

共創福祉

2008年 第3巻 第2号

【原著論文】

原 元子

思春期喘息患者の生活管理の実態
—寛解群、難治化群の比較から— 1

根津 敦

カナダにおける身体障害者分野における障害者権利獲得運動と
脱施設化の取り組み 11

一ノ山隆司、村上 満、舟崎起代子、上野 栄一

入院中の統合失調症患者を支える家族の日頃の心理的負担に関する研究 21

毛利 亘

介護福祉士の目指すべき高齢者介護とは
—介護の質・気付きとは— 31

河相てる美、岩城 直子、田中三千雄

上部消化管内視鏡検査における不安に関する検討
—意識下鎮静法との比較を通して— 39

【研究ノート】

末光 正和

「大河内清輝君いじめ自殺問題の再考」
—現代社会におけるこども問題を捉える視点— 47

思春期喘息患者の生活管理の実態 —寛解群，難治化群の比較から—

富山福祉短期大学看護学科 原 元子

(受付2008年8月18日)

要旨

喘息の継続した治療，管理，ケアを受ける必要のある10~15歳未満の者，計48名を対象にして，「病気をもちながらの生活管理スケール」を用い，寛解群20名（平均年齢11.7±3.5歳）と難治化群28名（平均年齢11.82±3.5歳）を比較検討した．その結果，10因子のうち，6因子では両群間に有意差はなかった．しかしながら，「服薬と外来通院の必要性の理解と実施」と「家族のサポート」の2因子では，難治化群のスコアが寛解群のそれよりも有意に高く，逆に「社会的な関係の取り繕い」および「食事への注意」の2因子のスコアをみると，寛解群が難治化群より有意に高いことを認めた．さらに，10因子間に成立する計45の相関を検討すると，寛解群では18の因子間において高い相関（相関係数>0.7）を認めたが，難治化群では4の因子間に過ぎなかった．このことは，寛解群で，10因子間が互いに影響し合う度合いが高く，その結果生活管理良化へと繋がっていることを示唆しているものと思われる．難治化群と寛解群はその患者の持つ喘息の医学的性状に強く依存すると考えられるが，少なくとも生活管理の点において，要因が互いにより影響を与えるように配慮し，特に「家族のサポート」と「食事への注意」は強い看護介入が必要であることが示唆された．

キーワード 気管支喘息，思春期，生活管理

序

我が国の小児気管支喘息の有病率は，1960年代は0.5~8.2%の範囲であったが，1990年以降は3.9~8.2%と増加傾向にある．厚生労働省平成15年保健福祉動向調査結果において「呼吸器のアレルギー様症状」の有病率は0~9歳で10%を超えている¹⁾．多くの予後調査によれば，小児喘息は，60~70%は寛解を得るものの，残りの30~40%は成人に移行するか，小児期に寛解を得たのち成人に至って再発し，1%前後は喘息死する²⁾．

このように，喘息の予後は従来考えられていた以上に悪い．厚生労働省の喘息患者調査結果においても，人口の高齢化により思春期喘息患者の相対的な増加が今後見込まれると報告されている³⁾．さらに，1985年からの10年間において，15~19歳の喘息死亡例が2倍と増加しており，喘息死の危険性が思春期喘息の特徴のひとつとして示されている．2006年度に文部科学省が実施した学校保健統計調査では，喘息を患っている幼稚園から中学生の割合が10年前と比較して，2倍以上に増加していることが報告されている⁴⁾．

喘息の危険因子には，発症関連因子と既に喘息に罹患している患者の増悪因子がある．「喘息予防・管理ガイドライン2003」(JGL2003)⁵⁾では，Global Initiative for Asthma1995年版(GINA)⁶⁾

に基づいて喘息の発症関連因子を，Ⅰ．素因(2因子)，Ⅱ．原因因子(4因子)，Ⅲ．寄与因子(5因子)に分類し，喘息患者の増悪因子としてアレルギーの他10因子をあげている(表1)．

また，日本小児学会が作成した「小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2000」⁷⁾における思春期喘息の14の特徴(表2)の中では，親子や友人関係，学業などからくる精神的ストレスが多いこと，治療の主導権が親から児に移るために治療が中断されることがあげられている．また，思春期は，小児期に発症した気管支喘息が寛解しやすい時期といわれている一方，この時期に喘息発作が頻発し増悪する患児は，成人期にまで持ち越ししやすいとも述べている．したがって，思春期という時期は，思春期喘息患者にとっては重要なターニングポイントであるといえる．

その背景には，この30年間の高度経済成長により，我が国の社会構造の大きな変化が影響している．つまり物質的に豊かになり，食生活の内容の変化や乳児期の人工栄養の普及が，アレルギー疾患増加の一因と考えられている⁸⁾．そして，核家族の増加，女子就労の増加，離婚の増加，単身赴任の増加に伴う父親不在などの社会構造の変化により，家庭の基本的な機能が弱められている事も一因に指摘されている⁹⁾．このような社会現象が，

思春期の患児にも精神的、身体的ストレスを持続させ、喘息の発症を促進し、自然寛解を妨げる要因となっていることが推測される。

このように思春期の喘息は、患者の身体的、精神的な急激な成長、変化に加えて、両親からの独立と社会的適応を求められる時期が一致し、治療面においても小児科と内科の境界領域にある。そのため、思春期喘息患者を寛解に導くには身体的、精神的、社会的に全人的に理解した上でのアプローチの実践が必要となる。

これまで喘息を寛解へ導く研究としては、身体的な症状、治療面からのアプローチ¹⁰⁻¹⁸⁾、が主であり、近年では精神面に注目した報告も増えてきている。しかし、それらは親子関係や心理テストを用いたものが多く¹⁹⁻²³⁾、患者を生活者としてとら

え、日常生活活動からとらえた研究は少ない²⁴⁻²⁶⁾。

この研究の目的は、小児期に発症した喘息が思春期まで寛解せずに成人に移行しないための援助への示唆を得ることである。そのため、本研究では、発作の不安や成人喘息への移行の不安を抱えながら生きている思春期喘息患者の日常生活の実態を、寛解群と難治化群の2群間の比較から検討した。

研究方法

1. 調査対象：以下の4点に該当する者を調査対象とした。

- ①年齢が10歳以上、15歳未満の範囲にある者
- ②気管支喘息による特有の咳の発作などの臨床症状を起し治療を受けた者

表1 喘息の危険因子

発症に関わる因子	喘息患者の喘息因子増悪因子
I. 素因	・アレルゲン
・アトピー	・呼吸器感染
・性別	・運動と過換気
II. 原因疾患	・気象
・室内アレルゲン	・二酸化硫黄
・屋外アレルゲン	・食品、食品添加物
・アスピリン	・アルコール
・職業性感作物質	・薬物
III. 寄与因子	・心理的ストレス
・呼吸器感染	・過労
・食事	・月経
・大気汚染	
・喫煙	
・寄生虫感染	

表2 思春期喘息の特徴

1. IgEは低下の傾向にあるが成人よりは高く、アトピー型が多い。
2. 食物アレルゲンはほとんどない。
3. 急激に悪化することは少ないが、治療に対しての反応も悪く、小児に比べて入院期間がやや長引く。
4. 寛解していく時期ではあるが、この時期に発作を多発している子は成人まで持ち越す可能性が高い。
5. 月経により発作が左右される女子がかなりある。
6. COPD (chronic obstructive pulmonary diseases；慢性閉塞性肺疾患) の合併は極めて少ない。
7. 無気肺は生じ難いがair leak (縦隔気腫、皮下気腫) を伴う率は相対的に高い。
8. 親子関係、友人関係、学業、進学などの精神的ストレスが多く、生活が乱れやすい。
9. 治療の主導権が親から患児本人に移り、放任されて治療がおろそかになることが多い。
10. 受診率が激減する。
11. 小児期に比して喘息死亡が急増する。
12. 職業の自由な選択が障害される。
13. 慢性期のピークフローの低下が重症度に比例して低下することが認められるようになる時期である。
14. 喘息の治療を望み、症状をコントロールする治療に不満である。

- ③急性の治療期間を脱し、発作前と同様の、あるいは発作前と変化した日常生活へと家庭復帰、社会復帰をしている者
 - ④医療従事者による継続した治療、管理、ケアを受ける必要があり、病院の外来に通院治療中である者
2. 調査期間：200X年5月15日より200X年6月30日
 3. 調査方法：無記名式自記式質問紙法を用い、本研究に同意の得られた対象に対し、外来受診時に調査者が直接手渡しし、記入してもらった。
 4. 調査内容
 - 1) 対象者の属性

年齢、性別、罹患年数、世帯構造、症状、合併症、発作の程度、服薬管理、受診状況
 - 2) 「病気をもちながらの生活管理」の測定

黒田²⁷⁾が開発した「病気をもちながらの生活管理」スケールを基に呼吸器内科医2名と研究者により思春期喘息患者対象用に一部修正した。この測定用具は、5尺度55項目から構成された自己評定質問紙である。質問項目の回答方式は、「非常にそうである(5点)」から「まったくそうでない(1点)」の5段階評点法をとり、採点は合計点数で行う。質問項目が否定文の場合には、得点を逆転させる。
 5. 分析方法

対象者の属性は、記述的統計を行った。

日本アレルギー学会²⁸⁾の治療ガイドラインに基づき、治療を行いながら日常生活が平常通り行える軽症を寛解群、治療を行っても日常生活が障害、あるいは中断する中程度、重症を難治化群として、「病気をもちながらの生活管理」の因子別得点の差をt検定、また各群の因子別得点の相関はピアソンの積率相関係数を用いた。
 6. 倫理的配慮

対象者に対し、研究の主旨の説明を文書と口頭にて行った。研究協力の自由中断の保障と治療や看護に不利益を被らない保障の説明を行った。

結果

1. 対象者の属性

質問紙50部を主治医もしくは研究者の手を通して配布した結果、48名の対象者から回答が得られた。(回答率96%) そのうち有効回答数は48名であった。

平均年齢は寛解群 11.73 ± 3.54 歳、難治化群 11.82 ± 3.5 歳であり、男性24名(50%) 女性24

名(50%)であった。平均罹患年数は寛解群 6.9 ± 4.2 年、難治化群 7.2 ± 4.2 年であり、家族構成は核家族8名(16.3%)、2世帯および3世帯家族が各20名(41.7%)であった(表3)。現在感じている症状では、くしゃみが24名(24%)と最も多く、次いで喘鳴、息切れ、咳、目のかゆみの順に多かった。合併症で多くみられたのは、アレルギー性鼻炎46名(95.8%)アトピー性皮膚炎42名(87.5%)アレルギー性結膜炎16名(33.3%)であった(表4)。服薬管理状況は、寛解群の全ての者が自分で管理しているのに対し、難治化群では、20名(62.5%)の者が家族が管理していた(図1)。受診行動は、家族に言われて受診する者が寛解群19名(39.6%)、難治化群24名(50%)で計約90%であった(図2)。

2. 「病気をもちながらの生活管理」の実態

「病気をもちながらの生活管理」の寛解群と難治化群の比較を示す(表5)。

全55項目の平均得点は、寛解群2.87点、難治化群2.97点であった。

寛解群と難治化群を各因子で比較すると、「服薬と外来通院の必要性の理解と実施」、「家族のサポート」、「人の支えのあるゆとり」、「社会

表3 対象者の属性 (n=48)

属性	区分	寛解群(%)	難治化群(%)
性別	男性	12(25)	12(25)
	女性	8(16.7)	16(33.3)
年齢(歳)	平均+SD	11.7±3.5	11.82±3.5
病歴(年)	平均+SD	6.9±4.2	7.2±4.2
家族構成(人数)	核家族	4(8.3)	4(8.3)
	二世帯家族	8(16.7)	12(25.0)
	三世帯家族	8(16.7)	12(25.0)
同胞の数(人数)	1人	2(4.2)	3(6.2)
	2人	11(22.9)	14(29.2)
	3人	5(10.4)	10(20.8)
	4人以上	2(4.2)	1(2.1)

表4 合併症の有病数 (n=48 複数回答)

	有病者数
アレルギー性鼻炎	46
アトピー性皮膚炎	42
アレルギー性結膜炎	16
運動嫌い	8
肥満	2
夜尿	2
登校拒否	1
気胸	0
起立性蛋白尿	0
腎炎	0
胃潰瘍	0

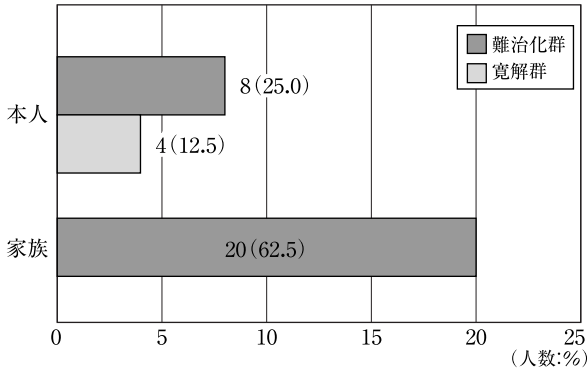


図1 服薬・吸入の管理 n=32

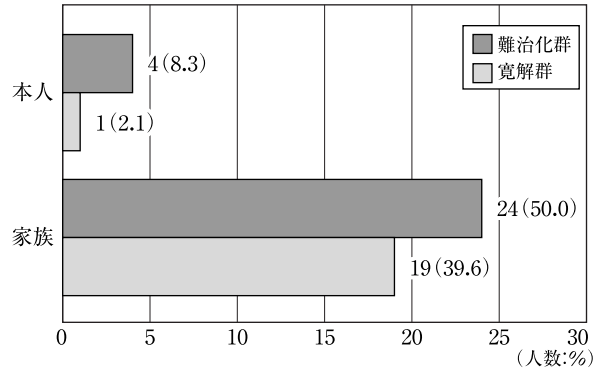


図2 受診行動 n=48

表5 「病気をもちながらの生活管理」の実態

因子名	寛解群 (n=20)		寛解群 (n=20)		
	平均得点	(範囲)	平均得点	(範囲)	
1. 社会的な孤立化と抑うつ感情のコントロール	1.72 ± 0.66	(1.0 - 2.7)	1.61 ± 0.5	(1.0 - 2.4)	
2. 服薬と外来通院の必要性の理解と実施	2.55 ± 0.44	(1.71 - 2.85)	3.28 ± 0.96	(2.0 - 4.14)	**
3. 家族のサポート	3.35 ± 0.52	(1.94 - 3.55)	4.43 ± 0.96	(2.0 - 4.14)	**
4. 人の支えのあるゆとり	3.41 ± 0.79	(1.67 - 4.0)	3.02 ± 0.99	(1.33 - 4.5)	**
5. 社会的な関係の取り繕い	3.53 ± 0.74	(1.99 - 4.24)	2.74 ± 0.46	(1.83 - 3.5)	**
6. 体のためにいいことをする努力	3.55 ± 1.25	(2.0 - 4.38)	3.36 ± 0.85 - 4.25	(1.75 - 4.25)	
7. 病気の悪化を予防する努力	2.79 ± 1.09	(1.44 - 4.42)	3.12 ± 0.493	(2.33 - 3.83)	
8. 経済的な自立	2.81 ± 1.5	(1.0 - 5.0)	2.79 ± 0.84	(1.0 - 3.0)	
9. 病気への素直な受け止め	3.55 ± 0.6	(3.0 - 4.5)	3.04 ± 0.49	(2.0 - 3.5)	*
10. 食事への注意	1.4 ± 0.49	(1.0 - 2.0)	2.29 ± 0.99	(1.0 - 4.0)	**

* : p<0.05 ** : p<0.01

表6 寛解群の「病気をもちながらの生活管理」の因子別得点の相関 n=20

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. 社会的な孤立化と抑うつ感情のコントロール										
2. 服薬と外来通院の必要性の理解と実施	0.776									
3. 家族のサポート	0.127	0.407								
4. 人の支えのあるゆとり	0.244	0.783	0.832							
5. 社会的な関係の取り繕い	0.002	0.549	0.783	0.912						
6. 体のためにいいことをする努力	0.59	0.943	0.661	0.924	0.762					
7. 病気の悪化を予防する努力	0.729	0.991	0.463	0.804	0.543	0.941				
8. 経済的な自立	0.27	-0.366	0.316	-0.206	-0.293	-0.235	-0.301			
9. 病気への素直な受け止め	0.316	0.22	0.335	0.564	0.702	0.313	0.227	-0.648		
10. 食事への注意	0.641	0.942	0.575	0.886	0.759	0.987	0.921	-0.327	0.331	

* : 弱い相関あり (r=0. 2~0. 3)
 ** : 比較的強い相関あり (r=0. 4~0. 6)
 *** : 強い相関あり (r=0. 7以上)

的な取り繕い」, 「食事への注意」の5項目に1%水準で有意差がみられた。

次に因子間の相関をみると、寛解群では(表6), 第1因子の「社会的な孤立と抑うつ感情のコントロール」は、「服薬と外来通院の必要性と実施」($r=0.776$), 「病気の悪化を予防する努力」($r=0.729$)と強い相関があり, 「体のためにいいことをする努力」($r=0.590$), 「食事への注意」($r=0.641$)とも、比較的強い相関がみられた。

第2因子の「服薬と外来通院の必要性と実施」は、「人の支えのあるゆとり」($r=0.783$), 「体のためにいいことをする努力」($r=0.943$), 「病気の悪化を予防する努力」($r=0.991$), 「食事への注意」($r=0.942$)と強い相関がみられ, 「家族のサポート」($r=0.407$), 「社会的な関係の取り繕い」($r=0.549$)とも比較的強い相関がみられた。

第3因子の「家族のサポート」は、「人の支えのあるゆとり」($r=0.832$), 「社会的な関係の取り繕い」($r=0.783$)と強い相関があった。

第4因子の「人の支えのあるゆとり」は、「社会的な関係の取り繕い」($r=0.912$), 「体のためにいいことをする努力」($r=0.924$), 「病気の悪化を予防する努力」($r=0.804$), 「食事への注意」($r=0.886$)と強い相関があった。

第5因子の「社会的な関係の取り繕い」は、「体

のためにいいことをする努力」($r=0.762$), 「病気への素直な受け止め」($r=0.702$), 「食事への注意」($r=0.759$)と強い相関があった。

第6因子の「体のためにいいことをする努力」は、「病気の悪化を予防する努力」($r=0.941$), 「食事への注意」($r=0.987$)と強い相関があった。

第7因子の「病気の悪化を予防する努力」は、「食事への注意」($r=0.921$)と強い相関がみられた。

このように寛解群では、18の因子間で強い相関がみられた。

難治化群においては以下の4の因子間で強い相関を認めた(表7)。第1因子の「社会的な孤立と抑うつ感情のコントロール」は、「食事への注意」($r=0.916$)と強い相関があった。

第2因子の「内服と外来通院の必要性と実施」は、「家族のサポート」($r=0.815$), 「社会的な関係の取り繕い」($r=0.790$)と強い相関があった。

第4因子の「人の支えのあるゆとり」は、「病気の悪化を予防する努力」($r=0.825$)と強い相関がみられた。

考察

思春期は、親に対する依存と独立の葛藤を経て、

表7 難治化群の「病気をもちながらの生活管理」の因子別得点の相関 n=28

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. 社会的な孤立化と抑うつ感情のコントロール										
2. 服薬と外来通院の必要性の理解と実施	-0.274 *									
3. 家族のサポート	-0.358 *	0.815 ***								
4. 人の支えのあるゆとり	-0.015	0.215 *	-0.144							
5. 社会的な関係の取り繕い	0.037	0.79 ***	0.386 *	0.14						
6. 体のためにいいことをする努力	-0.483 **	-0.138	-0.396 *	0.611 **	-0.14					
7. 病気の悪化を予防する努力	-0.056	-0.066	-0.293 *	0.825 ***	-0.037	0.571 **	0.588			
8. 経済的な自立	0.452 **	-0.263 *	-0.129	0.244 *	-0.237 *	-0.192	**	0.232		
9. 病気への素直な受け止め	0.144	-0.151	-0.265 *	0.444 **	-0.248 *	0.054	* -0.144	-0.024		
10. 食事への注意	0.916 ***	-0.112	-0.1 -0.069	0.059	-0.498 **			-0.458 **	-0.13	

* : 弱い相関あり ($r=0.2\sim0.3$)
 ** : 比較的強い相関あり ($r=0.4\sim0.6$)
 *** : 強い相関あり ($r=0.7$ 以上)

親からの精神的離脱と自己の確立へ向かう重要な時期である。しかし、喘息を持つ思春期の生活者は、発作による社会生活の制限の他に、発作時に親に依存しなければならない状況があり、服薬や受診などの治療管理が親にあるため、精神的規制などを受けることにより自立をめぐる強い葛藤が生じることが推測される。

喘息を持つ思春期の生活者の治療の実態について

今回の対象者の喘息の発症時期をみると、全ての者が幼児期であった。幼児期の喘息治療の良否は、親の理解と協力によるところが大きい。思春期になり、自己管理の能力が芽生えて喘息を持ち越したならば、親の負担は軽減し自立への道が開ける。しかし、思春期には通院日数、服薬日数が減少し発作が多くなることが指摘されている²⁹⁾。今回の調査では、両群共に家族に促されての受診行動が約90%を占めた。松井³⁰⁾は、怠薬は思春期喘息に多く、喘息死を減少させるための大きな課題になっていると指摘している。全国の公立小中高校を対象にした子供のアレルギー疾患について行われた全国実態調査結果においても、学校での持参薬の確認は36.7%にとどまっておらず、学校の対策が遅れがちであることが指摘されている³¹⁾。医療者は、喘息の管理のみにとらわれず、各自が置かれている状況を理解し、成長を支援する姿勢が求められると考える。

「病気を持ちながらの生活管理」の実態について

「病気を持ちながらの生活管理」における寛解群と難治化群の比較では、寛解群は日常生活の中では「病気を素直に受け止め」、「体にいいことをする努力」をしている。さらに「家族のサポート」や「人の支えのあるゆとり」を感じながら「社会的な取り繕い」も行っている。だが、服薬や定期的な外来通院と社会的な孤立化と抑うつ感情のコントロールはあまりされていないとみられる。難治化群の日常生活の中では、家族の強いサポートを受け、体にいいことをする努力をし、内服と定期的な外来通院の必要性も理解され行われている。しかし、寛解群に比べて病気への素直な受けとめがあまりなされておらず、社会的な孤立化と抑うつ感情のコントロールもうまくなされていないとみられる。

喘息と心理現象の関わりについては、古くはヒポクラテスの時代から論じられ、発作が情動の影響を受けるとされている³²⁾。親への反発、反抗が強かったり、逆に感情を抑圧することで内的感情

が高まり難治化することが考えられる。思春期の生活者は、内的にも不安定、流動的であるため、完全な自己管理は不可能であり、それを支える家族の協力が必要となる。家族にとっても、家庭内に病人を抱えるということは、家族構成員が少なく家族機能の予備が少ない家族にとっては、大きなストレス要因であるといえる。ゆえに、本人だけでなく親、家族の葛藤をも共感し受容した上で援助していく必要があると考える。

本研究で行った「病気を持ちながらの生活管理」の実態調査で「服薬と外来通院の必要性の理解と実施」、「病気の悪化を予防する努力」がともに寛解群に比べ難治化群が高値を示した。これは、発作頻度の高い難治化群が日常生活の中で発作を起こさずに平常に過ごそうとするための意識的行動であると考えられる。つまり、発作を防ぐ方法は医師の指示通りの服薬と考えており、日常生活を発作により中断させないために最大限に努力していると解せる。

難治化群で「服薬や外来通院の必要性と実施」と「家族のサポート」との間に強い相関が見られたことは、家族の愛情に支えられ生活者に最も大切な自分の体をいたわる行動、例えば体のために良いことをする努力や食事への注意が行われていると考える。しかし、「人の支えのあるゆとり」や「社会的な孤立化と抑うつ感情のコントロール」という精神的な側面では、苦悩している状況が推測される。一方、寛解群では「病気の悪化を予防する努力」、「体のためにいいことをする努力」、「社会的な関係の取り繕い」の間に強い相関があった。これは、生活の中で家族や周囲のサポートを得ることにより、気持ちのゆとりを保っていることを示し精神的側面が安定していると考えられる。

以上、本研究の日常生活管理の実態で見出された点は、難治化群が「服薬や外来通院の必要性と実施」や「体のためにいいことをする努力」が家族のサポートの基に比較的できているが、寛解群に比べて生活していく上での精神的なコントロールが不十分であると推測できた。その背景には、幼児期から喘息発作で苦しみ、更に思春期に入り受験、進学の問題で悩み、学校生活では友人関係に悩み、心身が安まらない状態にあることが窺える。そしてそれは、ある時期には不随意に呼吸困難発作が起り、ある時には外見上は健康児と全く変わらない状態になる人間心理に対し、どのように援助するかを問うものである。これに対し、自分で自分をコントロールするというセルフコントロールの方法の習得が必要であると考えられる。自

