

第 2 部

頸髄損傷者の自立生活と社会参加に関する 実態調査報告

第 2-1 章

全国頸髄損傷者実態調査の方法

◆ はじめに

四肢に障害を持つ頸髄損傷者が日常生活の中で、どのような問題を抱えて暮らしているのか、その実態や実数は未だに明らかでない。頸髄損傷者の日常生活の実態については、1991年に全国頸髄損傷者連絡会(以下本会)によりはじめて調査を行い、調査結果は『頸損解体新書』として頸髄損傷者の問題と課題を明らかにした報告書にまとめられた。報告書は、頸髄損傷者が同じ障害を抱え生活をしている多くの仲間たちの困難や工夫などが共有でき、また本会の活動の方向性を探る上で貴重なデータとなった。それ以外にも福祉機器等をはじめ、各方面の研究者並びに開発者等へも広く頸髄損傷者の実態を伝えることができたものと思われる。

調査から18年が経過した現在、社会状況の変化に伴い、制度、医療など、また、頸髄損傷者の意識や生活実態も大きく変わった。その背景には、頸髄損傷者をはじめ、多くの支援者、協力者による社会参加への取り組み、当事者の生活向上に向けた活動がある。最近では、医療技術と機械工学技術の進歩により人工呼吸器を使用する頸髄損傷者も在宅生活ができるまでになってきた。しかし、一方で情報がどこからも入らず、誰に相談すればよいのか分からず悩み苦しむ日々からの解放を求める人たちもいる。

そこで、今回の調査では、①すべての頸髄損傷者が、すべての地域で、安心して暮らすことを阻害する要因を明らかにすること。②重度(高位)頸髄損傷者が抱えている問題をより鮮明に浮き彫りにさせること。③頸損当事者によるセルフヘルプの重要性について確認すること、以上3つの事柄に重点を置いた。

本章では実施した調査方法について述べる。

◆ 調査の目的と概要

(1) 調査の目的

本調査の目的は、現在の頸髄損傷者の自立生活と社会参加の実情、及びその障壁を明らかにし、自立生活と社会参加を促進する上での必要な社会的支援のあり方を提案することにある。またこれを通じて、頸髄損傷者を対象とした福祉機器開発者、医療・福祉関係者の業務に資する基礎的資料の提出と、頸髄損傷者への情報提供を行う。

(2) 調査概要

調査は、調査票を対象者に郵送し記入後返送してもらう郵送調査法と、自筆記入が困難な対象者を考慮し、全国頸髄損傷者連絡会のホームページ上に調査票を公開して電子メールで回答してもらうインターネット調査法により行った。調査期間は2008年11月28日から2009年1月10日である。

(3) 調査票の作成

本調査を実施するにあたり、全国頸髄損傷者連絡会の内部に頸髄損傷当事者とリハビリテーション工学研究者、福祉機器開発者、看護師などの専門家からなる「頸髄損傷者の自立生活と社会参加に関する実態調査」実行委員会を組織して会議を開催、本調査実施のあり方についての議論を行った。また、実行委員会内部に事務局を設置し、会議を開催して事業実務について議論を行った。さらに、実行委員会の傘下に調査票作成WGと調査報告作成WGを設置し、調査票の作成、調査結果の整理、及び分析、報告書の作成業務を行った。

(4) 調査票

設問は、1991年に実施した調査をベースに、79問(前回55問)とした。設問項目は、個人属性、身体状況・健康状態について、障害発生時の状況について、経済状況について、住居環境について、福祉機器について、介助について、外出・移動、就労を含む。今回の調査では、特に下記の視点で調査項目の追加をした。

①高位頸髄損傷者の生活実態

人工呼吸器を使用して在宅生活ができるようになってきた現状を踏まえ、呼吸管理等高位頸損に関する項目を追加した。

②重度障害者の自立(律)生活の実態

介助制度を中心とした福祉施策の変化、国連における「障害者の権利条約」と障害者をめぐる社会動向、セルフヘルプ活動の展開を踏まえ、自立(律)生活に関する項目を追加した。また、健康診断や人間ドッグの受診、相談相手や性に関する意識についての項目を追加した。

③福祉機器について

各種機器の高性能化や電動車いす利用者の増加、利用機器の多様化、パソコンやインターネットの普及を踏まえ、福祉機器や通信機器に関する項目を追加した。

④地域比較

機器に関わる給付制度において、その給付判断が市区町村に委ねられるようになり、都市部と郊外の生活に格差が生じている。また、都市部に比べて当事者同士のネットワークが作りにくい地域も存在している。それらを踏まえ、居住地域を都道府県および市区町村まで記入することとし、地域比較のためのデータとした。

(5) 調査票の配布と回答数

調査票は、全国の脊髄及び頸髄損傷者団体(全国頸髄損傷者連絡会、(社)全国脊髄損傷者連合会、日本せきずい基金、(社)全国脊髄損傷者連合会16支部、北海道頸髄損傷者連絡会関係者、高知頸髄損傷者連絡会)、NPO、病院、専門施設に所属、在所している頸髄損傷者を対象として3,790通発送した。

回答者数は736名で、調査票による回答が666名、電子メールによる回答が70名であった。尚、回答数の向上を目指し、頸髄損傷者以外にも送付している。

◆ 回答者の属性

回答者の属性を割合で見ると、年齢別では20代以下(6.4%)、30代(16.3%)、40代(22.6%)、50代(25.5%)、60代(20.8%)、70代以上(7.5%)、性別では男性(80.7%)、女性(19.0%)となっており、30代から60代の男性からの回答が多かった。居住地域別では、北海道(7.7%)、東北地方(6.4%)、関東地方(36.8%)、中部地方(14.0%)、近畿地方(16.7%)、中国・四国地方(8.8%)、九州・沖縄地方(7.2%)となっており、東京、名古屋、大阪などの大都市がある地域からの回答が多かった。損傷レベル別では、C1からC3(10.6%)、C4(17.3%)、C5(25.0%)、C6(18.5%)、C7、C8(7.6%)となっており、C4からC6の回答が多かったが、無回答・無効回答が21.1%あり、損傷レベルを把握していない回答者が多かった。麻痺別では、完全麻痺(51.8%)、不完全麻痺(39.8%)となっており、完全麻痺者が回答者の半数を占めていたが、「わからない」と「無回答・無効回答」合わせて約10%あったことから、損傷レベルほどではないが麻痺の状態を把握していない回答者が多かった。

◆ 結果のまとめ方

本調査の単純集計の結果は、「平成20年度頸髄損傷者の自立生活と社会参加に関する実態調査—中間報告書—」(テクノエイド協会)にまとめられている。本書では、このデータを基に、近年の頸髄損傷者を取り巻く重要な問題として、地域間格差、重度頸髄損傷者、高齢化と女性、セルフケア、生活・住環境、外出、就労の問題を設定し、これらの観点から分析を行い、その結果について記すこととした。それぞれの結果を以下の章に示す。

(麩澤 孝)

第 2-2 章

地域間格差

◆ 結果の概要

本章では、社会サービスや社会資源にまつわる地域間格差を明らかにすることを目的とし、首都圏、中京圏、近畿圏を都市部、それ以外を地方と定義した上で、居住・医療・介助・福祉機器・移動・就労の状況についての都市部と地方の格差を検証した。

その結果、1) 地方では一人暮らしが少なく、結婚後も祖父母・親・きょうだいと同居していることが多いこと、2) 医療サービスの利用状況、福祉機器の利用と情報入手状況には大きな差がみられないこと、3) 地方では都市部と比べて家族による介助を受ける者が多く、公的ヘルパー制度利用者が少ないこと、4) 地方と都市部では外出頻度と就労状況に大きな差はみられないものの、地方では都市部と比べて自家用車運転を主たる移動手段としていないものは外出頻度と一般就労の割合が低いことが明らかとなった。

今後、都市部と地方の地域間格差を解消していくために、1) 祖父母・親・きょうだいならびに配偶者・子どもと同居をしている頸損者の生活様式や支援ニーズを詳細に把握していくこと、2) 介助サービスの地域間格差について政策的要因、及び地域における介助サービス提供基盤といった地域の社会資源の要因を含めて検討すること、3) インターネットを通じた情報発信や地域における頸損者同士のつながりを深めることを通じて福祉機器の普及に努めること、4) 地方在住の自家用車運転に制約を抱える頸損者に対する移動の保障や支援の実施のあり方を検討すること、などが必要であると考えられる。

◆ 背景と目的

本章では、頸髄損傷者(以下頸損者)を取り巻く社会サービスや社会資源にまつわる地域間格差を明らかにする。

これまで、地域で自立生活をする障害者は都市部に集中していることがしばしば指摘されてきている。¹⁾ また、福祉機器などに関する情報についても、地方で生活する人々は十分に入手しにくいことが指摘されてきている。²⁾ 他方で、都市部を中心に始まった障害者の自立生活運動も全国へ拡大し、自立生活センターが全国へ普及されつつある。³⁾ さらに、インターネットの普及などを通じて、地方にも情報を入手できる環境が生まれてきている。しかし、頸損者の生活・社会環境をめぐる地域間格差についてはこれまで十分に実証的な研究がなされてこなかった。

そこで、本章では、頸髄損傷者の実態調査の結果をもとに、1) 居住、2) 医療、3) 介助、4) 福祉機器、5) 社会参加について、都市部と地方でどのような格差が実際に存在しているのかを明らかにし、その要因について検証する。

◆ 分析方法

回答者の居住している都道府県は[表 2-2-1]のとおりである。富山県、福井県を除き、全国頸髄損傷者連絡会の支部の所属しない県を含めて全国の都道府県から回答が寄せられた。

地域間格差を分析するにあたり、首都圏(埼玉県・千葉県・東京都・神奈川県)、中京圏(岐阜県・愛知県・三重県)、近畿圏(滋賀県・京都府・大阪府・兵庫県・奈良県・和歌山県)を都市部、それ以外を地方と定義し、1) 居住、2) 医療、3) 介助、4) 福祉機器、5)

社会参加について両者の比較を行った。回答者のうち、都市部居住者は406名、地方居住者は312名となった[図2-2-1]。

年齢、性別については都市部と地方に大きな差はみられなかった[表2-2-2]、[図2-2-2]。損傷レベルについては重度頸髄損傷者(完全損傷C4以上)の割合が、都市部37%、地方29%となり、地方と比べて都市部の方が重度頸髄損傷者の割合が高かった[図2-2-3]。

表2-2-1 居住都道府県(人)

都道府県	人数	都道府県	人数
東京都	101	山口県	7
神奈川県	69	新潟県	7
大阪府	59	青森県	7
北海道	57	長野県	7
埼玉県	38	岡山県	6
兵庫県	32	沖縄県	6
愛知県	28	岩手県	6
福岡県	27	鳥取県	6
静岡県	25	徳島県	6
岐阜県	24	熊本県	5
千葉県	23	大分県	5
山形県	17	宮城県	4
茨城県	15	高知県	4
栃木県	15	山梨県	4
広島県	14	宮崎県	3
愛媛県	12	佐賀県	3
京都府	11	鹿児島県	3
福島県	11	滋賀県	2
奈良県	10	秋田県	2
群馬県	9	長崎県	1
香川県	9	島根県	1
三重県	8	和歌山県	1
石川県	8	無回答	18

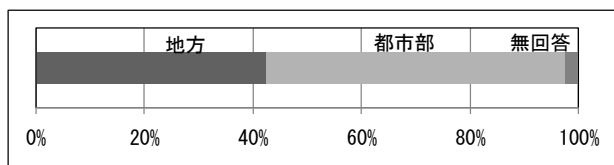


図2-2-1 居住地域

表2-2-2 居住地域別年齢(歳)

年齢	人数	平均値	中央値	最小値	最大値
地方	311	50.00	51	15	85
都市部	402	50.90	51	15	86

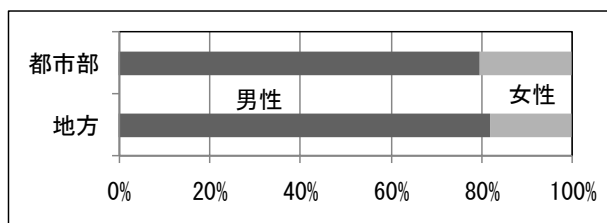


図2-2-2 居住地域別性別

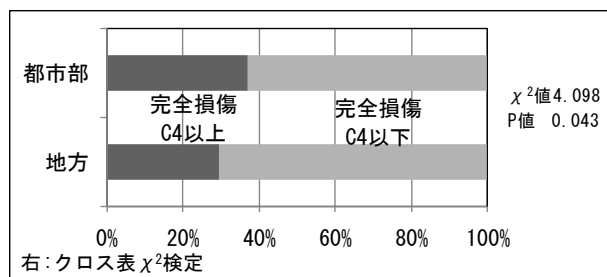


図2-2-3 居住地域別損傷部位

◆ 分析結果

(1) 居住状況

まず、同居家族について、「一人暮らし」、「祖父母・親・きょうだいのいずれかあるいは全員と同居」、「配偶者・こどものいずれかあるいは全員と同居」、「祖父母・親・きょうだいならびに、配偶者・こどもの両方と同居」の4区分に分けて整理すると、「配偶者・こどものいずれかあるいは全員と同居」パターン(44.6%)が最も多く、以下「祖父母・親・きょうだいのいずれかあるいは全員と同居」(31.2%)、「一人暮らし」(13.9%)、「祖父母・親・きょうだいならびに、配偶者・こどもの両方と同居」(10.3%)となった。この同居形態について都市部と地方を比較すると、「配偶者・こどものいずれかあるいは全員と同居」パターンと「祖父母・親・きょうだいのいずれかあるいは全員と同居」パターンはそれほど差がなかったが、都市部では地方と比べて、「一人暮らし」パターンが多く、「祖父母・親・きょうだいならびに、配偶者・こどもの両方と同居」パターンが少なくなっていた。[表2-2-3]これらの要因については、本調査では十分に明らかにできなかった。しかし、これらの要因として、第一に都市部在住者は地方から単身で出てきた者が少なからずいるため、都市部の一人暮らしの割合が高くなりやすこと(単純に比較はできないものの、平成17年度国勢調査においても地方に比べて都市部の一人暮らしの割合が高くなっている⁴⁾)、第二に、都市部における地方出身者が配偶者やこどもとの生活を開始するにあ

たつて、親との距離が離れているため親同居が選択されにくいこと、第三に地方では介助等の社会サービスが十分に供給されていないため一人暮らしの生活を維持しにくいこと、第四に、地方では家系維持のための結婚圧力が高く、親と配偶者双方との生活が選択されやすいこと、などが考えられる。

次に、住居の形態について比較すると、都市部では地方に比べてアパートやマンションなどの集合住宅で生活している者の割合が高く、戸建て住宅で生活している者の割合が低かった[表 2-2-4]。また、部屋数と居室の広さ(畳数)を比較すると、地方では都市部と比べて、部屋数が多く、居室が広がっていた[表 2-2-5]、[表 2-2-6]。これらのことから、都市部と比べて地方では住宅環境がよいことが示唆された。

表 2-2-4 居住場所(人)

住居の形態	地方	都市部	合計
戸建て住宅	243	230	473
	78.9%	57.4%	66.7%
集合住宅	45	152	197
	14.6%	37.9%	27.8%
病院施設	20	19	39
	6.5%	4.7%	5.5%
合計	308	401	709
	100.0%	100.0%	100.0%
χ^2 値	47.92	p 値	0.000

表 2-2-5 地域別部屋数(部屋)

部屋数	人数	平均値	中央値	最小値	最大値
地方	285	5.182	5	1	13
都市部	377	4.347	4	1	15
合計	662	4.707	5	1	15
Mann Whitney U test				p 値	0.000

表 2-2-6 地域別居室の広さ(畳)

居室畳数	人数	平均値	中央値	最小値	最大値
地方	283	10.419	10	1	37
都市部	374	9.027	8	1	52
合計	657	9.626	8	1	52
Mann Whitney U test				p 値	0.000

(2) 医療

まず、過去1年間の入院経験の有無、入院経験者の入院日数を比較すると、入院経験のあるものは都市部 28%、地方 29%となり地方と都市部の間に大きな差はなく[図 2-2-4]、また経験者の入院日数にも大きな差はみられなかった[表 2-2-7]。

次に、訪問看護の利用状況を比較すると、利用者は都市部 41%、地方 39%となり、地方と都市部の間に大きな差はみられなかった[図 2-2-5]。

続いて、健康診断や人間ドックの受診経験を比較すると、受診経験者は都市部 50%、地方 48%となり、地方と都市部の間に大きな差はみられなかった[図 2-2-6]。

以上より、医療サービスの利用状況については、都市部と地方に大きな差が存在していないことが示唆された。

表 2-2-3 同居家族(人)

同居家族	地方	都市部	合計
一人暮らし	29 10.2%	63 16.8%	92 13.9%
祖父母親きょうだい同居	93 32.6%	113 30.1%	206 31.2%
配偶者子ども同居	120 42.1%	175 46.5%	295 44.6%
祖父母親きょうだい同居 +配偶者子ども同居	43 15.1%	25 6.6%	68 10.3%
合計	285 100.0%	376 100.0%	661 100.0%
χ^2 値	17.33	p 値	0.001

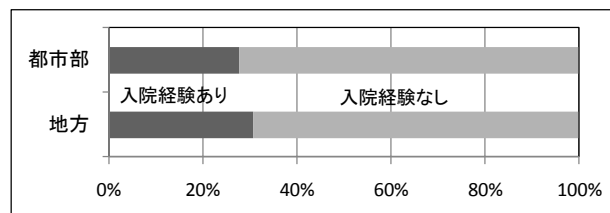


図 2-2-4 地域別入院経験有無

表 2-2-7 地域別入院経験者の入院日数(日)

過去1年間の入院日数	人数	平均値	中央値	最小値	最大値
地方	90	52.533	14.5	1	365
都市部	110	58.718	20	1	365
合計	200	55.935	20	1	365

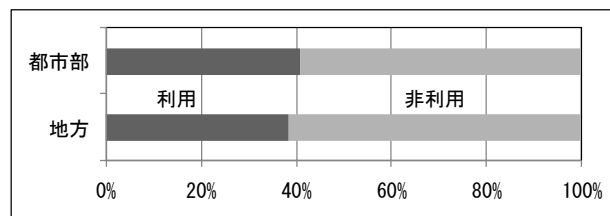


図 2-2-5 地域別訪問看護利用有無

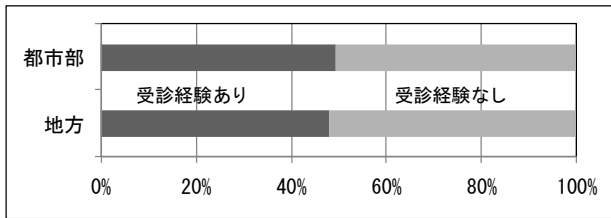


図 2-2-6 地域別健康診断人間ドック受診有無

(3) 介助

まず、介助の有無ならびに介助を受けている人の1日平均の介助時間を比較すると、介助を受けている人は都市部81%、地方78%となり都市部と地方で大きな差はなく[図2-2-7]、また平均介助時間にもおおきな差はみられなかった[表2-2-8]。

次に、介助を受けている人の主たる介助者としてヘルパーが選択されている割合をみると、都市部58%、地方46%となり、都市部では地方と比べてヘルパーが選択されている割合が高くなっていった。同様に主たる介助者として家族(父親、母親、配偶者、子ども、兄弟姉妹)が選択されている割合をみると、都市部70%、地方80%となり、どちらも高い割合であったが、特に地方にその傾向がみられた[図2-2-8]

続いて、家族による介助の有無の割合をみると、都市部78%、地方85%となり、どちらも高い割合であったが、地方の方が家族による介助を受けている割合がやや高かった。他方で、ヘルパー制度の利用の有無の割合をみると、都市部69%、地方56%となり、どちらも半数以上がヘルパー制度を利用していたが、地方ではヘルパー制度の利用割合が低かった[図2-2-9]。また、ヘルパー制度利用者の認定時間を比較すると、都市部と比べて地方では時間数が少なくなっていた[表2-2-9]。

以上より、都市部、地方とも家族による介助を受けている者が多いものの、地方では都市部に比べて公的介助サービスを利用している者の割合が低いことが示唆された。

なお、日常生活において介助を受けており、ヘルパー制度を利用していない者の不利用理由を比較すると、「困っていない」、「行政が認可しない」、「時間帯や仕事内容が異なる」、「他人を家に入れたくない

い」などの項目では大きな差はみられなかった[図2-2-10]。

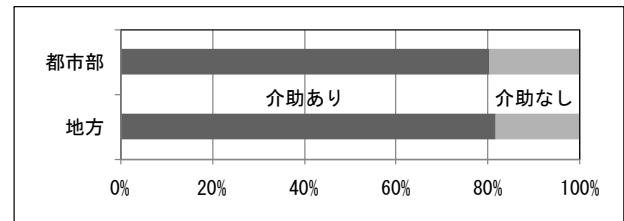


図 2-2-7 普段の生活における介助の有無

表 2-2-8 地域別1日の介助時間(時間)

1日平均介助時間	人数	平均値	中央値	最小値	最大値
地方	218	7.74	4.5	0.2	30
都市部	295	8.73	5	0.3	62
合計	527	8.34	5	0.2	62

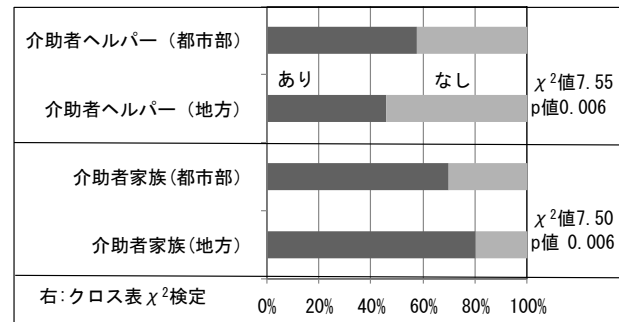


図 2-2-8 地域別主たる介助者

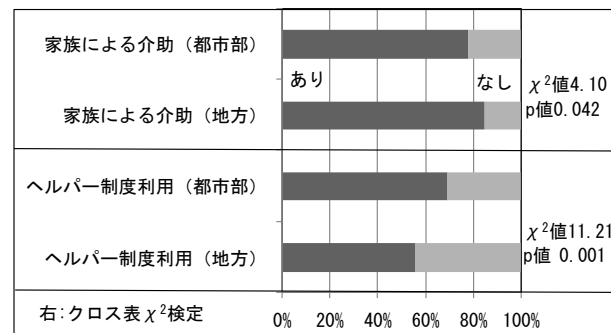


図 2-2-9 地域別介助利用状況

表 2-2-9 地域別ヘルパー派遣制度認定時間(時間)

派遣認定時間	人数	平均値	中央値	最小値	最大値
地方	116	101.64	64	1	744
都市部	192	183.02	130	2	744
合計	314	153.18	90	1	744
Mann Whitney U test				p 値	0.001

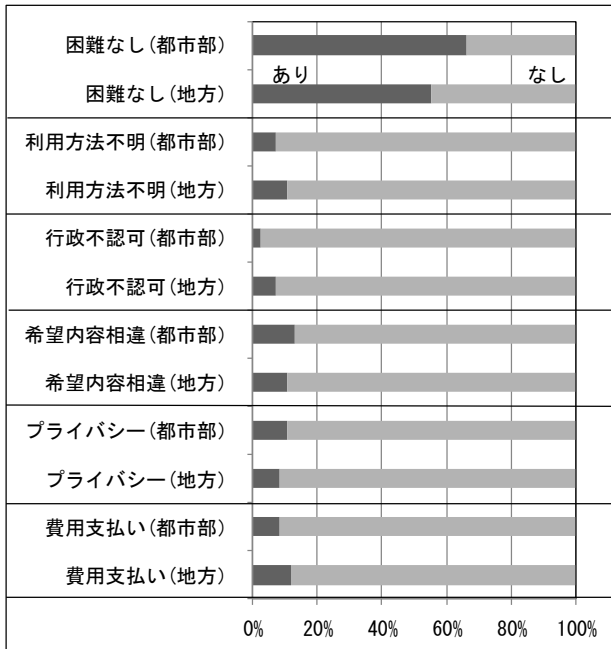


図 2-2-10 ヘルパー制度不利用理由

(4) 福祉機器の利用状況

まず、エアマットレスなどの褥そう予防マットレス、電動車いす、手動車いす、移乗用リフト、環境制御装置の利用割合を比較すると都市部と地方で大きな差はみられなかった。また、インターネットの利用有無についても都市部と地方で大きな差はみられなかった。[図 2-2-11]また、電動車いすの利用者の車いすの機能を比較すると、都市部と比べて地方では、チルト機能付きを利用している者の割合が少なかった。また統計的な有意差はなかったもの地方ではリクライニング機能付きを利用している者の割合が多かった。[図 2-2-12]この要因の一つとして、チルト機能の方がリクライニング機能よりも後に補装具費支給制度へ組み込まれたことが挙げられる。

次に、就寝機器、移動機器、入浴機器、通信機器についての問題として「用具や機器の種類の情報が少ない」が挙げられている割合を比較すると、地方、都市部ともほぼ 10%以下であり、都市部と地方で大きな差は見られなかった。[図 2-2-13]また、機器情報の入手先についてみると、地方では同じ障害者 58%、販売店 43%、インターネット 35%、都市部では同じ障害者 53%、インターネット 42%、販売店 38%となっており、都市部と地方で大きな差はみられなかった。[図 2-2-14]

したがって、福祉機器の普及や福祉機器の情報の入手について、都市部と地方に大きな差はないと考えられる。

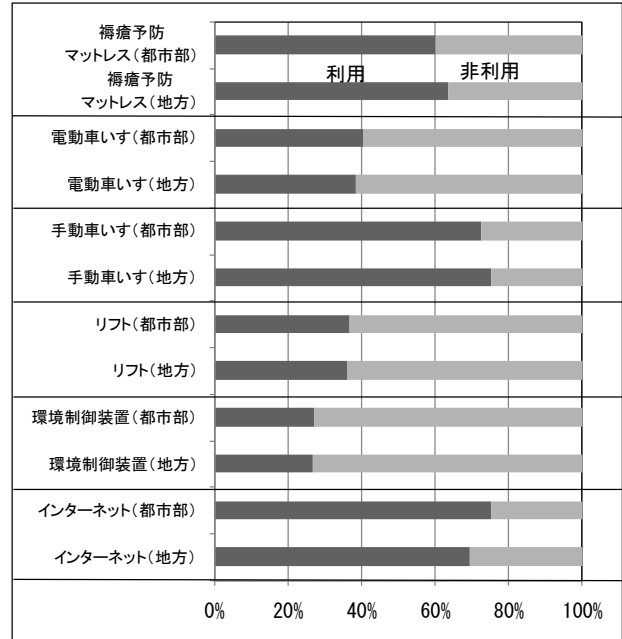


図 2-2-11 地域別福祉機器の利用状況

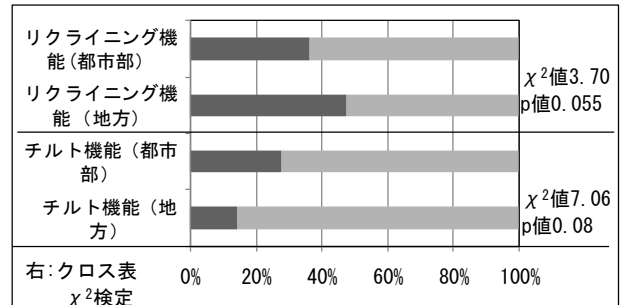


図 2-2-12 地域別電動車いす機能の利用状況

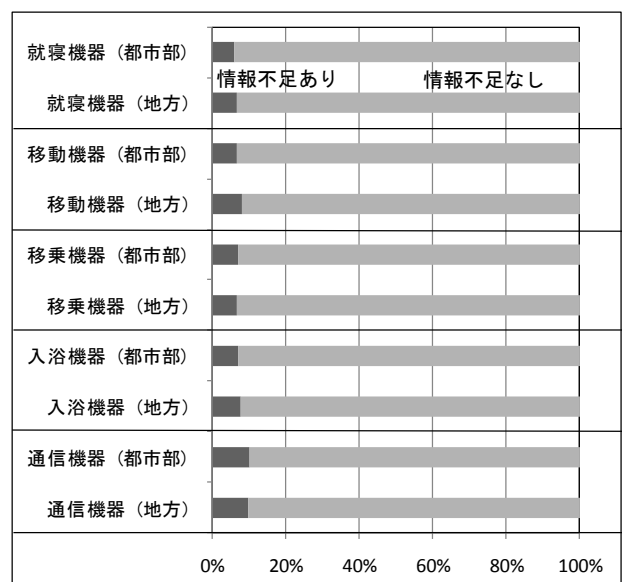


図 2-2-13 地域別機器情報不足状況

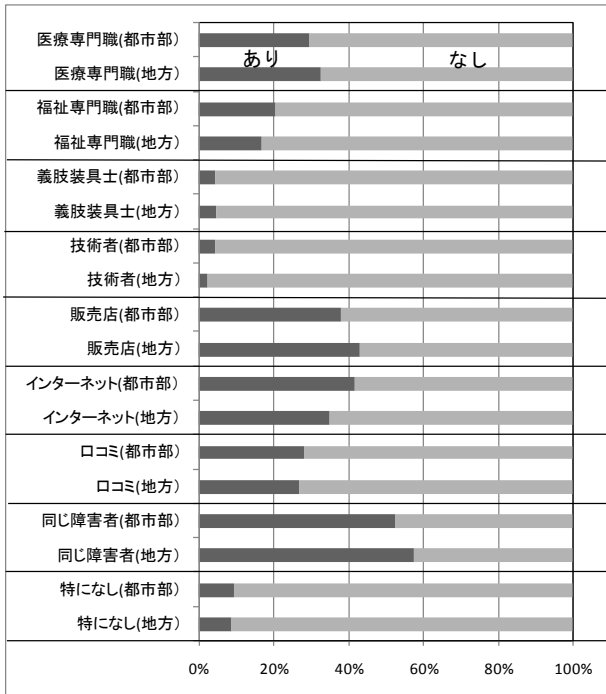


図 2-2-14 地域別福祉機器情報入手先

(5) 外出

まず、外出頻度(月当たりの外出回数)を比較すると、都市部と地方に大きな差はみられなかった。[表 2-2-10]

次に、外出時の主な移動手段として公共交通機関(鉄道、路線バス)が挙げられている割合をみると、地方 12%、都市部 38%となり、公共交通機関は全体的にあまり利用されていなかったが、特に地方で利用されていなかった[図 2-2-15]。加えて、鉄道、路線バスを利用しにくいと感じる点を比較すると、地方では都市部と比べて、「混雑していて怖い(鉄道)」、「運転手が不親切(路線バス)」、「複数の車いすが一度に乗れない」の項目を挙げる者の割合が少なく、「近くに駅がない(鉄道)」、「バス停から遠い(路線バス)」、「低床バスがない(路線バス)」の項目を挙げる者の割合が高かった。このことから地方における公共交通機関の利用率の悪さの要因として、公共交通機関自体の利便性が悪いことと併せて、物的・人的環境整備の遅れが存在していることが考えられる。

さらに、外出時の主たる移動手段として自家用車運転を挙げているものと挙げていないものに分けて外出頻度を比較すると、自家用車運転を挙げているものは挙げていないものと比べて、外出頻度が高か

った。その中で、外出時の主たる移動手段として自家用車運転を挙げているものについては都市部と地方に外出頻度の差はそれほどみられなかったが、挙げしていないものについては都市部に比べて地方の外出頻度が低くなっていた[表 2-2-11]。

