

高齢者の日常認知・記憶の研究(2)

～ 日常認知・記憶、認知的失敗、注意などの関連について ～

石原 治

Examinations of Everyday Cognition/Memory of the Japanese Elderly (2):
Correlation among the Scores of Everyday Cognition/Memory, Cognitive Failure and Attention

Osamu ISHIHARA
(Shizuoka University of Welfare)

要 旨

一般的に中高年者の認知・記憶機能は、加齢の影響によって低下していくといわれている。しかしながら、高齢者が日常生活を営む上で、加齢の影響によって認知・記憶のどのような側面が衰退、低下しているかを、高齢者自身が主観的にどのように感じているかに関して、高齢者心理学の分野では研究が行われていない。そこで、日常認知・記憶のどのような側面において支障をきたしていると感じているかを明らかにすることを目的とし、研究を行った。日常認知・記憶の調査項目に関しては、第1回目の調査(石原、2010)に基づき、大幅な項目の文章表現の改訂、反応項目を頻度に変更、表情認知、展望的記憶、記憶補助に関する新たな項目の作成などが主たる改善点であった。テストバッテリーには、体力、分配的注意、認知的失敗などの質問紙も加えた。高齢者大学校受講者366名が分析対象者であった。因子分析の結果、7因子を抽出した。それらは「符号化・貯蔵・検索に関する記憶」、「展望的記憶」、「表情認知」、「環境認知」、「自伝的記憶」、「最新の情報機器」、「記憶補助」に関する因子と命名可能であった。テストバッテリー間の結果から、認知的失敗も日常認知・記憶に関連する可能性が示唆された。

Key Words : meta memory questionnaire, everyday memory, cognitive failure, attention, elderly

The Journal of Shizuoka University of Welfare
2011, Vol. 7.

一般的に中高年者の認知・記憶機能は、加齢の影響によって低下していくといわれている(たとえば、石原、2008a, b)。しかしながら、高齢者が日常生活を営むうえで、加齢の影響によって認知・記憶のどのような側面が衰退、低下しているかを、主観的に高齢者自身がどのように感じているかに関して、老年心理学の分野では研究が行われていない。そこで、日常認知・記憶のどのような側面において支障をきたしていると感じているかを明らかにすることを目的とし、研究を行うことにした。

第1回目の調査(石原、2010)では、高齢者自身が日常生活を営むうえで、認知・記憶のどのような側面において支障をきたしていると感じて

いるかを明らかにすることを目的とし、質問項目124個を作成し、高齢者を対象として調査を行った。因子分析の結果、「環境認知」、「記憶」、「歩行」、「認知的失敗」、「運動」、「最新の情報機器」に関する合計6因子が抽出された。

しかしながら、項目の整備が必要であった。まず、高齢者にとってよりわかりやすい表現に質問項目を変更する必要があった。

また、歩行や運動に関する因子は、体力測定に関する質問紙(衣笠、2000)があることから、これらの因子に関する項目を含む必然性がなくなった。

さらに、第1回目の調査(石原、2010)において質問項目の因子分析を行ったが、因子構造や因

子の命名において新たに追加する必要がある尺度が考察された。まず、自伝的記憶に関する項目が因子のなかに混在していたため、新たに自伝的記憶の項目を追加する必然性があった。また、第1回目の調査(石原、2010)では「人の喜びの表情がわからない」などの表情認知、「楽しみにしていた予定や約束を忘れてしまう」などの展望的記憶、「忘れないようメモやカレンダーを利用している」などの記憶補助(記憶補助装置)に関する項目は含まれていなかった。これらは高齢者にとって重要な側面であると考えられるので新たに追加することにした。

本調査では、テストバッテリーとして、上記の日常認知・記憶72項目に加えて、新たに既存の体力(衣笠、2000)および認知的失敗の質問紙を加えることにした。なぜなら、体力に関しては、第1回目の調査(石原、2010)の結果から、第3因子に「歩行」に関する因子が抽出されたためである。認知的失敗に関しては、わが国では標準化された質問紙がないことから、先行研究(Broadbent, Cooper, Fitzgerald, & Parkes, 1982; Reason, 1993)を参考にし、新たに質問項目を作成した。

また、本来ならば記憶になんらかの障害があると自覚している患者に用いるMAC-Q(Crook, Feher, & Larrabee, 1992)を加えることにした。なぜなら、6項目と項目の個数が少なく、項目の内容が記憶に関連していると考えられるので採用した。

さらに、日常認知・記憶に関して、注意が密接に関連していることも考えられる。しかしながら、注意に関してもわが国では標準化された質問紙がないことから、新たに作成することにした。そして、日常認知・記憶との関連を検討することにした。

以上、第1回目の調査(石原、2010)の結果および考察を基に、再度、中高年者の主観的な日常認知・記憶を測定するための質問紙の改訂版の検討を行うことを目的として、調査を行った。

方 法

対象者 栃木県老人大学校受講者450名であった。回収された366名が分析の対象であった(回収率81.3%)。年齢は61—88歳であり、男性225名の平均年齢は68.5歳($SD = 5.0$)、女性141名の平均年齢は67.7歳($SD = 4.8$)であった。分析対象者の男女5歳ごとの内訳をFigure 1に示した。

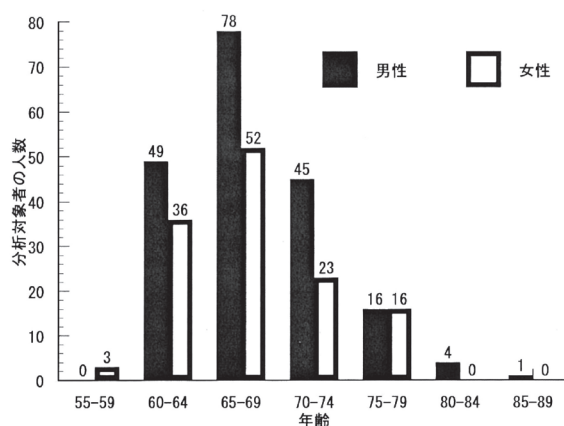


Figure 1. 分析対象者男女5歳ごとの内訳

評価項目 対象者の属性を調べるために、年齢、性、学歴、主観的健康感、視聴覚や歩行の不自由さなどの項目を用いた。

日常認知・記憶の調査項目には、第1回目の調査(石原、2010)で用いた高齢者の日常認知・記憶の評価表の項目の文章表現を大幅に改訂した。また、質問項目の反応項目を頻度に変更した。自己認知そのほかの日常生活に関する項目、運動、歩行に関する項目、認知的失敗(Reason, 1984)は削除した。表情認知に関する6項目、展望的記憶の10項目を新たに追加した合計72項目を用いた(Figure 2参照)。

テストバッテリーには日常認知・記憶に密接に関連すると考えられる既存の体力、MAC-Q、新たに作成した分配的注意、認知的失敗も加えた。

体力(衣笠、2000)の質問項目に関しては、「階段をあがったり、おりたりできる」、「飛び上がることができる」、「歩いている他人を早足で追い越すことができる」、「倒れた自転車をおこすことができる」、「靴下、ズボン、スカートを立ったまま、支えなしにはける」などの14項目であった。

MAC-Q(Crook et al., 1992)に関しては、「1.

たった今、紹介された人の名前を覚えていること」、**「2. 毎日あるいは毎週のように使う、電話番号や郵便番号を思い出すこと」**、**「3. 家や職場などで、もの（例えば、かぎ）を置いた場所を思い出すこと」**、**「4. たった今読み終えた新聞や雑誌の特定の記事を覚えていること」**、**「5. 店や薬局に行ったとき、何を買うか覚えていること」**、**「6. 全体的に、18歳頃と比べて、現在のあなたの記憶力はどの程度だと思いますか」**の6項目であった。

新たに作成した分配的注意に関しては、「テレビ番組を見ながら、誰かと話しをすること」、「大勢の人達が回りで話をしていいる中で、誰かと話しをすること」、「誰かと話しをしながら、歩くこと」、「家事や雑用をこなしながら、考え事をする事」などの11項目であった。

新たに作成した認知的失敗に関しては、「言おうと思っていたことを、忘れてしまった」、「しなければならぬことを、思い出せなかった」、「ついさっきまでしていたことや、いた場所が思い出せなかった」、「親しい人の名前やよく知っている場所や物の名前をすぐに思い出せなかった」の15項目であった。

手続き 日常認知・記憶の質問項目に関しては、「まったくない」—「いつもある」までの5件法とし、1—5点を付与した。調査は質問紙を老人大学の受講時に対象者に配布し、自宅で自己記入し、郵送するよう教示した。

倫理面への配慮 本研究は倫理面の配慮に努力した。調査を行う際、研究の趣旨、期待される成果などを対象者に説明した。本人から同意の確認後、調査を行った。調査から得られたデータは、厳重に管理し、プライバシーの保護にも最大限の注意を払っている。

結 果

因子分析の結果

日常記憶・認知の72項目について因子分析を行なった。主成分法で因子を抽出後、スクリープロットにより7因子に決定し、バリマックス法で直交回転を行なった。因子分析の結果は、質問項

目を因子ごとに因子付加量の高い順に並べ、40以上の因子負荷量の項目のみを Figure 2 に示した。なお、回転前の第7因子の固有値は1.64、累積寄与率は44.7%であった。

因子構造および因子の命名は、以下の通りであった。

第1因子には、「覚えていることが難しい」、「思い出そうとするが、思い出せない」、「思い出すのに苦労する」、「電話番号が覚えられない」などの項目が含まれていた。「覚えていることが難しい」の項目は、貯蔵に関する因子と考えられる。「思い出そうとするが、思い出せない」、「思い出すのに苦労する」の項目は、検索に関する因子と考えられる。「電話番号が覚えられない」の項目は、符号化の因子に関すると考えられる。これらの符号化、貯蔵、検索は記憶の最も基本的な働きである可能性があることから、「符号化・貯蔵・検索に関する記憶」に関する因子と命名可能であった。

第2因子には「予定や約束を忘れてしまって、人に迷惑をかけてしまう」、「楽しみにしていた予定や約束を忘れてしまう」、「待ち合わせの時間を忘れてしまう」、「人から大事なことを頼まれても、何であったかを思い出せない」などの項目が含まれていたため、「展望的記憶」に関する因子と命名可能であった。

第3因子には、「人の喜びの表情がわからない」、「人の恐れ表情がわからない」、「人の悲しみの表情がわからない」などの項目が含まれていたため、「表情認知」に関する因子と命名可能であった。

第4因子には、「駅のトイレの位置がわかりにくい」、「電車の行き先の掲示板が見にくい」、「電車の乗り換えがわかりにくい」、「道路の信号の色がわかりにくい」、「公衆トイレの男女の標識がわかりにくい」などの項目が含まれていたため、「環境認知」に関する因子と命名可能であった。

第5因子には、「20歳代の頃のことを思いだせない」、「小学生の頃のことを思いだせない」、「40～50歳の中年のことを思いだせない」の項目が含まれていたため、「自伝的記憶」に関する因子と命名可能であった。

第6因子には、「コンピュータを使えるようになりたい」、「インターネットを使えるようになり

因子 因子名	質問項目	因子負荷量							
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子	
第1因子 符号化 貯蔵 検索 に関する 記憶	覚えていることが難しい	.726	.116	.082	.065	.091	.001	.195	
	思い出そうとするが、思い出せない	.723	.176	-.023	.114	.111	-.017	.116	
	思い出すのに苦労する	.704	.170	.003	.172	.099	-.053	.150	
	電話番号が覚えられない	.679	.097	-.048	.152	.112	.047	.205	
	読んだ事柄を忘れる	.645	.168	.092	.104	.115	-.055	.032	
	電話をかけるまでは、電話番号が覚えられない	.631	.175	.040	.126	.046	.018	.110	
	1日や1週間の間、ある事を覚えていられない	.627	.156	.136	.122	.151	.048	.045	
	新しいことを覚えるのに時間がかかる	.613	.032	.003	.179	.079	-.072	.180	
	なんであったか記憶がない	.608	.352	.188	.093	-.086	-.168	-.065	
	数秒から数分の間は、あることを覚えられない	.605	.166	.153	.125	.070	-.053	-.106	
	電話番号などの数字は覚えられない	.584	.116	-.043	.083	.099	.007	.195	
	名前と顔が一致しない	.578	.092	.060	.209	.180	-.045	.116	
	よく知っている人の名前を忘れる	.570	.179	.195	.103	.060	-.008	.057	
	直前までしていたことが、思い出せない	.566	.208	.171	.151	-.066	.035	-.098	
	やろうと思ったことを忘れてしまう	.521	.295	.120	.038	-.036	-.250	-.037	
	3桁同士の足し算や引き算は、暗算でできない	.488	.077	.103	.121	.088	-.090	-.032	
昔の事が思い出せない	.484	.061	.177	.023	.447	.020	.040		
朝食に何を食べたか思い出せない	.460	.244	.148	.110	.140	-.015	-.003		
知人の職業を思い出せない	.444	.159	.246	.155	.098	-.033	-.050		
第2因子 展望的 記憶	予定や約束を忘れてしまって、人に迷惑をかけてしまう	.138	.751		.161	.193	.054	.045	-.028
	楽しみにしていた予定や約束を忘れてしまう	.070	.739		.203	.184	.140	.013	-.034
	待ち合わせの時間を忘れてしまう	.205	.691		.131	.079	.071	.007	.026
	人から大事なことを頼まれても、何であったか思い出せない	.203	.682		.230	.129	.088	.031	-.099
	待ち合わせの場所を忘れてしまう	.136	.673		.231	.257	.121	.036	.023
	約束していたことを忘れてしまう	.217	.671		.233	.031	-.056	.091	-.081
	メモや手帳を見忘れてしまい、予定に気づかない	.298	.569		.139	.012	.035	.092	-.024
	買い物でおつりをもらいそこねる	.174	.527		.100	.249	-.008	.081	.113
	予定していたことを忘れてしまう	.417	.514		.075	.201	-.079	-.014	-.018
	置き忘れをする(例えば、かさ)	.351	.497		-.042	.080	.007	.019	.082
	忘れないようメモや手帳に予定を書くと、安心して予定を忘れてしまう	.405	.470		.084	.151	.108	.098	.035
用意しておいた物でも、持っていくのを忘れてしまう	.439	.466		-.002	.162	.038	.017	.072	
第3因子 表情認知	人の喜びの表情がわからない	.133	.197	.873		.201	.112	-.014	.030
	人の恐れ表情がわからない	.140	.141	.872		.160	.128	-.016	-.003
	人の悲しみの表情がわからない	.104	.225	.861		.188	.156	.038	.002
	人の怒りの表情がわからない	.147	.258	.843		.153	.053	.044	.023
第4因子 環境認知	駅のトイレの位置がわかりにくい	.266	.092	.089	.678		-.055	.064	-.030
	電車の行き先の掲示板が見にくい	.227	.160	.100	.640		-.042	.056	-.012
	電車の乗り換えがわかりにくい	.238	.213	.153	.607		.002	-.091	.031
	道路の信号の色がわかりにくい	.066	.128	.092	.597		.180	.138	-.062
	公衆トイレの男女の標識がわかりにくい	.043	.174	.026	.489		.264	.079	-.087
	道路標識がわからない	.108	.118	.080	.483		.226	.009	.057
	自動改札は切符が入れにくい	.048	.145	.166	.474		-.006	.093	-.036
	電卓が使えない	.090	.187	.075	.462		.101	-.065	-.044
	ビデオの使用方法がわからない	.225	.023	.083	.434		-.069	-.265	-.011
テレビやビデオなどのリモコンの使い方がわからない	.141	.093	.116	.428		-.003	-.233	-.062	
第5因子 自伝的記憶	電気製品の使用方法がわからない	.321	.027	.086	.421		.015	-.210	.074
	20歳代の頃のことが思い出せない	.243	.093	.212	.113	.785		-.015	.034
	小学生の頃のことが思い出せない	.298	.127	.192	.049	.679		.005	.025
第6因子 最新の 情報機器	40~50歳の中年のことが思い出せない	.363	.137	.180	.176	.648		-.056	-.014
	コンピュータを使えるようになりたい	-.138	.048	-.101	.004	.034	.678		.258
	インターネットを使えるようになりたい	-.106	.014	-.102	.001	.027	.670		.263
	コンピュータを使う	.042	.061	.040	-.027	.060	.588		-.158
第7因子 記憶補助	インターネットを使う	.021	.052	.064	-.028	-.005	.577		-.204
	テレビを見る	.093	.056	-.074	.051	.108	-.102	.605	
	手帳を使う	.040	.012	-.060	-.040	-.008	.027	.587	
	忘れないようにメモやカレンダーを利用している	.218	.017	.102	-.029	-.038	-.089	.577	
	忘れないように工夫している	.215	.017	.047	-.063	-.043	.043	.482	
ラジオを聴く	-.090	.025	.026	-.004	.043	.042	.473		
		寄与率(%)	13.0	8.6	7.2	6.6	3.3	3.1	2.9

Figure 2. 日常認知・記憶の質問項目の因子分析の結果

たい]、「コンピュータを使う」などの項目が含まれていたため、「最新の情報機器」に関する因子と命名可能であった。

第7因子には、「手帳を使う」、「忘れないようにメモやカレンダーを利用している」、「忘れないように工夫している」などの項目が含まれていたため、「記憶補助」に関する因子と命名可能であった。

加齢の影響

標準因子得点に及ぼす加齢の影響について検討した。65歳未満、65歳以上75歳未満、75歳以上の3群にわけ、因子ごとに標準因子得点を算出した (Figure 3)。図が示すように、「表情認知」や「自伝的記憶」の標準因子得点は、年齢による顕著な違いが見出せなかった。しかし、「符号化・貯蔵・検索に関する記憶」、「最新の情報機器」、「環境認知」、「展望的記憶」、「記憶補助」については75歳以上の群で得点が低くなる傾向がみられた。

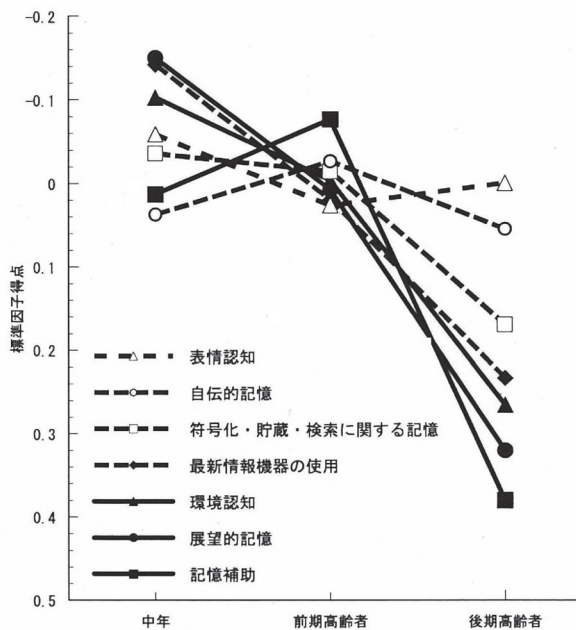


Figure 3. 3群の日常認知・記憶の7因子の標準因子得点の結果

テストバッテリー間の相関係数

年齢、女性を0、男性を1とする性、教育年数、主観的健康感の得点、体力の総得点、MAC-Q (記憶)の総得点、分配的注意の総得点、認知的失敗の総得点の相関係数を求め、Figure 4に示した。

図が示すように、高い相関係数の値は見出せな

かった。

例外として、体力と主観的健康感の間において-.40、MAC-Qと分配的注意および認知的失敗の間において、それぞれ-.40、-.40 分配的注意と認知的失敗の間において.37の相関係数の値が得られた。これらの結果は、相関はみられるが、相関係数の値は低く、弱い相関であったことを示している。

	性	教育年数	主観的健康感	体力	MAC-Q	分配的注意	認知的失敗
年齢	-.07	-.06	-.01	-.18	.02	-.15	-.14
性		-.14	.10	-.14	-.15	.07	.00
教育年数			-.04	-.03	.13	.04	.12
主観的健康感				-.40	-.15	-.12	-.14
体力					.13	.28	.23
MAC-Q						.40	.40
分配的注意							.37

Figure 4. 対象者の属性および体力、MAC-Q、配的注意、認知的失敗の総得点間の相関係数の結果

標準因子得点とテストバッテリーとの相関係数

7因子それぞれの標準因子得点とテストバッテリーとの相関係数を算出し、Figure 4に示した。

図が示すように、高い相関係数の値は見出せなかった。

例外として、日常認知・記憶の第1因子の「符号化・貯蔵・検索に関する記憶」に関する因子とMAC-Qの間において.51および認知的失敗の間において.52、日常認知・記憶の第2因子の「展望的記憶」と認知的失敗の間において.52の相関係数の値が得られた。これらの結果は、いずれの相関係数の値は、かなりの相関があったことを示している。

属性 テスト バッテリー	日常認知・記憶の因子						
	第1因子 符号化・貯蔵・検索	第2因子 展望的記憶	第3因子 表情認知	第4因子 環境認知	第5因子 自伝的記憶	第6因子 最新の情報機器	第7因子 記憶補助
年齢	.06	.13	.03	.10	-.04	-.08	-.13
性	-.02	-.12	-.21	.07	-.07	-.11	-.04
教育年数	-.01	-.02	-.04	-.09	.11	.13	.10
主観的健康感	.11	.05	-.02	.11	.04	-.08	.02
体力	-.12	-.05	.00	-.22	.02	.10	.02
MAC-Q	-.51	-.14	.07	-.11	.02	.08	-.09
分配的注意	-.36	-.21	-.06	-.28	-.05	.00	-.04
認知的失敗	-.52	-.52	-.19	-.30	-.17	.01	-.02

