



Title	地域と生活に根差した高齢者の健康づくり活動の実証的研究：利尻島と東日本大震災被災地における聞き取り調査から
Author(s)	侘美, 俊輔
Degree Grantor	北海道大学
Degree Name	博士(教育学)
Dissertation Number	甲第13186号
Issue Date	2018-03-22
DOI	https://doi.org/10.14943/doctoral.k13186
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/70732
Type	doctoral thesis
File Information	Shunsuke_Takumi.pdf



博士学位申請論文

地域と生活に根差した高齢者の健康づくり活動の実証的研究

～利尻島と東日本大震災被災地における聞き取り調査から～

北海道大学大学院教育学院

08095013

侘美 俊輔

目 次

図表一覧	3
凡例	4
はじめに	5
第 1 章 本研究の背景と方法	17
1. 健康づくり活動における地域性	
－ 1. 国内外の健康づくり施策の変遷	
－ 1. WHO と厚労省，医学会が策定した健康づくり施策	
－ 2. 注目され始めた健康づくりの新たな要因	
－ 2. 地域におけるスポーツ活動を捉える視角	
－ 3. 地域における高齢者の運動，健康づくり活動を捉える視角	
2. 本論文の問題意識と目的	
3. 調査方法	
第 2 章 利尻島における健康づくり活動	33
はじめに	
1. 調査地の概要と調査方法	
－ 1. 調査地の概要	
－ 2. 調査方法	
2. 調査結果と考察	
－ 1. 高齢者の「夏場（漁や出面）」の生活と健康づくり活動	
－ 2. 高齢者の「冬場」の生活と健康づくり活動	
－ 3. 更なる課題と保健師たちの工夫	
－ 4. おわりに	
第 3 章 東日本大震災の被災地における健康づくり活動	56
はじめに	

1. 大規模災害を対象とした諸研究－「運動」とその指導者への注目－
 - － 1. 災害後（直後）を事例とした先行研究
 - － 2. 東日本大震災における被害状況と高齢者
 - － 3. 「健康づくり活動」の担い手　－健康運動指導士への期待
2. 調査対象と調査方法
 - － 1. N K会の「北海道・東北ブロック事業　平成 23 年度震災マニュアル作成提言検討会」の調査
 - － 2. 医療従事者や被災者支援をしていた専門家への調査
3. 調査結果
 - － 1. 避難所の実態
 - － 2. 震災を通して見た「運動」の重要性への気づき
 - － 3. 避難所での運動の実施
 - － 4. 震災時の運動指導からみえた災害時の新たな課題
 - － 5. 考　察
4. おわりに

第 4 章　総合考察	91
謝　　辞	97
副論文等一覧	99
文献一覧	101

図表一覧

図

- 2－1 北海道利尻島の地図
- 2－2 北海道利尻島と米の最北限

表

- 2－1 利尻島，札幌，東京の平均風速の比較
- 2－2 調査対象者と属性
- 3－1 調査対象者と保持資格

写真

- 1－1 避難所となった体育館における運動（体操）指導
- 2－1 昆布干し漁の様子
- 2－2 昆布漁終了後の出面さんたちの様子
- 2－3 利尻島における吹雪の状況
- 2－4 時化によるフェリーの欠航
- 2－5 利尻島における「吹き溜まり」後の除雪
- 3－1 避難所における体操指導（2011年，岩手）
- 3－2 仮設住宅の集会所におけるボールを使った運動（2013年，福島）
- 3－3 仮設住宅前にてタオルを使った運動（2013年，岩手）

凡 例

- ・本博士論文では、インタビュー調査の結果、「語り」をそのまま引用している。
なお、語りの引用中における（ ）は、筆者による注釈である。前後の文脈、方言の解釈など必要に応じて使用している。
- ・本博士論文において利用した「地図」は、フリー素材を利用し、それに筆者が加筆し、作成したものである。
- ・本博士論文で用いた写真は、原則として筆者が撮影したものである。それ以外の写真については、出典を明記している。
- ・本博士論文に引用した厚生労働省の資料の多くは、オンラインで閲覧、公表されている。厚生労働省ホームページからの引用は、文献一覧に URL と閲覧日を掲載している。
- ・前章で引用した文献については、「前章で引用した」となどと表記し、巻末の文献一覧においては、(再掲)としている。
- ・「」を使用して直接引用した文献については、著者、年数、ページ数を記載している。同じ段落で繰り返し引用した際には「(前掲書)」としている。

はじめに

本博士論文の目的は、地域と生活の視角から高齢者の「健康づくり活動」を実証的に検討し、「健康づくり運動」を含む「運動」を実施、継続するための要因や課題を検討することである。すなわち、「健康づくり活動」を「『身体活動』や『身体運動』など『運動』の実施者（高齢者）と、その実施のための環境を提供する運動指導者や支援者（医療従事者、専門職など）の取り組み」と捉え、考察を行う。

はじめに、「運動」と「健康」について 2 つの事実を確認する。1 つは、運動や健康づくりの政策的な位置づけについてである。日本国憲法の第 25 条の第 1 項において、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」とされ、健康を希求することはすべての国民に保障された権利の 1 つとして解釈される。従来から「健康の三原則」として「栄養、運動、休養」が謳われており、これらに関する様々なエビデンスが報告されてきた。さらに、「運動」は、「メタボリック・シンドローム」や、「ロコモティブ・シンドローム」の対策の 1 つとして、その重要性が増大している（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会、次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会、2012）。

もう 1 つは、社会科学的視点から「運動」や「健康」を取り上げる実践報告が少ない点である。我が国の体育・スポーツの研究領域において、「運動」と「健康」に関連付けたエビデンスは数多く報告されている。これらの大半は、医学、生理学、体力科学をバックボーンとした自然科学系の研究者による報告が多い。一例として 2017 年の「日本体育学会第 68 回大会」の学会報告では、社会科学的な質的研究によるアプローチ（体育哲学、体育史、体育社会学領域）から「運動」や「健康」を取りあげた報告は、極めて少ない（72 報告中 1 例（この 1 例も心理学モデルを利用））。また自然科学的な領域、エビデンスを取り入れた横断的な研究も見られない（一般社団法人日本体育学会、2017）。この事実は、学際的な領域である「体育・スポーツ分野」の利点を十分に生かし切れていないものと推察される。上記の 2 つの事実から、「運動」や「健康」を主軸とし、「健康づくり活動」を社会科学的な視点から取り上げる。この手法を用いる理由は、これまで主流とされてきた疫学、量的調査、介入研究などとは異なる。「健康づくり活動」に社会科学的な視点を取り入れる理由の 1 つは、住民の生活に目を向けることで「健康づくり活動」をより実

実践的な視点から捉えられるためである。もう1つは、「健康づくり活動」には「実施者」と「指導者」の双方がおり、相互の考え方や、そこで交わされる会話に目を向ける狙いがある。

「高齢者に対する運動の効果」について、医学的なエビデンスが多く掲載されている電子ジャーナルの1つである PubMed (2017年11月18日時点) を参照すると、①「effect of exercise (=運動の効果)」, ②「older adults (=高齢者)」として「and 検索」を実施した結果、3,173件がヒット、そのうち「Physical (=身体的)」に関するものが2,384本である。また①, ②による「and 検索」に、「Social (=社会的)」を追加してヒットしたものが307件、そのうち232件が直近10年以内で、そのうち162件は直近5年以内に公表された論文である。高齢者の運動の効果が自然科学的なアプローチが多いこと、同時にここ数年で社会的な要因への着目となされはじめていることを示唆している。

公衆衛生学者オランレワジュ (Olanrewaju) ら (2016) は、2000年から2016年の間に OECD 諸国における研究データベースを用いて、「Physical Activity=身体活動 (以下、PA とする)」の系統的レビューを実施した。彼らの問いは、①どのようにして実際に高齢者へ PA を実施させるのか、②PA を長期的に継続させるためにはどのようにするのかであった。その結論として、PA への長期的な参加を維持するためには、行動理論を用いてモデル化された個別介入が必要である。彼らの主張は、高齢者の日常的な活動以上の高いレベルの PA の実施を目的とすべきであると指摘する。

しかしながら、PubMed において、上述のアンド検索に「Qualitative research (=質的研究)」, 「Narrative (=ナラティブ)」のいずれかの1つを用いて再検索した結果、どちらの場合も10件に満たなかった。海外の PA や運動、公衆衛生学の研究者の中でも、「Social (=社会的)」への関心は高まりつつも、依然として量的研究が多く用いられており、質的研究による調査が十分なされているとはいえない。

上述のように、体育学の領域において、社会科学的方法論による「健康」を取り上げた研究は多くはないと考えられる。従来、「健康」は医学的方法論を用いながら、主に公衆衛生分野を中心に疫学的方法論を用いた研究や、「健康科学」などの自然科学的なアプローチからの研究が主流であった。これらは主に「量的研

究」とされる方法論を用いながら、大規模な質問紙調査や、介入研究、体力測定などを行いながらその研究成果が公開されてきた。ところが、松下（1989）や、園田（1989）による指摘がなされはじめた 1990 年前後から、保健師たちを中心に「ナラティブ」や「語り」に着目した「質的研究」が注目され始めた。松下（1989）による『健康学習とその展開 - 保健婦活動における住民の学習への援助 - 』は、保健師や社会教育関係者に広く読まれている著書の 1 つである。彼は「健康学習」の側面から、主体的な住民の学びや、住民を援助・組織化しようとする専門職の力量の内実を、住民の「自己管理の能力（松下，1989：pp.2）」をどのように構築するするのかという視点から指摘した。その功績は、公衆衛生学、現場の保健師たちに大きなインパクトを与えた。彼が指摘した住民の主体的な学び、専門職としての援助・組織化のあり方など示唆に富むものの、主眼はあくまで「学習」の過程である。よって、彼は体育・スポーツ領域の研究者が主眼とする「運動」を中心に論旨を構成していない。とはいえ、松下が提示した実践に即した専門職の援助のあり方などは示唆に富むものが多く、「健康づくり活動」や「運動」を捉える上でも重要な視点を提示するものと推察される。

園田（1989）は、かねてより日常生活における健康への取り組みや健康づくりの重要性が指摘されるにつれ、個々人の行動や生活にのみ目が向けられ、身の回りの環境を軽視することが多くなると指摘する。また、園田は健康を保持増進する責任を個人に求め、それができないものを非難していると批判し、「個人のつながりやコミュニティの結びつきも重視し、さらには生活全体の関連性に着目した生態学的接近なども強いられてきたことにより、新たな広がりを示す段階を迎えている（園田，1989：P.9）」と指摘した。園田の指摘から約 30 年を経た現代社会は、健康社会学、医療社会学など「新たな広がりを示す」知見が徐々に報告されている（山崎，2001）。

渡辺ら（2001）は、質的研究の重要性について、①「人間の行動の認知の過程は断片的に評価するのではなく連続体として評価すべきであること（渡辺ら，2001：P.355）」、②「質的研究法を扱うことが人間行動を理解するための最良の方法論ではないにしろ、少なくともあらゆる手法を用いることによって、人間の行動に影響を与える要因をより理解することが可能（前掲書）」と述べている。この背景には、医学、疫学的なモデル、すなわち「個」をターゲットにミクロの世界のメカニズム

を解明した近代医学のモデル、健康教育（啓蒙）による 1 つの限界が見えたものと推察される．日本の健康づくり施策などを参照するに、運動の実施率、喫煙率、塩分摂取量など改善が必要とされる数値は、提供されるエビデンスや、健康教育（啓蒙）によって即時的な解決を見たものは少ない．渡辺らが指摘するように「連続体として評価する（前掲書）」ことで、量的研究とは異なる質的研究の方法論的アプローチが可能になると考えられる．

ここまで提示したように、「運動」や「健康」は、我々が生活する上で重要なものである．ところが、運動に関係する「健康づくり」、「スポーツ」などの用語の定義は、「スポーツ」、「体育」、「健康づくり運動」、「健康スポーツ」、「身体活動」、「フィジカル・アクティビティ」など“身体を意図的・意識的に動かす行為”についての様々な名称、定義、差異化がなされている．とりわけ自然科学系の体育・スポーツの研究領域では、上述の議論において「ある程度の共通理解」がなされている．しかしながら、社会科学的な手法を用いる研究領域では、一様に収束の方向性が見えないまま推移している．例えば、「健康を志向した身体を動かす行為」は、「スポーツ活動」、「健康づくり運動」、「健康スポーツ」というように論者や研究視角によって異なる定義がなされている．このように「スポーツ」や、「運動」と一般的に良く用いられる用語は、アカデミズムの場においても文脈や、実態に応じて多義的に使用されている．

さらに、竹島ら（2016）は、PA の季節性や地域性について、以下の 3 つを指摘している．第 1 に、「厚生労働省が示す PA の指針などは、大規模調査によって行われているものの、一つの基準または平均値のみで示される（竹島ら，2016：P.2）」ことが多い点である．第 2 に、「北海道においては冬に凍結した道路により、転倒へのリスクが急増（前掲書）」し、「鹿児島では夏の炎天下にウォーキングをおこなうことは難し（前掲書）」く、日常生活での歩行速度や質が変わることが多いとされる．よって、「通年で同じ PA の実践や運動習慣を、一定に維持できるかどうかには、それぞれの地域で異なる課題（前掲書）」がある点である．第 3 に、狭い国土とはいえ南北に 3,000km に亘る長い日本列島では、「地域により季節の影響も含め、PA に大きな違いが生じていることが考えられる（前掲書）」と指摘し、運動の実施における「季節性」や「地域性」への配慮を促している．この竹島の指摘する点は、本博士論文においても重要な示唆を与える．とりわけ、北海道の離島や、被災地と

いう条件不利地域では、大規模調査によって提示された「平均値」、「1つの基準」からは排除される。また、積雪寒冷地や、夏場の熱中症が予想される状況下での運動に際して、季節性への考慮、注目も必要となる。

調査対象と本博士論文の構成について

地域と生活の視角から高齢者の「健康づくり活動」を実証的に検討し、「健康づくり運動」を含む「運動」を実施、継続するための要因や課題を検討するために、筆者は北海道利尻島、ならびに東日本大震災後の被災地の2つの地域における健康づくり活動を調査対象とした。

我が国では「離島高齢者」の生活や健康づくり活動に着目した先行研究が十分に蓄積されているとは言えない。例えば鹿屋体育大学生涯スポーツ実践センター（2004）では、「鹿児島県中種子町健康セミナー参加者の健康・体力状況に関する研究」の報告書を刊行している。この中では、3回にわたる体力測定、アンケート調査、ライフコーダーを利用したデータがまとめられているが、離島の高齢者の特性を明らかにするものではない。そのため、離島高齢者がどのような生活実態なのか定かではない。他の研究成果として、黒後ら（2012）の研究では、宮城県内離島の在宅男性高齢者の運動能力が低下していないのは、漁業への従事が困難になると島を離れ、「運動能力の高い男性が島に残る（黒後ら、2012：P.648）」ためとされる。しかしながら、離島の高齢者の健康ならびに健康づくり活動を十分に明らかにしているとは言えない。このように離島をフィールドとした運動や体力測定による調査研究は僅かながらなされているが、その質、量ともに十分に行われていると言いはない。とりわけ、北海道の離島で生活している高齢者の暮らし、「健康づくり運動」、「健康づくり活動」や、季節による暮らしの変化に焦点化した先行研究は多くはない。

離島の住民は、地理的、環境的条件では一部不利な部分も見受けられるが、離島振興法により施設、交通インフラ、住民サービスなどの手厚い行政からの支援が受けられる。ところが、淡路島や瀬戸内海のような離島と比較し、北海道の離島（北方領土を除く）は、本土から数十キロ沖合に位置する。本土との交通、物資の輸送は、フェリー輸送が中心である。地理的、時間的距離、採算性から北海道の離島では、民間事業者による参入がほとんど見られない業種も多い。そのため離島では厳

しい環境の中で、彼らなりに「無いもの」は住民同士の協力により自ら作り出すなど、生活において都市部高齢者の生活様式とは異なる代替的なものや、仕組みを生み出す必然性があるものと推察される。

彼らの生活において特徴的なものの1つは、「出面（でめん）」と呼ばれるほぼすべての島民が漁師の下で行う、昆布干し、昆布集め、ウニ剥きなどの労働である。この出面で注目すべきところは、①体力レベルや、性別、年齢に応じた様々な仕事を用意されている点、②労働のあとに漁師から軽食や飲料が振舞われ、簡単な井戸端会議、サロンのような位置づけである点があげられる。このように高齢者も含めた全島民による労働となっている点は、利尻島における地縁、コミュニティの維持に大きな役割を担っているものと推察される。

上述のように、豊かな自然に囲まれながらも、地理的、環境的には厳しい条件にある。しかしながら利尻島は、1990年代に「長寿の島」と呼ばれたこともあり（北海道新聞、1997年9月8日夕刊）、条件の不利を克服する何らかの生活上の秘訣、知恵、食事（食材）などがあるものと推察される。「出面」の仕組みや、高齢者の中で伝承されてきたもの、彼らの「創造性」を発揮して生み出してきたものがあるものと考えられる。利尻島高齢者の生活を「健康づくり活動」の視角から研究対象とする意義がここにある。

東日本大震災は、ここ数年では最も広範囲、かつ甚大な被害をもたらした大規模災害の1つと言え、福島第一原子力発電所事故による放射性物質による影響は、これまでに我が国では経験したことがない被害、避難生活の長期化、補償問題を発生させた。東日本大震災から6年余りが経過し、自然科学、社会科学を問わず、様々な研究者によって研究成果が報告されている。

しかしながら、「運動」を取り扱うエビデンスが不十分であると言わざるを得ない。エコノミークラス症候群への対策から「適度な運動」の重要性は認知されるようになってきたものの、実際に誰が、どのようになど具体的な実践レベル、実践状況を取り扱う研究はほとんど見られない。被災者は、これまでの生活基盤が大きく瓦解し、ストレス、緊張状態での避難生活を余儀なくされている。生活基盤において重要なコミュニティ、人間関係などの社会的なつながりの多くが瓦解しており、身体的な健康と同様に、精神的、社会的な健康状態への配慮も必要と推察される。こうした状況下では、運動指導者も「通常時の指導」とは異なる対応や配慮が求め

られる．エコノミークラス症候群対策としての啓蒙のみでは，運動指導者たちが対峙した実践知への注目がなされなくなる．そこで，筆者は，岩手県，宮城県，福島県とその近隣の運動指導者，避難所における運営者など多様な被災者支援にあたり，かつ自身も被災者という 2 つの立場で葛藤した運動や被災者支援の専門家への調査を実施した．写真 1－1 のように，被災地では非常時，非日常的な状況下ではあるが，このような緊急時においても「健康づくり運動」が実施されていた．



写真 1－1 避難所となった体育館における運動（体操）指導

（藤野恵美氏提供）

このような「健康づくり運動」が重要であることは，拙稿（侘美，2013，2014a，2014b，2015 など参照）において指摘している．避難所における生活，さらに災害復興住宅など元の生活に戻りきれず，長期化する復興への道のりの中で「健康づくり活動」は，どのように実施し，継続されたのであろうか．災害発生後からの「健康づくり活動」の現状と課題を把握することで，今後の災害発生後の実践知として有益なものになると推察される．

次に高齢者の現状と本博士論文において取り上げる意義についてである．内閣府

の『平成 29 年度高齢社会白書』（2017）によると、2016 年 10 月現在、我が国の高齢化率は、27.3%である。いわゆる「団塊の世代」が 65 歳以上に達し、その増加は一定の落ち着きを見せている。しかしながら、出生率の低下もあり、今後も高齢化率は上昇することが予想されている。2015 年現在の高齢化率は、最も高い秋田県で 33.8%、最も低い沖縄県で 19.6%となっている。今後、高齢化率は、すべての都道府県で上昇し、2040 年には、最も高い秋田県では 43.8%となり、最も低い沖縄県でも、30%を超えて 30.3%に達すると見込まれている。また総務省統計局（2016）の「平成 27 年国勢調査」によると、65 歳以上の一人暮らし高齢者の増加は顕著である。高齢者人口に占める「一人暮らし高齢者」の割合は、1980 年には男性 4.3%、女性 11.2%であったが、2015 年の調査結果では男性が 13.3%、女性 21.1%と、「65 歳以上人口の 6 人に 1 人が一人暮らし（総務省統計局、2016：P.43）」という状況である。

以下では、高齢者の身体面や社会的機能の特徴について整理する。一般に高齢者は、若年者に比べて病気の罹患率が高く、複数の慢性疾患を抱えることも少なくない。また、少子化、核家族化の進展に伴い、独居生活をする高齢者も増えている（竹島ら、2006）。このような状況への対処法として、運動や活動を向上させる取り組みへ積極的に参加することは、結果的に平均余命を高め、怪我や障害を減らすことが期待され、高騰し続けるヘルスケアや医療費の軽減も期待できる（竹島ら、2006）。また近年では加齢に伴う筋量の低下を「サルコペニア」と呼び、そのメカニズムの解明や、運動介入の効果が徐々に解明されている（宮地ら、2011）。同様に 2000 年以降、「虚弱（Frailty）」高齢者と運動の関連性の研究も盛んである。新井ら（2003）によると、虚弱な高齢者においても「高負荷の筋肉トレーニングによって体力諸要素の改善が見られる（新井ら、2003：P.377）」とされる。他にも高齢者における運動（身体活動量）の社会的効果（WHO、1996）として、直接的な効果として①高齢者の活力回復、②社会と文化的な統合の推進、長期的な効果として i）社会貢献、社会的活動への積極的な参加、ii）新しい仲間、友だちづくり、iii）社会や文化的ネットワークの拡大、iv）役割の維持と新たな役割の取得、v）社会規範、否定的な加齢感やステレオタイプな考え方の軽減などがあげられる。活動的なライフスタイルは、「自立を維持し、病気や障害に罹りにくい状況をつくり、結果的に医療費などの軽減に貢献する可能性は高い。身体的に活動的な高齢者は、生産的であり続

けることによって社会により多く貢献（竹島ら，2006：pp.16）」できる。

高齢者の社会参加や社会関係をはじめとする生活に根差した研究は，社会学者や，公衆衛生の研究者らによって様々な角度からなされてきた．例えば，都市部では，ライフスタイルの変化に対応して，人々の関係形成にも変化が見られるとし，「自己を拘束する関係に変えて自らを選択しうる関係を求める（森岡，1992：pp.308）」ようになってきたことを明らかにしている（森岡，1992）．特に，女性に比べて一般的に社会参加が少ないとされることが多い男性高齢者の場合，趣味は社会関係の発生によりつながりが構築される契機としての機能を強く持っていることが示されている（矢部，2002）．かつては「向こう三軒両隣」や町内会の組織率の高さなどから地域的なつながりは極めて強固なものであった．しかしながら，現代では「孤独死」や「無縁社会」という言葉が一般的なものとなりつつある．そのため，地域社会の希薄化が切実なものとなり，不安を抱えながら生活している高齢者も少なくない（内閣府，2016）．都市部においては，高齢者が退職すると，それまで築いてきた人間関係が変化し，とりわけ男性は「社縁」が無くなってしまうなど，人間関係のあり方が変わってしまう場合がみられる．ところが，農村の場合は社会関係の在り方が異なっている．岸と築島（1999）によると，「全国の農村に共通してみられる問題として，過疎化が進み，マンパワーや財源の不足のため，社会的介護の提供が困難であり，地域に合わせた工夫が必要になってくる（岸，築島，1999：P.823）」と指摘されている．彼らは，札幌市，夕張市，鷹栖町の高齢者に健康状態や，社会参加，ソーシャル・ネットワークなどの社会的側面の質問紙調査を実施している．3地区の比較研究から，近隣との交流は，札幌と比較して夕張と鷹栖で多く，「札幌の一人暮らし高齢者の割合も高いために，むしろ都市部の高齢者が課題（前掲書：P.824）」と指摘している．このように都市部と農村部を比較した場合，農村部は「ソーシャル・ネットワーク」，「社会参加」など比較的強固な人間関係が見られる．

近年では，高齢者の「閉じこもり」は，都市部や農村部においても1つの社会問題となっている．閉じこもりの概念，定義はさまざまであり，現時点でも統一された定義はないが，新開（2000）による『ヘルスアセスメントマニュアルー生活習慣病・要介護状態予防のために』では，「1日のほとんどを家の中あるいはその周辺（庭先程度）で過ごし，日常の生活行動範囲がきわめて縮小した状態（新開，2000：p.113）」と定義されている．新開（2008）によると，閉じこもりは「その状態が続

くと歩行障害や認知機能障害を起こしやすく、要介護状態となるリスクが高い（新開，2008：P.375）」こと、「孤独死の背景となっている可能性が高い」ことの2点を指摘する．さらに新開の研究では、外出頻度と歩行障害の発生リスクや、生活空間の広さと健康度の関連性を指摘している．このことから、高齢者の社会参加やライフスタイルは健康と関係しており、アクティブなライフスタイルが求められている．また、東日本大震災などの生活空間が劇的に変化する災害が発生した地域においては、高齢者の「孤独死」をはじめとする「災害関連死」の存在も明らかとなっている（朝日新聞，2012年7月11日）．

これらの先行研究を踏まえると、高齢者が「運動」を実施することは、単なる啓蒙、教室の開催で簡単に解決できるものではなく、彼らの生活の論理を踏まえ、そこを起点に議論をする必要があるのではないだろうか．

以下、第1章では、先行研究の整理を行う．健康づくり施策の流れや、地域におけるスポーツ、健康づくり運動を概観する．その上で、本博士論文における目的、調査対象、調査方法について提示する．

第2章では、離島における高齢者の「健康づくり活動」を高齢者や保健師への語りから実証的に分析する．その実践的課題を明らかにするために北海道利尻島の事例を分析する．利尻島ではその地理的な特性、歴史的な経過から地域における人間関係が非常に深い．特に、漁業を中心とした地縁的な関係や、高齢者も労働している地縁的なつながりが存在する．そこで行われている活動は、「平均値」や「施策」で描かれる「運動」とは異なる運動のケーススタディとなると考えられる．この事例の分析をとおして、離島における「運動」や「健康づくり活動」の意義、季節による生活の違いが明確に現れる生活の分析を行う．

第3章では、第1章で検討した枠組みに基づいて、災害によって人間関係が大きく変容した、東日本大震災の被災地を取り上げる．とりわけ広範囲にかつ、「立ち入り禁止区域」が設けられるなどその生活が一変した東北地方における高齢者の「運動」を調査対象として、①地域における「運動」の指導者、「健康づくり活動」の実施者と推察される「健康運動指導士」を事例とする．②保健師、避難所運営者や、災害ボランティア、NPO法人など復興支援団体への調査を試みる．この2つの調査対象者への調査結果の分析を通して、大規模災害発生後という「非日常的な地域」における「健康づくり活動」の実施の現状や課題について分析を行う．

終章では、各章の成果をまとめた上で、2つの事例から検討し、第1に「地域における健康づくり活動」を実施するための条件を明らかにする。その上で第2に「平均値」や「基準」という“ものさし”の中で見られる「運動」とは異なる、地域に固有の論理や環境に配慮した「健康づくり活動」のあり方を考察する。

