

原 著

在宅要介護高齢者が経験する苦痛と困難およびそれらの心理的影響に関する研究 Suffering and difficulty in community-dwelling elderly who require long-term care

楠永敏恵¹⁾、山崎喜比古²⁾
Toshie KUSUNAGA¹⁾、Yoshihiko YAMAZAKI²⁾

- 1) 聖徳大学短期大学部
- 2) 東京大学大学院医学系研究科

- 1) Seitoku University Junior College
- 2) Graduate School of Health Sciences and Nursing, The University of Tokyo

抄 録

本研究は、これまで十分に明らかにされてこなかった、在宅要介護高齢者が経験する苦痛と困難およびその心理的影響についての詳細を把握することを目的とした。研究協力者は首都圏在住の要介護高齢者30人であり、半構造化インタビューを実施し逐語録にもとづいて質的に分析した。研究協力者の苦痛と困難は、「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」「改善する手段のない疼痛と不快感」「生きがいの実現困難」「将来に対する不安」に分けられた。このうち「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」と「将来に対する不安」は不便さや残念な思いをもたらしており、「疼痛と不快感」が強い場合や「生きがいの実現困難」がある場合に、研究協力者の生きる意欲が低下していた。それらの苦痛と困難の解決方法について検討した。

Abstract

This study explored suffering and difficulty among community-dwelling elderly who required long-term care. The research participants were 30 frail elderly people living in the Tokyo metropolitan area. We conducted semi-structured interviews and analyzed the data qualitatively. Suffering and difficulty were divided into four categories: 'difficulty in daily life caused by mental and physical functional decline', 'pain and discomfort which cannot be resolved', 'loss of a feeling of worth in one's life', and 'anxiety for the future'. The participants lost their enthusiasm for life when they had extreme pain and discomfort or they could not regain a sense of worth in their lives. We discuss solutions to these sufferings and difficulties.

キーワード：要介護高齢者、在宅、苦痛、困難、生きがい

Key words: community-dwelling elderly, long-term care, suffering, difficulty, worth in living

I. 緒言

わが国では人口の高齢化が進行し、要介護高齢者数も急激に増加している。要介護状態になることにもなって高齢者が経験する苦痛と困難およびその心理的影響を把握することは、高齢者に対する理解を深め、支援の手がかりを得るために必要なことである。

国内外の量的研究によると、要介護高齢者の主観的ウェルビーイングは、疾病の罹患当初や施設入所の初

期を除くと一般の高齢者とほぼ変わらないが^{1,3)}、低くなる要因として、疼痛や不快感の存在¹⁾、重度の身体障害^{2,4)}、社会的サポートが得られないこと⁵⁾、余暇活動に参加できないこと^{6,7)}、経済状態の低さ^{1,2)}などがあげられている。つまり要介護高齢者はこれらの要因を抱える可能性があり、そうした苦痛・困難が要介護高齢者に心理的なダメージを与えるといえる。しかし

ながら、各要因の説明力はあまり大きくはない。

欧米の質的研究では、高齢者が慢性疾患に罹患したり障害を負ったりすることの影響を個別に聴き取り、疼痛や不快感がある場合や心身機能が急激に低下して生活が一変したときには、自己概念が混乱し生きる意欲も低下するような影響があるとしている⁸⁾。さらには、文化・社会的特徴あるいは集団の過去の経験という点からの検討もされている。それによれば、慢性疾患を患うことが珍しくない環境下にいたり、過酷な経験をしてきたりした高齢者では、慢性疾患に罹患し要介護状態になることは「ふつうのこと」であり、心理的なダメージは大きくない⁹⁻¹²⁾。

このように要介護高齢者に与える苦痛や困難の影響を理解するためには、個々の経験を聴き取り、高齢者の文化・社会的背景も踏まえることが重要である。しかし、日本では、要介護高齢者がどのような苦痛や困難を経験しているのかについて高齢者自身から聴き取りした調査^{13,14)}は数少なく、在宅の高齢者が要介護状態になって経験する苦痛や困難の詳細を総合的にとらえた研究はほとんどない。そこで本研究では、要介護高齢者への聴き取りを通じて、要介護高齢者が経験する苦痛と困難の具体的な内容とそれがどのような心理的影響をもたらすのかを明らかにすることを目的とした。なお、苦痛は自己概念にも影響を及ぼしうる心身の苦しみや痛み (suffering)¹⁵⁾、困難はものごとを行うことが難しいこと (difficulty) と定義する。

