

地域在住高齢者の健康関連の逆境に対するレジリエンスの分析枠組みに関する質的検討

小林 由美子・杉澤 秀博・長田 久雄・刈谷 亮太
殿原 慶三・石原 房子

要旨

地域在住高齢者の健康関連のレジリエンスを用いた量的研究に向けて、分析枠組みを検討した。健康の低下からの回復の分析枠組みを、国際生活機能分類（以下、ICF）に示されている活動・参加、個人因子（レジリエンス）、環境因子を使用し、インタビューデータの質的分析により検討した。健康の低下した状況にはフレイルを充てた。フレイル高齢者の活動制限・参加制約、回復後の活動・参加、および環境因子に該当する全ての事例を、抽出、要約し、ICFの第1レベルにより分類した。3つの要因の事例の比較とそれらの関係の検討により、活動・参加がレジリエンスに促進されながら健康の低下を補うという回復の過程を捉えた。最後に、間接効果と交互作用効果を示した分析枠組みの概念図を作成した。

キーワード：レジリエンス、生活機能、健康関連、間接効果、交互作用

1. 緒言

高齢期では徐々に身体的機能が低下し、また生活上では、親しい人を亡くしたり、収入や家族の健康が低下するなど様々なストレスフルライフイベントが併存する¹⁾。したがって状況はより困難となり、日々の課題ばかりでなく、移動、社会関係、自立心、あるいはwell-beingの維持能力にも低下をもたらす²⁾。しかしフレイルの場合のように、適切な介入により回復することがあり³⁾、早めの対処が重要である。本研究ではこのような健康の回復を促進する認知的特徴であるレジリエンスに着目した。

レジリエンスは、困難な状況に苦痛を感じながらもその後の適応的な回復を導く心理的な特性・能力⁴⁾などと定義されており、逆境に直面したのち、適応の状態まで回復する点が特徴である。また杉澤らは、身体的、心理的、社会的資源の保有状況が精神的健康に与える効果を分析し、心理的資源や社会的資源が高い場合は、身体的資源が低くても、精神的健康への影響を緩衝する効果、つまり交互作用効果を報告している⁵⁾。心理的資源であるレジリエンスにはこのような身体的資源の低下に対する緩衝効果もあると考えられ

る。レジリエンスは老年学においても、サクセスフルエイジングをもたらす重要な要因として提起されている。医学領域からRoweらは、回復の速さと完全さが重要であることを⁶⁾、心理学領域からはStaudingerらが、成長や最適化を導く発達の予備力が重要であることを⁷⁾、理論的に説明している。

しかし高齢期のレジリエンスに関する研究の蓄積はごくわず

かであり^{8,9,10)}、構成概念についての共通認識は未だみあたらない。そのため筆者らは、まず構成概念を検討した。国内国外の文献検討^{9,10)}の結果をもとに、半構成インタビューの逐語録をテーマ分析し、活発化、自然体、人生の目的、関係志向、マネジメントスキルの5つの構成概念を生成した¹¹⁾。これらの構成概念の定義と下位概念は表1の通りである。この構成概念には、a. 認知の再構築、b. 生物心理社会的視点、c. 高齢期の強みの活用という特徴がある。認知の再構築とは価値の転換¹²⁾を行い、目標を高齢期にふさわしい現実的な目標に置き換えるものである¹³⁾。Wrightが提起した障害受容における価値の転換理論では、①自分の価値を認識する価値の範囲の拡大、②障害が与える影響の抑制、③外見を従属的なものと考え、④比較価値から資産価値への視点の転換、という4つの視点を提起している¹²⁾。徐々に障害を負う高齢期の場合もこのような価値の転換はスムーズな加齢を導くと考えられる。生物心理社会的視点は、特に快感情が脳内の神経回路にポジティブな影響をもたらす¹⁴⁾というような遺伝規定的要因を重視した。高齢期の強みについては、ライフコースの反映と予備力に着眼した。ライフコースにおいては重要なターニングポイントを乗り越え¹⁵⁾、それとともに蓄積した経験や学習は思考や行動を豊かにし¹⁶⁾、また脳内の神経ネットワークの構築も促されると考えられる¹⁷⁾。予備力には、発達の⁷⁾、認知的^{16,17)}、生理的^{18,19)}予備力があげられる。これら予備力はライフコースの影響を受けている可能性が多分にある。

ではこのような構成概念をもつ高齢期のレジリエンスは、どのような枠組みの中で課題を解決すれば良いのだろうか。先行研究では、地域高齢者におけるIADLとの有意な関連²⁰⁾、縦断研究によるADL障害の発生日リスクとの有意な関連²¹⁾が報告され、レジリエンスとADL・IADLという生活機能の維持との関連がうかがわれる。医療生物学領域の文献検討の結果からも、身体的レジリエンスは生活機能の回復を促すというモデルが提案されており^{22,18)}、高齢期の健康との関わりにおいて、生活機能の回復はある程度、認識の一致がみられる。しかし生活機能はかなり広い範囲にわたる。そのことは、Lawtonの提案した活

表1. 高齢期の健康関連の逆境に対するレジリエンスの構成概念

構成概念	●構成概念の定義 《 》は下位概念
【活発化】	●回復や維持に向けて、活発な行動を促す。 《新奇性への興味》《直感の重視》《持続力》 《活力》
【自然体】	●無理をせず、気軽に考える。 《コントロール》《自然の流れを選択》《楽観性》
【人生の目的】	●ネガティブな出来事を受容し、価値の転換を経て、今後の生活・人生を考える。 《これからをどう生きるか》《肯定的受容》 《過去の克服の成功感》《現実に合わせて再構築》
【関係志向】	●外部とのやりとりと、その基盤がある。 《サポート希求》《貢献の欲求》《関係の基盤》
【マネジメントスキル】	●自分の健康管理を維持するスキルがある。 《情報への敏感さ》《残存能力の活用》《勤勉さ》 《評価》

