

福祉健康科学

第2号

目 次

原著論文

要求表現の丁寧度の低さが受け手における怒り感情の喚起に与える影響：
地位関係に着目して 今村 歩・中里 直樹 …………… 1

メンタルヘルス不調による2回の休職を経験した女性の社会復帰過程に関する研究
下田 桃子・武内 珠美 …………… 17

公的医療保険における高齢者の位置づけ
—ドイツ医療保険の歴史的考察を通じて— 松本 由美 …………… 33

研究ノート

精神科病院に長期入院する患者とその家族等による退院に向けた意思決定
および精神保健福祉士による意思決定支援に関する文献研究
荒木 菜奈・上白木 悦子 …………… 49

ASDの子どもを育てる母親の養育レジリエンスが向上する
プロセスと要因に関する臨床心理学的考察 岡野 孝頼・武内 珠美 …………… 63

思春期の小児糖尿病患者が抱える困難とサマーキャンプの役割
—自律的自己管理への移行と親以外の親密な他者との関係形成に焦点を当てて—
山永 真由・溝口 剛 …………… 79

資 料

第5回福祉健康科学Salon…………… 97

付 録

大分大学福祉健康科学部における紀要の発行及び投稿に関する内規 …………… 121
『福祉健康科学』執筆要領 …………… 124

〔原著論文〕

要求表現の丁寧度の低さが受け手における怒り感情の喚起に 与える影響：地位関係に着目して

今村 歩*・中里 直樹**

本研究では、相手から丁寧度の低い表現で負担の大きい仕事を要請される状況において対人的不公正事態を認知し、結果的に怒りを抱くというメカニズムを仮定した上で、その過程に相手の地位が影響を及ぼすかについて検討した。予備調査で前述の過程の存在を確かめた後、社会人200名(20~35歳)を対象とした場面想定法によるウェブ調査を実施した。2×2(相手が目上/対等×丁寧度高/低)の4条件に参加者を割り当てて物事を要請される場面のシナリオを呈示し、その際の怒り感情などを尋ねた。調整媒介分析の結果、対人的不公正事態を介した要求の丁寧度から怒りへの有意な間接効果が認められたが、地位による調整効果は見られなかった。以上から、低い丁寧度で要請された際、受け手は相手の地位に拘らず対人的不公正事態を感じ、怒りを抱くと示された。本研究の結果より、自身の地位に関係なく丁寧に要請することの意義が示唆されたものと考えられる。

キーワード 要求表現の丁寧度、怒り感情、地位関係、場面想定法、ウェブ調査

【1. 問題・目的】

我々は日常の対人場面において、時に相手に対して怒りの感情を抱き、また時にその怒りを相手に対して表出する場合がある。しかし、相手が目上である場合には、目下や対等である場合に比べて怒りの感情を表出することは少ないと考えられる。事実、目上の者に対しては怒りを表出しにくい傾向にあることが報告されている(木野, 2000)。木野(2000)の調査では、同輩や後輩の立場にある者は、怒りを喚起させられる場面において、先輩に対していつも通りに振る舞い、抑制的な方法で対応することが報告されている。

その一方で、表出ではなく喚起という視点で考えた場合、目上の者に対してであっても怒り感情を抱き難いとは限らないと考えられる。そこで本研究では要求表現の丁寧度に着目し、目上の相手に対して怒りを抱く状況について検討することを目的とする。具体的には、相手から丁寧度の低い表現で負担の大きい仕事を要請される状況において怒りを抱くメカニズムを仮定し、その過程に相手の地位による影響が及ぼされるかを検討した。

では、目上の相手に対してであっても怒りを抱く場面とは、どのようなものであろうか。平川・深田・樋口(2012)は、要求の負荷度が使用される要求表現の丁寧度に及ぼす影響を検討することを目的として、場面想定法を用いた実験を行っている。その結果、要求の仕手が相手のコスト量が大いだと認知すると、配慮の必要性を感じてより丁寧な表現で要求がなされることが実証された。このことを要求の仕手ではなくて受け手の立場から考えると、コスト量の大い仕事について丁寧ではない表現で要求をされると、相手から配慮

* 鬼塚電気工事株式会社, 心理学コース令和2年度卒業生

** 大分大学福祉健康科学部心理学コース・准教授

されていないと感じ、怒りを抱く可能性が考えられる。事実、中村・森上・西迫・桑原(2011)は、他者への配慮に欠けた言動が、怒りをはじめ否定的感情を喚起する可能性を示唆している。彼らは、社会的に不公正であると判断される社会的不公正事態を整理した上で、種類の異なる社会的不公正事態に対していかなる感情反応が見られるのかを検討している。そして、他者への配慮の欠如などを意味する対人的不公正事態に対しては、怒りをはじめ複数の否定的感情が抱かれる可能性を示唆している。また、藤原(2017)では、部下から上司への信頼を測定する尺度が作成され、部下への気配りや適切な助言などの項目が上司への信頼因子を構成することが示されている。つまり、目上の者が信頼を得るための重要な要素として、部下への配慮や言動の適切性などがあることが示唆されている。以上の知見をまとめると、目上の相手からであっても、配慮や適切さに欠ける言動をされた場合には、対人的不公正事態と認知して怒りなどの否定的感情を抱く可能性が考えられる。

本研究の目的

以上のことを踏まえ、本研究では相手から丁寧度の低い表現で負担の大きい仕事を要請される状況において、対人的不公正事態をより強く認知し、怒りをより強く抱くというメカニズムを仮定した上で、その過程に相手の地位が影響を及ぼすかについて検討する。

仮説は、相手の地位が目上であっても対等であっても、丁寧ではない要求表現を受けた場合には対人的不公正事態の認知を経て、より怒りを強く抱くというものである。前述の通り、平川他(2012)より、相手のコスト量が大きいと認知すると、より丁寧な表現で要求をすることが実証されている。また中村他(2011)より、他者への配慮の欠如などを意味する対人的不公正事態の発生に対しては、怒り感情が抱かれる可能性が示唆されている。これらのことより、受け手の立場から考えると、コスト量の大きい仕事について丁寧ではない表現で要求されると相手から配慮されていないと感じ、怒りを抱く可能性が考えられる。さらに藤原(2017)より、目上の者が信頼を得るための重要な要素として、部下への配慮などがあることが報告されている。以上のことより、目上の相手からであっても、負担の大きい仕事について丁寧ではない表現で要求された場合には、対人的不公正事態と認知して怒りを抱く可能性が考えられる。その一方で、相手が対等である場合の方が、目上である場合と比較して、その過程がより強く見られる可能性も考えられる。

そこで本研究では、自身の地位に関係なく丁寧に要請することの重要性を示すことを目的として2つの調査を実施する。まず、大学生を対象に、目上の相手から要請を受ける場面について検討する(予備調査)。次に、社会人を対象に、目上の相手からと対等な相手からの要請場面について比較検討を行う(本調査)。なお、本調査において社会人を対象とする理由は、彼らにとって職業生活を過ごす時間は長く、その中で要求をしたりされたりする上で、地位関係によらず他者と良好な関係を築くことはより重要だと思われるためである。

本研究の意義は、怒りの表出ではなく喚起に着目することにある。目上の者は、怒りを表出され難い立場にある故に、自身に向けられる怒りの感情に気づき難い可能性が考えられる。そのため、社会的な地位に拘わらず相手を尊重する態度の重要性を示すことを目指し本研究を実施した。

【Ⅱ. 予備調査】

方法

調査方法と調査対象者

令和2年10月下旬から11月上旬にかけてGoogleフォームを用いてWeb調査を実施した。具体的には、九州地方の国立大学の3つの講義の終了後に、受講者に調査について口頭で回答上の留意点とプライバシーの保護に関することを含めアナウンスをし、各自、任意の時間に調査票フォームにアクセスして回答してもらった。結果として、106名から回答を得た（男性50名、女性56名；1年生69名、2年生8名、3年生28名、不明1名）。

調査内容

平川他（2012）を参考に、アルバイト先で目上の相手（先輩）から負担の大きい仕事を要請される場面のシナリオを作成した。その際、要求表現の丁寧度について高条件と低条件を設定し、同一参加者に2種類のシナリオ（丁寧度高条件／低条件）を呈示した。要求表現については、平川他（2012）において選定された15種類の要求表現のうち丁寧度の平均値が最高であるものと最低であるものを参考に、丁寧度高条件、低条件それぞれにおける台詞を作成した。なお、シナリオの呈示順序による影響を統制するため、2種類のシナリオの呈示順序を入れ替えた2パターンの調査票を作成した。先行シナリオへの回答の影響を和らげるため、2つ目のシナリオ呈示の前には自然風景画像を挟んだ。呈示順序の内訳は、「丁寧度高→低（68名）」、「丁寧度低→高（38名）」であった（各授業の受講生の参加率の差異による）。呈示時には、「以下の場面について、よく読んでください。できるだけ詳しく、まるで本当にその場面にいるかのように想像しながら読んでください」と教示を行った。

【シナリオの概要¹⁾】

- ・ある売店で、朝のシフトでアルバイトをしている状況。
- ・同じシフトの先輩から、体力的・精神的に負担の大きな仕事である「品出し」を1人でするように要請される。
- ・急ぎではない他の仕事を理由に一人で上記の仕事をするように要請された。
- ・さらに、「品出し」は時間に余裕がない中での作業のため、1人で行うことは極力避けたい仕事だった。
- このような状況で、先輩から以下のような要請の言葉をかけられる。
 - ▶丁寧度「高」条件：「もしよかったら私の分も品出しをしておいてくれませんか？」
 - ▶丁寧度「低」条件：「今日の品出し、やっておいてくれるよね？」
 （注）赤字の部分の差異によって、要請の丁寧度の条件を操作した。

なお、急ぎではない他の仕事が理由の下での要請という内容を含む、上記のようなシナリオを採用した理由としては、回答者に例えば「職場側の都合だから、仕事を任されたこ

1 本調査を含め、実際にはより具体的な状況のシナリオを呈示している。詳細はお問い合わせください。

とは仕方がない」というような印象を抱かせないようにするためであった。逆にそのように感じさせてしまうと、負担の大きい仕事であると受け取られず、本研究の目的及び仮説の検討にそぐわなくなると考えられるからである。

その上で、シナリオの状況を経験した場合、どの程度、以下のa)～d)を抱くかについて測定した。また、e) 人生における諸側面の重要度とf) 基本的属性についても回答を求めた。a)～d)については、各尺度の α 係数において概ね十分な値を示したことから($\alpha = .68 \sim .94$)、項目平均値を算出し以降の分析に用いた。なお、c)～e)については補足的に収集した。その理由は、研究目的を回答者に気づかせないようにするためである。特に、「b) 怒り」に関する3項目は「c) 否定的感情」7項目と取り混ぜて一つの設問の中で呈示する措置を採った。「e) 人生における諸側面の重要度」に関しては、前述の理由に加えて、要請の丁寧度から怒りへの過程が、個人が人生において何を重要視しているかによって影響を受ける可能性もあり得ると考えたため、調整変数として働くかを確認するために測定した。

- a) 対人的不公正事態 中村他(2011)の対人的不公正事態の尺度より、相手からの要請場面に合致する項目を抜粋、修正のうえ使用した(e.g.,「相手は、礼儀をわきまえていない」；7項目、6件法；1. 全く当てはまらない～6. 非常によく当てはまる； $M=4.26$, $SD=1.22$, $\alpha = .93$ ；丁寧度低条件： $M=4.84$, $SD=0.94$, 95%CI [4.66, 5.02]；丁寧度高条件： $M=3.66$, $SD=1.20$, 95%CI [3.43, 3.90])。
- b) 怒り 藤野(2014)の状態怒り尺度より、怒り感情の程度について尋ねた(e.g.,「怒りを感じている」；3項目、6件法；1. 全く当てはまらない～6. 非常によく当てはまる； $M=4.13$, $SD=1.40$, $\alpha = .94$ ；丁寧度低条件： $M=4.64$, $SD=1.24$, 95%CI [4.40, 4.88]；丁寧度高条件： $M=3.62$, $SD=1.37$, 95%CI [3.36, 3.89])。
- c) 否定的感情 佐藤・安田(2001)の日本語版PANASのネガティブ情動より「b) 怒り」と重複する1項目(いらだった)を除いて使用した(e.g.,「びくびくしている」；7項目、6件法；1. 全く当てはまらない～6. 非常によく当てはまる)。また、 α 係数を明らかに下げ、かつ確認的因子分析の結果で因子負荷量が低かった1項目(ぴりぴりしている；.25, 他は全て.41以上)は除去し、最終的に6項目を以降の分析に使用した($M=2.76$, $SD=1.04$, $\alpha = .80$)。
- d) 相手への印象 林(1978)の性格特性尺度より個人的親しみやすさ、社会的望ましさ、力本性の3因子それぞれのうち、相手からの要請場面に合致する3項目ずつを使用しSD法により測定した(e.g.,「親しみやすい(親しみにくい)」「信頼できる(信頼できない)」「積極的な(消極的な)」；合計9項目、5件法；個人的親しみやすさ： $M=2.13$, $SD=0.90$, $\alpha = .83$ ；社会的望ましさ： $M=2.11$, $SD=0.93$, $\alpha = .87$ ；力本性： $M=3.14$, $SD=0.73$, $\alpha = .68$)。
- e) 人生における諸側面の重要度 自由、人間関係、お金、学業、健康、食事の重要度について一対比較法で測定した(計15項目；e.g.,自由をより重視41名 [38.7%]・人間関係をより重視65名 [61.3%])。一対比較において3回以上、ある領域を選択すれば、当該領域をより重視していると判断した。この設問は2つ目のシナリオの前に呈示し、後半部分は、直後に呈示した自然風景画像と共にフィラーとしての役割も担っ

ていた。

f) 基本的属性

調査対象者の学部，学年，性別を尋ねた。

倫理的配慮

調査では，設定により個人のGoogleアカウント情報は収集されず，回答は全て統計的に処理するためプライバシーを侵害することはないこと，学会発表や論文においても個人が特定される可能性のある情報は一切公表しないこと，回答の処理からデータの保管，処分まで，プライバシーは厳重に保護されること，回答は任意のため拒否や途中離脱の権利が保障されること，質問への回答が当該授業の成績に反映されることはないことを伝え，同意を得た上で回答をしてもらった。

分析手順

分析にはMplus 7 (Muthén & Muthén, 2012) 及びHAD (清水, 2016) を用いた。対人的不公正事態の認知を経た要求表現の丁寧度から怒りへの効果を調べるため，媒介分析を行った。

なお，要求表現の丁寧度は2値変数であるため，通常のYX標準化推定値の算出は望ましくない。そこでMplus 7のStandardization機能を用いて，部分標準化推定値を算出した。これにより，説明変数から目的変数への直接効果，間接効果，総合効果，及び説明変数から媒介変数への効果に関する標準化係数は効果量 d に相当するものとなる (Brown, 2015)。

結果

対人的不公正事態の認知を経た要求表現の丁寧度から怒りへの効果を調べるために，媒介分析を行った。その際，データの入れ子構造を考慮し，Mplus 7のclusterコマンドによって標準誤差の調整を行った (cf. Nakazato et al., 2011；ブートストラップ法の併用は不可)。その結果，対人的不公正事態の認知を介した要求表現の丁寧度から怒りへの有意な間接効果が認められ ($d=0.68$, 99%CI [0.47, 0.90])，対人的不公正事態による完全媒介が認められた (総合効果： $d=0.74$ [0.50, 0.98]， $P_M=97\%$ ；Figure 1 参照)。

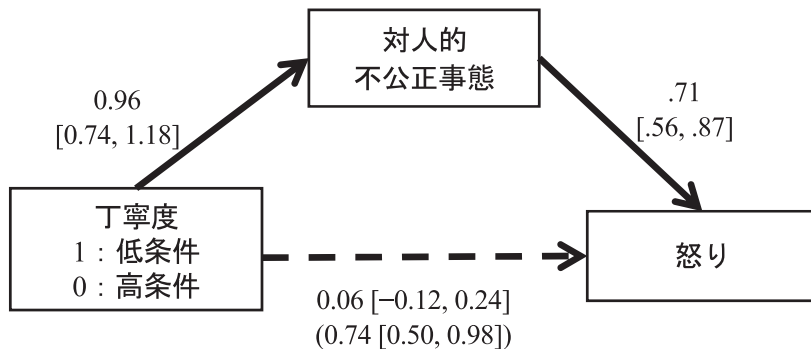


Figure 1. 要求表現の丁寧度の低さから怒りへの間接効果

(注) 全て標準化係数(部分標準化推定値)。丸括弧内は総合効果を、鍵括弧内は95%もしくは99%信頼区間を表す(説明変数, 媒介変数, 目的変数の間の係数は99%CI)。

そのほか補足的な分析の結果, 要求表現の丁寧度の低さは, 怒り以外にも, 否定的感情や要請者の印象(個人的親しみやすさ, 社会的望ましさ, 力本性)の悪さに概ね繋がる可能性が示唆された(e.g., <否定的感情>丁寧度の総合効果は有意, 間接効果は非有意(総合効果: $d=0.38$, 99%CI [0.13, 0.63], 間接効果: $d=0.07$, 95%CI [-0.10, 0.24])。<個人的親しみやすさ>丁寧度の総合効果と間接効果が有意(総合効果: $d=-0.92$, 99%CI [-1.14, -0.70]; 間接効果: $d=-0.76$, 99%CI [-0.93, -0.58])。また, 人生の諸側面の重要度に関しては, 部分的に当該過程への調整効果が認められる箇所はあったものの, 結果のパターンに大きな影響はなかった(e.g., 自由の重視度が高くとも, 要請の丁寧度の低さから対人的不公正事態の認知には有意な調整効果は認められず: $d=0.31$, 95%CI [-0.04, 0.65])。よって, 補足的な変数であることも鑑み, これ以上の言及は避ける。

考察

予備調査の結果から, 目上の相手からであっても丁寧度の低い表現で要求された場合には, 対人的不公正事態であるとより強く感じ, 怒りをより強く感じやすいことが示された。ただし, 予備調査では呈示順序についてカウンターバランスをとったものの, 同一参加者が両条件に回答したことが結果に影響を及ぼした可能性がある。また, 研究1においては相手の地位について条件を設定しておらず, 相手が目上である場合とそうではない場合との比較が出来ていない。これらの点を考慮し, 社会人対象の本調査においては要求の丁寧度と地位について条件を設定し, 条件別に参加者を割り当てて研究を行うこととした。

【Ⅲ. 本調査】

方法

調査方法と調査対象者

リサーチ会社・楽天インサイトに委託し, 令和2年11月上旬にWeb調査を実施した。具体的には, 同社に登録しているモニターのうち20~35歳の社会人の男女200名を対象とし, 本調査を行った(男性100名, 女性100名, $Age=29.38$ 歳, $SD=3.95$)。職業の内訳は, 正規の職員・従業員146名(73.0%), パートタイムやアルバイト34名(17.0%), 契約社員・嘱託職員14名(7.0%), 派遣社員6名(3.0%)であった。本調査の冒頭で研究倫理にかかわる注意事項を記載し, デブリーフィングのために調査票の末尾において条件設定を行っていた旨と研究の目的を説明する文章を記載した。

調査内容

予備調査と同様の内容のシナリオを基に, 「勤務先で相手から負担の大きい仕事の要請を受ける場面」に関する場面想定法による調査を実施した。予備調査とは異なり本調査では, 要求表現の丁寧度について「高条件」と「低条件」を, 相手の地位について「目上条件」と「対等条件」を設定し, 2×2 (丁寧度: 高/低 \times 要請者の地位: 目上/対等)の

4条件に、参加者をランダムに割り当ててシナリオを呈示した。また、各条件における、性別、年代の構成比が均等になるように調査会社に依頼した (e.g.,シナリオA:20代男性12名, 30代男性13名, 20代女性12名, 30代女性13名)。なお、目上との比較対象として対等の者を選択した理由は、目下の者から丁寧ではない表現で要請される場面が現実には生じにくいと考えたためである。なお、木野 (2000) においては、怒りを表出する相手が同輩である場合は、相手が後輩である場合との間に感情の表出に違いが見られず、いずれも相手が目上の者である場合よりも表出しやすい傾向にあることが示されている。

【シナリオの概要】

- ある売店で朝の仕事をしている状況。
- 先輩あるいは同期から、体力的・精神的に負担の大きな仕事である「品出し」を1人でするように要請される。
- 相手 (先輩/同期) の急ぎではない他の仕事を理由に、一人で上記の仕事をするように要請された。
- さらに、「品出し」は時間に余裕がない中での作業のため、1人で行うことは極力避けたい仕事だった。
- このような状況で、相手 (先輩/同期) から要請の言葉をかけられる。
 - ▶ 丁寧度「高」条件: 「もしよかったら私の分も品出しをしておいてくれませんか?」
 - ▶ 丁寧度「低」条件: 「今日の品出し、やっておいてくれるよね?」

(注) 赤字の部分の差異によって、要請の丁寧度及び要請者の地位に関する条件を操作した。回答者には4種類のシナリオのいずれかをランダムに呈示した。

その後、予備調査と同じく、以下のa)～g)について尋ねた。なお、a)～d)については、シナリオの状況を経験した場合、どの程度、それらのことを感じるかについて回答を求めた。また、引き続き、c)～e)については補足的に収集した。各尺度の α 係数において概ね十分な値を示したことから ($\alpha = .82 \sim .93$)、a)～d)については、因子ごとに項目平均値を算出し、以降の分析に使用した。

a) 対人的不公正事態の認知 (7項目, 6件法; $M=4.12$, $SD=0.97$, $\alpha = .92$)

b) 怒り (3項目, 6件法; $M=4.13$, $SD=1.15$, $\alpha = .93$)

c) 否定的感情 (6項目, 6件法; $M=2.93$, $SD=0.90$, $\alpha = .84$)

予備調査と同様、 α 係数を明らかに下げ、かつ確認的因子分析で因子負荷量が非常に低かった1項目 (ぴりぴりしている; .07, 他は全て.41以上) は除去し、最終的に6項目を以降の分析に使用した。

d) 相手への印象 (各5件法; <個人的親しみやすさ> 3項目; $M=2.27$, $SD=0.80$, $\alpha = .83$. <社会的望ましさ> 3項目; $M=2.27$, $SD=0.80$, $\alpha = .82$. <力本性> 1項目; $M=2.66$, $SD=0.84$)

α 係数を明らかに下げ、かつ確認的因子分析で因子負荷量が非常に低かった2項目 (自信のある [自信のない], 意志が弱い [意志が強い]; $-.27$, $.29$; 他は.87) は除外した。

- e) 人生における諸側面の重要度 自由, 人間関係, お金, 仕事の重要度に関して一対比較法で測定した(計6項目)²。一対比較において3回, ある領域を選択すれば, 当該領域をより重視していると判断した。
- g) 基本的属性として, 年齢, 性別, 職業, 世帯年収, 教育歴, 婚姻状態などについてデータを取得した。年収については14段階から選択してもらい, 平均値は5.34($SD=2.61$)であった。「500万円以上~600万円未満」付近が平均世帯年収であることを示している。教育歴については, 中学校卒2名(1.0%), 高等学校卒44名(22.0%), 高等専門学校卒7名(3.5%), 各種専門学校卒26名(13.0%), 短大卒9名(4.5%), 大学卒93名(46.5%), 大学院卒13名(6.5%), わからない/その他6名(3.0%)であった。婚姻状態については, 既婚・配偶者あり83名(41.5%), 婚前同棲中9名(4.5%), 離婚5名(2.5%), 別居中1名(0.5%), 死別0名(0%), 独身102名(51.0%)であった。なお, これらを測定した理由は, どのような人々が本調査の対象であったかを調べ, 基本的属性に偏りがあり過ぎないかを把握するためであった。また, 職業については自営業者・自由業者, 会社・団体などの経営者, 及び職に就いていない方を研究対象外とする, という目的のためにも尋ねた。排除した理由は, 職場において目上あるいは同輩から物事の要請をされるというシナリオの内容を, 現実味のある形で想起することが困難だと判断したためである。

倫理的配慮

調査は無記名調査であり, 回答は全て統計的に処理しデータ全体としての傾向を調べるため個人が特定されることはないこと, 質問の中には職業, 収入, 教育歴, 婚姻状態についてのものであるが個人が特定されることがないように数値化した形でしか公表しないこと, 調査結果を学会発表や論文において公表する際にも個人が特定される可能性のある情報は一切公表しないこと, 回答の処理からデータの保管, 処分まで, プライバシーは厳重に保護されること, 回答は任意のため拒否や途中離脱の権利が保障されることを伝え, 同意を得た上で回答をしてもらった。また, 研究は公的な資金を用いて行われているため利益相反が発生しないこと, 及び大分大学福祉健康科学部の研究倫理委員会の承認を得て研究が実施されていること(承認番号F200010)も伝え回答の同意を得た。

分析手順

分析にはMplus 7 (Muthén & Muthén, 2012) 及びHAD (清水, 2016) を用いた。対人的不公正事態の認知を介した要求表現の丁寧度から怒りへの間接効果, 及びその過程への相手の地位の調整効果を検討するために, 媒介分析及び調整媒介分析を行った。なお, モデル適合度は, 一般的なモデル適合度基準 (Hu & Bentler, 1999) に基づいて判断を行った。適合度が良いモデルの基準は, CFIが.95に近いかそれ以上, RMSEAが.06に近いかそれ以下, SRMRが.08に近いかそれ以下であることである。

2 各回答の内訳は次の通り。人間関係をより重視112名[56.0%]・自由をより重視88名[44.0%], お金をより重視168名[84.0%]・仕事をより重視32名[16.0%], 人間関係をより重視123名[61.5%]・お金をより重視77名[38.5%], お金をより重視91名[45.5%]・自由をより重視109名[54.5%], 仕事をより重視47名[23.5%]・人間関係をより重視153名[76.5%], 仕事をより重視145名[72.5%]・人間関係をより重視55名[27.5%]

結果

対人的不公正事態の認知を介して要求表現の丁寧度が怒りへ効果をもつか、及びその過程に相手の地位の調整効果が認められるかを検討するために、媒介分析及び調整媒介分析を行った（バイアス修正ブートストラップ法2000回を使用；清水，2014参照）。媒介分析の結果、要求表現の丁寧度からの有意な間接効果が認められ（ $d=0.31$ ，99%CI [0.002, 0.58]），対人的不公正事態による完全媒介が認められた（総合効果： $d=0.32$ [0.04, 0.58]， $P_M=97%$ ；Figure 2 参照）。

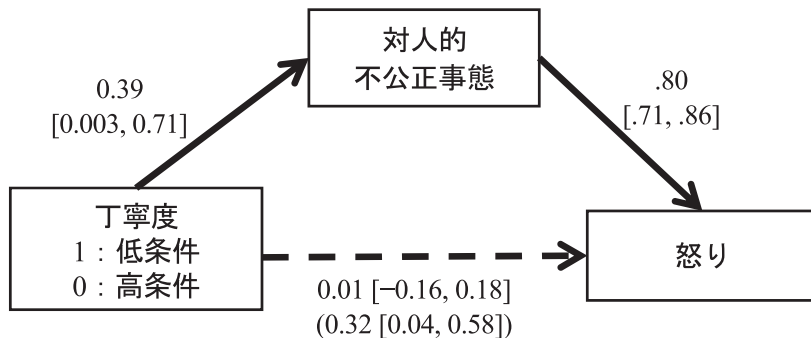


Figure 2. 要求表現の丁寧度の低さから怒りへの媒介分析結果

(注) 全て標準化係数（部分標準化推定値）。丸括弧内は総合効果を，鍵括弧内は95%もしくは99%信頼区間を表す（説明変数から媒介変数，媒介変数から目的変数の箇所については99%CI）。

続いて，要請者の地位を調整変数として投入した調整媒介分析を実施したが，有意な調整効果はいずれも認められなかった（丁寧度から対人的不公正事態，丁寧度から怒り，対人的不公正事態から怒りのパスへの調整効果： $d=0.14$ ， -0.06 ， -0.01 [全て *n.s.*]；Figure 3 参照）。また，この調整媒介モデルの適合度は良くなかったため（ $\chi^2(1)=112.44$ ， $p<.001$ ；CFI=.65；RMSEA=.75；SRMR=.05），調整変数を除去した媒介分析モデル（Figure 2；飽和モデルのため適合度は省略）を最終的に採用した³。なお，各条件における記述統計量をTable 1 に示す。

3 本調査で採用した最終モデルに性別を調整変数として加えた追加分析を実施したが，結果のパターンに変化はほとんど認められなかった（e.g.,要求表現の丁寧度から怒りへの間接効果（ $d=0.32$ ，99%CI [0.002, 0.59]））。なお，対人的不公正事態から怒りへの効果において性別による調整効果が認められたが（ $d=-0.18$ ，95%CI [-0.33, -0.02]），当該モデルの適合度は良いものではなかった（ $\chi^2(1)=97.62$ ， $p<.001$ ；CFI=.70；RMSEA=.70；SRMR=.06）。非有意の箇所を除去したり，MODINDICES (ALL) コマンドの結果に従い修正を検討したりしたもの，適合度の改善は認められなかった。同様に予備調査においても結果のパターンに大きな変化は認められなかった（e.g.,要求表現の丁寧度から怒りへの間接効果（ $d=0.54$ ，99%CI [0.26, 0.81]））。また，他の基本的属性も統制変数及び調整変数として用いた追加分析も実施したが，全て非有意であった（e.g.,対人的不公正事態の認知への職業 [正規/非正規] の調整効果： $d=-0.09$ ，95%CI [-0.74, 0.56]）。

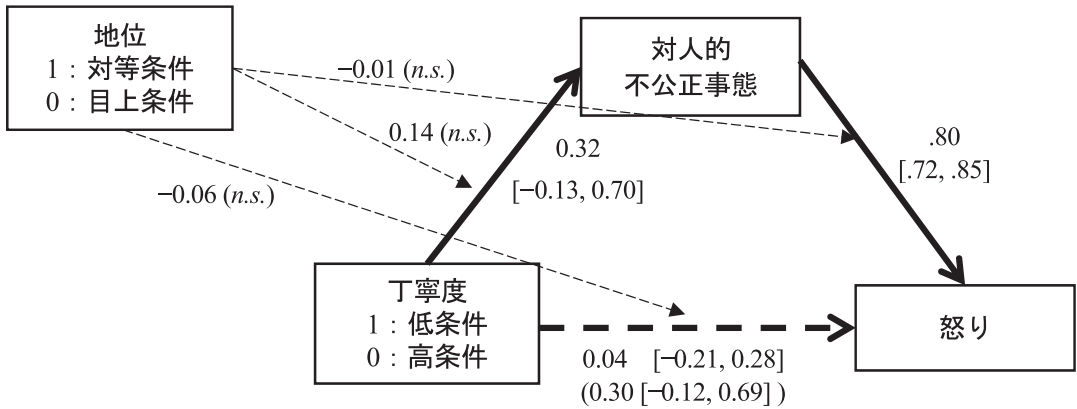


Figure 3. 要求表現の丁寧度の低さから怒りへの調整媒介分析結果
 (注) 全て標準化係数(部分標準化推定値)。丸括弧内は総合効果を鍵括弧内は95%信頼区間を示す。

Table 1 各条件における怒り及び対人的不公正事態の記述統計量

変数名	条件	M	95% CI	SD	n
怒り	A: 丁寧度高・目上	4.01	(3.69, 4.33)	1.32	50
	B: 丁寧度低・目上	4.35	(4.03, 4.67)	1.11	50
	C: 丁寧度高・対等	3.87	(3.55, 4.19)	1.01	50
	D: 丁寧度低・対等	4.27	(3.95, 4.59)	1.11	50
対人的不公正事態	A: 丁寧度高・目上	3.99	(3.72, 4.26)	1.10	50
	B: 丁寧度低・目上	4.30	(4.03, 4.57)	0.94	50
	C: 丁寧度高・対等	3.87	(3.61, 4.14)	0.85	50
	D: 丁寧度低・対等	4.32	(4.05, 4.58)	0.93	50

そのほか補足的に、否定的感情、個人的親しみやすさ、社会的望ましさ、そして力本性への要求表現の丁寧度からの効果が認められるかを確かめるために媒介分析を行った。その結果、社会人データにおいては、要求表現の丁寧度の低さは否定的感情の喚起には繋がらなかったが、悪い印象に概ね繋がる可能性が示唆された (e.g., <否定的感情>丁寧度の総合効果及び間接効果が非有意(総合効果: $d=0.07$, 95%CI [-0.23, 0.33]; 間接効果: $d=0.04$, 95%CI [-0.02, 0.13])。<個人的親しみやすさ>丁寧度の総合効果と間接効果が有意(総合効果: $d=-0.33$, 95%CI [-0.58, -0.05]; 間接効果: $d=-0.25$, 95%CI [-0.42, -0.07])⁴。

また、人生の諸側面の重要性に関しては予備調査同様、部分的に調整効果が認められる

4 否定的感情及び要請者の印象への間接効果に対する調整効果はいずれも認められなかった (e.g., <個人的親しみやすさのモデル>丁寧度から対人的不公正事態, 丁寧度から個人的親しみやすさ, 対人的不公正事態から個人的親しみやすさのパスへの調整効果: $d=0.14, 0.02, -0.10$ [全てn.s.]。)

箇所はあったものの、結果のパターンに大きな影響はなかった (e.g., 対人的不公正事態の認知に対する丁寧度×地位×自由を重視する程度の交互作用項は非有意 ($d=0.36$, 99% CI [-0.48, 1.25])。補足的な変数であることも鑑み、これ以上の言及は控える。

考察

社会人データに基づく本調査の分析結果は、丁寧度の低い要請が対人的不公正事態の認知を経て怒り感情の喚起へつながるという過程の存在を示し、また、相手の地位による効果の違いは認められないことを明らかにした。このことは、予備調査時から変わらず、要請者が目上であっても丁寧な依頼をしなければ、受け手の怒りを喚起することを示唆する。また、丁寧度の低い表現で要請された場合には相手の地位に関係なく、対人的不公正事態をより強く感じて、個人的親しみにくさや社会的な望ましさに欠けているという印象の抱きやすさに繋がる可能性も示された。

【IV. 総合考察】

本研究では、相手から丁寧度の低い表現で負担の大きい仕事を要請される状況において対人的不公正事態をより強く認知し、怒りをより強く抱くというメカニズムを仮定した。そして、その過程に相手の地位が影響を及ぼすかを検討することを目的として、2つの研究を行った。以上のことを通して、自身の地位に関係なく丁寧に要請することの重要性を示すことを目標としていた。

怒り感情の喚起について

本研究では、目上の者へ怒りを表出し難い (木野, 2000) としても当該感情を抱き難いとは限らないと推察し、表出ではなく喚起という視点の下で研究を行った。予備調査では、目上の相手から「丁寧度の低い表現で要請された時、対人的不公正事態だとより強く感じて怒りをより強く抱く」というプロセスが認められた。一方で、本調査においては地位による調整効果は認められず、要請してきた相手の地位によって、このプロセスが異なるとは認められなかった。つまり、丁寧度の低い要請が対人的不公正事態の認知を経て受け手の怒り喚起へつながるという過程が、要請者の地位に拘わらず見られる可能性が示され、受け手に対人的不公正事態だと思わせたり、怒り感情を抱かせたりする効果の程度には要請者の地位による違いはないことが示唆された。

目上の者は、怒りを表出され難い立場にあるが故に、自身に向けられる怒りの感情に気づき難い可能性が考えられる。そのため、自身の地位がより高いものとなった際にも相手に対して丁寧に要請を行うことは、長きにわたり良好な対人関係の構築につながるという点で、有意義であると考えられる。

2つの研究において補足的に収集していた要請者に対する印象に関して、丁寧でない要求は悪い印象に概ね繋がることを示された。特に、個人的親しみややすさと社会的望ましさについては、一貫して低い丁寧度によって予測され、かつ対人的不公正事態の認知を介した有意な間接効果が認められた。さらに社会人調査 (本調査) より、個人的親しみややすさと社会的望ましさについては地位による有意な調整効果は認められなかった。このことから、地位に関係なく丁寧に要請することは、怒り喚起を防ぐのみならず否定的な印象を抱かせないためにも重要であると考えられ、これらの結果からも丁寧な要請の仕方による良好な人間関係構築が示唆されるものと考えられる。

今後の課題及び本研究の意義について

本研究では、先行研究（平川他，2012）を基に相手からの丁寧な／丁寧ではない表現での要請に着目したが、単に言葉遣いの丁寧さを取り扱うのみであった。しかし、元来、丁寧な要請ということには、要求する理由、背景や目的について十分に時間をかけて説明することなど他の要素も含まれると考えられる。今後の研究ではそのようなことにも留意し、丁寧な要請についての条件設定をするべきであろう。また、本研究では受け手側が人生において何を重視するかによる調整効果はあまり認められなかったものの、今後の研究では、要請者の置かれている状況や要請の目的の差異（e.g.,組織全体や受け手側のためを慮ってのことかどうか）、及び受け手側による状況の理解度も当該過程に調整効果をもつかについても検討する必要があると考えられる。さらに、本研究では、体力的・精神的に負担の大きな仕事である物販店で「品出し」を1人できるように要請される場面を呈示シナリオの中で取り上げたが、他の仕事内容や他の業種でも本研究の知見が再現されるかを検討することも今後の研究では必要なことであろう。

次に本研究の結果は、丁寧をお願いしさえすれば、負担の大きい仕事であっても怒りを抱かせる可能性が完全に無くなることを意味するわけではないことに注意しなければならない。丁寧な言葉遣いではあるが、次々と目下に負担の大きい仕事を押し付けることは控えるべきであろう。その一方で、目上の者の立場に立って考えた場合、怒りの喚起を避けるあまり、すべき仕事をしない相手への要請を遠慮する傾向が形成されないように意識する必要もあるだろう。今後の研究では、このような可能性の検討も必要だと考えられる。

また、2つの研究それぞれにおいて、対人的不公正事態の認知が怒りを非常に強く予測した（それぞれ $\beta = .71, 80$ ；Figure 1, 2参照）。調査票において、対人的不公正事態の設問の直後に怒りの設問が呈示されたことが、両者の関係性の過大推定につながった可能性がある。今後の研究では、対人的不公正事態と怒りについての設問の呈示間隔について考慮した上で、再検討する必要があるだろう。

さらに、補足的に測定していたものではあるが、社会人データ（本調査データ）では、要求の丁寧度は否定的感情を有意に予測しなかった。その理由として、中村他（2011）において対人的不公正事態の認知と関連することが示唆されていた「嫌悪」「軽蔑」といった項目が、本研究における否定的感情の設問に含まれていなかったことが考えられる。今後の研究では、相手への「嫌悪」「軽蔑」なども測定した上でモデルの検討を行う必要があると考えられる。加えて、本調査における要請者への印象のうち力本性尺度については、 α 係数の観点からも確認的因子分析の観点からも、尺度の構造が安定したものとは言えなかった。シナリオ場面における相手に対しては、消極的か（積極的か）といった印象を抱き難かった可能性も考えられるが、要請者の印象についてより良く把握するためには、尺度構成について再検討することが今後の課題として考えられる。

加えて、丁寧度から怒りへの総合効果は、効果量の基準（Cohen, 1988）に照らすと必ずしも大きいものではなかった（社会人データでの総合効果： $d = 0.32$ ；Figure 2）。その要因として、シナリオ場面での要請（品出しを一人ですること）に対する負担感の程度が、十分に大きいものとは回答者に受け止められず、丁寧に要請されなくとも対人的不公正事態であるとは強く受け止められなかった可能性がある。そのため、今後はより大きな負担を伴う要請場面についても検討する必要があるだろう。その一方で、学生サンプルと

比べて社会人サンプルでは、丁寧度から対人的不公正事態の認知への効果が相対的に低めであった（社会人データ： $d=0.39$ ；学生データ： $d=0.80$ ）。参加者内計画で行われた学生サンプルの予備調査では、要請の仕方についての比較対象が個々の回答者の中で明確であり、効果量が過大推定された可能性も考えられる。しかし、両者の仕事に対する意識の相違が結果の差異を生み、かつ社会人サンプルにおける効果量の相対的低さに繋がった可能性も考えられる。例えば、学生はアルバイト感覚及び個人レベルで仕事を捉えている一方で、社会人は組織の一員として、より広い観点から仕事を捉えていることが挙げられる。社会人は日々の仕事の中で相手側の事情を慮ったり、非明示的な理由がないか考えを巡らしたり、あるいは組織全体や顧客の不利益に繋がらないことを考えたりした結果、負担の大きな仕事を丁寧でなく要請されたとしても、個人的な思いを抑えて対人的不公正事態だと感じることに直結し難い可能性がある。前述した要請者の状況や要請の目的の検討にも通じるところがあるが、こうした可能性について明らかにすることも今後の研究における重要な点であろう。一方で本研究の結果は、「負担が過度に大きな要請（e.g.,相手のために寝る間も惜しんでプロジェクトを完成させる）でなくとも、自身の地位によらず丁寧な表現で要請しなければ怒りを抱かせる」ことを示した点において、意義あるものと考えられる。

最後に、本研究では、目上であっても強いネガティブな反応を相手に引き起こす可能性を検討すべく怒り感情の喚起に注目した。一方で、先行研究（藤原，2017）で示唆されるように、部下への配慮や言動の適切性によってポジティブな反応を引き出すことが可能だと考えられる。実際、組織を効率的に運営するためには、部下に仕事を引き受けてもらう必要がある。組織を効率的に運営するために、どのように要請をすれば、目上の者は好印象、高い信頼感、部下に快く仕事を引き受けてもらい人間関係にしこりを残さないのか、要請を受ける側の自由を過度に制限してWell-beingを下げないかなど、物事の要請時におけるポジティブな帰結の導き方についての検討も今後は必要であろう。そのことは、より健全で生産的、かつ友好的な組織のあり方を見出していくことにも繋がるものと推察される。

以上のような限界はあるものの、本研究は、自身の立場にかかわらず、丁寧に依頼しなければ受け手に怒り感情を引き起こすことを初めて示した。丁寧な要請は相手に配慮した態度であり、社会生活を送る多くの人において重要な態度であることを示した点に、本研究の意義があるものと考えられる。その時々々の要請を受け入れさせるのではなく、長期的にわたり良好な関係性を続けていくためには、相手への配慮は特に重要と言えよう。

結語

2つの研究の結果、丁寧度の低い要求表現は相手に怒りを抱かせる可能性があり、また、その可能性は地位が目上であっても小さくなるわけではないことが示された。本研究の知見は、自身の地位がより高い場合であっても相手に対して丁寧に要請を行い、相手を尊重する態度の重要性を示唆するものであると考えられる。礼節ある職場はあくまで従業員それぞれの努力を通じて実現、維持されるものである（Forni, 2002）。したがって、相手に配慮した言動の重要性を我々個々人が認識することは、非常に重要なことであると言えよう。

【V. 引用文献】

- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research (2nd ed.)*. New York : The Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Forni, P. M. (2002). *Choosing Civility*. New York : Lark Productions. (P.M.フォルニ, 上原裕美子(訳)(2019). 結局うまくいくのは、礼儀正しい人である ディスカヴァー・トゥエンティワン)
- 藤野京子 (2014) . 否定的に評価された場面における怒り表出に至るプロセスの解明について —— 自尊心や不安の影響を加味した分析 —— 犯罪心理学研究, 52(1), 47-58.
- 藤原勇 (2017) . 上司・部下関係における相互の被信頼を測定する尺度の作成 産業・組織心理学研究, 31(1), 37-54.
- 林文俊 (1978) . 相貌と性格の仮定された関連性(3) —— 漫画の登場人物を刺激材料として —— 名古屋大学教育学部紀要教育心理学科, 25, 41-55.
- 平川真・深田博己・樋口匡貴 (2012) . 要求表現の使い分けの規定因とその影響過程 —— ポライトネス理論に基づく検討 —— 実験社会心理学研究, 52(1), 15-24.
- Hu, L. T. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis : Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling : A Multidisciplinary Journal*, 6, 1-55.
- 木野和代 (2000) . 日本人の怒りの表出方法とその対人的影響 心理学研究, 70(6), 494-502.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2012). *Mplus user's guide (7th ed.)*. Los Angeles, CA : Muthén & Muthén.
- 中村慎佑・森上幸夫・西迫成一郎・桑原尚史 (2011) . 社会的不公正事態の類型化および社会的不公正事態にともなう感情の分析 心理学研究, 81(6), 585-592.
- Nakazato, N., Schimmack, U., & Oishi, S. (2011). Effect of changes in living conditions on well-being : A prospective top-down bottom-up model. *Social Indicators Research*, 100, 115-135.
- 佐藤徳・安田朝子 (2001) . 日本語版PANASの作成 性格心理学研究, 9(2), 138-139.
- 清水裕士 (2014) . 媒介分析 小杉考司・清水裕士 (編著) , M-plusとRによる構造方程式モデリング入門 (pp.151-164) 北大路書房
- 清水裕士 (2016) . フリーの統計分析ソフトHAD —— 機能の紹介と統計学習・教育, 研究実践における利用方法の提案 —— メディア・情報・コミュニケーション研究, 1, 59-73.

