

環境保護意識・健康維持意識の規定要因の時代変化

Changes in the Determinants of Environmentalism and Healthism

狭間諒多朗 HAZAMA, Ryotaro (大阪大学大学院人間科学研究科博士前期課程)

橋爪 裕人 HASHIZUME, Yuto (大阪大学大学院人間科学研究科博士前期課程)

吉川 徹 KIKKAWA, Toru (大阪大学大学院人間科学研究科准教授)

本研究では、環境保護意識や健康維持意識などのQOL志向が、この20年の日本社会でどのように受容されてきたのかを検討する。時点間比較分析の結果、20世紀の末にはQOL志向は価値選好によって強く規定されていたが、現在ではこれに代わってミクロでコンサマトリーな生活評価が規定力をもちはじめていることが明らかになった。

キーワード QOL志向, 権威主義的態度, 生活満足度



1 現代日本人の環境と健康への構え

個人生活の質の向上と社会の持続可能な発展は、相互に重なり合いながら現代社会の主要論点を構成している。OECDが2013年5月に示したBetter Life Indexには、各国の環境水準と健康水準が構成要素として数えられており、これらが現代社会が目指す方向性の指針の1つとなっていることがわかる(OECD, 2013)。他方、環境リスクと健康リスクが不可分の関わりをもっており、それが経済発展や生活の利便性という近代社会が求めてきた理念とトレードオフの関係にあることは、日本でも高度経済成長期の公害病問題、あるいはチェルノブイリ原発事故などで繰り返し指摘されてきた。福島第一原発事故後の社会的な波紋は、この問題が私たちにとって身近で深刻なものであることをあらためて想起させた。

環境・健康をめぐる日本社会の大きな転機は、1990年代初頭に見出すことができる。

バブル経済の終焉とともに、右肩上がりの経済成長が名実ともに過去のものとなり、単純な近代に代わる次の段階の到来が市民レベルで実感され始めた時期である。1993年には現在の環境政策の根幹となる環境基本法が制定され、「地球に優しい」「リサイクル」「エコ」など、現在私たちが日常的に親しんでいるキーワードが生まれるきっかけとなった。健康に関しても、この時期を境として「肥満」「成人病」という旧来の言葉が、「内臓脂肪」「メタボリック症候群」「生活習慣病」などの新しい表現に切り替えられ、人々の新たな関心を喚起した。

本研究では、1992年と2010年に実施された全国調査データを比較分析することで、この時代から現在までの日本人の環境保護意識と健康維持意識のあり方の変化を明らかにする。以下では、環境保護意識とは、便利さや快適さよりも、地球環境の保護を優先すべきだという態度を指し、健康維持意識とは、時間やコストをかけても健康状態を維持すべきだという態度を指すこととし、よりよい生活

の質 (Quality of Life) を希求するこれらの社会的態度を QOL 志向と呼ぶことにする。²

QOL 志向の時代変化については、2つの観点が考えられる。1つめは、人々が環境や健康により高い関心をもつようになるという量的な変化である。これは回答分布の肯定方向へのシフトによって確認することができる。もう1つは、QOL 志向を形成・変容する社会的な要因に注目した分析を行うことで、QOL 志向の社会的な位置づけの変化を把握することである。前者は世論研究で重要な関心事項となる論点であり、後者は社会学、とりわけ社会意識論の問題関心に沿った問いだといえるだろう。

自然環境を大切に、心身の健康を保つことに心を砕く日本人の生活様式それ自体は、必ずしも新しいものではない。環境保護について、明治期の足尾銅山鉱毒事件を端緒とするような公害運動や国土開発への反対運動を顧みると、そこには反権力、反インダストリアリズムの理念 (イデオロギー) に立脚した、近代市民運動の歴史を見出すことができる。他方、健康維持を「腹八分目」「早寝早起き」といった規律正しい日常生活、食事や嗜好品に関する不摂生を控える教訓や規範だと捉えれば、古くは江戸期の儒学者・貝原益軒の『養生訓』に始まり、戦前の道徳教育もこれらを徳目としていたことを指摘できる。これらは、近代日本に既存の価値体系に埋め込まれたかたちで存立していた、環境保護や健康維持の旧来の姿を示している。

他方、今日のペットボトル、アルミ缶、古紙などの資源リサイクル活動、節電・節水というようなエコ活動、あるいはヘルシズム、アンチ・エイジングなどについて、その定着・普及の過程に鑑みると、既存の枠組みとは異なる様相を窺い知ることができる。そし

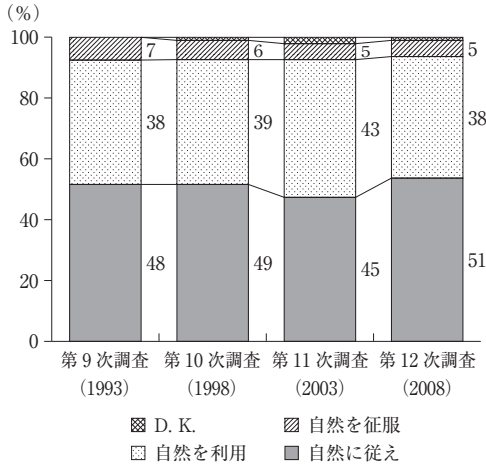
てそれは、表出した現象としての新しさにとどまらず、深層における動因の変化によってもたらされているように思われる。

QOL の増進は、いまや現代人にとって不動の望ましさを獲得している。一部の層を積極的な担い手とする「〇〇運動」や「〇〇活動」であったかつての QOL 志向は、今日では誰が QOL により強くコミットして日々を暮らしているかということの、社会全体における緩やかな異なりとみるべきものになりつつある。そしてかつては、人々の活動性は価値体系あるいはイデオロギーに強く左右されるものであったが、今日ではそれらが関与する余地は少なくなっていることが想定される。実際、環境や健康を求める新しい生活様式をロハスと呼ぶことがこの数年で定着したが (ピーターセン, 2006)、これは life of health and sustainability の頭文字をとった言葉である。その命名からは、これがあくまで日常生活のあり方 (life) そのものを指すもので、その背後にある価値体系を論じる value of health and sustainability ではないことが窺える。

以上のことから、QOL の増進が日本社会に急速に定着する過程において、既存の価値体系を反映した運動や活動から、日常的でコンサマトリーな生活スタイル (ハビトゥス) へ、という動因の変質を伴っていたことが示唆される。そこで本研究では、2時点の社会調査データで比較可能なかたちで問われた環境保護意識と健康維持意識について、それらを規定している社会的要因、とりわけ基底的³社会意識のはたらきの時代変化を検討する。

2 分布の量的変化はあるか

QOL 志向の分布の変化については、既存



注) 図1~3は、統計数理研究所研究レポートNo. 99 (中村ほか, 2009)に掲載されている日本人の国民性調査の調査結果をもとに作成した。

図1 自然と人間との関係について

の世論調査データから実態を概観することができる。ところが、この15年ほどのデータから確認されるのは、環境保護や健康・生命に対する関心の強さが必ずしも高まっているわけではないという、やや意外な事実である。

図1~3は「日本人の国民性調査」の1993~2008年の間における環境や健康・生命についての意識の変化をみたものである(中村ほか, 2009)。図1は「自然と人間との関係」について長く継続されている質問項目の推移であるが、ここには大きな時点間変容は見出せない。図2は「環境保護の重要性」についての回答を示したものだが、「非常に重要である」+「重要である」の比率は、ほぼ横ばいで推移している。図3は、「あなたにとって一番大切と思うもの」を自由回答で尋ねたものを分類した結果である。ここで「生命・健康・自分」が最も大切だというカテゴリをみると、たしかにどの調査でも「家族」に次いで高い頻度で選択されているのだが、その比率はこの15年の間ほとんど変化していない。

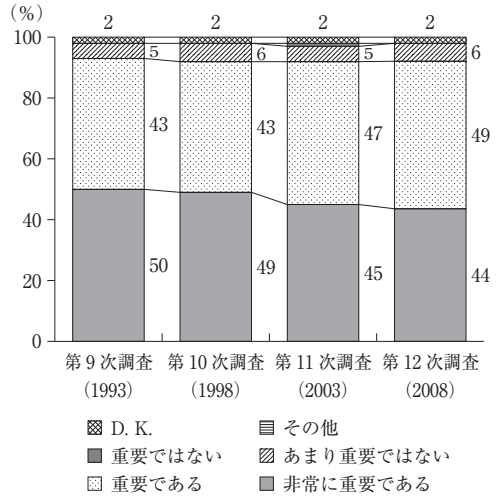


図2 環境保護の重要性

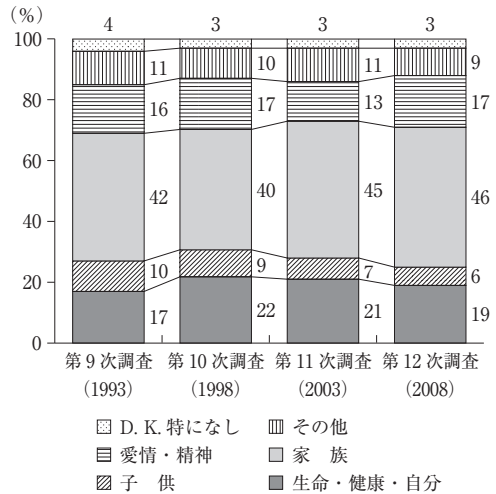


図3 一番大切なもの(自由回答)

よって以下では、時点間の分布の量的変化についての関心を離れ、QOL志向の規定構造がどのように変容したのかということに分析の焦点を定めたい。

3 QOL志向に作用する基底的社会意識

環境保護意識、健康維持意識の現代日本社会における位置づけについて、比較的早い段

階で分析したものに吉川（1994）の計量研究がある。そこでは1992年に実施された全国調査を用いて、環境や健康についての人々の心理的な構えを尺度化し、これら2つの態度に少なからぬ影響を与えるものとして、権威主義的態度に注目している。

周知のとおり、権威主義的態度は、20世紀中盤の社会意識研究においてファシズム台頭のメカニズムを解明するための社会心理として見出された。その後、社会学的研究の進展をもたらしたのは、コンベンショナル（通念的・因習的・伝統的）な理念と、近代的でリベラルな理念の相克という20世紀の近代社会の論点であった。しかしそれゆえに、ファシズムの脅威が希薄化し、急速な産業化段階を過ぎた1990年代初頭の日本社会にあっては、権威主義的態度は、政治的保守や伝統的な行動様式に対する「本来」の影響力を弱めつつあった。ところが、環境保護や健康維持という新しく活発化した社会現象についてみると、権威主義的態度は依然として影響力を示すことをこの研究は明らかにしている。

ただし、その連関の構造はシンプルなものではない。まず、環境保護意識と健康維持意識の間には、社会的属性をコントロールした偏相関係数で $r=.168$ 程度の有意な正の関係がある。しかし環境保護意識については、権威主義態度が負の関係（ $r=-.132$ ）をもっているのに対して、健康維持意識については、権威主義的態度は逆に正の関係（ $r=.159$ ）をもっているのである。

このうち、権威主義的態度と環境保護意識の負の関係からは、権威や伝統にとらわれない、自立的でリベラルな市民意識（セルフディレクション志向）が環境保護の原動力となっている状況を読みとることができる。他方、権威主義的態度と健康維持意識の関係につい

ては、厳密な規律を遵守するというストイックさが、健康を求める原動力となっているという構図を読みとることが可能であろう。これらの事実は、この態度がファシズムの心理的基盤となっていた時代とは異なった、20世紀の終わりに特有の実態を描き出している。

その後現在までの日本の調査研究では、海野道郎らの「生活環境研究会」による廃棄物とリサイクル行動の関連メカニズムについての研究（海野編、2007）や、鄭躍軍らの東アジア比較（鄭ほか、2006）、あるいは疫学・公衆衛生の分野での格差や階層と健康の関連をみる調査研究（川上ほか編、2006；近藤、2010）などにより、環境保護と健康維持の社会的な位置づけの解明が進んでいる。

そうした研究においてQOL活動を左右する社会意識としてしばしば注目されるのは、階層帰属意識（主観的社会階層）と生活満足度（心理的ウェルビーイング）である。これらとともに、自身の生活についてのコンサマトリーな認知・評価、すなわちいわゆる生活意識である。両者の違いは、階層帰属意識が全体社会の階層状況をいったん参照して、自らをその構造の中に位置づけるものであるのに対し、生活満足度は、そのような対社会的な参照プロセスを経ず、心理内的なメカニズムだけで成り立ちうるという点にある。

そして階層帰属意識については、学歴、職業的地位、経済的地位などの客観階層要因と健康の間を媒介し、健康格差をもたらす要因となっていることがすでに多くの研究で指摘されている（Adler et al., 2000; Oprerario et al., 2004; Singh-Manoux et al., 2005; Demakakos et al., 2008; Wolff et al., 2010；近藤、2010）。他方、生活満足度や自尊心などの個人の心理内のポジティブな状態については、日常生活を積極的に向社会的な方向に変化させる作用が近年

注目を集め始めている (Seligman, 2002)。心の豊かさが十分に満たされた個人は、より強く QOL を志向する行動をとるが、日常生活に充足していなければ、環境保護や健康維持に気を配る余裕をもちにくくなるという関係は、容易に想像できる構図といえる。

