

# 豪雪地域における後期高齢者の サクセスフル・エイジングに関する研究

札幌医科大学医療人育成センター講師 山本 武志  
札幌医科大学医療人育成センター准教授 船木 祝  
愛媛大学教育・学生支援機構教職総合センター講師 高橋 平徳  
北海道科学大学保健医療学部助教 山本 道代

## 要旨

高齢社会白書によると、わが国の高齢化率は24.1%（2012年）であり、ほぼ4人に1人が65歳以上の高齢者となっている。さらに2035年には、高齢化率は33.4%まで上昇し、3人に1人が高齢者である社会が到来すると予測されている。65歳以上の高齢者がいる世帯は全世帯の42.6%を占め、その約半数は高齢者のみによって構成される、すなわち高齢者世帯となっている。また、高齢者世帯の約半数は単独世帯（ひとり暮らし）であり、高齢者人口全体から見ると女性では20.3%、男性では11.1%がひとり暮らしである。高齢者及び高齢者世帯、ひとり暮らし高齢者の増加は今後も続くことが予測されている。かれらの安寧な生活が保障されるために高齢者の生活をいかに支援するかは、昨今のわが国の政策における中心的な課題であり、国民ひとり一人がその社会構造の変化に対応しなくてはならないだろう。本稿ではひとり暮らし高齢者に注目し彼らの生活支援のありかたを検討した。

方法は、黒松内町在住の65歳以上の独居高齢者9名を対象としたインタビュー調査を行った。勤医協黒松内診療所に外来通院しているもしくは訪問診療を受けている高齢者を対象とした。分析は、インタビューの録音内容から逐語録を作成し、コード化、抽象化によるサブカテゴリー化・カテゴリー化を通じて行った。なお、本研究は札幌医科大学倫理委員会の承認を得て行った。

インタビューにより、高齢者のひとり暮らしの生活・人生を支えるものについて検討した。第一に、高齢者自身が「ひとり」であることを「寂しさ」ではなく「自由」として肯定的に捉えていることが挙げられる。その背景には健康で自立した生活が送れること、様々な束縛から解放を体感していることが挙げられる。第二に、規則正しい勤勉な生活サイクルを送っていることや、生活の一部に自然とのふれあいがあることが挙げられる。第三に、人生そのものを肯定的に眺めることができること、が挙げられた。

さらに、今後の研究の展開として留意すべき点は、第一に、高齢者の脆弱性に基づいて、施設等での生活への移行を余儀なくされる「トリガー」を明示するための継続的・縦断的な調査が必要とされること、高齢者の生活を「いま」の「点」ではなく、線として捉えるためにライフストーリーを重視した聞き取りが必要であること、第三に、地域間の比較にはそれぞれの土地にすむ人々の地縁や歴史について考慮することの必要性が指摘された。

最後に、ひとり暮らし高齢者の支援について、コミュニティ・カフェと心理的弾性概念の観点から検討を加えた。

## I. はじめに

高齢社会白書（内閣府、2013）によると、わが国の高齢化率は2012年10月1日現在で24.1%であり、ほぼ4人に1人が65歳以上の高齢者となっている。さらに2035年には、高齢化率は33.4%まで上昇し、3人に1人が高齢者である社会が到来すると予測されている。進展する高齢社会では、医療・福祉サービスの需要増大やそれに伴う社会保障費の膨張など、高齢者や高齢者を支える若・壮年層の生活を守るために、国家レベルでさまざまな問題に取り組まなくてはならない。

高齢者の生活や健康問題に目を向けると、家族形態の変化による高齢者世帯、独居高齢者の増加を指摘できる。2010年のデータ（厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課国民生活基礎調査室、2011）によると、65歳以上の高齢者がいる世帯は全世帯の42.6%を占め、その約半数は高齢者のみによって構成される、すなわち高齢者世帯となっている。また、高齢者世帯の約半数は単独世帯（ひとり暮らし）であり、高齢者人口全体から見ると女性では20.3%、男性では11.1%がひとり暮らしである。高齢者及び高齢者世帯、ひとり暮らし高齢者の増加は今後も続くことが予測されている。かれらの安寧な生活が保障されるために高齢者の生活をいかに支援するかは、昨今のわが国の政策における中心的な課題であり、国民ひとり一人がその社会構造の変化に対応しなくてはならないだろう。本稿ではひとり暮らし高齢者に注目し彼らの生活支援のありかたを検討する。はじめに、ひとり暮らし高齢者の人口増加の背景や、高齢者の社会的・精神的健康問題について総括する。そのうえで、「ひとり暮らしは孤独か」という問いへの回答を、実証研究の結果に基づいて考察する。最後に、ひとり暮らし高齢者の生活支援を考えるうえで、「心理学的弾性」概念の有効性について考察する。

### 1. 高齢者のひとり暮らし人口の増加：その背景について

65歳以上のひとり暮らし高齢者の増加は男女ともに顕著であり1980年に88.1万人であったのが、2010年には479.1万人にまで増加し、全高齢者における比率も9.5%から17.9%へと、30年間に実数で5倍、比率で2倍弱に増加している。さらに2035年には、762.2万人（20.4%）に増加すると推計されている（内閣府、2013）。

ひとり暮らし高齢者の生活を理解するうえで、ひとり暮らしの成り立ちを明示することが必要とされるだろう。その最も大きな要因は、わが国の世帯構造そのものが大きく変化していることが挙げられる。平均世帯人員数は、1953年に5.00（人）であったのが2012年には2.57（人）となっており、60年の間に一世帯の人員数は約半分になった（厚生労働省大臣官房統計情報部、2012）。1953年に約4割を占めた6人以上の世帯は、2010年には5%を切った。また、三世代同居世帯の割合は減り続けており、2010年時点で16.2%となっている一方で、夫婦のみ世帯の割合（29.9%）が増加している。

2点目の要因としては未婚率の増加が挙げられる。2010年の生涯未婚率（50歳時の未婚率）は男性20.1%、女性10.6%で、1955年の値（男性：1.2%、女性1.5%）に比較して大幅に増加している（国立社会保障・人口問題研究所、2013）。その他の要因としては、男女別平均寿命の格差拡大（配偶者と死別した後の生活期間の延長）や離婚率の上昇も一