【付記】

本研究は、大分大学福祉健康科学部・令和2年度部局長戦略経費の助成を受けて実施したものである。また、本研究における「本調査」は、大分大学福祉健康科学部・研究倫理委員会の承認を得て実施した（F200010）。本研究は公的な資金を用いて行われ、特定の企業からの資金は一切用いていない。よって、本研究では利益相反は発生しない。上記に係る審査に当たって下さった先生方及び本論文の査読をしていただいた先生方に厚く御礼申し上げます。

広島大学大学院人間社会科学研究科・情報科学部の平川真先生からは、先生の論文における呈示シナリオの全文をご提供いただきました。お教え頂いた内容は、本研究におけるシナリオ作成の参考とさせて頂きました。突然の依頼にもかかわらず丁寧にご対応頂きましたことを、心より御礼申し上げます。最後に、本論文の作成に当たり、ご協力下さった全ての方に重ねて御礼申し上げます。

本論文は令和2年度心理学コースの卒業論文を基に再分析を経て執筆された。また、本論文の一部は日本心理学会第85回大会で報告された。

Impact of an Impolite Request on a Requestee's Anger : Importance of Practicing Politeness Irrespective of Social Standing

Imamura Ayumi, Nakazato Naoki

Abstract : We examined whether impolite request for a heavy-load task produces anger in a requestee via their feelings of unfairness in an interpersonal situation. In the pilot study, using a scenario method, we confirmed the abovementioned indirect process with a student-sample. In the main study, we conducted an online survey with 200 non-student adults and examined the moderation effect of social standing on the process. The participants were randomly assigned to one of four conditions that included different hypothetical scenarios regarding requests of high-load tasks (2 x 2 design : requester is a senior/a fellow co-worker x request is in a polite/impolite manner). Then, they were asked to respond to several questions, such as the extent to which they think they would feel angry in such a situation. The moderated mediation analysis revealed that the indirect effect of impolite request on anger was significant, whereas the moderation effect of social standing was not significant. We conclude that (a) an impolite request results in anger in a requestee via feelings of their interpersonal unfairness, and (b) such an indirect effect is not affected by whom the request is placed. These results suggest the importance of a polite request regardless of social standing.

〔原著論文〕

メンタルヘルス不調による2回の休職を経験した女性の 社会復帰過程に関する研究

下田 桃子¹・武内 珠美²

本研究は、メンタルヘルス不調で、2回の休職を経験した女性が、どのように自身の働き方を再構成していくか、社会復帰までの体験過程を明らかにすることを目的とした。社会復帰後、安定就労を維持する女性3名を対象に、半構造化面接を実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによる分析を行った。そして、概念およびカテゴリーを生成し、カテゴリー同士の関係と時系列の経過である5段階のステージを結果図に示した。結果より、2回の休職経験者は、働き方を見つめ直すだけでなく、自身の人生設計や病気をした自分でどう生きていくかという生き方の再構成にまで至った。そのため、1回目の休職期間に時間をかけて自身の振り返りの作業を丁寧に行うことで、再発予防に繋がると推察された。心理職は、休職者の“働くこと”、“安心して暮らすこと”を生き方のレベルから支える視点を持つことが望まれる。

キーワード メンタルヘルス不調, 休職, 女性, 社会復帰過程, 生き方の再構成

1. 問題と目的

近年、労働者のメンタルヘルス不調や自殺者の増加等が社会問題として取り上げられている。厚生労働省による労働安全衛生調査(2020)では、現在の仕事や職業生活に関する強いストレスになっていると感じる事柄がある労働者の割合は54.2%と示され、「仕事量」や「仕事の失敗、責任の発生」などが内容として多く挙げられた。さらに、自殺者総数に対する勤務問題を原因・動機の1つとする自殺者の割合は、概ね増加傾向にあり、令和3年の報告では特に、女性の自殺率が2年ぶりに増加した。そのうち、原因・動機として「勤務問題」、「職場の人間関係」、「職場の環境の変化」が増加している(厚生労働省, 2021)実態がある。

また、社会的課題として、働く方々がそれぞれの事情に応じた多様な働き方を選択できる社会を実現することを目指す「働き方改革関連法」(厚生労働省, 2019)、女性の個性と能力が十分に発揮できる社会を目指す「女性活躍推進法」(厚生労働省, 2020)が国の政策としても取り組まれている背景がある。今後、企業や組織では、労働者が社会的活動を安全に行うことができる環境を整えることや、労働者自身のセルフケアの啓発、加えて不調を呈した労働者がどのように自分に合った働き方で仕事に戻っていくかについての支援のあり方が重要な課題になると考えられる。

メンタルヘルス不調の労働者の病休と復職支援に関する調査において、復職日から5年以内に、47.1%が再休職していることが明らかとなった。特に、復職後2年間は再発リス

1 中央町こころのクリニック

2 大分大学福祉健康科学部心理学コース

クが高く、復職後1年では57.4%、2年では76.5%の再病休が集中したとの結果が示された(横山, 2016)。メンタルヘルス不調により、休職に至ることは多くの労働者にとって「心の傷にもなり得る挫折体験」(島・佐藤, 2004)でもあり、「休職を職業人としての自己像を維持できなくなる危機として捉え、職業的アイデンティティを再構築することで安定した職場復帰が実現する」(中村, 2013)との考察もある。様々な要因により、転職や退職を余儀なくされる場合があるが、復職・転職のどちらのプロセスで社会復帰を果たしたとしても、休職期間は、症状の回復と維持に努め、休職した自分と向き合う体験になると考えられる。

労働者の復職支援に関しては、復職支援プログラム(リワークプログラム)の実践が公的施設に加え、企業内や医療機関内へと広がりを見せるに伴い、付随した効果研究が増加している。五十嵐(2012)は、就労予後に関する研究を行い、プログラム非利用群の再休職リスクが利用群と比較して約6倍となり、復職支援プログラムの再発予防効果を示した。また、心理教育の講義やセッションを取り入れることによる再発予防効果を示す研究(山口, 2006; 鈴木ら, 2010)、総合病院での復職支援プログラム(秋山ら, 2004)の実態についての報告がある。また、1回休職者と複数回休職者の比較から調査した研究では、複数回休職群において、母子関係の葛藤などの個人要因が見られ、再休職予防のために個別心理療法で扱うことの必要性を述べている(館野ら, 2018)。

一方、心理相談の事例から復職のプロセスを検討した研究(奥野, 2009)や、復職支援プログラムを利用した事例研究(中村, 2011; 中村, 2012)も行われている。心身の不調と休職のきっかけが複数見受けられる事例においては、個別的な心理支援に注目する必要性が考えられる。しかしながら、質的研究自体の数は少ないことから、休職者がどのような経過と内的体験をして、社会復帰を果たすかを当事者の語りから詳細に理解することは、メンタルヘルス不調者に対する今後の心理的支援の一助となると考えられる。

加えて、水野ら(2017)は、「特に女性は、ライフステージに応じて多様な役割を担い、役割間のバランス調整に伴う負担や心理的課題に同時に直面する」と述べており、岡本(2008)は、「子どもを生き育てることや家庭を営むこと、仕事への関わり方など、個としての自分の生き方と自分にとって大切な人を育み支えることを、どう折り合いをつけ、どのように両者を大切に生きていくかという女性特有の心の悩みも少なくない」と述べた。そのため、女性休職経験者のライフステージの変化に伴う問題が、メンタルヘルス不調に至る背景に存在することにも注目したい。

よって、本研究では、メンタルヘルス不調で2回の休職を経験し、その後、復職または転職を選択して社会復帰をしている女性を対象に、社会復帰に至るまでの体験過程を明らかにする。特に、1回目の休職を経験した後、症状の再発を後押しする状況や考え方の変化を詳しく聞き取り、働き方を再構成していく過程に着目したい。その際、女性特有のライフステージの変化に伴う問題の存在についても注目する。2回の休職経験者を対象とすることにより、心理職として、再発による休職を繰り返す方への望ましい心理的支援のあり方や、メンタルヘルス不調者の再発予防の視点について、考察を深めることを目的とした。

II 方法

1. 質的研究法の採用

質的研究には、「それぞれの語りを既存の視点に捉われることなく、人々が生きていける様々なレベルの文脈に沿って理解しようとする特徴」(能智, 2004)がある。産業臨床領域では、集団での復職支援や、その効果研究、量的研究が盛んに行われている。本研究においては、休職経験者自身の語りを取り上げ、当事者の主観的な体験を描き、個別性にも着目した知見を積み上げることができると考え、質的研究を選択した。

2. 調査協力者

うつ症状でのメンタルヘルス不調で2回の休職経験があり、現在は社会復帰(復職・転職)し、一定期間(6ヶ月~1年以上)安定就労を維持している女性3名である。調査協力者の募集は、知人への依頼や紹介によって行った。また、協力者には、複数の診断名がある者も見受けられるが、面接内での語りから、全ての協力者は厚生労働省の提示するメンタルヘルス不調の定義である「精神および行動の障害に分類される精神疾患や自殺のみならず、ストレスや強い悩み、不安など、労働者の心身の健康、社会生活および生活の質に影響を与える可能性のある精神のおよび行動上の問題を幅広く含むもの」に含まれる症状を呈した者であると考えられた。調査協力者の概要を(Table 1.)に示す。

3. 調査方法

2017年9月中旬~11月上旬に渡り、1回60分~90分程度の半構造化面接を1人につき、1回実施した。なお、そのうち2名は、下田・武内(2015)での研究協力者であり、当時の面接調査内容に復職経過の質問を追加し、改めて聞き取りを行った。

調査内容として、①基本属性と病院での診断名、②1回目と2回目の休職に至るまでの

Table 1. 調査協力者の概要

	A	B	C
年齢	60代	60代	20代
性別	女性	女性	女性
婚姻状況	既婚	既婚	既婚
診断名	うつ病	うつ病, 心身症	適応障害→慢性うつ病
職種	不調時: 教諭 定年後: 嘱託職員	不調時: 教諭 定年後: 嘱託職員	不調時: 民間企業 現在: パートタイマー
休職回数	2回	2回	2回
休職期間	1回目: 2年半 2回目: 1年半	1回目: 2年 2回目: 1年	1回目: 半年 2回目: 1ヶ月
休職時の年齢	1回目: 40代後半 2回目: 50代前半	1回目: 40代後半 2回目: 50代前半	1回目・2回目: 20代前半
リワークの利用	なし	なし	あり(約1年)

経緯・休職中の過ごし方, ③社会復帰(復職・転職)までの過程, ④社会復帰後の働き方と気をつけている工夫について尋ね, 面接者は協力者の語りを優先しつつ, 適宜質問を行った。倫理的配慮: 調査協力者には, 本研究の目的と概要, 質問に対する拒否の自由, 個人情報保護, データは学術目的のみに使用し, 取り扱いには細心の注意を払うことについて説明を行い, 同意書へのサインとICレコーダーによる面接内容の録音の許可を得た。また, 調査協力で自身の体験を振り返って話すことで心理的な問題をきたした場合には, 臨床心理士である指導教員が対応するため, すぐに連絡してもらうことを伝えた。なお, 調査内容と手続きは, 大分大学教育学部研究倫理審査委員会において承認を得た。

4. 分析手続き

本研究での分析方法は, 他の質的研究法よりも理論・体系化されており, 社会的相互作用に関係した人間行動の説明と予測に有効とされる点で, 木下(2003)の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)を用いることとした。

分析焦点者は, 「うつ症状でのメンタルヘルス不調で2回の休職経験があり, 現在は社会復帰し, 日常生活と安定就労を維持可能な程度に回復した女性」と定めた。

分析の具体的な手順は以下の通りであった。①分析テーマを「2回の休職経験者の社会復帰に至るまでの体験過程」と定め, 概念を生成した。その際, 分析ワークシートを作成し, 概念名, 定義, 具体例, 理論的メモを記述した。②類似の内容がある場合には既存の概念の具体例に追加し, 類似の内容がない場合には, 新たな概念として生成した。

また, 具体例が少ない概念は検討して棄却した。③既存の概念を分解・統合した方がより良い説明が可能な場合には, 再編成を行った。3名のデータを分析し終えた時点で, 新たな概念は生成されず, 理論的飽和であることを確認した。④概念同士の関係性を検討してカテゴリーを生成した。1つのカテゴリー内に複数の名前を付けることが適切な場合は, 副次的にサブカテゴリーを生成した。そして, 時系列に沿った経過を5段階に分けて名前を付け, カテゴリーの上位の位置にステージとして示した。⑤ステージの流れに沿い, カテゴリー間の関係性を検討し, 結果図を作成した。関係付けを行う際には, 随時ローデータに立ち戻り, 読み込みながら視覚化を行った。⑥結果の妥当性を高めるために, 臨床心理士有資格者である指導教員1名に結果の確認を依頼し, その後の検討と修正を加えた。

III 結果と考察

分析の結果, 28のカテゴリーと16のサブカテゴリー, 79の概念が生成され(Table 2.), カテゴリー同士の関係を結果図(Figure 1.)に示した。また, 時系列で経過を5段階に分けて名前を付け, カテゴリーの上位にステージとして示した。

各ステージとカテゴリーの流れとして, ストーリーラインを示す。まず, ステージI『自分の心身の状態が見えにくい』段階では, 休職者の【1. 個人気質と家庭環境】や, 休職前に意識していた【2. 仕事へ向ける意識】に, 【3. 年代特有の負荷】, 【4. 職場の特徴と多忙さ】が互いに影響し合うことで, 徐々に【5. ひとりで無理を重ねる】状態に至った。

次に, ステージII『これまで維持してきたバランスが崩れ, 一回目の休職に入る』段階では, 【6. 不調への気づきと疑いの気持ち】を抱くものの, 【7. 身体症状の生起と悪

化へ】と至る。症状は悪化していき、【8. 受診に至る】が、精神科・心療内科以外の受診により、【9. 診断をめぐる気持ちの揺れ】が生じる。適切な病院にて【10. 休職する】と、【24. 周囲に支えてもらう体験】が継続して得られるようになる。また、【11. 治療開始後の心身の変化】に伴い、【11. 治療中に生じる落ち込みや内省】が生起していった。

Table 2. カテゴリー一覧

ステージ名	カテゴリー名	サブカテゴリー	概念名	数
I 自分の心身の状態が見えにくい段階	1.個人気質と家庭環境	①勤勉で完全なものを求める性格傾向 ②親の養育態度への疑問	(1)負けず嫌いで一点集中な性格(B) (2)自信のない性格(C) (3)当然の頑張りだと思いつむ(C) (4)自身の家庭環境への疑問(C)	9
	2.仕事へ向ける意識		(5)仕事に対するプライドやこだわり(B) (6)仕事への意欲を維持(A,B)	6
	3.年代特有の負荷	③若年特有の負荷 ④中年期特有の負荷	(7)上司に期待されることがプレッシャー(C) (8)責任を担う年齢による負荷(A,B) (9)同時並行で家庭の問題が生起(A,B) (10)家庭役割での縛り・選択を左右される(A,B) (11)加齢症状とメンタルヘルス不調の混同(A,B)	30
	4.職場の特徴と多忙さ	⑤過重労働を続ける	(12)仕事の多忙さ(A,B,C) (13)仕事と私生活の境界がない(A,B) (14)疲れよりも必死の思いで仕事をする(A,B)	28
	5.ひとりで無理を重ねる	⑥自分の力で努力を重ねる ⑦1人で抱え込む	(15)苦しさが周囲に見えにくい(A,B,C) (16)言えない・断れない(A,B) (17)迷惑をかけたたくない(A) (18)どうしようもなくひとりで抱え込む(A,B) (19)気持ちに余裕がない(A,B)	30
II これまで維持してきたバランスが崩れ、一回目の休職に入る段階	6.不調への気づきと疑いの気持ち		(20)スイッチが入る感覚(A,C) (21)情報媒体で症状を調べる(C) (22)周囲から心配され始める(A)	8
	7.身体症状の生起と悪化へ		(23)メンタルヘルス不調の出現(A,B,C) (24)症状の悪化(A,B,C)	23
	8.受診に至る		(25)受診する(A,B,C)	3
	9.診断をめぐる気持ちの揺れ	⑧診断を巡り、今までの自分が崩れることでの気持ちの揺れ	(26)適切な病院が分からない(A,B) (27)診断への疑い・現状が崩れる感覚(B) (28)まさか自分がメンタルヘルス不調になるとは思っていない(A,B,C) (29)自分の状態が腑に落ちる(B,C)	22
	10.休職する		(30)休職する(A,B,C) (31)背負っていた重荷を下ろす(A)	5
	11.治療開始後の心身の変化		(32)入院治療(B) (33)服薬治療・休養(A,B) (34)症状の改善と生活リズムの修正(A,B,C)	26
	12.治療中に生じる落ち込みや内省		(35)自分の限界を見ることでの反省(B) (36)早く治すことへの焦りや自責感(A,B,C) (37)病気になった悔しさ(B) (38)治療が長期になると思わなかった(A,C) (39)いい評価を得たい思いに気づく(B,C)	25

III 復職し、今の自分のできる形での再調整を試みるが、二回目の休職・退職を経験する段階	13. 復職の準備	㉑リワークを利用して復職準備 ㉒家事と生活維持の助けを得る ㉓経済的に生活を維持する難しさ	(40)リワーク施設の利用(C) (41)リワークスタッフとの関係性が支え(C) (42)家族の支えを得る(A,B) (43)経済的な補償面での苦しさ(A,B,C)	27
	14. 職場規定(公務員・民間)に沿って復職準備を進めるが不安が伴う		(44)復職時期を検討して悩む(A,C) (45)公務員の復職体制の中で準備を進める(A,B) (46)民間企業の復職受け入れ体制の中で準備を進める(C)	15
	15. 職場での配慮やサポート		(47)人事的なサポート(A,B) (48)職場の理解がある人からの声掛け(B,C) (49)同僚からの復職時のサポート(A)	16
	16. 復職してからの葛藤的な気持ち	㉔思うようには自己調整の難しい状況 ㉕復職後の葛藤 ㉖周囲からのネガティブな反応	(50)実際は段階的な復職が困難な状況(A,B) (51)周囲からの声掛けが負担(B,C) (52)復職してみたら仕事は楽しい(A,B,C) (53)休職明け周囲からのネガティブな反応(A,B)	23
	17. 再発しそうな予感・不安		(54) 2度目の不調、再発しそうな予感・不安(A,B,C)	11
	18. 身体的な不調のサインに気づく		(55)身体的な不調のサインに気づく(A,B,C)	5
	19. 再発してしまった落ち込み		(56)再発した落ち込み(B,C)	3
	20. 自身で再休職・退職の選択する		(57)退職を決める(C) (58)再休職を決める(A,B)	3
IV 自分の働き方・生き方に迷いながら、再定位する段階	21. 退職した安堵感		(59)退職してスッキリする(C)	3
	22. 再休職・退職した後の不安と人生探し、働き方探し	㉗将来を見通して、今の自分のできる選択を考える ㉘仕事のない人生を想像し、今後何のために生きるのかを考える	(60)退職後の不安(C) (61)将来を見通して、今の自分のできる選択しようとする(C) (62)仕事のない人生を想像し、今後何のために生きるのかを考える(A,B)	13
	23. 自分に合う形での復職・転職を決めて再出発		(63)転職へ向けて選択(C) (64)復職を決める(A,B)	3
	24. 周囲に支えてもらおう体験		(65)自分のことを周りに知ってもらおう(A,B) (66)第三者と話して受け止めてもらい、後押ししてもらおう体験(A,B,C) (67)職場関係者に理解してもらおう(A,B) (68)医者との関係性に救われる(B)	35
	25. 自分を振り返り、どういう働き方や生き方をする自分になる		(70)求めすぎない自分で生きる(B,C) (71)一つ一つの小さな達成感を大切に(B,C) (72)折り合いをつけられる自分で生きていく実感(A,B,C)	22

	かを考えて新たに生き始める			
新たな始まりへと辿り着く段階 V 自身の生き方が再統合され、	26. 職場での自己理解・自己管理の生かし方		(73)働き方の修正と自己調節の工夫(A,B,C) (74)獲得した自分の心身との付き合い方(A,B,C)	18
	27. 生活と仕事両方のバランスとゆとりがあり、生きていく幸せを味わう		(75)家庭環境の落ち着きによるゆとり(A) (76)わき目を振る気持ちのゆとり(A,B,C) (77)仕事と休みのバランスが保たれる(A,B)	17
	28. 病気をした自分を振り返り、今の生き方すら考える		(78)振り返って今の生き方すら考えられるようになる(A,B) (79)回復までの時間がもう少しあれば(C)	9

続いて、ステージⅢ『復職し、今の自分にできる形での再調整を試みるが、二回目の休職・退職を経験する』段階では、【13. 復職の準備】の際に、【14. 職場規定に沿って復職準備を進めるが不安が伴う】体験をしつつも、【15. 職場での配慮やサポート】は受けやすくなる。

それぞれが復職・転職を果たすと【16. 復職してからの葛藤的な気持ち】、【17. 再発しそうな予感・不安】を感じ、徐々に顔を出してくる【18. 身体的な不調のサインに気づく】ことで【19. 再発してしまった落ち込み】が生じた。その後、【20. 自身で退職・再休職の選択をする】に至っている。

ステージⅣ『自分に合った働き方・生き方に迷いながら再定位する』段階では、退職を選んだ場合に【21. 退職した安堵感】を感じる。そして、3名の経過では、【22. 再休職・退職した後の不安と人生探し、働き方探し】が、【23. 自分に合う形での転職・復職を決めて再出発】と【25. 自分を振り返り、どういう働き方や生き方をする自分になるかを考えて新たに生き始めに正の影響を与えていた。

最後に、ステージⅤ『自分の生き方が再統合され、新たな始まりへと辿り着く』段階では、新たな自分の働き方や生き方のスタートを切ったステージであり、【26. 職場での自己理解・自己管理の生かし方】を試し始める動きや、【27. 生活と仕事両方のバランスとゆとりがあり、生きていく幸せを味わう】ことができる時間が増える。次第に、ゆとりがある中で、自分と向き合うことも増え、【28. 病気をした自分を振り返り、今の生き方すら考える】様子にまでに至っていることが推察された。

Ⅳ 総合考察

1. 2回の休職から「働くこと」と「生きること」を再構成するまでの過程

本研究では、当初、「働き方の再構成」過程を明らかにすることを目的としていた。しかしながら、結果として、2回の休職を経験することで、働き方を見つめ直すだけではなく、自身の人生設計や病気をした今の自分でどのように生きていくかを考え、選択をしていく「生き方の再構成」に至るまでの経過が見出された。

Bridges (1980) は、人生における外的変化と内的変容、changeとtransitionを識別し、後者をより深く体験することを重視した。そして、トランジションの内的で潜在的なプロ

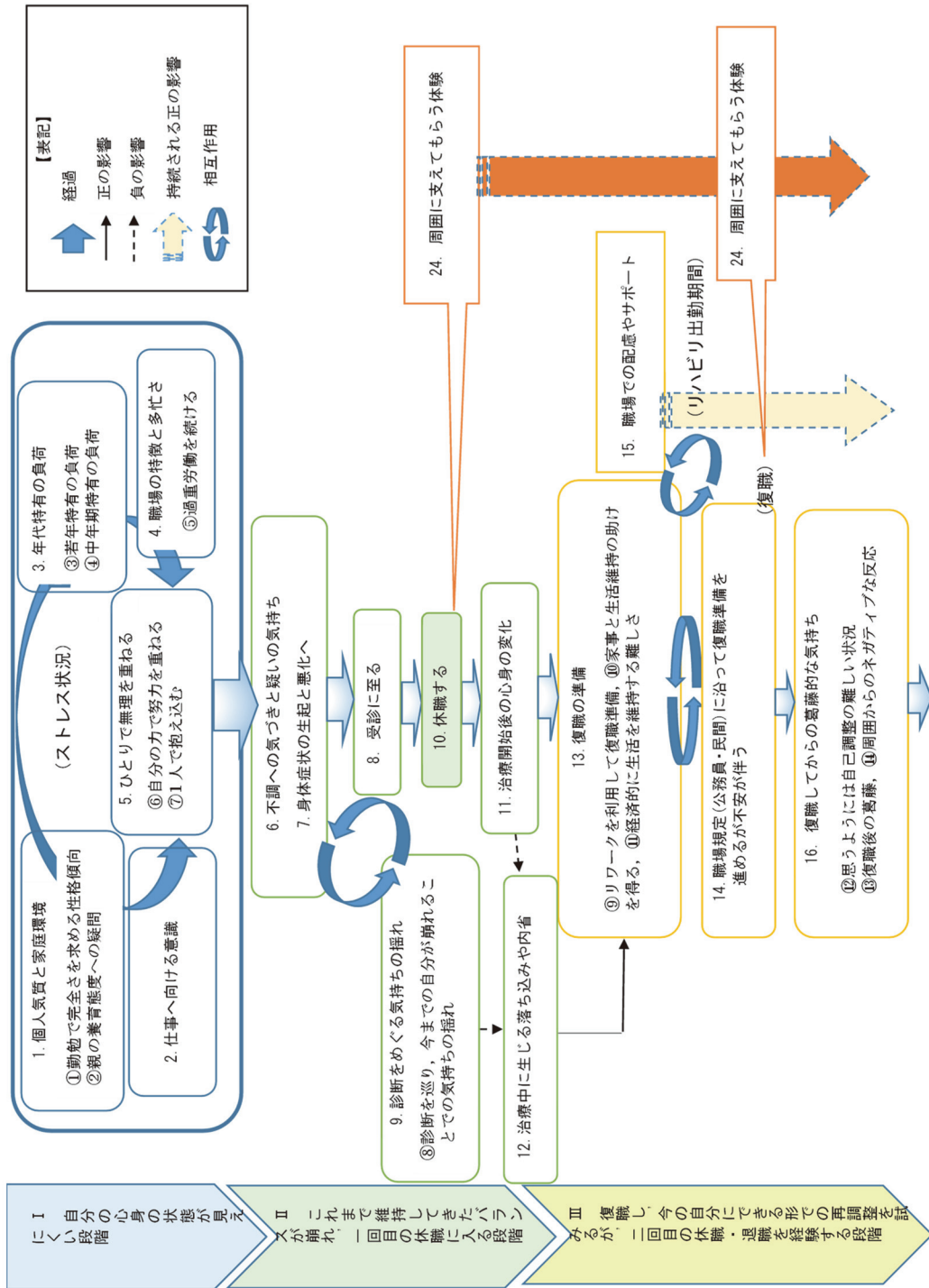


Figure 1. 休職経験者が社会復帰に至るまでの体験過程

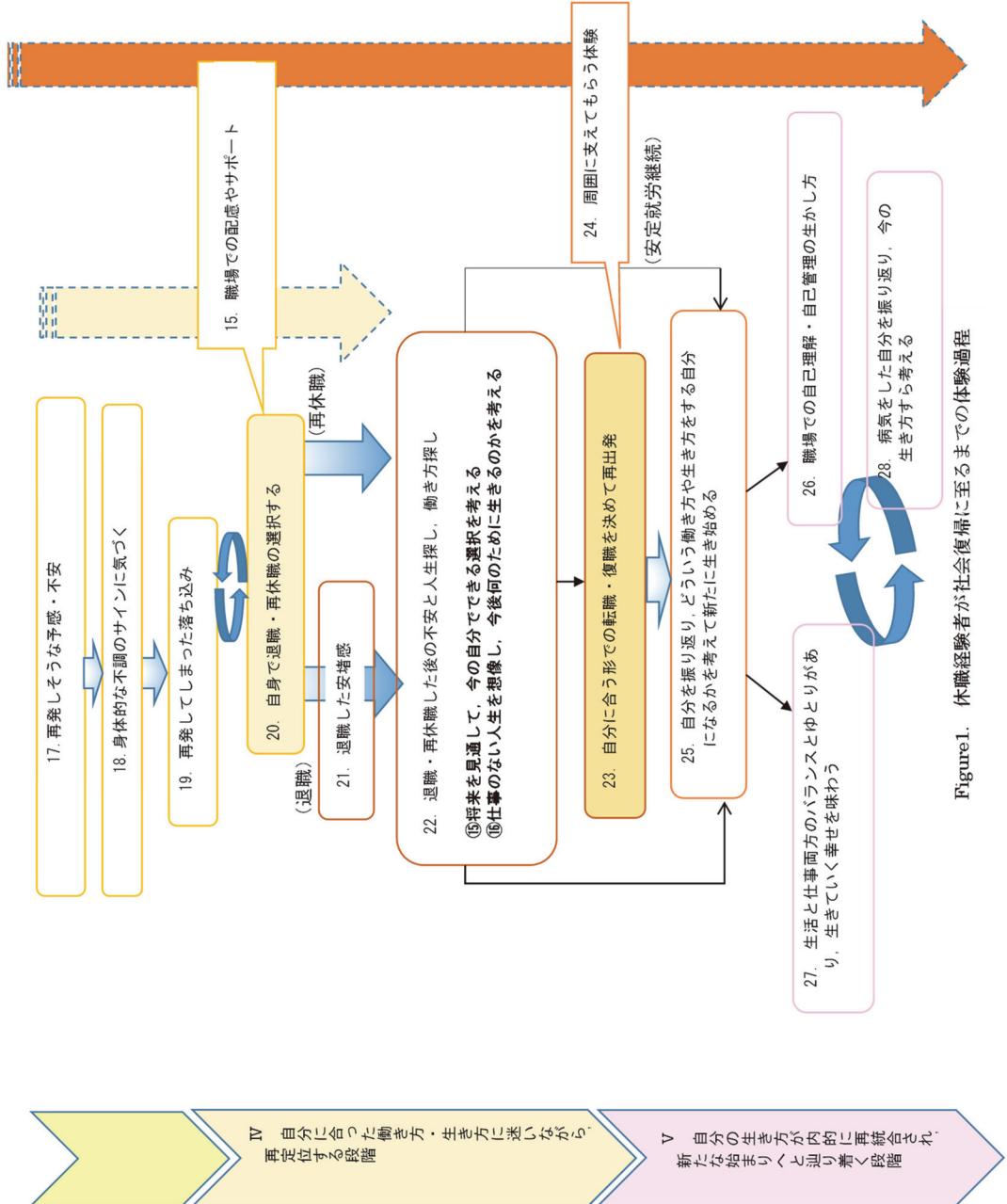


Figure 1. 休職経験者が社会復帰に至るまでの体験過程

セスについて述べている。トランジションは、「転機」を意味し、トランジションのプロセスは「終わり」「ニュートラルゾーン」「新たな始まり」から成る。古い状況から抜け出し、過渡期のどっちつかずの混乱を経験し、それから新しい状況に向かって前進し始めるという困難なプロセスそのものであると述べた。外的な出来事ではなく、人生の変化に対処するために必要な内面の再方向付けや自分自身の再定義をすることにあたる。トランジションプロセスを用いて本研究の結果を理解することで、メンタルヘルス不調が外的な変化をきっかけに生起するという理解に留まらず、今回の研究目的とした“働き方の再構成”を個人の内的変容を中心に据えて示すことができると考えられた。

本研究の結果より、ステージⅠでは、多忙ながらも仕事と自身の生活をなんとか維持していたが、ステージⅡの症状の悪化と治療段階に差し掛かり、初めて休職を経験する。これは、トランジションプロセスにおける「終わり」の段階として理解できる。その後、不安を抱えながら、職場の規定に沿って、リハビリ出勤をするなど、今の自分に業務内容のどこまでならできるかを確かめつつ、復職するステージⅢが存在した。しかし、ステージⅢでの内省や自己調整は、焦りや迷惑をかけたくない思いで必死な状態であるために限界があり、2回目の休職へと繋がった。こうしたステージⅢでの経験と、ステージⅣでさらに自分自身としっかり向き合った働き方・生き方の振り返りの時間という2つのステージに渡る期間が、トランジションプロセスにおける「ニュートラルゾーン」と類似する結果であると考えられた。

Bridges (前出) は、ニュートラルゾーンの時期を「過去の人生と新しい人生のはざまで、特に洞察に満ちたひとときであり、まるで無意味な時間のように感じられるが、この時期は極めて重要であり、急いで抜け出そうとしない限り時間をかけて変容を遂げ、成長した自分となる」と論じた。また、Bridges (前出) は、『「新たな始まり」に必要な内なる再結合やエネルギーの再補給のどちらも、ニュートラルゾーンの混沌の中にどっぷり浸かることを必要とし、「始まり」は、外的な変換よりも、内的世界の捉え直しに基づく』とも述べた。1回目の休職時であるステージⅡの時期には、初めての経験であることからの焦り、目の前のことに精一杯で、あるいは、休職期限が差し迫ることで十分に時間に働き方・生き方を再構成するには至らず、復職に踏み出し、2回目の休職や退職に至ったものと考えられた。しかし、症状の再発は、以後の再発率をも高めることに繋がる。

よって、本研究では、ニュートラルゾーンの時間の中で行われる内的世界の捉え直しの作業が、ステージⅢとステージⅣの2つの期間に分けられる形として表れていると推察される。

しかしながら、1回目の休職期間に、急いで心身の調子を戻し、復職することを優先するのではなく、働き方だけではなく、これまでの自分自身の生き方の再構成にあたる内的な捉え直しを十

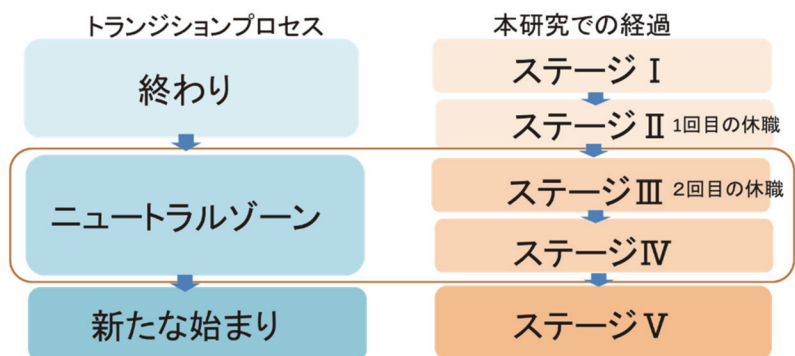


Figure 2. 「Transition」プロセスによる経過の理解

分に行うことが、以後の再発と再休職の予防に繋がると考えられた。

2. 社会復帰に至るまでの体験過程より見える「働くこと」に関する特徴的な課題

1) 女性のライフステージによる課題

今回の協力者は、若年期女性と中年期女性という捉え方もできる。若年期は、ライフコースの選択に幅があり、「若者がリアリティ・ショックに直面する」(宮城ら, 2010) 時期でもある。Cさんは2回の休職から将来の方向性の変更を検討し、結婚と転職を選択した。多様な選択の中から、自分の生き方を選び、働くことを人生設計に位置付ける過程は、青年期特有の経過としても理解ができた。

一方、中年期は仕事と家庭生活の両面において、複数の役割を担い、更年期障害も生じやすい時期である。Aさん、Bさんは、教員として学年長等の責任ある役割を担い、家族の体調不良の世話や親の介護、子どもの進学等の時期も重なっていた。身体的な症状についても、更年期障害との見極めの困難さが語られた。加齢による自身の限界に直面し、維持してきた仕事と生活のバランスが崩れる経過は、中年期女性に特徴的な様相が見られた。

そのため、女性の場合には、不調を呈した時期と共に、1人の女性のキャリア選択と結婚や妊娠・出産の時期、子育て、親の介護といったライフステージによる課題、結婚後は家族関係の繋がりによる“妻として”、“母として”といった多重役割の中で生じる課題を理解した支援が重要であると考えられる。そのため、専門家による支援では、その人の状況を聞き取り、集団的なプログラムで担える部分と個別に理解と支援が必要な部分について考える必要があるのではないかと考えられる。

2) ニュートラルゾーンを過ごすための基盤

—公務員と民間企業での経済状況と時間のゆとりの違い—

ニュートラルゾーンの期間に焦る思いに阻まれず、内的な捉え直しの作業に取り組むためには、ある程度の生活が守られたうえで、時間が必要であると考えられた。3名の協力者の就労環境から、“経済的ゆとり”に違いが見られた。公務員である2名は休職期間にも一定の給与を受けることができ、さらに配偶者と協力して暮らすことで、切迫した経済状況にまでは至らなかった。一方で、民間企業のCさんは、休職中の給与と傷病手当を受けられないこと、生活費以外の趣味や娯楽に使うお金がないことを語り、できるだけ早く復職をすることを考えていた。そのため、経済的な切迫感や余裕のなさが、心身の自己管理に繋がる行動と、ゆっくりとした内省の作業を阻むことに繋がり、急いで復職をしても、再発の可能性を高めてしまう可能性が考えられた。

次に、“時間的ゆとり”として、「公務員は離職の心配が少なく、複数回休職が容易である」(菅原ら, 2007) ため、「念のためにもう少し休む(Aさん)」ことができ、休職中の時間を自身の振り返りに充てることができていた。一方、民間企業では、休職期間が短期間である場合が多く、Cさんのように期限満了のプレッシャーを感じて復職をすることで、再発を招く結果に繋がり得ることが考えられた。このことから、休職者本人の心身の準備が整わない状態では、自身の働き方・生き方の再構成に繋がりにくいことが推察された。

Bridges (前出) は、外的な「終わり」と、新たな「始まり」が連続していて、その間にニュートラルゾーンの入る余地がない時もある。その場合、新しい「始まり」に溶け込んだあとで、すべてが奇異に見えて現実感がわからないという事実に気づくことが多いと述べた。本研究では、1回目の休職期間のうちに、働き方とこれまでの自分自身の生き方の再構成にあたる内的な捉え直しを十分に行えることが望ましいと考えるが、個人の置かれた状況によっては、困難さがあることも想定された。そのため、再発した場合、本研究の協力者3名のように、1回目の休職の経験をきっかけに、2回目の休職時にニュートラルゾーンへ移行しやすくなる場合や、Cさんのように退職後に落ち着いて自分と向き合うことができる場合もある。そのため、支援者もその人のニュートラルゾーンがどのような環境やタイミングでなら得られるかという視点で個人を理解し、心理的な作業を行える基盤を整えること自体を援助することも重要であるかもしれない。

3) 個人的要因について

本研究では、【1. 個人気質と家庭環境】が生成され、本人の性格傾向と幼少期からの親の養育態度への疑問など、休職者のこれまでの成育歴に複雑さがあり、個別に理解が必要な側面もあると考えられた。八木 (2012) は、「復職過程の停滞やバランスを崩して再発を繰り返す患者には、共通して自己基盤の脆弱性があり、背景には家族機能に問題を抱える生育環境で育った患者が多い」と指摘した。また、館野ら (前出) は、復職支援の個別心理療法から、複数回休職者は、親子関係について話し合うものが有意に多いと述べ、必要に応じて一定の解決を目指すことが再休職予防に繋がるとしている。

そのため、個人的要因として、問題の背景に生育環境等の問題を抱える事例については、より時間をかけて、自分自身の内的な捉え直しの作業を、専門家による心理療法等の支援を受けながら取り組むということも、労働者の自分に合う形での社会復帰を助ける役割となると考えられた。

3. 心理職の視点から見た支援のあり方

1) 再発予防へとつながる心身の自己管理

自己管理意識の向上には、病気をした自分を受け入れ、自己理解が進む過程が必要となる。本研究の協力者は、第三者や職場関係者、病院の医師等の存在との関わりが自己理解・自己管理意識の変化のきっかけとなっていた。

このことから、「働くこと」と「生きること」を再構成するまでの過程では、休職者自身の気づきに加え、他者との関わりによる客観的視点の獲得の機会を経て、自己理解と心身の自己管理意識に良い変化がもたらされたと考えられる。この経過は無理をしすぎない自分で生きることを支え、安定就労の維持と再発予防に繋がると考えられる。さらに、この再構成の時期は、「心理療法が効果的な時期」(越智, 2009) とされることから、心理職は休職者が自己理解を深め、新たな始まりへ向かう再構成の過程の存在を理解しながら、自己実現を支える役割を担うことができるのではないかと考えられる。

2) 生涯を見据え「働くこと」と「暮らすこと」を支える視点

「働くこと」は、その人の暮らし方や、生き方に密接に関係しており、1つのライフス

テージにおける健康状態は次のステージにも影響を及ぼす。そのため、心理職としては、成人の生涯発達の視点を持ちながら労働者の支援に携わることが必要であると考え。休職という転機にこそ、時間をかけて自分自身の生き方を振り返ることが、その後のライフステージでの心の健康に繋がると考える。

協力者の語りからは、日々安心感を持って暮らすこと、すなわち、個人であった自分が家庭を持ち、母として子どもを不自由なく自立まで見守り、家族の病気や介護、1人暮らし、小さな幸せを感じられる食事や趣味、気晴らしなど私生活の充実や楽しみのためにも、まずは経済的な基盤が保たれる必要性が見出された。この経済的基盤のために「働くこと」が必要となるが、「働くこと」と「暮らすこと」のバランスの維持が、心の健康や派生した自己実現に繋がると推察された。本研究においても、休職を経て、自分の心からの楽しみに触れる余裕を持つことの大切さに目が向くようになり、家庭の中での“妻として”“母として”の役割と、仕事上の役割とのバランスを維持しやすくなったことで、生きる幸せを味わう変化が語られた。

これまでのメンタルヘルス不調者への治療に関しては、服薬治療、精神療法・心理療法、環境調整の3本の柱が掲げられてきた。本研究においても、服薬治療や環境調整により一時的な改善は見られたが、社会復帰後に再発に繋がる様子が明らかとなった。

服薬治療や環境調整で改善できる社会復帰への準備は、支援の基盤として重要である。しかしながら、個人の気質や考え方の特徴が不調の要因である場合、これまで通りに復職をすることで、再燃・再発のリスクが高くなると考えられる。そのため、自分自身が不調をきたしやすい状況を理解したり、予防策を考えるといった、自己調整の力に働きかける役割として心理的支援を併用することは、再発予防に役立つと考えられる。心理的支援のあり方については、上述した心理教育や疾病理解のプログラムを集団で実施ができる復職支援プログラム（リワークプログラム）等の方法の利用と、医療機関や相談機関で行うことができる個別の心理療法の方法がある。心理職は、より職場に近い人間関係のある環境で復職を目指すこと、面接の中で時間をかけて自分自身の働き方・生き方を振り返ること、それぞれの支援の特徴を理解し、その人に合う支援の組み合わせや選択をすることが重要であると示唆された。

本研究においては、その個人がどのように働き、暮らし、生きてきたのかについての話を丁寧に聞いて見立て、これからどう生きていくのかを共に考えることが、とりもなおさず、心理職が心理療法の中で担える大切な役割であると考えられた。一人ひとりに時間をかける作業ではあるが、ニュートラルゾーンの時間を共にあり、新しい生き方を構成していくことが、その後の再発予防と安定した就労を支えると推察された。

このことから、心理職は個別性を理解したうえで休職者自身が生涯を通して位置づける「働くこと」と、安心感を持って「暮らすこと」を総合した生き方を支援する視点を持つことが重要であると考え。

V 今後の課題

女性に特徴的な困りや、2回の休職経験者の辿る体験過程を詳細に明らかとしたことは本研究の成果として考えられる。しかしながら、対象者の少なさや年代の違い、職種の異なり等、同質性に欠ける対象者のサンプリングとなった点に課題が残る。

今後は、女性を対象として、同質性を高め、対象者数を広げた検討をする必要がある。さらに、男性労働者に関する研究も求められる。また、心理職が心理療法等のアプローチによりメンタルヘルス不調を抱えた労働者に果たせる役割や支援方法について、さらに考察を深める必要性が考えられる。

引用文献

- 秋山剛(2010). 総合病院における職場復帰援助プログラムと集団認知行動療法医学のあゆみ, Vol.219, 13, 997-1001.
- 越智裕輝(2009). 「うつ病」者の復職段階について. 近畿大学臨床心理センター紀要第2巻41-56.
- 五十嵐良雄・大木洋子(2012). リワークプログラム参加者の復職後の就労予後に関する調査研究, 産業精神保健, 20, 335-345.
- 木下康仁(2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践質的研究への誘い. 弘文堂.
- 厚生労働省(2019). 「働き方改革を推進するための関係法律の整備に関する法律」について. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000148322_00001.html (2019年12月24日取得)
- 厚生労働省(2019). 「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律の概要」<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000095826.pdf> (2021年11月15日取得) 厚生労働省 (2020). 令和2年「労働安全衛生調査(実態調査)」の概況. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/r02-46-50_gaikyo.pdf (2021年11月15日取得)
- 厚生労働省(2021). 令和3年版自殺対策白書(本文). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/jisatsu/jisatsuhakusy (2021年11月15日取得)
- 宮城まり子・角田佳子・岸本智美(2010). 職場のメンタルヘルス 駿河台出版社.
- 水野康弘・張賢徳(2017). 働く女性のうつ病と自殺多様性の理解と治療・援助への還元, 丸井総一郎(編), 働く女性のストレスとメンタルヘルスケア, 創元社, pp115-126.
- 中村美奈子(2011). 職場復帰支援における復職者と企業のニーズに配慮したコーディネートのあり方について(1), 職業リハビリテーション研究発表会発表論文19, 119-122.
- 中村美奈子(2012). うつ病と診断された長期休職者に対する復職支援クライアントの個別性に注目した関わりについて, 臨床心理学研究, 30, 第2号183-193.
- 中村美奈子(2013). 職業的アイデンティティ再構築を支援目標とした復職支援心理臨床学研究, 31, 5号821-832.
- 岡本祐子(2008). 女性のライフサイクルとこころの危機—「個」と「関係性」からみた成人女性のこころの悩み, 加茂登志子(編). こころの科学女性のこころと悩み, 141号, 18-24.
- 奥野洋子(2009). 対人援助職のメンタルヘルスの問題を相談事例から考える, 近畿大学臨床心理センター紀要, 2, 89-99.
- 島悟・佐藤恵美(2004). 精神障害による疾病休業に関する調査. 産業精神保健, 12(1), 51-54.

