

博士論文

過疎地に暮す身体障害者に対する生態学的探求

— ヘルスプロモーションの観点から —

丸山東人

まえがき

「この研究、現地の人に会って、直接話を聞いてみようよ。面白い話が聞けるかもしれませんよ。」指導教官 衛藤隆教授(当時)は目を輝かせながら、楽しそうに私に仰られた。平成 19 年の夏、論文指導を受けた際のことである。衛藤教授はこう続けた。

「医学研究の一つに、人類生態学という領域がありますが、これから取り組もうとしていることは、それに似てますね。これはね、是非、行ってくと良いですよ。」

私としては、研究企画の最終段階で思わぬ展開となった。「自分が何を知りたいのか、何をやりたいのか。」といった研究関心は固まり、それらを具現化した調査用紙を作成し、さあこれから郵送調査だ、という時に、ちょっとしたスパイスを振りかけられた格好だった。

しかし、話を伺っているうちに、次第に「うん、実際に行ってきた方がいいな。」と考えるようになった。論文指導終了後、医学部図書館へ行き、人類生態学の入門書を、2、3 冊借り込み帰宅したが、読んでみるとこれがなかなか面白い。「健康に関わる科学の一つとして、最も基礎的な情報を提供すべく義務づけられている。」「仕事の対象となる人々について、一人一人を良く知ることが必要になる。」「研究者が被調査者の全員と接触することの重要性を指摘したい。」「何いっても、一人の研究者が自分でセンサスをやるのが大切なのである。」等々、衛藤教授が私に示唆していたこと、私がこれからやろうとしていること、「実はこのような形でやりたかったのかもしれない。」という私の潜在的願望、等が、実に解りやすい言葉で書かれてあった。医学の領域ではあるが、人文科学的な側面も持ち合わせており、大変親しみやすかった。

その日以来、「うん、これだ!!」という確信の元、そして「果たして、一人で大丈夫か。」という不安の元、調査候補地に研究協力依頼をする等をしつつ、調査準備を続けた。

.....

本研究は、日本国内の過疎地域自立促進特別措置法により指定された地域(以下、過疎地)に在住する身体障害者手帳所有者(以下、身体障害者)を対象として、当事者に対する生態学的理解を深め、ヘルスプロモーション活動に寄与することを目的として、生活の状況や心身の健康を調査すると共に、その背景となる関連要因や、居住地と障害に対する考えを明らかにすることを試みた研究である。

本論文は 5 つの章から構成されている。

先ず第 1 章で、研究の概要を説明した。研究の背景とねらい、研究対象、研究の枠組み、研究ツールと研究理念、調査対象地と研究の進め方について、それぞれ説明した。第 2 章では、過疎地に暮らす身体障害者の生活状況について報告した。続く第 3 章では、過疎地に暮らす身体障害者の心の健康状態について報告した。そして第 4 章では、当事者の「語り」の分析結果を報告した。第 5 章の総括では、各章の研究結果を振り返ると共に、量的研究で得られた知見と「語り」の分

析の関連についても言及した。そして、研究の全体的な問題点について考察した後、最後に結語を述べた。

本研究は、過疎地に暮す身体障害者を対象としたが、調査候補地の選定は難航を極めた。所謂プライバシーの保護を理由に、研究協力を辞退する自治体が多い中、「A 県 B 村 住民生活課 福祉係」、「C 県 D 町 保健福祉課 福祉係」の皆様には、お忙しいところ研究の趣旨をご理解いただき、快諾して下さった。そして、両自治体のご指導の元、88 名の身体障害者の方々に協力していただけた。先ずもって、冒頭で感謝申し上げます。ありがとうございました。

本研究は、遂行の過程において、分析・考察した成果を随時、学術誌にて印刷公表をしたり、関連学会での報告を繰り返した。

先ず、印刷公表についてであるが、本論文の内容を下記の如く印刷公表した。

- ・第 2 章と第 3 章の内容の一部については、「過疎地に暮す身体障害者に関する基礎的研究」として、東京大学大学院教育学研究科紀要第四十八巻にて公表した。
- ・同じく、第 2 章と第 3 章の内容の一部については、民族衛生（民族衛生, 76, No. 2, 69-85.）に、原著論文「過疎地に暮す身体障がい者実態調査における、首尾一貫感覚（SOC）に關与する因子、および自己効力感（GSES）、精神健康度（GHQ）、主観的健康感との相互關連性についての検討」として公表した。
- ・第 4 章の内容の一部については、民族衛生（民族衛生, 76, No. 1, 3-25.）に、原著論文「過疎地に暮す身体障がい者の生活や障がいに関する思いを把握する試み - Health Promotion の観点から -」として公表した。
- ・同じく、第 4 章の内容の一部については、不安障害研究に、原著論文「過疎地に暮す身体障害者の経験や認識に関する民族誌的研究 - 生活スタイルに応じた健康支援のために -」として公表した（平成 26 年 3 月現在投稿中）。

次に、関連学会での報告についてであるが、本論文の内容を下記の如く報告した。

- ・第 2 章と第 3 章の内容の一部については、第 73 回日本民族衛生学会総会（平成 20 年 10 月 横浜）において、「過疎地に暮す身体障害者に関する基礎的研究」として報告（口頭発表）した。
- ・同じく、第 2 章と第 3 章の内容の一部について、第 67 回日本公衆衛生学会総会（平成 20 年 11 月 福岡）において、「過疎地に住む身体障害者に関する基礎的研究」として報告（口頭発表希望で申し込んだが、先方の都合でポスター発表に変更となる。）した。
- ・本論文の全体的な内容については、第 18 回日本健康教育学会学術大会（平成 21 年 6 月 東京）において、「過疎地に暮す身体障害者の現状（2 つの調査地をもとに）」として報告（口

頭発表)した。

- 同じく、本論文の全体的な内容について、第 68 回日本公衆衛生学会総会（平成 21 年 10 月 奈良）において、「過疎地に暮す身体障害者の現状 ～量的研究と質的研究双方の分析から～」として報告（口頭発表）した。

目 次

	ページ
まえがき	・・・ i
第 1 章 研究の概要	・・・ 1
第 1 節 研究のねらい	・・・ 2
第 2 節 研究対象について	・・・ 4
I. 障害者の権利に関する条約と WHO	・・・ 4
II. ヘルスプロモーションの観点から見た、今日の障害者の健康課題	・・・ 5
III. 日本の障害者の現状	・・・ 9
IV. 日本の過疎地の現状	・・・ 10
V. 研究に向けて	・・・ 11
第 3 節 研究の枠組み	・・・ 13
I. 当事者の住民意識について	・・・ 13
II. 主観的健康感について	・・・ 15
III. 健康関連行動や受診行動について	・・・ 17
IV. 身体的健康、精神的健康、社会的健康について	・・・ 18
V. オリジナルな研究を目指して	・・・ 19
VI. まとめ	・・・ 19
第 4 節 研究ツールと研究方針	・・・ 22
I. ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health)	・・・ 22
II. 健康生成論	・・・ 24
III. 研究方針	・・・ 31
第 5 節 調査対象地と研究の進め方について	・・・ 35
I. 調査対象地について	・・・ 35
II. 研究の進め方について	・・・ 35
第 2 章 過疎地に暮らす身体障害者の生活状況に関する基礎的検討	・・・ 38
第 1 節 目的	・・・ 39
第 2 節 方法	・・・ 40
I. 調査用紙の構成	・・・ 40
II. 分析手法	・・・ 42
III. 分析上の留意事項	・・・ 45

IV. 倫理上の配慮	・・・	45
V. ICF を用いて質問項目を作成した手続きについて（補足）	・・・	46
第3節 結果	・・・	49
I. 属性と人口学的要因についての結果	・・・	49
II. お住まいの地域、健康、社会参加に関する意見を尋ねた結果	・・・	49
i) 居住地への見方について	・・・	49
ii) 主観的健康感の現状について	・・・	49
iii) 普段の健康管理について、及び障害の改善や悪化予防のための気配りについて	・・・	50
iv) 治療やリハビリテーションのための施設の利用について	・・・	50
v) 利用している医療施設についての意見	・・・	50
vi) 社会参加について	・・・	50
vii) 障害への差別や偏見の経験を恐れて、生活や行動を「自主的に」規制しているか	・・・	51
III. ICF の「参加」と「環境」に関する質問項目と、「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」と主観的健康感を、それぞれクロス集計した結果	・・・	51
i) 「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」と関連した項目	・・・	51
ii) 主観的健康感と関連した項目	・・・	52
iii) 様々な場面における、人間関係と主観的健康感との関連性について	・・・	53
第4節 考察	・・・	54
I. 属性について（サンプリングの特徴）	・・・	54
II. 居住地への見方について	・・・	54
III. 居住地への見方と関連する要因について	・・・	56
IV. 主観的健康感の現状について	・・・	56
V. 主観的健康感と関連する要因について	・・・	57
VI. 過疎地での暮らしと人間関係について	・・・	59
VII. 人間関係と主観的健康感との関連性が、様々な場面に応じて違うことについて	・・・	60
VIII. 日常の健康管理について	・・・	61
IX. 治療やリハビリテーションのための施設の利用について	・・・	61
X. 身体障害者の社会参加について	・・・	62

X I . 障害への差別や偏見の経験を恐れた、生活や行動の自主的な 規制について	・ ・ ・ 63
X II . 本研究の意義と限界	・ ・ ・ 63
第 5 節 小括	・ ・ ・ 65
第 6 節 図表一覧	・ ・ ・ 66
第 3 章 過疎地に暮らす身体障害者の心の健康 — 健康生成論の視点から —	・ ・ ・ 95
第 1 節 目的	・ ・ ・ 96
第 2 節 方法	・ ・ ・ 97
I . 調査用紙の構成	・ ・ ・ 97
II . 分析手法	・ ・ ・ 100
III . 分析上の留意事項	・ ・ ・ 101
IV . 倫理上の配慮	・ ・ ・ 102
第 3 節 結果	・ ・ ・ 103
I . 属性と人口学的要因についての結果	・ ・ ・ 103
II . SOC スコアについて	・ ・ ・ 103
III . GSES スコアについて	・ ・ ・ 103
IV . 汎抵抗資源や生活におけるストレス、健康関連指標と、 SOC との関連について	・ ・ ・ 103
i) 汎抵抗資源と、SOC との関連について	・ ・ ・ 103
ii) 生活におけるストレスと、SOC との関連について	・ ・ ・ 104
iii) 精神健康度 (GHQ スコア) と、SOC との関連について	・ ・ ・ 104
iv) 健康行動と、SOC との関連について	・ ・ ・ 105
V . SOC と GSES、GSES と GHQ の関連について	・ ・ ・ 105
第 4 節 考察	・ ・ ・ 106
I . SOC スコアについて	・ ・ ・ 106
i) 性別と SOC スコア	・ ・ ・ 106
ii) 年齢や障害と SOC スコア	・ ・ ・ 106
iii) 地域と SOC スコア	・ ・ ・ 107
II . GSES スコアについて	・ ・ ・ 108
III . 汎抵抗資源と、SOC との関連について	・ ・ ・ 108
IV . 生活におけるストレスと、SOC との関連について	・ ・ ・ 109
V . 精神健康度 (GHQ スコア) と、SOC との関連について	・ ・ ・ 109
VI . 健康行動と、SOC との関連について	・ ・ ・ 110
VII . SOC と GSES、GSES と GHQ の関連について	・ ・ ・ 110
VIII . 本研究の意義と限界	・ ・ ・ 111

第5節	小括	・・・	112
第6節	図表一覧	・・・	113
第4章	過疎地に暮らす身体障害者の生活や障害に関する思いを把握する試み		
	― 当事者の「語り」をもとに ―	・・・	120
第1節	研究の概要	・・・	121
	Ⅰ. イントロダクション	・・・	121
	Ⅱ. 質的研究を用いたことについて	・・・	123
	Ⅲ. 倫理上の配慮	・・・	126
第2節	面接協力者	・・・	127
	Ⅰ. 面接協力者のリクルート方法	・・・	127
	Ⅱ. 面接協力者の属性	・・・	127
第3節	データ収集と分析	・・・	132
	Ⅰ. データ収集手続き	・・・	132
	Ⅱ. データの整理と分析	・・・	134
第4節	結果と考察	・・・	149
	Ⅰ. データベースからカテゴリーを形成する	・・・	149
	Ⅱ. カテゴリーを再編と統合し、Cover Term を形成する	・・・	153
	Ⅲ. Cover Term 間の関連性を集約し、Domain を導出する	・・・	203
	Ⅳ. Domain の位置づけと関係性を検討する	・・・	212
第5節	まとめ	・・・	228
	Ⅰ. 当事者の「語り」から得られた知見	・・・	228
	Ⅱ. 本研究の意義と限界	・・・	229
第6節	小括	・・・	231
第7節	結果と考察（第4節）の補足	・・・	232
	Ⅰ. カテゴリーの抽出過程の詳細	・・・	232
	Ⅱ. Cover Term の形成過程の詳細	・・・	250
第5章	総括	・・・	343
第1節	量的研究で得られた知見	・・・	345
第2節	「語り」の分析から得られた知見	・・・	347
第3節	量的研究で得られた知見と「語り」の分析の関連	・・・	348
第4節	本研究の問題点	・・・	351
第5節	結語	・・・	353
	あとがき	・・・	354

付録	・・・ 357
その 1. 第 2 章の結果を得るために用いた調査用紙	・・・ 358
その 2. 第 3 章の結果を得るために用いた調査用紙	・・・ 368
その 3. 第 4 章の結果を得るために用いた調査用紙	・・・ 381
利益相反について	・・・ 385
文献	・・・ 386

第1章

研究の概要

第1節 研究のねらい

現在、日本国内における過疎地では、都市部へ人口が移動し、高齢化や少子化が顕著になってきている。財政力は極めて脆弱であり、水道普及率や水洗化率、市町村道等の生活環境基盤も、全国との格差は、なお見られる。自然的、地理的条件の面においても、また、産業や地域文化等の面においても、多様な地域からなり、その状況や抱える問題も一様ではない[1]。

過疎地が抱える、上記のような社会構造上の問題は、保健や福祉の点においても、その機能を低下させる重要なものである[2]。しかし、従来の健康教育や公衆衛生学の分野では、過疎地に目を向け、そこに暮らす身体障害者の生活状況や心身の健康状況、そして生活や人生に対する考えが、詳細に報告されることは少なかった。混合疾患型（高齢慢性疾患障害者型）社会の日本において、国土面積の約半分を占める過疎地に着目し、身体障害者の生活実態や、居住地そして障害に対する考えを明らかにすることは、今後の健康教育やヘルスプロモーション活動の展開の上でも重要であると思われる。

本研究は、日本国内の過疎地に暮らす身体障害者を対象として、当事者に対する生態学的理解を深め、ヘルスプロモーション活動に寄与することを目的として、生活の状況や心身の健康を調査すると共に、その背景となる関連要因や、居住地と障害に対する考えを明らかにすることを試みた研究である。次節以降、研究に着手する道程を解説する。

ここで、本研究における、用語の定義を述べる。

過疎とは、広辞苑[3]に従い「まばらすぎる。ある地域の人口等が少なすぎる。」と定義する。そして、過疎地とは、過疎地域自立促進特別措置法[4]により指定された地域を指す。

また、障害の種類（種別）は、平成18年身体障害児・者実態調査[5]に倣い、表1のように定める。ここで、聴覚・言語障害の取り扱いについては、身体障害者手帳においては、「聴覚障害」と「音声・言語機能障害」とに分けて分類されていること、また、現地調査の際、当事者に身体障害者手帳の参照を求めることから、本研究においては、「聴覚障害」と「言語障害」の、2つに区分した。

障害の程度については、身体障害者手帳に基づき、重度障害者とは「身体障害者手帳の等級が1級又は2級の方」あるいは「身体障害者手帳の3級に掲げる障害が2以上重複している方」を指し、それ以外の方が軽度障害者である。

表1 本研究における障害の種類（種別）とその定義

障害の種類(種別)	定義
視覚障害	視力及び視野に障害を有している場合
聴覚・言語障害(注)	聴力損失による障害、平衡機能の障害及び音声・言語・そしゃく機能障害を有している場合
肢体不自由	上肢切断、上肢機能障害、下肢切断、下肢機能障害、体幹機能障害及び運動の機能障害を有している場合
内部障害	心臓機能障害、呼吸器機能障害、じん臓機能障害、ぼうこう・直腸機能障害、小腸機能障害及びヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害を有している場合
重複障害	上記の障害を複合して有している場合

注) 本研究では、聴覚障害と言語障害の2つに区分した。

第2節 研究対象について

この節では、まず、障害者の権利に関する条約を積極的に支持している世界保健機関（World Health Organization：以下、WHO）からの報告書を踏まえ、ヘルスプロモーションの観点から、今日の障害者の健康課題を概観する。

次に、研究対象を限定して行く。まず、日本国内の障害者の現状を見る。その際、特に、本研究の対象である身体障害者（18歳以上）に焦点を当てる。そして、同じく、研究対象である日本国内の過疎地の現状も見て行く。

I. 障害者の権利に関する条約と WHO

2006年12月13日、障害者の権利に関する条約（Convention on the rights of persons with disabilities）と障害者の権利に関する条約の選択議定書（Optional protocol to the convention on the rights of persons with disabilities）が、ニューヨーク国連本部で開かれた第61回国連総会で採択された[6]。

この条約の第25条（Article-25）は、健康（Health）に関するものである。ここでは、「締約国は、障害者が障害を理由とする差別なしに到達可能な最高水準の健康を享受する権利を有することを認める。締約国は、障害者が性別に配慮した保健サービス（保健に関連するリハビリテーションを含む。）を利用することができることを確保するためのすべての適当な措置をとる。」と定めている。

また、この条約の26条（Article-26）は、ハビリテーション及びリハビリテーション（Habilitation and rehabilitation）に関するものである。ここでは、「締約国は、障害者が、最大限の自立並びに十分な身体的、精神的、社会的及び職業的な能力を達成し、及び維持し、並びに生活のあらゆる側面に完全に受け入れられ、及び参加することを達成し、及び維持することを可能とするための効果的かつ適当な措置（障害者相互による支援を通じたものを含む。）をとる。このため、締約国は、特に、保健、雇用、教育及び社会に係るサービスの分野において、包括的なリハビリテーションのサービス及びプログラムを企画し、強化し、及び拡張する。」「締約国は、リハビリテーションのサービスに従事する専門家及び職員に対する初期研修及び継続的な研修の充実を促進する。」「締約国は、障害者のために設計された支援装置及び支援技術であって、リハビリテーションに関連するものの利用可能性、知識及び使用を促進する。」と、3つの項目が記されている。（第25条、第26条の訳語は、平成25年度版障害者白書[7]より抜粋した。これらの訳語は、日本政府の仮訳文であり、今後変更の可能性がある。）

WHOは、この条約を、障害者に対する国家および国際レベルの行動に倫理基準を与え、また、WHOの障害者に対する取り組みにも根拠を与えるものとして歓迎した[8]。そして、これら2条を中心に、この条約を積極的に支えている[9]。

障害者の権利に関する条約が採択されて以降の、WHOの障害者に対する取り組みの成果の一

つに、2011年6月、世界銀行（The World Bank）の協力により作成された、世界障害報告書（World report on disability）[10]の刊行が挙げられる（日本語版[11]は長瀬が監訳しており、本論文でも、文献として用いた。）。

この報告書が作成された背景や経緯[12, 13]を述べれば、障害者の多くは、医療、教育、そして雇用の機会への平等なアクセスを持たず、必要とする障害関連サービスを受けることなく、日々、日常生活活動から排除されている。また、障害者は健常者に比べ社会経済効果が悪く貧困を経験していることを具体的に示すエビデンスが増加していることから、障害は重要な開発課題でもある。障害者の権利に関する条約が採択され、障害は人権問題として理解されつつあるが、上記の如き深刻な問題があるにも関わらず、障害問題に関する認識と科学的情報は不足している。定義に関する合意は無く、障害の発生率や、その分布と傾向に関して、国際的比較を意図した科学的データがほとんどない。障害者のニーズに応じるために、各国がどのように政策と対応を開発してきたかということについて、取りまとめて分析している文書は、僅かである。

こうした状況を受け、2005年5月25日、第58回世界保健総会（The World Health Assembly（WHOの意思決定機関）：以下、WHA）は、WHOに対し、障害とリハビリテーションに関する世界報告書を作成するよう決議し（決議WHA58.23）[14]、以後、WHOと世界銀行により調査研究が開始され、報告書の刊行に至った。

II. ヘルスプロモーションの観点から見た、今日の障害者の健康課題

WHOが注視している、今日の障害者の現状や健康課題とは、具体的にどのようなものだろうか。

報告書[15, 16]によれば、2010年度の推計人口（69億人。うち、15歳未満は18億6000万人。）を基にすると、15歳以上の障害者は約7億8500万人（世界健康調査によれば15.6%）から9億7500万人（世界疾病負担によれば19.4%）である。このうち、世界健康調査の推定によれば、1億1000万人（2.2%）が重篤な生活機能の困難を伴っており、世界疾病負担の推定によれば、1億9000万（3.8%）が、四肢麻痺、重度のうつ病、或いは全盲等の健康状態を示す障害に相当する「重度の障害」を持っている。子どもを含めれば、10億を超える人々（世界人口の15%）が、障害と共に生きていと推定している。（この報告書では、現在の世界における有障害率を検討するため、各国から報告された推定有障害率と、2つの大規模なデータソース、即ち「WHO世界健康調査（2002年から2004年に59カ国で実施）」と「WHO世界疾病負担研究2004年度最新版」、が利用されている。報告書では、2つの大規模なデータソースの取り扱いについて、両方とも障害に関する情報には限りがあるため、報告書で示される推定有障害率は最終的なものではなく、現在の情報と利用可能なデータを反映しているものと考えることが必要であること、また、これらのデータソースは、有障害率の検討には利用できるが、障害の評価と測定にそれぞれ異なるアプローチをしているため、直接比較することはできない、と言及している[15, 16]。更には、「本報告書の有障害率に関するデータは、現時点で入手可能な最良の国際データセットであるが、決定的なものではない。」とした上で、データの質的向上や、特に、開発途上国にお

ける、より堅牢で比較可能な完全なデータ収集への緊急のニーズが存在する、とも述べている[15, 16]。)

こうした有障害率に関する世界の状況について、報告書では、多くの地域で有障害率が増加しているが、その理由は、糖尿病、循環器疾患、精神病、がん、及び呼吸器疾患等の慢性健康障害とけがの増加に関連があること、また、高齢者は障害のリスクが高まるので、世界的な高齢化も、障害傾向に大きな影響を与えている、と分析している[15, 16]。

詳細は原著に譲るが、報告書では、調査対象に選定した国内（国勢調査、集団調査及び行政機関の登録データ）及び国際的なデータセットと、最近実施された多数の調査研究に基づき、障害者に不利益をもたらす障壁（Barriers）として、以下の如く、広く知られているエビデンスを実証している[17, 18]。

- ・ 不十分な政策と基準（Inadequate policies and standards）
政策策定の際、障害者のニーズが必ずしも考慮されておらず、既存の政策と基準には強制力が無い。
- ・ 否定的な態度（Negative attitudes）
健常者の、障害者に対する信念や偏見は障壁の原因となる。（報告書では、例として、医療従事者が障害以外に目を向けることができない場合、教師が障害のある子どもの指導に価値を見出せない場合、雇用主が障害者を差別する場合、障害のある身内への家族の期待が低い場合、等を挙げている。）
- ・ サービスの欠如（Lack of provision of services）
障害者は、サービスの不備（医療、リハビリテーション、又は、支援とアシスタンス等）に、特に弱い。
- ・ サービス提供に関わる問題（Problems with service delivery）
サービス間の連携の悪さ、不適切な人材配置と職員の行動特性、或いは（不十分な）研修は、障害者に対するサービスの質と妥当性に影響を与える。
- ・ 不十分な資金（Inadequate funding）
政策と計画の実施のために割り当てられた資源は、不十分であることが多い。
- ・ アクセシビリティの欠如（Lack of accessibility）
構築環境（含む、公共施設）、交通システムと情報は、アクセシブル（安易に利用可能）でないことが多い。交通機関へのアクセスの欠如は、しばしば、障害者の就職活動への意欲を

低下させたり、医療の利用を妨げる原因となっている。アクセシビリティに関する法律がある国々でさえ、公共建築物における法令遵守度は非常に低い。

障害者のコミュニケーションに関するニーズは、満たされていないことが多い。情報はアクセシブルな形式で利用できないことが頻繁に生じ、障害者の中には、電話やテレビ等の基本的な情報通信技術を利用できない人もいる。

- ・協議と参加の欠如 (**Lack of consultation and involvement**)

多くの場合、障害者は、自らの生活に直接関係する事柄に関する意思決定から排除されている。

- ・データとエビデンスの不足 (**Lack of data and evidence**)

障害に関する、正確で比較可能なデータと、役に立つプログラムに関するエビデンスが不足していることは、しばしば、(障害者への)理解と行動を妨げている。

そして、こうした障壁が、障害者にもたらす不利益 (**Disadvantages**) として、以下の点を挙げている [17, 18]。

- ・健康状態の悪化 (**They have poor health outcomes.**)

障害の種別や状況にもよるが、障害者は、元来予防できる二次症状と併存疾患 (共存症)、未治療の精神障害、口腔衛生の悪化、高い HIV 感染率、高い肥満率及び若年死等を経験しやすい。

- ・低い学業成績 (**They have lower educational achievements.**)

障害のある子どもは、健常な同級生に比べ、就学率が低い。また、在学率と進級率も低く、高等教育への進学率も低い。

- ・経済的に不活発 (**They are less economically active.**)

障害者は健常者に比べ、就業率が低い。雇用されても、一般的に、同僚 (健常者) よりも収入が低い。

- ・高い貧困率 (**They experience higher rates of poverty.**)

障害者がいる世帯は、そうでない世帯に比べ、貧困率が高い。障害者は、グループ全体として、またあらゆる状況で、生活状態が悪く、資産が少ない。貧困は、栄養失調、不十分な医療、危険を伴う労働条件や生活条件をもたらす、結果として、障害へとつながる可能性がある。障害は、失業や不完全雇用による所得の損失や、障害のある生活を送るための追加負担 (例えば、医療費、住宅費、交通費の追加負担) のため、結果として、貧困につながる可能

性がある。

- ・ 自立生活や地域社会活動への完全参加が常に可能とはいえない (They cannot always live independently or participate fully in community activities.)

施設への依存、地域社会生活の欠如、バリアフリーではない交通機関及びその他の公共施設が利用できない状況、そして、(他者や社会の) 否定的な態度が原因で、障害者は他の人々に依存し、主流の社会的、文化的及び政治的機会から隔離される。

報告書は、今後に向けた勧告 (Recommendations) も述べており [17, 18]、その中では、引き続き、障害に関するデータ収集の促進 (Improve disability data collection) と、障害に関する研究の強化と支援 (Strengthen and support research on disability) の必要性が強調されている。その際、後者については、特に低所得国及び中所得国における調査研究では、人材と技術力へ、集中的な投資が必要であることを強調している。

この報告書を元に、ヘルスプロモーションの観点から、今日の障害者問題の世界的趨勢を端的に述べるのであれば、まず、開発途上国、低所得国、中所得国に対して重点的に目を向け、障害者のリハビリテーションに関するデータと情報 (年齢、性別、ライフステージ、環境リスクへの暴露度、社会経済的地位、文化及び利用可能な資源等) を収集することが求められている、ということである。

そして、同時に、開発途上国 (Developing countries)、低所得国 (Low-income countries)、中所得国 (Middle-income countries)、高所得国 (High-income countries)、先進国 (Developed countries) 如何に関わらず、医療、リハビリテーション、アシスタンスと支援、建築物、道路、公共交通機関、情報通信、教育、就労と雇用等に障壁がある地域 (具体的には、農村部及び遠隔地 (Rural and remote communities)) に目を向け、そうした地域に暮らす障害者への理解を深める研究も、一層求められているといえよう。

ところで、ここまでの記述の中で、リハビリテーションという言葉が幾度か出て来た。上田 [19] によれば、リハビリテーションとは、障害のある人が人間らしく生きることを困難にし、人間の尊厳を傷つけるものであるという認識に立ち、「人間らしく生きる権利の回復」、即ち「全人的復権」こそが必要である、ということの意味している。そして、リハビリテーションは、医学的リハビリテーション、教育的リハビリテーション (特別支援教育)、職業的リハビリテーション、社会的リハビリテーション (社会福祉) の 4 つの分野からなり、これらの緊密な協力と相互理解がなければ、真に、障害者や患者のためのトータルリハビリテーションは実現できないことを強調している。また、WHO も、Community-based rehabilitation を推奨し、その際、健康 (Health)、教育 (Education)、生計 (Livelihood)、社会 (Social)、エンパワーメント (Empowerment)、という 5 つの視点とそれらの相互関連を大切にすべきと強調している [20]

が、障害者一人一人の、状況に応じたリハビリテーション（全人的復権）を、地域社会の資源を生かして達成して行くことが、今日の世界的な目標となっていることを、最初に確認しておく。

Ⅲ. 日本の障害者の現状

ここまでは、世界の障害者の現状と保健福祉の潮流について述べた。では、日本の障害者の現状はどうだろうか。

平成 25 年版障害者白書[7]によれば、身体障害、知的障害、精神障害の 3 区分で障害者数の概数を見ると、身体障害者 3,663,000 人、知的障害者 547,000 人、精神障害者 3,201,000 人である。人口千人当たりの人数で見ると、身体障害 29 人、知的障害は 4 人、精神障害者は 25 人である。重複障害者もいるため、単純な合計数にはならないが、およそ国民の 6%が何らかの障害を有している。（ここで、精神障害者については、身体障害者や知的障害者のような実態調査が行われていないため、医療機関を利用した精神疾患患者を精神障害者数としていることから、一過性の精神疾患のために日常生活や社会生活上の相当な制限を継続的には有しない者も含まれている可能性がある、との但し書きがある。また、平成 25 年版障害者白書の、この箇所は、次の資料を元に作成されている。即ち、在宅の身体障害者については厚生労働省「身体障害児・者実態調査」（平成 18 年）、施設入所の身体障害者については厚生労働省「社会福祉施設等調査」（平成 18 年）等、在宅の知的障害者については厚生労働省「知的障害児（者）基礎調査」（平成 18 年）、施設入所の知的障害者については厚生労働省「社会福祉施設等調査」（平成 18 年）で作成されている。そして、精神障害者については、外来患者は厚生労働省「患者調査」（平成 23 年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で、入院患者は厚生労働省「患者調査」（平成 23 年）より厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部で、それぞれ作成されている。）

ここで、今回の研究対象として取り上げた、身体障害者の現状を詳しく調べると、平成 18 年 7 月 1 日現在、全国の 18 歳以上の身体障害者数（在宅）は、3,483,000 人と推計されている。5 年前に比べ 7.3%増加している。障害の種類別に見ると、視覚障害が 310,000 人（8.9%）、聴覚・言語障害が 343,000 人（9.8%）、肢体不自由が 1,760,000 人（50.5%）、内部障害が 1,070,000 人（30.7%）であり、肢体不自由者と内部障害者が多い。年齢階級別に見た身体障害者の人口割合は、高年齢になるほど高くなり、63.5%が 65 歳以上である（平成 18 年身体障害児・者実態調査結果[5]より）。

上記平成 25 年版障害者白書には、在宅の身体障害者（18 歳以上）について、身体障害の発生時の年齢と身体障害の原因が詳述されている。

それによると、まず、障害の発生時の年齢分布については、40 歳以降の発生が 6 割強を占めており、65 歳以上の発生に限っても 24%程度ある。障害種類別で見ると、視覚障害、聴覚・言語障害、肢体不自由共に 3 割から 4 割程度が 40 歳までに生じているのに対し、内部障害では 40 歳以前の発生は 13%に過ぎず、大半が 40 歳以上で生じている。この点について、同白書は、内部障害では、中高年齢期に生じた心臓や腎臓等の臓器の疾病に起因する障害が多いことによる、

と分析している。

次に、身体障害の原因については、疾病や事故の割合が高いが不明や不詳も多い、と報告している。疾病の中では、感染症や中毒性疾患以外の疾患の割合が高く、生活習慣病や原因不明の疾患等によっても障害が発生している。また、事故の中では、労働災害が交通事故を若干上回っている。

IV. 日本の過疎地の現状

本節Ⅱ. ヘルスプロモーションの観点から見た、今日の障害者の健康課題（P.5 参照）、の中で、今日の障害者問題の重要課題として、開発途上国、低所得国、中所得国に対して重点的に目を向け、障害者のリハビリテーションに関するデータと情報を収集することが急務であること、そして、国際的に見れば、医療、リハビリテーション、アシスタンスと支援、建築物、道路、公共交通機関、情報通信、教育、就労と雇用等に障壁がある地域に目を向け、そうした地域に暮らす障害者への理解を深める研究も求められている、と述べた。では、今日の、日本の僻地や過疎地の一般住民の動態はどうであろうか。

一例として、「平成 16 年度版 過疎対策の現況[1]」を元に、日本の過疎地の現状を、筆者自身の言葉で端的に言えば、「過疎地域では、都市部への人口流出や自然減により、人口減少が進んでいる。その結果、生活水準や地域社会の基礎的条件の維持が困難になる等、深刻な問題が生じている。現在、生活の基礎的条件の整備や地域の自立促進のために、各種の対策と支援が講じられている。」となる。以下、上記「平成 16 年度版 過疎対策の現況」から要点をいくつか挙げる。

- ・ 過疎地域が全国に占める割合

2005 年 4 月 1 日現在、899 の市町村（全国の市町村の 37.5%）が過疎地域となっている。人口割合では 7.3%、面積割合では 51.7%が過疎地域に該当する。

- ・ 過疎地域と全国の比較

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

- ・ 過疎地域の人口推移

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

これらを見ただけでも、今日の僻地や過疎地の現状は、集落の存続を憂慮せざるを得ない、厳

しい状況であることがわかる。

また同書では、福祉や医療の状況に関し、1市町村当たりの特別養護老人ホームの設置数については、着実に整備がすすめられているが、なお格差が見られることや、診療施設について、1万人当たりの病床数は全国との格差は縮小しているものの、依然全国を下回っている、と報告している。

この、都市と農村の生活・医療格差については、塩飽[21]も、日本では都市と農村の経済格差は大きくないが、過疎農村での基礎的社会基盤の崩壊に伴い、地域医療の危機が生じていることを指摘している。

こうした、過疎問題の構造は、住民の生活構造上の福祉低下の問題として第一義的に重要であるとしても、更には、環境問題をはじめとした現代産業の価値構造全般に射程を延ばし得る問題と考えられているが、このような状況の中、現代農村社会学の学的対応は鈍い状況である[2]。

V. 研究に向けて

本節では、先ず、WHOが障害者の権利条約を支持していることを抑え、WHOが刊行した報告書を元に、ヘルスプロモーションの観点から見た、今日の障害者の健康課題を確認した。次に、障害者に対するリハビリテーションの意味を確認した後、日本国内の身体障害者数と過疎地の現状を見た。

世界の相互依存が深まる中、持続可能な環境、経済、平和のために、条件不利益地域の貧困問題の解決は大きな課題である[21]。

本節の中で、開発途上国、低所得国、中所得国に対して重点的に目を向け、障害者の健康情報を収集することが急務であること、また、医療、リハビリテーション、アシスタンスと支援、建築物、道路、公共交通機関、情報通信、教育、就労と雇用等に障壁がある地域に目を向け、そうした地域に暮らす障害者への理解を深める研究も求められている、と述べた。

一方、日本では、都市と農村の所得格差は縮小し、戦時中より指摘されていた所謂「農夫症（農薬中毒や農機具災害等の農業労働と健康に関わる問題）」に代表される、農村特有の健康問題は見えにくくなっている[21, 22]ものの、上述の通り、過疎農村では地域医療の危機が生じている。

こうしたことから、農村社会に特有な生活と健康課題に関する取り組みは、依然として日本を含め世界的な課題と考えられ、過疎化や定住性、少子高齢化、健康医療福祉・教育・生産・環境の統合、農村コミュニティ資源の有効活用の観点から、農村社会の社会的格差を改善するためのヘルスサービスリサーチを強化する必要が求められている[21]。

以上の点を抑え、次節では、健康教育学や公衆衛生学分野における、国内外の先行研究を俯瞰しながら、本研究の枠組みを提示する。

なお、過疎問題の構造を考える上で、過疎地は財政状況が厳しいことについて触れた。

上述の、世界障害報告書の中でも、障害について全般的に解説する中で[23, 24]、「障害と開

発 (Disability and development)」というセクションを設け、「Disability is a development issue, because of its bidirectional link to poverty: disability may increase the risk of poverty, and poverty may increase the risk of disability.」と述べ、障害者の特別なニーズに取り組まなければ世界で最も不利な立場にある人々の生活を改善することは難しい、と論じている。また、報告書全体を通じて、個人レベル（所得面及び非所得面）から国家レベル（資源や予算、財源面）まで、社会経済的状況と障害（及び障害に関連する事項、具体的には、医療、リハビリテーション、アシスタンスと支援、環境、教育、就労等を含める。）の関係について検討している。こうしたことから、今日の障害者の現状を分析・理解する際には、経済の視点も、欠かすことのできない重要な要因であることが認識できる。

筆者は、人間の健康課題を考えると、個人レベルであれ、国家レベルであれ、経済的要因も考察の対象となり得ることは心得ている。しかし、本研究においては、過疎地に暮らす身体障害者の健康課題を考えると、地理的条件や過疎の社会文化的側面を優先的に考察の対象とし、（個人及び自治体の）経済的要因は調査分析対象としなかった。

その理由は、経済決定論の見地から過疎地に暮らす身体障害者の健康を考える前に、当事者の生きる姿をありのままに見てみたかった、からである。

また、上記報告書では、障害と貧困の問題に関し、障害と貧困に関する経験的エビデンスは増えつつあるが、そのほとんどが先進国から得られたものであること、先進国と開発途上国では大きな違いが見られること（例えば、開発途上国については、障害の有無が貧困の可能性を高めるか否かに関するデータは様々であること等を指摘している。）、そして、障害と貧困の因果関係を確立する長期的なデータセットは、先進国でもほとんど入手できないことを指摘している[15, 16]。従って、こうした現状を考慮すると、障害者個人（家族を含む）及び自治体の経済的要因が、当事者の生活や人生にどのように影響を与えているかについて検討することは、一個人の横断研究の範疇を超えている、と判断したためでもある。

過疎地の地理的条件や社会文化的側面からも、そこに暮らす住民の健康課題を考察することは可能であると考えられる。過疎地に暮らす身体障害者の健康課題について、経済的要因を含めて解析をする研究は、今後の課題となる。

第3節 研究の枠組み

本節では、これまでの健康教育学や公衆衛生学のアプローチが明らかにしてきた知見と問題点を整理しながら、本研究の枠組みを提示する。

なお、海外の先行研究を調べる際は、過疎地を「depopulated area, less-populated area」ではなく、元来、農村地域の意味である「rural area」とした。過疎地を「depopulated area, less-populated area」とすると、先行研究がほとんど見られなかったためである。また、身体障害者は「physically handicapped person, disabled person, the handicapped, the physically handicapped, person with physical disability (disabilities)」等とした。一方、日本国内における研究動向を調べる際は、学術雑誌「日本公衆衛生雑誌」と「民族衛生」を中心に整理した。

先行研究の傾向としては、国内外を問わず、農村地域を対象とした研究や、高齢者を対象とした社会疫学研究は、古くから行われてきた。海外では、1980年代後半より、「農村地域、身体障害者」の両方をキーワードとした研究が見られはじめる。しかし、農村をフィールドとした研究では、健常者や高齢者(elderly, older persons等)を対象とした研究は多いものの、身体障害者を取り上げた研究は少ない。

一方、日本国内では、笹谷ら[25]が、「高齢化が急速に進行している先進工業国では、わが国も含めて従来の施設型福祉・ケアから在宅或いは地域福祉・ケアと政策転換がおこなわれている中で、高齢者の地域社会の中での身体的・物質的・精神的な自立の諸条件を明らかにする研究が今早急に求められている。」と述べているが、上記した学術雑誌の、1980年以降の全ての文献をレビューすると、1993年以降より、大都市部や過疎地、農村地域を問わず、高齢者をキーワードとした社会疫学研究が盛んになる。

I. 当事者の住民意識について

本研究では、先ず、過疎を語る時、過疎集落の住民は「地域に対してどのような意識を持っているのか、どのような生活意識を持って日々の暮らしを送っているのか。」というような、住民意識の問題は等閑にふされる傾向がある[26]、ということに着目した。

健康教育学や公衆衛生学分野ではこれまで、居住地をどのように見るかという住民意識の問題は、生活満足度やソーシャルサポート、サポートネットワークという視点から検討をされて来た。研究の傾向としては、一般住民、特に、高齢者を対象として行われているものが多い。

Houseら[27]は、これまでの研究をレビューすることを通じ、ソーシャルサポートやネットワークは、高齢者の健康に様々な影響を与えていることを明らかにしており、同様に、岸ら[28]も、国内外の文献をレビューすることを通じ、情緒的サポートのポジティブ・ネガティブ効果、受領・提供効果の両面に目配りし、男女比較や地域比較によって、高齢者の生活に即したサポートネットワークの整備方法を明らかにすることが必要である、と主張しているが、研究対象がどのような地域かに関わらず、住民の健康課題を考える上で、生活満足度やソーシャルサポート、サポートネットワークの点から考察をして行くことは重要な視点となっている。

具体的な先行研究を概観すると、例えば、Litwin ら[29]は、アメリカ在住の 65 歳以上の高齢者を対象とした研究から、社会関係資本 (Social capital) がより大きいほど生活満足度が高いと報告しており、同様に、出村ら[30]も、在宅高齢者 (有為抽出により、北海道、秋田、石川、福井、愛知、岐阜の各道県で実施) を対象とした研究において、満足度の背景には多様な生活状況が存在すること、ソーシャルサポートに関する生活状況はいかなる内容の生活満足度に対しても影響が大きいこと、等を報告している。

死亡率との関連性からも検討した研究としては、Hanson ら[31]が、スウェーデン在住の 1914 年に生まれた男性高齢者を対象とした 5 年間の追跡調査から、ソーシャルネットワークとソーシャルサポートは死亡率に関連していることを報告している。同様に、Berkman ら[32]も、アメリカ合衆国カリフォルニア州アラメダにおける 9 年間の追跡調査から、社会とのつながりの欠落は死亡率に関連していることを報告している。

過疎地や農村で実施された研究としては、Kutek ら[33]が、南オーストラリアの農村地域在住の 18 歳以上の男性を対象とした横断研究で、ソーシャルサポートや地域社会への帰属意識はストレスを緩衝し、主観的幸福感を高めることを示している。また、Lee ら[34]は、オーストラリアビクトリア州ギブスランド在住の 18 歳以上の成人を対象にした調査から、精神的な苦悩や身体障害、精神障害のレベルが低いほど、主観的幸福感や生活満足度が高いことを示している。

国内では、瀧澤ら[35]が、秋田県の農村において、家族内でのサポートの授受と幸福感の関連を検討した結果、男女とも情緒的サポートが最も高く関連していること、サポートの授受が多いほどモラル (居場所感、幸福感) が高いこと、サポートの供給源と考えられる配偶者を中心とした家族内の関係の良否がモラルにより影響していること、等を示唆している。また、島貫ら[36]も、沖縄県の農村にて、自立度別に交流頻度と生活満足度及び精神的健康度との関連について検討し、生活満足度と精神的健康度に及ぼす交流頻度の影響は高 IADL (Instrumental activities of daily living、手段的日常生活動作) 群と低 IADL 群で異なることを示し、特に、自立度の低下した高齢者の精神的健康度を維持する上で、近所や別居子、親戚との交流頻度の影響が大きいことを示唆している。更に、安梅ら[37, 38]も、大都市近郊の農村に居住する 60 歳以上を対象とした追跡調査より、社会関係性は生命余後と関連していると報告している。上述の岸も、主として北海道内の過疎地域を対象として、ソーシャルサポートやサポートネットワークをキーワードとした研究に、多く参加している[25, 39-46]。

これらの先行研究からは、過疎地に暮らす身体障害者を、健康教育学や公衆衛生学の立場から研究をする際には、多様な生活状況を考慮に入れることや、特に、社会関係性とその中身や質を検討することの重要性が示唆されるが、上述の如き住民意識、即ち、過疎地に暮らす身体障害者を対象として、「居住地は暮しやすい場所だと思うか」という問いを發した研究は、国内外を通じてほとんどない。

過疎地に暮らす身体障害者への、過疎地という特性を考慮した健康支援を考える際、根源的な問いとして、住民意識を問うことは重要と考えられる。そうした住民意識の問題を先ず調べ、同時に、関連する要因を、生活の状況 (家族や社会との関わりや生活環境等) の面から総合的な検討

がなされて初めて、当事者の健康課題が語れるものと思われる。

II. 主観的健康感について

次に、この住民意識を、より人間の健康課題に引きつけて検討しようとする際、妥当と思われる尺度の一つとして、WHO の健康の定義[47]「Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.」に基づいた問いである、主観的健康感が考えられる。

山崎[48]によれば、本人の意識や訴えとは独立に存在する医学的所見や多覚的所見（所謂サイン（Sign））に基づき、医師や専門家によって診断、把握される健康状態のことを客観的健康（Objective health）といい、本人が自分の状態をどのように感じ、或いは自覚しているかによって表される健康状態のことを主観的健康（Subjective health）と呼ぶ。主観的健康の指標としてよく用いられるのは、心身の自覚症状や訴え（Symptoms）の類と、健康状態の自己評価（Self-rated health, Self-assessment of health）や自覚的健康（Perceived health）である。後者は、例えば、「あなたの健康状態はいかがですか」という質問に対して、「とても健康」から「全く思わしくない」までランクづけされた数個の選択肢から 1 つを選んでもらうことによって得られる（ここで、Subjective health の訳語については、主観的健康、主観的健康感等と、文献によって違いが見られる。この文脈では、文献[48]内で、山崎が「主観的健康」と表記してあるためその通り記述したが、本研究では主観的健康感で統一表記した。）。

杉澤ら[49]は、アメリカを中心に、健康度自己評価に関する研究の動向を、研究の動機、問題関心に着目してレビューし、①アメリカでは、1950 年代後半より、老年学領域での関心の高まりにより、健康度自己評価に関する研究が始められた（そのため、高齢者が分析対象となる研究が多かった。）。②初期の代表的な研究者は、Suchman ら[50]及び Maddox ら[51]で、その動機は、医学的な健康指標として代用が可能かどうかを明らかにすることであった。結果としては、医学的・客観的健康指標との代替可能性が低い、との報告が多かった。③しかし、健康度自己評価と、身体的健康指標、精神的健康指標、社会的要因（社会活動性や対人接触、社会的支援、社会階層等）との関連を包括的に分析した研究が、Garrity ら[52]、Graney ら[53]等によって進められ、健康度自己評価が、健康の身体的側面、精神的側面、社会的側面を総合化した指標であるという見方もなされるようになった。④その後、LaRue ら[54]、Mossey ら[55]、Kaplan ら[56]等によって、生命予後、日常生活動作能力の変化を外的基準とした予測妥当性に関する評価も行われ、他の健康指標の影響を調整してもなお、予測妥当性が高いことが内外において確認されてきている。⑤わが国の研究では、1980 年の中ごろ、芳賀ら[57]によって関連要因（身体的健康指標（含む医学検査）、精神的健康指標、社会活動性、社会経済指標、人口学的指標）の解明が始められたのが最初だが、研究の歴史は浅く、健康度自己評価の健康指標としての重要性、問題点についても十分な検討がなされているとはいえない、等の点を指摘している。

ここで、上記④の中で指摘されている、予測妥当性について加筆すれば、山崎も同文献[48]

で続けて、近年、中高年齢者を対象とする多くの前向き研究（Prospective-study）において、健康状態の自己評価は、検査や医師によって判定された客観的健康度をコントロールしてもなお、その後の生存・死亡に対して予測力を持つばかりか、客観的健康度よりむしろ予測力が高いという結果が得られている、と述べている。

しかし一方で、主観的健康感と死亡率の関連については、三徳ら[58]が文献研究を行っており、その中で、主観的健康感の低い者のその後の生存妥当性が低いことは、大多数の研究で確認されたが、そのメカニズムに関する詳細な研究報告は見あたらなかった、と述べている。更に、主観的健康感と生命予後に関して、全死因死亡との関連、性差との関連、年齢や世代との関連、各死因との関連、疾病発症予測及び追跡期間との関連、社会経済との関連等の視点から検討を深める必要があることも指摘している。また、上述の杉澤らも、健康度自己評価の、医学的・客観的健康指標との併存的妥当性に関する研究のほとんどが、分析対象を高齢者に限定しているため、高齢者間で示された併存的妥当性に関する知見がそのまま、高齢者以外の年齢階級の低い層にも当てはめられることができると考えるのは危険である、と述べているが、これらの指摘からは、主観的健康感については解明すべき課題は多く、社会疫学研究に用いて関連要因や生命予後との関連で議論する際は、慎重な姿勢が求められるものと考えられる。

こうした研究の経過や課題を抑えた上で、先行研究を概観すると（本研究は、主観的健康感と死亡率の関連を調べるコホート研究ではないため、関連要因を検討した先行研究を概観する。）、例えば、Blazerら[59]は、アメリカ合衆国ノースカロライナ州ダーラム在住の65歳以上の高齢者を対象とした調査から、身体的健康は、抑うつや心気症、生活満足度と関連しており、また、ADL（Activities of daily living、日常生活動作）や医師の訪問回数とも関連していること、そして、主観的健康感の低い高齢者は、社会的支援を求めていることを示唆している。また、Brownら[60]は、アメリカ合衆国ロサンゼルス州在住の成人に対する調査から、貧困地域に暮らす慢性疾患のある人は都会に暮らす慢性疾患のある人よりも主観的健康感が低いという結果や、隣人に恵まれない中で暮らすことは慢性疾患を管理する上で障壁となることを示唆し、貧困地域に暮らす、慢性疾患があり主観的健康感も低い人の特徴を特定する必要があると主張している。

一方、国内では、芳賀ら[57]が、東京都小金井市在住の69歳から71歳までの高齢者を対象とした研究から、健康度自己評価は、身体的健康や客観的健康と関連しているが、精神的健康や社会活動とも関連していることを報告している。また、中村ら[61]は、全国の65歳以上の在宅高齢者を対象とした研究から、定期的な通院とADLの低下が主観的健康感の悪化と関連していることや、社会活動参加は主観的健康感を向上・保持させるという結果を報告している。

主観的健康感とは、社会参加と日常生活の活力との関連から、今後の高齢者の健康づくりを推進する際に重要な健康指標として活用するための研究が、介入研究も含めて期待されている[58]。一方、中村ら[61]は、これまでの、特に国内の研究について、主観的健康感を規定する心理的な要因や主観的健康感の向上に結び付くような項目の観察は少ないことや、多くの研究が特定の地

域を対象として実施されており、調査に対する協力率（回答率）が低いこと、そして、わが国での全般的な状況については明らかでない部分も多いことを指摘しているが、先行研究を概観しても、過疎地や農村を対象として身体障害者に焦点を当てた研究は、国内外を通じてあまり見られない。過疎地に暮らす身体障害者に対し、住民意識を問うと同時に、主観的健康感の現状とその関連要因を調べることは有意義と思われる。

このように本研究では、過疎地に暮らす身体障害者に対して、まず、住民意識の問題や主観的健康感に関する知見を得ることから始めた。同時に、先行研究に倣い、それらに関連する要因を、生活の現状（家族や社会との関わり、生活環境）から丁寧に見て行くことにした。そして次に、当事者の普段の健康関連行動の様子や、身体的、精神的、社会的健康（特に、心の健康状態とその関連要因）を調べることにした。

Ⅲ. 健康関連行動や受診行動について

松下[62]によれば、健康教育で目指すことは、個々の住民の人たちの健康実現に関する主体の形成、即ち、自分自身の健康状態を理解し、その状態を判断して、何をしたらよいのか、という自らの行動のあり方を決めて、積極的に取り組むような、自立的な自分を形成することである。従って、今後の健康教育やヘルスプロモーション活動の展開のためには、まず、当事者の健康関連行動や受診行動の現状を丁寧に見て行くことが重要と考えられる。

先行研究を概観すると、三觜ら[45]は、高齢者に検診受診を勧奨する時は、地域特性（都市部、過疎地、都市近郊農村）を考慮する必要があることを示唆し、他の研究[46]では、高齢者の検診受診行動は、ソーシャルサポート・ネットワークが関連を有することを明らかにしている。保健医療サービスを提供する側の人間と提供される当事者の関係を論じたものとしては、小島[63]が、地域保健活動における専門家と住民との関係性の意義を論じ、「地域保健活動において、保健サービスを提供するという専門職固有の職務から離れ、住民の身近にいて住民を見守るという関係自体によって健康問題へ取り組むという姿勢」は、保健サービスの提供とは別の作用機序で地域の健康水準を高めることを示している。また、Meng ら[64]も、看護師の効果的な介入は、心臓疾患のある患者の身体機能の改善や良好な健康状態に役立つことを示しているが、過疎地に暮らす身体障害者を対象として、普段の健康行動やリハビリテーションサービスの利用状況、そして保健医療の専門家との関係を検討した研究は、あまり見られない。

過疎地という、地域特性が考慮されるべき環境の中、当事者の、障害や健康への気づきや、障害の治療やリハビリテーションのために利用する施設についての見解（利用状況や満足点、不満点）を得て、現状としてはどのような姿勢でいるのか、どのような見解を持っているのかを知ることは、当事者の生活の質（Quality of life：以下、QOL）や自立的な自己形成を支援する上でも、重要な意義を有していると考えられる。

IV. 身体的健康、精神的健康、社会的健康について

次に、身体的健康、精神的健康、社会的健康の関係であるが、一般的に、これらは相互に関連づけられて研究される。

例えば、Levasseur ら[65]は、カナダケベック州在住の 60 歳以上の身体障害者を対象とした 2 年間の縦断研究を通じて、日常的な活動への関与や社会的役割への参加、そして環境要因（障壁と援助者）は、QOL に影響を与える因子であることを報告している。

国内でも、近年、高齢者を対象として、この類の研究は盛んに行なわれている。例えば、尾崎ら[66]は、全国の 100 歳以上の長寿者の QOL を調べ、超高齢者の高い QOL に寄与する要因として、男性では、運動習慣がある、身体機能としての視力が保持されている、普通の硬さの食事が食べられること、そして女性では、運動習慣がある、身体機能としての視力が保持されている、自分から定時に目覚める、食欲がある、同居の家族がいること、等を示唆した。またその際、QOL の高い百寿者の割合に地域差は認められないとも述べている。類似の研究としては、神宮ら[67]が、福岡市西区在住の 65 歳以上の高齢者を対象とした調査から、バランスの良い食事、運動する習慣、趣味、人との交流の他、肯定的な老いへの態度、心理的に安定感を持つことが、高齢者の生活機能の維持に関連する要因であることを示唆している。

過疎地や農村地域を対象とした研究では、熊谷ら[68]が、秋田県南外村の調査から、多様な食品を摂取することが、地域在宅高齢者の高次生活機能の自立度の低下を予防することを示唆している。また、大西ら[69]は、高齢化が著しく高率である離島における、高齢者の健康に関連する要因を、生命予後との関連で検討しており、年齢、現在の仕事の有無、1km 歩行の状況、老研式活動能力指標、血圧測定の有無、喫煙状況が生命予後と関連することを報告している。

しかし、以上の研究の傾向としては、一般住民や高齢者は多数あるが、身体障害者を対象とした研究は、国内外共に十分でないといえる。

ところで、星ら[70]は、これら健康三要因（星は、身体的健康、精神的健康、社会的健康をまとめてこのように総称している。）は、精神的健康を基盤として、相互に関連し合っている実態が明確になりつつある、と述べている。そして自身も、都市郊外高齢者を対象として、健康三要因の経年変化を明確にすると共に、それら要因間の因果関係を明確にすることを試みた結果、高齢者の身体的健康と社会的健康は、3 年前の精神的健康が基盤となって規定される可能性を示唆している[71]が、近年の研究の傾向としては、精神的健康に着眼する必要性が強調されている。

これを裏づけるように、例えば、秋田県内の農村地域に暮す後期高齢者を対象とした研究から、身体機能が抑うつと関連しているとした、長田ら[72]の報告や、カナダオンタリオ州在住の 22 歳から 92 歳の成人に対する分析から、身体障害のある人は内省と抑うつとの間に正の関連があり、それには当事者の全人的な健康状態が関係しているとした、Van Gundy ら[73]の報告がある。

こうした点について、増地ら[40]は、欧米に比べ、日本ではソーシャルサポートやネットワークと高齢者の抑うつとの関連に関する研究が十分とはいえないとし、これまでの国内外の文献を整理した上で、高齢者の精神的健康を改善・促進する方法を検討することが重要であると主張し

ているが、このことは、精神的健康と社会的健康の関連性に関する研究の積み上げが、更に求められることを示している。

また、上記 Levasseur らは、同じくカナダケベック州で身体障害者を対象として実施した他の研究[74]で、ソーシャルサポートに加え、社会の態度 (Social support and attitudes) が QOL と関連している、と報告しているが、このことは、身体障害者を対象として精神的健康と社会的健康の関係 (例えば、上述のソーシャルサポートやネットワークと抑うつの関係等) を検討することは重要であるが、その際、社会の態度、具体的には、差別や偏見の経験等も視野に入れる必要があることを示唆するものである。

これらの先行研究からは、複数の尺度を用いて、当事者の心の健康状態を調べることで、そして、結果に関与する要因や、尺度間の相互関連性を、丁寧に分析することが求められているといえるが、従来の研究の傾向としては、本節冒頭で述べた如く、一般住民や高齢者を対象とする場合が多く、過疎地や農村地域を対象とした研究、そして身体障害者を対象とした研究は十分とはいえない。過疎地に暮らす身体障害者を対象として、身体的健康、精神的健康、社会的健康の関係を丁寧に検討することは、一定の意味を持つであろう。

V. オリジナルな研究を目指して

更に、これらの問題提起に加え、よりオリジナリティのある研究を目指そうとする場合、従来の研究に関して、以下の如き方法論上の問題点を指摘できる。

先ず、従来の社会疫学研究では、誰を対象とする研究であっても、また、どの地域で行われる研究であっても、地域住民の「疾病の原因／重要な要因」や「危険因子」を求めることが主たる目的であり、住民の内面にある健康生成要因、言い換えれば「より健康な方向への心身の改善や変化を促す要因」については、あまり明らかにされていない。

また、人の生き方や社会の動きには様々な過程があるにも関わらず、統計的分析だけで断定的に分析・考察をする傾向がある。土地の人の暮らしを尊重し、「勉強させていただく。」という姿勢でフィールドに出向き、一人一人と丁寧に向き合い、量的研究と質的研究を臨機応変に使い分けながら分析をして行く、という類の研究は稀少であることも挙げられる。

VI. まとめ

WHO が、障害者の権利に関する条約を支持し、健康やリハビリテーションの点からこの条約を積極的に支えていること、そして、障害者へのリハビリテーションに有用なエビデンスを求めていること、その際特に、農村部、遠隔地、島嶼、過疎地に目を向けていること、は、本章第2節Ⅱ. ヘルスプロモーションの観点から見た、今日の障害者の健康課題 (P.5 参照)、で述べた通りである。一方、混合疾患型 (高齢慢性疾患障害者型) 社会の日本において、また近年、特に2006年 (平成18年) 4月1日障害者自立支援法[75]施行以降、障害があってもその症状がコントロールされ身体的にも社会的にも自立した生き方が従来以上に求められており、同時に、そう

した生き方を自ら積極的に望む障害者が増えている今日、国土面積の約半分を占める過疎地に着目をし、そこに暮らす身体障害者に関する健康現象（心と体の健康、健康生成要因、環境との相互作用等）を、当事者の生活する姿や生の声を最大限尊重しながら包括的に記述することも、また、有用と思われる。農村社会に特有な生活と健康課題に関する取り組みは、世界的な課題であり[21]、日本の過疎地に暮らす身体障害者の、健康現象に関する具体的な内容や特性が明らかになれば、ヘルスプロモーション活動を進める上で一定の意味を持つであろう。なお、本論文作成途上で、障害者自立支援法は廃止され、平成 25 年 4 月 1 日から障害者総合支援法が施行された[76]が、「障害があっても、各々に応じた自立した生き方が求められている。」「障害者自身も自立した生き方を望んでいる。」という、社会の潮流の本質自体は、何ら変わりはないと思われる。

先行研究を元にした以上の議論より、本研究では、日本の過疎地に暮らす身体障害者の生態学的理解を深め、ヘルスプロモーション活動に寄与することをねらいとして、

『日本の過疎地に暮らす身体障害者の生活の現状はどのようなものなのか。』

『過疎地に暮らす身体障害者が、生活や障害にどのような意味を持たせて生きているのか。』

の 2 点を探求することを、根本的なりサーチクエスチョンとした。

そして、これらの問いに答えを導くために、3 つの研究を実施した。

一つは、当事者の生活状況に関する、基礎的な検討である（第 2 章）。ここでは、当事者の生活、健康や健康管理、障害の治療やリハビリテーションに利用する施設に関する意見、社会参加に関する意見を把握したり、居住地を暮しやすいと思う気持ちや主観的健康感に関連する要因について検討を行った。

二つ目は、当事者の、心の健康の実態を把握することと、その関連要因を検討することである（第 3 章）。ここでは、複数の尺度を用いて、当事者の心の健康状態とその関連要因について、考察を加えた。

そして三つ目は、当事者の、生活や障害に関する思いを把握する試みを行った（第 4 章）。これは、当事者の「語り」から、共通したものの見方や考え方、行動様式や意味づけを、帰納的に明らかにすることを試みたものであり、全体の中で最も力点を置いた研究である。

今回の研究では、上記の問いに答えを導くための研究ツールとして、第 2 章では国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health：以下、ICF）の考え方を、そして、第 3 章では医療社会学者 Aaron Antonovsky（アーロン アントノフスキー：以下、アントノフスキー）が 1980 年代までに体系化した健康生成論の考え方を、それぞれ用いた。

次節では、ICF の理念や健康生成論の考え方について、それらの概要と研究へ用いた理由を述

べる。また、「なるべく多くの人に会い、過疎地に暮す身体障害者の、生物的適応と文化的適応の両方を総合的に把握することを目指す。」旨を軸とした、本研究全体を貫く方針についても述べる。

第4節 研究ツールと研究方針

本研究では、ICF の考え方と、医療社会学者であるアントノフスキーが提唱した健康生成論の考え方の 2 つを、中心的な考え方や研究ツールとして用いた。本節では、これらの概要と用いた理由について述べる。また、本研究を貫く方針についても言及する。

I. ICF (International Classification of Functioning, Disability, and Health)

先ず、ICF[77, 78]について述べる。ICF は、国際障害分類 (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps : 以下、ICIDH) を改定したものである[79, 80]。

ICIDH とは、WHO が 1980 年に試案として発表したもの[80]で、「疾患・変調 (Disease or disorder) から機能・形態障害 (Impairment) に矢印が延び、そこから能力障害 (Disability) に矢印が行き、更にそこから社会的不利 (Handicap) に矢印が行く。」という概念を示したものであった。ここで、Impairment とは生理的レベルで捉えた障害であり、Disability とは個人レベルで捉えた障害であり、Handicap とは社会的レベルで捉えた障害である[79]。

ICIDH は、障害の階層構造 (3 つのレベル) を明らかにした点で画期的だったが、一方で問題点も指摘されていた。具体的には、①矢印が運命論的に見えてしまうこと (逆方向もあり得ることが示されていない)。②矢印が時間的秩序を示すものと受け取られてしまいやすいこと (実際は、矢印は原因・因果関係を示す)。③障害のある人のマイナス面だけを見ていること。④環境的な因子が考慮されていないこと。⑤社会的不利についての分類が不備であること。⑥作成過程に障害のある人自身の参加がなかったこと。⑦分類項目が欧米の文化を前提に作られていること。⑧主観的障害が考慮されていないこと。⑨疾患から社会的不利が直接生じる場合があること (ハンセン病やエイズ、精神疾患のように、病気がある・あった、だけで、社会的不利が生じる場合がある。)、等の問題点である[79]。

ICF は、こうした批判を元にして、5 年間にわたる系統的なフィールドトライアルと国際的な議論を経て開発された。そして、2001 年 5 月 22 日に、第 54 回世界保健総会 (WHA) によって承認され (決議 WHA54.21)、国際的に用いられることになったものである[80]。

ICIDH は、単なる障害の分類であり、「障害により～ができない。」といったことを示す“マイナスの分類”とされていたが、ICF では生活機能という“プラスの分類”に変更された。従来、障害とは生活上の不自由や不利益であったが、そこに、生活機能という考え方を導入し、「障害を通して人が生きることの全ての全体像を捉えよう。」という考え方に変遷したものである。いい換えれば、以前より用いられてきた「機能・形態障害 (Impairment)」「能力障害 (Disability)」「社会的不利 (Handicap)」に取って代わり、分類の視野を拡大して、大きく生活機能というプラスの中に障害というマイナスを位置づけてみる、ということである[79]。

ICF において、生活機能とは、人を、心身機能及び身体構造 (Body functions and structure)、活動 (Activity)、参加 (Participation) という 3 つのレベルで捉え、この 3 つを包括したものである。そして、健康状態と生活機能の間には、双方向的な影響がある、と考えている。また、

健康状態 (Health condition) からそれぞれに影響があるということだけではなく、生活機能の 3 つのレベルの間にも双方向的な大きな影響がある、と考えている。更に、ICF の重要な点は、背景因子 (Contextual factors) という概念を導入したことである。背景因子とは、具体的には環境因子 (Environmental factors) と個人因子 (Personal factors) であるが、これが生活機能の 3 つのレベルに大きな影響を与えるという、人に関して総合的な見方を立てたところに、特徴がある [79]。ICF で使用する用語の定義を簡潔にまとめると以下のようなになる [79, 80]。

- ・心身機能及び身体構造 (Body functions and structure)

手足の動き、精神の働き、視覚や聴覚等の機能をはじめとする、身体系の生理的機能 (心理的機能を含む) である。身体構造とは、手足の一部とか、心臓の一部 (弁等) をはじめとする、器官や肢体とその構成部分等の、身体の解剖的部分である。

- ・活動 (Activity)

課題や行為の個人による遂行のことである。従来よりある、日常生活動作 (Activities of daily living : ADL) や手段的日常生活動作 (Instrumental activities of daily living : IADL) に関する項目だけではない。食事を作る、掃除をする等の家事行為とか、仕事に行き事務を執る、機械を扱うとか、仕事に行くために電車に乗るとか、そういう社会生活上必要な行為が全て入り、また、余暇活動 (趣味や旅行やスポーツ活動) 等も入る。

- ・参加 (Participation)

生活・人生場面 (Life situation) への関わりのことである。人生の様々な状況に関与し、そこで役割を果たすことである。単なる社会参加にとどまらない、もっと広い概念である。例えば、主婦としての役割、仕事場での役割、或いは、趣味やスポーツに参加する、地域の活動に参加する、政治活動に参加する等の、様々なものが含まれる。

- ・背景因子 (Contextual factors)

個人の人生と生活に関する背景全体を表す。環境因子 (Environmental factors) と個人因子 (Personal factors) の 2 つの構成要素からなる。

環境因子とは、人々が生活し、人生を送っている物的な環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境を構成する因子のことで、個人的レベルと社会的レベルの 2 つに焦点を当てている。個人的レベルは、家庭や職場、学校等の場面を含む個人にとって身近な環境で、人が直接接触するような物的・物質的な環境や、家族、知人、仲間、よく知らない人等の他者との直接的な接触が含まれる。また、社会的レベルは、コミュニティーや社会における公式又は非公式な社会構造、サービス、全般的なアプローチ、又は制度であり、個人に影響を与えるものである。就労環境、地域活動、政府機関、コミュニケーションと交通のサービス、非公式な社会ネットワーク、更に法律、規定、公式・非公式な規則、人々の態度、イデオロ

ギー等に関連する組織やサービスが含まれる。

一方、個人因子とは、その人固有の特徴を指す。年齢、性別、民族、生活歴(職業歴、学歴、家族歴等)、価値観、ライフスタイル、コーピングストラテジー(困難に対処し解決する方法や方針)等、非常に多様であり、分類は将来の課題とされて例が挙げられているだけである。

ICFは、我々研究者に、障害者(時には、障害のない人間、例えば、高齢者や妊婦も含める。)を見る時の、謂わばフレームワークを与えており、その用い方は、研究者の科学的嗜好性と独創性に委ねられる。単に、障害者個人を見るのに適しているだけではなく、例えば、社会保障や医療評価、地域・国・国際レベルでの住民実態調査といった様々な場面で、幅広く適用するのに有用である[80]。そこで、筆者は本研究において、ICFを、ICF活用の試みの一つとして、身体障害者の生活の全体像を把握し記述統計に厚みを増すために使用してみようと考えた。本研究では、参加(Participation)と環境因子(Environmental factors)を使用したか、どのように使用したかについては、第2章第2節V. ICFを用いて質問項目を作成した手続きについて(補足)(P.46参照)、の中で詳述した。

II. 健康生成論

本研究で、研究ツールとして用いた考え方の2つめが、健康生成論[81]である。

健康生成論(サリュートジェネシス(サルートジェネシス)、Salutogenesis)は、医療社会学・健康社会学者であるアントノフスキーが、従来の医学に代表される疾病生成論(パソジェネシス、Pathogenesis)と、相互補完的なものとみなされるべき、健康や病気に対する新しい見方として、提唱し深化させた理論である[82]。

健康生成論(Salutogenesis)は、これまでの医学、公衆衛生学、予防医学が、基本的には、疾病を発生、憎悪させるリスク要因(Risk factor)の解明とその軽減、除去を目指す疾病生成論(Pathogenesis)の体系であったのに対し、健康を守り発展させるためには、健康を維持、増進、回復する要因、即ち健康要因(サリュタリー(サルータリー)・ファクター、Salutary factor)に着眼し、その解明と支援・強化を図るもう一つの体系が必要であるとして提唱され、理論展開されたものである[83]。ここで、サリュート(Saluto-)は、「有益な、健全な」或いは、「健康に良い」という意味で用いられるサルータリー(Salutary)と語源的には同じであり、ジェネシス(-genesis)は「起源、発生の由来」のような意味で用いられている[84]。

アントノフスキーの1987年の著作「健康の謎を解く[81]」では、健康生成論における中核概念である、SOC概念がより具現化され、そのスケールが提案された。

伝統的な医学の疾病志向(Disease-oriented)、即ち、健康な人々と病者に二分する認識(二分法)に懐疑的な考えを抱いたアントノフスキーは、健康を可逆性のある連続体(健康—健康破綻の連続体)と捉え、

- ・ある人がある地点で、連続体のどこに位置しているのか。
- ・どのようなファクターが、その人を健康軸の方向へと押しやるのか（これを、アントノフスキーは、汎抵抗資源（Generalized Resistance Resources：以下、GRRs）と呼び、生命体がストレスに対処するときの手段の数々である、と考えた。）。

に注目をした。

そして、健康—健康破綻を両極とする連続体上におけるその人の位置を保ち、かつ健康の極側に移動させるための、まさに主要な決定要因を首尾一貫感覚（Sense of Coherence：以下、SOC）と名づけた[82]。アントノフスキーは、SOCを「首尾一貫感覚（SOC）とは、その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界（生活世界）規模の志向性である。それは、第1に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測可能なものであるという確信、第2に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源は、いつでも得られるという確信、第3に、そうした要求は、挑戦であり、心身を投入しかかわるに値するという確信からなる。」と正式に定義している[82]。この際、第1を把握可能感（Comprehensibility）、第2を処理可能感（Manageability）、第3を有意味感（Meaningfulness）と名づけている。

また、アントノフスキーは、GRRを「一貫性と、結果の形成への参加と、過小負荷—過大負荷のバランスという3つの特徴を持った人生経験（Life experience）をつくり出し、それによって強いSOCを形成或いは強化するもの。」と定義している[82]。詳細を述べれば、身体的・生化学的（遺伝的、神経免疫学的なもの）、物質的（個人レベルでは金、体力、住居、衣類、食事等で、個人間レベルでは、権力、地位、サービスの利用可能性を含む資源）、認知・感情的（知識や知性、知力及びアイデンティティ）、評価的・態度的（合理性、柔軟性、先見性の3つの態度）、関係的（社会的関係）、社会文化的（宗教、イデオロギー、哲学）を指し、世の中にあまねく存在している、ストレッサーの回避や処理に役立つものの総称である[85]。

そして、この概念を元に作られる、29の質問項目（29項目版（SOC-29）と13項目版（SOC-13）とがある。）からなるSOCのスコアが高いほど原則的にはSOCが強い、と考えられている（今、原則的に、と記した。その理由は、アントノフスキーが、極めて高い得点者は、強い（Strong）SOCというよりも、硬い（Rigid）もしくは本物でない（Inauthentic）SOCという方が適切だろう、と主張しているためである。アントノフスキー自身、ほとんどあらゆることを理解していると主張する人や、ほとんど全ての問題に答えはあると考えている人や、疑問があることに耐えられない人を、SOCの非常に強い人と呼ぶことには問題がある、と考えている[82]。).

具体的には、「あなたは、困難な問題に直面したとき、その解決法は」という質問に対し、「いつも混乱して見つけるのが難しい（1点）」から「いつも何の迷いもなく見つけられる（7点）」の、7点尺度のリッカート・スケールで回答を求めて行く。質問項目の中には、採点の際に得点を逆転させるものもある。Erikssonら[86]は、SOCスケールについて、信頼性と妥当性につい

ては十分であると述べている。

では、筆者が健康生成論を本研究に応用した理由であるが、ここでは上田の意見を引き合いに出しながら解説する。

上田は、「障害」の客観的な内部構造を形成する 3 つのレベルとして「機能・形態障害」「能力障害」「社会的不利」を設定した、ICIDH の理論を評価した[19, 79]。同時に、ICF が ICIDH を深化させたものであることに関しても、相当の評価を示した[79]。

更にその上で、上田は、ICIDH が採用された当初より、「障害」に対する客観的な捉え方だけでは十分ではないとし、国際・国内のリハビリテーション界全体のコンセンサスにまでは至っていないと前置きをした上で、人間には人間の体験としての心の世界、つまり、世界の全てのものを自己の価値体系に従って「価値づけ」、「意味づけ」、また自分の人生を自分の理想とする自己像に沿うように形づくろうとする心の世界があることを指摘し、具体的にこの世界を、「実存」のレベルにおける生活、という言葉で表現した[19]。

この「実存」のレベルにおける生活において、人間は、単に受動的に精神が周囲に生起する客観的現実を反映しているのではなく、自己の生をどのように意味づけ、方向づけ、価値づけるかといった、能動性をもって反応している、と上田は述べている。そして、障害者の場合にも、障害によって大きく転換させられざるを得ない自分の人生をどう受け止め、「障害者」になったということによって大きく傷つけられがちな自尊心や自信をどう取り戻すかが大きな精神的課題となる、と主張した[19]。

つまり、上田は、「障害」は包括的な上位概念であり、その下位には客観的障害（機能・形態障害、能力障害、社会的不利）と主観的障害（体験としての障害。いい換えれば、実存のレベル（主観的な体験として、自尊心・価値観・人生の目的等に関するレベル）で捉えた障害[19]）が存在すると考え、客観的障害を捉えることと同時に、主観的障害に対する心理的アプローチ（当事者と家族の、心の立ち直りとその支援）が大切である、と以前より一貫して考えていた[19, 87]。そして、ICIDH や ICF は、障害者の客観的な世界しか見ておらず、障害者やその家族の心の中（体験としての障害）を全く考えていない（問題の一面しか見ていない）ことを指摘し[19, 79]、主観的障害と客観的障害はお互いに相互作用すると考え、障害に関するこれら 2 つの側面を同時に捉えることがリハビリテーション医学の役割であり本質である、と多くの場で主張したのである[19, 79, 87]。

筆者は、リハビリテーション医学を専門とする上田の、障害者に対する「心理的予備力の動員と価値観の転換による生き抜く力の発揮[19]」という着眼点と、アントノフスキーの健康生成論の考え方が類似している点に注目をし、健康生成論の観点から障害者の心を観察しよう、と着想をした。もう少し具体的にいえば、「人間には、世界の全てのものを自己の価値体系に従って「価値づけ」、「意味づけ」、また自分の人生を自分の理想とする自己像に沿うように形づくろうとする心の世界がある。」とした上田の指摘と、「その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持

続する確信の感覚によって表現される世界（生活世界）規模の志向性。」に注目したアントノフスキーの間には、人の心に対する見方の類似性がある、と着眼をした。そして、より具体性のあるアントノフスキーの理論を用いて障害者の心を見つめてみよう、と考えたのが出発点である。

WHO は、ヘルスプロモーションを「Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health.」と定義している[88]。この、21世紀の公衆衛生であるヘルスプロモーションの特徴は、健康に資する諸行為や生活状態に対する、教育的支援と環境的支援の組み合わせである[89]。Kichbusch[90]は、アントノフスキーの健康生成論について、ヘルスプロモーションの発想と一致すると評価した。また、山崎[83]も同様に、地域保健分野におけるヘルスプロモーションの提唱以降の潮流として、

- ・賢明な行動選択を取ることができる能力とスキルの開発が目指され、そうした能力を捉える指標が重要になってきたこと。
- ・ヘルスプロモーションでは、人々の願いや行動が実現しやすい環境（環境支援：Supportive environment）づくりの重要性を強調していること。

の2点を挙げ、支援環境を構造的に把握・理解し、つくって行く上で、SOCの、汎抵抗資源と人生経験の質についての理論と実証研究の成果は大いに参考になる、と論じている。

こうした論調を元に、国際的には障害者の権利に関する条約が採択されWHOがこの条約を健康とリハビリテーションの面から支えていること、また、国内では障害者自立支援法[75]施行以降、障害者の地域での自立的・主体的な生き方、つまり、障害者の人権や自己決定権が従来以上に尊重されるようになってきた現在、今後の障害者に対するヘルスプロモーション活動において、SOCの考え方を取り入れることは、自分の人生を自分の理想とする自己像に沿うように形づくろうとしている障害者への支援環境を組み立てて行く上で役に立つのではないだろうかと考え、筆者は、今回の研究で、健康生成論とその中核概念であるSOC概念を本研究に用いるべきだと思った。（なお、障害者自立支援法が廃止され、平成25年4月1日から障害者総合支援法が施行されていることについては、第1章第3節VI.まとめ（P.19参照）、で述べた通りである。）

アントノフスキーの1987年の著作「健康の謎を解く」で、SOCの概念の詳細とスケールが発表されて以降、健康生成論とSOCの概念は、保健・健康・看護、心理・教育・福祉といったヒューマンサービスに関わる広い分野で注目を集め、実証研究は急速に増加しており[83]、その数は、1987年以降2000年までの10数年間に、学術誌に掲載された論文だけでも300本近くに上ったが、21世紀に入って以降も幾何級数的に増え続け、2007年には1000本を超えるに至った[91]。

山崎[83]の分析によれば、これまでの、SOCの実証研究は大きく2つに分類される。一つは、SOCが高いか低いかによってその後の健康状態にどんな影響があるのか等、SOCを独立変数に

した研究であり、もう一方は、どのような環境条件に置かれ、或いはどのような経験をして来た人で SOC が高いのか或いは低いのか等、SOC を従属変数にした研究である。前者は、SOC が健康や Well-being に対する予測力を持っていることを立証する研究、後者は、SOC の形成や発達を促す環境要因に関する研究、と使い分けられる。

前者の研究としては、例えば、McSherry ら[92]が、SOC が低い人は、ストレスの多い状況下に置かれた際、精神的な苦悩や不安、怒りを示し、消極的に対処することを示している。Petrie ら[93]は、SOC を用いて自殺の再発について予想し、低い SOC は自殺の再発の危険性が高いことを示した。そして、Suominen ら[94]は、SOC と健康度自己評価 (Self-rated health : 以下、SRH) との関係を、4 年間の縦断研究により検討し、男女共に、SOC 高群に比べ、中群や低群では、SRH が悪化していることを実証している。

一方、Carmel ら[95]は、高い SOC を持つ人は不安が少ないことを示唆している。これと同じように、高い SOC を持つ人は高い Well-being を感じることを示す研究としては、Adams ら[96]の研究が挙げられる。

障害者を対象とした研究としては、例えば、Surtees ら[97]が、高い SOC は、慢性疾患の耐性に寄与する可能性を示唆している。また、高い SOC を持つ人は、能力障害が社会的不利に結びつきにくいことを示唆する、Schnyder ら[98]の研究も見られる。

後者の研究としては、社会文化的・歴史的背景、子育てパターンと社会的役割、汎抵抗資源、人生経験の質、等の面から検討されている (ただ、アントノフスキーは、社会文化的・歴史的背景は SOC を形成する上で重要だ[99]としているものの、文化の影響についての研究は多くない[100])。

例えば、子育てパターンと社会的役割については、Sagy ら[101]が、子ども時代に家庭における意思決定へ参加経験を有することが高齢期以降の高い SOC に寄与することを報告している。

汎抵抗資源や人生経験の質については、豊かな家庭環境で育つことは SOC と直接的に関連し、また、家庭の経済状況が SOC と間接的に正の関連を持つことを示した Lundberg[102]の研究、情緒的サポートやソーシャルサポートの多さと SOC には正の関連があることを示したものとしては、Nilsson ら[103]の研究がある。Skärsäter ら[104]も、ソーシャルサポートは、抑うつ患者の SOC を向上するための基礎 (Cornerstone) であると述べている。同様に、Wolff ら[105]も、ソーシャルサポートの多さと SOC には正の関連があることを報告している。なお、Wolff らは、同論文の中で、幼児期に経験した精神的外傷となるような出来事は、成人期に経験した場合よりも、SOC の形成に影響を与えることを示唆しているが、これは、SOC の形成過程を人生経験の質という観点から分析を加えた研究であるともいえる。この他に、人生の意味や Well-being との関連を調べた研究としては、Zika ら[106]の研究がある。

障害者を対象とした研究としては、病いの経験を通して SOC がより強化されることを仮説として報告した、Moons ら[107]の研究が挙げられる。これは、上述の Wolff らと同様、SOC の形成過程を人生経験の質という観点から検討したものである。

日本に目を向けると、健康生成論は、国内には、主に小田[108]や山崎ら[81]によって紹介・導入された。特に山崎らは、SOC スケールの日本語版を作成し[109]、多くの実証研究を行っている。

山崎らのグループが行った研究を概観すると、例えば、SOC が健康や Well-being に対する予測力を持っていることを立証する研究としては、ストレスフル（ストレスの多い）な出来事が精神健康に及ぼす影響に対する SOC の緩衝作用を、縦断的なデータを用いて明らかにしたのものがある[110]。その中では、SOC が弱い場合に、ストレスフルな生活出来事による影響を受け、その後の SOC を変化させることや、SOC の働きは性別によっても違うことを示している。

SOC の形成や発達を促す環境要因に関する研究としては、大学生に焦点を当て、SOC を高める要因について調査をした報告がある[111]。その中では、大学生の SOC を高める要因として、自己に原因を帰属させる傾向が強いこと、広い主観的サポートネットワークがあること、支援的な家庭環境があることを示した。同時に、中高生時期の学校生活での肯定的な経験も関連していることを明らかにしている。また、大都市地域と農村地域を対象として、SOC と関連要因の地域間比較研究も実施している[112]。その中では、大都市地域では学歴や暮らし向きといった人口学的特性の説明力が、農村地域では、地域との関わりを含む外的資源の説明力が大きいことを示している。

山崎らのグループが実施した研究の中で、本研究の如く身体障害者と社会関係性に焦点を当てたものとしては、日本の薬害 HIV 感染被害者を対象としたものがある[113]。山崎は、HIV 感染被害者調査で、SOC に着目した理由として4点挙げている。その4点とは、①HIV 感染被害者が被害にもめげず、なお前向きに生きて行こうとする姿勢を保持し、或いは回復しているかどうかに関心があった。②HIV 感染被害者に、SOC の低下や SOC へのダメージが認められるならば、それこそ薬害 HIV 感染被害の最も深刻で重大な被害ではないかと考えた。つまり、これまでの被害研究では捉えられてこなかった、人間の存在の根幹に関わる被害があるのかどうかについて検証したかった。③HIV 感染被害者の SOC が彼らの将来の健康と QOL に対して予測力を持っていることを追跡研究によって検証するために、追跡研究のベースラインでのデータを把握する必要があった。④横断的分析によって、当面、SOC が、前向きに生きて行こうとしている姿を表す精神健康や生きがい、健康行動、その他の生活行動と正の関連性があることを検証したかった、である。

この研究の主な結果としては、20代の SOC スコアが低く優先的に支援介入する必要性があること、身近な家族は生きていく上で有意義な存在であること、健康状態が良く保たれている人は SOC は保持されていること、主観的健康の高低は SOC の高低に影響を与えること、サポート提供を期待できる相手が多様で広がりを持っている人の方がそうでない人に比べ SOC が高いこと、SOC が高い人は HIV 感染のために周りの目を意識したとしてもつき合いを制限するというやり方ではない別のやり方を身につけていることが示唆されること、幅広い領域において生き生きとした時間を持つことができるかどうか精神健康やストレス対処能力の維持に重要であること、等が示されている。

なお、SOC は、疾患の罹患から心理社会的 Well-being や良好な適応状態に至るまで、広く関連することがこれまでに明らかになっている[114]。しかし、今後も一層の研究の蓄積が望まれることや、中でも、疾患の罹患や死亡との関係や、免疫系との関係性、更にそこに至るまでの具体的なプロセス等、仮説の域をこえておらず、未だ十分には解明されていない部分も数多いことに留意する必要がある[114]。

従来、障害者の心理的側面を主眼においた研究は多く行われているが、健康生成論の理論を援用して、身体障害者の「心の強さ（筆者は、SOC を「心の強さ」と述べたが、山崎は、「SOC は、近年わが国で強調されている「生きる力」にも近い概念である。」と述べている[84, 91].）」を測り、その関連要因を科学的に分析をした研究は少ない。また、健康生成論の観点から、地域の健康づくりを考えると、地域社会・文化が持つコミュニティーメンバーにとっての資源に注目することは重要であるが、日本における農村社会の一般住民のデータはほとんどない[100]。特に、本研究の如く、過疎地に暮らす身体障害者に焦点を当て、心の健康状態（心の強さ）の実態を把握したり、その関連要因を検討した実証研究は、日本においてほとんどないといえる。

筆者は、こうした点を踏まえ、過疎地に暮らす身体障害者の生きる意欲やその維持増進という観点から、健康生成論の考え方をを用いて、社会心理的なレベルでの免疫能力の実態の把握とその関連要因について検討することを試みた。SOC の質問項目や、本研究に SOC をどのように用いたかについては、第 3 章に詳述した。

また本研究では、SOC を用いる際、関連する指標（尺度）として、一般性セルフ・エフィカシー（自己効力感）尺度（General Self - Efficacy Scale : 以下、GSES）[115]、そして、日本版精神健康調査表（The General Health Questionnaire : 以下、GHQ）[116]を同時に用いた。

GSES は、Bandura[117]によって考案された、「何らかの行動をきちんと遂行できるかどうか」という予期（自分は、その行動をうまくやることができるんだ、という自信[118]）」を測る尺度で、行動の変容が問題となる幅広い場面において、理論的にも実践的にも非常に有用な認知的変数となっている[115]。

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

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

といった特徴が見られることが明らかとなっている[115, 119]。

GSES は健康教育学分野でも積極的に活用されており、SOC の類似概念として、高い相関を

指摘する文献[120]も見られ、本研究においても、SOC や GHQ との関連を調べる目的で、使用してみた。今後、社会が障害者に期待をし、また、障害者自身が望む自立した生き方には、障害の状態や程度、生活状況はそれぞれ違えど、各人に応じて「障害というストレスフルな状況に遭遇しても、身体的・精神的な健康を損なわず、適切な対処行動や問題解決をして行く力」が求められる、と考えられる。そこで、本研究では、今後のヘルスプロモーション活動に寄与する研究の一環として、GSES の現状を調べてみたい、と考えた。

一方、GHQ は、神経症症状の的確で客観的な把握と評価をするためのスケールで、妥当性、信頼性の実証的検討が十分行われており、文化背景、言語、宗教等が異なっても、世界的に共通して使用できるものである[116]。

GHQ は、(A：身体的症状)、(B：不安と不眠)、(C：社会的活動障害)、(D：うつ傾向)の、4つの要素スケールで構成されるが、本研究では、これら4つのスケールとSOCとの関連や、GSESとの関連を調べるために、使用した。

以上、ここまでは、本研究にツールとして用いたICFと健康生成論の考え方について、整理した。

障害者の日常生活を測定・評価するフレームワークや尺度は多くある[121]。従って、過疎地に暮らす身体障害者の姿を全て語り尽くすことは、ICFと健康生成論の2つだけでは不可能である。しかし、今後、本研究のように、過疎地に暮らす障害者に対して、生活状況の把握と心身の状態の把握をし、多角的に検討を行う旨の研究を積み上げることは、健康教育学や公衆衛生学分野の充実、つまり、ヘルスプロモーション活動の推進という観点からも重要であろう。

Ⅲ. 研究方針

本研究は、統計的分析(量的研究)と面接調査(質的研究)を併用した。ここからは、研究全体を貫く方針について述べる。

本研究は、日本国内の過疎地に暮らす身体障害者を対象として、健康教育学の立場より、彼らの生活全体の実態や心の強さを探求する性格のものである。上述した通り、これまで、過疎地や僻地に関する社会疫学研究は行われているが、障害者に焦点を当てた研究(本研究では、その中でも身体障害者に限定したわけであるが。)は、あまり行われてこなかった。

ヘルスサイエンスのうち保健の科学は、病気や障害のように見えやすい現象を対象とするよりも、普通の状態が対象となることが多い[122]。一方、日本は、世界の中で最も早く慢性疾患型社会から混合疾患型(高齢慢性疾患障害者型)社会に移行した。混合疾患型社会とは、何らかの機能障害を抱えた多くの高齢者が、慢性疾患の増悪や急性疾患の合併を繰り返しながら、徐々に衰え死亡して行く社会のことである[123]。

こうした状況の日本において、社会疫学研究やヘルスサイエンスがあまり目を向けてこなかった、国土面積の約半分を占める過疎地に暮らす障害者を研究対象とし、生活の概況を把握すること

や、心の健康状態について研究をすることは、有意義であると考え。

障害者を記述する方法はいろいろあるが、本研究においては、必要に応じて統計的分析は用いたものの、対象者の生活状況を尊重する姿勢を貫き、了解的スタンス（解釈的アプローチ）[124]を取りながら、分析と考察をするように心がけた。詳述するならば、本研究における「了解的スタンス」とは、「研究対象のいるセッティングに身を置き、相手に共感しながら、対象を文脈もろとも理解することに努める[124].」という意味に加え、過疎地に暮らす障害者を「異文化」と捉えようとしたことでもある。

ここからは、ヘルスサイエンスの分野で障害者を「異文化」として捉えることの意義について、波平の意見を参考にしつつ、もう少し追記したい。

波平[122]によれば、文化人類学の共通認識の一つに、「異文化」は、研究者が生まれ育った国や社会の文化とは異なる文化を指すだけでなく、自分の所属する国や社会にも存在している、という認識がある。そして、ヘルスサイエンス（本論文でいうヘルスサイエンスとは、波平に基づき、医療・医学、看護、保健の科学を全て含む。）と医療人類学、更には文化人類学との関わりを、応用や実践という観点から、以下のように整理している（以下は全て波平の原文[122]通り引用した。）。

- ・人間が現在あるように、地球の広い範囲にしかも個体数を急速に増やしながらか生存しているのは、環境に応じた多様な生き方の技術（即ち文化）を発達させてきたからである。しかし、医療をはじめ、人間の生存の重要な部分の急速な普遍化が進行し、生存の多様性が失われようとしている。医療、看護、保健の科学の領域は、生命に直接関わるだけに普遍化の進行が速い。しかし、医学や医療の知識や技術の見えやすい部分の普遍化とは異なり、見えにくい部分の多様性は見落とされている。現実に生じている問題や困難な状況は、こうした見えにくい部分で起きており、「コンテクスト」を重視する人類学が、応用・実践の学問として重要な役割を担うことができる。
- ・ヘルスサイエンスの発達とその実践のための社会環境が整えば整うほど、障害を抱えて長く生き続ける人々の数は増え、障害の内容は多様化する。障害のない人にとってだけでなく、それまで障害がなく生活していた人にとっては障害を抱えることになった自分自身やそれまで生活していた環境さえもが理解と適応の困難な「異文化」となる。重篤な生活習慣病に罹っていると指摘され、自分の生活を大きく変えざるを得なくなった人にとっては、身体と生活の内容は突然見知らぬ世界となり、大きな変化を突きつけられることになる。「異文化」を観察し記述するだけでなく、それを理解することを目指す人類学は、医療者と受療者との相互理解と相互行為を助けることに大きな役割を果たす。

- ・現在の文化人類学研究においては、人類学者自身が、自分が育ち習得した文化の持つ偏りに意識的であること、自分が研究対象をどのように見ているのか、対象となる人々とどのように接しているのか、何を研究目的としているのかについて、常に自覚的であることを求められている。応用人類学、実践人類学においても、たとえ援助を必要とする人々の側からその知識の適用を求められた場合であったとしても、自らの知識がどのような背景から生じているか、助言を求めている立場やその人（人々）と自分との関係がいかなるものかについて、常に意識的であることが要求されている。

筆者は人類学者ではない。しかし、人間の生存の多様性を認識した上で、特定の地域に暮らす人々を理解し現状の把握や問題の所在を明らかにするために、波平の意見を手本として、あえて障害者を「異文化」として扱うことにも挑戦した。これは端的にいえば、

筆者自身が、自分が育ち習得した文化の持つ偏りに意識的であること、自分が研究対象をどのように見ているのか、対象となる人々とどのように接しているのか、何を研究目的としているのかについて、常に自覚的であることを強く意識した

ということである。

波平は、同文献で「人間の多様な生存のありようの詳細や具体を提示することは、自文化をいったん異文化として見ることにつながり、状況に似合った適切な生き方の選択肢や、ある地域やある集団の人々に生じている問題の、当事者とは異なる理解や問題解決の策を人類学は提示することができる。」と述べているが、この意見に従うのならば、過疎地の障害者の暮らしを「異文化」としても捉え、その生活実態を深く洞察する研究を積み重ねることは、過疎地に暮らす障害者に必要とされている援助、つまり、リハビリテーションに必要な環境を提供する一助になると考える。

但し、つけ加えれば、筆者は、過疎地に暮らす障害者を「異文化」とのみ見ることは、管理・差別・排除することにつながる可能性もあり、危険な考えであると、一方では強く認識している。改めて記すが、筆者は、そうした危険を踏まえつつ、人間に対する切り口の一つとして、障害者に対して文化人類学で実践されている考え方をういた。この点は、誤解を生ぜぬよう、本論文の読者に改めて確認しておきたい。

上述の通り、本研究は人類学を手本としたが、その中でも基本的には人類生態学[125-127]を軸とした。

人類生態学は、医学領域の中の一つの講座として作られ、健康に関わる一つの科学として、最も基礎的な情報を提供すべく義務づけられており、その研究成果は、保健活動と呼ばれる科学技術を支えるために必要とされている[128]。この点について、鈴木[128]は、人類生態学の研究は、狭義の保健活動に対してだけでなく、技術を介しての人間の適応を主題としており、その成果が上るものなら、それは、技術の全領域にとって何らかの意味を持つものでなければならないだろう

う。」と述べている。

波平と鈴木という言葉に従うならば、健康教育学や公衆衛生学の分野の中での本研究の位置づけは、

『これまであまり行われてこなかった、過疎地に暮す身体障害者の健康に関する、最も基礎的な情報を探求する。』

ことであり、将来的に本研究の積み重ねは、過疎地に暮す身体障害者の、生物的適応と文化的適応の両方を総合的に把握すること、を目指すものとなる。

また、人類生態学では、住民について何を調べるかを研究者が自分で決めることや、研究者が被調査者全員と接触することが重要である[129]、ということが強調されている。特に後者は、郵送による調査とは決定的に違う点である。従って本研究も、調査用紙を独自に作成し、「協力者全員と接触する。」ことを目指した（但し、後述するが、郵送調査も用いることになり、結果としては、郵送調査の人数の方が多かった。）。

「被調査者と接触する」そして「当事者の文化（異文化）を理解する」際には、当事者の価値観や人生観、そして、生活そのものの多様性を洞察するため、Evidence とは何か？[130]、エビデンスとしての質的研究の難しさ[131]や、質的研究の背景と課題[132, 133]を理解した上で、健康教育学分野の情報収集技法である In-depth Interview[134]と、Spradley の The Ethnographic Interview[135]の手法を用いた。また、研究を進める中では随時、質的研究の理論[136-138]や、Participant Observation[139]、心の探究[140]、人間の語り研究の著書[141-147]、医療人類学[148, 149]等、関連する理論や事例を、積極的に参照した。

本節では、研究ツールとして本研究で用いた、ICF と健康生成論の、考え方の簡単な解説と、それらを用いた理由について概説した。また、本研究を貫く基本方針についても述べた。次節では、調査対象地と研究の進め方について述べる。

第5節 調査対象地と研究の進め方について

I. 調査対象地について

本研究は、社会全体のバックグラウンドの中における障害者に対する保健福祉を考察するという、公益性の高い研究を目指したものである。

従って、役場を通して地域住民に出会うこと、を方針とした。プライバシーの保護、時間的費用的な側面等を考慮せねばならず、交渉は難航したが、過疎地に指定されている自治体の役場と交渉したところ、A県B村役場とC県D町役場の協力を得ることができた。自治体の概要は下記の通りである。(本論文では、自治体名は、基本的に、交渉を開始した順番に基づき列記する。)

A県B村(平成17年10月1日現在)

面積 118.7 平方キロメートル、世帯数 1,226 世帯、人口 2,929 人、高齢化比率 53.4% (平成17年国勢調査) である。

C県D町(平成17年10月1日現在)

面積 172.7 平方キロメートル、世帯数 4,956 世帯、人口 16,403 人、高齢化比率 29.5% (平成17年保健福祉課) である。

各自治体ごとの地域特性の違いはあると思われるが、協力を得られる自治体が少なかったこと、調査協力者の見込み数も少ないこと、を理由に、研究当初より複数の自治体の協力を得ながら進めることを考えていた。従って、今回の研究は、両自治体の地域間格差を調べることを目的とした調査でないため、データは全て合計した。また、考察も、求められる共通の基盤という観点から、全体的な考察をするようにした。

II. 研究の進め方について

本研究は、過疎地に暮らす身体障害者を対象として、彼らの生活や人生について理解を深めることを目指したものである。

できうる限り多くの人に会うことを目指したが、自治体や当事者本人の意向を尊重し、郵送調査と面接調査を併用することにした。郵送調査を希望する人には、調査用紙に記入後、大学に郵送してもらい、面接調査を希望する人には、可能な限り会い、調査用紙と一緒に記入しながら関連する話(生活や人生に関する内容)を伺うこととした。

本研究の実施時期は、2008年4月～6月と11月～12月である。

両自治体の意向を尊重したため、研究の進め方(手続き)は、大変複雑なものとなった。以下、具体的に記す。

①2008年4月～6月

A 県 B 村

- ・村長の紹介状、筆者の挨拶状と面接調査同意書を、18歳以上の身体障害者全員に送り協力者を募った（191名）。
- ・研究主旨に同意をし、協力する場合にのみ、面接調査同意書に必要事項を明記の上、役場に返信してもらった（25名、13.1%回収）。
- ・このうち、以下の条件の人を、研究対象より外すことにした。
 - ①入院しているため辞退したい旨の申し出があった人。
 - ②施設に入所しており、なおかつ、体調が思わしくないという人。但し、施設内で面接可能な場合は、許される範囲内で面接した。
 - ③都合により遠隔地（A 県 B 村以外の場所）に暮している人。
- ・また、協力者の中で、住所が隣接している場合があった（具体的には、協力を申し出た A さんの直ぐ隣に、同じく協力を申し出た B さんが住んでいる場合があった。）。その場合は、プライバシーに配慮し、どちらか一方の協力者の御宅だけを訪問するようにした。
- ・上記経過を経て、19名と面接できた。
- ・面接の際は、調査用紙に共に記入しながら、関連する話（生活や人生に関する内容）を伺った。
- ・全ての協力者に共通する留意点として、長時間面接することができないと判断される場合は、質問項目数を減らし（特に、量的研究に関連する調査用紙への回答を見合わせた。）、質的研究に使用するデータを得ることを意識した質問を行った。
- ・結果、量的研究に用いることができるデータを15名から、質的研究に用いるデータを19名から、それぞれ得ることができた。

C 県 D 町

- ・役場が無作為に選んだ18歳以上の身体障害者に、役場の紹介状、筆者の挨拶状、調査用紙と面接調査同意書を送った（18歳以上の身体障害者655名中、226名（34.5%）に送付）。
- ・研究主旨に同意をし、協力する場合にのみ、調査用紙に記入後、大学に返信してもらった（73名、32.3%回収。18歳以上の身体障害者の11.1%）。
- ・返信の際、面接調査に協力できる場合には、面接調査同意書に必要事項を明記の上、同封してもらった（18名。18歳以上の身体障害者の2.7%）。
- ・面接協力者に対しては、後日（11月）、大学に郵送された調査用紙を元に、詳しく話を伺った。

②2008年11月～12月

A 県 B 村

- ・再度面接許可が得られた 3 名と面接し、①で実施した面接調査の、補足的質問や内容の確認を主に行った。

C 県 D 町

- ・面接調査に同意した人を対象に、①で郵送された調査用紙を元に、関連する話（生活や人生に関する内容）を伺った。
- ・面接調査を実施する際、辞退を申し出た場合は、その旨受け入れた（6名）。
- ・上記経過を経て、12名（18歳以上の身体障害者の1.8%）と面接できた。

③まとめ（2008年4月～12月）

こうした手続きを踏むことで、調査用紙についての回答が得られ、また、面接可能な人からは、調査用紙に関連する話（生活や人生に関する内容）を伺うことができた。まとめると、以下のようなになる。

A 県 B 村

量的研究に用いることができるデータを15名から、質的研究に用いるデータを19名から、それぞれ得ることができた。

C 県 D 町

量的研究に用いることができるデータを73名から、質的研究に用いるデータを12名から、それぞれ得ることができた。

上記の通り、研究途上では、両自治体や当事者の意向を十分に理解・尊重しながら進めた。

両自治体に暮す18歳以上の身体障害者は、846名である（調査開始当時）。量的研究の協力者は88名（10.4%）、質的研究の協力者は31名（3.7%）だった（表2）。

表2 サンプルングデータ

	A 県 B 村	C 県 D 町	合計
18歳以上の身体障害者数(調査開始当時)	191	655	846
調査協力願い郵送総数	191(100%)	226(34.5%)	417(49.3%)
調査協力同意者数	25(13.1%)	73(11.1%)	98(11.6%)
量的研究協力者数	15(7.9%)	73(11.1%)	88(10.4%)
質的研究協力者数	19(9.9%)	12(1.8%)	31(3.7%)

第2章

過疎地に暮す身体障害者の生活状況 に関する基礎的検討

第1節 目的

第2章の研究目的は、過疎地に暮らす身体障害者の生活状況を把握することである。具体的には、居住地への見方とその関連要因、主観的健康感の現状とその関連要因、健康管理への取り組み、医療施設への見方、社会参加に関する意見、差別や偏見の経験を恐れた行動規制の実態、を明らかにすることである。

第2節 方法

I. 調査用紙の構成

調査用紙の構成は以下の通りである。調査用紙本体は、本論文の付録に掲載した (P.358 参照)。

○ はじめに・・・属性と人口学的要因に関する質問

年齢、性別、職の有無、障害の種別と程度、身体障害者手帳を申請された経緯、介護者の有無、居住年数、を尋ねた。

年齢は調査時の年齢を答えてもらった。職については、パートやアルバイトも有職者とし、「職についている」「職についていない」の2件法で尋ねた。

障害の種別は、視覚障害、聴覚障害、言語障害、肢体不自由、内部障害とした。ここで内部障害とは、心臓機能、腎臓機能、ぼうこう・直腸機能、呼吸器機能、小腸機能、HIV (ヒト免疫不全ウイルス) による免疫機能障害 の6種類の障害を指す。これらは全て、身体障害者手帳に基づく。

障害が重複している場合は、該当する全てを申告してもらい、これらの障害に該当しない障害があれば、別に記入してもらった。

障害の程度は、重度か軽度かを尋ねた。ここで、重度障害者とは、身体障害者手帳の等級が1級又は2級の人、或いは、身体障害者手帳の3級に掲げる障害が2以上重複している人を指す。

身体障害者手帳を申請された経緯については、生まれた時から障害があるのか、或いは、元は健常者だったが様々な理由で身体障害者となったのかを尋ねた。

介護者の有無については、必要な時に介護する人 (家族、親族、ホームヘルパー等) がいるかどうかを尋ね、「いる」「いない」の2件法とした。

居住年数については、暮らしはじめて1～4年、5～9年、10年～14年、15～19年、20年以上のいずれに該当するかを尋ねた。

○ 第一部・・・ICF を用いた質問項目 (質問項目の作成過程は、本節V. ICF を用いて質問項目を作成した手続きについて (補足)、で詳述した (P.46 参照))

問い1

ICF の「参加」を用いて、当事者の、家庭や社会との関わりについて18項目尋ねた。具体的には、「自分や家族のために料理をし、配膳すること」「ボランティアに参加すること」「お住まいの地域の催し物へ参加すること」等の質問を設定した。

回答の選択肢は「よくする (4点)」「ときどきする (3点)」「ほとんどしない (2点)」「まったくしない (1点)」の4件法とした。

問い2

ICF の「環境」を用いて、当事者の、生活環境について28項目尋ねた。具体的には、

「生活に必要な備品や道具類は、ほとんど入手可能である」「物流（生産者から消費者にいたるまでの日用品の流れのこと）に関する地域のサービスや仕組みは十分である」「高齢や貧困、失業、病気、障害などの場合でも、所得を補償することを目的とした、地域のサービスや仕組みは十分である」等の質問を設定した。
回答の選択肢は「あてはまる（4点）」「まああてはまる（3点）」「あまりあてはまらない（2点）」「あてはまらない（1点）」の4件法とした。

○ 第二部・・・お住まいの地域、健康や健康管理、社会参加に関する質問

質問内容：

・お住まいの地域について

「お住まいの地域は、あなたにとって暮らしやすい場所だと思いますか。」と尋ねた。
回答の選択肢は「そう思う（4点）」「ややそう思う（3点）」「そうは思わない（2点）」「全くそうは思わない（1点）」の4件法とした。また、それぞれの理由についても、自由回答してもらった。

・主観的健康感について

「あなたは、今現在、心身ともに健康であると思いますか（ここでの健康とは、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態を意味します。）」と尋ねた。
回答の選択肢は「非常に健康（4点）」「まあ健康（3点）」「あまり健康ではない（2点）」「健康ではない（1点）」の4件法とした。

・健康管理について

健康管理や障害の改善・悪化予防のために、普段からどのようなことに気を配っているかを、自由回答してもらった。

・障害の治療やリハビリテーションに利用する、施設の利用状況や満足度について

障害の治療やリハビリテーションに利用する、施設までの通院手段（徒歩、バス、車等）、通院時間、利用施設の満足度（回答の選択肢は「満足している（4点）」「やや満足している（3点）」「あまりそう思わない（2点）」「そう思わない（1点）」の4件法とした。）、利用施設についての具体的な満足点と不満点（自由回答）を尋ねた。

・社会参加に対する考え方について

社会参加を望むか（回答の選択肢は「社会参加を望む（3点）」「社会参加は望まない（2点）」「社会参加は必要ない（1点）」の3件法とした。）を尋ねた。ここでの社会参加とは、労働、宗教活動、政治活動、相互扶助、ボランティア、レジャーへの参加、市民講座への参加等、社会に関わり何らかの役割を果たす行為を指すものとした。

社会参加を望む、と答えた場合には、どのようなことが改善されれば今以上の社会参加が出来ると思うかや、社会参加に関する第3者（機関）への相談の有無や具体的な相談先、相談内容が役立ったかどうか（回答の選択肢は「相談内容は役に立った（2点）」「相談内容は役に立たなかった（1点）」の2件法とした。）、また、第3者（機関）へ相談していない場合はその理由について、具体的に尋ねた。

社会参加を望まない、または、社会参加は必要ない、と答えた場合には、その理由を自由回答で尋ねた。

- ・ 障害への差別や偏見の経験を恐れた、生活や行動の自主的な規制について
「障害への差別や偏見の経験を恐れて、生活や行動を自主的に規制していますか。」と尋ねた。
回答の選択肢は「規制している（2点）」「規制していない（1点）」の2件法とした。

II. 分析手法

- ・ 属性と人口学的要因については、表「対象者の特性」を作成し、全体像の把握を行った。分類の際、年齢は20歳から10歳ごとに区分した。同時に、対象者の年齢構成と、全国の身体障害者の年齢構成を比較するため、別途、平成18年身体障害児・者実態調査結果[5]を元に、表「年齢階級別に見た全国の身体障害者数」を作成した。
- ・ 障害の種別と程度の内訳については、表「対象者の障害の種別と程度の内訳」を作成した。その際、重複障害者の取り扱いについては、例えば、肢体不自由と内部障害の2つの障害がある場合は、肢体不自由として1名、そして内部障害として1名、という具合にカウントした。従って、合計人数は、総協力者数88名よりも多くなっている。また、知的障害を申告した人もいたが、今回の研究では、分析対象としなかった。

