

# 博 士 論 文

要支援・軽度要介護高齢者の社会参加に向けた  
リハビリテーションモデルの構築  
－健康生成論と Sense of Coherence の視点を用いた  
調査と実践から－

Establishment of a Rehabilitation Model for Elderly in Need of Support and Light Care to Promote Social Participation : From the Research and Practice based on the Salutogenesis and Sense of Coherence Perspective

2020 年度

日本福祉大学大学院  
福祉社会開発研究科  
社会福祉学専攻博士課程

氏 名：山本 泰雄

# 論文要旨

氏名： 山本 泰雄 印

## ◆論文題目

要支援・軽度要介護高齢者の社会参加に向けたリハビリテーションモデルの構築  
－健康生成論と Sense of Coherence の視点を用いた調査と実践から－

## ◆要 旨

### 1. 本研究の目的

我が国の地域在住高齢者におけるリハビリテーションでは、身体機能に偏ったアプローチが施されることが多く、世界保健機関（WHO:World Health Organization, 以下 WHO）が示した国際生活機能分類（ICF:International Classification of Functioning）で示される「活動・参加」に至らないことが多いと指摘されている（厚生労働省 2015「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書」）。

地域在住の要支援・軽度要介護高齢者の社会参加に向けたリハビリテーションとはどのようなものであるべきか。本研究では、Antonovsky が提唱した健康生成論並びにストレス対処・健康生成力概念 SOC の概念に基づく新しいリハビリテーションモデルを提示することを目的とした。

この目的を果たすために、以下の2つの研究課題を設定した。

まず、老化や病気、事故などで心身に変化をもたらしながら在宅生活を継続している要支援・軽度要介護者の社会参加促進に向け、健康生成論の視点を取り込んだ新しいリハビリテーションモデルを探索し検証するにあたり、社会参加の肯定的な変化と健康生成力概念 SOC の高低との関係性を明らかにすることは本研究の土台になると考え、①「要支援・軽度要介護高齢者の社会参加推移と SOC の関係を量的・質的に明らかにする」とした。また、より実践的な介入支援モデルを示すことに意義があると考え、②「SOC の視点を取り込んだアクション・リサーチの成果から有効な介入支援方法を導き出す」とし、在宅要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションモデルを提示する。

### 2 本研究の枠組み

本研究は、健康生成論の視点を取り込んだ新たな要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションモデルを検討するにあたり、SOC と社会参加との関連を量的・質的に分析した2つの横断調査分析から介入のポイントとなる視点を導き出し（第2章・第3章）、それを参考にした2つの実践研究（第4章・第5章）、総合考察（終章）で構成している。これらと序章、を含めた全7章からなる。

### 3. 第1～6章までの概要

#### 第1章：先行研究の検討

本章では、先行研究のレビューから、高齢期におけるリハビリテーション、SOC、社会

参加について先行研究で明らかにされていないこととして以下の3点を挙げた。

第一に、高齢期のリハビリテーションは課題を抱えており、解決に向けては抜本的に見直しを行う必要がある。また、高齢期のリハビリテーションの方向性は示されているものの、その方略、方法については十分に示されておらず、質的、量的に解明し支援モデルを提示する必要があることである。第二に、要支援・軽度要介護高齢者の社会参加の推移とその心理・社会的要因について明らかにしたものは見当たらないこと、第三に、要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向け、健康生成力概念 SOC の視点に基づいたリハビリテーションの介入研究が少ないことである。

## 第2章：要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進・抑制に関わる心理社会的要因 - SOC 高群・低群の特徴 -

本章では、要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進・抑制にかかわる心理・社会的要因を明らかにしたうえで SOC 高群・低群との関連を分析する。通所または訪問リハビリテーションを利用している要支援・軽度要介護者 20 名を対象に、半構造化面接と日本語版 13 項目版 5 件法 SOC スケールを実施した。面接では、要介護認定前から調査時現在に至る「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」、あるいは「社会参加に結びつかなかった行動・心境」を聞きとる為に、①社会参加の頻度、目的、理由、②社会参加を開始（再開）した理由とその際の行動や心境、③社会参加を継続している理由とその際の行動や心境、④社会参加を行わない、また、結びつかなかった行動や心境を聞きとった。修正版グラウンテッド・セオリー・アプローチ（以下 M-GTA）を用いて分析した結果、社会参加の開始、継続に至った行動・心境として、【心身・周囲の状況を把握する】【状況に応じた行動を予測する】【家族・友人の助けや誘いに身を委ねる】【参加することに意味を見出す】【実体験後のリフレクションにて解決を見出す】の5つ、「社会参加に結びつかなかった行動・心境」として、【行き場所がなくなりどうしようもない】【家族に止められており、仕方がないと感じる】【体の衰えを感じる】【家族・友人に助けを求めない】【参加することに意味を感じない】【馴染めず楽しさを感じられない】の6つが抽出された。また、SOC 高群のみに抽出された「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」として、【心身・周囲の状況を把握する】【状況に応じた行動を予測する】【実体験後のリフレクションにて解決を見出す】の3つのカテゴリ、SOC 低群のみに抽出された「社会参加に結びつかなかった行動・心境」として、【家族・友人に助けを求めない】【参加することに意味を感じない】の2つのカテゴリが浮かび上がった。

## 第3章：要支援・軽度要介護高齢者の社会参加推移と SOC との関連

本章では、遡及的に聞き取った要介護認定前、認定時、調査時現在の3時点における社会活動の参加有無から類型化した参加パターンと、健康生成論の中核をなす SOC 並びに3要素との関連を量的に調査し明らかにする。通所・訪問リハビリテーションを利用している要支援・軽度要介護高齢者 110 名に対し、質問紙調査票を用いて、①基本的特性（性別、年齢、要介護度、世帯構成、主な移動手段）と、②要介護認定前、要介護認定時、調査時現在の3時点における社会活動への参加有無を遡及的に聞きとった。また、13 項目版 5 件法 SOC スケールを1回実施し類型化した参加パターンとの関連を Kruskal-Wallis 検定を用いて分析した。さらに、参加パターン間のどこに差があるかを分析する為に、Bonferroni

の方法にて多重比較を用いて分析した。結果、参加パターンは継続群、再開群、不参加移行群、不参加継続群の4つの基準で分類され、不参加継続群以外でSOC下位因子間での差が有意に認められた。処理可能感では、不参加継続群よりも継続群と再開群が、有意味感では、不参加移行群、不参加継続群よりも継続群、再開群が有意に高い結果が得られた。要支援・軽度要介護者の社会活動促進に向けてSOCなかでも「処理可能感」「有意味感」を高める支援が有効である可能性を示唆する結果であった。

#### 第4章：アクション・リサーチを用いた支援の有効性に関する検討

本章は、1～3章での示唆を参考に実践した介入研究である。研究者が月に一度、事業所に出向いて対象者が抱える問題や性質が援助過程でどのように変化したかを把握し、その要因や着眼点について研究実施者と研究者とで議論を交わし洞察を深めた。また、月に1度、研究実施者全員が集まる機会（リフレクションカンファレンス）を設け議論した。そのうえで、要支援・軽度要介護高齢者の社会参加に向けて、臨床で携わる研究実施者10名から、半構造化面接にて①アクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方、②アクション・リサーチを用いた研究参加者への介入の効果と影響について聞き取った。

結果、アクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方として<対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える><参加場面を対象者と支援者が共に想像する><馴染みのある友人や家族との参加場面の共有><喜びや価値をもたらす参加体験><対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>の5つのカテゴリが抽出された。また、アクション・リサーチを用いた研究実施者への介入効果と影響として、<働き方を部署で見直すことができた><評価・介入方法の幅が広がった><家族・友人の協力を得やすくなった><介入に自信をもてるようになった>の4つのカテゴリが抽出された。

#### 第5章：健康生成論的発想及びその中核概念を取り込んだリハビリテーションの介入効果

本章では、アクション・リサーチの方法を用いて介入した健康生成論の視点を取り込んだリハビリテーション支援がSOC、社会参加度、健康関連QOLに及ぼす効果、また、健康生成力SOCの働きが社会参加度、健康関連QOLに及ぼす影響を検証する。通所・訪問リハビリテーションを利用中の要支援・軽度要介護高齢者40名を対象にベースライン、6ヵ月後のSOC、社会参加度と健康関連QOLの測定と、群ごとの変化量を検討するために、介入によるSOCの6ヵ月間の変化から、「向上群」と「維持・低下群」の2群に分けて、群間差を検討した。その結果、SOC、CIQ、SF36v2の役割/社会的側面のスコアがベースラインに比べて6ヵ月後に有意に向上した。また、ベースラインでは差は認められなかったが、6ヵ月後では、維持・低下群に比べ、向上群においてCIQ、SF36v2の役割/社会的側面が有意に良好であった。

#### 終章：健康生成力概念SOCの視点を取り込んだリハビリテーションモデルの提示

本研究で得られた知見を踏まえ、健康生成論力概念SOCの視点を取り込んだ社会参加促進に向けた新たなリハビリテーションモデルを提示した。また、研究の限界と今後の課題を記した。

# Abstract of Doctoral Dissertation

Surname, First name : Yasuo Yamamoto

## **【Title】**

Establishment of a Rehabilitation Model for Elderly in Need of Support and Light Care to Promote Social Participation : From the Research and Practice based on the Salutogenesis and Sense of Coherence Perspective

## **【Abstract】**

### **1. Objective**

Rehabilitation of the elderly living in the community often involves an approach that is biased toward physical functions. It has been pointed out that many of them do not reach the level of "activity and participation" as indicated in the International Classification of Functioning (ICF) , which is used by the World Health Organization (WHO) as a measure of health and disability. This research seeks to discover the nature of rehabilitation for the social participation of elderly people living in the community who need support and mild care. The purpose of this study is to present a new model of rehabilitation that incorporates Antonovsky's health generative theory with the concepts of stress management and health generative capacity by using a sense of coherence (SOC) perspective.

In order to achieve this goal, we begin by clarifying that the relationship between social participation and the concept of health generating capacity (SOC) is the foundation of this study. This entails examining a new model of rehabilitation that incorporates the perspectives of health promotion and health generation theory for elderly people who require minor nursing care and who continue to live at home. For these individuals, their support system remains the same, while their bodies and minds change due to aging, disease, or accidents. The aims of this research are reflected in the following two tasks: ①The relationship between social participation and SOC among the elderly who need support and light nursing care is clarified quantitatively and qualitatively. ②The results of this action research help in deriving effective and practical intervention support methods for elderly people who need support and minor care at home.

### **2. Organization of Thesis**

In this study, in order to examine a new model of rehabilitation for the promotion of social participation among elderly people, we developed the following framework. This research comprises two cross-sectional studies that analyze the relationship between SOC and social participation in order to identify key interventions (Chapters 2 and 3). The next two chapters discuss two studies based on these cross-sectional studies using the perspective of the health generation theory (Chapters 4 and 5). The last chapter is a synthesis of the results of all these studies and presents our recommendations for intervention. The dissertation consists of seven chapters, including the introduction.

### **3. Summary of chapters (Overview of Chapters 1 to Final)**

#### **Chapter 1 : Review of prior research**

In this chapter, we identified the following three points that have not been clarified in previous research—rehabilitation, the SOC, and social participation in the elderly. Firstly, the rehabilitation of the elderly is fraught with challenges. These scenarios of rehabilitation need to be fundamentally reviewed in order to create better solutions for

them. In addition, although the concept of rehabilitation in the elderly has been studied, the method of rehabilitation has not been sufficiently investigated. Therefore, it was necessary to understand this method of rehabilitation qualitatively and quantitatively, so that an accurate model of support could be developed. Secondly, there are no studies regarding the social participation of elderly people who need support or light nursing care and the psychological and social characteristics of their rehabilitation experiences. Thirdly, there have only been a few studies that examined the rehabilitation practices and support methods, promoting the social participation of the elderly while incorporating the health generation theory.

## **Chapter 2 : Psychosocial factors related to social participation of elderly people requiring support—characteristics of high and low SOC groups**

This chapter analyzes the psychological and social factors determining social participation among the elderly who need support or light nursing care. It specifically presents the relationship between high and low SOC groups. A semi-structured interview and a 13-item Japanese version of the five-item SOC scale were conducted with 20 patients. All these patients were selected because they needed support or minor nursing care for their day-to-day activities, for which they were using outpatient or at-home rehabilitation. The interviewees were asked to reflect on the time before they received the certification for the need of nursing care and to discuss the behaviors and feelings that led to the start and the discontinuation of social participation. Inquiries were also made about ①the frequency, purpose, and reasons for social participation, ②the reasons for starting (and resuming) social participation, ③ the reasons for continuing to participate in society, ④the behaviors and feelings that lead to social participation or hindered it.

The analysis was conducted using the modified grounded theory approach (M-GTA) . The following five actions and states of mind led to the initiation and continuation of social participation: (i) Grasping the situation of their own mind, body, and surroundings, (ii) Adapting actions according to the situation, (iii) Surrendering to the help and invitations of family and friends, (iv) Finding meaning in participation, and (v) Finding a solution through reflection after actual experiences. Contrastingly, the following six responses show the behaviors/feelings that encouraged non-participation: "I have nowhere to go and can't do anything about it;" "My family stops me and I feel I have no choice;" "I feel my body is deteriorating;" "I don't ask my family and friends for help;" "I don't feel that participation is meaningful;" and "I don't fit in and can't feel the fun." Three behavioral and psychological categories led to the initiation and continuation of social participation, which were extracted only from the high SOC group. These were: grasping the situation in mind, body, and surroundings, predicting behaviors according to the situation, and finding a solution through reflection after actual experiences. Two categories of behaviors and feelings, identified only in the low SOC group, that did not lead to social participation were: not asking for help from family and friends and not finding meaning in participation.

## **Chapter 3 : Relationship between social participation and SOC among the elderly in need of support and light nursing care**

This chapter investigates the relationship between the patterns of elderly participation in social activities and SOC, which form the core of the health-generating theory of health. SOC and its sub-factors are considered at three points in time: before, at, and after certification of need of care. For this purpose, a questionnaire was administered to 110 elderly persons who needed long-term minor nursing care or who were using day-care and home-visit rehabilitation services. The questionnaire asked about: (1) their basic characteristics (gender, age, care level, household composition, and main means of transportation) and (2) participation in social activities at three points in time— before, at the time of certification, and at the time of the survey. The 13-item version of the SOC scale was administered and was analyzed for associations with typified participation patterns using the Kruskal-Wallis test. In addition, Bonferroni's method of multiple comparisons was used to analyze the differences between the participation patterns.

Results showed that the patterns of participation could be classified according to four major trends: continuation,

resumption, transition to non-participation, and continuation of non-participation. There were significant differences among SOC sub-factors except for the "continuation of non-participation" group. The "continuation" and "resumption" groups scored significantly higher in their sense of "processability" than the "non-participation continuation" group. In addition, the "continuation" and "resumption" groups fared significantly higher in finding a sense of meaningfulness in participation than the "non-transition" and "non-participation continuation" groups. The results, therefore, suggest that support for the elderly to enhance the sense of "manageability" and "meaningfulness" may be effective in promoting social activities for people who need assistance or light nursing care.

#### **Chapter 4 : A study of the effectiveness of support using action research**

This chapter is an intervention study based on the suggestions developed in chapters 1–3 and explains how to put it into practice. The researcher visited the offices once a month to understand how the problems and characteristics of the subjects changed during the process of assistance. During these visits, monthly reflection conferences were held, and the researcher discussed the factors affecting social participation with other researchers. Working towards the goal of creating an effective intervention, semi-structured interviews were conducted with 10 researchers who were involved in clinical research on the social participation of elderly people who need support or light nursing care. They were asked about (1) perspectives and interventions that are effective in promoting social participation among the elderly, and (2) the effects of interventions based on action research on the participants of this study.

As a result, the following five categories of perspectives and interventions were identified as effective in promoting social participation: (i) Overlooking what the subject said and did, and instead understanding the meaning and value of their participation, (ii) Both the subject and the supporters imagine a scene of participation, (iii) Sharing participation situations with familiar friends and family, (iv) Participation experiences that bring joy and value, (v) Ask the subject to help them solve their own problems. Similarly, four categories were extracted as the effects of the interventions from those who conducted their research based on action research: (i) they were able to review their working methods in their departments, (ii) they were able to broaden the range of evaluation and intervention methods, (iii) they were able to obtain the cooperation of their family and friends, (iv) they were able to gain confidence in the interventions.

#### **Chapter 5 : Effectiveness of rehabilitation interventions that incorporate the idea of salutogenesis and its core concepts**

This chapter examines the effects of interventions offering rehabilitation support incorporating the Salutogenesis perspective on elderly persons' SOC, social participation, and health-related quality of life. Forty elderly people who required support or light nursing care and who were receiving in-home rehabilitation services were interviewed to measure SOC, social participation and to examine the changes in health-related quality of life at baseline and after 6 months. Therefore, based on the 6-month change in SOC with the intervention, we examined the differences between subjects and divided them into two groups: the "improving" group and the "maintaining/decreasing" group. The results showed a significant improvement in SOC, CIQ, and SF36v2 role/social aspects scores at 6 months compared to baseline. The role/social aspects of the CIQ and SF36v2 were significantly better in the improving group than in the maintained or decreasing group at 6 months. This was a marked improvement given that there was no difference at baseline.

#### **Final chapter : Presentation of a rehabilitation model that incorporates a salutogenesis perspective**

Based on our findings, this last chapter presents a new model of rehabilitation for the promotion of social participation among the elderly that incorporates the perspective of salutogenesis. The limitations and future challenges of this research are also discussed.

# 目 次

序章 本研究の目的と研究枠組み.....	4
第 1 節 本研究の目的と研究課題.....	4
1. 研究の背景と目的.....	4
2. 本研究における 2 つの研究課題.....	5
第 2 節 本研究の枠組みと研究意義.....	5
1. 本研究の枠組みと各章の要旨.....	5
2. 本研究の意義.....	9
3. 本研究で用いる用語の定義と解説.....	9
第 1 章 先行研究の検討.....	13
第 1 節 先行研究の収集方法.....	13
第 2 節 地域在住高齢者に対するリハビリテーションの課題.....	14
1. 高齢期のリハビリテーションの背景.....	14
2. 要支援・軽度要介護高齢者に対するリハビリテーションの問題点.....	16
3. 支援に携わるリハビリテーションスタッフが抱えるジレンマ.....	19
第 3 節 高齢者の社会参加について.....	20
1. 高齢者の社会参加状況とその効果.....	20
2. 高齢者の社会参加の要因.....	21
第 4 節 高齢者の SOC と社会参加に関する先行研究.....	22
1. 本研究に健康生成論と SOC の視点を取り入れた理由.....	22
2. SOC と近接する概念について.....	25
3. 高齢者の SOC に関する先行研究.....	27
4. 高齢者の SOC と社会参加に関する先行研究.....	28
第 5 節 考 察.....	28
1. 先行研究で明らかにされていること.....	28
2. 先行研究で明らかにされていないこと.....	30
第 2 章 要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進・抑制に関わる心理・社会的要因	-
SOC 高群・低群の特徴.....	35
第 1 節 調査目的.....	35
第 2 節 調査対象と方法.....	35
1. 対象.....	35
2. 調査方法.....	35
3. 分析方法.....	36
4. 倫理的配慮.....	37
第 3 節 分析結果.....	37
1. 性別、年齢、介護度、家族構成、調査時現在の社会参加の有無と SOC スコア.....	37
2. SOC 高・低群と調査時現在の社会参加（社会活動・社会生活）の有無との関係.....	38
3. 認定前から調査時現在における「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」.....	38
4. 認定前から調査時現在における「社会参加に結びつかなかった行動・心境」.....	38
5. SOC 高群・低群のみに抽出された「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」「社会参加に結びつかな	



かった行動・心境」 .....	39
第4節 考察 .....	43
1. SOCスコアの様相 .....	43
2. 「社会参加の開始, 継続に至った行動・心境」「社会参加に結びつかなかった行動・心境」とSOC下位項目との関係 .....	43
3. 健康生成論を取り込んだ社会参加促進に向けた支援の流れとSOCとの関連について .....	44
第5節 小括 .....	46
第3章 要支援・軽度要介護高齢者の社会参加推移とSOCとの関連 .....	48
第1節 調査目的 .....	48
第2節 調査対象と方法 .....	48
1. 対象 .....	48
2. 方法 .....	48
3. 分析方法 .....	49
第3節 分析結果 .....	50
1. 対象者の基本属性および参加パターンの群間比較 .....	50
2. SOC並びに下位因子スコアの参加パターン間での比較 .....	50
第4節 考察 .....	52
1. 類型化した参加パターンの様相 .....	52
2. SOCスコアの様相 .....	53
3. SOC並びに下位因子スコアにおける参加パターンの群間比較 .....	53
第5節 小括 .....	55
第4章 アクション・リサーチを用いた支援の有効性に関する検討 .....	59
第1節 調査目的 .....	59
第2節 調査対象と方法 .....	59
1. 研究実施者 .....	59
2. アクション・リサーチの分類 .....	59
3. 本研究にてアクション・リサーチのミューチュアルアプローチを選択した理由 .....	60
4. アクション・リサーチの具体的な手順 .....	61
5. 研究方法 .....	64
6. 倫理的配慮 .....	64
第3節 分析結果 .....	64
1. アクション・リサーチによる介入内容とその経過(表4-4) .....	64
2. アクション・リサーチの介入評価および分析結果 .....	68
第4節 考察 .....	75
1. 介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方について .....	75
2. 研究実施者への介入効果と影響 .....	77
第5節 小括 .....	81
第5章 健康生成論的発想及びその中核概念を取り込んだリハビリテーションの介入効果 .....	83

第1節 調査目的 .....	83
第2節 調査対象と方法 .....	83
1. 研究対象, 倫理的配慮 .....	83
2. 研究デザインおよび分析枠組み .....	83
3. 主要変数の定義および測定方法 .....	84
4. データ分析 .....	85
第3節 分析結果 .....	86
1. 対象者の基本属性およびその群間比較 .....	86
2. ベースライン, 6カ月後における SOC, CIQ, 健康関連 QOL の変化 .....	87
3. ベースライン, 6カ月後における社会参加度, 健康関連 QOL の中央値及び群間比較 .....	87
4. SOC の変化量とベースラインでの年齢, 性別, 要支援・要介護度, 同居者数, SOC, CIQ, SF36 との 関連 .....	88
第4節 考察 .....	89
1. 本研究における各スコアの様相 .....	89
2. 対象者の基本属性およびその群間比較について .....	90
3. ベースライン, 6カ月後における SOC, CIQ, 健康関連 QOL の変化について .....	90
4. ベースライン, 6カ月後における CIQ, 健康関連 QOL の中央値及び群間比較について .....	91
5. SOC の変化量と, ベースラインでの年齢, 性別, 要支援・要介護度, 同居者数, SOC, CIQ, SF36 と の関連について .....	91
6. 本研究の限界と今後の課題 .....	91
第5節 小括 .....	92
終章 健康生成力概念 SOC の視点を取り込んだリハビリテーションモデルの提示 .....	94
第1節 本研究で明らかにされたこと .....	94
1. 要支援・軽度要介護高齢者の社会参加推移における促進および抑制要因と SOC との関連 .....	96
2. 社会参加促進に向け取り組んだ, 健康生成論の視点を取り込んだ新たなリハビリテーションの視点と支援 方法 .....	97
第2節 要支援・軽度要介護高齢者のリハビリテーションのあり方に関する示唆 .....	99
1. 参加に向けた情報収集・目標設定の段階 .....	101
2. 参加計画の段階 .....	104
3. 参加実行の段階 .....	106
4. 参加の振り返りの段階 .....	107
第3節 本研究の意義 .....	108
第4節 本研究の限界 .....	108
第5節 本研究の結論 .....	109
第6節 今後の展望 .....	109

## 序章 本研究の目的と研究枠組み

### 第1節 本研究の目的と研究課題

#### 1. 研究の背景と目的

2019年には、わが国の高齢化率は28.1%（令和元年度高齢社会白書）となり（内閣府2019）、平成30年簡易生命表から、平均寿命は男性が81.25年、女性が87.32年（厚生労働省2018）である。高齢者は、65歳以降の約20年もの長い期間、病気や事故、あるいは老化により心身の状態に変化が及ぼうとも、目的をもち「第2の人生」として積極的に社会に参加できるかが大きな課題となっている。

厚生労働省が発行した「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会報告書」によれば、通所リハビリテーションの利用者のうち、「社会的活動をできるようになりたい」と回答した人は42.3%にもものぼる。そうした声があるにもかかわらず、通所、訪問リハビリテーションでは、身体機能に偏ったアプローチが施されることが多く、世界保健機関（WHO:World Health Organization, 以下WHO）が示した国際生活機能分類（ICF:International Classification of Functioning）で示される「活動・参加」に至らないことが多いと指摘されている（厚生労働省2015a）。

このような背景を受けて、リハビリテーションマネジメントの再構築や活動参加に向けた介入が促されるようになった。また、2015年4月より介護保険制度では社会参加の継続にむけ、通所、訪問リハから通所事業その他、社会参加に移行した場合に算定できる社会参加支援加算や活動、参加に繋がる介入を評価した生活行為向上リハビリテーション実施加算が新設された（高齢労働省2015）。しかしながら、2016年12月の介護給付費等実態調査月報から、全体の利用者に占める社会参加支援加算算定率は通所リハビリテーションで約0.09%、訪問リハビリテーションで約0.9%と低い値を示している（厚生労働省2016）。全ての対象者が社会参加を目標としているわけではないものの、社会参加促進に向けた支援は未確立であると言わざるを得ない。

筆者は約20年の間、通所・訪問リハビリテーションを中心とした地域でのリハビリテーションに携わっていたが、要支援・要介護者の社会参加は、様々な参加制約が生じ、社会に参加することを諦めざるを得ない状況に至ることがある。一方で参加制約を抱えながらも、それを乗り越え本人が目指した社会参加を継続している人もいる。つまり、社会に参加している要支援・要介護者は、自身の状態と向き合い、自己管理しながら、ストレス対処の術を獲得・動員している、また、それが社会参加の中で強みとして般化できているとも捉えることができ、健康生成論並びにストレス対処・健康生成力概念と称される Sense of coherence（以下、SOC）との関連が伺える。地域在住の要支援・軽度要介護高齢者の社会参加に向けたリハビリテーションとはどのようなものなのか。また、どのようなもので

あるべきか。本研究では、Antonovsky が提唱した健康生成論並びにストレス対処・健康生成力 SOC の概念(Antonovsky 2001) を取り込んだ新しいリハビリテーションモデルを提示することを目的とする。

## 2. 本研究における 2 つの研究課題

1 で示した目的を果たすために、以下の 2 つの研究課題を設定する。

まず、老化や病気、事故などで心身に変化をもたらしながら在宅生活を継続している要支援・軽度要介護者の社会参加促進に向け、健康生成論の視点を取り込んだ新しいリハビリテーションモデルを探究し検証するにあたり、社会参加の肯定的な変化と SOC の高低との関係性を明らかにすることは本研究の土台となると考え、①「要支援・軽度要介護高齢者の社会参加推移と SOC の関係を量的・質的に明らかにする」とした。また、より実践的な介入支援モデルを示すことに意義があると考え、②「SOC の視点を取り組んだアクション・リサーチの成果から有効な介入支援方法を導き出す」を設定した。

## 第 2 節 本研究の枠組みと研究意義

### 1. 本研究の枠組みと各章の要旨

本研究は、健康生成論に照らした要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションモデルを検討するにあたり、先行研究のレビューと横断調査から、介入のポイントとなる視点を導き出し、それを参考にした実践研究で構成している。

先に挙げた 2 つの研究課題を達成するために、4 つの調査と分析を計画、実施している。研究課題 1 「要支援・軽度要介護高齢者の社会参加推移と SOC の関係を量的・質的に明らかにする」に対して、調査①リハビリテーション利用者を対象とした質的研究、調査②リハビリテーション利用者を対象とした量的研究の 2 つの調査を実施した。

研究課題 2 「SOC の視点を取り組んだアクション・リサーチの成果から有効な介入支援方法を導き出す」に対して、調査③リハビリテーションスタッフを対象とした質的研究、調査④リハビリテーション利用者を対象とした量的研究を実施した。(表 0-1)

そして、これらと序章、終章を含めた全 7 章から構成されている。(図 0-1)

第 1 章では、地域在住高齢者に対するリハビリテーションの課題、高齢者の社会参加状況と要因、高齢者の SOC に関する先行研究レビューから、これまでに明らかにされていること、明らかにされていないことを整理する。

第 2 章では、SOC と要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進・抑制要因との関係を解明するために、インタビュー調査より、要支援・軽度要介護高齢者の社会参加の推移と要因を聞き取り、SOC 高群・低群のみに抽出された「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」「社会参加に結びつかなかった行動・心境」を質的に分析する。結果から、介入の

仕方をめぐる視点と方法を考察する（調査①）。

第3章では、要介護認定前、認定時、認定後の3時点での社会参加状況から類型化した参加パターンと、SOC及び下位因子との関連を量的に調査しリハビリテーションへの汎用を検討する（調査②）。

1～3章での示唆を参考に第4・5章では、アクション・リサーチの方法を援用し介入研究を進めた。

第4章では、臨床で携わるリハビリテーションスタッフとともに実践した要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けた取り組みについて、アクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な介入の仕方、並びに研究実施者への影響を質的に分析する（調査③）。

第5章では、要支援・軽度要介護高齢者に対し実践した、健康生成論的発想及びその中核概念を取り込んだリハビリテーションの介入効果を検証すること、またSOCの働きが社会参加度、健康関連QOLにどの程度影響を及ぼしているかを量的に分析し、その妥当性を確認する（調査④）。

終章では総合考察として各章で得られた結果をまとめ、在宅要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションモデルを提示する。また、本研究の意義、結論、今後の研究課題について述べる。

表0-1 本研究において設定した研究課題とその解明に向けた調査・分析方法

研究課題	調査	対象	調査方法	分析方法
1 要支援・軽度要介護高齢者の社会参加推移とSOCの関係を量的・質的に明らかにする	①	通所・訪問リハビリテーション利用者20名 (質的分析)	半構造化面接と日本語版13項目版SOCスケールを用いた他記式質問紙調査を1回実施した。 面接では、要介護認定前から調査時現在に至る「社会参加の開始、継続に至った行動や心境」、「社会参加に結びつかなかった行動や心境」を聞きとった。	面接データをカテゴリ化し、そのうえでSOC高群、また低群のみに抽出された行動・心境の特徴を質的に分析し、介入の仕方をめぐる視点と方法を検討した。
	②	通所・訪問リハビリテーション利用者110名 (量的分析)	構造化面接と日本語版13項目版SOCスケールを用いた他記式質問紙調査を1回実施した。質問は、要介護認定前、認定時、調査時現在の3時点での社会活動への参加有無を聞きとった。	SOC並びに下位因子について、類型化した参加パターンの群間比較を行うために、Kruskal-Wallis検定を用いて分析し、それぞれBonferroniの方法で多重比較を行った。
2 SOCの視点を取り込んだアクション・リサーチの成果から有効な介入支援方法を導き出す	③	リハビリテーションスタッフ10名 (質的分析)	研究者が月に1度、事業所に出向いて対象者が抱える問題や性質が、援助過程でどのように変化したかを把握し、その要因や着眼点について研究実施者として議論を交わし洞察を深めた。さらに、その内容を月に1度、研究実施者全員が集まる機会（リフレクシオンカンファレンス）にて共有し、健康生成論の視点を交えて議論した。 調査は、実施から6カ月後に、参加促進に有効な視点・介入の仕方と、研究実施者自身の効果と影響について半構造化面接にて聞き取った。	面接データから、①アクションリサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方、②アクションリサーチを用いた研究実施者への介入の効果と影響を抽出し、要約した内容から類似性に着目し、サテカテコリ、カテコリを生成した。
	④	通所・訪問リハビリテーション利用者40名 (量的分析)	健康生成論に着目して実践したリハビリテーションの利用者への効果を検証するために、ベースラインと6カ月後のSOC、社会参加度(CIQ)と健康関連QOL(SF36v2)を測定した。	介入効果を検証するために、ベースライン、6カ月後のSOC、社会参加度と健康関連QOLを測定した。さらに、ベースライン、6カ月後に得られたデータについて、SOC「向上群」「維持・低下群」の2群を対照条件にベースラインと6カ月後における社会参加度と健康関連QOLを比較した。

序章 本研究の目的と研究枠組み

第1章

先行研究の検討（地域在住高齢者に対するリハビリテーションの課題、高齢者の社会参加、高齢者のSOCと社会参加）

第2章  
要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進・抑制に関わる心理社会的要因—SOC高・低群の特徴—

第一調査（対象：通所・訪問リハビリテーション利用者20名）

（調査期間：2017年6月～9月）

第3章  
要支援・軽度要介護高齢者の社会活動への参加推移とSOCとの関連

第二調査（対象：通所・訪問リハビリテーション利用者110名）

（2018年2月～2019年8月）

第4章  
アクション・リサーチを用いた支援の有効性に関する検討

第三調査（対象：リハビリテーションスタッフ10名）

（調査期間：2019年11月～2020年4月）

第5章  
健康生成論的発想及びその中核概念を取り込んだリハビリテーションの介入効果

第四調査（対象：通所・訪問リハビリテーション利用者40名）

（調査期間：2019年11月～2020年4月）

終章 総合考察

健康生成力概念SOCの視点を取り込んだリハビリテーションモデルの提示・本研究の意義、結論、今後の研究課題

図 0-1 本研究の枠組み

## 2. 本研究の意義

本研究にて高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションの視点と方法モデルを提示することは、未だ発展途上にある高齢者のリハビリテーションの新たな考え方の一つを示すことになる。また、活動・参加に向けたリハビリテーションに取り組みながらも、目標に至らない課題解決への糸口、悩みやジレンマを抱える支援の一助になる可能性を含んでいる。

## 3. 本研究で用いる用語の定義と解説

### a. 社会参加，社会活動，社会生活について

本研究では、「社会参加」について、金ら（2004：322-334）が定義している「社会と接触する活動，家庭外での対人活動」を引用し、幅広く捉えるが、外出して行う買い物や公共施設・交通機関の活用などを含む「社会生活」，同一の目的に対して集団で行っている活動として「社会活動」に分けて定義する。

### b. 健康生成論について

本研究では、山崎（2017：3-24）が説明した、「従来の医学が疾病の発生・増悪の原因となるリスクファクター（危険要因）を除去しようとするアプローチであるのに反し180度違う観点から、健康はいかにして維持、回復、あるいはつくられるのかという観点により、健康要因とそのメカニズムとその背景についての体系を新しく仮説的に示された理論。」を引用する。

### c. ストレス対処・健康生成力 SOC

本研究では、山崎（2017：3-24）が定義した、「ストレスフルな出来事や状況に直面させられても、その人の内外にある対処資源を動員し、適切に対処することを通じて、心身の健康を守るばかりでなく、それらを発達・成長の糧にし、その後を健康で生き生きと明るく前向きに生きていくことを可能にする力の源。」を引用する。

### d. 対処資源

本研究では、健康生成論で用いる汎抵抗資源（General Resistance Resources：GRRs）の定義を援用し、対処資源として表す。Antonovsky（=2001：19-29）は、汎抵抗資源を身体的、生化学的、物質的、認知・感情的、評価・態度的、関係的、社会文化的な個人集団における特徴のことで、世の中にあまねく存在しているストレスラーの回避、あるいは処理において役立つものと定義している。身体的・生化学的資源とは遺伝や神経免疫学的な資源、物質的資源はお金、住居、食事、地位、サービスの利用可能性など、認知感情的資源



とは知識や知性およびアイデンティティ，評価・態度的資源とは，行動計画ストラテジーである合理性，柔軟性，先見性，関係的資源とは社会的環形，社会文化的資源を宗教や哲学を指すとしている。

**e. 要介護認定前**

要介護認定を受ける 2～3 年前

**f. 要介護認定時**

要介護認定を受けた時点

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

障害に関する国際的な分類としては，世界保健機関（WHO）が 1980 年に「国際疾病分類（ICD）」の補助として発表した「WHO 国際障害分類（ICIDH）」が用いられてきたが，WHO では，2001 年 5 月の第 54 回総会において，その改訂版として「ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)」を採択した（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課 2002）。ICF は，人間の生活機能と障害について「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の 3 つの次元及び「環境因子」等の影響を及ぼす因子で構成されている。これまでの「ICIDH」が身体機能の障害による生活機能の障害（社会的不利を分類するという考え方が中心であったのに対し，ICF はこれらの環境因子という観点を加えている。このような考え方は，今後，障害者はもとより，全国民の保健・医療・福祉サービス，社会システムや技術のあり方の方向性を示唆しているものといえる。

**h. 社会参加支援加算**

2015 年介護報酬改定にて新設された。リハビリテーションの利用により ADL・IADL が向上し，社会参加に資する取組に移行するなど，質の高いリハビリテーションを提供する事業所の体制を評価するもの（厚生労働省：2015b）。

**i. 生活行為向上リハビリテーション実施加算**

2015 年介護報酬改定にて新設された。概要は，ADL・IADL，社会参加などの生活行為の向上に焦点を当てた新たな生活行為向上リハビリテーションとして，居宅などの実際の生活場面における具体的な指導等において，訪問と通所を組み合わせることが可能となるような新たな報酬体系（厚生労働省：2015b）。

**j. 人間作業モデル（MOHO）**

作業療法の実践モデルで、人の文化的で個人的に適切な作業への参加に関心があるものである。MOHOの意志（動機づけ）は、ICFの個人因子に、習慣化と遂行能力は活動と参加に、遂行能力の一部は心身機能に該当するが、ICFがMOHOとは別の理論から生じているために両者は完全に対応しない（山田 2015：43）。

## k. 意味のある作業

「意味のある作業」の定義について、カナダ作業療法士協会は「個人や集団や地域にとって個別的意味があり納得のいく経験を促すために選択され、遂行される作業」としており（Townsend E A, Polatajko：2011）、これを採用する。日本においても、大松ら（2015：68~80）は、国内事例報告の質的検討から「意味のある作業」を《自ら意思表示した》《興味がある》《生活史の中にある》《心身機能と行動の改善を促す》《他者との関係に変化をもたらす》《希望をもたらす》《新たな自分につながる》のカテゴリに分類して示している。

### 1. コンピテンシー

堀本（2016：575-580）が説明している以下を採用する。専門的技能と、倫理的・社会的・法的・道徳的責務の認識プロセスを実践する際に必要な、知識、判断、高次の推論、個人的資質、技能、価値および信条を互いに作用させながら統合していく個人の能力である。

## 文 献

1. 内閣府 (2019) 「令和元年版高齢社会白書全体版」.
2. 厚生労働省 (2018) 「厚生労働省平成 30 年簡易生命表」.
3. 厚生労働省 (2015a) 「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会報告書」.
4. 厚生労働省 (2015b) 「平成 27 年度介護報酬改定の骨子」.  
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000081007.pdf> (2020 年 7 月参照)
5. 厚生労働省 (2016) 「介護給費費等実態統計, 結果の概要」  
<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/45-1b.html> (2020 年 7 月参照)
6. Antonovsky. A. (1987). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass. (=2001, アントノフスキー, A. 山崎喜比古・吉井清子(監訳). 『健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズム』有信堂高文社. ), 19-21.
7. 金 貞任, 新開省二, 熊谷修他 (2004) 「地域中高年者の社会参加の現状とその関連要員ー埼玉県は外山町の調査からー」. 日公衛誌, 51, 322-334.
8. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典 (2017) 「健康生成力 SOC と人生・社会, 全国代表サンプル調査と分析」. 有信堂光文社, 3 -24.
9. Antonovsky A (1979) 「Health, Stress, and Coping: New perspectives on mental and physical well-being, Jossey-Bass Publishers」.
10. 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課 (2002) . 「国際生活機能分類ー国際障害分類改訂版ー」 (日本語版) . <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/08/h0805-1.html> (2020 年 7 月参照)
11. 山田 孝 (2015) 「事例でわかる人間作業モデル」, 43.
12. Townsend E A, Polatajko H J (吉川ひろみ, 吉野英子 監訳) (2011) 「続・作業療法の視点ー作業を通しての健康 と公正ー」. 大学教育出版, 441.
13. 大松慶子, 石井良和, 山田 孝 (2015) 「意味のある作業とはー1995 年~2010 年における国内事例報告の質的検討ー」. The Journal of Japan Academy of Health Sciences, 68-80.
13. 堀本ゆかり (2016) 「勤務領域間でのコンピテンシー特性の比較」. 理学療法科学 31 (4) , 575-580.