本稿では4つのキーワードを定義する。厚生労働省や日本の健康づくり施策では、「エクササイズガイド2006」以降、「身体活動＝生活活動＋運動」と定義される。本稿もその定義に依拠しながら、以下の4つを使用する。

①「PA」には、「身体運動（Exercise）」を含むものとする。この定義は、第1章でも確認するが、日本の厚生労働省が提示したエクササイズガイド、健康日本21（第2次）などにおいて採用されている。現在では、こうした「身体活動（PA）」の増加が健康づくりの鍵（竹島ら、2016：P.1）」という見方が世界的に支持され、定着してきている（竹島ら、2016）。厚生労働省が公表している「身体活動基準2013（概要）」では、高齢者は、「強度を問わず、身体活動を毎日40分間」が求められている⁽¹⁾。

②「運動」は、本博士論文の実践の現場や語りの中で頻繁に登場する。従来「運動」には、サッカー、バスケットボール、ヨガ、エアロビクス、体操など体力の維持・向上を目的とし意図的、計画的に実施するものを指す。しかしながら、本博士論文においては、特に断りがない限り、「軽い体操」、「軽運動」、「ストレッチ」、「ラジオ体操」、「ウォーキング」など、後述の「健康づくり運動」という意味で用いる。

③「健康づくり運動」は、厚生労働省の施策や、前述の「身体運動」などで想定されている＜運動＞を、より限定的、かつ具体的に示す際に用いる。②において筆者が限定した狭義の「運動」とする。ここでは競技志向性の強いマスタース選手権のような「勝ち負け」や、「自己記録の追及」を目的としたものは含まれない。本博士論文では競技性、競争性の高い＜運動＞種目は「スポーツ」と表記し、「健康づくり運動」と区別して用いる。また指導者との「教師－受講生」といった明確な教授関係が発生するものも除外する。高齢者の場合には、ウォーキング、ヨガ、ストレッチ、パークゴルフ、ゲートボールなど自発的、意識的に行われている「運動」が想定される。なお本博士論文において＜運動＞は厚生労働省がいうサッカー、ヨガ、エアロビクスなど広義の概念として、「運動」は筆者のいう狭義のものとして使用する。

④「健康づくり活動」とは、「身体活動」や「身体運動」など「運動」の実施者（高齢者）と、その実施のための環境を提供する運動指導者や支援者（医療従事者，専門職など）の取り組みを含む際に用いる。

註

(1)厚生労働省，「身体活動基準 2013（概要）」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002xple-att/2r9852000002xppb.pdf>

（2018 年 1 月 1 日閲覧）

第 1 章 本研究の背景と方法

1. 健康づくり活動における地域性

1-1. 国内外の健康づくり施策の変遷

1-1-1. WHO と厚労省、医学会が策定した健康づくり施策

WHO は、1946 年に「健康とは、単に病気、あるいは虚弱ではないというだけでなく、肉体的、精神的、社会的に完全に良好な状態（well-being）⁽¹⁾」と定義している。このように「健康の定義」が制定され、以降、WHO は様々な健康づくりの指針を公表してきた。以下では、時系列に沿いながら、世界と日本における健康づくり施策の変遷について概観する。

1978 年には、旧ソ連（現在のカザフスタン）のアルマ・アタで開催されたプライマリ・ヘルスケア国際会議において「アルマ・アタ宣言」を提唱した。ここでは公平な健康の確保とヘルスプロモーション・疾病予防を提唱しており、その目標を西暦 2000 年までに世界中の人々によって、社会的、経済的に生産的な生活をおくることのできる健康水準の達成としている。日本においてもこれを契機に、国、地方自治体、医師などが「プライマリ・ヘルスケア」に関する様々な活動を展開した（WHO, 1978）。

WHO は、1986 年にカナダのオタワにおいて「第 1 回ヘルスプロモーション会議」を開催し、「ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである⁽²⁾」と定義し、健康は、生きる目的ではなく生活の資源であることを強調している。湯浅ら（2006）によれば、ヘルスプロモーションの基礎的概念には、健康は「生活の場で形づくられる（湯浅ら、2006：P.4）」という考え方がある。健康に影響を与える要因には社会規範、人間関係、家族、社会活動なども含むとされており、ヘルスプロモーションは「視野狭窄に陥りかけていた健康政策に斬新でかつ健康に関する本質的な概念を提起した（前掲書：P.3）」と評価している。

我が国において 1988 年からは、「第二次国民健康づくり対策（アクティブ 80 ヘルスプラン）」が開始され、生活習慣の改善による疾病予防や健康増進の考え方が発展した。この時代から国民の健康への意識の高まりが認められ、従来の早期発見、早期治療から生活習慣の定着を図ることにより、疾病そのものの予防や健康増進が

図られる一次予防へとシフトした。この背景には、カナダの厚生大臣ラロンドによる「ラロンド報告」による影響があると考えられる。この中では、死亡と疾患の大きな原因は、生物医学的な特性にあるのではなく、環境的な要因、個人の行動、そしてライフスタイルにあるという報告があり、個人へと偏りがちだった健康づくりの視点を、個人と環境の両方へ向けさせる上で、大きな役割を果たしたことがあげられる（M. Lalonde, 1974）。ここまでを整理すると、従来日本の健康づくり対策は、疾病の予防、早期発見、生活習慣の是正など「個」に重点がおかれてきた。1980年代後半に提唱された「ヘルスプロモーション」や「ラロンド報告」において、健康づくり対策の視点を個人と同様に「環境」へと目を向けることが提唱されはじめた。1990年代までの我が国における健康づくり対策は、WHOや欧米の政策の流れに呼応しながら、その政策を変遷させてきた。しかしながら、当時は「医学的な個」のエビデンスや啓蒙を重視する考え方が強かったと推察される。したがって、現在のような社会科学的な方法論を取り入れたエビデンスは少なく、「生活」や「ライフスタイル」への注目は萌芽的な段階であったと考えられる。

2000年から第三次国民健康づくり対策「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」がスタートし 2005年には、「健康日本 21」の中間とりまとめが行なわれた（厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会，2005；2007）。中間とりまとめでは、日常生活における歩数など重要項目として掲げた多くの事項において、ベースラインより改善しておらず、むしろ策定時の 2000 年より悪化しているものが多かった。この結果を受け、具体的な施策プログラムとして新たなスローガン「1 に運動，2 に食事，しっかり禁煙，最後にクスリ⁽³⁾」を提示した。初めて健康づくり対策の項目が「序列化」され、「運動」が 1 番目に順位づけられることとなった。またこの年、日本動脈硬化学会をはじめとした 8 学会が協同でメタボリックシンドロームの診断基準を策定して公表し、短時間に「メタボ」という言葉は、国民的な理解を得るまでに広まった。

2006 年 7 月には「健康づくりのための運動指針 2006（エクササイズガイド）」が発表された。エクササイズガイドにおいては 2 つ注目する点がある。第 1 に、運動を継続させるための動機づけ支援、さらには逆戻りを予防する目的から「行動変容」という考え方が導入され、個人の運動に対する意識を変化させることが運動の継続につながるという考え方が強められてきた。エクササイズガイドにおける行動

変容とは、始める、続ける、逆戻りを予防することに対する意図的な「しかけ作り」とされ、身体活動・運動を継続させていくことが念頭に置かれている。第2に、①「身体活動」として「安静にしている状態より多くのエネルギーを消費する全ての動き（厚生労働省（運動所要量・運動指針の策定検討会），2006：P.5）」、②「運動」として「身体活動のうち、体力の維持・向上を目的として計画的・意図的に実施するもの（前掲書）」、③「生活活動」として、「身体活動のうち、運動以外のものをいい、職業活動上のものも含（前掲書）」むと定義された。従来、健康づくりの文脈では、ウォーキングやジョギングといった「運動」のみに焦点が当てられていた中で、「生活活動」と定義された日常生活の歩数増加が求められた。

2007年、日本整形外科学会は、人類が経験したことのない超高齢社会・日本の未来を見据え、「運動器の障害のために移動機能の低下をきたした状態＝『ロコモティブ・シンドローム（略称：ロコモ，和名：運動器症候群）』（⁴）」を提唱した。「ロコモは筋肉、骨、関節、軟骨、椎間板といった運動器のいずれか、あるいは複数に障害が起こり、『立つ』『歩く』といった機能が低下している状態をいいます。進行すると日常生活にも支障が生じてきます（⁵）」とされている。我が国では、このように生活習慣病、メタボリックシンドロームやロコモティブ・シンドロームなどの対策として様々な健康づくり施策が実施されている。

1-1-2. 注目され始めた健康づくりの新たな要因

2013年、「健康日本21（第二次）」がスタートし、基本方針としては、「健康寿命の延伸と健康格差の縮小（厚生労働省，2012：P.2）」、「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底（前掲書：P.2）」、「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上（前掲書：P.3）」、「健康を支え、守るための社会環境の整備（前掲書：P.3）」などの目標設定と評価や普及活動することが盛り込まれている。また、「住民が運動しやすいまちづくり，環境整備に取り組む自治体の増加（前掲書：P.12）」が示されている。さらに注目すべき点は、「ソーシャル・キャピタル」や「健康格差」など、従来の健康づくり施策に盛り込まれていなかった新しい施策が盛り込まれている。このように施策の中に次々にまちづくりや社会環境の整備など、従来の健康づくり施策の文脈では注目されてこなかった「地域における生活」が着目されるようになってきた。これまで健康科学や医学では個体レベル，生理学レベルでの研究が中心

的な位置を占めていた。しかしながら、20 世紀後半以来、人びとの健康や病気が、社会的、経済的、政治的、環境的な条件に影響を受けることが広く認められるようになってきた。このような背景が「健康日本 21 (第二次)」にも大きな影響を与え、とりわけ生活の基盤である「地域における健康づくり対策」への注目が高まりつつある。この背景には下記の 2 つの議論が影響を与えていると考えられる。

1 つは、「社会的決定要因」の議論である。WHO 欧州地域事務局(=Regional Office for Europe)は、「健康の社会的決定要因 (=Social determinants of health ; WHO Regional Office for Europe,2003:P.5)に関する意識の向上を目的として、1998 年より『ソリッド・ファクツ (THE SOLID FACTS)』を公表し、2003 年には『ソリッド・ファクツ』第 2 版 (WHO, 2003) を刊行している。例えば WHO の「ソリッド・ファクツ」の第 2 版においては、社会格差、ストレス、幼少期、社会的排除、労働、失業、社会的支援、薬物依存、食品、交通の 10 項目が健康の社会的決定要因として挙げられている (WHO, 2003)。国際的な動向においても、カナダ公衆衛生機関や WHO などの諸機関では、健康の社会的決定要因が集団や個人の快適な暮らしに大きな影響をもたらすことを表明している。1980 年代後半以降、集団の健康の改善や個体レベルにおける研究の限界が見られるにつれ、公衆衛生の研究において社会学などの社会科学分野との連携が進み、「健康の社会的決定要因」の調査に焦点が当てられている。近藤 (2011) は、「健康の社会的決定要因」の重視は、公衆衛生の分野において、「プライマリヘルスケアやヘルスプロモーションに匹敵する 10 年単位でみるべき大きな潮流の変化 (近藤, 2011 : P.550)」とのべ、「1. 医学・医療技術の限界, 2. 生活習慣変容の難しさ, 3. 健康格差 (前掲書)」の 3 つを指摘している。

もう 1 つは、2010 年以降、公衆衛生をはじめとする医学分野において注目されている「健康格差」や「ソーシャル・キャピタル (Social Capital)」の議論である。

「健康格差」の議論では、近藤らによる大規模な疫学調査が実施されている。近藤 (2010) によると、うつ状態と所得において、最低所得層の 65-69 歳の男性高齢者においてうつ病の発症が 6.9 倍高いことや、閉じこもり状態の高齢者も等価所得 (200 万未満) や教育年数 (6 年未満) など社会階層が低い人ほど、社会的ネットワークが乏しくなり、社会的孤立が増加することも報告されている。

このような「健康格差問題」への注目と同時に、その解決策の 1 つとして「健康

づくりとソーシャル・キャピタル」を組み合わせた議論が注目され、その手法や妥当性が確立されつつある。ソーシャル・キャピタルとは、「調整された諸活動を活発にすることによって、社会の効率性を改善できる、信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴 (R.パットナム, 2001: 206-207)」とされる。我が国では「健康日本 21 (第二次)」において、「健康格差の縮小」と「ソーシャル・キャピタル」など「社会環境の質の向上」が明示された。とりわけ公衆衛生学分野を中心に、「ソーシャルキャピタルと健康」を関連させた実証研究が数多く報告されるようになった。その理由として、井上と松本 (2015) は、「個人および集団が他者との双方向のつながりを通じて何らかの利益や成果を得ることができるという理論 (井上, 松本, 2015: P.724)」としてソーシャルキャピタルが注目されるようになったと指摘する。2015 年には「健康の社会的決定要因に関する国内外の調査研究動向—ソーシャル・キャピタル編」(公益財団法人医療科学研究所自主研究委員会, 2015) によって、大規模な学際的なレビューが行われ、ソーシャル・キャピタルと健康との関連性が検討されている。現在、ソーシャル・キャピタルと健康をテーマにした実証研究、介入研究も見られはじめている (I.カワチ, S.V.スブラマニアン, D.キム, 2008; D.P.アルドリッチ, 2015; 福本, 田中, 佐藤, 2016; 森, 井口, 横田, 2016; 佐藤, 都竹, 正見, 2016)。例えば、D.P.アルドリッチ (2015) による『災害復興におけるソーシャル・キャピタルの役割とは何か: 地域再建とレジリエンスの構築』では、災害救援と社会、災害対応と市民参加、被災者とソーシャル・ネットワーク、ソーシャル・キャピタルの 4 つをキーワードに、インタビューによる質的調査とデータによる量的分析から、コミュニティのレジリエンスを考察している。災害は地域の基盤を一瞬にして破壊する。そのため、地域社会、コミュニティ、ソーシャル・キャピタルなどで測定される「地域力」の重要性が問われている。個人化、過疎化が進展している我が国では、東日本大震災の際に、地域やコミュニティの「つながり」の欠如を突き付けられた。今後は、高齢者の運動、スポーツや、健康づくり活動においても、地域におけるソーシャル・キャピタル、生活環境、地域特性などを取り入れた多面的な考察が必要と考えられる。

最後に、「健康づくり」を考えるうえでもう 1 つ注目したいのは季節性である。PA には季節変動が生じるという報告がある。マシューズら (Matthews et al.: 2001) によれば、アメリカのマサチューセッツ州で 20 歳から 70 歳までの男女 580 人の

PA を 1 年間調査したところ、PA は冬よりも夏に増加すると指摘する。前述の竹島ら（2016）は、北海道、東京および鹿児島に在住している中年男性を対象に、3 軸式加速度計を用いて四季の PA（量：1 日あたりのエネルギー消費量および歩数；質：1 日あたりの中強度時間）を調べ、地域差と季節差について検討した。その結果から、PA の量や質には少なからず地域差や季節差がみられた。これまで至適な PA の指針は、例えば 1 日 1 万歩などと一律に示されることが多いが、今回の調査から、地域や季節によって異なることが示された。このため健康づくりのための目標値や運動プログラムの組み立てなどには、地域性や季節性の影響を考慮して設定する必要性を指摘している。

以上の国内外の先行研究、健康づくり施策を整理すると、①健康づくりにおける予防医学の重視、②健康づくりにおける運動実施の重視、③健康づくりにおける地域性、季節性を含めた日常生活への注目と変遷している。これらを踏まえるならば、「健康づくり活動」を「生活」の視点から捉える意義はあるものと考えられる。

1-2. 地域におけるスポーツ活動を捉える視角

本博士論文では、健康づくり活動を生活に根差した高齢者の語りから分析することを目指している。そこで、参考となる 1 つの研究成果が、地域におけるスポーツ活動を地域性、生活レベルから実証的に捉えた先行研究である。これらは、体育社会学の研究者による功績が大きいと考えられる（松村，1993；松村＝編 1997；大沼，1996；石岡，2012）。特に、社会学的な視角から、地域におけるスポーツ実践を日常生活のレベルから実証的に追いつけたものの 1 つとして、松村（1993）の『地域づくりとスポーツの社会学』があげられる。松村は、スポーツ活動を捉える視角として、地域の具体的な日常生活およびその基盤に立った「暮らしの場（松村，1993：pp.8）」から捉えることを提唱し、農山村地域のスポーツ実践を描いている。すなわち、スポーツを「超近代的虚構としての力の表象（前掲書：pp.5）」として定義し、地域を変容させるスポーツを構造的に分析している。さらに宮城県涌谷町にあった洞ヶ崎地区を対象としたコミュニティスポーツの事例研究において、「スポーツに参加する主体は『個人』と考えることが常識！？（前掲書：pp.23）」であるが、スポーツは「生活者のシステム」に支えられていることの重要性を説いている。彼はママさんバレーを事例に、地域住民による運動やスポーツ活動をスポーツ選手、運

動者としてではなく、「生活者の論理（前掲書：pp.16）」として地域社会のもつ規定力，構造的変化を分析した．

後藤（2014）は，徳野（2011）により提唱されていた「生活論アプローチ」から，「人びとの生活に近いところ（後藤，2014：pp.21）」でスポーツの可能性と限界を議論している．現代社会において健康との関係を強めていくスポーツは，「自立した個人生活の特徴とする都市的な生活と親和的であり，都市化の進展とともにスポーツは，どのような地域へも拡散していく（前掲書：pp.224）」とされる．さらにその時，スポーツが持つ固有な性格ゆえ「スポーツのみで切り結ばれた関係性が，地域の生活の中で引き継がれてきた関係性と接合していくことは非常に困難（前掲書：pp.224）」であることを指摘している．つまり，健康とスポーツは，都市的な生活と親和的であり，農村などの地縁組織が強固な生活には馴染まないものと理解されている．しかし，実際に農村でもスポーツや，健康づくり活動の実践は行われており，後藤の指摘は都市的生活に立脚したものと考えられる．

上述の松村とともに洞ヶ崎地区の共同研究をした前田（2006）は，別の論考において地域スポーツ実践を見る視座として，W. ハナーズ（1999）の「周辺文化のためのシナリオ」を引用し，「グローバルな文化の受容による影響が，周縁においてこそ最も端的にあらわれる（前田，2006：pp.181）」とするならば，「日本の周縁にこそ視座を据えるべきであろう（前掲書）」と指摘する．さらに周縁において「日常的な実践を営む具体的な人々に焦点を当てることで，スポーツをめぐるグローバリゼーションの影響と人々の対応がより明確に見えてくるはずである（前掲書）」と指摘する．この論考では，別海町におけるスケート少年団を事例とした．スケート少年団を支える保護者や，住民たちの実践や工夫に注目し，彼らの「創造性（前掲書：pp.182）」を描き出した．そこには「均質化されるシナリオ」と異なる「創造性」が発揮された実践があることを指摘した．

また，北海道の地域スポーツや，ニュースポーツに関する研究の中で，笹瀬（1992）は「北海道の大半を占める農村部において，地域と生活に根ざすという視点から見て注目される地道な活動やユニークで力強い実践が行なわれている（笹瀬，1992：P.18）」と述べている．さらに北海道のスポーツ活動のユニークな点として「スポーツ振興の困難との背中合わせのなかでの工夫（前掲書：P.26）」と述べている．例えば北海道の大樹町で誕生したミニバレーは，「ママさんバレー」の指導の葛藤の中

から誕生した。「ママさんバレー」を指導していた担当者が、次々に離脱していく主婦たちの姿を目の当たりにした。このまま「ママさんバレー」を普及しては、チームが組めなくなる。こうした土俵で、担当者はビーチボールを用いたバレーボールを実施してみたところ、その不規則なボールの動きが面白く、主婦たちの間で評判となった。当時の生涯スポーツ振興が、人数、レベル、物理的な制約から困難であった北海道では、パークゴルフ、ミニバレー、ゲートボールなどのニュースポーツが誕生し、これらは高齢者に受け入れられている代表的な「健康づくり運動」となっている。この前田、笹瀬の指摘を「健康づくり活動」に応用することができるとするならば、日本の周辺、農村部に視点を向け、そこから記述することにより、客観的なデータでは見ることが難しい、高齢者の生活や、健康づくり活動、スポーツ活動実践のリアルな実践の様子を記述できると考えられる。

上述の体育社会学の視角から「生活」と「スポーツ」に寄り添った実証研究は、方法論的な示唆に富む。しかしながら、前述の松村や後藤は、スポーツと健康の関係性について批判的な記述をしている。例えば、松村は「スポーツ＝健康という図式が出来上がってしまい、人々はそのイメージを求めて、知らず知らずのうちにスポーツに勤しむ構造ができ上がってしまう（松村、1993：pp.5）」と述べている。松村の執筆当時は、「歩数」やスポーツ活動の実施のみに目が向けられていた旧来の健康づくり施策における＜運動＞であった。現在の「運動」の概念は、「PA」や「エクササイズ」など日常生活の動作まで評価指標に導入され、その評価方法が大きく変わっている。松村の執筆当時は、＜運動＞として理解されていたが、今日的な「日常生活における身体活動」を重視している健康づくり施策では、「生活」や「暮らしの場」といった概念が重視されている。松村が二元論的に捉えた「健康」と「スポーツ」の2つの概念は、統御される方向性へと向かっていると推察される。健康づくりを捉える視角として、松村をはじめとする体育社会学領域で蓄積されてきた「生活者」や「地域スポーツ」を方法論的に参照し、健康づくりの諸実践（＝健康づくり運動、健康づくり活動）の分析へと応用していく必要があるものと思われる。

1－3．地域における高齢者の運動、健康づくり活動を捉える視角

前節では体育社会学の議論を中心に地域と生活に根差したスポーツ活動の議論

を参照した。本節では、地域と生活に根差したもう1つの身体活動の研究領域として、体力科学、健康科学領域における自然科学的なアプローチからの議論を参照したい。体育社会学は生活者のレベルやその語り、地域社会の構造を重視していたが、体力科学、健康科学は、歩数計、呼気ガス測定、エルゴメーターなどを使用し、運動量や、身体活動量の測定を重視している。体力科学と健康科学は生理学をベースに類似する部分も多いが、健康科学は生理学以外にも心理学、教育学など学際的な方法論的アプローチを採用した論文が多くみられる。また地域における介入研究、フィールドでの調査が多くみられる点も特徴的である。北海道や雪国における生活と身体活動を、体力科学、健康科学的視点から取り組んだ先駆的な研究者として、須田、森谷、中川らがあげられ、共著に『積雪寒冷地における高齢者の生活と運動』（1997）がある。他にも彼らによる体力科学、健康科学的な実証研究は数多く報告されている（森谷、山崎、侘美，2006；中川，2008；須田，中川，1995；須田，宮島，浦上，1998）。また、須田は『雪国の生活と身体活動』（2006）を著している。須田の問題意識は、一貫して、北海道や北国における不利の克服や、自立能力を保持できるような地域力の向上に応える体力科学的視点からの実証研究であったと推察される（須田，2006）。後述するが、森谷ら（1997）は、「利尻町民の長寿とライフスタイルの特徴に関する調査研究」を実施し、本博士論文に対し、示唆となる結果を示している。森谷らは、利尻島の高齢者に「生活・健康・生きがい」に関するアンケート調査を実施した。彼らが自由記述を含むアンケート調査と、食事調査から利尻島高齢者の生活に迫ろうとした点は示唆に富む。一方で「労働」についての言及や、「冬季」の生活のリアリティについては、調査方法の限界からその実態への接近が十分ではないと考えられる。

侘美（2006）は、健康科学の観点から「北国における健康づくり運動の特徴や内容」について考察している。彼の指摘の中では、北国における健康づくり運動の特徴や内容を考える上で、「①冬期でも天候に左右されないで実施・継続がなされること、②北国の自然環境（冬期の積雪寒冷気候及び夏期の低湿度・冷涼気候の特性）や特有の屋内スポーツ・体育施設（屋内温水プール、屋内多目的グラウンド）などを積極的に活用する運動内容であること、③地域の伝統文化や祭りなど定例開催のイベントを活用した運動であること（侘美，2006：P.71-72）」などの条件を検討する必要があると論究している。侘美のキーワードは、「運動の生活化（前掲書：P.72）」

であり、基本的に「週に1回以上（1回30分以上継続）の運動を習慣的に行っている状態（前掲書：P.72）」を指して用いる。侘美は、とりわけ北海道の地域的な固有の課題として「冬期間の健康づくり」への関心を強く持っていたと推察される。

上述のように、「北海道をはじめとする地域の健康づくり」を研究対象とするのは、概して自然科学的なアプローチが多くみられる。ところで、筆者は、修士論文において、都市部において実施されていた健康教室の実践について社会学的なアプローチを用いて実証研究を行った（侘美，2009）。筆者の問題意識は、日本の研究機関、地方自治体などで多数行われている「健康教室」、「健康づくり活動」へのアプローチの仕方であった。健康教室から導き出されたエビデンスは、自然科学的なアプローチを採用することが多く、かつ「乱立する」ような形で報告され、議論が収束、理論化の方向へと収斂していないと考えたためである。同時に、高齢者が参加した「健康教室」という限られた時間や空間のみに焦点を当てていた。そのため、統計的、生理学的な指標を持った説明は可能であるものの、彼らの内面や生活の変化に研究の関心が十分に当てられていない点にも批判意識を持っていた。

筆者の修士論文では、『さっぽろシニアスポーツ大学』を事例に、健康教室を契機として形成されたネットワークとその後の運動継続との関係性を探ることを目的とした。修士論文では、健康教室に参加した受講生が立ち上げたサークルにも焦点をあて、現在の生活の中で、運動やそこで形成されたネットワークがどのように位置づけられているのかという視点から考察を加えた。以下では、修士論文の意義とそこから導き出される課題について整理する。

筆者の修士論文における1つの意義は、健康教室を契機にネットワークを形成し、運動継続という1つのしかけを利用してネットワークを保持することの必要性を論じた点である。健康教室に参加していた彼らにとって「運動の継続」というものは決して主目的ではなく、ましてや「運動習慣者」を志向しているわけでもなかった。広報さっぽろ、マスメディア、市内体育施設におけるチラシの配布などの手法をとり、1.5～8.8倍の抽選を突破して偶然に集まった30人であるにもかかわらず、似通った属性の受講生が多かったと推察される。本大学に集まった受講生は、仕事や会社など様々な制約から逃れ、「素の自分を出せる」ところ、またはいくつかのサークルを「掛け持ち」しながらもその1つとして、本大学が位置づけられていることが明らかとなった。そこには「選択的で多様なネットワーク」の1つとし

て本教室，卒業生のサークルが位置づけられていた．同時に，その内実は先に引用した森岡が指摘した「同質的な属性を持つ人びとのネットワーク（森岡，1992：pp.308）」の1つの姿でもあったと推察される．

健康教室に参加していたものの多くは，従業員が1,000人を超える大企業の元サラリーマンや元公務員であった男性が多く，こうした男性は退職後の再就職をせず，年金生活を送っている者であった．また，現在も趣味で家族と旅行へ頻繁に出かける男性も多いことから，経済的に恵まれている男性が多く参加していたと思われる．一方の女性も夫が元大企業のサラリーマンや元公務員であったものが多く，自分の趣味や学習のために時間を費やすことができる経済的に恵まれた女性が多数をしめていた．約7割が高齢者単独世帯，一人暮らし世帯であった本事例では，様々なネットワークを張り巡らし，サークル活動を通して孤独から逃れようとする姿があった．