- 下田桃子・武内珠美 (2015) . 小学校教師のバーンアウトの実態・経過と支援・予防に関する研究—2人の中年期女性教師の疲弊についての語りから—, 大分大学教育福祉科学部附属教育実践総合センター紀要, No. 33, 65-80.
- 菅原誠・福田達矢・野津眞・川関和俊 (2007) . 「復職できるうつ」と「復職が困難なうつ」. 精神医学, 49 (8) , 787-796.
- 鈴木伸一・岡本泰昌・永松美希 (2010) . うつ病の集団認知行動療法実践マニュアル—再発予防や復職支援に向けて, 日本評論社.
- 館野由美子・毛利伊吹・酒井由美子・濱野晋吾・櫻井美智子・矢崎大・野藤夏美(2018). 個別心理療法とリワークプログラムの協同による復職支援の新しい心理療法モデルの確立科学研究費助成事業報告書. <https://kaken.nii.ac.jp/ja/report/KAKENHI-PROJECT-16K04417/16K044172016hokoku/> (2021年11月15日取得)
- William Bridges (1980). Transitions : Making Sense Of Life's Changes. 倉光修(訳) (2004). トランジション人生の転機を活かすために. 創元社.
- 八木こずえ (2012) . 自己との折り合いが困難な新型うつ病患者へのケアの視点. 精神医療, 68号,vol.143 62-69.
- 山口律子 (2006) .うつ病サラリーマンのための復職支援プログラム— Back To Work キャリアサポートセミナー— 精神科臨床サービス 6, 71-71.
- 横山和仁 (2016) . 主治医と産業医の連携に関する有効な手法の提案に関する研究. 平成二十八年度労災疾病臨床研究事業費補助金研究報告書.

〈付記〉

調査にご協力くださった方々に心より感謝申し上げます。本論文の内容は、大分大学教育学研究科修士論文および日本心理臨床学会第38回春季大会における発表の一部に加筆修正を加えたものです。学会発表にてご助言をくださった先生方に感謝申し上げます。

A Study on the Process of Rehabilitation in Society for Women Who Have Experienced Two Leave of Absence from Work Because of a Mental Health Disorder

Shimoda Momoko, Takeuchi Tamami

Abstract : This study aims to clarify the experiential process whereby women who have taken two leave of absence from work due to a mental health disorder reconstruct their work habits and rehabilitate in society. Semi-structured interviews were conducted with three women who were maintaining stable employment after rehabilitation in society, and an analysis was conducted using the M-GTA. In the results, concepts and categories were generated, with relationship between categories and five stages of the process shown in the figure. And revealed that the women who had taken two leave of absence from work twice had not only reviewed their work habits but also achieved a “reconstruction of their way of life” . It can be assumed that in the first period, they took the time to review their way of life and that had a bearing on subsequent recurrences. Psychologists should provide support to them, with the aim of enabling their “careers” and “live with peace of mind” , from the perspective of lifestyle.

Key words : mental health disorder, leave of absence from work, women, process of rehabilitation in society, reconstruction of lifestyle.

〔原著論文〕

公的医療保険における高齢者の位置づけ —ドイツ医療保険の歴史的考察を通じて—

松本 由美*

日本と同じくドイツでは、公的医療保険制度によって国民の医療保障が確保されている。日本では、高齢化の進展等を背景として、高齢者の医療費負担の増加に対応することが重要な政策課題となっているが、ドイツでは状況が異なっている。ドイツでは、かつて高齢者を対象とした医療保険制度が存在していたが、歴史的な過程を通じて、現役の労働者が加入する一般的な医療保険に統合され、今日に至っている。本稿は、ドイツの公的医療保険における高齢者の位置づけを歴史的に検討し、高齢者の医療費負担のあり方を明らかにすることを目的とする。検討を通じて、ドイツでは、高齢者の医療費の問題は、すべての被保険者の連帯を基礎とした財政調整の仕組みによって対応されていることを明らかにした。

キーワード ドイツ, 医療保険, 高齢者, 財政調整, 連帯

はじめに

日本では、国民皆保険体制のもと、医療が必要となった場合の費用の大部分は公的医療保険によってカバーされる。公的医療保険は、生活において不可欠な医療面での安心を国民に届ける仕組みであるが、同時に、医療給付費を賄うための保険料・税負担を国民に求める仕組みでもある。「安心」を得るための「負担」はどのようにあるべきなのであろうか。

公的医療保険を中心に据えて国民の医療保障を確保してきた先進諸国（ドイツ、フランス等）においても、日本と同様に、人口の高齢化、医学・医療技術の進歩等を背景として医療費が増大している。これらの国々においては、公的医療保険を安定的に維持し、国民に対して高い水準の医療保障を確保することは、優先度の高い政策課題である。人口の高齢化が世界で最も進んだ日本においては、とりわけ重要な政策課題となっている。日本では医療費総額の伸びの抑制も政策的な重要テーマであるが、急速な人口構造の変化を背景として、「増大する高齢者の医療費をいかに賄うか、どのように財源を確保するか」という問題への対応が強く求められている。

このような問題意識のもとで、現状の日本の公的医療保険制度を、医療保険の代表国であるドイツのそれと比較してみると、公的医療保険における「年齢」の意味が両国では大きく異なることが分かる。日本では75歳という年齢で医療保険が区分され、高齢者（とくに後期高齢者）の医療保険は別制度となっているのに対して、ドイツでは高齢になっても現役時代の公的医療保険に継続して加入することができる仕組みであり、「年齢」による区分は存在しない。しかしながら、ドイツにおいても、かつては高齢者（年金受給者）を

* 大分大学福祉健康科学部社会福祉実践コース・准教授

対象とした別制度（あるいは公的医療保険のなかの一部門）が存在していた。歴史的過程を通じて、これが一般的な公的医療保険に統合され、今日に至っている。このような特徴をもつドイツの公的医療保険を歴史的に考察することによって、医療保険における高齢者の位置づけを再考し、高齢者の医療費負担のあり方について考えるための手がかりが得られるのではないかと考える。

本稿は、ドイツの公的医療保険における高齢者（年金受給者）の位置づけを歴史的に検討し、高齢者（年金受給者）の医療費の負担のあり方を明らかにすることを目的とする。ここでいう「医療費の負担のあり方」とは、費用を賄うための保険料等を誰がどのように拠出し、その拠出金をどのような基準に従ってどのように医療保険者に配分するのかということであり、本稿ではその方法や考え方の変遷を明らかにしていきたい。なお、医療を受けた場合の患者自己「負担」は、ドイツにおいては年齢による違いは設けられておらず、本稿の中心的な問題関心からは外れるため、検討の対象としない。

ドイツの医療保険に関しては日本においても多くの研究蓄積があるが¹、本稿の分析視点からの研究はほとんど行われていない²。また、本研究の視座は、独立した高齢者医療制度をもつ日本からドイツの医療保険を見た場合に持ちうるものであり、本稿では、日本における高齢者医療のあり方を考える上で重要な点に着目して、ドイツの公的医療保険における高齢者の位置づけについて検討していく。

1. 公的医療保険と高齢者の関係

医療保険には公的医療保険と民間医療保険がある。民間医療保険では、通常、疾病リスクの高低と給付水準に応じて保険料が定められる。これは「給付・反対給付均等の原則」と呼ばれる。これに対して公的医療保険の場合には、一般的に所得に応じた保険料の負担（応能負担）が求められる。また、医療が必要となった場合の給付は、負担した保険料の額とは無関係に行われる。これにより、公的医療保険の内部では「健康な人から病気の人へ」の所得移転と「高所得者から低所得者へ」の所得移転が行われる。このことを前提として、まず、公的医療保険における高齢者の位置づけを整理しておきたい。一般的には、年齢が上がるほど医療の必要性が高まり、医療費も高くなる。例えば、2014年度の日本の公的医療保険の一人当たり医療費（年額、2014年度実績に基づく推計値）は、30～34歳では11万円であるのに対して、70～74歳では61.9万円、80～84歳では92.3万円である（厚生労働省 2017：102）。一方、高齢者の収入の中心は年金であるが³、現役世代の賃金と比較すると年金収入の水準は低く、それゆえ高齢者の負担能力は現役世代より低いといえる。保険料は応能負担であるため、保険料をより多く負担するのは現役世代である。給付

-
- 1 ドイツ医療保険の歴史、制度・政策の代表的な先行研究としては、土田(1997)、倉田(1997)、松本(勝)(2003)等がある。
 - 2 倉田(2009：267-71)において年金受給者の医療保険が取り上げられているが、医療保険の保険料格差を生み出した背景として、その歴史を概括的に論じるにとどまっており、本稿のような観点からの分析は行われていない。
 - 3 日本において公的年金は高齢期の所得保障の中心である。平成30年国民生活基礎調査によると、高齢者世帯の収入の約6割は公的年金・恩給による収入であり、また5割を超える高齢者世帯は年金収入・恩給のみで生活をしている（厚生労働省年金局 2021：11）。

は医療上の必要性に応じて行われ、高齢者がより多く給付を受けるので、公的医療保険においては先にみた二種類の所得移転の結果として、現役世代から高齢世代への所得移転が生じる。高齢化が進んだ国においては、公的医療保険は疾病リスクをめぐる世代間再分配の装置としての役割を担っているといえる。

高齢者人口の規模や推移は公的医療保険の財政に直接的に大きな影響を与える。公的医療保険制度を実施し、運営する役割を担う「保険者」の単位で財政均衡を図らなければならない場合、負担能力が相対的に低く、より多くの給付が必要な高齢の被保険者は、保険者にとっては財政上のリスクとなりうる。少子高齢化によって若い被保険者が減少し、高齢の被保険者が増加するなかで、制度的な要因等によって加入者に占める高齢者の割合に保険者間で大きな格差があるならば、保険者間で財政負担を調整するような仕組みの導入等の制度的対応が必要となる。このような対応は、将来的にわたって高齢者の医療保障を安定的に確保するためにも不可欠である。

以上をふまえて、本稿では、高齢者の医療費をめぐるどのような所得移転が行われるか、どのような範囲で財政均衡が目指されるのか（保険者単位か、公的医療保険全体か）という点に注目をして検討を行っていきたい。

2. ドイツの公的医療保険の概要

最初に、本稿における検討に必要な範囲に限定し、ドイツの公的医療保険の重要点を確認しておきたい。ドイツでは、すべての国民が公的医療保険に加入する仕組みとはなっていない。公的医療保険への加入義務があるのは被用者や年金受給者等であり、大部分の自営業者には公的医療保険への加入義務が課されていない（松本（勝）（編著）2015：19）。日本とは異なり、高齢者は「年金受給者」として強制加入の対象となっている。被保険者の配偶者と子は、家族被保険者として追加的な保険料負担を行うことなく給付を受けることができる。公的医療保険に加入していない者には民間医療保険への加入が義務づけられており、人口の約1割は民間医療保険に加入している。このように、医療保険に関しては日本とは異なる公私の役割分担が見られるが、本稿では検討の対象を公的医療保険に限定する。また、以下では、公的医療保険を単に「医療保険」と表記する。

医療保険の保険者は、公法上の法人である疾病金庫（Krankenkasse）である。疾病金庫の種類としては、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫、代替金庫等があり、2021年1月1日現在で103の疾病金庫が存在する⁴。日本と異なり、被保険者は加入する疾病金庫を選択することができる。

医療保険の主な財源は保険料であるが、一定の国庫補助も行われている。保険料率は法律によって統一的に定められており（2021年現在、14.6%）、被用者は事業主と、年金受給者は年金保険者と折半負担する。高齢者の医療保険において年金保険者が重要な役割を担っている点が特徴的である。拠出された保険料と国庫補助は健康基金（Gesund-

4 疾病金庫の数は1970年には1,815であったが、1990年には1,147、2000年には420となった。1990年代後半から疾病金庫数は大幅に減少した。GKV-Spitzenverbandのウェブサイト（https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp 2021年11月20日閲覧）による。

heitsfonds) に集められ、そこから一定の基準に従って各疾病金庫に配分される。この交付金のみでは支出が賄えない場合は、疾病金庫は追加保険料を求めることができる。この追加保険料も統一的な保険料の場合と同様に折半負担される。

以下では、このような特徴をもつ今日のドイツの医療保険が形成された歴史的経緯について、高齢の位置づけに注目しながら検討していくこととしたい。

3. 医療保険と年金受給者の関係の歴史の変遷 (～1980年代)

(1) 医療保険の創設と年金受給者

19世紀のドイツでは、急速な工業化を背景として賃金労働者が増大した。家族の相互扶助の機能が弱まるなかで、病気や障害、あるいは高齢によって稼得活動が不可能となることは、労働者が生活基盤を失うことを意味した。このようななか、19世紀末のビスマルク社会立法(1883年の医療保険法、1884年の労働災害保険法、1889年の障害・老齢保険法)によって、労働生活を脅かす経済的リスクへの法的保護が導入されたことは社会政策上の大きな進展であった。このうち医療保険は、労働者の疾病リスクに対応した給付を行う制度であったが、対象はあくまで稼得活動を行う労働者であり、年金受給者は対象とされなかった。保険料の算定基礎である賃金の喪失は医療保険の加入義務の終了を意味したため、高齢のため労働生活から引退した労働者は対象とされなかった。年金受給者の医療的な保護は当時の立法者の関心事ではなかった⁵。現役世代と高齢世代(年金受給者)が連帯的に疾病リスクに対処することは想定されておらず、「初期の社会立法には、世代間調整(Generationenausgleich)という考えは馴染みのないものであった」(Rühling und Renner 1982: 103/1)。

ドイツで1883年に創設された医療保険は世界初の公的医療保険であるが、その仕組みはおおむね次のようなものであった。医療保険の適用対象は賃金労働者であり⁶、傷病の際には医師の診療や医薬品が給付されるとともに、労働不能の場合には現金給付である疾病手当金が支給された。保険料は、事業主がその3分の2を、労働者が3分の1を負担した。医療保険の保険者は疾病金庫と呼ばれ、地区疾病金庫、企業疾病金庫、同業疾病金庫等、多数の保険者が存在していた⁷。被保険者は、原則的には自らの職業や職場等と関連のある疾病金庫に加入した。

また、1889年に障害・老齢保険法が制定され、一定の条件に該当する労働者には障害・老齢保険への加入が義務付けられた。この障害・老齢保険制度を通じて、労働者が障害の

5 労働生活を引退した者はわずかな年金を受け取る年金受給者となるが、病気の場合は、自助によって対応するか、あるいは公的な貧民救済を受けなければならなかった。民間の医療保険会社も存在したが、高齢者には高い保険料が求められ、病気の場合は加入できないことなどから、利用できる年金受給者は限られていた。また、年金受給者のごく一部は、最後に従事していた仕事を引退した後に、自費で任意に公的医療保険に加入し続けることが可能であった(Rühling und Renner 1982: 103/1-2)。

6 工業、手工業・自営業、鉱業、鉄道、家内工業、農業・林業等に従事するすべてのブルーカラーと年間収入が2,000マルクまでのホワイトカラーは、医療保険の強制加入者とされた(Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001: 54)。

7 1885年には18,942金庫、1900年には23,021金庫が存在していた(土田 1997: 218)。

状態となった場合は平均賃金の3分の1が支給され、70歳に達した場合は収入に応じた老齢年金の受給権を得ることができた。老齢年金は、稼得能力の減少を補うための生計の補助と位置づけられ (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001:58), その役割は限定的であった。当時の平均寿命は40歳前後であり⁸, 老齢年金を受給することができる者は限られていた。稼得能力が減退した高齢期に、疾病に対して自ら備え、自ら医療費を負担することが困難な労働者 (および引退した労働者) も少なくなかったと考えられる。

(2) 年金受給者を対象とした医療保険の創設

高齢者に対する医療保険は、第二次世界大戦によってもたらされた特殊な状況のもとで、1941年に創設された。それまで、高齢者は経済的な必要が生じた場合には子や孫に頼ることができたが、大戦時の兵役によってこれらの扶養義務者 (子や孫) が国に奪われることとなった。この穴 (扶養義務者の喪失) は、公的救済の拡大といったような国家的な施策、あるいは現存する公的医療保険のリスク共同体 (Risikogemeinschaft) のなかに高齢者を組み入れることによって埋め合わせられなければならないと考えられた (Rühling und Renner 1982:103/3)。

このような背景のもと、1941年7月に制定された年金保険給付改善法 (Gesetz über die Verbesserung der Leistungen in der Rentenversicherung) と1941年11月の年金受給者医療保険に関する政令 (Verordnung) によって、「年金受給者医療保険 (Krankenversicherung der Rentner)」が創設された。これにより、年金受給者には医療保険への加入が義務づけられることとなった。創設されたのは高齢者一般のための医療保険ではなく、年金受給者 (おもに、労働者として稼得活動を行っていた者) を対象とした強制加入の医療保険である。年金受給者医療保険は、一般的な医療保険とは区分された別制度であり、その実施は主として被保険者の居住地の地区疾病金庫によって担われた。なお、従前の労働生活において他の疾病金庫に加入していた場合には、当該金庫に継続して加入することはできず、地区疾病金庫等に移らなければならなかった。

年金受給者医療保険では、一般の医療保険と同様の医療給付 (現金給付を除く) が行われた。給付のための費用は、年金保険者により行われる一年金あたり定額の拠出によって賄われた⁹。その拠出金が地区疾病金庫の全国連合 (Reichsverband) に支払われた後、それぞれの地区において年金の数に応じて各疾病金庫に配分された。年金保険者の拠出金では年金受給者に要する費用のすべてをカバーできなかったため、1943年にはすでに赤字が発生した (Schneider 1994:52)。

第二次世界大戦後には年金受給者医療保険を取り巻く状況が大きく変化した。1948年の通貨改革後に年金受給者医療保険が大幅な赤字となったことを受けて、労働大臣により年金保険者の定額拠出に関する見直しが何度も行われた (Rühling und Renner 1982:103/6)。

8 平均寿命は、1871年で男性35歳、女性38歳、1910年では男性45歳、女性48歳であった (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 2001:58)。

9 年金保険者の負担額は、一年金あたり月額3.3ライヒスマルクとして計算された。あわせて、年金受給者分として、支払われる年金から1ライヒスマルクが天引きされたが、これは年金額の引上げにより埋め合わされたので、実際には年金受給者の負担は生じなかった。

当時の年金受給者医療保険に対しては、疾病金庫は年金保険者からの定額拠出が少ないことに、年金保険者は増大する医療保険の支出に対して何ら影響を及ぼすことができないことに不満をもっていた (Paulus 1973 : 7) .

(3) 医療保険の被保険者としての年金受給者

1950年代になると、年金受給者医療保険をめぐる問題状況の解決が目指される。1953年には連邦議会において制度の見直しが強く求められるようになり、1954年末には連邦政府による改正法案が議会に提出された。検討がなされた後、1956年6月に新たに年金受給者医療保険法 (Gesetz über Krankenversicherung der Rentner) が制定された。

この法律によって、年金受給者医療保険は一般的な医療保険のなかに組み入れられることになった。年金受給者は、「年金受給者」として医療保険に加入し、稼得活動中の被保険者と同等に位置づけられ、同等の給付 (現金給付を除く) を受けることができた。年金受給者のうち強制加入となるのは、年金を受給申請し、受給の条件を満たしており、かつ年金の受給申請前の5年間に少なくとも一つの医療保険者 (疾病金庫) に52週加入していた者である。なお、過去の医療保険の加入期間の条件を満たしていない年金受給者であっても、一定の条件を満たす場合は医療保険に任意加入することが可能であった¹⁰。

それぞれの年金受給者は、現役時代に属していた疾病金庫への加入を継続できるが、過去5年間に52週以上加入した他の疾病金庫がある場合は、その金庫に加入することも可能であった¹¹。労働者が退職後も継続して疾病金庫に加入し続けることができるよう、同法によって、年金受給者医療保険はすべての種類の疾病金庫 (地区疾病金庫、州疾病金庫、企業疾病金庫等) によって担われることとされた。

年金受給者の医療給付費を賄うために新たな仕組みが導入された。各疾病金庫の財政は、年金受給者である被保険者に関するものと、一般の被保険者に関するものに区分された。年金受給者に要する費用として、一般の被保険者と同様の保険料算定方法により計算された保険料を年金保険者が拠出することとされた。しかし、年金受給者の医療給付費がこの保険料で賄えず、赤字が発生した場合には、その他一般の被保険者の拠出により補填された (Schneider 1994 : 53) 。なお、年金受給者である被保険者の保険料は、強制被保険者の平均労働報酬に基づき定められる基礎賃金 (Grundlohn 保険料算定の基礎となる賃金) と、個々の疾病金庫の財政上の必要性に応じて設定される保険料率 (Beitragsatz) によって算定されたが、年金受給者には現金給付が行われないこと、および年金収入は賃金収入よりも水準が低いことが考慮され (Paulus 1973 : 10) 、一般の被保険者よりも保険

10 年間総収入が6,000ドイツマルクを超えない場合は医療保険に任意加入することが可能であった。なお、疾病金庫への任意加入の可否は、年齢や健康状態によって判断されてはならないこととされた (Rühling und Renner 1982 : 103/8) 。過去の医療保険の加入期間の条件を満たしていない年金受給者が、法定の医療保険、代替金庫、あるいは民間医療保険に任意で加入する場合、自らの属する年金保険者から保険料補助を受け取ることができた (Paulus 1973 : 9) 。

11 法律の施行時 (1956年8月) には約400万人の年金受給者がすでに属している疾病金庫への加入を継続したが、一方で、過去の疾病金庫を選択した年金受給者も約60万人 (1956年末時点) 存在した (Rühling und Renner 1982 : 103/8) 。

12 年金受給者の医療保険料の算定においては、基礎賃金が15%減額されるとともに、一般の被保険者の3分の2の保険料率が適用された。

料水準が低くなるような算定方法が定められた¹²。

このように、1956年の法律に基づく新たな医療保険は、稼得活動を行う一般の被保険者と年金受給者である被保険者との連帯 (Solidarität) に基づくものであった (Rühling und Renner 1982: 103/6 ; Paulus 1973: 8) 。年金受給者が一般的な医療保険に組み込まれたことは、ドイツにおいて、年金受給者 (多くは高齢者) の疾病リスクへの対応を、現役世代と同じ医療保険のなかで一体的に行うことが制度的に明確化されたことを意味する。とりわけ現役時代の疾病金庫に退職後も加入し続けるような医療保険は、まさにこの世代間の連帯を基礎として可能となる。

1960年代になると、年金受給者の医療保険をめぐる財政的な問題が顕在化した。年金保険者側では、年金受給者の医療保険のための支出 (保険料拠出) が年金給付費の7.2% (1957年) から9.5% (1965年) に増大し¹³、疾病金庫側では、年金受給者の給付費支出のうち年金保険者からの保険料拠出でカバーできない部分 (医療保険の「利害比率 (Interessenquote) 」と呼ばれる) が1966年には23.4%に達するなど (Rühling und Renner 1982: 103/10) 、財政負担の増大が懸念される状況となった。当時の規定によれば、年金保険者は年金受給者の医療保険の全費用を負担しなければならないわけではなく、疾病金庫によって一定の負担が行われることが前提されていたが、利害比率は10~15%が妥当であると考えられた¹⁴。

以上のように、年金受給者の医療保険は一般の医療保険に組み入れられたが、保険料の算定、財政均衡の方法等をめぐって特別な対応がなされていることを考慮すると、稼得活動中の労働者等のための医療保険とは区別された一つの部門を構成しているといえる。そのため、以下では、年金受給者のための特別な医療保険の仕組みを「年金受給者医療保険」と呼び、年金受給者医療保険と一般の医療保険をあわせた医療保険全体を指す場合には単に「医療保険」と表記することとしたい。

(4) 財政修正法 (1967年) による改正

1967年12月の財政修正法 (Finanzänderungsgesetz) により、年金受給者医療保険は大きく変化した。同法によって国家財政の複数年計画が策定されることとなったが、このなかで年金保険の財政対策が講じられ、年金保険者への連邦補助が削減された。これによって生じた年金保険の財政の穴を埋め合わせるために、年金保険の保険料の引上げや給付の縮小等が行われたが、あわせて年金受給者医療保険のための年金保険者の保険料負担のあり方も見直された。

同法によって、年金受給者医療保険は次のように変更された。被保険者の範囲が拡大され、すべての年金受給者が医療保険の強制加入の対象となった。それまでの年金受給者医療保険において強制加入の条件となっていた過去の医療保険への加入については、考慮されなくなった。このような対象拡大は、年金保険財政の悪化を背景として、年金保険者の

13 1960~80年代の政策的な検討においては、年金保険者が医療保険の支出のために支払う保険料拠出の規模 (負担の大きさ) は、年金保険者の本来的な年金給付の費用 (年金給付費) との関係において議論された。

14 1961年6月26日の連邦憲法裁判所の判決において、10~15%という利害比率が示された (Paulus 1973: 11) 。

負担を軽減するために、すべての年金受給者からの医療保険料の徴収を導入し、新たな財源を確保しようとしたことと関連がある。年金受給者は年金額の2%を、年金受給者自身が負担する保険料として医療保険に支払わなければならなくなった（つまり、年金受給者の実質的な負担増が予定された）。しかし、この本人負担の保険料については、その後の政治状況のなかで見直しが行われ、1970年に廃止された¹⁵。また、年金受給者は最後に属していた疾病金庫に加入し、いずれの疾病金庫にも属さない場合は地区疾病金庫に加入することとされた。

年金受給者医療保険のための費用の分担をめぐることは、年金保険者と疾病金庫の利害が対立する状況であったが、同法により一定の基準が示された。1968年には年金保険者が年金受給者医療保険の給付費の80%を保険料によって確保しなければならないとされた（疾病金庫が20%を負担）。さらに1969年以降、年金保険者の負担する保険料総額の増加を年金給付費の伸びと同程度とすることが定められた（Rühling und Renner 1982 : 103/12）。また、年金保険者が疾病金庫に支払う保険料に関して、各疾病金庫の被保険者数と年金受給者数の比率を考慮して保険料を算定する新たな仕組みが導入された。これは、年金保険者の保険料拠出を通じて、疾病金庫における年金受給者の加入率の違いによる財政負担の偏りを調整しようとする試みであるといえる。

(5) 医療保険費用抑制法 (1977年) による改正

1970年代なると、医学の進歩や被保険者の積極的な給付請求を背景として、医療保険の給付費支出が著しく増大し、これを賄うための一般の被保険者の保険料率も急激に上昇した（松本（勝）2003 : 25）。このようななか1977年6月に制定された医療保険費用抑制法（Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz）により、給付の縮減を中心とした費用抑制策が講じられ、あわせて年金受給者医療保険に関しても重要な改正が行われた。

同法によって、年金保険者が疾病金庫に支払う保険料拠出を将来的に年金給付費の11.7%の規模に抑えることが定められた¹⁶。これによって賄えない費用は疾病金庫が負担することとなるが、この負担を、現役のすべての被保険者で引き受ける仕組みが新たに導入された。疾病金庫の負担する費用は、すべての疾病金庫のすべての現役の被保険者が、保険料算定基礎賃金に対して同じ割合で負担することとなった¹⁷。これは、すべての被保険者が、負担能力に応じて年金受給者医療保険のための費用を負担する仕組みである。このように確保された財源は、年金受給者医療保険の給付費支出の大きさに応じて各疾病金庫に配分され、疾病金庫間で負担が調整された。すべての被保険者の連帯によって年金受給者の疾病リスクに対応することが明確にされたといえる。こののちの時代、ドイツの医療保険の財政均衡をめぐる政策の鍵となる「疾病金庫間の財政調整」はこのような背景で

15 2%の年金受給者の保険料の導入と廃止をめぐる動きについては、Paulus (1973 : 115-6) を参照されたい。本人保険料の廃止によって年金保険者の支出は増加した。

16 1968年年金受給者医療保険料算定に関する政令では年金保険者が負担する保険料総額は年金給付費の10.978%とされたが（Rühling und Renner 1982 : 103/14），これをふまえると、1977年医療保険費用抑制法による保険料水準の規定は、1970年代に急増した年金保険者の保険料負担を1968年当時の負担水準に近づけることが企図されたものであると考えられる。

17 この割合は、「すべての疾病金庫の被保険者の保険料算定基礎賃金の総額」に対する「年金受給者医療保険のために疾病金庫が負担する費用」の割合に相当する。

導入された。

以上のような仕組みを通じて年金受給者医療保険の財政均衡が図られるなかで、年金保険者と疾病金庫の費用分担のあり方がしだいに変化し、中心的な負担者が年金保険者から疾病金庫へと移っていった(表1参照)。1968年には80%と定められていた年金保険者の負担割合は、1977年には54%まで低下していた。さらに、1979年以降は、年ごとの変動はあるもののしだいにその重心が疾病金庫に移っていき、1985年には年金保険者が44.1%、疾病金庫が55.9%となり、1992年には年金保険者の負担割合は39.7%(疾病金庫は60.3%)にまで低下した¹⁸。

表1 年金受給者医療保険の費用負担の割合

	年金保険者の保険料等による 補填率(%)	疾病金庫の現役の被保険者の 負担金による補填率(%)
1977年	54.0	46.0
1978年	51.4	48.6
1979年	49.7	50.3
1980年	46.9	53.1
1981年	44.4	55.6
1982年	45.5	54.5
1983年	43.2	56.8
1984年	45.6	54.4
1985年	44.1	55.9
1986年	43.0	57.0
1987年	42.5	57.5
1988年	41.3	58.7
1989年	48.4	51.6
1990年	47.7	52.3
1991年	42.6	57.4
1992年	39.7	60.3

出所: Schneider 1994 : 256, Übersicht A6より抜粋・一部改変

また、同法によって、年金受給者医療保険の強制加入の対象となる人的適用範囲が縮小された。先に見たように、1967年の改正によって強制加入の対象がすべての年金受給者へと拡大されたが、これをめぐって次のような点が問題とされた。一つは、年金受給者医療保険の財源確保のために現役の保険料負担者が将来的にはより多くの保険料を支払わな

18 年金保険者の負担割合が低下していった背景には、年金受給者医療保険の給付費支出が、年金給付費の伸びを上回って増加した状況があった(Schneider 1994 : 55)。

ればならないであろうこと、もう一つは、現役時代に医療保険に加入して年金受給者に対する連帯的な保険料を負担したかどうかとは無関係にすべての年金受給者が医療保険から利益を享受できることである (Rühling und Renner 1982 : 103/16) . このため、同法により、年金受給者のうち強制加入となるのは、稼得活動を開始してから年金を申請するまでの期間の少なくとも半分は医療保険の被保険者であった者に限定された。医療保険が世代間連帯を前提としたものであることが改めて確認されたといえるが、このことは、ドイツにおいては、高齢期の医療保障は、現役時代に保険料を拠出して高齢者を支えるという世代間連帯に参加し、一定の貢献を行ったことをふまえて行われることを意味する。この改正のち、1988年12月に制定された医療保障改革法 (Gesundheitsreformgesetz) によって、強制加入の被保険者の範囲はさらに限定され、過去の医療保険への加入状況については、「稼得活動期間の後半の10分の9が医療保険の被保険者であること」が求められるようになった。年金受給者が医療保険の強制被保険者となるためには、現在もこの条件を満たす必要がある¹⁹。

(6) 年金受給者による保険料拠出

年金受給者医療保険の被保険者本人に保険料の負担を求めることについては、年金受給者の生活水準に影響を及ぼすことから、それまで慎重な対応がなされてきた。このようななか、1981年12月に制定された「1982年公的年金保険の年金調整に関する法律 (Gesetz über die Anpassung der Renten der gesetzlichen Rentenversicherung im Jahr 1982)」により、保険料の負担者が、年金保険者から医療保険の強制被保険者である年金受給者に変更された。これによって、年金給付額の11.8%に相当する医療保険料が年金から控除され、疾病金庫に支払われることとなった。しかしながら、年金受給者はその埋め合わせとして、年金保険者から同額の保険料補助 (Beitragszuschuss) を受け取ることができたため、実質的な負担は生じなかった。

同じく1981年12月に制定された1983年予算随伴法 (Haushaltsbegleitgesetz 1983) によって、年金受給者の保険料負担に関するさらなる変更が行われた。同法には1983年の国家予算を軽減し、補強するための多くの方策が盛り込まれたが、その一つとして年金保険の国庫補助の削減が行われた。これを受けて、年金受給者医療保険の保険料補助を1983年から1985年にかけて段階的に引き下げていくこととなった (表2参照)。これは年金受給者に対して保険料負担を求めていく方向への政策転換である。続いて、1985年5月に制定された公的年金保険財政基盤強化法 (Gesetz zur Stärkung der Finanzgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung) によって、さらなる保険料補助の引下げが行われた。1987年7月1日から保険料補助は年金給付額の5.9% (つまり、11.8%の半分) となり、保険料は年金受給者と年金保険者によって折半負担される状態となった。このような年金受給者の保険料負担の段階的な引上げは、年金財政の安定確保に向けて不可避となる負担増加を、年金受給者、年金保険者および連邦で適切に分担することを可能にした (Rühling und Renner

19 1988年医療保障改革法では、被保険者期間には任意加入であった期間も含まれることとされたが、1993年医療保障構造法によって、これが強制加入の期間に限定され、条件が厳格化された。その後、連邦裁判所によりこの規定は基本法に反するとされ、任意加入の被保険者期間を含める従来の規定が適用されることとなった (Becker und Kingreen 2020 : 62-3) .

1982:107/5) .

表2 保険料補助と年金受給者の保険料率の推移

	保険料補助	年金受給者の保険料率
1983年1月1日～	11.8%	0.0%
1983年7月1日～	10.8%	1.0%
1984年7月1日～	8.8%	3.0%
1985年7月1日～	7.3%	4.5%
1986年7月1日～	6.6%	5.2%
1987年7月1日～	5.9%	5.9%

出所：筆者作成

以上のような歴史的経緯により、1990年代初頭の年金受給者医療保険は、次のような仕組みとなっていた。現役時代の医療保険加入期間についての条件を満たす年金受給者は、年金受給者医療保険の強制加入の被保険者となる。その給付費を賄うための財源としては、まず、年金受給者本人と年金保険によって折半負担される保険料が充てられ、不足分については疾病金庫が負担する。この疾病金庫の負担分は、医療保険の一般被保険者が共同で拠出し、この拠出金が年金受給者の給付額に応じて疾病金庫に配分され、疾病金庫間での財政調整が行われる。このような「年金受給者」と「現役の労働者」という集団間の連帯の仕組みは、1990年代から大きく変わっていく。

4. リスク構造調整による新たな連帯 (1990年代～)

(1) 医療保障構造法による新たな財政調整

これまで検討したように、1941年に年金受給者医療保険が導入されてから1980年代に至るまで、その費用を誰がどのように負担するかという問題をめぐって、制度改正が繰り返されてきた。1990年代になると、医療保険支出の増大を背景として、給付の質と効率性の改善を図ることが喫緊の政策課題となった。このため、1992年12月に制定された医療保障構造法 (Gesundheitsstrukturgesetz) により医療保険の大規模な改革が行われたが、年金受給者医療保険の費用負担のあり方をめぐる問題はこれらの改革方策を通じて解消されていった。医療保障構造法によって、年金受給者 (高齢者) の医療費負担のあり方はどのように変化したのであろうか。これについて考えるために、同法によって導入された改革方策のうち、この問題にかかわる二つの重要な改革方策に焦点をあてて見ていきたい。

一つは、疾病金庫の選択権の拡大である。医療保険の一般の強制被保険者は、従来、勤務する事業所等に応じて加入する金庫が定められており (企業疾病金庫、同業疾病金庫等)、これらに加入できない場合には、勤務地の地区疾病金庫に加入していた。これらに代えて代替金庫に加入することも可能であったが、総じて疾病金庫の選択は制限されていた。これに対し、医療保障構造法は、一定の条件のもとで疾病金庫が他の被保険者を受け入れることを可能としたため、1996年から被保険者の疾病金庫の選択権が大きく広がっ

た。政策的には、被保険者の獲得をめぐる疾病金庫間の競争によって、給付の改善等が生じることが期待された(松本(勝)2021:40-1)。

疾病金庫間の競争が導入される一方で、各疾病金庫には、加入する被保険者の年齢・性別、所得水準の違いなどに起因する保険料率の格差が存在した。被保険者にとっては保険料率が低い(保険料が安い)ほうが好ましいため、このような格差を放置したまま疾病金庫の選択権が拡大された場合、各疾病金庫の財政的なリスク構造(高齢者が多く加入し、より医療費かかるなど、財政に影響を及ぼすリスクの状況)の違いによって競争上の有利・不利が生じる。また、競争上の優位を得るため、疾病金庫が若くて所得の高い被保険者など、競争上有利となる被保険者を獲得しようとすることも懸念された。このため、公平な競争を促進するためには、疾病金庫間の財政的なリスク構造の違いがもたらす影響を緩和する必要があると考えられ、1994年にリスク構造調整(Risikostrukturausgleich)と呼ばれる疾病金庫間の財政調整の仕組みが導入された。これが、もう一つの重要な改革方策である。リスク構造調整により、被保険者の年齢、性別、所得水準、家族被保険者の割合が異なることによる財政的な影響が疾病金庫間で調整されることとなった²⁰。これは、有利なリスク構造をもつ疾病金庫から不利なリスク構造をもつ疾病金庫への財政移転が行われることを意味する。これ以降、被保険者の年齢が高く、より多くの費用がかかることは、疾病金庫にとっては大きな意味をなさなくなった。高齢者が多く加入していたとしても、財政調整を通じて、高齢者に対して標準的に必要となる給付費が確保できるためである。

リスク構造調整の導入前においては、疾病金庫間の財政調整の対象は「年金受給者」に対する給付費にとどまっていたのに対して、新たに導入されたリスク構造調整のもとでは「すべての被保険者」の給付費にまで及ぶこととなった。これにより、「現役の労働者」が「年金受給者」を疾病金庫の枠を越えて支えるという連帯のあり方は、医療保険の「すべての被保険者」による連帯へと変化したといえる。

(2) 疾病罹患状況に応じたリスク構造調整へ

リスク構造調整を通じた疾病金庫間での財政移転により、各疾病金庫の財政状況が平準化され、保険料率の格差も縮小した。しかしながら、健康な被保険者がより保険料率の低い疾病金庫(とくに企業疾病金庫)を選択し、そのような疾病金庫がますます競争上有利になるという状況が見られた。これは、リスク構造調整において用いられる指標(年齢、性別、障害年金の受給の有無)が被保険者の健康状態を間接的にしか考慮することができず、「リスク構造調整には依然として疾病金庫をリスク選別に向かわせる誘因が内在していた」(松本(勝)2021:82-3)ことが原因であった。

このような状況に対応するため、2007年3月に制定された公的医療保険競争強化法(GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)により、2009年から「疾病罹患状況に応じたリスク

20 1994年に導入されたリスク構造調整の具体的な仕組みについては、松本(勝)(2003:190-2)を参照されたい。単純化すると、リスク構造調整によって次のように財政調整が行われる。すべての疾病金庫が、加入する被保険者の収入(労働報酬、年金等)の総額から同じ割合で拠出し、その拠出総額から、各疾病金庫が加入する被保険者の年齢、性別、障害年金受給の有無に応じて必要な給付費を受け取る。このような調整により、リスク構造の違いが各疾病金庫の財政に与える影響が緩和される。

構造調整」が導入された。この新たなリスク構造調整では、それまでの間接的な指標に加えて、費用のかかる慢性的あるいは重篤な疾患(50~80種類)が考慮されることとなった。また、それまで各疾病金庫が財政状況に応じて設定していた保険料率は、2009年からは一般保険料率としてすべての疾病金庫に対して統一的に定められることとなった。徴収された保険料は、同法により創設された健康基金に集められ、疾病罹患状況を考慮したリスク構造に応じて各疾病金庫に配分される²¹。この仕組みにより、例えば、慢性疾患をもつ高齢の被保険者が多く加入する疾病金庫には給付の必要性の高さに応じた交付金が支払われることとなり、公平性が確保される。

リスク構造調整の効果や課題については、継続的に検討され見直しが行われている。2020年3月に制定された疾病金庫間公平競争法 (Gesetz für einen fairen Kassenwettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung) によってリスク構造調整の仕組みはさらに精緻化された。とりわけ、被保険者の疾病罹患状況を把握し、財政調整に反映させる仕組みは大幅に拡充され、今日では被保険者のすべての疾病が考慮の対象となっている。

5. 考察

ドイツの医療保険における高齢者の位置づけの歴史的な検討を通じて、ドイツでは、次のような方向への制度・政策の展開が見られたことが明らかとなった。1940年代に高齢者(年金受給者)の医療保険が導入されたが、当初は、高齢者を対象とした医療保険は労働者を対象とした医療保険とは別の制度とされていた。その後、1950年代には高齢者が労働者と同じ医療保険に加入することになり、各疾病金庫の内部では、高齢者に要する費用の一部が労働者によって負担されることになった。高齢者と労働者の間の連帯が行われることになったといえる。1970年代になると、各疾病金庫の労働者が負担する年金受給者の医療費について、疾病金庫間での財政調整が行われるようになった。これにより、各疾病金庫の内部における高齢者と労働者の間の連帯は、疾病金庫の枠を越えた高齢者と労働者の間の連帯へと変化した。さらに、1990年代の半ばにはリスク構造調整が導入され、あらゆる年齢階層を対象とした疾病金庫間での調整が行われることになった。これにより、医療保険における連帯は、疾病金庫の枠を越えた医療保険のすべての被保険者による連帯へと発展したといえることができる。

ドイツにおける以上のような制度・政策の展開は、高齢者の医療費負担の問題にどのような影響を及ぼしたのであろうか。これについて考えるため、二つの重要な変化を取り上げて考察を行うこととしたい。

一つは、医療保険の財政面において「現役世代」と「高齢世代」の区分が消失し、被保険者が一体化したことである。そもそも高齢者には医療の必要性が高い、所得水準が相対的に低いといった特性があることから、現役世代が高齢世代を財政面で支えることは医療保険の実施においては不可欠である。医療保険の制度・財政が世代間で明確に区分されている場合、現役世代から高齢世代への所得移転が目に見えるかたちで行われ、医療保険の

21 健康基金による各疾病金庫への交付金の配分方法については、松本(勝)(2021:85-7)を参照されたい。

もつ「世代間の所得移転」の機能が強調される。ドイツでは長らく年金保険者、疾病金庫、年金受給者の間の困難な利害調整が必要であったことを考えると、制度・財政が区分されている状況は、「現役世代」と「高齢世代」の対立を引き起こしやすいといえる。今日のドイツでは、リスク構造調整と健康基金によって医療保険の財政は一体的に調整されている。「現役世代」と「高齢世代」が一つのリスク共同体を構成する状況においては、対立構造が生み出されにくいと考えられる。

二つ目は、疾病金庫間の財政調整の対象が「高齢者の医療費」から「すべての被保険者の医療費」へと広がったことにより、医療保険における調整の一貫性と公平性が高まったことである。保険者間や制度間でみられる被保険者の疾病罹患状況や所得水準等に違いは、程度の差はあるとしても若年の被保険者にも存在する。公平性の観点から、保険者の経営努力以外の要因による保険者間・制度間の財政的な有利・不利をできる限り縮小するべきであるという考え方に立てば、財政調整の対象を「すべての被保険者の医療費」へと拡大することは目的に合った政策であり、正当性がある。実際にこのような政策が選択されたドイツの医療保険においては、現役世代から高齢世代への所得移転に対して大きな不満や批判の声があがっていない。財政調整の仕組みが公平であることは、すべての被保険者が医療保険における連帯に参加し、医療保険を支えつづけるために重要であると考えられる。

日本では、後期高齢者医療制度への支援金が高齢者の医療保険者（現役世代）にとって大きな負担として捉えられていることなど、高齢者の医療費負担のあり方を再考することが必要な状況となっている。高齢化が高度に進んだ日本において、医療保険における世代間の所得移転を過度に強調することは、はたして現役世代のさらなる理解や支持を得ることにつながるのだろうか。今後も、すべての被保険者の連帯によって高齢者の医療を安定的に支えていくためには、どのような仕組みや社会的合意が必要であるのか。ドイツの経験や政策選択について検討することにより、高齢者の医療費負担のあり方を考えるための視座を得ることができる。

* 本研究は J S P S 科研費 J P 19 K 02267 の助成を受けたものです。

参考文献

< 独語文献 >

Becker, Ulrich und Thorsten Kingreen (2020), SGB V Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar, 7. Auflage, C. H. Beck.