今回の対象者と、調査対象地域に暮す元々の身体障害者の、障害の種別と程度の内訳、そして、全国の身体障害者（18歳以上）の、障害の内容の構成を、ずれやねじれという点から検討するため、役場から提供していただいたデータ、そして平成18年度身体障害児・者実態調査結果[5]を元に、表「調査対象地域に暮す身体障害者の、障害の種別と程度の内訳」、表「全国の身体障害者の、障害の種別の内訳」を作成した。同時に、今回の対象者と、調査対象地域に元々の身体障害者全員の、障害の内容の構成を概観できるよう、障害の種別のみのグラフ（図「対象者の障害の内容の構成」、図「調査対象地域に暮す身体障害者の、障害の内容の構成」）も作成した。

- ・ 第二部の、お住まいの地域に関する質問、健康や健康管理に関する質問、社会参加に関する質問については、記述統計による分析や自由回答の分類をし、対象者の生活状況に関する基

礎的な検討を行った。「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」という質問については、障害の程度とクロス集計をして関連性を調べた。また、それぞれの選択肢を選んだ理由についての自由回答をまとめた。

- ・健康や健康管理に関連する質問項目については、まず、主観的健康感と障害の程度とをクロス集計をして関連性を調べた。次に、「健康管理や障害の改善・悪化予防のために、普段からどのようなことに気を配っていますか。」という質問に対する自由回答をまとめた。そして、治療やリハビリテーションのための施設の利用状況（通院手段と時間）や満足度について記述統計による分析をし、利用している施設の満足点や不満点（自由回答）をまとめた。

- ・社会参加に関する質問項目についても同様の分析を行った。まず、「今以上の社会参加を望みますか。」と尋ねた結果を、記述統計により分析をした。

そして、社会参加を望む、と答えた人から得られた回答から分析をして行った。具体的には、「どのようなことが改善されれば、今以上の社会参加が出来ると思いますか。」という質問に対する自由回答をまとめたり、「社会参加に関することを、どこか（誰か）に相談していますか。」と尋ねた結果を記述統計で分析した。

ここで、後者の質問に対して、相談している、と答えた人には、具体的な相談先を自由回答で尋ねたり、相談内容が役に立ったかどうかを選択式で尋ねてあるので、その結果をまとめた。一方、後者の質問に対して、相談していない、と答えた人には、その理由を尋ねてあるので、その結果（自由回答）もまとめた。

次に、「今以上の社会参加を望みますか。」という質問に対して、社会参加を望まない、社会参加は必要ない、と答えた人から得られた、そのように考える理由についての自由回答をまとめた。

- ・「障害への差別や偏見の経験を恐れて、生活や行動を自主的に規制していますか。」と尋ねた結果については、記述統計を行った。

- ・最後に、第一部の ICF を用いた質問（「参加」と「環境」の全ての項目）を、第二部で尋ねた「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」という質問、そして主観的健康感と、それぞれクロス集計して、「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」と主観的健康感それぞれに関連する要因を調べた。

その際、「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」については、「そう思う」「ややそう思う」を「暮しやすい」、「そうは思わない」「全くそうは思わない」を「暮らしにくい」の 2 群に分類し、また、主観的健康感については、「非常に健康」「まあ健康」を「健康」、

「あまり健康ではない」「健康ではない」を「健康でない」の2群に分類した。

ICFを用いた質問と「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」という質問とのクロス集計結果についての考察は、居住地への見方に関する考察の次に行った。また、主観的健康感とのクロス集計結果についての考察は、主観的健康感の現状に関する考察の次に行った。

なお、ICFを用いた質問と主観的健康感とのクロス集計結果については、日常生活の、様々な場面における人間関係において、どのような要因が主観的健康感と関連をしているのか、ということも、別表を作成し検討した。

別表の作成手順として、まず、ICFの「参加」と「環境」の質問項目の中から、人間関係に関する質問項目(16項目)を取り出した。次に、それらを、場面ごとに分けをした。日常生活における人間関係では、近親者と一緒の場面、公の場面、障害や病気の治療やリハビリテーション等の、所謂健康に関連した場面、その他の場面、という4つの場面があることを想定して、場面の名前を「家族、親戚、近所の人(知人)、友人との人間関係」「学校や職場、同好会、クラブの仲間等での人間関係」「保健福祉関係者との人間関係」「その他の場面での人間関係」とし、先に取り出した質問項目を4場面に分けした。その後、主観的健康感とのクロス集計結果に基づき、関連している項目を確認した。

「家族、親戚、近所の人(知人)、友人との人間関係」には、以下の項目が含まれる。

(参加)

家の内外で、家族や他人の日常生活(健康維持やコミュニケーション、屋内での移動や外出など)を出来る範囲で援助したり、家族や他人がそれぞれ安心して生活しているかどうかを、気づかうこと

近所の人や友人に思いやりや敬意を示したり、他人の気持ちに適切に対応すること

家族や親戚に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること

(環境)

家族や親族とは良い関係である

友人や知人とは良い関係である

家族や親族の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす

友人や知人の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす

「学校や職場、同好会、クラブの仲間等での人間関係」には、以下の項目が含まれる。

(参加)

権限のある人、下位の立場にある人、同等の立場に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること

(環境)

学校や職場の人間、あるいは、あるまとまった集団人間(同好会、習い事で一緒の人たち、クラブの仲間、市民講座で一緒になる人たち など)において、良い関係を保っている学校(の先生)や職場の人間(上司・部下)の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす

「保健福祉関係者との人間関係」には、以下の項目が含まれる。

(環境)

保健福祉関係者とは良い関係である

保健福祉関係者の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす

「その他の場面での人間関係」には、以下の項目が含まれる。

(参加)

全く見知らぬ人と会ったときも、状況に応じて適切に対応すること

(環境)

公の場や私的な場面において、他人(よく知らない人・介護者など)とは上手く付き合うことが出来る

よく知らない人(例えば、突然訪問してきたセールスマンや勧誘員など)がいたとして、その人が話す内容、たとえば、その本人(よく知らない人)やその他の事柄(新聞にかかれてある、社会的、政治的、経済的な問題 など)についてもつ意見や態度が、自分の日常に影響を及ぼす

ある文化的、社会的な背景をもつ集団(政治団体や宗教団体など)に属しており、その集団の中での他人の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす

Ⅲ. 分析上の留意事項

- ・本研究は、協力者数が少なかったため、障害の種別による検討は行わず、全ての身体障害者に求められる共通の基盤という観点から、分析と考察をした。
- ・統計学的検定には、エクセル統計 2006 for Windows と SPSS version11.0J for Windows を用いた。統計学的検定の有意水準は 5%未満とした。
- ・調査用紙の記入は、本人の自記式を原則としたが、何らかの理由により本人が回答できない場合は、山崎ら[113]の研究に倣い、本人の現状を最も良く知る人に記入を依頼した。この研究で山崎らは、対象者が回答できない場合には、事情を最も良く知る人に対象者の状況を答えるよう依頼していた[150]ので、参考にした。代理人回答が何件あったかは不明である。

Ⅳ. 倫理上の配慮

本研究を遂行する過程において、個人情報の取り扱いに関しては、東京大学大学院教育学研究科 衛藤隆教授(当時)、そして協力自治体担当者の指導と監視の元、情報の漏えいや個人の特定

がされぬよう、細心の注意を払った。協力者に会う際には、身分を提示し、研究目的を簡単に説明した。その際、個人情報や面接によって得られるデータは、全てコード化され個人が特定できないこと、また、研究以外の目的で使用されることがないことも伝えた。

V. ICF を用いて質問項目を作成した手続きについて（補足）

ここで、ICF を用いて新たに質問項目を作成した手続きについて、説明する。

第1章第4節I. ICF (P.22 参照) で述べたことと若干重複するが、ICF は、心身構造・機能 (Body functions and structure)、活動 (Activity)、参加 (Participation)、背景因子 (Contextual factors) の4つの概念から構成されている。なお背景因子は、環境因子 (Environmental factors) と個人因子 (Personal factors) とに分けて考えることができる。これら4つの概念は、領域 (Domain) と呼ばれている。ここでいう Domain とは、「生理的機能、解剖的構造、行為、課題、生活・人生の様々な分野における、実際の有意義な組み合わせをなした複数の項目のまとめ」のことである。また、心身機能及び身体構造とは「身体の解剖的部分」、活動とは「課題や行為の個人による遂行」、参加とは「生活や人生場面 (Life situation) への関わり」、環境因子とは「個人を取り巻く広い意味での環境」、個人因子とは「その人固有の特徴」である[80]。

ICF は、人間の生活機能と障害を多岐にわたり分類しており、その表記は、最初のローマ文字と数字を組み合わせた方式を用いる。文字の b, s, d, e はそれぞれ心身機能、身体構造、活動/参加、環境因子を意味するために使用される。これらの文字の後には、数字のコードが章番号 (1桁目)、第2レベル (2桁目)、第3、第4レベル (各1桁) と続いている。短縮 (簡略) 版は第2レベルまでであり、完全 (詳細) 版は第4レベルにまで及ぶ。短縮版と完全版のコードは対応しており、短縮版には完全版からの要約が可能とされている[80]。

しかし、例えば活動だけを見ても、「第2レベルまでの分類 (中範囲の分類)」で46項目、「詳細分類」においては134項目になる。そのため、短縮 (簡略) 版では大まかな分類しかされておらず、生活実態を細かく観察するためには不適當であり、逆に、完全 (詳細) 版では、そのまま調査に用いるのでは質問項目が多くなり、何れにせよ、直接に調査に用いるには不適切である。

そこでまず、本研究では、医学的な意味合いの濃い心身構造・機能の Domain は使用しないことにした。そして、活動も使用しないことにした。何故ならば、今回の研究においては、活動の Domain を用いて調査用紙を作成しようとする、どうしても「(ある活動が) できる・できない」或いは「(ある活動を) している・していない」を尋ねることになり、結果、生活上の不自由や不利益が強調されがちになり、ICF の持ち味を生かして障害者をプラスの方向で捉えることができなくなる、と考えたからである。

参加、環境因子の Domain を用いることにした後、各 Domain について、下位項目を設定して行った。その際、ICF では、活動と参加に関連する項目を、文字“d”で一括し、「学習と知識の応用」「一般的な課題と要求」「コミュニケーション」「運動」「自己管理」「家庭生活」「対人

関係」「主要な生活場面」「コミュニティライフ・社会生活・市民生活」を章番号名としているが、本研究では、上述した如く、活動とは「課題や行為の個人による遂行」を指し、参加とは「生活や人生場面（Life situation）への関わり」であることを元に、活動と参加を以下の通り区別した上で、参加の Domain を用いた（以下、“参加の Domain”とは書かず、単に、“参加”とする。また、“環境の Domain”や“環境因子”とは書かず、単に、“環境”とする。）。

活動・・・「学習と知識の応用」「一般的な課題と要求」「コミュニケーション」「運動」
「自己管理」

参加・・・「家庭生活」「対人関係」「主要な生活場面」
「コミュニティライフ・社会生活・市民生活」

ちなみに、環境の章番号名は下記の通りである。

環境・・・「生產品と技術」「自然環境と環境に対して人間がもたらした変化」
「支援と関係」「態度」「サービス・制度・政策」

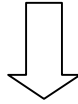
各 Domain について、下位項目を設定する際の基本的な姿勢として、章番号（1桁目）の名前を手掛かりにして、人間の生活にとって重要と思われる項目を作成して行った。これは、ICF が元来それ自体、階層的に作られていることを生かしたことでもある。

例えば、参加ならば、「家庭生活」「対人関係」「主要な生活場面」「コミュニティライフ・社会生活・市民生活」と名づけられた、4つの章があるので、それを頼りに、人間の生活の中から、参加に関して重要と思われる内容を、設定して行った。

その際、ICFの「詳細分類(第4レベル)」までの全ての項目を確認した上で、「第3レベルまでの分類」を類型化する、という方針を採った。具体的には、ICFで第3レベルとして分類されている項目を全て一旦開放し、類似の項目同士を一まとめにして筆者自身の言葉で置き換える等し、項目を減らす作業を行った。以下に、参加に関する質問項目を作成した際の具体例を挙げる。

d640 : 家の掃除、衣服の洗濯、家庭用器具の使用、食料の貯蔵、ゴミ捨てによる家事の管理。

d650 : 家庭用品およびその他の個人用品を維持し、補修すること。その家庭用品等には、家とその内部、衣服、乗り物、福祉用具や、植物と動物の世話を含む。



「掃除や整理整頓をしたり、動物や植物の世話をすること」

図 2 - 1 ICF を用いて質問項目を作成した際の具体例

説明) d640 と d650 は、家事に関する共通の意味合いを多く含むため、「掃除や整理整頓をしたり、動物や植物の世話をすること」と、筆者自身の言葉で 1 つに置き換えた。

このような手順を踏みながら、ICF を活用した、参加と環境に関する項目について、調査用紙を新しく作成した。また、作成する過程では、研究協力者が回答しやすいように、表現の解りやすさや質問項目数に配慮した。ここに概略を記す。

※参加

人間の生活の中から、「家庭生活」「対人関係」「主要な生活場面」「コミュニティライフ・社会生活・市民生活」に関して重要と思われる内容を、18 項目設定した。

回答の選択肢は「よくする (4 点)」「ときどきする (3 点)」「ほとんどしない (2 点)」「まったくしない (1 点)」の 4 件法とした (P.40 の再掲)。

※環境

人間を取り巻く生活環境の中から、「生産品と技術」「自然環境と環境に対して人間がもたらした変化」「支援と関係」「態度」「サービス・制度・政策」に関して重要と思われる内容を、28 項目設定した。

回答の選択肢は「あてはまる (4 点)」「まああてはまる (3 点)」「あまりあてはまらない (2 点)」「あてはまらない (1 点)」の 4 件法とした (P.40 の再掲)。

以上、ここでは、ICF を素材として新しく作成した質問項目の、作成経過と内容について補足した。

なお、ICF を活用した質問項目の日本語表現全般については、より信頼できる調査結果を得るためにできるだけ分かりやすい表現を目指した。その過程においては、東京大学先端科学技術研究センター 福島智 教授 (バリアフリー部門) からご監修をいただいた。

第3節 結果

I. 属性と人口学的要因についての結果

研究協力者総数は、88名だった。

平均年齢(±標準偏差)は64.8歳(±14.1)だった。大部分の人が、居住地に長く暮しており、高齢者が多数を占めた。有職者は22名(25.0%)で、無職者は64名(72.7%)だった。病気や事故を理由に身体障害者手帳を所有した人が74名(84.1%)と多数を占めた。家族、親族、ホームヘルパー等の介護者がいる人が65名(73.9%)で、介護者がいない人が16名(18.2%)だった。

障害の種別と程度の内訳としては、肢体不自由が大変多かった。次いで多いのが内部障害だった。そして、聴覚障害が11名、視覚障害と言語障害8名だった。対象者の特性は表2-1-1、障害の種別と程度の内訳は表2-2-1の通りであった。

今回の対象者の特性や、障害の種別と程度の内訳と、調査対象地域に暮す元々の身体障害者の、障害の種別と程度の内訳、そして、全国の身体障害者(18歳以上)の、年齢階級別に見た身体障害者数や障害の種別の内訳を、ずれやねじれという点から検討するため、役場から提供していただいたデータ、そして平成18年度身体障害児・者実態調査結果[5]を元に、「年齢階級別に見た全国の身体障害者数(表2-1-2)」「調査対象地域に暮す身体障害者の、障害の種別と程度の内訳(表2-2-2)」「全国の身体障害者の、障害の種別の内訳(表2-2-3)」を作成し、参考資料として示した。

また、今回の対象者と調査対象地域の元々の対象者、それぞれの、障害の内容の構成を概観できるよう、「対象者の障害の内容の構成(図2-2-1)」「調査対象地域に暮す身体障害者の、障害の内容の構成(図2-2-2)」も作成し、参考資料として示した。

II. お住まいの地域、健康、社会参加に関する意見を尋ねた結果

i) 居住地への見方について

全体として、居住地に対して肯定的な見方をしていた。しかし、障害が重いと、自分の居住地に否定的な見方をする傾向があった($n=78$, χ^2 値=8.78, p 値=0.032)(表2-3-1～表2-3-2)。

暮らしやすい理由としては、自然、人間関係、行政に関する意見が多かった(表2-4)。

暮らしやすいとは思わない理由としては、人、生活利便性に関する意見が多かった(表2-5)。

ii) 主観的健康感の現状について

主観的健康感を尋ねた結果、全体としては、「自分は健康」と考える人が多いことが判明した。変数間に有意差は見られなかったが、重度障害者は、「健康ではない」や「あまり健康ではない」と回答する傾向だった($n=79$, χ^2 値=7.33, p 値=0.062)(表2-6-1～表2-6

－ 2)。

主観的健康感と「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」との間には、正の相関があった ($n=82$, $r=0.41$, $p=0.002$: Spearman の順位相関係数)。

iii) 普段の健康管理について、及び障害の改善や悪化予防のための気配りについて

自身の健康管理について、また、障害の改善や悪化予防のために、普段からどのようなことに気を配っているか尋ねたところ、食事、運動、休息、ストレス管理、衛生等、多様な意見に分類できた (表 2-7)。

iv) 治療やリハビリテーションのための施設の利用について

施設までの通院手段については、大多数の人が車を利用していた (図 2-3)。

施設までの所要時間については、59 名から回答が得られ、片道平均 50 分だった (図 2-4)。その他、220 分が 1 名いた。

v) 利用している医療施設についての意見

現在利用している施設について、満足しているかどうか尋ねたところ、「満足している」と「やや満足している」を合わせると 75% (51 名) となり、利用している医療施設に対する評価は、概ね良いという結果だった (図 2-5)。

具体的に、利用している医療施設の満足点と不満点についても尋ねたところ、満足点としては「スタッフの対応 (能力や親身な相談等) が良い。設備が良い。距離的に丁度よい。」等に分類された。一方、不満点としては「遠い。設備が古い。医師の数が少ない。待ち時間が長い。」等に分類された (表 2-8、表 2-9)。

vi) 社会参加について

社会参加の希望の有無について調べたところ、「社会参加を望む」と回答した人は 36.05%、「社会参加は望まない」と回答した人は 45.35%で、数の上では、社会参加を望まない人が多かった。社会参加は必要ないと答えるものは、18.6%いた (図 2-6)。

どのようなことが改善されれば、今以上の社会参加が出来るか考えるか尋ねたところ、社会基盤の整備 (交通、距離、段差の解消、周囲の理解) と、自分の体調に関することを述べる人が多かった (表 2-10)。

社会参加に関することをどこか (誰か) に相談しているか、相談している場合は相談内容は役に立ったか、と尋ねたところ、社会参加を希望しても、どこにも相談していない人が多いことがわかった (図 2-7)。

社会参加に関する相談先としては、身近な人への相談が多かった。その際、社会参加に関する相談内容が、役に立つ場合と役に立たない場合があることもわかった (表 2-11、図 2-8)。

社会参加について「相談していない」場合、その理由としては、「面倒。相手がいない。自分の日常のことで精一杯。」の3つに分類できた（表2-12）。

更に、社会参加を望まない、或いは社会参加は必要ないと考える人に、その理由は何かを尋ねたところ、自分の体のこと、年齢のこと、「もう十分」という意見まで、多様な意見に分類された（表2-13）。

vii) 障害への差別や偏見の経験を恐れて、生活や行動を「自主的に」規制しているか

障害への差別や偏見の経験を恐れて、生活や行動を「自主的に」規制しているかを尋ねた結果、「規制していない」と答えたものが73.17%と多くを占めた（図2-9）。

III. ICFの「参加」と「環境」に関する質問項目と、「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」と主観的健康感を、それぞれクロス集計した結果（表2-14、表2-15）

i) 「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」と関連した項目

「参加」と「環境」より、以下の10項目で有意差が見られた（表2-14）。

先ず、「参加」からは、以下の1項目に有意差が見られた。

- ・選挙の際、候補者の演説を聞きにでかけたり、投票をすること。集会の自由（たとえば、道路の建設や騒音の問題など、なにか地域で問題が起きた時などに地域の人と一緒に集まって対策を協議するなど）、表現の自由（そのことについて新聞に投書するなど）を現実に用いること（ χ^2 値=10.28, p値=0.016）

次に、「環境」からは、以下の9項目について有意差が見られた。

- ・薬や食料品を買うための商店街、スーパーマーケットが近くにある（ χ^2 値=9.66, p値=0.022）
- ・家の中や外を移動するための手段はそろっている（ χ^2 値=8.59, p値=0.035）
- ・私的な場や公的な場において、移動をする時は、物理的な障害（段差や歩きにくい場所、使いにくいトイレ、2階以上の建物なのにエレベーターがなくてこまるなど）が取りのぞかれていて、生活する上で不便を感じないものになっている（ χ^2 値=10.40, p値=0.015）
- ・文化活動やレクリエーション、スポーツをしたり、宗教に関連する儀式を行うとき、必要となる装備品や用具は入手しやすく、また、近くに施設がある（ χ^2 値=15.24, p値=0.002）
- ・物流（生産者から消費者にいたるまでの日用品の流れのこと）に関する地域のサービスや仕組みは十分である（ χ^2 値=16.88, p値=0.001）
- ・日常生活を維持するためのインフラストラクチャ（警察、消防、公共交通、タクシー、上下水道や道路などの社会基盤、公共事業サービスについての制度や政策のこと）は仕組みが十分である（ χ^2 値=18.26, p値=0.000）
- ・レジャーやスポーツを楽しんだり、趣味を深めたり、宗教活動をしたとき、そうし

た目的に合う営利を目的としない会員制の組織や利用施設が身近にある。また、地域に そういう組織や施設があることは住民にきちんと知らされており、利用する時の手続きも取りやすい (χ^2 値=9.35, p 値=0.025)

- ・体と心の健康を維持するための、地域のサービスや施設、仕組みは十分である (χ^2 値=8.39, p 値=0.039)
- ・知識や教養、技能などを身につけようとするとき、身につけるために必要な教育を受ける地域のサービスや仕組みは十分である (χ^2 値=7.87, p 値=0.049)

ii) 主観的健康感と関連した項目

「参加」と「環境」より、以下の 16 項目で有意差が見られた (表 2-15)。

先ず、参加からは、以下の 10 項目に有意差が見られた。

- ・生活に必要な物品を買い、買い物したものを持ち運ぶこと (χ^2 値=12.89, p 値=0.005)
- ・掃除や整理整頓をしたり、動植や植物の世話をすること (χ^2 値=12.02, p 値=0.007)
- ・家の内外で、家族や他人の日常生活を出来る範囲で援助したり、家族や他人がそれぞれ安心して生活しているかどうかを、気づかうこと (χ^2 値=11.80, p 値=0.008)
- ・権限のある人、下位の立場にある人、同等の立場に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること (χ^2 値=19.97, p 値=0.000)
- ・市民講座を受講したり、自分の関心があることを学習すること (χ^2 値=10.69, p 値=0.014)
- ・仕事を探したり、労働をすること (χ^2 値=16.02, p 値=0.001)
- ・ボランティアに参加すること (χ^2 値=18.17, p 値=0.000)
- ・お住まいの地域の催し物へ参加すること (χ^2 値=13.30, p 値=0.004)
- ・あらゆる形態の遊び、レクリエーション、レジャー活動をすること (χ^2 値=15.66, p 値=0.001)
- ・選挙の際、候補者の演説を聞きにでかけたり、投票をすること。集会の自由 (たとえば、道路の建設や騒音の問題など、なにか地域で問題が起きた時などに地域の人と一緒に集まって対策を協議するなど)、表現の自由 (そのことについて新聞に投書するなど) を現実に用いること (χ^2 値=8.37, p 値=0.039)

次に、環境からは、以下の 6 項目に有意差が見られた。

- ・生活に必要な備品や道具類は、ほとんど入手可能である (χ^2 値=11.79, p 値=0.008)
- ・家の中や外を移動するための手段はそろっている (χ^2 値=19.16, p 値=0.000)
- ・私的な場や公的な場において、移動をする時は、物理的な障害 (段差や歩きにくい場所、使いにくいトイレ、2 階以上の建物なのにエレベーターがなくてこまるなど) が取りのぞかれていて、生活する上で不便を感じないものになっている (χ^2 値=14.06, p 値=0.003)
- ・文化活動やレクリエーション、スポーツをしたり、宗教に関連する儀式を行うとき、必要となる装備品や用具は入手しやすく、また、近くに施設がある (χ^2 値=15.14, p 値=0.002)

- ・学校や職場の人間、あるいは、あるまとまった集団人間（同好会、習い事で一緒の人たち、クラブの仲間、市民講座で一緒になる人たち など）において、良い関係を保っている（ χ^2 値=19.89, p 値=0.000）
- ・保健福祉関係者の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす（ χ^2 値=14.85, p 値=0.002）

iii) 様々な場面における、人間関係と主観的健康感との関連性について

続いて、表2-15から、人間関係に関する質問項目（16項目）を取り出し、「家族、親戚、近所の人（知人）、友人との人間関係」「学校や職場、同好会、クラブの仲間等での人間関係」「保健福祉関係者との人間関係」「その他の場面での人間関係」の4場面に区分けした。そして、表2-15において、主観的健康感と関連していた項目を確認した。結果は、以下の通りである（表2-16）。

- ・家族、親戚、近所の人（知人）、友人との人間関係
 - （参加）家の内外で、家族や他人の日常生活（健康維持やコミュニケーション、屋内での移動や外出など）を出来る範囲で援助したり、家族や他人がそれぞれ安心して生活しているかどうかを、気づかうこと
 - （環境）関連項目なし
- ・学校や職場、同好会、クラブの仲間等での人間関係
 - （参加）権限のある人、下位の立場にある人、同等の立場に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること
 - （環境）学校や職場の人間、あるいは、あるまとまった集団人間（同好会、習い事で一緒の人たち、クラブの仲間、市民講座で一緒になる人たち など）において、良い関係を保っている
- ・保健福祉関係者との人間関係
 - （参加）関連項目なし
 - （環境）保健福祉関係者の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす
- ・その他の場面での人間関係
 - （参加）関連項目なし
 - （環境）関連項目なし

第4節 考察

I. 属性について（サンプリングの特徴）

対象者の特性（表2-1-1）であるが、65歳以上の高齢者が54名と、全体の約6割を占めた。対象者の多くは「この土地で生まれこの土地で育った」人だった。これらの結果は、高齢化と若年層流出という、今日の過疎地の特性を反映している。

障害の種別（表2-2-1、図2-2-1）では、肢体不自由が一番多く、内部障害が2番目だった。以下、聴覚障害、言語障害・視覚障害の順である。これは、平成18年身体障害児・者実態調査結果[5]が示す特徴（表2-2-3）と一致している（平成18年身体障害児・者実態調査結果では、聴覚・言語障害と分類されている。聴覚・言語障害は、視覚障害よりも多い。）。

研究協力者は88名と、人数は寡少であるが、表2-1-1が示す対象者の年齢構成と、年齢階級別に見た全国の身体障害者数（表2-1-2）には、大きなずれは認められなかった。また、対象者の、障害の内容の構成と、調査対象地域に暮らす身体障害者の、障害の内容の構成との間（図2-2-1～図2-2-2）には、大きなずれは認められなかった。

従って、サンプリングの特徴として、対象者の年齢や障害の内容の構成（割合）そのものは、対象地域における元々の身体障害者の構成と、大きな差異はないと推測できる。しかし、結果の解釈に当たっては、人数が極めて少ないこと、高齢者が多いこと、肢体不自由と内部障害が多いことに、注意をする必要がある。

対象者の25%は、職に就いていた。そして、84.1%と大部分が、元は健常者であったが事故や病気（例えば脳血管障害や糖尿病に起因するもの）等様々な理由で障害者として申請した人だった。平成18年身体障害児・者実態調査結果[5]によれば、身体障害の原因は多いものから、疾患によるもの、事故によるもの、加齢によるもの、出生時の損傷によるものである。また、同結果によれば、「年齢階級別に身体障害者数の推移を見ると、60歳以上の増加が顕著である。」と述べているが、高齢化が進むということは、一方で、様々な理由により中途障害者が増加する側面を持ち合わせている、ということ再認識できる結果である。

対象者の73.9%は、必要な時に介護者がいた。ここでの介護者とは、配偶者や家族、近縁者やヘルパー等を指す。介護者がいない理由としては、「一人で生活して行ける。」や「誰も来てくれない。」等々考えられるが、今回は問わなかった。

II. 居住地への見方について

本研究では、「お住まいの地域は暮らしやすい場所だと思いますか。」という問いを設定した。この問いを設定した理由は、従来の研究で過疎が取り上げられる時、「地域に対してどのような意識を持っているのか、どのような生活意識を持って日々の暮らしを送っているのか。」というような、住民意識の問題は等閑にふされる傾向があった[26]ことに注目したからである。今回の研究結果では、対象者は全体として、居住地に対して肯定的な見方をしていた（表2-3-1～表2

－ 3 － 2)。

山本[26]によれば、本研究と同様に、過疎住民に対して「今住んでいる地域が好きですか。」と地域への意識を尋ねたところ、全体の80%が「好き」と答えることを報告している。その際、ライフステージごとの差を指摘し、「好き」の割合は、中年層 72.8%→向老層 78.0%→高齢層 85.6%→高齢独居層 84.4%と、ライフステージの上昇と共に増加することを指摘している。更に、定住意志についても触れ、高齢独居層、高齢層に最も高く、次いで向老層、最後に中年層の順になることを報告している。

今回の研究では、「暮しやすい」と思う理由も自由回答として述べてもらったが、自然・人間関係・行政に関連した意見が多く見られた(表2-4)。

また、ICFの「参加」と「環境」に関する質問項目と「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか」をクロス集計した結果から、関連要因を探ると、「参加」の質問項目の一つ「選挙の際、投票に出かけたり、集会の自由や表現の自由を用いているかどうか」が、暮しやすいと思う気持ちと関連をしていた(表2-14)。今回の調査対象地域に暮す人は、小さな集落を「部落」と呼称し、部落内のことは部落内で協力をし合って解決するという、古くからの慣習を持っているが、研究結果からは、そうした所謂市民権を行使している人ほど、「ここは暮しやすい」と考えている様子が伺える。過疎地内の部落、そして過疎地域そのものは、民意が反映されやすいのかもしれない。

これらの結果は、日常生活での多少の利便性の難を容認し、身の回りの自然環境を好み、他者との良好な関係を前向きに評価し、行政の下支えを感じていることの表れと考えられる。本研究の対象者は、平均年齢が64.8歳と高齢層が多いこと、また、居住年数が長い人が多いことを踏まえると、「多少の利便性の無さは仕方がない。」「自然環境も良いし、人間関係も恵まれているし、行政も良くやってくれている。移り住みたいとは思わない。」「この土地を、老いを生きる場所にしたい。」という、当事者の胸の内を推察することができる。但し、これらは、高齢層が多いが故の結果であるかもしれない点に留意が必要で、世代別の見方は、今後の課題となる。

一方で、障害が重いと、居住地に否定的な見方をする傾向があった。暮しやすいとは思わない、と考える理由(自由回答)は、生活利便性に関する不満、障害者に対する差別を意識した意見とに大別できた(表2-5)。

自由回答の全てが重度障害者からのものではないが、障害が重いと、病院や施設へ通う際に困難を感じることはもちろん、普段の生活においても、特に移動の点で不便を感じることも、また悲観感情を抱えていたり、被差別感や孤立感を有していること等が推察できる結果だった。重度障害者の中で、今回、居住地へ否定的な見方をした人も、特に高齢者は、元来、長年暮した土地への好意的な感情を保持していると推測できる。重度障害者の場合は、体の状態が思わしくないが故に日々精一杯な状態で、周りの環境(自然・人間関係・行政の良い点等)を見る余裕がないこと、或いは、見る余裕がなくなったことが、根本的な理由として考えられる。

Ⅲ. 居住地への見方と関連する要因について

ICFの「環境」に関する質問項目と「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」をクロス集計した結果を見ると、9項目で関連性が見られた(表2-14)。

「家の中や外を移動するための手段はそろっている」という項目で関連があった理由は、当事者個人(歩行支援用具や、移動・移乗支援用具の有無)や、家庭の事情(移動手段や、車の運転手の有無)が関係していると思われる。また、「私的な場や公的な場において、移動をする時は、物理的な障害が取りのぞかれていて、生活する上で不便を感じないものになっている」で関連があった理由であるが、ある場所における物理的な障害(例えば段差等)、を不便に感じるか否かは、個人差の問題も影響をするため、当事者自身の身体や障害の状態と関係していると思われる。

そして、「物流に関する地域のサービスや仕組みは十分である」「文化活動やレクリエーション、スポーツをしたり、宗教に関連する儀式を行うとき、必要となる装備品や用具は入手しやすく、また、近くに施設がある」「薬や食料品を買うための商店街、スーパーマーケットが近くにある」「レジャーやスポーツを楽しんだり、趣味を深めたり、宗教活動をしたとき、そうした目的に合う営利を目的としない会員制の組織や利用施設が身近にある。また、地域にそういう組織や施設があることは住民にきちんと知らされており、利用する時の手続きも取りやすい」「体と心の健康を維持するための、地域のサービスや施設、仕組みは十分である」「知識や教養、技能などを身につけようとするとき、身につけるために必要な教育を受ける地域のサービスや仕組みは十分である」の6項目で関連性が見られた理由は、各々が暮している場所から利用しやすい位置に上記項目に関連する施設があるか否かや、上記サービスが気軽に利用できるか否かで、回答が分かれたものと推測できる。

「暮しやすい」または「暮しやすいとは思わない」と考える自由回答(表2-4、表2-5)を見ると、当事者は、利用する(したい)施設が近くにある場合や移動に苦痛を感じていない場合は「暮しやすい」と考え、そうでない場合は「暮しやすいとは思わない」と考えている傾向がある。つまり、上記6項目は、施設の数や設置されている場所、そして当事者にとっての利便性、特に、車があればどうにかなるという意識と、車を使わないと生活にならないという意識の違いが、影響したと思われる。

また、「日常生活を維持するためのインフラストラクチャは仕組みが十分である」という項目も関連性が見られたが、上下水道や道路等の社会基盤や公共事業サービスの過不足というよりも、公共交通やタクシー等の利便性に対する意識が回答に影響をしたと考えられる。

Ⅳ. 主観的健康感の現状について

三徳ら[58]によれば、主観的健康感の定義は、明確にはなされておらず、国内外で多くの呼称が存在し、研究課題も多い。また、主観的健康感の低い人のその後の生存妥当性が低いことは大

多数の研究で確認されているが、そのメカニズムに関する詳細な研究報告は見あたらない、と述べている。

しかし、山崎[48]によれば、主観的健康は、客観的健康をある程度反映すると共に、その他もろもろの状況を反映し、総合的指標という点では客観的健康よりも優れているのではないかと、ともいわれている。

本研究においては、全体として「自分は健康」と答える人が多かった（表2-6-1～表2-6-2）。この結果は、高齢者において、病気や障害に伴う抑うつ症状に年齢や主観的健康がどのように関連するかということに関しては議論の余地を残している[151]ことを踏まえても、望ましい結果であるといえる。

一方、研究結果からは、重度障害者は軽度障害者に比べ「あまり健康ではない」「健康ではない」と答える傾向にあることも伺えた。今回は、サンプル数の少ない中での調査であったが、今回の結果から、主観的健康感の低い重度障害者が潜在的に多いことは、十分予想される。

V. 主観的健康感と関連する要因について

ICFの「参加」と「環境」に関する質問項目と、主観的健康感をクロス集計した結果（表2-15）を見ると、まず、「参加」の質問項目の中の「生活に必要な物品を買い、買い物したものを持ち運ぶこと」「掃除や整理整頓をしたり、動植物の世話をすること」「家の内外で、家族や他人の日常生活を出来る範囲で援助したり、家族や他人がそれぞれ安心して生活しているかどうかを、気づかうこと」という、家庭生活との関わりを尋ねている項目が関連していた。

瀧澤ら[35]は、秋田県の農村において、家族内でのサポートの授受と幸福感の関連を検討した結果、サポートの授受が多いほどモラル(居場所感、幸福感)が高いことを報告しているが、本研究は、そうした結果を追認するものである。なお、「自分や家族のために料理をし、配膳すること」という質問項目は、家事という点で「生活に必要な物品を買い、買い物したものを持ち運ぶこと」や「掃除や整理整頓をしたり、動植物の世話をすること」と類似した質問だが、関連性は見られなかった(χ^2 値=7.56, p値=0.056)。理由としては、サンプル数が少ないことや、介護者と共に暮している人が多く食事の世話は身の回りの人に任せてあること、等が考えられる。

次に、「参加」の質問項目の中の「市民講座を受講したり、自分の関心があることを学習すること」「仕事を探したり、労働をすること」「ボランティアに参加すること」「お住まいの地域の催し物へ参加すること」「あらゆる形態の遊び、レクリエーション、レジャー活動をする事」「選挙の際、候補者の演説を聞きにでかけたり、投票をすること。集会の自由、表現の自由を現実に用いること」と関連性があった。

これらの結果は、社会活動参加は主観的健康感を向上・保持させるという結果を報告した、中村ら[61]の研究や、日常的な活動への関与や社会的役割への参加はQOLに影響を与える因子であることを2年間の縦断研究を通じて実証した、Levasseurら[65]の研究を追認するものである。

また、藤原ら[152]は、先行研究が乏しく未解明な点が多く残されていると前置きしつつ、高齢者のボランティア活動は高齢者自身の心理的な健康度を高めることを示唆したが、本研究においても、ボランティアへの参加は、主観的健康感と関連をしていた。

次に、「環境」の質問項目の中の「生活に必要な備品や道具類は、ほとんど入手可能である」「家の中や外を移動するための手段はそろっている」「私的な場や公的な場において、移動をする時は、物理的な障害が取りのぞかれていて、生活する上で不便を感じないものになっている」「文化活動やレクリエーション、スポーツをしたり、宗教に関連する儀式を行うとき、必要となる装備品や用具は入手しやすく、また、近くに施設がある」と関連性があった。

Levasseur らは上記報告の中で、環境要因（物理的障壁物と Facilitator（案内人）の存在）は、QOL に影響を与える因子であることも報告している。本研究においても、家庭生活においては、日用品が入手しやすいこと、家の内外を気軽に移動できること、そして、外出の際には、利用したい施設が遠くない場所にあり、施設に行っても物理的障害物がなく手続きも円滑に進むことが、前向きな気持ちと関連する、ということを確認できる結果である。

次に、対人関係に関する質問項目として、「参加」の質問項目の「権限のある人、下位の立場にある人、同等の立場に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること」が、また「環境」の質問項目の「学校や職場の人間、あるいは、あるまとまった集団人間において、良い関係を保っている」が、それぞれ主観的健康感と関連をしていた。ここで、前者の権限のある人、下位の立場にある人、同等の立場とは、様々な想定之余地がある表記であった。本研究では、職のある人は、職場における人間関係を顧みただであろうし、無職の人は、例えば自分が暮す部落の共同活動等を想定したと思われる。また、後者のまとまった集団人間とは、同好会、習い事で一緒の人たち、クラブの仲間、市民講座で一緒になる人たち等を想定してもらった。

Litwin ら[29]は、アメリカに暮す 65 歳以上の高齢者を対象として、ネットワークの形態（Network types）と生活満足度指標（孤独、不安、幸せ）との関連性を調べた。結果、生活満足度と関連があるネットワークのタイプとして、「多様な（Diverse）」「仲間・同僚（Friend）」「会衆（Congregant）」「家族・共同体（Family）」「限られた（Restricted）」という、5つのタイプを抽出した。また、社会関係資本（Social capital）がより大きいほど、孤独感が低く、不安も少なく大きな幸せを感じる、という点で満足度が高いと報告している。

今回の調査は、65 歳以上が全体の約 6 割を占め、また、長年その土地に暮して来た人が多かった。有職者であれば、職場の人間関係が多様で良好なものであること（Diverse、Friend）、また、有職、無職のどちらの場合であれ、部落という限定された地域内において共同体意識がある人は（Congregant、Family、Restricted）、Litwin らが抽出した 5 つのタイプの中の、いずれかのネットワークを保持することができ、孤独や不安よりもむしろ、高い主観的健康感を感じているものと推測できる。

また、「環境」の質問項目の一つ、「保健福祉関係者の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす」も、当事者の主観的健康感と関連をしていた。

Meng ら[64]は、看護師の効果的な介入は、心臓疾患のある患者の身体機能の改善や良好な健康状態に役立つことを示している。Hung ら[153]も同様に、障害当事者とその介護者に対して訪問看護をして効果的な干渉を行うことは、障害当事者の ADL を向上させ、介護者の生活満足度や介護に伴う心理疲労 (Caregiver's burnout) を改善することを実証している。また、小島 [63]は、地域保健活動において、保健サービスを提供するという専門職固有の職務から離れ、住民の身近にいて住民を見守るという関係自体によって健康問題へ取り組むという姿勢は、保健サービスの提供とは別の作用機序で地域の健康水準を高めることを示唆している。

本研究を遂行する際、役場担当者と数回打ち合わせをしたが (電話、電子メール、面会等)、「〇〇さんは、..、だから。」というように、担当者は障害当事者一人一人を良く知っている様子だった。研究結果から、過疎地において、保健サービスを提供する側の人間は、専門職固有の職務から離れ住民の身近にいて住民を見守るという姿勢を持っており、適宜効果的な介入がされていること、そして、当事者は、専門職が示す見守るという姿勢を好意的に感じ安心感を抱いていること、その結果として、当事者の主観的健康感に良い影響を与えているものと推察できる。実際の、過疎地に暮す身体障害者に対するヘルスプロモーション活動の姿は、事例研究等で検証される必要はあるが、結果から推測するのならば、こうした、保健サービスを提供する側の人間と当事者の間の、謂わばアットホームな関係は、過疎地では特に色濃いものなのかもしれない。

VI. 過疎地での暮らしと人間関係について

「暮らしやすい」と思う理由を自由回答で尋ねたところ、人間関係に関連した意見が多く見られた (表 2-4)。一方、主観的健康感も、家庭内外での良好な人間関係と関連性があることが示唆された。こうした分析結果より、身体障害者の過疎地における健康な暮らしを考える上で、人間関係とそのあり方に着眼して行くことは大変重要であると判断できる。

近年の、(人や物を包括した)環境と QOL に関する多くの研究が、社会的な支援と態度は QOL と統計学的に関連がある、と報告している。例えば、島貫ら[36]は、従来の研究においてソーシャルネットワークで表わされる高齢者の社会関係が精神的健康や生活満足度に関連することは明らかにされている、と述べている。海外では、Penttinen ら[154]が、背中の中の痛みのある患者を対象とした研究において、ソーシャルサポートは積極的なリハビリテーションをもたらすことを実証している。

これに、過疎という視点を加味した研究では、Kutek ら[33]が、南オーストラリアの農村地域在住の 18 歳以上の男性を対象とした横断研究で、ソーシャルサポートや地域社会への帰属意識はストレスを緩衝し、主観的幸福感を高めることを示している。また、安梅ら[37]も、大都市近郊の農村に暮す 60 歳以上の人を 5 年間追跡調査し、社会関連性は生命余後と関連していることを実証している。岸と笹谷らも、夕張 (過疎地) と札幌 (大都市) の高齢者の健康状態を調査し、

夕張は相互扶助が地域に根づいており独り暮らしでも相談相手はいるが、札幌では近隣サポートが得づらいこと[43]や、過疎地における近隣や友人との関係は他調査に比し量・質とも密であること[41]を指摘している。崎原[155]は、沖縄の高齢者は加齢に伴う社会関係がほとんど変化せず、情緒的サポートが高いまま維持されていると報告している。Schémann ら[156]も、途上国農村地帯での調査を通じ、利用可能なソーシャルサポートと QOL との関連を示唆しているが、今回の研究結果においても、社会的な支援と態度は QOL と関連していることを追認できた。

本研究での対象者は、高齢者が多く、74%の人は必要な時に介護者がいる状態で生活していた。また、大部分が、その土地に生まれ住んできた人や居住年数が長い人であり、人間関係も、自由回答の「昔からの知り合いが多い。」という記述に見られるように(表2-4)、加齢に伴う変化もなく良好なままであったと思われる。たとえ独り暮らしの場合でも、相談や援助が安易に得られることは、十分に推測できる。地域に根づいた密度濃い人間関係を基盤とした生活模様が、過疎地の暮らしの長所であろうということが、今回の研究から伺えた。

Ⅶ. 人間関係と主観的健康感との関連性が、様々な場面に応じて違うことについて

以上のように、身体障害者の過疎地における暮らしを考える上では、人間関係とそのあり方に着眼することが大切であると考えられるが、「ICFの「参加」と「環境」に関する質問項目と、主観的健康感をクロス集計した結果(表2-15)」を検証すると、独自の結果も見えてくる。

本研究では、ICFの「参加」と「環境」を用いて、大変多くの質問項目を設定した。その中には、似たような項目も多く含まれているが、人間関係に関する質問項目について見ると(16項目)、主観的健康感との関連性を示したものは4項目だった(「様々な場面における人間関係と主観的健康感との関連性(表2-16)」)。その原因は、サンプル数が少ないこと、そして、類似した項目が多いことに加え、抽象的な問いを多く作成したため、回答の際に迷いや解釈の多様性を生じさせたこと、等が考えられる。

それらの問題点を抑え、表2-16を見ると、家族、親戚、近所の人(知人)、友人との人間関係では、障害当事者がそうした人たちに援助や気づかいをしているかどうか、主観的健康感と関連をしており、敬意を示したり、気持ちに対応すること(挨拶、世間話、必要な際は相談に応じる等)、そして、相手との関係性の良し悪しそのものや、相手の意見や態度は、関連をしていなかった。また、保健福祉関係者との関係性については、本節Ⅴ. 主観的健康感と関連する要因について(P.57参照)、で述べた通り、保健福祉関係者の意見や態度が関連しており、その他の場面での人間関係では、関連性は見られなかった。

上述したように、瀧澤らは、サポートの授受が多いほどモラール(居場所感、幸福感)が高いことを報告しており、藤原らは、高齢者のボランティア活動は高齢者自身の心理的な健康度を高めることを示唆している。それらを参考に、主観的健康感に焦点を狭めて結果を分析すると、家族、親戚、近所の人(知人)、友人との人間関係では、関係が良好だという認識、敬意表出や相手の

気持ちへの対応、そして、援助されているという受動的な意識よりもむしろ、「支援している」という能動的な意識や行動が、主観的健康感に強く関連をしているように考えられる。

一方、学校や職場、同好会、クラブの仲間等での人間関係では、敬意表出や気持ちへの対応、集団での人間関係が良好だという意識が、主観的健康感と関連をしていた。その理由を推察するのならば、何らかの目的を持った人の集まりでは、敬意表出や相手の気持ちへの対応が情緒的相互作用の基盤となる信頼関係の構築に寄与していること、また、集団内では目的を達成するためのサポートの授受も多く、自然とモラール(居場所感、幸福感)が高まること、等が考えられる。

VIII. 日常の健康管理について

普段の健康や健康管理への気配りについて、自由回答で尋ねたところ、食事、運動、休息、ストレス管理、衛生等、各人がそれぞれ、体調を考えて生活している様子が見られた(表2-7)。

神宮ら[67]は、バランスの良い食事、運動する習慣、趣味、人との交流の他、肯定的な老いへの態度、心理的に安定感を持つことが高齢者の生活機能の維持に関連する要因であることを示唆したが、本研究においても、対象者は各自、生活機能の維持のため、普段から自発的な健康行動を取っている様子が伺えた。

本研究では、食事についての回答が、運動の次に多かった。

熊谷ら[68]は、多様な食品を摂取することが、地域在住高齢者の高次生活機能の自立性の低下を予防することを示唆し、学歴や人種とは独立的に総死亡のリスクを下げていると述べている。また、芳賀ら[157]も、知的な興味、関心を維持することと同時に、食習慣では植物性食品の摂取及び「魚類」に代表されるタンパク質を多く含む食品を取るように心掛けることが、高齢期における活動的な自立を維持するために有用である可能性を示唆した。更に武見[158]も、高齢者を対象とし、食行動・食態度の積極性と各 QOL 指標との関連を明らかにしている。

自由回答の記述の多さから推測すれば、過疎地に暮す住民の中には、本研究の対象者と同様、食に気を配る高齢者は多数いるものと思われるが、そうした自発的な配慮は、結果として活動的な自立や QOL の一助となっていると考えられ、好ましいものであるといえる。

IX. 治療やリハビリテーションのための施設の利用について

また、今回の結果より、対象地域に暮す身体障害者は、治療やリハビリテーションのための施設まで、およそ1時間を要して通う姿が想像できた(図2-3、図2-4)。そして、利用している施設の不満点としては、「日常生活での利便性」に関する意見が多く出た(表2-9)。各人の体の状態や生活条件にもよるが、過疎地に暮す高齢者や身体障害者にとって、通院は、体力や事前準備等を考慮すると、“一日がかりの仕事”であることが想像される結果である。

一方、今回の研究では、スタッフに対する評価は相対的に高いこと、そして、施設に対する評

価も良いという結果であった（図2-5、表2-8）。瀬島ら[159]は、高齢者が医療に対してどのようなニーズを持っているのかを質的に調べ、重要性が高い要素として、「情緒的期待」「医療システムに対する期待」「日常生活での利便性」という属性（瀬島はこれを「プロパティ」とも呼んだ。）を抽出しているが、今回の結果から、当事者が普段から医療に対して抱いていると思われる上記3つの属性のうち、「情緒的期待」「医療システムに対する期待」は満たされていると推測できる。これは、過疎という遠隔地に暮しており利便性という点で困難があるとしても、多くの方が良質な医療サービスを受けている、ということの証明と考えられる。

X. 身体障害者の社会参加について

社会参加に対する考え方は多様だった（図2-6）。数の上では、社会参加は望まない、社会参加は必要ない、と答えた人が多くを占めた。その理由としては、「身体が不自由であること。」が多かったが、細かく見ると、「年齢的な理由。」「もう十分。」という考えや、「自分自身のことだけで精いっぱい。」「家族や近親者のみの生活を楽しみたい。」等の記述が見られ、個人の事情や考えを優先させている様子を伺うことができる（表2-13）。また、社会参加を望む人に尋ねた、どのようなことが改善されれば今以上の社会参加ができるか、という問いに対する回答を分析しても、利便性や周囲の理解に関するもの以外の回答の中に、体の状態や時間的な都合等を考慮して事情に応じて社会と関わりたい、という旨の意見が見られた（表2-10）。

ところで、社会参加について、東京大学先端科学技術研究センター 福島智教授は、以下のようコメントしている。（以下、2008年4月5日（土）に、筆者が福島教授より電子メールによる論文指導を受けた際の、コメントの中の該当部分をそのまま掲載する。掲載に際し、福島教授の許可を得た。）

「一応申しあげておきますと、たとえば近隣住民や所謂地域社会との接点がありませんように見える人も成員として含めているのが、本来の「社会」だろうと思います。つまりある条件を満たしている人だけが「社会」を構成していて、その条件を満たしていない人は「社会の外にいる」というイメージは危険です。「社会参加」の表現のあやうさは、「参加する」(Participate)が、このようなイメージを惹起しかねないところにあるだろうと思います。但し他に良い表現はないので、便宜上やむをえないと思いますが、意識においてこうした問題点をおさえておいてください。」

誤解を恐れずにいえば、障害者の自立を考える際、「障害者の積極的な社会参加」「元気で活発な高齢者」という言葉だけをクローズアップすることは、知らず知らずのうちに、下線部の如きイメージを蔓延させることにつながって行くと推測できる。今回の結果からも、特に社会参加に消極的である人、或いは社会参加はもう十分であると考えている人に対しては、その理由を汲み取り、個々の状況に応じた対応をすることが本当の支援と考えられる。

一方、今回の結果の中には、社会参加を望んでも、どこ（誰）にも相談をしていない場合が多いことや、自由回答の中に「相談する相手や場所を知らない。」等の意見があった（図2-7、表2-12）。通常、過疎地に限らず全国ほぼ全ての自治体では、形態は様々であるが、障害者の社会参加に関する相談窓口を設置しており、広報もしている。今回の結果では、こうした自治体の体制が、広く認知されていない可能性が示唆された。

X I . 障害への差別や偏見の経験を恐れた、生活や行動の自主的な規制について

障害への差別や偏見の経験を恐れた、生活や行動の自主的な規制について調べたところ、73%と、多くの人は行動を規制していなかった。しかし、27%の人が、行動を規制していた（図2-9）。また、「暮らしやすいとは思わない」と考える理由（表2-5）の中で、障害者に対する差別を意識した意見が見られた。

大谷[160]は、今日のわが国では、難病や障害に対する医療技術レベルは高いものの、人権侵害的痛み（他者や社会から心理的圧迫、環境的制限、経済的困窮等）への対応が、欧米先進国に比べて低いレベルに留まっていることを指摘し、その基底に、疾病・障害のある人に対するスティグマ、偏見が注意しなければ気づかない形で根づいている可能性を指摘している。また、八巻ら[161]も、「まなざし」という言葉を用い、障害当事者が何となく感じる、「排除」と「見下し」という社会の雰囲気存在を指摘し、社会の「まなざし」は、障害のある人々の生活を圧迫する可能性が高く、その「まなざし」の内実を明らかにする必要があること、その際に「差別」とは捉えにくい社会の雰囲気をも持ち合わせて捉える必要があること、一方でそれらの「まなざし」にも関わらず積極的な意味を見出している人々の存在を示すことも必要である、と述べている。

研究結果より、今回調査をした地域の中に、疾病・障害のある人に対するスティグマや偏見が、注意しなければ気づかない形で少なからず根づいていることが推測できた。自由回答（表2-5）の中にも「障害者に対して冷たいようにおもわれます。」「障害を欠損と考える風土。」という、被差別経験に関する記述が見られたが、そうした雰囲気や風土が、今回の調査対象地特有のものなのか、過疎地特有のものなのか、或いは、日本の国土・民族・世代・文化をはじめもっと広範な観点から考えねばならないのかは、検討の余地を残した。

X II . 本研究の意義と限界

本研究では、過疎地に暮らす身体障害者が、高齢化や若年層流出という社会背景の中で、居住地を暮らしやすい場所と考え、健康に気を配りながら生活している様子を伺うことができた。従来の、健康教育学や公衆衛生学分野があまり目を向けてこなかった、過疎地に暮らす身体障害者の生活状況の一部を明らかにした点で意義が高い。

本研究には、いくつかの限界がある。まず、サンプル数が少ないことが挙げられる。協力者は88名（両自治体に暮らす身体障害者の10.4%）であること（第1章第5節II. 研究の進め方につ

いて、にサンプリングデータ（表2）を示してある（P.35 参照。）、高齢者が多数を占めたこと、肢体不自由や内部障害が多いこと等を考慮すると、本研究の結果と考察を、過疎地に暮す身体障害者の生活状況として一般化することには限界がある。即ち、本研究は、協力者が少なく、その内訳も高齢者や肢体不自由、内部障害が多い、という点からの結果と考察であることに留意する必要がある。考察や小括を述べる際も、88 名全員の生活の多様性や個別性は、最大限考慮されなければならない。

また、本研究は、過疎地に暮す身体障害者の生活状況を、横断的に把握したものである。そのため、今回の調査結果で相関を示した項目から、因果関係を直ちに想定することはできない。今後の課題として、サンプル数を増やし分析の精度を向上させなければならない。例えば、世代別、障害の種別や程度別、そして、障害の経緯別に検討を深める研究や、更には、ランダムサンプリングによる他の地域との比較や時系列縦断研究等、外的妥当性を高める研究も求められる。

第5節 小括

本章の研究目的は、過疎地に暮す身体障害者の生活状況を把握することであった。具体的には、居住地への見方とその関連要因、主観的健康感の現状とその関連要因、健康管理への取り組み、医療施設への見方、社会参加に関する意見、差別や偏見の経験を恐れた行動規制の実態、を明らかにすることであった。

今回の研究では、高齢者が多く、また、肢体不自由や内部障害者が多い中での分析と考察であったが、対象者の多くは、移動の困難さや施設（医療、福祉、文化に関連する施設）の少なさに難点を示したものの、居住地を暮しやすい場所と考えていた。そして、家族や近隣住民、友人、保健福祉関係者と質の高い人間関係を築いており、障害の状態や健康に気を配りながら、各自の事情や考えに応じて社会参加をしていた。

第6節 図表一覧

表2-1-1 対象者の特性

項目	カテゴリ	人数(%)
性別	男	48(54.5)
	女	40(45.5)
年齢	20～29 歳	2(2.3)
	30～39 歳	5(5.7)
	40～49 歳	6(6.8)
	50～59 歳	11(12.5)
	60～69 歳	19(21.6)
	70～79 歳	38(43.2)
	80～89 歳	6(6.8)
	90 歳～	1(1.1)
職の有無	有	22(25.0)
	無	64(72.7)
	記載なし	2(2.3)
身体障害者手帳 所有経緯	出生時より	8(9.1)
	人生途上で申請	74(84.1)
	記載なし	6(6.8)
介護者の有無	有	65(73.9)
	無	16(18.2)
	記載なし	7(8.0)
居住年数	1～4 年	2(2.3)
	5～9 年	0(0.0)
	10～14 年	2(2.3)
	15～19 年	4(4.5)
	20 年以上	78(88.6)
	記載なし	2(2.3)

注) ここでの職とは、パートやアルバイトも含める。

注) ここでの介護者とは、家族、親族、ホームヘルパー等のことを指す。

表 2-1-2 年齢階級別に見た全国の身体障害者数（単位：千人）－参考資料

総数	年齢階級(歳)								
	18・19	20～29	30～39	40～49	50～59	60～64	65～69	70～	不詳
3483	12	65	114	182	470	394	436	1775	35
(100.0)	(0.3)	(1.9)	(3.3)	(5.2)	(13.5)	(11.3)	(12.5)	(51.0)	(1.0)

注) 平成 18 年身体障害児・者実態調査結果[5]を元に、筆者が作成した。

注) 平成 18 年 7 月 1 日現在、18 歳以上の身体障害者（在宅）のデータである。

注) 上表の内訳は、傾向をつかみ、表 2-1-1 の年齢構成と比較して、ねじれやずれを見るための、おおその数である。

注) 調査対象地域に暮す 18 歳以上の身体障害者全員のデータに基づいた、年齢階級別に見た身体障害者数の表は、作成できなかった。

表 2-2-1 対象者の障害の種別と程度の内訳（人数）

	視覚障害	聴覚障害	言語障害	肢体不自由	内部障害
重度	5	4	5	23	11
軽度	3	7	3	32	10
合計(人)	8	11	8	55	21

注) 重複障害者の取り扱いについては、例えば、肢体不自由と内部障害の 2 つの障害がある場合は、肢体不自由として 1 名、そして内部障害として 1 名、という具合にカウントした。従って、合計人数は、総協力者数 88 名よりも多くなっている。

注) 他、無記載 1 名、軽度障害ではあるが障害の種別不記載が 1 名いた。

注) 他、肢体不自由者であるが障害程度不明が 3 名いた。

注) 内部障害とは、心臓機能、腎臓機能、ぼうこう・直腸機能、呼吸器機能、小腸機能、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）による免疫機能 の 6 種類の障害を指す。

注) 重度障害者とは「身体障害者手帳の等級が 1 級又は 2 級の方」或いは「身体障害者手帳の 3 級に掲げる障害が 2 以上重複している方」を指す。

注) これらの中には、知的障害者もいるが、今回の研究では、分析対象としていない。

表 2-2-2 調査対象地域に暮らす身体障害者の、障害の種別と程度の内訳（人数）－参考資料

	視覚障害	聴覚障害	言語障害	肢体不自由	内部障害
重度	35	36	6	168	117
軽度	21	73	8	280	71
合計(人)	56	109	14	448	188

注) 役場から提供していただいたデータを元に、筆者が作成した。

注) 自治体ごとに、重複障害についてのカウントの仕方が異なるので、上表の内訳は、傾向をつかみ、表 2-2-1 と比較して、ねじれやずれを見るための、おおその数である。

表 2-2-3 全国の身体障害者の、障害の種別の内訳（概数）－参考資料

	視覚障害	聴覚・言語障害	肢体不自由	内部障害	重複障害	合計
人数	310000	343000	1760000	1070000	310000	3483000

注) 平成 18 年身体障害児・者実態調査結果[5]を元に、筆者が作成した。

注) 平成 18 年 7 月 1 日現在、18 歳以上の身体障害者（在宅）のデータである。

注) 平成 18 年身体障害児・者実態調査には、聴覚障害と言語障害は、併せて「聴覚・言語障害」と記されている。また、障害の程度の区分はされていない。

注) 上表の内訳は、傾向をつかみ、表 2-2-1、表 2-2-2 と比較して、ねじれやずれを見るための、おおその数である。

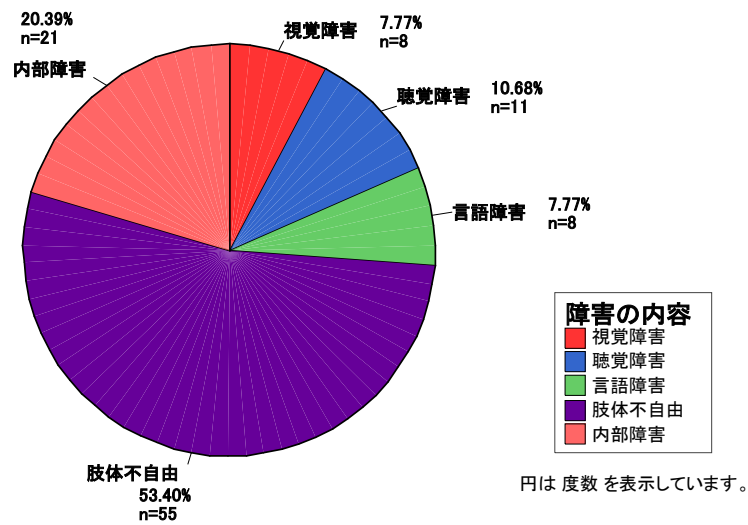


図 2-2-1 対象者の障害の内容の構成

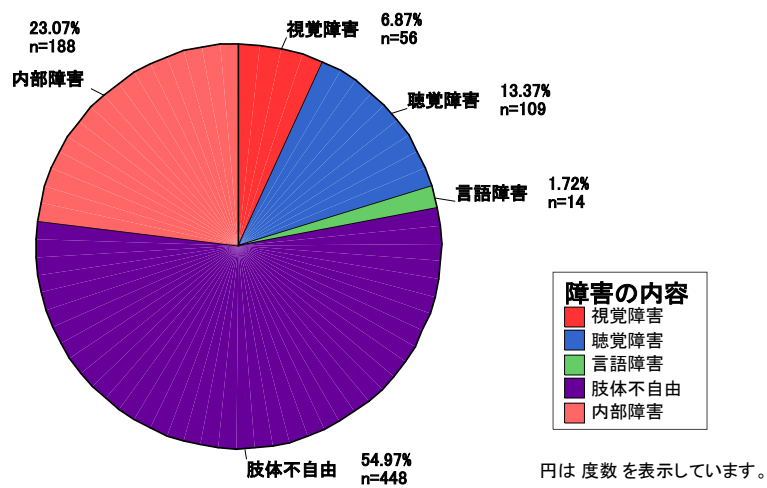


図 2-2-2 調査対象地域に暮らす身体障害者の、障害の内容の構成 - 参考資料

注) 図 2-2-1 と比較して、ねじれやずれを見るため、役場から提供していただいたデータを元に、筆者が作成した。

表2-3-1 「お住まいの地域は、暮しやすい場所だと思うか」と尋ねた結果

			暮しやすいと思うか				合計
			全くそうは 思わない	そうは思 わない	ややそう思う	そう思う	
障害 程度	重度	度数	8	9	17	1	35
		障害程度 の %	22.9%	25.7%	48.6%	2.9%	
		調整済み残差	2.4	.8	-1.3	-1.7	
	軽度	度数	2	8	27	6	43
		障害程度 の %	4.7%	18.6%	62.8%	14.0%	
		調整済み残差	-2.4	-.8	1.3	1.7	
合計		度数	10	17	44	7	78
		障害程度 の %	12.8%	21.8%	56.4%	9.0%	

表2-3-2 「お住まい地域は、暮しやすい場所だと思うか」と尋ねた結果(カイ2乗検定)

	値	自由度	漸近有意確 率(両側)
Pearson のカイ2乗	8.775 ^a	3	.032
尤度比	9.347	3	.025
線型と線型による連関 有効なケースの数	8.448	1	.004
	78		

a. 3セル(37.5%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は3.14です。

表2-4 「暮しやすい」と考える理由 (重複を含め、自由回答記述全てを掲載した。)

自然にめぐまれている
 自然豊かな環境で過ごしています。
 自然環境が良い(山の中の一軒屋)
 自然の中で空気が良いこと
 自然
 川・山や森が自然で静かな町。米・野菜などは農家から直接買える。
 山の中で自由である
 災害たとえば台風とかの被害が少なく、交通の便など駅が近いなどです。
 田・畑が多く、年配の方が多く、のんびりとした町なので。
 いかにも、日本の「いなか」「ふるさと」というかんじです。自然環境がよい。水がおいしい。
 四季の自然がきれいである
 自然が一杯。水や空気が良い。
 自然環境も良い。

部落の人に良く面倒を見てもらっているから
 人が親切です。

生まれてからずっと住んでいて、周りの気心を知っていること。
昔からの知り合いが多い。駅の近くである。
山柴水明の郷、住めば都です
昔からいるから
過ごされた場所で、人間関係も非常に良いから
隣保班、向こう三軒の交流が出来ているから
近所の人何かと親切にしてくれる。
近所の方達が皆良い方で静かな所なので
22年前の水害で今の場所に引っ越してきたのですが、昔からの友が多い。
官公庁は自動車10分位。スーパーなども10分位。
人が良い人ばかりで町の中心地まで車で2～3分なので生活はしやすいです。
小さな町ですが、市街地なので、お店、病院、学校などがそろっているの
静な住宅場所で買い物は車がある買えますので商店街は4Km内にある
地域の方々との交流があり買い物にも比較的安易である。
住んでいるところは農村で、他家などへ気兼ねせず暮せること
車にも自分で乗れますし自分ですぐに移動できます。
町中心部まで12Km(役場、農協、郵便局、医院)。不便ですが車で行くので。

行政地域活動寄付等の免除
行政の方で色々と考えてくれる

何となく

注) 表2-4と表2-5は、調査協力に感謝し、住民の息遣いを汲み一人一人の声に耳を傾ける姿勢で分析をするために、重複を一まとめにせず、得られた回答を全て記述通り掲載することにした。ひらがな表記もそのまま記載することとし、解読不明な文字は●で示してある。同様の理由で、表2-7、表2-8、表2-9、表2-10、表2-11、表2-12、表2-13においても自由意見の回答は全て掲載した。

表2-5 「暮らしやすいとは思わない」と考える理由

(重複を含め、自由回答記述全てを掲載した。)

ひとのところが閉鎖的な感じがする。障害を“欠損”と考える風土
障害者に対して冷たい様におもわれます。
親しく出来る友人が居ない。また、考え方の違いで隣人とうまくいかない。

不便である(スーパー、病院が遠い)
病院などが無い
なに事も車ででかけないと生活にならない。
コンビニやスーパーが近くにない15K位
買い物に出るにも町迄時間がかかり生活をする上では暮し安い所ではない
交通が不便(大きな病院、県庁所在地に行く方法がない)
仕事がない
病院が不足している。交通の便が悪い。スーパーや専門店が少ない。
お店がない。交通不便
通院の不便
病院が遠い。車が無いと暮せない。
生活をする上で全ての面で不便である。
近くに店がない
自然は豊かだが、生活するには大変。近くに病院(総合病院など大きな病院)がない。
交通が不便。
病院が少ない。高齢者の施設の料理が高い。
いろいろな設備が町にはない。たとえば交通手段 etc
不都合多い
①医者が少ない。通院も大変。②リハビリが不十分③医療の研究充実をぜひお願いしたい

現在住んでいる地域だけの問題ではないと思うが、全体的に住みづらくなってきている。
一言では答えられません。
すべて切りすてられつつあるからです。
作業場がない 日影が多い 台風被害が多い

表2-6-1 主観的健康感を尋ねた結果

			主観的健康感				合計
			健康ではない	あまり健康ではない	まあ健康	非常に健康	
障害程度	重度	度数	10	10	13	1	34
		障害程度の%	29.4%	29.4%	38.2%	2.9%	100.0%
	調整済み残差	2.4	.5	-2.3	.2		
	軽度	度数	4	11	29	1	45
		障害程度の%	8.9%	24.4%	64.4%	2.2%	100.0%
	調整済み残差	-2.4	-5	2.3	-2		
合計		度数	14	21	42	2	79
		障害程度の%	17.7%	26.6%	53.2%	2.5%	100.0%

表2-6-2 主観的健康感を尋ねた結果(カイ乗検定)

	値	自由度	漸近有意確率(両側)
Pearson のカイ乗	7.325 ^a	3	.062
尤度比	7.420	3	.060
線型と線型による連関	6.072	1	.014
有効なケースの数	79		

a. 2セル(25.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は.86です。

表2-7 健康や健康管理に関して、普段からどのようなことに気を配っているか

(重複を含め、自由回答記述全てを掲載した。)

食事の量と質
 栄養番組等からの情報収集
 やや高血圧の為食に注意している
 食事のバランス。
 食生活の面についても注意しています。
 糖尿病があるため運動はあまり出来ないが、食事療法には気をつけている(特におやつ)
 食事。
 塩分の取り過ぎに注意しております
 食事や飲物。
 食べ物
 食事

常に体を動かすこと
 適度な運動。
 家の中で体操などなるべく体を動かすこと

リハビリ

散歩をする

歩行訓練を毎日する様になっています

脚の筋肉をつけるため、地域の運動に参加したり、水泳などで力をつけている

運動(水泳)

自分の体に応じて、体を動かすこと

リハビリ、体力作り

毎日の自己流体操で(衣食を含む)体調維持に努力

歩く

運動

少し体操

常に体力増強に心がけている

スイミングに通っている

現状維持のためデイサービスを積極的に利用する

定期的に通院していること

疲れをためない(横になる時間を作る)。

農業をしているためについ働き過ぎるが過ぎた労働を避ける。

無理をしないように。

はやめにねる

血圧、

無理しない。

病院からの薬を忘れず飲む

「地域に惑わされることなく、自分で学んでいく。」こと。

自分がやってみたいと思うことはとりあえず挑戦してみる(結果はどうであれ)。

ストレスをためない

物事を良く聞く

趣味を見つけてするようになっています(ストレス解消のため)

現在健康ではないのですが、毎日、気持ちだけでも前進のみで行こうと思ってます。

起こらない。腹を立てない。常に平らな心で生活をする。

明るい気持ちでいること

何事も前向きに考えるように。

カニューレが入っていますのでいつも清潔に気をつけています。
衛生。

はじめは通院していましたが次第に重症になった。年齢を考えて通院は休んでいます。
左膝に人工骨を入れたが、合わずに時々はずれてしまう。その時は両手で揉む。
聴覚、視覚の障害があり、テレビで参考番組があっても満足に見たり聞いたり出来ない
気力で取り組んでいるが経済力が乏しい

特になし

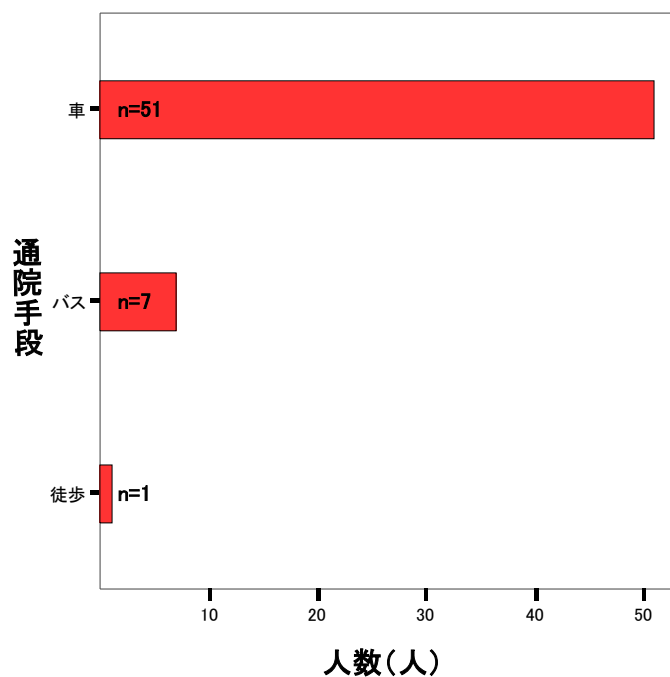


図 2 - 3 治療やリハビリテーションのための施設までの通院手段 (重複回答あり)

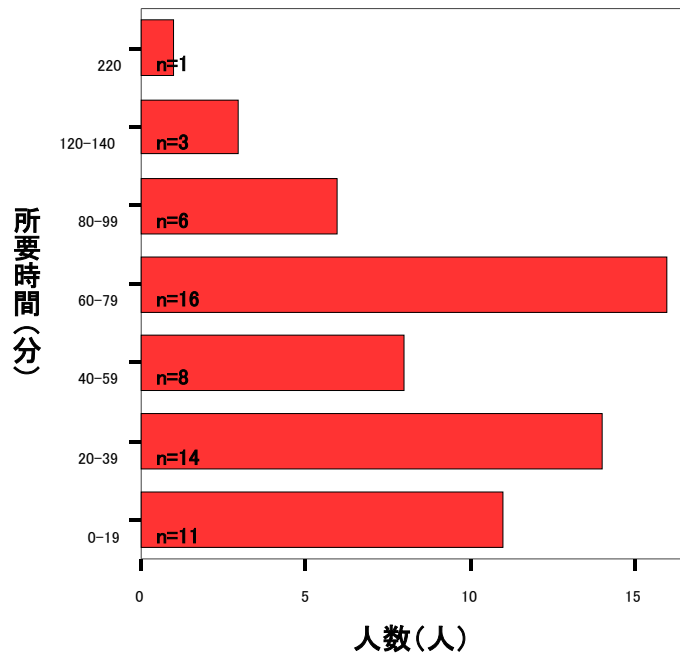


図 2-4 治療やリハビリテーションのための施設までの所要時間

現在利用している施設に、満足していますか

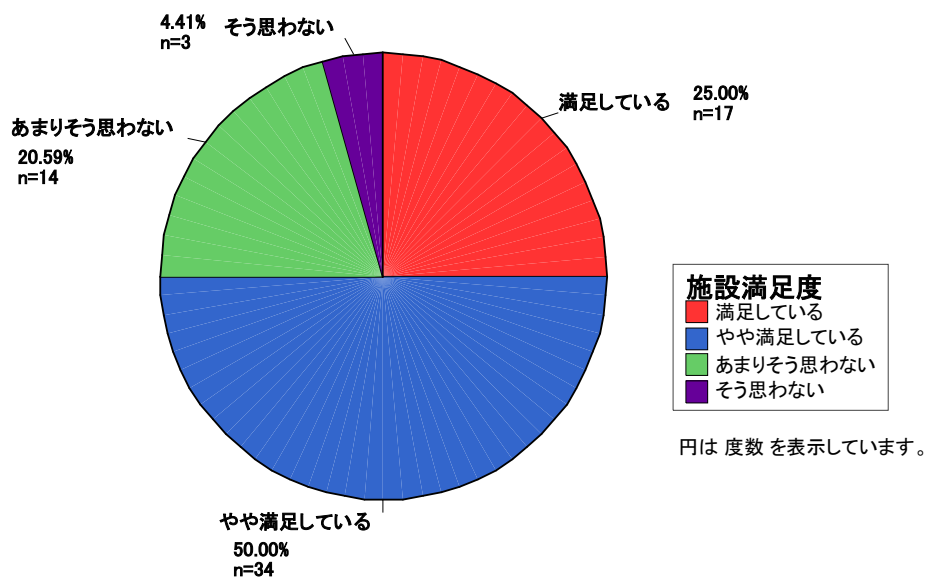


図 2-5 現在利用している施設に満足しているか尋ねた結果

表 2-8 利用している施設の満足点 (重複を含め、自由回答記述全てを掲載した。)

看護婦さんが親切

親切である

主治医看護師には感謝です

言う事を聞いてくれた

先生が良い スタッフの対応が良い

同じ先生に長期にわたりみていただいている

今のところ主治医とケースワーカーが親切。

私たち障害者のため、治療やリハビリに力を入れている。

予定時刻を守ってきてくれるのでそれ以上云うことはない。

医者は良い

親切です。

リハビリの先生が良くしてくれる

命を助けて頂いたこと

職員さん達が皆さん親切です

10年来の主治医がいる

親切に対応してくれます

主治医が大変良く相談にのってくれる

細かく診てくれる

医者(先生)ていねいにみてくれる

リハビリが上手

親切である

諸リハビリに積極的に取り組んでくれる

親切である

病状について納得する治療をしてくれる。

医師や関係者の自分への対応

親切にしてくれる

医師

ひとりひとりまできめ細かな指導・助言(細部)

二か所の病院に通院してますがどちらとも先生が良い(人柄など)

専門の先生がいる。

設備

設備が整っている

移植を受けられた。

距離的に丁度よい。

前に行っていた病院より近いこと

時間的に近い

通っていない

負担が免除されている・・・難病のため

地域の中心。

まあまあです。

80%

待ち時間がなく予約制でありがたいです

サークルの仲間が皆仲良しです。

表 2-9 利用している施設の不満点 (重複を含め、自由回答記述全てを掲載した。)

遠い

手術は近くて富岡市、また前橋市まで行くため

東京にあるので診察に向かう時に時間がかかり過ぎる

少々長距離である

家から遠い

遠すぎる。15キロあるから。

自宅から遠いのが不満

家から不便。

病院が遠いこと。

設備が古い。

施設が充実してほしい

駐車場が少ない。

その主治医が遠方に転勤してしまう。

医師の不足

主治医がない(変わってしまう)。

医師が少ない

専門の先生が週2回しか来ない。

待ち時間

待ち時間

待ち時間が長い

待ち時間が長い。

待ち時間が長い。

時間がかかる

待ち時間が3時間もある

30%

特になし

別にありません

別がない

支払い後、町に再び請求すること。

料金など

ただ、ドクターが話を聞くだけ。対処方法がない為

話を聞くだけで聴診器でみることをしない

診察の先生(もう少し時間をかけて診察してください)

ろくに診てくれない

ショートステイに行った時など肺炎になったり色々とおきることです。

今以上の社会参加を望みますか

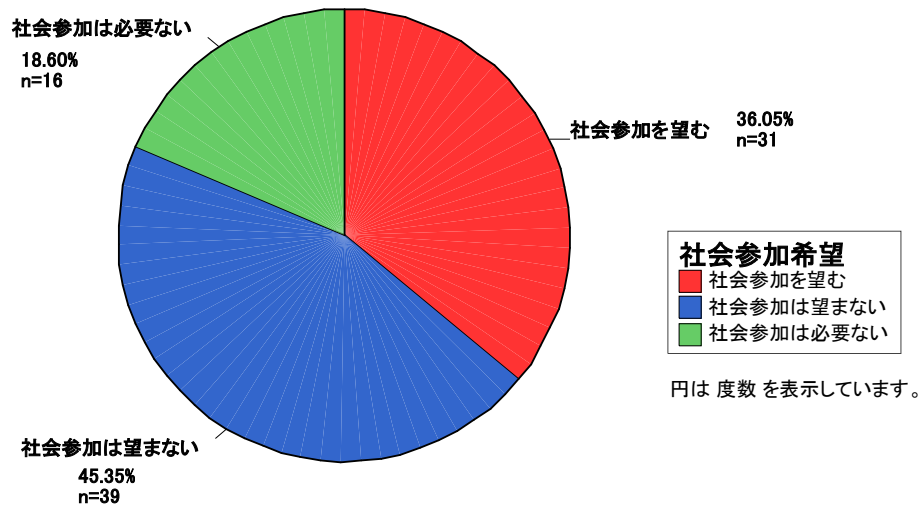


図 2-6 「今以上の社会参加を望むか」と尋ねた結果

表 2-10 どのようなことが改善されれば、今以上の社会参加が出来ると考えるか
(重複を含め、自由回答記述全てを掲載した。不明な文字は●で示した。)

交通の便
交通の便
車の送り迎え
地域から参加に望むまで(出来るまで)自分だけではできない。交通の不便などの問題あり。
もう少し近くで集り等があれば良いと思う。参加したいと思っても少し遠すぎるので(4K 位行かないと)
近くに働く場所がほしい

インフラの整備(道路整備・・・労働のための通勤、情報整備・・・携帯電話が使用不可)
私の場合は少し助けて頂かなければ・・・でも社会参加は難しいです
段差。いす。

体が良くなれば。

聴覚力が良くなれば

週3回の人工透析はきつい

障害者でなくなること

体調を●●になってから

・肢体不自由 ・脳障害

ボランティアの協力、町民の理解

障害に対する地域社会全体の共感(いつかは自分もそうなるという、理解に留まらぬ現実感覚)

差別

労働とボランティアのバランスが取れたら幸せ。

時間的な余裕

政治活動、レジャーなど参加して生きがい感じたい

社会参加を望みますが高齢となり苦痛

社会参加に関することを、どこか(誰か)に相談していますか

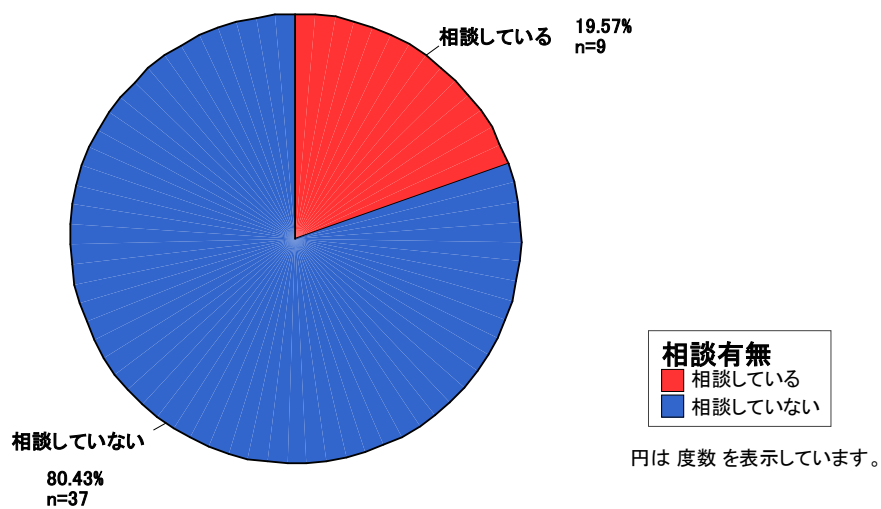


図 2-7 社会参加に関することを、どこか(誰か)に相談しているか尋ねた結果

表 2-1-1 社会参加に関することの相談先(自由回答記述全てを掲載した。)

両親 ハローワーク サークルの友達 役場。地域。 家族 友達

社会参加に関することを、どこ(誰)かに相談した際、相談内容は役に立ちましたか

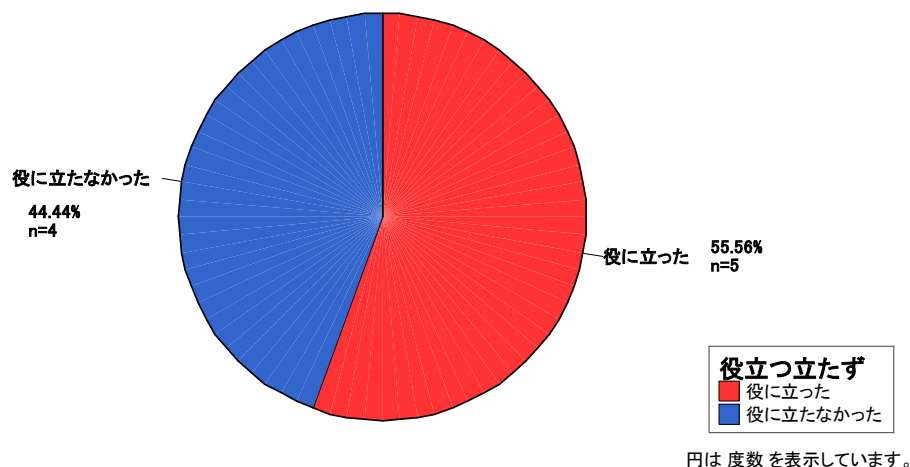


図2-8 社会参加に関することを相談した場合、役に立ったかどうか尋ねた結果

表2-12 社会参加について、どこ(誰)にも相談していない理由

(重複を含め、自由回答記述全てを掲載した。)

<p>どうせ同じ、面倒くさい</p> <p>めんどくさい</p> <p>相手がいない</p> <p>相談する相手がない</p> <p>利用できるシステムや場所を知らない</p> <p>該当自治体にこのようなセクションはない。また、そのように対処できる場所がない。</p> <p>相談口がないから</p> <p>働く場所がない。</p> <p>あまり意識していない</p>

チューブにつながれた障害者の社会参加について理解されるとは思えない。

遠すぎて出てゆけない

会話ができないから

気持ちだけで何か出来ない？

現在は、相談しなくても参加する意思があれば参加できる

参加することが不可能だから

自分には無理かなと思ってしまう

自分のことは自分で解決する為

自分の日常の生活でいっぱいなので。

自分の判断で行動する

体が不自由だから

体調が良くならなければ

通院中のため

透析のない日に出来るだけやっています

必要ない

表 2 - 1 3 社会参加を望まない、社会参加は必要ない、と考える理由

(重複を含め、自由回答記述全てを掲載した。)

身体不自由

不自由な体で身近な生活で一杯で広範な活動は無理

体がついていかない。外部に出ることもない。

参加項目の中で本人一人では参加が無理

体が自分では自由に動けないから

参加出来る体ではない

社会参加は一人では出来ない

身体がついていけない。すぐにつかれる。

参加が不可能だから

行動不自由だから

手も足も自由に動かないでどこにも行けない

寝たきりの状態なのです

身体不自由につき

健康上の理由。

体が動かないから

年齢的にも
年寄りだから
年をとっているから
高齢化に伴って出歩くのが困難なので参加は必要ない。

もう十分
今の状態で良い

自分自身のことだけで精いっぱい

労働している

障害者が参加しやすい社会ではない

宗教活動をしているので、他に社会参加は必要ないと考えている。

妻と子供たちの愛でまんぞくしているから

思うように出来ないとストレスになるから。

会話が出来ないから

自分のやりたいことを自分や家族、友人知人と楽しもうと思っているため

社会参加しなくても、地域の方々のコミュニケーションで十分である

現在十分に参加している

差別や偏見の経験を恐れて、行動を自主的に規制していますか

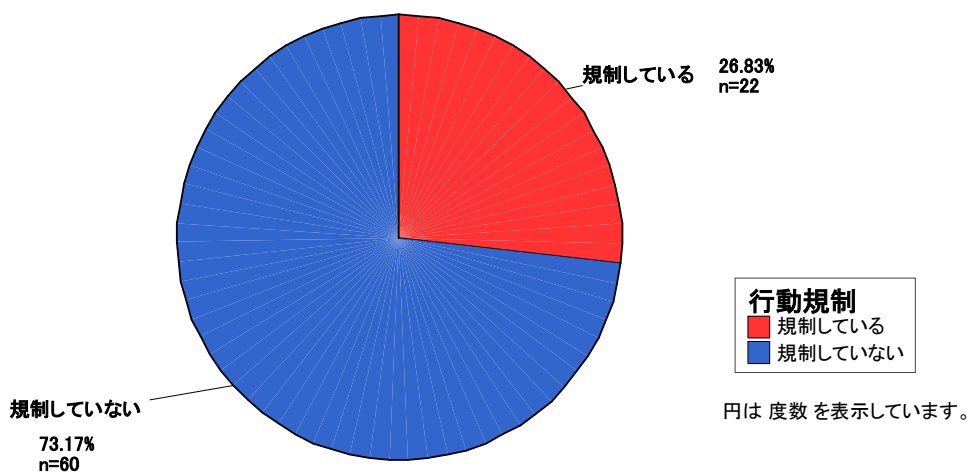


図2-9 差別や偏見の経験を恐れて、行動を自主的に規制しているかどうか尋ねた結果

表2-14 ICFの「参加」と「環境」に関する質問項目と、「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」をクロス集計した結果

	質問項目	n	χ^2 値	p値	検定
参加	生活に必要な物品を買い、買い物したものを持ち運ぶこと	82	3.04	0.386	
	自分や家族のために料理をし、配膳すること	82	1.65	0.649	
	掃除や整理整頓をしたり、動植や植物の世話をすること	81	4.50	0.213	
	家の内外で、家族や他人の日常生活(健康維持やコミュニケーション、屋内での移動や外出など)を出来る範囲で援助したり、家族や他人がそれぞれ安心して生活しているかどうかを、気づかうこと	80	3.27	0.352	
	近所の人や友人に思いやりや敬意を示したり、他人の気持ちに適切に対応すること	82	3.23	0.358	
	全く見知らぬ人と会ったときも、状況に応じて適切に対応すること	81	0.04	0.998	
	権限のある人、下位の立場にある人、同等の立場に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること	82	2.59	0.460	
	家族や親戚に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること	82	3.04	0.385	
	市民講座を受講したり、自分の関心があることを学習すること	81	4.63	0.201	
	学校教育(教育制度)の制度の下で学習をすること	77	1.94	0.584	
	仕事を探したり、労働をすること	82	2.24	0.524	
	ボランティアに参加すること	78	4.43	0.219	
	株の取引や商品の売り買いを行うこと	80	2.01	0.571	
	財産(家計)管理を行うこと	79	0.45	0.929	
	お住まいの地域の催し物へ参加すること	81	1.71	0.635	
	あらゆる形態の遊び、レクリエーション、レジャー活動をすること	79	2.43	0.488	
	宗教活動へ参加すること	78	2.02	0.569	
	選挙の際、候補者の演説を聞きにでかけたり、投票をすること。集会の自由(たとえば、道路の建設や騒音の問題など、なにか地域で問題が起きた時などに地域の人と一緒に集まって対策を協議するなど)、表現の自由(そのことについて新聞に投書するなど)を現実に用いること	77	10.28	0.016	*
環境	薬や食料品をかうための商店街、スーパーマーケットが近くにある	80	9.66	0.022	*
	生活に必要な備品や道具類は、ほとんど入手可能である	78	6.15	0.104	
	家の中や外を移動するための手段はそろっている	80	8.59	0.035	*
	私的な場や公的な場において、移動をする時は、物理的な障害(段差や歩きにくい場所、使いにくいトイレ、2階以上の建物なのにエレベーターがなくてこまるなど)が取りのぞかれていて、生活する上で不便を感じないものになっている	77	10.40	0.015	*

環境(続き)	文化活動やレクリエーション、スポーツをしたり、宗教に関連する儀式を行うとき、必要となる装備品や用具は入手しやすく、また、近くに施設がある	78	15.24	0.002	**
	この周辺では自然が豊かである	79	1.71	0.634	
	この周辺は、自然環境がよく整備管理されている	79	7.55	0.056	
	この周辺では騒音が少ない	79	1.86	0.602	
	この地方は過ごしやすい気候である	80	6.23	0.101	
	家族や親族とは良い関係である	81	0.21	0.899	
	友人や知人とは良い関係である	81	2.18	0.537	
	学校や職場の人間、あるいは、あるまとまった集団人間(同好会、習い事で一緒の人たち、クラブの仲間、市民講座で一緒になる人たち など)において、良い関係を保っている	75	6.68	0.083	
	公の場や私的な場面において、他人(よく知らない人・介護者など)とは上手くつき合うことができる	79	2.28	0.517	
	保健福祉関係者とは良い関係である	80	3.73	0.292	
	家族や親族の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	79	5.67	0.129	
	友人や知人の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	80	4.37	0.224	
	学校(の先生)や職場の人間(上司・部下)の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	68	1.84	0.607	
	よく知らない人(例えば、突然訪問してきたセールスマンや勧誘員など)がいたとして、その人が話す内容、たとえば、その本人(よく知らない人)やその他の事柄(新聞にかかれてある、社会的、政治的、経済的な問題 など)についても意見や態度が、自分の日常に影響を及ぼす	78	7.73	0.052	
	保健福祉関係者の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	79	2.58	0.462	
	ある文化的、社会的な背景をもつ集団(政治団体や宗教団体など)に属しており、その集団の中での他人の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	74	3.09	0.378	
	物流(生産者から消費者にいたるまでの日常品の流れのこと)に関する地域のサービスや仕組みは十分である	80	16.88	0.001	**
日常生活を維持するためのインフラストラクチャ(警察、消防、公共交通、タクシー、上下水道や道路などの社会基盤、公共事業サービスについての制度や政策のこと)は仕組みが十分である	79	18.26	0.000	**	
電話、ファックス、郵便、電子メールなどを利用した、他者との情報のやりとりをする時、例えば郵便についてのサービスや携帯電話が通じやすいかどうかなど、地域のサービスや仕組みは十分である	78	6.07	0.108		

環境(続き)	レジャーやスポーツを楽しんだり、趣味を深めたり、宗教活動をしたとき、そうした目的に合う営利を目的としない会員制の組織や利用施設が身近にある。また、地域にそういう組織や施設があることは住民にきちんと知らされており、利用する時の手続きも取りやすい。	79	9.35	0.025	*
	高齢や貧困、失業、病気、障害などの場合でも、所得を補償することを目的とした、地域のサービスや仕組みは十分である	77	7.54	0.056	
	体と心の健康を維持するための、地域のサービスや施設、仕組みは十分である	79	8.39	0.039	*
	知識や教養、技能などを身につけようとするとき、身につけるために必要な教育を受ける地域のサービスや仕組みは十分である	78	7.87	0.049	*
	国や地域の政治に関することや、お住まいの区域の自治について、自分の意思を反映させるための地域のサービスや仕組みは十分である	78	4.35	0.226	

検定は、**: $p<0.01$, *: $p<0.05$ を示す。

注) 調査用紙第一部の ICF を用いた質問と(「参加」と「環境」の全ての項目)、第二部で尋ねた「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」という質問をクロス集計して、関連する項目を調べた結果である。クロス集計の際、「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」については、「そう思う」「ややそう思う」を「暮しやすい」、「そうは思わない」「全くそうは思わない」を「暮しにくい」の2群に分類した。

注) 下記は、ICF の「参加」と「環境」の項目の一つと「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思うか」をクロス集計した例である。表中の暮しや2とは、上記の2群に分類した略語である。

(「参加」の項目と「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」のクロス集計例)

*102表

		生活に必要な商品を買い、重い物などを安持ち運ぶこと				合計
		まったくしない	ほとんどしない	とまどきする	よくする	
暮しや2	暮しやすい	度数 12	5	15	22	54
	暮しや2の% 調整済み残差	22.2%	9.3%	27.8%	40.7%	100.0%
暮しにくい	度数 4	4	4	12	8	28
	暮しや2の% 調整済み残差	14.3%	14.3%	42.9%	28.6%	100.0%
各計	度数 暮しや2の%	16 19.5%	9 11.0%	27 32.8%	30 36.6%	82 100.0%

*102表検定

	値	自由度	漸近有意確率(座標)
Pearson のχ ² 検定	3.038 ^a	3	.386
尤度比	3.037	3	.386
線型と線型による連関	.003	1	.960
線形対称のχ ² 検定	.02		

^a . 5 箱 (12.5%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 3.07 です。

(「環境」の項目と「お住まいの地域は暮しやすい場所だと思いますか。」のクロス集計例)

*102表

		商店街やスーパーマーケットが近くに				合計
		あてはまらない	あまりあてはまらない	まあまああてはまる	あてはまる	
暮しや2	暮しやすい	度数 15	15	9	9	52
	暮しや2の% 調整済み残差	25.0%	28.8%	28.8%	17.3%	100.0%
暮しにくい	度数 16	4	7	1	28	
	暮しや2の% 調整済み残差	57.1%	14.3%	25.0%	3.6%	100.0%
各計	度数 暮しや2の%	29 36.5%	19 23.8%	22 27.5%	10 12.5%	80 100.0%

*102表検定

	値	自由度	漸近有意確率(座標)
Pearson のχ ² 検定	9.657 ^a	3	.022
尤度比	10.120	3	.018
線型と線型による連関	6.914	1	.011
線形対称のχ ² 検定	.00		

^a . 5 箱 (12.5%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 3.50 です。

表2-15 ICFの「参加」と「環境」に関する質問項目と、主観的健康感をクロス集計した結果

質問項目		n	χ^2 値	p値	検定
参加	生活に必要な物品を買い、買い物したものを持ち運ぶこと	83	12.89	0.005	**
	自分や家族のために料理をし、配膳すること	83	7.56	0.056	
	掃除や整理整頓をしたり、動植や植物の世話をすること	82	12.02	0.007	**
	家の内外で、家族や他人の日常生活(健康維持やコミュニケーション、屋内での移動や外出など)を出来る範囲で援助したり、家族や他人がそれぞれ安心して生活しているかどうかを、気づかうこと	81	11.80	0.008	**
	近所の人や友人に思いやりや敬意を示したり、他人の気持ちに適切に対応すること	83	5.82	0.121	
	全く見知らぬ人と会ったときも、状況に応じて適切に対応すること	82	4.22	0.239	
	権限のある人、下位の立場にある人、同等の立場に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること	83	19.97	0.000	**
	家族や親戚に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること	83	7.01	0.072	
	市民講座を受講したり、自分の関心があることを学習すること	82	10.69	0.014	*
	学校教育(教育制度)の制度の下で学習をすること	78	1.36	0.715	
	仕事を探したり、労働をすること	82	16.02	0.001	**
	ボランティアに参加すること	79	18.17	0.000	**
	株の取引や商品の売り買いを行うこと	81	2.29	0.515	
	財産(家計)管理を行うこと	80	4.96	0.175	
	お住まいの地域の催し物へ参加すること	82	13.30	0.004	**
	あらゆる形態の遊び、レクリエーション、レジャー活動をすること	80	15.66	0.001	**
	宗教活動へ参加すること	79	5.59	0.133	
選挙の際、候補者の演説を聞きにでかけたり、投票をすること。集会の自由(たとえば、道路の建設や騒音の問題など、なにか地域で問題が起きた時などに地域の人と一緒に集まって対策を協議するなど)、表現の自由(そのことについて新聞に投書するなど)を現実に用いること	78	8.37	0.039	*	
環境	薬や食料品をかうための商店街、スーパーマーケットが近くにある	81	4.49	0.213	
	生活に必要な備品や道具類は、ほとんど入手可能である	79	11.79	0.008	**
	家の中や外を移動するための手段はそろっている	81	19.16	0.000	**
	私的な場や公的な場において、移動をする時は、物理的な障害(段差や歩きにくい場所、使いにくいトイレ、2階以上の建物なのにエレベーターがなくてこまるなど)が取りのぞかれていて、生活する上で不便を感じないものになっている	78	14.06	0.003	**

環境(続き)	文化活動やレクリエーション、スポーツをしたり、宗教に関連する儀式を行うとき、必要となる装備品や用具は入手しやすく、また、近くに施設がある	79	15.14	0.002	**
	この周辺では自然が豊かである	80	0.86	0.835	
	この周辺は、自然環境がよく整備管理されている	80	1.91	0.592	
	この周辺では騒音が少ない	80	0.26	0.968	
	この地方は過ごしやすい気候である	81	4.11	0.250	
	家族や親族とは良い関係である	82	1.52	0.467	
	友人や知人とは良い関係である	82	4.66	0.198	
	学校や職場の人間、あるいは、あるまとまった集団人間(同好会、習い事で一緒の人たち、クラブの仲間、市民講座で一緒になる人たち など)において、良い関係を保っている	76	19.89	0.000	**
	公の場や私的な場面において、他人(よく知らない人・介護者など)とは上手くつき合うことが出来る	80	6.41	0.093	
	保健福祉関係者とは良い関係である	81	2.58	0.461	
	家族や親族の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	80	5.60	0.133	
	友人や知人の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	81	5.58	0.134	
	学校(の先生)や職場の人間(上司・部下)の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	69	6.39	0.094	
	よく知らない人(例えば、突然訪問してきたセールスマンや勧誘員など)がいたとして、その人が話す内容、たとえば、その本人(よく知らない人)やその他の事柄(新聞にかかれてある、社会的、政治的、経済的な問題 など)についても意見や態度が、自分の日常に影響を及ぼす	79	2.82	0.421	
	保健福祉関係者の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	79	14.85	0.002	**
	ある文化的、社会的な背景をもつ集団(政治団体や宗教団体など)に属しており、その集団の中での他人の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	74	7.28	0.063	
	物流(生産者から消費者にいたるまでの日常品の流れのこと)に関する地域のサービスや仕組みは十分である	81	6.345	0.096	
	日常生活を維持するためのインフラストラクチャ(警察、消防、公共交通、タクシー、上下水道や道路などの社会基盤、公共事業サービスについての制度や政策のこと)は仕組みが十分である	80	3.39	0.355	
	電話、ファックス、郵便、電子メールなどを利用した、他者との情報のやりとりをする時、例えば郵便についてのサービスや携帯電話が通じやすいかどうかなど、地域のサービスや仕組みは十分である	79	4.17	0.244	

環境(続き)	レジャーやスポーツを楽しんだり、趣味を深めたり、宗教活動をしたとき、そうした目的に合う営利を目的としない会員制の組織や利用施設が身近にある。また、地域にそういう組織や施設があることは住民にきちんと知らされており、利用する時の手続きも取りやすい。	80	4.496	0.213
	高齢や貧困、失業、病気、障害などの場合でも、所得を補償することを目的とした、地域のサービスや仕組みは十分である	78	0.559	0.906
	体と心の健康を維持するための、地域のサービスや施設、仕組みは十分である	80	0.444	0.931
	知識や教養、技能などを身につけようとするとき、身につけるために必要な教育を受ける地域のサービスや仕組みは十分である	79	2.965	0.397
	国や地域の政治に関することや、お住まいの区域の自治について、自分の意思を反映させるための地域のサービスや仕組みは十分である	79	1.747	0.626

検定は、**: $p<0.01$, *: $p<0.05$ を示す。

注) 調査用紙第一部の ICF を用いた質問と(「参加」と「環境」の全ての項目)、第二部で尋ねた主観的健康感をクロス集計して、関連する項目を調べた結果である。た結果である。クロス集計の際、主観的健康感については、「非常に健康」「まあ健康」を「健康」、「あまり健康ではない」「健康ではない」を「健康でない」の2群に分類した。

注) 下記は、ICF の「参加」と「環境」の項目の一つと主観的健康感をクロス集計した例である。表中の主観的健康2区分とは、上記の2群に分類した略語である。

(「参加」の質問項目と主観的健康感のクロス集計例)

902集

		生活に必要な商品を買い、買い物したものを持ち帰ること				合計
		まったくしない	ほとんどしない	とまどかする	よくなる	
主観的健康感2区分	健康	度数	6	1	17	22
		主観的健康2区分の%	13.0%	2.2%	37.0%	47.8%
健康でない	度数	-1.6	-2.8	1.0	2.2	
		主観的健康2区分の%	10	8	10	9
合計	度数	27.0%	21.6%	27.0%	24.3%	100.0%
	主観的健康2区分の%	1.6	2.8	-1.0	-2.2	
合計	度数	16	9	27	31	83
	主観的健康2区分の%	19.3%	10.8%	32.5%	37.3%	100.0%

912集検定

	値	自由度	漸近有意確率(信頼)
Pearson の912集	12.886 ^a	3	.005
尤度比	13.690	3	.003
線型と線型による連関	8.227	1	.004
有効なケースの数	83		

^a. 2 群 (25%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 4.01 です。

(「環境」の質問項目と主観的健康感のクロス集計例)

902集

		農産物(おスーパーマーケットが近くにある)				合計
		あてはまらない	あまりあてはまらない	まああてはまる	あてはまる	
主観的健康感2区分	健康	度数	12	15	7	34
		主観的健康2区分の%	26.1%	26.1%	32.8%	15.2%
健康でない	度数	-2.1	.6	1.3	.5	
		主観的健康2区分の%	17	7	7	4
合計	度数	48.6%	20.0%	20.0%	11.4%	100.0%
	主観的健康2区分の%	2.1	-.6	-1.3	-.5	
合計	度数	29	19	22	11	81
	主観的健康2区分の%	35.8%	23.5%	27.2%	13.6%	100.0%

912集検定

	値	自由度	漸近有意確率(信頼)
Pearson の912集	4.484 ^a	3	.213
尤度比	4.505	3	.212
線型と線型による連関	3.139	1	.076
有効なケースの数	81		

^a. 3 群 (12.5%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 4.75 です。

表 2-16 様々な場面における人間関係と主観的健康感との関連性 (表 2-15 を元に作成)

家族、親戚、近所の人(知人)、友人との人間関係		主観的健康感との 関連性
参加	家の内外で、家族や他人の日常生活(健康維持やコミュニケーション、屋内での移動や外出など)を出来る範囲で援助したり、家族や他人がそれぞれ安心して生活しているかどうかを、気づかうこと	○
	近所の人や友人に思いやりや敬意を示したり、他人の気持ちに適切に対応すること	
	家族や親戚に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること	
環境	家族や親族とは良い関係である	
	友人や知人とは良い関係である	
	家族や親族の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	
	友人や知人の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	
学校や職場、同好会、クラブの仲間等での人間関係		
参加	権限のある人、下位の立場にある人、同等の立場に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること	○
環境	学校や職場の人間、あるいは、あるまとまった集団人間(同好会、習い事で一緒の人たち、クラブの仲間、市民講座で一緒になる人たち など)において、良い関係を保っている	○
	学校(の先生)や職場の人間(上司・部下)の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	
保健福祉関係者との人間関係		
環境	保健福祉関係者とは良い関係である	○
	保健福祉関係者の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	
その他の場面での人間関係		
参加	全く見知らぬ人と会ったときも、状況に応じて適切に対応すること	
環境	公の場や私的な場面において、他人(よく知らない人・介護者など)とは上手く付き合うことが出来る	
	よく知らない人(例えば、突然訪問してきたセールスマンや勧誘員など)がいたとして、その人が話す内容、たとえば、その本人(よく知らない人)やその他の事柄(新聞にかかれてある、社会的、政治的、経済的な問題 など)についてもつ意見や態度が、自分の日常に影響を及ぼす	
	ある文化的、社会的な背景をもつ集団(政治団体や宗教団体など)に属しており、その集団の中での他人の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす	

説明) 日常生活の、様々な場面における人間関係において、どのような要因が主観的健康感と関連をしているのかを検討するため、表 2-15 を元に作成をした。

作成の手順として、まず、ICF の「参加」と「環境」の質問項目の中から、人間関係に関する質問項目を取り出し、場面ごとに分けをした。具体的には、「家族、親戚、近所の人(知人)、友人との人間関係」「学校や職場、同好会、クラブの仲間等での人間関係」「保健福祉関係者との人間関係」「その他の場面での人間関係」の 4 つの場面に分けした。その後、主観的健康感と関連している項目に○をつけた。

本研究では、サンプル数が少ないこと、また、ICF の質問項目には、類似したものが見られることや、抽象的な問いも多く見られるため、回答の際に迷いや解釈の多様性を生じさせたこと、等の問題点があるが、以下の特徴が見られた。

- ① 家族、親戚、近所の人(知人)、友人との人間関係では、障害当事者がそうした人たちに、援助や気づかいをしているかどうか、即ち、「支援している」という能動的な意識や行動が、主観的健康感と関連をしている。
- ② 学校や職場、同好会、クラブの仲間等での人間関係では、敬意表出や気持ちへの対応、集団での人間関係が良好だという意識が、主観的健康感と関連をしている。
- ③ 保健福祉関係者との人間関係では、保健福祉関係者の意見や態度が、主観的健康感と関連をしている。

第3章

過疎地に暮す身体障害者の心の健康 — 健康生成論の視点から —

第1節 目的

第3章の研究目的は、過疎地に暮らす身体障害者の、心の健康の実態を把握すること、及び、その関連要因を検討することである。具体的には、以下の4点を設定した。

- ・ Sense of Coherence（以下、SOC）の実態を把握すること。
- ・ 一般性セルフエフィカシー尺度（General Self-Efficacy Scale：以下、GSES）の実態を把握すること。
- ・ 汎抵抗資源、生活におけるストレス（ストレス要因）、健康関連指標（精神健康度と健康行動）と、SOCとの関連を検討すること。
- ・ SOCとGSES、GSESと精神的健康度との関連性について検討すること。

第2節 方法

I. 調査用紙の構成

調査用紙の構成は以下の通りである。調査用紙本体は、本論文の付録に掲載した(P.368 参照)。(第五部問1については、発行元との申し合わせにより、掲載しない。)

○ はじめに・・・属性と人口学的要因に関する質問

年齢、性別、職の有無、障害の種別と程度、身体障害者手帳を申請された経緯、介護者の有無、居住年数、を尋ねた。

詳細は、第2章第2節I. 調査用紙の構成、と同じである(P.40 参照)。

○ 第一部・・・SOC 日本語版スケール 29 項目版

この尺度は、アントノフスキーが自ら提唱した健康生成論を具現化した、人間のストレス対処能力を測る尺度である。

SOC は、その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界(生活世界)規模の嗜好性である。

SOC は、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測可能なものであるという確信(把握可能感、Comprehensibility)、その刺激がもたらす要求に対応するための資源は、いつでも得られるという確信(処理可能感、Manageability)、そうした要求は、挑戦であり、心身を投入しかかわるに値するという確信(有意味感、Meaningfulness)という、3つの概念から構成され、この概念を元に作られる、29の質問項目からなるSOCのスコアが高いほど原則的にはSOCが強い、と考えられている。具体的には、「あなたは、困難な問題に直面したとき、その解決法は」という質問に対し、「いつも混乱して見つけるのが難しい(1点)」から「いつも何の迷いもなく見つけられる(7点)」の、7点尺度のリッカート・スケールで回答を求めるものである(P.369 参照)。(なお、本論文の付録に掲載したSOCに関する質問項目(第一部)冒頭の、co は把握可能感(comprehensibility)、ma は処理可能感(manageability)、me は有意味感(meaningfulness)の略語である。R は、得点を逆転させることを示す。*のついた項目を用いると、13項目版(SOC-13)となる。使用時は、これらの記号は表記していない。)

