

初めて訪問する家庭でもPTが入りやすく、指導内容も対象者（特に介護者の方）に伝わりやすかった。

#### 9) PTとの連携の中でのNsの変化

- ・対象者が犬に興味を示していたため、それがリハビリにつながられないかという考えを共有でき、リハビリにする工夫の視点が得られた。
- ・拘縮の強い対象者には良肢位にこだわらず、関節の可動域を広げる（関節のあそびをつくる）という考えを学んだ。

#### 10) NsとPTとの連携体制の必要性

##### <Ns>

- ・寝たきり度の高い人だけでなく、自立度の高い人も含めて全ての対象者にPTからのアドバイスが欲しい。
- ・本人や家族の経済的負担の増加、訪問時間の延長や日程調整の必要性、主治医との関係など解決すべき課題がある。

##### <PT>

- ・PTとNsの連携をスムーズに行うためには、お互いの専門性を知り、納得し合い、尊敬、尊重し合うことが必要である。効率良くスムーズにケアを提供するためにも、連携体制は必要である。

6. 本人、家族と看護婦のリハビリ目標が不一致で、一部成果があったものの最終的に目標を達成しなかった事例

#### 1) 利用者の状態等

- (1) 性別と年齢：女性 90歳
- (2) 主疾患名：安定型非定型抗酸菌症
- (3) 痴呆症：なし
- (4) コミュニケーション  
意思伝達、他者理解ともに問題なし
- (5) 運動機能等

足関節および股関節制限あり、足底屈位にて拘縮あり

- (6) 調査開始時のADL評価

寝たきり度はランクC。摂食は自立、寝返りは、ベッド柵に自分でつかまるが後は要介助、座位保持は支持物あれば短時間可能。起き上がり、立ち上がり、立位保持、移動動作、移乗動作、昇降動作、排泄動作、入浴動作は全介助。尿意・便意はときどきあるが、おむつ使用。洗面、歯磨きは見守り、更衣動作は広範囲介助で、上着の袖とおす程度は可能。

#### 2) 利用者および家族の生活状況

息子家族と同居しているが、主介護者の嫁は、脳性麻痺の長女（利用者の孫）の介護もしており、介護負担感が強い。利用者本人は、歩いてトイレまで行けるようになりたいとの希望を持っているが、介護者は、本人の動作能力の改善に関心がなく、このままよいと思っている。本人の施設入所を検討している。

#### 3) 訪問看護におけるリハビリ目標

- ・起き上がりの獲得
- ・端座位の安定
- ・ベッドからの離床時間の拡大

#### 4) リハビリ目標の達成状況

端座位安定のためにおじぎ訓練を行った結果、支持物なしでも5分から10分間座位が安定するようになった。本人も喜んでいた。

起き上がりは、半分まで可能になったが、全動作を自力で行うまでには至らなかった。

リハビリ開始41日後に、仙骨部発赤が出現したため、以後、看護婦が訪問しない日は、介護者の促しで、ベッド柵につかまり体位変換を行った。本人は、体位変換の意欲も低下し、自発的には行わなかった。

#### 5) 目標達成に関連した看護ケア

- ・起居動作訓練（起き上がり、端座位保持）
- ・ROM訓練（足関節および股関節）

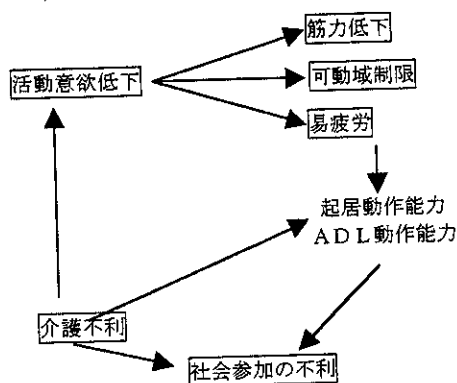
6) リハビリケア計画立案時のNsとPTとの間の情報交換

(1) NsからPTへ

- ・本人は歩きたいと言っているがリハビリに対する意欲は低いので、座位の安定、起き上がりの改善を目標にリハビリケアを行う。
- ・家族の状況（家族のリハビリに対する無関心、現状以上の改善は無理だと思っている）

(2) PTからNsへ

- ・起き上がり方の指導、座位保持訓練の方法、関節可動域訓練のポイント、ベッドからの離床時間の延長と臥床時間の短縮の具体的方法の提案
- ・リハビリが必要な問題の関連性



7) リハビリケアの過程での訪問看護婦と理学療法士との間の情報交換

(1) NsからPTへ

- ・リハビリによる利用者の座位動作の改善状況
- ・ベッドからの離床の状況
- ・利用者の身体的徴候（発赤）の出現
- ・家族の状況（Nsが訪問しない日には、家族によるリハビリ援助はまったく行われないこと、施設入所の方針の検討など）。

(2) PTからNsへ

- ・仙骨部の発赤から褥創への進行予防のため、自力で可能な側臥位を頻繁にとるこ

とを助言。

- ・側臥位保持を、利用者の生活上の興味あることがら（TV視聴など）とつなげて強化するよう助言。
- ・本人と家族のリハビリに対する考え方のギャップを埋めるために、介護負担を軽減する方策がないか質問。

8) PTとの連携の中でのNsの変化

- ・必要時にPTに相談できることは、訪問看護婦が安心してリハビリケアを提供できるために有用。
- ・自分の実施してきたリハビリケアの内容を、PTに確認してもらえた。

D 考察

1. PTとの連携過程で認められた訪問看護婦の変化

PTとの連携過程で認められた訪問看護婦（Ns）の変化には、Nsの知識、経験、考え方の変化が含まれていた。ID 1~5 事例に共通したNsの変化は、リハビリテーション（リハビリ）を利用者の生活行動と関連させて考えるようになったことであった。筋力増強や関節可動域拡大を目標に手足を動かす事に焦点を当てるのがリハビリだったが、ID 2では、歌い踊る「舞リハ」を対象者が気に入る心身ともに生き活きとする時間を提供でき、また ID 5では対象者が興味を示した犬と関連させて何かリハビリ効果のある行動をひきだせないだろうか、と考えるようになった。対象者の住居・家庭環境は個別性が高いゆえに、生活の流れのなかで自然な行動として実施できるリハビリであれば目標にそって練習を繰り返すことができる。これは、各ケースについて「髪をとかすこともリハビリ」（ID2）、「生活動作をリハビリとして活用する」（ID3）、「リハビリを生活のなかで拡大す

る方法」(ID1)、「個別性に応じたリハビリプログラム」(ID4)、のように記述されている。

さらに、リハビリプログラムの内容選定や手技の修得においても変化が見られた。例えば、ID1ではRAリスク管理に関連してNsはリハビリの知識を獲得し、ID4では身体の緊張性を解く姿勢とその必要性、また、対象のADLに関係した個々の動作を分析して観察する技術を、ID5では、拘縮の強い対象へのリハビリ技術を学んだ。

ID6のNsは自分のリハビリケア内容をPTに確認してもらい、不安なくケアを実施できた。その他、関係職種との連携の必要性と家族の気持ちを支える必要性(ID4)、本人の動機づけに沿ったリハビリ効果(ID3)、の学びをNsが経験した。

これらの看護婦の変化として認められた学びは、昨年度の研究結果の「リハビリ専門職との共同が有用である」ことを具体的に検証したものである。また、新たな知見として、「リハビリプログラムの方向づけ」に関して大多数のNsが有用であると感じたのは、「生活動作のなかにリハビリを組み込むこと」であることが明らかになった。