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (2001) Sozialgeschichte Bilder und Dokumente, 5. Auflage.

Frerich, Johannes und Martin Frey (1996) Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Band 3 : Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland bis zur Herstellung der Deutschen Einheit, 2. Auflage, Oldenbourg.

Paulus, Karl Heinz (1973) Die Krankenversicherung der Rentner (KVdR) : Entwicklungen und Reformen unter besonderer Berücksichtigung der Finanzierung, Inauguraldissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln.

Rühling, Rainer und Rudolf Renner (begründet von Hans Kierstein, Paul Krückel) (1982)

Die Krankenversicherung der Rentner : Kommentar, Erich Schmidt Verlag.

Schneider, Werner (1994) Der Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung, Erich Schmidt Verlag.

<日本語文献>

倉田聡 (1997) 『医療保険の基本構造—ドイツ疾病保険制度史研究』北海道大学図書刊行会.

倉田聡 (2009) 『社会保険の構造分析—社会保障における「連帯」のかたち』北海道大学出版会.

厚生労働省 (2017) 『平成29年版厚生労働白書—社会保障と経済成長—』

厚生労働省年金局 (2021) 「年金制度基礎資料集」 (<https://www.mhlw.go.jp/content/000754520.pdf> 2021年11月25日閲覧)

土田武史 (1997) 『ドイツ医療保険制度の成立』勁草書房.

松本勝明 (2003) 『ドイツ社会保障論 I—医療保険—』信山社.

松本勝明 (編著), 加藤智章, 片桐由喜, 白瀬由美香, 松本由美 (2015) 『医療制度改革—ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社.

松本勝明 (2021) 『医療保険における競争—ドイツの連帯的競争秩序』旬報社.

The Positioning of the Elderly in Public Healthcare Insurance —Through the Historical Consideration of the German Healthcare Insurance—

Matsumoto Yumi

Abstract : In Germany as in Japan, public healthcare insurance provides health protection for the population. Against the background of aging, measures to control medical expenses for the elderly are very important in Japan. The situation differs in Germany. There were once special healthcare insurances policies targeted to the elderly. Through a historical process, these systems were included in general healthcare insurance for all people. This paper examines the positioning of the elderly in public healthcare insurance in Germany and clarifies how the burden of medical expenses for the elderly are shared. Through consideration, the following became clear ; in Germany, these problems were resolved by a fiscal adjustment system based on solidarity among all insureds.

〔研究ノート〕

精神科病院に長期入院する患者とその家族等による退院に向けた意思決定および精神保健福祉士による意思決定支援に関する文献研究

荒木 菜奈*・上白木 悦子**

本研究の目的は、文献研究を通して、精神科病院に長期入院する患者とその家族等による退院に向けた意思決定および精神保健福祉士（PSW）による意思決定支援と今後の課題を明らかにすることである。学術情報検索サイトCiNii, J-STAGEを用いて、日本語であり閲覧可能なもの、本研究のテーマである精神科病院に長期入院する患者と家族等の意思決定、PSWによる意思決定支援についての文献検索を行った。その結果、39編が分析対象となり、長期入院患者は意思決定に対して満足感とともに困難さを感じ、家族等は患者に代わり行った意思決定に自信を持つことができずに葛藤を抱えていることが明らかになった。また、PSWは患者の生活全体を見渡し、患者や患者に代わり意思決定を行う家族等を支援することが明らかになった。今後の課題として、意思決定支援の過程でのPSWのかかわり、患者および家族等がPSWに求める支援、PSWによる家族等の負担を軽減する方法を明らかにすることが示唆された。

キーワード 精神科病院, 長期入院患者, 意思決定, 意思決定支援, 精神保健福祉士

1. 研究の背景と目的

精神科病院の長期入院患者の中には、環境が整うことで退院可能な人が存在するとともに、退院後には家庭や施設等、地域で暮らす人が7割を超えている（厚生労働省2018a）。日本における精神科病床の入院患者数は減少傾向にあるが、精神科病床における平均在院日数は、例えば、韓国は124.8日、イタリアは18.9日に対し、日本は265.8日であり、入院期間の長期化は諸外国と比較しても問題となっている（厚生労働省2018b, 2020）。

疾患の観点から精神科病床の入院患者をみると、統合失調症の患者は、半数を占めており（厚生労働省2019）、また、統合失調症患者の入院形態では任意入院に次いで家族等の同意が必要な医療保護入院が多い（国立精神・神経医療研究センター2021）。患者の日常生活および入院の決定において、患者が意思決定を行うだけでなく家族等も患者の様々な場面における意思決定かかわっていることが考えられる。

精神保健福祉士（Psychiatric Social Worker ; PSW）は、統合失調症をはじめとした精神障害者の日常生活の様々な決定場面において、患者や家族等の意思を尊重しながら入退院および日常生活における意思決定支援を行っている。PSWが患者および家族等の希望を実現するためには、患者や家族等それぞれが退院に向けた意思決定に対して、どのような思いをもっているかを理解するとともに、患者や家族等が求める支援および今後の課題を

* 大分大学大学院福祉健康科学研究科福祉健康科学専攻福祉社会科学コース

** 大分大学福祉健康科学部社会福祉実践コース・教授

明らかにする必要があると考えられる。

そこで本研究では、精神科病院に長期入院する患者とその家族等による退院に向けた意思決定およびPSWによる意思決定支援の思いやかわりを明らかにすることを目的とする。

また、本研究における家族等とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法）において定義される家族等、つまり「当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後见人又は保佐人」を指すこととする。そして左記に加え、「友人や専門職等といった、患者との日常的なかかわりがあり、患者の意思の確認ができない場合において、患者の意思を推定し、代弁する者」を指すこととする。

2. 研究方法

本研究では、文献研究を行う。文献の収集は、検索範囲を2001年1月1日から2021年10月31日時点とし、学術情報検索サイトCiNii、J-STAGEを用いて行った。キーワードは、「精神科病院」「長期入院患者」「統合失調症」「精神障害者家族」「意思決定」「精神保健福祉士 意思決定支援」とした。検索の結果、14172編であった。このうち、日本語であり閲覧可能なもの、本研究のテーマである精神科病院に長期入院する患者と家族等の意思決定、PSWによる意思決定支援について明らかにされている39編を分析対象とした。

以下に、先行研究や文献をもとに、精神障害者に関する歴史、日本と諸外国における精神科病院の現状について整理したうえで、意思決定支援について概説する。

3. 精神障害者に関する歴史

田中（2001：3）、狩野ら（2021）によると、1900年の精神病者監護法は、治療モデルを施策の中心とし社会防衛思想に基づき、家族等は精神障害を生み出した「原因」とみなし私宅監置が認められた。呉秀三は当時の精神障害者が置かれた社会的状況を「我邦何十萬ノ精神病者ハ実ニ此病ヲ受ケタルノ不幸ノ外ニ、此邦ニ生レタル不幸ヲ重ヌルモノト云フベシ」と述べた。1919年には精神病院法が制定され、精神障害者は監護から医療の対象に含まれ、治療や保護の必要性も強調された。公立精神科病院の設置も促されたが進まず、精神障害者の数が増加する一方医療を受けられず、私宅監置の状況も大きく変化せず収容の処遇が続いていた。田中（2001：3）は、この時期を第1期の転換期としている。

医学モデルが中心となった第2のパラダイム転換期として、田中（2001：3）は1950年から1965年を挙げている。まず、1950年に精神病者監護法と精神病院法は廃止され新たに精神衛生法が成立した。この法律では長期保護を必要とする精神障害者の処遇について私宅監置を禁止し、精神病院や精神科病室等の定められた施設以外での収容ができなくなった。しかし、精神障害者は保護義務者の同意によって入院が認められる等の治療のためではなく治安維持のための入院が促進されたと指摘される。1964年のライシャワー事件によって措置入院を中心とした強制入院制度の規定や隔離政策を強化した。1965年には精神衛生法は改正され、在宅精神障害者の医療を確保するための通院医療公費負担制度の設置や保健所に精神衛生相談員を配置し在宅訪問指導や相談事業が図られた。

1987年に精神障害者の人権擁護や適正な医療と保護の確保、社会復帰の促進を目的に精神保健法が制定された。任意入院制度も導入し、精神病者監護法以来、初めての精神障害

者本人の意思の尊重と医療のあり方が制度に取り入れられた。精神障害者が障害福祉の対象として法的に位置づけられたのは1993年の障害者基本法であり、同年に精神保健法も改正された。その背景として、①精神障害者の増加②長期入院患者の変化がない③家族等の高齢化④精神病院における人権侵害問題の再発が考えられている（田中2001：6）。

第3期のパラダイム期を田中（2001：4）は1995年の精神保健福祉法の施行、2000年以降の改正の時期としている。精神保健福祉法は、障害者基本法の制定により精神障害者が明確に障害者に位置づけられたことから精神保健法から名称を改めたとともに、精神障害者保健福祉手帳制度が設けられた。これによって、精神障害者の福祉サービスに法的な根拠が与えられ、財源も確保されるようになり、精神障害者の生活および人権が他の障害者と同様に保障されることとなった。

この時期においては、市区町村を基盤とした精神障害者の地域自立生活支援を柱に、トータルなシステムの形成を目指す統合的生活モデルを中心として、精神障害者が生活主体者としての暮らしや市民としての自立生活を支援する地域生活支援システムが整備された。

1999年の社会福祉基礎構造改革の流れの中で精神保健福祉法は改正され、地域生活支援センターやホームヘルプサービス等の在宅福祉施策が規定されたことで初めて精神障害者に対する居宅支援が打ち出された。2002年には日本精神神経学会や家族会等の働きかけにより、病名に含まれた誤解と偏見や差別を軽減しようと、「精神分裂病」が「統合失調症」に変更されるとともに、リカバリーの概念も取り入れられはじめた（伊藤2012）。

また、2004年の「精神保健医療福祉のビジョン」以降、精神科病院の中で行われていた治療やリハビリテーションがACT（包括型地域生活支援：Assertive Community Treatment）等のアウトリーチが提供され始めた。アウトリーチによって常に支える体制が整備されることで、家族等による密着した支援がない状況下であっても、地域社会の中で自分の居場所を確保できることが期待される（伊藤2012）。2005年には障害者自立支援法が制定され、身体障害・知的障害・精神障害が一元化され、精神障害者が利用する施設やサービスも同法に盛り込まれた。このような歴史的流れを経て、精神障害者はその自立と社会参加のために医療および保健、福祉を受ける権利を持ち、自らが希望する地域生活を実現するために能動的に医療や福祉を利用していく権利を行使する対象として捉えられるようになった（狩野ら2021）。

以上のように精神障害者は、隔離収容し社会から切り離される対象から医療福祉の対象、そして、地域の一人の生活者として自分の意思で生活を選択し希望を持ちながら生活できるよう制度の活用や支援の対象として考えられるように変化した。

4. 日本と諸外国における精神科病院の現状

現在、精神疾患により医療機関に受診あるいは入院している患者は増加傾向にある。患者調査および障害福祉白書等（厚生労働省2019, 2020；内閣府2021）によると、2017年では、精神疾患のある入院患者30.2万人、外来患者389.1万人の計419.3万人とされる。また、病床の種類別に見た在院期間別の推計退院患者数の構成割合において、精神病床は1～3月未満が39.2%と最も多く、次いで6月以上の17.9%、3～6月未満の13.9%であり、一般病床等に比べ在院期間が長い状況にある。

厚生労働省（2020）の『令和元（2019）年度医療施設（動態）調査・病院報告の概況』

において、2019年度の平均在院日数は265.8日であり、2009年度の307.4日（厚生労働省2010）と比較しても減少傾向であることが分かる。しかし、フランスは5.8日、ドイツで24.2日、韓国で124.9日（厚生労働省2018b）であり、諸外国と比較すると日本は精神病床の平均在院日数が長いと考えられる。なかでも、イタリアでは、1978年に法180号、通称バザーリア法が制定され、国立精神病院と精神科病院新設を禁止し、公立精神科病院は縮小し閉鎖され、外来診療を受けられる公立の精神保健センターが整備された。これにより不利な状況にあった精神障害者は障害を抱えながらも市民と同等の立場を手に入れ、生活に必要なものにあまり束縛されず自立度の高い地域生活を送ることができるようになった。2014年現在のイタリアの平均在院日数は13.9日である（ミケーレ・フランチェス2016；厚生労働省2018b）。

山之内（2016）は、長期入院患者は若干ながら減少している一方、1年未満、特に3か月以内の入院患者は増加傾向にあると述べている。加えて、今後の課題として、狩野ら（2021）はニューロングステイ（新規の長期入院患者）をあげ、出口に焦点をあてた社会的入院の解消の施策の取り組みとともに、入り口に焦点をあてた医療と福祉の連携を行う必要性を示している。

他の先行研究において、患者の入院の長期化により、患者は、入院前と同じ生活を送ることは難しく、家族も高齢になり患者の家庭復帰も困難になるほか、生活力も低下するとされる。さらに、患者にとって地域生活とは異なり、パターンが決められた生活および医療専門職等の病院スタッフから支援を受ける生活が、患者の当たり前になることは、患者が病院に依存することになる。それとともに、施設症を引き起こし、退院後の自立した生活のイメージも難しくなることが考えられるため、時間をかけ患者のペースに合わせた個別支援が必要であるとされる（小出水ら2006；朝野ら2013；小山2013ほか）。

5. 長期入院患者の退院に関する意思決定支援

5.1 長期入院する患者と家族等の思い

精神科病院に入院する患者の長期入院の定義は、先行研究によって異なっており、明確に定められていない。先行研究では、長期入院を1年または5年とするものが散見された（小出水ら2006；朝野ら2013；小山2013；石井ら2016ほか）。厚生労働省（2018a）によれば1年半以上入院となっている患者の14%が退院可能とされており、入院から1年経つことで不安とともに病院生活に対する安心感も形成されると考えられる。そこで本研究では、1年以上継続して入院する患者を長期入院患者とする。

例えば、精神科病院に長期入院する患者の苦悩については、藤野ら（2007）は、孤独への脅威、疾患を抱えた生活の苦悩、社会適応能力や自己受容性の低下による生活の困難さ、実存性が脅かされる不安を挙げている。家族等のサポートの欠如や社会的偏見により、周囲との意思疎通の機会も乏しくなり、結果として孤独感が募り苦悩と感じている。長期入院となることで、自立に対する自信の喪失や退院に対する恐怖、病院外での生活に不安を感じる等の生活機能の障害が生じる。このことが患者の苦悩につながり、患者にとって将来の見通しのなさ、人生、生きることへの意味の喪失は死を意識するほどになると示している。

また、金崎ら（2005）によると、統合失調症患者が抱く希望には、趣味の充実、地域で

の生活の持続や将来の夢の実現というように多岐にわたっている。統合失調症患者は、陽性症状を繰り返すことや周囲の偏見等により発病以前の社会的支援の維持が困難になることが多々ある。小山(2013)は、長期入院の患者は退院の自己決定として意向、決定の場面への参加があること、また、石井ら(2016)は、長期入院の統合失調症患者の自己決定する場面として飲食、服薬、私物管理、外出をはじめとする病棟内での日常生活を想定している。日常の自己決定を積み重ねる以前に退院の重大な自己決定を強いることは退院への不安につながることから、制限の少ない日常生活から自己決定を支援し自己関与感を向上させることの必要性を示している(小山2013)。加えて、濱田ら(2007)は長期入院患者の家族等の経験として、病状への家族等なりの解釈や受容、ケアの困難さ、喜びおよび親亡きあとの心配等を挙げている。家族等は患者の人生と幸せを願うとともに家族等自身の人生を生きられるよう工夫を施しながら過ごしており、患者と家族等が人生を分離し、家族等の生活と患者の自立した生活の実現のために社会資源の充実が不可欠であると指摘する。

5.2 患者の退院に向けた意思決定

遠藤(2016)は、意思決定を、支援を受けた決定と述べており、本研究では、PSWによる精神科病院に長期入院する患者と家族等の自己決定を支援する場面に焦点をあてるため、意思決定支援と表記する。

厚生労働省(2017)の『障害福祉サービスの利用等にあたっての意思決定支援ガイドラインについて』では、意思決定支援を、「知的障害や精神障害等で自己決定に困難を抱える障害者が、日常生活や社会生活に関して自らの意思が反映された生活を送ることが可能になるよう、本人の意思の確認や意思及び選好の推定、最後の手段としての最善の利益の検討のために職員が行う支援の行為及び仕組み」と定義している。この中で、障害者の自己決定の尊重や安心して自信を持ち自由に意思表示ができる支援の必要性、自己決定が難しい場合は家族等の本人を良く知る人々による決定やピアサポーターの支援等多様な意思決定支援について述べられている。また、『意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン』(意思決定支援ワーキング・グループ2020)では、意思決定支援を、「特定の行為に関し、本人の判断能力に課題のある局面において、本人に必要な情報を提供し、本人の意思や考えを引き出す等、後見人等を含めた本人に関わる支援者らによって行われる、本人が自らの価値観や選好に基づく意思決定をするための活動」と定義している。障害者の意思決定を、障害者本人が意思を形成することの支援(意思形成支援)および本人が意思を表明することの支援(意思表明支援)のプロセスを支援することが意思決定支援であると提示している(意思決定支援ワーキング・グループ2020)。

現在の精神保健福祉領域では、北海道浦河町の「べてるの家」で始まったとされる当事者研究が行われている(べてるしあわせ研究所2009)。当事者研究では、人ではなく起きている問題に焦点をあて、考える営みの回復が大切にされる。精神障害者本人が自分の思いを言葉で発信することが苦労や葛藤の発見に加え、新たな生き方の可能性の模索にもつながっている。

藤野(2014)によると、慢性期統合失調症患者は根底に基本的不信感が存在しており、発症や再発時には他者への不信感を抱きやすく、幻覚や妄想を経験することで周囲から理

解されない苦しみや孤独感を抱きやすい。精神的エネルギーが低下した状態では、安全で安心できる場および他者との良好な関係性が必要となる。また、伊藤(2012)は、重度の精神障害でも暮らしにおける重要な決定を、ふつうの人と同じように周りとは相談しながらも自分で決められることが実現し、会話のなかで人と人とのつながりの修復、新たな関係性の構築が行われることで暮らしを楽しむことにもつながるとしている。しかし、精神障害者の中には、「自由に」という意味が分からない人がいることや物事を決断する時にはエネルギーが必要となるが症状や障害により十分でないことがあり(中井2007)、意思表示や意思決定を妨げる要因となることが考えられる。國分ら(2020:117)によると、「意志は心の中に感じられるものであり、選択は現実の行為」であり、意志と行為は異なるものであるが、「責任を問われなければならない場面になると、突然、意志という概念が現れてきて、その行為すなわち選択に飛びつく」と述べている。加えて、「意思決定支援」は、患者に対するパターンリズムの反省から確立されたが、現在は治療する側や支援者側の責任の回避に限りなく近づいていることを課題として挙げている(國分ら2020)。

中山ら(2012)は、患者が意思決定に悩む状況として、より良い治療法はないか、家族の反対、医療者にどの治療法が良いか聞かれたが決められないという3点を挙げている。また、個人の意思決定を困難にしていることには、選択肢への知識や情報の不足、選択肢への過大・過小な期待、価値観の不透明さ、周囲の意見および価値観のわからなさ、周囲からのプレッシャー、認めてくれる人がいないことを示している。さらに、五十子(2007:29)は、日本において治療法を選択に関する意思決定は、家族の意思が先行する可能性が少なくない状況であり、特に同意能力のない患者においては家族との話し合いで決定が行われると述べ、自己責任を負うことにより自己決定が可能になると指摘する。

5.3 患者の退院に向けた意思決定における家族等の関係

現行制度の精神保健福祉法において、家族等とは、「当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人をいう」とされている(e-GOV法令検索2020)。

高橋・八幡(2008:137)は、家族等が意思決定を行う理由として、患者の意思を最もよく知っている立場にあること、家族等が医療費の実質的な負担者であることをあげている。

患者と家族等の関係として、1870年に制定された精神病者監護法から家族等の存在や役割が示されるようになった。精神病者監護法は、精神病者から人と社会を守る視点から私宅監置を認め、家族等は監護義務者として保護・拘束する責任を負った。1919年の精神病院法では、公立病院の設置が促進され、1950年の精神衛生法制定時には、家族等は保護義務者とされ介護者としての役割が求められた。1987年の改正で精神保健法となり、精神障害者の人権に配慮した適切な医療および保護等の視点から患者の同意に基づく入院制度であり、患者の意思で退院可能な任意入院制度が創設された。

1995年の精神保健法の改正時に現在の精神保健福祉法となった。1999年の改正では家族等は保護義務者から保護者とされたが、2014年改正時に保護者に関する規定は削除され、医療保護入院については、家族等のうちいずれかの同意を要件とした。加えて、この改正時には、病院はすべての医療保護入院者に対し、早期治療・退院を支援するために1人以上の退院後生活環境相談員の選任が義務付けられ、退院支援も取り込まれるようになった。

(佐々木ら2013；伊藤2015ほか)。

このように、家族等は、監護を目的とした保護、拘束を行い、患者を社会から切り離す役割を担っていたが、任意入院制度の創設や保護者に関する規定が削除されたことで、家族等が患者の人生に対して負っていた責任が軽減されたとともに、患者が自ら選択し、意思も尊重されるように変化した。

田中ら(2017)は、精神科病院に入院する若年性認知症の患者の家族等について、家族等は若年性認知症者の激しいBPSD(行動・心理症状: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)に対処する限界に達し、精神科病院に入院させざるを得なかったが、その選択が患者にとって良い選択であったのかと振り返る複雑な心情があると述べている。藤野(2016)は、精神障害者の地域生活を支える家族等の負担は大きく、家族等が精神障害を受け入れて地域生活を維持するためには、家族等の感情的態度に対する支援も必要であるとしている。医療保護入院では家族等の同意が必要であること(佐々木ら2013；伊藤2015)や、患者本人が意思表示、意思決定できない場合は家族等への代行決定を求められる現状にある家族等は、患者に代わって入院や退院等の決定を行い、その選択肢が正しいのかについて葛藤を抱えている(藤野2016；田中ら2017)。

また、伊藤(2015)によると、家族等にとって患者の存在は、ある状況下において慢性のストレス要因となり、患者と家族等の長時間の対面ではストレスが蓄積され高EE(感情表出: Expressed Emotion)となるとされる。家族のEEとは、統合失調症等の慢性疾患患者と家族間に存在する関係性の一側面を評価・表現したもので、高EE状態では、患者の再発に結びつくと考えられている。この状態を改善することは、統合失調症の患者のDUP(精神病未治療期間: Duration of Untreated Psychosis)の短縮とともに患者の予後の改善が期待される。患者に対する個別治療だけではなく、家族等の抱える社会からの障壁に対する支援を行うことは、患者や環境間のストレスを減少させ、患者の予後とともに家族等のQOL(生活の質: Quality of Life)の向上にもつながると指摘している。さらに、田中(2001: 121)によれば、在院精神障害者の入院期間の長期化とそれに伴った高齢化により、退院先として期待される家族等の高齢化が進んでいるとされる。患者の入院期間が長期化するほど、家族等の深刻な身体的・精神的・経済的困難や将来の退院先の可能性の悪化にもつながるとしている。半田ら(2004)は、患者の近くに相談者がいる場合には、患者本人に活力があり、相談することによりストレスや悩みが減少し十分な睡眠が確保でき身体的機能の改善とともに生活満足度も向上することを明らかにしている。

大河原(2021)は、家族会の活動において、自分の気持ちを言うことのできる作業は、家族等の自信となりそれが家族等の回復となり、家族等があまり疲れないようにする必要があると述べている。谷中(1996)は、多くの家族等は自分の育て方に問題があり子どもが精神疾患を患ったのではないかという思いを持つことがあるが、家族同士が集まり、セルフヘルプすることで家族等自らの癒しとなり、日常的に親が明るく許容的になることで患者にとっても大きな力になるため、家族支援こそ精神障害者の生活支援の中でも重要な支援であるとしている。

5. 4 PSWによる患者の意思決定支援

精神障害者の場合、常に意思能力を欠いているのではなく、病状の悪化により一時的に

低下することがあるといわれる。特に、統合失調症患者は妄想や幻覚等の症状が慢性化することが多く、病的体験や社会における偏見、セルフスティグマ等の影響もあることで、自分自身の意思で決定することをより困難にしているとされる(齋藤2005;中坪2009;藤井2018)。また、精神科病院における患者の自己決定の阻害要因として、患者自らの病識、自己決定権の認識、将来の見通しのなさ等が挙げられている(小出水ら2006;小山2013)。

さらに、患者の意思決定において、PSWが人生全体を見通す視点を持ち、患者を生活者として捉え働きかけや支援を行うことや、病院関係者からの情報提供および家族等の存在があることが退院の意思決定を行う際に影響を与えるとされる(香川ら2009;高木2016)。高木(2016)は、社会的長期入院状態にあるクライアントに対するPSWの退院援助について、エンパワメントアプローチにより説明できる可能性があると指摘する。意思決定とは、主体性と責任を持ち自らの人生を選択することで、人間として成長するために重要となるとし、クライアントの退院の意思決定をPSWが支えることがクライアント自身の人生の自己決定を支えることにつながると述べている。

相場ら(2011)、竹森(2021)は、患者の代わりに意思決定を行った家族等の心理プロセスに関して、家族等は自分が行った意思決定が患者本人にとって満足な結果であると感じる一方で、「本当に良かったのか」という悩みを抱えることがある。しかし、その揺らぎは顕在化されにくく、家族等の複雑な心情を周囲に伝えることは困難であることが明らかにされている。東森ら(2017)は、PSWの役割として、クライアントが望む生活、人生に向けて歩む自己実現の過程において、その選択や決定を促進しクライアントのペースで寄り添うことを挙げる。

以上のように、PSWには患者の人生の選択における意思決定を支えるために人生を見据えた支援が求められ、家族等の決定に対する負担や揺らぎに対しても介入する必要があると考えられる。先行研究では看護専門職の視点における意思決定支援に関する文献は複数見つかった。しかしながら、PSWによる意思決定支援のあり方、患者や家族等、PSWにとっての自己決定の意味が明らかにされたものは少なかった。加えて、患者が行う意思決定や本人に代わって退院にかかる意思決定を行う家族等の負担を軽減できるような支援に関する研究も少ない。意思決定支援の過程における、患者や家族等、PSWそれぞれの思い、また、PSWによる支援の介入前後で意思決定の変化はあるのかについて先行研究では十分明らかにされていない。

6. 考察

6.1 精神科病院に長期入院する患者の退院に向けた意思決定

精神科病院に長期入院する患者にとって、自己決定を行う場面は多々存在する。長期入院する患者は、日々のコミュニケーションや活動を通して、患者本人の体験に基づく実感や日常生活における目標を見出すことで意思決定に対する動機付けとなる。経験の中で、患者本人が将来に対する夢や希望を具体的に表現できるようになることも考えられるが、これまでに意思決定を行う機会が少なかった患者にとって、中井(2007)も述べるように、退院後の生活や将来への希望について「自由に」や「どのような」等の抽象的な表現では患者は回答に悩む可能性がある。このような場面において、専門職が選択肢をいくつか示すことで患者の選択の範囲が広がるが、決定に関する過剰な支援を行えば専門職主体の意

思決定支援になることが懸念される。さらに、患者が自己決定を行う際にすべて自己責任で行うことになれば、患者が複数の選択肢の中から決定を行うことはプレッシャーを与えられ、患者によっては自己決定に対し否定的な思いを抱くことが予想される。

長期入院患者の退院に向けた意思決定は、病棟内の行動に対する意思決定と比較して、今後、患者が地域生活のイメージを持ち退院後の生活の希望を実現できるよう、慎重に考えながら決定することが求められ、患者にとって心理的負荷となることも考えられる。加えて、責任をすべて患者が負う可能性や、支援者と支援を受ける側が責任を押し付け合い意思決定のプロセスを支えられない可能性も考えられる。

6.2 家族等の患者の退院に向けた意思決定

長期入院患者の退院にあたり、患者と家族等の今後の生活を見据えた意思決定を行うためには、患者の希望を尊重することはもとより家族等の不安や希望も反映したうえでの意思決定と支援が必要になると考えられる。

また、現在、統合失調症であり、精神科病院に入院している患者のうち医療保護入院者は全体の約45% (国立精神・神経医療研究センター2021) である状況から、家族等は患者の入院や日常生活の決定に携わっており責任が軽減されたとは断言できないと考える。

家族等のストレスが軽減されることが患者の予後にもかかわることから、患者と家族等の支援を切り離すことはできず、家族等が自立してそれぞれの時間を過ごすことのできる環境を整える必要がある。そのため、家族等が患者に代わって入院や退院等の決定を行い選択が正しいのかについての葛藤、家族の高齢化による意思決定の困難さ、親亡きあとの問題等幅広く支援を行う必要があると考えられる。

6.3 PSWによる意思決定支援

患者や家族等が自分の意思を表明し、それを尊重することや選択を支える方法として、PSWによる意思決定支援が行われ、患者および家族等の尊厳を維持しながら生活を送るための有効な手段であると考えられる。そのため、患者の退院に向けた意思決定の場面において、意思決定を行う患者本人だけでなく、意思決定を間接的および代行して行う家族等それぞれに対するPSWによる意思決定支援も行う必要があると考えられる。

患者と家族等が互いに自立している生活を実現するためにはサービスの活用が必要になるが、活用につなげる場合にも、患者および家族等の退院にかかる自己決定は不可欠となる。そのため、患者、家族等の意思決定が可能となるよう、入院中から退院に向けたPSWによる支援が求められる。

7. 結論と今後の課題

精神科病院に長期入院する患者とその家族等による退院に向けた意思決定およびPSWによる意思決定支援に関する文献検討を行った結果、長期入院する患者は、意思決定に対して満足感とともに困難さを感じ、家族等は、患者に代わり行った意思決定に自信を持つことができずに葛藤を抱えていることが明らかになった。

また、PSWは、患者の生活全体を見渡し、患者や患者に代わり意思決定を行う家族等を支援することが明らかになった。しかし、意思決定支援に関する先行研究は多くが看護

専門職の視点であり、PSWの立場から意思決定支援のかかわりに関する研究は少なかった。加えて、精神科病院に長期入院する患者および家族等の意思決定に対する思いに関する文献も少なかった。

今後の課題として、意思決定支援の過程でのPSWのかかわり、患者および家族等がPSWに求める支援、および、PSWが患者に代わって意思決定を行う家族等の負担を軽減する方法は何かを明らかにすることが示唆された。

文献

- 相場健一・小泉美佐子 (2011) 「重度認知症高齢者の代理意思決定において胃瘻造設を選択した家族がたどる心理的プロセス」『老年看護学』16(1), 75-84.
- 朝野英子・栄セツコ・清水由香ほか (2013) 「精神科ソーシャルワーカーの長期入院者への退院支援活動における自己効力感の構造」『社会福祉学』54(3), 3-15.
- べてるしあわせ研究所・向谷地生良 (2009) 『レッツ!当事者研究1』地域精神保健福祉機構・コンボ.
- e-GOV法令検索 (2020) 『精神保健及び精神障害者福祉に関する法律』 (https://elaws.e-gov.go.jp/document?lawid=325AC0100000123_20200401_430AC0000000079, 2022. 01. 19) .
- 遠藤美貴 (2016) 「『自己決定』と『支援を受けた意思決定』」『立教女学院短期大学紀要』48, 81-94.
- 藤井千代 (2018) 「統合失調症のリハビリを支える精神保健医療福祉施策を考える」『精神保健研究』64, 15-20.
- 藤野成美・脇崎裕子・岡村仁 (2007) 「精神科における長期入院患者の苦悩」『日本看護研究学会雑誌』30(2), 87-95.
- 藤野清美 (2014) 「慢性統合失調症患者の地域生活の定着に向けた意思決定過程」『日本精神保健看護学会誌』23(1), 81-90.
- 藤野清美 (2016) 「長期入院統合失調症患者が入院の継続を選択するまでの意思決定過程についての質的研究」新潟大学大学院保健学研究科平成28年度博士論文.
- 濱田由紀・田中美恵子・横山恵子ほか (2007) 「長期入院精神障害者の家族の経験」『日本精神保健看護学会誌』16(1), 49-59.
- 半田美織・日下和代・叶屋由佳ほか (2004) 「デイケアに通所する精神障害者の生活満足感に関する研究」『日本看護学会誌』23(4), 20-30.
- 東森華子・宮澤泰輔・石田明史ほか (2017) 「クライアントの自己決定を尊重し支援する精神科ソーシャルワーカーの視点」『京都市立病院紀要』37(2), 63-6.
- 伊藤順一郎 (2012) 『精神科病院を出て、外へ』岩波書店.
- 伊藤順一郎 (2015) 「統合失調症患者の家族支援」『精神保健研究』61, 13-21.
- 五十子敬子編 (2007) 『医をめぐる自己決定』イウス出版.
- 石井薫・藤野文代・木下美智子ほか (2016) 「長期入院中の統合失調症患者の自己決定を支援する看護」『ヒューマンケア研究学会誌』7(2), 27-34.
- 意思決定支援ワーキング・グループ (2020) 『意思決定支援を踏まえた後見事務のガイドライン』 (<https://www.courts.go.jp/vc-files/courts/2021/20201030guideline.pdf>, 2022.01.11) .
- 香川里美・越田美穂子・大西美知恵 (2009) 「長期入院統合失調症患者の家族が退院を受け入れる心理プロセス」『日本看護科学会誌』29(4), 88-97.
- 金崎悠・三木明子 (2005) 「長い闘病生活の中で統合失調症患者が抱く希望」『日本精神保健看護学会誌』14(1), 79-87.

- 狩野俊介・野村照幸(2021)「精神障害者の地域生活支援におけるクライシス・プランの実践に関する実態調査」『八戸学院大学紀要』62, 153-71.
- 小出水寿英・美王真紀(2006)「精神病院に長期入院している統合失調症患者の捉える入院生活」『日本赤十字広島看護大学紀要』6, 39-47.
- 國分功一郎・熊谷晋一郎(2020)『<責任>の生成』新曜社.
- 国立精神・神経医療研究センター(2021)『精神保健福祉に関する資料』(<https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/2021.11.21>).
- 公益社団法人日本精神科病院協会(2016)『平成27年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業長期入院精神障害者の地域移行に向けた支援方策に関する研究 報告書』.
- 厚生労働省(2010)『医療施設(動態)調査・病院報告の概況』(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/09/index.html,2021.11.03>).
- 厚生労働省(2017)『障害福祉サービスの利用等に当たっての意思決定支援ガイドラインについて』(<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu/0000159854.pdf,2021.11.03>).
- 厚生労働省(2018a)『「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築』(<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000307970.pdf,2021.11.01>).
- 厚生労働省(2018b)『最近の精神保健医療福祉施策の動向について』(<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000462293.pdf,2021.11.01>).
- 厚生労働省(2019)『平成29年患者調査の概況』(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/kanja.pdf,2021.11.03>).
- 厚生労働省(2020)『令和元年医療施設(動態)調査・病院報告の概況』(<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/19/dl/09gaikyo01.pdf,2021.11.01>).
- 國重智宏(2019)「長期入院精神障害者の退院支援における相談支援事業所に勤務する精神保健福祉士の『かわり』のプロセス」『社会福祉学』59(4), 30-40.
- 小山明美(2013)「長期入院を経て退院に至った統合失調症患者の自己決定のプロセス」『日本看護倫理学会誌』5(1), 40-45.
- ミケーレ・フランチェス(2016)鈴木・大内訳『精神病院のない社会をめざして』岩波書店.
- 内閣府(2021)『令和3年度版障害者白書』(<https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r03hakusho/zenbun/index-pdf,2021.11.03>).
- 中井久夫(2007)『こんなとき私はどうしてきたか』医学書院.
- 中坪太一郎(2009)「統合失調症の家族研究の展望」『東京大学大学院教育学研究科紀要』48, 203-11.
- 中山和弘・岩本貴編(2012)『患者中心の意思決定支援』中央法規.
- 大河原昌夫(2021)『精神科医の会った家族の風景』インパクト出版.
- 齋藤敏晴(2005)「精神障害者にとって『自己決定』とは何か?」『新潟青陵大学紀要』5, 17-31.
- 佐々木裕子・早川由美(2013)「精神障害者の家族支援についての文献研究」『人間文化研究』1, 93-108.
- 高橋隆雄・八幡英幸(2008)『自己決定論のゆくえ』九州大学出版会.
- 高木健志(2016)「長期入院精神障害者の『退院の意思決定』を支えるソーシャルワーク実践に関する研究」高知県立大学大学院人間生活学研究科平成27年度修士論文.
- 竹森今日子(2021)「意思決定能力を欠如した高齢患者の胃瘻造設の代理意思決定をめぐる『揺らぎ』に関する研究」『社会福祉学』61(4), 42-56.
- 田中英樹(2001)『精神障害者の地域生活支援』中央法規.
- 田中裕子・佐伯和子(2017)「精神科に入院した若年性認知症者の退院先に関する家族の意思決定の構造」『日

『本地域看護学会誌』20(2), 46-54.

山之内芳雄 (2016) 「21世紀の精神医療の変化」『精神保健研究』62, 7-14.

谷中輝雄 (1996) 『生活支援 精神障害者生活支援の理念と方法』ヤドカリ出版.

A Review on Decision-Making for Discharge by Patients and Their Families Hospitalized for a Long Term in a Psychiatric Hospital and Decision-Making Support by Psychiatric Social Worker

Araki Nana, Kamishiraki Etsuko

Abstract : The purpose of this study is to clarify the decision-making regarding discharge by patients and their families who have been hospitalized for a long term in a psychiatric hospital and their decision-making support by psychiatric social worker. We searched for literatures on the decision-making by patients and their families and their decision-making support by PSWs, the theme of this study, that were available in Japanese. As a result, 39 articles were analyzed, and it became clear that long-term hospitalized patients feel both satisfaction and difficulty in their decision-making, and that family members have conflicts because they cannot have confidence in the decisions made on behalf of the patients. In addition, PSWs were found to support patients and their family members who made decisions on behalf of the patients by looking at the patients' lives as a whole. It is suggested to clarify the involvement of PSWs in the decision-making support process, the support that patients and their families seek from PSWs, and how PSWs can reduce the burden on families.

