

第 2-5 章

健康

◆ 結果の概要

本章では、社会的障壁の除去のみでは解消し得ない、頸髄損傷者の身体ならびに精神的健康状態の概要、ならに精神的健康の状況に影響を与える項目について検討を行った。

その結果、健康状態に関する問題として、

1) 多くの頸髄損傷者は排便に介助を必要としており、また排便に長い時間をかけていること、2) 健康診断・人間ドックの受診者の割合は半数以下であること、3) 性について困っていることがありながらも羞恥心や相談先が不明であるため、相談できていない人が一定数存在していること、が明らかとなった。

続いて、精神的健康に関する問題として、

1) 頸髄損傷者は一般健常者と比較して、悩みやストレスを抱えやすく、また精神的健康が悪化しやすいこと、2) 個人的事項として年齢、性別、障害に関する事項として受傷期間、障害の重さ、排便失禁頻度、社会環境に関する事項として年金手当の受給額、外出頻度、就労、理解や励ましを行う人の存在、家族による理解や励ましがあることが精神的健康と関係していること、3) 日常生活に介助を受けているものに限っては、介助満足度と家族介助による家族の生活問題発生有無が精神的健康と関係していること、4) 精神的不調者群の特色として、受傷期間が10年未満、排便失禁が週1回以上、外出回数が5回未満、家族に励ます人がいないこと、が明らかとなった。

これらのことから、

1) 排便にかかる時間的負担や排尿や排便に介助を依頼しなければならない状況が、頸髄損傷者の社会参加の妨げの一要因になっていると考えられ、医療・工学等の協力により工夫がされる必要があること、

2) 健康診断・人間ドックの受診者の割合を増やし、性についての情報提供を進めるために、障害別に必要な情報を集積し提供するシステムと頸髄損傷者が受診できる設備を整え、併せて医療者の理解を促進していくことが必要なこと、3) 頸髄損傷にともなう身体的な制約、また身体的制約に伴って生じる介助者を使うことによる制約が精神的健康状態に影響を与える可能性があること、4) 良好な家族関係、介助関係が精神的健康状態の向上に寄与する可能性があること、5) 頸髄損傷者の精神的健康の向上を図る上で、同じ頸髄損傷者同士によるピアサポートの活用も検討すべき選択肢であること、6) 頸髄損傷者の精神的健康を含めた生活の質(QOL)の向上を達成するという観点から外出支援などの社会参加支援施策を検討していく必要があること、7) 頸髄損傷になって特に期間が短い者、ならびに排便失禁などのリスクがあり家に閉じこもりがちな者、家族による介助を必要とし、そのために家族関係が悪化している者に対し、特に今後精神的サポートを提供していく必要があること、が示唆された。

◆ 背景と目的

近年登場した障害の「社会モデル」は障害を「個人の不利益・社会的活動の制約」であり、「不幸・克服すべきもの」とする「個人モデル」を批判し、「不利益・社会的活動の制約」を加えているのは社会の側であり、不利益・社会的活動の制約を与える社会的障壁の除去を行い、障害者が健常者と同様に社会参加することを目指している。¹⁾

しかし、頸髄損傷者が社会参加に至る前提として、自己の身体の状態が適切に保たれていることが

必要となる。さらに社会的障壁の除去のみでは解消し得ない、障害者の障害を持つことによって生じる自己否定観が存在し、そうした感情が障害者の社会的活動の自己規制につながっているとの指摘も存在する。²⁾

そこで、本章では実態調査の結果に基づき、1) 身体的健康状態の概要、2) 頸髄損傷者の精神的健康の状況とそれに関連する項目、を明らかにすることを目的とする。

◆ 分析方法

精神的健康状態の分析に当たっては以下のような手法を用いた。まず、日常生活における悩みやストレスの有無についてみると 75%の人が悩みやストレスをもっていた。[図 2-3-1]「平成 16 年国民生活基礎調査」では、12 歳以上のもののうち悩みやストレスがあると答えたものが 49%存在し³⁾、平均年齢等が異なるため単純な比較はできないものの、頸髄損傷者はより悩みやストレスを抱えやすいことがうかがえた。

続いて、「気分が沈んだり、イライラした気分の日の一月当たりの日数」(以下精神的不健康日数)について、「全くなかった」・「ほんのたまに」・「半月以下」・「半月以上」・「ほとんどいつも」の5段階で尋ねたところ、「半月以上」及び「いつも」と回答した者の合計は 24%であった。また、「ほんのたまに」・「半月以下」・「半月以上」・「ほとんどいつも」と回答した者の合計は 87%であった。[図 2-3-2]精神状態が極度に悪化している者は調査への回答が困難であることを考えると、頸髄損傷者の中には精神的健康状態がよくないものが一定程度存在することが予測される。

また、精神的不健康日数との関係を見ると、精神的不健康日数が高いものほど、悩みやストレスを抱えやすい傾向が確認された。[図 2-3-3]

以下では、精神的健康状態を評価する指標として精神的不健康日数を用い、1)精神的健康の促進と阻害と関連のある事項、2)特に精神的健康状態が悪化しやすい層を明らかにする。

上記の精神的不健康日数は、アメリカ合衆国保健福祉省国立疾病管理予防センター(Centers for Disease Control and Prevention :CDC)が一般住民の

健康対策の有効性を計る方法として 1980 年代から開発してきた CDC HRQOL-4 の一部である精神的健康の質問を日本語に翻訳して使用した。⁴⁾この基本的な4つの質問による妥当性は一般住民だけではなく、様々な対象者に適応しても統計的に妥当性があると証明されている。