## 2. 利用者への成果

6事例のリハビリ目標に対しては、各事例とも何らかの成果が認められた。リハビリ目標が達成されたのは5事例(ID1~5)であり、ID6の目標は達成されなかったが、リハビリ実施過程で動作の改善がみられた。

PTから提供される専門的知識・技術を、看護ケアに適切に生かし、利用者の改善に役立てている経過を各事例が示した。例えば、ID1の事例は同居家族との人間関係が悪く、本人の歩行自立への意欲が強いため、関節痛があっても無理に自分で歩行練習し、関節変形を促進する危険があった。そこで

NsがPTの指導を生かし、体調にあわせてリハビリを本人ができるようにし、疼痛の軽減・関節可動域の拡大・筋力強化の成果が得られた。ID2ではPTが提案したリハビリプログラムのうち、本人の反応から最適の内容(舞リハ)をNsが選択し、ADLを維持ばかりでなく、生き活きとした表情から精神的なリハビリ効果も得られたと推定される。ID3に対してNsはリハビリの動機付けをし、PTに詳細を相談しながら、排泄動作が可能なまで身体機能を向上させた時期に、本人とPTの偶然の出会いから、一挙に排泄動作の自立に到達できた。ID4とID5は、生活動作のなかにリハビリを上手にとり入れた。ID4では「歩ける自信」を持つまでに至った時期に住宅改修が進み、妻の介助で自宅での入浴が可能となった。また、ID5は、ファーラ位維持のために、本人からテレビを見たい気持ちと結びつけたこと、また拘縮予防には関節をほぐすマッサージを実施して関節痛が軽減した成果を得た。ID6ではPTから指導されたおじぎ訓練の結果、短時間ではあるが座位が安定し、起きあがり動作の途中までできるようになった。

トイレ歩行の目標が達成されなかったID6の場合は、介護者(嫁)が本対象と脳性麻痺の孫の双方をケアしなければならず、介護者は対象の動作能力の改善には関心がなかった。仙骨部の発赤が出現後はリハビリ意欲が低下し、介護者によるリハビリ援助も受けられなかった経過があり、リハビリの成果を継続させるためには、PTとNsの連携に加えて、家族の協力が欠かせないことを示した。

## 3. 訪問看護婦と理学療法士との情報交換内容

リハビリ目標を達成するためには、目標

が妥当であること、本人の心身状況と家族環境に応じたケアが実施されることが求められる。NsとPT間では、対象の個別性に沿ってケアが提供されるように、心身状況、環境、介護技術等、多様な情報が交換されていた。

リハビリ目標の設定時には、本人・家族の意向と家族の介護力を考慮し、現実達成可能な目標を設定するために、NsからPTへは、看護経過、本人の医療的問題と治療経過、心身の状況、本人の生活のリズム、Nsが実施したリハビリプログラム、本人・家族のリハビリ効果に対する期待、本人のリハビリ意欲、住居・家族環境、主介護者の介護状況、利用中の社会資源、等の情報が提供された。

PTからNsへは、期待できる身体機能改善度、リハビリ上の問題の分析(関連図)、効果的で無理のないリハビリプログラムと指導技術、生活動作のなかに意識的にリハビリをとり入れる方法などについて助言がされた。これらの情報交換を経て、Nsはリハビリ目標を設定した。例えば、ID2の場合は、本人が息子に依存度が高く、息子のリハビリに対する期待が低いことを考慮し、現状維持を目標と設定して積極的な効果が認められた。しかし、ID6の場合のように、主介護者が本人の動作能力改善を望まず、関心が薄い場合は、目標達成過程に介護者の協力が得にくいので、目標達成が困難であった。

リハビリ実施過程においては、NsからPTへ、本人の病状の変化、心身の状況、リハビリ実施後の身体機能の改善・悪化状況と心理的反応、リハビリ実施上の問題(疼痛、突っ張り感)・疑問点、困っていること(本人のリハビリ意欲低下、介護者が援助しすぎる等)、介護者と本人の意向の不一致

(住宅改修)、本人とのコミュニケーション方法、等であった。

Nsの情報に対して、PTからNsへは、問題解決に沿った具体的なリハビリ技術・知識、疼痛緩和の方法、環境整備の方法、介護負担軽減の検討、生活のなかで興味あることとリハビリを結びつけること、将来の介助を想定しての住宅改造、等であった。

以上の経過から、Nsは対象のリハビリ上の方法・技術から、住居環境、家族関係に関する事までPTに相談し、助言を求め、問題改善の方向を見いだした。また、PTは身体機能・動作能力に関して査定し、Nsからの情報を活用してリハビリプログラムや介護方法を提示していた。

これらの連携体制があつて、利用者の目標の達成、あるいは目標に沿った動作の改善がみられた経過から、NsとPTの連携体制は利用者の身体機能と在宅生活の質を向上するために、極めて重要であることが示された。

## E. 結論

訪問看護における看護婦とリハビリ専門職との連携のあり方を検討した結果、以下のことが明確になった。

1. NsとPTとの連携の過程で、Nsは、利用者の個別性に対応したリハビリプログラム・技術をPTから学んだ。また、リハビリとは筋力増強や関節可動域のために手足を動かすのみではなく、生活動作のなかにリハビリを組み込むことが有用であることを認識した。
2. 6事例とも、目標に沿ってリハビリの成果が認められた。目標達成過程において、PTから提供される専門的知識・技術指導を、Nsは看護ケアに生かして応用し、目標達成、あるいは動作の改善に役立て

た。

3. 看護婦は本人・家族のリハビリに対する意向を調整し、リハビリ目標を設定するが、介護者が本人の動作改善を希望しない場合は目標達成が極めて困難である。
4. N s から P T へ提供された情報は、リハビリ計画立案時には、本人の医療的問題と治療経過、看護経過、心身の状況、本人の生活のリズム、N s が実施したリハビリプログラム、本人・家族のリハビリ効果に対する期待、本人のリハビリ意欲、住居・家族環境、主介護者の介護状況及び介護意欲、利用中の社会資源、であり、リハビリ実施過程では、本人の病状の変化、心身の状況、リハビリ実施後の身体機能の改善・悪化状況と心理的反応、リハビリ実施上の問題・疑問点、困っていること、介護者と本人の住宅改修意向の不一致、コミュニケーション方法、等であった。
5. P T から N s へ提供した情報は、リハビリ計画立案時に、期待できる身体機能改善度、リハビリ上の問題の分析、効果的で無理のないリハビリプログラムと指導技術、生活動作のなかに意識的にリハビリをとり入れる方法等であり、リハビリ実施過程では、問題解決に沿った具体的なリハビリ技術・知識、環境整備・住宅改造の方法、介護負担軽減の検討、生活のなかで興味あることをリハビリに結びつけること、等であった。
6. 利用者の身体機能と在宅生活の質を向上するために、N s が P T の助言を必要とする時にいつでも連携がくめるシステムが、極めて必要である。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

別所遊子、細谷たき子、北出順子、縣留美、川端昭宏、寝たきり高齢者の訪問看護におけるリハビリに関する検討、福井医科大学研究雑誌 1 (1) 印刷中、2000

### 2. 学会発表

北出順子、縣留美、川端昭宏、別所遊子、在宅高齢者(ランク B. C) の日常生活動作と訪問看護婦が行うリハビリとの関連、第2回地域看護学会学術集会講演集(ミニシンポジウム)、p 138、1999

