九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

在宅酸素療法施行患者の障害受容の促進要因と阻害要因

鐵井, 千嘉
九州大学病院

松岡, 緑
九州大学医学部保健学科

川上, 千普美
九州大学医学部保健学科

https://doi.org/10.15017/3246

出版情報：九州大学医学部保健学科紀要. 5, pp.1-12, 2005-02. 九州大学医学部保健学科
バージョン：
権利関係：

九州大学医学部保健学科紀要，2005，第５号，１－12
Memoirs Kyushu Univ. Dep. of Health Scis. of Medical Sch., 2005, vol.5, 1－12

在宅酸素療法施行患者の障害受容の促進要因と阻害要因

鐵井　千嘉[1)]，松岡　　緑[2)]，川上千普美[2)]

Promotive Factors and Obstructive Factors that Influence Adjustment to Disability in Patients Undergoing Home Oxygen Therapy

Chika Tetsui，Midori Matsuoka，Chifumi Kawakami

ABSTRACT

The purpose of this study was to explore factors which promote and obstruct the process of the disability adjustment in patients undergoing Home Oxygen Therapy (HOT). The study period was from September to October, 1999. We interviewed 27 patients who agreed to participate in this study. Each interview required approximately 40 minutes. The participants were asked to express their thought/feelings about the disability it's course and progression. Data taken from the interviews were analyzed with a qualitative description method.

As a result, 291 items were extracted from the interviews. The 13 following categories were found to promote the process of disability adjustment:positive attitude towards individuals with disability, absence of worry, passion for life, having a role, discovery of self-worth, a sense of disability self-management, carefulness from oxygen inhalation in public, family support, communication with friends, sharing the pain with other patients suffering from the same disease, having a hobby / a definite aim, increasing social activity, and having a longer history of illness (total 136 items).

On the other, the following 11 categories (155 items) were found to obstruct the process of disability adjustment. These are prejudice towards disabled individuals, anger, shock, a feeling of loss, depression, fear of disease, being worried about oxygen inhalation in public, lack of family support, decreasing social activity, decreasing of social contact, and lack of stress management.

The results of this study suggest the need for psychosocial intervention, namely a sense of symptom management, family support, social awareness/role maintenance, having a positive attitude to life, and self-acceptance.

Key words：patients undergoing HOT　在宅酸素療法施行患者，
disability adjustment　障害受容，
promotive factor　促進要因，
obstructive factor　阻害要因，
depression　抑うつ

要　旨

本研究の目的は，在宅酸素療法施行患者の障害受容の促進要因と阻害要因を明らかにすることである。実施期間は1999年9月～10月。主治医を介して協力を依頼し，同意の得られた患者27名に対して面接を行った。所要時間は平均40分。面接では，障害発生前～障害発生時～障害発生後に至るまでの時間的経過に沿って障害に対する気持ちを自由に語ってもらい，その結果を帰納的に分析する質的記述的研究法を用いた。

分析の結果，障害受容の影響要因について総計291のコードが得られ，障害受容の促進要因としては，【障害者へのプラスイメージ】【くよくよ悩まない】【生への執着心がある】【役割維持】【新たな価値の発見】【症状をコントロールできる感覚】【酸素吸入時に人目を気にしない】【家族サポートがある】【友人との交流がある】【同病者との交流がある】【趣味･生きがいがある】【行動範囲の拡大】【罹患歴が長い】の,13のカテゴリー(計136コード)が見出された。また,障害受容の阻害要因としては【障害者への偏見･同情】【怒り】【ショック】【喪失感】【抑うつ】【疾病脅威】【酸素吸入時,人目を気にする】【家族サポートがない】【外出頻度の減少･行動範囲の狭小化】【人付き合いの減少】【ストレス発散･気分転換不足】の,11のカテゴリー（計155コード）が見出された。本研究の結果から,症状をコントロールできる感覚，家族サポート，社会性・役割維持，プラス思考への転換，ありのままを受け入れること，以上の心理社会的介入の必要性が示唆された。

キーワード；HOT患者，障害受容，促進，阻害，抑うつ

Ⅰ．はじめに

現代医療の対象は急性疾患から慢性疾患へ，さらに疾患から障害へとその範囲が大きく変化してきた。慢性疾患を抱えた患者たちは,「疾患」と「障害」を同時に合わせ持つ存在であり，WHOの国際障害者分類[1]の中では，障害を機能・形態障害，能力障害，社会的不利の3つのレベルに分けている。障害といえば，視覚・聴覚の感覚系障害や，脳性麻痺・脳内出血後遺症による四肢の運動障害すなわち，形態･能力障害でイメージされる。しかし，内部障害については，障害が客観的に分かりづらく，行動する能力を行使する実行過程が制限されて社会的不利が生じる。今回は，内部障害の中でも，呼吸器障害の患者に注目した。在宅医療の中でも慢性呼吸不全の患者が数の上で注目され[2]1985年から在宅酸素機器が保険適応となって以来，在宅酸素療法（home oxygen therapy；以下HOT）が広く普及している。呼吸機能に障害のある患者は病態の進行により生活上必要な歩行や会話など様々な活動能力が損なわれていく。また酸素機器からの酸素供給が途絶えると，生命に危険が及ぶという苛酷なハンディを背負いつつ社会生活を営んでいる。このような状況にありながらも，呼吸器障害のある現実を心理的に克服（受容）していくことが重要と思われた。障害受容についての本格的な研究は我が国では皆無に等しく米国でもその端緒を開いたばかりである[3～4]と言われている。HOT患者の障害受容の研究も皆無である。

