OUKA
Osaka University Knowledge Archive

| | |
|---|---|
| Title | 中途障害者への支援に関する探索的研究 : サポート源とサポート機能に注目して |
| Author(s) | 大和田, 攝子 |
| Citation | 大阪大学臨床老年行動学年報. 1997, 2, p. 10-23 |
| Version Type | VoR |
| URL | https://doi.org/10.18910/9850 |
| rights | |
| Note | |

*Osaka University Knowledge Archive : OUKA*

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

Osaka University

# 中途障害者への援助に関する探索的研究
## ――サポート源とサポート機能に注目して――

博士前期課程2年　大和田　攝子

### 1．はじめに

人は生きていくうえで様々な出来事に遭遇する。とりわけ、家族との死別や病気など、自分が愛着を寄せ依存していた対象を失うような出来事は、個人の生活に急激な変化や多大なストレスをもたらす。人は、どのようにしてそれらの出来事を現実として受け止め、悲しみを乗り越えていくのだろうか。

本研究では、対象喪失の一つとして、人生半ばで身体機能や身体の一部分を喪失した「中途障害者」を取り上げた。リハビリテーション医療において、障害後の心理的適応は「障害受容」と呼ばれ、非常に重視されている。しかし、どのような要因が障害受容を促進するのか、また、どのように援助すればよいのか、という指針がほとんど提示されていないのが現状である。

ところで、社会心理学の分野では、ストレス緩衝要因の一つとして「ソーシャル・サポート」が取り上げられ、多くの研究が行われてきた。特に、最近の研究においては、サポート源とサポート内容によって精神的健康度に及ぼす効果が異なるという報告（福岡・橋本、1995）もあり、サポート源やサポート機能などに着目する必要性が指摘されている。一方、臨床心理学や心身医学などの分野においても、ソーシャル・サポートの研究や実践が行われるようになってきた。しかし、中途障害者への援助に関する研究においては、主として社会心理学の分野で指摘されているようなサポート源やサポート機能に着目した研究は行われていない。したがって、これらのサポート源やサポート機能を視野に入れることによって、より実際的な臨床場面への応用が可能になると考えられよう。

以上のような観点から、本稿では筆者の行った調査をもとに、中途障害者に対する援助について考えていくことにする。

### Ⅰ．目的

中途障害者に送られる援助に関し、サポート源とサポート機能の関連性についての一般的な特徴を明らかにするとともに、具体的には、誰からのどのような行為が有益であり、また、有益でないかを確かめることにより、中途障害者に対する適切な援助のあり方を考えることを主な目的とした。

### Ⅱ．方法

#### 1．対象者

肢体の不自由な中途障害者30名（男性16名、女性14名）を対象に、約3ヶ月間にわたり、半構造化面接(semi-structured interview）を実施した。

#### 2．手続き

今回の面接調査では、最初に前置きとして主旨説明を行い、その後は「誰からのどういう内容の行為が、障害を受け入れていく過程で助けとなったか、また逆に助けとならなかったか」という質問以外は、あらかじめ質問項目や質問の順番を定めずに、被調査者主導で対話を行った。調査者は共感的な姿勢で話を聴くと共に、対話の流れに沿いながら補足的な質問を随時行った。

なお、面接は1人当たり約30～40分で、主にO市立身体障害者スポーツセンター内で行われた。面接の内容はすべて被調査者の許可を得てテープレコーダーにより録音された。

3．分析

内容分析は、川喜田（1967）のKJ法に基づいて行った。まず、録音された面接の内容を、すべて逐語的に文字化した。そして、それぞれのプロトコルを精読し、有益であるとみなされたサポートおよび有益でないとみなされたサポートに関連するすべての文章を抜き出し、カードに記録した。次に、親近性を覚えるカード同士をグルーピングし、簡潔な見出しを付けた。第1次のグルーピングが終わったら、見出しを見ながら第2次のグルーピングをし、再度見出しを付けた。最終的にはDakof & Taylor（1990）に従い、(a)評価／情緒的サポート、(b)情報的サポート、(c)実体的サポートの3つのカテゴリーに強制分類した。

## Ⅲ．結果

1．有益なサポートおよび有益でないサポートの認知

①家族、②友人・知人、③ボランティア、④自分以外の障害者、⑤医師、⑥看護婦、⑦リハビリテーション・スタッフの7種類のサポート源から、少なくとも1つの有益なサポートあるいは有益でないサポートを受けたと報告した被調査者の人数をFig.1に示す。全体的に、有益なサポート例を挙げた人の方が、有益でないサポート例を挙げた人に比べ多いことが分かる。

統計的検定の結果、医師を除く全てのサポート源から、有益でないサポートよりも有益なサポートをより多く受けていることが確認された。

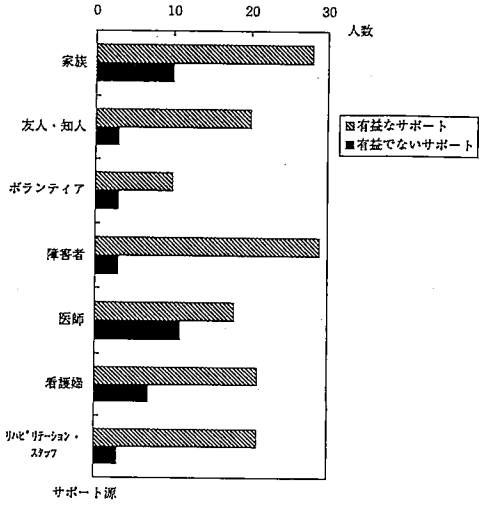


Fig. 1　それぞれのサポート源から有益なサポート、有益でないサポートを受けたと報告した被調査者数

次に、7種類のサポート源をフォーマルな関係、インフォーマルな関係の2つのグループに分類し、それぞれのグループの中の何種類のサポート源から有益なサポート、有益でないサポートが得られたかを示したものが、Fig.2 である。ここでいうフォーマルな関係とは、医師、看護婦、リハビリテーション・スタッフの3種類のサポート源を、インフォーマルな関係とは、家族、友人・知人、自分以外の障害者の3種類のサポート

