

IV. 考察

1, QOL 研究, Recovery process 研究からみた本研究の位置づけ

保健医療, とりわけ医療との関連においてクオリティ・オブ・ライフが実証的に研究されてきたのは最近のことである. Najman ら 35) が Index Medicus によって 1975 年から 1979 年の 5 年間の review した報告では, それに関する 23 本の実証研究の論文があったに過ぎない. しかも, そのうち, 主観的評価を行っていたのは, 3 論文で, 客観的評価と両方を行っていたのはわずか 2 本である. そして, 最も多い研究デザインは One-shot case study で, 6 割の研究が該当していた.

その後, Hollandsworth³⁶⁾ が Medlars によって, 1979 年 1 月から 1985 年 12 月までの期間について, 同種の review を行ったところ, Medical care に関する実証的な研究は, 69 本であった. しかも, 慢性腎不全 (End-Stage Renal Disease, ESRD) に関する論文が, 悪性腫瘍 (41%) に次いで論文数が多く, 13% を占めていた. 透析を始めとした ESRD のケアにおいては, クオリティ・オブ・ライフに対する関心が強く, それだけ重要であることが分かる.

そして, 37 論文 (53.6%) で主観的評価と客観的評価の両方が行われるようになっていた. また, 評価尺度では, 15 論文を除いた 78% が, 既存の標準化された尺度を使用している. しかし, 研究デザインでは, やはり 64% の論文は, One-shot case study であった.

このような研究は, ある Medical care の効果の測定や異なった療法の効果の比較を, クオリティ・オブ・ライフという考えが現れてくる以前のように医学・生物学的な側面, 機能的な側面だけでなく, 心理社会的な側面, とりわけ患者の主観への影響でもって, 行おうとしている. そのため, 測定された客観的指標と主観的指標は, 各療法間において優劣が比較され明らかにされているが, 両者の関係には殆ど関心が払われていない.

したがって, これらの研究では, 確かに患者を今までよりは多面的に捉えているが, やはり捉えられた患者の各側面はバラバラで, 一人の人間として総合された姿や, 全体性を持った生活のあり方は浮かんでこない.

また, 慢性疾患患者=障害者のクオリティ・オブ・ライフには, 医療場面を離れた心理社会的な問題も強く影響しており, 医療は確かに質的に高い生活 (あるいは人生) の基盤を構成する一部ではあるが, 決して医療によってのみ左右されているわけではない. それは, 専門的ケアと患者や家族の日常的な努力と, さらにそれを支える社会的支援が噛み合って, 患者の生活, 人生として具現化するものだと考えられる.

したがって, このような研究では, 決して患者・障害者の側からみた慢性疾患=障害を抱えて生きることの意味は, 明らかにはならない. また, 「病気・障害とその療法による制約のなかで充実して生きるには, どのように生活領域の再編成を行って, 生活を再建したらよいのか」という患者と家族にとって切実な問いにも, 答えられないであろう.

それに関する有用な情報は, 今のところ, 患者・障害者やその家族の手記, あるいはケアのため係わった専門家の事例報告から得られるに過ぎない. これは洋の東西を問わず, 共通した事情である 37).

さて, その不足を補っている研究は, Recovery Process の研究であろう. 代表的なのは, Croog ら 38), 39) の研究と, Finlayson ら 40) の研究で, いずれも冠状動脈疾患の発症後における生活様式の変化を Recovery Process として捉え, follow-up した研究である. そこでは, 冠状動脈疾患からの回復過程を研究するには, Medical Model では限界があり, その過程に対する社会学的, あるいは心理学的な見方が必要であることが強調され, 適用されている. とりわけ, Finlayson らは日常生活世界

論を導入し、職業復帰のみでなく、レジャー、家庭生活、対人的ネットワークの各生活領域における活動・行動や役割の変化を明らかにしようとしている。

この種の研究の目的は 40)、ひとつには専門的なサービス提供者は、患者と家族が病気の影響によって出会う困難や、彼らが深い理解と支援をもっと必要としていることに対し、必ずしも十分な関心を払ってきていないので、両者に架け橋を作ることである。また、ヘルスケアやソーシャル・サービスに関する領域で働いている人達、その領域の学生や社会政策の立案者にとって役に立つように、回復過程を記述すること自体も主要な目的となっている。さらに、患者や家族自身は、自分達の経験がまとまった生活上の知識や技術として活用できるものになることを、その調査研究に期待していたということである。

これら Recovery process 研究のデザインは、いずれも生活の客観的側面や心理など主観的側面を捉えた prospective study である。

このような研究は、主に、「慢性疾患や障害をもった患者やその家族は、生活や健康にどのようなインパクトを受け、回復期において彼らの生活はどのように変容するのか」という問いには、答えられる。しかし、評価という視点・枠組みが欠けているため 38)、「では、どのような生活のあり方に向けて、生活を再建すればよいのか」は必ずしも明らかにされていない。

そこで、今後、慢性疾患患者＝障害者のクオリティ・オブ・ライフを明らかにして行くためには、先に述べた一連の QOL 研究の特徴と、Recovery Process 研究の特徴を兼ね備えた研究が、現段階において必要であると考えた。そこで計画したのが本研究で、彼らの生活や健康の状態の評価とそれらの変容過程を実証的かつ体系的に捉える視点と枠組みを提示し、それに沿った調査研究を試みた点に、研究上のオリジナリティがある。すなわち、すでに気づかれてはいたがまだ実証研究には用いられていない、慢性疾患患者・障害者の良好な生活を捉える 2つの視点、「健康回復のためのセルフケアのマスター」と「社会生活の充実」について評価と生活変容を捉えるための概念枠組を構成し、図 1 に提示した。そして、それに基づいて生活の変容過程とその構造を明らかにし、さらに各生活領域における主観的評価を手がかりに、良好な生活の条件と像を描こうと試みた。

その際に本研究では、「良好な生活」とは「患者の主観的良好さを支えている生活活動の実体である」と捉えた。慢性疾患には、不可避の合併症が生じることがあるため、健康や身体機能の回復の良好さを、良好な生活の条件には含めなかった。それは療法比較においては意味があるだろうが、本研究では、むしろそれらに制約された状態の中でもなお、望ましい生活のあり方があり、それを見いだすべきであろうと考えた。

