

- homebound patients. *J Clin Anesth* 6, 33-6. (1994).
137. Baharestani, M. M. The lived experience of wives caring for their frail, homebound, elderly husbands with pressure ulcers. *Adv Wound Care* 7, 40-2, 44-6, 50 passim. (1994).
 138. Brickner, P. W. Rationing or triage? The fate of the homebound aged. *Caring* 13, 8-9. (1994).
 139. Bunker, V. W. et al. Dietary supplementation and immunocompetence in housebound elderly subjects. *Br J Biomed Sci* 51, 128-35. (1994).
 140. Combs, R. Serving the homebound. *Dent Econ* 84, 31-4. (1994).
 141. Dellasega, C. & Cutezo, E. Strategies used by home health nurses to assess the mental status of homebound elders. *J Community Health Nurs* 11, 129-38 (1994).
 142. Gibson, G. L. Make art therapy a reality for the homebound. *J Long Term Home Health Care* 13, 43-7. (1994).
 143. Gray-Donald, K., Payette, H., Boutier, V. & Page, S. Evaluation of the dietary intake of homebound elderly and the feasibility of dietary supplementation. *J Am Coll Nutr* 13, 277-84. (1994).
 144. Henry, R. G. & Ceridan, B. Delivering dental care to nursing home and homebound patients. *Dent Clin North Am* 38, 537-51. (1994).
 145. McDowell, B. J., Engberg, S., Weber, E., Brodak, I. & Engberg, R. Successful treatment using behavioral interventions of urinary incontinence in homebound older adults. *Geriatr Nurs* 15, 303-7. (1994).
 146. Paunovich, E. Assessment of the oral health status of the medically compromised homebound geriatric patient: a descriptive pilot study. *Spec Care Dentist* 14, 80-2. (1994).
 147. Brooks, M. J. Assessment and nursing management of homebound clients with urinary incontinence. *Home Healthc Nurse* 13, 11-6; quiz 17-9. (1995).
 148. Gloth, F. M., Gundberg, C. M., Hollis, B. W., Haddad, J. G. & Tobin, J. D. Vitamin D deficiency in homebound elderly persons. *JAMA* 274, 1683-6. (1995).
 149. Halloin, J. M. Application of current knowledge in lighting to the needs of the homebound aged. *J Long Term Home Health Care* 14, 32-9. (1995).
 150. Kraak, V. I. Home-delivered meal programs for homebound people with HIV/AIDS. *J Am Diet Assoc* 95, 476-81. (1995).
 151. Neal, L. J. "Power pudding": natural laxative therapy for the elderly who are homebound. *Home Healthc Nurse* 13, 66-71. (1995).
 152. Neal, L. J. Activities of daily living and the cardiac client who is homebound. *Home Healthc Nurse* 13, 70-1. (1995).
 153. Palumbo, M. V. Continence consultation for the rural homebound. *Home Healthc Nurse* 13, 61-7; quiz 68-70. (1995).
 154. Quinn, A. M. Challenge: how to improve nutrition services to homebound elderly. *Food Manage* 30, 58. (1995).
 155. Strayer, M. S. Perceived barriers to oral health care among the homebound. *Spec Care Dentist* 15, 113-8. (1995).
 156. Wehry, S. Mental health needs of the homebound elderly. *J Long Term Home Health Care* 14, 5-20. (1995).
 157. Crain, M. A cross-cultural study of beliefs, attitudes and values in Chinese-born American and non-Chinese frail homebound elderly. *J Long Term Home Health Care* 15, 9-

18. (1996).
158. Ganguli, M., Fox, A., Gilby, J. & Belle, S. Characteristics of rural homebound older adults: a community-based study. *J Am Geriatr Soc* 44, 363-70. (1996).
159. Gloth, F. M., Tobin, J. D., Smith, C. E. & Meyer, J. N. Nutrient intakes in a frail homebound elderly population in the community vs a nursing home population. *J Am Diet Assoc* 96, 605-7. (1996).
160. Hughes, D. L. & Tartasky, D. Implementation of a flu immunization program for homebound elders: a graduate student practicum. *Geriatr Nurs* 17, 217-21. (1996).
161. Lee, M. Y. & Novielli, K. D. A nutritional assessment of homebound elderly in a physician-monitored population. *J Nutr Elder* 15, 1-13 (1996).
162. Lipsman, R. Services and supports to the homebound elderly with mental health needs. *J Long Term Home Health Care* 15, 24-38. (1996).
163. McDowell, B. J., Engberg, S. J., Rodriguez, E., Engberg, R. & Sereika, S. Characteristics of urinary incontinence in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc* 44, 963-8. (1996).
164. Whitmore, S. E. Vitamin D deficiency in homebound elderly persons. *JAMA* 275, 838-9. (1996).
165. Zink, M. R. Social support and knowledge level of the older adult homebound person with diabetes. *Public Health Nurs* 13, 253-62. (1996).
166. Bjornsson, K. [Comprehensive dental care--care of the teeth in homebound elderly is most often neglected]. *Sygeplejersken* 97, 9. (1997).
167. Engberg, S., McDowell, B. J., Donovan, N., Brodak, I. & Weber, E. Treatment of urinary incontinence in homebound older adults: interface between research and practice. *Ostomy Wound Manage* 43, 18-22, 24-6. (1997).
168. Engberg, S. et al. Assessment and management of urinary incontinence among homebound older adults: a clinical trial protocol. *Adv Pract Nurs Q* 3, 48-56. (1997).
169. McDougall, G. J., Buxen, C. E. & Suen, L. J. The process and outcome of life review psychotherapy with depressed homebound older adults. *Nurs Res* 46, 277-83. (1997).
170. Moore, S. Chronic disease in institutionalised patients. Homebound diabetic patients can also be forgotten. *BMJ* 315, 1539. (1997).
171. Pimlott, N. J. & Evans, M. F. Regular vitamin D supplementation for homebound, frail elderly people. *Can Fam Physician* 43, 2127-8. (1997).
172. Ritchie, C. S. et al. Nutritional status of urban homebound older adults. *Am J Clin Nutr* 66, 815-8. (1997).
173. Gallagher, S. M. Needs of the homebound morbidly obese patient: a descriptive survey of home health nurses. *Ostomy Wound Manage* 44, 32-4, 36, 38 passim. (1998).
174. Habib, A., Sanchez, M., Pervez, R. & Devanand, D. P. Compliance with disposition to primary care physicians and psychiatrists in elderly homebound mentally ill patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 6, 290-5. (1998).
175. Haus, E. Urinary tract infections in the homebound elderly. *Home Healthc Nurse* 16, 323-7. (1998).
176. Imuta, H., Yasumura, S., Fujita, M., Arai, H. & Fukao, A. [Homebound elderly in a Japanese community: related factors and change of mobility]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi*

- 45, 883-92. (1998).
177. Ka, V. Hard choices: the use of Western vs. Chinese traditional medicine by the Chinese homebound elderly, New York City. A community health survey. *J Long Term Home Health Care* 17, 2-10. (1998).
 178. Karper, W. B. & Hopewell, R. Exercise, immunity, acute respiratory infections, and homebound older adults. *Home Care Provid* 3, 41-6. (1998).
 179. Pasternak, R. et al. Morbidity of homebound versus inpatient elderly psychiatric patients. *Nit Psychogeriatr* 10, 117-25. (1998).
 180. Strayer, M. "Catching up" with the problem of homebound care. *Spec Care Dentist* 18, 56-7. (1998).
 181. Weber, E. M., McDowell, B. J., Engberg, S., Brodak, I. & Donovan, N. Protocol for indwelling bladder catheter removal in the homebound older adult. *Home Healthc Nurse* 16, 603-9; quiz 610-1. (1998).
 182. Bedard, M. Increasing our knowledge of the homebound elderly. *Int Psychogeriatr* 11, 105-6. (1999).
 183. Calabrese, J. M., Friedman, P. K., Rose, L. M. & Jones, J. A. Using the GOHAI to assess oral health status of frail homebound elders: reliability, sensitivity, and specificity. *Spec Care Dentist* 19, 214-9. (1999).
 184. Chang, B. L. Cognitive-behavioral intervention for homebound caregivers of persons with dementia. *Nurs Res* 48, 173-82. (1999).
 185. Forbes, A. & Morris, L. Homebound older people are missing out on diabetes care. *Nurs Times* 95, 55-8. (1999).
 186. Golden, A. G. et al. Inappropriate medication prescribing in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc* 47, 948-53. (1999).
 187. Martin, B. A place to care: the homebound elderly. *Home Care Provid* 4, 76-9. (1999).
 188. McDowell, B. J. et al. Effectiveness of behavioral therapy to treat incontinence in homebound older adults. *J Am Geriatr Soc* 47, 309-18. (1999).
 189. Ritchie, C. S. & Dennis, C. S. Research challenges to recruitment and retention in a study of homebound older adults: lessons learned from the nutritional and dental screening program. *Care Manag J* 1, 55-61. (1999).
 190. Stoker, J. Defining homebound status. *Home Healthc Nurse* 17, 119. (1999).
 191. Strayer, M. Oral health care for homebound and institutional elderly. *J Calif Dent Assoc* 27, 703-8. (1999).
 192. Weiss, R. L. & Milone-Nuzzo, P. A tool to assess homebound status. *Home Healthc Nurse* 17, 486-90. (1999).
 193. Kellogg, F. R. & Brickner, P. W. Long-term home health care for the impoverished frail homebound aged: a twenty-seven-year experience. *J Am Geriatr Soc* 48, 1002-11. (2000).
 194. Kono, A. [Characteristics of "Tojikomori" and "Tojikomerare" among home disabled elderly: daily life of homebound elderly]. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 47, 216-29. (2000).
 195. Matteson, M. A., Reilly, M. & Moseley, M. Needs assessment of homebound elders in a parish church: Implications for parish nursing. *Geriatr Nurs* 21, 144-147. (2000).
 196. Vinker, S., Nakar, S. & Weingarten, M. A. Home visits to the homebound patient in family practice: a multicenter study. Israeli General Practice Research Network. *Isr Med Assoc J* 2, 203-6. (2000).