## 第 1 章 先行研究の検討

本章では各章で説明すべき課題を明確にするために、地域在住高齢者に対するリハビリテーションの課題、高齢者の社会参加、高齢者の SOC と社会参加に関する先行研究を調べ、明らかにされていること、そうでないことを整理する。

### 第 1 節 先行研究の収集方法

「要支援・軽度要介護高齢者に対するリハビリテーションの課題」、「高齢者の社会参加状況と要因」、「高齢者の SOC」の 3 つテーマについて、国内及び国外の先行研究レビューを行った。その際、国内データベースである Cinii (国立情報学研究所 NII 論文情報ナビゲータ)、メディカルオンライン、Medical Finder、MAGAZINEPLUS、医学中央雑誌 web と国外データベースである EBSCO Discovery Service(EDS)、日本福祉大学図書館の OPAC、官公庁の発行書類を使用し、それぞれ下記の手続きを踏まえて行った。

第一に、「要支援・軽度要介護高齢者に対するリハビリテーション」について、日本福祉大学図書館の OPAC を使用しレビューを行った。「リハビリテーション」「高齢者」「問題」をキーワードに検索を行った結果、19 件の文献が抽出された。さらに、国内データベースである Cinii (国立情報学研究所 NII 論文情報ナビゲータ)、メディカルオンライン、Medical Finder、MAGAZINEPLUS、医学中央雑誌 web と国外データベースである EBSCO Discovery Service(EDS)を使用し、「リハビリテーションの課題」「介護保険」をキーワードに検索した結果、8 件の文献が抽出された。そのうち抄録のみのものは除き本研究の表題および目的に該当する 5 件を選定した。また、厚生労働省が発行している「地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書」を選定した。

第二に、「高齢者の社会参加」について、以下の手続きをふまえてレビューを行った。国内データベース Cinii (国立情報学研究所 NII 論文情報ナビゲータ)、メディカルオンライン、Medical Finder、MAGAZINEPLUS、医学中央雑誌 web を使用し、高齢者の社会参加に関する文献について、「高齢者」「社会参加」「要因」では 146 件の表題が検出された。さらに、その中から「社会参加」「高齢者」に関する文献を選定した。また、内閣府「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」を選定し、高齢者の社会参加要因に関する内容について調べた。

第三に、「高齢者の SOC」について、以下の手続きをふまえてレビューを行った。国内データベース Cinii (国立情報学研究所 NII 論文情報ナビゲータ)、メディカルオンライン、Medical Finder、MAGAZINEPLUS、医学中央雑誌 web を使用し、「高齢者」「SOC/Sense of coherence/首尾一貫感覚」をキーワードに検索した結果、17 件の表題が検出された。そのうち、抄録のみのものは除く本研究の目的に該当する 3 件を選定した。また、「社会参

加」 「SOC/Sense of coherence/首尾一貫感覚」をキーワードに検索したところ 2 件，「社会活動」 「SOC」をキーワードに検索したところ 5 件の表題が検出された． そのうち抄録のみのものは除き， 高齢者に関連するもの 4 件を選定した．

## 第 2 節 地域在住高齢者に対するリハビリテーションの課題

### 1. 高齢期のリハビリテーションの背景

1950 年代にデンマークにおいて，知的障害者の処遇から端を発し提唱されたノーマライゼーションの理念は， 障害を持つ人たちをできるだけ住み慣れた地域で日常的な生活ができるようにケアすることを原則するという考え方であり， この理念は世界のリハビリテーションの発展にも大きな影響を与えてきた（高齢者のリハビリテーション研究会 2004）．

また，WHO では，リハビリテーションを「医学的，社会的，教育的，職業的手段の組み合わせ， かつ相互に調整して訓練あるいは再訓練する事によって， 障害者の機能的能力を可能な最高レベルに， 達せしめることである」と定義している（中村隆一 2011：8-19）． この頃，我が国では，一部の医療機関で能祖駐患者に対して実施され， その取り組みはリハビリテーション関連学会・協会や医師会などを通じて次第に全国的に広がっていった（高齢者のリハビリテーション研究会 2004）． 高齢者に対してリハビリテーションが行われることになった歴史は比較的新しいものといえる．

1980 年に国際障害分類（International Classification of Impairments, Disabilities , and Handicaps ;以下，ICIDH）を提起した（上田 2002）． ICIDH の構造を図 1-1 に示す． これにより，回復不可能な生物学的状態である機能・形態障害と， 回復可能な日常生活上の問題である能力障害， 社会的関係のなかで権利が侵害されているという社会的不利といった概念が明確にされた． このように障害を構造的・階層的にとらえる考え方を示したことは画期的であり， リハビリテーションの分野にも大きな影響を与えた． リハビリテーション教育においても， ICIDH に沿って対象者をアセスメントし， そのための検査， 評価から問題点を導き出すアプローチの流れが主流となり， その教育を受け臨床実習を経験したリハビリテーションスタッフが勤務している病院や施設では， 今なおその考え方をベースとしたアプローチも少なくはない．

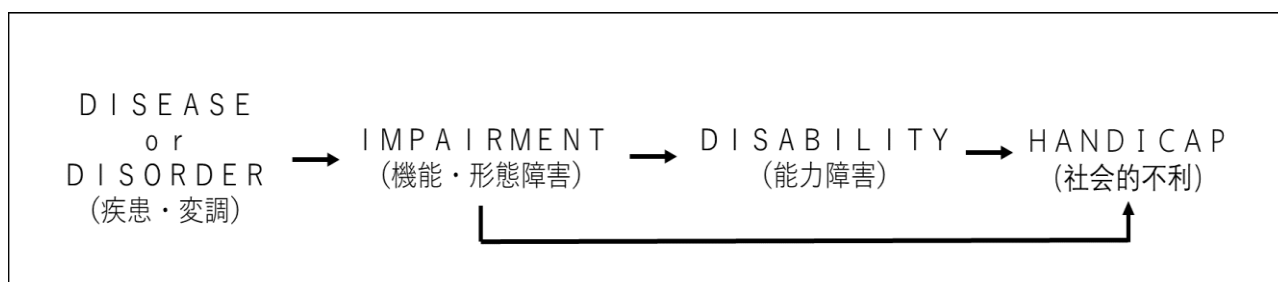


図 1-1 ICIDH：WHO 国際障害分類（1980）の障害構造モデル

このように重要な意義をもった分類であったが、建設的な批判や誤解もあった。主なものを挙げると、①ICIDH で示されている機能・形態障害、能力障害、社会的不利はすべて客観的にとらえる障害であり、障害のある人の心の中にある悩み・苦しみ・絶望感といった主観的障害を付け加える必要があること、②障害というマイナスの側面を中心にみたものであり、健全な機能・能力というプラスの側面を捉えることが重要であること、③環境因子の重要性などである。また、ICIDH は、階層性を示しているが、階層性には「相互依存性」と「相対性独立性」がある。相互依存性は、ある階層のものが別な階層のものに影響してそれを規定することであり、「相対性独立性」とは、ある階層の法則はほかの階層の法則によって規定しつくされることはなく、その階層独自の法則をもっていると説明している（上田 2002）。つまり、人という思考し社会生活を営む複雑なものが対象となるリハビリテーション分野では、より高く複雑な階層の現象をより低く単純な階層の法則で説明しつくせると考える基底還元論は大きな誤りをおかす危険性がある。このように相対的独立性についての誤解も ICIDH に向けられた批判のなかには多少なりともあった。

これらの建設的批判を受け、1990 年頃から WHO を中心とした国際的な共同事業として改訂作業が開始され、2001 年の WHO 総会で国際生活機能分類（International Classification of Functioning Disability and Health；以下、ICF）が決定された。ICF のモデルを図 1-2 に示した。

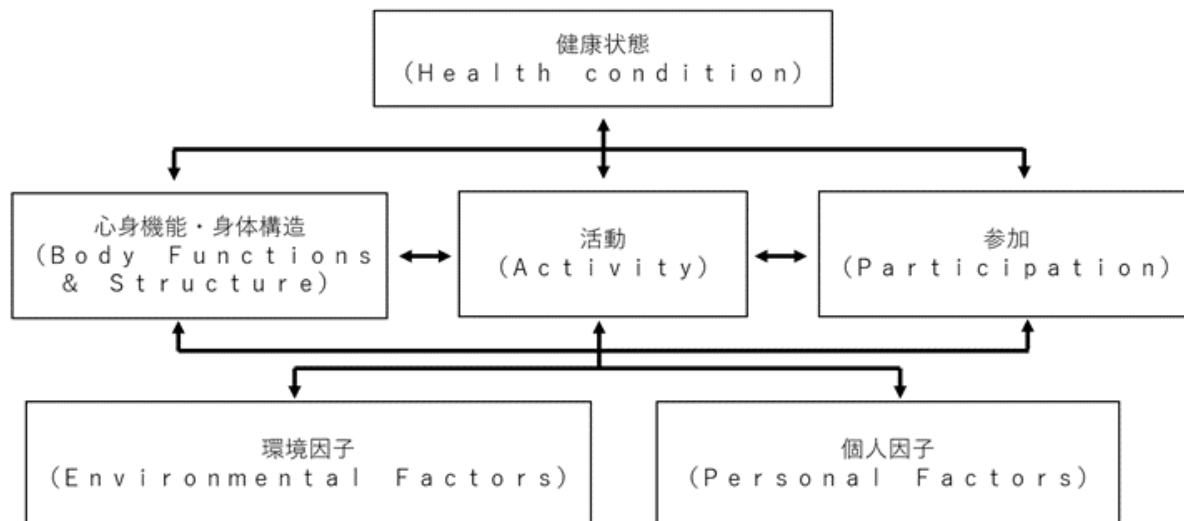


図 1-2 ICF：WHO 国際生活機能分類（2001）の生活機能構造モデル

ICF では、これまでの機能障害を「心身機能・構造 (Health condition)」，能力障害を「活動 (Activity)」，社会的不利を「参加 (Participation)」とプラスあるいは中立的な用語が用いられ、人間の生活・人生の全体を捉える分類として示されている。「健康状態 (Health condition)」と生活機能の 3 レベルは、すべて両方向の矢印でつないだ相互作用モデルとなり、「環境因子 (Environmental Factors)」と「個人因子 (Personal factors)」

を背景因子として生活機能に影響する因子として示されている。なお、「活動」と「参加」を別々に分類しているが、ICFでは、どの項目を活動、参加あるいは両者に用いるかについては、定義されず共通リストとして取り扱っている（上田 2005：2-22）。

このように、ICFはICIDHを継承するものではあるが、障害のみならずあらゆる人間を対象とし、その生活と人生を分類したものとなった。リハビリテーションにおいても、障害の軽減をはかることはもちろん、健全な機能・能力を発見し開発し増進すること、すなわち「全人間的復権」こそがリハビリテーションの目的であることを再確認することができたものとなった。それに伴い、我が国では、2003年に行われた介護保険制度発足後初めて行われた介護報酬の見直しのなかで、ICFの概念がリハビリテーションの進め方として全面的に取り入れられた（厚生労働省、2003）。

## 2. 要支援・軽度要介護高齢者に対するリハビリテーションの問題点

日本の総人口が減少に転じていくなか、特に75歳以上の高齢者の占める割合は増加していくことが想定されている。介護保険制度は、制度創設以来20年を経過し、65歳以上被保険者数が約1.6倍に増加するなかでサービス利用者数は約3.3倍に増加。高齢者の介護に無くてはならないものとして定着・発展しており（厚生労働省2019）、介護保険制度における要支援・軽度要介護高齢者に対するリハビリテーションの対象者も増加することが予測される。

本節－1で述べたとおり、介護保険制度におけるリハビリテーションでは、ICFの基本概念を用いることが明確に示されている。これまで検討されてきた高齢者のリハビリテーションのあるべき方向（高齢者リハビリテーション研究会2004）、高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書（厚生労働省2015）、2020年6月現在検討会が開催されている要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制（厚生労働省2020）の3時点での検討から高齢期のリハビリテーションの問題点とその経過について以下に整理する。

### a. 2004年「高齢者のリハビリテーションのあるべき方向」

厚生労働省では、軽度の要介護者の増加を踏まえた介護予防・リハビリテーションを確立するために、2005年に国会提出予定であった介護保険法の改正案における対応を講じるべく、2003年度に「高齢者リハビリテーション研究会」を設置し、5回にわたって討議を行っている。その結果を「高齢者のリハビリテーションのあるべき方向」として取りまとめ、高齢者リハビリテーションの課題、基本的な考え方として、以下の8つを示唆している。

①高齢者の態様に応じた対策が必要であることとして、これまでの脳卒中モデルと廃用

症候群モデルでは、リハビリテーションの内容は異なる。さらに、原因疾患や生活機能の低下の状況を踏まえ、適切なリハビリテーションを提供する必要がある。

②廃用症候群の対策の重要性として、後期高齢者に多い衰弱を含め、高齢者の心身機能の低下は、「年だから仕方ない」などと考えがちであるが、廃用症候群であったことが見逃されていたことが少なくない。また、急性期から慢性期にわたり、本来必要である以上の安静（過度の安静）の指導がなされていることや、過剰な介護がかえって廃用症候群を引き起こす場合がある。

③生活を支えるという目標として、これまで入院中は、心身機能の回復訓練が中心になりがちで、実際の生活の場でさまざまな活動をどのように高めるのかという観点が十分でなかった。また、できるだけ長く住み慣れた自宅で生活を送れるよう、訪問・通所リハビリテーションなどの居宅サービスを一体的に提供していくことが基本となる。

④個別的、総合的なサービスの提供として、高齢者の状態像は、年齢、性、健康状態、生活機能、本人の生活歴・価値観、家庭環境、居住環境などによって多様であり、これまでの長い生活、人生を反映した、極めて個別的、個性的なものである。しかし、従来は、画一的なプログラムが提供されがちであり、高齢者の自己決定権は形骸化されていた面も否定できない。

⑤評価に基づく計画的な提供として、利用者の生活機能に関する最適の目標をひとりひとりに設定し、個別的な計画に基づき、期間を設定して行われるべきものである。また、計画は定期的に評価され、必要に応じて修正または更新されるべきである。このような過程を経ない単なる機能訓練を漫然と実施することはあってはならず、訓練そのものが目的かすることになる。

⑥地域で提供できる体制の整備として、地域によっては、リハビリテーションを提供できる施設がないこともある。また、医療と介護の連携、入院中や外来で行われる通常的一般医療とリハビリテーションの連携、また、介護保険の中での各サービス間の連携や、専門職種間の連携が不足している。

⑦質の確保として、高齢者のリハビリテーションは、プログラムや技術の質によって成果が大きく左右される。その質的向上を図ることが重要である。

⑧基盤の整備として、各種サービスは利用者を中心として総合的に提供されるべきであり、そのために住み慣れた地域での基盤整備がなされる必要がある。また、今後は、高齢者の生活機能を総合的に向けていけるような教育・訓練が必要である。

このように、2004年に発行された、「高齢者のリハビリテーションのあるべき方向」では、超高齢社会に生きる高齢者が、健康で実りある生活を実現することを支援するリハビリテーションの在り方が検討され、在宅生活の継続と生活機能の向上および自立支援を重要視していることがわかる。2001年に発表されたICFの考えのもと、機能障害そのもの



に直接的に働きかけて、その結果、能力低下や社会的不利を改善させるという考え方から、残存している「心身機能」と日常生活の「活動」と社会への「参加」に対するそれぞれの働きかけを通じて、生活機能を向上させ、併せて生活環境の改善を行うことにより活動制限や参加制約を少なくさせて利用者本人の生活を支えていくという考え方に立っている。

## **b. 2015年「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書」**

2014年から2015年にかけて厚生労働省にて「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」の行われ、以下の4つの課題が示唆されている。

①心身機能に偏ったリハビリテーションの実施として、高齢者が通所リハビリテーションを継続する理由として、「身体機能を治したい」「筋力や体力をつけたい」といった身体機能の改善に希望を多く持っているが、「社会的活動をできるようになりたい(42.3%)」といった社会参加に係る希望も少なくないことが示されている。そうした声があるにもかかわらず、通所、訪問リハビリテーションでは、医療におけるリハビリテーションにおいて主に実施されるような身体機能に偏ったリハビリテーションが実施されがちであること、WHOが示したICFで示される「活動・参加」などの生活機能全般を向上させるためのリハビリテーションの実施度合いが低く、介護におけるリハビリテーションとしてのバランスのとれた構成となっていない。

②個別性を重視した適時・適切なリハビリテーションの実施として、介護保険のリハビリテーションにおいては、「心身機能」のみならず「活動」「参加」に係る働きかけが、医療のリハビリテーション以上に重要であり、利用者の社会的状況や意志に応じた柔軟な対応が求められる。また、リハビリテーション専門職の7割以上が、リハビリテーション終了後の利用者の具体的な生活イメージを持っていないこと、漫然とした機能訓練が長期間にわたって継続されている現状があることについても課題として挙げられている。

③高齢者の気概や意欲を引き出す取組として、通所リハビリテーションの利用者の半数近くが地域の体操教室や趣味活動等の集まりについて説明を受けていない（若しくはよく覚えていない）、また、この説明を受けた利用者の半数近くが、そのサービスを利用したいと回答しており、高齢者の気概や意欲を引き出す取組には改善の余地があると考えられるとしている。

このような検討を受けて、リハビリテーションマネジメントの再構築や活動参加に向けた介入が促されるようになった。また、2015年4月より介護保険制度では社会参加の継続にむけ、通所、訪問リハから通所事業その他、社会参加に移行した場合に算定できる社会参加支援加算や活動、参加に繋がる介入を評価した生活行為向上リハビリテーション実施加算が新設された（厚生労働省2017）。

「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」では、検討するに

あたって、まず a に示した「高齢者リハビリテーション研究会」報告書の基本的な考え方と見直しへの提案に関するその後の対応や現状を確認したうえで、必要とされる具体策を実効性のある形にするために課題が整理されている。しかしながら、課題の多くは 2003 年に行われた高齢者リハビリテーション研究会において既に指摘が行われているものであり、当時の課題がこの時点においてもなお残っているといえる。

### c. 要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会

厚生労働省は、2021 年度から始まる第 8 期介護保険事業（支援）計画における要介護者や要支援者に対するリハビリテーションの提供体制や整備目標などを検討するとして、2020 年 4 月より「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会」を開催している。ここでも身体機能低下だけでなく、認知機能低下等の多彩な病態や障害があることから、国際生活機能分類（ICF）の理念に基づき、「心身機能・身体構造」「活動」「参加」の 3 つの構成要素に加え、それらの構成要素と相互作用を及ぼす「環境因子」に働きかけるリハビリテーションを提供することが重要であることが確認されている。また、6 月時点で今なお開催中であるが、その資料として、b に示した「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会」での検討後、介護報酬の加算として新設された、生活行為向上リハビリテーション実施加算や、社会参加支援加算の算定率が低いことが指摘されている。全ての対象者が社会参加を目標としているわけではないものの、高齢期における社会参加促進に向けたリハビリテーション支援は未確立であると言わざるをえない。

### 3. 支援に携わるリハビリテーションスタッフが抱えるジレンマ

2 で述べた、「高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会」報告書（厚生労働省 2015）には、委員の意見として、「社会全体がリハビリテーションイコール運動という誤解が大きい。」、「介護保険制度そのものがリハビリテーション前置主義と言われているが、果たしてこれが今なおサービス提供側や受ける国民に、周知徹底されているかということになると非常に不安がある。」、「ADL を含めた自立という視点が、いわゆる機能回復に終始しているような発想である。」「本人が体を動かすこと自体を目的に据えてしまい、生活・参加上の目標を設定することが難しくなる。」といった、リハビリテーションスタッフが抱えるジレンマともいえる事項が列挙されている。

このように、リハビリテーションスタッフにおいては、活動・参加に向けたリハビリテーションに励みながらも目標に至らない悩みやジレンマを抱えていることが読み取れる。

第 2 節 1～3 をまとめると、2003 年というはるか以前より ICF の理念に基づいたリハビリテーションの重要性が確認されている。また、活動・参加に向けたリハビリテーショ

ソの在り方を幾度となく検討し、加算の新設にまで至った高齢期のリハビリテーションは、2003年に指摘されている課題を解決できず、今なお課題として残っている。解決に向けては、抜本的に見直しを行う必要がある。また、高齢期のリハビリテーションの考え方は示されているものの、その視点や方法については十分に示されておらず、質的、量的に解明する必要がある。

### 第3節 高齢者の社会参加について

#### 1. 高齢者の社会参加状況とその効果

高齢者の社会参加状況について、国民健康・栄養調査報告（厚生労働省 2016）では、60歳以上の者のグループ活動として、60～69歳の約70%以上、70歳以上の約50%弱が働いているか、またはボランティア活動、地域社会活動（町内会、地域行事など）、趣味やおけいこ事を行っているとして報告している。男女別にみると、70歳以上での社会活動の状況をみると男性は51.7%、女性は44.2%の者が働いているか、何らかの活動を行っている。

また、高齢者の経済・生活環境に関する調査（内閣府 2016）では、社会的活動（貢献活動）の実施状況として、参加している活動は、「自治会、町内会などの自治組織の活動」18.9%、「趣味やスポーツを通じたボランティア・社会奉仕などの活動」11.0%である一方、「特に活動はしていない」は69.9%にも及んでいる。

また、高齢者の住宅と生活環境に関する調査（内閣府 2018a）では、外出する際に利用する手段として、「自分で運転する自動車」56.6%が最も高く、ついで「徒歩」56.4%となっている。都市規模別にみると大都市では「徒歩」71.0%、「自分で運転する自動車」38.4%、「電車」36.5%の順で、町村では、「自分で運転する自動車」66.8%、「徒歩」42.7%、「家族などの運転する自動車」24.6%であった。徒歩圏内（自宅から500メートル圏内）で把握している利用可能な施設として、「公民館、集会所」が70.5%、「コンビニエンスストア」が69.5%と多く、続いて「公園」65.9%、「スーパーや商店など商業施設」62.3%、「医療機関」59.3%、「郵便局や銀行など金融機関」57.0%の順となっている。また、大都市では、「コンビニエンスストア」や「スーパーや商店など商業施設」が徒歩圏内にある人が8割以上であるが、町村ではこれらの商業施設が徒歩圏内にある人が5割程度となっている。

要支援・軽度要介護高齢者の社会活動について示した調査研究は非常に少ないが、仕事、社会参加・奉仕活動、学習活動、個人活動の4つの領域ごとの実態調査から、社会参加・奉仕活動では「地域行事」17.5%、学習活動では「趣味の会・カルチャーセンター」10.9%、個人活動では「近所付き合い」79.6%が最も多いことが報告されている（宇都宮ら 2019：393-402）。高齢者の社会活動に参加している割合は決して高いとはいえ、要支援・軽度要介護高齢者については、社会との関わり方が変容している様子が読みとれる。

社会活動への参加の効果について、高齢者の地域社会への参加に関する意識調査では、社会的な貢献活動による効果として「新しい友人を得ることができた」56.8%や「地域に安心して生活するためのつながりができた」50.6%が5割台で高いこと（内閣府 2018b）、外出頻度と QOL との関連があること（古達 2007：23-34）、趣味や IADL や知的活動、社会的役割などの心理・社会的因子に着目した介入が認知症発生リスク軽減に関与していること（竹田 2007）、自発的な社会参加は健康維持効果が高く、頻度が多いほど要支援・要介護認定、認知症リスクを軽減できること（経済産業省 2018）、高齢者に社会的な有用感（usefulness）をもたらすこと（日下ら 1998：151-159）、年齢や ADL スコアに影響を受けず、直接的に生活満足感を高める（矢庭 2008：59-65）が報告されており、高齢者の社会参加は多面的な効果をもたらすものと考えられる。

## 2. 高齢者の社会参加の要因

高齢者の社会参加の促進要因として、人間関係ができていたり人間関係構築の希求（田島ら 2017：59-72）、親しい友人や仲間の数が多いこと、外出や活動参加に誘われること、中年期に地域とのかかわりがあったこと（岡本 2014：346-354）、自分自身が健康であることや、一緒に活動する仲間がいること、活動場所が自宅からあまり離れていないこと（内閣府 2008）が報告されている。また、要支援・要介護者の社会参加関連要因として、外出の実行には実用的な歩行機能が必要であり、より複雑な状況への適応を要求される町外への外出には、階段昇降の自立度が関与すること（鈴川ら 2010：103-107）、身体機能（金ら 2004：322-334）（玉腰ら 1995：888-896）が関連すること、地域の物的障害が多いことは地域在住要介護者等の低い外出頻度に関連する環境要因として重要であること（加藤ら 2011：17-26）など環境因子、身体機能と外出との関連についても報告されている。一方、自立度が比較的高い在宅要介護高齢者の「閉じこもり」には身体的要因よりも「家の中のやすらぎ」「元気な頃とのギャップ」「介護を受けることの負担感」等の心理的・社会的要因が大きな影響を及ぼし、援助を考える場合には、自立への思いや家族をはじめとする周り人に迷惑をかけたくないという思いがあり、介護を受けることに関わる負担感があることをまず理解するとともに、高齢者本人が外出することを選択しない場合には、本人の意思を尊重する配慮も必要であること（森 2002：17-24）、閉じこもり群では、身体的健康感ばかりでなく精神的健康感も低いこと（古達ら 2007：23-34）、要支援・要介護高齢者の社会参加抑制因子として、60代では「仕事が忙しくて時間がない」40.8%、「きっかけがつかめない」20.9%、70歳以上では「特に必要がない」19.8%であったこと（内閣府 2013）など、心理・社会的な要因についても明らかにされている。

さらに、デイサービス利用者の外出行動の実態を4つに類型化し、居住環境は整っていれば外出を促す効果があるが、家族が要介護者を支える反面、外出を抑制する点もあり、

居住環境が整っていても外出維持には繋がらない点も明らかにしている。身体機能の低下が外出頻度に影響するかどうかはタイプによって異なることや、整っている環境自体が外出の抑制因子にもなりうることから、要介護者の外出には様々な要因が複雑に絡みあうということが示唆されている（池尾ら 2014：825-830）。

このように、要支援・要介護高齢者を含め高齢者の社会参加の要因について、環境因子や心身、認知機能について単独での関連が示唆されているもの、また阻害因子が複雑に絡み合っていることが先行研究で明らかにされている。しかしながら、調査時現在の社会参加状況や要因を横断的に調査したものが多い。海外研究では McPherson M ら（2006：353-375）は、1985年から2004年にかけての20年の推移において、非親族者とのつながりが減少することを報告している。また、A Tamakoshi ら（1995：888-896）は、年齢が進むにつれて仕事活動が減少すること、社会活動や学習活動は75歳頃までは増加し、その後は減少すること、個人活動は80歳ごろまでは変化せずその後は減少することを示唆している。年齢の高低を軸に社会活動の状況を分析されているが、個人の社会参加推移からその要因を調査したものではない。

老化や病気、事故などで心身に変化をもたらしながら在宅生活を継続している要支援・軽度要介護者の社会参加推移とその要因を十分に分析したものは見当たらない。心身あるいは環境状況に変化をもたらすこともありながら社会参加に向けたリハビリテーション支援を検討するにあたり解明する必要がある。

#### 第4節 高齢者のSOCと社会参加に関する先行研究

##### 1. 本研究に健康生成論とSOCの視点を取り入れた理由

本研究に健康生成論とSOCの視点を取り入れた理由の一つとして、参加制約を抱えながらも社会参加を継続しているリハビリテーション対象者に幾度も遭遇した筆者の臨床体験が挙げられる。何らかの課題を有している要支援・要介護者においては参加制約が生じ、社会に参加することを諦めざるを得ない状況となることも少なくない。一方で身体機能の低下がありながらも友人の車に同乗させてもらい買い物を楽しむ人や、鞆の持ち方を工夫して外出する人、あまり無理をせず調子のいい時だけ社会活動に参加する人など参加制約を抱えながらも、それを乗り越え本人が目指した社会参加を継続している人もいる。つまり、社会に参加している要支援・要介護者は、自身の状態と向き合い自己管理しながら、ストレス対処の術を獲得・動員している、また、それが社会参加の中で強みとして般化できているとも捉えることができ、ストレス対処力と称される Sense of coherence（以下、SOC）との関連が伺える。

社会参加促進に向けた支援方法に関連する先行研究では、社会参加を含む作業に焦点を当てたリハビリテーションとして、Fisher（2009）は社会参加を含む本人にとって意味の

ある作業に焦点をあてた介入モデルに Occupational Therapy Intervention Process Model (以下, OTIPM) を提示している。これは, リハビリテーション対象者から, 目標である作業ニーズを引き出した後, 作業遂行障害の改善のために, 心身機能などの回復・発達を促す回復モデル, 今まで有していなかった技能を習得する習得モデル, 自助具や福祉機器・IT 機器・物理的・社会的・人的環境調整を含む代償モデル, セミナーや講義などの大団体の教育プログラムの計画と実施である教育モデルを選択して介入するものである。クライアント中心の遂行文脈の確立, 作業遂行の強みと問題の明確化・解釈などが示されており活動・参加に至らない悩みを解決するための一つのツールとして利用できる。しかし, それぞれのモデルを選択したうえで, どのような方略をたて具体的にどのように介入するかについては述べられておらず, 他の理論や方法を併用することが予測される。

また, 近年注目されているレジリエンスを活性化させる支援モデルとして Lahad, M (=2017) は, BASC Ph ストレスコーピング多重モデルを提示している。レジリエンスの説明の詳細は後に述べるが, 回復する力や適応する力とされている。BASC Ph ストレスコーピング多重モデルとは, 6つのコーピング(対処)チャンネル(局面)を活用して, レジリエンスを引き出すストレスコーピングモデルである。6つのチャンネルとは, 信念と価値(Belief and values), 感情/情動(Affect/Emotion), 社会的(Social), 想像/創造(Imagination), 認知的(Cognitive), そして生理的・身体的(Physiological)を指す。このモデルでは, 病気の原因となるもの(リスク要因)を解明し, それを取り除くという病理モデルではなく健康になるための要因を解明しそれを強化する, つまりどのような対処法が人を回復させるのかというモデルである。参加制約を抱える要支援・軽度要介護高齢者の社会参加場面を想像すると, 多少なりともストレスが生じその対処法を検討することは重要であると考えられる。しかし, BASC Ph ストレスコーピング多重モデルは復元力・弾力性とも訳されることがあるレジリエンスを高め, その人の回復を目指すことに主眼がおかれている。老化や病気, 怪我などに伴い心身状況の変化に対応しつつ介護認定を受けながら生活を営んでいる要支援・軽度要介護高齢者の社会参加については, 自身で困難を乗り越えることをあきらめて, 外的対処資源を活用することも重要であると考えられる。

そのうえで本研究では, 要支援・軽度要介護高齢者の社会参加に向けた新たなリハビリテーションモデルを検討するにあたり, 本研究では健康生成論並びにその中核概念であるストレス対処・健康生成力 SOC の概念を援用する。

健康生成論は, アメリカの医療社会学者である Aaron Antonovsky が提唱した理論である。この健康生成論は, 従来の医学において支配的であった, 疾病を発生させ増悪させる危険因子を軽減または除去するという観点に立つ疾病生成論とは大きく転換した理論体系でもある。健康生成論において, 健康は, 健康(helth ease)と健康破綻(dis-ease)を両極とする連続体上のどこかに位置するものとされている(図 1-3)。健康-健康破綻の連

続体上に、ある時点での健康状態が位置する。そして、健康破綻の極側へと移動させる力をもつのが危険因子であり、健康の極側へといどうさせる力を持つのが健康要因である。この健康要因に着眼し、それを支援強化しようという見地から対象に接近するのが健康生成論的アプローチである（山崎 2017：7-11）。