## G. 知的所有権の取得状況

なし

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
分担研究報告書

Chair-bound寝たきり高齢者(ランクB)における  
1年間の自立度変化と関連要因に関する研究

分担研究者 立浦紀代子 羽咋市福祉課課長補佐  
羽咋市訪問看護ステーション所長

chair-bound寝たきり高齢者（ランクB）に対するプログラム開発に向けて在宅のchair-bound寝たきり者を対象として、1年後の転帰と自立度変化を把握し、関連要因を検討した結果、対象の転帰では、生存者の割合は73.8%であり、年齢階級74歳以下の群では、自立度が高いほど1年後の生存割合が高い傾向を示した。対象の自立度の変化では、改善は10%みられ、ベースラインの座位自立度との間に有意な関連を認めた。以上より、Chair-bound寝たきり者では、座位自立度に着目した介入プログラムの開発の必要性が示唆された。

#### A. 研究目的

寝たきり者を移動の状況に応じて捉えようと、chair-boundと称される、ベッドで上体を起こし、座位保持可能な寝たきり者と、bed-boundまたはbed-riddenと称される、常に臥床したままの寝たきり者とが存在し、各々異なる特性を有することが以前から整理されているにも関わらず<sup>1)</sup>、寝たきり者に関する研究において、これらの対象を厳密に区別し、扱っているものは少ない。

本研究では、地域(在宅)の寝たきり者のうち、Chair-bound寝たきり者を対象として、自立した生活が可能な限り維持、拡大されるようなプログラムの開発を目指している。よって、今回は、まず、地域(在宅)のchair-bound寝たきり者の1年後の転帰と日常生活自立度の変化を把握する。次いで、それらに関連する要因の検討を行い、今後、これらの対象に対して求められるプログラムのあり方や具体的な示唆を得ることを目的とする。

#### B. 研究方法

##### 1. 研究対象

研究対象は、I県F市の65歳以上の在宅高齢者であり、同市が高齢者全数を対象として実施した高齢者実態調査（回答者数 5,135名、回収率 95.9%）により把握された、1998年 4月現在、障害老人の日常生活自立度判定基準<sup>2)</sup>ランクB（B1およびB2）高齢者の全数 84名（男性 36名、女性 48名；平均年齢 80.5±7.5歳）である。

##### 2. 研究方法

1) 研究方法：研究方法は、1年間の縦断調査ならびに事例検討である。縦断調査では、対象の1年後（ベースライン：1998年4月、フォローアップ：1999年4月）の転帰と自立度の変化を追跡し、対象の特性および利用サービスなどの要因との関連を検討した。また、事例検討では、1年間の自立度変化のパターンに応じて事例を抽出し、経過を概観すると同時に自立度変化の要因について検討した。

2) 調査内容：縦断調査での調査内容は、従属変数として、対象の1年後の転帰と自立度であり、対象の転帰については、生死および生存者の転帰(居住先)を把握した。対象の自立

度については、障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準を用いて把握し、ベースラインに比較し、1年後のフォローアップにランクが改善した群を改善群、不変の群を維持群、低下した群を低下群とパターン分類した。独立変数は、対象の性、年齢等の基本属性、現在有している疾患、痴呆の有無（柄澤式）、ベースラインの自立度、1年間に利用されたサービスである。

事例検討での検討内容は、ベースラインよりフォローアップまでの自立度変化の経過ならびにADLおよび1日の非臥床時間である。ADLについては、FIM<sup>9)</sup>を使用し、セルフケア動作6項目（食事、整容、上半身更衣、下半身更衣、清拭、トイレ動作）の合計をADL得点とした。1日の非臥床時間については、本研究では「座位以上の姿勢をとっていた時間」と定義し、調査日を土日・祝日を除く平日の、訪問指導もしくは訪問看護その他の在宅サービスを受けていない1日24時間として、調査票を留め置きし、対象の介護者に記入を依頼した。

3)分析方法：分析は、対象の1年後の転帰ならびに自立度変化を把握したのち、それらを従属変数とし、ベースラインの自立度を独立変数とする関連性の検討を $\chi^2$ 検定もしくはFisherの直接確率にて行った。さらに自立度変化のパターンを前述にしたがって、改善、維持、低下の各群に分類して捉えたのち、これらを従属変数とし、各要因を独立変数とする関連性の検討を行った。検討に際しては、自立度変化のパターン数とパターン間の順序性を考慮し、独立変数が質的変数のときには、Mantel-Haenszel  $\chi^2$ 検定を、量的変数のときには、ANOVAを使用した。解析には統計解析ソフトウェアSAS Ver. 6.12を使用し、危険率5%以下を有意差ありとし、10%以下を傾向ありとした。

## C. 研究結果

### 1. 縦断調査結果

#### 1) ベースラインの対象の概況

ベースラインの対象は、表1に示すように、全体では84名（男性36名、女性48名）であり、自立度別では、ランクB1 52名(61.9%)、ランクB2 32名(38.1%)である。世帯の状況では、家族と同居世帯が65名(77.4%)で最も多い。現在有している疾患（複数回答）についてみると、脳血管性疾患が48名(57.1%)と最も多く、次いで、骨折、転倒時の打撲等を含む筋骨格系疾患 21名(25.1%)、高血圧性疾患 17名(20.2%)などの順となっている。痴呆の有無については、32名(38.1%)に有りとなっている。利用されているサービス（複数回答）については、訪問看護が46名(54.8%)と最も多く、次いで、デイサービス 44名(54.2%)、保健指導 39名(46.4%)、訪問介護 31名(36.9%)などの順となっている。なお、これらの特性すべてについて、ベースラインの自立度（B1もしくはB2）で、有意な差はなかった。

#### 2) 対象の1年後の転帰

対象の1年後の転帰は、表2に示すように、全体84名中、生存者62名(73.8%)、死亡者38名(26.2%)であった。これらの転帰と各要因との関連をみると、全体では、対象の性別、年齢、ベースラインの自立度

（B1もしくはB2）との間で有意な関連は認められなかったが、年齢階級別（ベースライン年齢74歳以下、75歳以上）に各要因との関連をみると、74歳以下の年齢階級の群では、転帰とベースラインの自立度（B1もしくはB2）との間に有意な関連を認めた。すなわち74歳以下の年齢階級の群では、ベースラインの自立度が高いほど、1年後の生存割合が高い傾向を示した。

次に、1年後の生存者62名の転帰（居住先）についてみると、表3に示すように、在宅継続は60名(98.4%)、施設入所は2名(1.6%)であり、これらの転帰と対象の要因との差は認めなかった。

#### 3) 対象の1年後の自立度変化

在宅継続者60名の1年後の自立度は、改善群が6名(10.0%)、維持群が43名(71.7%)、

低下群が 11名 (18.3%)であった。1年後の自立度とベースラインの自立度との間には、表4のように有意な関連を認め ( $p < 0.001$ )、ベースラインの自立度が高いほど、1年後の自立度が高いという特徴が認められた。

次に、自立度の推移パターンと各要因との関連を検討すると、自立度の低下群では他群に比較して、本人の基本属性では、平均年齢が有意に高く ( $p < 0.05$ )、現在有している疾患では、脳血管疾患の割合が有意に高い ( $p < 0.05$ ) という特徴が認められた。また、1年間に利用されたサービスとの関連では、自立度の低下群では他群に比較して、ショートステイの利用割合が有意に高く ( $p < 0.01$ )、訪問介護の利用割合が多い傾向を示し ( $p < 0.1$ )、デイケアの利用割合が少ない傾向を示した ( $p < 0.1$ )。なお、ベースライン自立度との関連では、低下群では他群に比較して、ベースラインの自立度が低い者の割合が高いという特徴が認められた。