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

「閉じこもり」への地域リハビリサービスの検討に関する研究

分担研究者 竹内孝仁 日本医科大学附属第2病院リハビリテーションセンター教授

研究要旨 地域リハビリテーションサービスの一環として東京都と川崎市の区で施行されている老人保健法の機能訓練事業を利用している高齢者 214 名を対象に、外出頻度他生活状況について聞き取り調査を行った。75%の人が週に 3 回以上の外出を行っており、その外出先としては「リハビリ教室」「自主グループや趣味の会などの集会」といった他者との交流を目的とした用件が多かった。身体障害者認定相応の障害がなく ADL が自立している高齢者で外出頻度は高かった。さらに在宅環境の充実も外出頻度を高める要因であると思われた。外出頻度が維持される外出先として他者との交流の得られる状況に効果があり、この点において機能訓練事業は意義ある活動であると示唆された。

A. 研究目的

進行し続けている人口の高齢化とともに脆弱高齢者の増加とその介護は深刻な社会問題である。脆弱高齢者の最終状態が「寝たきり」であるが、その原因として従来は疾患や外傷、痴呆などがあげられてきたが、近年は高齢者の生活様式としての「閉じこもり」が「寝たきり」の原因であるとされている^{1), 2)}。しかし、高齢者の「閉じこもり」の統一された定義は確立されておらず、「閉じこもり」の現況やその要因、さらに対処・予防法に関する研究も少ない³⁾。「寝たきり」を予防するためにも「閉じこもり」対策は早急に進められるべきであり、介護予防研究がその一環として進められている。

こうした背景をふまえて本研究では「閉じこもり」の高齢者あるいは障害者さらにはその予備軍を抽出できる尺度基準を確立すべく、外出状況と生活状況について調査を行う。その際、老人保健事業として実施されている機能訓練事業の利用者を対象とすることによって、利用者の現況と特性を把握し、機能訓練事業の「閉じこもり」に対する効果を明らかにすることを目的とする。地域リハビリテーションの一環として位置づけられる機能訓練事業であるが、既存の研究^{4), 5), 6)}において高齢者の ADL 改善効果は示されているものの、その機序については必ずしも明らかではない。本研究では機能訓練事業への参加が機能そのものへの

の改善効果と共に、「閉じこもり」解消による心身の活性化によるものと考えから、本事業の「閉じこもり」の改善あるいは予防効果について調査した。本研究の結果は「閉じこもり」予防効果のあるサービスの様態を検討できることにもつながり、ひいては介護予防の一手段の提案にも成果のあるものである。

本研究では対象が機能訓練事業利用者であるが、1 週間の外出頻度の尺度「1 回以下(ほとんどしない)・1-2 回・3-4 回・5 回以上(ほぼ毎日)」を共通とする調査「川崎市生きいきすこやか調査」と比較することにより、地域高齢者の中の機能訓練事業利用者の特性を明らかにしようとするところに特性がある。

B. 研究方法

東京都（世田谷区・江戸川区）と川崎市（多摩区・砧・北沢）で実施されている老人保健法の機能訓練事業（地域リハビリサービス）利用者 214 名（男性 122 名・女性 92 名）を対象とし、事業担当の保健婦などの他、医師・理学療法士・作業療法士によって面接・聞き取り調査を行った。

アンケートの内容は年齢、性別、障害の原因となった疾患とその罹患年、リハビリ教室への参加年、運動麻痺の有無と種類、身体障害者手帳の有無とその等級、介助を要する ADL を「食事・排泄・入浴・更衣・洗面・外出」から複数選択、車椅子や装具

の利用状況、介護保険サービスの利用状況を「ホームヘルパー・家事援助・訪問看護・デイサービス・デイケア・ショートステイ」から複数選択、1週間の外出頻度を「1回以下(ほとんどしない)・1~2回・3~4回・5回以上(ほぼ毎日)」からの択一、外出目的を「買い物などの用事・自主グループや趣味の会などの集会・リハビリ教室・友人や仲間と会うため・散歩・通院・デイサービスやデイケア・その他」から複数選択してもらった。さらに1年前と現在を比べた主観的健康度について以下の4質問について「はい・いいえ」で回答してもらった。質問は1. 外出がおっくうになった 2. 元気さや気力がなくなった 3. 身の回りの不自由さがふえた 4. 生きるはりがなくなった である。

クロス集計表における出現頻度(出現率)の偏りの検定には χ^2 独立検定を用いて検定し、危険率5% ($p<0.05$) にて有意とした。二群の平均年齢の検定にはt検定を用い、危険率5% ($p<0.05$) にて有意とした。また外出頻度の検定では離散変数とみなして、二群の比較にはMann-Whitney検定を多群の比較にはKruskal-Wallis順位和検定も併用した。

C. 研究結果

【対象の年齢分布について】

対象214名の年齢範囲は47才から94才で平均(標準偏差)が69.4(8.7)才であった。男女別では男性122名が47才から87才で平均67.3(7.6)才で、女性92名は49才から94才で平均72.2(9.3)才であった。年代別の組成を表に示す。

| | 男性 | 女性 | 全体 |
|-------|----------|----------|----------|
| 59才以下 | 21(17.2) | 8(8.7) | 29(13.6) |
| 60代 | 51(41.8) | 24(26.1) | 74(35.0) |
| 70代 | 43(35.2) | 39(42.4) | 82(38.3) |
| 80代 | 7(5.7) | 20(21.7) | 27(12.6) |
| 90代 | 0(0.0) | 1(1.1) | 1(0.5) |
| 合計 | 122(100) | 92(100) | 214(100) |

名(%)

【障害と原因疾患について】

運動麻痺が明らかであった人は130名でその内訳は右片麻痺67名、左片麻痺47名、四肢麻痺9名、対麻痺5名、両上肢の麻痺

2名であった。その他運動障害として一下肢の麻痺や歩行障害を呈していた人が9名であった。原因疾患は180名で聴取でき、その内訳は脳卒中132名、骨関節疾患22名、脊髄損傷・疾患16名、パーキンソン病他が10名であった。脳卒中132名の内訳は脳梗塞54名、脳出血45名、不明が33名であった。罹患年数は1年未満3名、1年7名、2年7名、3~5年27名、6~10年76名、11年以上62名で、不明が29名であった。

【機能訓練事業への参加年数】

機能訓練に参加してから1年未満28名、1年13名、2年17名、3~5年40名、6~10年70名、11年以上20名で、不明が23名であった。また罹患から参加までの年数は1年未満24名、1年42名、2年26名、3~5年39名、6~10年18名、11年以上16名で、不明が47名であった。

【身体障害者手帳と介護サービス利用状況について】

214名中153名が身体障害者手帳を取得しており、その等級は1級35名、2級70名、3級28名、4級12名、5~6級8名であった。介護サービスは79名で利用しており、内容(複数回答)はホームヘルパー45件、デイサービス42件、ショートステイ11件、家事援助9件、デイケア8件、訪問看護7件であった。利用サービスの組み合わせの内訳はホームヘルパーのみが26名、デイサービスのみが20名、ホームヘルパーとデイサービスの組み合わせが8名、ホームヘルパーと訪問看護、デイサービスとショートステイ、デイサービスとデイケアの組み合わせがそれぞれ3名ずつ、ホームヘルパーとデイサービスと家事援助の組み合わせが2名、その他の組み合わせや単独利用が1名ずつで合計14名であった。

【利用されているサービス】

各介護保険サービスを利用している人の全対象と1つでも利用している人における割合を表に示す。

| | 全対象 | 利用者 |
|---------|-------|-------|
| ホームヘルパー | 21.0% | 57.0% |
| 家事援助 | 4.2% | 11.4% |
| 訪問看護 | 3.3% | 8.9% |
| デイサービス | 19.6% | 53.2% |
| デイケア | 3.7% | 10.1% |
| ショートステイ | 5.1% | 13.9% |

サービス利用する人の半数はホームヘルパー、デイサービスを選択していた。

【介助を要する ADL と補装具の利用について】

135名は調査した ADL6 項目が全て自立であった。介助を要した項目（複数回答）は入浴 63 件、外出 41 件、更衣 32 件、洗面 14 件、食事 8 件、排泄 6 件であった。介助項目の組み合わせの内訳は入浴のみが 22 名、入浴と外出が 11 名、外出のみが 10 名、入浴と更衣が 8 名、入浴と更衣と外出の組み合わせが 6 名、6 項目全てが 5 名、入浴と更衣と洗面と外出が 3 名、排泄と入浴と更衣と洗面と外出の組み合わせ、更衣のみが各 2 名ずつ、その他の組み合わせや単項目介助が 1 名ずつで合計 8 名であった。車椅子は 42 名で、装具は 75 名で使用していた。

