
PRELIMINARY REPORT

Preventive home visit model targeted to specific care needs of ambulatory frail elders: preliminary report of a randomized trial design

Ayumi Kono¹, Tomoko Fujita¹, Chieko Tsumura², Tomoko Kondo³, Kyoko Kushiyama⁴ and Laurence Z. Rubenstein⁵

¹School of Nursing, Osaka City University, Osaka, Japan, ²School of Nursing and Rehabilitation, Konan Women's University, Kobe, Hyogo, Japan, ³Municipal Community-based Comprehensive Care Center, Izumiotsu, Osaka, Japan, ⁴Department of Health and Welfare, Misaki Local Government Office, Misaki, Osaka, Japan, ⁵Sepulveda VA GRECC, School of Medicine, UCLA, Los Angeles, CA, USA

ABSTRACT. *Aim:* The aim of this article is to describe the program and study design of our preventive home visit model that targets the specific care needs of Japanese ambulatory frail elders living at home. **Methods:** The program focused on ambulatory frail elders who were certified as being in the two lowest levels of care need in the Long-Term Care Insurance system and eligible for care, but who were currently not using long-term care services. To provide efficient community-based preventive care, we developed a program model composed of structured assessments and individualized care recommendations conducted by community care nurses or workers. The assessment protocol focused on locomotion, activities of daily living, social activities, health status, and possibility of abuse. Care needs were clarified every six months over two years. The effectiveness of the program is being assessed in a randomized controlled trial. **Results:** A total of 243 elders were assigned randomly to the preventive home-visit intervention (n=122) or control group (n=121). Their mean age was 80 years, 76% were women, and 25% lived alone. Outcomes including ADLs, IADLs, depression, and social support were measured by postal questionnaire at baseline, and at 12- and 24-month follow-ups. Utilization of public health or long-term care insurance and service uses over the period is also being documented. **Conclusions:** The design's unique elements of regular evaluation of healthcare needs for targeted individuals within the long-term care insurance context will allow

new understanding of the role and effectiveness of preventive home visits.

(Aging Clin Exp Res 2009; 21: 167-173)

©2009, Editrice Kurtis

INTRODUCTION

In the past three decades, several randomized controlled trials and derived meta-analyses have shown the benefits of preventive home visits for community-dwelling older people regarding prevention of mortality (1, 2), functional decline (2-7), hospital admission, institutionalization (1, 2, 6, 7) and subsequent healthcare resource use and costs (1, 5, 6). Conversely, several other studies have reported the ineffectiveness of preventive home visits on functional decline (8, 9) and on saving routine primary care costs (10).

Various preventive home visit models for frail elders have been developed and tested, yet questions still remain regarding optimal program characteristics or qualities and the selection of target groups for intervention (11). It is also crucial to consider the context and long-term care system in each country when evaluating preventive home visit programs.

Japan implemented a mandatory Long-Term Care Insurance (LTCI) system in 2000, which reimburses expenses for both home and/or institutional care for older people with long-term care needs (12, 13). By means of a national standardized computer-aided assessment system, applicants can be assigned to one of seven levels of

Key words: Ambulatory frailty, long-term care, preventive home visit model, randomized controlled trial.

Correspondence: Ayumi Kono, RN, PhD, School of Nursing, Osaka City University, 1-5-17 Asahi Abeno, Osaka 545-0051, Japan.
E-mail: ayukono-tky@umin.ac.jp

Received April 10, 2008; accepted in revised form July 28, 2008.

care-need certifications. Of certified elders, approximately half are classified into the two lowest care need levels (i.e., needing the least amount of care) (14), targeted for new preventive care benefits under the LTCI reform of 2005 (15).

However, according to the monthly report of the Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare (14), 39% of those certified in the two lowest care needs do not utilize long-term care services at all, even though they have applied to the municipal government for long-term care services and were certified as having definite preventive care needs by the national standardized comprehensive geriatric assessment and computer-based system. These people are ambulatory frail elders, who are independent in most of activities of daily living (ADLs) and do not have serious cognitive disorder or specified diseases, but do have a little difficulty in instrumental activities of daily living (IADLs). A small pilot randomized controlled trial has shown that preventive home visits conducted by public health nurses may be effective in avoiding decline in ADLs among such ambulatory frail elders (16).

In the present study, we developed an assessment model for preventive home visits focused on those ambulatory frail elders who have been certified for care in the two lowest LTCI care levels, but who are not yet utilizing any long-term care services. To determine the effect of the program on their functional and psychosocial aspects, and health care insurance or subsequent long-term care insurance cost savings, we constructed an evaluation process using a randomized controlled design with follow-up data collected for two years.

The purpose of this article is to present the study design and the model of preventive home visits, including assessments and subsequent recommendations for care targeted to the specific care needs of Japanese ambulatory frail elders living at home.

STUDY DESIGN

Evaluation procedures and outcomes

The study design is a randomized controlled trial. Primary outcomes of the intervention on functional or psychosocial parameters are measured by means of postal questionnaires at 12- and 24-month follow-ups. These

variables include mortality, institutionalization rates, ADLs [Barthel Index (17)], IADLs [Index of Competence (18) developed by the Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology, consisting of 13 items in three subscales of instrumental self-maintenance, intellectual activity, and social role], depression [Japanese translation (19) of the 15-item version (20) of the Geriatric Depression Scale (21)], and social support [Social Support Scale of Noguchi (22), assessing emotional and instrumental support for elders from family members or friends]. Secondary outcomes include health care and LTCI utilization costs. The records of utilization of health care or subsequent LTCI insurance over two years were collected from the local governmental offices. [All Japanese elders aged 65 years or over must enroll in healthcare or long-term care insurance planned by their municipal government (23)].

We informed subjects about the survey *via* letters, providing a program and study overview. We obtained informed consent for participation in the preventive home visit program and study *via* oral explanation and signed documents. The present study was approved by the Nursing Research Ethical Committee of Osaka City University.

Study participants and settings

The study is still being performed at the two suburban municipalities of Izumiotsu and Misaki, in the southern part of the Osaka Prefecture, Japan. Table 1 shows the population-based characteristics of the two communities.

Izumiotsu is about 25 km from central Osaka, and many residents commute to Osaka. In addition, industry in the city itself is growing, and the population is increasing. Misaki is located about 60 km from central Osaka. About 80% of the town is a mountainous region and the population has recently been decreasing.

We identified subjects from the list of LTCI certified residents at the local government office. Eligibility criteria included: 1) age 65 years or over, 2) certified as being in the two lowest care need levels in the LTCI system (i.e., Levels 1 and 2 – needing the lowest levels of external support according to the national standardized examination and computer-based system and being generally independent in most ADLs but having some difficulty in IADLs), 3) living at home at the baseline survey, and 4) not utilizing long-

Table 1 - Population-based characteristics of communities participating in study.

	Izumiotsu	Misaki
Population	78,560	18,861
No. of elders (age ≥65)	14,018	5023
% of elders in population	17.8	26.6
No. of elders certified by LTCI system	2149	1090
% of elders certified by LTCI system	15.3	21.7
No. of elders certified at two lowest care levels	839	398
No. (%) of elders certified at two lowest care levels and not utilizing long-term care services	284 (33.8)	177 (44.5)