## 2. 事例検討結果

事例検討では、まず、1年間の自立度の推移パターンごとに、2事例ずつを抽出し、経過を概観した。その結果、低下群の事例をより詳細に検討し、自立度低下の要因を探ることにより、Chair-bound寝たきり者の自立度改善のための示唆が得られやすいと考えられたため、自立度の低下群、2事例を中心に事例検討を行った。事例の概要を以下に示す。

### 1) 事例 1

性別：男性

年齢：79歳

主疾患名：脳梗塞および脳梗塞後遺症

虚血性心疾患

主たる介護者：娘 (50歳)

利用サービス：訪問看護、訪問介護、  
デイケア

自立度変化：B1→B2

ADL得点変化：38点→10点(セルフケア)

非臥床時間変化：4.5hrs→4.0hrs

経過の概要：在宅にて療養経過中、ADLの自

立とともにデイサービスの内容に物足りなさを感じるようになり、一時利用休止する。その後、脳梗塞が再発作し、片麻痺が出現して、寝たきり状態となる。現在、リハビリテーション内容を中心とした在宅サービスにて、在宅経過中。

### 2) 事例 2

性別：女性

年齢：96歳

主疾患名：脳梗塞

骨粗鬆症(大腿骨頸部骨折後)

主たる介護者：娘 (67歳)

利用サービス：訪問看護、訪問介護

自立度変化：B2→C2

ADL得点変化：11点→6点(セルフケア)

非臥床時間変化：3.5hrs→2.0hrs

経過の概要：在宅にて療養経過中、小脳梗塞にて入院後、歩行不可となる。訪問看護ならびに訪問介護を中心としたサービスのもとで、座位姿勢の保持、安定が可能となるが、義歯の不具合や嚥下不安が生じて、食事はミキサー食となる。介護者が介護疲れにより体調を崩すことも多く、配食サービス、ヘルパーによる食事介助も導入して経過を観察中。

## D. 考察

本研究は、地域(在宅)の寝たきり者のうち、ベッドで上体を起こし、座位保持可能なChair-bound寝たきり者(ランクB)を対象として、1年後の転帰と日常生活自立度の変化を把握するとともに、それらに関連する要因の検討を行うことを目的としたものである。

結果より、対象の1年後の転帰では、生存の割合は73.8%、死亡は26.2%であり、年齢階級別74歳以下の群では、転帰とベースラインの自立度との間に有意な関連がみられた。すなわちベースラインの自立度が高いほど1年後の生存割合が高い傾向を示した。これにより、従来、地域の健康高齢者で指摘<sup>4)</sup>されてきたように、ADLの自立は、在宅の



chair-bound高齢者であっても、生命予後に関与する重大な指標であることが確認されたと言える。

対象の1年後の自立度変化では、改善者が全体の10%にみられた。これにより、従来、ADLの障害は決して固定したものではなく在宅高齢者であってもADLの向上が稀ではないことは多数報告されているが<sup>5)~6)</sup>、さらに今回の研究によって、対象が障害を有する、地域(在宅)のchair-bound寝たきり者であっても、一定の自立度の改善は期待されることが明らかとなった。

さらに、自立度の改善に関連が認められたベースラインの自立度は、今回の対象では、ランクB1とランクB2での自立度の相違である。すなわちこれらの相違は、臥位姿勢より座位姿勢への変換が容易か否か、座位姿勢の保持が安定しているか否かの相違であると言えることから、座位の自立は、地域(在宅)のchair-bound寝たきり者のADLを中心とした自立度に関与する指標となる可能性が示唆されたと言える。これを座位自立度と称するとすれば、ベッドで上体を起こし、座位保持可能なChair-bound寝たきり者であっても、座位自立度によって異なる特性を有している可能性が示唆され、今後は、まず、座位自立度を勘案した適切な介入のあり方を検討する必要性が考えられた。

また、自立度の変化に関連がみられた、疾患では脳血管疾患の有無、各サービス利用の有無については、自立度低下群の事例検討からも共通して抽出された要素である。これにより、脳血管疾患では、従来、指摘されているように、ADLを中心とした自立度低下の直接的な原因疾患となりうることを示され、

Chair-bound寝たきり者では、基礎疾患に脳血管疾患あるいは関連する疾患を有する対象に対しては、再発作予防に対する指導、看護が重要である。また、サービスについては、低下群には、ショートステイの利用割合が有意に高く、デイケア利用の割合が低い傾

向が示されたことから、高齢者の短期の入院、入所の前後では、機能の低下予防に対する注意が必要であり、地域での有機的なサービスの連携が必要と考えられる。また、長期の介護にわたることが多いと思われるChair-bound寝たきり者の家族介護者の健康状態や介護負担感に対する配慮の重要性も示唆されたと言える。

ADLの自立は、高齢者個人が社会との接点を持ち、生きがいある生活を送るうえにおいて重要な要件であることが指摘<sup>7)</sup>されている。以上より、今後、Chair-bound寝たきり者を対象として、可能な限り自立し、生きがいある生活が維持、拡大されるようなプログラムの開発をすすめるに際しては、Chair-bound寝たきり者の自立度、すなわち座位自立度に着目して、離床をすすめることが重要であり、その際、座位自立度の低い対象に対しては従来より筆者らが指摘<sup>8)~9)</sup>してきたように、一定の座位耐性の強化をはかることが要点である。さらに、座位自立度の高い対象に対しては、座位をとることの目的を明確化していくこと、生活の視点に立った動機づけによる離床をすすめるような、積極的な対応を組み入れた介入の必要性があると考えられる。

## E. 結論

地域(在宅)の寝たきり者のなかで、Chair-bound寝たきり者(ランクB)に焦点をあて、1年後の転帰と日常生活自立度の変化に関連する要因の検討を行った結果、以下の結論を得た。

1)対象の1年後の転帰では、生存者の割合は73.8%であり、年齢階級74歳以下の群では、自立度が高いほど1年後の生存者の割合が高い傾向が示された。

2)対象の1年後の自立度変化では、ベースライン自立度、すなわち座位自立度との間に有意な関連を認め、座位自立度が高いほど、1年後の自立度が高いという特徴が認められた。また、自立度の推移パターンには、平均年齢、脳血管疾患の有無、利用サービスとの

間に有意な関連が認められた。

以上より、Chair-bound寝たきり者を対象として、自立した生活が可能な限り維持、拡大されるようなプログラムの開発に向けては、地域での有機的なサービスの連携のもとで、座位自立度の低い対象に対しては座位耐性の強化をはかるとともに、座位自立度の高い対象に対しては、生活の視点に立った動機づけによる離床をすすめるような、積極的な対応を組み入れた介入の必要性があると考えられた。

#### F. 引用文献

- 1) 石塚正敏：寝たきり度判定基準のできるまで，公衆衛生，56(1)：69-71，1992.
- 2) An Official Document of Ministry Secretariat of Health and Welfare for the Elderly Bureau,1991.
- 3) Dodds,T.A.,et al.: Validation of the functional independence measurement and its performance among rehabilitation inpatient,Archives Physical Medicine and Rehabilitation,74:566-573,1993.
- 4) 小川裕他：地域高齢者の健康度評価に関する追跡的研究日本公衆衛生雑誌，40(9)：859-871，1993.
- 5) 辻一郎他：高齢者における日常生活動作遂行能力の経年変化，日本公衆衛生雑誌，41(5)：415-423，1994.
- 6) 安田誠史他：地域在宅高齢者の日常生活動作能力の低下に関連する生活様式，日本公衆衛生雑誌，36(9)：675-681，1989.
- 7) 杉澤秀博他：高齢者における社会的統合と日常生活動作能力の予後との関係，日本公衆衛生雑誌，41(10)：975-985，1994.
- 8) 立浦紀代子他：在宅寝たきり高齢者のADL改善のためのプログラムの開発に関する研究，平成9年度厚生省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業研究報告書，74-80，1998.
- 9) 田高悦子・金川克子：在宅寝たきり高

齢者のADL低下予防のためのプログラムの効果に関する研究，日本地域看護学会誌，1(1)：42-49，1999.