II. 方法

1. 研究協力者のリクルートと研究協力者の属性・特性

研究協力者（以下、協力者）は、都内と近郊都市にある居宅介護支援事業所に紹介してもらうこととした。依頼した10箇所の居宅介護支援事業所のうち了解が得られたのは5箇所であり、そこに所属するケアマネージャー、看護師（以下、紹介者）から協力者を紹介してもらった。

調査方法として、要介護高齢者の身近にいる介護家族や医療従事者などに代理で回答してもらう方法もあるが、高齢者本人の認識との間に乖離が予想されるため^{16,17)}、要介護高齢者自身にインタビューをすることにした。協力者の選択の原則的な条件は、インタビューを行うことから、体調が良好であること、認知症がないかあっても軽度であることとした。紹介者が把握している要介護高齢者に限りがあるため、目的志向的なサンプリング^{18,19)}を自在に行える状況にはなかった。

それでも、身体的機能、疾患の種類、要介護状態になってからの期間、家族構成や家族介護者の相違によって、苦痛や困難が異なることも考えられたため、それらに違いをもたせるようにした。

研究協力者は在宅の要介護高齢者30人である。属性・特性を表1に示す。性別は男性10人、女性20人、平均年齢は78.9歳、調査時点での要介護度は、1が19人ともっとも多かった。要介護状態になってからの期間は、5年未満の人が過半数であった。主な病名は、脳梗塞後遺症が8人、骨折が3人、心疾患3人などであったが、協力者によって異なっていた。同居家族がいる人は22人、利用サービスは訪問介護が過半数を占めていた。

表1 研究協力者の属性・特性

	人
性別	
男性	10
女性	20
平均年齢(範囲)	78.9(68~93)歳
要介護度 ^{注1)}	
要支援	2
要介護1	19
要介護2	6
要介護3	1
要介護4	2
要介護状態になってからの期間	
1年未満	6
1年以上5年未満	15
5年以上10年未満	5
10年以上	4
主な病名 ^{注2)}	
脳梗塞	8
前腕、大腿骨等の骨折	3
心筋梗塞、心不全	3
高血圧症	2
硬膜下血腫手術後	2
糖尿病	2
皮膚腫瘍	2
慢性関節リウマチ	2
その他 ^{注3)}	6
同居家族	
なし	8
あり	22
利用中の主なサービス ^{注2)}	
訪問介護	18
訪問看護	5
デイサービス・デイケア	13

注1)調査時点での要介護度

注2)「主な病名」と「利用中の主なサービス」は、複数回

注3)その他は、頸椎症、変形性膝関節症、認知症、甲状腺機能低下症、ベーチェット病、蜂窩織炎

2. 調査方法

調査方法は、半構造化インタビュー (semi-structured interview) を中心とし、それにインタビュー時の観察、不明な点の電話での再確認、紹介者からの情報収集も加えたものとした。これらの調査は、すべて筆頭の著者が行った。

調査期間は 2003 年 3 月から 2004 年 9 月までである。インタビューは協力者の自宅で行い、所要時間は 50～216 分 (平均 96 分) であった。原則として 1 回のインタビューであったが、3 人には再訪問して、5 人には電話で、不明な点を確認した。要介護高齢者が希望した場合には、家族介護者にも同席してもらった。

インタビューガイドの軸となる項目は 3 人のインタビューののちに確定し、「病名と経過、障害の程度」「病いを患い、要介護になってからの不便さ、苦痛、困難」「それらの悪影響への対応をどのようにしてきたか、しているか」「楽しみ、幸福なとき、生きる支え、生きがいとは、幸せと感じるか」「要望や願い」とした。このうち、本稿では、「病名と経過、障害の程度」「病いを患い、要介護になってからの不便さ、苦痛、困難」「幸せと感じるか (の一部)」に焦点をあてている。

インタビューは了解を得て IC レコーダーに録音し、逐語トランスクリプトを作成した。協力者の様子や言葉では語られなかった身振り、家屋の状況、受けた印象などを調査後に記録した。病名・病状や協力者の状況を説明してくれた紹介者の言葉も記録に残した。

3. 分析方法

分析方法は、データをコーディングし、それを分類して、カテゴリや理論を構成していく方式 (code-and-retrieve orientations) を用いることにした。インタビューと参与観察を扱っており、分析の手順も明快である Lofland ら²⁰⁾を参考にしながら行っていった。コーディングの単位は、あるトピックについてのまとまり (chunk) とした。「オープンコーディング」から始め、トランスクリプトを繰り返し読んだり、インタビューを重ねたりしながら、「焦点化されたコーディング」へと進めていった。

Creswell²¹⁾を参考にして結果の妥当性を高める手続きを行った。まず、Member-checking として、協力者 2 人に結果の検討の依頼をした。結果の概要を口頭で説明し、自らの経験と一致しない点はないかなどを確認した。この結果、おおむね相違はないとの回答を得た。Peer debriefing として、関連分野の研究者や大学