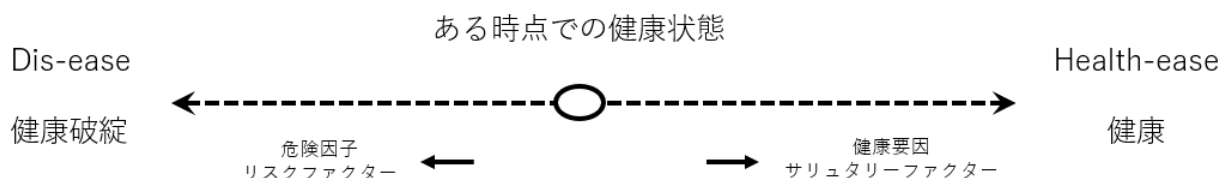


図 1-3 健康－健康破綻連続体

Antonovsky は、ナチスの強制収容所から生還した経験を持つ女性において、過酷な環境下で恐怖や不安などを経験したにもかかわらず、3割もの女性が心身の健康を維持しながら生き延びていることに着目している。そして、人には過度のストレス下においても自身の健康を自らが生成し、環境に適応していく心理的・認知的メカニズムが存在するとし、その中核をなすものが SOC であるとしている。SOC の概念は「把握可能感 (comprehensibility)」「処理可能感 (manageability)」「有意味感 (meaningfulness)」の3つで構成されている。「把握可能感」は、自分の内外で生じる環境刺激について、秩序付けられた予測と説明が可能なものであるという確信として捉える感覚、「処理可能感」は、それら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する確信、「有意味感」は、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感覚からなるとされている。ナチスの強制収容所から生還した経験を持つ女性においては、過酷な経験がありながらも、自分のおかれている現状を合理的に見つめ、ストレスを対処しなんとか生き延びていけるという見通しをもつことができ、状況を意味のあることとして捉えられる感覚をもつ人が健康を維持して生き延びているという。また SOC が機能する可否については、後天的な生活環境要因によって大きく影響され、生活上の様々なストレスを対処していくための具体的なスキルの獲得とも密接に関係しているとしているものである (Antonovsky A 1987)。

日常生活に何らかのストレスや不便など参加制約を抱えている要支援・軽度要介護高齢者にとって、社会に参加し、それを継続することは容易なことではない。ナチスの強制収容所の話と本研究の社会参加というものを混同させて考えることはできないが、支援、介護が必要である自身の心身状態と向き合い、状態を自己管理しながら様々な阻害要素がある社会に参加し継続することは、何かしらのストレスや困難を感じても不思議ではない。これらのことから SOC が要支援・軽度要介護高齢者の社会参加の促進及び阻害に影響す

るものと考えた。

また、SOC 下位因子である 3 つの概念とすり合わせて考察すると、要支援・軽度要介護高齢者が社会参加を実現する為には、自身の状態を客観的に見つめ、おかれている環境や起こりうる課題等を合理的に理解しながら（把握可能感）あらゆる手段を使い、この環境で行為を遂行できると予想し（処理可能感）、社会参加することの意味や価値を見出せる（有意味感）ことが必要であるとも言い換えることができるのではないかと考えた。

なお、SOC は測定可能とされており、29 項目版、13 項目版、3 項目版の SOC スケールがある。そのうち、29 項目、13 項目版の内的一貫性、信頼性、妥当性はすでに検証されている。

## 2. SOC と近接する概念について

### a. レジリエンス (resilience) について

先にも幾分述べたが、人生ストレスやストレス対し効果的に対処する概念として、SOC と類似したレジリアンス (resilience) という概念がある。レジリアンスは、さまざまな研究者によって定義がなされているが、「脅威を与える状況・逆境下において、ポジティブに適応する過程、能力、およびその結果 (Egeland 1993)」として用いられることが多く SOC と類似しているようにも見える。しかしながら以下の 3 つの点で異なっている (山崎ら 2017: 12-17) とされている。

1 つ目は、レジリアンスには健康生成力という SOC の代表的な機能が含まれていない点である。ストレスに対処資源を動員するが、対処の成功の裏には、その経験を糧にして SOC 自体も強化され向上するという機能、健康と健康破綻連続体において、健康の側に押し上げるという機能を有している点である。

2 つ目は、レジリアンスは心理学的概念であり、心身の心のなかの関心の傾向や感情のコントロール、あるいは希望といった自己にのみ依って立ち環境や他社に対峙する自己概念が前提となっている点である。一方 SOC は環境や周囲の人々との関係性を不可分にもった自己概念が前提になっていることが特徴である。つまり、その人の内外にある様々な対処資源の活用を可能とした概念である。

3 つ目は、レジリエンスは復元力・弾力性とも訳されることがあるストレスへの対処のあり方に関する概念であるのに対して、SOC は柔軟な人生への向き合い方・かかわり方に関する概念である点である。レジリエンスは「あきらめない力・折れない力」と呼ばれることもあるが、SOC はあきらめること、折れることも時には重要と見なし、それが先見性、合理性、柔軟性のある行動を意味することもある。

要支援・軽度要介護高齢者の社会参加に向けたリハビリテーションにおいては、参加制約を抱えながらもストレスを上手く対処し社会参加を促進することに加え、その対処



する経験自体が SOC を強化することになる。また、社会参加に向けて、その人の内外にある様々な対処資源の活用もうまく取り込みながら社会参加の促進を目標とするリハビリテーションにおいては、SOC との親和性が高いと考えた。

#### **b. ヘルスリテラシー (Health Literacy) について**

ヘルスリテラシーとは、「健康情報を入手し、理解し、評価し、活用するための知識、意欲、能力であり、それによって日常生活におけるヘルスケア、疾病予防、ヘルスプロモーションについて判断したり意思決定をしたりして、生涯を通じて生活の質を維持・向上させることができるもの」(Sorensen 2012: 80) と説明されている。また、ヘルスリテラシーには、健康リスクや保健医療の利用に関する情報を理解できる①機能的(functional)ヘルスリテラシー、コミュニケーションによって情報を入手したり意味を理解したりして、変化する環境に対しては新しい情報を適用できる②相互作用的(interactive)ヘルスリテラシー、情報を批判的に分析し、この情報を日常の出来事や状況をよりコントロールするために活用できる③批判的(critical)ヘルスリテラシーの3つのレベルがあるとされている(Nutbeam 2000: 183-184)。また、SOC とヘルスリテラシーは比較的高い相関がみられていることがわかっており(中山 2016: 2-22)、ヘルスリテラシーも、SOC 下位因子とは異なる別の切り口から見えてくる構成要素と考えられる(山崎 2017: 7-11)と述べている。

要支援・軽度要介護高齢者の健康を増進するためのリハビリテーションの一つとして、ヘルスリテラシーの概念を参照することは間違いではないが、健康や医療の情報を入手し、理解し、評価して、適切に決められる能力を高めることは健康増進の一部であり、社会参加に焦点を当てた新たなリハビリテーションモデルの構築をテーマとした本研究では、SOC の概念を用いる方が適切であると考えた。

#### **c. 心的外傷後成長 (Post traumatic growth : 以下, PTG) について**

心的外傷後成長 PTG は、「人生における危機的な出来事やトラウマティックな出来事との精神的なもがき・闘いの結果としてもたらされる、ポジティブな心理的変容の体験」と定義されている(Tedeschi & Calhoun, 2004: 1-18)。また、その変容メカニズムについて、①情動、②認知、③行動の順に変化するモデル(Calhoun & Tedeschi, 2006: 222-242)を報告している。これは、神的外傷体験により、悲嘆(ネガティブ感情)が想起する。日常的に抱いている「世界は意味のある存在だ」という信念や、自分の存在に対する価値といった世界観が揺すぶられ崩壊する。そして、自分、世界、人生に対する見方・認知が変化せざるを得ない状況に陥り、適応していく中で行動の変化が伴うというものである(尾崎 2011)。このような心的外傷を伴うような出来事は、多大な精神的な葛藤やストレス、混乱している状態であることが想像される。SOC の下位因子との関連を考えると、どのよ

うな悲惨な状況であっても人生には意味がある，特に有意味感を備えもつことは，避けがたい困難がある現実を冷静に受け止め，それに健康を脅かされることなくむしろ原動力に変えるきっかけにもなると考えることができる．また，PTGがSOCと心的外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder；以下，PTSD）の双方に有意に高い相関をもつこと（Nishi 2010：1-6）についても報告されている．

PTGは単純にインパクトの大きな出来事そのものではなく，その後の様々なPTSD症状や出来事によって付随して生じた様々な慢性ストレスラーに対処することを通じて成長することを含むものといえSOCとの関連が高いものと思われる．一方で，PTGにおける成長は，ストレス耐性に加え，疾病そのものの痛みや苦しみを伴うことが推察される．要支援・軽度要介護者の社会参加に向けたリハビリテーションを検討するうえで，もちろん関連がないわけではないが，回復期・高齢期よりも特に急性期の分野における障害受容の段階における成長の過程での関連が強いと思われる．

### 3. 高齢者のSOCに関する先行研究

健康生成論においては，人間は生物学的な寿命のごくごく最後まで生命力あふれる人生を生きることができるとし，その可能性を開くのがSOCである（Antonovsky 1979）としている．

老いとともに高齢者のSOCは変化するかどうかについて，日本人の一般成人の報告では，SOCスコアを100に対する率で表すと66.0%（山崎 1997：243），通常の社会活動を営んでいる高齢者は60～64歳が69.5%，65～69歳が72.8%，70～74歳が75.5%，75～79歳が72.0%，80歳以上では70.3%（本江 2003：123-136），アメリカの独居女性高齢者は78.3%，イスラエルの退職女性は71.4%（Judith 1996：99-112），カナダの65歳以上の地域に住む高齢者のSOC調査から，65～79歳は69.8%，80歳以上は70.2%（Forbes 2001：29-32），オランダの地域高齢者では，55～64歳は79.2%，65歳～74歳は83.5%，75歳～89歳は83.0%であった．これらの先行研究から，高齢期においてSOCが衰えるという様相は認められないものと考えられる．

また，高齢者のSOCの関連要因として，SOCは男性ほど強く，全体的な健康の自己評価が高い人ほど強い，また，経済状態が良好な人ほど強く，「精神的成長」や「対人関係」，「ストレス管理」健康推進ライフスタイルを送っている人ほどSOCが強いことを明らかにしている（山崎 2008：163-176）．さらに，質的分析の結果よりSOCの高い高齢者の生き方の特徴として，質的に分析し「周到に生きる」「人々や社会のために生きる」「強い意志と自我をもって生きる」「苦難の経験を肯定的に再構築する」「自分らしく生きる」を示唆している（山崎 2008：163-176）．

これらの結果は，AntonovskyがSOCの形成に必要であると説明している，一貫性，バ

ランスのとれた負荷や結果形成への参加にあてはまり、SOCの形成を維持あるいは高めようとする支援が、高齢者が人生のごくごく最後まで生命力あふれる人生を生きる為には重要であることを意味している。

#### 4. 高齢者のSOCと社会参加に関する先行研究

高齢者のSOCと社会参加の関係について、社会参加を「地域組織や団体への参加」とし、女性においては参加組織数が多いほどSOCも高い傾向があること、社会参加をすることで关系的汎抵抗資源が得られ、SOCが向上する可能性を示唆した（金森 2013：125-134）。また、SOCが高得点であるほどQOLは高く、認知症の低下やうつ症状を有していてもQOLが著しい低値を示さない（畑山ら 2012：43-53）。農村地域在住の中老年を対象とした調査から、精神的に健康である場合はSOCの高低はQOLに影響しないが、精神的に不健康である場合にはSOCの高低がQOLの保持に関与する可能性があるとしている（畑山ら 2008：29-34）。

また、SOCが経済状態や健康自己評価に関連し、反対に慢性疾患や要介護家族の有無、子どもや配偶者との同居の有無、年齢については関連が認められなかったことを明らかにしている（山崎 2008：163-176）。

これらのことから高齢者がいきいきとした人生・生活を営むためには、慢性の疾病や障害、要支援・要介護などのストレスフルな状況があったとしても、自らの健康意識を高くもち、経済的問題が生じないように留意し「精神的成長」「対人関係」「身体的活動」を日常生活に取り入れていくことの重要性を示唆している。また、社会に参加するためにはSOCの形成や高まりが影響することのみならず、社会に参加することで対処資源が得られさらにSOCが向上するという相互作用の関係があるものと捉えることができる。

### 第5節 考察

#### 1. 先行研究で明らかにされていること

先行研究で明らかにされていることとして、以下の8点が挙げられる。

第一に、1980年に提起されたICIDHは階層性を示している。階層性には「相互依存性」と「相対性独立性」があり双方を理解する必要がある。人という思考し社会生活を営む複雑なものが対象となるリハビリテーション分野では、より高く複雑な階層の現象をより低く単純な階層の法則で説明しつくせると考える基底還元論は大きな誤りをおかす危険性があり、ICIDHの階層性の理解不足による誤解を招いた批判もあったことが明らかにされている。

第二に、ICFの「心身機能」のみならず「活動」「参加」に係る働きかけは、医療のリハビリテーション以上に重要であり、利用者の社会的状況や意志に応じた柔軟な対応が求

められる。リハビリテーション専門職の7割以上が、リハビリテーション終了後の利用者の具体的な生活イメージを持っていないこと、漫然とした機能訓練が長期間にわたって継続されている現状があること、課題の多くは2003年に行われた高齢者リハビリテーション研究会において既に指摘が行われているものであり、当時の課題が2015年時点においてもなお残っていると述べるということが明らかにされている。

第三に、リハビリテーションマネジメントの再構築や活動参加に向けた介入が促されるようになった。また、2015年4月より介護保険制度では社会参加の継続にむけ、通所、訪問リハから通所事業、その他社会参加に移行した場合に算定できる社会参加支援加算や活動、参加に繋がる介入を評価した生活行為向上リハビリテーション実施加算が新設されたこと、その算定率が今なお低いことが明らかにされている。

第四に、リハビリテーションスタッフにおいては、活動・参加に向けたリハビリテーションに励みながらも目標に至らない悩みやジレンマを抱えていること、社会参加促進に向けた支援は未確立であると言えることが明確となった。

第五に、要支援・要介護高齢者を含め高齢者の社会参加の要因について、環境因子や心身、認知機能について単独での関連が示唆されているもの、また阻害因子が複雑に絡み合っていることが先行研究で明らかにされている。

第六に、高齢者が社会活動に参加する効果について、QOLとの関連、認知症発生リスク軽減に関与していること、自発的な社会参加は健康維持効果が高く、頻度が多いほど要支援・要介護認定、認知症リスクを軽減できること、社会的な有用感（usefulness）をもたらすこと、直接的に生活満足感を高めるが報告されており、多面的であることが明らかにされている。

第七に、要支援・要介護高齢者を含め高齢者の社会参加の要因について、環境因子や心身、認知機能について単独での関連が示唆されているもの、また阻害因子が複雑に絡み合っていることが先行研究で明らかにされている。

第八に、高齢者のSOCと社会参加の関係についてSOCが高得点であるほどQOLは高いこと、SOCが経済状態や健康自己評価に関連し、反対に慢性疾患や要介護家族の有無、子どもや配偶者との同居の有無、年齢については関連が認められなかったこと、高齢者がいきいきとした人生・生活を営むためには、慢性の疾病や障害、要支援・要介護などのストレスフルな状況があったとしても、自らの健康意識を高くもち、経済的問題が生じないように留意し「精神的成長」「対人関係」「身体的活動」を日常生活に取り入れていくことが重要であることが明らかにされている。また、社会に参加するためにはSOCの形成や高まりが影響することのみならず、社会に参加することで対処資源が得られさらにSOCが向上するという相互作用の関係があることについても示唆されている。

## 2. 先行研究で明らかにされていないこと

先行研究で明らかにされていないこととして、以下の3点が挙げられる。

第一に、社会参加を含めたICFの「活動」「参加」に向けたリハビリテーションの在り方を幾度となく検討し、加算の新設にまで至った高齢期のリハビリテーションは、2003年に指摘されている課題を解決できず、今なお課題として残っている。解決に向けては、抜本的に見直しを行う必要がある。また、高齢期のリハビリテーションの考え方は示されているものの、その方法については十分に示されておらず、質的、量的に解明し支援モデルを提示する必要がある。

第二に、要支援・要介護高齢者を含め高齢者の社会参加の要因について、環境因子や心身、認知機能について単独での関連が示唆されているもの、また阻害因子が複雑に絡み合っていることがわかっているが、多くの調査は、調査時現在の社会参加状況を横断的に調査したものである。老化や病気、怪我などに伴い心身状況の変化に対応しつつ介護認定を受けながら生活を営んでいる要支援・軽度要介護高齢者の社会参加を把握するためには、認定前から認定後に至る社会参加の推移とその要因を把握する必要があるが先行研究では見あたらない。

第三に、要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向け、健康生成力概念SOCの視点に基づいたリハビリテーションの介入研究が行われていないことである。

## 文 献

1. 高齢者のリハビリテーション研究会 (2004) 「高齢者リハビリテーション報告書—高齢者のリハビリテーションのあるべき方向—」. 社会保険研究所.
2. 中村隆一 (2011) 「リハビリテーション概論」. 東京, 医歯薬出版, 8-19.
3. 上田敏 (2002) 「国際障害分類初版 (ICIDH) から国際生活機能分類 (ICF) へ—改訂の経過・趣旨・内容・特徴— 月刊ノーマライゼーション障害者の福祉」. 22-251.
4. 上田敏 (2005). 「改訂新セミナー介護福祉—リハビリテーションの理論と実際」 ミネルヴァ書房, 2-22.
5. 厚生労働省 (2015). 「高齢者の地域における新たなリハビリテーションの在り方検討会報告書」. 12-25.
6. 厚生労働省 (2020). 「要介護者等に対するリハビリテーションサービス提供体制に関する検討会, 第4回資料」.
7. 厚生労働省 (2016) . 「国民健康・栄養調査報告」 . <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/dl/h28-houkoku-06.pdf> (2020年7月参照)
8. 内閣府 (2016) 「高齢者の経済・生活環境に関する調査」 . [https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h28/sougou/zentai/pdf/sec\\_2\\_3\\_2.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h28/sougou/zentai/pdf/sec_2_3_2.pdf)(2020年7月参照)
9. 内閣府 (2018a) 「高齢者の住宅と生活環境に関する調査」 . <https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h30/zentai/pdf/s2.pdf> (2020年7月参照)
10. 宇都宮すみ・小岡亜希子・陶山啓子 (2019) 「要支援高齢者の社会活動に関連する要因」 『老年社会科学』 40(4), 393-402.
11. 内閣府 (2018b) 「平成30年版高齢社会白書」 . [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s1\\_2\\_3.html](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s1_2_3.html) (2020年7月参照)
12. 内閣府 (2008) 「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」 [https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2009/zenbun/pdf/1s2s\\_5.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2009/zenbun/pdf/1s2s_5.pdf) (2020年7月参照)
13. 古達彩子, 武政 誠 (2007) 「神戸市北区における地域高齢者の外出頻度とその要因」. 神大保健紀要, 23-34.
14. 竹田徳則, 近藤克則, 平井寛, 村田千代栄 (2007) 「地域在住高齢者の認知症発症と心理・社会的側面との関連」. 作業療法, 26, 55-65.

15. 経済産業省（2018）「高齢化社会の進展と地域経済・社会における課題に関する調査研究報告書」． [https://www.meti.go.jp/meti\\_lib/report/H29FY/000289.pdf#search](https://www.meti.go.jp/meti_lib/report/H29FY/000289.pdf#search)（2020年7月参照）
16. 日下菜穂子，篠置昭男（1998）「中高年者のボランティア活動参加の意義」．老年社会科学 19（2），151-159.
17. 矢庭さゆり（2008）「要介護（支援）認定を受けた高齢者の他者への提供サポートが他者貢献感および生活満足感に与える影響」．新見公立短期大学紀要，29，59-65.
18. 田島 愛，大橋 明，橋本廣子，上平公子，道林千賀子（2017）「高齢者サロンにおける男性の参加要因に関連する探索的研究」．岐阜医療科学大学紀要，11，59-72.
19. 岡本秀明（2014）「地域高齢者の社会活動研究における概念定義と測定および活動参加促進要因」．老年社会科学，36（3），346-354.
20. 内閣府（2008）「高齢者の地域社会への参加に関する意識調査」  
[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2009/zenbun/pdf/1s2s\\_5.pdf](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2009/zenbun/pdf/1s2s_5.pdf)（2020年7月参照）
21. 鈴川芽久美，島田裕之，小林久美子，鈴木隆雄（2010）「要介護高齢者における外出と身体機能の関係」．理学療法科学 25（1），103-107
22. 金 貞任，新開省二，熊谷修他（2004）「地域中高年者の社会参加の現状とその関連要員一埼玉県は外山町の調査から一」．日公衛誌，51，322-334.
23. 玉腰暁子，青木利恵，大野良之，他（1995）「高齢者における社会活動の実態」．日本公衆衛生雑誌，42（10），888-896.
24. 加藤剛平，田宮菜奈子，柏木聖代，赤坂清和（2011）「地域在住要介護者等の外出頻度に関連する環境因子」．理学療法学 38（1），17-26.
25. 森 淑江，佐々木康子（2003）『在宅要介護高齢者の「閉じこもり」に関する研究』．群馬保健学紀要（23），17-24.
26. 内閣府：平成25年度高齢者の地域社会への参加に関する意識調査結果（概要版）  
<https://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h25/sougou/gaiyo/index.html>（参照2019年7月参照）．
27. 池尾恵里，後藤春彦，佐藤宏亮（2014）「介助を必要とする高齢者の外出行動の実態と外出支援の課題－外出支援を行うデイサービスセンターに着目して－」．公益社団法人日本都市計画学会都市計画論文集，49（3），825-830.
28. McPherson M, Smith-Lovin L, Brashears ME (2006) . Social isolation in America : changes in core discussion networks over two decades. American Sociological Review ; 71(3) : 353-375.
29. Tamakoshi A, Aoki R, Ohno Y, Hashimoto S, Shimizu H, Ikari A, Sakata K, Kawamura T,

- & Wakai K (1995). Social activities in the elderly. [Nippon kōshū eisei zasshi] Japanese journal of public health, 42(10), 888-896.
30. Fisher AG (2009) . Occupational Therapy Intervention Process Model. Three Star Press.
  31. Lahad, M, Shacham, M, Ayalon, O. The“BASIC Ph”Model of Coping and Resiliency, Jessica Kingsley (2013) (佐野信也, 立花正一. 監訳: 緊急支援のための BASIC Ph アプローチレジリエンスを引き出す 6つの対処チャンネル, 遠見書房, 2017) .
  32. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典 (2017) 「健康生成力 SOC と人生・社会－全国代表サンプル調査と分析」. 有信堂高文社, 7-11.
  33. Antonovsky. A. (1987). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass.
  34. Egeland B, Carlson E, Sroufe LA(1993). 「Resilience as process」. Development and psychopathology, 5 (4) , 517－528.
  35. Sørensen K, et al (2012) . Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health – a systematic review and integration of definitions and models – . BMC Public Health. Jan 25, 12, 80.
  36. Nutbeam, D. Kickbusch, I (2000) . Advancing health literacy : a global challenge for the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 183-184.
  37. 中山和弘, 福田 洋, 江口泰正 (2016) 「ヘルスリテラシー－健康教育の新しいキーワード－」. 大修館書店, 東京, 2-22.
  38. Tedeschi,R.G, and Calhoun,L.G (2004) . Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry, 1 (51) ,1-18.
  39. Calhoun,L.G, and Tedeschi,R.G (2006) / 宅香菜子, 清水 研 (2014) . 「心的外傷後成長ハンドブック－耐え難い体験が人の心にもたらすもの－」. 東京, 医学書院, 222-242.
  40. 尾崎真奈美 (2011) 「心的外傷後の成長(PTG)とスピリチュアルな発達－インクルーシブポジティビティの視点から－」. 相模女子大学紀要, 75, 101-107.
  41. Nishi, D., Matsuoka, Y & Kim, Y. (2010) . Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivor. Biopsychosocial Medicine, 4(7), 1-6.
  42. 山崎喜比古, 高橋幸枝, 杉原陽子, 他 (1997) 「健康保持要因 Sense of Coherence の研究(1) SOC 日本版スケールの開発と検討」. 日本公衆衛生雑誌, 44(10): 243.
  43. Judith SL. (1996) . Sense of coherence and strength perspective with older persons. Journal of Gerontological Social Work : 26, 99-112.



44. Forbes DA. Enhancing mastery and sense of coherence: important determinants of health in older adults. *Geriatric Nursing* 2001 ; 22 (1) : 29-32.
45. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子 (2008) 『ストレス対処能力 SOC』有信堂光文社, 40.

## 第2章 要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進・抑制に関わる心理・社会的要因 -SOC 高群・低群の特徴-

本章では、要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションモデルを検討するにあたり、まず社会参加促進・抑制に関わる心理・社会的要因を明らかにしたうえで、SOC 高群・低群との関連について質的に分析を行い、その特徴を示す。

### 第1節 調査目的

本研究では、通所・訪問リハビリテーション利用者の社会参加に焦点をあて、第一に、調査時現在の社会参加（社会活動・社会生活）の有無と SOC 高群・低群との関係を分析すること、第二に、要介護認定前から調査時現在に至る本人の社会参加状況の推移において、「社会参加の開始、継続に至る行動・心境」、及び「社会参加に結びつかなかった行動・心境」の特徴を明らかにすること、第三に、第二の特徴のうち、SOC の高群のみ、あるいは低群のみに出現する行動・特徴を浮き彫りにすることを目的とし、それらを通して社会参加促進に向けた支援の在り方を考察する。

### 第2節 調査対象と方法

#### 1. 対象

調査対象は、某県農村部 A 町（人口 10,523 人、高齢化率約 30.5%）にある A 事業所の通所または訪問リハビリテーション利用者 138 名のうち認知症の診断のない在宅軽度要介護者（要支援 1・2、要介護 1）に該当する利用者 26 名に直面で研究協力を依頼し同意を得られたもの 20 名とした。同意を得られなかった利用者 6 名の理由は、「他の活動をしたい」が 4 名、「疲れている」が 2 名であった。

#### 2. 調査方法

調査方法は、対象者宅または研究協力事業所において、対象者 1 人あたり 30 分から 40 分の半構造化面接と日本語版 13 項目版 5 件法 SOC スケール (Antonovsky=2001:19-21) を 1 回実施した。全ての調査を研究協力事業所に所属している筆者 1 人が担当した。

Antonovsky が提唱した SOC は、測定可能とされており、29 項目版、13 項目版、3 項目版の SOC スケールがある。そのうち、29 項目、13 項目版の内的一貫性、信頼性、妥当性はすでに検証されている (Antonovsky=2001:19-21)。本研究では、要支援・要介護高齢者を対象としており、質問への回答に対する負担を軽減できるよう 13 項目版 5 件法を採用した。13 項目版 5 件法 SOC スケールは、13 項目の質問から構成され、「まったくない (1 点)」～「とてもよくある (5 点)」などの 5 件法で自己評価を行い、すべての項目を

加算して得点化するものであり、得点が高いほど SOC が高いことを意味する (Antonovsky = 2001 : 19-21) .

面接では、要介護認定前から調査時現在に至る「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」、あるいは「社会参加に結びつかなかった行動・心境」を聞きとる為に、①社会参加の頻度、目的、理由、②社会参加を開始（再開）した理由とその際の行動や心境、③社会参加を継続している理由とその際の行動や心境、④社会参加を行わない、また、結びつかなかった行動や心境を聞きとった。なお、面接における質問と回答内容は対象者の了解を得て IC レコーダーで録音した。

### 3. 分析方法

SOC と社会参加状況の傾向を示すために、①SOC スケールの結果から、SOC 高群と低群の 2 群に分ける。群分けの境界値を、本江ら (2003 : 123-136) が報告している高齢者の SOC 平均スコアの 100 に対する率 71.7% を本研究で使用している 13 項目版 5 件法に換算したスコア 46.6 とし、それ以上を高群、未満を低群と設定した。②SOC 高群・低群と調査時現在の社会参加（社会活動・社会生活）の有無との関係を pearson の  $\chi^2$  検定にて分析した。③要支援・要介護認定前から調査時の社会参加状況の推移における「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」と④「社会参加に結びつかなかった行動・心境」を明らかにする為に質的分析を行った。インタビューの際に録音した記録のデータ起こしは、非調査者である専門業者に依頼した。その後、筆者と共著者とでインタビュー対象者の順番と発言内容についてテープ起こしデータと不一致がないか精度を確認した。

データの分析は、質的研究法の一つである修正版グランテッド・セオリー・アプローチ (以下 M-GTA) を用い (木下康仁 2003) , 質的記述的研究を採用した。グランテッドセオリーは、データに密着した分析から独自の説明概念を作り出し、それらによって統合的に構成された説明力に秀でた理論である。また、M-GTA は、社会的相互作用に関係し、人間行動の説明と予測に有効であり、同時に研究者によって、その意義が明確に確認されている研究テーマに有効とされている。本研究は、地域在住高齢者の社会参加に向けた行動・心境を明らかにすることから、M-GTA は適した分析方法であると考え採用した。分析手順としては、テープ起こししたデータを理解し、同じ意味のまとまりごとに概念化する過程であるコード化を行った。その後、類似の性質をもつコードをまとめてカテゴリ化を行った。この過程を共著者とともに、解釈が一致するまで繰り返し行った。共著者との間で一致したコード、カテゴリについて、もう一人の質的研究者に確認を仰ぎ妥当性を担保した。⑤ ③④で抽出されたカテゴリのうち、SOC 高群、あるいは低群のみに抽出された行動・心境の特徴を浮き彫りにする。その為には、SOC 高群、低群にコントラストをつけて分析する必要がある。そこで、境界値 46.6 との差が 1 点未満の対象者 (46, 47 点)

を分析対象から除外することとした。

#### 4. 倫理的配慮

対象者には、研究の趣旨を説明し、得られたデータは研究目的以外では使用しないこと、個人情報漏洩に注意することを説明した。また、研究参加は自由であり、測定、インタビュー後も同意を撤回できること、同意を撤回しても対象者に不利益が生じないことを説明し、書面にて同意を得た。なお、本研究を行うにあたり、日本福祉大学大学院「人を対象とする研究」に関する倫理審査委員会の承認（承認番号 17-002）を得て実施した。

### 第3節 分析結果

#### 1. 性別、年齢、介護度、家族構成、調査時現在の社会参加の有無と SOC スコア

対象者 20 名の性別、年齢、介護度、同居家族数、社会参加状況と、SOC スコアを表 2-1 に示す。

対象者の平均年齢は  $82.1 \pm 5.9$  歳、本人を含めた平均家族数は高群で  $2.6 \pm 1.7$  人、低群で  $2.8 \pm 1.5$  人であった。全体 (n=20) の SOC の平均点は  $47.0 \pm 8.5$  点、SOC スケールスコアを 100 に対する率で表すと 72.3% であった。男女比に偏りにあるものの、男性 (n=3)  $48.3 \pm 5.5$  点 (100 に対する率 74.3%)、女性 (n=17)  $46.8 \pm 9.1$  (100 に対する率 72%) で、男性は女性に比べ高スコアであった。また、SOC 高群では「社会活動」に参加している人が 7 名、「社会生活」に参加している人が 10 名 (全員) であり、低群では「社会活動」に参加している人が 3 名、「社会生活」に参加している人が 8 名であった。

表 2-1 SOC 高・低群間における性別、年齢、介護度、家族構成、調査時現在の社会参加の有無

事例	性別	年齢	介護度	同居家族数 (本人含)	参加有無		有意味 感	把握 可能感	処理 可能感	SOC 計
					社会活動	社会生活				
高群	女性	87	要支援 1	6	有	有	20	22	20	62
	女性	83	要介護 1	2	有	有	14	25	20	59
	女性	75	要介護 1	1	無	有	17	20	20	57
	女性	70	要支援 2	5	有	有	17	25	15	57
	男性	81	要介護 1	2	無	有	12	22	20	54
	女性	86	要介護 1	1	無	有	16	22	14	52
	女性	77	要支援 2	3	有	有	18	18	13	49
	男性	74	要支援 2	3	有	有	12	19	17	48
	女性	79	要介護 1	1	有	有	16	17	14	47
	女性	93	要支援 3	2	有	有	16	15	16	47
低群	女性	87	要介護 1	4	無	有	17	15	14	46
	女性	82	要支援 2	2	無	有	15	17	14	46
	女性	87	要介護 1	2	無	無	14	17	14	45
	女性	76	要介護 1	1	有	有	12	18	14	44
	女性	91	要介護 1	4	無	有	13	18	13	44
	男性	82	要支援 2	6	無	有	19	13	11	43
	女性	82	要介護 1	2	有	有	9	18	15	42
	女性	83	要支援 2	1	無	有	15	9	12	36
	女性	88	要介護 1	3	無	無	17	11	7	35
	女性	79	要介護 1	3	有	有	8	7	12	27

網かけについて、分析方法の 5 として示した SOC 高・低群のみに出現する行動・心境の特徴を分析する際は、対象から除外する

## 2. SOC 高・低群と調査時現在の社会参加（社会活動・社会生活）の有無との関係

SOC 高群，低群を説明変数，調査時現在の社会活動，社会生活の有無を被説明変数としたクロス表を表 2 - 2 に示す。

社会活動，社会生活とも SOC 高群の参加率が高く，Pearson の  $\chi^2$  検定にて分析したところ，p 値は  $0.0736 < 0.10$ （社会活動）， $0.1360$ （社会生活）であった。

表 2 - 2 SOC 高・低群と社会参加（参加有無）との関係

		社会活動			社会生活		
		参加	不参加	合計	参加	不参加	合計
SOC高群 (n=10)	度数	7	3	10	10	0	10
	期待度数	5.0	5.0	10.0	9.0	1.0	10.0
	残差	-2	2		1	-1	
SOC低群 (n=10)	度数	3	7	10	8	2	10
	期待度数	5.0	5.0	10.0	9.0	1.0	10.0
	残差	2	-2		-1	1	
合計	度数	10	10	20	18	2	20
	期待度数	10.0	10.0	20.0	18.0	2.0	
Pearson $\chi^2$		自由度		p 値	自由度		p 値
		1		0.0736	1		0.136

## 3. 認定前から調査時現在における「社会参加の開始，継続に至った行動・心境」

認定前から調査時現在における社会参加の開始，継続に至った行動・心境として，89 最終コード，5 カテゴリーを抽出した。なお，カテゴリーは【】を用いて記述する。

抽出したカテゴリーは【心身・周囲の状況を把握する】【状況に応じた行動を予測する】【家族・友人の助けや誘いに身を委ねる】【参加することに意味を見出す】【実体験後のリフレクションにて解決を見出す】の 5 つであった（表 2 - 3）。

## 4. 認定前から調査時現在における「社会参加に結びつかなかった行動・心境」

認定前から調査時現在における社会参加に結びつかなかった行動・心境として，68 最終コード，6 カテゴリーを抽出した。

抽出したカテゴリーは【行き場所がなくなりどうしようもない】【家族に止められており，仕方がないと感じる】【体の衰えを感じる】【家族・友人に助けを求めない】【参加することに意味を感じない】【馴染めず楽しさを感じられない】の 6 つであった（表 2 - 4）。

## 5. SOC 高群・低群のみに抽出された「社会参加の開始，継続に至った行動・心境」「社会参加に結びつかなかった行動・心境」

SOC 高群，低群の境界値 46.6 との差が 1 点未満である 4 名（高群 2 名，低群 2 名）を分析対象から除外し，t 検定にて高低の 2 群に有意差があることを確認した．（ $p < 0.01$ ）SOC 高群のみに抽出された「社会参加の開始，継続に至った行動・心境」として，【心身・周囲の状況を把握する】【状況に応じた行動を予測する】【実体験後のリフレクションにて解決を見出す】の 3 つのカテゴリが出現した．また，SOC 低群のみに抽出された「社会参加に結びつかなかった行動・心境」として，【家族・友人に助けを求めない】【参加することに意味を感じない】の 2 つのカテゴリが浮かび上がった．