これらのことから、地方では都市部に比べて、公共交通機関自体の利便性の要因に加えてハード・ソフト面での物的・人的環境整備の遅れがあるため公共交通機関が利用しにくいこと、そのため自家用車運転による移動手段をもたない場合外出に制約を受けやすいことが示唆された。

表 2-2-10 地域別外出頻度(回)

月当たりの外出回数(回)	人数	平均値	中央値	最小値	最大値
地方	292	11.36	10	0	30
都市部	390	12.39	10	0	31
合計	682	11.95	10	0	31

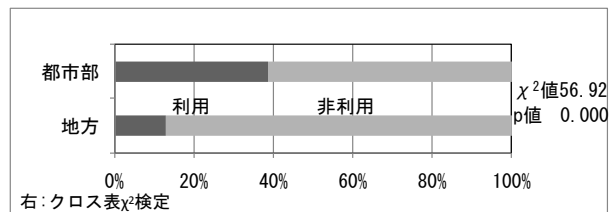


図 2-2-15 地域別公共交通機関の利用状況

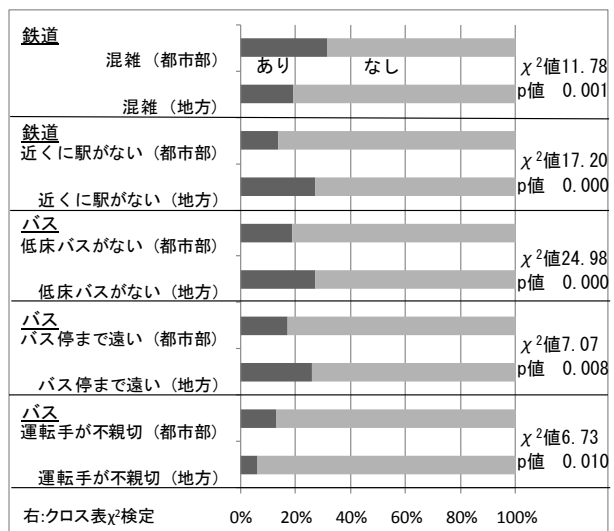


図 2-2-16 地域別公共交通利用困難理由

(6) 就労

まず、就労状況を比較すると、一般就労をしている者の割合は地方 27%、都市部 34%となり、都市部の

方が就労割合はやや高いものの大きな差はみられなかった[図 2-2-17]。また、一般就労と福祉的就労をしている者の併せた割合については地方 32%、都市部 38%となり、都市部と地方では大きな差はみられなかった[図 2-2-18]。

さらに、外出時の主たる移動手段として自家用車運転を挙げているものと挙げていないものに分けて、一般就労の有無を比較すると、外出時の主たる移動手段として自家用車運転を挙げているものは自家用車運転を挙げていないものと比べて一般就労をしている割合が高かった。また、自家用車運転を挙げていないものの中での一般就労の割合は都市部 27%、地方 14%となり、地方と比べて都市部で一般就労をしている割合が高かった[図 2-2-19]。

これらのことから、地方では都市部と比べて公共交通機関の利便性が悪く、自家用車運転が困難なものは就労に制約を抱えていることが示唆された。

加えて勤務形態についてみると、フレックスタイム利用者は都市部 21%、地方 8%となり、地方と比べて都市部での割合が高かった。また、在宅勤務については都市部 31%、地方 35%、短時間労働については都市部 15%、地方 25%となり、地方での短時間労働の割合が若干高いものの、両者では都市部と地方の間に大きな差はみられなかった[図 2-2-20]。

表 2-2-11 地域自家用車運転別外出頻度(回)

自家用車運転と外出回数	人数	平均値	中央値	最小値	最大値
自家用車運転なし(地方)	183	8.53	6	0	30
自家用車運転なし(都市部)	274	10.15	8	0	31
Mann Whitney U test				p 値	0.030
自家用車運転あり(地方)	102	17.16	17.5	1	30
自家用車運転あり(都市部)	110	18.50	20	2	31
Mann Whitney U test				p 値	0.276

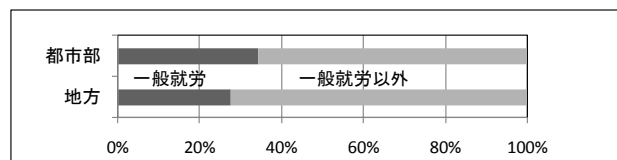


図 2-2-17 地域別一般就労状況

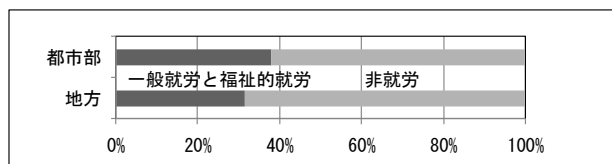


図 2-2-18 地域別就労状況

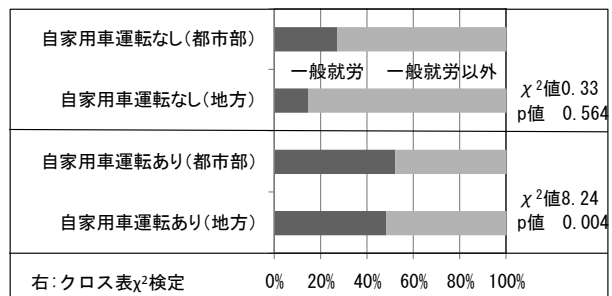


図 2-2-19 地域自動車運転有無別一般就労状況

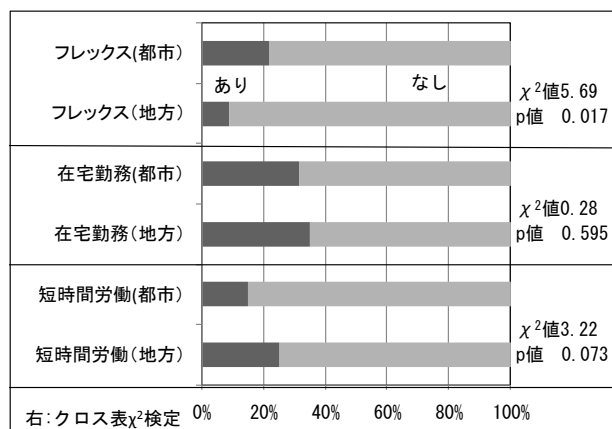


図 2-2-20 地域別就労形態

◆ 考察

都市部と比べて地方では一人暮らしが少なく、結婚後も親・きょうだいと同居する割合が高くなっていた。この要因については今回の調査で十分に解明することができなかったが、一般的な地方と都市部の差と頸損者の生活に影響を及ぼす社会サービス基盤にかかわる地方と都市部の差の、両方の影響が考えられる。今後、地方における頸損者の自立生活や社会参加の促進を図る上で、地方の特色である、祖父母・親・きょうだいならびに配偶者・子どもとの同居をしている頸損者の生活様式や支援ニーズを詳細に把握していくことが求められる。

介助者については、都市部と地方の両方ともに家族介助が中心となっていたものの、地方に比べて都市部ではヘルパー利用が進んでいた。本調査の結

果からは地方においてヘルパー利用を阻害している要因までは解明できなかった。しかし、ヘルパー制度不利用理由のうち「他人を家に入れたくない、プライバシーを侵害されたくない」の項目については都市部と地方に差がなかったことから、ヘルパーを家に入れることを拒む“家族規範”は地方においてもそれほど強くないことがうかがえる。また、都市部で認定派遣時間が多めとなっている要因の一つとしては地方と比べて都市部では重度頸損者(完全損傷C4以上)が多くなっているためと考えられる。他方で、ヘルパー利用は、頸損者個人の側の要因のみではなく、自治体の公的介助保障政策や事業所数・ヘルパー人数といった居住地域における介助サービス提供基盤などの社会的要因の影響を受けることが予測される。今回の調査では十分に検討できなかったが、今後、公的ヘルパー利用の地域間格差の要因を解明するために、自治体の財政力や介助政策といった政策的要因、及び地域における介助サービス提供基盤といった地域の社会資源的要因も併せて検討していくことが求められる。

福祉機器の普及や情報について、都市部と地方に大きな差はみられなかった。主要な福祉機器の情報の入手先として同じ障害者とインターネットが挙げられており、インターネットを通じて福祉機器の情報が全国に幅広く発信されつつあること、ならびに今回の調査の回答者が何らかの形で他の頸損者との間につながりを持っているため機器の情報入手が容易な層であることが、この要因として考えられる。したがって、さらに福祉機器の普及と情報の格差を解消していくためには、インターネットを通じた情報発信を進めることと、地域における頸損者同士のつながりを深めることが求められる。

ただし、後に補装具費支給制度に加えられた電動車いすのチルト機能については、都市部に比べて地方で普及が遅れている可能性も見受けられた。したがって、新しい機能を持つ福祉機器についての地方への普及促進として基準外交付など判定のあり方を検討していく必要もある。

社会参加状況については、都市部と地方の間に外出頻度、就労状況の差はみられなかった。しかし

地方では、公共交通機関の利便性の悪さや物的・人的環境整備の遅れなどの要因により、公共交通機関の利用に障壁が存在し、利用割合が低くなっていた。そのため、自動車運転という自力での移動手段の有無が外出頻度や一般就労有無に影響を与えていた。今後地方在住の頸損者の社会参加を促進する上で、自家用車運転に制約を抱える頸損者に対して、移動の保障や支援の実施をどのように進めていくかについての検討が求められる。

◆ まとめ

本章では、首都圏、中京圏、近畿圏を都市部、それ以外を地方と定義し、1)居住、2)医療、3)介助、4)福祉機器、5)社会参加についての都市部と地方の格差を検証した。その結果、

- 1) 地方では都市部と比べて、一人暮らしが少なく、結婚後も祖父母・親・きょうだいと同居していることが多いこと
- 2) 地方では都市部と比べて、戸建住宅入居者、部屋数が多く、居室が広いこと
- 3) 地方と都市部では医療サービスの利用状況に大きな格差はみられないこと
- 4) 地方では都市部と比べて家族による介助を受ける者が多く、公的ヘルパー制度利用者が少ないこと
- 5) 地方と都市部では、電動車いすのリクライニング機能とチルト機能を除き、福祉機器の普及と情報入手面での大きな格差はみられないこと
- 6) 地方と都市部では外出頻度と就労状況に大きな差はみられないものの、地方では都市部と比べて自家用車運転を主たる移動手段としていないものは外出頻度と一般就労の割合が低いことが明らかとなった。

これらのことから、

- 1) 地方における頸損者の自立生活や社会参加の促進を図る上で、地方の特色である、祖父母・親・きょうだいならびに配偶者・子どもと同居をしている頸損者の生活様式や支援ニーズを詳細に把握していくこと
- 2) 公的ヘルパー利用の地域間格差の要因を解明するために、自治体の財政力や介助政策といった政

策的要因、及び地域における介助サービス提供
基盤といった地域の社会資源の要因を検討すること

- 3) 福祉機器の普及と情報の格差を解消するために、インターネットを通じた情報発信を進めることと、地域における頸損者同士のつながりを深めること
- 4) チルト機能付き電動車いすなどの新しい機能を持つ福祉機器の地方への普及促進として基準外交付など判定のあり方などを検討すること
- 5) 地方在住の頸損者の社会参加を促進する上で、自家用者運転に制約を抱える頸損者に対する移動の保障や支援の実施のあり方を検討することの必要性が示唆された。

3) 光岡芳晶: 自立生活センター米子の7年間一障害者の自立生活運動の新時代に向けて一, 自立生活運動と障害文化一当事者からの福祉論, 57-64, 2001.

4) 総務省統計局統計調査部 国勢統計課審査発表係: 平成 17 年国勢調査, URL:
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/index.htm>

(丸岡 稔典)

◆ 文献

- 1) 古波蔵武美: 一人の障害者が、住みなれた地方の町を離れ東京で自立生活を始めるまで, 現在思想, 26(2), 152-175, 1998.
- 2) 麩澤孝他: 全国頸損連絡会・日本リハビリテーション工学協会合同シンポジウム福祉機器の格差を考える一地域と生活一の報告と今後の展開, 第 23 回リハビリ工学カンファレンス講演論文集, 353-534, 2008.

第 2-3 章

重度頸髄損傷者が抱える問題

◆ 結果の概要

本章では、頸髄損傷者(以下頸損者とする)の重度化が進んでいることによる、新たな課題の抽出を目的として、重度頸損者、およびその中でも最重度と位置づけられる人工呼吸器使用者が抱える問題について分析を行った。その結果、重度頸損者ではメンタルヘルス、介助費、インターネットの利用、環境制御装置の利用、ヘルパー派遣時間、外出頻度、就労における課題が抽出された。また、人工呼吸器利用者特有の課題では、入院頻度が多いこと、年金・手当以外の収入が低いこと、通信機器の不便さ、緊急時の連絡手段がないことが挙げられた。

◆ 背景と目的

医療・ケア技術の進歩にともない、より重度の頸損者が増加している。一方、自立や社会参加の考え方が社会に浸透するとともに、それを支えるセルフヘルプ等も進展し、重度頸損者が社会での活動の機会も増加している。このような背景のなか、重度頸損者を取り巻く新たな問題も浮上していると考えられる。

本章では、このような重度頸損者の抱える課題の抽出を目的として、重度頸損者群と非重度頸損者群の比較分析を行った。対象とする重度頸損者を定義するために、アンケートの身体状況・健康状態の回答として得た「損傷レベル」と「麻痺の分類」に対する「身体機能等の関係」を用いて重度頸損者と非重度頸損者とに分けることとした。

また、より重度の頸損者では、高位頸髄損傷において失われる呼気・吸気機能を補うために人工呼吸器を使用する頸損者も多い。このことから、人工呼吸

器使用の有無による比較を通し、人工呼吸器使用者の問題を抽出することとした。

◆ 分析結果—重度頸髄損傷者の問題

頸髄損傷においては、損傷部位が高位(頭部に近い位置)であるほど残存機能は少なくなり、生活支援がより大きな意味をもつ。そこで、本章では、より重度の機能障害がある頸損者の回答に焦点をおいて問題を分析する。

まず、本章において分析を行う対象である重度頸髄損傷について示す。脊髄損傷では損傷部以下の運動障害および知覚障害が主症状であり、詳細な機能障害は神経学的診察により評価される¹⁾。本アンケートでは、回答者が頸損者本人であることと、全体の傾向を把握することを目的とすることから、広汎な指標である損傷レベルと麻痺の種類を用いた。実態調査アンケートにおいては、損傷レベルを「頸髄 1~3 番」「頸髄 4 番」から「頸髄 7・8 番」の 5 段階で、麻痺の分類を「完全麻痺」「不全麻痺」「わからない」の内から回答するよう求めたので、これらの回答で「完全麻痺」と「頸髄 1~3 番」もしくは「頸髄 4 番」の組み合わせで回答した計 223 人(30.3%)を重度頸損者とし、他の計 429 人(58.3%)の回答を非重度頸損者とした

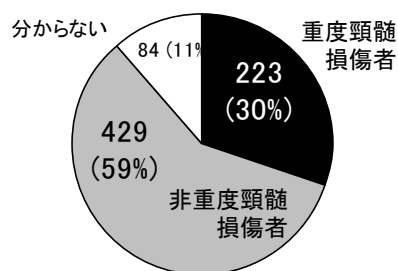


図 2-3-1 アンケート回答者に占める重度頸髄損傷者の比率[回答数(人)]

[図 2-3-1]。そして、重度頸損者と非重度頸損者間で、アンケートの設問への回答に違いが見込まれるとの仮説が立てられた項目を分析した。

(1) 損傷レベル・麻痺の種類と残存身体機能

まず、調査の結果にもとづく重度頸損者と非重度頸損者の分類と残存身体機能との関係を明らかにする。各個人の損傷レベル・麻痺の種類は、教科書通りに受傷部位により一意に残存身体機能が定まるものではないため、重度頸損者と非重度頸損者間での残存身体機能の違いを、アンケート回答の統計的処理にもとづき確認した。具体的には、アンケート中の身体機能に関する設問において、肘屈曲、手関節背屈、手指関節伸展の運動の有無を重度頸損者と非重度頸損者間で比較した。

「肘を曲げること(屈曲)ができる」と「手の平を下に向け手首を反らすこと(背屈)ができる」のそれぞれに対し、重度頸損者と非重度頸損者の回答とに対し検定(カイ自乗)を行った。この結果を表 2-3-1、2-3-2 に示す。重度頸損者は、非重度頸損者に比べて肘関節屈曲と手関節背屈が可能でないと回答する比率が有意に高いことが確認できた。また、手指関節の伸展機能があるとした回答数が、「損傷レベルC1～3・完全損傷」で5人(不可能:30人)、「損傷レベルC4・完全損傷」で5人(不可能:65人)、非重度頸損者では、114人(不可能 308人)あり、教科書的な残存機能とは異なる回答もみられた。なお、障害の程度と年齢、性別、居住地域に対する関連を調査したが、いずれも有意な関連は見られなかった。

表 2-3-1 重度・非重度頸損者間での肘を曲げることができるに対する回答[回答数(人)]

	可能	不可能	合計	χ^2
重度	144	76	220	94.70
非重度	402	23	425	P
合計	546	99	645	0.000

表 2-3-2 重度・非重度頸損者間での手の平を下に向け背屈できるに対する回答[回答数(人)]

	可能	不可能	合計	χ^2
重度	74	143	217	154.09
非重度	352	72	424	P
合計	426	215	641	0.000

(2) 健康・医療

運動・感覚機能障害は身体状況の把握を困難にし、麻痺は血流の循環機能低下にもつながる。ゆえに、障害の程度と健康面への影響との関連について調べた。分析の結果、重度頸損者と非重度頸損者間では、過去1年間の入院経験の有無について有意差はなかったものの、精神的健康においては、図 2-3-2 のように、障害のレベルと気分が沈んだりイライラした気分である日数とは関連があり、重度頸損者は非重度頸損者と比較して気分が沈んだり、イライラした気分である日数が多いとの回答比率が高いことが確認できた。重度頸損者においては、「たまに」と「いつも」を選択した回答がそれぞれ、87人(40.7%)、と48人(22.4%)であるのに対し、非重度頸損者では、210人(50.1%)、と49人(11.7%)で回答の傾向が異なり、重度頸損者においては常にストレスを感じている人が顕著に多いことが明らかになった。

(3) 経済状況

障害のレベル、なかでも上肢の運動機能障害の作業能力に及ぼす制約は、就労や必要となる生活支援に影響する。このことから、重度頸損者と非重度頸損者間で経済状況として収入と支出の費目について比較を行い、関連を調べた。重度頸損者は非重度頸損者移動費には差はないものの、月額介助費は有意に高いことが確認された[図 2-3-3]。回答からは重度頸損者が月額介助費として「なし」、「5～10万円」、「10万円以上」を選択したのがそれぞれ、54(25.2%)、28(13.1%)、10(4.7%)に対して、非重度頸損者ではそれぞれ、153(36.6%)、20(4.8%)、10(2.4%)であり、なし、ならびに5～10万円の回答の比率が大きく異なることが確認できた。

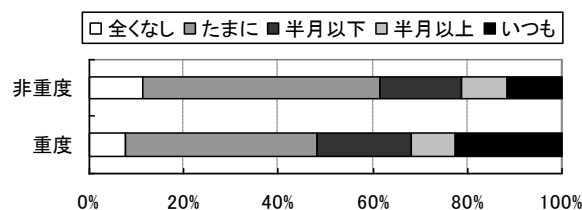


図 2-3-2 気分が沈んだり、イライラした気分である日数の重度頸損者と非重度頸損者との回答比率の比較(カイ自乗検定: $\chi^2=16.243$, $p=0.003$)

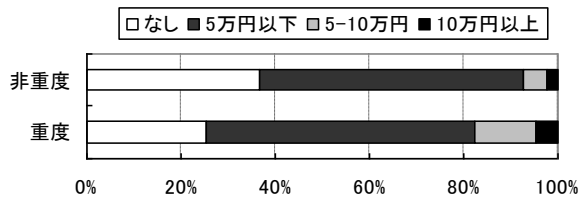


図 2-3-3 重度頭損者と非重度頭損者との月額介助費の支出金額の回答比率の比較(カイ自乗検定: $\chi^2 = 20.763$, $p=0.000$)

(4) 機器の利用状況

インタフェース技術を含むコンピュータと通信機器の普及により、自宅にいながら社会参加が可能な環境が構築できるようになった。一方、ユニバーサルデザインによる製品設計がうたわれているなか、重度障害者が使い易い製品を安易に入手できるほど支援機器が普及しているとは言いがたく、情報通信機器の使用上の問題を調べた。

分析の結果、障害の程度と通信機器の問題の有無、緊急事態の連絡手段の有無との間で有意さは確認できなかった。しかし、インターネットの利用割合では、重度頭損者と非重度頭損者を比較し、有意に低いことが確認された。重度頭損者ではインターネットを利用しているとの回答が 154 人(69.3%)に対し非重度頭損者は 330 人(78.0%)であった[図 2-3-4]。また、重度頭損者は「使い方が難しい、または教えてくれる人(インストラクター等)が乏しい」ことをインターネットの利用上の問題として回答している割合(22.2%)が非重度頭損者(13.6%)よりも有意に高いことも確認された[図 2-3-5]。このことから、まずは重度頭損者がインターネットをはじめとするパソコンの基本を学ぶ機会やサポート体制が必要であると考えられる。

重度頭損者は非重度頭損者と比較し、環境制御装置を利用している割合が有意に高い[図 2-3-6]。環境制御装置を利用していない理由として「操作方法の面倒、または機能が低い」、「どのような種類があるか、情報が乏しい」、「環境制御装置の購入のための費用負担が大きい」を選択している割合が非重度頭損者と比べて有意に高いことが確認できた。さらに、重度頭損者は環境制御装置を不要とする割合が有意に低いことも確認された[図 2-3-7]。これらの分析

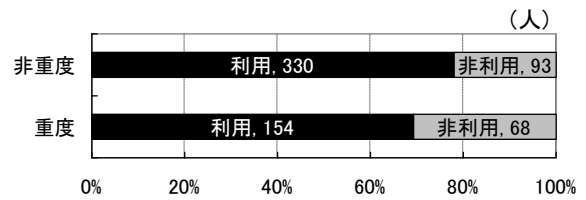


図 2-3-4 重度頭損者と非重度頭損者とのインターネット利用の回答比率の比較[回答数(人)]

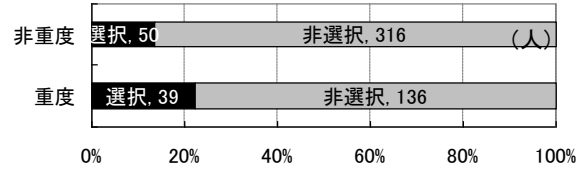


図 2-3-5 重度頭損者と非重度頭損者との「使い方が難しい、または教えてくれる人が乏しい」ことをインターネットの利用上の問題とする回答比率の比較 [回答数(人)]

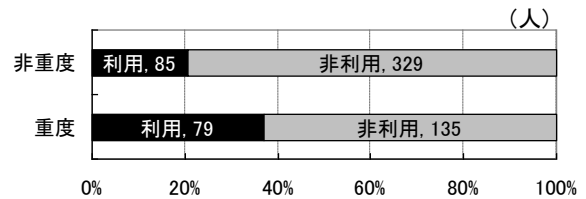


図 2-3-6 重度頭損者と非重度頭損者との環境制御装置の利用に対する回答比率の比較 [回答数(人)]

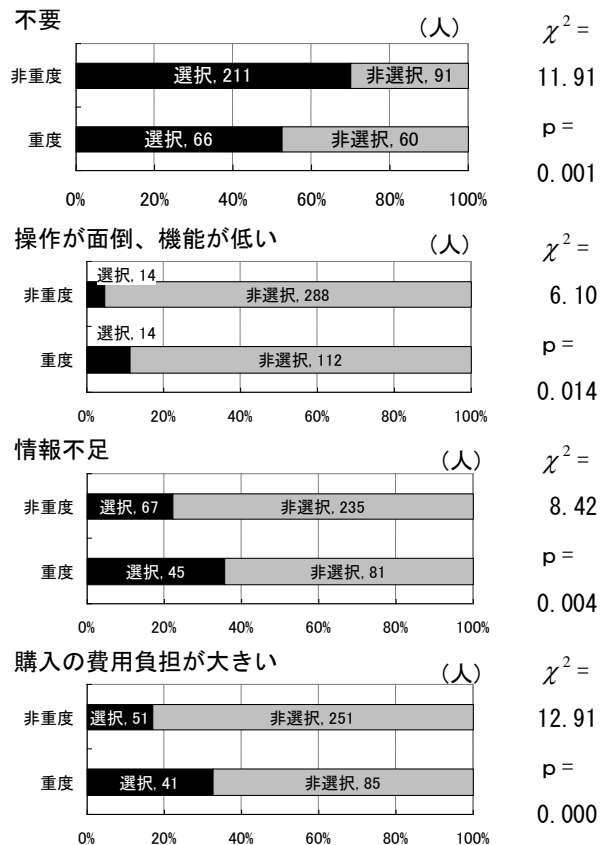


図 2-3-7 重度頭損者と非重度頭損者との環境制御装置の非利用の理由に対する回答比率の比較[回答数(人)](カイ自乗検定)

結果から、重度頸損者の環境制御装置へのニーズは高いものの、操作性を中心とした自身の残存機能と生活環境とのマッチングについて、情報の整理が不十分であることが示唆される。

また重度身体障害者が情報機器を利用するための支援ができるコーディネータの不足や認知不足を示唆する結果ともいえる。

(5) 介助

重度頸損者と非重度頸損者とのアンケートの回答から、実際に利用している介助時間との関連について調査した。特に、家族介助と公的ヘルパー派遣の利用時間ならびに、希望と実際の差と身体的な残存機能の差に関連があるかを分析した。

アンケート回答の分析結果からは、重度頸損者は非重度頸損者と比較して、1日あたりの平均の介助時間が、平均約4時間[表 2-3-3]、1日あたりの家族による介助時間が平均約5時間[表 2-3-4]長いことが確認できた。また、いずれの介助時間においても重度頸損者のほうが標準偏差も大きく、有意に差があることが確認できた。さらに重度頸損者では平均の介助時間と家族による介助時間がともに10時間強でその差が1時間もなく、家族に依存していることが確認できた。

月あたりの公的ヘルパー認定派遣時間も、重度頸損者は非重度頸損者と比べ平均で60時間長く、標準偏差も顕著に大きい[表 2-3-5]。重度頸損者の認定時間は30日で割ると、1日あたり6.5時間に当たる。ヘルパー派遣時間の希望と実際の認定との差においては、重度頸損者が平均109時間も不足していると感じており、非重度頸損者と比較しても差が50時間以上あることが確認できた[表 2-3-6]。また、標準偏差が大きく、希望と認定の差は個人差も大きいことが示唆された。

重度頸損者と非重度頸損者の介助サービスへ求めるものの違いとしては、重度頸損者は「夜間派遣」、「ショートステイ」、「その他」を有意に高く選択していることが確認できた[図 2-3-8]。なお、「その他」としては、重度障害者の受け入れを行えない施設や対応能力の乏しいヘルパーの存在に対する改善要望、

ヘルパーの賃金に対する改善を求める意見があった。

表 2-3-3 重度頸損者の1日あたりの平均介助時間[時間/日]と検定 (Mann-Whitney)

	度数 (人)	平均	標準 偏差	中央 値	最小 値	最大 値	p
重度	180	10.97	8.39	8	0.2	24	0.000
非重度	298	6.93	7.82	4	0.2	62	
合計	478	8.45	8.26	5	0.2	62	

表 2-3-4 重度頸損者の1日あたりの平均家族介助時間[時間/日]と検定 (Mann-Whitney)

	度数 (人)	平均	標準 偏差	中央 値	最小 値	最大 値	p
重度	145	10.60	8.44	8	0.2	24	0.000
非重度	232	5.72	6.84	3	0.1	24	
合計	377	7.60	7.85	4	0.1	24	

表 2-3-5 重度頸損者の月あたりのヘルパー派遣認定時間[時間/月]と検定 (Mann-Whitney)

	度数 (人)	平均	標準 偏差	中央 値	最小 値	最大 値	p
重度	109	195.28	196.06	111	2	744	0.019
非重度	181	136.47	146.71	80	1	744	
合計	290	158.58	169.07	93.5	1	744	

表 2-3-6 重度頸損者の月あたりのヘルパー派遣の希望時間と認定時間の差[時間/月]と検定 (Mann-Whitney)

	度数 (人)	平均	標準 偏差	中央 値	最小 値	最大 値	p
重度	93	109.19	151.19	50	-15	647	0.004
非重度	147	53.23	91.11	20	-72	708	
合計	240	74.92	120.90	28	-72	708	

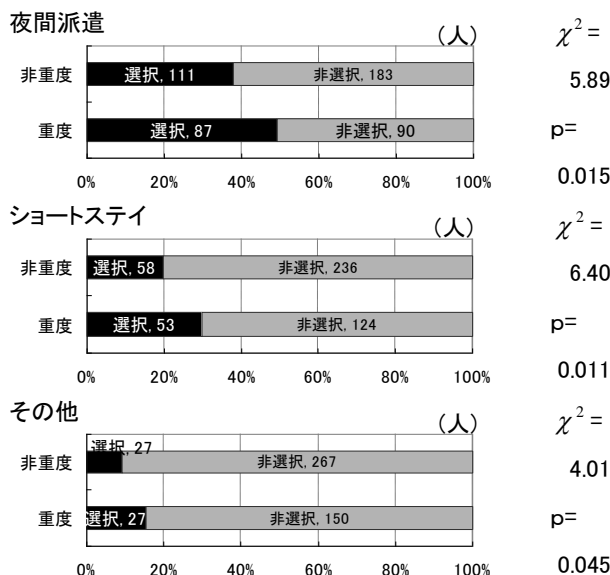


図 2-3-8 重度頸損者と非重度頸損者との介助の政策的ニーズに対する回答比率の比較 [回答数(人)](カイ自乗検定)

(6) 社会参加

重度頸損者は非重度頸損者と比較し、月あたりの外出回数が平均値で3.3日、中央値で2.5日少なく、有意に差があることが確認された[表 2-3-7]。また、重度頸損者は非一般就労の割合が高いことが予想されたが、調査結果より重度頸損者は統計的にも一般就労に比べて、非一般就労の率が有意に高いことが確認された[図 2-3-9]。

◆ 分析結果－人工呼吸器使用者の問題

(1) 人工呼吸器使用者の構成

人工呼吸器の使用者は全736人の回答中30人で[表 2-3-8]、常時使用者が21人(2.9%)、夜間など必要な時のみの部分使用者が9人(1.2%)であった。損傷レベルとの関係では使用者の内18人が頸髄1～3番、6人が頸髄4番、6人が頸髄5～7・8番であった。また、人工呼吸器の使用者と非使用者間で、年齢、性別、居住地域について調べた。その結果、性別、居住地域に対する有意な関連はなかったが、年齢については、人工呼吸器の使用者は非使用者と比較して、年齢の平均値、中央値が10歳以上若く、標準偏差も大きいことが確認された[表 2-3-9]。

表 2-3-7 重度頸損者の月あたりの外出回数[日/月]と検定(Mann-Whitney)

	度数(人)	平均	標準偏差	中央値	最小値	最大値	p
重度	214	9.72	8.74	7.5	0	30	0.000
非重度	408	13.03	9.44	10	0	31	
合計	622	11.89	9.33	10	0	31	

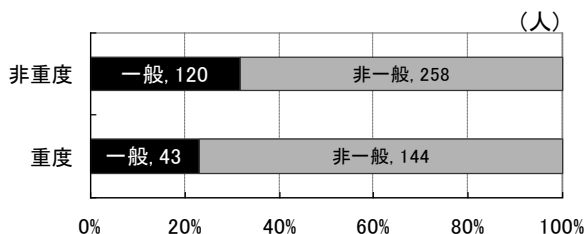


図 2-3-9 重度頸損者と非重度頸損者との一般就労に対する回答比率の比較[回答数(人)](カイ自乗検定 $\chi^2=4.67$, $p=0.031$)

