

# 過疎地に暮す身体障害者に関する基礎的研究

身体教育学コース 丸 山 東 人

Fundamental study about people with physical disabilities who are living in less-populated areas.

Haruhito MARUYAMA

The purpose of this study is to comprehend the actual state of people with physical disabilities who are living in less-populated areas.

It is thought that less-populated areas are inconvenient for people with physical disabilities to live. This study tried to understand their lives without having such a bias, and tried to obtain the baseline data for health promotion.

Mainly, two scales were used in this study; SOC (Sense of Coherence) and GSES (General Self - Efficacy Scale). SOC is a zest for living, which is acquired in mind posteriori by making a good relationship with imminent environment. GSES is a scale that measures the anticipation whether some actions can be neatly accomplished. GSES is utilized widely in health education today and said to have a strong connection with SOC.

The number of research cooperators was 86. The average age was 64.8 (range: 29-90). Most of them were persons who had lived in the regions for years and had disabilities on their life roads. Their lives were rich in diversity. 49 people (64.4%) thought the regions they had lived were comfortable to live in spite of some difficulties.

As a whole, the scores of SOC of severely disabled people displayed considerable variation. The score of GSES tended a little low. SOC, GSES, salt for life, and health correlated with each other.

For independent lives, it is important for them to receive rehabilitation and cordial care, and it is also important for them to have “comprehensibility”, “manageability”, and “meaningfulness”.

目 次；

【背景】

【目的】

【背景】

【研究方針】

【調査内容の解説】

【方法】

【調査地について】

【研究の限界、留意点について】

【結果】

【考察】

【結論】

【参考文献】

【目的】

本研究の目的は、日本の過疎地に暮す18歳以上の身体障害者手帳所有者（以下、身体障害者、身障者等と略記）の生活の現状を把握すること、また、健康保持能力としての首尾一貫感覚（SOC）や自己効力感（GSES）の現状を把握することである。

ここでは、研究に至る背景を述べる。

・ 障害者に対する保健福祉の世界的動向

2007年現在、世界の障害者数は、WHO（世界保健機関）の推計によれば凡そ6億5千万人（世界人口の10%）である。そのうち、子どもは2億人である。これら障害者数は、高齢化や医療の進歩とともに増加している。WHOは、2005年5月の総会において、2006年から2011年にかけて世界の障害者に関する基礎的データの収集に乗り出すことを決めた<sup>1)</sup>。

『障害者のうち、80%は貧困地・僻地・過疎地で暮している。そして、貧困や隔離・過疎という条件は、基本的な健康サービスや地域型リハビリテーションの享受を制限し、更なる障害を助長している。しかし、問題の大きさに関わらず、障害問題に関する定義の合意や、国際的比較を意図した科学的データは不足している。』

これは、WHOが発行したConcept note: World Report on Disability and Rehabilitation<sup>2)</sup>からの抜粋である

が、このnoteを詳しく読むと、『Need for strong and evidence based information on disability and rehabilitation』との記述が見られる。今日の障害者問題の世界的趨勢として、障害とリハビリテーションに関する、強固で明白な情報が求められている、と言えよう。

今、地域型リハビリテーションという言葉が出てきた。ここでいうリハビリテーションとは、障害のある人が人間らしく生きることを困難にし、人間の尊厳を傷つけるものであるという認識に立ち、「人間らしく生きる権利の回復」、すなわち「全人的復権」こそが必要であるということを意味している。リハビリテーションは医学の世界だけで完結するものではなく総合的なものであり、(1)医学的リハビリテーション、(2)教育的リハビリテーション（特殊教育、障害児教育）、(3)職業的リハビリテーション、(4)社会的リハビリテーション（社会福祉）の4つの分野からなり、これら4分野の緊密な協力と相互理解がなければ、真に障害者や患者のためのトータルリハビリテーションは実現できないものである<sup>3)</sup>。そして、こうしたリハビリテーションを、今後は、地域で達成することが、今日の世界的な目標となっていることを、改めて確認しておきたい。

#### ・日本の身体障害者数

冒頭で世界の障害者数を調べてみた。では、わが国日本の障害者、なかでも、今回研究調査の対象として取り上げた、身体障害者の現状はどうであろうか。平成18年身体障害児・者実態調査結果<sup>4)</sup>によれば、全国の18歳以上の身体障害者数（在宅）は、3,483,000人と推計されている。障害の種類別にみると、視覚障害が310,000人、聴覚・言語障害が343,000人、肢体不自由が1,760,000人、内部障害が1,070,000人であり、肢体不自由者が全体の50.5%を占める。年齢階級別の身体障害者数の構成比は、65歳以上が63.5%を占めている。年齢階級別に身体障害者数の推移を見ると、60歳以上の増加が顕著であり、前回（平成13年）に比べ238,000人（7.3%）増加しており、高齢化の傾向がうかがえる。

#### ・日本の過疎地の現状

また、冒頭では更に、世界の障害者のうち80%は貧困地・僻地・過疎地で暮している、とも述べたが、今日の、日本の僻地および過疎地の一般住民の動態はどうであろうか。

総務省「平成18年度版 過疎対策の現況」<sup>5)</sup>等をもとに、日本の過疎地の現状を端的に書けば『都市部への人口流入により、過疎地域は人口減少が著しいほか、

若年者が少なく高齢者が多い、全国に先駆けた高齢社会であり、財政力が脆弱な地域である。また、過疎地域は、自然的・地理的条件の面においても、産業・地域文化等の面においても、多様な地域からなり、その状況や抱える問題も一様ではない。』とまとめることができる。以下、要点を3点挙げる。

#### ①過疎地域が全国に占める割合

2007年4月1日現在、738の市町村（全国の市町村の40.9%）が過疎地域となっている。人口割合では8.4%、面積割合では54.1%が過疎地域に該当する。

#### ②過疎地域と全国の比較

全国と比較して過疎地域は高齢者比率が高く、高齢化が進んでいる。また、過疎地域の財政力指数は全国と比較して低く、財政状況の厳しさが伺える。

#### ③過疎地域の人口推移

過疎地域の人口減少率は、1960～1965年、1965～1970年は10%を越え著しい人口減少が見られていたが、近年は5%程度の人口減少率となっている。過疎地域での人口減少の要因を見ると、社会減（＝転出超過）による人口減少幅は縮小しているが、自然減による人口減少が顕著に見られる。今後も、過疎地域の人口は減少すると考えられる。