(小林ほか(2018)の表を筆者改変)

動能力指標では生活機能だけを見ても、身体的自立、手段的自立、状況対応、社会的役割と4段階あることや²³⁾、WHOの年間レポートHealthy Ageingでは、機能的な能力の変化に伴ってレジリエンスが変化することが説明されていることからわかる¹⁹⁾。

国際生活機能分類 (International Classification of Functioning, Disability and Health, 以下ICFと略す) では、

このような範囲も水準も広い生活機能について、関連要因を含めて整理している。生活機能は、主として身体面である「心身機能・身体構造」、課題や行為の個人による遂行である「活動」、家庭や社会における生活や人生場面への関わりである「参加」の3つとし、背景因子として「個人因子」と「環境因子」をあげ、またこれらの因子間の相互作用も仮定している (図1)。さらに生活機能のうちの活動・参加を肯定的側面と捉え、これに対して障害としての活動制限・参加制約を否定的側面として対比させて、概念を説明している^{24,25)} (表2)。健康の低下からの回復の状況は、このような網羅的な分類を使用することにより、枠組みを検討できるのではないかと考えられる。

以上を踏まえて本研究では量的研究に先立ち、地域在住高齢者が、健康の低下からの回復にレジリエンスを活用して回復する状況の分析枠組みを検討する。前回の質的研究ではレジリエンスのみに着目し、その構成概念を生成した。その結果をもとに次は尺度を開発するのであるが、尺度の開発に先立って、その尺度がどのような現象におけるどのような課題の解決に使われるのかを明確に抑える必要がある。幸い、構成概念の生成の研究においてはレジリエンスだけでなく、生活上の逆境の状況、自らの工夫や学んだこと、周囲からのサポートなど、関係する文脈も聞き取っていた。したがって本研究では、前回と同一のデータを使用して¹¹⁾、レジリエンスを含めた現象について、課題解決という視点から分析枠組みを整理することとした。

健康が低下した状況はさまざまあるが、本研究ではフレイル

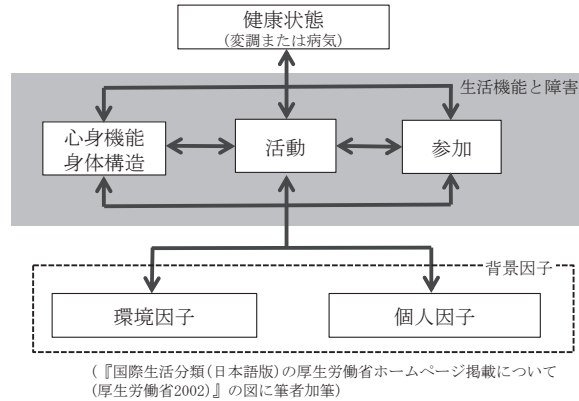


図1. ICFの構成要素

表2. ICFの概念

構成要素	生活機能と障害		背景因子	
	心身機能・身体構造	活動・参加	環境因子	個人因子
領域	心身機能・身体構造	生活・人生領域(課題, 行為)	生活機能と障害への外的影響	生活機能と障害への内的影響
構成概念	心身機能の変化(生理的) 身体構造の変化(解剖学的)	能力(標準的環境における課題の遂行) 実行状況(現在の課題における課題の遂行)	物的環境や社会的環境、人々の社会的な態度による環境の特徴	個人的な特徴の影響力
肯定的側面	機能的・構造的統合性	活動・参加	促進因子	非該当
否定的側面	機能障害(構造障害を含む)	活動制限・参加制約	阻害因子	非該当

(『国際生活分類(日本語版)の厚生労働省ホームページ掲載について(厚生労働省2002)』の図を筆者修正)

の状態を対象とする。フレイルとは生理的予備能が低下してストレスに対する脆弱性が増した状態で、身体問題のほか認知機能障害などの精神・心理问题、独居や経済的困窮などの社会問題を含む高齢期特有の概念である²⁶⁾。80歳以上では34.9%が該当し³⁾、その割合は低くない。しかし適切な介入により回復するということが報告されている³⁾。分析枠組みにはICFの分類から、a.活動・参加、b.環境因子、c.個人因子、d.健康の低下からの回復(心身機能・身体構造)を仮定し^{24,25)}、具体的な分析は①回復状況のインタビューデータによる確認、②①の結果に基づいた概念図の作成、を行う。本研究の結果は、介護予防、さらに介護や医療の社会保障費の抑制に寄与すると考える。

2. 方法

1) データ

インタビューの調査協力者は、健康関連の逆境から少しでも回復を経験した高齢男女20名で、女性80.0%、平均年齢81.45歳、年齢範囲は72～92歳だった(表3)。調査協力者の抽出は、自治会、地域福祉関連NPO、食事サービス運営団体、地域保健事業所、高齢者総合相談センターに協力を依頼し、これら団体・事業者の推薦および募集により行った。

インタビューは、回復・維持における心理的な特徴を把握するために、特定の領域のエピソードのナラティブを聞き取り、課題に沿った質問を加えるエピソード・インタビュー法²⁷⁾を用いた。インタビューは、疾病などの健康関連の逆境と回復や維持を進める時の努力や工夫等について、約1時間行っている¹¹⁾。