らが自己管理する方向に持っていくには、心理的アプローチは欠かせない。そして、小児と成人の狭間にある思春期を専門的に捉えて援助していく必要がある。

このような日常生活の諸側面へ介入することは、思春期の生活者のQOL (Quality of Life) を向上させるものである。思春期の生活者の精神的、肉体的なストレスと病気との関係を見た時、疾病の治療のみでは精神面の解決はできない。そこで大切なのは、①自由な自己表現ができるよう援助する、②子供の病気、特に精神的側面の援助に対し困惑する家族を側面から支える、③思春期の生活者とその家族は、通院の場面で医師、看護師、受付などの様々な人々と接することであろう。思春期の生活者は医師には病気や症状に関する事柄を聞くことができるようであるが、生活の諸側面についての不安を話すことができない現状がある。

今回の調査では、寛解群、難治化群の殆どの者が治療管理や判断を親に委ねていることから、医療者と家族は十分な話し合いや協力体制を整えながら、一貫した態度や方針でかわり、思春期の生活者が主体的に治療に取り組んでいけるよう支援していくことが重要であると考えられる。

結論

思春期喘息患者48名に対し、その寛解群と難治化群で「病気をもちながらの生活管理」の比較を行った。その結果、次のことが明らかになった。

1. 「病気をもちながらの生活管理」の因子別比較において、「服薬と外来通院の必要性の理解と実施」、「家族のサポート」、「人の支えのあるゆとり」、「社会的な関係の取り繕い」、「食事への注意」に有意差を認めた。寛解群は家族のサポートは肉体的な援助に加え精神的な支えになっていた。一方、難治化群の家族のサポートは病気の悪化予防が中心になっていた。
2. 「病気をもちながらの生活管理」の寛解群と難治化群の因子間比較では、寛解群は殆どの因子間で有意な相関を示したのに対し、難治化群では殆ど有意な相関はみられなかった。
3. これらのことから、思春期の依存と独立の葛藤という発達課題の達成が大きく影響することが推測される。

難治化した思春期喘息患者に対しては、喘息発作の対応と依存と自立を促すために、患者が安心して自分の気持ちを表現できるよう支援していくことが必要である。

謝辞

本研究を実施するにあたり、ご指導を賜りました岡崎浩先生、宮崎英明先生、ならびに調査にご協力いただきました皆様に心から深謝いたします。

引用文献

- 1) 森川昭廣：小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2005, 日本小児アレルギー学会, 協和企画, 2005.
- 2) 松井猛彦：小児喘息の治療—小児科医からのアドバイス, 内科, 97(2), 291-298, 2006.
- 3) 高橋清：気管支喘息の疫学, *Medical Practice*, 15(11), 1836-1846, 1998.
- 4) 山陽新聞, 2006・12・21.
- 5) 牧野荘平他：喘息予防・管理ガイドライン2003, 厚生省免疫アレルギー研究班, 協和企画, 2003.
- 6) Global Initiative for Asthma 1995 National Institute of Health 1995.
- 7) 古庄巻史, 西間三馨監修：思春期～青年期喘息, 小児気管支喘息治療・管理ガイドライン2000, 126-128, 協和企画, 2000.
- 8) 宮本昭正：アレルギー性疾患は増えているか, 国際医学出版, 1987.
- 9) 服部英二：家庭教育力の回復を目指して, 青少年問題, 34(22), 1987.
- 10) 鈴木直仁, 佐野靖之：内科から見た思春期喘息その考え方と問題点, *Progress in Medicine*, 20(10), 1915-1918, 2000.
- 11) 豊島協一郎：思春期喘息の診断と治療における重症度評価の問題点, *Progress in Medicine*, 20(10), 1923-1926, 2000.
- 12) 青木国輝, 向山徳子：私の治療法—専門医からみた思春期喘息, *Progress in Medicine*, 20(10), 1933-1936, 2000.
- 13) 荒井康男：私の治療法—実地医家からみた思春期喘息, *Progress in Medicine*, 20(10), 1939-1942, 2000.
- 14) 生田敬三, 山崎太：薬剤師による喘息患者指導, *Progress in Medicine*, 20(10), 1947-1950, 2000.
- 15) 笛木真, 笛木直人, 牧野荘平：喘息予防・管理ガイドラインからみた思春期喘息管理のポイント, *Progress in Medicine*, 20(10), 1951-1957, 2000.
- 16) 西間三馨：思春期喘息における小児科医と内

- 科連携の将来展望, *Progress in Medicine*, 20(10), 1963-1965, 2000.
- 17) 青木国輝, 向山徳子, 真方浩行, 荒井崇彦他:呼吸困難感受性の低下を認める思春期喘息の症例, *治療学*, 39(1), 102-104, 2005.
- 18) 亀田誠:学童期・思春期喘息の多様性, *喘息*, 18(4), 33-37, 2005.
- 19) 赤坂徹, 増田敬, 小原理枝子, 和田博泰:思春期喘息に移行しやすい小児喘息のタイプとその対策, *Progress in Medicine*, 20(10), 1927-1931, 2000.
- 20) 青木国輝, 山口公一, 向山徳子, 野間剛:自覚症状およびピークフローによる喘息評価が過小であった思春期喘息の一男児例, *日本小児難治喘息・アレルギー疾患学会誌*, 2(1), 58-60, 2004.
- 21) 増田敬:思春期喘息への進展と難治化に影響する因子, *日本アレルギー学会誌*, 19(1), 34-41, 2005.
- 22) 青木国輝, 向山徳子, 真方浩行, 荒井崇彦他:アンケート調査による思春期喘息における問題点と指導方法の検討, *同愛医学雑誌*, 23, 50-56, 2004.
- 23) 赤坂徹:思春期喘息の問題点, *小児科臨床*, 59, 1299-1305, 2006.
- 24) 山本尚実, 富田尚吾, 秋山一男:思春期喘息の予後とQOL, *Progress in Medicine*, 20(10), 1959-1962, 2000.
- 25) 松井猛彦:小児気管支喘息に対する生活指導, *小児科*, 43(13), 2078-2085, 2002.
- 26) 堀内康生, 稲田浩, 澤田好判, 地寄和子他:気管支喘息学童の学校生活(第8報)大阪市における思春期喘息患者のアドヒアランス向上に関する試み, *小児保健研究*, 65(2), 273-281, 2006.
- 27) 黒田裕子:虚血性心疾患を持ちながら生活する男性のクオリティ・オブ・ライフに関する記述的研究, *看護研究*, 124(2), 71, 1991.
- 28) 牧野荘平他:日本アレルギー学会, *アレルギー疾患治療ガイドライン*, 95年改訂版, *ライフサイエンス・メディカ*, 50, 1995.
- 29) 牧野荘平:喘息管理・予防のグローバルストラテジー, *NHLBI/WHO, 呼吸*, 114(11), 1135, 1995.
- 30) 松井猛彦:思春期喘息におけるコンプライアンス良否の影響, *アレルギー*, 54(3/4), 264, 2005.
- 31) *日本経済新聞*, 14版第43550号, 35, 2007・4・12.
- 32) 高橋清:前掲書1), 1836, 1998.

Status of Lifestyle Management of Adolescent Asthma Patients -Comparison of Remission and Difficult to Treat Groups-

Yukiko HARA

Toyama College of Welfare Science
Department of Nursing

A total of 48 individuals aged between 10 and 15 years who require long-term treatment, management and care for asthma were evaluated using the "Lifestyle Management Scale for Disease Patients". For the purpose of comparison, the patients were divided into remission (n=20; mean age, 11.7(3.5 years) and difficult to treat group (n=28; mean age, 11.82(3.5 years) groups. Based on a comparison of 10 factors, no significant difference was observed between the two groups for 6 factors. However, for the "Understanding and conduct of drug use and outpatient visits" and "Family support" factors, significantly higher scores were observed for the difficult to treat group. Conversely, the scores for the "Smooth social relationships" and "Care with diet" factors were significantly higher for the remission group than the difficult to treat group. Furthermore, among the 45 relationships identified among the 10 factors, the remission group was observed to have high correlations (correlation coefficient >0.7) for 18 of the factor relationships, compared to only 4 factor relationships in the difficult to treat group. For the remission group, the degree of mutual interaction between the 10 factors was high, indicating that these results were linked with good lifestyle management. This interaction is strongly dependent on the specific condition of each asthma patient in terms of lifestyle management for both patients in the difficult to treat group and patients in the remission group. However, we must consider how primary factors should mutually interact in order to provide positive effects. The present findings also implied that strong nursing intervention was necessary, especially for "Family support" and "Care with diet".

Keywords: bronchial asthma, adolescence, lifestyle management

カナダにおける身体障害者分野における 障害者権利獲得運動と脱施設化の取り組み

富山福祉短期大学社会福祉学科社会福祉専攻 根津 敦

(受付2008年9月30日)

要旨

本論では、カナダで展開されている障害者権利獲得運動と身体障害者分野における脱施設化の具体的な取り組みについて考察する。近代的社会が成立する過程で、社会を“安定”し障害者を“保護”するために、国家は施設を建設してきた。しかし、その施設の存在理由はあくまで多数派である健常者の論理であり、障害者の権利はないがしろにされてきた。知的障害福祉分野ではノーマライゼーションという理念が誕生し脱施設化を推進する非常に大きな役割を演じたが、身体障害者分野では、身体障害当事者による自立生活運動が施設収容化と闘ってきたのである。本論は、障害者権利獲得運動としての自立生活運動の始まりを明らかにし、カナダでの障害者の権利を政策に反映させる動きを分析し、そして地域で暮らすことを支えるダイレクト・ファンディング・プログラムと言う障害当事者自身によるサポート運用プログラムについて紹介し、脱施設化推進について提言を行う。

キーワード 脱施設化、障害者権利獲得運動、自立生活運動、自己決定権、

1. はじめに

先進国における障害を持つ人々への社会政策は、隔離収容からコミュニティを基礎とするサービスへと変更してきている。カナダにおいても、脱施設化(Deinstitutionalization)は、当然の流れとして推進されている。例えば、オンタリオ州コミュニティ・社会サービス省は、知的障害に関するすべての施設を閉鎖する計画を立てている¹。歴史的に福祉施設は障害を持つ人々と社会を“守る”役割を担ってきたが、そのような父権的温情主義的(paternalistic)政策が障害を持つ人々の権利を侵害してきたことが指摘されてきている。

脱施設化は、スカンディナビア諸国の知的障害福祉分野におけるノーマライゼーション理念を具現化するために始まった。身体障害福祉分野においては、自立生活運動が病院からコミュニティへ移ることを訴える人々によってアメリカで始められた。精神障害を持つ人々も、脱施設化とコミュニティ・ケアを現在強く求めている。視覚や聴覚に障害を持つ人々は、隔離・排除政策のような施設ケアや教育に対して闘っている。これらの流れに並行して現在、脱施設化運動は、HIVエイズを持つ人々を含む“ないがしろにされる人々”(the marginalized people)へも影響を与えている。高齢化社会を迎えた日本においても、脱施設化の影響は在宅老所や逆デイケア(特別養護老人ホームの入所者が施設の外の家で日中を過ごす)などのサービスを生んでいる。ホームレス問題の分野で

は、施設病と同じように“シェルター病(shelterization)”が指摘され、脱施設化が議論されている²。ないがしろにされる人々の人権及び市民権(citizenship)が、社会政策の第一義的必須要素とすべきという運動(ソーシャル・インクルージョン)となっている。

脱施設化はまた、新自由主義とグローバリゼーションに影響を受けた社会政策手段として見なされることもできる。グローバリゼーションの定義や功罪については様々な議論があるが、政策の優先順位が社会権よりビジネスに関する権利を重視しつつあると指摘されている³。財政負担の元凶と見なされる社会保障関連サービスの廃止・凍結・民営化を進める手段として、脱施設化は“評価”されるのである。社会サービス提供システムの構造改革は、国としての責任を地方や民間や個人へ丸投げすることを引き起こしているとも言える⁴。社会福祉分野における市場原理主義の導入が、人権を根本とする社会政策と対立せざるを得ないのではないかという点も、脱施設化においては議論されなければならないであろう。

脱施設化において、北欧で始まった知的障害者福祉分野のノーマライゼーション運動は非常に大きな役割を演じてきたが、本論では北米の自立生活運動を中心に障害者権利獲得運動(the Disability Rights Movement)を展開した身体障害者福祉分野について考察する。まず19・20世紀における身体障害を持つ人々に対する施設収容化

(Institutionalization)と脱施設化の歴史について概観する。障害者を抑圧的状况に置く施設収容化は近代的社会を構築する上で重要な役割を演じており、一般大衆の価値や倫理と密接に関連していた。そのため、施設収容政策を変更することは容易なことではなかった。福祉施設⁵は、障害者を処遇する主要なサービスとなっており、長く歴史的にも正当性を持ってきたためである。障害者の家族や福祉分野の専門家は、障害者を“保護”するために社会の収容施設として施設を建設してきた。国家もまた、障害者を排除・隔離することによって社会を安定させる装置として施設を利用してきた。しかしながら、これは社会の多数派である健常者の論理であった。このような状況の中で、身体障害福祉分野の自立生活運動は、例えば、当事者権利や自己決定権を否定する専門家優位主義 (professionalization) や 医学モデル主義 (medicalization) と闘う理念となった。

次に、脱施設化推進政策の変遷と現場レベルにおける脱施設化政策の具現化を見る。1981年の国際障害者年以來、カナダ政府は障害福祉分野において次々と重要な政策を打ち出した。障害当事者の自己決定権を具体化するために、身体障害福祉分野においてはダイレクト・ファンディング・プログラム (Direct Funding program 障害当事者自身によるサポート運用プログラム) を開発・提供している。

最後に、脱施設化推進についての提言を行いたい。

2. 身体障害福祉分野における施設収容化

19世紀、身体的障害を持つ人々は、保護施設 (asylums)・労役所 (poorhouses)・監獄・救貧院 (almshouses)・訓練学校・病院などに収容されていた⁶。家族とともに隠れて家の中で暮らしたりしていた者もいた。しかし中には、見世物小屋で働かされた者もいた。見世物小屋の奇人ショー (Freak show) は「障害や明白に異なる奇怪な相違を強調することによって、平均的アメリカ人に自らの正常・健全性 (normality) を強く認識することに寄与した」⁷。アメリカの場合、見世物小屋奇人ショーが興隆した時期は、景気が低迷し白人中流層の中で優生思想が高まっている時期と一致している点は興味深い。20世紀初頭、赤十字など慈善団体は、職業訓練の推進を行い始めた。第一次世界大戦の障害を持った帰還兵や仕事場で障害を負った人々に対する職業訓練を通して社会復帰を達成する事業を展開した⁸。

カナダにおいても、第一次世界大戦後、社会のあらゆる階層の若者が障害を持って帰還する状況を目の当たりにして、身体的障害を持つ人々に対する一般の人々の意識が変化した。障害は貧困層の問題でもなく、不道徳な行いや特質によって生まれるものではないと、理解したのである。さらに障害は、社会的制度的範疇から医学的範疇に含まれる課題となった。この変化は、医療専門家が障害の定義などの判断について大きな権力を持つこととなった⁹。

第二次世界大戦後、カナダは障害者年金などを含む社会保障プログラムを提供する“福祉国家”の建設を進め始めた。その一環として、専門分野横断リハビリテーションチーム (multidisciplinary rehabilitation team) を組織した。参加専門職は、リハビリテーション医師、看護師、作業療法士、理学療法士、ソーシャルワーカー、心理学者、職業訓練カウンセラー、レクリエーション専門家などである。医学的社会的領域のサービスが拡大するに関連して、特殊学校、訓練プログラム、シェルター・ワークショップ、特殊産業、特別病院、アフターケア施設などが次々と設立された¹⁰。

当時、身体的障害福祉分野の施設収容化の中核はリハビリテーションであった。特に、職業訓練リハビリテーション・プログラムは拡大し続け、リハビリテーション病院内で行われた。その病院の“患者”は長期の入院リハビリテーション・プログラムを与えられ、入院は長期化した。またリハビリテーションを行うため、障害者の能力や関心について詳細なアセスメントをすることや障害者やその家族の精神的社会的ニーズを把握することが求められた。そのため、多くの分野の専門家がリハビリテーションに関ることとなるが、それら専門家は障害について医学モデルとして訓練を受けていた。例えば、環境や社会的状況ではなく、個人の問題として障害を捉えていた¹¹。

施設は社会的ニーズに応じて設立され、社会システムの安定装置の役割を担っていた。この社会的ニーズは決して障害者の視点から計られることはなく、結局は社会から排除・隔離されたのである。障害者は自分たちの関心にかかわる決定過程への参加することもできず、機会すらも与えられなかった。さらに、施設は障害者を無気力とさせる施設病に追い込んでいた。このような閉塞状況の下で、当事者自身が主導権を持つ自立生活運動が始まったのである。

3. 身体障害福祉分野における障害者権利獲得運

動：自立生活運動

自立生活運動は、大学進学を求める身体障害者を持つ人々や、病院からコミュニティへ移りたいという脱施設化として、この活動はアメリカの各地で起こった。自立生活運動のもっとも有名な指導者は、エドワード・ロバーツである。彼はカリフォルニア州バークレーの活動家であり、彼自身の人生が自立生活運動やその理念を象徴している。

彼は14歳のときにポリオで重症な身体障害者を持つこととなったが、非常に積極的な彼の母親の活動によって、自らの可能性について自己規制したり懐疑的になったりしてしまうことを克服することができた。ロバーツは教室と繋がっている電話を利用することによって、高校三年間の教育を自宅で受けることができた。高校最終学年のとき、彼の母親とソーシャルワーカーは彼に、今このとき自宅を離れなければ、一生無理であろうと言われる。ロバーツは、1962年カリフォルニア大学で政治学を学ぶことを決心し、入学を認めるよう裁判に訴えたりした。入学許可を獲得することができたものの、キャンパス内の大学病院に居住する彼のために、住宅環境を整備することを当局に求め闘った。当時の学生運動も彼の活動に影響を与えている。特にロバーツは、女性解放運動から多くのことを学んだと述べている¹²。

ロバーツはマイノリティ大学生のための全国的プロジェクトのマイノリティとして、障害を持つ学生のために補助金を支援するプロジェクトに応募した。この補助金を元にして、その後バークレーには「障害をもつ学生を支援するプログラム (the Disabled Students Program at Berkeley)」が立ち上がった。このプログラムの活動家が、バークレー地区内に車椅子のためのスペースを作ろうというthe Rolling Quadsという政治的グループを組織した。The Rolling Quadsは大学病院を出てコミュニティの中で暮らす道を選び、1972年には障害者による障害者のための自立生活センター (the Center for Independent Living : CIL) を立ち上げることとなった¹³。

その後、ロバーツはカリフォルニア州リハビリテーション局長に任命された。1983年には、オークランド・カリフォルニア世界障害研究所 (the Oakland California World Institute on Disability 以下 WID) の設立に参加した。WID は、障害者の自立を達成し生活の質を向上させるために、政策提言・調査・訓練プログラムを開発し提供する非営利団体であった。障害の問題や自立生活の概念を理解してもらおう啓発運動を展開するため、ロ

バーツは、ロシア・オーストラリア・日本・フランスを訪問した。アメリカだけでなく世界中で、自立生活センターが続々と設立された¹⁴。

自立生活運動は、歴史的にサービス提供者 (医師、就労カウンセラー、ケースマネジャーなど) を指導者・援助プログラム決定者とするリハビリテーションモデルと医学モデルに挑戦している。例えば、“患者”や“クライアント”という権威者に依存するような印象のある言葉の代わりに、サービスを利用者が主人公であるという意味で“消費者”という言葉を主張している。自立生活の概念では、社会の態度・姿勢に問題があり、環境の変化を強調する。自立生活運動を展開する人々は、コミュニティの社会的経済的政治的にあらゆる面で、障害者を完全に統合することを求めている。

自己決定を含む自立生活の理念を具体化するために、カナダ自立生活モデルは、4つの核となるプログラムを提唱している。それは、情報と連携、ピアサポート、エンパワメント・スキルの向上、調査と社会運動である。情報と連携プログラムとは、消費者の要望に迅速に対応して情報を提供することである。ピアサポート・プログラムでは、コミュニティの中で暮らすという点で消費者がお互いに話し合いサポートし合うことである。自立生活エンパワメント・スキル向上プログラムとは、セミナー・サポート・アドバイスをすることを通して消費者たち自身の権利擁護を行えるようにすることである。調査と社会運動では、コミュニティにおけるニーズを把握し、サービスを向上するように働きかけることである¹⁵。

1997年のカナダ自立生活センター (Canadian Independent Living Center 以下 CILC) の研究によると、障害を持つ人々のQOLを高めるためには、生活技術の向上と同時に社会的経済的環境障壁を排除する必要があると結論付けている。エンパワメントは、コミュニティの中で暮らすスキルを豊かにし、自信や自己肯定感を増すために必要である。自立生活センターにかかわっている人々は、単に自立すべき対象者とされている人々に比べてより良く様々な知識を持つこととなり、また自立生活プログラムに直接取り組み、他の人々へも利益を与える存在となることがとても大切であると、CILCは指摘している¹⁶。

自己決定はあらゆる面で尊重されなければならない。自立生活運動は、障害当事者が選択肢を精査し決定を行いさらにたとえ間違えてもその間違えるリスクを犯す自由を持つことによって、自分

の人生を自分でコントロールすると言う市民権を持つことを訴えている。障害者こそが、真のニーズを理解し、障害を巡る問題の解決を見つけれられる専門家である。障害者はコミュニティへの重要な参加者と認められなければならない。

4. 障害者福祉分野におけるカナダ社会政策の変遷

知的障害者分野のノーマライゼーション運動を含めて、自立生活運動のような障害者権利獲得運動は、1980年代からカナダの障害者に対する社会政策を転換し始めた。その転機は、ノーマライゼーションや自立生活運動に影響を受けた国連障害者年・国連障害者の10年(1982—1993)と言われている。

1981年の国際障害者年に、連邦政府は「全政党を網羅した障害者に関する特別委員会(the House of Commons Committee on the Disabled and the Handicapped)」を設置した。特別委員会は連邦レベルの法律を精査して、the Obstacles (障碍)と呼ばれる報告書の中で政策に関する130にもわたる提言を行った。このthe Obstacles報告が「カナダ自由と権利に関する憲章(the Charter of Rights and Freedoms)」の平等権に身体と精神に障害をもつ人々を含める流れを引き起こした。障害者団体や人々はこの「インクルージョン」を高く評価した。なぜならば、憲章はあらゆる法律に影響を与え、連邦政府は障害者の権利に関して責任を持たなければならないこととなったからである¹⁷。

1984年のReport of the Royal Commission on Equality in Employment (就労における平等に関する王立委員会報告書)は、平等に対する明白な構造的障害の排除と障害者に対して便宜を図る義務について報告した。委員会は、平等とは同じ方法ですべての人々を処遇することではないとし、違った形で人々を処遇することで平等を達成することにもなるであろうとした。1985年、「平等権に関する議会委員会(the Parliamentary Committee on Equality Rights)」がEquality for All (すべての人々への平等)を出版し、同年には障害者の完全参加についての啓発と支援を担う障害者事務局(The Status of Disabled Persons Secretariat)が立ち上げられた¹⁸。

1990年代、障害者を社会経済的主流に引き込むことを率先するために、障害者統合国家5ヵ年戦略を連邦政府は展開した。12の連邦政府部局が、平等なアクセス・経済的統合・効果的参加に焦点を当てて協力し合った。画期的な取り組みの一つ

は、いくつかの州における事業として知的障害者を施設から地域へ移行する運動を支援するために5年以上にわたって1,400万カナダドルを割り当てたことである¹⁹。

1992年、「社会サービスに関する連邦・州・地方自治体担当大臣会議(the Conference of Federal / Provincial / Territorial Ministers of Social Services)」が、障害を持つカナダ人の完全統合のための具体的戦略の枠組み作りの報告書を発表した。報告書では、「排除から主流へ」と言う社会政策へ転換するopen houseという概念を紹介している。open houseが目指していることは、障害者は他のカナダ人のように同じ権利と利益を享受すべきであり、教育・職場・レクリエーションなど生活のあらゆる場面で完全に参加できなければならないというものであった。この目的を達成するために、差別的な社会経済や物理的障壁は、参加アプローチを通して撤廃されなければならないとされていた²⁰。