評価尺度についていえば、標準化された尺度を用いていない。今回は、生活の各領域における活動・行為などに対応させて自己評価し、主観的な良好さを高める各生活活動の状況や類型を明らかにすることを目的としたからである。そして、各主観的評価が生活行為などと妥当な関連を持った評価であるか否かを確認めたうえで、総合化して尺度を構成しようとした。すなわち、内容的な妥当性を検討したうえで、指標化したのである。また、そもそもわが国においては、用いることができるような標準化された尺度が、ほとんどないのが実情である。

また、本研究では、透析患者の生活の主観的な良好さを高める生活条件を、統計的な内部比較によって探索しようとした。その限りでは、群間の違いが分かれば目的は達せられるし、先に述べた手続きを踏まえ、内容的な妥当性がはっきりした尺度の方が良いと判断した。しかし、問題点は、本対象者の集団の平均を良否の基準としているため、それが果して最も良好な生活、すなわち理想型、ある

いはそれに近いものなのか否かは分からないことである。そこで、対象選定時に、できるだけ良好な生活像が得られるように、欧米の ESRD の QOL に関する研究などによれば 12),14),15), 優れていると思われる家庭透析患者を、日本の透析患者に占める比率 (0.2%41) より、はるかに多く対象者とするように工夫した。また、対人関係における病者意識の指標を手がかりに、「病気なんだからしかたない」式の欲求水準の切下げによる満足を判別するよう工夫した。

よって、対象集団に偏りが生じているので結果の普遍化には慎重にならなければいけないが、得られた生活条件や生活像は、集団の平均的なクオリティ・オブ・ライフを向上させるための保健医療・福祉政策やケアの目標にはなると思われる。また、透析患者であってもこのような生活が可能だと分かれば、わが国の透析患者の生活あるいは人生の目標となり、クオリティ・オブ・ライフの上限に向けて新たな可能性を開くことに、少しは貢献できるであろう。

研究デザインとしては、prospective 研究を志向すべきだが、結果が出るのに時間を要するので、retrospective 研究とした。また、評価だけに関して言えば、One-shot case study である。しかし、本来の目的からいえば、回復過程の実態とその評価に関して、できるだけ代表性のあるサンプルで、しかも標準化された指標や尺度を用いた prospective な研究が必要であり、今後の研究課題である。

2, 透析患者の精神・心理的適応について

人工臓器という機械に依存しなければ生きられない透析患者は、様々な精神的、心理的な問題を抱えていることが明らかにされている。

それらは、身体的な異常を基礎にもつ症状性精神障害と透析導入に伴う様々な変化に対する心因反応に分けて考えられる。本研究で問題にしたのは、透析導入以後、生活を再建する過程で経験される後者の問題である。

さらに、そこには、慢性疾患一般に共通した問題と人工透析患者固有の心理的問題がある。前者には、生命や健康に対する不安、身体的な状態の変容に伴う自己意識の問題、食事制限、そして病気・障害による職業、家庭生活、対人関係、経済面など社会生活の変容から生じる心理的問題などが考えられる。後者は、生涯に渡って透析療法という機械に依存した生活をせねばならないことから生じる心理的問題である。透析療法が高額医療であることからくる社会に対する負目なども含まれる。もちろん両者は、患者個人の心理としては、密接に関連し合っており、分ち難い。

これまで、まず問題にされてきたのが透析療法の受容と心理的適応で、それらは透析を拒否する患者の事例研究や不安感・抑鬱感などを手がかりに調査研究が行われている。その研究の多くは、透析医療の初期ともいえる 1970 年代に行われている。対象となった患者自身が「ダイアライザーの改善など透析医療の進歩によって、身体的健康が向上した」と述べていたように、その後の時代の進行によって影響を受け、事情は変わってきていると思われる。しかも、最近拒否が強い患者は少ないという、現場の看護婦による指摘もある。同時に、個人の透析経験の長さによっても異なるであろう。したがって、重要なのは、1 時点においてどの程度不安や抑鬱感が強く、「受容」が困難な者がいるかということのみでなく、いつごろ何によってどのように心理状態が変化するのか、という点を具体的に明らかにすることであろう。

酒本ら 42)の研究では、透析開始時と調査時の比較で、MAS で測定した顕在性の不安が継続していたのは 34.6%, 不安が消失した者が 40.4%, 不安が生じた者 3.9%, いずれも不安がなかった者は 13.6% であった。そして、不安の消失時期は男性の場合平均 8.2 ヶ月であったことを報告している。また、

男性より女性のほうが不安感が強く、消失時期も遅いことが指摘されている。しかし、今からみれば、透析歴が1年未満であった者が33.0%と多く、しかも最長者が5年10ヶ月と、全体的に透析歴が短い者が多い点に問題がある。なぜ、不安感が消失したかについても、明らかにされていない。

鳥野 43)によれば、透析歴別に CMI, MAS を比較したところ透析歴が長くなるほど、神経症性障害、病的不安は強くなることを指摘し、3年以上の者の61.6%に病的不安が認められたと報告している。ただし、社会的適応性は一般に良好であったという。しかし、対象者数が52人で、やはり3年以上の長期透析患者は12人と少ない。

不安に関して、この2つの研究は異なった結果を得ているが、それはそれぞれの研究上の方法の違いや問題点によっているように思われる。

本研究は基本的に調査法と対象者の特性が以上の研究と異なる。成人男子に限っていること、標準化された心理テストを用いていないため基準が一定でないという問題点はある。しかし、対象者数が100人を越え、透析歴5年以上が約6割と多いこと。また、回想法ではあるが個人内の心理状態の変化とそれに係わる要因間の関連を明らかにした点が特徴である。

まず、研究結果の表4、表5を整理してみた。比較時期が透析1年目頃と調査時であるため、酒本らの研究より本研究のほうが安定した者の割合が大きく、不安な者の割合は小さくなるはずである。まず、「安定した」「変わらない」者で「しばしば」「ときどき」不安・抑鬱感がある者（不安継続とみなす）は21.2%と1割近く少ない。「安定した」者で「たまに」「ない」という不安消失が44.3%、不安になった者は5.3%（うち強い者は4.4%）とほぼ同程度であった。透析1年目までに不安・抑鬱感が消失して、そのまま安定した者（安定継続）が29.2%と、1割多いのである。また、透析歴「1～5年未満」「5年以上」を比べると、長い者のほうが不安・抑鬱感が減少した者は多かった。