表3. 調査協力者の特徴

ID	性別	年齢	疾病・自覚症状 (2つまで掲載)	世帯人数 (同居人)	介護保険制 度の認定	参加 グループ 数
A	女	77	高血圧	1		2
B	男	86	肺炎腫、 リウマチ	1	要支援2	1
C	女	78	高血圧	2(息子)		2
D	女	90	仙骨骨折、 高血圧	1	要支援2	2
E	女	81	膝関節症	1		2
F	女	84	膝の骨折	1		2
G	女	85	糖尿病、 白内障	1		2
H	女	75	腰痛症	1		3
I	女	92	不整脈	1	要介護1	1
J	女	74	アキレス腱断裂	2(夫)		2
K	男	89	大動脈瘤、 脊柱管狭窄症	1	要支援2	2
L	女	81	腰椎圧迫骨折	1	要支援1	2
M	男	80	膀胱がん、 人工肛門	1	要支援2	1
N	女	80	腰椎間孔狭窄症	1	要支援1	0
O	女	84	腰椎圧迫骨折、 糖尿病	2(夫)	要支援1	0
P	女	72	脳出血	1		3
Q	女	76	関節リウマチ、 高血圧	1	要支援2	1
R	男	78	脊髄の疾患、 糖尿病	1	要介護1	0
S	女	88	腎不全	1	要支援2	0
T	女	79	膝関節症、 糖尿病	1	要支援2	1

(小林ほか(2018)より引用)

2) データの使用法

(1) フレイル

このデータでは、フレイルの評価やフレイルを意識したインタビューを行っていない。したがって逆境に直面した際のフレイルの状況は、「フレイルに近いと考えられる状況」として抽出する。身体面のフレイルは、Friedらによる5つの判断基準、体重減少・疲れやすい・歩行速度低下・握力低下・身体活動量の低下²⁸⁾、を参考にする。認知面のフレイルについては、他の疾患

と関連した認知的障害、認知症の前駆的段階²⁹⁾、認知的予備力やレジリエンスの喪失が関連する³⁰⁾などの指摘があるものの、明確な判断基準はみあたらない。そのため認知の低下と関連する生活上の困難を抽出する。ICFの生活機能のうち、心身機能・身体構造の厳密な測定は行っていないが、この「フレイルに近い状況」の抽出が、相当すると考える。

表 4. 国際生活機能分類の第 2 レベル
—活動と参加 4. 運動・移動の場合—

第2レベル	
姿勢の変換と保持	基本的な姿勢の変換、姿勢の保持、乗り移り(移乗)、その他の特定のおよび詳細不明の姿勢の変換と保持
物の運搬・移動・操作	持ち上げることと運ぶこと、下肢を使って物を動かすこと、細かな手の作業、手と腕の使用 その他の特定のおよび詳細不明の物の運搬・移動・操作
歩行と移動	歩行、移動、様々な場所での移動、用具を用いての移動、その他の特定のおよび詳細不明の歩行と移動
交通機関や手段を利用した移動	交通機関や手段の利用、運転や操作、交通手段としての動物に乗ること、その他の特定の運動・移動、詳細不明の運動・移動

(『国際生活機能分類(日本語版)の厚生労働省ホームページ掲載について(厚生労働省2002)』の表を筆者再編)

(2) 活動・参加, 環境因子, 個人因子

活動・参加及び環境因子は、ICFの第1レベルを使用し、第2レベルを該当の判断基準として事例を分類する(分類の詳細は次の(3)に説明)。ICFのカテゴリーは階層構造となっており、例えば活動と参加の第1レベルの分類の「4. 運動と移動」は、姿勢の変換と保持、物の運搬・移動・操作などのより細かい第2レベルの分類をもつ^{24,25)}(表4)。第1レベルの分類項目名は厚生労働省の日本語訳を中心とし²⁵⁾、高齢者の実生活に近い表記になるよう若干の修正を行った。該当する内容が無かった2つの類型を除外し、分類項目は、活動・参加では、1. 学習と知識の応用、2. 課題と要求、3. コミュニケーション、4. 運動・移動、5. セルフケア、6. 家庭生活、7. 対人関係、8. コミュニティライフの8つ、環境因子では、1. 用具、2. 支援と関係、3. 態度、4. サービス・制度・政策の4つの合計12となった。なお既存データを使用するため、WHOが提示している評価法^{24,25)}は使用できない。

個人因子についてはICFにおいて、健康状態や健康状況以外のその人の特徴で、困難への対処方法や心理的資質も該当すると説明されている^{24,25)}。したがってレジリエンスを充てることは妥当である。

(3) 検討の方法と手順

①回復状況のインタビューデータによる確認

分析1～3では、フレイルからの回復の状況の変化を、事例数の変化により把握する。分析4では、フレイルからの回復における概念間の相互作用の状況を、ある調査対象者の例示により検証する。詳細な分析は次のとおりである。

分析1では、回復前のフレイルに近い状況と活動制限・参加制約の分析を次の手順により行う。①逐語録全体を読み、②フレイルに近い状況の事例を抽出、1つの内容ごとに単語あるいは短いフレーズに要約し、③該当する分類項目を特定する。④分類の一覧を表にまとめる。分析2では、回復における活動・参加、環境因子の分析を、次の手順により行

う。①レジリエンスの構成概念(表1)¹¹⁾の生成に使用した引用に見られる回復時の活動・参加の事例を逐語録から抽出, 1内容ごとに要約し, ②該当する分類項目を特定する。③分類の一覧を表にまとめる。分析3では, 回復前(分析1)と回復時(分析2)の比較を行う。回復前の否定的側面である活動制限・参加制約(分析1)と, 回復時の肯定的側面である活動・参加(分析2)の両面からなる広範囲な1つの現象について集約し, 回復全体の状況についての事例数をまとめる。分析4では, ある調査対象者を例示し, 回復過程における概念間の相互作用の様子を検証する。

②概念図の作成

フレイルからの回復の状況について, 4つの要因を使用して概念図を作成する。

その他, 全体の分析の結果については, 分析者とは別の老年学を専門とし質的研究の経験豊富な研究者が検討し, 適宜修正を行いながら, 分析内容の妥当性を確保した。なお表記上の混乱を避けるため, 用語の使用について次のように定める。質的研究の結果であるレジリエンスの5つの概念とその下位の概念は「構成概念・下位概念」, ICFの分類に提示されている因子・要因は「要因」, またデータにおけるIDを付してある各調査対象者をあげる時は「例示」, 本研究において分析した出来事・思考・活動など個々の詳細な状況は「事例」と表現する。