表 2 - 3 要介護認定前から調査時における社会参加の開始、継続に至った行動・心境

カテゴリ	主な最終コードと〈コード名〉	対象者のバックグラウンド (本人のコメントから)
心身・周囲の状況を把握する (12)	(公民館までは) 足が悪いので、支られるように壁側を歩いている〈心身の状況を把握したうえででの行動〉	外出時も T 字杖で歩行は可能であるが、変形性膝関節症でバランスを崩すことがある。家族の助けを借りることもあるが、公民館までは近く慣れているので自分で移動し集まりに顔を出している
	疲れている時は、少しの運動で息切れがするので他の日に振り替えてもらって来るようにしている〈その時の心身の状況を確認〉	2 年程前に腰部脊柱管狭窄症の手術を受ける。その後痛みは治まるものの日によって調子に変動がある。昔から、体操教室やコーラスなど様々な集まりには積極的に参加し、友人達と旅行に行くことなどを楽しんでた。友人の誘いもあり、参加を再開するようになる
	(人がたくさんいると) 怖いというか、ぶつかってきそうで緊張しますね。そのような時は特に身構えて、慎重に歩かないといけない〈周囲の状況を把握したうえででの行動〉	数年前、大腿骨頭部骨折にて入院し、退院後、歩行は可能であるが、視力障害が残存している。退院後は近所の友人や、ヘルパー、福祉用具を利用し独居生活を維持している。歩行器を使って外出することができ、ゴミ出しや、買い物にも一人で行く
状況に応じた行動を予測する (18)	遠い知らないところに行くわけではないし、(夫は一人で外出することはないし、一人にしておいても大丈夫) 集会所はここから下まで行くぐらいですから〈距離を考慮した達成可能な予測〉	認知症である夫と二人暮らし。介護負担と高齢世帯である不安感からうつ傾向にある。孤立しないように、地域での集まりには参加している
	妻の運転と一緒に買い物に行き、お店に行ったら、それ(カート)を杖に歩けばいい。そうすれば、長い時間歩くことができる〈道具を使用した達成可能な予測〉	2 年ほど前にトイレで両下肢の脱力感を覚え歩行困難となった。自宅で経過をみていたが状態は変わらず、受診したところ胆のう炎と診断される。その後、歩行障害が残存しているものの屋外歩行は可能なレベルとなる。現在も外出してどこかに行きたい気持ちはあるが、まずは、妻と一緒に買い物に行くところから始めている
	昔のようににはできないが、小さい畑で種をまいて育てる程度のもので、今でもできるので継続している〈作業内容と心身状況を照らし合わせた予測〉	1 年程前に軽トラックの荷台から草刈り機を下ろす際に足元がもつれ転倒し左大腿骨転子部骨折となる。術後の経過は良好で日常生活は自立。退院後、杖歩行にて外出も可能。畑も可能な範囲で行っている
家族・友人の助けや誘いに身を委ねる (24)	(パーキンソン病なので) 調子のいい時間帯を自分で考えて、自分でできることはやっている。朝起きたら洗濯、ゴミ出し、洗濯物干し。時間と調子を見計らって、郵便局に行ったりもしている〈体調の変化を考慮したうえででの予測〉	数年前にパーキンソン病の診断を受け現在も服薬治療中であり 2 ヶ月に 1 回通院している。午前中は比較的体の調子が良好であるが、午後、特に 16 時～18 時にはパーキンソン症状が出現し歩きにくさ、疲労が強くなる
	途中で倒れたりすると駄目なもので、嫁が来た時に一緒に買い物について行ってもらう(嫁の協力を頼る)	数年前に脳梗塞を発症し入院。日常生活やシルバーカーでの歩行が可能となり、有料老人ホームへ入居。キーパーソンである長男の嫁は、頻繁に来訪されている。近くのコンビニへは一人で行くが、遠距離のところへは交通量が多く怖いので嫁に連れて行ってもらっている
	老人会の集まりには、なじみのある友人が、何て言うことなく自然に誘ってくれるので、安心して助けてもらっている〈なじみのある友人に協力してもらう〉	左大腿骨頭部骨折で手術を受ける。その後、右膝の疼痛があるものの、歩行が可能となる。骨折前は地域での集りに積極的に参加していた。息子を昨年亡くし、現在は息子の嫁と二人暮らしである。自宅の周辺をゆっくり散歩をしている
	困った時はお互い様だから。(参加を継続するためには) 感謝の気持ちをもって、そして遠慮せず助けてもらうことが大事だと思っています〈友人の助けに頼る〉	2 年程前に腰部脊柱管狭窄症のため、手術を受ける。その後痛みは治まるものの、力が入りにくいこともあり現在は杖を使用して移動を行っている。昔から、体操教室やコーラスなど様々な集まりには積極的に参加し、友人達と旅行に行くことなどを楽しんでた
	自分で昔からの付き合いがある人とは、遊びや旅行しようとかという話が自然に出てくる。それが楽しみにもなるし、ありがたい〈友人の誘いに頼る〉	息子夫婦、孫との 6 人家族。妻は数年前に他界されており、特にそれからは自分のことは自分で行い息子夫婦に迷惑がからないように生活している。車の運転も可能であり、友達と遠方まで遊びに行くこともある
昔から誘ってくれる人の集まりなので気を使わない〈なじみのある友人に協力してもらう〉	4 年程前に右アキレス腱不全断裂を発症し杖歩行となる。精神的に不安定になることもあり息子夫婦や孫との関係が良好ではないところもある。友人や他人と話をすると気分的にも楽な様子で、老人会へは以前より継続して参加している	

カテゴリ	主な最終コードと〈コード名〉	対象者のバックグラウンド（本人のコメントから）
参加することに意味を見出す (20)	この地域に住んでいる限りは参加しないわけにはいかない。地域の決まりこともある〈地域に在住する住民として参加する〉	介護状態である夫と二人暮らし。夫の通院に付き添いを続けている。親戚は市外にあり、時折、家の片付けなどをお願いして行ってもらっている。本人の歩行状態は独歩で安定しており、外出も動作的には問題なく可能なレベル
	参加しているとやっぱり気持ちにハリがでる。上手になろうとか、元気になろうと思う〈気持ちのハリを出すために参加する〉	2年程前に腰部脊柱管狭窄症のためしびれが強く歩行がしにくいため手術を受ける。その後痛みは治まるものの、力が入りにくいこともあり現在は杖を使用して移動を行っている。昔から様々な教室に参加している
	畑では、ああしたらええ、こうしたらええと思うのを、失敗しようとか何しようとか、やってみると「面白いなあ」と思う〈楽しみづくりとして参加する〉	くも膜下出血を発生し両目に斜視が出現。体幹・四肢には麻痺や感覚障害はなく、これまで通りの生活に復帰される。日常生活は自立、現在杖歩行にて外出も可能。昔から畑仕事が好き
	外出したい気持ちがあり、体力が落ちないようにしたいと思った〈体力維持のために参加する〉	胆のう炎にて、歩行障害が残存しているものの数百メートル程度の屋外歩行は可能なレベル。現在も外出してどこかにいきたい気持ちはあるが、バス停や駅まで歩くことはできない
	一つの楽しみになっている。買い物をするだけでなく、他人を見るだけでも刺激を受ける感じがする〈気持ちのハリを出すために参加する〉	最近長男を痛で亡くしており、現在は嫁と孫と同居している。長男嫁、孫は仕事のため日中は不在となる。大きな病気や怪我はないが年齢を重ねるにつれて体力的に不安が生じ腰痛なども出現、要支援状態となっている。近隣の人は会えば話をする程度
ちょっとお勉強、自分たちのお唱えしているお経の解説の本なんかをいただいて読ませてもらってます〈生涯学習として参加する〉		
健康の維持、認知症予防にもなるし、人と触れ合うってということが一番大事だと思います〈他者との交流を目的に参加する〉	脊柱管狭窄症があり、力が入りにくいことがある。地域の体操教室など集まりには積極的に参加し、友人達と旅行に行くことなどを楽しんでいた	
実体験後のリフレクションにて解決を見出す (19)	自分なりに人が5分で歩いたら、自分は10分で歩く、それぐらい遅れます。何をしても遅いです。でも2本杖を使うと楽です〈歩いた時間を振り返り対策を見出す〉	2年程前に腰部脊柱管狭窄症のためしびれが強く歩行がしにくく手術を受ける。その後痛みは治まるものの、力が入りにくいこともあり現在は杖を使用して移動を行っている
	何かを見ると、またなにかをやってみたい気持ちが湧いてくる。ああしたり、こうしたらいいと試行錯誤しながら継続している〈試行錯誤しながら継続する〉	10年程前に、くも膜下出血を発生。後遺症は少なく、日常生活は自立、現在杖歩行にて外出可能
	カートを押して家内について回れば、ふらつきも疲れもほとんどなくて、大丈夫だった〈実体験後の振り返りにより確認する〉	腰痛とその影響で、歩行障害が残存しているものの数百メートル程度の屋外歩行は可能。現在も外出してどこかにいきたい気持ちはあるが、バス停や駅まで歩くことはできない。家族と一緒に買い物には行く
	近いところには一人で歩いて行くが、遠くまでは体がえらなくて行けなくなった〈歩行距離と疲労の振り返りを行い確認する〉	外出時もT字杖で歩行は可能であるが、バランスを崩すこともある。家族の助けを借りることもあるが、公民館までは近く慣れているので自分で移動し集まりに顔を出している
	カラオケを歌うと気が晴れるし、いろいろ頭を使えるし、なかなか覚えられない時は歌詞を書いてると覚えます〈覚えられない際の対策を見出す〉	5年程前から人工透析を受けている。以前は地域での催しに積極的に参加していた。最近では外に出ることは少なくなったが、趣味のカラオケ喫茶には通っている。一日の大半を自宅で過ごしている。息子を昨年亡くし、現在は息子の嫁と二人暮らしである
時々畑仕事をちょっと無理したりすると、腰や膝とか痛くなるので気を付けている〈活動量と心身状況を振り返り対策を見出す〉	数年前に、変形性膝関節症にて、手術を受ける。夫との二人暮らしである。夫が行う畑仕事を手伝っている	

網かけのカテゴリは、SOC 高群にのみ出現した「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」カテゴリの（ ）内は最終コード数を示す



表 2 - 4 要介護認定前から調査時における社会参加に結びつかなかった行動・心境

カテゴリ	主な最終コード (コード名)	対象者のバックグラウンド (本人のコメントから)
行き場がなくなりどうしようもない (9)	基会所がなくなった (コミュニティの減少)	もともと囲碁が好きで囲碁会に入っていたが、参加する人が少なくて自然消滅のようなかたちでなくなった
	婦人会も老人会もなくなってしまった (団体や組織の減少)	要介護1になってからも、以前から参加している婦人会や老人会に参加していた。T字杖で歩行に時間がかかるが、みんな助けてくれるので、旅行などにも行っていた
	一人で行ける場所に、施設がない (近隣のコミュニティの減少)	中山間地域に在住しており、買い物や郵便局へ歩いて行くには遠い。昔は近くにお店があって買い物やおしゃべりに行くのが楽しみであったが、お店自体がなくなった
家族に止められており、仕方がないと感じる (11)	お父さんが「あんたやめとき」っていうので (家族による外出時の心配)	夫と息子夫婦とで暮らしており、シルバーカーで歩行可能。要介護状態になってからも、近くのスーパーに買い物に行ったことはあるが、家族が心配し、外出しないように止められている
	調子を崩してからは外出しないように家族から言われる (家族による外出時の心配)	行こうと思っただけに行けないことはないし、自分でも外に行きたいが、要支援になってからは、家族が心配している。たまに、家族が買い物に連れていってくれる
	何かあったら他の人に迷惑をかけるので、外に出ないように家族から言われている (他者に迷惑をかけないように止められている)	息子夫婦・孫と暮らしている。買い物も料理も家族が行ってくれる。自分で外に行きたい気持ちもある
体の衰えを感じる (16)	一人で出て行っても他の人のように体が思うように動かない (体の動きが衰えた)	特に病気や怪我などはない。屋外も独歩が可能で外出することは多い。昔は一人でも老人会でも旅行をすることが趣味であった
	足が動かし目があかんで怖い (体の動き・視力の低下)	数年前に交通事故で複数箇所骨折。視力低下もあるが、一人で暮らしている。友人の助けを得ながら、ゴミ出しなどは行っている。以前参加していた地域の教室などへは参加しなくなった
	足が不自由で歩きにくい (歩行が不安定)	脳梗塞左片麻痺、発症後1年以上経過。屋内はT字杖で歩いている。もともと老人会の会長をするなど地域の活動にも積極的に参加していたが、脳梗塞発症後は、外に出ることは少なくなった
家族・友人に助けを求めない (9)	友達と一緒に出掛けたいが、ご主人がいるので誘いにいくところもある (友人家族への気遣い)	一人暮らし。昔からよくしてくれている友人が近所において、食事や旅行などに誘ってくれる。一人では行こうと思わない
	家族も忙しいので、なかなか言えない。気を遣う (家族へ気遣い助けを求められない)	息子夫婦・孫と暮らしている。買い物も料理も家族が行ってくれる。自分で外に行きたい気持ちもある
	グランドゴルフに行きたいが「誰かに乗せて」って頼むのもいや。気を遣う (友人への気遣い)	一人暮らし。以前からグランドゴルフを行っていて、道具も揃えている。知り合いが車に乗せてくれていたが、一度、体調を崩して休んでからは参加していない。また行きたい気持ちはある
	地元の人間ではないので、今、住んでいるところに付き合いはあまりない (助けを求め相手がいらない)	10年前程に定年後引っ越してきた。近所の人とは、たまに顔を合わせて話をしたりもするが、深い付き合いではない
参加することに意味を感じない (9)	もともと住んでいたところが違うから。地域の人は農家の方で固まって婦人会などあるが、会合には行きにくい (親しい付き合いではなく協力を求められない)	数年前に県外から引っ越してきた。体は元気なので回覧板などをみて色々やってみたいことはある。ほとんど近所付き合いはない
	外での集まりに参加するよりも、家で園芸をするのが追求できて楽しいです (自宅活動が充実している)	公民館活動 (お城めぐり) があり、もともと歴史に興味があったので参加していた。最近では、皆で行動するよりも一人で行きたいことをやっている
	これまでにたくさんのことをしてきたので、思い残すことはない (十分な満足感)	これまでに、生け花、そろばん、カラオケ、お店の手伝い、孫の世話など行ってきた。体は元気だが、集まりなどには参加していない
	(教室に参加しなくなったのは) 理由はないけれども、代が変わった (世代の変化による不参加に至った)	75歳くらいまでは、教室の案内が来たら集まることは大事だと思いい、どのような内容であっても参加していた。80歳を過ぎてからは参加していない
(婦人会に参加しなくなった理由) あまり関心がなくなった (興味・関心の低下)	以前は、会に所属することは重要だと思いい、婦人会に参加していた。最近は参加していない	

カテゴリ	主な最終コード〈コード名〉	対象者のバックグラウンド (本人のコメントから)
なじみず楽しさを感じられない (14)	一人だけ正座しないわけにはいかない。集まりのなかになじめない〈心身状況の違いからなじめない〉	友人に勧められて、体操教室に通っている。食事やレクリエーションも行っている。畳の部屋なので、座布団に正座する場面が多いが、膝が痛く正座をしたり、立ち上がったりのが大変。皆さん親切で椅子など用意してくれてありがたいが、体操やレクリエーションなど同じことはできない
	1 回行ったんですけどね、やっぱり体操してお腹すいた健康体の人と一緒にご飯食べるのは無理です〈生活ベースの違い〉	もともと地域の活動へは積極的に参加していたが、数ヶ月前に腸閉塞で数週間入院した。その後、活動を再開したが疲労を感じた。活動後の食事会もあまり食べられず、楽しめなかった
	死んだ孫のことを言われると言葉が出ず涙が出る〈参加時に楽しさを感じられない〉	10年以上前に孫を亡くしている。当時はつらく、家で寝込んでいたが、現在では前向きに生きていこうと落ち着きを取り戻している。外出して知り合いに会うと孫のことを一緒に悲しんでくれる。ありがたいことだが、つらさを感じ、一人でいる方が楽
	義務付けられるような感じがして嫌になった〈参加時に楽しさを感じられない〉	以前から継続して体操教室に通っていたが、体操の先生が若い人に代わって、ハードルが高くなり、イベントに出ることを目標にするようになった。今の方が楽しいという人もいるが、(私は) 楽しさを感じられなくなった

着色したカテゴリは、SOC低群にのみに出現した「社会参加に結びつかなかった行動・心境」

## 第4節 考察

本研究は、在宅要支援・軽度要介護者の社会参加の促進に向けた支援方法を提言することを目的に実施した主には質的研究である。分析結果を考察し、社会参加促進に向けた支援のあり方について考察したものを以下に示す。

### 1. SOCスコアの様相

対象者の平均年齢は  $82.1 \pm 5.9$  歳であり、全体 ( $n=20$ ) の SOC の平均点は  $47.0 \pm 8.5$  点、SOC スケールスコアを 100 に対する率で表すと 72.3%であった。本江ら (2003: 123-136) は、通常社会活動を営んでいる日本人高齢者の率は 71.7%、年代別にみると 65~69 歳では 72.8%、70~74 歳では 75.5%、75~79 歳では 72.0%、80 歳以上では 70.3%であると報告されている。これは、本研究での SOC スコアと大きな差はなく、要支援・軽度要介護状態に至っても著しく SOC が衰えるという様相は認められないと解釈できる。しかしながらサンプル数が少なく一般化することはできない。

また、表 2-2 から、社会活動、社会生活とも SOC 高群の参加率が高く、pearson の  $\chi^2$  検定にて分析したところ、p 値は  $0.0736 < 0.10$  (社会活動)、 $0.1360$  (社会生活)であった。このことは、統計学的に有意な相関とまではいえないものの、特に社会活動では SOC 低群と比較し高群では、参加している傾向があることが示された。

### 2. 「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」「社会参加に結びつかなかった行動・心境」と SOC 下位項目との関係

結果にて、「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」として SOC 高群のみに出現したカテゴリ、また、「社会参加に結びつかなかった行動・心境」として SOC 低群のみに出

現したカテゴリを明らかにした。

これらのことを、SOCの構成要素である「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」と擦り合わせて考察すると、SOC高群のみに出現した【心身、周囲の状況を把握する】は、自身の状態を客観的に見つめ、おかれている環境や起こりうる課題等を合理的に理解する感覚と言い換えることができ、SOCの「把握可能感」に相当するといえる。また、同じくSOC高群のみに出現した【環境、状況に応じた行動を予測すること】、【実体験後のリフレクションにて解決を見出すこと】は、あらゆる手段を使い、この環境で行為を遂行できると予想していると捉えられ、SOCの「処理可能感」が関連するものと考えられる。反対に、SOC低群のみに出現した【家族・友人に助けを求めない】は、あらゆる資源を活用し、社会参加が遂行できると感じるまでに至っていないことから、「処理可能感」が機能していない状態と考えることができる。同じくSOC低群のみに出現した【参加することに対して意味を感じない】は、社会参加することの意味や価値を見出すまでに至っていないことから、SOCの「有意味感」との関連が可能性として考えられる。

### 3. 健康生成論を取り込んだ社会参加促進に向けた支援の流れとSOCとの関連について

ここまでの考察をもとに、社会参加に向けた支援の流れを検討する(図2-1)。表2-3の社会参加の開始、継続に向けた行動・心境の特徴として、【家族・友人の助けや誘いに身を委ねる】が、一方、表2-4から、【家族・友人の助けを求めない】が社会参加に結びつかなかった行動として出現している。このことから、社会参加に向けて必要に応じ、「家族や友人に助けを求められる支援」が必要であるといえる。森ら(2003:17-24)は、高齢者の豊かな生活につながる重要な心理的因子として「なじみ」があること、齋藤ら(2000:125-132)は、高齢期に転居した高齢者の環境イメージは希薄で、行動領域が小さくかつ単純な構成になる傾向があることを示している。本研究では、支援方法の妥当性までは明らかにできなかったが、本人を取り巻く協力者との話合いや参加に向けた相談・アドバイスの機会をもつ支援が必要となり得る。

支援の方法について、Fisher(2014:1-44)が示した、作業療法の実践モデルである作業療法介入プロセスモデルOTIPMでは、回復、習得、代償、教育の4つモデルが提唱されている。本研究で得たSOC高群のみに出現した【家族・友人の助けや誘いに身を委ねる】、低群のみに出現した【家族・友人の助けを求めない】、さらにその支援として考察した、「家族や友人に助けを求められる支援」は、人的環境調整、つまりOTIPMの代償モデルに関連するものであり、作業療法を実施するうえでSOCの視点をもつことは適当であるといえる。

さらに、【家族・友人の助けや誘いに身を委ねる】という行動・心境は、自身の状態やおかれている環境を把握し、遂行可能な社会参加を予測したうえで生じるものであると考え

られ、【心身・周囲の状況を把握する】、【環境、状況に応じた行動を予測すること】から導かれるものであると解釈できる。

一方、【心身・周囲の状況を把握する】【環境、状況に応じた行動を予測する】に至った最終コード（表2-3）を読み解くと、「調子のいい時間帯を自分で考えて、自分でできることはやっている。」など、社会参加の実体験に基づいた行動・心境であることがわかる。また、【実体験後のリフレクションにて解決を見出す】の最終コード（表2-3）においても、「自分なりに人が5分で歩いたら、自分は10分で歩く。それぐらい遅れます。何をしても遅いです、でも2本杖を使うと楽です。」など、社会参加の実体験を振り返ったうえで課題を整理している。課題がある場合には、自身で解決方法を考え、その方法と【心身・周囲の状況を把握する】、【状況に応じた行動を予測する】とを擦り合わせて、再度、社会参加の実体験に挑んでいると解釈できる。

これらから浮かび上がる支援方法として、社会参加の実体験を通してリフレクションを行い、「対象者自身が課題を見つけ出せるよう支援する」ことが必要であると考えられる。また、社会参加を遂行するうえで生じる課題に対して、「自身で解決方法を見出すことができるよう支援する」ことも併せて必要である可能性が示唆できる。塩津（2017：81-88）は、クライアントが選んだ活動の遂行を通して技能を獲得していくアプローチである Cognitive Oriented to daily Occupational Performance (Polatajko HJ：2004) 用いた訪問作業療法実践から、在宅における自立支援では、自ら問題に気づき対処する方策を獲得することの重要性を示唆している。SOCの視点からみると、自らの問題に気づくという視点は、「把握可能感」、問題を対処するという視点は、「処理可能感」が関連しているといえ、SOCの視点をを用いることが作業療法を実践するうえで有用である可能性が示唆できる。

さらに、【参加することに意味を見出す】の最終コードからは、「参加しているとやっぱり気持ちにハリが出る。」など、【参加することに意味を見出す】ことが、継続に向けて重要になることが読み取れる。その支援方法としても、社会参加場面を経験するだけでなく、その経験が「本人にとって意味があると実感できるよう関わりをもつ」ことが、参加継続には有効である可能性が考えられた。これは、作業療法の基盤である Meaningful occupation と関連があると考えられる。Hammell K W (2004：296-305) は、「意味のある作業における意味とはクライアント独自のものであり、その作業に従事することは人生の質に貢献する。」としており、考察した【参加することに意味を見出す】ことが社会参加の継続に向けて重要であることと共通するものといえる。また、その為には、本人が社会との繋がりをどのように捉えているかを支援者が理解すべきことは言うまでもない。

本研究では、「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」「社会参加に結びつかなかった行動・心境」とSOCとの関係について明らかにした。分析結果から、SOCを高める

ことは、社会参加に向けた有効な介入となる可能性を含んでいると考えられる。

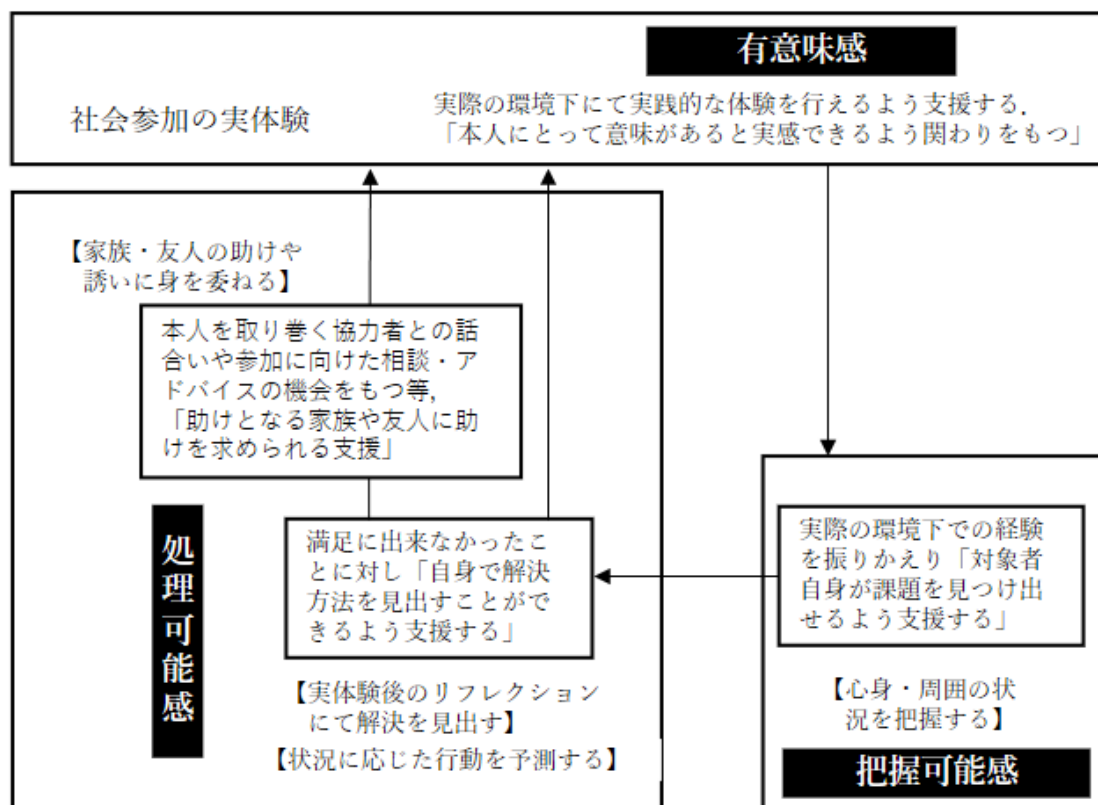


図 2 - 1 社会参加に向けた支援の流れ（考察）

## 第 5 節 小 括

本研究では、社会参加に向けた支援の流れを示したが、どこの地域でも活用できる一般化したものとはいえない。高橋ら（2001：50-57）は、都市部と農村部での地域ケアシステムにおける要望の違いを明らかにしており、都市部は社会活動などを通じた住民同士の協力体制の強化を、農村部では気兼ねなく利用できる公的サービスの充足・充実を図っていくことが必要としている。本調査は農村部（町内の人口 10,523 人、高齢化率は約 30.5%）での調査である。都市部における社会参加の要因や SOC 高群の特徴については調査しておらず、異なる結果を示す可能性が大いに考えられる。また、本研究の対象は 20 名と少人数であることから一般化には限界がある。さらに、半構造化面接で得たデータであるために、対象者の表現に依存し、分析に限界があることも否めない。今後は対象者を増やし結果の信頼性・妥当性を拡大し、支援方法の一つを示すためには介入研究も必要となると考えている。

## 文 献

1. Antonovsky. A. (1987). Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass. (=2001, アントノフスキー, A. 山崎喜比古・吉井清子(監訳).『健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズム』有信堂高文社), 19-21.
2. 木下康仁 (2003) 「グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践ー質的研究への誘いー」. 弘文堂.
3. 本江朝美, 山田 牧, 平吹登代子ら (2003) 「我が国における 60 歳以上の活動的高齢者の Sence of coherence の実態と関連要因の探索」日本看護研究学会雑誌, 26 (1), 123-136.
4. 森 淑江, 佐々木康子 (2003) 『在宅要介護高齢者の「閉じこもり」に関する研究』. 群馬保健学紀要 (23), 17-24.
5. 齋藤芳徳, 外山 義, 鈴木 浩 (2000) 「居住地域における高齢者の外出行動と人的交流に関する考察ー在宅高齢者と施設居住者の比較研究ー」. 日本建築学会計画系論文集, 125-132.
6. Fisher AG (2014) (齋藤さわ子, 吉川ひろみ・監訳). 作業療法介入プロセスモデル : トップダウンのクライアント中心の作業を基盤とした介入の計画と実行のためのモデル. 日本 AMPS 研究会, 1-44.
7. Polatajko HJ. Mandich A (2004) . Enabling occupation in children The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) approach . CAOT Publications ACE, Ottawa.
8. 塩津裕康 (2017) 「脳卒中を呈したクライアントに対する Cognitive Oriented to daily Occupational Performance (CO-OP) を基盤とした訪問作業療法実践」作業療法 36, 81-88.
9. Hammell K W (2004) . Dimension of meaning in the occupations of daily life. Can J Occup Ther, 71, 296-305.
10. 高橋和子, 太田喜久子 (2001) 「都市部と農村部における高齢者の地域ケアシステムに関するニーズとその傾向」. 老年看護学 6 (1), 50-57.

### 第3章 要支援・軽度要介護高齢者の社会参加推移とSOCとの関連

本章では、第2章にて質的に分析し示唆した社会参加促進・抑制に関わる心理・社会的要因を担保するために、参加パターンとSOC並びに下位因子スコアとの関連を量的に分析し確認する。その為に、要介護認定前、認定時、認定後の3時点での社会参加状況から類型化した参加パターンと、健康生成論の中核をなすSOC並びに下位因子との関連を量的に調査し明らかにする。

#### 第1節 調査目的

本研究では、地域在住の要支援・軽度要介護高齢者の社会参加状況の推移とSOCとの関係を明らかにすることに焦点をあて、第一に、要介護認定前、認定時、認定後における社会活動への参加有無から参加パターンを類型化し、第二にSOC並びに下位因子スコアについて参加パターン間で比較分析し、その特徴を示すことを目的とした。

#### 第2節 調査対象と方法

##### 1. 対象

調査対象は、某県農村部A町（人口10,523人、高齢化率30.5%）にあるA事業所とB事業所の通所または訪問リハビリテーション利用者（287名）のうち認知症の診断のない在宅要支援・軽度要介護高齢者（要支援1・2、要介護1）に該当するもの（119名）で研究協力の同意を得られたもの（110名）とした。同意を得られなかった9名の理由は、「他の活動を優先したい」が4名、「体調が優れない」が5名であった。調査の同意は、書面を用いて研究目的およびデータ処理方法、不参加により不利益が生じないことなどを説明し同意を得た。対象とした理由は、調査時に筆者が勤務していた、また関連のある事業所であり、ラポール形成ができており研究協力が得られやすい為である。

##### 2. 方法

##### a. 質問紙調査票

対象者110名に対し、質問紙調査票を用いて、①基本的特性（性別、年齢、要介護度、世帯構成、主な移動手段）と、②要介護認定を受ける2～3年前、要介護認定を受けた時点、調査時現在の3時点における社会活動への参加有無を遡及的に聞きとった。全ての調査を筆者1人が担当した。また、対象者に負担がかからないよう配慮し実施した。

##### b. 13項目版5件法SOCスケール

対象者110名に対して、13項目版5件法SOCスケールを1回実施した。

Antonovsky (=2001: 19) が提唱した SOC は、測定可能とされており、29 項目版、13 項目版、5 項目版の SOC スケールがある。そのうち、29 項目、13 項目版の内的一貫性、信頼性、妥当性はすでに検証されている。本研究では、通所、訪問リハビリテーションを利用している要支援・要介護高齢者を対象としており、質問への回答に対する負担を軽減できるように 13 項目版 5 件法（レンジ 13-65）を援用した。13 項目版 5 件法 SOC スケールは、13 項目の質問から構成され、「まったくない（1点）」～「とてもよくある（5点）」などの 5 件法で自己評価を行い、すべての項目を加算して得点化するものであり、得点が高いほど SOC が高いことを意味する（Antonovsky=2001: 76）。

### 3. 分析方法

#### a. 対象者の基本属性と社会活動への参加パターンおよび群間比較

対象者の集団的特性を確認するために、度数（%）および平均年齢を算出した。また、遡及的に聞き取った要介護認定前、認定時、調査時現在の 3 時点における社会活動の参加有無から、3 時点において参加を継続している「継続群」、認定時には不参加になったものの、その後再開した「再開群」、要介護認定前は参加していたものの認定時あるいは認定後に参加しなくなった「不参加移行群」、認定前から継続して参加をしていない「不参加継続群」の基準でそれぞれ分類する。なお、月に 1 回以上参加している状態を参加有とした。加えて、対象者の基本属性と群間の等価性の程度を検討するために、年齢は Kruskal-Wallis 検定、その他は  $\chi^2$  検定を行った。

#### b. SOC 並びに下位因子スコアの参加パターン間での比較

各参加パターンの SOC 並びに下位因子について、それぞれ正規性を確認する為に Kolmogorov-Smirnov 検定を行った。正規性に従わない項目を含んでいることを確認し、参加パターン間において SOC 並びに下位因子に差があるかどうかを Kruskal-Wallis 検定を用いて分析した。また、年齢及び性別、要介護度、世帯構成、主な移動手段を調整した共分散分析を用いて比較した。さらに、参加パターン間のどこに差があるかを分析する為に、Bonferroni の方法にて多重比較を行い、効果量を求めた。効果量  $r$  は、それぞれのスコアを Z 変数化したものを対象数の平方根で除して算出した。効果量  $r$  の判定は、0.1 未満でほとんど効果なし、0.1-0.3 で小さい、0.3-0.5 で中等度、0.5 以上で大きい効果とされる（水本 2008: 31）。

なお、すべての解析は IBM SPSS Statistics 25 を用い有意水準は 5% とした。

#### c. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり、日本福祉大学大学院「人を対象とする研究」に関する倫理審査



を受け、対象者のプライバシー保護と負担の軽減には細心の注意を払い、研究を実施した。また、調査の同意は、書面を用いて研究目的およびデータ処理方法、不参加により不利益が生じないことなどを説明し同意を得た（承認番号 17-002）。

### 第3節 分析結果

#### 1. 対象者の基本属性および参加パターンの群間比較

調査時における対象者の基本属性および参加パターンを類型化したものを表3-1に示した。対象者全体の平均年齢（SD）は79.1（4.9）で、男性（25.5%）、女性（74.5%）であった。要介護度は、要支援1（15.5%）、要支援2（44.5%）、要介護1（40.0%）であり、世帯構成は独り暮らし（20.9%）、2人（夫婦世帯）（43.6%）、その他世帯（35.5%）であった。主な移動手段は、独歩（39.1%）、杖・装具・シルバーカーのいずれかを使用（60.9%）であった。

要介護認定前から調査時現在における参加パターンの特徴として、「継続群」30名（27.3%）、「再開群」38名（34.5%）、「不参加移行群」23名（20.9%）、「不参加継続群」19名（17.3%）の4つに類型化された。基本属性において類型化した参加パターン間に差が認められたものはなかった。

表3-1 調査時の基本属性と参加パターン間の比較

	全数 (N=110)	継続群 (N=30)	再開群 (N=38)	不参加移行群 (N=23)	不参加継続群 (N=19)	p値
性別						
男性	28 (25.5)	7 (23.3)	7(18.4)	6(26.1)	8 (42.1)	.279
女性	82 (74.5)	23(76.7)	31(81.6)	17(73.9)	11(57.9)	
年齢	79.6 (4.9)	78.4 (5.2)	78.0 (5.1)	80.6 (4.3)	80.3 (4.4)	.061
要介護度						
要支援1	17 (15.5)	6(20.0)	7 (18.4)	2 (8.7)	2 (10.5)	.877
要支援2	49 (44.5)	13(43.3)	16 (42.1)	10 (43.5)	10 (52.6)	
要介護1	44 (40.0)	11(36.7)	15 (39.5)	11 (47.8)	7 (36.8)	
世帯構成						
独り暮らし	23 (20.9)	8 (26.7)	9 (23.7)	4 (17.4)	2 (10.5)	.634
二人（夫婦世帯）	48 (43.6)	12 (40.0)	18 (47.4)	11 (47.8)	7 (36.8)	
その他	39 (35.5)	10 (33.3)	11 (28.9)	8 (34.8)	10 (52.6)	
主な移動手段						
独歩	43 (39.1)	7 (23.3)	16 (42.1)	10 (43.5)	10 (52.6)	.178
杖、装具、シルバーカーのいずれかを使用	67 (60.9)	23 (76.7)	22 (57.9)	13 (56.5)	9 (47.4)	

各人数（群内有効%）、年齢のみ平均値（SD）、すべての項目において欠損値なし  
年齢の比較は、kuskal-Wallis検定、その他は $\chi^2$ 検定を行った

#### 2. SOC並びに下位因子スコアの参加パターン間での比較

各参加パターンにおける，調査時現在の SOC 並びに下位因子スコアの中央値（各スコアの総点を 100 点とした率）と，参加パターン間での SOC 並びに下位因子スコアの比較結果を表 3-2 に示す．SOC 総スコア及び把握可能感，処理可能感，有意味感の総点はそれぞれ 65 点，25 点，20 点，20 点と同じではないため，（ ）内に各スコアの総点を 100 とした率を表している．