しかし、何を基準にして心理的な適応をみるかによって、安定とみなす心理状態像やその時期は異なるであろう。

本研究とこれまでの知見 44),45)を合わせて考えれば、透析導入のインパクトに対する精神身体的な不安反応で、精神科的に問題となるような精神状態は1年以内に急速に減少すると考えられる。しかし、透析療法を生活の中に組み入れること、すなわち透析生活の受容に対する心因反応としての不安・抑鬱感の解消には、もっと長い期間を必要すると思われた。「5年以上」の長期透析患者の場合、表5に示したように、健康回復は、5年から10年未満の間にもかなりの割合で生じている。同様に、体重管理が上手にできるようになる時期も、5年から

10年未満の時期に良好化した者が多く認められた。したがって、主観的に良好な状態から考えると、多くの者が安定するのは短くても3年から5年、長ければ5年から10年程度はかかると推察された。

ところが、これらの期間より長期の透析患者になると、新たな不安の要因が生じてくると思われる。すでに、不安・抑鬱感と生活のハリ・生きがい感の関連を検討し、不安・抑鬱感を自覚しない者で、生きがい感のない者のうち、5年以上が6割を占めていたことを報告した 46)。長期透析患者の心理的問題の核心は、生きがいの問題で、実存的不安に移ってくるのである。さらに、長期を経過した後に、精神的に不安定化した者の理由をみると、合併症の発生など身体的健康の変化や老化の影響による病氣・死に対する恐れ、仕事の負担による疲労の慢性化、ストレスに対する耐性の低下などの問題が生じてくると思われた。よって、透析患者は、一時期安定に達したとしても、やがては精神的に不安定となる途上にある存在、と捉えられる。一度精神安定に達してしまえば、それ以後は問題ない、というわけにはいかないのである。

また、生きがいの内容の分析や良好な生活を再建した者の事例から、生きがい感を持っている者や

生活の再建に成功したとみなせた者でさえも、潜在的には病気や死にまつわる不安を抱えており、それを生きがいを持つことで心理的に防衛していた。それほどまでに透析患者の心理的問題は根が深いといわざるをえない。透析患者の場合、良好な生活とは不安のない生活ではなく、上手に不安と共存した生活であるといえるだろう。

ただし、生きがいの対象がない者であっても、多くは家族など療養生活において心の支えとなるものを持っていた。したがって、生きがい、心の支えといった実存の基盤がみられない問題性が大きいとみなせた者は、本調査では5.8%であった。

これらの研究結果は、本研究も含め、研究が行われた時期の透析医療の状況に大きく左右されているであろう。今後、透析医療の進歩によって、どれだけ長く安定した体調の時期が確保されるようになるのかによってくるが、導入後の心理社会的適応へ向けての心理的援助と共に、適応状態を維持するための援助、さらに健康や透析の維持をはかることが困難になった長期透析患者に対して、いわばターミナルケアのような援助も透析医療の中で必要になると推察された。

これまで、透析患者の精神・心理社会的適応を段階区分する試みが行われている。次第に透析による患者の生存期間が長期化するにつれ、その時期は、4相から5相へ、そして6相に、区分が増えていく(44,45)。ところが、それらは、全て一応の安定時期までで、とどまっている。以上で考察を加えたように、精神的な安定時期がどの程度の長さであるかは定かでないが、その後再び合併症など透析患者特有の問題から不安定になる時期が、第7相として加えられるべきであろう。患者に対するより良い心理的援助、社会的支援などを行うためには、CAPDへの移行や腎移植のタイミングの問題を絡めて、今後の研究により、さらに第7相の具体的内容が明らかにされる必要がある。

さて、透析療法を組み入れた生活を受け入れる過程の心理を考察する(46)と、「あきらめ」という、いわば意識的に欲求を断念し、緊張感・抑鬱感を孕みながら自我を防衛している面と、「慣れ」という安心感や信頼感を含み、透析を受けている自己を認め、外界に向けて自我を徐々に解放していく面が共存していると思われた。そして、社会生活の再建が進むにつれ、関心が広がり、前者の心理から後者へとウェイトが移行するようである。

患者の精神的健康回復のために、周囲の者は、このような心理を認めたくて、個人の内面に共存する喪失感・限界性と積極的態度・可能性のバランス(47)を、しだいに後者に移行するように、心理的援助を行う必要がある。ここでは、彼ら自身が持つ回復力を促進することが重要となるが、それは必ずしも心理療法士のみが行うのではなく、透析医療や彼らに関わりを持つ全員が、共感的態度と支持によって、医療場面や社会生活場面の雰囲気を受容的で人間的なものにすることで実現可能となろう。その際に、実はサポートする者に対しても、生産性や効率性などの現代の支配的価値体系から、病者や障害者と共存共栄が可能な価値体系への転換が問われている(48)という指摘は、重要であろう。

3. 行動体力について

透析患者の心機能やPhysical fitnessの低下が問題となっている。本研究においても、歩行力を手がかりにして把握を試みたところ、「短い階段(10~20段程度)でも登り下りがきつい」というレベル以下の者が、調査時に約3割を占めていた。

また、体力がないことは、職業生活においては復職、配置転換、転社・転業の第一の原因となっていた。そして、職業生活のみでなく、趣味・レジャー、親しい人間関係などあらゆる社会生活の領域において、変容をもたらす要因であることが指摘できた。

しかし、患者の体力は、低下したままではなく、6割の者は、次第に向上してくることも明らかになった。だが、たとえ向上したとしても、導入初期の体力低下や体調の不安定さによって一旦離職してしまうと、健康保険の関連などから再就職は難しい。できるだけ早期に、非透析日であれば健常者並に働けるだけの体力を回復することが重要だといえよう。

わが国で、そのために運動療法が試みられたのは最近であり 49)、保険点数がつかないため、行っている施設は殆どないという状況である。したがって、今のところ患者が日常生活の中に運動やスポーツを取り入れて、体力の向上や維持を図るしかないのである。本対象者では、健康目的の運動の実施歴を調べたところ、42.5%の者が行った経験があり、33.3%が現在も行っていた。日常の運動について、十分関心が払われていないせいか、比較すべきデータはない。

生活の中で健康のための運動を組み入れている効果としては、統計的には運動の実施と自己管理の良好度とは関連がみられなかったが、図3、図5に示したように、体重管理やカロリー摂取における「良好化」の要因としてあげられていた。そして、体調の改善に係わる要因でもあった。この点は、運動療法の効果 49),50),51)として指摘されている。