今後もHOT患者数は増加の一途をたどることが予測され，HOT患者の心理社会面における介入の充実が必要になると思われた。そのため，本研究では，HOT患者の障害受容に影響する要因を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．方　　法

1．用語の定義

HOT導入後の5年生存率は50％前後[5]で，HOT患者は呼吸器疾患において病態的には重症

1）九州大学病院
2）九州大学医学部保健学科

の状態にあり，死の脅威が加わる。今回，HOT患者の障害受容を‘様々な日常生活動作に制限が加わる苛酷な状況にありながらも，現実を冷静に認知し，障害や先行き（死）の不安のみに心をとらわれず自分らしさを維持し，障害と共生して生活できる状態’と定義づけた。

2. 調査対象

対象者は，F県K病院呼吸器科外来に通院する慢性呼吸不全でHOT施行中の患者27名である（表1）。うち男性14名，女性13名であり，平均年齢は70.6歳（55～88歳）であった。HOT導入期間は4ヶ月から42年間であった。本研究では，呼吸器障害を抱えてから現在に至るまでの経過の中で，障害受容に影響する様々な要因を見出していくためにHOT導入期間，罹患期間，H－J分類などに選定の条件を求めず，幅広く情報を得ることとした。

表1　対象者の背景

事例	性別	年齢	HOT 導入期間	H-J 分類※
1	女性	60	5年	5
2	男性	75	2年	3
3	女性	59	3年	3
4	男性	77	4年	5
5	女性	79	11年	5
6	男性	73	4ヶ月	5
7	女性	57	2年	5
8	女性	55	42年	3
9	男性	64	8年	4
10	女性	74	8ヶ月	3
11	男性	62	3年	3
12	男性	74	4年	3
13	女性	88	7年	5
14	女性	76	5年	3
15	女性	70	6年	3
16	女性	72	1年	1
17	男性	73	8年	3
18	男性	70	5年	3
19	男性	76	8年	5
20	男性	80	5年	2
21	女性	67	7年	5
22	男性	66	4年	5
23	男性	84	1年	2
24	男性	62	3年	5
25	男性	59	2年	3
26	女性	77	6ヶ月	5
27	女性	76	4年	3

＜H-J分類＞※
1：正常人とほとんど変わらない
2：坂や階段を上がるときだけ息切れする
3：平らな道で人に合わせて歩くと息切れし，自分のペースを守ればなんとか歩ける
4：平らな道の50mも息切れのために歩けない
5：話や身の回りの作業で息切れする

3. 調査方法

実施期間は1999年9月～10月。主治医を介して協力を依頼し，同意の得られた患者に対し，面談室で行った。（患者からの同意が得られていても，呼吸困難や発作の出る可能性が高いと主治医が判断した患者は除外した。）所要時間は平均40分（30分～55分）であった。面接内容は，障害発生前～障害発生時～障害発生後に至るまでの時間的経過に沿って質問項目を設定した。①この病気にかかる前の健康な時に障害のある人を見てどのように感じていましたか？②身体障害者手帳を最初に受け取られた時は，どういう感じがしましたか？障害者となられた時，どんな気持ちになりましたか？③この呼吸器の病気に罹ってから今に至るまでの期間，呼吸器障害に対する気持ちはどのように変わってきましたか？この期間，どのような気持ちで過ごされてきましたか？④この呼吸器障害は，あなたにとってどういう存在ですか？⑤呼吸器障害を受けて，あなたが失ったものは？⑥障害を受けてもなお，健康な時と変わらずに持ち続けることのできているものは？⑦この障害を負ったからこそ得ることのできたものは？以上の7項目で構成し，これらについて対象者に自由に語ってもらい，その結果を帰納的に分析する質的記述的研究法を用いた。質的アプローチは，ホリスティックなものであり，それを生かしてHOT施行患者の語りから，障害に対する思い・感情など様々な内的経験世界を知り，患者の背景を含めた心理面を浮き彫りにしていく有用な方法と考えた。

4. 対象者に対する倫理的配慮

面接実施の際は，対象者に無理な負担をかけないよう十分な注意を払い，体調変化が生じたら中断する等の配慮をした。また，面接時は同意を得て筆記記録をとり，調査内容は秘密としプライバ

シーは十分守られること，研究目的以外には使用しないこと，話したくない内容であれば話さなくてよいことを口頭及び紙面で説明した上で同意を得た。尚，HOT 患者は会話中に息切れ・咳嗽・痰貯留などが起こり，面接時にテープ録音を使用すると患者に身体的・精神的なプレッシャーをかけることになる上，患者の弱みや苦しみの場面が音声として残ることなど，倫理上，不適切であると判断し，筆記記録を行った。