対象者全体では，総スコアで 45.0（69.2%），把握可能感 15.0（60.0%），処理可能感 16.0（80.0%），有意味感 14.0（70.0%）であった．SOC 並びに下位因子ごとに，類型化した社会活動への参加パターンの中央値と群間で比較した多重比較の結果を以下に示す．

SOC 総スコアでは，「継続群」46.5（71.5%），「再開群」47.0（72.3%），「不参加移行群」45.0（69.2%），「不参加継続群」41.0（63.1%）であった．類型化した 4 つの群間で中央値を比較すると，「不参加継続群」よりも「継続群」（ $p=0.04$ ， $r=0.25$ ），「再開群」（ $p=0.02$ ， $r=0.32$ ）において有意に高値を示した．

把握可能感では，「継続群」15.0（60.0%），「再開群」15.0（60.0%），「不参加移行群」13.0（52.0%），「不参加継続群」15.0（60.0%）であり，「不参加移行群」のみ中央値が低値を示す結果となったが，統計学的に有意な群間差は認められなかった．

処理可能感では，「継続群」16.5（82.5%），「再開群」17.0（85.0%），「不参加移行群」17.0（85.0%），「不参加継続群」14.0（70.0%）であった．SOC 総スコアと同様，「不参加継続群」よりも「継続群」（ $p=0.019$ ， $r=0.27$ ），「再開群」（ $P=0.001$ ， $r=0.35$ ）が有意に高値を示した．

有意味感では，「継続群」で 16.0（80.0%），「再開群」で 15.0（75.0%），「不参加移行群」で 13.0（65.0%），「不参加継続群」で 13.0（65.0%）であった．SOC 総スコア，処理可能感と同様，「不参加継続群」よりも「継続群」（ $P=0.00$ ， $r=0.40$ ），「再開群」（ $P=0.00$ ， $r=0.35$ ）が有意に高値を示した．また，加えて有意味感では，「不参加移行群」よりも「継続群」（ $p=0.002$ ， $r=0.32$ ），「再開群」（ $P=0.023$ ， $r=0.27$ ）が有意に高値を示した．また，全体の SOC 下位因子スコアは，把握可能感が 15.0（60.0%），処理可能感が 16.0（80.0%），有意味感が 14.0（70.0%）であり他の因子に比べ処理可能感で高値を示した．さらに，年齢及び性別，要介護度，世帯構成，主な移動手段を調整した共分散分析の結果からも総 SOC（ $p=0.004$ ），処理可能感（ $p=0.001$ ），有意味感（ $p=0.00$ ）において群間差が認められた．

表 3-2 SOC (SOC 総スコア, 把握可能感, 処理可能感, 有意味感) における参加パターンおよび群間比較

	全体 (N=110)	継続群 (N=30)	再開群 (N=38)	不参加移行群 (N=23)	不参加継続群 (N=19)	p	効果量
SOC 総スコア	45.0 13.0-48.3 (69.2)	46.5 44.0-48.3 (71.5)	47.0 43.0-51.5 (72.3)	45.0 37.0-47.0 (69.2)	41.0 37.0-46.0 (63.1)	.001**	0.143
把握可能感	15.0 13.0-16.0 (60.0)	15.0 13.0-16.3 (60.0)	15.0 12.8-16.3 (60.0)	13.0 12.0-16.0 (52.0)	15.0 12.0-17.0 (60.0)	.933	0.004
処理可能感	16.0 14.0-18.0 (80.0)	16.5 15.0-18.0 (82.5)	17.0 15.0-19.3 (85.0)	17.0 12.0-17.0 (85.0)	14.0 12.0-14.0 (70.0)	.001**	0.152
有意味感	14.0 13.0-16.0 (70.0)	16.0 14.0-17.0 (80.0)	15.0 14.0-16.3 (75.0)	13.0 12.0-15.0 (65.0)	13.0 11.0-14.0 (65.0)	.000***	0.234

数値は中央値、    で着色した数値は四分位範囲 (各スコアの総点を100とした率)  
 効果量: 0.1未満ほとんど効果なし, 0.1-0.3 (小さい), 0.3-0.5 (中等度), 0.5以上 (大きい)  
 群間比較は, Kruskal-Wallis検定を行った  
 多重比較は, Bonferroniの方法を用いた  
 \*\*\* p < 0.001, \*\* p < 0.01, \* p < 0.05

## 第4節 考察

本研究は、宅要支援・軽度要介護高齢者 110 名を対象に要介護認定前、認定時、調査時現在の 3 時点での社会活動への参加有無を遡及的に聞き取り、参加パターンを類型化し、参加パターン間において、SOC 並びに下位因子スコアに差があるかどうかを比較した。類型化した参加パターン、SOC スコアの様相と SOC 並びに下位因子スコアを参加パターン間で比較、分析した結果を考察し以下に示す。

### 1. 類型化した参加パターンの様相

社会活動への参加パターンとして「継続群」27.3%、「再開群」34.5%、「不参加移行群」20.9%「不参加継続群」17.3%の 4 群に類型化した。

「不参加移行群」、「不参加継続群」に比べ、「継続群」、「再開群」の対象者の割合が高い結果となったことについて、李ら (2013: 1-8) は、社会活動への参加について、地域差が生じること、福田 (2014: 8) は、都市部に比べ農村部において社会活動への参加が多かったことを明らかにしている。本調査は農村部で実施したものであり、社会活動への参加率が高い地域性があった可能性がある。また、宇都宮ら (2019: 40) は、要支援者の社会活動について、同居者の有無に関連がないこと、促進要因の一つとして、地域での友人・知人との繋がりがあることを示唆している。本研究では本人をサポートする因子として同居家族について調査を行い各群間で有意な差はないことを明らかにし、宇都宮らの先行研究と同様の見解を示したが、友人・知人のサポートが「継続群」「再開群」に影響している可能性も考えられる。

社会活動への参加パターン間において介護度、移動手段について差が認められなかったことについて、結城 (2015: 26) は、要介護 3 以上は歩行などに制約があるとしており、

本研究の対象である要支援，軽度要介護者（要介護Ⅰ）では，歩行能力が影響し社会活動への参加が抑制されるケースは少なかったものと考えられる。

## 2. SOC スコアの様相

対象者の平均年齢は  $79.1 \pm 4.9$  歳，全体 ( $n=110$ ) における SOC 総スコアの中央値は 45.0 であり，100 に対する率で表すと 69.2% であった。本江ら（2003：26）は，通常の社会活動を営んでいる日本人高齢者の率は 71.7%，年代別にみると 65～69 歳では 72.8%，70～74 歳では 75.5%，75～79 歳では 72.0%，80 歳以上では 70.3% であると報告している。これは，本研究の SOC 総スコアの結果と大きな差はなく，要支援・軽度要介護状態に至っても著しく SOC が衰える，もしくは高まるという様相は認められないと解釈できる。

また，対象者全体の SOC 下位因子スコアは，他の因子に比べ処理可能感が高いスコアを示した。SOC の処理可能感に関連する先行研究を調べると，竹内（2017：105-124）は，女性を対象とした調査から処理可能感には既婚であることが大きく関与することを報告している。本研究では対象者の婚姻状況について詳しくは把握しておらず一概には言えないが，女性が 74.5% であること，二人以上の世帯が 79.1% を占めることから，既婚女性が多いことが予測される。このサンプルの偏りが，他因子に比べ処理可能感が高いという結果に影響している可能性もある。

## 3. SOC 並びに下位因子スコアにおける参加パターンの群間比較

### a. SOC 総スコア，処理可能感における参加パターンの群間比較

SOC 総スコア，処理可能感，有意味感において，「不参加継続群」よりも「継続群」，「再開群」が有意に高い値を示した。

「不参加継続群」は，認定前から不参加が続いている群である。本研究では，不参加の理由までは調査していないことから一概には言えないが，認定前は，意思があれば社会活動への参加は可能であると予測できる。しかし，「不参加継続群」では，参加の場や機会がないことや，参加することの意味が得られず，参加に至らないことが予測できる。処理可能感について Antonovsky（=2001：21）は，物事はうまくいくであろうとの高い見込みがあると説明しており，処理可能感をつくり出す経験を総じて過小負荷と過大負荷のバランスがとれた経験としている。不参加の状況が続くことで，社会との繋がりが希薄となり，処理可能感を育む経験が少なくなる可能性が考えられる。

さらに，山崎ら（2008：40）は，過大負荷とはストレスに押しつぶされうまく対処できない状況，過小負荷とはストレスを感じない状況とし，資源をうまく使いこなしストレスに対処し，負荷を減らしている状況がバランスのとれた経験であり処理可能感を育むとしている。これらのことから，「継続群」，「再開群」では，要支援・軽度

要介護状態に至りながらもあらゆる資源を活用し、社会活動を遂行できる見込みを備えている、あるいは、処理可能感が高い人ほど自身の状態に合わせて頻度や内容を継続、再開する適応力を身に付けていると解釈できる。

また、健康生成モデルで取り扱う「資源」には、ユーモア感覚、楽観的感覚などその人の内面にある特性も含まれている。宮戸（2015：15）は、抑うつに耐える力、なかでも孤独に耐える力と処理可能感とに正の関連があることを報告しており、処理可能感の高い人は一人であることをネガティブに捉えず、抑うつを回避でき、社会活動の継続や再開にも好影響をもたらしているとも言えなくはない。

リハビリテーションとの関連を検討すると、臨床における概念的実践モデルとして作業療法の領域で用いられる人間作業モデル（Model of Human Occupation：MOHO）の概念の一つに「遂行」がある（山田 2015：28）。参加制約を対処できる感覚である処理可能感は、人間作業遂行モデルの「遂行」に影響を与えるものと考えることができ作業療法との親和性が伺える。

#### **b. 有意味感における参加パターンの群間比較**

有意味感においても、処理可能感と同様「不参加継続群」よりも「継続群」、「再開群」が高く、加えて「不参加移行群」よりも「継続群」「再開群」が有意に高い値を示した。

3-aで、「不参加継続群」について、認定前の参加に至らない要因を考察したが、参加する価値、意味を感じない、あるいは見失っている状況とも捉えられ、有意味感との関連が考えられる。また、「不参加移行群」は、認定前には参加していたが、認定時もしくは調査時に不参加に至った群であり、要支援、軽度要介護状態となり、これまで参加していた社会活動を継続、再開することが途絶えた状況である。Antonovsky（=2001：26）は有意味感を動機付けの要素とみなしSOCのなかでも最も重要な概念であるとしている。継続群、再開群では、参加制約を抱え、社会活動から遠ざかりながらも、暮らしを営むなかで参加することに何らかの価値を見出していると考察でき、有意味感が社会活動の参加促進に影響している可能性がある。

有意味感に関連する支援について考察すると、齋藤（2019：90-93）は、本人が語った作業の意味は断片的であり、意味を俯瞰する姿勢が必要であることを指摘している。社会活動への参加促進に向けた支援として、有意味感を高めることは有効であり、支援者が、本人が社会との繋がりをどのように捉え価値や意味を有しているかを理解することは重要である。

作業療法の分野においても、工藤（2015：34）らは、生活環境が変化した脳出血後遺症をもつ高齢女性に対し意味のある作業への支援が有効であったことを報告しており、有意

味感は作業療法の基盤である「意味のある作業<sup>5)</sup>」とも共通点があると考えられる。

### c. 把握可能感における参加パターンの群間比較

把握可能感では、参加パターン間に差は認められなかった。

Antonovsky (2001) は把握可能感について、「人が内的環境及び外的環境からの刺激に直面したとき、その刺激をどの程度認知的に理解できるものとして捉えているかということである。」と説明している。このことから要支援・軽度要介護者が社会活動を実現する為には、自身の状態を客観的に見つめ、おかれている環境や起こりうる課題等を合理的に理解することが考えられ、把握可能感は参加促進に影響をもたらすものと考えられる。しかしながら、本研究では群間差は認められなかった。断言はできないが、状況や状態を合理的に理解することで思い浮かぶ以前とのギャップから、心理的負担が増し、参加意欲が減弱するとも考えられなくはない。対象者全体の年齢や要介護度においても群間差が認められなかったことを考慮しても、状況や状態を合理的に理解しているからこそ、社会活動への参加に向けて消極的になりうる可能性がある。把握可能感の高低が参加パターンにどのように影響を及ぼすかどうかについては、本研究では結論付けることはできない。

## 第5節 小括

本研究では、在宅要支援・軽度要介護高齢者の社会活動への参加パターンの特徴を示したうえで、SOCとの関連を分析した。結果、考察から、要支援・軽度要介護者の社会活動促進に向けてSOCなかでも「処理可能感」「有意味感」を高める支援が有効であること、また、状況や状態を合理的に理解しているからこそ、社会活動への参加に向けて消極的になりうる可能性があることが示唆された。

しかしながら、対象者は無作為に抽出したものではない為、選択のバイアスを完全に排除することはできない。また、社会活動への参加有無を遡及的に把握したデータを用いていることから、その正確性を脅かす可能性があることは否めない。さらに、調査時現在のSOCとの関連を示した横断研究であるため、社会活動を継続しているからSOCが高まったのではなく、もともとSOCが高いため社会活動も継続しているとも捉えられ、因果関係でなく相互関係に止めるべきである。

本研究では、参加パターン間においてSOC並びに下位因子に差があるかどうかをKruskal-Wallis検定を用いて分析し、参加パターン間のどこに差があるかを分析する為に、Bonferroniの方法にて多重比較を行った。しかしながら、SOC並びに下位因子スコアをそれぞれ単独で解析しており、下位因子間の影響の程度については十分な分析を行ったとはいえない。Antonovsky (=2001:100) は、SOCの3つの下位因子間の関連は強いことを説明しており、他因子の影響を受けている可能性は大いに考えられる。今後、多変量解

析を用いて SOC 下位因子間の関連についても検討する必要がある。また、参加頻度の増減や参加内容の変更などの細かな様相を分析するまでには至らず、今後の課題となる。さらに、本調査は農村部での調査であり、一般化の可能性の限界があるため、都市部など様々な背景をもつ対象に調査を重ね一般化の範囲を拡大していくことが望まれる。

## 文 献

1. Antonovsky. A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass. (=2001, アントノフスキー, A. 山崎喜比古・吉井清子(監訳).『健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズム』有信堂高文社. )
2. Antonovsky. A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass. (=2001, アントノフスキー, A. 山崎喜比古・吉井清子(監訳).『健康の謎を解くーストレス対処と健康保持のメカニズム』有信堂高文社. )
3. Antonovsky A. (1979). *Health, Stress, and Coping :New perspectives on mental and physical well-being*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco
4. 水本 篤・竹内 理 (2008) 「研究論文における効果量の報告のために」『英語教育研究』31, 57-66.
5. 本江朝美・山田 牧・平吹登代子・他 (2003) 「我が国における 60 歳以上の活動的高齢者の Sence of coherence の実態と関連要因の探索」『日本看護研究学会雑誌』26, 123-136.
6. 李 相侖・朴 眩泰・新開省二 (2013) 「高齢者の社会活動および社会的ネットワークにおける地域差の検討ー健康度自己評価との関連をふまえてー」*身体教育医学研究*, 14, 1-8.
7. 福田晴香 (2014) 「都市と農村における高齢者の生活実態の比較分析」『京都女子大学大学院現代社会研究科紀要』8, 105-108.
8. 宇都宮すみ・小岡亜希子・陶山啓子 (2019) 「要支援高齢者の社会活動に関連する要因」『老年社会科学』40(4), 393-402.
9. 結城康博 (2015) 『住宅介護自分で選ぶ視点から』岩波新書
10. 竹内朋子・戸ヶ里泰典 (2017) 「第 5 章 SOC と女性のライフコース」山崎喜比古・戸ヶ里泰典『健康生成力 SOC と人生・社会, 全国代表サンプル調査と分析』有信堂光文社, 105-124.
11. 宮戸美紀 (2015) 「ユーモア志向性と自我機能との関連」. 『横浜国立大学大学院教育相談・支援センター研究論集』15, 25-35.
12. 山田 孝 (2015) 「人間作業モデルと生活行為向上マネジメント」. 『日本作業療法士協会誌』43(10), 28.
13. 齋藤佑樹 (2019) 「12 人のクライアントが教えてくれる作業療法をするうえで大切なこと」『三輪書店』90-93.
14. 工藤梨紗・沼田士嗣・村田和香 (2015) 「意味のある作業への支援が役割獲得をもた



らし習慣の変化に至った一症例 — 養護老人ホーム入所者に対する外来作業療法のあり方 — 『作業療法』 34, 473-480.

15. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子 (2008) 「ストレス対処能力 SOC」. 有信堂光文社, 40.
16. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典 (2017) 「健康生成力 SOC と人生・社会, 全国代表サンプル調査と分析」. 有信堂光文社, 25-42.

## 第4章 アクション・リサーチを用いた支援の有効性に関する検討

第4章と5章では1～3章での示唆を参考に、アクション・リサーチの方法を援用し介入研究を進めた。そのうち、本章では、要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に有効なリハビリテーションモデルの構築に向けて臨床で携わるリハビリテーションスタッフとともに実践した介入研究から質的に分析した内容を説明する。

### 第1節 調査目的

本研究では、いまだ発展途上である社会参加に向けたリハビリテーション支援について、介入者が主体的に支援方法を再考し、健康生成論に着目した有効な社会参加支援方法を構築することを目的とし、アクション・リサーチの方法を用いて研究を実施した。アクション・リサーチは、現在の実践を理解したり、どんな実践に取り組むべきかを検討したり、実際に実践したり、実践から得られる変化を見つけたりすることが特徴であり（江本2010：10-51）、本研究の目的に沿っていると考え選択した。

本研究にて高齢者の参加支援を提示することは、未だ発展途上にある高齢者のリハビリテーションの新たな考え方の一つを示すことになる。また、活動・参加に向けたリハビリテーションに取り組みながらも、目標に至らない課題解決への糸口、悩みやジレンマを抱える支援の一助になる可能性を含んでいる。

### 第2節 調査対象と方法

#### 1. 研究実施者

アクション・リサーチの研究実施者は、研究の趣旨に賛同し協力の得られた作業療法士10名と研究者である筆者1名である。選出方法は、A県リハビリテーション情報センターのホームページで公表されているA・B・C市で通所・訪問リハビリテーションを実施している14施設に対しメールにて研究の目的と詳細を説明し依頼した。

#### 2. アクション・リサーチの分類

アクション・リサーチは、まだ曖昧なまま用いられていることが多いが、共通して用いられている点として、①研究者が現場に入り、その現場の人たちも研究に参加する参加型の研究であること、②現場の人たちとともに研究作業を進めていく民主的な活動であること、③学問（社会科学）的な成果だけでなく社会そのものに影響を与えて変化をもたらすことを目指す研究活動であることとされている（Pope & Mays=2001）。

アクション・リサーチは、研究者の拠って立つ哲学的基盤や、研究者の立ち位置、参加の仕方などの面から、①テクニカルアプローチ（technical collaborative approach）、②ミ

ューチュアルアプローチ (mutual collaborative approach), ③エンハンスメントアプローチ (enhancement collaborative approach) の 3 種に分類している (表 4 - 1 Holster & Schwartz-Barcott, 1993: 298-304) .

テクニカルアプローチは, 実証主義の立場にたち, 理論の検証や精錬化を目指しており, 現場が抱える問題を明らかにしたうえで, 仮設をたて, 現場の研究実施者が実践し, その効果を明らかにするという, いわば研究者が主導権をもったタイプである (遠藤ら 2001 : 23-32) .

ミューチュアルアプローチは, 解釈学的, 全体性を重視したものであり, 帰納的な考えにたっており, 現場の研究実施者も研究者もどちらも同等の立場にあるタイプである (江本 2010 : 10-51) . 互いの了解による意思決定をしながら研究を遂行し, 全体性を重視していることから, 現場の変化は, 全体の変化を作り出す個々の変化が織りなすことを考える必要がある (遠藤ら 2001 : 23-32) , とされている.

エンハンスメントアプローチは, 批判理論が哲学的基盤になっており, 研究者は, 現場の研究実施者が根底にあるが気づいていない価値観, 規範, 葛藤といったものを表舞台に出し, 自らを啓発することに重点がおかれているタイプである. このような特徴から研究者が主導権をもつことになりかねないが, 研究者も現場の研究実施者も共同関係を確立する必要がある (稲吉 2001 : 53-61) , とされている.

表 4 - 1 Holster & Schwartz-Barcott によるアクション・リサーチの分類

アプローチ	テクニカル アプローチ	ミューチュアル アプローチ	エンハンスメントア プローチ
哲学的な 基盤	実証科学	歴史的解釈学	批判化学
問題	問題は最初から 定義されている	問題は状況のなか で定義される	問題は状況のなか で明確な価値観に 基づいて定義される
共同の 焦点	学問的な知識や 理論	相互依存的な理解	相互依存的な解放
理論	確認、精錬化、 演繹的	新しい理論帰納的	確認、精錬化、演繹 的、新しい理論、 帰納的
生成される 知識のタイプ	予測的	記述的	予測的、記述的

### 3. 本研究にてアクション・リサーチのミューチュアルアプローチを選択した理由

本研究では、アクション・リサーチのミューチュアルアプローチを選択した。

その理由は、現場の雰囲気や環境、事業所の方針など様々な要因を抱えながら実践している研究実施者の意見や視点を取り入れ、研究者と研究実施者が同等の立場で互いによる意思決定をしながら研究を遂行する方法が、継続可能なリハビリテーションモデルの提示には必要であると考えたからである。

第1章でも述べたとおり、地域における高齢者へのリハビリテーションでは、身体機能に偏ったアプローチが漫然と施されていることが問題として指摘されている。しかもその問題は、はるか以前から指摘されており、現場で働くリハビリテーションスタッフもICFの「活動・参加」に焦点をあてたりリハビリテーションにシフトしてくべきことを多少なりとも認識している。しかしながら、今なお解決に至っていない要因として、リハビリテーションモデルが未確立であることが考えられるが、加えて、現場の雰囲気やこれまでの経緯、取り巻く環境、事業所の方針など様々な要因が絡み合ったうえでの実践であるがゆえの難しさも推測できる。

したがって、あるべきリハビリテーションモデルを構築するだけでなく、継続して活用できるモデルを提示しなければ意味はない。その為には、現場の雰囲気や環境、事業所の方針など様々な要因を抱えながら現場で実践している研究実施者の意見や視点を取り入れ、研究者と研究実施者が同等の立場で互いによる意思決定をしながら研究を遂行する方法が必要であると考えた。

#### 4. アクション・リサーチの具体的な手順

アクション・リサーチの全体的な手順を表4-2に示す。アクション・リサーチの種類は、ミューチュアルタイプとし、課題の明確化、計画、実践、内省、評価・計画の修正を実施した。

研究フィールドは、研究実施者が所属する施設で、研究者が月に一度、事業所に出向いて対象者が抱える問題や性質が、援助過程でどのように変化したかを把握し、その要因や着眼点についてSOCを構成している3要素のどこに該当するかを交えて研究実施者と研究者とで議論を交わし洞察を深めた。また、その内容を「利用者の活動・参加状況」、「利用者のコメント」、「研究実施者の介入と視点」、「研究者の介入」に分けて経過記録表に記録した。さらに、月に一度、研究実施者全員が集まる機会（リフレクションカンファレンス）を設け共有し議論した。リフレクションカンファレンスに参加できない時には、議論した内容を研究者が研究実施者に伝達を行った。

表 4-2 健康生成論の視点を取り入れたリハビリテーションモデルの構築に向けたアクション・リサーチの過程

ステップ	リフレクソンカンファレンスの内容	プロセス	現場での実践	アクションリサーチの過程
1	<p>高齢者のリハビリテーションの発展に向けた情報を提供する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>健康生成論の紹介と関連文献紹介</li> <li>地域における高齢者の在り方検討会報告書の結果を共有</li> </ul> <p>課題を抽出し共有する</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>現状実践におけるジレンマや悩みを共有する</li> <li>課題を抽出する</li> </ul>	<p>課題解決に向けた目標設定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>初期評価の実施</li> </ul>	<p>課題の明確化</p>	<p>高齢者のリハビリテーションの発展に向けた情報を提供する</p>
2	<p>現状の課題をとりえて目標を定める</p> <p>生活期の健康生成リハビリテーション支援の計画を立てる</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>支援内容のシミュレーション</li> <li>改善案の収集・整理・選択</li> </ul>	<p>リハビリテーション対象者に対する評価（経過記録表の作成）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>13項目版5件法SOC尺度、SF36v2、CIQ</li> </ul> <p>多職種での方針の共有</p>	<p>計画 実践</p>	<p>現状の課題をとりえて目標を定める</p>
3	<p>健康生成論を参考にしたリハビリテーションを実践し、実践による対象者の状態変化などの解釈を共有する</p> <p>実践を振り返り新たな目標を定める</p>	<p>支援の実践</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>研究者が月に一度、事業所に向向いて対象者が抱える問題や性質が、援助過程でどのように変化したかを検討（経過記録表の作成）</li> </ul> <p>実践の振り返り</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新たな目標の設定</li> <li>多職種での方針変更の共有（経過記録表の作成）</li> </ul>	<p>実践 （解釈の共有）</p>	<p>健康生成論を参考にしたリハビリテーションを実践し、実践による対象者の状態変化などの解釈を共有する</p>
4	<p>健康生成論を参考にしたリハビリテーションを実践する</p> <p>健康生成論を参考にしたリハビリテーションを実践する</p>	<p>支援の実践</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>研究者が月に一度、事業所に向向いて対象者が抱える問題や性質が、援助過程でどのように変化したかを検討（経過記録表の作成）</li> </ul> <p>実践の実践</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>新たな目標の設定</li> <li>多職種での方針変更の共有（経過記録表の作成）</li> </ul>	<p>実践 評価、計画の修正</p>	<p>健康生成論を参考にしたリハビリテーションを実践する</p>
5	<p>健康生成論を参考にしたリハビリテーションを実践する</p> <p>実践した生活期の健康生成リハビリテーション支援プログラムを振り返り結果をまとめる</p>	<p>支援の実践</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>研究者が月に一度、事業所に向向いて対象者が抱える問題や性質が、援助過程でどのように変化したかを検討（経過記録表の作成）</li> </ul> <p>実践の実践</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>実践の振り返り</li> </ul>	<p>実践 （解釈の共有）</p>	<p>健康生成論を参考にしたリハビリテーションを実践する</p>
6	<p>実践した生活期の健康生成リハビリテーション支援プログラムを振り返り結果をまとめる</p>	<p>実践の効果の検討</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリテーション対象者に対する評価</li> <li>13項目版5件法SOC尺度、SF36v2、CIQ</li> <li>インタビュー</li> </ul> <p>「介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方」 「アクションリサーチを用いた介入効果と影響について」</p>	<p>内査、評価 （結果のまとめ）</p>	<p>実践した生活期の健康生成リハビリテーション支援プログラムを振り返り結果をまとめる</p>

### a. 課題の明確化

研究実施者が集まり、高齢者へのリハビリテーションの現状や悩みを共有し、高齢者の健康と支援について検討を行った。具体的には、健康生成論の紹介や先行研究の紹介と、高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会報告書に記載されている「高齢者の地域におけるリハビリテーションの課題」を共有し、現場での課題を検討した。主に、リハビリテーション対象者への介入方法の発展を目的とした課題について、ディスカッションにて出た意見をテキスト化し、KJ法に類似した手法を用いて、参加者全員によってカテゴリ化した。

### b. 計画、実践

議論した内容をもとに、介入可能な課題について研究者より実践者に対し提案を行い、実践者の現状の実現可能性や要望に耳を傾け、支持的な対応を取りながら具体的な介入の仕方を検討し共有した。また、その内容を利用者の社会参加状況、利用者のコメント、研究実施者の介入と視点、研究者の介入に分けて経過記録表に記録した（表4-3：経過記録表原紙）。さらに、リフレクションカンファレンスで実践事例を報告し健康生成論の視点を交えて参加者全員で介入の見直し、修正を行った。

表4-3 経過記録表原紙

経過記録表  
対象者の概要

A 様

	活動・参加状況	利用者の声	研究実施者の支援	研究者の関わり
介入前				
1 カ月				
2 カ月				
3 カ月				

### c. 内省, 評価・計画の修正

検討した介入課題と発展策について, 研究者とリハビリテーションスタッフである実践者(研究実施者)が協働して課題解決に向けて介入し, 実践したことを評価・内省した。また, 介入した結果について, リフレクションカンファレンスで共有し, 介入の修正・変更を行った。

## 5. 研究方法

研究実施者 10 名に対し, 実施して 6 カ月後に半構造化面接を実施した。面接は, 経過記録表(表 4-3)を振り返りながら, ①参加を阻んでいた要因は SOC の 3 要素のどれに相当するか, ②どのような介入支援が有効であったか, ③アクション・リサーチによる研究参加者への効果と影響はどのようなものであったかを聞き取った。インタビューは, 研究実施者が所属している事業所の個室で 20 分程度, 筆者が実施した。研究実施者が負担なく想いや考えを自由に語ることをできるよう配慮し, 経過記録表に記録した実践を振り返りながら面接を展開した。なお, 面接における質問と回答内容は対象者の了解を得て IC レコーダーで録音した。得られたインタビューデータをテキスト化し, 意味のあるまとまりを分析単位とした。また, 分析単位の意味内容を損なわないように留意しながら, ①アクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方(プロセス評価), ②アクション・リサーチを用いた研究実施者への介入の効果と影響(アウトカム評価)を抽出し要約を行った。さらに, 要約した内容から類似性に着目し, サブカテゴリ, カテゴリを生成した。また, 分析の内的妥当性を得るため, 質的研究の経験がある研究者との間で要約, サブカテゴリ・カテゴリの分類の検討を意見の一致みるまで繰り返し行った。

## 6. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり, 日本福祉大学大学院「人を対象とする研究」に関する倫理審査を受け, 対象者のプライバシー保護と負担の軽減には細心の注意を払い, 研究を実施した(承認番号 19-028)。

### 第 3 節 分析結果

#### 1. アクション・リサーチによる介入内容とその経過(表 4-4)

##### a. 課題の明確化

初回のリフレクションカンファレンスにて, 研究者と研究実施者全員が集まり, 社会参加を目指した通所・訪問リハビリテーション対象者への支援方法の発展を目的とした介入課題を KJ 法にて整理した。結果, 「社会参加に向けた介入手段が乏しい」「分析の仕方が

わからない」「社会全体においてリハビリテーション＝身体機能訓練の印象が強い」「参加できる施設やコミュニティの詳細を把握できていない」「対象者自身が（参加したいが）あきらめている」の5つのカテゴリが抽出された。

## b. 計画・実践

5つの介入課題に対して研究者からの提案を交え、研究実施者による具体的な計画・実践内容を提示した。課題①「社会参加に向けた介入手段が乏しい」に対しては、「研究者による健康生成論，SOCについて紹介」「研究者による先行研究の紹介」「研究者による具体的介入方法の紹介」「研究者との事例紹介と解釈の共有」「経過記録表を作成する」，課題②「分析の仕方がわからない」に対しては、「研究者によるSOCの視点を用いた分析方法の紹介」「研究者による分析事例の紹介・解説」「研究者との事例紹介と解釈の共有」「経過記録表を作成する」，課題③「社会全体においてリハビリテーション＝身体機能訓練の印象が強い」に対しては、「新たな支援方法を用いた成功事例の便りを作成する」「多職種勉強会を開催する」，課題④「参加できる施設やコミュニティの詳細を把握できていない」に対しては「他職種，家族などからの情報収集を行う」，課題⑤「対象者自身が（参加したいが）あきらめている」に対しては、「活動・参加の聞き取りシートツールの共有」「事例検討会を行う」を計画・実践した。

## c. 内省評価

実践を内省し、評価した結果、課題①に対する実践から「新たな視点を取り入れたが、自分のスキルが限られている」「研究者がいないと、新しい発想に至らない」，課題②に対する実践から「研究実施者自身で行った新たな視点を用いた分析方法が正しいかどうか自信がもてない」「研究者がいないと、新しい発想に至らない」，課題③に対する実践から「便りなどを作成するも、目標の視点に変化が及ばない」「研究者がいないと、多職種にうまく説明できない」，課題④に対する実践から「リハビリ対象者のニーズとマッチングするコミュニティーなどはあるが実際に参加するまでに至らない」「実際の参加場面でのように感じるか、新たな問題が浮き彫りになるかなどがわからない」，課題⑤に対する実践から「対象者自身があきらめている背景に、家族の方に止められているケースもあった」「真のニーズを探るも、なかなかニーズが引き出せない」「聞き取りシートを使用するも、ニーズを聞くことができない」をそれぞれ内省・評価にて抽出した。

## d. 計画の修正

実践を内省し評価したことを再度検討し、計画の修正を行った結果、課題①②に対して「リフレクションカンファレンスにて事例の報告と全体での解釈の共有，議論を行う」「事例介入による結果の解釈を研究者がフィードバックする」，課題③に対して「サービス担



当者会議での新たな視点の提案を行う」「簡潔に伝えられる、健康生成的な視点のある、パンフレットを作成する」、課題④に対して、「実際の参加場面への同行し評価を行う」、課題⑤に対して、「家族など支援協力者の不安・負担軽減、また実現可能な行動の共有」「発言や状態、状況を俯瞰して捉える」をそれぞれ新たな計画として設定した。

表 4-4 アクション・リサーチによる介入内容とその経過

介入課題	計画・実践	内容・評価	計画の修正
<p>社会参加に向けた介入手段が乏しい</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>健康生成論 SOCについて紹介</li> <li>リフレクシオンカンファレンスにて先行研究の紹介</li> <li>具体的介入方法の紹介</li> <li>研究者との事例紹介と解釈の共有</li> <li>経過記録表の作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新たな視点を取り入れたが、自分のスキルが限られている</li> <li>研究者がいないと、新しい発想に至らない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リフレクシオンカンファレンスにて事例の報告と全体での解釈の共有、議論を行う</li> <li>事例介入による結果の解釈を研究者がフイードバックする</li> </ul>
<p>分析の仕方がわからない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SOCの視点を用いた分析方法の紹介</li> <li>分析事例の紹介・解説</li> <li>研究者との事例紹介と解釈の共有</li> <li>経過記録表の作成</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究参加者自身で行った新たな視点を用いた分析方法が正しいかどうか自信がもてない</li> <li>研究者がいないと、新しい発想に至らない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービスマン担当者会議での新たな視点の提案</li> <li>簡潔に伝えられる、健康生成的な視点のある、パンフレットを作成する</li> </ul>
<p>社会全体においてリハビリテーション＝身体機能訓練の印象が強い</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>新たな支援方法を用いた成功事例の振り返り、パンフレットづくりの提案</li> <li>多職種勉強会の提案</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リハビリ対象者のニーズとマッチングするコミュニティなどはあるが、実際に参加するまでに至らない</li> <li>実際の参加場面でのように感じるか、新たな問題が浮き彫りになるかなどがわからない。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>実際の参加場面への同行し評価を行う</li> </ul>
<p>参加できる施設やコミュニティの詳細を把握できていない</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域分析に関する文献紹介</li> <li>近隣施設の実地調査の提案</li> <li>層別訪問時の実生活・参加場面評価の提案</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>対象者自身があきらめている背景に、家族の方に止められているケースもあった。</li> <li>真のニーズを探るも、なかなかニーズが引き出せない</li> <li>聞き取りシートを使用するも、ニーズを聞くことができない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族など支援協力者の不安・負担軽減、また実現可能な行動の共有</li> <li>発言や状態、状況を俯瞰して捉える</li> </ul>
<p>対象者自身が（参加したいが）あきらめている</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>活動・参加の「聞き取りシート」ツールの共有</li> <li>事例検討会の実施提案</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>聞き取りシートを使用するも、ニーズを聞くことができない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>聞き取りシートを使用するも、ニーズを聞くことができない</li> </ul>

## 2. アクション・リサーチの介入評価および分析結果

アクション・リサーチの介入評価として、研究実施者 10 名の作業療法士にインタビューを実施した。10名の所属は、病院に併設している通所リハビリテーションの担当が3名、介護老人保健施設の通所リハビリテーションの担当が3名、訪問看護ステーションでの訪問リハビリテーション担当者が2名、介護老人保健施設の訪問リハビリテーションの担当が2名であった(表4-5)。リハビリテーションスタッフの職種は全員が作業療法士で、臨床経験年数は平均 11.8 (SD4.7) であった。

