きのこを収穫し、ホテルや旅館に配達という仕事を続けている。しかし、リハビリテーションは優先させており、リハビリテーション教室のあるときは、仕事を早めに切り上げる。山歩きが好きで、オルガンを弾くことが趣味であり、訓練になっていると話す。家の中は掃除が行き届き、心地よい雰囲気である。

「きのこ狩りにきた人にも家に上がってもらうのよ。父さん(夫)はねえ、障害者なんだからおとなしくしてろって言うんだけど、それじゃあ、あきらめたみたいだよねえ。こんなものに負けたくないじゃない。あきらめるのはいやだからね。まだ、人生終わらないよねえ。そんな隠居気分になっちゃうことないでしょう。責任持ってやってるんだから、大丈夫だよ。迷惑はかけないわな。おしゃべりして、笑って、仕事ができ。そしたら、血圧も下がるしね。温泉に入って、山歩きして、健康でしょう。幸せだと思うよ。」

I.S.さん, 67歳男性, 左片麻痺・糖尿病

病院での障害の説明が理解できず、障害は治ると信じていた。退院の話が出たときに、なぜ途中で放り出すのかと不信を感じ、今でも家族にもわかるように説明してほしかったという思いが強い。何か良くなる方法があるのではないかと思い、リハビリテーションは続けたいと考えている。しかし、妻が勉強して糖尿病食の献立を作ることに不満を持っている。自分の希望、好みの料理を作してほしいという思いがあるのだが、妻の気持ちを考え、言えないでいる。わがままと承知の上であるが、何でも決められてしまう気がして、いやだと話す。

「食べるものぐらいなあ、好きなもの食べたいんだけどねえ、本見て作ってくれるんで、いえないよなあ。感謝してるんだよね。でも、ああいう食事ばかりだと（自分が）病人だっと思うの当たり前でしょう。気持ちは大事だよ。俺は病人だから、当たり前なんだけど、気持ちぐらいはね。なんでも母さん（妻）の言いなりになるんだよ。しかたないんだけどねえ。ちょっとぐらいはねえ、聞いてくれてもねえ、いいと思うんだけど。またそれも言えないんだよね。」

考 察

1. 健康を構成する要素について

対象者が語った健康には、日常生活において個人の体験の中に様々な要素のいくつかが繰り返しあられ、さらに、多くの場合複数の要素が相互に関連しあっていた。

いくつかの要素は、多くの対象者にとって意味のあるものとして認識されており、これらは北海道内5カ所の地域での調査ではあるが、対象者の共通の文化的背景を示すものと思われる。しかし、その要素の持つ意味は、個人の生活におけるその他の要因との兼ね合いによって異なっていた。対象者によって語られた健康の話に頻繁に現れたのは、疾病・障害に関すること、加齢・老化に伴うことであった。これらが日常の出来事として、あるいは経験を通して解釈されていた。

疾病や障害があっても健康であるべく努力をする姿や、日常の生活の工夫が語られていた。個々人の置かれた状況により果たす役割は違い、役割により要求されている活動は異なる。そのことを理解した上で、健康を維持するために、時には葛藤を持ちつつ作業療法に参加していた。

健康観には対象者を取り巻く社会の文化の影響が大きかった。過去と現在の努力を評価し、老いを否定的に捉える文化の存在である。しかしそれでも、障害を持ちながらも前向きな生活を送る高齢者の姿があった。

2. 日常の活動遂行と意志決定、健康の自覚について

対象者の健康の自覚は、意志決定のバランスに左右されていた。老化を自然なこととして受けとめていることと、障害や疾病が急激に変化しないという安定状態を基本とし、その上で、日常生活の遂行に必要とされる小さな意志決定が多くできた場合、健康の自覚は高くなっていた（図1）。大きな決定は影響していなかった。

対象者の日常の活動は、家庭や地域社会で果たす役割によって異なった。高齢障害者であるということで、家庭での生活に必要とされる役割は減少してはいなかった。活動遂行にあたっては、対象者の機能レベルに合わせて簡略化、工夫、あるいは部分的に介助がなされていた。作業療法での活動遂行能力の評価、例えばAssessment of Motor and Process Skills²⁰⁾のような評価を丁寧に行う必要性が示されていた。