【ADL 自立度】

各 ADL 項目で自立している人の全対象と 1 項目でも介助を要している人における割合を表に示す。

| | 全対象 | 要介助者 |
|----|-------|-------|
| 食事 | 96.3% | 89.9% |
| 排泄 | 93.9% | 83.5% |
| 入浴 | 70.6% | 20.3% |
| 更衣 | 85.0% | 59.5% |
| 洗面 | 93.5% | 82.3% |
| 外出 | 80.8% | 48.1% |

ADL 要介助者では入浴、外出の自立度が半数以下で、更衣の約 6 割とともに自立度の低い項目であった。

ADL 介助と介護サービスの利用の状況を表に示す。

| | 自立者 | 要介助者 |
|--------|-----|------|
| サービス利用 | 34 | 45 |
| サービスなし | 101 | 34 |

名

ADL に介助を要している人で介護サービスを利用しているが多く統計学的に有意

な偏りが認められた。

【外出頻度とその目的】

無回答の 5 名を除く 209 名の週間外出頻度は 1 回以下（ほとんどしない）3 名（1.4%）、1～2 回 49 名（22.9%）、3～4 回 70 名（32.7%）、5 回以上（ほぼ毎日）87 名（40.7%）であった。選択のあった外出先（複数回答）は通院 164 件、リハビリ教室 161 件、自主グループや趣味の会などの集会 141 件、買い物などの用事 102 件、散歩 101 件、友人や仲間に出会うため 71 件、デイサービスやデイケア 30 件であった。

【主観的健康度変化】

各質問で回答が得られたのは「外出がおっくう」で 198 名（92.5%）、「元気・気力がない」で 193 名（90.2%）、「不自由さがふえた」で 197 名（92.1%）、「生きるほりがらない」で 190 名（88.8%）であった。得られた回答の「いいえ」と「はい」の割合を各質問ごとに表に示す。

| | いいえ | はい |
|-----------|-------|-------|
| 外出がおっくう | 59.6% | 40.4% |
| 元気・気力がない | 67.9% | 32.1% |
| 不自由さがふえた | 68.0% | 32.0% |
| 生きるほりがらない | 85.3% | 14.7% |

【外出頻度の特徴】

年代別の週間外出頻度の組成を表に示す。

| | 1 回以下 | 1～2 回 | 3～4 回 | 5 回以上 | 合計 |
|--------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 59 才以下 | 1 (3.4) | 6 (20.7) | 6 (20.7) | 16 (55.2) | 29 (100) |
| 60 代 | 0 (0.0) | 16 (21.9) | 30 (41.0) | 27 (37.0) | 73 (100) |
| 70 代 | 1 (1.3) | 24 (30.0) | 26 (32.5) | 29 (36.3) | 80 (100) |
| 80 代 | 1 (3.8) | 3 (11.5) | 7 (26.9) | 15 (57.7) | 26 (100) |
| 90 代 | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (100) | 0 (0.0) | 1 (100) |
| 合計 | 3 (1.4) | 49 (23.4) | 70 (33.5) | 87 (41.6) | 209 (100) |

名 (%)

年代で外出頻度に有意な差は認められず、3/4 の人が週に 3 回以上の外出を行っていた。

また、罹患年数やリハビリ教室参加年数、さらに罹患から参加までの年数でも外出頻度に有意な差は認められなかった。

【疾患・障害と外出頻度の検定】

疾患や運動麻痺の分類別では外出頻度に有意な差は認められなかった。身体障害者手帳の有無で外出頻度を比較した結果を表に示す。

| | なし | あり |
|------|----------|----------|
| 1回以下 | 2(4.4) | 1(0.7) |
| 1-2回 | 5(11.1) | 43(28.5) |
| 3-4回 | 11(24.4) | 56(37.1) |
| 5回以上 | 27(60.0) | 51(33.8) |
| 全体 | 45(100) | 151(100) |

名 (%)

この二群には有意な差が認められ、手帳を取得している人では外出頻度3回以上が約70%に対して、ない人は約85%であった。手帳を取得している人でその等級別にも比較したが外出頻度に差はなかった。

【介護サービス利用と外出頻度の検定】

何らかの介護保険サービスを利用している人と全く利用していない人で外出頻度を比較した結果を表に示す。

| | 利用あり | 利用なし |
|------|----------|----------|
| 1回以下 | 2(2.6) | 1(0.8) |
| 1-2回 | 25(32.1) | 24(18.3) |
| 3-4回 | 29(37.2) | 41(31.3) |
| 5回以上 | 22(28.2) | 65(49.6) |
| 全体 | 78(100) | 131(100) |

名 (%)

利用の有無で二群に有意な偏りが認められ、サービスを利用していない人では外出頻度3回以上が約80%に対して、利用している人では約65%だった。各サービスについて検討したところ、ホームヘルパー、家事援助、ショートステイの利用者の外出頻度が利用していない人に比べて有意に低かった。

【ADL自立度と外出頻度の検定】

ADL6項目のうち一つでも介助を要している人と全て自立している人で外出頻度を比較した結果を表に示す。

| | 要介助 | 全自立 |
|------|----------|----------|
| 1回以下 | 1(1.3) | 2(1.5) |
| 1-2回 | 29(36.7) | 20(15.4) |
| 3-4回 | 28(35.4) | 42(32.3) |
| 5回以上 | 21(26.6) | 66(50.8) |
| 全体 | 79(100) | 130(100) |

名 (%)

要介助と自立で二群に有意な偏りが認められ、ADLが全て自立している人では外出頻度3回以上が80%以上を占めるのに対し、何らかの介助を要している人では約60%だった。各ADL項目について検討したところ、入浴と外出に介助を要している人で外出頻度が有意に低かった。

【外出先の特徴】

外出先として7つの選択肢を提示したが、その回答を表に示す。

| | 選択 | 非選択 |
|-----------------|------|-----|
| 買い物などの用事 | 102 | 112 |
| 自主グループや趣味の会など集会 | 141* | 73 |
| リハビリ教室 | 161* | 53 |
| 友人や仲間会うため | 71 | 143 |
| 散歩 | 101 | 113 |
| 通院 | 134* | 80 |
| デイサービスやデイケア | 30 | 184 |

名

選択と非選択には統計学的に有意な偏りが認められ、「自主グループや趣味の会などの集会」「リハビリ教室」「通院」が主な外出先であった。

各外出先に関して選択と非選択群の平均年齢を表に示す。

| | 選択 | 非選択 |
|-----------------|-------|------|
| 買い物などの用事 | 69.3 | 69.4 |
| 自主グループや趣味の会など集会 | 68.3* | 71.4 |
| リハビリ教室 | 68.9 | 71.0 |
| 友人や仲間会うため | 67.7* | 70.2 |
| 散歩 | 69.0 | 69.7 |
| 通院 | 68.9 | 70.2 |
| デイサービスやデイケア | 72.8* | 68.8 |

才

「自主グループや趣味の会などの集会」と「友人や仲間会うため」という項目を選択した人の平均年齢は、非選択者に比べて有意に低く、「デイサービスやデイケア」を外出先と選択した人は有意に高かった。

【外出頻度と外出先の検定】

各外出先選択肢の選択率を外出頻度別に検定したところ、「買い物などの用事」「友人や仲間会うため」「散歩」で統計学的に有意な偏りが認められた。表に選択率を示す。

| | 買い物 | 友人 | 散歩 |
|------|-------|-------|-------|
| 1回以下 | 33.3% | 0.0% | 0.0% |
| 1-2回 | 16.3% | 14.3% | 26.5% |
| 3-4回 | 50.0% | 35.7% | 41.4% |
| 5回以上 | 65.5% | 43.7% | 66.7% |
| 全体 | 48.3% | 33.5% | 47.8% |

外出頻度が週間3回以上と2回以下にてこれら3項目の選択率に差が見られた。その他の選択肢に対する回答率には外出頻度別に有意差はなかった。

【主観的健康度変化に関する検定】

年代・性別の回答には有意な偏りは認められなかった。また、罹患年数やリハビリ教室参加年数、さらに罹患から参加までの年数別にも回答に偏りは認められなかった。

外出頻度別には「生きるはりがなくなった」の回答にのみ有意な偏りが認められた。

| | いいえ | はい |
|------|-----------|----------|
| 1回以下 | 2(66.7) | 1(33.3) |
| 1-2回 | 33(76.7) | 10(23.3) |
| 3-4回 | 60(96.8) | 2(3.2) |
| 5回以上 | 65(81.3) | 15(18.7) |
| 全体 | 160(85.1) | 28(14.9) |

名 (%)