#### 研究協力者

北谷美之(羽咋市訪問看護ステーション)  
和田正美(羽咋市福祉課高齢者対策室)  
田高悦子(東京大学大学院医学系研究科)

表1 ベースラインの対象の概況

単位:人(%)

		全体	B1	B2
		84 (100.0)	52(100.0)	32(100.0)
性別	男性	36 ( 42.9)	23 ( 44.2)	13 ( 40.6)
	女性	48 ( 57.1)	29 ( 55.8)	19 ( 59.4)
平均年齢(歳)	全体	80.5±7.5	79.8±7.5	81.7±7.5
	男性	77.0±6.9	76.9±6.5	77.2±7.8
	女性	83.1±6.9	82.1±7.5	84.7±5.6
世帯の状況	家族と同居	65 ( 77.4)	40 ( 76.9)	25 ( 78.1)
	夫婦のみ	13 ( 15.5)	9 ( 17.3)	4 ( 12.5)
	独居	4 ( 4.8)	2 ( 3.8)	2 ( 6.3)
	その他	2 ( 2.4)	1 ( 1.9)	1 ( 3.1)
現疾患(複数回答)	脳血管性疾患	48( 57.1)	30( 57.7)	18( 56.3)
	筋骨格系疾患	21 ( 25.0)	12 ( 23.1)	9 ( 28.1)
	高血圧性疾患	17 ( 20.2)	13 ( 25.0)	4 ( 12.5)
	心疾患	15 ( 17.9)	11 ( 21.2)	4 ( 12.5)
	呼吸器系疾患	6 ( 7.1)	4 ( 7.7)	0 ( - )
	その他	22 ( 26.2)	11 ( 21.2)	11 ( 34.4)
痴呆の有無	有	32 ( 38.1)	20 ( 38.5)	12 ( 37.5)
	無	52 ( 61.9)	32 ( 61.5)	20 ( 62.5)
サービス利用状況	訪問看護	46 ( 54.8)	27 ( 51.9)	19 ( 59.4)
	デイサービス	44 ( 52.4)	25 ( 48.1)	19 ( 59.4)
	保健指導	39 ( 46.4)	25 ( 48.1)	14 ( 43.8)
	訪問介護	31 ( 36.9)	20 ( 38.5)	11 ( 34.4)
	ショートステイ	20 ( 23.8)	12 ( 23.1)	8 ( 25.0)
	デイケア	18 ( 22.6)	13 ( 25.0)	6 ( 18.8)

表2 1年後の転帰

単位:人(%) n=84

		全体 n=84	転帰	
			生存 n=62	死亡 n=22
年齢 74歳以下	全体	18(100.0)	12(100.0)	6(100.0)
ベースライン	B1	13( 72.2)	10( 83.3)	3( 50.0) †
	B2	5( 27.8)	2( 16.7)	3( 50.0)
年齢 75歳以上	全体	66(100.0)	50(100.0)	16(100.0)
ベースライン	B1	39( 59.1)	31( 62.0)	8( 50.0)
	B2	27( 40.9)	19( 38.0)	8(50.0)

Fisher's Exact Test

†p&lt;0.1

表3 生存者の転帰

単位:人(%) n=62

		全体	転帰	
			在宅	施設
	全体	62 (100.0)	60(100.0)	2 (100.0)
ベースライン	B1	41 ( 66.1)	40( 66.6)	1 ( 50.0)
	B2	21 ( 23.9)	20( 33.4)	1 ( 50.0)

Fisher's Exact Test

ns

表4 1年後の自立度の推移

単位:人/(%) n=60

	全体	1年後の自立度						
		J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2
全体	60	1 (100.0)	2 (100.0)	1 (100.0)	31 (100.0)	19 (100.0)	4 (100.0)	2 (100.0)
ベースラインB1	40	1 (100.0)	2 (100.0)	1 (100.0)	29 ( 93.5)	5 ( 26.3)	1 ( 25.0)	1 ( 50.0)
ベースラインB2	20	0	0	0	2 ( 6.5)	14 ( 73.7)	3 ( 75.0)	1 ( 50.0)

Mantel-Haenszel  $\chi^2$  test

p&lt;0.001

表5 自立度の推移と関連要因

単位:人(%)

要因		自立度の推移パターン		
		改善	維持	低下
		6 (100.0)	43 (100.0)	11 (100.0)
性別	男性	3 ( 50.0)	19 ( 45.0)	4 ( 37.0)
	女性	3 ( 50.0)	24 ( 55.0)	7 ( 63.0)
平均年齢(歳)		76.5±7.4	79.8±7.4	83.6±7.0 *
世帯の状況	家族と同居	2 ( 33.3)	35 ( 81.4)	8 ( 72.7)
	夫婦のみ	3 ( 50.0)	6 ( 14.0)	1 ( 9.1)
	独居	1 ( 16.7)	2 ( 4.6)	0 ( - )
	その他	0 ( - )	0 ( - )	2 ( 18.2)
現疾患(複数回答)	脳血管性疾患	2 ( 33.3)	24 ( 55.8)	9 ( 81.8) *
	筋骨格系疾患	1 ( 16.7)	12 ( 28.0)	2 ( 18.2)
	高血圧性疾患	0 ( - )	7 ( 16.3)	6 ( 54.6)
	心疾患	0 ( - )	9 ( 20.9)	3 ( 27.3)
	呼吸器系疾患	0 ( - )	3 ( 7.0)	0 ( - )
	その他	2 ( 33.3)	10 ( 23.6)	1 ( 9.1)
痴呆の有無	有	3 ( 50.0)	16 ( 37.2)	5 ( 45.5)
1年間のサービス利用	訪問看護	2 ( 33.3)	23 ( 53.5)	8 ( 72.7)
	デイサービス	3 ( 50.0)	22 ( 51.2)	8 ( 72.7)
	保健指導	2 ( 33.3)	21 ( 48.8)	3 ( 27.3)
	訪問介護	2 ( 33.3)	17 ( 39.5)	8 ( 72.7) †
	ショートステイ	0 ( - )	6 ( 14.0)	7 ( 63.6) **
	デイケア	3 ( 50.0)	12 ( 27.9)	3 ( 27.3) †

ANOVA, Mantel-Haenszel  $\chi^2$  test

†p&lt;0.1,\*p&lt;0.05,\*\*p&lt;0.01

厚生科学研究補助金（長寿科学総合研究）  
分担研究報告書

ランクAの在宅高齢者に対する自立度向上、「閉じこもり解消」を目指した  
介入プログラムの作成とその評価－健康情報の提供と回想法を用いて－

分担研究者 安村誠司（山形大学医学部公衆衛生学講座助教授）

自立度判定基準でランクAに該当した高齢者に対して「閉じこもり解消」、つまり自立度向上を目的とした健康情報の提供と回想法を組み合わせた介入プログラムを開発した。約4ヶ月間実施したが自立度向上における有意な効果は認められなかった。今回開発したプログラムは虚弱高齢者の身体・心理・社会的特徴に対してマイナスの影響はもたらさないことは示された。また、今後、市町村において虚弱高齢者を要介護にしないための効果的な介入プログラムを実施するには、対象者の認知的問題や実施期間、介入の内容など検討しなければならない課題が明らかとなった。