表 2-3-8 アンケート回答中の人工呼吸器使用者の比率[回答数(人)]

	使用者	非使用者	無回答	合計
度数(%)	30 (4.1)	687 (93.3)	19 (2.6)	736

表 2-3-9 人工呼吸器使用者の年齢[歳]と検定(Mann-Whitney)

	度数(人)	平均	標準偏差	中央値	最小値	最大値	p
使用	29	40.00	17.78	37	15	75	0.000
非使用	680	50.96	13.30	51	19	86	
合計	709	50.51	13.67	51	15	86	

表 2-3-10 人工呼吸器使用者・非使用者間での過去1年間の入院経験の比較[回答数(人)]と検定(カイ自乗)

	入院なし	あり	合計	χ^2
使用	11	16	27	13.24
非使用	485	180	665	P
合計	496	196	692	0.000

表 2-3-11 人工呼吸器使用者の年金、手当て以外の月額収入金額(税込)[万円]の比較と有意差検定(Mann-Whitney)

	度数(人)	平均	標準偏差	中央値	最小値	最大値	p
使用	25	11.70	8.71	7.5	0	27.5	0.025
非使用	668	15.54	8.93	12.5	0	32.5	
合計	693	15.40	8.94	12.5	0	32.5	

(2) 健康・医療

人工呼吸器の使用者は心肺機能の他にも身体的機能が低い場合が多く、入院を伴う治療を受ける可能性も高いと考えられる。このことから、人工呼吸器の使用者と非使用者で過去1年間の入院経験の有無について調査を行った。その結果、人工呼吸器使用者は、非使用者よりも過去1年に入院の経験がある者の数が有意に高く[表 2-3-10]、回答として得た入院経験者の平均入院日数を比較すると、使用者は、84.0日間、非使用者は56.9日間であった。使用者においては、1週間以内の入院期間が3人(18.7%)、365日が2人(12.5%)、非使用者においては、1週間以内の入院期間が45人(25%)、365日が4人(2.2%)であり、特に短期と長期の入院者の比率に大きな差がある。

(3) 経済状況

人工呼吸器の使用者の経済状況を調べるため、収入・支出の費目との関連を調べた。分析結果より、人工呼吸器使用者は、年金と手当て以外の月額収入が非使用者と比較して有意に低いことが確認できた。表 2-3-11のように、標準偏差にはほとんど差はないものの、人工呼吸器使用者は平均値と中央値とではそれぞれ3.8万円、5万円の差がある。なお、

月額支出については人工呼吸器の使用者と非使用者の間で医療費、介助費、移動費に差がなく、差は収入側のみにあることが確認された。

(4) 機器の利用状況

人工呼吸器の使用は音声によるコミュニケーションが制約される。コミュニケーション代替手段のひとつとして通信機器等を頭部周辺に配置した際に人工呼吸器との干渉により不便をきたすことが想定される。そこで人工呼吸器使用者の通信機器の使用上の問題についてアンケートの設問より「操作方法が面倒、または使い方がよくわからない」と「使いにくい」の2つの回答について分析を行った。その結果、人工呼吸器の使用者は非使用者と比較して、通信機器の「操作方法が面倒、または使い方がよくわからない」の選択肢を多く回答していることが確認できた。しかし、「使いにくい」との回答は、人工呼吸器の使用の有無により有意な関連は確認できなかった[図2-3-10]。

また、緊急時の連絡手段を、「電話、携帯PHS」「パソコン」「環境制御装置」「ナースコール」「特になし」「その他」の選択肢から答える設問に対して人工呼吸器の使用の有無との関連を調べた。人工呼吸器使用者と非使用者の回答をそれぞれ、手段ありとなしに分類しなおしたところ、図2-3-11のように人工呼吸器使用者は連絡手段なしの回答が多いとの傾向が確認できた。なお、人工呼吸器使用者の回答は、連絡手段ありの回答のうち、電話、携帯PHSが14人と最

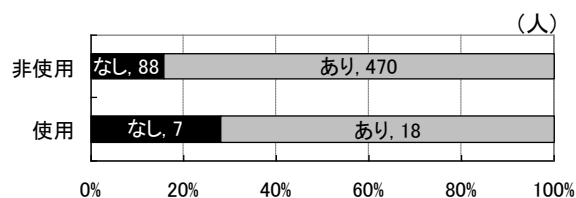


図 2-3-11 人工呼吸器使用者と非使用者の緊急時の連絡手段の比較[回答数(人)]と検定(カイ自乗: $\chi^2 = 7.50$, $p=0.006$)

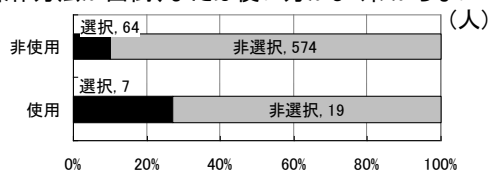
も多く、パソコン 5 人、環境制御装置 4 人、ナースコール 10 人の回答(重複あり)となった。

人工呼吸器の使用とインターネットの使用上の問題についても分析を行ったが、有意な関連は確認できなかった。以上より、当初の想定とは異なり、人工呼吸器が干渉するという問題ではなく、機器が使用されていないという傾向が確認された。

(5) 介助

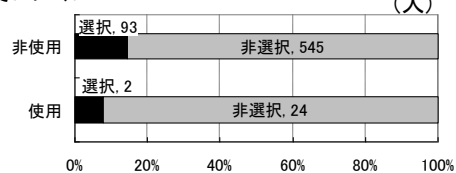
人工呼吸器の使用者は非使用者と比較して、1日あたりの平均介助時間で 6.6 時間、家族による平均介助時間では 7.7 時間も長いことが確認できた[表2-3-12,2-3-13]。特に、1日の介助時間と家族による介助時間の平均値がほぼ同じであることから、家族に介助を依存している時間が長く、平均で1日14時間と長時間に及んでいる。また、月あたりの公的ヘルパー派遣認定時間は、非使用者と比較して約100時間長く[表2-3-14]、1ヶ月を30日で換算すると1日あたり平均8時間のヘルパーの利用が認められていることになる。

操作方法が面倒、または使い方がよくわからない



$\chi^2 = 7.46$
 $p = 0.006$

使いにくい



$\chi^2 = 0.97$
 $p = 0.326$

図 2-3-10 人工呼吸器使用者と非使用者の通信機器の使用上の問題の比較[回答数(人)]と検定(カイ自乗)

表 2-3-12 人工呼吸器使用者の1日あたりの平均介助時間[時間/日]と検定(Mann-Whitney)

	度数(人)	平均	標準偏差	中央値	最小値	最大値	p
使用	27	14.59	8.51	12	4	24	0.000
非使用	486	7.96	8.12	4.5	0.2	62	
合計	513	8.31	8.26	5	0.2	62	

表 2-3-13 人工呼吸器使用者の1日あたりの平均家族介助時間[時間/日]と検定(Mann-Whitney)

	度数(人)	平均	標準偏差	中央値	最小値	最大値	p
使用	20	14.70	8.28	15.5	3	24	0.000
非使用	386	6.98	7.59	3	0.1	24	
合計	406	7.36	7.80	4	0.1	24	

表 2-3-14 人工呼吸器使用者の月あたりのヘルパー派遣認定時間[時間/月]と検定(Mann-Whitney)

	度数 (人)	平均	標準 偏差	中央 値	最小 値	最大 値	p
使用	15	245.87	208.62	220	24	720	0.019
非使用	286	147.50	162.70	90	1	744	
合計	301	152.40	166.25	90	1	744	

表 2-3-15 人工呼吸器使用者の月あたりの平均外出回数[回数/月]と検定(Mann-Whitney)

	度数 (人)	平均	標準 偏差	中央 値	最小 値	最大 値	p
使用	26	7.51	9.87	2	0	30	0.001
非使用	656	12.16	9.27	10	0	31	
合計	682	11.98	9.33	10	0	31	

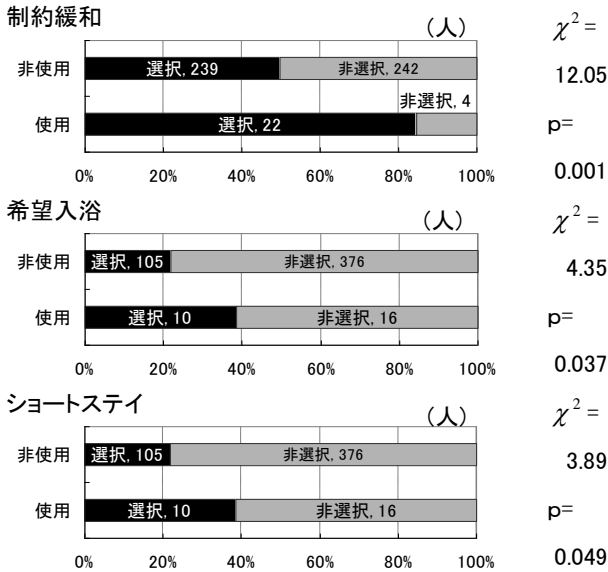


図 2-3-12 人工呼吸器使用者と非使用者の介助についての政策的ニーズの比較[回答数(人)]と検定(カイ自乗)

介助サービスとして人工呼吸器の利用者と非利用者を比較すると、利用者は「制約の緩和」、「入浴」、「ショートステイ」を選択した割合が有意に高いことが確認された[図 2-3-12]。特に、制約の緩和については、非利用者の選択率が 50%であるのに対し、利用者の 84%が選択していることから、要望の強さが伺える。痰の吸引など医療行為に対する制約や重度身体障害者に求められるより高い介助技術と医学的知識のため、介助サービス供給側が人工呼吸器利用者のニーズに対応できず、選択肢がないのが問題であると思われる。重度身体障害者のニーズに対応できる機関を増やすために、介護報酬の見直しや行政による指導・支援、必要な支援機器開発などの議論が望まれる。

(6) 社会参加

人工呼吸器利用者は非利用者と比較して、月あたりの外出回数が、有意な差が認められるほど少なく、利用者の中央値が 2 日であることから、外出回数が月あたり 1 日以下である人が多く存在することが確認

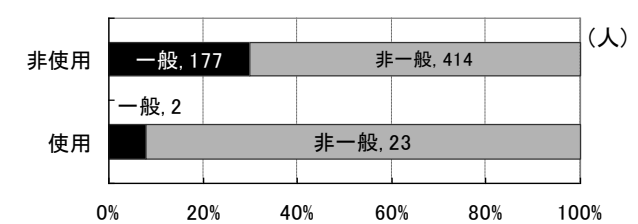


図 2-3-13 人工呼吸器使用者と非使用者の一般就労の比較[回答数(人)]と検定(カイ自乗: $\chi^2 = 5.61, p = 0.018$)

できた[表 2-3-15]。標準偏差には差がないものの、平均値で約 4.7 日、中央値は 8 日もの差がある。また、人工呼吸器利用者の一般就労と非一般就労の比は 8: 92 と、非利用者とは比べて一般就労が極めて少なく、その比率には顕著な違いが認められる[図 2-3-13]。

◆ 考察

本章の分析から、重度頸損者が抱える問題が抽出できたとともに、人工呼吸器利用者特有の問題が存在することも明らかになった。健康・医療問題としては、重度頸損者はメンタルヘルスに対する注意が必要であるのに対し、人工呼吸器利用者ではメンタルヘルスに関する問題は抽出されず、年間の入院日数が長期化するという問題が確認された。さらに、経済状況においては、重度頸損者は非重度頸損者と比べて支出項目の介助費が高額であるとの差が確認できた。これに対し、人工呼吸器利用者は年金・手当以外の収入が非利用者とは比べて低く、重度頸損者のなかでも人工呼吸器の使用の有無では問題の傾向が異なり、この違いを認識した対応の必要性が伺える。

機器の利用にあたっては、重度頸損者はインターネットの利用に問題が確認されたのに対し、人工呼吸器利用者は、通信機器の利用に強く不便さを感じているという問題が確認され、この差は注目に値する。なかでも人工呼吸器利用者においては、緊急時の連絡手段がないという問題がこの分析より顕著に示され、問題の重要性からも適切な支援機器の開発が急

務である。また、パーソナルコンピュータやインターネットは、重度頸損者にとって、社会参加の根幹に関わるインフラであり、これらを利用するための技能の取得は生活に必要不可欠である。そのための教育の機会を増やすことも重要である。またソフトウェアの取り扱いに関する適切な教材開発も望まれる。

介助の問題としては、重度頸損者、人工呼吸器使用者ともに家族による介助時間が長く、希望するヘルパー派遣時間との差からは現状の公的ヘルパー派遣制度では十分な人的支援が提供できていない懸念がある。また、両者ともに、介助に対する政策的ニーズとしてショートステイへの改善要求があり、介護・介助サービスの供給体制の改善が必要であると思われる。重度頸損者からは、「その他」として、人工呼吸器使用者では「制約の緩和」として、医療行為も伴うケアが必要な頸損者を受け入れられる福祉施設やヘルパーの不足が問題として提起されている。また、今回の分析では重度頸損者も人工呼吸器使用者も、月あたりの平均外出回数が有意に少ないことが確認された。外出回数と公的ヘルパー派遣制度の利用時間との関連には相関がないことが確認され、現状では派遣されたヘルパーの支援が増加しても簡単には外出に結びつかない可能性が示唆された。社会参加の制約は単にヘルパーの認定時間を増やすという量の問題だけではなく、質の問題でもある。その解消に向けては、今後より詳細な調査と分析にもとづき、具体的な対策が示されることが望まれる。

また、本分析を通し、アンケートの設問に不十分な点も確認された。損傷レベルと残存身体機能に関する回答において、教科書的な機能とは異なる回答が得られた。本調査アンケートの設問では、「できるか」との設問に「はい」「いいえ」「わからない」で回答する形式としており、「できる」を能動的(関節の主動筋の力で)か受動的(他力によって)かを明記していないことで、後者を意図した回答も含まれたと考えられる。

◆ まとめ

アンケートの回答を、重度頸損者と非重度頸損者とに分類し、医療・健康、経済状況、機器利用状況、介助、社会参加のそれぞれについて設定した仮設を

比較、検証した。また、人工呼吸器の使用の有無で、同様に医療・健康、経済状況、機器利用状況、介助、社会参加のそれぞれの項目について比較、検証し、人工呼吸器使用者特有の問題を抽出した。これらの分析を通し、頸損者は、障害のレベルによって抱える問題が異なる部分もあるが、これとあわせ人工呼吸器の使用も加味した問題の対策が必要であることが示唆された。

◆ 参考文献

1)住田幹男、他4名 編、脊髄損傷の Outcome、医歯薬出版、2001

(大西謙吾 今西正義 井上剛伸)

第 2-4 章

高齢化と性別による問題

◆ 結果の概要

本章では、高齢化の問題と性別特有の問題について取り上げ、これらの現状と今後の課題を明らかにする。ここでは、属性や身体状況、訪問看護、健康状態、受傷要因、経済状況、機器の購入・レンタル、福祉機器・通信機器の利用、性の悩み、介助や介助サービスの問題、外出などについて、若年層と高齢層（65 歳以上）、男性と女性のそれぞれにおいて比較検証を行った。

その結果、高齢者の現状については、高齢者は若年者と比べて、1)配偶者・子どもと暮らしている割合が高く独居率が低いこと、また、家族介助を受けている割合が高く、介助者も高齢であり、家族の方の生活に影響が生じる問題があること、2)自然排尿や自然排便の割合が高いこと、3)年金・手当として、共済年金、老齢年金の受給者が多く、保健医療費や介助費にかかる支出割合が高い傾向があること、4)外出の目的として、病院の割合が高いことが明らかになった。

以上より、今後、1)家族介助の場合には、本人だけではなく介助者の高齢化による負担の増加についても検討する必要があること、2)今後増加すると予想される重度頸損者の高齢化の問題が新たに生じる可能性があること、3)保健医療費や介助費の支出が増加すると予測されること、4)病院への外出支援が必要であることが挙げられた。

男女差の現状については、1)女性の方が子どもとの同居割合が高いこと、2)排尿方法が、女性は尿道カテーテル、男性は集尿器の利用割合が高いこと、また、排便介助の割合は男性の方が多いこと、3)日常生活の悩みやストレスは女性の方が多いこと、4)男

性は厚生障害年金を、女性は障害基礎年金を利用する割合が高いこと、5)性の悩みは女性と比べ男性が多いこと、6)機器の利用割合については、介助用車いすやリクライニングやチンコントロールなどの電動車いすの利用割合は男性が高く、普通型電動車いすは女性が高いこと、また、機械浴利用は女性が高いこと、通信手段として、パソコンの利用およびインターネットの利用割合、インターネットからの機器情報入手については男性が高く、通信機器に対する問題がある割合も男性が高いこと、環境制御装置の利用割合は男性が高いこと、7)女性の方がヘルパー（有償介助者）の利用割合が高いが、男性の方がヘルパー派遣制度の利用割合が高いことが明らかになった。

以上より、今後 1)同居形態に男女差があることから、支援ニーズが異なる可能性があること、2)排泄方法は、用具も含めて男女差があるため、性別に合わせた支援の実施が必要であること、3)日常ストレスの要因について、詳細を分析する必要があること、4)受傷以前の職業が受給に影響を与えており、経済的な支援についても男女差を考慮する必要があること、5)特に男性の性の悩みについて、情報の共有化を図る必要があること、6)女性に対するパソコンやインターネットの利用促進を行うことで機器の活用や情報の入手を支援する方策を検討し、普及を進める中での利用の問題は男女の共通課題になること、7)介助ヘルパーの利用には男女差があるため、支援ニーズの違いなどを考慮する必要があることがわかった。

◆ 背景と目的

医療技術の発展に伴い、近年、脊損者の平均余命は大幅に改善したといわれており^[1]、頸損者についても同様に、10年前とくらべると余命の改善に伴い生活や生命維持は大幅に改善している。そのため、生活形態、ライフプランも以前とは大きく変わってきている。一方で、長寿命化によって新たに高齢化の問題が取り上げられつつある。また、性別の違いについては、介助サービスや性の問題に関する意識も変化が見られている。

そこで、本章では実態調査の結果を基に、高齢化については(1)属性、(2)身体状況と生活状況、(3)訪問看護、(4)健康状態、(5)受傷要因、(6)経済状況、(7)機器の購入・レンタル、福祉機器・通信機器の利用、(8)性の悩み、(9)介助の問題、(10)外出項目を、性別については(1)属性、(2)身体状況、(3)健康状態、(4)受傷要因、(5)経済状況、(6)性に関する悩み、(7)介助サービス、(8)外出、(9)福祉機器や用具の利用、その現状と要因についてまとめる。

◆ 分析方法

(1) 高齢化による問題

回答者の年齢構成は[図 2-4-1]のとおり、65歳以上の高齢者が120名(16.3%)である。そのうち19名(2.5%)は後期高齢者(75歳以上)に属する。回答者の最高年齢は86歳であった。

高齢化問題の分析をするにあたり、各項目について、高齢者(65歳以上)と若年者(64歳以下)で回答について χ^2 検定を行い、有意差を調べた。ここでは有意差が認められた項目、特徴的な項目について結果をまとめる。

(2) 性別による問題

回答者の性別は[図 2-4-2]のとおり、男性594名(80.6%)、女性140名(19.0%)で、約4:1と男性の方が多かった。国内の脊髄損傷者の発生件数では男女比は5:1、国外の調査結果とほぼ同数であるといえる^[1]。

性別による問題の分析をするにあたり、各項目について、男性と女性の回答について χ^2 検定を行い、

有意差を調べた。ここでは有意差が認められた項目、特徴的な項目について結果をまとめる。

◆ 分析結果

(1) 高齢化による問題

1) 属性

家族構成は、高齢・若年ともに2人暮らしと3人暮らしが多く、一人暮らしの割合は高齢者の方が若年

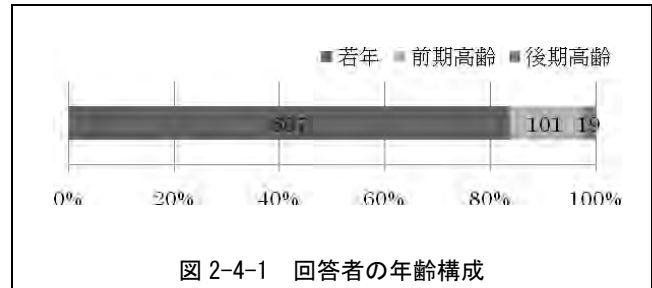


図 2-4-1 回答者の年齢構成

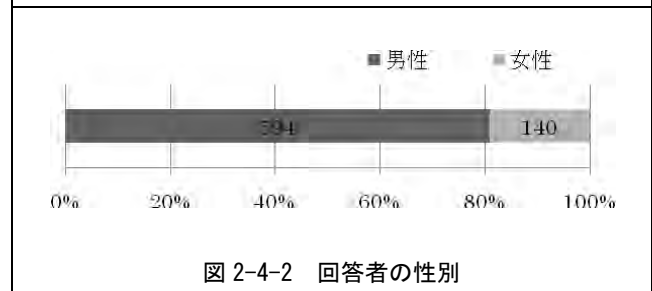


図 2-4-2 回答者の性別

者より有意に低かった(高齢5名(4.5%)、若年87(15.0%) p 値0.003)。特に、配偶者と同居している割合は、高齢92名(82.9%)、若年253名(43.5%)、また、子どもと同居している割合は、高齢41名(36.9%)、若年135名(23.2%)と有意に差が認められた。居住地域における高齢・若年の差は認められなかった。

これらから、高齢者の方が若年者より配偶者や子どもと暮らしている場合が多く、独居率が低いことがわかった。

2) 身体状況と生活状況

基本的な日常生活活動である①入浴、②排尿、③排便についての結果を示す。

①入浴:入浴頻度に差は認められなかったが、入浴方法で施設サービスを利用する者の割合が、高齢30名(25.9%)、若年92名(15.2%)と高齢者の方が高いことがわかった(p 値0.005)。

②排尿:排尿方法については、自然排尿をしている者の割合が高齢42名(35%)、若年136名(22.5%)と

高齢者の方が有意に高かった(p 値 0.004)。また、膀胱ろうを利用している者の割合は高齢20名(16.7%)、若年 157 名(26.0%)、自己導尿をしている者は高齢 14 名(11.7%)、若年 128 名(21.2%)と若年者の方が有意に高かった(p 値 0.016)。

③排便:排便頻度は、高齢・若年ともに週に 2 回から 3 回、毎日の順で多かったが、その割合は高齢毎日 36 名(30.5%)、2 回～3 回 66 名(55.9%)、若年毎日 86 名(14.2%)、2 回～3 回 438 名(72.8%)と高齢者の割合が高かった。排便方法については、自然排便をしている者の割合が高齢 27 名(22.9%)、若年 68 名(11.3%)と高齢者の方が有意に高かった(p 値 0.001)。また、介助排便の者は高齢 39 名(33.1%)、若年 270 名(44.8%)と若年者の方が有意に高かった(p 値 0.019)。

これらから、高齢の方が若年より高位頸損者が少ないため、自然排尿や自然排便の割合が高いことがわかった。また、高齢者の入浴方法については、施設の利用を活用していることがわかった。

次に、入院について、その経験と日数を調べる。入院経験の有無は有 204 名(27.7%)、無 505 名(68.6%)であった。若年者・高齢者の比較では、入院経験有りについては、若年 163 名(27.7%)、高齢 37 名(33.3%)であった。また、入院経験がある人のうち、入院日数を比較すると高齢者平均 118.8 日、若年者平均 96.4 日であった。これにより、入院経験の有無については年齢の影響は見受けられないが、入院日数については平均4ヶ月間程度と高齢者の方が長引くことが分かった。

3) 訪問看護

訪問看護を利用している者は、高齢 57 名(48.3%)、若年 227 名(38.2%)、と高齢者の利用割合が有意に高かった(p 値 0.01)。また、訪問看護の処置内容で若年と高齢で有意に差が認められたものは、摘便(高齢 26 名(46.5%)、若年 146 名(64.4%)、p 値 0.01)、尿路管理(高齢 14 名(24.6%)、若年 89 名(39.2%)、p 値 0.04)において若年の割合が有意に高かった。このことは、若年の方が自然排尿や自然排便の割合が低いことからわかる。

4) 健康状態

日常生活の悩みやストレスの有無、および気分が沈んだりイライラした気分の日については、高齢・若年で差が認められなかった。受傷後、周囲に励ましてくれる人がいたかについては、家族・医療関係者については差が認められなかったが、福祉関係者については高齢 25 名(21.2%)、若年 197 名(32.9%)、障害友人については高齢 37 人(31.4%)、若年 351 名(58.6%)と高齢者の割合が低かった。

5) 受傷要因

受傷要因で最も多いものは高齢・若年ともに交通事故(高齢 45 名(41.7%)、若年 296 名(50.3%))で、次いで就労作業中の事故(高齢 24 名(22.2%)、若年 75 名(12.7%))であった。交通事故の要因については、主に自動車事故(高齢 21 名(50.0%)、若年 165 名(56.1%))、次いで若年はバイク事故(84 名(28.6%))が多く、高齢は自転車事故(7 名(16.7%))が多かった。障害発生時の状況は、高齢・若年ともに一般企業社員(高齢 37 名(31.4%)、若年 242 名(40.6%))、次いで高齢者は公務員・団体職員 17 名(14.4%)、若年者は小学・中学・高校生 109 名(18.3%)であった。障害発生前の職場・学校復帰と障害発生による就労・就学形態の変化については差が認められなかった。

6) 経済状況について

①年金・手当:年金・手当の月所得は、高齢者は 5～10 万、20～25 万が最も多く(各 22 名(19.3%))、若年者は 5～10 万(167 名(28.4%))、10～15 万(131 名(22.3%))であった。年金・手当については、障害基礎年金、特別障害者手当、特別障害者給付金、自動車事故対策機構は高齢者の受給者の割合が有意に低かった。共済年金、老齢年金は、高齢者の受給

項目	高齢者	若年者	P
障害基礎年金	45 名(38.1%)	379 名(64.5%)	0.00
特別障害者手当	14 名(11.9%)	212 名(36.1%)	0.00
自動車事故対策機構	1 名(0.8%)	32 名(5.4%)	0.031
共済年金	18 名(15.3%)	22 名(3.7%)	0.00
老齢年金	40 名(33.9%)	6 名(1.0%)	0.00

者が有意に高かった。また、年金・手当以外の収入賃金は、若年の方が有意に高かった[表 2-4-1]。

したがって、高齢者は障害基礎年金、共済年金、老齢年金による年金・手当を受けている割合が高いことがわかった。

②支出:主な支出項目では、保健医療費で、高齢 50 名(42.7%)、若年 148 名(25.1%)、介助費は高齢 38 名(32.5%)、若年 137 名(23.2%)であり、高齢者の割合が有意に高かった。一方、通信費については、高齢 13 名(11.1%)、若年 111 名(18.8%)、教育費については高齢 1 名(0.8%)、若年 57 名(9.7%)、教養娯楽費については、高齢 10 名(8.5%)、若年 99 名(16.8%)と若年者の割合が有意に高かった。

したがって、高齢者は保健医療費や介助費にかかる支出割合が高い傾向があることがわかった。

7) 機器の購入とレンタル

①自費購入・レンタル:ベッド、座位保持装置を購入している者の割合は高齢者の方が有意に高かった。また、通信機器の電話機、パソコンを購入している割合は、若年者の方が有意に高かった。一方、自費レンタルの利用はすべての項目で少数であり、有意差は認められなかった[表 2-4-2]。

	項目	高齢者	若年者	P
自費購入	ベッド	38 名(53.5%)	173 名(39.5%)	0.026
	座位保持装置	7 名(9.8%)	17 名(3.9%)	0.027
	電話機	30 名(42.3%)	255 名(61.2%)	0.012
	パソコン	19 名(26.8%)	268 名(61.2%)	0.00

②制度助成による購入・レンタル:ベッド、車いす、リフト、マットレス、クッション、座位保持装置を制度助成により購入している者の割合は若年の方が有意に高かった。一方、助成レンタルについては、リフトは高齢者の割合が高く、環境制御装置、昇降機は若年者の方が有意に高かった[表 2-4-3]。

したがって、高齢者は若年者より福祉機器を自費購入している割合が高く、制度助成を利用している割合が低いことがわかった。

	項目	高齢者	若年者	P
制度助成(購入)	ベッド	24 名(35.8%)	313 名(60.2%)	0.00
	車いす	49 名(73.1%)	482 名(92.7%)	0.00
	リフト	12 名(17.9%)	167 名(32.1%)	0.017
	マットレス	9 名(13.4%)	208 名(40.0%)	0.00
	クッション	15 名(22.4%)	248 名(47.7%)	0.00
制度助成(レンタル)	座位保持装置	0 名(0%)	37 名(7.1%)	0.024
	リフト	10 名(26.3%)	1 名(2.9%)	0.006
	環境制御装置	0 名(0%)	4 名(11.8%)	0.030
	電話機	1 名(2.6%)	6 名(17.6%)	0.032

8) 福祉機器・通信機器の利用

①就寝用具:褥そう予防マットレスについて、若年者の使用割合の方が高かった。

②入浴機器:移乗用リフト、シャワーキャリーは若年者の使用割合が高かった。シャワーチェア、バスグリップは高齢者の使用割合が高かった[表 2-4-4]。

項目	高齢者	若年者	P
褥そう予防マットレス	52 名(51.0%)	355 名(63.3%)	0.019
入浴移乗用リフト	21 名(18.9%)	169 名(29.1%)	0.027
シャワーキャリー	21 名(18.9%)	184 名(31.7%)	0.015
シャワーチェア	22 名(19.8%)	66 名(11.4%)	0.007
バスグリップ	8 名(7.2%)	16 名(2.8%)	0.019

③電動車いす:使用者は 278 名(37.8%)であり、その内訳は若年者 247 名(40.8%)、高齢者 37 名(32%)であった。また、「リクライニング・チルト」機能を備えている電動車いすを使用している人は若年者 122 名(50.8%)、高齢者 15 名(40.5%)であった。このことは、電動車いす(リクライニングやチルト機能付きのものも含め)の使用は年齢とは関係がないことが分かる。

④移乗用リフト:移乗のためのリフト(天井走行電動リフト、天井走行手動リフト、床走行電動リフト、床走行手動リフト、据置式リフト)の使用者は 268 名(36.4%)であった。年齢層で見ると、若年者 203 名(38.1%)、高齢者 28 名(28%)と若干の差が見られたため、若年者(44 歳以下)と中高年者(45 歳以上)として再度比較したところ、有意な差が認められた。これにより、高齢者より若年者の方が移乗用リフトを使用している人が多く、中年層(45 歳以上 64 歳以下)においては使用者の割合が低いことが分かった。

⑤通信機器:固定電話、携帯電話や PHS、パソコン等の利用については、半数以上が何らかの通信・連絡手段を利用していると回答した。固定電話は、高齢者の利用割合が高かった(高齢 83.2%, 若年 71.8%)。一方、携帯電話(高齢 45.8%, 若年 72.1%)、パソコン(高齢 24.3%, 若年 67.5%)については若年者の利用割合が高かった。

これらの通信機器の利用に対して、52.6%が問題なく使用していると回答しているが、購入や利用のための費用負担が大きい 177 名(24.0%)、使いにくい、操作方法が面倒、または使い方がよくわからない、どのような種類があるか情報が乏しいと回答する者もいた。利用の問題を比較したところ、費用負担(高齢 17 名(17.5%)、若年 159 名(27.7%))は若年者の割合が高かった。また、操作方法が面倒・使いにくいと感じている人も同様であった。ただし、情報機器に対する情報については、高齢者の方が不足していると感じていることが分かった。