「いいえ」の回答は外出頻度2回以下で76.1%に3回以上では88.0%でえられた。各外出先選択肢に対する回答別に比較したところ有意な偏りが認められた。「外出がおっくうになった」という質問に対する回答と「買い物などの用事」「自主グループや趣味の会などの集会」「友人や仲間に出会うため」の選択を表に示す。

| 外出がおっくうになった | | いいえ | はい |
|-----------------|-----|-----|----|
| 買い物などの用事 | 選択 | 65 | 30 |
| | 非選択 | 53 | 50 |
| 自主グループや趣味の会など集会 | 選択 | 86 | 44 |
| | 非選択 | 32 | 36 |
| 友人や仲間に出会うため | 選択 | 50 | 20 |
| | 非選択 | 68 | 60 |

名

これらの外出先を選択した人に「いいえ」の回答が有意に多かった。

さらに「元気さや気力がなくなった」という質問に対する回答と「自主グループや趣味の会などの集会」「通院」の選択を表に示す。

| 元気さや気力がなくなった | | いいえ | はい |
|-----------------|-----|-----|----|
| 自主グループや趣味の会など集会 | 選択 | 93 | 33 |
| | 非選択 | 38 | 29 |
| 通院 | 選択 | 74 | 47 |
| | 非選択 | 57 | 15 |

名

「自主グループや趣味の会などの集会」を選択した人に「いいえ」の回答が、「通院」を選択しなかった人に「いいえ」の回答が有意に多かった。

D. 考察

本研究では機能訓練事業利用者を対象にその外出頻度を調査したが、75%の人が週に3回以上の外出を行っていた。この結果を地域居住の高齢者2,300名を対象に生活状況を調査した平成10年「川崎市生きいきすこやか調査」(厚生省補助事業、委員長：京極高宣日本社会事業大学学長)で示された外出頻度と比較してみると、同調査では約半数の人が週3回以上の外出を行っていた²⁾。統計学的な検討は行っていないが本研究の対象者の外出頻度は地域高齢者の標準的な値より高いといえる。また、外出先についても特徴がみられた。地域高齢者では「買い物・用足し」「散歩」「通院」が主たる外出目的であるのに対し、本調査の機能訓練事業利用者では「リハビリ教室」「自主グループや趣味の会などの集会」「通院」が多い外出先であった。鳩野洋子らの分類⁷⁾を用いると機能訓練事業利用者の外出先には「リハビリ教室」「自主グループや趣味の会などの集会」といった「人との交流が可能であるもの」が多く見られ、「買い物・用足し」「通院」の「生活上必須の場所」が多い地域高齢者全体に対して特異性を呈しているといえる。外出頻度と外出先において機能訓練事業を利用している高齢者は、地域高齢者母集団からみて特異な集団といえる。

外出頻度は年齢や罹患年数、リハビリ教室参加年数とは関連していなかった。また、疾患や運動麻痺の分類でも差は見られなかった。身体障害者手帳を有する(全体の71.5%)、ある程度以上の障害者で外出頻度は低下していたものの障害等級別では差は

なかった。また、何らかの介護サービスを利用している者（全体の36.9%）では、非利用者に比べて外出頻度は低かった。ADLに介助を要している者（全体の36.9%）も自立者に比較して外出頻度は低かった。身体の障害などにより自身のADLが低下している者の外出頻度は低下し、いわゆる「閉じこもり」になる危険があるといえる。高齢者自身の身体機能と生活能力が外出頻度低下の要因といえる。さらに介護サービスを利用している人の約半数はADL自立していたことから、何らかの在宅生活環境の問題も外出頻度低下の要因としてあげられると思われた。高齢者の心身要因のみならず環境要因にも着目すべきである。

外出先について前出した分類⁷⁾を用いると、「自主グループや趣味の会などの集会」「リハビリ教室」「友人や仲間に出会うため」は「人との交流が可能であるもの」に属し、「散歩」は「自己完結のもの」に、「買い物などの用事」「通院」が「生活上必須の場所」になる。「買い物などの用事」「友人や仲間に出会うため」「散歩」を選択した人で多く、外出頻度との関係とは明らかではなかったが、主観的状況に関しては「自主グループや趣味の会などの集会」「友人や仲間に出会うため」といった人との交流を外出先と意識している人で良好な結果がえられた。人との交流の場があることは、外出頻度のみならず主観的な幸福感にも影響を及ぼす可能性があると思われた。

機能訓練事業の参加によるADLの低下予防効果は、非参加者と比較して示されている⁴⁾。本研究では外出に関して、頻度が高くしかも他者との交流を持つところに特性が見いだされたが、機能訓練事業の効果によるものかどうかの検討については対象者数の累積と現利用者についての継続的な調査、非利用者を抽出して対照を定めるなど、さらなる研究が必要であると思われる。

E. 結論

機能訓練事業利用者の外出頻度は概して高いが、心身機能と生活能力が保たれていることが因子としてあげられる。他者との交流を目的とした外出先を有することが頻度を維持する効果があると思われ、この点

において機能訓練事業は意義ある活動であると示唆される。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

参考文献

- 1) 竹内孝仁：老人保健の課題と展望. 老人保健の基本と展開（松田俊久, 柴田博 編）. 医学書院, 東京, 1984; 148-152
- 2) 竹内孝仁, 穂山尚子：介護予防と閉じこもり. 総合ケア 2001; 11(1): 6-21
- 3) 鳩野洋子：高齢者の「閉じこもり」に関する研究の状況. 保健婦雑誌 2000; 56(1): 28-33
- 4) 安村誠司, 他：老人保健法に基づく機能訓練事業の日常生活自立度に及ぼす効果に関する研究. 日本公衛誌 2000; 47(9): 792-800
- 5) 岡村智教, 他：老人保健事業における機能訓練事業参加者の実態と日常生活自立度に関する研究. 日本公衛誌 1995; 42(10): 878-887
- 6) 山下公平, 他：脳卒中患者のADLの改善とQOLに及ぼす要因の解析—市町村の機能訓練事業の利用者を対象として—. 日本公衛誌 1996; 43(6): 427-433
- 7) 鳩野洋子, 田中久恵：地域ひとり暮らし高齢者の閉じこもりの実態と生活状況. 保健婦雑誌 1999; 55(8): 664-669

研究協力者：穂山尚子（日本医科大学附属第2病院リハビリテーションセンター）

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

一人暮らし後期高齢者の身体・精神状態と生活場所に関連する要因の検討

分担研究者 金川克子 石川県立看護大学看護学部教授

研究要旨 一人暮らし後期高齢者の身体的、精神的、社会的な特徴と外出頻度、生活場所との関連を検討することを目的とし、石川県 T 町に居住する在宅の一人暮らし高齢者は 117 人に訪問面接調査を実施した。その結果、一人暮らし後期高齢者は全体の 55.4%であり、生活場所別の比較では敷地外群の方が敷地内群よりも有意に身体機能が高く、抑うつ状態が低く、生きがいがありが多く、独居年数が長かった。一人暮らし後期高齢者は約 95%が週 1 回以上外出しており、これらの限定された対象には、閉じこもりを外出頻度より生活場所で把握した方がよいことが示唆された。

A. 研究目的

単独世帯である独居高齢者、あるいは一人暮らし高齢者は、人口の高齢化、核家族化などの社会的動向に伴って増加傾向にある。1999 年現在、65 歳以上の者のいる世帯の全世帯数に占める割合は 33.1%であり、3 世帯に 1 世帯は 65 歳以上の高齢者のいる世帯である。高齢者の「単独世帯」は、270 万 3 千世帯であり、世帯総数の 6%、65 歳以上の者のいる世帯数の 18.2%であり、25 年間に 4.4 倍と大幅に増加している^{1) 2)}。これはわが国だけの傾向ではなく、もともと子どもとの同居率が日本よりも低い欧米でも顕著な増加傾向があると報告されている³⁾。

一人暮らし高齢者は、生活習慣や食事管理などを含む健康的な生活が維持しにくい、急病や事故、災害時の対処が困難、犯罪の被害に遭遇しやすい、財産管理が難しいなど、生活上の些細な出来事や社会経済的な状況によって、他の世帯状況の高齢者と比較すると生活維持が困難になりやすく、また、孤独死も社会問題となっている。

しかし、一人暮らし高齢者の実態については、地域の一般高齢者の中での世帯構成の違いという側面で、部分的な情報はあつたものの、その全体像から問題点や課題を整理している研究はごく少ない。

身体的要因では、単独世帯という世帯構成は、死亡の直接的なリスク要因ではない⁴⁾という報告や、2 年間の追跡調査で重度障害のない女性高齢者間では、独居の方がそれ以外高齢者よりも手段的日常生活動作の低下が少なかったが、重度障害のある女性高齢者間では

は独居の方が配偶者以外の家族と同居している高齢者よりも大きな低下がみられたという報告⁵⁾がある。これらから、単独世帯という世帯類型と死亡率との関連はないが、日常生活動作など身体機能低下との関連はあると推測できる。また、栄養状態は他の在宅高齢者とは変わらないが、低栄養の危険性は他の高齢者より高いという報告もある⁶⁾。次に、精神的側面では、一人暮らし高齢者は抑うつ傾向が高いという報告⁷⁻⁹⁾がある。さらに、環境要因では、一人暮らし高齢者の住居の近隣環境は犯罪への不安に、犯罪への不安は社会的支援の受け入れに関連するという報告¹⁰⁾や、外出行動の特徴^{11) 12)}や促進要件として、交通や建物環境、交通機関の整備などが必要であるという報告もある¹³⁾。また、社会関係を維持するための情報伝達手段について、テレビ、ラジオなどのマスメディアと、電話、手紙などのパーソナルメディアの使用との関連¹⁴⁾も示されている。