また、本研究で設定した指標を用いて抽出した主観的に良好な生活の条件には、健康のため運動をしていることが含まれていた。適切な運動は、食事の自己管理を良好化させ、体力や健康回復を促進して、生活の再建を容易にすると考えられ、透析患者のクオリティ・オブ・ライフの向上につながると考えられる。

糖尿病、心筋梗塞など運動療法を必要とする慢性疾患患者と体力や身体機能が低下する老人の増加を考えれば、今後は、もっと運動療法が広く行われるよう保険医療体制が整備されるべきであろう。そして、それが地域のスポーツ施設などで可能になることが期待される。同時に、透析患者の場合、医療スタッフは食事指導ばかりでなく、一般の人の健康にとって運動、栄養、休養が重要であるように、食事以外の運動などの健康習慣に、もっと注意を向けるべきであろう。

4、セルフケアについて

(1) セルフケアの「生活化」と健康教育について

食事の自己管理について行われている主な研究は、食事療法に対する患者のコンプライアンスの良否に係わる要因の研究である。また、コンプライアンス研究とは違って、Munakata は 52)、透析患者が自己管理のために行っている心理社会的な行動を、保健行動論からアプローチして、体系的に整理している。

いずれにせよ、これまで自己管理で問題とされてきたのは、体重管理とカロリー摂取である。それ以外の蛋白質、カリウムなどの自己管理は、データとの関連では検討されてこなかった。その理由の一部は、データの評価が定まっていないことによるであろう。そこで本研究は、データとの関連で、体重管理、カリウム管理、カロリー摂取、蛋白質管理について検討した。

ここで着目し明らかにしようとしたのは、コンプライアンスの要因や個々の保健行動ではなく、食事の自己管理を修得する過程に共通して認められる認識や意識・態度の変化、そこに潜在する論理である。これまでの研究では、自己管理を修得していく過程において患者の認識はどのように変化するかについて、全く考慮されていない。そのため、医療専門家の立場から行われた一時点の研究で明らかにされたノンコンプライアンスの要因に基づく患者教育は、「提供者側の論理」に基づいた医療側に望ましい行動への変容が目的となる。しかも実用主義的であるため、短期的な成果をあげようとして、操作的だと批判されている 53)。それは、健康とそのための行動を最高の目標におくことになり、

クオリティ・オブ・ライフの思想の中で、それらの価値が相対化されてきた潮流に反するものといえよう。

和唐は 53), それらに代替する健康教育として、人々の健康管理能力を高め「受け手」側の論理を重視し、「できる」から「わかってできる」ように、科学的認識の形成による「認識の変容」を強調している。

それは、認識の変容を問題とする点で本研究で明らかにしようとした望ましいセルフケアのあり方と共通するが、それが「科学的認識」の次元に留まるのでは不十分と言わざるを得ず、その点で異なる。

本研究では、患者は、透析歴を重ねていくうちに、次第に自分の体と生活に適した方法と基準が分かるようになり、自己管理を生活の中に組み込んで、上手に行えるようになっていくものである、という考えに立脚し、患者が究極的に修得すべきものは、単に自己管理に係わるいわゆる科学的な知識や技能などではなく、それらを取り込んだ生活の仕方にあると考えた。すなわち、現在のレベルにおける「科学的認識」を十分に踏まえながらも、それを乗り越えた生活という場面・状況の中で生かせる健康に関する「知」の体得と実践であり、これをセルフケアの「生活化」という概念で捉えた。

そこで、まず患者の側から、患者がどのような経験をして自己管理の修得を図ってきたのか、あるいは図れなかったのかなどを、患者の表現を通して検討し、生活化という概念を具体的に明かにすると同時に、自己管理の修得のための健康教育のあり方を考察する。

まず、その修得の過程と、そこに介在する要因の検討によって明らかにできたことは、各々の自己管理には、修得するために必要な期間があるということである。これまでの透析医療の状況下では、透析歴「5年以上」の者によると、「1～3年未満」と「3～5年未満」の時期に良好化する者が多く、生活の中に取り込み、しかも欲求不満を感じなくなるには、この程度の時間の経過が必要だということである。

また、導入後1年目頃と調査時の変化パターンは、「不変・良好」が 35.5～59.3%、「良好化」が 24.8～38.9%、「不変・不良化」は 4.4～11.5%、そして「不良化」が 3.5～19.4%の割合であった。全てが不変・良好である者は、多くても3分の1にすぎない。3分の2は多様な変化を経験している。

それらの変化パターンの形成要因としては、各々の自己管理に特有な要因もあるが、多くはパターンごとに通じていた。なかでも、セルフケアの修得との関連では、「良好化」の要因として、「慣れる」ということが重要であり、それは「体でわかる」ことや「自分の体への理解の深まり」に結び付いていた。また、失敗体験が「気づき」につながり、「良好化」していたことが注目された。このように各々の食事の自己管理の「良好化」の過程においては、生田 54)が「わざ」を学習する過程の分析で注目したのと同様に、教えられることによって頭で理解し獲得された「知識」ではなく、「わざ」をつかう「世界への潜入」と、そこで繰り返すことによって体全体を通して獲得するという学習過程と「知識」が、有効に作用していると解された。すなわち、セルフケアを生活に組み入れて上手に行うこと、つまりセルフケアの生活化には、いわゆる「わざ」を身に付ける際の学習過程と共通した性格の「知識」の獲得形式が、有効に機能していると考えられる。さらに重要なことは、「わざ」の習得に係わる「知識」や学習過程は、教育の専門家が持っている科学的な「知識」のあり方や教育過程とは異なっており、これまでの教育とそれを支えている知識の枠組みは再検討を要するという指摘であろう 54)。

また、「指導の通りに行ったため体調が悪くなったので、あまり自己管理しなくなった」という意見

には、耳を傾ける必要がある。高いコンプライアンスを求められたために生じたこのような体験は、医療スタッフと患者との関係を、表面的でぎこちないものにしてしまう恐れがある。したがって、医療スタッフの価値観で安易に管理の「悪い患者」、「良い患者」とラベリングするのは避けねばならない。