「健康教室」という名のもとで1年間同じ時間を共有した受講生にとって，このネットワークを保持する1つのしかけが「運動の継続」を目的としたサークルの設立であったと考えられる．なぜならば，運動を継続するのであれば，個人でウォーキング，パークゴルフ，さらには別の仲間たちと運動をすることも可能であるにもかかわらず，受講生の多くは本事例の卒業後のサークルへの参加を「選択」した現実がある．一方で，このサークルが他人とかかわる「唯一の社会参加活動」としてしている高齢者もいる．このような高齢者も健康教室に参加し，その後の卒業生サークルに入りながら，ネットワークを保持しようとする姿があった．彼らにとっては，こうしたサークルが生活の中で大きなウエイトをしめていたのではないかと思われる．

一方で，修士論文で取り上げたのは，（2006年当時）189万人が暮らす札幌市において，そのわずか89人に焦点を当てたケーススタディである．さっぽろシニアスポーツ大学が誕生してから3年間の動きと，卒業後に設立されたグループの動きを追跡したものの，この研究をもって札幌市に暮らす高齢者の描くことができるわけではない．しかしながら，全国各地で行われている健康教室を一面的にとらえるのではなく，彼らの築きあげたネットワークに着目することで，健康教室を契機として他人と関わる機会が全くなくなる「独居老人」や「引きこもり」と言われる状態に近づいてしまう高齢者の存在を少しでも食い止めることができるかもしれない

い。こうした点からも健康教室を契機にネットワークを形成し、運動継続という 1 つのしかけを利用してネットワークを保持することの必要性を論じた。

筆者は、修士論文の執筆後、1 つの課題として「健康づくり活動」をめぐる生活実践のレベルから追い上げる実証的研究が多くないことを再認識した。新しい知見、新しい健康づくりのエビデンスは報告されているものの、現場レベルの声、実態を仔細に聞き取り、観察し、当人たちの「語り」に着目した実践研究は、さほど多く見られない。体育社会学領域などでは、地域スポーツ、コミュニティスポーツの時代から「生活者」の視点から追い上げたスポーツ実践の報告は行われているものの、「健康づくり活動」にフォーカスしたものはあまり多くないと推察される。高齢者の「健康づくり活動」を実証的に検討し、「健康づくり運動」を含む「運動」を実施、継続するための要因や課題を検討するためには、「健康づくり活動」を『身体活動』や『身体運動』など『運動』の実施者（高齢者）と、その実施のための環境を提供する運動指導者や支援者（医療従事者、専門職など）の取り組み」にフォーカスし、地域の特色を合わせた固有の「健康づくり活動」が必要であると考えられる。

2. 本論文の問題意識と目的

前節までの先行研究の整理を通して、3 つの問うべき課題が浮上した。第 1 に、全国を統一指標でみる「基準」と、実際の「生活」に乖離があるのではないかという点である。すわなち、全国統一の基準で行えるという前提には、実際の生活が、全国どこでも「ほぼ同じ」であるという生活基準の理解があるのではないであろうか。「健康づくり活動」や医療が対象とする住民の「生活の場」は、南北に 3,000 キロと細長い。その生活の中における生活条件は、労働内容、季節性、気温差などによる影響を大きく受け、地域によって大きく異なるものと推察される。

第 2 に、「健康づくり活動」において、ソーシャル・キャピタルなどの社会的要因への注目が高まり、なぜ地域性を重視する動きが進行しているのか、という点である。「医療の公平性」のもと、競争が排除され、国民には平等な医療が提供されてきた。しかし、今日においてなぜ地域間の所与の「条件」を重視する原理、原則が施策の中に盛り込まれようとしているのか、という疑問である。

第 3 に、体力科学や、健康科学などの自然科学を中心に様々な高齢者の「運動」、
「健康づくり運動」のエビデンスが出されている。しかしながら、それを生活の場

で高齢者がどのように実践し、運動の継続へとつなげているのか、その検証が充分になされていないのではないかという点である。高齢者の健康教室や介入研究によって、様々な新しいエビデンスが増えている。同時にこれらのエビデンスはきちんと高齢者の生活レベルに届いているのか、現場レベルで十分に評価されているのか。この疑問は、筆者による修士論文においても同様の問題提起をしている。

以上の疑問をまとめるならば、日本列島は南北に長くその生活の場は大きく異なる。さらに夏と冬、災害時と通常時で生活パターンが大きく異なる中で生きている高齢者も少なくない。「ソーシャルキャピタル」など高齢者の暮らしている地域の資源を見直そうという動きが強まる中、各地域でその資源が異なることから、その地域に根差した運動実践の模索が必要と考えられる。

そこで、本博士論文の目的は、地域と生活の視角から「健康づくり活動」を実証的に検討し、「健康づくり運動」を含む「運動」を実施、継続するための要因や課題を検討する。高齢者の生活基盤の中に、「運動」や「健康づくり活動」がどのように根付き、実践され、継続されていくのだろうか。筆者は、実際に行われている「運動」には①「平均値」や「基準」で見られる「運動」とは異なる固有の生活や実態に根差したものがあること、②季節による環境の変化や地域の論理と「健康づくり活動」を連関させて理解する必要があること、以上の2点が高齢者の生活基盤に根差した健康づくり活動を分析する鍵であるという仮説を保持している。本博士論文では、大きく異なる地域の実情を有する2つの地域のケーススタディから、上述の仮説を検証する。こうしたケーススタディを蓄積することで、高齢者の生活基盤の中に位置づく、各地域で固有な「運動」実践が広がることが予想される、運動の実施率の上昇や季節に応じ、楽しみながら行うアクティブな高齢者が増加することが期待される。

3. 調査方法

本博士論文は、一貫して質的調査の1つとされる「インタビュー調査」を試み、調査対象者の「語り」を利用した記述で構成される。

一般的な社会調査の手法として、量的調査、質的調査の2つの方法論が主流とされる。前節まで確認したように、「健康づくり運動」を含む「健康づくり活動」の研究は、医学、生理学の研究対象とされ、「科学的」とされる量的調査、演繹的手法に

よりその研究成果が報告されてきた．このような研究手法，方法論を用いた研究成果はだれもが納得できる形で，わかりやすいことが目的とされる．しかしながら，社会学をはじめとする社会科学系の研究では，数学的な処理，統計調査とは異なる調査手法のフィールドワーク，参与観察，生活史調査など「新たな調査手法への期待」がなされてきた．量的調査，質的調査という 2 つの手法は，データの質以上に，本質的には問いの立て方が異なることが指摘されている（岸，2016）．量的調査では，〇〇な人ほど△△であるという問い，仮説を立てるのに対し，質的調査では「科学や数値化の枠には収まらないような問い（岸，2016：pp.23）」を立てる．そのため，質的調査では「ある特定の問題について，特定の状況で，特定のデータを得ること（前掲書：p.24）」，「限定された範囲で解釈すること（前掲書：pp.24）」が非常に貴重で有用なものとなる（岸，2016）．

質的調査の代表的なものの 1 つとして，P.ウィリス（1996）の『ハマータウンの野郎ども』があげられる．本著書は，社会学の古典として 70 年代イギリスの「不良少年文化」を生き生きと描き出したことで有名である．この事例を引用しながら，岸（2016）によると，「私たちにはあまり縁のない人びとの，一見すると不合理な行為選択の背後にある合理性やもっともな理由（前掲書：pp.29）」を，「他者の合理性（前掲書：pp.29）」と呼び，社会学的な質的調査におけるもっとも重要な目的であると指摘されている．この「他者の合理性」の理解こそが，調査の最も重要な核心であり，誰にでもわかるかたちで記述，説明，解釈することの重要性を説いた．質的調査の中には，生活史調査，参与観察，フィールドワークなど様々な手法が方法論的に確立されている．岸（2016）によると，前述の生活史調査の中には，「ライフヒストリー，ライフストーリー，ナラティブ，ライフ・ドキュメント，オーラル・ヒストリー，バイオグラフィー（前掲書：pp.156）」などが含まれる．

社会学的な生活史調査としては，トマスとズナニエツキの『ヨーロッパとアメリカにおけるポーランド農民』を契機に，シカゴ学派の中で継承され，今日まで発展してきた．我が国では，中野が『口述の生活史—或る女の愛と呪いの日本近代』において，当時 81 歳のたったひとりの女性に立脚した生活史研究としてスタートさせた（中野，2003）．その後，桜井，谷を中心に「生活史」，とりわけライフヒストリー，ライフストーリー研究は，現在まで方法論として受け継がれている．しかしながら，この両者によるライフヒストリーとライフストーリーの相違は，学术界に

においても混同され、研究者によって両者を区別する視点が異なるなど、明確な区別がなされていないまま議論が進展している（亀崎，2010）。石川と西倉（2015）によると、ライフストーリー研究は「何を語ったのか、に重点をおき、過去に起こったことの再構成に関心を寄せる（石川，西倉，2015：pp.2）」とし、ライフストーリー研究は「いかに語ったのかや、何のために語るのか、に問いをシフトさせ、語っている現在，およびそこから続く未来へと射程を広げた（前掲書）」と書かれている。

桜井は、ライフストーリー研究における第1人者として、数多くの著作を残している（桜井，2002，2012；桜井と小林，2005；桜井と石川，2015）。桜井（2005）によると、ライフストーリー研究とは、「調査する一人ひとりがインタビューをとおしてライフストーリーの構築に参加し，それによって語り手や社会現象を理解・解釈する共同作業に従事すること（桜井，2005：pp.7）」であり，「『語られること』が『語る』行為と分かちがたくむすびついている（桜井，2005：pp.9）」とする立場をとる。

一方，谷（2008）は，ライフストーリー研究とは，「生活主体が家族・親族，地域社会および階層構造に接触する場面での社会関係・集団参与と，主体の生活様式・生活理念との形成，維持，発展，成熟，解体，再編等の持続・変容過程の過去から現在までの記述（谷，2008：pp.11）」と呼んでいる。

この両者の主張は，非常に似通っているが，決定的な差異もみられる。谷は語りを「事実」としてとらえ，桜井は語りを「事実とは言えない」として捉える（岸，2016）。岸は，「語りは『事実でないとは言えない』という立場をとっている。さらに「語りと事実は研究対象を理解するうえでどちらも必要なものである（岸，2016：pp.192）」と主張し，この両者の意見の相違を統一的に理解し，ライフストーリー，ライフヒストリーではなく「生活史」という用語を使用している。岸による「生活史調査の定義」は，下記の通りである。

生活史調査とは，個人の語りに立脚した，総合的な社会調査である。それは，ある社会問題や歴史的事件の当事者や関係性によって語られた人生の経験の語りを，マクロな歴史と社会構造とに結び付ける。語りを「歴史

と構造」とに結び付け、そこに隠された「合理性」を理解し記述することが生活史調査の目的である。（岸，2016：pp.156）

本博士論文においても、個人の「語り」に注目する。その理由は、先に述べた量的調査や、自然科学的な調査では捉えることが難しい「高齢者の固有の生活」のリアリティ、離島や被災地といった特有の地域における「合理性」の理解には、質的調査、とりわけ「生活史調査」の手法を参考にした調査手法が最適と推察されるためである。また、離島の強固な関係性、被災地における災害前の関係性が大きく瓦解した状況下においては、その歴史的、構造的な文脈の中に位置付けて理解することが必要と考えられる。本博士論文においては、質的調査の1つとされる生活史調査の手法を参考に、社会学的な方法論を参照しながら、高齢者の「合理性」を理解し、そこから「健康づくり運動」を含めた「健康づくり活動」の実施、継続に向けた現状や課題を分析する。

註

(1) WHO,1946: <http://www.who.int/about/mission/en/>（2018年1月1日閲覧）

(2) WHO,1986:

http://www.who.int/topics/health_promotion/en/（2018年1月1日閲覧）

(3) 厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会，2005：

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/s0921-11m.html#4-1-3>

（2018年1月1日閲覧）

(4) ロコモ チャレンジ！推進協議会ホームページ ロコモとは？

<https://locomo-joa.jp>（2018年2月12日閲覧）

(5) (4)と同上

第2章 利尻島における健康づくり活動

はじめに

本章では、北海道利尻島に暮らす高齢者の生活を調査対象とし、「地域性」、「季節性」を手掛かりに、彼らの「健康づくり運動」、「健康づくり活動の実態」、「生活環境の違い」や、高齢者の日常生活に見られる固有の論理を明らかにして、健康づくり活動の新たな一面に資することを目的としている。

森谷ら(1997)は、「利尻町民の長寿とライフスタイルの特徴に関する調査研究」を実施している。この研究は、本分野における示唆に富む研究として位置付けられる。森谷らは、利尻島の高齢者に「生活・健康・生きがい」に関するアンケート調査を実施した。この調査の中で、①利尻島高齢者は、魚介類を中心とした動物性たんぱく質の摂取が多いものの乳製品の摂取が少ないこと、②札幌市の70代の男性に比べ、利尻島の高齢男性は労働時間の長い人が多いこと、③札幌市の同年代の高齢者に比べ、生きがい感の高い人、ライフスタイルが健康的な人、食事バランスの取れている人などが多いことを示した。この当時、利尻島は「男性で特に顕著な長寿(森谷ら、1997:P.10)」が見られるとされ、70歳の男性は、「隠居しないで、現役で漁業をやっているのが健康によいのではないかと思っている。漁業をやっている人たちは、街の人たちに比べて平均して元気に思う(森谷ら、1997:P.20-21)」、「利尻町で生まれ育ったが、今まで病院にかかったのは2回しか記憶がない(前掲書:P.21)」という。このような自由記述を含むアンケート調査、食事調査から利尻島高齢者の生活に迫ろうとした点は示唆に富む。一方で「労働」についての言及や、「冬季」の生活のリアリティについては、調査方法の限界からその実態への接近が十分ではない。そこで、この森谷らの課題を引き継ぎ実証することは、本章における調査目的の1つとして意義があるものと思われる。

1. 調査地の概要と調査方法

1-1. 調査地の概要

本章において注目する利尻島(北海道)は、事実上日本の最北限に位置し、日本全国の離島の中で22番目(北方領土も含)の広さ(面積)を有する。図2-1で示したように利尻島は、北海道の中心である札幌市から約300km北に位置し、島全体

が「利尻礼文サロベツ国立公園」に指定されている。

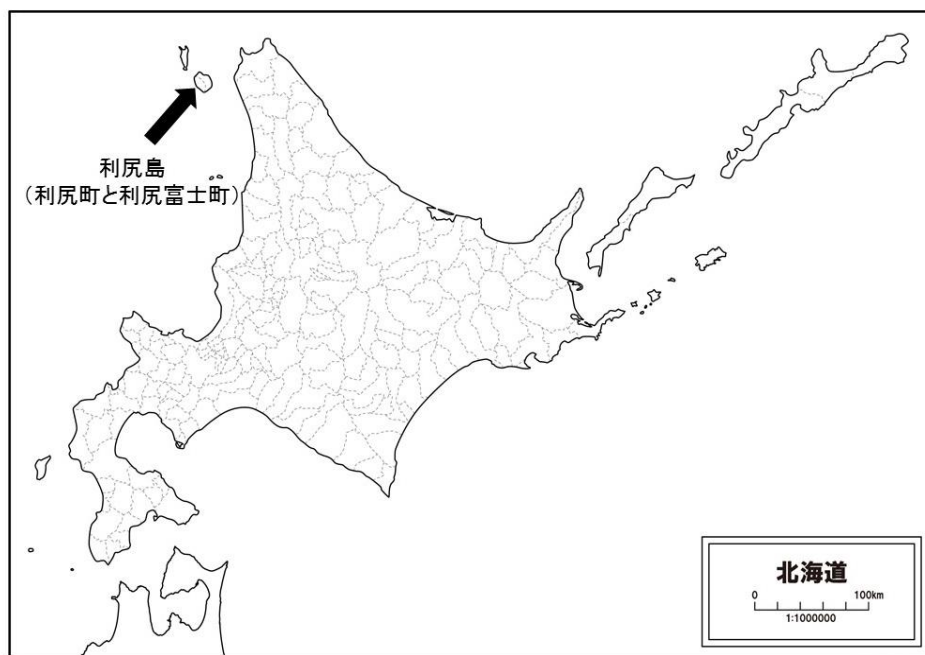


図 2 - 1 北海道利尻島の地図

調査対象とした利尻島は、島全体が「利尻・礼文・サロベツ国立公園」の中に位置する。日本百名山の 1 つとされる「利尻富士 (1,719m)」から海に流れ出た地下水が、栄養価の高い海水を作り出す。高級昆布の 1 つとされる「利尻昆布」や、「エゾバフンウニ」など利尻富士の恩恵による水産資源（海産物）が豊富であり、島民にとって重要な「商品」となる。また、利尻島は、「夢の浮島」と呼ばれ、リシリヒナゲシ、リシリリンドウなどの固有種をはじめ、2,000m に満たない山でありながら多数の高山植物を見ることができ、5～9 月には毎年多くの観光客が訪れる。利尻島における 2 つの自治体（利尻町と利尻富士町）は、かつて観光客増加という「離島ブーム」があった。しかし、その後は観光客の伸び悩み、若者の都市部への流出、高齢化率の上昇といった現代的な課題にも直面している。

利尻島には、2 つの自治体（利尻町と利尻富士町）があり、約 5,400 名が居住している。国立社会保障・人口問題研究所の「将来推計人口」によると、両町の高齢化率は、それぞれ 37.7%、37.1%（2016 年現在）と全国平均の 27.3%（2017 年現在）を大きく上回るものであった。利尻島の基幹産業は、両町とも「漁業」と「観光」である。利尻富士町は調整要覧によると、人口 2,787 名（2015 年時点）、その

うち漁業者は 308 名（組合員数，2015 年時点）である．一方の利尻町は，2015 年時点で，人口 2,214 名，漁師は 593 名であった．資料が公表されている利尻町の産業別就業者構成比によると，第 1 次産業（漁業関係者）の割合は，32.7%である（利尻町勢要覧）．漁業従事者のほとんどは，事業所制ではなく，個人単位による経営を行っている．漁業協同組合は，かつて 4 か所に点在していた．現在は，「利尻漁業組合」に一本化（鴛泊に本社）し，鬼脇，仙法志，杓形の 3 か所に支所が存在する．資料が公表されている利尻富士町の「漁種漁獲高」を参照すると，水産動物（（エゾバフン）ウニ，ノナ（キタムラサキウニ），ナマコなど）50%，海藻類型（天然こんぶ，養殖こんぶなど）25%，魚類系（ほっけなど）25%となっている．利尻島の漁は，昆布やウニなどは，磯舟を使用した近海漁業が中心である．ここでは，「ウニ」は主にエゾバフンウニを指している．我々がイメージする＜ウニ＞には，「ノナ」と「ガンゼ」という 2 種類が存在する．利尻島をはじめとする宗谷地域の人たちは，「ノナ＝キタムラサキウニ」，「ガンゼ＝エゾバフンウニ」と呼び，両者を区別している．「ノナ」は 5 月～9 月，「ガンゼ」は 6 月～8 月の収穫時期である．漁業協同組合が時間，漁獲の種類，実施の可否などを判断し，漁が可能な場合には，「旗」があがる．利尻島では，今日は「〇〇の旗が揚がった」という漁の情報が，防災無線や防災端末（IP 告知端末）を通じて各家庭に広報されている．

一方，利尻島の生活に目を向けてみると，コンビニエンスストアは 2000 年（現在，島内に 3 店舗）に初出店，大型ドラッグストア（現在もこの店舗のみ）も 2011 年に誕生したのみである．ファーストフード，大手の量販店，系列店などは上述の 1 つを除いて島にない．そのため，地元商工主を中心とした対面的な関係性の中で経済活動が営まれている．医療，介護などの分野には，「医療，介護分野には民間業者はいたことがない」（利尻島の保健師）とされ，本土やその他の離島とは事情が大きく異なるものと推察される．

利尻島の生活上の特徴は 3 つある．第 1 に，気候上，「漁業」や「観光」の「繁忙期」が 5～9 月の期間に集中している」点である．これ以外の時期は，観光客，観光ツアーの数が大きく減少し，さらに漁も小規模な形態へと移行する．このため利尻島は，季節によって島全体の様子が大きく異なる．観光客や漁で活気づく「繁忙期」と，観光客の来島が減り，休漁することが多くなる「閑散期」の「二面性」をもつ離島である．

第 2 に、地理的、物理的な要因から「『農業』を営むことができない（＝「商品作物」を栽培できない）」点である．図 2－2 で示したように，2018 年 1 月 1 日現在，米が生産できる最北限は，遠別町である．多くの離島では，米やサトウキビなどの穀物を生産できるが，利尻島では寒冷地ゆえ農業を営むことができない．そのため生活に必要な，米，野菜，肉，乳製品など多くの食料は，北海道本土からの「フェリー輸送」に頼らなければならない．このような点は，他の日本国内の離島と大きく生活環境が異なると推察される．例えば，各家庭では冬場の生活にそなえ大型の冷凍庫を購入し，乳製品，野菜などを冷凍保存し，フェリーの欠航で物資が途絶えることに備えている．



図 2－2 北海道利尻島と米の最北限（遠別町が最北限）

（フリー素材を使用して，筆者が作図）

第 3 に、「冬季生活の困難さを抱えている」点である．冬は，シベリア気団の影響を受け，時化（しけ），吹雪などの影響により，フェリー輸送などの物流がストップすることがある．表 2－1 で提示したように，国土交通省気象庁のデータによると，2014 年の利尻島（本泊）の 10m/s（日数）は，年間約 170 日にのぼり，札幌の 74 日，東京の 14 日を大きく上回る．これら強風の大部分は，「冬季」に集中しており，暴風雪による冬期間の生活の困難さを示している．

表 2－1 利尻島（本泊※）、札幌、東京の平均風速の比較

年	平均風速(m)			10m/S以上(日数)			15m/S以上(日数)		
	利尻	札幌	東京	利尻	札幌	東京	利尻	札幌	東京
2010	6.5	3.4	2.9	192	70	13	47	6	0
2011	6.2	3.3	2.9	185	56	14	29	1	1
2012	6.1	3.5	3.0	176	65	11	38	5	3
2013	6.2	3.6	3.1	173	77	20	34	5	0
2014	6.2	3.5	2.9	170	74	14	32	1	0
2015	6.1	3.6	2.8	171	83	14	43	10	0
2016	6.1	3.7	2.8	171	73	8	29	7	0

（気象庁「過去の気象データ」よりデータを引用し，筆者が作図した）

※「利尻島」は調査対象者の居住地に近い「本泊」のデータを使用

以上，3つの課題は，他の地域の離島や，札幌などの道内都市圏とも異なる生活課題であり，高齢者の健康づくりや生活に大きな影響を与える外的要因と考えられる．夏場は「出面」など身体を動かす機会が多いのに対し，冬期間は運動不足になりがちな自然環境，食生活のバランスが崩れやすくなると考えられる．悪天候のために高度な医療機関に頼ることができないなどの生活上の特色が見られる．利尻島は積雪寒冷地の「離島」という特徴を持ちながらも，季節による生活の変化，農業を営むことができない気象条件，冬季生活の困難さという制約をもつ．一方で夏場には，「利尻昆布」や「ウニ」など価値の高い海産物がある．こうした二面的な性質を持つ離島の生活に着目していくことで，固有の社会関係や健康づくり活動の実態が提示できるものと思われる．

1－2．調査方法

本章の調査は，2015年7月～8月の間に計3回実施した（予備調査は6月と7月の2回）．調査対象者は，表2－2で提示したように利尻島の保健師2名の他，総務課職員，保健師ならびに稚内北星学園大学1年生（元利尻島民）から紹介を受けた，利尻島を象徴する生活形態の代表的な1つと考えられる「漁師」を中心に，男

性 6 名，女性 2 名であった．

表 2－2 調査対象者の属性と詳細なプロフィール

	性別	年齢	職業	出面経験の有無	特記事項
Aさん	男	80代	元漁師	有(今は無)	独居
Bさん	男	80代	元公務員	有	現在も仕事有
Cさん	男	70代	漁師	有(依頼主)	元公務員
Dさん	男	70代	元公務員	有	
Eさん	男	60代	漁師	有(依頼主)	元公務員
Fさん	男	60代	元公務員	有	
Gさん	女	80代	主婦	有	町の委員など多数歴任
Hさん	女	70代	主婦	有	
Iさん	女	－	保健師	有	現職
Jさん	女	－	保健師	有	現職

調査対象者には，事前に調査の主旨を説明し，ボイスレコーダーによる録音の承諾をとりながら実施した．この際，利尻島においては言葉づかい，方言がある点，また調査対象者とした高齢者への信頼感を構築するために行政職員に調査へ同席してもらった．インタビューは筆者が行った．調査は，一人当たり 60 分程度を目安とし，事前に想定した 5 つの質問を中心に半構造化インタビューを行った．調査項目は，①現在の運動・スポーツ活動の状況，②季節による運動，生活の違い，③離島の生活に関することなどである．本章では得られた音声データの「テープおこし」を行い，そのトランスクリプトをもとに，本章の目的である「季節性」，「健康づくり活動」，「離島の生活」といったキーワードを抽出し，客観的な分析を行った．これらのトランスクリプトをもとに誘導性の質問の有無など，研究者 2 名に検証をお願いし，問題がないことを確認した．分析に当たっては，前述の利尻島の特徴から，「季節の違い（夏場と冬場）」に注目しながら，本章の目的に沿い質的記述的な分析を行った．なお「語り」は，そのまま引用しているが，方言や前後関係が不明瞭な点に関しては，一部筆者による注釈を加えている．

2. 調査結果と考察

利尻島の高齢者の生活は、高齢者、保健師の聞き取り調査の中で得られた、「夏場（漁や出面）」と「冬季（除雪）」という2つに分けて結果を提示する。

2-1. 高齢者の「夏場（漁や出面）」の生活と健康づくり活動

利尻島の「夏季の生活」において特徴的なものは、「漁」である。利尻島には、最高級昆布の1つとされる「利尻昆布」や「エゾバフンウニ」など豊富な水産資源に恵まれた漁場がある。市場で取引されるこれらの出荷を支えているのは、「出面（でめん）」と呼ばれる漁師以外の住民の労働である。具体的な「出面」の例としては、昆布干し、昆布集め、ウニ剥きなどがあげられる。この「出面」には、子ども、青年、中年、高齢者といったほぼすべての住民が参加する。昆布干し、ウニの出面は、男女とも同様の労働内容である。出面は、晴天時の午前中に実施される。「昆布干し」の場合は、石が敷き詰められた干場に午前3時頃から集合する。ウニ剥きは午前中から、「昆布集め」は天日干しが終わった午後2時、3時くらいから行われる。漁師の知り合いを中心に、5～30人くらいの規模で組織化される。「昆布干し」は海水を含んだ昆布でありかなりの重労働である。「昆布集め」は天日干しされた乾燥した昆布を集める。比較的軽度な運動量であるため、仕事をしておらず、日中時間がある高齢者や主婦が多く参加する。「ウニ剥き」は手先を用いてウニの殻をむく作業である。そのため経験や手先の器用さが求められるが、イスに座った作業であるため高齢者でも実施できる。特に手先が器用な高齢者は町内でも評判となり、重宝される。以上のように利尻島では高齢者でも参加できる「労働」が用意されている。写真2-1は、「昆布干し」の出面の様子であるが、高齢者と思われる女性も数多く参加していた。次は漁師のEさんの語りである。