院生と議論を重ねた。

4. 倫理的配慮

居宅介護支援事業所から協力者に調査の依頼をしてもらったため、強制力がはたらいってしまう可能性もあったが、紹介者には調査依頼の際に強要をしないようお願いした。インタビューにあたっては、協力者本人と家族に文書を用いて研究の趣旨を説明し、結果の公表のしかた、途中でも拒否可能であることなどを説明し、了承を得た。インタビューは、協力者の都合や体調に合わせて行った。

III. 結果

要介護状態になって経験した苦痛と困難は、「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」「改善する手段のない疼痛と不快感」「生きがいの実現困難」「将来に対する不安」の 4 つのカテゴリにまとめられた。

以下には、協力者の言葉を『 』内か、文字のフォントを落として示した。() 内は、筆者が補った言葉である。< > 内には、協力者の要介護度、年代、要介護状態になってからの期間を表示した。

1. 心身機能の衰えによる日常生活上の困難

協力者は次に記す、不便、悔しい、残念、などと感じる日常生活上の困難を抱えていた。W 子氏<要介護 1、60 歳代、13 年>が『不便なのは、口がさ、あの、麻痺してるからさ、言語障害。しゃべりづらい。前はさ、うぐいすみたいな声出してた (笑)』と語ったように、要介護状態になる以前の心身機能と比べることによって不快さが表現された。

日常生活動作の困難

自力で立ち上がれないなど体を動かしたいのに動かせない、思わぬところで転倒する、急ぎたいのに動作は緩慢など、程度に差はあるが、基本的な動作が意図どおりにできないことがあげられた。N 子氏<要介護 1、90 歳代、2 ヶ月>は、『あら、こんなところで転ぶ必要ないんじゃないっていうけど、転ぶのよ。だからまあまあね、いろんな点で、不自由は不自由ね』と語った。文字を書く、裁縫をする、野菜の皮をむくなどの細かい作業が難しいことも語られた。視力の低下があったり手先が器用に動かなくなったりした場合に生じていた。

体力が低下している協力者は、長時間の作業を困難

としてあげた。長く家事ができない、長距離を歩けないなどである。J 子氏〈要介護 1、70 歳代、1 年〉は、少し活動すると疲れて『長続きができない』。そして、疲労した状態を、『紙一枚持つ力もなくなる』と表現した。

情報を理解することの難しさ

視力が低下している協力者は、細かい文字の情報を得ることが難しくなっていた。

また、難聴のある人は、重要な情報を聞き落とすおそれがあり、聞き落とさないように集中すると疲労してしまうという。H 子氏〈要介護 1、80 歳代、3 ヶ月〉は、『耳が弱くなってからね、友達との雑談はさほどほら、神経つかわないからいいけど、たとえばケアマネとか来たときに、やっぱり重要な、あとでもってわかんなくちゃ困るからと思って、一生懸命こう聞くでしょ。そうするとほら、疲れちゃう』と語っていた。

相手の話す言葉を即座に理解できないこともある。記憶力や理解力の衰えにもよるが、情報を提供する側が高齢者の理解力に合わせて伝えていないことにもよる。R 子氏〈要支援、70 歳代、1 年 3 ヶ月〉によれば、『テレビなんか聞いててもね、ぱーっと言ってる意味がね、わからなくなるときあります。なんのことだったかなと思って。特にね、今、はやりの横文字。わからないですね。ピンとこないです。しばらくたつと、あ、さっきのあれ、これかなと思ったり』とのことであった。

見知らぬ人とのやりとりの難しさ

見知らぬ一般の人と接するときの困難があげられた。協力者の言語障害によって会話が難しい、複雑な計算ができなくなり買い物の支払いに困るなどである。協力者の心身機能の低下によるだけではなく、一般の人が協力者との接し方をよく知らないことによっても生じていた。軽度の言語障害がある T 男氏〈要介護 1、70 歳代、10 年〉は、『知らない人だと、ぱーってね、話されちゃうと、返事がすぐ（できない）。こっちはすごい時間がかかっちゃうでしょ。』と買い物で感じた困難経験を説明した。

生活習慣の変更

生活が介護者の都合に影響されるため、生活習慣の変更を余儀なくされることがある。具体的には入浴の回数が減る、食事の内容が変わるなどである。Y 子氏〈要介護 2、80 歳代、7 年〉は食事の支度ができなく