CDC が開発した精神的健康の特徴は、質問時点における直近 30 日間の精神的健康が優れなかった日数として自己申告するため、統計的な処理がしやすいことと、回答者は直近の経験なので具体的に回答しやすいことが挙げられている。また、14 日以上精神的にストレス等を感じている状態は臨床的にも採用されている目安とされている。

アメリカ合衆国において 1995 年から 2000 年に 166,564 人の一般市民を対象とした精神的健康の調査では、調査した直近の 30 日間に精神的にストレス等を感じた日数が平均で 3.0 日であり、全回答者の 43.4%がストレス等を受けた日数を回答していた。その中で 14 日以上と回答した人は全体の 7.9%いた。⁵⁾本調査で精神的ストレスを受けた日数が「半月以上」とする割合 24%は、アメリカ合衆国での一般人における 7.9%の 3 倍程度に達していた。また、精神的ストレスを受けた日があるとする割合 87%はアメリカ合衆国での一般人における 43.4%の 2 倍程度に達していた。

なお、脊髄損傷全般とうつ状態の関連要因としてはこれまで痛みとの関連が指摘されている。⁶⁾しかし、本調査では痛みについての設問がないため、これについては議論できなかった。

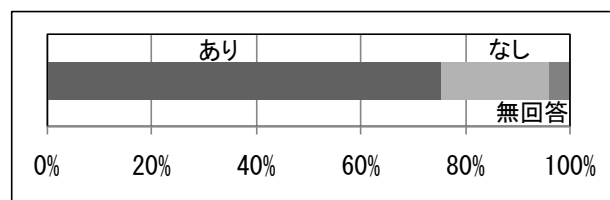


図 2-5-1 悩みやストレスの有無

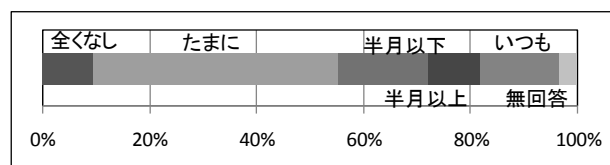


図 2-5-2 精神的不健康日数

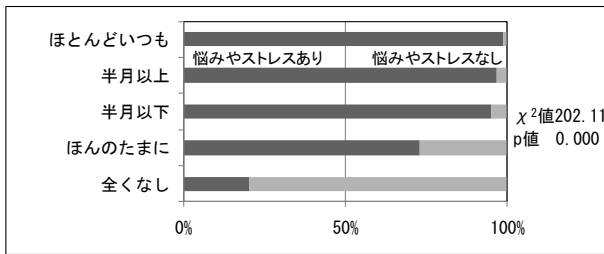


図 2-5-3 悩みやストレスの有無と精神的な不健康日数

◆ 分析結果

(1) 身体的健康の状況

1) 入浴

20.7%の人が自分で入浴し、26.5%が家族の介助を得て入浴している。入浴サービスを利用している人はおよそ半数であるが、その多く(36.1%)は自宅でサービスを受けており、合わせて8割以上が自宅で入浴している。施設でサービスを受けている人は11.8%であった[図 2-5-4]。

どのような方法で入浴しているかは、入浴回数に影響を与えていた。[図 2-5-5]に見られるように、自分で入浴する人は半数が「毎日」であるが、サービス利用者は「週に2~3回」が大半を占めた[図 2-5-5]。

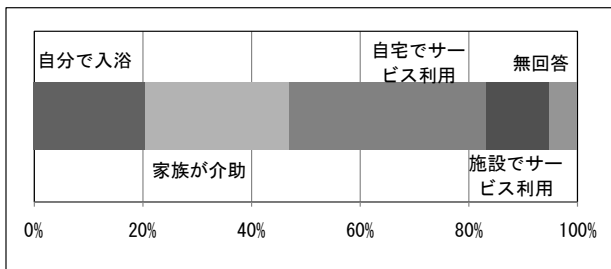


図 2-5-4 入浴方法

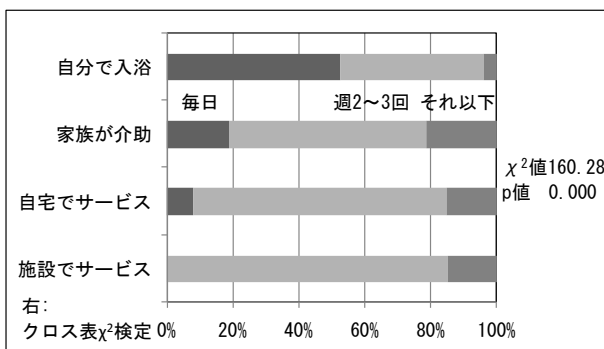


図 2-5-5 入浴方法と入浴頻度

2) 排泄

排尿方法では、複数回答ではあるが自然排尿・膀胱ろう・尿道カテーテル利用者は各 180 名前後と多く、介助をうけながら数種の排尿方法を選択していた[図 2-5-6]。このうち、自然排尿、腹圧をかけた排尿、自己導尿、夜間尿道カテーテルのみを選択している人を排尿自立、それ以外を含む人を排尿用要介助としたところ、7割近くの人が排尿について何らかの介助を必要としていた。[図 2-5-7]

排便では、69.2%の人が週に 2~3 回でコントロールしていた[図 2-5-8]。排便方法のうち自然排便、腹圧をかけた排便、自力排便、トイレで排便を選択している人を排便自立、それ以外を含む人を排便要介助としたところ、7割近くの人が何らかの介助を必要としていた。[図 2-5-9]