本研究においては使用するデータの制約も考慮し、⁵ QOL 志向に影響する社会意識要因として、第一に 20 世紀の価値体系を反映した価値意識である権威主義的態度を、第二にコンサマトリーな生活意識である生活満足度を考えることにしたい。⁶

ところで、学歴、職業的地位、経済的地位などの階層要因と各種の社会的態度との結びつきの強さは、社会意識の階層性と呼ばれているが、近年、この社会意識の階層性について 2 つの相反する傾向が指摘されている。第一の傾向は、広義の階層意識と総称される価値意識（不公平感、性別役割分業意識、政治的態度など）の階層性が、1995 年以降の調査データを分析すると、以前よりも希薄にしか表れなくなったということである (吉川, 2008)。

この傾向は、権威主義的態度においてはとくに著しい。轟 (2000, 2011) は権威主義的態度と、年齢、学歴、職業、収入の関係をみる OLS 重回帰分析を、1985 年から 2005 年までのデータに適用して結果を比較している。それによると、1985 年の男性では決定係数でみた因果的説明力は 15% 近くあり、1995 年時点でも男女とも 8~11% 程度であったのが、2005 年では 2% に満たない状況になっているという。そして「権威主義的態度を、『見かけ上』〔ゼロ次相関：引用者注〕のレベルでも、階層意識とみなすことが難しくなっている」(轟, 2011: 88) と指摘する。

他方で轟 (2008) は、かつては保守政党支持に影響力をもっていた権威主義的態度が

(直井, 1988)、2005 年時点においては政治的行動と関係をもたなくなったことも指摘している。20 世紀近代社会の争点を反映した権威主義的態度は、従来どおり尺度化することはできるものの、もはや社会的属性との間に対応関係をもたず、政治的態度への本来の影響力も確認できなくなっているというのが 21 世紀の現状である。

もっとも、あらゆる社会意識についてこうした階層要因からの非繫留化や、社会現象に対する説明力の無効化が進行しているわけではない。

第二の傾向は、社会生活の自己評価を尋ねる階層帰属意識については、一億総中流がいわれた 1975 年以降、逆に客観階層からの説明力が増大しているということである。本研究で着目する生活満足度についても、経済的地位を主たる形成要因として明確な階層性が保たれている (吉川, 1999; 神林, 2011; Kikkawa and Fujihara, 2012)。

以上のとおり、この 20 年間の日本の社会意識の動向を要約するならば、価値意識の 1 つである権威主義的態度が非繫留化を進行させているのに対して、階層帰属意識や生活満足度といった生活意識は、逆に現代社会の中での位置づけを確実化させているといえることができる。

4 データ

分析に用いるのは 1992 年と 2010 年に同一の調査主体が時点間比較が可能な設計で実施した郵送全国調査である (表 1)。なお本稿においては、両調査に共通する 26~60 歳の年齢層を分析する。

このうち 1992 年に実施された第 2 回モニター調査は、吉川 (1994) が分析したデータ

表 1 分析する 2 つの調査データ

調査名称	第 2 回モニター調査	SSP-P2010 調査
調査時期	1992 年 8 月	2010 年 1~2 月
サンプル設計	全国 300 地点から層化抽出された対象者のうち、学術用モニターとして 1991 年調査に有効回答した対象者	全国マスターサンプルから層化比例抽出
計画サンプル	2,022	2,500
有効回答	1,252	1,385
回収率	61.9%	55.4%
調査法	郵送法	郵送法
有効回答	26-79 歳男女	20-60 歳男女
調査主体	大阪大学人間科学部経験社会学・社会調査法講座 (研究代表：直井優)	大阪大学大学院人間科学研究科社会環境学講座 (研究代表：吉川徹)

であり、環境保護と健康維持についての問いがいち早く導入されている。環境保護意識を構成する項目は「エネルギー資源保護のためなら、便利さや快適さを犠牲にしてもかまわない」「地球温暖化やオゾン層破壊を防ぐためなら、便利さや快適さを犠牲にしてもかまわない」「野生動物を保護するためなら、便利さや快適さを犠牲にしてもかまわない」というもので、いずれも環境保護について、便利さや快適さとのトレードオフの関係が設定されている。健康維持意識は「肥満を防止するためなら、お金や時間をかけてもかまわない」「老化を防ぐためなら、お金や時間をかけてもかまわない」「成人病を防いだり克服したりするためなら、お金や時間をかけてもかまわない」「現在の体力を維持するためなら、お金や時間をかけてもかまわない」というもので、こちらは経済的・時間的なコストとのトレードオフの関係が設定されている（回答選択肢はいずれも、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」の 4 件法）。

2010 年に実施された SSP-P2010 調査においては、上述の 7 項目を若干の文言修正のう

え、再度尋ねている。ただしその際、回答選択肢は 4 件法から「どちらともいえない」を加えた 5 件法に変更されている。この 2 つの調査データにより、現代日本人の環境保護意識、健康維持意識の 18 年間の変化の様態を知ることができる。以下では、上述の各項目を用いて、1992 年と 2010 年、それぞれの時点で抽出・測定された環境保護意識、健康維持意識の潜在概念を従属変数とする。

そして、これらを説明する基底的社会意識のうち、権威主義的態度については、「権威のある人々にはつねに敬意をはらわなければならない」「伝統や慣習にしたがったやり方に疑問をもつ人は、結局は問題をひきおこすことになる」「この複雑な世の中で何をなすべきか知る一番よい方法は、指導者や専門家に頼ることである」「以前からなされていたやり方を守ることが、最上の結果を生む」という、多くの社会調査において用いられる 4 項目が、両調査で尋ねられており、それらから潜在概念を測定する（回答選択肢はいずれも賛否の 5 件法）。もう一方の生活満足度については、生活全般について、満足しているか不満であるかを両調査ともに 5 件法で尋ねた質

表2 使用変数の記述統計量

変数	1992年 (N=726)		2010年 (N=1,246)	
	平均/割合 (%)	標準偏差	平均/割合 (%)	標準偏差
性別 (女性)	48.62		48.64	
年齢	46.75	8.85	43.94	10.14
教育年数	12.43	2.31	13.61	2.04
経営・管理	4.96		3.93	
正規雇用	49.72		44.22	
非正規雇用	10.06		22.63	
自営業	16.80		9.15	
無職	18.46		20.06	
世帯収入	743.21	530.03	664.98	390.16
権威	2.77	1.06	2.43	1.05
伝統	2.67	0.91	2.57	0.94
委任	2.67	0.99	2.50	0.96
従前	2.68	0.89	2.40	0.86
生活満足度	3.63	0.86	3.15	1.02
エネルギー資源保護	2.83	0.92	3.27	1.01
地球温暖化・ オゾン層破壊防止	3.11	0.89	3.48	1.03
野生動物絶滅防止	2.95	0.90	3.53	1.04
肥満防止	2.18	0.92	2.94	1.17
体力維持	2.51	0.94	3.19	1.13
生活習慣病 (成人病) 防止	2.86	0.87	3.41	1.06
老化防止	2.67	0.89	3.26	1.08

問項目を用いる。

この他に OLS 重回帰分析においては、性別・年齢・学歴・職業・収入を独立変数として投入する。これらは後述する共分散構造方程式モデルの多母集団同時分析においてはコントロール変数として投入する。表2に示したとおり、性別は男性を0女性を1とする2値変数で、年齢は満年齢を使用し、学歴については教育年数を用いる。職業については従業上の地位を「経営・管理」「正規雇用」「非正規雇用」「自営業」「無職」という5カテゴリに分類し、ダミー変数群として使用する。なお、参照カテゴリは「経営・管理」である。そして収入については世帯収入を用いる。

5 分析

まず環境保護意識、健康維持意識それぞれを従属変数として OLS 重回帰分析を行った。独立変数については、モデル1では性別、年齢、教育年数、従業上の地位、世帯収入を投入し、モデル2ではそれらに加えて権威主義的態度と生活満足度を投入している。このようなモデルの分析を1992年と2010年の両時点で行い、権威主義的態度と生活満足度が環境保護意識と健康維持意識にどのように影響を与えているのか、またそれがこの18年間でどのように変化したのかを検討する。

表3により環境保護意識の形成要因についてみていこう。

1992年では、環境保護意識に有意に影響を与える要因は少ない。モデル1をみると、唯一、教育年数のみが有意な効果をもっており、教育年数が長いほど環境保護意識が高い

表3 環境保護意識の形成要因 (OLS 重回帰分析)

	1992年 (N=726)			2010年 (N=1,246)		
	モデル1		モデル2	モデル1		モデル2
	相関係数	偏回帰係数	偏回帰係数	相関係数	偏回帰係数	偏回帰係数
	r	B	B	r	B	B
(定数)		-1.317**	-1.091*		-.937**	-.600
性別	.038	.133	.121	.000	.050	.028
年齢	-.018	.003	.007	-.001	.001	.002
教育年数	.175**	.078**	.070**	.136**	.065**	.060**
(基準:経営・管理)	.027			.041		
正規雇用	-.016	-.066	-.143	.013	-.164	-.138
非正規雇用	-.015	-.119	-.187	-.010	-.190	-.154
自営業	-.012	-.045	-.118	-.029	-.239	-.212
無職	.029	-.060	-.158	-.005	-.176	-.148
世帯収入	.081*	.007	.003	.074**	.012	.007
権威主義的態度	-.162**		-.155**	.001		.019
生活満足度	.056		.066	.121**		.086**
R ²		.026**	.047**		.017**	.023**
決定係数の増分			.023**			.007**

注) *は5%, **は1%水準で有意な値を示す。世帯収入については、偏回帰係数がみやすいように100万円単位に変換。

という関係が読みとれる (B=.078**)。権威主義的態度と生活満足度を投入したモデル2では、生活満足度には有意な効果がみられず、権威主義的態度に有意な負の効果がみられた。また、この2変数を投入することで、決定係数 R² の値が .026** から .047** へと有意に向上している。これらの結果からは、1992年の日本では反権威主義的態度 (セルフディレクション志向) が環境保護意識を高めているという吉川 (1994) の分析結果を再確認することができる。

続いて2010年についてみると、ここでも環境保護意識に有意な影響を与えている要因は多くはない。モデル1をみると、決定係数 R² の値は .017** と小さく、やはり教育年数のみが有意な正の効果 (B=.065**) をもっているにすぎない。しかしながら、モデル2については、1992年とは異なる様相を呈していることがわかる。1992年では有意であっ

た権威主義的態度の効果は有意ではなくなり、代わって生活満足度に有意な効果が現れている。これより、2010年では生活満足度が高ければ高いほど環境保護意識も高くなるという関係が明らかになった。ただし、生活満足度のもつ規定力 (B=.086**) はそれほど大きいものではなく、またモデル1からモデル2への決定係数の増分も小さいことから、生活満足度と環境保護意識の関係はそれほど強いものとはいえない。

次に表4から健康維持意識の形成要因についてみていこう。

1992年については、見かけ上の相関関係では多くの要因と関係をもつものの、独立変数間でコントロールを施すと、有意な値を示す変数は減ってしまう。モデル1では、決定係数 R² の値が .034** であり、性別 (B=-.254**) と無職 (B=-.406**) のみに有意な効果がみられた。ここからは、女性に比べて男性であ

表4 健康維持意識の形成要因 (OLS 重回帰分析)

	1992年 (N=726)			2010年 (N=1,246)		
	モデル1		モデル2	モデル1		モデル2
	相関係数	偏回帰係数	偏回帰係数	相関係数	偏回帰係数	偏回帰係数
	r	B	B	r	B	B
(定数)		.015	.167		-1.181**	-.986**
性別	-.169**	-.254**	-.259**	.015	.123	.109
年齢	.053	.006	.001	-.073**	-.007*	-.006*
教育年数	.079*	.030	.039*	.213**	.089**	.087**
(基準: 経営・管理)	.117**			.048*		
正規雇用	.052	-.327	-.196	.044	-.173	-.153
非正規雇用	-.061*	-.371	-.236	-.013	-.244	-.221
自営業	-.001	-.314	-.188	-.034	-.240	-.220
無職	-.085*	-.406*	-.266	-.040	-.287	-.268
世帯収入	.087**	.006	.008	.195**	.043**	.039**
権威主義的態度	.194**		.188**	.032		.054
生活満足度	.090**		.071	.148**		.063*
R ²		.034**	.070**		.076**	.081**
決定係数の増分			.039**			.007*

注) *は5%, **は1%水準で有意な値を示す。世帯収入については、偏回帰係数がみやすいように100万円単位に変換。

るほど、無職に比べて経営・管理であるほど健康維持意識が高いという関係が読みとれる。しかしながら、権威主義的態度と生活満足度を投入したモデル2では、職業の効果は有意でなくなり、代わって教育年数 (B=.039*) に有意な効果が現れる。新たに投入した2変数については、生活満足度には有意な効果がみられなかったものの、権威主義的態度に有意で正の効果 (B=.188**) がみられる。また、この2変数の投入により決定係数 R² の値が .070** と有意に向上しており、吉川 (1994) が指摘した権威主義的態度の規定力の大きさが再確認される。