以上のことを考え合わせれば、保健や医療場面で行われる健康教育・知識のあり方や枠組みについても、やはり同様に再検討が必要であるといえよう。

さらに、自己管理態度とその変化並びに変化要因を捉え、セルフケアの生活化についてもっと詳しく検討した。本研究では、自分の体調とデータを基準とし、生活に取り込めるように工夫している態度を「セルフケア的態度」として捉え、専門家の指導を守ろうとする態度を「コンプライアンス的態度」とした。そして、前者をセルフケアの生活化が進行していることの典型的な指標と考えた。ちなみに、Health locus of control⁵⁵⁾と対照させれば、前者は内在的な基準と主体を認め易い人(internals)であり、後者は基準を外在的な者に求めている人(externals)に相当しよう。

本調査結果では、透析患者の場合、セルフケア的態度が60.0%と多かった。コンプライアンス的態度は19.2%に過ぎない。ちなみに、著者が50人の心筋梗塞患者を対象に同種の調査をした結果では、前者が31%、後者が37%とほぼ同程度であった。セルフケア的態度の多さは、透析患者の特徴といえる。しかも、セルフケア的態度の方が、Ht値、自己管理の良好度は優れており、制限ある食生活に対し満足できている者も多かった。すなわち、ここで「セルフケア的態度」と規定したことは、実際に自己管理に有効な態度であり、認識の仕方であることが分かった。

そして、これらの態度は変化していた。最も多かった変化の方向は、予想した通り、透析導入後、コンプライアンス的態度からセルフケア的態度に移行する変化であった。その主な要因は、やはり、事例検討でも指摘したが、透析生活に慣れることによって、「できる」から「わかってできる」ようになることであった。この差は、患者自身によると、「大きな違い」である。ここでも、「良好化」で指摘したのと同じ知識の獲得の仕方が見いだせた。また、同様に、これまでの栄養指導内容に対する疑問も、その要因であった。もちろん、導入初期の教育の効果もあげられている。

以上のことから、セルフケアの生活化のためには、「わざ」の学習と共通した「体で学ぶ」というタイプの「知識」と学習プロセスが重要といえる。そして、ここでいう「体で分かる」とは、自分が行ったケアの結果・効果が体の状態を通じて意識にフィードバックされるメカニズムが、各人の中に形成されて、自分に適したケアによるコントロールが可能になって行くことを示していると考えられた。

したがって、セルフケアの生活化とは、単に生活の一部として先に述べた運動や食事療法などのセルフケア行動が組み入れられることを指すのではない。それは、自分の心身の健康状態を感じとり、それに合わせて生活やケアを調整する自己内在的な基準(バロメータ)とそれによるフィードバックシステムを身につけていくことである。そして、そのようなメカニズムを背景に持って、自分にあう独自のケアや生活の仕方を工夫したり創り出し、実践することである、といえよう^{56),57)}。だから、セルフケアの生活化が完全にではないが行われているとみなせた「セルフケア的態度」の者では、健康の維持・回復と社会生活の充実の関係を適宜調整するセルフケアが可能となり、良好な生活に再建できた者がより多く認められたのであろう。

さらに、以上を踏まえた健康教育なり患者教育のあり方を考えれば、「提供者の論理」から「生活者としての患者の論理」に転換すると同時に、患者観、健康に係わる知識に対する考え方においても転

換をはかり、単に基準を与える指導やいわゆる科学的な知識を増やす教育のあり方を見直して、生活や体を通して獲得される「知」の創造を可能にするような、いわばセルフケアの生活化のための教育が必要である。そして、これが、患者のクオリティ・オブ・ライフという文脈の中で考えられるべき健康教育のあり方だと指摘できよう。

いいかえれば、教育と学習のプロセスとしては、まず保健医療専門家と患者の信頼関係に基づいて、療養生活において基本的な知識・技術の修得ためのコンプライアンス的態度とそれに基づいたケア行為が形成される過程がある。さらに、それらの生活化、内在化が行われて、セルフケア的態度でケアが行われ、セルフケアの生活化が進む過程と、少なくとも2つが考えられた。

前者の過程では、現在の科学的知識にのった専門的知識が提供される。その際には、専門家は患者に医療・養生法の決定・実践へ積極的に参加させ、協同するように促す役割を演じる必要がある。さらに、次のステップにスムーズに進めるように、徐々に患者の自立を促す必要がある。

後者では、単なるセルフケアの知識と技術の修得ではなく、それを取り込んだ生活像、人間像を視野に収めて、生活知や生活技術という「わざ」としてのセルフケアを習熟・創造することが重要となる。そして、専門家は医療の価値観に基づいて患者が行うことを否定するのではなく、むしろ学ぶ姿勢が必要と思われる。

この点に関して、慢性疾患患者・障害者同士の self-help group が良好に機能するのは、このようなタイプの知識や教育の機能をもっているためと考えられる(58)。これまで self-help group については研究が不足しており、このような観点から詳しい検討をする必要がある。

慢性疾患患者・障害者に対する健康教育なり患者教育といわれるものは、そのリーダーシップをとる者がこれらのことをもってはっきりと意識化して、健康をめぐる専門的知識と生活知・生活技術という両方の知識とその獲得形式を、連続、あるいは融合させ、「病気＝障害と上手に共存する生活」像を視野において展開することが、今後さらに重要となることを指摘したい。

なお、本研究で提示した「セルフケアの生活化」という概念は、未成熟なものであり、今後さらにセルフケアの修得過程についての詳しい検討を重ね、成熟させる必要があることは、銘記したい。

(2) 食事療法と健康の関連

食事療法と健康指標との関連からすれば、自己管理の良好度は Ht 値 ($\tau = .218$)、主観的健康評価 ($\tau = .181$) と関連が強く、Ht 値と主観的健康評価 ($\tau = .281$) も関連が強かった。食事に左右されると思われた医学的健康評価とは強い関連がみられなかった。また、Ht 値は食事療法の実行意識とも関連が多くみられた。よって健康回復と食事療法の関係については、食事療法によって Ht 値が改善し、それにつれ行動体力や主観的健康などの主観的健康評価が向上し、生理学的データなどが改善して医学的健康評価の向上につながるであろうと考えられた。また、医学的健康評価の改善にはかなり透析医療の向上が関与していることが、図2から分かる。そして、図3、図5からは、逆に透析医療の向上→医学的健康評価の向上→主観的健康評価→食事の自己管理の良好化というルートもある。さらに、それぞれに、社会生活のあり様が係わってくる。このように、それぞれの要因が複合的に絡み合っているということは、改善のためのアプローチはひとつではなく、いろいろあるということである。透析医療では、患者の問題が多面的であるため、チーム医療が求められる所以である。様々な問題を、各専門家が切れ切れに対応するのではなく、有機的な関連を持ったアプローチがなされることが望まれる。それによって、主効果ばかりでなく、副次的な効果が十分期待できると思われた。