排便を促す方法として何もしない人は 73 名と少なく、多くの人は下剤、浣腸、座薬、摘便を複数の方法で組み合わせて使用していた[図 2-5-10]。これらの使用に当たっては介助者の存在が必要になる。失禁の状態をみると「ない」と答えている人は 24.6%であり、約 72.8%は失禁があると答えている[図 2-5-11]。また、排便に要する時間では 60 分以上かかると答えている人が 56.3%であった[図 2-5-12]。活動時間における排便にかかる時間の割合が多い、排尿や排便を他者に依頼しなければならない等の状況は社会参加の妨げになると考えられる。

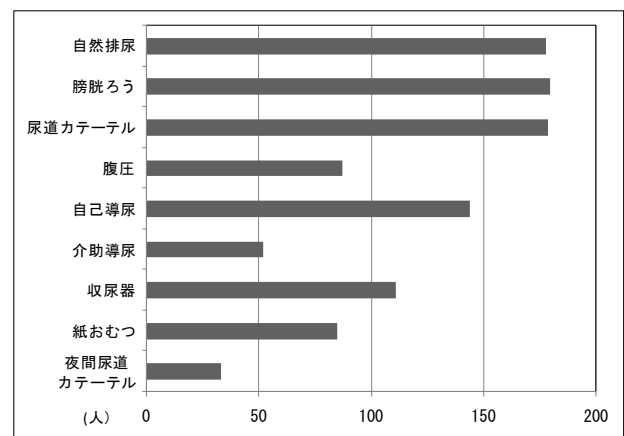


図 2-5-6 排尿方法

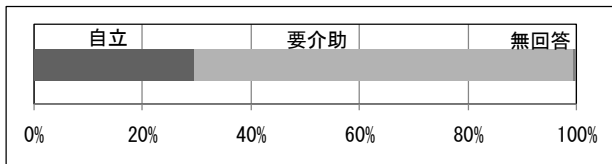


図 2-5-7 排尿の自立と要介助

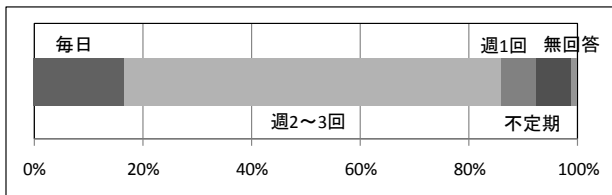


図 2-5-8 排便頻度

3) 健康診断や人間ドックの受診行動

健康管理については、過去1年間に健康診断・人間ドックを受診した人が 47.7%と半数以下であった [図 2-5-13]。健康管理のための行動をしている人が少ない様子が見えてきた。

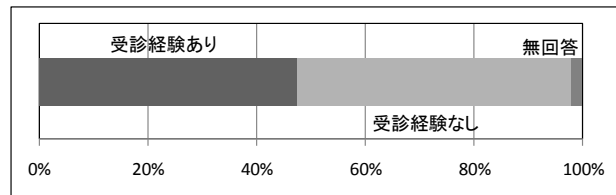


図 2-5-13 健康診断や人間ドックの受診経験

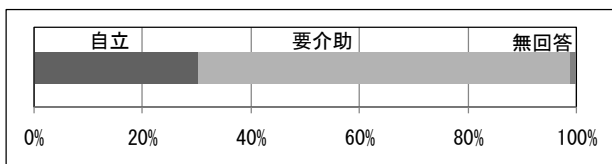


図 2-5-9 排便の自立と要介助

4) 性についての悩み

今回の調査では、これまで触れていなかった性について質問項目に入れた。その結果、「性」について困っていることがある人は、全体では 23.4%であるが、20~40 歳代に限れば3割以上となっていた [図 2-5-14]。困っていることの内容は「結婚したい」「セックスの方法」などであった [図 2-5-15]。また、悩みを抱えていながら相談をしたことがない人にその理由を尋ねた結果、「恥ずかしい」、「誰に相談していいかわからない」を挙げる人が多かった [図 2-5-16]。