因として挙げられるが、主として、結婚しない人口の増加や晩婚化や少子化による世帯の一世帯化が、ひとり暮らし高齢者が増加する要因になっていると考えられる。

## 2. 高齢者の社会的・精神的健康について

高齢者の身体的な健康問題として、主要な死因であるがんや脳血管疾患、心疾患などの慢性疾患を指摘できる。本研究ではひとり暮らしという高齢者の社会的状況に着目しているため、身体的な健康問題を除くうつ病などの精神健康、閉じこもりや衰弱そして自殺などの健康問題について概観する。

わが国の高齢者の自殺率は、戦後から一貫して高い水準に推移している。全自殺者数における60歳以上の自殺者は約4割(39.7%)を占める。近年の高齢者人口あたりの自殺者数は戦後直後の水準に比較して大幅に低下しているが、それでもなお他の年齢層に比較して高い水準にある(内閣府自殺対策推進室、2013)。自殺の原因としては、身体の病気(の悩み)を原因とする健康問題が最も多いが、うつ病を原因とする精神的な問題を原因とする自殺も少なくない。

うつについては、要介護認定を受けていない自立高齢者の約2割がうつ傾向またはうつ状態と推計されている(藤原他、2006)。また、在宅で生活している要介護状態(要支援～要介護3)にあるとされる後期高齢者においては、男性の7割、女性の5割強がうつ傾向またはうつ状態であることを示すデータもある(木村・神崎、2013)。高齢者のうつは、うつによる活動量の低下により、身体機能や社会的・心理的機能のさらなる低下を引き起こし、高齢者を要支援・要介護状態に導く(山縣他、2013)。また、高齢者のうつはその後の閉じこもりを引き起こすリスクを高める(梶他、2011)とされている。

閉じこもりは、一般的には「外出頻度が週1回未満(月に0～3回)」と定義されているが、高齢者において男性9.6%、女性6.8%が閉じこもりであるというデータがある(山崎他、2008)。さらに後期高齢者に限ると、その出現率は男性12.4%、女性16.2%と高くなる。他の研究(梶他、2011、宮原、2012)においても10%前後の値が得られており、また、年齢が高くなると閉じこもりになるリスクは高くなる。

## II. 方法

### 1. 対象

黒松内町在住の65歳以上の独居高齢者9名を対象とするインタビュー調査を行う。勤医協黒松内診療所に外来通院しているもしくは訪問診療を受けている高齢者を対象とした。

#### (1) 黒松内町について

本節では、本研究の対象となった黒松内町の概要について説明する。なお、下記のサイトをとくに参照している。( <http://www.asa.hokkyodai.ac.jp/research/staff/kado/kuromatsunai.pdf> )

## ① 歴史

黒松内町は松前藩の花岡利右衛門という人物が 1833 年に花岡宿（宿場）を設けたのが近代史のはじまりである。1871 年に北海道開拓使は花岡宿を官設宿場とする計画を立て、計 26 戸が入植し開拓を始めた。その後も入植は続き、1898 年に黒松内村が成立した。函樽鉄道株式会社の函館一小樽間の主要駅として、また、1931 年には金鉱脈の発見により、鉱山の町として栄えた。1955 年に黒松内村、熱郭村、樽岸村の一部が合併し三和村となり、1959 年に町制施行により三和町、同年 5 月に黒松内町となり、現在に至っている。

## ② 地理

黒松内町は後志総合振興局の管内南部に位置し、札幌市と函館市の直線距離における中間地点にある。日本海と太平洋の双方から近い距離にあるが、海のない内地地となっている。交通は札幌市内から車で 2 時間半程度でつく。JR でも特急と在来線の乗り継ぎで 2 時間半強（乗り換え時間含まず）であるが、1 日に 5 本程度（上り、下りともに）しかないので、JR でのアクセスは極めて限定される。

## ③ 人口

平成 27 年国勢調査の結果によると、黒松内町の人口は 3,082 人で、1955 年時に人口のピーク（7,438 人）を迎えたあと減少の一途をたどり、平成 22 年調査との比較では 5.2% の減少（-168 人）となっている。高齢化率は平成 22 年の調査によると 35.5% であった。面積は 345.7km<sup>2</sup> で人口密度は 8.9 人/km<sup>2</sup> であり、広大な土地に集落が分散して配置していることを物語っている。

## ④ 気候

黒松内町の年降水量は 1,629mm で、平均気温は 8.2℃、年降雪量は 619cm（いずれも 2015 年データ）であった（<http://www.jma.go.jp/jma/index.html>）。札幌市と同年データ比較すると、札幌市は 1,275mm、10.0℃、367cm であり、黒松内町の降雪量の多さが際立っている。

## ⑤ 産業

平成 22 年の国勢調査によると、全就業者数は 1,406 名であった。そのうち、医療・福祉産業に従事する者が 385 名（27.4%）、次いで、農林畜産業に従事する者が 227 人（16.1%）となっていた。町内には 1,000 頭以上の乳牛がおり、道東ほど大規模ではないが酪農を営む者が多い。

## 2. 方法

勤医協黒松内診療所（寺田豊所長）から紹介していただいた独居高齢者に、調査参加協力依頼書を黒松内診療所を通じて渡し、協力の意思を確認した。研究者 2 名と看護師または医師の 3 名により対象者の自宅を訪問し、調査の目的の説明をしたうえで研究協力への同意を得た。インタビューガイドを用いた半構成的インタビューを実施した。インタビュー内容は研究参加者の了承を得て録音した。

### (1) インタビューガイド

まず、基本属性として性別、年齢、家族状況、住居形態を確認した。次に一人暮らしの生活に関わる事項について質問した。(下記質問例)