#### ・従来の研究について

ここで、僻地や過疎地に住む人たちをどのように研究対象として取り上げているのかを見てみる。今日の僻地や過疎地を対象とした社会疫学研究を俯瞰すると、研究テーマは

#### ①健康状態（転居した人や在宅高齢者を含む）<sup>6)</sup>

#### ②社会的サポートおよびネットワークの現状<sup>7)8)9)</sup>

#### ③地域での移動や移送サービスの現状<sup>10)</sup>

に大別することが出来る。（紙面の都合上、ごく一部の研究例を列举した）

高齢社会の日本において、これらの研究は、実証研究であれ事例研究であれ、今後益々盛んに行われる必要がある。

しかし、従来の研究の手法や方向性を批判的に検討すると、以下の問題点を指摘できる。

#### ①一般的な住民の問題が指摘されるにとどまっており、障害者を対象とした生活全体の実態やその背景に関する研究自体が少ない。

#### ②住民の心の内側にある健康生成要因、即ち「より健康な方向への心身の改善や変化を促す要因」については、あまり明らかにされていない。

等である。

近年（特に、2006年（平成18年）4月1日障害者

自立支援法施行以降), 障害があってもその症状がコントロールされ, 身体的にも社会的にも自立した生き方が従来以上に求められている。いや, 求められている以上に, 自立した生き方を望む障害者にも増えている。これは当然, 過疎地に暮す障害者にも言えることで, 各々の障害の程度に応じて, 地域に根差した主体的な生き方をすることが, 今後の潮流であると考えられる。最近, 障害者を対象とした研究において, 生活の質に関する研究が充実しつつあるが<sup>11)</sup>, これに加えて, 過疎地に目を向け, 障害者の健康的で主体的な生き方を目指した(障害者へのヘルスプロモーション活動)基盤研究を積み重ねることは, 有意義であると考えられる。ここで, 「自立的・主体的な生き方」とは, 大変幅の広い概念であり, 単一の質問や尺度では測れるものではない。本研究での「自立的・主体的な生き方」とは, 1948年(昭和23年)のWHOの保健憲章「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.」に立ち返り, 「障害があっても, 健康的な生き方ができているかどうか」という観点から, 主観的健康感を重視して考えて行くことにする。

以上, 障害者に対するWHOの動向をもとにして, 今日の, 世界と日本の障害者保健福祉の状況や過疎地の現状, そして, 従来の研究について考えてきたが, ここまでの議論は, 次の3点にまとめられる。

- ①世界規模においても, 日本国内においても, これからは, 貧困地・僻地・過疎地に住む障害者に目を向け, 基礎資料の収集を試みるのが重要であること。
- ②諸分野の緊密な協力と相互理解に基づき, 「全人的復権」を目指す地域型リハビリテーション, (CBR: Community-Based Rehabilitation)を進めることが, 世界の潮流となっていること。
- ③障害者には, 地域で社会的な役割を担う力や, 自立生活をしていくための, 心身の健康や意欲の維持増進が求められていること。

これらの議論をもとに, 筆者は, 日本の過疎地に暮す身体障害者の生態学的理解を深め, 問題の所在の把握や, 改善の方向を見出すための基礎資料を得ることねらいとした。言い換えれば今後のヘルスプロモーション活動の為のベースラインデータの収集を目指し, 「日本の過疎地に住む身体障害者の生活世界はどのようなものなのか。」「過疎地に住む身体障害者が, どのような意味世界に生きているのか。」を, 根本的なリサーチクエストとした。そして, この問いに

答えを導くための試みとして, 以下の方針のもと, 研究を企画・実施している。本稿は, その第一報である。

## 【研究方針】

かつて, 人類生態学者の鈴木継美<sup>12)</sup>は, 人類生態学の研究を「パンとバターの仕事(日本語でいえば「ごはんとみそ汁の仕事」)」と喩えた。これは, 「ある課題についてもっとも基礎的で, それなしには話が進まないデータを得ることを目的とした研究」という意味である。

本研究においては, 鈴木がこの喩に習い, 今後のヘルスプロモーション活動の為のベースラインデータの収集という観点に立ち, 過疎地に暮す身体障害者の生活を学ぶための, 最も根幹となるデータを集めることを試みている。

また, 研究を進める際, 箕浦が言う「了解的スタンス<sup>13)</sup>」で彼らの生活を見つめることを心がけた。これは, 「過疎地は暮し難い場所。障害者であればなおさら。」「過疎地は不便というところをクローズアップしよう。」という, バイアスを持って進められているきらいがあったかもしれない, 従来の研究への反省からである。

更に鈴木は, 「研究者が被調査者の全員と接触することの重要性」を指摘しているが, 本研究では, 郵送調査と並行して, プライバシーの保護に十分留意しながら, 本人に了解が取れた場合にはなるべくお会いするようにした。エビデンスとしての質的研究の難しさ<sup>14)</sup>は理解できるが, 大規模郵送調査による統計分析, 考察, 結論よりも, 障害者本人と家族たちの息遣いや生活環境を直接肌で触れ, 臨機応変に質的分析と量的分析を使い分ける研究(方法論的トライアンギュレーション)をすることの方が, つまり, 調査票に回答をしてもらいながらいろいろとオープンエンドに生活状況をお伺いするというスタイルをとる方が, 「過疎地に暮す障害者についてもっとも基礎的で, それなしには話が進まないデータを得ることを目的とした研究」が出来ると考えたからである。

本稿で取り上げる研究結果は, 以下の通りである。

- ・属性(男女, 年齢)
- ・居住年数
- ・必要な時に, 介護者がいるかどうか
- ・先天的な障害者か中途障害者か
- ・居住地が暮しやすい場所と思うか
- ・主観的健康感について

- ・障害への差別や偏見を恐れ生活や行動を規制しているかどうか
- ・健康保持能力としての首尾一貫感覚（SOC）の現状
- ・自己効力感（GSES）の現状

### 【調査内容の解説】

ここでは、健康保持能力としての首尾一貫感覚（SOC）と自己効力感（GSES）についての解説と、それらを指標として用いた理由について言及する。

健康生成論とは、端的に言えば「健康でいられるのは何故かを問い、それを高める要因に注目する視点」である。

生物心理社会的モデルに基づく病気の概念構築を試みてきた医療社会学者 Antonovsky<sup>15)</sup>は、健康を可逆性のある連続体（健康—病気の連続体）と捉え、

- ・ある人がある時点で、連続体のどこに位置しているのか
- ・どのようなファクター（抵抗資源＝生命体がストレスに対処するときの手段の数々）がその人を健康軸の方向へと押しやるのか

に注目をした。そして、そのファクターが働く際に共通のルールがあることを発見し、そのルールをSense of Coherence（以下SOC）と名づけた。もう少し言えば、SOCとは、性格やパーソナリティというものとは異なるもので、自己に対してだけではなく、環境や生活の中で生じる物事を、どのようにとらえるのかという「（生活）世界規模の指向性」であり、それらが一貫しているという「確信の感覚」である。

SOCは次の3つの概念で成り立っている。すなわち、

- 理解可能性・・・身の回りの環境や出来事には秩序があり予想可能だという確信
- 処理可能性・・・ストレスに適切に対処するための資源を自由に用いることが出来る確信
- 有意味感・・・ストレスをチャレンジの対象と捉え対処行動へと向かわせる動機付け

からなり、この概念を元につくられる29の質問項目7件法からなるSOCのスコア（レンジ29～203点）が高いほど原則的にはSOCが強い、とされている。

山崎<sup>16)</sup>によれば、SOCは、先天的なものや気質や性格的なものには還元できない、周囲の環境により、また、環境との相互作用に他ならない人生経験により左右され、学習・形成されるものとされている点が重要である。つまり、SOCでは、「人の生活世界は、そ

の人と周囲の環境とでつくられるもの」という前提的な認識があり、「その人と周囲の人々や環境との関係・共同がその人にとってどの程度信頼がおけるものになっているのか、納得できるものになっているのか」を見ている。（例えば、いざというときには頼れる人に頼めばよいという他者への信頼感と安心感は、統御感の概念では「弱い自己、依存的な自己」と評価されるが、SOCでは、「その人の能力」として評価される。）