表 4 - 5 研究実施者の詳細

	経験年数	性別	職種	所属・担当
研究実施者 1	9年	女性	OT	訪問看護ステーションでの訪問リハビリテーション
研究実施者 2	8年	女性	OT	介護老人保健施設の通所リハビリテーション
研究実施者 3	9年	男性	OT	病院併設通所リハビリテーション
研究実施者 4	16年	男性	OT	介護老人保健施設の訪問リハビリテーション
研究実施者 5	20年	女性	OT	訪問看護ステーションでの訪問リハビリテーション
研究実施者 6	18年	男性	OT	介護老人保健施設の通所リハビリテーション
研究実施者 7	12年	男性	OT	介護老人保健施設の訪問リハビリテーション
研究実施者 8	12年	男性	OT	病院併設通所リハビリテーション
研究実施者 9	7年	女性	OT	病院併設通所リハビリテーション
研究実施者 10	7年	女性	OT	介護老人保健施設の通所リハビリテーション

アクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方について、また、アクション・リサーチを用いた介入効果と影響について質的に分析したし、抽出されたサブカテゴリを【 】, カテゴリを< >で以下に示す。

### a. 介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の方について

経過記録表(表4-6)を振り返りながらアクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方を聞き取り分析した結果を以下に示す。

参加促進に有効な視点・介入の仕方として54の要約から、【発言の背景にある要因を考える】【目標を一方向的に押し付けない】【参加に向けて消極的な理由を丁寧に読みとる】【参加場면을想像しながら準備を行う】【過去の参加体験の目的を思い浮かべる】【不安な点を事前に想像する】【馴染みのある友人との参加場面の共有】【家族との参加場面の共有】【参加を通して楽しさ、喜びを感じる体験】【価値を感じられる参加体験】【自身で解決できるよう尋ねる】【解決策を共に考える】の12のサブカテゴリ、<対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える><参加場면을対象者と支援者が共に想像する

><馴染みのある友人や家族との参加場面の共有><喜びや価値をもたらす参加体験><対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>の 5 つのカテゴリが抽出された（表 4 - 7）。また、<対象者の発言，行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える><参加場面を対象者と支援者が共に想像する><馴染みのある友人や家族との参加場面の共有><喜びや価値をもたらす参加体験><対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>の 5 つのカテゴリが抽出された。また、<参加場面を対象者と支援者が共に想像する>は SOC の把握可能感，<馴染みのある友人や家族との参加場面の共有><対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>は処理可能感，<対象者の発言，行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える><参加場面を対象者と支援者が共に想像する><喜びや価値をもたらす参加体験>は SOC の有意味感を高める介入支援方法に相当することを研究者と研究実施者とで確認した（表 4 - 7）。

表 4 - 6 経過記録表の一例

経過記録表 A 様 対象者の概要

5年前に脳梗塞を発症し軽度の右片麻痺と運動性失語となり入院。6か月後に右上肢は補助手レベル、T字杖、屋内外歩行自立レベルで退院した。その後、通所リハビリを利用され現在に至っている。自宅では妻との2人暮らしで家事全般は妻が行い、A氏は新聞やテレビを見てソファに座っている時間が長い、発症前は、社会的で友達とのゴルフや旅行、近所や町内会の付き合いを楽しんでいたが、現在は参加していない、現在は参加していない、通所リハの利用前の情報では本人のニーズとして「現状を維持したい」とのことであった。

	活動・参加状況	利用者の声	研究実施者の支援	研究者
介入前	ほとんど自宅のソファに座ってテレビを見ている。日常生活は自分で行えるが外出はしない。あまり園遊苑になった後はあまり他者に会いたくないと思わない。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コミュニケーションをとり、現在の生活や、発症前の生活について、社会的で友達とのゴルフや旅行、近所や町内会の付き合いを楽しみにしていたが、現在は参加していない</li> <li>・現状の生活を維持したい</li> <li>・寒くなったこともあり、通所リハに向くことが体助に感じる。失語症があるが、ゆっくり話したり、雰囲気であわかってくれる。他者と関わることは楽しい。</li> <li>・病後の身体状況では不可能だと思っていたが、出来ることなら、「前みたいにパソコンを使いたい」「できることなら、他者と交流できるようなことができれば」となるとなく思った。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人は現状の生活を維持したいとのことであった。</li> <li>・通所リハにて、体を動かすことを通じて、他利用者と話す機会をもつ。関わりをもつことが楽しく感じるよう支援する。特に、いきいきとしていた頃のことを話題しながら話しをすることを意識的に行った。</li> <li>・今現在は、特に何かしたいものがあるわけではないということであったので、できることならやってみようということなど聞き取りを行う。</li> <li>・できることなら、「前みたいにパソコンを使いたい」「できることなら、他者と交流できるようなことができれば」を聞き取ることであった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人に現状の生活、日常の過ごし方についてどのような思いを持っているかを探ること、できることならやってみようことを尋ねてみることを研究実施者と共有した。</li> </ul>
1 1 月	通所リハビリ利用開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パソコンも旅行も、無理だと思っていたが、職員さん達がその気になったから現実的に考えてみようかと思った。</li> <li>・実際に行ってみると、意外にできるといふ感じだった。パソコン操作（文字の打ち込み）は、左手でできたが、表の押入やセルの結合等の方法を思い出せないことが多い。</li> <li>・操作方法は、妻はわからないので、通所リハの利用時に、スタッフに操作方法を聞いたりする。</li> <li>・時間がかかるがなんとかできる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅を訪問し、パソコンを行う環境や、操作能力、自宅の周辺の環境、屋外の様子などを本人・家族（妻）と一緒に、実際に行ってみた。また、実際に行ってみて、どうだったかを聞き取った。</li> <li>・「パソコンを使用できる」とこと、今現在、当所をしている町内会の班長業務を通じて、「外出し他者と交流できる」ことを目標として提案した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実際の自宅での生活を見てみたいという研究実施者の意見から、居宅を訪問することと、より詳細の生活を把握できるといふことを研究実施者と共有した。</li> </ul>
2 2 月	通院、通所リハ以外に気が向いた時に自宅周辺を散歩するようになった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・通所リハで温かい日に、屋外を歩いたら、懐かしいという気持ちがあったので、職員さんの勧めもあって、自宅の周りを散歩してみようかと考えるようになった。</li> <li>・杖具や杖を用いて自宅周辺を歩くことが可能。意外に簡単にできるというのと、懐かしさくわしかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「文字の打ち込みよりも、記録や文字、色、印刷設定等の仕方を思い出せないことが苦になっていた為、「線を挿入するとき」「文字の大きさを変えるとき」等の手順書を図入りでわかりやすく、利用者が作成する際に支援した。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・パソコン作業を行うことで利用者がどのように感じたのかを把握した。</li> </ul>

表 4-6 (つづき) 経過記録表の一例

<p>3 カ 月</p>	<p>通院、通所リハ以外に気が向いた時に自宅周辺を散歩するようになった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ゼツカバソコをするなら、何か作ろうと思ひ、「丁度用地の部長を担当しているので、パソコンで配布資料を作ろう」と思ひ、明内会で使う配布資料を作成し、それを持って近所に配布しようと思った。</li> <li>・他の人に会ったりするのは気乗りしなかったが、今は、周りに挨拶してでもらっているからなのか、やってみようと思ひ気持ちが生えてきた。みんなこんなに考えてくれるのに、やらないわけにはいかんでしょ(笑)</li> <li>・操作は、マウスやキーボードは主に左手を使用して操作しており指間がかかると、まあ満足している。</li> <li>・操作技術よりも、算線や文字、色、印刷設定等の仕方を思い出さないことが宮になる。そのような時は、スタッフが聞いたり、また忘れないように操作の手順書を作るようにした。</li> <li>・配布資料は簡単に作成することができた。算線の講師やテキストボックスを移動させる際も左手でマウスを操作して行った。最初は左手での操作に慣れなく調整が難しかったが、2週間程度で慣れてきた。</li> </ul>	<p>無題に自分自身ですべて行わなくても、通所リハビリのスタッフや家族などに助けを求められているのも能力の一つであると研究実施者と共有した。</p>
<p>4 カ 月</p>	<p>通院、通所リハ以外に気が向いた時に自宅周辺を散歩するようになった。また、散歩ついでに妻と一緒に作成した明内会の配布資料を隣近所にまわすようになった。</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・隣近所配布資料をまわそうと思った理由、散歩を行うようになって、外に出ることへの抵抗が減ってきたのな。たまに、近所の人にも会うし、声をかけてくれる。妻も一緒に受け答えも安心。失語症で話にくいことや、相手が言うことを理解できていることを、他者がわかってくれると安心。そこさえ、わかってくれていたら、一人でも大丈夫。想像していたよりも難しいことではない。他者がわかってくれているうえで、声をかけてくれたり、話をするのが楽しい。</li> <li>・そんなことを実感することができ、さらに外出意欲が高まった。・ちよつと難しかったのは、片手で配布用紙をもち、ポケットにいれることかな。今回は、ショルダーパーツを使おうと思ひ。</li> </ul>	<p>資料を近隣に配布した際のことや、配布したことを利用者がどのように感じたのかを研究実施者とともに把握した。</p>
<p>5 カ 月</p>	<p>散歩だけでなく、買い物や友達との食事、さらには家族旅行、以前出席していた株主総会、失語症の会などにも参加</p>	<p>ショルダーパーツを使用して明内会の用紙を配ることは、うまくできて、満足感がえられた。やろうと思えば何でもできると思えば、昔行っていたことをやりたくなった。旅行に行った際にはデジタルカメラで写真を撮りパソコンでアルバムを作成している。それをスタッフや子供(別居)、友人に見てもらおう。趣味が増えた。失語症で話にくいのが、ジェスチャーなどをうまく使用すればなんとかなる。前々から誘いがあった失語症の会にも参加して行事、旅行などを計画している。</p>	<p>様々なことが出来るようになって明らかに生活がいまいる。利用者が主体的にやりたこと、ほかのもの、別機づけにもつながっていることを研究実施者と共有する。</p>
<p>6 カ 月</p>	<p>失語症の会の会長を担当</p>	<p>失語症の会では、旅行や行事を企画する。もともと、このようなことが好きだったので、楽しんで担当している。カラオケ大会はみんな音痴で何の歌かわからないのがおもしろい。私みたいな失語症の人が社会に参加できることを、同じような病気のの人に伝えたいと思ひ。</p>	<p>引き続き、実際に行った活動の様子、どのようなところが難しかったか、どうすれば解決できるかを探した。また、その時の気持ち、工夫したことについても聞き取った。</p>

表 4-1 アクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・方法

SUC

カテゴリ

サブカテゴリ

王な要利

把握可能な意味感	参加場面を想像しながら準備を行う (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>参加場面相かく計画していると、参加場所を変更することを自ら提案された</li> <li>(以前行っていた参加場面を思い出しながら計画をたてていると)肩掛け(鞆)の方がいいなど親身的な準備を自ら始めるようになった</li> <li>イメーシをすることで、できないこととできることが自身で明確になった様子であった</li> <li>参加場面相像していると、遠ざかっていた楽しみを思い出された</li> <li>過去の参加場面の背景を聞きながら、再開することを考えていると、嬉しそうで主体性が高まった</li> <li>参加場面相い浮かべながら、私(セラピスト)と一緒にリヌクを考えると、安心された</li> <li>参加場面相イメーシしていると、不安なところが明確になって対策を考えやすくなる</li> <li>協力であっても、信頼関係が気づかれている馴染みのある友人でないと、反対に気を使って参加が継続できなくなる</li> <li>昔ながらの友人との接点を設けること</li> <li>セラピストが、リハビリ対象者の友人と顔見知りになって関係性を再度つなげること</li> <li>家族の遠慮とした負担を軽減するために、参加場面相同行してもらおうと</li> <li>リハビリの一環で参加場面相に行き、家族に可能な経験を促してもらおうと、こんな感じで見えてきたと安心していた</li> <li>リハビリで乗継する参加場面相に、家族に同行してもらったこと</li> <li>スーパードでの買い物に、どうすれば安心できるかを聞かされたところ、小さな買い物カートを使ってみることを自ら提案されうまく移動できた</li> <li>財布を靴から取り出した時、小銭を握ることが困難であったことに対し、いい方法はないか聞かされたところカード決済で支払いを行うことを自ら提案され、実現できた</li> <li>播磨屋で流暢に伝えられないことに対して一緒に考えていたところ、自らが、いくつかの文章を提示できるようカードを準備しておくことを提案され使用された。</li> <li>参加場面相に向けて、うまくいかなくても対象者自身が解決策を考えることが重要だと思ふ</li> <li>コミュニティまでの移動手段がないことに対して、友人の車に乗せてもらえるか聞いてみると言われ参加につながった</li> <li>友人に頼むのは気を使うので、コミュニティバスを探してみると言われ、バスへの乗り降りの練習を希望された</li> <li>人がぶつかってこないか心配なことに対し、どうすればいいかを一緒に考えていると自らカートを使っていると言われ継続している</li> <li>乗降参加してみても、床に座ることがつらかったことに対して、椅子の使用や他の教室などへの変更などを私(セラピスト)が選択肢を提案したところ、一人だけ椅子なのも嫌なので、分厚いクッションを持参することを自ら提案されて、継続している</li> <li>友人に頼むのは気を使うので、コミュニティバスを探してみると言われ、バスへの乗り降りの練習を希望された</li> <li>聞き取ったニーズの背景にあるものを提案すること</li> <li>参加する・しない想いや価値を丁寧に捉えること</li> <li>参加にはある程度聞き取りはしていたが、基本的には提案していた</li> <li>参加に対して積極的でないことの背景や意味を捉えること</li> <li>参加に向けたニーズを聞き取ったが、乗降参加するのと行動が伴わないことがある。この点を探ることが重要</li> <li>参加したい気持ちはあるが、他者に会うことに恥ずかしさをもっているのかもしれないなど、したいけれども踏み切れない気持ちなどを聞き取ること</li> <li>参加して昔ながらの友人と再会できたことが嬉しそうで、継続につながっている様子</li> <li>実際に参加場所に行くだけでなく、そこで楽しめるかどうか継続の鍵だと思う</li> <li>教室に参加することはできたが、他者との違いを要領し楽しめず一度きりになってしまった</li> <li>参加を軽装場所での作品づくりが楽しみになった</li> <li>買い物に同行する際に、孫のおやつを買うことが嬉しそうであり、月に2回ほどのペースで継続している</li> <li>参加を再開して、他者と関わりをもつことの重要性を身に染みて感じたと言われていた</li> <li>これまで、参加場面相に辿り着くことを考えていたが、その先、対象者がどのように感じることが大切だと感じた</li> <li>教室への参加をきっかけに、自宅でも少し家事を行うようになった</li> </ul>
把握可能な意味感	<p>参加場面を想像しながら準備を行う (6)</p> <p>不安な点を事前に想像する (2)</p> <p>馴染みのある友人との参加場面相の共有 (5)</p> <p>家族との参加場面相の共有 (7)</p>	
把握可能な意味感	<p>自身で解決できるよう尋ねる (8)</p> <p>解決策を共に考える (2)</p> <p>発言の背景にある要因を考える (5)</p> <p>目標を一方的に押し付けない (2)</p>	<p>対象者自身が課題解決できるよう尋ねる (10)</p> <p>解決策を共に考える (2)</p> <p>発言の背景にある要因を考える (5)</p> <p>目標を一方的に押し付けない (2)</p> <p>対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える (11)</p> <p>参加に向けて積極的な理由を丁寧に読みとる (4)</p>
有意の意味感	<p>喜びや価値をもたらす参加体験 (10)</p> <p>参加を通して楽しさ、喜びを感じる体験 (4)</p> <p>価値を感じられる参加体験 (6)</p>	

## b. アクション・リサーチを通じた研究実施者への効果と影響について

アクション・リサーチを用いた研究実施者への介入効果と影響として、45 の要約から、【業務の習慣を見直すことができた】 【多職種に介入の視点を伝えることができた】 【パターン化した介入を見直すことができた】 【新たな評価の視点が身についた】 【介入の幅が広がった】 【自身の介入の特徴に気づけた】 【発言や行動の意味を考えるようになった】 【参加場面での評価の重要性を感じた】 【家族・友人と同行し現実的な介入方法を伝えることができた】 【家族・友人から支援計画の共感を得た】 【自信をもって他者に介入について説明できるようになった】 【貢献できていることを実感する】 の 12 のサブカテゴリ、<働き方を部署で見直すことができた><評価・介入方法の幅が広がった><家族・友人の協力を得やすくなった><介入に自信をもてるようになった> の 4 つのカテゴリが抽出された (表 4 - 8) .



表 4-8 アクション・リサーチを通じた研究実施者への効果と影響

カテゴリ	サブカテゴリ	主な要約
働き方を部署で見直すことができた (10)	業務の習慣を見直すことができた (6)	<p>実生活、参加場面に同行する場面が重要であるが、現実的に難しいので部署内で検討した理論は理解できたが、実践するとすると、効率性が悪く運営方法を見直すきっかけとなった</p> <p>自宅訪問を行う頻度が増え、利用者の意欲もより一層高まった</p> <p>訓練室に留まらず、参加場面に同行できるよう部署内で検討した</p> <p>実際の居室での生活や参加場面に同行する意味が理解でき、訪問できるよう科内で運営を見直した</p>
	多職種に介入の視点を伝えることができた (4)	<p>自分だけでは把握できない情報や、解決できないことがあり、他職種に協力してもらった</p> <p>健康生成論の視点をを用いることで作業療法の説明がしやすくなった</p> <p>事業所の垣根を越えて介入する機会が増えた</p>
パターン化した介入を見直すことができた (3)	新たな評価の視点が生身についた (4)	<p>第3者である研究者が現場に入ることで、改めてしっかりと評価を行うことができた</p> <p>理論を学ぶだけでなく、研究者と一緒に内省を繰り返したことで当たり前におこなっていた介入を見直すことができた</p> <p>動作を分析するだけでなく、自立支援の視点で評価できるようになったと思う</p> <p>身体機能、ADL、IADLの評価に加えて、重要な評価の視点を理解し実践につながった</p> <p>健康生成論・SOCの視点と現場での評価の仕方の関係が理解でき腑におちた</p>
	介入の幅が広がった (4)	<p>理論と介入方法とが結びつき、実践に自信をもつことができた</p> <p>研究者が現場に入ること、新鮮な雰囲気になり介入について考え直すきっかけになった</p> <p>お決まりのプログラムを見直すきっかけになった</p> <p>一方的なプログラムの提案をさけるようになった</p>
評価・介入方法の幅が広がった (19)	自身の介入の特徴に気づけた (3)	<p>これまででの介入方法から視点を切り替えることが難しくかったが、パターン化した考え方を見直すことができた</p> <p>無意識に自分(研究実施者)が一方向的に関わっている癖に気づくことができた</p>
	発言や行動の意味を考えるようになった (3)	<p>健康生成論の視点を学び、本人の想いを俯瞰し、尊重することの重要性を理解できた</p> <p>これまでもニーズを聞きとっていたが、そのニーズの意味を俯瞰して捉えるようになった</p> <p>対象者のモチベーションを高めることはできなかったが、消極的な理由を捉えることができた</p> <p>参加に向けてはリハビリ機能訓練室での関わりのみならず、参加場面で必要であった</p> <p>参加場面で対象者が何をどのように感じているかを評価する必要がある</p>
家族・友人の協力を得やすくなった (6)	家族・友人と同行し、現実的な介入方法を伝えることができた (3)	<p>友人の方も誘っていいものか悩んでいる人もいたので、(リハビリプログラムとして行っている)参加場面に同行してもらうことが有効</p> <p>家族や友人に、私たち(リハ職)の関わりを見てもらうことで、介護負担が少なくなることがわかってもらえる</p> <p>対象者の友人から、わたしもリハビリをされているよりも、一緒に添って話をする方が大事だと思えるようになった</p> <p>(対象者の)状態がわからないので、周りからは声をかけていいものなのかわからなかった。話し合いの場に呼んでもらえてこちらもありがたい、</p> <p>目標に向けて有効な資源となりうる家族・友人から、いつでも手助けをするので遠慮なしに呼んでほしいと賛同をえた。</p>
	家族・友人から支援計画の共感を得た (3)	<p>専門的な生活期のリハビリテーションの特徴がみえた</p> <p>家族への介入の説明に自信がもてるようになった</p>
介入に自信をもてるようになった (10)	自信をもって他者に介入について説明できるようになった(5)	<p>目標に向けて現実的な介入ができた</p> <p>研究者と内省しながら行い、自分の考えと新たな考えをすり合わせた現実的な介入ができた</p>
	貢献できていることを実感する (5)	

## 第4節 考察

アクション・リサーチによる介入の効果として、参加促進に有効な視点・介入の仕方が浮かび上がった。これは、アクション・リサーチの手法を用い、健康生成論の視点を取り込みながら、研究者と研究実施者が共同で取り組むことによる結果であり、従来のリハビリテーションの視点とは異なる、新規性のある視点と介入の仕方であると考えられる。以下に、アクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方、アクション・リサーチを用いた研究実施者への介入効果と影響について考察する。

### 1. 介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方について

アクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方として54の要約から、12のサブカテゴリ、<対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える><参加場面を対象者と支援者が共に想像する><馴染みのある友人や家族との参加場面の共有><喜びや価値をもたらす参加体験><対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>の5つのカテゴリが抽出された。この5つのカテゴリについて、健康生成の中核概念であるSOCおよび下位因子に照らして考察する。

#### a. <対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える>について

アクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方の12のサブカテゴリのうち、【発言の背景にある要因を考える】【参加に向けて消極的な理由を丁寧に読みとる】から、<対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える>のカテゴリを導き出した。これは、アクション・リサーチの課題抽出で挙げられた「対象者自身が（参加したいが）あきらめている」に対応する介入方法であるといえる。本研究で明らかにした<対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える>という介入方法は、社会参加に向けた本人の想いを丁寧に、きめ細かくとらえることができ、参加のきっかけとなる出来事やタイミングを逃さず介入支援が施される可能性を含んでいると考えられる。リハビリテーションスタッフは、対象者の言語化した価値や意味を聞き取ることは言うまでもなく重要である。しかし、意味には階層的な構造があり、対象者の内省の程度によって可変的である（齋藤 2019：90-93）ことを念頭において発言や行動を俯瞰して捉える必要があるといえる。表面化された発言を把握しつつ、その意味を俯瞰することは、対象者が生活を営む意味や価値をとらえようとするプロセスであり、リハビリテーションを実施するうえで重要である。また、そのプロセスは、SOCの3要素の一つである有意味感を把握することに相当するものと考えられる。

#### b. <参加場面を対象者と支援者が共に想像する>について

【参加場面を想像しながら準備を行う】【過去の参加体験の目的を思い浮かべる】【不安な点を事前に予測する】から、<参加場面を対象者と支援者が共に想像する>のカテゴリを抽出した。これは、アクション・リサーチの課題抽出で挙げた「社会参加に向けた介入手段が乏しい」「参加できる施設やコミュニティの詳細を把握できていない」に対応する視点、介入の仕方であるといえる。参加場面を対象者と支援者が共に想像することは、対象者本人が参加環境と自身の状態を照らし合わせて想像あるいは予測するプロセスであり、SOCの下位因子である把握可能感を高める可能性が考えられる。また、サブカテゴリである【過去の参加体験の目的を思い浮かべる】の最終コードには、「参加場面を想像していると、遠ざかっていた楽しみを思い出された」「過去の参加場面の背景を聞きながら再開することを考えていると、嬉しそうで主体性が高まった」がある。要介護認定前には参加していたとしても、要介護状態となった利用者にとっては、日々の生活を営むことが優先され、参加から遠ざかり、参加することの意味を見失う状況に陥ることも大いに考えられる。遠ざかっていた参加場面を想像し、参加することの意味や価値を思い起こすプロセスは、有意味感を高めるきっかけとなる可能性を含んでいるといえる。

#### c. <馴染みのある友人や家族との参加場面の共有>について

【馴染みのある友人との参加場面の共有】【家族との参加場面の共有】から、<馴染みのある友人や家族との参加場面の共有>のカテゴリを抽出した。これは、アクション・リサーチの課題抽出で挙げた「社会参加に向けた介入手段が乏しい」「分析の仕方がわからない」につながる視点・介入の仕方であるといえる。宇都宮（2019：40）らは、要支援者の社会活動について、促進要因の一つとして、地域での友人・知人との繋がりがあることを示唆しているが、本研究ではさらに、馴染みのある友人や家族にも参加場面に同行してもらい、状況を伝え共有することが参加促進に有効である可能性を導き出した。SOCは、生じた様々なストレスに対処するために必要な、その人の内外にある様々な対処資源を必要に応じて導入できる機能であり、助けを求められる存在である馴染みのある友人や、家族も要支援・軽度要介護高齢者の社会参加に向けては重要な対処資源になりうる。また、馴染みある友人や家族が参加場面に同行するプロセスは、対象者が援助を求めるきっかけを与えることにもなり、社会参加に向けて対処資源を動員する、つまりは処理可能感を高める可能性を含んでいると考えられる。

#### d. <喜びや価値をもたらす参加体験>について

【参加を通して楽しさ、喜びを感じる体験】【価値を感じられる参加体験】から、<喜びや価値をもたらす参加体験>のカテゴリを抽出した。これは、アクション・リサーチの課題抽出で挙げた「社会参加に向けた介入手段が乏しい」「分析の仕方がわからない」と関

連する視点・介入の仕方であるといえる。また、SOCの下位因子である有意味感と親和性が高いものと思われる。

本研究で導き出した、＜喜びや価値をもたらす参加体験＞は、参加し、その価値を見出すことができるよう介入することが重要であることを示唆し、その為には、参加による対象者本人の心境を把握しながら、また、参加場面での他者との関係性を築くことができるよう介入する必要があると考えられる。

#### e. <対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>について

【自身で解決できるよう尋ねる】【解決策を共に考える】から <対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>のカテゴリを抽出した。これは、アクション・リサーチの課題抽出で挙げた「社会参加に向けた介入手段が乏しい」「分析の仕方がわからない」に対応する視点・介入の仕方であるといえる。<対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>は、健康生成論に着目した介入を通じて、試行錯誤しながら導き出したもので、リハビリテーションスタッフが課題解決に向けたアドバイスを与えるよりも、本人自らが解決できるよう介入する方が、社会参加促進につながるといったものである。これは、対処資源の導入を対象者自身が検討するプロセスであり、SOC、なかでも処理可能感を高める介入方法であると考えられる。

## 2. 研究実施者への介入効果と影響

アクション・リサーチを通じた研究実施者への効果と影響として抽出された、<働き方を部署で見直すことができた><評価・介入方法の幅が広がった><家族・友人の協力を得やすくなった><介入に自信をもてるようになった>の4つのカテゴリについて考察する。

#### a. <働き方を部署で見直すことができた>について

<働き方を部署で見直すことができた>は、【業務の習慣を見直すことができた】【多職種に介入の視点を伝えることができた】の2つのサブカテゴリから導かれたカテゴリである。リハビリテーションは、対象者各々の目標に応じて実施されるものであり、必要なタイミングで自宅での生活遂行を確認することや、時には外出に同行して評価を行うなど弾力的な対応が必要となる。しかしながら、個別で20分対応した場合や、敷地外でのリハビリテーションは介護報酬が算定できないなどの制度的な制約、また、効率性を追求することにより生じるパターン化や、そのパターン化されたリハビリテーションが継続されることにより強化される心身機能改善に向けたリハビリテーションイメージなど様々な要因により現在のリハビリテーションの問題が生じている。高齢者の地域におけるリハビリテーションの新たな在り方検討会（厚生労働省第3回資料2-1）では、何分何単位、個別ではなく、弾力的な報酬体系の必要性が指摘され、適宜適切でより効果の高いリハビリテーシ

ョンを実現するためのマネジメントの再構築が提案されている。さらに、その議論の結果、2015年の介護報酬改定では、居宅など実際の生活場面での具体的な指導など訪問と通所を組み合わせ、目標をどう組み合わせ、目標を達成するために最も効果的な方法と介入頻度・時間を選択しながら、重点的に計画的に取り組むことにより、活動と社会における役割や生きがいの獲得を目指した生活行為向上リハビリテーション実施加算が新設された。このように制度的にはみなおしが行われているものの、これまでの長い年月にわたって染み付いたリハビリテーションの慣習から脱却することは簡単ではなく、リハビリテーションの運営自体を見直すことも場合によっては必要である。

今回のミューチュアルアプローチで介入したアクション・リサーチでは、健康生成論という新たな視点を取り込んだリハビリテーションの構築に向け、課題を明確にし、課題解決に向け研究者と研究実施者が相互依存的な理解のもと実践を遂行した。また、その実践をリフレクションカンファレンスにて複数名で共有した。自分自身の新たな視点をを用いた実践を他者とも共有することは自信にもつながり、研究実施者を取り巻く部署や事業所に、これまで伝えるまでに至らなかった思考プロセスを伝えるきっかけの一助となった可能性がある。また、その思考に自信をもつことができ、個々の介入支援の見直しから【業務の習慣を見直すことができた】というリハビリテーションの運営を見直すまでに発展したものである。<働き方を部署で見直すことができた>というカテゴリが抽出されたことは、今回実施した健康生成論の視点を取り込んだ新たなリハビリテーションは、部署全体にも多少なりとも認められ、継続して実践できる可能性が高まったものといえる。

#### **b. <評価・介入方法の幅が広がった> について**

<評価・介入方法の幅が広がった>は、【パターン化した介入を見直すことができた】【新たな評価の視点が身についた】【介入の幅が広がった】【自身の介入の特徴に気づけた】【発言や行動の意味を考えるようになった】【参加場面での評価の重要性を感じた】の4つのサブカテゴリから導かれたカテゴリである。

リハビリテーションでは、1章でも述べたとおり疾病生成論の考え方が主流であり、一般的には、事前に他職種やご家族などから情報を収集し、対象者に面会する初日に関節可動域や筋力、認知機能という心身機能を中心とした評価・検査を行う。そのうえで、日常生活動作を評価し、問題となる心身機能を強化する流れで進められることが多い。

そこで、視点の幅を広げるために、今回実施したアクション・リサーチでは、疾病生成論とは一線を画した健康生成論の概念や先行研究を研究実施者が集合するリフレクションカンファレンスにて紹介した。そのうえで現状におけるリハビリテーションの課題を明確化し、課題解決に向けて研究実施者の承認のもと健康生成論の視点を参考に取り組んだため、これまでの一般的な流れに当てはめると多少なりとも違和感が生じてもおかしくはな

い。【パターン化した介入を見直すことができた】【新たな評価の視点が身についた】【介入の幅が広がった】【自身の介入の特徴に気づけた】【発言や行動の意味を考えるようになった】【参加場面での評価の重要性を感じた】のカテゴリは、これまでの疾病生成論の考えのもと進められていたリハビリテーションにおいて、健康生成論的視点を研究者と研究実施者が共有し取り込んだことによる違和感ともいえる。この違和感こそが、新たなリハビリテーションを構築する視点や方法となり得る重要な視点であると考えられる。

1で示したアクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方と照らし合わせて考察すると、【新たな評価の視点が身についた】【発言や行動の意味を考えるようになった】は、対象者の発言、行動の意味を俯瞰して捉えながら評価や面接を行い、社会参加に向けて対象者がどのような心境にあるのか、社会と触れることをどのように思っているかを捉えるための面談評価の視点が入り入れられたものと思われる。また、【参加場面での評価の重要性を感じた】【介入の幅が広がった】【自身の介入の特徴に気づけた】は、外出して行う実際の参加場面で支援者が解決手段を教示するのではなく、対象者自身が課題解決できるよう尋ねることの重要性を実感し、またそれがこれまで気づかなかった自身の介入を気づくきっかけとなったと捉えることができる。研究実施者は、これまで持ち備えていなかった健康生成論の視点をリハビリテーションに取り入れられ介入の幅が広がったものといえる。

### c. <家族・友人の協力を得やすくなった> について

<家族・友人の協力を得やすくなった>は、【家族・友人から支援計画の共感を得た】【家族・友人と同行し現実的な介入方法を伝えることができた】の2つのサブカテゴリから導かれたカテゴリである。

健康生成論の中核概念をなすSOCは、環境や周囲の人々との関係性を不可分にもった自己概念が前提になっていることが特徴の一つである(Antonovsky 1979)。つまり、その人の内外にある様々な対処資源の活用を可能とした概念であるといえる。今回実施したアクション・リサーチでは、ご自宅でのサービス担当者会議の際に、家族参加はもちろん馴染みのある友人の方に連絡し、会議にお呼びし本人が望む社会参加に向けて何ができるかを検討する場面があった。また、対象者が外出し実際に行う参加場面の評価の際に、家族や友人の方も一緒に同行するなど、本人の内外にある対処資源を社会参加に向けて効率よく活用した。友人の方からも「(対象者の)状態がわからないので、周りからは声をかけていいものかわからなかった。話し合いの場に呼んでもらえてこちらもありがたい。」との感想があった。対象者が老化や病気などにより入院やサービスを利用すると、もともと繋がりがあった近隣の友人と会う機会が減少する。もちろん途絶えることなくつながりを

継続している友人がいてもおかしくはないが、友人が気遣って対象者の自宅への訪問を控えることや、これまでよりも接点が少なくなることも大いにあり得る。

これまでのリハビリテーションはどちらかという自助努力に頼ることを前提とした支援に偏っていた側面もあるが、我々リハビリテーションスタッフは、要支援・軽度要介護状態となり変化が生じた生活状況のもと一旦は距離をおくこととなった人たちとのつながりを再構築することも考慮する必要がある。つまり、もともと持ち備えていた本人の外側にある対処資源を再構築することが重要な一つの視点であると考える。

#### d. <介入に自信をもてるようになった> について

<介入に自信をもてるようになった>は、【自信をもって他者に介入について説明できるようになった】【貢献できていることを実感する】の2つのサブカテゴリから導かれたカテゴリである。最終カテゴリには、「専門的な高齢期のリハビリテーションの特徴がみえた」「家族への介入の説明に自信をもてるようになった」「目標に向けて現実的な介入ができた」「研究者と内省しながら行い、自分の考えと新たな考えをすり合わせた現実的な介入ができた」などがある。

初回のリフレクションカンファレンスで意見が挙がった「介入課題である社会参加に向けた介入手段が乏しい」や「分析の仕方がわからない」（表4-4）は、介入に自信がもてないことの表れともいえる。これらの解決に向けて取り組んだ、健康生成論という新たな視点の紹介や、リフレクションカンファレンスというチームの場で課題を共有し、その解決策を検討したことは、課題を抱えているのは自分だけではなく、チームとしてあるべきリハビリテーションを考えようとするきっかけになったものと考えられる。そのうえで、課題解決に向けて実践し対象者が抱える問題や性質が援助過程で、どのように変化したかを研究実施者とともに確認しながら健康生成的視点と現場の実践を結びつけることにもなり、チームの場で共有したことが研究実施者の自信を強化したものと考えられる。実践の科学ともいえるリハビリテーションにおいて、理論と実践を結びつけることは欠かせないものである。理論的に根拠のある実践を現場で行ってみることで理論と実践を結びつけることができる研究である（筒井2015）とされるアクション・リサーチを用いた取り組みの成果ともいえる。

第1章でも述べたが、高齢期のリハビリテーションスタッフは、「社会全体がリハビリテーションイコール運動という誤解が大きい」、「ADLを含めた自立という視点が、いわゆる機能回復に終始しているような発想である。」「本人が体を動かすこと自体を目的に据えてしまい、生活・参加上の目標を設定することが難しくなる。」といった活動・参加に向けたリハビリテーションに励みながらも目標に至らない悩みやジレンマを抱えている。今回実施した、健康生成論の視点を取り込んだリハビリテーションの支援方法は、長年、

見直しを繰り返されている高齢期のリハビリテーションの解決への糸口となる可能性を含んでいるものと考えることができる。

## 第5節 小 括

本章では、介入者が主体的に支援方法を再考し、健康生成論の視点を取り込んだ有効な社会参加支援方法を構築することを目的とし、アクション・リサーチの方法を用いて研究を実施した。結果、介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方として、<対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える><参加場面を対象者と支援者が共に想像する><馴染みのある友人や家族との参加場面の共有><喜びや価値をもたらす参加体験><対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>の5つのカテゴリを抽出した。それぞれが、アクション・リサーチの課題抽出で挙げた項目に対応する対応の仕方、方法といえ、SOCおよび下位因子を高める可能性を含んでいることを明らかにした。

また、アクション・リサーチを用いた研究実施者への介入効果と影響として、<働き方を部署で見直すことができた><評価・介入方法の幅が広がった><家族・友人の協力を得やすくなった><介入に自信をもてるようになった>の4つのカテゴリが抽出された。アクション・リサーチを用いた介入は、活動・参加に向けたリハビリテーションに励みながらも目標に至らない悩みやジレンマを抱えるリハビリテーションスタッフにむけ、理論と実践をつなぐ介入であったといえる。また、今回実施した、健康生成論の視点を取り込んだリハビリテーションの支援方法は、長年、見直しを繰り返されている高齢期のリハビリテーションの解決への糸口となる可能性を含んでいるものと考えることができる。



## 文 献

1. 江本リナ (2010) 「アクション・リサーチとは. 筒井真優美・編, アクション・リサーチ入門ー看護研究の新たなステージへー」. ライフサポート社, 10-51.
2. Pope,C, Mays,N. (1999). 大滝純司監訳 (2001) 「質的研究実践ガイドー保健医療サービス向上のためにー」医学書院.
3. Holter, I. M. & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing. *Journal of Advanced Nursing*,18(2) 298-304.
2. 遠藤恵美子・新田なつ子 (2001) 「ミューチュアルアプローチの方法」看護研究, 34 (6) , 23-32.
3. 稲吉光子 (2001) 「エンハンスメントアプローチの理論と方法論」看護研究, 34(6) , 53-61.
4. 齋藤佑樹 (2019) 「12人のクライアントが教えてくれる作業療法をするうえで大切なこと」『三輪書店』90-93.
5. 宇都宮すみ・小岡亜希子・陶山啓子 (2019) 「要支援高齢者の社会活動に関連する要因」『老年社会科学』40(4), 393-402.
6. Antonovsky A (1979) 「Health, Stress, and Coping: New perspectives on mental and physical well-being, Jossey-Bass Publishers」.
7. 筒井真優美 (2010) 「アクション・リサーチとは. ーアクション・リサーチ入門ー看護研究の新たなステージへー」ライフサポート社, 4-9.