Figure 5. 日常認知・記憶の7因子と属性および体力、MAC-Q、分配的注意、認知的失敗の総得点間の相関係数の結果

考 察

高齢者自身が日常生活を営むうえで、認知・記憶のどのような側面において支障をきたしていると感じているかを明らかにすることを目的とし、調査を行った。

因子分析の結果、第1因子に「符号化・貯蔵・検索に関する記憶」、第2因子に「展望的記憶」、第3因子に「表情認知」、第4因子に「環境認知」、第5因子に「自伝的記憶」、第6因子に「最新の情報機器」、第7因子に「記憶補助」と命名可能な合計7因子が抽出された。

まず、これらの7因子について考察する。第2因子に「展望的記憶」、第3因子に「表情認知」、第7因子に「記憶補助」に関する因子が抽出された。これらの因子に関しては、新たに質問項目を追加したためであり、予想通りの結果が得られたといえよう。これらの因子は、高齢者が日常生活を営むうえで重要な側面であるといえよう。

第5因子に「自伝的記憶」に関する因子が新たに抽出された。これらの質問項目に関して、予備調査(1)では、第5因子の「運動」に関する因子に混在していた。具体的には、「二十歳前後の頃の出来事をよく覚えている」、「40～50歳ごろの中年の頃の出来事をよく覚えている」の質問項目であった。これらの項目に対して、反応項目は「とてもよくあてはまる」—「あてはまらない」までの4件法であった。調査対象者からも指摘があったように質問項目と反応項目が合致せず、回答が容易でなかった可能性が考えられる。そのため、第1回目の調査(石原、2010)では「自伝的記憶」の因子が抽出されなかったとも考えられる。本研究において新たに抽出された「自伝的記憶」の因子は、高齢者の日常認知・記憶に関与する可能性が示唆された。

第1因子に「符号化・貯蔵・検索に関する記憶」、第4因子に「環境認知」、第6因子に「最新の情報機器」に関する因子が抽出された。これらは第1回目の調査(石原、2010)においても抽出された因子であり、因子の再現性が示唆された。当然、これらの因子も高齢者が日常生活を営むうえで重要な側面であることが示唆された。

以上、因子分析の結果から、「符号化・貯蔵・検索に関する記憶」、「展望的記憶」、「表情認知」、

「環境認知」、「自伝的記憶」、「最新の情報機器」、「記憶補助」などが高齢者にとって重要な側面であることが示された。

標準因子得点に及ばず加齢の影響について検討した。64歳以下、65—74歳、75歳以上の3群にわけ、因子ごとに標準因子得点を算出した。その結果、「表情認知」や「自伝的記憶」の標準因子得点は、年齢による顕著な違いが見出せなかった。「表情認知」や「自伝的記憶」に加齢は大きく影響しないことは直感的にも理解できよう。つまり、人の表情を読み取る能力は、主観的にそう衰えたとは高齢者は感じないことが推察される。また、高齢者にとって遠い過去の記憶である「自伝的記憶」も容易には変容しないことが推察される。

しかし、「記憶補助」、「展望的記憶」、「環境認知」については、75歳以上のいわゆる後期高齢者とよばれる群において得点が低くなる傾向がみられた。将来のことを記憶する「展望的記憶」や外界の事物を認知する「環境認知」が主観的に低下するのは容易に推察される。しかしながら、予想外であったのは「記憶補助」に関してである。65—74歳では記憶補助を頻繁に使うが、逆に、75歳以上では頻繁に用いない可能性が示された。加齢の影響によって記憶低下があるにもかかわらず、もし、記憶補助は使用しないことが事実であるとすれば、大いに問題である。

本調査では、日常認知・記憶の項目を明らかにするためにもテストバッテリーとして体力、MAC-Q、分配的注意、認知的失敗の項目を用いた。結果は、それらの得点について相関係数の値を算出し、性や年齢などの関連を検討した。その結果、概してほとんど相関がみられなかった。

体力と健康感、MAC-Qと分配的注意および認知的失敗、分配的注意と認知的失敗では相関係数は.40程度であり、相関があるが低かった。理由としては2つが考えられる。まず、分配的注意と認知的失敗の両者の質問項目は、高齢者の異なる心理的な側面を測定しているために高い相関がみられず、低かったという可能性である。次に、MAC-Q、分配的注意、認知的失敗は標準化された質問紙ではなく、信頼性や妥当性の検討の余地がある。したがって、本来ならば、高い相関が得られたかもしれないという可能性である。これら

2つの理由が考えられるが、どちらであるかは、本研究から明らかにすることはできなかった。

ところが、MAC-Q、分配的注意、認知的失敗は標準化されていないにも関わらず、日常認知・記憶の第1因子の「符号化・貯蔵・検索に関する記憶」に関する因子とMAC-Qでは.51、認知的失敗では.52、日常認知・記憶の第2因子の「展望的記憶」と認知的失敗で.52の相関係数の値が得られた(Figure 6)。ただし、高い相関ではなかった。では、なぜ高い相関ではなかったのだろうか。その理由として、MAC-Qに関しては、健常者に用いることに無理があることが示唆される。認知的失敗に関しては、質問項目が記憶の忘却や検索の失敗に関する内容が多く含まれている。したがって、日常認知・記憶の項目と認知的失敗の項目は、高齢者のおなじ側面を測定している可能性が推察される。いずれにせよ、高齢者にとって日常認知・記憶と認知的失敗の両者は重要な側面であることが示唆された。

分配的注意に関しては、調査対象者数十名からも指摘を受けたことにもよるが、高齢者は加齢の影響によって注意を分配できないと自覚しているようである。したがって、高齢者は極力注意を分配せず、どちらか1つのみに注意を向ける生活を営んでいることが推察される。したがって、分配的注意を高齢者に聞くことがそもそも意味がないということである。したがって、合計得点は妥当性を欠く可能性があると考えられる。

以上、日常認知・記憶の因子分析の結果、「符号化・貯蔵・検索に関する記憶」、「展望的記憶」、「表情認知」、「環境認知」、「自伝的記憶」、「最新の情報機器」、「記憶補助」が重要な側面であることが示された。さらに、認知的失敗も関与する可能性が示唆された。

引用文献

- 1) Broadbent, D. E., Cooper, P. F., Fitzgerald, P., & Parkes, K. R. (1982). The cognitive failures questionnaire(CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 1-18.
- 2) Crook, T. H., Feher, E. P., & Larrabee, G. J. (1992). Assessment of memory complaint in age-associated memory impairment: The MAC-Q. *International Psychogeriatrics*, 4, 165-176
- 3) 石原 治 (2010). 高齢者の日常認知・記憶の研究 - 第1日目の調査結果 - 静岡福祉大学紀要 6. 13-22.
- 4) 石原 治 (2008a). 記憶 権藤恭之 (編) 高齢者心理学 朝倉書店 pp.80-94.
- 5) 石原 治 (2008b). 高齢者の記憶の特徴 太田 信夫・多鹿秀継 (編) 記憶の生涯発達心理学 北大路書房 pp.272-281.
- 6) 衣笠 隆 (2000). 地域在住高齢者向けMotor Fitness Scaleの妥当性と信頼性 長期プロジェクト研究報告書「中年からの老化予防総合的長期追跡研究」中年からの老化予防に関する医学的研究—サクセスフル・エイジングをめざして (財) 東京都老人総合研究所 142-150.
- 7) Reason, J. (1993). Self-report questionnaires in cognitive psychology: have they delivered the goods? In A. Baddeley & L. Weiskrantz (Eds), *Attention: selection, awareness, and control*. Oxford: Clarendon Press. pp. 406-423.

自死遺族からの声

～ 一般者向けに書かれた書籍及び当事者研究として ～

吉永 洋子

Voices of the Suicide Bereaved:
Books for the Public and My Own Research

Yoko YOSHINAGA

日本では自殺者が1998年から年間3万人を超えている。一方で、昨年長女を自殺で亡くすまで、筆者自身がこの数値の大きさを実感することはなかった。これは、自死遺族がその死の原因を公表することができにくい状況があるのではないかと考えた。そこで、自らの原因を振り返りながらも、一般向けに書かれた自死遺族の声を伝える書籍を研究する中で、実際に公表することが難しい、もしくはその自殺の原因として責められた経験を持つ家族がいることを明らかにした。ここで、公表とはその死者の死因を尋ねられた場合に、自殺と告げることと、会話の中で関係する内容があったときに、家族の自殺に触れるということとする。

はじめに

1998年から我が国では年間の自殺者が12年連続で3万人を超えている。

この事態に対して、2006年には自殺対策基本法が施行された。その法律の目的は「自殺対策を総合的に推進して、自殺の防止を図り、あわせて自殺者の親族などに対する支援の充実を図り、もって国民が健康で生きがいを持って暮らすことのできる社会の実現に寄与すること」である。翌2007年には具体的な施策として自殺総合対策大綱が示された。

自殺総合対策大綱の基本的考え方

- ・社会的要因も踏まえ総合的に取り組む
- ・国民一人ひとりが自殺予防の主役となるように取り組む
- ・自殺の事前予防、危機対応に加え、未遂者や遺族などへの事後対応に取り組む
- ・関係者が連携して包括的に支える
- ・実態解明を進める 当面、これまでの知見に基づき施策を展開
- ・中長期的視点に立って、継続的に進める
(自殺総合対策大綱より)

また、静岡県では県をあげて「富士モデル」に取り組んでいる。これは、うつ病の人が精神科よりも内科に受診することが多いことから、その診察の際に、精神的な苦痛よりも身体的苦痛に着目しながら、必要に応じて精神科受診を進めるというものである。実際に、テレビなどでは「不眠はうつのはじめ」というコマーシャルが流されている。しかし、それでも減らない自殺の現状から、2008年には自殺対策加速化プランが発表された。

一方で、筆者自身も昨年自死遺族となった。長女が自ら命を断ったのだ。その時、筆者及び家族は、親戚や近所に対して娘の死が自殺であることを伝えた。そこから、「実はうちの家族の中にも自殺者がいる。」という多くの声を聞いた。それまでは知らなかった自殺者の多さ、自死遺族の多さを体感した。

実際に筆者はそれまでも自殺者が年間3万人を超えていることを知ってはいたが、長女を失うまでは、その多さと重みを実感することは無かった。それは、ニュースで伝えられる数値を数値としてのみ捉えていたことに起因している。身近な出来事が起きないと、その衝撃が毎年3万人いることを実感するしないということは、自死遺族が

自殺ということを公表しない傾向があることと関連すると思われた。なお、この場合の「公表」とは、自殺者の死因を聞かれたときに自殺であると告げること、会話の中で関係する内容があったときに、家族の自殺に触れるということとする。

そこで、本研究において、自らの体験における公表の意味をミクロの視点で考察する。次に、著作として出版されている自死遺族の心情を書き記した著書から、自死遺族が家族の自死の際に公表をできているのか、それとも言っていないこととと思っているのかなど、自死遺族の現状を考察する。そして、それらの考察を踏まえて、自死遺族支援もしくは自殺予防についての提言ができれば幸いである。

また、「自殺」という用語を基本的には使用するが、文献などから引用する場合は「自死」を使用する。それは、「自殺」という用語が一般的に用いられていること、理由やその時の精神状態のあり方に関らず、自ら起こした行動によって、自らを死に至らしめる行動になっているからである。

本研究においては、以下の3部構成で作成した。

第1章においては、筆者自身の喪失体験より、長女の自殺を知ったときに、どのような苦痛を持ちながら公表をするという経過をたどったのかを、主観的であるがミクロの視点に立って明らかにする。

第2章においては、自死遺族の著した本などから、公表の有無や、その結果得たもの、傷ついたものを明らかにしていく。ここで、記載をしている自死遺族は、自死遺族を代表するものではない。しかし、匿名でも自らの心情を伝えたいと思うようになるまでの経過をたどった、喪の作業を実践しているものと考えた。そのため、件数は少ないが、その内容から自死遺族の現状をメゾの視点で考察する。

第3章においては、第1章と第2章との比較を通して考察をし、自死遺族が今後どのような姿勢が自死遺族及び研究者に求められるのか、また自殺対策総合大綱及び自殺対策加速化プランがどのような効果があるのかを明らかにする。

本研究においては、体験者である筆者が公表という経過を通してその苦痛を明らかにすること

と、他の遺族との差異を明らかにすることと、その苦痛を自殺対策総合大綱及び自殺対策加速化プランにあてはめ、その政策に関する考察を実施する。このことにより、今後の日本における自殺予防対策の一助となることができれば幸いである。

第1章 筆者の喪失体験

筆者の長女はA県のB大学2年在学中に、借りていたアパートで自殺をした。その手段は大量の服薬及び飲酒した上での絞首であった。不眠のために精神科クリニックに通院を始めたところであったが、最後に残された写真からはクリニックで処方されていたもの以上の量の薬を服用したようだ。

長女が最後に送った携帯電話のメールを見て心配した友人により、長女は1時間以内には近くの病院に搬送されたが、3時間後に死亡が宣告された。

筆者が病院にかけつけ、長女の遺体と向き合ったときに自ら鬱になることは予測できた。そして、葬儀、アパートの解約、大学の退学などの手続きを実施する中で、実際に多くの苦しみを経験した。

病院で20年間精神科医療及び医療福祉に携わり、現在精神保健福祉士の養成に携わっている筆者として、当初公表することをためらった。しかし、結果的には自ら知り合いに長女の死を伝えるメールをした。その理由としては、遺体として長女の身体が存在するときに多くの方に見送っていただきたいと思ったこと、また隠しても実際にはわかってしまうだろうと予測することができたこと、後で「教えてほしかった」と知り合いに言われたら後悔すると思ったことなどである。

その結果として、弔問・通夜・告別式には多くの方に来ていただくことができた。またその後でも、声をかけてくださった方が多数いた。

その中で、筆者が非難されることはなかった。長女の友人の母親たちからは、「自分たちだって子供のことを全て理解しているわけではない。だから、今回のことは他人事で片付けられることで

はない。」と言われた。

また、同様に多くの方から、「実は私の知り合いも自殺をした」「私の家族も自殺をした」と言う声を聞いた。自殺者が年間3万人を超えているのが12年も続いている意味を感じることができた。それは、ひと言で片付けられる衝撃ではなかった。

長女の死の直後は、同じ体験をした方の話を聞きたいと思った。これまでも職業上ピア活動の重要性は知っているつもりであったが、この出来事により体感することができた。実際に、精神科医や精神保健福祉士ではなく、友人や同様に大学生の子供を亡くした方の話を聞きたいと思い、自殺で子供や家族を亡くした方の本を読み漁った。

そこでは、子供が自殺したことで親戚から非難をされた方や、子供が自殺したことを他の子供に告げることができないでいる方が存在することがわかった。

筆者は現在の自殺対策が実を結ぶためには、国民一人ひとりが自殺に対して実感を持つことが必要だと考えた。これは、自殺総合対策大綱における「国民一人ひとりが自殺対策の主役となるよう取り組む」ことであると考えている。そのためには、次章においては、現在出版されている自殺及び自殺予防関連の図書の内容を調べる。

第2章 先行研究及びその傾向

先行研究として参考にしたものは、以下の4冊である。

1. 自死遺児編集委員会・あしなが育英会編
(2002)『自殺って言えなかった。』サンマーク文庫
2. 若林一美著 (2003) 『自殺した子どもの親たち』青弓社
3. 平山正実監修 グリーフケア・サポートプラザ編 (2004) 『自ら逝ったあなた、遺された私』朝日新聞出版
4. 全国自死遺族総合支援センター編 (2008) 『自殺で家族を亡くして』三省堂

これらの本は、全てグリーフワークのサポートの会により監修もしくは編集されている。すなわ

ち、自死遺族の声を拾える場が、その声を発信するプリベンションのため、そして自死遺族のポストベンションとなることが目的となっている。また、実際に会を運営する中で、この声を世間に届ける必要性を感じて出版された書籍である。

<自殺って言えなかった。>

この本は、自死遺児が「自殺って言えない」という文集を出したものをベースに、その感想及び自死遺児の対談で構成されている。文字通り、親の死因が「自殺」ということを言えなかったり、中には知らされなかったりしている。

遺児の中でも、交通事故や病死による遺児と比べて引け目を感じていたことが明らかになる。また、高校や大学になり、あしなが育英会の「集い」に行き、自分だけではないことがわかり、公表をするようになっていく。従って「集い」で公表することができるようになるのは、家族の自死を体験してから一定の年数を経ているというよりも、高校生なり大学生なりになって、「集い」に参加したという経験があることが明らかになっている。

自殺者の続柄	数
父	20
母	1
夫	7
合計	28

表1 『自殺って言えなかった』に出てくる文の自殺者との続柄数
資料より筆者作成

この本は、文を作成した遺児の声だけに、統計的価値は高いとは言えない。しかし自死した家族は、表1のように圧倒的に父親が多いのは、現在の日本の状況がある程度示していると考えた。

周りへの公表に関しては、「遺体が発見された」「行方不明になり捜索をした」など、周りに知られている状況以外は「伝えなかった」「心筋梗塞と伝えた」など、伝えていないものが多かった。また、中には「知らされていなかった」「子ども

には伝えていない」などの回答があった。

その理由として、「自殺＝悪いこと」と思い、「この先の縁談などに差し支える」などの心配や、「親が自殺をしたことを知ったら、友人が離れてしまう」ということが多かった。日本では自殺を肯定して捉えられると言われるが、実際に自死遺族はそう思っていないことが明らかになった。また、子どもは家族の自殺の原因を自分にあるのではないかと思う傾向や、自分が止められなかったと思うことがあることが明らかになった。

同じあしなが育英会の奨学金を受けていながら、交通事故や病気で親を失った子どもと比べても肩身が狭い思いをしていることが明らかになった。

友人との関係の心配では、「自分の親に何かあると、自分とは違う人と思われる」と感じてしまうのは、未統合なパーソナリティのあり方のみではなく、「自殺」という、自ら決断をして命を断つという行為の背景にはさまざまな要因があり、その一部として「自らの行動を振り返り、その答えがわからないから、自分の責任と思う」というパターンがあると考察をしている。

＜自殺した子どもの親たち＞

この本は、タイトルどおり、子どもを自殺で失った遺族の声を、IWG（死と遺族に関する国際会議）の会員である著者が拾ったものである。この本では、遺族の声とともに、著者が考察した自殺の現状が記してある。そのため、この本を持って、統計的に自殺の現状を明らかにすることはできないが、子どもを亡くした親たちが、どのような思いで日々をすごしているのかが明らかになっている。また、この「ちいさな風の会」の動きを紹介している。

『「ちいさな風の会」は発足からまもなく15年になろうとしている遺族のセルフ・ヘルプ・グループ（自助グループ）だ。現在、北海道から沖縄まで日本全国に200人を越える会員がいるのだが、この会にも、自らのいのちを閉じてしまった子どもの親たちが、とても増えてきている。…（途中、省略）… 子どもを亡くした親たちは、死亡原因にかかわりなく、犯罪を行ったわけでもないのに、自分のことを世間に顔向けができないかのように感じ、身をひそめ、生きていることそのものが

申し訳ないかのように暮らしている。そのうえ自殺者の遺族のなかには、死因ばかりか、なくなったことそのものを世間に秘して暮らしている人も少なくない。」¹⁾

「入会当初は別の死因をあげていた人が、何年か経てこの分科会に参加されてくることもあるし、『いつか自死の分科会に出席することが、私の残りの人生の目標です』といった手紙を、大きな手術を受けた直後の会員から受け取ることもある。」²⁾

この本が出版されたのは2003年1月なので、「ちいさな風の会」が発足したのは1988年である。そして、子どもが親の自殺の原因を自らのものと感じるのと同様、もしくはそれ以上の罪責感を、自殺した子どもの親は持っていることを紹介している。また、子どもを亡くしたことは同じでも、自殺であると会の中で伝えるにも時間がかかることを紹介している。その原因のひとつとして、周囲の人の関わりかたが大きく影響を及ぼす。「遺族が悲しみを表現することへのためらいは、家族の死によって傷ついた心が、世間の好奇と偏見、無理解の前で、言い返すこともできず、言い訳することさえ許されないまま、一方的に傷ついていくしかない体験を繰り返すなかで助長されていく側面もある。」³⁾「自殺者の遺族は罪責感と怒りにさいなまれながら、説明不能な行為を理解するよう、しいられるのだ。」⁴⁾ただでさえ、子どもの自殺によって親は罪責感を持つ。その上で、傷つく体験を経たり、またはその可能性があったりすると、なおさら遺族として公表することが難しくなる。

一方で、若林は「自殺は『物語』の終章にはなりえない」⁵⁾として、「愛する人が、自死によって去って行ってしまったとき、理由や動悸も含め、わからないことが人々に混乱と悲しみを引き起こす。」⁶⁾と述べている。実際に家族の突然の自殺は、遺族にとっては悲しみと疑問の始まりとなる。

＜自ら逝ったあなた、遺された私＞

この本は、医学博士である平山正実が理事長を務める「グリーンケア・サポートプラザ」での実践や手記などを紹介している。

その中でアンケートが実施されている。回答者

は18名であり、数的には少ない。しかし、自死遺族であることを前提に答えられる方の回答と考えると、このアンケートの意義は大きい。

そこで、「周囲の人へ自死であることを知らせていますか」という問いに対して、ほとんどの人が知らせていなかった。その中の理由としては、「世間の偏見の目が怖い」「静かに送ってあげたかった」などである。

また、「周囲から偏見を受けていると感じたことはありますか」という質問に対して、「今は偏見を感じていないが、子どもが結婚するときに相手に知らせるかどうかが不安だ」という回答があり、自殺が偏見の対象となると考えている遺族がいることが明らかになった。