Eriksson らは、SOC スケールについて、信頼性と妥当性については十分であると述べている。

(以上は、第1章第4節II. 健康生成論、内の再掲(P.24 参照))

○ 第二部・・・一般性セルフエフィカシー尺度 (GSES)

この尺度は、「何らかの行動をきちんと遂行できるかどうかという予期」を測る尺度で、行動の変容が問題となる幅広い場面において、理論的にも実践的にも有用な認知的変数である。

GSES が高ければ、ストレスの多い状況下でも、身体的・精神的な健康を損なわず、適切な対処行動や問題解決をして行ける、とされている。

(以上は、第1章第4節Ⅱ．健康生成論、内の再掲 (P.24 参照))

○ 第三部・・・汎抵抗資源 (Generalized Resistance Resources: 以下、GRRs) に関する質問

汎抵抗資源とは、アントノフスキーが健康生成論の中で考案した概念で、「一貫性と、結果の形成への参加と、過小負荷—過大負荷のバランスという3つの特徴を持った人生経験 (Life experience) をつくり出し、それによって強い SOC を形成或いは強化するもの。」と定義されている (第1章第4節Ⅱ．健康生成論、内の再掲 (P.24 参照))。端的に言えば、生命体がストレスに対処する時の、手段の数々のことである。本研究では、先行研究を参考に、以下の5点を設定した。

①親戚との行き来

②知人、近隣との行き来

③社会活動への参加 (労働、宗教活動、政治活動、相互扶助、ボランティア、レジャーへの参加、市民講座への参加等、社会に関わり何らかの役割を果たす行為を全体的に考えてもらった。)

④個人的な趣味 (読書や音楽鑑賞、サークル活動等、時間を忘れて楽しめたり気分転換になるものならば何でも良いとした。)

⑤生きがい (仕事、子育て、孫の成長、趣味、友人など、「これがあるから、明日が楽しみだ」という具合に、心に“はり”を持つことができるものならば何でも良いとした。)

(説明) ①から③については、選択肢として「ほぼ毎日 (5点)」「週に一回以上 (4点)」「月に一回以上 (3点)」「半年に一回以上 (2点)」「年に一回以上 (1点)」の5件法を用いた。④については、「ある」に2点を、「ない」に1点を与えた。⑤については、「ある」に2点を、「ない」に1点を与えた。

○ 第四部・・・生活におけるストレスに関する質問

第三部では、ストレス対処のための手段を尋ねたが、ここでは、生活におけるストレス (ストレス要因) を、下記の如く6点尋ねた。

- ①会話制限（補聴器等の器具・ゼスチャー・シンボル・手話を用いる場合も含めた。）
 - ②移動制限（いろいろな場所や状況での歩行、移動交通機関の利用、乗り物の運転や操作等、場所から場所への移動を全体的に考えてもらった。）
 - ③基本的な生活動作の制限（食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、寝起き、等を考えてもらった。）
 - ④家庭生活の制限（買い物、掃除や洗濯、日常必需品の収集、家族の世話等、普段の家の中での行為を全体的に考えてもらった。）
 - ⑤同居者の有無
 - ⑥家族とのもめ事の有無（それによって日常の活動に支障が出るような、深刻なもめ事を考えてもらった。）
- （説明）①から④については、選択肢として「まったく制限されない（1点）」「少し制限される（2点）」「かなり制限される（3点）」「非常に制限される（4点）」の4件法を用いた。⑤については、「いる」に1点を、「いない」に2点を与えた。⑥については、「ない」に1点を、「ある」に2点を与えた。

○ 第五部・・・精神的健康度と健康行動に関する質問

問い1

精神的健康度として、日本版 **General Health Questionnaire 28 項目版**（以下、**GHQ**）を用いた。

この尺度は、神経症症状の的確で客観的な把握と評価をするもので、（**A**：身体的症状）、（**B**：不安と不眠）、（**C**：社会的活動障害）、（**D**：うつ傾向）の、4つの要素スケールで構成され、妥当性、信頼性の実証的検討が十分行われており、文化背景、言語、宗教等が異なっても、世界的に共通して使用できるものである（第1章第4節Ⅱ．健康生成論、内の再掲（P.24参照））。

問い2

健康行動に関する質問として、森本ら[162]の健康習慣指数や、本江ら[163]の研究を参考に、以下の如く、健康的な生活に必要と考えられる24項目で構成される質問項目を、新たに作成した。全項目の選択肢に「ほとんどない（1点）」「時々ある（2点）」「しばしばある（3点）」「いつもある（4点）」の4件法を用いた。

- ・睡眠時間を毎日7～8時間くらいきちんと取る。
- ・適正な体重を維持する。

- ・タバコは吸わないようにする。
- ・楽な姿勢をとったり、暑すぎず寒すぎないようにしたり、昼も夜も適当な明るさを確保するなど、快適に日々を過ごせるように気をつかう。
- ・「病気になる危険を減らし、病気を予防するためには、つね日ごろの節制が大切である」ということをよく理解し、自分自身の健康に気をつかう。
- ・一日の労働時間は10時間以内にする。
- ・自分の健康や健康管理について、医者や医療関係者に相談する。
- ・週に1~2回、30分程度の散歩でもよいから、習慣づけて運動を行う。
- ・積極的に、趣味やレジャー活動に取り組む。
- ・日常生活の中に運動を取り入れる。
- ・計画的に運動をする。
- ・空き時間には、気晴らしに体を動かす。
- ・朝食は毎日きちんと食べる。
- ・栄養バランスを考えた食事をする。
- ・間食は、なるべくやめる。
- ・アルコールの摂取は、ほどほどにする。
- ・塩分や糖分の、とりすぎをひかえる。
- ・毎日、くつろぐ時間をとる。
- ・自分の意のままにならないようなことが起きても、受け入れる。
- ・なるべくストレスはためないようにする。
- ・ストレスを自分なりの方法で処理する。
- ・自分の人生には目的があると信じ努力する。
- ・日常の中で、興味深いことや挑戦できることを見つける。
- ・自分の人生において、大切なことは何かを確認する。

II. 分析手法

- ・第一部と第二部の、SOC と GSES については、全体平均、男女別平均、障害程度別の平均をそれぞれ調べた。
- ・第一部の SOC については、第三部と第四部の、汎抵抗資源や生活におけるストレスとの関連を詳しく調べた。

先ず、SOC と汎抵抗資源の合計得点との間の相関関係を調べた。そして、汎抵抗資源の全ての項目を独立変数として SOC を従属変数とする多重ロジスティック回帰分析をし(その際、SOC を、平均値を基に 2 区分し、低い=0、高い=1 とした)、有意に関連する項目を探った。その際、独立変数間(汎抵抗資源間)の相関も調べた。

次に、SOC と生活におけるストレスの合計得点との間の相関関係を調べた。そして、生活におけるストレスの全ての項目を独立変数として SOC を従属変数とする多重ロジスティック回帰分析をし(その際、SOC を、平均値を基に 2 区分し、低い=0、高い=1 とした)、有意に関連する項目を探った。その際、独立変数間 (ストレス間) の相関も調べた。

- ・ 第五部の、精神的健康度と健康行動に関する質問のうち、精神的健康度については、先ず、GHQ の全体平均と障害程度別の平均を調べた。次に、SOC と GHQ の間の相関関係や、GHQ の 4 つの要素スケールと SOC との相関関係を調べた。また、GHQ の各要素スケール間の相関関係についても調べた。
- ・ 第五部の、精神的健康度と健康行動に関する質問のうち、健康行動については、健康行動として設定をした 24 項目に対して探索的な因子分析(主因子法、プロマックス回転)を実施し、因子を抽出した。その後、抽出された項目の総得点と SOC の相関関係を調べたり、健康行動の各因子の平均値を独立変数とし、SOC を従属変数とする重回帰分析をして、有意に関連する項目を探った。
- ・ SOC と GSES、GSES と GHQ の関連性について調べた。

III. 分析上の留意事項

- ・ 本研究は、協力者数が少なかったため、障害の種別による検討は行わず、全ての身体障害者に求められる共通の基盤という観点から、分析と考察をした。
- ・ 統計学的検定には、エクセル統計 2006 for Windows と SPSS version11.0J for Windows を用いて、有意水準は 5%未満とした。
- ・ 調査用紙の記入は、本人の自記式を原則としたが、何らかの理由により本人が回答できない場合は、山崎ら[113]の研究に倣い、本人の現状を最も良く知る人に記入を依頼した。この研究で山崎らは、対象者が回答できない場合には、事情を最も良く知る人に対象者の状況を答えるよう依頼していた[150]ので、参考にした。代理人回答が何件あったかは不明である。
- ・ ここで、SOC スケールは、あくまでも、人の心の健康状態を測る尺度の一つに過ぎないことを確認したい。健康生成論とその中核概念である SOC だけで、過疎地に暮らす身体障害者の、心の健康状態の全てを語ることは不可能と考える。また、筆者自身、このツールを過信しているわけではないことを確認しておく。
- ・ 第 3 章の研究対象者は、第 2 章の研究対象者と同じである。調査用紙を研究ごとに作成したため、属性については、大変お手数をおかけすることになったが、同じ内容を再度記入してもらった。また、本論文の付録(その 2)に掲載した調査用紙(P.368 参照)の、属性を尋

ねる欄に「この土地は、あなたにとって暮し安い場所ですか。」の項目があるが（はじめに、ではじまる質問群の一番最後の質問項目。）、これは、既に第2章の研究で同じことを尋ね分析しているので、集計や考察の対象とはしなかった。

IV. 倫理上の配慮

本研究を遂行する過程において、個人情報の取り扱いに関しては、東京大学大学院教育学研究科 衛藤隆教授（当時）、そして協力自治体担当者の指導と監視の元、情報の漏えいや個人の特定がされぬよう、細心の注意を払った。協力者に会う際には、身分を提示し、研究目的を簡単に説明した。その際、個人情報や面接によって得られるデータは、全てコード化され個人が特定できないこと、また、研究以外の目的で使用されないことも伝えた。

第3節 結果

I. 属性と人口学的要因についての結果

属性についての結果（研究協力者総数等）は、第2章第3節I. 属性と人口学的要因についての結果（P.49 参照）、表2-1-1、表2-2-1（P.66、P.67 参照）と同じである。

II. SOC スコアについて

データが得られた人全体（ $n=70$ ）の平均は、122.12（range：74～181）だった。なお、最低点（74）と最高点（181）を記録したのは、いずれも、重度障害者だった。

性別で見ると、男性（ $n=38$ ）の平均は、121.88（range：74～173）で、女性（ $n=32$ ）の平均は、122.41（range：77～181）だった。男女の間には、有意差はなかった（ $p=0.963$ ：Mann-Whitney の U 検定）。

年齢別に見た SOC スコアは、表3-1の如くまとめられた。SOC スコアは、20 歳代と 60 歳代では平均値より高いが、他の年齢層では平均値より低かった。また、表3-1から、各年齢層について、SOC スコア分布の幅が広い、という特徴が見られた。

障害程度別に見ると、重度障害者（ $n=31$ ）の平均は、117.70（range：74～181）で、軽度障害者（ $n=39$ ）の平均は、125.63（range：96～173）だった。重度障害者と軽度障害者の間には、有意差はなかった（ $p=0.110$ ：Mann-Whitney の U 検定）。

III. GSES スコアについて

データが得られた人全体（ $n=84$ ）の平均は、7.67（range：1～15）だった。

性別で見ると、男性（ $n=44$ ）の平均は、7.66（range：1～14）で、女性（ $n=40$ ）の平均は、7.68（range：1～15）だった。男女の間には、有意差はなかった（ $p=0.971$ ：Mann-Whitney の U 検定）。

GSES マニュアルでは、男女のスコアについてのみ解説が記されているが、参考までに障害程度別に見ると、重度障害者（ $n=35$ ）の平均は、7.74（range：1～15）で、軽度障害者（ $n=46$ ）の平均は、7.59（range：2～14）だった。重度障害者と軽度障害者の間には、有意差はなかった（ $p=0.756$ ：Mann-Whitney の U 検定）。注）障害程度不明の3名を除外して計算したので、合計84名ではない。

IV. 汎抵抗資源や生活におけるストレス、健康関連指標と、SOC との関連について

i) 汎抵抗資源と、SOC との関連について

α) 汎抵抗資源の合計得点と SOC スコアには、正の相関があった（ $n=70$, $r=0.32$, $p=0.007$ ：Spearman の順位相関係数）。

β) 汎抵抗資源の全ての項目を独立変数とし、SOC を従属変数とする多重ロジスティック回帰分析をしたところ（SOC を、平均値を基に2区分し、低い=0、高い=1とし

た)、知人、近隣との行き来 ($p=0.017$) と生きがい ($p=0.006$) が有意に関連していた (表 3-2-1~表 3-2-3)。

γ) 独立変数間の相関を調べたところ (Spearman の順位相関係数)、汎抵抗資源が相互に関連し合い、全体として SOC スコアに影響を及ぼしていることが伺えた (表 3-2-4)。

ii) 生活におけるストレスと、SOC との関連について

α) 生活におけるストレスの合計得点と SOC スコアには、負の相関があった ($n=70$, $r=-0.25$, $p=0.040$: Spearman の順位相関係数)。

β) 生活におけるストレスの全ての項目を独立変数とし、SOC を従属変数とする多重ロジスティック回帰分析をしたところ (SOC を、平均値を基に 2 区分し、低い=0、高い=1 とした)、有意に関連する要因はなかった (表 3-3-1~表 3-3-3)。

γ) 独立変数間の相関を調べたところ (Spearman の順位相関係数)、生活におけるストレスとなる会話制限、移動制限、基本的な生活動作の制限、家庭生活の制限が相互に関連し合い、全体として SOC スコアに影響を及ぼしていることが伺えた (表 3-3-4)。

iii) 精神健康度 (GHQ スコア) と、SOC との関連について

α) GHQ スコアについて、データが得られた人全体 ($n=78$) の平均は、7.91 (range : 0~25) だった。また、クロンバックの α 係数は、 $\alpha=0.75$ だった。

障害程度別に見ると、重度障害者 ($n=33$) の平均は、10.24 (range : 2~25) で、軽度障害者 ($n=45$) の平均は、6.49 (range : 0~17) だった。重度障害者と軽度障害者の間には、有意差があった ($p=0.020$: Mann-Whitney の U 検定)。

β) SOC と GHQ の間には負の相関があった ($n=70$, $r=-0.45$, $p=0.000$: Spearman の順位相関係数)。

γ) GHQ は、(A : 身体的症状)、(B : 不安と不眠)、(C : 社会的活動障害)、(D : うつ傾向) の、4 つの要素スケールで構成されるが、これら 4 つの要素スケールと SOC の間には、以下の通り、いずれも負の相関があった (いずれも Spearman の順位相関係数による。)

(A : 身体的症状) と SOC の相関係数 : $r=-0.28$, $p=0.021$

(B : 不安と不眠) と SOC の相関係数 : $r=-0.37$, $p=0.002$

(C : 社会的活動障害) と SOC の相関係数 : $r=-0.37$, $p=0.002$

(D : うつ傾向) と SOC の相関係数 : $r=-0.47$, $p=0.000$

δ) GHQ の各要素スケールは、表 3-4 の如く、互いに正の相関があった (Spearman の順位相関係数)。

iv) 健康行動と、SOC との関連について

- α) 健康行動として設定をした 24 項目に対して探索的な因子分析(主因子法、プロマックス回転)を実施し、最終的に、18 項目、3 因子を抽出した。第一因子にメンタルヘルス、第二因子に身体活動、第三因子に自己管理と命名した。各因子のクロンバックの α 係数は、メンタルヘルス： $\alpha=0.84$ 、身体活動： $\alpha=0.82$ 、自己管理： $\alpha=0.74$ だった。因子同士は、互いに正の相関があった。(表 3-5-1~表 3-5-3)
- β) 健康行動(18 項目)の総得点と SOC スコアには、正の相関があった ($n=70$, $r=0.33$, $p=0.006$: Spearman の順位相関係数)。
- γ) 健康行動の各因子の平均値を独立変数とし、SOC を従属変数とする重回帰分析をしたところ、メンタルヘルス ($p=0.006$) が有意に関連していた。独立変数の間に、多重共線は生じていなかった(表 3-6-1~表 3-6-4)。

V. SOC と GSES、GSES と GHQ の関連について

- α) SOC と GSES の間には、正の相関があった ($n=70$, $r=0.54$, $p=0.000$: Spearman の順位相関係数)。
- β) GSES と GHQ の間には、負の相関があった ($n=78$, $r=-0.35$, $p=0.001$: Spearman の順位相関係数)。

第4節 考察

I. SOC スコアについて

SOC スコアの、データが得られた人全体の平均は 122.12 だった。

健康生成論の発想法と見方・考え方、及びその中核概念である SOC は、ヒューマンサービスをはじめ広範な学問と社会にインパクトを与えている、新しい研究である[91]。

Sack ら[120]は、様々な研究で得られた SOC スコアの平均値を分析して、身体疾患の患者では時に健常人に比べ有意に低い SOC 平均値が認められ、総じて心身症、精神病では比較的 SOC スコアが低いと述べているが、では、SOC が、どのくらいの値であれば普通 (Normal) なのかということは、アントノフスキー自身の文献全体[81]を調べる中では、確認できなかった。

SOC は、疾患の罹患から心理社会的 Well-being や良好な適応状態に至るまで、広く関連することがこれまでに明らかになっており、今後も一層の研究の蓄積が望まれるが、中でも、疾患の罹患や死亡との関係や、免疫系との関係性、更にそこに至るまでの具体的なプロセス等、仮説の域をこえておらず、未だ十分には解明されていない部分も数多い[114]。また、今回多数を占めた高齢者や身体障害者を対象とした、SOC が QOL の予測因子となり得るかかどうかという点についての実証研究も、十分な研究の積み上げがない。

これらを理由に、本研究の SOC スコアに関する結果の扱いには、慎重な姿勢を取った。以下、性別、年齢や障害、地域という、3つの視点から検討する。

i) 性別と SOC スコア

本研究では、男性平均は 121.88、女性平均は 122.41 だった。男女間には、有意差はなかった。

津野[100]によれば、男女による SOC スコアや SOC の関連要因の違いについては、これまでの研究において統一した見解は得られておらず、SOC スコア自体に男女差があるとする研究では、概ね男性の方が女性よりも高い結果が示されていると論じているが、これは、本研究とは反対の結果である。一方、上述の Sack らによれば、多数の研究調査で、SOC スコアは年齢、性別、その他社会統計学変数と相関しないか、僅かな相関性しかない。

SOC の性差をどのように考えるか、ということについては、「多くの健康状態の性差に関する研究から推測されるように、SOC の性差に関しても、帰属する社会、或いは集団によって期待される性役割や責任等、社会文化的背景を反映していると考えられる。SOC の性差に関しては SOC 得点自体の男女による高低の違いを議論するよりはむしろ、SOC の関連要因、つまり、汎抵抗資源の同異や SOC のメカニズムの性差を議論すべきである。」という、上記津野の見解を支持し、ここでは詳細な議論はしないことにする。

ii) 年齢や障害と SOC スコア

今回の結果では、20 歳代は平均値より高いものの、30 歳代と 40 歳代ではむしろ低く、60

歳代では高かった（表3-1）。このような結果が出た原因として、先ず、サンプル数が少ないことや、特定の年齢層、特に高齢者（60歳代と70歳代）に人数が偏ったこと、等が考えられる。

また、障害程度別では、重度障害者のSOCスコアの平均は117.70、軽度障害者のSOCスコアの平均は125.63だった。重度障害者と軽度障害者の間には、有意差はなかった。

今回の結果の特徴として、各年齢層について、スコア分布の幅が広いことが指摘できる。特に、50歳代から70歳代において、極端に低い場合と高い場合とがある。一方、重度障害者のスコア分布も、74（全対象者の中で最低）から181（全対象者の中で最高）と、多様性に富んだ。

SOCの理論に基づく、スコア分布だけからの判断だが、スコア分布の幅が広いという結果は、個人的特質、人生経験の質、社会的文脈や汎抵抗資源の有無とその活用、そして時には運等により、SOCスコアが左右されるとした、アントノフスキーの主張[81, 82, 85]を支持するものと判断できる。

Moosら[107]は、病いの経験を通してSOCがより強化されることを、仮説として報告している。また、類似の研究としては、Zikaら[106]も、人生の意味を深めることは、Well-beingに積極的な意義をもたらし、健康を生成するアプローチであることを示唆しているが、本研究の結果からも、障害の受傷（発症）時期や程度、調査時点での障害の受け止め方（障害を受けたという心の負担から、障害を受容している状態までの、どの水準にいるか。）、生活上の困難やストレスの度合い等の、謂わば、障害（病い）の質的な経験により、SOCスコアは変化し得ることが示唆された。

iii) 地域とSOCスコア

最後に、本研究のSOCスコアを、地域という視点で検討をする。上述した津野によれば、SOCの研究において、社会文化的背景の異なる地域間の比較という点では、同一国内においても、SOCスコア自体、また汎抵抗資源の異同に着目した研究は少ない。

大都市地域と農村地域の一般住民を対象とした、SOCスコアの関連要因の地域間比較研究では、都市地域が131.7（±19.8）、農村地域が124.4（±19.0）で、有意に大都市地域の方が高いという結果を得ている[112]。また、大都市（東京都某区）における一般住民男女のSOCスコアは131.1（±23.9）という報告もある[110]。一方で、上記Sackらは、イスラエル、アメリカ、ヨーロッパで行われた調査結果では、住民の無作為抽出検査で得られるSOCスコアがほぼ同じ特徴を示している、と述べている。

上述の津野によれば、SOCを用いた研究としては、複数の地域からのサンプル抽出を行い、特に農村地域全般を対象としても、SOCスコア、及び関連要因についての検討と追証が期待されている段階であり、筆者としてもこの考えを受け入れている。

検討すべき課題が多いことから、地域という視点で見た時に今回の平均点が低い値なのか高い値なのか、という判断はしないことにする。

II. GSES スコアについて

GSES は、「何らかの行動をきちんと遂行できるかどうかという予期」を測る尺度で、GSES が高ければ、ストレスフルな状況（ストレスの多い状況）に遭遇しても、身体的・精神的な健康を損なわず、適切な対処行動や問題解決をして行けるといった特徴が見られることが明らかとなっている[115, 119]。

今回の調査では、全体の平均は 7.67、男性の平均は 7.66、女性の平均は 7.68 だった。男女の間には、有意差はなかった。

今回の結果を、GSES の 5 段階評定表[115]と照らし合わせると、男女共に 5 段階評定の第 2 段階に分類され、自己効力感が「低い傾向にある」という結果だった。GSES は、成人男性なら 9 得点以上で、成人女性なら 8 得点以上で第 3 段階に分類され、「普通」となる。

GSES を使用する際の手引き[115]には、男女のスコアについてのみ解説が記されているが、参考までに障害程度別に見ると、重度障害者の平均は 7.74、軽度障害者の平均は 7.59 だった。重度障害者と軽度障害者の間には、有意差はないが、重度障害者の方が僅かに高い結果だった。

結果だけを見ると、重度障害者の方が軽度障害者より、ストレスフルな状況に遭遇しても、身体的、心理的ストレス反応を引き起こさず、適切な対処行動や問題解決をしているのかもしれない、という仮説を立てることができるが、この点についての検証は、今後の課題となる。

サンプル数が少ない中での考察だが、今回の結果より、全体として、身体障害というストレスフルな状況に遭遇し、身体的・精神的な健康を損ない、適切な対処行動や問題解決行動を行えなくなっている人が多く存在する、ということが推察された。

III. 汎抵抗資源と、SOC との関連について

汎抵抗資源の総得点と SOC スコアには、正の相関があった。中でも、知人、近隣との行き来と、生きがいが、有意に関連していた。この結果は、情緒的サポートやソーシャルサポートの多さと SOC には正の関連があることを示した、Nilsson ら[103]の研究や、Wolff ら[105]の研究を追証するものである。

Skärsäter ら[104]は、ソーシャルサポートは、抑うつ患者の SOC を回復（向上）するための要であると述べているが、今回の研究において、GSES が低い傾向にあることや、神経症症状について何らかの問題のある人が多くいることが推察された（後述）ことを考えると、過疎地に暮らす身体障害者にとって、知人や近隣の存在と、そうした人たちとの間の往来は、社会心理的な健康を保持する上でも大切であることが示された。

一方、生きがいについては、総質問数の都合上、「仕事、子育て、孫の成長、趣味、友人など、「これがあるから、明日が楽しみだ」という具合に、心に“はり”を持つことが出来るものならば、何でも結構です。」と、漠然とした問いにとどめた。調査協力者は、回答する際、今の自分の生活における心の支えの類を考えたと思われる。

IV. 生活におけるストレスと、SOC との関連について

生活におけるストレスの総得点と SOC スコアには、負の相関があった。しかし、ある特定の要因がストレスとして働くというよりもむしろ、身体に障害があることで、日常生活全般に支障や制限をきたし、結果として SOC を低めていることが伺えた。

今回の研究で、質問項目として設定したストレスの中で SOC に有意に関連する要因がなかったのは、例えば、家庭生活の制限を尋ねる際、「買い物、掃除や洗濯等、普段の家の中での行為を全体的に考えてください。」等と、全体的に尋ねたことが原因と考えられる。独立変数間の相関（表 3-3-4）を見ると、家庭生活の制限は、移動制限や基本的な生活動作の制限と、高い正の相関があり、障害があることが様々な形で家庭生活の負担となっている様子が伺える。

また今回の研究では、「家族とのもめ事の有無」をストレスの質問項目として設定した。その理由は、障害者と家族の関係性や、障害者を含めた家族全体について論じたものは少ない [164] ためである。また浜村 [165] も、身体障害者を抱える家族に起るストレスについての研究論文が少ないことを指摘した上で、身体障害者の生活においては、家族の人間関係、障害に対する理解度（受容）、介護能力等、家族のあり方も大きな要因となると述べているが、今回の結果からは、障害者と家族の人間関係は当事者のストレスになっていない、という解釈が可能である。高齢者の協力が多く研究であったが、良好な家族関係の元で暮している様子が伺える結果である。

V. 精神健康度（GHQ スコア）と、SOC との関連について

GHQ の全体平均は 7.91 で、重度障害者の平均は 10.24、軽度障害者の平均は 6.49 だった。重度障害者は軽度障害者に比べ有意に高いという結果だった。日本版 GHQ 精神健康調査票手引 [116] によれば、GHQ は、5 点以下なら健常者で、6 点以上何らかの問題ありと認められる。研究結果より、対象者の中には、神経症症状について何らかの問題のある人が多くいることが推察された。

今回の研究では、SOC は GHQ と負の相関が認められた。また、GHQ の 4 つの要素スケールと SOC スコアは、いずれも負の相関があった

上述の Sack らは、多くの研究において、SOC スコアは、不安やうつのような、所謂陰性感情や精神的な愁訴と高い負の相関が見られていること、また、精神的な健康と同様に、被験者が主観的に評価した健康状態、そして全身的な健全さと SOC は、常に有意な正の相関関係がある、と述べている。

GHQ の 4 つの要素スケールのうち、(D：うつ傾向) は精神的問題があるかどうかを測定するものであり、(A：身体的症状)、(B：不安と不眠)、(C：社会的活動障害) は、被験者が主観的に評価した健康状態や身体的問題を測定していることを考えると、これらの結果は、Sack の見解を支持するものである。

VI. 健康行動と、SOC との関連について

健康行動として、本研究独自に設定をした 24 項目に対して探索的な因子分析(主因子法、プロマックス回転)を実施し、最終的に、18 項目、3 因子 (メンタルヘルス、身体活動、自己管理)を抽出した。これら、健康行動の 18 項目 3 因子の総得点と SOC スコアには、正の相関があった。重回帰分析をしたところ、特に、メンタルヘルスが有意に関連していた (表 3-6-1~表 3-6-4)。

Altintepe ら[166]は、高齢の人工透析の患者は、コントロール群に比べて抑うつと不安兆候得点が高く、QOL スコアが低く、この傾向は年齢が高くなるほど顕著となる。運動という小さな努力さえ、こうした結果を改善する、と報告しているが、本研究の結果も、健康行動とは、メンタルヘルス、身体活動、自己管理の、相互のバランスの上に成り立つものである、ということを意識させる結果である。

ところで、今回の研究では、健康行動の質問項目を設定する際、食生活に関する事柄も数項目設定した。

国内では、武見[158]が、QOL の指標として食行動・食態度の積極性に着眼し、食行動・食態度の積極性を、社会的側面、個人的側面、総括的評価の 3 つの側面から評価を試みる尺度を開発している。この、武見らが作成した、食行動・食態度の積極性を測定する尺度の中の、社会的側面に関する積極性を測定する項目の中には、「料理の作り方や味つけについて、家族や友人、近所の人と情報交換をする」という、本研究に類似した質問項目もある。武見は、自身の研究の中で、食行動・食態度の積極性スコアは、老研式活動能力で測定された生活活動能力と強い関連があり、基準関連妥当性が高いと結論づけているが、本研究においても、武見の主張を裏づけるように、「塩分や糖分の、とりすぎをひかえる」という食行動が、自己管理の因子の構成要素になっていた。

本研究における重回帰分析の結果では、SOC に関連する因子は、メンタルヘルスだけで、自己管理は関連していなかった。この結果からは、食行動と SOC の間には関連性はないと解釈できる。しかし、Lindmark ら[167]は、健康的な食行動は高い SOC と関連があると報告していることから、今後、対象者を増やし再検討を行うと、違う結果が出る可能性も考えられる。

VII. SOC と GSES、GSES と GHQ の関連について

SOC と GSES の間には正の相関があった。この結果は、SOC スコアは他の概念の健康防御的リソース (楽天主義 (Optimismus)、自尊心 (Self-esteem)、支配性 (Mastery)、統御確信 (Locus of Control)、忍耐性 (Hardiness)) との間に高い正の相関性が存在するとした、上記 Sack らの主張を裏づけるものである。

また、GSES と GHQ の間には負の相関があった。この結果は、GSES が測定する、行動の変容が問題となる場面における認知機能の強弱は、GHQ が測定する、身体症状、不安と不眠、活動障害、うつ傾向と関連していることを示唆するものである。

本研究では、SOC、GSES、GHQ、健康行動として独自に設定をした 24 項目という、4 つの尺度を用いて、心の健康の実態を調べた。

尺度間の相関を調べることで、身体障害者にとっては、精神的な健康保持や、適切なストレス対処行動が重要であると理解できる。しかし、詳しく調べると、SOC は、独自に作成した健康行動尺度から抽出した因子であるメンタルヘルスと関連があったが、メンタルヘルスを含む、抽出された 3 因子は全て、それぞれ正の相関関係にあった。

本研究の成果の、応用面への適応があれば、身体障害者に対しては、不安やうつ傾向等への対策に偏ることのない、バランスの取れたヘルスプロモーション活動が望ましいといえよう。

VIII. 本研究の意義と限界

本研究は、過疎地に暮らす身体障害者を対象として、生きる意欲やその維持増進という観点から、健康生成論の考え方をを用いて、社会心理学的なレベルでの免疫能力の実態の把握とその関連要因について検討した点で意義が高い。限界については、第 2 章第 4 節 X II. 本研究の意義と限界 (P.63 参照)、と同じである。

第5節 小括

第3章の研究目的は、過疎地に暮す身体障害者の、心の健康の実態を把握すること、及び、その関連要因を検討することであった。

身体障害者のSOCスコアは、障害（病い）の経験で変化すると考えられた。SOCスコアに寄与する汎抵抗資源として、知人、近隣との行き来や、生きがいの有無が有意に関連していた。一方、身体に障害があることで、日常生活全般に支障をきたし、結果、SOCを低めていることも伺えた。

当事者のGSESは、低い傾向だが、SOCと正の相関があった。GHQとSOCの間には負の相関があった。また、GHQの要素スケールも全て、SOCと負の相関があった。本研究独自の質問項目から抽出した、健康行動の3因子（メンタルヘルス、身体活動、自己管理）のうち、メンタルヘルスがSOCと有意に関連していたが、因子同士は全て正の相関関係にあった。

これらの知見は、過疎地に暮す身体障害者の、ヘルスプロモーション活動に対する一定の示唆を与えるものである。

第6節 図表一覧

表3-1 年齢別に見たSOCスコアの分布

年齢	人数	SOCスコア	Range
20～29歳	2	125.00	116-134
30～39歳	5	117.80	96-131
40～49歳	4	117.76	101-149
50～59歳	9	120.76	77-181
60～69歳	16	128.71	75-159
70～79歳	30	121.20	74-173
80歳～	4	121.40	113-132

表3-2-1 汎抵抗資源とSOCとの関連(モデルの要約)

ステップ ^o	-2対数尤度	Cox & Snell R ² 乗	Nagelkerke R ² 乗
1	66.027	.274	.366

表3-2-2 汎抵抗資源とSOCとの関連(分類表)^a

観測値	予測値			
	SOC2区分		正分類パーセント	
	SOC低群	SOC高群		
ステップ1 SOC2区分	SOC低群	20	12	62.5
	SOC高群	6	24	80.0
全体のパーセント				71.0

a. 分割値は .500 です

表3-2-3 汎抵抗資源とSOCとの関連(方程式中の変数)

		B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)
ステップ ^a 1	親戚往来	-.527	.374	1.984	1	.159	.591
	知人往来	1.026	.431	5.669	1	.017	2.791
	社会活動	-.021	.247	.007	1	.933	.980
	趣味	-.238	.784	.092	1	.762	.789
	生きがい	3.813	1.393	7.493	1	.006	45.286
	定数	-8.994	2.938	9.370	1	.002	.000

a. ステップ 1: 投入された変数 親戚往来, 知人往来, 社会活動, 趣味, 生きがい

表 3-2-4 汎抵抗資源間の相関関係

	①	②	③	④	⑤
①親戚との往来頻度	-	0.355	0.210	0.125	0.220
②知人との往来頻度	**	-	0.260	0.099	-0.005
③社会活動参加頻度		*	-	0.472	0.345
④個人的趣味の有無			**	-	0.372
⑤生きがいの有無	*		**	**	-

注) 上三角: 相関係数, 下三角: 判定(*:5% **:1%)

表3-3-1 生活におけるストレスとSOCとの関連(モデルの要約)

ステップ	-2 対数尤度	Cox & Snell R ² 乗	Nagelkerke R ² 乗
1	85.428	.150	.200

表3-3-2 生活におけるストレスとSOCとの関連(分類表) ^a

観測値	SOC2区分	予測値		
		SOC2区分		正分類パーセント
		SOC低群	SOC高群	
ステップ 1	SOC低群	26	11	70.3
	SOC高群	9	24	72.7
全体のパーセント				71.4

a. 分割値は .500 です

表3-3-3 生活におけるストレスとSOCとの関連(方程式中の変数)

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp(B)	
ステップ ^a 1	会話制限	-.052	.436	.014	1	.904	.949
	移動制限	.159	.473	.113	1	.737	1.172
	動作制限	-.397	.661	.360	1	.549	.673
	生活制限	-.727	.593	1.504	1	.220	.483
	同居者	1.402	.964	2.117	1	.146	4.063
	もめ事	-1.335	.740	3.259	1	.071	.263
	定数	1.428	1.536	.865	1	.352	4.171

a. ステップ 1: 投入された変数 会話制限, 移動制限, 動作制限, 生活制限, 同居者, もめ事

表3-3-4 生活におけるストレス間の相関関係

	①	②	③	④	⑤	⑥
①会話制限	-	0.399	0.307	0.223	-0.091	-0.201
②移動制限	**	-	0.626	0.643	-0.141	0.046
③基本的な生活動作の制限	**	**	-	0.733	-0.042	0.018
④家庭生活の制限	*	**	**	-	-0.052	-0.022
⑤同居者の有無					-	-0.010
⑥家族とのもめ事の有無						-

注) 上三角: 相関係数, 下三角: 判定 (*:5% **:1%)

表3-4 GHQの各要素スケール間の相関関係

	①	②	③	④
①A:身体的症状	-	0.526	0.294	0.270
②B:不安と不眠	**	-	0.449	0.373
③C:社会的活動障害	*	**	-	0.385
④D:うつ傾向	*	**	**	-

注) 上三角: 相関係数, 下三角: 判定 (*:5% **:1%)

表3-5-1 健康行動の因子分析結果(説明された分散の合計)

因子	初期の固有値			抽出後の負荷量平方和			回転後の負荷量平方和 ^{a)}
	合計	分散の%	累積%	合計	分散の%	累積%	合計
1	5.409	30.047	30.047	4.903	27.241	27.241	4.067
2	2.310	12.833	42.880	1.750	9.724	36.965	3.561
3	1.926	10.698	53.579	1.378	7.656	44.621	2.723
4	1.524	8.467	62.046				
5	.967	5.372	67.418				
6	.874	4.853	72.271				
7	.792	4.399	76.670				
8	.732	4.069	80.739				
9	.552	3.066	83.805				
10	.517	2.871	86.676				
11	.457	2.537	89.213				
12	.423	2.352	91.565				
13	.329	1.826	93.391				
14	.313	1.741	95.133				
15	.280	1.557	96.690				
16	.259	1.440	98.130				
17	.202	1.122	99.251				
18	.135	.749	100.000				

因子抽出法: 主因子法

- a. 因子が相関する場合は、負荷量平方和を加算しても総分散を得ることはできません。

表3-5-2 健康行動の因子分析結果(パターン行列) a

	因子		
	1	2	3
日常の中で、興味深いことや挑戦できることを見つける	.761	.170	-.164
なるべくストレスはためないようにする	.751	-.137	4.899E-02
ストレスを自分なりの方法で処理する	.724	1.542E-02	-8.499E-03
自分の人生には目的があると信じ努力する	.680	3.081E-02	-3.659E-03
自分の人生において、大切なことは何かを確認する	.657	7.809E-02	2.821E-02
自分の意のままにならないようなことが起きても、受け入れる	.526	-4.710E-02	-1.565E-02
週に1~2回、30分程度の散歩でもよいから、習慣つけて運動を行う	-7.783E-02	.777	.168
日常生活の中に運動を取り入れる	-1.885E-02	.753	5.729E-02
空き時間には、気晴らしに体を動かす	4.123E-02	.747	-7.207E-02
計画的に運動をする	5.558E-02	.711	-.127
積極的に、趣味やレジャー活動に取り組む	.315	.384	-9.816E-02
タバコは吸わないようにする	-5.565E-02	-.143	.589
塩分や糖分の、とりすぎをひかえる	9.950E-02	-7.319E-02	.583
適正な体重を維持する	-2.038E-03	-2.318E-02	.560
一日の労働時間は10時間以内にする	-.287	.220	.511
楽な姿勢をとったり、暑すぎず寒すぎないようにしたり、昼も夜も適当な明るさを確保するなど、快適に日々を過ごせるように気をつかう	.350	-.133	.504
睡眠時間を毎日7~8時間くらいきちんと取る	-5.603E-02	.182	.500
「病気になる危険を減らし、病気を予防するためには、つね日ごろの節制が大切である」ということをよく理解し、自分自身の健康に気をつかう	.372	.119	.398

因子抽出法: 主因子法
 回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法
 a. 6 回の反復で回転が収束しました。

説明) 表3-5-1と表3-5-2より、3因子18項目を抽出した。因子名は、メンタルヘルス、身体活動、自己管理とした。各因子を構成する項目は下記の通り。

第1因子: メンタルヘルス

(日常の中で、興味深いことや挑戦できることを見つける。なるべくストレスはためないようにする。ストレスを自分なりの方法で処理する。自分の人生には目的があると信じ努力する。自分の人生において大切なことは何かを確認する。意のままにならないことが起きても、受け入れる。)

第2因子：身体活動

(週に1~2回、30分程度の散歩でもよいから、習慣づけて運動を行う。日常生活の中に運動を取り入れる。空き時間には、気晴らしに体を動かす。計画的に運動をする。積極的に、趣味やレジャー活動に取り組む。)

第3因子：自己管理

(タバコは吸わないようにする。塩分や糖分の、とりすぎをひかえる。適正な体重を維持する。一日の労働時間は10時間以内にする。楽な姿勢をとったり、暑すぎず寒すぎないようにしたり、昼も夜も適当な明るさを確保するなど、快適に日々を過ごせるように気をつかう。睡眠時間を毎日7~8時間くらいきちんと取る。「病気になる危険を減らし、病気を予防するためには、つね日ごろの節制が大切である」ということをよく理解し、自分自身の健康に気をつかう。)

表3-5-3 健康行動の因子分析結果(因子相関行列)

因子	1	2	3
1	1.000	.419	.299
2	.419	1.000	.374
3	.299	.374	1.000

因子抽出法: 主因子法

回転法: Kaiser の正規化を伴うプロマックス法

表3-6-1 健康行動とSOCとの関連(モデル集計)

モデル	R	R2 乗	調整済み R2 乗	推定値の標準誤差
1	.381 ^a	.145	.106	19.913

a. 予測値: (定数)、自己管理, メンタルヘルス, 身体活動。

表3-6-2 健康行動とSOCとの関連(分散分析) ^b

モデル		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
1	回帰	4370.404	3	1456.801	3.674	.016 ^a
	残差	25773.335	65	396.513		
	全体	30143.739	68			

a. 予測値: (定数)、自己管理, メンタルヘルス, 身体活動。

b. 従属変数: soc

表3-6-3 健康行動とSOCとの関連(係数)

モデル		非標準化係数		標準化係数	t	有意確率	共線性の統計量	
		B	標準誤差	ベータ			許容度	VIF
1	(定数)	88.407	13.748		6.431	.000		
	メンタルヘルス	9.910	3.509	.362	2.824	.006	.802	1.248
	身体活動	-1.994	3.386	-.077	-.589	.558	.772	1.295
	自己管理	3.649	4.278	.108	.853	.397	.827	1.210

a. 従属変数: soc

表3-6-4 健康行動とSOCとの関連(共線性の診断) ^a

モデル	次元	固有値	条件指標	分散の比率			
				(定数)	メンタルヘルス	身体活動	自己管理
1	1	3.851	1.000	.00	.00	.01	.00
	2	8.520E-02	6.723	.06	.02	.92	.03
	3	4.725E-02	9.028	.08	.97	.03	.08
	4	1.644E-02	15.306	.86	.00	.04	.89

a. 従属変数: soc

第4章

過疎地に暮す身体障害者の
生活や障害に関する思いを

把握する試み

— 当事者の「語り」をもとに —

第1節 研究の概要

I. イントロダクション

第2章から第3章では、調査対象者から得られたデータ（主として数値）を元に、過疎地に暮らす身体障害者の生活状況や心の健康状態を、客観的科学的に分析した。それらの研究では、生活、健康、社会参加に関する意見を検討したり、心の健康の実態とその関連要因の一端を把握することができた。

しかし、定量的な社会的アセスメントだけでは、表面的な特性描写と理解に終わる危険がある。研究者が、障害と当事者との歴史を、社会的文脈という観点から解明しようと真剣に関心を注ぐことも、また重要であろう[168]。

そこで、本章においては、当事者の「語り」を大切に、過疎地に暮らす身体障害者の、人々の生活の中で生じる経験に関するデータを収集し、共通したものの見方や考え方、行動様式や意味づけを、帰納的に明らかにすることを試みたい。

従来の量的研究では捉え難い、病いの経験を、委曲を尽くして十分に記述したものに出会うことは驚くほど少ない[169]。健康教育学や公衆衛生学分野における近年の研究では、Nochi[170]が、外傷性脳損傷を経験した10人の「語り」の分析を試み、当事者が様々な形で自己喪失を経験していることを明らかにしている。具体的には、3点挙げており、先ず当事者は「自分がどのような経緯で現在に至っているのか。」や「自分は何ができて、何ができないのか。」についての自己認識を明確にすることに困難があることを浮き彫りにしている。次に、そうした自己喪失は、当事者が生活の様々な場面において、過去の自分と現在の状態を比較する際に顕著に表出すると分析している。そして第3点として、当事者の自己意識は、「社会が自分たちに強要している。」と彼らを感じるラベルによって脅かされていることを指摘している。こうした分析に加え、Nochi は別稿[171]で、当事者は「障害があっても本質的には損なわれていない。」、或いは「障害のおかげで価値がある。」という概念から自己を見つめ直していると分析した。そして、具体的に「The self better than others, The grown self, The recovering self, The self living here and now, The protesting self」という5つのカテゴリーを浮かび上がらせている。また、熊倉や矢野ら[144]が中心となり実施された、心身障害者の生活満足度改善を目指した研究の中では、当事者の「語り」を取り入れた分析も行われており、障害者の社会参加意欲や障害の受容は取り巻く環境や対峙する人々との係わりが深いことを解明している。高齢者を対象とするものでは、瀬島ら[159]が、個人面接による医療に対するニーズの調査を行い、高齢者は医療に対する安心感や信頼感、利便性を求めていることを明らかにしている。過疎地で行われた研究としては、芝山[172]が、独居女性高齢者11人に半構造化面接を行い、当事者が「ここがいい・今がいい」という肯定感情を所持して生きていることを浮き彫りにしている。また同時に、当事者のそうした生活は、地域社会とも切り離せないものであることも指摘している。海外の先行研究では、Nosekら[173]が、アメリカ合衆国テキサス州ハリス郡に暮らす、18歳から65歳までの身体に障害のある女性18人に半構造化面接を行い、健康であることの重要性や、心理的な健康は身体的健康と

本質的に関連していること、ソーシャルサポートは情緒の安定やストレス対処に役立つこと、身体機能や個人の実情に応じた健康増進が重要であること、そして、暮らしの中では、各人の障害の特性やストレス、不十分な社会的な支持、社会の態度や資源の欠乏がバリアとなること、等を示唆している。しかし、こうした、当事者の主観的な意味世界に着目をした研究は、その重要性は増しているものの十分に行なわれているとはいえない。

本研究では、エビデンスとしての質的研究の難しさ[131]を承知しつつも、現代の質的研究を、複雑な社会・文化・歴史的な文脈の中で生きる人々を理解し文脈との関係の中で変化プロセスを捉える新たな「人間科学」とする、やまだ[174]の見解（本節Ⅱ．質的研究を用いたことについて、で詳述する（P.123 参照）。）も拠り所にした。そして、過疎地に暮らす身体障害者の、生活の中で生じる経験に関するデータを収集し、共通したものを見方や考え方、行動様式や意味づけを、帰納的に明らかにすることを試みた。

情報収集と分析方法は、In-depth Interview[134]と The Ethnographic Interview[135]の手法を用いた。

In-depth Interview[134]とは、面接調査で用いられる情報入手方法の一つで、ある課題に対する個人の認識や態度、行動様式、そしてそれらの裏側にあるような感情や動機、影響力等に関する情報を聞き出すことができ、グループ等では話しにくいようなデリケートな課題についての情報を聞き出すときに使われる。インタビューされる人がなるべく限定を受けずに意見を述べられるような質問をし、個人の体験や意見、感情を引き出せるのが特徴である。得られた情報は、重要な課題を映し出すためのケーススタディとして用いられることが多くあり、また、課題についての深い洞察を得ることができる。会話の自然な流れを重視しつつ、臨機応変に対応できるのも特徴である。

一方、The Ethnographic Interview[135]とは、「人々から、文化を学び記述する」ことを目指すこと、つまり、ある特定の人々の生活の中で生じる経験に関するデータから、その集団に共通したものを見方や考え方を、帰納的に明らかにしようとするものである。

これらの方法を用いて、了解的スタンス（解釈的アプローチ）[124]を取りながら、分析と考察をすることにより、過疎地に暮らす身体障害者を内側の視点から理解することができると考えた。なお、了解的スタンス（解釈的アプローチ）とはどういうことか、また、障害者を「異文化」として捉えることの意義については、第1章第4節Ⅲ．研究方針で述べた（P.31 参照）。

方法論的に見ると、本研究では2つの方法に頼ったが、厳密にどちらかの手法を用いたわけではない。元来、両者には共通する部分が多い。どちらかといえば、インタビューを実施している際にはIn-depth Interviewを、また、デスクワーク（「語り」の分析過程）ではThe Ethnographic Interviewの手法を意識した。しかし、The Ethnographic Interviewでも、情報収集と分析は同時に進行する。つまり、収集した分析結果から、次の情報収集の方向性を定めるものである。従って、面接中は、両方を意識し、気になった点や疑問点、探究したい点が生じたら、その場で尋ねたり、次の被面接者に尋ねたりする等を、繰り返した。

II. 質的研究を用いたことについて

本研究は、身体障害者本人に直接会い、生活や人生そして障害への思いを Open-end で話してもらい、当事者が病気をどう捉え、どう感じ、どう意味づけるかといった主観的な世界そのものに迫ることを試みたものである。研究途上では、了解的スタンス（解釈的アプローチ）[124]の基本に忠実に、研究対象のいる状況下に身を置き、相手に共感しながら、「個人—社会・生態的環境枠組み」を総体的に捉えるようにした。

一般的に、この類の研究は、質的研究と呼ばれる。質的研究は古くて新しい[174]。やまだ[174]によれば、心理学では 1940 年までは質的研究が普通であったが、その後、実験的研究や統計調査的手法が主流になり、質的方法は「科学」の範疇に入らなくなった。続けてやまだは、新しい質的方法の学横断的流れは、2000 年以降に急速に大きくなったと解説しているが、同時に、それは単に旧来の質的方法の復権ではない、と注意を促している。即ち、新しい質的研究の広まりは、根本的なところで、人間観や方法論が変化していることに起因するものであり、現代の質的研究は、複雑な社会・文化・歴史的な文脈の中で生きる人々を理解し文脈との関係の中で変化プロセスを捉える新たな「人間科学」といえよう、と主張している。更にやまだは、今まで無視され日陰に追いやられるか一刻も早く克服・回復すべきもので長く抱え込んではいけない否定的なものとして見られて来た、「喪失」「死」「障害」「病い」等のテーマに対して、「多様な見方」「意味転換」「変化プロセス」を重視するナラティブ・アプローチは適しており、その力を発揮しやすい、とも論じている（ここで、やまだは、ナラティブとは一般的には、「広義のことば（身振りや映像や建築や都市等、視覚的・文化的表現も含まれる。）によって語る行為と語られたもの」を指すとしているが、この概念は多様性と豊かさを持ち、その考え方も研究者によって相違すると述べている。）。

この人間観や方法論の変化ということについては、医療人類学（Medical Anthropology）の草分けである Kleinman も、慢性の病いのある人を対象とした長年の研究から、患うことは、生物医学によって容易に片づけられるものではなく、病いの経験の中心に位置し続けるものであり、臨床的ケアにおける革新的な緊張状態であり続ける[175]と述べ、病いの経験を理解することの必要性を訴えている。その際、Kleinman は「患う（Suffering）という経験の型は何処にでも見られるが、その患うことが何を意味し、その経験をどのように生き、その経験にどのように対処し扱うかは、実に様々であるということである。その相違は、もちろん病気の人の個性にもよるが、文化や社会階層にもよるし、我々の願望を制約したり、可能にしたりする特定のローカルな世界での日常的な状況にもよる。」と述べ[176]、病いの物語を、文化的表象（Cultural representations）、集合的経験（Collective experiences）、個人的経験（Individual experience）の三辺で囲まれた空間を持つものとして三点測量される必要があり、そうすることで、病いの経験やそれが生じている社会環境について、その物語が何を語ろうとしているのかを理解できるようになる、と論じた。具体的には、文化的表象とは、その時代その場所において広まっているイメージである。これには、メディアや一般民衆の文化において身体がどのように象徴化されるかということに加え、症状、苦悩の慣用表現、特定の病いが（ローカルな文化的特徴が著しく、文

化に結合した病いと見なされる様なものも含めて)、人々の間でどんなイメージや意味を持つかということも含んでいる。またこれは、治療とケアの経験も表現し、原型となる物語の構造を創り出すものである。次に、集合的経験とは、苦難を耐え忍んで行く、共有された行動のスタイルやパターンである。経験に意識を向け、ローカルな世界の集合的経験とどのように関わるかを学ぶかによって、その社会で実際に何が重要なかがとてもよく解るようになる(その社会の人々と同じように、大事な事や問題になっている事に注意を向けられるようになる)。ここで **Kleinman** は、個人的経験については、ほとんど説明の必要が無いとしながらも、生物医学においてもポストモダンの世界の大部分においても、我々は個人的経験こそが病いの中心的要素であると思うように仕向けられている、と分析し、世界中にその様な考え方が広まっている為に、個人的な経験が如何に集合的経験や文化的表象との相互作用によって形作られるかということは見落とされがちである、と主張している。

また、**Kleinman** の影響を受けた **Good**[169]も、医学的知は疾患を持った身体の客観的描写から成り立っていると分析に変わる人類学的な見方を支持し、「ある医学的状态にとって、客観主義者が描写する身体は医療にかなり役立ってきた。しかし医療に関わるその他の過程、例えば、出産や慢性の病い等にとって、社会的で意味に満ちた現象(「生まれること」や「病い」の経験)から物理的対象や生理学的過程の世界を抽出することは、医療行為を合理的ではあるが非常に歪曲した形式に導いてしまった。更にその他の、慢性疼痛の様な状態にとって、物理的対象の世界と心理状態の世界とを区別することは、理解を曖昧にし、果ては現象を全く理解困難にしまう。」と述べ、経験の創造的源泉としての身体に焦点を当てることの必要性を強調している。

国内に目を向けると、上述のやまの他に齋藤[177]も、今日の医学・医療の現場においてこそ、患者の主観的な体験と援助したいと願う者を描き出す知(これを「臨床の知」と名づけている。)のあり方自体が排除されようとしており、このことが医療の非人格化をもたらしているという事実は無視できないと警鐘を鳴らしている。齋藤は続けて、臨床の知を扱う方法論として、「語り(ナラティブ)」こそは恐らく最適のものである、と言いきっている。

また、熊倉[178]も、臨床研究に **Evidence-based medicine**(以下、**EBM**)の試みが極めて有用であることに疑いはないとしながらも、人が **Evidence** を感じるところは単一ではなく、健康科学という生きた人間を対象とする領域では、自明性に多数の要素、多次元的な構造を見ること(多次元視点)は不可欠である、と主張している。もう少し述べれば、熊倉は、現実ヘルスプロモーション活動の展開の中で、ケアする側が、そのダイナミズムの中に参加してくる「主体としての市民」との関係をいかに理解し支援するか、ということを考える際に大切になるのは、必ずしも客観データだけでは限らないことを指摘した(ここで、熊倉は「客観データがいけないのではない。」と述べ、**EBM** を否定していない)。そして、実践で解決すべき課題には、そのようなデータがないものがほとんどで、その時は、人と人との出会いの中で問題解決を図る他に道はないと指摘し、可能な限り現象に密着して、自らの知覚によって「意味」が発生するダイナミズムを求め描写する必要性を唱えている。

このように、臨床場面では、EBM が広く受け入れられている一方、人間の行動は文化によって組み立てられたものであり、それは精神の健康にも影響を及ぼすものである[179]という考え方が認知されるようになり、特に 1980 年代以降、ストーリーや語りの果たす役割の重要性が指摘されるようになって来た[180]。ヘルスケアの世界においても、ますます多文化的になり、人々の様々に異なる文化的価値観と生活様式を理解することが不可欠になってきている[179]。「クライアントは自身の問題の専門家であり、クライアントこそが事実を知っている。」という姿勢は、ソーシャルワークという対人援助にとっても実践の可能性に広がりをもたらすものと考えられている[181]。

質的研究は、人間を社会的存在として捉え、人間の抱える問題を包括的に考察できるという性質を持ち、保健・医療の現場において今後期待される調査手法である。しかし、量的研究に比べ内容が理解しにくいこと、或いは科学研究としての普遍性や信頼性が低いとの誤解から、手法として未だ十分に認められておらず、厳密な方法論が議論・検討されている段階[132, 133]で、現状では、病いの経験の詳細な民族誌的な記述や、或いは人間の経験としての病いを研究するために十分工夫された理論的な語彙は、ほとんど欠けている[169]。

一方、上述した如く、主観的意味世界のありようが病気の経過や回復に極めて重要な影響を及ぼす、という認識は高まりつつある。慢性化し長期化する病いにおいては、病いの経験がそのまま日々の生活と重なり合ってくる。生活の中に病いがあるのではなく、病いを中心に生活が組み立てられ、病いそのものが生活になっているとさえいえる[182]。

こうしたことから、筆者は、過疎地に暮らす身体障害者に対するヘルスプロモーション活動を展開する際、或いはそれに資する研究を行う際に、そこに暮らす身体障害者の見方でものごとを見られるようになるろうとし、彼らが経験している世界に入っていこうと努力すること（その方法論の本質は、共感的な傾聴（Empathic listening）、翻訳（Translation）、解釈（Interpretation）という言葉で捉えることができる[168]。）、つまり、一種の民族誌学的な作業をすることは、今後一層求められることであると考え、質的研究を実施するに至ったものである。

ところで、熊倉[183]によれば、本研究のような「語り」研究は、理論的な面を議論すると「全ての〈語り〉は権威的知に対して固有の特権性を持つ。」ということに集約される。「語り」に秘められた真実は、「実在の多様性、真実の多様性（Multiple reality, Multiple truths）」の中にある。いい換えれば、「語り」研究では、「語り手」の多様性と主体性から出発し、最後までそれを払拭できない。これは一種の相対主義である。

本研究は、目的として、過疎地に暮らす身体障害者の、共通したものの見方や考え方、行動様式や意味づけを、帰納的に明らかにすることを試みているが、「語り」研究である以上、一つの絶対的答えには至らない。いくつもの見方、答えがある、ということを知っている。つまり、相対主義を刻印されたもの（自由度を含んだもの）として、研究結果を公表する。

Ⅲ. 倫理上の配慮

本研究を遂行する過程において、個人情報の取り扱いに関しては、東京大学大学院教育学研究科 衛藤隆教授（当時）、そして協力自治体担当者の指導と監視の下、情報の漏えいや個人の特定がされぬよう、細心の注意を払った。協力者に会う際には、身分を提示し、研究目的を簡単に説明した。その際、個人情報や面接によって得られるデータは、全てコード化され個人が特定できないこと、そして研究以外の目的で使用されないことも伝えた。また、インタビュー調査なりの配慮として、面接は協力者の体調や都合に配慮しながら進められること、協力者は面接をいつでも中断或いは中止できる権利を有していること、打ち明けたくない事や苦痛に感じることは無理に話さなくてよいこと[184]についても、十分に説明をして必ず同意を得るようにした。

第2節 面接協力者

I. 面接協力者のリクルート方法

ここで、第1章第5節II. 研究の進め方について (P.35 参照) を元に、面接協力者をどのようにリクルートしたか、を振り返りたい。

A 県 B 村

2008 年 4 月から 6 月にかけて、A 県 B 村に行き、協力者 (19 名) にお会いをして、調査用紙に記入してもらいながら、障害や生活に関するお話を伺った。

2008 年 11 月から 12 月にかけて、もう一度訪れ、再度面接許可が得られた方にお会いをして、4 月から 6 月にかけて実施した調査の補足的質問や内容の確認を主に行った (3 名)。

C 県 D 町

2008 年 11 月から 12 月にかけて、面接調査に同意して下さった方にお会いをして、障害や生活に関するお話を伺った (12 名)。

II. 面接協力者の属性

以上の如く、2つの地域で計 31 人と面接した。

平均年齢は、67.7 歳と、高齢の人が多数を占めた。面接協力者の属性を表 4-1-1、表 4-1-2 に示した。表 4-1-1 の 31 人は、2つの調査地における協力者を混在させて列記してある。各人の具体的な「語り」を引用するため、31 人それぞれに、A1 から A31 まで、ID を割り当てた。

ここで、身体障害者手帳取得時期とは、「生」は出生時より障害がある場合で、「途」は人生途中で取得したことを表す。障害種別については、視＝視覚障害、聴＝聴覚障害、言＝言語障害、肢＝肢体不自由、内＝内部障害と略記した。内部障害とは、心臓機能、腎臓機能、ぼうこう・直腸機能、呼吸器機能、小腸機能、HIV (ヒト免疫不全ウイルス) による免疫機能 の 6 種類の障害を指す。障害程度については、重度障害者とは「身体障害者手帳の等級が 1 級又は 2 級の方」或いは「身体障害者手帳の 3 級に掲げる障害が 2 以上重複している方」を指し、それ以外の方が軽度障害者である。

本研究では、量的研究との有機的結合を図るべく、適宜、健康生成論 (第1章第4節II. 健康生成論 (P.24 参照)) の視点からも、当事者の「語り」を分析した。具体的には、第3章で用いた、健康生成論の中核概念である SOC に着目をし、「語り」の内容と SOC スコアの関連性を部分的に検証することを試みた。

方法として、面接協力者の属性 (表 4-1-1) の如く、SOC 高低、という項目を設定した。SOC 高低は、SOC スコアが 122.12 を基準とし、それ以上を「高」、それ以下を「低」とした。

第3章の研究で、心の健康状態を測るべくSOCスコアを測定したが、その際のデータが得られた人全体(n=70)の平均値を基準とした(第3章第3節Ⅱ.SOCスコアについて(P.103参照))。以上のように、SOCスコアと共に「語り」を併用することで、定量的な社会的アセスメントだけでは見えなかったかもしれない、当事者への深い理解が可能となるのではないかと考えた。

面接協力者の属性(表4-1-1)にSOCスコアの高低が記載されていない場合がある。その理由は、「長時間の面接に耐えられない人と判断し、筆者側が量的研究に関する調査用紙への記入を中断、断念したケースがあったこと。」や「面接中に、ある部分の「語り」を深めため、量的研究の調査用紙全ての質問に答えられなかったこと。」等が主な原因である。

A県B村での調査は、筆者と協力者が面接をし、量的研究の調査用紙へ共に記入をしながら面接を進めたが、体調や様子を考慮前者の如き措置を取ったことがある。また、ある部分の「語り」が深まったため時間が押したケースもある。一方、C県D町での調査では、面接協力者の中に、事前の郵送調査で量的研究の調査用紙への回答が完全だった人と不完全だった人がいた。不完全だった人に対しては、面接調査の際に完全に回答をしていただこうと予定をしていたが、当事者の体調や様子、時間的都合を考え、回答を断念したケースがあった(第1章第5節Ⅱ.研究の進め方について(P.35参照))。

なお、協力者の中には、重複障害として知的障害であることを申請する人がいた。本研究は、身体障害者にねらいを絞ってはいたが、面接調査においては、様々な条件のある多様な人から多くを学ぶという姿勢を貫くため、重複障害として知的障害のある人の「語り」も、分析・考察に含めた。

表4-1-1 面接協力者の属性(その1)

ID (注1)	IC録音 可否	年齢	性別	身体障害者手帳 取得時期 (注2)	障害種別 (注3)	障害程度 (注4)	SOC 高低 (注5)	備考(注6、注7)
A01	○	30代	男	途	内	重度	高	
A02	○	50代	女	途	肢	重度	低	
A03	○	40代	男	途	視聴言肢	重度	低	
A04	○	70代	男	途	聴	軽度	高	主に家族が対応。
A05	×	70代	男	途	肢	不明		家族が対応。
A06	○	70代	男	不明	肢	重度		
A07	○	50代	女	途	内	重度	高	
A08	○	60代	女	途	聴	重度		
A09	○	50代	女	途	肢内	軽度		
A10	○	30代	女	途	肢	重度	低	主に家族が対応。「脳障害あり」と申告。
A11	○	60代	男	途	肢	重度	低	
A12	○	60代	男	途	言肢	重度	高	家族が対応。
A13	×	80代	男	途	肢内	軽度	高	主に家族が対応。
A14	○	70代	男	途	内	重度	低	家族が対応。
A15	×	70代	男	不明	聴	軽度		
A16	○	50代	女	途	肢	軽度	低	
A17	○	80代	女	途	内	重度	低	
A18	×	60代	男	途	内	重度	高	
A19	○	80代	女	途	肢	軽度	低	家族が対応。
A20	○	90代	男	途	肢	軽度		
A21	○	80代	女	途	肢	軽度	高	
A22	○	70代	男	生	肢	軽度	高	
A23	×	80代	男	途	肢内	重度		
A24	×	80代	女	途	肢	重度		
A25	○	70代	女	途	肢	重度	高	主に家族が対応。
A26	○	70代	男	途	肢	軽度		「忘れっぽい(脳梗塞の後遺症か)」と申告。
A27	○	70代	男	途	内	軽度	高	
A28	○	80代	男	途	内	軽度	高	「小脳不全、ふらつきあり」と申告。
A29	○	60代	男	途	肢	重度		
A30	○	20代	女	生	肢	重度	高	家族が対応。「知的障害あり」と申告。
A31	○	70代	男	途	肢	重度		

- 注 1) 2つの調査地における協力者を混在させて列記した。
- 注 2) 身体障害者手帳取得時期の、「生」は出生時より障害がある場合で、「途」は人生途上で取得したことを表す。
- 注 3) 障害種別は、視＝視覚障害、聴＝聴覚障害、言＝言語障害、肢＝肢体不自由、内＝内部障害である。内部障害とは、心臓機能、腎臓機能、ぼうこう・直腸機能、呼吸器機能、小腸機能、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）による免疫機能の6種類の障害を指す。
- 注 4) 重度障害者とは「身体障害者手帳の等級が1級又は2級の方」或いは「身体障害者手帳の3級に掲げる障害が2以上重複している方」を指し、それ以外の方が軽度障害者である。
- 注 5) SOC 高低は、SOC スコアが121.12以上を「高」、それ以下を「低」とした。
第3章の研究において、心の健康状態を測るべくSOC スコアを測定したが、その際のデータが得られた人全体の平均値を基準とした。スコアが得られていない人は、空欄にした。
- 注 6) 備考欄の、「主に家族が対応」は、当事者は面接の場にいるのだが、身体の状態が思わしくない、或いはコミュニケーションに困難がある等を理由に、家族と話す機会が多かったことを表す。また、「家族が対応」は、身体の状態が悪い、或いは入院中等を理由に、当事者が筆者と面接できず、家族が対応したことを表す。いずれの場合も、当事者を良く知る人として、当事者の立場から代弁をしてもらった。
- 注 7) 身体障害以外に、併発している障害（知的障害等）の申告がある場合は、備考欄にその旨記載した。

表4-1-2 面接協力者の属性（その2）

項目	カテゴリ	人数(%)
性別	男	19(61.3)
	女	12(38.7)
年齢	20～29 歳	1(3.2)
	30～39 歳	2(6.5)
	40～49 歳	1(3.2)
	50～59 歳	4(12.9)
	60～69 歳	5(16.1)
	70～79 歳	10(32.3)
	80～89 歳	7(22.6)
	90 歳～	1(3.2)
職の有無	有	3(9.7)
	無	26(83.9)
	記載なし	2(6.5)
身体障害者手帳 所有経緯	出生時より 人生途上で申請	2(6.5) 27(87.1)
	記載なし	2(6.5)
介護者の有無	有	27(87.1)
	無	2(6.5)
	記載なし	2(6.5)
居住年数	1～4 年	2(6.5)
	5～9 年	0(0.0)
	10～14 年	0(0.0)
	15～19 年	1(3.2)
	20 年以上	26(83.9)
	記載なし	2(6.5)

注) ここでの職とは、パートやアルバイトも含める。

注) ここでの介護者とは、家族、親族、ホームヘルパー等のことを指す。

第3節 データ収集と分析

I. データ収集手続き

以上の如く、計 31 名にお会いできることになったわけだが、当事者の体調が悪い場合や都合により会うことができない場合は、事情を最も良く知る人に会うことにし、当人の障害の状態や、普段の暮しの様子について、当事者の代弁をしてもらった。また、体調は悪くはないが長時間の面接には耐えられない人がいた場合は、調査用紙を渡して自己記入をしていただくことにして、後日改めて回収に伺った。そして、回収に伺った際、他の協力者との面接の中で気になっていた質問を予め数項目用意しておき、それらを手短かに尋ねる等、臨機応変に切り替えた。現地では、こうして、あくまでも当人の体調や生活の都合に障らぬよう、気を配った。

面接の時間は 1 回平均 90 分で、長い時は約 180 分であった。許可が取れた場合にのみ、会話の内容を IC レコーダ (OLYMPUS VoiceTrek V-13) に記録した。IC レコーダに記録できない場合は、その場で内容をメモした。その他、会話の中から感じ取れる雰囲気や印象等、気になった点もメモをした。

話をはじめるときも、唐突に身体障害の話題から入ることはしなかった。In-depth Interview を軸とした、面接の主だった方針としては、以下のようなものが挙げられる。

- ・筆者の自己紹介と今回の研究内容に関する説明をする。
- ・面接調査に応じた動機を尋ねる。
- ・最近の暮しの様子や健康状態を尋ねる。
- ・対象地の地理的特徴や当事者宅の周辺情報を尋ねる。
- ・協力者のこれまでの人生経緯を尋ねる。
- ・(2008 年 4 月～6 月：A 県 B 村にて) 第 2 章、第 3 章の研究で用いる調査用紙を、一緒に記入して行く。その際、調査用紙に関連したことであれば、自由に語ってもらう。語りの中で重要と思われた内容については、適宜、語りを深めて行く。
- ・(2008 年 11 月～12 月：C 県 D 町にて) 事前に実施した、第 2 章、第 3 章に関する郵送調査で、「この方は、主観的健康感が良い人、或いは良くない人」とか「SOC スコアが高い人、或いは低い人」等ということが事前に分かっているので、インタビューをはじめるとして、本論文の付録 (その 3) に示すような (P.381 参照)、障害の状態の変化と主観的健康感の年齢ごとの変遷をグラフ化できる調査用紙を作り、一緒に記入しながら、変化の経緯や、変化の理由を尋ねる。また、SOC-29 項目版に該当する部分の回答状況に基づき、「どうしてこのように答えたのですか？」と尋ねることもする。それらの語りの中で重要と思われた内容については、適宜、更に語りを深めて行く。

図 4-1 面接方針一覧

説明) 面接の際は、自然な会話の流れの中で、身体障害者手帳を所有した経緯について触れ、また、第 2 章、第 3 章で用いた調査用紙を契機・活用しつつ、生活や人生を尋ねた。

上図の通り、面接の際は、挨拶からはじまり、自然な会話の流れの中で、身体障害者手帳を所有することになった経緯について触れ、そして今、過疎地で暮している様子を語ってもらうように心がけたつもりである。そしてその中で、筆者側で気になった点をいくつか挙げて、それを契機に、協力者を深く掘り下げて行くようにした。インタビュー中は、文脈を損なわないように、口を挟まず、極力、当事者の発言を重んじるように心がけた。いい換えれば「勉強させていただく。」という姿勢を貫いた、ということである。

その際、身体障害者が過疎地で生きている状態を正確に観察しよう、と考え、生活や人生の過程に関する質問にも務めた。過疎地での暮らしに関して、協力者からすると素朴 (Naive) な質問をしたこともあったが、「初対面・短時間であっても、この人の多くを知りたい、この人の暮らしを知りたい。」「過疎地とはどういう場所なのかを知りたい。」という気持ちを持続させた。

面接中、ほとんどの時間を、協力者の過疎地での暮らしや、暮らしの経緯・歴史的変遷に関する話題に費やす場合もあったが、そういう時は、筆者としては、過疎地を知る良い機会だった。

2008年4月から6月にかけての、A県B村における調査では、協力者全員と面会できたので、第2章、第3章の研究で用いる調査用紙を、一緒に記入して行った。その際、調査用紙に関連したことであれば、自由に語ってもらうことにした。そして、語りの中で重要と思われた内容については、適宜、語りを深めて行った。

2008年11月から12月にかけての、C県D町における調査では、調査用紙に関する生データから「この方は、主観的健康感が良い人、或いは、良くない人」とか「SOCスコアが高い人、或いは、低い人」等ということが事前に分かっているので、インタビューをはじめる契機として、本論文の付録(その3)に示すような(P.381参照)、障害の状態の変化と主観的健康感の年齢ごとの変遷をグラフ化できる調査用紙を作り、記入してもらった。また、SOC-29項目版に該当する部分の回答状況に基づき、「どうしてこのように答えたのですか?」と尋ねることもした。

つまり、生活や障害に関する考えを自由に語ってもらうように、様々な工夫をしたということである。なお、障害の状態の変化と主観的健康感の年齢ごとの変遷をグラフ化できる調査用紙を作成する際は、熊倉や矢野ら[144]の研究で使用された、経時的視覚アナログ尺度 (Visual Analogue Scale for Time Course : 以下、VAST) が参考になり、東邦大学医学部公衆衛生学教室の許可を得て類似のものを作成した。

矢野や熊倉ら[144]によれば、VASTは、自らの障害を時間経過によって主観的に評定するものである。障害の問題に取り組む以上は、単純な数量化だけでは見落とすものがあると考え、それまでも様々な研究で用いられていた視覚アナログ尺度 (Visual Analogue Scale) に、時間的経過を加え、新しい尺度を導入したと述べている。矢野や熊倉らの研究の中では、VASTは、縦軸に身体の状態の経過、活動状況の経過、社会参加状況の経過、社会参加満足度の経過、生活満足度の経過等を、そして、横軸に年齢や受傷後経過年数等を設定しているが、本研究では、縦軸に障害の状態の変化、及び主観的健康感を、そして、横軸に年齢を、それぞれ設定した。本論文の付録(その3)の調査用紙(P.381参照)は、インタビューをはじめる契機として用いたものであり、グラフや質問内容は分析対象とはしていない。

II. データの整理と分析

データ収集後は、2つの方針の元で整理と分析を行った。一つは、Spradley の The Ethnographic Interview[135]の手法を用いて分析をすることである。そしてもう一つは、その分析の過程で適宜、健康生成論の視点から当事者の「語り」の分析をすることである。

The Ethnographic Interview の手法とは、筆者の言葉で端的にいえば、フィールドワークにおいて当事者が共有している文化を語ってもらい、そこに現れる特有の行動、アーティファクト等を、研究者が観察と推論し記述するものである。元来、本研究は、人類生態学を軸に、当事者の生活実態を深く洞察し人間理解を目指すことを主眼としている（第1章第4節Ⅲ. 研究方針（P.31 参照））。The Ethnographic Interview の手法は、被調査者全員と接触することが重要とする人類生態学の理念を具現化して行くのに最適であると考え、研究に用いた。また、本章第1節Ⅱ. 質的研究を用いたことについて（P.123 参照）で述べた如く、ナラティブ・アプローチは、「多様な見方」「意味転換」「変化プロセス」を重視するが故に、「喪失」「死」「障害」「病い」等のテーマを扱うのに適している。健康への多様な見方の一つであり、ヘルスプロモーションの発想と一致すると評価されている健康生成論（第1章第4節Ⅱ. 健康生成論（P.24 参照））の視点から当事者の語りを分析することは、量的研究（第3章）の結果をより深く理解することにつながるのではないかと考え、適宜分析を試みた。以下、具体的に説明する。

Spradley の The Ethnographic Interview の手法を用いた分析

先ず、The Ethnographic Interview について説明する。これは、インタビュー記録・録音記録・観察記録・メモから重要な言葉や語句を取り出し、それらの分類と統合を図って行く手法である。具体的には、表4-2の如き手順を踏んだ。以下、この表の詳細を説明する。

表4-2 Spradley の The Ethnographic Interview の手法を用いたデータ分析の手順

Step	方法
Step 1	インタビュー記録・録音記録・観察記録・メモから、研究目的に合致した最小限の表現を取り出し、データベースを作成する
Step 2	データベースを、意味の類似性によってグループ化する(グループ化されたものの抽象的な特性をカテゴリーと呼び、そこに含まれる言葉や語句を、カテゴリーを構成する下位の要素という意味でサブカテゴリーと呼ぶ)
Step 3	カテゴリーとサブカテゴリーの再編と統合を繰り返す、抽象度を高める(新たな意味のまとまりを Cover Term、含まれる言葉や語句を Included Terms と呼ぶ)
Step 4	複数の Cover Term 間の関連性を集約させる(Domain の導出)
Step 5	Domain の位置づけと関係性より、「過疎地に暮らす身体障害者に共通したものの見方・考え方・行動様式・意味づけ」を検討する

Step1 の詳細

Step1 では、まず、インタビュー記録、録音記録、観察記録やメモから、「過疎地に暮す身体障害者の生活の現状はどのようなものなのか。」「生活や障害にどのような意味を持たせて生きているのか。」の2点を探求する上で重要と思われる、比較的短いまとまりの表現（単語一つではない、ふくらみを持った内容）を取り出した。また、その表現を扱う際の便宜として、中心的な単語を必要に応じて取り出し印をつける作業も行った。以下に、具体例を示す。

【データの整理と分析の一例（Step1）】

A07 と研究者との間には、下記の如き会話があった。この場面では、居住地への印象、過疎地における暮しと車との関係や、都会の暮しとの比較に関する語りが多く聞かれた。網掛け部分は、分析に有用なまとまりの表現として取り出した箇所である。また、二重傍線部は、それらの表現を扱う際の便宜とした中心的な単語である。

(A07 と研究者とのやりとり)

— (研究者) 私は、この土地に来るのが始めてです。障害のある方から、障害と人生経験について教えていただくのはもちろん勿論ですが、過疎ということについても勉強しなくては行かないと、こう思いながら研究を進めています。A07 さんが、過疎の環境や暮しについて、どのように捉えながら過ごしてらっしゃるのか、その辺をお話いただけますか。

「(A07) いい場所ですよ。このあたりは、もうこの辺ずーっとね。(手で辺り一面を指し示すジェスチャーを交えながら)」

— いい場所。

「ええ。そうねえ、、、まあ、何というか、、、車さえあれば、そうは、、、都会と変わらないのではないですか。そう思ってますよ。(、、、の部分で A07 は少し考える様子を見せる)」

— 多くの人が挙げてらっしゃるのが車の有無ですね。車のあるなしは大きいようですね。

「(頷きながら) 私も、年中、車で出てあるいているし。車を一寸出せば、そんな、、、ね (笑みを浮かべながら)。私は、もう一寸何かあれば、直ぐ車。もうそれで用は足りますね。ですもの、暮しは都会と変わらないでしょ。まあ、私は都会に暮したことはないから解らないですけどね (笑みを浮かべながら)。」

— もう毎日、車を使っているのですか。

「うん。友達もいるし。私の場合は、ほら、もうこの通り元気で元気で、友達と話したり遊びに行ったりするのが大好きなの (両腕を前後に数回動かし、元気を強調)。それで、毎日車には乗ってますね。」

..... (一部抜粋)

図4-2 インタビュー記録から、分析に有用な表現を取り出す例

〔説明〕 網掛け部分は、分析に有用なまとまりの表現を取り出した箇所である。二重傍線部は、それらの表現を扱う際の便宜とした中心的な単語である。〕

Step2 の詳細

Step2 では、先ず Step1 で作成したデータベースを精査し、言葉や語句を意味の類似性によってグループ化をした。そして、各グループに対して「これらの言葉や語句が示す概念は、より大きいどんな概念の一部だろうか？」と、より高次の抽象的概念に統合する作業を繰り返した。その際の手段として、言葉や語句が語られた文脈を重視しながら、Spradley が事象同士の意味関係に 9 つの普遍的パターンがあると指摘している[185]ことを利用した。その 9 つとは、①厳格包含(X は Y の一種である)、②空間的条件(X は Y の部分である)、③因果関係(X は Y の結果である、X は Y の原因である)、④理論的根拠(X は Y を行う理由である)、⑤行為の所在(X は Y を行う場所である)、⑥機能(X は Y のために使われる)、⑦手段と目的(X は Y を行う手段である)、⑧順序(X は Y の段階である)、⑨属性(X は Y の特質である)、である。以下に、例を示す。

【データの整理と分析の一例 (Step2) その 1】

データベースを精査したところ、以下のような言葉や語句がグループ化された。これらのグループは、当事者の身体障害に係る苦難の経験の一端が現れていると判断され、「障害に関する苦難の経験」と抽象化した。Spradley の手法に倣っていえば、分析の中では「もうだめかと思った」「大手術を乗り切る」「事故の経験」というグループは、障害に関する苦難の経験の一種である(厳格包含)。」と思考した、ということである。

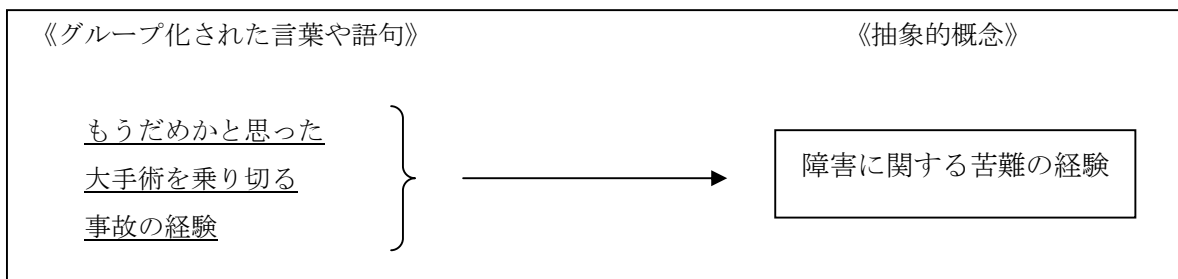


図 4-3 グループ化された言葉や語句から抽象的概念を抽出する手続きの一例

説明) 「もうだめかと思った、大手術を乗り切る、事故の経験」というグループは、Spradley が指摘する事象同士の意味関係の 9 つの普遍的パターンにより、新たに「障害に関する苦難の経験」という語句に置き換えられた。

各グループに対してこのような作業を行うと、抽象的概念を表す言葉や語句が多く集まる。次の段階として、それらの概念同士の関係性を考え、少しずつより高次の抽象的概念に統合して行った。以下に、【データの整理と分析の一例 (Step2) その 1】の作業の続きを示す。

【データの整理と分析の一例 (Step2) その2】

データベースを意味の類似性によってグループ化する作業を続けると、「障害に関する苦難の経験」「障害との向き合い方の変化ときっかけ」「障害のある生活で体験したこと、学び得たこと」という概念が現れた。これらは、当事者の障害に関する生活史が現れたものと考えられ、「障害と自己との歴史」と抽象化した。Spradley の手法に倣っていえば、分析の中では「障害に関する苦難の経験」「障害との向き合い方の変化ときっかけ」「障害のある生活で体験したこと、学び得たこと」は、障害と自己との歴史の一部である（厳格包含）。」と思考した、ということである。

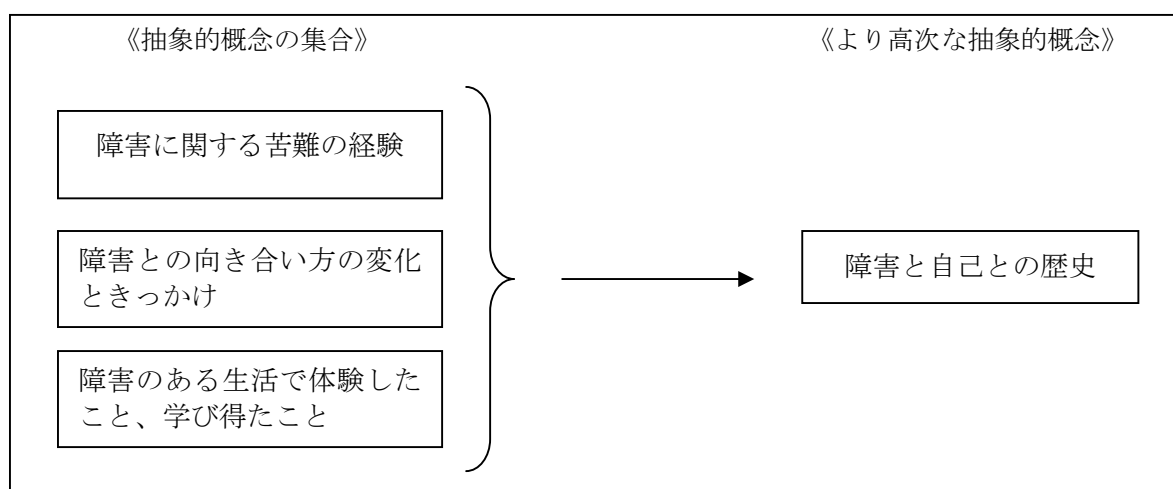


図4-4 抽象的概念の集合を、より高次の抽象的概念に統合する手続きの一例

説明) 「障害に関する苦難の経験」「障害との向き合い方の変化ときっかけ」「障害のある生活で体験したこと、学び得たこと」という抽象的概念のグループは、Spradley が指摘する事象同士の意味関係の9つの普遍的パターンにより、新たに「障害と自己との歴史」という語句に置き換えられた。

このように、Step2 では、データベースを出発点に、言葉や語句を意味の類似性によってグループ化をすることと、それらの概念化を繰り返す作業を行った。最終的に導き出された特性をカテゴリーと呼び、そこに含まれる言葉や語句を、カテゴリーを構成する下位の要素という意味でサブカテゴリーと呼ぶ。

この段階では、ある言葉や語句について、類似のものが多く集まるが多かったが、そうした場合は、最も代表的なものを採用した。また、コード化をする際には、分析の中に研究者のバイアスが反映されるのを避けるため、前後の会話の内容を反映させて生データを補足する語句をつけ加える程度に留め、研究者自身が所有する全く別の言葉に置き換えるようなことは慎んだ。以下に、「人生経験」というカテゴリーを形成した際の全行程を示す。

【データの整理と分析の一例（Step2）まとめ】

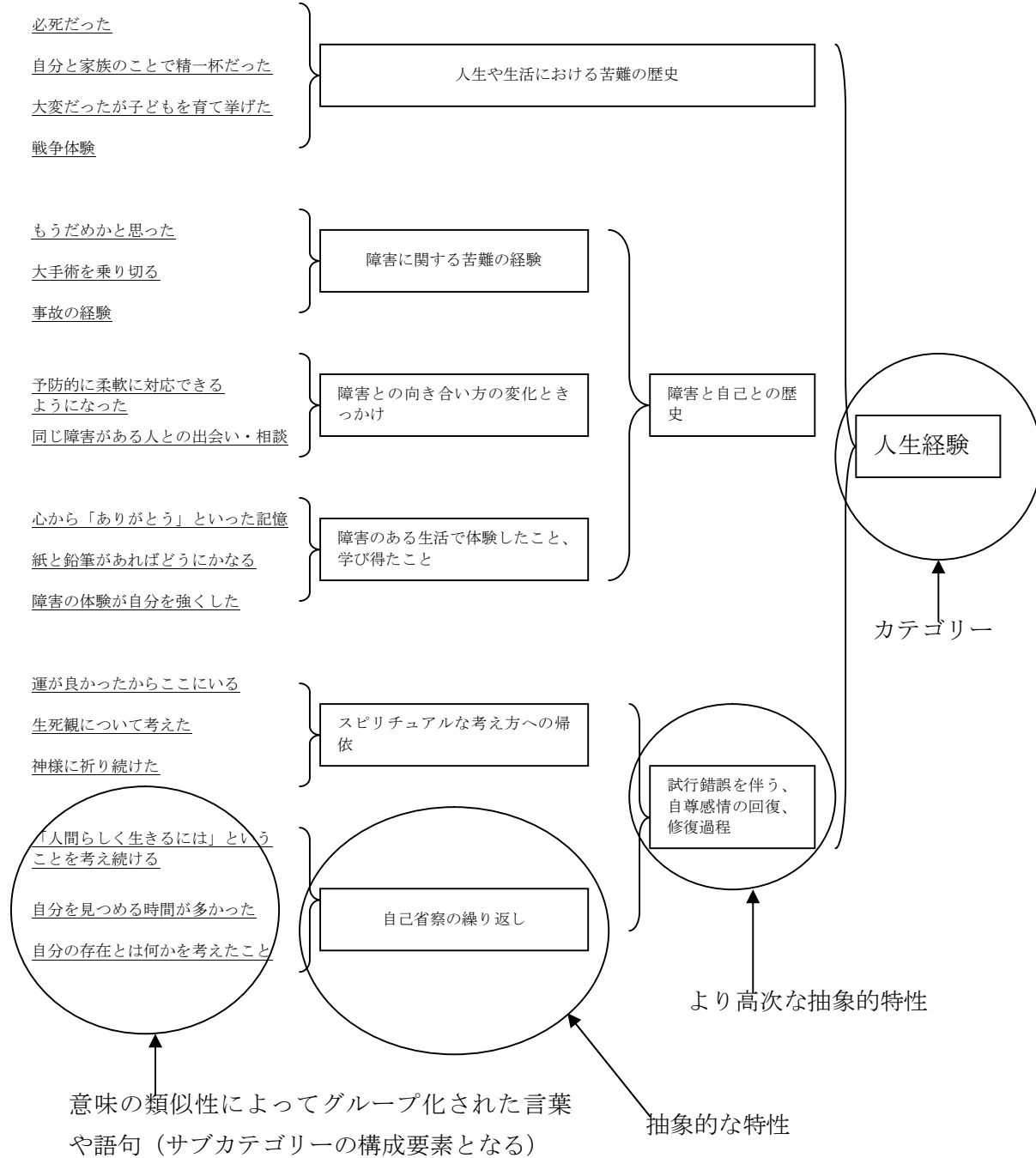


図 4-5 「人生経験」というカテゴリーを抽出した際の手続き

説明) この段階では、データベースを元に、意味の類似性によってグループ化された言葉や語句の特性を抽象化したり、他のグループの特性と比較、検討し、より抽象化する作業を繰り返した。最終的に導き出された特性をカテゴリー、カテゴリーを構成する言葉や語句をサブカテゴリーとそれぞれ呼ぶ。

Step3 の詳細

Step3 では、Step2 で作成されたカテゴリー同士の関係性を検討し、より抽象度が高められた意味のあるまとまり（これを、Cover Term と呼ぶ）を見つけることを目指した。Step2 終了時で作成されたカテゴリーは、数が多く、意味上の独立性も強い。そこで、ここではカテゴリーの再編と統合をすることを目標とした。

まず、Step2 で作成されたカテゴリー一つ一つについて、そこに属するサブカテゴリーが、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとどのような関係にあるのかを調べた。即ち、ある一つのカテゴリーを中心に（便宜的に中心カテゴリーと呼ぶ）、「別のカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリーに属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということ、それらの言葉や語句が発せられた語りの文脈を振り返りながら、Spradley の手法を用いて検討して行った。上述した如く、Spradley は事象同士の意味関係の普遍的パターンを指摘する際、厳格包含ならば「X は Y の一種である」、空間的条件ならば「X は Y の部分である」等としているが、ここでの分析の際は、X が検討対象となるカテゴリーに属するサブカテゴリーで、Y は中心カテゴリーに属するサブカテゴリーとなる。そして、中心カテゴリーとの関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残し、関係性が認められないと判断したものを除外して行った。こうした分析を続け、中心カテゴリーの周辺に、関連するカテゴリーやサブカテゴリーを集めて行った（【データの整理と分析の一例（Step3）その1】と【同その2】）。

次に、新たに集められたサブカテゴリーを抽象化する作業を行った。新たに集められたカテゴリーやサブカテゴリーは、中心カテゴリーとそこに属するサブカテゴリーに関連する言葉や語句である。これらを抽象化することで、それまで独立性が強かった中心カテゴリーの意味内容を深めることが出来る。ここで、抽象化するには、各々のカテゴリーが導き出される段階で考えられた抽象的概念を利用した（【データの整理と分析の一例（Step3）その3】）。即ち、Step2 の作業結果を利用し、各々のサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念を用いて、それらの抽象度を高めて行った。

この作業が一定の段階に到達したならば、当事者の具体的な語りを振り返りながら、この段階までに表出された抽象的概念の内容の理解を深めた。そして、それらの抽象的概念の意味を最も良く表す言葉や語句を考え Cover Term として命名した。その際、Spradley の手法[135]に倣い、新たに集められたサブカテゴリーの集合は Included Terms と呼ばれる（【データの整理と分析の一例（Step3）まとめ】）。

以下に、Step2 で抽出されたカテゴリーの一つ「人生経験」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、最終的に「人生経験に基づく強さ」という Cover Term を導出した過程の一部を示す。

【データの整理と分析の一例（Step3）その1】

「生活模様」というカテゴリーは、サブカテゴリーが元々8個ある。それら一つ一つを、中心カテゴリー「人生経験」に属するサブカテゴリーと、それらの言葉や語句が発せられた語りの文脈を振り返りながら Spradley の手法を用いて照らし合わせた。そして、何らかの関係性が認められたものを残して行った結果、4つのサブカテゴリーが残った（図4-6）。

カテゴリー	サブカテゴリー
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車での買出し、もらう・あげる、経済的な安堵感がある、「引き売り」が来る、自由に暮している
人生経験 (中心カテゴリー)	紙と鉛筆があればどうにかなる、必死だった、心から「ありがとう」といった記憶、大変だったが子どもを育て挙げた、戦争体験、自分の存在とは何かを考えたこと、障害の体験が自分を強くした、大手術を乗り切る、もうだめかと思っただ、自分と家族のことで精一杯だった、運が良かったからここにいる、事故の経験、予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談、自分を見つめる時間が多かった、生死観について考えた、神様に折り続けた、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける



カテゴリー	サブカテゴリー
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、もらう・あげる（「人生経験」の一種、結果・原因）
人生経験 (中心カテゴリー)	紙と鉛筆があればどうにかなる、必死だった、心から「ありがとう」といった記憶、大変だったが子どもを育て挙げた、戦争体験、自分の存在とは何かを考えたこと、障害の体験が自分を強くした、大手術を乗り切る、もうだめかと思っただ、自分と家族のことで精一杯だった、運が良かったからここにいる、事故の経験、予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談、自分を見つめる時間が多かった、生死観について考えた、神様に折り続けた、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける

(思考過程)

- ・「自給自足」は、「自分と家族のことで精一杯だった」の一種、結果・原因である。

当事者の語りを振り返ると、「家族を食べさせるために働かなければならなかった。」「頼れるのは自分だけだった。」

「大事な家族がいた。未だ小さかったし、育てなければならなかった。」「ずっとこういう生活。これが当たり前。」「生きて行かなければならなかった。」「何とか食べて行かなければならないから。」等と、独力で生活の糧を得て来たことを主張する言葉や語句があった。

自力で生活の糧を得ることは、自分や守るべき家族のために精一杯生きている姿の現れである。自分や家族の将来を考慮することが動機（原因）となって、生活の糧を得ようとするこも、想像に難くない。即ち、「自給自足」をすることは、「自分と家族のことで精一杯」の一種であり、原因と考えられる。

また、「ずっとこういう生活。これが当たり前。」という語りからは、年月にわたり自分や家族のために精一杯働いた、という実感や自負を読み取ることができる。即ち、今現在も自給自足をしようとする姿は、自分や家族のために精一杯働いたが故の心の働きといえる。

以上のことから、「自給自足」は、「自分と家族のことで精一杯だった」の一種、結果・原因である。」と判断した。

- ・「大抵のことは自分でやる」は、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける」の一種、結果・原因である。

具体的な語りとして、A02 から「家庭もあったし、やらなくてはならないことが多かった。悩みながら生きている場合ではない、と。人間を見る、というか、人間らしく生きるためにはどうしたら良いのか、だけを考えていました。今も、障害のことは考えないようにしています。」という語りを聞くことができた（P.164 参照）。A02 からは、家庭内外で積極的に活動をしている様子を伺った。A02 以外にも、このような考えを所持する人は多くおり、障害の程度に応じて、各自、自分らしい人生を送ろうとしていた。

こうした姿から、自発的に活動すること（大抵のことは自分でやろうとすること）は、「人間らしく生きよう」と考え続けることの一種であり、また、考え続けた結果の現れである、と解釈してよいと思われた。また、障害があっても大抵のことは自分でやろうと自発的になることは、人間らしく生きようとする契機となることは十分に考えられる。

以上のことから、「大抵のことは自分でやる」は、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける」の一種、結果・原因である。」と判断した。

- ・「代々農家」は、「自分の存在とは何かを考えたこと」や「自分と家族のことで精一杯だった」、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける」の一種、結果・原因である。

協力者の中には、先祖の代から農業を営んでいる人がいた。農業は、彼らのアイデンティティであり、生計を立てる術であり、自分らしい人生を送っていることを証明する手段の一つと考えられた。

農業に誇りを持っている彼らの姿や、「自分は農業で生きて来た。」「これからも出来る限り農業を続けて行く。」等の語りを振り返り、「代々農家」は、「自分の存在とは何かを考えたこと」や「自分と家族のことで精一杯だった」、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける」の一種、結果・原因である。」と判断した。

- ・「もらう・あげる」は、「必死だった」や「自分と家族のことで精一杯だった」の一種である。

過疎地では、人のつながりが強かった。なあなあと慣れ合いという、友達つき合いのような関係ではなく、独立自尊と他者への気配りを前提とした大人のつき合いが、地域社会を支える源となっていた。他者を気づかい、お互いに必要な支援をし合うことは、それぞれの人生を築き上げたり家庭を守って行く上で、重要な役割を果たしていると考えられた。

こうした姿を振り返り、「もらう・あげる」は、「必死だった」や「自分と家族のことで精一杯だった」の一種である。」と判断した。

図4-6 「人生経験（中心カテゴリー）」と「生活模様」の関係性を検討した様子

解説) 「生活模様」というカテゴリーに属する8個のサブカテゴリーを、中心カテゴリー「人生経験」に属するサブカテゴリーと照らし合わせた結果、4個のサブカテゴリーが残った。

【データの整理と分析の一例 (Step3) その2】

その1の作業を、他の全てのカテゴリに対して行った結果、下図の如く、関連するカテゴリとサブカテゴリが集まった。即ち、「人生経験 (中心カテゴリ)」は、「生活模様」「生活を確信する姿」「不便を許す姿」「生きる動機」「健康行動」「地域社会との関係」等のカテゴリに属する、複数のサブカテゴリと関係すると考えられた。

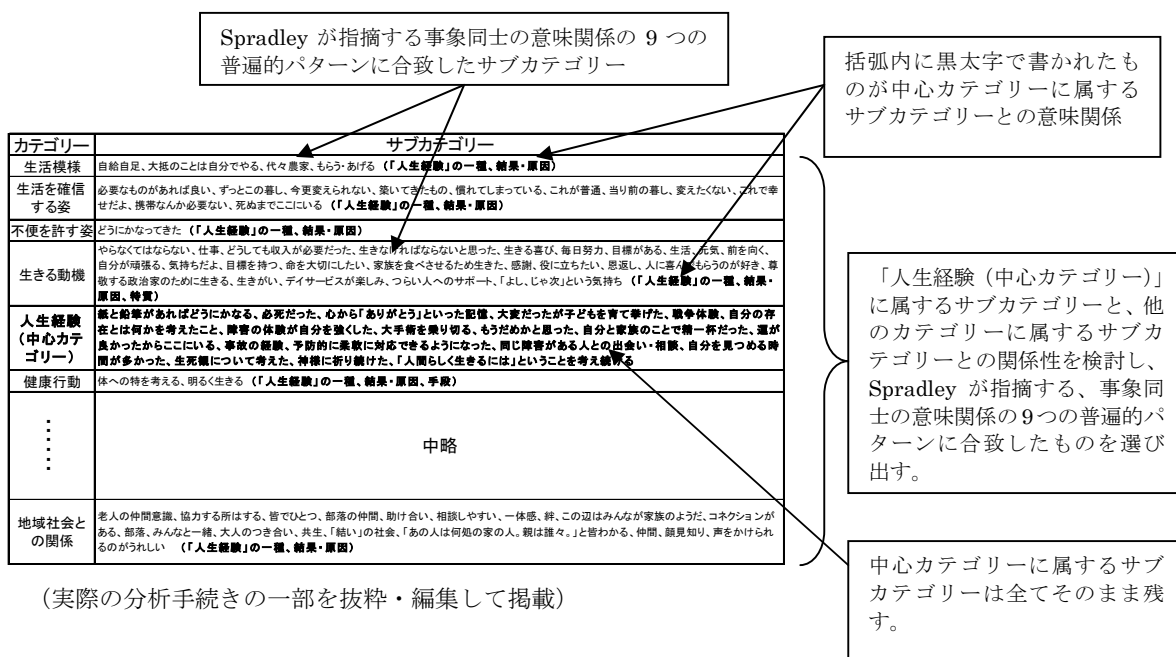


図 4-7 「人生経験 (中心カテゴリ)」と他のカテゴリとの関係性を検討した結果

説明) 「人生経験 (中心カテゴリ)」は、「生活模様」「生活を確信する姿」「不便を許す姿」「生きる動機」「健康行動」「地域社会との関係」等のカテゴリに属する、複数のサブカテゴリと関係すると考えられた。

【データの整理と分析の一例（Step3） その3】

次に、「人生経験（中心カテゴリ）」に属するサブカテゴリと、新たに集められたサブカテゴリを抽象化する作業を行った。その際、Step2の作業結果を利用し、各々のサブカテゴリが関係している最も下位の抽象的概念を用いて、それらの再編や統合をして行った。そして、作業が一定の段階に到達したならば、その段階にある抽象的概念同士の意味を最も良く表す言葉や語句を考え、Cover Termとして命名した。各々のサブカテゴリが関連する最も下位の抽象的概念を確認する様子を図4-8に、それらの抽象的概念を統合して行く手続きを図4-9に、それぞれ示す。

（実際の分析手続きの一部を抜粋・編集して掲載）

カテゴリ	サブカテゴリ	最も下位の抽象的概念
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる	暮らし
	もらう・あげる	暮らしの知恵
	代々農家	家系、家業の世襲
生活を確信する姿	ずっとこの暮らし、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、今更変えられない、これで幸せだよ、築いてきたもの、慣れてしまっている	築き上げられた生活様式
	死ぬまでここにいる	強い定住意識
	必要なものがあれば良い、携帯なんか必要ない	暮らしの中で見えてくる本質
不便を許す姿	どうにかになってきた	不便を遣り繰りしている様子
生きる動機	生きなければならぬと思った、命を大切にしたい、生きる喜び、感謝	生命への感謝
	元氣、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、毎日努力、「よし、じゃ次」という気持ち	前に進むとする意志
	つらい人へのサポート、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、尊敬する政治家のために生きる	他者のために生きる自分
	生きがいが、デイサービスが楽しみ	生きがいが、楽しみ
	目標がある、生活、仕事、家族を食べさせるため生きた、どうしても収入が必要だった、やらなくてはならない	目標、使命感、責任感
	必死だった、家族と自分のことで精一杯だった、大変だったが子どもを育て上げた、戦争体験	人生における苦難の歴史
人生経験（中心カテゴリ）	もうだめかと思った、大手術を乗り切る、事故の経験	障害に関する苦難の経験
	予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談	障害との向き合い方の変化ときっかけ
	心から「ありがとう」といった記憶、紙と鉛筆があればどうにかなる、障害の体験が自分を強くした	障害のある生活で体験したこと、学び得たこと
	運が良かったからここにいる、生死観について考えた、神様に祈り続けた	スピリチュアルな考え方への帰依
	「人間らしく生きるには」ということを考え続ける、自分を見つめる時間が多かった、自分の存在とは何かを考えたこと	自己省察の繰り返し
健康行動	体への特を考える	体に配慮した自制的行動、思慮深い行動
	明るく生きる	心の健康保持
⋮	中略	中略
地域社会との関係	コネクションがある、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、この辺はみんなが家族のようだ、相談しやすい、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、協力する所はする	社会関係性の特徴
	部落の仲間、部落	「部落」という言葉
	皆でひとつ、一体感、仲間、みんなと一緒に、老人の仲間意識、共生、助け合い、絆、大人のつき合い、「結い」の社会	人のつながり

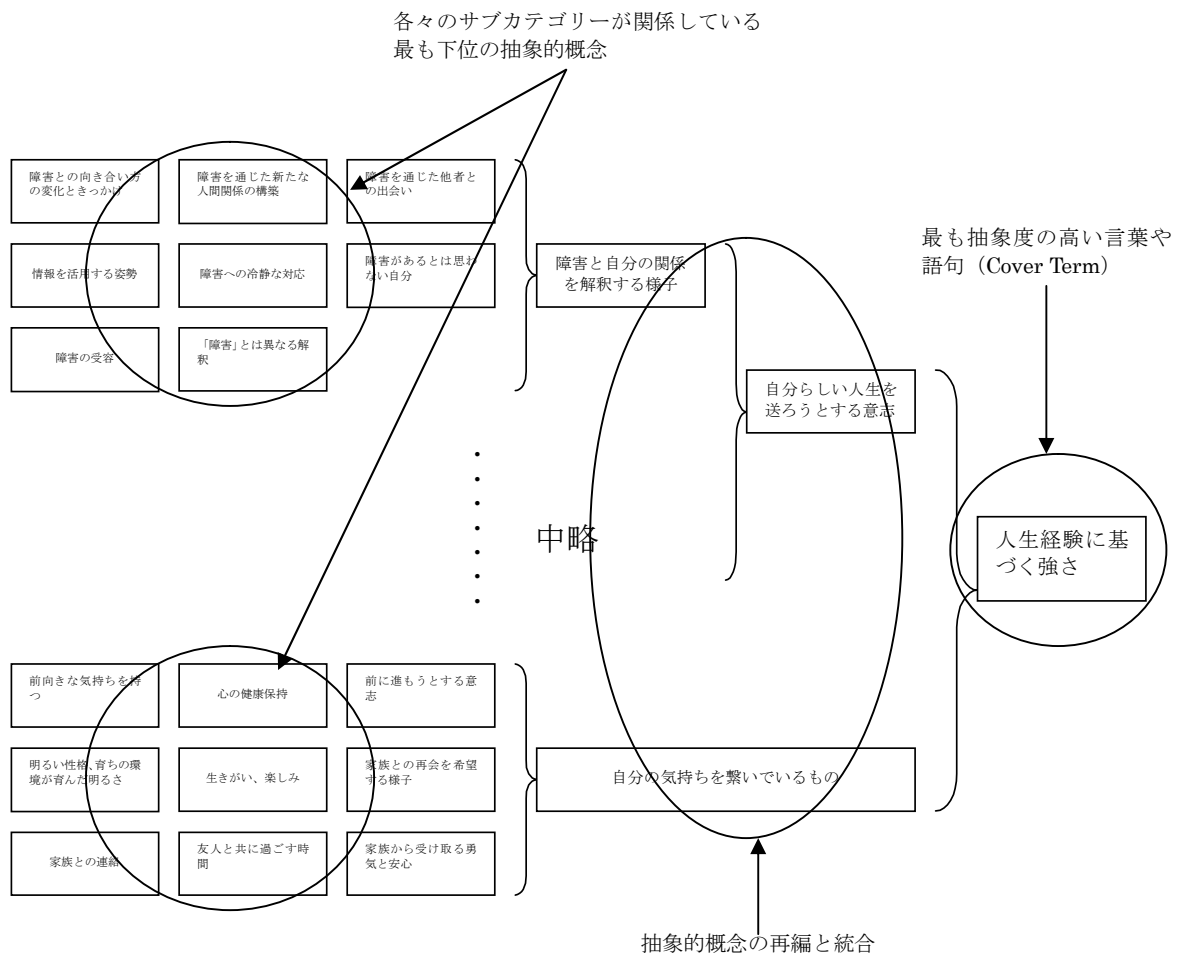
これらの抽象的概念を統合して行った。

人生経験（中心カテゴリ）に属するサブカテゴリと、それらと関連する、他のカテゴリに属するサブカテゴリ

それぞれのサブカテゴリが関係する、最も下位の抽象的概念

図4-8 各々のサブカテゴリが関連する抽象的概念を確認する様子

説明) 「人生経験（中心カテゴリ）」と新たに集められたサブカテゴリの再編と統合をして行く際、Step2の作業結果を利用し、各々のサブカテゴリが関係している最も下位の抽象的概念を利用した。ここでは、各々のサブカテゴリが、元々どの最も下位の抽象的概念に関係していたかを確認する作業をしている様子が示されている。

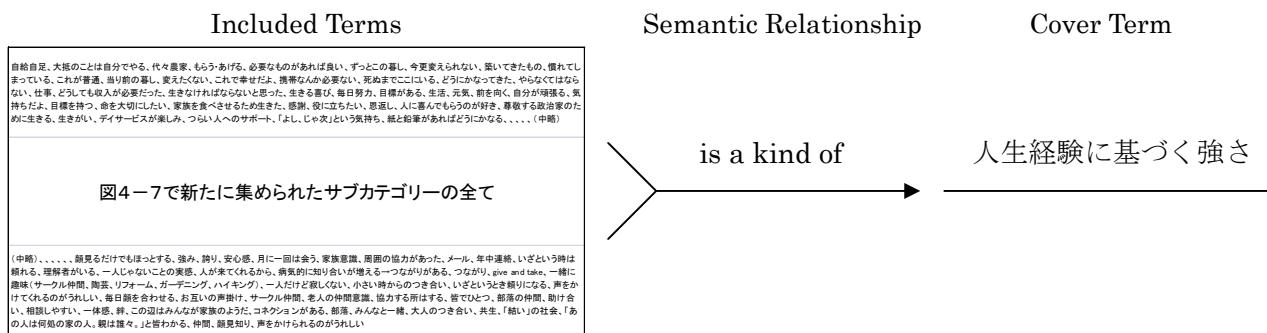


(実際の分析手続きの一部を抜粋・編集して掲載)

図4-9 各々のサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念を統合する手続き
 説明) 各々のサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の抽象度を高め、最終的に「人生経験に基づく強さ」という Cover Term を抽出した。