- ・一人暮らしを始めてどのくらいですか。
- ・一人暮らしになった経緯についてお話し下さい。(死別、子供の独立、本人の意向など)
- ・毎日の生活でいつも行っていることを教えてください。(日課)
- ・一人暮らしの中で感じていることを教えてください。(孤独、寂しさ、辛さ、自責、怒り、楽しみ、満足感など)
- ・一人の生活を支えているもの(過去の生活体験、人生経験)
- ・ひとりであること、孤独をどう捉えているか
- ・冬季の活動(外出、雪かき、夏季の活動との違い)

次に、ソーシャルサポート、ソーシャルネットワーク、交流について質問する。

- ・周囲の人々との関係について感じていることを教えてください。(ありがたかったこと、心遣い、交友関係、困ったこと、迷惑、偏見など)
- ・地域についての思いをお話し下さい。(助け合い、つながりの希薄や欠如など)
- ・一人暮らしの生活で支えになっていることを教えてください。(地域活動への参加、子供、近所づきあい、友人関係、趣味、信仰、健康、福祉サービスなど)
- ・辛いときにサポートしてほしいことは何か(話を聴いてほしい、そばにいてほしい、用事を頼める、住宅や財政面での自治体からの援助など)
- ・周囲や社会に訴えたいことはありますか。
- ・活動、人間関係の縮小(凝縮化)
- ・他者から頼りにされる活動、関係性

最後に、今後の生活の展望について語ってもらう

- ・今後の暮らし方への思いをお話してください。
- ・人生の総括に向かっているか？

また、上記にかかわらず、日々の思い、人生の振り返りとして自由に語ってもらった。

### (2) 分析方法

インタビューの録音内容から逐語録を作成し、逐語録の内容に基づいてラベルをつける。ラベルを集約された形でコード化され、コードを抽象化したものとしてサブカテゴリーを形成した。サブカテゴリーをさらに抽象化してカテゴリーとした。

### (3) 倫理的配慮

札幌医科大学倫理委員会の承認を得たうえで研究に着手した。以下の9点について対象者に口頭及び書面で説明し、同意を得た上で(同意書に記名)インタビューを行った。

- ① お話の内容は、研究以外の目的で使用することはありません。

- ② インタビューの内容は、同意した場合に録音されます。
- ③ 録音テープやメモは、研究終了後 5 年を経過した時点で速やかに破棄いたします。
- ④ 個人のお名前などが外部に出ることはありません。
- ⑤ データの管理は、札幌医科大学の船木祝が責任を持って行います。
- ⑥ インタビューへの協力を途中でお断りになることも自由です。
- ⑦ 研究の成果は、学会や学術雑誌などで公表する可能性があります。公表の際は、プライバシーの保持に十分配慮いたします。
- ⑧ 研究参加への同意をしなくても、なんら不利益を被ることはありません。
- ⑨ 研究参加への同意はいつでも撤回が可能です。電話、メール、郵送等の手段で、下記の研究実施責任者までご連絡ください。

### Ⅲ. 結果・考察：高齢者の支援を考える

#### 1. ひとり暮らしの生活・人生を記述する

##### (1) 「ひとり」の意味、意義を考える

ひとり暮らし高齢者の多くは「ひとり」であることを肯定的に語っている。「ひとり」であることの肯定的意味は、ひとりできのままに、自分のペースで自由に生活することができるという点にある。「ひとりできのままに」が「寂しさ」ではなく「自由」と感じられることの背景にはいくつかのことがある。第一に健康で自立した生活が送れるということ、第二に、食事、清掃、洗濯など、ある程度の家事をこなすことができる生活力があること、第三に様々な意味での「束縛」を体験していることが挙げられる。束縛についてはいくつかのパターンで語られているが、厳しい労働であったり、長期間の介護であったり、幼少期の貧しい生活であったりするが、それらからの解放が「ひとり」の肯定的意味を際立たせるものにつながっていると考察できる。

##### (2) ひとり暮らしの生活の実態

ひとり暮らし高齢者の生活は、勤勉で規則的である事例をしばしば目にする。逆に言えば、そのような生活を成り立たせることができるからこそひとり暮らしが成立しているとも言える。朝起きてご飯を炊き、仏壇/神棚にご飯等を供える、掃除・洗濯をするといった変化のない日々の生活が淡々と過ぎていることも彼らの生活の特徴の 1 つである。また、黒松内の高齢者の特徴でもあるが、野菜や生花の栽培、山菜採りといった自然との結びつきが多くの人に認められた。決して規模は大きくないものの彼らの生活の一部であり、喜びの一つであることは間違いない。また、収穫された野菜や山菜が、ソーシャルネットワーク内での喜びの共有やコミュニケーションの一助になっていることも見受けられた。

##### (3) ひとり暮らし高齢者の脆弱性

ひとり暮らし高齢者の多くが共通して述べるのは「支援は必要最小限に」、「いつまでも今住んでいる家で暮らしたい」、といったことである。しかしながら、疾病やケガにより急

激にADLが低下したり、日常的な支援ネットワークの崩壊により、従来の生活が維持できなくなることがある。われわれは2013年に札幌市と留萌市においてひとり暮らし高齢者の調査を行ったが、健康で自立した生活をしている対象者においても、その後2-3年以内に亡くなったり、施設での生活に移行する高齢者が多く認められた。結果的に、健康でひとりで暮らしている高齢者の脆弱性が明らかにされたといえる。現行のひとり暮らしを希望しながらも、施設等での生活への移行を余儀なくされる「トリガー」が存在する。ひとり暮らし高齢者に対する継続的なかわり、継続的な調査はこの「トリガー」を明確にすることとともに、その後の高齢者の生活・QOLの変遷を明らかにすることが出来るだろう。それにより、彼らがひとりで元気であるうちに準備すべきことやその支援について検討することが出来るだろう。

一方で、われわれはひとり暮らし高齢者の生活・人生をささえるものについて調査を重ね考察を加えてきたが、ひとり暮らし高齢者は現時点でそれを可能にするべく健康状態・社会経済的状态にあるがゆえにひとり暮らしであるともいえる。高齢者夫婦のみの高齢者世帯など、支え合うが故にその脆弱性が外部からは見えにくくなっている者もいることが考えられる。今後は、生活形態を問わず、脆弱な高齢者の生活・人生に視点を移してさらに研究をすすめていく必要性があると考えられる。

