

図2 原疾患別の周辺症状出現率

CDR の評定と NPI 総点および NPI 負担度の間には有意な相関を認め、認知症の重症度と周辺症状の程度・負担は相関していた。

(2) CDR と周辺症状各項目の相関

各対象者の CDR の評定と、NPI 各項目の得点の相関性を Spearman の相関係数により検討した (表3)。

CDR (認知症重症度) の評定は無為・無関心の得点のみに有意な相関を示した。

6. 周辺症状と認知機能の関連

(1) 認知機能と周辺症状の総合的指標の相関

各対象者の MMSE および HDS-R の得点と、NPI 総点 (NPI 各項目の重症度×頻度の総計)、NPI 負担度 (NPI 各項目の負担度の総計) の相関性を Spearman の相関係数により検討した (表4)。MMSE および HDS-R の欠損値は、ケースを除外して計算した。

MMSE と HDS-R の得点には有意な相関がみられた。また、NPI 総点と NPI 負担度には有意な相関が認められた。しかし、認知機能 (MMSE あるいは HDS-R) と NPI 総点あるいは

表2 CDR と NPI 総点・NPI 負担度の相関 (Spearman's ρ)

	NPI総点	NPI負担度合計
CDR	0.396(**)	0.370(**)
NPI総点		0.975(**)

** 有意水準(両側) p<0.01

表3 CDR と周辺症状各項目の相関 (Spearman's ρ)

	CDR
妄想得点	0.265
幻覚得点	0.260
興奮得点	0.143
うつ・不快得点	0.104
不安得点	-0.136
多幸得点	0.074
無為・無関心得点	0.425(**)
脱抑制得点	0.118
易怒性得点	0.252
異常行動得点	0.165
睡眠得点	0.092
食事得点	-0.013

** 有意水準(両側) p<0.005

表4 認知機能と周辺症状の総合的指標の相関 (Spearman's ρ)

	HDSR	NPI総点	NPI負担度合計
MMSE	0.889(**)	-0.301	-0.297
N	36	42	42
HDSR		-0.205	-0.188
N		37	37
NPI総点			0.975(**)
N			50

** 有意水準(両側) $p < 0.001$

はNPI負担度の間には有意な相関を認めなかった。ただし、MMSEとNPI総点、MMSEとNPI負担度の間には負の相関傾向 ($p < 0.1$) がうかがわれた。周辺症状は認知症の中期(または中等症)において目立つことが指摘されているので、試みにMMSEを0~9, 10~19, 20~30の群にわけ、3群間のNPI総点とNPI負担度を比較したが、有意差はみられなかった。HDS-Rについても同様の数値で3群に分けて群間比較を行ったが有意差はみられなかった。

(2) 認知機能と周辺症状各項目の相関

各対象者のMMSEおよびHDS-Rの得点とNPIの各項目得点の相関性をSpearmanの相関係数により検討した(表5)。

MMSEと無為・無関心の得点に有意な負の相関を認めた。またHDS-Rと興奮の得点に有意な負の相関を認めた。

7. 周辺症状とADL機能の相関

各対象者の兵庫脳研式ADLスケールの総点および負担総点と、NPI総点(NPI各項目の重症度×頻度の総計)、NPI負担度(NPI各項目の負担度の総計)、CDRの相関性をSpearmanの相関係数により検討した(表6)。

ADL総点とADL負担総点は有意に相関していた。またADL総点およびADL負担総点はい

表5 MMSE, HDS-RとNPI各項目の相関 (Spearman's ρ)

	MMSE	HDSR
HDSR	0.889(**)	
N	36	
妄想得点	-0.090	-0.089
N	42	37
幻覚得点	-0.265	-0.300
N	42	37
興奮得点	-0.188	-0.347(*)
N	42	37
うつ・不快得点	0.022	0.163
N	42	37
不安得点	0.157	0.115
N	42	37
多幸得点	-0.076	0.024
N	42	37
無為・無関心得点	-0.362(*)	-0.236
N	42	37
脱抑制得点	0.058	0.070
N	42	37
易怒性得点	-0.175	-0.230
N	42	37
異常行動得点	-0.157	-0.213
N	42	37
睡眠得点	-0.007	-0.065
N	42	37
食事得点	-0.019	0.216
N	42	37

** 有意水準(両側) $p < 0.01$

* 有意水準(両側) $p < 0.05$

ずれも NPI 総点および NPI 負担総点と有意に相関していた。認知症の重症度は ADL 総点および ADL 負担総点と有意に相関していた。

8. 周辺症状の介護負担への各周辺症状重症度の関与

介護負担を引き上げる要因として、周辺症状のどの症状が主に関与しているかについて検討するために、対象者50名の各 NPI 負担度を従属変数、各周辺症状の得点（妄想・幻覚・興奮・うつ不快・不安・多幸・無為無関心・脱抑制・易怒性・