なり、『何もできないから、これでいいって聞かれると、いいよって、ご飯でも何でも、ね』と、献立の考案や調理を娘に任せるようになった。

2. 改善する手段のない疼痛と不快感

体調が良好である人を協力者に選んだが、疼痛やしびれなどの不快感に悩んでいる人も存在した。その生活への影響は、腰痛により家事ができないといった部分的なものから、不快感で何もできないといった全般に及ぶものまでであった。また、疼痛と不快感はそれ自身が苦痛であり、強い場合には生きる意欲の低下にもつながっていた。

疼痛と不快感を最も強く訴えていたのが、頸椎の疾患による両腕両手のしびれがある V 子氏〈要介護 1、90 歳代、10 年〉であった。主治医から治療できないと言われ、インタビュー中にも慣れるしかないと言われ、慣れることは容易にできない。『自分の手じゃないですよ、もうしびれちゃって。しびれちゃって痛いんですもの。今、自分の手じゃないもの。今この、しわになってるとおりにしびれちゃってますもの。もう半分以上（苦笑）、半分以上もう、だめなの』と繰り返し述べていた。

そうした疼痛と不快感を医師に訴えても、「年ですね」などと言われ、十分に対応してもらえなかったという人がほとんどであった。M 男〈要介護 1、80 歳代、1 年 1 ヶ月〉は、主治医の態度について、『口には出さないけどね、なんかそういう素振りだね。年寄りが何言ってるんだ、もう、これで最後じゃないか、限度だよってね。医者の方だったってこれ以上はできないんだ、っていうふうだね』と語った。

3. 生きがいの実現困難

生きる目標、はりあいである生きがい²²⁾を喪失したことがしばしば語られた。生きがいの内容は個々に異なっていたが、「楽しみの実現困難」と「役割遂行の困難」に分けられた。生きがいの喪失は、生きる意欲の低下をもたらしうるものであった。

楽しみの実現困難

敗戦、貧しい中での子育て、必死にとりくんだ仕事など、苦勞してきた分、老後を楽しもうと思っていた協力者は多かった。要介護状態以前の楽しみに関する生きがいとして、旅行、スポーツ、歌舞伎鑑賞、外食、家庭菜園、描画、手芸、友人と会うことなどがあげら

れた。しかし、この生きがいを持っていた協力者のほとんどがそれを失う経験をしていた。

楽しみの生きがいの喪失には、「すべて」失った場合と「一部」失った場合があった。「すべて」失ったのは、主として発病によって急激に心身機能が低下した人であった。この生きがいを「すべて」失った人のうち、『どうってことない』と意に介していないL子氏<要介護1、70歳代、8ヶ月>もいたが、それ以外の人には、『しょうがないから生きている』(B子氏)<要介護2、70歳代、5年>など、生きる意味を見出しにくい様子が見られた。以下、楽しみの生きがいの実現がどのように困難かを2点からみていく。

まずは、「心身機能の低下や疼痛・不快感」があるために、楽しみの生きがいを失っていた。「疼痛と不快感」で既述したV子氏<要介護1、90歳代、10年>は、医者から『年だから』治らないと宣告された頸椎症を抱えており、生きがいがなくなった。きれいに片付いたV子氏の部屋には、手先がきくところに編んだという編み目のそろったニットのスカートが置いてあった。身体も動き不自由はないように見えるV子氏であったが、この10年間を『いやだ、もういい』と過ごしてきた。インタビューでも、もう『十分』という言葉を経験を9回繰り返した。

V子：もう、ああいうの（折り紙）折ることもできない。もう手がきかないですもの。あっちにも少し折ったのがあるんです。（ほかの折り紙を見せてくれる）

面接者：あ、かわいい。ほんとだ、すごい。ええー。もうできない。どんな感じ。しょうがないとか。

V子：うん、そう、そう、しょうがない。もうそれこそ、旅に出るぐらいなもんですよ、あとは。

面接者：え…。もうちょっと長生きしようとは思われないんですか。

V子：ああ、これ以上は十分。もうこれ以上は十分ですか、私は。

面接者：え…。どうしてですか。

V子：つらいもん。つらい。元気だったらね、自分でなんかできますものね。なーんにもできないもの。なんにも望みがないもの。（中略）もう十分です。十分、もう、これまでやらせてもらったからね、これでもう十分ですよ。もうこれ以上、十分。だから、みんなにやっかいかけないようにさ、このまま寝て、朝、