インターネットの利用については、利用している 524 名(71.2%)、利用していない 196 名(26.6%)と 70%以上の方が使用していることが分かった。高齢・若年では高齢者 37 名(33.0%)、若年 485 名(80.3%)で、高齢が有意に低かった(p 値 0.00)。利用目的では、娯楽が高齢 29 名(78.4%)、若年 451 名(94.2%)、仕事や勉強が高齢 13 名(35.1%)、若年 291 名(60.8%)、商品購入検索では高齢 17 名(45.9%)、若年 351 名(73.3%)、ネットバンキングでは高齢 4 名(10.8%)、若年 135 名(28.2%)といずれも若年が有意に高かった。インターネット利用に問題ありと回答したのは高齢 28 名(37.8%)、若年 341 名(66.2%)、内訳は利用設備なし、操作方法不明、使用方法困難、環境制御装置非利用情報不足の項目でいずれの問題も高齢者の割合が高かった。

したがって、高齢者は通信機器の情報が不足しており、インターネットに関しても、環境や操作の問題で利用が進んでいないことがわかった。

これまでの生活の中で他の人に連絡を必要とするような緊急事態としてどのようなことがあったか、については特になしとしたものは、高齢 54 名(49.1%)、若年 222 名(36.7%)と、高齢者の割合が高かった。一方、

機器の故障があるときと答えたものが高齢 14 名(12.7%)、若年 154 名(26.1%)、と若年者の方が高かった。

機器情報の入手方法については、高齢者は医療専門職、福祉専門職が多く、若年者はインターネット、ロコミ、障害のある人が多かった。

したがって、高齢者は若年者と比較すると、情報の入手方法や入手先が限られている可能性がある。

9) 雇用問題

ここでは、企業団体等で常勤・非常勤の人と一般的な就労で常勤・非常勤の人に分類して分析した。年齢層については 40 歳を区切りとし、若年層(15 歳から 39 歳)、中年層(40 歳から 65 歳)として分類した。その結果、就職の困難さは若年層・中年層で差は認められなかった。また、一般的な就労についても常勤・非常勤いずれの形態についても就職の困難さと年齢層には関連が認められなかった。

10) 介助の問題

普段介助をうけている人は、高齢 87 名(73.1%)、若年 495 名(82.6%)と若年者の割合が高かった。介助の内容については、高齢・若年で有意差があるものはなかった。家族による介助を受けている者は、高齢 76 名(92.7%)、若年 378 名(78.9%)と、高齢者の割合の方が多かった(p 値 0.003)。また、家族介助者の年齢は、高齢は 60 から 69 歳(49.3%)が最も多く、次いで 70 歳以上 23 名(31.5%)が多かった。若年で最も多いのは 50 から 59 歳(31.3%)次いで 60 から 69 歳 95 名(26.1%)と、高齢者の方が介助者も高齢である傾向があることがわかった。介助者については、母親・父親による介助は若年のみ(母親 151 名(32.1%)、父親 45 名(9.6%))であった。また、配偶者については高齢 53 名(64.6%)、若年 165 名(35.0%)、子どもについては高齢 21 名(25.6%)若年 31 名(6.6%)と高齢者の割合が高かった。家族介助に対して家族の方の生活に影響が生じ問題があると回答した者は、高齢 61 名(84.7%)、若年 240 名(64.9%)と高齢者の割合が高かった。家族が継続的に介助できなくなった場合の代替手段としては、高齢は施設を探す 21 名(33.3%)、

次いでヘルパー（有償介助者）を利用する 16 名（25.4%）であり、若年はヘルパーを利用する 151 名（44.0%）、どうすべきかわからない 70 名（20.4%）であった。

一方、介助ヘルパーは、高齢 33 名（40.2%）、若年 259 名（55.0%）と、若年の利用割合が高かった。公的なヘルパー制度の利用については、利用している者は高齢 14 名（30.4%）、若年 283 名（39.0%）と若年・高齢の大きな差はなかった。派遣制度の利用方法は、障害者自立支援法が高齢 14 名（30.4%）、若年 283 名（94.0%）、介護保険では高齢 41 名（89.1%）、若年 17 名（5.6%）と高齢者は介護保険を利用し、若年は自立支援法を利用していることがわかった。

また、制度改善の希望としては、緊急時のヘルパー派遣システムについて高齢 33 名（43.4%）、若年 260 名（59.1%）ヘルパーの仕事内容の制約の緩和（痰の吸引などを可能にする）で高齢 30 名（39.5%）、若年 241 名（54.8%）と若年者の希望が高かった。

介助の満足度は高齢・若年で差がなかった。

11) 外出

外出頻度については、若年・高齢で大きな差は認められなかった。外出先では職場が高齢 8 名（7%）、若年 128 名（21.8%）、施設・作業所では高齢 22 名（19.5%）、若年 72 名（12.3%）、映画・娯楽では高齢 11 名（9.7%）、若年 191 名（32.5%）、ショッピングセンター・デパートでは、高齢 41 名（36.3%）、若年 360 名（61.3%）、コンビニエンスストア・スーパーでは高齢 37 名（32.7%）、若年 266 名（45.3%）については、高齢者の割合が低かった。一方、病院では高齢 93 名（82.3%）、若年（70.4%）と高齢者の割合が高かった。

外出時の主な介助者は、高齢者では家族（57 名（54.8%））が最も多く、次いで介助は必要としない（22 名（21.1%））が多かった。若年者では家族（247 名（46.0%））、次いでヘルパー（有償介助者）（137 名（25.5%））が多かった。

移動手段では、他者による運転が高齢 40 名（35.4%）、若年 277 名（46.7%）、鉄道が高齢 19 名（16.8%）、若年 152 名（25.6%）と高齢者の割合が低か

った。また、移動手段が特になしと回答した者は、高齢 17 名（15.0%）、若年 44 名（7.4%）であった。

自動車（福祉タクシー、NPO 団体サービス）の利用について、運転手の態度が良くないと回答したものが高齢 8 名（10.8%）、若年 20 名（3.9%）と高齢の割合が高かった。利用したいときにすぐ利用できない高齢 31 名（41.9%）、若年 280 名（55.9%）、費用がかかる高齢 30 名（40.5%）、若年 280 名（55.9%）であった（p 値 0.013）。

鉄道を利用しにくい点については、階段が多くて困難が高齢 56 名（63.6%）、若年 261 名（49.1%）、混雑していて怖い高齢 32 名（36.4%）、若年 129 名（24.2%）、移動で困っていることについては、移動手段の確保が困難高齢 32 名（34.4%）、若年 116 名（22.1%）と高齢者の割合が高かった（p 値 0.011）。介助者の確保が困難については高齢 18 名（19.4%）、若年 157 名（30.0%）と若年の割合が高いことがわかった（p 値 0.037）。

このことから、高齢者の主な移動手段は若年者と同様に家族の運転する車が多いが、移動手段がない者もあり、特に移動手段の確保や、鉄道の利用に関しては階段や混雑時の問題があることがわかった。

(2) 性別による問題

1) 属性

回答者の年齢構成について男女差は認められず、男女とも 50 歳から 59 歳が男性 151 名（25.5%）、女性 37 名（27.2%）と最も多かった。家族構成は、男女ともに 2 人暮らしと 3 人暮らしが多く、一人暮らしについても男女差はなかった。また、男女ともに約半数は配偶者と同居していた（男性 289 名（51.0%）、女性 57 名（43.5%））。その他の同居者は、子どもと同居の項目の割合についてのみ、やや女性の方が高かった（男性 135 名（23.9%）、42 名（32.1%））。居住地域における男女差は認められなかった。

2) 身体状況

①排尿:排尿方法では、尿道カテーテルは女性の方が、利用の割合が高かった。一方で、集尿器の利用の割合は男性の方が高かった。

②排便:排便方法について、盲腸ポートを利用している者は、全体的に少数であったが女性は利用がなかった(男性5名、女性0名)。また、排便で介助の割合は、男性の方が高かった[表 2-4-5]。

項目	男性	女性	P
尿道カテーテル	126名(21.3%)	53名(37.8%)	0.00
集尿器	108名(18.3%)	3名(2.1%)	0.00
排便介助	265名(44.7%)	50名(36.2%)	0.69

3) 健康状態

日常生活の悩みやストレスについては、全体的にストレスがあると回答した者が多かった。また、男性442名(77.1%)、女性113名(84.3%)と、女性の割合がやや高かった(p値0.068)。

4) 受傷要因および就労状況

受傷要因で最も多いのは男女ともに交通事故(男性271名(47.8%)、女性72名(52.6%))で、次いで男性はスポーツ事故97名(17.1%)、女性は病気23名(16.8%)であった。交通事故の要因については、主に自動車事故(男性134名(50.4%)、女性54名(75%))で、男性についてはバイク事故86名(32.3%)が多かった。障害発生時の状況は、男性は一般企業社員248名(42.5%)が最も多く、次いで小中高生107名(18.3%)であった。一方女性については、一般企業社員と家事専業・専業主婦が最も高くともに33名(24.3%)であった。復職や復学については、男女ともに職場あるいは学校を退職・退学した(男性294名(60.5%)、女性56名(70.9%))が最も多く、次いで職場あるいは学校へ復職・復学した(男性98名(20.2%)、女性14名(17.7%))であった。また、男性は障害発生前の職場あるいは学校を休職・休学している(19名(3.9%))ことはあるが、女性はなかった。

現在の状況においては、一般的な就労の割合が高いのは男性だった(男性159名(31%)、女性21名(17.9%)p値0.005)。

5) 経済状況について

年金・手当の種類については、厚生障害年金の利用割合は女性が有意に低く、障害基礎年金を利用している人は、男性が有意に低かった。年金・手当以外の主な所得について見ると、男女ともになしが多かった。このことから、男性は障害厚生年金を、女性は障害基礎年金を利用する傾向にあることがわかった[表 2-4-6]。

項目	男性	女性	P
厚生障害年金	182名(31.3%)	29名(22%)	0.034
障害基礎年金	337名(58%)	90名(68.2%)	0.031

6) 性に関する悩み

性についての困難について困っていると回答した人は男性152名(27.4%)、女性20名(14.9%)であり、男性の割合の方が高かった。その内訳としては、セックスの方法、子どもがほしい、結婚がしたい、が挙げられた。

7) 介助サービス

介助ヘルパーの利用については、女性の方が介助ヘルパーを利用していることが分かった。また、ヘルパー派遣制度利用の有無については、男性の方が利用していることが分かった[表 2-4-7]。女性がヘルパー派遣制度を利用しない理由を調べるために、理由の各項目(制度を利用しなくても特に困っていない、制度利用の仕方がわからない、利用を希望しているが行政が認めない、時間帯や仕事内容が希望と異なる、プライバシーを侵害されたくない、利用に伴う費用を支払うことが困難)を調べ、男女差があるかどうかを検討した。その結果、いずれの項目についても男女間で有意な差が認められなかった。また、公的介助サービスを利用したヘルパーの派遣時間についても男女差はほとんど認められなかった。

家族介助については、父親による介助は、男性の方が高く(男性 43 名(9.4%)、女性 3 名(2.9%)p 値 0.03)、配偶者による介助についても男性の方がやや高かった(男性 187 名(40.9%)、女性 32 名(31.1%) p 値 0.064)。一方で、子どもによる介助については女性の割合の方が高かった(男性 35 名(7.7%)、女性 17 名(16.5%)p 値 0.005)。これは、女性の方が子どもとの同居率が高いことも関係していると考えられる。

また、介助満足度については、有意差が認められなかった。

項目	男性	女性	P
介助ヘルパーの有無	229 名(50.1%)	65 名(63.1%)	0.017
ヘルパー制度利用有無	184 名(39.7%)	26 名(24.5%)	0.004

8) 外出

外出頻度は、男性が平均 357.8 日であるのに対し、女性は平均 313.6 日と男性の外出が多かった。外出目的については、職場と回答した割合が男性の方が高かった(男性 122 名(21.2%)、女性 15 名(11.4%)p 値 0.01)。

9) 機器や用具の利用について

①車いす: 車いすや電動車いすの利用は男女差がほとんどなく、手動車いすの利用については、女性の利用割合が若干高かった。一方、介助用車いすの利用については、男性の割合が高かった。また、電動車いすの内訳では、普通型の電動車いすの利用割合は女性が有意に高く、一方でリクライニングつき電動車いすおよびチンコントロール操作電動車いすについては男性の方が若干高かった。また、ハンドル型電動車いすの利用は、少数であった[表 2-4-8]

項目	男性	女性	P
電動車いす(普通型)	61 名(26.2%)	19 名(41.3%)	0.038
電動車いす(リクライニング)	102 名(43.8%)	14 名(30.4%)	0.093
電動車いす(チンコントロール)	34 名(14.6%)	3 名(6.5%)	0.140
電動車いす(ハンドル型)	7 名	0 名	0.234
機械浴	(7.6%)	(13.5%)	0.03

②移乗機器: 移乗用機器については、男女とも自力による移乗が最も多く(男性 32.4%、女性 37.5%)、次いで男性は天井走行電動リフト(男性 19.6%、女性 10.7%)、床走行電動リフト(男性 7.2%、女性 3.5%)であった。

③入浴方法: 機械浴を利用している割合は女性の方が有意に高かった(男性 43 名(7.6%)、女性 18 名(13.5%)P 値 0.030)。

④通信手段: パソコンを利用している割合は、男性の方が多かった。また、通信機器について何らかの問題があると回答した割合は男性の方が高かった。環境制御装置の利用有無については、男性の方が女性よりも利用割合が高くであった。インターネットの利用有無については、男性の方が女性よりも利用割合が高く、インターネットから機器の情報を入手している割合についても男性の方が高かった[表 2-4-9]。

項目	男性	女性	P
パソコン	360 名(63.5%)	67 名(49.6%)	0.003
インターネット利用有無	1145 名(24.8%)	51 名(37.2%)	0.003
環境制御装置	164 名(28.8%)	25 名(19.1%)	0.024
インターネットによる機器情報入手	240 名(42.0%)	39 名(29.8%)	0.010

◆ 考察

(1) 高齢化による問題

今回集計された単純集計の結果から、40 代(22.6%)~50 代(25.5%)が頸損者人口の約半数を占めることを考慮すると、今後、新たな問題として重度頸損者の高齢化が深刻な課題になると考えられる。また、現在の高齢層は配偶者や子どもなどの家族介助が多いが、介助者の高齢化による負担増大の問題は、早急に検討する必要がある。その中で、保健医療費や介助費の支出が増加すると考えられ、通院のための外出ニーズなども増加すると考えられる。支援ニーズに合わせた保険制度の利用やサービスも検討課題である。

(2) 性別による問題

家族構成は男女ともにほぼ同じであったが、女性は子どもと同居の割合が高く、家族介助の場合、女性は子どもの割合が高く、男性は父親、配偶者の割合が高い傾向が見られた。また、介助サービスについては、女性の方がヘルパーを利用していることがわかったが、ヘルパー派遣制度利用については男性の利用割合が高かった。これは、男性の場合、同居配偶者は女性であり、炊事洗濯等は配偶者が主たる介助者であることが考えられる。また、女性の場合は、主たる介助者が配偶者ではない可能性の方が高いと考えられる。

排泄方法は、用具も含めて男女差があるため、性別に合わせた導入方法や支援の実施が必要であることが考えられる。日常生活の悩みやストレスについては、女性の割合が高かったが、今回の調査項目ではその要因はわからなかった。今後、この要因については、詳細を分析する必要がある。就労状況については、一般的な就労の割合が男性の方が高いという結果が認められた。また、受給している年金種別が男性は障害厚生年金を、女性が障害基礎年金を利用する傾向があり、男女差が認められたことは、受傷以前の職業が受給種別に影響を与えていると考えられ、経済的な支援についても男女差が存在することが示唆された。性の悩みについては、男性の割合が高かった。これについては、相談相手や情報の共有化を図る必要があると考えられる。また、今回の調査では、出産や育児の項目についての設問がなかったため、女性特有の問題や現状を把握することができなかったため、今後の検討課題が残された。

利用している機器に関して、車いすについては、男性はリクライニング機能やチンコントロール機能を持つ電動車いすを利用しており、女性が普通型電動車いすを利用する割合が高かった。このことは、男性の方が重度の頸損でも自立移動を行い、活動的であることが考えられる。また、所得格差や機器に対する知識や情報が不足している可能性もある。

インターネットによる機器の情報入手が可能であることから、女性に対するパソコンやインターネットの利用促進を行うことで機器の活用や情報の入手を支援

する方策を検討する必要があること、また、普及を進める中での利用の問題は男女の共通課題になることが考えられる。

◆ まとめ

本章では、高齢化の問題と性別特有の問題について、属性や身体状況、訪問看護、健康状態、受傷要因、経済状況、機器の購入・レンタル、福祉機器・通信機器の利用、性の悩み、介助や介助サービスの問題、外出などについて、若年層と高齢層(65歳以上)、男性と女性のそれぞれにおいて比較検証を行った。その結果、以下のことがわかった。

(1) 高齢化について

- 1) 配偶者・子どもと暮らしている割合が高く独居率が低いこと、また、家族介助を受けている割合が高く(特に配偶者や子ども)、介助者も高齢であり、家族の方の生活に影響が生じる問題がある
- 2) 若年者と比較し、自然排尿や自然排便の割合が高い
- 3) 年金・手当として、共済年金、老齢年金の受給者が多く、保健医療費や介助費にかかる支出割合が高い傾向がある
- 4) 外出の目的として、病院の割合が高い

(2) 性別について

- 1) 女性の方が子どもとの同居割合が高い
- 2) 排尿方法が、女性は尿道カテーテル、男性は集尿器の利用割合が高いこと、また、排便介助の割合は男性の方が多い
- 3) 日常生活の悩みやストレスは女性の方が多い
- 4) 男性は厚生障害年金を、女性は障害基礎年金を利用する割合が高い
- 5) 性の悩みは女性と比べ男性が多い
- 6) 介助用車いすの利用割合は男性が高く、普通型電動車いすは女性が高い。また、機械浴利用割合は女性が高いこと、通信手段として、パソコンの利用およびインターネットの利用割合、インターネットからの機器情報入手については男性が高く、通信

機器に対する問題がある割合も男性が高い。環境制御装置の利用割合は男性が高い

- 7) 女性の主たる介助者はヘルパー(有償介助者)の割合が高いが、男性のほうがヘルパー派遣制度の利用割合が高い傾向が認められた。

以上のことをふまえ、

(1) 高齢化の課題

- 1) 高齢化の問題は、家族介助の場合には、本人だけではなく介助者の高齢化による負担の増加についても検討する必要があること
- 2) 今後増加すると予想される重度頸損者の高齢化の問題が新たに生じる可能性があること
- 3) 保健医療費や介助費の支出が増加すると予測されること
- 4) 病院への外出支援が必要であること

(2) 男女差からみる性別についての課題

- 1) 同居形態に男女差があることから、支援ニーズが異なる可能性があること
- 2) 排泄方法は、用具も含めて男女差があるため、性別に合わせた支援の実施が必要であること
- 3) 日常ストレスの要因について、詳細を分析する必要があること
- 4) 受傷以前の職業が受給に影響を与えており、経済的な支援についても男女差を考慮する必要があること
- 5) 特に男性の性の悩みについて、情報の共有化を図る必要性があること
- 6) 女性に対するパソコンやインターネットの利用促進を行うことで機器の活用や情報の入手を支援する方策を検討し、普及を進める中での利用の問題は男女の共通課題になること
- 7) 男性の場合、同居配偶者は女性であり、炊事洗濯等は配偶者が主たる介助者であることが考えられる。女性の場合は、主たる介助者が配偶者ではない可能性の方が高いと考えられる。

◆ 参考文献

- 1) 住田幹男他: 脊髄慢性期マネジメントガイド 第1章第1節脊髄損傷と加齢, NPO 法人 日本せきずい基金, 1-7, 2010.

(二瓶 美里)

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ぬ状況が、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、自己の身体の健康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。

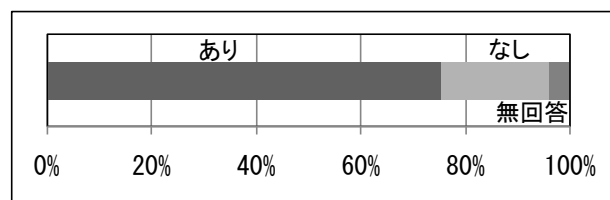


図 2-5-1 悩みやストレスの有無

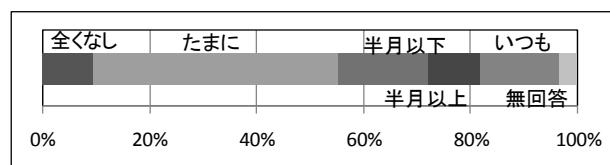


図 2-5-2 精神的不健康日数

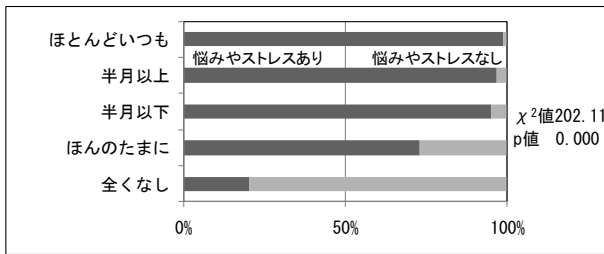


図 2-5-3 悩みやストレスの有無と精神的な不健康日数

◆ 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]。

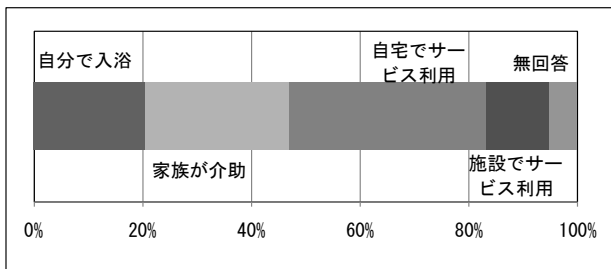


図 2-5-4 入浴方法

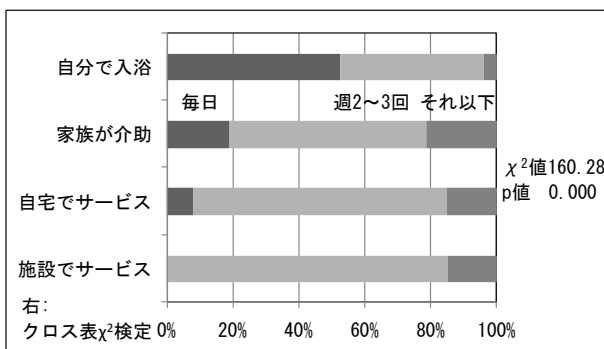


図 2-5-5 入浴方法と入浴頻度

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。

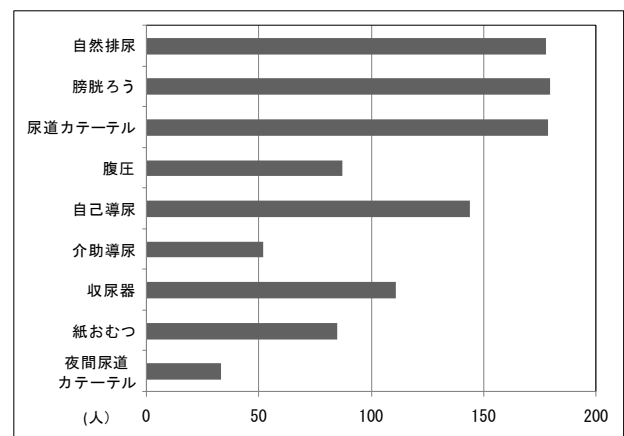


図 2-5-6 排尿方法

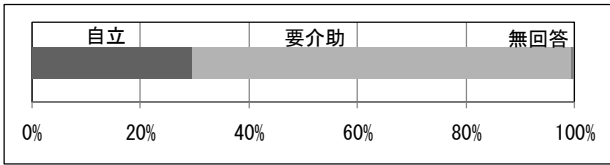


図 2-5-7 排尿の自立と要介助

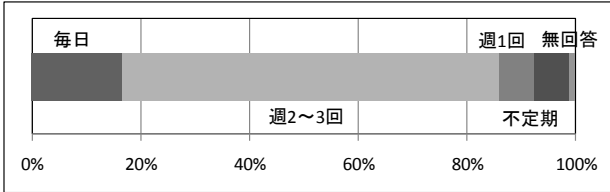


図 2-5-8 排便頻度

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うかがえた。

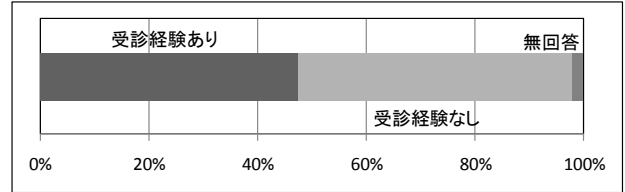


図 2-5-13 健康診断や人間ドックの受診経験

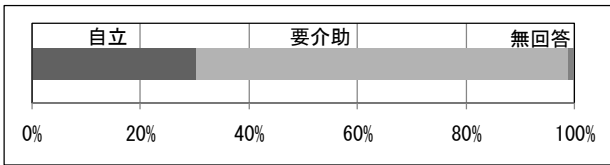


図 2-5-9 排便の自立と要介助

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]。

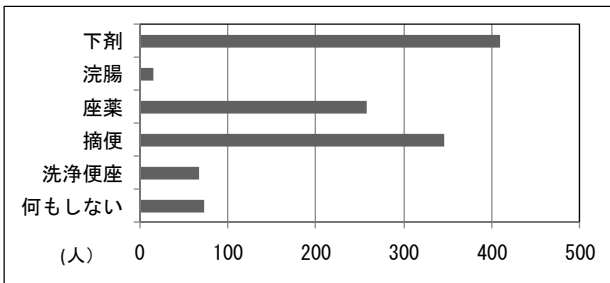


図 2-5-10 排便を促す方法

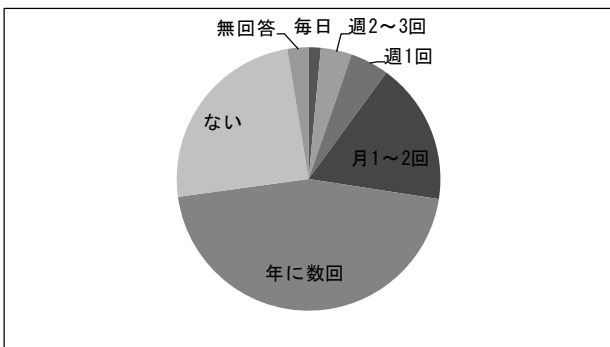


図 2-5-11 排便失禁の頻度

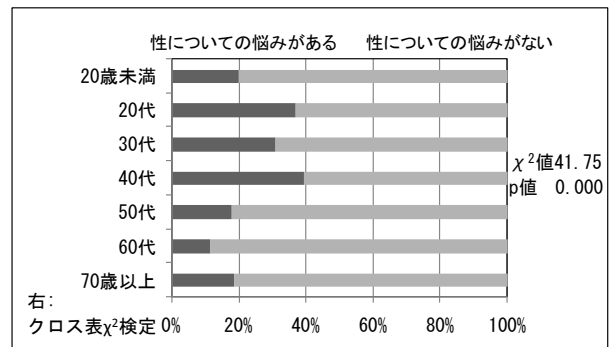


図 2-5-14 年齢別性についての悩み有無

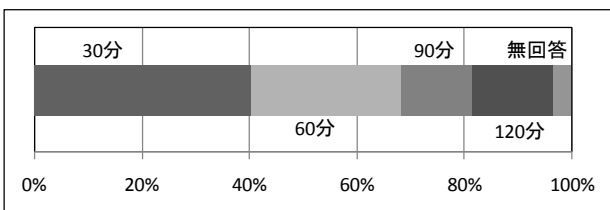


図 2-5-12 排便に要する時間

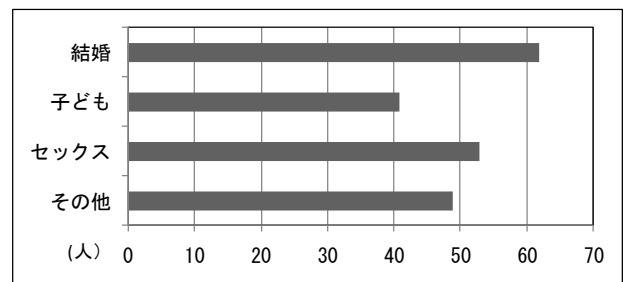


図 2-5-15 性について困っていることの内容

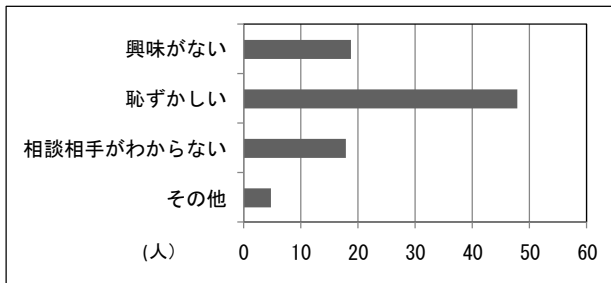


図 2-5-16 性についての悩みを相談しない理由

(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が見えられた。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%あり、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。