さらに、高齢者の単独世帯という世帯類型が、特別養護老人ホーム入所の要因となることも明らかになっており^{15, 16)}、一人暮らし高齢者は、他の高齢者と比較して、在宅生活継続が困難な状況になりやすいといえる。

また、生活活動の範囲の縮小化は、身体的、精神的状況の低下に関連しており¹²⁾、後期高齢者は前期高齢者と比較して、身体的資源が乏しく、それによる精神健康の低下があるという報告¹⁷⁾もあり、一人暮らしの後期高齢者は、身体・精神的、生活状況から状態悪化のリスクが高いといえる。

加えて、住民基本台帳上は単独世帯であつ

ても、実際には同居者がいる場合もあり、実際の一人暮らし高齢者と住民基本台帳上の単独世帯高齢者とは厳密には異なるという報告もあり¹⁸⁾、地域での実際上の把握が困難な場合が多い。また、一人暮らし高齢者は寝たきりや痴呆の高齢者とともに老人福祉サービスの対象となる「要援護」としての対象と見なされている反面、一人暮らしという生活状況だけで、政策的な対処を必要とする「要援護」状態ではないという視点もある。

公的サービスについては、日常生活が比較的自立している高齢者が多いことから、安否確認訪問、緊急通報装置の設置、配食サービスなどがあるものの、これらのサービスを受ける際には、収入などの制限がある場合が多く、一人暮らしという世帯条件から、サービス提供に関する情報も伝わりにくい。また、一人暮らし高齢者は女性が多いこともあり、年金受給など経済的に恵まれているとはいえない。

以上のことから、ほぼ自立して地域に生活している一人暮らし高齢者は、状況が悪化するまでは把握しにくい状態、または、地域社会から取り残される状態になりやすいが、状況が悪化してからの発見と対処では、一人暮らしの生活を維持することは困難になる場合も多く、孤独死も社会問題化している。これらに対しては、予防的な保健サービス¹⁹⁾も試みられているが、老化による身体機能の低下から、一人暮らしを継続するかどうかの判断が迫られ、地域支援も多く必要となってくる一人暮らしの後期高齢者に関する研究はほとんどない。

そこで、本研究は、一人暮らし後期高齢者の身体的、精神的、社会的な特徴と外出頻度、生活場所との関連を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1. 調査対象、期間

2000年9月19日から11月22日に訪問面接調査を実施した。実施にあたり、事前に各対象者宛に調査協力の案内文書を送付した。案内文には、調査の趣旨、協力依頼、訪問日程を記述した。案内文書の送付後、調査員が対象者の家庭を訪問し、再度調査の趣旨、プライバシーの保護、拒否の権利について説明

し、同意の得られた対象者本人から質問項目の聞き取りを行った。調査に要した一人あたりの平均時間は55分であった。調査員は、研究者、高松町住民福祉課の保健婦、在宅介護支援センターの看護婦および介護福祉士である。

2. 調査項目

(1) 自立度

自立度の判定には、厚生省による障害老人の日常生活自立度判定基準²⁰⁾を用いた。この判定基準は、何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を判定するもので、ランクJ(何らかの身体的障害などがあるが、日常生活はほぼ自分で何でもできる)、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)、ランクB(屋内での生活は何らかの介助を要するが座位を保つ)、ランクC(1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替えにおいて介助を要する)の4段階である。

(2) 属性および身体的項目

属性は、性、年齢、一人暮らしのきっかけと一人暮らしの期間(独居年数)である。

身体的項目は、過去1年間の入院の有無、現在の受療の有無である。

基本的な日常生活動作能力(Activities of Daily Living:以下ADLと略す)の判定にはBarthel Index²¹⁾を用いた。Barthel Indexは食事、移乗、整容、トイレ動作、入浴、歩行、階段昇降、更衣、排尿、排便の10項目からなる評定尺度である。得点範囲は0~100点で、得点が高いほどADLが高いことを示す。

高次の活動能力の判定には老研式活動能力指標²²⁾を用いた。老研式活動能力指標はADL尺度より高次の活動能力を測定する13項目の尺度で、手段的自立、知的能動性、社会的役割の3つの下位尺度から構成される。得点範囲は0~13点で、得点が高いほど活動能力が高いことを示す。

また、運動能力指標としてMotor Fitness Scale²³⁾を用いた。本尺度は14項目14点満点であり、得点が高いほど運動能力が高いことを示す。

視力は、新聞の小さな活字が読めない場合は「低下」、聴力は、調査員の普通の声が聞き取れなければ「低下」とし、もの忘れは、日

常生活に支障がある場合を「低下」とした。

(3) 精神・心理的項目

精神・心理的項目は、抑うつ状態、健康度自己評価、生きがいの有無、日常生活動作に対する自己効力感とした。

抑うつ状態の指標には、自己評価式抑うつ尺度である Geriatric Depression Scale (GDS)²⁴⁾の15項目短縮版²⁵⁾の日本語版²⁶⁾を用いた。得点範囲は0~15点で、得点が高いほど抑うつ状態が重いことを示し、5点以上の得点はうつ状態を示唆する。欠損値を持つ人については、半数以上に回答している場合には回答項目の素点に、全回答項目に対する回答項目の割合の逆数を掛け合わせて推計値を算出し、分析に投入した²⁷⁾。

健康度自己評価については、「非常に健康だと思う」「まあ健康だと思う」「あまり健康ではない」「健康ではない」の4件法で測定し、前者2つを「健康である」、後者2つを「健康でない」としてカテゴリー化した。

日常生活動作に対する自己効力感は、Falls Efficacy Scale (FES)²⁸⁾を参考に芳賀が作成した高齢者の日常生活動作に対する効力感測定尺度²⁹⁾を使用した。日常生活動作6項目について「大変自信がある」「まあ自信がある」「あまり自信がない」「まったく自信がない」の4件法になっており、得点範囲は6~24点である。低得点ほど日常生活動作の遂行に自信がないことを示す。

(4) 社会的項目

社会的項目は、仕事の有無、交流頻度、活動参加頻度、公的サービスの利用状況とした。

交流頻度については、別居家族ならびに家族以外と「会って話す」「電話で話す」の2通りについて、その頻度が「ほとんど毎日」「週に1~2回」「月に1~2回」「年に数回」「まったくない」のいずれかをたずね、前者2つを「週に1回以上」、後者3つを「週に1回未満」としてカテゴリー化した。

活動参加頻度については、町内会、老人会、商工会、趣味の会、宗教に関する集まりなどの会合に参加する頻度について、「週に2回以上」「週に1~2回」「月に1~2回」「年に数回」「まったくない」のいずれかをたずね、前者3つを「月に1回以上」、後者2つを「月に1回未満」としてカテゴリー化した。

高松町に居住する一人暮らし高齢者が利

用する可能性のある6種類の公的サービスについて、各々の利用の有無をたずねた。

(5) 外出頻度と生活場所について

外出頻度については、「あなたはどのくらいの回数で外出しますか」という問いに、「週1回以上」「月1~3回」「ほとんど、または、全く外出しない」という選択肢を設定した。また、生活場所については、「あなたは、日中おもにどこで過ごしますか」という問いに、「自宅の外(敷地外)」「家(自宅)、および、庭や畑など敷地内」「ほとんど家(自宅)」「ほとんど自分の部屋」という選択肢を設定した。

解析にはSPSS/Ver.10.0J for Windowsを使用した。分析方法は、 χ^2 検定またはFisher's Exact Test、Kruskal-Wallis検定を用い、3群に有意差が認められた項目についてWilcoxonの順位和検定を行った。また、有意水準5%未満を有意差ありとした。各変数は、それぞれ欠損値を除外したため、結果の表中の合計人数は常に同一にはならなかった。

C. 研究結果

1. 一人暮らし高齢者の特徴

1) 在宅の一人暮らし高齢者の割合

平成12年4月1日現在の高松町に居住する65歳以上の高齢者2,186人のうち、住民基本台帳上の一人暮らし高齢者は245人(11.2%)であり、調査時点での在宅の一人暮らし高齢者は117人(5.4%)であった(図1)。

2) 一人暮らし高齢者の特性

一人暮らし高齢者の特性を表1に示す。日常生活自立度判定基準をみると、障害のない高齢者は81.2%であり、ランクCに該当する高齢者はいなかった。基本的ADLについては、Barthel Indexの10項目全て自立している者が93.1%であった。また、抑うつ状態については、5点以上の抑うつ傾向にある高齢者は全体の23.6%であった。さらに、社会的な交流頻度について、家族以外と週1回以上会って話す高齢者の割合が87.9%と多かった。

2. 年齢構成別の一人暮らし高齢者の特徴

年齢構成別の一人暮らし高齢者の特徴を表2に示す。65~74歳は45.6%、74歳以上は55.4%、全体で85歳以上は、10.9%であった。高齢になるにしたがって、有意に身体機能が