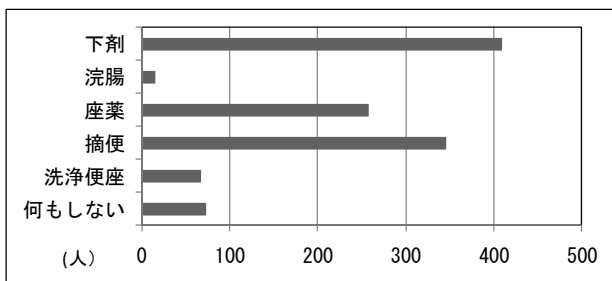


図 2-5-10 排便を促す方法

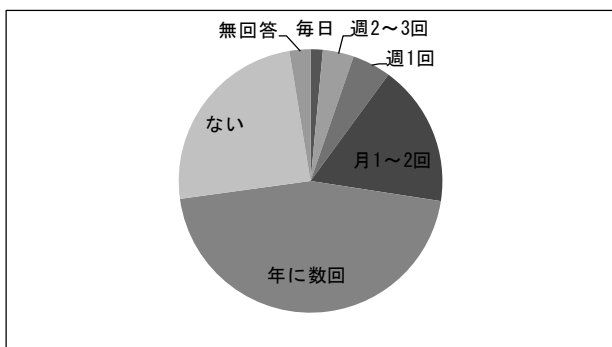


図 2-5-11 排便失禁の頻度

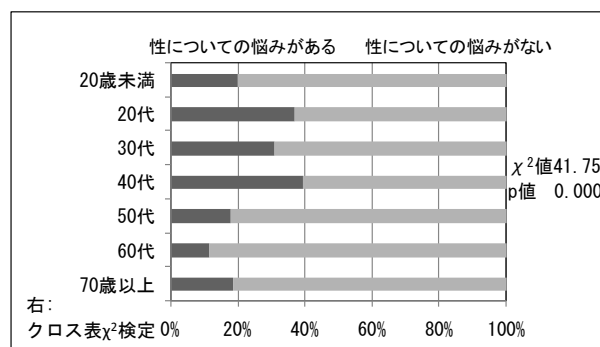


図 2-5-14 年齢別性についての悩み有無

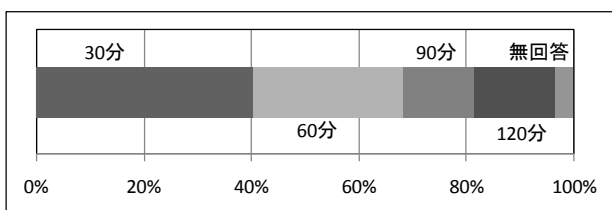


図 2-5-12 排便に要する時間

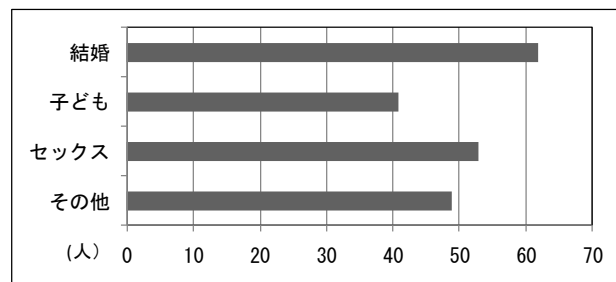


図 2-5-15 性について困っていることの内容

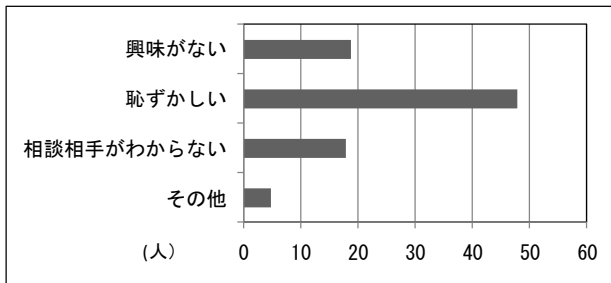


図 2-5-16 性についての悩みを相談しない理由

(2) 精神的健康の状況

1) 精神的健康の促進阻害関連事項

精神的健康の促進と阻害と関係のある事項を明らかにするために、まず、5段階で評価した精神的不健康日数と属性、居住環境、障害状況、経済状況、社会参加状況について順位相関分析をおこなった。[表 2-5-1]

その結果、属性については年齢が低いほど精神的不健康日数が多くなる傾向がみられた。これには後述する受傷期間の影響が考えられる。すなわち、年齢が低いほど受傷期間が短くなる傾向があり、このため年齢が精神的不健康日数に影響を与えている可能性がある。また、性別では女性の方が精神的不健康日数が高くなる傾向が見られた。一般にうつ病は女性においことが指摘されており、全般的な性差が表れたものと考えられる。⁷⁾

次に、居住環境においては、都市部と地方の居住地域、施設病院居住有無、祖父母親きょうだい同居有無、配偶者子ども同居有無はいずれも精神的不健康日数との関連はみられなかった。

続いて、障害状況については受傷期間が短いほど精神的不健康日数が多くなる傾向がみられた。これについては、自分自身の障害に対する了解の促進により精神的健康状態が向上する可能性、ならびに今回の調査では十分に検討できなかったものの、受傷期間が長くなるにつれて痛みが軽減、消失し精神的健康状態が向上する可能性が考えられる。

また、重度頸髄損傷者(損傷部位が完全損傷4番以上)ほど精神的不健康日数が多くなる傾向が見られた。さらに、排便失禁の頻度が高いほど、精神的不健康日の日数が多くなりやすい傾向が見られた。これらのことから障害の重さ、身体の制御可能な範囲

の狭まりが精神的健康状態に影響を与えている可能性があるといえる。

続いて経済的状況については、年金手当収入が少ないほど精神的不健康日数が高くなる傾向が見られたが、年金手当以外の収入と精神的不健康日数との関連は見られなかった。今回の調査では合計収入については把握できていないものの、年金手当以外の収入は年金手当収入と比べて少ない傾向があり、収入全般が精神的健康状態に影響を与えている可能性があるといえる。

続いて、社会参加状況についてみると外出回数が多いほど精神的不健康日数が低くなる傾向がみられた。今回の調査からは外出回数の増加が精神的健康状態を向上させるのか、精神的健康状態の向上が外出回数を増加させるのかについては明らかでないものの、家に閉じこもりがちであると精神的健康状態が悪化する可能性が考えられる。また、一般就労をしているもの、一般就労もしくは福祉就労をしている者は精神的不健康日数が低くなる傾向がみられた。これについては、就労や福祉的就労を通じた外出機会の増加や社会参加意識が精神的健康状態の向上に影響を与えている可能性が考えられる。

表 2-5-1 精神的健康関連事項

		人数	順位相関係数	p 値
属性	年齢	704	-0.080	0.033 *
	男性ダミー	711	-0.085	0.023 *
居住環境	都市部居住ダミー	697	-0.026	0.500
	施設病院居住ダミー	712	0.062	0.102
	祖父母親きょうだい同居ダミー	676	-0.014	0.707
	配偶者子ども同居ダミー	676	-0.009	0.806
障害状況	受傷期間	686	-0.202	0.000 ***
	重度頸損者ダミー	633	0.145	0.000 ***
	便失禁頻度	699	0.137	0.000 ***
経済状況	年金手当収入	691	-0.123	0.001 **
	年金手当以外収入	646	-0.065	0.098
社会参加状況	外出頻度	680	-0.130	0.001 **
	一般就労ダミー	557	-0.087	0.040 *
	一般・福祉就労ダミー	557	-0.108	0.011 *