表5. フレイルに近い状況の活動制限・参加制約

4. 運動・移動	5. セルフケア	6. 家庭生活	7. 対人関係	8. コミュニティライフ
●●●●●●●●歩行困難 (D63,I5,J17,K2,N4, O3,Q1)	●どのように生き たらいいか (I7)	●行動範囲狭くなる (B8)	●約束を忘れた (I②3)	●集まるのが困難 (I25)
●●体力低下 (I2, K15)	●認知機能低下対 策 (B13)	●荷物を持たない (B9)		●リーダーシップ取る のは困難
●筋力低下 (B6)		●かたづけ困難 (D②3)		(I②1)
●息切れ (B6)		●家事をこなせない (N4)		
●運転不安 (B9)		●スムーズに進まない (D②3)		
●体操できない (D②5)		●記憶力低下 (B7)		
		●一度にできない (N9)		
		●休み休み掃除 (O3)		
		●娯楽時の制限 (B5)		

(注) ●は事例1件を表す, ()内はIDと逐語録ページ(表6-1, 6-2も同様)。分類項目1,2,3は該当なし。

表 6-1. 回復時のレジリエンスと活動・参加

		活動・参加							
レジリエンス	構成下位概念	1.学習と知識の応用	2.課題と要求	3.コミュニケーション	4.運動・移動	5.セルフケア	6.家庭生活	7.対人関係	9.コミュニティ
新奇性興味	直感重視	● 退院後課題(I13)	● シルバーカー(D2)	● 在宅介護(H12)	● リハビリ開始(F25)	● 杖歩行(K2)	● 施設で入浴(F7)	● おかずを買う(J6)	● 外国人としての関係づくり(T16)
		● 回復意欲(L3)	● 声かけ(Q6)	● 親切(B18)	● 丈夫な気分(O3)	● 断る(I25)	● 買い物を楽しむ(D8)	● 援助の快感(Q6)	
持続力	活性化	● 生き抜き意志(I21)	● 専門職探し(B1)	● 楽しい・嬉しい(G16, J10)	● 痛くても外出(F16)	● 自宅でハ(J12)	● 自分で買い物(D11)		
		● 貢献意識(Q6)	● このまま終わらない(J12)	● 罹患後問題解決(P2)	● 健康診断(B3)				
コントロール	自然体	● 病人になりきる(J13)	● 試行錯誤(Q2)	● 運転不安(B2)	● シルバーカー移動(D39)	● 健康に配慮(S5)	● 掃除を頼む(F17)	● 行動範囲を狭く(I21)	
流れ		● 不満払拭(G7)	● 休憩として(J13)	● ケ・セラ・セラ(E56)	● 痛みを背負って(L1)	● 病気に配慮(S5)	● 気にしない(T7)	● 発散(Q4)	● 誘いにのる(L5)
楽観性	どう生きるか	● 休職として(J13)	● 夫に面会(T1)	● 夫に面会(T1)	● 病気が多様(I8)	● 寿命受容(I23)	● 考え込まない(S6)	● 自分を庄せず(I26)	
受容		● ケ・セラ・セラ(E56)	● 1日を素晴らしい(I21)	● 他者支援(L10)	● 病気が多様(I8)	● 寿命受容(I23)	● 年齢受容(E28)	● 懸命にやらない(K11)	● 神を信じる(Q3)
受容	● 1日を素晴らしい(I21)	● 他者支援(L10)	● 迷回避策(J11, R4)	● 夫に面会(T1)	● 足で歩く(D53, H22)	● 息子と温泉へ(E10)	● 家事は自分で(N3)		
受容	● 1日を素晴らしい(I21)	● 他者支援(L10)	● 迷回避策(J11, R4)	● 夫に面会(T1)	● 100%治らず(J13)	● 今のうち整理(N5)			

表6-1. 回復時のレジリエンスと活動・参加 (続き)

	1.学習と知識の応用	2.課題と要求	3.コミュニケーション	4.運動・移動	5.セルフケア	6.家庭生活	7.対人関係	9.コミュニケーション
過去の克服								●リクエスト (L21) ●囲み会(K7) ●ボランティア (P13)
再構築	●文え合い(I7) ●精一杯(J18) ●体験還元(L6)	●福祉葬祭(B11)	●辛いけど(K13)			●惣菜を買って良い (J4)		
サポート希求		●専門家依頼 (B13)	●シルバースバス (P11)		●健康維持 (D4, F6, J②3, N7, P2) ●ゴミ出し依頼 (I17) ●受診(G16, O2, H10, K10)	●買い物・掃除依頼(D4, N6) ●自分ですぐ買う物(D4)	●夫・娘・息子・姪の気遣い(J9, L15, S3, S5) ●絵画サークル参加(F22)	●地域食社会 (F6) ●神の支え(T4) ●参加(F22)
貢献の欲求	●問題意識(M9)		●声掛け(J11, Q6) ●アドバイス(I②7)				●子と思う(G24) ●後輩の役に立つ (K19)	
関係の基盤			●電話(T6, Q1) ●茶飲み(F11) ●触れ合い(I②7) ●年下友人(C5)	●実習生に質問 (J14)	●デイサービス仲間 (S3)		●昔の友人(K13)	●共同生活 (B11)
マシメントスキル	●健康番組(D12, J12, T7) ●興味津々(C9) ●友人例 (J5, K11) ●いつまで運動(B8) ●出来る限り(I②3) ●常時考える(P7) ●他者と比較(B24)	●歩行・運動継続(O64, J12, N8, R2) ●認知症予防 (D14) ●正しく服薬 (B7)	●歩行・運動継続(O64, J12, N8, R2) ●認知症予防 (D14) ●正しく服薬 (B7) ●電話・メール (Q1, K14)	●病院(F6, N1) ●介護保険(J11, N2) ●地域施設(P7) ●歩く(D12, H22) ●歩行距離目標 (K13) ●身支度(A28)	●食品(J7)	●喉掛けて家事(N8) ●買い物が運動 (D4)	●仲間送迎(B11) ●参加者集め(D41) ●友人を祈る(T4)	●ボランティア(A1) ●シルバースバス就労(P9)