## 第5章 健康生成論的発想及びその中核概念を取り込んだリハビリテーションの介入効果

本章では、第4章にて質的に分析し示唆した社会参加促進に有効な視点・介入方法の妥当性と信頼性を担保するために、実践したリハビリテーション利用者への介入効果を明らかにする。なお、第4章での主たる質的研究と同時的に介入を進めた。

### 第1節 調査目的

本研究では、要支援・軽度要介護高齢者を対象に、第一に、アクション・リサーチにて介入した健康生成論に着目したリハビリテーション支援の効果を検証すること、第二に、健康生成力 SOC の働きが社会参加度、健康関連 QOL にどの程度影響を及ぼしているかを検証することを目的とした。

### 第2節 調査対象と方法

#### 1. 研究対象、倫理的配慮

アクション・リサーチの研究実施者が担当している通所・訪問リハビリテーションを利用中の要支援 I・II、要介護 I の利用者 40 名に、研究の目的と詳細を説明し承諾を得た。調査の同意は、調査時に書面にて、研究目的およびデータ処理方法、不参加により不利益が生じないことなどを説明し、調査票への記載をもってその意思表示とした。なお、本研究は、日本福祉大学大学院「人を対象とする研究」に関する倫理審査を受け、対象者のプライバシー保護と負担の軽減には細心の注意を払い、研究を実施した（承認番号 19-028）

#### 2. 研究デザインおよび分析枠組み

本研究では、介入効果を検証するために、ベースライン、6ヵ月後の SOC、社会参加度と健康関連 QOL を測定した。さらに、ベースライン、6ヵ月後に得られたデータについて、群ごとの変化量を検討するために、事後的に純実験デザインの枠組みで分析した。群分けは、SOC の変化（変化量）により、「向上群」（変化量  $> 0$ ）と「維持・低下群」（変化量  $\leq 0$ ）に割付け、その2群を対照条件にベースラインと6ヵ月後における社会参加度と健康関連 QOL を比較した。

なお、群分けの基準の SOC スコアは、ベースラインでは平均  $46.7 \pm 5.9$ 、6ヵ月後では平均  $47.7 \pm 5.2$ 、変化量は平均  $1.0 \pm 2.9$  であった。6ヵ月後の変化としては、向上（変化量  $> 0$ ）は 16 名（42.1%）、維持（変化量  $= 0$ ）は 12 名（31.6%）、低下（変化量  $< 0$ ）は 10 名（26.3%）であった。高齢期に入って SOC が弱まるとは考えにくいとされており、SOC の働きによる影響を分析することから、「向上群」と「維持・低下群」の2群とした。

また、SOC 変化量にかかわる要因を多変量解析により検討するため、SOC「向上群」と

「維持・低下群」の2値を従属変数とし、年齢、性別、要支援・要介護度、同居者数、ベースラインでのSOC, CIQ, SF36を独立変数としたロジスティック回帰分析を実施した。

### 3. 主要変数の定義および測定方法

#### a. 健康生成力 Sense of coherence (SOC)

SOCは、測定可能とされており、29項目版、13項目版、5項目版のSOCスケールがある。そのうち、29項目、13項目版の内的一貫性、信頼性、妥当性はすでに検証されている。

本研究では、通所、訪問リハビリテーションを利用している要支援・要介護高齢者を対象としており、質問への回答に対する負担を軽減できるように13項目版5件法（レンジ13-65）を援用した。13項目版5件法SOCスケールは、13項目の質問から構成され、「まったくない（1点）」～「とてもよくある（5点）」などの5件法で自己評価を行い、すべての項目を加算して得点化するものであり、得点が高いほどSOCが高いことを意味する（Antonovsky=2001：19-21）。

#### b. 社会参加度

社会参加度の定義と測定は、帰結評価法であるCommunity Integration Questionnaire日本語版（以下、CIQ）を使用した。CIQは、社会参加状況を家事、買い物、日常の用向き、レジャー活動、友人訪問、社会活動および生産活動の15項目で評価するものである（WillerB, RosenthalM, et al 1993:75-87, Dijkers M 1997:74-91, WillerB, et al 1994：103-111, 佐伯ら 2002：1195-1201）。本調査では、増田らによるCIQ日本語版を用いた（表5-1）。CIQの合計得点は、0-28点で、得点が高いほど社会参加度が高いと判断でき、評価は、自己評価、個人面談や電話インタビューでも可能である。因子分析の結果により、15項目が、家庭内活動（CIQ-H）・社会活動（CIQ-S）・生産活動（CIQ-P）の3つのサブスケールに区分される。評価基準は、自分で出来ているか、実施頻度はどうかなどについて、評価点を与える。信頼性および妥当性は確認されている（増田ら 2006）。

表 5-1 CIQ 評価法

家庭内活動 CIQ-H(項目1～5)	社会活動 CIQ-S(項目6～11)	生産活動 CIQ-P(項目12～15)
1. 日常の買い物は？ 2. 毎日の食事の準備は？ 3. 毎日の家事は？ 4. 子供の世話は？ 5. 家族や友人訪問の計画は？	6. 家計管理は？ 7. 買い物は1か月に何回？ 8. 1か月に何回映画、スポーツ観戦、外食に行くか？ 9. 1か月に何回友人や親戚の訪問に行くか？ 10. 余暇活動は誰と？ 11. 信頼できる友人は？	12. 外出の頻度は？ 13. 現在、あるいは、過去1か月の就労状況は？ 14. 現在、あるいは、過去1か月の就学あるいは職業訓練状況は？ 15. 過去1か月のボランティア活動の状況は？
CIQ-H 合計点=	CIQ-S 合計点=	CIQ-P 合計点=
CIQ total score (CIQ-T) = CIQ-H+CIQ-S+CIQ-P		

### c. 健康関連 QOL

健康関連 QOL の定義と測定には、代表的な健康関連 QOL 評価法の一つである .MOS36-Item Short-Form Health Survey version2 (以下, SF36-v2) を使用した (福原ら 2019) . SF36-v2 は、これは 36 項目からなる自記式質問紙法で、身体機能、日常役割機能(身体)、体の痛み、全体的健康感、活力、社会生活機能、日常役割機能(精神)、心の健康の 8 つの概念を下位尺度として測定する。それぞれ 0-100 の範囲の得点で表され、高得点ほど QOL が高い状態であることが表され、信頼性および妥当性は確認されている (McHorney CA 1993 : 247-263, 1994 : 40-66) .

SF-36v2 はある疾患に限定した内容ではなく、健康についての万人に共通した概念のもとに構成されている。身体機能 (3 件法)、日常生活役割機能 (身体, 5 件法)、体の痛み (6 件法および 5 件法)、全体的健康観 (5 件法)、活力 (5 件法)、社会的な生活機能 (5 件法)、日常役割機能 (精神, 5 件法)、心の健康 (5 件法) の 8 つの下位尺度で構成される。SF-36v2 の結果から、身体的健康度、精神的健康度、役割/社会的健康度の 3 つの健康度が算出でき、それらの健康度ごとに、日本の国民標準値を 50 点として 0~100 点の範囲で点数を算出し、得点が高いほど健康度が高いと判断される。

### d. 対象者の基本属性

対象者の集団的特性およびベースラインでの群間の差異を確認するために、初回調査にて、性別、年齢、要介護度、世帯構成、主な歩行手段を質問した。

## 4. データ分析

データの分析対象は、研究途中で介入が不可能となった 2 名を除く 38 名とした。介入が不可能となった理由は、体調不良 (入院) による、通所リハビリテーションの利用中止である。

### a. 対象者の基本属性およびその群間比較

対象者の集団的特性を確認するために、度数 (%) および平均年齢を算出した。加えて、ベースラインにおける 2 群の等価性の程度と潜在的な交絡因子を検討するために、平均年齢は対応のない t 検定を、他のカテゴリ変数は  $\chi^2$  検定を行った。

### b. ベースライン、6 カ月後における SOC, CIQ, 健康関連 QOL の変化

SOC13 項目版 5 件法、CIQ, SF36-v2 のベースラインと 6 カ月後の記述統計を確認する為に、尺度ごとの正規性が確認されなかった為、Wilcoxon 符号付き順位和検定を用い変化を検討した。

### c. ベースライン, 6 カ月後における CIQ, 健康関連 QOL の平均値および群間比較

CIQ, SF36 v 2 のベースライン, 6 カ月後における記述統計を確認するために, 群ごとの中央値と四分位範囲を算出した. そして, 尺度ごとの正規性が確認されなかった為, Mann-Whitney U test で群間差を検討した.

### d. SOC 変化量とベースラインでの年齢, 性別, 要支援・要介護度, 同居者数, SOC, CIQ, SF36 との関連

SOC 変化量にかかわる要因を多変量解析により検討するため, SOC「向上群」と「維持・低下群」の 2 値を従属変数とし, ベースラインでの年齢, 性別, 要支援・要介護度, 同居者数, SOC, CIQ, SF36 を独立変数としたロジスティック回帰分析 (強制投入法) を実施した.

## 第 3 節 分析結果

### 1. 対象者の基本属性およびその群間比較

ベースラインにおける対象者の特性を表 5-2 に示した. 集団的特徴を以下に要約する. 集団的特徴を以下に要約する. 対象者全体の平均年齢は 76.8±3.8 歳で男性 34.2%, 女性 25%, 要介護度は, 要支援 I・II が 60.5%, 要介護 I が 39.5%であった. 世帯構成では, 独り暮らしが 44.7%, 2人以上が 55.3%, 主な移動手段は独歩が 52.6%, 杖, 装具, シルバーカーのいずれかを使用している人が 47.4%であった. 以上の項目で群間差が認められたものはなかった.

表 5-2 ベースラインにおける基本属性およびその群間比較

	全数 (N=38)	向上群 (N=16)	維持・低下群 (N=22)	p値
性別				
男性	13 (34.2)	7 (43.8)	6(27.3)	.290
女性	25 (65.8)	9 (56.3)	16(72.7)	
年齢	76.8 (3.8)	76.7 (3.9)	76.9 (3.8)	.889
要介護度				
要支援 1・2	23 (60.5)	10 (62.5)	13 (59.1)	.832
要介護 1	15 (39.5)	6 (37.5)	9 (40.9)	
世帯構成				
独り暮らし	17 (44.7)	5 (31.3)	12 (23.7)	.154
2人以上	21 (55.3)	11 (68.8)	10 (47.4)	
主な移動手段				
独歩	20 (52.6)	7 (43.8)	13 (59.1)	.350
杖, 装具, シルバーカー のいずれかを使用	18 (47.4)	9 (56.3)	9 (40.9)	

各人数 (群内有効%), 年齢のみ平均値 (SD), すべての項目において欠損値なし  
2群比較は, 年齢は対応のない検定, その他は $\chi^2$ 検定を行った

## 2. ベースライン, 6 カ月後における SOC, CIQ, 健康関連 QOL の変化

ベースライン, 6 カ月後における SOC, CIQ, 健康関連 QOL の変化を表 5-3 に示した。

SOC の中央値はベースラインで 47.0 点, 6 カ月後で 48.0 点であり有意に向上 ( $p = .041$ ), CIQ の中央値はベースラインで 12.0 点, 6 カ月後は 12.8 点で有意に向上 ( $p = .012$ ), SF36v2 の身体的健康度では中央値がベースラインで 38.9 点, 6 カ月後では 40.2 点, 精神的健康度のベースラインでは 53.4 点, 6 カ月後では 54.0 点, 役割/社会的側面の中央値はベースラインで 35.1 点, 6 カ月後では 44.3 点と有意に向上した ( $p = .003$ ) .

表 5-3 ベースライン, 6 カ月後における SOC, CIQ, 健康関連 QOL の変化

	ベースライン	6 カ月後	p 値
SOC	47.0 (43.0-51.3)	48.0 (44.0-51.0)	.041*
CIQ	12.0 (8.5-13.1)	12.8 (9.9-14.0)	.012*
SF36v2			
身体的側面	38.9 (31.5-42.8)	40.2 (33.1-42.9)	.730
精神的側面	53.4 (47.4-58.8)	54.0 (49.0-58.7)	.184
役割/社会的側面	35.1 (31.0-46.0)	44.3 (35.1-46.7)	.003**

ベースラインと 6 カ月後の値は中央値 (四分位範囲) である  
 ベースラインと 6 カ月後の比較は, Wilcoxon 符号付き順位和検定を用いた  
 数値は中央値, 着色した数値は四分位範囲 (各スコアの総点を 100 とした率)  
 \*\*\*  $p < 0.001$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*  $p < 0.05$

## 3. ベースライン, 6 カ月後における社会参加度, 健康関連 QOL の中央値及び群間比較

ベースライン, 6 カ月後における CIQ, SF36v2 の群ごとの中央値 (四分位範囲) と群間比較の結果を表 5-4 に示した。

ベースラインにおける中央値 (四分位範囲) は, 向上群で, CIQ 12.4 点 (8.5-14.0), SF36v2 の身体的側面 42.0 点 (37.1-43.4), 精神的側面 56.6 点 (47.2-61.2), 役割/社会的側面 32.3 点 (26.2-44.7), 維持・低下群では, CIQ 12.0 点 (8.5-13.0), SF36v2 の身体的側面 35.4 点 (29.8-42.8), 精神的側面 50.0 点 (45.0-56.4), 役割/社会的側面 37.3 点 (32.9-46.7) であった。

6 カ月後では, 向上群で, CIQ 13.8 点 (12.8-14.9), SF36v2 の身体的側面 42.0 点 (37.1-43.4), 精神的側面 55.8 点 (50.3-59.4), 役割/社会的側面 46.1 点 (44.7-47.4), 維持・低下群では, CIQ 12.0 (8.5-13.0), SF36v2 の身体的側面 37.3 (30.8-42.8), 精神的側面 53.4 点 (48.5-58.4), 役割/社会的側面 36.4 点 (33.2-46.1) であった。

群間差はベースラインでは有意な差がある尺度はなかった。6 カ月後では, CIQ ( $p = .005$ ), SF36v2 の役割/社会的側面 ( $p = .009$ ) で群間差が認められた。いずれも, 向上群の方が, 維持低下群よりも良好であった。

表 5-4 ベースライン, 6 カ月後における CIQ, 健康関連 QOL および群間比較

	向上群 (N=16)	維持・低下群 (N=22)	p値
ベースライン			
CIQ	12.4 (8.5-14.0)	12.0 (8.5-13.0)	.593
SF36v2			
身体的側面	42.0 (35.3-43.4)	35.4 (29.8-42.8)	.081
精神的側面	56.6 (47.2-61.2)	50.0 (45.0-56.4)	.188
役割/社会的側面	32.3 (26.2-44.7)	37.3 (32.9-46.7)	.151
6か月後			
CIQ	13.8 (12.8-14.9)	12.0 (8.5-13.0)	.005**
SF36v2			
身体的側面	42.0 (37.1-43.4)	37.3 (30.8-42.8)	.117
精神的側面	55.8 (50.3-59.4)	53.4 (48.5-58.4)	.164
役割/社会的側面	46.1 (44.7-47.4)	36.4 (33.2-46.1)	.009**

数値は中央値 (四分位範囲) である  
 ベースラインと 6 カ月後の比較は, Mann-Whitney U testを用いた  
 \*\*\* p < 0.001, \*\* p < 0.01, \* p < 0.05

#### 4. SOC の変化量とベースラインでの年齢, 性別, 要支援・要介護度, 同居者数, SOC, CIQ, SF36 との関連

SOC 変化量にかかわる要因を多変量解析により検討するため, SOC「向上群」と「維持・低下群」の 2 値を従属変数とし, ベースラインでの年齢, 性別, 要支援・要介護度, 同居者数, SOC, CIQ, SF36 を独立変数としたロジスティック回帰分析 (強制投入法) を実施した. その結果を表 5-5 に示す. 年齢, 性別, 要支援・要介護度, 同居者数, ベースラインでの SOC, CIQ, SF36 のすべての項目について関連は認められなかった.

表 5-5 SOC 変化量と年齢, 性別, 要支援・要介護度, 同居者数, ベースラインでの SOC, CIQ, SF36 との関連

	B	標準誤差	Wald	自由度	p値	Exp(B)
年齢	4.793	3.849	1.551	1	.213	120.720
性別	31.513	25.341	1.546	1	.214	4.852
要 (支援) 介護度	3.866	3.263	1.404	1	.236	47.737
同居者数	-2.500	3.040	0.677	1	.411	.082
SOC (ベースライン)	2.379	1.806	1.735	1	.188	10.794
CIQ (ベースライン)	-2.892	2.127	1.850	1	.174	.055
SF36(身体的健康度)	1.658	1.386	1.432	1	.231	5.249
SF36(精神的健康度)	3.208	2.196	2.134	1	.144	24.721
SF36(役割・社会的健康度)	-0.390	0.463	0.708	1	.400	.677

分析にはロジスティック回帰分析 (強制投入法) を使用  
 B : 回帰係数, Wald : ワールド統計量, Exp (B) : オッズ比

## 第4節 考察

本研究は、①アクション・リサーチにて介入した健康生成論に着目したリハビリテーション支援がSOC、社会参加度、健康関連QOLに及ぼす効果、②健康生成力SOCの働きが社会参加度、健康関連QOLに及ぼす影響を検証した。①の結果、SOC、CIQ、SF36v2の役割/社会的側面のスコアがベースラインに比べて6ヵ月後に有意に向上した。また、②の結果では、ベースラインでは差は認められなかったが、6ヵ月後では、維持・低下群に比べ、CIQ、SF36v2の役割/社会的側面が有意に良好であった。以下、結果の解釈を中心に考察する。

### 1. 本研究における各スコアの様相

#### a. SOCスコアの様相

対象者の平均年齢は76.8±3.8歳であり、ベースラインにおける全体(n=38)のSOCの中央値は47.0点であった。SOCスケールスコアを100に対する率で表すと72.3%であった。本江ら(2003:123-136)は、通常の世界活動を営んでいる日本人高齢者の率は71.7%、年代別にみると65~69歳では72.8%、70~74歳では75.5%、75~79歳では72.0%、80歳以上では70.3%であると報告されている。これは、本研究の対象者の年齢と照らすとSOCスコアと大きな差はなく、要支援・軽度要介護状態に至っても著しくSOCが衰えるという様相は認められないと解釈できる。しかしながらサンプル数が少なく一般化することはできない。

#### b. 社会参加度(CIQ)の様相

鈴木ら(2009:865-876)は、日本人健常者を対象とした大規模調査から平均点を示しており、10歳代では15.2±3.2点、20歳代では18.7±4.3点、30歳代では18.5±4.2点、40歳代では17.6±4.5点、50歳代では17.3±5.1点、60歳代では17.7±5.0点、70歳代では16.1±5.1点とし、10歳代と70歳代で20歳~60歳代よりも有意に低得点であったことを報告している。本研究の対象者の平均年齢は76.8±3.8歳、ベースラインでのCIQの中央値は12.0点であり、健常者のCIQと比較し明らかに低値を示していることがわかる。増田ら(2004:35-45)は、障害がライフステージの途中から生じる脊髄損傷や脳卒中などの障害者と比較して、脳性まひやポリオなど先天的あるいは乳幼児期から障害をもった生活を送っている者、いわゆる障害のないライフステージがほとんどない者のCIQ値はより低いことを指摘している。増田らが報告している障害の特異性と要支援・軽度要介護者の状態は同じとは言えないものの、同様に、健常者に比べ社会参加の頻度がより少ないという結果であり、心身状態の低下による要支援・軽度要介護者の特異性を示していると考えられる。



### c. 健康関連 QOL (SF36-v2) の様相

福原ら (2019) は、60 歳代の平均値について、身体的健康度  $48.8 \pm 9.1$  点、精神的健康度では  $52.1 \pm 9.5$  点、役割・社会的健康度では  $53.3 \pm 8.3$  点、70 歳代では、身体的健康度  $44.0 \pm 9.6$  点、精神的健康度では  $55.9 \pm 8.0$  点、役割・社会的健康度では  $50.1 \pm 9.3$  点と報告している。本研究の平均年齢は  $76.8 \pm 3.8$  歳であり、SF36v2 のベースラインでの身体的健康度では中央値が 38.9 点、精神的健康度は 53.4 点、役割/社会的側面では 35.1 点であった。福原らの 70 歳代の平均値と比較すると、身体的健康度、精神的健康度、役割/社会的側面とも低い結果となった。とりわけ、身体的健康度、役割/社会的側面が低い結果となった。サンプル数が少なく一概に言えないが、本研究では、通所・訪問リハビリテーションを利用している要支援・軽度要介護高齢者を対象としており、何らかの身体機能の低下を抱えていることは明らかである。一般高齢者を対象とした福原らの結果と比較し、身体的健康度の低下、またそれに伴う役割/社会的側面が低値であることは妥当であるといえる。

## 2. 対象者の基本属性およびその群間比較について

対象者の集団的特性については表 5-2 に示したため、ここではベースラインの SOC 両群の等価性の程度について考察する。ベースラインにおいて CIQ、健康関連 QOL に群間差が認められなかった。また、有意水準を 10% に拡大しても差の傾向は認められない (表 5-4) ことから、基本属性に関しては、事前の両群の等価性は比較的高いといえる。

## 3. ベースライン、6 カ月後における SOC, CIQ, 健康関連 QOL の変化について

SOC, CIQ, SF36v2 の役割/社会的側面のスコアがベースラインに比べて 6 カ月後に有意に向上した (表 5-3)。健康生成論の視点を援用し、またアクション・リサーチを用いた介入が、SOC、社会参加度、健康 QOL を高める効果があると考えられる。SF36v2 では、身体的健康度、精神的健康度、役割/社会的健康度の 3 つの健康度のうち、役割/社会的健康度のみ差が認められた。先述したが、本研究では、厚生労働省 (2015) が示す、「リハビリテーション専門職の 7 割以上が、リハビリテーション終了後の利用者の具体的な生活イメージを持たず、漫然とした機能訓練が長期間にわたって継続されている現状」の課題解決に向けて介入を試みた。身体的健康度、精神的健康度の有意な向上は認められなかったが、役割/社会的側面に効果をもたらしたことは、漫然とした機能訓練からの脱却の一助となる可能性があると考えられる。しかしながら、役割/社会的側面の向上が、生活の営み方に変容をもたらし身体的・精神的健康度に良好な影響を与えてもおかしくはない。本研究では、6 カ月間の短期的な介入であったため、役割/社会的側面の向上が、身体的健康度、

精神的健康度の向上に影響を与えるに至らなかったとも考えられなくはない。

#### 4. ベースライン, 6カ月後における CIQ, 健康関連 QOL の中央値及び群間比較について

ベースラインでは差は認められなかったが, 6カ月後では, CIQ, SF36 v 2 の役割/社会的側面において有意に群間差が認められた。いずれも向上群の方が良好であった(表 5-4)。したがって, 介入によって向上した健康生成力 SOC は, 社会参加度, 健康関連 QOL を高める働きをなす可能性が考えられる。また, ここでも, SF36v2 では, 身体的健康度, 精神的健康度, 役割/社会的健康度の 3つの健康度のうち, 役割/社会的健康度のみに差が認められた。考察 3 で述べたことに加えて, 身体的健康度, 精神的健康度に向上は少なくとも, 役割や社会参加の制約を対処するためのサポート資源を効率よく活用でき, 役割/社会的健康度の向上につながった可能性もある。また, アントノフスキーは, いざというときに頼れる人がいたり, 自分を認め, 大切に思ってくれる人がいたりすることで SOC は強まるとしている。本研究の結果 1 では, ベースラインでの家族構成に SOC の群間差が認められなかった。家族のみならず, 家族以外の頼れる人やその他の資源を効率よく動員でき, ストレッサーに柔軟に対処できる力が得られた結果とも考えられる。

#### 5. SOC の変化量と, ベースラインでの年齢, 性別, 要支援・要介護度, 同居者数, SOC, CIQ, SF36 との関連について

ロジスティック回帰分析にて SOC 変化量にかかわる要因について分析した結果, ベースラインでの年齢, 性別, 要支援・要介護度, 同居者数, SOC, CIQ, SF36 のすべての項目について関連は認められなかった。サンプル数が少なく一般化することはできないが, SOC の変化量はベースラインでの他要因の影響を受けている可能性は低い。4 の結果とすり合わせて考えると SOC の視点を取り込んだリハビリテーション介入支援はベースラインでの年齢, 性別, 要支援・要介護度, 同居者数, SOC, CIQ, SF36 の状態に関わらず SOC の向上を期待できるものといえる。

#### 6. 本研究の限界と今後の課題

本研究デザインは無作為割り付けではないため, 一般化可能性の限界(外的妥当性)と, 選択のバイアスを完全に排除することはできない。また, 群間比較では, 群分けの基準を SOC の変化によって行っているため, 要因である SOC と結果である社会参加度, 健康関連 QOL の時間的關係を確認することはできない。このため本分析結果に基づく作用のメカニズムの理解は, 因果關係でなく, 相互關係に止めるべきである。

今後は, 様々な背景を持つ集団を対象に調査を重ね, 一般化の範囲を拡大していくことが望まれる。

## 第5節 小括

本研究では、アクション・リサーチの方法を用いて介入した健康生成論の視点を取り込んだリハビリテーション支援が SOC、社会参加度、健康関連 QOL に及ぼす効果、また、健康生成力 SOC の働きが社会参加度、健康関連 QOL に及ぼす影響を検証することを目的に、通所・訪問リハビリテーションを利用中の 40 名を対象に 6 カ月間の介入調査を実施した。介入効果を検証するために、ベースライン、6 カ月後の SOC、社会参加度と健康関連 QOL の測定と、群ごとの変化量を検討するために、介入による SOC の 6 か月間の変化から、「向上群」と「維持・低下群」の 2 群に分けて、群間差を検討した。その結果、SOC、CIQ、SF36v2 の役割/社会的側面のスコアがベースラインに比べて 6 カ月後に有意に向上した。また、ベースラインでは差は認められなかったが、6 カ月後では、維持・低下群に比べ、向上群において CIQ、SF36 v 2 の役割/社会的側面が有意に良好であった。本研究は、健康生成論の視点を取り込んだ介入が、SOC、社会参加度、健康関連 QOL に効果をもたらす一つの手法であること、また、SOC が CIQ、健康関連 QOL の役割/社会的健康度の重要な説明要因であることを示す根拠の一つとなる。

## 文 献

1. Antonovsky A. (2001) *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass. (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. 有信堂高文社, 19-21.
2. WillerB, RosenthalM, Kreutzer JS, et al (1993) Assessment of community integration following rehabilitation for traumaticbraininjury. *JHeadTraumaRehabil* 8, 75-87.
3. Dijkers M (1997) . Measuring the long-term outcomes of traumatic brain injury: a review of the community integration questionnaire.*JHeadTraumaRehabil*12, 74-91.
4. WillerB, OttenbacherKJ, CoadML (1994) The CommunityIntegrationQuestionnaire : a comparative examination. *Am J PhysMedRhabil*73, 103-111.
5. 佐伯 覚・岡崎哲也・和田 太・上田まり・白山義洋他 (2002) 「新・リハビリテーション技術・脳外傷：帰結評価法と帰結の予測」. *総合リハ* , 30, 1195-1201.
6. 増田公香, 多々良紀夫 (2006) 「CIQ 日本語版ガイドブック」. KM 研究所.
7. 福原俊一, 鈴嶋よしみ (2019) 「SF-36v2 日本語版マニュアル」. NPO 健康医療評価研究機構, 京都.
8. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE (1993) The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) : II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental healthconstructs.*MedCare*31, 247-263.
9. McHorney CA, Ware JE, Lu JF, Sherbourne C (1994) The MOS36-Item Short Form HealthSurvey(SF-36) : III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diversepatientgroups. *MedCare*32, 40-66.
10. 本江朝美・山田 牧・平吹登代子・他 (2003) 「我が国における 60 歳以上の活動的高齢者の Sence of coherence の実態と関連要因の探索」『日本看護研究学会雑誌』, 26, 123-136.
11. 増田公香 (2004) 「加齢する肢体不自由障害をもつ人々の参加の要因分析ー障害種類別にみる特性に焦点をおいてー」. *社会福祉学*, 45, 35-45.

## 終章 健康生成力概念 SOC の視点を取り込んだリハビリテーションモデルの提示

本章では、第2～5章で得られた知見を踏まえ、健康生成論の視点を取り込んだ社会参加促進に向けた新たなリハビリテーションモデルを示し、研究の限界と今後の課題を述べる。

### 第1節 本研究で明らかにされたこと

健康生成論の視点を取り込んだ要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けた新たなリハビリテーションモデルを提示するにあたり、2つの研究課題を設定した。また、その解明にむけて先行研究レビューから導かれ、第2～5章で述べた4つの調査を実施した。本研究において設定した研究課題とその解明に向けた取り組んだ方法と結果を表6-1に示す。本研究で明らかにされたことについて、4つの調査に照らして説明する。

表 6-1 研究課題の解明に向けて取り組んだ調査方法と結果

調査	対象	調査方法	分析方法	結果
<p>1 要支援・軽度要介護高齢者に対するリハビリテーションの問題点を明らかにし、健康生成論の概念を用いた介入効果の可能性を文獻的に検討する</p>	<p>先行研究から要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションの実態を関連資料、先行研究からまとめ、そのエビデンスを探り、現状の問題について検討した。また、社会参加促進に向けたリハビリテーションの課題に対して、健康生成論の概念を用いた介入効果の可能性について先行研究を交えて検討した。</p>	<p>半構造化面接と日本語版13項目版SOCスケールを用いた他記式質問紙調査を1回実施した。面接では、要介護認定前から調査時現在に至る「社会参加の開始、継続に至った行動や心境」、「社会参加に結びつかなかった行動や心境」を聞きとった。</p>	<p>面接データをカチエリ化し、そのうえでSOC高群、また低群のみに抽出された行動・心境の特徴を質的に分析し、介入の仕方をめぐる視点と方法を検討した。</p>	<p>先行研究から、健康生成論の概念を用いた介入が要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に有効である可能性を示唆した。</p>
<p>2 要支援・軽度要介護高齢者の健康生成力SOCと社会参加の変化パターンとの関係を明らかにし、介入の仕方をめぐる視点と方法を検討する</p>	<p>通所・訪問リハビリテーション利用者20名  通所・訪問リハビリテーション利用者110名</p>	<p>構造化面接と日本語版13項目版SOCスケールを用いた他記式質問紙調査を1回実施した。質問紙は、要介護認定前、認定時、調査時現在の3時点での社会活動への参加有無を聞きとった。</p>	<p>SOC並びに下位因子について、類型化した参加パターンの相別比較を行ったために、Kruskal-Wallis検定を用いて分析し、それぞれBonferroniの方法で多重比較を行った。</p>	<p>「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」「社会参加に結びつかなかった行動・心境」とSOCとの関係について明らかにした。SOC高群のみに出現した【心身、周囲の状況を把握する】【探検、状況に応じた行動を予測すること】、【実体験後のリフレクションにて解決を見出すこと】から、SOC下位因子である「把握可能感」「処理可能感」が関連することを結果から考察した。また、SOC低群のみ出現した【家族・友人に助けを求めない】【参加することを対して意味を感じない】から、「処理可能感」「有意義感」が十分に働いていない状態である可能性が考察した。</p>
<p>3 アクション・リサーチを用いた実践を通じて社会参加促進に向けたリハビリテーションの視点と方法を解明する</p>	<p>リハビリテーション専門家710名</p>	<p>研究者が月に1度、事業所に出向いて対象者が抱える問題や性質が、援助過程でどのように変化してきたかを把握し、その要因や着眼点について研究実施者とで議論を交わし調査を深めた。さらに、その内容を月に1度、研究実施者全員が集まる機会（リフレクションカンファレンス）にて共有し、健康生成論の視点を交えて議論した。6か月後に、参加促進に有効な視点・介入の仕方と、研究実施者自身への効果と影響について半構造化面接にて聞き取った。</p>	<p>面接データから、①アクションリサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方、②アクションリサーチを用いた研究実施者への介入の効果と影響を抽出し、要約した内容から類似性に着目し、サブカチゴリ、カチゴリを生成した。</p>	<p>要支援・軽度要介護高齢者の社会参加に向けて、臨床で携わるリハビリテーション専門家とともに介入したアクション・リサーチから、介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方として、&lt;対象者の発言、行動を解釈して捉えらる&gt;&lt;参加行動をセラピストと共に想像する&gt;&lt;馴染みのある友人や家族との参加場面の共有&gt;&lt;喜びや価値をもたらす参加体験&gt;&lt;対象者自身が課題解決できるよう尋ねる&gt;の5つのカチゴリを抽出した。それぞれが、アクションリサーチの課題抽出で挙げた項目に対応する対応の仕方、方法といえる。SOCおよび下位因子を高める可能性を明らかにした。</p>
<p>4 健康生成論の視点に着目して実践したリハビリテーションの実践したリハビリテーションの利用者への介入効果を検証する</p>	<p>通所・訪問リハビリテーション利用者40名</p>	<p>健康生成論に着目して実践したリハビリテーションの利用者への効果を検証するために、ベーンズライオンと6か月後のSOC、社会参加度(CIQ)と健康関連QOL(SF36v2)を測定した。</p>	<p>介入効果を検証するために、ベーンズライオン、6か月後のSOC、社会参加度と健康関連QOLを測定した。さらに、ベーンズライオン、6か月後に得られたデータについて、SOC【向上群】【維持・低下群】の2群を対照条件にベーンズライオンと6か月後における社会参加度と健康関連QOLを比較した。</p>	<p>健康生成論に着目して実践したリハビリテーションが、利用者のSOC、社会参加度、健康関連QOLに効果をもたらす一つの手法であること、また、SOCがCIQ、健康関連QOLの役割/社会的健康度の重要な説明要因であることを示す根拠の一つであることを明らかにした。</p>

## 1. 要支援・軽度要介護高齢者の社会参加推移における促進および抑制要因と SOC との関連

第2章では、要介護認定前から調査時現在における「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」「社会参加に結びつかなかった行動・心境」を聞き取り、M-GTAを用いて質的に分析した。さらに、そのうえでSOC高・低群のみに出現したカテゴリを抽出し、社会参加の促進及び抑制要因とSOCとの関連を示した。SOC高群のみに出現したカテゴリは、【心身、周囲の状況を把握する】【環境、状況に応じた行動を予測すること】、【実体験後のリフレクションにて解決を見出すこと】であり、SOCの下位因子である「把握可能感」「処理可能感」が関連する可能性があることを明らかにした。また、SOC低群のみに出現したカテゴリは、【家族・友人に助けを求めない】【参加することに対して意味を感じない】であり、「処理可能感」「有意味感」が十分に働いていない状態である可能性を明らかにした。