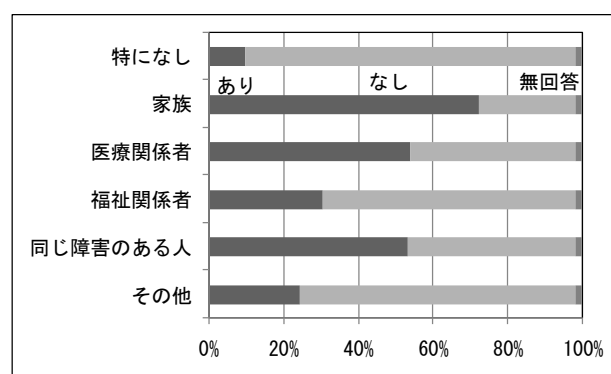


図 2-5-17 周囲からの精神的サポートの受領状況

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]。

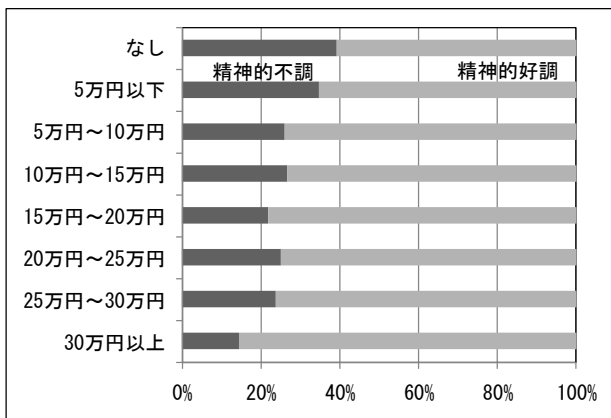


図2-5-18 年金手当収入と精神的健康

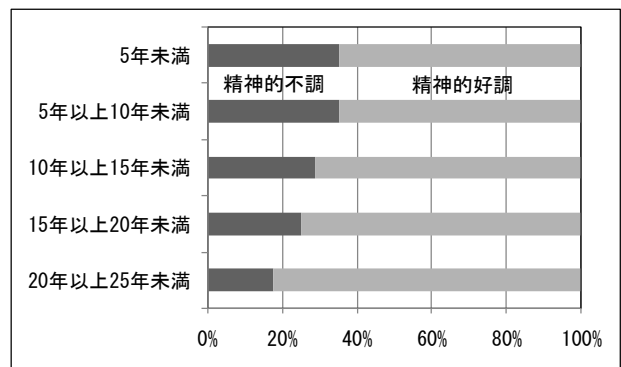


図2-5-19 受傷期間と精神的健康

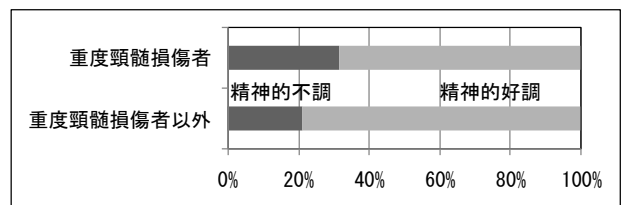


図2-5-20 損傷部位と精神的健康

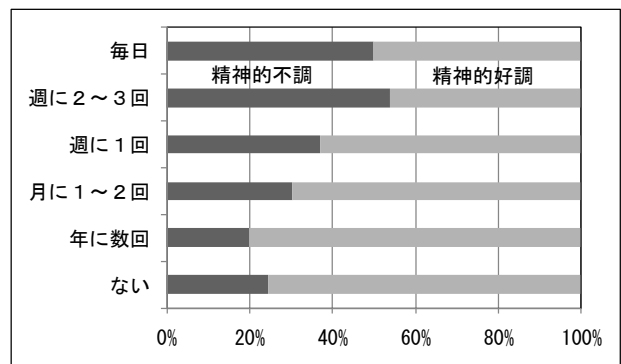


図2-5-21 排便失禁頻度と精神的健康

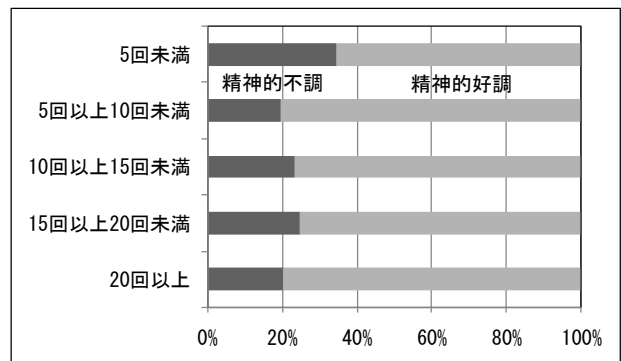


図1-5-22 外出頻度と精神的健康

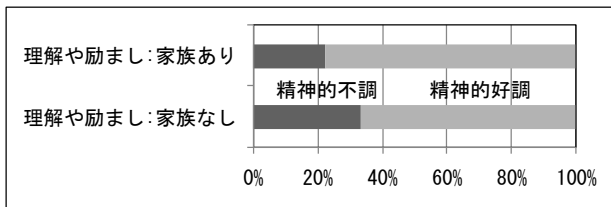


図 2-5-23 家族による精神的サポートと精神的健康

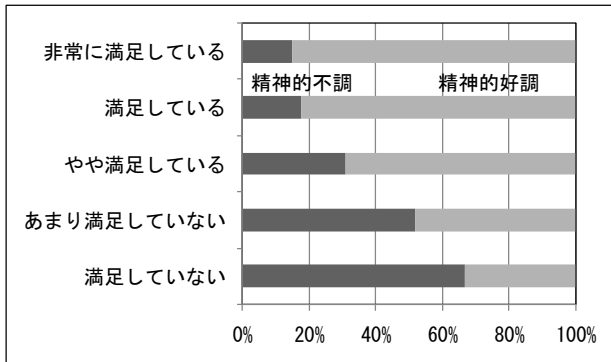


図 2-5-24 介助満足度と精神的健康

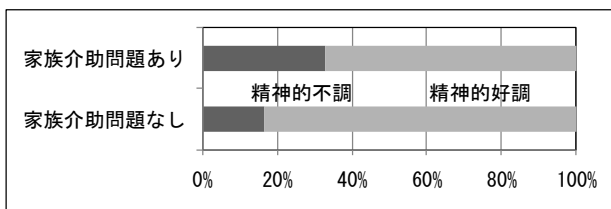


図 2-5-25 家族介助問題有無と精神的健康

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)

第 2-6 章

生活環境

◆ 結果の概要

本章では、頸髄損傷者（以下頸損者とする）の生活環境のうち人的環境、物的環境、金銭的環境、情報アクセス環境の4側面に焦点を当て、その現状を概観し、その問題点を抽出した。

人的環境として介助問題に着目したところ、高齢家族に介助を受けている人が多数存在し、高齢家族による介助や長時間にわたる家族介助は家族の生活に問題を生じさせやすいことがわかった。また、ヘルパーや施設職員による介助の満足度はそれ以外の介助者と比べて低いことも明らかとなった。これらのことから、家族介助に代わる手段としてのヘルパー制度の拡充を検討すること、及びその際に量的側面のみならず質的側面を考慮すること、が望まれる。

物的環境として住環境と用具に着目したところ、住宅の新築や改修の際の大変な点として費用面を挙げている人が多いこと、特殊寝台、褥そう予防マットレス、電動車いすの利用が進んでいる一方、通信機器やパソコンなどを大半の人が自費で購入していることが明らかとなった。これらのことから、住宅改修や通信機器やパソコンの購入を支援する制度の拡充に向けた取り組みが必要であるといえる。

金銭的環境として収入の状況に着目したところ、頸損者の収入の中心は年金手当・生活保護となっているとともに、年金手当・生活保護とそれ以外の収入の合計が10万円以下であると予測される人が一定程度おり、障害基礎年金のみの受領者や無年金者はその割合高いことが明らかとなった。これらのことから、受傷時の年齢や状況に関わりなく、すべての人に一定程度の所得保障が

なされるような制度や環境の整備を検討していくことが望まれる。

情報アクセス環境としてインターネットの利用状況に着目したところ、「病院・施設」で生活している人への普及が遅れていること、損傷レベル「頸髄1~3番」の人のインターネット利用率が低いことが明らかとなった。今後、病院・施設へのインターネット利用環境の整備の促進や、損傷レベルが高位の頸損者への利用支援の取り組みなどが求められる。

以上の結果から、生活環境が整ってきていることは明らかになったが、高齢介助者の問題や、住宅改修・福祉用具購入における費用負担の問題等、解決すべき課題も多く抽出された。今後、さらなる生活環境整備が必要である。

◆ 背景と目的

多くの人々と同様に、頸損者の生活は多様な環境との相互作用の中で成立している。とりわけ四肢に麻痺のある頸損者では、多様な環境からの支援がその生活を維持・発展させていく上で不可欠である。

本章では、頸損者の生活を取り巻く多様な生活環境のうち、介助を通じた生活支援面からの人的環境、生活支援用具の導入や居住空間の改善などの物的環境、生活を支える収入面からの金銭的環境、外部からの情報を適切に入手するための情報アクセス環境の4側面に焦点を当て分析した。そして、その現状を概観し、その問題点を抽出する。

(1) 人的環境

頸損者の多くは、家族、ヘルパー、施設職員らによって何らかの人的支援を受けていると考えられる。頸損者の生活を家族などの個人ではなく社会全体で

支えていくためには、人的支援の中心となる日常生活の介助の担い手を、家族に限定せず、ヘルパーや施設職員など社会へと広げていくことが不可欠である。頸損者を取り巻く介助環境の実態を分析する。

(2) 物的環境

頸損者の自立・自律を促進・維持するために、住環境の整備や福祉機器の使用などの物的支援は欠かせない。住環境の整備状況や生活を支援する用具の購入、利用状況を分析する。

(3) 金銭的環境

頸損者の生活を支える上で、安定的な収入の確保は重要な課題である。頸損者の収入の状況、およびそれが用具の購入や外出行動に与える影響を分析する。

(4) 情報アクセス

インターネットの普及が拡大し、より多くの人が簡単に多くの情報を得ることができる社会になっている。頸損者が情報インフラをどのように活用し、生活向上につなげているかを分析する。

◆ 分析結果

(1) 人的環境

本項では、人的環境として頸損者を取り巻く介助環境を取り上げ、家族介助とヘルパーによる介助が抱えている問題について、調査結果を分析した。

1) 家族介助問題

日常生活で介助を受けている人の中で、70%以上の人が家族による介助を受けているとの結果が得られた[図 2-6-1]。家族介助を受けている人について、中心となって介助をしている人の年齢構成をみると、60%以上の介助者が 60 歳以上であり、高齢家族により介助を受けている人が多いとの結果が得られた[図 2-6-2]。また、家族介助を受けている人のうち、約 2/3 の人が介助をすることにより家族の生活へ問題が生じていると回答しており、家族介助が家族の生活に問題を生じさせやすい様子がうかがえた[図 2-6-3]。

次に、家族介助を受けている人を対象に、家族による介助時間と、介助による家族の生活への問題発生の有無を比較したところ、家族の生活に問題が發

生していると答えた人はそうでない人と比べて家族による介助時間が長い傾向がみられた。[表 2-6-1]このことから、家族への介助の過度な負担が家族の生活に問題を生じさせる可能性が示唆された。また、家族介助者の年齢と介助による家族の生活への問題発生の有無を比較したところ、60 歳以上の家族から介助を受けている人は、60 歳未満の家族から介助を受けている人と比べて、家族の生活に問題が発生していると答えた割合が高かった[図 2-6-4]。

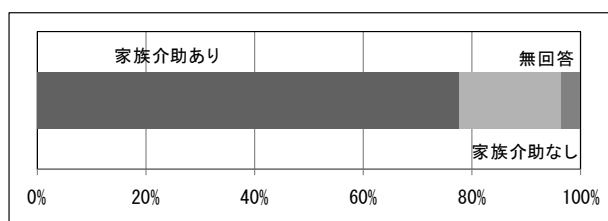


図 2-6-1 家族介助の割合

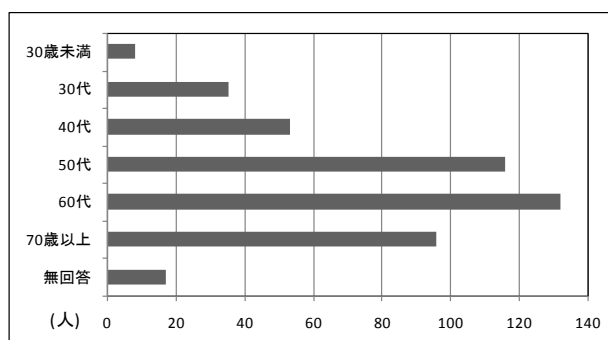


図 2-6-2 家族介助者の年齢構成

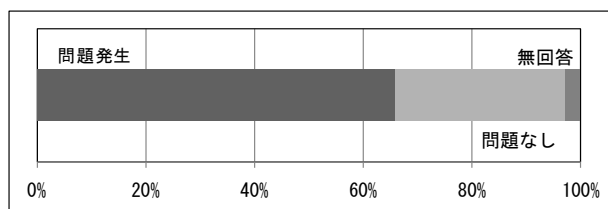


図 2-6-3 家族介助による家族の生活への影響有無

表 2-6-1 介助時間と家族の生活への影響有無 (時間)

	人数	平均値	中央値	最小値	最大値
問題発生	281	8.863	5	0.1	24
問題なし	129	4.453	2	0.1	24
Mann Whitney U test				p 値	0.000

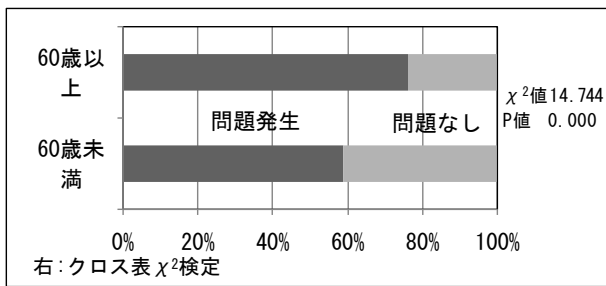


図 2-6-4 家族介助者の年齢と問題発生有無

2) 介助満足度とヘルパー制度

日常生活で介助を受けている人を対象として、現在受けている介助の満足度について、「非常に満足している」、「満足している」、「やや満足している」、「あまり満足していない」、「全く満足していない」の5段階で評価を尋ねたところ、半数以上の人々が「非常に満足している」、「満足している」と答えており、介助満足度は高い様子うかがえた[図 2-6-5]。

次に、主たる介助者別に介助満足度を比較したところ、主たる介助者としてヘルパーを挙げている人はそうでない人と比べて介助満足度が低くなっていた[図 2-6-6]。また、主たる介助者として施設職員を挙げている人は、そうでない人と比べて介助満足度が低くなっていた。

さらに、ヘルパー制度利用者と非利用者の介助満足度を比較すると、ヘルパー制度利用者の介助満足度は非利用者と比べて満足度が低くなっていた。[図 2-6-7]

これらのことから、現状では家族による介助と比べて、ヘルパーや施設職員による介助が十分に満足に足るものとはなっていないことが予測される。

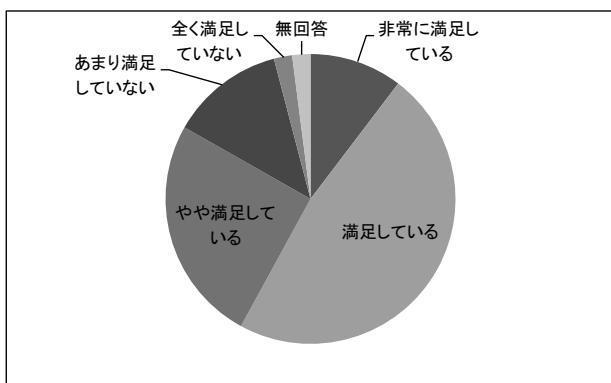


図 2-6-5 現在受けている介助に対する満足度

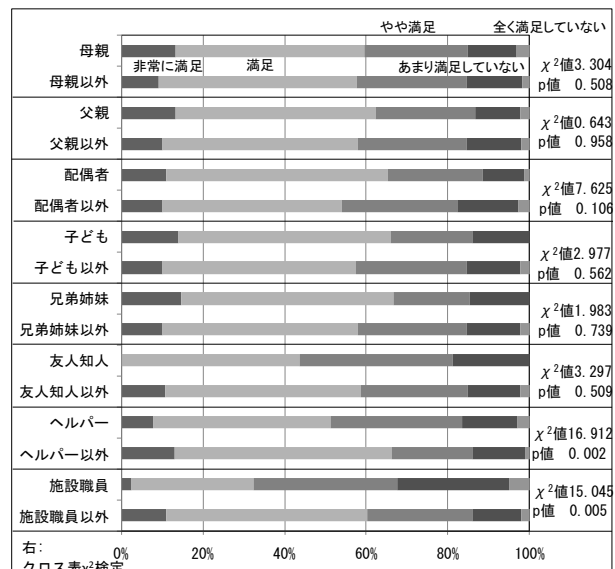


図 2-6-6 主たる介助者別介助満足度

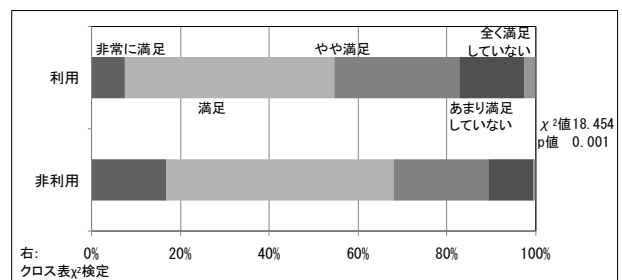


図 2-6-7 ヘルパー制度利用有無と介助満足度

3) 小括

人的環境として介助状況に着目したところ、多くの頸損者が家族による介助を受けており、とりわけ高齢家族による介助が多くみられた。また、高齢家族による介助や長時間にわたる家族介助は家族の生活に影響を与えている様子もうかがえた。頸損者本人ならびに家族の生活を支援するか点からも、家族介助に代わる手段としてのヘルパー制度の拡充などが望まれる。

また、ヘルパーや施設職員による介助の満足度は低い傾向がみられた。ヘルパー制度の拡充に当たっては量的側面のみならず、質的な側面を含めての検討が望まれる。

(2) 物的環境

本項では、頸損者の生活と物的支援との関係を明らかにすべく、調査結果を分析した。

1) 頸髄損傷者の居住環境と課題

頸損者の生活場所としては、戸建住宅が 482 人 (65.5%)であり、集合住宅が 201 人(27.3%)である[図 2-6-8]。一方で、病院・施設等で生活している人も 42 人(5.7%)いる。前回(1991 年)の調査では、戸建住宅と集合住宅の比率が約 4:1であり、今回の調査結果が約 2.4:1 であることから、集合住宅で生活する頸損者が増加したことがわかる。また、前回の調査では病院・施設で生活する人が 25.6%いたことと比較すると、今回の調査では、大幅に減少したといえる。

戸建て住宅のうち、住宅改造を新築・改築含めて実施した人は573人(77.9%)おり[図 2-6-9]、前回調査結果の 81.1%と比較すると、あまり変化はみられない。

改造のポイントとして多く挙げられたのが段差解消であり[図 2-6-10]、段差が移動の大きな障害として捉えられていることがわかる。また、玄関以外の出入りに段差解消機を設置した人の数(206 人:改造・改築した人の 64.0%)が、玄関に設置した人の数(143 人:改造・改築した人の 44.4%)よりも多い点は、狭い玄関

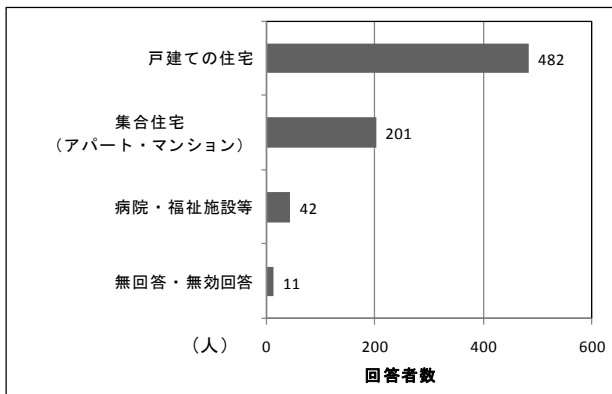


図 2-6-8 現在の生活場所

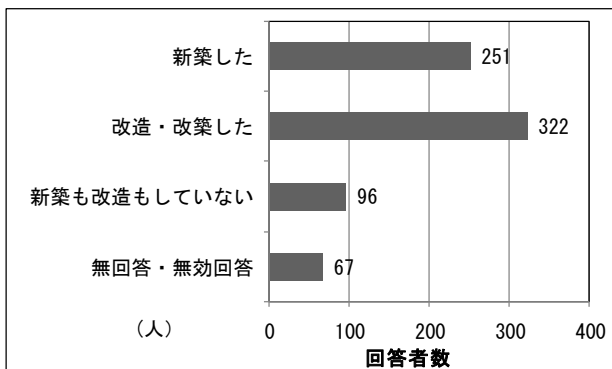


図 2-6-9 住宅改造について

などの家屋の事情を反映した結果と考えられる。その他では、便所を広げる、便所への手すりの設置、居室の床面改造、便所の備品変更が 100 人を超える回答となっており、便所の改造の必要性が示唆される結果となっている。住宅については、バリアフリーや、ユニバーサルデザイン等の考え方が進んでおり、その中に組み込める要素は、積極的に住宅メーカー等に発信していくことも重要である。住宅改造する上での課題としては、費用が大きいことが挙げられており(362 人)[図 2-6-11]、制度の充実なども必要といえる。しかし、制度が不十分だったとの回答数(158 人)は、費用に関する回答よりも少ないことから、単に制度の改定ではすまされない課題が存在する可能性もある。また、情報不足を挙げている人数も多く(183 人)、この点も解決すべき課題として挙げられる。

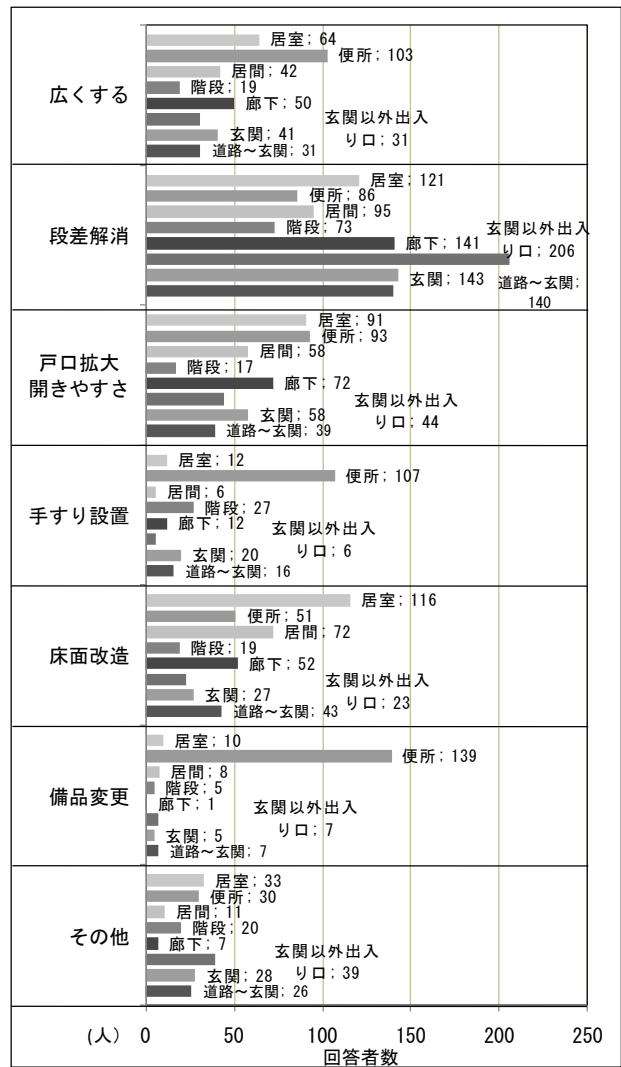


図 2-6-10 改造・改築の内容(複数回答)

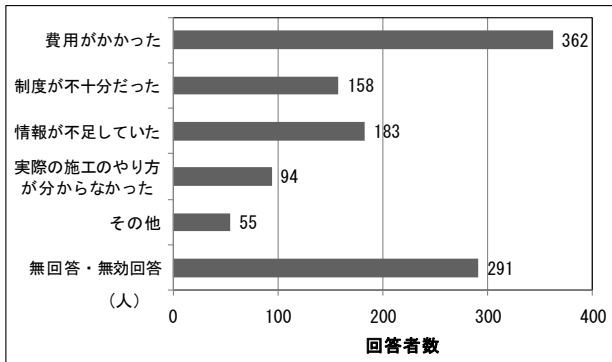


図 2-6-11 新築・改造で大変だったこと(複数回答)

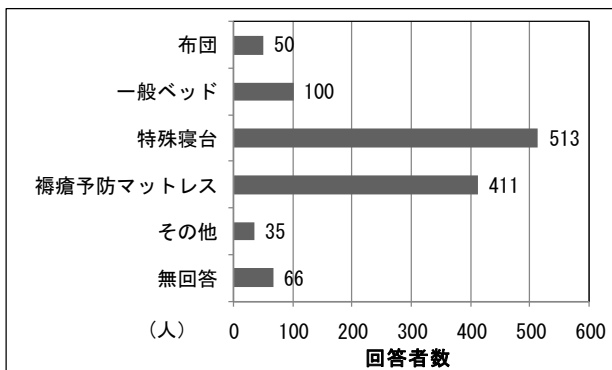


図 2-6-12 就寝用の福祉用具・機器

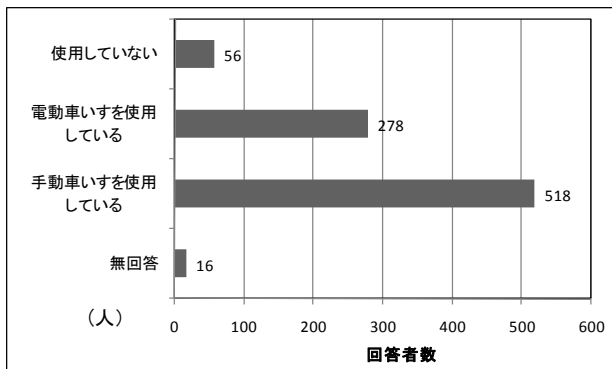


図 2-6-13 日常的に使用している車いす(複数回答)

2) 頸髄損傷者が使用している用具と課題

頸損者が使用している用具の中で、特殊寝台(513人:69.7%)、褥そう予防マットレス(411人:55.8%) [図 2-6-12]、および車いす(手動 518人:70.4%, 電動 278人:37.8%) [図 2-6-13]については、過半数の人が使用しており、頸損者の生活に必要な用具であることが分かる。前回の調査結果では、特殊寝台が 35.7%、褥そう予防マットレスが 15.2%、手動車いすが 68.3%、電動車いすが 18.3%の人が使用していた。この結果と比較すると、特

殊寝台、褥そう予防マットレス、電動車いすの使用割合が大幅に増加したといえる。回答者の損傷レベルは、無回答者を除いた比率で、今回は C4以上が 35.3%、C5が 31.6%であり、前回は C4以上が 28.3%、C5が 37.0%であり、違いがあるものの、特殊寝台、褥そう予防マットレス、電動車いすの普及は進んだものと考えられる。

用具の入手に際しては、ベッド、車いす、移乗用リフト、特殊マットレス、クッション、座位保持装置については制度助成での購入の方が多いが、それ以外については、自費での購入が多くなっている [図 2-6-14]。特に、電話・通信機器(286人:入手方法回答者の 92.0%)、パソコン(289人:入手方法回答者の 66.4%)については多くの頸損者が自費で購入している。一般製品であるため、

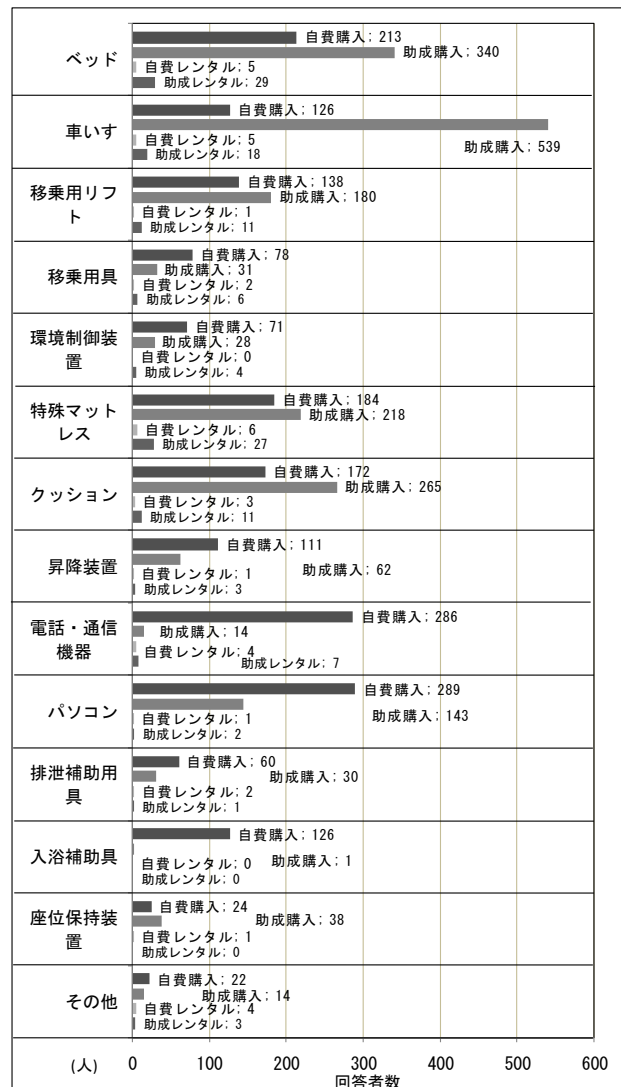


図 2-6-14 福祉用具・機器の入手方法(複数回答)

助成制度にはなじまない機器ではあるが、頸損者の生活に欠かせない機器であるため、助成制度での取扱いに向けた検討も必要である。また昇降装置(111人:入手方法回答者の62.7%)や入浴補助具(126人:入手方法回答者の99.2%)も自費購入が多い。制度の利用が多い用具においても、移乗用リフトでは利用者の41.8%が、特殊マットレスでは42.3%が自費で購入している。入浴補助用具、移乗用リフト、特殊マットレスは日常生活用具で扱われるものであり、市町村により扱いが異なる可能性もある。日常生活用具に関する何らかの対応の必要性を示唆する結果と考えられる。

介護保険で福祉用具のレンタルが実施され、レンタルシステムが広がっている中で、補装具費給付制度や日常生活用具等給付制度においても、レンタルの議論がなされている。今回の結果では、制度によると考えられるが、レンタルの利用はほとんど見られなかった。機種の変更が容易など、レンタルのメリットはあるものの、個別対応のためのカスタムメイドや改造に対する問題もあり、レンタル制度を導入するには、慎重な対応が必要である。

福祉用具に関する情報の入手方法では、同じ障害のある人と回答した者が最も多く384人(52.2%)、続いて福祉機器の販売店・ディーラー283人(38.5%)、インターネット279人(37.9%)、医療専門職220人(29.9%)となっている[図2-6-15]。同種の福祉用具を使用しているひとからの情報が、もっとも信頼できるとの考えから、同じ障害のある人からの情報がもっとも多くなっていると考えられる。しかし、その割合は約半数であり、セルフヘルプ等のより一層の展開が必要ともいえる。販売店・ディーラーからの情報は、具体的で有用ではあるが、一方で扱う商品の制約なども考えられ、受け取る側が精査する必要がある。公的な立場からの、容易な情報入手を可能とすることも望まれるところである。また、インターネットの利用も多く、自ら情報を収集する環境が整ったことを示す一方、パソコン等の環境の整備も重要と考えられる。

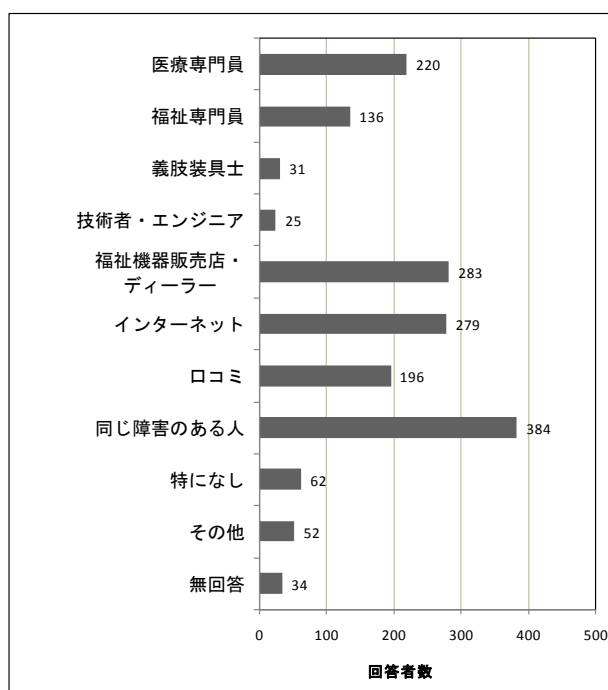


図 2-6-15 福祉機器に関する情報の入手方法(複数回答)

3) 移乗介助における物的支援

移乗介助は、介助者の負担が大きいとされ、腰痛の原因としても指摘されている。移乗のために利用している福祉用具・機器に関する調査結果を図2-6-16に示す。自力で機器を利用せずに行っている者は212人(28.8%)、移乗補助用具を利用して自力で行っている者は39人(5.3%)であった。また、リフトを利用している者は合計すると268人(31.5%)おり、前回(1991年)の調査結果の19.4%と比較すると、2倍近くに増加している。