<自殺で家族を亡くして>

この書籍は、全国自死遺族総合支援センターが編集したものである。その内容は、自死遺族の手記を中心にしながら、自殺対策全般について記してある。この本の目的について、全国自死遺族総合支援センター代表幹事の杉本は「体験者、支援者という位置づけではなく、被害者、傍観者、解説者そのいずれでもなく、現代の私たちが直面している自殺、自死という思い問題に『当事者』として生きている人たちの物語です。」⁷⁾と述べている。

この書籍は3部作成となっており、1部は自死遺族の手記、2部は「支援者から同行者へともに歩む途上にて」として集いの運営者などが書いている、メゾレベルの支援を表している。第3部は「自殺対策という<生きる支援>を社会で、皆で」として、あしなが育英会、自死遺族支援ネットワーク及びライフリンクがその活動をソーシャルアクションとして報告している。

特に手記の部分では、自殺の原因の一つであった多重債務の問題や、実際に家族が自死をしたために付き合いを反対された恋人が去っていったという場面もある。「後に、私の親の自死が理由で自分の親に付き合いを反対されているとその彼から聞かされ、初めて自死に対する偏見に直面しました。『自殺した家の子』という烙印は『私』を全面から否定する冷たいものでした。」⁸⁾ただ、この手記の執筆者は自死遺族の集いを行う「分かち合いの会 あんだんて」を立ち上げている。

公表の面からすると、やはり心臓病などの理由を挙げているパターンが大きい。ただ、その後は自殺者の数の多さから、「何かの形で残さない」と、分かち合いの会を開設したり、自殺は個人の問題ではないことを訴えたりする活動を実施したりしている。

<結果>

家族が自殺をすると、取り残された遺族の苦痛は始まる。そこの中には、「自殺」という原因をどのように取り扱うのかという問題も含まれる。特に公表という形で伝えた後、どのようにその情報が取り扱われるのかという不安は存在する。

そこには、自殺＝自ら図った死で、道徳的に（キリスト教においては宗教的に）間違っていることであるという思いを、遺族自身が持つてしまうことがある。

また、自殺には何らかの要因があったと考え、そこに気づかず、取り除けなかったことに対して、親だけでなく子どもも罪悪感を抱いてしまう。また、実際に「お前のせいだ」と親族から責められることも、遺族の心を一層傷つけてしまう。

一方で、自殺という死因だけではなく、亡くなったことも伏せて、葬式も出せない、生きていくことにしている遺族も存在する。また、親が自殺をしたことで、交際を止められた遺族も存在する。そのため、家族の自殺後に知り合った人に対しては伏せておく、という声もあった。

仲間がいるところであればともかく、実際には公表は難しい。しかし、受容していく中で、分かち合いの会では、自死遺族であることが伝えられるようになる人が多いことが明らかになった。一方で、誰もが公表を避けていては、自殺者数は今のままになるのではないかという恐れから、自殺を公表したり、分かち合いの会を作ったりという社会的活動に結び付けている家族もいることが明らかになった。

いずれにしても、家族の自殺は苦しみの出発点となること、また、公表については時間がかかることが多く、その理由としては、「自殺は特別な死」「自殺を選ぶ人は特別な人」という印象があり、特にうつ病との関連性において、「自殺

をする人＝うつ病＝精神障害者＝特別な人」と図式に当てはめられる傾向があることが明らかになった。

第3章 考 察

研究を進める中で、特に印象に残ったことは、「自殺は特別な死である」「家族が自殺をしたことを知ると、他の人に受け入れてもらえなくなる」という思いを自死遺族が持っていること、中には実際にバッシングにあった人が少なからずいるということである。

親が死亡したために奨学金を受けている学生でも、その死因が病死や事故死ではなく自殺であると、友人が離れていきそうに感じる学生が多いことも深く考えた。

ここでは、自殺＝特別な死であること、「自殺をする人＝うつ病＝精神障害者＝特別な人」と図式に当てはめられる傾向があること、そして自殺という行動の一端に自分も関与していると考えられると構想した。しかし、「うつ病」と書けば精神科の病気ではある。一方で感情を持つ人間で、抑うつ的な気持ち、落ち込んだり悲しくなったりしたことがない人は、ほとんどいないと考えられる。また、実際に雑誌でプチうつの特集が組まれたり、有名人がうつ病の体験記を出版したりするなど、感情によって人間はゆれ動くこと、そしてそれは根性や精神論などでは対処できないものであると考える。

一方、身近で自殺が起きていない人は、長女を失う前の筆者も含めて、自殺が増えていることを実感することができないのだと考察した。

また、厚生労働省の統計の取り方も、自殺の原因を単一のものとしているが、実際には、自殺に至るまでいろいろな要因が重なり合っている。しかも、その内容では犯人探しをすることになるように思える。自殺に至る過程もさまざまな段階を踏まえていくことを理解する必要がある。そして、その原因の一部は誰にでも起こりうることもかもしれない。

家族を自殺で失って、心のバランスも崩している遺族が公表をするには、難しいこともある。そ

のためにも、自殺に対する偏見を減らし、自殺自体は望ましくないが、その過程は誰でも起こりえること、そして、そのために遺族がどのような痛みを追うのかを今後は明らかにしていきたい。

おわりに

この小論を書こうと思ったのは、長女の自殺後1ヶ月半で行われた、地域のある会合に出席したことがきっかけである。そこで、県内でも毎年800人もの自殺者がいることを知った。それは、1日2、3件ということであり、長女がいなくなってから、既に100人もの自殺者がいるという計算になる。筆者自身全く立ち直っていない状況で、筆者と同様の自死遺族や知り合いの自殺で衝撃を受けている人が1,000人以上いるということだ。「絶対に止めなくてはいけない。同じ思いをする人がこの先増えてほしくない。」その思いで必死であった。

また、長女の死後半年間は、自死遺族の著した本以外を読むことができなかった。一方で、上記4冊の本を読む中で、自らがいかに恵まれた存在であるのかがわかり、新たな罪悪感を覚えた。最初に長女の死因を尋ねられたときに「自分で」と告げることができたこと、多くの弔問客に状況を話すことができたこと、また誰からも非難されなかったこと、「自分を責めないで」という声をかけられたことが大きかった。

長女宛にも、メールや手紙で、「自殺したことは悪いけど、そんなに苦しんでいたことがわからなかったのでごめんね。」という内容のメッセージがたくさん届けられた。誰も犯人探しをせず、むしろ自分も原因の一部と考えている友人が少なからずいた。

私たち自身原因探しをせず、長女の生前の様子を長女の友人に聞くことで、長女が生きてきた足跡をたどることができ、長女が死を選んだ理由もおぼろげながら理解することができた。特に、長女は死の3日前にmixiに「死にたくないよ」とメッセージを載せている。このメッセージを見つけたときに、長女は生きてなかったけど、生きてはいけなそうと思ひ込んでしまったことを理解する

ことができた。同様に自殺は「したい人がする」のではなく、他の選択肢を切り離して「死ぬしかない」と思いつめた、視野狭窄状態に陥った人が行うものであると理解することができた。

また、公表することに躊躇しながらも踏み切ることができたのは、「この身体があるうちに、多くの方に会いに来ていただきたい。少しでも多くの方に見送っていただきたい。」という思いがあったからだと思う。特に、葬儀の前に火葬が行われる地域であるため、遺体と対面をしてほしいという思いが恥ずかしさや躊躇に打ち勝ったと考えている。

この小論に出てくる事例は、文章として表すことができた自死遺族の一部の体験談であり、統計的な価値としては高くはない。実際には、文章に残す以前に、死の理由を周りには伝えられない遺族もたくさんいる。

今後は、分かち合いの会に参加するなど、実際の遺族と経験を分かち合いながら、実態に即した研究活動を実施していきたい。特に、自殺予防のために、自殺を特別な死ではなく、誰にでも起こりうることを伝えるしていきたい。

4. 全国自死遺族総合支援センター編(2008)『自殺で家族を亡くして』三省堂
5. 内閣府『平成20年版 自殺対策白書』
6. 精神保健福祉白書(2010年版)
7. 河西千秋(2009)『自殺予防学』新潮選書
8. 高橋祥友(2006)『自殺予防』岩波新書

<引用文献>

- 1) 若林一美著(2003)『自殺した子どもの親たち』青弓社、p8-9
- 2) 1), p170
- 3) 1), p15
- 4) 1), p158
- 5) 1), p20
- 6) 1), p21
- 7) 全国自死遺族総合支援センター編(2008)『自殺で家族を亡くして-私たち遺族の物語』三省堂、p1
- 8) 7), p120

<参考文献>

1. 自死遺児編集委員会・あしなが育英会編(2002)『自殺って言えなかった。』サンマーク文庫
2. 若林一美著(2003)『自殺した子どもの親たち』青弓社
3. 平山正実監修 グリーフケア・サポートプラザ編(2004)『自ら逝ったあなた、遺された私』朝日新聞出版

ユニバーサルデザイン教育に関する一考察

～ 産学官連携と障害者参画によるユニバーサルデザイン製品・機器の開発 ～

平井 利明

A Study on the Universal Design Education: The Development of Universal Design Products with the Collaboration of the University-Industry-Government Cooperation and Persons with Disabilities

Toshiaki HIRAI

要 約

福祉分野で活躍する人材の育成を担う本学におけるユニバーサルデザイン教育をより実践的なものにするために、地域の福祉現場を担う行政とともに実践的な新しい福祉教育の場を創り出す。そのために企業・団体、大学そして行政の相互理解と協力連携を図る。さらに連携に障害者を加え、より充実したこの分野の教育の場を創り出す。本論は、産学官連携と障害者参画によるユニバーサルデザイン製品・機器の開発を通してユニバーサルデザイン教育と新たな福祉教育の場の創出について考察する。

キーワード：ユニバーサルデザイン 産学官連携 障害者 福祉教育

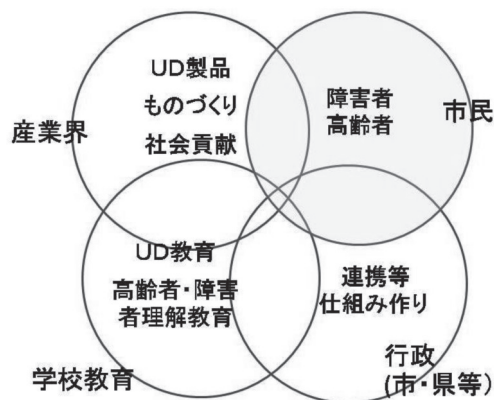
1 はじめに

ユニバーサルデザイン製品・機器の創出や開発には、私たちが生活している社会的空間と私たち一人ひとりが生活している個人的空間が意識されている。たとえば社会的空間では公衆トイレや駅などに見られる案内のサイン、音楽会や講演会等が行われる公共施設の階段の手すりやスロープ、移動のための交通機関の座席や空間など、個人的空間では食事の際に使用する箸やスプーン、

皿、コップや移動のための車いすなどに意識されている。社会的空間、個人的空間で意識され創出や開発がされるユニバーサルデザイン製品・機器はともにユニバーサルデザインの基本理念のもと、それぞれの分野でそれぞれの目的をもって多くの人に便利で使いやすい環境を提供している。そしてそれらは、高齢社会や国際化する社会、障害者の社会参加、経済の活性化に貢献している。

ところでユニバーサルデザイン製品の創出や開発の推進は、産業界や学校、行政がそれぞれ独立して行動することもあれば、産業界、行政そして学校（研究機関）の3機関が連携して取り組むこともある。この取り組みに障害者や高齢者を含めた一般市民の参画があればさらに有益なユニバーサルデザイン製品・機器の創出や開発が可能になる。

ユニバーサルデザイン製品・機器開発の取り組みに関し多くの企業はユニバーサルデザインの基本理念のもとに研究を行い「ものづくり」を行っている。企業によってはユニバーサルデザイン製品・機器開発を企業の経営目標に掲げたりしている。教育機関は、学生に対してユニバーサルデ



ユニバーサルデザイン製品・機器開発推進体制

ザインに関する基礎教育やデザイン教育を行ったり、創出したデザインのプロトタイプ製作を行ったりしている。またユニバーサルデザインの必要性を社会に訴える活動などもしている。行政は、ユニバーサルな社会的空間や個人的空間を実現するために企業や各種団体にその指導を行ったり、また産業界や教育機関等の連携の橋渡しなどをしたりしている。

行政に関して言えば、静岡県では、住む人も訪れる人も快適と感じる「快適空間しずおか」を実現するために、ユニバーサルデザインを県政の基本的考え方として位置付け、ユニバーサルデザインを効果的、効率的に推進するために「しずおかユニバーサルデザイン行動計画」⁽¹⁾を策定している。この計画では、ユニバーサルデザインを次の5つの柱に分類している。

1. ユニバーサルデザインの考え方の普及
2. すべての人が暮らしやすいまちづくり
3. すべての人が使いやすいものづくり
4. すべての人に配慮したサービス・情報の提供
5. 自立と共生の社会づくり

ユニバーサルデザインについてさまざまな取り組み法がある中、取り組みの現状は、企業・学校・行政それぞれが独自の調査・研究、開発を行い、連携は必ずしも盛んではない。本学においても行政と深く関りあったり、民間ソースを利用したり、民間団体と協力体制を組んだりして製品・機器開発に積極的に取り組んできたとは言えないのが現実である。また学校教育は、理論等が優先し実践がとまなわないのも事実である。ましてやアイデア等を実現する「ものづくり」の教育は、企業の協力なしに学校だけの努力だけでは困難な一面をもっている。このため産学官連携等による実践的な教育の場が必要になる。

このような背景のもと本学では2009年10月から2010年2月に渡り産学官連携と障害者参画による「かめつるミーティング 福祉機器を開発しよう」⁽²⁾のプロジェクトを立ち上げ実施した。本論は、このプロジェクトの実践を通してユニバーサルデザイン教育と新たな福祉教育の場の創出について考察し論じるものである。なお製品・機器開発を本論ではプロジェクトとして位置づけ述べている。

2 プロジェクトにおける ユニバーサルデザイン製品・機器開発の 考え方と開発の前提・目的

本論で述べるユニバーサルデザイン製品・機器（以降「製品・機器」と記述）開発の考え方は、以下のとおりである。

- (1) ユニバーサルデザインの7原則¹⁾にとらわれない。
- (2) 普及性や費用対効果など一般的な評価基準をあてはめない。
- (3) 個人的空間を強く意識し、障害をかかえ日常生活に不便を感じ困っている人が純粋に喜んでくれる製品・機器の開発をめざす。
- (4) 個人的空間を強く意識することから、「そのひとのためだけ」に焦点をあてた製品・機器開発とする。

なお、これらの考え方にもとづき製品・機器開発は、以下の前提のもとで行う。

- (1) 肢体不自由者など障害者が日常生活で不便を感じている製品・機器について取り上げる。
- (2) 地元企業からの資金提供として500万円を想定する。この資金提供枠内で製品・機器開発を行う。なお資金は、製品・機器開発のための材料費や部品等および製造の委託費などであり、人件費は含まない。
- (3) 「その人のためだけ」に焦点をあてた製品・機器開発であるが、アイデアの創出やプロトタイプ製作の段階においては、その人がもつ障害の特性や生活様式にこだわらない。

このような製品・機器開発の考え方と前提のもと、本プロジェクトの製品・機器開発の目的は以下のとおりである。

- (1) 本プロジェクトに参画した障害者個人が喜ぶ製品・機器開発をめざす。
- (2) 新製品・機器開発でない場合には本プロジェクトに参画した障害者個人が日常使用している製品・機器をカスタマイズした製品・機器開発をめざす。

3 プロジェクト推進方法

プロジェクト推進にあたりそのステップと内容は以下のとおりである。

3.1 産業界における「ものづくり」についての情報収集

- (1) 産業界から地元で成功を収めている企業の話しを聴くことでこれから創造・開発しようとする製品・機器やカスタマイズのヒントを得る。
- (2) 市場で販売されている製品を見ることで、開発の背景やデザイン創出のアイデアを得る。
- (3) 「ものづくり」の考え方を学ぶ。

3.2 障害者からの情報収集と問題点の洗い出し

- (1) プロジェクトに参画の障害者から、日常使用している製品・機器の中で、その使用に不便を感じたり困ったりしている製品・機器を取り上げてもらい、それについての情報収集を行う。
- (2) 「どうして不便なのか」「どのような点で困っているのか」「どのようなデザインであればよいか」などを聞き出す。その結果「どうしてこのようなデザインとなったのか」「不便さ解消のためのアイデア」「困難さ解消のためのアイデア」などについてグループごとにブレインストーミングを行う。
- (3) ブレインストーミングを行った結果をKJ法でまとめる。

3.3 アイデアの創出とプロトタイプ製作によるスペックの決定

- (1) KJ法でまとめた結果をもとに改善のためのアイデアを出し検討を行う。
- (2) アイデアをもとに製品・機器のスペックを検討しスペックの概要策定を行う。
- (3) 概要策定したスペックを評価する。
- (4) 概要確定したスペックをもとにプロトタイプを製作し、プロトタイプの検討を重ねる。
- (5) プロトタイプの検討から製品・機器のスペックの確定を行う。確定した製品・機器製作のためのスペックをスペックシートに完

成させる。

- (6) 開発した製品・機器のスペックや特徴から販売戦略、広報戦略について検討する。

3.4 製品・機器開発とプレゼンテーション

- (1) スペックにしたがいプロトタイプの製品・機器の製作を行う。
- (2) プロトタイプの発表のためのプレゼンテーション資料を作成する。作成にあたっては販売戦略、広報戦略を意識したものとする。なお並行してCMのための30秒のプレゼンテーション資料も作成する。
- (3) 作成したプレゼンテーション資料をもとにプロトタイプ製品・機器の発表を行う。
- (4) 開発した製品・機器の販売戦略と広報戦略のための30秒のCM撮りを行う。

3.5 プロトタイプの評価

- (1) 情報提供者である障害者や来場者から質問を受ける。またプロトタイプを実際に使用して見せることで開発した製品・機器の評価を得る。
- (2) 評価のレビューを行い、さらなる改善点や問題点を検討する。また検討結果をもとにスペックに変更を加える。
- (3) プロジェクトの継続推進が可能であれば新たなスペックをもとに開発を行う。

4 プロジェクト参画者の教育的視点での期待

プロジェクトの実施にあたり、それぞれの参画者に教育的視点で期待した事柄は次のとおりである。

4.1 産業界に対して

「ものづくり」に関し、アイデア等が製品と化すとそれを使用する者にはアイデアから製品に至るまでの楽しさや苦しさはわからない。たとえばすばらしいデザインで使い心地がよく、評判がよくてもその製品が生まれるまでの過程や苦労を学生たちが理解することは一般的に難しい。学生でなくても使う人はそのようなことを考えた

りしない。このため学生には「ものづくり」の苦
労や、顧客に喜ばれる「ものづくり」の在り方、
常に第一線の地位を保ちつづけるための技術の
ノウハウやデザインを生むノウハウについて伝
えてほしい。また自己のデザイン力を育成するた
めの学習法などについても伝えて欲しい。

4.2 学生に対して

学生たちはユニバーサルデザインや福祉製品
などについて机上での学問に終始することが多
く、実践という活きた学問を与えられる機会は少
ない。福祉製品・機器開発となればなおさらであ
る。実践を多く伴わないこのような学習環境の
中、障害者を加えたこのプロジェクトを、机上の
理論を実践に活かすよい機会としてとらえて欲
しい。

また福祉大学とはいえ、日常、障害者と触れ合
う機会は決して多くない。障害者とともに考え、
何かを共に創造していくことで障害や障害者を
理解し、ノーマライゼーションの必要性や心のバ
リアフリーの必要性を理解して欲しい。

プロジェクトの推進の中では、障害者自身から
ユニバーサルデザイン製品・機器の開発に対する
想いや日常生活品の使い勝手についての不平不
満を聞き、製品・機器開発のヒントを得るととも
に障害者と健常者の視点の違いなどについても
発見して欲しい。言い換えれば健常者にとって不
便のない日常生活品を障害者の立場で考え、現在
ある製品・機器のカスタマイズの必要性や新たな
製品・機器の開発の必要性を実感して欲しい。そ
して今後のユニバーサルデザインに関係する学
習の中でそれを活かして欲しい。

さらに学生と障害者が共に福祉製品・機器の創
造・開発を行うことで、「共生」の理解や「共に
創造する喜び」を期待したい。

4.3 障害者に対して

障害者であることを武器に、学生には障害者
にとって必要な福祉製品や日常生活品に
対する考え方を伝える。行政には産業界における製品・
機器開発や福祉行政に対する問題点をぶつける
機会として欲しい。学生は福祉行政に関して概し
て無関心であり無知なことが多い。行政関係者も
多く参画している中、学生には障害者を通して福

祉行政について学び、考える機会としてとらえたい。

参画者の中にもし心にバリアを抱えているよ
うであれば、バリアを取り除いたプロジェクトの
中で「障害があっても、障害のない人たちと共に
考え、共に福祉製品・機器開発ができる」という
ユニバーサルなコミュニティを楽しんで欲しい。
また「私たちがいてユニバーサルデザイン製品・
機器開発ができるのだ」という社会貢献や社会参
加の喜びを感じてもらいたい。

また一人でも多くの学生に、製品・機器開発の
過程の中で「障害者を阻害する物理バリアは何か」、
「障害者を阻害する精神的バリアは何か」を
伝えて欲しい。同時にこのプロジェクトに参加し
た多くの人たちとコミュニケーションをとり、コ
ミュニケーションの楽しさを味わってもらいた
い。

本プロジェクトの製品・機器開発に関して言え
ば、プロジェクトグループのメンバーが「私のた
めにこんなにもがんばって製品・機器開発を考え
てくれた」「私のためにこれまで使いにくかった
製品をこのようにカスタマイズしてくれた」「こ
のような製品・機器のアイデアを出してくれた」
などの喜びを感じて欲しい。さらに共に活動した
プロジェクトの参加者とプロジェクト解散後も
なんらなかの関係をもち続け、情報交換等を行い
ユニバーサルな社会作りに共に貢献できるよ
うな人間関係づくりを期待したい。