「障害者の人権に関する常任委員会(The Standing Committee on Human Rights and the Status of Disabled Persons)」は、継続的に障害者の平等権のために活動した。1990年のA Consensus for Action: The Economic Integration of Disabled Persons (行動への共通理解: 障害者の経済的統合)という報告書では、すべての連邦政府機関や政府関連団体は障害者の統合を推進するために法律・規則を再検討し改正すべきであると勧告した²¹。1992年には、Mainstream 92 (主流92)として知られているPathways to Integration (統合への道筋)という、連邦・州・地方自治体の具体的サービス再検討に関する最終報告がなされた²²。同年のPaying Too Dearly (高価すぎる支払い)という報告書では、障害者が排除され続ける社会的費用損失について調査され、1993年には、As True as Taxes: Disability and the Income Tax System (税: 障害と所得税制度)という報告書が、医療費の税控除や補助、障害に関する税返還などを含む税制改正のための委員会から出された。同年のCompleting the Circle (輪の達成)という報告書は、障害を持つ先住民のニーズについての報告であった。1995年のThe Grand Design: Achieving the Open House Vision (総括的デザイン: the Open Houseの展望の達成)報告書では、委員会はopen house展望の更なる発展をし、州行政の連邦事業との協働、あらゆる形でのアセスメントの推進、障害福祉分野の問題について年間レポートの発行などを行うように勧告した。また障

害福祉関係支援プログラムに対する最低限の財政支援を保障することを、Canada Health and Social Transfer (カナダ保健及び社会的移管 以下CHST) という枠組みの中で行うよう提言を行った²³。

このCHSTは、カナダの財政改革の歴史の中でも、非常に議論を生んでいる制度である。CHSTは1995年に、Established Programs Financing(制度化されたプログラム交付金制度 以下EPF) とCanada Assistance Plan (カナダ支援計画 以下CAP) を新しく取り合わせた制度として成立し、連邦財政支出削減の最終段階として見られた。CHSTとは、保健・高等教育・福祉・社会サービスに関する交付金を連邦政府から州政府へ一括まとめて移管することである (a block fund 一括資金)。州政府はこの連邦政府からの一括資金を、どのように使うか、どの分野に比重を置くかなどについて、より自由裁量を与えられた。そのため、障害者団体や障害者たちは、特に社会サービスや地域で自立して暮らす障害者を支援するサービスについて、州政府の裁量によって資金を減らされるのではないかと恐れた。また同時に障害福祉分野の問題についての責任を、連邦政府は放棄したと危惧した²⁴。

1996年、人材開発省・財務省・国税局・司法の担当大臣たちがTask Force on Disability Issues (障害問題に関する特別機関) という特任機関を組織した。この機関では、インフラ整備・制度検討・労働市場における統合・所得支援・税制度などについて検討された。Equal Citizenship for Canadians with Disabilities: The Will to Act (障害を持つカナダ人に対する平等な市民権: 行動への意志) という報告書では、アメリカの「障害を持つアメリカ人法 (Americans with Disabilities Act: ADA)」のようなCanadians with Disabilities Act (障害を持つカナダ人法) の成立やあらゆる法律・政策・プログラムにおいて”disability lens” (障害というレンズ) を通すこと、政府関連事業を監視するためのアカウンタビリティの制度化を勧告している²⁵。

1999年2月、カナダ連邦政府と州政府 (ケベック州はのぞく) は、障害者福祉分野におけるアカウンタビリティの重要性とカナダ人として持つ移動性の権利 (mobility rights) を守る必要性を強調したa Social Union Framework Agreement (社会的統一枠組み合意) という合意書を結んだ。各種所得プログラムの調整や司法における不平等の改善などを行うことに合意した。同年7月、連邦

政府はFuture Directions to Address Disability Issues for the Government of Canada: Working Together for Full Citizenship (カナダ政府に対する障害問題を是正する将来の方向性: 完全市民権達成のための協働) という国家戦略を計画した。障害者関連の問題について、連邦政府が取り組むことの確約を示したのである。この1999年の一連の動きは、1998年10月27日に連邦・州政府合同グループによって作成されたIn Unison: A Canadian Approach to Disability Issues (調和の中で: 障害問題に対するカナダのアプローチ 以下In Unison) という重要な提言を元にしていた²⁶。

In Unisonはインクルージョンと完全なる市民権の実現の原理・原則を示し、障害者がカナダ社会のあらゆる側面に完全にかかわれることを明確に保障した。これらを達成するために、政府は政策や事業を進展させ、様々な問題を解決するために必要な障害者サポート、就労機会、所得補助を提供すべきであるとした。また社会全体で障害に関するコストを負担する責任があると主張した²⁷。

障害者福祉におけるこれら政策分野の転換の中で、2つの特徴的な点が指摘されなければならない。それは新自由主義 (neo-liberalism) の影響と市民権運動 (citizenship movement) である²⁸。1966年に成立したCAPは1960年代末から1970年代を通して社会サービス分野の成長にとっても重要な役割を演じた。CAP制度の下では、州政府が企画して運用する社会サービスにかかる費用の1カナダドルに対して、連邦政府は50セントを州政府に支給していた。これは「federal 50cent dollars (1ドル連邦50セント) として知られ、社会保障や社会サービスや事業を拡大させるとも大きな動機付けを州政府に与えた。しかしながら、1995年に成立したCHSTは、一括資金 (a block fund) 制度を導入することによって、結果的に連邦政府は社会サービス・社会保健・教育に関する交付金を大幅に削減したのである。州政府は、他の分野への比重を高めるためには、社会サービスを休止あるいは削減、または民営化の方策を採らざるを得なくなったのである。

一方で、障害福祉の社会政策は、市民権を視座の中心とした開発への移行として評価される。障害者権利獲得運動は、あらゆる公的生活部面の完全参加を求めている。この目標を達成するために標的にされたのが、障害者をコミュニティから排除し孤立させていた福祉施設であった。そのため政策立案者たちは、脱施設化を社会政策プログラムに盛り込み、多くの施設がこのため閉鎖となっ

た。さらには、身体障害と精神障害が「権利と自由に関するカナダ憲章」の15条 (Section 15) に含まれるという特筆すべき政策決定がなされた。この15条は障害を持つ人々に関するあらゆる社会政策や事業に影響を与え続けている。

脱施設化、ノーマライゼーション、コミュニティの連帯統合 (community integration)、障害者としての市民権、自立生活などを具体化するプログラムが必要とされている。特にコミュニティの中で生活する障害者にとって重要な課題は、自己決定である。この障害者の自己決定権を具体的な形とする取り組みの一つが、ダイレクト・ファンディング・プログラムである。

5. 脱施設化としての自己決定権具現化モデル

障害福祉分野の自己決定権の概念は、障害者が自らの生活や人生をコントロールし、何をしたいか何をしたくないかを決定することである。この自己決定アプローチでは、どこに住み、どのような服を着て、何を食べて、どのような仕事をし、どのように自分の自由時間を過ごすかなど、人々は日常生活のすべての行動について決定するのである²⁹。また自己決定権は、消費者志向 (consumer direction) との関連でも議論される。つまり、消費者志向モデルは、どのようなサービスを必要としているかやどこでそのようなサービスを得るかなどの決定については消費者の視点が中心でなければならないというものである。「長期のケア・サービスを使用し運営する決定については、消費者志向は第一義的に消費者によって決定されることに焦点を与えており、専門家による決定が優先されるのではない」³⁰ということである。しかし、消費者志向が商品やサービスの使用や製造過程への関与に絞られているのに対して、自己決定権は個人の人生全体の主導権や社会への完全参加などより広い概念となっている³¹。

カナダにおける身体障害福祉分野における自己決定の尊重は、州政府とサービス利用者との個人を基本とした支援費関係 (Individualized Funding relationship) を元にした自己管理ケア・プログラムとして具体化されている。例えば、オンタリオ州は、直接費用が政府から個人へ流れるダイレクト・ファンディング・モデルを制度化している。身体障害者自身が自分自身のプログラム・サービス・支援を運営するのである。このモデルでは、“消費者” が有料介助人 (attendant) と雇用・被雇用の関係を結ぶこととなる。そのため、身体障害者が有料介助人の募集・雇用・訓練・指導・給

与支払い・有給休暇の調整をしなければならない。実際には、ダイレクト・ファンディングを申請する障害者のニーズ・アセスメントや面接をした後、支援費用の配分が決定される³²。この申請過程では、トロントにある自立支援センター (the Center for Independent Living in Toronto 以下CILT) が“消費者 (障害者)” をサポートする。CILTはまた、オンタリオ州内の他の自立支援センターでダイレクト・ファンディングを担当しているスタッフに対して研修を行う³³。オンタリオ州のダイレクト・ファンディングは、カナダでもっとも成功していると評価されている³⁴。

ダイレクト・ファンディングの特徴的な点の一つは、有料介助人の役割である。有料介助人は、日常生活の決まりきった活動の身体的補助を行う。その場合、有料介助人のサービスとは、身体障害者の手足となって日常的活動を補助することを意味し、皿洗い・衣服の着脱・排泄・排尿などの日常動作などを含んでいる。手足であるため、決定の責任はあくまでも消費者であり、有料介助人はその消費者の指示に従うことが求められる。そのため、消費者は自らの個人的日常の所作について理解してもらうように有料介助人を訓練する責任がある。助ける人と助けられる人という関係とは相違するのである。消費者と有料介助人は、相互尊重を基にした専門的雇用関係を築いているのである。

脱施設化政策を進めるための自己決定尊重モデルは、消費者による個人経費の管理が求められ、様々な社会資源サービスを利用できる資金について、主導権が消費者にあることが大切である。しかしながら、ストロマンは、この自己決定尊重モデルを推進するための課題についていくつかの指摘をしている。まず、障害福祉分野のサービス・ビジネスにおいて、何万にもわたる福祉職やサービス提供団体を生むための大きな財政的投資や社会の理解が必要である。例えば、障害福祉分野のサービス・ビジネスにおいて、どのようにして「障害者によって雇用される」と言う雇用形態へ変えられるのか。被雇用者の労働組合はどうなり、団体交渉はどうなるのか。雇用主となる数万人の障害者と、有料介助人などを雇用している組織との関係はどうなるのか。ストロマンは、現在のサービス提供団体は、障害者個人をベースにした支援費制度に抵抗を示すであろうと予想している³⁵。

また利用できるコミュニティ・サポートをまかなうだけの十分な資金や政府補助金がないという財政上の問題もある。ダイレクト・ファンディン

グのような個人ベースの支援費では、資金は直接消費者へ渡されるため、ほとんど事務費がかからず、経費を節約する仕組みと言われている。消費者自身がスタッフや有料介助人を募集し雇うこととなり、またこれら被雇用者の賃金も一般の在宅ケア・サービス提供団体のスタッフ給与よりも低いものとなっている。しかしながら、消費者は他のサポート提供団体のように有料介助人をより良く訓練をできず、標準的ケアの水準とダイレクト・ファンディングに雇用される有料介助人のサービス水準に乖離が生じている点も議論されなければならない³⁶。

新自由主義政策との関係で言えば、個人をベースにした支援費プログラムにおける職員給与や行政業務を民間セクターへ移管することは、まさに新自由主義の柱の一つである民営化である。カナダでは、消費者は自分たちのスタッフや有料介助人の管理・運営について第三者機関を利用するように促されている。またダイレクト・ファンディングのようなプログラムにおける低賃金は有料介助人や介助者を雇用することを難しくさせている。さらに、従来の保健システムと在宅ケアシステムを比べた場合、労働組合の組織化に大きな差があり、それが賃金格差と一致していると言う多くの報告がある。「個人ベースの支援制度がもたらした、そして政府が推進している大きな動機は、労働者の組織化や団体交渉権を実質的に低減するためである」と言われている³⁷。

脱施設化を進める柱の一つである自己決定尊重モデルは、障害者の人権を尊重する上で大きな前進を生んだと評価されよう。しかし一方で、新自由主義政策担当者は別の意図を持ってこのプログラムを推進している。つまり社会サービスの縮小、廃止、そして民営化である。この問題点について、十分に議論を尽くさなければならない。そうでなければ、障害者の人権は、長期的観点から言えば「脱施設化政策」によって侵害される結果となりかねないからである。

6. おわりに

国際連合は社会政策について、次のように述べている。「社会政策は極貧者の福祉保障について最後に目配りするような政策ではなく、社会正義と社会の人々の結びつきを推進し、人々の能力をより高め、経済的活力や想像力を創出するような広義な社会レベルの土台作りとして見なされなければならない」³⁸。この観点から見た場合、脱施設化はどのように進められなければならないのだろうか？

障害者権利獲得運動は、社会の差別や偏見に基づく非倫理的処遇や社会サービスに対して闘ってきている。障害者に関する社会政策は、施設収容化・排除から脱施設化・自立生活へと方針が転換してきている。この点で、社会政策やプログラムは、社会正義と社会連帯を基礎にして展開されなければならない。しかしながら、グローバリゼーションや新自由主義は、その社会政策担当である国家の役割に挑戦をしてきている。国家はトランスナショナルな世界で生き残れるのか？ 公共政策に国際組織が関与することは“国益”の侵害にならないのか？ 現在もっとも無視できない現象は、自由化の名の下に商業的観点や価値が公共福祉サービスに盛り込まれ始めていることである³⁹。もし市場メカニズムが障害者のための社会政策から人権の要素を取り除くならば、脱施設化政策は頓挫するであろう。

知的障害福祉分野ではあるが、タタバイニアは、オーストラリアにおける施設収容化と脱収容化についての家族の視点について調査し、それを元にして脱施設化を進めるための4つの観点を示している⁴⁰。一つ目は、説明責任の明確化 (clarification) である。脱施設化政策に関するあらゆる問題や課題について、障害者やその家族に知らされていなければならない。施設入所についてさえ、本人や家族は詳細を知らされておらず、専門家のアドバイスや指導に従わざるを得なかった。政策担当者は、脱施設化の理由・目的・過程・結果や、自立生活がどのように障害当事者の生活の質を向上させるかを説明しなければならない⁴¹。

2つ目は保証 (reassurance) である。障害者やその家族は、脱施設化とは施設を閉鎖することであり、コミュニティの中での生活とは家族との同居を意味しているのではないかと懐疑的である。脱施設化後の展望を現実的に具体的に示されなければならない。

3つ目の観点は、教育である。分離隔離から脱施設化への転換する社会政策は、ノーマライゼーションや自立生活運動のような障害者権利獲得運動によって進められなければならない。家族や社会サービス専門職は、ノーマライゼーションや自立生活運動の理念を含めた脱施設化の思想的背景や内容について教育されなければならない。

4つ目は、財政である。政府や政策担当者は、コミュニティを基盤としたサービスの質を安定させるだけの財政支援を提供しなければならない。質・量・専門性の点で、施設で働くスタッフのほ

うがコミュニティにおける在宅支援で働くスタッフより優れていると、タタバイニアの調査の中で障害者の親たちが述べている。またコミュニティにおけるサービスは、十分に適切な満足すべきプログラムを提供できていない。もし脱施設化政策が、単に財政再建や緊縮財政の観点で議論されるならば、コミュニティ・サービスの質は不安定化せざるを得ないであろう。

最後に、タタバイニアの4つの観点に、もう一つ付け加えたい。それは、参加の概念である。サービス利用者や消費者とも形容される障害者は、政策決定過程に必ず参加できるシステムが必要である。障害者権利獲得運動のスローガンのひとつである「私たち抜きで私たちのことを決めるな（"Nothing about us without us"）」が重要であると考えられる。

注

- 1 "Adults with A Developmental Disability Will Continue To Move Into Community Settings" News Releases of Ontario Ministry of Community and Social Services (January 26, 2006) と "Community Living welcomes ruling affirming closure of institutions" News Release of Community Living Ontario (January 26, 2006) という2つのオンタリオ州政府発表は、オンタリオ州裁判所の「州が管理・運営している知的障害者施設を閉鎖する権限を持つ」という決定に対応して発表された。施設入所している保護者からの施設閉鎖反対の訴えに対する裁判所の判断であった。
- 2 Marcus, Anthony, (2003). Shelterization Revisited: Some Methodological Dangers of Institutional Studies of the Homeless. *Human Organization*, 62(2), 134-142.
- 3 Yeates, Nicola. (2005). "Globalization" and Social Policy in a Development Context: Regional Response in Social Policy and Development Programme Paper Number 18, April 2005. United Nations Research Institute for Social Development. p.2.
- 4 Self-Managed Care and Individualized Funding: Not the Same Thing! Prepared by Len Bush, National Union of Public and General Employees. (2000). 1st CLC National Disability Rights Conference: November 17-20, 2000. p.2.
- 5 世界的にも福祉収容施設 (institution) というのは長い歴史を持っているが、その明確な定義はない。ファーレガーは次のように施設を定義している。1) 平均的家族よりも大きいグループで集団生活をしている、2) 一つの管理団体の中で在宅生活、社会生活、就労生活、レジャー生活、就学生活、作業生活などを人生の大半を送っている、3) コミュニティの中での生活においてもある程度の孤立あるいは隔離がなされている。3つの要素は関連しあっており、例えばある活動が一箇所で行われていれば、その施設はコミュニティ・地域から孤立することとなる (Ferleger, David and Penelope A. Boyd (1980). *Anti-Institutionalization: the Promise of the Pennhusrt Case*. In Robert J. Flynn and Kathleen E. Nitsch (Eds.), *Normalization, Social Integration, and Community Services* (pp.141-166). Baltimore: University Park Press). また別の観点からは、福祉収容施設とは、障害者の権利や意思に関係なくその一群の人々に対して設立された建物でありその機能を意味し、施設は意図的にも意図的でもなくとも、その人々を抑圧する役割を演じている (Oliver, J. Michael. *Capitalism, disability, and ideology: A materialist critique of the Normalization principle*. In Flynn, Robert J. and Raymond A. Lemay (Eds.), *A Quarter-Century of Normalization and Social Role Valorization: Evolution and Impact*. Ottawa: University Ottawa Press, 1999, pp.163-173).
- 6 Stroman, Duane F. (2003). *The Disability Rights Movement: From Deinstitutionalization to Self-Determination*. Maryland: University Press of America.
- 7 Braddock, David L. and Susan L. Parish (2001). An Institutional History of Disability. In Albrecht Gary L., Katherine D. Seelman and Michael Bury (Eds.), *Handbook of Disability Studies* (pp.11-68). Sage Publications. p.38.
- 8 前掲7.
- 9 Hanes, Roy (2006). Social Work with Persons with Disabilities: Helping Individuals and Their Families. In Steven Hick (Ed.), *Social Work in Canada: An Introduction*, 2nd Edition, (pp.296-323). Toronto: Thompson Educational Publishers.
- 10 前掲9.

- 11 前掲6.
- 12 Fleischer, Doris Zames and Frieda Zames. (2001). *The Disability Rights Movement: From Charity to Confrontation*. Philadelphia: Temple University Press.
- 13 前掲12.
- 14 前掲13.
- 15 前掲9.
- 16 前掲9, p.321.
- 17 Torjman, Sherri. (2001). Canada's Federal Regime and Persons with Disabilities. In Cameron, David and Fraser Valentine (Eds). *Disability and Federalism: Comparing Different Approaches to Full Participation*, (pp.151-196). Montreal: McGill-Queen's University Press. p.178.
- 18 前掲17. p.179.
- 19 前掲18.
- 20 前掲17. p.180.
- 21 前掲20.
- 22 Dunn, Peter A. (2003). Canadians with Disabilities. In Anne Westhues (Ed.). *Canadian Social Policy: Issues and Perspectives* (pp.200-219). Waterloo: Wilfrid Laurier University Press. p.206.
- 23 前掲17, pp.180-181.
- 24 前掲17, p.187.
- 25 前掲23.
- 26 前掲17, pp.182-183, p.188.
- 27 前掲17, p.188.
- 28 前掲4.
- 29 前掲6.
- 30 前掲6, p.210.
- 31 自己決定には4つの基本的な理念がある。1)他の市民のように同じ権利の行使を自由にできる, 2)各種サービスや支援にとって必要な資金・費用を管理できる, 3)障害者や障害者をサポートするグループによって運営される団体から支援される, 4)公的資金を賢明に使う責任を持つ(前掲6, p.210)。更に確認の意味で5つ目として、障害を持つ人々が自分たちに影響を与えるすべての公的政策に関する枠組み・作成・執行に関して関るべきであると言う価値ある役割を持つ, が理念としてある(前掲6, p.211)。
- 32 前掲4.
- 33 <http://www.cilt.ca/default.aspx>参照.
- 34 オタワ・カールトン自立生活センター事務局
長とのインタビューから。
- 35 前掲6, p.227.
- 36 前掲4, p.6.
- 37 前掲4, p.7
- 38 United Nations 2001 : paragraph 16.
- 39 前掲3, pp.4-5.
- 40 Tabatabainia, Mohammad Mehdi. (2003). Listening to families' views regarding institutionalization & deinstitutionalization. *Intellectual & Developmental Disabilities*, 28(3), 241-259.
- 41 オンタリオ州コミュニティ・社会サービス省は、当事者やその家族が自宅により近いサービスにアクセスできることをサポートするために4つケアに関するコミュニティネットワーク (Community Networks of Specialized Care) を新設することを発表した。このネットワーク・チームは、行動療法士 (behavior therapists), ソーシャルワーカー, 看護師, 心理学者などのような専門職で構成されている。このチームは、当該地域のコミュニティ機関・病院・警察・精神保健所など関係機関と連携することとなっている (Mcguinty Government Improves Supports And Clinical Care For Adults With A Developmental Disability: Ontario's First-Ever Networks Of Specialized Care Will Mean More Supports, Closer To Home, News released by Ministry of Community and Social Services at March 2nd, 2006).

Disability Rights Movement and Deinstitutionalization in the field of physical disability of Canada

Atsushi NEZU

Toyama College of Welfare Science

This paper analyses the Independent Living Movement as the Disability Rights Movement in terms of deinstitutionalization. First of all, it describes the history of institutionalization and the Independent Living Movement in the field of the people with physical disability. Disabled people were forced to be the oppressed in the policy of institutionalization by the nation-state. Institutions were developing in response to the needs of society. Institutions played the role of stabilizer in social system. These needs never be considered from view points of people with disabilities. Under the harsh situation, the Independent Living movement started by their own initiative. Secondly, it overviews transition of Canadian social policies. Since the International Year of Disabled Persons in 1981, Canadian government delivers the important policies in the field of disability. Thirdly, it focuses on the principle of the self-determination. People with physical disabilities insist on their rights to control their life and have freedom to make decisions. Canada develops the Direct Funding Program in order to embody the self-determination. Finally the paper presents several suggestions in order to keep executing deinstitutionalization in the base of the above arguments.