5. 分析方法

今回は，逐語録より障害受容の促進要因及び阻害要因に関する言葉を１つの単位としてコード化した。さらに抽出されたすべてのコードを集め，その類似点や相違点を比較し，最終的に類似していると判断したコードを集め，サブカテゴリーとし，受容の促進要因と阻害要因のカテゴリーを抽出した。

Ⅲ．結　　果

障害受容の影響要因について総計 291 のコードが得られた（表 2）。障害受容の促進要因では，【障害者へのプラスイメージ】【くよくよ悩まない】【生への執着心がある】【役割維持】【新たな価値の発見】【症状をコントロールできる感覚】【酸素吸入時，人目を気にしない】【家族サポートがある】【友人との交流がある】【同病者との交流がある】【趣味・生きがいがある】【行動範囲の拡大】【罹患歴が長い】の，13 カテゴリー（計 136 コード）が見出された。

阻害要因としては【障害者への偏見･同情】【怒り】【ショック】【喪失感】【抑うつ】【疾病脅威】【酸素吸入時，人目を気にする】【家族サポートがない】【外出頻度の減少・行動範囲の狭小化】【人付き合いの減少】【ストレス発散・気分転換不足】の，11 カテゴリー（計 155 コード）が見出された。それらはさらに，要因を対比させると表 3 のように分類された（表 3）。また，障害発生の時点において，健康な時に障害者に抱いていたイメージが心理的に作用し，発症後は，怒り→ショック→喪失感→抑うつへと心理過程が進み，抑うつが障害受容のターニングポイントとなることが推察された（図 1）。

以下に，障害受容の促進要因と阻害要因に共通に見出された対比する要因及び，促進要因のみに見出された特徴的な要因について事例を挙げて説明する。

(1)【障害者へのプラスイメージ】と【障害者への偏見・同情】

患者が呼吸器障害者になる前に，障害者を見て

表 2　抽出された障害受容の促進要因と阻害要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
障害受容の促進要因	障害者へのプラスイメージ	3
	くよくよ悩まない	29
	生への執着心がある	7
	役割維持	15
	新たな価値の発見	19
	症状をコントロールできる感覚	15
	酸素吸入時，人目を気にしない	10
	家族サポートがある	13
	友人との交流がある	7
	同病者との交流がある	5
	趣味・生きがいがある	4
	行動範囲の拡大	5
	罹患歴が長い	4
	サブカテゴリー数　13	計　136
障害受容の阻害要因	障害者への偏見・同情	3
	怒り	8
	ショック	6
	喪失感	32
	抑うつ	21
	疾病脅威	37
	酸素吸入時，人目を気にする	4
	家族サポートがない	6
	外出頻度の減少・行動範囲の狭小化	9
	人付き合いの減少	11
	ストレス発散・気分転換不足	18
	サブカテゴリー数　11	計　155

サブカテゴリー総計　24　　総計　291 コード

表３　対比される障害受容の促進要因と阻害要因

促進要因	阻害要因
障害者へのプラスイメージ	障害者への偏見・同情
くよくよ悩まない　生への執着心がある	怒り　ショック　抑うつ
役割維持　新たな価値の発見	喪失感
症状をコントロールできる感覚	疾病脅威
酸素吸入時，人目を気にしない	酸素吸入時，人目を気にする
家族サポートがある	家族サポートがない
友人との交流がある	
同病者との交流がある	人付き合いの減少
趣味・生きがいがある	ストレス発散・気分転換不足
行動範囲の拡大	外出頻度の減少・行動範囲の狭小化