また、第3章において、SOC並びに下位因子について、類型化した参加パターンの群間比較を行うために、Kruskal-Wallis検定を用いて分析し、それぞれBonferroniの方法で多重比較を行った。要介護認定前から調査時現在における参加パターンは、「継続群」、「再開群」、「不参加移行群」、「不参加継続群」の4つに類型化された。群間比較の結果は、SOC総スコア、処理可能感、有意味感では、継続群－不参加継続群、再開群－不参加継続群との間、有意味感では加えて、継続群－不参加移行群、再開群－不参加移行群との間に有意な差が認められた。一方、把握可能感では、参加パターン間において有意な差は認められなかった。

要支援・軽度要介護者の社会活動促進に向けてSOCなかでも「処理可能感」「有意味感」を高める支援が有効であること、また、状況や状態を合理的に理解しているからこそ、社会活動への参加に向けて消極的になりうる可能性があることを示唆した。要支援・軽度要介護者の社会活動促進に向けてSOCなかでも「処理可能感」「有意味感」を高める支援が有効である可能性があること、また、「把握可能感」に相当する状況や状態を合理的に理解しているからこそ、社会活動への参加に向けて消極的になりうる可能性もあることを明らかにした。これは、第2章の社会参加促進・抑制要因とSOC高・低群との関係を質的に分析した結果を支持しており、SOCの高低が社会参加推移に影響することが明らかになった。

これまでも、女性においては地域組織や団体への参加組織数が多いほどSOCも高い傾向があること（金森2013：125-134）、精神的に健康である場合はSOCの高低はQOLに影響しないが、精神的に不健康である場合にはSOCの高低がQOLの保持に関与する可能性があるとしている（畑山ら2008：29-34）ことなど、少なからず社会参加とSOCとの関連は報告されているが、社会参加の推移とSOCとの関係を明らかにしたものは殆どなか

った。

以上のような質的、量的に分析した2つの研究結果は、老化や病気、事故などで心身に変化をもたらしながら在宅生活を継続している要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションを検討する際の参考にできると考えられる。よって、第4章、5章にて、アクション・リサーチを用いて実施する、健康生成論の視点を取り込んだリハビリテーションを探る介入研究の妥当性を担保するものといえる。

## 2. 社会参加促進に向け取り組んだ、健康生成論の視点を取り込んだ新たなリハビリテーションの視点と支援方法

第4章では、健康生成論の視点を取り込んだ新たなリハビリテーションモデルの構築に向けて、現場で働く研究実施者とともにアクション・リサーチを用いた介入研究を実施した。

介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方として、<対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える><参加場面を対象者と支援者が共に想像する><馴染みのある友人や家族との参加場面の共有><喜びや価値をもたらす参加体験><対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>を抽出した。

<対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える>について、対象者の言語化した価値や意味を聞き取ることは言うまでもなく重要であるが、対象者の内省の程度によって可変的である（齋藤 2019：90-93）ことを念頭において発言や行動を俯瞰して捉える必要がある。表面化された発言を把握しつつ、その意味を俯瞰することは、対象者が生活を営む意味や価値をとらえようとするプロセスはリハビリテーションを実施するうえで重要であり、SOCの下位因子である有意味感を把握することに相当するものと考えられる。

<参加場面を対象者と支援者が共に想像する>は、遠ざかっていた参加場面を想像し、参加することの意味や価値を思い起こすプロセスであるといえ、有意味感を高めるきっかけとなる可能性を含んでいる。また、セラピストと共に想像する。また、対象者が参加環境と自身の状態を照らし合わせて想像あるいは予測することは、把握可能感にも関連するものといえる。

<馴染みのある友人や家族との参加場面の共有>は、対象者が社会参加に向けて援助を求める、つまり対処資源を動員するきっかけを与えることになる。対処資源を導入することで、社会参加の目標を手繰り寄せることができ、処理可能感を高める可能性を含んでいると考えられる。Williams（1984：1049-1054）は加齢だけによる機能の変化に加えて、病人では疾病によって機能的状態の低下が助長されるとしており、高齢期のリハビリテーションでは、心身機能の回復には限界があるといえる。参加に向けた高齢期のリハビリテーションにおいては、対象者の外側にある対処資源を再構築する支援は重要であるといえる。



<喜びや価値をもたらす参加体験>は、対象者が社会参加し、その価値を見出すことができるよう介入することが重要であることを示唆している。参加場面にたどり着けるようにリハビリテーション支援を施すだけでは、継続できる参加をも中断してしまうことになりかねない。参加による対象者本人の心境を把握しながら、また、参加場面での他者との関係性を築くことができるよう介入する必要がある、有意味感を高めることにつながるものと考えられる。

<対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>は、健康生成論の視点を取り込んだ介入支援を通じて、試行錯誤しながら導き出したもので、リハビリテーションスタッフが課題解決に向けたアドバイスを与えるよりも、本人自らが解決できるよう介入する方が、社会参加促進につながることを示唆した。これは、対処資源の導入を対象者自身が検討するプロセスであり、SOC、なかでも処理可能感を高める介入方法であると考えられる。

以上から、それぞれのカテゴリが、SOC および下位因子を高める可能性を含んでいることを明らかにした。

また、アクション・リサーチを用いた研究実施者への介入効果と影響として、<働き方を部署で見直すことができた><評価・介入方法の幅が広がった><家族・友人の協力を得やすくなった><介入に自信をもてるようになった>の4つのカテゴリが抽出された。アクション・リサーチを用いた介入は、活動・参加に向けたリハビリテーションに励みながらも目標に至らない悩みやジレンマを抱えるリハビリテーションスタッフにむけ、理論と実践をつなぐ介入であったといえる。また、今回実施した、健康生成論の視点を取り込んだリハビリテーションの支援方法は、長年、見直しを繰り返されている高齢期のリハビリテーションの解決への糸口となる可能性を含んでいるものと考えられる。

第5章では、アクション・リサーチの方法を用いて介入した健康生成論の視点を取り込んだリハビリテーション支援がSOC、社会参加度、健康関連QOLに及ぼす効果、また、健康生成力SOCの働きが社会参加度、健康関連QOLに及ぼす影響を検証した。その結果、SOC、CIQ、SF36v2の役割/社会的側面のスコアがベースラインに比べて6ヵ月後に有意に向上した。また、ベースラインでは差は認められなかったが、6ヵ月後では、SOCの維持・低下群に比べ、向上群においてCIQ、SF36v2の役割/社会的側面が有意に良好であった。健康生成論の視点を取り込んだ介入が、SOC、社会参加度、健康関連QOLに効果をもたらす一つの手法であること、また、SOCがCIQ、健康関連QOLの役割/社会的健康度の重要な説明要因であることを示す根拠の一つとなる。対象者が少なく信頼性に欠ける点は否めないが、第4章で示唆した参加促進に有効な視点・介入の仕方の妥当性を担保する結果となったといえる。

## 第2節 要支援・軽度要介護高齢者のリハビリテーションのあり方に関する示唆

第3章は第2章の妥当性を、第5章は第4章の妥当性を担保するものである。また、第4章は、第2章での知見を参照して実施した介入研究である為、第4章で得られた知見をもとに、健康生成論の視点を取り込んだ要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションモデルを図6-1に示す。第4章にて介入した際のリハビリテーションの流れにそって、①参加に向けた情報収集・目標設定の段階、②参加計画の段階、③参加事項の段階、④参加の振り返りの段階に分けて説明する。

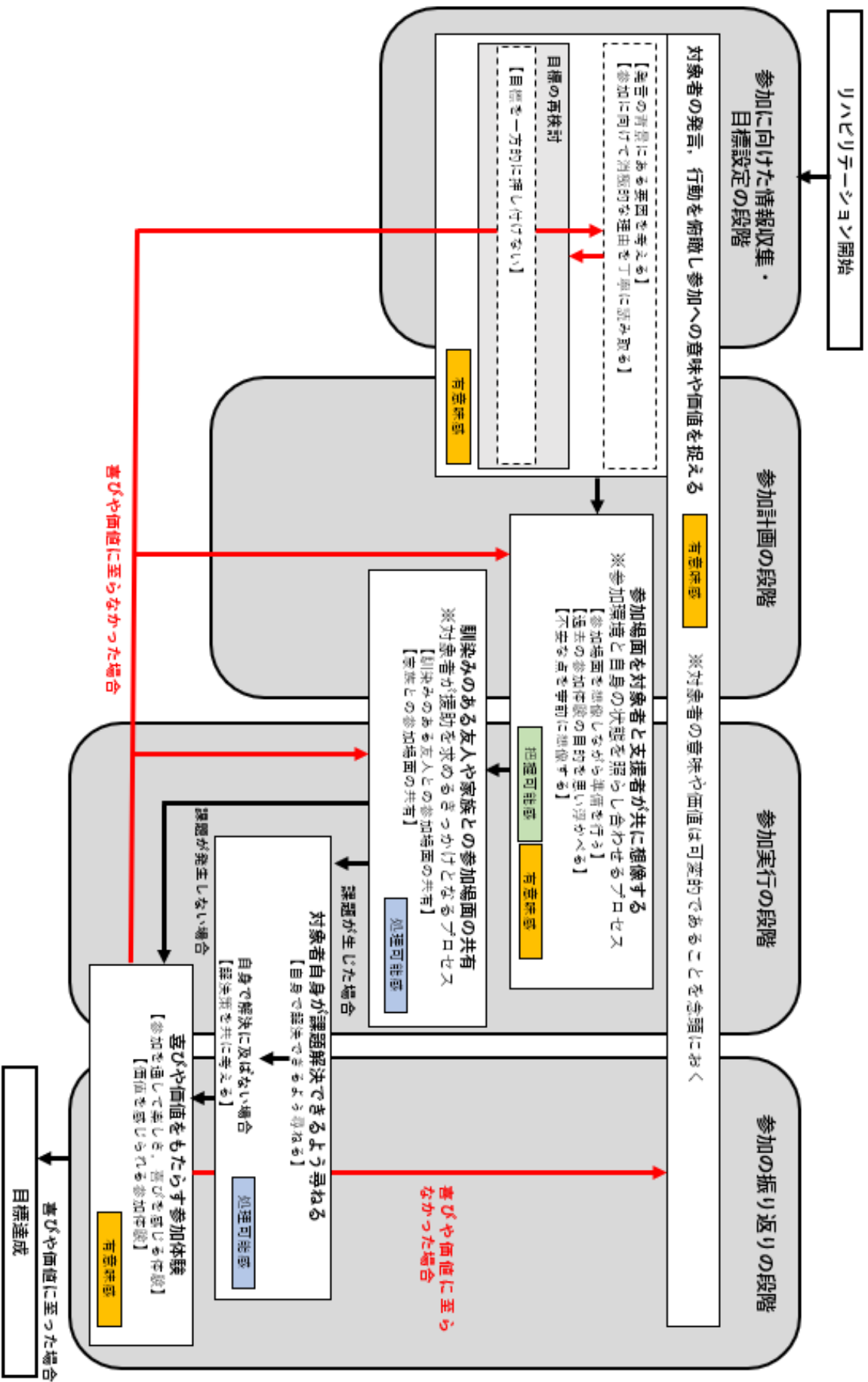


図 6-1 健康生成論の視点を取り込んだ要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションモデル

## 1. 参加に向けた情報収集・目標設定の段階

### a. 対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える

#### a-1. 発言の背景にある要因を考える

第3章では、SOC下位因子である有意味感が高いほど参加推移が促進されることが明らかになった。また、有意味感を高める支援に関連のある視点・方法として、第4章で抽出した<対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える>が抽出された。対象者の言語化した価値や意味を聞き取るとは言うまでもなく重要であるが、先行研究では対象者は内省の程度によって発言や行動が可変的である（齋藤 2019a：90-93）と報告されており、そのことを念頭において発言や行動を俯瞰して捉える必要がある。表面化された発言を把握しつつ、その意味を俯瞰することは、対象者が社会との関わり方や生活を営む意味や価値を探索するプロセスであり、リハビリテーションを実施するうえで重要である。対象者の発言、行動の意味や価値を捉えながら、対象者に応じた社会との触れ合い方や、参加の種類やタイミングを検討する支援は、SOCの下位因子である有意味感を高める支援に相当するものと考えられる。また、介入当初から目標達成に至るすべての関わりで必要となる視点であり、リハビリテーションスタッフのコンピテンシーともいえる。

リハビリテーション分野における目標設定について、Maitraら（2006：298-310）は、作業療法士の94%がクライアントを巻き込み十分な説明を行ったと回答したものの、担当されたクライアントの46%は目標設定に関わっていないし、そもそも目標が分からないと回答した研究結果を報告している。また、我が国においてもSaitoら（2019b：1-6）は、作業療法士と担当クライアントの目標を分析した結果、お互い挙げてもらった目標が不一致である割合が43%にもなること、両者の認識している目標が完全に一致していたのは、わずか17%でのみであったことを報告している。これらのことから、対象者の活動・参加に向けた目標設定は容易ではないことがわかる。この対象者と目標を共有することは容易ではないこと、完全に一致しているとはいえない可能性があることを念頭において、対象者の発言や行動を俯瞰し、背景にある要因を考えながら参加への意味や価値を捉えることが重要であると考えられる。

#### a-2. 参加に向けて消極的な理由を丁寧に読み取る

2015年の介護報酬改定では、リハビリテーションマネジメント加算Ⅱが新設され、目標を設定するにあたり、厚生労働省（2015）は、興味・関心チェックリストを提示している。興味・関心チェックリスト（図6-2）は、活動・参加に向けた目標を設定できるよう作成されたツールであり、46の生活行為とその他の項目に対して、「している」「してみたい」「興味がある」かどうかを確認するものである。他にも、対象者が「したい」「する必要はある」「することを期待されている」作業を決定するカナダ作業遂行測定 Canadian

Occupational Performance Measure ; COPM (Law MC ら : 2015) や, 「セルフケア」「移動・運動」「家庭生活」「仕事・学習」「対人交流」「社会活動」「スポーツ」「趣味」を対象範囲とし, リハビリテーションの目標設定を協働で行うための iPad アプリケーション(紙面バージョンも有り)として作業選択意思決定支援ソフト (aid for decision-making in occupation choice : ADOC) などが開発されている (Tomori ら : 2012 : 88-97). これらのツールを用いて, また活動や参加を選択した理由などを掘り下げて尋ねることによって, 対象者の価値や意味を捉えることは a で示したことと関連があり重要である.

一方, 長期にわり社会生活や社会活動から離れて生活を営んでいる要支援・軽度要介護者に対して, 活動や参加に向けて「してみたい」「やりたいこと」を尋ねても, 返答が得られないことや, 意図を正確に伝えられず関係性を拗らせてしまうこともあり得る. 第4章で分析したアクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・方法の最終コードには, 「参加したい気持ちはあるが, 他者に会うことに恥ずかしさをもっているのかもしれないなど, したいけれども踏み切れない気持ちなどを読み取ること」, 「参加に向けたニーズを聞き取ったが, 実際参加するとなると行動が伴わないことがある」など, 参加に向けて消極的な理由を聞き取り承認するプロセスが後の社会参加に向けた行動変容につながる可能性を示唆した. 断言はできないが, 社会参加に向けて積極的になれない理由や困りごとなどを共有することは, 対象者の状態を把握する段階であり, 状態を把握することが信頼関係の構築にもつながるものと考えられる.

活動・参加に向けた目標を対象者と合意し共有するための手順については提示できないが, 参加に向けて消極的な理由を丁寧に読み取り共感するプロセスは, 信頼関係の構築につながり, a で示した対象者の参加の意味を捉えることにつながるものであるといえる.

## 興味・関心チェックシート

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・麻雀・ゲーム等			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲等観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 (町内会・老人クラブ)				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			
その他 ( )				その他 ( )			
その他 ( )				その他 ( )			

図 6-2 興味・関心チェックシート (文献 6 より引用)

### c. 目標を一方向的に押し付けない

リハビリテーション支援において目標を一方向的に押し付けないことは言うまでもない。しかし、臨床医療で提唱されてきたパターンリズムモデルは今なお引き継がれ、介護保険分野においてもその傾向は多少なりとも残っている。また、1997年の医療法改正で医療者

の努力義務として記載されたインフォームドコンセントは、医療者が持ちうる情報を提示して患者がそれを受託するというものであり、説明し同意を得ることから、理論上では対象者の意思決定への参加が増したように見える。しかしながら、藤本（2020：25－30）は、患者が説明を受けたことに対して、ただ同意を示すという意味に変わってきておりインフォームドコンセントが医療者にとって本来の役割である患者参加を担えていない問題点を指摘している。対象者の意思決定について、Shared decision making は、治療オプション、利益と害、患者の価値観、希望、状況を踏まえ、臨床化と患者と一緒に健康にかかわる意思決定に参加するプロセスと定義されており（Hoffmann ら-2014：1295-1296）、注目されてきているが臨床には浸透していない。第4章のアクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・方法として挙げた目標を一方的に押し付けない関わり方は社会参加に向けた目標設定以前のリハビリテーション支援に必要なものであるといえる。

## 2. 参加計画の段階

### a. 参加場面を対象者と支援者が共に想像する

#### a-1. 参加場面を想像しながら準備を行う

1で示した<対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉える>の段階で対象者が社会に参加する意味や価値を捉え、対象者の社会との触れ合い方や、参加のタイミングや種類を検討することは自分にとって意味があるかどうかを探るプロセスであり有意味感を高めるきっかけになる支援であることを説明した。これと併せて第4章で抽出した、<参加場面を対象者とリハビリテーションスタッフが共に想像する>というプロセスもリハビリテーションを進めるうえで重要な関わり方であるといえる。このプロセスは、要支援・軽度要介護状態となり一度は離れていた参加場面を想像し参加することの意味や価値を想起するプロセスであるといえ、これもまた有意味感を高めるきっかけとなる可能性を含んでいるといえる。さらに、自身の状況で参加行動を想像することは、実際の場面での確認ではないものの、参加環境と自身の状態をすり合わせてどのような状況におかれるのかを思い起こす過程あり、支援者とともに想像することでより現実的に把握することが予期できる。このプロセスは状況や状態を捉えることができるは把握可能感に相当するものといえる。参加計画の段階であるが、参加に向けた情報収集・目標設定の段階においても用いられることもあり得る。

#### a-2. 過去の参加体験の目的を思い浮かべる

例えば、1の情報収集・目標設定の段階で「買い物に行く」という目標が設定できれば、どのお店に何を買いに行くか、またどうやってお店まで行くか、支払いはどうするか

ど計画を立てる必要がある。これは筆者の所感であるが、このような計画の段階においてこれまでのリハビリテーションでは、安全や効率を重視して主に支援者が計画を立案することが多く、対象者本人の参加の意味や価値が薄れてしまうことも少なくないように感じる。計画を立てる際には、参加場面を対象者と支援者が共に想像し、対象者の参加の意味を探りながら具体的に計画を立案する必要がある。第4章で浮き彫りにした【過去の参加体験の目的を思い浮かべる】ことは、参加の意味や価値を回想でき、計画している参加の意味を対象者自身が確認できることになるといえ、SOCの有意味感の高揚が期待できる。

### a-3. 不安な点を事前に想像する

a-1, a-2で論述したように、参加場面を想像し意味や価値を確認し有意味感の高まりを期待しつつ計画を進めていくが、対象者は以前とは異なる状態でしばらくぶりに参加することに対する不安や負担を感じることは当然であるといえる。第4章では、「参加場面を思い浮かべながら、私（セラピスト）と一緒にリスクを考えると、安心された。」「参加場面をイメージしていると、不安なところが明確になって対策を考えやすくなった。」など【不安な点を事前に想像する】ことが社会参加促進に向けて有効であったことを明らかにした。a-2で論述したことと同様、支援者が予測される不安な点を伝え確認するのではなく、対象者自身が不安な点を事前に想像できるよう関わりをもつことが心理的負担を和らげる関わり方といえる。また、対象者自身が事前に不安な点を想像できるように関わる方法は、参加遂行を助ける内的対処資源を強化するとも考えられ、SOCの処理可能感の高揚が予期できる。

### b. 馴染みのある友人や家族との参加場面の共有

第2章では、社会参加の開始、継続に向けた行動・心境の特徴として、【家族・友人の助けや誘いに身を委ねる】が、一方、【家族・友人の助けを求めない】が社会参加に結びつかなかった行動として出現している。このことから、社会参加に向けて必要に応じ、「家族や友人に助けを求められる支援」が必要であるといえる。森らは、高齢者の豊かな生活につながる重要な心理的因子として「なじみ」があること、齋藤ら(2000:125-132)は、高齢期に転居した高齢者の環境イメージは希薄で、行動領域が小さくかつ単純な構成になる傾向があることを示唆しており、本研究においてもそれらを支持する結果となった。第2章では、支援方法の妥当性までは明らかにできず考察に留めたが、第4章の介入研究においても、参加促進に有効な視点・介入の仕方として、<馴染みのある友人や家族との参加場面の共有>を抽出した。つまり、本人の外側にある対処資源を活用できるよう調整する支援が参加促進には有効であることが明らかにされた。

支援の方法について、Fisher (2014:1-44) が示した、作業療法の実践モデルである作



業療法介入プロセスモデル OTIPM では、回復、習得、代償、教育の 4 つモデルが提唱されている。本研究で得た SOC 高群のみに出現した【家族・友人の助けや誘いに身を委ねる】、低群のみに出現した【家族・友人の助けを求めない】、さらにその支援として考察した、「家族や友人に助けを求められる支援」は、人的環境調整、つまり OTIPM の代償モデルに関連するものでありその考えを支持するが、本研究では、加えて、代償モデルの促進の仕方として、計画や練習の段階から馴染みのある友人や家族と参加場面の共有を行うことを示唆した。第 4 章の介入実施者への介入効果と影響として抽出した<家族・友人の協力を得やすくなった>もこれら対処資源の活用が参加促進につながったことを裏付けている。対処資源を活用しながら参加することが可能だと感じられるよう支援するプロセスであり処理可能感との関連が考えられる。第 3 章で処理可能感が高いほど参加促進に向けた推移を辿る結果からも多少なりともその可能性は示唆できる。参加実行の段階においても、対処資源を活用できるよう随時調整することもあり得る。

### 3. 参加実行の段階

#### a. 対象者自身が課題を解決できるよう尋ねる

##### a-1. 自身で解決できるように尋ねる

第 2 章では、社会参加の開始、継続に向けた行動・心境の特徴として、【環境、状況に応じた行動を予測すること】、【実体験後のリフレクションにて解決を見出す】を抽出し、対象者自身が社会参加の実体験を振り返ったうえで課題を整理し、課題がある場合には、自身で環境、状況に応じた解決策を予測していることを明らかにした。また、第 4 章の参加に有効な視点・方法から、【自身で解決できるよう尋ねる】【解決策を共に考える】のサブカテゴリ、<対象者自身が課題解決できるよう尋ねる>のカテゴリを抽出した。これらの共通点は社会参加促進に向けたリハビリテーションには必要な関わり方であるといえる。

第 4 章の表 4-8 アクション・リサーチを用いた研究実施者への介入効果と影響の主要約に「無意識に自分（研究実施者）が一方的に関わっている癖に気づくことができた」など【自身の介入の特徴に気づいた】があるように、これまでのリハビリテーション支援は、リハビリテーションスタッフが問題を解決できるよう助言や提案をすることが基本であったといえる。

大野（2020：125-131）は、認知行動療法の基本的な考えとして、①ストレスを体験していることに気づく、②ひと息入れて自分を取り戻す、③そのとき考えていることに目を向ける、④自分が期待する現実に近づけるように工夫する、の 4 段階のステップがあると説明している。また、③について、現実を冷静に振り返ることで、問題点だけでなく自分の力や長所も認識し、次につながる工夫や考え方ができるようになるように導き、適応的な思考というのは、問題がないと楽観的に考えるのではなく、問題は問題として認識したう

えで上手に自分の力を使いながら問題に対処する工夫ができるようになる考えのことだと伝えるようにすると説明している。本研究で示唆した対象者自身が課題を解決できるよう尋ねるといった関わり方と類似しているようにも見えるが、ストレスに対処すること自体を目的としていることと、自分自身の力でストレスにうまく対処できるための心理教育であることが大きな違いであるといえる。

対象者自身が課題を解決できるよう尋ねるといった支援方法は、高齢期のリハビリテーションの分野においては、画期的な視点であるといえる。SOCの視点では、対象者自身が課題を解決できるよう尋ねる介入の仕方は、自身で参加に向けた解決可能な策を講じることから、処理可能感を形成する関わり方であるといえる。

#### **a-2. 解決策を共に考える**

a-1 で示した通り、自身で解決できるように尋ねるよう支援するが、自身で解決策を導けない場合には、対象者の参加する意味を阻まないよう解決策を支援者と共に考える必要がある。参加実行場面で検討する場合もあるが、今後の参加を見据えて実際に参加した結果を振り返りながら（後述する4. 参加の振り返りの段階）改めて解決策を検討することも参加促進に向けて有効である。

### **4. 参加の振り返りの段階**

#### **b. 喜びや価値をもたらす参加体験**

第4章では、【参加を通して楽しさ、喜びを感じる体験】【価値を感じられる参加体験】から、<喜びや価値をもたらす参加体験>のカテゴリを抽出した。実際、地域のコミュニティーには参加できたが、うまく馴染めず参加を中断してしまうことも少なくない。参加して、楽しさや喜び、また、その価値を見出すことができるまで介入することが参加を継続するかどうかの分かれ目になるといえる。参加を継続するためには、対象者が体験した参加をどのように感じているかを、2で示した、対象者の発言、行動を俯瞰し参加への意味や価値を捉えることを用いて確認する必要がある。第2章からも、【参加することに意味を見出す】ことが、継続に向けて重要であることを示唆した。喜びや価値をもたらす参加は、有意味感との関連が予測でき、作業療法の基盤である Meaningful occupation と関連があると考えられる。Hammell K W (2004: 296-305) は、「意味のある作業における意味とはクライアント独自のものであり、その作業に従事することは人生の質に貢献する。」としており本研究結果においてもそれを支持する結果となった。また、参加はしたものの喜びや価値をもたらすまでには至らない場合は、対象者の心のうちを把握し、目標を再検討する、対処資源の活用の仕方を見直す、対象者が解決できるものであれば解決できるよう尋ねるなどの対応が必要となる。

### 第3節 本研究の意義

本研究にて、健康生成論の視点を取り込んだ要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションモデルを提示したことは、未だ発展途上にある高齢者のリハビリテーションの新たな考え方の一つを示すことになるものといえる。また、活動・参加に向けたリハビリテーションに取り組みながらも、目標に至らない課題解決への糸口、悩みやジレンマを抱える支援の一助になる可能性を含んでいる。

高齢期におけるリハビリテーションの課題の多くは 2003 年に行われた高齢者リハビリテーション研究会において既に指摘が行われているものであり、長年にわたって継続している課題への解決の糸口になる可能性もある。

### 第4節 本研究の限界

本研究の限界として、以下の5点がある。

第1に、第2章の調査は、農村部（町内の人口 10,523 人、高齢化率は約 30.5%）での調査である。都市部と農村部での地域ケアシステムにおける要望の違いを明らかにしており、都市部は社会活動などを通じた住民同士の協力体制の強化を、農村部では気兼ねなく利用できる公的サービスの充足・充実を図っていくことが必要とする（高橋ら）ことが先行研究にて示唆されている。都市部における社会参加の要因や SOC 高群の特徴については調査しておらず、異なる結果を示す可能性も考えられる。

第2に、第2章で実施した、要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進・抑制に関わる心理社会的要因、第4章で調査したアクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な介入の仕方、並びにリハビリテーションスタッフへの効果と影響（質的研究法）では、半構造化面接を用いている。半構造化面接で得たデータであるために、対象者の表現に依存し、分析に限界があることは否めない。

第3に、第2章、4章で実施した質的研究のサンプル数は、それぞれ 20 名、10 名であった。第2章では、要介護認定前から調査時現在に至る「社会参加の開始、継続に至った行動・心境」、あるいは「社会参加に結びつかなかった行動・心境」、第4章では、アクション・リサーチを用いた研究実施者への介入効果と影響をカテゴリ化した。サンプル数が十分とはいえず、一般的な実態を明らかにできない可能性は否めない。

第4に、第3章では、類型化した社会活動への参加推移と Sense of coherence (SOC) 及び下位因子との関連について、対象者 110 名を対象に調査を行い量的に分析した。しかしながら、対象者は無作為に抽出したものではない為、選択のバイアスを完全に排除することはできない。また、3時点での社会活動への参加有無と調査時現在の SOC を聞き取った横断研究である為、本分析結果に基づく作用機序の理解は、因果関係でなく相互関係に止めるべきである。併せて、参加頻度の増減や参加内容の変更などの細かな様相を分析す

るまでには至らない。

第 5 に、第 5 章の介入研究のデザインは無作為割り付けではないため、一般化可能性の限界（外的妥当性）と、選択のバイアスを完全に排除することはできない。また、群間比較では、群分けの基準を SOC の変化によって行っているため、要因である SOC と結果である社会参加度、健康関連 QOL の時間的關係を確認することはできない。このため本分析結果に基づく作用のメカニズムの理解は、因果關係でなく、相互關係に止めるべきである。また、対象者は 38 名であり、サンプル数が十分といえず、一般化の限界は否定できない。しかしながら、SOC、CIQ、SF36v2 の役割/社会的側面のスコアがベースラインに比べて 6 ヶ月後に有意に向上したこと、また、ベースラインでは差は認められなかったが、6 ヶ月後では、SOC 維持・低下群に比べ、向上群において CIQ、SF36v2 の役割/社会的側面が有意に良好であった結果が得られた。この結果は、第 4 章で実施したアクション・リサーチを用いた介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方のカテゴリ、またそこから示唆した、健康生成論の視点を取り込んだ要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションモデルの妥当性を多少なりとも担保するものといえる。

## 第 5 節 本研究の結論

本研究では、老化や病気、事故などで心身に変化をもたらしながら在宅生活を継続している要支援・軽度要介護者の社会参加促進に向け、健康生成論の視点を取り込んだ新しいリハビリテーションモデルを検討するにあたり、①「要支援・軽度要介護高齢者の社会参加推移と SOC の關係を量的・質的に明らかにする」、②「健康生成的発想及びその中核概念 SOC に照らして取り組んだアクション・リサーチの成果から有効な介入支援方法を導き出す」を設定した。

また、2 つの研究課題を解明し、得た知見から健康生成論の視点を取り込んだ要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションモデルを提示した。

## 第 6 節 今後の展望

今後の展望として以下の 2 点がある。

第 1 に、本研究では、健康生成論の視点を取り込んだ要支援・軽度要介護高齢者の社会参加促進に向けたリハビリテーションモデルを提示するにあたって、介入研究を実施したが、その経過では制度的あるいは経営的側面から、本来あるべきリハビリテーションが崩れているとも感じる場面があった。アクション・リサーチでは、部署で取り組みを見直すことができたことは一つの成果ではあるが、本研究での示唆したモデルを伝えるだけでは、リハビリテーションスタッフの変容に至らないことも考えられる。今後もさらに、アクシ

ョン・リサーチを用いた研究を進め理論と実践の橋渡しを行う必要がある。同時に、制度や経営的側面からもリハビリテーションに関連する研究を進める必要がある。

第2に、本研究では、リサーチ・アクションのミューチュアルアプローチを用い、介入経過から導き出した参加促進に有効な視点・介入の仕方を浮き彫りにした。また、健康生成論の視点を取り込んだ社会参加促進に向けたリハビリテーションによる対象者への効果を明らかにしたが、より多くの対象者に実践し、検証する必要がある。

## 文 献

1. 金森 悟, 甲斐裕子, 石山和可子, 荒尾 孝 (2013) 「都市部近郊の中年期地域住民の社会参加と首尾一貫感覚との関連」. 日健教誌, 21 (2) , 125-134.
2. 畑山知子, 本城薫子, 平野裕子[小原], 白浜雅司, 熊谷秋三 (2008) 「農村地域住民の精神的健康度と首尾一貫感覚」. 厚生指標 55 (8) , 29-34.
3. 齋藤佑樹 (2019 a) 「12 人のクライアントが教えてくれる作業療法をするうえで大切なこと」 『三輪書店』 90-93.
4. Maitra K, Erway F (2006 : 298-310) Perception of client-centered practice in occupational therapists and their clients. *Am J Occup Ther* 60(3).
5. Saito Y, Tomori K, Sawada T, Nakamura S, Sugawara H et al (2019:1-6) Determining whether occupational therapy goals match between pairs of occupational therapists and their clients: a cross-sectional study. *Disability and rehabilitation*.
6. 厚生労働省 (2015) 「リハビリテーションマネジメント加算等に関する基本的な考え方並びにリハビリテーション計画書等の事務処理手順及び様式例の提示について」. [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000180928\\_4.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000180928_4.pdf) (2020 年 8 月参照)
7. Law M, Sue B, Anne C et al (2015) *COPM 5th Edition: Canadian Occupational Performance Measure*. Schulz-Kirchner Verlag Gm; 5th.
8. Tomori, K, Uezu, S, Kinjo, S (2012). Utilization of the iPad application: Aid for decision-making in occupation choice. *Occupational Therapy International* 19(2): 88–97.
9. 藤本修平 (2020) 「意思決定の形. 齋藤佑樹・編, 作業療法と目標設定」 *臨床作業療法 NOVA* 第 17 卷 (2) 25-30.
10. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C (2014). The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *JAMA* 312 (13): 1295 - 1296.
11. Williams ME (1984) . 「Clinical implications of aging physiology」. *Am J Med* 76:1049-1054.
12. 齋藤芳徳, 外山 義, 鈴木 浩 (2000) 「居住地域における高齢者の外出行動と人的交流に関する考察—在宅高齢者と施設居住者の比較研究—」. *日本建築学会計画系論文集*, 125-132.
13. Fisher AG (齋藤さわ子, 吉川ひろみ・監訳) (2014) 作業療法介入プロセスモデル: トップダウンのクライアント中心の作業を基盤とした介入の計画と実行のためのモデル. *日本 AMPS 研究会*: 1-44.

14. 大野 裕 (2020) 「ストレス対処に活かす認知行動療法のエッセンス」. Jap J Stress Sci 2020 ; 34 (3) , 125-131.
15. Hammell K W (2004) Dimension of meaning in the occupations of daily life. Can J Occup Ther. 71 : 296-305.

## 謝 辞

博士論文の作成にあたり、ご指導とご教示をいただいた山崎喜比古教授に深く感謝申し上げます。山崎喜比古教授は、修士課程から5年にわたってご指導いただきました。

ご多用のなか、筆者の作成する淡白で論理性を欠いた記述に対し、想いを汲み取り丁寧なご指導と助言、激励をくださりました。日々のご指導そのものが健康生成的であり深く感銘を受けました。調査や論文執筆に向けた動機を支えていただいた時間は、かけがいのない経験であり、自己の今後の研究者、教育者としての手本といたく、改めて感謝申し上げます。

そして、副指導教員の末森慶准教授、湯原悦子教授にも丁寧なご指導を賜りました。深く感謝申し上げます。末森准教授には、論文執筆を進める上で筆者が気づけていない視点や備えていない知識、研究の枠組みについて、わかりやすく、また筆者の能力に合わせて建設的に有益な助言をいただきました。このご指導がなければ、博士論文に耐えうる内容に書き上げることは不可能であったと感じています。

そして同じく副指導教員としてご指導、ご教示いただいた湯原悦子教授には、修士課程から引き続きお世話になりました。筆者の研究に対する想いを深く理解してくださったうえで、論文構成や読者への伝え方について工夫の仕方を教わりました。指摘を受けて修正した後には、筆者自身も質の高まりを実感することができました。

また、本論文を完成させることができたのは、調査に協力して下さった通所・訪問リハビリテーションの利用者の皆様、研究実施者として共に介入し支援について繰り返し議論を交わし洞察を深めてくださったリハビリテーションスタッフの皆様、調査の場を提供して下さった関連施設、同志で共に運営する高齢期の暮らしと健康を考える研究会のメンバー、職場の皆様、日々の研究や執筆活動を温かく見守ってくれた家族のおかげです。心から感謝の気持ちと御礼を申し、謝辞にかえさせていただきます。