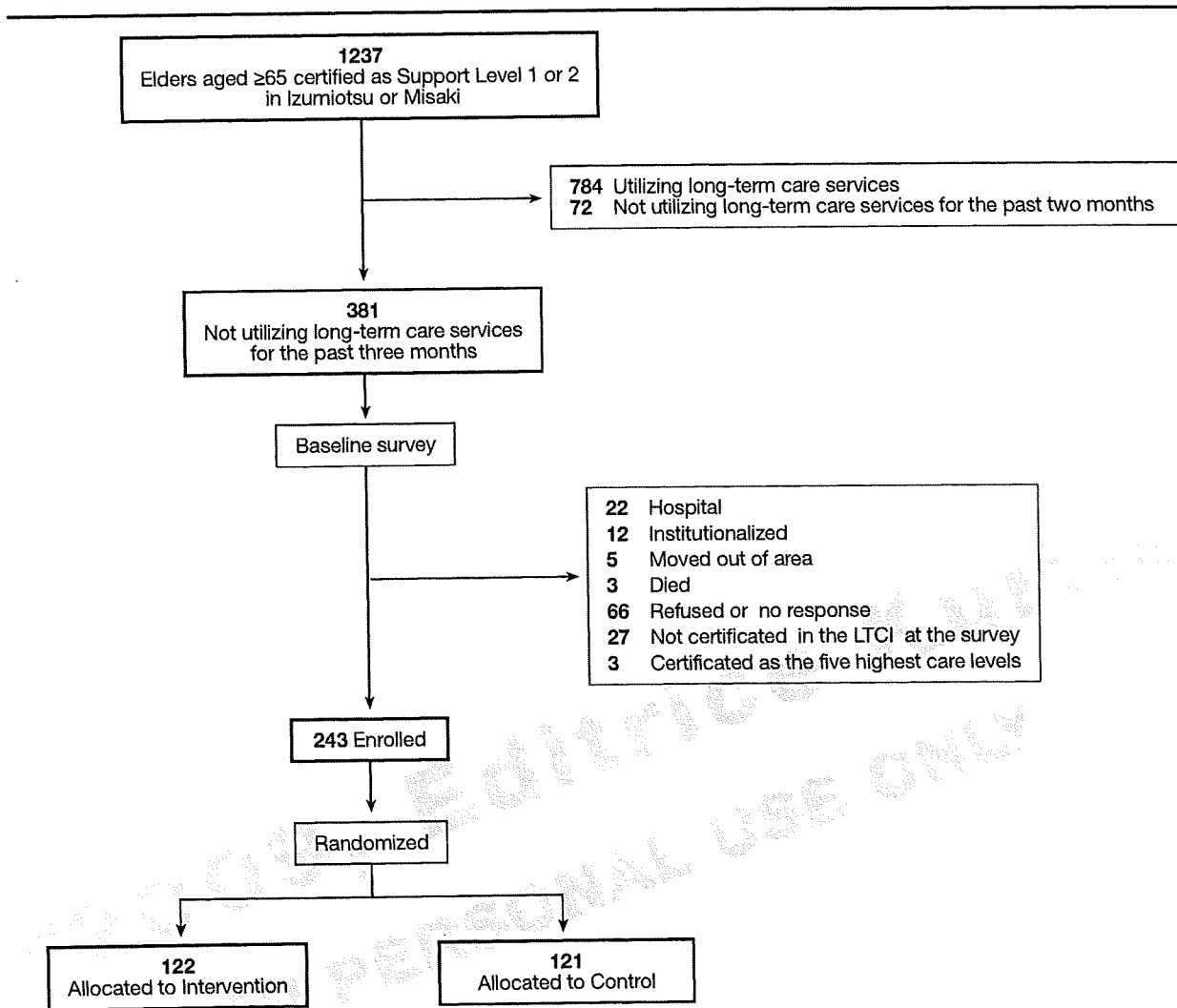


Fig. 1 - Derivation of the study participant.

term care services, including homecare nursing or aides, or adult daycare for the past three months.

The derivation of study participants is shown in Figure 1. There were 1237 listed elders (Misaki 398; Izumiotsu 839) certified at Support Levels 1 or 2 at the end of 2007. Of these, there were 381 eligible (i.e., not using long-term care services) study participants for the baseline survey (Misaki 151; Izumiotsu 230). After the baseline survey, a number of elders were excluded, because they needed care or more than Levels 1 or 2, were not actually certified in the LTCI system, were currently in hospitals or nursing homes, had moved out of the area, or had recently died. This left 243 enrolled subjects, who were randomized to the home visit group or usual care group by computer-generated random numbers strati-

fied on the basis of gender and age group and district in each community.

Baseline data of post-randomization

Table 2 shows the main baseline data at the time of randomization. There were no significant differences between intervention or control groups. Mean age was about 80 years old, 76% of subjects were women, approximately 50% of subjects were in Support Level 1, and 25% of subjects lived alone.

INTERVENTION

Overview of preventive home visits

Routine preventive home visits are performed every six months for two years by community care nurses, care

Table 2 - Baseline data at randomization (n=243).

	Scores (bad to good)	Group		p-value ^a
		Intervention n=122	Control n=121	
Age		79.5 (6.4)	80.6 (6.1)	ns
Women, n (%)		93 (76.2)	92 (76.0)	ns
Support level 1, n (%)		58 (47.5)	66 (54.6)	ns
Living alone, n (%)		33 (27.1)	30 (24.8)	ns
ADLs	0-100	88.8 (14.5)	91.1 (11.8)	ns
IADLs	0-13	6.8 (3.4)	7.1 (3.7)	ns
Depression	15-0	7.5 (4.1)	7.0 (4.1)	ns
Social support	0-32	8.8 (3.6)	9.6 (4.7)	ns

Note: values are unadjusted means (SD); ^at-test or χ^2 test.

managers, or social workers who are affiliated with municipal community-based comprehensive care centers mandated according to the LTCI reform of 2005. Principally, home visitors assess comprehensive care needs based on structured assessments, list health and social

problems or difficulties, and provide subsequent specific recommendations for each individual elder in the intervention group.

Comprehensive care needs for elders are categorized into five levels: 'self-care only', 'needs attention from non-

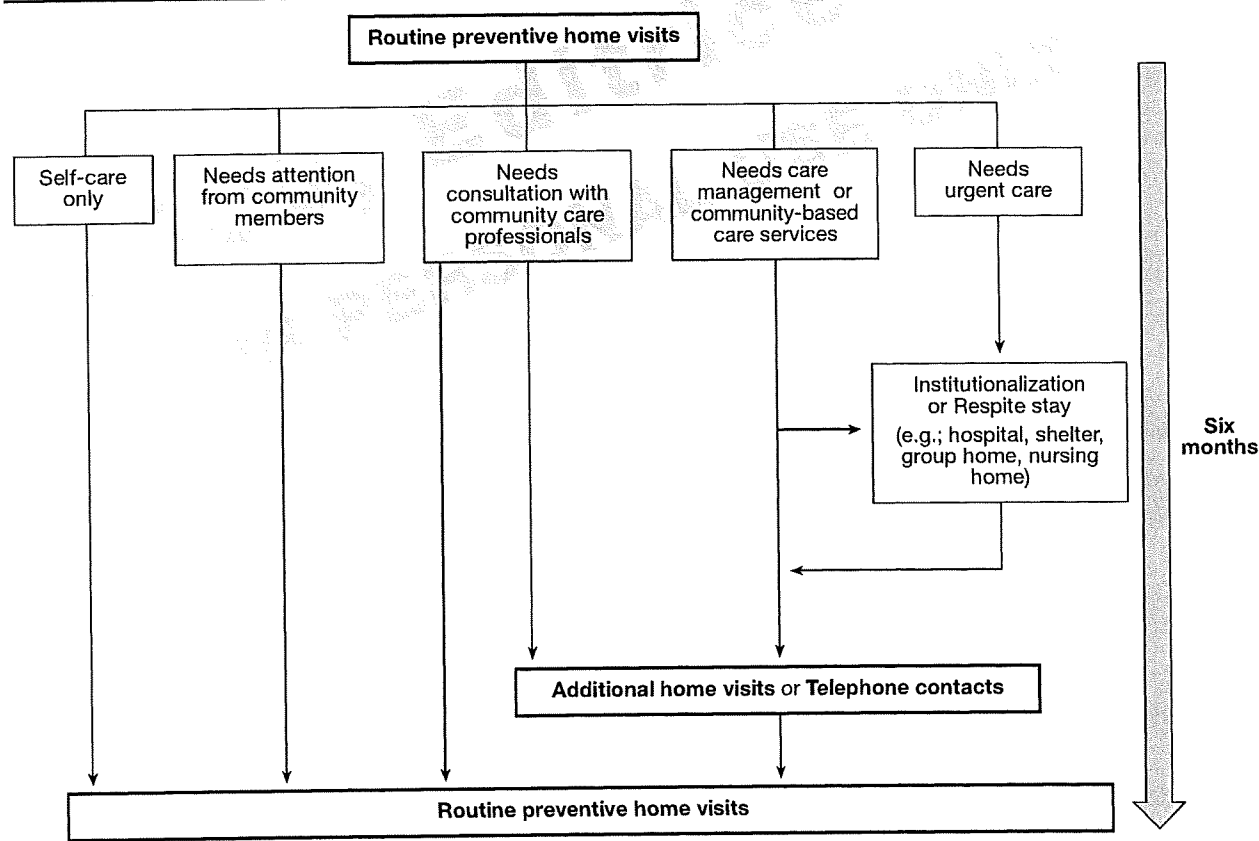


Fig. 2 - Flow of preventive home visit program over a six month interval.

professional community members including neighbors, friends, or families', 'needs consultation with community care professionals to provide preventive home visits', 'needs care management, community-based care services utilization or consultation from other care professionals including social workers, care managers, nurses or primary care physicians', and 'needs urgent care for specific medical condition or social problem, including elder abuse, institutionalization or respite stay'. Additional home visits or telephone contacts may be provided to elders in some care need categories (Fig. 2).

Assessments and care problems conducted in preventive home visits

Assessment elements of locomotion, daily activities, social contacts or relationships with other people, and health conditions are suggested by the principles of the Ministry of Health, Labor and Welfare (24) for care management targeted to elders in Support Levels 1 or 2. To

these we added inspection for signs of elder abuse. Detailed aspects of each element are evaluated by structured questions. The five elements are assessed at every visit to determine whether they have changed or not compared with previous visits. Based on these assessments, care problems are coded, and become useful tools for initiating recommendations, as shown in Table 3.

Recommendations or care contents initiated by preventive home visits

To clarify and ensure the consistency of preventive home visits between home visitors, we developed codes of recommendations or care contents conducted in preventive home visits (Table 4). The contribution or comments of elders or family members assessed by home visitors are recorded. Recommendation or care contents are not always consistent with the identified care problems, because each elder tends to have unique and different recommendations, even though they may have similar care problems.