【データの整理と分析の一例（Step3）まとめ】

以上の手続きで、「人生経験（中心カテゴリー）」に属するサブカテゴリーと、それらに関連する新たに集められたサブカテゴリーの、抽象化、及び抽象化された概念の再編と統合の手続きが終了した。これらの手続きを、Spradley の文献[135]に倣うと、以下のようにまとめられる。ここで、Included Terms とは、図4-7で新たに集められたサブカテゴリーの全てを指す。



（実際の分析手続きの一部を抜粋・編集して掲載）

図4-10 新たに集められたサブカテゴリーから Cover Term 命名までのまとめ

解説) 「人生経験（中心カテゴリー）」に属するサブカテゴリーと、関連するカテゴリーに属するサブカテゴリーの内容は、「人生経験に基づく強さ」という言葉でまとめられる。ここで、全てのサブカテゴリーは、Included Terms と総称される。

Step4 の詳細

Step4 では、Step3 で作成された複数の Cover Term 間の関連性を検討・集約させ、Domain を導出した。具体的には、作成された Cover Term を、「過疎地に暮す身体障害者の生活の現状はどのようなものなのか。」「生活や障害にどのような意味を持たせて生きているのか。」という視点から見つめ、その中で浮かび上がってくる特徴を属性とみなし、整理をして行った。その際、この Step でも、Spradley が指摘する事象同士の意味関係の普遍的パターンを用いた。即ち、「これらの Cover Term が示す概念は、より大きいどのような概念の一部だろうか？」と思考をし、特徴としてまとめて行ったということである。そして、文献を参照しながら、分類された Cover Term の一群の理解を深めて行き、その内容を最も良く表現している言葉を考え、Domain として命名した。以下に、Cover Term の属性を整理する具体例（【データの整理と分析の一例 (Step4) その1】と【同その2】）と、最終的に Domain を同定した手続きの一例（【同その3】）を示す。

【データの整理と分析の一例 (Step4) その1】

実際の分析の過程で、複数の Cover Term の中から「人生経験に基づく強さ」「悲観感情の支配」「生きる意味づけ」「老い＝長寿＝身体機能の低下」「健康と健康不安」「自立と孤独」というまとまりが見つけられた。このまとまりの特徴は、当事者の「障害や人生、そして健康に関すること」の一種であると考えられた。Spradley の手法に倣っていえば、「人生経験に基づく強さ」「悲観感情の支配」「生きる意味づけ」「老い＝長寿＝身体機能の低下」「健康と健康不安」「自立と孤独」というグループは、当事者の障害や人生、そして健康に関することの一環である（厳格包含）。」と思考した、ということである。

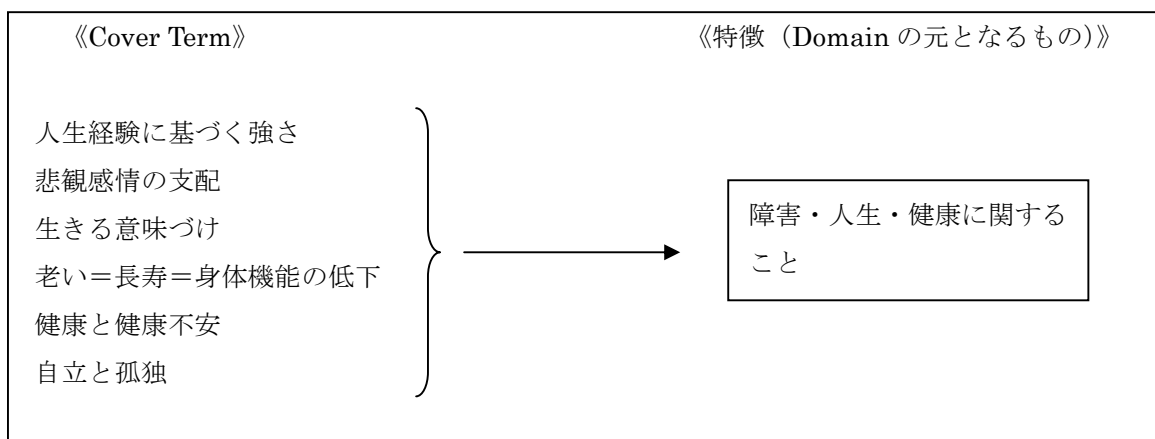


図4-11 Cover Term の属性を整理する具体例 (その1)

説明) 「人生経験に基づく強さ」「悲観感情の支配」「生きる意味づけ」「老い＝長寿＝身体機能の低下」「健康と健康不安」「自立と孤独」は、当事者の障害や人生、そして健康に関することの一環である。

【データの整理と分析の一例 (Step4) その2】

図4-11のような手法で、Step3で作成された Cover Term の属性を整理して行った。

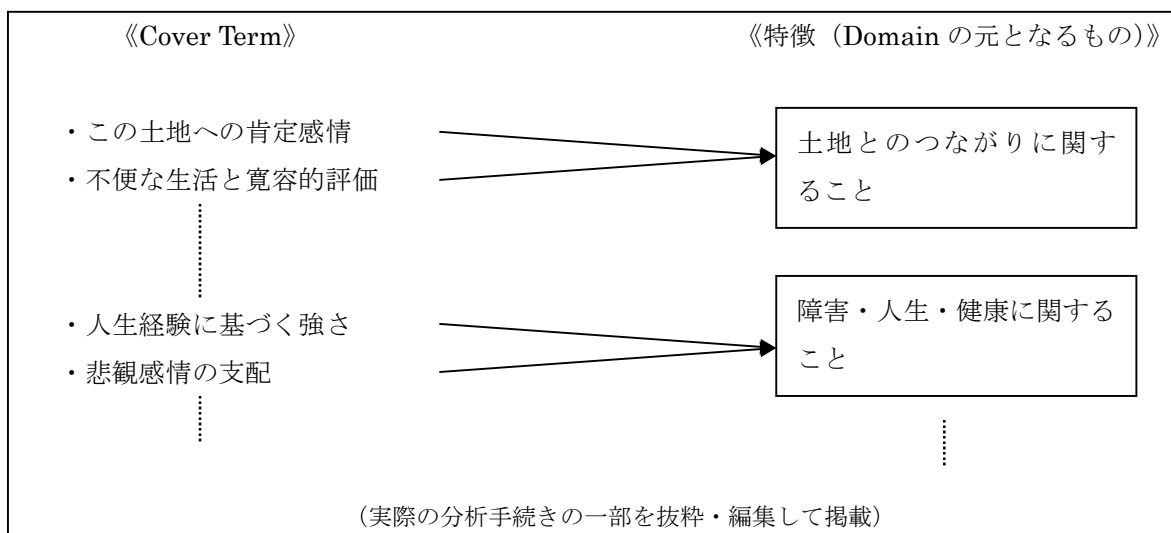


図4-12 Cover Term の属性を整理する具体例 (その2)

説明) Step3 で作成された複数の Cover Term を、Spradley の手法を利用して「過疎地に暮らす身体障害者の生活の現状はどのようなものなのか。」「生活や障害にどのような意味を持たせて生きているのか。」という視点から整理している様子の一部が示されている。

【データの整理と分析の一例 (Step4) その3】

最後に、同じ特徴を持つ Cover Term の一群の理解を、文献的考察を交えながら深めて行き、Domain を同定した。図4-11 続きでいえば、「障害・人生・健康に関すること」として同じ特徴を持つ Cover Term のグループについて、内容の振り返りや文献的考察を行い、最終的に「障害と共に生きる」と命名した、ということである。

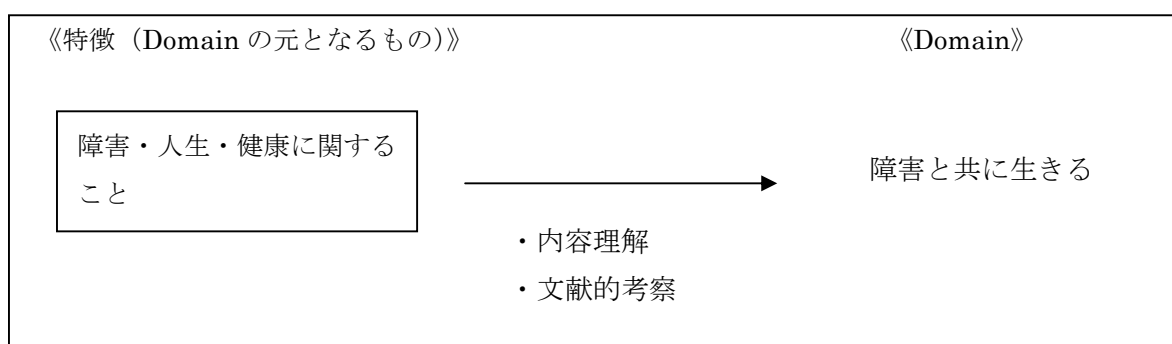


図4-13 最終的に Domain を同定した手続きの一例

説明) 「障害・人生・健康に関すること」として同じ特徴を持つ Cover Term の一群の理解を、文献的考察と共に深めて行き、最終的に Domain を「障害と共に生きる」と名づけた。

Step5 の詳細

Step5 では、それぞれの Domain の位置づけと関係性を検討することを通じて、「過疎地に暮らす身体障害者に共通したものの見方・考え方・行動様式・意味づけ」を検討した。

まず、データの全体を読み直して、各 Domain が他の Domain に対して相対的にどこに位置づけられるのかを検討した。そして、各々の Domain 同士がどういう関係にあるのかを、文献の根拠を持たせながら考察した。結果は随時、その根拠となるデータやカテゴリー、サブカテゴリーを合わせて説明したものをスーパーバイザーに示し、その妥当性を確認してもらいながら進めた。そして、スーパーバイザーの助言を受け、Cover Term 名の修正、Domain 名の修正とそこに含まれる Cover Term の取捨選択、Domain の位置づけと関係性の検証を繰り返し行い、分析を洗練して行った。

以上が、Spradley の The Ethnographic Interview の手法を用いた分析過程である。

健康生成論の視点からの、当事者の「語り」の分析

これら一連の手続きとは別に、Step1 から Step3 にかけては、適宜、健康生成論の視点からも当事者の「語り」の内容を分析し、量的研究（第3章）との有機的結合を試みた。

第3章においては、健康生成論の理論を用いて量的に当事者の心の健康を調べたが、ここでは、その際得られた SOC スコアに注目し、その高低が「語り」の内容にどのように反映されているのかを探った。

以上が、本研究における分析手法である。

第4節 結果と考察

ここからは、研究結果をⅠ～Ⅳの4つに分けて記述して行く。構成は、下記の通りである。

- Ⅰ. データベースからカテゴリを形成する (P.149～P.152)
- Ⅱ. カテゴリを再編と統合し、Cover Term を形成する (P.153～P.202)
- Ⅲ. Cover Term 間の関連性を集約し、Domain を導出する (P.203～P.211)
- Ⅳ. Domain の位置づけと関係性を検討する (P.212～P.227)

Ⅰ. データベースからカテゴリを形成する

ここでは、表4-2の Step2 までの結果を示す。今回の分析では、表4-3の如く24個のカテゴリが抽出された。表4-3は、形成されたカテゴリとそこに含まれるサブカテゴリの関係が示されている。また、本章第7節Ⅰ. カテゴリの抽出過程の詳細 (P.232 参照) に、本節の補足として、カテゴリが抽出される手続きの詳細を示した。

表 4-3 Step2 の作業によって抽出されたカテゴリと、そこに含まれるサブカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車で買出し、もらう・あげる、経済的な安堵感がある、「引き売り」が来る、自由に暮している
郷土愛	自分の土地、災害でも 1 カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、父親の姿、合併されるとすれば寂しい、合併が心配、若い人がいないでしょ、新生児がいない、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じていたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都
生活を確信する姿	必要なものがあればいい、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれいと感じる、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここにいる
過疎を肯定する姿	用も足りる、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、多くを望まない、不便さは感じない、他県に住んでいただけ別に変わらない、学生の時は東京だった、仕事はしばらくの間東京だった、車があればどうにかなる、「過疎地だから」というのはない、「過疎は不便」という偏見で来たんでしょ、土地に根づいた暮らしの文化、新しいことをやりやすい、喧嘩は好きじゃない、偏見を持ってほしくない、本当に必要なものって何だと思う？、選択肢が少ない所と見ることもできるかな、感じ方は人によって違う、今のままでいい、生活してみればわかるよ、車があれば大丈夫
都市化する姿	インターネット環境、バリアフリー化、世代間や新しいものとのギャップ、価値観の違い、プライバシー保護、表面的なつき合い、組合意識への抵抗、社会が変わりつつある、犯罪が増えた、この辺の慣習を軽視しがち、お互いが疎遠になってきた、「今の人」という言葉、自分に寄りかからなければ、祭りへの参加等人間関係に気を使う、新しい家が増えた、「都市化」したね、都市へもかなり近くなった、他家への礼儀が無い人が多くなっている
不便を許す姿	どうにかなってきた、伸びしろという解釈、距離の問題
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、遊び場が無い、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い
暮らしの風景	毎日あの景色を見てきた、細い山道を歩いた思い出、村と村をつなぐトンネル、景色が変わった、道路ができた、大分違って来たけどね、そういうは大分変わったわねえ、空き地、風景が良い、この辺の山はみんな知ってる、庭みたいなもの、この土地のものを食べて育った、いかに田舎、田舎の風景が好き、砂利道が懐かしい、小学校の頃と同じ、環境がいい、みんな知ってる
都会への見方	都市は無駄が多く見える、都会なりの不便もあるだろう、同じじゃないか、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、都会と変わらないのでは、都会は支援者となる人たちが多いのでその点では幸せなのでは、「金の力」はここでは通じない、都会に暮したことはない
障害に関する陰性感情	先日まで元気だったのに、希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、働けない、何もできない、親がいなくなった後の見通し、家から出られない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、病気のことで、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、どうなるか解らないと思うと怖い、あきらめ、社会復帰がいいね、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、交流が減った、家族に申し訳ない、いろいろ不自由、寝たきり、生まれてからずっとこのまま、駄目なんだよ、この体じゃ、聴診器当てて帰らされる、「不幸なことが起きた」ことは不幸なこと、しようがない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、「単独で出るな」といわれている、負担をかけたくない、迷いと葛藤、心配が多い、どうせ聞こえない
生きる動機	やらなくてはならない、仕事、どうしても収入が必要だった、生きなければならぬと思った、生きる喜び、毎日努力、目標がある、生活、元気、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、命を大切にしたい、家族を食べさせるため生きた、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、尊敬する政治家のために生きる、生きがいが、デイサービスが楽しみ、つらい人へのサポート、「よし、じゃ次」という気持ち

表 4-3 Step2 の作業によって抽出されたカテゴリーと、そこに含まれるサブカテゴリー (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー
人生経験	紙と鉛筆があればどうにかなる、必死だった、心から「ありがとう」といった記憶、大変だったが子どもを育て挙げた、戦争体験、自分の存在とは何かを考えたこと、障害の体験が自分を強くした、大手術を乗り切る、もうだめかと思った、自分と家族のことで精一杯だった、運が良かったからここにいる、事故の経験、予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談、自分を見つめる時間が多かった、生死観について考えた、神様に祈り続けた、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける
年齢	古い、みんなもいずれそうなる、長生き、長生きするぞ、高齢社会、年取ればこんなものだろう、年を感じる、日本は長寿の国、高齢者の中には私より体が動かない人がある、年齢、自然現象
健康行動	食事へ気を配る、体への特を考える、寝るときの姿勢、健康管理、無理に動かない、高血圧予防、運動してるよ、衛生管理、老化防止、認知症予防(クイズ番組・ゲーム・パズル・編み物)、明るく生きる、栄養ドリンク
健康不安	万が一の体調の変化等が心配、障害以外の病気が怖い、リハビリ治療の見通し、冬の寒さが厳しい
自立する姿	一人でやっていける、あとは自分だから、干渉されたくない、みんな意外と社会的
孤独感	来る人がいない、話し相手がない、一人では不安、家にこもることが多い、内向的、誰もいない、日常に変化がほしい、人と会うことが少ない、若者は出て行き自分たちはここにいる
障害と自分	生きていることが不思議、障害は関係ない、障害の受容、手帳申請に積極的な意味を持った、現状を受け入れる、もみじマーク、障害という言葉への抵抗感、障害というよりも老化するという方がびったりくる、障害とは思わない、病気を通じての人間関係、障害は医学の判断、障害の客観的な分析、冷静な情報分析、物事の受け止め方
普段の心持ち	何でも経験だと思う、後ろは見ていない、性格も影響しているかもしれない、気持ちの持ちよう、前向きな姿勢、経験したことをプラスに考える、ポジティブ、気持ちかもね、情報を手にし活用する、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ、目の前のことに集中する、親の影響で明るい性格
家族	1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、家族の写真、自分の家がいい、自分の家、OK サイン、もちろん大切だよ、存在することが大事、顔が見たい、傍、子ども、成長を見つめる喜び、長男の出産、娘が生活の全般をみている、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、ありがたい存在、声を聞きたい、声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、強み、誇り、安心感、月に一回は会う、家族意識
友人	周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、病気に知り合いが増える→つながりがある、つながり、give and take、一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、一人だけど寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間
地域社会との関係	老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の手伝い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ、都会から来た人には警戒心があるかもね

表 4-3 Step2 の作業によって抽出されたカテゴリーと、そこに含まれるサブカテゴリー（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー
行政に関する 意見	援助が足りない、相談しやすい、医療の援助が足りない、役場の安心感、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、頼りになるよ、公共設備が良くなった、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる、役場の人はずっとやってくれる人、親切、大都市と比べると温度差がある
障害と社会	障害を隠す風土、差別、社会の理解が足りない、教育レベルが低い、不当な扱いを受けている感じはない

II. カテゴリーを再編と統合し、Cover Term を形成する

次に、カテゴリーとサブカテゴリーの再編と統合をし、Cover Term を形成する作業を行った。表4-2の、Step3に該当する。今回の分析では、図4-14の如く、15個のCover Termが形成された。次ページ以降、協力者の「語り」を適宜引用しながら、Cover Termの解説を記す。また、本章第7節II. Cover Termの形成過程の詳細（P.250参照）に、上述した図4-6、図4-7、図4-8、図4-9、図4-10の説明に基づき、Cover Termを形成する手続きの詳細を示した。

この過程では、量的研究との有機的結合を図るべく、適宜、当事者の「語り」とSOCスコアの関連性も分析した。分析をした場合は、【健康生成論の視点から見た語りの分析】と小見出しを記した。

なお、本研究は、あくまでも、障害当事者の「語り」を中心に分析をしたものである。しかし、面接の際、家族が対応・同席したケースも多く、そうした人たちから、当事者の様子や過疎地での暮らしについて有益な情報を得ることが多々あった。そこで、結果と考察においては、家族からの「語り」も補足的に引用することにした。語りの内容が家族からのものである場合は、引用される語りの末尾に（A〇〇の家族）と記し、当人と区別した。

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">・土地への愛着・生活様式への確信・不便な生活と寛容的評価・生きる意味づけ・老い＝長寿＝身体機能の低下・自立と孤独・友人の存在・共同体（部落）意識 | <ul style="list-style-type: none">・この土地への肯定感情・伝統の遵守と都市化・悲観感情の支配・人生経験に基づく強さ・健康と健康不安・家族の機能・行政の支え |
|---|--|

図4-14 形成されたCover Termの一覧

説明) カテゴリーとサブカテゴリーの再編と統合を繰り返し、抽象度を高めた結果、15個のCover Termが形成された。

(Included Terms)

自分の土地、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、父親の姿、合併されるとすれば寂しい、合併が心配、若い人がいないでしょ、新生児がいない、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都、必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここにいる、用も足りる、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、多くを望まない、不便さは感じない、他県に住んでいたけど別に変わらない、学生の時東京だった、仕事はしばらくの間東京だった、車があればどうにかなる、「過疎地だから」というのはない、土地に根づいた暮らしの文化、新しいことをやりやすい、喧嘩は好きじゃない、今のままでいい、車があれば大丈夫、毎日あの景色を見てきた、細い山道を歩いた思い出、村と村をつなぐトンネル、景色が変わった、道路ができた、大分変って来たけどね、そういえば大分変わったわねえ、空き地、風景が良い、この辺の山はみんな知ってる、庭みたいなもの、この土地のものを食べて育った、いかにも田舎、田舎の風景が好き、砂利道が懐かしい、小学校の頃と同じ、環境がいい、みんな知ってる、都市は無駄が多く見える、都会なりの不便もあるだろう、同じじゃないか、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、都会と変わらないのでは、「金の力」はここでは通じない、1+1=1 人生、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、自分の家がいい、自分の家、もちろん大切だよ、娘が生活の全般をみている、ありがたい存在、強み、誇り、安心感、家族意識、周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間、老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の手伝い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ、相談しやすい、役場の安心感、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、頼りになるよ、公共設備が良くなった、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる、役場の人はずっとやってる人、親切

面接調査を通じて、A 県 B 村と C 県 D 町に暮す身体障害者は、土地への愛着を持っている、と認められた。Cover Term として命名した「土地への愛着」とは、多くの人が自分の暮す地域を愛している、という意味である。以下、具体的に述べる。

「過疎」というと住みにくいイメージがある。しかし、老若男女を問わず大部分の協力者は、様々な文脈において、「ここは、いい所だよ。」と語った。

「いい場所ですよ。車さえあれば、都会と変わらないのではないですか。私も、年中、車で出てあるいているし。友達もいるし。」(A07)

「いかにも田舎、という風景。好きですね。空気や水もきれいだし。不便という目で見られるけど、住んでみると実際はそうでもないと思いますよ。移り住みたいと思ったこと? ないですよ、そんなこと。」(A16)

「最近まで、この辺の山を歩き回ったよ。みんな知ってるよ。仲間もいるし、足りないものなんかないよ。」(A23)

「何ととっても、自然環境に恵まれているのが良い。お住まいの地域が暮らしやすい場所か、と聞かれれば、私なら「そう思う」と答えますね。」(A30 の家族)

ある人は、「近隣とのつき合いを楽しむこと。」を、この上ない楽しみにしている様子だった。

気の合う仲間と気兼ねなく話ができる居場所があるから、今、暮している場所が好きなのだ、と思われた。また、先祖代々、同じ場所で暮してきており、「先祖を守らなければならない。」という人の言葉からは、義務感を感じる一方で、自分が暮してきた土地が好きで、守りたい・誰にも譲りたくない、という強い愛着をも読み取ることができた。

「大変な思いをして暗い山道を歩いた。」という思い出を語る人や、「昔は細い道一本しかなかったから不便だった。」等という、生活風景の今昔模様を、目を細めながら滔々と語る人もいた。そうした姿から、当時は大変な苦勞をして生活しており、また他に移り住む所が無かったのかもしれないが、好きだから暮し続けた、或いは、暮している内に好きになれた、という気持ちを読み取ることができた。

「昔は、この前の道がもっと細くてまっくらでね、その中を、子どもをおんぶして、何時間もかけてとなりの村に行ったよ。それが当り前だった。体がこれじゃ、もうできないけどね。」(A15)
「ここから、この景色をずっと見てきました。子どももそれぞれ働いています。満足です。これからも、ずっとこうしていきたいです。」(A20)

30代から50代の比較的若い世代も、「車があればね。移動時間は多少あるけど。」とこいつつ、

「障害のことは、全く関係ない。今住んでいる場所が、自分にとっては、一番いい場所ですね。」(A09)

という思いに、変化は無かった。

もちろん、「いい所だ」と語る際には、リハビリテーションや治療のための通院に大変な苦勞を要していることを告白する場合も多かった。しかし、暮し慣れた地域に対する愛情は、深いものが感じられた。

「生まれも育ちも、ずっとここだから、ここしか知らない。用も足りるし、普通の生活してますよ。住みにくいという気持ちは無いですね。ただ、病院は遠いね。知ってる先生の所に行くには時間がかかる。」(A06)

このように、多くの人が、「俺にはこれが普通だよ。」「若い人は出て行ってしまおうけどね。」「確かに、遊び場は無いですよ。」「過疎地だから、というのは、あまり関係ない。」「まあ、車があれば。」等、条件つきではあるものの、各々の土地で暮し続けて来たことを、誇らしく語ってくれた。この条件付きの気持ちの分析については、不便な生活と寛容的評価 (Cover Term) 内で行う (P.180 参照)。

特に、高齢者の場合は、子どもが都市部へ移り住んでおり一人 (夫婦) になってしまっ

るが、健康不安を抱えつつも、自分が生まれ住んだ土地での生活を、それぞれの思いで楽しみ、穏やかに暮している様子が伺えた。

「こうやってね、いつも車椅子で外に出てるんだ。危ないから遠くに行くなって、家内によく怒られるけどね。でも、つい遠くに行きたくなる。知ってる人が向こうに住んでいるからね。」
(A11)

中には、昨今取り立たされている合併問題を口にして、自治体の将来を憂う人も少なからずいた。以下の語りは、居住地を愛すればこそ、の感情の現れ、と読み取った。

「とにかく、人がいないでしょ。特に若い人が。合併の話がどうなるか、気になります。とにかく見守るしかない。」(A27)

以上の如く、暮し慣れた土地を愛し、これからも暮し続けたいという気持ちが滲み出ている、これらの語りや単語群は、「土地への愛着」という言葉で抽象化した。(第7節Ⅱ. Cover Termの形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した (P.250 参照)。)

(Included Terms)

自分の土地、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都、必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここにいる、用も足りる、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、多くを望まない、不便さは感じない、他県に住んでいただけ別に変わらない、学生の際は東京だった、仕事はしばらくの間東京だった、車があれはどうにかなる、「過疎地だから」というのはない、「過疎は不便」という偏見で来たんでしょ、土地に根づいた暮らしの文化、新しいことをやりやすい、喧噪は好きじゃない、偏見を持ってほしくない、本当に必要なものって何だと思う？、選択肢が少ない所と見ることもできるかな、感じ方は人によって違う、今のままでいい、生活してみればわかるよ、車があれば大丈夫、インターネット環境、バリアフリー化、社会が変わりつつある、新しい家が増えた、「都市化」したね、都市へもかなり近くなった、どうにか頑張って来た、伸びしろという解釈、距離の問題、毎日あの景色を見てきた、細い山道を歩いた思い出、村と村をつなぐトンネル、景色が変わった、道路ができた、大分変って来たけどね、そういえば大分変わったわねえ、空き地、風景が良い、この辺の山はみんな知ってる、庭みたいなもの、この土地のものを食べて育った、いかにも田舎、田舎の風景が好き、砂利道が懐かしい、小学校の頃と同じ、環境がいい、みんな知ってる、都市は無駄が多く見える、都会なりの不便もあるだろう、同じじゃないか、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、都会と変わらないのでは、「金の力」はここでは通じない、都会に暮したことなはい、携帯電話、連絡、宅急便、家族、自分の家がいい、自分の家、娘が生活の全般をみている、ありがたい存在、強み、誇り、安心感、家族意識、周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、部落、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、コネクションがある、みんなと一緒に、大人のつき合い、共生、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、相談しやすい、役場の安心感、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、頼りになるよ、公共設備が良くなった、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる、役場の人はずっとやってる人、親切

「この土地への肯定感情」とは、過疎地を肯定する心情、をいい表したものである。

面接中は、単に、協力者の暮らしの模様や人生を伺うだけではなく、過疎の特性を引き出そうと、「過疎地に暮していることを意識することがありますか。」「どのような時に、過疎地を意識しますか。」「都会の生活をどのように考えますか。」等というように、“都会に対する過疎”、という視点からも、積極的に質問してみた。

ここでは、40代と若い人の語りから紹介する。

「今は帰ってきましたが、学生の際は都内にいました。過疎地を不便と思うこと？ それはないです。過疎地だからどうこう、というのは、特に無いです。近所の人も良くしてくれるし。」

(A03)

この人は未だ若く、筆者としては、都会と過疎の差異を語って下さることを期待したが、このような語りだった。こうした意見をはじめ、大多数の人が、以下の如く語った。

「過疎を意識すること、というのは、そうですねえ、無いですね。車さえあれば、生活には困らないですよ。」(A07)

「生活するのには、不自由ということは、別に無いです。都内に住んでみれば違いがわかるかも

しれないけど、あまり、意識したことは無いですね。」(A10の家族)

「よく、調査に来る人は、そういう質問をする。そういう“不便なところ”という先入観が先ずあるわけでしょ。」(A19の家族)

「どこに暮しても同じだよ。どうにかなる部分が多いよ。都会で暮してみたいとも思わないよ。都会の方が住みにくいんじゃないか。」(A23)

しばらくの間考え込んだ後に答える人もいたが、都会を意識して背伸びをしながら答えている様子の人はいなかった。

進学や仕事の都合で都会に住んでいたことがある人も多かったが、「家を継ぐため」「ここで暮したい」「親がいる」等、いろいろな理由で、今、過疎地に暮している理由を語った。一人一人、それぞれの土地で、自分の生活や人生を自力で築いて来たという自信を持っている様子だった。

以上の如き語りや圧倒的に多い中、過疎の特性を引き出そうと、粘り強く待った所、過疎ならではの良さを強調する語りや出会った。都会から越してきて数年の人の語りである。

「過疎は“結”の社会。これは都会には無いもの。」(A13)

一方で、過疎から都市を批判的に分析した語りも聞かれた。長年過疎地に暮し続け、今でも社会活動を活発に行っている人の語りである。

「都市は、人間同士が騙し合いをしているように見える。こちらでは、まず、そういうことはない。」(A27)

このように、当事者の語りや耳を傾けると、過疎に暮している人は、過疎を、“疎”であり過ぎる”という意味での過疎と意識していないと思われた。むしろ、自分たちの「今」に満足している様子が伝わってきた。

筆者の記憶・印象であるが、これまで、過疎を分析した研究、或いは、書籍、ジャーナル、新聞記事、テレビのドキュメンタリー番組では、過疎を取り上げる際、難点のみを強調している傾向があった。移動の困難さや病院に行くまでの苦労等がクローズアップされることに見られる、そうした傾向は、過疎地の外に暮す人に、過疎地＝不便、という印象を植えつけていたのではないだろうか。

しかし、当事者に限りなく接近し、当事者の視点や過疎地の視点（内側の視点、ともいうべきだろう。）から、過疎の特性と過疎での暮らしの印象や思いを語ってもらうと、当事者の多くが、暮している場所をそのまま受け入れている様子であることが浮き彫りになった。この事実は、直視し、尊重すべきである。

過疎地に暮す人には、自分が暮している場所を肯定して生きているのである。これらの語りや

単語群は、「この土地への肯定感情」という言葉で抽象化した。(第7節Ⅱ. Cover Term の形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した (P.256 参照)。)

(Included Terms)

自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車で買出し、もらう・あげる、経済的な安堵感がある、「引き売り」が来る、自由に暮している、自分の土地、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、父親の姿、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都、必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここにいて、用も足りる、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、多くを望まない、不便さは感じない、他県に住んでいたけど別に変わらない、学生の際は東京だった、仕事はしばらくの間東京だった、車があればどうにかなる、「過疎地だから」というのはない、「過疎は不便」という偏見で来たんでしょ、土地に根づいた暮らしの文化、新しいことをやりやすい、喧嘩は好きじゃない、偏見を持ってほしくない、本当に必要なものって何だと思う？、今のままでいい、生活してみればわかるよ、車があれば大丈夫、都市は無駄が多く見える、都会なりの不便もあるだろう、同じじゃないか、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、都会と変わらないのでは、「金の力」はここでは通じない、都会に暮したことなはい、紙と鉛筆があればどうにかなる、一人でやっていける、あとは自分だから、干渉されたくない、みんな意外と社会的、1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、家族の写真、自分の家がいい、自分の家、OK サイン、もちろん大切だよ、存在することが大事、顔が見たい、傍、子ども、成長を見つめる喜び、長男の出産、娘が生活の全般をみている、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、ありがたい存在、声を聞きたい、声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、強み、誇り、安心感、月に一回は会う、家族意識、周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間、老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の手伝い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ

「生活様式への確信」とは、“被面接者が居住地で、各々自分らしく生活している様子”が見られたことから命名した。

老若男女、障害があつても、多くの人が、各地域で体に染みつかせて来た生活スタイルや生活感覚を持っている様子だった。「これが自分の人生。」「これが自分の生活。」というものを、それぞれに所有しており、心の支えになっていた。代表的な語りとしては以下のようなものが挙げられる。

「この土地で、このやり方で、自分の力で生き抜いて来た？、、、ええ、そういうことです。」(A04)

「家族を含めた周りの人や環境に支えられて、生かさせていただいている。」(A18)

「そうですね。ここでしか暮したことがないですから。用も足りていますし。」(A25の家族)

「ずっと変えずに、こういう生活をしているからね。動ける分には、頑張ろうと思うよ。テレビのドラマのような生活もいいな、と思ったけど、でも、この生活が好きでやってるから。」(A29)

このように、過疎に暮す人たちは、今現在の、自分が創り上げた生活様式に自信を持っていた様子である。

続いては、若い人の語りである。この人は未だ30代である。自分の生活様式を築いていることをはっきりと伝えてきた。

「ここで生活をし、生活スタイルができ上がっているのです、特に変える部分は無いですね。」
(A01)

高齢者も、確固たる自分の生活を築いていた。次の人は、屋外では必ず自分を守ってくれる人がおり、生活に不便を感じていなかった。

「いつもお手伝いしてくれる人のおかげ。家にいるときは一人だけど、家から外に出るときは、必ず手伝ってくれる。だから、不便を感じないし、十分暮して行けるの。」(A21)

長年過疎で暮して来た人は、冷静に過疎の人々や暮らしを分析してくれた。

「この土地の人はね、それぞれに一生懸命生活して来ていますよ。強さというか、そういうものを持っているはずです。」(A27)

都会から越して来て 4、5 年という人も、移り住んだ過疎地での生活に順応していた。

「都会から越してきましたが、この土地が大好きです。近所の人も良くしてくれますし、気を使わなくてすみます。幸せです。特に違和感は感じませんでした。引っ越してきて大正解。」(A13 の家族)

以上の語りからは、個々それぞれが、自分の生活様式を築き、確信を持って生きている様子が伝わってくる。生活スタイルや生活感覚は、もちろん、各個人によって、多様であった。そして、大切なことであるが、障害の種別や程度によって、簡単に一括りにできるものでもなかった。各個人は、それぞれに障害という複雑な事情を抱えながらも、自分の生活を創り上げていた。

これらの語りや単語群は、「生活様式への確信」という言葉で抽象化した。(第7節Ⅱ. Cover Term の形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した (P.262 参照)。)

【健康生成論の視点から見た語りの分析】

ここで、土地への愛着、この土地への肯定感情、生活様式への確信の、3つの Cover Term 内で引用した語りについて、健康生成論の視点からの分析をする。

自分が暮す土地を愛しており、これからもこの土地で生きて行くのだ、という語りは、SOC の高低に関係なく、多くの人から共通して聞かれたことである。特に、生活様式への確信を抱いている姿を浮き彫りにしてくれたのは、ほぼ全て、SOC の高い人の語りからだったことが、今回の研究の特徴である。但し、全ての面接協力者に全く同じ質問をした訳ではないことや、SOC 質問紙への回答を中止・停止した人もいるので注意が必要である (これは、【健康生成論の視点

から見た語りの分析】全てにいえる。)

今回の研究で、SOC の低い人については、その原因が、元来低いのか、障害に起因するものなのか、或いは別にあるのかは不明である。しかし、SOC の高低に関係なく、彼らの語りの多くから、身の回りの環境を全て自分の「生きる力」として暮している姿、或いは、暮して行くのだという意志を抱いている姿を読み取ることができた。

第1章第4節Ⅱ. 健康生成論 (P.24 参照) で述べた通り、SOC とは、その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界 (生活世界) 規模の志向性である。それは、第 1 に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測可能なものであるという確信 (把握可能感、Comprehensibility)、第 2 に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源は、いつでも得られるという確信 (処理可能感、Manageability)、第 3 に、そうした要求は、挑戦であり、心身を投入しかかかわるに値するという確信 (有意味感、Meaningfulness) からなる[82]。

土地への愛着、この土地への肯定感情、生活様式への確信という、3つの Cover term 内の、語りや Included Terms を見ると、身の回りの環境を熟知し使いこなしている様子が伝わってくる。暮らしの中における把握可能感や処理可能感に関する具体的な事柄 (庭みたいなもの、つながり、道路ができた、用も足りる等)、というような語りや単語が多く見られる。

そうした語りから、過疎地の住民は、環境や生活の中で生じる物事を把握し、上手にコントロールをしながら暮しているものと推察された。

(Included Terms)

自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、もらう・あげる、自由に暮している、自分の土地、捨てられない、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、父親の姿、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都、必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、これで幸せだよ、村と村をつなぐトンネル、やらなくてはならない、仕事、どうしても収入が必要だった、生きなければならぬと思った、生きる喜び、毎日努力、目標がある、生活、元氣、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、命を大切にしたい、家族を食べさせるため生きた、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、尊敬する政治家のために生きる、生きがい、デイサービスが楽しみ、つらい人へのサポート、「よし、じゃ次」という気持ち、紙と鉛筆があればどうにかなる、必死だった、心から「ありがとう」といった記憶、大変だったが子どもを育て挙げた、戦争体験、自分の存在とは何かを考えたこと、障害の体験が自分を強くした、大手術を乗り切る、もうだめかと思った、自分と家族のことで精一杯だった、運が良かったからここにいる、事故の経験、予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談、自分を見つめる時間が多かった、生死観について考えた、神様に祈り続けた、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける、長生きするぞ、生きていることが不思議、障害は関係ない、障害の受容、手帳申請に積極的な意味を持った、現状を受け入れる、もみじマーク、障害という言葉への抵抗感、障害というよりも老化っていう方がびったりくる、障害とは思わない、病気を通じての人間関係、障害は医学的判断、障害の客観的な分析、冷静な情報分析、物事の受け止め方、何でも経験だと思ふ、後ろは見ていない、性格も影響しているかもしれない、気持ちの持ちよう、前向きな姿勢、経験したことをプラスに考える、ポジティブ、気持ちかもね、情報を手にし活用する、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ、目の前のことに集中する、親の影響で明るい性格、1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、家族の写真、自分の家がいい、自分の家、OK サイン、もちろん大切だよ、存在することが大事、顔が見たい、傍、子ども、成長を見つめる喜び、長男の出産、娘が生活の全般をみている、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、ありがたい存在、声を聞きたい、声を聞くと元氣が出る、顔見るだけでもほっとする、強み、誇り、安心感、月に一回は会う、家族意識、周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、病的に知り合いが増える→つながりがある、つながり、give and take、一緒に趣味（サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング）、一人だけど寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間、老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ

「生きる意味づけ」とは、被面接者がそれぞれ保持している、生きる理由や動機のことである。

身体障害に対する自らの考えや思いについて尋ねたところ、障害に至った経緯を語りながらも、「あの時は、このように考えた。」「あの時は、こういう状況だった。」等と、自分の人生と関連づける人が大変多かった。

障害は、人生や人格の一部を形づくっていると考えられた。被面接者は、過去、現在、未来へと続く時間軸の中で、人生と体、そして障害の関係を、丁寧に咀嚼しながら語ってくれた。体の調子が良かった時、具合が悪くなった時、今、そして将来を、冷静に見つめている様子だった。一つ一つ、言葉を選びながら語るその姿は、見事だった。

初めの挨拶の際や家を出る際に、このように話してくれた人もいた。

「今日は、人生を賭けて、面接調査に応じようと思っていた。私の話すことが、今後の社会の役に立てれば、と思っている。」(A02)

「地味で目立たない研究だと思うけど、こういう話をまとめるのも大事だと思います。」(A08)

筆者が受けた印象として、障害と生活・人生について尋ねた際にも、障害の話題には全く触れ

ないケースが多かった。その代わりに、「何故、私は生きるのか。」を語る人が多かった。そうした、生きる理由を抽象的に表現した人、つまり、人生観や人生哲学を語った人もいた。障害は、自分の中のほんの些細なことに過ぎず、それ以上に大切なことがあるからこの世にいる、と訴えるような口調の人も多かった。

障害に対し、冷静に自己対応をしてきた様子を語ってくれたものとしては、以下が挙げられる。人生観や人生哲学の類のような語りである。

「ここ 10 年間、障害を通して、自分を見つめる時間が多かったです。生死観のようなことを考えたこともあります。そして、一つ一つ目標を立て、見通しを持ってこなしてきました。」(A01)
「家庭もあったし、やらなくてはならないことが多かった。悩みながら生きている場合ではない、と。人間を見る、というか、人間らしく生きるためにはどうしたら良いのか、だけを考えていました。今も、障害のことは考えないようにしています。」(A02)
「障害というのは、あくまでも、医者の前での話だと思っているの。医学的な話ね、そう。それ以外は、全く自分の中に意識はないですよ。」(A07)

具体的に生きる理由を述べた語りとしては、以下のようなものが挙げられる。

「体がこうなっているから、どうにもね。でも、家庭のためにも、困難を乗り越えなくちゃならない、といつも思うよ。」(A06)
「主人と子供だけがあればいいです。つらい人へのサポートが、今の人生の目標です。」(A08)
「周囲の協力があつたから生きてこられた。今、その恩返しをしたい、自分が返す番だ、という気持ちが強いです。」(A09)
「障害の状態は、ずっと良くないよ。でも、その後、長女や長男が生まれて、成長を見つめる喜びがあつたね。心の張りだったよ。それと、友達との交流があるのが大きいね。」(A11)

言語障害の人の家族は、当事者の気持ちを代弁して、次のように語った。夫婦間の阿吽の呼吸ともいえるであろう。

「主人は、家族のためにも長生きしたい、と考えています。」(A12 の家族)

代表的な語りを数件挙げたが、これらの語りからも、自分のための人生、家族のための人生、周囲への感謝の気持ち等が、生きる力(動機づけ、モチベーション)になっている様子が伝わってくる。

障害に対する考えや思いについて尋ねると、多くの人が、障害を人生の文脈の中に位置づけて語りをはじめた。人生の文脈を語る、ということは、過去を生きて今ここにいる経緯や、これから生きる理由を述べることである。人生の文脈を語る際、身体の障害がどこに位置づけられ、どの程度重要なものなのか、については人それぞれであった。

これらの語りや単語群は、人生について、自分の価値、人生の目標、生きる理由、等が述べられていると考え、「生きる意味づけ」との言葉で抽象化した。(第7節Ⅱ. Cover Term の形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した (P.268 参照)。)

【健康生成論の視点から見た語りの分析】

これらの語りから、人間は、SOC の高低に関係なく、生きる意味づけを有していることがわかる。

A02 は、SOC は低い、強烈な自己主張を内に秘めている様子を伺うことができる。障害とは関係なく人間らしく生きる、という格闘の最中いるため SOC が一時的に低だけなのかもしれない。このような人は、重要なインフォーマント (情報提供者) になり得、縦断研究により、SOC スコアの変化を調べることも有用と考えられる。何が SOC 向上の契機となったのか、SOC の向上を阻んでいる要因は何なのか、を事例として検討することは有意義であろう。

A11 も SOC は低い、その語りからは、心の張りや友人の存在が生きる意味づけとして如何に大きい意味を持つか、を伺うことができる。これは、過疎の暮らしでは人間関係とそのあり方に着眼することが重要であると考察した第2章の研究 (第2章第4節Ⅵ. 過疎地での暮らしと人間関係について (P.59 参照)) や、SOC スコア (山崎[91]は、SOC を、人が生きて行く上で欠かせない最も基礎的で基本的な「生きる力」と考えられる、と述べている。) には近隣との行き来が有意に関連しているとした、第3章の研究結果 (第3章第3節Ⅳ. 汎抵抗資源や生活におけるストレス、健康関連指標と、SOC との関連について (P.103 参照)) を、裏づけるものである。自分にとって重要な他者は、ストレスに適切に対処するための重要な資源なのである。量的研究と質的研究を併用することで、この理解は大変深まった。

次に、A07 (SOC 高) の語りは、所謂、障害の受容が完成された姿、であると思われる。こうした状態に加え、A01 (SOC 高) のように、自分の状況を整理しある程度の見通し (予測) を持ち、対処行動を意味のあることと捉えること、即ち、健康生成論でいうところの把握可能感や有意味感を持つことも、SOC の高低に直接的・間接的に影響していることが伺えた。

(Cover Term) 老い＝長寿＝身体機能の低下

(Included Terms)

あきらめ、我慢、がっかりしたこと、しょうがない、老い、みんなもいずれそうなる、長生き、長生きするぞ、高齢社会、年取ればこんなものだろ、年を感じる、日本は長寿の国、高齢者の中には私より体が動かない人がいる、年齢、自然現象、障害は関係ない、障害の受容、手帳申請に積極的な意味を持った、現状を受け入れる、もみじマーク、障害という言葉への抵抗感、障害というよりも老化っていう方がびったりくる、障害とは思わない、障害は医学の判断、物事の受け止め方、何でも経験だと思う、後ろは見ていない、性格も影響しているかもしれない、気持ちの持ちよう、前向きな姿勢、ポジティブ、気持ちかもね、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ、親の影響で明るい性格、1+1=1 人生、夫婦で一人、強み、家族意識

「老い＝長寿＝身体機能の低下」とは、老いることは長寿の証であり、同時に、若い時に比べ身体機能の低下が必然的に伴うことを、いい表した言葉である。

身体障害と、それに伴う生活上の困難に関する語りを聞いている時、「体に障害があるとは考えていない。」と語る人に多く出会った。

年齢と共に身体機能の変化や衰えを感じ、身体障害者手帳を所有しておいた方が有利と判断して申請をした人は、次のように語った。いい得て妙な喩えである。

「歳をとってきた証拠だ、と思っています。身体障害者手帳は自動車のもみじマークのようなもの、と考えています。」(A16)

高齢の人は、次のように語るが多かった。諦念に似た表現である。耳を傾ける際、多少の痛々しさを感じたこともある。

「障害を負ったのは戦時中のことでした。生きて帰れましたから、それだけでいいです。」(A20)
「こればかりは、しょうがない。好きでこうなってるわけじゃない。予想がつかないから、、、、突然脳梗塞だったからね。でも、リハビリ頑張ったよ。今も体を動かしているしね。割り切れない。」(A23)

「体が変わったな、と思います。そりゃ。(障害部位を見せながら) だって、こんなのだもの。」(A29)

こうした語りからは、時の流れの中に自分の身体の変化現象を認めている、と考えられた。

日野原[186]は、「老い」とは何かというテーマにアプローチする際に、生物学的立場、社会学的立場、心理・行動科学的立場、高齢者になった人間の立場という、4つの立場を考えた。そして、前者3つが客観的・科学的立場であるのに対し、第4の立場は、老いる個人としての人間の立場から内省した老いの本体追求であるとみなした。その上で、宗教学者であり哲学者でもある松村克己の論文を引用し、老いとは、次第に衰え行く老人が、人間としての生の意味を最後まで問い続けるプロセスであり、これをめぐる人々や科学がそれにどう対処しつつ老い行く人を守るかということが大切だと主張している。

「(松村論文) 老化は生物学的な概念であり、「老い」は人間学的な概念である。老化というのは、加齢と共に、身体的な諸器官とその機能に老化現象が現れてくるという生物として避けがたい大自然的ともいえる事実を指す。これに対して「老い」というのは、この事実を柔らかに表現するに留まるのでなく、この事実をその担い手である人間一人一人がどのように受けとめ、また、これに対処しようとするのか、心の問題として生き方と態度の問題を主として考えようとする。この二つは互いに切り離しがたく、結びつきは関係づけられているものの、視点の相違は見逃し難い。」

高齢の人は、障害（身体機能の低下）を加齢による老化現象と考え、体に困難はあれど生活様式を構築し、老いを自分の完成体として受け入れ、これまでの人生の意味を深めつつ、前向きに対処していた。老いと共に生きていた。更に、身体機能の低下を、障害という枠組みで括られることに抵抗感を持っている、とも推察される語りに出会った。

「世間や世の中の仕組みが障害というものを作っているだけのように思える。自分たちは別に、障害があるとも思っていない。」(A15)

自己の体験から、社会と障害との関係性を客観視し、批判的な検討を加えた語りである。

そして、夫婦の観点から、体と障害そして生活を見ている人もいた。障害のための苦労話というよりも、仕事や生活、子育てをやり抜いたことに対する自負を元にした語りであった。

「結婚してから夫婦で協力して苦労して生活して来たから。私はこの人の体の一部なの。私が、この人の障害を補ってきたの。それこそ、障害なんていってられなかったわ。」(A04 の家族)

体の障害に関して、障害を障害と考えずに異なる解釈をする人から得た語りや単語群は、特に高齢者や高齢期に差しかかろうとしている人から多く聞かれ、「老い＝長寿＝身体機能の低下」との言葉で抽象化した。(第7節Ⅱ. Cover Term の形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した (P.275 参照)。)

【健康生成論の視点から見た語りの分析】

A16 は、SOC の低い人であるが、障害をポジティブに考えている様子が伺える。障害の受容の、一つの姿と考えられる。

ところで、生きる意味づけ (Cover Term) 内で (P.163 参照)、A07 は障害の受容が完成しているように思われ、なおかつ SOC も高かった。しかし、A16 は少し違っていた。A07 は、障害の受容ができており、SOC は高かったが、A16 は、障害の受容ができていても、SOC は低かつ

た（なお、障害の受容ができた・できないは、一回の面接による語りの内容や印象からの、筆者の判断である。）。障害の受容と SOC スコアの高低は、関連性がないのかもしれないし、また A16 の SOC が低い理由は、生活や人生の文脈の中で別途考えられるのかもしれない。A16 の生活や人生を紐解くと、固有のストレッサー（ストレス要因）が浮かび上がるかもしれない。

こうしたことから、語り（質的研究）と SOC スコア（量的研究）は、相補的なものであり、一方の結果のみで、当事者を見てはいけないことが示唆される。ヘルスプロモーションの展開においては、客観的データと、人と人との出会いの中で、問題解決を図ることが重要であること [178] が再認識される。このことも、量的研究と質的研究を併用したことで理解が深まったことである。

(Included Terms)

自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、もらう・あげる、必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここに居る、どうにか生きてきた、やらなくてはならない、仕事、どうしても収入が必要だった、生きなければならぬと思った、生きる喜び、毎日努力、目標がある、生活、元気、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、命を大切にしたい、家族を食べさせるため生きて、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、尊敬する政治家のために生きる、生きがい、デイサービスが楽しみ、つらい人へのサポート、「よし、じゃ次」という気持ち、紙と鉛筆があればどうにかなる、必死だった、心から「ありがとう」といった記憶、大変だった子どもを育て上げた、戦争体験、自分の存在とは何かを考えたこと、障害の体験が自分を強くした、大手術を乗り切る、もうだめかと思った、自分と家族のことで精一杯だった、運が良かったからここに居る、事故の経験、予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談、自分を見つめる時間が多かった、生死観について考えた、神様に祈り続けた、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける、体への特を考える、明るく生きる、一人でやっていける、あとは自分だから、障害は関係ない、障害の受容、現状を受け入れる、障害という言葉への抵抗感、障害とは思わない、病気を通じての人間関係、障害は医学的判断、障害の客観的な分析、冷静な情報分析、物事の受け止め方、何でも経験だと思う、後ろは見えていない、性格も影響しているかもしれない、気持ちの持ちよう、前向きな姿勢、経験したことをプラスに考える、ポジティブ、気持ちかもね、情報を手にし活用する、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ、目の前のことに集中する、親の影響で明るい性格、1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがればいい、家族、家族の写真、自分の家がいい、自分の家、OKサイン、もちろん大切だよ、存在することが大事、顔が見たい、傍、子ども、成長を見つめる喜び、長男の出産、娘が生活の全般をみている、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、ありがたい存在、声を聞きたい、声を聞く元気が出る、顔見るだけでもほっとする、強み、誇り、安心感、月に一回は会う、家族意識、周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、病氣的に知り合いが増える→つながりがある、つながり、give and take、一緒に趣味（サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング）、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間、老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、共生、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい

「人生経験に基づく強さ」とは、これまでの様々な人生経験の中で築き上げられた、生活をす
る上で必要となる実践力、即ち、生きる力のことである。

筆者は面接終了後に、人生の経験はその人の全てを形作るのだと、いつも考えた。

健康生成論を提唱したアントノフスキーが、自らの理論を考える契機として、長期に抑留され
ていた女性の中に精神的な強さを持った人がいることに注目した[81, 84]が、今回の面接調査期
間中、それと全く同じ状況を何度か考えた。「どうしてこの人は、こんなにバイタリティがある
のだろう。」と考えることは多かった。

障害というストレスに対峙した時、まず、自分の中で対処をし（所謂障害の受容）、更に、外
に向けて自分を開き、周囲の人々や身の回りの環境を駆使して問題を解決しながら生きて来た様
子を、語りの端々から推測することができた。以下、そうした語りである。

「自分はポジティブな性格だと思う。自分が頑張れば、という気持ちが大切だと思ってます。障
害のことで経験している部分はプラスです。」(A01)

「自分の性格的なところが大きいですね。“受け止め方”とか“どう思うか”で変わってくると
思うの。気持ちの持ちようですね。親の影響というか、私は元来、何事も明るく前向きに考える
方ですよ。重度障害者ということになってるけど、はつらつとしてて、びっくりしたでしょ。」
(A07)

「元来、楽天的です。そりゃ、気持ちが沈むときもありますが。でも、なるべく、楽しいことを見つけているようにしています。」(A11)

一方、障害の有無とは関係なく、生きる理由があって生きて来た事実、これまで生き抜いて来たという事実、一人で生きて来たという事実、困難をどうにかして来たという事実と、そこから教訓として学び得たことが自らの血肉となっている様子、を見ることもできた。いくつか事例を紹介したい。次の人は、障害の有無は重要なものではなく、家族と仕事のために生きて来た人であった。

「家族とか仕事とかが、私をつないでくれました。そこには、障害というものは、あまり入って来ませんでした。」(A09)

次の人は聴覚に障害があり、筆者と面接する際も、筆談をすることが多かった。しかし、次のように、筆談によって生き抜いて来た自信を語ってくれた。

「紙と鉛筆があれば、どんな状況でも、大抵のことは上手く行くと思うし、どうにかかります。」(A08)

次の人は、戦争体験者である。戦時中のシベリアでの体験が自分を創ったという語りで、アントノフスキーの理論構築のきっかけに類似している。この人からは、確たる「個」を持っている印象を受けた。

「戦争の経験は、自分の全てとっていいです。あの苦勞に比べれば、今の生活は、本当に満足しています。幸せです。」(A20)

このように、いろいろな語りが聞かれたが、生きて来た過程がその人の強さを形成していることは事実だった。「自分の、今の、生きる強さを形づくっているのは、これです。」とでもいったような雰囲気の人が多かった。身体障害者を対象とした調査だったが、人間の強さの根源とその醸成過程を聞くことが多かった。人間が生きて行く上で、強さの根源を所持できるか否かや、生きる力の強弱は、当人が元来持つ性格や特性も影響していると思われるが、以上の語りは、いずれも耳を傾ける価値のあるものばかりであった。

続いて、確固たる強い自分を持ち、落ち着いた構えを築き上げて暮している人の語りを紹介したい。特に前者は、奥地に暮し、全てを達観した如き雰囲気漂わせている人だったのが印象的である。後者は、障害のある家族を長年支えて来た人の語りである。

「私は、この山で生きて来た。毎日この景色を眺め、妻がいて、家族がいて、農業があつて。友

達もいて、連絡さえすれば直ぐ来てくれる。だから、生活には十分満足しているよ。」(A22)

「本人や、私たち家族の意識をもっと向上させて、今以上に、積極的に社会参加をして行きたい、と考えています。」(A30の家族)

以上のように、面接では、生きて来た自信を感じさせる「語り」を多く聞いた。その自信が、障害があっても生き抜いたことから来る自信なのか、家族や仕事等、他の理由があるが故のことなのかどうかは、人それぞれだった。理由は一つではないだろう。しかし、長い年月をかけて自らの内面に自信を育てて来たことは、間違いないものと思われる。

「今日は、障害というよりも、むしろ、私の生活についてのお話の方が多くなりましたね。どうしても、自然とそうになってしまいましたね。前の日に良く考えたのですが、そういう話をする方が、むしろ、私を良く知っていただけるような気がしました。」(A27)

人生のエピソードを筆者に語っている時の協力者の表情は、目が輝き力強さに満ち溢れていた。彼らはこれからも、そうした強さを糧に、これからの人生を一層充実させて行くものと思われた。これらの語りや単語群は、「人生経験に基づく強さ」との言葉で抽象化ができる。(第7節Ⅱ. Cover Termの形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した(P.280参照))

【健康生成論の視点から見た語りの分析】

全体的に、SOCが高い人からの語りが多かった。特に、A20については、SOCの高低は不明だが、語りの内容そのものは、アントノフスキーによる健康生成論の理論構築の契機と類似しており、大変興味深い。

その他、語りの内容からは、家族、仕事、紙と鉛筆、農業等、各人が多種多様に所持していると思われる、汎抵抗資源の一端を垣間見ることができる。

A11は、SOCは低い、「楽しいことを見つけるようにしている。」と語っていた。第3章の研究で、生きがいの有無は汎抵抗資源としてSOCに有意に関連している結果からも(第3章第3節Ⅳ. 汎抵抗資源や生活におけるストレス、健康関連指標と、SOCとの関連について(P.103参照))、この語りは尊重しなければならない。

例えば、介入研究を行い、楽しいことや生きがいを獲得する援助を行うことを通じて、A11の生活や人生に、どのくらいの深みを持たせることができ、どのくらいストレスに対処する力が高まるのか、その結果としてSOCがどのような変化を遂げるのかを、縦断研究により長期に追跡することも、研究上意義のあることと考えられる。

ところで、A01やA07は、「自分はポジティブ。」「私は、元来明るく前向き。」と語り、SOCは高い状態だった。しかし、A11は、「自分は楽天的。」と語ったが、実際はSOCが低い(ストレス対処能力が低い)状態だった。老い=長寿=身体機能の低下(Cover Term)でも触れたが

(P.166 参照)、こうした、語りの内容と実際のスコアのずれは注視に値する。

自らの性格や健康状態、心の内面等について、「自分は、〇〇だから。」と思い込み、公言もしくは申告すると、普段、聞いた側、具体的には非専門家や身近な人たち等は、そうした言葉を鵜呑みにしがちである。しかし、当事者の発する言葉、見た目、印象、即ち当事者の主観的な健康だけに誘導されて当事者を理解することは、慎むべきであることが示唆される。

(Included Terms)

車で行けなげなならない、移動が不便、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、先日まで元気だったのに、希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、働けない、何もできない、親がいなくなった後の見通し、家から出られない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、病気のことだけ、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、どうなるか解らないと思うと怖い、あきらめ、社会復帰がいいね、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上り下りがある、我慢、がっかりしたこと、交流が減った、家族に申し訳ない、いろいろ不自由、寝たきり、生まれてからずっとこのまま、駄目なんだよ、この体じゃ、聴診器当てて帰られる、「不幸なことが起きた」ことは不幸なこと、しょうがない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、「単独で出るな」といわれている、負担をかけたくない、迷いと葛藤、心配が多い、どうせ聞かえない、老い、みんなもいずれそうなる、年を感じる、年齢、自然現象、万が一の体調の変化等が心配、リハビリ治療の見通し、来る人がいない、話し相手がない、一人では不安、家にこもることが多い、内向的、誰もいない、日常に変化がほしい、人と会うことが少ない、援助が足りない、医療の援助が足りない、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、大都市と比べると温度差がある、障害を隠す風土、差別、社会の理解が足りない、教育レベルが低い

「悲観感情の支配」とは、身体障害に関する悩みや苦しんで心を奪われている姿、をいい表したものである。

生きて来た自信を感じさせる「語り」を耳にする一方で、障害のことだけで日々が過ぎて行く人も、当然多くいた。また、自信に満ちた雰囲気や漂わせ、自らの力強い人生経験を語る人の中にも、障害の話に及ぶと、少し沈んだ表情も見せる場合があった。

障害についての話が進むと、自然と、自分に対する不満、身の回りの人や社会に対する要望や感謝等が、本音として出て来た。自分の中で解決していない問題を語る時の表情は、見ていて痛々しく、聞き手として、罪悪感さえ感じる場面もあった。慢性的な身体症状に悩まされ続ける人の語りから紹介する。

「何もできないよ。もう、ずっとこの状態だしね、“せいせい”しないよ。現状を維持して、悪くならないようにするしかないんだ。当り前の体じゃないんだよ。」(A06)

筆談を活用し生き抜いている人も、次のように語った。

「障害の状態が良くないと、何かと小さなことで不自由します。どうでもいいや、という気持ちを持ったり、、、」(A08)

また、将来的な見通しに対する不安を語る人も多かった。病いが、人生にいかにか大きな影を落とすかをいい表している。

「希望の中に絶望を感じたり、ということは、よくあります。一日の中で、気分の上り下りがあります。気分がいい時と悪い時を上手く調節するようにはしていますが。あと、親がいなくなった後のこととか将来的な見通し、特にリハビリ治療の見通しが立つと良いですね。」(A10)

「これから先のことを考えると、楽しい気分も、一時的なものにしか感じない。」(A11)

「体の自由が利きませんので、色んなことができません。もう少し動けるようになると良いのですが。」(A21)

「脳障害の後遺症で、体にふらつきがあるのね。だから、これが収まってくるとね。脳のことだから、難しい。」(A28)

極端な出来事を挙げよう。半年前まで山の中を元気に歩きまわっていたにも関わらず、突然の脳梗塞で半身麻痺になっている人は、少し前の元気な時の写真を見せて、自分が置かれた現状を、机を叩いて悔しがった。そして、口には出さないが、怒りに満ちた表情で、

「そういうことは、聞かないでほしい。」(A26)

ということを伝えて来たのである。瞬く間に、この人と筆者との間の空気は悪くなり、短時間で家を後にすることになった。

このほかにも、会話を他に移さなければならないケースが数件あった。面接に関する、筆者の研究者としての技術・力量不足を感じた時もあった。振り返ると、不用意に悲観な思いを刺激してしまったつらい体験は、何度か経験した。

更には、科学的中立的な立場で研究をしている筆者に、日ごろ溜めこんでいる訴えを伝えるケースさえあった。

「医者や行政に、このように伝えてほしい。」(A24)

家族の人や親族、つき添い等、障害当事者に関わる周囲の人間も、当人の障害のことだけで日々が過ぎて行く、というケースが多くあり、そうした人々の胸の内を知ることもあった。

「突然のマヒで倒れて、今、入院しています。ですので、面接できません。特にお話できることはありません。今は、このことで精一杯の生活です。」(A05の家族)

「やはり、大変です。毎日毎日ね。いろんなことに気を使わなければならないし。でも、大変なっていていられないの。」(A12の家族)

「ずっとこういう状態です。本人も退屈だし単調だし。」(A15の家族)

「現状を維持すること、って医者にいられている。」(A31の家族)

障害のことだけで日々が過ぎて行く事実や、苦しい胸の内が吐露された、これらの語りや単語群は、「悲観感情の支配」との言葉で抽象化ができる。(第7節Ⅱ. Cover Termの形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した(P.287参照。))

【健康生成論の視点から見た語りの分析】

共に SOC スコアは低い結果が出ているが、A10 や A11 の「希望の中に絶望を感じたり、、、」「楽しい気分も一時的なものにしか感じない。」という言葉が印象的である。

McSherry ら[92]は、SOC が低い人は、ストレスの多い状況下に置かれた際、精神的な苦痛や不安、怒りを示し、消極的に対処することを示している。こうした先行研究を参考に、SOC が低い人を対象とした事例研究を積み上げること、即ち、低い SOC の原因となるストレスは何か、ストレスがあるために生活上どのような不都合を生じているのか、ストレスに対処するための手段（汎抵抗資源）はあるのか否か、様々な汎抵抗資源を得ることを通じて、低い SOC がどう変化して行くのか、等を縦断的に追跡することは、有意義であると思われる。

一方、ここでも、SOC が高い人（A21、A28）から、悲観的な語りが聞かれた。こうしたずれにも、客観的データには表れない丁寧な注視が必要である。アントノフスキーは、SOC の強い人がすることは、直面するストレスを扱うのに最も適切と思われる特定の対処戦略を選ぶことである、と述べている[187]が、これは端的にいえば「SOC スコアが高い人は（汎抵抗資源等を用いて）ストレスに対処する能力が高い。」ということであり、「SOC スコアが高い人は、悲観的な感情を持っていない。」ということではない、ことに注意が必要と考えられる。

(Included Terms)

自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車で買出し、もらう・あげる、「引き売り」が来る、自由に暮している、自分の土地、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、父親の姿、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都、必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、永住を決意、死ぬまでここにいる、インターネット環境、バリアフリー化、世代間や新しいものとのギャップ、価値観の違い、プライバシー保護、表面的なつき合い、組合意識への抵抗、社会が変わりつつある、犯罪が増えた、この辺の慣習を軽視しがち、お互いが疎遠になってきた、「今の人」という言葉、自分に寄りかからなければ、祭りへの参加等人間関係に気を使う、新しい家が増えた、「都市化」したね、都市へもかなり近くなった、他家への礼儀が無い人が多くなっている、毎日あの景色を見てきた、細い山道を歩いた思い出、村と村をつなぐトンネル、景色が変わった、道路ができた、大分変って来たけどね、そういえば大分変わったわね、空き地、風景が良い、この辺の山はみんな知ってる、庭みたいなもの、この土地のものを食べて育った、いかにも田舎、田舎の風景が好き、砂利道が懐かしい、小学校の頃と同じ、環境がいい、みんな知ってる、同じじゃないか、都会と変わらないのでは、周囲の協力があった、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の手伝い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ、都会から来た人には警戒心があるかもね、公共設備が良くなった、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる

「伝統の遵守と都市化」とは、当事者が、伝統的な生活様式と都市化された生活様式が融合されている中で暮している姿を、いい表したものである。

平成12年に過疎地域自立促進特別措置法が制定されて以降、過疎地域においては、生活の基礎的条件の整備と地域の自立促進のために、自主的な取り組みが行われている[1]。今回の2つの調査地においても、個々の生活や社会基盤の至る所で、環境の整備、所謂都市化が進んでいる様子が見られた。

過疎地域においては、人口減少が著しいこと、若年層が少なく高齢者が多いこと、財政力が脆弱であること、生活基盤、医療・福祉、交通の状況（過疎地域から都市等への時間距離）、教育等の面では、全国との格差は依然として残ること[1]は事実ではあろうが、過疎と都市の間は、距離的にも時間的にも、社会的、文化的な面においても、確実に、そして着実に近くなっていると考えられた。

都市化の結果として、両地域とも、生活の中に、古さと新しさが混在していた。その領域は、物的なものからそうでないもの（社会的、文化的等）まで、多岐に及んでいた。

「随分と変わりましたよ。道路もできたし。大きいお店もあるし。だから、あまり過疎という意識はないですよ。」(A07)

「学生の際は都内に住んでいました。今、ここで暮していても、あまり大した違いは感じていません。」(A03)

「役場やケーブルテレビ局が力を入れているおかげで、この辺はインターネットにつながる環境ができています。地域の情報も直ぐにわかりますよ。」(A16、ほか同様の語りとして A19 の

家族)

「小さい時から、この山からずっと下を眺めて来たけど、新しい家が多くなったよ。かといって、自分の生活で何か変わったかというと、大して変わっていないけどね。」(A22)

「私は、毎日のように、他の地域に暮す人との交流があります。そういう点から自分の生活を見ると、別に、何が古くて何が新しい、というのは、あまり感じませんね。」(A27)

「若い時は、都市部で働いていた。今はここだけど、やることは同じだし、あんまり、過疎を意識することはないよ。」(A28)

「ここに来る時、どんなこと考えた？ 風景とかさ。ま、今でも少し残っているけどね。」(A29)

今回の面接調査では、高齢者の協力が比較的多かった。生活模様を具体的に尋ねると、多くの高齢者が、昔を懐かしむと同時に、生活模様が少しずつ変化している様子を語った。変化を楽しみ、取捨選択をしながら生活をしている様子を語ってくれた。

「いろいろ便利になっているので、自分に良く合うものを選んで使うようにしています。」(A21)

語りを深めて行くと、都会的なライフスタイルの浸透により生活が便利になったことを喜び、と同時に、自分より若い人が持っている価値観とのギャップを語ることがあった。

「新しいものが入ってくると、「それについていけなくちゃいけない」というように考えることもあるようです。そんなことしなくてもいいのですけどね。でも、結構、固執するというか、今までのやり方を大事にする方ですね、家の方は。高齢の方は、多分そうだと思いますよ。」(A14の家族)

高齢者の内面には、変わらなければならない部分と、変わってはいけない部分、変わらざるを得ない部分が、多く混在しているものと推察された。

一方で、30代～50代の、比較的若い世代は、地域の伝統を尊重する、と同時に、所謂今風の生活を望んでいた。

「小さい時からここに住んでいるから、ここでの暮らしは、自分の全て。ええ、親がどういうことをやったのか、見てますし。だから、自治会の仕事も「今度は自分」という気持ちですね。」(A07)

「自治会に出るでしょ、そうすると、結構、ずっと住んでいた人間同士の派閥とか、やり方とか、そういうのがあるのよね。以前からのつき合いって、それほど濃いものみたい。自治体の分担でも、暗黙の了解みたいなものもあって、結構、気を使うのが大変。でも、そういうものに抵抗しないで、やるようにしています。」(A09)

「生活をしていると、障害を隠す風土、というものを感じたりもします。そういう時は、不慣れ

に感じてしまって、自分でもどうすればよいか、わからなくなります。」(A10)

このように、地域の基盤整備が進むと、必然的に、「古さや懐かしさ」と「新しさ」の融合が生じていた。こうした姿をもう少し細かく分析すると、人と人との複雑な関係が浮かび上がった。特に高齢者は、地域住民に対して、「皆が家族のようなもの。」という意識を持っているようだった。その中で、「部落」という言葉が一般的に用いられていた(部落については、後述される。)

「この部落の人たちが、私の生活を助けてくれているから。」(A21)

「人が一人歩いているだけで「あの人は、〇〇さんの家の人。家族構成は、、、」というように、話が進んでいきます。そのくらい、お互いの家のことを良く知ってますね。」(A14の家族)

「家同士のつながりは、生活していく上で、欠かせないものですね。なあなあと慣れ合い、というレベルじゃなくて、本当の意味での大人のつき合いだと思います。」(A19の家族)

しかし、その一方で、比較的若い世代の人や、一部の高齢者からは、地域の間人同士の家族(部落)意識を尊重すると同時に、隣家との関係は最低限に留め、自分の家族のプライバシーを守りたい、との意向を持っている様子が伺えた。

「自分に寄りかからなければ、周りのことはあまり関係ない。」(A01)

「過疎地の人はつながりが強いですよ。若い人には少し抵抗感があるかもしれない。」(A02)

都会から越して来た人や、都会で暮したことがある人は、過疎の生活スタイルに順応しながらも、世代間での考え方の違いや、都市と過疎の考え方の違いや戸惑いを、時には深刻に、時には面白おかしく語った。

「地方の大都市に暮したり、都内に住んでいたこともあるけど、ここの土地で暮している中で、自分の常識との違いに驚かされたことは、多少はあります。ギャップというか。そういう時には、土地を意識します。慣れるようにしていますが。」(A09)

過疎地の人々の、筆者に対する見方を代表する語りかもしれないが、次のような語りも見られた。筆者の如き見慣れない人が来たときの反応について、次のような語りが聞けた。

「結構、この辺の人たちって、新しい人には警戒心があります。だから、〇〇さん(筆者)が、いきなり来て「ごめんください。お話を聞かせて下さい。」っていっても、なかなか大変だと思いますよ。多分。だから、知り合いの人とか、役場の人と一緒に来てくれたら、もう少し違っていたかもしれませんね。でも、元来は、明るく話好きですよ。」(A14の家族)

古さと新しさが混在した生活の中に、いろいろなドラマや人間模様が生じていた。それらを突き詰めると“老人と若者”という構図を見ることもできる。しかし、そうした古さと新しさや、“老人と若者”という構図は、二極化された対立の図式ではないと考えられる。

高齢者は、慣れ親しんだ従来の生活様式を守ろうとしつつも、新しい物や価値観に理解を示し、積極的に取り入れていた。一方で、若年から壮年期の人も、都会的ライフスタイルや新しい価値観を保持しているものの、高齢者を尊敬し、代々受け継がれているその土地の風習や習慣に理解を示し、地域社会の一員として参画していた。

このように、生活構造の面、そして人間関係という側面から過疎地を見ると、「古さや懐かしさ」と「新しさ」の融合や、世代間で異なる生活様式や考え方があることが浮かび上がった。これらの語りや単語群は、「伝統の遵守と都市化」との言葉で抽象化ができる。(第7節Ⅱ. **Cover Term** の形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した (P.292 参照)。)

(Included Terms)

自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車での買出し、もらう・あげる、「引き売り」が来る、自由に暮している、自分の土地、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都、必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここにいて、用も足りる、食べる分には苦労しない、普通の生活をしている、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、多くを望まない、不便さは感じない、他県に住んでいただけ別に変わらない、車があればどうにかなる、「過疎地だから」というのはない、「過疎は不便」という偏見で来たんでしょ、土地に根づいた暮らしの文化、新しいことをやりやすい、偏見を持ってほしくない、本当に必要なものって何だと思う？、選択肢が少ない所と見ることもできるかな、感じ方は人によって違う、今のままでいい、生活してみればわかるよ、車があれば大丈夫、インターネット環境、バリアフリー化、「都市化」したね、都市へもかなり近くなった、どうにかやってきた、伸びしろという解釈、距離の問題、車で出て行かなくちゃならない、移動が不便、遊び場が無い、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い、都市は無駄が多く見える、都会なりの不便もあるだろう、同じじゃないか、都会と変わらないのでは、都会は支援者となる人たちが多くるのでその点では幸せなのは、小さいことで不自由する、車に乗れない、がっかりしたこと、家族に申し訳ない、いろいろ不自由、しょうがない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、負担をかけたくない、紙と鉛筆があればどうにかなる、障害の体験が自分を強くした、一人でやっていける、あとは自分だから、干渉されたくない、来る人がいない、話し相手がない、一人では不安、家にこもることが多い、誰もいない、人と会うことが少ない、1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、家族、傍、娘が生活の全般をみている、ありがたい存在、強み、誇り、安心感、家族意識、周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、老人の仲間意識、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、共生、「結い」の社会、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、援助が足りない、相談しやすい、医療の援助が足りない、役場の安心感、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、頼りになるよ、公共設備が良くなった、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる、役場の人はずっとやってる人、親切、大都市と比べると温度差がある

「不便な生活と寛容的評価」とは、実生活上、様々な不便や困難がありながらも、それらを許して生活していることをいい表したものである。

過疎地の住民は、過疎地での自分の生活をどのように考えているのだろうか。面接中は、その部分を、なるべく客観的に分析をして語ってもらった。筆者も、なるべく過疎地に暮す人々の視点に立とうと務めた。

全体として見れば、自分が置かれている環境を肯定している姿を多く目にしたが、「本当は、もっと、このような感じだったら良いのだけどね。」という語りも聞かれた。ここでは、そうした語りを紹介したい。まず、大多数の人は、

「確かに、都会に比べると何もないです。」(A01)

と語った。この方は若い人だが、このように若い人ほど、期待を込めた不満は若干強かったような印象である。過疎の不便な所をクローズアップする語りが聞かれた。もちろん、若い人だけではなく、高齢者も不満を語った。病院の行き来に関する不満が多かった。以下、代表的なものを挙げる。前者は若い人で、後者2名は60代と70代である。

「つまらない場所か、といわれれば、そうかもしれない。」(A10)

「車で隣の町まで行かなくちゃならないから。あっちに行けば、欲しいものが手に入る。」(A18)

「何が不便か。もちろん、医者通いだ。丸一日がかり。診察も聴診器を当てて終わり。体が利かない中で生活してて、ただ疲れるために行くだけだよ。現状を維持するしかないから仕方がない話だけどね。」(A26)

しかし、面接において、多くの人に生活や人生を語ってもらうと、各人がいろいろな見方をしていることが解ってきた。

長いことその土地住んでいた人にとっては、今現在、自分が置かれている環境は普通のものであり、特別のものではなかった。病院の行き来は確かに不便かもしれないが、その他の点では、然程の不満なく暮していることが伺い知れた。否、満足している様子だった。一方、若年層の人も、不満を述べる場合が多くとも、環境を受け入れ暮していた。冒頭の人の語りの続きである。この人は、常に冷静に自己と身体・環境を分析しており、若年層の重要なインフォーマントだった。

「でも、暮しそのものは成り立っていますし、変える部分は無いです。」(A01)

以下、高齢者の語りを続ける。

「ここでの暮らししか知らないからね。慣れっこになってる。多くを望まなければ、満足できるよ。」(A11)

「安定した生活ができるここが一番です。」(A17)

「住めば都とは、こういうことをいうのだと思います。」(A20)

こうした語りを総括して、次のように語ってくれた人がいた。この人も、高齢者として重要なインフォーマントである。なお、重要なインフォーマント (Informant) とは、面接調査や質的研究において、有意義な情報を与えてくれる人のことを指す。

「この土地に根づいた暮らしの文化というのが、確かにあると思います。」(A27)

次の人は、聴覚障害のご主人を支え続けて来た奥様の語りである。偶然帰省していた、都内近郊に暮している息子様 (30代) の語りと同時に紹介する。

「この人と二人三脚で生活してきました。暮らしが変化した様子も解っています。便利になりました。もちろん、そうした変化にはついていけてます。今でも、料理教室で若い人に教えたり、リーダーとしていろいろな仕事をこなしています。今日も道の駅で仕事をしてきました。やる

ことは以前と同じです。このあたりが、もっと良くなってほしい、といつも考えています。」
(A04 の家族)

「今、都内に住んでいる。都会は便利そうに見えるけど、実家で暮すのと大して変わらない。むしろ、ここの方がいい。いずれは、ここに帰ってくるつもり。もう決めています。たとえば、携帯電話。あれも、実は無くても済むものなんですよ。便利そうに見えても無駄な物って多くないですか。」(A04 の家族)

過疎地に対し一方的に不満を語る、という人は、筆者の記憶には無かった。総じて、自分が暮している場所を気に入っている姿が読み取れ、一人の人間の内面に、不便な生活をしつつも許している姿が、多く見られた。過疎地から病院までの通院の苦勞を、家族の側から語ったものも聞かれたが、代表的なものとしては次の語りがある。

「定期的に通院していますが、車で一時間ちょっと、かかります。慣れてますけど、まあ、遠いかな、という感じですね。でも、医療施設そのものは、設備が整っているし、スタッフの対応もいいし、不満は無いです。」(A30 の家族)

都会から越して来た人は、次のように語った。

「都市に比べると、基盤という点では劣って見えるかもしれない。違いに驚いたり怒ったりすることもあります。でも、考え次第では、むしろ窮屈ではないし、そこは“伸びしろ”と考えています。」(A02)

「都会から越して来たからといって、何が違うとか、そういうものはないですね。」(A13)

これらの語りから、多くの人が、「欲しいものではなく、必要なものがあればいい。」「多くを望んでも仕方がない。」「不便かもしれないけれど何とかしよう。今までも、何とかなってきた。」という考えを持ち、日々を過ごしていると考えられた。これらの単語群は、「不便な生活と寛容的評価」との言葉で抽象化ができる。(第7節Ⅱ. Cover Term の形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した (P.298 参照)。)

【健康生成論の視点から見た語りの分析】

ここでは、伝統の遵守と都市化、不便な生活と寛容的評価の、2つの Cover Term 内で引用した語りについて考察をする。これらの Cover Term では、全体的に、SOC の高低に関係なく、過疎地での生活模様に関する語りが聞かれた。

不便な生活と寛容的評価(Cover Term)内で、A11 や A17 は、SOC は低いものの、その語りからは、暮している土地の諸々の不便さを許容し、これからも穏やかに暮したいという気持ちが

伝わってくる。

健康生成論の視点から分析するのならば、彼らの語りからは、SOC を構成する概念（第1章第4節Ⅱ．健康生成論（P.24 参照））[82]の、把握可能感、即ち、長年暮して来た土地や周囲の環境に対する理解は、相当あるものと推測できる。そして、例えば介入事例研究を企画し、SOC をより高めようと支援を試みるのであれば、生活上のストレスを具体的に検討し、身の回りにはストレスに対処するための資源がありそれらを自由に用いることができるという気持ちを抱かせ（処理可能感の向上につながると思われる。）、積極的に対処行動へと向かわせるための動機づけを時間をかけて慎重に進めることが有効であろう、という仮説を立てることができる。

ところで、伝統の遵守と都市化(Cover Term)内で、A10 より、障害を隠す風土に関する語り が聞かれた。A10 は、SOC が低かった。障害を隠す風土と SOC との関連性や因果関係性については不明である。しかし、A10 の語りからは、障害を隠す風土の中で生活している息苦しさを 感じ取ることができ、その息苦しさは、SOC の構成概念の障壁となっていることが、推測された。

つまり、「不慣れに感じて、自分でもどうすればよいか、わからなくなります。」という、社会との関係性の中で感じる息苦しさは、身の回りの環境や出来事には秩序があり予測可能だという 気持ちを持たなくさせたり、ストレスに対処するための資源を自由に用いることができないとい う気持ちを生じさせたり、ストレスへの対処行動を積極的に取ることができないように、当事者 を導いていることが推察できる。

(Included Terms)

車で出て行かなきゃならない、移動が不便、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、先日まで元気だったのに、希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、働けない、何もできない、親がいなくなった後の見通し、家から出られない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、病気のことだけ、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、どうなるか解らないと思うと怖い、あきらめ、社会復帰がいいね、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、交流が減った、家族に申し訳ない、いろいろ不自由、寝たきり、生まれてからずっとこのまま、駄目なんだよ、この体じゃ、聴診器当てて帰られる、「不幸なことが起きた」ことは不幸なこと、しょうがない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、「単独で出るな」といわれている、負担をかけたくない、迷いと葛藤、心配が多い、どうせ聞こえない、心から「ありがとう」といった記憶、自分の存在とは何かを考えたこと、大手術を乗り切る、もうだめかと思った、事故の経験、予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談、自分を見つめる時間が多かった、生死観について考えた、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける、老い、長生き、長生きするぞ、年を感じる、年齢、食事へ気を配る、体への特を考える、寝るときの姿勢、健康管理、無理に動かない、高血圧予防、運動してるよ、衛生管理、老化防止、認知症予防(クイズ番組・ゲーム・パズル・編み物)、明るく生きる、栄養ドリンク、万が一の体調の変化等が心配、障害以外の病気が怖い、リハビリ治療の見通し、冬の寒さが厳しい、来る人がいない、話し相手がいらない、一人では不安、誰もいない、人と会うことが少ない、生きていることが不思議、障害は関係ない、現状を受け入れる、病気を通じての人間関係、障害は医学の判断、障害の客観的な分析、冷静な情報分析、物事の受け止め方、性格も影響しているかもしれない、気持ちの持ちよう、前向きな姿勢、経験したことをプラスに考える、ポジティブ、気持ちかもね、情報を手にし活用する、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ、病氣的に知り合いが増える→つながりがある、give and take、援助が足りない、相談しやすい、医療の援助が足りない、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、頼りになるよ、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる

「健康と健康不安」とは、障害と共に生きる姿の中に見出された、自分の体を気づかい心配する様子を、いい表したものである。

健康について話が及ぶと、障害を考えて体を気づかう様子、年齢を考えて体を気づかう様子等、各人多様な対応をとっている様子を語ってくれた。理論立てて説明をし、クレバーな印象を受けた人の語りから紹介する。いずれも重度障害者である。冷静な対応をしている様子が伺える。

「予防的に柔軟に対応しようという自分がいます。あと、病気の人間関係というのでしょうか。不安だから情報を集めます。次第に同じ病気がある者同士で、知り合いが増えます。病気を通してつながりができて、それも、また自分の力になるし“人生って興味深い”と感じます。」

(A01)

「昔は無理に動いていた所もあったけど、今は、無理に動かないようにしています。あと、状況を客観的に見るようにしています。」(A02)

他の人も、言葉数は少なかったが、その本質は上記2名と変わらなかった。

「日常生活では、先ず“体への得”を考えていますね。」(A09)

「からだに負担をかけないように工夫しています。」(A21)

「リハビリもそうだけど、どんどん体を動かさないと駄目ってことくらいは知ってるよ。だから、機会を見つけては、動くようにしている。」(A23)

「そうね。体には敏感です。ちょっとしたことでも気になりますね。だってそうでしょ。動けなくなったら大変だもの。大変ですよ、そのあとが。」(A25)

「脳障害の後遺症で、ふらつきがあります。転倒しないように、気をつけています。一番怖いこと。あと、忘れっぽくなっているけど、これは後遺症なのかなぁ。」(A28)

障害があっても、自分をコントロールし、通院やリハビリに重きを置き身体の治療や現状維持に励む人、障害以外の健康に気を配る人等、総じて毎日の生活を健康にしようとする姿勢が見られた。これまでの人生経験上、どのように日々を過ごせば安寧でいられるのかを、各人が考え行動していると考えられた。

しかし一方で、障害のことで日々が過ぎて行く人がいたのはもちろん、元気なことを強調している人からでさえも、自分の体が思い通りにならない苛立ちや悲観が聞かれた。

「毎日毎日、この体の、この状態とつき合わなくちゃならないから。ただそれだけ。」(A06)

「この体じゃ仕事ができない分、退屈といえば退屈。」(A11)

「自由が利かない分、さびしい思いはあります。」(A24)

「駄目なんだよ。見てわかるだろ。これからずっとこれなの。」(A26)

「“単独で出るな”といわれている。その分、さびしさが募る。」(A06)

「障害というより、歳だから、そっちの方が心配」(A04)

当事者の家族も、「今は、これでいい。」としながらも、今後への不安を語った。

「主人の、この状態が生活の全て。それでも、主人がいてくれるから、まだ良いです。」(A12の家族)

「今後のことを考えると、それはやはり、不安です。」(A05の家族)

地域全体の中に、或いは個々人の内面に、程度は違えど、障害があっても生きて行ける自信と障害があることに対する不安が混在している様子、更には、障害とは関係なしに、健康に対する自信や気づかい、そして不安が混在している様子は、「健康と健康不安」との言葉で抽象化ができる。(第7節Ⅱ. Cover Term の形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した(P.305参照)。)

【健康生成論の視点から見た語りの分析】

第2章の研究において、当事者の多くが、健康に気を配って暮している様子を伺い知れた(第2章第3節Ⅱ. お住まいの地域、健康、社会参加に関する意見を尋ねた結果(P.49参照))。また、第3章の研究において、独自に設定した質問項目から抽出した、健康行動の3因子(メンタルヘルス、身体活動、自己管理)のうち、メンタルヘルスがSOCと有意に関連していたが、因子同士は全て正の相関関係にあった(第3章第3節Ⅳ. 汎抵抗資源や生活におけるストレス、健康関連指標と、SOCとの関連について(P.103参照))。

本章における研究からは、そうした量的研究によるデータを、当事者の語りから、健康を不安に思う気持ちを併せて確認できた。不安な気持ちや前向きな気持ちがあること、無理のない範囲で体を動かす一方で思い通りにならない苛立ちもあること、これからは備えて健康管理を自らの意思で行うこと等、多数の語りが聞かれた。

ここでは、事例として、SOC の高い A01 の、健康に関する（病気への対処行動についての）語りをもう少し深く見てみる。

「①「予防的に柔軟に対応しようという自分がいます。」あと、「病気の間人間関係というのでしょうか。」②「不安だから情報を集めます。次第に同じ病気がある者同士で、知り合いが増えます。病気を通してつながりができて、それも、また自分の力になるし」③「人生って興味深い」と感じます。（A01 の語りの再掲）」

下線の 3 箇所を、SOC を構成する 3 つの概念（把握可能感、処理可能感、有意味感）[82]から読み解くと、以下の推測ができる（第 1 章第 4 節Ⅱ．健康生成論（P.24 参照））。

- ①「「予防的に柔軟に対応しようという自分がいます。」という部分からは、自分の健康状態を、冷静かつ客観的に把握し、将来起こり得る変化について、何通りもの予想を立てている姿勢を読み取ることができる。
これは、自分の健康は予測可能だという、謂わば、健康に対する把握可能感を有するが故の語りである、と解釈できる。
- ②「「不安だから情報を集めます。」という部分からは、病気というストレスに適切に対処するためのあらゆる資源を、有益に活用しようとする、意志の強さや能動性が感じ取れる。
これは、A01 の中に、病気に適切に対処するための資源はいつでも得られ、また自由に用いることができるという確信、即ち、処理可能感があることの表れと考えられる。
- ③「「病気を通じて人間関係が広がり、自分の力になることに対して）「人生って興味深い」と感じます。」という部分は、病気に対して能動的に対応し続けた経験から、自ずと発せられた語りと思われる。

A01 は、病気というストレスに能動的に対処した経験から、そうした対処行動を、意味のあること（チャレンジの対象）と捉えている、と思われる。即ち、病気への対処行動に、有意味感を保持していると考えられる。

また、病気への対応を通じて人間関係が広がることを、「自分の力になる」と語っているが、これは、同じ病気がある知り合いが A01 の汎抵抗資源（病気というストレスに対処（抵抗）するための資源）になっている、と解釈できる。

更に、興味深い、という言葉の中には、「今後も、更に人間関係が広がるかもしれない。」という、A01 が抱く期待感も読み取ることができる。アントノフスキーは、SOC の 3 つの構成要素の中で、動機づけの要素である有意味感は最も重要である[82]と述べているが、A01

が抱いていると推察される、そうした期待感は、「予防的に柔軟に対応しようという自分」を動機づける要因にもなり得ているもの、と考えられる。

第1章第4節Ⅱ. 健康生成論 (P.24 参照) で述べた通り、SOC とは、その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界 (生活世界) 規模の嗜好性である[82]が、以上の通り、語られた言葉一つ一つを分析すると、A01 の語りからは、病気への対処行動に確信の感覚を抱いて暮している、と考えられる。

Moons ら[107]は、病いの経験を通して SOC がより強化されることを仮説として報告している。また、McSherry ら[92]は、SOC が低い人は、ストレスの多い状況下に置かれた際、精神的な苦悩や不安、怒りを示し、消極的に対処することを示している。

A01 の SOC が、元来 (以前より) 高いのか低いのかは不明である。即ち、A01 の SOC が、元来高いから、病気 (というストレス) に積極的に対処しているのかどうかは、不明である。しかし、A01 の語りの分析をすると、下図の如く、SOC を構成する 3 つの概念には良好な循環があること、そして、その過程で汎抵抗資源が獲得されていることを考えると、汎抵抗資源とは、「一貫性と、結果の形成への参加と、過小負荷—過大負荷のバランスという 3 つの特徴を持った人生経験 (Life experience) をつくり出し、それによって強い SOC を形成或いは強化するもの[82]」、いい換えれば、「世の中にあまねく存在している、ストレスの回避や処理に役立つものの総称[85]」であり、他の要因も考慮に入れるべきだとする検討の余地は残すものの、病いの経験を通して、A01 の SOC がより強化されていることは、十分推察できる。

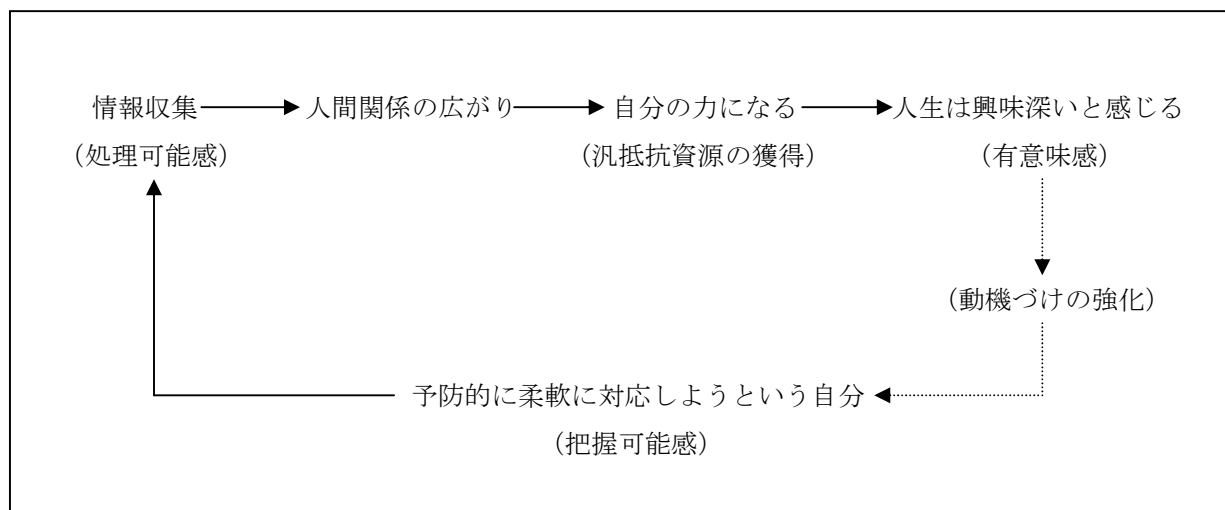


図4-15 病いの経験を通じて SOC がより強化される事例 (A01 の語りより)

説明) A01 の、健康に関する (病気への対処行動についての) 語りを、SOC を構成する 3 つの概念 (把握可能感、処理可能感、有意味感) から分析をした。
まず、予防的に柔軟に対応しようという自分の意識が、情報収集という行動を取らせる。その過程で得た人間関係の広がり、自分の力になる。結果、人生は興味深いと感じている。そして、その面白味が、再度、予防的に柔軟に対応しようという意識を強める、とい

う様子が見て取れた。
これらの良好な循環から、病いの経験を通して、A01のSOCは、より強化されていることが推察できる。これは、病いの経験を通してSOCがより強化されることを仮説として報告している、Moonsら[107]の研究を、追認するものである。

(Included Terms)

自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車で買出し、もらう・あげる、経済的な安堵感がある、自由に暮している、自分の土地、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都、必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここにいる、用も足りる、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、多くを望まない、不便さは感じない、他県に住んでいただけ別に変わらない、学生の時は東京だった、仕事はしばらくの間東京だった、車があれはどうかかなる、「過疎地だから」というのはない、土地に根づいた暮らしの文化、本当に必要なものって何だと思う？、今のままでいい、生活してみればわかるよ、車があれば大丈夫、どうかになってきた、車で出て行かなきゃならない、移動が不便、遊び場が無い、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い、希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、働けない、何もできない、家から出られない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、病気のことだけ、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、どうなるか解らないと思うと怖い、社会復帰がいいね、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、交流が減った、家族に申し訳ない、いろいろ不自由、寝たきり、この体じゃ、しょうがない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、「単独で出るな」といわれている、負担をかけたくない、迷いと葛藤、心配が多い、やらなくてはならない、仕事、どうしても収入が必要だった、生きなければならぬと思った、生きる喜び、毎日努力、目標がある、生活、元気、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、命を大切にしたい、家族を食べさせるため生きて、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、つらい人へのサポート、「よし、じゃ次」という気持ち、紙と鉛筆があればどうかかなる、戦争体験、自分の存在とは何かを考えたこと、障害の体験が自分を強くした、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける、若い、長生き、長生きするぞ、年を感じる、年齢、一人でやっていける、あとは自分だから、干渉されたくない、みんな意外と社会的、来る人がいない、話し相手がいない、一人では不安、家にこもることが多い、内向的、誰もいない、日常に変化がほしい、人と会うことが少ない、若者は出て行き自分たちはここにいる、1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、家族の写真、自分の家がいい、自分の家、もちろん大切だよ、存在することが大事、顔が見たい、傍、成長を見つめる喜び、長男の出生、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、ありがたい存在、声を聞きたい、声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、強み、誇り、安心感、月に一回は会う、家族意識、周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、共生、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、援助が足りない、相談しやすい、医療の援助が足りない、役場の安心感、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、頼りになるよ、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる、役場の人はずっとやってる人、親切、大都市と比べると温度差がある、障害を隠す風土、差別、社会の理解が足りない、教育レベルが低い、不当な扱いを受けている感じはない

「自立と孤独」とは、過疎地で自立して力強く生きている姿や、孤独に苛まれている姿、自立している中にも見られたさびしい姿、こうしたいろいろな姿のことを指す。

過疎地は、高齢化と若年層の流出の点において、クローズアップされることが多い。しかし一方で、特に高齢者の定住意識は強かった。言葉の端々に、障害の有無とは関係なく、この土地で生きて来たという自負、この土地で老いを生きたいという願望、が現れていた。過疎地での暮らしが体に染みついた如き印象的な語りとしては、次のようなものが挙げられる。

「子どもは、みんなそれぞれ働いています。たまに帰ってくるのを、楽しみにしています。今の自分にとって、これが最も良い生活だと思います。これからもずっと、こういう生活をしたいです。」(A20)

「家内と一緒に、ここで暮している。これが、一番良い状態だ。家族や仲間とも直ぐに連絡が取

れる状態だし。」(A22)

「先祖の代から、ここで暮してきています。先祖が築いて来た物を受け継いでいるという意識が強いですよ。特に、父の影響が大きかった。若い時から豊かな暮らしをさせてもらいました。感謝しています。」(A27)

「ここまで、あつというまででした。一生懸命生きてきました。これからも、二人で一緒に頑張ります。」(A04の家族)

「父は、ここ以外を知らないから、これが普通なんです。」(A14の家族)

子どもが都会で独立し元気で過ごしている様子を、老夫婦が田舎から見守る、という図式が多かった。高齢者の過疎地での暮らしは、「助けを借りなくても、これまでのやり方で、一人でやっ
て行ける。」という、自立したものだ。自立した生活が営めるのは、体に染みついた生活様式があり、そして夫婦や家族の絆が大きな力となっているからだ、と考えられる。

一方、そうした自負に溢れる姿の中に、孤独に苛まれたり、障害に対する差別意識を感じている語りもあった。家庭や社会で孤独を感じている様子も伺えた。ここでいう、家庭での孤独とは、障害のことだけで時間が過ぎて行くことや、それに伴い家族に迷惑をかけているといった、家族への謝罪の気持ちを指す。また社会での孤独とは、社会との関係の希薄さや、差別されているという意識を指していた。

「訪ねて来る人がいない。“迷惑するんじゃないか”という遠慮があつて、誰も来ないんだ。」(A06)

「障害者への、社会の理解が足りないことは、よく感じます。教育レベルが低いというか、差別をするような空気があるようにも感じます。」(A08)

「こんな体になってしまって、妻には申し訳ないと思っているよ。苦労を微塵も感じさせてくれないけど、大変な思いをしているのは、もちろん承知しているよ。だから、あまり負担をかけたくないんだ。」(A11)

「病気になってから、人との交流が減りました。皆、来なくなりました。顔見せくらいでもいいのに。」(A12の家族)

「たまにしか親族と会えないのは、やはり寂しいです。住んでる所が遠いから仕方ないですが。」(A24)

「家のも(奥様のこと)、体悪いし、お互い歳だから。これからのこと考えると心配だよな。」(A29)

「家の者がいろいろやってくれるから、何とか生活しているけど、やっぱり寂しいというのかなあ。」(A31)

以上のように、一人の人間の中に、「自立と孤独」の両面が見られるケースも多かった。一人で生きている自身の中に、寂しさを感じ取ることが多かった。ここでは、そうした姿を「自立と孤独」と抽象化した。(第7節Ⅱ. Cover Termの形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細)

細を示した (P.311 参照)。

【健康生成論の視点から見た語りの分析】

自立をしている様子については、特に、SOC の高い人からの語りが聞かれた (A22、A27)。また、そういう人たちからの語りからは、家族や友人との良いつながりがあることや、先祖からの遺産を引き継いでいること等、過疎地で生きて来た生活史そのものが、現在の自己の暮らしに有効に機能している様子を伺い知れた。自らの内面に複数個存在するであろう、多種多様な汎抵抗資源を駆使して、過疎地で力強く生き抜いている様子を想像することができる。生きがいを持つことや近隣との行き来が SOC にとって重要である、とした第 3 章の研究結果への理解を、語りの面から深めることができた。

第 3 章の研究結果より、人とのつながり (近隣との行き来) が、汎抵抗資源として SOC に有意に関連していることが確認されたが (第 3 章第 3 節Ⅳ. 汎抵抗資源や生活におけるストレス、健康関連指標と、SOC との関連について (P.103 参照))、A06、A12 の家族、A24、A31 のように、人とのつながりが薄いと考えている人に対しては、特に、孤独感を感じさせぬような支援が求められると考えられた (A12 の家族の「人との交流が減った」という語りは、障害当事者に影響を及ぼしていると思われたので、取り上げた)。

ところで、A11 の語りからは、障害のある暮らしや家庭における自分の存在そのものを、大変卑下している気持ちを読み取ることができる。A11 の SOC は低かった。SOC の低い理由は不明であるが、「申し訳ない。」や「あまり負担をかけたくない。」という語りの文面からは、暮らしの中で、障害というストレスに対処するための資源を自由に用いることを躊躇う気持ちがあることや、前向きに生きようとする動機づけが低いこと、つまり、SOC の構成概念[82] (第 1 章第 4 節Ⅱ. 健康生成論 (P.24 参照)) でいうところの、処理可能感の弱さや、有意味感の欠如を推察することができる。

Sack ら[120]は、SOC スコアは、不安やうつのような、陰性感情や精神病的な愁訴と高い負の相関が見られていることや、主観的な健康状態と SOC は有意な正の相関関係がある、と述べているが、A11 が家族に対して抱く陰性感情や、その感情表出としての嘆きは、家族間の関係性という点からは主観的な健康を低めており、結果として、SOC を低める要因の一つになり得ていると考えられる。

また、A08 の語りは、障害者への差別から孤立感を感じているものである。A08 の SOC は不明であるが、人とのつながり (近隣との行き来) は SOC に有意に関連していることを考えると、A08 が普段感じている、障害者への差別は、人との良いつながりを途絶えさせる等、結果として直接的・間接的に SOC に影響を及ぼしていることが示唆される。

伝統の遵守と都市化 (Cover Term) 内で (P.176 参照)、SOC が低い A10 より、障害を隠す風土に関する語りが聞かれたが、A08 や A10 の語りは、障害に対する差別はストレス (ストレス要因) として SOC と有意に関連するかもしれない、という仮説を立てることを可能とさせ

るものである（この点については、伝統の遵守と都市化、そして不便な生活と寛容的評価（Cover Term）を、健康生成論の視点から分析をした際にも言及した（P.182 参照）。）。

(Cover Term) 友人の存在

(Included Terms)

自給自足、代々農家、もらう・あげる、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じていたい、楽しんでる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、住めば都、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、変えたくない、これで幸せだよ、死ぬまでここにいる、どうにかなってきた、車で出て行かなきゃならない、移動が不便、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、「金の力」はここでは通じない、希望の中を感じる絶望、気が晴れたことがない、何もできない、家から出られない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、あきらめ、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、いろいろ不自由、この体じゃ、しょうがない、「単独で出るな」といわれている、心配が多い、生きる喜び、元気、前を向く、気持ちだよ、目標を持つ、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、生きがい、デイサービスが楽しみ、紙と鉛筆があればどうにかなる、自分の存在とは何かを考えたこと、同じ障害がある人との出会い・相談、長生きするぞ、病気を通じての人間関係、周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、病氣的に知り合いが増える一つながりがある、つながり、give and take、一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間、老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の手伝い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ

「友人の存在」とは、親しくしてくれる仲間や旧知の友人は、過疎地で暮して行く上での心の支えになっている、という意味で名づけた。

過疎地に暮す身体障害者にとって、友人や知人の存在は、大きな力となっていた。

「人に喜んでもらうことが好きですね。」(A01)

「小さい時から皆なかよし。全く変わらない。皆大好き。」(A07)

「越して来た時から、近所の人には良くしてもらっています。上手く、この土地に溶け込めたな、と思います。こちらも、気を使うことなく、普段着のおつき合いをさせてもらっています。」(A13の家族)

「この辺の人たちとおつき合いだけで、十分です。」(A17)

「過疎地の良さ、という訳じゃないと思いますが、いい意味で独立していて、協力する時は当り前にする、というのかしら。」(A19の家族)

「こんな体でも生活していけるのは、お手伝いさんや友達のおかげ。」(A21)

「仲間が俺を支えている？ うん、そうだね。それはある。」(A22)

「何が楽しみかって、仲間と会うときだよ。」(A23)

「道歩いていてすれ違う時とか、こう、挨拶をしたり話したりね。近所同士、一体感というか、みんなと一緒になんだな、って思いますよ。」(A25の家族)

このように、所謂「支え合いの力」の大きさを強調する語りが多かった。友人や知人の存在を語るときの、当事者の表情は生き生きしたものだった。

こうした「支え合いの力」は、昨今の健康教育学や公衆衛生学分野でクローズアップされてい

る、人間の生きる力や主観的健康感の向上につながっているのであろうことが、当事者の語りからも推測された。この意味においては、過疎でも都会でも大差はないと思われる。

しかし、過疎地における人間同士の結びつきは都会のそれよりも濃いかもしれない、と思わせる語りも多かった。関係が長ければ長いほど、友人という言葉が軽く見えるほど、結びつきが強い様子が伝わって来た。部落内で長年互いに支え合いながら暮して来た、という事実は、単なる「友人」という言葉が軽薄に思えるほど、重みのあるものだった。言葉の端々に、この土地で、相手を助け、相手から助けられることで生きて来た、という歴史の重さを読み取ることができた。一方で、若い人も、同世代の人間と共にこれからの地域を創って行こうとしている様子だった。そして、世代が違って、地域を創る仲間として、皆が皆を認め合っていた。友人は、土地で生きて行く上での大きな支えだった。

こうした語りや単語群は、「友人の存在」との言葉で抽象化ができる。(第7節Ⅱ. Cover Termの形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した (P.320 参照)。)

(Included Terms)

合併されるとすれば寂しい、合併が心配、若い人がいないでしょ、新生児がいない、これで幸せだよ、インターネット環境、バリアフリー化、社会が変わりつつある、犯罪が増えた、新しい家が増えた、「都市化」したね、都市へもかなり近くなった、伸びしろという解釈、車で出て行かなきゃならない、移動が不便、遊び場が無い、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い、村と村をつなぐトンネル、景色が変わった、道路ができた、大分変って来たけどね、そういえば大分変わったわねえ、小さいことで不自由する、社会復帰がいいね、車に乗れない、がっかりしたこと、いろいろ不自由、感謝、高齢社会、日本は長寿の国、若者は出て行き自分たちはここにいる、手帳申請に積極的な意味を持った、援助が足りない、相談しやすい、医療の援助が足りない、役場の安心感、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、頼りになるよ、公共設備が良くなった、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる、役場の人はずっとやってる人、親切、大都市と比べると温度差がある、障害を隠す風土、差別、社会の理解が足りない、教育レベルが低い

「行政の支え」とは、行政が目指す“身体障害者にとって暮らしやすい街づくり”を、身体障害者が評価、或いは批判している姿を、端的にいい表したものである。

本研究は、公共性を重視したため、役場を通して調査を実施した。障害者団体の協力は得ていない。筆者に、「子どもから高齢者までを含めた、社会全体のバックグラウンドの中における障害者への健康・保健福祉を考えたい。」というねらいがあったからである（なお、調査協力者をリクルートする際に役場を通したこと、に関する議論は、第5章第4節（P.351 参照）で行う。）。

一市民として障害者に対する行政や施策をどのように評価するか、を尋ね、中立な立場で分析した結果、前向きな評価が多く聞かれた。

「そうねえ、まあ、いろいろいいことしてくれるからねえ。」（A06）

「オープンな雰囲気、何でも意見を聞いてくれますよ。いい人がいますよ。対応も良いし。」

（A07）

「社会基盤とか、そういう点では、都会と変わらないと思います。そういうことは、役場が考えているみたいだし。贅沢を望まなければ、生活に必要なものは、揃っているような感じです。」

（A16）

「この辺りが、こんなに良くなったのは、ここの政治家のおかげ。本当に良くやってくれました。誇りです。」（A20）

「役場が、高齢者や障害者向けの施設を作ってくれたからね。」（A23）

「役場の人は、若い時から良く知っている人。もう、ずっとこの地区を担当している。信頼を置いています。」（A27）

「役場の人は、この地域を、大分良くしてくれたと思います。」（A04 の家族）

「風通しはいいみたいだよ。こっちのことを良く考えて、いろいろいってくれるし。」（A28）

「頻繁に役場に行くので、行政の理解や協力の下で生活できている、と思うし、感謝しています。」（A30 の家族）

こうした語りからも、障害者の、役場への信頼や期待が、いかに大きいかが読み取れる。障害

者は行政や役所を頼りにしていた。また、役場が市民と共に街づくりをしている様子も伺い知れた。

行政に関する語りの中には、批判的なものもあった。代表的な語りとしては、以下のようなものがあつた。

「障害者が置かれている状況を知らなさすぎる、という苛立ちはあります。でも、大分良くなりました。」(A02)

「やはり、病院があるといいね。遠くまで行かなくても済むように。」(A06、ほか同様の語りとして A12 の家族、A18、A21、A25、A26)

「障害者への福祉をもっと手厚くしてほしい。」(A08)

「行政は、全然わかっていない。」(A10 と A31)

「送迎のバスの台数を増やしてほしいとか、助成金の手続きとか、要望はあります。欲をいえばきりがないです。」(A21)

「何にもやってくれない。少しは解ってほしい。俺みたいな人がこれから増えるのだからさ。」(A26)

研究者として、科学的中立の立場より分析をすれば、こうした厳しい語りは、一市民としての期待を込めた意見と理解すべきもの、と解釈できる。

感謝を語った人も、厳しい注文を出していた。多くの障害者は、自治体にも、そして国家にも、“社会全体のバランスの取れた発展”を考えた政策を打ち出すことを、これからも期待していると考えられた。