Key Words : psychiatric hospital, long-term admissions, decision-making, support for decision-making, psychiatric social worker

〔研究ノート〕

ASDの子どもを育てる母親の養育レジリエンスが向上するプロセスと要因に関する臨床心理学的考察

岡野 孝頼¹・武内 珠美²

これまでの研究では、自閉スペクトラム症（以下、ASD）の子どもを育てる母親達が長期的な育児プロセスの中でどのように養育レジリエンスを高めてきたか考察する研究はない。そこで本研究では、ASDの子どもを育てる母親の長期的な育児プロセスを調査し、養育レジリエンスをどのように向上させるのかについて、個人要因・環境要因に着目して考察していくことを目的とする。本研究ではX県自閉症協会に所属する母親達のうち養育レジリエンス構成要素質問票（PREQ）の得点が診断告知以前から最も高まっている5名に面接調査を行った。分析は修正版グラウンデット・セオリー・アプローチを用いた。その分析の結果、59の概念と19のカテゴリー、9のコア・カテゴリーが生成された。母親と環境の双方が診断告知を経て変化するプロセスが明らかとなり、養育レジリエンスを高める母親の要因と環境要因が考察された。

キーワード 自閉症スペクトラム（ASD）、養育レジリエンス、養育レジリエンス構成要素質問票（PREQ）、質的研究

【問題・目的】

ASDの子どもを育てる母親のストレスや困難についての研究は多く行われ、検討されてきた。ASD児は幼い時期から特有の行動様式が発現するため、養育者は子育てに戸惑いを感じやすく（西村ら、2020）、子どもの成長に対する不安や疑念、孤独感、自責感といった深刻な心理的葛藤を抱えていることがうかがえる（松永・廣間、2010）。また子どもにつきっきりであることで時間的制約・行動の制限をストレスに感じることも多い。このような子育てにおける困難さを抱える中で母親達が、どのような力をもって厳しい現状に立ち向かっているのか、レジリエンスというもので説明できる。

レジリエンスの定義は研究者ごとに異なるが、「困難で脅威的な状況にもかかわらず、うまく適応するプロセス・能力・結果」（Masten,A.S.,Best,K.&Garmezy,N.,1990）というものが多くの研究で引用されている。レジリエンス研究は当初、統合失調症を抱える人や虐待・貧困に晒される子ども達を対象に行われていたが、現在は災害における喪失体験、不登校、中途障害、発達障がいを抱える子どもや育てる親といった様々な研究領域で検討が行われている（高橋ら、2017・北沢・中地、2019・得津、2017、鈴木ら、2015）。

研究範囲の広がりによってレジリエンスも分化して捉えられるようになり、その1つに養育レジリエンスがある。これは発達障がい児者を養育している母親に焦点をあて、「養育困難があるにもかかわらず良好に適応するプロセス」（Suzuki et al., 2015）と定義さ

1 大分大学大学院福祉健康科学研究科臨床心理学コース
2 大分大学福祉健康科学部心理学コース・教授

れる。養育レジリエンスは、子どもの変化によっては大きく変わるものではないが、支援を受けることや自身で学習することで、養育レジリエンスの要素を獲得することは可能であるとされている。鈴木・稲垣 (2017) は養育レジリエンスの要素をどの程度持っているのか計測するための養育レジリエンス要素質問票 (以下PREQ) を作成している。PREQは「子どもの特徴に関する知識」「社会的支援」「肯定的な捉え方」の3つの因子で構成されている。養育レジリエンスを高めることは、育児に伴うストレスや困難への対策に繋がると考えられ、発達障がいを抱える子どもを育てる家族に対して良い影響を与えると考えられる。このことを目指し、近年では、PREQの点数を高めるためにどのようなことが出来るかが研究されている。(宮本ら, 2020・江上ら, 2020)しかし、ASDの子どもを育てる母親の辿る育児の長期的経過とPREQの得点の関連を検討した研究はない。

西村ら (2020) は、乳幼児期ASD児の母親における困難への対処に伴う体験のプロセスの研究を行っている。しかし、テーマを困難への対処に絞ることで診断告知に至るまでの期間が言及されておらず、ASDの子どもを育てる母親のプロセスとしては不十分な点がある。他の先行研究では、「障がいの疑いから診断確定までの期間」がもっとも辛い時期であり(夏堀, 2001), また早期の告知が短期間の受容に結びついていたことが明らかになっている(二木・山本, 2002)。このことから、診断告知やそこに至るまでのプロセスは母親達にとって強烈な体験であり、研究を行う必要がある。また、西村ら (2020) は家族間の関係性や幼稚園・医療機関からの支援といった環境要因による子育てへの協力体制の重要性を考察していたが、あくまで診断告知後の困難の対処に着目してのことであり、診断告知に至るまでにも様々な環境要因が作用する可能性が考えられる。そして、その環境要因の作用は有効なものばかりではないことも考えられる。

これらのことから本研究の目的は、ASDの子どもを抱える母親が子どもを産んでから辿ってきた、診断告知を含めた長期プロセスを調査し、養育レジリエンスをどのような経過を辿って向上させるのかについて、そのプロセスと個人要因・環境要因に関して考察していくこととする。

【方法】

調査協力者

X県自閉症協会に所属している母親のうち、PREQの得点の変化が子どもの診断告知以前から現在までにおいて大きい方々5名。調査協力者の概要はTable 1に示した。

手続き

調査時期は2020年10月～12月であった。まず、X県自閉症協会に所属する母親へ、子どもの診断告知以前と現時点それぞれにおけるPREQへの回答を求めた。回答は各自宅で行っていただき、その郵送をもって調査へ同意いただいたものとした。その際、面接への協力を同意いただける方には、別紙に連絡先とお名前を書いていただきPREQに同封して郵送していただいた。その後、それぞれのPREQ得点を算出した。有効な回答数は17で、診断告知以前の点数の平均は50.25点であり、現時点での点数の平均は85点であった。これにより、35点以上の点数の差がある母親への打診を試みたが、該当者の中で面接調査への同意を得られた数が少なかった。これにより、面接調査に同意いただけた人のうち、点

数の差が20点以上であった者5名へ、60分～90分の半構造化面接を行った。うち4名はX大学心理教育相談室の面接室において対面面接を行い、1人は時間的問題・感染症に対する警戒からオンライン面接を行った。この際、面接音声の録音を対面ではICレコーダー、オンラインではZoomのレコーディング機能を用いて行った。

面接では、まず研究協力者の基本的属性（母子の年齢、子どもの性別、家族構成、出生順位）をうかがった後、下記の質問項目①～⑨についてうかがった。

- ①診断前に子どもの様子はどうだったか
- ②診断前、母親としての自分のイメージはどのようであったか
- ③診断告知を受けてどう感じたか
- ④診断告知を受けて周囲の人はどういった反応をしたか
- ⑤子どもの特性に関する知識はどのようにして得たか
- ⑥知識をどのようにつかえるようになっていったか
- ⑦ASDの子どもと生活していて考え方が変わったことがあるか
- ⑧周囲の人は診断告知直後から変化はあったか
- ⑨自身が受けた社会的支援はどのようなものがあり、それぞれどのような効果があったと自覚されているか

倫理的配慮

PREQへの回答や面接調査への協力は強制されるものではないこと、また回答しないことで集団活動に影響を及ぼさないために、回答は各自宅で行っていただいた。これによって回答の是非を他の保護者の方々に悟られることなく調査を行った。また、面接はデータ管理やプライバシー保護などについて説明した同意書に署名していただいた上で実施した。また本研究は、著者が所属する大分大学福祉健康科学部倫理審査委員会にて承認を得た上で実施した（承認番号：F200009）。

分析方法

面接終了後、各面接の逐語録を作成し、木下(2007)の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach：以下M-GTA) を用いて分析を行った。M-GTAとは、グレーザーとストラウスによって1960年代に考案された質的研究法

であるグラウンデッド・セオリー・アプローチの検討から、その可能性を実践しやすいよう改良され、木下が2003年に提唱した分析技法のことである(木下, 2007)。この分析法は主に人間と人間が直接的にやりとりをする社会的相互作用に関わる研究が基礎的要素となり、ヒューマンサービス領域の研究に適している。また、研究対象とする現象がプロセス的性格を持っていることが重要となる(木下, 2017)。本研究は、ASDの子どもを育てる母親が中心となって、周囲の人間関係との社会的相互作用に関わった研究であり、母親の支援の一助となる研究であることからヒューマンサービス領域である。また養育レジリエンスを高めるプロセスについての研究であるため、プロセス的性格をもつことから、この分析法が本研究には適していると考えられた。

Table 1 面接協力者の基本情報

No.	母親 (年齢)	子どもの情報 ※ ¹	診断告知以前の PREQ 得点※ ²	現時点での PREQ 得点※ ²
1	A さん (30代)	子 8 歳 ○ 子 6 歳	18/27/16/61	29/34/20/83
2	B さん (50代)	子 20 歳 ○	6/10/13/29	36/23/13/72
3	C さん (50代)	子 28 歳 子 25 歳 ○	10/6/20/37	40/41/26/107
4	D さん (40代)	子 18 歳 ○	6/28/19/53	35/40/21/96
5	E さん (30代)	子 8 歳 ○	10/6/10/26	20/42/28/90

※¹-ASD児は○で示した。

※²-得点を，子どもの特徴に関する知識／社会的支援／肯定的な捉え方／総合得点，で示した。
なお，各項目がすべて満点であった場合は，42／42／28／112，となる。

分析手順

M-GTAでは，質的データを継続的に確認しながら分析概念を生成し，複数の概念間の関係を解釈してまとめ，最終的に結果図を作成する。本研究では，まずデータを解釈する観点を定めるために，分析テーマを「PREQ得点を高めるプロセス」とし，分析焦点者を「ASDの診断を受けた子どもを育てる母親」と設定した。以下に分析手順を示した。

手順1：5名の面接後に作成した逐語録から分析テーマに関連するデータを抽出し，その部分を具体例として概念を生成した。その際，概念を一覧することの出来る概念図 (Table 2) と概念ごとに分析ワークシート作成した。ワークシートには，概念名，定義，具体例・理論的メモを記載した。その後も分析を進める中で具体例の追加，必要と思われた新たな概念生成，類似した概念の統合，概念名や定義の見直し等を行った。

手順2：生成された概念に関して，類似例や対極例といった概念間の関係性の検討を行った。そして，概念間の関係性を踏まえ複数の概念をひとつにまとめたカテゴリーを生成し，またカテゴリー間の関係から複数のカテゴリーをひとつにまとめたコア・カテゴリーを作成した。そして，手順1で作成された概念図 (Table 2) について第一著者と第二著者で検討を行った。

手順3：概念間・カテゴリー間・コア・カテゴリー間の関係を視覚的に示し説明する結果図 (Figure 1) を作成し，その内容を文章化したストーリーラインを作成した。

【結果】

M-GTAを用いた分析の結果，59の概念，19のカテゴリー，9のコア・カテゴリーが生成された。また，それぞれの関係を示すFigure 1 からストーリーラインを作成し，以下に

コア・カテゴリーごとにまとめたものを示した。なお、記述の中で、コア・カテゴリーを【】、カテゴリーを《》，概念を〔〕で示した。

ストーリーライン

【1. 異質さを感じる子育て】

早期の子育てにおいて、子どもが特異な遊び方や違和感のある行動、あるいはパニックを起こすことで、母親は〔子どもに育てにくさや困りを感じる〕ことになっていた。それは子どもが集団活動に参加することでさらに顕著になり、〔他児と比べて子どもの成長しなさに不安〕を感じていた。これは、〔子どもが産まれるまで特性に関する知識は無かった〕母親にとってはASDなのではないかという疑念に繋がらず、どこかおかしいという漠然とした不安にしかならない。また、《周囲が子どもの異質さを問題視しない》ことから母親が周囲の人に相談したとしても〔他者から困りはあっても問題ない・落ち着くことを言われる〕だけにとどまってしまうていた。

【2. 子どもと子育てへの適応的態度と限界】

母親は子どもに育てにくさや不安を感じるが、それでも子育てに適応しようと努力する段階である。子どもが一人遊びをよくして手がかからず、言葉の出現・離乳食への切り替えが早いことから〔子どもの精神面以外の発達が早く感じられる〕という捉え方に繋がっていた。このように適応的に捉えることで、母親は〔子どもに関する困りを深刻に捉えることはなかった〕と考えていた。しかし、あまりにもうまくいかない子育てに〔子どもをひどくしかりつけてしまう〕ことや、子どもと楽しみたいという想いや希望も叶わず〔子育てへの期待が打ち砕かれる〕ことになり、〔子どもと一緒にいたくなくなる〕という適応の限界に向かっていった。また、母親によってはこの時期に〔子どもの特性に関して勉強する〕人もおり、診断告知前から子どもについての特徴理解を進めていた。

【3. 診断につながるまでのモヤモヤ期】

子どもの異質さに対して知識の無い親族からは〔子育てのあり方を責められる〕ことがあった。そうした他者からの不理解や支援の無さから〔子育てを一人でしているように感じてつらい〕気持ちになり、その状態は診断を受けて支援を受け始め、他者からの理解を得るまでは続いていた。また、〔子どもの特性に関して勉強する〕プロセスを辿った母親やもともと発達面の知識を持つ母親にとってこの時期は、孤立に悩む期間であることに加えて、子どもに特性があることを認知することに抵抗する時期として過ごすことになる。母親は勉強したことや専門家に言われたことに対しても〔子どもに特性があることを認められない〕気持ちが生じるため、〔子どもの特性を認めたくない気持ちから、支援を受けられない〕状態に陥っていた。しかし、幼稚園や保育園での子どもの異質さを感じる言動に、〔他児と比べて子どもに特性があることを強く疑う〕ことになり認めざるを得ない状況になっていた。ここから診断を求めて母親は病院を探すことにつながることもあるのだが、〔どこの病院も予約が出来ず、診断を受けるところが見つからない〕こともあるため、その間、〔診断をうけることが出来ず、モヤモヤした気持ちになる〕という、子どもが特性のある子どもなのか、そうでないのかに悩む期間ができていた。そうした中で母親は〔診断を受けなくてもどうにかなるだろうと考える〕こともあった。

Table 2 生成されたコア・カテゴリーとカテゴリーおよび概念表

コア・カテゴリー名	カテゴリー名	概念名
1. 異質さを感じる子育て	(1)子どもに異質さを感じ不安	①子どもに育てにくさや困りを感じる
		②子どもの特異な行動に不安を感じる
	(2)周囲が子どもの異質さを問題視しない	③子どもが産まれるまで特性に関する知識はなかった
		④他児と比べて子どもの成長しなさに不安
		⑤他者から困りはあっても問題ない・落ち着くことを言われる
2. 子どもと子育てへの適応的態度と限界	(3)子どもの状態への適応的態度	⑥初子・初孫のため、比較対象がおらず、 祖父母も子どもの特性に気づけない
		⑦子どもに関する困りを深刻に捉えることはなかった
	(4)子どもと子育てへの適応の限界	⑧子どもの精神面以外で発達達が早く感じられる
		⑨子どもの特性に関して勉強する
		⑩子どもをひどくしかりつけてしまう
3. 診断につながるまでのモヤモヤ期	(5)子どもに特性があることを認められず、支援を受けられない	⑪子育てへの期待が打ち砕かれる
		⑫子どもと一緒に居たなくなる
	(6)診断が受けられない期間生じること	⑬子どもに特性があることを認められない
		⑭子どもの特性を認めたくない気持ちから、支援を受けられない
		⑮他児と比べて子どもに特性があることを強く疑う
		⑯どこの病院も予約が出来ず、 診断を受けるところが見つからない
		⑰一度、傾向のみと判断される
		⑱診断を受けることが出来ず、モヤモヤした気持ちになる
		⑲子育てのあり方について親族から責められる
		⑳診断を受けなくてもどうにかなるだろうと考える
㉑子育てを一人でしているように感じてつらい		
4. 相談につながる	(7)相談を受ける	㉒親族の勧めで相談を受ける
		㉓学校の先生の勧めで相談を受ける
	(8)診断告知へのポジティブ反応	㉔自分で相談を受ける
		㉕診断に納得
5. 診断告知を受けた反応と孤独感	(9)診断告知へのネガティブ反応	㉖診断にほっとする
		㉗診断を受けて、今後の見通しが得られず不安になる
	(10)母親が孤独感を感じる	㉘診断を親族に話すことに抵抗を感じる
		㉙子どもを健常者にしたいと考え、いろんな改善策を練る
		㉚集団の中にいる子どもの様子を見てネガティブな気持ちになる
		㉛母親同士のつながりがなく、相談相手が居ない
6. 社会的支援を受ける	(11)親の会の有効な支援	㉜夫や祖父母を含めた親族が子どもに特性があることを認めない
	(12)学校からの有効な支援	㉝症状の差によるつらさの違いを他の母親がわかってくれない
		㉞母親同士の縦のつながりで、将来への見通しが立つ
	(13)支援機関からの有効な支援	㉟親の会で気持ちの吐き出しが出来る
		㊱学校の先生がクラスになじめるように配慮してくれる
		㊲学校の先生が子どもの良いことを共有してくれるので ポジティブな感情が生まれる
	7. 母親の特性理解の進みと反応	(14)専門機関の支援による特性理解
㊴子どもを預ける場所があり、自分の時間が出来る		
㊵言語訓練を受けることによって子どもの言語能力が向上する		
(15)母親の自発的な特性理解		㊶病院で特性の知識を得る
		㊷療育センターで特性に関する知識を得る
		㊸ST、OTの先生から子どもの特性に関して聞く
(16)特性理解が進んだ後に生じるネガティブな反応	㊹子どもへの専門家の対応を見てまねをする	
	㊺特性に関する本を読む	
	㊻子どもとの日常生活から特性を理解する	
8. 将来の子どもへの不安	(17)将来の子どもへの不安	㊼知識や対応法の実践が難しい
		㊽幼稚園や学校の先生に特性に関する知識がないと感じる
		㊾自分がいなくなった後が不安
9. 子どもと関わる人と母親自身の変化	(18)親族との関係の変化	㊿数年先などの将来が不安
		① 祖父母が子どもと過ごし、母親の苦勞を理解する
	(19)母親自身の変化	② 夫や祖母が子どもに優しく接してくれる
		③ 期待をより小さいものへ変化させる
		④ 当たり前のことが幸せに感じられる
		⑤ 子どもの意思を考慮して考える
		⑥ 周囲の支援の有り難さを感じる
		⑦ 子どもの生き方を楽しめる
		⑧ 子どもに友達ができたことへのうれしさ
⑨ 他人を尊重する考え方ができる		

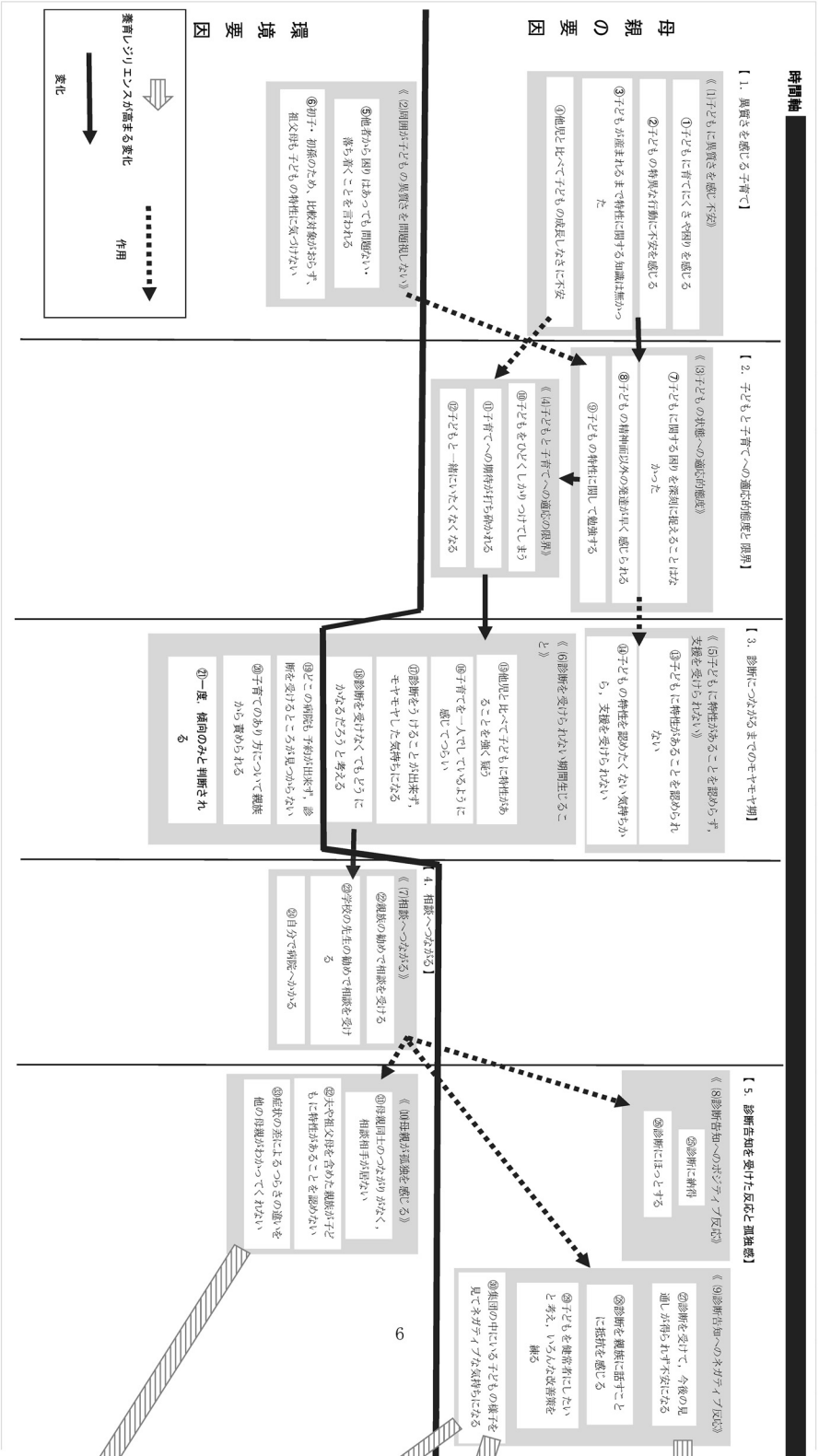
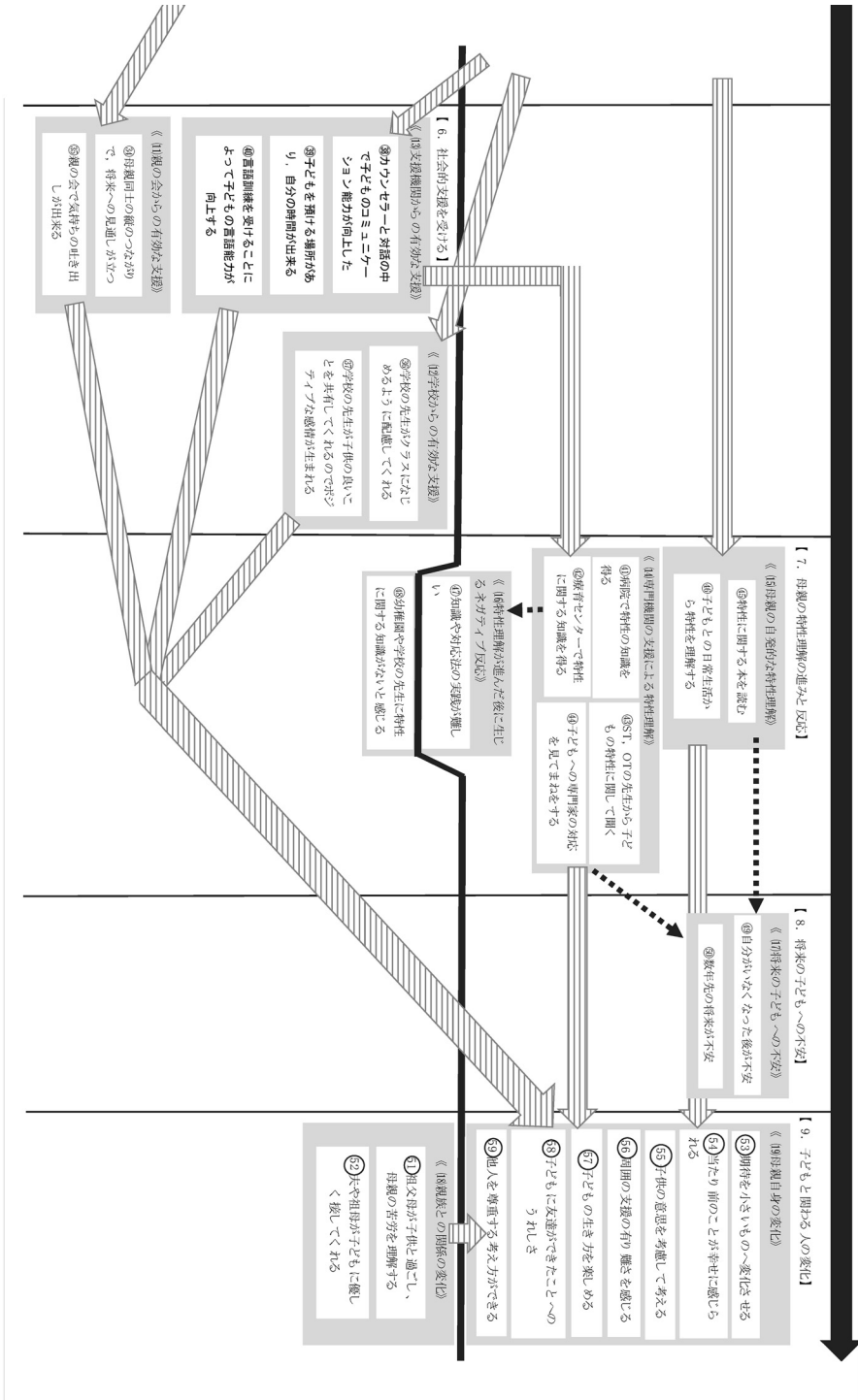


Figure 1 ASDの子どもを育てる母親の養育レジリエンスが向上するプロセスと要因



【4. 相談につながる】

診断告知へのつながり方はいくつかあり、今回の調査では[親族の勧めで相談を受ける] [学校の先生の勧めで相談を受ける] [自分で病院へかかる] の3つが挙げられた。

【5. 診断告知を受けた反応と孤独感】

診断を受けると、母親は《診断へのネガティブな反応》《診断へのポジティブな反応》から片方、あるいは両方を示していた。子どもの〔診断に納得する〕と同時に、これで支援を受けることが出来るという〔診断にほっとする〕気持ちが起こる母親もいれば、一方で〔診断を受けて、今後の見通しが得られず不安になる〕、〔集団の中にいる子どもを見てネガティブな気持ちになる〕、〔子どもを健常者にしたいと考え改善策を練る〕といった《診断へのネガティブな反応》も示す場合があった。また、診断を受けたことによって母親はASDの子どもを育てる母親となったわけであるから、〔母親同士のつながりがなく、相談相手がいない〕状態になっていた。また〔夫や祖父母を含めた親族が子どもに特性があることを認めない〕といったことも起こる場合があった。

【6. 社会的支援を受ける】

診断を受けたことで社会的支援へ母親達は繋がることになる。今回の調査対象者がX県自閉症協会と呼ばれるASDの子どもを育てる親の会に所属する方々であったため、《親の会からの有効な支援》が挙げられた。ひとつは、〔母親同士の縦のつながりで、将来への見通しが立つ〕ことが挙げられた。どのような制度を活用し、どのようにして学校などの先生と話をすれば良いのか、特性へ理解のない人たちに理解してもらうにはどうすれば良いのかという内容を先輩である母親達から聞くことが出来たと面接の中では語られていた。そして、もうひとつは〔親の会で気持ちの吐き出しが出来る〕ことであった。〔子育てのあり方について親族から責められる〕などのネガティブな経験を共感しつつ聞いてくれる場として、母親達は親の会を有効な支援の場として認識していた。次に、療育センターなどの《支援機関からの有効な支援》を受けることが出来ていた。支援機関が母親に対し知識的な側面を援助するのはもちろんのことながら、〔子どもを預ける場所があり、自分の時間が出来る〕といった母親自身に対する有効な支援もありつつ、母親達が面接の中で支援機関からの支援として挙げたのは子どもに対するアプローチ面が多かった。子どもの将来を見越して〔言語訓練を受けることによって子どもの言語能力が向上する〕といったことや、〔カウンセラーと対話の中で子どものコミュニケーション能力が向上した〕ことが挙げられ、子どもへの支援として有効であったと述べられた。そして、子どもが小学校以上になった際の社会的支援として、《学校からの有効な支援》が挙げられた。特に症状が比較的軽く通常クラスに在籍する子どもにとっては、〔学校の先生がクラスになじめるように配慮してくれる〕支援は大変有効であると考えられた。また、学校の先生との連絡を密に行い、〔学校の先生が子どもの良いことを共有してくれるのでポジティブな感情が生まれる〕ことも有効な支援としてあげられた。

【7. 母親の特徴理解の進みと反応】

診断後、母親の子どもに対する特徴理解は《母親の自発的な特徴理解》と《専門機関の支援による特徴理解》によって行われる。《母親の自発的な特徴理解》は、〔特性に関する本を読む〕こと、〔子どもとの日常生活から特性を理解する〕といった内容であった。《専門機関の支援による特徴理解》は、〔病院で特性の知識を得る〕、〔療育センターで

特性に関する知識を得る〕，〔ST，OTの先生から子どもの特性に関して聞く〕という内容があり，それぞれの専門機関で母親は知識を得ていた。また専門機関では，母親が〔子どもへの専門家の対応を見て，まねをする〕ことで子どもへの対応を学ぶ面もあった。このように母親は特徴理解を進めていくが，得られた知識がすべて生活に生かされるわけではない。母親は得られた知識を実践しようと努力するが，どうしても感情が先走ってしまったり，調子が良くない疲れた時間であったりすると〔知識や対応法の実践が難しい〕こともあった。また，母親の特徴理解が進むことによって，《幼稚園や学校の先生に特性に関する知識がないと感じる》ことがあった。学校の先生の理解が不十分であると，有効でない指導を行ったり，融通が利かなかったりする場面があることによって子どもが学校に適応できなくなることも面接の中では語られた。

【8. 将来の子どもへの不安】

診断告知を受けて様々な形で支援を受けることで，直近の見通しがたち，子どもの特徴理解も進むが，今は良くて〔数年先の将来が不安〕，〔自分がいなくなった後が不安〕といったこれから先への不安が生じていた。

【9. 子どもと関わる人と母親自身の変化】

診断告知を受けた後，様々な社会的支援を受け，診断以前とは異なる子どもとの向きあい方，新たな人たちとのつながりを経験していった結果としての変化が起こっていた。まず，《親族との関係の変化》があり，〔祖父母が子どもと過ごし，母親の苦勞を理解する〕ことによって関係に変化が生じていた。家族の中でも特徴理解が進んだことによって〔夫や祖母が子どもに優しく接してくれる〕ようになっていた。また，様々な事象が絡み合っただけで起る《母親自身の変化》については，まず〔期待をより小さいものへ変化させる〕といった変化が起こっていた。そして，〔子どもの意思を考慮して考える〕ことや〔子どもの生き方を楽しめる〕ことも出来るようになっていた。また，子どものみでなく他の人との交流の中でもこの変化は影響を与え，〔他人を尊重する考えができるようになる〕ことにもつながっていた。他に，〔子どもに友達が出来たことへのうれしさ〕や〔当たり前のことが幸せに感じる〕こと，また多くの社会的支援を受けたことによって生じる〔周囲の支援の有り難さ〕も感じていた。

【考察】

1. ASDの子どもを育てる母親の長期的育児プロセス

①診断告知以前

本研究で示された母親がASDの子どもに見られる特異な行動に違和感を覚え〔子どもに育てにくさや困りを感じる〕というプロセスは，高崎(2018)や西村ら(2020)などASDや自閉症の子どもを育てる母親の辿るプロセス研究の中で明らかにされており，内容も相違ない。そうしたプロセスの中で母親は難しい育児に適応しようとするが，一方で《周囲が子どもの異質さを問題視しない》ことで〔他者から困りはあっても問題ない・落ち着くことを言われる〕ような関わりを受けることがあると本研究から示されている。このように周囲が子どもの異質さに対し知識を持たなかったり深く考えないまま母親へ関わったりすることは，母親が子どもに対しその場しのぎの適応的態度を取ることを促進してしまうと推測される。つまり，子どもへの違和感を深刻に捉えることなく，支援も得られないま

ま、その場しのぎの対応を迫られることになると考えられる。しかし、このような適応の仕方では、母親はいつまでも続く育児の困難さに耐えきれず、適応の限界に向かっていくと推測される。さらに、そうした養育の難しさに耐えかねる状況で「子育てのあり方を責められる」という親族からの関わりがあることで、「子育てを一人でしているように感じてつらい」気持ちが起こり、母親はより追い詰められていくのだと予想される。親族からの不理解は、松永（2010）の明らかにした診断告知までの母親の気持ちとしての孤独感と同様のことが示され、周囲の不理解や母親の困りをより強いものにするを同様に示唆している。

こうして適応に限界を迎えつつ母親は、自分の子どもをASDなのではないかと疑い始めることが本研究で示されている。しかしそれと同時に、「子どもに特性があることを認められない」気持ちが生じるため、「子どもの特性を認めたくない気持ちから、支援を受けられない」状態に陥ることが本研究から示されている。診断告知を受けることでのショックには先行研究において目を向けられることが多かったが、診断告知に至るまでにも母親には子どもに発達的な特徴があることを認められないという心理的な葛藤があることが本研究から示唆される。つまり、医療機関へ診断を求めることは子どもに発達的な特徴があることを認めることであり、そこには強い心理的な負荷がかかると推測される。こうした葛藤により心理的な負担に周囲の人がどれほど寄り添えるのか、また一緒に乗り越えていけるのかが早期の支援につなげる重要な要素となると考えられる。

②診断告知後

診断へ繋がった母親はそれぞれ《診断へのネガティブな反応》《診断へのポジティブな反応》を片方あるいは両方示すことになる本研究から示されている。このことは松永（2010）の診断告知に伴う感情体験でも報告されている。しかし、本研究では母親の感情体験の他に、診断告知を受けたことで母親を取り巻く環境が変化していくプロセスが示されている。

結果において記述した【6. 社会的支援を受ける】でも《親の会からの有効な支援》や《支援機関からの有効な支援》について述べているように、診断を受けたことで母親は様々な社会的な支援を受けることが出来るようになる。今回の調査で語られた社会的支援は親の会や医療機関・学校機関といったもので、西村ら（2020）の研究で環境的要因の中で有効なサポートとされた「母親仲間の存在」「親の会の存在」「専門家からの有用な助言」といった点は共通している。しかし、診断告知後の専門家からの支援により母親は子どもの特徴理解を進めていく一方で、本研究では「知識や対応法の実践が難しい」ことがあると示唆され、知識を蓄え特徴理解が進んでも、その対応実践には、母親が難しさを感じていると解釈される。理想的な対応やすべきことが明確に示唆されたとしても、その通りに母親が動くことが出来るかどうかはまた別の段階として捉える必要があると考えられる。

また、本研究の結果において親族からの関わりに焦点を当てた場合、診断告知以前であれば、「他者から困りがあっても問題ない・落ち着いたことを言われる」こと、「子育てのあり方について親族から責められる」ことが示されている。診断告知後であれば「夫や祖父母を含めた親族が子どもに特性があることを認めない」ことが示されている。つまり、

診断告知以前以後に関係なく、親族からの不理解に伴う関わりがある可能性があり、母親のネガティブな感情を大きくしてしまうことが考えられる。しかし、結果の【9. 子どもと関わる人と母親自身の変化】にて〔祖父母が子どもと過ごし、母親の苦労を理解する〕、〔夫や祖母が子どもに優しく接してくれる〕といった親族からのポジティブな関わりがあることも示されている。このことから、初めはASDという診断や母親に非共感的であった周囲や親族も、母親から子どもの特徴理解等に関して理解を呼びかけ、また実際に子どもと過ごし母子との長い交流の中で考え方を変化させ、母親や子どもへ共感的に接するようになっていくことが示唆される。このような変化は母親の孤独感を抑制し、子育てへの良い影響を及ぼすと考えられる。

2. 養育レジリエンスを向上させる要因

①養育レジリエンスを向上させる母親の4つの要因

本研究では長期的なプロセスの中で、母親が診断告知以前から子どもの行動に違和感を覚えた際、〔子どもの特性に関して勉強する〕母親がいることが示されている。このような母親自身による特徴理解は、西村ら(2020)の研究でも指摘されており、本研究で示された母親が自ら勉強すること以外に、子育てを長い間続けていく中での経験的理解をしていくことも指摘されている。こういった母親自身による特徴理解は、PREQの因子である「子どもの特徴に関する知識」に直接関連していることがうかがえる。このことから、養育レジリエンスを高める要因として、〈A. 母親自身による子どもの特徴理解〉があると考えられる。一方で、診断告知前の特徴理解に着目すると、母親は子どもの様子に違和感を覚えていながら〔子どもに特性があることを認められない〕気持ちが生じることが本研究で示唆されている。そうしたときに、子どもの発達的な特徴を客観的に認める〈B. 子どもの発達的な特徴を受け入れる力〉が子どもの特徴理解を促進し、養育レジリエンスを高めると考えられる。また専門機関へ相談するまでに、〔どこの病院も予約が出来ず、診断を受けるところが見つからない〕ことにより〔診断を受けなくてもどうにかなるだろうと考える〕ことで支援を求める気力が薄れさせず、根気強く〈C. 診断や支援を求める力〉が必要であると示唆される。Cは、診断を受け社会的支援に繋がることで養育レジリエンスが高まることから、養育レジリエンス向上に繋がる母親自身の要因となると考えられる。また、診断告知後に着目すると、母親は専門機関等から得られた知識を実践しようと努力する段階がある。しかし、どうしても感情が先走ってしまったり、調子が良くない疲れた時間であったりすると〔知識や対応法の実践が難しい〕ことがあると本研究から示される。このことから、知識を得、〈D. 学んだ対応を実践する力〉も、養育レジリエンスの向上に関わっていると推測される。

以上のことから、本研究から母親自身による養育レジリエンスを向上させる母親自身の要因として、〈A. 母親自身による子どもの特徴理解〉・〈B. 子どもの発達的な特徴を受け入れる力〉・〈C. 診断や支援を求める力〉・〈D. 学んだ対応の実践する力〉の4つが備わっていること、あるいは備えていくことが示される。

②養育レジリエンスを向上させる5つの環境要因

本研究で明らかになったプロセスの中には、主に結果で述べた【6. 社会的支援を受け

る】や【9. 子どもと関わる人と母親自身の変化】の段階において環境要因の存在が見受けられる。《学校からの有効な支援》では、子どもが教育環境へ適応でき、さらに母親が子どもの成長を実感できるよう担任との連絡をこまめにとるといったプロセスがあることが示されている。これは、社会的支援の存在によって母親が子どもへ肯定的な理解を作ることを助けることで、養育レジリエンスの向上に関連していると考えられる。このことから、〈E. 幼稚園や学校の理解による環境的配慮〉という環境要因が示唆される。また、《支援機関からの有効な支援》では、母親が子どもへの困りの対処方法を教わり、そして子どもに対しては言語発達の支援をしてもらえることが本研究では示されている。このことは母親の特徴理解を促進し、対応力を高め、さらに子どもの能力の向上によって子どもへの肯定的な理解が形成されることを助けると考えられる。このことから、〈F. 医療機関からの情動的支援や子どもの能力を高める支援〉が環境要因として示唆される。さらに、《親の会からの有効な支援》によって情動的な支援や現状に対する不満などを共有できる環境が提供されることが本研究から示される。このことも同様に、母親に対する社会的支援としての機能を果たし、養育レジリエンスを高める要因として、〈G. 親の会での情動的支援や気持ちの吐き出し〉が存在することが示唆される。

一方で、これらの環境要因が作用し、養育レジリエンスを高めるためには、適切な社会的支援を受けられるように早期診断を行う必要がある。したがって、本研究によって示された《周囲が子どもの異質さを問題視しない》ことによる母親への関わりは、母親が診断告知前に子どもの状態を楽観視するような適応を促すことから、養育レジリエンスの高まりを阻害する可能性がある。反対に、〈H. 発達的特徴に関する知識を持つ周囲の存在〉により、母親は早期に子どもの特徴に気づき、支援を求めるといった選択肢を得ることが出来るため、周囲のそのような存在は養育レジリエンスを高める要因として機能する可能性が考えられる。

また、本研究では診断直後は〔夫や祖父母を含めた親族が子どもに特性があることを認めない〕ような状態である親族の存在が示されている。しかし、母親や子どもも過ごしていく中で、〔祖父母が子どもと過ごし、母親の苦勞を理解する〕、〔夫や祖母が子どもに優しく接してくれる〕というような段階に至り、考え方を变化させるプロセスがあることが示唆される。こうした関わりの変化は親族により社会的支援が豊かになることに繋がると考えられ、〈I. 夫や祖父母からの理解と支援〉が養育レジリエンスを高める要因として機能すると考えられる。

以上のことから、母親を取り巻く環境の中で養育レジリエンスを向上させる要因として、〈E. 幼稚園や学校の理解による環境的配慮〉〈F. 医療機関からの情動的支援や子どもの能力を高める支援〉〈G. 親の会での情動的支援や気持ちの吐き出し〉〈H. 発達的特徴に関する知識を持つ周囲の存在〉〈I. 夫や祖父母からの理解と支援〉の5つが考えられた。

【今後の課題】

本研究では感染症の影響からPREQへの回答者を多く募ることが出来ず、面接調査への同意をいただけた数も少なかった。母親の辿るプロセスは個性が大きいことから、より多くの方やより大きく診断告知前と現時点での点数に差がある方のデータを取ることに

よって新たなプロセスが明らかになり、養育レジリエンスが向上するプロセスがより詳細に明らかになるだろう。

また、本研究の対象者には、子どもの特性が重度で周囲の特性を持つ子どもと比べても育てにくさが強かったと語る母親もいた。こうした症状の強さによる違いを他の母親達に理解されず、孤立につながることもあるだろう。このことから、子どもの症状の強さ、その内容の違いによって母親が辿るプロセスは異なり、母親の養育レジリエンスの高まり方も異なるのではないかと考えられる。子どもの特性の違いをどのように区分するか、どこから重度と捉えるのかは難しいが、知的障害の有無などによっても区分できる可能性がある。このようにASDをひとまとめに考えず研究を進めることもより細かな母親のニーズや支援の可能性を考えるには必要なのではないか。

そして、本研究では母親のみならず母親の周囲の存在も長期的なプロセスの中で考え方を変化させ、その変化も養育レジリエンスに影響を与えるのではないかと考察された。このことから、母親の育児プロセスのみならず、そこに関わる父親や母親の両親・兄弟姉妹等の関わりも重視して研究を行っていくことが必要ではないかと考えられる。

【引用文献】

- Luthar, S.S., Dante Cicchetti, & Brounwyn Becker (2000). The Construct of Resilience : A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work Child Development, 71. 543-562
- Masten, A.S., Best, K., & Garnezy, N. (1990). Resilience and development : Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology, 2, 425-444
- Kota Suzuki, Tomoka Kobayashi, Karin Moriyama, Makiko Kaga, Michio Hiratani, Kyota Watanabe, Yushiro Yamashita & Masumi Inagaki (2015) .Development and Evaluation of a Parenting Resilience Elements Questionnaire (PREQ) Measuring Resiliency in Rearing Children with Developmental Disorders. PLOS ONE
- Wagnild, G.M & Young., M. (1993) . Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. Journal of Nursing Measurement, 1, 165 - 178
- 江上千代美・塩田昇・恵良友彦・田中美智子 (2020) 発達障がいのある児の母親の養育レジリエンスの向上を目指して—Stepping Stones Triple P (トリプルP) によるRCTを用いた試行的介入—, 福岡県立大学看護学研究紀要, 17, 1 - 4
- 太田美里・岡本祐子 (2017) レジリエンスに関する研究の動向と展望—環境要因と意味づけへの着目—広島大学心理学研究, 17, 15 - 24
- 北沢卓也・中地展生 (2019) 大学生の不登校傾向と発達障害の特性及びレジリエンスの関連, 帝塚山大学心理科学論集, 2, 23 - 29
- 木下康仁 (2007) ライブ講義M-GTA実践的質的研究法修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて弘文堂
- 木下康仁 (2017) グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践質的研究への誘い弘文堂
- 鈴木浩太・小林朋佳・森山花鈴・加我牧子・平谷美智夫・渡部京太・山下裕史朗・林隆・稲垣真澄 (2015) 自閉症スペクトラム児 (者) をもつ母親の養育レジリエンスの構成要素に関する質的研究脳と発達, 283 - 288

- 鈴木浩太・稲垣真澄 (2017) 発達障害児 (者) をもつ養育者のレジリエンス：尺度の開発と適用について精神保健研究, 63, 63-71
- 高崎順子 (2018) 女子自閉症スペクトラム障害の養育困難について —母親インタビューから—, 金城学院大学大学院人間生活学研究科論文集, 18, 1-12
- 高橋征仁・上林博史・グッドウィン=ロビン・孫少晶・ベン=エズラ メナケム (2017) 東アジア研究, 15, 201-211
- 得津慎子 (2017) 家族の変容における家族レジリエンスを読み解く—中途障害者家族の系時的聞き取り調査の会話の分析から—, 総合福祉科学研究, 8, 17-29
- 二木康之・山本由紀 (2002) 障害の告知と受容—地域自閉症児親の会アンケート調査から—脳と発達, 34, 336-334
- 西村智恵子・高野久美子 (2020) . 乳幼児期自閉症スペクトラム児の母親における困難への対処に伴う体験のプロセス, 創価大学教育学論集, 72, 163-177
- 松永しのぶ・廣間貴子 (2010) 自閉症スペクトラム障害児の母親の診断告知に伴う感情体験昭和女子大学紀要, 12, 13-24
- 宮本明日香・白川園子・濱中円・前川美波子・北垣千恵・清水歩・山田和孝 (2020) 就学移行期の発達障害児の親のレジリエンス獲得を促すプログラムの開発と評価, LD研究, 29, 71-84

【付記】

本研究に協力して下さった, 大分県自閉症協会会長である平野互殿, 並びに大分県自閉症協会会員のお母様方に, 深く感謝いたします。また, 論文の制作にあたりご指導いただきました大分大学福祉健康科学部心理学コースの諸先生方にお礼申し上げます。

A Clinical Psychological Study on the Process and Factors of Improving Parenting Resilience of Mothers Rearing Children with ASD

Okano Takanori, Takeuchi Tamami

Abstract : No previous study has examined how improved the Parenting Resilience during the long-term nurturing process on mothers with children with autism spectrum disorder (ASD). The present study investigated the long-term process to nurture the children with ASD , and examines how to improve parenting resilience, focusing on individual and environmental factors. In previous study, Interview survey was conducted with five mothers belonged to the Autism Society of X Prefecture and increased the Parenting Resilience Elements Questionnaire (PREQ) score the most from before the diagnosis. And interview data were analyzed using a modified grounded theory approach. As a result, 59 concepts, 19 categories, and 9 core categories were generated. The process by which mothers and the environment change after the diagnosis was clarified, and mother's and environmental factors improve parenting resilience were discussed.