Deinstitutionalization, Disability Rights Movement, Independent Living Movement, self-determination

入院中の統合失調症患者を支える家族の日頃の心理的負担に関する研究

一ノ山隆司¹⁾、村上 満²⁾、舟崎起代子³⁾、上野 栄一⁴⁾

1) 富山福祉短期大学看護学科, 2) 富山大学大学院生命融合科学教育部, 3) 富山市立富山市民病院, 4) 福井大学医学部看護学科
(受付2008年9月30日)

要旨

本研究の目的は、統合失調症の患者を支える家族の負担要因を明確にし、家族支援の枠組みに示唆を得ることである。

精神科病院6施設に入院中の統合失調症患者20名の家族の負担要因を「日ごろ感じていること」の自由記載文から抽出した。家族の負担要因の抽出のためにKrippendorffの内容分析手法を用い、形態素解析・コロケーション解析した。

名詞〔96語〕の内訳は「障害」、「場・場所」、「家族」、「世話」、「生活」、「人」、「病院」、「退院・入退院」、「看護師」、「心配」であった。その名詞〔96語〕についてコロケーション解析した結果、36事象の内容(文脈)が抽出され、7つのサブカテゴリー、3つのカテゴリー(3要因)が形成された。

第1の要因は保健・医療・福祉に対する要求や従事者に対する期待と希望からなる要望と提言、第2の要因は社会復帰・社会参加あるいは退院を困難にさせている要因や今後の生活状況への不安と心配からなる負担と困難、第3の要因は入院を継続することでの安心感や家族会活動への意欲からなる安心と安堵であった。これらを【要望・提言】、【負担・困難】、【安心・安堵】と命名しカテゴリー化した。

この方法によって、キーワード(単語:名詞)とカテゴリー(【要望・提言】、【負担・困難】、【安心・安堵】)の2つの次元で家族の心理的負担を捉えることができ、入院中の統合失調症患者を支える家族に対する看護の役割を見出すことができた。

キーワード 統合失調症 家族 心理的負担(日頃の思い)

1. はじめに

精神障害者を取り巻く歴史や現状をみると、障害者をもつ家族には、患者を支える「援助者」としての役割が長らく期待されてきた。しかし、家族を「援助者」として捉えるだけではなく、家族自身も「生活者」であるという視点で捉えれば、「生活者」としての家族の困難や負担を軽減することで「援助者」としての役割の増大を図ることが重要である^{1) 2) 3)}。

しかしながら、日本の精神看護の領域において家族ケアに関する研究は少なく⁴⁾、家族問題は主に精神保健福祉士が扱っているため家族支援における看護の役割を十分に発揮されていないのが現状である。また、A県内においては入院中の統合失調症患者を支える家族の支援に関する看護師による研究は行われていない。そこで、著者らが注目した点は、看護師の担える役割が保健・医療・福祉においてボーダレスになっていることである。

このことから、看護師による家族支援の役割を提示するために、統合失調症患者を支える家族の心理的負担に注目した。現在、家族は何を負担と感じているのかを把握することが家族支援をする

上で必要であると考え。精神障害者福祉の立遅れが指摘されながらも、障害者自立支援法が入院中心の生活から地域中心の生活の実現に向けられており、精神障害者を支える家族の支援は不可欠である。

本研究では、障害者自立支援法施行前の家族の負担要因(心理的負担)を明らかにし、その分析結果を踏まえ、今後の家族支援に活かすために、家族の抱く負担を「日ごろ感じていること」の自由記載文から抽出することにした。

今回、家族の負担要因の把握にはKrippendorffの内容分析手法⁵⁾を用い、形態素解析(単語を品詞別に分類)・コロケーション解析(抽出した単語を文脈に戻し、意味内容を検討)を試みた結果、家族の負担から3つの要因を抽出しカテゴリー化することができた。また、単語(名詞)とカテゴリー(3要因)という2つの次元で家族の心理的負担を捉えることが可能となり、家族支援に関する枠組み(看護師の役割)に示唆を得ることができたので報告する。

II. 研究目的

1. 統合失調症患者を支える家族の負担要因を把握する。
2. 統合失調症患者を支える家族の負担要因から家族支援の枠組みを見出す。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究はKlaus Krippendorff⁵⁾の手法を参考にして内容分析を行った、質的帰納的研究である。

2. 用語の操作的定義

Krippendorffの内容分析手法：質的研究の質的データを分析データとして扱う分析技法である。本研究では、「内容分析とは、データをもとにそこから（それが組み込まれた）文脈に関して再現可能で（replicable）かつ妥当な（valid）推論を行うためのひとつの調査技法」⁵⁾としている。

コロケーション解析の特徴：家族の負担要因に含まれているキーワードの検索のため、特に使用頻度の高い名詞に注目した。抽出した名詞をコロケーション解析（単語を文脈に戻して意味内容を検討）した結果、一文章内に2語以上の名詞（単語）が使用されており、同じ名詞から異なった意味解釈を可能としているため、同一の項目が重複して各カテゴリー内に存在する。

3. 調査期間

2005年7月20日～10月31日

4. 調査対象

A県内の精神科病院6施設に入院中の統合失調症患者20名の家族（主な世話人）。本研究は自記式質問紙調査として大島、石原の生活困難度尺度⁶⁾とZaritのCaregiver Burden Interview（日本語版ZBI尺度）⁷⁾を併用し、統合失調症患者221名の家族を対象とした研究で「家族の心理・資源的条件と生活上の困難・負担感との関連」を調査した質問項目の一部である自由記載文（重複回答可）を分析したものである。〔回収は119名（全回収率は53.8%）であり、自由記載項目の記入者は20名（16.8%）であった。〕

5. 分析方法

1) データの分析方法

Krippendorffの内容分析手法を参考にし、形態素解析、コロケーション解析を行った。内容分析の手順は、①自由記載文の電子テキスト化、②形態素解析を実行し、記録単位（分析単位）を単語として名詞の出現頻度を算

出、③出現頻度の多い名詞をコロケーション解析後、類似性に基づいてカテゴリー化し、その因子をネーミングした。

分析ソフトには、奈良先端科学技術大学院大学の形態素解析ソフト⁸⁾茶釜Ver2.1, SPSS Ver10.0J for Windows及びコロケーション解析にはKWIC Finder (Hisida開発)を使用した。〔全記載文の文字数：約2,252, 家族1人約113文字〕

2) データおよび分析の信頼性

本研究における信憑性は、分析過程において形態素解析から得られた単語（名詞）、コロケーション解析から抽出された文脈を照らし合わせながら、対象者の言動や心理状態を確認し検討を重ねた。その際、精神看護領域の研究者および質的研究に習熟した研究者に指導を受け、分析内容を評価し信頼性と妥当性を高めていくようにした。

6. 倫理的配慮

調査開始前に6病院の病院長及び看護部長に研究の趣旨・方法の説明を行った。対象となる患者の家族には各病院の担当者から研究の趣旨・方法、対象者の権利について説明を依頼した。また、調査票にそれらの説明文を同封し、研究の趣旨を承諾できる場合には、調査票に記入した後で返信用封筒での返送を依頼した。

対象者の権利に関する説明として、①回答は自由意志によるもので、いつでも拒否することができること、回答拒否による不利益はないこと、回答したくない内容に関しては回答しなくてよい権利があること、②プライバシー保護のために無記名での調査であること、③対象者が記載した内容は、本研究以外の目的で使用することは一切なく、口外しないことを明記した。さらに、本研究の結果を学会発表・報告することへの同意を得た。解析では個人名はすべて記号化して、コンピューター処理した。データ処理が終わった時点で、調査票はシュレッダーにかけて焼却処分した。

IV. 結果

家族の抱く負担要因を「日ごろ感じていること」の自由記載文から抽出するために、記載文の形態素解析を実行し、使用頻度の高い名詞96語に注目した。さらに、負担要因を形成している現象を捉えるためにその名詞をコロケーション解析した。そこで、負担を抱いている心理状態を表現する現象や概念から意味のまとまりに従ってコード

化を行ったところ36の事象が抽出された。これらの36事象の内容を類似性に従って比較分析したところ、サブカテゴリーが7つ形成された。このサブカテゴリーを内容別に比較し類似化を行い、3つのカテゴリーが形成された。これによって、キーワード（単語：名詞）でみるカテゴリーとカテゴリーからみるキーワードとしての2つの次元で家族の心理的負担を捉えることが可能となった。

以下に統合失調症患者20名を支える家族（主な世話人）の基本的属性と形態素解析，コロケーション解析の結果を示し，カテゴリー内容について述べる。文中において，カテゴリーは【 】, 名詞は《 》, 使用頻度は〔 〕で示した。

1. 家族の属性

統合失調症患者20名の家族（家族会所属）の平均年齢は61.2歳，男性は11名，女性は9名，続柄は親世代10名，きょうだい世代（配偶者を含む）9名，子ども世代1名，同居者の有無ではあり18名，なし2名であった。

2. 形態素解析の結果

形態素解析の結果，1,680の単語が抽出された。その中から句読点，括弧，記号を除いた1,527の単語を分類すると名詞は537語あり，そこから出現頻度の高い名詞96語を抽出することができた。

本研究は，使用頻度の高い名詞をキーワードとして捉えて分析しているため，その他の990語（名詞〔441〕，形容詞〔34〕，動詞〔269〕等）の単語に関しては扱っていない。

3. 名詞〔96語〕の内訳

出現頻度の高い名詞〔96語〕（家族の心理的負担が文脈に反映されていた語句）に注目した結果を図1に示した。その内訳は，障害〔16〕，場所〔13〕，家族〔11〕，世話〔9〕，生活〔9〕，人〔9〕，病院〔8〕，退院・入退院〔8〕，看護師〔7〕，心配〔6〕であった。

4. コロケーション解析の結果

出現頻度の高い名詞〔96語〕をコロケーション解析した結果，36事象の内容（文脈）が抽出され類似性に従って比較分析したところ，サブカテゴリーが7つ形成された。このサブカテゴリーを内容別に比較し類似化を行い，3つのカテゴリー（3つの要因）が形成された（表1-1，表1-2，表1-3，図1）。

第1の要因は保健・医療・福祉に対する要求や従事者に対する期待と希望からなる要望と提言，第2の要因は社会復帰・社会参加あるいは退院を困難にさせている要因や今後の生活状況

表1-1 内容分析 カテゴリー別分類【要望・提言】

名 詞	内 容
障 害 11	精神障害者連合会の設立 行政の対応・施策の充実・是正(5) 3障害(身体・知的・精神)のイベント等は合同自体に無理 仕事の斡旋,福祉工場の賃金(1ヶ月に5~6万円程度)支給 精神障害者を取り巻く環境の整備(2) 偏見の解消
場 所 8	生活できる場,働く場の充実(3) 働く場,仲間が集う場,生活する場や住む場などに関する 情報提供やマンパワーの充実(4) 福祉への歩み寄り
家 族 9	家族教育の充実(3) 家族会活動への参加 個別的な患者・家族支援 偏見の解消 家族会活動を支援する専門職者の連携,家族会の向上・ 発展への努力(3)
世 話 1	精神保健福祉士の充実・人員増加
生 活 1	働く場,仲間が集う場,生活する場や住む場などに関する 情報提供やマンパワーの充実
人 5	働く場,仲間が集う場,生活する場や住む場などに関する 情報提供やマンパワーの充実 質の良い関係者(医療従事者・経営者・ボランティア等)の 育成 家族会への参加・若返り・向上・発展(2) 家族会活動を支援する専門職者の連携,家族会の向上・ 発展への努力
病 院 3	家族教育の充実・関係施設との連携 精神保健福祉士の充実・人員増加 福祉への歩み寄り
退 院 入退院 4	入院から退院・退院後も考慮した関わり(2) 無理に退院をすすめないで欲しい(2)
看護師 3	入院から退院・退院後も考慮した関わり 保健・医療のリーダーとしてのサポート 福祉への歩み寄り
心 配 0	
計45	

※数値は名詞の単語数

表1-2 内容分析 カテゴリー別分類【負担・困難】

名 詞	内 容
障 害 4	作業所低賃金 障害者をもつこと 患者本人を受け入れること 患者自身の今後
場 所 5	退院後患者本人の世話する場・人の不足(5)
家 族 1	家族自身の老後と障害者自身の今後についての心配
世 話 4	世話をすること 家族自身の体調 退院後患者本人の世話する場・人の不足 患者本人を支える家族成員の減少
生 活 8	退院後患者本人の世話する場・人の不足(2) 退院後の他人との生活 在学中の発病 患者自身の生活に振り回されること 誰が一生懸命になればいいのか、どうすれば地域や家で生活することができるのか、その判断は容易ではないと思う 治療費・生活費などの経済的負担 家族自身の体調
人 2	退院後患者本人の世話する場・人の不足 家族自身の体調
病 院 4	外来・デイケアの継続 患者本人を支える家族成員の減少 患者への面会 家族自身の高齢化
退 院 入退院 4	外来・デイケアの継続 退院後患者本人の生活する場・働く場の不足 患者本人を支える家族成員の減少 退院後の他人との生活
看 護 師 0	
心 配 6	家族自身の老後と障害者自身の今後についての心配 退院後患者本人の生活する場・働く場の不足 患者自身の今後 治療費・生活費などの経済的負担 家族自身の体調(2)
計 38	

※数値は名詞の単語数

表1-3 内容分析 カテゴリー別分類【安心・安堵】

名 詞	内 容
障 害 1	働くことのできる障害者の存在
場 所 0	
家 族 1	家族会や地域社会の世話
世 話 4	医師、看護師による世話(3) 家族会や地域社会の世話
生 活 0	
人 2	働くことのできる障害者の存在(2)
病 院 1	医師、看護師による世話
退 院 入退院 0	
看 護 師 4	医師、看護師による世話(4)
心 配 0	
計 13	

※数値は名詞の単語数

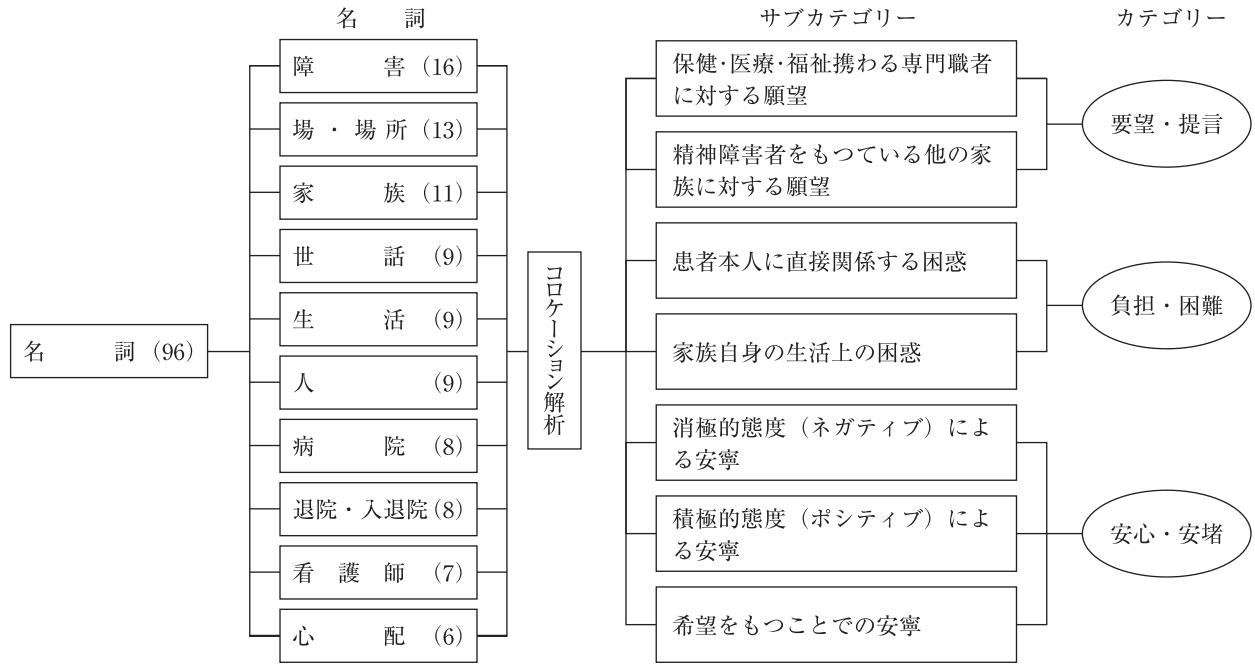


図1 名詞についてのコロケーション解析の結果
()内の数値は名詞の単語数

への不安と心配からなる負担と困難，第3の要因は入院を継続することでの安心感や家族会活動への意欲からなる安心と安堵であった。これらを【要望・提言】，【負担・困難】，【安心・安堵】と命名しカテゴリー化した。

5. 【要望・提言】【負担・困難】【安心・安堵】の内容

《障害》に関する【要望・提言】には，精神障害者連合会の設立，行政の対応・施策の充実・是正，家族自身の偏見の解消，【負担・困難】として，作業所の低賃金，障害者をもつこと，患者本人を受け入れること，患者自身の今後，【安心・安堵】では，働くことのできる障害者の存在が抽出された。

《場》《場所》に関する【要望・提言】には，退院後患者本人の生活できる場・働く場の充実，働く場・仲間が集う場・生活する場などに関する情報提供やマンパワーの充実，看護(医療)の福祉への歩み寄り，【負担・困難】として，退院後に患者本人の生活する場・マンパワーの不足が抽出され，【安心・安堵】の記述はなかった。

《家族》に関する【要望・提言】には，家族教育の充実，家族会活動への参加・若返り・向上・発展・専門職者の連携，個別的な患者・家族支援，家族自身の偏見の解消，【負担・困難】として，家族自身の老後と障害者自身の今後についての心配，【安心・安堵】では，家族会の世話や地域におけるボランティア活動をすることが抽

出された。

《世話》に関する【要望・提言】には，精神保健福祉士の充実・人員増加，【負担・困難】として，世話をすること，退院後患者本人を世話する場・人の不足，家族自身の体調，家族自身の高齢化，【安心・安堵】では，医師・看護師による世話，家族会や地域社会を世話することが抽出された。

《生活》に関する【要望・提言】には，働く場・仲間が集う場・生活する場などに関する情報提供やマンパワーの充実，【負担・困難】として，退院後患者本人の生活する場・働く場の不足，退院後の他人との生活，家族自身の生活が振り回されること，誰がどのように患者の社会参加を支えるかの判断，治療費・生活費などの経済的負担，在学中の発病が抽出され，【安心・安堵】の記述はなかった。

《人》に関する【要望・提言】には，質の良い関係者(医療従事者，経営者，ボランティアなど)の育成，家族会の若返り，家族会を指導する立場の人の他機関との連携・家族会の向上・発展への努力，【負担・困難】として，患者本人の退院後の世話をする場・人の不足，家族自身の体調，【安心・安堵】では，働くことのできる障害者の存在が抽出された。

《病院》に関する【要望・提言】には，家族教育の充実・関係施設との連携，精神保健福祉士の充実・人員増加，看護(医療)の福祉への歩

み寄り，【負担・困難】として，外来通院・デイケアの継続，家族自身の高齢化，【安心・安堵】では，医師・看護師による世話が抽出された。

《看護師》に関する【要望・提言】には，入院から退院・退院後も考慮した関わり，保健・医療のリーダーとしてのサポート，福祉への歩み寄り，【負担・困難】の記述はなく，【安心・安堵】では，医師・看護師による世話が抽出された。

《心配》に関する【要望・提言】の記述はなく，【負担・困難】として，家族自身の老後と患者自身の今後，退院後患者本人の生活する場・働く場の不足，治療費・生活費などの経済的負担，家族自身の体調が抽出され，【安心・安堵】の記述はなかった。

《退院》《入退院》に関する【要望・提言】には，看護師の入院から退院・退院後も考慮した関わり，無理に退院を勧めないで欲しい，【負担・困難】として，外来通院・デイケアの継続，退院後患者本人の生活する場・働く場の不足，患者本人を支える家族成員の減少，退院後の他人との生活が抽出され，【安心・安堵】の記述はなかった。

以上のことから，【要望・提言】の内容（図2）には，保健・医療・福祉に対するものと精神障害者をもつ他の家族に対するもの，【負担・困難】の内容（図3）をみると，患者本人から直接的に影響するものと家族自身の生活上に間接的

に生じてきたもの，【安心・安堵】の内容（図4）では病院の存在が安心につながり患者が病院で入院治療を受けていることで安心を抱いているものである。これは，社会復帰あるいは社会参加の観点からは現状維持に基づいた消極的な思考と考えられる。また，家族会や地域社会で家族自身が世話をを行い自分の役割を見出しているという前向きに取り組んでいる積極的な思考と社会参加して働く精神障害者の存在から希望を見出しているものが存在していた。

V. 考 察

本研究では，入院中の統合失調症患者を支える家族の日頃の心理的負担についての内容分析を実施した結果，【要望・提言】【負担・困難】【安心・安堵】を抱きながら生活している家族の実態が明らかになった。

そこで，結果で得られた3要因【要望・提言】，【負担・困難】，【安心・安堵】から，その特徴と家族支援および本研究の方法論的な妥当性などについて考察する。

1. 家族の日頃の心理的負担に内在する【要望・提言】

【要望・提言】には，保健・医療・福祉に携わる専門職者に対するものと精神障害者をもつ他の家族に対するものがある。

その中で，我々が注目したい点は，《看護師》に関する【要望・提言】であり現在の看護に必

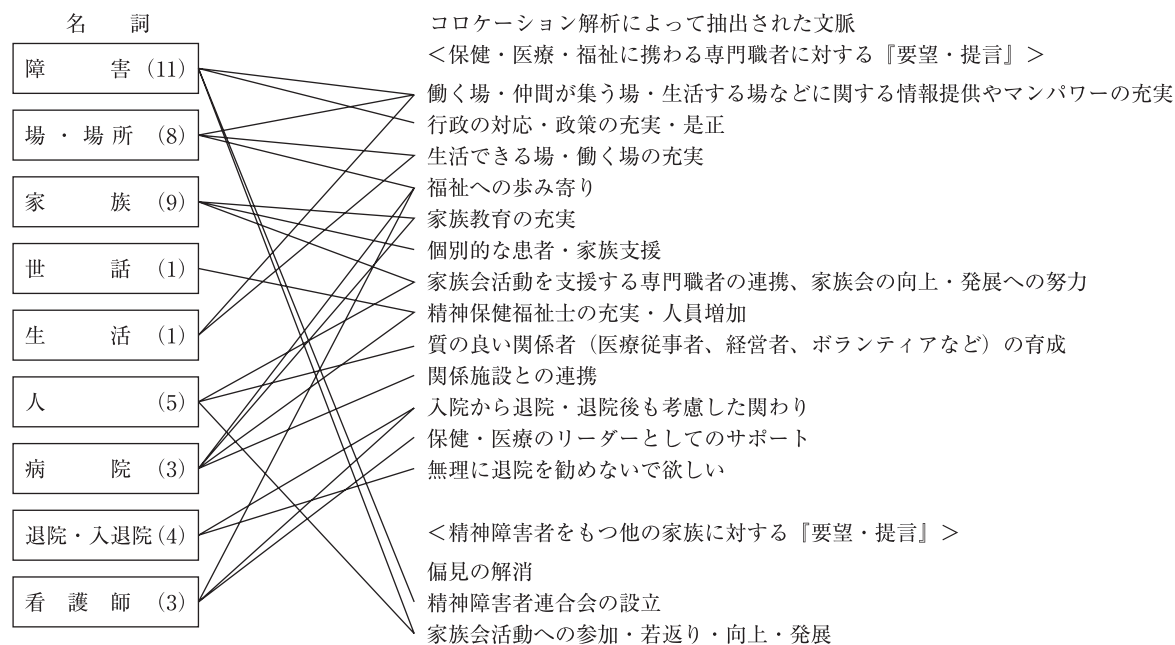


図2 家族の『要望・提言』
()内の数値は名詞の単語数

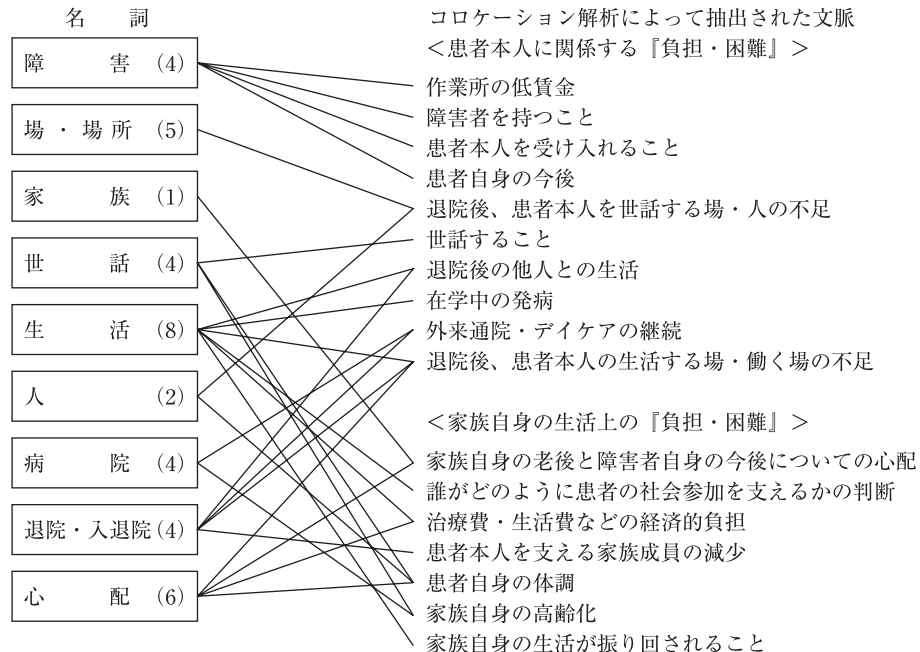


図3 家族の『負担・困難』
()内の数値は名詞の単語数

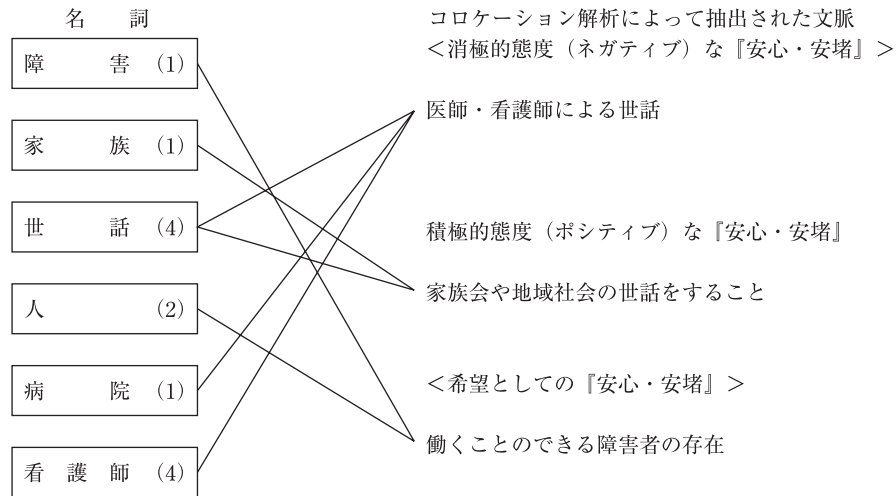


図4 家族の『安心・安堵』
()内の数値は名詞の単語数

要とされる内容であると考えられた。《看護師》に関する【要望・提言】の内容を検討すると継続看護・連携であり、現在の看護における課題を、家族自身が日頃から感じていることが明らかとなった。白澤⁹⁾によれば、ニードとは「対象となる人のダイヤモンド」と「専門職としての判断」によって成立するものであり、「継続看護・連携」は、家族支援において、看護師に求められている最も大きなニードであると捉えることができる。