目覚めないでくれたらいいなと思う。それだけ。

上記に加えて、「介助が得られない」ために生きがいを失っている人もいた。特に娯楽の外出の介助は公的な制度では得られにくい上、人の手を借りることに協力者が遠慮していた。骨折後に一人で外出できなくなったK子氏<要介護2、60歳代、6ヶ月>は、通院には介助を頼めるが、娯楽の外出時に介助を依頼するのは『贅沢』と感じていた。買い物くらいは自由にしたいが、それも難しい。『お医者さんとか行くとときか、どうしても行かなきゃいけないところだけで、前みたいに散歩することは…。散歩したいと思えますけどね。やっぱうちの中ばっかして、いやになっちゃうんですね。外の空気も吸ってみたいとは思いますが、用事でちょっと出るだけで。自由にゆっくりこう、楽しみながらなんているのではない、できないですからね』と苦痛を訴えた。

役割遂行の困難

要介護状態になる前に仕事を退職しており、子育てなども終えている協力者は、生きがいとなるような役割はないと話していた。しかし、仕事やボランティア活動など家庭外の役割を持っていた男性は、要介護状態になることでそれを失い、家事など家庭内の役割遂行を生きがいとしていた女性も、それができなくなった。このことを述べたのは、発病によって心身機能が急激に低下した人たちであった。その後そうした役割からは免除されていた。

一方、遂行が難しくなっている家庭内の役割をあげた人がいた。以下に2つ説明する。

第1は、「過剰に期待される家庭内役割」である。いわゆる老老介護の困難を訴えていた人がいた。F子氏<要介護1、70歳代、1年>は1年前に腕の骨折で要介護状態になったが、まもなく夫のF男氏<要介護2、80歳代、2年>も心疾患で入院した。主治医の勧めもあり、『大正生まれの頑固な』F男氏を介護することになった。『夫を守る』ことを美徳としてきたF子氏には重要な役割であったが、激しく混乱した。

第2は、「介護家族の負担を軽減できない困難」である。要介護状態になると介護家族に何らかの負担をかけることになる。家族を犠牲にしていると感じる協力者は、可能な限り家族に負担をかけないことを望んでいたが、それには家族を楽にするのと同時に、本人

も気疲れから解放されるという意味が含まれている。そのためにあえて一人暮らしを選んでいる人もいたが、そのようにはできない人もおり、家族の負担を軽くしたくてもできないもどかしさや申し訳なさを語っていた。家族にかかる負担が大きいと自らの存在価値も低く感じられる。脳梗塞を患って13年になるU子氏<要介護2、70歳代>は、片麻痺があり、1時間おきに排泄の介助が必要である。同居している嫁と孫のおかげもあって在宅で生活してきた。インタビュー中には『困ることはない』『ありがたい』と繰り返していたが、家族にかけている負担とそれを軽くできないつらさをもたらした。

面接者：U子さんの今の生きがいがありますか。

U子：そうですね。でも、みんなに迷惑かけるからね、1日も早くね、いきたいなと思ってますけど、なかなかいかれないもね。

面接者：ああ。え？いきたいってあの世にですか。

U子：(亡くなった)おじいちゃんに早く迎えに来て。て。て。(家族には)よくしてもらってるけどね、みんなたいへんだからね。

この「介護家族の負担を軽減できない困難」は、協力者自身の心身機能の低さだけでなく、家族介護者の余力、家族介護者に対する気遣いの程度、といったことに影響されていた。たとえば家族介護者が体調を崩したときには迷惑をかけたくないという思いが強まり、困難を強く感じるという協力者もいた。介護保険のサービスの利用によって介護家族の負担も軽くなっているが、利用には上限があり、上記のU子氏の場合などは、負担を解消するまでには至っていなかった。

4. 将来に対する不安

要介護状態になることは、現在だけでなく、将来に対する見方にも影響を及ぼしていた。G子氏<要介護1、70歳代、5ヶ月>は、健康であることを誇りにしてきたが、転倒で腰椎を圧迫骨折し、要介護状態になってから、深く考えたことのなかった老いや死の訪れを意識するようになった。こうした「死」の話題は、協力者が自然と語ったものだった。死という直接的な言葉でなくても、お墓の準備、財産の整理、『コロソ』(I子氏)<要介護1、80歳代、1年4ヶ月>と逝きたい、などの言葉はしばしば聞かれた。この「死」に向かっていく将来への不安が語られた。

病状の悪化に対する不安

病状が悪化していくことが予想され、さらにどのような苦痛が現れてくるのかわからない、という不安があげられた。K子氏<要介護2、60歳代、6ヶ月>は、浴室で転倒して骨折したことを振り返り、家族が外出しているときに同様の事故が起きるかもしれないことを憂慮していた。トイレや風呂場に緊急通報ベルはあるが、そこまで辿り着けないかもしれない。W子氏<要介護1、60歳代、13年>も、『歩けなくなったら困るな。毎日、毎日、思ってる。(中略)歩けなくなっちゃうのが一番悔しい』と病状の悪化を常に案じていた。