源を指している。ボランティアには、友人や知人が自ら進んで何らかの援助を行う無償のボランティアと公的機関等から派遣され専門的な関わりが求められる有償ボランティアの2種類が存在すると思われるので、ここでは分析から除外した。

その結果、有益なサポートに関しては、家族や友人などインフォーマルな関係にある他者から得られたサポートの方が、医師や看護婦などフォーマルな関係にある他者から得られたサポートよりも多いことが分かった。t検定の結果、1%水準で両群に有意な差が認められた（$t=-2.98$、$p<.01$）。

一方、有益でないサポートに関しては、医師や看護婦などフォーマルな関係にある他者から得られたサポートの方が、家族や友人などインフォーマルな関係にある他者から得られたサポートよりも、わずかに多いことが分かった。しかし、t検定の結果、両群に有意な差は認められなかった（$t=.87$、ns）。

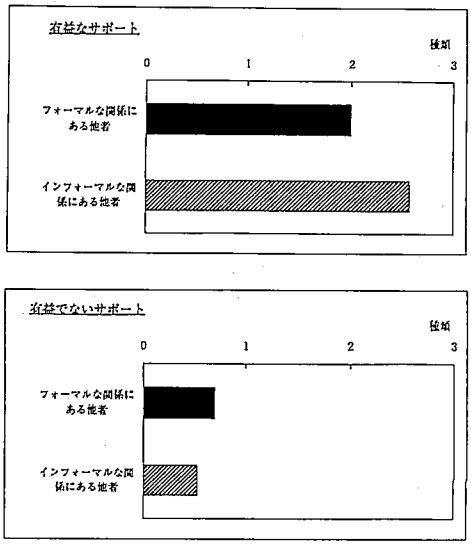


Fig.2 フォーマルな関係およびインフォーマルな関係のグループから一人当たり得られた有益なサポート、有益でないサポートの種類

2．カテゴリー別にみたソーシャル・サポート

被調査者によって認知された有益なサポートおよび有益でないサポートを、Dakof & Taylor (1990)に従い、(a)評価／情緒的サポート、(b)情報的サポート、(c)実体的サポートの3つのカテゴリーに分類したものがFig.3である。それによると、彼らは、家族からの実体的サポートと自分以外の障害者からの情報的サポートを極めて効果的なサポートであると認知していたことが分かる（いずれも70%を越えている）。一方、有益でないサポートの方では、全体的に見て、適切なあるいは十分な評価／情緒的サポートが得られなかったと報告している。

もう少し詳しく見ていくと、家族からのサポートについては、それが実体的および評価／情緒的なものであるときに有益であるとみなされやすく、逆に家族から実体的および評価／情緒的サポートが得られないとき、それを有益でないと評価していることが分かる。しかし、情報的サポートに関しては、有益なサポートも有益でないサポートもほとんど得られていなかった。人数が少なく、家族の場合ほど際立ってはいないが、これとよく似た傾向がボランティアでも見られる。

友人・知人からのサポートについては、それが評価／情緒的なものであるときに有益であるとみなされやすく、逆に、友人・知人から評価／情緒的サポートが得られないとき、それを有益でないと評価していた。また、友人・知人からの実体的サポートや情報的サポートも、評価／情緒的サポートに比べると少ないものの有益であると評価されていた。これとよく似た傾向が看護婦でも見られる。

自分以外の障害者からのサポートについては、有益な情報的サポートをもっとも多く受けていたことが分かる。また、自分以外の障害者からの評価／情緒的サポートや実体的サポートも、情報的サポートに比べると少ないが有益であると評価されていた。しかし、有益でない評価／情緒的サポートも少数ではあるが受けていたようである。

医師およびリハビリテーション・スタッフからのサポートについては、約20～30％の人がほぼ均等に、評価／情緒的サポート、情報的サポート、実体的サポートをそれぞれ有益であると評価していた。しかし、医師とリハビリテーション・スタッフとの違いは、医師から有益でない評価／情緒的サポートを受けたと評価している人が３人に１人いるのに対し、リハビリテーション・スタッフから有益でない評価／情緒的サポートを受けたと評価している人は１人もいなかった。さらに、医師から適切なあるいは十分な情報的サポートが得られなかったとき、それを有益でないと評価していたことが分かる。

統計的検定の結果、サポート源が誰であるかによって、異なる種類のサポートが有益である、あるいは有益でないと認知されていたことが分かった。しかし、例えば家族から得られる評価／情緒的サポートと医師や看護婦から得られる評価／情緒的サポートとでは質的に異なるように、同じカテゴリーであってもそこに含まれるサポートの内容は極めて多様であると考えられる。そこで、各カテゴリーを構成する具体的な行動を以下で述べることにする。