老年期、特に障害を持つ高齢者は自己選択、意志決定をする機会が少なくなりがちである。これまでの日本の文化では、『老いては子に従え』ということがあった。しかし、今回対象となった高齢者は、日常の些細な出来事でも自ら意志決定することを強く望んでいた。より高い自立性を目指す努力、すなわち、意志決定の機会を新たに見出し、その活動を促進することで、高齢者自身が自らの生活をコントロールできるようにしていかな

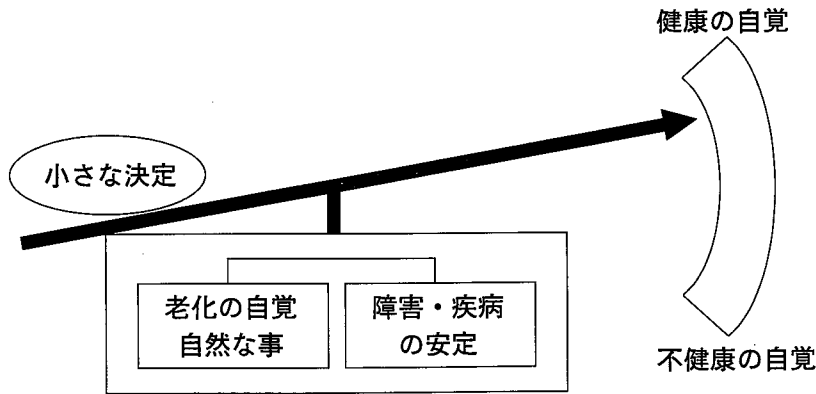


図1 健康-不健康の自覚に影響する意志決定のバランス

なければならない。病人としての立場が意志決定に及ぼす影響は大きく、その点からも、障害を持って健康な判断ができる自己の存在を確認する必要があるだろう。

障害を持つての生活では、大きな決定は家族の判断が優先される場合が多い。しかし、高齢者にとってコントロールしているという感覚については、QOLという意味からも、最も重要であるのは、日常茶飯事の決定に自ら関わることもなのかもしれない。そして小さな決定に関する自立が高められることにより、大きな決定に関与するために必要な能力が生まれるのであろう。しかしその一方で、決定に伴う責任から逃れたいと考える高齢者のいることも認識しておかなければならない。

3. 健康の自覚とQOLについて

老年期は、慢性疾患の罹病とそこから発生する問題を抱えることが特徴である。したがって、常に病気や障害の徴候に注意を払っていなければならない。高齢者が自己診断をする場合には、じっさい自分はどの程度健康か、どの程度病気かという疑問を持つことが必要かもしれない。高齢者は病気や障害を持っていても、他者と比較して自分の健康状態を認識している。これは一定ではなく、日々変化するため、健康と不健康の感覚を常に持っている可能性がある。

一般的に、客観的な健康状態と主観的な健康状態には相関関係は存在するものの、老年期に出現する症状についての自己診断が、必ずしも医師の診断や医学的データと一致するものではないことを、ケアの専門家としては知っておく必要がある。調査にあたっては、対象者が医学的判断にどのように反応しているかを見極める必要がある。同じ年齢の他人と比較して良い結果が出たことが刺激になり、リハビリテーションに励むようになることもあれば、逆に悪い結果が出た場合、それを契機として前よりも健康に留意するようになり、あるいは反対に気にし過ぎたり、がっかりしたり、悲観的になってしまう、などのこともある。

いかに健康を自覚するかが、健康を考える大切なきっかけを作ることになる。たとえば、自覚症状を持ってから、体に良いという事を始めたり、悪いといわれていることをやめることが多い。テレビの健康番組が人気の高いゆえんである。いくら健康法を勧める保健活動を行っていても、本人が肝心の自覚を持たない限り長続きさせることはできない。その意味では、最良の健康法を並べ立てて噛んで含めるように説明するだけでは十分とは言えない。何かやってみようという機会を提供するには、その効果を具体的に例をあげて説明する必要もある。例えば、健康に関する知識、症状の認知、症状の診断、社会的支援、社会的経済状

態、性格、医療スタッフと対象者の交流、習慣、決定後の行動のフィードバック等である。

健康の自覚は、確かに健康への配慮のほんの一部の要素に過ぎない。しかし、長い目で見た場合、症状に関する各種の予防手段のひとつとしては、とりわけ高齢者を対象とする場合には、やはり重要な要素であるといわざるを得ないであろう。高齢者の福祉の向上には、専門家による専門的な観察を通じて高齢者の明確な健康の自覚を正確に把握することが望まれる。