前向きな意見であれ、批判的な意見であれ、そうした語りや単語群は「行政の支え」との言葉で抽象化ができる。(第7節Ⅱ. Cover Term の形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した (P.326 参照)。)

(Included Terms)

自給自足、代々農家、もらう・あげる、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、変えたくない、これで幸せだよ、死ぬまでここに居る、世代間や新しいものとのギャップ、価値観の違い、プライバシー保護、表面的なつき合い、組合意識への抵抗、社会が変わりつつある、この辺の慣習を軽視しがち、お互いが疎遠になってきた、「今の人」という言葉、自分に寄りかからなければ、祭りへの参加等人間関係に気を使う、新しい家が増えた、他家への礼儀が無い人が多くなっている、どうにかなってきた、車で出て行かなきゃならない、移動が不便、遊び場が無い、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、「金の力」はここでは通じない、希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、何もできない、家から出られない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、あきらめ、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、いろいろ不自由、この体じゃ、しょうがない、「単独で出るな」といわれている、心配が多い、生きる喜び、元気、前を向く、気持ちだよ、目標を持つ、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、尊敬する政治家のために生きる、生きがい、デイサービスが楽しみ、つらい人へのサポート、紙と鉛筆があればどうにかなる、自分の存在とは何かを考えたこと、長生きするぞ、周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間、老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の手伝い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ、都会から来た人には警戒心があるかもね

過疎地では、人と人のつながりが非常に強かった。そうした姿を「共同体(部落)意識」と定義する。

調査中、「この部落には、、、」といういい方を、本当に頻繁に耳にした。具体的には、「この部落には、〇〇という名前の人はいないよ。」「この部落の人たちは、皆、昔から農家をやってるよ。」といういい方である。部落とは、集落のまとまり、所謂共同体のことである。

「支え合いですよ。この辺は、農家が多いから。どうしても、一緒にやることが多くなります。一緒にやれば楽だから。大きい農機の貸し借りもするし。」(A18)

「うん。部落の仲間で、いろいろ相談をして、作業をして、山に入ってね。そういうことをやって生活して来たよ。」(A22)

「知人は、小さい時からずっと顔見知りばかり。一声かければ直ぐ集まるよ。今でもそう。」(A23)

「病院への送迎の時は、そこの家に手伝ってもらおう。そこの家がないときは、部落の誰かが来てくれる。ありがたいよ。」(A26)

「地域住民に支えられて生活しています。」(A30の家族)

「仲間の顔を、まだまだ見ていたい、っていう気持ちはあるね。」(A31)

「小さな部落だと、皆家族みたいなものですからね。この辺の人かそうではないか、なんて、直ぐにわかりますよ。」(A14の家族)

両地域とも、農家が多く、高齢者は特に、「農業と人生は一体。」という人が多かった。「生ま

れも育ちもこの土地” という人も多かったが、そういう高齢者にとって、古くから生活の中心でもあった農業は、今でも確実に根づいたものだった。豊かさを自力で築くという、主体性の元に行われた農業は、彼らの全人的な部分を創り上げていた[188]。語りの節々に、“自給の思想を原理とした農の論理”や“「土地があり、そこに生きる」という農業の原点”を垣間見ることができた[189]。農業は、彼らのアイデンティティそのものである。今回協力を得た2つの過疎地における、人と農業との関係は、形はどうあれ今後も廃れることはないと思われる。人と農業との関係は、共同体（部落）意識を強固なものにしていた。以下、代表的な「語り」である。

「家が農家だったからね。この辺は、みんな農家だった。こんなに小さい時から、畑をやってたよ。周りの景色は随分と変わったけど、今でもやることは同じだよ。自分で食べる分しか作ってないけどね。」(A22)

「それこそ何でも作ってたよ。食う分には苦労はしない。」(A23)

「自分の食べ物は自分で作ってきたよ。これ（山椒）だって、ここで採れたもの。美味いだろ。」(A29)

ちなみにA県B村は、本研究の現地調査実施前の平成19年9月に、台風被害の災害を受け、一時、孤立した世帯があったようである。しかし、そのことに関して触れても、当事者によれば、

「食べ物や水には別に困らない。近所同士、皆知り合いだし、困った時には、融通を利かすよ。」(A19の家族)

と語ってくれた。こうした語りから、高齢者にとって、農業を中心に生活することは即ち、老いに価値を見出すことである、ということが理解できる。また、自分の家・自分の土地で、自分の力で食べ物を造り、そして時には、他家に食べ物与え他家から貰う、という行為を通じて、つね日ごろより、皆がお互いの様子を気づかい合っていることも伺い知ることができた。

30代、50代の若い世代は、部落について、次のように語った。

「この辺の共同体意識は、強いものがあります。世代間のギャップを感じることはよくあります。私も、嫌いではないですが、慣れるまでは苦勞しました。暗黙の風習や慣習等があつて。人間同士の距離の置き方は、結構難しいです。」(A09)

「この辺は、老人の仲間意識は、強いですよ。そして、意外と社交的です。おばちゃんに声をかけられると、つい話をします。声をかけてくれるのがうれしい気持もあります。」(A10)

一方、都会から越して来た人は、部落を次のように語った。

「“結”というものを感じます。友達とか、そういう意味じゃなくて。“一緒にこの土地で暮していく”という意識を、皆が分かち合っていると思います。」(A13の家族)

過疎に長く暮し、本研究において重要なインフォーマントでもあった人は、部落を次のように分析・解説してくれた(前者は、障害者の介護をしている家族である。過疎を良く知る人間として、重要なインフォーマントであると判断した。)

「そういう部落意識というのは、ここ一帯の、生活の文化だと思います。根づいたものです。この社会を支える上で欠かせないものだと思います。そこを理解して下さい。」(A19の家族)
「部落意識は過疎の文化の一つ、うーん、大きくはそういういい方で良いとは思いますが、でも、普段、あまり意識しないからね。外から見ると、そういうものがあるように映るのでしょうか。」(A27)

大きな部落であれ小さな部落であれ、部落内の人たちは、お互いを良く知っていた。喩えていえば、大きな家族のようなものである。部落内部では、家同士、そして人同士の結びつきが強かった。通院の際の送り迎えや簡単な家事、地域の年中行事を、当り前に手伝っていた。すれ違う時は、自然と声掛けをして、お互いの健康や生活を気づかっていた。

そうした語りからは、助け合いながら共に生き抜く強さが滲み出ていたように感じられた。それは即ち、互いに助け合いながら暮して来たという、生活の歴史にルーツがある「情(なさけ)」の力と考えられた[190]。なあなあと慣れ合いという、友達つき合いのような関係ではなく、独立自尊と他者への気配りを前提とした大人のつき合いが、部落を支える源となっていた。

これらの語りや単語群は、「共同体(部落)意識」との言葉で抽象化ができる。(第7節Ⅱ. Cover Termの形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した(P.331参照。))

(Included Terms)

自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車での買出し、経済的な安堵感がある、自由に暮している、自分の土地、捨てられない、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、父親の姿、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、これで幸せだよ、どうにかなってきた、車で出て行かなきゃならない、移動が不便、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い、先日まで元気だったのに、希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、何もできない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、病気のことだけ、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、どうなるか解らないと思うと怖い、あきらめ、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、交流が減った、いろいろ不自由、寝たきり、生まれてからずっとこのまま、駄目なんだよ、この体じゃ、「不幸なことが起きた」ことは不幸なこと、しょうがない、迷いと葛藤、心配が多い、どうせ聞かえない、やらなくてはならない、仕事、どうしても収入が必要だった、生きなければならぬと思った、生きる喜び、毎日努力、目標がある、生活、元気、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、命を大切にしたい、家族を食べさせるため生きた、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、生きがい、「よし、じゃ次」という気持ち、紙と鉛筆があればどうにかなる、必死だった、心から「ありがとう」といった記憶、大変だったが子どもを育て上げた、自分の存在とは何かを考えたこと、大手術を乗り切る、もうだめかと思った、自分と家族のことで精一杯だった、自分を見つめる時間が多かった、長生きするぞ、一人でやっていける、あとは自分だから、1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、家族の写真、自分の家がいい、自分の家、OK サイン、もちろん大切だよ、存在することが大事、顔が見たい、傍、子ども、成長を見つめる喜び、長男の出産、娘が生活の全般をみている、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、ありがたい存在、声を聞きたい、声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、強み、誇り、安心感、月に一回は会う、家族意識

「家族の機能」とは、身体障害者本人にとって、家族の存在は大変重要であることを示す。

何といっても、家族の存在は大きい。夫婦或いは子どもと一緒に暮していようとも、一人暮らしとなり、子どもは遠く離れて暮していようとも、ほとんどの協力者が、異口同様に家族への感謝を語った。

家族に関する話しをしている時は、皆、実に穏やかな表情をしており、自分にとっての家族の存在の大きさを、自分の言葉で語った。家族同士の結びつきの強さは、人間が生活していく上で支えだった。

まずは、重要なインフォーマントの語りを紹介する。

「自分自身の一つ一つの行動とか生き方を、自分だけ、という意識で考えられないわけです。やはり、うしろに、この場所、家族の存在というものがあって、それで自分が動いているということ、強烈に考えますね。わかりますか。何かがあると、体のことと、自分と家族のことにババッと意識が行きますね。」(A02)

大変理論的な語りである。恐らく、多くの人が、自分一人では暮しておらず、家族という背景を背負って生き抜いていると考えられる。

「体がこんなになっても、何で我慢しているかって、やっぱりそれは、家族があるからだよね。」(A06、ほか同様の語りとして A10、A11、A13、A15、A17、A18、A21、A23、A26、A28、A29、A31)

「自分のための人生というよりも、私の場合、誰かのために恩を返す人生です。そういう意識が強いよね。特に家族ですね。やはり。」(A09)

聴覚障害があるご主人の、日常でのコミュニケーションを補って来た人は、次のように語った。

「お互いに、この人と一緒なら何でも乗り切れる、という自信を持っています。」(A04の家族)

面接の際には、夫婦揃って筆者と向き合うケースが大変多かった。家族のことになると、互いに顔を見合わせて相談をして、最良の語りを展開した。旦那のことならば妻が補足し、妻のことならば旦那が補足して、語りに深みを持たせてくれた。そうした姿一つ一つに、家族の絆を見て取ることができた。

協力者にとって家族とは、生活をして行く上で、身の回りの世話をしてくれる存在であり、生きがいである。また、自らも家族に、「存在している」という安心感や意味づけを与えているものと考えられる。存在そのものが、または、存在しているという事実が、家族にいかに大きな影響を及ぼしているかを良く表わしている語りとしては次のようなものがある。言語障害と肢体不自由を負って寝たきりのまま暮している人の家族の語りである。

「寝たきりの状態だけど、お互いに顔を合わせて、(大丈夫)とOKサインを出しあったり、子どもの写真が見える位置に置いてあったりすることで、主人の表情が大分違いますし、私も安心します。」(A12の家族)

以上の如く、子どもは遠く離れて暮しており顔を合わせる機会が少ない一人暮らしの人、障害に伴う生活上の困難を理解してもらい常日ごろ気づかいや連絡を受けている人、過疎社会において夫婦で協力しながら暮している人等、いろいろなケースがあった。しかし、皆それぞれに、家族の存在に感謝し誇りを持っていた。

「とにかく、家族が、全員きちんとしてくれたので、私は、生きてきて良かったと思っています。成長を見守ることが生きがいです。幸せです。」(A20、ほか同様の語りとしてA22、A24)
「(奥様の方を向いて) こんなこと人前でいうの照れるけど、いつも感謝している。」(A28)

当事者にとっては、家族が一番大切である、ということを教えてくれた、これらの語りや単語群は、「家族の機能」との言葉で抽象化ができる。(第7節Ⅱ. Cover Termの形成過程の詳細内に、抽象化する手続きの詳細を示した(P.337参照。))

【健康生成論の視点から見た語りの分析】

ここで、友人の存在、共同体(部落)意識、家族の機能の、3つのCover Term内で引用した

語りについて考察をする。

SOC では、人の生活世界は、その人と周囲の人や環境とで作られるものという前提的な認識があり、その人と周囲の人々や環境との関係・共同がその人にとってどの程度信頼がおけるものになっているか、納得できるものになっているのかを見ている[83]。

第3章の量的研究においては、知人との往来が、汎抵抗資源としてSOCに有意に関連している結果であったが(第3章第3節IV. 汎抵抗資源や生活におけるストレス、健康関連指標と、SOCとの関連について(P.103参照))、語りの研究においても、友人の存在、共同体(部落)意識、家族の機能の、3つのCover Term内の語りを通して、そうした理論を追証できた。SOCの高い(強い)人にとっても、低い(弱い)人にとっても、他者の存在や他者とのつながりは、生きる力の一つになっていた。

ところで、A02はSOCが低かった。理由は多々考えられよう。しかしその語りからは、家族の存在を気づかう様子や「自分がいなければ、家族のバランスが崩れる。」という使命感が伝わってくる。人の生活世界において、家族との関係・共同性が如何に重要かを、A02は良く理解していると思われる。

他者(家族・友人)がいるおかげで自分(当事者)が生きている、という語りではなく、自分(当事者)の存在が、他者(家族・友人)を生かしているのだ、他者に有形無形の影響を与えているのだ、即ち、家族や友人のSOCに影響を与えているのだ、ということをも主張していると解釈でき、興味深い。

Ⅲ. Cover Term 間の関連性を集約し、Domain を導出する

以上のプロセスで、15 個の Cover Term が形成された。

ここからは、Cover Term 間の関連性を検討・集約させ、Domain を導出した結果を示す。表 4-2 の、Step4 に該当する。ここでは先ず、作成された Cover Term を、研究目的である「過疎地に暮らす身体障害者の生活の現状はどのようなものなのか。」「生活や障害にどのような意味を持たせて生きているのか。」という視点から見つめ、浮かび上がってくる特徴を Cover Term の属性とみなし、整理をして行った。

15 個の Cover Term を研究目的の視点から見つめると、図 4-16 の如く、「土地とのつながりに関すること」「障害・人生・健康に関すること」「人とのつながりに関すること」という、3 つ特徴のいずれかを有するものと考えられる。そこで、同じ特徴を持つ Cover Term を集約しそれらの理解を深め、それぞれの一群を最も抽象的に表している言葉を考え、Domain として命名した。図 4-17 は、Domain 名と各 Domain の複層構造(階層構造)を形成している Cover Term の関係をまとめたものである。以下、各 Domain の内容を記す。

《形成された Cover Term》

《研究目的から見た特徴》

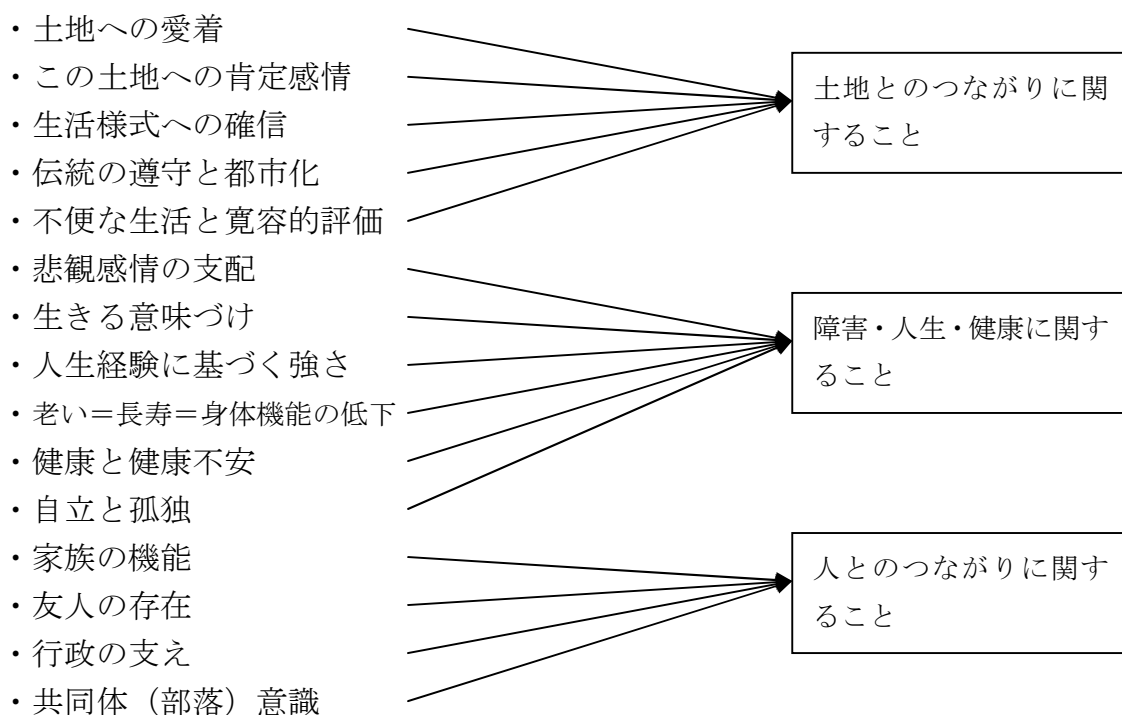


図4-16 形成された Cover Term を、研究目的の視点から見た特徴

説明) 形成された Cover Term を、研究目的である「過疎地に暮す身体障害者の生活の現状はどのようなものなのか。」「生活や障害にどのような意味を持たせて生きているのか。」という視点から見つめると、3つの特徴が浮かび上がる。Cover Term 間の関連性を検討・集約させる際には、まず、Cover Term の属性を明確にすることから始めた。

(Domain) 環境との連続性の中で生きる

含まれる Cover Term

- ・ 土地への愛着
- ・ この土地への肯定感情
- ・ 生活様式への確信
- ・ 伝統の遵守と都市化
- ・ 不便な生活と寛容的評価

(Domain) 障害と共に生きる

含まれる Cover Term

- ・ 悲観感情の支配
- ・ 生きる意味づけ
- ・ 人生経験に基づく強さ
- ・ 老い=長寿=身体機能の低下
- ・ 健康と健康不安
- ・ 自立と孤独

(Domain) 相互扶助の元で生きる

含まれる Cover Term

- ・ 家族の機能
- ・ 友人の存在
- ・ 行政の支え
- ・ 共同体（部落）意識

図4-17 Domain と Cover Term の関係一覧

説明) 15 個の Cover Term 間の関連性を検討・集約させた結果、3 つの Domain が導出された。

Domain: 環境との連続性の中で生きる

「環境との連続性の中で生きる」とは、環境と当事者が、常に有機的なつながりを持っている状態や一体化された状態、即ち“環境と自己の一体性”の中で生きている姿をいい表わしたものである。

これまで、過疎を語る時、「地域に対してどのような意識を持っているのか、どのような生活意識を持って日々の暮らしを送っているのか。」というような、住民意識の問題は、等閑にふされる傾向があった[26]。しかし、本研究において、改めて住民意識を問いなおし、当事者の言葉で語ってもらうと、暮している「土地への愛着」は極めて根強いことがはっきりした。

今日、過疎地に対して、「限界集落」という言葉も用いられるようになってきている[191]。その背景には、自治体としてこのまま維持できるかどうか極めて心配である、という意味が込められているものと考えられる。しかし、当事者の視点に立ち生活模様の理解を試みる（箕浦[192]の言葉でいえば、人々が生活を営んでいる状況と共にいることでデータを得る）と、過疎地に暮す人々の内面には、「この土地への肯定感情」が、共通の価値観として存在していた。当事者は、過疎に限界を感じていなかった。

これは、若年から壮年、そして高齢者、更には都会から越して来た人をも含め、多くの人に共通する姿と考えられた。過疎を真っ向から否定するということが無かった。過疎において、多くの人が、それぞれ「生活様式への確信」を抱いて生きていることが、明確に浮かび上がった。

「土地への愛着」「この土地への肯定感情」「生活様式への確信」は、彼らが、自らの内面に無意識に醸成し続け、今現在も保持されている、揺らぐことのないプライドである、と考える。

上述した、限界集落という言葉に象徴されるように、都会或いは過疎地の外に暮す人間は、過疎を「暮しにくい場所」と考えることが多い。ところが、当事者が保持する過疎への考え方は、都会或いは過疎地の外に暮す人が保持するそれとは違うものである、と推察された。それは、「過疎」(カッコつきの過疎)という類のものであった。

過疎においては、人間の生存に対する場の制約や環境の変化はあるかもしれない。しかし、そうした制約や変化に対して、そこに暮す人間は、不便さを感じながらも許し（「不便な生活と寛容的評価」）、古き良き伝統の中に新しいものを取り入れながら（「伝統の遵守と都市化」）、これからも暮し続けることを望んでいた。生存を安易にするために、文化的にも生物的にも自らを順応・同化させていた。

「土地への愛着」や「この土地への肯定感情」を持ち、「生活様式への確信」を抱きながら生きている姿や、不便な生活を許し（「不便な生活と寛容的評価」）、暮し続けようとする姿（「伝統の遵守と都市化」）の中には、環境と自己の一体性を見ることができ、「環境との連続性の中で生きる」という言葉でまとめられる。

Domain: 障害と共に生きる

「障害と共に生きる」とは、障害と共に生活することにまつわる、悲喜こもごもの感情や経験を、端的に表した言葉である。

被面接者は、それぞれに物語をたずさえて筆者の前に現れた。物語をたずさえて、とは、自身の障害に意味を持たせて、ということである。障害を個人史における主題へと創り変えて、といってもいいだろう。

「クライアントは自身の問題の専門家であり、クライアントこそが真実を知っている。」[181]という言葉通り、彼らは障害に関し、単に、障害の医学的な面だけを取り上げて語ることはしなかった。障害の背景にある事実を、個人の生活と関連させ、更には社会的文脈をも重視して、冷静に、時には感情的に語った。語られる内容は、実に多義的なものであった。

悲観感情に支配されている苦痛の経験（「悲観感情の支配」）、即ち、障害を生きることの心の痛手、失望、精神的な痛み、空虚感を、滔々と語り続ける場面には、頻繁に遭遇した。筆者自身、障害と人生に関する語りを聞くときは、大変緊張し、時には恐怖感を覚える経験をした。

いうまでもないことだが、健康だった人にとって、障害のある身になったというのは非常に大きな精神的ショックであり、意気阻喪して立ち直る意欲さえ失ってしまう場合が少なくない[193]。こうした障害体験を克服しようとする、当事者や家族の意識的・無意識的な努力や心の働きは、障害の受容と呼ばれ[87, 193]、また、上田は、困難な状況にぶつかっても（病気や障害があることは認めて）、負けずに何とか上手くやって行く技能・技術を、コーピング・スキル（Coping skill）と呼んでいる[87, 193]が、障害の体験が大変長く、障害を受容し、コーピング・スキルを獲得してきている人であっても、自己と障害の関係について語る時は、慎重に言葉を選び、時間をかけて解説してくれた。現在の自分と、自分のこれまでの人生の中の障害に関する経験を、大事にしていることの表れである、と考えられた。障害を受容したり、コーピング・スキルを獲得することは、そう簡単にはじめられるものでも、達成されるものでもない、大変デリケートな努力を要するものである、ということ改めて教えてもらった。

障害者は、生き続ける限り常に、障害の受容を繰り返したり、コーピング・スキルを発達させようとしている、と推察される。今回の協力者にとって、障害を受容しようと試みたり、コーピング・スキルの水準を高めて行く時に大事な要因となっていたのは、「生きる意味づけ」の有無だった。今回の調査中、多くの人と会い、各々異なる人生経験や障害の体験に耳を傾けることを通じて、人はそれぞれ「生きる意味づけ」を所持している存在だ、ということ改めて考えた。いや、人は誰もが「生きる意味づけ」を持たねばならないのであろう。

「生きる意味づけ」は、各々に個別なものであり、一個人の中に複数存在している様子だった。そして、障害とそれに関わる問題を小さなものに、或いは、障害を無関係なものに押しやっている、と考えることさえ可能とさせた。

障害の受容やコーピング・スキルが、高い次元に到達しており、なおかつ、確固たる「生きる意味づけ」がある人は、自己の内面に、人間の全人的なものとしての「人生経験に基づく強さ」

を築き上げていた。「人生経験に基づく強さ」を築き上げていた人たちは、障害に向き合った時、生活上の困難を把握し、困難に対し何とか上手く対処できる感覚を持ち、困難への対処が自身にとって意味のあること、と考えていると推察された。こうした「人生経験に基づく強さ」とは、いいかえれば、積極的なストレス対処能力（健康—健康破綻を両極とする連続体上におけるその人の位置を保ち、かつ健康の極側に移動させるための、まさに主要な決定要因）[82]ともいえるだろう。

自分が置かれている障害の現状を正しく認識し、冷静に対処をし、「生きる意味づけ」を持ち、上田の言葉でいえば「自己の価値を再獲得・再確認して行くプロセス[87]」を繰り返しながら生き抜くことで、時には「悲観感情の支配」を受けることもあるが、多くの人々が「人生経験に基づく強さ」を獲得できるようになる、と推測された。或いは、元来「人生経験に基づく強さ」を保持していたが故に、障害を経験することになっても、自己の中にある「生きる意味づけ」を駆使して、障害の受容やコーピング・スキルの獲得を比較的安易にしている、と考えることもできる。

ところで、今回の面接調査では、高齢の中途障害者が多数を占めた。その多くが“生まれも育ちもこの土地”という人だった。矍鑠（かくしゃく）としている、という印象を受けることが多々あった。体に難があっても、気持を前向きに持って暮している様子の人が多くいた。障害を自然発生的な身体の老化現象と考え、事実として受け留め、実生活における人生の意味を構築し直し、日々その意味を深めながら暮している、と考えられた。

日本は長寿を手に入れたものの、寝たきりや虚弱、認知症等のために生活に支障をきたす人は少なくない。そのような中で、高齢期をどのように生きるかは重要な課題である[194]。老いて死を迎えることは避け難いとし、重要なのは「健やかに生きる」「健やかに老いる」ことだとする考え方が、既に多くの人々の心を捉えている[48]。

具体的な生き方の一つとして、ささやかな楽しみや生きがいを見出し、スピリチュアルに生きて行くことが考えられている。ここで、スピリチュアルに良好な状態とは“生きがいを感じて意欲的、前向きに生きている状態”といわれている。老いて身体能力や生活機能が衰えたとしても、個々の障害や健康の状態、そして生活状況に応じて、ささやかな楽しみや生きがいを見出し、スピリチュアルに生きて行くことが生命力あふれる人生を創造するといえる[194]。

慢性疾患型社会から混合疾患型社会へ移行した状況下では、「老い＝長寿＝身体機能の低下」というように、身体障害を長寿の必然的過程として捉え、人生の意味を深めることも、今後一層必要であると考えられた。

過疎地においては、生活の都市化は進んでいるものの、人口の減少は顕著であった。

若年層が都市部へ流出し続けることは、即ち、都市へ自立することを意味するが、これは同時に、後に残される高齢者の自立が進むことも意味した。

老いた人間にとって、自立とは一人（独り）になることではなく、親しい他人や最後まで向き合わなければならない世の中との関係を創っていくことであり、その際、社会性なくして自立は

あり得ない[195]。自立高齢者は、家族や介護者、古くからの友人との関係を大切に、新たに転入して来た人を受け入れ、暮し慣れた地域社会を老いを生きる場と考え、生き方としての老いを愉しみ、それぞれに人生を全うしようとしていた。

しかし一方で、過疎地で自立して暮している姿の中には、家庭や社会で孤独を深めている様子も垣間見ることができた。過疎地において、「自立と孤独」は、個人と社会の中に、同時的に存在していた。

また、過疎地での暮し、そして身体に障害のある暮しの中では、「体に気をつけて長生きしよう。」「今は大丈夫だけど、今後が心配。」等という、「健康と健康不安」に対する意識が、配慮すべき重要な懸案の一つとして個々の内面に存在しており、各々が自分の体を気づかいながら、また、周囲の人間からの支援を得ながら、折り合いをつけて暮していた。

折り合いをつけるとは、慢性状況を抱えながら生きて行くときに必要になるアイデンティティの適応プロセスである[196]。過疎地の生活を紐解くと、「自立と孤独」という構図の中、「健康と健康不安」を案じつつ、様々な点で折り合いつけをながら暮している様子も見えてきた。

このように、過疎地に暮す身体障害者は、それぞれに「生きる意味づけ」や「人生経験に基づく強さ」を、自らの拠り所として生き抜いていた。そして、時には、「悲観感情の支配」や「健康と健康不安」、そして「自立と孤独」に悩んでいた。また、「老い＝長寿＝身体機能の低下」という見方をすることも必要であった。こうした姿は、「障害と共に生きる」とまとめることができる。

Domain: 相互扶助の元で生きる

「相互扶助の元で生きる」とは、過疎地で障害と共に暮す際、周囲の人とのつながりは、どの人にとっても非常に大切な意味合いを持つ、という意味である。

生活をする上で、「家族の機能」は欠かせないものだった。

家族は最も基礎的な相互連帯、相互扶助の機構である[197]。共に暮していようと、離れて暮していようと、家族の存在は、当事者にとって心強いものであった。家族は、障害当事者の自己決定と主体的な生活を、直接的かつ間接的に支えていた。そして、障害当事者の存在そのものも、家族に安心感や意味づけを与えていた。

また、「友人の存在」も、大きな支えになっていた。

特に、孤独な生活をしている高齢者の場合、この「友人の存在」は、極めて大きいと考えられた。近年、高齢者の健康に対して社会関連性を持つ効果について、科学的な因果関係の証拠が数多く報告されているが[27, 29, 32, 40-42]、そうした効果の一端を、語りから定性的に読み取ることができた。

浦[198]は、社会的関係について、ソーシャルサポートと友好とを区別する必要があるとしたRook[199]の研究を紹介し、以下のようにまとめている。

それによると、ソーシャルサポートは、生活上の問題やストレス等、外発的な問題をいかに解決・解消するかという、問題解決志向的な相互作用として捉えられる。一方、友好は、余暇を共に愉しんだり、共通の話題について時間をつぶしたりといった、内発的な満足を満たすための相互作用として捉えられており、ソーシャルサポートとは区別しようというものである。そして、この2つの相互作用のあり方が、ストレスと安寧の関係に影響を及ぼすかについて、下記の如く5つの結果を提示している。

- ・友好は、ストレスの程度に関わりなく心理的な諸症状に影響を及ぼす。
- ・友好は、日常的な小さなストレスの悪影響を緩衝する。
- ・ソーシャルサポートは、大きな生活上のストレスの悪影響を緩衝する。
- ・孤独感や関係性の満足等社会的満足に対しては友好の方が大きな効果を及ぼす。
- ・ソーシャルサポート関係を持たない人物よりも、友好関係を持たない人物の方が、他者から否定的な評価を受けやすい。

こうした結果から、浦は、人を救う際に、問題解決的なサポートも必要であるとした上で、それを強調するあまり、人と人との日常的な何気ないつき合いの大切さを忘れてはならないことを強調している。

Rookの研究と浦の主張を参考に、今回の語りを見て行くと、身体障害者の過疎地での暮らしにおいて、「友人の存在」は、暮しや障害にまつわる困難、具体的には介護や医療施設への送迎等の、所謂外発的な問題を助けていると考えられる。そして同時に、共に過ごし何気ない会話を交

わすことで、日常的なストレスや孤独感を低減させ社会的満足を向上させていると推測された。

つまり、過疎地における「友人の存在」は、障害当事者の外発的な問題と内発的な満足を満たす、両義的意味を所有するかけがえのない存在と考えられた。結果として、外発的な問題解決により身体的な健康を、内発的な満足度により心の健康を勝ち得ているものと考えられる。

また浦は、他所[200]で、古くからの価値観を守り決められた役割をきちんと遂行することを求められる場合は、直接的で親密な密度の高い対人関係は、人に安心感を与えアイデンティティを確認させる役割を演じる、とも述べている。このことから、古くからの価値観を尊び地域社会における役割を遂行することを求められることが多い過疎地において、親密度の高い「友人の存在」は、特に高齢者にとって、安心感を与えアイデンティティを維持して行く上で重要な役割を持っていると考えられる。

暮らしに関する語りの中では、「行政の支え」についても言及することがあった。これまでの支えに対し、感謝や失望の念、厳しい批判を述べていた。皆、これから先に今以上の質の高い暮らしを求めており、行政へ更なる期待をしていると考えられた。

全体的に、両地域とも都市化が進んでいるとはいえ、古くからある「共同体（部落）意識」が色濃く残っていた。

各々が生活社会全体を守る上で、また、老いや障害と共に生活をする上で、「共同体（部落）意識」は、老若男女を問わず、確実に機能していた。特に、高齢者にとって、農村社会での労働や生活という、彼らの体験世界の中で築き上げられて来た共同体意識は、軽薄な共同精神ではなく、互いに自立しつつ、互いに助け合わなければ生きられない結果としての知恵であると思われた[190]。個を認め合い、必要な時に援助し合う機能を有したこの「共同体（部落）意識」は、多数の人間同士の間で、上述したソーシャルサポートと友好が無意識かつ臨機応変に使い分けられている、社会的関係の成熟した姿と考えられる。

「家族の機能」や「友人の存在」に支えられ、社会関係性の成熟した姿としての「共同体（部落）意識」が有効に機能しており、更には「行政の支え」に感謝と失望・更なる期待をしながら暮している様子が見て取れた。

これらの様子からは、障害者や高齢者が、個々の事情に応じて自立している姿と共に、そうした自立が家族や周囲の社会との共生に裏づけられたものである、と解釈することができる。

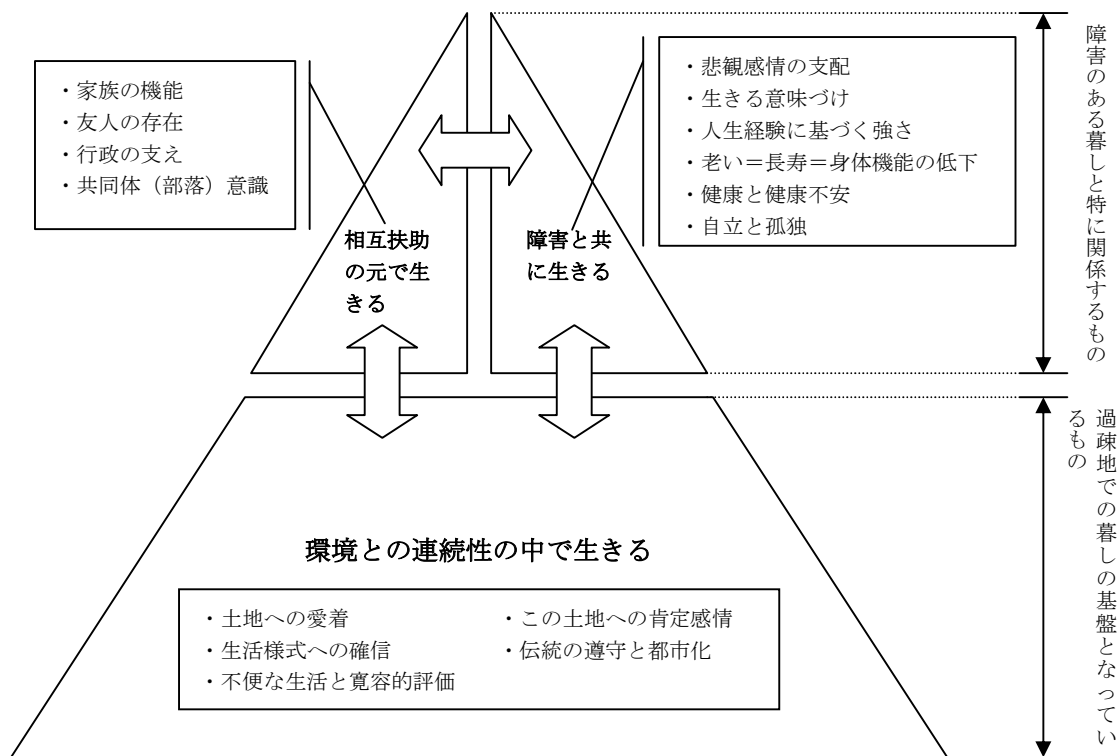
こうした生活模様は、「相互扶助の元で生きる」という言葉で、まとめることができる。

以上が、3つの Domain とその内容である。次からは、これら3つの Domain 同士の関係について見て行きたい。

IV. Domain の位置づけと関係性を検討する

ここまでに、過疎地に暮す身体障害者を対象として、In-depth Interview と The Ethnographic Interview の手法を用いて、語りに耳を傾け慎重に分析をした結果、3つのDomainを導出して来た。これらのDomainは、過疎地に暮す身体障害者の文化的価値観（思考、行為、意思決定、生活様式に意味と秩序と方向性を与える、強力で指示的な力）の構成要素であると考えられる。

最後に、3つのDomainの位置づけと関係性を検討した結果(表4-2のStep5に該当する。)、過疎地に暮す人間の基盤を形成している価値観として、「環境との連続性の中で生きる」があることが、先ず考えられた。そして、これを土台に、障害のある暮らしと特に関係する価値観として「障害と共に生きる」と「相互扶助の元で生きる」があること。そして、これら3つの価値観は、互いに関連し合っている、と考察ができ、下図の如く「過疎地に暮す身体障害者に共通したものの方・考え方・行動様式・意味づけ」を描くことができた。



注) \longleftrightarrow は、相互作用を及ぼし合っていることを示す。

図4-18 過疎地に暮す身体障害者に共通したものの方・考え方・行動様式・意味づけ

説明) 過疎地に暮す人間の基盤を形成している価値観として、「環境との連続性の中で生きる」がある。これを土台に、障害のある暮らしと特に関係する価値観として「障害と共に生きる」と「相互扶助の元で生きる」がある。これら3つの価値観は、互いに関連し合っている。

以下、図4-18を描くに至った道程を述べる。

まず、各 Domain の位置づけを検討すると、今回の面接協力者の特徴として、「環境との連続性の中で生きる」暮らしをしていたことが挙げられる。自分が暮す土地へ愛着を持ち、過疎地とはいうものの、自分が暮す土地へ肯定感情を持ち、生活様式へ確信を抱いていた。過疎地では、都市化が進み、伝統的な側面と都市化された側面が融合していた。そして、生活上不便な面があることを認めつつも、それらを許して生活していた。

こうしたものの見方・考え方・行動様式・意味づけは、身体障害の有無に関係なく、過疎地に暮す住民に共通のものである、と推察される。即ち、過疎地に暮す人間の基盤を形成している価値観といえる。

そして、この基盤の上に、障害のある暮らしと特に関連する要素として、「障害と共に生きる」と「相互扶助の元で生きる」という価値観が存在するものと分析する。

過疎地に暮す身体障害者は、「環境との連続性の中で生きる」という価値観を基盤に、生きる意味づけや人生経験に基づく強さを持ち、時には、悲観感情や健康不安、そして孤独に悩んでいたが、健康に気を配りながら、力強く自立をして暮していた。高齢者の場合は、老いや身体機能の低下を、長寿から来る必然性のあるもの、という解釈をすることも必要であった。そして、家族の機能や友人の存在を大切に、共同体（部落）意識や行政の支えに助けられながら暮していた。つまり、「環境との連続性の中で生きる」という価値観を土台として、「障害と共に生きる」姿や、「相互扶助の元で生きる」暮らしをしている姿が認められた。

次に、3つの Domain 同士の関係性を分析する。

分析をする際、「障害と共に生きる」を形成している Cover Term は、内容的にはかなり多義的であるため、他の Domain との関係の仕方も一筋縄では行かない、と考えられた。

そこで、他の Domain との関係性をより明確化するために、図4-19の如く、含まれる Cover Term を、障害と共に生きる中に見られるポジティブな側面（「障害と共に生きる（ポジティブ）」と命名した。）と、障害と共に生きる中に見られるネガティブな側面（「障害と共に生きる（ネガティブ）」と命名した。）とに分けて、検討することにした。

各 Cover Term を分類する際、Cover Term 「自立と孤独」については、自立を「障害と共に生きる（ポジティブ）」に、孤独を「障害と共に生きる（ネガティブ）」にそれぞれ分類した。また、Cover Term 「健康と健康不安」についても、健康を「障害と共に生きる（ポジティブ）」に、健康不安を「障害と共に生きる（ネガティブ）」にそれぞれ分類した。このように分類することで、関係性がより明確になるのではないかと考えたためである。また、Cover Term 「老い＝長寿＝身体機能の低下（P.166 参照）」については、身体機能の低下というネガティブな側面と、老い、長寿という、障害への多様な理解が等号で結ばれており、また、Included Terms や当事者の語りを顧みても、障害をポジティブとネガティブの両方の意味で捉えている場合があるため、「障害と共に生きる（ポジティブ）」と「障害と共に生きる（ネガティブ）」の両方に含めた。

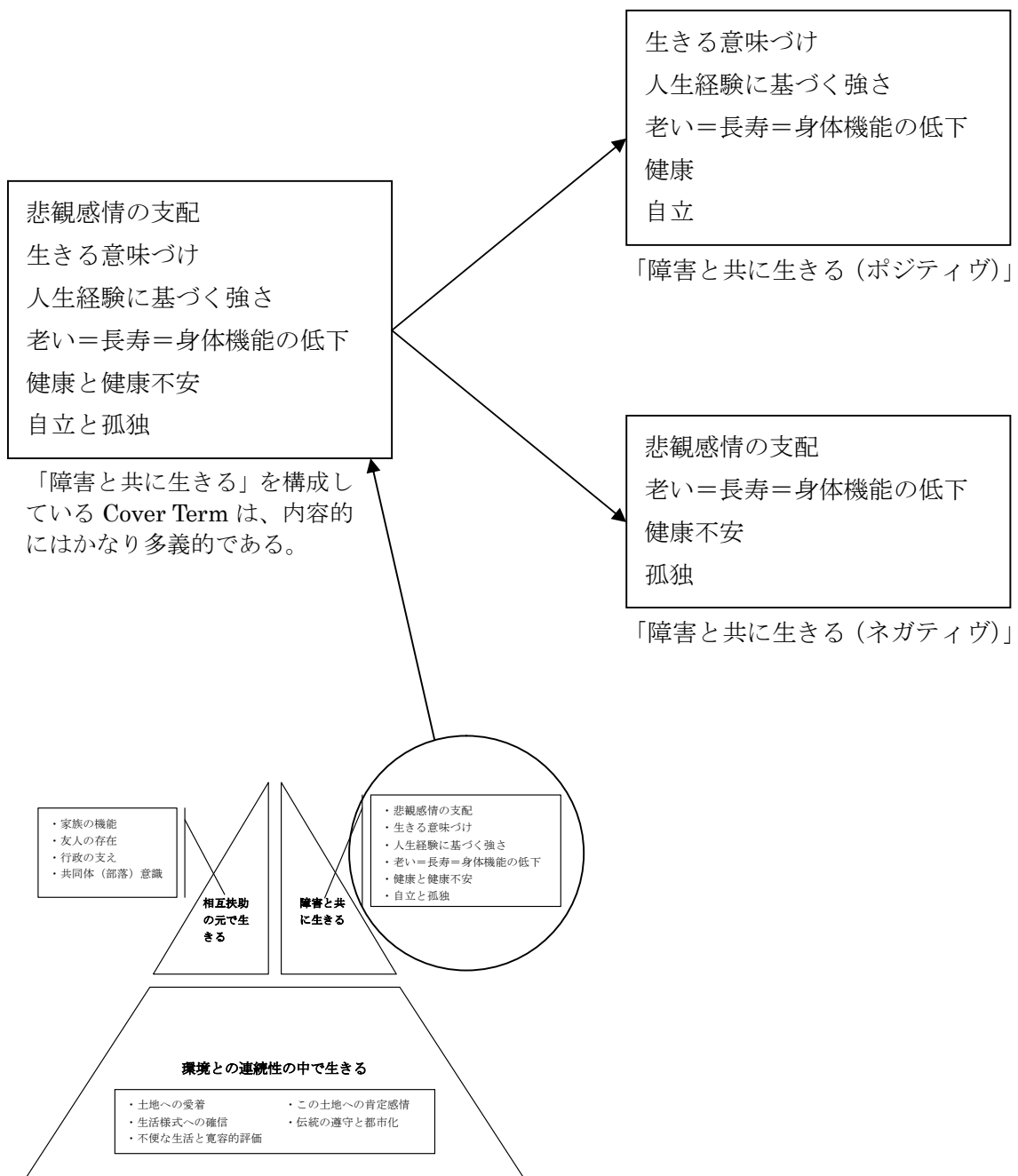


図 4-19 Domain 同士の関係を検討するため、Domain「障害と共に生きる」を形成している Cover Term を、ポジティブな側面とネガティブな側面とに分けた様子

説明) Domain 同士の関係を検討する際、「障害と共に生きる」は、内容的にかなり多義的であるため、分析の際は、「障害と共に生きる」を形成する Cover Term を、ポジティブな側面「障害と共に生きる (ポジティブ)」とネガティブな側面「障害と共に生きる (ネガティブ)」とに分けて、検討することにした。その際、「老い=長寿=身体機能の低下」については、両方に含めた。

そして、その1：「環境との連続性の中で生きる」が「相互扶助の元で生きる」とどのように関係しているのか、その2：「障害と共に生きる（ポジティブ）」と他の2つのDomainとがどのように関係しているのか、その3：「障害と共に生きる（ネガティブ）」と他の2つのDomainとがどのように関係しているのか、その4：その1からその3までの関係性から、まとめとして、3つのDomain同士の関係についてどのようなことがいえるのか、の4点から、Domain同士の関係を検討した。

その1：「環境との連続性の中で生きる」と「相互扶助の元で生きる」との関係性

先ず、過疎地に暮らす人たちは、障害の有無に関係なく、環境との連続性の中で生きる過程において、公私にわたり相互扶助機能を醸成させていること、そして、相互扶助の元で生きることは、住民の暮らしに充足感や安寧をもたらしている、と考えられる。

Houseら[27]は、家族や近隣等の社会的支援(ソーシャルサポート)及びネットワークは、高齢者の健康に様々な影響を与えていることを明らかにしている。ソーシャルサポート及びネットワークは、本来、高齢者個人が主体的な行動により長い年月をかけて築いているものである[44]。

過疎地に暮らす人たちに見られた、社会的支援(ソーシャルサポート)及びネットワーク、所謂相互扶助機能は、居住地を愛し肯定的に捉え、不便な面を承知しつつも、伝統と新しさが融合した環境の中で、主体的に生活をし続けて来た結果構築されているもの、と考えられた。特に、共同体(部落)意識は、人間が過疎地で環境と同化することから生まれ、健康な暮らしを支えている、過疎地の持ち味(過疎地ならではの特徴)であると考えられた。

笹谷や岸ら[41-43]は、大都市札幌と過疎地夕張市で、高齢者を対象とした社会疫学調査を実施し、ソーシャルネットワークとサポートネットワークの構造と問題点を解明する研究や、地域という要因がソーシャルネットワークの形成に果たす作用(両地域の特性の違い)を解明する研究を行っている。これら2地域は、いずれも老人と子どもとの同居率が全国平均の半分程と低く、一人暮らしや老夫婦世帯が多い点に特徴がある。

それによると、先ず、夕張市を対象とした研究においては、

- ・対象者の5割強が30年来同じ場所に住み続けており、ソーシャルネットワーク形成の基盤が厚いこと。
- ・ソーシャルネットワークの特徴として、別居子(子どもたちの7割強は市外に他出)との接触頻度は、客観的な距離は遠いものの、間接的接触としての電話による接触が極めて密であること。
- ・近隣や友人との関係においては、量というより質が極めて密であり(男性においても我が国の平均像に比べてかなり密な関係にある、と指摘している。)、子との日常的接触の少ない分を、近隣が代替している関係にあること。
- ・一人暮らしや老人夫婦のみの暮らしの場合でも、孤立せず、地域社会に積極的に参与し得ている

こと（住み慣れた土地での自立した生活を、自発的に選択している結果と考えられる。）。

- ・日常のネットワークを反映して、約 9 割の老人たちは複数の援助者によるサポートネットワークを有していること。

等を挙げ、こうした点について「対象者の夕張への来住が旧く、その労働生活の大半を鉱山の独特の共同体でもある炭地で過ごし、炭鉱なき後も市営住宅として住み続けている、という特殊性があり、謂わば「産炭地のプラスの遺産」といえるものを有している。」と分析している。

一方、大都市札幌を対象とした研究においては、

- ・ソーシャルネットワークを形成する上で、その範囲が、配偶者や子供家族に限定されがちであること。
- ・上記の点と対照的に、近隣関係が相対的に密ではないこと。対象者の 7 割が持ち家層であり、その内 3 割は 30～40 年現住所に定住しているが、夕張に見られるような共同体的地縁関係はない。
- ・社会活動や社会参加が活発であり、友人も多い。家族や友人との外食や旅行、趣味や学習サークルへの参加頻度が特徴である。しかし一方で、町内会や老人クラブ等伝統的な地域集団への参加度が低い。
- ・配偶者を有し、健康で経済的余裕のある層は子や孫との交流も密で、社会的活動や社会参加も活発、サポーターとしての役割を果たしている。一方、配偶者がいない、病弱で、一人暮らし、経済的余裕のない層は、子や孫との交流や、近隣・友人との関係は量的にも密度においても低く、社会的活動や社会参加も不活発でサポーターとしての役割も十分果たせていない（近隣サポートを得づらい要因が重なっている）。

等を挙げ、両地域を比較することで、大都市の近隣関係が希薄であることを浮き彫りにしている。

岸らの研究は炭鉱地域を対象としたものであり、一方、本研究の対象は農村地域である。同じ過疎地であっても、こうした地域の“成り立ち”の違いはあるが、本研究における高齢者は、対象地域で生まれ育ち、「農業と人生は一体。」という人が多かった。子どもは都会に行き、自らは農作業を止めるか縮小した後も、自ら望んで対象地域で暮し続けていたが、農業という共同作業を通じて形成した関係（友人関係や共同体（部落）意識）は、今でも根強く残っており、家族の機能や行政の支えに並ぶ、暮らしの中の貴重な資源であることが推測できた。旧来の生活で培った友人関係や共同体（部落）意識が現在においても有効に機能している、という点では、夕張市での研究と類似している。前述の House が明らかにしたように、長きにわたり、意識的にも無意識的にも自然な形で醸成させてきた相互扶助機能は、現在の過疎地での暮らしに充足感を与え、安寧な方向に導いているものと考えられる。

一方、若年層や新たに越してきた人も、新しい生活感覚や都会的な感覚を保持しているものの、

居住地を認め、現存する共同体（部落）意識を受け継ぎながら、自らの生活様式を築き上げようとしていたが、このような姿からは、将来、新たな相互扶助機能を創り上げて行くものと推測できる。

これらのことから、2つの Domain「環境との連続性の中で生きる」と「相互扶助の元で生きる」は、相互作用を及ぼし合っていると考えられる。即ち、過疎地に暮す人たちは、「環境との連続性の中で生きる」過程において、公私にわたり相互扶助機能（「相互扶助の元で生きる」）を醸成させている。そして、「相互扶助の元で生きる」ことは、住民の暮らしに充足感や安寧をもたらしていると考えられる。そうした姿は、図4-20の如く表現できる。

図4-20の中で、環境との連続性の中で生きる過程において公私にわたり相互扶助機能を醸成させている姿を①の矢印、そして、相互扶助機能に守られて暮すことが充足感や安寧をもたらしている姿を②の矢印で、それぞれ示した。なお、この図においては、「環境との連続性の中で生きる」と「相互扶助の元で生きる」との関係性を強調するため、「障害と共に生きる」を薄く示してある。

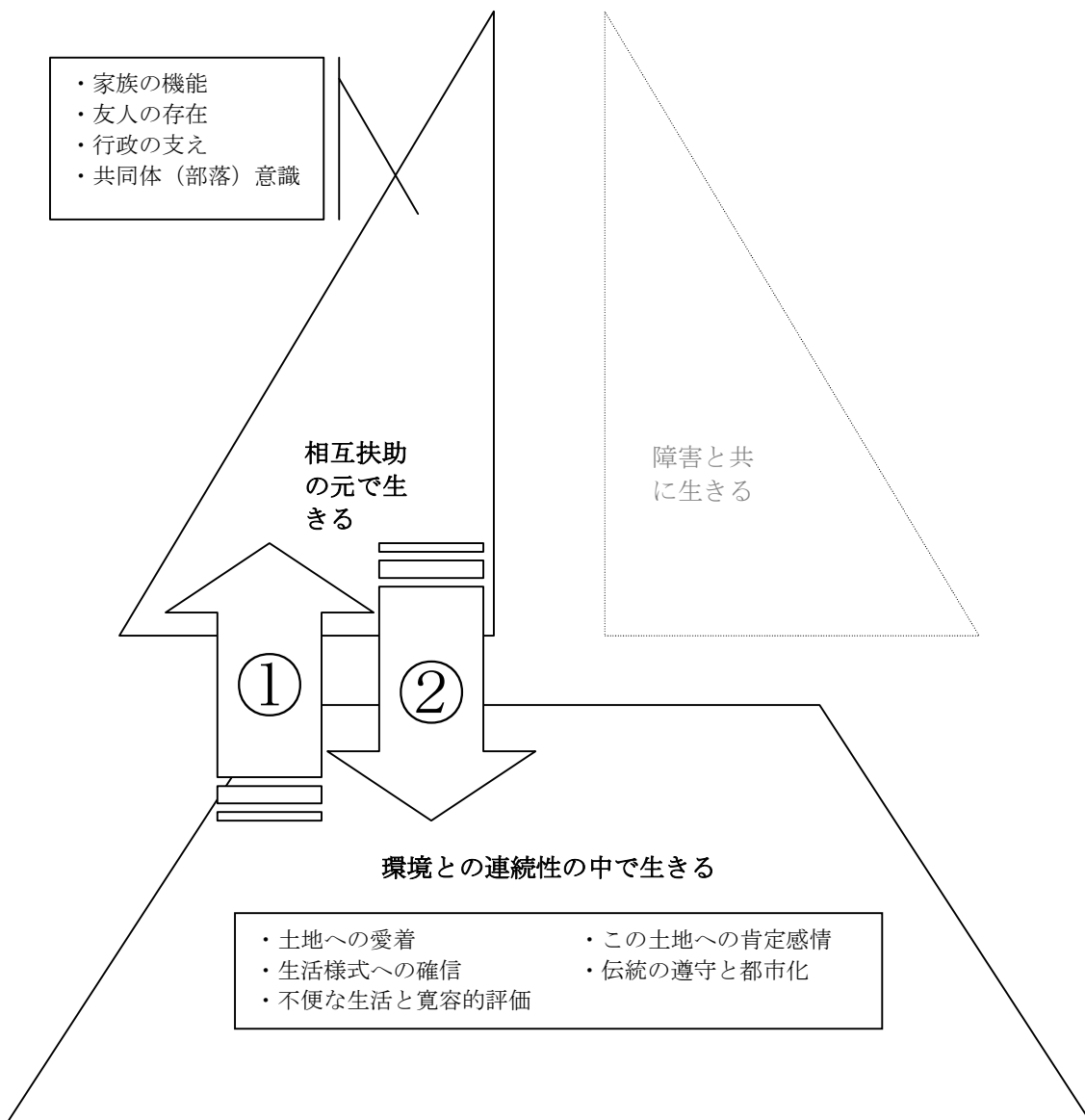


図4-20 Domain 同士の関係の検討、その1：「環境との連続性の中で生きる」と「相互扶助の元で生きる」との関係性

説明) 過疎地に暮らす人たちは、環境との連続性の中で生きる過程において、公私にわたり相互扶助機能を醸成させている (①)。
相互扶助の元で生きることは、住民の暮らしに充足感や安寧をもたらしている (②)。
なお、この図においては、「環境との連続性の中で生きる」と「相互扶助の元で生きる」との関係性を強調するため、「障害と共に生きる」を薄く示してある。

その2：「障害と共に生きる（ポジティブ）」と他の2つの Domain との関係性

過疎地に暮らす身体障害者は、相互扶助の元で生きる中で、また、環境との連続性の中で生きる過程において、障害があっても前向きに生きるための要因を、多様な形で獲得しているものと思われる。また、前向きに生きることは、当事者の暮らしに充足感や安寧をもたらしており、同時にそれは、家族、そして地域社会の一員としての役割を果たすことでもある、と考えられる。

本研究（特に、第3章と本章）においては、健康生成論を主要な研究ツールとして用いた。

簡略に振り返ると（詳細は、第1章第4節Ⅱ．健康生成論に記した（P.24 参照）。）、健康生成論とは、従来からある疾病生成論に加えて、健康を守り発展させるためには、健康要因にも着眼し、その解明と支援・強化を図るもう一つの体系が必要であるとして提唱され、理論展開されたものである[81]。理論を提唱したアントノフスキーは、健康を可逆性のある連続体（健康—健康破綻の連続体）と捉え、連続体上におけるその人の位置を保ち、かつ健康の極側に移動させるための、まさに主要な決定要因を、首尾一貫感覚（SOC）と名づけた。そして、「一貫性と、結果の形成への参加と、過小負荷—過大負荷のバランスという3つの特徴を持った人生経験（Life experience）をつくり出し、それによって強いSOCを形成或いは強化するもの。」を、汎抵抗資源（GRRs）と定義した[82]。

ここで、汎抵抗資源とは、具体的にいえば、身体的・生化学的（遺伝的、神経免疫学的なもの）、物質的（個人レベルでは金、体力、住居、衣類、食事等で、個人間レベルでは、権力、地位、サービスの利用可能性を含む資源）、認知・感情的（知識や知性、知力及びアイデンティティ）、評価的・態度的（合理性、柔軟性、先見性の3つの態度）、関係的（社会的関係）、社会文化的（宗教、イデオロギー、哲学）を指し、世の中にあまねく存在している、ストレスの回避や処理に役立つものの総称[85]であった。本論文の第3章の研究においては、当事者のSOCスコアに寄与する汎抵抗資源の一端を探ることを試みたが、その結果、知人、近隣との行き来や、生きがいの有無が有意に関連していた。

第1章第4節Ⅱ．健康生成論（P.24 参照）で述べた通り、健康生成論及びその中核概念であるSOCについては、今後も一層の研究の蓄積が望まれており、中でも、疾患の罹患や死亡との関係や、免疫系との関係性、更にそこに至るまでの具体的なプロセス等、仮説の域をこえておらず、未だ十分には解明されていない部分も数多いことに留意する必要がある[114]。ここでは、こうした限界を踏まえた上で、健康生成論の考え方を援用しながら、「障害と共に生きる（ポジティブ）」と他の2つの Domain との関係性を分析する。

まず、「相互扶助の元で生きる」との関係性を分析すると、「相互扶助の元で生きる」とは、周囲の人とのつながりの重要性が浮かび上がった結果の Domain であること（P.210 参照）、そして上述の如く、本論文の第3章の研究で、近隣との行き来がSOCに寄与しているという結果が出ていることから、「相互扶助の元で生きる」は、「障害と共に生きる（ポジティブ）」の汎抵抗資源のような役割を果たしていること、筆者自身の言葉でいえば、「生きる要因」を与えている

と考えられる。

また、同じように健康生成論の考え方を援用して「障害と共に生きる（ポジティブ）」と「環境との連続性の中で生きる」との関係性について分析すると、「環境との連続性の中で生きる」を構成する5つのCover Termの内容（Included Termsや当事者の語り）を振り返ると、その全てにおいて、人間関係に関するIncluded Termsや当事者の語りが見られる。そして、人間関係以外については、“公私において折り合いをつけて暮している当事者の私心、そして、あまねく存在していると思われる、ストレスの回避や処理に役立つ有形無形の事柄”と解釈できる内容が多く見られる。

こうしたことから、過疎地において、環境との連続性の中で生きている当事者の歴史や社会関係性は、当事者の内面（私心）と外面（具体的な生活）に、様々な形の汎抵抗資源（筆者自身の言葉でいえば、「生きる要因」）を創り上げ、障害と共に生きる前向きな姿を支えており、同時に、そうした、汎抵抗資源に裏打ちされた（Cover Termを用いていえば、人生経験に基づく強さや生きる意味づけに裏打ちされた）、健康に留意した自立的な生き方は、環境との連続性の中で生きる過程において、当事者に良い人生経験（Life experience）や充足感、そして安寧をもたらしている、と考えられる。

一方、小玉[201]によれば、最近では、ソーシャルサポートは、一方的な受給関係であるよりも、互恵的であることがより重要であることが指摘されている。仮にその個人が病気であったとしても、哀れで無力な患者として存在するのではなく、自らの闘病を通して周りの人々に勇気を与えたり、一つの生きざまを示す「見本」となることによって自己価値を知覚できる関係こそが、患者自身の積極的な病気対処や健康維持増進にとってより重要であるということである。

この点については、瀧澤ら[35]も、サポートの授受が多いほどモラール（居場所感、幸福感）が高いことを報告している（この瀧澤らの文献は、第2章第4節V. 主観的健康感と関連する要因について（P.57 参照）でも引用した。）。また、第2章の研究においては、独自の結果として、「家族、親戚、近所の人（知人）、友人との人間関係では、障害当事者がそうした人たちに援助や気づかいをしているかどうか、主観的健康感と関連をしている（表2-16）」ことに着目し、「家族、親戚、近所の人（知人）、友人との人間関係では、関係が良好だという認識、敬意表出や相手の気持ちへの対応、そして、援助されているという受動的な意識よりもむしろ、「支援している」という能動的な意識や行動が、主観的健康感に強く関連をしているように考えられる。」と考察した（第2章第4節VII. 人間関係と主観的健康感との関連性が、様々な場面に応じて違うことについて（P.60 参照））。

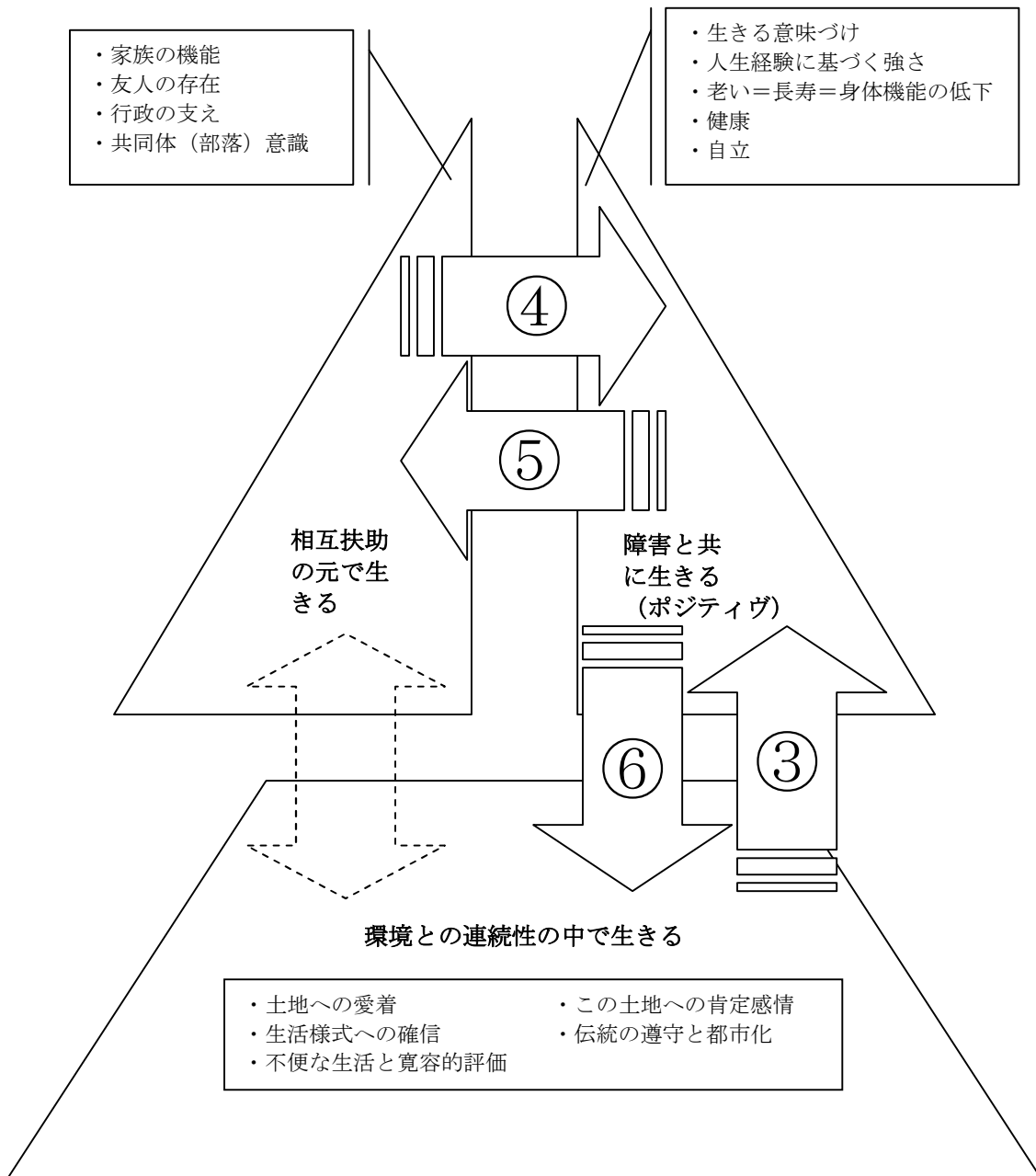
更に、2つのDomainそれぞれを構成するCover Termを振り返ると、「家族の機能」「友人の存在」「共同体（部落）意識」「生きる意味づけ」「人生経験に基づく強さ」においては、“自分の人生は他者（家族、仕事、地域社会）のためのものである”と主張する内容の語りやIncluded Termsが見られた。

こうした、小玉や瀧澤の研究、第2章の研究、そして当事者の語りの分析から、障害と共に前

向きに生きることは、家族や地域社会の一員としての重要な役割を果たすことでもある（当事者が、家族や地域に暮す人間の「相互扶助の元で生きる」姿を支援している。）、といえる。

以上の分析から、「障害と共に生きる（ポジティブ）」は、他の2つの Domain と、それぞれ、相互作用を及ぼし合っていると考えられる。即ち、過疎地に暮す身体障害者は、「環境との連続性の中で生きる」、そして「相互扶助の元で生きる」、その過程において、障害があっても前向きに生きる（「障害と共に生きる（ポジティブ）」）ための要因を獲得していると考えられる。また、前向きに生きることは、家族や地域社会の一員としての役割（「相互扶助の元で生きる」）を果たすことでもある。そうした健康行動は、結果、当事者の暮らし（「環境との連続性の中で生きる」）に充足感と安寧をもたらしていると考えられる。こうした姿は、図4-21の如く表現できる。

図4-21の中で、環境との連続性の中、そして、相互扶助の元で生きる過程において、障害があっても前向きに生きるための要因を獲得している姿を③と④の矢印、前向きに生きることは家族や地域社会の一員としての役割を果たしていることでもある、ということ⑤の矢印、そして、こうした健康行動が、当事者の暮らしに充足感と安寧をもたらしていることを⑥の矢印で、それぞれ示した。



注) は、影響を与えていることを示す。

は、相互作用を及ぼし合っていることを示す。

図4-21 Domain 同士の関係の検討、その2:「障害と共に生きる（ポジティブ）」と「環境との連続性の中で生きる」及び「相互扶助の元で生きる」との関係性

説明) 過疎地に暮らす身体障害者は、環境との連続性の中、そして、相互扶助の元で生きる過程において、障害があっても前向きに生きるための要因を獲得している(③、④)。また、前向きに生きることは、家族や地域社会の一員としての役割を果たすことでもある(⑤)。そうした健康行動は、当事者の暮らしに充足感と安寧をもたらしている(⑥)。

その3:「障害と共に生きる(ネガティブ)」と他の2つのDomainとの関係性

環境との連続性の中で生きることは、相互扶助機能を通して、障害当事者が障害と共に生きる中で経験するネガティブな側面を緩衝しており、当事者の暮らしに充足感と安寧をもたらすことに間接的に寄与している、と考えられる。

Domain 同士の関係の検討、その2では、障害と共に生きる中でのポジティブな部分と、他の2つのDomainとの関係性を分析した。そこでは、あまねく存在する汎抵抗資源は当事者を支えていること、一方で、当事者も相互扶助機能を支えていること、そして、そうした結果、暮らしに安心感や安寧がもたらされていると考えられた。

しかし、障害と共に生きる過程においては、一人の人間の中に、程度の差こそあれ、ポジティブな側面とネガティブな側面が同時に存在し、それらの表出の仕方も、様々であると思われる。面接の中でも、障害のことだけで日々が過ぎて行く人、強く明るく振舞っていても、障害の話になると沈んだ表情も見せる人、自立した暮らしを送りながらも、孤独感を吐露した人、身体機能の低下を老いや長寿の結果と受け入れ、健康に対する自信や気づかいを示すものの、今後に対しては健康への不安があることを語った人等、色々な事例に出会った。また、第3章の研究においても、身体に障害があることで、日常生活全般に支障をきたし、結果、SOC(健康—健康破綻を両極とする連続体上におけるその人の位置を保ち、かつ健康の極側に移動させるための、まさに主要な決定要因を低めていることが伺える結果を得ている(第3章第3節IV. 汎抵抗資源や生活におけるストレス、健康関連指標と、SOCとの関連について(P.103参照))。

障害と共に生きる当事者の、ネガティブな部分にスポットを当てた場合、3つのDomain同士は、どのように交錯していると解釈できるだろうか。

先述の小玉[201]は、ソーシャルサポートの健康への積極的効果として、以下の2点を挙げている。

- ・病気に対して積極的に立ち向かおうとする動機づけに関係している。

具体的な先行研究として、糖尿病患者のアドヒランス(医療者から提供される病気治療の処方を遵守すること)の成績の良否は、当事者が知覚するソーシャルサポートの程度と関連し、ソーシャルサポート、ネットワークの乏しい患者ほど回復への意欲が乏しく、健康維持のための病気対処行動が脆弱であることを示したGray-Sevillaら[202]の研究を紹介している。

- ・ストレスが身体過程に与える悪影響の緩衝効果として働くことが考えられる。

具体的な先行研究として、心理的ストレスと感冒罹患性との関連について、個人の社会的絆が強いほど、感冒罹患性が減じられる可能性があることを明らかにした、Cohenら[203]の研究を紹介している。その際、小玉は、ソーシャルサポートが直接的に感冒罹患性に作用するのではなく、サポートの受領によって知覚される希望、信頼、安心感等のポジティブな感

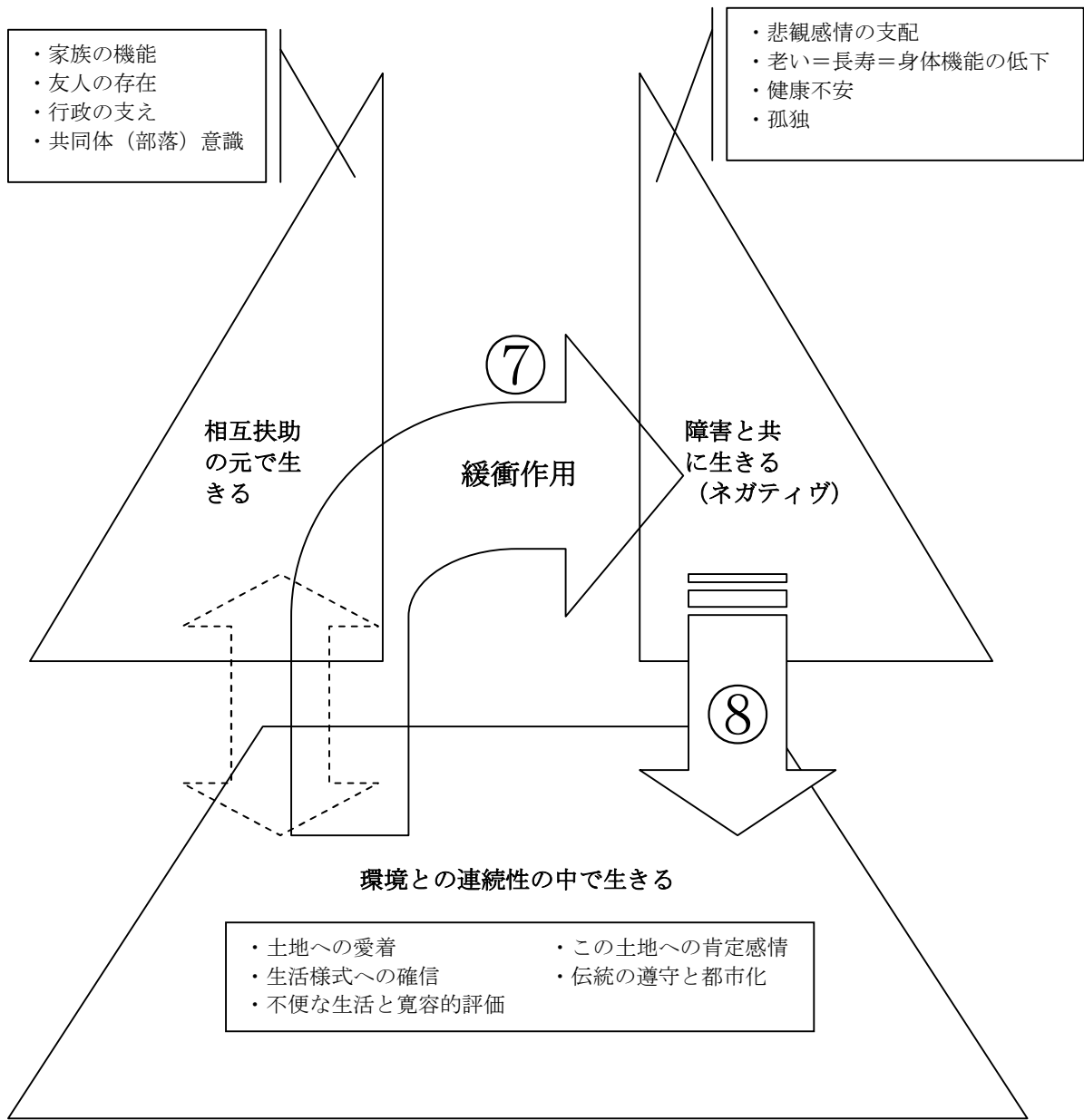
情体験がストレス反応に対して抑制的に働き、免疫系を介して心身の健康回復に影響を及ぼすことが考えられる、と述べている。

上述した、この小玉の分析を参考に、3つの Domain の関係性を分析すると、家族や友人の存在、共同体（部落）意識、そして行政の支え（例えば、第2章第4節V. 主観的健康感と関連する要因について（P.57 参照）で述べた通り、役場担当者は、障害当事者一人一人を良く知っている様子だった。）によって知覚される希望、信頼、安心感等のポジティブな感情体験は、障害と共に生きる中で感じる諸々のストレスや、そうしたストレスが生活や人生に及ぼす悪影響（ネガティブな側面）を緩衝することや、困難に対して積極的に立ち向かおうとする動機づけする役割を果たし、暮らしを安寧なものに導くことに貢献している、と推測できる。

その1で検討したように、相互扶助機能は、元来、当事者が環境との連続性の中で生きる過程で時間をかけて醸成したものであることを考慮すると、「環境との連続性の中で生きる」は、「相互扶助の元で生きる」を経由して、間接的に「障害と共に生きる（ネガティブ）」に影響を与えており、その結果、「障害と共に生きる（ネガティブ）」は「環境との連続性の中で生きる」に影響を及ぼしていると考えられ、図4-22の如く表現できる。

図4-22の中で、環境との連続性の中で生きる過程で醸成された相互扶助機能が、当事者の、障害と共に生きる中で生じるネガティブな側面を緩衝している、ということを⑦の矢印で、また、そうした姿が暮らしを安寧なものに導いている、ということを⑧の矢印で、それぞれ示した。

但し、これらの分析は、あくまでも、3つの Domain の関係性という、限定された範囲から導き出されるものであり、「相互扶助の元で生きる」ことのみで、障害と共に生きるネガティブな部分が解消される訳ではないこと、そして、緩衝作用とはいえ、その程度は個々の事情に応じて様々であることに留意する必要がある。



注) は、影響を与えていることを示す。
 は、間接的に影響を与えていることを示す。
 は、相互作用を及ぼし合っていることを示す。

図4-22 Domain 同士の関係の検討、その3:「障害と共に生きる(ネガティブ)」と「環境との連続性の中で生きる」及び「相互扶助の元で生きる」との関係性

〔説明〕環境との連続性の中で生きる過程で醸成された相互扶助機能は、当事者の、障害と共に生きる中で生じるネガティブな側面を緩衝し(⑦)、暮らしを安寧なものに導いている(⑧)。

その4：まとめ

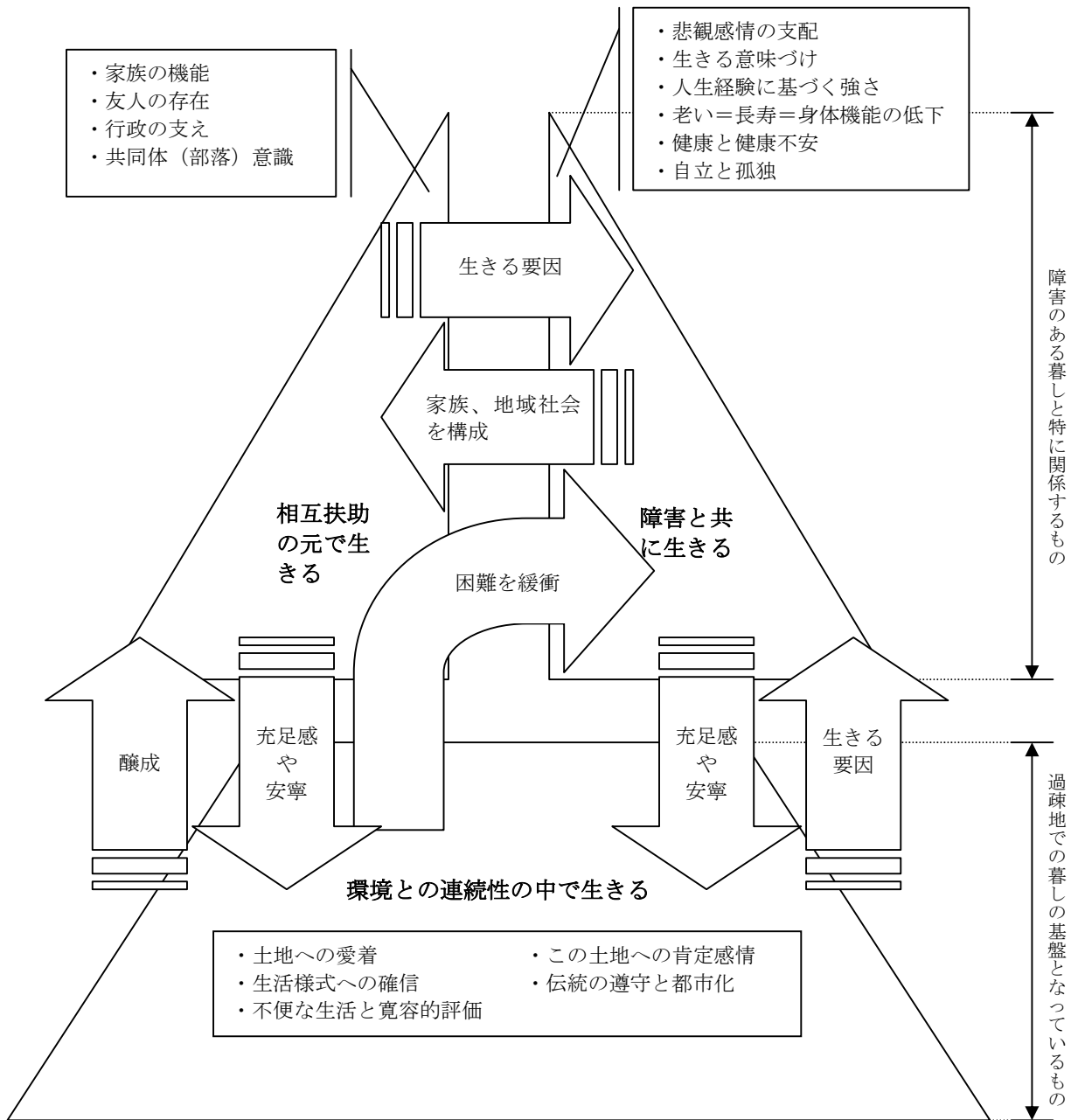
このように、3つの Domain の位置づけと関係性を検討すると、先ず、過疎地に暮す身体障害者は、暮しの基盤として、「環境との連続性の中で生きる」という価値観を持っていることがわかる。またこの価値観は、障害の有無に関係なく、過疎地に暮す人間の基盤を形成しているものである。

そして、この価値観を土台に、「障害と共に生きる」「相互扶助の元で生きる」という価値観が存在しており、関係性を分析すると、これら3つの Domain はそれぞれに複層構造（階層構造）をなし得ながら互いに関連し合っている、といえる。

特に、「相互扶助の元で生きる」という価値観は、またその中でも強調していえば、過疎地を特徴づけている共同体（部落）意識は、今回の面接協力者が、障害と共に生き、環境との連続性の中で生きていく中で、長い年月をかけて、自己そして地域社会の内面に醸成して来た、先述（その1）の岸らがいう“プラスの遺産”であり、前向きに生きる要因になると同時に、生きる上での困難を緩衝する等、障害のある暮らしをする上で有効な助けとして機能している、といえる。従って、「相互扶助の元で生きる」という価値観は、元来、過疎地住民にとっての暮しの基盤となり得るものであろうが、今回の研究においては、障害のある暮らしと特に関係するものである、と判断できる。

以上をまとめると、3つの Domain（価値観）の位置づけと関係性、即ち「過疎地に暮す身体障害者に共通したものの見方・考え方・行動様式・意味づけ」を、図4-23の如く図示できる。前出の図4-18（P.212参照）は、この図4-23を簡略化したものである。

また、この図において、矢印内の単語やフレーズは、ここまでにおいて考察した互いの関係性を、端的にいい表したものである。



注) 矢印内の単語やフレーズは、関係性を端的にいい表したものである。



は、影響を与えていることを示す。



は、間接的に影響を与えていることを示す。

図4-23 Domain 同士の関係の検討、その4：まとめ（「過疎地に暮らす身体障害者に共通したものの見方・考え方・行動様式・意味づけ（図4-18）」の原図）

説明) 3つのDomainは、互いに関連し合っている。特に、「相互扶助の元で生きる」という価値観は、障害と共に前向きに生きる要因になり、また、生きる上での困難を緩衝する、過疎地ならではの特徴と考えられる。この図を簡略化したものが、図4-18である。

第5節 まとめ

I. 当事者の「語り」から得られた知見

今回の研究で、当事者の「語り」を分析したところ、以下の事が明らかになった（但し、本章第1節II. 質的研究を用いたことについて（P.123 参照）、で述べた通り、本研究は、「語り」研究である以上、一つの絶対的答えには至らないものであり、いくつもの見方や答えがあることに留意する必要がある。）。

- ・過疎地に暮す身体障害者には、「環境との連続性の中で生きる」「障害と共に生きる」「相互扶助の元で生きる」という3つの価値観が、共通するものの見方・考え方・行動様式・意味づけとして、それぞれに複層構造（階層構造）をなし得ながら存在している。
- ・過疎地に暮す身体障害者の基盤となるのは、「環境との連続性の中で生きる」という価値観である。
- ・「環境との連続性の中で生きる」という価値観を土台に、「障害と共に生きる」「相互扶助の元で生きる」という価値観が存在している。
- ・「環境との連続性の中で生きる」「障害と共に生きる」「相互扶助の元で生きる」の、3つの価値観は、常時、それぞれが互いに影響を及ぼし合っている。

これら3つの価値観は、過疎地に暮す身体障害者個人の“生きる”姿を、行動レベルの視点から3つにまとめたものである。つまり、過疎地に暮す身体障害者各個人は、これら3つの生き方を理想・価値としていると考えられる。過疎地に暮す身体障害者各個人の内面には、これら3つのレベルのやり取りがあり、お互いが関係し合っていた。個人が障害と上手く生きて行くために、他者とやり取りをしており、また、環境ともやり取りをしていて、これら3つが、全体としてハーモニーを奏でながら、バランスを取っているという姿が浮かび上がって来た。

健康課題の背景は非常に多様な要因を含んでおり、周辺に健康課題以外の複数の問題が必ず存在する[204]。レイニンガー[179]によれば、ある特定の内部集団或いは集団間に見られるケアの意味、パターン、価値観、生活様式、シンボルの変化もしくは差異は、主としてそれが社会構造に根ざしているため、情報を引き出すことが難しい。社会構造や世界観に根ざすこうした差異を認識することが重要であるが、看護分野ではほとんど認知されていない。

しかし、以上の知見は、筆者が、過疎地に暮す身体障害者の生活や人生を「異文化」と捉えたこと、つまり、筆者自身が育ち修得した文化の持つ偏りに常に留意し、自分が研究対象をどのように見ているのか、対象となる人々とどのように接しているのか、何を研究目的としているのかを常に意識しながら導き出したものである。これは、筆者自身の言葉でいえば、「フィールドの文化は私の文化とは違う。」ということを常に心に留め、相手を尊重し理解しようとする態度を堅持したからこそ得られたものである。

また、本研究においては、量的研究との有機的結合を図るべく、適宜、健康生成論の視点からも、当事者の語りを分析したが、その成果を上げるのならば、以下の点が考えられる。

- ・重要な他者の存在（知人との往来等）は、ストレスに適切に対処するための重要な資源である。このことは、量的研究で得られた結果と、質的研究における語りを確認して行くことで、大変理解が深まった。
- ・障害に対する差別は、ストレッサーとして SOC と有意に関連するかもしれない、という仮説を立てることができた。これは、本研究より導かれた、次の研究に向けての課題となった。
- ・語り（質的研究）と SOC スコア（量的研究）は、相補的なものであり、一方の結果のみで、当事者を見てはいけないことが示唆された。ヘルスプロモーションの展開においては、客観的データと、人と人との出会いの中で、問題解決を図ることが重要であることが再認識された。

これらから、量的研究結果を抑えながら当事者の「語り」に耳を傾けることで、双方のデータに深みを持たせることができたといえる。

協力者各々の、病いの物語は異なっていた。病いの内容に注目するかわりに、病いの意味の構造 (Structure)、つまり、病いが意味を持つようになる様式や、意味を創り出す過程や、病いの意味を決定し、病いの意味によって決定される社会的状況や心理的反応を、より丁寧に分析すること[205]が、これからも重要であろう。

II. 本研究の意義と限界

本章では、過疎地に暮らす身体障害者を対象として、生活の中で生じる経験に関するデータ（語り）を収集し、共通したものの見方や考え方、行動様式や意味づけを、帰納的に明らかにすることを試みた。定量的な社会的アセスメントだけでは理解し得ない、過疎地に暮らす身体障害者に固有の文化的価値観と生活様式を導くことができた点で、高い意義がある。

研究の限界についていえば、まず、本研究は、初対面の人を相手にして、短時間における面接より得られたデータを用いて分析を行ったものであるため、結果と考察の信頼性と妥当性について、検討の余地を残している。

この点について、箕浦[192]は「フィールドワークのデータは、その場での 1 回きりの事象であるため、データの信頼性という点で問題が残る。フィールドでは、状況にデータが左右されがちであるが、実験室実験のように再現性の高いデータを得ることはできないかもしれないが、社会生活の行われているその場で人々を観察するので、妥当性の高いデータを得ることができる。」と述べている。従って、本研究結果はデータの信頼性は問題となるものの、妥当性の高いデータが得られている、と考えられる。

今後の課題として、研究結果の内容について、専門家の批判的検討を仰いだり、面接協力者や役場担当者と共に検討すること、そして、他の調査地で同様の調査を行い、レイニンガー[179]

がいう、類似のコンテキストへの転用可能性 (Transferability to similar contexts) を検討すること、等がある。

本研究の結果の、一般化の可能性についていえば、当事者の多くは「環境との連続性の中で生きる」と「相互扶助の元で生きる」という価値観を有しており、それらの価値観同士は相互作用をしているということは、一般化できるかもしれない。

但し、本章第1節Ⅱ. 質的研究を用いたことについて (P.123 参照)、で述べた如く、全ての<語り>は権威的知に対して固有の特権性を持つ。特に、質的研究の目標は、特定の個人もしくは集団にとって意味のある研究結果を得ることであり、一般化は目標ではない[179, 206]。従って、一般化を急ぐ前に、情報提供者との面会も各々1回(多くて2回)であることや短時間の面接であったこと等を踏まえ、先ず、今回協力を得られた人の中から、有益な情報を提供してくれる人(重要なインフォーマント)を選定して、より深い質的データを取ることを継続し、信頼性と妥当性双方の精度を高める努力が求められる。

また、障害はその人に固有のものである[207]ことも、こうした一般化を述べる際には留意する必要がある。即ち、本研究において抽出された「障害と共に生きる」という価値観の内容、及び他の価値観との関係性は、一回の研究だけで十分に議論することはできない。「障害と共に生きる」という価値観の扱いについては、現時点では過度な一般化を控え、研究の発展を待つべきであろう。

次の限界として、本研究は、結果と考察においては、全体性や総合性を重視したため、個人の属性と語りの内容の関係性については分析していないことが指摘できる。例えば、「環境との連続性の中で生きる」という価値観を取り上げて、男女間でどのような違いがあるのか、ということを検討することや、障害の重い人は、そうでない人に比べ、どの程度「相互扶助の元で生きる」という価値観を重視しているのか、等の検討はしなかった。従って、本研究の分析が、全ての属性にとって共通であるものかどうか、ということについては疑問の余地を残している。個人の属性と語りの内容が、どのように関係しているのか、そして、身体障害の種類や状況の違いが、過疎地での暮らしにどのように反映しているか、という部分の検討も今後の課題である。

第6節 小括

本研究は、過疎地に暮らす身体障害者と面接をし、生活や人生そして障害への思いを把握することを試みたものである。

「語り」の分析から、当事者の内面には、「環境との連続性の中で生きる」「障害と共に生きる」「相互扶助の元で生きる」という3つの価値観が、各々複層構造（階層構造）をなし得ながら存在していることが明らかになった。基盤となるのは、「環境との連続性の中で生きる」という価値観で、それを土台に、「障害と共に生きる」「相互扶助の元で生きる」という価値観が存在していた。そして、これら3つの価値観は、常時、互いに影響を及ぼし合っていた。

また、量的研究と質的研究を相補的に用いた結果、ヘルスプロモーション活動の展開においては、客観的データと、人と人との出会いの中で問題解決を図る姿勢が重要であることが再認識された。

第7節 結果と考察（第4節）の補足

ここでは、第4節のⅠ．データベースからカテゴリーを抽出する、及び、Ⅱ．カテゴリーを再編と統合し、Cover Term を形成する、の2点について、その分析過程を図表で示す。

Ⅰ．カテゴリーの抽出過程の詳細

先ず、第3節Ⅱ．データの整理と分析（P.134 参照）で説明した図4-3、図4-4、図4-5の手順に基づき、意味の類似性によってグループ化された言葉や語句がカテゴリーとして抽象化される手続きの詳細を示す。

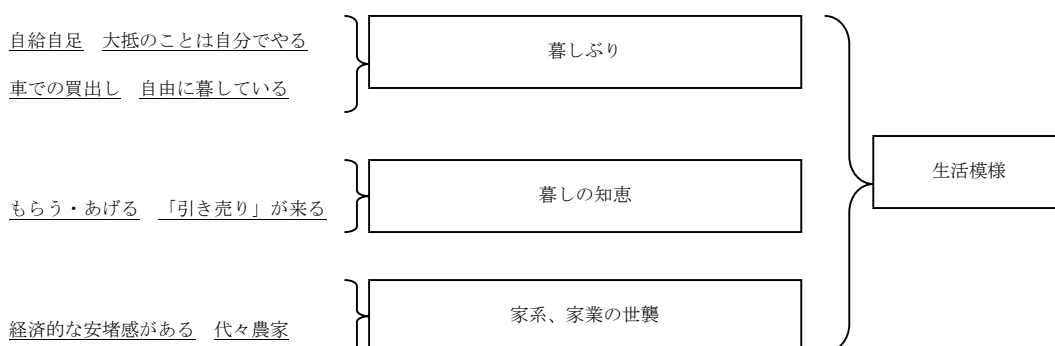


図4-24-1 カテゴリー「生活模様」の抽出過程

説明) データベースから見つけれられた「自給自足、大抵のことは自分でやる、車での買出し、自由に暮している」というグループは、「暮らしぶり」という抽象的概念に、置き換えられた。同様に、「もらう・あげる、「引き売り」が来る」は「暮らしの知恵」に、「経済的な安堵感がある、代々農家」は「家系、家業の世襲」に、それぞれ置き換えられた（図4-3参照）。次に、「暮らしぶり」「暮らしの知恵」「家系、家業の世襲」は、新たに「生活模様」というより高次の抽象的概念に統合された（図4-4、図4-5参照）。最終的に導き出された特性をカテゴリー、カテゴリーを構成する言葉や語句をサブカテゴリーとそれぞれ呼ばれる。ここでは、「生活模様」がカテゴリー、「自給自足、大抵のことは自分でやる、車での買出し、自由に暮している、もらう・あげる、「引き売り」が来る、経済的な安堵感がある、代々農家」がサブカテゴリーとなる。以下、図4-24-24まで、図の見方は同じである。

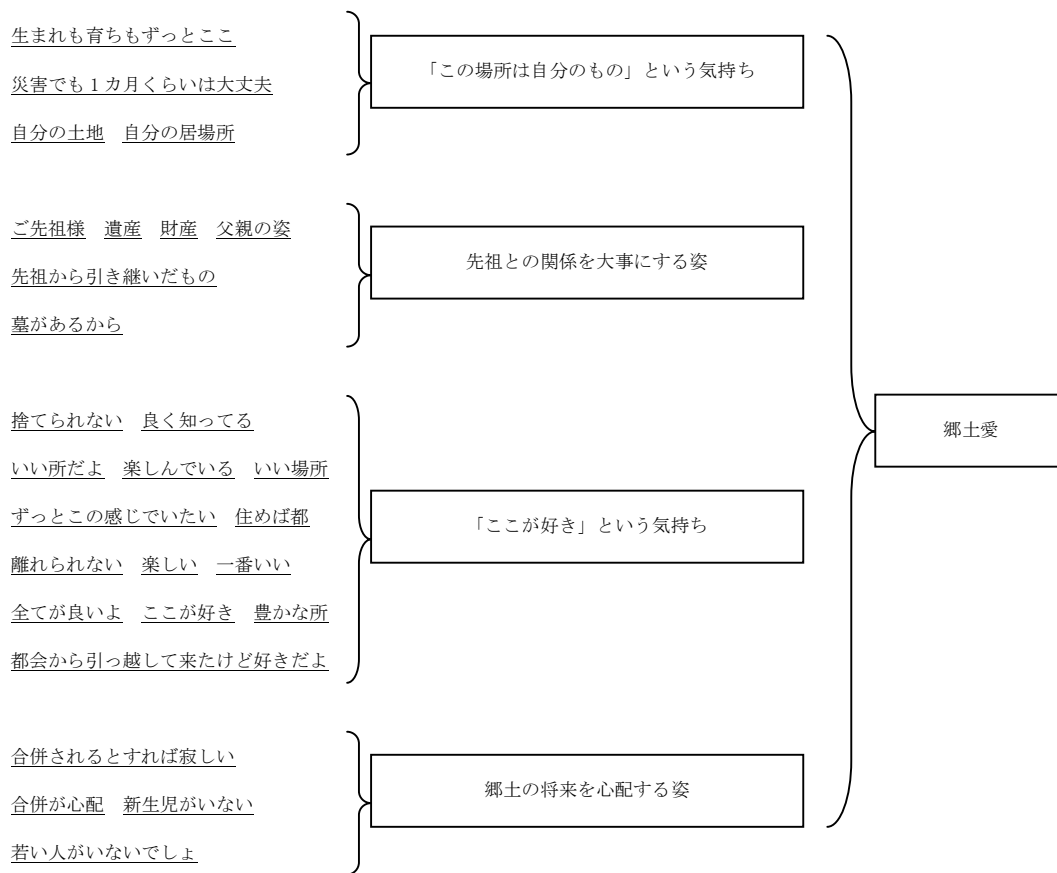


図4-24-2 カテゴリー「郷土愛」の抽出過程

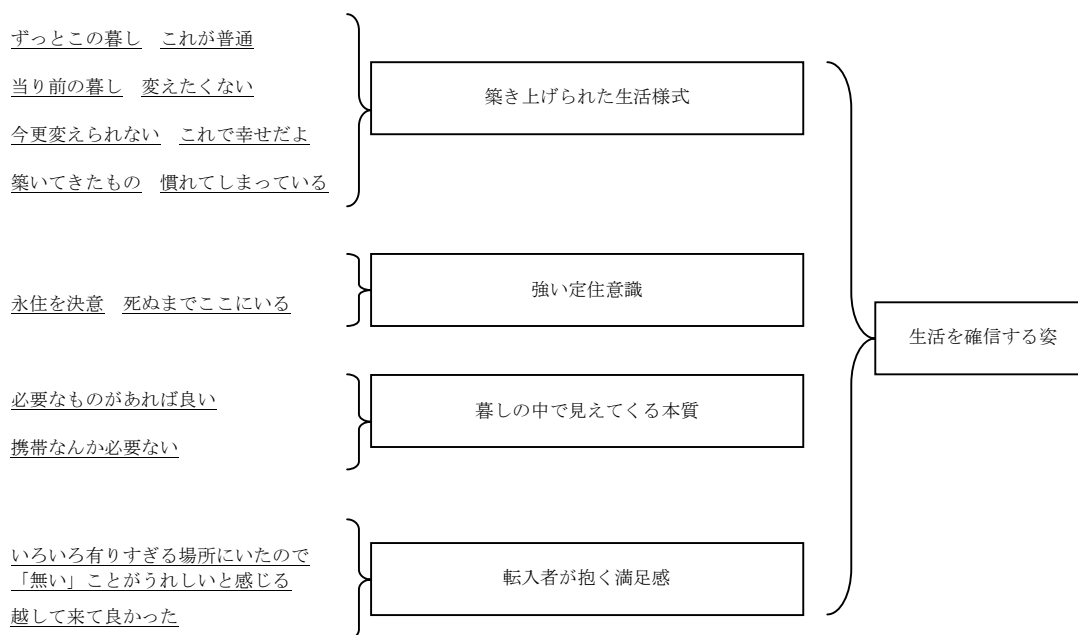


図4-24-3 カテゴリー「生活を確信する姿」の抽出過程

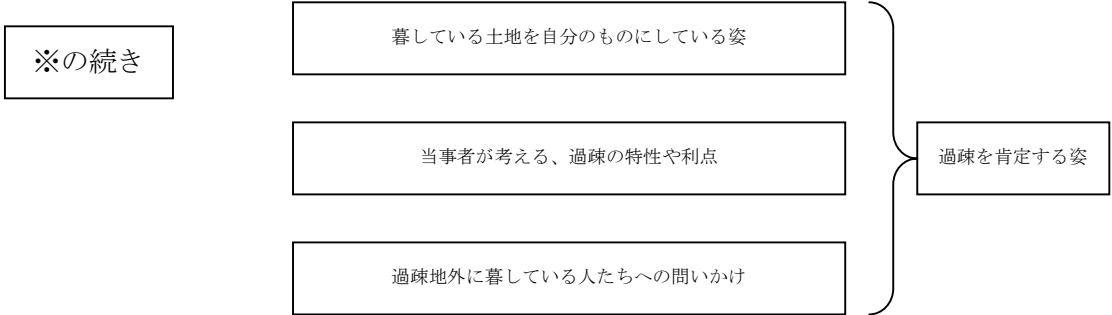
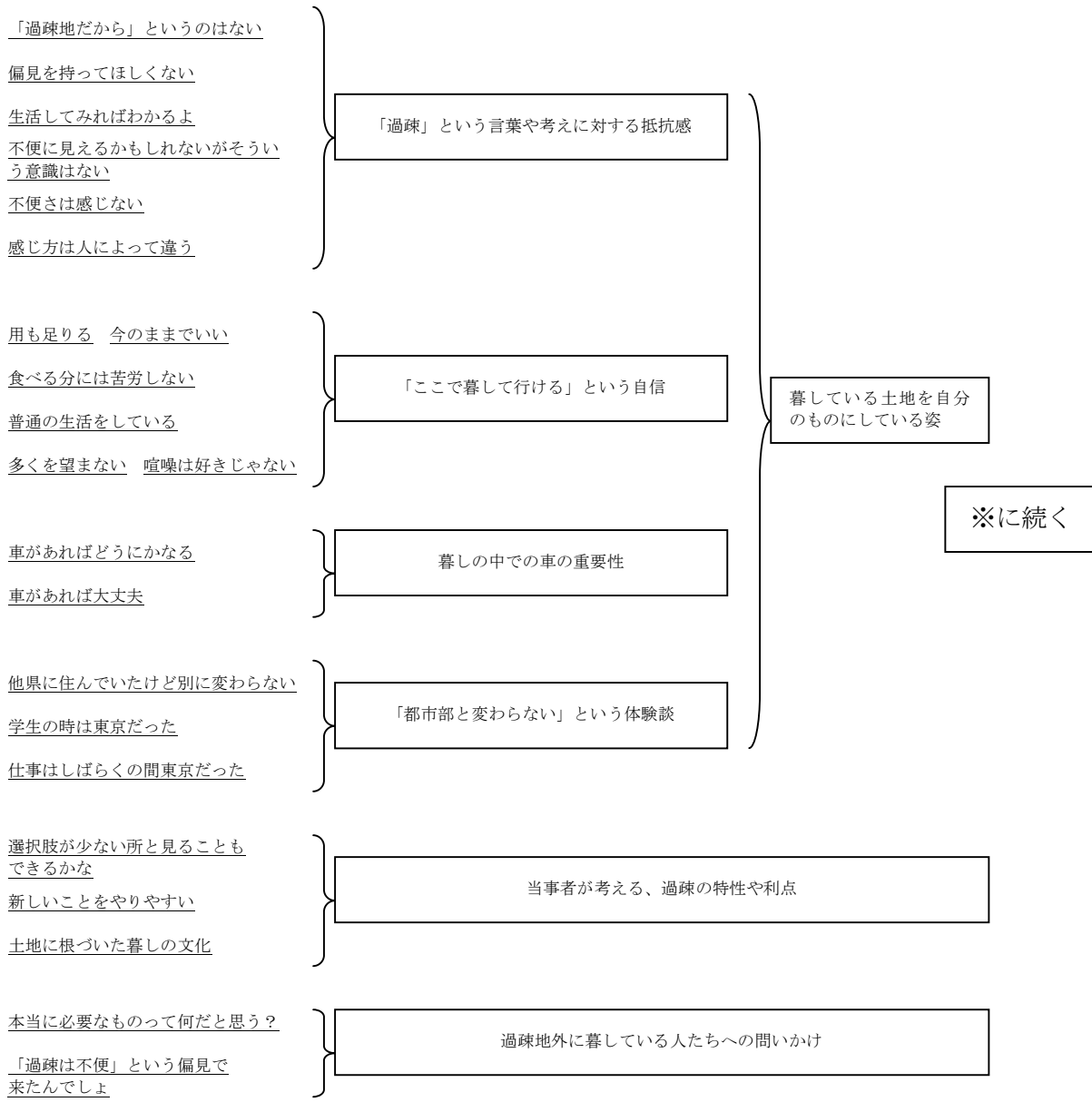


図 4-24-4 カテゴリー「過疎を肯定する姿」の抽出過程

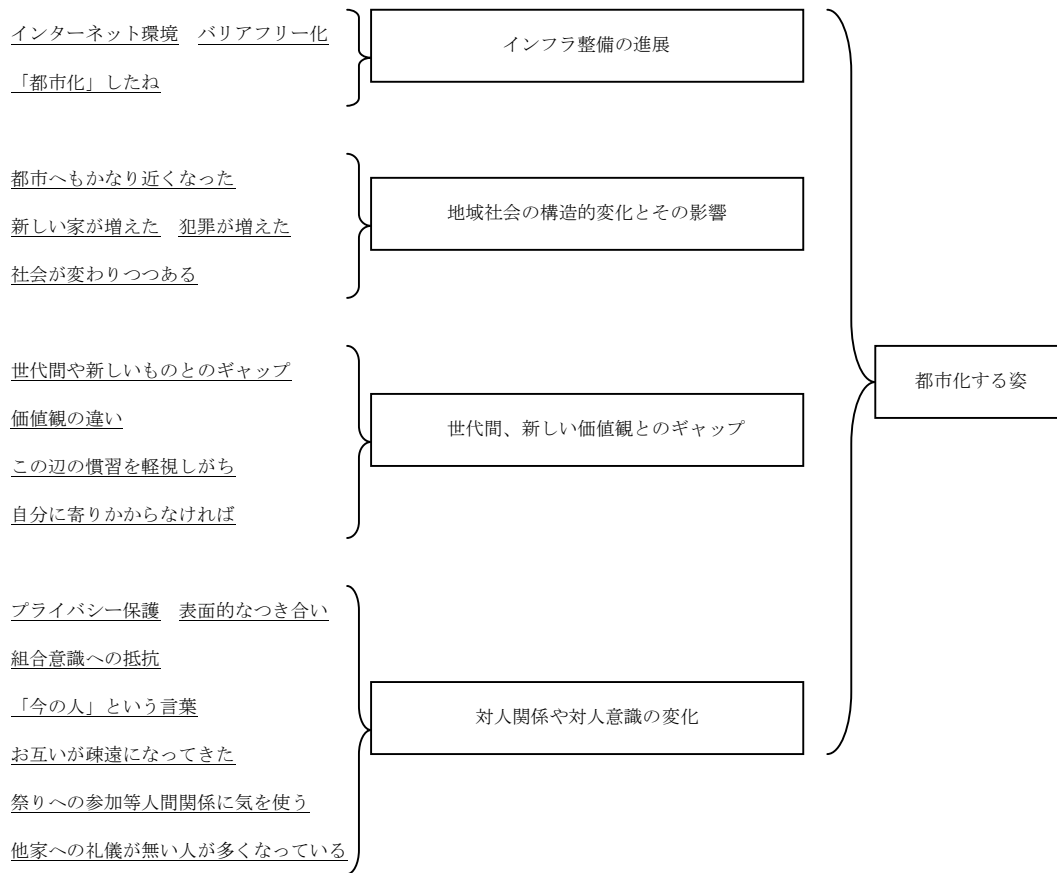


図 4-24-5 カテゴリー「都市化する姿」の抽出過程

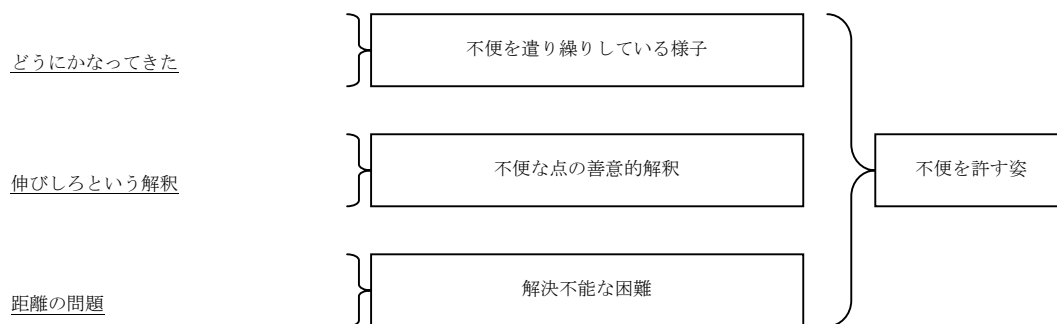


図 4-24-6 カテゴリー「不便を許す姿」の抽出過程

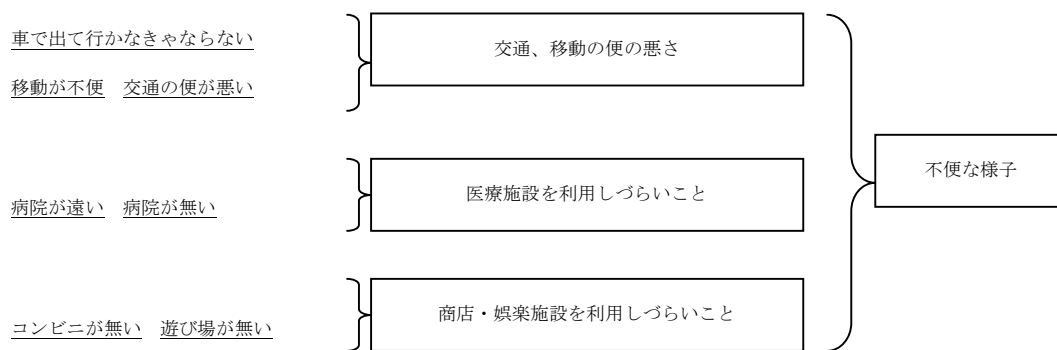


図 4-24-7 カテゴリー「不便な様子」の抽出過程

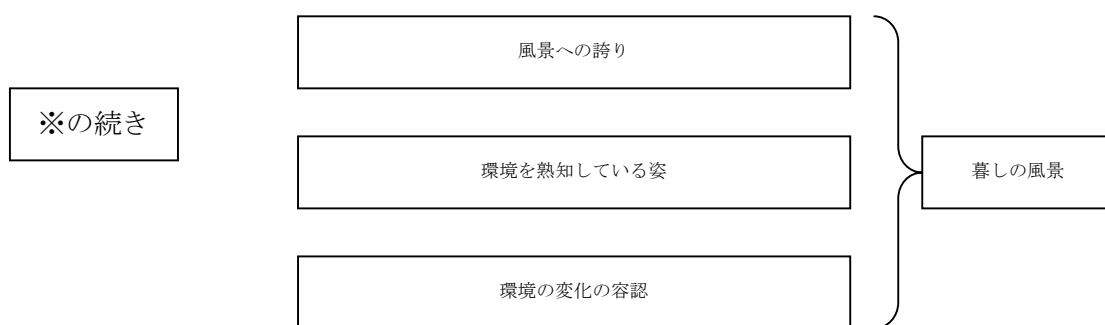
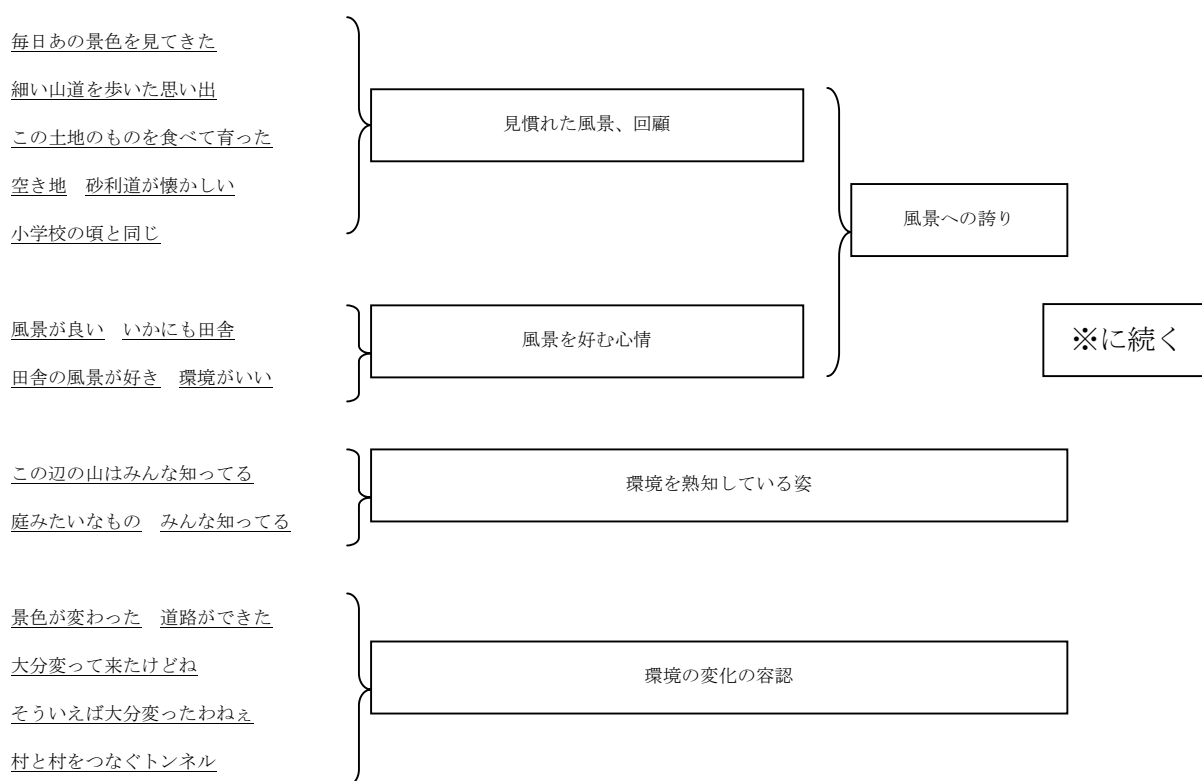