Key words : autism spectrum disorder (ASD), parenting resilience, Parenting Resilience Elements Questionnaire (PREQ), qualitative research

〔研究ノート〕

思春期の小児糖尿病患者が抱える困難とサマーキャンプの役割 —自律的自己管理への移行と親以外の親密な他者との 関係形成に焦点を当てて—

山永 真由¹・溝口 剛²

本研究では、自律的な自己管理への移行のプロセスと親以外の親密な他者との関係形成に焦点を当てながら、思春期の小児糖尿病患者が抱える困難について具体的に明らかにすると同時に、困難を乗り越える上でサマーキャンプが果たしている役割について明らかにすることを目的とした。方法としては、思春期にサマーキャンプに参加した経験のある現在20歳以上の小児1型糖尿病患者5名に面接調査を行い、M-GTA（木下，2007）を用いて質的に分析した。その結果、83の概念、28のサブカテゴリー、16のカテゴリー、7のコアカテゴリーが生成された。考察では、思春期の小児1型糖尿病患者が抱える困難を、自律的な自己管理への移行によるものと人間関係形成によるものに分けて整理した上で、これらの困難を乗り越える上でサマーキャンプが果たしている役割について論考を加えた。

キーワード 小児糖尿病，思春期，サマーキャンプ，自律的自己管理，親以外の親密な他者

【問題・目的】

1. 小児糖尿病患者とその心理・社会的問題

1) 小児糖尿病について

糖尿病は、血糖値を一定におさめる働きを担うインスリンの分泌不全、インスリン抵抗性、あるいはその両方による慢性的な高血糖などが特徴の代謝異常と定義されている（小児慢性特定疾病情報センター，2020）。糖尿病の病型は1型糖尿病（以下；1型），2型糖尿病（以下；2型），その他の特定の機序・疾患によるもの，妊娠糖尿病の4つに大別できる。

糖尿病の治癒は難しく、石井（2000）は「糖尿病治療の大きい目標の一つは、良好な血糖コントロールを維持して、合併症を起こさないこと」としている。そして、治療が良い結果をもたらすかどうかは、患者自身のセルフケア活動（自己管理）に大きく依存することから、良い血糖コントロールを達成するためには、患者の身体的問題とともに、心理・社会的問題を把握する必要があると述べている。

また、小児期に発症した糖尿病は小児糖尿病と呼ばれており、1型と2型が混在している。中でも、小児1型糖尿病患者（以下、小児1型患者）においては、患児の心理・社会的問題が糖尿病管理とその予後に重大な影響を与えることが多数報告されており（Delamater, 2001；Winkley, 2006）特に思春期の問題行動や心理状態が、成人になってからの血糖コントロール不良と関係するとされている（日本糖尿病学会・日本小児内分泌学

1 大分大学大学院福祉健康科学研究科臨床心理学コース

2 大分大学福祉健康科学部心理学コース・准教授

会, 2015)。

2) 思春期の小児1型患者が直面する困難について

(1) 親子関係の変化に伴う自律的自己管理への移行の難しさ

前田・添田(2013)は、発症が乳幼児期の場合、親が子どもの代わりに療養行動のほとんどを行うが、子どもの成長発達に伴って、できることから子どもに療養行動を行わせるようになり、思春期になるにつれて子ども自身の力で療養行動の判断や対処が実践できるようになる、としている。また、発症が思春期の場合、発症直後から子どもが思春期の発達に応じた力で療養行動を行う、と述べている。

一方で、思春期は、身体発育と性成熟という二次性徴に伴い、成長ホルモンや性ホルモンの分泌が急激に増加することにより、小児1型患者全体の約4割にHbA1c9%以上と悪化が見られており(杉原, 2011)、これまで確立してきた自己管理の新たな調整が必要となる可能性も示唆されている(山崎・泊, 2016)。また、思春期はアイデンティティ確立に向かう時期(Erikson, 1950)でもあり、親からの自立を意識する時期である。国吉ら(2003)は、疾患管理に対する親の助言は小学生までは肯定的に受け止められていたが、中学生以上では否定的に受け止められることを示している。

このように、思春期は親が疾病管理を行う他律的な自己管理が、自分で疾病管理を行う自律的自己管理へと移行していく時期であり、子ども自身が自ら考え主体的に自己管理を実践していく時期であると同時に、子どもが反抗期に差し掛かり、親の助言が子どもの反発を増大させ、自己管理に悪影響を及ぼす時期でもあると考えられる。しかしながら、親子関係の変化が自律的自己管理にどのような影響を及ぼしているのかを具体的に調査した研究は見られない。

(2) 思春期の小児1型患者が感じやすい孤独感

小児慢性特定疾病情報センター(2020)の平成26年度登録情報によると、小児1型患者5,897人のうち約8割の4,903人が1型であり、疾病登録数の中で1型は3番目に多い。しかしながら、日本人の1型の1歳から14歳までの平均年間発症率は10万人あたり1.4~2.2人となっており、成人の糖尿病に比べるととても少ない。成人の2型患者を対象に調査した村上ら(2009)は、糖尿病患者の自己管理を促進する要因として「同病者の存在」を挙げているが、小児1型患者は成人糖尿病患者に比べて身近な同病者との出会いが少なく、より孤独感を感じやすいことが推測される。

また、宮川ら(2002)は、小児1型患者の学校における療養行動について調査しているが、療養行動に困難感を感じると答えた子どもの割合は対象患者全体の50%であった。特に中学生では、学校での療養行動全般に困難感を抱えている子どもが多く、その背景として思春期前後の患者が自己疎外感・孤独感を持ちやすいことを挙げている。こうした自己疎外感や孤独感によって、子どもは集団の中で自分が「特別視」されることに抵抗が生じ、ますます学校での療養行動を難しくしていることも考えられる。

このように、思春期の小児1型患者は、同病者と出会う機会も少ないため孤独感を抱きやすく、こうした人間関係をめぐる困難が自律的自己管理をますます難しくしていることが推測されるが、思春期の小児1型患者の人間関係のあり方と自己管理との関連につい

て具体的に調べた研究は見あたらない。

2. 小児糖尿病サマーキャンプについて

ところで近年では、糖尿病患者を対象としたイベントが全国各地で多数行われている（日本糖尿病協会，2020）。小児糖尿病患者を対象としたイベントとして代表的なものが小児糖尿病サマーキャンプである。小児糖尿病サマーキャンプは日本糖尿病協会主催で、小児1型患者の小・中・高校生を対象に、3～7日間の日数で毎年開催されている。これは参加する子どもたちが自然の中での集団生活を通じて、インスリン自己注射や血糖自己測定など自己管理に必要な糖尿病の知識・技術を身につけるとともに、ともに励む仲間を作ることを目的としており、開催地によっても異なる特色を持っている。

X県のサマーキャンプ（以下、サマーキャンプ）は、4泊5日の日程で、毎年20～30人の小児1型患者（以下、キャンパー）、大学生ボランティア（以下、ヘルパー）、県内の内科医や看護師などの医療スタッフが参加する（日本糖尿病学会，2017）。サマーキャンプの意義、目的としては「小児1型糖尿病の正しい理解と治療の指導をはかる（医療教育・自己療養）」、「同じ病気の仲間と出会い、日々の不安を解消し、将来も正しく自己管理できるよう自主性と独立心を養う（社会的、心理的適応の指導）」、「小児1型について社会の多くの人に理解を深めてもらう（社会的支援の拡大、小児1型の誤解の解消）」の3つが挙げられている。5日間のキャンプでは、山登りや川遊びなどの活動を行いながら、栄養科に所属している大学生ボランティアが食事を管理し、キャンパーは医療スタッフと協力しながら食事量を決めたり、注射量を調節し、自分で血糖値コントロールが行えるようトレーニングしたりする。キャンパーはサマーキャンプを通して、自分以外の県内の同世代の小児1型患者と出会い、自分の病気と向き合う機会を得ることができる。

薬師神ら（2012）は小児糖尿病キャンプが必要な理由について調査している。この調査から、キャンプが必要な理由として「同じ病気を持った仲間と交流できる」という項目を答えた患者が全体の84.5%で一番多いことがわかった。このことから、キャンプは小児1型患者が孤独感や不安感を持つ環境から抜け出すことができる「心理的に安全な場所」であり「帰属する場」であることが再認識されてきている。しかしながら、こうした「同じ病気を抱えた仲間との交流」が自律的自己管理にどのような影響を与えているかを具体的に調べた研究は見あたらない。

3. 本研究の目的

これまで見てきたように、思春期の小児1型患者が具体的にどのような困難に直面しているかについての研究はまだ少なく、特に思春期に自律的な自己管理へと移行していく中で、当事者が直面する困難や、親以外の親密な他者との関係を形成する上で糖尿病であることがもたらす困難と、それらに対してサマーキャンプが果たしている役割との関連性について具体的に調べたものは見られない。

そこで本研究では、自律的な自己管理への移行のプロセスと親以外の親密な他者との関係形成に焦点を当てながら、思春期の小児1型患者が抱える困難について具体的に明らかにすると同時に、困難を乗り越える上でサマーキャンプが果たしている役割について明らかにすることを目的とする。これによって、思春期の小児1型患者が困難を乗り越える際

の支援の一助となることを目指す。

【方法】

1. 調査協力者

調査依頼については、まずX県サマーキャンプ代表者に文書にて研究計画を説明し、調査実施について承諾を得た。その上で、X県サマーキャンプに思春期（10～16歳）の間に継続的に参加した経験のある小児1型患者のうち、現在もサマーキャンプにヘルパーとして参加している現在20歳以上のOB、OGに対して、文書にて研究の趣旨を説明し、調査協力を同意が得られた5名に対して調査を実施した。調査協力者の概要は表1に示した。

表1. 調査協力者一覧

	年齢	性別	罹患した年齢	キャンパーとしての参加期間	治療方法
A	20代	男性	5歳くらい	小学4年生～高校3年生	インスリン注射
B	20代	男性	生後3ヶ月	小学3年生～小学4年生	インスリン注射
C	20代	男性	6歳(就学前)	小学4年生, 中学1年生～高校3年生	インスリン注射 (現在は服薬も利用)
D	20代	男性	12歳(中1)	中学1年生～高校3年生	インスリン注射
E	20代	女性	16歳(高2)	高校2年生～高校3年生	インスリン注射

2. 手続き

調査時期は2020年11月～12月であった。1人あたり90～120分程度の半構造化面接を1回ずつ行った。調査協力者には事前にインタビューガイド（調査内容）を送付した上で、当日の面接に臨んだ。面接の際には調査協力者の同意を得た上で面接内容を録音し、逐語記録を作成した。調査協力者への謝金はなかった。インタビューガイドは以下の通りである。

- ①基本属性（年齢，性別）
- ②1型糖尿病に罹患した年齢，糖尿病の治療方法
- ③罹患が判明した時の気持ち
- ④以下の内容について，時期（小学校，中学校，高校，大学，現在）ごとの変遷
 - ・糖尿病に対する周囲の対応（家族，医療関係者，学校の先生，友人）
 - ・疾病管理のあり方と親子関係(苦勞，困難，悩み，身につけた自己管理の工夫など)
 - ・糖尿病であることによる人間関係の困り・悩み，工夫など（親以外の親密な他者との関係を形成する上での困難）
- ⑤サマーキャンプについて
 - ・キャンプ歴（初参加時の年齢，キャンプに参加していた期間）
 - ・キャンプに参加するきっかけ
 - ・キャンプに参加する際の気持ち
 - ・実際に参加してみたの感想

- ・自分にとって役にたった（印象に残った）プログラム（特に、疾病の自己管理や親密な人間関係の形成といった観点から）

3. 倫理的配慮

事前に調査協力者に対して、研究への協力は調査協力者の自由意思によるものであり、参加、不参加、中断によって調査協力者に不利益は生じないこと、それにより調査協力者が現在参加している活動等において不利益が生じることもないこと、データは研究のみに使用すること、個人情報の取り扱いには細心の注意を払うことを説明し、紙面にて同意を得た。

なお、本研究は大分大学福祉健康科学部倫理審査委員会にて承認を得た（承認番号：F 2000012）。

4. 分析方法

1) 修正版グラウンデッドセオリーアプローチについて

本研究では、思春期の小児1型患者が抱える困難について具体的に明らかにすると同時に、困難を乗り越える上でサマーキャンプが果たしている役割について具体的に明らかにするため、データに密着した分析を行う修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（Modified Grounded Theory Approach；以下M-GTA；木下，2007）の手法を用いて分析を行った。M-GTAは、研究対象とする現象がプロセス的性格をもっている研究に適しているとされている（木下，2007）。本研究では、小児1型患者の疾病管理や対人関係の変遷を追いながら思春期に直面する困難を明らかにすることを目的としているため、研究対象とする現象がプロセス的性格をもっていると判断し、分析方法としてM-GTAを用いることにした。

2) 分析の手続き

M-GTAでは、質的データを継続的に確認しながら分析概念を生成し、複数の概念間の関係を解釈してまとめ、最終的に結果図を作成する。このプロセスの厳密さが重視されるため、面接内容を分析した過程を以下に記す。

分析の手続きとして、まず個人情報を匿名化した上で5名の面接内容を逐語記録化し、これを面接データとした。次に、面接データ全体を熟読した上で、「自律的自己管理への移行」と「親以外の親密な他者との人間関係形成」という分析テーマに関連した箇所に着目し、それらを具体例として抽出した。その後、これらの具体例に関連した他の類似具体例をデータから探索し、抽出された具体例について調査協力者の行為や認識に照らして解釈を行い定義し、それをもとに概念を生成した。その際、概念ごとに分析ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例、論理的メモを記載した。分析を継続比較で進める中で具体例の追加、類似例や対極例、矛盾例の検討、新たな概念生成、類似した概念の統合、概念名や定義の見直し、概念間の関係性の検討を行った。概念間の関係性を踏まえカテゴリーを生成し、概念間・カテゴリー間の関係を説明する結果図及び文章化したストーリーラインを作成した。

なお、本研究では分析の信頼性と妥当性を高めるために、概念生成や分析ワークシート

の作成, 類似例や対極例等の検討, 概念名や定義の見直し, 概念間の関係性の検討などの分析プロセスにおいて, 臨床心理学に精通している教員の指導を受けた。

【結果】

M-GTAによる分析の結果, 83の概念, 28のサブカテゴリー, 16のカテゴリー, 7のコアカテゴリーが生成された。生成された概念, カテゴリーの一覧を表. 2~表. 4に示した(表中のSCはサブカテゴリーを, CCはコアカテゴリーを示す)。また, 図. 1には概念やカテゴリー間の関係を記した結果図を示した。

以下では結果図を元に, カテゴリーに注目しながら概念同士の関係を記述した。なお, これ以降, コアカテゴリーを【】, カテゴリーを[], サブカテゴリーを< >, 概念を『』として示した。

1. 自律的自己管理への移行に伴う困難とサマーキャンプの役割

1) 【糖尿病判明期】

【糖尿病判明期】について, 『糖尿病判明時のことは幼すぎて覚えていない』『糖尿病判明時, 自分が糖尿病であることの実感がない』『糖尿病判明時に「自分は特別な存在だ」と思い喜んだ』など<糖尿病判明時の気持ち>は各小児1型患者で様々であった。

糖尿病発症時にショックを受けるかどうかは, 幼少期発症か中学生以降発症かで異なっていた。幼少期発症の小児1型患者は, 療養行動を行う生活が当たり前であると感じており, 自分が糖尿病であると理解した際にもあまりショックはみられなかった。逆に, 中学生以降に発症した小児1型患者の中には, 今まで送ってきた日常生活に「療養行動」という新たな負担が加わることでギャップを感じ, <糖尿病判明時の強いショック>を受ける人もいた。

2) 【他律的自己管理期】から【自律的自己管理への移行期】

小児1型患者は【糖尿病判明期】から, 親が療養行動を行う【他律的自己管理期】を経験し, 就学をきっかけに自分で療養行動を行い始める。この時期を経験する小児1型患者は幼少期発症の場合が多く, 中学生以降発症の患者の場合は最初から自律的自己管理を試みることもある。学校では基本的に自分で疾病管理を行わなければならないため, 小児1型患者は就学前からインスリンの自己注射を習得し, 実践し始めることが多かった。

表2. 概念及びカテゴリー表 (1)

CC	カテゴリー	SC	概念名
I ・ 糖 尿 病 判 明 期	A. 糖尿病判明時の 反応	1. 糖尿病判明時の気持ち	(1) 糖尿病判明時のことは幼すぎて覚えていない (A・B)
			(2) 糖尿病判明時、自分が糖尿病であることの実感がない (C・D・E)
			(3) 糖尿病判明後すぐに入院することになり嫌な気持ち (D)
			(4) 糖尿病判明時に「自分は特別な存在だ」と思い喜んだ (C)
			(5) 発症してすぐに同年代同病者と出会う (孤独感はなかった) (D)
		2. 糖尿病判明時の強いショック	(6) 糖尿病判明時、ショックだった (E)
			(7) 糖尿病判明時、母親や友人など周囲の人がショックを受けていた (E)
II ・ 自 己 ・ 管 他 律 的 的	B. 他律的な 自己管理	3. 親による他律的な自己管理	(8) 糖尿病に対する (幼少時の) 母親の熱心な対応 (B)
			(9) 両親に注射を打ってもらう (A・B・C)
III ・ 自 律 的 自 己 管 理 へ の 移 行 期	C. 初めての 自己管理	4. 自己管理をはじめ	(10) 自分で血糖値コントロールをし始める (A・B・C・D・E)
			(11) 自己注射を始める (A・B・C)
	D. 日常的な 自己管理	5. 学校内での教員の監督下での 補食と自己注射	(12) 補食を担任に預ける (A・B・C・D)
			(13) 養護教諭の管理下で自己注射する (C・D・E)
		6. 自己責任による 自己注射と補食	(14) 自己責任で自己注射する (A・B・C・D・E)
			(15) 学校内で自由に補食をする (B・E)
		7. 血糖値検査を煩わしく 感じる	(16) 自己注射や補食自体は面倒ではない (A・B・C)
			(17) 血糖値検査が面倒に感じる (A・B・C・D・E)
	(18) 合併症に対する意識が低い (B)		
	(19) 血糖値検査を正しく行わない (A・B・C・D)		
	(20) 血糖値検査をしていないのにしたと嘘をつく (A・C・E)		
	E. 家族からの働き かけ	8. 家族からの働きかけ	(21) 疾病管理について親から注意される (A・D・E)
			(22) 糖尿病に対する母親の過剰な心配 (C・E)
		9. 家族への反抗や無視	(23) 親の疾病管理の介入を嫌がる (B)
			(24) 親に疾病管理について愚痴を話す (A)
			(25) 親から注意された時無視する (A)
			(26) 糖尿病について親との強い衝突 (B・C)
	10. 家族の介入が少ない	(27) 家族全員が罹患前と後で対応に変化がなかった (D)	
		(28) 母親以外の家族は糖尿病を意識しない対応 (A・B・C・E)	
	F. 医療関係者の働 きかけ	11. 医療関係者からの働きかけ	(29) 医療関係者の定期的な診察 (A・B・D)
			(30) 医療関係者に自分の考えを尊重してもらう (B)
			(31) 医療関係者が自己管理用のツールを作ってくれる (B)
	G. 血糖値コント ロールの困難	12. 血糖値コントロールがうまく いかない	(32) 血糖値が安定していない (C)
(33) 自己注射による低血糖への不安 (C)			

表3. 概念及びカテゴリ表 (2)

IV ・ 日常の 人間関係 形成に おける 葛藤	H. 周囲の理解のなさ	13. 周囲から理解が得られない	(34) 糖尿病に対する担任以外の先生からの配慮のなさ (C)
			(35) 級友から自己注射を奇異の目で見られる (C)
			(36) 周囲からいじめ、からかいを受ける (E)
		14. 周囲に理解してほしい	(37) 2型糖尿病であると勘違いされたくない (A・D・E)
	(38) 理解してくれる人としか仲良くしたくない (無意識の選別) (B・E)		
	(39) 1型糖尿病を知っている人と出会うと嬉しく感じる (B・C)		
	I. 家族以外の人の 自分への関わりの 葛藤	15. 過剰に心配される	(40) 医療関係者による過剰な心配 (E)
			(41) 部活仲間からの過剰な心配 (B)
		16. 病気の人だと思われたくない	(42) 病気の人だと思われたくない (B・E)
			(43) 過剰に心配されたくない (B・C)
			(44) 病気について触れて欲しくない、話をしない (B)
			(45) 療養行動を隠す (A・E)
	J. 生活が制限される 辛さ	17. 糖尿病で生活が制限される	(46) カミングアウトのタイミングに悩む (D)
			(47) 療養行動で別室に移動することの葛藤 (C・D・E)
			(48) 学校の授業や行事に参加できない (B・C)
	K. カミング アウト	18. 親の意向によるカミングアウト (する / しない)	(49) 医師や親の意見により部活を辞める (C・D)
(50) 親の意向で周囲には先生を通してカミングアウトする (B・C)			
19. 自己決定によるカミングアウト (する / しない)		(51) 親の意向で周囲にカミングアウトしない (D・E)	
L. 周囲の理解	20. 周囲の理解ある対応	(52) 自分で限られた友人にカミングアウトする (A・B・C・D・E)	
		(53) 自分の意思でカミングアウトしない (A・C・E)	
		(54) 糖尿病に対するクラス担任からの配慮 (B・C)	
		(55) 糖尿病に対する担任以外の先生からの配慮 (C・D・E)	
		(56) 級友から捕食行動に対する素朴な疑問 (A・B)	
V ・ サマー キャンプ での 経験	M. 疾病管理における 役割	(57) 部活仲間が体調を気にかけてくれる (C・E)	
		(58) 低血糖時、友人に気づいてもらう (B・C)	
		21. 自律的な自己管理をめぐる悩 みを相談したり知識を得る	(59) サマーキャンプで正しい療養行動生活を送る (A・B)
			(60) サマーキャンプで糖尿病の知識を得る (A・B・C)
	N. 人間関係形成に おける役割	22. 同病者に人間関係上の困り悩 みを相談し解決策を得る	(61) サマーキャンプで疾病管理の方法について情報交換する (A・B・E)
			(62) サマーキャンプで年少の同病者に勇気づけられる (E)
23. 孤独感の低減		(63) サマーキャンプでカミングアウトの方法を学ぶ (C)	
		(64) サマーキャンプで同年代同病者に悩みを相談する (A・B・D)	
	(65) サマーキャンプで同年代同病者と出会い語り合う (B・C・D・E)		
	(66) サマーキャンプで出会った同病者とずっと話したいと感じる (A・B・D・E)		

表4. 概念及びカテゴリー表 (3)

VI ・ 自律的 自己管理 期の はじまり	O. 自律的な自己管理への取り組み	24. 自律的な自己管理への意欲の芽生え	(67) サマーキャンプ参加後、自律的 自己管理への意識が高まる (B)
			(68) サマーキャンプ参加後、自分の療養行動について見直す (B)
		25. 能動的な自己管理	(69) 自らこまめに血糖値検査をするようになる (B)
			(70) 主治医に叱られこまめに血糖値検査をするようになる (E)
			(71) 自分で血糖状態を予測しながら自己注射するようになる (C)
			(72) 合併症に対する意識が強まる (B)
			(73) 血糖コントロールがうまくいかないことの苦労感 (B)
			(74) 血糖値が安定している (C)
		26. 親の介入がなくなる	(75) 疾病管理について親から注意されない (C・E)
(76) 親の過剰な心配がなくなる (B・C)			
VII ・ 困難や葛藤を 乗り越える 試み	P. 人間関係形成への取り組み	27. 人間関係形成での工夫を身につけて実施する	(77) 病気について友人に軽く説明する (B)
			(78) 過剰に気を使わなくても良いと友人に説明する (B)
			(79) 誰にでもわかりやすい話し方をする (C)
		28. 理解してくれる仲間を作る	(80) サマーキャンプで糖尿病について気軽に話せる友人を得る (B・C・E)
			(81) サマーキャンプで療養行動をオープンに行うことができる友人を得る (B・E)
			(82) サマーキャンプで会おう友人とはずっと仲良くしていきたいと思う (B・D)
			(83) サマーキャンプで会おう友人は、家族や親戚に近い関係だと感じる (D)

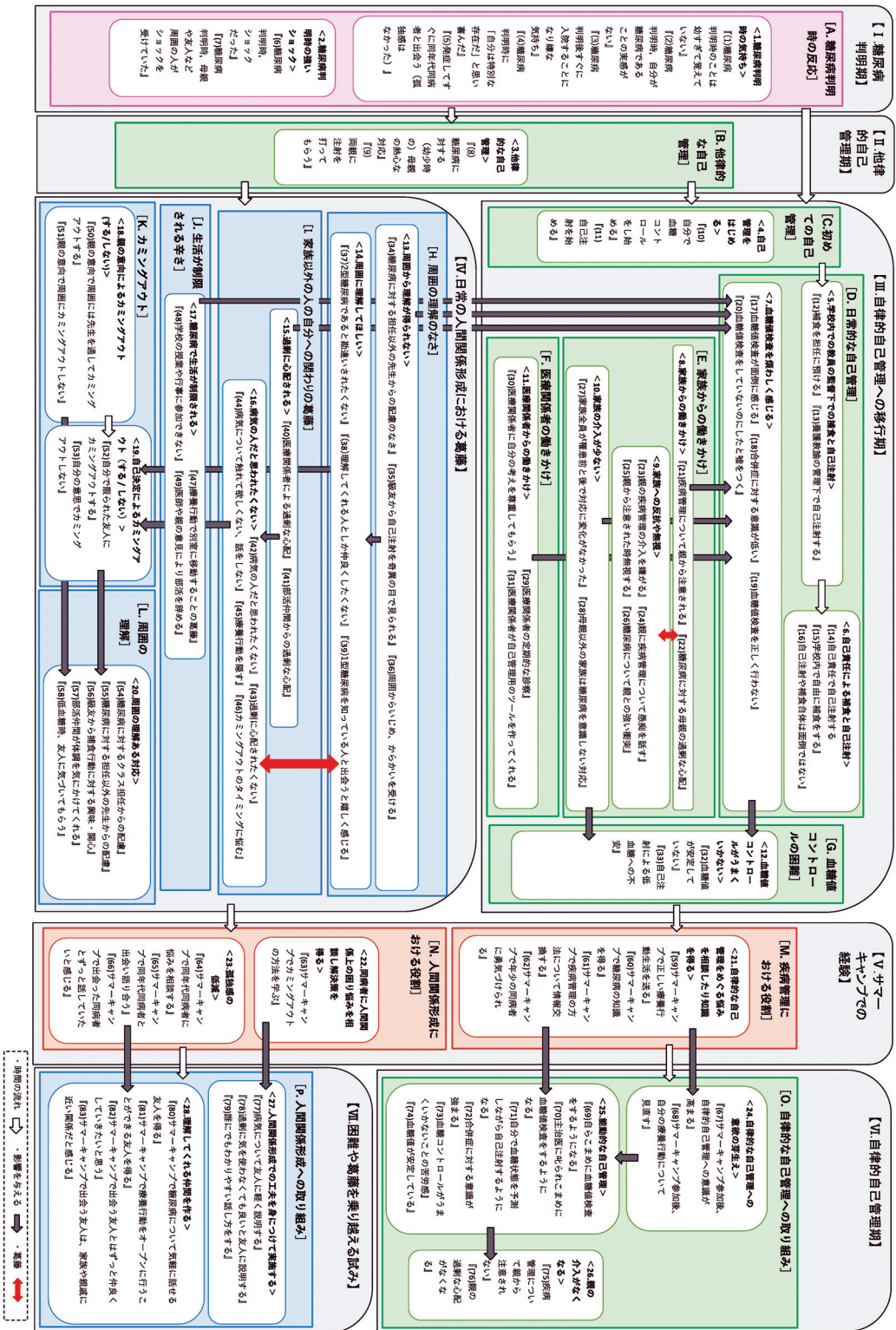


図. 1 思春期の小児1型患者が抱える困難とサマーキャンプの役割

3) 【自律的自己管理への移行期】における思春期の小児1型患者の困難

【自律的自己管理への移行期】では『自己注射をはじめる』『自分で血糖コントロールをし始める』といった形で<自己管理を始める>ことになる。ただ、自己注射においては、ほとんどの小児1型患者が<学校内での教員の監督下での補食と自己注射>を経験したのちに<自己責任による捕食と自己注射>へと至っていたが、これらについての困難を語る小児1型患者は見られなかった。

それに対して、血糖値コントロールにおいては、<血糖値検査を煩わしく感じる>と語る小児1型患者がほとんどであった。また、その要因として『周囲からいじめ、からかいを受ける』ことや周囲から<過剰に心配される>こと、『療養行動で別室に移動することの葛藤』などが関係していた。また、この血糖値コントロールに対する大人からの働きかけとしては、<家族からの働きかけ>と<医療関係者からの働きかけ>が見られたが、思春期の小児1型患者は<家族からの働きかけ>に対して<家族への反抗や無視>を行っており、両者の間に葛藤が生じていた。逆に<家族の介入が少ない>場合には、『血糖値検査を正しく行わない』ことによって『血糖値が安定しない』といった悪影響を与えていることがわかった。さらに、<血糖値検査を煩わしく感じる>ことから『血糖値検査を正しく行わない』『血糖値検査をしていないのにしたと嘘をつく』といった行動が増加し、結果として<血糖値コントロールがうまくいかない>という悩みが生じていた。また、正しく血糖値コントロールが行えていないにもかかわらず『自己責任で自己注射をする』ため、低血糖や高血糖などの症状が起き、『自己注射による低血糖への不安』が生じているケースもあった。

このように、【自律的自己管理への移行期】においては、捕食や自己注射をめぐる困難はほとんど語られることがなかったが、自ら血糖値検査を行うことによる血糖値コントロールをめぐる、家族との葛藤や血糖値コントロールのうまくいかなさといった困難が多く語られた。

4) 【自律的自己管理への移行期】の困難を乗り越え【自律的自己管理期】に至るプロセスとサマーキャンプの役割

今回の調査協力者は上記の困難を乗り越える際に、サマーキャンプで<自律的自己管理をめぐる悩みを相談したり知識を得る>ことが大きな影響を与えていた。また、<自律的自己管理をめぐる悩みを相談したり知識を得る>ことは、【自律的自己管理期】における<能動的な自己管理>を促進させており、サマーキャンプは【自律的自己管理への移行期】と【自律的自己管理期】の橋渡しの役割を果たしていた。

さらに、【自律的自己管理期】では、『血糖値が安定している』状態になることで、『疾病管理について親から注意されない』『親の過剰な心配がなくなる』など<親の介入がなくなる>ため、【自律的自己管理への移行期】でみられた家族との葛藤も消失していくことがわかった。

2. 人間関係形成における困難とサマーキャンプの役割

1) 【日常の人間関係形成における葛藤】

思春期の小児1型患者が抱える【日常の人間関係形成における葛藤】としては<周囲か

ら理解が得られない><周囲に理解してほしい><過剰に心配される><病気の人だと思われたくない><糖尿病で生活が制限される><親の意向によるカミングアウト><自己決定によるカミングアウト><周囲の理解ある対応>などが挙げられた。

2) カミングアウトについて

糖尿病のカミングアウトについては、<親の意向によるカミングアウト(する/しない)><と自己決定によるカミングアウト(する/しない)>があった。

幼少期発症の小児1型患者は、自分でカミングアウトができるようになるまでは、『親の意向で周囲には先生を通してカミングアウトする』ことが多く、クラス担任がクラスの生徒全体に理解を呼びかけていた。一方で、中学生以降発症の小児1型患者は発症当初、親の希望によって必要以上に周囲にカミングアウトしないという選択をしていた。

高校生になって自分でカミングアウトができるようになると、<自己決定によるカミングアウト(する/しない)>へと変化していたが、その際、クラス全員にカミングアウトするのではなく、『自分で限られた友人にカミングアウトする』という選択をしていた。クラス全員にカミングアウトしない理由としては、「高校生になって給食がなくなりクラス全員とご飯を食べる機会がなくなったため、身近な友人や部活仲間にはかカミングアウトする必要がなくなった」というものもあったが、「周囲に可哀想だと思われたくない」「同情されたくない」という思いからカミングアウトをしないというものもあった。

3) 人間関係をめぐる両価的葛藤について

思春期の小児1型患者の中には、学校生活で糖尿病について<周囲から理解が得られない>という経験をする人も多かった。この<周囲から理解が得られない>ことは、<血糖値検査を煩わしく感じる>ことにも影響していると推測され、今回の調査協力者の全員が<周囲に理解してほしい>という思いを抱いていた。また、『親の意向で周囲には先生を通してカミングアウトする』ことや『自分で限られた友人にカミングアウトする』ことを実践した場合は、<周囲の理解ある対応>が得られることが多かった。

一方で、今回の調査協力者は全員共通して、<病気の人だと思われたくない>という思いを語っており、中には<過剰に心配される>ことで煩わしい思いをした人もいた。

これらのことから、思春期の小児1型患者には、<周囲に理解してほしい>という思いと、<病気の人だと思われたくない>という思いが共存しており、こうした両価的な葛藤が人間関係の困難につながっていた。

4) 【日常の人間関係形成における葛藤】から【困難や葛藤を乗り越える試み】に至るプロセスとサマーキャンプの役割

前述の通り、思春期の小児1型患者は<周囲から理解が得られない><周囲に理解してほしい><病気の人だと思われたくない><過剰に心配される>といった気持ちの間で、糖尿病であることをカミングアウトすることに対する両価的な葛藤を抱いており、こうした葛藤が対人関係の困難や小児1型患者の孤独感につながっていた。このような困難を抱えた思春期の小児1型患者は、サマーキャンプでの同病者との交流の中で<同病者に人間関係上の困りや悩みを相談し解決策を得る>ことによって『過剰に気を遣わなくても良い

と説明する』『(病気について)誰にでもわかりやすい話し方をする』など<人間関係形成での工夫を身につける>ことにつながっていた。

また、『サマーキャンプで同年代同病者と出合い語り合う』『サマーキャンプで出会った同病者とずっと話していたと感じる』などを通して、日常生活で生じた<孤独感の低減>が生じ、『サマーキャンプで出会う友人とはずっと仲良くしていきたい』や『サマーキャンプで出会う友人は、家族や親戚に近い存在だと感じる』といった思いへとつながっていた。このように、思春期の小児1型患者は、サマーキャンプで<理解してくれる仲間を作る>ことを通じて、【日常の人間関係形成における葛藤】を解消し、【困難や葛藤を乗り越える試み】を行うというプロセスが見出された。

【考察】

1. 血糖値検査をめぐる心理的負担に対する支援の必要性

結果で述べたように、思春期の小児1型患者は『自己注射や補食自体は面倒ではない』と感じていたが、他方で『血糖値検査が面倒に感じる』と語っていた。血糖値検査は本来、インスリン注射や捕食のタイミングと同様に、最低でも1日に4回、毎食前と眠前のタイミングで行われるべきである。しかし、調査協力者のほとんどが毎日4回することはなく、多くても1日に2回、少ない人だと1週間に1回行えば良い方だった。

血糖値検査を煩わしく感じる理由としては、血糖値検査は行程が多くて時間がかかる上にゴミの処理が面倒であるというように、注射や補食よりも手間がかかること、また、注射や補食は必ず行わなければ生命に危険が及ぶが、血糖値検査は行わなくても直接生命に危険が及ぶことはないという認識があること、血糖値検査を行う際には機械の音が鳴って目立つため、周囲から注目されることに抵抗があること、などが挙げられた。

山本(2021)は「糖尿病治療を受ける患者や家族にとって、血糖自己測定を行うことは、日常生活において、心理的ストレスや不安も大きい。その中で血糖自己測定がうまく行えないことは心理的問題を助長する原因にもなりかねない」と述べている。血糖値の自己測定を始めたばかりの思春期の小児1型患者にとっては、その心理的負担は成人患者以上に大きいことが推測される。そのため、思春期の小児1型患者が自律的自己管理を開始するにあたっては、血糖値検査をめぐる心理的負担に対する周囲の支援が必要となってくるものと思われた。

2. 思春期の親子関係が自律的自己管理に与える影響

思春期の小児1型患者は、血糖値コントロールに対する<家族からの働きかけ>に対しては<家族への反抗>を行っており、両者の間に葛藤が生じていた。一方で、<家族の介入が少ない>場合には、『血糖値検査を正しく行わない』ことによって『血糖値が安定しない』といった事態が生じていた。駒井ら(2007)は、低血糖・高血糖時の親の関わりについて、小学生の間は親に対して肯定的な思いを抱くことが多いが、中学生になると「低血糖になったことを親に話さない」など、親に対して批判的な思いが生じ、親の支配や干渉を極端に嫌うと述べている。本研究においても小児1型患者は思春期に差し掛かって、親からの働きかけに対する反発が増大していたが、親からの介入がない場合であっても、結果として血糖値コントロールが適切に維持されない事態が生じていた。すなわち、この

時期の血糖値コントロールの維持をめぐることは、親からの働きかけに限界があるのは確かであるが、かといって親からの介入を減らしたとしても、子どもはまだ適切に自分で血糖値コントロールができるほど自律的な自己管理を達成しているわけではない、というジレンマが新たに見いだされた。結果として、思春期の小児1型患者には<血糖値コントロールがうまくいかない>という悩みが生じたり、適切な血糖値コントロールが行えないまま『自己責任で自己注射をする』ために低血糖や高血糖などの症状が起きるなどして自己管理に不安を感じているケースもあった。したがって、自律的自己管理への移行期においては、この血糖値コントロールの維持をめぐる、親以外の親密な他者による支援がなされる必要性が示唆された。

3. 自律的自己管理への移行にサマーキャンプが果たしている役割

上述のように、家族が自己管理について助言などをして働きかけようとしても、思春期の小児1型患者は無視をしたり反抗したりするなどして、結果として<血糖値コントロールがうまくいかない>という悩みが生じていた。また、この時期は医療関係者による働きかけとして、診察時の指導や入院時に自己管理用のツールを作ってくれる、などの支援が行われていたが、あくまで病院内での限られた働きかけしかできないため、小児1型患者の日常生活における自己管理を改善させるには限界があった。これと関連して日本糖尿病学会(2019)は、医療関係者には小児1型患者の心理社会的問題に適切に対処するための技能や時間、適切な照会先が十分でない、という現状を指摘している。

一方、サマーキャンプでは、4泊5日の日程を通して、正しい療養行動生活を行う。血糖値の測定や自己注射を行う際には毎回、医療スタッフの元に行き、自分がこれから打つ注射の単位を確認し、血糖値コントロールについても指導や助言をもらうことができる。また、サマーキャンプの日程中はいつでも、疾病管理について、わからないことや不安なことがあれば気軽に医療スタッフの元へ相談しに行くことが可能である。

そして何より、共に参加している他のキャンパーも同病者であるため、療養行動について周囲に注目されたり周囲と時間のズレが生じることもなく、参加しているキャンパーのほぼ全員が療養行動を行うことが当たり前という環境の中で、非日常的な時間を過ごす。その中で、新しく糖尿病に関する知識を得たり、実際に自分以外のキャンパーの疾病管理の方法について見たり聞いたり、同年代のキャンパーに自分の疾病管理についての悩みを相談したりする。こうしたことが、主体的な自己管理への意識を高め、<能動的な自己管理>につながっているものと思われた。

以上のことから、サマーキャンプでの体験は、他律的自己管理期から自律的自己管理期への移行を橋渡しする役割を有しており、特に同年代の同病者がモデルとなって自律的管理期への移行を促進していることが推察された。

4. 親以外の親密な他者との関係形成にサマーキャンプが果たしている役割

結果で述べたように、思春期の小児1型患者は自分が糖尿病であることを周囲にカムフラウトすることに対して、<周囲に理解してほしい>という思いと<病気の人だと思われたくない>という思いの間で両価的な葛藤を抱いていた。病気について「理解ある対応をすること」と、「過剰に心配すること」との間の違いは微妙であり、糖尿病を患った経

験のない周囲の者にとっては、その機敏がわかりづらいものである。そのため、周囲の者が良かれと思って声掛けをしたり、配慮したりしたことが、当事者にとっては<過剰に心配される>と感じられることもあるだろう。あるいは、病気であっても普通に接すればよいと考えて発した何気ない一言が、当事者にとっては<周囲から理解が得られない>と感じられることもあるだろう。結果として思春期の小児1型患者は、どうしても周囲との間でズレを感じやすくなり、孤独感を深めていくことが推測される。周囲の者は、思春期の小児1型患者が日々、このような葛藤を抱えていることを認識しておく必要がある。

一方で、サマーキャンプは、先ほども述べたように、参加しているキャンパーのほぼ全員が療養行動を行うことが当たり前という環境の中で、普段出会うことのできない同病者と出会い、語り合うことができる。そこでは単に糖尿病の知識を得たり、疾病管理の方法について相談するだけではなく、カミングアウトについての悩みや人間関係形成上の悩みをも相談することができ、同じような困難を経験した者として気持ちを共有したり、それぞれの対処方法や工夫を共有したりすることができる。こうしたサマーキャンプの経験は、小児1型患者が日常生活で感じている孤独感を低減していることが推測される。また、こうした経験は思春期の小児1型患者にとって、日常の人間関係の中では得られない経験であるため『サマーキャンプで出会う友人とはずっと仲良くしていきたいと思う』『サマーキャンプで出会う友人は、家族や親戚に近い関係だと感じる』といったように、サマーキャンプでできる仲間が特別な存在として、すなわち親以外の親密な他者として感じられるようになるのではないだろうか。そして、その経験によって、日常生活に戻ったあとも、サマーキャンプの仲間の存在が支えとなって、さまざまな困難や葛藤を乗り越えていけるようになるのではないかと考えられた。

【今後の課題】

今回の調査では、幼少期発症と中学生以降発症の小児1型患者で、糖尿病判明時のショックの受け方が異なっていた。このことは、その後の疾病受容や自己管理の在り方にも影響を及ぼすことが予想されるが、今回は調査協力者の人数が少なかったため、こうした発症年齢の違いに注目した分析を行うことができなかった。幼児期から児童期、そして思春期・青年期は、心理発達のにも急激な変化が生じる時期とされるため、同じ小児1型患者であっても、発症時期の違いによって病の体験のされ方はかなり異なってくるのが予想される。今後は、幼少期発症と中学生以降発症の小児1型患者、それぞれの調査協力者の人数を増やした上で、発症年齢の違いによる疾病受容や自己管理のあり方等についても詳細に検討していく必要があると考えられる。

【引用・参考文献】

- Delamater AM, Jacobson AM, Anderson B, Cox D, Fisher L, Lustman P, Rubin R, Wysocki T, Psychological Therapies Working group (2001). Psychosocial therapies in diabetes : report of the Psychosocial Therapies Working Group. Diabetes Care, 24(7), 1286-1292.
- Erikson EH(1950).Childhood and Society.(=1993, 仁科弥生訳幼児期と社会1・2, 東京:みすず書房.)
- 乾吉佑 (2009) . 思春期・青年期の精神分析的アプローチ出会いと心理臨床, 東京:遠見

書房。

石井均 (2000) . 1.糖尿病の心理行動学的諸問題.糖尿病, 43(1), 13-16.