(***は 0.1%、**は 1%、*は 5%、有意)

2) 精神的健康と介助状況の関係

さらに、日常生活で介助を受けているものを対象として5段階で評価した精神的不健康日数と介助状況について順位相関分析を行った。[表 2-3-2]

その結果まず、介助時間が長くなるほど、精神的不健康日数が多くなる傾向がみられた。これについては、障害の重さが介助時間の長さに影響を与えている可能性、ならびに生活の一部に他人の関与を要請することが精神的健康状態を悪化させることにつながっている可能性が考えられる。また、ヘルパーや家族が主たる介助者であるかどうか、及び家族介助時間やヘルパー制度派遣認定時間と精神不健康日数には関連がみられなかった。続いて、介助満足度が低いほど精神的不健康日数が低くなっていた。これについては介助関係の質的側面が精神的健康状態に影響を与えていることが考えられる。続いて、家族介助を受けているもので、介助により家族の生活に問題が生じていると感じているものは精神的不健康日数が高くなっていた。これについては、頸髄損傷者とその家族の関係が精神的健康状態に影響を与えている可能性が考えられる。

表 2-5-2 精神的健康と介助の関係

	人数	順位相関係数	p 値
介助時間	512	0.098	0.027 *
主たる介助者家族	545	-0.003	0.946
主たる介助者ヘルパー	545	-0.003	0.944
家族介助時間	407	0.064	0.200
ヘルパー制度派遣認定時間	307	0.032	0.578
介助満足度	564	-0.306	0.000 ***
家族介助問題有無	435	0.144	0.003 **

(***は 0.1%、**は 1%、*は 5%、有意)

3) 精神的健康と周囲からのサポートの関係

周囲からの「理解や励まし」などの精神的サポートの受領状況をみると、理解しや励ましてくれる人が特にいないと答えた割合は 10%であり、多くの人が理解や励ましを受けている様子うかがえた。また、理解や励ましをしている人の属性をみると、家族からの理解や励ましを感じているものは 72%おり、家族が

理解や励ましの中心的な担い手となっていた。[図 2-5-17]

続いて、周囲からのサポートとの関連をみるために、精神的不健康日数と理解や励ましの担い手の属性について順位相関分析を行った。[表 2-5-3]結果、理解や励ましをしてくれる人がいないほど、また家族による理解や励ましが無い場合に精神的不健康日の日数が多くなりやすい傾向がみられ、家族による励ましの影響が示唆された。また、統計的な 5%有意水準を満たさなかったものの、同じ障害のある人からの理解や励ましがあり場合には精神的不健康日数が減少しやすい傾向がみられた。

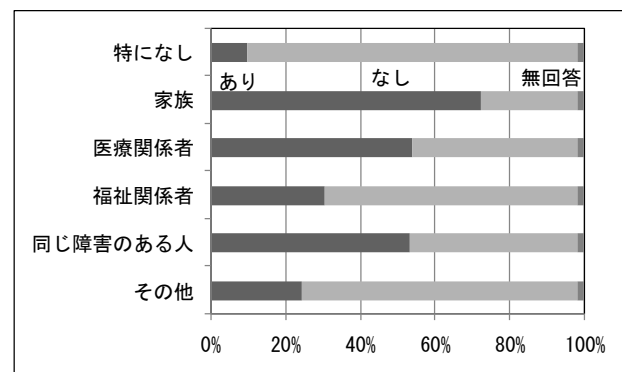


図 2-5-17 周囲からの精神的サポートの受領状況

表 2-5-3 周囲からのサポートと精神的健康

	人数	順位相関係数	p 値
理解や励まし:特になし	707	0.092	0.015 *
理解や励まし:家族	707	-0.146	0.000 ***
理解や励まし:医療関係者	707	-0.047	0.214
理解や励まし:福祉関係者	707	0.555	0.555
理解や励まし:障害のある人	707	-0.074	0.050
理解や励まし:その他	707	-0.002	0.965

(***は 0.1%、**は 1%、*は 5%、有意)

4) 精神的健康が特に悪い層

以下では1か月のうち気分が沈んだり、イライラした気分の日が「ほとんどいつも」、「半月以上」と答えた群を精神的健康が特に悪い精神的不調群とし、この特色を明らかにするために、(1)で特に精神的健康状態との関連がみられた、年金手当収入、受傷期間、重度頸損有無、外出頻度、介助満足度、介助による家族の生活問題の有無と精神的不調群との関連を検討する。

まず年金手当収入が「なし」・「5万円以下」の者の精神的不調者の割合は38%であり、「5万円」以上の者の約1.5倍となっていた。[図2-5-18]

次に受傷期間を5年区切りでみると、5年未満、5年以上10年未満ともに精神的不調者の割合が35%であり、受傷期間が10年以上の者の約1.6倍となっていた。[図2-5-19]また、重度頸髄損傷者(完全損傷C4以上)とそれ以外の者を比較すると、重度頸髄損傷者に占める精神的不調者の割合は32%で、非重度頸髄損傷者の約1.5倍となっていた。[図2-5-20]さらに、排便失禁頻度が「週1回」以上であると答えた者に精神的不調者が占める割合は41%であり、それ以下の者の約1.8倍となっていた[図2-5-21]。