図 4-24-8 カテゴリー「暮しの風景」の抽出過程

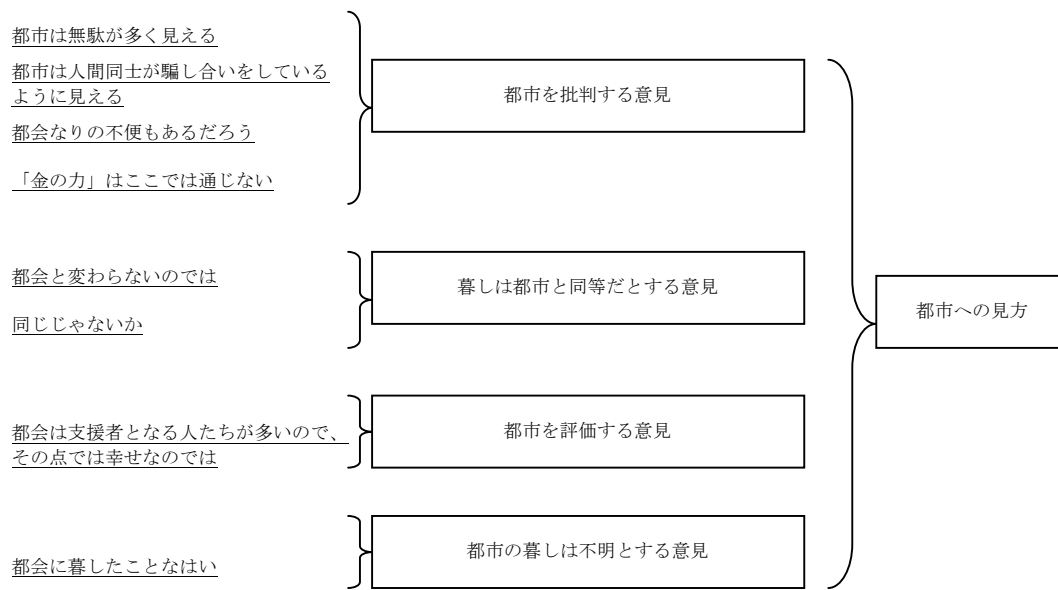


図 4 - 2 4 - 9 カテゴリー「都市への見方」の抽出過程

気が晴れたことがない 駄目なんだよ
いつも「せいせい」しない
心配が多い あきらめ 退屈 我慢
「不幸なことが起きた」ことは
不幸なこと
しょうがない

自分を嘆く気持ち

希望の中に感じる絶望
一日の中で気分の上下がある

気分が安定しない状態

親がいなくなった後の見通し
どうなるか解らないと思うと怖い
迷いと葛藤

将来を憂う気持ち

障害に関する鬱屈した
心情

※に続く

先日まで元気だったのに
働けない 何もできない
家から出られない 寝たきり
小さいことで不自由する
車に乗れない 社会復帰がいいね
「単独で出るな」といわれている
聴診器当てて帰らされる
いろいろ不自由 交流が減った
生まれてからずっとこのまま
病気のことだけ 体がこれじゃ
当り前の体じゃない この体じゃ
がっかりしたこと どうせ聞こえない

自分を嘆く気持ちの主な要因

家族に申し訳ない
他人に迷惑をかけて申し訳ない
負担をかけたくない

家族や他者への引け目、遠慮

鬱屈した心情の原因

※の続き

障害に関する鬱屈した心情

障害に関する陰性感情

鬱屈した心情の原因

図 4-24-10 カテゴリー「障害に関する陰性感情」の抽出過程

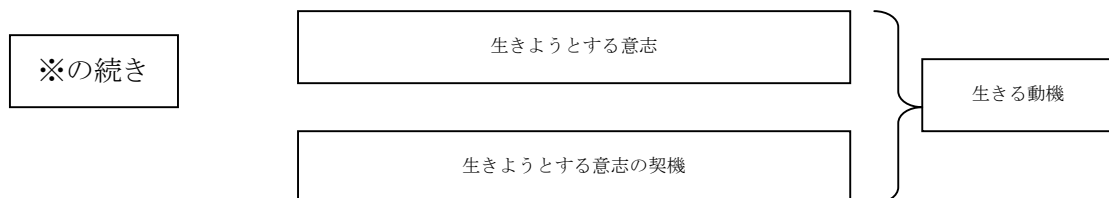
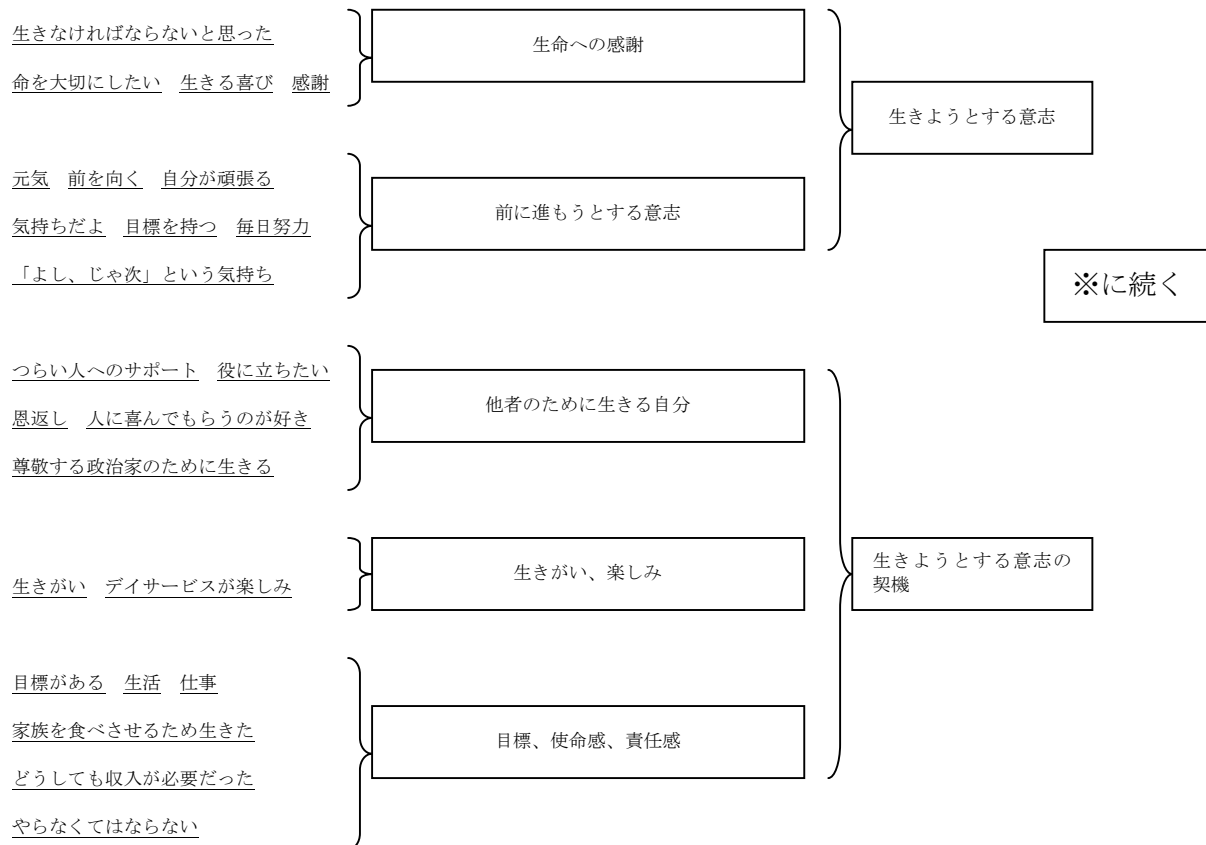


図 4-24-11 カテゴリー「生きる動機」の抽出過程

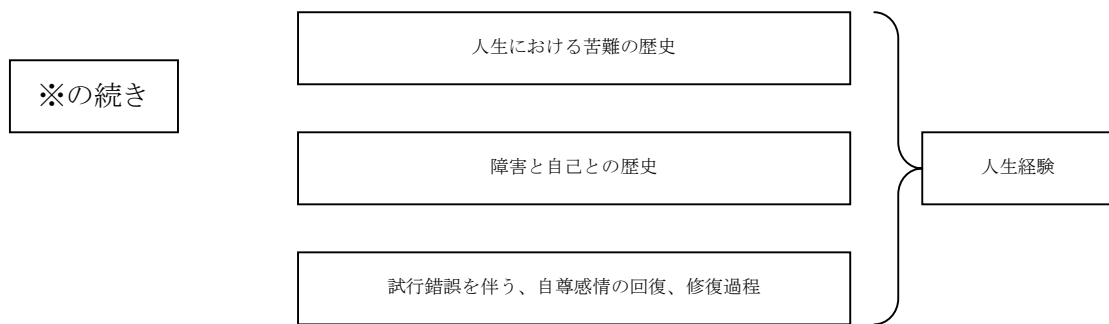
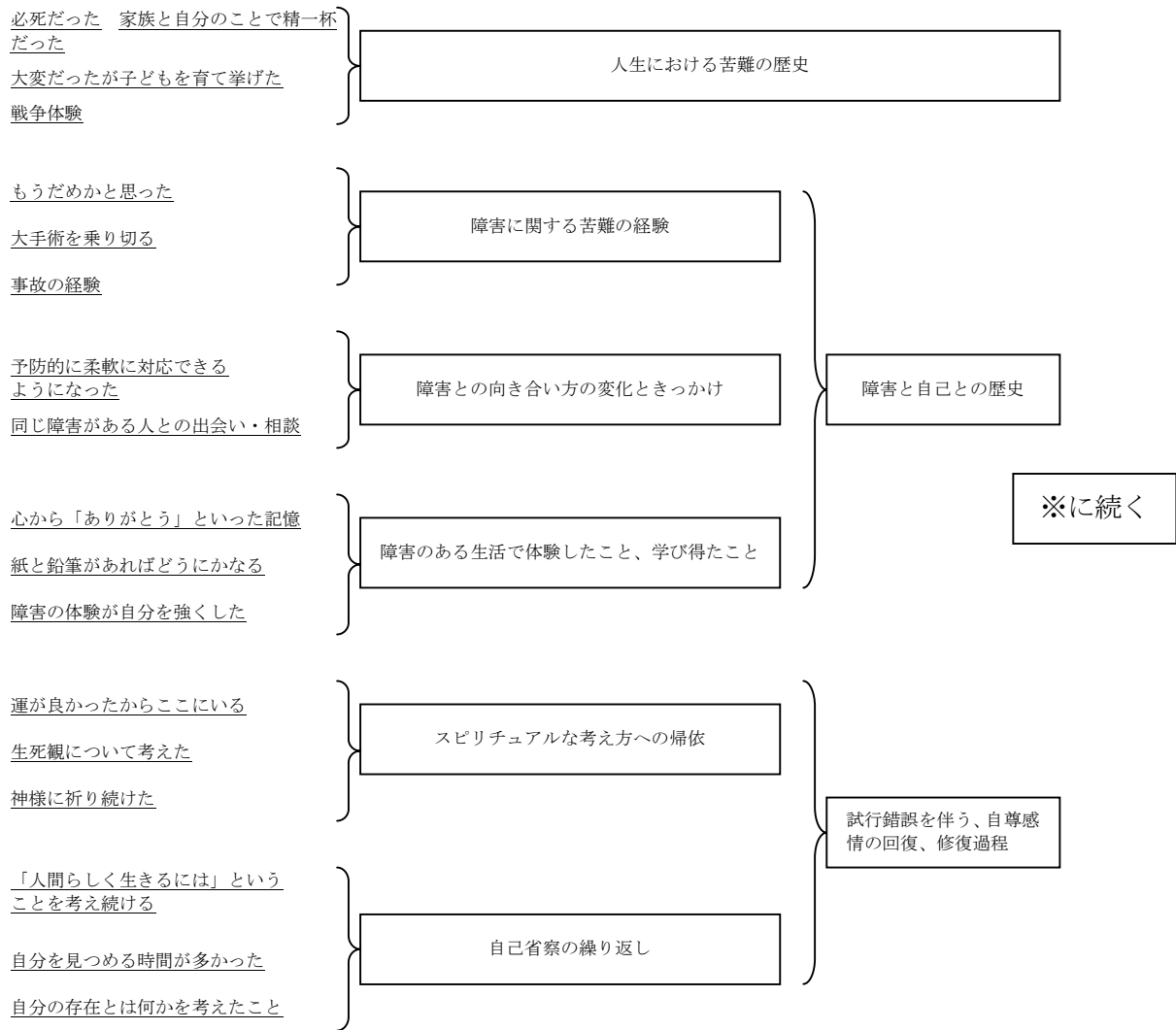


図 4-24-12 カテゴリー「人生経験」の抽出過程

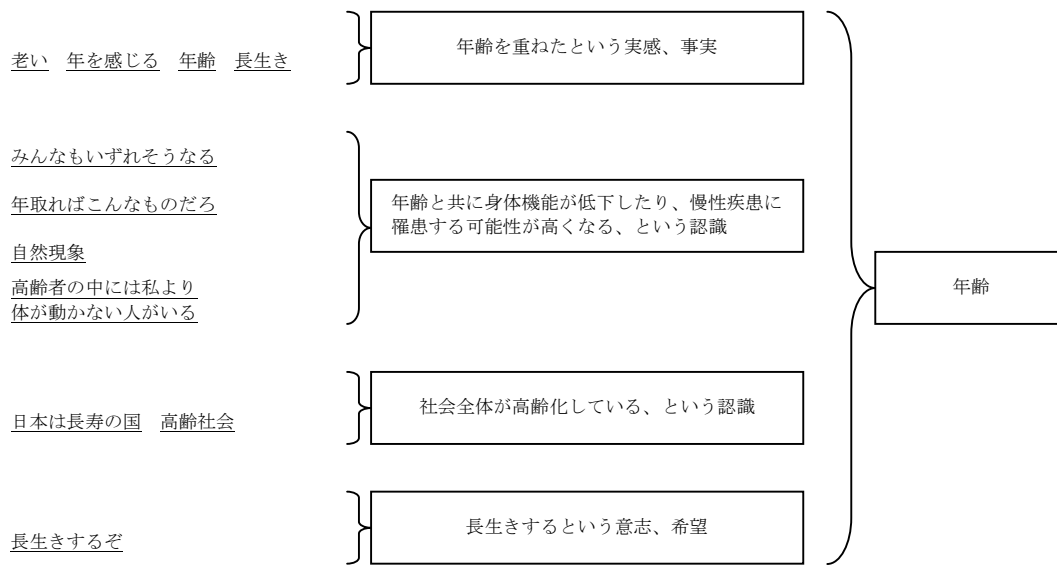


図 4-24-13 カテゴリー「年齢」の抽出過程

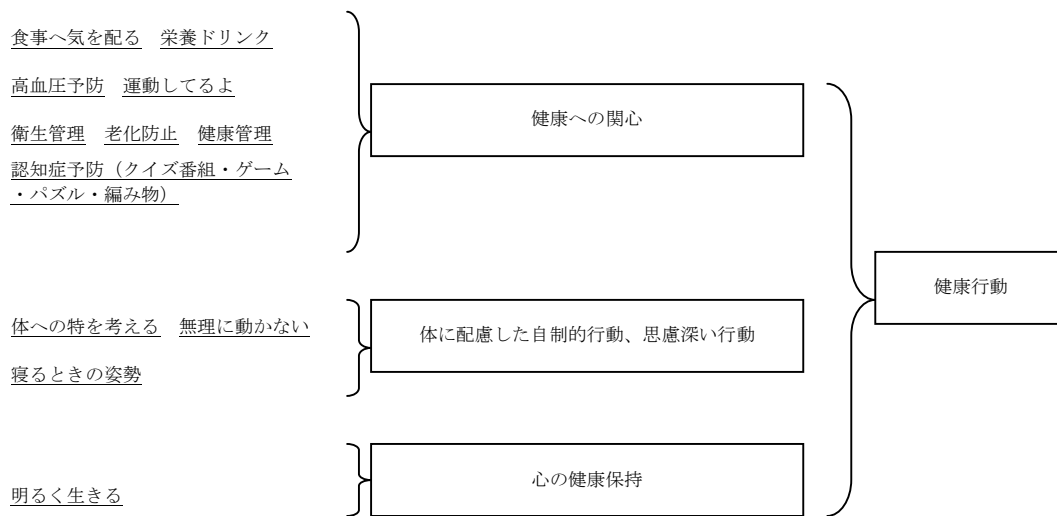


図 4-24-14 カテゴリー「健康行動」の抽出過程

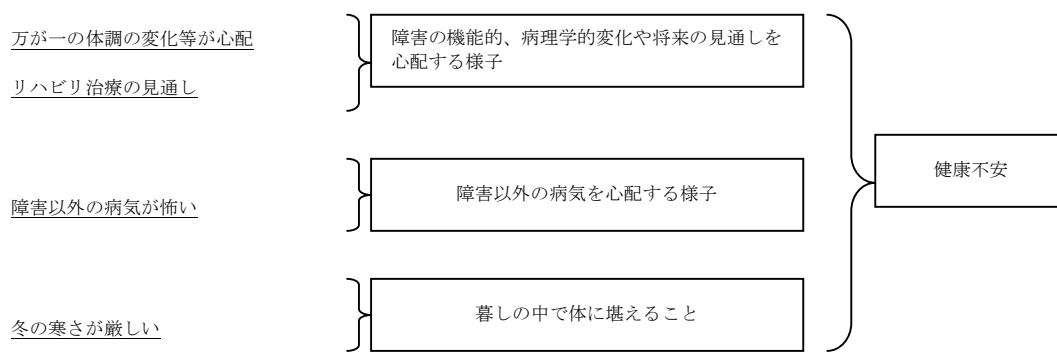


図 4-24-15 カテゴリー「健康不安」の抽出過程



図 4-24-16 カテゴリー「自立する姿」の抽出過程

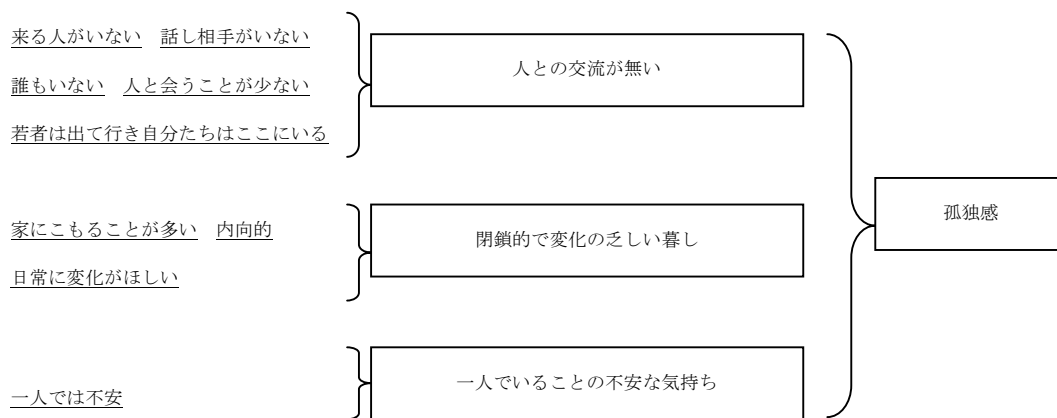


図 4-24-17 カテゴリー「孤独感」の抽出過程

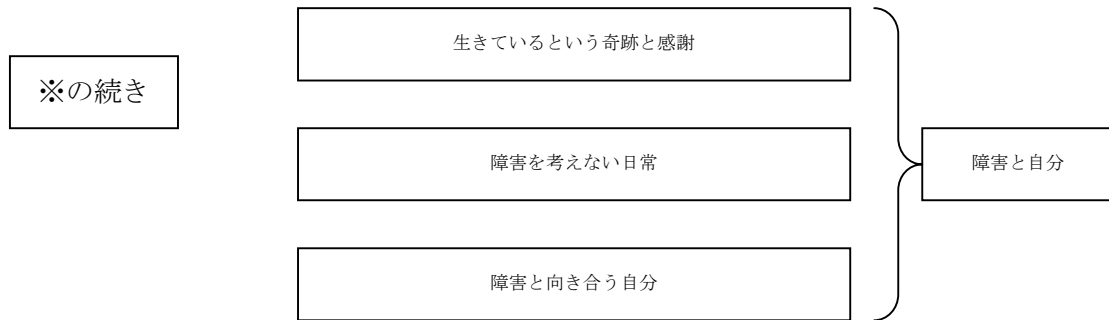
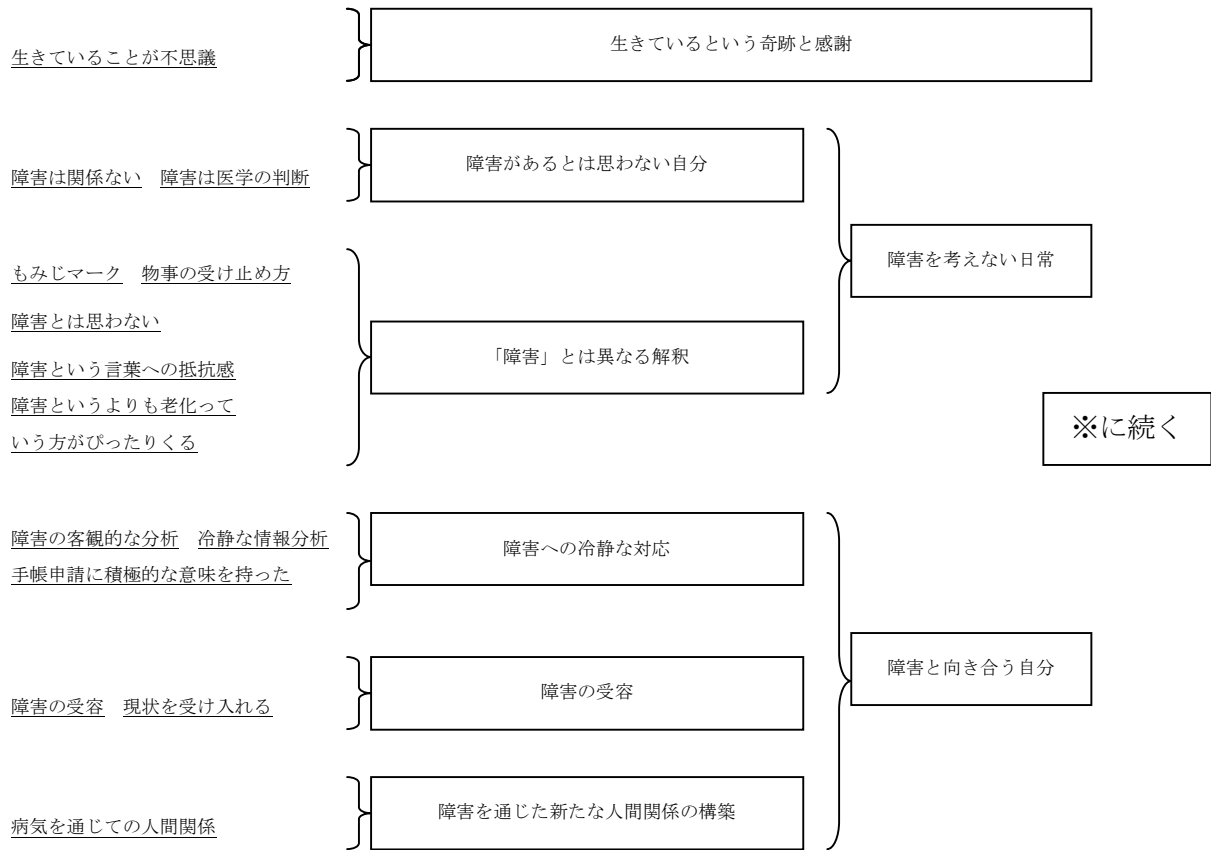


図 4-24-18 カテゴリー「障害と自分」の抽出過程

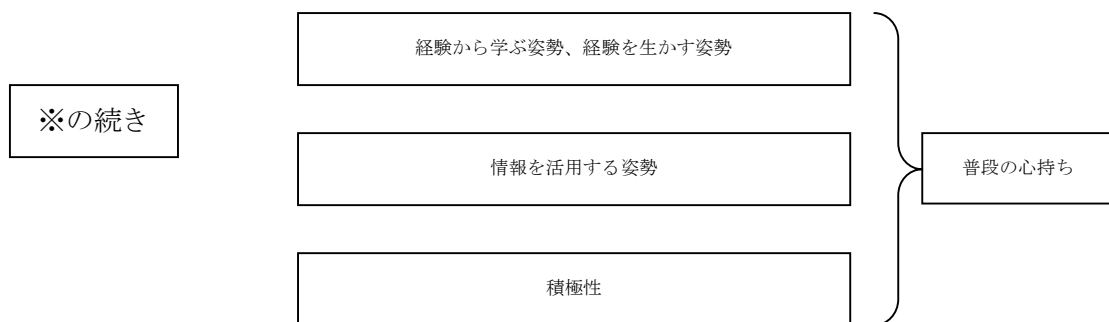
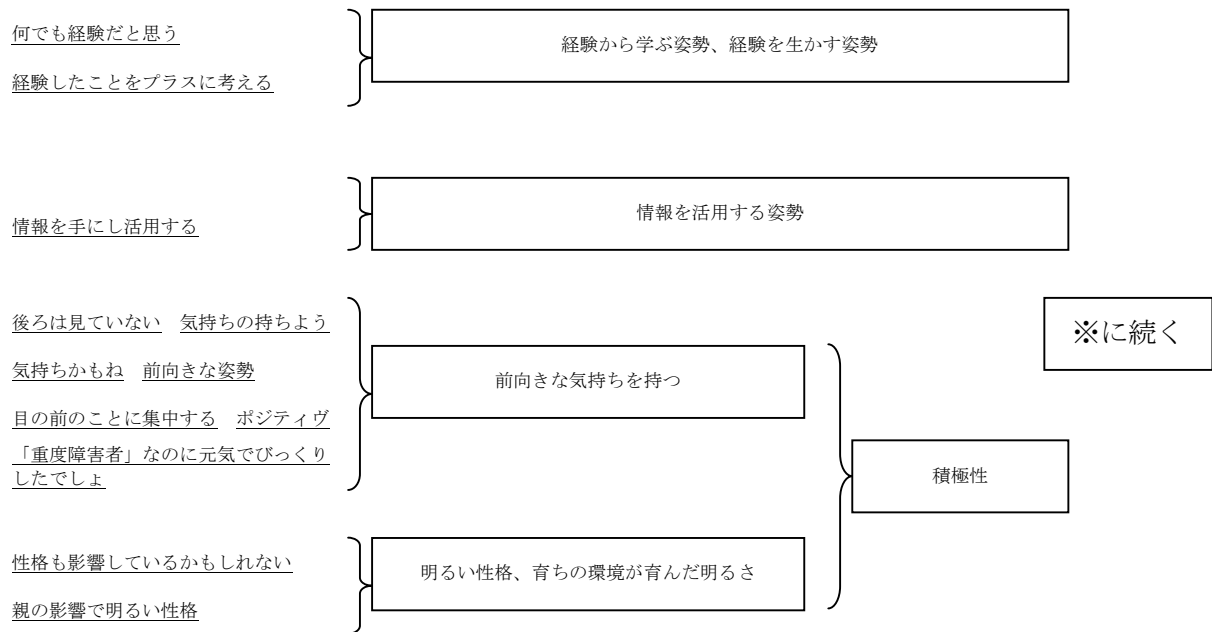


図4-24-19 カテゴリー「普通 of 気持ち」の抽出過程

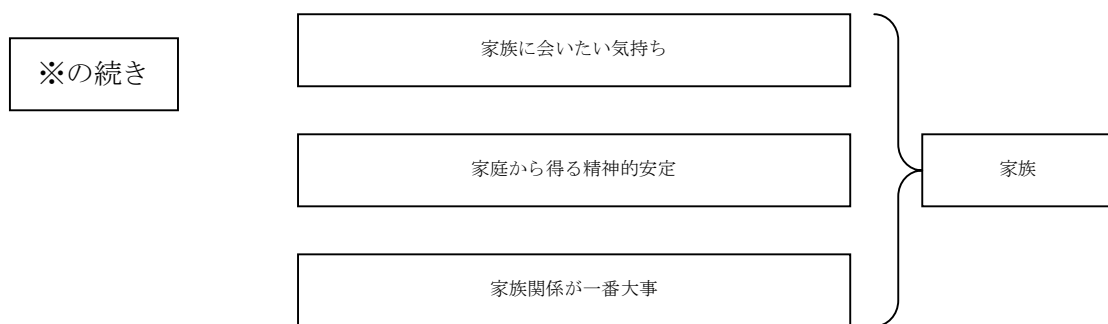
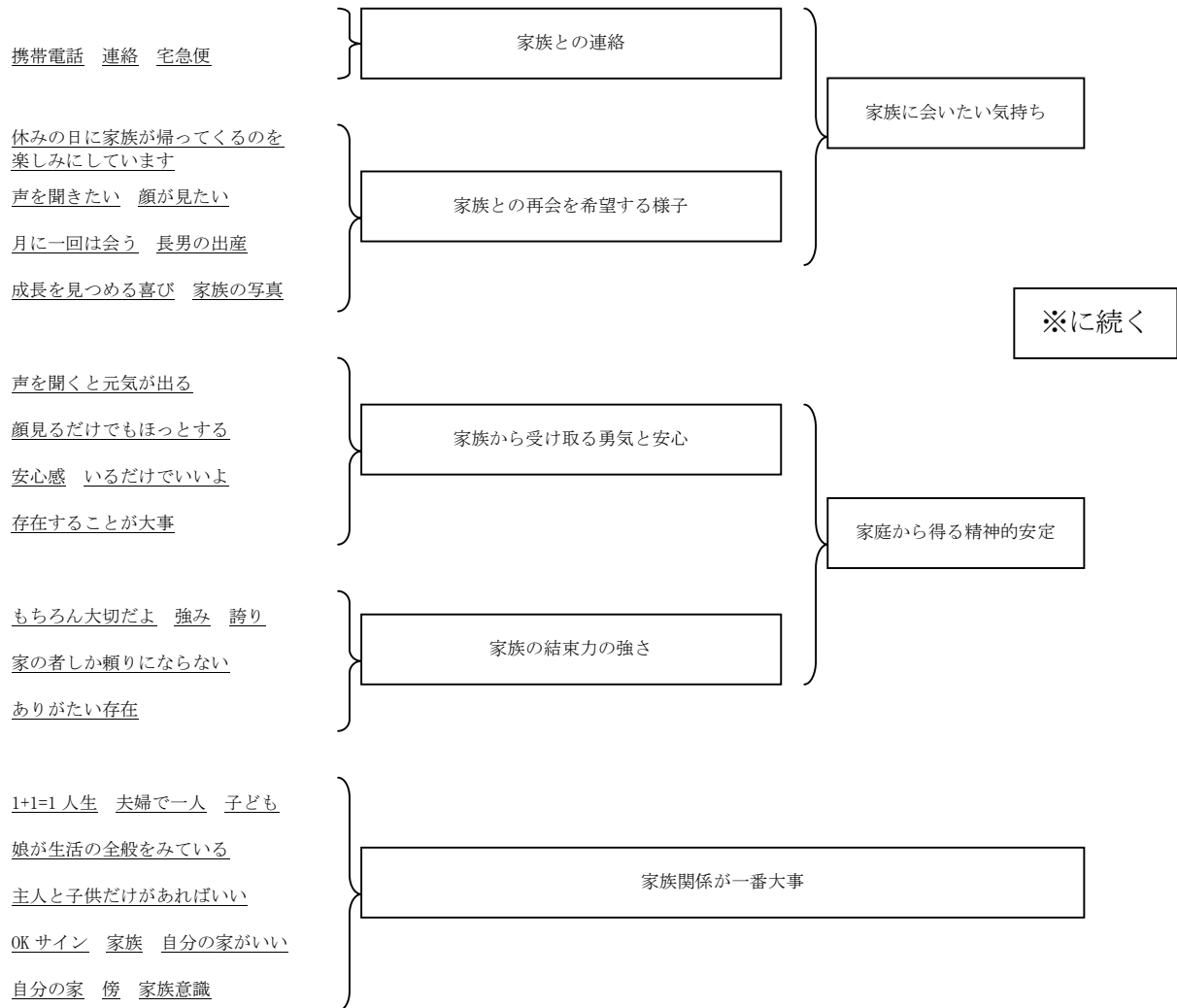


図 4-24-20 カテゴリー「家族」の抽出過程

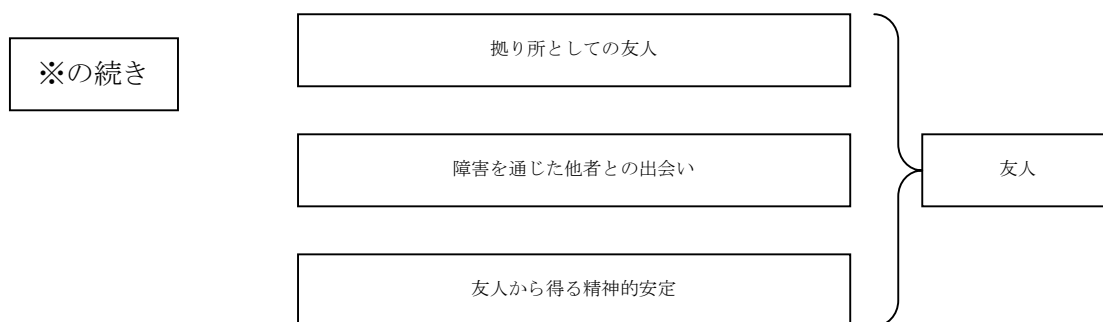
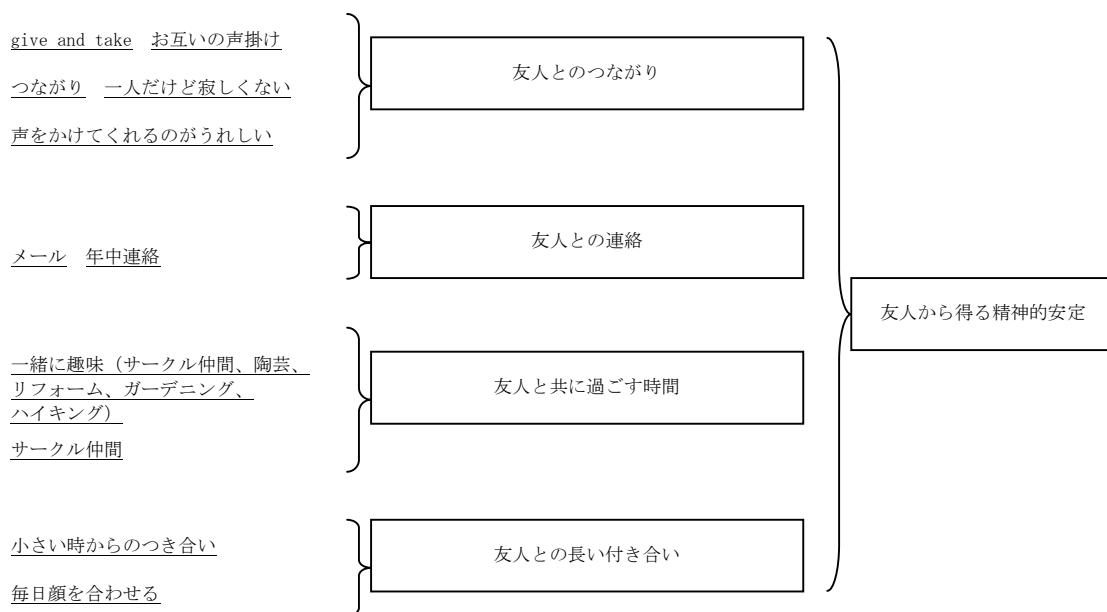


図 4-24-21 カテゴリー「友人」の抽出過程

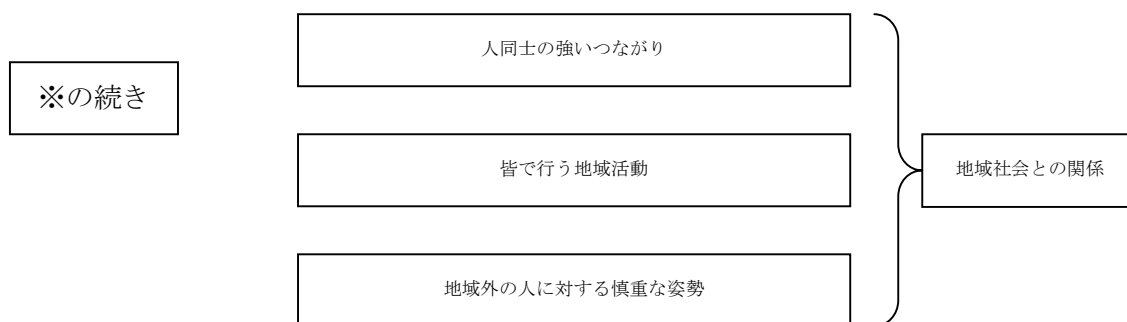
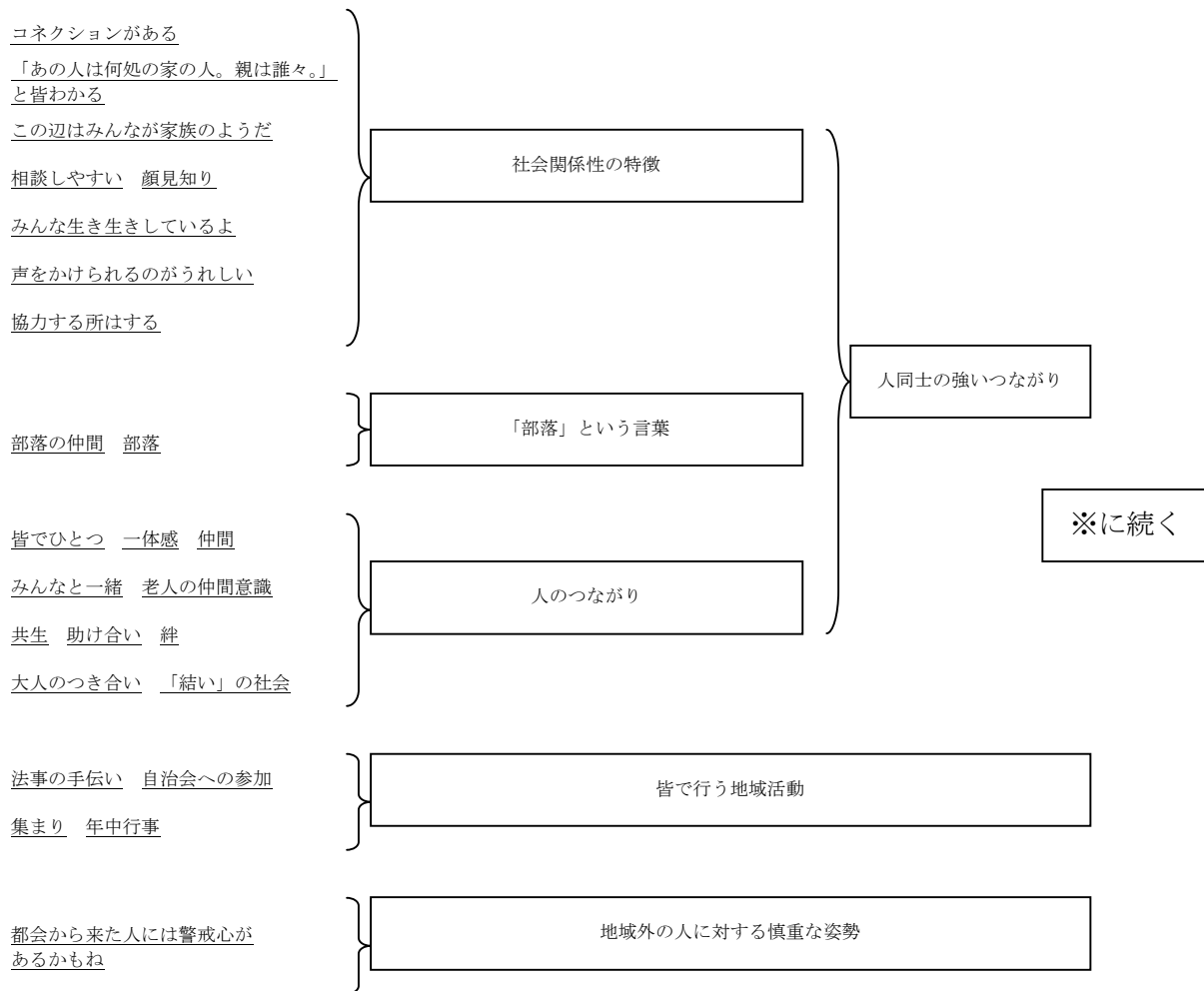


図 4-24-22 カテゴリー「地域社会との関係」の抽出過程

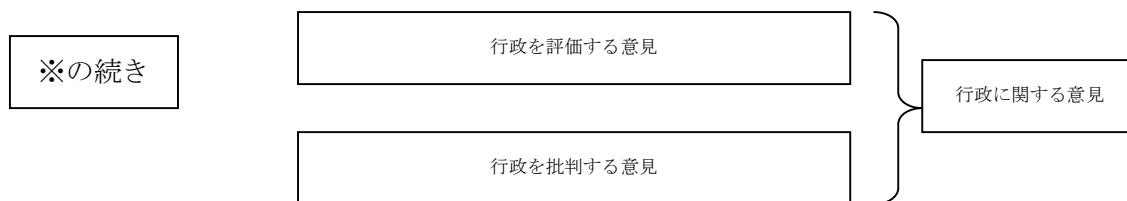
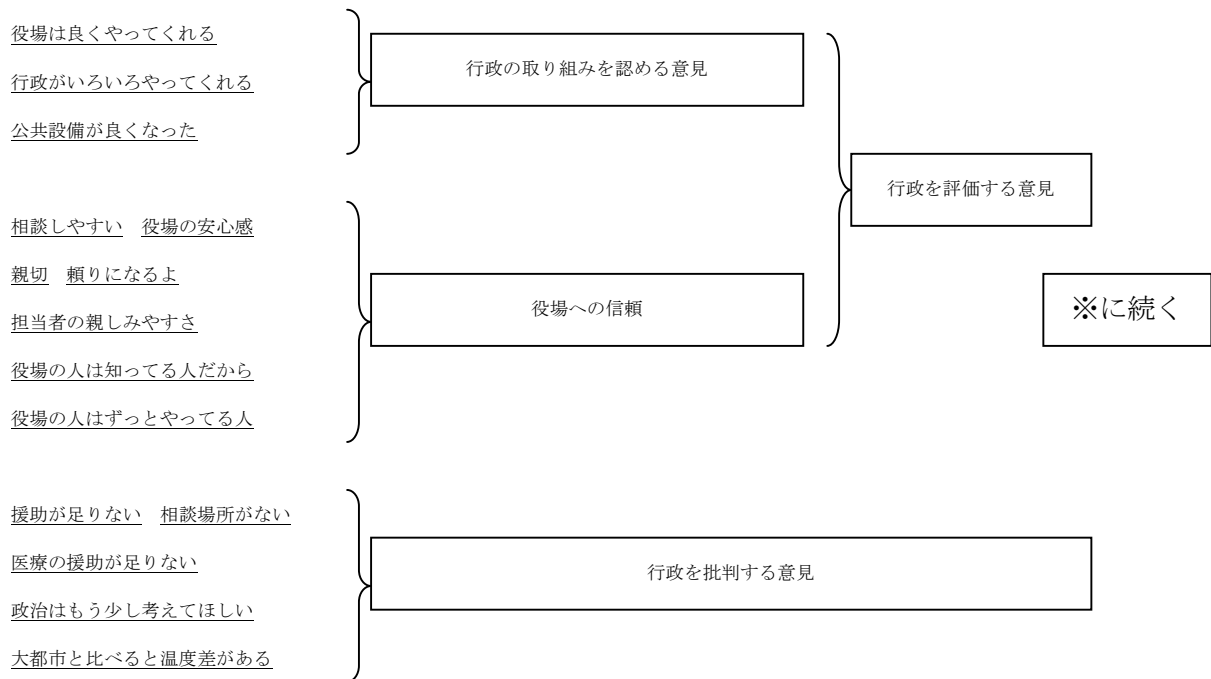


図 4-24-23 カテゴリー「行政に関する意見」の抽出過程

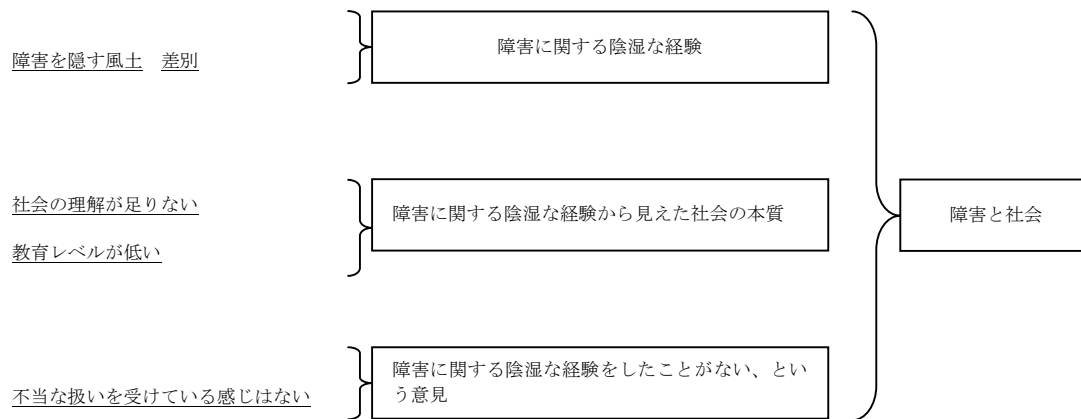


図 4-24-24 カテゴリー「障害と社会」の抽出過程

II. Cover Term の形成過程の詳細

次に、第3節II. データの整理と分析 (P.134 参照) で説明した図4-6、図4-7、図4-8、図4-9、図4-10の手順に基づき、カテゴリーの再編と統合をし Cover Term を形成する手続きの詳細を示す。

・ Cover Term 「土地への愛着」の形成過程

P.154 の「土地への愛着」は、Step2 で抽出されたカテゴリー (表4-3 参照) の一つ「郷土愛」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き導出したものである。

まず、「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「郷土愛」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということ、Spradley の手法を用いて検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った (表4-4-1)。

次に、図4-24-1 から図4-24-24 を用いて、「郷土愛」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し (表4-4-2)、それらの再編と統合を行った (図4-25)。これらの手続きは、図4-26 の如くまとめられる。(他の14個の Cover Term も同様の作成プロセスを踏んだ。)

表 4-4-1 表 4-3 を元に、「郷土愛」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
郷土愛(中心カテゴリー)	自分の土地、災害でも 1 カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、父親の姿、合併されるとすれば寂しい、合併が心配、若い人がいないでしょ、新生児がいない、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都
生活を確信する姿	必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんかが必要ない、死ぬまでここにいる (「郷土愛」の一種、結果・原因、理由、特質)
過疎を肯定する姿	用も足りる、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、多くを望まない、不便さは感じない、他県に住んでいたけど別に変わらない、学生の時は東京だった、仕事はしばらくの間東京だった、車があればどうにかなる、「過疎地だから」というのはない、土地に根づいた暮らしの文化、新しいことをやりやすい、喧嘩は好きじゃない、今のままでいい、車があれば大丈夫 (「郷土愛」の一種、結果・原因、理由、特質)
暮らしの風景	毎日あの景色を見てきた、細い山道を歩いた思い出、村と村をつなぐトンネル、景色が変わった、道路ができた、大分変って来たけどね、そういえば大分変わったわねえ、空き地、風景が良い、この辺の山はみんな知ってる、庭みたいなもの、この土地のものを食べて育った、いかにも田舎、田舎の風景が好き、砂利道が懐かしい、小学校の頃と同じ、環境がいい、みんな知ってる (「郷土愛」の一種、結果・原因、理由、場所、特質)
都会への見方	都市は無駄が多く見える、都会なりの不便もあるだろう、同じじゃないか、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、都会と変わらないのでは、「金の力」はここでは通じない (「郷土愛」の一種、結果・原因、理由、特質)
家族	1+1=1 人生、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、自分の家がいい、自分の家、もちろん大切だよ、娘が生活の全般をみている、ありがたい存在、強み、誇り、安心感、家族意識 (「郷土愛」の結果・原因、理由)
友人	周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間 (「郷土愛」の結果・原因、理由)
地域社会との関係	老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の手伝い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ (「郷土愛」の結果・原因、理由)
行政に関する意見	相談しやすい、役場の安心感、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、頼りになるよ、公共設備が良くなった、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる、役場の人はずっとやってる人、親切 (「郷土愛」の結果・原因、理由)

表 4-4-2 「郷土愛」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
郷土愛(中心カテゴリー)	生まれも育ちもずっとここ、災害でも1カ月くらいは大丈夫、自分の土地、自分の居場所	「この場所は自分のもの」という気持ち
	ご先祖様、遺産、財産、父親の姿、先祖から引き継いだもの、墓があるから	先祖との関係を大事にする姿
	捨てられない、良く知ってる、いい所だよ、楽しんでいる、いい場所、ずっとこの 感じていたい、住めば都、離れられない、楽しい、一番いい、全てが良いよ、こ こが好き、豊かな所、都会から引っ越して来たけど好きだよ	「ここが好き」という気持ち
	合併されるとすれば寂しい、合併が心配、新生児がいない、若い人がいないでし よ	郷土の将来を心配する姿
生活を確信する姿	ずっとこの暮らし、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、今更変えられない、 これで幸せだよ、築いてきたもの、慣れてしまっている	築き上げられた生活様式
	永住を決意、死ぬまでここにいる	強い定住意識
	必要なものがあれば良い、携帯なんか必要ない	暮らしの中で見えてくる本質
	いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、越して来て 良かった	転入者が抱く満足感
過疎を肯定する姿	「過疎地だから」というのはない、不便に見えるかもしれないがそういう意識は ない、不便さは感じない	「過疎」という言葉や考えに対する抵抗感
	用も足りる、今のままでいい、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしてい る、多くを望まない、喧嘩は好きじゃない	「ここで暮して行ける」という自信
	車があればどうにかなる、車があれば大丈夫	暮らしの中での車の重要性
	他県に住んでいたけど別に変わらない、学生の時は東京だった、仕事はしばらく の間東京だった	「都市部と変わらない」という体験談
	新しいことをやりやすい、土地に根づいた暮らしの文化	当事者が考える、過疎の特性や利点
暮らしの風景	毎日あの景色を見てきた、細い山道を歩いた思い出、この土地のものを食べて 育った、空き地、砂利道が懐かしい、小学校の頃と同じ	見慣れた風景、回顧
	風景が良い、いかにも田舎、田舎の風景が好き、環境がいい	風景を好む心情
	この辺の山はみんな知ってる、庭みたいなもの、みんな知ってる	環境を熟知している姿
	景色が変わった、道路ができた、大分変って来たけどね、そういえば大分変った わねえ、村と村をつなぐトンネル	環境の変化の容認
都市への見方	都市は無駄が多く見える、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、 都会なりの不便もあるだろう、「金の力」はここでは通じない	都市を批判する意見
	都会と変わらないのでは、同じじゃないか	暮らしは都市と同等だとする意見

表 4-4-2 「郷土愛」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念 (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
家族	安心感	家族から受け取る勇気と安心
	もちろん大切だよ、強み、誇り、家の者しか頼りにならない、ありがたい存在	家族の結束力の強さ
	1+1=1 人生、夫婦で一人、娘が生活の全般をみている、主人と子供だけがあればいい、家族、自分の家がいい、自分の家、家族意識	家族関係が一番大事
友人	周囲の協力があつた、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、いざというとき頼りになる、人が来てくれるから	拠り所としての友人
	give and take、お互いの声掛け、つながり、一人だけ寂しくない、声をかけてくれるのがうれしい	友人とのつながり
	メール、年中連絡	友人との連絡
	一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、サークル仲間	友人と共に過ごす時間
	小さい時からのつき合い、毎日顔を合わせる	友人との長い付き合い
地域社会との関係	コネクションがある、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、この辺はみんなが家族のようだ、相談しやすい、顔見知り、みんな生き生きしているよ、声をかけられるのがうれしい、協力する所はする	社会関係性の特徴
	部落の仲間、部落	「部落」という言葉
	皆でひとつ、一体感、仲間、みんなと一緒に、老人の仲間意識、共生、助け合い、絆、大人のつき合い、「結い」の社会	人のつながり
	法事の手伝い、自治会への参加、集まり、年中行事	皆で行う地域活動
行政に関する意見	役場は良くやってくれる、行政がいろいろやってくれる、公共設備が良くなった	行政の取り組みを認める意見
	相談しやすい、役場の安心感、親切、頼りになるよ、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、役場の人はずっとやってる人	役場への信頼

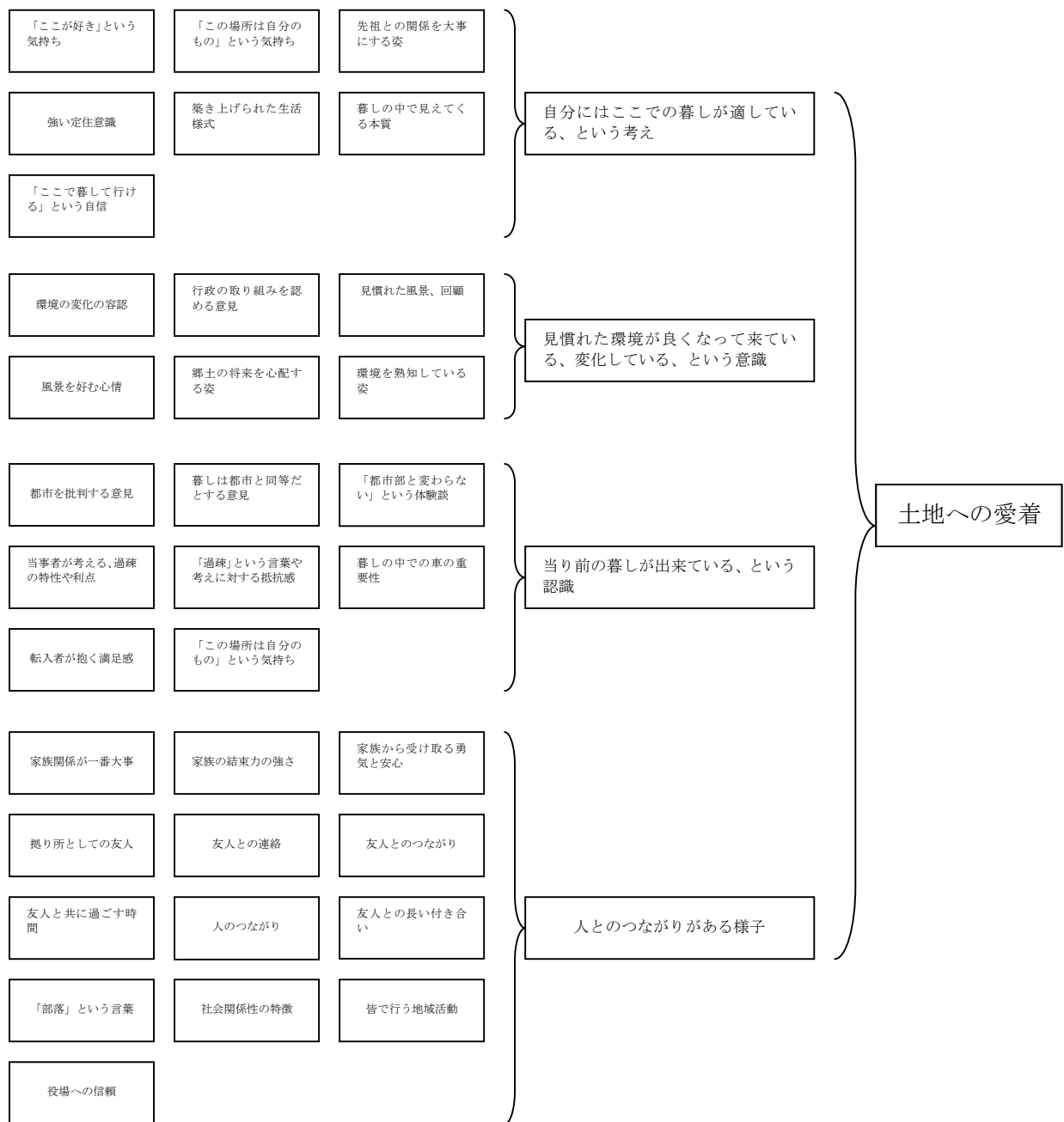


図4-25 「郷土愛」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「土地への愛着」を導出した手続き

説明) 「郷土愛」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「土地への愛着」を導出した。

・ Cover Term 「この土地への肯定感情」の形成過程

P.157の「この土地への肯定感情」は、Step2で抽出されたカテゴリー（表4-3参照）の一つ「過疎を肯定する姿」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「過疎を肯定する姿」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表4-5-1）。次に、図4-24-1から図4-24-24を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表4-5-2）、それらの再編と統合を行った（図4-27）。これらの手続きは、図4-28の如くまとめられる。

表 4-5-1 表 4-3 を元に、「過疎を肯定する姿」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

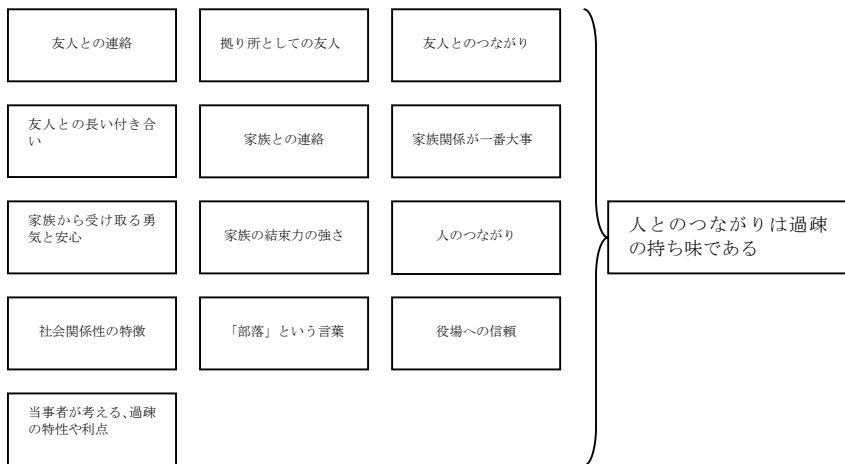
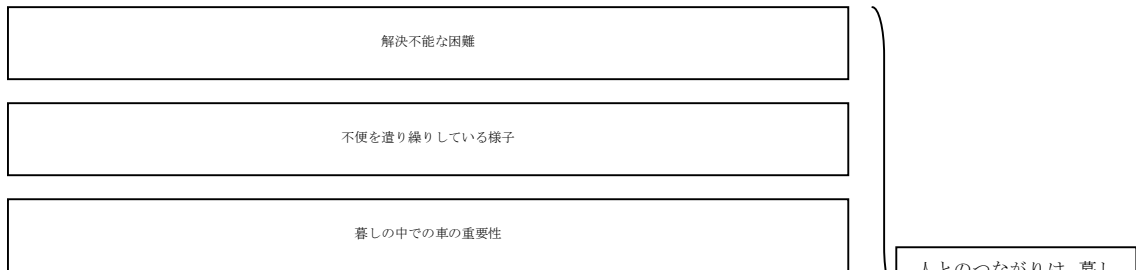
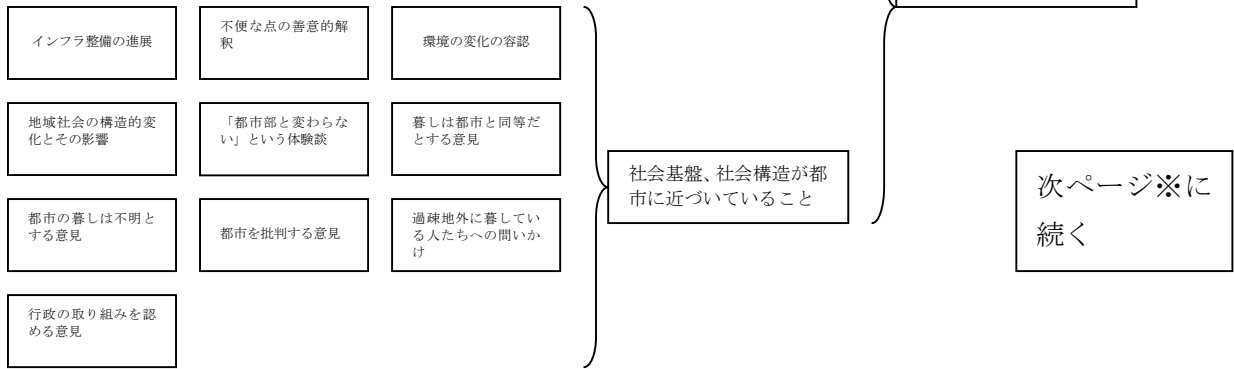
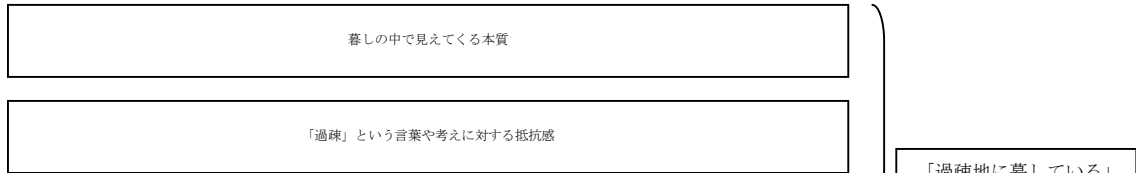
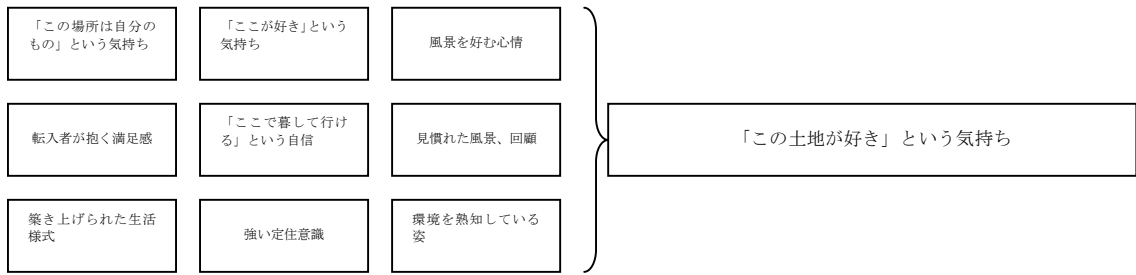
カテゴリー	サブカテゴリー
郷土愛	自分の土地、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じていたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都（「過疎を肯定する姿」の一種、結果・原因、理由）
生活を確信する姿	必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここにいる（「過疎を肯定する姿」の一種、結果・原因、理由）
過疎を肯定する姿(中心カテゴリー)	用も足りる、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、多くを望まない、不便さは感じない、他県に住んでいただけ別に変わらない、学生の時東京だった、仕事はしばらくの間東京だった、車があればどういかなる、「過疎地だから」というのはない、「過疎は不便」という偏見で来たんでしょ、土地に根づいた暮らしの文化、新しいことをやりやすい、喧嘩は好きじゃない、偏見を持ってほしくない、本当に必要なもので何だと思う？、選択肢が少ない所と見ることもできるかな、感じ方は人によって違う、今のままでいい、生活してみればわかるよ、車があれば大丈夫
都市化する姿	インターネット環境、バリアフリー化、社会が変わりつつある、新しい家が増えた、「都市化」したね、都市へもかなり近くなった（「過疎を肯定する姿」の結果・原因、場所、特質）
不便を許す姿	どういかなってきた、伸びしろという解釈、距離の問題（「過疎を肯定する姿」の一種、結果・原因、理由、特質）
暮らしの風景	毎日あの景色を見てきた、細い山道を歩いた思い出、村と村をつなぐトンネル、景色が変わった、道路ができた、大分変って来たけどね、そういえば大分変わったわねえ、空き地、風景が良い、この辺の山はみんな知ってる、庭みたいなもの、この土地のものを食べて育った、いかに田舎、田舎の風景が好き、砂利道が懐かしい、小学校の頃と同じ、環境がいい、みんな知ってる（「過疎を肯定する姿」の一種、結果・原因、場所、特質）
都会への見方	都市は無駄が多く見える、都会なりの不便もあるだろう、同じじゃないか、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、都会と変わらないのでは、「金の力」はここでは通じない、都会に暮したことはない（「過疎を肯定する姿」の一種、理由、特質）
家族	携帯電話、連絡、宅急便、家族、自分の家がいい、自分の家、娘が生活の全般をみている、ありがたい存在、強み、誇り、安心感、家族意識（「過疎を肯定する姿」の結果・原因、理由、手段）
友人	周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け（「過疎を肯定する姿」の結果・原因、理由、手段）
地域社会との関係	老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、部落、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、コネクションがある、みんなと一緒に、大人のつき合い、共生、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい（「過疎を肯定する姿」の一種、結果・原因、理由、手段、特質）
行政に関する意見	相談しやすい、役場の安心感、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、頼りになるよ、公共設備が良くなった、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる、役場の人はずっとやってる人、親切（「過疎を肯定する姿」の一種、部分、結果・原因、理由）

表4-5-2 「過疎を肯定する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
郷土愛	生まれも育ちもずっとここ、災害でも1カ月くらいは大丈夫、自分の土地、自分の居場所	「この場所は自分のもの」という気持ち
	捨てられない、良く知ってる、いい所だよ、楽しんでいる、いい場所、ずっとこの感じていたい、住めば都、離れられない、楽しい、一番いい、全てが良いよ、ここが好き、豊かな所、都会から引っ越して来たけど好きだよ	「ここが好き」という気持ち
生活を確信する姿	ずっとこの暮らし、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、今更変えられない、これで幸せだよ、築いてきたもの、慣れてしまっている	築き上げられた生活様式
	永住を決意、死ぬまでここにいる	強い定住意識
	必要なものがあれば良い、携帯なんか必要ない	暮らしの中で見えてくる本質
	いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、越して来て良かった	転入者が抱く満足感
過疎を肯定する姿(中心カテゴリー)	「過疎地だから」というのはない、偏見を持ってほしくない、生活してみればわかるよ、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、不便さは感じない、感じ方は人によって違う	「過疎」という言葉や考えに対する抵抗感
	用も足りる、今のままでいい、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、多くを望まない、喧嘩は好きじゃない	「ここで暮して行ける」という自信
	車があればどうにかなる、車があれば大丈夫	暮らしの中での車の重要性
	他県に住んでいたけど別に変わらない、学生時は東京だった、仕事はしばらくの間東京だった	「都市部と変わらない」という体験談
	選択肢が少ない所と見ることもできるかな、新しいことをやりやすい、土地に根づいた暮らしの文化	当事者が考える、過疎の特性や利点
	本当に必要なものって何だと思う?、「過疎は不便」という偏見で来たんでしょ	過疎地外に暮している人たちへの問いかけ
都市化する姿	インターネット環境、パリアフリー化、「都市化」したね	インフラ整備の進展
	都市へもかなり近くなった、新しい家が増えた、社会が変わりつつある	地域社会の構造的変化とその影響
不便を許す姿	どうにかなってきた	不便を遣り繰りしている様子
	伸びしろという解釈	不便な点の善意的解釈
	距離の問題	解決不能な困難

表4-5-2 「過疎を肯定する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
暮しの風景	毎日あの景色を見てきた、細い山道を歩いた思い出、この土地のものを食べて育った、空き地、砂利道が懐かしい、小学校の頃と同じ	見慣れた風景、回顧
	風景が良い、いかにも田舎、田舎の風景が好き、環境がいい	風景を好む心情
	この辺の山はみんな知ってる、庭みたいなもの、みんな知ってる	環境を熟知している姿
	景色が変わった、道路ができた、大分変って来たけどね、そういえば大分変わったわねえ、村と村をつなぐトンネル	環境の変化の容認
都市への見方	都市は無駄が多く見える、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、都会なりの不便もあるだろう、「金の力」はここでは通じない	都市を批判する意見
	都会と変わらないのでは、同じじゃないか	暮らしは都市と同等だとする意見
	都会に暮したことはない	都市の暮らしは不明とする意見
家族	携帯電話、連絡、宅急便	家族との連絡
	安心感	家族から受け取る勇気と安心
	強み、誇り、ありがたい存在	家族の結束力の強さ
	娘が生活の全般をみている、家族、自分の家がいい、自分の家、家族意識	家族関係が一番大事
友人	周囲の協力があつた、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、いざというとき頼りになる、人が来てくれるから	拠り所としての友人
	give and take、お互いの声掛け、つながり、一人だけど寂しくない、声をかけてくれるのがうれしい	友人とのつながり
	メール、年中連絡	友人との連絡
	小さい時からのつき合い、毎日顔を合わせる	友人との長い付き合い
地域社会との関係	コネクションがある、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、この辺はみんなが家族のようだ、相談しやすい、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、協力する所はする	社会関係性の特徴
	部落の仲間、部落	「部落」という言葉
	皆でひとつ、一体感、仲間、みんなと一緒に、老人の仲間意識、共生、助け合い、絆、大人のつき合い、「結い」の社会	人のつながり
行政に関する意見	役場は良くやってくれる、行政がいろいろやってくれる、公共設備が良かった	行政の取り組みを認める意見
	相談しやすい、役場の安心感、親切、頼りになるよ、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、役場の人はずっとやってる人	役場への信頼



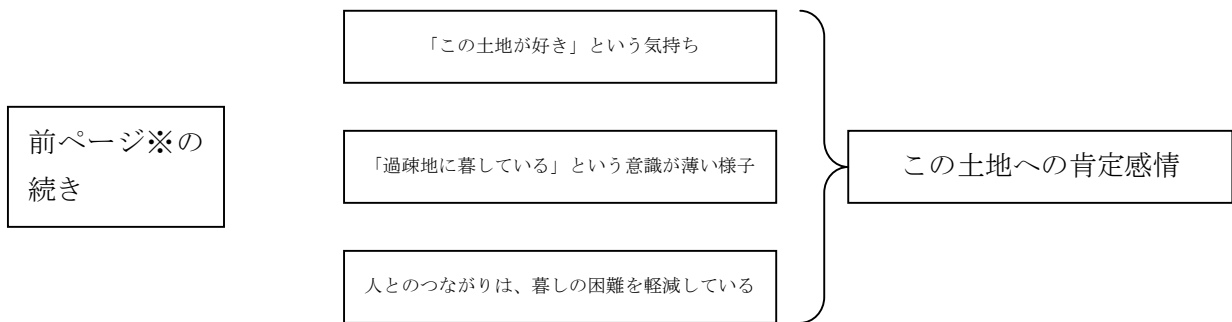


図4-27 「過疎を肯定する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「この土地への肯定感情」を導出した手続き

説明) 「過疎を肯定する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「この土地への肯定感情」を導出した。

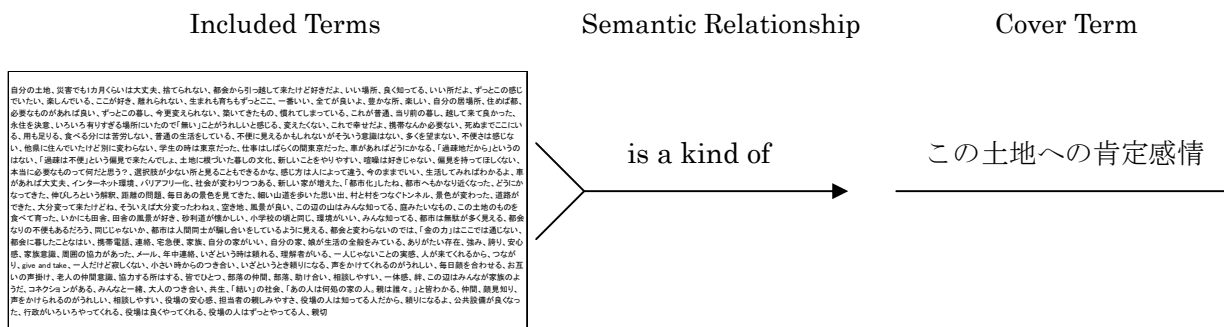


図4-28 Cover Term 「この土地への肯定感情」の作成プロセスのまとめ

説明) 表4-3の「過疎を肯定する姿」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表4-5-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表4-5-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term 「土地への愛着」が導出された(図4-27)。この図において、Included Terms とは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ Cover Term 「生活様式への確信」の形成過程

P.160 の「生活様式への確信」は、Step2 で抽出されたカテゴリー（表 4-3 参照）の一つ「生活を確認する姿」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「生活を確認する姿」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表 4-6-1）。次に、図 4-24-1 から図 4-24-24 を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表 4-6-2）、それらの再編と統合を行った（図 4-29）。これらの手続きは、図 4-30 の如くまとめられる。

表4-6-1 表4-3を元に、「生活を確信する姿」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車で買い出し、もらう・あげる、経済的な安堵感がある、「引き売り」が来る、自由に暮している（「生活を確信する姿」の一種、結果・原因、理由、場所）
郷土愛	自分の土地、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、父親の姿、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じていたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都（「生活を確信する姿」の一種、結果・原因、理由、特質）
生活を確信する姿(中心カテゴリー)	必要なものがあればいい、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここにいます
過疎を肯定する姿	用も足りる、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、多くを望まない、不便さは感じない、他県に住んでいただけ別に変わらない、学生の時は東京だった、仕事はしばらくの間東京だった、車があればどうにかなる、「過疎地だから」というのはない、「過疎は不便」という偏見で来たんでしょ、土地に根づいた暮らしの文化、新しいことをやりやすい、喧嘩は好きじゃない、偏見を持ってほしくない、本当に必要なものって何だと思う？、今のままでいい、生活してみればわかるよ、車があれば大丈夫（「生活を確信する姿」の一種、結果・原因、理由、特質）
都会への見方	都市は無駄が多く見える、都会なりの不便もあるだろう、同じじゃないか、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、都会と変わらないのでは、「金の力」はここでは通じない、都会に暮したことはない（「生活を確信する姿」の一種、結果・原因、理由、特質）
人生経験	紙と鉛筆があればどうにかなる（「生活を確信する姿」の一種、結果・原因、理由）
自立する姿	一人でやっていける、あとは自分だから、干渉されたくない、みんな意外と社会的（「生活を確信する姿」の一種、結果・原因）
家族	1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、家族の写真、自分の家がいい、自分の家、OKサイン、もちろん大切だよ、存在することが大事、顔が見たい、傍、子ども、成長を見つめる喜び、長男の出産、娘が生活の全般をみている、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、ありがたい存在、声を聞きたい、声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、強み、誇り、安心感、月に一回は会う、家族意識（「生活を確信する姿」の一種、結果・原因、理由、手段、特質）
友人	周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一緒に趣味（サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング）、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間（「生活を確信する姿」の一種、結果・原因、理由、手段、特質）
地域社会との関係	老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の手伝い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ（「生活を確信する姿」の一種、結果・原因、理由、手段、特質）

表4-6-2 「生活を確信する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、車での買出し、自由に暮している	暮しぶり
	もらう・あげる、「引き売り」が来る	暮しの知恵
	経済的な安堵感がある、代々農家	家系、家業の世襲
郷土愛	生まれも育ちもずっとここ、災害でも1カ月くらいは大丈夫、自分の土地、自分の居場所	「この場所は自分のもの」という気持ち
	ご先祖様、遺産、財産、父親の姿、先祖から引き継いだもの、墓があるから	先祖との関係を大事にする姿
	捨てられない、良く知ってる、いい所だよ、楽しんでいる、いい場所、ずっとこの感じていたい、住めば都、離れられない、楽しい、一番いい、全てが良いよ、ここが好き、豊かな所、都会から引っ越して来たけど好きだよ	「ここが好き」という気持ち
生活を確信する姿(中心カテゴリー)	ずっとこの暮し、これが普通、当り前の暮し、変えたくない、今更変えられない、これで幸せだよ、築いてきたもの、慣れてしまっている	築き上げられた生活様式
	永住を決意、死ぬまでここにいる	強い定住意識
	必要なものがあれば良い、携帯なんか必要ない	暮しの中で見えてくる本質
	いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、越して来て良かった	転入者が抱く満足感
過疎を肯定する姿	「過疎地だから」というのはない、偏見を持ってほしくない、生活してみればわかるよ、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、不便さは感じない	「過疎」という言葉や考えに対する抵抗感
	用も足りる、今のままでいい、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、多くを望まない、喧噪は好きじゃない	「ここで暮して行ける」という自信
	車があればどうにかなる、車があれば大丈夫	暮しの中での車の重要性
	他県に住んでいたけど別に変わらない、学生の時は東京だった、仕事はしばらくの間東京だった	「都市部と変わらない」という体験談
	新しいことをやりやすい、土地に根づいた暮しの文化	当事者が考える、過疎の特性や利点
	本当に必要なものって何だと思う?、「過疎は不便」という偏見で来たんでしょ	過疎地外に暮している人たちへの問いかけ
都市への見方	都市は無駄が多く見える、都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、都会なりの不便もあるだろう、「金の力」はここでは通じない	都市を批判する意見
	都会と変わらないのでは、同じじゃないか	暮しは都市と同等だとする意見
	都会に暮したことはない	都市の暮しは不明とする意見

表4-6-2 「生活を確信する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
人生経験	紙と鉛筆があればどうにかなる	障害のある生活で体験したこと、学び得たこと
自立する姿	一人でやっていける、あとは自分だから	自分への信頼
	干渉されたくない	過保護や過干渉への抵抗感
	みんな意外と社会的	積極的に活動をする姿
家族	携帯電話、連絡、宅急便	家族との連絡
	休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、声を聞きたい、顔が見たい、月に一回は会う、長男の出産、成長を見つめる喜び、家族の写真	家族との再会を希望する様子
	声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、安心感、いるだけでいいよ、存在することが大事	家族から受け取る勇気と安心
	もちろん大切だよ、強み、誇り、家の者しか頼りにならない、ありがたい存在	家族の結束力の強さ
	1+1=1 人生、夫婦で一人、子ども、娘が生活の全般をみている、主人と子供だけがればいい、OK サイン、家族、自分の家がいい、自分の家、傍、家族意識	家族関係が一番大事
友人	周囲の協力があつた、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、いざというとき頼りになる、人が来てくれるから	拠り所としての友人
	give and take、お互いの声掛け、つながり、一人だけだと寂しくない、声をかけてくれるのがうれしい	友人とのつながり
	メール、年中連絡	友人との連絡
	一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、サークル仲間	友人と共に過ごす時間
	小さい時からのつき合い、毎日顔を合わせる	友人との長い付き合い
地域社会との関係	コネクションがある、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、この辺はみんなが家族のようだ、相談しやすい、顔見知り、みんな生き生きしているよ、声をかけられるのがうれしい、協力する所はする	社会関係性の特徴
	部落の仲間、部落	「部落」という言葉
	皆でひとつ、一体感、仲間、みんなと一緒に、老人の仲間意識、共生、助け合い、絆、大人のつき合い、「結い」の社会	人のつながり
	法事の手伝い、自治会への参加、集まり、年中行事	皆で行う地域活動

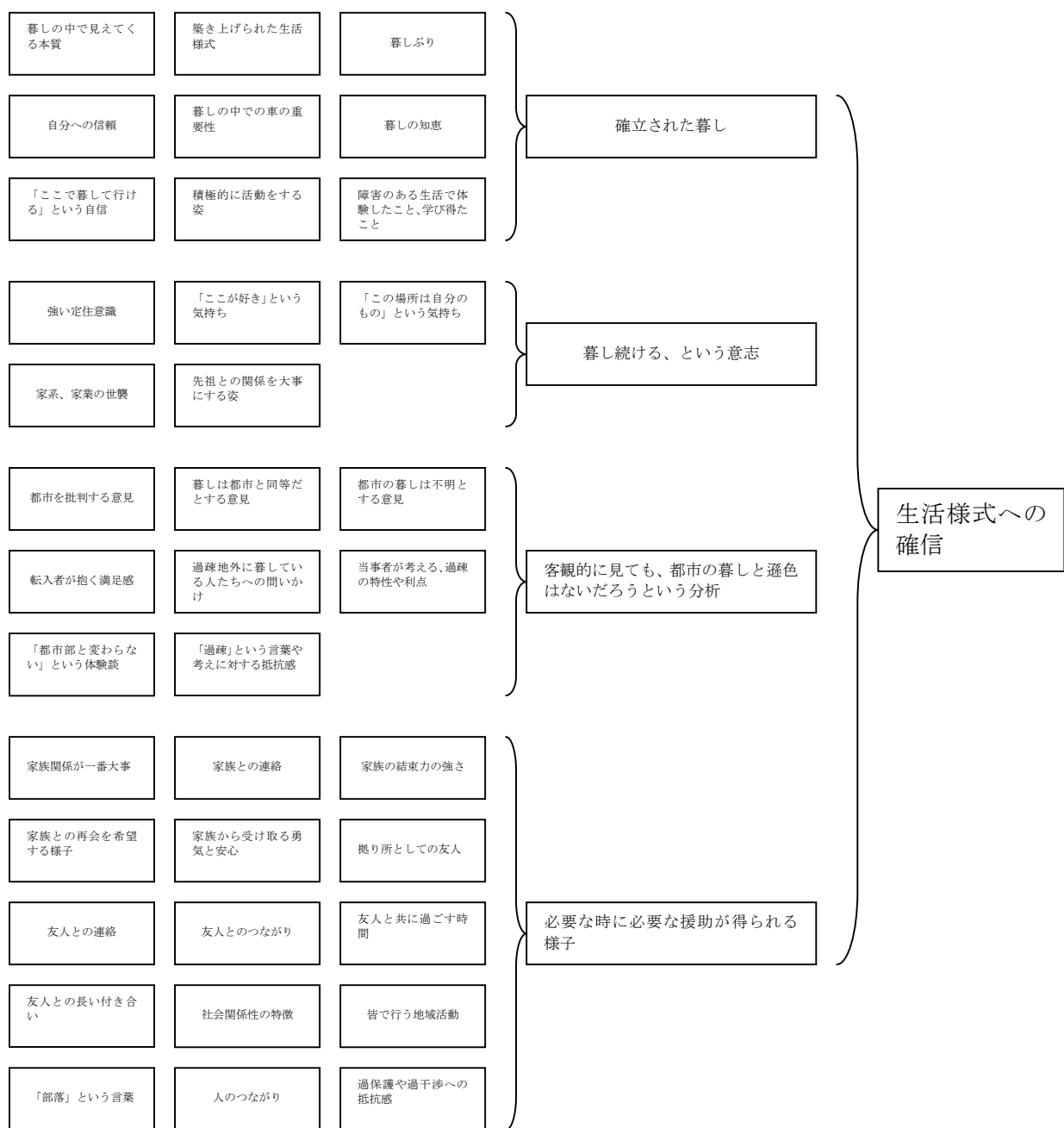


図4-29 「生活を確認する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「生活様式への確信」を導出した手続き

説明) 「生活を確認する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「生活様式への確信」を導出した。

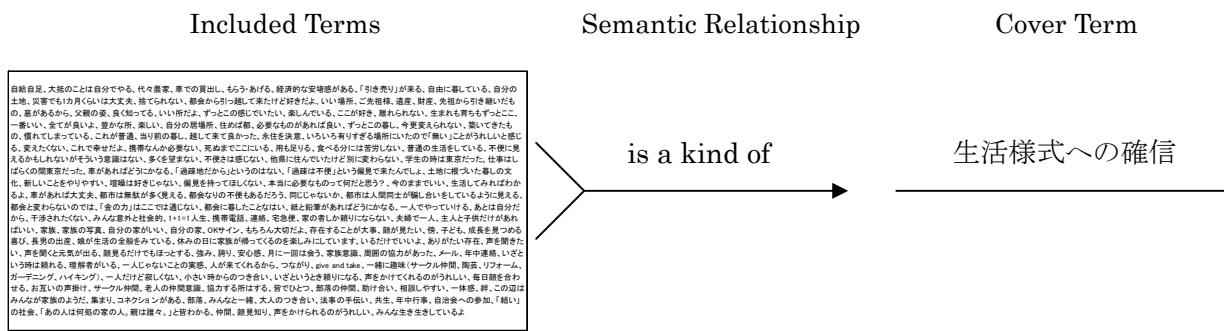


図4-30 Cover Term「生活様式への確信」の作成プロセスのまとめ

(説明) 表4-3の「生活を確信する姿」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表4-6-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表4-6-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term「生活様式への確信」が導出された(図4-29)。この図において、Included Termsとは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ Cover Term 「生きる意味づけ」の形成過程

P.163 の「生きる意味づけ」は、Step2 で抽出されたカテゴリー（表 4-3 参照）の一つ「生きる動機」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「生きる動機」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表 4-7-1）。次に、図 4-24-1 から図 4-24-24 を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表 4-7-2）、それらの再編と統合を行った（図 4-31）。これらの手続きは、図 4-32 の如くまとめられる。

表4-7-1 表4-3を元に、「生きる動機」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、もらう・あげる、自由に暮している（「生きる動機」の一種、原因・結果、場所、手段）
郷土愛	自分の土地、捨てられない、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、父親の姿、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都（「生きる動機」の一種、結果・原因、理由、手段）
生活を確信する姿	必要なものがあればいい、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、これで幸せだよ（「生きる動機」の結果・原因、理由、手段）
暮しの風景	村と村をつなぐトンネル（「生きる動機」の一種、結果・原因、場所）
生きる動機 (中心カテゴリー一)	やらなくてはならない、仕事、どうしても収入が必要だった、生きなければならなかった、生きる喜び、毎日努力、目標がある、生活、元氣、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、命を大切にしたい、家族を食べさせるため生きた、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、尊敬する政治家のために生きる、生きがい、デイサービスが楽しみ、つらい人へのサポート、「よし、じゃ次」という気持ち
人生経験	紙と鉛筆があればどうにかなる、必死だった、心から「ありがとう」といった記憶、大変だったが子どもを育て挙げた、戦争体験、自分の存在とは何かを考えたこと、障害の体験が自分を強化した、大手術を乗り切る、もうだめかと思った、自分と家族のことで精一杯だった、運が良かったからここにいる、事故の経験、予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談、自分を見つめる時間が多かった、生死観について考えた、神様に祈り続けた、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける（「生きる動機」の一種、結果・原因、理由）
年齢	長生きするぞ（「生きる動機」の一種、理由）
障害と自分	生きていることが不思議、障害は関係ない、障害の受容、手帳申請に積極的な意味を持った、現状を受け入れる、もみじマーク、障害という言葉への抵抗感、障害というよりも老化するという方がぴったりくる、障害とは思わない、病気を通じての人間関係、障害は医学的判断、障害の客観的な分析、冷静な情報分析、物事の受け止め方（「生きる動機」の一種、結果・原因、理由）
普段の心持ち	何でも経験だと思う、後ろは見ていない、性格も影響しているかもしれない、気持ちの持ちよう、前向きな姿勢、経験したことをプラスに考える、ポジティブ、気持ちかもね、情報を手にし活用する、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ、目の前のことに集中する、親の影響で明るい性格（「生きる動機」の一種、結果・原因、理由）
家族	1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、家族の写真、自分の家がいい、自分の家、OK サイン、もちろん大切だよ、存在することが大事、顔が見たい、傍、子ども、成長を見つめる喜び、長男の出産、娘が生活の全般をみている、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、ありがたい存在、声を聞きたい、声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、強み、誇り、安心感、月に一回は会う、家族意識（「生きる動機」の一種、結果・原因、理由）
友人	周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、病氣的に知り合いが増える→つながりがある、つながり、give and take、一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間（「生きる動機」の一種、結果・原因、理由）
地域社会との関係	老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ（「生きる動機」の一種、結果・原因、理由）

表 4-7-2 「生きる動機」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

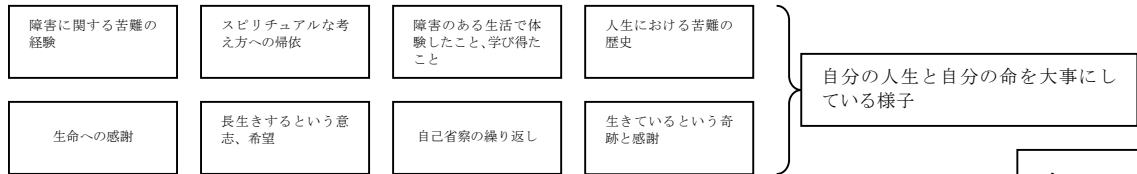
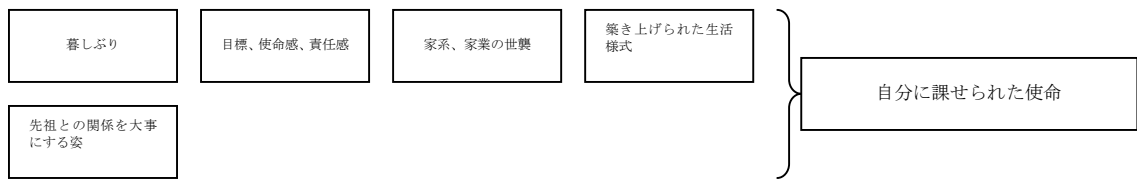
カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、自由に暮している	暮らしぶり
	もらう・あげる	暮らしの知恵
	代々農家	家系、家業の世襲
郷土愛	生まれも育ちもずっとここ、自分の土地、自分の居場所	「この場所は自分のもの」という気持ち
	ご先祖様、遺産、財産、父親の姿、先祖から引き継いだもの、墓があるから	先祖との関係を大事にする姿
	捨てられない、いい所だよ、楽しんでる、いい場所、ずっとこの感じていたい、住めば都、離れられない、楽しい、一番いい、全てが良いよ、ここが好き、豊かな所	「ここが好き」という気持ち
生活を確信する姿	ずっとこの暮らし、これが普通、当り前の暮らし、今更変えられない、これで幸せだよ、築いてきたもの、慣れてしまっている	築き上げられた生活様式
	必要なものがあれば良い	暮らしの中で見えてくる本質
暮らしの風景	村と村をつなぐトンネル	環境の変化の容認
生きる動機 (中心カテゴリー一)	生きなければならなかった、命を大切にしたい、生きる喜び、感謝	生命への感謝
	元気、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、毎日努力、「よし、じゃ次」という気持ち	前に進もうとする意志
	つらい人へのサポート、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、尊敬する政治家のために生きる	他者のために生きる自分
	生きがいが、デイサービスが楽しみ	生きがいが、楽しみ
	目標がある、生活、仕事、家族を食べさせるため生きた、どうしても収入が必要だった、やらなくてはならない	目標、使命感、責任感
人生経験	必死だった、自分と家族のことで精一杯だった、戦争体験、大変だったが子どもを育て上げた	人生における苦難の歴史
	もうだめかと思った、大手術を乗り切る、事故の経験	障害に関する苦難の経験
	予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談	障害との向き合い方の変化ときっかけ
	心から「ありがとう」といった記憶、紙と鉛筆があればどういかなる、障害の体験が自分を強くした	障害のある生活で体験したこと、学び得たこと
	運が良かったからここにいる、生死観について考えた、神様に祈り続けた	スピリチュアルな考え方への帰依
	「人間らしく生きるには」ということを考え続ける、自分を見つめる時間が多かった、自分の存在とは何かを考えたこと	自己省察の繰り返し

表 4-7-2 「生きる動機」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念 (続き)

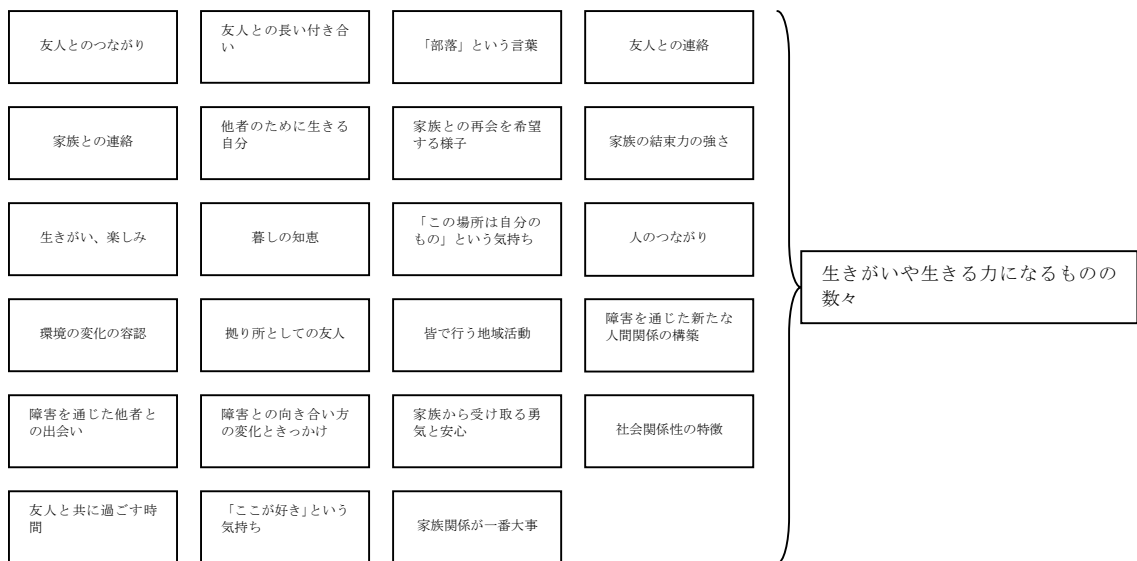
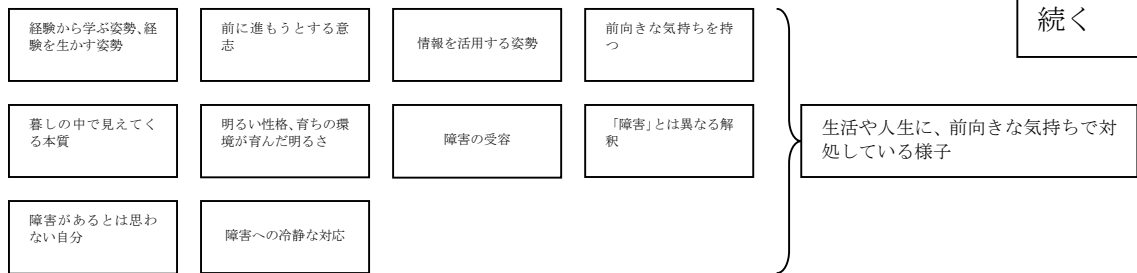
カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
年齢	長生きするぞ	長生きするという意志、希望
障害と自分	生きていることが不思議	生きているという奇跡と感謝
	障害は関係ない、障害は医学の判断	障害があるとは思わない自分
	もみじマーク、物事の受け止め方、障害とは思わない、障害という言葉への抵抗感、障害というよりも老化っていう方がびったりくる	「障害」とは異なる解釈
	障害の客観的な分析、冷静な情報分析、手帳申請に積極的な意味を持った	障害への冷静な対応
	障害の受容、現状を受け入れる	障害の受容
	病気を通じての人間関係	障害を通じた新たな人間関係の構築
	普段の心持ち	何でも経験だと思う、経験したことをプラスに考える
情報を手にし活用する		情報を活用する姿勢
後ろは見えていない、気持ちの持ちよう、気持ちかもね、前向きな姿勢、目の前のことに集中する、ポジティブ、「重度障害者」なのに元気でびったりしたでしょ		前向きな気持ちを持つ
性格も影響しているかもしれない、親の影響で明るい性格		明るい性格、育ちの環境が育んだ明るさ
家族	携帯電話、連絡、宅急便	家族との連絡
	休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、声を聞きたい、顔が見たい、月に一回は会う、長男の出産、成長を見つめる喜び、家族の写真	家族との再会を希望する様子
	声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、安心感、いるだけでいいよ、存在することが大事	家族から受け取る勇気と安心
	もちろん大切だよ、強み、誇り、家の者しか頼りにならない、ありがたい存在	家族の結束力の強さ
	1+1=1 人生、夫婦で一人、子ども、娘が生活の全般をみている、主人と子供だけがあればいい、OK サイン、家族、自分の家がいい、自分の家、傍、家族意識	家族関係が一番大事
友人	周囲の協力があつた、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、いざというとき頼りになる、人が来てくれるから	拠り所としての友人
	病氣的に知り合いが増える一つながりがある	障害を通じた他者との出会い
	give and take、お互いの声掛け、つながり、一人だけ寂しくない、声をかけてくれるのがうれしい	友人とのつながり
	メール、年中連絡	友人との連絡
	一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、サークル仲間	友人と共に過ごす時間
	小さい時からのつき合い、毎日顔を合わせる	友人との長い付き合い

表 4-7-2 「生きる動機」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
地域社会との 関係	コネクションがある、この辺はみんなが家族のようだ、相談しやすい、顔見知り、みんな生き生きしているよ、声をかけられるのがうれしい、協力する所はする	社会関係性の特徴
	部落の仲間、部落	「部落」という言葉
	皆でひとつ、一体感、仲間、みんなと一緒に、老人の仲間意識、共生、助け合い、絆、大人のつき合い、「結い」の社会	人のつながり
	自治会への参加、集まり、年中行事	皆で行う地域活動



次ページ※に
続く



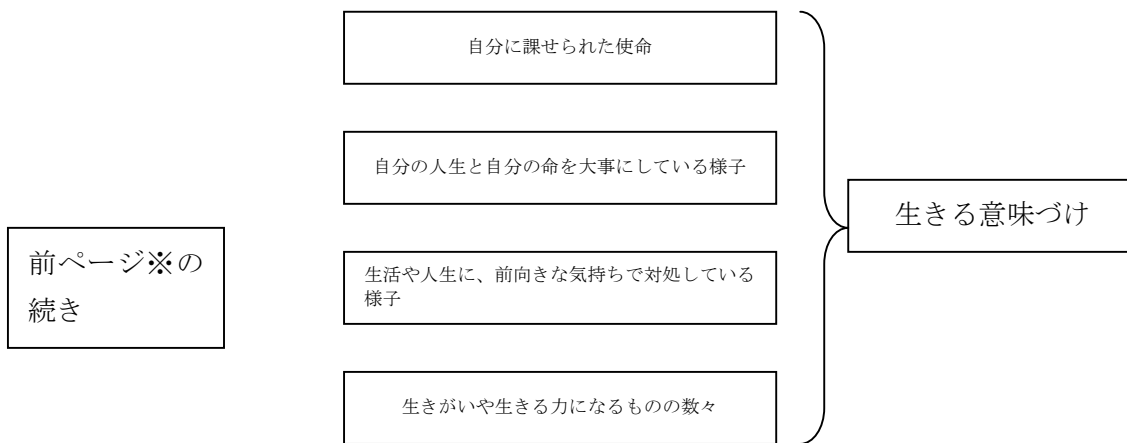


図4-31 「生きる動機」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「生きる意味づけ」を導出した手続き

説明) 「生きる動機」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「生きる意味づけ」を導出した。

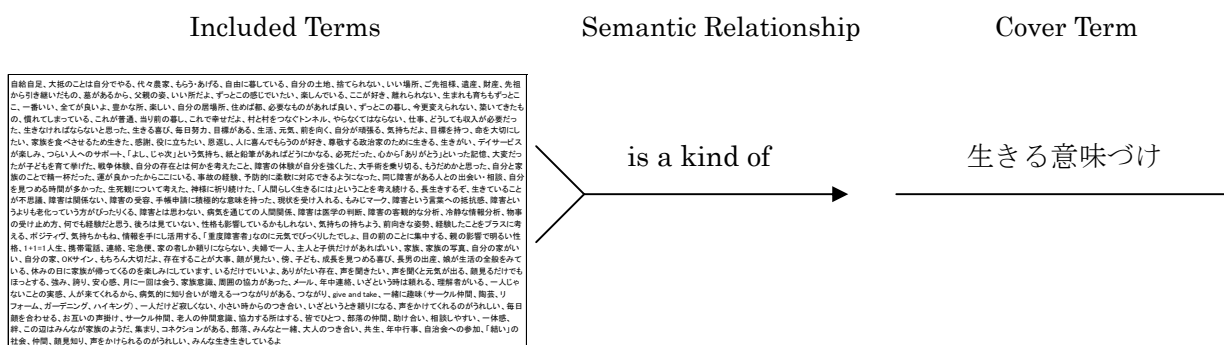


図4-32 Cover Term 「生きる意味づけ」の作成プロセスのまとめ

説明) 表4-3の「生きる動機」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表4-7-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表4-7-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term 「生きる意味づけ」が導出された(図4-31)。この図において、Included Terms とは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ **Cover Term** 「**老い=長寿=身体機能の低下**」の形成過程

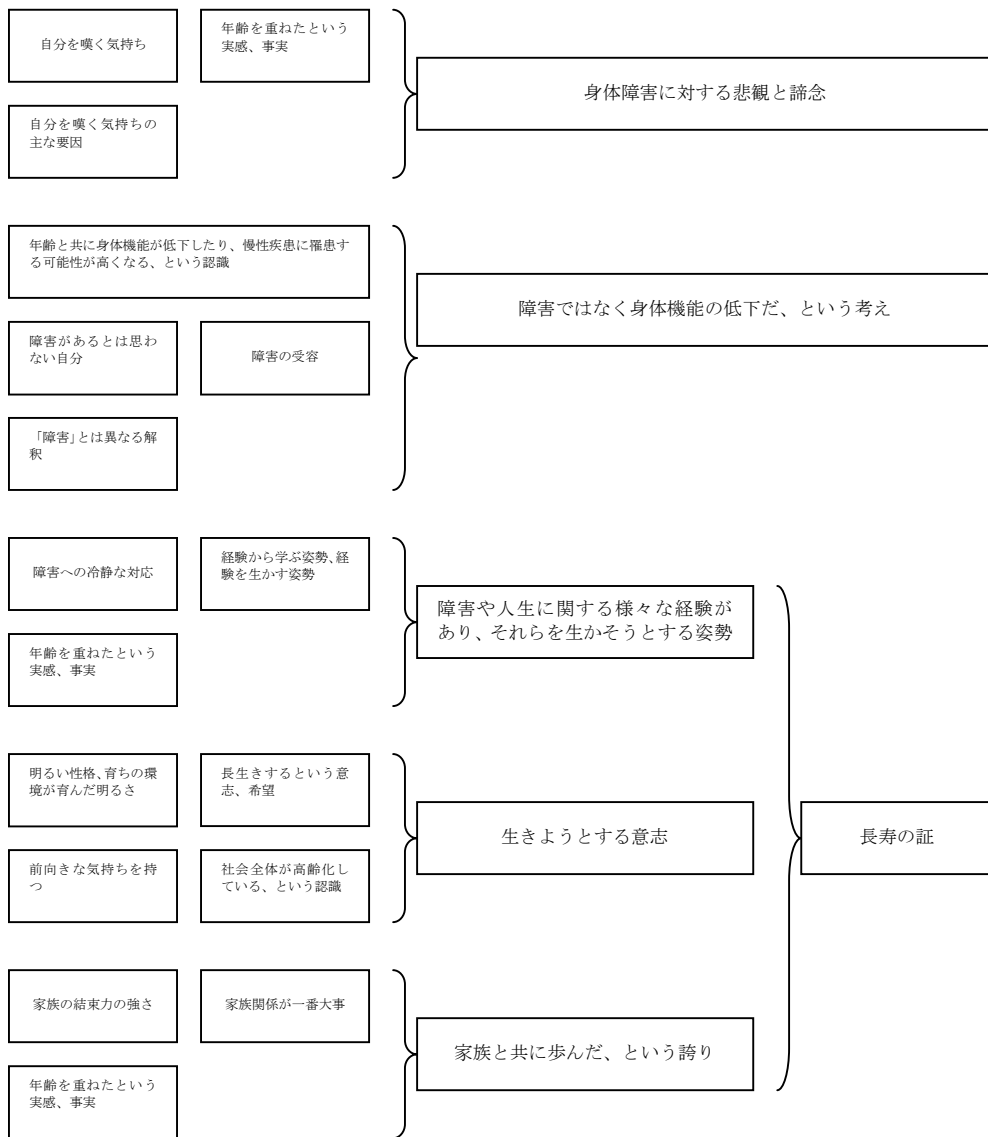
P.166 の「**老い=長寿=身体機能の低下**」は、**Step2** で抽出されたカテゴリー（表 4-3 参照）の一つ「**年齢**」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「**年齢**」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表 4-8-1）。次に、図 4-24-1 から図 4-24-24 を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表 4-8-2）、それらの再編と統合を行った（図 4-33）。これらの手続きは、図 4-34 の如くまとめられる。

表 4-8-1 表 4-3 を元に、「年齢」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

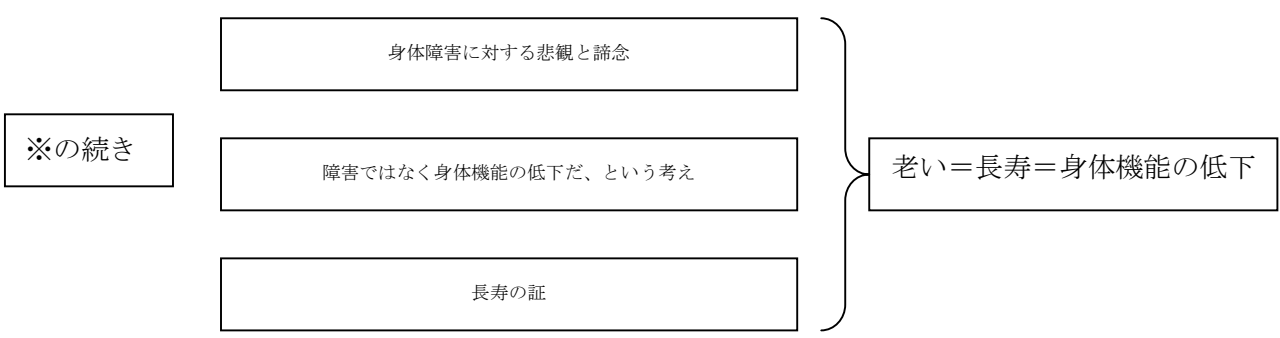
カテゴリー	サブカテゴリー
障害に関する 陰性感情	あきらめ、我慢、がっかりしたこと、しょうがない（「年齢」の一種、結果・原因、特質）
年齢（中心カ テゴリー）	老い、みんなもいずれそうなる、長生き、長生きするぞ、高齢社会、年取ればこんなものだろ、年を感じる、日本は長寿の国、高齢者の中には私より体が動かない人がある、年齢、自然現象
障害と自分	障害は関係ない、障害の受容、手帳申請に積極的な意味を持った、現状を受け入れる、もみじマーク、障害という言葉への抵抗感、障害というよりも老化という方がびったりくる、障害とは思わない、障害は医学の判断、物事の受け止め方（「年齢」の一種、結果・原因、特質）
普段の心持ち	何でも経験だと思う、後ろは見ていない、性格も影響しているかもしれない、気持ちの持ちよう、前向きな姿勢、ポジティブ、気持ちかもね、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ、親の影響で明るい性格（「年齢」の一種、結果・原因、特質）
家族	1+1=1 人生、夫婦で一人、強み、家族意識（「年齢」の結果・原因、理由）