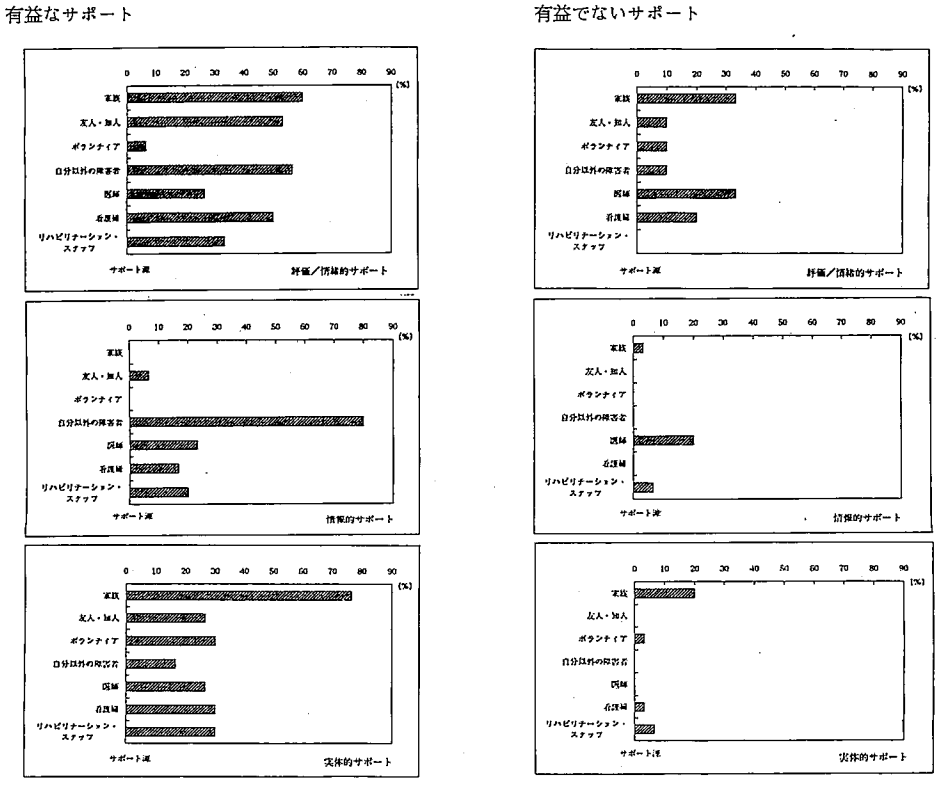


Fig.3 それぞれのサポート源から評価／情緒的サポート、情報的サポート、実体的サポートを受けたと報告した被調査者の割合

3．有益なサポートについての具体的行動

有益なサポートについての具体的行動を示したものがTable 1 である。Fig.3 のサポート・カテゴリーとの対応を言えば、有益な評価／情緒的サポートに当たるのが「そばにいてくれる」「励ます」「交流・つながり」「気遣い」「自立を促す」「同じ境遇の者として肯定的な影響を与える」「自然にふるまう」の７種類の行動、有益な情報的サポートに当たるのが「有益な情報またはアドバイスを与える」「適切な見通しを立てる」「同じ境遇の者として肯定的な影響を与える」の３種類の行動、有益な実体的サポートに当たるのが「介助・介護」「外へ連れ出す」「高い技術で医療を行う」「経済的援助」「ＡＤＬを高める」の５種類の行動である。

なお、「同じ境遇の者として肯定的な影響を与える」は内容的にみて、評価／情緒的サポートと情報的サポートの２つのカテゴリーに含まれると考えられたので、カテゴリーに分類する際は重複して分析を行った（但し、Table 1 にはいずれか１つのカテゴリーにだけ記載し項目に＃を付けた)。

Table 1　有益なサポートについての具体的行動

| | サポート源 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 家族 | 友人・知人 | ボランティア | 障害者 | 医師 | 看護婦 | リハビリ・スタッフ |
| 具体的行動 | 人数（%） | 人数（%） | 人数（%） | 人数（%） | 人数（%） | 人数（%） | 人数（%） |
| そばにいてくれる | 12(40.00) | 2( 6.67) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) |
| 励ます | 0( 0.00) | 5(16.67) | 0( 0.00) | 3(10.00) | 2( 6.67) | 5(16.67) | 0( 0.00) |
| 交流・つながり | 0( 0.00) | 10(33.33) | 0( 0.00) | 4(13.33) | 2( 6.67) | 7(23.33) | 7(23.33) |
| 気遣い | 3(10.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 4(13.33) | 4(13.33) | 3(10.00) |
| 自立を促す | 9(30.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 2( 6.67) | 0( 0.00) |
| # 同じ境遇の者として肯定的な影響を与える | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 12(40.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) |
| 自然にふるまう | 2( 6.67) | 4(13.33) | 2( 6.67) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) |
| 有益な情報または | | | | | | | |
| アドバイスを与える | 0( 0.00) | 2( 6.67) | 0( 0.00) | 17(56.67) | 7(23.33) | 4(13.33) | 6(20.00) |
| 適切な見通しを立てる | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 1( 3.33) | 0( 0.00) |
| 介助・介護 | 18(60.00) | 4(13.33) | 9(30.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 6(20.00) | 0( 0.00) |
| 外へ連れ出す | 3(10.00) | 7(23.33) | 0( 0.00) | 6(20.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 1( 3.33) |
| 高い技術で医療を行う | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 8(26.67) | 0( 0.00) | 9(30.00) |
| 経済的援助 | 10(33.33) | 1( 3.33) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) |
| ＡＤＬを高める | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 3(10.00) | 0( 0.00) |