#### (4) 人生を肯定的に語る

ひとり暮らしをする高齢者の語りにおいて共通に認められるものは、人生の終盤にさしかかり、自身の人生を俯瞰で眺め、それを肯定的に語るという点にある。ここでの「肯定的」は、必ずしも良いことばかりがあったという意味ではない。むしろ、苦難の時代があって、それを恨むのではなく、乗り越えてきたという誇りや価値のある体験として意味づけられている、という意味での「肯定的」である。肯定的に語られること、否定的に語られることの違い、背景の違いはさらに検討されなくてはならないが、高齢者の生活・人生との関係が認められる。

#### (5) ライフストーリーを聴取する重要性

ライフストーリーとは、「個人のライフ（人生、生涯、生活、生き方）についての口述（オーラル）の物語である。また、個人のライフに焦点をあわせてその人自身の経験をもとにした語りから、自己の生活世界そして社会や文化の諸相や変動を全ホリスティック体的に読み解こうとする質的調査法の一つ（桜井・2012）。」である。高齢者の「いま」のひとり暮らしの生活を支えているのは彼らの人生体験、生活体験そのものである。家族の世話や介護から解放されてひとりを謳歌する生活も、生涯伴侶を得ることなくひとりの生活に意義を見いだす者も、ひとり暮らしの意義を肯定的に捉えていることには違いないが、「いま」に至るプロセスには全く異なるものがある。ひとり暮らし高齢者の生活は、点ではなく線で捉えることにより、彼らの生活・人生を支えているものを明らかにすることができると思われる。

#### (6) 地縁・歴史

黒松内という町は、明治時代の入植の歴史が現在の生活にも大きな影響を及ぼしている

地域である。対象者の多くはこの町の出身か、もしくは近隣の町村から仕事や結婚のために移動してきている。札幌や留萌において、ひとり暮らしを継続する意思是「この家で」暮らすことに主眼がおかれているが、黒松内町では「この地域の」を含んだ「この家で」が意図されている。どの地域においても、とりわけ都市部に住む子との同居には消極的な声が聞かれるが、黒松内町では他地域への転居は消極的というよりも、そもそも彼らの選択肢にないように見受けられる。このような地縁や歴史への深慮なく安易に施設等での生活をすすめることは無意味であるし、転居等を余儀なくされた場合の生活・精神の破綻には、十分に配慮されなくてはならないだろう。

## 2. 保健医療福祉型コミュニティ・カフェ活動による高齢者支援の展開

医師・看護師・保健師や保健医療福祉施設が運営するコミュニティ・カフェ及びその機能を発揮する施設や取り組み（以下、「保健医療福祉型コミュニティ・カフェ活動」とする）が増えている。従来の保健・医療・福祉の枠組みを飛び越えて保健医療福祉専門職がコミュニティ・カフェを運営するという事は、現行の保健医療福祉制度では対応できない問題や住民のニーズの存在を示していると言える。本章では、保健医療福祉型コミュニティ・カフェ活動について、その機能・役割と展望・課題について考察する。

### （1）コミュニティ・カフェ活動とは：その特徴

2005 年前後からわが国で普及した（後述する）サイエンス・カフェに代表される「カフェ型コミュニケーション」は幾つの特徴を持つ。第 1 に、カフェは「特定の目的のために人々が集う場であるが、広く『市民』が参加者として想定されており、『成員共通の目標』や『規範の形成』といった集団的特徴を認めることが困難な場である（日高，他，2014）」、さらに、「『カフェ』という気軽な雰囲気という言葉を重ねることで、研究者の難しい話を拝聴することから解放された、気安く語りやすいコミュニケーションの場が連想できる（朝野，2008）」、すなわち自然発生的で暫時の緩やかな紐帯をもつ参加者が想定される。第 2 に、科学者（医療者）と市民（患者）が対等な関係で自由に対話を行い、相手のコンテクストをより深く理解するという場である（孫，2012）（日高，他，2014）という特徴を持つ。

### （2）保健医療福祉型コミュニティ・カフェ活動の隆盛

本章ではコミュニティ・カフェおよびそれに類する機能を持つ組織・取り組みとして、ケア・カフェ、みんくるカフェ、メディカル（サイエンス）・カフェ、まちの保健室を取り上げる。

ケア・カフェは旭川医科大学病院の緩和ケア医である阿部が 2012 年に始めた活動で、主として地域の医療福祉専門職の交流を意図したものである。北海道を中心に全国各地で開催されるようになり、2014 年からは全国大会が開催されている。また、がん患者や家族の支援に特化したカフェ（高橋，2015）も開催されている。

みんくるカフェは東京大学の孫らが 2010 年に始めた活動で、「医療や健康をめぐる話題について市民・患者と医療・介護・福祉系専門職がともに参加して対話を行い、互いに学び合うカフェ型ヘルスコミュニケーション活動」（孫・菊地・中山，2015）と定義されている。現在まで 34 回のカフェ、12 回の健康医療みんくるファシリテーター育成講座を開



催しており、国内では最も活発に活動している組織といえる。

メディカル・カフェは街のオープンスペースを利用し、保健・医療・福祉の専門家をゲスト・スピーカーに迎えて特定のテーマについて市民と語りあうイベントで、2008年に北海道医療大学と札幌医科大学が共同ではじめたものである。札幌駅前の書店のオープンスペースを利用したメディカル・カフェはすでに30回以上の開催実績がある（2013年からは北海道医療大学の単独開催）。札幌医科大学は、2013年から北海道各地の信用金庫等でのメディカル・カフェの開催に取り組んでいる。いずれの大学も医学・保健系学科のカリキュラムに選択科目として組み込まれており、企画と実施を学生主体で行っていることに特色がある。

メディカル・カフェは世界的な取り組みとなっているサイエンス・カフェを模した造語である。サイエンス・カフェはフランスにおいて1992年に「哲学を大学から市民の元へ」というコンセプトのもと、哲学カフェ（Café Philosophique）が開催されたのが発祥とされている（松田，2008）。その後、2004年に日本に紹介され、全国に広がった取り組みである。