表 4-8-2 「年齢」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
障害に関する 陰性感情	あきらめ、我慢、しょうがない	自分を嘆く気持ち
	がっかりしたこと	自分を嘆く気持ちの主な要因
年齢(中心カ テゴリー)	古い、年を感じる、年齢、長生き	年齢を重ねたという実感、事実
	みんなもいずれそうなる、年取ればこんなものだろう、自然現象、高齢者の中には 私より体が動かない人がある	年齢と共に身体機能が低下したり、慢性疾患に罹患する可能性が 高くなる、という認識
	日本は長寿の国、高齢社会	社会全体が高齢化している、という認識
	長生きするぞ	長生きするという意志、希望
障害と自分	障害は関係ない、障害は医学の判断	障害があるとは思わない自分
	もみじマーク、物事の受け止め方、障害とは思わない、障害という言葉への抵抗 感、障害というよりも老化っていう方がびったりくる	「障害」とは異なる解釈
	手帳申請に積極的な意味を持った	障害への冷静な対応
	障害の受容、現状を受け入れる	障害の受容
普段の心持ち	何でも経験だと思う	経験から学ぶ姿勢、経験を生かす姿勢
	後ろは見えていない、気持ちの持ちよう、気持ちかもね、前向きな姿勢、ポジティ ヴ、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ	前向きな気持ちを持つ
	性格も影響しているかもしれない、親の影響で明るい性格	明るい性格、育ちの環境が育んだ明るさ
家族	強み	家族の結束力の強さ
	1+1=1 人生、夫婦で一人、家族意識	家族関係が一番大事



※に続く



※の続き

図 4-3-3 「年齢」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「古い=長寿=身体機能の低下」を導出した手続き

説明) 「年齢」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「古い=長寿=身体機能の低下」を導出した。

Included Terms

Semantic Relationship

Cover Term

あきらめ、我慢、がっかりしたこと、しょうがない、老い、みんなもいづれそうなる、長生き、長生きするぞ、高齢社会、年取ればこんなものだろう、年を感じる、日本は長寿の国、高齢者の中には私より体が動かない人がいる、年齢、自然現象、障害は関係ない、障害の発覚、手帳申請に感情的な意味を持った、病状を受け入れる、もみじマーク、障害という言葉への抵抗感、障害というより老化している方がひびく、障害とは思わない、障害は医学の診断、物事の受け止め方、何でも経験だと思ふ、後手は見えていない、性格も影響しているかもしれない、気持ちの持ちよう、前向きな姿勢、ポジティブ、気持ちもかね、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたてしよ、親の影響で明るい性格、1+1=1人生、夫婦で一人、強み、家族意識

is a kind of

老い=長寿=身体機能の低下

図4-34 Cover Term「老い=長寿=身体機能の低下」の作成プロセスのまとめ

説明) 表4-3の「年齢」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表4-8-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表4-8-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term「老い=長寿=身体機能の低下」が導出された(図4-33)。この図において、Included Termsとは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ Cover Term 「人生経験に基づく強さ」の形成過程

P.169 の「人生経験に基づく強さ」は、Step2 で抽出されたカテゴリー（表4-3 参照）の一つ「人生経験」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「人生経験」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表4-9-1）。次に、図4-24-1 から図4-24-24 を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表4-9-2）、それらの再編と統合を行った（図4-35）。これらの手続きは、図4-36 の如くまとめられる。

表 4-9-1 表 4-3 を元に、「人生経験」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、もらう・あげる（「人生経験」の一種、結果・原因）
生活を確信する姿	必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここにいる（「人生経験」の一種、結果・原因）
不便を許す姿	どうにかなってきた（「人生経験」の一種、結果・原因）
生きる動機	やらなくてはならない、仕事、どうしても収入が必要だった、生きなければならぬと思った、生きる喜び、毎日努力、目標がある、生活、元気、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、命を大切にしたい、家族を食べさせるため生きた、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、尊敬する政治家のために生きる、生きがい、デイサービスが楽しみ、つらい人へのサポート、「よし、じゃ次」という気持ち（「人生経験」の一種、結果・原因、特質）
人生経験(中心カテゴリー)	紙と鉛筆があればどうにかなる、必死だった、心から「ありがとう」といった記憶、大変だったが子どもを育て上げた、戦争体験、自分の存在とは何かを考えたこと、障害の体験が自分を強化した、大手術を乗り切る、もうだめかと思った、自分と家族のことで精一杯だった、運が良かったからここにいらる、事故の経験、予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談、自分を見つめる時間が多かった、生死観について考えた、神様に祈り続けた、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける
健康行動	体への特を考える、明るく生きる（「人生経験」の一種、結果・原因、手段）
自立する姿	一人でやっていける、あとは自分だから（「人生経験」の一種、結果・原因）
障害と自分	障害は関係ない、障害の受容、現状を受け入れる、障害という言葉への抵抗感、障害とは思わない、病気を通じての人間関係、障害は医学的判断、障害の客観的な分析、冷静な情報分析、物事の受け止め方（「人生経験」の一種、結果・原因）
普段の心持ち	何でも経験だと思う、後ろは見えていない、性格も影響しているかもしれない、気持ちの持ちよう、前向きな姿勢、経験したことをプラスに考える、ポジティブ、気持ちかもね、情報を手にし活用する、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ、目の前のことに集中する、親の影響で明るい性格（「人生経験」の一種、結果・原因、特質）
家族	1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、家族の写真、自分の家がいい、自分の家、OK サイン、もちろん大切だよ、存在することが大事、顔が見たい、傍、子ども、成長を見つめる喜び、長男の出産、娘が生活の全般をみている、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、ありがたい存在、声を聞きたい、声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、強み、誇り、安心感、月に一回は会う、家族意識（「人生経験」の一種、結果・原因）
友人	周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、病氣的に知り合いが増える→つながりがある、つながり、give and take、一緒に趣味（サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング）、一人だけど寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間（「人生経験」の一種、部分、結果・原因）
地域社会との関係	老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、共生、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい（「人生経験」の一種、結果・原因）

表 4-9-2 「人生経験」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

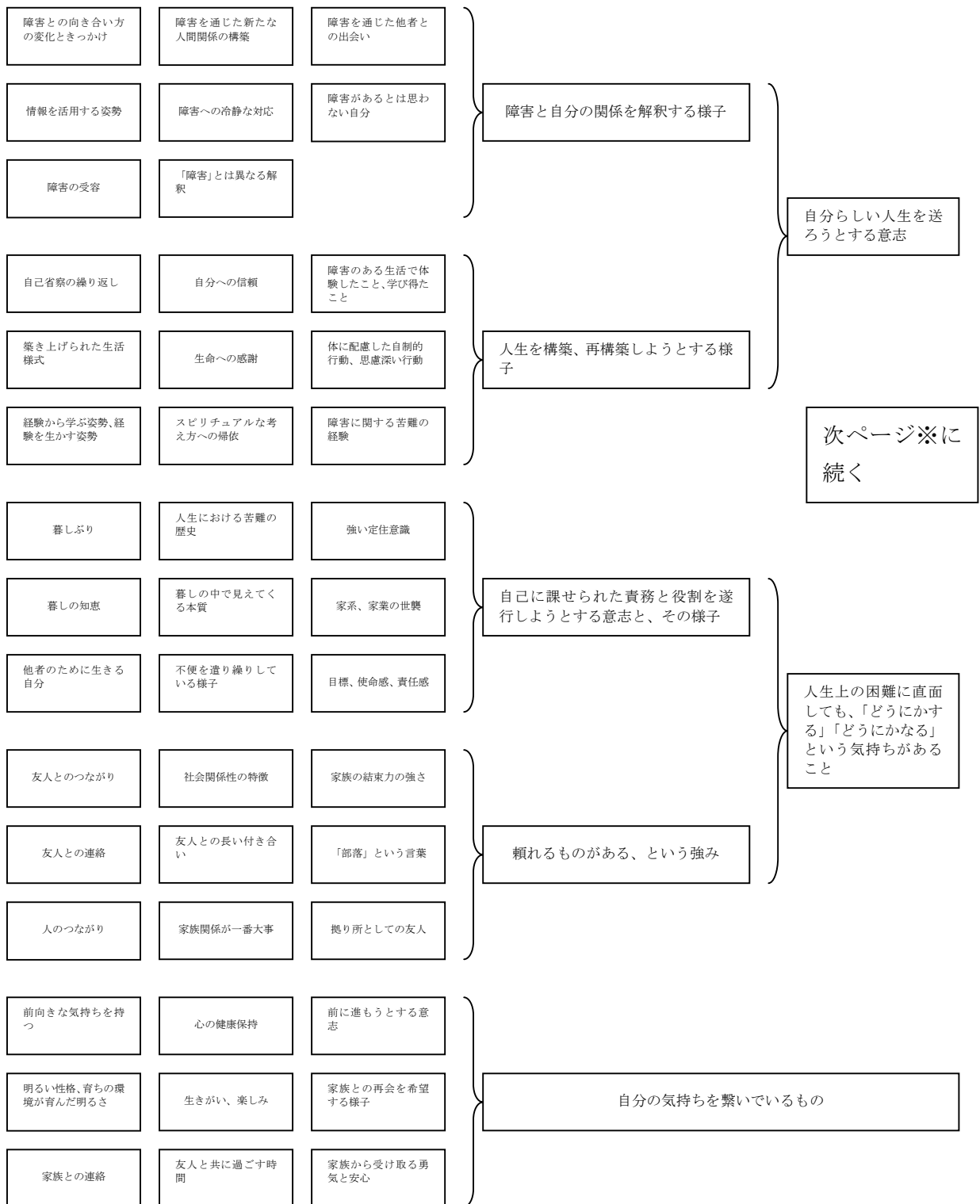
カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる	暮しぶり
	もらう・あげる	暮しの知恵
	代々農家	家系、家業の世襲
生活を確信する姿	ずっとこの暮し、これが普通、当り前の暮し、変えたくない、今更変えられない、これで幸せだよ、築いてきたもの、慣れてしまっている	築き上げられた生活様式
	死ぬまでここにいる	強い定住意識
	必要なものがあれば良い、携帯なんか必要ない	暮しの中で見えてくる本質
不便を許す姿	どうにかなってきた	不便を遣り繰りしている様子
生きる動機	生きなければならないと思った、命を大切にしたい、生きる喜び、感謝	生命への感謝
	元気、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、毎日努力、「よし、じゃ次」という気持ち	前に進もうとする意志
	つらい人へのサポート、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、尊敬する政治家のために生きる	他者のために生きる自分
	生きがいが、デイサービスが楽しみ	生きがいが、楽しみ
	目標がある、生活、仕事、家族を食べさせるため生きた、どうしても収入が必要だった、やらなくてはならない	目標、使命感、責任感
人生経験(中心カテゴリー)	必死だった、家族と自分のことで精一杯だった、大変だったが子どもを育て上げた、戦争体験	人生における苦難の歴史
	もうだめかと思った、大手術を乗り切る、事故の経験	障害に関する苦難の経験
	予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談	障害との向き合い方の変化ときっかけ
	心から「ありがとう」といった記憶、紙と鉛筆があればどうにかなる、障害の体験が自分を強くした	障害のある生活で体験したこと、学び得たこと
	運が良かったからここにいる、生死観について考えた、神様に祈り続けた	スピリチュアルな考え方への帰依
	「人間らしく生きるには」ということを考え続ける、自分を見つめる時間が多かった、自分の存在とは何かを考えたこと	自己省察の繰り返し
健康行動	体への特を考える	体に配慮した自制的行動、思慮深い行動
	明るく生きる	心の健康保持

表 4-9-2 「人生経験」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念 (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
自立する姿	一人でやっていける、あとは自分だから	自分への信頼
障害と自分	障害は関係ない、障害は医学の判断	障害があるとは思わない自分
	物事の受け止め方、障害とは思わない、障害という言葉への抵抗感	「障害」とは異なる解釈
	障害の客観的な分析、冷静な情報分析	障害への冷静な対応
	障害の受容、現状を受け入れる	障害の受容
	病気を通じての人間関係	障害を通じた新たな人間関係の構築
普段の心持ち	何でも経験だと思う、経験したことをプラスに考える	経験から学ぶ姿勢、経験を生かす姿勢
	情報を手にし活用する	情報を活用する姿勢
	後ろは見えていない 気持ちの持ちよう、気持ちかまね、前向きな姿勢、目の前のことに集中する、ポジティブ、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ	前向きな気持ちを持つ
	性格も影響しているかもしれない、親の影響で明るい性格	明るい性格、育ちの環境が育んだ明るさ
家族	携帯電話、連絡、宅急便	家族との連絡
	休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、声を聞きたい、顔が見たい、月に一回は会う、長男の出産、成長を見つめる喜び、家族の写真	家族との再会を希望する様子
	声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、安心感、いるだけでいいよ、存在することが大事	家族から受け取る勇気と安心
	もちろん大切だよ、強み、誇り、家の者しか頼りにならない、ありがたい存在	家族の結束力の強さ
	1+1=1 人生、夫婦で一人、子ども、娘が生活の全般をみている、主人と子供だけがあればいい、OK サイン、家族、自分の家がいい、自分の家、傍、家族意識	家族関係が一番大事
友人	周囲の協力があつた、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、いざというとき頼りになる、人が来てくれるから	拠り所としての友人
	病氣的に知り合いが増える一つながりがある	障害を通じた他者との出会い
	give and take、お互いの声掛け、つながり、一人だけ寂しくない、声をかけてくれるのがうれしい	友人とのつながり
	メール、年中連絡	友人との連絡
	一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、サークル仲間	友人と共に過ごす時間
	小さい時からのつき合い、毎日顔を合わせる	友人との長い付き合い

表 4-9-2 「人生経験」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
地域社会との 関係	コネクションがある、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、この辺はみんなが家族のようだ、相談しやすい、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、協力する所はする	社会関係性の特徴
	部落の仲間、部落	「部落」という言葉
	皆でひとつ、一体感、仲間、みんなと一緒に、老人の仲間意識、共生、助け合い、絆、大人のつき合い、「結い」の社会	人のつながり



・ Cover Term 「悲観感情の支配」の形成過程

P.173 の「悲観感情の支配」は、Step2 で抽出されたカテゴリー（表 4-3 参照）の一つ「障害に関する陰性感情」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「障害に関する陰性感情」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表 4-10-1）。次に、図 4-24-1 から図 4-24-24 を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表 4-10-2）、それらの再編と統合を行った（図 4-37）。これらの手続きは、図 4-38 の如くまとめられる。

表 4-10-1 表 4-3 を元に、「障害に関する陰性感情」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い（「障害に関する陰性感情」の一種、部分、結果・原因、理由）
障害に関する陰性感情（中心カテゴリー）	先日まで元気だったのに、希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、働けない、何もできない、親がいなくなった後の見通し、家から出られない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、病気のことだけ、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、どうなるか解らないと思うと怖い、あきらめ、社会復帰がいいね、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、交流が減った、家族に申し訳ない、いろいろ不自由、寝たきり、生まれてからずっとこのまま、駄目なんだよ、この体じゃ、聴診器当てて帰らされる、「不幸なことが起きた」ことは不幸なこと、しようがない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、「単独で出るな」といわれている、負担をかけたくない、迷いと葛藤、心配が多い、どうせ聞こえない
年齢	老い、みんなもいずれそうなる、年を感じる、年齢、自然現象（「障害に関する陰性感情」の一種、結果・原因、特質）
健康不安	万が一の体調の変化等が心配、リハビリ治療の見通し（「障害に関する陰性感情」の一種、結果・原因、理由）
孤独感	来る人がいない、話し相手がない、一人では不安、家にこもることが多い、内向的、誰もいない、日常に変化がほしい、人と会うことが少ない（「障害に関する陰性感情」の一種、結果・原因、理由）
行政に関する意見	援助が足りない、医療の援助が足りない、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、大都市と比べると温度差がある（「障害に関する陰性感情」の一種、結果・原因、理由）
障害と社会	障害を隠す風土、差別、社会の理解が足りない、教育レベルが低い（「障害に関する陰性感情」の一種、結果・原因、理由、特質）

表4-10-2 「障害に関する陰性感情」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、交通の便が悪い	交通、移動の便の悪さ
	病院が遠い、病院が無い	医療施設を利用しづらいこと
障害に関する 陰性感情(中心カテゴリー)	気が晴れたことがない、駄目なんだよ、いつも「せいせい」しない、心配が多い、あきらめ、退屈、我慢、「不幸なことが起きた」ことは不幸なこと、しょうがない	自分を嘆く気持ち
	希望の中に感じる絶望、一日の中で気分の上下がある	気分が安定しない状態
	親がいなくなった後の見通し、どうなるか解らないと思うと怖い、迷いと葛藤	将来を憂う気持ち
	先日まで元気だったのに、働けない、何もできない、家から出られない、寝たきり、小さいことで不自由する、車に乗れない、社会復帰がいいね、「単独で出るな」といわれている、聴診器当てて帰らされる、いろいろ不自由、交流が減った、生まれてからずっとこのまま、病気のことだけ、体がこれじゃ、当り前の体じゃない、この体じゃ、がっかりしたこと、どうせ聞こえない	自分を嘆く気持ちの主な要因
	家族に申し訳ない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、負担をかけたくない	家族や他者への引け目、遠慮
年齢	古い、年を感じる、年齢	年齢を重ねたという実感、事実
	みんなもいずれそうなる、自然現象	年齢と共に身体機能が低下したり、慢性疾患に罹患する可能性が高くなる、という認識
健康不安	万が一の体調の変化等が心配、リハビリ治療の見通し	障害の機能的、病理学的変化や将来の見通しを心配する様子
孤独感	来る人がいない、話し相手がいない、誰もいない、人と会うことが少ない	人との交流が無い
	家にこもることが多い、内向的、日常に変化がほしい	閉鎖的で変化の乏しい暮らし
	一人では不安	一人であることの不安な気持ち
行政に関する意見	援助が足りない、相談場所がない、医療の援助が足りない、政治はもう少し考えてほしい、大都市と比べると温度差がある	行政を批判する意見
障害と社会	障害を隠す風土、差別	障害に関する陰湿な経験
	社会の理解が足りない、教育レベルが低い	障害に関する陰湿な経験から見た社会の本質

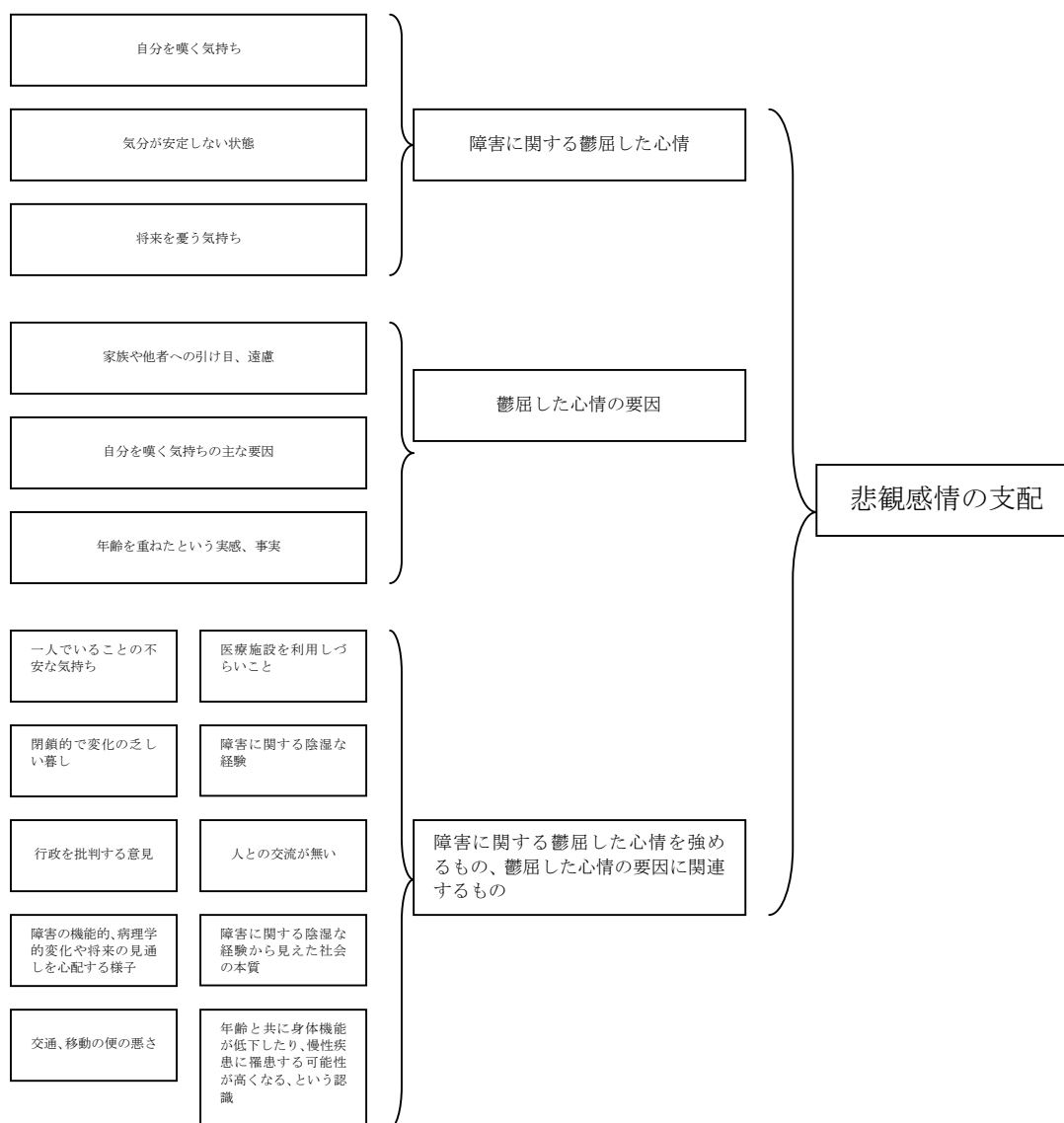


図 4-37 「障害に関する陰性感情」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「悲観感情の支配」を導出した手続き

説明) 「障害に関する陰性感情」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「悲観感情の支配」を導出した。

Included Terms

Semantic Relationship

Cover Term

車で出て行けなければならない、移動が不便、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、先日まで元気だったのに、希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、動けない、寝て起かない、寝て起きた後の覚醒、苦しみ出られない、毎日朝の体じやない、小さいことで不自由する、現実のことだけ、体がこれじゃ、いつも「せいせいしない、どうなるか解らないと思うと怖い、あきらめ、社会復帰がいいね、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上や下がある、復讐、がっかりしたこと、交際が戻った、交際は申し訳ない、いろいろ不自由、寝たきり、生まれてからずっとこのまま、駄目なんだよ、この体じゃ、誰か当てて暮らせる、「不幸なことだ」ことは不幸なこと、しょうがない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、「幸せで居るな」といわれている、自問をかけたくない、涙いと鼻涙、心配が多い、どうせ聞かさない、僕いみんないずれそ完る、年老を感じる、年齢、自然現象、方向の体質の変化等が心配、リハビリ治療の見直し、来る人がいない、話し相手がない、一人では不安、家にこもることが多い、肉体的、誰かいない、日常に変化がほしい、人と会うことが少ない、援助が足りない、医療の援助が足りない、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、大都市と比べると温度差がある、障害を隠す風土、差別、社会の理解が足りない、教育レベルが低い

is a kind of

悲観感情の支配

図 4-38 Cover Term 「悲観感情の支配」の作成プロセスのまとめ

説明) 表 4-3 の「障害に関する陰性感情」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表 4-10-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表 4-10-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term 「悲観感情の支配」が導出された(図 4-37)。この図において、Included Terms とは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ Cover Term 「伝統の遵守と都市化」の形成過程

P.176の「伝統の遵守と都市化」は、Step2で抽出されたカテゴリー（表4-3参照）の一つ「都市化する姿」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「都市化する姿」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表4-11-1）。次に、図4-24-1から図4-24-24を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表4-11-2）、それらの再編と統合を行った（図4-39）。これらの手続きは、図4-40の如くまとめられる。

表4-11-1 表4-3を元に、「都市化する姿」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車で買い出し、もらう・あげる、「引き売り」が来る、自由に暮している（「都市化する姿」の部分、場所）
郷土愛	自分の土地、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、父親の姿、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じていたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いや、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都（「都市化する姿」の部分、場所）
生活を確信する姿	必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、永住を決意、死ぬまでここにいる（「都市化する姿」の部分、場所）
都市化する姿 (中心カテゴリー)	インターネット環境、バリアフリー化、世代間や新しいものとのギャップ、価値観の違い、プライバシー保護、表面的なつき合い、組合意識への抵抗、社会が変わりつつある、犯罪が増えた、この辺の慣習を軽視しがち、お互いが疎遠になってきた、「今の人」という言葉、自分に寄りかからなければ、祭りへの参加等人間関係に気を使う、新しい家が増えた、「都市化」したね、都市へもかなり近くなった、他家への礼儀が無い人が多くなっている
暮しの風景	毎日あの景色を見てきた、細い山道を歩いた思い出、村と村をつなぐトンネル、景色が変わった、道路ができた、大分変って来たけどね、そういえば大分変わったわねえ、空き地、風景が良い、この辺の山はみんな知ってる、庭みたいなもの、この土地のものを食べて育った、いかに田舎、田舎の風景が好き、砂利道が懐かしい、小学校の頃と同じ、環境がいい、みんな知ってる（「都市化する姿」の場所）
都会への見方	同じじゃないか、都会と変わらないのでは（「都市化する姿」の属性）
友人	周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け（「都市化する姿」の特質）
地域社会との関係	老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の手伝い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ、都会から来た人には警戒心があるかもね（「都市化する姿」の特質）
行政に関する意見	公共設備が良くなった、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる（「都市化する姿」の結果・原因、理由、特質）

表4-11-2 「都市化する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、車での買出し、自由に暮している	暮らしぶり
	もらう・あげる、「引き売り」が来る	暮らしの知恵
	代々農家	家系、家業の世襲
郷土愛	生まれも育ちもずっとここ、自分の土地、自分の居場所	「この場所は自分のもの」という気持ち
	ご先祖様、遺産、財産、父親の姿、先祖から引き継いだもの、墓があるから	先祖との関係を大事にする姿
	捨てられない、良く知ってる、いい所だよ、楽しんでいる、いい場所、ずっとこの 感じていたい、住めば都、離れられない、楽しい、一番いい、全てが良いよ、ここ が好き、豊かな所、都会から引っ越して来たけど好きだよ	「ここが好き」という気持ち
生活を確信する姿	ずっとこの暮らし、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、今更変えられない、 これで幸せだよ、築いてきたもの、慣れてしまっている	築き上げられた生活様式
	永住を決意、死ぬまでここにいる	強い定住意識
	必要なものがあれば良い、携帯なんか必要ない	暮らしの中で見えてくる本質
都市化する姿 (中心カテゴリー一)	インターネット環境、バリアフリー化、「都市化」したね	インフラ整備の進展
	都市へもかなり近くなった、新しい家が増えた、犯罪が増えた、社会が変わりつつある	地域社会の構造的変化とその影響
	世代間や新しいものとのギャップ、価値観の違い、この辺の慣習を軽視しがち、自分に寄りかからなければ	世代間、新しい価値観とのギャップ
	プライバシー保護、表面的なつき合い、組合意識への抵抗、「今の人」という言葉、お互いが疎遠になってきた、祭りへの参加等人間関係に気を使う、他家への礼儀が無い人が多くなっている	対人関係や対人意識の変化
暮らしの風景	毎日あの景色を見てきた、細い山道を歩いた思い出、この土地のものを食べて育った、空き地、砂利道が懐かしい、小学校の頃と同じ	見慣れた風景、回顧
	風景が良い、いかにも田舎、田舎の風景が好き、環境がいい	風景を好む心情
	この辺の山はみんな知ってる、庭みたいなもの、みんな知ってる	環境を熟知している姿
	景色が変わった、道路ができた、大分変って来たけどね、そういえば大分変わったわねえ、村と村をつなぐトンネル	環境の変化の容認
都市への見方	都会と変わらないのでは、同じじゃないか	暮らしは都市と同等だとする意見

表 4-11-2 「都市化する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
友人	周囲の協力があつた、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、いざというとき頼りになる、人が来てくれるから	拠り所としての友人
	give and take、お互いの声掛け、つながり、一人だけ寂しくない、声をかけてくれるのがうれしい	友人とのつながり
	メール、年中連絡	友人との連絡
	小さい時からのつき合い、毎日顔を合わせる	友人との長い付き合い
地域社会との関係	コネクションがある、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、この辺はみんなが家族のようだ、相談しやすい、顔見知り、みんな生き生きしているよ、声をかけられるのがうれしい、協力する所はする	社会関係性の特徴
	部落の仲間、部落	「部落」という言葉
	皆でひとつ、一体感、仲間、みんなと一緒に、老人の仲間意識、共生、助け合い、絆、大人のつき合い、「結い」の社会	人のつながり
	法事の手伝い、自治会への参加、集まり、年中行事	皆で行う地域活動
	都会から来た人には警戒心があるかもね	地域外の人に対する慎重な姿勢
行政に関する意見	役場は良くやってくれる、行政がいろいろやってくれる、公共設備が良くなった	行政の取り組みを認める意見

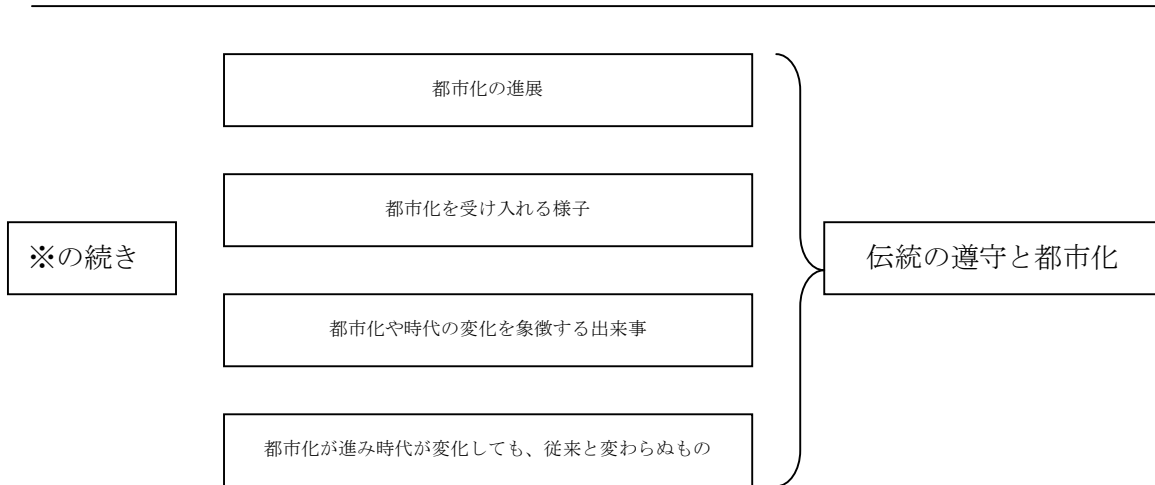


図4-39 「都市化する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「伝統の遵守と都市化」を導出した手続き

説明) 「都市化する姿」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「伝統の遵守と都市化」を導出した。

Included Terms

Semantic Relationship

Cover Term

自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、専での買出し、もろろあげる、「引を売り」が来る、自由に耕している、自分の土地、捨てられない、都合から引越して来たけど好きだよ、いい場所、ご先祖様、道草、好産、先祖から引継いだもの、意があるから、父親の家、よく知ってる、いい所だよ、ずっとこの地に住みたい、楽しんでる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めばいい、必要なものは良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、置いてきたもの、懐けてしまっている、これが普通、当たり前だし、変えたくない、これですべては、普通なんか必要ない、永世を築き、死ぬまでここにも、インターネット環境、パリアフリー化、世代間や新しいものとの干渉、価値観の違い、プライベート保護、表面的なつき合い、組合費への抵抗、社会が変わりつつある、犯罪が増えた、この辺の慣習を軽視しがち、お互いが破壊になってきた、「今の人」という言葉、自分に寄りかかれば、祭りへの参加等人間関係に気を使う、新しい家が増えた、「都市化したね」、都市へもかなり遠くなった、他家への礼儀が無い人が多くなっている、毎日の景色を見てきた、細い山道を歩いた思い出、村と村をつなぐトンネル、景色が良かった、道草ができた、大分買って来たけどね、それ以外は本が家だったね、富き地、風景が良い、この辺の山はみんな知ってる、懐かしいもの、この土地のものを食べて買った、いかに田舎、田舎の風景が好き、砂利道が好き、小学校の境と隣、環境がいい、みんな知ってる、同じじゃないか、都合と変わらないのでは、周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないこの実感、人が来てくれるから、つなぐ、give and take、一人だけと楽しくない、小さい時からつき合っている、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの理解、他人の仲間意識、協力する所はする、管でなつ、距離の仲間、助け合い、帰郷、やめてい、一休庵、この辺はみんなが家業のようだよ、集まり、コネクションがある、朝来、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の平穏、共生、年中行事、自治会への参加、「縁の社会」「あの人は何家の家の人、親は誰々」と分かる、仲間、親戚知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ、都合から来た人には警戒心があるかもね、公共設備が良かった、行儀がいろいろやってくれる、役目は長くやってくれる

is a kind of

伝統の遵守と都市化

図 4-40 Cover Term 「伝統の遵守と都市化」の作成プロセスのまとめ

説明) 表 4-3 の「都市化する姿」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表 4-11-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表 4-11-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term 「伝統の遵守と都市化」が導出された(図 4-39)。この図において、Included Terms とは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ Cover Term 「不便な生活と寛容的評価」の形成過程

P.180 の「不便な生活と寛容的評価」は、Step2 で抽出されたカテゴリー（表 4-3 参照）の「不便を許す姿」と「不便な様子」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリーの「不便を許す姿」と「不便な様子」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表 4-12-1）。次に、図 4-24-1 から図 4-24-24 を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表 4-12-2）、それらの再編と統合を行った（図 4-41）。これらの手続きは、図 4-42 の如くまとめられる。

表4-12-1 表4-3を元に、「不便を許す姿」と「不便な様子」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車ででの買出し、もらう・あげる、「引き売り」が来る、自由に暮している（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、結果・原因）
郷土愛	自分の土地、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じていたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、結果・原因、理由、特質）
生活を確信する姿	必要なものがあれば良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここにいる（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、結果・原因、理由、特質）
過疎を肯定する姿	用も足りる、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、多くを望まない、不便さは感じない、他県に住んでいただけ別に変わらない、車があればどうにかなる、「過疎地だから」というのはない、「過疎は不便」という偏見で来たんでしょ、土地に根づいた暮らしの文化、新しいことをやりやすい、偏見を持ってほしくない、本当に必要なものって何だと思う？、選択肢が少ない所と見ることもできるかな、感じ方は人によって違う、今のままでいい、生活してみればわかるよ、車があれば大丈夫（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、結果・原因、理由、特質）
都市化する姿	インターネット環境、バリアフリー化、「都市化」したね、都市へもかなり近くなった（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、結果・原因、理由）
不便を許す姿 (中心カテゴリー一)	どうにかなってきた、伸びしろという解釈、距離の問題
不便な様子 (中心カテゴリー一)	車で出て行かなくちゃならない、移動が不便、遊び場が無い、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い
都会への見方	都市は無駄が多く見える、都会なりの不便もあるだろう、同じじゃないか、都会と変わらないのでは、都会は支援者となる人が多いのでその点では幸せなのでは（「不便を許す姿」や「不便な様子」の特質）
障害に関する 陰性感情	小さいことで不自由する、車に乗れない、がっかりしたこと、家族に申し訳ない、いろいろ不自由、しょうがない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、負担をかけたくない（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、結果・原因）
人生経験	紙と鉛筆があればどうにかなる、障害の体験が自分を強くした（「不便を許す姿」や「不便な様子」の結果・原因、手段）
自立する姿	一人でやっていける、あとは自分だから、干渉されたくない（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、部分、結果・原因）
孤独感	来る人がいない、話し相手がない、一人では不安、家にこもることが多い、誰もいない、人と会うことが少ない（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、結果・原因、理由）
家族	1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、家族、傍、娘が生活の全般をみている、ありがたい存在、強み、誇り、安心感、家族意識（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、結果・原因、理由、手段）

表 4-12-1 表 4-3 を元に、「不便を許す姿」と「不便な様子」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果（続き）

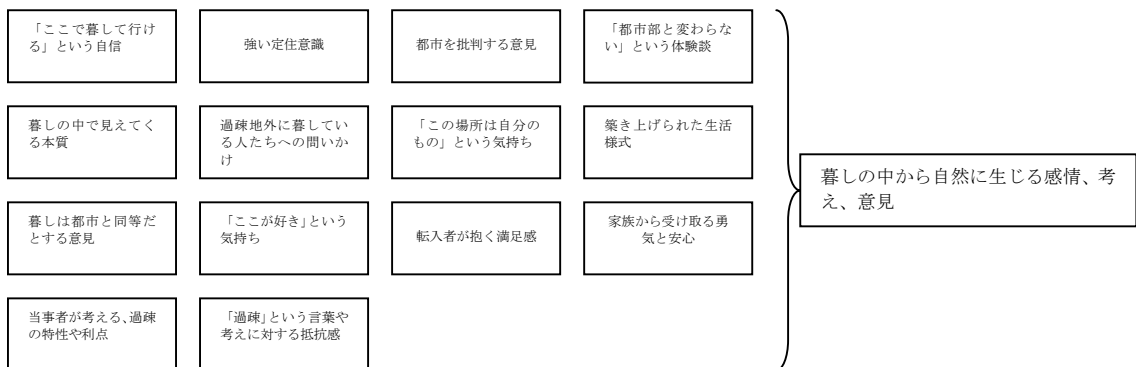
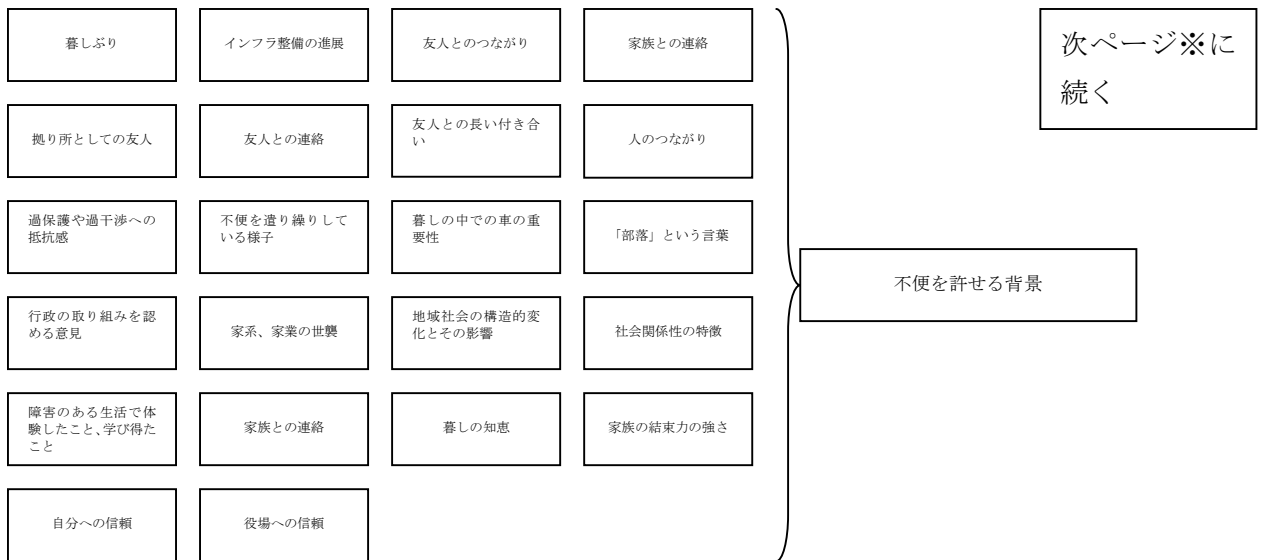
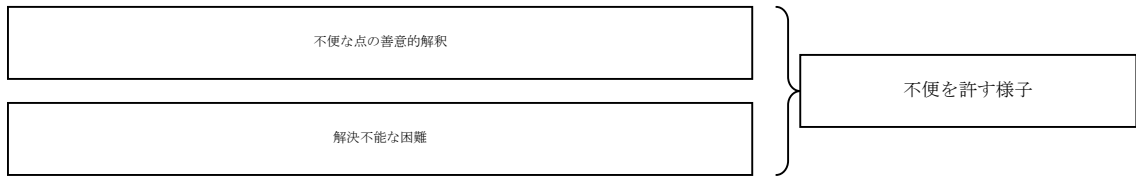
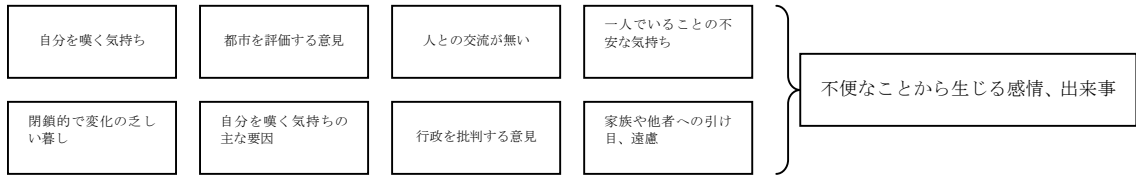
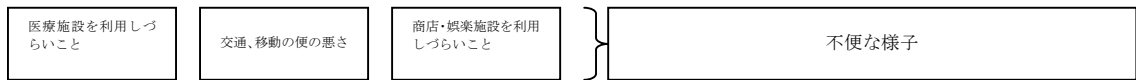
カテゴリー	サブカテゴリー
友人	周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、結果・原因、理由、手段）
地域社会との関係	老人の仲間意識、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、共生、「結い」の社会、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、結果・原因、理由、手段）
行政に関する意見	援助が足りない、相談しやすい、医療の援助が足りない、役場の安心感、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、頼りになるよ、公共設備が良くなった、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる、役場の人はずっとやってくれる人、親切、大都市と比べると温度差がある（「不便を許す姿」や「不便な様子」の一種、結果・原因、理由）

表4-12-2 「不便を許す姿」と「不便な様子」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、車での買出し、自由に暮している	暮しぶり
	もらう・あげる、「引き売り」が来る	暮しの知恵
	代々農家	家系、家業の世襲
郷土愛	生まれも育ちもずっとここ、災害でも1カ月くらいは大丈夫、自分の土地、自分の居場所	「この場所は自分のもの」という気持ち
	捨てられない、良く知ってる、いい所だよ、楽しんでいる、いい場所、ずっとこの感じていたい、住めば都、離れられない、楽しい、一番いい、全てが良いよ、ここが好き、豊かな所、都会から引っ越して来たけど好きだよ	「ここが好き」という気持ち
生活を確信する姿	ずっとこの暮し、これが普通、当り前の暮し、変えたくない、今更変えられない、これで幸せだよ、築いてきたもの、慣れてしまっている	築き上げられた生活様式
	永住を決意、死ぬまでここにいる	強い定住意識
	必要なものがあれば良い、携帯なんか必要ない	暮しの中で見えてくる本質
	いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、越して来て良かった	転入者が抱く満足感
過疎を肯定する姿	「過疎地だから」というのはない、偏見を持ってほしくない、生活してみればわかるよ、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、不便さは感じない、感じ方は人によって違う	「過疎」という言葉や考えに対する抵抗感
	用も足りる、今のままでいい、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、多くを望まない	「ここで暮して行ける」という自信
	車があればどうにかなる、車があれば大丈夫	暮しの中での車の重要性
	他県に住んでいたけど別に変わらない	「都市部と変わらない」という体験談
	選択肢が少ない所と見ることもできるかな、新しいことをやりやすい、土地に根づいた暮しの文化	当事者が考える、過疎の特性や利点
	本当に必要なものって何だと思う?、「過疎は不便」という偏見で来たんでしょ	過疎地外に暮している人たちへの問いかけ
都市化する姿	インターネット環境、バリアフリー化、「都市化」したね	インフラ整備の進展
	都市へもかなり近くなった	地域社会の構造的変化とその影響
不便を許す姿 (中心カテゴリー一)	どうにかなってきた	不便を遣り繰りしている様子
	伸びしろという解釈	不便な点の善意的解釈
	距離の問題	解決不能な困難
不便な様子 (中心カテゴリー一)	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、交通の便が悪い	交通、移動の便の悪さ
	病院が遠い、病院が無い	医療施設を利用しづらいこと
	コンビニが無い、遊び場が無い	商店・娯楽施設を利用しづらいこと

表4-12-2 「不便を許す姿」と「不便な様子」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
都市への見方	都市は無駄が多く見える、都会なりの不便もあるだろう	都市を批判する意見
	都会と変わらないのでは、同じじゃないか	暮らしは都市と同等だとする意見
	都会は支援者となる人が多いので、その点では幸せなのでは	都市を評価する意見
障害に関する 陰性感情	しょうがない	自分を嘆く気持ち
	小さいことで不自由する、車に乗れない、いろいろ不自由、がっかりしたこと	自分を嘆く気持ちの主な要因
	家族に申し訳ない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、負担をかけたくない	家族や他者への引け目、遠慮
人生経験	紙と鉛筆があればどうにかなる、障害の体験が自分を強くした	障害のある生活で体験したこと、学び得たこと
自立する姿	一人でやっていける、あとは自分だから	自分への信頼
	干渉されたくない	過保護や過干渉への抵抗感
孤独感	来る人がいない、話し相手がいない、誰もいない、人と会うことが少ない	人との交流が無い
	家にこもることが多い	閉鎖的で変化の乏しい暮らし
	一人では不安	一人であることの不安な気持ち
家族	携帯電話、連絡、宅急便	家族との連絡
	安心感	家族から受け取る勇気と安心
	強み、誇り、家の者しか頼りにならない、ありがたい存在	家族の結束力の強さ
	1+1=1 人生、夫婦で一人、娘が生活の全般をみている、家族、傍、家族意識	家族関係が一番大事
友人	周囲の協力があつた、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないこと の実感、いざというとき頼りになる、人が来てくれるから	拠り所としての友人
	give and take、お互いの声掛け、つながり、一人だけ寂しくない、声をかけてくれるのがうれしい	友人とのつながり
	メール、年中連絡	友人との連絡
	小さい時からのつき合い、毎日顔を合わせる	友人との長い付き合い
地域社会との 関係	コネクションがある、この辺はみんなが家族のようだ、相談しやすい、顔見知り、 声をかけられるのがうれしい	社会関係性の特徴
	部落の仲間、部落	「部落」という言葉
	皆でひとつ、一体感、仲間、みんなと一緒に、老人の仲間意識、共生、助け合い、 絆、大人のつき合い、「結い」の社会	人のつながり
行政に関する 意見	役場は良くやってくれる、行政がいろいろやってくれる、公共設備が良くなった	行政の取り組みを認める意見
	相談しやすい、役場の安心感、親切、頼りになるよ、担当者の親しみやすさ、役 場の人は知ってる人だから、役場の人はずっとやってる人	役場への信頼
	援助が足りない、相談場所がない、医療の援助が足りない、政治はもう少し考え てほしい、大都市と比べると温度差がある	行政を批判する意見



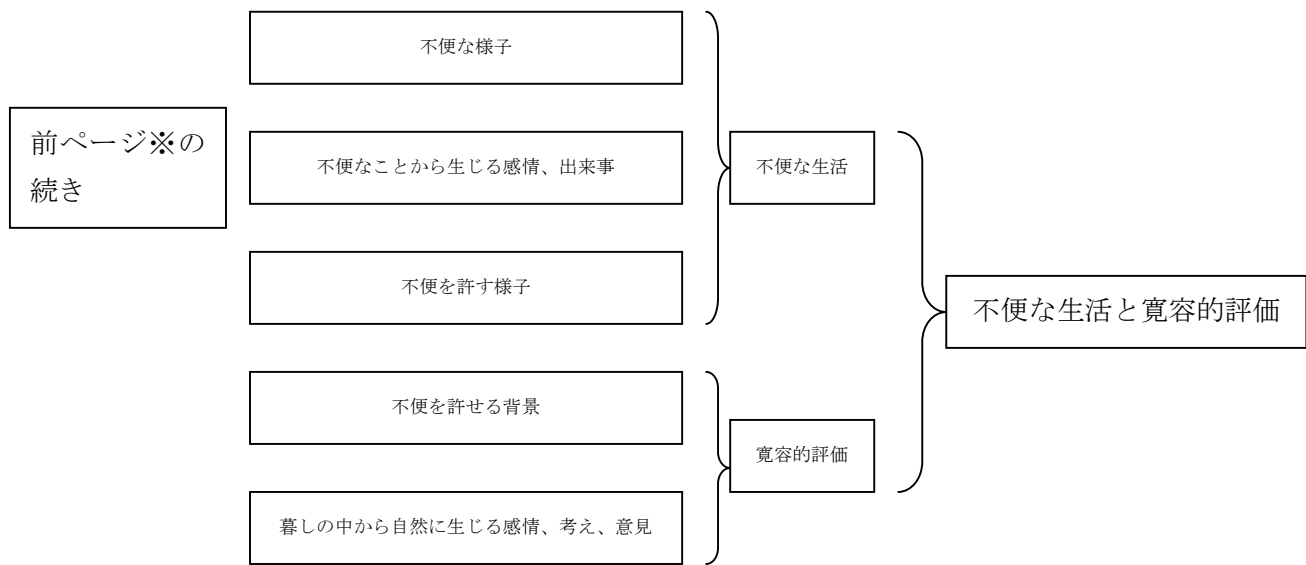


図 4-41 「不便を許す姿」と「不便な様子」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「不便な生活と寛容的評価」を導出した手続き

説明) 「不便を許す姿」と「不便な様子」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「不便な生活と寛容的評価」を導出した。

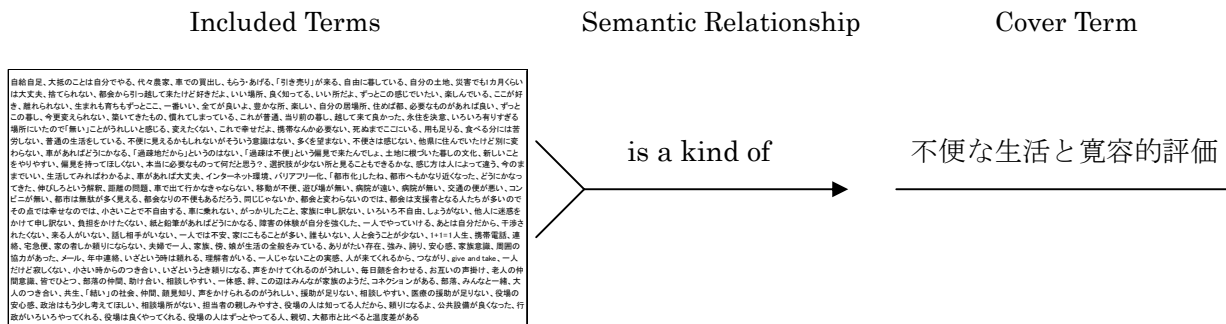


図 4-42 Cover Term 「不便な生活と寛容的評価」の作成プロセスのまとめ

説明) 表 4-3 の「不便を許す姿」と「不便な様子」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表 4-12-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表 4-12-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term 「不便な生活と寛容的評価」が導出された(図 4-41)。この図において、Included Terms とは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ Cover Term 「健康と健康不安」の形成過程

P.184の「健康と健康不安」は、Step2で抽出されたカテゴリー（表4-3参照）の「健康行動」と「健康不安」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリーの「健康行動」と「健康不安」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表4-13-1）。次に、図4-24-1から図4-24-24を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表4-13-2）、それらの再編と統合を行った（図4-43）。これらの手続きは、図4-44の如くまとめられる。

表4-13-1 表4-3を元に、「健康行動」と「健康不安」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

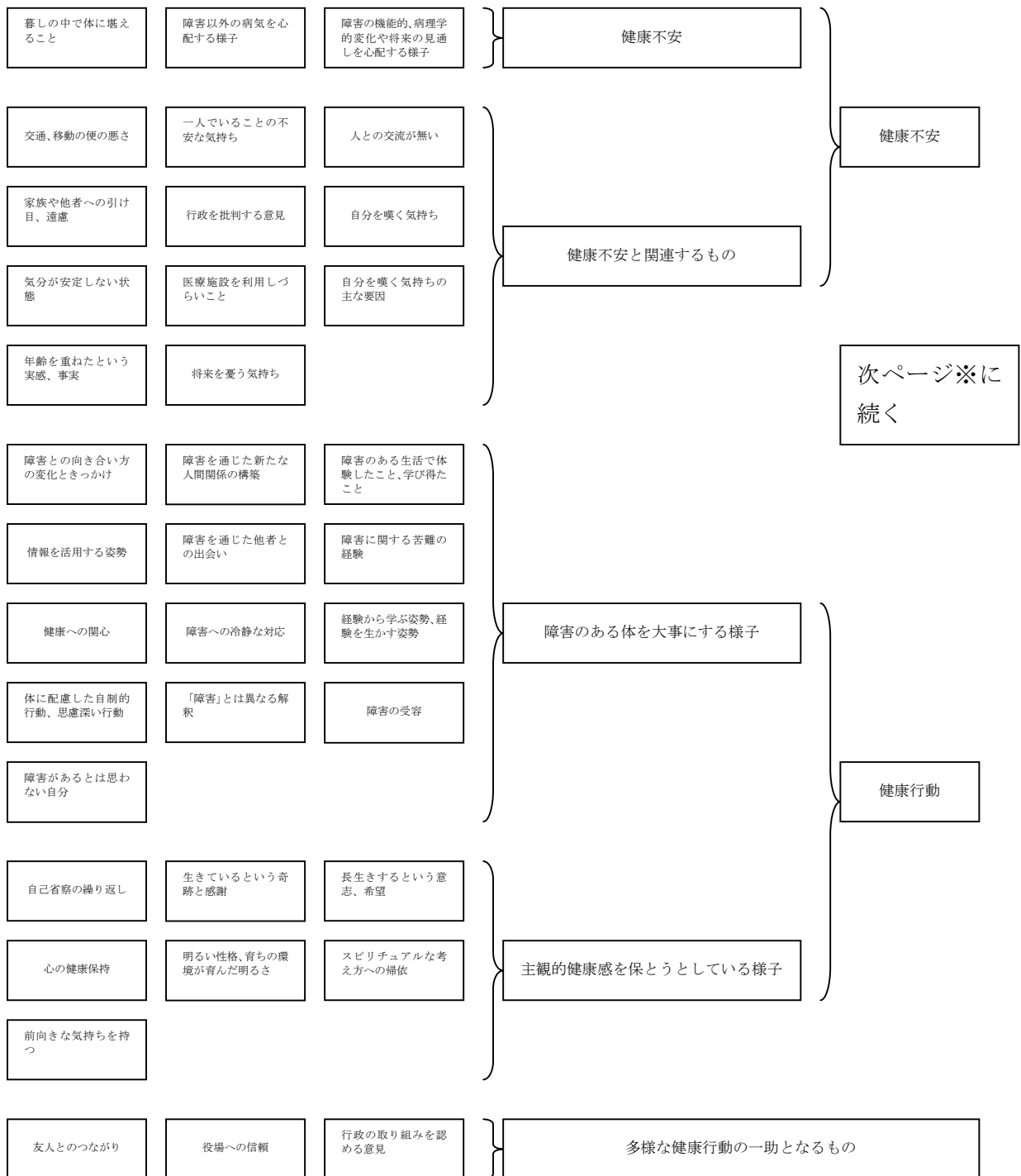
カテゴリー	サブカテゴリー
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い（「健康行動」や「健康不安」の結果・原因、場所）
障害に関する 陰性感情	先日まで元気だったのに、希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、働けない、何もできない、親がいなくなった後の見通し、家から出られない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、病気のことだけ、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、どうなるか解らないと思うと怖い、あきらめ、社会復帰がいいね、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、交流が減った、家族に申し訳ない、いろいろ不自由、寝たきり、生まれてからずっとこのまま、駄目なんだよ、この体じゃ、聴診器当てて帰らされる、「不幸なことが起きた」ことは不幸なこと、しようがない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、「単独で出るな」といわれている、負担をかけたくない、迷いと葛藤、心配が多い、どうせ聞こえない（「健康行動」や「健康不安」の一種、結果・原因、理由、特質）
人生経験	心から「ありがとう」といった記憶、自分の存在とは何かを考えたこと、大手術を乗り切る、もうだめかと思った、事故の経験、予防的に柔軟に対応できるようにになった、同じ障害がある人との出会い・相談、自分を見つめる時間が多かった、生死観について考えた、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける（「健康行動」や「健康不安」の結果・原因、理由）
年齢	老い、長生き、長生きするぞ、年を感じる、年齢（「健康行動」や「健康不安」の結果・原因、理由）
健康行動（中心カテゴリー）	食事へ気を配る、体への特を考える、寝るときの姿勢、健康管理、無理に動かない、高血圧予防、運動してるよ、衛生管理、老化防止、認知症予防（クイズ番組・ゲーム・パズル・編み物）、明るく生きる、栄養ドリンク
健康不安（中心カテゴリー）	万が一の体調の変化等が心配、障害以外の病気が怖い、リハビリ治療の見通し、冬の寒さが厳しい
孤独感	来る人がいない、話し相手がない、一人では不安、誰もいない、人と会うことが少ない（「健康行動」や「健康不安」の一種、結果・原因、理由）
障害と自分	生きていることが不思議、障害は関係ない、現状を受け入れる、病気を通じての人間関係、障害は医学の判断、障害の客観的な分析、冷静な情報分析、物事の受け止め方（「健康行動」や「健康不安」の一種、結果・原因、理由）
普段の心持ち	性格も影響しているかもしれない、気持ちの持ちよう、前向きな姿勢、経験したことをプラスに考える、ポジティブ、気持ちかもね、情報を手にし活用する、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ（「健康行動」や「健康不安」の一種、結果・原因、理由、特質）
友人	病氣的に知り合いが増える→つながりがある、give and take（「健康行動」や「健康不安」の一種、結果・原因）
行政に関する 意見	援助が足りない、相談しやすい、医療の援助が足りない、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、頼りになるよ、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる（「健康行動」や「健康不安」の結果・原因、場所、手段）

表4-13-2 「健康行動」と「健康不安」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している
最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、交通の便が悪い	交通、移動の便の悪さ
	病院が遠い、病院が無い	医療施設を利用しづらいこと
障害に関する 陰性感情	気が晴れたことがない、駄目なんだよ、いつも「せいせい」しない、心配が多い、あきらめ、退屈、我慢、「不幸なことが起きた」とは不幸なこと、しょうがない	自分を嘆く気持ち
	希望の中に感じる絶望、一日の中で気分の上下がある	気分が安定しない状態
	親がいなくなった後の見通し、どうなるか解らないと思うと怖い、迷いと葛藤	将来を憂う気持ち
	先日まで元気だったのに、働けない、何もできない、家から出られない、寝たきり、小さいことで不自由する、車に乗れない、社会復帰がいいね、「単独で出るな」といわれている、聴診器当てて帰らされる、いろいろ不自由、交流が減った、生まれてからずっとこのまま、病気のことで、体がこれじゃ、当り前の体じゃない、この体じゃ、がっかりしたこと、どうせ聞こえない	自分を嘆く気持ちの主な要因
	家族に申し訳ない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、負担をかけたくない	家族や他者への引け目、遠慮
人生経験	もうだめかと思った、大手術を乗り切る、事故の経験	障害に関する苦難の経験
	予防的に柔軟に対応できるようになった、同じ障害がある人との出会い・相談	障害との向き合い方の変化ときっかけ
	心から「ありがとう」といった記憶	障害のある生活で体験したこと、学び得たこと
	生死観について考えた	スピリチュアルな考え方への帰依
	「人間らしく生きるには」ということを考え続ける、自分を見つめる時間が多かった、自分の存在とは何かを考えたこと	自己省察の繰り返し
年齢	老い、年を感じる、年齢、長生き	年齢を重ねたという実感、事実
	長生きするぞ	長生きするという意志、希望
健康行動(中心カテゴリー)	食事へ気を配る、栄養ドリンク、高血圧予防、運動してるよ、衛生管理、老化防止、健康管理、認知症予防(クイズ番組・ゲーム・パズル・編み物)	健康への関心
	体への特を考える、無理に動かない、寝るときの姿勢	体に配慮した自制的行動、思慮深い行動
	明るく生きる	心の健康保持
健康不安(中心カテゴリー)	万が一の体調の変化等が心配、リハビリ治療の見通し	障害の機能的、病理学的変化や将来の見通しを心配する様子
	障害以外の病気が怖い	障害以外の病気を心配する様子
	冬の寒さが厳しい	暮しの中で体に堪えること

表 4-13-2 「健康行動」と「健康不安」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している
最も下位の抽象的概念（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
孤独感	来る人がいない、話し相手がいない、誰もいない、人と会うことが少ない	人との交流が無い
	一人では不安	一人でいることの不安な気持ち
障害と自分	生きていることが不思議	生きているという奇跡と感謝
	障害は関係ない、障害は医学の判断	障害があるとは思わない自分
	物事の受け止め方	「障害」とは異なる解釈
	障害の客観的な分析、冷静な情報分析	障害への冷静な対応
	現状を受け入れる	障害の受容
	病気を通じての人間関係	障害を通じた新たな人間関係の構築
普段の心持ち	経験したことをプラスに考える	経験から学ぶ姿勢、経験を生かす姿勢
	情報を手にし活用する	情報を活用する姿勢
	気持ちの持ちよう、気持ちかもね、前向きな姿勢、ポジティブ、「重度障害者」なのに元気でびっくりしたでしょ	前向きな気持ちを持つ
	性格も影響しているかもしれない	明るい性格、育ちの環境が育んだ明るさ
友人	病氣的に知り合いが増える一つながりがある	障害を通じた他者との出会い
	give and take	友人とのつながり
行政に関する意見	役場は良くやってくれる、行政がいろいろやってくれる	行政の取り組みを認める意見
	相談しやすい、頼りになるよ	役場への信頼
	援助が足りない、相談場所がない、医療の援助が足りない、政治はもう少し考えてほしい	行政を批判する意見



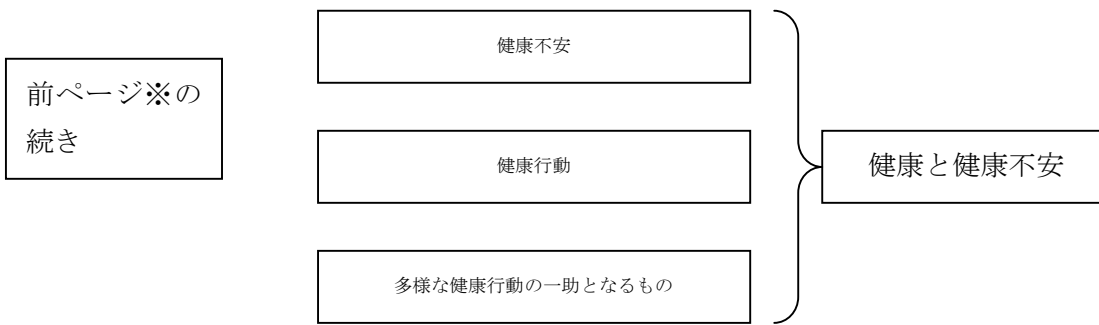


図 4-4 3 「健康行動」と「健康不安」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「健康と健康不安」を導出した手続き

説明) 「健康行動」と「健康不安」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「健康と健康不安」を導出した。

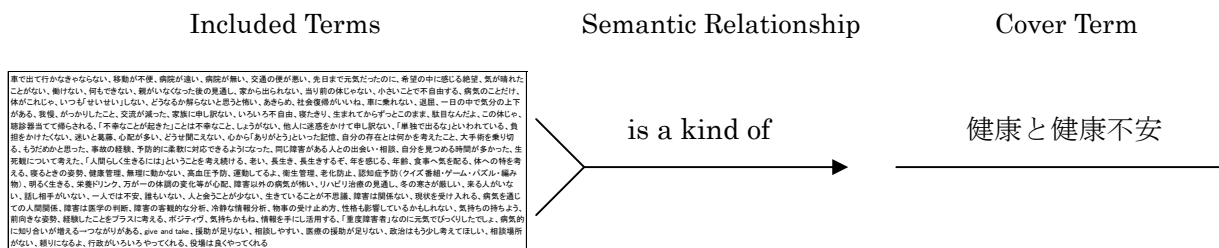


図 4-4 4 Cover Term 「健康と健康不安」の作成プロセスのまとめ

説明) 表 4-3 の「健康行動」と「健康不安」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表 4-1 3-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表 4-1 3-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term 「健康と健康不安」が導出された(図 4-4 3)。この図において、Included Terms とは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ Cover Term 「自立と孤独」の形成過程

P.189の「自立と孤独」は、Step2で抽出されたカテゴリー（表4-3参照）の「自立する姿」と「孤独感」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリーの「自立する姿」と「孤独感」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表4-14-1）。次に、図4-24-1から図4-24-24を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表4-14-2）、それらの再編と統合を行った（図4-45）。これらの手続きは、図4-46の如くまとめられる。

表4-14-1 表4-3を元に、「自立する姿」と「孤独感」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車で買い出し、もらう・あげる、経済的な安堵感がある、自由に暮している（「自立する姿」や「孤独感」の一種、結果・原因）
郷土愛	自分の土地、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引っ越して来たけど好きだよ、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じでいたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都（「自立する姿」や「孤独感」の一種、結果・原因、理由、特質）
生活を確信する姿	必要なものがあればいい、ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしと感じる、変えたくない、これで幸せだよ、携帯なんか必要ない、死ぬまでここにいる（「自立する姿」や「孤独感」の一種、部分、結果・原因、理由、特質）
過疎を肯定する姿	用も足りる、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、多くを望まない、不便さは感じない、他県に住んでいただけ別に変わらない、学生の時は東京だった、仕事はしばらくの間東京だった、車があればどうにかなる、「過疎地だから」というのはない、土地に根づいた暮らしの文化、本当に必要なものって何だと思う？、今のままでいい、生活してみればわかるよ、車があれば大丈夫（「自立する姿」や「孤独感」の一種、部分、結果・原因、理由、特質）
不便を許す姿	どうにかなってきた（「自立する姿」や「孤独感」の一種、結果・原因、理由）
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、遊び場が無い、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い（「自立する姿」や「孤独感」の一種、結果・原因、理由）
障害に関する陰性感情	希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、働けない、何もできない、家から出られない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、病気のことだけ、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、どうなるか解らないと思うと怖い、社会復帰がいいね、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、交流が減った、家族に申し訳ない、いろいろ不自由、寝たきり、この体じゃ、しょうがない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、「単独で出るな」といわれている、負担をかけたくない、迷いと葛藤、心配が多い（「自立する姿」や「孤独感」の一種、結果・原因、理由、特質）
生きる動機	やらなくてはならない、仕事、どうしても収入が必要だった、生きなければならぬと思った、生きる喜び、毎日努力、目標がある、生活、元気、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、命を大切にしたい、家族を食べさせるため生きた、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、つらい人へのサポート、「よし、じゃ次」という気持ち（「自立する姿」や「孤独感」の一種、結果・原因、理由、特質）
人生経験	紙と鉛筆があればどうにかなる、戦争体験、自分の存在とは何かを考えたこと、障害の体験が自分を強くした、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける（「自立する姿」や「孤独感」の一種、結果・原因、理由、特質）
年齢	老い、長生き、長生きするぞ、年を感じる、年齢（「自立する姿」や「孤独感」の一種、結果・原因、特質）

表4-14-1 表4-3を元に、「自立する姿」と「孤独感」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー
自立する姿 (中心カテゴリー)	一人でやっていける、あとは自分だから、干渉されたくない、みんな意外と社会的
孤独感(中心カテゴリー)	来る人がいない、話し相手がない、一人では不安、家にこもることが多い、内向的、誰もない、日常に変化がほしい、人と会うことが少ない、若者は出て行き自分たちはここにいる
家族	1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがありがたい、家族、家族の写真、自分の家がいい、自分の家、もちろん大切だよ、存在することが大事、顔が見たい、傍、成長を見つめる喜び、長男の出産、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、ありがたい存在、声を聞きたい、声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、強み、誇り、安心感、月に一回は会う、家族意識（「自立する姿」や「孤独感」の一種、部分、結果・原因、理由）
友人	周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け（「自立する姿」や「孤独感」の一種、部分、結果・原因、理由）
地域社会との関係	老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、共生、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい（「自立する姿」や「孤独感」の一種、部分、結果・原因、理由）
行政に関する意見	援助が足りない、相談しやすい、医療の援助が足りない、役場の安心感、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、頼りになるよ、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる、役場の人はずっとやってる人、親切、大都市と比べると温度差がある（「自立する姿」や「孤独感」の一種、部分、結果・原因、理由）
障害と社会	障害を隠す風土、差別、社会の理解が足りない、教育レベルが低い、不当な扱いを受けている感じはない（「自立する姿」や「孤独感」の結果・原因、理由、特質）

表4-14-2 「自立する姿」と「孤独感」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、車での買出し、自由に暮している	暮らしぶり
	もらう・あげる	暮らしの知恵
	経済的な安堵感がある、代々農家	家系、家業の世襲
郷土愛	生まれも育ちもずっとここ、災害でも1カ月くらいは大丈夫、自分の土地、自分の居場所	「この場所は自分のもの」という気持ち
	ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから	先祖との関係を大事にする姿
	捨てられない、良く知ってる、いい所だよ、楽しんでいる、いい場所、ずっとこの感じていたい、住めば都、離れられない、楽しい、一番いい、全てが良いよ、ここが好き、豊かな所、都会から引っ越して来たけど好きだよ	「ここが好き」という気持ち
生活を確信する姿	ずっとこの暮らし、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、今更変えられない、これで幸せだよ、築いてきたもの、慣れてしまっている	築き上げられた生活様式
	永住を決意、死ぬまでここにいる	強い定住意識
	必要なものがあれば良い、携帯なんか必要ない	暮らしの中で見えてくる本質
	いろいろ有りすぎる場所にいたので「無い」ことがうれしいと感じる、越して来て良かった	転入者が抱く満足感
過疎を肯定する姿	「過疎地だから」というのはない、生活してみればわかるよ、不便に見えるかもしれないがそういう意識はない、不便さは感じない	「過疎」という言葉や考えに対する抵抗感
	用も足りる、今のままでいい、食べる分には苦勞しない、普通の生活をしている、多くを望まない	「ここで暮して行ける」という自信
	車があればどうにかなる、車があれば大丈夫	暮らしの中での車の重要性
	他県に住んでいたけど別に変わらない、学生の時は東京だった、仕事はしばらくの間東京だった	「都市部と変わらない」という体験談
	土地に根づいた暮らしの文化	当事者が考える、過疎の特性や利点
	本当に必要なものって何だと思う？	過疎地外に暮している人たちへの問いかけ
	不便を許す姿	どうにかなってきた
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、交通の便が悪い	交通、移動の便の悪さ
	病院が遠い、病院が無い	医療施設を利用しづらいこと
	コンビニが無い、遊び場が無い	商店・娯楽施設を利用しづらいこと

表4-14-2 「自立する姿」と「孤独感」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している
最も下位の抽象的概念（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
障害に関する 陰性感情	気が晴れたことがない、いつも「せいせい」しない、心配が多い、退屈、我慢、しようがない	自分を嘆く気持ち
	希望の中に感じる絶望、一日の中で気分の上り下りがある	気分が安定しない状態
	どうなるか解らないと思うと怖い、迷いと葛藤	将来を憂う気持ち
	働けない、何もできない、家から出られない、寝たきり、小さいことで不自由する、車に乗れない、社会復帰がいいね、「単独で出るな」といわれている、いろいろ不自由、交流が減った、病気のことだけ、体がこれじゃ、当り前の体じゃない、この体じゃ、がっかりしたこと	自分を嘆く気持ちの主な要因
	家族に申し訳ない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、負担をかけたくない	家族や他者への引け目、遠慮
生きる動機	生きなければならぬと思った、命を大切にしたい、生きる喜び、感謝	生命への感謝
	元気、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、毎日努力、「よし、じゃ次」という気持ち	前に進もうとする意志
	つらい人へのサポート、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き	他者のために生きる自分
	目標がある、生活、仕事、家族を食べさせるため生きた、どうしても収入が必要だった、やらなくてはならない	目標、使命感、責任感
人生経験	戦争体験	人生における苦難の歴史
	紙と鉛筆があればどうにかなる、障害の体験が自分を強くした	障害のある生活で体験したこと、学び得たこと
	「人間らしく生きるには」ということを考え続ける、自分の存在とは何かを考えたこと	自己省察の繰り返し
年齢	老い、年を感じる、年齢、長生き	年齢を重ねたという実感、事実
	長生きするぞ	長生きするという意志、希望
自立する姿 (中心カテゴリー 一)	一人でやっていける、あとは自分だから	自分への信頼
	干渉されたくない	過保護や過干渉への抵抗感
	みんな意外と社会的	積極的に活動をする姿
孤独感(中心 カテゴリー)	来る人がいない、話し相手がない、誰もいない、人と会うことが少ない、若者は出て行き自分たちはここにいる	人との交流が無い
	家にこもることが多い、内向的、日常に変化がほしい	閉鎖的で変化の乏しい暮らし
	一人では不安	一人であることの不安な気持ち

表4-14-2 「自立する姿」と「孤独感」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
家族	携帯電話、連絡、宅急便	家族との連絡
	休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、声を聞きたい、顔が見たい、月に一回は会う、長男の出産、成長を見つめる喜び、家族の写真	家族との再会を希望する様子
	声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、安心感、いるだけでいいよ、存在することが大事	家族から受け取る勇気と安心
	もちろん大切だよ、強み、誇り、家の者しか頼りにならない、ありがたい存在	家族の結束力の強さ
	1+1=1 人生、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、自分の家がいい、自分の家、傍、家族意識	家族関係が一番大事
友人	周囲の協力があつた、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、いざというとき頼りになる、人が来てくれるから	拠り所としての友人
	give and take、お互いの声掛け、つながり、一人だけ寂しくない、声をかけてくれるのがうれしい	友人とのつながり
	メール、年中連絡	友人との連絡
	小さい時からのつき合い、毎日顔を合わせる	友人との長い付き合い
地域社会との関係	コネクションがある、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、この辺はみんなが家族のようだ、相談しやすい、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、協力する所はする	社会関係性の特徴
	部落の仲間、部落	「部落」という言葉
	皆でひとつ、一体感、仲間、みんなと一緒に、老人の仲間意識、共生、助け合い、絆、「結い」の社会	人のつながり
行政に関する意見	役場は良くやってくれる、行政がいろいろやってくれる	行政の取り組みを認める意見
	相談しやすい、役場の安心感、親切、頼りになるよ、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、役場の人はずっとやってる人	役場への信頼
	援助が足りない、相談場所がない、医療の援助が足りない、政治はもう少し考えてほしい、大都市と比べると温度差がある	行政を批判する意見
障害と社会	障害を隠す風土、差別	障害に関する陰湿な経験
	社会の理解が足りない、教育レベルが低い	障害に関する陰湿な経験から見えた社会の本質
	不当な扱いを受けている感じはない	障害に関する陰湿な経験をすることがない、という意見



前ページ※の
続き

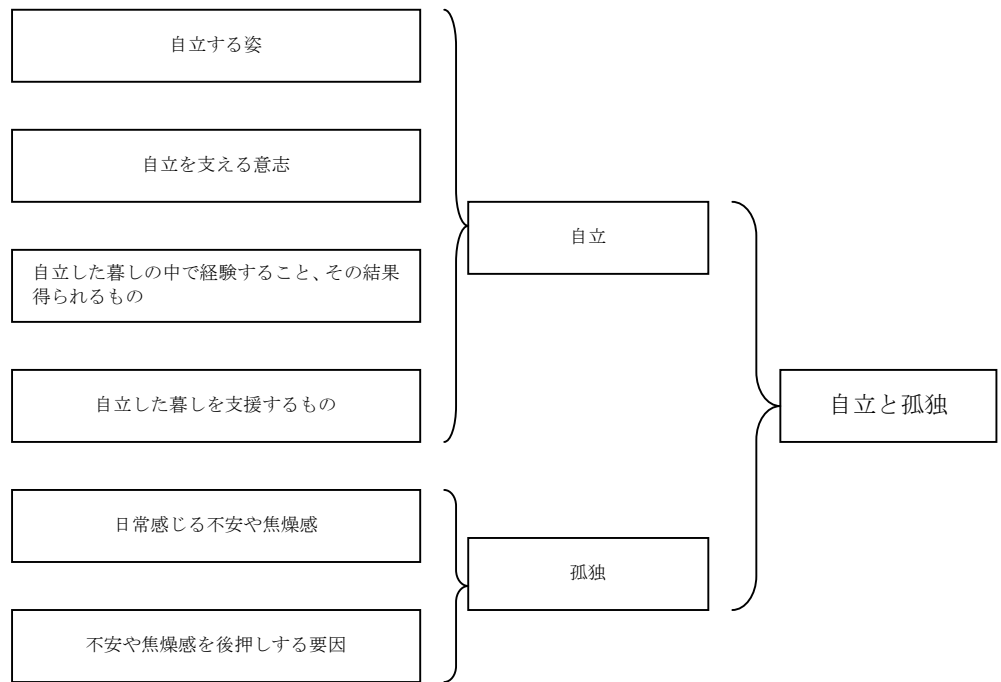


図4-45 「自立する姿」と「孤独感」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「自立と孤独」を導出した手続き

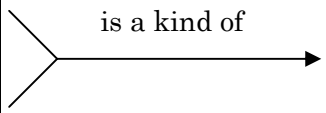
説明) 「自立する姿」と「孤独感」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「自立と孤独」を導出した。

Included Terms

Semantic Relationship

Cover Term

自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車での買出し、もらう、あげる、経済的な安堵感がある、自由に暮らしている、自分の土地、災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都合から引越して来たけど好きだよ、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの地に住んでいたい、楽しんでる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良しよ、悪かな所、案外、自分の勤務所、住むは家、必要なものが揃って良い、ずっとこの暮らし、今更変えられない、驚いて来たもの、慣れてしまっている、これが普通、当り前の事、越して来て良かった、永住を決意、いろいろ有りすぎる場所だったので「悪い」とがうれしく感じる、変えたくない、これで幸せだよ、誘引なんか必要ない、死ぬまでここに居る、所も足りる、食べる分には苦労しない、普通の生活をしている、不便に思えるかもしれないがそういう意識はない、多弁を要さない、不便さは感じない、他類に住んでいけなければならぬ、学生の時は大変だった、仕事ははばらの間業だった、車があれればどうになる、「車庫はだららはないかな、土地に埋めて置いた文化、本場に必要なものが何となく、今のままでいい、生活してればわかるよ、車があれれば大丈夫、どうにかあった、車で出て行かなきゃならない、移動が不便、遊び場が無い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い、希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、働けない、何もできない、家から出られない、当り前の様じゃない、小さいことで不自由する、病気のことが、体がこたえる、いつも寝ていたい、どうするか解らないと思ってしまう、社会生活が辛い、車に乗れない、遠隔、一日の中で気分の上やがある、数値、がかりしたことで、交流が壊れた、家族に恨み、寂しい、いろいろ不自由、嫌な事、この体じゃ、しようがない、他人に迷惑をかけて申し訳ない、「車庫で出る」といわれている、負担をかけたくない、遅いと罵詈、心配が多い、やらなくてはならない、仕事、どうしても収入が必要だった、生きなければならないと思った、生きる喜び、毎日努力、目標がある、生活、元気、前を向く、自分が強くなる、気持ちよ、目標を持つ、命を大切にしたい、家族を養ってやるのが生き、感謝、報に思わない、健康、人に悪くも自分の好き、つまらないが一つ、「よし、じやない」という気持ち、紙と鉛筆があればどうにかなる、戦争体験、自分の存在とは何かを考えたこと、障害の体験が自分を強めた、「人間らしく生きるには」ということを考え続ける、若い、長生き、長生きするぞ、年を感じる、年齢、一人でやっていると、あと自分だから、干渉されたくない、みんな意外なと社会的、来る人がない、国に帰りたい、一人で不平安、家にもいることが多い、内面的、誰にもない、日常に変化がほしい、人と会うことが少ない、音響は出て行き自分たちはここにいる、11111人、携帯電話、連絡、定数、自分の思いがけない、夫婦で一人、主人と子供だけが居ない、家族、家族の卒業、自分の気がない、自分の家、もちろん大切だよ、存在することが大事、誰か見たい、彼、成長を見つめる喜び、長男の出生、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、あひがたい存在、声を聞きたい、声を聞く元気が出る、聴覚だけでも済むとする、強み、誇り、安心感、月一回は会う、家族意識、周囲の助力があった、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、精神が強い、一人じゃないこの実感、人が来てくれるから、つなぐ、love and share、一人だけと聞くといい、のんびり聞かなくていい、いざいざと聞かなくていい、声をかけてくれる人がいない、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、コミュニケーションがある、部落、みんなと一緒、共生、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人、誰は誰々」と分かる、仲間、誰見知り、声をかけられるのがうれしい、感謝が足りず、相談しづらい、部落の補助が足りず、役場の安心感、役所も少しは来てほしい、相談場所がない、自治会の頼みみやすさ、役場の人は知っている人だから、縁にかなう、行政がいろいろやってくれる、役場の人はずっとやってくれる人、親切、都市と比べると温度差がある、障害を隠す風土、差別、社会の理解が足りない、教育レベルが低い、不安な思いを受けている感じはない



自立と孤独

図 4-46 Cover Term 「自立と孤独」の作成プロセスのまとめ

説明) 表 4-3 の「自立する姿」と「孤独感」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表 4-14-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表 4-14-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term 「自立と孤独」が導出された(図 4-45)。この図において、Included Terms とは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ Cover Term 「友人の存在」 の形成過程

P.193 の「友人の存在」は、Step2 で抽出されたカテゴリー（表4-3参照）の一つ「友人」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「友人」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表4-15-1）。次に、図4-24-1から図4-24-24を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表4-15-2）、それらの再編と統合を行った（図4-47）。これらの手続きは、図4-48の如くまとめられる。

表4-15-1 表4-3を元に、「友人」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
生活模様	自給自足、代々農家、もらう・あげる（「友人」の結果・原因、場所）
郷土愛	災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引越して来たけど好きだよ、いい場所、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じていたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、住めば都（「友人」の結果・原因、理由、場所、特質）
生活を確信する姿	ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、変えたくない、これで幸せだよ、死ぬまでここにいる（「友人」の結果・原因、特質）
不便を許す姿	どうにかなってきた（「友人」の結果・原因）
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い（「友人」の理由）
都会への見方	都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、「金の力」はここでは通じない（「友人」の結果・原因、特質）
障害に関する陰性感情	希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、何もできない、家から出られない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、あきらめ、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、いろいろ不自由、この体じゃ、しょうがない、「単独で出るな」といわれている、心配が多い（「友人」の結果・原因、理由）
生きる動機	生きる喜び、元気、前を向く、気持ちだよ、目標を持つ、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、生きがいが、デイサービスが楽しみ（「友人」の結果・原因）
人生経験	紙と鉛筆があればどうにかなる、自分の存在とは何かを考えたこと、同じ障害がある人との出会い・相談（「友人」の結果・原因）
年齢	長生きするぞ（「友人」の結果・原因）
障害と自分	病気を通じての人間関係（「友人」の一種、結果・原因）
友人(中心カテゴリー)	周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、病氣的に知り合いが増える→つながりがある、つながり、give and take、一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間
地域社会との関係	老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の手伝い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ（「友人」の一種、部分、結果・原因）

表4-15-2 「友人」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
生活模様	自給自足	暮しぶり
	もらう・あげる	暮しの知恵
	代々農家	家系、家業の世襲
郷土愛	生まれも育ちもずっとここ、災害でも1カ月くらいは大丈夫	「この場所は自分のもの」という気持ち
	捨てられない、良く知ってる、いい所だよ、楽しんでいる、いい場所、ずっとこの感じていたい、住めば都、離れられない、楽しい、一番いい、全てが良いよ、ここが好き、豊かな所、都会から引っ越して来たけど好きだよ	「ここが好き」という気持ち
生活を確信する姿	ずっとこの暮し、これが普通、当り前の暮し、変えたくない、今更変えられない、これで幸せだよ、築いてきたもの	築き上げられた生活様式
	永住を決意、死ぬまでここにいる	強い定住意識
	越して来て良かった	転入者が抱く満足感
不便を許す姿	どうにかなってきた	不便を遣り繰りしている様子
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、交通の便が悪い	交通、移動の便の悪さ
	病院が遠い、病院が無い	医療施設を利用しづらいこと
都市への見方	都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、「金の力」はここでは通じない	都市を批判する意見
障害に関する陰性感情	気が晴れたことがない、いつも「せいせい」しない、心配が多い、あきらめ、退屈、我慢、しょうがない	自分を嘆く気持ち
	希望の中に感じる絶望、一日の中で気分の上下がある	気分が安定しない状態
	何もできない、家から出られない、小さいことで不自由する、車に乗れない、「単独で出るな」といわれている、いろいろ不自由、体がこれじゃ、当り前の体じゃない、この体じゃ、がっかりしたこと	自分を嘆く気持ちの主な要因
生きる動機	生きる喜び、感謝	生命への感謝
	元気、前を向く、気持ちだよ、目標を持つ	前に進もうとする意志
	役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き	他者のために生きる自分
	生きがいが、デイサービスが楽しみ	生きがいが、楽しみ
人生経験	同じ障害がある人との出会い・相談	障害との向き合い方の変化ときっかけ
	紙と鉛筆があればどうにかなる	障害のある生活で体験したこと、学び得たこと
	自分の存在とは何かを考えたこと	自己省察の繰り返し
年齢	長生きするぞ	長生きするという意志、希望
障害と自分	病気を通じての人間関係	障害を通じた新たな人間関係の構築

表 4-15-2 「友人」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念 (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
友人(中心カテゴリー)	周囲の協力があつた、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、いざというとき頼りになる、人が来てくれるから	拠り所としての友人
	病氣的に知り合いが増える一つながりがある	障害を通じた他者との出会い
	give and take、お互いの声掛け、つながり、一人だけ寂しくない、声をかけてくれるのがうれしい	友人とのつながり
	メール、年中連絡	友人との連絡
	一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、サークル仲間	友人と共に過ごす時間
	小さい時からのつき合い、毎日顔を合わせる	友人との長い付き合い
	地域社会との関係	コネクションがある、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、この辺はみんなが家族のようだ、相談しやすい、顔見知り、みんな生き生きしているよ、声をかけられるのがうれしい、協力する所はする
部落の仲間、部落		「部落」という言葉
皆でひとつ、一体感、仲間、みんなと一緒に、老人の仲間意識、共生、助け合い、絆、大人の付き合い、「結い」の社会		人のつながり
法事の手伝い、自治会への参加、集まり、年中行事		皆で行う地域活動

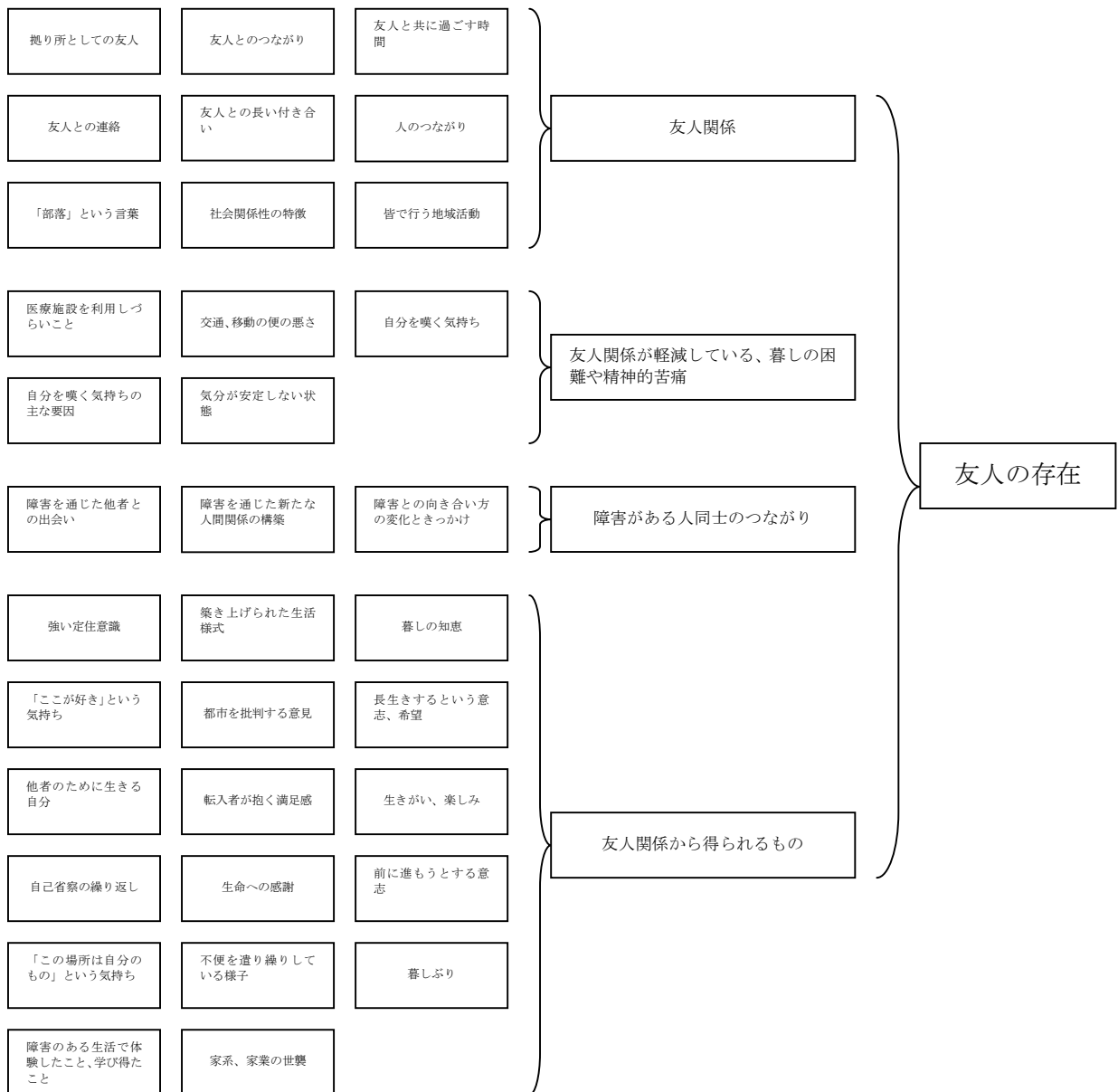


図4-47 「友人」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「友人の存在」を導出した手続き

説明) 「友人」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「友人の存在」を導出した。

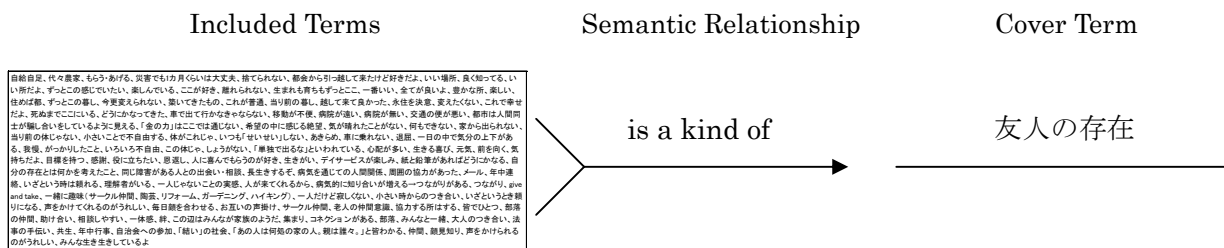


図4-48 Cover Term「友人の存在」の作成プロセスのまとめ

説明) 表4-3の「友人」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表4-15-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表4-15-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term「友人の存在」が導出された(図4-47)。この図において、Included Termsとは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ Cover Term 「行政の支え」の形成過程

P.195 の「行政の支え」は、Step2 で抽出されたカテゴリー（表4-3参照）の一つ「行政に関する意見」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「行政に関する意見」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表4-16-1）。次に、図4-24-1から図4-24-24を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表4-16-2）、それらの再編と統合を行った（図4-49）。これらの手続きは、図4-50の如くまとめられる。

表4-16-1 表4-3を元に、「行政に関する意見」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
郷土愛	合併されるとすれば寂しい、合併が心配、若い人がいないでしょ、新生児がいない（「行政に関する意見」の一種、特質）
生活を確信する姿	これで幸せだよ（「行政に関する意見」の一種）
都市化する姿	インターネット環境、バリアフリー化、社会が変わりつつある、犯罪が増えた、新しい家が増えた、「都市化」したね、都市へもかなり近くなった（「行政に関する意見」の一種、結果・原因、理由、特質）
不便を許す姿	伸びしろという解釈（「行政に関する意見」の一種、原因・結果、理由）
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、遊び場が無い、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い（「行政に関する意見」の一種、結果・原因、理由）
暮しの風景	村と村をつなぐトンネル、景色が変わった、道路ができた、大分変わって来たけどね、そういえば大分変わったわねえ（「行政に関する意見」の一種、結果・原因、理由）
障害に関する陰性感情	小さいことで不自由する、社会復帰がいいね、車に乗れない、がっかりしたこと、いろいろ不自由（「行政に関する意見」の一種、結果・原因、理由）
生きる動機	感謝（「行政に関する意見」の一種、結果・原因、理由）
年齢	高齢社会、日本は長寿の国（「行政に関する意見」の一種、結果・原因、理由、特質）
孤独感	若者は出て行き自分たちはここにいる（「行政に関する意見」の一種、結果・原因、理由、特質）
障害と自分	手帳申請に積極的な意味を持った（「行政に関する意見」の一種、結果・原因、理由、特質）
行政に関する意見（中心カテゴリー）	援助が足りない、相談しやすい、医療の援助が足りない、役場の安心感、政治はもう少し考えてほしい、相談場所がない、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、頼りになるよ、公共設備が良くなった、行政がいろいろやってくれる、役場は良くやってくれる、役場の人はずっとやってくれる人、親切、大都市と比べると温度差がある
障害と社会	障害を隠す風土、差別、社会の理解が足りない、教育レベルが低い（「行政に関する意見」の一種、結果・原因、理由、特質）

表4-16-2 「行政に関する意見」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
郷土愛	合併されるとすれば寂しい、合併が心配、新生児がいない、若い人がいないでしょ	郷土の将来を心配する姿
生活を確信する姿	これで幸せだよ	築き上げられた生活様式
都市化する姿	インターネット環境、バリアフリー化、「都市化」したね	インフラ整備の進展
	都市へもかなり近くなった、新しい家が増えた、犯罪が増えた、社会が変わりつつある	地域社会の構造的変化とその影響
不便を許す姿	伸びしろという解釈	不便な点の善意的解釈
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、交通の便が悪い	交通、移動の便の悪さ
	病院が遠い、病院が無い	医療施設を利用しづらいこと
	コンビニが無い、遊び場が無い	商店・娯楽施設を利用しづらいこと
暮しの風景	景色が変わった、道路ができた、大分変わって来たけどね、そういえば大分変わったわねえ、村と村をつなぐトンネル	環境の変化の容認
障害に関する陰性感情	小さいことで不自由する、車に乗れない、社会復帰がいいね、いろいろ不自由、がっかりしたこと	自分を嘆く気持ちの主な要因
生きる動機	感謝	生命への感謝
年齢	日本は長寿の国、高齢社会	社会全体が高齢化している、という認識
孤独感	若者は出て行き自分たちはここにいる	人との交流が無い
障害と自分	手帳申請に積極的な意味を持った	障害への冷静な対応
行政に関する意見(中心カテゴリー)	役場は良くやってくれる、行政がいろいろやってくれる、公共設備が良くなった	行政の取り組みを認める意見
	相談しやすい、役場の安心感、親切、頼りになるよ、担当者の親しみやすさ、役場の人は知ってる人だから、役場の人はずっとやってる人	役場への信頼
	援助が足りない、相談場所がない、医療の援助が足りない、政治はもう少し考えてほしい、大都市と比べると温度差がある	行政を批判する意見
障害と社会	障害を隠す風土、差別	障害に関する陰湿な経験
	社会の理解が足りない、教育レベルが低い	障害に関する陰湿な経験から見た社会の本質

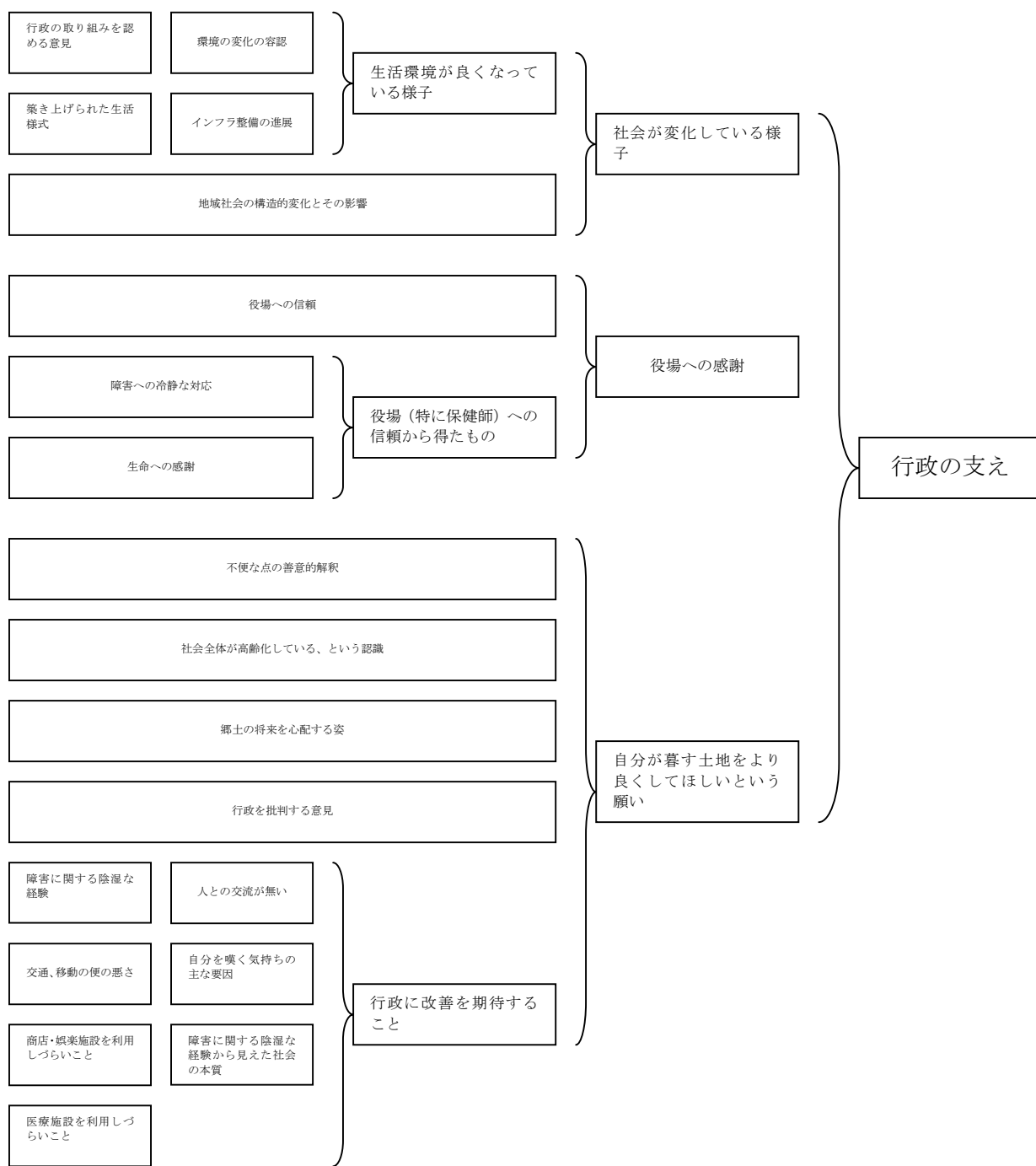


図 4-49 「行政に関する意見」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「行政の支え」を導出した手続き

説明) 「行政に関する意見」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「行政の支え」を導出した。

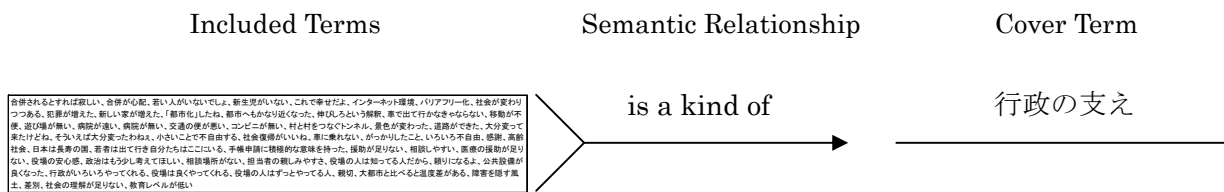


図 4-50 Cover Term 「行政の支え」の作成プロセスのまとめ

説明) 表 4-3 の「行政に関する意見」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表 4-16-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表 4-16-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term 「行政の支え」が導出された(図 4-49)。この図において、Included Terms とは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ Cover Term「共同体（部落）意識」の形成過程

P.197の「共同体（部落）意識」は、Step2で抽出されたカテゴリー（表4-3参照）の一つ「地域社会との関係」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「地域社会との関係」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表4-17-1）。次に、図4-24-1から図4-24-24を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表4-17-2）、それらの再編と統合を行った（図4-51）。これらの手続きは、図4-52の如くまとめられる。

表4-17-1 表4-3を元に、「地域社会との関係」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
生活模様	自給自足、代々農家、もらう・あげる（「地域社会との関係」の一種、部分、結果・原因）
郷土愛	災害でも1カ月くらいは大丈夫、捨てられない、都会から引越して来たけど好きだよ、いい場所、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じていた、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、生まれも育ちもずっとここ、一番いい、全てが良いよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都（「地域社会との関係」の一種、部分、結果・原因、特質）
生活を確信する姿	ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、これが普通、当り前の暮らし、越して来て良かった、永住を決意、変えたくない、これで幸せだよ、死ぬまでここにいる（「地域社会との関係」の一種、部分、結果・原因、特質）
都市化する姿	世代間や新しいものとのギャップ、価値観の違い、プライバシー保護、表面的なつき合い、組合意識への抵抗、社会が変わりつつある、この辺の慣習を軽視しがち、お互いが疎遠になってきた、「今の人」という言葉、自分に寄りかかれば、祭りへの参加等人間関係に気を使う、新しい家が増えた、他家への礼儀が無い人が多くなっている（「地域社会との関係」の一種、部分、特質）
不便を許す姿	どうにかなってきた（「地域社会との関係」の結果・原因）
不便な様子	車で出て行かなくちゃならない、移動が不便、遊び場が無い、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い（「地域社会との関係」の理由）
都会への見方	都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、「金の力」はここでは通じない（「地域社会との関係」の結果・原因、特質）
障害に関する陰性感情	希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、何もできない、家から出られない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、あきらめ、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、いろいろ不自由、この体じゃ、しょうがない、「単独で出るな」といわれている、心配が多い（「地域社会との関係」の結果・原因、理由）
生きる動機	生きる喜び、元気、前を向く、気持ちだよ、目標を持つ、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、尊敬する政治家のために生きる、生きがい、デイサービスが楽しみ、つらい人へのサポート（「地域社会との関係」の結果・原因）
人生経験	紙と鉛筆があればどうにかなる、自分の存在とは何かを考えたこと（「地域社会との関係」の結果・原因）
年齢	長生きするぞ（「地域社会との関係」の結果）
友人	周囲の協力があつた、メール、年中連絡、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、人が来てくれるから、つながり、give and take、一緒に趣味（サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング）、一人だけ寂しくない、小さい時からのつき合い、いざというとき頼りになる、声をかけてくれるのがうれしい、毎日顔を合わせる、お互いの声掛け、サークル仲間（「地域社会との関係」の一種、部分）
地域社会との関係(中心カテゴリー)	老人の仲間意識、協力する所はする、皆でひとつ、部落の仲間、助け合い、相談しやすい、一体感、絆、この辺はみんなが家族のようだ、集まり、コネクションがある、部落、みんなと一緒に、大人のつき合い、法事の手伝い、共生、年中行事、自治会への参加、「結い」の社会、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、仲間、顔見知り、声をかけられるのがうれしい、みんな生き生きしているよ、都会から来た人には警戒心があるかもね

表4-17-2 「地域社会との関係」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
生活模様	自給自足	暮しぶり
	もらう・あげる	暮しの知恵
	代々農家	家系、家業の世襲
郷土愛	生まれも育ちもずっとここ、災害でも1カ月くらいは大丈夫、自分の居場所	「この場所は自分のもの」という気持ち
	捨てられない、良く知ってる、いい所だよ、楽しんでいる、いい場所、ずっとこの感じていたい、住めば都、離れられない、楽しい、一番いい、全てが良いよ、ここが好き、豊かな所、都会から引っ越して来たけど好きだよ	「ここが好き」という気持ち
生活を確信する姿	ずっとこの暮し、これが普通、当り前の暮し、変えたくない、今更変えられない、これで幸せだよ、築いてきたもの	築き上げられた生活様式
	永住を決意、死ぬまでここにいる	強い定住意識
	越して来て良かった	転入者が抱く満足感
都市化する姿	新しい家が増えた、社会が変わりつつある	地域社会の構造的変化とその影響
	世代間や新しいものとのギャップ、価値観の違い、この辺の慣習を軽視しがち、自分に寄りかからなければ	世代間、新しい価値観とのギャップ
	プライバシー保護、表面的なつき合い、組合意識への抵抗、「今の人」という言葉、お互いが疎遠になってきた、祭りへの参加等人間関係に気を使う、他家への礼儀が無い人が多くなっている	対人関係や対人意識の変化
不便を許す姿	どうにかなってきた	不便を遣り繰りしている様子
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、交通の便が悪い	交通、移動の便の悪さ
	病院が遠い、病院が無い	医療施設を利用しづらいこと
	コンビニが無い、遊び場が無い	商店・娯楽施設を利用しづらいこと
都市への見方	都市は人間同士が騙し合いをしているように見える、「金の力」はここでは通じない	都市を批判する意見
障害に関する陰性感情	気が晴れたことがない、いつも「せいせい」しない、心配が多い、あきらめ、退屈、我慢、しょうがない	自分を嘆く気持ち
	希望の中に感じる絶望、一日の中で気分の上下がある	気分が安定しない状態
	何もできない、家から出られない、小さいことで不自由する、車に乗れない、「単独で出るな」といわれている、いろいろ不自由、体がこれじゃ、当り前の体じゃない、この体じゃ、がっかりしたこと	自分を嘆く気持ちの主な要因

表 4-17-2 「地域社会との関係」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
生きる動機	生きる喜び、感謝	生命への感謝
	元気、前を向く、気持ちだよ、目標を持つ	前に進もうとする意志
	つらい人へのサポート、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、尊敬する政治家のために生きる	他者のために生きる自分
	生きがい、デイサービスが楽しみ	生きがい、楽しみ
人生経験	紙と鉛筆があればどうにかなる	障害のある生活で体験したこと、学び得たこと
	自分の存在とは何かを考えたこと	自己省察の繰り返し
年齢	長生きするぞ	長生きするという意志、希望
友人	周囲の協力があつた、いざという時は頼れる、理解者がいる、一人じゃないことの実感、いざというとき頼りになる、人が来てくれるから	拠り所としての友人
	give and take、お互いの声掛け、つながり、一人だけ寂しくない、声をかけてくれるのがうれしい	友人とのつながり
	メール、年中連絡	友人との連絡
	一緒に趣味(サークル仲間、陶芸、リフォーム、ガーデニング、ハイキング)、サークル仲間	友人と共に過ごす時間
	小さい時からのつき合い、毎日顔を合わせる	友人との長い付き合い
地域社会との関係(中心カテゴリー)	コネクションがある、「あの人は何処の家の人。親は誰々。」と皆わかる、この辺はみんなが家族のようだ、相談しやすい、顔見知り、みんな生き生きしているよ、声をかけられるのがうれしい、協力する所はする	社会関係性の特徴
	部落の仲間、部落	「部落」という言葉
	皆でひとつ、一体感、仲間、みんなと一緒に、老人の仲間意識、共生、助け合い、絆、大人のつき合い、「結い」の社会	人のつながり
	法事の手伝い、自治会への参加、集まり、年中行事	皆で行う地域活動
	都会から来た人には警戒心があるかもね	地域外の人に対する慎重な姿勢



図 4-5 1 「地域社会との関係」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「共同体（部落）意識」を導出した手続き

説明) 「地域社会との関係」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「共同体（部落）意識」を導出した。

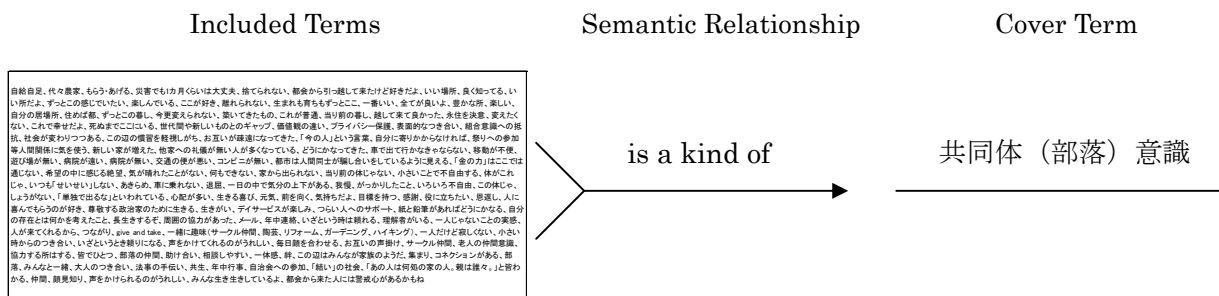


図 4-5 2 Cover Term 「共同体（部落）意識」の作成プロセスのまとめ

説明) 表 4-3 の「地域社会との関係」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表 4-1 7-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表 4-1 7-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term 「共同体(部落)意識」が導出された(図 4-5 1)。この図において、Included Terms とは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