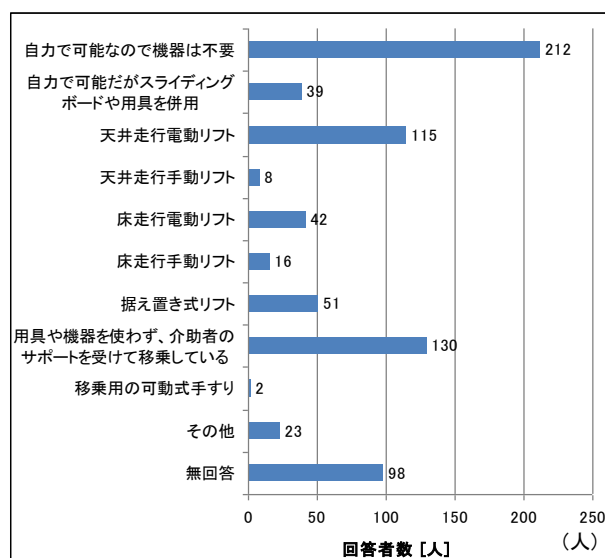


図 2-6-16 移乗に利用している用具・機器(複数回答)

しかし、依然 130 人(17.7%)が、移乗支援機器を使用せず介助者による移乗を行っている現状も明らかになった。井上らの調査によれば、人による移乗介助よりも、リフトを利用した移乗の方が、被介助者の心理的な負担が小さいという結果も得られており¹⁾、頸損者の自立・自律を促進する上でも、さらなるリフトの導入が望まれる。

4) 小括

住環境については、前回 1991 年の調査と比較すると、集合住宅で生活する人が増加し、病院・施設等で生活した人が減少している。住宅改修では、段差解消を目的としたものが多いという結果が得られた。また、費用がかかることの問題を指摘した人が多く、制度の充実が必要といえる。

用具に関しては、前回の調査と比べると、特殊寝台、褥そう予防マットレス、電動車いすの利用が促進されたという結果が得られた。また、通信機器やパソコンなど、頸損者の生活に欠くことができないものの、自費での購入が大部分である機器も抽出され、これらについては今後制度等での検討が望まれる。

移乗については、前回の調査と比べると、移乗介助用リフトの普及が進んでいるが、依然 17.7%の人が、人力での介助により移乗している現状も明らかになり、今後さらなるリフト導入の促進に向けた取り組みも必要である。

(3) 収入

本項では、頸損者の収入と生活との関係を明らかにすべく、調査結果を分析した。

1) 収入の状況

年金手当・生活保護による月額収入と年金手当の以外の月額収入をみると、半数以上が年金手当・生活保護以外の収入がないと答えており、収入の中心が年金手当・生活保護となっている様子がうかがえた[図 2-6-17]。

なお、今回の調査では年金手当・生活保護とそれ以外の合計収入については訪ねていないため、収入全体については議論できなかった。ただし、月額合計収入が 10 万円以下であると予測される人(年

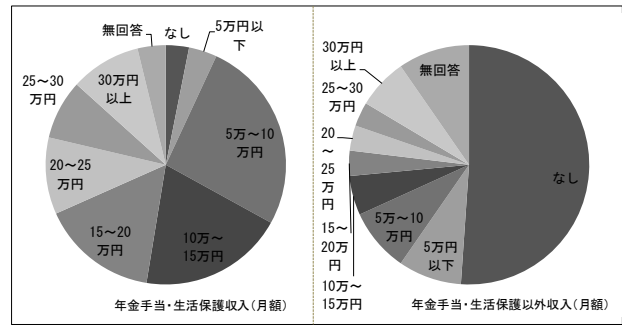


図 2-6-17 月当たりの収入状況

金手当・生活保護収入がなく、それ以外の収入が 10 万円以下の人、年金手当・生活保護収入が 5 万円以下で、それ以外の収入が 5 万円以下の人、年金手当・生活保護収入が 10 万円以下で、それ以外の収入がない人、の合計)が 122 人(16.6%)をおり、所得保障がすべての人に十分にいきわたっていないことを示唆する結果が得られた。

2) 年金手当・生活保護の受領状況

まず、年金手当・生活保護の受領状況[図 2-6-18]をみると、生活保護を受けている人は 20 人(2.7%)とそれほど多くなく、前回の調査の 3.2%と大きな違いはみられなかった。また、無年金者は 23 人(3.1%)となっており、前回の調査の 7.0%から減少がみられた。

続いて、受領者の多い障害基礎年金と障害厚生年金の受領状況別に、月額合計収入が 10 万円以下であると予測される人の割合をみると、障害基礎年金のみの受領者の中で、10 万円以下であると予測される人は、23.7%となっており、障害厚生年金のみの受領者の 6.7%、障害基礎年金・障害厚生年金の併給者の 1.2%と比べて高い割合と

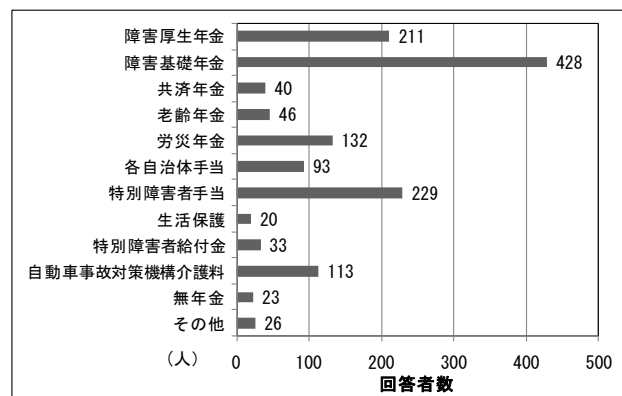


図 2-6-18 年金手当・生活保護の受領状況

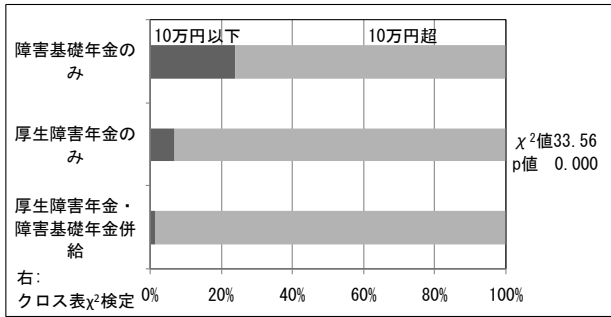


図 2-6-19 年金受領状況と月額収入

表 2-6-2 年金手当・生活保護収入と用具自費購入の関係

	人数	順位相関係数	p 値
ベッド	497	-0.013	0.764
車いす	497	0.004	0.927
移乗用リフト	497	-0.025	0.579
移乗用具	497	-0.012	0.795
環境制御装置	497	-0.037	0.405
特殊マットレス	497	-0.009	0.849
クッション	497	-0.005	0.915
昇降装置	497	-0.003	0.950
電話・通信機器	497	0.031	0.497
パソコン	497	0.072	0.108
排泄補助用具	497	-0.053	0.241
入浴補助具	497	-0.035	0.437
座位保持装置	497	-0.028	0.530
その他	497	0.008	0.863

表 2-6-3 収入と外出活動の関係

	人数	順位相関係数	p 値
月外出頻度	679	0.016	0.679
外出先公共施設	686	-0.007	0.860
外出先映画娯楽	686	-0.020	0.600
外出先公園	686	0.014	0.708
外出先講演会	686	0.043	0.260
外出先ショッピングセンター・デパート	686	0.004	0.911
外出先コンビニスーパー	686	-0.034	0.368

なっていた[図 2-6-19]。

また、無年金者の中で、月額合計収入が 10 万円以下であると予測される人の割合は、27.3% であり、何らかの形で年金を受領している人と比べて高い割合となっていた。

障害厚生年金の受領や無年金状態は受傷時の年齢や状況に依存していることが予測され、受傷時の年齢や状況が、その後の収入の状況に影響を与えていることが推察された。

3) 収入と福祉用具の購入の関係

年金手当・生活保護による月額収入と用具の入手状況の関係を明らかにするために、年金手当・生活保護による月額収入が「なし」の人を 1、「5 万円以下」の人を 2、「5 万円から 10 万円」の人を 3、「10 万円から 15 万円」の人を 4、「15 万円から 20 万円」の人を 5、「20 万円から 25 万円」の人を 6、「25 万円から 30 万円」の人を 7、「30 万円以上」の人を 8、とした上で自費による用具の購入有無との関係について順位相関分析をおこなった[表 2-6-2]。その結果、年金手当・生活保護による月額収入と自費による用具の購入有無との間に大きな関連はみられなかった。

4) 収入と外出活動の関係

年金手当・生活保護による月額収入と外出活動の関係を明らかにするために、3)と同様の方法で、年金手当・生活保護による月額収入と、月当たりの外出頻度、及び主たる外出先としての「公共施設」、「映画等・娯楽」、「公園」、「講演会・シンポジウム」、「ショッピングセンター・デパート」、「コンビニエンスストア・スーパーマーケット」の有無との関係について、順位相関分析をおこなった[表 2-6-3]。その結果、年金手当・生活保護による月額収入とこれらの外出活動との間に大きな関連はみられなかった。

5) 小括

頸損者の収入の中心は年金手当・生活保護となっており、月額の年金手当・生活保護とそれ以外の収入の合計が 10 万円以下であると予測される人が 16.6%おり、所得保障がすべての人に十分にいきわたっていない様子がうかがえた。とりわけ、障害基礎年金のみの受領者や無年金者は合計収入が 10 万円以下であると予測される人の割合が高く、受傷時の年齢や状況が、その後の収入の状況に影響を与えていることが推察された。受傷時の年齢や状況に関わりなく、すべての人に一定程度の所得保障がなされるような制度や環境の整備を検討していくことが望まれる。無年金者については前回の調査と比べてその割合は減ったものの、一定程度存在しており、その状況の改善は、収入状況の側面からも重要な課題といえる。

また、年金手当・生活保護による収入の月額と、用具の購入状況や外出活動には大きな関連はみられなかった。

(4) 情報アクセス環境

外出に困難を抱える頸損者にとって、インターネットはコミュニケーションや情報収集のツールとして、有効な手段となる。そこで、インターネットの利用動向を分析し、普及のための課題を探る。

ここでは、頸損者の生活と情報との関係、特にインターネット利用との相関を明らかにすべく、調査結果から以下を示す。

1) 住環境とインターネット利用

図 2-6-20 に、住環境毎のインターネットの利用の有無を示した。戸建住宅や集合住宅で生活している人の70%以上がインターネットを利用しているのに対し、病院・施設で生活している人のインターネット利用率は約50%と低くなっている。病院・施設で生活している人の「パソコンを置ける個人スペースの有無」に対する回答では、14人が「ない」と回答しており、そのうち11人がインターネットを「利用していない」ことから、病院・施設ではインターネット利用のための環境整備が進んでいないと考えられる。

2) 世代別のインターネット利用

次に、世代別のインターネット利用の有無を図 2-6-21 に示す。若い世代(44歳以下)は、利用率が90%を超えているが、中年世代(45歳～64歳)は70%程度、高齢者世代(65歳以上)は30%に留まった。この動向は、総務省が公表している「通信利用動向調査」に示されている日本国民全体の傾向とほぼ同じであり、頸損者特有の傾向とはいえない。しかし、頸損者にとっての情報収集手段として、インターネットの必要性が高いことを考えると、高齢者世代へのさらなる普及活動も重要といえる。

3) 損傷レベル別のインターネット利用

損傷レベル別のインターネット利用の有無を図 2-6-22 に示す。「頸髄 1～3 番」の人は利用率が60%だが、そのほかのレベルの人はほぼ70%～80%の利用率となった。「頸髄 1～3 番」の人の利用

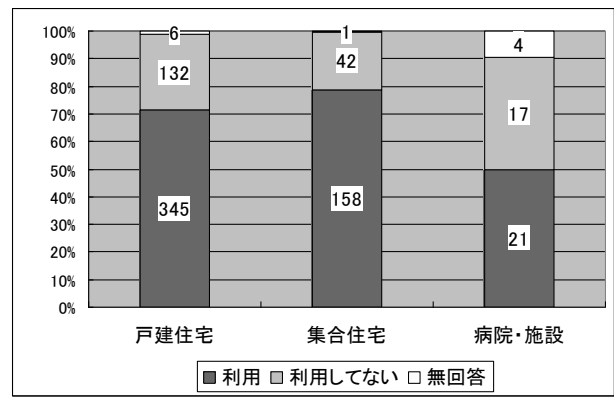


図 2-6-20 住環境別のインターネット利用
(棒グラフ内の数字は、回答した人数)

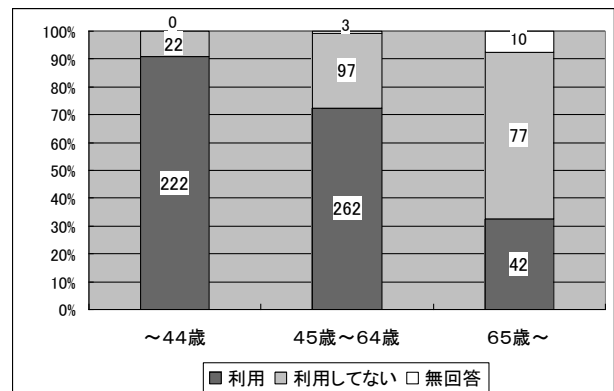


図 2-6-21 世代別のインターネット利用
(棒グラフ内の数字は、回答した人数)

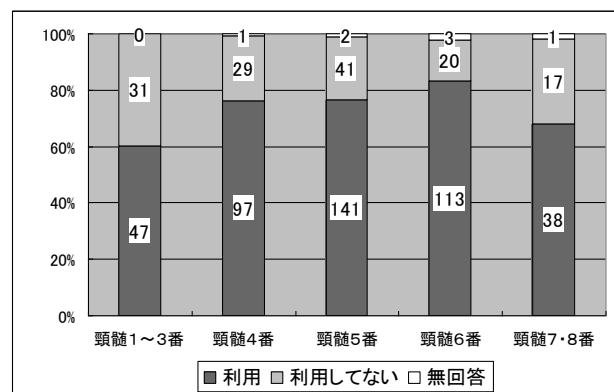


図 2-6-22 損傷レベル別のインターネット利用
(棒グラフ内の数字は、回答した人数)

を、より促進するための支援が重要と考えられる。

4) 小括

インターネットの利用において、「病院・施設」で生活している人への普及が遅れており、病院・施設へのインターネット利用環境の整備を推進していく必要がある。また、損傷レベル「頸髄 1～3 番」の人の利

用率が、他の損傷レベルと比較して低いため、様々な支援が必要である。なお、世代間では、特に頸損者特有の課題は得られなかったが、頸損者に有効な情報手段として、高齢者世代への普及活動も必要と考えられる。

◆ まとめ

本章では、頸損者の生活を取り巻く多様な生活環境として人的環境、物的環境、経済的環境、情報アクセス環境を取り上げ、その現状を概観し、その問題点を抽出した。

その結果、まず人的環境として1)高齢家族による介助を受けている人が多数存在していること、2)高齢家族による介助や長時間にわたる家族介助は家族の生活に問題を生じさせやすいこと、3)ヘルパーや施設職員による介助の満足度はそれ以外の介助者と比べて低いこと、が明らかとなった。これらのことから、家族介助に代わる手段としてのヘルパー制度の拡充を検討すること、及びその際に量的側面のみならず質的側面を考慮すること、が望まれる。

次に、物的環境として、1)住宅改修の内容として段差の解消を挙げている人が多いこと、2)住宅の新築や改修の際の大変な点として費用面を挙げている人が多いこと、3)特殊寝台、褥そう予防マットレス、電動車いすの利用が進んでいること、4)通信機器やパソコンなどを大半の人が自費で購入していること、5)移乗介助用リフトの普及は進んでいるものの、依然として一定数の人が人力での介助により移乗していること、が明らかとなった。これらのことから、住宅改修や通信機器やパソコンの購入を支援する制度の拡充、及び移乗介助用リフトの普及に向けた取り組み、などが必要であるといえる。

続いて、金銭的環境として、1)頸損者の収入の中心は年金手当・生活保護となっていること、2)月額年金手当・生活保護とそれ以外の収入の合計が10万円以下であると予測される人が一定程度いること、3)障害基礎年金のみの受領者や無年金者は、合計収入が10万円以下であると予測される人の割合が高いこと、が明らかとなった。これらのことから、受傷

時の年齢や状況に関わりなく、すべての人に一定程度の所得保障がなされるような制度や環境の整備を検討していくことが望まれる。

最後に、情報アクセス環境として、1)インターネットの利用において、「病院・施設」で生活している人への普及が遅れていること、2)損傷レベル「頸髄1～3番」の人のインターネット利用率が、他の損傷レベルと比較して低いこと、が明らかとなった。今後頸損者のインターネットの利用支援を考えるにあたり、病院・施設へのインターネット利用環境の整備の促進や、損傷レベルが高位の頸損者への利用支援の取り組み、などが求められる。なお、世代間では、特に頸損者特有の課題は得られなかったが、頸損者に有効な情報手段として、高齢者世代への普及活動も必要と考えられる。

以上の結果から、前回(1991年)の調査時と比較して、頸損者の生活環境は改善された部分も多くあることが明らかになった。しかし、高齢介助者の問題や、住宅改修、福祉用具購入等にかかる費用や、所得保障の問題、病院・施設等での生活者の情報アクセスの問題等、まだまだ解決すべき課題も多くある。今後、制度の改定やセルフヘルプ等の促進などにより、これらの課題の解決に向けたさらなる取り組みが必要である。

◆ 参考文献

- 1)井上剛伸, 他, 被介助者の負担計測に基づく移乗介助方法の評価, 平成14年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業報告書, 2003.
- 2)総務省情報通信国際戦略局情報通信政策課情報通信経済室:「平成20年通信利用動向調査の結果」
URL: http://www.soumu.go.jp/main_content/000016027.pdf

(初雁卓郎 石井純夫 丸岡稔典 井上剛伸)

第 2-7 章

外出の壁

◆ 結果の概要

頸髄損傷者の外出の状況について分析を行った結果、外出の頻度が低いことが精神的健康に影響することがわかった。外出を困難にする要因としては、体温調節、介助者の確保、移動手段の確保、公共交通の未整備、長距離移動の困難さが挙げられた。それらの対策について考察し、公共交通機関従事者への接遇や介助教育の充実、個別交通利用の推進、外出時の介助者確保に関する制度の整備を指摘した。

◆ 背景と目的

本章では、頸髄損傷者の外出の問題について取り上げ、これらの項目に関連する現状と今後の課題を明らかにする。

外出の問題は、就労をはじめあらゆる社会参加の基底に位置しており、当事者にとって長年重要課題の一つであった。交通バリアフリー法が2000年11月に施行され、物理的社会的環境の整備が促進されてきた。このようなことから参加活動のアクセスが向上されてはきているが、未だ抱える課題の現状を改めて整理する必要がある。

◆ 外出頻度が低いことが 精神的健康に影響

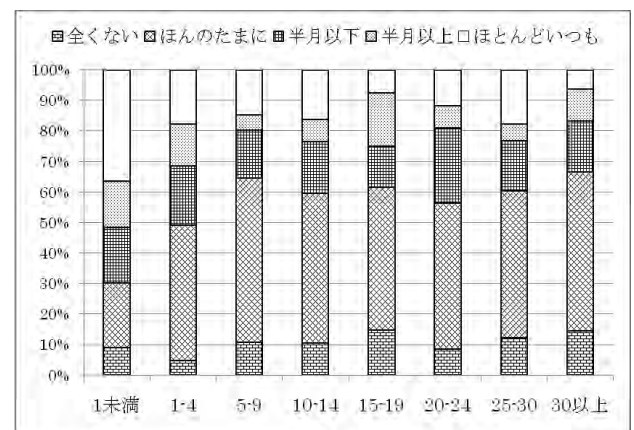


図 7-1 外出日数と精神的ストレスを受けた日数

◆ 必要な外出日数の推定

本調査で精神的ストレスを受けた日数が「半月以上」と回答した人は172人おり、全体の25.2%を占めており、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(アメリカ合衆国における精神的健康と調査事例 第2部5章健康問題参照)。また、全回答者の9.8%だけがストレスを全く受けていないと回答していた。この数値もアメリカ合衆国の事例では43.4%がストレスを受けたと回答した事例と比較すると2倍に達している。この精神的ストレスと直近の30日間に外出した日数とをクロス集計したものを図7-1に示す。外出頻度と精神的ストレスとは有意な関係性が認められた($p < 0.05$, χ^2 乗検定)。この図からわかるように、外出日数が「5-9日」に達するまでは明らかに精神的ストレスを14日以上受けた人の割合が20%より優位に大きい。

◆ 本調査から分かる外出状況

前記に示したように、外出日数が少ない人に精神的なストレスを受けている人が多く存在することを示したが、本調査で回答した頸髄損傷者の外出状況について考察する。

(1) 外出頻度と主な介助者

外出するときに介助が必要な人については、主な介助者について回答を得た。それを直近の30日間に外出した日数とクロス集計した結果が図7-2である。

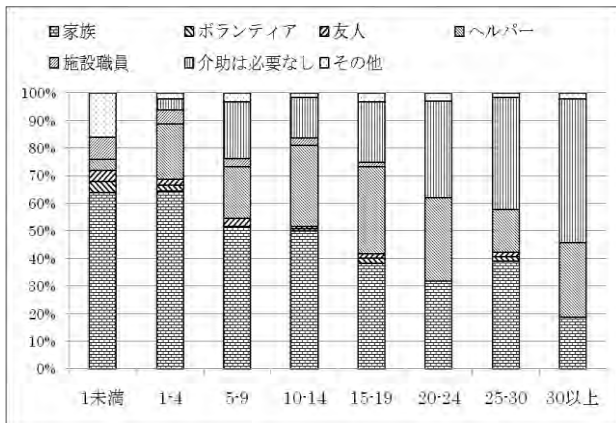


図 7-2 外出時の介助者と直近の30日間の外出日数

この図からわかるように、外出日数が少ない人ほど「家族」による介助で外出している実態がわかる ($p < 0.001$, Mann-Whitney 検定)。ただし、外出日数が「10-14日」以上になると主な介助者「ヘルパー」が増加している。

(2) 行き先

外出時に家族の介助が必要な人の直近30日間の外出日数が少ないことを示してきたが、外出時の主な介助者と行き先についてクロス集計した結果を図7-3に示す。家族が付き添って行く外出先は「病院」が一番に多く、その次に「ショッピングセンター」となっている。しかし、その他の行き先と統計的に比較すると、家族が占める割合についてはほとんど差がない。

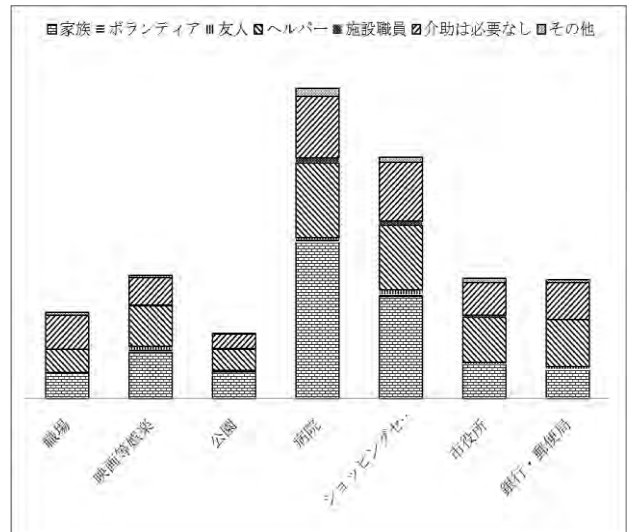


図 7-3 外出時の介助者と行き先

(3) 移動手段

移動手段と直近の30日間に外出した日数とのクロス集計結果を図7-4に示す。

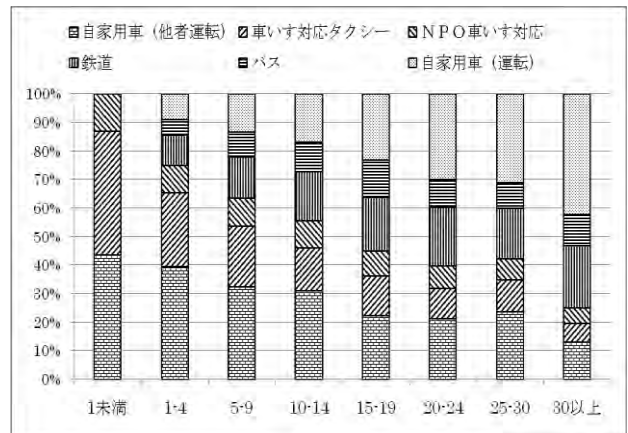


図 7-4 直近30日間の外出日数と外出手段

この図からは、外出日数の少ない人たちは家族が運転する自家用車に同乗することが有意に示唆された ($p < 0.001$, Mann-Whitney 検定)。また図7-4よりタクシーにより外出している傾向がわかる。一方、2006年の道路運送法改正によりNPO団体と社会福祉協議会による福祉有償運送による外出はそれほど多くないことがわかる。そして、公共交通の鉄道利用は、17年前の調査では「電車・バス」の利用は3.5%であった³⁾。今回の調査では外出日数が増加するとともに増加している。しかし、路線バスの利用は比較するとまだ少ない。日常生活圏で重要な移動手段となっているが、低床バス路線の普及がまだ進んでいない状

況が理解できる。さらに鉄道／バスといった公共交通機関の利用は、3大都市圏居住者に有意に多い結果であった(p<0.001、 χ^2 乗検定)。3大都市圏以外では日常生活における公共交通機関利用のしやすさには遠く及ばないことが示唆される。

今回の調査では頸髄損傷者を対象としているが、その中に自身で自家用車を運転して外出できる人が多く存在し、その外出日数も多いことがわかる。

◆ 外出を困難にする要因

上記で記述してきたように、頸髄損傷者の外出状況は外出日数が少ない人は「家族による外出介助」を要し、「家族等が運転する自家用車」「タクシー」を利用して主に「病院」に行っている(p<0.001、 χ^2 乗検定)のが現状であろう。また公共交通の利用もまだ利用障害が除去されておらず、利用頻度は17年前と比較して大幅に増加しているが個別移動手段と比較してその比率は低い。では、頸髄損傷者の移動を困難にしている主な理由は何であるのか以下に報告する。

(1) 体温調節(図7-5)

外出を困難にしている理由のトップは「排便・失禁が心配」であるが、外出頻度の低さとの有意さは認められなかった(Mann-Whitney 検定)。外出頻度には影響していないが多くの者が直面している困難さであると同える。直近30日間の外出頻度の少なさを統計的に有意であった理由は「体温調節ができない」であった(p<0.01、Mann-Whitney 検定)。麻痺した体の発汗調節機能が損なわれたため、夏期には高温・多湿への対応と冬期の低気温への対応が問題となっている。これを解決するには公共交通ではなく、戸口から戸口まで移動するために、家族が運転する自家用車とタクシーを利用している現状が良く理解できる。

「排便・失禁が心配」に対しては車いす対応のトイレ設置を公的施設への配置だけではなく広く民間の公共施設への設置が必要になる。また、失禁時の対処に介助者を要するため、外出時の介助者を必要に応じて利用できる支援も必要になる。

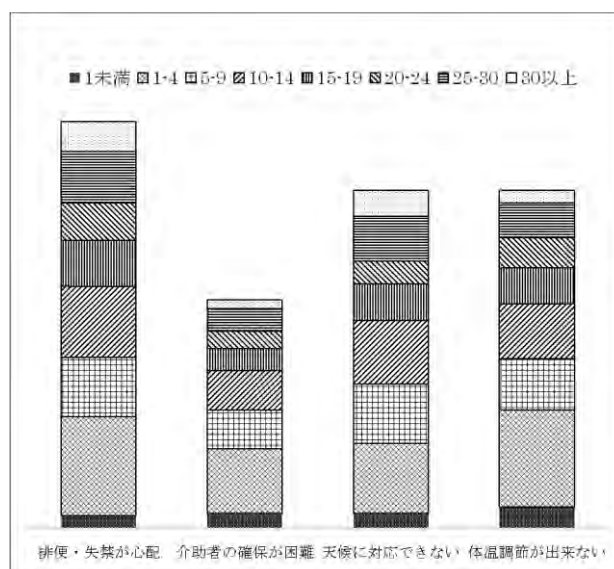


図7-5 移動困難理由と直近30日間の外出日数

(2) 外出時の介助者確保

移動困難理由の中では第4位を占めている「外出時の介助者確保」について結果を分析すると、外出時の主な介助者別に介助者の確保が困難と回答した結果を図7-6に示す。

家族が主な介助者で介助者の確保が困難であると回答した人は66名あり、家族介助全体の18.1%ということになる。しかし、ヘルパーが主な介助者である場合、26.2%、ボランティアでは30.8%が回答している。外出したい時に、ボランティアとヘルパーの確保が困難である一方、家族介助では家族が都合の付く時にだけ外出しているため、外出頻度が低く出ている結果が理解できる。

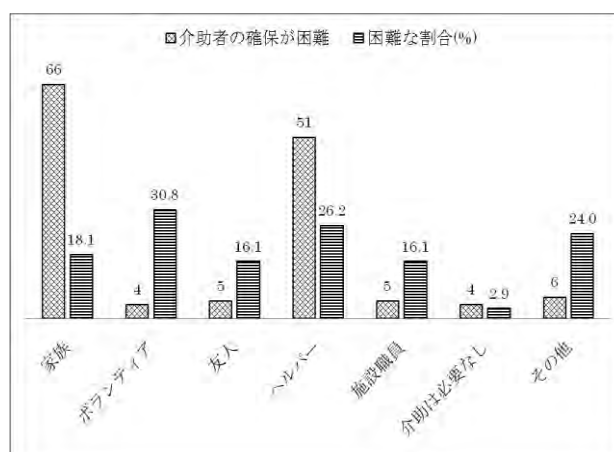


図7-6 外出時の介助者確保の困難性

(3) 移動手段の確保

移動手段の確保とは、頸髄損傷者が外出先で目的とした活動に参加することである。その移動手段の確保の困難性と行き先についての回答(複数回答)をクロス集計した結果が図7-7である。

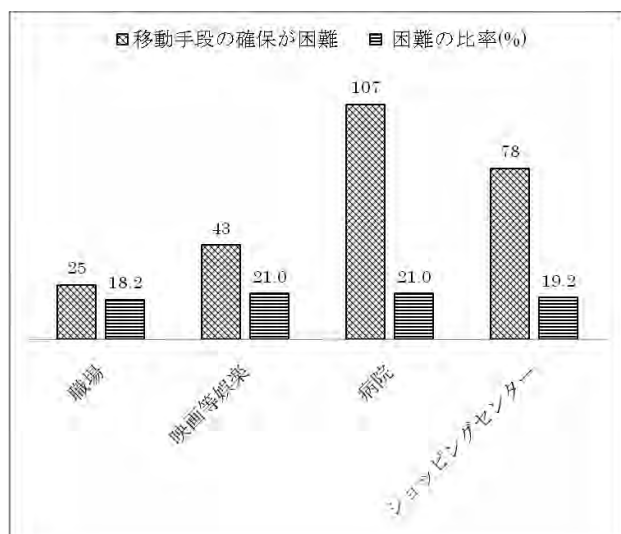


図7-7 移動手段確保の困難と行き先

図中の困難の比率(%)は、行き先別での回答者数のうち困難であると回答した割合を表している。

健康維持のために行かなくてはならない「病院」、社会活動参加の「職場」、気晴らしの「映画等娯楽」と日常の買い物をする「ショッピングセンター」のいずれの場合でも20%程度の人が困難を訴えている。

(4) 公共交通の利用

鉄道を利用している人は全体の13.3%で、その内の57.6%が「車いす用対応エスカレータや階段昇降機を利用するのに駅員を呼び出さなくてはならない」、44.9%が「階段が多くて困難」と職員対応と物理的障害を指摘している。一方、路線バスを利用している人は全体の7.5%で、その内の40.4%が「乗降に時間がかかり乗客に遠慮」、39.4%が「低床バスの運行が不定期」と鉄道と同様にソフトとハード面の障害を指摘している。公共交通利用者は未だ全体的に低い、その利用者の半数が利用困難を訴えている。