4.4 行政に対して

静岡県は、1999年、「ユニバーサルデザイン」
をキーワードにした町づくりを開始し、企業や県
民に対してユニバーサルデザインに関する普及
啓蒙活動を行ってきている。また毎年静岡県ユニ
バーサルデザイン展を開催し、静岡県の企業や大
学におけるユニバーサルデザインの取り組みに
ついて広く紹介している。本学においてもこれら
の企画に参画するとともに県主催のユニバーサ
ルデザイン委員会などに委員として参画しユニ
バーサルデザインに関する啓蒙活動に一役買っ
ている。

ところで福祉行政に携わる人たちであっても、
必ずしも障害や障害者について十分な理解をし
ているとは限らない。ユニバーサルデザインを啓

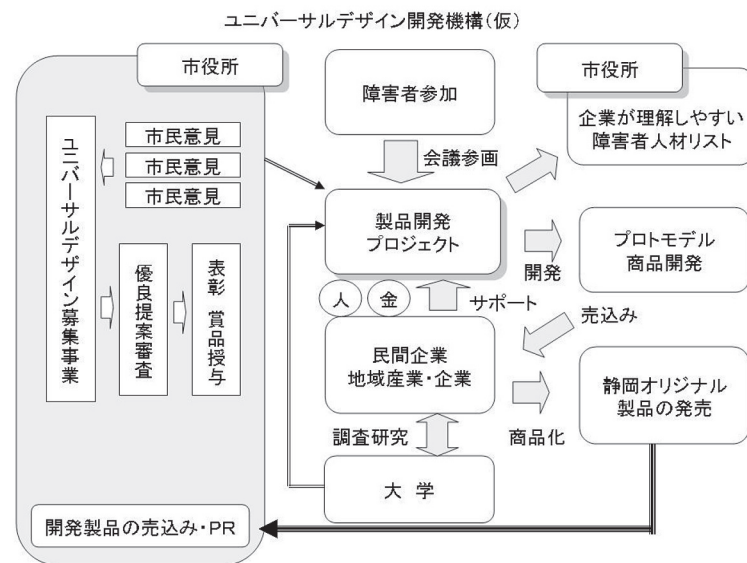
蒙しながらまだまだ高齢者や障害者を理解していない公共施設・機関のデザインがある。このようなプロジェクトの機会をとおして障害や障害者、高齢者の理解を図り、教育面や産業面に更なるユニバーサルデザインの「ものづくり」の大切さやすべての人に配慮したサービスの提供について啓蒙して欲しい。また障害者や高齢者だけではなく、広く消費者や利用者の製品・機器や公共施設等に対する意識を把握し、それを反映させるシステムづくりと推進を行い、産業界の活性化に貢献することを期待したい。

また行政は、公平性などを理由に特定の団体と協働することがなかなか困難であったり苦手であったりする。しかし公共事業の目的が福祉の貢献、福祉社会の貢献であるならば、さまざまな団体や教育機関などとの協働は認められるはずである。このプロジェクトは、民間ソース活用の先駆けの事業としての立ち上げに高い可能性を秘

めている。その実現に向けての行動を期待したい。

さらにこのような産学官連携に対する積極的な取り組みや仲介の機能は、これまでの行政（市役所）業務にはなかったように思われる。この機会を「民間企業」・「行政（市役所）」・「教育機関」・「一般市民（障害者）」によるユニバーサルデザイン製品・機器開発の協働作業の第一歩とし、行政としてのユニバーサルデザインの提案を広く市民に求め、それを経済界に売り込んで欲しい。また優れた製品・機器に対しては表彰制度を設けるなどユニバーサルな製品・機器開発に関するさまざまな事項を健康福祉基本計画に組み込むよう政策にも期待したい。

図⁽²⁾は、静岡市役所保健福祉こども局福祉部が考える産学官連携とともに市民参加、障害者参加による「ユニバーサルデザイン開発機構（仮称）」である。



5 プロジェクトの実践

5.1 産業界における「ものづくり」についての考え方の情報収集

産業界を代表して(株)水鳥工業社長の水鳥正志氏が「ものづくり」について講演を行う。(株)水鳥工業は、「下駄づくり」で成功を取めている企業であり、第63回東京国際ナショナルギフトショーのコンテストで準大賞、第5回サライ大賞では

グランプリなど数々の栄誉を授与されている。

「ものづくり」のコンセプトは『常に改革心を持ち伝統工芸が苦手になっている「変化」を積極的に取り入れる。一つひとつの製品に職人の愛情を込めた大量生産にはない味のある「下駄づくり」そしてお客さまに喜ばれる「ものづくり』である。海外から安い下駄が大量に輸入され、地場産業が生き延びていくには厳しい時代の中での成功の秘訣は、コンセプトを明確に打ち出し、実践

している点である。現代のライフスタイル・生活シーンにあった下駄、さまざまなファッションに似合うデザインの下駄、デザインだけでなく一日はいても足が痛くならないはき心地のよい機能性に優れた下駄づくりをしている。「ものづくり」においてはデザイン、機能性のほか市場での占有を勝ち得るための販売戦略や販売価格帯もある。このため日本国内のデザインで海外に生産を委託することもある。この時には製品となる前のプロトタイプ製品を厳しい目で審査し、何度でもプロトタイプを製作し満足のゆく製品の生産につなげていく。海外委託の問題点は、デザインの盗難である。

水鳥氏の講演がプロジェクト開始に向け大きなヒントと成り得たことを期待したい。なお水鳥氏の講演から学生たちが得たものを挙げれば次のような事項がある。

- ① 顧客に喜ばれる「ものづくり」
- ② 時代の流れの中で必要とされるデザインの重要性
- ③ 「ものづくり」に対する柔軟な発想の必要性
- ④ 時代の変化を感じとりそれをデザインに活かすデザイン力
- ⑤ その人が必要とするまさにその場で使えるデザインの製品
- ⑥ 販売戦略と企業経営



産業界から「ものづくり」について話す水鳥氏

(株)水鳥工業の主製品は下駄やサンダル類である。これらの製品の需要は日本やアジア圏が主である。しかし近年その使用や需要は、アジアから世界中に広がっている。需要を広げ、世界をターゲットにするには、その地域の文化や習慣、そして一人ひとりの使い方の研究も大切となる。「ものづくり」の成功は、その地域の文化や習慣、一人ひとりの使い方、使われ方をグループ化し分類することである。講演とともに提示されたさまざまなデザインの下駄やサンダルは、グループ化され、分類されることでさまざまなデザインに分化している。このようなことからユニバーサルデザインの製品・機器の開発には、製品・機器開発に応じたグループ分けが必要であることがわかる。

5.2 障害者からの情報収集と問題点の洗い出し

障害者からの情報収集と問題点の洗い出しは、障害者がこのプロジェクトに参画し、日常使用している製品・機器について「こうデザインされていけば」「ここが使いにくい」など障害者の視点から製品・機器に対する要望や問題点を提起してもらい、提起された問題点に対する洗い出しの作業である。なおプロジェクトでは、障害者のもつ障害の特性に応じ5グループに分割し、グループごとによる製品・機器開発としている。

5.2.1 プロジェクト参加の障害者のプロフィール

表は、本プロジェクトに参加した6名の障害者のプロフィールとプロジェクト開始にあたり面談した内容要旨である。

表 プロジェクト参画の障害者の情報

名前	NR	KT	SM	OK	FS	MS
年齢 勤務先 障害の程度 移動手段 家族状況	24歳 在宅勤務 四肢麻痺 言語障害 電動車いす 未婚 4人	39歳 社会福祉協議会 下半身麻痺 車いす 夫と子ども	55歳 無職 左足麻痺 左手麻痺 車いす 独り暮らし	57歳 主婦 右側麻痺 脳性麻痺 電動車いす 夫	56歳 主婦 右半身可動困難 足を引いて歩ける 夫と子ども	56歳 主婦 右足麻痺 右手麻痺 足を引いて歩ける 夫と子ども
面談での感想要旨	四肢障害とともに言語障害がある。言葉を発することができないためコミュニケーションボードやパソコンを使用して会話をを行う。多くの人とコミュニケーションをとりたい。そのためには唯一コミュニケーション手段として使えるPCと携帯電話の改良を望んでいる。PCでカーナビ等の地図の修正をする仕事をしている。	車椅子生活が長く自立している。このため車椅子生活者が自立する上での車いすに関する改善点を多くもっている。福祉関係の職場にいたので、健常者と障害者の両方の立場の感覚を持ち合わせている。	健常者が生活する県営住宅で独り暮らしであり、このため多くの苦労がある。ホームヘルパーが入りサポートはある。中途障害者だけに車椅子生活での苦労を多く語ることができる。物づくりについては積極的な姿勢である。	ご主人のサポートもあるが基本的に主婦業もこなす。障害をもつ主婦が使用する製品機器の設計に不満をもっている。生活はご主人のサポートのあるため切実な苦労はないしかし3日間いなかったら・・・。	動くことをはじめ何でもリハビリという考え方で生活をしている。日用品で使いにくい物は多くあるが口などを使ってうまく使いこなしている。	施設に通うようになってから性格が明るくなったと喜んでいる。山間地に住んでおり、地域がささえてくれているという感覚をもっている。5人家族の食事を作るが、麻痺があるため片手では力が入らない。キッチン系の改善を求めている。
情報収集に対する難易度 性格	言語障害のためコミュニケーションに時間要 協力的	良 積極的	良 協力的	良 積極的	良 協力的	良 積極的

5.2.2 情報収集と問題点の洗い出し

問題点の洗い出しは、障害者が日常使用している製品・機器を持参してもらい、開発メンバーに対して「こうデザインされていれば」「ここが使いにくい」「ここにこのようなものがついていれば」など不満に思っていること、「製品・機器開発に期待すること」などを聞き出す情報収集である。たとえばプロジェクト参加の障害者の一人は、肢体不自由かつ言語障害をもつ。この人のコミュニケーション手段は、パソコンと携帯電話である。この人にとっての大きな問題は、パソコンのキーボードのキーを押すのに「力が必要」であることである。軽いタッチのキーボードをもつパソコンや携帯電話の開発を期待する。また支援者や友人とコミュニケーションに使用するある会社のコミュニケーションボードは、使用者が誤って他のキーを押さないようにキーごとに丸い穴の枠組み板がついている。しかしキーを押すために操作盤の穴の奥深くまで指を入れなければな

らないこと、さらに指を入れた後でキーを押す力が必要であることなどでコミュニケーションボードを上手に活用できない。指を操作盤の該当キーに入れることなく、力を入れずにキー操作ができ、他のキーを誤って操作することのないコミュニケーションボードの開発を期待する。

情報収集の結果から決定した5グループのテーマは以下のとおりである。

- (1) Tea timeをより楽しむために
- (2) M家のポットを追及する
- (3) 車いすで安全な生活を送るために
- (4) 車椅子の生活をよりよくするために
- (5) Nクンのリフレッシュタイムの向上

これらのテーマをもとに情報収集を行い、その結果から「どうして不便なデザインなのか」「どうしてこのようなデザインとなったのか」その原因と問題点を追求する。また「不便さの解消のためのアイデア」「困難さ解消のためのアイデア」などについての意見の収集をブレンストーミ

ング形式にて行う。問題点や改善点を発見する都度、問題点・改善点のそれぞれの意見に対応した色のポストイットに書き込み模造紙に貼り付けていく。意見が出尽くしたところでKJ法による情報整理を行う。



KJ法によってまとめられた情報

5.3 アイデアの創出とプロトタイプ製作によるスペックの決定

KJ法でまとめた結果をもとにグループごとに改善案のためのアイデアを出し合い、開発する製品・機器のスペックを作成する。スペックには障害者の要望を100%取り入れる。またスペックは、製品・機器の特徴を明確にし、販売戦略や広報戦略に役立てることができるようにする。同時にこの段階から販売戦略のためのプレゼンテーションも意識し、必要に応じて資料作成を行う。

スペックをもとにプロトタイプを製作する。プロトタイプ製作にあたっては現製品・機器に部品等を装着したりするなどして改良を加えたり、まったく新たな製品・機器である場合には発泡スチロールやボール紙など身近な材料を使用して製作する。プロトタイプ製作過程において新たに創出された機能やデザイン等はスペックに追加するとともにプロトタイプ製作に反映させる。プロトタイプをもとに検討を重ね、スペックの確定を行う。確定したスペックは、スペックシートとして完成させ製品・機器開発のソースとする。

明確になったスペックから、販売戦略や広報戦略についても検討する。販売戦略や広報戦略の検討は、他社製品・機器との違いや、自社開発製品・機器の特徴を社会に明確に打ち出すことができるのかを検証する意味で必要である。他社製品・

機器と比較し明確な差がない、社会に訴える特徴がない製品・機器では開発しても販売で成功を収めることは困難であると想定される。このような場合には、スペックの再検討を行う。



プロトタイプの製作

5.4 製品・機器開発とプレゼンテーション、CM撮り

企業に製作を依頼するためにはスペックに問題があってはならない。スペックに誤りや見落としがないか等をチェックし最終製品・機器としてのスペックシートを完成させる。完成したスペックシートをもとにプロトタイプの最終製品・機器を製作する。またスペックやプロトタイプをもとにプレゼンテーション資料の作成を行う。プレゼンテーション資料は、販売戦略や広報戦略を意識したものとなる。

製作したプロトタイプの製品・機器の理解を図るために、販売担当者や製造部門、販売部門、関係機関等に対するプレゼンテーションを行う。本プロジェクトでは、企業関係者に代わりプロジェクト参加メンバーや静岡市役所関係者、学校関係者がプレゼンテーションに参画した。なおプレゼンテーションは、記者会見風に行うよう新聞記者席等を設置したり、あらかじめプロジェクトで依頼しておいた新聞記者からの質問を受けたりするなどし、プレゼンテーションの雰囲気の高揚を図った。

さらに開発製品・機器販売と広報戦略のための30秒のCM撮りを企画した。CMには、各グループ全員が登場する。CMの手段は問わず、30秒で視聴者にいかに伝えたい内容を伝え、開発機器・製品をPRできるかである。

5.5 開発製品・機器およびプロトタイプの評価

評価では、情報提供者である障害者から開発した製品・機器、プロトタイプに対する評価を得る。またプロジェクト参加者や一般見学者等からも評価を得る。評価は、障害者にとって使いやすいものであるか、障害者が問題点として挙げた事項を100%解消しているか、障害者が希望した機能を満足しているか、企業が提供する500万円以内の資金で開発が可能であるなど多面にわたっている。

物理的な面を除いての評価の一番のポイントは、障害者が自分のためにグループ全員が一所懸命に考え、意見を出し、アイデアを出して製作した製品・機器に対する評価と少々押しつけがましいが「私のために製作してくれた」製品・機器であることへの感謝である。またプロジェクト参加者が障害や障害者を知り、人のために貢献できる喜びやものづくりの楽しさを体得できたかなどである。

評価結果をもとにプロトタイプの問題点や改善点を検討し、商品化に向けたスペックをさらに検討していく。



製作されたプロトタイプの例

6 ユニバーサルデザイン教育の視点

ユニバーサルデザインの考え方の浸透は、日用品に見られる個人的空間から建物や交通機関など社会的空間にまで広く及び、その重要性が認識されている。企業ではユニバーサルデザインの導

入や実践を経営目標としたり、福祉的視点でとらえたりしているところも多い。その実現として文房具や車、福祉製品・機器として市場に出回っている。

ところでユニバーサルデザイン教育の視点のひとつに、「企業」「学校」「行政」の産学官連携の必要性である。本プロジェクトはこの連携に「障害者」の参画を願った。もちろん連携をすることなく大学独自の充実したユニバーサルデザイン教育は可能である。しかしながら学生は企業の目的や目標、経営等に関して無知である。また障害や障害者についても同様である。学問上では学習し理解してはいるものの、実際に障害者と触れ合う機会は少なく、障害や障害者の理解には至っていない。また県や市など行政におけるユニバーサルデザイン推進体制や福祉対策についても知っている学生は少ない。企業を知り、障害を知り、行政を知り、ユニバーサルデザインの必要性を知ることは、ユニバーサルデザイン教育にとって大切なことである。

このような意味から「企業」「学校」「行政」「障害者」の参画による実践を通じたユニバーサルデザイン製品・機器開発のプロジェクトを推進した意義は大きい。また「企業」「学校」「行政」「障害者」の4者の円滑な連携に行政機関の果たす役割は大きい。たとえば行政による企画提案やユニバーサルデザイン製品・機器開発事業に対するシステム作り、福祉行政機関をとおしての市民参加に対する呼びかけなどである。また障害者参画の役割も大きい。障害をもつ人の障害もさまざまであり、ひと言で障害と表現することはできない。プロジェクト参画の障害者の障害も四体不自由や下肢不自由、言語障害、上腕麻痺など多岐にわたり、一人ひとりが望むユニバーサルデザイン製品・機器も異なっている。これまでの学生によるユニバーサルデザイン製品・機器の考案や創出の視点は、学生の想像の域を超えない狭い視野の中であり、真の障害をとらえていない。福祉大学であれば、さまざまな障害とその特徴に関する情報を障害者自身から獲得し、その上でのユニバーサルデザイン製品の考案や創出、開発を期待したい。

2つ目の視点は、ユニバーサルデザイン製品・機器開発の教育のシステム化である。教育をシス

テム化することでユニバーサルデザインに関する基礎理論の理解をはじめ、産学官連携や障害者参画の中で社会に貢献できる製品・機器の創出や開発が可能になる。また連携の中では企業的な意識、たとえば開発にあたっての市場調査の必要性や予算枠内での開発、販売戦略や広報戦略なども視野に入れた開発の必要性なども学ぶことができる。

プロジェクトでは、ユニバーサルデザイン製品・機器開発がすべての面で満足できる成果を得たとは言いがたいが、一連のプロジェクトの推進の中で学校において可能なユニバーサルデザイン教育と、不可能な教育が明確となった。ここでは学校教育として可能な一連のユニバーサルデザイン教育システムを提示する。

- (1) ユニバーサルデザインの基礎理論
- (2) 企業におけるユニバーサルデザインに対する取り組み
- (3) 行政におけるユニバーサルデザインに対する取り組みと政策
- (4) 障害と障害者を理解した上で障害者が望むユニバーサルデザイン
- (5) 市場におけるユニバーサルデザイン製品・機器
- (6) ユニバーサルデザイン製品・機器の考案と創出、スペックの決定
- (7) ユニバーサルデザイン製品・機器の開発費用見積もりと算定
- (8) ユニバーサルデザイン製品・機器のプロトタイプ製作
- (9) プロトタイプの検討と改良、スペックの再確定、開発費用見積もりと算定
- (10) 製品・機器のマニュアル作成
- (11) 製品・機器のプレゼンテーション資料
- (12) 開発製品・機器の販売戦略、広報戦略

7 新たな実践的な福祉教育の場の提供

システム化されたユニバーサルデザイン教育は、新たな実践的な福祉教育の場を学生に提供することになる。実践的な福祉教育の場とは、単に産学官連携による福祉教育の場を教育の中に持

ち込むのではなく、実践教育が地域に住む障害者や高齢者に直接反映できる教育、行政が教育の中に入り込み、あるいは教育の中に行政を取り込むことで障害者や高齢者に対する施策や福祉政策を考える教育、そして実践教育の成果物を産業界に提供するとともに民間活力を学校が活用し、産学官が協働した社会福祉活動を目指すことである。

本プロジェクトの実践は、まさにこのような福祉教育の場を作り出すプロトタイプである。福祉の分野からすればユニバーサルデザインはその中の狭い分野に過ぎないが、このプロジェクトは福祉分野で活躍する人材の育成を担う本学が、地域の実際の福祉現場を担う市役所などの行政とともにユニバーサルデザインに関する情報交換や研究を行い、学生にとっても学校にとっても実践的な新しい福祉教育の場を創り出すことになる。その中で企業・団体、大学そして行政の相互理解と協力連携を図り、加えてその成果をユニバーサルデザイン教育や「ものづくり」に反映できる仕組みを構築することを可能にする。

8 おわりに

ユニバーサルデザイン教育を始めて7年になる。この間にさまざまな社会的空間、個人的空間に対応したユニバーサルデザインが世の中に広まっている。その背景には平成26年には4人に一人が65歳以上となる超高齢社会の到来、1981年の「国際障害者年」が掲げた障害をもつ人の社会参加を促すスローガンや平成7年の障害者対策推進本部によるノーマライゼーション7か年戦略がある。この中で移動やコミュニケーション支援など障害者の社会参加の促進などで障害をもつ人たちの社会参加や社会環境作りが求められている。また国際化が進展し国や文化、習慣、言葉の違いを克服できるハードウェアやソフトウェアの必要性、情報化にともない障害のあるなしに関わらず情報の受発信ができる環境が整備されてきたこと、企業や団体が経済の活性化や経営の目標としてユニバーサルデザインを挙げるなどしてきていることなどがある。このような社

会変化の中で本学のユニバーサルデザイン教育も社会の一躍を担っているのではないかと考える。

ところでユニバーサルデザインに関する教科はあるものの専門的なユニバーサルデザインコースのない本学においては、ユニバーサルデザイン製品・機器開発の実践的な教育には難しい一面をもっている。このような中、「障害者のために福祉機器を開発しよう」という目標をもって本プロジェクトの実施ができたことは大変有意義なことである。学生にとっても日常の授業では得られないさまざまな体験や知識の習得ができたのではないかとと思われる。たとえば「ものづくり」の考え方や、ものを生み出す楽しさ、発想法、情報の整理法、障害者とのコミュニケーションなどである。また障害を持つ人たちと接することでノーマライゼーションの大切さやQOLの向上のためのユニバーサルデザイン製品・機器開発の必要性を理解できたのではないかと考える。