それぞれのサポート源について、もう少し詳しく見ていく。

【家族】

まず、家族から得られた有益な行動として一番多かったのは「介助・介護」（60.00％）であった。次いで「そばにいてくれる」が40.00％、「経済的援助」が33.33％、「自立を促す」が30.00％というように、障害を持つ人にとって一番身近な存在である家族からは、基本的な日常生活を営むうえで必要な援助が多く得られていたことが分かる。なお、「自立を促す」には、「できることは何でも自分でやらせる」ことと「放任主義」の２つのタイプがあった。

【友人・知人】
次に、友人・知人から得られた有益な行動として一番多かったのは「交流・つながり」(33.33%) であった。次いで、「外へ連れ出す」(23.33%)、「励ます」(16.67%)、「自然にふるまう」「介助・介護」(以上13.33%) が有益な行動として挙げられていた。
【ボランティア】
ボランティアから得られた有益な行動として挙げられたのは「介助・介護」(30.00%) と「自然にふるまう」(6.67%) の2種類の行動であった。
【自分以外の障害者】
自分以外の障害者から得られた有益な行動として一番多かったのは「有益な情報またはアドバイスを与える」(56.67%) であった。次いで「同じ境遇の者として肯定的な影響を与える」(40.00%)、「外へ連れ出す」(20.00%) が有益な行動として挙げられていた。「有益な情報またはアドバイスを与える」には「日常生活に関する情報の提供」と「可能性に関する情報の提供」の2つのタイプがあった。前者は、病院や車椅子などの最新情報やリハビリの仕方、装具の使い方など、生活面でのあらゆる情報の提供を意味している。一方、後者は、自分の状態でも頑張ればあそこまで出来るんだという自分の可能性に関する情報の提供を意味している。
【医師】
医師から得られた有益な行動として最も多かったのは「高い技で医療を行う」(26.67%) であった。次いで、「有益な情報またはアドバイスを与える」(23.33%)、「気遣い」(13.33%) が有益な行動として挙げられていた。「有益な情報またはアドバイスを与える」には、症状の説明も含まれていた。また、「気遣い」には「告知の際の気遣い」も含まれていた。
【看護婦】
看護婦から得られた有益な行動として最も多かったのは「交流・つながり」(23.33%) で、「介助・介護」(20.00%)、「励ます」(16.67%)、「気遣い」「有益な情報またはアドバイスを与える」(以上13.33%)、「ＡＤＬを高める」(10.00%) と続いている。「交流・つながり」の中には「話し相手になる」が多く挙げられていた。
【リハビリテーション・スタッフ】
リハビリテーション・スタッフから得られた有益な行動として最も多かったのは「高い技術で医療を行う」(30.00%) で、次いで多かったのが「交流・つながり」(23.33%)、「有益な情報またはアドバイスを与える」(20.00%) であった。「交流・つながり」の中には「相談にのる」が多く挙げられていた。

4．有益でないサポートについての具体的行動
有益でないサポートについての具体的行動を示したものが Table 2 である。Fig.3 のサポート・カテゴリーとの対応を言えば、有益でない評価／情緒的サポートに当たるのが「共感の欠如」「配慮の欠如」「過剰な気遣い」「程度の違う障害者に対する理解の欠如」「絶縁」「コミュニケーションの不足」「過保護・過干渉」の7種類の行動、有益でない情報的サポートに当たるのが「情報を提供しない」「コミュニケーションの不足」「悲観的な情報を与える」の3種類の行動、有益でない実体的サポートに当たるのが「過保護・

過干渉」「適切な医療行為をしない」の2種類の行動である。

なお、「コミュニケーションの不足」は内容的にみて、評価／情緒的サポートと情報的サポートの2つのカテゴリーに、また「過保護・過干渉」は評価／情緒的サポートと実体的サポートの2つのカテゴリーに含まれると考えられたので、カテゴリーに分類する際は重複して分析を行った（但し、Table 2 にはいずれか1つのカテゴリーにだけ記載し、項目に＃を付けた）。

Table 2 有益でないサポートについての具体的行動

| 具体的行動 | サポート源 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 家族 | 友人・知人 | ボランティア | 障害者 | 医師 | 看護婦 | リハビリ・スタッフ |
| | 人数（%） | 人数（%） | 人数（%） | 人数（%） | 人数（%） | 人数（%） | 人数（%） |
| 共感の欠如 | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 8(26.67) | 3(10.00) | 0( 0.00) |
| 配慮の欠如 | 4(13.33) | 1( 3.33) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 3(10.00) | 0( 0.00) |
| 過剰な気遣い | 0( 0.00) | 1( 3.33) | 2( 6.67) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) |
| 程度の違う障害者に対する理解の欠如 | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 3(10.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) |
| 絶縁 | 1( 3.33) | 1( 3.33) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) |
| 情報を提供しない | 1( 3.33) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 2( 6.67) |
| # ｺﾐｭﾆｹｰｼｮﾝ の不足 | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 3(10.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) |
| 悲観的な情報を与える | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 3(10.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) |
| # 過保護・過干渉 | 6(20.00) | 0( 0.00) | 1( 3.33) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) |
| 適切な医療行為をしない | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 0( 0.00) | 1( 3.33) | 2( 6.67) |