昆布とか、ウニとか常備職員が2名、昆布になればさらに2名、去年は5名で、昆布5人頼んで、みんなくるもんだから「出面賃」きっちり払って。その出面さん頼むのもね、ただ頼んでも誰も来てくれないし、やっぱり親しい人が「普段世話になってるから仕方ねー」、「金はともかくとして、手伝いに行くわー」って。（Eさん）



写真 2 - 1 昆布干し漁の様子（4 名は出面の高齢者）

上述の「出面」は，漁師と住民との直接的な契約であり，漁獲量，漁の種類（ウニ漁か昆布漁）によって確保する人数は異なる．多いところでは，20 人以上の出面（＝労働力）を確保しなければならない．E さんの語りの中にある「出面賃」とは，一回当たり「数千円程度」が相場であり，漁の終了後には，朝食，飲み物，お菓子などが振る舞われ，住民同士の「交流（＝井戸端会議）」がなされる．写真 2-2 は，出面終了後にお茶や飲み物が振舞われ，休憩している様子である．



写真 2 - 2 昆布漁終了後の出面さんたちの様子（利尻富士町職員提供）

調査対象者から異口同音に語られたのは、こうした「出面によって得られる『収入』が高齢者の『生きがい』に繋がっているのではないか」という点、さらに「漁は元気であれば『定年』なく働き続けられる」という。以下は、利尻島出身で元公務員、夫婦で昆布干し、昆布集めに参加しているというDさんと、同じく元公務員でロータリクラブや、趣味の文化活動を多数実施しているFさんの語りである。

（利尻の高齢者が健康なのは）仕事からでないかい、ほとんど漁業従事者っていうか。あるいは普通務めている人間であれば、現在は 65 歳かい？ 定年退職っていえば、「(利尻島では) 定年なんて言うのはありえない」から、元気であればいつでも 80 (歳) になったらやめなさいとか、90 (歳) だから止めなさいとかっていう商売じゃないから。だから自分が元気なうちは、動ける間は、自分の稼ぎになるから働くだけ、「勤め人」と違ってね。それに「漁師」の人方（人たち）ってね、歳いってね、酒だとかねそういうもの、身体にやっぱり気付けている。結局、「定年がない」っていうことで、勤め人ならば定年で人間終わったっちゃう感じになるしょ。それがな

いの、そういう「区切り」がないから、気が付いたら 75 (歳) になってた、80 (歳) になってたっていう、そういうようなことが一番の秘訣でないかい。

(筆者:「出面」に参加されてますよね?) ウニと昆布だね. こないだ 2, 3 日前の天気です、今、養殖コンブの乾燥は終わったの。「(今は) 孫 (が) 来てるから見なきゃいけないから待ってれ！」って (漁師に) 言ってるんだわ. まず出面とか、ウニ剥きなんかも 9 月いっぱいまである、だけど、それ終わったらあと何もない。(D さん)

養殖昆布の方かい?、これも労働力不足でね、そして養殖の職業者の方は 20 人以上も一時的に雇うから、中々地元で確保できないっていうのがあって、それでアルバイトを募集して、全国から遠くは沖縄から来たりするのもいたってね. 天然昆布あるしよ、ウニでしょ、労働力は本当にあれ (必要) だ、働くところはそういう面では、季節的だけどもあるんです. 私もウニのアルバイトもちょっと来てくれっていったこともある、養殖コンブは干すのも集めるのも行ってたんだよね. 私ね、腰手術したもんだから、腰悪くしてそれで養殖コンブは行ってないけど. 私、昆布の干したり、集めたりしてますよ. (漁師に) 頼まれたら断れないし、(住民の人も) みんないてなんだかんだで楽しいからね. 給料取りの人方もだからみんなここに給料取り、役場の職員は町だけども、そのほかに道の職員なんかも土木現業所なんか、警察だったり、学校の先生であったり、そういう人方 (人たち) もどっかにはまってるんだわ. (F さん)

漁師に限らず「出面」に参加する高齢者 (D さんのいう「漁業従事者」) は、午前 3 時ころには起床し、20 時前後には就寝する者も多い. F さんがいうように「出面」は、「なんだかんだで楽しい」という語りの要因となる 1 つは、終了後の仕掛けとして、飲み物の提供や会話の場が設けられる. 参加した高齢者にとっては、「交流の場」、「社会参加の場」として機能しており、単なる「漁」や「労働」の意味を超えた機能を有する. そのため利尻島では、都市部に見られる「健康教室」などの社会参加を促す「仕掛け」に頼らない形式で、高齢者の身体活動や社会参加を促す仕

組みが形成されているものと推察される。

一方、利尻島では、他の都市部や村落で日常的に見られる「ウォーキング」や「ジョギング」を実施している高齢者をほとんど見ることはない。なぜなら、Eさんのように「漁とのバランス」を常に考えなければならない。Eさんによると「夏場は3キロくらいここから運動公園まで歩いて行って、毎日やってたんだけど、旗上があると、ウニとりとかなると（歩きに）いって暇ないから行かないで、休み、今日儀式（お祭りなどの地域のイベント）で休みっていうときはたまに行くけど」というのが現状である。

上で述べた利尻島における「漁」を中心とする島の生活スタイルは、専門職である保健師も認めており、下記のように述べている。

元気でさえいれば、「収入」が得られる。90（歳）とかでも「ウニ剥き」とか行けるだけの元気があれば収入になるんですよね。昆布干しとかもできればもっといいし。足腰さえ元気であれば、収入につながるってのが、すごく「生きがい」につながっていると思うし、元気でいられる根拠だと思うね。（Jさん）

利尻は漁業とか定年がないですよ、だから80何歳まで全然足腰が何とか動けば現役っていうのもあって、まだまだ現役というか細々とだけど、収入を得られるから、収入を得られる仕事があるっていうのはすごく強みでもあると思うんですけど、やっぱり利尻の方ってこの時期遊んでいる人がいないというか、女性でもウニとか昆布の手伝いにいたりだとか、そういうところがまだメインなのかなという気がしてます。（Iさん）

特に、冒頭の「元気でさえいれば、収入が得られる」という語りは、出面による「収入」を得るためには「足腰」が健康である必要があるものの、この条件を満たせば島ではある程度の収入を得られることが読み取れる。しかしながら、利尻島においてこのような大規模な漁が行われる時期は、基本的に5～9月という「限られた期間」であり、この点がプラスにもマイナスにも作用する。

上記のような「期間限定の漁期」は、「多少の無理をしてでも」、「この時期を逃す

と」など限定的に作用することが多い。保健師 J さんによると、夏場の住民との会話は「仕事以外ではないです。浜行ってなにしてくにしてく…お仕事関連のことしか出てこない」という。さらに保健師にとっては、専門職としての固有の悩みがある。下記に I さん、J さん 2 つの語りを提示する。

漁師の方は、何時に起きているかわからないくらい早い。夜中の 12 時（午前 0 時）には起きてますね。手伝いに来て下さる方の朝ごはんをつくらったりするので、サイクルが私たち公務員とは全然ちがってきますね（昆布干しの場合、午前 3 時には出面の方に電話、午後 8 時前には就寝が基本）。
(J さん)

春の健診で見つかっても、5 月に見つかっても、すぐノナ（ムラサキウニ）とり入っちゃうんで、（病院、精密検査に）行け、行けといっても絶対に行かないんですよ。行かない人はずっといかないで 10 月になってから行くんですよ、5 月にいっとけば何となかったのにとという方も出てくる。うちは重症化しやすいっていうのはありますね。用があるからあと伸ばしにして、すぐ（病院へ）行かない。重症化しちゃうと医療費もかかっちゃう。（I さん）

上述のように、漁師は、一般的な「午前 9 時～午後 5 時」の勤務体系ではない。さらにこの漁には「漁師以外の島民」も出面という形で参画する。つまり、多くの島民が漁のある日には早朝から起床し、漁の手伝い（＝出面）を行う。そのため、夏場には「保健指導」や「健康づくり教室」、「ウォーキング教室」などの保健師活動がほとんどできない状況となっている。

また、春の健診で病気が見つかったとしても、大規模な検査ができる病院が利尻島にはなく、精密検査を受けるには、札幌、旭川などの病院へ通院が必要となる。そのため、「夏場」はどうしても「漁」、「漁の手伝い」を優先する島民の気質があり、保健師も中々、保健指導を行えない状況が垣間見えた。そして、「昆布干し」などの漁の「出面」は、一定姿勢を長時間保持することが多い。そのため「膝痛、腰痛などを発症しながらも、無理をしながら出面を続ける高齢者も多い」（I さん）

とのことである。

こうした現状を保健師たちは、専門家として、住民として、この双方の立場で葛藤している。専門家としての視点からは、彼らの健康状態を見過ごすことはできず、いち早く病院へ行くなど専門機関の受診を進めたいところである。しかしながら、「漁」や「出面」は島民、高齢者にとっての「生きがい」として尊重しなければならない側面もある。利尻島のような狭いコミュニティにおいては、住民との友好的関係は必須であり、「春の健診で見つかっても、5月に見つかっても、すぐノナ（ムラサキウニ）とり入っちゃうんで、（病院、精密検査に）行け、行けといっても絶対に行かないんですよ」という語りに見られるように、利尻島の事情などからも高齢者に強く保健指導できないジレンマを抱えている。従って、運動処方ガイドラインなどの単一的な情報を発信しても受け手側はその必要性を理解しながらも、運動実践には定着しない大きな課題が明らかとなった。

2-2. 高齢者の「冬場」の生活と健康づくり活動

利尻島の「冬季の生活」において特徴的なものとしては、「降雪」と「時化」による影響である。利尻島においても、写真 2-3 ように北海道本土などの積雪寒冷地と同様に「降雪」の影響を受ける。このような暴風雪の際には海も時化やすく、写真 2-4 のように稚内と利尻島を結ぶフェリーは全便欠航となる。以下に E さんの語りを引用する。

前の日からね、明日はどっちの方から風が吹いてくるから、玄関前の雪かかねばならない（除雪しなければならない）とか、この風だったら明日うちの前には（雪が）たまらない、お向かいのうちはたくさん（雪が）溜まっても、うち関係ないなとかってそういうことは考えるわな。雪かきは結構、歳いった人はゆるくないってことはわかるかなあ。労働の1つだ。
(E さん)



写真 2－3 利尻島における暴風雪の状況（利尻富士町観光協会より）

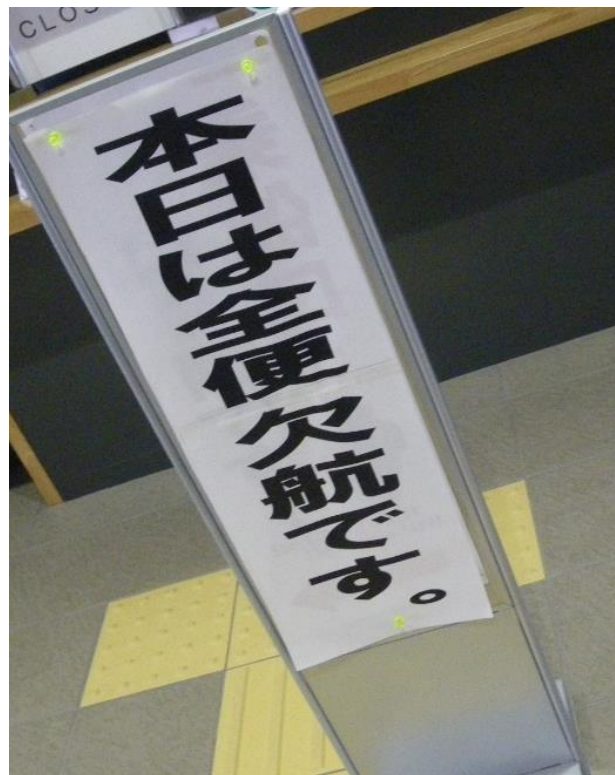


写真 2－4 時化によるフェリーの欠航（利尻富士町観光協会より）

冬は除雪が大変であり、注目したいのは「労働の 1 つ」と捉えている点である。孫世代と二世帯住宅で暮らす B さんは、80 代ながら雪かきをしており「平均で 30 分、多いときなら 2 時間以上」はかかるという。保健師らも冬期間の高齢者の生活に関しては、憂慮している部分も多い。下記に I さんの語りを提示する。

独居だったり、一人暮らしだったり、高齢者世帯どちらも足腰だったりすると、毎日除雪するってあたりがすごく大変、道路から家まで距離あるところとかもあるので、特に大変ですね。冬場、除雪ができなくて札幌、旭川の娘さん、息子さんのところ出ていくって方も結構いらっしゃるので、除雪はすごく大変です。(I さん)

写真 2-5 のように、北海道では暴風雪の際に「吹き溜まり」が発生する。風向きによっては、気象庁発表の降雪量とは異なる大量の積雪が発生する。利尻島のような離島の生活において、「除雪」は、高齢者にとって大きな生活上の困難をもたらし、自立生活を営むことができるかどうかのメルクマークの 1 つとなっている。冬場は、基本的に「除雪か家でゴロゴロしている」かの 2 者択一となる高齢者が多いという。夏場に見られた「出面」のような大規模な漁がなく、多くの高齢者にとって「特にすることがない」というものが多い。時折「旅行」や「病院へ行く」など、夏場（出面期間）にはできないことをしているものもいた。漁師の多くは「網の修理」など夏場の漁に向けた準備をしているものの、夏場と比較すると彼らの身体活動量が減少している。このことから、漁師、出面に参加している高齢者の中には体重が増加するものも多いという。また、除雪の重労働に耐えられない、筋力が極めて低い高齢者は、一時的に（場合によってはその後永久的に）交通機関、ロードヒーティングなどの除雪の心配が少ない札幌や旭川などの「都市部に移住してしまう者」も少なくないという。



写真 2－5 利尻島における「吹き溜まり」後の除雪（利尻富士町観光協会より）

以上のように、冬場の利尻島における生活は「することがない」と感じるものが多く、「除雪」をすることがあるものの、その回数は週に数回と限られる。そのため「家でゴロゴロ」する日も同様に増える。このような現状を踏まえて、Iさんは保健師の視点から、経験則として、冬場の問題を指摘してくれた。

体重の違い 2-3 キロ違うって答えた方がかなり多いんですよね。運動量の違い、肥満だけじゃなくて、体重が増える時期は血圧が高くなるし、心疾患とか脳血管疾患も多くなるっていう…ことにつながってるのかな。冬に罹患率が高まります。(Iさん)

注目したいのは、「季節変動による体重の増減」ということ、もう1つは、「冬に罹患率」が高まるという点である。利尻島では、降雪に風が加わる「暴風雪」となることが多く、「時化」によるフェリー、ヘリコプター、航空機が欠航することも少なくない。離島であるため「緊急搬送」は、本土とくらべて大きな制約を受ける。しかしながら、島に十分な医療設備が整っていないのが現状である。

一方で、冬季の降雪を「遊びの時期」と心待ちに捉えるFさんのような高齢者もいる。

(冬はどのような生活をしているのですか?) 遊びさー, スノーシューで毎日山行って, 11, 12月スノーシューで山歩きして体鍛えると, 汗どっぷりだして帰ってくるのが, さっぱりしていいですよ. そのほかには何人かで山ずっと歩いて, 3人で山ずっといって, 山で写真撮ったり, 昼飯食べたり, ガスのボンベもってラーメン食べたりして帰ってくる, 体力錬成にもなるしいし, それからだんだん雪が固くなって来たら, 3, 4(月)かな, そのころはスノーモービルで山行って遊んで, 写真撮ったりして.

(Fさん)

上記のように、冬の「遊び」、「趣味」を楽しみにしている高齢者もあり、調査の中では、元公務員で現在は漁師のCさん、Dさんなどから、「冬の晴れた日の利尻富士の美しさ」など利尻島の自然、景観に言及するものが見られた。冬季の生活は、客観的には厳しいものも多いが、このような環境下においても、何かしらの「楽しみ」や「趣味」を見出している高齢者も一定数いるようである。

また専業主婦で地区活動に積極的なGさんによれば、冬季になると「老人クラブ」の活動が活性化することである。Gさんの暮らす地区では、冬季に「フロアカーリング」が大盛況となることである。このフロアカーリングには、普段あまり参加しない男性高齢者の参加も見られることであった。しかしながら、他の地区ではこのような盛り上がりには欠けるところも多く、リーダーの性格、仕掛け人の力量、結束力、地区の団結力、特性などに左右されているものと推察される。保健師へのインタビューの中でも、「冬季の健康づくりの難しさ」や、「男性の参加が少ない」という不安が聞こえてくる。以上のように、利尻島における冬季の身体活動量は、離島固有の生活課題を抱えており、こうした問題に複合的にアプローチする必要があると推察される。

3. 更なる課題と保健師たちの工夫

利尻島においては、専門職としての問題も多い。以下に離島、過疎地域ならではの

の問題を2点付け加える。

何か（健康づくり活動を）やる時、（都市部では）行政機関が「こういうことやります！」っていうと集まってきてくれるじゃないですか、けどうちは、そこを待っていたら1人も来ない、そしてR町でそこまでしなければいけないのかな？って思うんですが、何かをするときに「必ず送迎を付ける」んですよ、交通機関が街の端っこだと30分くらいはかかるんですよ。送迎までつけて来てもらって意味があるのだろうか？その方に来てもらう意義があるのだろうか？と（Jさん）

最近特に感じるのは「認知症の方が出たとき」に偏見じゃないけど、潮がさっと引くように今まで仲いい地域だったはずなのに、誰も助けてくれない、仕方がなく札幌とかに住んでいるお子さんたちが親を連れていくみたいな感じで、認知症になるとみんながそれを支えるというよりも、急に夜中に家にきてどうのこうのとかがあると、迷惑をかけられるっていうのか、利尻ではお互いに助け合いなところもすごくもちろんあるので、そういう風にたとえ認知症になっても、なんとかするとか近所の人に来てくれて、行政が来てくれて、夜は誰かが見てくれてっていうのが可能なかなと思ったらそうもいなくて。（Iさん）

1つ目の「送迎の問題」は、タクシー、バスなどの公共交通機関が十分とは言えない離島において重要な課題の1つである。バスは「2、3時間に一本」であり、通院、買い物において大きな課題である。また利尻島では、大きく4か所に商店、街の機能、集落が集約されている。そのため、この4地区に該当しない地域に居住している高齢者にとっては切実な問題である。ことに保健、健康づくり事業の際には、高齢者（特に後期高齢者）を「どのようにして公民館、自治会館などの集会スペースに来てもらうのか」は大きな課題である。「送迎をしてまで来てもらう必要があるのか」という保健師の問いは、過疎地域ならではの悩みの1つであると推察される。都市部のようにイベント、教室を開催すれば比較的簡単に「定員に達する」、健康づくりへの意識が高い住民が多い地区とは異なり、利尻島では送迎をつけ、1人

ひとりへの地道な声かけをしなければ人が集まらない現状がある。こうして「かき集める」ようにしてターゲット層を集めなければならない保健師たちの苦悩がある。

2つ目の「潮がさっと引くように」という語りは他の調査対象者からも聞くことができた。コミュニティの緊密さは諸刃の剣であり、近所づきあいなど健康で元気な時には有効に働くものの、病気や借金などの不利益な情報もあつという間に広まってしまうという現実がある。同時に利尻島には、十分な高齢者への施設、特に認知症のケア施設があるとは言えない。そのため、認知症や重篤な病になると島外の病院やケア施設への移住を選択しなければならない。

こうした様々な課題を抱える利尻島の保健師たちは、上述のような島民の生活や性格を十分に把握し、そこに一定の配慮をしながら保健師活動を営んでいる。例えば、「出面」が行われている時期には、「健康教室」などの健康づくり事業、スポーツイベントがほとんど実施されていない。その理由は、利尻島において、都市部などで「一般的とされる生活様式（午前 9 時出勤 - 午後 5 時退社）」と大きく異なるためである。他にも、高齢者との合意形成を図るために、「保健指導」という形式にとられず住民との積極的な対話をしていこうとする姿勢も読み取れる。保健師 I さんの語りである。

「行政主導で何でも」っていうよりは、自治会と話しを聞いたり、保健福祉推進委員とか、食生活改善推進委員とか、健康づくり推進委員とか、うちはいろいろ地区組織があるので、住民の意見を聞きながら一緒にやるみたいな感じが主流かなと思うんですよね、なんでもこっちで決めちゃうんじゃないくて、地区組織をうまく使ったり、住民と一緒にやるという事業のやり方です。こっちの思いでやっちゃうと、住民と意見があわない、結局そうっちゃうと人が集まらない、参加人数も減っちゃうっていうのがあるんですよね。住民が受け入れられやすかったり、住民がスタッフでいると、その方が来やすいと思うんですよね。（I さん）

4. おわりに

本章では、北海道利尻島に暮らす高齢者の島民生活を調査対象とし、「季節性」を手掛かりに、彼らの「健康づくり活動、スポーツ活動の実態」、「生活環境の違い」

や日常生活における「身体活動」について聞き取り調査結果から、3点の示唆を得られた。

①季節に応じた施策の計画，予算の適正配分，評価のあり方を再検討する必要性が示された。

②「労働による『身体活動』（＝漁）」、「生活様式の違い」にも配慮した「健康づくり活動・スポーツ活動」の評価方法，指導方法，施策の確立が急務である。

③保健師が中心となって進める住民との「対話」を通した健康づくり活動の工夫を重ねることで，良い対策と具体的方法が示唆できると思われる。

第2章で事例としたのは，利尻島の高齢者である。利尻島は，北海道の離島であり，その気候が，冷帯気候に属する。また「米の最北限」より北にあること，国立公園の中に位置することなど極めて固有な特徴を有する。畑作，米作は原則として行われておらず，その多くは本土からの輸送に依存しているなどの特徴を述べた。そして，利尻島における生活の特徴は，夏と冬の「二面性」であった。観光や漁が盛んな「夏」と，フェリーの欠航が見られ，強風が多くなる「冬」の生活であった。利尻島高齢者の特徴を端的に言うならば，それは「夏」と「冬」で180度異なる「生活」の差異であった。

特徴的であった点は以下の3つであった。第1の特徴は，「出面」を中心とした地縁的な労働であった。従来，「北海道では，農業における労働力として，出面組と言われる任意集団を利用して地域内から労働力を調達してきた経緯がある（高畑，2014：P.77）」とされ，かつては，収穫，田植えなど農村でも見られた特徴である（高畑，2014）。しかしながら，「オートメーション化」された近代農業ではあまり見られなくなり，高度経済成長期においては，過剰人口と言われた農村労働力は，分解・過疎化・高齢化といった状況に陥った。ところが，利尻島においては，「エゾバフンウニ」，「利尻昆布」という他の離島には見られない知名度の高い商品作物（海産物）の出荷を支える仕組みとして「出面」が残っている。出面では，早朝から2～3時間の身体活動を伴う。同じ姿勢を維持することから，腰痛，膝痛などの疾患への不安もあり，その身体活動量はかなりの負荷があるものと推察される。この出面には，子どもから高齢者まで「歩ける島民」は，「必ず参加する」仕組みがとられている。森谷ら（1997）による先行研究においては，質問紙を用いて労働の有無，スポーツ実施の有無などを調査している。スポーツ（運動）の実施という点に関し

ては、男女とも 7 割以上の高齢者が実施していないのに対し、労働の有無に関して尋ねた質問では、男性は 8 割以上、女性も 7 割以上の人が「何らかの労働」に従事している調査結果が得られた。この労働の 1 つは、本調査で提示した「出面」であり、過疎化が進行している現在では一人一人の高齢者へのマンパワーとしての役割も高まっているものと推察される。島民からの聞き取り調査では、このような「必ず参加する」ようになったのは、人口の減少（過疎化）による影響もあるが、それでも「頼まれたら断れない」関係性が、図らずも高齢者にも社会参加を促しているものと推察される。利尻島の事例では、「労働」を通じた身体活動と、労働後の「座談会」を通じた「交流の場」が形成されていた。先に引用した竹島らが指摘したように、健康づくりの施策、その他の「運動」、「健康づくり運動」研究のエビデンスの多くは、東京をはじめとする都市部を中心に構成される。利尻島では、都市部や施策を通じて積極的に言われる現代の高齢者の課題、例えば身体活動や、運動の実施、積極的な社会参加とは異なる「生活」の実態があった。

第 2 の特徴は、「冬」の生活であった。「特にすることがない」、「島外へ移住」という語りや、前述の「除雪」できるかどうかがメルクマークという指摘したように、夏場に図らずも得られていた身体活動量は、冬期間には大きく低下することが予想される。中には室内で「フロアカーリング」や、その他の趣味活動をするものもいるが「何もすることが無い」という高齢者も多かった。冬場の生活は彼らの課題といえる。

第 3 の特徴は、専門職のあり方である。本事例においては、高齢者に対して保健師たちが見せる配慮も特徴的である。都市部を中心とした現代の生活では、「季節」によってさほど大きな生活の変化は見られない。それは「運動」の施策においても同様と推察される。例えば、「健康日本 21（第二次）」においては、季節に対応した変化、積雪路面への配慮などの記述が一切見られない。全国的には、季節に応じて気温差こそあるものの、いつでも舗装された道路の上を歩行できることが想定されている。また身体に変調をきたした場合は、「早めの受診」が呼びかけられ、通院、検査を受診するのが通常である。しかしながら、利尻島の高齢者は事情が異なる。夏場は漁、出面があるため「病院に行けと言っても、行かない」という。そのため「重症化」してしまうことが見られるなど、医療従事者としては看過できない事態が見られる。しかしながら、同時に「出面」は、高齢者にとって「生きがい」とし

て寄与している可能性も高い。この中で悩む保健師の姿が見られた。また、「夏場」は、健康づくり運動を実施する「健康教室」や、「保健指導」を実施できていないという。これは漁、出面への配慮から上記の結果となっていた。健康教室や保健指導の実施は秋から春先に集中的に行い、昆布漁やウニ漁が始まった時期には行わないようにしているという。このように保健師たちが高齢者に配慮する事例は、「離島ならではの関係性」による影響があるものと推察される。この事例から、高齢者の「合理性」に保健師たちが合わせるといふ離島特有の関係性が見られた。