続いて、外出回数を5回区切りでみると外出回数が5回未満の者に精神的不調者が占める割合は約35%であり、5回以上の者の約1.6倍となっていた[図2-5-22]。

次に、家族による励ましのある者とない者を比較すると、家族による励ましのない者に占める精神的不調者の割合は34%であり、家族による励ましのある者の約1.5倍となっていた[図2-5-23]。

さらに、介助を受けている者の介助満足度についてみると、介助に対して「満足していない」・「あまり満足していない」、「やや満足している」と答えた者に精神的不調者が占める割合は40%で、「満足している」、「非常に満足している」と答えた者の約2.3倍となっていた[図2-5-24]。また、「家族介助に問題あり」と答えた者に精神的不調者が占める割合は33%で、「問題なし」と答えた者の約2倍であった[図2-5-25]。

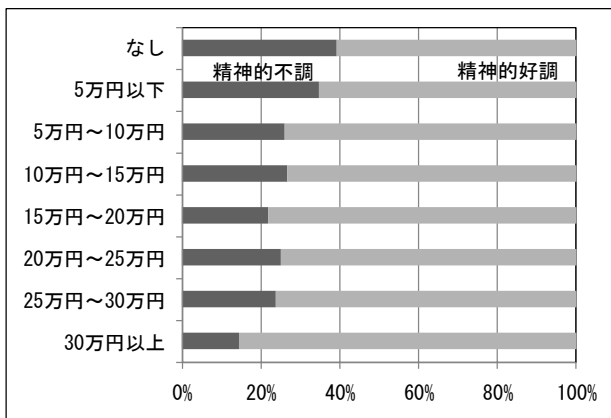


図2-5-18 年金手当収入と精神的健康

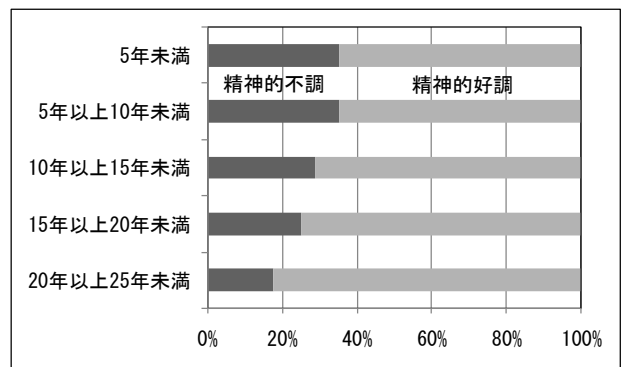


図2-5-19 受傷期間と精神的健康

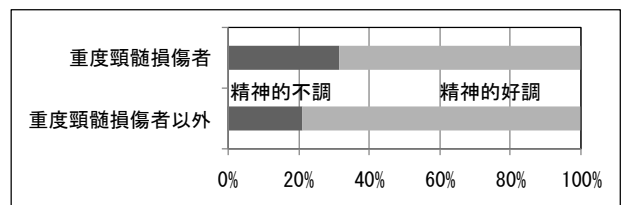


図2-5-20 損傷部位と精神的健康

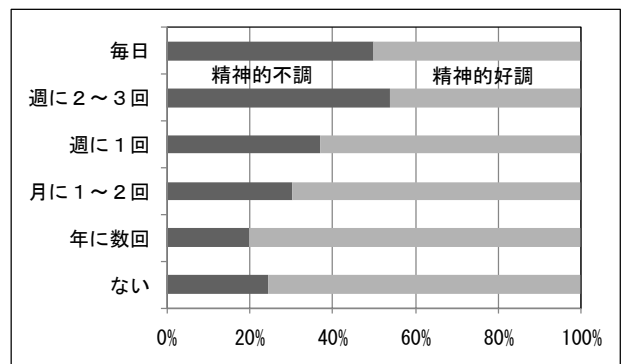


図2-5-21 排便失禁頻度と精神的健康

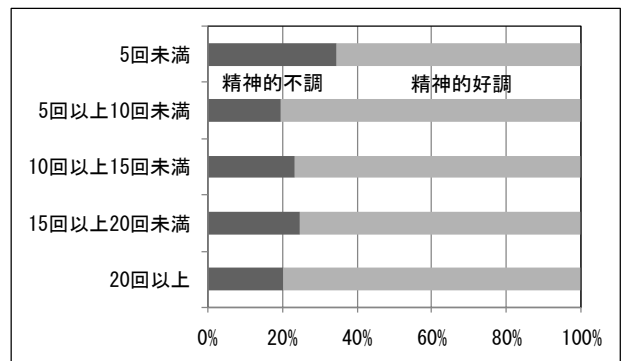


図1-5-22 外出頻度と精神的健康

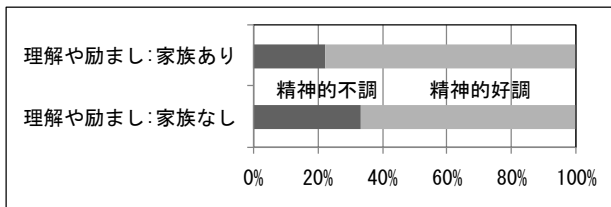


図 2-5-23 家族による精神的サポートと精神的健康

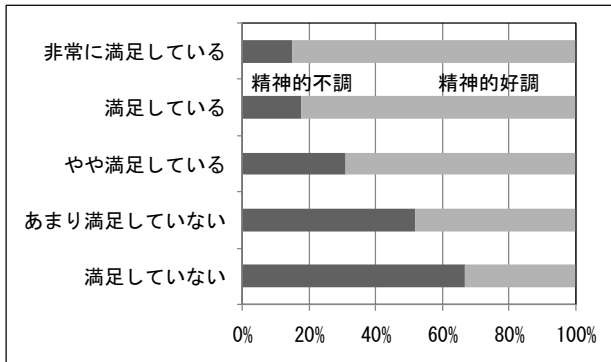


図 2-5-24 介助満足度と精神的健康

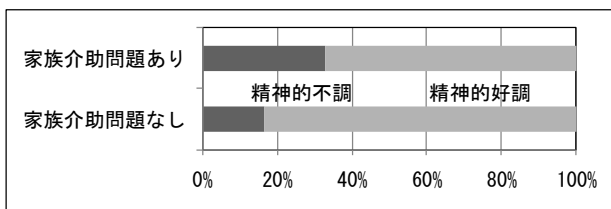


図 2-5-25 家族介助問題有無と精神的健康

表 2-5-4 精神的不好調者の特色

モデル 1			
	B	Wald	P 値
年金手当 5 万円以下	0.62	1.66	0.198
受傷期間 10 年未満ダミー	0.91	11.29	0.001 ***
重度頸損ダミー	0.34	1.69	0.194
排便失禁週 1 回以上	0.82	5.19	0.023 *
外出回数 5 回未満ダミー	0.54	3.98	0.046 *
理解や励まし	-0.71	5.42	0.020 *
定数	-1.18	14.76	0.000
-2 対数尤度	378.73	Cox & Snell R ² 乗	0.10
モデル 2			
	B	Wald	P 値
年金手当 5 万円以下	0.49	0.90	0.342
受傷期間 10 年未満ダミー	1.03	12.82	0.000 ***
重度頸損ダミー	0.14	0.27	0.603
排便失禁週 1 回以上	0.87	5.29	0.021 *
外出回数 5 回未満ダミー	0.43	2.39	0.122
家族以外励ます人有無	-0.82	6.28	0.012 *
介助満足度やや満足以下ダミー	-1.53	19.59	0.000 ***
家族問題有無	0.88	7.92	0.005 **
定数	-0.37	0.62	0.433