それぞれのサポート源について、もう少し詳しく見ていく。

【家族】

まず、家族から得られた有益でない行動として一番多かったのは「過保護・過干渉」（20.00%）で、次に「配慮の欠如」（13.33%）、「絶縁」「情報を提供しない」（以上3.33%）と続いている。「過保護・過干渉」は、家族からの有益な行動として挙げられていた「自立を促す」と表裏をなすものであり、患者の自立を阻むものとして捉えられている。

【友人・知人】

友人・知人からの有益でない行動として挙げられたのは、「配慮の欠如」「過剰な気遣い」「絶縁」（以上3.33%）であった。

【ボランティア】

ボランティアからの有益でない行動として挙げられたのは、「過剰な気遣い」（6.67%）、「過保護・過干渉」（3.33%）であった。

【自分以外の障害者】

自分以外の障害者からの有益でない行動として唯一挙げられたのは、「程度の違う障害者に対する理解の欠如」（10.00%）であった。

【医師】

医師からの有益でない行動として挙げられたのは、「共感の欠如」（26.67 %）、「コミュ

ニケーションの不足」「悲観的な情報を与える」（以上10.00%）であった。

なお、「コミュニケーションの不足」の中には、「症状等の説明を含め、告知をしない」や「専門用語が多くて、聞いていても分からない」という項目も含まれていた。

【看護婦】

看護婦からの有益でない行動として挙げられたのは、「共感の欠如」「配慮の欠如」（以上10.00%）、「適切な医療行為をしない」（3.33%）であった。

【リハビリテーション・スタッフ】

リハビリテーション・スタッフからの有益でない行動として挙げられたのは、「情報を提供しない」「適切な医療行為をしない」（以上6.67%）であった。

なお、「適切な医療行為をしない」には「無理なリハビリを強いる」という項目が含まれていた。

## Ⅳ. 考察

### 1．援助者および援助の種類

本研究では、援助する側として①家族、②友人・知人、③ボランティア、④自分以外の障害者、⑤医師、⑥看護婦、⑦リハビリテーション・スタッフの７種類を設定し、それぞれの援助者からどのような内容の援助が送られたとき、中途障害者はそれを有益である、あるいは有益でないとみなしているのかを、インタビューにより調査した。

まず、これらの援助者から少なくとも１つの有益なサポートあるいは有益でないサポートを受けたと報告した人数を求めた結果、医師を除く全ての援助者から、有益でないサポートよりも有益なサポートをより多く受けていることが確認された。医師の場合、数値の上では有益なサポートの方が多かったが、統計的有意差までには至らなかった。これは、医師による中途障害者への援助方法に、検討の余地があることを意味しているものと思われる。

次に、これらの７種類の援助者を、医師や看護婦、リハビリテーション・スタッフなど職業上の訓練を受けた専門的なグループと、家族や友人・知人、自分以外の障害者など非専門的なグループに分類したところ、家族など非専門的なグループの方が、専門的なグループよりも多く、有益なサポートを送っていることが示された。この結果は、がん患者へのサポートに関する研究を行った Sandra（1988）の「訓練されていない素人の方が、患者との個人的な結びつきにより多くの援助的機能を果たす」という見解を支持するものであった。

本研究ではさらに、援助の内容を(a)評価／情緒的サポート、(b)情報的サポート、(c)実体的サポートの３種類に分けて検討を行った。その結果、全体的に見て、評価／情緒的サポートが最も有益であるとみなされやすく、逆に、それが得られなかったり不適切であった場合は、有益でないとみなされやすかった。

さらに、援助者の種類も考慮に入れると、家族や友人・知人、自分以外の障害者などインフォーマルな関係にある他者から主に評価／情緒的サポートを受けていたことが分かる。特に家族は、評価／情緒的サポートだけではなく実体的サポートも多く送っていたが、逆に、有益でない評価／情緒的サポートや実体的サポートを送っていたのも、まさに同じ家族であった。一方、情報的サポートについては、自分以外の障害者から最も

多く送られており、医療スタッフから送られる情報的サポートをはるかにしのいでいた。そのため、医療スタッフ、とりわけ医師から情報的サポートが得られないとき、障害者はそれを有益でないと評価していた。

Sandra (1988) は、がん患者の場合、医師から得られる情報的サポートは家族や友人から得られる情報的サポートに比べはるかに多いが、逆に医師から情報的サポートが得られないときは、家族や友人から得られない場合に比べ不満が多いことを示している。同様に、Dakof & Taylor (1990)も、がん患者へのサポートに関する研究で、他のがん患者や医師からは適切な情報的サポートを得やすいが、これらの人から十分な情報的サポートを得られないとき、それを有益でないと評価していることを明らかにした。

しかし、本研究との相違点は、Sandra や Dakof & Taylor の研究では、医師からの情報的サポートを有益であると評価する人が多いのに対し、本研究では、医師からの情報的サポートを有益なサポートとして挙げる人が少なく、反対に有益でないとみなす傾向にあった点である。これは、日本と諸外国における、医師－患者間のコミュニケーションの相違によるものであると考えられる。すなわち、諸外国、とりわけアメリカでは、病状や治療方針などの説明はすすんで行われているが、日本では、家族には告げても本人には告げないという状況が依然として残っている。しかし、コミュニケーションには、言葉のやり取りと感情の共有 (sharing) が必要であり、一方的な説明はもはやコミュニケーションではない (柏木、1995)。Dakof & Taylor は、医師から適切な評価／情緒的サポートが得られにくいという点を指摘しているが、同様の傾向が本研究でも認められたことは興味深い。言い換えれば、情報の提供という側面では、アメリカの医師の方が有益なサポートを送っていたことになるが、感情の共有という側面では、日米とも患者から「有益でない」と評価されていたと言えるだろう。