また、【要望・提言】に他の《家族》に向けられたものが示されていた。その内容を吟味する

と潜在能力・自助・セルフヘルプであり、家族自身の持つ力、自助の精神の普及ということが示唆された。他家族に対する【要望・提言】をサポートすることにより、今後、自助活動のさらなる発展が期待できると考えられる。

2. 家族の日頃の心理的負担に内在する【負担・困難】

【負担・困難】には、患者本人から直接的に受けるものと家族自身の生活上に間接的に生じてきたものがある。

家族の困難の構造をみた過去の研究において、榮ら¹⁰⁾は、精神障害者家族の日常生活にお

ける困難さを、「精神障害者家族が抱える精神障害者本人に直接関連する生活上の困難さ」、「精神障害者家族の社会関係上の困難さ」、「精神障害者家族自身の生活上の困難さ」の3つに区分している。本研究では、家族の負担は単一ではなく、【負担・困難】の内容からみても統合失調症患者本人から受ける外的な重荷や困惑、家族自身が抱く内的な後悔・自責、資源不足による不全感、偏見などから形成されていると考えられる。家族が抱く生活上の負担・困難は内的・外的な要素、身体・社会・心理的な要素といった2つの要因から形成されていることが示唆された。

患者本人に直接関係する【負担・困難】については、看護師が患者ケアを十分に行うことで、家族の【負担・困難】は軽減すると考えられるが、家族自身の生活上の【負担・困難】については、家族を生活者の視点で捉えたケアが必要となる。今後は、家族自身をケアしていく看護師の関わりが求められ、家族看護の普及の必要性が示唆された。

病院内において患者のケアを継続しながら家族のケアを提供するためには家族の現状の把握と理解に努めなくてはならない。患者の存在そのものと患者を支えることで家族自身の健康を脅かされ、不安などの増大を招く可能性があり、家族の生活に伴う負担の増大を未然に防いでいくことが必要である。

3. 家族の日頃の心理的負担に内在する【安心・安堵】

【安心・安堵】には、家族にとって病院の存在が安心につながり、患者が病院に入院していることから安心を抱いているという現状維持に基づいた消極的態度のものと、家族が家族会や地域社会に貢献し自分の役割を見出していることから生じている積極的態度のものと、社会参加して働く精神障害者の存在から希望を見出しているものがある。

【安心・安堵】の中には、患者が地域で暮らすといった社会参加の観点からするとネガティブ(消極的態度)と捉えることができる安心・安堵(病院の存在)が存在しており、結果的には患者の意思に関わらず長期的な入院を助長させてしまうケースが生じる危険性を伴っていると考えられる。

家族支援では、家族自身の役割を支えることが重要となる。そのためには、家族が他の家族および精神障害者とのふれあいを促すと同時

に、障害者との関わりを隠すのではなくオープンにできるような環境を提供しながら家族自身の役割が獲得できるように援助していく必要がある。

家族が抱えている【安心・安堵】は、3つの要因(患者が病院に入院していること・家族会や地域社会に貢献し自分の役割を見出していること・働く精神障害者の存在から希望を見出していること)からなり、家族の抱えている【安心・安堵】を把握し家族支援につなげていく必要性が示唆された。

以上のことから、【要望・提言】【負担・困難】【安心・安堵】を形成している意味内容を把握して統合失調症患者を支える家族は、何を求め、何を困難に感じ、何から安心を得ているのかを包括的に捉えた家族ケアを提供することが明らかになった。

4. 本研究の方法論的な妥当性について

本研究は、内容分析手法を用い、分析単位を明瞭にしたことである。これにより、単語から文章まで幅広く分析が可能となり、コンピューターによる解析も可能となった。そこで得られたカテゴリー内容から質的データを頻度で見ることが可能となり、このことが再現性の検証にも利用できることを示唆している。この方法によって、キーワード(単語:名詞)とカテゴリー(【要望・提言】、【負担・困難】、【安心・安堵】)の2つの次元で家族の心理的負担を捉えることができ、入院中の統合失調症患者を支える家族に対する看護の役割を見出すことができた。

VI. おわりに

本研究の限界と課題であるが、本研究においては、分析者の主観的解釈が分析された内容に、かなりの比重が占めており妥当性の観点からは十分ではない。このことは、分析方法で抽出した単語、文脈化、論理的解釈のプロセス(アルゴリズム)の詳述に関して検討の余地がある。

また、本研究の対象者は20名と限られているため対象者を増やし、地域性を考慮した調査を実施しなければならない。今後は、自由記載文からの分析に留まらず、インタビュー(半構成的面接)などを行い、質的な視点を重視しながら継続的に家族とかかわり家族の抱く心理的負担の構造とその要因を明らかにする必要があると考える。さらに、自立支援法施行前後の観点から統合失調症患者を支える家族の求める支援に発展させ、地域連携における看護師の役割を明確にしていかなければな

らない。

の課題，富山医科薬科大学看護学会誌，5
(2)，15-18，2004.

6) Berelson, B: Content Analysis in Communication Research, Glencoe, IL: Free Press, 1952.

稲葉三千男，金圭煥譯訳，内容分析，みすず書房，東京，1957.

引用文献

- 1) 南山浩二：精神保健福祉システムの変容と精神障害者家族研究(1)，静岡大学人文学部人文論集，50(1)，1-19，1999.
- 2) 岡上和雄，大島巖，荒井元傳：日本の精神障害者，5，ミネルヴァ書房，東京，1989.
- 3) 大島巖：精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究，精神神経学雑誌，89(3)，204-241，1987.
- 4) 阿保順子編：統合失調症急性期看護マニュアル，52-53，すびか書房，東京，2004.
- 5) Klaus Krippendorff: Content Analysis: An Introduction to Its Methodology 2nd edition, Thousand Oaks, CA: Sage, 2004.
三上俊治，椎野信雄，橋元良明，メッセージ分析の技法-「内容分析」への招待，勁草書房，東京，1989.
- 6) 石原邦雄：精神病長期療養者の家族に関する2地域間調査，国立精神衛生研究所編，精神衛生研究25，28-43，1982.
- 7) 荒井美子：Zarit介護負担スケール日本語版の応用，医学あゆみ，186(13)，930-931，1998.
- 8) 松本裕治，北内啓：形態素解析システム『茶筌』version2. 2. 1 使用説明書，奈良先端科学技術大学院大学 松本教室，2000.
- 9) 白澤政和：ニードとは何か，保健婦雑誌，53(12)，963-969，1997.
- 10) 栄セツコ，岡田進一：精神障害者家族の生活上の困難さに関する研究，大阪市立大学生活科学部紀要，46，157-167，1998.

参考文献

- 1) 岩崎弥生：精神病者の家族の情動的負担と対処方法，千葉大学看護学部紀要，20，29-40，1998.
- 2) 田上美千佳：精神分裂病をもつ家族の心的態度に関する研究，お茶の水医学雑誌，46(4)，181-194，1998.
- 3) 田上美千佳編著：家族にもケア-統合失調症はじめての入院-，精神看護出版，2003.
- 4) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生，弘文堂，1999.
- 5) 上野栄一：内容分析の歴史と質的研究の今後

Daily Psychological Burden of the Families Who Support the People with Schizophrenia in Hospital

Ryuji ICHINOYAMA¹⁾, Mitsuru MURAKAMI²⁾, Kiyoko FUNASAKI³⁾, Eiichi UENO⁴⁾

1) The College of Welfare Science, Department of Nursing

2) University of Toyama Graduate School of Innovative Life Science

3) Toyama City Hospital

4) University of Fukui School of Nursing, Faculty of Medical Sciences

Abstract

The purpose of this study gets a suggestion in a frame of the family support for the burden factor of a family supporting a schizophrenia patient. The subjects of this research were 20 hospitalized schizophrenic patients' families. The factors of the family's mental burden have been extracted from the family's description sentence from the question- "Feel it on around the day".

The content analysis of Krippendorff was used to clarify the family's burden. As the result of the morphological analysis and the collocation analysis, three categories were extracted from the burden of the family. Moreover, the content analysis allowed to clarify not only the mental burden of the family but also to construct the framework concerns of the support of the family 96 noun words which contained the mental burden of the family in the context were selected to analyze the mental burden of the family.

The words of noun were extracted such as "disorder", "place", "family", "care", "life", "person", "hospital", "discharge·hospitalization", "nursing", and "worry". The content of 36 events (context) were extracted from 96 noun words were analyzed in collocations. Then seven subcategories were extracted according to the linguistic similarity. Furthermore, three categories were extracted according to the linguistic similarity compared to the contents of these subcategories.

The first factor was a proposal as the demand, and the expectation for the profession of the health, the medical treatment, and welfare. The second factor contained the difficulty to social rehabilitation, social participation, and discharge, the anxiety of daily life to the future, and the burden from the anxiety. The third factor was safety and a relief that consisted of the desire for the sense of security and the family association activity by continuing hospitalizing. The three factors were categorized as **【demand and proposal】**, **【burden and difficulty】**, and **【safety and relief】**.

This method led to the understanding of the family's psychological burden from the view of the two dimension which contains the key words (The word: noun) and the category (**【demand and proposal】**, **【burden and difficulty】**, and **【safety and relief】**), and also led to the role of nursing to the family who supported a schizophrenia patient in hospital.

Key Words: Schizophrenia, Family, Psychological Burden (Usual desire)

介護福祉士の目指すべき高齢者介護とは —介護の質・気付きとは—

富山福祉短期大学 毛利 亘

(受付2008年9月30日；改訂2008年10月15日)

要旨

現在、介護福祉士のおかれている状況はめまぐるしい。社会福祉士及び介護福祉士法等の一部改正、介護現場における人材不足、虐待の実態から問われる介護職員の質や倫理教育のあり方など課題は多い。日頃筆者が感じているのは、とりわけ介護現場において介護従事者に求められる「介護の質」には、その者のセンス（ここでは介護の世界において一般的に使われている言葉で“気付き”と表現したい）といった抽象的な部分に、あまりにも重きを置き、依存し、その言葉の持つ意味を明確にしないまま汎用されているのではないかということだ。「介護には気付きが必要！」という言葉で指導を受けた者は、漠然としたまま介護に従事していく。この場合、指導する側の意と、受ける側の認識に差異が生じるように思う。この背景には“気付き”に関しての教育が容易ではないということ、またそれが欠如していると感じてしまった場合、自信を無くし、現状のような人材不足を招く「介護離れ」の要因の一つとなっているのではないか、という考えが筆者にはある。本論文では“気付きのある介護福祉士”教育のためにも、介護の質と気付きについての関係性を定義し、法改正に伴う新養成課程の内容も垣間見ながら、介護福祉士の目指すべき（今回は筆者自身の経験から高齢者に特定させていただく）、介護のあり方について考察した。

キーワード 介護の質・気付き 動機性と人間性 KKD 新カリキュラム 介護観

1 はじめに

介護福祉士は、1987年5月26日に制定された社会福祉士及び介護福祉士法により、「介護福祉士の名称を用いて、専門知識及び技術をもって、身体上又は精神上の障害があることにより、日常生活を営むのに支障がある者につき入浴・排泄・食事、その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護の指導を行うことを業とする者をいう」と定義されている。2007年12月5日に公布された改正法には、既述した定義規定のうち、「入浴、排せつ、食事その他の介護」という文言が「心身の状況に応じた介護」へと変更になっている。俗に言う3大介護を中心とした身体介護だけではなく、高度化・多様化するニーズに幅広く対応する必要性を、強く打ち出した見直しといえる。高度化・多様化するニーズとは、高齢者の介護においては特に認知症の方への専門性の高い個別ケア、また予防からターミナルケア、そしてそれらの尊厳を支えるといったところが主であろう。またそういった個別ケアを提供するためには、マンパワーの十分でない現状の中で、如何にそれを実践するかといった介護展開のシステム作り、業務改善、そして何より介護を行う者の高い質が必要となる。この質と前述した気付きを曖昧にすることなく、またこれ等を身に付けるための教育を新カ

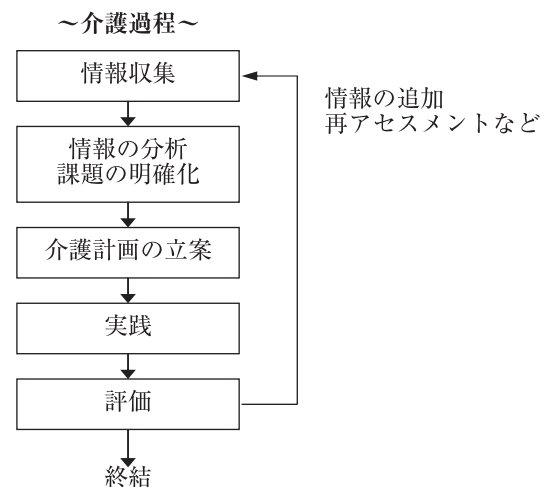
リキュラムの編成で探求し、要旨でも述べたように最後には介護福祉士の目指すべき介護のあり方について、介護福祉士を目指す学生に対して興味を示してもらいやすいようにもラディカル^{注1}に、また曖昧ではなくプラグマティック^{注2}に表現する。

2 介護の質・気付きとは

2.1 介護の質とは

介護の質とは、介護の対象者をその人になれるくらいに知ること、知識を基盤とした技術を持つこと、そしてそれらを適切に実践することである。適した介護過程の展開(図1)の実践である。これ

図1



が介護の本来持つ性質である。だがこの定義に味気なさを感じる方がいるはずである。キーワードに記した「人間性」については後の「気付き」の定義の際に活躍させたい。

「介護とはその人のことをまず知ることから始まる」と日頃から筆者自身述べることが多い。それは自身の介護経験からに由るものが大きい。

#エピソード

以前、短期入所生活介護で軽度認知症の女性利用者に関わったことがあった。その利用者は世話好きなようで、他の利用者に頼まれたわけでもなく持ち物を片付けてしまい、トラブルとなり、またその後それ等の所在がわからず、苦情が出るといったことが多々あった。担当の介護経験4年目の職員は役割を持っていただくといった介護方針を立てた。利用者本人、ご家族、ケアマネージャーに利用者の今までの暮らしぶりを聞き、家事と畑作業が孫の面倒を終えたその女性のライフワークであったことがわかった。また近所でも婦人会のお世話などをされていた。それ以降、担当介護職員が介護計画として立案した内容である、ユニットでの米研ぎ、畑の手入れをしていただくといった行為を、利用者へ実行していただいた。両膝の変形性膝関節症の既往があったため、畑作業時は、一旦体重を預けることのできる台（ジャがいもの木箱）に手をつき、次に地面に敷かれたビニールシートに腰かけていただいた。短期入所生活介護利用の度に、それらの行動に楽しそうに励まれた。担当介護職員は、自身の休日に利用者へ、なすの苗を買いに行くなど、ともに楽しんでいる様子であった。他の利用者から苦情はなくなった。

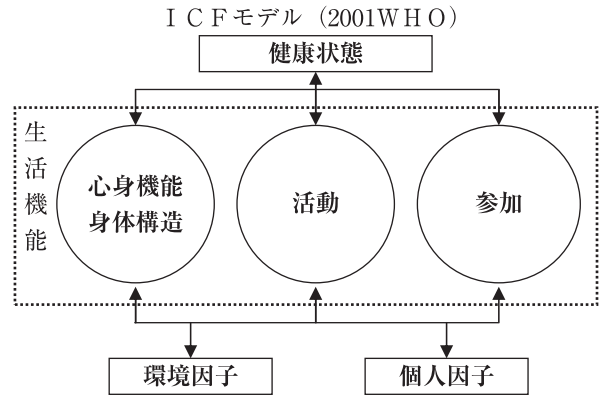
このエピソードの中には、「介護の質」を構成する要素が含まれている。

- ① 認知症介護の知識～パーソンセンタードケア^{注3}の視点
- ② 介護過程の技術～アセスメント
- ③ 介護技術～自立支援の視点と技術の実践
- ④ ICF (図2) の視点

まずは①認知症の理解である。この利用者の場合、中核症状に記憶障害があり周辺症状として判断力の低下からくる収集という行動を、問題行動と捉えてしまいがちになる。その行動を単に無くす方向へ介護方法をシフトしていけば、その利用者の不穏状態をかえって促進させてしまったに違いない。また利用者へ問題行動のある認知症利用者、という捉え方ではなく、「何かを求め、実現したいと考えている人」として捉えた。

次に②、周辺症状として表出した行動の意味・根

図2



拠を得るためにアセスメントを行った。過去の生活習慣を知り、利用者にとっては生活の中での役割が必要だと分析した。マズローの欲求の段階に当てはめると自己実現ではないだろうか。これは筆者が定義した「介護の質」を構成する技術である。介護過程におけるアセスメント・計画立案のプロセスである。

③の役割を行動に移す際は、利用者が実行しやすいように身体状況に配慮して座位姿勢をとり、なるべく長時間畑作業に勤しめるようにビニールシートを用意した。これは身体面の自立支援を行った介護技術である。

④、この事例はICFの生活機能分類という活動・参加・個人因子のアセスメントから利用者の全体像をとらえ、介護過程を展開させたわけである。結果、利用者の生活に潤いが生じた。利用者への援助をする際、好意や関心だけでは介護における質は発生しない。たとえ介護技術を習得していても利用者へ適した技術が展開されなければ、安楽どころか危険に晒すことも有り得る。真のニーズを見極めていなければカスタマーサティスファクションは存在しない。メイヤロフ (1971) は「ケアの本質」の中で《誰かをケアするためには、私は多くのことを知る必要がある。たとえばその人がどんな人なのか、その人の力や限界はどれくらいなのか、その人の求めていることは何か、その人の成長の助けになることは一体何か—などを私は知らねばならない。そして、その人の要求にどのようにこたえるか、私自身の力と限界がどのくらいなのかを私は知らねばならない》と述べている。

2. 2 気付きとは

「介護の質」を筆者の経験から定義したわけであるが、この質に大きく影響してくるのが、介護の世界で曖昧にされながら使用されている「気付き」

である。筆者自身この言葉こそが、質の高い介護実践のための大きな要素となっていると考える。「気付き」とは豊かな人間性と動機性^{注4}である。

以前、介護の世界では科学的な根拠が必要であるということを示す際の例えとして、「KKDだけの介護」という言葉を用いて表現する専門家が多かった。K・K・Dとは経験・勘・度胸である。これは不適切な例として活用するには勿体無い言葉である。このK・K・Dは、介護実践においては強ち的外れなものではなく「気付き」の多くを占めている要素だと考える。科学的根拠とは、知識からの裏づけによる、また、介護過程の繰り返しから生じる、適した技術の実践の基盤となるものであり、これは先述した「介護の質」を構成する要素である。

人間性と動機や行動の関係については、筆者が論じるには大きな課題である。これは人間科学であり、心理学であり、哲学・倫理学的見解等が必要となる。だが、介護実践の場において、この「気付き」という言葉が曖昧なまま使用されていると、教育が困難なまま、これを持たないと判断された者は、介護職不適応と烙印を押されかねないであろうし、介護の質の向上には結びつかない。動機論は心理学ではすでに大きな位置を占めており中心的な存在であると思う。筆者が論じることができるとするならば、介護現場において見てきた、素朴な、介護職員の行動から、人間性と動機性をヒューマニスティックな側面から考察し、「気付き」の定義の根拠としたい。

2. 3 介護場面から考察する介護者の動機性と人間性とは

2. 1で記したエピソードを再度、この側面から考察したい。先述したように「介護の質」を構成する要素は全て知識を基礎とした技術の実践という行動であると説いた。利用者を知ることも適した介護を行うための情報収集と分析の過程といえる。では介護者の動機性と人間性が如何にして関連しているのであろうか。それは、介護者自身の自己実現である。再度、メイヤロフ(1971)の言葉を引用したい。《他者が成長していくために私を必要とするというだけでなく、私も自分自身であるためには、ケアの対象たるべき他者を必要としているのである》。

KKDというキーワードが介護を実践する動機に関係し、またその性質の姿と考える。「経験」から発生した「勘」は、利用者が何かの欲求を満たすために収集行動をとっていると仮定したことである。そう考えるのは何人もの認知症高齢者と関わ

り、様々な周辺症状として表出する行動を見てきたからである。その閃きともいえる仮説がアセスメントを行った大きな動機の性質である。そして介護実践を行い、またそれを利用者とともに楽しむといった行為が、介護者の人間性を刺激し、更にそれを求め、休日に自身の運転で利用者とは外出するという企画を、「度胸」を表出し、上司に説得させた。利用者を介護の対象としてだけではなく、奉仕の精神だけではない、共に過ごしたいという感情を利用者に注ぎたくなつたのではないだろうか。利用者の要求に応える喜びからくる快感、介護者自身の自己実現のための欲求が、人間愛を生み、それに包まれた人間性と動機性を介護行動に溶け込ませている。

2. 4 両者の関係性について

1. と2. において「介護の質」と「気付き」を考察したわけだが、この両者は常に附属していなければならない。時と場合により、どちらかが主となり一方が附属する。それが相乗効果を生み、それら個々を豊かにする。「気付き」をもとに「介護の質」を利用者に実践する。月並みではあるが利用者の“ありがとう”や満たされた反応が、そして介護過程における評価のプロセスで判明した、正当性が介護者自身を喜ばせ、充実感を与え、そして「気付き」と「介護の質」がより高次なものになることを求めるのである。また、利用者の喜びから得られた介護者の充実感の他に、介護の場面においては危険の認知による安全の提供といった例もある。これも両者の相乗効果によってなされる介護実践である。知識から得られた危険因子を判断し、動機性が技術をもって、安全を確保するという実践力を与えるわけである。こういった介護実践の過程と蓄積が介護者の介護観を豊かなものにする。介護福祉士の専門性とは、「気付き」と「介護の質」の相乗効果により生み出された結果ともいえる、豊かな介護観(図3)そのものである。

3 目指すべき介護の質について～定義の見直しと新カリキュラムから

1. でも記述したように、定義の見直しの背景にあるのは高度化・多様化するニーズへの対応の重要性から、「心身の状況に応じた介護」という文言に改められた。高齢者介護における高度化・多様化したニーズとは特に認知症の方への専門性の高い個別ケア、また予防からターミナルケア、そしてそういった方々の尊厳を支えることだと考えられる。それは、介護サービス受給者の重度化が理

図 3

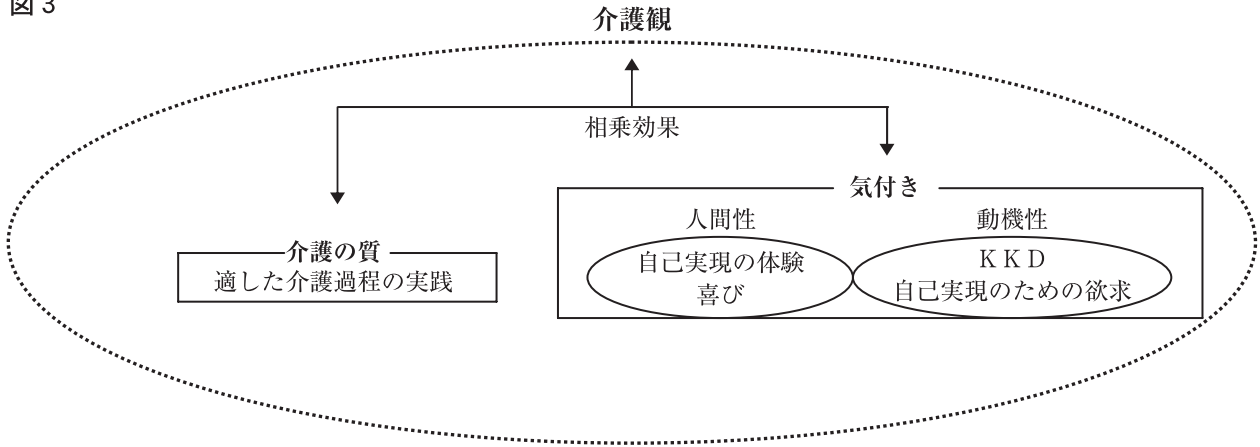
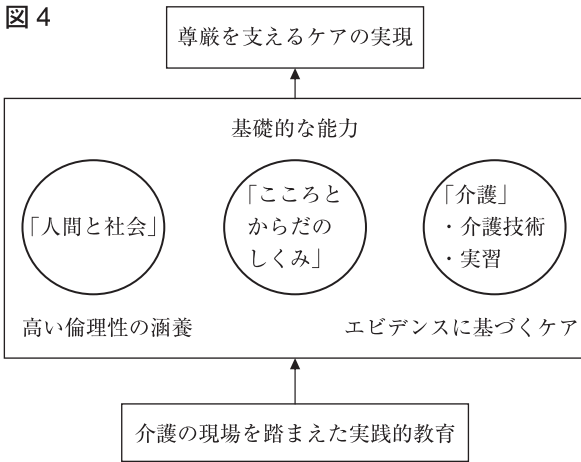


図 4



由といえよう。厚生労働省の、平成19年度5月審査分における受給者の要介護状態区分の変化の調査結果では、「要介護2」から「要介護4」のそれぞれの要介護区分で軽度化よりも重度化の割合が高くなっている。この要介護度の重度化に伴い求められるニーズは様々であるが、本論文では認知症ケアとターミナルケアの両者に焦点を置き、修得すべき介護の質について新カリキュラムから考察する。