その際には、生活という視点で、より臨床的な評価を総合できる枠組みと技法が必要となろう。今後は、そのような方向への発展も考えていきたい。

5. 職業生活の質について

これまで、社会復帰とは多くの場合職業復帰、あるいはそれに相当する活動の再開の程度を意味し、報告されてきた。職業復帰については、就労日数4日以上を完全社会復帰とし、3日以下の就労を部分社会復帰とする人工透析研究会の基準により、なぜ社会復帰していないか、また完全社会復帰できないのはなぜかといった点から検討されてきた(59),60,61)。

しかし、労働日数ばかりでなく、良好な生活を営むためには、やはり職業生活の内容の充実は欠かせない。ところが、今だに職業復帰できるか否かというレベルでの問題が大きいことと、社会福祉や保健医療のケア提供者以外で透析医療や患者を対象に研究している者が、わが国では極めて少ないため、仕事のやりがい感や、透析を受けながら仕事をするものの意味など質的な側面には、十分な注意が払われていない。

仕事のやりがい感との関連では、確かに労働日数が長い者のほうが強く感じており、しかも「4日」以上で強くなる傾向にあり、職業生活の質を反映した重要な指標であることが分かった。したがって、良好な職業生活のためには、ある程度以上の労働日数が確保されることは重要である。

さらに進んで、透析患者の職業生活を良好なものにするためには、腎臓病、透析による社会的不利が解消される必要があるだろう。その要因から、透析による制約が仕事遂行上に必要な付き合いや、チームで行う仕事を難しくしているためと思われる。これらは、主に被雇用者の問題であり、したがって自営業より被雇用者の方が、やりがい感が弱かったと考えられる。わが国の企業の終身雇用制度は、障害者となっても雇用が継続され易いという長所があると思われるが、その質に関する部分では、やりがい感の喪失理由や社会的不利益の経験などから、日本的な *Negotiation* による仕事の進め方や、労働時間の長さは、障害要因として働いていると考えられた。すなわち、多くの制約がある透析医療と企業が要求している雇用労働者像とは、互いにあい入れない面が多いといえるだろう。これらを解決するには、両者が歩み寄る以外にはない。すでに指摘されているように、制約の少ない家庭透析や CAPD の普及が望まれている(59),60,61)。また、企業側には、労働時間の短縮やフレックスタイム、在宅勤務など雇用形態の多様化の実現が課題であろう。

さらに、田中(62)が指摘しているように、保護的な工場、福祉労働も考慮されるべきかも知れない。神奈川県の一ノ尾、群馬県のグリーンピースなどいくつか試みられている。しかし、前者は経営的に困難であるというし、後者は県の施設だが、内部障害者だけで認定されたものではなく、精神薄弱者なども雇用せねばならない。したがって、聞き取りによれば、障害者間の差別など問題が生じているという。よって、今のところ、このアイデアの成功は難しいと思われる。

調査対象者のような中壮年期の男子の場合、健常者と同じく、仕事を生きがいとし働いている者が半数以上を占める。そこで求められているのは、現在の社会の価値体系の中で意義のある仕事のあり方である。それを追求する限りでは、健常者と競うしかない。それを可能にする社会的支援のあり方も重要ではあろう。しかし、従来の福祉的労働とも違った、かなり質的に高い労働力を持っているが、何等かの制約があるという病者・障害者を対象として、正確には当てはならないかもしれないが生協やワーカーズコレクティブのような、異なった価値観の労働のあり方を模索する必要があると考える。また、今のところ少数だが第三セクター方式の企業は、このような人々の雇用対策面で注目されよう。

6, 社会生活の変容の構造とその良好さ

以上との関わりでは、果して、健常者並にフルタイムで働くことが良好な社会生活と結びついているのか。たとえフルタイムで働いていなくても、他の社会生活を充実させることで、良好な生活が営めるのではないだろうか、という点を明らかにすることが必要となる。ところが、これまで、職業以外の透析患者の社会生活における活動は、殆ど知られていない。よって、両者の関係も、実証的には明かではない。

そこで、職業も含めて、社会生活が透析導入のインパクトによって、構造的にどのように変容するのかについて、各生活領域の実態を踏まえて、明らかにしようとした。しかも、各領域における主観的評価と活動タイプなどとの関連性を検討し、生活変化の意味と主観的良好さに必要な各生活状況を示した。

Czaczkes ら 63)は、社会的な活動面における Rehabilitation のレベルの評価は難しいとしながらも、職業復帰と他の社会的活動の関連について、高いレベルで、社会復帰を達成している者の多くは、また、社会的活動のレベルも維持している。逆に、職業復帰できなかった者の多くは、社会的活動も低下している。したがって、職業復帰と社会的活動には同じ要因が関係していると、指摘している。しかしながら、患者が行っている社会的活動の詳しい内容や、その影響などについては明らかにしていない。

本研究では、表 3 5 に示したように、労働日数と透析日並びに非透析日の労働時間を検討したところ、関連が強く、労働日数は 1 週間の総労働時間の長さの指標とも考えられ、それで職業復帰のレベルが代表できると考えた。そして、社会生活の変容と現状を労働日数との関連で類型化した。それによって、Czackes らの指摘を検討し、さらにその内容を詳しく明らかにすることができた。

すると、確かに指摘どおり、労働日数が「0 日」と職業復帰していない者では、趣味・レジャー、親しい人間関係ばかりか、家事・家庭内役割、団らんの機会においても、職業復帰している者より、減少した者の割合が大きかった。すなわち、職業生活の喪失の程度は、他の社会生活の活動の喪失レベルと一致する傾向にあった。もちろん、例外はあり、完全に夫婦の性役割を交代した者が、今回の調査では 2 人いた。

では、労働日数が多い者ほど、社会的活動もより活発なのであろうか。

趣味・レジャー、親しい人間関係の変化においては、労働日数が多くなるほど、「減少」を経験した者が減り、活動を維持するというよりは、むしろ「増加」したと意識している者の割合が大きくなっていった。また、現状の趣味・レジャーの活動も活発であった。しかし、親しい人間関係領域数は、「5 日」の者が最も多い傾向にあり、生活程度も高い者が最も多かった。それらは「6 日」になるとやや下がるのである。さらに、家族・家庭生活時間は、「1～4 日」の者で「増加」が最も多く、団らんの機会も頻繁であった。「6 日」では、透析と労働に時間が取られるため、総体としての家族・家庭生活時間はやはり「減少」した者が多かった。また、家族との心理的ギャップは、「5 日」までは労働日数が増えるとギャップは小さくなる傾向にあったが、「6 日以上」ではまたギャップが強まる傾向にあった。