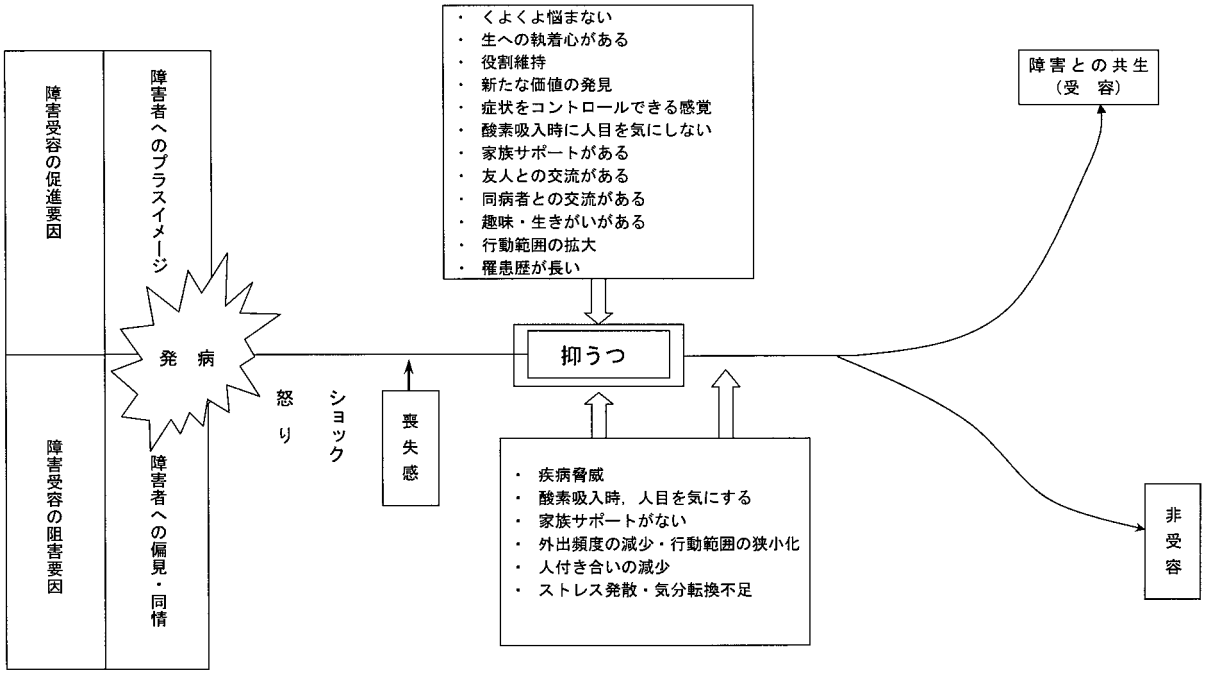

図１　障害を受容するあるいは非受容に至る過程

どのように感じていたかというものである。＜事例３＞「障害者を見ても，特別視していませんでした。周りにはたくさんの個性を持っている人がいるわけでしょ？障害もその人の個性の一つのような感じがしていました。」と，障害者を肯定的に受け止めているプラスの局面が見出された。

一方，＜事例６＞「不自由でかわいそうだなぁと同情の目で見ていました。暗いイメージを持っていました。」＜事例７＞「当事者の気持ちはどんなものだろうかと考えようともしていませんでした（中略）表面的なものばかりを見て今思えばまったく他人事だったんです。」等と，障害者に対してネガティブな印象を抱いているマイナスの局面が見出された。

(2)【くよくよ悩まない】【生への執着心がある】と【怒り】【ショック】【抑うつ】

＜事例３＞「長い付き合いになるのですから，そのつもりで考え方をうまく調整していかないと…。」＜事例27＞「こんな病気を抱えていても，しっかりと生きていきたいよ。生への執着をなくしたらそれこそおしまいだから。」等，障害のある現実を受け止めた上で前向きな姿勢で人生を生きようとするプラスの局面が見出された。

一方，＜事例５＞「障害は，私にとって一生付き合っていかなければならない敵！この病気と障害があるから，生きている意味がなくなる…ただ命があるだけ。早くお迎えが来てくれないかな。」＜事例11＞「この病気は他人にはなかなか

理解してもらえない。どんなに苦しくて休んでいても，怠けているとしか受け取ってもらえないんです。」等，ネガティブな感情に苛まれるマイナスの局面が見出された。

(3)【新たな価値の発見】【役割維持】と【喪失感】

＜事例 7 ＞「病気のために教師を辞めたわけですが，当時の教え子がずっと私の元に来ているんです。（中略）社会的に引退したのは事実ですが，その役割が引退を気にプッツリ切れてしまったわけではなく，教師である自分を今でも維持できていると思うのです。」「何が大切なのか…それを感じ取れることができるようになったのも，この障害のお陰です。」と，障害のため役割喪失が起こったが，第 3 者の存在で役割を再度獲得できたという‘役割回復～役割維持’また，障害があっても頼られるという気持ちや，存在価値への気づき，さらに，障害があるからこそ獲得できたものがあるというプラスの局面が見出された。

一方で，＜事例 4 ＞「呼吸器障害を持ったがために失ったものって数え上げればきりがない。生活動作・外出・趣味・友人・仕事…。」と，喪失感が強いマイナスの局面が見出された。

(4)【症状をコントロールできる感覚】と【疾病脅威】

＜事例 27 ＞「目が覚めて息ができない時もありますが，水を飲めば細い息がつけるようになります。」「この病気があると，ちょっとの風邪でもすごく心配になる。（中略）私にとっては命取り…あの苦しさはもう二度と体験したくない。怖いから風邪引かないように細かい注意を払っています。」＜事例 3 ＞「酸素があれば大丈夫なんです。」等，風邪や体力減退に細心の注意を払い，体調管理を行う面や，自分で呼吸困難をコントロールできる感覚と，酸素によるいのちの保障を感じながら療養を送るプラスの局面が見出された。

一方で，＜事例 4 ＞「治る見込みがないそうで（中略）いくら自分が努力しても…困ったものです。」＜事例 26 ＞「常に，呼吸困難の発作が出てこないか気がかりです。」等，不治・死・発作に対する不安感が強く，それらへのコントロール不能感を抱くマイナスの局面が見出された。

(5)【酸素吸入時，人目を気にしない】と【酸素吸入時，人目を気にする】

＜事例 8 ＞「今となっては長い付き合いになりましたし…全然気になりません。」＜事例 15 ＞「以前は，全く酸素療法の必要性を理解せず，症状も軽いし体裁も悪いし，処方された吸入時間を守らなかったけど合併症予防のためと聞いてようやく酸素の大切さを自覚することができました。」＜事例 7 ＞「人は人，自分は自分だと言い聞かせています。」＜事例 3 ＞「24 時間酸素チューブをはめて生活していますから，それが普通になっています。」等，病識が芽生え，合併症予防の視点から酸素療法の必要性を理解し，他人の目を気にせずに自己に目を向けることができている。酸素吸入に慣れ，気持ちの折り合いをつけて日常生活へ酸素療法を統合できているプラスの局面が見出された。