Table 3 - Care problem codes initiated by preventive home visits.

Elements	Care problems
Locomotion	1. Difficulty ambulating out of house 2. Transportation difficulty 3. Lower-extremity function decline 4. Difficulty ambulating inside house 5. Inappropriate housing conditions or environmental hazards 6. High risk of falls
Daily activities	7. Difficulty having meals 8. Difficulty toileting 9. Difficulty bathing or grooming 10. Difficulty housekeeping 11. Difficulty in money management 12. Lack of or inappropriate family or social role
Social contacts or relationships with other people	13. Lack or inappropriate frequency of going outdoors 14. Lack of social network in emergency including disaster or sickness 15. Lack of or inappropriate social contact or network 16. Lack of or inappropriate social support for emergencies 17. Lack of hobbies or pleasures 18. Suspected social isolation or withdrawal 19. Lack of or inappropriate relationships with family members
Health conditions	20. Poor subjective evaluation regarding health status 21. Needing medical treatment for physical disorder 22. Needing medical treatment for mental disorder 23. Cognitive function decline 24. Depressive tendency 25. Inappropriate meal habits 26. Malnutrition 27. Obesity 28. Lack of exercise 29. Hearing problem 30. Vision problem 31. Bladder or bowel management problem 32. Lack or inappropriate taking of medication
Abuse signs	33. Possibility of physical abuse 34. Possibility of emotional abuse 35. Possibility of financial abuse 36. Possibility of neglect from family members 37. Possibility of self-neglect 38. Possibility of sexual abuse 39. Possibility of other types of abuse
Other	40. Other

Table 4 - Recommendation or care content codes initiated by preventive home visits.

Comprehensive care needs	Recommendations or care contents
Needs attention from community members	1. Consult neighbors or local government volunteers 2. Consult family members who live separately 3. Provide information regarding social or healthcare resources 4. Advice regarding simple healthcare issues
Needs consultation from community care professionals	5. Advice regarding complicated healthcare issues 6. Advice regarding coping or dealing with family relationships 7. Consult public health nurse 8. Consult other health or social welfare professionals
Needs care management or community-based care service	9. Care management or coordinate community-based group care services 10. Consult for examination or medical treatment by physicians 11. Coordination of social welfare financial services 12. Care management of long-term care services 13. Apply for re-certification to local government department 14. Introduce to public guardianship services for protecting elderly rights
Needs urgent care	15. Separation from person who abuses or mistreats elder 16. Refer for urgent medical treatment or admission to hospital 17. Arrange admission to long-term care facility
Other	18. Other

IMPLICATIONS

The present study is a carefully designed, randomized, controlled trial to determine the effects of the preventive home visit program. In particular, we provide preventive home visits targeted to specific care needs of ambulatory frail elders living at home, who do not currently utilize long-term care services, although they have the LTCI certification which indicates the need for some assistance in daily activities. As several reports suggest that preventive home visits have more favorable effects among elders with lower physical or psychosocial risks than well-functioning people (6, 16, 25), we selected for eligibility participants with intermediate frailty, and hypothesized that the intervention would be beneficial for them.

It is likely that preventive home visits could produce significant cost savings for the medical system or long-term care insurance, because preventive home visits generally have positive effects on functional disability and could avoid or delay the need for more intensive services. There are some studies evaluating preventive home visits involving economic aspects, but, they generally do not include a structured economic evaluation (26) or a control group (10). The present study may allow more definitive conclusions regarding the overall cost-effectiveness of the intervention.

The postal survey method was adopted in the study, so that we could select study participants and evaluate physical and psychosocial effects anonymously from home visitors. Of 381 eligible subjects, 66 (17.3%) elders did not respond or refused to participate in the baseline survey. This is a clear limitation of the study, since if non-responders are in some way different from responders, there may be some inaccuracy in generalizing the results of the survey to the entire eligible population. It is also

likely that there are other older persons not included in the eligible population who could benefit from these services, and the current project will not be able to address this issue.

We selected two communities in same area and subjects sharing a similar culture, but there are slight differences. The life-style of residents in Izumiotsu tends to be more urban or individualistic, and residents in Misaki are somewhat more likely to accept interventions from the municipality. The study may show important implications about urban-rural differences in providing home visits.

The model of preventive home visits, including specified structured assessments and recommendations targeted to ambulatory frail elders, is established in the present study. Home visit intervention may be described as having three main components: assessments, care planning and referral, and follow-up visits; they are quite traditional and similar to those of other studies. While the most effective components of preventive home visit programs are not yet known, the kinds of findings we anticipate in this study should shed light on this question (27).

Our model is primarily physical and social (including locomotion, daily activities, social contacts or relationships with other people, health conditions and abuse signs) rather than a medical model, because we do not utilize medical data such as laboratory or formal physical examination. However, home visitors immediately refer to their primary care physicians or care managers if elders who need medical intervention are noted.

Lastly, the present findings describe study participants' characteristics at baseline survey and the randomized trial design. After obtaining outcome data over two years, the planned analysis should demonstrate the ef-

fectiveness of the present model. One strength of the study is its inclusion of representative eligible participants in two quite different municipalities. The design's unique elements include evaluation of health or long-term care insurance utilization and the focus on subjects with specific care needs. We are confident that we will be able to elucidate new areas of understanding regarding the feasibility of and benefits from preventive care strategies among ambulatory frail elders in the Japanese reformed LTCI system.

ACKNOWLEDGEMENTS

The authors thank the elders and their family members for participation in this study. We express our gratitude to the staff of the Long-term Care Insurance Sections of Izumiotsu, Misaki Local Government Office, and Izumiotsu and Misaki Community-based Comprehensive Care Centers.

Conflict of Interest: The authors have no conflict of interest to disclose related to the present article. This study was partly funded by grants from the Japan Society for the Promotion of Science, Kiban-B Grant No18390603 (PI: Ayumi Kono).

REFERENCES

1. Elkan R, Kendrick D, Dewey M et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2001; 323: 1-9.
2. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. *JAMA* 2002; 287: 1022-8.
3. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-6.
4. Fabacher D, Josephson K, Pietruszka F, Linderborn K, Morley JE, Rubenstein LZ. An in-home preventive assessment program for independent older adults: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 1994; 42: 630-8.
5. Stuck AE, Aronow HU, Steiner A et al. A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995; 333: 1184-9.
6. Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest I et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med* 2000; 160: 977-86.
7. Beswick AD, Rees K, Dieppe P et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371: 725-35.
8. Hebert R, Robichaud L, Roy PM, Bravo G, Voyer L. Efficacy of a nurse-led multidimensional preventive programme for older people at risk of functional decline: a randomized controlled trial. *Age Ageing* 2001; 30: 147-53.
9. van Haastregt JC, Diederiks JP, van Rossum E, de Witte LP, Voorhoeve PM, Crebolder HF. Effects of a programme of multifactorial home visits on falls and mobility impairments in elderly people at risk: randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 994-8.
10. Kronborg C, Vass M, Lauridsen J, Avlund K. Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly: economic evaluation alongside randomized controlled study. *Eur J Health Econ* 2006; 7: 238-46.
11. Rubenstein LZ, Stuck AE. Preventive home visits for older people: defining criteria for success. *Age Ageing* 2001; 30: 107-9.
12. Campbell JC, Ikegami N. Long-term care insurance comes to Japan. *Health Aff* 2000; 19: 26-39.
13. Tsutsui T, Muramatsu N. Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 522-7.
14. Ministry of Health, Labor and Welfare. Kaigo Hoken Jigyuu Hokoku (Monthly report of Long-term Care Insurance). Available at: <http://www.hlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoo/m07/0709.html>. Accessed March 13, 2008 (in Japanese).
15. Tsutsui T, Muramatsu N. Japan's universal long-term care system reform of 2005: containing costs and realizing a vision. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1458-63.
16. Kono A, Kai I, Sakato C, Harker JO, Rubenstein LZ. Effect of preventive home visits for ambulatory household elders in Japan: a pilot study. *Aging Clin Exp Res* 2004; 16: 293-9.
17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61-5.
18. Koyano W, Shibata H, Nakazato K, Haga H, Suyama Y. Measurement of competence: reliability and validity of the TMIG Index of Competence. *Arch Gerontol Geriatr* 1991; 13: 103-16.
19. Niino N, Imaizumi T, Kawakami N. A Japanese translation of the Geriatric Depression Scale. *Clin Gerontol* 1991; 5: 85-7.
20. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol* 1986; 5: 165-73.
21. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, Rose T L. Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontol* 1982; 1: 37-43.
22. Noguchi N. Koreisha no sosharu sapoto (Social support for elders). *Japanese Journal of Gerontology* 1989; 34: 37-48 (in Japanese).
23. Ikegami N, Campbell JC. Medical care in Japan. *N Engl J Med* 1995; 333: 1295-9.
24. Ministry of Health, Labor and Welfare. Chiiki Hokatsu Shien Senta Gyomu Manyuaru (Manual of Municipal Community-based Comprehensive Care Center Roles and Manual). Available at: <http://www.nenrin.or.jp/chiiki/sonota/manual.html>. Accessed March 13, 2008 (in Japanese).
25. Nicolaidis-Bouman A, van Rossum E, Kempen GI, Knipschild P. Effects of home visits by home nurses to elderly people with health problems: design of a randomised clinical trial in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2004; 4: 35.
26. van Rossum E, Frederiks CM, Philipsen H, Portengen K, Wiskerke J, Knipschild P. Effects of preventive home visits to elderly people. *BMJ* 1993; 307: 27-32.
27. Alessi CA, Stuck A E, Aronow HU et al. The process of care in preventive in-home comprehensive geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1044-50.