4. 健康の増進に貢献する作業療法プログラム

高齢障害者の健康の自覚を知ること、健康に対する価値観を把握することでもある。高齢者が残りの人生の生きかたについて、どのように考えるかは、あくまでも個人的問題である。しかし、これはQOLの向上、健康増進を目指す場合、作業療法プログラムの検討のためにも確認すべき情報である。

作業活動と健康の関係に配慮した作業療法の理論に基づき、活動プログラムは選択される。健康増進に貢献する生活パターンづくりを対象者の生活の延長線上に可能にすることが必要である。自己の健康が増進していると感じることの可能な活動に参加することにより、健康や幸福感の高まりを体感することができるといえよう。

結 論

本研究は、在宅生活を送る高齢障害者の健康に対する意識を、面接および参与観察によって明らかにしようとするものである。結果、以下の知見が得られた。

- (1) 在宅で生活する高齢障害者により語られた健康を構成する要素は、疾病と障害に関わること、および加齢と老化に伴うことが、日常の心理的社会的文化的側面で相互に関連して構成されていた。
- (2) 日常の活動の意味は、活動そのものより、いかに選択したか、意思決定できたかにより

異なっていた。

- (3) 日常の意志決定のバランスが健康の自覚を高めていた。
- (4) 在宅生活を送る高齢障害者の作業療法では、健康の自覚が確認できる活動プログラムを選択することが必要と考えられる。

謝 辞

調査にあたり、快くお話いただきました対象者の方々に心よりお礼申し上げます。また、ご協力いただきました病院・老人保健施設の作業療法士の方々、保健婦の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 厚生省・監修：平成10年度厚生白書。ぎょうせい，東京（1998）。
- 2) 総務庁編：平成8年度版高齢社会白書。大蔵省印刷局，東京（1996）。
- 3) 中村隆一編：リハビリテーション概論第2版。医歯薬出版株式会社，東京（1993）。
- 4) 佐藤久夫：WHOの障害構造論とその修正方向。OTジャーナル31：129-132（1997）。
- 5) 松本洸：クオリティ・オブ・ライフの指標化と分析（金子勇，松本洸編）クオリティ・オブ・ライフ，29-56，福村出版，東京（1988）。
- 6) 古谷野亘：生きがいの測定，改訂PGCモラールスケールの分析。老年社会科学3：83-95（1981）。
- 7) 和田修一：人生満足度尺度の分析。社会老年学14：21-35（1981）。
- 8) 杉山善朗，竹川忠男，清水信介・他：老人の『生きがい』意識の測定尺度としての日本版PGMの作成（1）。老年社会科学3：70-82（1981）。
- 9) Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, et al.: Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standard measure of biological and psychosocial function. JAMA, 185: 914-919 (1963)。

- 10) Stuck AE, Aronow HU, Steiner A, et al :A trial of annual in home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. N Engl J Med, 333: 1184-1189 (1995).
- 11) Pedretti LW: Occupational Therapy (1996) (宮前珠子, 清水一, 山口昇監訳: 身体障害の作業療法. 協同医書出版社, 東京 (1999)).
- 12) Kielhofner G.: A Model of Human Occupation 2nd edition. Williams & Wilkins, USA (1995) (山田孝監訳: 人間作業モデル第2版 協同医書出版社, 東京 (1999)).
- 13) 佐藤郁哉: フィールドワーク. 第1版, 新曜社, 東京 (1993).
- 14) 箕浦康子編著: フィールドワークの技法と実際. 第1版, ミネルヴァ書房, 京都 (1999).
- 15) 吉村正: 健康の自覚, (エイジング大事典刊行編集委員会監訳) エイジング大事典: 134-135, 早稲田大学出版部, 東京 (1997).
- 16) 村田和香, 山田孝: 高齢障害者の自己概念と人生の満足度, 高齢者問題研究 (13) : 99-112 (1997).
- 17) Schell BA & Cervero RM: Clinical reasoning in occupational therapy; An integrative review. American Journal of Occupational Therapy 47: 605-610 (1993).
- 18) Mattingly C : The narrative nature of clinical reasoning. American Journal of Occupational Therapy 45:998-1005 (1991).
- 19) Fleming MH: Clinical reasoning in medicine compared with clinical reasoning in occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy 45: 1007-1014 (1991).
- 20) Fisher A: Assessment of Motor and Process Skills. 3rd ed. Three Star Press, Fort Collins (1999).