2010年ではどうだろうか。モデル1については決定係数 R² の値が .076** であり、年齢 (B=-.007**), 教育年数 (B=.089**), 世帯収入 (B=.043**) に有意な効果がみられ、年齢が若いほど、教育年数が長いほど、世帯収入が多いほど健康維持意識が高いことがわ

かる。次に、モデル2をみると、年齢 (B=-.006*), 教育年数 (B=.087**), 世帯収入 (B=.039**) の効果が1992年と比べてそれぞれやや減少し、新たに投入した2変数のうち、生活満足度 (B=.063*) に有意な効果がみられるようになった。また、1992年では有意な効果をもっていた権威主義的態度は2010年ではその効果を失っている。以上の結果より2010年では生活満足度が高いほど健康維持意識が高いという関係が生じていることが明らかになった。ただし、生活満足度の投入の効果は R² の値の増分でみると有意ではあるが、やはりさほど大きいものではない。

以上のOLS重回帰分析から、環境保護意識、健康維持意識ともに1992年では権威主義的態度が大きな影響力をもち、2010年では生活満足度が影響力をもっているということがわかった。しかしながら、これまでの分析では1992年と2010年の結果を記述してい

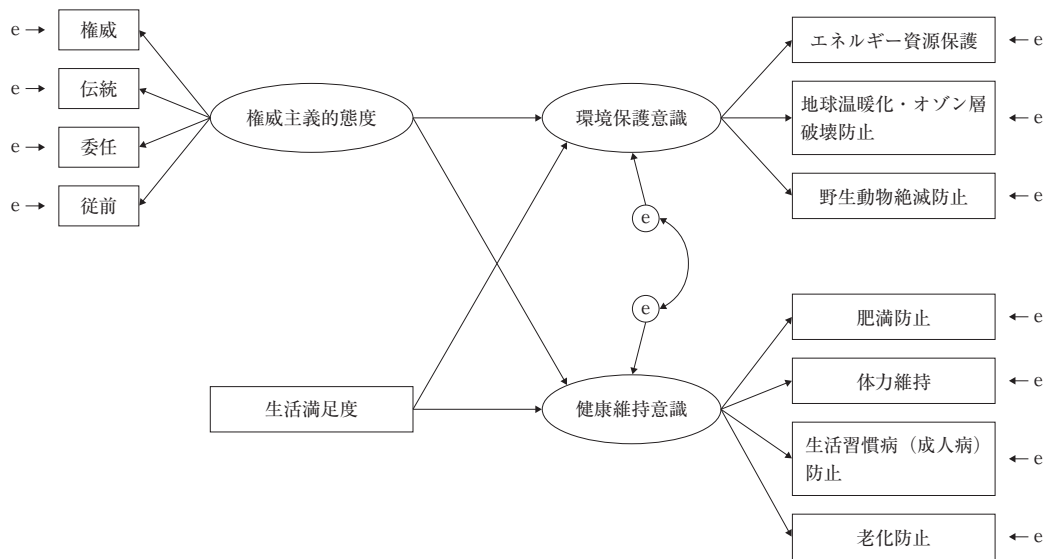


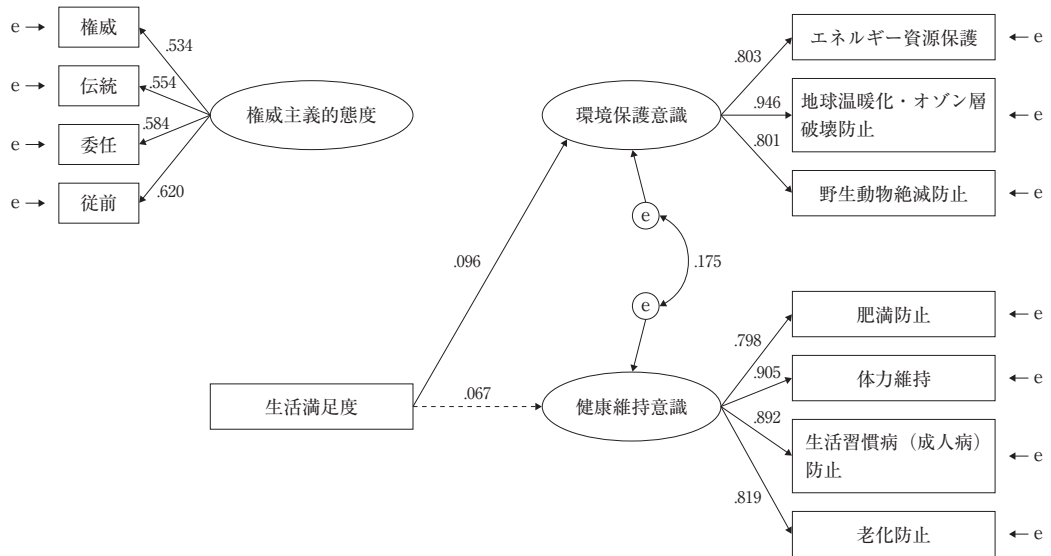
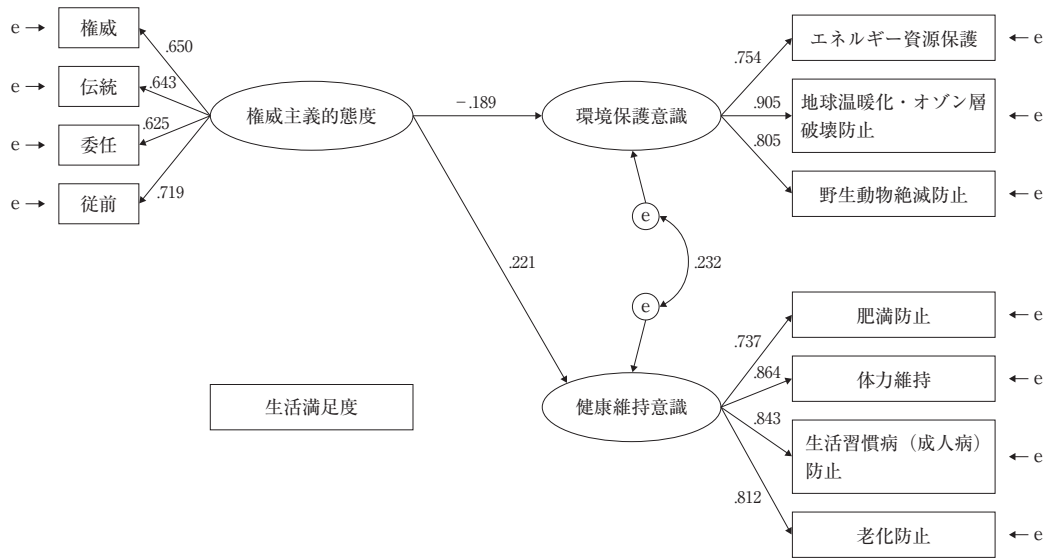
図4 環境保護意識・健康維持意識の規定要因モデル

るにすぎず、厳密に因果構造の比較をすることはできない。そこで、権威主義的態度と生活満足度のもつ効果の違いをより正確に把握するために、共分散構造方程式モデルの多母集団同時分析によるパラメータ比較を行った。この分析技法により、1992年と2010年の両時点でパラメータの値の異同を統計的に検定することが可能になる。

分析に用いるモデルは図4である。権威主義的態度、環境保護意識、健康維持意識については、OLS重回帰分析の従属変数の測定と同じ質問項目を用いた潜在因子を時点間測定不変の等値制約をおいて測定している。因子間の因果パラメータについては、時点間に等値制約をおかず自由推定するモデルを採択した。これは、権威主義的態度と生活満足度が示す因果的な効果が、この18年で異なっているとみることを意味している。なお、モデルの適合度は $\chi^2/\text{d.f.} = 18.012$, ($p < 0.001$), $\text{GFI} = .914$, $\text{AGFI} = .856$, $\text{RMSEA} = .093$ であった。あてはまりが良いとはいえないが、このモデルを採択するにあたり、権威主義的

態度と生活満足度から環境保護意識、健康維持意識へと向かうパスの値が2時点間で不変であることを仮定したモデルよりも、モデルのあてはまりが有意に改善されることを確認している。よって以下では権威主義的態度、生活満足度から環境保護意識、健康維持意識へのパスの因果パラメータが1992年と2010年とでどのように変化しているのが最大の焦点となる。なお、権威主義的態度、生活満足度、環境保護意識、健康維持意識の4変数は、OLS重回帰分析時と同様に性別、年齢、教育年数、従業上の地位、世帯収入でコントロールを施してあるが、図中に示すと図がみにくくなり、また解釈も煩雑になるため、図中には示していない。

図5は実際に多母集団同時分析を行って得られた各時点のパラメータである。図内には因果関係を推定したパスのうち、統計的に5%水準で有意でなかったパスは表示していない。また、5%水準で有意になったものは破線で、1%水準で有意な値を示したパスは実線で表している。



$N=1,972$ (1992年: $n=726$, 2010年: $n=1,246$)
 $\chi^2/\text{d.f.}=4502.999/250=18.012$, $p<0.001$ GFI=.914 AGFI=.856 RMSEA=.093

注) 破線は5%, 実線は1%水準で有意なパスを示す。

図5 多母集団同時分析の結果(上:1992年, 下:2010年)

まず、1992年の推定値を示したパス図をみてみる。ここでは権威主義的態度から環境保護意識、健康維持意識へのパスが1%水準で有意であった。環境保護意識へのパスの値は $-.189^{**}$ 、健康維持意識へのパスの値は $.221^{**}$ となっており、権威主義的態度をもたない人ほど環境保護意識が高く、反対に権威主義的態度をもつ人ほど健康維持意識が高いという関係を読みとることができる。また、環境保護意識と健康維持意識との残差項の相関は $.232^{**}$ と有意な正の値であった。生活満足度についてみてみると、環境保護意識、健康維持意識へのパスがともに5%水準でも有意な値ではないことがわかる。以上の結果より、1992年時において環境保護意識と健康維持意識を規定する意識は権威主義的態度であり、生活満足度は環境保護意識・健康維持意識ともに有意な関連をもたないことがわかった。

続いて2010年の推定値を示したパス図を確認する。すると今度は権威主義的態度から環境保護意識、健康維持意識へのパスが有意でなくなっている。代わって生活満足度からのパスが実線と破線で表れている。具体的にみていくと、生活満足度から環境保護意識へのパスの値が $.096^{**}$ と1%水準で有意な値となっており、生活満足度が高いことが環境保護意識を高めるという因果関係が確認できる。また、生活満足度から健康維持意識へのパスの値は $.067^{*}$ と、必ずしも大きな値ではないものの、5%水準で有意な値となっている。ここからは、生活満足度が高いことが健康維持意識を高めるという関係も読みとることができる。

ちなみに、環境保護意識と健康維持意識の残差項の相関の値は $.175^{**}$ であり、1992年と比べると値は小さくなっているものの、依然

として有意な正の値となっている。よって環境保護意識と健康維持意識との間にみられる、一方の意識が高い人ほどもう一方の意識も高くなるという関連はこの18年で変わっていないことがわかる。

以上の結果から2010年では権威主義的態度は環境保護意識・健康維持意識に動因を提供する意識とはなっておらず、代わって生活満足度が2つの意識に影響を与えるようになったという変化が確認された。

6 議論——価値意識から生活意識へ

分析の結果、1992年のデータからは、権威主義的であることは環境保護意識を阻害し、健康維持意識を高めるという因果構造が再確認された(吉川、1994)。ところが2010年のデータではこの関連は有意ではなくなり、代わって生活満足度が高いことが、環境保護意識を高め、健康維持意識も高める効果をもつことが示された。

この結果は次のように解釈することができる。1990年代のQOLについての日本人の心構えには、「反体制・反権威→環境保護」「規律・勤勉→健康維持」というかたちで価値意識の影響を受ける傾向が多分にあった。ところが現在ではこの枠組みは失われ、代わってウェルビーイングの高い個人がより強くQOLを志向するという生活意識に基づく枠組みがみられるようになってきている。つまりこの18年の間にQOL志向に影響する基底的社会意識が、価値意識から生活意識へと交代したのである。

QOL志向という課題から少し離れてより一般的に現代社会をみると、この結果は、第二の近代あるいは再帰的近代と呼ばれる段階においてしばしば指摘される、個人化論へ

と結びつけることができるだろう。20世紀の終わりの時期にあっては、QOLを重視するライフスタイルは、一見すると新しく現れたものにみえながらも、内実は必ずしもそうではなかった。QOL志向には伝統性（コンベンションナリティ）と近代性（モダニティ）の相克という20世紀近代社会の価値意識の対立枠組みに乗ったかたちで受容されている面があったのである。しかしその後は、権威主義的態度が社会の中での位置づけを失ったことからわかるように、現代日本人は、日常生活行動において次第に全体社会が備える価値体系を参照しなくなっていく。この変化は、社会の既存構造から個人が脱埋め込み化（Giddens, 1990）されていく過程の現れだと理解できる。

第二の近代・再帰的近代において、こうした全体社会の価値や規範の影響力の縮小と同時進行する変化が個の領域拡大である。これは、それぞれの個人が直面している生活状況を自己の責任のもとに、個別に認知・評価しなければならなくなり、社会生活がそうしたミクロでコンサマトリーな判断の集積体となっている状況を意味する（Bauman, 2001; Beck and Beck-Gernsheim, 2002）。本研究において見いだされた、日々の生活に充足している個人ほどQOL志向に強くコミットするという傾向は、まさにこの意味での個人化の進行として解釈できる。