一方で，＜事例 10 ＞「人前で酸素を吸うくらいなら死んだほうがまし。」＜事例 22 ＞「以前，建設現場で酸素吸入をしながら働いていたら，病人はもう来なくていいとまで言われて，（中略）それから何かと人目が気になるようになって…。」等，酸素吸入を行わず，自分の命を犠牲にしてまで他人の目に合わせる，すなわち治療上のプログラムを日常生活に統合することに困難を来たしているマイナスの局面が見出された。

(6)【家族サポートがある】と【家族サポートがない】

＜事例 7 ＞「常に家族の温かいサポートがあったからこそ，今こうして障害に負けていない自分があるのかもしれません。」と，家族の存在が障害受容にプラスの影響を及ぼしている局面が見出された。

一方で，＜事例 2 ＞「誰とも話をしていないなぁという日がしょっちゅうありますし，子供達とは今は全くの音信不通状態で，日々すごい孤独を感じております。」と，家族サポートが得られず，

孤独感に苛まれているマイナスの局面が見出された。

(7)【友人との交流がある】【同病者との交流がある】【趣味・生きがいがある】【行動範囲の拡大】と【人付き合いの減少】【ストレス発散・気分転換不足】【外出頻度の減少・行動範囲の狭小化】

＜事例 13 ＞「仲間と笑って楽しく過ごしていますから…病気のせいで人生を楽しめないなんて全くありえません。」＜事例 11 ＞「唯一，リハビリに参加している間は，同じ HOT 患者さんと触れ合うことができて，同じ気持ちを経験してきた仲間もいるし，安らげます。」＜事例 3 ＞「酸素吸入し始めて体調もよくなったし，お陰で大好きな日帰り旅行やショッピングなども病前と変わらず楽しめるようになりました。」等，障害を抱えても，仲間との交流があり精神の安定が図れていることや，行動範囲を狭めることなく趣味を持ち，ストレス発散が図れているプラスの局面が見出された。

一方で，＜事例 9 ＞「酸素吸入するようになったら，気を使うし，付き合いはだいぶ減りました。」＜事例 5 ＞「近所の同年代の友人達がゲートボールやラジオ体操とか体を使う運動をしに出かけているのを見ているとたまらない気持ちになります。」＜事例 20 ＞「外出は自分にとってストレスの原因となっています。」等，呼吸器障害があるために行動範囲の狭小化・外出頻度の減少，人付き合いの減少が起こり，外部刺激・情報遮断が生じている。また，気分転換不足によりストレスフルな状況にあるマイナスの局面が見出された。

(8) 罹患歴が長い

＜事例 8 ＞「私は病気が小さいときからあったもんだから，もともと健康な状態を知らないんですよ。それだから特別に呼吸器障害があるからといってみじめな思いを抱くことはないかなぁ。」＜事例 25 ＞「私は 20 代の若いころから病気を持っていたから，今この状態が自分にとっては普通なんですよ。」等，罹患歴が長く障害のある状態に慣れて，障害を生活に統合できているプラスの局面が見出された。

Ⅳ．考　　察

障害受容については様々な仮説があり，障害後の感情障害について，段階説においてはいずれも抑うつ状態をほぼ必発の，中核をなす現象として見なしている[6～8]。呼吸器疾患は深刻なうつ状態をもたらす可能性の高い疾患[9]と言われている。うつ状態が形成される過程には，慢性で機能的に悪化していく疾病の存在が大きい。HOT 患者は，うつ状態が多く，QOL が障害されている[10～16]という報告も多数ある。江頭[17]による研究では，HOT 患者の約 40％でうつ傾向の存在が疑われ，同療法実施に伴い精神面・経済面・社会面などさまざまなストレスを感じている可能性が指摘されている。

三沢[18]は，中途障害者の障害受容の心理回復過程を，受傷→混乱→ショック→悲しみ・怒り→絶望→抑うつ→スタミナ体験→受容という時間的経過で表している。

今回，分析過程において，身体的・社会的側面での影響要因とは別に，怒り・ショック・喪失感・抑うつという感情面での鍵概念が抽出され，対象者の語録（事例 2・3・4・5・7・9）と先述の理論仮説[18]と照らし合わせて見ると，障害発症の時点において，健康な時に障害者に抱いていたイメージが心理的に作用し，発症後は，怒り→ショック→喪失感→抑うつへと心理過程が進むことが推測された。また，先行研究と同様に抑うつが障害受容のターニングポイントとなり，抑うつを乗り越えられる人は受容に至りやすく，乗り越えられない人は非受容へ至りやすいということが考えられた。

また，今回は，身体機能・日常生活動作能力の喪失・社会的役割の喪失・人生設計の崩壊・趣味の喪失というように多様な喪失体験を語った患者が多く，コード数も最大であった。人間行動学においては，喪失体験への反応として抑うつが起こると言われており，抑うつの対処を考える際には喪失体験への介入が大きな課題となると思われ