大都市に住む一人暮らし男性高齢者の セルフケアを確立するための課題

高層住宅地域と近郊農村地域間の質的分析

河野あゆみ* 田高悦子^{2*} 岡本双美子^{3*}
国井由生子^{4*} 山本則子^{5*}

目的 本研究の目的は、大都市の高層住宅地域と近郊農村地域に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケアを確立するための課題を明らかにすることであり、男性高齢者のセルフケアを支援するケアプログラムを検討する際の基礎資料とする。

方法 研究デザインは、質的研究である。高層住宅地域と近郊農村地域の各地域からPI（プライマリーインフォーマント）として、一人暮らし男性高齢者を各10人、KI（キーインフォーマント）として保健医療福祉専門職や地域住民各7人を対象とし、半構成的面接を実施した。男性高齢者のセルフケアを確立するための課題について、強み、問題点ならびに対処の観点から分析を行った。

結果 PIからの117コード、KIからの54コードをもとに、都市高層住宅地域と都市近郊農村地域を比較して18のカテゴリを作成した。その結果、セルフケアを確立するための強みとして『自律心』、問題点として『健康上の不安』と『日常生活の維持』、対処として『社会資源の利用』のテーマがみられた。『自律心』では、「自分のライフスタイルは守りたい」、「人の世話にはなりたくない」、「できるだけ前向きに一人でがんばりたい」、「人に干渉されずに一人で気楽に暮らしたい」、『健康上の不安』では「健康状態が悪くなったときや孤独死の不安がある」、「健康状態がよくない」、「安否確認の方法を気にしている」というカテゴリがみられた。『日常生活の維持』では「食べることについての問題が多い」、「食事内容が偏っている」というカテゴリの他にKIは「好ましくない生活習慣を問題視しにくい」ととらえていたが、PIは「生活に不便を感じていない」としていた。一方、『社会資源の利用』については、都市高層住宅地域では「困りごとを表出する」、「能動的に社会資源を利用する」、都市近郊農村地域では「困りごとを表出しない」、「受動的に社会資源を利用する」というカテゴリがみられた。

結論 大都市に住む一人暮らし男性高齢者は、自律心を持ち、生活に不便はないと考えながら生活しているが、好ましくない生活習慣を問題視しにくく、食生活の問題や健康状態の悪化や孤独死に対する不安を持っており、これらに対するケアの課題をもっている可能性が明らかになった。一方、高齢者の社会資源の利用姿勢については、大都市高層住宅地域と大都市近郊農村地域では違いがあり、地域特性も考慮にいたった支援方法が必要であると考えられた。

Key words : 高齢者, セルフケア, 男性, 都市, 一人暮らし

I はじめに

わが国では、少子高齢化や生活形態の変化から、

一人暮らし高齢者数は増加してきている。1985年には、65才以上の全高齢者1221.1万人のうち、一人暮らし高齢者は、9.3%（113.1万人）であったが、2006年現在、高齢者2605.1万人のうち、15.7%（410.2万人）とその実数、割合ともに増えており、今後もこの傾向が続くと予測される¹⁾。とくに、東京都や大阪府など大都市部を含む地域での一人暮らし高齢者の割合は約20%¹⁾と全国平均割合に比べて高い傾向にあり、また、大都市ほど人口の高齢化が進んでいる²⁾。

* 大阪市立大学大学院看護学研究科

^{2*} 横浜市立大学医学部看護学科

^{3*} 大阪府立大学看護学部看護学科

^{4*} 千葉大学大学院看護学研究科

^{5*} 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

連絡先：〒545-0051 大阪府大阪市阿倍野区旭町1-

5-17 大阪市立大学大学院看護学研究科

河野あゆみ

大部分の一人暮らし高齢者は、自立度が高いことが報告^{3,4)}されているが、緊急対応の必要性があること³⁾や精神的健康状態が低下している者も相当数含まれていること^{4,5)}、家族と同居している高齢者に比べ、保健行動に問題があること^{5,6)}、医療のニーズが高いこと⁷⁾、罹患や死亡のリスクファクターであること^{8~10)}なども指摘されている。このように一人暮らし高齢者は、優先的に地域保健医療福祉ケアを提供すべきリスクの高い対象である⁶⁾ことは、すでによく知られていることであり、今後一人暮らし高齢者が増加していく背景もふまえて、適切な対応ができる社会づくりが望まれている¹¹⁾。中でも、地域での人間関係がより、希薄になってきている大都市¹²⁾における一人暮らし高齢者のケアニーズに関する報告は散見されるが^{13~16)}、十分な蓄積があるとはいえない。

また、夫婦間では夫の方が妻より年齢が一般的に高いこと、女性の平均寿命が長いことなどから、国内外の一人暮らし高齢者の調査^{3,4,13~15)}の対象者の8割近くは、女性が占めており、これらの調査結果は、女性高齢者の実態を示すものとして考えるのが妥当である。それに比べて、女性に比べて絶対数は少ないが、男性が一人暮らしであることが孤独感¹⁷⁾や死亡¹⁸⁾を促進しているという指摘もある。また、男性は地域保健事業などへの参加が少ないこと¹⁹⁾やアプローチの難しさ^{20,21)}も示されており、セルフケア確立にむけた支援を行う際には、女性の一人暮らし高齢者とは異なる工夫が必要な対象と考える。過去の調査では、大都市に住む一人暮らし男性高齢者のライフスタイルは、閉じこもりがちであることも報告²²⁾されており、これらのニーズに応じたセルフケア確立のための支援を行うことは重要である。そこで本研究ではセルフケアを高齢者が自身の生活や健康、well-being(安寧)を維持するために、自分でその必要性を感じて自律的に行動している状態と操作的に定義し、男性高齢者のセルフケアを確立するための課題を明らかにしたいと考える。なお、本研究のデータ分析では、高齢者の問題点である弱みだけではなく、強みや長所、現在行っている対処方法にも着目した。なぜならば、高齢者のセルフケアを確立するためには問題点を解消するだけではなく、高齢者の持っている強みを強化する支援も重要と考えたからである。

本研究では、大都市部から、対照的な特徴をもっている地域として、高層住宅地域と近郊農村地域を調査地域とした。本研究の目的は、これらの大都市地域に住む一人暮らし男性高齢者がセルフケアを確立するための課題を質的分析により明らかにし、地

域特性の違いを比較検討することであり、一人暮らし男性高齢者のセルフケアを支援するケアプログラム作成の基礎資料とする。

II 方 法

1. 研究デザイン

研究デザインは、質的帰納的研究であり、地域のケアニーズを把握する有用な方法として提案されている地域看護診断の方法^{23,24)}を参考にして、半構成的面接調査を実施した。

2. 対象地域

対象地域は、大都市の高層住宅地域と近郊農村地域を選んだ。大都市高層住宅地域は、大阪市住之江区O地区である。O地区は高度経済成長期に埋め立てが開始され、1970年代より入居が始まった住宅地域である。一戸建ての住宅はほとんどなく、高層共同住宅がほぼ100%を占め、分譲住宅、公団住宅、市営住宅等から構成されており、ほとんどの住民は関西圏を中心とした転入者である。大阪市中心部からの公共の交通機関の便はよく、約40分程度で市中心部に行くことができる。また、O地区は9.37万平方kmであり、住之江区全体の45%を占める。平成2年には32,047人と人口増加のピークを迎えるが、その後、人口は漸次減少してきており、2005年現在の人口は26,069人である。2000年の高齢化率は7.4%であったが、2005年には13.8%と倍増しており、急速に高齢化が進んでいることも特徴である。なお、2005年のこの地域における全高齢者に占める一人暮らし高齢者の割合は14.8%である。

大都市近郊農村地域は、横浜市青葉区Y地区である。Y地区は、新規に区画整備がされている一方、個人所有の大規模の畑も点在しており、古くから居住している住民も多く、地縁や血縁関係が強くみられる地域である。横浜市青葉区中心部まで、公共の交通機関にて約30分程度であるが、私鉄路線が1本とおっているのみであり、本数は限られている。また、Y地区は7.87万平方kmであり、青葉区全体の23%を占める。2007年現在、人口は54,856人であり、2000年から2005年にかけて人口は約12%増えてきている。なお、2005年の高齢化率は11.9%であり、この地域における全高齢者に占める一人暮らし高齢者の割合は12.9%である。