本研究では、QOL志向という現代のトピックに焦点を当てたことにより、20世紀の終わりには変則的なかたちながらも成立していた近代社会の枠組みが無効化し、代わって第二の近代・再帰的近代の枠組みが徐々に有効化しはじめたという時代変化を示すことができた。とりわけ、生活満足度という社会意識の媒介項を分析に導入したことで、

社会意識の階層性の希薄化の背後にある、個人化プロセスの萌芽を読みとったことには一定の意義があると考えたい。ただし、個人のコンサマトリーな生活充足がQOL志向を説明する規定力は、QOL志向がシンプルな近代の価値対立軸に埋め込まれていたかつての状況と比べて強いものではない。また、健康維持意識について見出されたトレンドは、環境保護意識と同等レベルに確実なものではない。それゆえに、この先QOL志向に対する生活意識や階層帰属意識の影響力がさらに増大するのかどうかは注意深く見定めていく必要がある。

【付記】「第2回モニター調査」のデータの使用にあたっては、大阪大学大学院人間科学研究科経験社会学研究室内SRDQ事務局の許可を得た。SSP-P2010調査データの使用にあたっては、SSPプロジェクトの許可を得た。本研究は基盤研究（S）課題番号23223022「現代日本における階層意識と格差の連関変動過程の実証的解明」の一環としてなされたものである。分析にあたって、竹村奈津実氏（株式会社平和堂）から示唆を得たことに謝意を表したい。

注

- 1 これらの他に、構成要素として住居、収入、雇用、コミュニティ、教育、ガバナンス、生活の満足度、安全、ワークライフバランスが挙げられている。
- 2 環境意識と健康意識については、社会心理学、政治学、疫学・公衆衛生などの分野で、様々な尺度を用いた研究が数多く蓄積されている。しかし同一概念が2時点の調査で繰り返されており、しかも権威主義的態度や生活満足度との関係を見ることができないものでなければならないため、本稿では分析できる尺度に限られることになった。結果として、環境と健康についての多様な問題関心のうちの一部のみを扱うにとどまっている。
- 3 基底的社会意識というのは、権威主義的態度研究にみられるように、表層的な意見や行動の水準ではなく、それらを方向づけている、性格特性や価値観や行動理念などを意味している。
- 4 「自然と人間との関係」については1990年代以前から継続して尋ねられている項目である。とくに顕著な回答の変化がみられたのは1968年の高度経済成長期終盤から88年のバブル経済期にかけての

- 20年間であった。この間に「自然に従え」と回答したのは19%から42%へ増加、「自然を征服」と回答したのは34%から9%へ減少という傾向がそれぞれみられた。
- ・5 1992年モニター調査には階層帰属意識が含まれていないため、時点間比較をすることができない。階層帰属意識とQOL志向の関係については今後の課題としたい。
 - ・6 価値意識と生活意識の定義や測定については、様々な立場が考えられてきた。本研究の中では、社会的に実在する価値の選好に基づいて、肯定-否定の傾向が決まる社会的態度を価値意識と呼ぶ。そして、指導者や伝統についての価値選好をとまなう権威主義的態度を価値意識に位置づける。他方、生活満足度は、経済学や疫学・公衆衛生学では、それ自身が主観的QOLの指標とみなされて、従属変数として扱われることも少なくない。しかし本研究では、権威主義的態度と同様に、社会の客観的な関係構造と人々の日常行動を媒介する位置にある社会意識としてこれを位置づけ、生活のコンサマトリーな評価であるという点から、「いわゆる生活意識」という呼び方をすることとした。
 - ・7 SSP-P2010調査では「成人病」という表現を「生活習慣病」に改めている。
 - ・8 分析を進めるにあたって、環境保護意識と健康維持意識を構成する意識の回答選択肢が時点間によって異なるということが分析結果に影響を与える可能性がある。同様に、3件法と5件法で尋ねられた質問項目の比較分析を行った轟(1998)は、5件法の選択肢のうち「そう思う」「どちらかといえばそう思う」を1カテゴリ、「そう思わない」「どちらかといえばそう思わない」を1カテゴリに統合し、3カテゴリにした後に分析するという手法を用いている。本研究では、轟(1998)を参考に4カテゴリの場合「どちらかといえばそう思う」「どちらかといえばそう思わない」を1カテゴリ、5カテゴリの場合は「どちらかといえばそう思う」「どちらともいえない」「どちらかといえばそう思わない」を1カテゴリに統合し、ともに3カテゴリに変換して主成分分析を行った。その結果、統合する前と大きく結果が変わることはなかった。しかしながら、固有値や因子負荷量の値がやや低下したため、本研究では4件法と5件法のままで分析を進める。
 - ・9 環境保護意識、健康維持意識、および権威主義的態度については、主成分分析およびSEMモデルによって、潜在概念を尺度化・指標化している。因子構造についてはSEMモデル内に示し、主成分分析の結果については表示を省略している。

文献

Adler, N. E., E. S. Epel, G. Castellazzo and J. R. Ickov-

- ics, 2000, "Relationship of Subjective and Objective Social Status with Psychological and Physiological Functioning: Preliminary Data in Healthy, White Women," *Health Psychology*, 19(6): 586-92.
- Bauman, Z., 2001, *The Industrialized Society*, Cambridge, Malden, MA: Polity Press. (澤井敦・菅野博史・鈴木智之訳, 2008, 『個人化社会』青土社。)
- Beck, U. and E. Beck-Gernsheim, 2002, *Individualization; Institutionalized Individualism and Its Social and Political Consequences*, London: Sage.
- 鄭躍軍・吉野諒三・村上正勝, 2006, 「東アジア諸国の人々の自然観・環境観の解析——環境意識形成に影響を与える要因の抽出」『行動計量学』33: 55-68。
- Demakakos, P., J. Nazroo, E. Breeze and M. Marmot, 2008, "Socioeconomic Status and Health: The Role of Subjective Social Status," *Social Science and Medicine*, 67(2): 330-40.
- Giddens, A., 1990, *The Consequences of Modernity*, Cambridge: Polity Press. (松尾精文・小幡正敏訳, 1993, 『近代とはいかなる時代か? ——モダニティの帰結』而立書房。)
- 貝原益軒/松田道雄訳, 2005, 『養生訓ほか』中央公論新社。
- 神林博史, 2011, 「中流意識と日本社会——階層帰属意識の時代変化とその意味」盛山和夫・片瀬一男・神林博史・三輪哲編『日本の社会階層とそのメカニズム——不平等を問い直す』白桃書房, 151-84。
- 川上憲人・小林廉毅・橋本英樹編, 2006, 『社会格差と健康——社会疫学からのアプローチ』東京大学出版会。
- 吉川徹, 1994, 「現代社会における権威主義的態度尺度の有用性——環境保護意識、ヘルス・コンシャスの分析視角として」『ソシオロジ』39(2): 125-37。
- , 1999, 「『中』意識の静かな変容——階層評価基準の時点間比較分析」『社会学評論』50(2): 216-30。
- , 2008, 「階級・階層意識の計量社会学」直井優・藤田英典編『講座社会学13 階層』東京大学出版会, 77-108。
- Kikkawa, Toru and Sho Fujihara, 2012, "Class Awareness in Japan and the U.S.: Expansion and Stability," 『理論と方法』27(2): 205-24.
- 近藤克則, 2010, 『「健康格差社会」を生き抜く』朝日新聞出版。
- 中村隆・前田忠彦・土屋隆裕・松本渉, 2009, 『国民性の研究第12次全国調査——2008年全国調査』統計数理研究所研究リポート, No. 99。
- 直井道子, 1988, 「職業階層と権威主義的価値意識」原純輔編『1985年社会階層と社会移動全国調査報告書2 階層意識の動態』1985年社会階層と社会移

動全国調査委員会, 225-242。

Operario, D., Nancy E. Adler and D. R. Williams, 2004, "Subjective Social Status: Reliability and Predictive Utility for Global Health," *Psychology and Health*, 19(2): 237-246.

ピーターセン, ピーター・D., 2006, 『LOHASに暮らす』ビジネス社。

Seligman, M. E. P., 2002, *Authentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*, New York: Free Press.

Singh-Manoux, A., M. G. Marmot and N. E. Adler, 2005, "Does Subjective Social Status Predict Health and Change in Health Status Better than Objective Status?" *Psychosomatic Medicine*, 67(6): 855-61.

轟亮, 1998, 「権威主義的態度と現代の社会階層」 間々田孝夫編『1995年SSM調査シリーズ6 現代日本の階層意識』1995年SSM調査研究会, 65-87。

———, 2000, 「反権威主義的態度の高まりは何をもたらすのか——政治意識と権威主義的態度」海野道郎編『日本の階層システム2 公平感と政治意識』東京大学出版会, 195-216。

———, 2008, 「権威主義的態度と社会階層——分布と線型関係の時点比較」轟亮編『2005年SSM調査シリーズ8 階層意識の現在』2005年SSM調査研究会, 227-47。

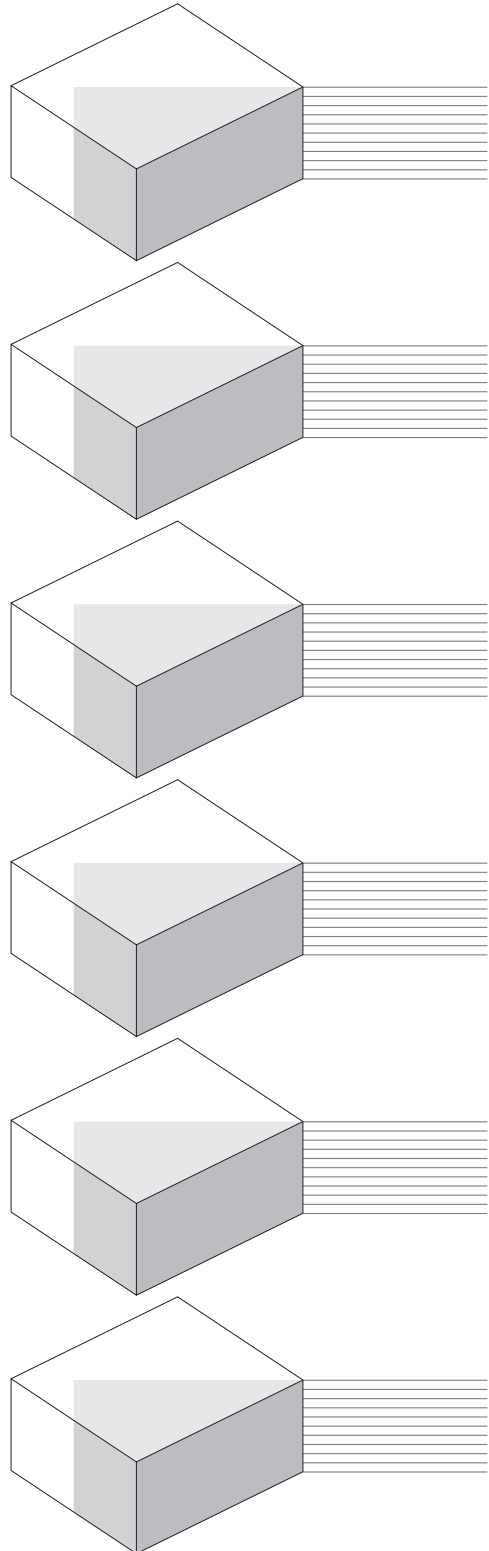
———, 2011, 「階層意識の分析枠組——価値意識を中心として」齋藤友里子・三隅一人編『現代の階層社会3 流動化のなかの社会意識』東京大学出版会, 79-91。

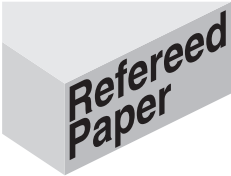
海野道郎編, 2007, 『廃棄物をめぐる人間行動と制度——環境問題解決の数理・計量社会学』科学研究費補助金研究成果報告書。

Wolff, L. S., S. V. Subramanian, D. Acevedo-Garcia, D. Weber and I. Kawachi, 2010, "Compared to Whome? Subjective Social Status, Self-Rated Health, and Referent Group Sensitivity in a Diverse US Sample," *Social Science and Medicine*, 70(12): 2019-28.

参照 URL

OECD, 2013, *OECD Better Life Index* (2013年8月6日取得, <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>).