SOCの形成や強化は、汎抵抗資源（GRRs:General Resistance Resources）の有無によって大きく影響をうける。汎抵抗資源は、身体的生物化学的、人工的物的、認知的情緒的、評価的態度的、人間関係的、マクロ社会文化的などの観点から考え出された、問題解決に効果的に働き、健康をもたらす方向に作用する資源のことである。形成されたSOCは、GRRsを動員・活用することによりうまく処理することで（成功経験を通して）更に形成・発達が促されるものだ、とされている。反対に、汎抵抗資源欠損（GRD:Generalized Resistance Deficiency）やその不活用があれば、弱いSOCとなりやすく、結果としてストレス状態や健康破綻を招きやすくなる<sup>17)</sup>。

では、筆者が健康生成論を本研究に応用した理由であるが、ここでは上田<sup>18)19)</sup>の意見を引き合いに出しながら考えてゆきたい。

上田は、「障害」を包括的な上位概念とし、まず、「障害」の客観的な面の内部構造を形成する3つのレベルとして「機能・形態障害」「能力障害」「社会的不利」を考えた。そして、この3つのレベルだけでは片手落ちであるとし、国際・国内のリハビリテーション界全体のコンセンサスにまではいたっていないと前置きをした上で、人間には人間の体験としての心の世界、つまり、世界の全てのものを自己の価値体系に従って「価値付け」、「意味づけ」、また自分の人生を自分の理想とする自己像に沿うように形作ろうとする心の世界があることを指摘し、具体的にこの世界を、「実存」のレベルにおける生活、という言葉で表現している。

この「実存」のレベルにおける生活において、人間は、単に受動的に精神が周囲に生起する客観的現実を反映しているのではなく、自己の生をどのように意味づけ、方向づけ、価値づけるかといった、能動性をもって反応している、と上田は述べている。そして、障害者の場合にも、障害によって大きく転換させられざるを得ない自分の人生をどう受け止め、「障害者」になったということで大きく傷つけられがちな自尊心や自信をどう取り戻すかが大きな精神的課題となる、

と主張している。

以前より、主観的障害とそこからの立ち直りの必要性を主張してきた上田は、ICF（国際生活機能分類：International Classification of Functioning, Disability and Health）<sup>20)</sup>を代表とするフレームワークは、障害者の客観的な世界しか見ておらず、障害者やその家族の中にある心の問題を見落としていることを指摘している。そして、主観的障害と客観的障害はお互いに相互作用すると考え、障害に関するこれら2つの側面を同時に捉えることがリハビリテーション医学の役割であり本質である、と主張した。

筆者は、リハビリテーション医学を専門とする上田の、障害者にたいする「心理的予備力の動員と価値観の転換による生き抜く力の発揮」という着眼点と、アントノフスキーの健康生成論の考え方が類似している点に注目し、健康生成論の観点から障害者の心を観察しよう、と着想をした。

もう少し具体的にいえば、『人間には、世界の全てのものを自己の価値体系に従って「価値付け」、「意味づけ」、また自分の人生を自分の理想とする自己像に沿うように形作ろうとする心の世界がある』とした上田の指摘と、『人間の中にある、自己に対してだけではなく、環境や生活の中で生じる物事を、どのようにとらえるのかという「(生活)世界規模の指向性」や、それらが首尾一貫しているという「確信の感覚』」に注目したアントノフスキーの間には、人の心に対する見方の類似性がある、と着眼をした。そして、より具体性のあるアントノフスキーの理論を用いて障害者の心を見つめてみよう、と考えたのが出発点である。

21世紀の公衆衛生ともいわれるヘルスプロモーション<sup>21)</sup>の特徴は、健康に資する諸行為や生活状態に対する、教育的支援と環境的支援の組み合わせである。山崎<sup>22)</sup>は、地域保健分野ではヘルスプロモーションの提唱以降、①賢明な行動選択をとることができる能力とスキルの開発が目指され、そうした能力を捉える指標が重要になってきたことや、②ヘルスプロモーションでは、人々の願いや行動が実現しやすい環境（支援環境＝supportive environment）づくりの重要性を強調している、ことをあげ、支援環境を構造的に把握・理解し、作っていく上で、SOCの、汎抵抗資源と人生経験の質についての理論と実証研究の成果は大いに参考になる、と論じている。

障害者自立支援法施行以降、「障害者の地域での自立的・主体的な生き方」つまり、人権や自己決定権が従来以上に尊重されることが予想される中、今後の障

害者に対する保健福祉活動においてSOCの考え方を取り入れることは、障害者への支援環境を組み立ててゆく上で、役に立つのではないだろうか、と筆者は考えるのである。

本研究では、SOCの他に、一般性セルフ・エフィカシー（自己効力感）尺度（以下GSES: General Self-Efficacy Scale）も用いた。GSESは、「何らかの行動をきちんと遂行できるかどうかという予期」を測る尺度で、行動の変容が問題となる幅広い場面において、理論的にも実践的にも非常に有用な認知の変数となっている。

GSESが高ければ、ストレスフルな状況に遭遇しても、身体的・精神的な健康を損なわず、適切な対処行動や問題解決をしてゆけるとされており、

- ①適切な問題解決行動に積極的になれる。
- ②困難な状況でも簡単にはあきらめず努力することができる。
- ③腹痛や不眠などの身体的ストレス反応や、不安や怒りといった心理的ストレス対応を引き起こさない適切なストレス対処行動ができ、かなりストレスフルな状況にも耐えられる。

といった特徴が見られることが明らかとなっている。質問項目は17あり、「はい（1点）」「いいえ（0点）」で答える仕組みである。質問項目は以下の通り。

「何か仕事をするときは、自信を持ってやるほうである。」「過去に犯した失敗や嫌な経験を思い出して、暗い気持ちになることがよくある。」「友人より優れた能力がある。」「仕事を終えた後、失敗したと感ずることのほうが多い。」「人と比べて心配性なほうである。」「何かを決めるとき、迷わずに決定するほうである。」「何かを決めるとき、うまくいかないのではないかと不安になることが多い。」「引込み思案なほうだと思う。」「人より記憶力がよいほうである。」「結果の見通しがつかない仕事でも、積極的に取り組んでいくほうだと思う。」「どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりかかれないことがよくある。」「友人よりも特に優れた知識を持っている分野がある。」「どんなことでも積極的にこなすほうである。」「小さな失敗でも人よりずっと気にするほうである。」「積極的に活動するのは、苦手なほうである。」「世の中に貢献できる力があると思う。」

GSESは、既に健康教育分野で活用されており、SOCとの強い関連が指摘されている<sup>23)</sup>が、本研究においても、SOCや主観的健康感等との関連を調べる目的で、使用してみた。

障害者自立支援法が期待する障害者の自立した生き方には、障害の状態や程度、生活状況はそれぞれ違えど、各人に応じて「障害というストレスフルな状況に遭遇しても、身体的・精神的な健康を損なわず、適切な対処行動や問題解決をしてゆく力」が求められる、と筆者は考える。

## 【方法】

調査地：群馬県南牧村と栃木県茂木町

手続：群馬県南牧村では、村長の紹介状と研究者の挨拶状を18歳以上の身障者全員に送り協力者を募り（13.5%回収）、面接を実施した。栃木県茂木町では、役場が任意で選んだ18歳以上の身障者に、役場の紹介状と調査用紙及び研究者の挨拶状を送り、協力する場合のみ返信の郵送法で実施した（31.4%回収）。