3. 1 認知症の介護

介護福祉士の養成のための新カリキュラムは、尊厳を支えるケアの実現という目標に向かって、「人間と社会」「介護」「こころとからだのしくみ」といった3領域(図4)に大きく区分される。認知症の介護における教育内容を見てみると、「こころとからだのしくみ」という領域の中に《認知症の理解》という大項目が存在している。本学ではこれを受けて、「認知症の理解Ⅰ」「認知症の理解Ⅱ」といった科目名で教育を行う予定である。

旧カリキュラムにおいては、「形態別介護技術」という科目での教育が主であった。だが新カリキュラムにおいては先述した領域におけるものと、「介護」領域における演習科目とされる「生活支援

技術”において、人間の生活機能をつかさどる各活動(介護)場面に照らし合わせた、認知機能低下のある利用者に対する介護技術が、教育内容として盛り込まれている。まだテキストが刊行されていない状態であるので想定される、又、本学において必要とした概要を見ながら考察したい。

“認知症の理解Ⅰ”では、医学的な側面から認知症のメカニズムや症状を理解するといった内容になっている。これは正しく「介護の質」を構成する知識の修得である。“認知症の理解Ⅱ”においては、認知症のケア理念・歴史から、こころの理解、そして生活機能面での介護のあり方を学ぶ構成になっている。特に、こころを理解することにより「気付き」への活力ともなりえる。

“生活支援技術”では、ICFの視点でいう、活動場面における技術の習得が目的である。住・移動・食事・入浴・排泄といった活動場面での具体的な介護技術を修得する。この学びは、介護実践時の身体的援助のほかに、介護過程における計画立案の段階で、より適した介護方法の見極めの活力となる。

この2科目構成は、旧カリキュラムには無かった教育展開であり、認知症介護における「気付き」を構築していくものである。認知症の介護は、経験や感覚だけでの実践では不十分である。中核症状を理解し、周辺症状を把握する。そして認知症利用者個人の人間像を捉える必要がある。その上での尊厳を守る介護過程の実践が、認知症利用者への介護の質なのである。

3. 2 ターミナルケア

新カリキュラムにおけるターミナルケアの学びは、「人間と社会」「こころとからだのしくみ」「介護」の全ての領域にある。

「人間と社会」においては基礎となる豊かな人間性を養う科目ともいえる“人間の理解”、そして選

扱科目ではあるが、“生と死の人間学”である。これらの科目は後に述べる、ターミナルケアに重要な役割をもたらすための要素を学ぶことができる。「こころとからだ」の領域においては、本学でいう“こころとからだのしくみⅣ”の中で終末期における身体的な機能の変化とこころの変化を理解する。「介護」領域の中の“生活援助技術Ⅴ”においてターミナルケアの意義・目的を理解し、利用者の尊厳を考え、終末期における手技的な介護技術を修得する内容となっている。ともにターミナルケアについては養成教育の最終段階での学習となる。それは人間の尊厳を守るための概念が必要であり、高次な部分であるからである。このターミナルケアに関しては人間観・死生観・介護観を持ち合わせる必要がある。

筆者は特別養護老人ホームでの介護を行っていた。平均介護度が4.1といた入居者の生活の場である。言ってみれば毎日が“死”と隣り合わせであり、日常の介護がターミナルケアといっても過言ではない。

ある女性入居者が終末期であると判断された。実践され、多くの若い職員が関わった。カンファレンスを繰り返し、対応などが吟味された。若い職員は、「自身が夜間勤務のときに何かあったらと考えると不安」と、涙ながらに話した。結局は入院のため病院搬送を行い、その入居者は最後のときを住み慣れた施設ではなく、搬送先の病院で迎えた。やはり迎えに行こう、と話し合ったときには遅かった。職員は悔やんだ。その処置室の冷たいベッドが入居者の望んだ最後の場だったのか。当時、議論が繰り返された。そしてその経験から、充実したターミナルケアを目指し、奮闘が今でも成されていると聞く。

“死”という言葉の意味は「生気がない」「生・活の反対の意」である。“活”生きてはたらくことを終えることである。方波見康雄(2006)の著書『生老病死を支える』にはこう表現されている。“いのちの完成”と。こういった表現に出逢えば、終わりではなく“完成”という状態を目指し介護実践が行えるのではないか。「終わってしまった」「終わらせてしまった」と考える必要はないのである。“いのちが仕上がった”そう考えればよいのである。

それでは死を“いのちの完成”という理解をすれば、考えなければならないターミナルケアの課題は、いかに“完成”させることができるかということに焦点を合わせなければならない。「いい人生だった」と、心から思ってもらえるような「介

護の質」が必要になってくる。徹底したアセスメントと、正確な介護実践、気付きが重要である。そして先にも述べたようにその為には、介護者の死生観や介護観がその「介護の質」に溶け込んでいる必要がある。その教育を担うのが「人間と社会」における“人間の理解”“生と死の人間学”であろう。

4 介護福祉士の目指すべき介護とは

「介護の質」とはまず利用者を知ることと何度も述べてきた。その為、特に介護技術の面においては、利用者の体験が重要である。「気付き」とは人間性と動機性であると説いた。そして動機性を活発にするものとして、KKDという要素を述べた。これ等が動機性ともいえる自己実現への欲求を後押しするのである。就労前の学生がこれ等を学ぶためには実習とともに、介護技術などの展開の際は必ずモデルとなり、利用者の疑似体験をすることが重要である。利用者の不都合さ・ニーズ・気持ちなど、これ等を深く考え、理解することにより、そこから生じた動機が、適した介護実践を目指そうとするのである。

介護福祉士の目指すべき介護とは、利用者を理解し、適した介護過程を実践する「介護の質」と、人間性と動機性からなる「気付き」の相乗効果により生み出された、介護の専門性ともいえる介護観を形成し、追究し続けることである。

5 おわりに

アリストテレスの倫理的な説の中に、幸福について述べられた一文を見たことがある。a kind of activity 彼の説は、人間の行為は幸福を目指しているが、活動の類の1つである。幸福は幸福感のみではなく、能力の十分な発揮による、卓越性に即した活動であると。介護福祉士にとっても、介護実践の能力を十分に発揮することが、介護者の幸福なのではないだろうか。その繰り返しが深い介護観を形成していくと思う。

介護の現場では、まだまだ不明確のまま活用している言葉が多いように思う。筆者の今後は、介護観の追究とともに、そういった語群を明確にし、また可視化していくことを課題としていきたい。「介護に向いていないのでは・・・」と曖昧なまま介護の世界から離れていく人たちの、少しでも立ち止まる動機になればと考える。

謝辞

本論分の執筆にあたり、日ごろから影響を与えてくださる介護福祉士や諸先輩方々、そして学生の皆さんと同僚の先生方に、心から感謝申し上げます。

注

- 注1 過激なさま。極端なさま。急進的なさま。
根本的。根源的。
- 注2 実利的。实际的。実用主義的。実利主義的。
- 注3 認知症の症状に注目するのではなく、あくまでその人に注目する概念。
- 注4 動機(人が意志を決めたり、行動を起こしたりする直接の原因)と成りえる性質のもの・要素、また動機のような性質なもの、という意で使用させていただく。

参考文献

- 青木新門(2006)定本『納棺夫日記』桂書房
- 上田 吉一(1983)『動機と人間性』誠信書房
- E・ゴッフマン(1985)『出会い』-相互行為の社会学-誠信書房
- 小澤 勲編集(2006)『ケアってなんだろう』医学書院
- 方波見康雄(2006)『生老病死』を支える-地域ケアの新しい試み-岩波新書
- 高田三郎訳(1973)アリストテレス 二コマコス倫理学(下)岩波文庫
- ミルトン・メイヤロフ(1971)『ケアの本質』-生きることの意味-ゆるみ出版
- 厚生労働省 介護福祉士養成課程における教育内容等の見直しについて
- 厚生労働省 平成19年度 介護給付費実態調査

With the Senior Citizen Care that the Care Worker should aim at ~Quality of the Care / To be with Mind in the Care~

Wataru MOURI

Toyama College of Welfare Science

Appearing notices it with quality of the care for "a certain the care worker education belonging to mind" for the main subject; is; define a relationship; with the law revision considered an ideal method of the care that the care worker should have aimed at while having a glimpse of the contents of the curriculum newly, and was visible, and did it.

The quality of the care is the practice of the suitable care process, and it is human nature and the motive characteristics that are rich to be with mind. And it is outlook on care to occur by synergy of both. Continuation and the formation of the investigation of the outlook on the care are the specialty itself that the care worker should aim at.

Keyword: Quality of the care / To be with mind in the care, Motive characteristics and human nature, KKD, A new curriculum, Outlook on care

上部消化管内視鏡検査における不安に関する検討 —意識下鎮静法との比較を通して—

河相てる美¹⁾ 岩城 直子²⁾ 田中三千雄³⁾

1) 富山福祉短期大学看護学科 2) 石川県立看護大学看護学部 3) 富山大学名誉教授
(受付2008年9月30日)

要旨

上部消化管内視鏡検査を受ける患者の不安について、自己評定質問紙のSTAI (State-Trait Anxiety Inventory)の日本語版を用いて心理テストを行い検討した。本研究では、検査予約の際に意識下鎮静法について説明と同意の上で検査に望んだ場合には、上部消化管内視鏡検査の不安を軽減できるか否か、また、性別、年齢、過去の上部消化管内視鏡検査の経験回数と不安との関連について明らかにすることを目的とした。その結果、患者が自ら意識下鎮静法を希望しても、また意識下鎮静法を行うと検査中の苦痛は少ないと説明を受けても、上部消化管内視鏡検査に対する検査前の患者の不安は軽減されないことが明らかとなった。また、女性は男性に比べ、60歳以下は61歳以上に比べ、初回の患者は検査経験3回目以上に比べ、上部消化管内視鏡検査に対する不安が強いことが示唆された。

キーワード：上部消化管内視鏡検査 意識下鎮静法 不安

I 緒言

上部消化管内視鏡検査は、上部消化管疾患の診療において必要不可欠な検査である。内視鏡検査を受ける動機には大きく分けて2種類あり、一つは腹部症状の解明のためであり、もう一つは検診目的のためである。症状がある場合にはその診断と治療が目的であり、患者はあまり抵抗なく検査を受けるが、症状がなく検診目的の場合は、内視鏡検査に対する抵抗が多い¹⁾。上部消化管内視鏡検査はスコープの経口挿入による嘔吐反射や咽頭部の圧迫感、消化管の過伸展や牽引による検査中の胃部不快感などが原因となり恐怖感と身体的苦痛を伴うため、患者は検査前から精神的な不安を感じやすい。不安や苦痛を軽減するため、前処置として咽頭麻酔や意識下鎮静法が行われている。

これまでに上部消化管内視鏡検査受診者の不安について報告されている^{2) - 4)}が、意識下鎮静法による上部消化管内視鏡検査は患者の不安を軽減するのか、また、どのような背景の患者において不安が強いのかについて明らかにしている研究は見当たらない。そこで本研究においては、検診目的の患者を対象に、検査予約の際に意識下鎮静法について説明と同意の上で検査に望んだ場合には、上部消化管内視鏡検査の不安を軽減できるか否か、また、性別、年齢、過去の上部消化管内視鏡検査回数と不安との関連について明らかにすることを目的とした。

II 研究方法

1. 用語の定義

本研究における意識下鎮静法とは、医師が鎮静剤の静脈注射によりVerrillの徴候⁵⁾(上眼瞼が半分下垂した眠たそうな表情)の有無を観察し、鎮静効果が得られた状態のことである。

STAIとは、不安を状態不安と特性不安の両面から測定することを目的として、開発された質問紙法による不安尺度である⁶⁾。STAIは測定時点での不安の強さを示す状態不安尺度と性格特性としての不安になりやすさを示す特性不安尺度の2尺度で構成されている。本研究における状態不安は、上部消化管内視鏡検査受診時の今現在の心理状態を示し、特性不安は、上部消化管内視鏡検査を予約する前の日常の心理状態を示す。

2. 調査対象

年間約2500件以上の上部消化管内視鏡検査を行っている3施設にて、平成16年5月から8月の間に上部消化管内視鏡検査を受けた患者を対象とした。患者は201名(鎮静剤投与群101名、鎮静剤非投与群100名)個々の患者の希望に基づいて、鎮静剤投与群と鎮静剤非投与群に分けた。全ての施設にて鎮静剤投与群と鎮静剤非投与群両方の患者を調査した。尚、対象の検査は、通常の観察目的の上部消化管内視鏡検査とし、治療内視鏡や緊急内視鏡は除外した。不整脈や虚血性心疾患等の循環器疾患や呼吸器疾患、その他の重篤な基礎疾患を有する患者は除外した。抗精神薬内服中の患者も除外した。

3. 方法

1) 患者の背景因子の把握

検査前に上部消化管内視鏡検査予定の患者全員のカルテと検査依頼書より上記の除外例を検討し、その他の患者で同意の得られた対象者の性別、年齢、上部消化管内視鏡検査経験の有無、合併症の有無、上部消化管内視鏡検査の目的、鎮静剤使用の有無をカルテと検査依頼書より収集し把握した。

2) 前処置

両群とも前処置としてジメチコン（商品名ガスコンドロップ®）を服用し、2%塩酸リドカイン（商品名キシロカインビスカス®）5mlを咽頭部に含んでもらい、5分ほどしてから吐き出してもらった。その後、検査台に臥床し、鎮静剤投与群はベンゾジアゼピン系鎮静剤であるジアゼパム（商品名セルシン®）を5～10mg 静脈注射した。

3) 上部消化管内視鏡検査施行医の条件

内視鏡施行医師は、医師の技術的な差を少なくするため、日本消化器内視鏡学会が認定した専門医の3名に限定した。

4) 内視鏡検査当日の心理テスト

上部消化管内視鏡検査当日、前処置を行う前の待ち時間を利用して心理テストの記入を依頼した。心理テストはSpielberger⁷⁾によって作製された自己評定質問紙のSTAI (State-Trait Anxiety Inventory)の日本語版⁸⁾を用いた。STAIのForm Xは、項目1～20が状態不安尺度(X-1)で項目21～40が特性不安尺度(X-2)である。4段階尺度で各項目について自己評定するもので、項目1～20の合計点が状態不安尺度得点、項目21～40の得点合計点が特性不安尺度得点である。両尺度の得点範囲はともに20点から80点であり、ともに点数が高いほど不安状態は強いと判定した。状態不安尺度により上部消化管内視鏡検査受診時の心理状態を評価し、特性不安尺度により日常の心理状態を評価した。患者の答えを点数化し、精神的状態を評価した。評価段階基準は両尺度ともにI（非常に低い）、II（低い）、III（普通）、IV（高い）、V（非常に高い）である。心理テストには性別、年齢、調査日を記入してもらった。

STAIは手術を受ける患者の不安⁹⁾や上部消化管内視鏡検査における不安調査研究^{10) - 11)}に用いられてきた。そこで本研究でもこの心理テストを用いた。

5) 解析方法

鎮静剤投与群と鎮静剤非投与群との2群に分け、状態不安尺度の得点と特性不安尺度の得点をt検定にて解析した。次に性別、年齢、過去の上部消

化管内視鏡検査回数と状態不安尺度の得点と特性不安尺度の得点についてt検定および一元配置分散分析にて解析した。統計処理にはSPSS for Windows 12.0Jを使用し、有意水準は5%未満とした。

4. 倫理的配慮と手続き

対象者には、研究内容を文章にして口頭で伝えた。回答に協力しなくても、不利益になることは全くないこと、回答用紙は責任者のみによって取り扱われ統計処理終了後焼却すること、患者一人一人の回答内容が外部に漏れることはないこと、回答の内容は、多数の患者のものをまとめて統計処理をすることのみに利用されること、一旦回答されても、希望があれば後ほど回答を撤回できることを説明した。その上で、署名による同意を得た。以上のような倫理的配慮の基で研究を行う事については、真生会富山病院の倫理委員会の承認と3つの施設内の内視鏡部門の責任者医師の同意を得た上で実施した。

III 結果

1. 対象者の概要

対象者の総数は201名であり、性別では男性108名(53.7%)、女性93名(46.3%)、年齢は40歳以下が53名で平均年齢 30.9 ± 6.2 歳(26.4%)、41歳～60歳が79名で平均年齢 51.7 ± 5.3 歳(39.3%)、61歳以上が69名で平均年齢 68.3 ± 4.9 歳(34.3%)、過去の上部消化管内視鏡検査回数は、初回65名(32.3%)、2回目33名(16.4%)、3回目以上103名(51.3%)であった。

鎮静剤投与群101名は、男性52名(51.5%)、女性49名(48.5%)、年齢は40歳以下25名(24.7%)、41歳～60歳42名(41.6%)、61歳以上34名(33.7%)、検査回数は初回30名(29.7%)、2回目18名(17.8%)、3回目以上53名(52.5%)であった。鎮静剤非投与群100名は、男性56名(56%)、女性44名(44%)、年齢は40歳以下28名(28%)、41歳～60歳37名(37%)、61歳以上35名(35%)、過去の上部消化管内視鏡検査回数は初回35名(35%)、2回目15名(15%)、3回目以上50名(50%)であった。(表1)

2. 検査前の心理テストの結果

1) 状態不安について

Iの非常に低いが2名(1.0%)、IIの低いが29名(14.4%)、IIIの普通が51名(25.4%)、IVの高いが60名(29.9%)、Vの非常に高いが50名(29.4%)であった。

鎮静剤投与群では、Iの非常に低いが1名(1.0%)、IIの低いが10名(9.9%)、IIIの普通が30名

表 1 対象者の基本属性

項目	カテゴリー	全体 (%) n = 201	鎮静剤投与群 (%) n = 101	鎮静剤非投与群 (%) n = 100
性別	男性	108 (53.7%)	52 (51.5%)	56 (56%)
	女性	93 (46.3%)	49 (48.5%)	44 (44%)
年齢	40歳以下	53 (26.4%)	25 (24.7%)	28名 (28%)
	41歳～60歳	79 (39.3%)	42 (41.6%)	37名 (37%)
	61歳以上	69 (34.3%)	34 (33.7%)	35名 (35%)
検査回数	初回	65 (32.3%)	30 (29.7%)	28名 (28%)
	2回目	33 (16.4%)	18 (17.8%)	37名 (37%)
	3回以上	103 (51.3%)	53 (52.5%)	35名 (35%)

(29.9%)、Ⅳの高いが30名 (29.9%)、Ⅴの非常に高いが30名 (29.9%) であった。

鎮静剤非投与群では、Ⅰの非常に低いが1名 (1.0%)、Ⅱの低いが19名 (19%)、Ⅲの普通が21名 (21%)、Ⅳの高いが30名 (30%)、Ⅴの非常に高いが29名 (29%) であった。(図1)

2) 特性不安について

Ⅰの非常に低いが5名 (2.5%)、Ⅱの低いが29名 (14.4%)、Ⅲの普通が83名 (41.3%)、Ⅳの高いが60名 (29.9%)、Ⅴの非常に高いが24名 (11.9%) であった。

鎮静剤投与群では、Ⅰの非常に低いが1名 (1.0%)、Ⅱの低いが16名 (15.8%)、Ⅲの普通が40名 (39.6%)、Ⅳの高いが31名 (30.7%)、Ⅴの非常に高いが13名 (12.9%) であった。

鎮静剤非投与群では、Ⅰの非常に低いが4名 (4.0%)、Ⅱの低いが13名 (13%)、Ⅲの普通が43名 (43%)、Ⅳの高いが29名 (29%)、Ⅴの非常に高いが11名 (11%) であった。(図2)

3. 鎮静剤投与群と鎮静剤非投与群のSTAIの比較

状態不安尺度の得点は鎮静剤投与群では平均値が 43.61 ± 10.41 、鎮静剤非投与群では平均値が 43.79 ± 10.98 であり、両群間に有意差を認めなかった。

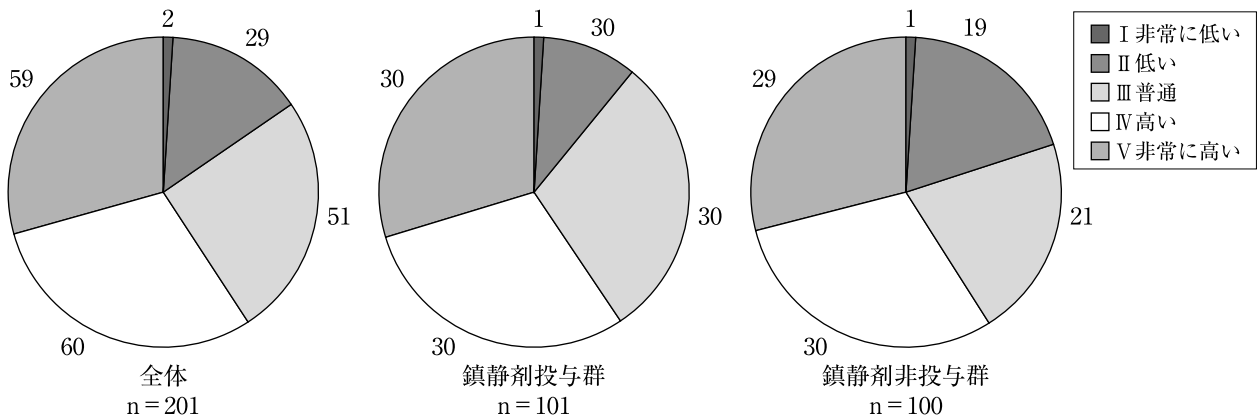


図 1 状態不安

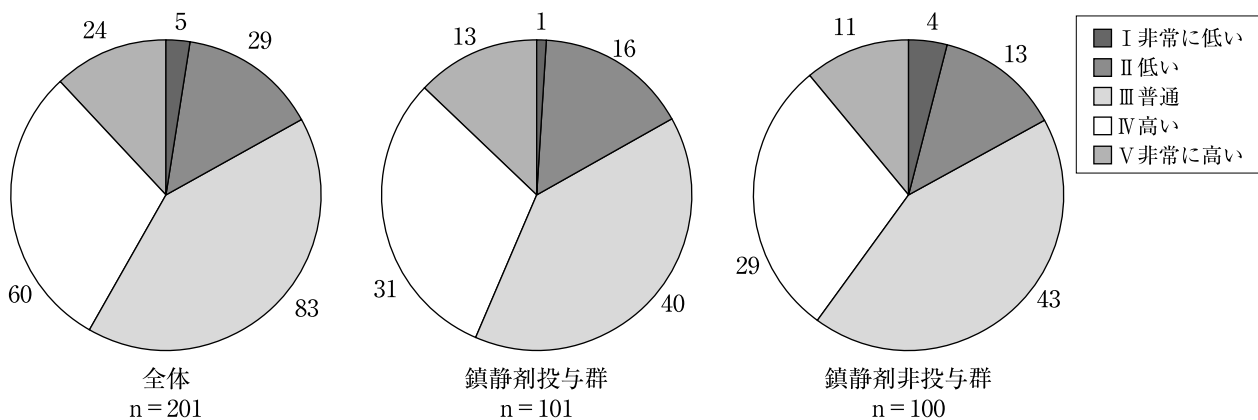


図 2 特性不安

特性不安尺度の得点は鎮静剤投与群では平均値が42.74 ± 10.73、鎮静剤非投与群では平均値が42.26 ± 10.02であり、両群間に有意差を認めなかった。

4. 基本属性とSTAIとの関係

状態不安尺度の得点も特性不安尺度の得点も、鎮静剤投与群と鎮静剤非投与群との間に有意差を認めなかったため、全症例(201名)を対象にし、性別、年齢、検査受診回数と状態不安尺度の得点との関係、性別、年齢、検査受診回数と特性不安尺度の得点との関係を解析した。(表2)

1) 性別とSTAIとの関係

状態不安尺度の得点の平均は男性(108名)41.24 ± 9.94、女性(93名)46.56 ± 10.08であった。両者の間には有意差を認めた(p < 0.001)。

特性不安尺度の得点の平均は男性(108名)42.17 ± 10.75、女性(93名)42.89 ± 9.93であった。両者の間には有意差を認めなかった。

2) 年齢とSTAIとの関係

40歳以下の状態不安尺度の得点は28~71点(平均47.68 ± 8.81)、41歳~60歳は27~71点(平均44.47 ± 10.29)、61歳以上は22~66点(平均39.00 ± 10.56)であった。40歳以下、41歳~60歳と61歳以上の間に有意差を認めた(p < 0.05)。

40歳以下の特性不安尺度の得点は25~71点(平均47.62 ± 10.57)、41歳~60歳は23~71点(平均44.35 ± 9.08)、61歳以上は22~53点(平均36.43 ± 8.60)であった。40歳以下、41歳~60歳と61歳以上の間に有意差を認めた(p < 0.05)。