(注) 「1 学習と知識の応用」と「2 課題と要求」は似ているが、1 は、学習や知識を使用することや、課題解決や意思決定のような抽象的・基盤的内容、2 は、課題への具体的対処とストレス・心理的要求への対処と設定した。参考までに、以下にそれぞれの第2レベルを引用する。「1 学習と知識の応用」の第2レベルは、注意して見る・聞く・目的を持った感覚体験、読む・書く・計算・模倣等の基礎的学習、注意の集中・思考・課題解決・意思決定等の知識の応用等。「2 課題と要求」の第2レベルは、課題や日課の遂行、ストレスとその他の心理的要求への他の心理的対処等。

表 6-2. 回復時のレジリエンスと環境因子

レジリエンス		環境因子	
構成概念	下位概念	1. 用具	2. 支援と関係
活発化	新奇性への興味	● シルバーカー (D2) ● 杖 (K2)	3. 態度 ● 日本人の細やかな配慮 (I6) ● 友人・娘がアドバイス (I6) ● 看護師の親切 (B18) ● 隣人の依頼 (I②5) ● PT・医師が褒める (G16, J10)
	直感の重視	● 孫 (E30) ● 病人 (Q6)	● 健康診断 (B3) ● 掃除を頼む (F17)
自然体	持続力		
	活力		
人生の目的	コントロール		
	自然の流れを選択		
関係志向	楽観性		
	これからをどう生きるか		
関係志向	肯定的受容		
	過去の克服の成功感		
関係志向	現実に合わせた再構築		
	サポート希求		
関係志向	貢献の欲求		
	関係の基盤		
マシキルメント	情報への敏感さ		
	残存能力の活用		
マシキルメント	勤勉さ		
	評価		

表7. 回復全体の状況

第1レベル	活動と参加								環境因子					合計	
	1 学習と知識の 応用	2 課題と要求	3 コミュニケー ション	4 運動・移動	5 セルフケア	6 家庭生活	7 対人関係	8 コミュニテイ ライフ	小計	1 用具	2 支援と関係	3 態度	4 サービス・制 度・政策		小計
活動制限・ 参加制約 (表5)	0	0	0	13	2	9	1	2	27	-	-	-	-	-	27
活動・参加 (表6-1・6-2)	40	10	13	14	38	14	10	15	154	5	35	26	21	87	241

3. 結果

1) 回復状況のインタビューデータによる確認

分析1では、20人中9人において27のフレイルに近い状況の事例を抽出した。以下の文章においては要因の各分類項目を「」, 各事例を〈ID, 逐語録ページ〉のように表す。分類された数が最も多かったのは「4. 運動・移動」(13件)で、その中でも特に〈歩行困難〉は7件あり半分以上を占めた。次いで〈休み休み掃除 (O3)〉のように家事を行う上での支障の訴えを中心とした「6. 家庭生活」(9件), その他迷いや不安を内容とする「5. セルフケア」(2件), 以前の活動ができないという「8. コミュニティライフ」における制約(2件), 「7. 対人関係」における〈約束を忘れた (I②3)〉(1件)だった(事例は表5, 件数については表7を参照)。

分析2では、回復時の活動・参加154, 環境因子87, 合計241の事例を得た。活動・参加において最も多かったのは、「1. 学習と知識の応用」(40件)で〈退院後課題 (I3)〉のような問題解決や〈このまま終わらない (J12)〉のような意思決定のように、基盤的な考えを構築していた。それ以降多い順に、〈健康維持 (D4ほか)〉をはかる「セルフケア」(38件), 〈ボランティア (P13)〉で貢献するなどの「コミュニティライフ」(15件), 自分の〈足で歩く (D53など)〉のような「4. 運動・移動」(14件), 〈買い物依頼 (N6)〉のような「家庭生活」(14件), 〈声かけ (J11など)〉のような「コミュニケーション」(13件), 課題の実際の処理を内容とする「2. 課題と要求」(10件), 関係の活用に関する「7. 対人関係」(10件)だった(事例は表6-1, 件数については表7を参照)。

環境因子では、回復につながる家族, 友人, 専門職など周囲の人々である「2. 支援と関係」(35件)が最多で、これ以下は多い順に、〈PTが褒める (J10)〉のような周囲の人の特定の「3. 態度」(26件), 〈シルバーパス (P11)〉などの「4. サービス・制度・政策」(21件), 〈杖 (K2)〉の購入のような「1. 用具」(5件)だった(事例は表6-2, 件数につ

いては表7を参照)。

分析3の回復前の否定的側面である活動制限・参加制約と、回復時の肯定的側面である活動・参加の回復に関わる全体の状況について、事例数を表7にまとめた。フレイルに近い状況で回復前の活動制限・参加制約は27件であるのに対し、回復時の活動・参加の内容は154件、それに関わる環境因子が87件抽出されており、回復における生活機能の改善があったと言える。その内容は「1. 学習と知識の応用」「2. 課題と要求」のように思考や意思決定、対処方針の決定という基盤的内容、「4. 運動・移動」「5. セルフケア」「6. 家庭生活」のような生活上の具体的な内容、「3. コミュニケーション」「7. 対人関係」「8. コミュニティライフ」のような他者や地域との関係を含む内容において、満遍なく抽出されほぼ偏りはなかった。