これらの労働日数別の生活類型の特徴から考えると、労働日数や労働時間ができるだけ健常者に近い職業復帰ほど、良好な社会生活のあり方だとは思えない。

そこで、社会生活の良好さの指標として、各生活領域における満足度などから構成した社会生活の充足度でみると、やはり、「5 日」の者のほうが良好な傾向にあった。また、生活の再建が主観的に良好と判断された者が占める割合も、やはり「5 日」が 42.3% (11/26) であったのに対し、「6 日」は

15.6% (7/45) と小さい。

では、なぜ、労働日数が「6日」の者より「5日」の者のほうが、主観的に良好な状態にあったのであろうか。

それは、前者は多くの日数働いているにも拘らず、生活程度の評価は低い。したがって、働かざるを得ない経済事情にある者や生計維持に対する切迫感を強く感じている者が多いことが考えられる。生活程度は最も強く社会生活の充足度と関連していた生活内容であり、この影響が大きいと思われた。また、仕事のやりがい感が高いにも拘らず、職業生活・社会的活動面での満足感では「6日」の者を下回っていた。よって、健常者に近づけば、また欲求水準も上がり、透析による拘束で十分に働けないことに対する苦痛が増すとも考えられる。さらに、「6日」の者は、労働日数が多く、したがって相対的には自由時間が少ないにも拘らず、その他の社会生活面でも積極的に生活していた。それが負担感・疲労感を生じさせているかも知れない。あるいは、そういう積極性の裏には、何かしていなければ病気に圧倒され兼ねない自己を心理的に防衛している可能性もある。このことは、事例からも示唆された。

逆に「5日」の場合は、週休2日ということであり、被雇用者であれば大手企業で経済的に安定し、ある程度理解も得られ易いと思われる。自営業であれば、それ以上働かなくて済むということで、やはり経済面の安定があげられよう。

このような状況の違いが、「6日」の者の場合、家族との接触時間の減少とあいまって、家族関係を変容させ、家族内での心理的孤立感や病者意識を相対的に強くしていると推察された。

以上のように、透析患者には、労働日数に代表されるような適切な働き方が存在し、それが良好な社会生活の全体的な再建につながっていると示唆された。しかし、それは、仕事のやりがい感と満足度や充足度が完全にはパラレルな関係にないことから、生活の重点を最も充実させた生活をするのか、バランスがとれた全体的に満足度の高い生活にするか、という人生の選択を患者と家族がせねばならないことを意味している。これまでは、それが意識化されないまま、見通しも持たずに、選択されていたと思われる。したがって、この種の研究成果は、さまざまな制約のもとで生きることを余儀なくされている慢性疾患患者・障害者と家族が、自分達の人生設計をするデータとして、意義があると考ええる。もちろんその選択を強制したり拘束するものではなく、よりよい自己決定のためのデータとしてである。

ただ、これらの結果は、本研究の対象の特性や、指標をめぐる方法上の問題、あるいはサンプルの規模によっている結果かも知れない。そのため、今後は、透析患者のクオリティ・オブ・ライフの向上のために、適切な働き方と労働条件を、職業保健としてさらに検討すると同時に、他の社会生活との関連をもっと大きな集団レベルで明らかにする必要がある。

また、労働日数が少ない者のほうが自由時間が多はずなのに、なぜ趣味・レジャー、家事などが減少するのであろうか。Czaczkes ら 63) が指摘している要因のうちでは、受身な病者役割、依存の必要性があてはまるだろう。

働いていない者や「1～4日」と労働日数が少ない者は、その理由として、「体力や健康が十分回復していない」ことをあげている。ただし、使用した健康指標では労働日数による違いがみられなかった。これらの群には、年齢が高い者が多い傾向が認められ、今回用いた健康指標では表現できないような合併症の影響など（たとえば失明）がある者が含まれているのだろう。それらの者は依存の必要性が大きいと考えられる。

また、透析患者のなかには、自分で透析患者という殻を作ってしまう者がいる。すなわち、「そんなことは透析患者にはできない」と勝手に決めつけてしまうのである。ある程度の健康レベルにありながら、生活範囲を狭めて安定をはかっている者のなかには、このような受身な病者役割をとっている者がいるであろう。

それらに加えて、生活程度の影響が大きいと思われる。

本研究では、主観的判断で調査したため、金銭的な面とそれが及ぼす精神的な影響とが含まれていた。労働日数の少なさは、経済的にも、精神的にも余裕をなくさせ、趣味・レジャーといった社会生活が減少していると考えられる。すなわち、慢性疾患患者・障害者の場合、趣味・レジャーという消費生活は、単なる時間の多寡の問題ではなく、労働や生活程度という生産的側面がある程度確保されて始めて活発化する生活領域であった。

さらに、中壮年期の日本人男子の場合、仕事と趣味・レジャー、人間関係が結びついている。透析導入によって、職を失うことが、同時にそれらをも失ってしまうことになる場合があることが、それぞれの生活変容の要因から指摘できた。

7. 主観的に良好な生活をめぐって

青井は 17)、生活構造の研究の最後の目的として、どのような生活構造が生きがいを高め、どのような生活構造が生きがいを低めるかを問わなければならないとしている。本研究の最終的な目的も、ゴールの設定は違うが、このような問いに答えることにあった。

そこで、自己管理の良好度と社会生活の充足度、さらに病者意識という指標を用いて、最も良好と思われる者と最も不良であると判断した者の比較から、良好な者の生活の特徴を明らかにしようと試みた。

本研究のような統計的な集団間の比較で得られるのは、生活構造の特徴というよりは、良好さを高めるための条件、あるいは阻害要因である。しかし、群の中で割合が高かったカテゴリーは、そのカテゴリーごとの該当者の中に占める割合でも高い。したがって、再建良好・弱群の典型的な生活様式は、それぞれ最も割合の高いカテゴリーをつないでいくことで得ることができる。ただし部分の結合では全体を表したことにはならないため、良好な事例による検討で、その欠点を補おうとした。なお、抽出された指標の多くは、すでに個々の指標を用いた検討やそれを構成している主観的な評価項目との関連で、およそ明らかにした生活条件や行為などであった。