以上のように利尻島の事例は、第1章で引用した前田（2006）や、W.ハナーズ（1999）が述べるグローバル化された「周辺文化のためのシナリオ」と類似する姿が描きだされたと推察される。前田は、別海町を事例にグローバル化されたスポーツ（スケート）への対応を描き出した。本事例で提示したものはグローバル化されている健康産業とは異なるレベルで、高齢者の合理性であり、保健師たちが実態に沿うように工夫した創造性が見られたと考えられる。そして、グローバル化され、都市化された都市部で問題となる「無縁社会」、「孤立死」や「孤独死」などとは異なる地縁的な結びつきが見られた。農村などでも見られる特徴であるが、都市部とは異なる「現代に生きる高齢者の姿」であった。また、こうした「出面」を活用した関係性の維持は、第1章でも引用した笹瀬が指摘した「困難と背中合わせ」の中での工夫とも推察される。外部からの人口流入が比較的少なく、土着の住民が多い離島においては、「伝統的な仕組み」の1つである「出面」を維持し、そこである程度の身体活動量を保持していた。病院や診療所の数、さらに高齢者のための民間サービスは都市部と全く比較にならないほど乏しい。しかしながら、「はじめに」で提示したように、利尻島は、かつて「長寿の島」と呼ばれていた。ここに見るように、人間らしい寿命を全うするためには、このような顔と顔が見える関係性の中で「生きがい」を持ちながら生活する重要性が示唆された事例である。同時に利尻島は、凝集性、つながりが強固な島であることも明らかとなった。例えば「認知症の方が出たときに偏見じゃないけど、潮がさっと引くように今まで仲いい地域だったはずなのに、誰も助けてくれない…」という風習も、彼らなりの「合理性」の中でこの地域のコミュニティを維持してきた「冷ややかな合理性」ともいえる。出面による身体活動、社会参加を伴いながら維持される強固な健康維持機能と、同時に見られる認知症時の冷ややかな対応、この両者を保持することで、彼らなりの「合理

的な生活」，コミュニティが作り上げられてきたものと推察される．このような姿は本博士論文では詳しく言及していないが，「豊かなソーシャル・キャピタルを持つ」とされる「社会的信頼」，「ネットワーク」，「互酬性の規範」という 3 つのファクターを意図せずとも，利尻島では保持され続けていたものと推察される．

第3章 東日本大震災の被災地における健康づくり活動

はじめに

第3章では、東日本大震災後の被災地における「健康づくり活動」を調査対象とした。我が国は、地理的、地形的、気象的諸条件から「自然災害（＝暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象により生ずる被害）」の発生しやすい地域である。ここ20年における主な地震災害としては、阪神・淡路大震災（1995年）、新潟県中越地震（2004年）、東日本大震災（2011年）、熊本地震（2016年）などがあげられ、さらに大雨、土砂災害、火山など地震以外の自然災害も発生している。今後も我が国でこのような自然災害が発生する可能性は、極めて高い。例えば、「地震調査研究推進本部地震調査委員会」では、南海トラフを震源とした「南海トラフ巨大地震」をはじめ、国内では次なる大規模な地震災害の想定がなされている。

一方、自然災害による被害は私たちに多くの教訓を残す。そこから謙虚に学び、今後の糧となるような「記録、記憶の集積（＝集合知）」も必要である。特に、新潟県中越地震（2004年）は、我が国で災害発生後に「運動」を実施することの重要性が提唱されるようになった1つの転機である。この災害時には、長期化する集団生活によるストレス、プライベート空間を確保しようとする理由から「避難生活を送る被災者が車中で寝泊まりし、エコノミークラス症候群（静脈血栓塞栓症）が相次いで発症（星野，2012：P.258）」した。しかしながら、2016年に発生した「熊本地震」においても、「エコノミークラス症候群」に罹患した被災者の報道が再びなされるなど⁽¹⁾、本疾患への対策は現局面においても未だ不十分であると言わざるを得ない。星野（2012）によると、エコノミークラス症候群の処方箋は、「適度な運動と定期的な水分補給（星野，2012：P.258）」の2つであると指摘されている。

さらに長期的にみると、「適度な運動」によって得られるメリットは他にも考えられる。「ロコモティブ・シンドローム」、「生活不活発病（＝廃用症候群）」などの予防や、精神面においても「健康づくり運動」の実施によるメンタルヘルスの向上を期待できる。このことから災害発生直後、さらには長期化する避難所、被災地における生活という特殊な状況下における「地域（被災地）」においても、PAを増やすこと、そのための「運動」や、「健康づくり活動」の実施は必要と考えられる。

本章においては、メディアによって描かれたステレオタイプな被災地の現実ではなく、「もう1つの被災地での現実」に注目したい。ここでは以下の語りの中から本章におけるキーワードを提示したい。この語りは被害の少なかった隣県から被災地に向かおうとした「ある運動指導者」のものである。

（運動指導のために避難所へ行こうとしたところ）最初のころは（規制区域の中に）ぜんぜん入れてもらえなくて、検問でひっかかってしまいました。見識なのでしょうけれども、そこにいる方が警官なのか自衛隊なのか良く分からないのですけれども、「運動なんか必要ない。行っても、まだそんな状況ではないだろう」ということで、「運動という目的」では入れてもらえませんでした。

本章では、東日本大震災のような甚大な災害後、生活基盤が大きく瓦解した中、避難所をはじめとする被災地における避難生活のなかで『運動』や『健康づくり運動』を実施することの意義や、その実践方法について検討することを目的としている。

ここで提示した語りは、「NK会」の「北海道・東北ブロック」の支部役員による3時間にわたる震災体験の記録からの引用である。なお「NK会」は、団体の正式名称ではなく「仮称」である。本団体は、健康運動指導士が中心となって組織されているが、諸般の事情により「NK会」という匿名を使用し、以下の論考を進める。

さて、「災害弱者」の1つとされる高齢者は、東日本大震災の際には、死者のうち60歳以上の高齢者が約3分の2を占め、その割合は沿岸市町村の当該比率の倍以上にのぼる。「年代別にみると60歳代で1.4倍、70歳代で2.3倍、80歳代では3.3倍となっており、高齢になるほど避難が困難であった（和気，2013：P.27）」ことが推察される（和気，2013）。さらに、地震による直接的な被害からは逃れたものの、避難所や見知らぬ場所への移動などの環境の変化が原因とされる肉体的、精神的な疲労や持病の悪化による「震災関連死」は、2012年3月11日までに1,632人にのぼり、そのうち66歳以上の高齢者がその9割近くを占めている（内閣府，2012a）。この点から、高齢者に対しては、病気の有無のみではなく、精神的、社会的なサポートや声掛けによる状況の把握が必要と考えられる。

ところが、東日本大震災のような災害直後となると、高齢者にとって「当たり前」だった日常が一変してしまう。例えば、高齢者が週 1 回定期的な運動をしていた健康教室、自主的に通っていたジム、運動以外の趣味、地域のサークル、ボランティアなど、高齢者にとって「当たり前」とされていた生活基盤における活動が、災害によって一瞬のうちに破壊されてしまったと考えられる。同様に、運動指導の専門家でもあり、かつ被災者でもあったある高齢者は、自身の生活基盤が失われていた。専門家をはじめとする被災者の中には、「絶望の淵」に立たされていたものも少なくないと推察される。この高齢者の女性は、「その時は、もう終わりだと思ったの。体操どころじゃないな」という当時の心境を述べている。

以上のように考えるならば、エコノミークラス症候群などの疾病予防のための身体活動や運動の実施はだれがどのように指導すればよいのだろうか、という問題意識が生じる。本章では、東日本大震災のような甚大な災害後、生活基盤が大きく瓦解した中、避難所をはじめとする被災地における避難生活のなかで『運動』や『健康づくり運動』を実施することの意義や、その実践方法について検討することを目的としている。地震調査研究推進本部地震調査委員会が毎年発表している地震予知に関する報告書を参照する限り、今後いつ、どこで再び甚大な災害に襲われるかわからない。東日本大震災のような過去の大規模災害と、次なる大規模災害が予測される災害と災害の間、すなわち「災害間」である今だからこそ、こうした「次」の震災に備える「知」と「実践」を蓄積したプラットフォームづくりが求められると考えられる。

本章では、はじめに災害社会学や公衆衛生学をはじめとする災害時の諸研究の知見を整理し、その中で「運動」という視点をどのように取り上げられているかを検討する。これらの先行研究を参照したうえで、東日本大震災における避難所生活者、被災地の現状を内閣府の統計や見解から整理し、その上で「運動」を被災地に取り入れることが可能な担い手を検討する。次に、このような期待に応えうる健康運動指導士たちによる討論の様子をもとにした会話の分析から、彼らが見た避難所の現状と、そこから「運動」を実践することの意義について実践者たちの理解を整理する。また、災害時における健康運動指導士以外の被災支援の専門家たちは、「運動」をどのように見ていたのか、考えていたのか。聞き取り調査をもとにした調査結果を提示する。最後に、「災害間」である現段階において、今後の震災時において「運

動」をどのように取り入れていくべきか、その方向性を検討する。

1. 大規模災害を対象とした諸研究 — 「運動」とその指導者への注目 —

1-1. 災害後（直後）を事例とした先行研究

過去にわが国で発生した自然災害を題材とする研究は、医学、社会学、地震予知など様々な領域の研究者によって蓄積されている。とりわけ「被災住民の日常生活」という視点にコミットした研究蓄積の1つとして社会学があげられ、その中でも、避難所やその後の復興の様子を詳細に描き出した「災害社会学」を中心とする領域では多数の研究成果の蓄積がある。特に60名近くの社会学者によって書かれた『阪神・淡路大震災の社会学』全3巻（1999）は、地域住民、避難所、ボランティア、メディアなど様々な視角から「震災」をとらえようとする先進的な取り組みの1つであった。また「震災直後（第1巻）」、「8か月後（第2巻）」、「3年後（第3巻）」にわたる時間軸にそった研究は、被災直後の様子、対応に目が向きがちな「震災対応」を考える上で重要な示唆を与えてくれる視角である。しかしながら、2011年の東日本大震災以降、数多くの災害社会学の本が刊行されたが、こうした一連の研究の中において「運動」、を真正面から取り上げている研究はほとんど見られず、その後の災害研究、災害社会学の一連の研究においてもこうした指摘はほとんど見受けられなかった。

2004年の新潟県中越地震の際には、長期化する避難所生活の中で集団生活によるストレスやプライベートな空間を確保しようとするあまり「自家用車で寝泊まりをする避難者」が多く発生した（一部では10万人との報告もある）。しかしながら、不幸なことに「自家用車で寝泊まりをする避難者」の中から死者が発生し、その死因の多くは「静脈血栓塞栓症（＝エコノミークラス症候群）」であった。榛沢（2012）によると「避難所でも深部静脈血栓症（DVT）の危険性があることが判明した（榛沢，2012：P.10）」とされ、2007年の能登半島地震，2008年の岩手・宮城内陸地震においても「避難所環境でDVT頻度が異なり，仮設住宅でもDVT発症が認められた（前掲書）」と報告している。

災害時の避難所環境で起こる可能性があるエコノミークラス症候群への対策は、医学的な観点から数多くの報告がなされている。例えば星野（2012）によると、エコノミークラス症候群に関しての処方箋は、「適度な運動と定期的な水分補給」の

2つであるとされる。こうした指摘は他の文献でも報告されている。特に、エコノミークラス症候群の直接的な予防策として、YouTubeなどの動画サイト、医学系の学会、医療関係を中心とした研究機関のホームページなどを活用した「運動」の啓蒙が行われた。また、体育系の学会に属する体力科学や運動生理学系の研究者からも同様に運動の重要性についての指摘がなされている。しかしながら、メディアの報道によると、東北地方を中心とした多くの地域では、地震発生直後からライフラインや電話が寸断されている状況であった。定期的な運動が健康の維持、増進においてポジティブな影響を与えることはもはや周知の事実である。ただ、運動の実践と同様に「定期的な水分補給」においても周知徹底が必要であることは、既述のとおりである。先の星野（2012）の指摘によると「高齢者はトイレに行く回数を減らす手段として、水分を控えようとする場合も少なく（星野，2012：P.260）」ないとの報告がなされており、単なる運動・スポーツの指導に終始することなく、睡眠、水分補給といった健康面への配慮ができる人材の必要性が浮上してくる。

1－2．東日本大震災における被害状況と高齢者

内閣府の発表（2011年7月22日付）によると、東日本大震災では各自治体の避難所に38万人を超える人が避難を余儀なくされた。特に被害の大きかったとされる「東北3県（＝岩手、宮城、福島）」においては、1,874カ所の避難所に36万人以上の住民が避難した。我が国は、ここ20年の間に幾度となく「激甚災害」を経験している。以下では、内閣府のホームページを参照しながら1995年に発生した「阪神・淡路大震災」、2004年に発生した「新潟県中越地震」と今回の東日本大震災における避難所数、避難所生活者数を政府統計から比較する（内閣府，2012b）。

第1に、「地震発生から1週間後」における避難所数、避難所生活者の実数は、阪神・淡路大震災の場合と比較したところ、ともに東日本大震災直後の方が多い。ただ統計を注意してみると、「避難所生活者数」は30万人（阪神・淡路）、38万人（東日本）と8万人ほどの差である。その一方で、避難所数を比較したところ、阪神・淡路大震災の1,138カ所に対し、東日本大震災直後は2,182カ所と2倍近い数の避難所が設置されていた。ここから東日本大震災では、避難所が広範囲に分布していたことが推察できる。

第2に、「地震発生から1か月後」の避難所生活者数は、阪神・淡路大震災の際

には 20.9 万人であったのに対し、東日本大震災では 14.7 万人であった。一方、避難所数を比較してみると阪神・淡路大震災の際には（1,138 カ所から）961 カ所に減少していたのに対し、東日本大震災では（2,182 カ所から）2,417 カ所と増加していた。ここから東日本大震災では避難所生活が、長期化していたことが推察できる。また東日本大震災から 3 か月が経過した時点において、1,459 カ所と阪神・淡路大震災よりも多くの避難所が残り、長期にわたる支援が必要であった。

上述した 2 つの指摘から、今回の東日本大震災では避難所が広範囲に分布し、避難所生活が長期化したことが推察される。このことから「災害ボランティア」をはじめとするマンパワーが一刻も早く、かつ多数必要とされる状況であった。しかしながら、「福島第一原子力発電所事故」の影響による「立ち入り禁止区域」が設置されたこと、ライフラインの断絶、現地までの交通網の混乱、食糧、ガソリンの不足などの悪条件が連鎖し、さらにはメディアやインターネット（掲示板、SNS など）を通じた「ボランティア・バッシング」の風潮がマンパワーの不足に拍車をかけたと推察できる。東日本大震災後に開催された「南海トラフ巨大地震対策検討ワーキンググループ」による第 5 回会合では、「東日本大震災における災害応急対策の課題報告」の議事録において、避難所間において救援物資、ボランティア、医療スタッフなどの支援体制に差が見られたとの見解が報告されている（内閣府（防災担当）、2012）。

内閣府（2012c）の『平成 24 年版防災白書』によると、被災した市町村においては、災害応急対策、被災者支援等の業務が増大し、対応能力の限界を超えたり、職員や庁舎が被災し、行政機能が著しく低下する例も多かった。加えて、通信の途絶等のため、被害の把握や被害状況の報告・発信等が行えない状況が多く発生した。このため、国や県においては、発災当初、被災市町村の実情を全く把握できなかったこともあった。また、地方公共団体では、技術系職員の数が必ずしも十分ではないため、被災地の復旧・復興が円滑に進まない場合があった。そして、通常経験することのない激甚な災害であったため、公共施設の復旧に当たっての災害査定に時間を要した。さらに、広範な地域、多数の市町村に被害が及んだため、県のサポートが十分機能しなかった。一方、被災した地方公共団体の多くは、災害時に他の地方公共団体等から応援を受ける計画を持っていなかったため、応援の受け入れが円滑に進まなかった。

さらに内閣府が公表した『平成 25 年版高齢社会白書』によると、2011 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災における高齢者の被害状況をみると、被害が大きかった岩手県、宮城県、福島県の 3 県で収容された死亡者は、2013 年 3 月 11 日までに 15,812 人にのぼる。検死等を終えて年齢が判明している 15,681 人のうち、「60 歳以上の高齢者は 10,360 人と 66.1%（内閣府，2013：pp.46）」を占めていた（内閣府，2013）。また、地震による直接的な被害からは逃れたものの、固い床の体育館に座っているだけ、自宅の片づけができないなど避難所や見知らぬ場所への移動などの環境の変化が原因とされる高齢者においてより深刻であり、震災後の避難生活での肉体的、精神的な疲労や持病の悪化による「震災関連死」は、2012 年 3 月 11 日までに 1,632 人にのぼり、66 歳以上の高齢者がその 9 割近くを占めていた（内閣府，2013）。そのため行政機能が十分に機能していない状況下とはいえ、高齢者への支援、サポートは災害時において重要な課題の 1 つと考えられる。

1－3. 「健康づくり活動」の担い手－健康運動指導士への期待

公益財団法人「健康・体力づくり事業財団」が作成した「東日本大震災における被災地での運動・スポーツによる身体的・精神的支援及び活用方策に関する調査事業研究」の報告書には災害発生後の被災地における運動指導の実情や課題が提示されている。本調査は 2011 年 12 月に 17,599 名の運動指導者（健康運動指導士，健康運動実践指導者，NSCA 認定パーソナルトレーナー（日本ストレングス&コンディショニング協会）など）を調査対象とし、回収率が 13.2%（有効回答率：12.5%）という量的調査が行われた。この報告書の提言として、①「災害派遣医療チーム（DMAT）に運動指導者を含めておく（公益財団法人「健康・体力づくり事業財団」，2012：P.3）」，②「地域防災計画および防災マニュアルに運動支援を位置づける（前掲書）」，③「IT を利用した全国レベルの運動・スポーツ団体によるネットワークを構築する（前掲書）」，④「恒常的に『災害に運動支援指導研修を実施する』（前掲書）」の 4 点があげられている。本調査から、実際に被災地における運動支援は、少なくとも 1 %程度の運動指導者に止まっていることが報告されている。支援に行かなかった指導者の多くは、仕事、経済的負担といった理由が見られる以外にも、行き方（自治体との手続き，交通手段）が不明などの問題をあげている（公益財団法人「健康・体力づくり事業財団」，2012）。東日本大震災においては支援体制の差，

絶対的なマンパワーの不足が見られたことはすでに指摘したとおりである。このような現状を打破するためには、東北地区を中心とした近隣の運動実践者がこの現状を乗り越えるための体制をいかに構築できるかが重要である。

こうした状況を踏まえ、各地域において震災直後の避難所をはじめとする被災地において「運動、健康づくり運動を実施する」ための「きっかけ」を与えうる存在は「健康運動指導士」である可能性が高い。本章において「健康運動指導士」に着目した理由は、3つある。

第1に、健康運動指導士が国家資格ではないものの「政策的に位置づけられた資格」であることがその理由である。「健康運動指導士」資格は、1988年から実施された「第2次国民健康づくり対策（アクティブ80ヘルスプラン）」による政策的な意図で制度化された。創設当時から成人病（生活習慣病）予防の運動指導が目的とされており、2001年に始まった厚生労働省の「健康日本21」において、政策の一翼を担う立場として初めて資格名称が取り上げられた。現在、本有資格者は、2008年度から実施されている「特定健康診査・特定保健指導（通称：メタボ健診）」⁽²⁾において運動・身体活動支援を担うとされ、従来、医師や保健師などの運動指導の力量には限界があったことから、「保健医療関係者と連携しつつ安全で効果的な運動を実施するための運動プログラム作成及び実践指導計画の調整等を行う役割を担っている。

第2に、各都道府県内における登録者数と資格取得者の多様性である。本有資格者の中には、保健師、看護師、管理栄養士、教員などの国家資格を持ち合わせているものもいることから、単一の資格内にとどまることなく多様なネットワークを構築することができる。2013年1月15日現在、北海道・東北地区では、北海道432名、青森県133名、岩手県120名、宮城県257名、秋田県83名、山形県174名、福島県190名が登録されている。しかしながら、健康運動指導士の社会的認知は十分とはいえず、国家資格や本業と「掛け持ち」している点で、健康運動指導士としての職務に限界が生じている。とはいえ、フリーランスで運動指導をしているものもあり、資格保持者の内実は一様ではない。

第3に、健康運動指導士が高齢者、専門職と日常的に緩やかなネットワークを構築していると推察されるからである。第1、第2の指摘とも重なる部分もあるが、日常的に医療関係者、自治体と連携していること、こうした人材が47都道府県に

において 100 名前後ずつ登録されていることは、上述した緩やかなネットワークの構築という点でメリットが大きいと推測できる。

以下、本章では、上述の健康運動指導士や、実際に高齢者への運動の指導を経験した専門家への聞き取り調査をもとに展開していく。災害発生直後の被災地に、筆者は訪れることができなかった。また同時に、災害時という非常時の恐怖体験、苦痛への倫理的配慮から被災した高齢者への聞き取り調査は実施していない。そのため、専門家たちの記憶、体験の語りから、高齢者の運動実施、継続への要因や課題を考察する。彼らの語りは、運動の専門家であり、かつ自身も被災した住民である「二重の経験」をしている点に価値があると考えられる。以下で注目した資料には、被災が特に激しかったされる東北地方の避難所の様子、「住民」と「健康運動指導士」という二重の経験をした当事者としての語りが含まれる。さらには、被害が比較的少なかった隣接する県から運動支援に赴いた健康運動指導士の語りが含まれている。

また、「健康づくり活動」の担い手として健康運動指導士やその他の運動指導者に注目するが、災害時発生直後は「健康づくり活動」と呼べる組織的な形態をとることができていない。そこで本章では「健康づくり活動」に包含される「運動」を指導者の視点から検討する。

2 調査対象と調査方法

本章では、災害時の「運動」の実施状況を、「運動」を指導する立場、また高齢者の健康管理に関わる専門家の視点から明らかにすることである。第 1 に、被災者の健康づくりや運動の実施はどのように実施したら良いのか、第 2 に、運動を実施する際に関わるべき専門家は、どのような人材、資格保持者が良いのか、第 3 に、被災地に暮らす地元の専門家にはどのような役割、被災者への支援が求められるのかである。そこで、以下の 2 つの調査対象者たちに聞き取り調査を実施し、得られた「語り」を、時系列に再構成し、東日本大震災の被災地における健康づくり活動を考察する。「震災検討会」の調査結果については、発言者の道県と性別を記載した。また、運動指導や被災者支援をしていた専門家への調査結果については、A～Oさんの名前と性別を記載した。

2-1. NK会の「北海道・東北ブロック事業 平成23年度震災マニュアル作成提言検討会」の調査

「NK会」の北海道・東北ブロック事業による「平成23年度震災マニュアル作成提言検討会」の活動に着目する。「NK会」は、健康運動指導士、健康運動実践指導者の2つの職種をもつ専門職集団である。「NK会」には、任意加入であるが、資格の更新講習なども行っており、フリーランスの指導者、資格を利用した運動指導を行うものの多くは、本会に加入している。NK会では、①指導力の向上を目的とした講習会、研修会の主催、②資格保持者の普及啓発、③調査研究などを行っているが、主たる事業は①である。「NK会」は前述したように健康運動指導士を中心とした専門職集団である。同時に、健康運動指導士と別の資格（例えば、看護師、保健師、管理栄養士など）を保有している者も多い点が特徴であり、多彩かつ多様な顔ぶれによる組織であり、その支部数は46個にのぼる。

本章で注目した「『NK会』北海道・東北ブロック事業 平成23年度震災マニュアル作成提言検討会（以下：震災検討会とする）」は、以下のような趣旨で行われた。このような会議は年に1度、6県（道）の持ち回りで開催されており、毎年各支部の代表者が集い、情報の収集や意見交換会が行われている。なお、2011年11月に行われた震災検討会への参加者は、北海道11名、青森県1名、岩手県1名、秋田県1名、山形県2名、宮城県2名、福島県4名の計22名であった。参加者22名の職業（専門）の内訳は、大学教員（体育系）4名、大学教員（栄養士系）&管理栄養士4名、保健師3名、中学校教員1名、自治体・体育協会職員3名、その他体育系職員7名であった。「震災検討会」の全体の司会は北海道支部長が行った。ここで会議の趣旨を示すため、司会者の発言を以下に引用する。

（本検討会の）特に前半部分はこの会議の目的等を確認した後に、各支部からそれぞれ今回の震災に絡む活動、あるいはいろいろな思いを、時間は短いのですが各支部に発表いただく形にしていきたいと思います。
…（中略）…今回の震災に絡むいろいろなことを、我々は当事者でありますから、記録に残していこう。記録に残すために、どのようなことに配慮しながらやっていくかを、まずきちんと確認して、記録に残そう。

上述の発言のとおり「NK会」の北海道・東北ブロックは、東日本大震災において甚大な被害を受けた岩手、宮城、福島 の 3 県が含まれている。こうしたことから「震災の当事者」として、被災地で何が起こっていたのか、健康運動指導士たちはどのようにして運動を実践しようとしていたのか、こうした点を考える上で、本章の目的に合致しているといつてよいであろう。

よつて、調査対象は、「健康運動指導士」資格を保有し、彼らを統括する立場にある北海道・東北 6 県の支部長および各支部役員による「震災検討会」の参加者に設定した。この震災検討会に着目した理由は 4 つある。1 つは、特に被災が激しかったとされる東北において、実際に震災や避難所生活を経験した当事者を含んでいたからである。2 つは、東北地区の健康運動指導士たちは「住民」と「専門家（＝健康運動指導士）」という二重の経験をした当事者が含まれていたからである。3 つは、被害が比較的少なかった県（道）から支援に行こう（支援に行った）とした健康運動指導士の語りを含んでいたからである。4 つは、ここへの参加者は、支部長や支部の理事などを担当している「リーダー層」の集まりだからである。こうしたリーダー層にいる彼らは、運動指導の現場で長年の経験を積み、健康と運動に対する見識を高く持ち、さらには 100 名強の会員を束ねている。よつて彼らの発言は、各支部における 1 つ 1 つの現場（避難所）の声を代弁しているといつても過言ではないと考えられる。

本章では上述した調査対象者たちによつて 2011 年 11 月 5 日に行われた「震災検討会」における 3 時間（14：00-17：00）の議論をボイスレコーダーに録音し、音声データを専門の業者に委託してテキストファイルに変換した。地域における運動指導者の代表的存在である彼らの実践の記録を通して、本章では避難所をはじめとする被災地における避難生活のなかで「運動を実施すること」の意義について検討していくこととする。

なお、この震災検討会で議論の俎上に上がっているのは、震災直後における「避難所の様子」が中心的な話題である。内閣府の統計などを参照した結果、避難所に避難した被災住民ばかりではなく、自宅、宗教施設やその他の場所に避難した者もいると推察されるが、本項では震災直後に避難生活の極限的状況を体験した場所として「避難所」に着目する。

2-2. 医療従事者や被災者支援をしていた専門家への調査

本章の目的に照らして、前節で東日本大震災の被害状況、震災直後の避難所をはじめとする被災地での「運動」の実施に必要なマンパワーとして「健康運動指導士への期待」を提示した。しかしながら、健康運動指導士にフォーカスした逆作用として、以下の2つの点については、検討から除外されていた。第1に、「運動」の実施に関与したのは、「健康運動指導士」のみではない点、第2に、医療従事者やその他の被災者支援をしている専門職（専門家）は、「運動」の重要性についてどのような理解していたのかについてである。

第1節における先行研究の検討から、本節では被災地域である福島県と岩手県における災害支援活動を実施した経験を持つ「医療従事者や被災者支援をしていた専門家」を調査対象とした。表3-1に調査対象者と彼らの保持資格を提示した。本節における調査対象者は、運動指導をメインとする資格保持者のほか、衣食住の提供などの被災者支援を主に行う団体職員（NPOも含む）や個人事業主など多岐にわたる。健康づくり活動を主とする専門家のみではない点について、付言しておきたい。