分析4では、JとDを例示し、回復過程における概念間の相互作用の状況を検証した。

Jの場合、環境因子、レジリエンス、活動・参加の順に影響を及ぼしているところから、レジリエンスの間接効果があると仮定した。詳細は次のとおりだった。

- ・『環境因子』：最初に、リハビリにおけるPT実習生がかけてくれた言葉に、心の通じ合いを感じた。「あんなだったのにJさん降りられるようになったじゃないですか、って言われると、もうすごく嬉しい。主婦なんて今まで褒められたこと無いでしょ。そういう機会(病院におけるリハビリ)が無いと、こういう心の通じ合いは無いですね。」(表6-2, 「3. 態度」の〈PTが褒める(J10)〉)。
- ・『レジリエンス』：次にPT実習生との関係を保つよう、自分からも積極的に質問をした。「その学生さんなら何言っても良いと思って。私は必ずリハビリの時間にPTの実習の学生に、何のためなの、って聞いた。そしたら彼はすごく喜んでくれた。」「これだけできるようになった、って報告するの。そうすると向こうだってやる気が出るでしょ。」(表1, 【関係志向】)。
- ・『活動・参加』：上記の経験から、自分と同様の病気の人に、心が通じ合う言葉をかけるようになった。「けがをしてみて、杖をついている人を見る目が優しくなった。」「K病院のあたりを松葉杖をついてお兄ちゃんが歩いていたので、私もアキレス腱切ったのよ、頑張って。絶対良いことあるからね、って言ってあげた。」(表6-1, 「3. コミュニケーション」の〈声掛け(J11)〉)。

Dの場合、歩行や移動の困難という活動制限・参加制約があった。しかしレジリエンスが高いことにより、歩行を助ける福祉用具を購入し、買い物にも行くことができるようになり、活動・参加が活発になった。ここにレジリエンスと環境因子の交互作用効果があると考えられた。詳細は次のとおりだった。

- ・『活動制限・参加制約』：痛みがあってあまり歩きたくないのだが、歩けなくなるようなと少しでも歩こうとしていた。「痛いからって動かさなかったら、1日中動きたくないんですよ。いつだって痛いんですもん。・・・そうやって歩かないと歩けなくなっちゃうと思って、少しでもいいから、歩くように、休みながらね。」(表5,

「4. 運動・移動」の〈歩行困難 (D63)〉).

- ・『環境因子』：活発化を促すレジリエンスの影響があり、買い物は自分で行う方が楽しいと感じていた。そして福祉用具の店に立ち寄った際、シルバーカーを使うのが良いと判断し購入した。「駅に行く途中で、こんなところにEベットがあるわって、寄ってみたの。年寄りが使う車椅子から、腰掛けられるのから、いっぱいあったんです。そのなかから、外で使ってみて、軽いのを、あんまり大きいとバスに乗った時迷惑かけるし、なるべく人に迷惑をかけないようなもの (シルバーカー) をみつけて、買ったんです。」(表6-2, 「1. 用具」の〈シルバーカー (D2)〉).
- ・『レジリエンス』：自分で買い物に行けるようになり楽しい。「(買い物を他人に頼むよりも) やっぱり自分で見て買ったほうが、何かね、楽しいような気がするね。」(表1, 【活発化】).

2) 概念図の作成

フレイルの状態から健康な状態に回復する時の状況を、4つの要因を使って概念図に表した (図2参照)。3つの概念を同じ一方方向に矢印をつないだ場合は間接効果、1本の矢印に別の矢印が刺さった形は交互作用効果を表している。

4. 考察

本研究では、量的研究に先立ち、地域在住高齢者が、レジリエンスを活用して健康の低下から回復する状況の分析枠組みを検討した。現実的な概念間のつながりを確認するために、レジリエンスの構成概念の構築と同一データを使用して分析した。分析の結果、活動・参加、環境因子、レジリエンス (個人因子) は、健康の低下からの回復における分析枠組みを構成することができると考えられる。また概念図に示したように、間接効果と交互作用効果を捉えることができた。以下において分析に基づいた考察をあげる。

1) フレイルの状態

逆境の現象に関して、フレイルに近い状況は表5における歩行困難、体力低下、筋力低下、息切れであるが、これらはFriedらのフレイルの判断基準の項目、体重減少・疲れやすい・歩行速度低下・握力低下・身体活動量の低下²⁸⁾と非常に類似している。仮にFriedらの基準の3項目に該当するとフレイル、2項目ならプレフレイルという規定を援用すると、例えば歩行困難、筋力

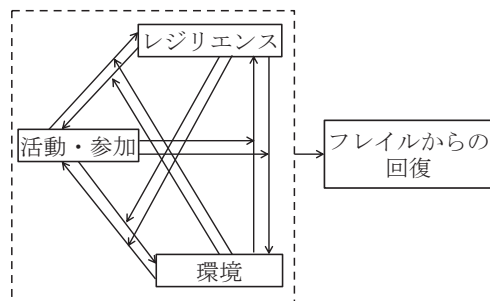


図2. 分析枠組みの概念図

低下、息切れが見られたBは、フレイルに大変近い(表5を参照)。また平均年齢81.45歳、年齢範囲は72～92歳の20人中9人において、28のフレイルに近い状況を抽出している。したがって80歳以上では34.9%がフレイルである³⁾という報告を踏まえるなら、本研究においてもフレイルの基準を踏まえた聞き取りを行えば、これに近い数値になった可能性はある。

認知面のフレイルに近い状況は、〈記憶力低下(B7)〉〈認知機能低下対策(B13)〉〈約束忘れ(I②③)〉〈運転不安(B9)〉、あるいは〈かたづけ困難(D②③)〉〈家事をこなせない(N4)〉なども関係する(表5を参照)。しかしこれらの中には、通常の物忘れなども含まれている可能性があり、認知機能の低下については、厳密な測定が必要と考えられる。