まちの保健室は、日本看護協会が2000年から「まちの保健室」推進計画によってモデル事業として設置を進めてきた取り組みである（山崎，2005）。まちの保健室は「学校に保健室があるように、妊娠・出産から子育て支援、生活習慣病や看取りまで健康な時も病気の時も、心や身体についてのさまざまな気がかりや問題を看護職に気軽に相談できる場を地域で開設し、他の機関やNPO・住民等とともに運営していく場（中村，2004）」である。

「まちの保健室」活動は大きく2つのタイプに分けることができる。1つは市町村が運営するまちの保健室で、市町村保健センターの一部の機能をまちの保健室として出張させ、健康相談や健康診査を行う類いのものである。もう1つのタイプは、自治体以外のNPO法人や訪問看護支援センターなどの民間事業者が設置するまちの保健室で、機能としてはコミュニティ・カフェに近く、健康相談だけではなく地域住民市民が集う場所を提供している。本稿では後者を保健医療福祉型コミュニティ・カフェ活動と見なす。

### （3）保健医療福祉型コミュニティ・カフェの機能・役割

前章ではケア・カフェ、みんくるカフェ、メディカル・カフェ、まちの保健室など保健医療福祉型コミュニティ・カフェ活動について紹介した。本章ではその活動の機能を論じる。

保健医療福祉型コミュニティ・カフェの第1の機能として挙げられるのは、「補完的ケア・相談機能」である。医療・福祉による医療行為やサービス提供は、医療では診療報酬、介護では介護報酬に規定されている。もちろん、看護ケアのように診療報酬に対応しない行為やサービスはあるものの、あくまで外来診療や入院診療の枠組みの中で提供されているものである。薬や治療・ケアの情報の授受や、治療選択に関わる意志決定は、本来はそれぞれの医療専門職によって情報提供がなされ、医療の枠組みの中で意思決定のプロセスが進められていく。医療の枠組みにおける時間的障壁、経済的障壁、制限された場であるという空間的障壁により、情報提供や相談のニーズが潜在化し、結果的に、障壁の少ない保健医療福祉型コミュニティ・カフェに持ち込まれ、医療機関の代替的な機能を果たして

いると考えられる。

第2の機能として健康教育・学習の機能がある。この機能は自治体や医療機関、大学等による健康講座が一般的であるが、情報の流れは専門家から市民への一方向的で、学習者の役割は受動的で静的なものである。市民はより積極的に学び、専門家との対話を求めている。保健医療福祉型コミュニティ・カフェでは、一部ではアクティブ・ラーニングの方法が導入され、学習者がより積極的に学び、専門家との対等で自由度の高い対話を可能にしている。

第3に、保健医療福祉型コミュニティ・カフェの機能として、コミュニティ・ビルディングや地域活動の拠点づくり、地域住民のネットワーク化を挙げることができる。今日まで、これらの機能は地域の自治会・老人会等が担ってきたが、老人クラブの会員数は減っており（全国老人クラブ連合会，2016）、また、町内会・自治会の加入率・参加頻度も著しく減っており、近所付き合いは希薄化している（内閣府，2009）。健康・病気・医療は多くの住民が関心を持つであろう普遍的なテーマであり、それを鍵にした保健医療福祉型コミュニティ・カフェ活動は、コミュニティ・ビルディングや地域拠点、地域のネットワーク化を担う新しい活動であり住民の集いの場としての機能も期待されている。

#### （4）保健医療福祉型コミュニティ・カフェ活動による高齢者支援の展開と課題

本章では保健医療福祉型コミュニティ・カフェ活動の課題について述べる。第1に、保健医療福祉型コミュニティ・カフェの、事業としての採算性の問題が挙げられる。山本（2005）は、NPO 団体が運営するコミュニティ・ビジネスの事業は赤字の団体が多いことを指摘している。2011年から東京都新宿区の暮らしの保健室を運営しているケアーズ白十字訪問看護ステーション代表の秋山氏は、暮らしの保健室開設に当たって厚生労働省の在宅医療連携拠点モデル事業に採択されたことから運営費の目処がついたことを述べている（看護 roo，2014）。保健医療福祉型コミュニティ・カフェ活動は、運営主体が保健医療福祉機関や保健医療福祉専門職であることが多いことから、活動場所や運営のための人材が確保されていたり、採算性が重視されないことが予想される。しかしながら、運営費が自治体等の助成金に依存している場合は組織・活動の持続可能性が不安視されるし、本体事業にとってコミュニティ・カフェ活動を推進する大義名分がなくなれば、赤字を補填してまでも運営する意義はないだろう。ゆえに、コミュニティ・カフェ単体としての採算性や、本体事業との関係にどのような意義を見出しているかを明示することが、安定した持続可能なコミュニティ・カフェ活動の重要な要素と言える。

第2に、保健医療福祉型コミュニティ・カフェ活動は市民・住民の学習の場であることに由来する問題である。保健医療福祉専門職と市民・住民の間には情報の非対称性があり、両者の間には圧倒的な知識・情報量の差がある。ゆえに従来から問題視されている保健医療専門職によるパターンリスティックな介入が保健医療福祉施設での介入を超えて、コミュニティ・カフェ活動においても展開される可能性を孕んでいる。第2章で述べたように、コミュニティ・カフェ活動が誰でも気軽に参加できて自由で対等なコミュニケーションが生まれる場であるのならば、それはもはやカフェではなく、健康教育・保健指導の場が保健医療福祉施設の外に移されただけに過ぎない。そのようなコミュニティ・カフェは必然的に、教育・指導の対象者となるのを好まない市民を排除する結果になることが予測され

る。情報の非対称性という根本的な問題を乗り越えて、カフェ型コミュニケーションの特徴をいかに維持できるかが、持続可能なコミュニティ・カフェの運営に必要なことと考えられる。