表 3 - 1 調査対象者と保持資格

コード	性別	居住県	メインの仕事(資格)	備 考
A さん	男	福島	団体職員	グループインタビュー (4 名)
B さん	男	福島	個人事業主	
C さん	女	福島	栄養士	
D さん	女	福島	健康運動指導士	
E さん	女	福島	保健師	グループインタビュー (4 名)
F さん	女	福島	保健師	
G さん	女	福島	保健師	
H さん	女	福島	保健師	
I さん	女	福島	団体職員(NPO※ 1)	※1 高齢者サロンの運営
J さん	男	福島	個人事業主	グループインタビュー
K さん	男	福島	運動指導(ボラ)	
L さん	女	福島※2	団体職員(NGO※ 3)	※2 復興支援で一時的に 福島県に居住 ※3 生活向上支援団体
M さん	男	岩手	個人事業主	
N さん	女	岩手	市町村職員	
O さん	女	岩手	運動指導(ボラ)	

上述の「医療従事者や被災者支援をしていた専門家」への調査は、2013 年 9 月（福島）、11 月（岩手）に実施した。また調査対象者には、事前に調査の主旨を説明し、ボイスレコーダーによる録音の承諾をとりながら実施した。インタビューは筆者が行った。調査は、一人当たり 60 分程度を目安とし、5 つの質問項目を中心に事前に想定した質問を中心とした半構造化インタビューを行った。調査項目は、①地震発生直後の自身の様子、②「運動」と自身がどのように関わったのか、③現在気にかかる問題、④「運動すること」の意義、⑤震災に関連するフリートークである。インタビュー調査の方法は、個別インタビュー（5 名）とグループインタ

ビュー（10名）の2種類実施した。本章では得られた音声データを専門の業者に「テープおこし」を依頼し、そのトランスクリプトをもとに「語り」を分類し、質的に分析した。

3. 調査結果

3-1 避難所の実態

東日本大震災では、専門家である対象者自身それまでの生活基盤が失われていた。専門家をはじめとする被災者の中には、「絶望の淵」に立たされていたものも少なくないと推察される。例えばOさん（岩手）は、「その時は、もう終わりだと思ったの。体操どころじゃないな」という当時の心境を述べている。またAさん（福島）の語りの中にも同様に被災者の様子がうかがえる。

やっぱり3日間は完全に沈黙ですから。避難所の中でも声がほとんど聞こえないという。要するに、それはこれからどうするのかとか、そのような将来のことを心配しての沈黙だと思うし、それから地震とか、そういうものの恐怖心とか、それから本当に食べ物もないし、何もない状態でみんな避難所に入ってきたという状況ですから、だから全く3日間は沈黙。（運動を）やりたい人はやりたいのですが、やりたくない人は全くやらないという、そういう様子も見えましたし、全く誰にも分からない状態で1週間後に避難所で「ラジオ体操やりましょう」と言っても、ちょっと厳しいかもしれない。（Aさん、福島）

当時は、絶望的な状況に追い込まれていたことから、多くの被災者は同様な感情を持っていたと推察される。しかしながら、被災者の中にも「身体」的な変調に気付いた者もいた。以下は、Oさん（岩手）の語りである。

「ああ、これは体動かさないとおかしくなるな」と思って（町内）会長に相談して、ラジオ体操でもいいからやないと駄目だね、ということで、学校だったのでお願いして、ラジオ体操のテープとラジカセがあればお借りしたいと。もうみんな運動不足になるし、体に良くないって

いうこと分かっているのです、ラジオ体操だったら誰でもやれるからって
いうので、借りてきて1回、2回流したんですけれど、その時はまあや
ったんですけれど続かなかったんですよ。（Oさん、岩手）

ここで避難所において、「ラジオ体操を実施した」との語りがある。しかし、ラジ
オ体操は「誰でもできる」運動であるがゆえに、「飽きが来るのも早い」とOさん
は指摘する。

一方で、上述のような被災地の避難所における悪戦苦闘していた中、東日本大震
災の発生直後、被災地やその隣接する地域に暮らしていた健康運動指導士をはじめ
とする運動指導者の多くは、現地入りしエコノミークラス症候群、廃用性症候群の
予防などから「運動の重要性」を被災住民に伝えようと考えていたものも少なくな
かった。しかしながら、震災直後の時点で「運動」の重要性を認識していたのは、
運動指導の専門家と一部の医療関係者のみであったと推察される。重複する部分も
多いが、冒頭にも提示した資料をここで再度紹介しておきたい。

（運動指導のために避難所へ行こうとしたところ）最初のころは（規制
区域の中に）ぜんぜん入れてもらえなくて、検問でひっかかってしまいま
した。見識なのでしょうけれども、そこにいる方が警官なのか自衛隊なの
か良く分からないのですけれども、「運動なんか必要ない。行っても、まだ
そんな状況ではないだろう」ということで、「運動という目的」では入れて
もらえませんでした。（男性、秋田）

東日本大震災が発生した直後、健康運動指導士をはじめとする「運動の専門家」
は、「検問を通過すること」さえできない状況であった。医療、食糧、飲料水などの
問題はメディアに登場することが非常に多かったものの、「運動の重要性」につい
ては明らかに社会的な認知度が低かったといえる。「警官か自衛隊」と思われる検
問に立っていた公務員、さらにいえば多くの国民は「運動の重要性」をどのように
理解しているのか、本章における問いを象徴している事象であった。さらに言えば、
多くの国民の認識が「運動≒スポーツ」という画一的なものではないのかという疑
念も浮上してくる。検問に立っていた「警官か自衛隊」の多くも「運動」の重要性

を理解していたとは言い難いであろう。

当事者である避難所生活者においても、運動の重要性が理解されていたとは言い難い。例えば、健康運動指導士が「困っていることはないか」と尋ねた場合には、「大丈夫」という返答が多く寄せられた。そのため、健康運動指導士は「運動を指導する」ことに限らず被災によるショックや、余震の恐怖、先の見えない不安から心を閉ざしてしまった高齢者との関係構築にも頭を悩ませた。また、医療関係者や健康運動指導士をはじめとする医療・運動の専門家の間でも「(地震発生直後の避難所では)とても運動などという状況ではなかった」という声が多く聞かれた。ただ、避難所では、「高齢者がけっこう避難所に多かったもので、若い世代の方は片づけとかさまざま行って、避難所に残っている方はほとんど高齢者か子ども」という現状であった。

3-2. 震災を通して見た「運動」の重要性への気づき

上述したような避難所生活者たちの現状や以下の3つの事例を直視していた健康運動指導士たちは、目の前でただ固い体育館の床に座り、することがない高齢者の現状を「運動の専門家として看過できない」と考えた。

第1に、他県から避難所へ支援に訪れた健康運動指導士や、被災者支援をしていた専門家が見た現状である。

年齢を問わず、避難所などで長期にわたり固い床に直接座っていたり、活動量の減少により、筋肉や腱、人体、関節包といった関節を支える組織が固くなっていたり、弱っていたりしていました。これが身体のゆがみや、身体の痛み、動きにくさにつながっていると感じられました。中でも骨盤や肩甲骨のゆがみによる猫背や下肢の筋力低下、正しい姿勢が維持できない状況になっていました。(女性、青森)

3週間ぐらいだんだん食べるだけでなんていうか、体がすごくガチガチになってきたんですね。日にちがたってきたら、自分でも体が「ギコギコ」なんていうんだか、もうストレスと体とももちろん、体はいつも服を着たままで横になるだけのスペースしかないですし、みんなオープンでプラ

イバシーも何もないから、ここに横になって靴を脱いで寝るだけの生活なんです。体育館がね。そういう生活、そして寒かったでしょう。体がもうガチガチになって。その時感じたのは、「ああ、こういう時こそ体操すればいいんだろうな」ということをすごく感じたんです、自分自身も。感じたんですけど、体操をやれる環境にないのね。余裕もないし、道具もないし。それからみんなもう、生きていくのに精いっぱいなだけで、全然気持ちにもゆとりがなかったし。それでもこのままだと病気になってしまうなって思ったのね、素直に。（Oさん、岩手）

今までその田畑をやること（農作業）によってリハビリにつなげていた部分があるんですが、原発の影響で結局できなくなったということで、何かしらしていかなくてはならないだろうと。その中でやはり運動が必要なのではないかなというふうに思いました。（Gさん、福島）

第2に、被災地で暮らしていた健康運動指導士の証言である。彼女は、「医療の専門家」、「運動の専門家」、「被災住民」という3つの役割間で葛藤が生じていると考えられる。彼女は保健師と健康運動指導士の有資格者であると同時に、福島第一原子力発電所事故の影響で長期の避難生活を余儀なくされている被災住民でもあったのである。

・・・いまでも家には帰れませんので、避難しているような状況です。そんな私は（保健師と健康）運動指導士ということもあったので、まずは住民の方々の様子を見ながら、まずはとにかく運動などという状況ではないのです。やはり最初（3月11日）はとにかく体育館の中では寒かったのです。運動とかいうよりは、まず風邪を引かない、肺炎を起こさない対策ということで、うがいをさせたり手洗いをさせたりということで、衛生面をやってきました。（女性、福島）

第3に、被災地で暮らしていた健康運動指導士による避難所の語りである。自らが主体的に動く運動よりも「マッサージ」のような「誰かに何かをしてもらう」行

為が好まれていたことがよくわかる。

一番感謝されたのは、運動するというよりはマッサージの人とか柔道整復師さんとか、その方なのです。どちらかという、自分が積極的に動かすというよりは、やっていただくという、そちらのほうが一番重要視されたというか、住民の人たちは受け入れていただけたのです。ただ、やはり運動というのは自分が積極的にならないとやらないものだと思うのです。だからどちらかというと優しく触ってもらって、身体が心地よくなる。そちらのほう求められた部分だったかなと思います。（女性、宮城）

上述した内容を整理し、避難所における被災住民の現状について、3つの重要な点があると考えられる。第1に、活動量の低下による明らかな筋肉量の低下、骨盤や肩甲骨のゆがみといった「身体の変調」についてである。こうした現状について、避難所生活者の多くが自分の身体に対して「年齢を問わず、避難所などで長期にわたり固い床に直接座っていたり、活動量の減少により、筋肉や腱、人体、関節包といった関節を支える組織が固くなっていたり、弱っていたりする」現状や、「大丈夫」としか答えない状況から、自らの身体に対して「無意識的」になってしまった現状、そのような状況を作り出した避難所環境に問題があると言わざるをえない。被災直後の数日間は、体育館の床の上で「何もせず寝ている状態」が続くことは仕方のないことかもしれない。しかしながら、こうした状況はベットレストと変わらない。このように活動量が大きく減少している状態が継続していることを「異質」とすら感じなくなってしまう、つまり「身体」への関心が向けられない状況に陥っていたと思われる。この状況は、避難所生活のように自らの生活が一変したこと、また余震への恐怖心が大きいと考えられる。そのため日常的な活動量が低下し、体育館に座っているだけ、それ以外の行動が考えられない極限的な状況であったと推察される。

第2に、風邪や肺炎の予防、手洗い、うがいの徹底といった衛生面への配慮が優先されていた現状である。過去の災害から得た教訓として、医療的な立場から避難所における衛生面の現状を改善する試みが行われている。また、新潟県中越地震の際には、エコノミークラス症候群対策の重要性が指摘されている。こうした医療的

な観点においては、過去の震災を教訓に様々な改善が行われている。その一方でエコノミークラス症候群の発症が危惧されているのにも関わらず、「運動を実施すること」の現状は、だれが、どのようにすればよいのか、その具体的なプランが明確化されていたとは考えにくい状況であった。

第3に、運動というよりも被災住民が「癒し」や「マッサージの効果」を求めている点である。語りを通して被災直後における避難所生活者の多くは、「身体」にほとんど関心がないことが読み取れる。また「運動のところ（運動指導のブース）は人がこないのに、マッサージのところには行列ができていた」という報告もされていたことから、多くの人々が「運動を実施すること」よりも「マッサージを受けること」を選択していたと推察される。

運動の専門家である健康運動指導士の視点から「運動を実施すること」が必要であったにもかかわらず、医学や衛生面での管理、マッサージのような対症療法による身体への接触が避難所生活では優先的に実践されていた。身体への変調を感じていたことから、マッサージを求めている。しかし、運動のように「主体的な行動」によってその身体の変調に対処しようという雰囲気、気分になれなかったものと推察される。よって、健康運動指導士たちは共通した2つの大きな課題に直面した。

課題となったのが、避難者に対して、いつどのようなタイミングで運動指導を実践して行けばいいのかということと、もう一点は、運動指導よりも被災した、または被害を受けた方々の心の安定。こういったものが最優先にされると思うので、そういった心のケアの部分もやはり私たちは何かやっていかなければならない、そのほうが有効なのではないかと考えておりました。（男性、福島）

たまたま現地の保健師さんと連絡が取れたものですから、たまたま指導ができたという状況で、なかなか普段からのネットワークができていないと、非常（時）にお手伝いに行っても何もできないという無力さを感じていました。外に出ている保健師さんはみんな被災したという状況でした。役所側の受け入れる体制側のほうも、体制ができていないものですから、こちらは何をどうして良いか分からないと同時に、現場もどこに何を頼め

るかも知れないような状況で、運動までは手が回らないという状況で、非常に大変だなと感じました。（女性、岩手）

ここで示した語りの中でも述べられていたが、避難所における運動の実施を考えた場合、「いつ、どのようなタイミングで（運動を）行えばよいのか悩んだ」という意見は他の報告者からも寄せられていた。避難所は数 100 人規模の避難所生活者で埋め尽くされた公共的な空間である。つまり体育館には老若男女を問わず様々な人がおり、体力レベル、持病、運動に対する価値観など多様な避難所生活者で構成されている。すなわち運動に対して肯定的な人もいれば、必ず否定的な意見を持つ人がいることを念頭に入れておかなければならない。ある避難所では、体育館で定時に「ラジオ体操」を実施したところ「まだ寝ていたい」、「ホコリがたつから」という理由で運動の実施に不満を述べていたものがいたことも付言しておきたい。

また、すべての被災した自治体でボランティアの受け入れ態勢が十分とは言えない状況であったことや、ボランティアの支援体制に差が見られた。このことを前提としたうえで、さらに注目したいのは、「運動までは手が回らない」という発言である。おそらく保健師を中心とする自治体関係者や医療関係者の中に、「運動」という概念はほとんど眼目にないことが推察される。しかしながら、明らかに運動を必要とする人が避難所生活者の中に見られたことは事実であり、運動の実施により精神面での改善や快食快眠へとつながる可能性は計りしれない。医療関係者、自治体関係者に運動を実施することの重要性が理解されなければ、同じ状況が繰り返されてしまう。すなわち、「運動を実施すること」は蚊帳の外におかれていると言わざるを得ない。エコノミー症候群の予防や、その他の疾病予防の観点からも、身体活動をいつまでも行わず、床において座位を継続することは、身体的、精神的な点から健康に悪影響を及ぼすものと推察される。

3-3. 避難所での運動の実施

前項では各避難所において、健康運動指導士たちが直面した現実について整理した。「いつ、どのようなタイミングで」といった目安がない状態、また「行政側からの正式な要請がない」なか、彼らは「手さぐり状態」で運動を実践していこうとしたことが読み取れる。



写真 3－1 仮設住宅における体操指導（藤野恵美氏提供，2011 年春）

写真 3－1 は，仮設住宅の前で，自身のラジカセを使用し，高齢者へ運動指導をしている健康運動指導士の実践の様子である．以降では，実際に健康運動指導士たちが「どのように被災住民に対して運動を実践していったのか」について検討する．彼らの実践の中から，今後避難所において「運動を実践すること」の有効性が見出せると考える．以下に 4 つの実践事例を紹介する．これら 4 つはすべて異なる岩手，宮城，福島のある避難所の様子である．

徐々に体育館にいる人たちが，何もすることがなくて一日中横になっている状態だったので，このままでは動けなくなってしまうというのがあったので，ストレッチのようなものをやり始めました．それも音楽をかけるとかではなく，とにかく身体を動かしましょうと．このままでは身体が固くなってしまうということで，ストレッチのようなことを始めました．そのときに筋トレというか，例えば筋肉を衰えさせないような運動というよりは，むしろとにかく循環を良くして固くなったところをほぐすものを行いました．（男性，青森）

私のほうでもかなり関わって1週間を過ぎた後に、どうですかね、そろそろちょっと身体を動かしてみますかというふうな問いかけをしたところ、「少しやってみましょう」ということで、まずはラジオ体操からやろうということになりました。ラジオ体操もかなり高齢者の方がいらっしゃいましたので、スピードを遅くして、そういった形でゆっくりめのラジオ体操が始まったというのが、この経緯の一つです。…中略…2週間、3週間が過ぎれば、もう避難している方々が、「先生、そろそろ時間だね」という言葉が出てきて、「じゃあ、やりますか」と、少しずつですが動きが始まって来たというふうなことが見られました。（男性、福島）

八戸の公民館、「楽しく指の運動」とか「室内の有酸素運動」「スロー筋トレ」とか、こういう形で指導をしていきました。後片付けや、さまざまな作業によって、腰とか膝とか、あとは疲れたという方が非常に多く、エコノミークラス症候群予防の疲労回復、ストレッチ、腰痛・膝痛予防改善の運動指導の重要性を感じました。

避難者からの感想としては、指の運動では笑いながらやれたのですが、疲労回復のストレッチでは、「やってさっぱりした」とか、「気持ちが悪かった」「室内でできる運動法を教えてもらって良かった」「毎日やる」などの感想が聞かれたのですけれども、簡単な筋トレ、肩・足・腰痛・膝痛体操を行うことで寝たきり防止の効果もあることを説明すると、興味を持つ避難者が多かったと聞いております。（男性、青森）

新聞をビリビリ破くことをしたら、すごくスッキリしたと超盛り上がったという形で、もしかしたら身近なもので、きっといろいろな場面があって、そのときにやれるものがいろいろ支援する形も違うし、使うものも違っていくしという。あと、対象者も例えば高齢者であっても何もなくて座位でやらなきゃいけなかったり、会場が狭くて中では駄目だから廊下の片隅でやらなきゃいけないとか、いろいろなところがあると思うので、そのときに支給されているタオルを使ったりということも実際にやっているの

で、もしかするといろいろな場面でいろいろなものがあつたほうが、いろいろな人に対応ができるのかなと私は感じました。（宮城，女性）

ところが、Mさんの避難所では、ラジオ体操を震災後3日目から実施し、その後も継続的に実施することに成功していた。またFさんのように保健師が「健康チェック」、Bさんのように「マッサージ」などの「専門職の活動」と組み合わせて「運動」の指導を行っている事例も見られた。

3日目から、一応、ラジオ体操をさせて頂いています。ラジオ体操をなぜ最初にしたかというのは、みんな下を向いていて、生活のリズムを作らなくちゃいけないと思って、何がいいかなと、やっぱりラジオ体操が一番いいだろうと。ただ、大人の方々が先頭になると絶対長続きしないなということで逆に中学生を使ったのです。（Mさん，岩手）

前述したように、大規模災害の発生直後には「運動」を実施する雰囲気ではないことが伺える。しかしながら、「エコノミークラス症候群」などの疾病予防や、体育館で何もすることのない状況下ゆえの「身体の不調」を訴えるものも少なくない。ゆえに専門家の中には、「運動」の必要性はあるものの、それがなかなか上手く実現できないというジレンマに陥っているものと推察される。

以上5つの事例から東日本大震災発生後の「実際に避難所で行われた運動」の多くは、大がかりな道具を必要としない非常に簡素、かつ誰にでも実施可能なものであった。ここに示した多くのものが「ストレッチ」とカテゴライズされるものであり、さらには「新聞をビリビリ破く」といった「遊び」的な要素のものまで含まれていた。前節で「マッサージ効果」や「癒し」について言及したが、ここで示したように疲労回復や腰痛、膝痛予防のものはある程度「軽い運動（ストレッチなど）」の実施によって未然に防げることから、マッサージよりも先にこうした知識を住民に伝えることも必要である。また、上記で見たようにラジオ体操を継続的に実施できた避難所、上手くいかない避難所など各避難所で運動の実施に向けた前提条件が異なることが推察される。同時に「中学生を活用する」、「健康チェック」、「マッサージ」と一緒に直接的、対面的な指導をするなどの「工夫すること」の重要性が示

唆された。とりわけ「中学生を活用する」ことの意義は、彼らが幼児、小学生の良い手本となること、同時にひたむきに頑張る姿は大人、高齢者を元気づけるとして、彼らの役割が重要であった。

3-4. 震災時の運動指導からみえた災害時の新たな課題

健康運動指導士たちは、「運動」を実施することの重要性に気づきながら、「運動を実施する雰囲気ではない」など、運動実施に向けた困難に直面していた。日常生活の中では、運動を指導する環境が用意され、目の前に対象者がいた。しかしながら、災害時はこうした環境、関係性が一瞬のうちに瓦解していた。声をかけても「大丈夫」、「困っていることはない」と中々心を開いてくれない高齢者に、運動を実施するため、支援を続けるための継続的な体制づくりが求められる。

①印刷物の活用

1つ目は、印刷物の活用についてである。マンパワーには限界があり、壁面にポスターや、リーフレットがあり、エコノミークラス症候群の予防となるような運動が手軽に実施できる環境の整備が望まれた。

避難所にポスターが貼ってあったんで、ああいう方法もあるのかなと。最初のうちは、やっぱり動きたいなと思う方はそれを見ながら動けるし、それから全員を集めてというのは難しいんで、そういう方法もあるのかな・・・（Dさん、福島）

リーフレットにして備蓄して保管しておくしかないのかなと思いますね。そのほうが手っ取り早く配れますし。早い段階でのアプローチというのは可能だと思います。（Aさん、福島）

②日常的なネットワーク、関係性の構築

2つ目は、日常的なネットワーク、関係性の構築についてである。ここで求められるのは、災害時の殺伐とした雰囲気の中、顔見知り、仲介者がいる他人など信頼できる専門家が重要であった。また、「不眠」の高齢者に対し、ニーズを探り、ス

スタッフ間による連携を構築しながら向き合うことの重要性が示唆された。

やっぱり保健師は草の根的な、足で稼ぐと言ったらおかしいのですけれど、私はよく言うのですけれど、そういうところを、信頼関係をつくるには、やっぱり顔を合わせる機会を多くしないと、一遍にはできないなって。なので、それをやっていけば、例えば先生方が、第三者的に全然知らない先生方が入ってきてくださっても、一声掛ければ皆さん集まると思うのですね。（Eさん、福島）

こちらのスタッフも特に専門的な知識であったり、専門的な職を持っているわけではないのですね。ごくごく普通のスタッフですから、もちろんその研修も受けていますし、皆で研修を重ねることをしていますけれど、なので傾聴をきちんと、まず傾聴することではしか対応できないのですね。だから不眠なんだと言われて、じゃあ不眠だからどうしようとかという逆にアドバイスはできないと思っている。（Lさん、福島）

③NPO による支援の限界

3つ目は、NPO などの支援者側の限界についてである。支援活動が長期化するについて、マンパワーや、金銭面での限界が見られる。元々、NPO は財政基盤が盤石のところばかりではなく、またその法人の性質から収益性の低いところが多い。Iさんがいうように「いつまでも復興という名前を使いながら助成金をとれない」ことから、長期的な支援を継続するためにはどうすればよいのか、高齢者の支援を断絶させないためにも安定的な支援体制の構築が望まれる。

実際いまは助成金等でやっていけていますが、1、2年で終わりだと思うのです。いつまでも復興という名前を使いながら助成金をとれないと思っていますので、できる限りのところまでやっていこうと思っています。助成金が切れるまでにうまく企業として乗りかえられればいいのではないかと、NPO さんのほうでも頑張っているのですが、このサロンも助成金をいただきながら運営しているので、助成金が切れた時点で、もう雇用もでき

なくなるし、どういうふうにしていこうかなというのが課題です。(Iさん、福島)

以上の3点は、「運動指導」に限らず、それ以外の支援活動においても重要となる点であり、特に「傾聴」や「信頼関係」は必須になるものと考えられる。行政による支援の限界は早くから指摘されていたものの、NPO、NGOによる支援の限界、混乱する現場でどのように支援のネットワークを構築するのか、今後の大規模災害では、このような点を解決することが求められる。また、サロンや交流スペースにおいては、原発事故の補償問題、避難している側、受け入れる側それぞれの被災者感情があり、それをどのように解決へと導くのか、大きな課題が山積している。

3-5. 考 察

本章では、①健康運動指導士の視点からみた避難所の実態、②震災を通して「運動」の重要性への気づき、③実際に避難所で行われた運動、④震災時の運動指導からみえた災害時の新たな課題の4点に分けて結果を示した。その分析結果から、以下4つの点から考察を加える。

①大規模災害発生直後の運動実施の状況と課題

第1に、「運動を実践することの意義」についてである。避難活動、復旧作業後の疲労回復、避難所生活における「寝たきり」状態の中でストレッチのような簡単な運動を実践することにより血行障害やストレス解消（軽減）へとつながることは本検討会における議論の中からも示唆された。医学、生理学的な観点から、災害時においても疾病の予防に運動の重要性を指摘する声は多い。例えば、石巻の災害現場で陣頭指揮をとった石井正（2012）による医療記録のなかでも「エコノミークラス症候群」への対応に運動が欠かせないものであることが指摘された。また、岩手県大槌町の保健師による健康調査（2012）の中からも急激な生活の変化にともなう活動量の減少を避けるために運動の重要性が指摘されている。しかしながら、医師や保健師自身は「運動の重要性」を理解しているものの、実際に「運動の指導ができる専門家」とは言い難い現状がある。

第2の点は、「運動を実施するまでのプロセス」についてである。前節で示した語りの中でも「運動をはじめるタイミング」の見極めに苦悩した健康運動指導士の

姿があった。特に、避難所では「運動をやる雰囲気がない」こと、さらに被災地において行政と運動の専門家組織をはじめとする横の連携、すなわち組織間の連携が機能不全に陥ってしまったと推察される。こうした状況下において、健康運動指導士をはじめとする運動の専門家による運動実施を考えた場合、従来までの運動指導者から学習者（受講者）に知識を伝達する形態ではうまく機能しないことが推察された。

「運動をするタイミング」も実践に多く影響する。運動開始のタイミングは、避難所によって大きくわかれており、臨機応変な対応が必要になる。Mさん（岩手）の避難所では、避難所の責任者が「生活リズムを作ることを主眼とし」、「中学生を活用」したことで運動の実施を被災3日後から実施していた。その一方で、Aさん（福島）の避難所のように最初の3日間は「沈黙していた」という避難所もあった。よって、「運動を開始できるか否か」は、避難所の責任者、そこに関わる行政職員などの雰囲気づくりが大きく影響しているのではないかと思われた。このような状況下では、その避難所、構成員の日ごろからの関係性が反映される場面であると推察できる。