3) 過去の上部消化管内視鏡検査回数とSTAIとの関係

初回の状態不安尺度の得点は25~71点(平均48.06 ± 10.19)、2回目は24~66点(平均44.27 ± 10.68)、3回目以上は22~66点(平均40.77 ± 10.07)であった。初回の患者と3回目以上の患者との間に有意差を認めた(p < 0.05)。

初回の特性不安尺度の得点は22~68点(平均

44.15 ± 9.80)、2回目は22~71点(平均43.52 ± 12.86)、3回目以上は23~77点(平均41.14 ± 9.71)であった。過去の上部消化管内視鏡検査回数と特性不安尺度の得点との間には有意差を認めなかった。

IV. 考察

1. 鎮静剤投与群と鎮静剤非投与群との比較

状態不安尺度の得点は鎮静剤投与群と鎮静剤非投与群において、有意差を認めなかった。今回の調査では意識下鎮静法の選択は、患者の希望または外来にて上部消化管内視鏡検査を予約する際に医師より鎮静剤の静脈投与の説明を受け、承諾書に署名した患者であった。意識下鎮静法により検査を行うため、患者の不安や緊張感は軽減するだろうと考え、鎮静剤投与群は鎮静剤非投与群に比べ、状態不安尺度の得点が低いと予想した。しかし、両群の間には有意差を認めなかった。つまり、患者が自ら意識下鎮静法を希望しても、また意識下鎮静法を行うと検査中の苦痛は少ないと説明を受けても、上部消化管内視鏡検査に対する患者の不安は軽減されないことが明らかとなった。上部消化管内視鏡検査は患者に対して侵襲的検査であり、患者の精神的不安は大きいと考えられた。西川¹²⁾は、検査前、患者に対して鎮静法や検査前後について説明することは、薬物投与のみより患者の不安を軽減すると述べている。看護師は検査前に食事や内服薬の説明のみではなく、鎮静法や検査前後について説明を加え、患者の精神的準備が良好となるためのオリエンテーションの工夫が必要であると思われる。

また、特性不安尺度の得点も鎮静剤投与群と鎮静剤非投与群において、有意差を認めなかった。不安傾向の強い患者が意識下鎮静法を希望すると予測したが、意識下鎮静法の選択に日常の心理状態は関与しないと考えられた。

2. 基本属性とSTAIとの関係

表2 STAIと基本属性との関係

項目	カテゴリー	状態不安		特性不安	
		Mean	±SD	Mean	±SD
性別	男性	41.24	±9.94	42.17	±10.75
	女性	46.56	±10.08		
年齢	40歳以下	47.68	±8.81	44.35	±9.08
	41歳~60歳	44.47	±10.29		
	61歳以上	39.00	±10.56		
検査回数	初回	48.06	±10.19	44.15	±9.80
	2回目	44.27	±10.68		
	3回以上	40.77	±10.07		

n.s : no significant * : p<0.05 *** : p<0.001

今回の心理テストの結果からは、女性は男性に比べ、60歳以下は61歳以上に比べ、初回の患者は検査経験3回目以上の患者に比べ状態不安尺度の得点は高く、検査前の不安が強かった。性格特性として不安になりやすさを示す特性不安尺度の得点では、60歳以下は61歳以上に比べ有意に得点が高かった。大塚ら¹³⁾のストレス体験の調査によると若年者ほどストレスを感じやすく、年をとるにつれてストレス体験を挑戦と感じたり困惑したりすることが少なくなると述べている。瀬川ら¹⁴⁾は内視鏡初回受診者は検査経験者より状態不安尺度は高く、検査時における緊張状態が一層高かったと報告し、柴山ら¹⁵⁾は検査前の不安は初めて検査を受ける患者で最も高く、検査の経験回数が増えるほど不安は低下したと報告しており、彼らの研究を支持する結果であった。また、LaniusZら¹⁶⁾やLevyNら¹⁷⁾は、はじめて内視鏡検査を受ける患者に対して、詳細な説明のみでは、不安を十分に軽減させることができない事を報告している。SomaY¹⁸⁾らは初回検査を受ける人で特性不安スコアが高スコアな人は、内視鏡検査の耐性が低く、特性不安は患者苦痛の予測因子となりうると述べている。上部消化管内視鏡検査前の看護として、内視鏡検査に対する患者の不安を緩和することは大切である。個別的な看護を行うために患者の性別、年齢、過去の検査回数などの情報収集を行い、特に初回の患者は内視鏡挿入に対して不安や緊張が強いので、どのような不安をもっているのかを把握し、必要かつ十分に説明し、安心できるように援助する必要がある。また患者は緊張のために動揺していることもあるので、患者に合わせてわかりやすく納得できるように説明しなければならない。不安が強い患者には異常な緊張を取るために検査開始前に深呼吸を促し肩の力を抜いてリラックスさせることが大切である。不安や緊張を緩和するために検査室にBGMをかけたり、入室後は声かけを多くして患者を一人にしないなどの配慮も大切である¹⁹⁾。本研究では性別や年齢、過去の検査回数において検査前の不安が強い対象者の背景が明らかとなった。このように不安が強いと思われる患者には精神的な援助を考慮した看護が必要であると考えられた。

V. 結語

上部消化管内視鏡検査を受けた201名の患者を対象に自己評定質問紙のSTAI(State-Trait Anxiety Inventory)の日本語版を用いて心理テストを行い、不安について検討した。検査予約の際に意

識下鎮静法について説明と同意の上で検査に望んだ場合には、上部消化管内視鏡検査の不安を軽減できるか否か、また、性別、年齢、過去の上部消化管内視鏡検査の経験回数と不安との関連について明らかにすることを目的として調査を行い、以下の結果を得た。

1. 状態不安尺度の得点は鎮静剤投与群と鎮静剤非投与群において、有意差を認めなかった。
2. 特性不安尺度の得点は鎮静剤投与群と鎮静剤非投与群において、有意差を認めなかった。
3. 女性は男性に比べ、60歳以下は61歳以上に比べ、初回の患者は検査経験3回目以上の患者に比べ、状態不安尺度の得点が有意に高かった。
4. 60歳以下は61歳以上に比べ、特性不安尺度の得点が有意に高かった。
5. 上部消化管内視鏡検査を受ける患者の看護として、意識下鎮静法の有無に関わらず、状態不安尺度が高いと思われる背景をもつ患者には、特に不安や緊張を緩和するための看護が必要である。

謝辞

調査にご協力いただきました対象者の皆様に深く御礼を申し上げます。また、調査施設の医療スタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

尚、本研究の内容の一部は第32回日本看護研究学会学術集会以て発表した。

引用文献

- 1) 峯徹哉：内視鏡のためのsedation 内視鏡とsedation 安全との兼ね合い—是か非かを含めて、消化器内視鏡 10(4)：405-408, 1998.
- 2) 瀬川昂生, 有沢富康, 丹羽康正, 鈴木隆史, 後藤秀実, 土田健史, 石原明良, 塚本純久, 山雄健次, 中澤三郎：上部消化管内視鏡検査受診者の心理的負担についての研究. Gastroenterological Endoscopy 32(10)：2366-2372, 1990.
- 3) 芝山幸久, 中野弘一, 坪井康次, 筒井末春, 毛利勝昭, 上井一：上部消化管内視鏡検査を受けた患者の持つ不安および苦痛に関する検討. 心身医療 17(10)：65-71, 1995.
- 4) 三木圭子, 藤井光代, 稲葉知己, 高島佐代子, 松田奈津美, 河合公三：上部消化管内視鏡検査における患者心理評価と検査受容度に関

- する検討. 日本看護学会誌 12(1) : 13-19, 2003.
- 5) 見崎徹 : 歯科口腔外科領域の麻酔臨床に役立つ麻酔読本 : 381-402, 1998.
 - 6) 曾我祥子 : STAI(The State-Trait Anxiety Inventory)について. 看護研究 17(2) : 11-2, 1984.
 - 7) Spielberger C.D: Conceptual and methodological issues in anxiety research. In Spielberger C.D (Ed.) Anxiety: Current trends in theory and research. New York, Academic Press 2: 481-493, 1972.
 - 8) 中里克治, 水口公信 : 新しい不安尺度STAI 日本版の作成 - 女性を対象とした成績. 心身医療 22(2) : 108-112, 1982.
 - 9) 長澤美佐子, 北井朋美, 中村美知子 : 手術を受ける患者の術前後における不安の変化. 山梨医大紀要 19 : 97-100, 2002.
 - 10) Soma Y, Saito H, Kishibe T, Takahashi T, Tanaka H, Munakata A: Evaluation of topical pharyngeal for anesthesia for upper endoscopy including factor associated with patient tolerance. Gastrointestinal Endoscopy 53(1) : 14-18, 2001.
 - 11) 前掲書 2), p2370.
 - 12) 西川俊昭 : 検査時の鎮静・鎮痛の実際. 検査・小手術の鎮静法と鎮痛法, 並木昭義編, p51, 真興交易(株)医書出版部, 東京, 2001.
 - 13) 大塚泰正, 島津明人, 田中健吾 他 : ストレス心理学. 小杉正太郎編, pp172-174, 川島書店, 東京, 2002.
 - 14) 前掲書 2), p2371.
 - 15) 前掲書 3), p70.
 - 16) Lanius M, Zimmermann P, Heegewaldt H, Hohn M, Fischer M, Rohde H : Dose an information booklet on gastrointestinal endoscopy reduce anxiety for these examination? Results of randomized study with 379 patients. Z Gastroenterol 28 (12) : 651-655, 1990.
 - 17) Levy N, Landmann L, Stermer E: Does a detailed explanation prior to gastroscopy reduce the patient's anxiety? .Endoscopy 21: 263-265, 1989.
 - 18) 前掲書12), p17.
 - 19) 濱口恵子, 小島操子 : 消化器内視鏡看護のアセスメントと看護計画. 臨床看護 18(6) : 793-796, 1992.

Study on Anxiety associated with Upper Gastrointestinal Endoscopic Examination: A Comparison Based on Conscious sedation

Terumi KAWAI¹⁾ , Naoko IWAKI²⁾ , Michio TANAKA³⁾

1) Department of Nursing, Toyama College of Welfare Science

2) Faculty of nursing, Ishikawa Prefectural Nursing University

3) Professor emeritus, Toyama University

Abstract

Psychological tests to evaluate anxiety of patients who undergo upper gastrointestinal endoscopic examination were performed using the Japanese version of the State-Trait Anxiety Inventory. This study aimed to clarify whether patient anxiety associated with upper gastrointestinal endoscopic examination could be relieved by informing them of conscious sedation and obtaining consent to accept it when they made reservations pertaining to the examination. Moreover, this study aimed to clarify the relationship between anxiety and gender, age, and number of upper gastrointestinal endoscopic examinations previously undergone. Consequently, it was clarified that patient anxiety associated with upper gastrointestinal endoscopic examination was not relieved even when they wanted to undergo conscious sedation, and were informed that the pain during examination could be abated consequently. It was also clarified that patient anxiety associated with the examination was stronger in females than in males, at an age below 60 than that above 61, and during the first experience than following greater than 3 experiences.

Keywords: upper gastrointestinal endoscopic examination, conscious sedation, anxiety

「大河内清輝君いじめ自殺問題の再考」 －現代社会におけるこども問題を捉える視点－

富山福祉短期大学 末光 正和

(受付2008年11月4日)

要旨：

前回執筆した「現代社会におけるいじめの構図(1)－「大河内清輝君いじめ自殺事件」の考察を通して－(共創福祉、第3巻、第1号、2008年、31頁－39頁)」では、大河内清輝君の「遺書の考察」を通して、「いじめを受ける→真実を語らない→死を決断→自殺する→加害者をかばう」という図式が成立する要因を明らかにした。

一方、今回の論文では、上記の結論に至ったプロセスの「問い直し」および「再分析」を通して、「いじめを受ける→真実を語らない→死を決断→自殺する→加害者をかばう」という図式が成立する要因に関して再アプローチした。

キーワード：いじめ、自殺、遺書、自己評価、死の認識

はじめに

前回の論文「現代社会におけるいじめの構図(1)－「大河内清輝君いじめ自殺事件」の考察を通して－(共創福祉、第3巻、第1号、2008年、31頁－39頁)、以下、前回の論文とは同論文を指す」の「はじめに」のなかで、私は「現代社会におけるいじめの構図(1)とした理由について述べたいと思う。矛盾した言い方であるが、本論文だけで、いじめの構図を完全に解明することは不可能であると考えている。しかし、今回のような営みを重ねることによって可能な限りいじめの構図に接近したいという意味を込めて、現代社会におけるいじめの構図(1)とした。」と述べている。つまり、大河内君の問題だけでなく、現代のいじめ問題の本質に接近するためには、多角的視点からのアプローチに基づく「仮説の積み重ね」が必要不可欠であると考えているのである。今回の論文は基本的に上記のような思考および方向性に基づいて論じたものである。

前回の論文では、主にいじめを受け自殺した大河内君の遺書の分析を通して、大河内君のいじめ問題を生み出す構造を仮説的に提示した。

一方、今回の論文は、前回導き出した結論を批判的に検討することによって、前回とは異なる視点で大河内君のいじめ問題の構造を仮説的に提示することを目的とするものである。

当初の意向では、本論文の主題は現代社会におけるいじめの構図(2)であった。しかし、前回の論文において「大河内清輝君いじめ自殺事件」の考察自体が不十分になるため、「現代社会における

いじめの構図」につながらないという実態を招いたのではないかと考えている。結果として「現代社会におけるいじめの構図」の論述が「一般論」に終わってしまったのではないだろうか。よって、前回の反省から本論文では「大河内清輝君いじめ自殺問題」に絞って論じたいと考える。

第1章 大河内清輝君の遺書の考察

私は、前回の論文で「大河内君の遺書」の中の以下の5点に着目した(資料参照)。

第1に、「17日にも40000ようきゅうされました。だから……。でも、僕がことわっていればこんなことには、ならなかったんだよね。すみません。」という記述。問題は「すみません。」の解釈である。確かに、遺書において家族に謝罪することはよくみられることである。そのような場合、「ここまで育ててくれたのに、自ら命を絶つ」ということに対する親への謝罪というケースが多いのではないだろうか。それに対して大河内君の場合、そのような印象はあまりみられない。むしろ、お金の要求を断れなかった自己に対する罪悪感、そのことと連動して家族に迷惑をかけたことに対する謝罪のように思えてならない。そのことは「僕はもう、この世からいません。お金もへる心配もありません。一人分食費がへりました。」という文面からも理解できる。つまり、大河内君の家族に対する謝罪は、自分自身の感情に基づいた「精神的な罪悪感」というよりいわば「物質的な罪悪感」という側面が強いのではないかと。

第2に、「家にいるときがいちばんたのしかつ

た。いろんな所に、旅行につれていってもらえたと、何一つ不満はなかった。けど……。」「オーストラリア旅行。とても楽しかったね。」という記述。文面だけをみれば「家はやすらぎの場」「家族は優しくしてくれた」ということになる。しかし、家族がよくしてくれたこととして「旅行」を挙げるということに不自然さないだろうか。つまり、親から受けた愛情に満ちた出来事が書かれていないということである。確かに旅行も大河内君にとって親からしてもらった楽しい出来事だったに違いない。しかし、旅行というのはお金をかけて行なうイベント的要素が強く、例えば、「父親とキャッチボールをした」というものとは意味合いが違うように思える。すなわち、前者が「物質的要素の強い喜び」であり、後者が「精神的要素の強い喜び」ということになる。

第3に、4人のいいなりになった川でのできごとの部分をみてもらいたい。そこには「特にひどかったのが、矢作川。深い所は、水深5～6mぐらいありそう。図1みたいになってる。ここでAにつれていかれて、おぼれさせられて、矢印の方向へ泳いで逃げたら、足をつかまれてまた、ドボン。」(下線筆者)という記述。下線の部分からも理解できるように、「家族にその時の様子を正確に理解してもらいたい」という意思を感じ取ることができる。しかし、「図1」「矢印の方向」といった具体的記述の意図は、「自分はこんなに苦しい思いをしたんだ」ということを伝えることだけであろうか。

第4に、自殺の理由について書かれた部分をみてもらいたい。そこには「おばあちゃんからもらった、1000円も、トコヤ代も、全て、かれらにとられたのです。そして、トコヤは自分でやりました。とてもつらかったです。(23日)」「また今日も、2万円とられました(24日)」「そして今日は、2万円もとられ、明日も4万円ようきゅうされました(25日)」という記述。私が着目したのは「日付」が書かれている点である。大河内君が自殺したのは11月27日、つまり、自殺直前の日付である。大河内君が敢えて日付を記した理由は、日付を入れることで事実を客観的に伝えたかったからではないだろうか。

第5に、遺書の冒頭に「いつも4人の人(名前が出せなくてすみません。)にお金をとられていました。」(下線筆者)という記述。また、「家族のみんなへ」という遺書に類似する文書には「僕からお金をとっていた人たちを責めないでください。」(1)と記されている。大河内君は、自分を死に追

い込んだ加害者の名前を公表しない、さらには加害者に対して配慮までしている。しかし、大河内君は、加害者のいじめが契機となり自殺したのである。では、何故、大河内君はこのような文言を敢えて遺書に盛り込んだのであろうか。

第2章 大河内君の「行動様式を成立させる要因」に対する私の思考プロセス

前回の論文で、私は大河内君の行動を整理し、以下のように示した。

- (1) いじめを受ける
- (2) 真実を語らない
- (3) 死を決断
- (4) 自殺する
- (5) 加害者をかばう

死を決断するほど苦しいのであれば、親や教師また友人に真実を語ってもよかつたはずである(確かに復讐が怖かったかもしれないが、「己の命を絶つという重さ」から考えれば、真実を誰かに語ることは可能であつたはずである)。また、遺書においても加害者をかばうような記述がある。自分は存在しない、つまり、もういじめを受ける心配はないのである。

以上のように、大河内君の一連の行動には一貫性があるのではなく、「矛盾を内包した関係性」が存在するといえる。

私は、「いじめを受ける」→「真実を語らない」→「死を決断」→「自殺する」→「加害者をかばう」という矛盾関係を内包した図式を成立させる要因が、大河内君のいじめ問題の本質ではないかと考えたのである。

本章では、上記の図式を成立させるための仮説を導き出した「私自身の思考プロセス」を明確にしたいと考える。

まず、大河内君の遺書の中で着目した点について整理したい。

- (1) 「精神的な罪悪感」(例えば、ここまで育ててくれたのに、自ら命を絶つというような罪悪感)というよりいわば家のお金を使ってしまったというような「物質的な罪悪感」という側面が強いこと。
- (2) 旅行といったイベント性の強い、いわば物質的要素の強い家族の関わりに喜びを感じていること。
- (3) 「水深5～6mぐらいありそう」「図1みたいになってる」「矢印の方向へ泳いで逃げたら」など苦しみの様子が具体的に示されていること。
- (4) 「おばあちゃんからもらった、1000円も、トコ

ヤ代も、全て、かれらにとられたのです。そして、トコヤは自分でやりました。とてもつらかったでした。(23日)「また今日も、2万円とられました(24日)」「そして今日は、2万円もとられ、明日も4万円ようきゅうされました(25日)」というように日付が具体的に記されていること。

(5) 遺書の冒頭に「いつも4人の人(名前が出せなくてすみません。)にお金をとられていました。」というように加害者の名前を公表しない、さらに加害者に対して配慮までしていること。

(1) と (2) に関して共通しているのは、大河内君の思考が物質的要素を基準として「罪悪感」や「喜び」を感じている点である。(3) と (4) に関して共通しているのは、事実を客観的に伝えようとしている点である。このような記述をする意図として、「自分がこんなに苦しい思いをしているんだ」ということを家族に客観的に伝えたかったという解釈と共に「客観的に示さないと家族に理解してもらえない」という解釈も可能である。(5) では死を決意しているのにもかかわらず「加害者をかばっている」ように感じ取れる。自殺したらいじめられる心配もない。加害者を露骨に非難することも可能であると考えた。この記述から大河内君といじめグループとを「被害者」と「加害者」という形で単純化することに疑問を感じたのである。

(1) (2) から大河内君の家族関係は物質的要素(精神的要素と対比的関係である)が強いのではないのかと考えた。(3) (4) において「図式化」と「日付」の効果は客観性であると述べた。何故、大河内君がそこまで「客観性」にこだわったのか。上述したように「客観的に示すから理解して欲しい」というメッセージと「客観的に示さないと分かってもらえない」という家族に対する「不信感」が存在したという解釈も可能である。つまり、(1) (2) (3) (4) は「家族関係の在り方」とリンクした問題であると考えたのである。

(5) では遺書においていじめグループをかばっている。一般的に考えれば「自殺をする」→「遺書においていじめグループを露骨に非難する」と考えるのが妥当であろう。私は大河内君の「言動の矛盾」に着目した。そして、いじめグループとの関係性において「大河内君にとってのメリット」が存在したのではないかと考えたのである。その思考に基づいて、私は大河内君が加害者に対して「仲間意識」「帰属意識」のような感情を抱いていたと考えた。

つまり、大河内君が求めていたものは(1) (2)

(3) (4) における物質的要素に基づいた家族関係ではなく、精神的要素に基づいた関係だったのではないか。いじめグループとの関係において、単にいじめられる関係という断片だけでは捉えきれない要素が存在したのではないだろうか。そして、その関係性は「精神的要素」を内包するものであったと考えたのである。

私は以上のような分析に基づいて、難解にみえる「いじめを受ける」→「真実を語らない」→「死を決断」→「自殺する」→「加害者をかばう」という図式が成立するのではないかと結論づけた。

しかし、遺書の記述からだけで家族と大河内君の関係が「物質的要素に基づくものである」と断定することは難しい。加害者との関係において「精神的つながり」が存在したという私の見解も「多額のお金を請求され、暴力を頻繁に受けていた」という事実を踏まえると疑わしく感じられる。また、実際いじめが行なわれている「学校という要素」を加える必要があるだろう。

第3章 「大河内清輝君いじめ自殺問題」の仮説に対する再分析

本章では、第1章、第2章から導き出した要素も視野に入れた上で、「己自身の仮説を客観化」し、批判的検討を行ないたいと考える。

具体的には、「大河内君と家族の関係」「大河内君と加害者グループの関係」という問題に関して再分析を行ないたいと考える。加えて、いじめが実際に行なわれた「学校の実態分析」を行ないたい。

第1節 大河内君と家族の関係の再分析

私は、遺書の考察を通して「物質的要素の強い家族の関わり」と述べた。その根底には、「死を覚悟した大河内君が真実を語れない家族」「死を覚悟している大河内君の異変に踏み込み切れなかった家族」であったという認識があったからである。

そこでまず、1994年12月2日毎日新聞(大阪)の記事をみてもらいたい。「清輝君の様子がおかしくなったのは夏休み前後から。乗っていた自転車のタイヤやチェーンが切られていたり、夜遅くに泥だらけになって帰ってきたりするようになり、家族の財布の中のお金が無くなることもたびたびあった。不審に思った祥晴さん(大河内清輝君の父親:筆者注)が『いじめられて、お金を脅し取られているのでは』と問い詰めたが、清輝君は『転んだだけ。お金は自分で使った』などと言いつつ」という。

このことと関連して、9月24日に祥晴さんは学校に「清輝の自転車か8月ごろ、壊れた。いじめにあっているのではないかと」と調査を依頼している(2)。

次に、大河内君の死後、祥晴さんが書いた「清輝と同じ様に人に言えない苦しみを持っている子供達へ」(3)をみてもらい。

「今、私は清輝がなぜあんなに苦しみ悩みつらくてしかたがないのに、一人で心の中に閉じ込めてしまったかをずっと考えています。今、清輝の悲しい出来事で、学校の先生をはじめいろんな所でいろんな事をしようとしています。しかしこれは君達のつらさを本当にわかっているのだろうか、助けてやれるのだろうかかと悩んでいます。それは君達の本当の気持ちをわかってやっているのだろうかとの疑問からです。清輝が何を思っていたか・・・僕にも弱い所があった。だからそれをいうのは恥ずかしい。お父さんやお母さんに言っても本当に助けて、守ってくれるだろうか。

言ったらクラスの子や先生はどう思うだろうか・・・そんな事をいろいろと私は考えています。」(下線部筆者)

新聞の記事および学校に対する行動から理解できるように、父親である祥晴さんは清輝君に対して「無関心」であったわけではない。逆に、清輝君の様子や変化に関心を抱き、大河内君を心配していたと考える方が妥当であろう。

次に、祥晴さんは、大河内君が自殺した後においても、大河内君が悩みを一人で抱え込んだ原因を考え続けている。また、いじめを受けている子どもの辛さを理解できるかどうかを悩んでいる。加えて、「僕にも弱い所があった」というように「罪悪感」を感じている。

このような祥晴さんの言論からみられる思考から考えれば、他の家庭と比べて家族関係に問題があったと決めつけることはできないのではなかろうか。言い換えれば、大河内君の親子関係は特殊な関係ではなく、「一般的な親子関係」の範疇で捉えることが妥当ではないかと考える。