低く、うつ状態の傾向が高く、自己効力感が低かった。また、外出頻度については、高齢になるにしたがって有意に少なくなり、生活場所では、65～74歳と75～84歳は敷地内が最も多く、85歳以上は自宅内が多かった。

3. 一人暮らし後期高齢者の生活場所と関連する要因

一人暮らし高齢者101名中、75歳以上の後期高齢者56名について、生活場所別に分類し、それぞれの特徴を表3に示す。56名の外出頻度として、週1回以上53名、月1～3回1名、ほとんど外出しない2名であり、94.6%が、週1回以上外出していた。また、生活場所としては、敷地外11名(19.6%)、敷地内33名(58.9%)、自宅内10名(17.9%)、居室内2名(3.6%)であった。これらから、一人暮らし後期高齢者という限定された対象には、閉じこもりを外出頻度より生活場所で把握した方がよいことから、生活場所別での検討を試みた。

4項目の生活場所において、敷地内45名(78.6%)、敷地外11名(21.4%)の2群に分類し、それぞれを敷地内群、敷地外群とし、2群間の特徴を比較した(表3)。

両群で、性別、年齢には有意差はなかった。自宅居室群の方が、有意に老研式活動能力指標、運動能力指標、日常生活動作の自己効力感スケールの得点が低く、高齢者うつ尺度得点が高かった。また、生きがいありの人数が少なかった。さらに、家族、友人との交流の状況では、週2回以上友人と対面で交流している対象数が有意に少なかった。また、自宅居室群の方が、有意に平均独居年数が短かった。

D. 考察

今回の結果から、地域で一人暮らしをしている高齢者は全高齢者の5.4%であり、そのうち後期高齢者は55.4%と半数を占めた。また、85歳以上の高齢者は10.9%と全体の1割であり、一人暮らし高齢者の年齢の高さが示された。

また、一人暮らしを後期高齢者であっても、地域で一人暮らしをしている場合、週1回以上外出している高齢者は約95%以上を占めた。これは、年齢を考慮すると一般高齢者に比較し、高い割合である^{12,13)}。また、生活場

所では、21.0%が自宅、居室内で過ごしていた。性別、年齢にかかわらず、自宅・居室を主な生活場所としている一人暮らし後期高齢者は、それ以外の高齢者と比較して、活動能力、運動能力、日常生活動作に対する自己効力感が低く、高齢者うつ状態尺度得点が高く、ややうつ状態の傾向にあった。また、週1～2回以上友人と会う人が少なく、一人暮らしの経験年数が5年間と、それ以外の高齢者の2分の1と短かった。

地域での一人暮らし後期高齢者についての先行研究は国内外でほとんどみられないため比較することはできないが、一人暮らし後期高齢者で、生活場所が自宅・居室に限定されつつある対象は、現状の生活維持が困難になりやすく、近隣との交流が減少しがちなため、定期的な安否確認のための訪問をより徹底していくなど、公的制度の導入が望まれる。

E. 結論

1. T町に居住する65歳以上高齢者2,186人(平成12年4月1日現在)のうち、住民基本台帳上の一人暮らし高齢者は245人(11.2%)、調査時点での在宅の一人暮らし高齢者は117人(5.4%)であった。
2. 一人暮らし後期高齢者は、全体の55.4%であり、そのうちの85歳以上は全体の10.9%であった。高年齢ほど身体的・精神的機能、自己効力感が有意に低く、外出頻度が少なく、生活場所が縮小している傾向にあった。
3. 一人暮らし後期高齢者の生活場所別での比較では、敷地外群の方が敷地内群よりも、有意に身体機能が高く、抑うつ状態が低く、生きがいがありが多く、独居年数が長かった。
4. 一人暮らし後期高齢者は約95%が週1回以上外出しており、これらの限定された対象には、閉じこもりを外出頻度より、生活場所で把握した方がよいことが示唆された。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

文献

1. 国民衛生の動向 2000 年：財団法人厚生統計協会、2000.
2. 厚生省統計情報部：平成 8 年度国民生活基礎調査、財団法人厚生統計協会、1997.
3. Kramarow EA: The elderly who live alone in the United State: historical perspectives on household change, *Demography* 1995; 32:335-352.
4. Davis MA, Moritz DJ, Neuhaus JM, et al: Living arrangements, changes in living arrangements, and survival among community dwelling older adults, *American Journal of Public Health*, 1997; 87: 371-377.
5. Sarwari AR, Fredman L, Langenberg P, et al. Prospective Study on the Relation between Living Arrangement and Change in Functional Health Status of Elderly Women. *American Journal of Epidemiology*, 1998; 147: 370-378.
6. 山上雅子、野山修、西村いづみ. 一人暮らし高齢者の栄養状態—とくにビタミン A、B1、およびCについて—. *日本公衆衛生雑誌* 1998 ; 45 : 213-224.
7. 山下一也、小林祥泰、恒松徳五郎：老年独居生活者の抑うつ症状と主観的幸福感について—島根県隠岐島の調査から—. *日本老年医学会雑誌* 1992 ; 29 : 179-184.
8. 佐藤秀紀、中島和夫：地域高齢者の抑うつ状態を規定する要因. *厚生*の指標 1997 ; 44 : 10-16.
9. Ada CM. Living Alone and Depression Among Older Chinese Immigrants, *Journal of Gerontological Social Work* 1998; 30: 147-166.
10. Thompson EE, Krause N. Living Alone and Neighborhood Characteristics as Predictors of Social Support in Late Life. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 1998; 53B: 354-364.
11. 鳩野洋子、田中久恵. 地域ひとり暮らし高齢者の閉じこもりの実態と生活状況. *保健婦雑誌* 1999 ; 55 : 664-669.
12. 藺牟田洋美、安村誠司、藤田雅美、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. 日本公衆衛生雑誌*、45 : 883-892、1998.
13. 工藤禎子、三国久美、深山智代、他. 寒冷広域地域における一人暮らし高齢者の外出行動. *保健婦雑誌* 1999 ; 55 : 506-513.
14. 山田敦弘. 独居高齢者のマスメディアおよびパーソナルメディアの利用と社会的属性および健康状態に関する研究. *大阪大学医学雑誌* 1999 ; 51 : 171-178.
15. 黒田研二、趙林、岡本悦司、他. 在宅要介護老人、病院長期入院老人、特別養護老人ホーム入所者の特性に関する比較研究. *日本公衆衛生雑誌* 1994 ; 39 : 215-222.
16. 渡辺美鈴、河野公一、河村圭子、他. 行政の在宅保健・福祉サービスを受けている高齢者の特別養護老人ホーム入所に関連する要因について. *日本公衆衛生雑誌* 1998 ; 45 : 45-55.
17. 杉澤秀博、柴田博：前期および後期高齢者における身体的・心理的・社会資源と精神健康との関連. *日本公衆衛生雑誌* 47 : 589-601、2000.
18. 古谷野亘、岡村清子、横山博子、他. 住民基本台帳による独居老人の把握—同居家族のいる独居老人の割合—. *厚生*の指標 1994 ; 41 : 15-19.
19. 舟橋睦美、山路雅代、古谷野亘. 保健事業に参加する独居老人の特性「健康と暮らしの講座」参加者と非参加者の比較. *保健婦雑誌* 1994 ; 50 : 1106-1110.
20. 厚生省老人保健福祉部. 「寝たきり老人ゼロ」を实践するために—障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準—. 東京：社会福祉・医療事業団、1992 ; 3-6.
21. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal* 1965; 14: 61-65.
22. 古谷野亘、柴田博、中里克治、他. 地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発—. *日本公衆衛生雑誌*

- 1987 ; 34 : 109-114.
23. Kinugasa T, Nagasaki H. Reliability and validity of the Motor Fitness Scale for older adults in the community. *Aging Clinical and Experimental Research* 1998; 10: 295-302.
 24. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, et al. Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1982; 1: 37-43.
 25. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist* 1986; 5: 165-173.
 26. 笠原洋勇、加田博秀、柳川裕紀子. うつ状態を評価するための測度 (1). *老年精神医学雑誌* 1995 ; 6 : 757-766.
 27. Bryman A, Cramer D. *Quantitative data analysis with SPSS release 8 for Windows*. New York: Routledge 1999; 51-53.
 28. Tinetti ME, Powell I: Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology*, 45: 236-243, 1990.
 29. 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7～8年度科学研究費補助金研究成果報告書. 124-136、1997.