#### A. 研究目的

虚弱高齢者は平成5年200万人であったが、老人保健福祉計画などから平成12年には280万人に達すると推計されている<sup>1)</sup>。ところが、虚弱高齢者の実態の把握はようやく緒についたばかりで、虚弱高齢者を寝たきりにしないための介入プログラムの開発は未だ着手されていないのが現状である<sup>2~4)</sup>。

1999年7月「高齢者保健事業の在り方に関する専門委員会」より提出された「第4次老人保健事業計画に対する意見書」にも、要介護状態になることの予防の取組みが課題として提出され、脳卒中等の疾病の予防に加え、転倒などの事故や、閉じこもりなどの社会的活動の低下、生理的な老化の過程にも注目する必要があることを指摘している<sup>5)</sup>。「閉じこもり」は、筆者らの研究から身体・心理・社会的要因が絡み合って起こることが明らかとなった<sup>2, 4)</sup>。さらに、今後の市町村が虚弱高齢者に対して積極的な寝たきり予防を推進するためにも、実証的な研究結果に基づいた「閉じこもり」の解消に焦点をあてた身体・

心理・社会的な介入プログラムを開発することは非常に重要である。

そこで、本研究では1998年に山形県内2市で実施した「地域高齢者の健康とサービスに関する調査」で障害老人のための自立度（ねたきり度）判定基準<sup>1)</sup>（以下、判定基準と略す）でランクAに該当した高齢者を虚弱（「閉じこもり」）高齢者と考え、これらの高齢者の自立を目指した日常生活動作能力（ADL）の改善と主観的QOLを向上させるための介入プログラムを開発し、その評価を行った。

#### B. 研究方法

本研究は1997年と1998年の2度に渡って行われた上記2市での地域高齢者を対象にした調査に基づいたものである。これらの詳細については既に報告<sup>6)</sup>しているので、ここでは概略のみ説明する。

##### 1. 対象

初回調査の対象者は1997年8月に65歳以上であった2310名（男性982名、女性1328名）であり、同年郵送法により対象者全員に判定基準の他、ADLなどについて尋ねた。

2次調査では、ランク別の特徴を明らかにするため、判定基準でランクAの高齢者と性・年齢をマッチさせたランクJ高齢者とランクAおよびB・Cの高齢者全員を対象に訪問調査を実施した。1998年10月～12月、2次調査の回答者を対象に2次調査と同一の調査項目について訪問調査を実施した。本研究の対象者は1998年の調査で、判定基準のランクA「屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない」に該当した男性24名、女性39名の計63名である。

## 2. 方法

1999年7月に63名の転帰を確認後、事前調査を実施した。回答者は52名であった（回収率82.5%）。調査不能の理由は死亡が5名、入院・入所が5名、拒否が1名であった。

事前調査では「身体的には障害はなく、日常生活は自立し自由に外出できる」（ランクJ-0とした）を加え、9段階で測定した判定基準や外出の程度のほか、身体的項目として視力、聴力、歩行・入浴・着脱衣などのADL、心理的項目として主観的健康感、自己効力感、生活満足度、生きがい、社会的項目として老研式活動能力指標について尋ねた。

介入対象の除外基準として、本研究では、回想法をメインにした介入を実施したため、日常的な意思疎通が困難だと思われる、1) ぼけの臨床的判定基準で+3以上であった人、2) うつ病で通院中の2つのいずれかの条件にあてはまる人6名を除いた。

その結果、46名（男性18名、女性28名）を各市別に性と年齢（±3歳）をマッチさせて介入調査群（以下、介入群と略す）と対照群に分けた。

## 3. 介入プログラムの開発とその内容

介入群への介入は月平均2回とし、実施期間を対象者の体調の変化などにも対応できるよう時間的余裕をもたせて4ヶ月以内で行うようにした。

対象者の権利を守るため、介入群には最初の面接で介入研究の意義を十分に説明し、文

書で同意を得た。

介入の内容は筆者らの研究からの知見に基づいて<sup>2, 4, 6)</sup>、身体面と心理面からの介入内容とした。身体面の介入では脳卒中予防や腰痛予防などのパンフレットを用いた健康情報の提供とし、心理面の介入は回想法という心理療法とした。なお、回想法とはButler<sup>7)</sup>によって最初に提唱され、高齢期に多く見られる過去の出来事を振り返る回想という行為を肯定的に捉えて、高齢期の成長や変化をも促すものである。今回はHaight<sup>8)</sup>がhouseboundの高齢者に実施した回想法を用いた介入研究や野村<sup>9)</sup>や黒川<sup>10)</sup>が実践している高齢者に対する回想法を参考にした。内容は最初の2回を幼少期および青年期、次の2回を壮年期、最後の2回を全体の振り返りをするように行った。ただし、対象者が話したくない時期についてはあえて触れないようにした。回想の流れは対象者が思い出しやすいように聞き手が話を向けるが、基本的には対象者に主導権をもってもらうようにした。面接者は研究者、市および保健所の保健婦と看護婦の資格のある大学院生が行った。面接者には介入の際に対象者を十分に受け入れ、受容するためのマイクロカウンセリングの技術や回想法を実際行ったりして、事前のトレーニングを徹底した。

1回の介入は健康情報の提供に20分、回想法を40分の合計60分に設定した。

回想場面の評価として、野村<sup>9)</sup>の回想場面での評価に基づき、1回の回想ごとに回想での対象者の意欲、態度や表情など7項目について面接者が3～4段階の評価を行った。

## 4. 対照群について

対照群は経過観察を行った。事前事後の調査を介入群と同一の方法で行い、プログラムを実施しなかった。

## 5. 事後評価について

介入の効果を評価するため、11月下旬から12月上旬にかけて事前調査と同一の項目を用いて事後評価を行った。

## 6. 調査内容と分析

対象者の自立度の判定には、判定基準を用いた。また、自立度の変化は9段階で事前調査より良くなった群を改善群、変化しなかった群を維持群、悪くなった群を悪化群とした。

身体的変数として視力、聴力、歩行・入浴・着脱衣などのADLを取り上げた。

心理的変数として主観的健康感、生きがいの有無、生活満足度、自己効力感、ぼけの有無を取り上げた。生活満足度は高齢者の主観的満足度を測定する尺度<sup>11)</sup>を邦訳した古谷野ら<sup>12~13)</sup>による生活満足度LSIK (Life Satisfaction Index Koyano)を用いた。この尺度は9項目、3因子からなる尺度で、得点範囲は0~9点である。自己効力感は Falls Efficacy Scale (FES)<sup>14)</sup>を参考に、芳賀<sup>15)</sup>が作成した高齢者の日常生活動作に対する効力感を測定する尺度を使用した。6項目で4件法となっており、得点範囲は0~24点である。精神機能の測定は、柄澤のぼけの臨床的判定基準<sup>16)</sup>を用い、調査員が判定した。

社会的変数は、老研式活動能力指標<sup>17)</sup>、同居状況、外出の程度を取り上げた。

老研式活動能力指標は手段的自立以上の活動能力を測定する13項目の尺度で、手段的自立、社会的役割などの3つの下位尺度から構成される。得点範囲は0~13点である。同居状況は独居・高齢者世帯とそれ以外の2つのカテゴリーにまとめた。外出の程度は「1日中自分の部屋からでない」から「週1回は外出する」の4つの選択肢を用いた。