以上の結果から言えることは、ソーシャル・サポートはそれが果たす機能に応じて複数の種類に分類できるが、それら複数のソーシャル・サポートはそれぞれに適した送り手から送られてはじめて、その効果を発揮するということである。つまり、患者（障害者）との関係のあり方に応じて、それぞれが与えることのできる援助は個々に異なっているが、それらが相補的に機能することで、全体として患者の障害受容を助けていたと言うことができる。

2．立場に応じた援助

次に、インタビューで得られた「有益なサポート」「有益でないサポート」についての具体的行動を取り上げながら、それぞれの立場に応じた援助のあり方について検討していくことにする。

【家族】

家族は、患者が入院している間も、また退院してからもその果たす役割は大きく、障害をもつ人にとってなくてはならない存在である。実際、インタビューの結果を見ても、精神面、身体面、経済面で密度の濃いサポートを送っていたのは家族であった。家族からの援助で最も多かったのは「介助・介護」「そばにいてくれる」「経済的援助」の３つで、障害者が基本的な日常生活を営むうえで必要な援助が送られていたことが分かる。さらに、かわいそうだからといって何でも手助けするのではなく、できることは自分で

する習慣をつけさせて「自立を促す」ことも、家族であるが故の援助のあり方であると思われる。家族が介入し過ぎることは、障害者にとっての自立を阻むことになるので注意する必要があるだろう。要するに家族は、患者に何ができ何ができないかをしっかりと見極めたうえで、患者ができないことを必要であれば手助けするというやり方が本人の自立を助けるという点では望ましいのではないかと考えられる。

【友人・知人】

友人や知人からの援助は、「交流・つながり」「励ます」「自然にふるまう」など精神面でのサポートが多いことが特徴である。その中でも「自然にふるまう」ということは、言い換えれば、障害者だからといって特別扱いするのではなく、障害者／健常者の枠を越えて一人の人間として接することを意味している。日本では、従来障害者の障害そのものに社会的注目が集中してきた傾向があるが、欧米では、障害そのものより人間的資質に社会的関心が強いと言われている（市川ら、1990）。これは、日本には障害者に対しての画一的な保護、収容的思想が背景にあり、欧米には自立または独立を尊重する風潮があるからである。このような日本人的障害者観は、障害者に対する社会的偏見を招き、障害者の社会的自立を阻むことになりかねない。しかし、障害をもつ人に対し「自然にふるまう」ことで、障害者が社会の一員としての自覚と自信を養えるよう手助けができると同時に、障害者に対する社会的受容にもつながるものと考えられる。

友人や知人からの援助でもう一つ大事なことは「外へ連れ出す」ことである。障害者は、退院後どうしても家に閉じこもりがちになり、そのため障害受容の機会を逸するケースは決して少なくない。しかし、友人などがリードして外へ出るきっかけを作っていくことで、外の世界に触れ、新たな生きがいを見出したり、同じ境遇の障害者と交流する機会を得るなど、障害者にとっては極めて大きな意味を持つものと考えられる。

【ボランティア】

ボランティアからの援助は、「介助・介護」など主に身体面でのサポートが中心であった。ボランティアは、精神面でのサポートはあまり送っていなかったが、車椅子の乗り降りや移動の際の介助など、日常生活を送るうえで実質的な役割を担っていた。家族の場合も介助など身体面でのサポートが中心であったが、ボランティアと違う点は、家族が主に家の中で介助や介護を行うのに対し、ボランティアは主に外出先で介助を行い、家族が障害者に付きっきりで介助しに行かなくてもいいように手助けをしていた点である。言い換えれば、ボランティアは、障害者と同時に障害者の家族をもサポートしていたと考えることができる。もう一つ家族と違う点は、家族が介助などの身体面のみならず精神面でもサポートしていたのに対し、ボランティアは身体面でのサポートに徹していたという点である。このように、家族とボランティアは互いに補い合う形で障害者の援助に当たっていたと言えるだろう。

【自分以外の障害者】

自分以外の障害者からの援助は、「有益な情報またはアドバイスを与える」と「同じ境遇の者として肯定的な影響を与える」が圧倒的に多く、情報面および精神面で強力にサポートしていたことが分かる。同じ障害を持つ人達から得られる情報は、経験を通して生まれる、まさに「生きた知識」であり、単に生活面での情報としてだけではなく、体験を分かち合うことにより自分の自信や意欲にもつながるという点で、精神的に支えとなっ

ていたようである。これはセルフ・ヘルプ・グループ（自助グループ）の有効性を示唆しているように思われる。保坂ら（1987）は、慢性疾患を持つ子どもたちを対象としたキャンプを行うことで、子どもたちは、疾患についての知識が深まったり、疾患に対するセルフコントロールが良くなったり、疾患への不安、否定的な感情が低められたり、疾患を受容することができるようになっていったり、自己評価が高くなっていったりするなどの変化が見られると述べている。このことからも、同じ障害を持つ者同士の支え合いは、障害受容に大きな影響を及ぼすものと考えられる。