時期：2008年4月～6月。

備考：①地域間格差の調査でない故データは全て合計した。②分析にエクセル統計2006を使用した。③個人情報取扱いは役場指導のもとと十分配慮した。④「過疎地は暮し難い場所。障害者であれば尚更」というバイアスを持って研究をするのではなく、「了解的スタンスで彼らの生活を見つめる」ことを心がけた。⑤量的研究と質的研究（障害者の「語り」<sup>24)</sup>）を併用した。

## 【調査地について】

群馬県南牧村（平成17年10月1日現在）は、群馬県西南端に位置し、面積118.7平方キロメートル、世帯数1,226世帯、人口2,929人、高齢化比率53.4%（H17国勢調査）である。

栃木県茂木町（平成17年10月1日現在）は、栃木県南東部に位置し、面積172.7平方キロメートル、世帯数4,956世帯、人口16,403人、高齢化比率29.5%（H17保健福祉課）である。

## 【研究の限界、留意点について】

今回の研究は、二つの地域に限定された横断的な研究であり、更には対象者数が少ないことによる偏りなどを考慮する必要がある。また、障害の多様性や個別性、各個人の生活事情には十分配慮し、断定的なものの方見方や言い方には気をつけるようにしている。これは「障害者は、各々に事情を抱えて生活をしている。」という、当然の考えに基づくものである。統計上の数

値から全体的な考察をする時にも、個を切り捨てる見方をする事のないよう、指導教官からも厳しく注意を受けている。筆者はそれらの考えを理解した上で、「社会全体のバックグラウンドの中における、これからの障害者に対する支援環境を考えるとき、どうしても統計的な実態把握や知見を得ることが必要な場合がある。」との考えに基づき、質問紙調査や面接調査を実施した。

## 【結果】

（調査協力者数と年齢分布）

- ・総人数86名 そのうち男45名、女40名（無記載1）。
- ・平均年齢は、64.8歳だった。最年少29歳、最高齢は90歳だった。65歳以上の高齢者が全体の約6割を占めた。70～75歳が多い。年齢分布は、図1の通りである。

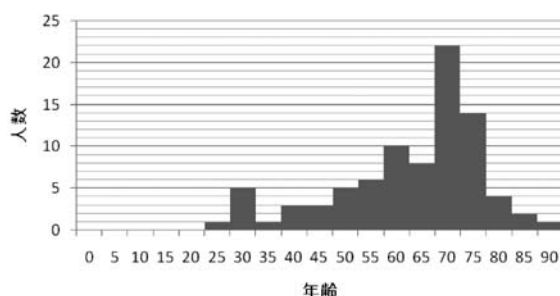


図1 年齢分布

（障害者手帳を所有した経緯）

生まれた時から障害のある方か、或いは、もとは健康者であったが事故や病気など様々な理由で障害者と

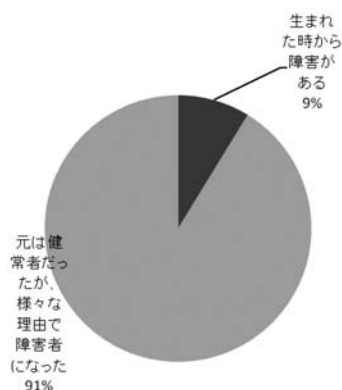


図2 障害の経緯

して申請した方かどうか尋ねた。結果を図2に示す。人生の途上で障害者になった方が73名と多数を占めた。生まれた時から障害がある方は7名だった。

#### (居住年数)

居住年数がどのくらいになるか尋ねたところ、20年以上が多数を占め75名だった。以下、15年～20年が4名、5年～10年が3名、5年以内と無記載が各2名だった。結果を図3に示す。

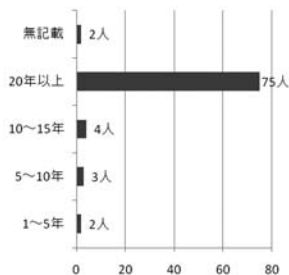


図3 居住年数

#### (障害の種別と程度)

障害の種別と程度ごとに分類したものを表1に示す。重複障害者も含めて分類してある。肢体不自由が一番多く、内部障害が二番目に多くなっていることがわかる。ここで内部障害とは、心臓機能、腎臓機能、ぼうこう・直腸機能、呼吸器機能、小腸機能、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）による免疫機能障害の6種類の障害のことをいう。

表1 障害の種別と程度（人）

視覚障害		聴覚障害		言語障害	
重度	軽度	重度	軽度	重度	軽度
5	2	4	7	5	3
肢体不自由		内部障害			
重度	軽度	重度	軽度		
20	37	10	10		

#### (介護者の有無)

必要な時に介護者がいるかどうか尋ねた結果、「いる」との答えが63名で、「いない」が16名だった。障害の程度で分類したものを表2に示す。大多数の人が介護者とともに暮していることがわかる。介護者がいない理由は、今回は問わなかった。

表2 介護者の有無

	介護者いる	介護者いない	全体（人）
重度	32	6	38
軽度	31	10	41
全体	63	16	79

#### (居住地が暮らしやすい場所と思うか)

「居住地が暮らしやすい場所と思うか」と尋ねたところ、「そう思う」「ややそう思う」と答えたものが計49名で「そうは思わない」「全くそうは思わない」と答えた計27名より多かった。障害の程度ごとに分類すると表3のようになる。

「ややそう思う」と答えたケースが一番多い。全体的にみると、居住環境に多少の不満はあれど、自らを適応させて生活している姿を読みとることができる。

表3 居住地が暮らしやすい場所と思うか（人）

	そう思う	ややそう思う	そうは思わない	全くそうは思わない	全体
重度	1	18	10	7	36
軽度	5	25	8	2	40
全体	6	43	18	9	76

「そう思う」「ややそう思う」「そうは思わない」「全くそうは思わない」の理由も自由回答で尋ねた。

「そう思う」「ややそう思う」理由として多かったのは、「自然環境が良い」「山の中で自由である」という、自分の住んでいる土地に対する愛着をキーワードにした回答（12名）と、「昔からの知り合いが多い。」「近所の人が何かと親切にしてくれる。」という、人とのつながりをキーワードにした回答（6名）に大別できた。両方のキーワードを含んだ回答も7名いた。その他の自由回答としては、「小さな所だが、生活する分には困らない」「行政がいろいろやってくれる」「車があれば何とかかなる」という回答が得られた。

一方、「そうは思わない」「全くそうは思わない」理由として多かったのは、「施設が少ない」「病院が少ない」「商店街まで遠い」という、距離感をキーワードにしたものだった（15名）。その他の回答としては、「親しく出来る友人が居ない。また、考え方の違いで隣人とうまくいかない。」「障害者に対して冷たい様におもわれます。」「ひとのところが閉鎖的な感じがする。障害を「欠損」と考える風土。」という、孤独感や障

害者へのまなざしをキーワードとする回答や、「医師が少ない」「仕事がない」といった回答が得られた。

#### (主観的幸福感について)

主観的健康感について、WHOの健康の定義に基づき「今現在、心身ともに健康であると思いますか。」と尋ねたところ、「非常に健康」「まあ健康」答えたものは41名で、「あまり健康ではない」「健康ではない」は36名だった。障害の程度ごとの分類を表4に示す。障害が重いと主観的健康感も低くなる、という傾向が見られるが、障害が重くても健康と自己評価した人が15人いる。障害が軽度の場合は、「自分は健康である」とみなした方が、数の上では多かった。

表4 主観的健康感(人)