(5) 長距離移動

ここでは片道200km以上の長距離移動の頻度や目的と生じた問題等についても調査した。その結果、年間1~4回移動した者が全体の約40%を占めたが、長距離移動がなかった者も約30%であった。目的(複数回答)は旅行が32.4%で一番多かった。旅行等の余暇活動を行える物理的社会的環境の整備が広がってきた結果であると推察される。しかし長距離移動をしなかった者が30%であることを考えると、環境は未だ不十分であろう。移動手段は、他者運転の自家用車が最も多かった(21.6%)ものの有意さは認められなかった(χ^2 乗検定)。次いで新幹線の利用が多かった(15.0%)。長距離移動の主な同行介助者は、家族が43.2%で圧倒的に高かった。

◆ 外出確保のための対策

頸髄損傷者の外出状況と外出困難性について調査結果の概要を記してきた。これらの結果から頸髄損傷者の外出を確保するための対策について考察をする。

(1) 公共交通機関従事者への接遇・介助教育

交通バリアフリー法が2000年11月に施行され、交通事業者はガイドラインに従って新築駅舎と車両等のバリアフリー化が義務づけられ、低床バスの運行、駅舎にはエレベータと多機能トイレ等の設置が進んではいる。しかし、「低床バスの運行が不定期」であるとの指摘通り、日本国内に100%普及するにはまだ時間がかかる。しかし、利用できる資源を有効に利用するためには頸髄損傷者の公共交通利用を円滑に出来るように、公共交通機関従事者は頸髄損傷の障害を良く理解して適切に介助できるように教育を進める必要がある。そして、一般市民に対しても同様に頸髄損傷者の外出を理解し、積極的に支援できるように市民に対する理解教育も必要である。

(2) 個別交通の確保

「外出の困難」の項で説明したように「体温調整が出来ない」ことが外出を困難にしていた。この課題に対して、戸口から戸口までの移送を家族が運転する

自家用車およびタクシーに依存していることから、結果として外出できる日数が少なくなる現状が明瞭に出ている。そして、外出日数が少ないことは社会的参加が制約されるため、精神的健康に影響が出てきていることもわかった。欧米では、公共交通を利用できない移動制約者のために特別移送サービスを提供している。特に、フィンランドでは移動制約者に対して自治体は「移送サービス」を通勤と通学の移送に加えて、居住している市内または近隣市で1ヶ月に18トリップまで利用できるように法律で義務化されている⁴⁾。この回数は、図7-1で解説した結果と同じ外出日数を保証していることになる。

(3) 外出時の介助者

外出時の介助者は「家族」が44.6%を占めており、上記のとおり低い外出率となっている。そして、「ヘルパー」の外出時介助は23.8%と「家族」に次いでいるが、利用率は1/2程度である。外出したい時に介助を頼めるヘルパーの確保に26.2%の頸髄損傷者が困難を感じている。折角社会参加への意欲を持って目的地に移動しようとする機会が、これほど多く損なわれている。家族への過重なる負担を解消するためにも、外出時の介助者確保を制度的に整備する必要がある。

◆ 引用文献

- 1) 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, 1:37
- 2) 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, 2:40
- 3) 頸損解体新書－復活のあすに向かって、全国頸髄損傷者連絡会、1994年

4) Disability services and care of mentally handicapped persons, INDEPENDENT LIVING - CHALLENGE FOR DISABILITY POLICY, Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health, 1999:5eng (<http://pre20031103.stm.fi/english/pao/publicat/paocontents14.htm>)

(藤井直人 塚田敦史)

第 2-8 章

就労の壁

◆ 結果の概要

現在、就労をしているか否かの就労状況への回答者は 630 名で、就労をしていない者が 429 名(68.1%)、就労している者が 201 名(31.9%)であった。頸髄損傷者の約 3 割の者が何らかの形で就労についていることが明らかになった。また、就労している者の内訳は、一般的な就労 180 名(28.6%)、福祉的な就労 21 名(3.3%)であった。就労している者の勤務形態では、在宅勤務 69 名(25.9%)を占め、また 1 週間当たりの勤務時間としては、30 時間超 40 時間以下 61 名(22.9%)が最も多い。頸髄損傷者が就労を続けていく上で健康管理では、自由回答記述結果から苦労していることが明らかになった。

◆ 背景と目的

本章では、頸髄損傷者の就労の問題について取り上げ、これらの項目に関連する現状と今後の課題を明らかにする。

就労の問題は、障害の有無にかかわらず毎日の生活を支える最も重要な経済活動である。しかしながら障害があることや通勤が自力で出来ないこと、職務中の介護が必要とすることを理由に就労の機会から長く遠ざけられてきた。近年、障害がある人たちの就労意欲・意識の高まりに加え、未達成企業名公表を機に企業の意識改革が進み就労環境の改善がみられ障害者雇用も進んできた。頸髄損傷者においても重度の障害にもかかわらず同様に就労の機会を得られるようになった。このことから①就労の位置づけ、②就労状況、③勤務時間及び形態、④就労活動、⑤労働環境や雇用条件の改善について、その現状と要因についてまとめる。

◆ 分析結果

(1) 就労の位置づけ

頸髄損傷という障害があることにより、生活を維持していく上での食費、住宅費、光熱費など基本的経費とは別に、他の者と比べて介助費、医療費、交通費などの支出が多く生活を切迫させている。しかし、頸髄損傷者の多くは、障害基礎年金 428 名(58.2%)が最も多く、続いて生活保護 229 名(31.1%)、厚生障害年金 211 名(28.7%) (図 8-1) と、年金・手当、生活保護によるものが大半とされ、厳しい生活状態におかれている。そのため、受傷する前の生活を維持したり、新たな生活を築いたりすることで一部の者は、賃金収入 127 名(17.3%)、家賃収入 19 名(2.6%)、仕送り 8 名(1.1%) (図 8-2)などの方法で収入を得ている。なかでも賃金収入に頼る者の割合は高い。

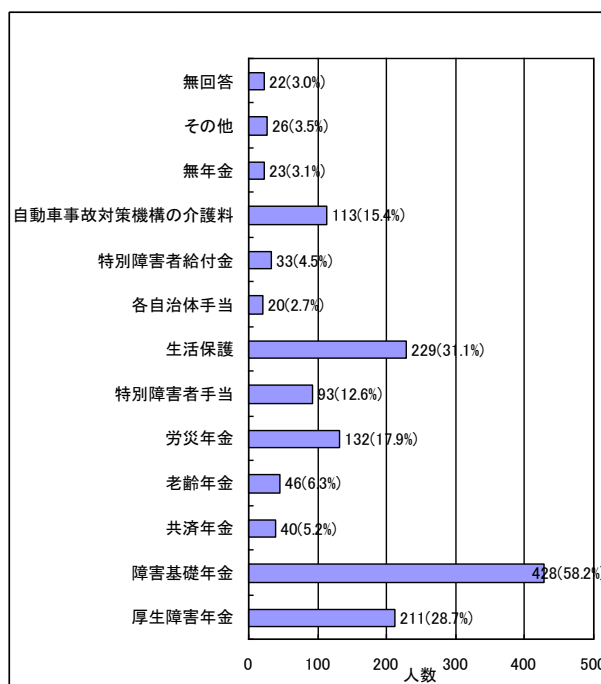


図 8-1 年金・手当の種類

就労につくことの目的は収入を得ること以外にも、社会参加の機会を得たり、やりがいや自己実現を行ったりなど、就労の持つ意義は大きい。

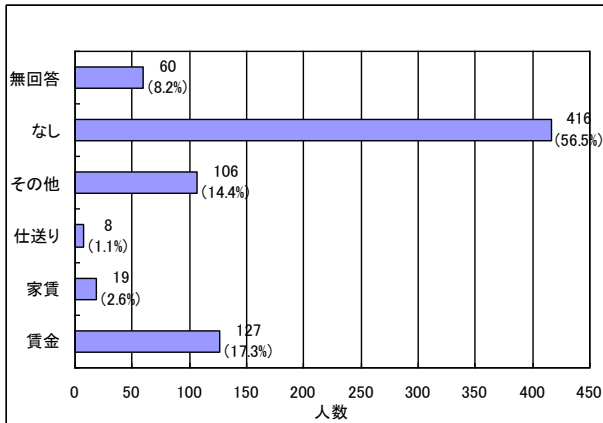


図 8-2 年金・手当以外の主な収入

(2) 就労状況

頸髄損傷者の就労状況が明らかになるなかで、一般的な就労については、自営業等 72 名(11.4%)、企業、団体 74 名(11.7%)、特例子会社 3 名(0.5%)、NPO 等当事者団体 24 名(3.8%)、福祉工場・授産施設・作業所 21 名(3.3%)、内職 7 名(1.1%)(図 8-3)であった。今回の調査で特筆すべきは、障害当事者が運営主体となる自立生活センター等の NPO 法人へ従事する者が新たな就労の受け入れ先として、従来福祉工場・授産施設・作業所に行く者へと変わってきたことである。

次に、一般的な就労のうち企業や団体、特例子会社、NPO等当事者団体に従事する者(経営者・役員、自営業主、自営業の家族従業員および内職・請負を除き)で、一般雇用関係がある者は、全体で 101 名(16.1%)であった。さらに、一般的な就労(福祉工場を除いた)での雇用形態については、常勤従業員 74 名(73.3%)、非常勤従業員 27 名(26.7%)と7:3の割合で常勤従業員として採用が多く行われていることも明らかになった。

参考までに、厚生労働省で 5 年毎に行われている身体障害児・者実態調査(2006 年)の肢体不自由者の就業状況では、就業している者 19.2%、就業していない者 76.7%であった。なお、一般的な就労では、居住地域により就労の機会に格差があるとされるが、政

令指定都市との関係では就労の有無に有意な関連はみられなかった。

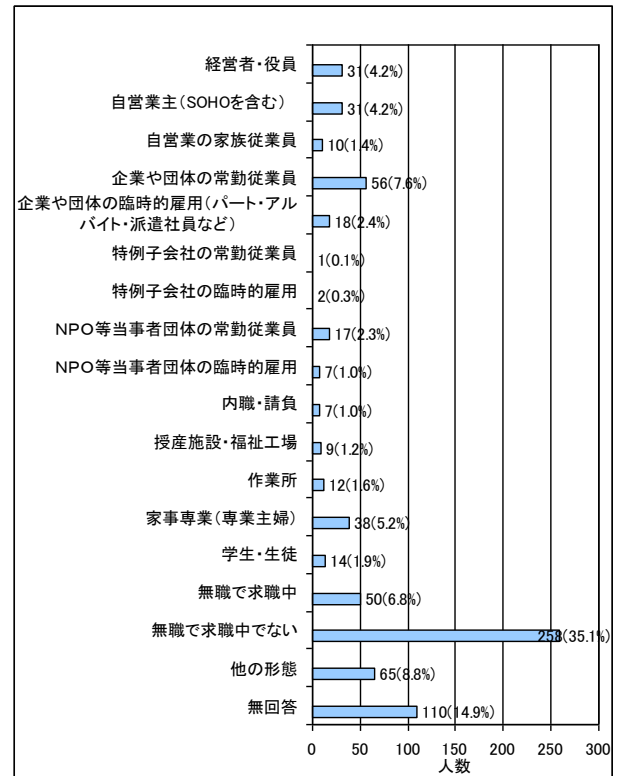


図 8-3 就労状況

(3) 勤務時間及び形態

ここでは、就労している者の勤務時間および勤務形態について分析した。勤務時間への回答は 190 名であった。1 週間当たりの平均時間として、30 時間超 40 時間以下が 61 名(22.9%)と最も多く、次いで 10 時間以下 37 名(13.9%)、40 時間超 50 時間以下 35 名(13.2%)であった。30 時間以下の者 85 名(31.9%)、一方、50 時間を超える者も 9 名いた(図 8-4)。頸髄損傷者の勤務時間と障害程度(損傷レベル)との関係では、有意な関係性が認められた

($p < 0.05$, Kuraskal Wallis 検定)。損傷レベルが高位ほど、勤務時間が短くなる傾向であった($p < 0.01$ 、メディアン検定)。

次に、勤務形態では、在宅勤務 69 名(25.9%)、短時間労働 38 名(14.3%)、フレックスタイム等変形労働時間制 34 名(12.8%)の順番であった(図 8-5)。勤務形態では在宅勤務による比率が高かったが、住んでいる地域と在宅勤務との間に有意な関係はなく(χ

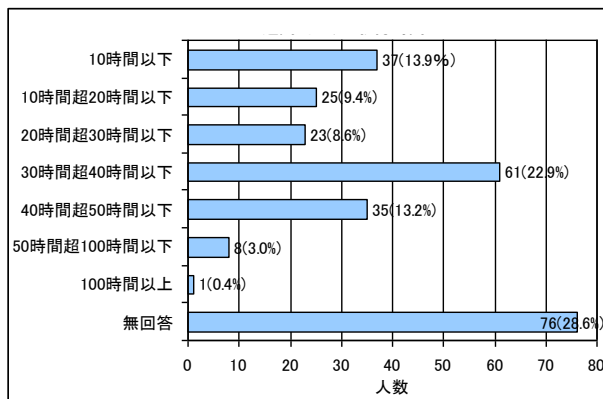


図 8-4 1週間当たりの就労時間

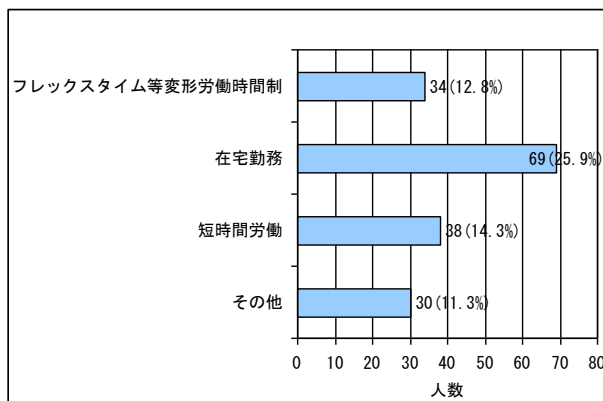


図 8-5 利用している勤務形態

2乗検定)、地域によらず広範に広がっていると思われる。特に重度頸髄損傷者(完全損傷 C4 以上)と、そうでない者とを比べると、重度頸髄損傷者の在宅勤務の割合が高いことも明らかになり、今まで通勤が困難な頸髄損傷者に就労の道を拓いたといえる。ただ、課題も残されている。在宅勤務をしている者は、雇用されているが非常勤従事者として位置づけられている(p<0.05、 χ^2 乗検定)。身分、処遇面でも不利な状況に置かれていると考えられる。

勤務形態と就労時間との関係性を分析したところ、1週間に30時間以上働く割合において、1位「企業通常勤務(その他)」約75%、2位「フレックス」63%、3位「在宅勤務」33%、4位「短時間労働」13%とそれぞれに違いがみられた。在宅勤務で40時間を越えるものは15%程度であった他は、多くが40時間未満であった。またフレックス勤務では、約50%が31～40時間の範囲を占めていた。勤務時間と障害程度との間には有意さが見られたことから、短時間労働やフレックス

勤務を活用し体力や生活スタイルに合わせて就労していることがうかがわれる。フレックス勤務を活用する者では、東京、名古屋、大阪といった大都市圏に住む者と大都市圏以外の都市に住む者とを比較すると、有意な関連がみられた(p<0.05、 χ^2 乗検定)。フレックス勤務が大都市圏で利用されているということがわかった。

続いて給与など処遇、通勤、職業的能力については一般の人より何かにつけ時間が掛かってしまうことや、また、職場での人間関係で苦勞していることも明らかになった。ただ、こうした就労における苦勞では、重度の頸髄損傷の有無との間に有意な関連は見られなかった(χ^2 乗検定)。

(4) 就労活動

就労する際に、公的機関を活用し就職相談・斡旋等の就労活動に対し、ハローワークを利用した者 159 名(15.8%)、ハローワークを利用していない者 461 名(62.6%)であった。なお、就労活動とは異なるが、頸髄損傷者の就労に際し自動車の運転ができることが一般就労に有利であること(p<0.05、 χ^2 乗検定)、外出に介助を必要とする者は就労への機会が少ないなど、有意さが認められた。インターネットの利用の有無は就労の機会とは関係がないことも明らかになった。

(5) 労働環境や雇用条件の改善

労働環境や雇用条件の改善は、現状の実態との表裏一体を表わすものであり、就労している、していないに係わらず、すべての頸髄損傷者を対象に複数回答をしてもらった。その結果を図 8-6 に示す。回答者は 441 名であった。そのうち、在宅勤務などの勤務形態の導入が 264 名(35.9%)と一番多くの回答があった。次に、障害に対する偏見や無理解の解消 195 名(26.5%)であった。職場の物理的環境の改善 178 名(24.2%)、就職情報の十分な提供 159 名(21.6%)、フレックスタイム等変形労働時間制の導入など 155 名(21.1%)と回答がつづいた。

最も回答の多かった「在宅勤務などの勤務形態の導入」が 264 名であったが、図 8-5 から実際に「在宅勤務」形態をとっているのは 69 名のみに留まってい

る。在宅勤務希望は、現在どのような状態にある状況から発せられているかを得るために、在宅勤務希望と回答した 264 名の現在の状況を分析した。その結果が図 8-7 である。現在の状況との間には有意な関連が認められた (χ^2 乗検定)。意外にも「無職で求職中でない」ものからの回答が圧倒的であった。この解釈は非常に難しいが、在宅勤務の導入が進めば求職に多くが転じる可能性が潜在していることが伺われる。

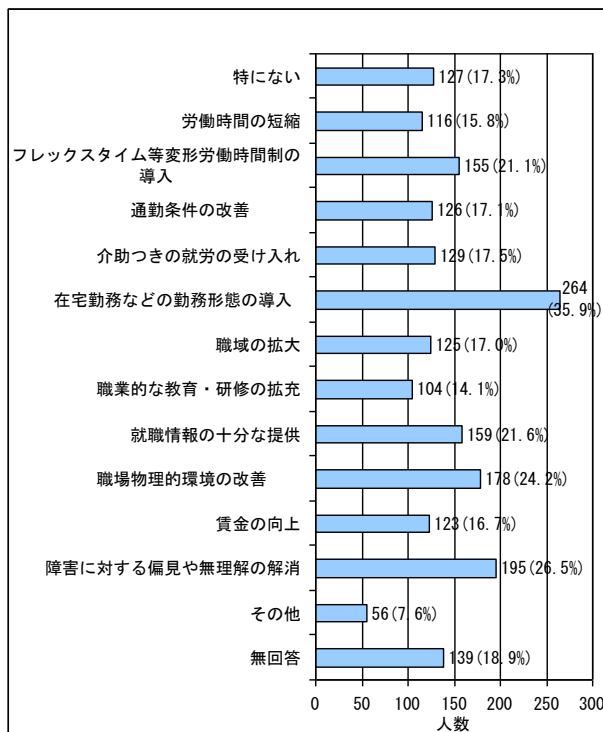


図 8-6 労働環境、雇用条件についての改善希望

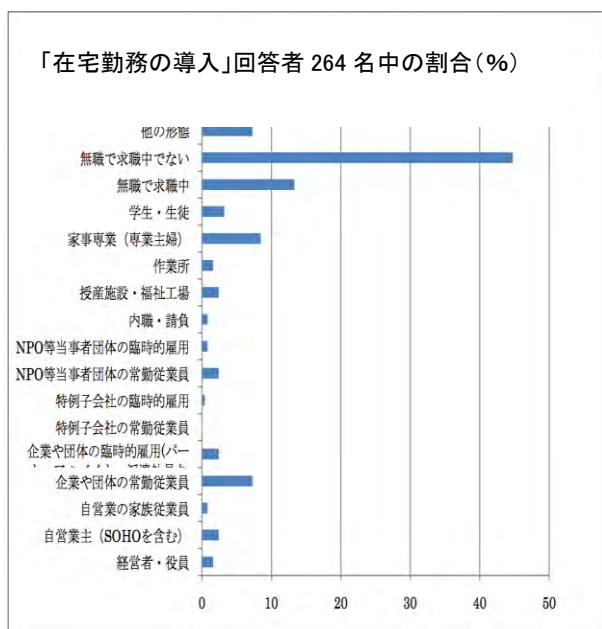


図 8-7 「在宅勤務の導入」改善希望者の就労形態

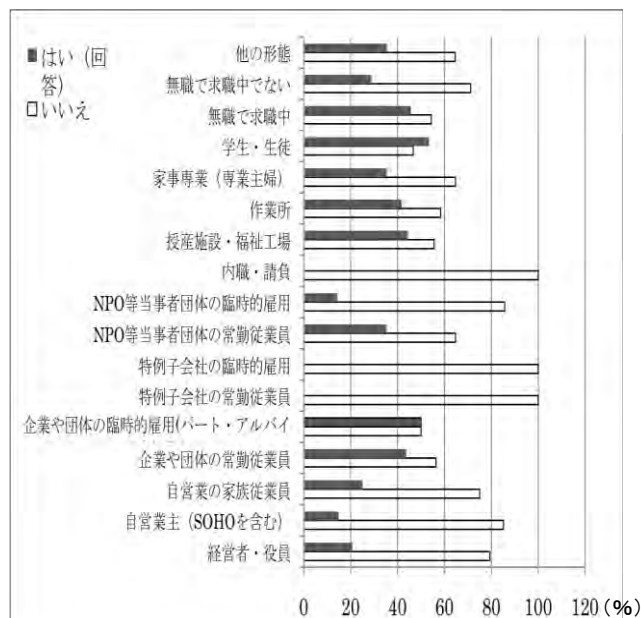


図 8-8 「現在の状態」毎における「障害に対する偏見や無理解の解消」改善希望有無の割合

次に回答の多かった「障害に対する偏見や無理解の解消」は、実際にどのような労働状態の者から発せられているかを分析するために、当該回答 195 名の現在の状況 (就労形態) 毎の回答有無割合を調べた。その結果が図 8-8 である。現在の状況との間には有意な関連が認められた (χ^2 乗検定)。結果から、半分以上の者が「障害に対する偏見や無理解の解消」改善希望と回答していたのは、就労ではない「学生・生徒」が占めていた。就労形態で最も改善希望回答の多かったのは、「企業や団体の臨時的雇用 (パート / アルバイト / 派遣社員など) であった。この形態は、他の就労形態と比べて被雇用者の中でも弱い立場に置かれてしまうのが容易に考えられる。どのような具体的な事例があるのかは、さらなる詳細な調査を進めないと述べられない。改善策を考えるには、更なる具体的な状況証拠が必要と考えられる。

(6) 自由回答記述から

その他の自由記述回答では、就労以前の問題として就労すること自体無理であるや、体力的に困難である、働くことなど考えられないなど多数の回答があった。頸髄損傷者が就労するなかで苦労していることは、排泄等を含む健康上の問題が一番大きく、職場で失禁した時の対処や睡眠不足などがあげられている。このため実際に就労している当事者に対して、外

出移動困難理由(2-7章◆III)のうち「排便失禁管理困難」、「体温調整困難」との対応関係を調べた。その結果を図8-9～8-10に示す。これらの関係には有意性は認められなかった(χ^2 乗検定)。図より就労形態には特徴的な傾向が見られず、ほとんどの形態で2～4割程度で「排便失禁管理困難」または「体温調整困難」者が存在している。このことから就労形態によらず健康管理に苦労している当事者が確実に存在していると言える。

◆ 考察

一般就労の現場に女性、高齢者や障害者などさまざまな人たちが進出し、就業意識や価値観の変化に伴い、個人の希望に応じた働き方を選択したいという労働者が増加してきた。このことに対応するため在宅就労や短時間労働、フレックスタイム等変形労働時間制など、さまざまな施策が講じられてきた。一方、障害者の就労分野では障害者雇用促進法(1960)が制定され49年が経過する。この間、法律名の変更や幾度かの法律の改正が行われ障害範囲の拡大と法定雇用率の見直しがされてきた。また、障害者雇用納付金制度を基に雇用主に対し各種助成金を設け雇用促進を図る施策が行われてきている。しかし、雇用率を達成した企業は少なく未達成企業名を公開したことにより企業の障害者雇用への意識が大きく変わることになる。

17年前に本会で調査した「頸損解体新書」(1994)¹⁾では、頸髄損傷者の一般的就労が進まぬ要因として、働く意欲があっても四肢に障害があり通勤困難という身体機能の問題が大きいと考えられていた。しかし、こうした外的要因としての社会環境、就労環境などの変化により、いままでなかなか就労できなかった頸髄損傷者が就労に結びついたと考えられる。この変化を生み出したのは長年に亘る障害者運動の成果で、果たしてきた役割は大きいといえる。また近年、大都市では電車・バス等の公共交通機関のバリアフリー整備が進んでいる。こうした交通環境の改善が全国的に広がることで、さらなる就労の機会が期待できる。いままで就労に際しては、自動車の運転ができる者が有利とされてきたが、公共交通機関を利用することで自動車の運転ができない者でも就労への可能性道が大きく拓かれてきたといえる。

通勤手段の確保、職場内での介護、体力的な問題などで、求職しても就労できない頸髄損傷者が6.8%、働くことが困難とあきらめてしまっている者が、未だに多く存在している。こうした頸髄損傷者の就労の機会を阻害するものとして、制度上の問題がある。障害者雇用納付金制度には、頸髄損傷者のような全身性の障害者への支援サービスが用意されている。デスクワーク等で必要な職務を遂行するうえで作業

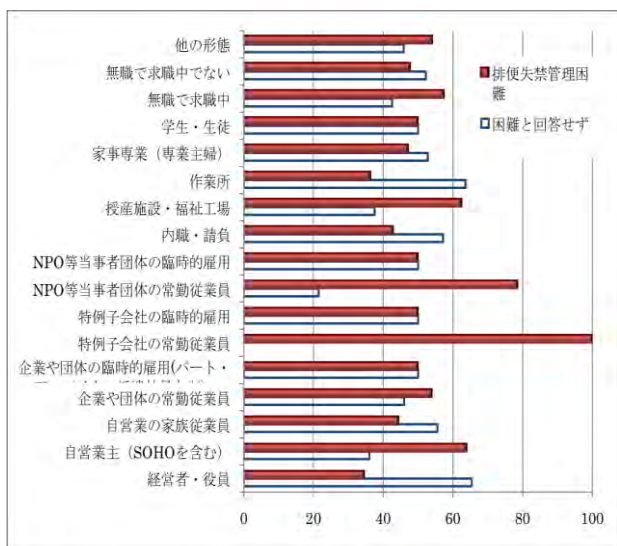


図 8-9 就労形態（現在の状況）毎における異動困難理由（排便失禁管理困難）有無の割合

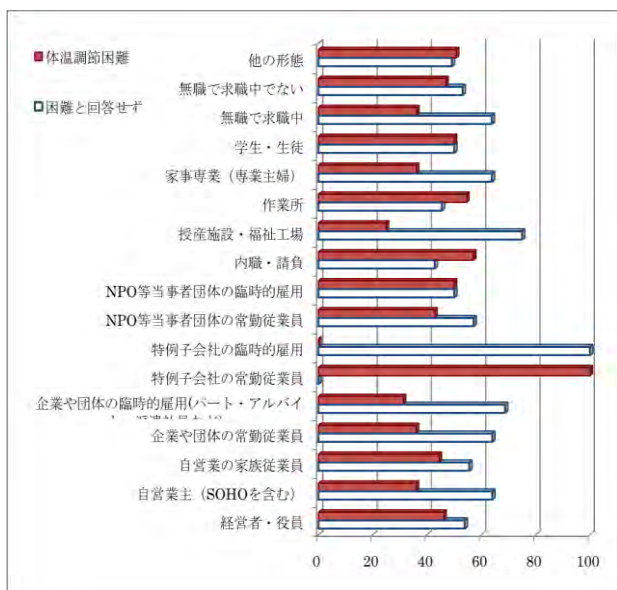


図 8-10 就労形態（現在の状況）毎における異動困難理由（体温調整困難）有無の割合

中の介助をしてくれる職場介助者の配置である。しかし、職場内でのトイレや食事などの身体介護はできない。また、通勤についても通勤援助者を付けられるが極めて短期間となっている。一方、障害者自立支援法の地域生活支援事業では、職場における介助は対象となっていない。通勤を目的とした外出介護は、ほとんどの自治体で「通年、長期にわたる外出介護は認めない」としている。こうした制度上の空白により、重度の頸髄損傷者が就労するための職場や通勤における介護は、実質的には得られなくなっており、労働と福祉の縦割りを超える政策転換が求められる。

◆ まとめ

2006年12月に国連で「障害者権利条約」が制定され、権利条約第2条では、「合理的配慮の否定」を差別と定義している。障害者の雇用・就労においては、他の者との平等を基礎に障害者の雇用差別をなくし、働く権利を確保していくため法制度や施策の抜本的見直しを行う必要がある。重度の頸髄損傷者一人ひとりの障害状況に合わせて、さまざまな就労形態を活用しながら、障害者の尊厳ある就労を確立しなくてはならない。

◆ 引用文献

- 1) 頸損解体新書－復活のあすに向かって、全国頸髄損傷者連絡会、1994年

(今西正義 塚田敦史)

第 2-9 章 頸損実態調査票

「頸髄損傷者の自立生活と社会参加に関する実態調査」へのご協力をお願い

本調査は全国の頸髄損傷者を対象しております。もし頸損者以外の方に調査票が届いておりましたら、あしからずお許し下さい。

また本調査票の発送にあたっては、(社)全国脊髄損傷者連合会各支部、日本せきずい基金、および友好団体のご協力を頂いておりますので、もし重複して届いておりましたら、1部のみご返送ください。

実態調査の主旨をご理解の上、全国の皆様にご協力頂ければ幸いです。

●調査の主旨 : この調査を通じて、頸髄損傷者の自立生活と社会参加の現状とその障壁を明らかにし、自立生活と社会参加を促進する上で必要な社会的支援のあり方を提起するために、「頸損解体新書(2008年版)」を出版します。

●調査の対象 : 全国の頸髄損傷者

●回答の方法 : 返信用封筒にて、本調査票をご返送下さい。

本調査票での回答が困難な時は、当会ホームページに準備したデータを利用して、メール回答して頂いてもかまいません。

電子メールによる回答は、以下HPをご参照下さい。

全国頸損ホームページ <http://saka-ue.cside.com/j/naq/>

●回答期限 : 平成21年1月10日まで

●調査実施団体 : 全国頸髄損傷者連絡会

「頸髄損傷者の自立生活と社会参加に関する実態調査」実行委員会

※ 調査報告書は、協力頂いた団体、希望される個人の方に送付させて頂く予定にしております。

※ 個人情報は厳格に管理致します。

調査に関する問い合わせ・連絡先
全国頸髄損傷者連絡会 事務局長 八幡孝雄
〒193-0822 東京都八王子市式分方町57番地
TEL/FAX: 042-651-3087 E-mail BXN06214@nifty.com

【Q1. 個人属性について】

Q1-1. 年齢はおいくつですか。

()歳

Q1-2. 性別はどちらですか。

1. 男 2. 女

Q1-3. あなたと、同居している方は(あなたも含めて)何人ですか。

()人

Q1-4. 同居者はどのような方ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 一人暮らし 2. 祖父 3. 祖母 4. 父 5. 母
6. 配偶者 7. 子供 8. 兄弟姉妹 9. その他()

Q1-5. あなたのお住まいの地域を都道府県、区市町村までお書き下さい。

()都・道・府・県 ()区・市・町・村

【Q2. 身体状況・健康状態について】

Q2-1. 損傷レベルについて、該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 頸髄1~3番 2. 頸髄4番 3. 頸髄5番 4. 頸髄6番 5. 頸髄7・8番