た。患者から「この病気は死ぬまで一緒に存在するもの。もう自分の一部になってしまっていますね。」と，‘障害と共生している’という言葉が聞かれるようになるためには，喪失感を含め，今回抽出された様々な心理社会的要因に対する具体的な介入が必要になってくると思われた。以下に今後の介入の示唆として得られたものを述べる。

1. 症状をコントロールできる感覚

呼吸がしづらい体験は死の強い不安・恐怖につながる[19]と言われている。本研究からも，疾病脅威は呼吸困難の発作によってもたらされるということが見出され，生命が脅かされる感覚はストレスを強め，障害受容を阻害してしまうと推察された。また，呼吸困難感が軽度～中等度であれば，日常生活への影響は少ないが，強度になると，死の脅威が強まる上に，何気ない動作でも思い通りにならず機能的ボディイメージの障害が起こり，抑うつ状態を強め，障害受容も困難になると推察された。過剰な不安や恐怖は呼吸困難を強めるため，病気への正確な理解を得てもらう必要があり，発作時には身体的援助のみならず精神的援助を行う必要がある。また，酸素療法継続の必要性と，体調不良時の医療機関との連絡調整手段を理解してもらい，さらに，発作時の自己対処能力（酸素機器管理の習得・SpO_2のセルフモニタリング・飲水・安静・深呼吸・支援を求める等）獲得への指導や，心肺保護のため限界を超える労作を行わない，目標を高く持ちすぎないように助言する，対処法が適切であれば褒める等，自己効力を高める援助が必要になると思われた。

2. 家族サポート

患者は，身体的負担を軽減するために家庭での役割も失われ，非生産的な自分に苛立ちを感じることになる。そのような状況を踏まえ，苦悩を温かく受け入れてくれる家族の存在がなければ，情動のコントロールは難しく，障害受容を困難にしていくと思われた。「健康問題の発生で，家族の絆が強くなることもあれば，家族間の不和や対立，葛藤が現れることもある。家族関係の良し悪しは，健康問題を持つ人々の回復意欲や生きる意欲にも影響する」[20]と指摘されている。

家族が，患者の存在価値に目を向け‘かけがえのない存在’と意識すると，葛藤が緩和され，情緒的支援者になることができると思われる。また，介護負担感軽減のため，第3者の存在（家族会・親戚・医療者）が必要となり，患者と家族を一緒に支えていく姿勢が求められる。生活問題発生時には適切な社会資源を紹介する必要がある。また，家族さえも，呼吸器障害の苦しみを理解できないことも生じていることから，慢性呼吸不全や酸素療法の知識を提供し，患者と家族の共通理解を深める必要がある。家族のいない患者は，友人・知人からの情緒的支援を強化していく必要があり，今後は，ますます高齢独居者の人口増加が見込まれ，人的な面でのソーシャルサポート体制の拡充が求められてくる。

3. 社会性・役割維持

HOT患者は，心肺機能の低下や酸素療法中の外見上の変化，吸入器材の運搬の煩わしさ，筋力の低下などにより，外出や旅行の機会・頻度が減少し，家に閉じこもりがちになる[21～22]と報告がある。今回の調査でも，同様のことがうかがえた。深野ら[23]は，外出頻度や行動範囲が増せば，HOT導入以前からの社会的役割を維持でき，社会的存在として主体的な生活を送ることができると述べている。行動範囲が狭くなるにつれて社会との断絶・疎外感が生じ，刺激も少なくなる。思考が鈍化し，障害のある現実に心を奪われ，受容を図る心の余裕がなくなると考えられる。

以上のことより，外出への試みの必要性が示唆された。外出は「地域社会との接点を作り出すための必須の日常生活動作である」[24]と指摘されており，HOT患者にとって大事な社会性獲得の手段であることが推察された。身体状況･心理状態･社会的背景から，外出の阻害要因を明確化して個別的対応を考える必要がある。遠出が難しい現状もあるため，身近な地域に交流相手を求めることも大切となり，交流の場を自宅や近所に調整するなどの工夫も必要になる。また，独り暮らしの

HOT 患者への配慮が大切で，患者の個性･価値観･興味を考慮して各種サークル活動・老人会・患者会などへ参加を促し，生きがいの獲得へつなげる必要がある。

また，今回，HOT 開始に伴い，人付き合いの減少が生じている患者が多く存在した。Wright[25]は，障害を受容するためには，自分自身の特性や資質・能力などを再発見することが必要であると述べている。交流が多ければ，周りから様々な評価を受ける機会に恵まれ，自分では気付けない特性を他人が発見してくれることがある。また交流により社会性を保持できることで喪失感が和らぎ，障害＝人生の一つの局面という認識を持つことができると，障害受容へつながりやすくなると推察された。今後は，家族・友人・医療者は，患者の存在価値を見出し，それを肯定的な言葉・態度でフィードバックしていく必要がある。それにより患者自身，新たな自己価値を発見できると考えられる。