3. 調査対象

本研究では、プライマリーインフォーマント(以降、PIとする。)とキーインフォーマント(以降、KIとする。)を調査対象とした。

PIとは、専門的知識はないが、その研究テーマについて一般的な考え方や経験がある人々を意味

し²⁴⁾、本研究では一人暮らし男性高齢者当事者をPIとした。また、男性が未婚のまま一人暮らしである場合と配偶者と死別して一人暮らしである場合とはセルフケアの課題が異なると考えられたため、本研究では、配偶者と死別した男性高齢者を対象とした。

KIとは、主要な情報提供者を意味し、その地域や研究テーマについての専門的知識があり、研究領域の代表者ともいえる人々である²⁴⁾。本研究では、日頃から高齢者地域ケアに関わっている地域包括支援センターや在宅ケア機関、行政機関の保健医療福祉専門職および民生委員などの地域住民をKIとした。〇地区では高齢者のための地域づくりの重要な役割を担うためにネットワーク推進委員が小学校区ごとに制度化されているため、これらの住民を対象とした。

本研究では、それぞれの地域の状況をよく把握している地区担当保健師から、PIとして、独居期間などがある程度ばらつくようにした一人暮らし男性高齢者を各10人、KIとして、専門職や地域住民を各7人について紹介してもらい、調査対象とした。

4. データ収集

2007年9月から11月の間に、調査対象者にインタビューガイドを用いた半構成的面接を約30～90分間、研究者らが実施した。

PIには、一人暮らし男性高齢者の①独居開始から現在までの状況、②現状での困りごとと対処、③生活の理念や価値観、④社会資源の活用状況、⑤希望する今後の生活や支援などについて、把握することを意図して、面接を行った。インタビューガイドに含まれる質問には「お一人暮らしになって、一番ご苦労されたことはどのようなことでしたか。」「現在、日常の生活のことで困ったり、不安に思ったりしていることはありますか。」「日頃、生活で楽しみにしていることはありますか。」「日頃、健康のために心がけていることはありますか。」「一人暮らしを続ける上で助けになった方や情報などありますか。」「最近悲しいと思ったり、寂しいと思ったりすることはありますか。」などが主な質問例である。

KIには、調査対象からみたその地域の一人暮らし男性高齢者のセルフケアの課題を把握することを意図して、面接を行った。インタビューガイドに含まれる質問には「この地域に特徴的な住民の考え方や気質などがありますか。」「一人暮らし男性高齢者の方々の生活ぶりをどのように捉えていらっしゃいますか。」「一人暮らし男性高齢者の方々が望んでいることはどのようなことだと思われませんか。」「

一人暮らし男性高齢者の方々は必要なサービスが十分に活用されていると思いますか。」などが主な例として挙げられる。

以上の内容について、対象者の同意を得て録音し、逐語録を作成した。なお、すべての対象者から録音の同意を得ることができた。

5. 分析

まず、逐語録から高齢者のセルフケア確立のための課題に関連すると思われる内容を意味毎にくぎり、可能な限り、対象者の表現を活用し、コードをつけた。さらに、コードをもとに、都市高層住宅地域と都市近郊農村地域との特性を比較しながら、カテゴリを作成し、これらについて、セルフケアを確立するための「強み」、「弱み」、「対処」の観点からまとめて、テーマを作成した。

これらの分析過程では、研究グループ内で再三にわたり、討議を行い、分析の適切性を確保するように努めた。また、質的分析を専門とする研究者にもデータ分析に参画してもらい、適切な表現に修正した。KIを対象とした会議を持ち、分析結果について、報告と議論を行い、データの解釈が概ね妥当であることを確認した。

6. 倫理的配慮

調査対象者には書面と口頭で本研究の趣旨、目的と方法を説明し、文書にて同意を得た。また、調査協力は自由意思に基づくものであり、いつでも中止可能であること、研究目的以外では得られたデータを使用しないことを説明した。なお、本研究は、横浜市立大学医学部研究倫理委員会から、2007年11月22日に承認をうけて、実施した。研究倫理委員会の承認番号は19-11B-3である。

III 結 果

1. 調査対象者の概要 (表1, 表2)

表1にはPI、表2にはKIの概要を示す。都市高層住宅地域のPIの対象者については、その年齢は70才から83才であり、独居期間は6か月から22年、要介護(支援)認定を受けている者が3人、含まれていた。一方、都市近郊農村地域の対象者については、その年齢は72才から93才であり、独居期間は3か月から30年、要介護(支援)認定を受けている者が8人、含まれていた。

2. 一人暮らし男性高齢者におけるセルフケア確立の課題

PIのデータからは117コード、KIからは54コードが抽出された。これらのコードをもとに両地域の共通性と差異が比較できるように、18のカテゴリを各インフォーマントについて、作成し、最終的に、

表1 調査対象者の概要：プライマリーインフォーマント

	事例	年齢	独居期間	介護度	主な疾患
都市高層住宅地域	OP1	73才	9か月	要介護1	脳梗塞（麻痺有）
	OP2	79才	6か月	要支援1	脳梗塞（麻痺無）
	OP3	73才	3年	自立	なし
	OP4	73才	3年	要介護1	なし
	OP5	74才	13年	自立	なし
	OP6	83才	22年	自立	狭心症
	OP7	81才	12年	自立	狭心症
	OP8	72才	4年	自立	痛風
	OP9	70才	15年	自立	糖尿病
	OP10	75才	11年	自立	狭心症 高血圧
都市近郊農村地域	YP1	77才	3年	要支援1	腎不全
	YP2	93才	20年	要支援1	高血圧
	YP3	85才	4年	自立	白内障
	YP4	93才	6年	要支援2	狭心症
	YP5	84才	1年6か月	要支援1	虚血性心疾患
	YP6	80才	1年6か月	自立	白内障
	YP7	72才	30年	要介護2	頰肩腕症候群
	YP8	79才	15年	要介護2	統合失調症
	YP9	88才	3か月	要介護1	心疾患
	YP10	81才	2年	要介護3	肺気腫 高血圧

表2 調査対象者の概要：キーインフォーマント

	事例	職種	所属	経験年数
都市高層住宅地域	OK1	主任ケアマネージャー	地域包括支援センター	5年
	OK2	ソーシャルワーカー	地域包括支援センター	9年
	OK3	看護師	地域包括支援センター	20年
	OK4	ヘルパー	訪問介護事業所	9年
	OK5	保健師	保健センター	25年
	OK6	ネットワーク推進委員	地域住民	10年
	OK7	ネットワーク推進委員	地域住民	10年
都市近郊農村地域	YK1	主任ケアマネージャー	地域包括支援センター	7年
	YK2	ケアマネージャー	地域包括支援センター	2年
	YK3	ケアマネージャー	地域包括支援センター	5年
	YK4	社会福祉職	地域包括支援センター	6年
	YK5	看護師	地域包括支援センター	20年
	YK6	保健師	保健センター	8年
	YK7	民生委員	地域住民	23年

セルフケア確立のための強みとして『自律心』、弱みとして『健康上の不安』と『日常生活の維持』、セルフケア確立のための対処として『社会資源の利用』のテーマに抽象化することができた。表3～表6にテーマごとに、両地域および各インフォーマントに含まれるカテゴリとコード内容を示す。なお、コードの代表的なものを選択して、表中に記載している。

『自律心』、『健康上の不安』、『日常生活の維持』については、両地域間でその内容に違いはみられなかったが、『社会資源の利用』については両地域間

で違いがみられた。

1) セルフケアを確立するための強み：テーマ「自律心」(表3)

テーマ『自律心』の内容を表3に示す。

PIからは、一人暮らしで干渉されると具合が悪い、一人である方が自由にできるなど「人に干渉されず気楽に暮らしたい」がみられた。同様のカテゴリとして、KIからも、誰にもかまわれず生きていたいという人もいる、自分のペースができていなど「自分のライフスタイルは守りたい」というカテゴリがみられた。

表3 一人暮らし男性高齢者がセルフケアを確立するための強み：テーマ「自律心」

	都市高層住宅地域	都市近郊農村地域
プライマリー インフォーマント	「人の世話になりたくない」	
	自立志向の生活である	人の世話になるのがいや
	依存して甘えるのには反対で、介護保険も反対だった	世話にならない方法を考えるべき
		人に付き添われていくのはいや
		ホームには入りたくない
		出来ることは何としても自分でしたい
	「できるだけ一人でがんばりたい」	
	出来るだけ自立していたい	自分でがんばるしかない
	病気に負けたくない	健康で長生きしたい
	体調が悪くても一人でがんばる	できるだけ一人でがんばりたい
	忍耐強さは自信がある	性格的にピリッとしていないと気がすまない
	楽するのは嫌い	一人暮らしを当たり前と思って暮らす
	「人に干渉されずに一人で気楽に暮らしたい」	
	一人暮らしで干渉されると具合が悪い	大勢の人に見られるのは嫌
あまり親しくなりすぎず、つかず離れずが一番いい	時間の約束に縛られたくない	
他人のペースにまきこまれるのが苦手	一人である方が自由にできる	
自分のペースを守りたい	一人で過ごすのは好き	
自由気ままに生活できることは幸せ		
キー インフォーマント	「自分のライフスタイルは守りたい」	
	自分のライフスタイルは守りたい	1人で暮らしていると、自分のペースが出来ている
	自分の生活ペースを決めている	いつも決まったものを好きなききに召し上がる
	誰にもかまわれずに生きていたいという人もいる	好きにやって死にたい、というペースがあるから、そこから抜け出そうとしない
	自由気ままな生活がしたい	ご自分の思いのまま
もともとご近所づきあいが嫌	煩わしい気持ちもある	