Q2-2. 麻痺の分類について、該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 完全麻痺 2. 不全麻痺 3. わからない

Q2-3. 身体機能について、おたずねします。

Q2-3-1. 肘を曲げることができますか。

1. はい 2. いいえ

Q2-3-2. 手の平を下に向け手首を反らす(背屈させる)ことができますか。(右図A参照)

1. はい 2. いいえ

Q2-3-3. 指を伸ばすことができますか。(右図B参照)

1. はい 2. いいえ



図 A. 手首を反らす

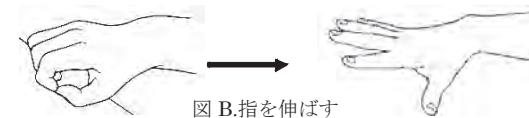


図 B. 指を伸ばす

Q2-4. 呼吸管理について、該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 人工呼吸器を常に使用 2. 人工呼吸器を夜間など必要時に使用
3. 電気式たん吸引器を使用 4. 使用していない

Q2-5. 食事について、該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 胃ろうから注入 2. 介助を受ける 3. 一部介助を受ける 4. 自分で食べる

Q2-6. 入浴について、おたずねします。

Q2-6-1. 入浴の頻度はどのくらいですか。

1. 毎日 2. 週に2～3回 3. 週に1回 4. 月に1～2回
5. 清拭のみ

Q2-6-2. 入浴方法はどのような方法でしていますか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 家族の介助(1人による介助) 2. 家族の介助(複数人による介助)
3. 自宅でサービスを受ける(1人での介助) 4. 自宅でサービスを受ける(複数人での介助)
5. 施設でサービスを受ける 6. 自分で入浴 7. 座位シャワー

Q2-7. 排尿はどのような方法でしていますか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 自然排尿 2. 膀胱ろう 3. 尿道カテーテル 4. 腹圧をかけた排尿
5. 自己導尿 6. 介助で導尿 7. 収尿器を使用 8. 紙おむつで対応
9. 夜間尿道カテーテル(ナイトバルン)

Q2-8. 排便について、おたずねします。

Q2-8-1. 排便の頻度はどのくらいですか。最も該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 毎日 2. 週に2～3回 3. 週に1回 4. 不定期

Q2-8-2. 排便はどのような方法でしていますか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 自然排便 2. 人工肛門 3. 盲腸ポート 4. 腹圧をかけた排便
5. 自力排便 6. 介助で排便 7. 紙おむつ対応 8. 洗腸
9. ベッド上で排便 10. トイレで排便 11. ポータブル(携帯)トイレ

Q2-8-3. 排便に要する平均時間はどのくらいですか。最も該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 30分 2. 60分 3. 90分 4. 120分以上

Q2-8-4. 排便を促す方法について、該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 下剤 2. 浣腸 3. 座薬 4. 摘便 5. 洗浄便座 6. 何もしない

Q2-8-5. 便失禁はどのくらいありますか。最も該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 毎日 2. 週に2～3回 3. 週に1回 4. 月に1～2回 5. 年に数回 6. ない

Q2-8-6. 排便で困っていることがあれば次に具体的に聞かせ下さい。

()

Q2-9. 過去一年間に何日間入院しましたか。(なければ0として下さい。)

()日間

Q2-10. 過去一年間に健康診断や人間ドッグを受けたことはありますか。

1. ある 2. ない

Q2-11. あなたは訪問看護(医療)サービスを利用していますか。

1. 利用している(回/週)(Q2-11-1へ) 2. 利用していない(Q2-11-2へ)

Q2-11-1. 「1. 利用している」と答えた方におたずねします。訪問看護制度を利用してどのような処置をうけていますか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 排便 2. 尿路管理(膀胱洗浄) 3. 褥瘡(床ずれ)の処置
4. 痰の吸引・カニューレ交換 5. その他()

Q2-11-2. 「2. 利用していない」と答えた方におたずねします。利用されていない理由は次のうちどれに該当しますか。該当するものすべてに○をつけて下さい。

1. 利用しなくても特に困っていない 2. 利用したいが利用の仕方がわからない
3. 利用を希望しているが行政が認めない
4. ヘルパー派遣制度の時間帯や仕事内容が希望と異なる
5. 訪問看護制度の利用に伴う費用を支払うのが難しい
6. その他()

Q2-12. 性について困っていることはありますか。またその内容についても聞かせ下さい。

1. 困っていることはない
2. 困っていることがある
1. 病気が心配 2. 結婚したい 3. 子供がほしい 4. セックスの方法
5. その他()

Q2-13. 性について、どなたかに相談したことがありますか。ある場合は相談者を、ない場合はその理由もお聞かせ下さい。

1. ある(1. 医療従事者 2. 親・兄弟 3. 友人 4. 同じ障害を持った人
5. その他())
2. ない(1. 興味が無い 2. 恥ずかしい 3. 誰に相談していいかわからない
4. その他())

Q2-14. 現在、日常生活について悩みやストレスがありますか。

1. ある 2. ない

Q2-15. 最近1ヶ月の間に気分が沈んだり、イライラしたりした気分の日がどのくらいありましたか。最も該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 全くなかった 2. ほんのたまに 3. 半月以下 4. 半月以上 5. ほとんどいつも

Q2-16. 受傷後から現在まで、あなたの周囲に障害についてあなたの気持ちを理解し、あなたを励ましてくれた人はいましたか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 特にいない 2. 家族 3. 医師、看護師、PT・OTなどの医療関係者
4. ケースワーカー、ヘルパー(有償介助者)などの福祉関係者 5. 同じ障害のある人
6. その他()

【Q3. 障害発生時の状況について】

Q3-1. 障害が発生したのはいつですか。

昭和・平成 ()年 ()月

Q3-2. 発生の原因は何ですか。該当する番号1つに○をつけて下さい。

- 1. 交通事故 (1. 自動車 2. バイク 3. 自転車 4. 歩行中 5. その他())
- 2. 就労作業中の事故(交通事故は除く)(作業状況:)
- 3. スポーツ事故(種目:)
- 4. レクリエーション中の事故(レクリエーションの種類:)
- 5. 病 気(病名:)
- 6. 医療事故
- 7. その他()

Q3-3. 障害発生時の状態として該当する番号1つに○をつけて下さい。

- (就学) 1. 小学生・中学生・高校生 2. 専門学校生・短大生・大学生・大学院生
 - (就労) 3. 経営者・役員 4. 自営業主(SOHOを含む)
 - 5. 自営業の家族従業員・内職・請負 6. 公務員・団体職員 7. 一般企業社員
 - (その他) 8. 乳幼児(就学前) 9. 家事専業(専業主婦) 10. 無職
 - 11. その他()
- (この設問で1~7と答えた方は Q3-3-1 へ、それ以外の方は Q4 へ)

Q3-3-1. 障害発生時に就学、もしくは就労されていた方におたずねします。障害発生前の職場あるいは学校へ、復職・復学しましたか。その期間もあわせてお聞かせ下さい。

- 1. 職場あるいは学校へ復職・復学した (復職・復学まで 年 ヲ月 要した)
 - 2. 障害発生前の職場あるいは学校を休職・休学している
 - 3. 職場あるいは学校を変えた(転職・転学した)
 - 4. 職場あるいは学校を退職・退学した
 - 5. その他()
- } (Q4 へ)

Q3-4. 障害発生前の職場あるいは学校へ、復職・復学した方におたずねします。復職・復学後、就労や就学の形態は変わりましたか。該当する番号1つに○をつけて下さい。

- 1. 就労や就学の形態に変化はない
- 2. 配置転換や転部・転科・通信教育への移行があった
- 3. 雇用条件や履修条件の変更があった
- 4. その他()

【Q4. 経済状況について】

Q4-1. 年金、手当で、生活保護による所得は月あたりどれくらいですか。

- 1. なし 2. 5万円以下 3. 5万~10万円 4. 10万~15万円
- 5. 15万~20万円 6. 20~25万円 7. 25万~30万円 8. 30万円以上

Q4-2. 年金・手当の種類について、該当する番号すべてに○をつけて下さい。

- 1. 厚生障害年金 2. 障害基礎年金 3. 共済年金(各種・教員・船員) 4. 老齢年金
- 5. 労災年金 6. 各自治体手当 7. 特別障害者手当(国のもの) 8. 生活保護
- 9. 特別障害者給付金(無年金救済策) 10. 自動車事故対策機構の介護料
- 11. 無年金 12. その他()

Q4-3. 年金、手当で以外の主な収入は何ですか。

- 1. 賃金 2. 家賃 3. 仕送り 4. その他() 5. なし

Q4-4. あなたの年金、手当で以外の収入(税込み)は1か月平均でいくらぐらいですか。

- 1. なし 2. 5万円以下 3. 5万~10万円 4. 10万~15万円
- 5. 15万~20万円 6. 20~25万円 7. 25万~30万円 8. 30万円以上

Q4-5. 主な支出項目3つに○をつけて下さい。

- 1. 食費 2. 住居費 3. 光熱費 4. 被服費
- 5. 保健医療費 6. 交通費 7. 通信費 8. 教育費
- 9. 教養娯楽費 10. 交際費 11. 介助費 12. その他()

Q4-6. 医療費は1か月平均でどれくらいですか。

- 1. なし 2. 5万円以下 3. 5万~10万円 4. 10万~15万円
- 5. 15万~20万円 6. 20~25万円 7. 25万~30万円 8. 30万円以上

Q4-7. 介助にかかわる費用は1か月平均でどれくらいですか。

- 1. なし 2. 5万円以下 3. 5万~10万円 4. 10万~15万円
- 5. 15万~20万円 6. 20~25万円 7. 25万~30万円 8. 30万円以上

Q4-8. 移動にかかわる費用は1か月平均でどれくらいですか。

- 1. なし 2. 5万円以下 3. 5万~10万円 4. 10万~15万円
- 5. 15万~20万円 6. 20~25万円 7. 25万~30万円 8. 30万円以上

Q4-9. 月々の支出平均はどれくらいですか。

- 1. なし 2. 5万円以下 3. 5万~10万円 4. 10万~15万円
- 5. 15万~20万円 6. 20~25万円 7. 25万~30万円 8. 30万円以上

【Q5. 住居環境について】

Q5-1. あなたは現在、どこで生活していますか。

- 1. 戸建ての住宅
- 2. アパートやマンションなどの集合住宅
- 3. 病院・福祉施設等 (Q5-4 へお進みください)

Q5-3-5. 「1. 新築した」と答えた方、「2. 改造・改築した」と答えた方におたずねします。改造・改築・新築に関する情報をどのような方法で入手しましたか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 医療専門職(OT・PT など)
2. 福祉専門職(社会福祉士, ケースワーカーなど)
3. 建築・施工会社
4. インターネット(メーカー, 医療機関, 公的機関など)
5. ロコミ(個人のブログやホームページ, 電子メールを含む)
6. 同じ障害のある人
7. 特になし
8. その他()

Q5-3-6. 「3. 新築も改造・改築もしていない」と答えた方におたずねします。その理由として該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 必要ない
2. 家屋が古く, 改造困難
3. 経済的に困難
4. 家族の理解が得られない
5. 近いうちに建替え予定がある
6. 構造的に改造困難
7. 所有者や家主の理解が得られない
8. その他()

Q5-4. 現在, 病院・福祉施設等にて生活していると答えた方におたずねします。

Q5-4-1. 現在, 次のうちどちらで生活していますか。

1. 病院
2. 福祉施設等

Q5-4-2. 現在の居室・同室は(あなたを含めて)何人ですか。

1. 個室
2. 2人
3. 3人
4. 4人
5. 5人～6人
6. 7人以上

Q5-4-3. 現在の居室・病室には, パソコンなどを置ける個人用のスペースがありますか。

1. ある
2. ない

Q5-5. 現在の住居や居室についてどの程度満足していますか。

1. たいへん満足している
2. 満足している
3. どちらともいえない
4. 不満
5. たいへん不満

Q5-6. 現在の住居や居室について, 不満があれば該当する理由すべてに○をつけて下さい。

1. 不満はない
2. 生活スペースが狭い
3. 車いす等で移動がしにくい
4. プライバシーが保てない
5. 建築物自体が老朽化している
6. 設備が老朽化している
7. 地震のときに倒壊する不安
8. 災害時の避難経路に不安
9. 外部からの騒音
10. 自分の部屋からの騒音が外部に漏れる
11. 日当たりがわるい
12. 雰囲気わるい
13. 交通が不便
14. 周辺に, 段差坂道が多い
15. 駐車スペースがない
16. 入院費・利用料が高い
17. 近いうちに退院, 退所しなくてはならない
18. その他()

【Q6. 福祉機器について】

Q6-1. 現在使用している福祉用具や機器と入手方法について, 各項目に該当する用具・機器を下欄から選び枠内の番号に○をつけて下さい。また, その他に使用しているものがありましたら具体的にお書き下さい。

A. 自費で購入	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	その他
B. 自費でレンタル	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	その他
C. 制度助成で購入	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	その他
D. 制度助成でレンタル	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13	その他

1. ベッド・特殊ベッド
2. 車いす
3. 移乗用リフト
4. 移乗用具(トランスファーボードなど)
5. 環境制御装置
6. 特殊マットレス
7. クッション
8. 昇降装置
9. 電話機・通信機器
10. パソコン
11. 排泄補助用具[座薬挿入器]
12. 入浴補助具
13. 座位保持装置

Q6-2. 就寝のための福祉用具や福祉機器について, 利用しているものの番号すべてに○をつけて下さい。

1. 布団(床の上に敷いたもの)
2. 一般のベッド(寝ている姿勢を変えられないタイプ)
3. 特殊寝台(上半身を起こせる機能や高さを調整できる機能のあるタイプ:電動ベッドなど)
4. 褥瘡予防マットレス(エアマットレスなど)
5. その他()

Q6-3. 日常的に車いすを使用していますか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。また, 分かりましたら機種名もあわせてお聞かせ下さい。

1. 使用していない
2. 電動車いすを使用している (機種名:) (Q6-3-1へ)
3. 手動車いすを使用している (機種名:) (Q6-3-2へ)

Q6-3-1. 「2. 電動車いす」と答えた方におたずねします。どのようなタイプの電動車いすをご使用ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 普通型
2. 簡易電動
3. リクライニング機能付
4. チルト機能付
5. チンコントロール
6. ハンドル型電動車いす
7. その他()

Q6-3-2. 「3. 手動車いす」と答えた方におたずねします。どのようなタイプの手動車いすをご使用ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 普通型
2. チルト又はリクライニング機能付
3. 電動アシスト型
4. 介助用車いす
5. その他()

Q6-4. 移乗のために利用している福祉用具や福祉機器は何ですか。該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 自力で可能なので機器は不要
2. 自力で可能だがスライディングボードや用具を併用
3. 天井走行電動リフト
4. 天井走行手動リフト
5. 床走行電動リフト
6. 床走行手動リフト
7. 据え置き式リフト
8. 用具や機器を使わず, 介助者のサポートを受けて移乗している
9. 移乗用の可動式手すり
10. その他()

Q6-5. 入浴に用いる用具や機器は何ですか。該当する番号**すべて**に○をつけて下さい。

1. 使用していない。
2. 機械浴
3. 移乗リフト
4. シャワーチェア(車輪のないもの)
5. シャワーキャリー(車輪のあるもの)
6. バスボード
7. バスグリップ
8. その他()

Q6-6. 次の福祉用具や機器を利用する際に問題を感じていますか。各項目に該当する問題を**すべて**下欄から選び枠内の番号に○をつけて下さい。また、その他の問題がありましたら具体的にお書き下さい。

A. 就寝のために利用している福祉用具や福祉機器	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
その他()	
B. 移動のために利用している福祉用具や福祉機器 (車いすなど)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
その他()	
C. 移乗のために利用している福祉用具や福祉機器	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
その他()	
D. 入浴のために利用している福祉用具や福祉機器	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
その他()	

1. 特に問題はない
2. 体に合っていない
3. 大きい、重い、扱いにくい
4. 使い方がよく分からない
5. 用具や機器の種類の情報が少ない
6. 相談できる専門家がいない
7. メンテナンスや調整をする人がいない
8. 介助者が使い方を理解していない

Q6-7. 普段の生活で通信や連絡手段として何を利用していますか。該当する番号**すべて**に○をつけて下さい。

1. 固定電話(福祉電話を含む)
2. 携帯電話や PHS(音声による会話、電子メールを含む)
3. パソコン(音声による会話、電子メールを含む)
4. その他()

Q6-8. 通信の機器について、問題があれば該当する番号**すべて**に○をつけて下さい。

1. 問題はない
2. 操作方法が面倒、または使い方が良くわからない
3. 使いにくい
4. どのような種類があるか情報が乏しい
5. 購入や利用のための費用負担が大きい
6. その他()

Q6-9. これまでの生活の中で、他の人に連絡を必要とするような緊急事態としてどのような事がありましたか。該当する番号**すべて**に○をつけて下さい。

1. 特になし
2. 病気
3. けが
4. 地震や火災などの災害
5. 家族の人の病気やけが
6. ヘルパー(有料介助者)の突然のキャンセル
7. 福祉用具や機器の故障
8. 停電
9. その他()

Q6-10. 緊急時の連絡手段として該当する番号**すべて**に○をつけて下さい。

1. 電話、携帯 PHS
2. パソコン
3. 環境制御装置
4. ナースコール
5. 特になし
6. その他()

Q6-11. インターネットを利用していますか。

1. 利用している
2. 利用していない(Q6-11-3 へ)

Q6-11-1. 「1. 利用している」と答えた方におたずねします。主な利用目的について、該当する番号**すべて**に○をつけて下さい。

1. 個人的な興味、娯楽の情報の収集
2. 仕事、勉強の情報収集
3. 商品の購入・検索
4. コミュニケーション(メールも含む)
5. アンケート回答・各種申請
6. ネットバンキング
7. 情報の発信(ブログやホームページなど)
8. 暇つぶし

Q6-11-2. キー入力や画面操作方法に何を使われていますか。該当する番号**すべて**に○をつけて下さい。

1. 標準キーボード
2. 標準マウス(スクロール付)
3. マウススティック
4. キーガード
5. 代替キーボード
6. オンスクリーンキーボード
7. トラックボール
8. タッチパッド
9. 押しボタン式マウス
10. ジョイスティック式マウス
11. タッチスクリーン
12. その他()

Q6-11-3. インターネットの利用について、問題があれば該当する番号**すべて**に○をつけて下さい。

1. 問題はない
2. 利用設備がない
3. 操作方法がない
4. 使い方が難しい、または教えてくれる人(インストラクター等)が乏しい
5. 利用のための費用負担が大きい
6. その他()

Q6-12. 環境制御装置を利用していますか。

1. 利用している
2. 利用していない(Q6-12-2 へ)

Q6-12-1. 「1. 利用している」と答えた方におたずねします。利用内容として該当する番号**すべて**に○をつけて下さい。

1. テレビ
2. 照明
3. エアコン
4. カーテン
5. ドア
6. ベッド
7. その他()

Q6-12-2. 「2. 利用していない」と答えた方におたずねします。利用していない理由として該当する番号**すべて**に○をつけて下さい。

1. 必要ない
2. 操作が面倒、または機能が低い
3. どのような種類があるか、情報が乏しい
4. 環境制御装置の購入のための費用負担が大きい
5. その他()

Q6-13. 福祉機器に関する情報をどのような方法で入手していますか。該当する番号**すべて**に○をつけて下さい。

1. 医療専門職(OT・PT など)
2. 福祉専門職(社会福祉士、ケースワーカーなど)
3. 義肢装具士
4. 技術者・エンジニア
5. 福祉機器の販売店・ディーラー
6. インターネット(メーカー、医療機関、公的機関など)
7. 口コミ(個人のブログやホームページ、電子メールを含む)
8. 同じ障害のある人
9. 特になし
10. その他()

【Q7. 介助について】

Q7-1. あなたは普段の生活で現在介助を受けていますか。受けている場合は1日平均時間をお聞かせ下さい。

1. 受けている [1日平均 ()時間] 2. 受けていない (Q8へ)

Q7-2. あなたが介助を必要としている内容はどのようなものですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 入浴 2. 排泄 3. トランスファー(車いすからベッドへの移乗など)
4. 更衣 5. 食事 6. 掃除・洗濯 7. 外出
8. 褥瘡の処理・痰の吸引 9. 寝返り・体位交換 10. 部屋の整理・整頓
11. その他(具体的に)

Q7-3. 次のうちあなたの主たる介助者はどなたですか。該当する番号を2つ以内で○をつけて下さい。

1. 母親 2. 父親 3. 配偶者 4. 子供 5. 兄弟姉妹 6. 友人・知人・ボランティア
7. ヘルパー(有償介助者) 8. 施設職員 9. その他()

Q7-4. あなたは現在受けている介助にどの程度満足していますか。

1. 非常に満足している 2. 満足している 3. やや満足している
4. あまり満足していない 5. 全く満足していない

Q7-5. あなたはご家族の方から何らかの形で介助を受けていますか。受けている場合は1日平均時間をお聞かせ下さい。

1. 受けている [1日平均 ()時間] 2. 受けていない (Q7-6へ)

Q7-5-1. ご家族の方から介助を受けている方におたずねします。最も中心となって介助をしているご家族の方は何歳ですか。

1. 19歳未満 2. 20～29歳 3. 30～39歳 4. 40～49歳 5. 50～59歳
6. 60歳～69歳 7. 70歳以上

Q7-5-2. あなたの介助をする必要があるため、家族の方の生活に影響が生じていますか。

1. 問題が生じている 2. 問題は生じていない

Q7-5-3. 現在最も中心となって介助をしているご家族の方が継続的に介助をできなくなった場合、どうしますか。該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 別の家族に頼む 2. 親戚に頼む 3. 友人・知人・ボランティアに頼む
4. ヘルパー(有償介助者)を利用する 5. ショート・ステイを利用する
6. 施設を探す 7. 介助者なしに暮らす 8. どうすべきかわからない
9. その他()

Q7-6. あなたは公的なヘルパー派遣制度を利用していますか。

1. 利用していない (Q7-6-1へ) 2. 利用している (Q7-6-2へ)

Q7-6-1. 公的なヘルパー派遣制度を利用していない方におたずねします。利用されていない理由は次のうちどれに該当しますか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 公的なヘルパー派遣制度をしなくても特に困っていない
2. 公的なヘルパー派遣制度を利用したいが利用の仕方がわからない
3. 公的なヘルパー派遣制度の利用を希望しているが行政が認めない
4. ヘルパー派遣制度の時間帯や仕事内容が希望と異なる
5. 他人を家に入れたくない、プライバシーを侵害されたくない
6. 公的なヘルパー派遣制度の利用に伴う費用を支払うのが難しい
7. その他(具体的に)

Q7-6-2. 公的なヘルパー派遣制度を利用している方に制度の利用状況についておたずねします。

Q7-6-2-1. どのような制度を利用されていますか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 障害者自立支援法 2. 介護保険 3. 生活保護介護料
4. 労災保険介護給付 5. その他()

Q7-6-2-2. 公的なヘルパー派遣制度について合計何時間派遣認定されていますか。

()時間/月

Q7-6-2-3. 希望通りに公的なヘルパー派遣制度を利用できるとしたら、何時間の利用を希望しますか。

()時間/月

Q7-7. 介助を必要とされている方すべてにおたずねします。あなたが充実・拡充してほしいと考える介助に関わる政策は何ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 介助サービスの時間数の拡大 2. 資格を問わずヘルパーを選べるシステム
3. ヘルパーの仕事内容の制約の緩和(痰の吸引などを可能にする)
4. 自己負担額の軽減 5. 緊急時のヘルパー派遣システム 6. 夜間の介助派遣
7. 入浴サービス 8. 給食サービス 9. ショート・ステイ体制
10. その他()

【Q8. 外出 移動】

Q8-1. あなたの月の平均外出回数は何回ですか。

月平均 ()回

Q8-2. あなたが主に外出した先はどこですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 学校 2. 職場 3. 通所施設・作業所
4. 公共施設(スポーツセンターなど) 5. 映画等・娯楽 6. 公園
7. 講演会・シンポジウム 8. 病院 9. ショッピングセンター・デパート
10. コンビニエンスストア・スーパーマーケット 11. 市役所・役場 12. 銀行・郵便局
13. その他 ()

Q8-3. 外出時の主な介助者はどなたですか。該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 家族
2. ボランティア
3. 友人
4. ヘルパー(有償介助者)
5. 施設職員
6. 介助は必要としない
7. その他()

Q8-4. 日常生活で外出時の主な移動手段とは何ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 自家用車(運転)
2. 自家用車(他者運転)
3. 一般タクシー
4. 車いすのまま乗れるタクシー
5. NPO 団体サービス等の一般車両
6. NPO 団体サービス等の車いすのまま乗れる車両
7. 鉄道
8. 路線バス
9. 特になし(車いすによる移動がほとんど)
10. その他()

Q8-4-1. 「自家用車(運転)」と答えた方におたずねします。運転免許はいつ取得しましたか。

1. 受傷前
2. 受傷後

Q8-5. 自動車(福祉タクシー、NPO 団体サービス)の利用しにくい点は何ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 運転手の態度が良くない
2. 車いすでも乗れるタクシーやNPO 団体等のサービスの数が少ない
3. 利用したい時にすぐ利用できない
4. 提供時間に制限がある
5. 利用方法がわからない
6. 天候次第で移動時間が読めない
7. 費用がかかる
8. 特に理由はなし
9. その他(具体的に)

Q8-6. 鉄道を利用しにくい点は何ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 階段が多くて困難
2. 鉄道車両に車いすスペースが無い(または広さが不十分)
3. 車いす用エスカレータや階段昇降装置を利用するのに駅員を呼び出さなくてはならない
4. 使えるトイレが無い
5. 駅員や乗務員の態度が良くない
6. 混雑していて怖い
7. ホームから落ちそうで怖い
8. 自動改札でICカードが使えない
9. 駅まで車いすで行けない
10. 利用方法がわからない
11. はずかしい、見られるのがいや
12. 近くに駅がない
13. 他人に迷惑をかける
14. 費用がかかる
15. 特に理由はなし
16. その他()

Q8-7. 路線バスを利用しにくい点は何ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 低床バスが通っていない
2. バス停まで遠い
3. 低床バスの運行が不定期
4. 運転手が不親切
5. 乗降に時間がかかり乗客に遠慮
6. 時刻表どおりにバスが来ない
7. 複数の車いすが一度に乗れない
8. 車内の車いすスペースの広さが不十分
9. 特にない
10. その他()

Q8-8. 移動で一番困っている点は何ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 移動手段の確保が困難
2. 介助者の確保が困難
3. 移動手段に関連する情報入手が困難
4. 移動にかかる経費がかさむ
5. 天候に対応できない(雨/雪)
6. 体温調節ができない
7. 排便・失禁が心配
8. その他()

Q8-9. 過去1年の間で、片道約200km以上の長距離移動はありましたか。

()回/年

Q8-10. 長距離移動の目的は何ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 旅行
2. 帰省
3. 講演会・シンポジウム等のイベント参加
4. 医療機関への入院(通院)
5. その他()

Q8-11. 長距離移動時の移動手段は何ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 自家用車(運転)
2. 自家用車(他者運転)
3. NPO 団体サービス等の一般車両
4. NPO 団体サービス等の車いすのまま乗れる車両
5. 新幹線
6. 在来線特急
7. 寝台列車
8. 航空機
9. フェリー
10. 高速バス
11. その他()

Q8-12. 長距離移動時の主な同行介助者はどなたですか。該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 家族
2. ボランティア
3. 友人
4. ヘルパー(有償介助者)
5. 施設職員
6. 同行介助者はいなかった
7. その他()

Q8-13. 長距離移動の際、どのようなトラブルがありましたか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 新幹線や特急の指定券(車いす席)を購入するのにとても時間がかかる
2. 鉄道車両内で車いすスペースが狭く、車内販売等が通れなくなってしまう
3. 航空機搭乗時に車いすを手荷物で預けるため、搭乗ゲートまで行けない
4. 航空機に搭乗した際に預けた車いすに破損など取り扱いの不備があった
5. 航空機の出発時と到着時それぞれで身体状況を説明するのが面倒
6. 高速バス車内の車いすスペースが狭い(または無かった)
7. ホテル宿泊で、当事者用ルームがなかった
8. ホテル宿泊で、車いすからベッドへの移乗をホテルスタッフが対応してくれない
9. 人工呼吸器の電源(バッテリー)を維持するのに苦労した
10. 電動車いすの電源(バッテリー)を維持するのに苦労した
11. トラブルはなかった
12. その他()

Q8-14. 公共交通機関(電車・バスなど)を利用するときに差別的な扱いを受けたことがありますか(構造的・人的対応)。該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. 少ないが経験したことがある
2. たまにある
3. 時々ある
4. 経験がない

Q8-15. 公共交通機関利用時に差別的な扱いを受けたとき、どのように感じましたか。該当する番号1つに○をつけて下さい。

1. あまり気にならなかった
2. 傷ついた、腹が立った
3. しょうがないとあきらめた
4. 相手に抗議した
5. このようなことがなくなるよう、自分(たち)が行動しなければと思った
6. その他()

【Q9. 就労】

Q9-1. 現在の状態として最も該当する番号1つに○をつけて下さい。

- (一般的な就労) 1. 経営者・役員 2. 自営業主(SOHOを含む) 3. 自営業の家族従業員
4. 企業や団体の常勤従業員
5. 企業や団体の臨時的雇用(パート・アルバイト・派遣社員など)
6. 特例子会社の常勤従業員 7. 特例子会社の臨時的雇用
8. NPO等当事者団体の常勤従業員 9. NPO等当事者団体の臨時的雇用
10. 内職・請負
- (福祉的な就労) 11. 授産施設・福祉工場 12. 作業所
- (就労していない) 13. 家事専業(専業主婦) 14. 学生・生徒
15. 無職で求職中 16. 無職で求職中でない
- (それ以外) 17. 他の形態(具体的に)

就労している方は Q9-2 へ、そうでない方は Q9-3 へ)

Q9-2. 就労されている方に就労の状況についておたずねします。

Q9-2-1. 平均して1週間に何時間ぐらい働いていますか。

()時間/週

Q9-2-2. 就労するにあたり次のような勤務形態を利用していますか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. フレックスタイム等変形労働時間制 2. 在宅勤務 3. 短時間労働
4. その他()

Q9-2-3. 現在、就労について最も苦勞していることは何ですか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 特にない 2. 通勤 3. 健康上の問題(排泄などを含む)
4. 職業的能力 5. 職場物理的環境(施設・設備) 6. 給与などの待遇
7. 職場の人間関係 8. その他()

Q9-3. あなたは「ハローワーク」を利用して、求職活動をしたことがありますか。

1. ある 2. ない

Q9-4. すべての方にお聞きます。あなたが就労を続けたり、新たに就労したりする上で労働環境や労働条件について改善を希望する点はありますか。該当する番号すべてに○をつけて下さい。

1. 特にない 2. 労働時間の短縮 3. フレックスタイム等変形労働時間制の導入
4. 通勤条件の改善 5. 介助つきの就労の受け入れ 6. 在宅勤務などの勤務形態の導入
7. 職域の拡大 8. 職業的な教育・研修の拡充 9. 就職情報の十分な提供
10. 職場物理的環境の改善 11. 賃金の向上 12. 障害に対する偏見や無理解の解消
13. その他()

◆医療、福祉など、あなたが生活していく上で困っている問題がありましたら自由にお書き下さい。

本調査の報告書をご希望の方は送付先をご記入下さい。

発行は平成21年度末の予定です。当会HPにも公開予定です。
個人情報 は目的外使用をせず、厳重に管理致します。

お名前

送付先住所 〒

アンケートにご協力頂きありがとうございました。