一般社団法人日本小児内分泌学会 (2020) .

<http://jspe.umin.jp/public/tounyou.html> (2020年5月5日取得)

門脇孝・清野裕 (2020) . 「世界糖尿病デー」について.http://www.wddj.jp/01_syushi.htm
(2020年5月24日取得)

金丸友・中村伸枝・荒木暁子・中村美和・佐藤奈保・小川純子・遠藤数江・村上寛
(2005) . 慢性疾患をもつ学童・思春期患者の自己管理およびそのとらえ方—質的研究
meta-studyを用いて—. 千葉看護学会会誌, 11(1), 63-70.

木下康仁(2007). ライブ講義M-GTA実践的質的研究法修正版グラウンデッド・セオリー・
アプローチのすべて, 弘文堂.

木下康仁 (2003) . グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践, 弘文堂.

Kirsty Winkley, Khalida Ismail, Sabine Landau, Ivan Eiser (2006) . Psychological interven-
tions to improve glycaemic control in patients with type 1 diabetes : systematic review and
meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, 333 (7558) .

駒井志野, 内田雅代, 竹内幸江, 三澤史, 平出礼子, 青木真輝, 柳澤節子, 森哲夫(2007).
1型糖尿病をもつ子どもの療養行動と食事・低血糖・高血糖の場面における親子の関わり.
長野県看護大学紀要, 9, 37-44.

厚生労働省 (2020) . 糖尿病.

https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenko21_11/b7.html (2020年2月9日取得)

厚生労働省 (2019) . 平成29年患者調査.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/dl/05.pdf> (2020年5月10日取得)

厚生労働省 (2015) . 平成26年患者調査.

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/dl/05.pdf> (2020年5月10日取得)

国吉緑・具志堅美智子・宮城こずえ・我謝沙織 (2003) .小児糖尿病患者の療養行動と学
校生活の実際.日本糖尿病教育・看護学会誌, 7(2), 107-114.

日本糖尿病学会 (2019) . 糖尿病診療ガイドライン.株式会社 南江堂.

日本糖尿病学会 (2017) . サマーキャンプ

https://www.nittokyo.or.jp/modules/summer_camp/index.php?content_id=15 (2020年2
月9日取得)

日本糖尿病学会・日本小児内分泌学会 (2015) . 小児・思春期糖尿病コンセンサスガイド
ライン.株式会社南江堂.

日本糖尿病協会 (2020) . イベント情報.

https://www.nittokyo.or.jp/modules/patient/index.php?content_id=14
(2020年5月24日取得)

杉原茂孝 (2011) . 糖尿病からみて.小児保健研究, 70, 41-45.

小児慢性特定疾病情報センター (2020) . 疾病登録数上位11項目 (H26年度) .

https://www.shouman.jp/img_bwh/research/totalization/img_05.png (2020年5月24日取
得)

小児慢性特定疾病情報センター (2020) . 小児糖尿病.

- https://www.shouman.jp/disease/details/07_01_001/ (2020年5月24日取得)
小児慢性特定疾病情報センター (2020). H26年度疾患毎疾病数.
<https://www.shouman.jp/research/totalization> (2020年5月24日取得)
糖尿病情報センター (2019). 糖尿病とは.
<http://dmic.ncgm.go.jp/general/about-dm/010/010/01.html> (2020年2月9日取得)
土田恭史 (2008). "糖尿病患者のセルフモニタリングとストレス及び対処方略の関連".
目白大学心理学研究紀要, 4, 63-73.
土田恭史・福島脩美 (2006). 糖尿病患者における「病気との折り合い」の検討.目白大学心理学研究, 2, 63-74.
前田浩江・添田啓子 (2013). 親子の関わりからとらえた1型糖尿病をもつ子どもの療養行動が親から子どもに移行するプロセス.日本小児看護学会誌, 22(3), 9-16.
宮川しのぶ・津田朗子・西村真実子・木村留美子・稲垣美智子・笠原善仁・小泉晶一・関秀俊 (2002). 1型糖尿病患児の学校における療養行動(1)療養に伴う困難感, 小児保健研究, 61(3), 457-462.
村上美華・梅木彰子・花田妙子 (2009). 糖尿病患者の自己管理を促進及び阻害する要因. 日本看護研究学会雑誌, 32(4), 29-38.
薬師神裕子・中村慶子・檜崎晃史・岡田泰助・武田倬 (2012). 小児糖尿病キャンプの必要性と成果に関する全国調査.糖尿病, 55(11), 866-873.
山本晃司 (2021). 当院自己血糖測定指導の現状.三菱京都病院医学総合雑誌, 27, 29-51.
山崎歩・泊祐子 (2016). 小児期発症の1型糖尿病をもつ患者の思春期・青年期での自己管理に関連する要因の文献研究.小児保健研究, 75(5), 642-648.

【付記】

本研究に協力して下さった大分県サマーキャンプ代表の葛城功先生ならびに大学生ボランティア (ヘルパー) の方々に深く感謝いたします。また、論文制作にあたりご指導いただきました大分大学福祉健康科学部心理学コースの諸先生方に御礼申し上げます。

**Psychological Difficulties Faced by Childhood-Onset Diabetics in Adolescence,
and the Role of Summer Camps in Overcoming These Difficulties
— Focus on the Transition to Autonomous Self-Management and the Building
Interpersonal Relationships with Intimate Others Other than Parents —**

Yamanaga Mayu, Mizoguchi Tsuyoshi

Abstract : In this study, we focus on the transition to autonomous self-management and the building interpersonal relationships with intimate others other than parents, and we clarify the difficulties faced by childhood-onset diabetics in adolescence, and the role of summer camps in overcoming these difficulties. As a method, we interviewed five childhood-onset type 1 diabetic patients over 20 years old who had participated in summer camps during adolescence, and analyzed them qualitatively according to the analysis method of M-GTA(Kinoshita, 2007). As a result, 83 concepts, 28 subcategories, 16 categories, and 7 core categories were generated. In the discussion, the difficulties faced by childhood-onset type 1 diabetic patients in adolescence are divided into those due to the transition to autonomous self-management and those due to the interpersonal relationships, we discussed about the role of summer camps in overcoming these difficulties.

Keywords : childhood-onset diabetes, adolescence, summer camps, autonomous self-management,intimate others other than parents

〔資料〕

第5回福祉健康科学Salon (2021年9月8日(水) オンライン開催)

大分大学福祉健康科学部では、理学療法コース、社会福祉実践コース、心理学コースの力を結集して福祉健康科学を深化させるため、毎年、「福祉健康科学Salon」を開催し、多様な研究活動の報告や意見交換を行っています。第5回福祉健康科学Salonでは、自治体との連携・協力のもとで展開される研究や取組みについて、心理学コース、社会福祉実践コース、理学療法コースからの報告が行われました。福祉健康科学部の教員21名と福祉健康科学研究科の大学院生8名が参加し、活発な意見交換が行われました。

《報告1》

「コロナ禍における大分県の児童生徒・教師・スクールカウンセラーに対するプロジェクト研究」

心理学コース 教授 武内珠美
臨床心理教育研究センター 講師 渡邊晴美
福祉健康科学研究科臨床心理学コース院生
萩原美沙・江原夢乃・菅沙羅

《報告2》

「地域共生社会実現に向けた実務者ネットワーク構築事業－大分県との本年度共同事業の報告－」

社会福祉実践コース 准教授 三好禎之

《報告3》

「災害避難所における健康管理上の問題」

理学療法コース 教授 徳丸治

※以下は、第5回福祉健康科学Salonにおける報告の内容を収録したものです。

報告1：コロナ禍における大分県の児童生徒・教師・スクールカウンセラーに対するプロジェクト研究（心理学コース）

○渡邊講師：それでは、「コロナ禍における大分県の児童生徒・教師・スクールカウンセラーに対するプロジェクト研究」について、心理学コースからご報告いたします。本日プレゼンテーションの担当をさせていただきますセンター講師の渡邊と申します。よろしくお願いいたします。

それでは、始めたいと思います。発表の流れです。まず「臨床心理教育研究センターについての説明およびセンタープロジェクトについて」ご説明申し上げます。続きまして、武内先生から、「今回のプロジェクト研究開始の経緯と組み立てについて」。3番目に、下位ユニット（1）として院生から「児童生徒対象の調査について」。同じく4番目は、下位ユニットとして院生から「教師対象の調査について」。同じく5番目は、下位ユニットとして院生から「スクールカウンセラー対象の調査について」ということでご説明申し上げます。最後に、私から「大分県教育委員会との連携や調査の進め方について」ご説明申し上げます。

【臨床心理教育研究センターについて】

○渡邊講師：最初に、臨床心理教育研究センターについてご説明いたします。令和2年4月、大学院福祉健康科学研究科の設置に合わせて、概算要求事業により臨床心理教育研究センターを開設いたしました。本日発表する研究の企画は、センターの事業の一部でもありますので、まずはセンターの概要を簡単にご説明いたします。センターの位置付けは、スライドの左側にありますように、研究科にぶら下がっている拠点、センターの一つとなっております。

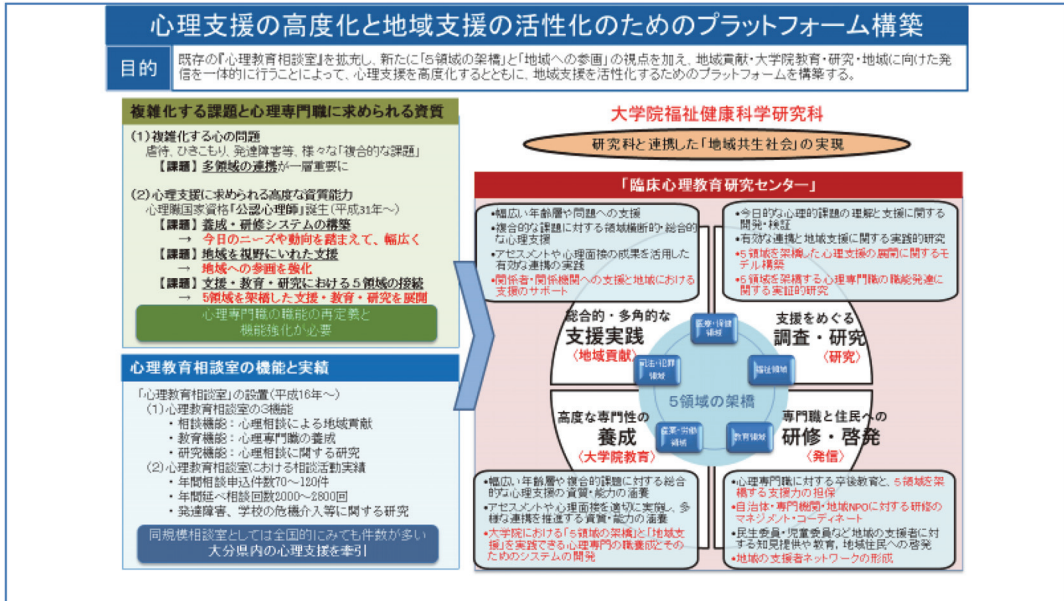
1.臨床心理教育研究センターについて

```
graph TD
    Root[福祉健康科学研究科] --- A[福祉健康科学専攻]
    Root --- B[地域共生社会総合研究拠点]
    Root --- C[権利擁護教育研究センター]
    A --- A1[健康医科学コース]
    A --- A2[福祉社会科学コース]
    A --- A3[臨床心理学コース]
    B --- B1["※ 2つのセンターの連携を促進する  
舞台としての機能をもつ"]
    C --- C1[臨床心理教育研究センター]
    C --- C2[心理教育相談室]
    style C1 stroke:#f00
    style C2 stroke:#f00
```

- 令和2年度概算要求事業
（「心理支援の高度化と地域支援の活性化のためのプラットフォーム構築」）として認可
- 4つの事業
- 研究について：「研究ユニット」の組織

3

センターは突然できたものではなく、平成16年度に教育学研究科に開設されました心理教育相談室の成果を土台としつつ、それを発展させるものです。スライドの左側になりますが、心理教育相談室では平成16年から三つの取り組みを進めてまいりました。また地域住民、子どもから大人までを対象として心理支援を行い、全国的に見ても多い支援実績を挙げてきました。その一方で、スライドの左上にありますように、今日的に状況を加味した心理支援の実践、教育・研究を一体的に進めていく必要がありました。そこでスライドの右側になりますが、地域貢献、大学院教育、研究、発信を進めていこうという理念を持ったものとして開設いたしました。



そのうちの研究に関しては、センターとして研究ユニットの結成を支援しています。今年度申請のあった研究ユニットは、以下の4点となっております。本日は、そのうちの上から3番目、武内先生を筆頭とした研究について発表いたします。研究ユニットの中でも、かなり地域貢献、地域との連携ということを意識した研究であろうと思います。それでは、武内先生お願いいたします。

令和3年度 研究ユニット

研究テーマ	メンバー
多領域における心理療法の実践と心理療法に基づく支援の開発	渡辺 亘 他5名
こころ・からだ・あそびの発達研究(乳幼児期編)～実践と分析をつなぐ～	姫嶋詩絵 他3名
コロナ禍での大分県内の学校における児童生徒の生活やメンタルヘルスに関する影響と、必要な支援および学びと教育に関する研究	武内珠美 他7名
“生きたことば”はどのように生まれてくるのか～文献研究から理解を深める～	岡部航大 他4名

(申請順)

【今回のプロジェクト研究開始の経緯と組み立てについて】

○武内教授：武内です。それでは今日発表させていただきますプロジェクト研究の開始までの経緯と組み立てについて、簡単に説明させていただきます。

コロナ禍の児童生徒たちや学校現場の様子については、私は教員養成でずっと教えてきた者としても心配をしておりました。私のゼミ生の萩原さんが、「子どものゲーム・ネット使用について」の修士論文を書きたいということをおっしゃっていましたので、論文とか資料を一緒に探していますと、コロナ禍での子どもたちの生活の変化や、メンタルヘルスの問題、ゲーム・ネット使用についての報告などが散見されました。

例えば兵庫県教育委員会は、コロナ禍で昨年度の夏から秋、そして今年の春に、時期時期で子どもと保護者に調査をしておりましたし、報告も挙げておりました。東京大学の教育学研究科がプロジェクトで実施しているものがありましたけれども、大分県内ではそういう実態調査がされていないことが分かりました。そこで児童生徒だけではなく、教師や保護者、スクールカウンセラーを対象としたプロジェクト研究ができないか、特にセンターの研究とか社会貢献事業として、また修論としてできないかということをお考えしました。

臨床心理教育研究センターで「ユニット研究」が募集されることを聞きつけましたので、修論と結び付けて大分県教育委員会との連携のもと、教員と院生でプロジェクト研究が展開できないかと考え企画をいたしました。大学院生の中で教育臨床領域に関心のある人たちにプロジェクト案を説明しまして、3名が参加を希望してくれましたので、3つの下位ユニットとしました。

これまで私が大分県内で、教育領域でどういう研究をしてきたかということをご説明します。もともと教育学部にいたこともあり、卒論や修論で児童生徒や教員を対象とした研究の指導は多かったです。私が中心的にやったものとしては、年度は忘れたんですけども大分県の野津原で一家6人殺傷事件というのがありまして、高校生の女の子が大けがをして、中学生の弟とおばあちゃんとお母さんが亡くなったということがありました。亡くなった中学生がいた中学校での全員対象のアンケートを3回実施させてもらったことが、社会・地域への介入的な研究の一環になっております。この時は、大分県臨床心理士会が被害者支援と加害者支援、加害者家族の支援に総力を挙げていたこともりまして、亡くなった中学生が在籍していた中学校でアンケート調査の実施ができました。この時期は校長先生の許可だけでよかったということで、実施ができました。

2000年ぐらいから2年間は、大分県内にスクールカウンセラーが入り始めた時期でしたので、小中高の教員を対象に「スクールカウンセラーの活動に対する期待と懸念」というテーマでアンケートを継続実施して、学会発表をしています。

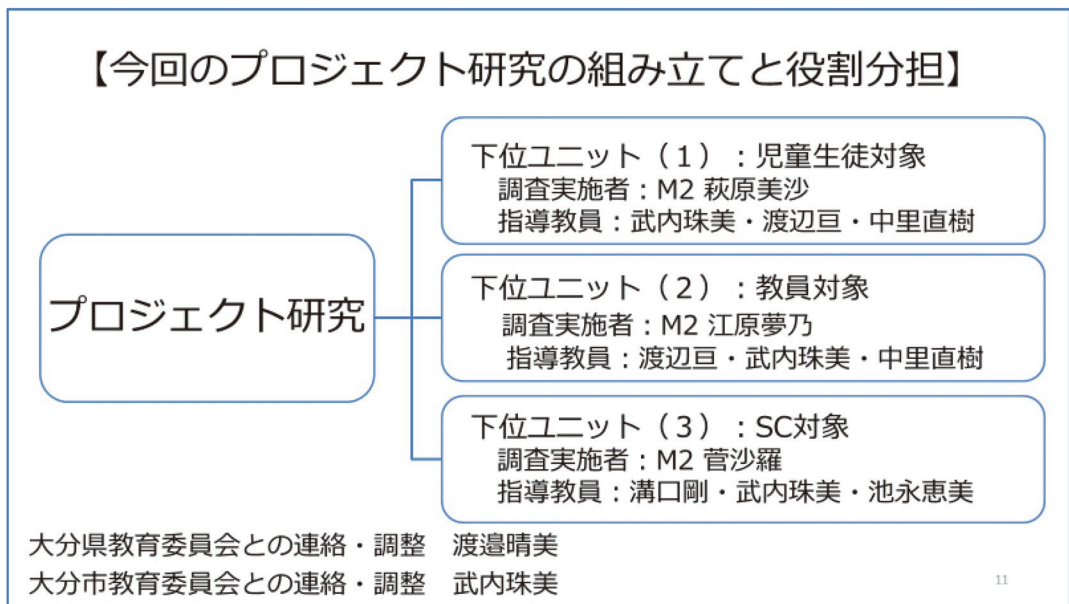
2010年に、たぶん2000人ぐらいいたと思うんですけども、大分県内の高校3校の生徒を対象に「高校生の抑うつと援助要請行動に関する調査」の実施をしております。これは大分県教育委員会生徒指導推進室のご協力を得て実施しました。

現在進めているプロジェクトが、大分県教育委員会安全・安心支援課なんですけれども、その前身の部屋になります。その室長と大分県自殺対策委員会のメンバーと一緒に会議に出ておりました。この時期、高校生の自殺が相次いでおきました。そこで自殺対策として、大人だけではなくて10代の子どもたちの自殺対策も要るのではないかとということで、メンバーだった生徒指導推進室長の協力を得て実施をすることができました。

平均値としては、高校生の26%が自称うつであるというようなデータが挙がりまして、援助要請行動に関しては、各学校毎に体制が違いますので、そういうことについても細かく学校にも研究結果からフィードバックしていったことがありました。

この後は、「個人情報保護」とか「研究倫理審査」などが厳しくなり、また自分の立場の異動などもあって大掛かりな調査はできなかつたんですけども、この学部になりました。また臨床心理教育研究センターとして、何か社会貢献になるような研究ができないかなと常々考えていました。そして、今回のプロジェクト研究を企画運営しているところです。

今回の研究の組み立てとしては、今から説明させていただきますように研究ユニット(1)として「児童生徒対象」のアンケート。下位ユニット(2)として「教員対象」の研究・調査。それから下位ユニット(3)として「スクールカウンセラー」対象の研究になっております。指導教員がそれぞれを指導し、大分県教育委員会との連絡・調整に関しては渡邊晴美先生。もし県教委と関係がうまく取れなかつたらということで、大分市教育委員会との連絡・調整を武内ということで企画運営をしました。これから下位ユニットについて大学院生の説明に入らせていただきます。



【下位ユニット(1) 児童生徒対象の調査について】

コロナ禍での大分県内の児童生徒の生活実態とメンタルヘルスに関する研究
—生活リズム、インターネット・ゲーム使用、心身の調子に着目して—

○渡邊講師：下位ユニット(1)は児童生徒対象となります。萩原さん、お願いします。
○萩原(院生)：それでは、下位ユニット(1)児童生徒対象の調査について、調査実施者の臨床心理学コース修士2年の萩原より発表させていただきます。テーマは、「コロナ禍での大分県内の児童生徒の生活実態とメンタルヘルスに関する研究—生活リズム、インターネット・ゲーム使用、心身の調子に着目して—」です。

まず、新型コロナウイルス感染症について簡単に説明させていただきます。2019年12月に中国の武漢にて新型コロナウイルスによる肺炎が報告され、2020年1月に国際保健機関が「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」を宣言、3月にはWHOがパンデミックになったことを宣言し、COVID-19と名付けられた感染症は世界各地で猛威を振っています。

それでは、コロナ禍において子どもたちの生活はどうなっているのでしょうか。2020年3月2日から全国一斉休校がスタートし、オンライン授業が開始される、また外出自粛など、子どもたちも家庭内で大半の時間を過ごすようになりました。

一斉休校終了後も、修学旅行や運動会などの学校行事の中止・縮小、部活動の停止、手指消毒や常時マスクの着用が求められる学校生活、静かな給食の時間など、コロナ禍以前と比べて子どもたちの生活も大きく変化しています。

コロナ禍における子どもたちについての先行研究では、国立成育医療センターによるインターネット調査「コロナ×子どもアンケート」では、全体の72%の児童生徒に何らかのストレス反応や症状があることが明らかになっています。また、厚生労働省、警察庁の発表では、令和2年の自殺が増えている、特に10代の自殺が増加していることが明らかになっており、新型コロナウイルスは子どもたちのメンタルヘルスにも影響を与えていると考えられます。

また、コロナ禍においてネットを一日3時間以上利用している児童生徒の割合は、小学部や中学部で増加していること、気分転換や娯楽のためのゲームやオンライン動画が学習に比べると長くなっていること、37.4%の保護者がネット依存やゲーム依存を心配していることが明らかとなっており、コロナ禍において子どもたちのネット・ゲームの利用時間は長くなっていると考えられます。

ここまで子どもたちの生活やメンタルヘルス、それからネット・ゲーム使用について述べてきましたが、新型コロナウイルスの影響は今後も続いていくことが考えられること、また今後新たなウイルスによるパンデミックが起きる可能性も否定できないことから、コロナ禍における児童生徒の生活リズムやインターネット・ゲーム使用の実態、メンタルヘルスへの影響を調べることは、今後の児童生徒への支援に役立つものであると考えられます。

そこで本研究では、コロナ禍での大分県内の小学生、中学生、高校生を対象に、児童生徒の生活リズムやインターネット・ゲーム使用の実態と新型コロナウイルス感染症のメンタルヘルスへの影響を調査すること、また昨年春の全国一斉休校期間中・一斉休校明けの昨年6月から7月・今年の1学期と三つの時点で実態を調査することで、時間に伴う生活実態やインターネット使用、メンタルヘルスの変化を調査・検討することも目的としております。

調査方法です。2021年9月に大分県内の小学6年生、中学3年生、高校3年生を対象にWeb上でアンケート調査を実施する予定です。

調査内容です。調査内容については、回答者の基本的属性、兵庫県教育委員会作成の生活のチェック項目10項目、パウルソン児童用抑うつ尺度18項目、それから戸部らが作成したインターネット依存傾向に関する11項目を用います。これらを先ほど述べた全国一斉休校期間中・一斉休校期間明けの昨年6月から7月・今年の1学期と、三つの時点それぞれ

れで聞く予定です。

【下位ユニット（2）教員対象の調査について】

コロナ禍での大分県内の小・中・高等学校・特別支援学校の教員が抱える困りと求める支援について

－校種・職位・教職経験年数・学級数の違いに焦点を当てて－

○渡邊講師：続きまして、下位ユニット「教員対象」の調査を担当いたします江原さん、お願いいたします。

○江原（院生）：教員対象の研究について、調査実施者の臨床心理学コース修士2年の江原より発表させていただきます。タイトルは、「コロナ禍での大分県内の小・中・高等学校・特別支援学校の教員が抱える困りと求める支援について－校種・職位・教職経験年数・学級数の違いに焦点を当てて－」です。

問題です。前の発表でもお話しされていることなのですが、新型コロナウイルス感染症による学校現場への影響については、図のように中国の武漢で新型コロナウイルスが発生して以降、2020年2月に全国の学校に臨時休校要請が出され、同年6月の学校再開後は短縮授業や分散登校を実施するといった影響が見られています。

そのような状況の中、現在の学校現場では新型コロナウイルス感染症対策に追われる中で、危機的な状況に置かれている教員の割合が高いことが明らかとなっています。その主なストレス要因としては、消毒や健康観察などの追加業務が増加したことに加え、学校教育でのICT化が急速に進み、教員はオンライン授業を実施していく上での環境整備や教材作りなどの対応を求められることへの不安などが明らかとなっています。そのことから、学校現場における教員は、新型コロナウイルスの影響によって新たな業務を担うと同時に、先行きの見通せない不安と向き合う中で、長期的なストレスにさらされていると考えられます。

また、先行研究から、教員間においても感じるストレスの違いが見られることが示唆されています。東京大学大学院教育学研究科では、コロナ禍による業務量の変化を教職経験年数別に調査したところ、若手教員とベテラン教員の業務量の変化は時期ごとに異なることを示しています。その内容としては、臨時休校期間においてはベテラン教員のほうが若手教員よりも業務量が増えたと回答している割合が多く、学校再開後にはどの教員も業務量が増えたと回答している割合が多かったです。

また、日本教職員組合による調査では、校種によっても業務量の違いがあることが明らかとなっています。その内容としては、小学校と比較すると、中高では「課題作成」業務、特別支援学校では「保護者等外部対応」業務が増加傾向にあることが示されていました。

そのことから、校種や教職経験年数などの違いによって教員間でのストレスが異なるために、それに伴って生じる困りや求める支援も異なるのではないかと考えました。そこで、今後の教育現場を支える教員を支援していくためには、彼らの抱える困りや求めている支援の実態を、より詳細に明らかにしていく必要があると考えられました。

しかし、先行研究では各都道府県における実態調査は行われている一方で、大分県では県内の教員を対象とした先行研究は数が少ないです。また新型コロナウイルス感染症に関して、各時期における教員の抱える困りや求める支援の変化について、調査されている研

究は数が少ないという現状があります。

そこで本研究では、コロナ禍における大分県内の小・中・高等学校・特別支援学校の教員が抱える困りと求めている支援について、臨時休校中、学校再開直後、学校再開後、現在の時期に分けて、教員間の校種、職位、教職経験年数、学級数の違いに焦点を当てながら明らかにしていくことを目的とします。これによって、今後のコロナ禍における学校教育のあり方を模索していく教員を支援していく上での一助となると考えます。

調査方法です。調査対象者は、大分県内の小・中・高等学校・支援学校の教員を対象としており、調査方法はWeb上でアンケート調査を実施していく予定です。

調査内容については、以下のとおりとなっております。基本的属性、教員が抱える困りと教員が求めている支援について、先行研究を参考に作成した項目を用いて調査を実施していきます。

方法

◎調査内容

- ①**基本的属性**：校種，職位，教職経験年数，勤務校の学級数，勤務校の教育事務所
- ②**教員が抱える困り**：長崎大学教育学部（2020）による教職員が抱えていた不安の調査，東京大学大学院教育学研究科（2020）によるコロナ禍におけるストレス要因の調査，文部科学省（2021）による新型コロナウイルス感染症に係る小中学校等の対応と現状に関する調査を参考に作成した，23項目，5件法。
- ③**教員が求めている支援**：長崎大学教育学部（2020）によるコロナ禍の学校教育に必要な支援・配慮の項目を参考に作成した10項目，5件法。

【下位ユニット（3）スクールカウンセラー対象の調査について】

スクールカウンセラーから見た新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う学校コミュニティへの影響と心理的支援

○渡邊講師：続きまして、下位ユニットの（3）スクールカウンセラーを対象とした調査を行います。菅さん、報告をお願いいたします。

○菅（院生）：では、臨床心理学コース修士2年の菅より、下位ユニット（3）スクールカウンセラー対象の調査について発表させていただきます。テーマは「スクールカウンセラーから見た新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴う学校コミュニティへの影響と心理的支援」です。

問題・目的です。現在、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴い、日本国内においても全国民がこれまでの生活とは違う生活を余儀なくされています。学校現場は長期間にわたる臨時休校を経験し、登校が再開された後も徹底した感染予防策が求められているところです。学校コミュニティへは、さまざまな影響が出ていることが推測されます。

このような状況の中で、児童生徒や保護者にとっては外遊びの減少に伴うゲームやインターネットに費やす時間の増加、外出自粛を強いられたり、家庭で過ごす時間が増加したりすることに伴う家族間ストレスの増加、他者との関係の希薄化といった人間関係の変化、児童生徒の問題行動や自殺者の増加など、さまざまな変化が生じていることが推察されます。

また、教職員にとってはこれまでの業務に加えて、机や椅子の消毒作業やICTを用いた教育を行うことになるなど業務負担が増大する中で、これまでと異なる児童生徒への指導が求められるようになってきています。

さらに、ひとたび児童生徒や保護者、教職員にコロナ陽性者が発生すれば、短期間の間に休校措置の判断、濃厚接触者の特定作業、さまざまな情報の周知徹底が求められるなどして現場は混乱し、本来の学校機能は一時的に低下してしまいます。このようにコロナによる学校現場への影響は甚大であり、窪田が言う「学校コミュニティの危機」と捉えることができます。

こうした危機に際して、スクールカウンセラーは教職員をバックアップしながら児童生徒や保護者をケアし、学校が持つ本来の機能を回復していくことを支援する役割を担っていますが、他方でスクールカウンセラー自身もまたコロナの脅威にさらされながら、学校現場の混乱に巻き込まれている可能性があります。学校現場における専門職として、スクールカウンセラーがコロナによる学校コミュニティの影響をどのように把握し、どのような支援を行っているのか、さらにはコロナ禍におけるスクールカウンセリング活動を進める上で、スクールカウンセラー自身がどのような支援ニーズを持っているのかを調査することを本研究の目的とします。

まず、研究1のアンケート調査において、スクールカウンセラーの認識や支援の実態などに関する全体的な傾向を数量的に把握します。次に、研究2の面接調査において、それらの具体的な内容を把握していきます。研究1と研究2を踏まえた上で、コロナ禍における学校コミュニティ支援のあり方について総合的な考察を行います。

研究1では、コロナによる学校コミュニティへの影響に関するスクールカウンセラーの認識、実施した支援、スクールカウンセラー自身の支援ニーズの実態を明らかにすることを目的とします。対象者は、大分県内のスクールカウンセラー80名程度。方法はWeb調査および、もしくは紙媒体によってアンケート調査をします。調査時期は2021年9月ごろを予定しております。調査内容としては、一つ目に基本属性。二つ目に、コロナ禍における学校コミュニティへの影響についてどのように認識しているか。三つ目に、コロナ禍でのスクールカウンセラーとしての活動内容はどのように変化したか。最後に、コロナ禍での支援や多職種連携をする際に活用した事柄や必要だと感じた事柄です。

研究2では、研究1のアンケート調査の結果を踏まえ、コロナによる学校コミュニティへの影響を時系列によってより具体的に聴取します。その中で、実施した支援や困難さを感じた点、スクールカウンセラー自身としての支援ニーズを具体的に把握し、コロナ禍における学校コミュニティ支援のあり方について総合的な考察を行います。対象者は、スクールカウンセラー5、6名程度を予定しており、方法は90～120分程度の半構造化面接を1回行います。調査時期は9月ごろを予定しています。

調査内容は、以下のとおりとなっております。

方法

調査内容

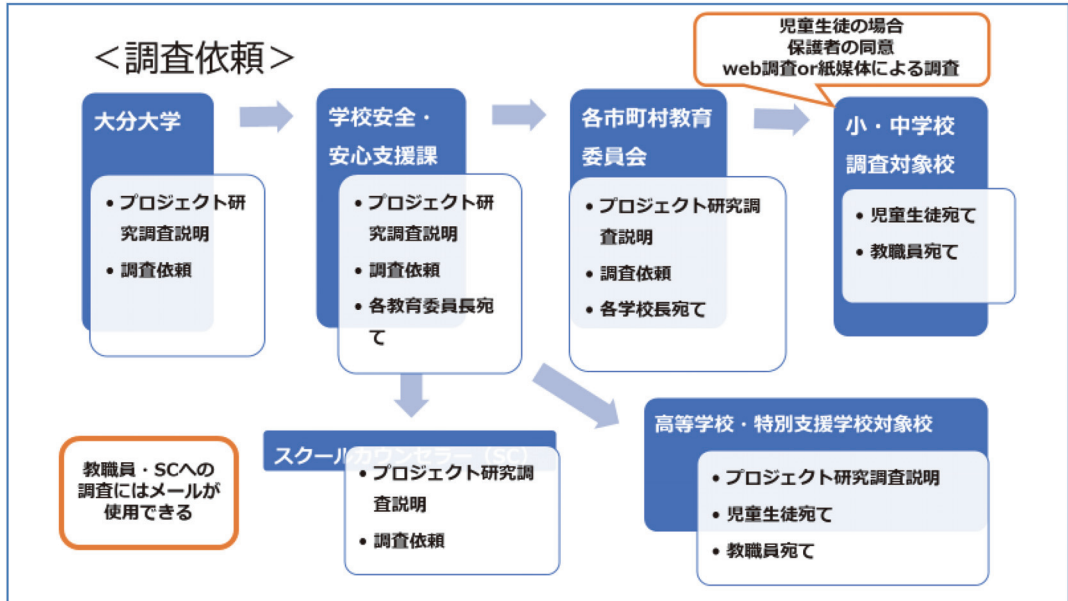
- ①基本情報（資格の有無・SC勤務歴・当該校勤務歴・緊急支援経験の有無・当該校の感染状況）
- ②時期ごとに（全国一斉休校中・一斉休校明け・現在）どのような対象に（児童生徒・保護者・教職員）どのような支援をしたか
- ③時期ごとの学校支援における困り
- ④陽性者が発生した際の、学校内の状況ならびに学校—SCの連携について
- ⑤陽性者が発生した学校に勤めていた場合には、SC自身に生じた戸惑いや不安、混乱について。また、そこからどう立直ったのか
- ⑥学校コミュニティの現状のアセスメントと実施した支援について
- ⑦コミュニティ・アセスメントや支援計画を立てる上で役にたったもの
- ⑧コロナ禍におけるSC活動を進める上でのSC自身に必要な支援をどのように考えているか

【県教委との連携：〈調査方法について〉】

○渡邊講師：それでは、最後に県教委との連携および調査方法についてご説明いたします。連携先は大分県教育庁学校安全・安心支援課となります。この課は、子どもの貧困対策、いじめ・不登校対策、学校防災等、学校の安全・安心に係る業務を一元的に行っている課となります。その中でも、本調査研究に関しましては、いじめ・不登校対策班との連携ということになっております。

調査依頼の流れについては、大分県教育庁学校安全・安心支援課に伺い、調査の説明および調査協力依頼を行います。その後、学校安全・安心支援課から各市町村教育委員会に調査協力依頼を下ろし、さらにそこから対象校となる小学校、中学校に調査協力を仰ぐかたちになっております。

また、スクールカウンセラーの調査に関しましては、先ほどの学校安全・安心支援課から直接スクールカウンセラー一人一人に依頼する形になります。同じく高等学校、特別支援学校につきましても、学校安全・安心支援課から直接依頼となっております。現時点では、学校安全・安心支援課から各市町村教育委員会、それからスクールカウンセラー、高等学校、特別支援学校に依頼文が発出される段階となっております。



この調査を行うにあたり、小中学校の児童生徒に調査を行う場合に、保護者の同意をどのようなかたちで得るのか、かつ同意を得る際に現場の先生方に極力ご負担をかけず、いかに迅速に調査を進めるのかということについて、何回も学校安全・安心支援課の担当者と検討を重ねました。

また、今回の調査の計画および実施によって、大分県下の教職員およびスクールカウンセラーへの調査には県教委が活用している各学校の代表メールや教職員個々のメールが使用できることが判明いたしました。今回の調査依頼を今後の調査・研究に活かせるように体制づくりに努めていきたいと思っております。

報告は以上となります。ご清聴ありがとうございました。

報告2 : 地域共生社会実現に向けた実務者ネットワーク構築事業—大分県との本年度共同事業の報告— (社会福祉実践コース)

○三好准教授：それでは、大分県と本研究科との共同事業についてご報告をさせていただきます。主に地域共生社会実現に向けた実務者ネットワーク構築事業についてです。今日は、研究結果等のご報告できないかと思えます。主に現在取り組んでいる大分県との事業展開について報告をさせていただきます。

本事業では、多世代交流などの立ち上げ支援や市町村の包括的な支援体制構築に向けた支援など、地域社会における今日的課題に対する先駆的・思考的取り組みなどに対する支援を通じて、地域社会における福祉の発展、改善に寄与することを目的としています。

本日は、包括的支援体制の一環として、地域住民や関係団体、市町村などの諸問題に対して、県下の実務者からなるネットワーク構成員による活動についてご報告したいと思っております。

活動内容の報告に入る前に、簡潔に地域共生社会の実現に向けた背景と目指すべき方向性について押さえておきたいと思えます。なお本日は時間の関係上、歴史的かつ国際的に見る地域共生社会の政策動向とか実践にける創設の背景につきましては割愛をさせていただきます。

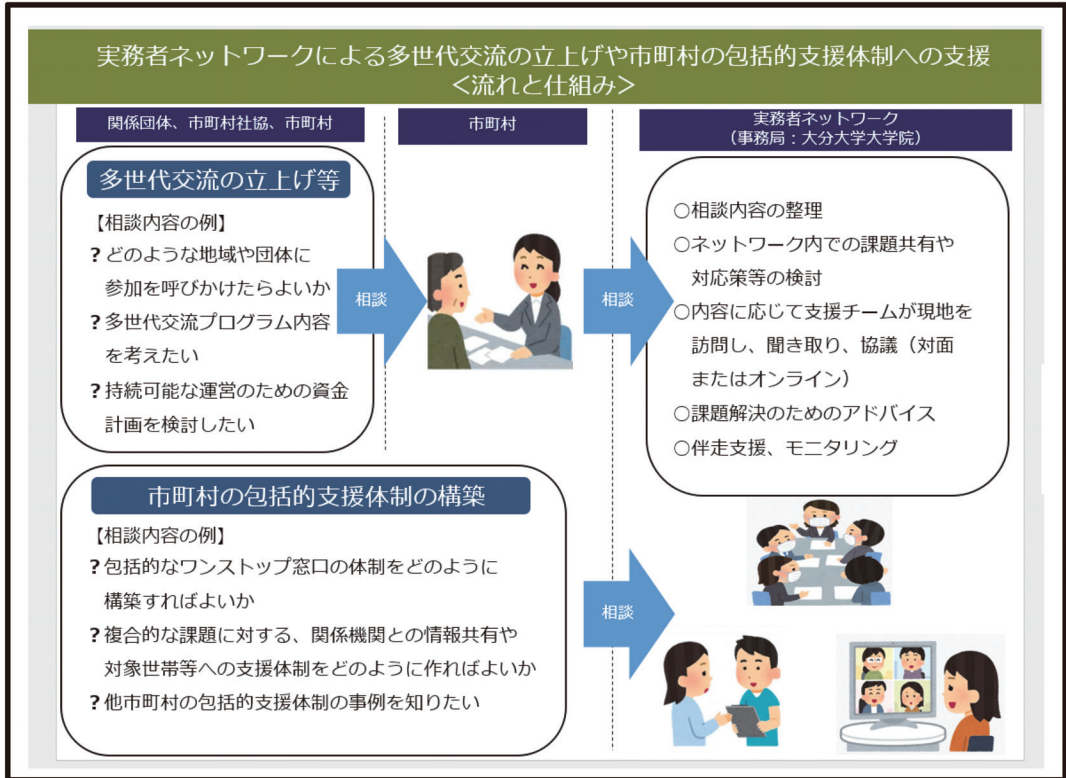
さて、国が示す地域共生社会でございますが、2017年の地域力強化検討会ならびに2019年の地域共生社会推進検討会、この二つの検討会からなる最終報告ならびに本年、改正社会福祉法を置きまして推進されているものでございます。最終報告に改正社会福祉法が示される背景としましては、周知のとおり第1に、少子高齢化や核家族化の進行などによる家族・地域の支え合いの機能が低下しているためです。第2に、地域住民が抱える問題が複雑化・複合化する中、従来の属性別の支援体制では複合課題やさまざまなニーズに対応が困難になっているということが挙げられます。