表中の「ゴシック体」で示した内容はカテゴリであり、明朝体で示した内容はコードである。

また、PIのみにみられたカテゴリとして、自立志向の生活である、世話にならない方法を考えるべきなど「人の世話になりたくない」と、体調が悪くても一人でがんばる、自分でがんばるしかないなど「できるだけ一人でがんばりたい」が挙げられた。

2) セルフケアを確立するための弱み：テーマ「健康上の不安」(表4)

テーマ『健康上の不安』の内容を表4に示す。

PIからは、一人で倒れるのが不安、一番心配なのは死んじゃったらわからないなど「健康状態が悪くなったときや孤独死の不安がある」がみられた。また、他にも、大きな病気が自分に続いた、体を動かせないのが不便でつらいなど「健康状態が悪くなったときや孤独死の不安がある」と、今日も元気や

なという近所の友達を作っている、隣に昼まで雨戸が開かなかつたら様子を見てくれとっているなど「安否確認の方法を気にしている」という前述のカテゴリと類似したカテゴリが挙げられた。

KIからも、同様のカテゴリとして、突然倒れたときに鍵をどうしたらいいかという相談がある、このままでいけるのか不安もあるなど「健康状態が悪くなったときの不安がある」というカテゴリがみられた。

3) セルフケアを確立するための弱み：テーマ「日常生活の維持」(表5)

テーマ『日常生活の維持』の内容を表5に示す。

PIからは、食事はできあいのものを買ってくる、食べるのを忘れてやせてきたなど「食事内容が

表4 一人暮らし男性高齢者がセルフケアを確立するための弱み：テーマ「健康上の不安」

	都市高層住宅地域	都市近郊農村地域
プライマリー インフォーマント	「健康状態が悪くなったときや孤独死の不安がある」	
	一人で倒れるのが不安	不安を考えないようにしている
	身体的自立の低下がこわい	体調悪化のことは考えない
	将来への漠然とした不安	一人で倒れたらおしまい
	いつ死ぬか分からない	急に倒れてしまったときが不安
	もし目が開かなかつたら誰がいつ発見するだろうか	一番心配なのは死んじゃったらわからない
	「健康状態がよくない」	
	階段から下りるときに膝が痛い	歩かないから足が退化した
	足が痛い	足が悪くなってきた
	長く歩くと腰が痛くなる	転んで入院した
大きな病気が自分に続いた	食事の支度に時間が掛かる	
昔の趣味が病気でできない	体を動かせないのが不便でつらい	
「安否確認の方法を気にしている」		
今日も元気やなという近所の友達を作っている	隣に昼まで雨戸が開かなかつたら様子を見てくれと言っている	
近所の人や部屋の点灯で安否確認	業者に連絡先一覧を渡して連絡を頼みたい	
ベランダ側は鍵をかけていないと言っている	玄関の鍵は隣に預けている	
特定の友人に鍵のあけ方を教えたい	80才以上の高齢者には安否確認を行政からするのが良い	
緊急電話を利用している		
キー インフォーマント	「健康状態が悪くなったときの不安がある」	
	突然倒れたときに鍵をどうしたらいいかという相談がある	心身状態悪化時の不安がある
	緊急通報をつけたりする	このままでいけるものか、不安もある

表中の「ゴシック体」で示した内容はカテゴリであり、明朝体で示した内容はコードである。

偏っている」と妻がしていた家事をしないとイケないのが一番困った、買い物は楽しみではないなど「家事を一人でするのが苦勞である」がみられた。

KIからも、同様のカテゴリとして、電子レンジも使ったことがない、食事づくりもヘルパーと一緒に

にしても途中で嫌になるのなど「食べることについての問題が多い」というカテゴリがみられた。

他には、KIにみられたものには、これがないと身体の痛みも忘れられないと飲酒する、汚くても平気ってという人もいるのでそこに入って行くのも大変

表5 一人暮らし男性高齢者がセルフケアを確立するための弱み：テーマ「日常生活の維持」

	都市高層住宅地域	都市近郊農村地域
プライマリー インフォーマント	「食事内容が偏っている」	
	食事が一番困った	食生活が一番気になっている
	食事は作らない	料理の訓練はできていないのでできない
	簡単な調理はする	食事は作れない、後片付けも体がつらい
	できあいのものを買ってくる	好きなときに好きな物を食べる
	外に食べに行くのも面倒	食べるのを忘れてやせてきた
	「家事を一人でするのが苦勞である」	
	掃除するのが一番大変	困っていることは家の外の掃除
	家事を一人でこなすのが苦勞	買い物で欲しい物を探すのが大変
	妻がしていた家事をしないとイケないのが一番困った	買い物は楽しみではない
キー インフォーマント	「生活に不便を感じていない」	
	一人暮らしの苦勞はない	生活に不便は感じない
	体調に気を遣うこともあまりない	心配は何もない
	「食べることについての問題が多い」	
	自分で調理できない	食べなきゃいけないとか、そういった義務感だけで、苦痛
	電子レンジも使ったことがない	食事に関しては、作って、配膳するところまで必要な方が多い
	できあいのものを買ってくる事になるため、栄養が偏る	食事作りも、ヘルパーと一緒に支援しても、途中で嫌になる
	時間が来たから食事している	やはり栄養面で十分とはいえない
	メンタルな部分に入ると何を置いても食べない	ヘルパーさんに買い物を頼んでいる内容には野菜は全然ない
	「好ましくない生活習慣を問題視しにくい」	
買い物ってどうしたらいいのかわからない、銀行でどうやってお金を下ろすのかわからない	食事の時間や回数が不規則であったり、飲酒しても、課題として捉えていない	
家事を手伝ってほしいニーズはある	食生活が偏っている認識はない	
これがないと身体の痛みも忘れられない、と、飲酒する	家事もしっかりやる方と、家事も最低限という方と両極端	
何を助けてほしいかはっきりわからない人もいる	気がつくと、お酒にいつてしまう	
そうめんを茹でてくれといわれたが鍋がなく、出されたそうめんは虫がついていた	汚くても平気ってという人もいるので、そこに入って行くのも大変	

表中の「ゴシック体」で示した内容はカテゴリであり、明朝体で示した内容はコードである。

など「好ましくない生活習慣を問題視しにくい」が挙げられた。一方、PIには、体調に気を遣うこともあまりない、心配は何もないなど「生活に不便を感じていない」というカテゴリがみられた。

4) セルフケアを確立するための対処：テーマ「社会資源の利用」(表6)

テーマ『社会資源の利用』の内容を表6に示す。このテーマでは、全てのカテゴリについて、両地域で異なっていた。

KIのみにみられたカテゴリとして、都市高層住宅地域では、言いたいことやほしいものは言うなど「困りごとを表出する」というカテゴリがみられたが、都市近郊農村地域では、本当に困った状況でも自分から何とかしてくれよと言う人は殆どいないなど「困りごとを表出しない」というカテゴリがみられた。

また、社会資源の利用については、PI、KIともに同じカテゴリがみられた。都市高層住宅地域では、掃除だけヘルパーにやってもらっている(PI)、今体調が悪いから(サービスを)入れてほしいと自分から言ってくる(KI)、など「能動的に社会資源

を利用する」というカテゴリがみられたが、都市近郊農村地域では、ヘルパーに庭掃除を頼めない(PI)、お膳立てされているものに乗っかるという感じの利用の仕方(KI)、など「受動的に社会資源を利用する」という都市高層住宅地域とは対照的なカテゴリがみられた。

IV 考 察

本研究の特徴は、大都市部から高層住宅地域と近郊農村地域を選び、一人暮らし男性高齢者や高齢者ケアにかかわる保健医療福祉専門職、地域住民に面接調査および質的分析を行い、大都市に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケアを確立するための課題を強み、弱み、対処方法の観点から明らかにすることができたことである。本研究では、セルフケアを確立するための弱みと強みの内容については、大都市高層住宅地域と大都市近郊農村地域に共通していた。

第一に、自律心という点では、支援者からは「自分のライフスタイルは守りたい」、高齢者からは「人の世話になりたくない」、「できるだけ一人がらんばりたい」、「人に干渉されずに一人で気楽に暮ら