また本プロジェクトの実施で、ユニバーサルデザイン教育の視点をとらえることができたこと、福祉関係人材を育成する教育機関として地域福祉を担う行政とともに実践的な教育の場を実現できたこと、行政関係者とともに地域の障害者や団体との相互理解のもと協働体制が組めたことで新しい福祉教育の場の創設ができたことなど多くの成果を得た。これらの成果物は、今後の新たな教育の布石とすることができる。

最後に本プロジェクトの実施にあたり「かめつるミーティング 福祉機器を開発しよう」の企画を提供していただいた静岡市役所保健福祉こども局福祉部の小林氏をはじめご協力いただいた行政の皆さん、ファシリテータの小野寺響子氏、本プロジェクトに参画にご協力いただいた(株)水鳥工業代表取締役の水鳥氏、障害をもつ皆さん、本学教員ならびに学生に感謝の意を表したい。

注

- 1) アメリカ人の建築家ロナルド・メイス氏がデザインする上での配慮すべき視点を「7つの原則」にまとめたもの

参考・引用文献

- (1) 静岡県 <http://www.pref.shizuoka.jp/ud/about/index.html>
- (2) 静岡市役所保健福祉こども局福祉部わいがや会議企画「かめつるミーティング」
- (3) 福田寿寛 出羽重遠「産業工芸分野におけるユニバーサルデザイン製品開発支援マニュアル」福島県ハイテクプラザ会津若松技術支援センター
- (4) 久保雅義「ものづくりの視点から見たユニバーサルデザイン」
<http://www.city.kyoto.lg.jp/bunshi/page/0000012448.html> 2010/09/20

高齢者の主観的ウェルビーイングと 身体的健康知覚に影響を及ぼす心理社会的要因*

～ 韓国と日本の比較的观点 ～

張昌鎬¹、朴群錫²、尹敏榮³、李権一⁴、尹景珠⁵

Psycho-Social Determinants of the Subjective Well-being and Physical Health of the Elderly:
A Comparative Cultural Study between Korea and Japan

Changho Jang, Kunseok Park, Changyoung Youn,
Kweonil Lee, kyungju Yun

要約

高齢者の主観的ウェルビーイングと身体的健康知覚としては、過去に経験した疾病の数、経済水準、社会関係要因としての配偶者に対する満足、子どもに対する満足、子どもに対する期待、社会的支援がある。また、個人の経験要因としての自尊心、ニーズの充足、信仰心、肯定的情緒、否定的情緒、健康行動としての飲酒要因がどのような影響を及ぼしているかを調べた。

特に、韓国と日本の文化的な差による効果を比較した。そのために、韓国の高齢者 727 人と日本の高齢者 93 人を対象に調査をし分析した。その結果、韓国の高齢者は日本の高齢者に比べて過去の疾病、結婚に対する満足、子どもに対する満足、子どもに対する期待、社会的支援及び信仰心が高い反面、日本の高齢者は韓国の高齢者に比べて経済状況、否定的情緒の経験及び主観的ウェルビーイングの水準が高かった。また、韓国の高齢者は子どもに対する満足水準が高ければ高いほど信仰心が低い日本の高齢者は逆に高かった。さらに、韓国の高齢者は肯定的情緒経験が高ければ高いほど否定的情緒の経験水準が低い、日本の高齢者は逆に高かった。主観的ウェルビーイングと身体的健康に及ぼす各要因の影響力を比較した結果、韓国の高齢者は多様な要因から影響を受けている反面、日本の高齢者は主観的ウェルビーイングに否定的情緒要因、身体的健康に自尊心ニーズの充足要因だけから影響を受けている。最後に本研究の結果を論議し、今後の研究のための課題を提示した。

Key Words : 比較文化研究、韓国の高齢者、日本の高齢者、主観的ウェルビーイング、身体的健康

* 本研究は、2007 年学術振興財団の学問後継世代支援事業（課題番号：KRF-2007-358-h00006）によるものである。

¹ 静岡福祉大学医療福祉学科

² 翰林大学高齢社会研究所

³ 平澤大学社会福祉学科

⁴ 加陽 7 総合社会福祉館館長

⁵ 清齒科医院院長

I. はじめに

最近、急速な高齢社会の進展によって、高齢者に対する対策が国家の重要な課題になっている。2010年現在、日本の高齢化率は、世界一の23.1%を示しているが、韓国は2018年に14.3%の高齢社会になる。このように見ると、韓国では深刻ではないようにみられるが、急速な高齢化の上昇のため、2050年には日本の37.7%に続く世界2位の35.1%になると予測している（韓国銀行、2007.12.26）。また、高齢化社会から高齢社会になるまでにかかる時間を比較して見ると、フランスは115年、アメリカは72年（予測）、日本は24年かかった。しかし、韓国は18年かかって高齢社会になることを予測している（OECD、2004）。

一方、このような高齢化の急速な進展に伴って、老年期に健康で幸福な生活を営むために必要な要件を探る研究が活発に行われている。このなかで最近では、老年期の心理と身体共に健康で望ましい生活を送ることを意味する成功した老化（successful aging）の概念と測定に関する研究が注目を受けている。

成功した老化の概念は、1986年アメリカ老年学会で初めて紹介された（Fisher, 1995）。その後、成功した老化の基準に関して多様な学問分野から案が提示されている。その中で、心理学的観点としてBaltesとBaltes（1990）は成功した老化基準を医学的、心理的及び社会的機能の客観的基準と生活の質（QOL）の主観的側面として単純化させて提示している。その側面は、長寿、生物学的健康、精神的健康、認知的能力、社会的能力及び生産性、個人的統制力及び生活満足という7つの要因に分けられる。一方、RoweとKahn（1997）は疾病などの危機から離れること、身体機能と認知機能が低い水準に維持されることを基準要因として提示している。また、Ko&Won（2005）は身体的健康と活発な活動及び身体機能維持を成功した老化の基準として挙げている。一方、Hong&Choi（2003）は成功した老化を定義するために文献研究をした。その結果、個人的資源（身体的健康、認知能力、自尊心、社会的支援）、適応過程、心理的側面（心理的ウェルビーイング）の三つが成功した老

化を構成している条件であると提案している。また、国際ソーシャルワーカー連盟はソーシャルワーカーの定義の中で、ソーシャルワーカー専門職は人間の福利（ウェルビーイング）の増進を目指しているとししている（松下育夫、張昌鎬、2007）。要するに、多様な分野の研究から身体的健康と主観的ウェルビーイングの二つの要因が成功した老化の最も普遍的であり、重要な基準になっていることが分かる。したがって、本研究では既存研究で現れた成功した老化の重要基準に影響を及ぼす心理社会的要因は時間が経っても韓国社会の中で有効であるかを確認することである。成功した老化の二つの基準の中で主観的ウェルビーイングに関する研究を見るとこの分野の初期研究で仮定したことは異なり、年齢、性別、収入などの人口統計変数が主観的ウェルビーイングに及ぼす影響力は、相対的に大きくない（Diener、Suh、Lucas& Smith、1999）。Park、Hahn&Lee（2004）は、先行研究を基に身体的健康と主観的ウェルビーイングに影響を与えると仮定した11個の心理社会的要因の中で、韓国老人の身体的健康と主観的ウェルビーイングにそれぞれ有意差が認められた変数を提示している。この研究で身体的健康と主観的ウェルビーイングに影響を及んでいると仮定した要因は次のようである。まず、人口統計変数として経済状態が重要である。また、多様な社会関係要因の中から結婚満足、子どもに対する満足、子どもに対する期待、友達を含め重要な人から受ける社会的支援にも影響を及んでいると仮定した。次に霊的生活にも影響を及んでいると仮定し宗教生活要因も含めた。また、健康のための行動の中で飲酒が重要な要因であると仮定した。また、日常生活を通じて経験する肯定的情緒と否定的情緒にも影響を及んでいると仮定した。

この研究の結果を見ると身体的健康と主観的ウェルビーイングに過去の疾病と経済状態に有意差が認められる。また、この研究では過去の疾病と経済状態が身体的健康と主観的ウェルビーイングに及ぶ効果を統計的に除いて、追加的な要因としての社会心理的要因も関与していることを知るようになった。その後、韓国高齢者の成功した老化過程に対する持続的・多様な研究過程を通じて以前に述べた11個の要因の影響力を調べた

内容からも類似な結果が現れた ((Park、Hahn & Lee、2004; Park、Hahn & Lee、2005; Park、Hahn & Choi、2005; Park、Hahn & Lee、2006; Park、2007; Park、2008; Park 2009a、Park、2009b)。

すなわち、主観的ウェルビーイングと身体的健康に重要な影響力を及ぼす要因は過去の疾病と経済状態要因の基本的影響を除いた8個の要因(飲酒を除く)の影響力が確認された。一方、韓国の高齢者を対象に明確になった、成功した老化に対する心理社会的要因の効果は日本社会の高齢者にも類似な結果が現れるかどうかに対する文化比較的作業が必要である。その理由は韓国と日本は東アジアの地理的に近い国であり、多くの文化交流が活発に行われたために、様々な側面から差異点と同時に共通点があると思われるからである。

II. 研究の方法

1. 対象及び方法

翰林大学高齢社会研究では、2003年にソウルと春川に居住する45歳以上の成人及び老人を対象に1次調査を実施した。その結果ソウルの1,009名と春川の1,520名、合計2,529名の資料を収集した。この人々を対象に2年おきに(2005年、2007年、2009年)繰り返し調査を実施した。その資料及び高齢者の特性は、次の<表1>から<表3>に提示している。

韓国の高齢者と比較するための日本の高齢者の人口統計的特徴は、次のようである。日本の静岡県Y市に居住する高齢者の性別比率は男(40名、43%)：女(53名、57%)である。年齢は平均76.52(範囲：65-93)歳であった(無記名の1名、63歳、64歳と表記された2名、合計3名は分析から除き93名が分析の対象)。対象者の結婚状態は現在、配偶者同居(56名、60.2%)、別居/離婚(6名、6.4%)、死別(31名、33.3%)である。

韓国と日本の両方ともに調査の方法と目的に関する事前の教育を受けた専門の調査者が1:1の面接方式による資料を収集した。

2. 測定道具

本研究は心理、社会福祉、健康・医療及び社会学分野の研究者による共同研究として行われた。したがって、測定する尺度はいくつかの分野から製作した項目を含めているため、調査以降に信頼度と妥当度を分析した。

本研究では、結果の理解のために必要な部分を中心に要約し、次のように提示した。

(1) 過去疾病 過去に病院や医院の医師から17個の疾病(例：関節炎など)に関する診断や治療を受けた経験に対して測定した。各疾病の完治、治療中及び未治療状態の高齢者は1、過去に疾病経験がない高齢者は0として再コーディングした。したがって、この要因の数値が高ければ高いほど多様な種類の疾病を経験し、全体の水準が高いことを意味する。

(2) 経済状態 経済状態は、2個の項目から測定した。①現在の経済状態(1=非常に困難、5=非常に余裕がある)(.871)及び②地域社会の中での家庭の経済階層(1=下層、5=上層)(.871)に対して測定した。各項目の要因負荷量は全て.871であり、信頼度係数(Cronbach's α)は.683である。この尺度の数値が高ければ高いほど経済状態の水準が良いことを意味する。

(3) 結婚満足 現在配偶者と共に生活している高齢者を対象に測定した。①結婚生活に満足していますか(.915)、②配偶者に満足していますか(.906)③配偶者との関係に満足していますか(.931)の三つの項目に対して5点尺度(1=非常に不満足、5=とても満足)として測定した。各項目の要因負荷量は最小.906、最高.931であり、信頼度係数は.906である。

(4) 子どもに対する満足 現在、子どもがいる高齢者を対象に測定した。①子供に満足していますか(.901)、②子供との関係に満足していますか(.766)、③親としての自分に満足していますか(.911)の三つの項目に対して5点尺度(1=非常に不満足、5=とても満足)として測定した。各項目の要因負荷量は最小.766、最高.911であり、信頼度係数(Cronbach's α)は.816であった。

(5) 子どもに対する期待 子供がいる高齢者を対象に測定した。①子供は両親に対する責任感を持たなければならない(.705)、②両親が健康

でない場合、子供は両親を面倒見なければならない (.733)、③子供は両親に経済的援助をしなければならない (.706)、④子供の成長後、両親が近いところに住む場合、子供は週一回、両親を訪ねなければならない (.662)、⑤遠い場所に住む子供は週一回、両親に電話をしなければならない (.645) の五つの項目に対して5点尺度 (1 = 全く違う、5 = 全くそう) として測定した。各項目の要因負荷量は最小 .645、最高 .733 であり、信頼度係数 (Cronbach's α) は .721 であった。

(6) 社会的支援 地域の人々との社会関係から経験する共感と支援の水準を測定するために、①私は自分の楽しいことや悲しいことを分かちあえる友達がいる (.875)、②私は自分の問題を友達に相談することができる (.907)、③何か困った時、友達に頼ることができる (.897)、④私の感情を理解してくれる人がある (.793)、⑤私の家族は私の意志決定を認めてくれる (.887)、⑥私は自分の問題を家族に相談することができる (.876) の六つの項目に対して5点尺度 (1 = 全く違う、5 = 全くそう) として測定した。各項目の要因負荷量は最小 .793、最高 .907 であり、信頼度係数 (Cronbach's α) は .842 であった。

自尊心ニーズの充足とマズローの欲求段階説 (生理的欲求、安全の欲求、親和の欲求、自我の欲求、自己実現) を日常生活動作 (ADL) 欲求と生活の質 (QOL) 欲求に分けて考えられる。この時、日常生活動作 (ADL) 欲求は生きていく上で欠かせない「生理的欲求」「安全の欲求」である。生活の質 (QOL) 欲求は、日常生活 (ADL) 欲求を含むものの、生きる意味、価値を実感するために必要な上位概念の「親和の欲求」「自我の欲求」「自己実現」である (前田展弘、2008)。したがって、本研究では生活の質 (QOL) 欲求を自尊心ニーズの充足水準として評価した。①友達や親戚の認定 (.832)、②社会的地位 (認定) (.810)、③自分での認定 (.825)、④生きがいに対する達成感 (.715)、⑤家族のなかの権威 (認定) (.793) など5項目の充足水準を5点尺度 (1 = 全く満たされていない 5 = とても満たされている) として測定した。各項目の要因負荷量は最少 .715、最高 .832 であり、信頼度係数 (Cronbach's α) は .847 であった。

(7) 宗教 高齢者の現在の宗教生活に対する考

えと活動に関して調査した。①私の人生は宗教的な生きがいを中心である (.946)、②私は宗教の教えに従って生きると努力する (.947)、③思索することや祈りは私に重要である (.932)、④私はよく神様の存在を感じる (.914) の4項目に対して5点尺度 (1 = 全く違う、5 = 全くそう) として測定した。したがって、数値ほど宗教に対して肯定的信念と活動力が高いことを意味する。各項目の要因負荷量は最少 .914、最高 .947 であり、信頼度係数 (Cronbach's α) は .952 であった。

(8) 飲酒行動 健康に影響を及ぼす行動として老人の飲酒行動を調べるために2項目を設定した。①現在の飲酒 (.957) 及び②最近の飲酒頻度 (1 = 月1回、4 = 毎日) (.957) として測定した。各項目の要因付加量はすべて .957 であり、信頼度係数 (Cronbach's α) は .906 であった。この要因の構成に含めている項目の反応値の範囲が異なっているため、各項目を標準化して使用した。

(9) 肯定的情緒 高齢者が肯定的情緒を経験する程度を測定するために、PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988) を翻訳して使用した。各情緒の中から要因構造と信頼度が良い用語を選び使用した。①興味ある (.707)、②情熱的である (.786)、③自慢する (.696)、④活発である (.751)、⑤強い (.726) という五つの肯定的情緒の経験頻度を5点尺度 (1 = ほぼ感じない、5 = すごく感じる) として測定した。したがって、高い数値は高い肯定的情緒経験水準を示している。各項目の要因負荷量は最少 .696、最高 .786 であり、信頼度係数 (Cronbach's α) は .785 であった。

(10) 否定的情緒 高齢者が否定的情緒を経験する程度を測定するために PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988) を翻訳し、情緒の中で要因構造と信頼度が良い用語だけを選び使用した。①不安である (.854)、②恐ろしい (.838)、③辛い (.811)、④心がいたい (.788)、⑤怖い (.824) という五つの否定的情緒をどのくらい経験するのに対する5点尺度 (1 = ほぼ感じない、5 = すごく感じる) として測定した。したがって、高い数値は高い否定的情緒経験水準をしめしている。各項目の要因負荷量は最少 .788、最高 .854、であり、信頼度係数 (Cronbach's α) は .881 であった。

(11) 主観的ウェルビーイング 本研究では老人の心理的ウェルビーイングを測定するた

めに Lawton (1987) が開発した Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (以下 PGCMS とする) を使用した。PGCMS は老人の心理的ウェルビーイングを測定するために、広く使用されている尺度である。全部 17 項目の不安、老化に対する態度及び孤独感-不満足 of の三つの下位領域を測定するように構成されている。本研究では要因の妥当度と信頼度を考慮し、主観的ウェルビーイングとして命名した 8 項目だけを使用した。①生きることが辛い (.786)、②私は悲しくなることが多い (.870)、③今の自分の人生に満足している (.454)、④寂しい思いをよくする (.796)、⑤私はたまたま自分が生きる価値がないと思う (.642)、⑥私は若い時と同じく幸せである (.493)、⑦今年辛いことが多かった (.775)、⑧歳をとるにつれ自分がいらぬ人だと思ふことが多い (.704) に対して 5 点尺度 (1=全く違う、5=全くそう) として測定した。各項目の要因負荷量は最少 .454、最高 .870 であり、信頼度係数 (Cronbach's α) は .847 であった。この要因数値が高いほど心理的ウェルビーイング状態が高いことを意味する (否定的な形態の 6 項目は逆に採点)。

(12) 身体的健康 身体的健康を主観的に測定する 3 項目を使用した。①現在の健康に対する知覚に関する項目 (1=非常に健康である、5=非常に健康ではない)、②同年代の高齢者と比較しての自分の健康知覚 (.797) に関する項目 (1=良い方である、3=良くない方である)、③高齢者自身が考えられる最高の状態を 100 点、最低の状態を 0 にした場合、今日の健康状態に点数を付けるようにした。数値が高いほど身体的健康状態が良いことを意味する (否定的な形態の 2 項目は逆に採点)。各項目の要因負荷量は最少 .673、最高 .85 であり、信頼度係数 (Cronbach's α) は .737 であった。この要因の構成に含まれた項目反応値の範囲が異なっているため、各項目を標準化して使用した。

Ⅲ. 結 果

1. 韓国と日本 高齢者の変数別平均比較

韓国と日本の高齢者の 13 の変数別平均を比較した結果を <表 4> に提示した。<表 4> によると、韓国の高齢者 ($M=4.59$) が日本の高齢者 ($M=1.94$) に比べて、'過去疾病の数' が多い ($p<.001$)。しかし、本人が知覚する家庭経済水準及び住んでいる地域社会で知覚する '経済水準' は日本の高齢者 ($M=3.04$) が韓国の高齢者 ($M=2.34$) に比べて高い ($p<.001$)。一方、社会関係変数の中で配偶者に対する満足を含む '結婚満足 ($M=4.02$, $p<.001$)' の水準、'子どもに対する満足 ($M=3.98$, $p<.001$)' と '子どもに対する期待 ($M=3.57$, $p<.001$)' 水準、近所の人々との共感及び支援水準など社会関係水準を測定する '社会的支援 ($M=3.33$, $p<.05$)' 水準はすべて韓国の高齢者がより高い。個人要因の中で、自尊心ニーズの充足水準を調べると '自尊ニーズ' '飲酒行動' '肯定的情緒' の経験水準では韓国と日本の高齢者間に差がない。ただ、韓国 高齢者が現在の生きがいに示す宗教生活に関する '宗教行動 ($M=2.86$, $p<.001$)' の水準がより高く、日本の高齢者は平均以下ではあるが '否定的情緒 ($M=2.50$, $p<.001$)' の水準が韓国の高齢者に比べて高い。最後に、本研究の重要変数である '主観的ウェルビーイング' 水準は韓国の高齢者に比べて日本の高齢者 ($M=3.40$, $p<.05$) が高い。また、'身体的健康' に関する知覚水準では、両国間に差がなかった。

2. 韓国と日本の高齢者の変数別相関関係

韓国と日本の高齢者を対象に 13 個の要因別相関分析の結果を <表 5> <表 6> に区分して提示した。

韓国の高齢者を対象にした <表 5> によると、過去疾病の数が多いほど子どもに対する期待 ($r=.076$, $p<.01$) は高いが逆に満足水準 ($r=-.169$, $p<.01$) は低い。また、過去に疾病を経験した水準が高いほど宗教 ($r=.119$, $p<.01$) 水準と否定的情緒 ($r=.137$, $p<.01$) の経験の数が増加したが、社会的支援、自尊ニーズ、飲酒行動、肯定的情緒、主観的ウェルビーイング及び身体的健康に関する知覚水準は統計的に有意な水準で

<表4> 韓国と日本高齢者研究に使用された変数の平均(標準偏差)及び差検定(2009年基準)