統合失調症者の回復過程とその分岐点における居場所

—Atlas. ti を利用したグラウンデッド・セオリー・アプローチによる試み—

Discovery of Place to Belong in Recovery Process of Persons with Schizophrenia: Combination of Grounded Theory Approach and QDA Software Atlas. ti

樋口 麻里 HIGUCHI, Mari (大阪大学大学院人間科学研究科博士後期課程)

質的調査において QDA ソフトウェアの利用は浸透しつつあるが、方法論との適合を示す報告は少ない。そこで本稿は M-GTA の方法論的立場から Atlas. ti を活用し、参与観察データから統合失調症者の回復過程を分析した。結果、統合失調症者の回復を方向づける要因として、当事者性をもたない「健常者」と交流する場の重要性が示された。

キーワード 統合失調症者, グラウンデッド・セオリー・アプローチ, QDA ソフトウェア



1 はじめに

❖ 地域社会の生活を支える資源としての「居場所」

日本の精神障がい者の入院期間は依然として長く、とりわけ慢性的経過をたどる統合失調症を患う人（以下、統合失調症者）の平均入院日数は 561.1 日にものぼる（厚生労働省、2011）。これは、日本の精神障がい者が特殊な環境（＝社会的入院）に置かれていることを示す。また、退院していても長期間家に引きこもり、医療従事者と家族以外の人とは接触がない場合も非常に多い。このような状況から精神障がい者、とくに地域社会での生活が最も困難な統合失調症者の、地域社会への受け入れを目指す支援が求められている。

統合失調症者の地域社会での生活を支える資源の 1 つとして、「居場所」の重要性があげられる（濱田・堤、2010）。中川美世香らは、退院した精神障がい者が利用するリハビリテ

ーション施設のデイケアについて、「デイケアという居場所は、自己の体験を時間軸や空間軸、他者との関係性の中につなぐものとして機能し、メンバー自身が“私”をかたちづくっていく場」（中川ほか、2011：6）とし、デイケアが利用者の回復を促すという（中川ほか、2011）。一方で中川らは、デイケアが統合失調症者が再就労に挑戦し、社会復帰を果たすことには必ずしも有効ではないという、治療機関が「居場所」となることの限界も指摘する。ここから、「居場所」の獲得によってもたらされる回復と社会復帰の間には、何らかのクレバスが存在すると予想される。

統合失調症者の地域社会生活における「居場所」の必要性は、先行研究が指摘するとおりであろう。しかし、「居場所」に関する研究では、すでに地域社会で継続的に生活しながら外来やデイケアへ通う統合失調症者が対象とされてきた。いまだ多くの統合失調症者が社会的入院をしている状況を考えると、長期間入院生活を送る統合失調症者も含めた調査を行い、医療機関の「居場所」が社会復帰

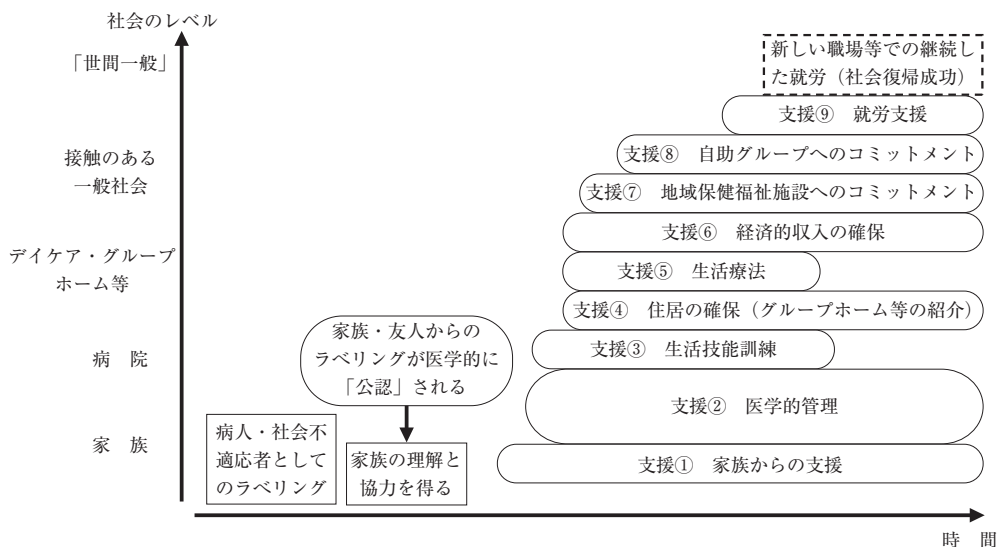


図1 医療従事者が考える社会復帰モデル

につながらない原因を明らかにする必要がある。

❖ 統合失調症者の回復過程と社会復帰とのクレバス

次に、現在精神医療の現場で共有されている社会復帰の概念について触れたい。現在の「社会復帰」は、医療従事者の視点を中心として設定されている。この医療従事者がモデルとする「社会復帰」を端的に表す、精神医学のテキスト（野村ほか編，2009: 183-89）を参照して、精神障がい者の社会復帰の過程を図1に作成した。

このモデルでは、統合失調症者の「社会復帰」は「病気」そのものを中心と考えられている。言い換えると、「病気」の症状を抑えることができれば、そのうえに支援を重ねることで、最終的に統合失調症者が社会で経済的に自立した生活を送り、「社会復帰」に到達するとされる。この「社会復帰」モデルでは、仕事や家庭生活といった健常者の生活を基準として考えられており、発病前の生活状

態に近づくことが重視される。しかし、就労を強調するあまり、かえって「社会復帰」に到達する統合失調症者が少ないという現象が起きているのではないか。

このような、症状や障がいの程度の軽減を前提として社会復帰を捉えるこれまでの医療的視点に対して、近年、回復に焦点を当てるリカバリー研究や精神障がい者自身による当事者活動が活発化している。「健常者」の生活に近づくよりも、むしろ当事者の自発的活動に力点を置くリカバリー研究においては、当事者が病や障がいの困難を抱えながらも、有意義で希望をもてる生活を送ることを支援の目標とすることが謳われる（Geoff, 2010）。わが国でも精神障がいからの回復について、医療従事者や当事者らの関心が高まっており、当事者活動やそれを支持する医療従事者に焦点を当てた浮ヶ谷（2009）や加藤（2009）などの知見が蓄積されつつある。また、医療従事者らの間でも、ACT²など精神障がい者の地域生活支援に重点を置く支援も活発化しつつある（日本社会精神医学会編，2009）。このよ

うなりカバリー研究では、精神障がい者の地域生活をめぐる問題の改善指針として、当事者の価値観や希望の実現を尊重することの重要性が示されている。

しかし、このような当事者活動およびそれに焦点を当てた国内の研究は、病や障がいを全面的に肯定し、また自らの障がいを積極的に外部に情報発信する、ごく一部の当事者集団と彼／彼女らに関わる医療従事者が対象とされる傾向がある。多くの統合失調症者は、依然として病や障がいを積極的に肯定して外部に働きかけることに困難を抱えている。したがって、ごく限られた当事者のみを対象とした研究では、社会的入院の状態からいかに希望のある生活に至るかという回復過程の全体像が把握できない。

以上の点から本稿では、自宅とデイケアを主な生活拠点とする統合失調症者と、病院で長期間入院生活を送る統合失調症者の両者を対象とする。そして精神科病院における参与観察のデータを用いて、第一に、入院からデイケア通所へと移行する彼／彼女らの回復過程の全体像を探索的に明らかにする。第二に、「居場所」が統合失調症者の回復過程にどのように位置づけられるのか、生活への希望を見出す回復過程と就労を中心とする社会復帰とを接合する「居場所」について考察する。

🔗 QDAソフトウェアとGTAによる応用研究として

回復過程の説明の前に、本稿の方法論的立場について触れたい。質的調査法の分野において、グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Glaser and Strauss, 1967) (以下, GTA) は、データからの理論産出に重点を置くそのオリジナリティに加えて、思想や手法を解説・改良した多くの先人たちにより広く普及した。³

GTAは、特定領域の人々の行為の解釈と変化のプロセスの説明に適するとされ、生成した理論の対象領域での活用可能性を志向することから、本稿ではこれを採用した。他方、質的データの収集・管理・分析といった作業の効率化を図るQDA (Qualitative Data Analysis) ソフトウェアが、日本語データにも対応するようになった。そのため、国内でもQDAソフトウェアが紹介されるようになり、今後質的調査においても、分析ツールの活用は重要度を増すと予想される。⁴

とはいえ、初めて質的データの分析を行う場合は、データ自体の分析手続きもさることながら、選択する方法論がどのようにQDAソフトに対応するのかイメージしにくく、ソフトの使用をためらうこともあるだろう。このような分析の最初の壁を乗り越えるには、各種のQDAソフトウェアを用いた研究が蓄積されることが有効である。そこで本稿では、QDAソフトウェアのAtlas.ti (ver.6) とGTAを用いた一事例として、分析手続きを2節に示す。

2

M-GTAによるAtlas.tiを用いた統合失調症者の回復過程の分析

🔗 フィールドワークの概要

分析に際して、2006年7月～07年5月に、国内都市部の2カ所の私立単科精神病院、T病院（開放病棟とデイケアセンター）とK病院（デイケアセンターのみ）で行った、参与観察のデータを使用する。⁵ データであるフィールドノート（以下、FN）の内容は以下のとおりである。⁶ デイケアセンターのプログラムに、私が研修生として参加したときに通所者・医療従事者と交わした会話、病棟とデイケアでの医療従事者と入院患者（以下、患者）・通所

者および医療従事者間の相互行為の観察、医療従事者から紹介された数人の患者の病室を訪問して患者と交わした日常的な会話、観察された人物の服装、施設の様子である。一般的に医療施設に出入りする学生は、医療福祉関係の実習生である。ゆえに、患者・通所者は、私のように研究目的で施設に来る学生には馴染みがない。そこで、病院側と話し合い、患者・通所者に比較的抵抗なく受け入れてもらうため、「研修生」という形をとった。私が彼／彼女らと個別に会話をするときには、その状況に応じて私が研究のために来ていることや、統合失調症者あるいは精神障がい者の社会復帰について研究している、といった自己紹介を行った。

患者・通所者との会話の中で、一問一答程度の質問を調査者が行うことはあったが、基本的には対象者の自発的な発言が中心であった。これらの発言には、発病後から調査時現在までを回顧する話も含まれる。そのため、1人の対象者のデータを、次項以降で述べる概念カテゴリーのいくつかにまたがって使用しているケースがある。また、インタビューによる調査は、病院と患者・通所者の希望により実施していない。

❖ データの俯瞰から概念生成まで

では、データから概念生成までの分析手続きに移りたい。具体的な分析手続きについては木下(2003)の修正版GTA(以下、M-GTA)を参考にした。以下、概念カテゴリーを【】で、概念を[]、コードを〈〉で記す。

まずフィールドで観察された統合失調症者の主な生活場所について、調査時点でどのような変遷をたどっているかを、図1の社会復帰モデルに照らし合わせて類型化した。それ

により、対象者は図1の縦軸「社会のレベル」にある、「病院」に留まっている対象者と、病院から「デイケア」に移ることのできた対象者、さらに「接触のある一般社会」に踏み込むことのできた対象者の3種類に分類された。次に、各分類における「発病以降現在までの回復過程」という分析テーマを設定し、回復に関連するデータを探して該当部分のオープン・コーディングを行った。FN1日分にコードを振り、一通り終われば次の1日分にコードを振るという手順で行った。オープン・コーディングがある程度進み、コードが100個前後になると、基盤となる生活場所によって対象者の内面には異なる特徴があることが予想された。

そこでオープン・コーディングと並行してさらに、その内面的特徴を示すデータとそれに類似・対極するデータに焦点を絞ってコーディングを行い、Atlas.tiのNetwork View Manager(以下、NVM)でこれら関連すると考えられるコード群に適切なラベルをつけて保存した。M-GTAではコードを一次コード、二次コードと階層化せず、コードを平面的な関係で捉えることで、概念がデータに即することを保証する。M-GTAの特徴であるコードの平面的関係の分析には、NVMの機能が不可欠である。NVM内にまとめられたコードについて各コード間の関係を検討し、関係を示す名前を付けたリンクでコードを繋ぎ、概念を表すネットワーク図を作成する。NVMで視覚的にコード間の関係を考えることで、関係の説明に不足しているコードに気がつきやすくなる。そしてデータに戻り、検索機能を利用して新たなコードをNVMの図内に加えることができる。あるいは当初関連すると思われたコードで、検討の結果不要であったものを図から削除できる。この機能は継続的