漠然とした経済的不安

経済的不安については、協力者が比較的裕福であるためか、公的年金や介護保険の財源不足の問題と絡めて、『どうなるかわからない』(R子氏)<要支援、70歳代、1年3ヶ月>などと漠然としたかたちで語られた。

介護家族の将来への心配

自分が亡くなったあとの家族を心配する人がいた。それは、子どもの将来を案じる女性と、家族介護者に病気がある上に頼れる子どものいない協力者であった。R子氏<要支援、70歳代、1年3ヶ月>は、『だんだん年をとるとね、親のほうはね、なんか心配。この子行く末どうなるのかなと。(中略)私も今までそれほど感じなかったんだけどね。自分がこうなったらね。どうなるかなあと』と話していた。

5. 「苦痛と困難」の関係性

上記の苦痛と困難について協力者は1つ以上語り、重複して語る人もいた。

4領域の苦痛と困難は関係があり、「疼痛と不快感」が強い人は、「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」の一部を抱えていた。また、「疼痛と不快感」と「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」がある人は、「生きがいの実現困難」も経験していた。「将来に対する不安」は、それらの喪失や困難があるために感じるものであった(図1)。

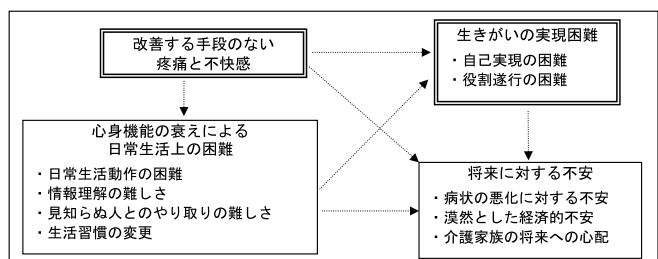


図1 苦痛と困難の関係図

不便さや残念な思い、不安感をもたらすのは、「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」と「将来に対する不安」であった。それに加えて、生きる意味を見失わせ、生きる意欲を低下させようものは強い「疼痛と不快感」と「生きがいの実現困難」であった。

IV. 考察

1. 在宅要介護高齢者が経験する苦痛と困難およびそれらの心理的影響における特徴

本研究では、4カテゴリーの苦痛と困難が明らかになった。その種類によって、協力者に与える心理的影響が異なることが確認され、要介護状態になってからの期間や身体障害の程度、そして社会的活動への参加などの要因から単純に、協力者が受けるダメージの大きさは測れないといえるだろう。

欧米の質的研究では、高齢者が慢性の病いに罹患して障害を負っても、それまでの人生で過酷な経験をしていたり、慢性の病いが珍しくない環境下では、若年・中年者とは異なり、自己が混乱するといったダメージを受けにくいとされている^{9,11,12)}。なぜならそれらの高齢者は、慢性の病いに罹患することを「ふつうのこと」と捉えているためである¹²⁾。わが国でも高齢者が慢性の病いを患うことは珍しくない。今回明らかになった4つの苦痛と困難のうち、「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」と「将来に対する不安」は、ほとんどの協力者にみられるものであり、混乱や生きる意欲の低下に必ずしも結びつくものではなかった。しかし、協力者は要介護状態以前の状況と現状とを比較して語る事が多く、上記の2つの苦痛・困難には、残念な思い、悔しさ、不安感などの割り切れない感情がともなっていた。このため上記の苦痛・困難は、「ふつうのこと」というよりも、ネガティブな意味を含む「しかたのないこと」と表現したほうが妥当であると考えられた。それは、苦痛や困難に対して「しかたがない」と受け入れる日本人の特性^{23,24)}にも対応するものである。

この一方で、「疼痛と不快感」が強い場合や、その人にとって重要である「生きがい」の実現が困難である場合には、協力者はどうすればよいか混乱したり、生きる意味を見失ったりしていた。先行研究においても、疼痛があったり、心身機能の急激な低下によって以前の生活とのギャップが激しかったりする場合には、高齢者でも混乱することが明らかになっている^{8,10)}。このうち「疼痛と不快感」は、QOLを低下