区分	項目数	範囲	韓国(n=727)		日本(n=93)		F
過去疾病	1	0-17	4.59	(2.96)	1.94	(1.55)	72.38***
経済状態	2	1-5	2.34	(0.93)	3.04	(0.33)	53.49***
結婚満足	3	1-5	4.02	(0.73)	3.32	(0.96)	42.21***
子どもに対する満足	3	1-5	3.98	(0.70)	3.46	(0.92)	39.37***
子どもに対する期待	5	1-5	3.57	(0.63)	2.96	(0.96)	64.89***
社会的支援	6	1-5	3.33	(0.80)	3.14	(0.89)	4.38*
自尊ニーズ	5	1-5	3.08	(0.82)	3.14	(0.78)	0.43
宗教	5	1-5	2.86	(1.23)	2.45	(0.82)	9.32***
飲酒行動(z)	2	-73~1.88	-0.1	(0.92)	0.13	(1.12)	2.02
肯定的情緒	5	1-5	2.65	(0.84)	2.58	(0.83)	0.58
否定的情緒	5	1-5	2.09	(0.95)	2.50	(0.78)	15.82***
主観的ウェルビーイング	8	1-5	3.22	(0.74)	3.40	(0.80)	4.95*
身体的健康(z)	3	-1.86~.74	-0.0	(0.73)	-0.00	(0.44)	.01

主1) + p<.10 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001水準で有意の意味。

主2) 要因名の右の(z)表示は格構成概念に含められた項目の反応数値の範囲が異なるため、標準化して使用した意味。

はすべて低い。経済状態要因はその水準が高いほど否定的情緒経験 ($r=-.348, p<.01$) 水準が有意に低いのであり、結婚満足や子どもに対する満足水準を含む大部分の要因と比例して増加した。ただ、子どもに対する期待要因と宗教要因には相関関係はなかった。

社会関係要因の中で結婚満足要因の水準が高いほど子どもに対する期待 ($r=-.139, p<.01$) や否定的情緒 ($r=-.308, p<.01$) の経験水準は低く、子どもに対する満足、社会的支援、自尊ニーズ、肯定的情緒、主観的ウェルビーイング及び身体的健康水準が有意に高い。子どもに対する満足要因はその水準が高いほど社会的関係も活発であり、自尊心ニーズの充足水準も高く、肯定的情緒の経験水準も高い。当然、否定的情緒 ($r=-.268, p<.01$) の経験水準は低い。また、肯定的情緒、主観的ウェルビーイング及び身体的健康の知覚水準が高いほど子どもに対する期待水準も低い。最後に、社会的支援水準が高いほど自尊ニーズの充足水準、肯定的情緒の経験、主観的ウェルビーイング及び身体的健康の知覚水準が高い。

相対的に、社会的支援水準が高いほど否定的情緒 ($r=-.453, p<.01$) の経験水準は低い。個人的な要因の中で自尊ニーズの充足水準が高いほど過去疾病の経験の数 ($r=-.123, p<.01$) や否定的情緒 ($r=-.546, p<.01$) の経験水準が低い、子どもに対する期待や宗教及び飲酒行動要因を除いた肯定的情緒などの7つの要因に過程的相関があった。宗教と飲酒行動要因は他の11個の要因に比べて相関水準が低い。ただ、宗教水準が高いほど飲酒行動 ($r=-.105, p<.01$) が低く、子どもに対する期待 ($r=-.078, p<.05$) 水準も低い。肯定的情緒の経験や否定的情緒の経験水準は宗教と飲酒行動との間に相関関係がないことを除けば、理論的に予測した方向の通り全ての変数と高い相関関係をしめしている。

主観的ウェルビーイングと身体的健康水準の経験と他の要因との相関関係も情緒経験要因と同じようなパターンを示した。すなわち、宗教と飲酒行動要因を除けば理論的に予測した方向の通り他の要因と相関関係を示している。

日本の高齢者は<表6>のように過去疾病の経

<表5> 韓国高齢者を対象に測定した13の要因間の相関関係

区分	過去 疾病	経済 状態	結婚 満足	子供 満足	子供 期待	社会 資源	自尊 ニーズ	宗教	飲酒 行動	肯定的 情緒	否定的 情緒	ウェル ビーイング	身体 健康
過去疾病	1												
経済状態	-.062	1											
結婚満足	-.057	.326**	1										
子供満足	-.169**	.285**	.332**	1									
子供期待	.076*	-.039	.139**	-.050	1								
社会支援	-.096**	.190**	.289**	.253**	-.015	1							
自尊ニーズ	-.123**	.368**	.311**	.338**	.002	.606**	1						
宗教	.119**	.020	-.073	-.078*	.054	.042	.051**	1					
飲酒行動	-.166**	.081*	.002	-.031	.043	.012	.043	-.105	1				
肯定的情緒	-.198**	.251**	.146**	.279**	-.113**	.254**	.457*	.064	.065	1			
否定的情緒	.137**	-.348**	-.308**	-.268**	.084**	-.453**	-.546**	-.010	-.028	-.268**	1		
ウェル ビーイング	-.193**	.414**	.386**	.382**	-.102**	.529**	.658**	-.032	.009	.364**	-.735**	1	
身体健康	-.295**	.283**	.185**	.241**	-.074*	.319**	.404	.011	.058	.341**	-.448**	.500**	1

験水準が高いほど子どもに対する期待 ($r=.356$ 、 $p<.01$) 水準が高い。

社会関係要因の中で結婚満足的水準が高いほど子どもに対する満足 ($r=.282$ 、 $p<.05$)、自尊ニーズ ($r=.293$ 、 $p<.05$)、主観的ウェルビーイング ($r=.359$ 、 $p<.01$) の経験水準が高い。子どもに対する満足要因は結婚満足要因相関パターンを始め、社会的支援 ($r=.365$ 、 $p<.01$) や宗教 ($r=.223$ 、 $p<.01$) 要因も正の相関を示した。子どもに対する期待要因の水準が高いほど否定的情緒 ($r=.225$ 、 $p<.05$) 高い。また、社会的支援要因水準が高いほど子どもに対する満足 ($r=.365$ 、 $p<.01$) や自尊心ニーズの充足 ($r=.491$ 、 $p<.01$) 水準が高く、肯定的情緒 ($r=.472$ 、 $p<.01$) の経験と主観的ウェルビーイング ($r=.328$ 、 $p<.01$) 水準も高い。

個人要因の中で、自尊心ニーズの充足水準は子どもに対する期待を除いた全ての社会関係要因と正の相関を示しているし、宗教 ($r=.219$ 、 $p<.05$) と肯定的情緒 ($r=.525$ 、 $p<.01$)、主観的ウェルビーイング ($r=.548$ 、 $p<.01$) と高い相関関係を示している。宗教要因は韓国の高齢者とは反対に子どもに対する満足 ($r=.223$ 、 $p<.05$)

水準が高いほど宗教水準も高い相関関係をしめしている。また、韓国の高齢者には現れなかった子どもに対する期待 ($r=.515$ 、 $p<.01$)、自尊ニーズ ($r=.219$ 、 $p<.05$)、肯定的情緒 ($r=.284$ 、 $p<.01$) の経験水準と正の相関を示している。肯定的情緒要因は韓国の高齢者とは反対に経験水準が高いほど否定的情緒 ($r=.303$ 、 $p<.01$) の経験水準も共に増加した。否定的情緒を多く経験するほど子どもに対する期待 ($r=.225$ 、 $p<.05$) 水準が高く、主観的ウェルビーイング ($r=-.305$ 、 $p<.01$) 水準は低下した。

主観的ウェルビーイング要因は否定的情緒と負の相関を示したが、結婚満足、子どもに対する満足、社会的支援という社会関係要因とは正の相関を示しているし、自尊ニーズと肯定的情緒という個人要因とも正の相関を示している。経済状態要因と飲酒行動及び身体的健康要因は他の要因とは相関関係を示していない。

3. 主観的ウェルビーイングと身体的健康を説明する予測要因の重回帰分析: 韓国と日本の比較

<表7>は韓国と日本の高齢者集団を区分し、調査時の主観的ウェルビーイングと身体的健康水準に及ぼす12個の要因の影響力を調べた結果である。1段階では過去疾病と経済状態要因の影響力を調べ、二つの要因の効果を除いた状態から残り10個の要因の影響力はどうかその結果を調べるために段階別重回帰分析を実施した。

まず、主観的ウェルビーイングからは韓国の高齢者集団の場合、過去疾病と経済状態要因が18.9%と説明した。この二つの要因の効果を除いた残り10個の要因の中で結婚満足、子どもに対する満足、社会的支援、自尊心ニーズ充足、飲酒行動、否定的情緒、身体的健康要因が追加し、49.2%を説明した。日本の高齢者集団の場合、1段階では二つの要因の説明力はないが、残り10個の要因の影響力を追加し、調べた結果では韓国の高齢者集団とは異なり否定的情緒要因だけが48.0%を説明した。これは日本の高齢者の場合、否定的情緒の経験水準が低いほど自分の主観的ウェルビーイングに対する知覚水準が高いこと

を意味する。

一方、主観的ウェルビーイングに及ぼす影響力を調べた方法と同じ分析を身体的健康に対して実施した結果、韓国の高齢者集団の場合、過去疾病と経済状態要因が13.8%を説明した。この二つの要因の効果を除いた残り10個の要因の中で肯定的情緒と主観的ウェルビーイング要因だけが追加に18.5%を説明した。日本の高齢者集団の場合、1段階では二つの要因の説明力が統計的に有意ではなく、残り10個の要因の影響力を調べた結果にも、韓国高齢者の場合と異なり、自尊心ニーズの充足要因だけが有意な傾向があることを示している。

IV. 論議

本研究では韓国高齢者を対象に確認され成功した老化のモデルを日本の高齢者を対象に文化比較し、妥当化作業を通じてその予言力を検証しようとした。

<表6> 日本の高齢者を対象に測定した13要問の相関関係

区分	過去 疾病	経済 状態	結婚 満足	子供 満足	子供 期待	社会 支援	自尊 ニーズ	宗教	飲酒 行動	肯定的 情緒	否定的 情緒	ウェル ビーイング	身体 健康
過去疾病	1												
経済状態	.078	1											
結婚満足	-.241	.024	1										
子供満足	.050	-.004	.282*	1									
子供期待	.356**	.052	-.085	.187	1								
社会支援	-.058	.099	.015	.365**	.069	1							
自尊ニーズ	.000	-.070	.293*	.355**	.167	.491**	1						
宗教	.062	-.044	.151	.223*	.515**	.140	.219*	1					
飲酒行動	-.142	-.113	-.018	-.103	-.033	.022	.011	.064	1				
肯定的情緒	-.155	.103	.110	.198	.192	.472**	.525**	.284**	.197	1			
否定的情緒	.132	.136	-.242	-.100	.225*	.153	.014	.039	.022	.303**	1		
ウェル ビーイング	-.088	.031	.359**	.382**	-.033	.328	.548**	-.011	.147	.248*	-.305**	1	
身体健康	.039	.094	-.198	-.061	-.046	.167	.096	-.019	-.033	.050	.156	.115	1

したがって、本研究は次のような仮説を設定した。高齢者の主観的ウェルビーイングと身体的健康に過去の疾病、経済状態、社会関係要因（結婚満足、子どもに対する満足、子どもに対する期待、社会的支援）と個人要因（飲酒行動、健康行動、自尊心ニーズの充足、肯定的情緒、否定的情緒、宗教）がそれぞれ影響が及んでいると仮定した。また、主観的ウェルビーイングが身体的健康にも影響を及んでいると仮定した。当然、主観的ウェルビーイングは個人の身体的健康によっても影響を受ける可能性がある。したがって、主観的ウェルビーイングと身体的健康が相互因果要因と

して影響が及ぶと仮定した。

本研究から明らかになった結果を中心に要約すると次のようである。①韓国の高齢者は日本の高齢者に比べて特に過去に経験した疾病の数が多い（平均4.69個）。②結婚満足、子どもに対する満足、子どもに対する期待、社会的支援を含む社会関係要因の満足水準は全て高く、個人要因の中で宗教の水準は韓国の高齢者が高いが、否定的情緒経験水準は日本の高齢者が高い。一方、住んでいる地域社会の中で示していると判断している経済的地位水準及び主観的ウェルビーイング水準は日本の高齢者が高い水準を示している。た

<表7> 韓国と日本の高齢者の主観的ウェルビーイングと身体的健康を説明する要因の段階別重回帰係数と変量

段階	準拠	韓国						日本					
		主観的ウェルビーイング			身体的健康			主観的ウェルビーイング			身体的健康		
		B	β	Sr	B	β	Sr	B	β	Sr	B	β	Sr
1	過去疾病	-.036	-.144**	.011	-.072	-.282***	.012	-.080	-.158	.072	-.005	-.016	.048
	経済状態	.340	.414***	.038	.208	.248***	.040	.039	.019	.285	.284	.209	.190
		R ² =.189***			R ² =.138***			R ² =.027			R ² =.043		
2	結婚満足	.055	.056+	.033	-.007	-.007	.049	.156	.225	.097	-.046	-.199	.080
	子どもに満足	.089	.082**	.036	-.061	-.055	.053	.007	.009	.111	-.030	-.060	.089
	子どもに期待	-.031	-.027	.034	-.051	-.045	.050	-.151	-.211	.107	-.066	-.138	.088
	社会的支援	.088	.095**	.033	.024	.026	.052	.066	.067	.143	.168	.253	.113
	自尊ニーズ	.233	.252***	.039	.041	.044	.061	.231	.222	.158	-.232	-.331+	.126
	宗教	-.017	-.028	.018	.004	.066	.027	-.062	-.061	.157	-.005	-.007	.127
	飲酒行動 z	-.042	-.057+	.022	-.008	-.011	.033	-.012	-.023	.066	-.060	-.161	.052
	肯定的情緒	.010	.011	.030	.148	.172***	.043	.200	.217	.145	-.054	-.087	.120
	否定的情緒	-.349	-.429***	.031	-.079	-.095	.053	-.366	-.427**	.121	.104	.179	.107
	主観的ウェルビーイング				.307	.301***	.075				-.002	-.003	.126
身体的健康 z	.139	.141***	.034				-.003	-.002	.193				
		R ² =.681***			R ² =.323***			R ² =.504***			R ² =.284		
		Δ R ² =.492***			Δ R ² =.185***			Δ R ² =.480***			Δ R ² =.242		

だ、自尊心ニーズの充足水準、飲酒行動、肯定的情緒の経験、身体的健康に対する知覚水準は韓国と日本の高齢者間に差がなかった。

各要因間の相関関係を分析した資料による二つの国の高齢者の特性に対する差を調べてみると韓国の高齢者の場合は子どもに対する満足水準が高ければ高いほど宗教水準 ($r=-.078$, $p<.05$) が低い日本の高齢者の場合 ($r=.223$, $p<.05$) には反対の傾向を示している。また、韓国の高齢者の場合には肯定的情緒の経験水準が高ければ高いほど否定的情緒 ($r=-.268$, $p<.01$) の経験水準が低い日本の高齢者の場合 ($r=.303$, $p<.01$) は逆に増加した。これ以外に相関関係を形成している変数の相関の方向性は韓国と日本の高齢者間に差がないが、有効な関係を設定する関係性では日本の高齢者の資料からは多く見つからなかった。さらに、日本の高齢者を対象に主観的ウェルビーイングと身体的健康に影響を及ぼす各要因の影響力をしらべた重回帰分析結果からも同じような傾向があった。これは日本の調査対象高齢者の数が少ない為であろうと思われる。このような問題は今後改善される問題であり、資料の拡大によって厳密な結果が現れると思う。しかし、韓国と日本の高齢者を対象に行われた本研究の結果である主観的ウェルビーイングに及ぶ否定的情緒影響力と身体的健康に及ぶ自尊心ニーズ充足要因の影響力の発見は分析対象の数とは関係なく大きな意味を持っていると思う。

このような制限点にもかかわらず本研究での主観的ウェルビーイングと身体的健康に対する韓国と日本の比較文化的な観点から調べた結果は、心理学的な成功した老化モデルの構築や社会福祉的な支援に一步進んだ研究結果であり今後、高齢者を対象にした研究の結果の流れを推測する時、参考資料としての意味が大きいと思う。

参考文献

- 前田展弘 (2008)、要介護高齢者のQOLとケアの質に関する一考察、ニッセイ基礎研究報、Vol.50、102-104。
- 松下育夫、張昌鎬、船城秀樹(2007)、社会福祉講義、学文社、84-85。
- Kim, M.Shin, K.Kang, M.& Kang (2004). 韓国老人の成功した老後に対する経験.韓国老年学, 24(2), 79-95.
- Ko, D., & Won, Y.(2005). 老人住居福祉施設の老人の成功した老化の意味.韓国社会体育学会誌, 24, 413-424.
- 韓国銀行、2007.12.26.
- 朴群錫(2007). 韓国老人運転者の主観的ウェルビーイングに影響を及ぼす心理的要因.韓国心理学会年次学術大会。
- 朴群錫 (2009a). 退職老人の主観的ウェルビーイングと身体健康に影響を及ぼす要因、韓国心理学会誌：社会問題, 15(2), 291-318.
- 朴群錫(2009b) 韓国老人の生存と死亡集団の判別に寄与する心理社会的要因. 韓国心理学会誌:健康, 14(2), 345-362.
- Park, K., Hahn, D., & Lee, J (2004). 韓国老人の身体的健康と主観的ウェルビーイングに影響及ぼす要因. 韓国心理学会誌:健康, 9(2).1-24.
- Park, K., Hahn, D., & Lee, K.(2004). 韓国の成年期と老年期の身体的健康と主観的ウェルビーイングに影響及ぼす要因：年齢代別比較.韓国心理学会学術大会。
- Park, K., Hahn, D., & Lee, J.(2005). 健康で幸福な老人の社会心理的特徴. 韓国健康心理学会第1次学術大会, 156-173.
- Park, K., Hahn, D., & Choi, H.(2005). A longitudinal study on the determinants of physical health and subjective well-being among elders in Korea. The 2nd Asian Congress of Health Psychology.
- Park, K., Hahn, D., & Lee, J.(2006). 韓国社会における健康で幸福な成功した老化に関する老人の社会心理的特徴. 韓国心理学会誌:健康, 11(3), 457-475.
- Park, K.Lee, J., Lyu, K.Kim, Y.Jang, S., Youn, H., Lyu, H., & Kim, D.(2008). Hong, H., & Choi, H.(2003). 成功した定義設定のための文献研究、韓国家庭管理学会地誌, 21(2), 145-154.
- Baltes P. B., & Baltes M. M.(1990). Successful aging : Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge Univ. Press.
- Diener, E., Suh, E. Lucas, R., & Smith, H (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin, 125, 276-302.
- Fisher B. J.(1995). successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. International Journal of Aging and Human Development, 41, 239-250.
- OECD (2004). OECD Health Data.
- Rowe J. W., & Kahn R. L (1997). Successful aging. Gerontologist, 37(4), 433-440.
- Lawton, M.(1987) Lawton's PGC morale scale. Polisher Research Institute Philadelphia Geriatric Center.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scale. Journal of Personality and Social Psychology, 54(6), 1063-1070.