第3に、保健医療福祉型コミュニティ・カフェがとりわけ健康・病気・医療というテーマを抛り所にして運営されていることに関係している課題を指摘できる。新田(2013)は、高齢者の社会的孤立・孤独死の対策として、地域を基盤とした「関係づくり」がその主要な対策に据えられていることの問題を指摘している。地域で高齢者が集うサロンは既存の住民ネットワークが基盤となっており、孤立している人々までをも巻き込んで地域のネットワークを再構築するものではない、というのである。この指摘に従えば、地域で展開されるコミュニティ・カフェでは、コミュニティ・ビルディングや地域づくりに多くの住民を参加させたいというアウトリーチの機能を果たせないことが考えられる。健康・病気・医療は多くの人にとっての関心事ではあるが、それを鍵にコミュニティ・ビルディングを行うことは、健康・疾病・医療に関心がない人を地域から排除することにつながる可能性がある。

本節では、近年隆盛を極めるコミュニティ・カフェ活動について紹介し、その機能と今後の展開に向けた課題について議論した。本稿は、さまざまなコミュニティ・カフェ活動が地域住民の抛り所として機能したり、学習・教育、啓発の機能を果たすことを否定するものではない。むしろ、コミュニティ・カフェ活動の限定された機能や限界について十分に理解することが、活動の効果を高めることにつながり、アウトリーチの機能などコミュニティにおける他の活動によって果たされるべき機能との役割分担につながるものと考えられる。

### 3. 高齢者の生活・人生をささえる「しなやかさ（心理的弾性）」を検討する

#### (1) 心理学的弾性とは何か

「心理学的弾性」は著者による造語であるが、後述する「レジリエンス (Resilience)」、「首尾一貫感覚：SOC (Sense of Coherence)」、「リカバリー (Recovery)」といった、「逆境や困難を通じて育まれる、また、それらに適応・克服するプロセスを含む、内的な力、しなやかさ」と定義することができる。以下、それぞれの概念について簡単に説明を加える。

レジリエンスは、1980年代から小児保健領域や精神科領域（児童虐待や心的外傷の研究等）で用いられるようになった概念である。レジリエンス概念の起源にはいくつかのものがあるが、その1つとして以下の研究を挙げることができる。Werner と Smith (1982) は、1955年に出生した貧困、暴力、両親の病気などハイリスクな環境にある698人の子どものうち、約3分の1が能力のある、信頼できる、配慮のできる成人となったことを報告しており、この縦断研究が防御因子すなわちレジリエンス概念が生まれる基礎の1つとされている（加藤・八木、2009）。

レジリエンス概念について総括した庄司(2009)の秀逸な論文では、レジリエンスは「リスクや逆境にもかかわらず、よい社会適応をすること」という意味であり、「個人的、家庭的、社会的な諸要因」の「連続的な相互作用、つまり『過程』としてとらえるべきであると考えられるようになってきた」としている。さらに、「そのような要因の中で、自分ある

いは自分の置かれた環境をどう捉えなおすか、自分の体験をどう捉えなおすか、つまり自己理解 (self-understanding) は重要だろう」と述べている。

SOC は、疾病がいかんにしてつくられるか (疾病生成論) ではなく、いかんにして健康がつくられるか、すなわち健康生成論に着目した概念で、健康がつくられる源泉となるものが SOC (の汎抵抗資源) としている。SOC は、深刻な心的外傷 (トラウマ) を体験しているであろう 51 人 (重い身体障害、近親者の死亡、困難な経済状態、強制収容所留置など) へのインタビューによって、SOC が強い者と弱い者がおり、この両者では人生の見方が異なることを明らかにしている。SOC の提唱者であるアントノフスキー (2001) は、著書で以下のように SOC を定義している。

「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) 規模の志向性のことである。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、予測と説明が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。」

リカバリー概念は 1980 年代における精神障害者のコンシューマー／サバイバー運動に由来している (Shepherd 他、2010)。リカバリーの概念について Anthony (1993) は以下のように述べている。

「リカバリーは十分に個人的で、人々の態度、価値、感情、ゴール、スキル、ルールを変える独特なプロセスである。それは、たとえ病気によって引き起こされる限界があっても、満足し、望みを持ち、人生を捧げる 1 つの方法である。リカバリーは、精神疾患の破壊的な影響を乗り越えて人々が成長するように、人々の人生における新しい意味と目的の創造を含んでいる。精神疾患からのリカバリーは病気それ自体からの回復以上のものを含んでいる。精神疾患を有する人は、彼らの存在そのものに伴うスティグマ、治療環境の病原論的な影響、自己決定の機会の欠如、失業のネガティブな影響、夢の破壊、などからも回復しないとイケないかもしれない。リカバリーはしばしば複雑で、時間がかかるプロセスである。(著者翻訳)」

「レジリエンス」、「SOC」、「リカバリー」の 3 つの心理学的弾性概念の定義と成り立ちについて簡単に述べたが、それぞれの概念の臨床的・学問的背景が異なるものの、その共通点を見出すことができる。第一に、いずれの概念も困難や逆境を体験するプロセス・過程を謳っていることが挙げられる。どの概念も個人の能力、力、特性を表す概念として位置づけることが可能だが、それだけではなくその力・能力が涵養されるプロセスを含んでいる概念である。心理学的弾性概念は、体験を通して学び、身につけられ、内面化され、それを資源としてさらなる体験に立ち向かっていくという、円環的な概念であるといえる。

第二に、これらの概念はエンパワメントの概念であるといえる。エンパワメントは一見するとエンパワーする援助者側から被援助者に向けられるまなごしを意味する概念と思われがちであるが、エンパワメントは当事者が失われている力を自分自身で取り戻していくプロセスであり、当事者側に焦点のある概念である。

## (2) 心理学的弾性研究の課題・問題点

日本におけるレジリエンス研究は、幼児から大学生までを対象としたものが中心であり、高齢者のレジリエンスは十分に検討されているとはいえない(石原、2012)。SOCについては、ストレス対処能力を測る概念として尺度化、汎用化された結果、思春期のストレス対処能力(山崎・戸ヶ里、2011)や産業保健領域での研究が多く認められている。また、リカバリー概念については精神障害者等の障害者を中心にその概念が適用されており、高齢者にこれらの概念を適用した研究は、少なくとも国内ではほとんど認められない。