第3に、「ラジオ体操」は、調査の中で活用した事例が多く見られた。しかしながら、「ラジオ体操」は誰もがができるという普遍性を持ち合わせているものの、その運動強度や、変化のない単調さゆえに「飽きやすい」特徴を持ち合わせている。ラジオ体操は、小学生の長期休暇中に町内会（子ども会）のイベントとして、また職場の始業前に実施されることもあるなど「誰もが知っている体操」の1つといっても過言ではない。一方で、「飽きやすい」という特徴を打破するためには、岩手で見られたような「中学生を活用する」などの「ひと工夫」が必要になると推察される。中学生は小学生から見ると「お兄さん、お姉さん」、「おとな」から見ると「子ども」という二面性を持ち合わせている。そのため彼らが先頭に立ち、頑張っている姿は、被災者にも希望を与える対象となり得ると考えられる。一つの運動も工夫次第で質の高い運動様式になるものとみられた。

第4に、今後は「リーフレット」の制作・活用も有効な手段とみられた。Aさんや、Dさんの語りの中に見られたが「リーフレット」や「ポスター」などの印刷物を備蓄しておくのが、現実的であると考えられる。被災者の目の留まるところに「エコノミークラス症候群」や「廃用性萎縮」の予防を呼びかけ、気になった被災者「自

ら」が身体を動かすことができるような工夫が重要であると考えられる。ここで「自ら」ということを強調したのは 2 つ理由がある。1 つは、身体を動かしたい人、そうではない人への配慮をするべきであり、もう 1 つは、運動の専門家が被災地に到着するまでのタイムラグを埋めることができる点で有効である。また運動の専門家の偏在も解消することができること、印刷物であることから電気、インターネットなどの要因に影響されることなく利用できる点で有用である。よって、他の災害用備品と同様に各避難所に備蓄しておくことで、このような身体を動かす、意識を運動に向けさせるような工夫ができると考えられる。

以上のような現状を踏まえつつ、外部支援者として「現場のニーズに合わせた柔軟な対応（明石，仲佐，2012：pp.269）」が求められる。

②支援ネットワークと信頼関係

被災地支援において重要なことの 1 つは、被災者との「信頼関係を構築すること」である。大規模災害時における混乱した状況において、大切なことは被災者が支援者、支援団体に「信頼」をおける人（団体）であるかどうかである。「災害ボランティア」、「運動指導者」という肩書ではなく、被災者との「対話」を繰り返し、「信頼関係」を構築することが重要と考えられる。そのためには平常時からの「つながり」をきちんと構築し、そのつながりを最大限活用した支援が必要である。「（震災前から）『できていたことはできる』、『できていなかったことはできない』（岩室，佐々木，2012：pp.412）」という共通認識も生まれた（岩室，佐々木，2012）。例えば，E，F さんらのグループインタビューで見られたように、彼らは日常的に月に数回「健康チェック」を実施していた。そのため災害時においても顔が見える関係性であった。ゆえに被災者と深い内容の話ができ、被災者にとって自分の思いを口にできる機会となっていた。このような日常的に信頼されている人だからこそ、「運動」の重要性を指導されたとしてもすぐに納得することができたのであろう。よって「災害ボランティア」にとって大切なことは、「被災地外の人」、「被災地内の人」、「自分の出来ること＝資格」の線引き、役割の限界を認識しチームとなって連帯するなど『共助』へと向かう姿勢が重要（古屋，2012：pp.246）」である（古屋，2012）。被災地外の人が、いきなり被災者のところへ行き運動指導をしてもすぐには信頼されない可能性が高い。これは団体においても同様である。そうであればこそ、被災

地内の専門家の紹介や中継ぎが非常に重要となるのは言うまでもない。このように被災地内、被災地外がチームとなって動く、そのような支援ネットワークを「災害間」である今、構築し、次なる災害に備える必要がある。

③仮設住宅・借り上げ住宅への移転後の仕組み

大規模災害発生後の健康問題を考慮する際、その緊急性、切迫性ゆえに医学的な問題、急性期の問題に収斂してしまう傾向がある。しかしながら高齢者の「災害関連死」という言葉に象徴される「復興期における個々人の問題」はより深刻であると推察される。本章でも高齢者の「ロコモティブ・シンドローム」が疑われる事例、「引きこもり」、「足腰が弱った高齢者」などの事例が見られた。運動に限らず、囲碁、将棋、コーラスなどの文化活動も含め、入居者が外に出る社会参加に向けた「仕掛け」が必要である。

また、仮設、借り上げ住宅への移転後は、従来までの「つながり」が希薄化してしまう。この点は高齢者に限らず、子どもから大人まですべての年齢層に言えることである。人間関係が急変することによるストレス、関係性の行き詰まりなど、多くの世代で環境の変化に悩まされていることが推察され、ストレスマネジメントなどの心理面での対応も必要になると考えられた。一例として、写真 3-2、3-3 のように仮設住宅や、その中にある仮設の集会所では、ボールやタオルを使用した高齢者の「健康づくり活動」が行われていた。



写真３－２ 仮設住宅の集会所におけるボールを使った運動（２０１３年：福島）
（肖像権の関係から、画像を加工した）



写真３－３ 仮設住宅前にてタオルを使った運動（２０１３年：岩手）

④NPO による支援の課題

東日本大震災では、特徴的な動きの1つとして、「ボランティア」、「NGO」や「NPO」による実践が、被災地支援において大きな力となったことは言うまでもない。とりわけ急性期における NPO、NGO による被災地の支援は非常に大きな力となったと指摘する（桜井，2013）。

しかしながら，以下の課題が浮上する．第1に長期的な復興支援を考えた場合，NPO をはじめとする非営利組織の財政面での基盤の弱さをどのように解決していくのか，とりわけ「サロン」のような経済合理性から見た場合に生産性の低い活動にどのような社会的意義を与えるのかが重要である．第2に「専門家」としての立場や，取り扱える使える情報量の相違である．1番のネックは「個人情報」である．今回聴き取りをした保健師らは，地区の高齢者の実態をすべて把握しているのに対し，NPO や外部の支援団体は，「自分たちが運営している空間（＝会場，スペース）」へ参加した被災者しか把握できない．つまり，参加しない（＝引きこもりの）ものについては手を差し伸べることができない．被災者の情報を持っているのは「行政のみ」である．このような個人情報の取り扱いを行政のみに集約している場合，NPO による支援の限界が発生する．第3に NPO 構成員の「同質性」ゆえに発生する問題である．多くの NPO 法人は，自らの専門性に特化した集団，あるいは志向を同じくする集団である（例えば教育関係者の集団，自然体験活動の集団，思想的に同質な集団など）．それゆえ対応できる分野と，できない分野への適合性の相違が見られる．

これらの限界を打破する1つの鍵は，様々な NPO 団体同士の連携である．運動指導の団体と医療従事者の団体が連携したり，IT 関連に強い団体とも手を組み広域的な IT を活用した健康支援システムを構築することが求められる．これに行政も巻き込み，日常的に地域の NPO，ボランティアの3者が連携する仕組みを構築することが求められる．また「災害時防災協定」のように他地域の NPO，行政機関あるいは自治体同士による連携を通じた「災害に備える仕組みづくり」が有益であると推察される．

これらの課題を克服するためには，健康的な生活をも視野に入れた体育学，「運動」の観点から被災者の身体へ注目すること，同時に，それ以外の医学や災害ボランティアを行う人々がそれぞれの視点，専門性を有機的，複合的に絡めながら今後

の被災者支援を進めていく必要があると推察される。

4. おわりに

本章では、東日本大震災のような甚大な災害後、避難所をはじめとする被災地における避難生活のなかで「運動を実施すること」の意義について検討することを目的としていた。本章では東日本大震災発生直後の避難所で「運動を実施すること」に係ってきた健康運動指導士や運動指導の「専門家」に焦点を当て、そこから災害時において、最低限の衣食住の確保、健康管理の実施などと同じレベルで語られるべき「運動」の重要性について論究した。とりわけ高齢者はできること、することが少なくなり、体育館の床で座っているのみとなることも少なくない。その結果、理論的、実践的にも大規模災害発生後に「運動」をすることの重要性、そして高齢者の運動指導に重要なのは、傾聴などを通じて「信頼関係」を構築しながら運動を指導することであった。また、中学生や子どもたちと一緒に運動を実施するなど、実践面での工夫の必要性も示唆された。

東日本大震災の特徴は、M9.0 の巨大地震に加え、福島第一原子力発電所事故の影響、避難生活の長期化、広域化などであった。また、NPO、NGO、ボランティアなどの災害復興支援団体の活躍も目覚ましいものであった。前述したが、「被災者の身体」をどのように考えるのか、この問いに対して DMAT、日本赤十字社の医師を中心に急性期の医学的なケアはなされているものの、それ以降の「被災者の身体」について十分な検討、議論がなされていない。とりわけ、被災地、避難生活における高齢者の PA をどのように確保するのかが課題であると考えられる。前述したように新潟中越地震のころから「エコノミークラス症候群」への対策が災害時の課題とされていた。そこで、本博士論文においては、東日本大震災の被災地において、高齢者への「健康づくり運動」の指導をした健康運動指導士やその他の運動指導者の「語り」をもとに調査、分析を行った。本章では 2 つの調査対象を事例とした。

1 つは、「震災検討会」の事例である。本事例は、「NK 会」による震災検討会による 3 時間の音声データを分析し、そこから、大規模災害発生時の「運動」、健康づくり運動について考察を加えた。そこから見えてきたことは、通常健康づくり運動を「教える－教えられる」関係性が大きく異なる状況下で、高齢者にどのように健康づくり運動を実施してもらうかという点である。高齢者をはじめ被災者の多

くは、度重なる余震や、寒さ、不安など健康づくり運動を実施する状況ではないと推察される。しかしながら、エコノミークラス症候群の予防、また体育館などの避難所生活で通常時のような PA が十分に確保できない状況下では、身体活動量は大きく低下することが予想される。避難所には、子どもから高齢者まで幅広い年齢層がおり、彼らのすべてを満足させる「運動プログラム」、「運動強度」の設定は現実的ではない。とはいえ、「新聞をビリビリ破く」ことで気が晴れたなど、通常の運動指導者があまり実践するとは思えないプログラムが、災害発生後には被災者に好評であった事例も見られた。このような通常の運動実践、運動指導のフレームでは捨象してしまう彼らなりの創造性が垣間見える事例が、災害発生後の被災地では数多く報告されていた。

もう 1 つは、災害発生後における「運動」を実施することの意義、実践について健康運動指導士、保健師、管理栄養士、NPO 職員、ボランティアなど多様な視点から考察することを試みた。その際、重要となったのが、日常的なネットワーク、仕組みが大きく瓦解した状況下において、いかに「信頼関係」を構築することができるかがポイントであった。そして、その各避難所、被災地域では、それぞれ個々に実情が異なった。避難所運営責任者の強いリーダーシップのもと運動を実施した地域もあれば、中々そういう雰囲気とならないところも見られた。現在、このような災害時の運動実践については、いつ、どこで、だれが、どのように実践するのか、十分な議論がなされていない。新潟中越地震においてエコノミークラス症候群の危険性が指摘されたものの、東日本大震災の被災地、熊本地震の被災地において再び本疾患への罹患による死者が見られた。すなわち、過去の教訓が十分に引き継がれていないのではないだろうか。東日本大震災の被災地では、高齢者も運動指導者も、震災以前の生活基盤が大きく破壊され、その関係性の再構築に大きな時間を要した。このような状況に備えた日常的なつながり、顔見知り程度の「ゆるやかな関係性」が大規模災害発生後において非常に有効であることが示唆された。

そして、災害発生後の被災地では、避難所、仮設住宅、災害復興支援住宅などいくつかのフェーズに分けて考察することの重要性も示唆された。とりわけ東日本大震災からの復興は、災害発生から 7 年余りが経過した現在もその途上であると言わざるを得ない。帰宅困難区域は制限されつつあるものの、未だ避難生活を余儀なくされている高齢者もいる。

以上のように東日本大震災の被災地における事例は、大規模災害発生後の「健康づくり運動」や、「高齢者の身体」をどのように考えるのか、本質的な課題を我々に突き付けた。

第 1 に、通常時の健康づくり運動指導のような「場」が与えられない点である。通常は「健康づくり活動」、その他の日常生活の中で高齢者においてもある程度の身体活動が行われている。しかしながら、災害時には、限られた状況での対応が求められる。そのような時に、ラジオ体操や、みんなの体操といった誰もが知る健康づくり運動が有用であることは様々な語りの中で出ている。同時に、マンネリ化し、飽きがくるという欠点も併せ持つ。中学生や、子どもたちと一緒にやるなど高齢者のやる気を喚起する仕組みも見られた。現場の運動指導者たちにおいては、自発的に運動を開始するものがあるとは考えにくい状況である。それゆえ、臨機応変な対応、高齢者をはじめとする大人をやる気にさせる方法が求められる。

第 2 に、支援団体の限界である。「NK 会」も含めて、支援団体は公的機関との連携が必要である。東日本大震災のような大規模災害発生後は、行政機能が正常には機能しない。しかしながら、重要な個人情報などは行政に集約しており、支援団体には個人情報保護の観点から中々入手しにくい。また支援団体がすべての自治体に入ることも難しく、アクセスのよいところや、被害の集中している地域に多くの団体が支援に訪れるなど「偏り」が見られた。NPO 法人、NGO を始めるとする災害復興支援団体、さらに他の専門家団体などが行政とともに連携できる「被災者」に寄り添った複合的な支援政策の検討が早急に求められる。

第 3 に、仮設住宅、災害復興支援住宅と復興が始まるにつれ、高齢者の顔が見えにくくなることが示唆された。高齢者にとってはプライバシーが確保されると同時に、支援スタッフの視点からすると「家に引きこもる」高齢者など、その状況を把握しにくくなる。さらに災害復興支援住宅になると、さらに「個」に分断され、さらに「地域的なつながり」も仮設住宅以上に見えにくくなる。災害発生直後の健康づくり運動を考えた際には、避難所、仮設住宅、災害復興支援住宅へと移動するごとに生活の拠点が変化する。復興の進展によって人間関係、拠点などがリセットされないよう、継続的で持続的な関係性の構築が求められる。

第 4 に、避難生活の長期化は、「季節性」への配慮も必要となる。災害の発生時期は選ぶことができない。しかしながら、長期化する避難生活において、積雪寒冷

地では冬場の対策も重要となる。現に、東日本大震災においても、冬期間に高齢者の足腰が弱ったなどの語りがある。同時に冬期間は、防寒、風邪、インフルエンザ予防などへの対策も求められる。そこで、災害時の対策の1つとして、熱中症が心配される夏場、防寒やインフルエンザ予防の対策が必要な冬場など、高齢者を含めた被災者の身体と季節性に応じた配慮が求められる。

註

- (1) 朝日新聞デジタル，2017年3月11日版

<https://digital.asahi.com/articles/ASK3C334QK3CPLBJ001.html>

(2018年1月1日閲覧)

- (2) 厚生労働省，特定健診・特定保健指導について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>

(2018年1月25日閲覧)

第4章 総合考察

本博士論文は、地域と生活に根差した高齢者の「健康づくり活動」を実証的に検討し、運動を継続するための要因、課題を検討することを目的とした。高齢者の生活基盤の中に、「健康づくり活動」、「運動」、「スポーツ活動」がどのように根付き、実践され、継続されていくのだろうか。また、そこで継続される「運動」には①「平均値」や「基準」という“ものさし”で見られる「運動」とは異なる固有の生活に根差したものがあること、②季節による環境の変化や地域の論理と「健康づくり活動」を連関させて理解することの2つを鍵としていた。

本事例として設定した2つの「地域」は「健康づくり運動」の実践過程において、いわば対極に位置する地域であった。北海道利尻島は、外部からの人口流入が少なく、地縁的なつながりが非常に強い中、夏場は出面を通じた強固な社会参加の仕組みが見られた。他方、冬場は、都市部へ一時的に移住する、除雪が大変、何もすることがないという高齢者もいるなどその「生活」は夏場とは大きく異なっていた。夏の「動」と冬の「静」という二面性をもつ事例であった。一方、東日本大震災の被災地は、災害発生直後の語りを中心に、復興から3年が経過した段階なども加え、様々なフェーズから考察を加えた。その中で見られたのは、災害前の様々なネットワーク、社会関係が大きく瓦解した状況下で、「個」として向き合った健康づくり運動の指導者たちの姿であった。そこでの運動の指導者は、「指導マニュアル」や「型」のようなプログラム化されたものではなく、臨機応変な対応と、平常時からのつながりを利用した「個」の姿であった。さらに付言するならば、「運動指導」という言葉に違和感を覚えた健康運動指導士がいたように、このような状況下では「教える－教えられる」という平常時のような教授関係ではなく、「傾聴」、「話を聞く」という対話の中から、高齢者の自らの「身体」について高齢者自身を意識化し、そこから運動指導へとつなげていったことが推察される。

本博士論文で事例とした2つの地域の事例から「健康づくり活動」の考察を行った。そこでは、厚生労働省が提示する「基準値」、「平均」という“ものさし”で見る世界とは異なる現実が存在し、季節、地域によってその生活は大きく異なっていた。そこには「一般的な高齢者」と想定される都市部の高齢者とは異なる実態が数多く見られた。

今回事例とした 2 つの地域は、どちらも限定的な場面であるが、利尻島では漁（出面）、被災地では復興に向けた取り組みが日常生活や自らの健康よりも優先される、そのような状況下であった。そのため、「定期健診を受けない」など高齢者自身の身体を鑑みることを妨げることも見られ、「健康づくり」や、健康的な生活への関心がさほど払われることがなくなる。このように日本の地方では、都市高齢者とは生活の実態が異なる。予算中心主義の日本の行政システムの中では、本事例で提示したような非日常的な状況下においても、予算の配分、施策の見直しなどが行われることはない。一方、北海道の地方ではサービスの受容と供給のバランス、採算性などの問題から民間の進出はあまり望めない。こうした中で地域の実情、ソーシャル・キャピタルなど「地域への関心」が高まっているのは、「地方への責任の押し付けではないか」と疑念を持たざるを得ない。前述したように、日本は南北に広く、屋外での北海道の冬、関東や、西日本の夏（猛暑）の「健康づくり運動」には多くの障壁を伴う。社会体育施設などの室内での健康づくり運動においても熱中症、移動時の事故など（熱中症、転倒事故）にも関心が払われなければならない。今後は、こうした課題をどのように乗り越えるのか、従来型の健康づくり運動の普及のみならず、ICT を利用した双方向による運動指導、訪問指導など地域性、季節性を脱地域化、脱季節性を模索する新たな枠組みも議論する必要であろう。現在のフレームワークでの議論は、季節性への配慮、地域の実情の考慮などが十分なされているとはいえない。このような状況下では、生活リズムが比較的一定に保てる都市高齢者は恩恵を受ける可能性は高い。しかしながら、自然とともに暮らす地方、とりわけ北海道の農村や漁村、非常時における被災地の高齢者は、現在のフレームワークにおいて「運動」への興味、関心、実施には難しい環境的な要因がある。こうした地域の高齢者の実情に配慮した「健康づくり運動」の実施が求められる。

一方、本博士論文では、「健康づくり活動」として高齢者に運動指導をする専門職、指導者の視角からも考察を加えてきた。予算の分配、施策面での優遇、配慮なども含め地域の専門家が、地域のそれぞれ固有の生活実態に合わせた柔軟かつ、合理的な「健康づくり活動」が求められる。第 2、3 章のどちらの事例からも言えることは、「目の前の高齢者の実情にどのように向き合うのか」という姿勢であった。そこでの鍵は、1 つは「臨機応変な対応」であり、もう 1 つは「対話的なコミュニケーションによる指導」であった。

第 1 に、「臨機応変な対応」という点で顕著だったのは第 2 章で見た「出面」への配慮であった。通常、日本国内では季節を問わず、保健師による「保健指導」や「健診」への呼びかけが行われ、一次予防の観点から「健康づくり運動」の教室が毎日のように行われている。その社会的機能については、筆者が修士論文でも論証を試みた通りである。第 3 章で見た被災地の高齢者においても、身体を動かす雰囲気ではない、沈黙という状況下から、なんとか運動を実施してもらおうと格闘する運動指導者の姿があった。中には 3 日後から避難所運営者の理解から「ラジオ体操」をスムーズに実施できたところもあったが、こうした事例はさほど多く見られたわけではない。新聞をビリビリ破くことや、傾聴の中から運動指導の可能性を見出した姿は、運動の専門職として「臨機応変な対応」と「高齢者の実情」を第 1 に考える姿勢が読み取れた。決して、マニュアルや指導書に書かれている「運動指導」の伝達者ではないことを物語っている。

第 2 に、「対話的なコミュニケーションによる指導」という点では、どちらの事例からも指導者が高齢者と「対話」を心がけていたことが読み取れる。利尻島の事例では、専門家として違和感を覚えながらも「出面」へ配慮、「健康教室」は冬場を中心に、かつ戸別訪問など「個」の高齢者と向き合う姿が読み取れた。また災害時の運動指導では、「傾聴」や、「話を聞く中から」運動指導へとつなげていく姿勢が読み取れた。しかしながら、「個」と向き合うためには「労力」と「時間」がかかる。個人の行動変容には、「対話」が有効であるものの、集団の指導、特に大規模な集団に対してどこまで耐えうるのかについては、いささか疑問が残る。しかしながら、ここで大切な点是对話的コミュニケーションによる「信頼関係」であり、「指導」という「教える - 教えられる」の一方的な関係性ではない「対等な対話（日置，2012：P.96）」という姿勢が求められる（日置，2012）。

以上を総括すると、臨機応変な対応、対話的なコミュニケーションはどちらも高齢者個人の行動変容には大きな期待があるものと推察される。しかしながら、同時にコストパフォーマンスが極めて良くない。1 人 1 人に向き合う時間、向き合っ得られるデータはそう多くはない。そこから、「平均値」、「標準」、「基準値」などの“ものさし”のみで地域の実情を図る効率が重視されてきた経緯には合点がいく。しかしながら、同時に効率重視、効率偏重が地域の高齢者に良い結果をもたらすとは限らない。重要なことは、①量、②効率、③質、この 3 つを融合させた「健康づ

くり活動」であると考えられる．具体的には①行政や研究者によって定期的に実施される量的調査，②保健師，運動指導者の日々の情報交換を簡単に実施できるような情報共有システム，③高齢者のニーズに寄り添ったプログラムの開発，選択肢の準備ではないだろうか．「画一的な健康づくり活動」から，個の選択，多様性が発揮され，同時に地域性，季節性，インフラなど「地域の健康づくり運動の環境」に合わせた「健康づくり活動」が求められている．その点を明らかにしたのが本博士論文の意義であり，結論である．

最後に，本研究の限界や課題を 3 点ほど提示したい．第 1 に，調査対象者選定による研究の限界である．本調査は，外部の機関，団体，役場職員などの仲介者を利用し，その方々からの紹介をもとに調査を実施した．そのため，調査対象者の下調べ，位置づけが理論的に十分検討されたものではなかった．またジェンダー的な偏りも多く，第 2 章の利尻島の事例では，男性が多くなった．また，第 3 章の被災地における調査では，すべて健康づくり運動を指導する立場の視点から論を構成しており，実際の被災地における高齢者の「生」の声ではない．しかし同時に，被災地における運動指導を担当した調査対象者の多くが中高年者であり，被災者と専門家という 2 つの立場で葛藤した姿を描きだし，そこには一定の意義が認められる．

第 2 に，高齢者の「語り」に着目した方法論的な限界である．本研究は質的調査，生活史調査の視点から論考を進めた．その方法論は，量的調査などで見られる「客観的」，「誰もが納得できる形」で提示することができていない．また，利尻島高齢者の生理学的視点からの調査を森谷らが実施しているが，その調査から約 20 年余りが過ぎ，筆者と森谷らの調査対象者の間には大きな年代，時代的な断絶が見られる．筆者が調査した 2 つの事例では，保健師や役場職員などの専門職の「語り」をもとに健康状態を把握しており，体力的指標，血液データなどの「客観的な調査結果」を持ち合わせてはいない．少々，逆説的になるが，国が定めた「ものさし」の 1 つである「健康日本 21（第二次）」の目標値，「健康づくりのための身体活動基準 2013」は，本博士論文で取り上げた事例地域の高齢者に適用できないのだろうか．

「健康づくりのための身体活動基準 2013」は，特定の運動に特化したものではなく，生活活動までも許容している考え方である．出面中心となる利尻島の生活，運動をする雰囲気がない被災地において，国の基準をベースに健康づくりを考えることはできないのだろうか．仮に基準を活用できるのであれば，実情に合わせてどの

ように運用方法を工夫したらよいか、という新たな問いも考えられる。ただし、筆者はこれらの「客観的データ」一辺倒となり、主観的とされ「語り」が軽視されがちな現在の学术界、世間的な風潮を批判している。とりわけ「客観的」とされるデータの裏側にある高齢者の重層的な関係性や、生活の知恵、健康づくり活動を支える指導者たちの工夫を捉えることで、彼らの健康づくり運動への姿勢も見ることが出来るものと推察する。今後は、質的、量的調査という二元論に陥ることなく、複合的な考察をすることで、本調査結果をより効果的、かつ学際的なインパクトを持ち合わせることが出来るものと推察する。それは筆者の今後の課題でもある。

第3に、理論的な考察の不十分さである。本研究では理論的な考察が十分に実施されているとは必ずしも言えない。特に、離島や、被災地というこれまで余り多くの研究がなされていない地域を対象とした。隣接領域の研究成果を応用しながら理論的な位置づけ、考察を実施したがその方法論、理論的なベース作りが十分であったとは言えない。とはいえ、本博士論文においては、こうした特殊な地域の実証研究を目的としていた。そのため、現段階では、また萌芽的な離島や被災地の研究、それを生活者、生活の視角から迫ることは、筆者の今後も継続的な研究課題としたい。

最後に、今後の論点である。第1に、「離島」や、「北海道」という積雪寒冷地の実証研究、その中でも「生活者」の視点からデータを集めることである。今回第2章で提示した「出面」や、第3章の「マニュアル通りにいかない運動指導」などは、基準値や平均値をもとに一律に考えられる高齢者像とは大きく乖離していた。しかしながら、国の補助金、予算システムの中では、地域の保健師、行政機関は、国の基準に従わざるを得ない。この葛藤の中で、現場の保健師をはじめとする専門職は葛藤している。この現実をもっと発信する必要があるだろう。同時に、「出面」のように、地域には研究者や役人が知らない、気付きにくい実践の蓄積、経験知が潜んでいる可能性も高い。中央や大企業からのトップダウンではなく、足元から健康づくり運動、健康づくり活動を構築していく必要性もあるのではないだろうか。

第2に、新潟中越地震において提唱されていた「エコノミークラス症候群」の対策であったが、東日本大震災、熊本地震においてもその教訓が生かされたとは十分言えなかった。避難所の運営なども行政サービスに頼るところも多く、被災者たち

の体験，集積知が十分に引き継がれているとは言い難い．特に，健康づくり運動をはじめとする「運動」や，被災者の「身体」をめぐる問題はなお一層深刻である．

第 3 に，「被災地」という言葉はどうしても大規模災害発生「直後」のことを想定してしまう．しかしながら，第 3 章で提示したように，被災地における復興への足取りは決して容易いものではない．また短期間で収束するものでもなく，それぞれのフェーズで固有の問題が発生する．こうした縦断的な研究，さらに 1 つの地域，事例を定点観測した事例も未だ多いとは言えない．特に，この中に運動，健康づくり運動がどのように位置付けられるのか，こうした点は今後の論点となるであろう．日本は「地震大国」といわれており，こうした実践研究は世界的にも多いとは言えない．「日本発」の実践的な知として，高齢者研究に限らず，災害発生後の動き，運動，身体をめぐる問題はまだ萌芽的な段階である．