表6 一人暮らし男性高齢者がセルフケアを確立するための対処：テーマ「社会資源の利用」

	都市高層住宅地域	都市近郊農村地域
プライマリー インフォーマント	「能動的に社会資源を利用する」	「受動的に社会資源を利用する」
	ヘルパーに食事の支援をお願いしている	自分の希望をいうことを我慢する
	掃除だけヘルパーにやってもらっている	ヘルパーが情報のリソース
	今元気だからサービスについて何とも思わない	ケアマネの情報が役に立っている
	老人パスがあるので運転はやめられた	ヘルパーに庭掃除を頼めない
キー インフォーマント	「困りごとを表出する」	「困りごとを表出しない」
	何をどうしていいのかわからないから全部とにかく助けてくださいという	本当に困った状況でも、自分から、何とかしてくれよって言う人は殆どいない
	言いたいことやほしいものは言う	なかなか困っていると言わない
	健康面で不安になった時に、自分からも、これやっぱり不安、ということは言う	何かことが起こってから浮上する方が多い
	行政が何でせえへんのや、行政に何ができるんやという態度を示す	周りの方から具合が悪いみたいだよって言う連絡が当の本人から声が掛かってこない
		制度についてあまりにも知らず、自分が困っている状況を整理できない
	「能動的に社会資源を利用する」	「受動的に社会資源を利用する」
	サービスないですか？と聞くほうで来られる方が多い	お膳立てされているものに乗っかるという感じの利用の仕方
	今体調が悪いから(サービスを)入れてほしいと、自分から言ってくる	招かれて行けば場は設定されているということに(男性高齢者が)慣れている感じ

表中の「ゴシック体」で示した内容はカテゴリであり、明朝体で示した内容はコードである。

したい」というカテゴリがみられ、一人暮らし男性高齢者は、前向きに一人暮らしをとらえ、自律して生活している様子がみられた。主に女性高齢者を対象とした一人暮らし生活に関連する考えや思いを質的に分析した報告においても、「できる限り自分でしたい」²⁵⁾、「自分のペースでやっていく」²⁶⁾など同様の結果がみられており、一人暮らし高齢者の自律心は性別とは関係がないことが示唆された。本研究では自律心について、セルフケアを確立するための強みとしてとらえてきたが、自律心が強すぎるために、必要なときに他者の援助を求められないこともあり得る。したがって、高齢者の自律心を尊重しつつ、必要なときには他者の援助を受け入れられるように高齢者にかかわることが必要であると考えられる。

第二に、本研究では、一人暮らし男性高齢者は、健康や孤独死の不安を示しながら生活していることが示された。このことも、一人暮らし高齢者のセルフケアの課題として一般的に指摘^{3~7,27,28)}されている急病や事故、災害時の対応など緊急時の対応を必要とされていることと一致しており、健康や孤独死に対する不安などは、地域性や性別を問わずに挙げられる一人暮らし高齢者の課題と考えられた。

第三に、日常生活を維持するために必要なセルフケアの課題の一つとして、食べることについての問題点を支援者、高齢者ともに認識していた。一人暮らし男性高齢者の食生活に関する問題があるかどうかは地域の文化によっても異なるとの海外の報告²⁹⁾があるが、わが国では一般的に一人暮らし高齢者は食生活に問題があるといわれており^{28,30)}、特に都市部の一人暮らし高齢者は食材の調達そのものが難しいという指摘³¹⁾されている。本研究の大都市一人暮らし男性高齢者も、「食事内容が偏る、食べることそのものの維持が困難」と感じ、支援者側も男性高齢者の食生活に課題があると感じていることが明らかになった。したがって、大都市に住む一人暮らし男性高齢者に対して、買い物の方法や食事をつくる方法、栄養的なバランスのある食生活を勧めることについて、生活に即した具体的な支援を行う必要性がある。

また、支援者側は男性高齢者の生活について、好ましくない生活習慣を問題視しにくいと考えていたのに対し、高齢者自身は、不便や苦勞を感じていないと考えており、支援者側と高齢者側では高齢者の生活状況に対する認識の差があることがわかる。一人暮らし高齢者に支援を行う際には、高齢者が自ら生活習慣の問題を認識し、主体的に問題に取り組める働きかけが必要と考えられた。

一方、本研究では、セルフケアを確立するための

対処方法である社会資源の利用姿勢については、地域による特徴がみられた。都市高層住宅地域では、困っていることを表出し、自ら能動的に社会資源を利用する姿勢がみられたのに対し、都市近郊農村地域では、困っていることを表出せずに、周囲の状況に合わせて受動的に社会資源を利用する姿勢がみられたのは興味深い結果である。この結果から、都市近郊農村地域では、地縁や血縁にもとづく関係が残っており、周囲の人々と協調することが重視されているのに対し、都市高層住宅地域は、他地域からの転入者が多く、住民同士のつながりが本人の努力に依存しているため、自らニーズを表出しなければならない状況が推測される。

以上より、本研究では、大都市に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケア確立上の課題として、健康状態悪化時の対応や孤独死予防の体制づくり、適切な食生活を可能にする支援が、両地域に共通性の高いものとして見出された。また、双方の地域で当事者の自律心を積極的に活用した働きかけが効果的である可能性が示唆された。しかし、困っていることの表出方法や社会資源の利用姿勢などセルフケアを確立するための対処方法には、地域性がみられたため、これらの要素を考慮にいれて、支援する必要があることが明らかになった。今後、本研究の成果をもとに、大都市に住む一人暮らし男性高齢者のセルフケア確立のための具体的なケアプログラムを作成していくことが課題である。

本研究で明らかにされた一人暮らし男性高齢者がセルフケアを確立するための強みと弱みは、性別に関係なく一人暮らし高齢者をもつ課題として指摘されている^{3~7,25~28)}ものが含まれていた。男性の特徴をより具体的にするために、同様の調査を女性高齢者に行い、詳細に分析を行うことが必要である。

また、本研究では、セルフケア確立のための強み、弱み、対処方法をそれぞれ独立したテーマとして示したが、例えば「自律心が強いいため、日常生活の維持がうまく行えない」など各テーマの内容が相互に影響している可能性がある。テーマの内容同士の関係については、さらに面接や質的分析を深め、明らかにする必要があると考える。

最後に、本研究では大都市から2地域を選択して調査を実施したものであり、これらの結果が大都市特有のものであるか、地方都市や過疎地域にもみられるものかなどの解釈には限界がある。他の地域で調査を行うことにより、その一般化を図りたい。

本研究は、一人暮らし高齢者のセルフケア確立の課題にどのようなものがあるかを発見することを目的とした帰納的質的分析であり、何割の対象者にど

のような回答が得られるか、対象者の身体・心理・社会・経済的環境による回答の違いについては、言及することはできない。また、本研究の対象となった一人暮らし男性高齢者が実際の生活でセルフケアをどの程度達成しているかについては、本研究では高齢者本人からの面接内容のみをデータとしていることから、不明である。したがって、以上の点については量的研究により、検討することが今後の課題である。

本研究の実施にあたり、多大なるご協力をいただきました大阪市住之江区保健福祉センター森脇近子係長、前住之江区保健福祉センター大慶京子係長、中谷早苗係長、前大阪市住之江区社会福祉協議会帰山由美子課長、在宅厚生労働省母子保健課矢島陽子主査（前横浜市青葉区福祉保健センター）、横浜市奈良地域ケアプラザ河上成樹所長、大重好一総合相談員他、職員の皆様に深く御礼申し上げます。また、調査に参加して下さった高齢者と専門職の皆様に、心より御礼申し上げます。