検定は $\chi^2$ 検定、Fisherの直接確率、t検定を用いた。なお、連続量については事後調査時の数値から事前調査の数値を引いた値で2群を比較した。解析には統計パッケージSAS 6.1を使用した。

## C. 研究結果

### 1. 調査状況について

調査状況は図1に示した。事前調査では対象者のうち、調査完了者は52名で、調査不能の内訳は死亡が5名、入院・入所が5名、拒否

が1名であった。

介入は男性18名、女性28名の計46名が対象となり、男性9名と女性14名が介入群に、同数の男女が対照群に割り付けられた。介入群では、開始時に入院・入所2名、拒否3名、痴呆がかなり進行していた1名と難聴の1名は対象から外れた。さらに、介入の途中で体調が悪くなった4名は中止した。その結果、介入を終了したのは男性3名、女性9名の計12名であった。

事後調査は介入群では危篤状態で調査不能となった1名を除く11名に、対照群では23名中、21名に実施できた。対照群の調査不能の内訳は入院が2名であった。

### 2. 事前調査時の介入群と対照群の特徴

表1に示したように、身体的変数、心理的変数、社会的変数のいずれにおいても統計的に有意差は見られなかった。

### 3. 介入の効果について

介入の効果を検討するため、事前調査時と比較して事後調査時に状態を改善または維持した者の割合を介入群と対照群で検討した。なお、分析は事前調査と事後調査のデータが全てそろっている介入群11名、対照群21名で行った。表2-1に示したように、介入群は対照群と比べて、聴力、ADLの食事、着脱衣、物忘れ、主観的健康感、生きがい、ぼけの判定基準、外出の程度において改善・維持の割合が高率であったが、いずれの変数においても統計学的に有意差は認められなかった。さらに、連続変数で比較した場合、表2-2に示したように生活満足度と自己効力感において介入群で介入後改善が見られたが、有意差は認められなかった。

続いて、回想場面での評価を図2~9に示した。回が進むにつれて、発言も頻回となる人が多く、意欲は主体的に参加する人が多くなり、表情は大変良好と評価される人が多くなり、雰囲気も普通、または大変良好と評価される人が多くなることが示された。続いて、回想場面の発言、意欲、応答、雰囲気につい



て、最終回の6回目の評価に基づき良好な群と、良好ではない群の2群に分けて、事前調査時の特徴の比較と改善・維持の割合の違いについて分析を行った。その結果、いずれにおいても有意差は見られなかった。

#### 4. 介入群における継続群と脱落群の特徴

事前調査の情報に基づき、介入群において継続群と脱落群の特徴を比較した結果を表3にまとめた。いずれの変数においても有意差は見られなかった。統計学的に有意ではなかったが、10%水準で継続群は脱落群に比して、排尿で要介助の人が少なく、独居・高齢者世帯の人が少なく、週1回の外出が少ない人が多いことが示された。

### D. 考 察

本研究では、寝たきり予防を積極的に推進するために、これまでの筆者らの「閉じこもり」研究に基づいて寝たきり予備群と位置付けられる虚弱高齢者に対する介入プログラムを開発し、その評価を行った。

#### 1. 介入プログラムの開発

「閉じこもり」は虚弱に近似する概念として位置付けられる。これまでの研究から「閉じこもり」は移動能力や排尿という身体的側面や自己効力感や主観的健康感などの心理的側面が関連していることが明らかにされてきた<sup>2, 4)</sup>。特に、本研究は寝たきりの予防の視点では、これまで取り組まれてこなかった「閉じこもり」の解消を目指し、虚弱高齢者の自立度とQOLを向上させるために身体・心理面に重点をおいて介入プログラムを開発した。具体的には健康情報の提供と回想法という心理的な技法を用いた介入プログラムを作成し、その効果を検討した。

#### 2. 介入プログラムの評価

判定基準でランクAに該当する高齢者に対して今回開発したプログラムを約4ヶ月間実施したが、自立向上という点では残念ながら有意な効果は見られなかった。

国内外をみても、回想法を用いて虚弱高齢者の治療的効果を検討した研究は現在のところ

Haight<sup>8)</sup>と本研究以外見当たらない。そこで、本研究において、健康情報の提供と回想法というプログラムが虚弱高齢者の身体・心理・社会的変数に対して効果が見られなかったのかをHaight<sup>8)</sup>の研究と比較する。

一般的に心理療法などの技法の臨床的研究では条件の統制に限界があり、統制不能な条件が結果に与える影響を避けることはできない。ある個人の特定の場合、時における特定の表出に適切な反応を返す面接者の技量に依存する場合が多いため、その技量を客観的に評価することは不可能に近くなる。一方、実験統制型の実験では、ある程度対象者の個性を無視して統一された刺激を与え、それに対してどのような反応をするかによって評価する。つまり、相反する方法論となるため、どちらを選ぶかが問題となる。さらに、何を介入の最終目標とするかも重要な鍵となる<sup>9)</sup>。従って、本研究やHaight<sup>8)</sup>の結果も、慎重に解釈する必要がある。

Haight<sup>8)</sup>の研究では配食サービスか、在宅保健サービスを受けている人の中から50歳以上の60名を対象に構造化された回想法の治療的効果を検討した。対象者を3つのグループに分け、1つのグループはトレーニングを受けた面接者が個別訪問し構造化された回想法を6回実施するもの、もう一つは個別訪問するが天気、健康、最近の出来事やテレビの話をして、友好を深めることを目的とした訪問、最後のグループは経過観察をするだけのものとした。期間は事前・事後評価を含めた8週間と設定した。その結果、回想グループは他の2群に比べて、人生満足度、心理的well-beingに有意な改善を認めた。また、抑うつ尺度とADLは有意差を認めなかった。Haight<sup>8)</sup>によれば、人生満足度は質問の内容が人生の統合に関するものがいくつか含まれているので回想法の効果に最も敏感な尺度であるため、その結果が反映されたとしている。

#### 1) 対象者について

Haight<sup>8)</sup>は障害をもち、一人で生きていく

ために在宅サービスに頼っている対象者を housebound と位置付けている。Housebound は本研究のランク A の高齢者と状態像が近似していると考えられる。つまり、2つの研究とも虚弱高齢者を対象とした点では同質であろう。ただし、対象者の年齢に違いが認められた。2つの研究の対象者はともに平均年齢は70歳台であるが、本研究の対象は79歳と高齢であった。年齢が高いほど、ADLなどの自立度の低下は顕著であることがこれまでの研究で知られている<sup>4, 18~20)</sup>。本研究は対象者がより高齢のため、ADLや前述した主観的健康感からも Haight<sup>8)</sup> の対象者よりも健康状態は悪いことが伺えた。Haight<sup>8)</sup> の研究ではADLに関する事前調査の情報が記載されていないため、正確に比較することはできないが、対象者を障害はもつが、比較的健康で会話が正確にできる人と記述していることから、精神的にも身体的にも比較的健康である人を対象としたため、本研究よりも脱落者が少なかったと考えられた。さらに、本研究で介入継続群と脱落群とを比較したところ、有意差は認められなかったが、自立度判定基準やぼけの判定基準において脱落群は継続群よりも状態が劣っていたため、今回のような継続的な介入を行うには、ある程度良好な身体・精神機能を保っていることが必要と思われた。