SOC研究について、その形成過程を明らかにした研究は少ない(Lundberg、1997、田中他、2010)といわれているように、これらの心理学的弾性が育まれる過程についてはよくわかっていない。SOCについては、Antonovsky's sense of coherence scaleが開発されており(Eriksson & Lindström、2005)、リカバリーについては、Recovery Assessment Scale (RAS)をはじめとして、複数の尺度が開発されている(千葉・宮本、2009)。また、レジリエンスについては、海外で開発された15もの尺度が確認されており(Windle他、2011)、本邦でも対象者別のさまざまな尺度が開発されている。

これらの尺度を利用した研究は国内外で数多く行われているが、尺度を利用した研究でわかることは、集団において相対的に脆弱(または頑強)である人が特定されたり(スクリーニング)、相対的に脆弱(または頑強)な人の集団特性が明示されることである。このようなことを知ることは公衆衛生的には好ましいことかもしれない。しかし、このように尺度を利用した研究は、心理学的弾性が発見され重視されてきた過程やその意味に照らし合わせて考えると、決して有用なものではないと考えられる。第一に、心理学的弾性が涵養される過程は個人によって異なり、集団一律に測定することが困難であること。第二に、心理学的弾性はエンパワメントの内的なプロセスであり、そもそも相対的に高い(強い)、低い(弱い)ことを外部者が判断すべきような概念ではないこと、が挙げられる。Waller(2001)、庄司(2009)がレジリエンス研究には自然観察あるいは参与観察、エスノグラフィックな研究が適していると述べているように、心理学的弾性概念は測定・比較のための概念ではなく、個人の支援に対して臨床的、実践的に活用、適用されることが望ましいと考える。

## (3) 心理学的弾性概念を活用したひとり暮らし高齢者の支援を考える

高齢者の「ひとり暮らし」や「独居」が社会問題化しているが、それは高齢者自身にとっての問題なのであろうか。社会問題化されているのは、支援する側にとっての困難、困惑、葛藤といった問題ではないだろうか。ひとり暮らし高齢者の膨大な研究レビューと、自身の研究実践の成果を報告している河合(2009)は、著書の中で援助やサービスを拒否する高齢者の存在を指摘する研究を紹介し、そのような孤立し潜在化している困難ケースの研究は現代の重要なテーマであると述べている。これは、支援しようとする側の支援と、支援を受ける側のニーズ(この二分法そのものが問題でもあるが)のミスマッチであり、支援する側が、「必要とされる支援とは何か」、「そもそも支援とは何か」を本質的に理解しなくては、支援はスタートしないことを示している。ペプローはひとり暮らし高齢者について、『不遇』は社会心理的というよりはむしろ、経済的、社会学的なものかもしれない。

(中略)つまり自宅に住み続けることを可能にさせてくれるような社会政策を最も喜ぶかもしれない。(中略)ひとりで暮らすことに十分価値を感じている」と述べている。高齢者のひとり暮らしの意味・価値は、支援する側が考えるよりも高齢者本人にとって価値のあることなのかもしれない。支援する側ができることは(その人にとっての生命・生活の質が壊滅的に損なわれない範囲で)、いかにひとり暮らしが維持され、それを支えることができるか、にすぎないかもしれない。

本研究で心理学的弾性概念を取り上げた理由は、ひとり暮らしという状況を生き抜く高齢者を支えている高齢者個人の歴史があり(たとえ支援する側から見てなんらかの支援が必要な状況だとしても)、それを理解し尊重することなく、支援するという立場に立つことは難しいのではないかと考えたからである。ひとり暮らし高齢者の支援を考えるうえで、そのひとのしなやかさ(心理学的弾性)とそれが作られてきた背景やプロセスを念頭においた関わりが必要であると考え。

また、Langelandら(2006)はSOCのRandomized Control Trialの研究の中で、精神衛生上の問題を抱えつつ地域で暮らす人たちに、健康生成論の観点から16週(毎週1回1.5時間)にわたる会話治療グループを行っている。その結果、統制群との比較でSOC得点およびSOCの1構成要素であるManageability(処理可能感)得点の有意な上昇を認められた。高齢者に限定されない精神衛生上の問題を抱える人たちを対象とする研究が、ひとり暮らし高齢者の支援に必ずしも適用できるとはいえないが、心理学的弾性は高められるという示唆は重要である。エンカウンターグループやコミュニティビルディングの技法がSOC形成には有効であるかもしれない。

## 文献

- 阿部泰之「医療者・介護者・福祉者のためのケア・カフェ」、<http://www.carecafe-japan.com/>、(参照2016-2-1)。
- アントノフスキー(山崎喜比古・吉井清子監訳)(2001)『健康の謎を解く：ストレス対処と健康保持のメカニズム』有信堂高文社
- 朝野裕一(2008)「あさひかわサイエンス・カフェを立ち上げて：科学で地域を盛り上げる試み」『科学技術コミュニケーション』3：129-136
- 千葉理恵・宮本有紀(2009)「精神疾患を有する人のリハビリに関連する尺度の文献レビュー」『日本看護科学会誌』29(3)：85-91
- 藤原佳典・天野秀紀・熊谷修・吉田裕人・藤田幸司・内藤隆宏・新開省二(2006)「在宅自立高齢者の介護保険認定に関連する身体・心理的要因：3年4ヵ月間の追跡研究から」『日本公衆衛生雑誌』53(2)：77-91
- 船木祝・山本武志・旗手俊彦・栗屋剛(2015)「高齢者の一人暮らしを支えている精神的・社会的状況」『北海道生命倫理研究』3：13-26
- 日高友郎・水月昭道・サトウタツヤ(1994)「サイエンスカフェにおけるファシリテーターの集団維持機能：市民—科学者間の会話を支える要因に注目して」『実験社会心理学研究』54(1)
- 広井良典(2000)『ケア学：越境するケアへ』医学書院
- 北海道医療大学「メディカル・カフェレポート」<https://www.hoku-iryo-u.ac.jp/~gakumu/gp/medicalcafe/>

(参照 2016-2-1)