なお、本研究は平成19年度学術振興会科学研究費補助金（基盤研究C：研究代表者田高悦子）によって実施されたものである。

（受付 2008. 9.25）
（採用 2009. 6.16）

文 献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所. 平成19年度版社会保障統計年報. 2008. http://www.ipss.go.jp/s-toukei/j/19_s_toukei/nenpo19.asp (2008年9月5日アクセス可能)
- 2) 田原裕子, 岩垂雅子. 高齢者はどこへ移動するか: 高齢者の居住地移動研究の動向と移動流. 東京大学人文地理学研究 1999; 13: 1-53.
- 3) Iliffe S, Tai SS, Haines A, et al. Are elderly people living alone an at risk group? *BMJ* 1992; 305: 1001-1004.
- 4) 本田亜起子, 斎藤恵美子, 金川克子, 他. 一人暮らし高齢者の自立度とそれに関連する要因の検討. 日本公衛誌 2002; 49(8): 795-801.
- 5) Kharicha K, Iliffe S, Hrari D, et al. Health risk appraisal in older people 1: are older people living alone an 'at-risk' group? *British Journal General Practice* 2007; 57: 271-276.
- 6) 杉澤秀博. 高齢者における保健行動の居住形態による差異. 老年社会科学 1993; 15: 58-67.
- 7) Guzman JS, Sohn L, Harada ND. Living alone and outpatient care use by older veterans. *JAGS* 2004; 52: 617-622.
- 8) Lund R, Due P, Modvig J, et al. Cohabitation and marital status as predictors of mortality: an eight year follow-up study. *Social Science & Medicine* 2002; 55: 673-679.
- 9) Case RB, Moss AJ, Case N, et al. Living alone after myocardial infarction: impact on prognosis. *JAMA* 1992; 267: 515-519.
- 10) Aminzadeh F, Dalziel WB. Older adults in the emergency department: a systematic review of patterns of use, adverse outcomes, and effectiveness of interventions. *Ann Emerg Med* 2002; 39: 238-247.
- 11) 工藤由貴子. わが国の家族構成の変化と一人暮らし高齢者. 老年精神医学雑誌 2004; 15: 156-161.
- 12) 辻 正二. 高齢者の人間関係. 辻 正二, 船津衛, 編. エイジングの社会心理学. 東京: 北樹出版, 2003; 70-86.
- 13) 鈴木修治, 畑山明美, 横田節子, 他. 仙台市宮城野区内T地区における独居高齢者の健康と生活実態に関する調査. 厚生指標 2004; 51(13): 33-37.
- 14) 和久井君江, 田高悦子, 真田弘美, 他. 大都市部独居高齢者の抑うつとその関連要因. 日本地域看護学会誌 2007; 9(2): 32-36.
- 15) 林 暁淵, 岡田進一, 白澤政和. 大都市独居高齢者における子どもの有無: 子どもとの関係が日常生活満足度および全体的生活満足度に及ぼす影響. 厚生指標 2008; 55(3): 16-22.
- 16) 長江弘子, 千葉京子, 中村美鈴, 他. 生活障害をもちながら地域で暮らす一人暮らし女性高齢者に関する研究: 「生活の折り合い」の概念構造. 日本地域看護学会誌 2001; 3(1): 123-130.
- 17) 西村昌記. 一人暮らし高齢者の生活課題: サポート・ネットワークの観点から. 老年精神医学雑誌 2004; 15(2): 184-191.
- 18) Kandler U, Meisinger C, Baumert J, et al. Living alone is a risk factor for mortality in men but not women from the general population: a prospective so cohort study. *BMC Public Health* 2007; 7(335): 1-8. (page number not for citation purpose)
- 19) 大久保豪, 斎藤 民, 李 賢情, 他. 介護予防事業への男性参加に関連する事業要因の予備的検討: 介護予防事業事例の検討から. 日本公衛誌 2005; 52(12): 1050-1058.
- 20) 上原健司, 北村喜一郎, 杉本 洋, 他. 同性からみた男性へのアプローチ: 性差を超えた保健師活動を目指して. 保健師ジャーナル 2007; 63(11): 984-994.
- 21) 山本恭子. 団塊世代の男性の地域参加支援. 保健師ジャーナル 2007; 63(11): 978-982.
- 22) 原田 謙, 杉澤秀博, 杉原陽子, 他. 大都市部における後期高齢者の「閉じこもり」に関連する要因: 階層的地位と家族的地位に着目して. 厚生指標 2005; 52(4): 28-33.
- 23) 斎藤恵美子, 金川克子, 深山智代, 他. 地域看護診断の方法論に関する文献検討. 日本公衛誌 1999; 46(9): 756-768.
- 24) 金川克子, 編. 地域看護診断: 技法と実際. 東京: 東京大学出版会, 2000.
- 25) 田中昭子, 小西美智子. ひとり暮らし虚弱高齢者の在宅生活継続の対処方法. 老年看護学 2004; 8(2): 63-72.
- 26) 松坂由香里. 訪問看護サービスを利用する一人暮らし高齢者の生活感情に関する研究. 日本地域看護学会

- 誌 2004; 6(2): 86-92.
- 27) 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. 厚生指標 1994; 41(4): 15-19.
- 28) 金川克子, 斉藤恵美子. 単身高齢者に対する地域の支援. 老年精神医学雑誌 2004; 15(2): 180-183.
- 29) Charlton KE. Elderly men living alone: are they at high nutritional risk? The Journal of Nutrition, Health & Aging 1999; 3(1): 42-47.
- 30) 酒元誠治, 古家 隆, 堀之内恭子, 他. 配食サービスの有無別独居高齢者の栄養状態. 日本公衛誌 2004; 51(8): 631-640.
- 31) 石井八恵子, 小林たつ子, 野中和代. 独居老人の食材の調達に関する研究. ホスピスケアと在宅ケア 2001; 9(1): 41-46.
-

Self-care issues of older men living alone
A qualitative comparison between urban high-rise apartment and
suburban farming districts

Ayumi KONO*, Etsuko TADAKA^{2*}, Fumiko OKAMOTO*,
Yuko KUNII^{2*} and Noriko YAMAMOTO-MITANI^{3*}

Key words : the elderly, living alone, males, self-care, urban communities

Purpose The purpose of the study was to describe the contents of self-care issues of older men living alone at home in an urban high-rise apartment district and a suburban farming district, with the additional aim of providing the information regarding community-based care programs to meet their needs.

Design & Methods The study design was a qualitative descriptive approach with semi-structured interviews conducted in an urban high-rise apartment district and a suburban farming district. From each, primary informants were ten elderly men living alone and key informants were seven health or welfare professionals or local government volunteers, who were basically familiar with the elderly community-care. Qualitative analysis was implemented from perspectives including their weaknesses, strengths, and ways of dealing with self-care.

Results From a total of 117 codes for primary informants data and 54 codes for key informants data regarding self-care needs of the male elderly living alone, 18 categories were extracted comparing the differences between the two types of community district. Four themes were then abstracted: "autonomy" as strength; "anxiety regarding health issues" and "maintaining their daily life" as weaknesses; and "utilizing health or welfare resources" as their ways of dealing with self-care. "Autonomy" included categories of "maintaining their own life style", "not expecting others' help", "living alone as positively as possible" and "being easygoing as their own masters". "Anxiety regarding health issues" included "anxiety of illness or dying alone", "being ill" and "worrying about safety". "Maintaining their daily life" included "feeding problems" and "unbalanced nutrition" and the category of "not recognizing undesirable daily habits" was extracted from key informants, while that of "convenience of being alone" was extracted from primary informants. The theme "utilizing social health or welfare resources" included categories of "expressing their daily troubles" and "utilizing social health or welfare resources independently" in the urban high-rise apartment district, and "not expressing their daily troubles" and "utilizing health or welfare resources dependently" in the suburban farming district.

Conclusions The results suggest that self-care issues of older men living alone in an urban area are insufficient nutrition or feeding status, anxiety of illness or dying alone, and not recognizing undesirable daily habits, even while considering their lives independent or convenient. Differences of utilizing health or welfare resources between the two communities could be considered in providing community-based care programs to elderly men living alone.

* School of Nursing, Osaka City University

^{2*} School of Nursing, Yokohama City University

^{3*} Graduate School of Allied Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University



虚弱高齢者に対する転倒予防教室の効果 自己効力感が高まる住環境整備教室

谷口奈穂

前大阪市立大学医学部看護学科

河野あゆみ 岡本双美子

大阪市立大学医学部看護学科在宅看護学分野

■要旨

虚弱高齢者に住環境整備に関する転倒予防教室を行い、その前後に聞き取り調査を実施した。そしてその教室参加による変化を、住環境整備に関する自己効力感と Tinetti による転倒自己効力感について検討し、転倒予防に関する自己効力感の変化を明らかにした。

対象者は大阪府のあるデイサービス利用者で歩行可能な高齢女性 16 人 (87.5% が後期高齢者) である。転倒予防教室では、転倒の危険性と予防の必要性の説明、転倒しにくい玄関、廊下、居間における住環境づくりの実演やクイズを行った。

その結果、住環境整備に関する自己効力感は、12 項目中教室前に「自信がない」と答えた割合が

35% 以上の「雨で濡れてもすべりにくいように滑り止めシートをしく」「靴は腰をかけて履き替える」「段差に目印をつけて目立たせる」「じゅうたんの端がめくれないように固定する」の 4 項目において、教室前後で有意差があった。また、教室前後での転倒自己効力感については、教室では直接取り上げなかった内容を含む、全 10 項目の合計点数にも効果がみられた。

以上より本研究では、虚弱高齢者に住環境整備に関する転倒予防教室を実施した結果、転倒予防に関する自己効力感の改善に効果があると考えられる。また、転倒予防教室の効果をみる評価方法として、自己効力感の変化を検討することの有効性が示唆された。

はじめに

現在、高齢化が進み、介護予防が注目されている。高齢者は小さな気の緩みから起こる転倒により、外傷・打撲・骨折を負い、ADL 低下をもたらす恐れがある。また、再度転倒する恐れや、骨折により寝たきりとなる可能性もある。したがって、高齢者にとって転倒予防は重要なことであるといえる。

高齢者の一般的な転倒リスクとして大きくは 4 つあげられる。身体的リスク、加齢に関するリスク、薬物リスク、住環境リスクである。また、これらの要因に過去の転倒経験、転倒恐怖感、歩行・移動能力の低下などの影響が加わることが考

えられる¹⁾。

高齢者に対する転倒予防の支援として、運動療法による筋力の向上と、住環境整備による転倒しにくい環境づくりの 2 つが考えられる。運動療法による転倒予防の効果の有無については複数研究^{2,3)} されており、効果がみられると報告されているが⁴⁾、住環境リスクの軽減を目的とした教室に関する研究は少ない。

内閣府の「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査結果」⁵⁾ により自宅内での転倒事故についてみると、この 1 年間に転んだことのある高齢者の 1 割が自宅内で転倒している。転倒した場所についてみると、「庭」「玄関・ホール・ポーチ」