	非常に健康	まあ健康	あまり健康ではない	健康ではない	全体
重度	1	14	10	10	35
軽度	1	25	11	5	42
全体	2	39	21	15	77

#### (行動を規制しているか否か)

障害への差別や偏見を恐れ生活や行動を規制しているか否かを尋ねた。全体としてみると「規制していない」が53名で「規制している」の22名より多かった。障害の程度ごとに整理すると、表5のようになる。

表5 行動を規制しているかどうか(人)

	規制している	規制していない	全体
重度	13	24	37
軽度	9	29	38
全体	22	53	75

#### (SOCの得点について)

SOC得点は、29項目全てに回答の得られた70人が分析対象となった。

以下に、『質問番号.SOCの質問項目(7件法の回答)・・・全体の平均値』を示した。

回答者には、質問項目を読み、たとえば、質問1であれば、「まったく感じない」を1、「いつも感じている」を7とし、質問に対して1から7のどこに該当するかを選択してもらった。以下に、各質問ごとの平均値を示す。

- あなたは、誰かと話しているときに、相手が自分のことを理解していないと感じることがありますか？(まったく感じない～いつも感じている)・・・4.23
- これまで、他人の協力が必要なことをしなければならぬとき、あなたは、うまくいくと思いましたが？(きつとうまくいかないと考えた～きつとうまくいくと思った)・・・4.20
- とても親しく感じる人びと以外で、あなたが毎日接する人たちのことを考えて下さい。あなたは、その人たちのことをどれほどよく知っていますか？(知らない人のように感じる～とてもよく知っている)・・・4.27
- あなたは、自分のまわりで起こっていることがどうでもいい、という気持ちになることがありますか？(まったくくない～とてもよくある)・・・4.24
- あなたは、これまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか？(まったくなかった～いつもそうだった)・・・4.52
- あなたは、あてにしていた人につながりさせられたことがありますか？(まったくなかった～いつもそうだった)・・・4.41
- 人生というものは、(興味の尽きないものだ～型にはまった単調なものだ)・・・4.68
- 今まで、あなたの人生は、(明確な目標や目的はまったくなかった～とても明確な目標や目的があった)・・・4.25
- あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？(とてもよくある～まったくくない)・・・4.51
- 過去10年間のあなたの人生は、(次に何が起こるかかわからない出来事ばかりだった～見通しのきいたものだった)・・・3.62
- 将来あなたがすることの多くは、たぶん、(魅力あふれるものだろう～ひどく退屈なものだろう)・・・3.49
- あなたは、不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいのかかわからないと感じることがありますか？(とてもよくある～まったくくない)・・・3.79
- あなたの人生観をもっともよく表しているのは、(人生での出来事に対して、いつも解決策を見つめることができる～人生での出来事に対して、解決策はない)・・・4.28
- 自分の人生について考えるとき、しばしば、あな



- たは、(生きていて本当によかったと感じる～自分はなぜ存在しているのか、疑問に感じる)・・・4.82
15. あなたは、困難な問題に直面したとき、その解決法は、(いつも混乱して見つけるのが難しい～いつも何の迷いもなく見つけられる)・・・3.94
16. あなたが毎日していることは、(喜びと満足を与えてくれる～つらく退屈である)・・・4.25
17. 将来のあなたの人生は、たぶん、(次に何が起こるかわからない出来事ばかりだろう～見通しのきいたものになるだろう)・・・3.59
18. これまで、いやなことが起きたとき、多くの場合、あなたは、(それにうちのめされてしまった～そんなこともあるだろう、と受け入れてやってきた)・・・5.04
19. あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？(とてもよくある～まったくない)・・・3.94
20. あなたは、何か楽しいことをしているとき、(きつとこのまま楽しい気分でいられるだろうと思う～きつと何かが起こってこの楽しい気分が壊されるだろうと思う)・・・4.32
21. あなたは、本当なら感じたくないような感情を抱いてしまうことがありますか？(とてもよくある～まったくない)・・・3.59
22. 将来のあなた自身の人生は、(まったく意味や目的のないものになると思う～意味や目的に満ちたものになると思う)・・・3.96
23. あなたは、この先、誰か頼りにできる人がいつもいると思いますか？(必ずいると思う～いないと思う)・・・4.86
24. あなたは、いま何が起きようとしているのかはつきりわからない、という不安な気持ちになることがありますか？(とてもよくある～まったくない)・・・3.49
25. どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか。(まったくなかった～よくあった)・・・3.37
26. 何かが起きたとき、ふつう、あなたは、(そのことを過大に評価したり過小に評価してきた～適切な見方をしてきた)・・・4.49
27. これから、人生の大事な場面で困難に直面したとき、あなたはと思うのでしょうか？(必ず困難を乗り越えられると思う～困難を乗り越えられないと思

う)・・・4.61

28. あなたは、日々の生活で行っていることにほとんど意味がない、と感じることがありますか？(とてもよくある～まったくない)・・・4.63

29. あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？(とてもよくある～まったくない)・・・4.05

以上が、SOCの具体的質問項目と、各項目ごとの平均値である。以下、関連する分析結果を示す。

平均値は121.78だった。スコアの分布を図4に示す。

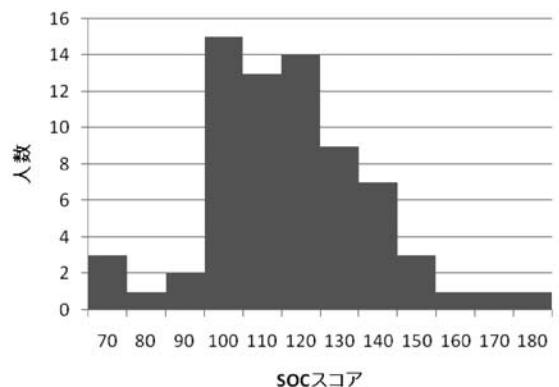


図4 SOCスコアの分布(全体)

障害の程度ごとのSOCスコアの分布を見てみると、重度が119.89で軽度が123.78だった。重度と軽度それぞれのSOCスコアの分布を、図5と図6に示す。重度のSOCスコアは、ばらつきが目立つ。

(障害の程度・行動規制の有無・生き甲斐の有無とSOCの関係)

次に、SOCのスコアを、障害の程度、行動規制の有無、生き甲斐との関係で調べたところ、行動を規制せず生き甲斐(ここでは、仕事、子育て、孫の成長、趣味、友人など心に“はり”を持つことが出来るもの全般)があるほど高い傾向だった(表6)。

(GSESの得点について)

GSES得点平均は7.62(最小1, 最大15)で、細かく調べると、男性の平均7.50, 女性の7.71, 重度の平均7.73, 軽度の平均7.51という結果だった。GSESスコアの分布(全体)を図7, 男性のスコア分布を図8, 女性のスコア分布を図9, 重度のスコア分布を図10, 軽度のスコア分布を図11にそれぞれ示す。図10や図11