研究協力者：

本田亜起子（東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻修士課程）

斉藤恵美子（石川県立看護大学）

研究協力機関：高松町住民福祉課

図1. 一人暮らし高齢者の抽出

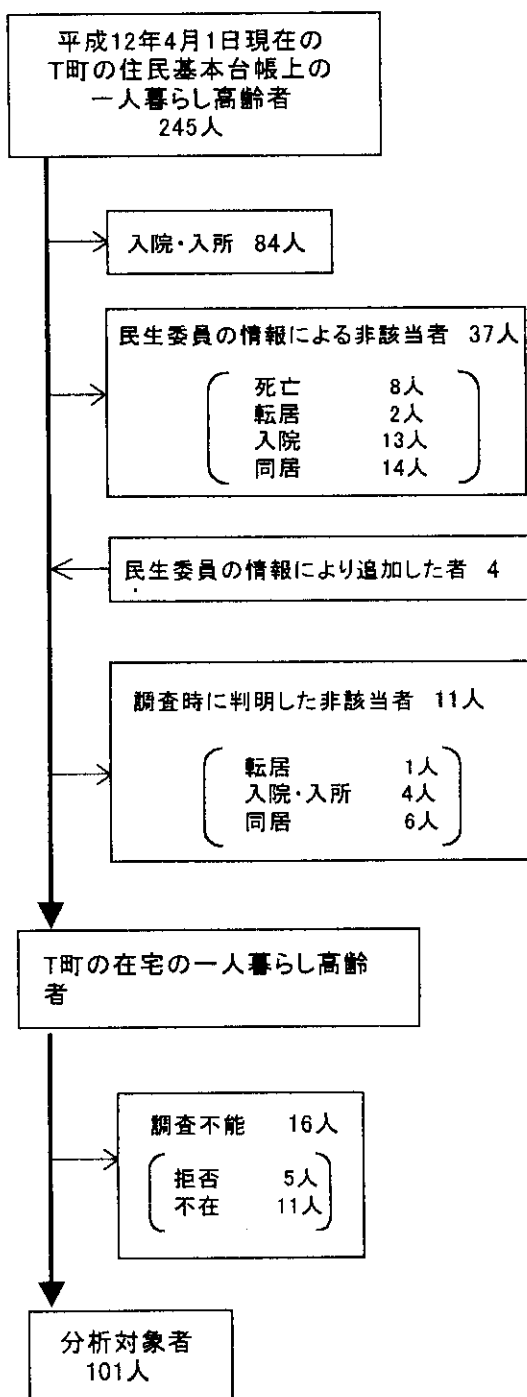


表1. 一人暮らし高齢者の特性

| | | n=101 | |
|---|-------------------------------|--------------|------|
| 項目 | | 人数またはmean±SD | % |
| 性別 | 男性 | 20 | 19.8 |
| | 女性 | 81 | 80.2 |
| 年齢(歳) | 男性 | 75.6±7.7 | |
| | 女性 | 75.9±6.7 | |
| 一人暮らしのきっかけ | 配偶者・家族との死別 | 67 | 66.3 |
| | 子供の結婚・家の都合 | 15 | 14.9 |
| | 子供の仕事の都合 | 8 | 7.9 |
| | 結婚しなかった | 1 | 1.0 |
| | その他 | 10 | 9.9 |
| 一人暮らしの期間(年) ^a | | 9.4±9.5 | |
| 日常生活自立度 | 障害なし | 82 | 81.2 |
| | J | 14 | 13.8 |
| | A | 4 | 4.0 |
| | B | 1 | 1.0 |
| | C | 0 | 0.0 |
| 過去1年間の入院 ^b 受療の有無 | あり | 14 | 14.0 |
| | あり | 82 | 81.2 |
| 基本的ADL (Barthel Index) | | 98.5±8.7 | |
| 老研式活動能力指標 合計得点 | 手段的自立(5点) | 11.1±3.0 | |
| | 知的能動性(4点) | 4.6±1.0 | |
| | 社会的役割(4点) | 3.4±1.2 | |
| | 運動能力 (Motor Fitness Scale) | 3.1±1.4 | |
| | 8.6±4.1 | | |
| 視力 | 低下 | 8 | 7.9 |
| 聴力 | 低下 | 22 | 21.8 |
| もの忘れ | 低下 | 13 | 12.9 |
| 健康度自己評価 ^c 抑うつ状態(GDS) ^d | 健康である | 69 | 70.4 |
| 得点 | 3.3±3.1 | | |
| 5点以上(うつ傾向) | 21 | 23.6 | |
| 自己効力感 ^e 生きがい ^f | あり | 20.4±3.8 | 82 |
| 85.4 | | | |
| 仕事 | あり | 24 | 23.8 |
| 活動参加頻度 ^g 交流頻度 (週1回以上) | 月1回以上 | 30 | 30.0 |
| 家族・対面 ^h | 45 | 45.0 | |
| 家族・電話 ⁱ | 52 | 53.1 | |
| 家族以外・対面 ^j | 87 | 87.9 | |
| 家族以外・電話 ^k | 41 | 42.7 | |
| サービス利用 ^l サービスの内容 ^m | あり | 41 | 41.4 |
| 配食サービス | 24 | 24.5 | |
| 緊急通報装置 | 19 | 19.2 | |
| 訪問介護 | 14 | 14.1 | |
| 通所介護 | 6 | 6.1 | |
| 短期生活介護 | 2 | 2.0 | |
| 訪問看護 | 1 | 1.0 | |
| 福祉用具レンタル | 1 | 1.0 | |

欠損値を除く合計人数:

a=99,b=100,c=98,d=89,e=96,f=96,g=100,h=100,i=98,j=99,k=96,l=99,m=99

表 2. 年齢構成別一人暮らし高齢者の特性 (n=101)

| 年齢構成 | 65-74 歳 | | 74-84 歳 | | 85 歳以上 | | 有意確率 | |
|-----------|------------|----|------------|----|------------|---|------|----|
| | n=45 人数 | | n=45 人数 | | n=11 人数 | | | |
| | mean±SD | % | mean±SD | % | mean±SD | % | | |
| 性別 | 男性 | 10 | 22.2 | 7 | 15.6 | 3 | 27.3 | |
| | 女性 | 35 | 77.8 | 38 | 84.4 | 8 | 72.7 | ns |
| 年齢 | 69.5±2.7 | | 79.2±2.5 | | 87.9±3.7 | | | ** |
| 基本的日常生活動作 | 100 | | 98.6±5.5 | | 91.8±23.9 | | | * |
| 老研式活動能力得点 | 12.2±2.1 | | 10.8±3.0 | | 8.1±3.8 | | | ** |
| 体力測定得点 | 10.9±3.4 | | 7.2±3.7 | | 5.1±4.1 | | | ** |
| うつ状態得点 | 2.4±2.9 | | 3.9±2.8 | | 4.6±3.8 | | | * |
| 自己効力感 | 22.0±3.3 | | 19.5±3.6 | | 17.8±4.6 | | | ** |
| 外出頻度 | 週 1 回以上 | 44 | 97.8 | 44 | 97.8 | 9 | 81.8 | * |
| | 月 1-3 回 | 0 | 0.0 | 0 | 0 | 1 | 9.1 | |
| | なし | 0 | 0.0 | 1 | 2.2 | 1 | 9.1 | |
| 生活場所 | 敷地外 | 16 | 35.6 | 8 | 17.8 | 3 | 27.3 | * |
| | 敷地内 | 19 | 42.2 | 30 | 66.7 | 3 | 27.3 | |
| | 自宅内 | 9 | 20.0 | 6 | 13.3 | 4 | 36.4 | |
| | 居室内 | 0 | 0.0 | 1 | 2.2 | 1 | 9.1 | |
| 交流家族対面 | 週 1~2 回以上 | 17 | 37.8 | 23 | 51.1 | 5 | 45.5 | ns |
| | それ以下 | 27 | 60.0 | 22 | 48.9 | 6 | 54.5 | |
| 交流家族電話 | 週 1~2 回以上 | 21 | 46.7 | 25 | 55.6 | 6 | 54.5 | ns |
| | それ以下 | 21 | 46.7 | 20 | 44.4 | 5 | 45.5 | |
| 交流友人対面 | 週 1~2 回以上 | 40 | 88.9 | 38 | 84.4 | 9 | 81.8 | ns |
| | それ以下 | 3 | 6.7 | 7 | 15.6 | 2 | 18.2 | |
| 交流友人電話 | 週 1~2 回以上 | 17 | 37.8 | 21 | 46.7 | 3 | 30.0 | ns |
| | それ以下 | 24 | 53.3 | 24 | 53.3 | 7 | 70.0 | |
| 生きがい | あり | 38 | 84.4 | 37 | 82.2 | 7 | 70.0 | ns |
| | なし | 3 | 6.7 | 8 | 17.8 | 3 | 30.0 | |
| 独居年数 | 10.1±11.2 | | 8.2±7.7 | | 11.1±9.4 | | | ns |

連続変量は一元配置分散分析、順序変量は Kruskal-Wallis 検定、名義変量はカイ 2 乗検定、Fisher's Exact Test
*p<.05, **p<.01、65-74 歳については、外出頻度から生きがいまでの項目に欠損値あり