-2 対数尤度	349.00	Cox & Snell R ² 乗	0.17

最後に、精神的不好調有無を被説明変数、上記の変数を説明変数としてロジスティック回帰分析を実施した[表 2-5-4]。結果、受傷期間が10年未満であること、排便失禁が週1回以上あること、家族に理解し、励ます人がいないことが、精神的不好調有無と関係していた。また、外出回数が5回未満であることも精神的不好調と関係している様子が見えてきた。さらに、日常生活で介助を必要とする群についてみると、介助満足度が「やや満足」より低いこと、介助により家族の生活に問題が生じていることが精神的不好調有無と関係していた。

◆ 考察

(1) 身体的健康の状況について

調査の結果から、多くの頸髄損傷者が下剤、浣腸、座薬、摘便を複数の方法で組み合わせて使用している様子が見えてきた。これらの方法の使用に当たっては介助が必要なことが予測される。また、約 72.8%は失禁があると答えており、排便に要する時間が 60 分以上かかると答えている人が 56.3%に達していた。こうした排便にかかる時間的負担や排便行為に介助を依頼しなければならない状況が、頸髄損傷者の社会参加の妨げの一要因になっていると推察できる。したがって、排便については、医療・工学等の協力により工夫がされる必要があると考えられる。

また、健康診断・人間ドックの受診者の割合も少なく、性について困っていることがありながらも羞恥心や相談先が不明であるため、相談できていない人が一定数存在していた。これらの原因として障害別に必要な情報を集積し提供するシステムがない、受診できる設備が整っていない、医療者の理解が不足している等も考えられる。

(2) 精神的健康の状況について

調査の結果からは、頸髄損傷者は一般健常者と比較して、悩みやストレスを抱えやすく、また精神的健康が悪化しやすい様子が見えてきた。

本調査においては精神的健康と関連する事項として、個人的事項としては年齢と性別が、障害に関する事項としては受傷期間、障害の重さ、排便失禁頻

度が、社会環境的事項としては年金手当の受給額、外出頻度、就労有無、理解や励ます人の有無、家族による理解や励ましの有無が、介助に関する事項としては介助満足度と家族介助による家族の生活問題発生有無が、存在した。

これらの結果から、まず第1に障害に関する事項と精神的健康状態に関連がみられた背景として、頸髄損傷という障害に直面することで、受傷以前と比較して身体の制御可能な部分の減少、および排便失禁などの身体の制御不可能な部分の増加が引き起こされ、このことが精神的健康状態の悪化につながっている可能性が考えられる。

さらに介助に関する要因として介助時間や介助満足度と精神的健康状態に関連がみられ、頸髄損傷が、身体とは別に介助者という新たな制御不可能な存在の自身の生活への関与をもたらし、このことが精神的健康状態の悪化につながっている可能性が考えられる。

第2に、受傷期間が長くなると精神的健康状態が良好な傾向がみられることから、上記のような頸髄損傷によって生じる身体的制約ならびに介助者という制御不可能な存在に慣れていくことが精神的健康状態の向上につながっている可能性が考えられる。また、介助満足度が高い場合、及び家族介助による家族の生活問題がない場合に精神的健康状態が良好な傾向が見られることから、家族を含めた介助者との良好な関係構築により介助者の存在が引き受けられ、精神的健康状態が向上する可能性が考えられる。