すなわち、私が論じた「物質的要素の強い家族の関わり」という傾向はあったとしても「問題のある関係」と論じるだけの根拠は存在しない。つまり、親子関係の内実がいじめ問題に発展したと判断することは難しいのではないだろうか。

第2節 大河内君と加害者グループの関係の再分析

大河内君は死を決意しているのにもかかわらず

加害者をかばっている。自殺したらいじめられる心配もない。よって、加害者を露骨に非難することも可能であると考えた。

私は、この矛盾が成立する要因として、「大河内君が加害者に対して『仲間意識』『帰属意識』のような感情を抱いていたのではないだろうか」という仮説をたてた。

しかし、大河内君はいじめグループから100万円以上のお金を脅し取られ、暴力も頻繁に受けていた。

遺書からも理解できるようにこの事実は、大河内君にとって辛い出来事であったことは間違いない。よって、大河内君は「純粋にこのグループから逃げたい」という思いを抱いていたと捉えることも可能である。

私が上記のような仮説をたてた大きな要因は、「遺書において加害者をかばっている」という想定外の行動があったからである。しかし、大河内君が受けたいじめの大きさおよび辛さから判断すれば、加害者に対して「仲間意識」「帰属意識」のような感情を抱いていたという捉え方にも疑問が残る。

第3節 学校の実態分析

学校は大河内君といじめグループが共に生活する空間である。つまり、学校はいじめの状況・内実を把握しやすい空間の1つであると考えられる。そういう意味で、この事件において「学校の実態」「学校という空間」の分析を行なう必要がある。

東部中学校の間宮衛校長は、12月8日午後遺族から求められた大河内君の行動などについての調査結果の一部を公表した(学校は「大河内君が自殺し遺書の内容が明らかになるまで『いじめ』とは認識しておらず、むしろ大河内君を『問題グループの一員』と捉えていた」ようである)。

この調査の中の3点に着目したい。

- ・9月16日・・・大河内君が保健室に来たが、養護教諭に要件をうまく伝えられなかった。視線が落ち着かず、体の動きが止まらないなど様子がおかしかった。

→養護教諭が9月17日、大河内君に「心理テスト」を実施。「安定して素直な状態」と判断したが、後日カウンセリングを受けるよう家族に勧めた。

- ・9月21日・・・大河内君が体育館で下着姿のまま走っているのを養護教諭が発

見。

→養護教諭が口頭で注意。

・10月4日・・・大河内君がけがの手当てを受け
に保健室に来た際、左ほおにあ
ざがあった。

→養護教諭があざの理由を尋ねると、大河内君は「走って防火扉
にぶつかった」と答えた。(4)

9月16日の事実から大河内君は「情緒不安定状態」であったということが理解できる。つまり、大河内君は情緒不安定になる何かを抱えていたと考えることが可能である。

9月21日の大河内君の「体育館で下着姿のまま走っている」という行動。客観的に考えて、この行動を大河内君の意思で行なっているものと判断するだろうか。

10月4日に「大河内君がけがの手当てを受けに保健室に来た際、左ほおにあざがあり、養護教諭があざの理由を尋ねると、大河内君は『走って防火扉にぶつかった』と答えた」とある。大河内君の言葉に不自然さは感じなかったのだろうか。また、左ほおのあざが防火扉にぶつかったことによるものと本当に解釈したのであるだろうか。

私は、この3点だけでも、「いじめの可能性」を疑うに値する要素が存在しているのではないかと考えている（私が取り上げた事実はたった3点であり、大河内君の異変は数多く存在したと思われる）。つまり、大河内君自身が否定していても、教師はいじめの事実を認識することができたということである。

では、生徒は認識できたか、もしくは、認識していたかという問題である。私は可能であったと考えている。「大河内君が体育館で下着姿のまま走っている」という1点を取り上げても、自分に置き換えて考えてみれば自主的にできる行動ではなく、「誰かにやらされている」→「いじめを受けている」と推察可能であると考えからである。しかし、生徒からいじめの事実を教師に伝えられることはなかった。

その理由を考えるために「いじめの構造」について考えてみたい。

グループ内の関係は、例えばリーダーが「ジュースが飲みたい」と言うと、3人が「おれも、おれも」と同調。さらに、残りの7人も同調し、最終的に大河内君が「使い走り」をさせられる図式になっていたらしい。7人の中には、中心の4人の指示で大河内君を呼びに行く役目の少年がおり、大河内君がいないときには代わりに4人からいじ

めのターゲットにされたこともあったという。(5)

この事実から、「いじめの対象=大河内君」と単純認識することは危険ではないだろうか。つまり、主犯格にとって自分達の欲求を満たすことが重要であり、「大河内君でなければならない」という認識は薄かったと思われるからである。7人のいじめグループを序列化し、7人の順位が成立している。仮に大河内君がいなければ、7番目の人物がいじめの対象になり、7番目の人物がいなければ6番目の人物がいじめの対象になるといったシステムで、いじめのターゲットが成立していくことになる。

上記の「いじめの構造」から考えて、他の生徒は自分がいじめのターゲットになることに対する「恐怖感」があったのではないだろうか。そして、その恐怖感があるが故に、大河内君のいじめの事実に対して「無関心」「傍観者」的行動をとっていたのではないだろうか。例えば、教師に真実を告げれば、大河内君に代わっていじめの対象となるのではないかという意識が働いたということである。

第4章 「大河内清輝君いじめ自殺問題」の再考

前回の論文では、「家族関係を問題」を指摘し、「いじめグループとの関係性においてプラス面が存在したこと」を根拠に、「いじめを受ける」→「真実を語らない」→「死を決断」→「自殺する」→「加害者をかばう」という図式を成立することを立証した。

本論文の第3章第1節において、大河内の親子関係は特殊な関係ではなく、「一般的な親子関係」の範疇で捉えることが妥当ではないかと述べた。

第3章第2節において、大河内君は「いじめグループから逃げたい」という思いを抱いていたとする捉え方も可能であると述べた。これは、加害者に対して「仲間意識」「帰属意識」のような感情を抱いていたという仮説を覆すものである。

第3章第3節において、大河内君が在籍していた学校の教師は、いじめの事実を疑うことは可能であったと述べた。また、生徒に関しては、自分がいじめのターゲットになることに対する「恐怖感」が存在し、「自分がいじめの対象になることを避ける」(自分の身を守る)という意識が働いたのではないかと述べた。

しかし、これらを認めれば、前回の論文で提示した「いじめを受ける」→「真実を語らない」→「死を決断」→「自殺する」→「加害者をかばう」という図式は成立しないことになる。

では、「死を決意する－誰にも真実を語らない」「遺書においても加害者をかばう」という大河内君の行動をどのように理解すればいいのであろうか。

まず、「死を決意する－誰にも真実を語らない」という点。私の意識において、「死を覚悟しているのならば、真実を語ることは比較的容易ではないか」という思い込みがあったかもしれない。しかし、「真実を語れなかった」という方が正確であろう。

「いじめグループ」が強調されるが、周囲の生徒も教師も大河内君にとっては脅威だったのではないだろうか。周囲の生徒もいじめを回避する（自分の身を守る）ための傍観者でしかなかった。また、教師も大河内君をいじめグループの一員としか認識していなかった。そのラベリングが強かったために、大河内君の言葉に傾聴する姿勢に欠けていたのではないかと思われる。つまり、大河内君にとって、「学校全体が『真実を語れない』ほどの脅威の空間」だったのではないかと考える。そして、仮に真実を話せば、さらなる恐怖が訪れるという感覚を抱いていたかもしれない。

また、遺書に「僕はもう、この世からいません。お金もへる心配もありません。一人分食費がへりました。お母さんは、朝ゆっくりねれるようになります。〇〇(弟の名)も勉強に集中できます。いつもじゃまばかりしてすみませんでした。しんでおわびいたします。」という記述がある。この部分を見て、大河内君はこのような尺度で自分という人間を捉えている、または、このような尺度でしか自分を捉えられなくなっている。つまり、一人分食費が減ることと己の自殺を結びつけ、己の自殺を肯定しているのである。この事実から大河内君は「自身の価値や評価を低く設定」していることが理解できる。このように、大河内君自身の自己評価が低ければ、真実を言えない状況が形成されやすいのではないかと考える。

また、「死に対する認識」の問題である。大河内君の遺書は長文であり、比較的淡々とした文体で論理的に書かれているという印象がある。自分の死を直前にした文章だけに支離滅裂になる可能性もあったのではないか。この冷静に見える文章自体が、逆に大河内君が「死の意味」を認識していなかったことの表れではないかと考える。つまり、死の意味を十分に理解していなければ、死を決意したのだから真実を話そうという形には必ずしもならないと考える。

次に、「遺書においても加害者をかばう」という点。自殺してしまえば自分はこの世からいなくな

る、加害者を罵倒することも可能であろうと考えた。しかし、遺書を書いている時、大河内君は生きている。今まで継続的に行なわれていたじめの恐怖を感じながら、文章を書いていた（フラッシュバックのような現象が起こっていたのかもしれない）。つまり、遺書においても加害者をかばったのではなく、遺書を書く段階においてもいじめグループの恐さを実感していたのではないだろうか。そして、この遺書を読まれた時のことを意識したのではないだろう。この継続したいじめ体験が加害者をかばうような文章を結果として書かせたと解釈できるのではないだろうか。

以上のように考えれば、「死を決意する－誰にも真実を語らない」「遺書においても加害者をかばう」という現象は成立可能となるのではないかと考える。つまり、「自己評価」「死の認識」の問題と「いじめグループを含む学校空間の恐怖感」という観点からも「いじめを受ける」→「真実を語らない」→「死を決断」→「自殺する」→「加害者をかばう」という図式が成立するのである。

今回、前回執筆した論文を素材とし、それを批判的に検討することによって、大河内君のいじめ自殺問題に再アプローチした。矛盾する言い方であるが、本論文には、前回の論文の単なる批判ではなく、「仮説を積み重ねる」（「はじめに」で記述しているように）という意図があった。今後、「仮説を積み重ねる」と同時に積み重ねた仮説を「照らし合わせる」という営みを行なっていきたいと考えている。

おわりに

今回の論文では、大河内君自身の問題に関して深く言及しなかった。それは、大河内君は「特殊な子ども」ではないという仮説に基づくものであった。現代社会は情報化が進み、他者とのコミュニケーション能力が低下しているように思える。特に他者と向かい合って言葉で自分の思いを伝えるという行為が難しくなっているのではないだろうか。大河内君が「真実を語れなかった」理由として、このような現代社会の実情が関係しているかもしれない。現在では、インターネットやメールによるいじめも存在している。メールによるいじめであるが故に「いじめる側は無責任であり罪悪感が少ない」また「いじめられる側は、メールの内容に過剰に反応し、人間不信に陥る」ケースも存在する。大河内君の場合、客観的にみれば「何故、自殺するのか」ということになるかもしれないが、主観的には「自殺という選択しかなか

た」ということは真実であろう。

最後に、私は「大河内君のいじめ自殺問題」のためだけに本研究を行なったわけではない。2000年前後から「子ども問題全体が複雑・深刻化」している。つまり、子ども問題を生み出す要因は集合体であり、それぞれの要素によって形成されている構造を解明しなければ、問題の本質に接近できないと考えているのである。そういう意味で、大河内君のいじめ自殺問題の研究を通して、他の子ども問題に対する認識方法および接近方法をも模索したと解釈してもらいたい。

《脚注》

- (1) 三浦尚城『冒険の旅』心力舎、1999年、23頁
- (2) 1994年12月9日、「産経新聞」(大阪) 参照
- (3) 三浦尚城『冒険の旅』心力舎、1999年、34頁
- (4) 1994年12月9日、「産経新聞」(大阪) 参照
- (5) 1994年12月14日、「中日新聞」参照

《主要参考文献》

- ・末光正和、現代社会におけるいじめの構図(1)－「大河内清輝君いじめ自殺事件」の考察を通して－(共創福祉、第3巻、第1号、2008年)
- ・三浦尚城『冒険の旅』心力舎、1999年
- ・『いじめを追う』～いじめ問題で悩むあなたへ～ニホン・ミック、1996年
- ・谷口卓・末光正和編著『実践から学ぶ児童虐待防止』学苑社、2007年
- ・圓岡偉男編著『社会学的問いかけ』新泉社、2005年
- ・小林育子・小館静枝編『保育者のための社会福祉援助技術』萌文書林、2002年

《資料》

(大河内清輝君の遺書)

「いつも4人の人(名前が出せなくてすみません。)にお金をとられていました。そして、今日、もっていくお金がどうしてもみつからなかったし、これから生きていても……。だから……。また、みんなといっしょに幸せに、くらしたいです。しくしく 小学校6年生ぐらいからすこしだけいじめられはじめて、中1になったらハードになって、お金をとられるようになった。中2になったら、もっとはげしくなって、休みの前にはいつも多いときで60000、少ないときでも30000～

40000、このごろでも40000。そして17日にも40000ようきゅうされました。だから……。でも、僕がことわっていればこんなことには、ならなかったんだよね。すみません。もっと生きたかったけど……。家にいるときがいちばんたのしかった。いろんな所に、旅行につれていってもらえたし、何一つ不満はなかった。けど……。

あ、そうそう！ お金をとられた原因は、友達が僕の家遊びに来たことが原因。いろんなところをいじって、お金の場所をみつけると、とって、遊べなくなったので、とってこいてこうなった。

オーストラリア旅行。とても楽しかったね。あ、そーいえば、何で、奴らのいいなりになったか？

それは、川のできごとがきっかけ。川につれていかれて、何をするかとおもったら、いきなり、顔をドボン。とても苦しいので、手をギュッとひねって、助けをあげたら、また、ドボン。こんなことが4回ぐらい？あった。特にひどかったのが、矢作川。深い所は、水深5～6mぐらいありそう。図1みたいになってる。ここでAにつれていかれて、おぼれさせられて、矢印の方向へ泳いで逃げたら、足をつかまれてまた、ドボン。しかも足がつかないから、とても恐怖をかんじた。それ以来、残念でしたが、いいなりになりました。あと、ちょっとひどいこととしては、授業中、てをあげるなどかテストきかん中もあそんだとかそこらへんです。

いつもいつも使いばしりにされていた。それに、自分には はずかしくてできないことをやらされたときもあった。そして、強せいの、髪をそめられたことも。でも、お父さんは僕が自分でやったと思っていたので、ちょっとつらかった。

あと、もっともつらかったのは、僕の部屋にいるときに彼らがお母さんのネックレスなどを盗んでいることを知ったときは、とてもショックだった。あと、お金をとっていることも……。

自殺した理由は今日も、40000とられたからです。そして、お金がなくて「とってこれません」っていても、いじめられて、もう一回とってこいていわれるだけだからです。そして、もっていかなかったら、ある一人にけられました。そして、そいつに「明日、12万円もってこい」なんていわれました。そんな大金はらえるわけ、ありません。それに、おばあちゃんからもらった、1000円も、トコヤ代も、全て、かれらにとられたのです。そして、トコヤは自分でやりました。とてもつらかったでした。(23日)

また今日も、2万円とられました(24日)

そして今日は、2万円もとられ、明日も4万円よ
うきゅうされました（25日）

あと、いつも、朝はやくでるのも、いつもお茶
をもっていくのも、彼らのため、本当に何もかも
がいやでした。

なぜ、もっと早く、死ななかつたというと、家
族の人が優しく接してくれたからです。学校のこ
となど、すぐ、忘れることができました。けれど、
このごろになって、どんどんいじめがハードにな
り、しかも、お金もぜんぜんないのに、たくさん
だせ、といわれます。もう、たまりません。最後
も、御迷惑をかけて、すみません。忠告どおり、死
なせてもらいます。でも、自分のせいにされて、自
分が使ったのでもないのに、たたかれたり、けら
れたりって、つらいですね。

僕はもう、この世からいけません。お金もへる心
配もありません。一人分食費がへりました。お母
さんは、朝ゆっくりねれるようになります。〇〇
〈弟の名〉も勉強に集中できます。いつもじゃまば
かりしてすみませんでした。しんでおわびいたし
ます。

あ、まだ、いいたいことがありました。どれだ
け使い走りにさせられたたかわかりますか。なん
と、自転車で、しかも風が強い日に、上羽角から、
エルエルまで、たしか1時間でいってこいって
いわれたときもありました。あの日はたしかじゅく
があったと思いました。あと、ちよくちよく夜で
ていったり、帰りがいつもよりおそいとき、そう
いう日はある2人のためについていっているの
です。そういう日はある2人のために、じゅくにつ
いていっているのです。そして、今では、「パシリ
1号」とか呼ばれています。あと、遠くへ遊びにい
くとかいって、と中で僕がかえってきたってケー
スありませんでしたか。それは、金をもっとと
ってこいっていわれたからです。あと、僕は、他に
いじめられている人よりも不幸だと思います。そ
れは、なぜかという、まず、人数が4人でした。
だから、1万円も4万円になってしまうのです。し
かもその中3人は、すぐなぐったりしてきます。あ
と、とられるお金のたんいが1ケタ多いと思いま
す。

これが僕にとって、とてもつらいものでした。
これがなければ、いつまでも幸せで生きていた
のにとと思います。テレビで自殺した人のやつをみ
ると、なんで、あんなちょっとしかとられてない
んだろうっていつも思います。

最後に、おばあちゃん、本当にもうしわけあり
ませんでした。」

大河内清輝君の遺書の出典：三浦尚城『冒険の旅』
心力舎、1999年、14頁～22頁（本書は大河内君
の両親の協力を得て執筆されたものである。）

A Reconsideration for The Bullying Suicide Problem of Okouchi Kiyoteru -A Standpoint for Child Problem in Modern Society-

Masakazu SUEMITSU

Toyama College of Welfare Science

The last occasion, I wrote The Composition of a Bullying in Modern Society(1)
(Through a Consideration of "The Bullying Suicide Incident of Okouchi Kiyoteru")

In the study, I tried to show the Structure of The Bullying Suicide Problem of Okouchi Kiyoteru
through a Consideration of "his Last Words".

In this new study, I examined critically my paper that was The Composition of a Bullying in Modern
Society(1) (Through a Consideration of "The Bullying Suicide Incident of Okouchi Kiyoteru") . Concretely,
I approached the Structure of Okouch Problem from a standpoint of " personal estimation " and "recogni-
tion of death " and I indicated a new idea about Okouch Problem that was different from first paper.

Keywords: bullying, suicide,last words,personal estimation,recognition of death

『共創福祉』投稿規定

1. 『共創福祉』への投稿資格者は、富山福祉短期大学の教員とする。さらに、旧教員、非常勤講師等、広く本雑誌編集委員会が執筆を依頼し、あるいは投稿を認めることができるものとする。また、共著の場合は、第1著者は原則として投稿資格を持つ者とする。
2. 投稿原稿は、広く福祉に関連した内容を持ち、富山福祉短期大学の教育・研究活動に基づくもの、または、教育・研究活動に有益と認められるもの。
3. 投稿論文は次の5種とする。いずれも未公開のものに限る。
 - a. 原著論文
福祉の発展に貢献すると考えられる、投稿者による研究結果。
 - b. 総合報告
特定の主題に関する一連の教育・研究およびその周辺領域の発展を投稿者の見解にしたがって総括的、かつ体系的に報告したもの。
 - c. 教育・研究ノート
教育・研究速報、新しい発想、提言、問題提起、事例報告など教育・研究上記録に留めておく価値があると認められるものや、既発表の論文に対するコメントで、教育・研究上記録に留めておく価値があると認められるもの。
 - d. 教育・研究詳解
福祉の特定の教育・研究領域における成果を、最近の結果や知見を加えて分かりやすく説明したもの。
 - e. 教育・研究資料
歴史的なデータ、入手困難なデータや福祉技術等の比較検討のために有用なデータ、あるいは歴史的文献の翻訳や解釈など。
また、次の2種は、原則として、編集委員会が原稿作成を依頼する。
 - f. 富山福祉短期大学教育・研究活動の具体例（例：福祉フォーラム実施報告）
 - g. その他。
4. 投稿された原稿は編集委員会において、項目1、2、3に照らし、適切な投稿か否かを事前に判定される。倫理上問題があると編集委員会が判断した原稿は受理しない。原著論文については、編集委員長等が選定・依頼した査読者の審査を経て、掲載の可否を決定する。
5. 原稿はオリジナルの他、コピー2部を提出する。フロッピーディスクあるいはUSBによる提出が望ましい。
6. 著作権
 - (1) 掲載される論文等の著作権は、その採択をもって富山福祉短期大学に帰属するものとする。
 - (2) 投稿原稿の中で引用する文章や図表の著作権に関する問題は、著者の責任において処理するものとする。
 - (3) 著作者人格権は著者に帰属する。著者が自分の論文等を複製、転載、翻訳翻案等の形で利用するのは自由である。この場合著者は掲載先に出典を明記する。
7. 原稿は別に定める執筆要項に従って作成する。

『共創福祉』執筆要項

1. 原稿はワープロによる場合は、A4用紙に1行40字で1頁40行とする。原稿の長さは原則として表・図を含めて12頁相当以内とする。（手書きの場合には、200字詰め、または、400字詰め原稿用紙を用い、横書きに清書する。表・図の挿入箇所は、原稿の本文の右側の欄外に赤字で指定する。）
2. 原稿は以下の順に書くものとする。

[第1頁] 標題、所属名、著者名、和文要旨（500字程度、文献の引用および数式は原則として避ける）。和文キーワード（8語以内）。

[第2頁] 英語による、標題、著者名、所属名、Keywords（8words and phrases以内）。Abstract（450ワード程度）。ただし、投稿規定第2項のf、gには、Keywords、Abstractは不要。Abstractは問題の所在、得られた結果等がそれだけで理解できるようにする。

[第3頁以降]

① 本文：

章、節の番号は、第1章に当るものは、“1”、第1章第1節に当るものは、“1.1”というように着ける。また、式番号は、章ごとに（2.1）、（2.2）のようにして、式の左側に統一する。

② 参考文献：書き方は本要項の第4項を参照。

③ 表：

一枚の用紙に一つの表を書く。表の番号は論文中に現れる順に従って、表1、表2、…または、Table 1、Table 2のようにする。

④ 図：

図はそのまま写真版できる鮮明なものを用意する。大きさは印刷出来上がりの1～2倍とし、トレースが必要な場合は原則として著者が行うものとする。図の番号は論文中に現れる順に従って、図1、図2、…または、Fig. 1、Fig. 2、…のようにする。

3. 本文中での参考文献の引用は、著者名（出版年）とする。例えば、Bush（1998）、小泉（2006）。

4. 参考文献の書き方

① 雑誌の場合：

著者名（出版年）、標題、雑誌名、巻、ページ（始・終）、（雑誌名は省略しないものとする）。

② 叢書の中の一巻の場合：

著者名（出版年）、書名（編集者名）、叢書名、発行所名、発行地名。

③ 単行本等の場合。

著者名（出版年）、書名、発行所名、発行地名。

④ 編集書の中の一部の場合：

著者名（出版年）、標題、編集書名（編集者名）、巻、ページ（始・終）、発行所名、発行地名。

なお、同じ著者によるものが同一年に複数個現れる場合には、（2005a）、（2005b）などとして区別する。文献は、日本人をふくめ、著者名のアルファベット順に並べる。

5. 著者校正は原則として一回とする。その際、原著論文は、印刷上の誤り以外の字句や図版の訂正、挿入、削除等は原則として認めない。

編集委員会

編集委員長 大工原 桂

編集委員 原 元子 伊藤 里美 森 美佐紀

谷 優美子 河相てる美 吉崎 朗光 (書記)

共創福祉2008年 第3巻 第2号
Synergetic Welfare Science

2008年(平成20年)11月30日発行

編集・発行 富山福祉短期大学
〒939-0341 富山県射水市三ヶ579

印刷 株タニグチ印刷

Synergetic Welfare Science

Vol.3, No.2, 2008

Contents

Research Papers

- Status of Lifestyle Management of Adolescent Asthma Patients
– Comparison of Remission and Difficult to Treat Groups –
..... *Yukiko HARA* 1
- Disability Rights Movement and Deinstitutionalization in the field of physical disability
of Canada
..... *Atsushi NEZU* 11
- Daily Psychological Burden of the Families Who Support the People with Schizophrenia
in Hospital
Ryuji ICHINOYAMA, Mitsuru MURAKAMI, Kiyoko FUNASAKI, Eiichi UENO 21
- With the Senior Citizen Care that the Care Worker should aim at
– Quality of the Care / To be with Mind in the Care –
..... *Wataru MOURI* 31
- Study on Anxiety associated with Upper Gastrointestinal Endoscopic Examination
: A Comparison Based on Conscious Sedation
..... *Terumi KAWAI, Naoko IWAI, Michio TANAKA* 39

Research Notes

- A Reconsideration for The Bullying Suicide Problem of Okouchi Kiyoteru
– A Standpoint for Child Problem in Modern Society –
..... *Masakazu SUEMITSU* 47