ただ、注意しなければならないのは、「程度の違う障害者に対する理解の欠如」が、同じ障害者から送られた援助の中で、唯一「有益でない」と評価されていたことである。というのは、たとえ同じレベルの障害であっても、その状態は人によってかなり個人差があると言われているからである。したがって、セルフ・ヘルプ・グループは障害者が障害者を支えるうえで極めて効果的な援助形態ではあるが、自分と他の障害者とは全く同じではないのだということを念頭に置き、相手の状態を常に理解するよう努めていくことが重要であろう。

【医師】

医師からの援助は、「高い技術で医療を行う」「有益な情報またはアドバイスを与える」「気遣い」というように、技術面、情報面、精神面でバランスよくサポートが送られていたが、反面、「共感の欠如」「コミュニケーションの不足」「悲観的な情報を与える」など、主に精神面、情報面でのサポートの不足が指摘された。

患者に対し症状の説明を行うことの重要性は言うまでもないが、同時に患者の気持ちを理解し、感情を共有することはもっと重要なことである。障害の告知を例に挙げると、患者が今後の生き方を考えていくうえで障害の告知は必要であるが、問題なのは告知の是非ではなく、告知の仕方である。というのは、患者が告知によって避けることのできない現実に直面するときでも、医師の思いやりと気遣いひとつで、患者のショックを和らげ、現実を受け入れやすくするよう手助けすることができると考えられるからである。さらに、難しい専門用語を避け、分かりやすい言葉で説明することや、患者の質問にきちんと答えることも、障害の受容を助けるうえで重要なポイントであろう。

患者が医師に望む３つの要素は、腕がよく、情報を提供し、共感的な医師であると言われているが（Speedling & Rose,1985 ; Strull, Lo, & Charles, 1984 ; Waitzkin, 1984）、今回の調査では、技術面に関しては概ね高い評価が得られていたと言えるだろう。

【看護婦】

看護婦からの援助は、「交流・つながり」「励ます」「気遣い」など精神面でのサポートが多いことが特徴で、友人や知人の援助形態と類似した傾向が見られる。その中でも「交流・つながり」は、話し相手になることによって、患者の気持ちを紛らわせたり悩みを聞くなどして、患者の精神面をしっかりサポートしていたと思われる。しかし、看護婦は精神面で担う役割が大きいだけに、「共感の欠如」や「配慮の欠如」には細心の注意が必要である。

また、精神面だけでなく、「介助・介護」や「ＡＤＬを高める」など本来の職務である看護面においても、当然のことながらサポートが送られていた。特に、ＡＤＬの向上は、リハビリテーションの目標とされており、同時に精神面においても大きな影響を及ぼす

と言われている。そのためにも、看護婦はちょっとした工夫をすることで、障害者の日常生活動作の向上をはかり、障害の受容を助けることが必要である。

このように、看護婦は本来の看護面だけでなく、医師による精神的ケアの不足を補うべく、カウンセラー的役割も果たすと同時に、リハビリテーション・スタッフとしての役割も担っていたと言えるだろう。

【リハビリテーション・スタッフ】

リハビリテーション・スタッフからの援助は、「高い技術で医療を行う」「交流・つながり」「有益な情報またはアドバイスを与える」というように、技術面、精神面、情報面でバランスよくサポートが送られており、医師による援助形態とよく似た傾向を示していた。特に、「交流・つながり」では、患者の相談にのることで情緒面での援助を行っており、医療チーム全体として相補的に患者の援助を行っていたことが分かる。

ただ、リハビリに必要な「情報を提供しない」ことや、無理なリハビリを強いるなどの「不適切な医療行為」は極力避けなければならない。すなわち、ＰＴやＯＴなどのリハビリテーション・スタッフは、単にリハビリだけで患者のＡＤＬを高めようと無理強いするのではなく、福祉機器を用いたり何らかの工夫をすることでＡＤＬを高めるという方法も一つのやり方であるということを認識する必要があると思われる。言い換えると、リハビリテーション・スタッフは、障害の度合いに応じたリハビリを行いつつも、その限界を見極め、障害者にとって心理的負担にならないように心掛ける必要があるだろう。

ここまで、インタビューで得られた結果に基づいて、それぞれの立場に応じた援助のあり方を考察してきた。しかし、これは障害者へのケアをマニュアル化しようと試みたものではない。なぜなら、障害の状態が人によって違うように、その人の心理的状態も人によってずいぶん異なるため、障害者に対するケア、とりわけ精神的ケアを簡単にマニュアル化することはできないからである。ただ、一つだけ言えることは、障害者に対する援助は、障害者を一人の人間として理解するよう努めることに尽きるということである。障害を理解し、相手の置かれた状況を理解し、そして一人の人間として理解したうえで、必要な援助を行っていくことが重要であろう。

3．「障害受容」とは

ところで、中途障害者に対する援助の目標とは一体何なのだろうか。障害者をある固定した望ましい状態（＝受容）へと導くことが援助の最終目標なのだろうか。ここで、「障害受容」という言葉について、もう一度考え直してみる必要があるように思う。

「障害受容(acceptance of disability)」という概念を提出したのは Dembo ら (1956) で、障害を受容することは価値の変容の過程、すなわち価値あるものを失った、あるいは持っていないという感情から解放され、新しい価値体系を得る過程として捉えることができるとしている。

一方、このような理論的解釈とは別に、一般に障害者が適応的な行動をとっていると、しばしば「障害を受容した」とみなされがちである。そして、障害受容があたかもリハビリテーションの最終目標のように理解される傾向さえ見受けられる。