2) 回復の分析枠組み

フレイルに近い状況に際しては27の活動制限・参加制約の事例があったが、回復時には154の活動・参加の事例と、それに関わる87の環境因子の事例が抽出された(表7)。回復前の活動制限・参加制約の事例数に対し、回復時において、多くの活動・参加と環境因子の事例数が抽出されたことにより、生活機能の改善があったと言える。本研究のデータの限りにおいてであるが、身体面の喪失を活動・参加が補い、回復が進んでいたと捉えることができる。先行研究ではIADL²⁰⁾やADL²¹⁾の維持に関してはレジリエンスの影響が報告されていたが、本研究の結果では、レジリエンスの影響によるADLの回復を確認することができた。

活動・参加、環境因子、個人因子の3つ要因には次のような役割分担を仮定することができる。活動・参加は行動や思考により変化を起こし、環境因子は変化において外部資源として外部から取り込まれ、個人因子(レジリエンス)は認知的特徴により変化を促進するという役割である。これは、回復のような変化を生む場面における一つの機序であるかもしれない。

概念図には、間接効果と交互作用効果両方が含まれており、研究の扱う現象により使い分けることになる。分析4のJの場合では、『環境因子』→『レジリエンス』→『活動・参加』という、レジリエンスの間接効果を含む展開が見られた。PT実習生との関係における気づきが、レジリエンスの【関係志向】をさらに高め《貢献の欲求》を生んでいた。

Dの場合、歩きがおぼつかないという活動制限・参加制約があっても、自分で買い物をした方が楽しいという【活発化】を促すレジリエンスが働き、シルバーカーを購入して自分で買い物をする道を開拓していた。『活動制限・参加制約』がある中で、福祉用具という『環境因子』と関わる際、『レジリエンス』が高いことがプラスの影響を及ぼしており、因子間の交互作用効果が考えられた。先行研究と同様、身体的資源が低い場合の心理的資源の交互作用効果が見出され⁵⁾、心理的資源であるレジリエンスを普段から高めるメリットが明確になった。またこの例示では、自分で買い物をする楽しさを自覚、重視したこと

が、行動力の発揮につながっていた。このことはポジティブ感情がさらなる活発行動を起こす生物学的特徴¹⁴⁾の効果によるもので、このことは回復の速さ⁶⁾につながるという解釈もできる。

回復の開始に際しては、それまでと異なる活動・参加が必要であった。とりわけ「1. 学習と知識の応用」「2. 課題と要求」のような思考や意思決定、対処方針の決定のような行動の基盤となる内容は、早い時期に起こることが多かった。これらはそれまでもっていた価値を転換¹²⁾して認知的再構築¹³⁾を行う【人生の目的】という構成概念を中心に促進されたと考えられる。さらにこの背景には、子どもや周囲の人に迷惑をかけたくないという〈迷惑回避 (J11,R4)〉(表6-1, 「2. 課題と要求」参照)を選択した判断があった。健康、収入などの喪失があり、他者の世話になりがちな中で年長者としての考え方であった。このような判断をする背景には、ライフコースにおけるターニングポイントを乗り越えた経験¹⁵⁾や、最適な状況を模索する発達の予備力⁷⁾の影響がある可能性もある。長田らが指摘しているように、高齢期のストレスフルライフイベントを反映した高齢期特有の認知¹⁾であるといえる。

本研究により次のことがわかった。高齢期の健康関連の逆境に対するレジリエンスの分析枠組みは、レジリエンス、活動・参加、環境因子の3つの概念により構成され、これらの交互作用効果及び間接効果を仮定することができる。また本研究のデータの限りにおいてであるが、身体面の喪失を活動・参加が補い、回復が進んでいたと捉えることができる。

2) 本研究の限界と今後の課題

第1に、本研究のデータは半構成インタビューによる逐語録¹¹⁾であった。したがって認知機能の低下や、フレイルの厳密な判断はできていない。量的調査では認知機能やフレイルの評価を行うことが必要だろう。第2に、質的研究と量的研究では、対象者の数や抽出法の点から考えても、同じ内容が得られるとは限らない。両者の研究方法や研究結果の解釈を考えるにあたっては、慎重な検討が必要であろう。第3に、前期高齢者と後期高齢者では身体的資源の保有量が異なるように⁵⁾、フレイルや生活機能の状況にも違いがあると考えられる。今後は年齢も含めた検討が必要とされるだろう。

文献

- 1) 長田久雄, 刈谷亮太: 社会的役割および人間関係の変化と高齢者のストレス. ストレス科学研究, 29: 4-9 (2014) .
- 2) Pachana NA: Physical and biological aspect of ageing. In Ageing A Very Short Introduction, 40, Oxford University Press, New York (2016) .
- 3) 鈴木隆雄: 超高齢社会におけるフレイルとサルコペニア. 老年社会科学, 36 (4): 455-463 (2015) .
- 4) 小塩真司, 中谷素之, 金子一史, 他: ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性-