また，患者は外来で出会う HOT 患者には親しみや安心感，同じ境遇の仲間意識を感じている[10]と指摘がある。同病者との交流があれば，同様の体験があるからこそ，真の励ましを与えたり受けたりすることができる。事例 11 からも分かるように‘自分だけが苦しい思いをしているわけではない’と意識できると苦悩も和らぐと推察された。慢性呼吸不全状態にある患者数は増加してきており，今後ますます各所で患者会設置の必要性が高まってくると思われた。また，外来や患者会における患者関係の仲介を行うことも大切となる。

4. プラス思考への転換

「抑うつ状態にあると障害を正しく認知し冷静に受け止める余裕がなく，未来への積極的展望がなくなる」[26]と述べられていることから，適切な対処を施さなければ障害受容に至ることは難しいと考えられた。HOT 患者は，高齢者が多く，呼吸不全状態にあること，さらに酸素吸入という日常生活における継続的拘束のために抑うつ状態に陥りやすい[17]と指摘されている。今回の結果においても‘障害への敵対’‘生きてる意味が見出せない’‘落ち込み’等のネガティブな感情に苛まれている者が多く存在した。ここでは考え方の転換が必要となり，前向きに残りの人生を生きようとする姿勢を支えなければならない。患者は，障害のある現実と向き合うことや，周囲からの理解を得るために，呼吸器障害があることを公言する勇気も必要になってくる。医療者としては，常に温かい態度で接することが大切で，患者の欲求･希望・願いを把握し，患者の身体状況から可能なものと判断できれば，それらの実現化に向けて支援していく必要がある。

また，生への執着心を失わせないように，生きているからこそある喜び・患者に残されている部分・障害があるからこそ得られたものに対する気づきを高めるため，フィードバックを行う必要がある。また，患者の死生観をプラスへ転換させることも必要となる。

喪失体験については，喪失ばかりに心を奪われないよう，患者の特性を活かす場を一緒に見出していく姿勢が大切となる。また，趣味や人生設計の再編を行うことや，日常生活動作能力の低下については，生活上の折り合いを見つけ，身近な人に協力を求めることが必要となる。社会的役割の喪失危機が生じている際は，現職中の患者で辞職を望まない場合は，身体的負担を減らすために仕事内容の変更や役割交代を職場に申告し，協力依頼する案を勧めてみることもできる。

5. ありのままの自分を受け入れること

自己意識の研究の中で[27]，他者の評価や期待に基づいて行動をコントロールすると自己評価の低下，対人不安を招きやすいと指摘されている。酸素吸入する姿を人に見られることを気にするのは，他人の目を自己投影し，自身を肯定視できないことの現れであると考えられる。そのため，他人の視線を気にして生活を送る限り自己内部で引きおこる障害受容は困難を来たすと推察された。酸素吸入する姿を人に見られることは自分の弱さを曝け出すことでもある。

今後は，患者が‘ありのままで良い’という意

識を持てるような介入が求められる。その手段として，まずは患者と，患者を取り巻く人々との関係の調整が必要になる。周囲の者が患者に対し，過剰な同情や偏見の目を持つと患者に自己投影が起こり，自己価値低下から抑うつにつながると考えられるため，周囲の者は，患者を同等の立場として認めて接する必要がある。また患者自身は，他者の目を通して自分自身を見ているという偽認識に気づく必要がある。さらに，酸素吸入する姿もひとつの個性であるという受け止め方をすることが大切となる。病院では，HOT 導入時に，患者が人の評価に左右されぬ内面的な強さを得られるようにカウンセリングを行うことや，患者会での仲間づくりの仲介を担う必要があると思われた。本来は必要とされるのに，他人の目を気にして酸素吸入しない患者がいるが，自分の命を縮めることに繋がり，本当に大切にしなければならないものの認知が危ぶまれて，人生そのものが障害に負けてしまう恐れがある。患者のアドヒアランス（酸素吸入に関して）を支持するためには‘命が大事，外見は二の次’‘他人と比較しない，自分は自分’という認識に転換させる必要があると思われた。医療の主体は患者にあり，患者の意志が患者の生命を守る。看護師は，患者の内的な価値体系の変化を起こせるような関わりを持っていかなければならない。患者には，これまでの人生で培われた価値観があり，それは他者から関与されるものではない。価値転換への援助とは，あくまでも，元来ある患者の価値観を否定せずに外部から喚起して，療養上プラスに作用する価値観を生み出すきっかけ作りのようなものだと考えられた。

Ⅴ．結　　語

1. HOT 施行患者 27 名の言葉から障害受容の促進要因と阻害要因を質的帰納的に分析した結果，障害受容の要因について総計 291 のコードが得られた。

2. 障害受容の促進要因としては，【障害者へのプラスイメージ】【くよくよ悩まない】【生への執着心がある】【役割維持】【新たな価値の発見】【症状をコントロールできる感覚】【酸素吸入時に人目を気にしない】【家族サポートがある】【友人との交流がある】【同病者との交流がある】【趣味･生きがいがある】【行動範囲の拡大】【罹患歴が長い】の，13 のカテゴリー（計 136 コード）が見出された。

3. 障害受容の阻害要因としては【障害者への偏見･同情】【怒り】【ショック】【喪失感】【抑うつ】【疾病脅威】【酸素吸入時,人目を気にする】【家族サポートがない】【外出頻度の減少・行動範囲の狭小化】【人付き合いの減少】【ストレス発散･気分転換不足】の，11 のカテゴリー（計 155 コード）が見出された。