こうした問題課題を乗り越えるために、制度・分野ごとの縦割りや支える側・支えられる側という従来の関係を超えて、地域や一人一人の人生の多様性を前提としまして、人と人、人と社会がつながる、支え合う取り組みが埋まりやすい環境を整える、新たなアプローチの創設が希求されていると考えます。こうした日本社会の現状課題、そして改正法を踏まえて、大分県と地域共生社会創設に向けた環境整備を現在進めているところでございます。

地域共生社会に向けた環境整備を図るため、まず第一に地域の問題課題の共有化や連携が重要と考え、本年、実務者ネットワークを創設しました。実務者ネットワークは、県内で福祉活動に取り組む実践者11名、県市町村社協ならびに地方公共団体9名、学識者として本学より3名から構成されておりまして、問題課題の共有、事例の紹介、地域支援活動に係る助言・調査・研究などを行うことを目的として設置されております。

地域共生社会を進めるに当たって、住民の主体的な活動が重要であると考え、市町村を通して広報を行っている状況でございます。住民の中には、町の将来を考え活動したいが、どのように取り組んでいけばよいのか分からないなど、愛着精神を持ちながら、活動をどのように進めていけばよいのか日夜悩んでいる方がいらっしゃるようです。

こうした課題に対応するために、資料に示すように市町村に窓口を設置し、実践者ネットワークにつながる仕組みをこのほどつくりました。現在、この市町村の窓口に寄せられた申請が5件寄せられておりまして、今日はこの5件のうち、主に2件を主に報告をさせていただきたいと考えております。



本事業でまず相談内容として寄せられている事業所としましては、現在、準備段階の団体ですけれども、大分市内敷戸団地にございますNPO法人「小さな手」というところがございます。「小さな手」は敷戸団地内にカフェをつくって、地域住民の居場所づくりを行っているという点がひとつ特徴であるかと思えます。この運営をしていらっしゃる方たちは専門職でありまして、公認臨床心理士や社会福祉士、介護福祉士、保健師、そして保育士などの資格を持った方が運営されていまして、地域住民の方にお茶を出したりコーヒーを出したりしながら、住民の日常的な生活のお悩みを聞き、専門の機関につなげていくことを主にやっていらっしゃいます。

この地域から2019年の末にご相談を受けていることがございました。内容は地域住民の方が非常に高齢化している。健康寿命を延伸させたい。健康期間を長くして幸せな期間を長くしたいということで、何かいい案はないかと相談を受けまして、現在「ノルディック・ウォーク」を実施しています。ノルディック・ウォークを実施する前に、運動がどの程度体力が維持されているのかという体力測定を実施した後に、4カ月間ノルディック・ウォークを行い、その後、体力がどの程度向上したのかという測定結果を住民の方たちにお返しをしております。同時に、社会的な関係資本がどの程度維持されているのか、通称「ソーシャルキャピタル」と呼ばれる用語ですけれども、そのソーシャルキャピタルがどの程度維持されているのかというアンケート調査を質問紙によってとらえています。ちょっと細かなデータではございますけれども、スズケンから出されているライフコーダGSと呼ばれる機械を用いて歩数のデータを取ったり、また一日にどのような食材を食べているのかという内容も調査で把握をしております。摂取カロリーと消費カロリーの動向

についても、この調査で行っているところです。こういう運動を媒体としながら社会的な関係資本をつくっていくところに本事業のねらいがございます。手軽にできて安全に行えるノルディック・ウォークというものを推奨して、住民間のつながりをつけていこう、同世代間のつながりをつけていこうということを目的に取り組んでおります。

同時に、こちらは今年の冬からなんですけれども、白杵市に野津地区というところがあるんですけども、そこに「吉四六さん村グリーンツーリズム研究会」というところがございます。こちらの方からも今年の年度末にご相談を受けまして、地域の活性化ならびに地域が非常に高齢化しているというところで、みんなが元気になるような取り組みはないかということで相談を受けまして、一緒に取り組んでいるところです。このグリーンツーリズムの研究会はフットパスのツアーを行っていきまして、フットパスとノルディックを掛け合わせて地域住民の健康寿命を延ばす。さらに、このグリーンツーリズムは農泊活動をやっています、農泊の参加者の方たちにフットパスを行いながら、ノルディックを行って観光を楽しんでもらうことができないかということで、一緒に取り組んでおります。現在、このグリーンツーリズムとは敷戸団地と同じように体力測定を行い、ノルディック・ウォークを展開する。そして4カ月後に体力測定を行って、体力がどの程度向上したのかという結果をお返す。併せてソーシャルキャピタルの調査もここでも同じようにさせていただいて、社会的な関係資本をどう維持されているのかということも計測させていただいております。

同時に、こちらでは、大分県は大変、竹が取れる地域でありまして、竹林のまた被害も多いということです。ノルディック・ウォークで使うポール、ストックというものがあるんですけども、そのポールをスチール素材のものから竹の素材に変えて、竹林の被害を軽減することができないか、さらにそのポールを製品として売り出して地域経済を涵養させていくことはできないかということで、現在、この地区と共同でノルディック・ウォークのポールの製品開発を今取り組んでおるところです。

もう一つは、今、昨日ですかね、竹田市のほうからも地域共生社会に関する申請書が出まして、共有画面で見たい画面の内容を相談事業としてやっていただきたいということで、ご依頼を受けております。

併せてもう一つは、中津市にあります清浄園。こちらのほうは今、相澤先生が担当されているところなんですけれども、こちらからも地域共生社会の実現に向けた取り組みをやりたいということで報告を受けております。

本事業における相談・取組み事例の紹介

相談事例③ 竹田市社会福祉協議会 福祉なんでも相談課

現在の活動内容

- ・重層的支援体制整備事業の移行準備事業
- ・竹田市権利擁護・成年後見支援センター
- ・生活困窮者支援制度

相談内容

- ・今年度、3回程度開催予定の重層的支援会議におけるアドバイザー派遣。(10～3月頃)(矢野茂生先生希望)
- ・重層的支援体制整備事業に関する制度の周知研修(日程未定。石井義恭先生希望)

少し横道にそれるかもしれないですが、先ほどのこのグリーンツーリズム、それから敷戸団地。特にこのグリーンツーリズムで行っているフットパスとノルディック・ウォークとを融合させた事業展開、さらにそのノルディック・ウォークで使うポールの製品化に向けた活動というのを少し事業化に持っていけないかということをお話しました。

この大分での取組みを現在、宮城県石巻市の五つの復興住宅を対象としまして、健康寿命を延伸させると同時に、地域住民との関係をつくって社会的関係資本をつくっていくという取組みを石巻で展開できないかということで、現在、石巻の復興住宅の住民の方と社会福祉協議会の方と今調整を図っているところです。どの程度、石巻の復興住宅の住民の方たちの社会的関係資本が維持できているのかということ調査するために、今年の10月からその調査を行う予定になっております。

併せてそこに、健康寿命の延伸に係るところで、会津大学短期大学部とも連携をして事業展開ができないかということ調整しているところです。石巻でも竹が大変取れるというところらしくて、できれば大分でのポールの生産を地域住民の方と一緒に作って製品化に持っていけないか、小学校の子どもさんや高齢者の方たちと一緒にそれを作って、横のつながりから縦のつながり、世代間のつながりを設けて、社会的関係資本を強化していくことができないかということ現在検討しているところでございます。

この他にフリースクールとか、またはダルクのような薬物依存等の患者さんたちが集う場所とかに、ノルディック・ウォークをご紹介します、ポールと一緒に作る、そういったところから関係づくりがつかれないかということ現在、石巻と大分県内の住民の方たちと検討を進めているところでございます。

できれば私としては高齢者に特化するのではなくて、子どもさんの力を少々借りたいなとも思っています。現在、健康寿命の大分県のランキングは男性が35位、女性が13位です。一方、小学校5年生の運動能力のランキングは男性が第2位、女性が第4位だったと思います。非常に子どもさんは運動能力が高いわけです。

そういう高いグループと低いグループとを融合させて健康寿命を延ばす。同時にそこで交流人口を高めていって、社会的関係資本につなげていくという事業展開ができないかということをご構想しています。つまりある特定の人口、ポピュレーションに働きかけ、関係人口をつなげ社会的関係資本をつくることによって福祉的な効用を高めていきたいというのがねらいであります。

東北大学の先生方の調査によりますと、歩数が延びれば一日の医療費が削減できるというような調査データも国土交通省が出しております。こういった研究結果を踏まえて、歩数を増加させていくことは社会政策的にも非常に有効性があると考えられています。いかに歩く環境をつくっていくのか、また人と人とを交流させていく場面をつくっていくのかということころは、この地域共生社会を進めていく上では重要な要素になるのではないのかと考えておまして、現在こういった事業を大分県で展開しているところです。

サンプルなんですけども、こういうものを今作っています。本当はこういうスチール製のものなんですけど、これをこういう竹で作るのを住人の方と一緒に作って、これを製品として売ることはできないかと。

このポールというのは、一人一人の身長に合った長さがありまして、身長×0.63と決まっているんですね。子どもさんが使ったらすぐに大きくなるので、すぐにこれを交換しなければならない。捨てるのではなくて、これを全部土に返していくという構想で今これを作っています。これが製品化できないかなと考えているところがございます。

どこまでできるか分からないんですけども、そんなことを今展開しているところです。ちょっと早口で終わってしまいましたけども、このあたりで終了させていただきたいと思いません。ご清聴ありがとうございました。



報告3 : 災害避難所における健康管理上の問題 (理学療法コース)

○徳丸教授：理学療法コースの徳丸です。なぜ生理屋の徳丸が避難所の話をするのかと、訝しがっておられる方も多いと思いますが、それも含めてお話をしたいと思います。

これは今から23年前の、私がまだ33歳の時の写真であります (ご想像ください)。防災の日に首都圏の合同防災訓練で、空自の救護隊として東京の立川から幕張の訓練会場まで大型ヘリで行ったときの記念写真であります。

なぜこの研究をやることになったか、最初にお話をいたします。平成28年度の学長戦略経費（重点領域研究推進プロジェクト）で福祉健康科学に関する研究領域「災害後の地域包括ケアシステムの構築にかかる検討」というプロジェクトが採択されました。

この一部として、医学科の研究室配属の学生を私の母校である防衛医大に派遣して、後輩に指導してもらいました。そのテーマが「避難所の衛生上の問題」でありまして、文献調査を実施いたしました。これをまとめて、その学生が国内の学会で発表し、またそれから私が国外の学会に持っていきまして、予想以上に興味を集めました。そこで、文献検索をもう一回体系的にやり直して、システマティックレビューとしてアメリカの災害医学専門誌に投稿して先日受理されました (doi: <https://doi.org/10.1017/dmp.2021.99>)。

この研究を行った背景ですが、ご承知のとおり日本は災害大国であります。1995年の阪神淡路大震災、それから記憶に新しい東日本大震災や熊本地震等々、枚挙にいとまがありません（右上スライド）。自然災害が起こるたびに、多くの被災者が避難を余儀なくされます。阪神淡路大震災では震災後、最初の1カ月間、避難所で生活をした方が20万人以上、東日本大震災では47万人以上の方が避難所での生活を余儀なくされたと言われております。

避難所の運営につきまして、阪神淡路大震災のときに非常に多くの問題が指摘され、運営の改善が多く図られました。しかしながら東日本大震災、熊本地震で開設された避難所では、一部の問題は改善されたものの、なお数多くの問題点・課題が指摘されております。避難所は多くの人で混み合っています。トイレ、手洗い場等では不衛生な環境にさらされます。避難所で提供される食事は、質・量ともに貧弱であります。それから特に高齢者で慢性の疾患を抱えている方は、お薬が長期の避難になりますと切れてしまいます。

自然災害時に開設される避難所には、どのような衛生学的な問題があるのか、どのような対処がなされてきたのか、これらを知るために文献のプレリミナリーな検索を行って見ましたが、システマティックなレビューというのは公表されていませんでした。そこで体

背景

- 日本は災害大国
 - 阪神淡路大震災（1995）
 - 東日本大震災（2011）
 - 熊本地震（2016）等々



Figure 1. Recent great earthquakes in Japan (Japan was struck by many great earthquakes including the Great Hanshin-Awaji Earthquake in 1995, the Great East Japan Earthquake in 2011, and the Kumamoto Earthquake in 2016).

- その度に多くの被災者が避難
 - 阪神淡路大震災では20万人以上が震災後最初の1ヶ月間避難所で生活 (Nakamura H. Acta Paediatr Jpn. 1995)
 - 東日本大震災では47万人以上が避難所で生活 (MOFA. https://www.mofa.go.jp/j_info/visit/incidents/two_years.html)

結果



Figure 2. Flow chart of the literature search. Relevant papers searched from PubMed as well as from JMAS were included in the present study. Note that this chart corresponds to the second and third columns of Table 1.

系的な文献的調査、即ちシステマティックレビューを行いまして、避難所で生じる衛生学的な問題や課題を明らかにすること、これを目的として本研究を実施いたしました。

方法です。システマティックレビューは、

レビューの執筆時などの指針でありますPRISMA声明に準拠して行いました。対象は1995年1月から2019年8月までに公表された論文です。PubMedおよび医学中央雑誌で検索を行いました。キーワードは、災害、地震、避難、避難所、避難者、阪神淡路大震災、東日本大震災、熊本地震およびそれに相当する英語です。国や地方公共団体の公文書等も必要に応じて検索いたしました。福島第一原発の事故は特殊な事例ですので、この事故に関連して設置された避難所は除外致しました。

文献の検索は、まずPubMedで検索をいたしましたところ、前ページ右下スライドのように94件の論文がヒットいたしました。この94本の論文について、論文の質を評価いたしましたところ、全てレベルIVまたはVに相当しました。レベルIはシステマティックレビューやメタ解析、RCTなどの一番質が高い研究です。レベルIIが2群の非無作為化、レベルIIIが1群の非無作為化のデザインです。レベルIVは記述的な研究、レベルVは症例研究または専門家の意見を示したもので、残念ながら当初検索した論文は全てこのレベルIVまたはVに該当しました。当初はメタ解析を実施したかったのですが、このレベルではメタ解析はできないと判断し、メタ解析は断念しております。

これらの論文から、避難所における主要な問題として三つを抽出致しました(右上スライド)。一つ目が不衛生な環境。二つ目が不十分な食料の供給。そして三つ目が薬剤の不足であります。それぞれのトピックスについて、2回目の検索を行いました。タイトルや抄録等から絞り込みを行いまして、最終的に全部で26本の論文や公文書を選択いたしました。不衛生な環境、食事と栄養、そして薬剤の不足につきまして大きな問題を抽出、そしてその具体的な内容、それに対する解決策を整理いたしました。

まず、不衛生な環境についてであります。不衛生な環境の中に、一つ目の問題として限られた空間というのが挙げられます。東日本大震災では、公民館や公立学校、それから養護施設などに避難所が設置されております。もともとは別の目的で使用されていたものが、急きょ避難所として利用されるわけでありまして、避難者1人当たりの面積が石巻市の場合には1.8㎡しかありませんでした。ところによっては60㎡の建物に50人が避難したところ、即ち1人当たり1.2㎡しかないところもありました。「立って半畳、寝て1畳」などということを申しますが、まさに畳1畳、ところによっては半畳ぐらいしかないところもあった訳です。このような状況では、人と人との間の距離を1m以上保つことは極めて困難です。隣の家族との間の距離も当然1m未満になります。阪神淡路大震災は1月に、東日本大震災は3月に、それぞれ発生しました。こういう寒い時期に災害が発生いたしま

Table 1. Medical concerns, health consequences, and recommended countermeasures regarding evacuation shelters organized in response to great earthquakes

Focus area	Concerns	Reference	Consequences	Reference	Recommended Countermeasures	Reference
Unsanitary environment 不衛生な環境	Limited space availability 限られた空間	12-16	Increase in infectious diseases 感染症の増加	14,16,23,43-45,49-52	Guidelines for temporary evacuation shelters. Infection control guidelines 避難所運営GL 感染症管理	20, 46,47
	Lifelines ライフライン	16,19	Lack of resources to cook food (e.g., water, gas) 調理のための水道・ガスの途絶	17	Provision of hygienic education by healthcare professionals promptly deployed to evacuation shelters	GL 12,15
	Unsanitary latrines 不衛生なトイレ	20,23	Increase in waterborne infectious diseases 感染症の増加 Increase in deep vein thrombosis 深部静脈血栓症の増加	12,62 33,65-69,71,72		避難所への医療従事者の迅速な派遣による衛生教育の提供
Food and nutrition 食事と栄養	Nutritionally-imbalanced food aid 栄養学的にアンバランスな食料	17,18,24-26	Exacerbation of chronic diseases 慢性疾患の増悪	59-64,73-77	Deployment of registered dietitians 管理栄養士の派遣	24
	Imbalanced distribution of food across evacuation shelters 避難所間のアンバランスな配布	17	Wastage of food aid 食料の破棄	59-64,73-77	Guidelines for the management of chronic diseases 慢性疾患管理GL	78
Shortage of medication 薬剤の不足	Shortage of medication 薬剤の不足	29-35	Exacerbation of chronic diseases 慢性疾患の増悪	59-64,73-77	Guidelines for the management of chronic diseases 慢性疾患管理GL	78
	Loss of prescription 処方箋の紛失	36-39	Difficulty in prescribing medication 与薬の困難化	37-39	Use of the "Drug Notebook" お薬手帳の活用	77

すと、避難所は換気も不十分になってしまいました。まさに今、新型コロナウイルス感染症で問題になっております三密の状態、これを避けることができないことになりま

す。
不衛生な環境の二つ目の項目としまして、ライフラインの途絶を挙げ

ことができます。災害の初期には、多くの場合には上水道が断水いたします。同時に停電やガスの停止も起こります。阪神淡路大震災の後、神戸市でライフラインが完全に復旧するには3カ月を要したと言われております。東日本大震災では9割のご家庭で復旧するまでに、電気は6週間、ガスは4週間で要したという報告があります。1カ月から1カ月半近く電気、ガスがない生活を余儀なくされることになります。

不衛生な環境の三つ目がトイレであります。お食事中の方には非常に申し訳ありませんけれども、右上スライドに示す写真は全て避難所のトイレであります。断水が起こりますと水洗トイレが流せなくなります。汚物が流せずにたまっている状態です。そして、屋外に設置されたトイレでは、男性用、女性用、全く区別がなく長蛇の列ができています。夜間になりますと、こういう暗い状態になります。ここに女性や子ども、お年寄りが行くとなると、やはり治安の面でも不安に思う方が多く出てきてもおかしくはありません。

2016年4月に、阪神淡路大震災や東日本大震災の教訓から、内閣府が「避難所運営ガイドライン」というのを制定しました。国連や国際赤十字の難民支援、人道支援の国際的なガイドラインに沿って、避難者のプライバシーに配慮しましょう、高齢者や小児、女性、障害者に対する配慮をしましょうということで制定されましたが、熊本地震の際に設置された避難所は必ずしもこれを満たしておりませんでした。不潔なトイレというのが多くありましたし、避難所の外に設置されますと高齢者にとっては不便、女性にとっては不安全ということで問題が指摘されております。避難所において、ノロウイルス感染症のクラスターが発生したという報告もあります。

次に、食事と栄養について見ていきたいと思えます。東日本大震災の際に提供されたあたる1回の食事は、おにぎりとおぜんざい、そしてペットボトルの水だけでした (<http://bylines.news.yahoo.co.jp/horijun/20160421-00056849/>)。これを児童、生徒用の椅子の上に置いて、教室の板張りの床の上に直に座って食べている。これが発災初期のお食事の典型的なものと言えるかもしれません。炭水化物が中心で、ビタミンB群やビタミンC、それから食物繊維というのが非常に不足した食事が提供されます。一方、食塩につきましては過剰な食事が多いとされております。例えば炭水化物が中心の食事が多く出される中、イワシの缶詰というのは非常に人気があるそうです。ところがイワシの缶詰は、食塩含有量が一日の所要量の3分の1も含まれているということで、栄養バランスとしては非常に悪いということが問題になっております。

結果：不衛生な環境



内閣府「避難所におけるトイレの確保・管理ガイドライン」
日本トイレ研究所「東日本大震災3.11のトイレ」
毎日新聞2016年4月23日

避難所での医薬品

上で述べたのは個人の中でのアンバランスですが、避難所間でもアンバランスがあります。食料が不足している避難所がある一方で、食料があり余って捨てているところもあったそうです。こういった配分の問題も重要だと思われま



中日新聞、被災地の医療ルポ(上) 医薬品仕分け医薬品師活躍, 2011 <http://nippo.chunichi.co.jp/article/detail/20110330151144506>
小樽・子どもの理髪を考える親の会、もし、避難所生活をすることになったら, 2013 <http://blogs.yahoo.co.jp/kanjitiao/3818669.html>

それから、先ほど述べましたライフラインが復旧するまでは、お食事の質と量がなかなか適切なものにならないという指摘もあります。

では、三つ目の項目の薬剤の不足についてご説明致します。右上スライドに示すのは、避難所となっている教室に設置された臨時的薬局のようなもので、教室の中の棚に薬剤がずらっと並べられて、その管理が行われています。避難所において、慢性疾患を持った避難者は薬が切れてしまうことに常におびえていると考えられます。避難のときにお薬を持って出ることができた人はいいんですけども、お薬を持って出る余裕がなかった人もいます。東日本大震災の際には、津波でお薬が流されてしまい、全く持っていない方もおられました。大規模な災害の場合、診療所の再開あるいは巡回診療が開始されるまでに、発災後、三日から五日を要すると言われております。緊急医療チームは、その前に現地に入ってまいりますけれども、DMAT等が持っている薬剤のキットは発災直後の急性期での使用を想定しております。そのため、慢性疾患に対するお薬というのは種類も量も限られているそうです。ですので、こういった慢性疾患を持っていてお薬がない方に対しては、与薬できるお薬の選択の幅が狭く、投与できる日数も短いというのが問題です。その一方、救急医療キットに含まれているお薬の3分の1しか使われず、残り3分の2はそのまま持って帰ってきたという、アンバランスの指摘もあります。

これが、いろいろな機関が持っていく医薬品のリストです。日本集団災害医学会、DMAT、日本薬剤師会、地方自治体の例、それから自衛隊のリストです。いずれも急性期に対するお薬は持っていくんですけども、慢性期のお薬というのは持ってっていない。お薬がなくなってしまったという方、特にお年寄りに多いですけども、そういう方に対するニーズというのは全く満たしていないと考えられます。

お薬が流されてしまった、お薬が切れてしまった人は、どういう処方されているかの情報がないと与薬できません。東日本大震災では特に津波とともにお薬の処方内容も失われた例が多かったので、非常に苦労されたそうです。病院が津波の被害に遭いますと、病院のカルテ自体が失われます。このようなときに、薬剤師会が出している「お薬手帳」がもし手元にあれば、処方内容を知る上で極めて有益であったという報告がされております。ただし、このお薬手帳も流される恐れがあるので、これがあっても駄目だとする報告もあります。

お薬手帳は薬局によって少しデザインが違いますけども、東日本大震災当時は紙ベース

でありました。最近ではスマホを使ってお薬の管理ができる「eお薬手帳」が日本薬剤師会から提供されています (<https://www.nichiyaku.or.jp/e-okusuri>)。これであれば、スマホさえあれば、ご自身の処方内容を瞬時に確認することができます。ですので、これは非常に役に立つのではないかと、流される恐れがなく使えるのではないかと思います。

これらの文献的な検索を経て、幾つかの考察をしてみたいと思います。まず災害disasterとは何でしょうか。その定義を確認してみたいと思います。disasterとは右上スライドに示しますように、「コミュニティや社会の機能の重大な破綻が、被災地域がそれ自身のリソースによって対処する能力を超える人的・物的・経済的、または環境的な喪失を生じさせること」

と定義されています (WHO)。従って、発災前の備えや地震や洪水といった自然現象の大きさそのものも災害の甚大さを決める重要な要素ですけれども、発災後に避難所でどのように過ごすかも、その災害の甚大さを決める要因となり得ると言えます。

内閣府が定めた避難所のガイドラインは、国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) や国際赤十字社の難民支援・人道支援のガイドラインに沿って制定されています (右下スライド)。そこには居住空間として人1人当たり3.5㎡以上の空間を取りなさいとか、20人当たり一つ以上のトイレを準備しましょう、そのトイレは居住エリアから50m以内に設置しましょう、だけど最低6mは居住エリアから離してください、75%のトイレは女性専用とすること、というようなことが定められています。

国のガイドラインもこれに沿って定められているんですが、先ほどから申し上げていきますように、実際の熊本地震の際には必ずしも守られていなかったということが知られております。

このあまりよろしくない環境によって、まず避難者には感染症のリスクが増加いたします。急性の呼吸器疾患につきましては、東日本大震災の際、宮城県の市中肺炎の患者数は平時の2倍以上になっていた、その患者のうちの約半数は避難所で発生したと報告されています。

結核につきましては、結核はもはや過去の病だと

考察：災害 disaster とは？



- WHO の定義
A serious disruption of the functioning of a community or a society causing widespread human, material, economic or environmental losses which exceed the ability of the affected community or society to cope using its own resources
(World Health Organization. Glossary of humanitarian terms. <http://www.who.int/hac/about/reliefweb-aug2008.pdf?ua=1>)
- 従って、発災前の備えや地震や洪水などの現象の大きさそのものも大切であるが、発災後にどのように避難所で過ごすかも、災害の甚大さを決める要因である (Wang et al. Psychiatry Clin Neurosci. 2000;54:427-433.)

考察：ガイドライン

- 国連難民高等弁務官事務所や国際赤十字社の
(UNHCR. Handbook for emergencies third edition, 2007) (The Sphere Project, 2018)

難民支援・人道支援のガイドライン

- 居住空間 3.5 ㎡/人
- 1つのトイレ/20人
- トイレは居住エリアから50m以内に設置
- トイレは居住エリアから最低6m離して設置
- 75%のトイレは女性専用とすること

- 国のガイドラインは、上記に準拠して制定
- しかし、熊本地震では必ずしも守られていなかった



思われている先生方もおられるかもしれませんが、実は我が国はWHOの定義では中度蔓延国であります。罹患率は人口10万対11.5であります(2019年)。東日本大震災前に罹患率が人口10万対9.6であったものが、東日本大震災後に約2倍の19.1に跳ね上がった地域があります。これには避難所での不十分な距離と不十分な換気の関与が考えられます。

下痢症も大きな問題です。熊本地震の避難所では、ノロウイルスのクラスターが発生しております。それには不衛生なトイレが関与していると考えられます。

慢性疾患の増悪も問題です。東日本大震災では、被災者の多くが高齢者でした。高齢率を比較してみると、東京の21%に対して岩手県は27%であります。そういった地域が災害に襲われますと、慢性疾患の問題がより大きくなると考えられます。先ほどから申し上げています劣悪な居住環境に不適切な食事と、慢性疾患の増悪との間に相関があると言われています。

日本だけでなく、アメリカでも大型ハリケーンのカトリーナに襲われた後に慢性疾患に対する薬剤の需要が上昇したということが知られております。薬剤の需要が上昇したということは、これが増悪した人が増えた、あるいはこれに罹患した人が増えたということを示唆します。

具体的な疾患について見ていきます。糖尿病では、劣悪な住環境と不適切な食事によって糖尿病のコントロールが不良になります。それ以外にも、経口糖尿病薬やインスリンを津波でなくしてしまった人も多数いたということが知られています。コントロールが悪くなりますと、HbA1cという過去1-2ヶ月間の血糖値を反映する値が、阪神淡路大震災の後に有意に上昇したという報告もあります。

高血圧症も、劣悪な居住環境ではサーカディアンリズムが失われたり、内分泌系や自律神経系の調子が狂って血圧のコントロールが悪くなります。それから避難所で提供される塩分が過剰な食事を摂取していますと、やはり血圧のコントロールが不良になりがちです。多くの避難者は、避難所の固い床の上に座って、そこで眠っています。これ自体が血圧上昇の要素となります。今、この段ボールベッドというのが広く用いられるようになってきております。この段ボール製の簡易ベッドを導入すると、これだけで血圧が有意に下降するという報告もありますので、こういったものは積極的に、特に慢性疾患を抱えている人には優先的に使っていくべきではないかと考えます。

それから、深部静脈血栓症・肺静脈血栓症、いわゆる「エコノミークラス症候群」といわれるものであります。これは第二次世界大戦時のドイツによるロンドン空襲で、防空壕に長時間入ってじっとしていた人の間で最初の報告がありました。東日本大震災時のときは、罹患率が2.2%。平時の200倍の頻度で発生したと報告されております。津波被災地区の入院患者では、有病率が3割になったという報告もあります。超音波の検査を行ってみますと、症状がない人でも10%ぐらいに深部静脈血栓が検出されたという報告もあります。この深部静脈血栓症は、狭いところでじっとしている、そういう環境によって多く発生することが考えられます。それに加えて、トイレにあまり行きたくない、だから水分を取らないということがありますと、特に高齢者は脱水から深部静脈血栓症のリスクが高くなります。高齢者のオッズ比は、実に3.4倍であると言われております。高齢者というのは、特にこの深部静脈血栓症のハイリスク要因であるということで注意が必要です。

そのほかに慢性疾患は、例えば胃潰瘍とか慢性閉塞性肺疾患、それから身体機能障害、

睡眠障害、認知機能障害、こういったものの増悪との関連が言われております。そこで日本老年医学会では、避難所における高齢者の慢性疾患管理のガイドラインを公表したり、日本薬剤師会でも先ほどお話ししましたようなお薬手帳の活用を呼びかけています。

この論文の最後に、一つだけ提言を記しています。避難所には医療従事者の配置が現状ではあまり多くありません。しかし、医療従事者が配置されていることが避難所での健康につながると言われております。一例として、医療従事者が配置された避難所では消化器症状の発生が有意に少ないとの報告があります。看護師など何らかの医療系の有資格者が配置されたところでは消化器症状の発生が0.3%なのに対して、配置がない避難所では2.1%であったそうです。また管理栄養士が配置されると、食事が大いに改善されるという報告もあります。

熊本地震のときに医療従事者がどのぐらい派遣されたかを見てもみると、医師が実働734人、看護師が645人、薬剤師が144人でした。就業数1万人当たりで見ますと、医師が一番実は多いんですね。そして看護師、薬剤師の順です。ですので、もう少し何とか多くの医療従事者が避難者のところに出られればいいなと思います。

提言といたしまして、避難者50名当たり1名程度の医療系の有資格者を、発災後にできるだけ速やかに避難所に派遣することが有用ではないかと考えます。なぜかと言いますと、避難所の狭い環境とかライフラインの復旧の遅れ、こういったものの改善は我々衛生サイドからは不可能であります。けれども医療従事者の派遣のコーディネートならば、難しいけれども実現可能と考えます。医療系の有資格者をできるだけ早いうちに派遣して、避難者に衛生教育、アドバイスをするだけで、この環境が少しでも改善するのではないかと考えております。

本研究の限界です。本論文で扱った論文は、症例報告や避難所の運用の記述的な報告のみでした。当初目指したメタ解析を行うことは不可能でした。また、出版バイアスがあるかもしれません。

結語を示します。大震災後に開設された避難所における衛生的な問題・課題について、システムティックレビューを行いました。不衛生で限られた空間の環境は、感染症のリスクを高めます。不適切な栄養と薬剤の不足は、特に高齢避難者の慢性疾患を増悪させます。速やかな医療従事者の避難所への派遣が有効と考えます。

これまでに医科学学生3名が国内学会で3本、私が国際学会で1本発表しました。ここで好評でしたので、ただいまご紹介した総説としてまとめました。

共同研究者の防衛医科大学校防衛医学研究センターの藤田真敬教授と、一緒に頑張ってくれた学生さんに感謝いたします。以上です。ありがとうございました。

大分大学福祉健康科学部における紀要の発行及び投稿に関する内規

令和2年10月14日制定

令和2年福祉健康科学部内規第5号

(趣旨)

第1条 この内規は、大分大学福祉健康科学部紀要編集委員会内規（令和2年福祉健康科学部内規第4号）第11条の規定により、大分大学福祉健康科学部における紀要（以下「紀要」という。）の発行及び投稿に関し必要な事項を定める。

(名称)

第2条 紀要の名称は、福祉健康科学とする。

(発行及び編集)

第3条 紀要は、大分大学福祉健康科学部（以下「本学部」という。）が主体となって発行し、その編集は大分大学福祉健康科学部紀要編集委員会（以下「紀要編集委員会」という。）が行う。

(収録内容)

第4条 紀要は、未発表の原著論文、研究ノート、事例研究、調査報告、実践報告、資料、書評その他紀要編集委員会が必要と認めるものを掲載する。

(査読及び閲読)

第5条 投稿された原稿の査読及び閲読は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 原著論文については査読を行い、原著論文以外の原稿については閲読を行う。
- (2) 査読及び閲読は、本学部主担当の教員が行う。
- (3) 査読者及び閲読者は原則2名とし、紀要編集委員会が選任する。この場合において、査読者及び閲読者の名前は公表しない。
- (4) 査読者は、所定の期日までに紀要編集委員会に対して審査報告書（所定様式）を提出し、当該審査報告書に、審査の結果とともにその理由を記入するものとする。
- (5) 審査結果は、次のいずれかとする。
 - A 原稿のまま、掲載可の水準にあると認められる。
 - B 公表できる水準にあるが、一定の手直しが必要である。
 - C A及びBの水準に達していない。
- (6) 閲読者は、所定の期日までに紀要編集委員会に対して閲読結果報告書（所定様式）を提出する。
- (7) 紀要編集委員会は、審査結果及び閲読結果に基づき、原稿の掲載の可否を決定する。この場合において、当該原稿の投稿時に原著論文として申請したものであつ

ても、当該審査結果に基づき、研究ノートとすることを掲載条件とすることがある。

(投稿資格)

第6条 投稿資格は、投稿日において、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 本学部若しくは福祉健康科学研究科の担当教員又は定年退職した本学部若しくは福祉健康科学研究科の担当教員（以下「本学部教員」という。）であること。
 - (2) 本学部在籍する学生若しくは本学部の卒業生又は福祉健康科学研究科に在籍する大学院生若しくは福祉健康科学研究科の修了生であって、本学部教員の推薦があること。この場合において、当該本学部教員は、原則として投稿しようとする者の指導教員又は指導教員であった者とする。
- 2 前項各号に該当する者以外の者が投稿する場合は、本学部教員が共同執筆者でなければならない。
- 3 投稿(共同執筆の場合を含む。)又はその推薦を行う本学部教員は、投稿日において、次の各号に掲げる研究倫理に関する要件のうち、二以上に該当するものとする。
- (1) 国立大学法人大分大学における公的研究費の不正使用防止等に関する規程(平成27年規程第34号)第14条に規定するコンプライアンス教育等に関する研修会を受講(ビデオ視聴による受講を含む。)すること。
 - (2) 独立行政法人日本学術振興会が作成した研究倫理に係る教材による研修を受講すること。ただし、その要件は、当該受講修了年度から3年以内とする。
 - (3) 国立大学法人大分大学が作成した研究活動上の不正行為及び公的研究費の不正使用を防止するための基本的事項を収録した手引書を確認すること。

(編数、提出方法、使用言語及び字数制限)

第7条 投稿できる編数は、単著及び共著(筆頭著者の場合)にあつては1人1編とし、筆頭著者以外の者が著者となる共著にあつては、編数に制限を設けないものとする。

- 2 原稿は、別に定める要領に基づいて作成し、当該原稿の電子データを紀要編集委員会に送付する。
- 3 紀要に使用できる言語は、日本語又は英語とする。

(発行及び原稿の締切)

第8条 紀要の発行は、原則として毎年2月とする。

- 2 原稿の締切日は、毎年11月末日とする。

(原稿の校正)

第9条 原稿の校正は、原則として二校までとする。

- 2 原稿の校正において、原文を甚だしく修正することは認めない。

(発行及び原稿の電子化)

第10条 紀要発行の形態は、原則として電子的方式とする。

2 掲載された論文等は、インターネット等により学内外に公表する。

(著作権)

第11条 掲載された論文等の著作権は、大分大学福祉健康科学部紀要編集委員会に帰属する。ただし、著作者は著作権が紀要編集委員会に帰属する著作物を自ら利用することができる。

(論文等配列の順序)

第12条 論文等配列の順序は、原則として著者名（共著の場合は筆頭著者）の五十音順とし、原著論文、研究ノート、事例研究、調査報告、実践報告、資料、書評の順とする。

(雑則)

第13条 この内規に定めるもののほか、紀要の発行及び投稿に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この内規は、令和2年10月14日から施行する。

『福祉健康科学』執筆要領

1. 『福祉健康科学』に掲載する原著論文については、「『福祉健康科学』の発行及び投稿に関する内規」に定められた査読を行う。その他の原稿（研究ノート、事例研究、調査報告、実践報告、資料、書評）および紀要編集委員会が認めたものについては、同内規に定められた閲読を行う。
2. 使用できる言語は、日本語または英語とする。
3. 原稿は原則としてワープロソフトで作成するものとする。原稿は縦置きのア4版に横書きで、全角40字×40行にて作成し、行番号とページ番号をつける。原稿の電子ファイルは編集委員会事務局（福祉健康科学部事務部総務係fukusisomu@oita-u.ac.jp）に提出するものとする。投稿に際して推薦が必要な場合は、原稿とあわせて推薦書を提出する。
4. 原稿の字数または語数は次の通りとし、これには図表、注、引用文献等も含む。
 - (1) 原著論文は上限を2万字（日本語の場合）または6,000語（英語の場合）とする。
 - (2) 研究ノート、事例研究、調査報告、実践報告、資料は、上限を1万5千字（日本語の場合）または3,000語（英語の場合）とする。
 - (3) 書評は上限を1万字（日本語の場合）または2,000語（英語の場合）とする。
5. 原稿には、次の内容を記載するものとする。
 - (1) 表紙
 - ①表題（タイトル）および副題（サブタイトル）（日本語および英語）
 - ②原稿の種類（原著論文、研究ノート、事例研究、調査報告、実践報告、資料、書評）
 - ③著者全員の氏名（ローマ字を併記）・所属・職位
 - ④福祉健康科学部の学生・卒業生または福祉健康科学研究科の大学院生・修了生の場合は、専任教員名（原則として、指導教員）
 - ⑤連絡先（郵便番号、住所、電話番号、メールアドレス）
 - (2) 表紙の次のページ
 - ①表題（タイトル）および副題（サブタイトル）
 - ②要旨（日本語および英語、日本語は400字以内、英語は200語以内で作成）
 - ③キーワード（日本語・英語とも5個以内で、原稿の執筆に使用した言語で作成）
6. 執筆、文献記載等は、専門領域に応じて、次のように行うものとする。
 - (1) 理学療法コース（福祉健康科学部）、健康医科学コース（福祉健康科学研究科）
文献は本文の引用箇所の肩に1）、2）・・・8）などの番号で示し、本文の原稿の最後の一括して引用番号順に記載する。引用文献の著者が6名以下の場合は全員を連記し、7名以上の場合には最初の3名まで記し、それ以下はet al.とする。

記載の方法は、次の例示による。

雑誌の場合

- Coustry, F., Maity, S. N., de Crombrughe, B. : Studies on transcription activation by the multimeric CCAAT-binding factor. *J. Biol. Chem.* 270 : 468-475, 1995.
- 相垣敏郎, 堀内貴之 : ショウジョウバエゲノムにおける遺伝子機能の集積化と多様性, *細胞工学*, 23 : 448-451, 2004.

単行本の場合

- Crosskey, R. W. : First Update to the Taxonomic and Geographical Inventory of World Blackflies. 80 pp., The Natural History Museum, London, 1999.

単行本の中から分担執筆者が書いた一部分を引用する場合

- Currie, D. C. : Black flies (Diptera : Simuliidae) of the Yukon, with reference to the blackfly fauna of northwestern North America. pp. 563-614. In : H.V. Danks and J.A. Downes, eds., *Insects of the Yukon*. 1, 034 pp., Biological Survey of Canada, Ottawa, 1997.

訳本の場合

- Chauvin, R. : *The World of Insect*, 1967. 日高敏隆, 平井剛夫訳 : *昆虫の世界*. 311 pp., 平凡社, 東京, 1971.

(2) 社会福祉実践コース(福祉健康科学部), 福祉社会科学コース(福祉健康科学研究科) 執筆にあたっては, 日本社会福祉学会・機関誌『社会福祉学』執筆要領〔引用法〕(最新版)もしくは日本社会学会編集委員会『社会学評論スタイルガイド(「注」「引用」「文献」に関する部分)』(最新版)に従う。

(3) 心理学コース(福祉健康科学部), 臨床心理学コース(福祉健康科学研究科) 「心理臨床学研究」もしくは「心理学研究」の書式に準じる。詳細や具体例については「心理臨床学研究論文執筆ガイド(2016年度版)」の18p-19p, もしくは「心理学研究執筆・投稿の手引き(2015年改訂版)」を参照すること。

付則

この要領は, 令和2年10月14日から施行する。

推薦書

年 月 日

大分大学福祉健康科学部長 殿

リカ

氏名（自署）

私は、投稿者 _____ が『福祉健康科学』第 _____ 号に投稿する原稿に関して、執筆内容・図表すべてに、捏造、改ざんおよび盗用等の不正がないことを確認し、推薦いたします。

-
- 「捏造」 : 存在しないデータ、研究結果等を作成すること。
- 「改ざん」 : 研究資料、機器又は研究過程を変更する操作を行い、データ、研究活動によって得られた結果等を真正でないものに加工すること。
- 「盗用」 : 他の研究者のアイデア、分析、解析方法、データ、研究結果、論文又は用語を当該研究者の了解又は適切な表示なく流用すること。

紀要編集委員

武内 珠美

徳丸 治

中山 慎吾

松本 由美 (紀要編集委員長)

福祉健康科学

第2号

2022年3月25日発行

発行人 大分大学福祉健康科学部
学部長 片岡 晶志

発行所 〒870-1192 大分市旦野原700番地
大分大学福祉健康科学部

印刷所 〒870-0023 大分市長浜町1丁目2-2
株式会社 明文堂印刷

**BULLETIN
OF
The Faculty of Welfare and Health Sciences
OITA UNIVERSITY
No. 2**

CONTENTS

Original Article

Impact of an Impolite Request on a Requestee's Anger : Importance of Practicing Politeness Irrespective of Social Standing

Imamura Ayumi, Nakazato Naoki 1

A Study on the Process of Rehabilitation in Society for Women Who Have Experienced Two Leave of Absence from Work Because of a Mental Health Disorder

Shimoda Momoko, Takeuchi Tamami17

The Positioning of the Elderly in Public Healthcare Insurance

— Through the Historical Consideration of the German Healthcare Insurance —

Matsumoto Yumi33

Research Paper

A Review on Decision-Making for Discharge by Patients and Their Families Hospitalized for a Long Term in a Psychiatric Hospital and Decision-Making Support by Psychiatric Social Worker

Araki Nana, Kamishiraki Etsuko49

A Clinical Psychological Study on the Process and Factors of Improving Parenting Resilience of Mothers Rearing Children with ASD

Okano Takanori, Takeuchi Tamami63

Psychological Difficulties Faced by Childhood-Onset Diabetics in Adolescence, and the Role of Summer Camps in Overcoming These Difficulties — Focus on the Transition to Autonomous Self-Management and the Building Interpersonal Relationships with Intimate Others Other than Parents —

Yamanaga Mayu, Mizoguchi Tsuyoshi79

Record

The 5th Welfare and Health Science Symposium97