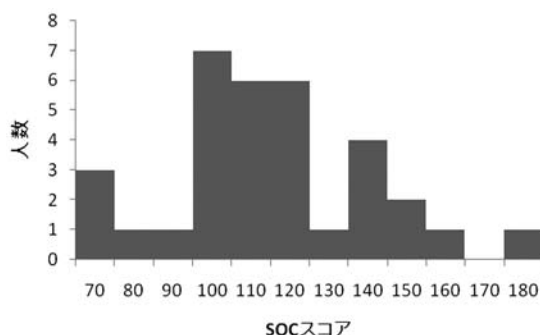


図 5 SOCスコアの分布（重度）

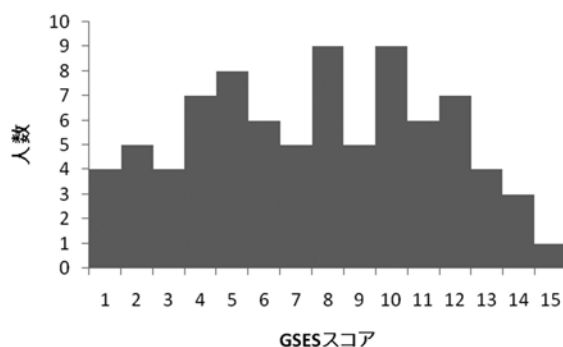


図 7 GSESスコアの分布（全体）

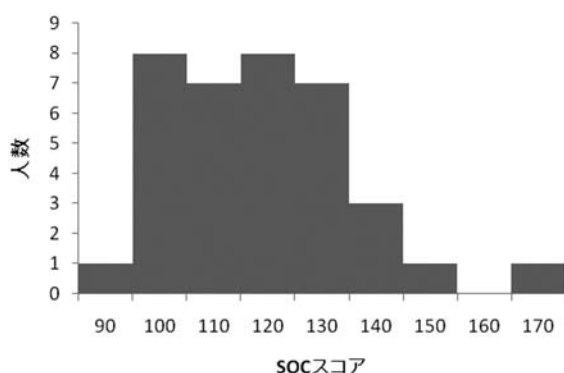


図 6 SOCスコアの分布（軽度）

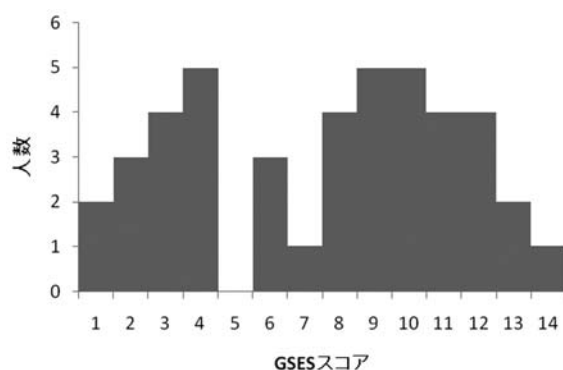


図 8 GSESスコアの分布（男性）

などを見ると、重度の障害者は、得点の高い群と低い群に分かれる傾向があることが示唆される。

（SOC、GSESと各変数の関係）

SOC、GSESと生き甲斐、主観的健康感との偏相関分析の結果を表7に示す。

GSESとSOCの間は、相関が高かった。ここでの生き甲斐とは、仕事、子育て、孫の成長、趣味、友人など心に“はり”を持つことが出来るもの全般と、大変

幅の広いきき方をした。

表 6 障害の程度・行動規制の有無・生き甲斐の有無とSOCの関係

変数	カテゴリ	人数	SOC平均	標準偏差	p値
障害の程度	重度	33	119.89	24.93	0.4834
	軽度	36	123.78	16.44	
行動の規制	有	20	114.31	18.87	0.0815
	無	44	124.85	21.73	
生き甲斐	有	52	127.31	19.7	0.0001
	無	17	105.54	15.57	

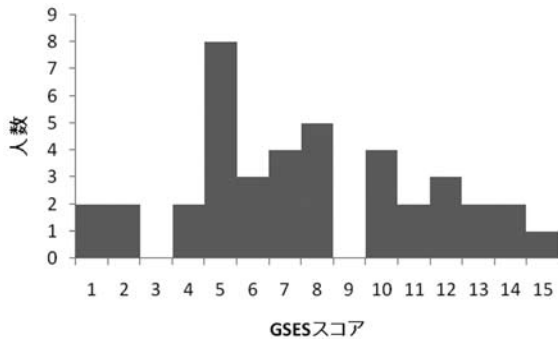


図9 GSESスコアの分布（女性）

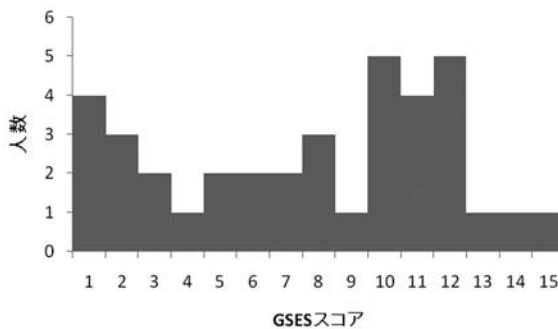


図10 GSESスコアの分布（重度）

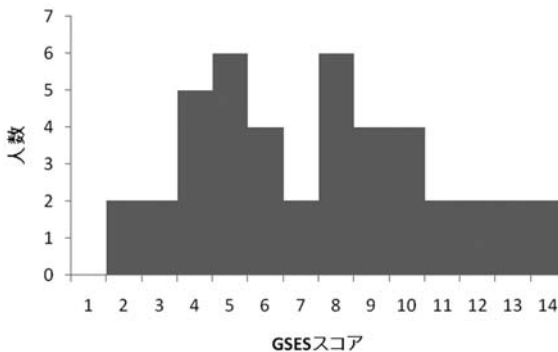


図11 GSESスコアの分布（軽度）

表7 SOC, GSESと各変数との偏相関分析

	SOC	GSES
SOC	1.0000	.4557**
GSES	.4557**	1.0000
生き甲斐	.1881**	.1802**
主観的健康感	.2726**	.1905**

注) \*\*:p&lt;0.01

## 【考察】

ここでは「障害の種別」ごとの違いを検討するのではなく、面接調査での「語り」を交えつつ、求められる共通の基盤といった観点から全体的な考察をする。

対象者の属性であるが、65歳以上の高齢者が51名と、全体の約6割を占めた。なお、そのうち53%の方が、職（ここでは、パートやアルバイト、営利目的の農作業などを含める）に就いている。対象者の多くは「この土地で生まれこの土地で育った」方だった。これは、高齢化と若年層流出という、今日の過疎地の特性<sup>25)</sup>を反映している。そして、91%と大部分の方が、もとは健康者であったが事故や病気（脳血管障害や糖尿病に起因するものが多い）など様々な理由で障害者として申請した方だった。障害の種別では、肢体不自由が一番多く、内部障害が二番目となったが、これは、前出の平成18年身体障害児・者実態調査結果内「障害の種別にみた身体障害者数」が示す特徴と一致している。一般的に、身体障害の原因は多いものから、疾患によるもの、事故によるもの、加齢によるもの、出生時の損傷によるもの、である。本研究でも、障害の種別を聞く欄外に「突然、脳梗塞になり麻痺が残った」や「透析で病院通いをしている」といったメモを付記する方も見受けられ、現実を肌で知った。また、お会いした方の中から「年齢とともに体の機能の衰えを感じ、身障者手帳を所有しておいた方が生活上いろいろメリットがあると思い申請した。手帳は自動車の紅葉マークのようなものだと思っている。(50代 女性 軽度障害)」という声を聞くことができたが、高齢化が進むということは、一方で中途障害者が増加する側面を持ち合わせている、ということのを再認識できる。

彼らの8割近くは、必要な時に介護者がいた。ここでの介護者とは、配偶者や家族、近縁者やヘルパーなど、いろいろ指す。介護者がいない理由としては、「一人で生活してゆける」や「誰も来てくれない」など様々考えられるが、今回は問わなかった。介護者がいなくとも「障害の有無によらず主体的自立的な生活」が出来ていれば良いが、介護者がおらず、いわゆる「放置」された状態、であってはならない。