・ Cover Term「家族の機能」の形成過程

P.200の「家族の機能」は、Step2で抽出されたカテゴリー（表4-3参照）の一つ「家族」を中心カテゴリーとして、導出したものである。「あるカテゴリーに属するサブカテゴリーは、中心カテゴリー「家族」に属するサブカテゴリーとどのような関係性を持っているのか。」ということを検討し、関係性が認められたカテゴリーとサブカテゴリーを残す作業を行った（表4-18-1）。次に、図4-24-1から図4-24-24を用いて、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し（表4-18-2）、それらの再編と統合を行った（図4-53）。これらの手続きは、図4-54の如くまとめられる。

表4-18-1 表4-3を元に、「家族」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーに属するサブカテゴリーとの関係性を検討した結果

カテゴリー	サブカテゴリー
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、代々農家、車で買い出し、経済的な安堵感がある、自由に暮らしている（「家族」の一種、部分、結果・原因、理由）
郷土愛	自分の土地、捨てられない、いい場所、ご先祖様、遺産、財産、先祖から引き継いだもの、墓があるから、父親の姿、良く知ってる、いい所だよ、ずっとこの感じていたい、楽しんでいる、ここが好き、離れられない、一番いい、全てが良いいよ、豊かな所、楽しい、自分の居場所、住めば都（「家族」の一種、部分、結果・原因、理由）
生活を確信する姿	ずっとこの暮らし、今更変えられない、築いてきたもの、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、これで幸せだよ（「家族」の結果・原因）
不便を許す姿	どうにかなってきた（「家族」の結果・原因）
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、病院が遠い、病院が無い、交通の便が悪い、コンビニが無い（「家族」の理由）
障害に関する陰性感情	先日まで元気だったのに、希望の中に感じる絶望、気が晴れたことがない、何もできない、当り前の体じゃない、小さいことで不自由する、病気のことだけ、体がこれじゃ、いつも「せいせい」しない、どうなるか解らないと思うと怖い、あきらめ、車に乗れない、退屈、一日の中で気分の上下がある、我慢、がっかりしたこと、交流が減った、いろいろ不自由、寝たきり、生まれてからずっとこのまま、駄目なんだよ、この体じゃ、「不幸なことが起きた」ことは不幸なこと、しょうがない、迷いと葛藤、心配が多い、どうせ聞こえない（「家族」の結果・原因、理由）
生きる動機	やらなくてはならない、仕事、どうしても収入が必要だった、生きなければならぬと思った、生きる喜び、毎日努力、目標がある、生活、元気、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、命を大切にしたい、家族を食べさせるため生きた、感謝、役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き、生きがい、「よし、じゃ次」という気持ち（「家族」の結果・原因、理由）
人生経験	紙と鉛筆があればどうにかなる、必死だった、心から「ありがとう」といった記憶、大変だったが子どもを育て挙げた、自分の存在とは何かを考えたこと、大手術を乗り切る、もうだめかと思った、自分と家族のことで精一杯だった、自分を見つめる時間が多かった（「家族」の結果・原因、理由）
年齢	長生きするぞ（「家族」の結果・原因、理由）
自立する姿	一人でやっていける、あとは自分だから（「家族」の結果・原因）
家族(中心カテゴリー)	1+1=1 人生、携帯電話、連絡、宅急便、家の者しか頼りにならない、夫婦で一人、主人と子供だけがあればいい、家族、家族の写真、自分の家がいい、自分の家、OK サイン、もちろん大切だよ、存在することが大事、顔が見たい、傍、子ども、成長を見つめる喜び、長男の出産、娘が生活の全般をみている、休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、いるだけでいいよ、ありがたい存在、声を聞きたい、声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、強み、誇り、安心感、月に一回は会う、家族意識

表4-18-2 「家族」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
生活模様	自給自足、大抵のことは自分でやる、車での買出し、自由に暮している	暮らしぶり
	経済的な安堵感がある、代々農家	家系、家業の世襲
郷土愛	自分の土地、自分の居場所	「この場所は自分のもの」という気持ち
	ご先祖様、遺産、財産、父親の姿、先祖から引き継いだもの、墓があるから	先祖との関係を大事にする姿
	捨てられない、良く知ってる、いい所だよ、楽しんでいる、いい場所、ずっとこの 感じていたい、住めば都、離れられない、楽しい、一番いい、全てが良いよ、ここ が好き、豊かな所	「ここが好き」という気持ち
生活を確信する姿	ずっとこの暮らし、これが普通、当り前の暮らし、変えたくない、今更変えられない、 これで幸せだよ、築いてきたもの	築き上げられた生活様式
不便を許す姿	どうにかなってきた	不便を遣り繰りしている様子
不便な様子	車で出て行かなきゃならない、移動が不便、交通の便が悪い	交通、移動の便の悪さ
	病院が遠い、病院が無い	医療施設を利用しづらいこと
	コンビニが無い	商店・娯楽施設を利用しづらいこと
障害に関する 陰性感情	気が晴れたことがない、駄目なんだよ、いつも「せいせい」しない、心配が多い、 あきらめ、退屈、我慢、「不幸なことが起きた」ことは不幸なこと、しょうがない	自分を嘆く気持ち
	希望の中に感じる絶望、一日の中で気分の上り下りがある	気分が安定しない状態
	どうなるか解らないと思うと怖い、迷いと葛藤	将来を憂う気持ち
	先日まで元気だったのに、何もできない、寝たきり、小さいことで不自由する、車 に乗れない、いろいろ不自由、交流が減った、生まれてからずっとこのまま、病 気のことだけ、体がこれじゃ、当り前の体じゃない、この体じゃ、がっかりしたこ と、どうせ聞こえない	自分を嘆く気持ちの主な要因
生きる動機	生きなければならなかった、命を大切にしたい、生きる喜び、感謝	生命への感謝
	元気、前を向く、自分が頑張る、気持ちだよ、目標を持つ、毎日努力、「よし、じゃ 次」という気持ち	前に進もうとする意志
	役に立ちたい、恩返し、人に喜んでもらうのが好き	他者のために生きる自分
	生きがい	生きがい、楽しみ
	目標がある、生活、仕事、家族を食べさせるため生きて、どうしても収入が必要 だった、やらなくてはならない	目標、使命感、責任感

表 4-18-2 「家族」を中心に集められたサブカテゴリーが関係している最も下位の抽象的概念 (続き)

カテゴリー	サブカテゴリー	最も下位の抽象的概念
人生経験	必死だった、家族と自分のことで精一杯だった、大変だったが子どもを育て挙げた	人生における苦難の歴史
	もうだめかと思った、大手術を乗り切る	障害に関する苦難の経験
	心から「ありがとう」といった記憶、紙と鉛筆があればどうにかなる	障害のある生活で体験したこと、学び得たこと
	自分を見つめる時間が多かった、自分の存在とは何かを考えたこと	自己省察の繰り返し
年齢	長生きするぞ	長生きするという意志、希望
自立する姿	一人でやっていける、あとは自分だから	自分への信頼
家族(中心カテゴリー)	携帯電話、連絡、宅急便	家族との連絡
	休みの日に家族が帰ってくるのを楽しみにしています、声を聞きたい、顔が見たい、月に一回は会う、長男の出産、成長を見つめる喜び、家族の写真	家族との再会を希望する様子
	声を聞くと元気が出る、顔見るだけでもほっとする、安心感、いるだけでいいよ、存在することが大事	家族から受け取る勇気と安心
	もちろん大切だよ、強み、誇り、家の者しか頼りにならない、ありがたい存在	家族の結束力の強さ
	1+1=1 人生、夫婦で一人、子ども、娘が生活の全般をみている、主人と子供だけがればいい、OK サイン、家族、自分の家がいい、自分の家、傍、家族意識	家族関係が一番大事

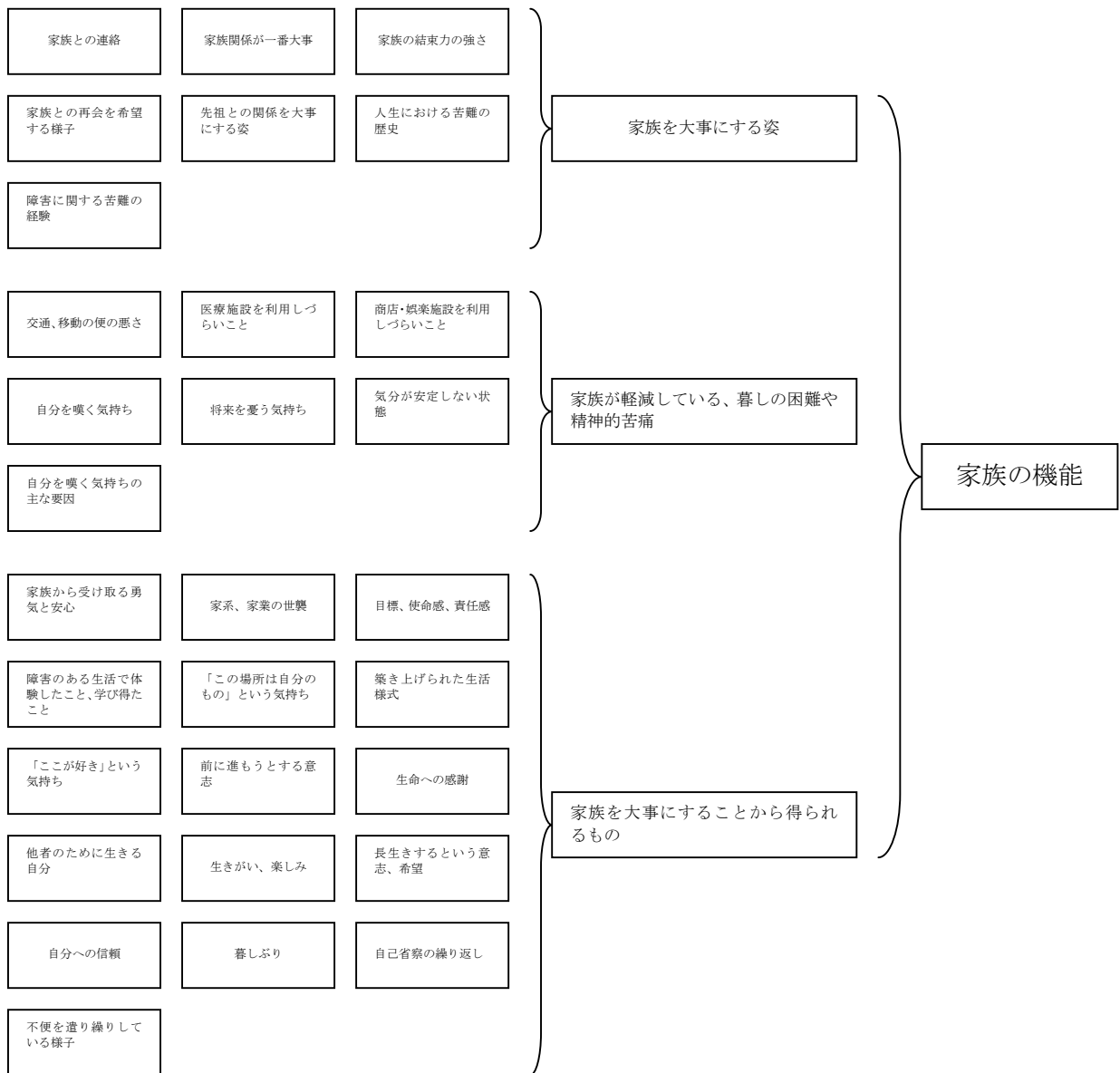


図4-53 「家族」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念から Cover Term 「家族の機能」を導出した手続き

説明) 「家族」を中心に集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念の再編と統合を行い、Cover Term 「家族の機能」を導出した。

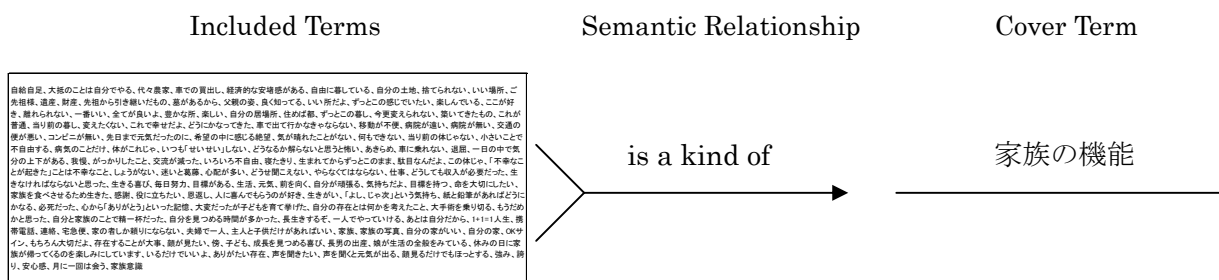


図4-54 Cover Term「家族の機能」の作成プロセスのまとめ

説明) 表4-3の「家族」を中心カテゴリーとして、他のカテゴリーやそこに属するサブカテゴリーとの関係性を検討して行き、関係のあるものを残した(表4-18-1)。そして、新たに集められたサブカテゴリーが関係する最も下位の抽象的概念を確認し(表4-18-2)、それらの再編と統合を行った。結果、Cover Term「家族の機能」が導出された(図4-53)。この図において、Included Termsとは、新たに集められたサブカテゴリー全てを含む。

第5章

総括

本研究は、日本の過疎地に暮す身体障害者の生態学的理解を深め、ヘルスプロモーション活動に寄与することをねらいとして、

『日本の過疎地に暮す身体障害者の生活の現状はどのようなものなのか。』

『過疎地に暮す身体障害者が、生活や障害にどのような意味を持たせて生きているのか。』

の2点を探求することを、根本的なりサーチクエスションとして遂行されたものである。

本章では、研究を総括する。先ず、第2章、第3章の量的研究で得られた知見、そして、第4章の「語り」の分析から得られた知見を、それぞれ振り返る。次に、量的研究で得られた知見と「語り」の分析の関連について、再度、考察を試みる。その後、本研究を貫く全体的な問題点について検討する。最後に、総括を述べる。

第1節 量的研究で得られた知見

量的研究で得られた知見をまとめると、次のようになる。

先ず、当事者の生活状況を、丁寧に検討した。今回の研究は、高齢者が多数を占めたこと、また、障害の種別では、肢体不自由と内部障害者が多い中での分析だった。

過疎地の身体障害者は、高齢化と若年層流出という社会背景の中、土地や環境を愛し、家族や近隣住民、友人、保健福祉関係者と質の高い人間関係を築き、障害の状態に気を使いつつ、体調や日々の健康を考えて生活していた。また、対象者の多くは、移動の困難さや施設（医療、福祉、文化に関連する施設）の少なさに難点を示したものの、居住地を暮しやすい場所と考えていた。

当事者の健康な暮らしを考える上で、人間関係とそのあり方に着眼して行くことは、大変重要であると判断され、地域に根づいた密度濃い人間関係を基盤とした生活模様が、過疎地の暮らしの長所であることが伺えた。

障害の治療やリハビリテーションについては、施設まで通院するための時間は要するものの、質の高い医療サービスを受けていた。社会参加に関する考え方は、各自の事情や考えに応じて多様だった。

次に、当事者の、心の健康の実態を調べた。その際、健康生成論とその中核概念である SOC を中心として、GSES、GHQ、健康行動として本研究独自に設定をした 24 項目の尺度も併用した。

SOC スコアは、障害（病い）の経験で変化すると考えられた。即ち、障害のため、ストレスの多い状況で生活をしていても、個人的特質、人生経験の質、社会的文脈や汎抵抗資源の活用等により、SOC スコアは高くもなり低くもなることが示唆される結果を得た。

汎抵抗資源の総得点と SOC スコアには、正の相関があった。特に、近隣との行き来や生きがいの有無が、有意に関連していた。知人や近隣の存在と、そうした人たちとの間の往来は、社会心理的な健康を保持する上でも大切であることが示された。一方、生活におけるストレスの総得点と SOC スコアには、負の相関があった。身体に障害があることで、日常生活全般に支障をきたし、結果として SOC を低めていることが伺えた。

全体的に、男女とも、GSES スコアが低い傾向が見られ、身体障害というストレスフルな状況に遭遇し、身体的・精神的な健康を損ない、適切な対処行動や問題解決能力を行えなくなっている人が多く存在する、ということが推察された。

GSES は、SOC と正の相関があった。SOC スコアは、他の概念の健康防御的リソース（楽天主義 (Optimismus)、自尊心 (Self-esteem)、支配性 (Mastery)、統御確信 (Locus of Control)、忍耐性 (Hardiness)）との間に、高い正の相関性があることを追認できた。

GHQ スコアの結果から、神経症症状について、何らかの問題のある人が多くいることが推察された。また、GHQ と SOC の間には負の相関があり、GHQ の要素スケール（身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ傾向）も全て、SOC と負の相関があった。これらの結果は、

SOC スコアは、不安やうつのような、所謂陰性感情や精神病的な愁訴と、高い負の相関があることを追認するものであった。

GSES と GHQ の間には負の相関があった。GSES が測定する、行動の変容が問題となる場面における認知機能の強弱は、GHQ が測定する、身体症状、不安と不眠、活動障害、うつ傾向と関連していることが示唆された。

心の健康の実態を調べた結果、当事者にとっては、精神的な健康保持や、適切なストレス対処行動が重要であると理解できた。一方、尺度間の相関を詳しく調べると、SOC は、独自に作成した健康行動尺度から抽出した因子であるメンタルヘルスと関連があったが、メンタルヘルスを含み、抽出された 3 因子（メンタルヘルス、身体活動、自己管理）は全て、それぞれ正の相関関係にあった。

第2節 「語り」の分析から得られた知見

そして、本研究では、上記の如き量的研究で得られた知見を心に留めつつ、質的研究も実施した。過疎地に暮す身体障害者一人一人の語りに耳を傾けることを主眼とした、面接調査の実施は、本研究の中で、最も力点を置いた箇所であった。

過疎地に暮す身体障害者の「語り」を、Spradley の The Ethnographic Interview の手法を用いて分析したところ、「環境との連続性の中で生きる」「障害と共に生きる」「相互扶助の元で生きる」という、3つの Domain を導出した。これらは、過疎地に暮す身体障害者の文化的価値観（思考、行為、意思決定、生活様式に意味と秩序と方向性を与える、強力で指示的な力）と考えられた。概略を再度記す。

「環境との連続性の中で生きる」とは、暮している土地を愛し、過疎を肯定し、生活様式を確信している姿のことであった。当事者は、生活をする上で不便を感じても許容し、古くからの風習や伝統を大切に、これからも暮し続けることを希望していた。

「障害と共に生きる」とは、生きる意味づけや人生経験に基づく強さを、自らの拠り所として生き抜くこと、であった。時には、悲観感情や孤独、健康不安に悩むこともあるが、各々ができる範囲で自立した暮しを送っていた。高齢者は、身体障害に対して、老い＝長寿＝身体機能の低下、という捉え方もしていた。

「相互扶助の元で生きる」とは、家族や友人が互いに重んじ合い、また行政の協力を得つつ、確固たる共同体(部落)意識の元で暮している姿のことであった。

こうして抽出された 3 つの価値観の、位置づけや関係性を検討したところ、過疎地に暮す身体障害者の基盤となるのは、「環境との連続性の中で生きる」という価値観であること、「環境との連続性の中で生きる」という価値観を土台に、「障害と共に生きる」「相互扶助の元で生きる」という価値観が存在していること、そして、これら 3 つの価値観は、常時、それぞれが互いに影響を及ぼし合っていること、が浮き彫りになった。

第3節 量的研究で得られた知見と「語り」の分析の関連

ここで、量的研究と「語り」の分析双方から得られた知見を統合する議論を行いたい。

先ず、第2章の量的研究において、当事者は全体として、居住地に対して肯定的な見方をしており、周囲の人々と質の高い人間関係を築いていると考えられた。また、第3章でも知人、近隣との行き来がストレスに適切に対処するための資源となることが明らかにされたが、これらのことは「語り」の分析をすることで、更に理解が深められた。即ち、当事者の多くは、過疎地を肯定する心情や土地への愛着の他にも、生活様式への確信を持っていた。そして、暮らしの中の不便な点を寛容的に評価し、伝統的な生活様式と都市化された生活様式が融合された中で暮していた。また、当事者には、家族の機能が有効に働くことはもちろん、友人の存在や共同体（部落）意識、そして行政の支えもあることが、具体的なエピソードと共に浮き彫りになった。

古屋[208]は、地域医療に携わった体験から、地域ですっと生活してきた経験からくる知恵は素晴らしいと述べているが、本研究においても、現地の人々の人間関係が編み出す知恵の力を垣間見ることは多かった。過疎地において、病いは相互作用的で、伝達的で、極めて社会的なものである場合が多く、当事者の病いの意味を紐解くと、その対象は、社会的ネットワーク、社会的状況、様々な形の社会的現実にも及んでいた。即ち、当事者と家族、そして周囲の人々の間で共有され取り決めがなされているように見えることもあり、それは時として、共に暮して行く生活の不可欠な一面でもあったと考えられた[205]。慢性の病いをもった患者を治療するための適切な目的は、障害によって引き起される能力低下の程度を軽減することにある[168]。過疎地では、生活の場面では、病いをめぐる当事者は、その当人だけではない様子で、その人に関わる全ての人たちが当事者たりえる[209]一面がよく見られた。皆で支え合いながら、身体障害による能力低下の程度を軽減していることが推察できた。

当事者の経験に意識を向け、ローカルな世界の集合的経験とどのように関わるかを学ぶことによって、その社会で共有されている身体の構え（Habitus）や身振りの仕方、話したり聞いたり行動したりする仕方が解るだけでなく、その社会で実際に何が重要なかがとてもよく解るようになる[176]が、身体障害者の過疎地の暮らしにおいては有機的な人間関係が重要な役割を果たしているということは、量的、質的研究を通じて得られたエビデンスの一つかもしれない。

研究を通じて、当事者の多くは良好な人間関係の中で暮している様子が伺えたが、第2章の結果からは、障害が重いと自分の居住地に否定的な見方をする傾向もあった。暮らしやすいとは思わない理由としては、人や生活利便性、に関する意見が多かった（表2-5）。細かく見ると、表2-5では、生活利便性についての記述が多く、障害者に対する差別や、孤独を感じていることを理由とした人は、3名と、少なかった。また、図2-9の結果から、障害に対する差別や偏見の経験を恐れて、行動を自主的に規制している人も、相対的に少なかった。

これらの記述統計の結果からは、居住地を暮らしやすいとは思わない人は、主として障害が重い場合であり、その理由は、生活利便性に起因するものが大部分であること、また、当事者の中で、

障害者に対する差別を意識して行動を控えている人や、孤独を感じる経験をしている人は、割合としては少ないのだ、と推測される。しかし、第3章の研究で、当事者の心の健康を調べると、神経症症状について何らかの問題のある人が多くいることや、当事者の GSES は低い傾向であることも伺えた。また、身体に障害があることで日常生活全般に支障をきたし、SOC を低めているという結果も得られた。このように、当事者は比較的人間関係に恵まれた中で生活している、とはいうものの、心の健康状態は憂慮すべき状況であることが伺えた。

こうした量的研究の結果を抑えつつ、当事者の「語り」を慎重に紐解くと、これらの結果には表れなかった、障害者に対する差別や孤独に苦しむ姿が浮かび上がった。当事者の中には、孤独に苛まれたり、悲観感情に苦しんでいる人も、障害の程度に関係なく当然いた。自信に満ちた雰囲気や漂わせ、自らの力強い人生経験を語る人の中にも、障害の話に及ぶと、少し沈んだ表情も見せる場合があったことは、Domain「障害と共に生きる」の複層構造を形成している Cover Term の一つ「悲観感情の支配」の中で述べた通りである (P.173 参照)。また、同じく Domain「障害と共に生きる」の複層構造を形成している Cover Term の一つ「自立と孤独」の中で述べたように、一人の人間の中に、自立と孤独の両面が見られるケースも多かった (P.189 参照)。自立して前向きに生きている姿の中に、孤独に苛まれたり、障害に対する差別意識を感じている様子を垣間見ることもあった。

このように、「語り」の分析をしてみると、記述統計やそれに付随する自由回答からだけでは汲み取れない、当事者の苦悩が浮き彫りになった。第3章の結果を鑑みても、当事者の中で、悲観感情に支配されたり、孤独に苦しむ人、差別や偏見の経験を恐れて行動を自主的に規制している人、そして、そうした鬱屈した心情や日常の経験から、結果として、居住地を暮しやすいとは思わないと考える人は、障害の程度に関係なく、決して少なくないと考えられる。

病いの経験の研究は、患うことが単に個人的経験であるだけでなく、家族やネットワークの中の個々人のあいだで形成されるものでもあり、更に文化的イメージや行動の集合的パターンを反映するものである、ということをも明らかにする[176]。今回の研究からは、二つの調査地には、良い人間関係を築ける環境がある一方で、不安や孤独、そして障害に対する差別を経験させる、文化的イメージや行動の集合的パターンがあることが考えられる。そうしたイメージやパターンの具象については、今後の研究によって探求される必要があるだろう。

次に、第2章の量的研究において、当事者は総じて、障害の状態に気を使いつつ、体調や日々の健康を考えて生活しており、質の高い医療サービスを受けていると推測できた。こうした当事者の障害に対する考え方や普段の健康管理の具体的な姿についても、「語り」の分析を通じて理解を深めることができた。具体的には、Domain「障害と共に生きる」の複層構造を形成している Cover Term の一つ「健康と健康不安」で述べたように、当事者からは、障害があっても生きて行ける自信と障害があることに対する不安が混在している様子や、障害に関係なく、健康に対する自信、気づかい、不安が混在している様子が見られた (P.184 参照)。

特に、高齢者や高齢期に差しかかろうとしている人からは、老い=長寿=身体機能の低下と、

障害を障害と考えずに異なる解釈をしていることも学んだ。物語化すること（Narratization）は、人間の発達段階の、心理・生物学的な変化にとって中心的な役割を果たし、その過程こそ、年配の患者が病いの過去と現在に反応する際の不可欠な要素である。それは、経験を経た者の最終的な意見のようなものを確立し、助言を与える権限を認め、若者やその話の続きを語るような者とかとの絆を確かなものにする[210]。当事者から聞かれた、障害に対する「老い＝長寿＝身体機能の低下」という解釈は、高齢の身体障害者に対する妥当な見方の一つとして尊重すべき貴重なものと考えられる。

以上のように、量的研究で得られた知見と「語り」の分析の、双方を並べてみると、定量的に示された結果の意味することを、より深く解釈することができること、即ち、「語り」を通して、定量的に示された結果の背後にある当事者の姿を、より具体的に浮き彫りにできることがわかる。

民族誌学的方法論（質的研究）で患者の世界に迫って行く研究者は、定量的な社会的アセスメントを、その徹底性によって時には實際上役に立つかもしれないがかなり表面的な特性描写になりがちである、と評しながらも、決して否定している訳ではない。民族誌学的方法論は、疾患過程の治療に対する標準的な生物医学的アプローチを補完しバランスを取るものであって、それにとって代わるつもりではない、と考えている。つまり、障害された生理機能を技術的に最大限にコントロールするためにできる限りのことがなされて初めて、病いのケアを行うことが可能になると考えている[168]が、こうした考えに依拠し、量的研究結果を抑えながら当事者の「語り」に耳を傾けることで、双方のデータに深みを持たせることができたことは、意義の高いことである。

第4節 本研究の問題点

本研究を貫く全体的な問題点として、①研究協力者のリクルート方法（役場を通じて研究協力者を募ったこと）、②研究協力者が寡少であること、③研究協力者が量的研究の調査用紙に記入をする際に、筆者が同席していたこと、及び、調査用紙の記入は、研究協力者本人の自記式を原則としたが、本人が回答できない場合は、代理人回答を認めたこと、の3点が挙げられる。

まず、今回は公益性の高い研究を目指したため、当事者団体ではなく役場を通して調査を実施した。この方針には、「公的な機関を通じて調査を行う際、研究目的に都合の悪い人や、研究結果にマイナスの影響を与えると予想がつく人が、予め除外される可能性がある。」という指摘があり得る。

しかし、今回の研究では、初期段階においては、A県B村では対象者全員に協力を要請し、また、C県D町では無作為抽出による郵送手続きが行われた。そして、両自治体とも、郵送手続き以外、一切、研究に関与していない（第1章第5節Ⅱ. 研究の進め方について（P.35参照））。従って、この点においては本研究の科学性は損なわれていないと考えられる。

次に、研究協力者が寡少であることが問題となる。サンプル数が少ないこと、高齢者が多数を占めたこと、肢体不自由や内部障害者が多いこと、全体性や総合性を重視したため、身体障害の種別や状況の違いに応じた検討はしていないこと、等については、これまで幾度か述べた通りであるが、ここで改めて触れておきたい。

両自治体に暮す18歳以上の身体障害者は、846名である（調査開始当時）が、本研究の、量的研究の協力者は88名（10.4%）、質的研究の協力者は31名（3.7%）だった（第1章第5節Ⅱ. 研究の進め方について、にサンプリングデータ（表2）を示してある（P.37参照））。即ち、本研究は、両自治体に暮す18歳以上の身体障害者の、ほとんどの人が、研究協力の依頼に反応をしない、という状況下で行われたものである。

サンプリングの特徴として、協力者の年齢や障害の内容の構成（割合）そのものは、対象地域における元々の身体障害者の構成と、大きな差異はないと推測できたものの、今回の協力者をもって「過疎地に暮す障害者」と一般名称として代表させる際、代表性が担保されておらず無理がある、という指摘を受けてもやむを得ない。

今回の協力者は、過疎地に暮す身体障害者のごく一部の、その中でも、自発的に何かをいいたい人、答えたい人、或いは答えられる人、と考えられ、残りの人たち（Silent majority）は一体どうだったのか、どういう考えを持っているのか、ということは不明のままである。残りの人たちに対して全く同じ調査をした場合、今回の結果とは違う結果が生じる可能性は、どこまでも払拭できない。

改めて記すが、高齢者が多く、また、肢体不自由や内部障害者が多かった本研究の結果を、過疎地に暮す身体障害者の姿として一般化することには限界があり、今後、更なる検証が課題とな

る。量的研究と質的研究を相補的に用いながら、例えば、「身体障害の種類や状況の違いが、過疎地での暮らしにどのように反映しているか。」ということ等も、深く探求されるべき課題であろう。

次に、研究協力者が量的研究の調査用紙に記入をする際に筆者が同席していたこと、そして、代理人回答を認めた点も問題となる。

元来、人類生態学の理念を参考に企画された本研究は、協力者全員と会うことを重んじ、量的研究の調査用紙に共に記入をしながら関連する話（当事者の「語り」）を聞き、結果、量的分析と同時に、そこで得られた「語り」を質的研究に生かそうとしたものであるが、先行研究を俯瞰しても、このようなスタイルは稀有である。筆者と共に量的研究の調査用紙に記入をする際、協力者は、多量な項目への回答を任意に中断できない状況、そして、調査用紙の内容が理解し難い場合には筆者から解説が受けられる状況下であり、結果、客観的実態調査ではあるが客観性は担保されるのか、という指摘があり得る。

また、代理人回答を認めたことも、客観性の担保という点で問題となる。代理人が回答をする際、研究協力者本人にとって有利な（良い）結果（評価）が出るように意図的に回答を操作する可能性がある、と指摘されてもやむを得ない。

本研究において、筆者は、協力者と同席する際には、研究者として、一貫して科学性や中立性の保持に努め、また、協力者の体調や都合にも配慮した措置を講じた。一方、代理人回答を認める際にも、本人の現状を客観的に判断をして回答用紙に記入をするように依頼をした。

しかし、筆者側にこれらの自制があったとしても、また、代理人回答者が客観的であろうと努めても、筆者の研究者としての技量不足の問題、そして、代理人回答者の協力者本人に対するバイアスの有無やその度合いが不明であること、更には、代理人回答が何件かは不明であること、等を踏まえると、本研究全体を通じて客観性の担保が不十分である、という批判は免れない。従って、本研究の量的研究は質的研究の一環として位置づけることが妥当だ、という解釈も可能である。

第5節 結語

第1章で述べた通り、これまでの健康教育学や公衆衛生学の分野においては、過疎地に暮らす住民の健康関連調査は、一般住民を対象として実施される傾向があった。しかし、本研究における以上の成果は、全て、身体障害者を対象として、量的研究と質的研究を併用して新たに明らかにされたものであり、ここに、本研究のオリジナリティがあるといえる。

特に、本研究の成果から、

『過疎地に暮らす身体障害者は、過疎地を愛し、身体の障害や老いに対応し、共同体（部落）意識に衛られ、様々な点で折り合いをつけながら、自立した生活を志向している。』

ことが浮き彫りになったが、これは強く強調したい点である。もちろん、この点を強調する際、個々の生活の多様性や個別性は、最大限考慮されなければならない。

慢性の身体医学的な病いがある人びとの心理・社会的なニーズに応えるケアは、未だほとんど道しるべもない領域である[168]。ヘルスケアのほとんどが、五里霧中の状態で行われている[205]。過疎社会の特性や文化、歴史的変化、そして当事者に共通すると推察されるこうした姿を重んじ、個々の障害や健康の状態に応じてでき得る限り自立した生活を送れるように支援することが、ヘルスプロモーション活動の担い手全員の課題である。

あとがき

本研究は、多くの方々の理解と協力、そして助言があったからこそ遂行できたものである。

先ず、東京大学大学院教育学研究科身体教育学コース 山本義春教授にお礼申し上げる。

私は、東京大学大学院に在籍中、“研究水準の高さ”と“議論の厳密性”の点で常に妥協無き厳しい姿勢で臨む山本教授の姿勢は、研究者として研鑽を積む私にとって、大変勉強になったことを先ずお伝えし、感謝申し上げます。また、本論文作成途上において、統計処理と解釈の面を特に心配し、数回にわたり大変有意義な個別指導を重ねて下さったことに改めて感謝申し上げます。

ここで、本研究の完成に至る道程と、同身体教育学コース内で毎週金曜日に開催されている、山本教授主催の“研究ミーティング”との関係について、触れない訳にはいかない。

そもそも本研究は、以前より山本教授が“研究ミーティング”の席上で私に仰らていた、「貴方は視野が狭い。身の回りのことしか見ていない。もっと世界的視野で、人を見つめてみなさい。」との言葉も、重要な契機であった。私は、その助言を元に、健康教育学や公衆衛生学の分野の、世界的潮流を見つめ直し、更には、人間の自立と共生についても思いを馳せ、結果としてこの研究を構想することができた。

また、研究途上においても、“研究ミーティング”で断続的に経過発表をさせていただき、ミーティング参加者の支援と批判的検討を受けることで、論文の内容をより一層洗練することができた。こうして振り返ると、本研究は、“研究ミーティング”による支援の賜である、といえる。

次に、この研究の過程を、大所高所より静かに見守り続けて下さった、元東京大学大学院教育学研究科身体教育学コース 武藤芳照教授（元東京大学副学長、東京大学名誉教授）にお礼申し上げます。

武藤教授は、「高齢者の転倒予防・健康な暮し」にも力を入れており、実情に精通し、研究・教育・講演活動のため全国を奔走しておられる。私は今回、対象は（高齢者ではなく）身体障害者であったが、「人と直接接触すること。」を通じて、整形外科医でもある武藤教授が普段感じ取っている、人間が地域で生きる姿とその息遣いを、皮膚感覚で悟ることができた。これは、事務的な郵送調査と統計処理では決して得られない、大変貴重な経験であったことをお伝えしておく。

子どもから高齢者までと、取り扱う年齢幅は大変広いが、疾病・障害と健康的な生き方（ヘルスプロモーション）は、私の研究者としての中身そのものである。特に今後、「加齢に伴う心身機能・生活の変化と適応」「高齢社会のシステムと生活環境」「高齢の中途障害者に対するケア」等、長寿の国日本におけるジェロントロジー部門の諸問題に関し、様々な学問領域の知を集結させてなければならない、と認識している。本研究を発展させて行く中で、武藤教授がお持ちの、高齢者の健康に関する知見が必要になることも予想されるが、今後とも、ご指導ご鞭撻を承りたく、宜しくお願い申し上げます次第である。

次に、東京大学大学院教育学研究科身体教育学コース 佐々木司教授、野崎大地教授、同比較教育社会学コース 橋本鉦市教授、同臨床心理学コース 能智正博教授の各先生方に心より感謝申し上げます。

私は、本論文を仕上げて行く際に、佐々木教授、野崎教授、橋本教授からは研究のまとめ方や論文の書き方に関して、また、能智教授からは質的研究の分析方法や論文の書き方について、大変貴重なご指南を受けることができた。論文の内容と精度を深めることができたのも、上記先生方のご指導と励ましがあつたからである。これからも宜しくお願いいたします。ありがとうございました。

次に、この研究を障害者の立場から監修され、特に、調査用紙の日本語表記全般に貴重な指南をして下さった、東京大学先端科学技術研究センター 福島智教授（バリアフリー部門）にお礼申し上げます。

私は、障害者に関する大きな研究をする際は、常に、福島教授から電子メールによるご指導を頂いているが、今回も大変お世話になった。特に今回は、ICF を活用した調査用紙を作成する際に、大変丁寧なご監修を頂いた。そして、「健康生成論の視点を用いて障害者を見ることは面白いと考えます。」との言葉は、“障害者に関して、今までにはない新しい見方で研究をすること”を目指す上で、強力な精神的後押しとなった。

本論文の第4章の研究を企画するに当たり、「障害の状態の変化と主観的健康感の年齢ごとの変遷をグラフ化できる調査用紙」を作成する際に、東邦大学医学部公衆衛生学教室のご承諾を得ることができた。ここに、感謝申し上げます。

また、機会ある度に貴重なご意見・ご教示を頂いた、同身体教育学コース多賀巖太郎教授、入来篤史客員教授、加藤忠史客員教授、東郷史治准教授、平島雅也助教の各先生方に、感謝申し上げます。

そして、調査・研究を進める上で、長期間にわたり郵便物の回収にご尽力頂きました、同身体教育学コース事務補佐の依田真弓氏、指導教官の推薦状を関係各機関に郵送する際にご尽力を頂きました、同じく同身体教育学コース元事務補佐の栗原宏子氏に、心から感謝申し上げます。

こうして振り返ると、本研究は、東京大学に在籍する教員・職員をはじめとする、多くの方々のサポートがあつたから完成したものだ、と改めて感ずる。非力な私を支えて下さった、全ての先生・職員の皆様に感謝申し上げます。

本論文冒頭にも述べたが、「A 県 B 村 住民生活課 福祉係」と「C 県 D 町 保健福祉課 福祉係」の皆様、そして、88 名の調査協力者の方々に改めて感謝申し上げます。ありがとうございました。

最後に、この研究を企画段階から監修され、適宜貴重な助言をして下さった、元東京大学大学院教育学研究科身体教育学コース 衛藤隆教授(東京大学名誉教授)に、心より深くお礼申し上げます。

衛藤教授は、私が大学院入学以後、関連するゼミや個別の研究指導を通して、健康教育学分野の話題や研究手法を解りやすく教えて下さった。

修士課程在籍時には、人のライフサイクルや、子どもの育ちに関わる事柄について、先生の本職でもある小児科医の立場から、広く深く学ばせていただいた。子どもの健康管理、子どもと地域社会、学校保健、学校と地域の連携、障害乳幼児の療育と教育、人間の健康に関する現代的諸問題、生涯教育等、取り上げた話題は枚挙に暇がない。そこで体得した知見や資料収集方法・活用方法は、私にとって、研究者としての強固な基盤になっている。

博士課程進学後は、「もっと深く人を見る」「根源」「真理」ということに留意をして博士論文の作成を目指すように、論じて下さった。常に、「独立した研究者として、常にパワフルに、研究・学会発表を続けなさい。」と檄を飛ばし続けて下さった。そして、文字通り秒刻みで動く激務の最中であっても、頻繁に私のためにきちんと時間を作って下さり、用意した稚拙な内容のレジュメにも真摯に向き合い、毎回、丁寧で質の高い指導をして下さった。私が力不足の時には、普通は決して見せることのない厳しい叱咤もあった、と記憶している。

所謂「教授と院生との間の人間的な関わり」を通して、そして、多忙を極めるご様子を身近で拝見をさせていただくことで、私は自然に衛藤教授から、研究者として本質を見抜こうとする姿勢や物事への考え方、更には他者への紳士的な言葉遣いや態度に至るまで、いろいろな点で影響を受けることができた、と確信している。そして衛藤教授より受けたこの影響こそが、私が東京大学に在籍したから会得できた、一番の無形の財産だと考えている。

私はこれから、一研究者として、健康教育学に足場を置き、今回の研究をライフワークの一部として、人間(子ども・大人・高齢者・障害者 etc)と生活環境(学校・地域・社会・自立・共生・心と体のバリアフリー etc)をキーワードに、総合的学際的な研究活動を続けて行く所存である。また、一教育者として後進の指導に当たる機会もあると考える。いずれにしても、“衛藤イズム”を心に留め、自分なりに消化吸收をし、独立した研究者・教育者として歩んで行こう、と考えている。

なお、衛藤先生は、私が博士に進学した年の4月に、「博士論文を提出するつもりで頑張れ。」と仰って下さいました。私自身、期待して下さっているのだなと有り難く思い、頑張り続けましたが、いろいろな面で非力であったため、相当な年月を要してしまいました。先生が東京大学在籍中に博士論文を提出することができず、大変申し訳ございませんでした。決して見捨てることなく、一師匠として、今後とも、忌憚無きご指導とご鞭撻を宜しくお願い申し上げます。

丸山東人
以上

付録

次ページ以降、各章の結果を得るために用いた調査用紙を掲載する。

なお、(注：)は、本論文のために記載した。

【付録 その1. 第2章の結果を得るために用いた調査用紙】

調査用紙 1

はじめに（注：属性と人口学的要因に関する質問である。）

以下の問いにお答えください。選択肢のある問いには、該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。この部分は、調査用紙2でも、ほぼ同じことをお尋ねしています。2つの調査用紙はそれぞれ独立しており、集計の際もそれぞれを別個に扱う予定のため、大変お手数ですが、調査用紙1と調査用紙2の「はじめに」の部分は、両方とも記入をお願いします。

- ・あなたの、現在の年齢および性別をお教えてください。性別については、該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

年齢： 満 歳 性別： 男 女

- ・あなたは、今現在、職（パートやアルバイトを含む）におつきですか。該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

職についている 職についていない

- ・あなたの障害は、次のどれに当たるでしょうか。該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。重複されている場合は、該当する箇所全部に☑をおつけください。

視覚障害 聴覚障害 言語障害 肢体不自由 内部障害

注）内部障害とは、心臓機能、腎臓機能、ぼうこう・直腸機能、呼吸器機能、小腸機能、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）による免疫機能障害 の6種類の障害をさします。

- ・あなたは、上に書いてある障害のほかに、併発している障害がありますか。あれば、その障害の種別をお書きください。

- ・あなたの障害の程度をお教えてください。注）重度障害者とは「身体障害者手帳の等級が1級又は2級の方」あるいは「身体障害者手帳の3級に掲げる障害が2以上重複している方」をさします。

重度 軽度

・あなたは、生まれた時から障害のある方ですか、それとも、元は健常者であったが事故や病気など様々な理由で障害者として申請をされた方ですか。該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

生まれた時から障害がある 元は健常者だったが様々な理由で障害者となった

・あなたには、必要な時にあなたのことを介護する方（家族、親族、ホームヘルパーなど）がいますか。該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

いる いない

・あなたは、この土地にお住まいになられて、どのくらいになりますか。

1～4年 5～9年 10年～14年 15～19年 20年以上

第一部（注：第一部は、ICF を用いた質問である。）

問い1 （注：ICFの「参加」に関する質問である。また、質問項目の左側に記載されている(ICF○○)は、本論文のために記載した。）

ここでは、まず、“あなた”と“あなたの身の回りの家庭や社会”との関わりについて、お尋ねします。以下の質問について、最もよくあてはまるものを1つ選びその番号を○で囲んでください。

(ICF 参加)生活に必要な物品を買い、買い物したものを持ち運ぶこと

1. まったくしない 2. ほとんどしない 3. ときどきする 4. よくする

(ICF 参加)自分や家族のために料理をし、配膳すること

1. まったくしない 2. ほとんどしない 3. ときどきする 4. よくする

(ICF 参加)掃除や整理整頓をしたり、動植物や植物の世話をすること

1. まったくしない 2. ほとんどしない 3. ときどきする 4. よくする

(ICF 参加)家の内外で、家族や他人の日常生活（健康維持やコミュニケーション、屋内での移動や外出など）を出来る範囲で援助したり、家族や他人がそれぞれ安心して生活しているかどうかを、気づかうこと

1. まったくしない 2. ほとんどしない 3. ときどきする 4. よくする

(ICF 参加)近所の人や友人に思いやりや敬意を示したり、他人の気持ちに適切に対応すること

(例えば、お互いにあいさつをかわしたり、世間話をしたり、必要があれば相談もしあえるなど、良い関係を保っていること。)

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)全く見知らぬ人と会ったときも、状況に応じて適切に対応すること

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)権限のある人、下位の立場にある人、同等の立場に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)家族や親戚に思いやりや敬意を示したり、それらの人たちの気持ちに適切に対応すること

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)市民講座を受講したり、自分の関心があることを学習すること

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)学校教育（教育制度）の制度の下で学習をすること

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)仕事を探したり、労働をすること

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)ボランティアに参加すること

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)株の取引や商品の売り買いを行うこと

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)財産（家計）管理を行うこと

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)お住まいの地域の催し物へ参加すること (具体的には、趣味サークル団体への参加、冠婚葬祭への参加、などをお考えください。)

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)あらゆる形態の遊び、レクリエーション、レジャー活動をすること。(例えば、将棋や囲碁を友人とする。スポーツ、娯楽や気晴らし、美術館・博物館・映画・演劇へ行くこと、工芸や趣味に携わること、読書、楽器の演奏。観光、観光旅行、旅行をすること。)

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)宗教活動へ参加すること

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

(ICF 参加)選挙の際、候補者の演説を聞きにでかけたり、投票をすること。集会の自由 (たとえば、道路の建設や騒音の問題など、なにか地域で問題が起きた時などに地域の人と一緒に集まって対策を協議するなど)、表現の自由 (そのことについて新聞に投書するなど) を現実に用いること。

1. まったくしない
2. ほとんどしない
3. ときどきする
4. よくする

問い2 (注: ICF の「環境」に関する質問である。また、質問項目の左側の(ICF○○)は、本論文のために記載した。)

ここからは、あなたがお住まいの地域の生活環境について、全体的なことをお尋ねします。以下の質問について、最もよくあてはまるものを1つ選びその番号を○で囲んでください。

(ICF 環境)薬や食料品を買うための商店街、スーパーマーケットが近くにある

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)生活に必要な備品や道具類は、ほとんど入手可能である

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)家の中や外を移動するための手段はそろっている

(車、バス、歩行補助具、車椅子などがあり、家の中や外出の際に困らない。)

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)私的な場や公的な場において、移動をする時は、物理的な障害 (段差や歩きにくい場所、使いにくいトイレ、2階以上の建物なのにエレベーターがなくてこまるなど) が取りのぞかれていて、生活する上で不便を感じないものになっている

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)文化活動やレクリエーション、スポーツをしたり、宗教に関連する儀式を行うとき、必要となる装備品や用具は入手しやすく、また、近くに施設がある

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)この周辺では自然が豊かである

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)この周辺は、自然環境がよく整備管理されている

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)この周辺では騒音が少ない

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)この地方は過ごしやすい気候である

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)家族や親族とは良い関係である

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)友人や知人とは良い関係である

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)学校や職場の人間、あるいは、あるまとまった集団人間（同好会、習い事で一緒の人たち、クラブの仲間、市民講座で一緒になる人たち など）において、良い関係を保っている

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)公の場や私的な場面において、他人（よく知らない人・介護者など）とは上手く付き合うことができる

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)保健福祉関係者とは良い関係である

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)家族や親族の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)友人や知人の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)学校（の先生）や職場の人間（上司・部下）の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)よく知らない人（例えば、突然訪問してきたセールスマンや勧誘員など）がいたとして、その人が話す内容、たとえば、その本人（よく知らない人）やその他の事柄（新聞にかかれてある、社会的、政治的、経済的な問題 など）についてもつ意見や態度が、自分の日常に影響を及ぼす

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)保健福祉関係者の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)ある文化的、社会的な背景をもつ集団（政治団体や宗教団体など）に属しており、その集団の中での他人の意見や態度は、自分の日常に影響を及ぼす

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)物流（生産者から消費者にいたるまでの日常品の流れのこと）に関する地域のサービスや仕組みは十分である（宅配サービス、郵送サービスをはじめとした、日常生活における自分と身の回りとの間の物の流れは、スムーズなものであるかどうか、という質問です。）

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)日常生活を維持するためのインフラストラクチャ（警察、消防、公共交通、タクシー、上下水道や道路などの社会基盤、公共事業サービスについての制度や政策のこと）は仕組みが十分である

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境)電話、ファックス、郵便、電子メールなどを利用した、他者との情報のやりとりをする時、例えば郵便についてのサービスや携帯電話が通じやすいかどうかなど、地域のサービスや仕組みは十分である

1. あてはまらない
2. あまりあてはまらない
3. まああてはまる
4. あてはまる

(ICF 環境) レジャーやスポーツを楽しんだり、趣味を深めたり、宗教活動をしたいとき、そうした目的に合う営利を目的としない会員制の組織や利用施設が身近にある。また、地域にそういう組織や施設があることは住民にきちんと知らされており、利用する時の手続きも取りやすい。 (例えば、協会やお寺、神社などがある。ゲートボールなどのスポーツの同好会がある。音楽同好会がある。またそれらは、気軽に利用しやすいものになっているかどうか、をお考えください。)

1. あてはまらない 2. あまりあてはまらない 3. まああてはまる 4. あてはまる

(ICF 環境) 高齢や貧困、失業、病気、障害などの場合でも、所得を補償することを目的とした、地域のサービスや仕組みは十分である (例えば、社会扶助プログラム、社会保険プログラム (災害保険や失業保険)、障害年金や関連する年金に関するサービスがある。)

1. あてはまらない 2. あまりあてはまらない 3. まああてはまる 4. あてはまる

(ICF 環境) 体と心の健康を維持するための、地域のサービスや施設、仕組みは十分である (公的なものや私的なものを含めて、一般病院、専門病院、ケア施設などがある。また、それらは、サービスや制度の面から考えても利用しやすい。)

1. あてはまらない 2. あまりあてはまらない 3. まああてはまる 4. あてはまる

(ICF 環境) 知識や教養、技能などを身につけようとするとき、身につけるために必要な教育を受ける地域のサービスや仕組みは十分である (例えば、生涯教育プログラムがあるなど。公的なものや私的なものを含めて、一般人を対象とした、〇〇スクールというような、教育を受ける場がある、などをお考えください。また、何らかの職業的技術を身につけたり資格を取らなければならないときがあったとしても、目的に応じた教育を受ける場がある、などをお考えください。)

1. あてはまらない 2. あまりあてはまらない 3. まああてはまる 4. あてはまる

(ICF 環境) 国や地域の政治に関することや、お住まいの区域の自治について、自分の意思を反映させるための地域のサービスや仕組みは十分である (具体的には、身近に派出所がある、簡易裁判所がある、開かれた話し合いの場がもたれている、などをお考えください。)

1. あてはまらない 2. あまりあてはまらない 3. まああてはまる 4. あてはまる

第二部（注：第二部は、お住まいの地域、健康、社会参加に関する質問である。）

ここからは、あなたがお住まいの地域に関するご意見、健康や健康管理に関するご意見、そして、社会参加に関するご意見、をお尋ねします。あまり深く考えずに、以下の質問にお答えください。

- ・あなたがお住まいの地域は、あなたにとって、暮しやすい場所だと思いますか。該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

そう思う ややそう思う そうは思わない 全くそうは思わない

- ①「そう思う」「ややそう思う」と答えた方にお尋ねします。その理由を自由にお書きください。

- ②「そうは思わない」「全くそうは思わない」と答えた方にお尋ねします。その理由を自由にお書きください。

- ・あなたは、今現在、心身ともに健康であると思いますか。該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

（ここでの健康とは、単に病気や障害がないということの意味するものではなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態を意味します。また、社会的に良好な状態とは、ご自身と地域社会との関係を全体的に振り返り、関係が良好と思えば“健康”、関係が良好でないと思えば“健康ではない”として、下記よりお選びください。）

非常に健康 まあ健康 あまり健康ではない 健康ではない

- ・自分の健康管理について、また、ご自身の障害の改善や悪化予防のために、普段からどのようなことに気を配っていますか。自由にお書きください。

・障害の治療やリハビリテーションのために最もよく利用する施設の利用状況についてお尋ねします。

①施設までの通院手段（例：徒歩、バス、車 など）は何ですか・・・・・・（ ）

②施設までの所要時間はどのくらいですか・・・・・・およそ 時間 分

・あなたが使用している医療施設について、あなた自身の感想をお尋ねします。

①現在利用している施設について、あなたは満足していますか。該当する選択肢の頭の

にをおつけください。

満足している やや満足している あまりそう思わない そう思わない

②あなたが利用している医療施設について、満足している点と不満に思う点をお教えてください。

満足している点・・・・・・（ ）

不満に思う点・・・・・・（ ）

・あなたは、今以上の社会参加を望みますか。該当する選択肢の頭のにをおつけください。

（ここでの社会参加とは、労働、宗教活動、政治活動、相互扶助、ボランティア、レジャーへの参加、市民講座への参加など、社会に関わり何らかの役割を果たす行為を全体的にお考えください。）

社会参加を望む 社会参加は望まない 社会参加は必要ない

①「社会参加を望む」と答えた方は、次の i)、ii) にお進みください。

i) どのようなことが改善されれば、今以上の社会参加が出来ると考えますか。具体的にお教えてください。

ii) ご自身の社会参加に関することを、どこか（誰か）に相談していますか。

相談している 相談していない

（ii - 1 にお進みください）

（ii - 2 にお進みください）

ii - 1) 「相談している」と答えた方にお尋ねします。相談先はどこ（誰）ですか。また、相談内容は役に立ちましたか。

相談先 ()

相談内容は、役に立った 相談内容は、役に立たなかった

ii - 2) 「相談していない」と答えた方にお尋ねします。相談していない理由をお教えてください。

②「社会参加を望まない、社会参加は必要ない」と答えた方にお尋ねします。

社会参加を望まない、あるいは必要ない理由をお教えてください。

・あなたは、障害への差別や偏見の経験を恐れて、生活や行動を「自主的に」規制していますか。該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

規制している 規制していない

以上で終了です。長い時間にわたり、ご協力ありがとうございました。

【付録 その2. 第3章の結果を得るために用いた調査用紙】

調査用紙 2

はじめに（注：属性と人口学的要因に関する質問である。）

以下の問いにお答えください。選択肢のある問いには、該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

- あなたの、現在の年齢および性別をお教えてください。性別については、該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

年齢： 満 歳 性別： □男 □女

- あなたは、今現在、職（パートやアルバイトを含む）におつきですか。該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

□職についている □職についていない

- あなたの障害は、次のどれに当たるでしょうか。該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。重複されている場合は、該当する箇所全部に☑をおつけください。

□視覚障害 □聴覚障害 □言語障害 □肢体不自由 □内部障害

注）内部障害とは、心臓機能、腎臓機能、ぼうこう・直腸機能、呼吸器機能、小腸機能、HIV（ヒト免疫不全ウイルス）による免疫機能障害 の6種類の障害をさします。

- あなたは、上に書いてある障害のほかに、併発している障害がありますか。あれば、その障害の種別をお書きください。

- あなたの障害の程度をお教えてください。注）重度障害者とは「身体障害者手帳の等級が1級又は2級の方」あるいは「身体障害者手帳の3級に掲げる障害が2以上重複している方」をさします。

□重度 □軽度

- あなたは、生まれた時から障害のある方ですか、それとも、元は健常者であったが事故や病気など様々な理由で障害者として申請をされた方ですか。該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

□生まれた時から障害がある □元は健常者だったが様々な理由で障害者となった

co R *あなたは、これまでに、よく知っていると思っていた人の、思わぬ行動に驚かされたことがありますか？

1 2 3 4 5 6 7
まったくなかった いつもそうだった

ma R *あなたは、あてにしていた人にごっかりさせられたことがありますか？

1 2 3 4 5 6 7
まったくなかった いつもそうだった

me R 人生というものは、

1 2 3 4 5 6 7
興味の尽きないものだ 型にはまった単調なものだ

me *今まで、あなたの人生は、

1 2 3 4 5 6 7
明確な目標や目的は とても明確な目標や目的
まったくなかった があった

ma *あなたは、不当な扱いを受けているという気持ちになることがありますか？

1 2 3 4 5 6 7
とてもよくある まったくない

co 過去10年間のあなたの人生は、

1 2 3 4 5 6 7
次に何が起こるか 見通しのきいたものだった
わからない出来事ばかりだった

me R 将来あなたがすることの多くは、たぶん、

1 2 3 4 5 6 7
魅力あふれるものだろう ひどく退屈なものだろう

co *あなたは、不慣れな状況の中にいると感じ、どうすればよいのかわからないと感じることがありますか？

1 2 3 4 5 6 7
とてもよくある まったくない

ma R あなたの人生観をもっともよく表しているのは、

1 2 3 4 5 6 7

人生での出来事に対して、
いつも解決策を見つけることができる

人生での出来事に対して、
解決策はない

me R 自分の人生について考えるとき、しばしば、あなたは、

1 2 3 4 5 6 7

生きていて本当に
よかったと感じる

自分はなぜ存在しているのか、
疑問に感じる

co あなたは、困難な問題に直面したとき、その解決法は、

1 2 3 4 5 6 7

いつも混乱して
見つけるのが難しい

いつも何の迷いもなく
見つけられる

me R *あなたが毎日していることは、

1 2 3 4 5 6 7

喜びと満足を与えてくれる

つらく退屈である

co 将来のあなたの人生は、たぶん、

1 2 3 4 5 6 7

次に何が起ころか
わからない出来事ばかりだろう

見通しのきいたもの
になるだろう

ma これまで、いやなことが起きたとき、多くの場合、あなたは、

1 2 3 4 5 6 7

それにうちのめされてしまった

そんなこともあるだろう、
と受け入れてやってきた

co *あなたは、気持ちや考えが非常に混乱することがありますか？

1 2 3 4 5 6 7

とてもよくある

まったくない

ma R あなたは、何か楽しいことをしているとき、

1	2	3	4	5	6	7
きっとこのまま					きっと何かが起こって	
楽しい気分でいられる					この楽しい気分が	
だろうと思う					壊されるだろうと思う	

co *あなたは、本当なら感じたくないような感情を抱いてしまうことがありますか？

1	2	3	4	5	6	7
とてもよくある						まったくない

me 将来のあなた自身の人生は、

1	2	3	4	5	6	7
まったく意味や目的のないものに					意味や目的に満ちたものに	
なると思う					なると思う	

ma R あなたは、この先、誰か頼りにできる人がいつもいると思いますか？

1	2	3	4	5	6	7
必ずいると思う						いないと思う

co あなたは、いま何が起きようとしているのかはつきりわからない、という不安な気持ちになることがありますか？

1	2	3	4	5	6	7
とてもよくある						まったくない

ma R *どんなに強い人でさえ、ときには「自分はダメな人間だ」と感じることもあるものです。あなたは、これまで「自分はダメな人間だ」と感じたことがありますか。

1	2	3	4	5	6	7
まったくなかった						よくあった

co *何かが起きたとき、ふつう、あなたは、

1	2	3	4	5	6	7
そのことを過大に評価したり					適切な見方をしてきた	
過小に評価してきた						

ma R これから、人生の大事な場面で困難に直面したとき、あなたは どう思う でしょうか？

1	2	3	4	5	6	7
必ず困難を乗り越えられる と思う					困難を乗り越えられない と思う	

me *あなたは、日々の生活で行っていることにほとんど意味がない、と感じることがあ
りますか？

1	2	3	4	5	6	7
とてもよくある					まったくない	

ma *あなたは、自制心を保つ自信がなくなることがありますか？

1	2	3	4	5	6	7
とてもよくある					まったくない	

出典：アントノフスキー A 著，山崎喜比古，吉井清子監訳．健康の謎を解くーストレス対処
と健康保持のメカニズム．東京：有信堂高文社，2001：p. 221-225.

（第一部は、東大健康社会学アントノフスキー研究会（代表：山崎喜比古氏）、及び、有信
堂高文社より掲載許可を得たうえでの掲載）

以下余白

第二部（注：一般性セルフエフィカシー尺度（GSES）である。）

以下に16個の項目があります。各項目を読んで、今のあなたにあてはまるかどうかを判断してください。そして右の回答欄の中から、あてはまる場合には『はい』、あてはまらない場合には『いいえ』を○で囲んで下さい。はい、いいえ どちらにもあてはまらないと思われる場合でも、より自分に近いと思う方に必ず○をつけて下さい。どちらが正しい答えということはありませんから、あまり深く考えずにありのままの姿を答えて下さい。

1. 何か仕事をするときは、自信を持ってやるほうである。

はい

いいえ

2. 過去に犯した失敗や嫌な経験を思い出して、暗い気持ちになることがよくある。

はい

いいえ

3. 友人より優れた能力がある。

はい

いいえ

4. 仕事を終えた後、失敗したと感ずることのほうが多い。

はい

いいえ

5. 人と比べて心配性なほうである。

はい

いいえ

6. 何かを決めるとき、迷わずに決定するほうである。

はい

いいえ

7. 何かを決めるとき、うまくいかないのではないかと不安になることが多い。

はい

いいえ

8. 引っ込み思案なほうだと思う。

はい

いいえ

9. 人より記憶力がよいほうである。

はい

いいえ

10. 結果の見通しがつかない仕事でも、積極的に取り組んでいくほうだと思う。

はい

いいえ

11. どうやったらよいか決心がつかずに仕事にとりかかれなことがよくある。

はい

いいえ

12. 友人よりも特に優れた知識を持っている分野がある。

はい

いいえ

13. どんなことでも積極的にこなすほうである。

はい

いいえ

14. 小さな失敗でも人よりずっと気にするほうである。

はい

いいえ

15. 積極的に活動するのは、苦手なほうである。

はい

いいえ

16. 世の中に貢献できる力があると思う。

はい

いいえ

(第二部は、こころネット株式会社、及び、坂野雄二氏、東條光彦氏、福井至氏、小松智賀氏より掲載許可を得たうえでの掲載)

以下余白

第三部（注：汎抵抗資源（GRRs）に関する質問である。）

ここからは、あなたの、ストレスへの対処（心の負担を軽くするための工夫のこと）についてお尋ねします。

以下の質問について、最もよくあてはまるものを1つ選びその番号を○で囲んでください。

親戚との行き来はどの程度していますか

- 1.ほぼ毎日 2.週に一回以上 3.月に一回以上 4.半年に一回以上 5.年に一回以上

知人や近隣との行き来はどの程度していますか

- 1.ほぼ毎日 2.週に一回以上 3.月に一回以上 4.半年に一回以上 5.年に一回以上

社会活動への参加はどの程度していますか

（ここでの社会参加とは、労働、宗教活動、政治活動、相互扶助、ボランティア、レジャーへの参加、市民講座への参加など、社会に関わり何らかの役割を果たす行為を全体的にお考えください。）

- 1.ほぼ毎日 2.週に一回以上 3.月に一回以上 4.半年に一回以上 5.年に一回以上

あなたには、個人的な趣味はありますか

（読書や音楽鑑賞、サークル活動など、時間を忘れて楽しめたり気分転換になるものならば、何でも結構です。）

- 1.ある 2.ない

あなたには、生きがいはありますか

（仕事、子育て、孫の成長、趣味、友人など、「これがあるから、明日が楽しみだ」という具合に、心に“はり”を持つことが出来るものならば、何でも結構です。）

- 1.ある 2.ない

以下余白

第四部（注：生活におけるストレスサーに関する質問である。）

ここからは、あなたの、日常生活におけるストレス要因（心の負担になる原因のこと）についてお尋ねします。

以下の質問について、最もよくあてはまるものを1つ選びその番号を○で囲んでください。

あなたは、日常生活において、周囲の人と会話をすることが制限されていますか

（補聴器などの器具・ゼスチャー・シンボル・手話を用いる場合も含めます。）

- 1.まったく制限されない 2.少し制限される 3.かなり制限される 4.非常に制限される

あなたは、日常生活において、移動をすることが制限されていますか

（ここでの移動とは、いろいろな場所や状況での歩行、移動交通機関の利用、乗り物の運転や操作 など、場所から場所への移動を全体的に考えてください。）

- 1.まったく制限されない 2.少し制限される 3.かなり制限される 4.非常に制限される

あなたは、日常生活において、基本的な生活動作が制限されていますか

（ここでの基本的な生活動作とは、食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、寝起きなどを考えてください。）

- 1.まったく制限されない 2.少し制限される 3.かなり制限される 4.非常に制限される

あなたは、日常生活において、家庭での生活が制限されていますか

（ここでの家庭生活とは、買い物、掃除や洗濯、日常必需品の収集、家族の世話など、普段の家の中での行為を全体的に考えてください。）

- 1.まったく制限されない 2.少し制限される 3.かなり制限される 4.非常に制限される

あなたには、同居者がいますか

- 1.いる 2.いない

家族とのもめ事がありますか

（ここでのもめ事とは、それによって日常の活動に支障が出るような、深刻なもめ事を考えてください。）

- 1.ない 2.ある

以下余白

第五部（注：精神的健康度と健康行動に関する質問に関する質問である。）

ここからは、あなたの健康についてお尋ねします。問い1では、あなたの健康状態についてお尋ねします。また問い2では、あなたの健康管理についてお尋ねします。

問い1（注：日本版 General Health Questionnaire 28 項目版(GHQ)である。）

発行元との申し合わせにより、掲載しない。

問い2（注：健康行動に関する質問である。）

あなたの健康管理についてお尋ねします。

以下の質問について、最もよくあてはまるものを1つ選びその番号を○で囲んでください。

睡眠時間を毎日7～8時間くらいきちんと取る

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

適正な体重を維持する

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

タバコは吸わないようにする

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

楽な姿勢をとったり、暑すぎず寒すぎないようにしたり、昼も夜も適当な明るさを確保するなど、快適に日々を過ごせるように気をつかう

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

「病気になる危険を減らし、病気を予防するためには、つね日ごろの節制が大切である」ということをよく理解し、自分自身の健康に気をつかう

（具体的には、障害の悪化を予防する、風邪を予防する、骨粗鬆症や生活習慣病などに気をつける、など）

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

一日の労働時間は10時間以内にする

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

自分の健康や健康管理について、医者や医療関係者に相談する

(障害の悪化を予防するための相談、なども含みます)

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

週に1～2回、30分程度の散歩でもよいから、習慣づけて運動を行う

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

積極的に、趣味やレジャー活動に取り組む

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

日常生活の中に運動を取り入れる (ラジオ体操をする、目的地まで少し遠くても歩く など)

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

計画的に運動をする (例えば、週一回水泳をする、決まった日にテニスに出かける など)

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

空き時間には、気晴らしに体を動かす (ストレッチ、さんぽ、ゴルフのスイング など)

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

朝食は毎日きちんと食べる

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

栄養バランスを考えた食事をとる

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

間食は、なるべくやめる

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

アルコールの摂取は、ほどほどにする (1日清酒なら1合程度、ビールなら大瓶1本程度)

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

塩分や糖分の、とりすぎをひかえる

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

毎日、くつろぐ時間をとる (心と体を休める時間を全体的に考えてください。)

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

自分の意のままにならないようなことが起きても、受け入れる

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

なるべくストレスはためないようにする

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

ストレスを自分なりの方法で処理する

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

自分の人生には目的があると信じ努力する

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

日常の中で、興味深いことや挑戦できることを見つける

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

自分の人生において、大切なことは何かを確認する

- 1.ほとんどない 2.時々ある 3.しばしばある 4.いつもある

以下余白

以上で終了です。長い時間にわたり、ご協力ありがとうございました。

【付録 その3. 第4章の結果を得るために用いた調査用紙】

2008年11月から12月にかけての調査の中で、インタビューをはじめの契機として用いた調査用紙である。なお、この調査用紙は、インタビューをはじめの契機として用いたもので（第4章第3節I. データ収集手続き（P.132参照）、グラフ（問1）や質問内容（問2、問3）は、分析対象とはしていない。

調査用紙

障害のある方々が、豊かな生活を送れるようになることを願って、この調査を行いますので、どうぞ協力をお願いします。

以下では、プライバシーに関わるお尋ねもさせていただきますが、研究者としての守秘義務を厳しく自覚すると共に、個人情報統計的に処理し、個人の特特定ができないように配慮したうえで、同時に研究目的以外には決して使用しないことをお約束申し上げます。

ID :

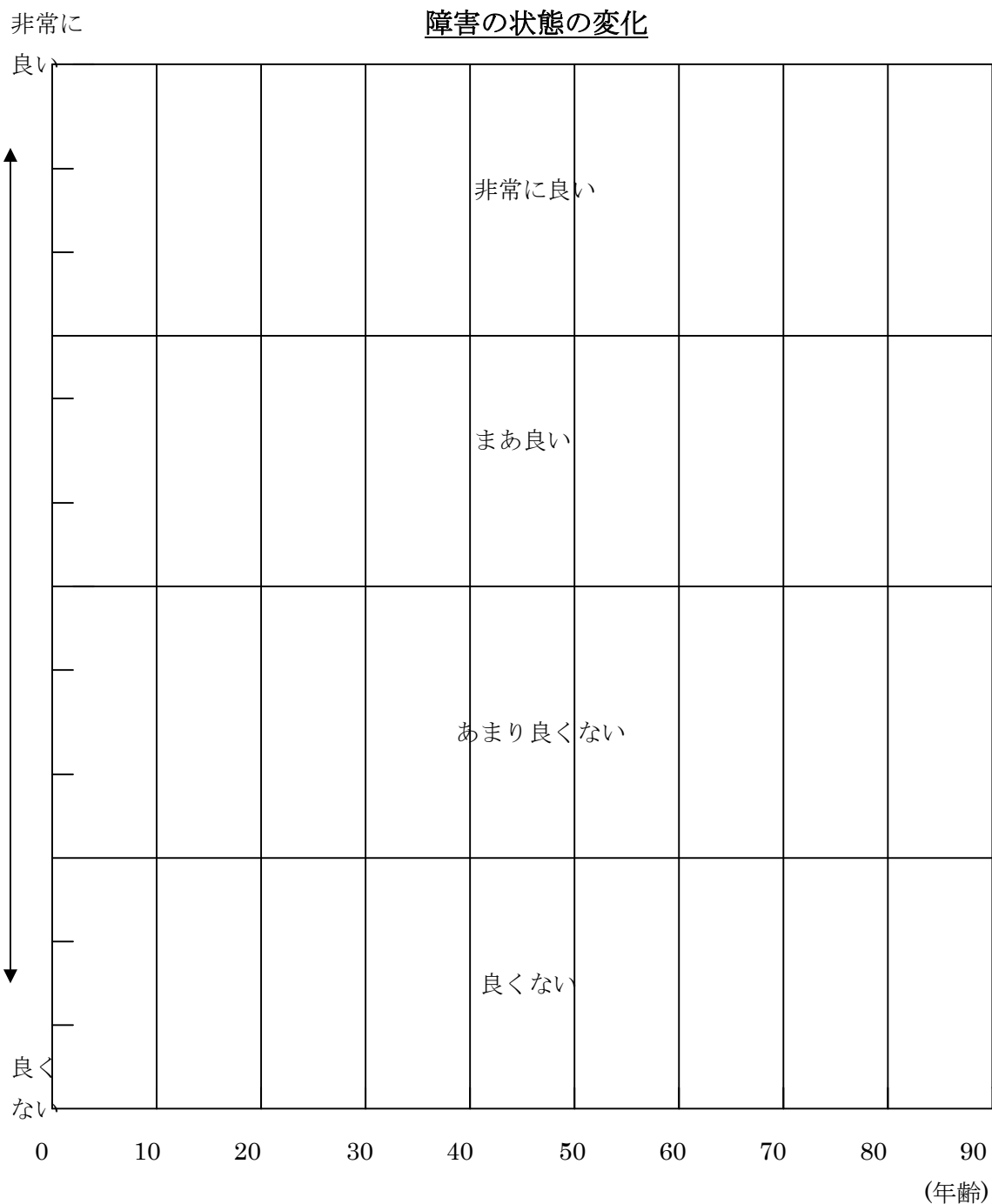
年齢 :

性別 :

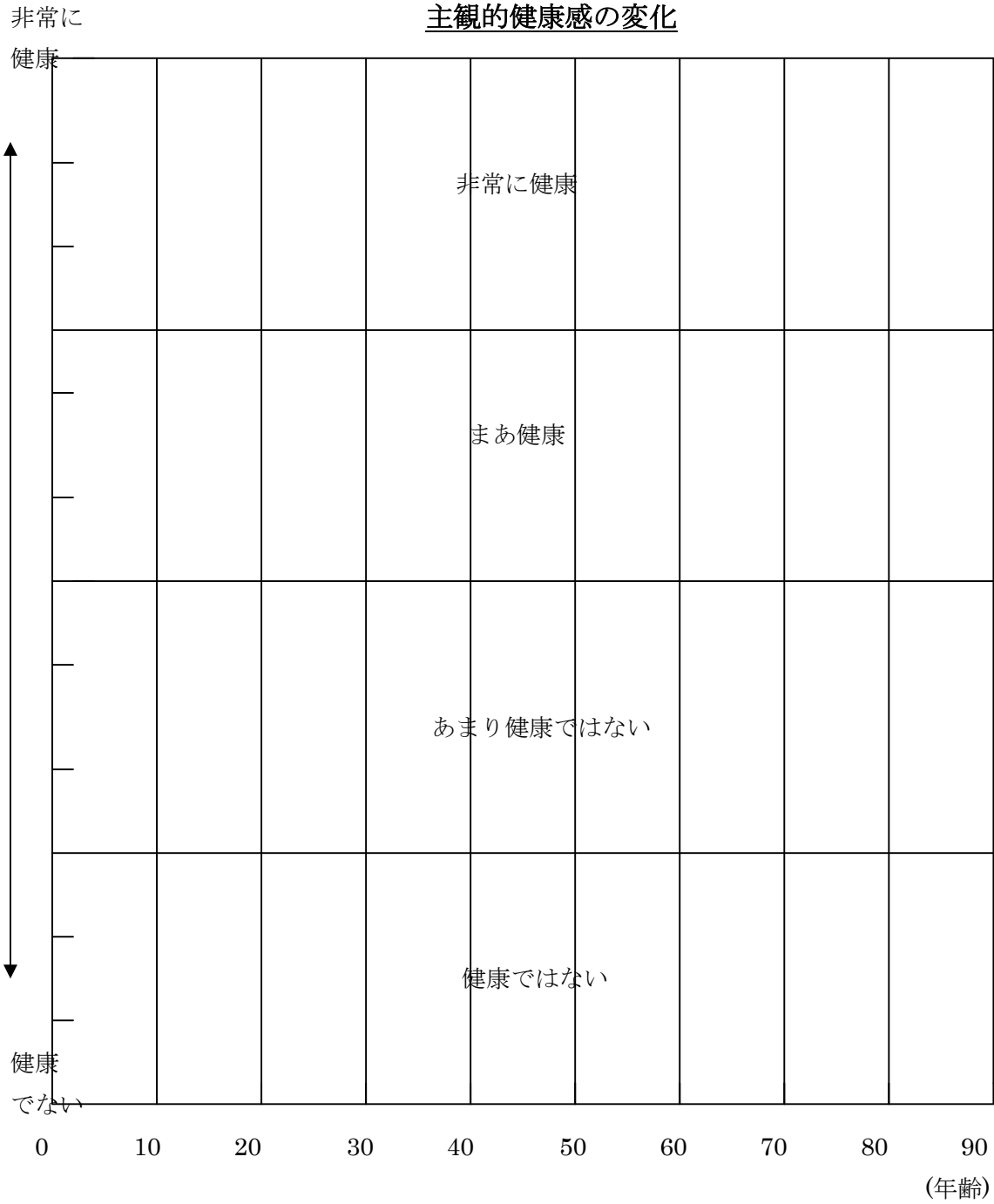
障害の程度 :

問1

身体障害者手帳を申請されてから現在までの、障害の状態の変化と主観的健康感の変化をグラフにお書きください。



主観的健康感の変化



問 2

(主観的健康感が高い人向けの質問)

あなたの主観的健康感が高い理由（高くなった理由でも結構です）を、下記の中から3つ選び、該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

- 障害の状態が良くなったこと
- 装具が良くなったことや、住まい・社会の設備が良くなったこと
- 周りの人間（家族以外の人々）の態度や理解が良いこと
- 保健、福祉、医療の専門家の援助が豊かなこと
- ご自身が障害を受け入れたこと
- お住まいの地域への愛着心があること

(主観的健康感がよくない人向けの質問)

あなたの主観的健康感がよくない理由（低くなった理由でも結構です）を、下記の中から3つ選び、該当する選択肢の頭の□に☑をおつけください。

- 障害の状態がよくない
- 装具が良くなったことや、住まい・社会の設備がよくない
- 周りの人間（家族以外の人々）の態度や理解がよくないこと
- 保健、福祉、医療の専門家の援助が足りないこと
- お住まいの地域にたいして「住みにくい」という気持ちを抱いていること

問 3

(主観的健康感が高い人向けの質問)

主観的健康感が高いことについて、上記以外に大事な事柄が関わっているでしょうか。もしあれば、具体的にお書きください。

(主観的健康感がよくない人向けの質問)

主観的健康感がよくないことについて、上記以外に大事な事柄が関わっているでしょうか。もしあれば、具体的にお書きください。

以上です。ご協力ありがとうございました。

利益相反について

本研究では、利益相反に相当する事項はない。

文献

1. 過疎対策研究会編. 過疎対策データブック—平成 16 年度過疎対策の現況. 2006, 丸井工文社: 東京.
2. 山本努. 現代過疎問題の研究. 東京: 恒星社厚生閣, 1996: p.217-225.
3. 新村出編. 広辞苑. 2008, 岩波書店: 東京.
4. 過疎地域自立促進研究会編. 逐条解説過疎地域自立促進特別措置法—新過疎法の制度と運用. 2002, ぎょうせい: 東京.
5. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部編集. 平成 18 年身体障害児・者実態調査結果. 2008, 厚生統計協会: 東京.
6. UN Enable. Convention on the rights of persons with disabilities.
<http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=14&pid=150> (2014 1/10 にアクセス)
7. 総理府編. 平成 25 年版 障害者白書. 新高速印刷: 新潟.
8. World Health Organization. Convention on the rights of persons with disabilities.
<http://www.who.int/disabilities/media/news/unconvention/en/> (2014 1/10 にアクセス)
9. World Health Organization. Medical care and rehabilitation: what WHO is doing.
<http://www.who.int/disabilities/care/activities/en/> (2014 1/10 にアクセス)
10. World Health Organization, World Bank eds. World report on disability. Geneva: World Health Organization, Washington, D.C.: World Bank, 2011.
11. オフィサー A, ボサラック A 編. 長瀬修監訳. 世界障害報告書. 2013, 明石書店: 東京.
12. 前掲 10. p.xxi-xxiii.
13. 前掲 11. p.35-37.
14. World Health Organization. Disability, including prevention, management and rehabilitation.
http://www.who.int/disabilities/WHA5823_resolution_en.pdf (2013 12/27 にアクセス)
15. 前掲 10. p.19-53.
16. 前掲 11. p.69-124.
17. 前掲 10. p.259-270.
18. 前掲 11. p.477-494.
19. 上田敏. リハビリテーション医学の世界—科学技術としての本質、その展開、そしてエトス. 東京: 三輪書店, 1992: p.111-190.
20. World Health Organization. CBR guidelines: community-based rehabilitation. Geneva: World Health Organization, 2010.
21. 塩飽邦憲. 農村における社会格差と農村医学. 日本農村医学会雑誌. 2010; 58(5): p.513-515.
22. 立身政信. 農村医学会草創期のことから. 日本農村医学会雑誌. 2009; 58(1): p.1-3.

23. 前掲 10. p.1-17.
24. 前掲 11. p.39-67.
25. 笹谷春美, 岸玲子, 江口照子, 他. 高齢者調査における回答者と非回答者の比較研究—過疎地と大都市における 70 歳男女の「ソーシャルネットワークと健康」に関する社会的・医学的研究—. 高齢者問題研究. 1994 ; 10 : p.29-41.
26. 前掲 2. p.139-157.
27. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science*. 1988; 241(4865): p.540-545.
28. 岸玲子, 堀川尚子. 高齢者の早期死亡ならびに身体機能に及ぼす社会的サポートネットワークの役割—内外の研究動向と今後の課題—. 日本公衆衛生雑誌. 2004 ; 51(2) : p.79-93.
29. Litwin H, Shiovitz-Ezra S. Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. *The Gerontologist*. 51(3): p.379-388.
30. 出村慎一, 野田政弘, 南雅樹, 他. 在宅高齢者における生活満足度に関する要因. 日本公衆衛生雑誌. 2001 ; 48(5) : p.356-366.
31. Hanson BS, Isacson SO, Janzon L, et al. Social network and social support influence mortality in elderly men. The prospective population study of "Men born in 1914," Malmö, Sweden. *American Journal of Epidemiology*. 1989; 130(1): p.100-111.
32. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*. 1979; 109(2): p.186-204.
33. Kutek SM, Turnbull D, Fairweather-Schmidt AK. Rural men's subjective well-being and the role of social support and sense of community: evidence for the potential benefit of enhancing informal networks. *The Australian Journal of Rural Health*. 2011; 19(1): p.20-26.
34. Lee A, Browne MO. Subjective well-being, sociodemographic factors, mental and physical health of rural residents. *The Australian Journal of Rural Health*. 2008; 16(5): p.290-296.
35. 瀧澤透, 崎原盛造, 名嘉幸一, 他. 秋田県一農村における高齢者のソーシャルサポートと健康、住居形態、および主観的幸福感との関連について. 民族衛生. 2004 ; 70(1) : p.18-30.
36. 島貫秀樹, 崎原盛造, 芳賀博, 他. 沖縄農村地域の高齢者における交流頻度と生活満足度および精神的健康との関連—IADL レベルによる比較—. 民族衛生. 2003 ; 69(6) : p.195-204.
37. 安梅勅江, 島田千穂. 高齢者の社会関連性の評価と生命予後—社会関連性指標と 5 年後の死亡率の関係—. 日本公衆衛生雑誌. 2000 ; 47(2) : p.127-133.

38. 安梅勅江, 篠原亮次, 杉澤悠圭, 他. 高齢者の社会関連性と生命予後—社会関連性指標と7年間の死亡率の関係—. 日本公衆衛生雑誌. 2006 ; 53(9) : p.681-701.
39. 林美枝子, 坂倉恵美子, 堀川尚子, 他. 沖縄県 A 島在宅高齢者の補完・代替療法としての自己治療の実施と健康状態、および他の社会的健康要因との関連. 日本公衆衛生雑誌. 2004 ; 51(9) : p.774-789.
40. 増地あゆみ, 岸玲子. 高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察—ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に—. 日本公衆衛生雑誌. 2001 ; 48(6) : p.435-448.
41. 笹谷春美, 岸玲子, 矢口孝行. 高齢者の自立とサポートネットワークに関する研究—過疎地域における高齢者家族の現状と展望—. 高齢者問題研究. 1992 ; 8 : p.63-79.
42. 笹谷春美, 岸玲子, 江口照子, 他. 大都市高齢者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート—札幌市居住の70歳男女についての実証的研究—. 高齢者問題研究. 1993 ; 9 : p.65-78.
43. 岸玲子, 江口照子, 笹谷春美, 他. 高齢者のソーシャル・サポートおよびネットワークの現状と健康状態—旧産炭地・夕張と大都市・札幌の実態—. 日本公衆衛生雑誌. 1994 ; 41(5) : p.474-488.
44. 岸玲子, 築島恵理, 小橋元, 他. 高齢者が地域で在宅生活を継続するための生活機能およびソーシャル・サポートの検討. 高齢者問題研究. 1999 ; 15 : p.195-207.
45. 三觜雄, 岸玲子, 江口照子, 他. 在宅高齢者の検診受診行動と関連する要因—社会的背景の異なる三地域の比較—. 日本公衆衛生雑誌. 2003 ; 50(1) : p.49-61.
46. 三觜雄, 岸玲子, 江口照子, 他. ソーシャルサポート・ネットワークと在宅高齢者の検診受診行動の関連性—社会的背景の異なる三地域の比較—. 日本公衆衛生雑誌. 2006 ; 53(2) : p.92-104.
47. World Health Organization. WHO definition of health.
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (2006 5/1 にアクセス)
48. 山崎喜比古. 健康・病気と保健・医療の新しい見方. 山崎喜比古編. 健康と医療の社会学. 東京 : 東京大学出版会, 2001 : p.33-45.
49. 杉澤秀博, 杉澤あつ子. 健康度自己評価に関する研究の展開—米国での研究を中心に—. 日本公衆衛生雑誌. 1995 ; 42(6) : p.366-378.
50. Suchman EA, Phillips BS, Streib GF. An analysis of the validity of health questionnaires. *Social Forces; a Scientific Medium of Social Study and Interpretation.* 1958; 36(3): p.223-232.
51. Maddox GL, Douglass EB. Self-assessment of health: a Longitudinal study of elderly subjects. *Journal of Health and Social Behavior.* 1973; 14(1): p.87-93.
52. Garrity TF, Somes GW, Marx MB. Factors influencing self-assessment of health. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology.* 1978;

- 12: p.77-81.
53. Graney MJ, Zimmerman RM. Causes and consequences of health self-report variations among older people. *The International Journal of Aging & Human Development*. 1980-81; 12(4): p.291-300.
 54. LaRue A, Bank L, Jarvik U, et al. Health in old age: how do physicians' ratings and self-ratings compare? *Journal of Gerontology*. 1979; 34(5): p.687-691.
 55. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*. 1982; 72(8): p.800-808.
 56. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *American Journal of Epidemiology*. 1982; 117(3): p.292-304.
 57. 芳賀博, 七田恵子, 永井晴美, 他. 健康度自己評価と社会・心理・身体的要因. *社会老年学*. 1984 ; 20 : p.15-23.
 58. 三徳和子, 高橋俊彦, 星且二. 主観的健康感と死亡率の関連に関するレビュー. *川崎医療福祉学会誌*. 2006 ; 16(1) : p.1-10.
 59. Blazer DG, Houpt JL. Perception of poor health in the healthy older adult. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1979; 27(7): p.330-334.
 60. Brown AF, Ang A, Pebley AR. The relationship between neighborhood characteristics and self-rated health for adults with chronic conditions. *American Journal of Public Health*. 2007; 97(5): p.926-932.
 61. 中村好一, 金子勇, 河村優子, 他. 在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子. *日本公衆衛生雑誌*. 2002 ; 49(5) : p.409-416.
 62. 松下拓. 健康教育. 村嶋幸代編集. 最新 保健学講座 2 地域看護支援技術. 東京: メヂカルフレンド社, 2008 : p.161-263.
 63. 小島光洋. 地域保健活動の実践基盤となる専門職と住民との関係性に関する考察. *民族衛生*. 2006 ; 72(3) : p.117-131.
 64. Meng H, Wamsley BR, Eggert GM, et al. Impact of a health promotion nurse intervention on disability and health care costs among elderly adults with heart conditions. *The Journal of Rural Health: Official Journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*. 2007; 23(4): p.322-331.
 65. Levasseur M, Desrosiers J, St-Cyr Tribble D. Subjective Quality-of-Life Predictors for Older Adults with Physical Disabilities. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation / Association of Academic Physiatrists*. 2008; 87(10): p.830-841.
 66. 尾崎章子, 荻原隆二, 内山真, 他. 百寿者の Quality of life 維持とその関連要因. *日本公衆衛生雑誌*. 2003 ; 50(8) : p.697-712.

67. 神宮純江, 江上裕子, 絹川直子, 他. 在宅高齢者における生活機能に関連する要因. 日本公衆衛生雑誌. 2003 ; 50(2) : p.92-105.
68. 熊谷修, 渡辺修一郎, 柴田博, 他. 地域在宅高齢者における食品摂取の多様性と高次生活機能低下の関連. 日本公衆衛生雑誌. 2003 ; 50(12) : p.1117-1124.
69. 大西美智恵, 小林敏生. 離島における高齢者の健康に関連する要因—生命予後に着目して—. 民族衛生. 2005 ; 71(3) : p.116-123.
70. 星旦二, 高城智圭, 井上直子, 他. 都市在宅高齢者における社会経済的要因と健康三要因との因果構造. 日本健康教育学会誌. 2012 ; 20(3) : p.159-170.
71. 星旦二, 中山直子, 井上直子, 他. 都市郊外在住高齢者の身体的、精神的、社会的健康の経年変化とその因果関係. 日本健康教育学会誌. 2010 ; 18(2) : p.103-114.
72. 長田久雄, 柴田博, 芳賀博, 他. 後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力. 日本公衆衛生雑誌. 1995 ; 42(10) : p.897-909.
73. Van Gundy K, Schieman S. Looking inward: introspectiveness, physical disability, and depression across the life course. *International Journal of Aging & Human Development*. 2001; 53(4): p.293-310.
74. Levasseur M, Desrosiers J, Noreau L. Relationships between environment and quality of life of older adults with physical disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. 2004; 22(3): p.37-53.
75. 障害者自立支援法—新法と主要関連法新旧対照表. 東京：中央法規出版, 2005.
76. 厚生労働省. 地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律について.
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sougoushien/index.html (2013 7/22 にアクセス)
77. World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization, 2001.
78. 障害者福祉研究会編集. ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改定版. 2002, 中央法規出版：東京.
79. 上田敏. ICF (国際生活機能分類) の理解と活用—一人が「生きること」「生きることの困難 (障害)」をどうとらえるか. 東京：きょうされん, 2005 : p.6-31.
80. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課. 「国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—」(日本語版) の厚生労働省ホームページ掲載について.
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html> (2010 9/2 にアクセス)
81. アントノフスキー A. 山崎喜比古, 吉井清子監訳. 健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム. 東京：有信堂高文社, 2001.
82. 前掲 81. p.3-39.
83. 山崎喜比古. ストレス対処・健康保持能力としての首尾一貫感覚 SOC(健康生成論から).

- 地域保健. 1999.7 ; 30(6・7) : p.74-80.
84. 山崎喜比古. 健康生成論と保健活動—健康生成論の提唱とそのインパクト—. 地域保健. 1999.3 ; 30(3) : p.72-79.
85. 戸ヶ里泰典. SOC の形成要因—SOC はいかにして育まれるのか. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子編. ストレス対処能力 SOC. 東京 : 有信堂高文社, 2008 : p.39-53.
86. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005; 59(6): p.460-466.
87. 上田敏. リハビリテーションの思想—人間復権の医療を求めて. 東京 : 医学書院, 2001 : p.85-142.
88. World Health Organization. Health promotion.
http://www.who.int/topics/health_promotion/en/ (2013 4/5 にアクセス)
89. グリーン LW, クロイター MW. 神馬征峰, 岩永俊博, 松野朝之, 他訳. ヘルスプロモーション—PRECEDE-PROCEED モデルによる活動の展開. 東京 : 医学書院, 1997 : p.1-46.
90. Kickbusch I. Tribute to Aaron Antonovsky - “What creates health” . *Health Promotion International*. 1996; 11(1): p.5-6.
91. 山崎喜比古. ストレス対処能力 SOC とは. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子編. ストレス対処能力 SOC. 東京 : 有信堂高文社, 2008 : p.3-24.
92. McSherry WC, Holm JE. Sense of coherence: its effects on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *Journal of Clinical Psychology*. 1994; 50(4): p.476-487.
93. Petrie K, Brook R. Sense of coherence, self-esteem, depression and hopelessness as correlates of reattempting suicide. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*. 1992; 31: p.293-300.
94. Suominen S, Helenius H, Blomberg H, et al. Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: results of 4 years of follow-up of adults. *Journal of Psychosomatic Research*. 2001; 50(2): p.77-86.
95. Carmel S, Bernstein J. Trait anxiety, sense of coherence and medical school stressors: observations at three stages. *Anxiety, Stress, and Coping*. 1990; 3(1): p.51-60.
96. Adams TB, Bezner JR, Drabbs ME, et al. Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological dimensions of wellness in a college population. *Journal of American College Health: J of ACH*. 2000; 48(4): p.165-173.
97. Surtees P, Wainwright N, Luben R, et al. Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study.

- American Journal of Epidemiology. 2003; 158(12): p.1202-1209.
98. Schnyder U, Büchi S, Mörgeli H, et al. Sense of coherence - a mediator between disability and handicap? *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1999; 68(2): p.102-110.
 99. 前掲 81. p.103-148.
 100. 津野（住川）陽子. SOC と社会. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子編. ストレス対処能力 SOC. 東京 : 有信堂高文社, 2008 : p.91-99.
 101. Sagy S, Antonovsky H. The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family. *International Journal of Aging & Human Development*. 2000; 51(2): p.155-166.
 102. Lundberg O. Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. *Social Science & Medicine* (1982). 1997; 44(6): p.821-831.
 103. Nilsson B, Holmgren L, Westman G. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden--gender and psychosocial differences. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2000; 18(1): p.14-20.
 104. Skärsäter I, Langius A, Ågren H, et al. Sense of coherence and social support in relation to recovery in first-episode patients with major depression: a one-year prospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2005; 14(4): p.258-264.
 105. Wolff AC, Ratner PA. Stress, social support, and sense of coherence. *Western Journal of Nursing Research*. 1999; 21(2): p.182-197.
 106. Zika S, Chamberlain K. On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology* (London, England : 1953). 1992; 83(1): p.133-145.
 107. Moons P, Norekvål TM. Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. *European Journal of Cardiovascular Nursing: Journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*. 2006; 5(1): p.16-20.
 108. 小田博志. 健康生成パースペクティブー行動科学の新しい流れー. 日本保健医療行動科学学会年報. 1996 ; 11 : p.261-267.
 109. 前掲 81. p.221-225.
 110. 高山智子, 浅野祐子, 山崎喜比古, 他. ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚 (Sense of Coherence : SOC) と精神健康に及ぼす影響. 日本公衆衛生雑誌. 1999 ; 46(11) : p.965-976.
 111. 木村知香子, 山崎喜比古, 石川ひろの, 他. 大学生の Sense of Coherence (首尾一貫感覚、SOC) とその関連要因の検討. 日本健康教育学会誌. 2001 ; 9(1・2) : p.37-48.

112. Tsuno YS, Yamazaki Y. A comparative study of Sense of Coherence (SOC) and related psychosocial factors among urban versus rural residents in Japan. *Personality and Individual Differences*. 2007; 43(3): p.449-461.
113. 山崎喜比古, 瀬戸信一郎編. HIV 感染被害者の生存・生活・人生—当事者参加型リサーチから. 2000, 有信堂高文社: 東京.
114. 戸ヶ里泰典, 津野 (住川) 陽子. SOC と健康. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子編. ストレス対処能力 SOC. 東京: 有信堂高文社, 2008 : p.69-90.
115. 坂野雄二, 東條光彦, 福井至, 他. 一般性セルフ・エフィカシー尺度 GSES (General Self-Efficacy Scale) (CD-R). 2006, KOKORO NET CO.,LTD : 東京.
116. 中川泰彬, 大坊郁夫. 日本版 GHQ 精神健康調査票手引. 東京: 日本文化社, 1985.
117. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. 1977; 84(2): p.191-215.
118. 松本千明. 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎—生活習慣病を中心に. 東京: 医歯薬出版, 2002 : p.15-28.
119. 嶋田洋徳. セルフ・エフィカシーの評価. 坂野雄二, 前田基成編著. セルフ・エフィカシーの臨床心理学. 京都: 北大路書房, 2002 : p.47-57.
120. Sack M, Lamprecht F. 「コヒアレンス感」に関する研究的側面. Schüffel W, Brucks U, Johnen K, 他編. 橋爪誠訳. 健康生成論の理論と実際—心身医療、メンタルヘルス・ケアにおけるパラダイム転換. 東京: 三輪書店, 2004 : p.161-171.
121. 岩谷力, 飛松好子編集. 障害と活動の測定・評価ハンドブック—機能から QOL まで. 2005, 南江堂: 東京.
122. 波平恵美子. 保健と医療の人類学—ヘルスサイエンスと人類学—. 保健の科学. 2007 ; 49(5) : p.300-303.
123. 折茂肇, 熊川寿郎. 疾患の変容. 井村裕夫, 高久史磨編集. 岩波講座現代医学の基礎 15 現代医学と社会. 東京: 岩波書店, 2000 : p.85-104.
124. 箕浦康子. フィールドワークと解釈的アプローチ. 箕浦康子編著. フィールドワークの技法と実際—マイクロ・エスノグラフィー入門. 京都: ミネルヴァ書房, 1999 : p.2-20.
125. 鈴木継美. 人類生態学の方法. 東京: 東京大学出版会, 1980.
126. 鈴木継美. 人類生態学と健康. 東京: 篠原出版, 1989.
127. 鈴木継美, 大塚柳太郎, 柏崎浩. 人類生態学. 東京: 東京大学出版会, 1990.
128. 前掲 125. p.1-24.
129. 前掲 125. p.37-59.
130. 熊倉伸宏. Evidence とは何か?. 民族衛生. 2002 ; 68(2) : p.33-35.
131. 高木廣文. エビデンスとしての質的研究の難しさ. 民族衛生. 2004 ; 70(5) : p.181-183.
132. 瀬嶋克之, 杉澤廉晴, 大滝純司, 他. 質的研究の背景と課題—研究手法としての妥当性をめぐって—. 日本公衆衛生雑誌. 2001 ; 48(5) : p.339-343.

133. 瀬島克之, 佐々木健. 厳密なプロセスにもとづいた質的研究を行うための提言—方法論の概念整理と研究のデザイン・評価—. 日本公衆衛生雑誌. 2003 ; 50(6) : p.480-484.
134. 鎌田尚子, 角井信弘. 健康教育のための計画づくり 1. ニーズアセスメント. 日本健康教育学会編. 健康教育—ヘルスプロモーションの展開. 東京:保健同人社, 2008:p.22-36.
135. Spradley JP. The Ethnographic Interview. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.
136. 波平恵美子, 道信良子. 質的研究 Step by Step—すぐれた論文作成をめざして. 東京: 医学書院, 2005.
137. 能智正博, 川野健治編. 秋田喜代美, 能智正博監修. 事例から学ぶ はじめての質的研究法—臨床・社会編. 2007, 東京図書: 東京.
138. 遠藤利彦, 坂上裕子編. 秋田喜代美, 能智正博監修. 事例から学ぶ はじめての質的研究法—生涯発達編. 2007, 東京図書: 東京.
139. Spradley JP. Participant Observation. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980.
140. 熊倉伸宏. 心の探究—エビデンスと臨床. 東京: 誠信書房, 2006.
141. ウグ P 編集. 黒江ゆり子, 市橋恵子, 寶田穂詠. 慢性疾患の病みの軌跡—コービンとストラウスによる看護モデル. 1995, 医学書院: 東京.
142. クラインマン A. 江口重幸, 五木田紳, 上野豪志訳. 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学. 東京: 誠信書房, 1996.
143. グリーンハル T, ハーウィッツ B 編集. 斎藤清二, 山本和利, 岸本寛史監訳. ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話. 2001, 金剛出版: 東京.
144. 熊倉伸宏, 矢野英雄編. 障害ある人の語り—インタビューによる「生きる」ことの研究. 2005, 誠信書房: 東京.
145. 江口重幸, 斎藤清二, 野村直樹編. ナラティブと医療. 2006, 金剛出版: 東京.
146. 能智正博編. <語り>と出会う—質的研究の新たな展開に向けて. 2006, ミネルヴァ書房: 京都.
147. やまだようこ編. 質的心理学講座 2 人生と病いの語り. 無藤隆, 麻生武, やまだようこ, 他編. 質的心理学講座. 2008, 東京大学出版会: 東京.
148. 波平恵美子. 医療人類学入門. 東京: 朝日新聞社, 1994.
149. グッド BJ. 江口重幸, 五木田紳, 下地明友, 他訳. 医療・合理性・経験—パイロン・グッドの医療人類学講義. 東京: 誠信書房, 2001.
150. 前掲 113. p.185-214.
151. Jang Y, Poon LW, Martin P. Individual differences in the effects of disease and disability on depressive symptoms: the role of age and subjective health. International Journal of Aging & Human Development. 2004; 59(2): p.125-137.
152. 藤原佳典, 杉原陽子, 新開省二. ボランティア活動が高齢者の心身の健康に及ぼす影響—地域保健福祉における高齢者ボランティアの意義—. 日本公衆衛生雑誌. 2005 ;

- 52(4) : p.293-307.
153. Hung L-C, Liu C-C, Hung H-C, et al. Effects of a nursing intervention program on disabled patients and their caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2003; 36(3): p.259-272.
 154. Penttinen J, Nevala-Puranen N, Airaksinen O, et al. Randomized controlled trial of back school with and without peer support. *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2002; 12(1): p.21-29.
 155. 崎原盛造. 沖縄社会における社会環境と長寿に関する縦断的研究. 厚生科学研究費補助金平成 10~12 年度総合研究報告. 2001 : p.1-84.
 156. Schémann JF, Leplège A, Keita T, et al. From visual function deficiency to handicap: measuring visual handicap in Mali. *Ophthalmic Epidemiology*. 2002; 9(2): p.133-148.
 157. 芳賀博, 安村誠司, 鈴木隆雄, 他. 農村における老人の活動的自立の維持とライフスタイルとの関連. *民族衛生*. 2001 ; 67(2) : p.68-76.
 158. 武見ゆかり. 高齢者における食からみた QOL 指標としての食行動・食態度の積極性尺度の開発. *民族衛生*. 2001 ; 67(1) : p.3-27.
 159. 瀬島克之, 杉澤廉晴, フェターズ MD, 他. 個人面接による地域高齢者の医療に対するニーズの調査. *日本公衆衛生雑誌*. 2002 ; 49(8) : p.739-748.
 160. 大谷藤郎. 現代のスティグマーハンセン病・精神病・エイズ・難病の艱難. 勁草 医療・福祉シリーズ. 東京: 勁草書房, 1993 : p.1-16.
 161. 八巻(木村)知香子, 寺島彰, 山崎喜比古. 障害当事者が感じる社会の「まなざし」— 国立身体障害者リハビリテーションセンター入所生への聞き取りから— . 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究紀要. 2003 ; 24 : p.21-28.
 162. 森本兼囊. ライフスタイルと健康 1. 身体的健康度と精神的健康度. *公衆衛生*. 1987 ; 51(2) : p.135-143.
 163. 本江朝美, 山田牧, 平吹登代子, 他. 我が国における 60 歳以上の活動的高齢者の Sense of Coherence の実態と関連要因の探索. *日本看護研究会雑誌*. 2003 ; 26(1) : p.123-136.
 164. 土屋葉. 障害者家族を生きる. 東京: 勁草書房, 2002 : p.23-53.
 165. 浜村明德. 身体障害者家族のストレスと対応. 石原邦雄編. 講座「生活ストレスを考える」3 家族生活とストレス. 東京: 垣内出版, 1985 : p.108-127.
 166. Altintepe L, Levendoglu F, Okudan N, et al. Physical disability, psychological status, and health-related quality of life in older hemodialysis patients and age-matched controls. *Hemodialysis International. International Symposium on Home Hemodialysis*. 2006; 10(3): p.260-266.
 167. Lindmark U, Stegmayr B, Nilsson B, et al. Food selection associated with sense of coherence in adults. *Nutrition Journal*. 2005; 4(9).
 168. 前掲 142. p.303-332.

169. 前掲 149. p.199-233.
170. Nochi M. "Loss of self" in the narratives of people with traumatic brain injuries: A qualitative analysis. *Social Science & Medicine* (1982). 1998; 46(7): p.869-878.
171. Nochi M. Reconstructing self-narratives in coping with traumatic brain injury. *Social Science & Medicine* (1982). 2000; 51(12): p.1795-1804.
172. 芝山江美子. 過疎山村地域で暮らす独居女性高齢者の生への思い. 東京:新風舎, 2004.
173. Nosek MA, Hughes RB, Howland CA, et al. The meaning of health for women with physical disabilities: a qualitative analysis. *Family & Community Health*. 2004; 27(1): p.6-21.
174. やまだようこ. 人生と病いの語り. やまだようこ編. 質的心理学講座 2 人生と病いの語り. 東京:東京大学出版会, 2008 : p.1-12.
175. 前掲 142. p.3-37.
176. 前掲 142. p.i-vi.
177. 斎藤清二. ナラティブ・ベイスト・メディスンと臨床知—青年期慢性疼痛事例における語りの変容過程. やまだようこ編. 質的心理学講座 2 人生と病いの語り. 東京:東京大学出版会, 2008 : p.133-163.
178. 前掲 140. p.128-135.
179. レイニンガー MM. 稲岡文昭監訳. レイニンガー看護論—文化ケアの多様性と普遍性. 東京:医学書院, 1995 : p.1-74.
180. 江口重幸. 病いの語りと人生の変容・再考—病いと物語 (ナラティブ) の諸相. やまだようこ編. 質的心理学講座 2 人生と病いの語り. 東京:東京大学出版会, 2008:p.239-269.
181. 田村里子. ソーシャルワークとナラティブ—緩和医療の実践から. 江口重幸, 斎藤清二, 野村直樹編. ナラティブと医療. 東京:金剛出版, 2006 : p.202-216.
182. 野口裕二. 病気行動・病人役割・病いの経験. 山崎喜比古編. 健康と医療の社会学. 東京:東京大学出版会, 2001 : p.99-113.
183. 前掲 144. p.152-161.
184. 前掲 172. p.17.
185. 前掲 135. p.107-119.
186. 日野原重明. 老いの意味するもの. 伊東光晴, 河合隼雄, 副田義也, 他編. 老いの発見 2 老いのパラダイム. 東京:岩波書店, 1986 : p.11-38.
187. 前掲 81. p.149-187.
188. 農文協文化部. 土地があり、そこに生きる. 人間選書 2 人間の原点をここにみる. 東京:農山漁村文化協会, 1977 : p.169-186.
189. 前掲 188. p.187-203.
190. 前掲 188. p.158-167.
191. 大野晃. 限界集落と地域再生. 高知:高知新聞社, 2008.

192. 箕浦康子. フィールドワークの基礎的スキル. 箕浦康子編著. フィールドワークの技法と実際—マイクロ・エスノグラフィー入門. 京都: ミネルヴァ書房, 1999: p.21-40.
193. 上田敏. リハビリテーション—新しい生き方を創る医学. 東京: 講談社, 1996: p.177-195.
194. 本江朝美. 高齢者の SOC. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子編. ストレス対処能力 SOC. 東京: 有信堂高文社, 2008: p.163-175.
195. 西川祐子. 自立と孤独—雑誌「婦人戦線」の人びとをたずねて—. 伊東光晴, 河合隼雄, 副田義也, 他編. 老いの発見 4 老いを生きる場. 東京: 岩波書店, 1987: p.123-153.
196. Corbin JM, Strauss A. 軌跡理論にもとづく慢性疾患管理の看護モデル. ウグ P 編集. 黒江ゆり子, 市橋恵子, 寶田穂訳. 慢性疾患の病みの軌跡—コービンとストラウスによる看護モデル. 東京: 医学書院, 1995: p.1-30.
197. 正村公宏, 上田敏. 福祉社会への道. 大江健三郎, 正村公宏他, 川島みどり, 他. 自立と共生を語る—障害者・高齢者と家族・社会. 東京: 三輪書店, 1990: p.85-154.
198. 浦光博. 現代社会とソーシャルサポート. 安藤清志, 松井豊編集委員. セレクション社会心理学 8 支えあう人と人—ソーシャル・サポートの社会心理学. 東京: サイエンス社, 1992: p.96-124.
199. Rook KS. Social support versus companionship: effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987; 52(6): p.1132-1147.
200. 前掲 198. p.21-45.
201. 小玉正博. ポジティブ心理学の健康領域への貢献. 島井哲志編. ポジティブ心理学—21世紀の心理学の可能性. 京都: ナカニシヤ出版, 2006: p.209-222.
202. Garay-Sevilla ME, Nava LE, Malacara JM, et al. Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*. 1995 Apr-Jun; 9(2): p.81-86.
203. Cohen S, Frank E, Doyle WJ, et al. Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 1998 May; 17(3): p.214-223.
204. 宮本ふみ. 公衆衛生看護の中核をなす保健指導. 村嶋幸代編集. 最新 保健学講座 2 地域看護支援技術. 東京: メヂカルフレンド社, 2008: p.13-50.
205. 前掲 142. p.223-245.
206. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage Publications, 1985.
207. 前掲 144. p.i-iii.
208. 古屋聡. 地域コミュニティと NBM. 江口重幸, 斎藤清二, 野村直樹編. ナラティブと医療. 東京: 金剛出版, 2006: p.217-229.

209. 星野晋. 医療者と生活者の物語が会うところ. 江口重幸, 斎藤清二, 野村直樹編. ナラティブと医療. 東京: 金剛出版, 2006: p.70-81.
210. 前掲 142. p.38-69.