- 精神的回復力尺度の作成－. カウンセリング研究, 35 (1) : 57-65 (2002) .
- 5) 杉澤秀博, 柴田博: 前期および後期高齢者における身体的・心理的・社会的資源と精神健康との関連. 日本公衛誌, 47 (7) : 589-601 (2000) .
 - 6) Rowe JW, Kahn RL: Successful Aging. *The Gerontologist*, 37 (4) : 433-440 (1997).
 - 7) Staudinger LM, Marsiske M, Baltes PB: Resilience and level of reserve capacity in later adulthood; Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5: 541-566 (1993) .
 - 8) 石原房子, 長田久雄: 高齢者のレジリエンスと主観的および精神的健康との関連. 老年学雑誌, 4 : 25-34 (2013) .
 - 9) 小林由美子, 杉澤秀博, 刈谷亮太, 他: レジリエンスの構成概念－高齢者を対象とした構成概念構築のための日本の論文のシステマティックレビュー. 応用老年学, 11 (1) : 36-48 (2017).
 - 10) 小林由美子, 杉澤秀博, 長田久雄, 他: 高齢期の健康関連の逆境/ストレスに対するレジリエンスの概念－Framework Analysisによる英語文献の検討－. 老年学雑誌, 9 : 1-17 (2019) .
 - 11) 小林由美子, 杉澤秀博, 刈谷亮太, 他: 地域在住高齢者における健康関連の逆境に対するレジリエンスの構成概念. 老年社会科学, 40 (1) : 32-41 (2018).
 - 12) Wright BA: *Physical Disability: A Psychological Approach*. 107-136, Harper & Row Publishers, New York (1960).
 - 13) Pinquart M: Creating and maintaining purpose in life in old age: A meta-analysis. *Ageing International*, 27: 90-114 (2002) .
 - 14) Rutten BPF, Hammels C, Geschwind N, et al. : Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128 (1) : 2-20 (2013) .
 - 15) Aldwin CM, Park C, Spiro III A: *Health Psychology and Aging: Moving to the Next Generation of Research*. In *Handbook of Health Psychology and Aging*, ed. by Aldwin CM, Park CL, Spiro III A, 413-424, The Guilford Press, New York (2007) .
 - 16) Stine-Morrow EAL, Chui H: Cognitive Resilience in Adulthood. *Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life*. In *Annual Review of Gerontology and Geriatrics Volume32*, ed. by Hayslip JR. B, Smith GC, Series ed. by Antonucci TC, 93-114, Springer, New York (2012) .
 - 17) 岩原昭彦: 認知の予備力をめぐる最近の研究動向. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要, 9 : 1-10 (2013).
 - 18) Whitson H, Duan-Porter W, Schmader KE, et al.: Physical Resilience in Older Adults : Systematic Review and Development of Emerging Construct. *The Journals of Gerontology*, 71A (4) : 489-495 (2015) .
 - 19) World Health Organization: *World report on ageing and health 2015* (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=1AB5A10135655DE4A8AEFCFF7E982C7F?sequence=1, 2019.7.26 アクセス) (2015) .
 - 20) Hardy SE, Concato J, Gill TM: Resilience of Community-Dwelling Older Persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52: 257-262 (2004) .
 - 21) Yang Y, Wen M: Psychological Resilience and the Onset of Activity of Daily Living Disability Among Older Adults in China. A Nationwide Longitudinal Analysis. *The Journals of Gerontology*, 70B (3) : 470-480 (2014) .
 - 22) Resnick B, Galik E, Dorsey S, et al.: Reliability and Validity Testing of the Physical Resilience Measure. *The Gerontologist*, 51 (5) : 643-652 (2011) .
 - 23) Lawton MP: Assessing the competence of older people. In *Research planning and action for the elderly: The power and potential of social science*, ed. by Kent DP, Kasttenbaum R, Sherwood S, 122-143, Human Science Press, New York (1972) .
 - 24) World Health Organization: *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health (ICF)* (<http://who.int/classifications-icf/icfbeginnersguide.pdf>, 2019.7.31 アクセス) (2002).

- 25) 厚生労働省：国際生活機能分類－国際障害分類改訂版（日本語版）の厚生労働省ホームページ掲載について (<http://www.mhlw.go.jp>, 2019.7.31 アクセス) (2002) .
- 26) 日本老年医学会：フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント (http://jpn-geriat-soc.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01pdf, 2019.7.31 アクセス) (2014).
- 27) ウヴェ・フリック：データとしてのナラティブ：エピソード・インタビュー．新版質的研究入門－〈人間の科学〉のための方法論－（ウヴェ・フリック著，小田博志監訳，小田博志，山本則子，春日常，宮地尚子訳），227-234，春秋社，東京（2014）．
- 28) Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al.: Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology*, 56A (3) : M146-M156 (2001) .
- 29) Woods AJ, Cohen RA, Pahor M: Cognitive Frailty: Frontiers and Challenges. In *White Book on Frailty*, ed. by Vellas B, 44-47 (<http://gamnetwork.org/documents/WHITEBOOKFRAILTY-USVERSION.pdf>., 2019.7.26 アクセス) (2016) .
- 30) Fitten IJ: Thinking about cognitive frailty. In *White Book on Frailty*, ed. by Vellas B, 66-69 (<http://gamnetwork.org/documents/WHITEBOOKFRAILTY-USVERSION.pdf>., 2019.7.26 アクセス) (2016) .

Qualitative Research on an Analytical Framework of Resilience among Community-Living Older Adults Facing-Health Related Adversities

Yumiko Kobayashi

(Institute for Gerontology, J. F. Oberlin University,
University of Human Arts and Science)

Hidehiro Sugisawa

(J. F. Oberlin University Graduate School of Gerontology)

Hisao Osada

(J. F. Oberlin University Graduate School of Gerontology)

Ryota Kariya

(Previous Doctoral Course of Gerontology, J. F. Oberlin University)

keizo Tonohara

(Institute for Gerontology, J. F. Oberlin University)

Fusako Ishihara

(Nishiarai Nursing School)

Keywords: resilience, life functioning, health-related, indirect effects, interactions.

An analytical framework for conducting quantitative research on resilience among community-living older adults facing health-related adversities was explored. The framework for recovering from declining health through Activities and Participation, Personality Factors such as Resilience, and Environmental Factors, which have mentioned in the International Classification of Functioning, Disability and Health. (ICF) , was examined by qualitative analysis of interview data. Moreover, Frailty was assigned as an indication of declining health. All the examples of Activity Limitations and Participation Restrictions in frail older adults, Activities, and Participation after recovery, as well as Environmental Factors, were extracted, summarized, and classified according to the first level of the ICF. The process of recovery from declining health was identified by comparing instances of the three factors and examining relationships among them, which suggested that Activities and Participation compensated for the decline of physical health facilitated by resilience. Finally, we developed a conceptual diagram describing the analytical framework, which displayed the indirect effects and interactions.