今回の調査では、「居住地が暮らしやすい場所と思うか」との問いに「そう思う」「ややそう思う」と答えた方が多かった。全体としてこのような結果が出たということは、やや大袈裟な言い方をすれば、過疎地に暮す身障者に対する今日の自治体の施策そのものは評価されても良い、と言える。調査対象者は、いや、過

疎地に暮す人たちは概して、都会的側面と農村社会的側面が入り混じるアンビバレントな状態で暮しており、面接調査などからも、必ずしも「この土地が嫌い」「移り住みたい」という、鬱屈した感情を抱えて生活しているわけではないことが伺えた。

訪問先A(60代 男性 軽度障害)さん宅を始め数件宅で、このような会話が合った。筆者が「過疎地というと、一般的には「暮し難い場所」という、、、」と話し始めた途端に、Aさんは遮るように「うん。だから、そういうイメージでここに来ているわけでしょ。」と返してきたのである。そこで、筆者が「いえ、過疎地というと、一般的には「暮し難い場所」という部分だけがクローズアップされますが、そうではなくて、そこに暮す人間を勉強させてもらいたい。内側から統一的<sup>26)</sup>な視点で見てみたいのです。」等と研究趣旨を説明すると、Aさんは「ああそうですか。それなら良いのだけど。」と尻尻を下げた。また、都会から越してきて2,3年のB(80代 男性 軽度障害)さんも、「距離的な部分については、もう慣れた。ほとんど都会と変わらなく生活しており、快適。人や自然に恵まれている。」と話してくれた。

暮しやすいと思う理由に、人とのつながりをキーワードにした回答が多かったが、面接中に、近所同士で融通を利かせて暮している様子、いわゆる農村社会特有の互助精神溢れる生活の姿を教えていただいた。例えば、「隣町の病院に行かなければならない時に近所の人が車で送迎してくれる。(70代 女性 重度障害)」とか、「毎日、隣の家の方が炊事洗濯をやってくれる。(70代 男性 軽度障害)」という話である。ここで上げた事例には高齢者が多いが、端的に言えば過疎地を「老いを生きる場」としている姿が見えてくる。周囲の環境と自分との間をコントロール出来ている人は、肯定的な自己評価<sup>27)</sup>をし、障害があっても「(多少の不満はあるが)暮しやすい」と、自分の住んでいる環境を評価すると考えられる。これは何も高齢者に限ったことではない。20歳~65歳までを10歳ずつに区切り、データ整理し直すと、各年代につき「(暮しやすいと思うかどうか)にそう思う」「ややそう思う」との回答が多い結果となる。そうした人もまた、場のコントロール感が出来ている人なのだと推測できる。人さまであるが、過疎地の人々は障害の有無に関係なく以外にたくましく生き、日々を自分なりに楽しむ知恵を集団的に積み重ねているようにさえ見えてくるのである<sup>28)</sup>。一方で、治療のため遠方の病院へ頻繁に通う方や商店街・施設まで遠い方、孤独感を感じ

ている方、障害者への偏見のまなざしを感じ取っている方は、「暮しやすいとは思わない」「暮し難い」と考えていた。過疎地における、長距離通院の苦労や買い物など生活全般に時間がかかることは、従来の研究が強調してきた通りである。むしろここで心配なのは、孤独感を感じている方、障害者への偏見のまなざしを感じ取っている方である。孤独感を感じる要因はいろいろ考えられる。対象者の平均年齢が高いためここでは高齢者に限定した考察をするが、高齢者の場合、生活の場の縮小とともに、狭い世界に押し込められ、社会や家庭から孤立しがちになる<sup>29)</sup>。これに、過疎地という地理的条件が加わり、孤立感を増長している、と推測できる。社会的支援(social support)があれば、人は健康を維持できるのは明らかである<sup>30)</sup>。ここでの健康とは、主観的健康感も含んで良いと考える。岸ら<sup>31)</sup>は、高齢者が住み慣れた地域社会で人生の最後まで自立して豊かに生きるために、それぞれの地域社会に根づいている種々のネットワークや私的サポートを補完する公的準公的サポートの充実を強調しているが、この考えは、中途障害者の増加が予想される今日、高齢化が進む人口減少が顕著な過疎地において、特に重要であると考えられる。そして、障害者への偏見のまなざしについては、障害者は社会から陰に陽に排除する力を加えられていると日々感じ取っており、そうした「まなざし」は家に閉じこもる原因や社会参加を阻む要因となりうるということが指摘されている<sup>32)</sup>。こうした、「差別や偏見のまなざし」を意識しながらの生活は、QOL(生命・生活・人生の質)を低めるような影響をもたらす。その結果、居住地に嫌悪感を覚え、「暮し難い場所だ」と感じているものと推測できる。本調査での「差別や偏見の経験を恐れ行動を規制しているか否か」の問いには、全体としては29%の方が「規制している」と答え、障害が重度の方ほど行動を規制していた。自由回答の中に、「障害を“欠損”と考える風土」との記述があったが、人権教育等、意識変容を見据えた社会環境の整備の必要性が示唆される。

SOC得点は、行動を規制せず生き甲斐があるほど高い傾向だった。重度のSOC得点は、軽度よりばらつきが目立った。SOCの中身は上述した通りであるが、最も大事なことは、SOCとは先天的なものや気質や性格的なものには還元できない、周囲の環境により、また、環境との相互作用に他ならない人生経験により左右され、学習・形成されるものだとされている点である。このアントノフスキーの着眼点から今回の結果をみると、SOCスコアの高い障害者は、障害と

いう厳しいストレッサーに曝されながらも、なおも「生きる力」のようなものを逞しく有している人たちである。もちろん、「障害を負う」という精神的には相当な負担が人生途上にあったはずである。「生きる強さ」は、短時間で創られるものではない。「自治体の活動や、ボランティアや各種役員をして、生活は充実している。障害は歳だから仕方ない面もある。家に車もあるし、まだまだ動き回れる。(60代 男性 軽度障害)」「私は、このような奥地で生活していても、全く不自由は感じていない。昔からこの土地に暮してきたことが、支えになっている。生活する分には困らないし、用事がある時は、連絡すれば家族や仲間が来てくれる。(70代 男性 軽度障害)」という語りに見られるように、本人の相当な努力による障害の受容<sup>33)</sup>をはじめ、配偶者・親戚・近親者の理解と協力を得て、サポートネットワークを構築し、趣味や社会参加など生き甲斐を得ることにより、時間をかけて「生きる力」を高めてきたからこそ、現時点において高いSOCスコアを有しているのだ、と推測できる。つまり、本人の努力に加え周りの環境との有意義な相互作用により勝ち得たスコアなのである。重度障害者のSOCスコアはばらつきが多かったが「ちょっと前までは、この山を歩き回っていた。突然の脳梗塞で体がこのようになってしまい、大変悲観的だ。寝ているだけの毎日がこれから一生続く。週に1回通院するだけの単調な生活だ。(70代 男性 重度障害)」のような、現時点において低スコアの場合であっても、今後、障害の受容やリハビリをはじめとする本人の努力と環境との有意義な相互作用によって、高いSOCスコアをもたらすことが出来ると、考察する。GSES得点については、総じてやや低い結果だった。但し、サンプル数が少ないことに注意が必要である。GSES得点は、成人男性なら9～で、成人女性なら8～で普通であるとされている<sup>34)</sup>。調査開始前、役場の保健福祉課の担当者から「土地柄も影響しているのか、彼らは内にこもりがちになる傾向がある。」という言葉聞いたが、その経験則が具体的に表れた形である。自尊心の低下は抑うつ兆候の一つとして強調されている<sup>35)</sup>。保健福祉課担当者の話を参考にしつつ、偏相関分析の結果を見ると、自尊心の低下が、抑うつをまねき、行動を規制し、主観的健康感を損ない、低いSOCスコアへとつながっている悪循環が生じている可能性が示唆される。SOCやGSESのスコアより、孤独感や障害というストレスフルな状況において、主観的健康感が損なわれ、自立生活をする上で、適切な対処行動や問題解決