わが国における医療ソーシャルワークの成立と 展開に関する基礎研究

静岡福祉大学 石光 和 雅

An Introductory Study on the Establishment and Development of Medical Social Work in Japan

Kazumasa ISHIMITSU

Shizuoka University of Welfare

はじめに

1920年代の済生会芝病院（現在の東京都済生会中央病院）や聖路加病院（現在の聖路加国際病院）における医療ソーシャルワーカーの設置から数えて90年近くになるにも拘わらず、わが国の医療ソーシャルワークの歴史に関する文献はその質と量においてまだ十分なものとは言いがたい。その原因の一つとしては、全国に1万人程働いていると推計されている医療ソーシャルワーカーはいまだ国家資格化されておらず、その社会的認知が低いということが挙げられるのではないかとと思われる。そして、わが国の医療の歴史を見たとき、日本の医療が福祉を取り込んでこなかったのは何故かということを検討しておくべきではないかと思う。済生会における済生社会部の設置は確かに医療に福祉を取り込もうとした動きであったと思われるが、一般化しなかったのは何故であろうか。一般的に言われるように、済生会で開始された福祉活動は慈恵的なものであり、近代に繋がるものではなかったということなのだろうか。

1987年に成立した「社会福祉士及び介護福祉士法」は、医療ソーシャルワーカーを除外したものであり、20年後の一部改正においても、医療ソーシャルワーカーの基礎資格が社会福祉士であると整理されたわけではない。しかしながら、新カリキュラムに対応して執筆された幾つかの

社会福祉士養成テキストの一部に、「2006（平成18）年、厚生労働省と専門職団体である医療社会事業協会の間で『医療ソーシャルワーカーとは、保健医療サービスにおいて生活相談を行う社会福祉士である』と整理された」と書かれているが¹⁾、このことを裏付ける公式文書の存在は確認されていない。どうしてこのようなことが起こってきているのか。一方、厚生労働省が医政局長名で出した通達「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（医政発0430第1号、平成22年4月30日付）においては、「医療スタッフ間の連携・補完を推進する観点から、他施設と連携を図りながら患者の退院支援等を実施する医療ソーシャルワーカー（MSW）等を医療スタッフの一員として積極的に活用することが望まれる」と医療ソーシャルワーカーを明記していることから、厚生労働省としては、チーム医療の一員として医療ソーシャルワーカーを重視していることが推察されるのである。

本稿においては、以上述べてきたような疑問点を出発点としつつ、本研究の社会福祉学研究における位置づけを明確にし、医療ソーシャルワークに関する先行研究の確認とともに、論点整理を行い、これからの研究の足掛かりとすることを目的とする。なお、本研究は基礎研究（研究ノート）

であり、研究テーマについては更に焦点を絞ったものにしたと考えている。

最後に、本研究における用語について説明しておきたい。本研究では、「医療福祉」、「医療社会事業」とは区別して「医療ソーシャルワーク」という用語をテーマとして使用する。「医療福祉」は「医療ソーシャルワーク」を内包する用語であるが、リハビリテーションや介護を含むものであり、その意味するところが多岐に渡る可能性がある。「医療社会事業」は、「医療福祉」よりも「医療ソーシャルワーク」に近いものであるが、時代的に限定される可能性がなくもない。また、テーマにおいて「医療ソーシャルワーカー」ではなく「医療ソーシャルワーク」という用語を使用することにしたが、医療ソーシャルワークを行う「人」だけでなく医療ソーシャルワーク「機能」や「方法論」についても議論を進めていきたいと思ったからである。

第1章 問題意識の確認

さて、筆者は、これまでわが国における医療と福祉の発展過程を済生会の成立とその活動を定点に、医療ソーシャルワーカーの視点から考察してきた²⁾。第1章では、これまでの考察の結果と問題意識の確認をしておくこととする。

第一に、わが国における医療ソーシャルワーカー第1号は1929年、聖路加病院に配属された浅賀ふさであるというのが通説となっているが³⁾、わが国における医療ソーシャルワーカーの第1号は1926年、済生社会部に主事として採用され、1928年から済生会芝病院で相談事業を開始した清水利子であったということができないのではないかとこの点である。これは、中島さつきが、日本医療社会事業協会の結成25周年記念講演において、「清水利子が日本の医療社会事業の初めです」と述べていることや、讀賣新聞が1928年8月9日付け婦人欄において「日本最初の病院社会事業に働く女性、新設の済生会社会部で女子大出身の清水利子さん」と報じていることから明らかであるが、清水利子の早すぎる死とともに、戦時体制下にあっては後任の採

用に至らなかったという経緯がある。一方、聖路加病院においては、アメリカで専門教育を受けた浅賀ふさによって戦時下においても医療社会事業活動は継続され、戦後のGHQの主導による公共医療社会事業に引き継がれていくのである。

第二に、医療ソーシャルワーカーの必置を明文化した無料低額診療事業（医療保護事業）は戦後の社会保障の整備によりその必要性がなくなったと言われているが、21世紀を迎えた今日、ワーキングプアや健康保険料未納者の増加が著しい状況において、その必要性はあるのではないかとこの点である。済生会は2011年に創立100周年を迎えるわけだが、2001年の『済生会の向かうべき途』作成のために設置された「第三次基本問題委員会」では、無料低額診療事業について、①これまでの実績を踏まえ「心身障害者」「保護者のいない独居老人」「外国人」「無医地区や医療希薄地区の人々」「難病患者」等で医療を受けるのが困難な人々を対象とする診療事業（福祉医療）、②医療ソーシャルワーカーの業務の強化・充実を図る等の取り組みをしていくとしている。無料低額診療事業において、医療ソーシャルワーカーの定義が明確に示されているわけではないが、社会福祉事業法の一部改定という形で施行された社会福祉法（2000年）においても無料低額診療事業は継続されたということは、1990年以降の医療制度改革が進行する中で、医療ソーシャルワーカーの役割に特に変更がないということが裏付けられたと見ることもできなくもない。

第三には、医療ソーシャルワーカーの国家資格化については、社会福祉士法が成立した10年後の1997年に精神保健福祉士法が成立したことから、社会福祉士一本化路線は破綻したとみるべきであり、2007年を目処に実現させることは歴史的な必然であるといってもよいのではないかとこの点である。しかしながら、(社)日本医療社会事業協会（会員数約3,900名）が社会福祉士一本化路線の道を選択し、診療報酬制度から医療ソーシャルワーカーの名称を削除し、社会福祉士の名称を入れる活動を続けたため医療ソーシャルワーカーの国家資格化は実現していない。一方、筆者らは2007年7月14日、医療ソーシャルワーカーの国家資格化を標榜する全国医療ソーシャルワーカー連絡協議会を発足させ、現在9府

県（会員数約 2,500 名）による連合体組織として活動している⁴⁾。

第四に、医療ソーシャルワーカーにとって退院援助業務は、好むと好まざるとに拘わらず、益々重要な課題となるであろうという点である。このことは、2008 年度の診療報酬改定において、退院支援計画書の作成、退院支援調整、後期高齢者総合評価、後期高齢者退院調整加算等の算定が評価され、この算定が認められる施設基準として病院には、入院患者の退院に係わる調整・支援に関する部門が設置され、退院調整に関する経験を有する専従の看護師、または社会福祉士、5 年以上の経験のある医療ソーシャルワーカーが 1 名配置され、週 30 時間以上退院調整の業務に従事していることが条件とされたのである⁵⁾。医療ソーシャルワーカーは退院援助業務に振り回されているということができる。

第五に、医療ソーシャルワーカー自身が、厚生労働省が 2002 年に改定医療ソーシャルワーカー業務指針（新指針）を出した意味について敏感に反応していかなければならないという点である。GHQ の強い指導により保健所に「医療ケースワーカー」が配置されるようになった 1947 年から、医療ソーシャルワーカーの業務については「保健所における医療社会事業の業務指針」（1958 年厚生省公衆衛生局長通知）、「医療ソーシャルワーカー業務指針」（1989 年厚生省健康政策局長通知）により具体的に提示されてきたが、国家資格化されていない医療ソーシャルワーカーの業務指針を国が積極的に改定してきた意味を改めて検討する必要があるのではないかということである。

第 2 章 本研究の社会福祉学研究における位置づけ

わが国における医療ソーシャルワークの成立と展開についての研究を始めるに当たって、本研究の社会福祉学研究における位置づけを明らかにしておきたい。その際、社会福祉学研究に関しては、いずれも 2008 年に刊行された日本社会福祉学会の編集による『福祉政策理論の検証と展望』（中央法規）と、稲沢公一と岩崎晋也の共著

による『社会福祉をつかむ』（有斐閣）を参考に整理していくこととする。この二つの文献を参考にする理由としては、前者は、福祉系大学院での専門演習や隣接・関連領域の研究者レベルでの福祉政策論に関する研究入門書として書かれ、後者は、社会福祉の入門書として初心者を対象としながらも、政策論としてはレベルの高いものを目指しており、本研究の社会福祉学における位置づけを明確にするうえで重要な文献であるからである。

第 1 項 歴史の視点から見た政策・理論研究

(1) 岩崎（2008）の区分によれば⁶⁾、明治維新以降の戦前の歴史を 4 つの時代、すなわち、日露戦争、第一次世界大戦、日中戦争を節目とし、これらの戦争がもたらした産業化の進展や社会問題の深刻化が、新たな社会福祉政策の段階を必要としたとする。岩崎の区分に沿って整理すると以下の通りである。

第 1 期：慈善事業の時代

（明治維新～日露戦争）

- ・ 政府は例外的な救済（恤救規則）
- ・ キリスト教徒による先駆的事业

第 2 期：感化救済事業の時代

（日露戦争～第一次大戦）

- ・ 民間慈善団体の組織化
- ・ 救貧よりも防貧を重点化

第 3 期：社会事業の時代

（第一次大戦～日中戦争）

- ・ 国家の救済責任を肯定（救護法）
- ・ 民間の人材を組織化（方面委員制度）

第 4 期：戦時厚生事業の時代

（日中戦争～第二次大戦）

- ・ すべての国民を対象
- ・ すべての政策が国防を目的

戦後の歴史も、4 つの時代に区切って理解することができるとする。すなわち、

第 5 期：GHQ による占領期

（第二次大戦～占領終了）

- ・ 国家による生存権保障
- ・ 福祉三法体制（貧困、児童、身体障害）

第6期：高度経済成長期

(占領終了～石油危機)

- ・福祉六法体制
(三法+知的障害、高齢、母子)
- ・国民の福祉権運動

第7期：福祉制度見直し期

(石油危機～少子高齢化の本格化)

- ・日本型福祉社会の構想
- ・コミュニティ・ケアへの転換

第8期：福祉制度改革期

(少子高齢化の本格化～現在)

- ・福祉サービスの契約化
- ・民間営利企業の参入

英国ロンドンのロイヤル・フリー病院にアーモナー(後に医療ソーシャルワーカーと改称)が設置されたのは1895年であるが、これは岩崎の区分においては戦前第1期の時代であったとすることができる。また、済生会の成立は、第2期の1911年のことであり、清水利子が医療ソーシャルワーカーとして配置されるのは第3期の1928年であった。しかしながら、済生会は形式的には恩賜財団という民間の形式をとりながら、運営には行政が関与し、その功績は天皇の慈恵に結びつけられたということから、戦後の医療ソーシャルワークの展開に直接繋がるものではなく、天皇制に結びついた特殊なものであったと受け止められている。そうはいいながらも、清水利子を教育した生江孝之は、米国においてボストン医科大学教授であるキャボット博士の病院社会事業を発見し、その調査を行ったという経緯があるだけに、医療ソーシャルワークに対する考え方の根底には、1929年、聖路加病院に医療ソーシャルワーカーとして配属され、戦後の展開にも繋がる浅賀ふさと同じものであったとすることができるのではないかと⁷⁾。

(2) 次に、永岡(2008)の論考を参考に「歴史の視点」から本研究の社会福祉学研究における位置づけを明らかにしておきたい。永岡は、日本における政策と理論展開の特質や問題の概括的な整理として、①社会福祉の歴史認識と総合性、②日本社会福祉の歴史的展開と政策・理論、③歴史から見た課題、の3つの節に分けて説明している⁸⁾。

①の社会福祉の歴史性に関して言えば、阿部志郎の「一見、戦前との隔絶のうえに形成されたかにも見える戦後社会福祉は、決して無から有を生じたのではなく、戦前戦中の限界と挫折を認めつつ、なお、二分せずに、非連続の連続として把握し、地下水のように流れつづけ、それが戦後に達している継承的側面を謙虚に学ぶべきではなからうか。」という言葉を紹介している。永岡が指摘するように、戦前と戦後の関係に内包された構造的・思想的課題にもつながる、大きな文脈から捉えていく歴史的視点からのアプローチは、基礎的な視角や価値や展望を確かなものにしていく上で重要なものである⁹⁾。わが国における医療ソーシャルワーカーの第1号が済生会の清水利子ではなく聖路加の浅賀であるということが通説となっていることについては既に述べたが、阿部の歴史観に立った再検討が加えられる余地を残しているのではないかと考えている。

②の日本社会福祉の歴史的展開と政策・理論では、永岡は「歴史の転換期」に限定して見ていくとして以下の通り、6つの時期を取り上げている。

(戦前)

第1の転換期：感化救済事業期

- ・「日露戦後経営」の時期
- ・中央慈善協会、済生会の成立など

第2の転換期：社会事業成立・展開期

- ・癩予防法に見られる患者強制隔離政策の徹底化

第3の転換期：戦時厚生事業展開期

- ・国家総動員法

(戦後)

第4の転換期：戦後の社会事業再建期

- ・GHQの占領政策
- ・皆保険皆年金制度
- ・六法体制
- ・朝日訴訟

第5の転換期：高度経済成長期

- ・急速な高齢化の予測とノーマライゼーションの国際潮流と結びついた福祉改革の始まり

- ・1970年代後半以降の低成長期の財政抑制

第6の転換期：社会福祉基礎構造改革期

- ・バブル景気の崩壊
- ・新自由主義を基調とした規制緩和
- ・社会福祉法改正
- ・ハンセン病患者の権利回復

近年、医療ソーシャルワーカーにとって退院援助業務が重要な課題となった分岐点をどこに求めるのかという課題は、医療ソーシャルワークの成立と展開過程を研究する上で重要であると思われる。

第2項 基礎構造改革に関する研究動向

本項では、1990年代に始まる社会福祉基礎構造改革に関する研究動向を確認しておきたい。2008年に刊行された日本社会福祉学会編『福祉政策理論の検証と展望』の第1部は「構造改革の検証と課題」であり、(1)基礎構造改革と福祉財政、(2)福祉供給体制の再編、(3)高齢者福祉政策、(4)障害者福祉政策の検証が展開されている。

(1)山本(2008)は、社会福祉基礎構造改革における財政・供給体制の変容を検証し、高齢者・障害者分野の政策課題について提言している¹⁰⁾。介護保険制度を持続可能な制度にするために、2006(平成18)年度の介護保険法改正では大きな転換が図られ、その主な改革の柱の一つは「介護予防」であった。この予防活動を充実させていくことで、医療費や介護費用を抑制できることは確かだが、それでも、介護保険制度において、財政規律を保つこととサービスの質の向上という二つの目標を達成するのは困難であるという。今後の課題としては、保険者＝都道府県、追加財源＝租税という再設計を行わなければ「介護の社会化」は達成できなくなると指摘する。障害福祉における問題点は、障害者自立支援法が利用者負担の定率化をうたったことであり、そのことが利用者に過重な負担を発生させ、利用を抑制させるという重大な結果を招くことになったという。障害者自立支援法の抜本的な見直しが進められているが、その課題としては、第1に、利用者負担については、今後は応能負担とし、負担できない者には軽減措置を徹底すべきであるとする。第2に、所得認定の範囲については、やはり「個人の所得」に

すべきであると指摘する。第3に、事業者報酬については、日払い方式は経営を不安定にしており、その見直しが必要であるとする。第4に、障害程度区分の認定調査項目については、障害特性をより適切に反映する項目を設ける必要があるとする。第5に、地域生活支援事業の国庫負担の義務化について、移動支援事業を介護給付の対象に組み入れることを提案している。

(2)小林(2008)は、社会福祉サービス供給体制の再編という観点から社会福祉基礎構造改革の幾つかの論点を整理している¹¹⁾。第1に、サービス利用構造が契約関係に移行したとしても、何らかの行政責任の枠組みを設ける必要があり、サービス利用者の資格審査(介護保険における要介護認定、障害者自立支援法における障害程度区分認定等)を行うことになったこと。第2に、サービス利用方式が大きく変化し、サービス利用者が選択権を行使することで権利性が確保されることになったが、サービスの「利用資格化」という問題がでてきたこと。第3に、利用者によるサービスの選択に際して必要となる「意思能力」の問題がでてきたことである。また、サービス提供構造の変化の面で、第1に、行政は出来る限りサービスの直接提供者であることをやめ、その役割を民間の事業者に委ねるようになったこと。第2に、民間事業者のうち公的関与が強い社会福祉法人などのサービス事業者に経営主体であることが求められるようになったこと。第3に、サービス利用に関する支援システムとして、サービス利用者サービス提供者(事業者)の間に立ってサービス利用を支援する仕組みを導入する必要がでてきたこと。第4に、現場のサービス提供場面において、利用者の個別性を尊重し、そのニーズに適切に応えるべきであるとする要請と、業務をできるだけ効率的に実施しなければならないとする経営面からの要請との間に不断の緊張があり、職員が個別性と効率性との間で悩むことになったこと、である。

(3)白澤(2008)は、基礎構造改革は、介護保険制度とその後の社会福祉法の制定をこの20年間での重要なエポックとして位置づけることができるとし、高齢者福祉分野での政策は大きく3つ

のターニングポイントがあるとする¹²⁾。そしてこの3つのポイントでの政策転換は、戦後60数年の歴史のなかで、最も急激で短期間での変化であったため、政策を理論的に整理できていないという。白澤の整理によれば、最初のターニングポイントは平成初期1989年であり、社会福祉士が国家資格化された直後である。2番目のターニングポイントは2000年であり、社会福祉法が制定され、介護保険法が施行された時期である。3番目のターニングポイントは2005年であり、障害者自立支援法と改正介護保険法が制定された年である。この改革が高齢者保健福祉政策のサービス面にもたらした功罪については次のように整理している。功としては、活用できる財源を一時期飛躍的に伸ばすことができ、サービス利用者から一定の評価を得ることになったこと。しかし、未だ利用者の自己責任と消費者意識が確立しておらず、自己選択・決定を基調とするサービス利用での契約体制が確立したとは言い難く、一方で公的責任が弱くなったと思われること。罪として、高齢者間での経済的格差を拡大する一因を生み出したこと。介護予防の登場は従来の保険原理を逸脱するものであり、それはメタボ検診など医療保険においても行われるようになったことを挙げている。また、改革がサービス・デリバリー・システムにもたらした功罪として、高齢者から他の人々を対象を広げていく方向性が見えてきたが、このシステムの中に、本来不可欠であるはずの社会福祉士等のソーシャルワーカーが定着しきれなかったことがあり、研究者の責任は大きいという。この点、果たして一人研究者の責任であったのかどうかは分からないが、社会福祉士法成立直後から始まった基礎構造改革の流れに翻弄されるような形で、社会福祉士がその存在感を確立できずに今日に至ったという歴史認識をもつべきであろうと筆者は考える。

(4) 佐藤(2008)は、障害者福祉分野の社会福祉基礎構造改革は、2000年の支援費制度(2003年4月実施)で「5合目」に至り、2005年の障害者自立支援法(2006年4月実施)で「8合目」を達成し、時期未定の「介護保険への障害者福祉の統合」で完成するというのが政府のシナリオだと思われるという¹³⁾。社会福祉基礎構造改革は

社会福祉理念の変更を伴っており、その影響はとくに障害者分野で大きい。「自助」論と通じる「応益負担原則」の決定は障害者福祉を利用者個人の利益とするもので、「障害を社会全体で担う」考え方や、それを基礎とした「応能負担」とは異なる認識であり、「この子らに世の光を」でなく、「この子らを世の光に」と言った糸賀一雄の思想とは全く異なる思想を政策の基本としたものであり、そこからの再転換をどう図るかは研究者を含めたすべての関係者の責務であるという。

第3章 医療ソーシャルワークに関する先行研究

ここでは、本研究の社会福祉学研究における位置づけを明らかにしていく観点から、まずは、(1)1960年に創刊された日本社会福祉学会学会誌『社会福祉学』、(2)1967年創刊の鉄道弘済会『社会福祉研究』、(3)1975年創刊のソーシャルワーク研究所『ソーシャルワーク研究』(相川書房)、(4)1989年創刊の総合社会福祉研究所『総合社会福祉研究』に収められている医療ソーシャルワークに関する先行研究を、いささか総花的ではあるが文献目録的に整理しておくこととした。研究テーマに即した先行研究目録は、改めて作成することとする。

(1) 日本社会福祉学会 『社会福祉学』

* 1巻・第1号・1960年3月31日創刊

* 第7号・1967年

「医療ソーシャルワークの機能について」

窪田暁子・小野哲郎・小林育子

* 第13号・1972年

「医療社会事業の問題点－今日の医療をめぐる状況の中で－」 児島美都子

「日本医療社会事業協会の現状と今後の課題」 田戸静

* 第22-1号・1981年

「植物状態患者家族との取り組み－医療ソーシャルワーカーの実践記録」 足利量子

* 通巻41号・第30-2号・1989年

「保健医療におけるソーシャルワーク面接の

- 構造分析」南彩子・武田加代子・杉本照子
- * 通巻47号・第33-2号・1992年
「済生会の成立と展開－大阪の場合－」
中西よしお
 - * 通巻49号・第34-2号・1993年
「慈恵の救療と民衆－成立期済生会事業の特質について－」中西よしお
 - * 通巻55号・第37-2号・1996年
「ソーシャルワーク実践における価値－医師・看護婦・ソーシャルワーカーの比較」
南彩子・武田加代子・杉本照子
 - * 通巻56号・第38-1号・1997年
「転院援助行為とソーシャルワーカーの日常活動」大本和子
 - * 通巻59号・第39-2号・1999年
「医療機関における『枠組みとしてのチーム』の形成とその意義」高山恵理子
 - * 通巻61号・第40-2号・2000年2月
「ヘルスケア領域における専門職間連携－ソーシャルワークの視点からの理論的整理－」
松岡千代
 - * 通巻62号・第41-1号・2000年7月
「医療機関におけるソーシャルワーク業務の実証的検証－特定機能病院における『退院計画』援助の定着－」高山恵理子
「医療ソーシャルワーカーの職務の特徴－ア
イデアライメージと実践的意識の比較－」
南彩子・武田加代子
 - * 通巻65号・第42-2号・2002年3月
(実践報告)「多発性硬化症の発症に随伴する
急性悲嘆への初期介入を試みた一事例」
富樫八郎
 - * 通巻66号・第43-1号・2002年8月
「医療ソーシャルワーカーのコーディネー
ションに対する患者、家族、院内外関係者、ワ
ーカーの満足度評価分析－効果性の評価視
点に基づく医療福祉システムコーディネー
ト機能の評価－」加藤由美他
「血液透析患者の対処－共分散構造分析によ
るモデル構築の試み－」藤田譲
 - * 通巻69号・第44-2号・2003年11月
(調査報告)「太平洋戦争下の日本における医
療社会事業実践－聖路加国際病院のケース
記録の分析－」仲野真由美
 - * 通巻75号・第46-2号・2005年11月
「筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者におけ
る人工呼吸器装着の自己決定過程－患者・家
族・専門職の認識のズレと相互作用による変
化－」隅田好美
 - * 通巻81号・第48-1号・2007年5月
「初期病院社会事業の実践－泉橋慈善病院病
人相談所について－」高橋恭子
 - * 通巻85号・第49-1号・2008年5月
「血液透析患者の家族における療養負担感と
療養継続困難感の関連性」竹本与志人、香川
幸次郎
 - * 通巻86号・第49-2号・2008年8月
「患者・家族・専門職における〈認識のズレ〉
－筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者への支援
－」隅田好美
(調査報告)「在宅脳卒中患者における QOL
とライフスタイルおよび社会的支援との関
係」武田知樹、波多野義郎
 - * 通巻87号・第49-3号・2008年11月
「急性期病院における患者と家族の体験する
悲嘆作業－3つの『観察軸』を用いたソーシ
ャルワーク・アセスメント－」大賀有記
「らい予防法下のハンセン病患者への生活支
援－国立療養所におけるケースワーク事例
を通して－」守本友美
 - * 通巻92号・第50-4号・2010年2月
「医療生活協同組合組織化の史的考察－伊勢
湾台風被災地の名古屋市南区南部の事例か
ら－」浅井純二
- (2) 鉄道弘済会 『社会福祉研究』
- * 1967年12月創刊
 - * 第2号・1968年6月
「病院ソーシャルワーカーからみたアルコー
ル中毒者の問題」窪田暁子
 - * 第3号・1968年11月
「医療社会事業の課題」児島美都子
 - * 第5号・1969年10月
「国保患者家族の生活実態とその問題点－精
神障害者家族28例を通してみた－」
大野勇夫
「原爆被害者の家族生活周期に見る特質－家
族構成破壊とその後遺症をめぐって－」