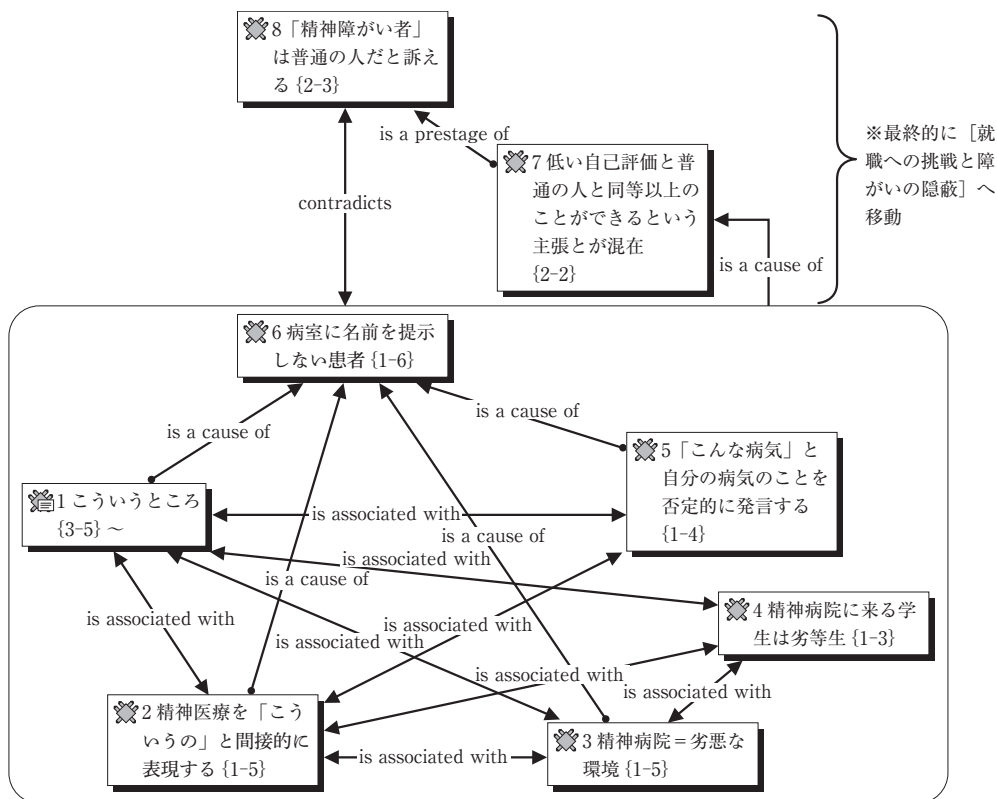


図2 [名前や病名を隠す] ネットワーク図

比較分析を容易にすると同時に、データの検索から概念生成の作業が同時並行的に行えるため、生成される概念はデータに即するという M-GTA の要件と一致する。したがって、Atlas.ti と M-GTA はソフトウェアの機能と方法論的立場との親和性が高いといえるだろう。¹⁰

以下に、オープン・コーディングから概念生成の過程を、後述する【A. 希望の喪失】概念カテゴリーに含まれる「名前や病名を隠す」概念を例に、ネットワーク図（図2）を用いて説明する。ここでは紙幅の都合上、概念の特徴である障がいへの否定的認識を最もよく表すコードを記す。下線部分はコーディング部分を表し、元データの文脈がわかるように前後のデータも記した。コードの番号は、

図2のコード番号と対応する。

コード1〈こういうところ〉

H さん：……こういうところ（精神病院）に来られたのって初めてですか？（中略）内科とかあるのに、こういうところ（精神科）を選ばれて不安とか、両親からの反対とかはないんですか？（T 病院 FN：2006 年 8 月 17 日）

A さん：こういうところに来ることも社会参加かな。（K 病院 FN：2006 年 7 月 27 日）

コード6〈病室に名前を提示しない患者〉

K 師長：個人情報保護のために、希望される患者さんには名前のカードを（病室前に）出されない方もいらっしゃいます。（T 病

院 FN : 2006 年 8 月 17 日)

まず、〈1 こういうところ〉は、〈2 精神医療を「こういうの」と間接的に表現する〉、〈3 精神病院=劣悪な環境〉、〈4 精神病院に来る学生は劣等生〉、〈5 「こんな病気」と自分の病気のことを否定的に発言する〉の各コードと同等な関係性で互いに結びつき (associated)、障がいや精神病院への否定的認識から、統合失調症者は障がいに関する語をタブー化することを表す。またコード 1・2・3・5 は〈6 病室に名前を提示しない患者〉という、他者のまなざしから隠れる行為の原因 (cause) と考えられる。これらコードの関係から、統合失調症者は障がいを否定的に捉えており、そのため病名や名前を周囲から隠すと考えられる。

ここで、コード 6 と対照的 (contradict) な行為と考えられる〈8 「精神障がい者」は普通の人だと訴える〉を加えた。しかし、コード 6 から、自分たちが特殊な人間ではないと主張するコード 8 に一足飛びに変化するとは考えにくい。ここで、コード 6 とコード 8 を仲介する〈7 低い自己評価と普通の人と同等以上のことができるという主張とが混在〉をさらに加えた。コード 7 は、障がいへの否定的認識を受け入れつつも、そのような認識から何とか抜け出したいという気持ちの芽生えを表しており、コード 1~6 はその原因 (cause) にあたる。¹¹すなわち、コード 7 は、統合失調症者が自身を「普通」と訴えるようになるコード 8 の前段階 (prestage) として位置づけられる。

ここで、これらのコードが得られた対象者の主な生活場所と、発病からの期間を確認した。すると、入院患者もデイケア通所者も障がいへの否定的認識をもっていたが、後者の

場合は、コード 7 の自分たちの能力を主張する言葉が同時にみられた。また、発病後間もない場合および病院にいる場合は、そのような言動はみられなかった。さらに、コード 8 はデイケアの対象者にしかみられなかったことから、障がいへの否定的認識には強弱があり、病院が主な生活場所であつ発病からあまり時間が経っていない者で最も強く、発病からある程度時間が経ったデイケア通所者ではやや弱まると考えられた。ここで、後述の【D. 葛藤】概念カテゴリーにある [就職への挑戦と障がいの隠蔽] 概念生成時にも、コード 7・8 が構成コードとして考えられた。そこで、本概念は障がいへの否定的認識と低い自己評価が特徴であり、[就職への挑戦と障がいの隠蔽] は健常者に近づくことが特徴であったため、2つの概念を分けて考えることとしコード 7・8 は [就職への挑戦と障がいの隠蔽] の概念へ移した (図 2 の上部分)。このように、概念生成は一概念ずつ生成するというよりも、別の概念生成の作業と連動して行った。

この概念は統合失調症者が障がいへの否定的な認識から、病名や名前を周囲から隠すほど自己評価が低くなること、またこの認識は発病から 10 年以上経過しても継続すると考えられた。以上から、この概念名を「名前や病名を隠す」とした。他の概念も、同様の分析手続きで生成した。¹²

❁ 概念から全体像へ

次に、M-GTA で選択的コーディングに当たる概念間の関係の検討を行い、概念カテゴリーを作成した。まず分析テーマが「発病以降現在までの回復過程」であることから、時間経過順に概念を並べた。さらに最初に行った生活場所による分類と合わせて、各分類の

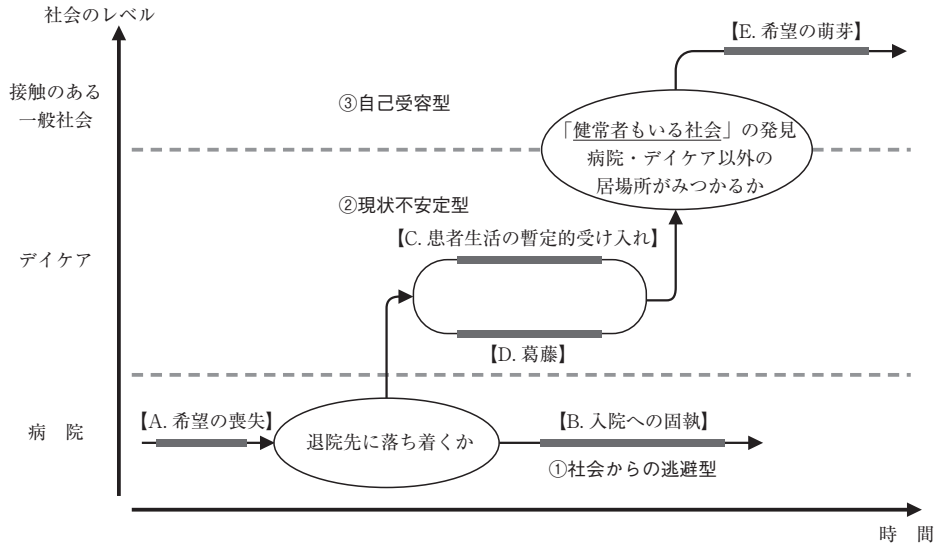


図3 発病後の主な生活場所による類型と回復過程

特徴を表す概念間を結びつけ、概念カテゴリーを生成した。これにより、生活場所で分類した対象者の内面的特徴が明らかになったため、各分類名を場所による呼び方からこの内面的特徴に即したものに言い換えた。

「社会からの逃避型」：入退院を数回～10回以上繰り返し、病院にすでに長期間入院しているか、調査時現在の入院期間は比較的短い¹³が、今後長期間入院することが予想される。この型は、病院以外での生活の場が見つからず、退院の目処が立たない。対象者は20歳代～50歳代の男女で、いずれも無職。入院と再入院との間の短期的な退院先は、最初は両親の住む自宅だが、家族からの拒否により、グループホームなどの施設へ変わる。発病後しばらくは、自宅への退院を希望するが、家族からの退院拒絶を体験することで、退院への希望を失っていく。そして症状が落ち着いて退院しても、数ヵ月～1年ほどすると再入院するといった行動を繰り返すようになり、しだいに入院生活の継続を望むようになる。

「現状不安定型」：退院後に、病院に併設さ

れたデイケアセンターへ長期間通所している。3つの型のうち、対象者数が最も多い。20歳代～60歳代の男女で、無職の者やパートタイムの仕事をしている者、現在は求職中の者など。この型は、デイケア通所のみでの現在の生活に満足しておらず、病院施設以外の「居場所」を求めている。なかにはパートタイムの仕事などに挑戦する者もいるが、そこで新たな挫折を感じてデイケアのみの生活に戻り、デイケア以外の「居場所」をみつけられない。

「自己受容型」：現状不安定型と同様に、退院後にデイケアに通所しているが、デイケア以外に「居場所」をみつけることができ、あるいはみつけることが過去にできて、現在の生活に満足している。対象者数は最も少なく、40歳代～70歳代の男女で調査時点で無職か、パートタイム就業だった。

最後に、各分類で病院やデイケアをどのような「居場所」として捉えているかに注目して、概念カテゴリー間について考えた。その結果、病院に留まる社会からの逃避型と、デイケアで生活する現状不安定型との間には、

「退院先に落ち着くか」という契機が示された。そして、デイケアで生活する対象者のうちさらに自己受容型へ移行するには、「病院・施設以外の居場所がみつかるか」という契機があることが明らかになった。

以上、一連の分析結果をまとめたものを図3に示す。概念カテゴリーA～Eは、各類型における統合失調症者の回復に関する特徴を表す複数の概念を統合したものである。横軸が時間の経過を表し、最終的に3つの類型に至る。楕円形で囲った言葉は、その出来事がそれ以降に起こる過程の分岐点であることを示す。次節では、社会復帰へとつながる自己受容型への過程について概念カテゴリーおよび概念、コードを用いて説明する。

3

「希望の喪失」から「希望の萌芽」に至る過程

❖ 出発点の概念カテゴリー【A. 希望の喪失】

まず、3類型すべてに共通する概念カテゴリー【A. 希望の喪失】について述べ、その後、現状不安定型の【C. 患者生活の暫定的受け入れ】および【D. 葛藤】、最後に自己受容型の【E. 希望の萌芽】を記す。とくに注目する概念については、FNの生データを引用する。¹⁴以下、概念間の関係について述べてから、各概念を説明する。¹⁵¹⁶

【A. 希望の喪失】は、発病後に初めて入院を体験してから退院し、長期的な退院の目処が立つかどうかという期間までに発生する概念カテゴリーで、3類型すべてに共通する。これは「閉ざされた希望」、[名前や病名を隠す]、[社会規範遵守意識の脆弱化]そして[大人になる必要性を失う]の4概念から構成される。ここでは、カテゴリーの中心的概念となる前の3つの概念について述べる。

「閉ざされた希望」の下位に、他の3概念は位置し、[社会規範遵守意識の脆弱化]は、[大人になる必要性を失う]を引き起こし、[名前や病名を隠す]との相互作用により「閉ざされた希望」を強める。

1. 「閉ざされた希望」

統合失調症者は、まず病気そのものによって、自分が自分でなくなる体験をする。発病後の一日一日を送る苦労は、〈病気によって生活が完全に崩れる〉や〈デイケアに継続して通うのも大変しんどい〉というコードに表れる。彼/彼女らは自ら自己が管理できなくなることから〈病気になると自分に納得できなくな〉ったり、〈病気になると自分のプライドがズタズタになる〉状態へと陥り、自尊心の崩壊を体験する。統合失調症者の回復過程はここをスタート地点として出発する。

2. 「名前や病名を隠す」

統合失調症者が発病前から精神疾患についてもっていた否定的な意識は、精神科に入院することで顕在化する。これは、統合失調症者の〈病室に名前を提示しない〉という行動や、患者間でも精神病院や病名を指示語で言い、タブー化することに表れる。

[名前や病名を隠す]は非常に長期間継続し、人生に対して前向きで意欲的な姿勢をとれるようになった場合でも、完全には消失しない。

3. 「社会規範遵守意識の脆弱化」

病棟やデイケアでは、しばしば周囲の雰囲気にあわない、あるいは清潔感を欠いた〈身だしなみに無関心〉な人がいる。たとえば、染みがたくさんついている服を気にせず着ているなどである。また、〈脈絡なく奇声を出す〉のように、その場の暗黙のルールを無視する人もいる。しかし、このような統合失調症者に対して、〈病院内で奇声を発しても誰

も気に留めず、医療従事者や患者仲間が彼／彼女らの格好や行為について注意する様子はほとんどみられない。ここから、施設内の社会規範と施設外のそれにズレが生じているとわかる。服装が多少奇妙であっても、患者本人や周囲に危害が加わることはない。そのため、治療の視点からみると緊急性は低いといえる。しかし、その表象としての機能は大きく、施設外の社会では他者との関係性に大きな影響を与える。