第3に、理解や励まし手の存在がある場合に精神的健康状態が良好な傾向がみられ、特に家族による理解や励ましとの関連が強くみられたことから、周囲の精神的頸髄損傷によって生じる身体的制約ならびに介助者という制御不可能な存在を受け入れることを促進する可能性があると考えられる。加えて、統計的な有意差は表れなかったものの同じ障害を持つ人による理解や励ましがある場合に精神的健康が良好な傾向が見受けられ、家族関係への社会的介入が困難な点を踏まえるならば同じ障害を持つ頸髄損傷者は理解や励ましの有力な担い手であると考えられる。したがって、今後頸髄損傷者の精神的健康の向

上を図る上で、同じ頸髄損傷者同士によるピアサポートの活用も検討すべき選択肢であるといえる。

第4に、外出などの社会参加に関する事項と精神的健康状態に関連がみられた。精神的健康状態が良好な場合に外出などの社会参加が可能となるのか、外出などの社会参加によって精神的健康状態が良好となるのかは今回の調査では明らかにできなかったが、頸髄損傷者の精神的健康を含めた生活の質(QOL)の向上を達成するという観点から外出支援などの社会参加支援施策を検討していく必要があるといえる。

また、特に今後支援が望まれる精神的不調者群の特色として、受傷期間が10年未満、排便失禁が週1回以上、外出回数が5回未満、家族に励ます人がいないことが抽出された。また、日常生活で介助を必要とする場合には、介助満足度が「やや満足」より低いこと、介助により家族の生活に問題が生じていることが抽出された。

これらのことから、頸髄損傷になって特に期間が短い者、ならびに排便失禁などのリスクがあり家に閉じこもりがちな者、家族による介助を必要とし、そのために家族関係が悪化している者に特に着目し、精神的サポートのあり方を検討していく必要があるといえる。

◆ まとめ

本章ではまず、身体的健康状況の概要について検討した。

その結果、

- 1) 多くの頸髄損傷者は排尿や排便に介助を必要としており、また排便に長い時間をかけていること
- 2) 健康診断・人間ドックの受診者の割合は半数以下であること
- 3) 性について困っていることがありながらも羞恥心や相談先が不明であるため、相談できていない人が一定数存在していることが明らかとなった。

続いて、「気分が沈んだり、イライラした気分の日の一月当たりの日数」を頸髄損傷者の精神的健康状態を評価する指標とした上で、精神的健康の促進阻害

に関連する事項と特に精神的健康が悪化して層の解明を行った。

その結果、

1) 頸髄損傷者は一般健常者と比較して、悩みやストレスを抱えやすく、また精神的健康が悪化しやすいこと

2) 個人的事項として年齢、性別、障害に関する事項として受傷期間、障害の重さ、排便失禁頻度、社会環境に関する事項として年金手当の受給額、外出頻度、就労、理解や励ましを行う人の存在、家族による理解や励ましがあることが精神的健康と関係していること、

3) 日常生活に介助を受けているものに限っては、介助満足度と家族介助による家族の生活問題発生有無が精神的健康と関係していること

4) 精神的不調者群の特色として、受傷期間が10年未満、排便失禁が週1回以上、外出回数が5回未満、家族に励ます人がいないこと

が明らかとなった。

これらのことから、

1) 排便にかかる時間的負担や排尿や排便に介助を依頼しなければならない状況が、頸髄損傷者の社会参加の妨げの一要因になっていると考えられ、医療・工学等の協力により工夫がされる必要があること

2) 健康診断・人間ドックの受診者の割合を増やし、性についての情報提供を進めるために、障害別に必要な情報を集積し提供するシステムと頸髄損傷者が受診できる設備を整え、併せて医療者の理解を促進していくことが必要なこと

3) 頸髄損傷にともなう身体的な制約、また身体的制約に伴って生じる介助者を使うことによる制約が精神的健康状態に影響を与える可能性

4) 良好な家族関係、介助関係が精神的健康状態の向上に寄与する可能性

5) 頸髄損傷者の精神的健康の向上を図る上で、同じ頸髄損傷者同士によるピアサポートの活用も検討すべき選択肢であること

6) 頸髄損傷者の精神的健康を含めた生活の質(QOL)の向上を達成するという観点から外出支援などの社会参加支援施策を検討していく必要性

7) 頸髄損傷になって特に期間が短い者、ならびに排便失禁などのリスクがあり家に閉じこもりがちな者、家族による介助を必要とし、そのために家族関係が悪化している者に対し、特に今後精神的サポートを提供していく必要があることが示唆された。

◆ 文献

1) C.バーンズ:(杉野昭博他訳):ディアビリティ・スタディーズ—イギリス障害学概論,明石書店,2004.

2) 杉野昭博: インペアメントを語る契機—イギリス障害学理論の展開,石川准他編,障害学の主張,明石書店,251-280,2002.

3) 厚生労働省「平成16年国民生活基礎調査の概況」

Url:<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa04/index.html>

4) David G Moriarty, et al., The Centers for Disease Control and Prevention's Healthy Days Measures—Population tracking of perceived physical and mental health over time, Health and Quality of Life Outcomes 2003, (3), 205-210, 2000.

5) Rosemarie Kobau, et al., Sad, blue, or depressed days, health behaviors and health-related quality of life, Behavioral Risk Factor Surveillance System, 1995-2000, Health and Quality of Life Outcomes 2004,

6) 南雲直二:在宅脊髄損傷者における軽症慢性うつ状態とその関連要因の検討,心理学研究,71

7) 厚生労働省地域におけるうつ対策検討会:うつ対策推進方策マニュアル—都道府県・市町村職員のために—,2004.

(丸岡稔典 藤井直人 横田美恵子 田村玉美 齊藤文子)