- 石原房子(2012)「老人の力：レジリエンスの視点から」『老年社会科学』34(2)：153
- 看護 roo (2014)「在宅医療の新しいかたちを模索：暮らしの保健室」  
<https://www.kango-roo.com/sn/a/view/850> (参照 2016-2-1)
- 加藤敏・八木剛平 (2009)『レジリアンス：現代精神医学の新しいパラダイム』6-12
- 河合克義 (2009)『大都市のひとり暮らし高齢者と社会的孤立』法律文化社 61-67
- 木村裕美・神崎匠世(2013)「在宅後期高齢者のうつ傾向に関連する研究」『日本農村医学会雑誌』61(6)：915-924.
- 梶勇三郎・川口淳・酒井太一・河原田康貴・兒玉尚子・藤知子 (2011)「高齢者の閉じこもりに関連する要因の分析」『久留米医学会雑誌』74(6-7)：163-171
- 厚生労働省大臣官房統計情報部(2012)『グラフで見る世帯の状況：国民生活基礎調査(平成 22 年)の結果から』(参照 2013-12-26) [www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/20-21-01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/20-21-01.pdf)
- 厚生労働省大臣官房統計情報部社会統計課国民生活基礎調査室(2011)『平成 22 年国民生活基礎調査の概況』(参照 2013-12-18) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/1-2.html>
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2013)『人口統計資料集 2013 年版』(参照 2013-12-26)  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Popular/Popular2013.asp?chap=0>
- 松田健太郎 (2008)「日本のサイエンスカフェをみる：サイエンスアゴラ 2007 でのサイエンスカフェポスター展・ワークショップから」『科学技術コミュニケーション』3：3-15
- みんくるプロデュース (参照 2016-2-1) <https://www.facebook.com/minclecafe/>
- 宮原洋八 (2012)「地域高齢者における閉じこもりとライフスタイルとの関連」『ヘルスプロモーション理学療法研究』2(2)：53-57
- 内閣府 (2009)『平成 19 年版国民生活白書』内閣府
- 内閣府 (2013)『平成 25 年版高齢白書』内閣府 2-3
- 内閣府自殺対策推進室 (2013)『平成 24 年中における自殺の概況』(参照 2013-12-18)  
<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/pdf/h24joukyou/gaikyou.pdf>
- 中村悦子 (2004)「地域における看護提供システムモデル事業『まちの保健室』その構想と実践をとおりた一考察」『新潟青陵大学紀要』4：109-121
- 新田雅子 (2013)『『孤独死』あるいは『孤立死』に関する福祉社会学的考察：実践のために』『札幌学院大学人文学会紀要』93：105-125
- ペプロー(加藤義明監訳) (1988). 『孤独感の心理学』誠信書房. 202-229
- Shepherd, G・小川一夫・長谷川憲一・伊勢田堯(2010)「英国における精神科医療改革の動向と精神医学：'リカバリー'の概念：精神保健サービスの構築と提供の意義」『臨床精神医学』39(2)：165-179
- 庄司順一(2009)「レジリエンスについて」『人間福祉学研究』2(1)：35-47
- 孫大輔 (2012)「新しい患者-医療者関係の構築に向けて：カフェ型ヘルスコミュニケーションの可能性」『日本ヘルスコミュニケーション学会学術集会プログラム・抄録集』4：13-17
- 孫大輔・菊地真実・中山和弘 (2015)「カフェ型ヘルスコミュニケーション『みんくるカフェ』における医療系専門職と市民・患者の学び」『日本ヘルスコミュニケーション学会雑誌』5(1)：37-45
- 高橋美保 (2015)「がん患者のケアをつなぐコミュニティへ：ケア・カフェきたかみ」『がん看護』20(7)：710-712
- 滝澤公子・室伏きみ子 (2009)『サイエンスカフェようこそ！：科学と社会が出会う場所』富山房イン

ターナショナル

- 田中小百合・榎本妙子・堀井節子・三橋美和・徳重あつ子・福本恵(2010)「地域住民の健康保持能力(SOC)の強化に関する縦断的検討」『日本看護研究学会雑誌』33(5): 75-82
- 山崎摩耶(2005)「"まちの保健室"から始まるコミュニティケア: 日本看護協会が進める"まちの保健室"」『コミュニティケア』7(3): 12-13
- 山本誠次郎(2005)「コミュニティ・ビジネスの課題と展望」『日本計画行政学会第29回大会研究報告要旨集』
- 山本武志(2014)「ひとり暮らし高齢者の人生・生活を支える「心理学的弾性概念」の検討」『北海道生命倫理研究』2: 20-27
- 山崎喜比古・戸ヶ里泰典(編)(2011)『思春期のストレス対処力 SOC: 親子・追跡調査と提言』有信堂高文社
- 山崎幸子・橋本美芽・藺牟田洋美・繁田雅弘・芳賀博・安村誠司(2008)「都市部在住高齢者における閉じこもりの出現率および住環境を主とした関連要因」『老年社会科学』30(1) 58-68
- 山縣恵美・山田陽介・杉原百合子・小松光代・木村みさか・岡山寧子(2013)「地域在住の自立高齢女性における体力と抑うつ状態との関連」『日本公衆衛生雑誌』60(4): 231-240
- 全国老人クラブ連合会(2016)『老人クラブ「100万人会員増強運動」5カ年計画(平成26~30年度)』全国老人クラブ連合会
- Anthony, W. A. (1993). Recovery From Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of epidemiology and community health*, 59(6), 460-466
- Fukunaga, R., Yasuhisa, A., Youichi, N., Asuka, K., Noboru, F., & Manabu, I. (2012). Living alone is associated with depression among the elderly in a rural community in Japan. *Psychogeriatrics*, 12(3), 179-185
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of psychosomatic research*, 11(2), 213-218.
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., Nortvedt, M. W., Kristoffersen, K., Wahl, A. K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient education and counseling*, 62(2), 212-219.
- Lundberg, O. (1997). Childhood conditions, sense of coherence, social class and adult ill health: exploring their theoretical and empirical relations. *Social science & medicine*, 44(6), 821-831.
- Windle, G., Bennett, K., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and quality of life outcomes*, 9, 8-8.