原田勝弘

* 第7号・1970年10月

「精神医療から見た生活保護の実際」

垂石啓芳

「家族病としてのアルコール中毒」黒川昭登

* 第24号・1979年4月

「患者、家族と家族外関係－その相互作用をめぐって」尾崎新

* 第25号・1979年10月

(随想)「私の研究をふり返って(3) 医療社会事業について気になること」浅賀ふさ

* 第26号・1980年4月

「患者、家族と家族外関係－家族境界の臨床的考察－」尾崎新

* 第27号・1980年10月

「患者、家族と家族外関係、最終報告－日常生活における社会関係の構造－」尾崎新

* 第33号・1983年10月

「専門職としての評価法開発の過程－医療ソーシャルワーカーの場合－」阪上裕子

* 第38号・1986年4月

「わが国の社会福祉研究の特色－日英の社会福祉カテゴリー体系の比較から－」京極高宣

* 第41号・1987年10月

「医療・保健分野で働くソーシャルワーカーのアイデンティティ」杉本照子

* 第42号・1988年4月

「保健・医療・福祉におけるソーシャル・サポート・ネットワーク－その前提と課題－」西三郎

(随想)「私の実践・研究を振り返って(20) 医療社会事業の歩みと資格制度」中島さつき

* 第47号・1990年4月

「90年代の国民の生活と健康－福祉・保健・医療の連携－」山手茂

* 第49号・1990年10月

「医療ソーシャルワーカーの業務と資格－二つの業務指針の意味するもの－」菊池武明

* 第50号・1991年4月

「スモン患者の生活変化とその対応に関する研究」小沢温、手島陸久他

* 第54号・1992年7月

「保健医療におけるソーシャルワーカーの資

格問題－ソーシャルワーカーの大同団結の時にあたって－」杉本照子

* 第69号・1997年7月

「福祉専門職制度10年の評価と課題－ソーシャルワーカー資格を中心に－」京極高宣

「医療におけるソーシャルワーカーの役割と資格制度化をめぐる論争点－なぜ社会福祉士と別資格を設けようとするのか?－」山手茂
「医療専門職からみた医療ソーシャルワーカーの役割・位置づけ」増子忠

* 第86号・2003年4月

「保健福祉・医療福祉系大学における社会福祉教育のあり方」岡田善篤

* 第88号・2003年10月

「多様化する家族問題と支援方法－病院ソーシャルワーク実践への家族療法の応用－」堀越由紀子

(3) ソーシャルワーク研究所

『ソーシャルワーク研究』 相川書房

* 1975年創刊

* Vol. 2、No. 2、1976年

「日本における医療社会事業の現状と課題」中島さつき

「病院ソーシャルワークの新しい方向」エマニュエル・ハロウィッツ著荒川義子抄訳

* Vol. 4、No. 4、1978年

「日本医療社会事業における今日的課題－実践の視点から－」杉本照子
「『医療チーム』にみるソーシャルワーカーの役割」深沢里子

* Vol. 5、No. 1、1979年

(研究ノート)「医療ソーシャルワーカーの諸問題－資格制度化運動と医療ソーシャルワーカーの課題－」柴山悦子

* Vol. 5、No. 3、1979年

(研究ノート)「医療ケースワークにおける単身者の問題」中村千夏・松山容子

* Vol. 7、No. 2、1981年

「MSWの実習と現任訓練」平泉順子

* Vol. 7、No. 3、1981年

(特集)「ソーシャルワーク実践におけるスーパービジョン－病院におけるスーパービジョン－」森野郁子

- * Vol. 7、No. 4、1981年
 (特集)「ソーシャルワーク実践と障害者福祉
 -リハビリテーションセンター病院における
 グループワーク-」山口ハツヨ
- * Vol. 9、No. 3、1983年
 「医療ソーシャルワークにおけるリサーチの
 課題-間接的サービスの中で果たす役割-」
 南彩子・菅真知子
- * Vol.10、No. 1、1984年
 (研究ノート)「イギリスの医療ソーシャルワ
 ークに学ぶ-日本との比較を通して-」
 寺本喜一
- * Vol.10、No. 4、1984年
 「脳卒中のリハビリテーションについて-そ
 のケースワークの現状と課題-」吉川洋正
- * Vol.12、No. 2、1986年
 「今、MSWは、何をすべきか」島影俊英
- * Vol.13、No. 4、1987年
 「保健・医療領域でのソーシャルワーカー資格
 -日本医療社会事業協会の動きを中心に-」
 橋高通泰
- * Vol.14、No. 2、1988年
 (研究ノート)「熊本における在宅ケア支援シ
 ステムと訪問-MSWの立場からシステムづ
 くりの試みと民間病院の訪問(看護)指導を
 考える-」齊場三十四
- * Vol.14、No. 4、1988年
 (研究ノート)「未来志向ケースワークに関す
 る試論的研究(2)-難病患者へのアプロ
 ーチを通じて-」星野有史
- * Vol.15、No. 1、1989年
 「病院におけるソーシャルワーク実習-現状
 と課題-」吉田雅子
- * Vol.15、No. 2、1989年
 「医療及び福祉サービスにおける専門職と管
 理職の役割(英国の経験)」W・ハーバート、
 岡田藤太郎訳
- * Vol.16、No. 1、1990年
 「病院の医療社会事業部におけるインターク
 -異なった紹介理由によって紹介された事例
 について-」赤城建夫
- * Vol.16、No. 2、1990年
 「医療ソーシャルワークにおけるライフモデ
 ル考」大坂純
- * Vol.17、No. 4、1991年
 「脳血管障害患者の復職状況-星ヶ丘厚生年
 金病院における実態調査より-」門野晶・
 島影俊英
- * Vol.18、No. 1、1992年
 「保健福祉サービスにおけるケースマネジメ
 ント-その一般化と多様化-」前田信雄、
 高橋誠一
 (研究ノート)「脳血管障害者の社会参加の実
 情-広島鉄道病院の場合-」山口徹二
- * Vol.20、No. 2、1994年
 (研究ノート)「R・C・キャボットの医療福
 祉思想に関する一考察-その患者観を中心に
 -」山井理恵
- * Vol.20、No. 4、1994年
 (研究ノート)「保健・医療機関におけるソー
 シアルワーカーの立場性に関する一考察-院
 内ニュースを媒介として-」齋藤順子
- * Vol.21、No. 1、1995年
 「高齢透析者にとっての透析と透析医療-聞
 き取り調査を通じて-」須小みどり
- * Vol.21、No. 4、1995年
 「浅賀ふさ先生と日本のソーシャルワーク」
 児島美都子
- * Vol.22、No. 4、1996年
 「人工呼吸器装着患者と関わって-重症患者
 の“人間の尊厳”を考える-」黒坂和子
- * Vol.23、No. 3、1997年
 (特集:医療分野におけるソーシャルワーカー
 の任務)
 「保健医療領域におけるソーシャルワークの
 現状と課題-変動する医療・福祉状況のなか
 で-」大谷昭
 「医療分野におけるソーシャルワーカーの任
 務-ハイリスクを抱える高齢者の一人暮らし
 生活への復帰を支えるソーシャルワーク援助
 について-」木下裕美
 「老人医療のよりよい『場』の確保とMSW
 の機能」村上須賀子・渡邊佳代子
 「ソーシャルワーカーが行う退院援助の意義
 と今日的課題」取出涼子
 「ソーシャルワーカーと医療専門職との協働
 -リハビリテーション・チーム医療の経験か
 ら-」小原真知子

「医療ソーシャルワークのカリキュラムのあり方－日本におけるソーシャルワークの分野特定に関する一考察－」伊藤淑子

* Vol.25、No.1、1999年

「福祉・保健・医療のネットワークにおける医療ソーシャルワークの機能」福山和女
「保健医療と福祉のネットワーク－医療ソーシャルワークが経験してきたこと－」堀越由紀子

* Vol.32、No.4、2006年

(研究ノート)「心臓リハビリテーションを続ける虚血性心疾患患者のエンパワメントのプロセスについて」鈴木依子

* Vol.33、No.3、2007年

「実践から得た協働－聖マリアンナ医科大学病院における多職種統合部署の総合相談支援のかたち－」坪田由紀子

* Vol.34、No.、2008年

(研究ノート)「他職種への情報開示における医療ソーシャルワーク記録の構造－カルテ等との共有記録との関係－」廣瀬豊

* Vol.35、No.1、2009年

「急性期医療におけるソーシャルワーカーの介入方法の検討－介入機関の確保による援助の向上に向けて－」萬谷和広

* Vol.36、No.1、2010年

医療ソーシャルワーカーの業務困難性調査指標開発の試み」大松重宏

(4) 総合社会福祉研究所 『総合社会福祉研究』

* 1989年12月創刊

特集「戦後社会福祉の総括と課題」

* 第3号・1991年7月

(社会福祉情報)「医療ソーシャルワーカーの資格制度の動向」植田章

* 第5号・1992年11月

「脳死・臓器移植と基本的人権」野村拓

* 第6号・1993年8月

「社会福祉と医学・医療のかかわり」
武南千賀子

「医学教育と社会福祉」野村拓

* 第7号・1994年10月

「医療ソーシャルワーカーの資格制度」
竹中哲夫

* 第9号・1996年5月

「阪神・淡路大震災と地域の医療・福祉」
岩田伸彦

* 第11号・1997年6月

「石川県における医療・福祉問題研究と政策づくり」横山寿一

* 第18号・2001年3月

「医療生活協同組合運動と医療・福祉の公的責任」濱口逸記

* 第20号・2002年3月

(海外福祉情報)「イギリスの医療保障の現在」
国京則幸

* 第24号・2004年3月

「医療・福祉事業の市場化と業績評価、マネジメントの課題－自治体におけるニュー・パブリック・マネジメント思想の検討を糸口にして－」大松美樹雄

* 第26号・2004年11月

(現場実践レポート)「受診抑制と医療を受ける権利」赤坂律子

* 第29号・2006年11月

「診療報酬06年4月改定と今後の課題－国民総攻撃の医療・介護・自立支援－」奥村慶雄

* 第30号・2007年3月

「社会福祉専門職教育における『原爆被害』継承の可能性－被爆者の生活史把握を重視した教育実践の分析を通して」黒岩晴子

* 第35号・2009年10月

「退院援助の課題－生活実態からの考察」
村上武敏

(5) その他

その他、全国社会福祉協議会『月刊福祉』は、1909年に『慈善』として創刊され、その後1917年に『社会と救済』、1946年に『社会事業』、1961年より『月刊福祉』として現在に至っているが、1997年以降のテーマとしては、

* 1997年3月号「社会福祉の専門職制度の今後」

* 2001年4月号「生と死」

* 2004年12月号「社会保障制度改革とこれからの社会福祉(2)年金、医療と社会福祉」

* 2006年5月号「医療と福祉」

* 2007年4月号「地域における医療・福祉連携の課題」

*2007年9月号「これからの在宅介護・医療はどう変わるのか？」
といったものである。

また、1964年に創刊された日本医療社会事業協会『医療と福祉』の巻頭言は初代会長である浅賀ふさの『人間の医学をめざして－創刊にあたっての贈る言葉』であった。浅賀は、この巻頭言で、「アメリカからはいつてきたといわれるケースワークは、今から百年前同国における慈善組織運動ではたらいた人びとが、人間に焦点をおいて、貧困問題と強力に取り組んだところから発展してきた。社会事業の方法技術で、ケースワークの総合性と機動性が患者と医療を、またある患者には経済的援助、家庭や職業の人間関係等の調整を結びつける、時には水の役割、またあるときはセメントの役割を果たすものである」と書いている。

第4章 論点の整理

以上、極めて不十分ではあるが、本研究の社会福祉学研究における位置づけと、医療ソーシャルワークに関する先行研究の整理を試みてきたが、本項では、わが国における医療ソーシャルワークの成立と展開に関する研究の論点を整理しておきたい。

第1に、わが国の医療供給体制と医療ソーシャルワークとの関係である。わが国の医療供給体制を支えているのは、医療法と医療保険制度と診療報酬制度の三つの柱であると考えられる¹⁴⁾。一つ目の柱である医療法は、戦時立法として作られた国民医療法を前身としているが、戦後は、国民に適正な医療を確保するためには、医師・歯科医師等の医療従事者の資質の向上と、医療を提供する医療機関の適正化と医療機関の整備・改善を図ることが必要とされたのである。また、医療法施行令（昭和23年10月27日政令第326号）第4条の7で、「精神病、結核その他厚生大臣が定める疾病の患者を収容する病室を有する病院は、厚生省令で定める従業員の標準によらないことができる」としたことから、精神病、結核、及びハンセン病は医療法の「除外規定」を受ける疾病として福祉的な対応が求められたということが

できる。二つ目の柱である医療保険制度については、1958年の人権裁判とも呼ばれた朝日訴訟を契機に、国民が保険証1枚で医療が受けられる制度が確立したわけだが、朝日訴訟における児島美都子の医療ソーシャルワーカーとしての活躍は特記すべきものである¹⁵⁾。三つ目の柱である診療報酬制度は、政策的に医療の配分を決めるものであるが、近年、診療報酬制度に社会福祉士が明記されるようになり、これを以て医療ソーシャルワーカーの資格化問題は決着がついたという見解が出されるようになってきたが¹⁶⁾、果たしてそうであろうか。そのことも含め、診療報酬制度と医療ソーシャルワークの関係を整理しておくべきではないかと考える。

第2に、医療制度改革と医療ソーシャルワークの関係である。医療保護事業として登場した無料低額診療事業は、2000年に改定された社会福祉法においても存続することとなったが、その後の2003年第4次医療法改正、2007年第5次医療法改正を通して、その存在意義はあると考えられているのだろうか。わが国において、医療ソーシャルワーカーの設置が明記されている事業であるだけに、重要な論点の一つではないだろうか。無料低額診療と医療ソーシャルワーク、医療制度改革と無料低額診療事業の関係を分析することによって、わが国における医療ソーシャルワークの課題が明らかになる可能性があるのではないか。1990年代に始まる医療制度改革は、医療における「質の向上とコスト削減」という目標を達成しようとするものである。そのような状況のもとで、医療ソーシャルワーク機能を活用し、医療ソーシャルワーカー以外の医療専門職が退院支援に効果を上げているという現実があるのではないか。

第3に、社会福祉学の体系における医療ソーシャルワークの位置づけについてである。山手（1996）は、社会福祉学研究者としてなすべきことは、社会福祉学研究者の社会的使命を自覚し、社会福祉の諸分野における医療社会福祉の位置、ソーシャルワーカー全体のなかの医療ソーシャルワーカーの位置、および社会福祉学の体系における医療社会福祉学の位置を客観的に認識し、現実的課題を体系的・論理的に検討することであると述べているが¹⁷⁾、筆者も全く同感である。わ

が国においては、ソーシャルワーカーの専門職団体は、日本ソーシャルワーカー協会、日本医療社会事業協会(2010年度8月8日の臨時総会で、日本医療社会福祉協会と名称変更する定款変更が承認された)、日本精神保健福祉士協会、日本社会福祉士会の4団体があり、4団体の中で2012年度の専門社会福祉士認定制度の運用開始に向けて調整が進められている。しかしながら、医療ソーシャルワークの専門性や資格制度についてはまだ議論の余地があると思われる。介護保険と医療ソーシャルワークや医療ソーシャルワークの専門性と職能団体などは重要な論点の一つである。

おわりに

本稿は、研究ノートとして、わが国における医療ソーシャルワークの成立と展開に関する論点整理と先行研究の一部の整理を試みたものである。かつて、済生会の成立と医療福祉の展開をテーマに論文を書いた時、佛教大学の故中村永司教授は筆者に清水利子について調べてみるように言われた。中村(2004)は、清水利子について「わが国の医療福祉の実践を学ぶ者にとって、彼女の存在意義は絶大なものがある。医療福祉の実践の近代化と業務の明確化に多くの情熱を傾けた彼女の姿に敬服するものである。当時の三井記念病院の上流婦人慈善団体が提供した患者サービスとは基本的に異なった視点で業務の開拓を行っている。何よりも、彼女の存在価値は、医療福祉を学び、実践する者に大きな指針と誇りを与えるものである」と述べている¹⁸⁾。1928年8月9日付け讀賣新聞の婦人欄に「日本最初の病院社会事業にはたらく女性、新設の済生社会部で女子大出身の清水利子さん」として紹介された彼女の写真と、清水利子が医療ソーシャルワーカーの大先輩であり日本社会事業学校研究科の前身である社会事業研究生の1期生であることを発見した時は、研究者としての喜びを感じたものである。筆者が修士課程に在籍していた2001年に、中村は、「イギリス医療慈善係(アーモナー)の専門職の経緯と展開」、及び「社会福祉援助方法の新たな

展開」を発表している¹⁹⁾。また、晩年においても、イギリスに行き、アーモナーの研究に情熱を注いでいたと聞く。中村教授の遺志を引き継ぎ、わが国における医療ソーシャルワークの源流を検証し、現在の医療ソーシャルワークの問題点と課題を明らかにしていきたい。

【注記・引用文献】

- 1) 社会福祉士養成講座編集委員会編『新・社会福祉士養成講座17保健医療サービス』中央法規2009年p24
- 2) 石光和雅『済生会とわが国の医療と福祉に関する一考察～医療ソーシャルワーカーの視点から～』佛教大学大学院社会学研究科社会福祉学専攻2003年
- 3) 児島美都子は、『新医療ソーシャルワーカー論 その制度的確立を求めて』(ミネルヴァ書房1997年、p156)において、「MSWをどう定義するかについては、種々意見が分かれるところであるが、それを診療チームの一環として位置づけ、ソーシャルワーカーを医療チームの一員として、患者や家族のかかえる社会心理的問題の解決を援助する職種であると規定するならば、わが国における医療ソーシャルワーカーの第1号は、浅賀ふさ先生である」と書いている。
- 4) 2005年より愛知県医療ソーシャルワーカー協会、静岡県医療ソーシャルワーカー協会、三重県医療ソーシャルワーカー協会の会長が発起人となり設立準備が進められ、2007年に設立した。2010年現在の正会員は、岩手県、富山県、岐阜県、愛知県、大阪府、広島県、福岡県、宮崎県の9府県である。2010年度の事業計画は、①医療ソーシャルワーカーの業務指針に基づいた「国家資格の形」を作ること、②認定社会福祉士制度に関する情報収集を行っていくこと、が決議された。
- 5) 当初、施設基準としては、看護師または社会福祉士だけであったが、全国医療ソーシャルワーカー協会連絡協議会の運動により、5年以上の経験のある医療ソーシャルワーカーが当面の間ということながら追加された。
- 6) 稲沢公一・岩崎晋也『社会福祉をつかむ』有斐閣2008年p166-188
- 7) 生江孝之は、『済生会会報』第16号(大正9年)において、米国ベルビュー病院内で行われている救護事業を紹介し、「要するに、この団体の任務は、患者に代わって社会と交渉の労を取り、その中間に介して両者を結びつけるところにある。日本でまだこのような例を見ないのは遺憾なことであり、我が恩賜財団済生会が率先して施設の第1号となるべきだ」と書いている。
- 8) 日本社会福祉学会編『福祉政策理論の検証と課題』中央法規2008年p196-219
- 9) 同p197から198
- 10) 日本社会福祉学会編『福祉政策理論の検証と課題』中央法規2008年 p28-47
- 11) 同p58-63

- 12) 同p76-89
- 13) 同p102-109
- 14) 山路克文は、『実践的医療ソーシャルワーク論』（金原出版2009年、p）において、わが国の医療供給体制の基本的構造は、まず「医療法」が医療提供の法的枠組みを規定し、そして医療の経済的基盤を「健康保険法」を中心とした医療保健制度で支え、医療費の配分を目的とした「診療報酬制度」でわが国の医療が成り立っている、と述べている。
- 15) 長宏は、『患者運動』（勁草書房、1978年、p 165）において、患者団体結成時の協力者として、医師、議員、学者、弁護士、医療ソーシャルワーカーであったと述べている。
- 16) 二木立は、「医療制度改革と増大する医療ソーシャルワーカーの役割」（『学術の動向』日本学術協力財団2007年10月号）の中で、「一部の医療ソーシャルワーカー（組織）が目指していた、医療ソーシャルワーカー単独の国家資格化の可能性は、少なくとも『近未来』には、完全に消滅したと言えます」と書いている。
- 17) 山手茂『福祉社会形成とネットワークング』社会学・社会福祉学論集2， 亜紀書房1996年 p 214
- 18) 中村永司「刊行によせて」：石光和雅『済生会の成立と医療福祉の展開』自費出版2004年所収
- 19) 中村永司『英国と日本における医療福祉とソーシャルワーク』ミネルヴァ書房2006年、p39～58、 p 219～236

【その他参考引用文献】

- ①日本社会福祉学会編『社会福祉学研究の50年』ミネルヴァ書房2004年
- ②小笠原浩一＋平野方紹『社会福祉政策研究の課題』中央法規2004年
- ③川上武編著『戦後日本病人史』農文協2002年
- ④菅谷章『日本医療制度史』原書房1976年
- ⑤小池桂『占領期社会事業従事者養成とケースワーク』学術出版会2007年
- ⑥E.L.ヤングハズバンド『英国ソーシャルワーク史上・下』誠信書房1984年
- ⑦仲村優一・一番ヶ瀬康子『世界の社会福祉第7巻日本』労働旬報社2000年