したがって、それらの生活再建の構造的関連は、セルフケアについては、自己管理態度との関連で説明し、社会生活では、労働日数との関連で説明したことがあてはまるであろう。そして、両者の関連は、自己管理と社会生活の評価指標の関連の強さ、生活変容の過程に介在した要因から、相互に作用し合いながら進行するといえよう。

敢えて図式化を試みれば、①退院できる程度の基本的健康回復→{②職業復帰などによる社会生活の再建開始→③セルフケア(食事や運動など)の生活への取り込み開始}→④さらに体調の改善→⑤精神的な安定(透析生活への慣れ)→{⑥セルフケアの生活化の進展→⑦本格的な社会生活の再建}→⑧さらに体調・精神状態の改善、といったルートで進行して行くようである。

生活の再建の程度に並行して、心理的にも「透析患者意識」から解放されるようになると考えられる。そして、時期的には、透析後5年経過した頃からセルフケアと社会生活が噛み合うようになるが、10年以上になると、精神的適応で考察したように、また新たな問題が生じてくるため、両者の両立がしだいに困難になると思われた。

8, 家庭透析と夜間透析の比較

Evans ら 15)は、機能的な障害、労働能力という客観的な指標と、主観的良好さ、心理的安定、生活満足度の主観的指標から、透析療法間におけるクオリティ・オブ・ライフの比較を行っている。ここでは、施設透析は時間帯が区分されていないため、家庭透析と夜間透析ではどちらが良好なのかは分からない。ただ、ここで注目している家庭透析についてみれば、腎移植を受けた者について良好であった。また、生存率も優れていることが知られている 66)。

わが国では、Ht 値や職業復帰率などで比較され、職業復帰に関しては同程度で 59),61), Ht 値など生理学的検査データでは家庭透析のほうが良好であることが示されているが 65), 総合的にはまだ検討されていない。そこで、療法間の比較を行い両者の特徴を明らかにした。

Ht 値、医学的健康評価、自己管理の良好度、病者意識という評価指標では、家庭透析患者の方が夜間透析患者より良好であった。また、最終的な良好さの指標とした再建良好・病者意識弱という類型も家庭透析患者で多く認められた。これらの指標でみる限りでは、家庭透析のクオリティ・オブ・ライフのほうが良好といえる。透析歴が家庭透析の方に長い者が多いため、適応の過程を考えれば、有利であったかも知れない。

また、家庭透析の特徴として、生活変化が少ないことが分かった。夜間透析では、変化を多く経験している。これまでの生活を維持できるという面でも、家庭透析は良好と思われた。

しかし、労働日数には差がなく、職業復帰には、透析形態以外の要因の関与が大きいと考えられる。

逆に、家庭透析で問題と思われたのは、精神的側面で、透析生活に対する不安・抑鬱感が、不変・不良である者、増大した者が、夜間透析患者に比べると、大きな割合であった。また、家族との心理的ギャップも、大きな割合ではないが、比較すれば増大した者が多い。これらのことには、家庭透析特有の介護者の負担の大きさ、及びその高齢化などの問題が、関係していると思われる。そして、そのことを患者自体も、家庭透析の短所として強く意識しているためであろう。家庭透析を継続するためには、介助者が必要であり、介助できなくなると施設で透析せざるを得なくなる。家庭透析の長所としてあげられた条件は、裏を返せば施設透析の持っている問題点でもあったから、自由度の高い家庭透析から、相対的に不自由な施設透析に移ることを考えねばならないのはストレスであろうと思われる。よって、家庭透析も長所ばかりとはいえなかった。今後は、家庭透析を望みながら、継続が不可能となった者へどのように対応するかが課題と思われる。

しかし、おおむね優れていると思われる療法であるにも拘らず、どうして日本では増えないのだろうか。諸外国においては、患者自身が、病人であることを感じなくて済むことから強く望んでおり、腎臓移植と共に重要な方法と考えられている 66)。

ちなみに、ヨーロッパ諸国では平均約 19%であるが 64), わが国では 1985 年時点で 0.2%に過ぎない 41)。

その理由として、住居の狭さ、電力の使用量の少なさ、温水の供給の不十分さ、費用面があげられている 66)。また、透析患者の意見 33)として最も多いのは、病院透析の方が安心して楽だという理由で、77.4%である。次いで、トラブルが生じた時の不安 (63.6%)、介助者がいない (40.7%) ことであった。また、家庭透析は特定の医療機関によって試験的に行われており、正式には認可されていない。このような環境条件、患者の専門家への依存の強さや欧米との透析に対する考え方の違い、社会的に認められていないものへの抵抗感、介助者の問題などから、文字通り「セルフケアの生活化」がはかれて良好な生活の再建が期待できるにも拘らず、普及を困難にしているといえよう。

9, 評価指標の問題点

本研究にはいくつかの問題点がある。最も重要なものは指標に係わる問題である。まず、社会生活の充足度や自己管理の良好度は、この対象集団の特性に規定された平均値などを用いて評価指標を作成しており、本来は、この集団内の相対的な意味しか持っていない。また、例えば、趣味・レジャーという生活内容や行為を表す指標は、各趣味レジャーの変化や現状から、便宜的に作成したものである。その情報自体が、観察された客観的なものではなく、患者の自己認知を通して得たデータであるかもしれない。趣味・レジャーの数や内容から、その意味するところを大まかには把握したが、厳密ではない。本研究の問題点は、対象者の偏りとこのような生活内容・行為の指標作成にあるといわざるを得ない。しかしながら、長いサイクルをもって営まれる生活を簡便に把握する方法としては、今のところ他に良い考えがない。

また、医学・生理学的データでは、その評価自体が十分検証されていない。しかも、相互に関連が弱いことから、一元的な指標にすることには問題があるかも知れない。今後、クオリティ・オブ・ライフの研究を進めるためには、これらの指標が開発され、十分に吟味される必要があるだろう。

このような問題による普遍化の限界はあるが、ここで用いた評価指標や生活の内容・行為を表す指標から明らかになった生活像は、理想的な生活像としてではなく、受身的な患者役割をとっている者や、透析導入を控えている人、導入後間もない人に対し、この程度は可能であろうという”道しるべ”や、社会福祉・保健医療面でのケアの方向性に対する示唆にはなるであろう。