表 3. 一人暮らし後期高齢者の生活場所に関する特性 (n=56)

| 生活場所 | 敷地内群 | | 敷地外群 | | 有意 確率 | |
|-----------|-----------------------|----|-----------------------|----|----------|----|
| | n=45 人数 mean±SD | % | n=11 人数 mean±SD | % | | |
| 性別 | 男性 | 7 | 15.6 | 3 | 27.3 | |
| | 女性 | 38 | 84.4 | 8 | 72.7 | ns |
| 年齢 | 80.6±4.4 | | 82.2±4.7 | | | ns |
| 自立度 | ほぼ自立 | 34 | 75.6 | 10 | 90.9 | ns |
| | 座位保持可能 | 7 | 15.6 | 0 | 0.0 | |
| | 座位保持不可 | 3 | 6.7 | 1 | 9.1 | |
| | 寝たきり | 1 | 2.2 | 0 | 0.0 | |
| 基本的日常生活動作 | 96.8±12.9 | | 99.1±3.0 | | | ns |
| 老研式活動能力指標 | 10.0±3.3 | | 11.5±3.2 | | | † |
| 運動能力指標 | 6.5±3.9 | | 7.7±3.4 | | | ns |
| うつ状態得点 | 4.5±3.0 | | 2.6±2.3 | | | * |
| 自己効力感 | 19.1±4.0 | | 19.7±3.1 | | | ns |
| 交流家族対面 | 週 1~2 回以上 | 22 | 48.9 | 6 | 54.5 | ns |
| | それ以下 | 23 | 51.1 | 5 | 45.5 | |
| 交流家族電話 | 週 1~2 回以上 | 25 | 55.6 | 6 | 54.5 | ns |
| | それ以下 | 20 | 44.4 | 5 | 45.5 | |
| 交流友人対面 | 週 1~2 回以上 | 39 | 86.7 | 8 | 72.7 | ns |
| | それ以下 | 6 | 13.3 | 3 | 27.3 | |
| 交流友人電話 | 週 1~2 回以上 | 24 | 54.5 | 7 | 63.6 | ns |
| | それ以下 | 20 | 45.5 | 4 | 36.4 | |
| 生きがい | あり | 33 | 75.0 | 11 | 100.0 | † |
| | なし | 11 | 25.0 | 0 | 0.0 | |
| 独居年数 | 6.8±5.7 | | 17.0±10.8 | | | * |

連続変量は t 検定、順序変量は Mann-Whitney 検定、名義変量はカイ 2 乗検定、Fisher's Exact Test

† p<.1* p<.05, ** p<.01

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

三本木町における閉じこもりの実態に関する研究

分担研究者 芳賀 博 東北文化学園大学医療福祉学部教授

研究要旨 宮城県三本木町において、75歳以上でかつ、介護保険の要支援・要介護に該当しない地域高齢者を対象に閉じこもりの実態を知ることがを目的に調査を実施した。今回の調査では、閉じこもりを「月に3回以下の外出頻度」に該当する者とした。その結果、閉じこもりの比率は21.3%であり、非閉じこもり群と比べて、健康自己評価、買物に対する自信、近隣との交流の変化に差がみられた。また、閉じこもり群をさらに外出可能と外出不自由グループに分けて特徴をみたところ、外出可能グループでは近隣との付き合いの頻度は高かった。外出可能でありながら6年以上も「閉じこもり」状態である人が約半数を占めていたことから、生活スタイルとしての閉じこもりのタイプがあることが推測された。

A. 研究目的

閉じこもりの予防は、1999年のゴールドプラン21においても重要な課題の一つとして位置づけられている。この背景には、高齢者が家に閉じこもっている状態は活動水準を低下させ、寝たきりにつながる^{1) 2)}という指摘があるためである。

しかし、閉じこもりを対象とした日本での実証研究に目を転じるとその歴史は浅く、1998年の藺牟田らの研究³⁾が初めてであり、研究は緒についたばかりと言ってもよい。

先行研究において、‘閉じこもりとは高齢者が家に閉じこもっている状態を指す’という共通認識はあるものの、研究者ごとにその定義は異なっている。たとえば、閉じこもりを高齢者の移動能力や行動範囲によって捉える研究^{3) 4)}もあれば、移動能力と行動範囲を組み合わせて、‘行動範囲が屋内で生活行動の活動性が低く移動能力が高いもの’を閉じこもりと捉える研究⁵⁾や、さらには社会的関係を加味し、‘高齢者は家から出られる状態であるにもかかわらず家から外にでず、かつ社会的な関係性が失われている状態’を閉じこもりとする研究⁶⁾もある。言い換えれば、閉じこもりの捉え方は移動能力と行動範囲との組み合わせで捉える研究と‘出かけたくてもでかけられない’閉じこもりと、‘出かけることは可能’な閉じこもりを明瞭に分類する研究に

分けることができる。

そこで本研究では、閉じこもりの特徴を非閉じこもりと比較した後、閉じこもりを移動能力で分類し、それぞれの身体的・社会的特徴を導き出し、閉じこもりの実態を探索することを目的とした。

B. 研究方法

1. 対象

宮城県三本木町に在住する75歳以上の高齢者で、介護保険の要支援および要介護認定者を除外した551名を調査対象とした。2000年7月31日から8月4日に、質問紙による面接調査を行なった。調査の完了者は507名であり、回収率は92.0%であった。なお、調査は対象者に調査の趣旨を十分説明し、協力への同意を確認しながら行った。

2. 方法および分析

1) 質問項目

質問項目は、性、年齢、家族構成といった基本属性と以下の項目である。

① 閉じこもりに関連する項目

閉じこもりの判断には、外出の頻度を用いた。「あなたはどのくらいの回数で外出しますか（隣近所へ行く、買物、通院なども含みます）」の質問に対し、「週に一回以上は外出する」に該当する者を非閉じこもり、「月に1～3回は外出する」「ほとんど、または、全く外出しない」に該当する者を閉じこもりとした。また、閉じこもりに該

当する者に対しては、いつ頃から現在のよ
うな生活になったかを尋ねた。

また、高齢者の移動能力は、「身体に障害
はなく、日常生活は何でもでき、自由に外
出できる」、「なんらかの身体的障害など
があるが、日常生活はほぼ自分でなんでも
できる（一人で交通機関などを利用して外出
する、一人で隣近所へなら外出する）」、「屋
内での生活はおおむね自分でできるが、外
出には介助を必要としている」、「屋内での
生活に何らかの介助を必要とし、日中はベ
ッド上の生活が多いが座位を保てる」、「一
日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替
えなどで介助を必要とする」の5段階でと
らえた。

さらに、日中過ごす場所として、「自宅
外」「家、庭などの敷地内」「家の中だけ」
「自室」のいずれかを質問した。

② 身体的事項に関連する項目

身体的特徴として、目、耳、物忘れの程
度、脳卒中の既往、心臓病の既往、高血圧
の既往の有無、過去一年間の転倒の有無、
健康度自己評価、動作に対する自信を尋ね
た。健康度自己評価は、「非常に健康」、ま
たは「まあ健康な方だと思う」場合は「健
康」に、「あまり健康ではない」、または「健
康ではないと思う」場合は「健康でない」
に分類した。また、動作に対する自信は、
入浴、家の回りを歩く、電話にすぐ対応す
る、服を着たり脱いだりする、簡単な掃除
をする、簡単な買物をするのそれぞれの項
目について、「全く自信がない」「あまり自
信がない」「まあ自信がある」「大変自信が
ある」の選択肢から回答を得た。「まあ自
信がある」「大変自信がある」の場合、「自
信がある」とカテゴリー化した。

③ 社会的事項に関連する項目

社会的項目としては、人間関係の変化と
活動能力をみた。人間関係の変化は、別居
子、親戚、友人、近隣の人それぞれのつ
いて、「実際に会って話したり、電話で話す
ことなどが、一年前と比べて増えたと思
いますか、減ったと思いますか」と質問し、
「かなり減った」「やや減った」「変化な
し」「やや増えた」「かなり増えた」「いな
い」の6段階で回答を求めた。「かなり減
った」と「やや減った」を「減った」に、「や

や増えた」「かなり増えた」を「増えた」に
カテゴリー化した。さらに、「減った」と回
答した者に対しては、どの関係が一番減
ったかを尋ねた。また、活動能力は、老
研式活動能力指標を用いた。活動能力得
点は、13項目それぞれについて「できる」
を合計して求めた。

④ 日常生活に関連する項目

日常生活については、町内会参加、庭い
じりなどの軽い運動、規則的な散歩、規
則的な運動、ボランティア参加、老人ク
ラブ参加、運動やスポーツ、近所付き合
いの8項目について、「よく参加する」「た
まに参加する」「ほとんど参加しない」
で回答を求めた。

さらに、日常生活を把握するものとし
て、具体的な外出先を取り上げた。外出
先は、「週1回以上外出する」と「月に1
~3回外出する」に該当する者に対し
て、よく行く場所を具体的に尋ね、「病
院」「買物」「近所」「その他」に分
類した。

2) 分析

① 閉じこもりと非閉じこもりの比較

閉じこもり群、非閉じこもり群毎に、身
体的事項に関する項目、社会的事項に
関する項目、日常生活に関する事項に
ついて、それぞれ分布の違いがあるか
をみた。

② 外出可能と外出不自由グループとの比較

閉じこもり、非閉じこもりのグループ
ごとに、日常生活自立度の違いによ
って「外出可能」と「外出不自由」に
分類した。日常生活自立度が「自由に
外出できる」と「一人で交通機関など
を利用して外出する、一人で隣近所へ
なら外出する」に該当する場合は「外
出可能」に、「外出には介助を必要と
する」「日中はベッド上の生活が多
いが、座位を保てる」「一日中ベ
ッド上で過ごす」に該当する場合は
「外出不自由」に分類した。

外出可能で閉じこもり、外出不自由
で閉じこもり、外出可能で非閉じこ
もり、外出不自由で非閉じこもりの
4つのグループごとに、身体的項目、
社会的項目、日常生活項目等につ
いてその分布に差がみられるか
分析を行なった。

①、②の分析には、SPSS統計パッ