しかし、実際のところ、障害受容は障害者すべてに期待できるわけではないし、たとえ障害を受容できたとしても、健常者の頃を振り返ることなく完全に立ち直れるというわけでもないだろう。それぞれの人にそれぞれの人生があるように、障害受容の形もまた、人によって様々である。そして、どこまでが受容で、どこまでが受容でないかを明確に線引きすることはできないし、同時に「あの人は障害受容ができているから偉い」というように、障害を受容できているかどうかに対する価値判断もできない。障害の受容は、その人の生き方そのものであり、その人自身を反映しているからである。

したがって、われわれは障害者に対し障害を受容させようと性急になることは避け、その人らしい受容の形を尊重したうえで、その人に合った具体的な援助方法を考えていくことが必要である。つまり、われわれにとっての「好ましい受容」の立場からではなく、障害者の「している受容」を虚心に見つめる態度が望まれる。

## おわりに

以上、中途障害者への援助および障害受容について若干の考察を試みた。障害受容は個人の生き方と深く関わる問題だけに、問題の奥深さと研究の難しさを改めて感じている。

本稿では援助する側の立場に応じた具体的な援助方法について考察を行ってきたが、受傷後から受容に至るまでのどの時期に、どのような援助を送るのがよいかについては明らかにすることができなかった。今後は受傷してから障害を受容するまでの心理的プロセスを明らかにし、各段階に応じた援助のあり方を考えたうえで、援助する側の立場と中途障害者の心理的プロセスの両方を考慮に入れた、より包括的な援助方法を考えていくことが課題となる。さらに、本稿では援助される側、すなわち障害者の視点からソーシャル・サポートを捉えたに過ぎず、援助する側の視点は全く組み込まれていなかった。今後は援助を送る側と援助を受ける側の双方の視点からソーシャル・サポートを捉え直すことにより、援助者と被援助者の相互作用を明らかにしていくことも必要である。

障害受容に関する実証的研究は、わが国では皆無に等しいが、障害受容の概念的枠組みの構築を含め、今後のさらなる研究に期待したい。

## 引用・参考文献


Dakof, G. A., & Taylor, S. E. 1990 Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom ? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58,80-89.

Dembo, T., Leviton, G. L., & Wright, B. A. 1956 Adjustment to misfortune－A problem of social-psychological rehabilitation. *Artificial Limb*, 3,4-62.

福岡欣治・橋本　宰　1995　知覚されたソーシャル・サポートのストレス緩和効果におけるサポート源とサポート内容の影響――看護教員養成講習会の受講者を対象として　健康心理学研究, 8(2) 1-11.

古牧節子　1986　リハビリテーション過程における心理的援助――障害受容を中心として　総合リハビリテーション, 14(9) 719-723.

本田哲三・南雲直二　1992　障害の「受容過程」について　総合リハビリテーション, 20(3) 195-200.

本田哲三・南雲直二・江端広樹・渡辺俊之　1994　障害受容の概念をめぐって　総合リハビリテーション,22(10) 819-823.
保坂　亨・斉藤憲司　1987　サマーキャンプにおける集団指導　小児看護,10,608-611.
House, J. S.　1981　*Work stress and social support.* Reading, Mass: Addison-Wesley.
市川隆一郎・堤　賢・藤野信行（編著）1993　改訂　障害者心理学　建帛社
柏木哲夫　1995　死を学ぶ　夕斐閣
柏木哲夫　1996　死にゆく患者の心に聴く　中山書店
川喜田二郎　1967　発想法　中公新書
巡　静一　1993　ボランティア活動の今日的課題　大阪ボランティア協会
南雲直二　1994　脊髄損傷患者の障害受容－stage theory再考　総合リハビリテーション　22(10) 832-836.
小此木啓吾　1979　対象喪失　悲しむということ　中公新書
小此木啓吾　1986　リハビリテーションにおける心理学的アプローチ――精神医学の立場から　総合リハビリテーション,14(12) 951-954.
奥山正司　1990　老年期のソーシャルサポート　無藤　隆・高橋恵子・田島信元（編）発達心理学入門――青年・成人・老人　東京大学出版会
Sandra, J. N.　1988　Social Support and Recovery after Surgery for Breast Cancer: Frequency and Correlation of Supportive Behaviors by Family, Friend and Surgeon. *Social Science Medicine*, 27(4) : 385-392.
嶋　信宏　1990　ソーシャルサポート研究の現状と臨床場面への応用　東京大学教育学部心理教育相談室紀要,12,63-72.
Speedlind, E. J., & Rose, D. N.　1985　Building an effective doctor-patient relationship: From patient satisfaction to patient participation. *Social Science and Medicine* 21,115-120.
Strull, W. M., Lo, B., & Charles, E.　1984　Do Patients want to participate in medical decision making? *Journal of the American Medical Association*,252,2990-2994.
浦　光博　1992　支えあう人と人――ソーシャル・サポートの社会心理学――サイエンス社
Waitzkin, H.　1984　Doctor-patient communication. *Journal of the American Medical Association*, 252, 2441-2446.
渡辺俊之　1994　切断患者の障害受容　総合リハビリテーション,22(10) 837-841.
Williamson, G. M., Schulz, R., Bridges, M. W., & Behan, A. M.　1994　Social and Psychological Factors in Adjustment to Limb Amputation. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9(5) 249-268.
Wright, B. A.　1960　*Physical Disability－ A Psychological Approach.* Harper & Row,New York.