興味深いのは、医療従事者は〈デイケアでは許されても、病院外では許されない行動がある〉や〈病院の近隣に患者の奇声が響いていないか心配する〉など、施設内外で社会規範がズレていることに気がついており、患者が施設外へ出るときには患者の監視役を務め、注意することである。医療従事者間では、この施設内外の規範のズレに起因する問題を話題にするが、〈患者に適切な態度を求めることは難しいのではないかと考え、施設外での患者の行動を監視するにとどまる。このようにして、施設内では脆弱化した規範が実践される。

病院やデイケアは、休息の場としての機能も伴う。患者の回復には、施設内の規範を施設外のそれより緩和することが有効ともいえる。しかし、患者それぞれの回復の程度と連動して、規範の水準が高まることはほとんどない。施設外とは異なる水準の規範の中で統合失調症者は長期間過ごすため、施設外の規範を再習得することがより困難となる。

❖ 退院への分岐点

入院後しばらくして症状が落ち着くと、図3の「退院先に落ち着くか」という分岐点に至る。この分岐は、家族が自宅退院に協力するかどうか、家族に拒絶された場合は、本人

が自宅へのこだわりを捨てて、グループホームなどへの退院に納得するかで決まる。医療従事者は患者と家族双方の意見を聞くが、とくに患者は自宅退院を希望しているが、家族がそれを望まない場合は、グループホームの見学を患者に勧めて、婉曲的な介入で患者が自宅外の退院に関心をもつように努める。もともと家族が協力的な場合は自宅退院がスムーズに進むが、そうでない場合はグループホームへの入居やアパートなどでの独居になるか、病院に社会的入院をすることになる。

【B. 入院への固執】に該当する統合失調症者は、家族から拒絶される体験を通して、しだいに病院を唯一の生活場所と捉えるようになる。そのため、退院を拒否しグループホームでも問題を起こすなどして、入院を希望するようになる。

❖ 現状不安定型を構成する概念カテゴリー 【C. 患者生活の暫定的受け入れ】

前項の分岐点を経て退院先がみつかった場合に、このカテゴリーに至る。これは「体験の武勇伝化と患者ラベルの受け入れ」、[かりそめの安心]の2概念から構成される。前者は次に述べる「患者ラベルの受け入れ」が概念の基盤となっており、患者ラベルを受け入れる人々の間で後者の概念「かりそめの安心」が派生する。2概念は、患者として生活を送ることを一時的に受け入れるという側面で繋がっている。

1. [体験の武勇伝化と患者ラベルの受け入れ]

この概念は〈装甲車で拘置所から病院に運ばれた〉、〈拘置所に入った体験を自慢しあう患者仲間〉、〈デイケアに来ている人は患者だと口に出して言う〉などのコードから構成される。

病院内では通常、患者間で病名や治療内容

など病気に関する事柄はほとんど語られない。病気について語ることは、E.ゴッフマンのいう「〔暴露されれば〕信頼を失う」ことにつながるため、患者は沈黙すなわち「パッシング」をする（Goffman, 1963：訳81）。

しかし、これには例外がある。それは、入院時や発病時の逮捕や拘束体験で、そこでは自分がどれだけすごい体験をしたかが強調されて話され、体験の珍しさ、勇ましさが競われて武勇伝化する。武勇伝化は、話し手と聞き手がそれぞれ「患者」と呼ばれることを受け入れていることにより成立する。「患者」と呼ばれることをどちらかが否定している場合は、このような体験は話題に上らない。¹⁷したがって、何らかのきっかけで患者ラベルを受け入れるようになった人々の間では、このように各自の体験の武勇伝化が起こると考えられる。

次の「かりそめの安心」は、このような人々が、デイケアと自宅とを往復する生活に疑問を抱くことから始まる。

2. 「かりそめの安心」

患者にとっても医療従事者にとっても、〈デイケアに来ることは社会参加の一種〉であり、家に閉じこもるよりは、はるかにいいこととされている。しかし、両者ともにデイケアに通うだけでは「社会復帰」ではないと捉えている。患者の間では、〈社会復帰は就労との固い縛りがある〉が、「社会参加」は定義するこれといった条件のない〈緩いもの〉と認識されている。そのため、働かずにデイケアに通う日々を送る患者は、〈病院とデイケアだけの毎日に焦りと不安を感じ〉て、現状に満足できない。

このような不安を抱える患者に対して、患者仲間や医療従事者らは〈就職よりも現在デイケアに継続して通えていることを評価すべ

き〉と、現在の状況にとどまることの重要性を説く。一方、この助言に対して、〈デイケアに続けて来ていることにそこまで価値があるとは思えない〉という反対意見を、医療従事者や他の患者の前で唱える患者が稀にいる。この発言に関して、医療従事者を含めた周囲の人の、何の反応も示さず沈黙するという行動が観察される。デイケアに通うことは評価して反対意見には「沈黙」するというこの戦略の結果、その後の観察では、この患者から焦りや不満の訴えはしばしの間聞かれなくなる。このような患者は、他の患者や医療従事者とデイケアでの生活を波風立てることなく送るが、彼／彼女らは「社会参加」の状態にとどまり「社会復帰」へとステップアップしていく機会を逸していた。

Dさん：僕ね、デイケアに来てから4ヵ月になるんですけどね、最近このままでいいのかな、って不安になるんですよ。病院に行って、ここ（デイケア）に来て。就職もしないで。時々そんな考えが頭にワーってきて、どうしようかなって。

医療従事者：Eさん、一人暮らしの先輩として何かDさんにアドバイスとかありますか？

Eさん：そうですね、今ここのデイケアに来られて4ヵ月って言われましたけど、（中略）4ヵ月デイケアを続けられたってということが、まず偉いな、すごいなって思うし、そう思われたらいいんじゃないかな、と思います。

医療従事者：Dさん、よかったですね。Eさん、いいアドバイスありがとうございます。

Fさん：デイケアに続けて来てるって今言われましたけど、俺は自分がなんでデイケアに来てるかっていうことがわかってないわ。

(中略) (任意入院して) 数年したらある日、嫁さんがやってきて離婚届を持ってきたから、そこにそのままサインして。(中略) その流れでここにも来ることにもなったから、俺は何でこのデイケアに来てるんかわかってないねん。

と自嘲されながら話を切り出す。

F さんの話には誰も返答しない。(K 病院 FN: 2006 年 8 月 25 日)

このような場面から、以下の解釈が考えられる。医療従事者ももちろん、デイケアよりも就労の価値が高いと考えているが、性急な就労には無理がある。しかしそのことを医療従事者が公に表明すると、患者がデイケアにも来なくなり、家に引きこもり症状が悪くなるという、最も望ましくない状態を招く恐れがある。医療従事者は、このようなジレンマを抱えているため、デイケア通所に否定的な意見が患者から出ても、はっきりとした意見を返すことができず、沈黙という形でその意見が患者の間に共有されないようにするのはなかろうか。デイケアとは別の場所に行くべきではないか、という不安を抱えていた患者には、現状を評価しようという助言のみが残る。この助言は患者に一時の安堵、すなわちわかりそめの安心を与えると考えられる。

統合失調症者は、この【C. 患者生活の暫定的受け入れ】と、次に述べる【D. 葛藤】とを行きつ戻りつするが、この段階から脱することができれば、自己受容型へと回復過程を進むことになる。

❖ 現状不安定型を構成する概念カテゴリー 【D. 葛藤】

この概念カテゴリーは、退院生活を安定して送る統合失調症者が、デイケアと自宅の往

復という生活に疑問を抱きつつも、その生活を継続せざるを得ない状況に不満と不安を抱えることを表す。[就職への挑戦と障がいの隠蔽]、[デイケアを職場とみなす]、[恋愛は手の届かない夢]、そして[年齢だけを重ねる人生]の4概念があり、最後の概念が前の3概念の帰結となる。ここでは、主な概念である最初の概念について述べる。

1. [就職への挑戦と障がいの隠蔽]

デイケアと自宅のループからの脱出を望む統合失調症者は、一時的には前述の【C. 患者生活の暫定的受け入れ】により、現状に納得しようとする。しかし、親または税金に養われている身分を肯定的に受け入れることはできず、〈世間の20代の人と比べたら自分はやっぱりあかん〉と現状を捉える。また、親が彼／彼女らの扶養者である場合は、家族も子どもが無職でいることに将来への不安を抱え、子に就職を勧める。統合失調症者はそこで〈一人暮らしも仕事もしたい〉という望みを再燃させ、さらに〈障がい者の人が来るところから離れたい〉と思い、「健常者」との交流がある場を求めてデイケアから脱出する手段として就職に挑戦する。

一方で、〈働くことには自信がない〉ため、就職活動がうまくいかなかったときのセーフティーネットを確保するために、医療従事者には就職の動機を〈親が就職しろと言うので社会勉強のつもりで就活をする〉と説明する。そのため医療従事者は、本人の意志ではない就職はストレスも大きく患者の症状が悪化する可能性が高いと考えて、〈患者自身の希望を親の希望より優先させるように患者に助言する〉とともに、〈就活を始める前に、まず主治医の意見を聞くように患者にすすめ〉、また〈就活は慎重に始めること〉と、就職活動に対してやや消極的な態度をとる。

〈障がいを隠したまま就職したい〉は、就職活動時や職場で障がいが明らかになり、何らかの不利益を被ることへの恐れと、自身の障がいに対する否定的な意識へのとらわれを反映している。一方で、〈精神障がい者でも個性として見られるのは嬉しい〉という、周囲に障がいを肯定的に捉えてもらいたいという希望をあわせもつ。また、自尊心を取り戻そうとして〈「精神障がい者」は普通の人だと訴える〉など、他者をもつと予想される精神障がい者への否定的な意識の解消を試みる行為も観察されるようになる。しかし、【D. 葛藤】においては、この希望が自身の障がいに対する否定的な意識を上回ることではない。

さらに、〈障がい者手帳を持つと就労時に精神障がい者であることがばれないか不安〉に思う患者に、医療従事者は〈手帳の所持によって障がいが就労先にばれることはないと思わせようとする〉。医療従事者は、患者の意志を尊重するという支援方針から、障がいの開示の判断を患者に委ねる。そこで統合失調症者は、障がいを隠したまま就職するという選択をする。しかし、そのために職場では自身が「健常者」であることを示す、様々な演技や作り話をしなければならなくなる。それにより彼／彼女らは、障がいが周囲に明らかになることをより恐れるようになると同時に、「健常者」にはなり得ない自己を認めざるを得なくなる。

Gさん：(前略) ストレス溜まっていたみたいで。病院に来た方がいいと思ったので来ました。病気のことを(アルバイト先で)隠しているのはやっぱりしんどい。(後略)
(K病院 FN：2006年12月8日)

障がいの隠蔽工作による疲労と自己への落

胆から、彼／彼女らは仕事を辞めてしまう。そして休息をとるためにデイケアへ戻ることになり、彼／彼女らの回復過程は「患者」としての生活以上には発展しない。

❖ 自己受容型の概念カテゴリー【E. 希望の萌芽】

このカテゴリーは、現状不安定型と同様にデイケアへの通所生活を長期的に送っているが、デイケア以外での居場所をみつけている点が異なる。これは、居場所の発見によって現在の生活と人生に満足し希望をもつことを示す概念、すなわち「事情通¹⁸以外の他者による評価と自己受容へのブレイクスルー」、[自らを生活者と認識する]、そして「残った人生を楽しみたい」から構成される。最初の概念が2番目の概念のきっかけとなり、3番目の概念は前の2概念の上位に位置する。

1. [事情通以外の他者による評価と自己受容へのブレイクスルー]

この概念は、医療従事者や家族以外の第三者による評価が、統合失調症者に自尊心を取り戻す契機となることを表す。ここでは、〈パートで3年間働いた〉や〈採用試験で1番になった〉という仕事に関する経験だけではなく、〈禁煙していることをフィールドワーカーに誇らしげに語る〉のように、自信を取り戻す契機としての禁煙の成功体験も含む。これは仕事や禁煙が、医療従事者や家族といった、障がいを割り引いて統合失調症者を評価する人々(=事情通)ではなく、障がいの有無に関係なく評価を下す他者によって認められる行為だからである。

仕事と禁煙とでは、随分その内容に違いがあるとみえるかもしれないが、この2つに共通する「事情通以外の他者からの評価」が、統合失調症者に障がいを抱える現在の自己を

受容するブレイクスルーをもたらすと考えられる。このブレイクスルーによって、[自らを生活者と認識する]が発生する。

2. [自らを生活者と認識する]

統合失調症者は、「患者ラベルの受け入れ」というステップを踏み、さらに〈生活者〉認識をもつ。この生活者認識は、〈少しでも働いているから病気だけ病人ではなく一生活者〉のように、事情通以外の他者による肯定的な評価から得た自信と、その評価を得られる場があるという安心感が基盤となっていると考えられる。

Iさん：私は月1日だけですけど就労してるし、病気だけ一生活者として見てほしい、と思っています。(K病院FN：2006年10月13日)

この自信から現状不安定型とは異なり、〈病人ではなく一生活者としてみてもらいたい〉と、障がいや自己を否定的に捉える要素ではなくなる。そして、〈自分が統合失調症であると言う〉ようになり、病名の隠蔽へのこだわりが観察されなくなる。