第 4 に，「健康づくり活動」と「ソーシャル・キャピタル」の質的な関連の検討である．本事例を通して，「信頼」，「ネットワーク」など，ソーシャル・キャピタル概念におけるキーワードがいくつか登場した．現在，近藤らを中心に，疫学とソーシャル・キャピタルを関連付けようという試みが行われている．しかしながら，パットナムの理論を批判的に検討した渡部（2011）によると，ソーシャル・キャピタル概念について「世銀（世界銀行）は自らの開発戦略を正当化するためにソーシャル・キャピタルを援用し，開発途上国の経済発展にプラスの影響を与えると説明している（渡部，2011：P.146-147）」と指摘する（カッコ内の加筆は筆者）．そのうえで，ソーシャル・キャピタルと活気ある市民社会と経済繁栄を約束するというのは「神話に過ぎない（前掲書：P.147）」と指摘する．北海道知事政策部(2006)においても，「ソーシャルキャピタルの醸成と地域力の向上」が刊行されている．しかし，ソーシャルキャピタル概念の本質的な検討が十分なされておらず，「わかりやすい概念」のみが先行しているように推察される．今後はこれらの概念を，質的な点から明らかにすると同時に，ソーシャル・キャピタルの概念を健康づくり活動に応用する妥当性の検証なども必要になってくるであろう．その際には，ソーシャルキャピタル概念について批判的な視点からも検証を加える必要があると考えられる．

謝 辞

本研究の実施にあたり、アンケート、ならびに聞き取り調査へご協力くださった利尻島の高齢者、北海道・東北地方の健康運動指導士、保健師、管理栄養士、支援団体の皆様に心からお礼申し上げます。インタビュー調査では、計 25 名以上の方々にご協力を賜うことができました。本研究が、皆様のご厚意とこれまでの歩みに背くものではないことを祈念しております。また、利尻島の調査では、共同研究をさせていただいた鹿屋体育大学の北村尚浩先生、坂口俊哉先生には格別のご高配を賜りました。

そして、本論文の執筆にあたり、社会教育、教育学の奥深さをご教授くださった北海道大学大学院の先輩であり、職場の同僚でもある稚内北星学園大学の若原幸範先生に心より御礼申し上げます。多忙な職場で、このように本博士論文を執筆できたのは、いつも親身に応援してくださった先輩のおかげです。

ご多忙の折、副査を務めていただいたお 3 人の先生にも感謝の念が絶えません。北翔大学の小田史郎先生は、高校時代より存じ上げておりましたが、常に研究者としての鋭いご助言を賜りました。北海道大学大学院の駒川智子先生は、社会学的な鋭い洞察力、文献に対する深い読み、批判することの大切さを学ぶことができました。朝日大学の竹島伸生先生には、シンポジウム、共同研究、分担執筆などの場面で多大なるご指導、ご助言を頂きました。また、利尻島における共同調査では、印象深いご助言ばかりでした。

最後に、本論文への取り組みを終始暖かく見守っていただき、多くの適切なお助言や懇切なご指導を賜りました北海道大学大学院教育学研究院大塚吉則先生にも深く感謝申し上げます。いつも私の背中を押し、様々な学会発表、論文投稿に挑戦させていただきました。そして、その結果を終始温かく、見守ってくださりました。

最後に、今日の研究者としての私、本論文があるのも、これまで 34 年間生きてきた人生の中で出会ったすべての人のおかげであると考えております。私の研究における礎は、学部時代にご指導いただいた北海道教育大学の村田芳久先生のおかげであると考えております。残念ながら故人となってしまいましたが、研究に対する真摯な姿勢を本論文においても反映することができていれば幸いです。また、北海道大学名誉教授の森谷絜先生、中川功哉先生、札幌医科大学名誉教授の武田秀勝先

生には、私が物心ついたころより印象的な言葉を多数賜りました。先生方の研究者としての姿勢、お言葉が私を研究者の道へと導いてくださったものと確信しております。紙面の都合で忘れそうになりましたが、北海道文教大学の侘美靖先生には、34年間、公私共々大変お世話になりました。

本博士論文の完成までには、紙面の関係上書ききれない先生、同僚、院生、稚内北星学園大学の教え子たち、友達、家族などたくさんの人の支えがありました。本当にどうもありがとうございました。

2018年1月31日

侘美 俊輔

副論文等一覧

本博士論文は、関連する下記の研究業績（論文、紀要、著作、招待講演）をもとにまとめられたものである。

●論文、紀要、著作など

侘美俊輔，2017，「加齢に伴う体力や機能の減退 6) 心理・社会的機能」，竹島伸生＝編『健康づくりと健康寿命延伸のために必要な複合運動の実践－ウエルビクス運動のすすめ－』，ナッパ出版，東京：19-21.

侘美俊輔，藤野恵美，2016，「災害被災地における健康づくり運動の実践」，侘美靖，花井篤子＝編新版『生涯スポーツと運動の科学』，改訂2版，市村出版，東京：pp.205-212.

侘美俊輔，大塚吉則，2016，「利尻島における高齢者の健康づくりと生活」，『北海道体育学研究』51：9-16.

侘美俊輔，侘美靖，大塚吉則，2016，「規模災害時における運動実施の課題と現状－東日本大震災の被災地とそこに暮らす運動指導の専門家を事例として－」，『北海道体育学研究』51：41-50.

竹島伸生，長谷川太一，藤田英二，侘美靖，侘美俊輔，津々木晶子，2016，「3軸式加速度計を用いた中高年者における身体活動の地域差と季節差」，『介護福祉・健康づくり研究』3(2)：1-10.

侘美俊輔，北村尚浩，坂口俊哉，竹島伸生－鹿屋体育大学生涯スポーツ実践センター，2016，「離島の生活と健康～北海道利尻島の中高年者を事例として～」，『生涯スポーツ実践研究年報（鹿屋体育大学生涯スポーツ実践センター所報）』14：3-9.

侘美俊輔，2016，「離島の暮らしと健康づくり」，『体力科学』65(1)：96.

侘美俊輔，小山薫，小田史郎，侘美靖，2015，「被災地域の『専門家』の立場からみた大規模災害時における運動実施の現状と課題～東日本大震災の被災地とそこに暮らす専門家を事例として～」，『稚内北星学園大学紀要』15：113-134.

侘美俊輔，2014a，「運動実践家の立場からみた震災後における運動実施に向けた課題の検討①－『東日本大震災における被災地での運動・スポーツによる身体的・精神的支援および活用方策に関する調査研究事業』のデータを利用した統合的考察－」，『稚内北星学園大学紀要』14：75-89.

侘美俊輔, 2014b, 「運動実践家の立場からみた災害後における運動実施の課題(2) 健康運動指導士によるアンケート調査と討論会の統合的検討」, 『稚内北星学園大学紀要』14: 91-113.

侘美俊輔, 小山薫, 小田史郎, 侘美靖, 2014c, 「災害時における健康運動指導士による運動指導の課題～東日本大震災後の健康運動指導士による討論会の会話分析から～」, 『体力科学』63 (1) : 148.

侘美俊輔, 2013, 「運動実践家の立場から見た震災後における運動実施の意義－健康運動指導士による討論会の会話分析を事例として－」, 『稚内北星学園大学紀要』13 : 83-110.

侘美俊輔, 2007, 「『健康教室』を契機としたネットワーク形成と運動継続に関する研究－さっぽろシニアスポーツ大学を事例として－」, 北海道大学教育学院修士論文 : pp.1-106 (未公刊) .

●招待講演

侘美俊輔, 2015, 「災害時における高齢者のための「運動」支援活動 (“Exercise” support activity for the elderly in times of disaster)」, 第3回「国連防災世界会議」『高齢者と防災』(基調報告), 仙台市.

侘美俊輔, 2015, 「離島の暮らしと高齢者」, 第70回日本体力医学会シンポジウム16 (シンポジスト), 和歌山市.

文献一覧

はじめに

新井武志，大淵修一，柴喜崇，島田裕之，後藤寛司，大福幸子，二見俊郎，2003，「高負荷レジスタンストレーニングを中心とした運動プログラムに対する虚弱高齢者の身体機能改善効果とそれに影響する身体・体力諸要素の検討」，『理学療法学』30（7）：377-385.

一般社団法人日本体育学会，2017，「日本体育学会第68回大会プログラム」.

鹿屋体育大学生涯スポーツ実践センター，2004，鹿児島県中種子町健康セミナー参加者の健康・体力状況研究受託研究報告書.鹿屋体育大学生涯スポーツ実践センター：1-31.
岸玲子，築島恵理，1999，「農村における高齢者の健康状態と社会的支援およびネットワークの現状と保健福祉の課題」，『日本農村医学会雑誌』47(6)：819-827.

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会，次期国民健康づくり運動プラン策定専門委員会，2012，「健康日本21（第二次）の推進に関する参考資料」
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf（2018年1月1日閲覧）

厚生労働省，「健康づくりのための運動指針2006（エクササイズガイド2006）」
<http://www.nibiohn.go.jp/files/guidelines2006.pdf>（2017年2月28日閲覧）

—健康日本21（第二次）

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kenkounippon21.html.（2016年12月13日閲覧）

—「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple.html>
（2018年1月1日閲覧）

—「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針（アクティブガイド）」について「概要版」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xpplb.pdf>
att/2r9852000002xpplb.pdf（2018年1月1日閲覧）

- 黒後裕彦, 小林武, 三木千栄, 吉田忠義, 小野部純, 村上賢一, 梁川和也, 高橋一揮, 三浦ひとみ, 2012, 「宮城県内の離島における在宅高齢者の運動能力と活動能力の実態」, 『理学療法科学』 27 (6) : 645-649.
- 松下祐, 1990, 『健康学習とその展開－保健婦活動における住民の学習への援助』, 勁草書房, 東京.
- 宮地元彦, 安藤大輔, 種田行男, 小熊祐子, 小野玲, 北畠義典, 田中喜代次, 西脇祐司, 道川武紘, 柳田昌彦, 吉村公雄, 武林亨, 2011, 「サルコペニアに対する治療の可能性: 運動介入効果に関するシステマティックレビュー」, 『日本老年医学会雑誌』 48(1) : 51-54.
- 森岡清志, 1992, 「都市社会の構造的文化と都市生活の分節性」, 鈴木広＝編『現代都市を解説する』 第1版 : 284-310.
- 内閣府, 2016, 平成 28 年度高齢社会白書,
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html> (2016 年 12 月 13 日閲覧) .
- 2017, 平成 29 年度高齢社会白書,
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html> (2017 年 9 月 11 日閲覧) .
- Olanrewaju O, Kelly S, Cowan A, Brayne C, Lafortune L., 2016, “Physical Activity in Community Dwelling Older People: A Systematic Review of Reviews of Interventions and Context.”, *PLoS One*;11(12):e0168614.:1-19.
- 新開省二, 2000, 『閉じこもり』アセスメント表の作成とその活用法」, ヘルスアセスメント検討委員会(監修)『ヘルスアセスメントマニュアルー生活習慣病・要介護状態予防のために』, 厚生科学研究所, 東京 : pp113-141.
- 2008, 「閉じこもりとアンチエイジング」, 『アンチ・エイジング医学ー日本抗加齢医学会雑誌』 4(3), 375-379.
- 園田恭一, 1989, 「健康増進と健康都市づくり」, 『都市問題研究』 41(10) : 3-15.
- 総務省統計局, 2016, 「平成 27 年国勢調査」
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2015/kekka.htm> (2018 年 1 月 1 日閲覧)
- 竹島伸生, 2006, 『高齢者のための地域型運動プログラムの理論と実際ー自分と隣人の活力を高めるウエルビクスのすすめ』, ナップ, 東京.

竹島伸生，長谷川太一，藤田英二，侘美靖，侘美俊輔，津々木晶子，2016，「3軸式加速度計を用いた中高年者における身体活動の地域差と季節差」，『介護福祉・健康づくり研究』3(2)：1-10.

矢部拓也，西村昌記，浅川達人，安藤孝敏，古谷野亘，2002，「都市男性高齢者における社会関係の形成－『知り合ったきっかけ』と『その後の経過』－」，『老年社会科学』24(3)：319-326.

山崎喜比古，2001，『健康と医療の社会学』，東京大学出版会，東京.

渡辺英児，竹島伸生，長ヶ原誠，山田忠樹，猪俣公宏，2001，「高齢者を対象とした12週間にわたる水中運動による心理的・身体的効果：量的・質的アプローチを用いた多面的分析」，『体育学研究』46(4)：353-364.

WHO,1996，“The Heidelberg guidelines for promoting physical activity among older persons”：1-12.

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/108545>

第1章

D.P.アルドリッチ（石田祐，藤澤由和＝訳），2015，『災害復興におけるソーシャルキャピタルの役割とは何か－地域再建とレジリエンスの構築』，初版，ミネルヴァ書房，京都.

福本久美子，田中英恵，佐藤林正ら，2016，「高齢者の元気づくりネットワークの構築過程とその成果」，『九州看護福祉大学紀要』16(1)：3-11.

後藤貴浩，2014，『地域生活からみたスポーツの可能性』，初版，道和書院，東京.

星野武彦，2012，「車内など狭い場所での生活を余儀なくされたとき」，『糖尿病ケア』9(3)：258-260.

I.カワチ，S.V.スブラマニアン，D.キム（藤澤由和，高尾総司，濱野強＝監訳），2008，『ソーシャルキャピタルと健康』，第1版，日本評論社，東京.

井上智代，渡辺修一郎，2015，「農村における健康に資するソーシャル・キャピタルの質的分析－高齢者へのグループインタビューを通じて－」，『日本農村医学会雑誌』63(5)：723-733.

石川良子，西倉実季，2015，「ライフストーリー研究に何ができるか」，桜井厚，石川良子編『ライフストーリー研究に何ができるか 対話的構築主義の批判的継承』，新曜社

(東京): pp1-20.

石岡丈昇, 2012, 『ローカルボクサーと貧困世界—マニラのボクシングジムにみる身体文化』, 世界思想社, 京都.

亀崎美沙子, 2010, ライフヒストリーとライフストーリーの相違—桜井厚の議論を手がかりに, 『東京家政大学博物館紀要』 15: 11-23.

岸政彦, 石岡丈昇, 丸山里美, 2016, 『質的社会調査の方法—他者の合理性の理解社会学』, 初版, 有斐閣ストゥディア, 東京.

公益財団法人医療科学研究所自主研究委員会, 2015, 「『医療科学推進のための情報統合による知の構造化』健康の社会的決定要因に関する国内外の調査研究動向—健康格差対策の7原則 第1.1版—」

http://www.iken.org/project/sdh/pdf/15SDHpj_intro_ver1_1.pdf

近藤克則, 2010, 「なぜ健康格差は生まれるのか」, 『「健康格差社会」を生き抜く』, 第1版, 朝日新聞出版, 東京, pp.56-103.

近藤克則, 2011, 「健康の社会的決定要因(15)最終回 WHOの健康格差対策」, 『日本公衆衛生雑誌』 58(7): 550-554.

厚生科学審議会地域保健健康増進栄養部会, 2005, 今後の生活習慣病対策の推進について(中間とりまとめ) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/09/s0921-11m.html#4-1-3>
(2018年1月1日閲覧)

—2007, 「『健康日本21』中間評価報告書」

http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/ugoki/kaigi/pdf/0704hyouka_tyukan.pdf

厚生労働省ホームページ, 健康日本21(第二次)

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/kenkounippon21.html (2016年12月13日閲覧).

—「健康づくりのための身体活動基準2013」及び「健康づくりのための身体活動指針(アクティブガイド)」について

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002xple.html>

厚生労働省(運動所要量・運動指針の策定検討会), 「健康づくりのための運動指針2006(エクササイズガイド2006)」

<http://www.nibiohn.go.jp/files/guidelines2006.pdf>

(2017 年 2 月 28 日閲覧)

Marc Lalonde, 1974, “A new perspectives on the health of Canadians” .

<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Matthews CE, Freedson PS, Hebert JR, Stanek EJ 3rd, Merriam PA, Rosal MC, Ebbeling CB, Ockene IS. Matthews, C. F., Freedson, P. S., Hebert, J. R., Stanek, E. J. 3rd., Merriam, P. A., Rosal, M. C., Ebbeling, C. B., Ockene, I. S., 2001, “Seasonal variation in household, occupational, and leisure time physical activity: longitudinal analyses from the seasonal variation of blood cholesterol study.” , *Am J Epidemiol*, 153: 172-183.

前田和司, 2006, 「スポーツのグローバリゼーションと周縁における創造性」, 松村和則＝編『メガスポーツイベントの社会学－白いスタジアムのある風景－』, 南窓社, 東京: pp.180-208.

松村和則, 1993, 『地域づくりとスポーツの社会学』, 道和書院, 東京.

森奈津子, 井口佳世, 横田留里: 「長浜市における「健康ウォーク」の取り組み: 健康なひとづくり, まちづくりをめざしたソーシャル・キャピタルの醸成」, 『保健師ジャーナル』 72(7) : 570-574.

森谷 紘, 山崎 景子, 佐美 靖, 2006, 「北海道在住者の歩数で評価した身体活動量とメンタルヘルスの季節変動」, 『日本生気象学会雑誌』 43(3) : 75.

森谷 紘, 本田 健一, 西谷 榮治, 1997, 「利尻町民の長寿とライフスタイルの特徴に関する調査研究」, 『利尻研究』 16 : 9-28.

中川 功哉, 2008, 「北方圏における高齢者の健康づくりの試み(特集 加齢ステージと運動)」, 『体育の科学』 58(12) : 865-868.

中野 卓, 2003, 『中野卓著作集生活史シリーズ 1 巻 生活史の研究』, 初版, 東信堂, 東京
大沼 義彦, 1996, 「北海道における地域スポーツの検討」, 『北海道大学教育学部紀要』 71, 197-208.

P.ウィリス, 1996, 熊沢 誠, 山田 潤＝訳, 『ハマータウンの野郎ども(ちくま学芸文庫)』, 筑摩書房, 東京.

R.パットナム, 2001, 訳＝河田 潤一『哲学する民主主義－伝統と改革の市民的構造, 第 1 版, NTT 出版, 東京.

ロコモチャレンジ! 推進協議会, 「ロコモとは？」

- <https://locomo-joa.jp/locomo/01.html> (2018年2月12日閲覧)
- 桜井厚, 2002, 『インタビューの社会学—ライフストーリーの聞き方』, せりか書房, 東京.
- 2005, 「はじめに」, 桜井厚, 小林多寿子編著, 『ライフストーリー・インタビュー
質的研究入門』, せりか書房, 東京: pp.7-10.
- 2012, 『ライフストーリー論(現代社会学ライブラリー7)』, 弘文堂, 東京.
- 桜井厚, 石川良子, 2015, 『ライフストーリー研究に何ができるか』, 新曜社, 東京.
- 笹瀬雅史, 1992, 「地域に根ざす生涯スポーツの展開と動向」, 『文化女子大学室蘭短期大
学研究紀要』 15: 14-30.
- 佐藤真治, 都竹茂樹, 正見こずえ, 2016, 「身体活動増進に向けた地域介入がソーシャルキ
ャピタルに及ぼす影響の地域差」, 『健康支援 = Japanese journal of health
promotion』 18(1): 17-21.
- 須田力=編著, 1998, 『北方圏住民の生活とスポーツ』, 共同文化社, 札幌.
- 須田力=編著, 2006, 『雪国の生活と身体活動』, 北海道大学出版, 札幌.
- 須田力, 森谷紜, 中川功哉, 1997, 『積雪寒冷地における高齢者の生活と運動』, 北海道大
学図書刊行会, 札幌.
- 須田力, 宮島成江, 浦上大輔, 1998, 積雪地における小都市勤労者の身体活動, 『北海道大
学教育学部紀要』 75: 17-32.
- 須田力, 中川功哉, 1995, 「高齢者の除雪作業の生理学的応答の特徴」, 『発育発達研究』
(23): 9-14.
- 佐美靖, 2006, 「北国における運動の生活化と心身の健康度向上--健脚度関連体力とメンタ
ルヘルス向上からの検討」, 『北海道大学大学院教育学研究科紀要』 (99): 71-84.
- 谷富夫, 2008, 「ライフヒストリーで社会を読み解く」, 谷富夫=編『新版 ライフヒストリ
ーを学ぶ人のために』, 世界思想社, 京都: pp.3-19.
- 徳野貞雄, 2011, 『生活農業論—現代日本のヒトと「食と農」』, 学文社, 東京.
- W.ハナーズ (訳=山中弘, 安藤充, 保呂敦彦), 1999, 「周辺文化のためのシナリオ」, 『文
化とグローバル化—現代社会とアイデンティティ表現』, 玉川大学出版部, 東京:
pp.150-178.
- WHO, 1946, <http://www.who.int/about/mission/en/> (2018年1月1日閲覧)
- 1978, “Declaration of Alma-Ata”
http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

－1986, “Health promotion”

http://www.who.int/topics/health_promotion/en/ (2018年1月1日閲覧)

－2003, “THE SOLID FACTS SECOND EDITION”

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

(2016年12月13日閲覧)

湯浅資之, 島内憲夫, 中原俊隆, 2006, 「ヘルスプロモーションの基礎的諸概念に関する考察」, 『日本公衆衛生誌』53(1): 3-7.

第2章

国立社会保障・人口問題研究所, 2013, 日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計).

<http://www.ipss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson13/1kouhyo/gaiyo.pdf>(参照日2016年2月25日)

国土交通省気象庁: 各種データ資料: 過去の気象データ・ダウンロード: 宗谷.

<http://www.data.jma.go.jp/gmd/risk/obsdl/index.php> (参照日2016年2月25日)

内閣府, 2015, 平成27年版高齢社会白書.

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/html/gaiyou/s1_1.html (参照日2016年2月25日)

前田和司, 2006, 「スポーツのグローバリゼーションと周縁における創造性」, 松村和則＝編『メガスポーツイベントの社会学－白いスタジアムのある風景－』, 南窓社, 東京.: pp.180-208. (再掲)

森谷 紘, 本田健一, 西谷 榮治, 1997, 「利尻町民の長寿とライフスタイルの特徴に関する調査研究」, 『利尻研究』16: 9-28. (再掲)

利尻町, 2016, 『デジタル版利尻町勢要覧』(2018年1月1日閲覧)

<http://www.town.rishiri.hokkaido.jp/rishiri/2597.htm>.

利尻富士町, 2016, 『利尻富士町資料編 2016年町勢要覧』(2018年1月1日閲覧)

<http://www.town.rishirifuji.hokkaido.jp/rishirifuji/1379.htm>

高畑裕樹, 2014, 「人材派遣会社による農作業労働者の派遣対応: 北海道人材派遣会社 A 社を事例に」, 『北海道大学農経論叢』69: 77-85.

W.ハナーズ (訳＝山中弘, 安藤充, 保呂敦彦), 1999, 周辺文化のためのシナリオ, 『文化

とグローバル化－現代社会とアイデンティティ表現』, 玉川大学出版部, 東京 : pp.150-178 (再掲) .

第3章

明石秀親, 仲佐保, 2012, 「外部支援者の考慮すべきこと」, 國井修＝編『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』, 南山堂, 東京 : pp261-275.

古屋聡, 2012, 「医療・保健・福祉の連携」, 國井修＝編『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』, 南山堂, 東京 : pp232-248.

榛沢和彦, 2012, 「特集（東日本大震災と血栓）に寄せて」, 『血栓と循環』20(1) : 10-11.

星野武彦, 2012, 「車内など狭い場所での生活を余儀なくされたとき」, 『糖尿病ケア』9(3) : 258-260 (再掲) .

石井正, 2012, 「人と組織」, 『東日本大震災石巻災害医療の全記録 最大被災地を医療崩壊から救った医師の7か月』, 講談社, 東京 : pp172-177.

岩室紳也, 佐々木亮平, 2012, 「東日本大震災（陸前高田市）の教訓」, 國井修＝編『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』, 南山堂, 東京 : pp396-413.

岩崎信彦, 鶴飼孝造, 浦野正樹, 辻勝次, 似田貝香門, 野田隆, 山本剛郎＝編

—1999, 『阪神・淡路大震災の社会学』第1巻, 昭和堂, 京都.

—1999, 『阪神・淡路大震災の社会学』第2巻, 昭和堂, 京都.

—1999, 『阪神・淡路大震災の社会学』第3巻, 昭和堂, 京都.

厚生労働省, 「特定健診・特定保健指導について」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>

(2018年1月25日閲覧)

公益財団法人「健康・体力づくり事業財団」(2018年1月1日閲覧)

—2012, 『東日本大震災における被災地での運動・スポーツによる身体的・精神的支援および活用方策に関する調査研究事業（報告書）』(2018年1月1日閲覧)

http://www.health-net.or.jp/tyousa/houkoku/h23_shinsai.html

國井修＝編, 2012, 『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』, 南山堂, 東京.

村嶋幸代, 鈴木るり子, 岡本玲子＝編著, 2012, 『大槌町 保健師による全戸家庭訪問と被災地復興 東日本大震災後の健康調査からみえてきたこと』, 明石書店, 東京.

文部科学省地震調査研究推進本部地震調査委員会 (2018年1月1日閲覧)

http://www.jishin.go.jp/main/chousa/12_yosokuchizu/index.htm

内閣府，2012a，『高齢社会白書＜平成 24 年度版＞』（2018 年 1 月 1 日閲覧）

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/index.html>

－2012b，「東日本大震災、阪神・淡路大震災及び中越地震の比較について」，

<http://www.cao.go.jp/shien/1-hisaisha/pdf/5-hikaku.pdf>

－2012c，「東日本大震災における災害応急対策の主な課題」（2018 年 1 月 1 日閲覧）

http://www.bousai.go.jp/jishin/syuto/taisaku_wg/5/pdf/3.pdf

－2013，『高齢社会白書＜平成 25 年度版＞』（2018 年 1 月 1 日閲覧）

<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2013/zenbun/index.html>

内閣府（防災担当），2012，東日本大震災における災害応急対策の主な課題

http://www.bousai.go.jp/jishin/nankai/taisaku_wg/5/pdf/2.pdf（2018 年 1 月 1 日
閲覧）

和気純子，2013，「震災と高齢者－地域包括ケアと福祉コミュニティ形成－」，『学術の動
向』18(11)：27-33.

第 4 章

日置真世，2012，「第 2 報告」，『遊ぶ・学ぶ・働く：持続可能な発達の支援のためにシンポ
ジウム報告書』，北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター
研究プラットフォーム委員会（代表：宮崎隆志）：94-112.

北海道知事政策部，2006，「ソーシャルキャピタルの醸成と地域力の向上－信頼の絆で支
える北海道－」 http://www.pref.hokkaido.lg.jp/ss/ssa/grp/01/h17_sczenpen.pdf
（2018 年 1 月 1 日閲覧）

渡部奈々，2011，「パットナムのソーシャル・キャピタル論に関する批判的考察」，『社会学
論集』（18）：135-150.