に困難を抱えている者がいることを念頭におき、ヘルスプロモーション活動をしなければならない、と考察できる。主観的健康感とは、全人的なものであり、客観的健康をある程度反映するとともに、総合的指標という点では客観的健康感よりも優れているのではないかと、ともいわれている<sup>36)</sup>。本研究では、SOC、GSES、主観的健康感の関連要因として生き甲斐を取り上げたが、生き甲斐の有無は、健康的な生活をつくる要因になりうることを示唆された。

## 【結論】

過疎地に暮す身障者にたいして、身体的リハビリテーションと同時に、人生に意味を持たせ、自己や環境におきている出来事を把握できるという感覚や、人生上の出来事は多様な選択肢により対処可能な経験であるという感覚を抱かせるような支援が一層必要である。

(指導教官 衛藤隆教授)

## 【参考文献】

- 1) DISABILITY AND REHABILITATION WHO ACTION PLAN 2006-2011 (アクセス日 2008/09/24)  
<[http://www.who.int/disabilities/publications/dar\\_action\\_plan\\_2006\\_to2011.pdf](http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006_to2011.pdf)>
- 2) Concept note: World Report on Disability and Rehabilitation (アクセス日 2008/09/24)  
<[http://www.who.int/disabilities/publications/dar\\_world\\_report\\_concept\\_note.pdf](http://www.who.int/disabilities/publications/dar_world_report_concept_note.pdf)>
- 3) 上田敏著『リハビリテーションの思想—人間復権の医療を求めて—』医学書院, 2001
- 4) 総理府編『平成20年度版 障害者白書』
- 5) 過疎対策研究会編『平成18年度 過疎対策の現状』
- 6) 林美枝子・坂倉恵美子・堀川尚子・片倉洋子・岸玲子, 沖縄県A島在宅高齢者の補完・代替療法としての自己治療の実施と健康状態, および他の社会的健康要因との関連. 日本公衆衛生雑誌, 2004.51(9):p.774-789.
- 7) 増地あゆみ・岸玲子, 高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察—ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に—, 日本公衆衛生雑誌, 2001.48(6): p.435-448.
- 8) 岸玲子・江口照子・笹谷春美・矢口孝行, 高齢者のソーシャル・サポートおよびネットワークの現状と健康状態—旧産炭地・夕張と大都市・札幌の実態—, 日本公衆衛生雑誌, 1994. 41(5): p.474-488.
- 9) 笹谷春美・岸玲子・江口照子・矢口孝之, 高齢者調査における回答者と非回答者の比較研究—過疎地と大都市における70歳男女の「ソーシャルサポートネットワークと健康」に関する社会学

- 的・医学的研究. 高齢者問題研究, 1994.10: p.29-41.
- 10) 岸玲子・富樫信彦・萩野司・橋本伸也, 車椅子使用の脊椎損傷を主とした重度の身体障害者が地域生活で抱える問題についての基礎的調査. 日本公衆衛生雑誌, 1995.42(4): p.287-294.
- 11) ロイ I. ブラウン編著 中園康夫・末光茂監訳『障害をもつ人にとっての生活の質』, 相川書房, 2002
- 12) 鈴木継美著『人類生態学の方法』東京大学出版会, 1980
- 13) 箕浦康子編著『フィールドワークの技法と実際 マイクロ・エスノグラフィー入門』ミネルヴァ書房, 1999
- 14) 高木廣文, エビデンスとしての質的研究の難しさ. 民族衛生, 2004.70(5): p.181-183.
- 15) アーロン・アントノフスキー著, 山崎喜比古・吉井清子監訳『健康の謎を解く ストレス対処と健康保持のメカニズム』有信堂高文社, 2001
- 16) 山崎喜比古, ストレス対処・健康保持能力としての首尾一貫感覚 SOC (健康生成論から). 地域保健, 1999.7(6・7) : p.74-80.
- 17) 山崎喜比古, 健康生成論と保健活動. 地域保健, 1999.3: p.72-79.
- 18) 上田敏著『リハビリテーション医学の世界 科学技術としてのその本質, その展開, そしてエトス』三輪書店, 1992
- 19) 上田敏編『リハビリテーションの理論と実際』ミネルヴァ書房, 2002
- 20) WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health. 15 November 2001
- 21) ローレンス W.グリーン・マーシャル W.クロイター著 神馬征峰ら訳『ヘルスプロモーション Precede-proceedモデルによる活動の展開』医学書院, 1997
- 22) 山崎喜比古, ストレス対処・健康保持能力としての首尾一貫感覚 SOC (健康生成論から). 地域保健, 1999.7(6・7) : p.74-80.
- 23) 清水準一・住川陽子・山崎喜比古, 一般住民における Sense of Coherence とセルフ・エフィカシーの関連要因の検討. 第12回日本健康教育学会, 沖縄, 2003.6.
- 24) 熊倉伸宏・矢野英雄編著『障害ある人の語り インタビューによる「生きる」ことの研究』誠信書房, 2005
- 25) 乗本吉郎著『過疎問題の実態と論理』富民協会, 1996
- 26) 農文協文化部編『人間の原点をここにみる』農山漁村文化協会, 1977
- 27) Clark, M. & Anderson, B.G., 1967. Culture and aging: an anthropological study of Americans. Charles C.Thomas
- 28) 伊東光晴・副田義也ら編『老いの人類史』岩波書店, 1986
- 29) 伊東光晴・副田義也ら編『老いのパラダイム』岩波書店, 1986
- 30) アルミダ F.フェリニ・レベッカ L.フェリニ著 今本喜久子・新穂千賀子監訳『高齢期の健康科学』メディカ出版, 2001
- 31) 岸玲子・築島恵理, 農村における高齢者の健康状態と社会的支援およびネットワークの現状と保健福祉の課題. 日本農村医学会雑誌, 1999.47(6): p.819-827.
- 32) 八巻 (木村) 知香子・寺島彰・山崎喜比古. 障害当事者が感じる社会の「まなざし」ー 国立身体障害者リハビリテーションセンター入所生への聞き取りからー. 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究紀要 2003 24: p.21-28.
- 33) 上田敏, 障害の受容 ーその本質と諸段階について. 総合リハビリテーション, 1980.8: p. 515-521.
- 34) 坂野雄二・東條光彦・福井至・小松智賀著『GSES 一般性セルフ・エフィカシー(自己効力感)尺度マニュアル』KOKORO NET, 2006
- 35) 東清和編『エイジングの心理学』早稲田大学出版部, 1999
- 36) 山崎喜比古編『健康と医療の社会学』東京大学出版会, 2001