させる要因としても認識されている項目である (e.g. WHO-QOL, SF-36)。それでもなお、十分に対応されていない現状があることがわかる。「生きがい」の実現困難という概念は、協力者の生きる意欲に影響する生活の激変を捉える視点として適しているものと考えられた。そして、その内容に特徴がみられた。先行研究において Gordon (1996)²⁵⁾ は、日本人と米国人の生きがいの内容を比較し、個人主義的な文化の米国人は「自己実現」の生きがいを、集団主義とされる日本人は「社会的献身」の生きがいを多く語る傾向があるとしている。協力者にも、家庭内での役割や家族介護者に迷惑をかけないという意味での役割があり、生きがいとなる役割はそのような形で存続するものと考えられた。それと同時に、協力者は、敗戦からの激動の時代を社会や家族のために生きてきたことから、老後には、自分のために楽しむこと（自己実現）にも価値を置いてよいのだと意味づけていた。つまり、社会的献身と自己実現の生きがいは、失われたり社会的献身のみが重要だったりするものではなく、ともに要介護高齢者の生きる目標、はりあいとなりうるものである。個々にとって重要な生きがいを実現できない場合に心理的ダメージを受けているといえる。

2. 苦痛と困難の解決に向けて

今回明らかになった苦痛と困難がどのような状況によって生じているかに着目すると、協力者の心身機能の低さによるだけでなく、社会的に形成されていることも見て取れた。その例として、一般の人が要介護高齢者を十分に理解できていないためにやりとりがしにくくなる困難や、青壮年をターゲットにしているマスメディアの情報提供のしかたなどがあげられる。協力者に大きなダメージを与える「疼痛と不快感」や「生きがいの実現困難」についても、医療従事者の対応や社会資源の不足によって改善の可能性が断たれている場面もみられた。たとえば高齢であることを理由に十分な治療を受けていない様子がかがわれたり、個人の楽しみに関係する生きがいは介護保険等の制度では原則として対応されにくかったりした。周囲の和を乱さず、「あきらめ」や「遠慮」を美德とする日本の社会規範の下では、要介護高齢者があきらめるという認知的対処をとりやすく、これらの事態は改善されにくい可能性もある。

「心身機能の衰えによる日常生活上の困難」と「将来に対する不安」は、生きる意欲の低下につながらな

いとしても、不便さや不快さをともなうものである。「しかたがない」としてすませるだけではなく、まずその困難や不安を理解していくこと、要介護高齢者にもわかりやすい情報の提供など、対応できることがあるだろう。

「疼痛と不快感」は、それ自体が苦痛であるだけでなく、生きがいの実現を阻み、生きる意欲の低下にもつながることから、軽視することなく早急に対応すべきことである。疼痛の原因を除去することはできなくても、緩和すること、ならびに緩和への希望をもつことはできると思われる。また、要介護高齢者にとって「生きがいの実現困難」による心理的影響が大きいと考えられる一方で、わが国の生きがい政策は、自立した高齢者を主な対象として実施されてきている²⁶⁾。財源の制約上、介護保険等の公的なサービスによって個々の要介護高齢者の生きがいを実現していくことは厳しいかもしれない。しかし、外出時の介助や介護家族の状況に応じた柔軟なサービス提供など、わずかの配慮で生きがい実現にいたる場合も少なくないだろう。本稿の結果では示していないが、協力者には、要介護状態になってからも実現可能な生きがいを新たに得ている人もいた。たとえばデイサービスで出会った人たちとの交流を生きがいとしている協力者である。そうした日常の中での生きがいの実現という視点を失うことがないように援助すべきであり、すでにそのような視点が導入されている場合でも、その重要性に対する意識化が不可欠と考えられる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究には限界と課題がいくつかある。まず、協力者のサンプリングに偏りがあるということである。機能障害が重度の高齢者が少ないこともあり、苦痛や困難が少なく、うまく適応できている人が選ばれている可能性がある。このため、本研究の結果を在宅要介護高齢者に共通のものとして単純に一般化することはできない。例数を増やして、今回の知見を検証していく必要がある。

対面式のインタビューによる影響もある。「社会的な望みさ」が意識され話題に上らなかったことがある可能性は完全には否定できない。たとえば性に関することや、特殊な経験などである。ただしこれに対しては、紹介者や家族からも情報を得るなどして、可能な限り多角的な情報を得るよう努めた。

また、今回の調査は多くが1回のみインタビュー

によるものである。事例を追跡する質的研究の重要性が指摘されており²⁷⁾、欧米ではそのような研究がいくつか行われている^{8,28)}。今後は、苦痛や困難がどのように変化していくかを追跡していくことも必要である。

最後に、本稿では検討できなかったが、長期に在宅療養を可能にしている要因についても、今後追求していくことが重要であるだろう。

謝 辞

プライバシー保護のため個人名を記入することはできませんが、研究に協力してくださいました高齢者のみなさま、研究協力者を紹介してくださいましたケアマネージャー、看護師の方々に心よりお礼申し上げます。本研究は、文部科学省科学研究費（基盤研究A：14201021、若手研究B：16730288）の一部として行われた。