4. 本研究の結果から，症状をコントロールできる感覚，家族サポート，社会性・役割維持，プラス思考への転換，ありのままの自分を受け入れること，以上の心理社会的介入の必要性が示唆された。

Ⅵ．今後の課題

対象選定において，今回は罹患歴・HOT 導入期間について条件設定を行わずに，幅広く障害受容の影響要因（促進・阻害要因）を見出すことを目的に進めてきた。一般的に，個人的に重要なこと・珍しいこと・感情的なこと・意外なことなどは想起されやすいと言われている。罹患歴・HOT 導入期間により想起への影響が出るかどうかは定かではないが，今後の課題として検討していく必要がある。

文　　献

1）International Classification Impairments, Disabilities and Handicaps：1980．WHO 公刊
2）岡島重孝，宮森正，石坂彰敏：在宅酸素療法（HOT）の終末期における諸問題．厚生省特定疾患呼吸不全研究班平成 6 年度報告書，262 － 265，1995.
3）本田啓三，南雲直二: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 − 823，1994.
4）Keany KCM，Glueckauf RL：Disability and value change．An overview and reanalysisof acceptance of loss theory．Rehabilitation Psychology 38，199 − 210，1993.
5）合田晶，宮本顕二，西村正治，川上義和：在宅酸素療法実施症例（全国）の調査結果について．厚生省特定疾患呼吸不全調査研究班平成 6 年度報告書，49 − 53，1995.
6）Shontz，F．C：Psychological adjustment to physical disability．Trend in theories．Arch Phys Med Rehabili 59，251 − 254，1978.
7）Buckelew，S．P：Adjustment to spinal cord injury．Stage theory revisited．Paraplegia 32，125 − 200，1991.
8）Berry，J．O：The stage model revisited．Rehabilitation Literature 44，275 − 277，320，1983.
9）von Ammon Cavanough S：Depression in the hospitalized inpatients with various medical illness．Psychotherapy & Psychosomatics45，97 − 104，1986
10）真部紀明，有田健一：在宅酸素療法患者の心理的特徴と同療法実施上の問題点に関する検討．日本呼吸管理学会誌，5(2)，96 − 100，1995.
11）永田領史：慢性呼吸不全患者にみられる不安とうつ状態について．呼吸器心身症研究会誌．3(2)：122，1987.
12）松村芳幸：在宅酸素療法を受けている呼吸不全症例の心身医学的検討．厚生省特定疾患呼吸不全研究班昭和 63 年度報告書，61 − 64，1988.
13）江頭洋祐：在宅酸素療法患者の日常生活における心身医学的問題について．厚生省特定疾患呼吸不全研究班昭和 62 年度報告書，197 − 203，1987.
14）McSweeny（土居洋子訳）：慢性閉塞性肺疾患患者のライフ･クオリティ．看護技術，35(5)，102 − 112，1989.
15）土居洋子：在宅酸素療法患者のクオリティ・オブ・ライフの要因分析．大阪府立看護大学紀要，2(1)，19 − 25，1996
16）Richard W．Light et al．Prevalence of depression and anxiety in patients with COPD．Chest，87(1)，35 − 38，1985
17）江頭洋祐，牛島正人，松見里美：在宅酸素療法患者の Psycho − Socio − Economical − Handicap と HOT の効果について．厚生省特定疾患呼吸不全調査研究班平成元年度報告書，54 − 58．1989.
18）三沢義一：障害と心理，リハビリテーション医学講座，第 9 巻，医歯薬出版，1985.
19）富田幾枝：呼吸不全患者とのコミュニケーション技術．看護 MOOK No22．呼吸不全と看護，137 − 143，1987.
20）伊藤真由美：家族関係に問題を抱える事例とケア．地域看護学講座 CN2 家族ケア，154，医学書院，1995.
21）斎藤拓志，合田晶，斎藤俊一：在宅酸素療法患者の QOL に関する全国アンケート調査報告—導入 2 年未満患者につい報告—．厚生省特定疾患呼吸不全調査研究班 3 年度研究報告書，53 − 57，1992.
22）鈴木育子，佐藤忍，冨田晶子：在宅酸素療法患者の活動量に関する検討．日本看護科学会誌．17(2)，62 − 68，1997.
23）深野木智子：在宅酸素療法を行なう慢性呼吸不全患者の生活実態の理解と在宅呼吸管理指標（DIHOT − F）の開発—在宅看護の確立と向上のために．臨床看護研究の進歩，7，44 − 64，1995.
24）佐藤忍，佐藤和佳子，中村秀範：在宅酸素療法患者の散歩および外出の頻度と家族機能．厚生省特定疾患呼吸不全調査研究班平成 7 年度研究報告書，174 − 177，1996.
25）Wright，B．A：Physical Disability − A Psychological Approach．Harper & Row，New York，1960.
26）日本リハビリテーション医学会：リハビリテーション白書—リハビリテーションの現状

と課題—，医歯薬出版
27）菅原健介：自意識尺度（self － consciousness scale）日本語版作成の試み．心理学研究．55（3）：184 － 188，1984