## 2) 研究デザインについて

研究デザインでは、介入期間に違いがあった。Haight<sup>8)</sup> は介入期間を8週間と設定し、介入群に対しては毎週回想法を実施した。本研究では平均月2回4ヶ月間を設定し、6回の介入とした。介入期間を長くとした理由は、今後、市町村の保健事業において虚弱高齢者に対する寝たきり予防の介入プログラムの実行可能性を検討する意味でも、本研究では市の保健婦等の時間的・業務的負担の調整をしたことと事前調査時に対象となる高齢者の健康状態を優先したため、結果的に時間に余裕をもたせたデザインとした。本研究ではHaight<sup>8)</sup> よりも1回ごとの介入の時間的間隔が長い

ため、回想法がもたらす心理的効果が、生活満足度などの比較的敏感な尺度に反映しなかったのかもしれない。

## 3) 調査状況

調査状況については、Haight<sup>8)</sup> の研究では回想群と友好訪問群では20名からそれぞれ4名ずつ減っているのに対し、本研究では介入群において半数以上が脱落し、その理由は体調不良による介入の中止と対象者の死亡という健康上の理由によっていた。健康状態の指標として主観的健康感で考えてみても、事前調査の時点で、自分の健康状態を悪いと評価した人はHaight<sup>8)</sup> の対象者では45%であったのに対し、本研究の対象者は53%と高率であった。このことから、本研究の対象者の健康状態はHaight<sup>8)</sup> の対象者に比して、悪かったため脱落が多かったと推察できる。

## 4) 認知的機能の問題

最後に、対象者の認知的機能の問題がある。Haight<sup>8)</sup> は正確に会話ができる人だけを対象としたのに対し、本研究では介入対象の除外基準をぼけの判定基準で+3以上の人としたので、認知的機能が低下している人もかなり含まれていた。そのため、回想法などの言語的な刺激を継続することが困難な時もあった。本研究のように認知機能にばらつきがあると、言語で回答をする人生満足度などの尺度に効果が反映されにくいことが推察された。以上より、認知障害をもつ対象者の評価は言語的な反応だけではなく非言語的な評価の導入も考えていかなければならないであろう。

## 5. 今後の課題

Haight<sup>8)</sup> の研究においても、本研究においても、ADLの改善に影響が認められなかった。Haight<sup>8)</sup> は、サンプルを配食サービスを受けている人から抽出したために改善可能な身体的能力に限界があったこと、ADLの改善を期待するには期間が短すぎたことを理由とした。以上から、期間をさらに長く設定することや回想法を用いた心理的介入だけではなく、リハビリテーションなどを介入に組み

入れる工夫が、身体的側面であるADLの改善については、「閉じこもり」の解消に結びつくのではないだろうか。

また、今回の介入では人生満足度、自己効力感などでマイナスの影響は認められなかった。回想を継続した高齢者について回想時の面接者評価から見ると、意欲、応答、雰囲気など初回から回がたつにつれて評価が向上しており、回想法が虚弱高齢者に対してネガティブな影響をもたらさないことを示した。つまり、虚弱高齢者に対するこのような介入の実行可能性は示唆されたといえよう。

今後の課題として以下のことがあげられる。市町村で寝たきり予防を積極的に推進する上で虚弱高齢者の自立度の向上を目指した実行可能な介入プログラムを提供するためにも、対象者の健康状態や認知的機能の問題、介入期間の問題、評価尺度について考慮すべきことが明らかとなった。さらに、より大きな集団で介入を実施したり、例えば自己効力感を上昇させることなど介入目標を一つに絞った介入プログラムの開発と評価が重要であろう。

#### E. 結 論

虚弱高齢者の「閉じこもり」解消、自立度の向上を目指した介入プログラムを開発した。山形県内で1997年より実施している高齢者調査を受けて、1998年に自立度判定基準でランクAに該当した高齢者46名を介入群と対照群の2群に分けて、自立度向上を目指した介入プログラムを実施した。その結果、介入群は半数以上が脱落した。また、介入による有意な効果は認められなかったが今回用いた回想法という心理的技法は虚弱高齢者の身体・心理・社会的特徴に対してマイナスの影響はもたらさないことは示された。また、今後、地域においてこのような介入プログラムの実行可能性について立証された。さらに、対象者の認知に関する問題や実施期間、介入の内容など検討しなければならない課題も明らかとなった。

#### 文 献

1. 国民衛生の動向 1999年, 厚生統計協会, 1999.
2. 藺牟田洋美, 他: 地域高齢者の「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化. 心理・社会的特徴と移動能力の変化. 日本公衛誌, 45: 883-892, 1998.
3. 河野あゆみ, 金川克子: 在宅障害老人における「閉じこもり」現象の構造に関する質的研究. 日本看護科学学会誌, 19: 23-30, 1999.
4. 安村誠司: ランク J・A の在宅高齢者における自立度の変化とその関連要因の検討—保健・医療・福祉サービスなどを中心に—. 在宅高齢者に対する保健・看護・介護プログラム開発とその評価に関する研究 平成10年度厚生省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業報告書 主任研究者金川克子, 25-35, 1999.
5. 社会保険実務研究所: 高齢者保健事業の在り方に関する意見(案). 週刊保健衛生ニュース 1006: 18-30, 1999.
6. 安村誠司, 寝たきり度ランクAの在宅高齢者の身体・心理・社会的特徴とサービス利用. 高齢者に対する組織的な保健・看護・介護サービスのあり方に関する研究 平成8~9年度厚生省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業報告書 主任研究者金川克子, 58-64, 1998.
7. Butler RN: The Life Review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 256: 65-76, 1963.
8. Haight B K: The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 43: 40-44, 1988.
9. 野村豊子: 回想法ライフレビュー. 中央法規, 1998.
10. 黒川由紀子, 斎藤正彦, 松田 修: 老年

- 期における精神療法の効果評価—回想法をめぐって—, 老年精神医学雑誌, 6 ; 3 : 315-328, 1995.
11. Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS: The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16 : 134-143, 1961.
  12. 古谷野亘: モラール・スケール, 生活満足度尺度および幸福度尺度の共通次元と尺度間の関連性. *老年社会科学*, 4 : 142-154, 1982.
  13. 古谷野亘: モラール・スケール, 生活満足度尺度および幸福度尺度の共通次元と尺度間の関連 (その2). *老年社会科学*, 5 : 129-142, 1983.
  14. Tinetti ME and Powell I: Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology*, 45 : 236-243, 1990.
  15. 芳賀 博: 地域の高齢者における転倒・骨折に関する総合的研究 平成7年度～平成8年度科学研究費補助金研究成果報告書. 124-136, 1997
  16. 柄澤昭秀: 老人のぼけの臨床. 医学書院, 東京, 1981.
  17. 古谷野亘, 他.: 地域老人における活動能力の測定をめざして. *社会老年学*, 23 : 35-43, 1986.
  18. 古谷野亘, 他.: 地域老人における日常生活動作能力の測定—その変化と死亡率への影響—. *日本公衛誌*, 31 : 637-641, 1984.
  19. 辻 一郎, 他.: 高齢者における日常生活遂行能力の経年変化. *日本公衛誌*, 41 : 415-423, 1994.
  20. 本間義之, 成瀬優知, 鏡森定信: 高齢者の日常生活自立度と生命予後、活動的平均余命との関連について高齢者ニーズ調査より. *日本公衛誌*, 45 : 1018-1029, 1998.

研究協力者: 藺牟田洋美 (山形大学医学部公衆衛生学講座), 阿彦忠之, 山田孝子 (山形県村山保健所), 佐藤久枝, 鈴木みどり (山形市健康福祉部高齢福祉課), 土屋寿子 (村山市保健課)