文 献

- 1) 上平珠実、藤田利治. 女性寝たきり老人の主観的幸福感の寝たきり期間による違い. 日本公衆衛生雑誌. 1995;40:841-849
- 2) 杉澤秀博. 疾病管理と主観的幸福感の側面からみた脳血管疾患既往者の療養生活の実態とその関連要因に関する研究. 日本公衆衛生雑誌. 1991;38:70-78
- 3) 西下彰俊、坂田周一. 特別養護老人ホーム入所1年後のADLおよびモラルの変化. 社会老年学. 1986;24:12-27
- 4) Osberg JS, McGinnis GE, DeJong G, et al. Life satisfaction and quality of life among disabled elderly adults. Journal of Gerontology. 1987;42:228-230
- 5) 杉澤秀博. 高齢者における主観的幸福感および受療に対する社会的支援の効果－日常生活動作能力の相違による比較－. 日本公衆衛生雑誌. 1993;40:171-180
- 6) 増田公香. 肢体不自由障害をもつ高齢者の主観的幸福感－“参加”の影響の焦点をあてて－. 老年社会科学. 2004;26:340-350
- 7) Zimmer Z, Hickey T, Searle MS. Activity participation and well-being among older people with arthritis. Gerontologist. 1995;35:463-471
- 8) Becker G. Continuity after a stroke: implications of life-course disruption in old age. Gerontologist.

- 1993;33:148-158
- 9) Faircloth CA, Boylstein C, Rittman M, et al. Sudden illness and biographical flow in narratives of stroke recovery. *Sociology of Health and Illness*. 2004;26:242-261
 - 10) Sanders C, Donovan J, Dieppe P. The significance and consequences of having painful and disabled joints in older age: co-existing accounts of normal and disrupted biographies. *Sociology of Health and Illness*. 2002;24:227-253
 - 11) McKeivitt C, Luse A, Wolfe C. The unfortunate generation: stroke survivors in Riga, Latvia. *Social Science and Medicine*. 2003;56:2097-2108
 - 12) Pound P, Gompertz P, Ebrahim S. Illness in the context of older age: the case of stroke. *Sociology of Health and Illness*. 1998;20:489-506
 - 13) 天田城介. 〈老い衰えゆくこと〉の社会学. 東京: 多賀出版、2003
 - 14) 出口泰靖. 「老けゆく」人びとの「老けゆくこと」体験における意味世界への接近－相互行為的な「バイオグラフィカル・ワーク」を手がかりに. *社会福祉学*. 1999;39:209-225
 - 15) Black HK, Rubinstein RL. Themes of suffering in later life. *Journals of Gerontology B*. 2004;59: S17-24.
 - 16) Becker G. The oldest old; autonomy in the face of frailty. *Journal of Aging Studies*. 1994;8:59-76
 - 17) Kaufman S. Illness, biography, and the interpretation of self following a stroke. *Journal of Aging Studies*. 1988;2:217-227
 - 18) Miles MB, Huberman AM. *Qualitative data analysis : an expanded sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994
 - 19) Silverman D. *Doing qualitative research : a practical handbook*. London; Thousand Oaks: Sage Publications, 2000
 - 20) Lofland J, Lofland LH. *Analyzing social settings : a guide to qualitative observation and analysis*. Belmont: Wadsworth, 1995 (進藤雄三、宝月誠訳. 社会状況の分析: 質的観察と分析の方法. 東京: 恒星社厚生閣、1997) .
 - 21) Creswell JW. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003
 - 22) 神谷美恵子. 生きがいについて. 東京: みすず書房、1966
 - 23) Kagawa-Singer M. Redefining health: living with cancer. *Social Science and Medicine*. 1993;37:295-304
 - 24) Yamamoto-Mitani N, Wallhagen MI. Pursuit of psychological well-being (ikigai) and the evolution of self-understanding in the context of caregiving in Japan. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2002;26:399-417
 - 25) Gordon M. What makes life worth living? : how Japanese and Americans make sense of their worlds. Berkeley: University of California Press, 1996 (宮川陽子訳. 人生に生きる価値を与えているものは何か: 日本人とアメリカ人の生きがいについて. 東京: 三和書籍、2001)
 - 26) 黒岩亮子. 生きがい政策の展開過程. 高橋勇悦、和田修一編. 生きがいの社会学: 高齢社会における幸福とは何か. 東京: 弘文堂、2001:217-241
 - 27) Charmaz K. Experiencing chronic illness. Albrecht GL, Fitzpatrick R, Scrimshaw SC, eds. *Handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage, 2000:277-292
 - 28) Kirkevold M. The unfolding illness trajectory of stroke. *Disability and Rehabilitation*. 2002;24:887-898