統合失調症者は、この「生活者認識」によって、自身を病む者である以前に、他の誰もが送ることができない人生を歩む者と捉え直し、自身の生に病の経験を組み込み回復過程を進むと考えられる。

3. [残った人生を楽しみたい]

障がいを含めて自己の生を肯定的に捉えるようになった統合失調症者は、人生に新たな意味を見出し、希望をもつことに成功する。この概念には〈ここまで回復できたのは奇跡〉や〈こんな歳になったけど、こんなに回復できたからこれからは人生を楽しみたい〉があり、障がいを担いつつも現在の生活を有

意義なものにしようとする、積極的な姿勢が表れる。

4 回復過程と社会復帰をつなぐ居場所 ——当事者性に基づく場から「健常者もいる社会」へ

GTAを用いて、統合失調症者の回復過程を分析することで、回復過程における居場所の役割について以下のことが考察された。また、分析プロセスを一部であるが記すことで、QDAソフトと方法論の対応点やブラックボックス化しがちなデータからのストーリー作成手順が、GTAの研究事例の1つとして示されたであろう。

統合失調症者は回復過程において、長期間の入院と統合失調症というラベリングにより失われた、自尊心とそれまでの生活の拠り所となる「場」を取り戻すことを志向していた。そして、彼/彼女らはこの「場」を様々なところに探し求めている。まず症状が落ち着いた頃には、彼/彼女らはこの「場」はそれまで生活していた自宅であろうと考える。しかし、自宅にはもはや自分の居場所はなくなっている。そこへ手を差し出してくれるのは病院の医療従事者だけという状況になってしまうと、病院をこの「場」へとすりかえて、社会からの逃避型への道を歩む。

家族から肯定的な協力が得られて自宅退院をするか、本人が自宅退院へのこだわりを捨て自宅外退院を受け入れると、デイケアという新しい「場」を得る。しかし、デイケアに通うだけでは、事情通以外の人々と交流する機会がほとんどないため、「患者」としての生活以上の生を獲得できない。ここで、一部の人は「健常者」の社会に自分の「場」を作ることが、社会復帰に不可欠であり、その「健常者」の社会に入るためには、自身を「健常者に近いもの」として周囲に示すこと

が必要と考える。その手段として、障がいに関する情報のパッシングを行う。しかし、しだいに健常者社会の文化に適應できないと自覚し、そこから撤退せざるを得なくなる。こうしてデイケア以外の「場」をもてないのが現状不安定型であった。ここに、中川らの指摘した「居場所型デイケアの機能限界」(中川ら、2011:7)があるといえよう。医療機関が統合失調症者の回復過程を社会復帰へと導き得ないのは、そこが当事者と事情通のみで構成される場だからだろう。統合失調症者は医療機関の場でしか通用しない規範に慣れているため、医療機関外の社会の規範にはすぐに適應できない。また、再発のリスクを冒してまで就労に挑戦するよりも、事情通の人々とだけの交流にとどまる社会参加でよしとする医療従事者と患者仲間の存在が、健常者との自由な交流を望む統合失調症者の回復過程を阻む要因の1つとなっているといえよう。

一方で、自己受容型へたどりつく残りの人は、健常者に近づくという理想(図1)にも拘泥せず、また当事者と事情通だけで固まるのでもなく、「健常者もいる社会」という「場」をみついていた。「健常者もいる社会」は、健常者と違いを認めながら交流し、その交流をとおして統合失調症者が自信を取り戻すことのできる場である。そこでは、当然のごとく健常者以外にも存在するため、自分の障がいを他者に隠蔽する必要性が低くなる。そのため、彼/彼女らは障がいの開示/非開示について悩むことが減り、そこに長期間安定して存在することができる。それにより障がいへの否定的な意識が薄らぎ、人生に新しい希望を見出すという回復過程を歩むことができると考えられる。自己受容型をたどる人にとってはこの「健常者もいる社会」が、彼/彼女らが探し求めていた安定した生を営むこ

とができる「場」である²⁰。本稿の調査で観察された「健常者もいる社会」は、統合失調症者がピアヘルパーとして登録している介護支援センター、医療福祉の専門家ではない地域住民がボランティアとして出入りするNPO法人主催の連句の会、そして障がい者という線引きなしに、仕事の能力を評価するパート先の職場であった。このような他者が、統合失調症者に健常者と同程度の行動をとることを要求せずに、彼/彼女らと同じ場を共有する状態といえるだろう。「健常者もいる社会」の発見こそ、統合失調症者の回復過程を促し、彼/彼女らを社会復帰へと橋渡しするものと考えられる。このように、いわゆる一般の人々と地域で隣り合って生活することが、「健常者」と「障がい者」というカテゴリー分けを曖昧化させる。それにより、統合失調症者は健常者と自己を比較することへのこだわりを捨て、自分のペースに合った就労や地域社会での生活へと挑戦する希望がもてるようになると考えられる。この「健常者もいる社会」の概念を社会全体で共有していくことが、統合失調症者の地域社会での生活を、ひいては社会復帰を支えていくことになるのではないだろうか。

【付記】 本研究の調査にご協力くださった方々に、心から謝辞を申し上げます。

注

1 アンソニー・A. ウィリアムは、精神障がい者における「回復」は「精神疾患の破局的な影響を乗り越えて、人生の新しい意味と目的を創り出すこと」(Anthony, 1993: 訳67)とし、病の治癒や症状の軽減とは異なる「回復」の重要性を提示した。この報告が濱田龍之介によって日本語に翻訳されてから、日本の精神保健福祉分野において「回復」に関する文献が増加したこと(田中, 2009)も踏まえると、日本の精神障がい者支援における「回復」は、アンソニーの定義に依拠しているといえる。したがって、本稿もアンソニーの「回復」の定義に則る。

- ・ 2 Assertive Community Treatment (包括型地域生活支援プログラム) の略。重度の精神障がい者の地域生活を多職種の特任職がチームで支援するプログラムを指す。
- ・ 3 バーニー・G. グレイザーとアンセルム・L. ストラウスが『データ対話型理論の発見——調査からいかに理論をうみだすか』(1967) を発表以降、現在までに GTA の手法をめぐって様々な見解が示されている。本稿では、データの解釈において研究者の問題意識を重視する木下康仁による M-GTA の分析手順を参照した。
- ・ 4 たとえば、佐藤 (2008) など。
- ・ 5 各病院には週 1 日のペースで通った。また、それとは別に地域の当事者団体でもボランティアとしてフィールドワークを行った。しかし、本稿の分析においてはこの団体に関するデータは、4 節の「健常者もいる社会」のアイデアを得る際に参照した程度にとどまる。この団体は、俳句の一種である連句の創作をとおして、精神障がい者と一般の地域住民が交流できる場をつくるという趣旨の活動を行っていた。
- ・ 6 論文での研究成果発表について、いずれの機関からも了解を得た。
- ・ 7 回顧データはとくに 3 節 1 項の【A. 希望の喪失】の概念に用いている。
- ・ 8 M-GTA は、オープン・コーディングを設定せずデータから概念を直接つくり出すが、分析に不慣れなうちは容易ではない。また、参与観察のデータは質問が設定されているインタビューデータに比べてデータ内容が多様なため、注目すべきデータが何かに気がつくまでに時間がかかる。そこで本稿では、オープン・コーディングを概念化作業の前に行い、概念生成手続きの容易化を図った。その際、コード名はデータを抽象化しつつもその文脈を可能な限り反映したものとし、「概念の側からデータのどの部分を説明できるか」(木下, 2003: 179) わかるようにしたため、生データに類似したワーディングになっている。しかしこれにより、データ量が多くコード数が数百個に上る場合でも、データを容易に想起できるため、データに即した概念が生成しやすい。
- ・ 9 この作業によりさらに収集が必要なデータの種類についてもイメージができるため、理論的サンプリングが容易になる。ただし、本調査はフィールド先での受け入れ期間が決まっていたこと、インタビューはしない等の制約から、オープン・コーディング開始以降のデータ収集はできず、理論的サンプリングに限界があった。
- ・ 10 M-GTA では概念のアイデアを書き込む「分析ワークシート」(木下, 2003) の作成を推奨している。Atlas.ti では、分析ワークシートに必要な概念の定義や理論的メモを記入でき、概念の具体例を

示すデータをコードから参照できるため、分析ワークシートとしても活用可能と考えられる。

- ・ 11 各コードからコード 7へ線を引いて図が煩雑になるのを避けるため、コード 1~6 を囲いコード 7 を指す矢印と米印部分は、別の描画ソフトウェアで加筆した。
- ・ 12 データ総量は 31 万 2544 字 (1600 字詰め原稿用紙約 196 ページ分) で、そこからコード 751 個、概念 18 個、カテゴリー 5 個を生成した。
- ・ 13 入院期間はおおむね 10 年以上で、なかには入院期間を合計すると 30 年以上に上る場合もある。
- ・ 14 本稿では社会復帰へつながる自己受容型、その前段階である現状不安的型に焦点を当てる。また紙幅の都合から【B. 入院への固執】は省略した。
- ・ 15 調査対象者の個人情報保護のため、生データの引用に際して分析に直接関係のない部分について加工を施した。
- ・ 16 紙幅の都合上、各概念の中で回復過程に最も影響すると考えられた概念のみを本稿では記述する。
- ・ 17 この患者ラベルの受け入れは、いわゆる「病識」と同一ではない。というのも、たとえばある男性は、発病当初に〈上司の奥さんを殴った〉という行動を、病気とはまったく関係のない次いで説明しており、当時の行動について病識はもっていないと考えられる。
- ・ 18 ここでの事情通は医療従事者や家族のことであり、これらを示す言葉としてゴッフマンの用語を採用した。事情通とは「境界人であって、スティグマをもつ人も彼らの前では萎縮しなくてもよく自制の必要もない」(Goffman, 1963: 訳 55) 人のことである。
- ・ 19 「生活者」という言葉は障がい学やリハビリテーションの分野で使われているが、その定義や概念は具体的には定まっていない (小島・奥野編, 1994)。本調査対象者がどこから「生活者」という言葉を入手したかは不明である。
- ・ 20 「健常者もいる社会」では、健常者と障がい者の積極的な差異化は行われないため、「障がい者の最大のアイデンティティとする障がい文化 (ディスアビリティカルチャー)」(石川・長瀬編著, 1999: 23) を育む場とは本質的に異なる。

文献

- Anthony, W. A., 1993, "Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s," *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4) : 11-23. (濱田龍之介訳・解説, 1998, 「精神疾患からの回復——1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点」『精神障害とリハビリテーション』2(2) : 145-54.)
- Geoff, S., 2010, "The Concept of 'Recovery': Implications

- for the organization and delivery of mental health services.” (小川一夫・長谷川憲一ほか訳, 2010, 『リカバリー』の概念: 精神保健サービスの構築と提供の意義 — 英国における精神科医療改革の動向と精神医学』『臨床精神医学』39(2): 165-79.)
- Glaser, B. G. and A. L. Strauss, 1967, *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*, Chicago, IL: Aldine Publishing. (後藤隆・大出春江・水野節夫訳, 1996, 『データ対話型理論の発見 — 調査からいかに理論をうみだすか』新曜社。)
- Goffman, E., 1963, *Stigma: Note on the Management of Spoiled Identity*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc. (石黒毅訳, 2001, 『スティグマの社会学 — 烙印を押されたアイデンティティ (改訂版)』せりか書房。)
- 濱田恭子・堤由美子, 2010, 「心の病を持つ人の地域における居場所と心の拠り所の獲得の実態」『日本精神保健看護学会誌』19(2): 22-32。
- 石川准・長瀬修編著, 1999, 『障害学への招待 — 社会, 文化, デイスアビリティ』明石書店。
- 加藤真規子, 2009, 『精神障害のある人々の自立生活 — 当事者ソーシャルワーカーの可能性』現代書館。
- 木下康仁, 2003, 『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 — 質的研究への誘い』弘文堂。
- 小島蓉子・奥野英子編, 1994, 『新・社会リハビリテーション』誠信書房。
- 厚生労働省, 2011, 「平成 23 年患者調査 下巻 第 21 表 退院患者平均在院日数 (患者住所地), 都道府県 × 傷病分類 × 病院一般診療所別」。(http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001103074, 2013 年 8 月 8 日取得)
- 中川美世香・大日方薫・倉西宏, 2011, 「メンバーの語りにみる『居場所型デイケア』の意義と課題」『デイケア実践研究』15(1): 3-7。
- 日本社会精神医学会編, 2009, 『社会精神医学』医学書院。
- 野村総一郎・樋口輝彦・尾崎紀夫編, 2009, 『標準精神医学 (第 4 版)』医学書院。
- 佐藤郁哉, 2008, 『実践質的データ分析入門 — QDA ソフトを活用する』新曜社。
- 浮ヶ谷幸代, 2009, 『ケアと共同性の人類学 — 北海道浦河赤十字病院精神科から地域へ』生活書院。
- 田中順子, 2009, 「精神保健福祉領域においてリカバリー概念を用いることの意義と課題 — 他者との出会いに向けて」『社会問題研究』58(137): 171-84。