異常行動・睡眠・食事の頻度×重症度）を独立変数として、重回帰分析（強制投入法）を行った。

回帰式の $R^2=0.953$ で、係数として有意な寄与が認められた要因は、妄想、不安、無為・無関心、易怒性、異常行動、睡眠障害、食行動異常の7項目であった ($p < 0.05$)。

ただし、独立変数間には共線性（相関性）がうかがわれた。試みに各周辺症状得点に関して主成分分析を行うと（表7）、第1成分（興奮、易怒性、異常行動、睡眠）、第2成分（幻覚、妄想）、

表6 周辺症状と ADL 機能の相関 (Spearman's ρ)

	ADL総点	ADL負担合計	NPI総点	NPI負担度合計
ADL負担総点	0.924(**)			
NPI総点	0.321(*)	0.344(*)		
NPI負担総点	0.342(*)	0.354(*)	0.975(**)	
CDR	0.710(**)	0.650(**)	0.396(**)	0.370(**)

** 有意水準(両側) $p < 0.01$

* 有意水準(両側) $p < 0.05$

表7 各周辺症状得点の主成分分析

	成分			
	1	2	3	4
妄想得点	.265	.882	.121	-.020
幻覚得点	-.112	.949	.017	-.046
興奮得点	.857	-.111	.048	.116
うつ・不快得点	.111	.148	.825	-.255
不安得点	.462	.241	-.097	-.517
多幸得点	-.101	.017	-.090	.682
無為・無関心得点	.281	.052	.763	.057
脱抑制得点	.367	.033	-.055	.838
易怒性得点	.872	.070	.086	.066
異常行動得点	.755	.109	.098	-.282
睡眠得点	.624	.447	-.103	.108
食事得点	-.258	-.078	.778	.023

因子抽出法: 主成分分析

回転法: Kaiser の正規化を伴うバリマックス法(5 回の反復で回転が収束)

第3成分(うつ・不快, 無為・無関心, 食事), 第4成分(脱抑制, 多幸)の4因子が抽出されたので, 上記の7項目は, <妄想>, <不安>, <無為・無関心, 食行動異常に共通する要因(自発性低下)>, <易怒性・異常行動・睡眠障害に共通する要因(過敏性)>の4項目と考えるべきかもしれない。

9. ADLの介護負担への各周辺症状の重症度の関与

ADLの介護負担に周辺症状の症状が関与しているか否かを検討するために, 対象者50名の各ADL負担度を従属変数, 各周辺症状の得点(妄想・幻覚・興奮・うつ不快・不安・多幸・無為無関心・脱抑制・易怒性・異常行動・睡眠・食事の頻度×重症度)を独立変数として, 重回帰分析(強制投入法)を行った。

回帰式の $R^2=0.546$ で, 係数として有意な寄与が認められた要因は, 不安, 無為・無関心の2項目であった($p<0.05$)。

考 察

今回の調査結果は以下のようにまとめられる。

- 1) 「老人保健施設たき」においては, CDR 1以上の認知症を呈している入所者が84%を占めていた。整形外科疾患や心疾患などを原因疾患とする者も多くは認知症を合併している可能性がある。
- 2) 周辺症状については, 多い順に, 無為・無関心, うつ・不快, 不安, 睡眠障害, 興奮, 易怒性, 異常行動, 妄想, 幻覚, 脱抑制, 食行動異常, 多幸であった。
- 3) 妄想・幻覚の頻度は多くないが, アルツハイマー病にはほぼ特異的にうかがわれた。
- 4) 無為・無関心は疾患に関係なく多くみられ,

興奮はアルツハイマー病, うつ・不快は血管障害, 易怒性は整形外科疾患に目立った。

- 5) 認知症の重症度と周辺症状の程度・負担は相関していた。
- 6) 認知機能と周辺症状の程度・負担には有意な相関を認めなかった。また, 周辺症状は認知症の中期(または中等症)において目立つことが指摘されているが, 認知機能の重症度を3群に分けて群間比較したが明らかな傾向はみられなかった。
- 7) ADL機能とADL負担度は有意に相関していた。
- 8) ADL総点およびADL負担総点は認知症の重症度および周辺症状の程度・負担度と有意に相関していた。
- 9) 介護負担を引き上げる要因となる周辺症状は, 妄想, 不安, 無為・無関心, 易怒性, 異常行動, 睡眠障害, 食行動異常の7項目であった。
- 10) 不安, 無為・無関心の2項目はADLの介護負担を増大させる要因でもあった。

周辺症状は認知症利用者の機能を低下させ本人を苦しめるばかりでなく, 中核症状よりむしろ周辺症状が, 介護者にとって大きな負担になる。特徴としては, 軽症から中等症に進行するに従い頻繁に出現するようになり, 急速にQOLの低下を招いて介護負担が増大する。我々は介護職員の介護負担を増大させる症状は, 興奮, 易怒性, 異常行動などと考えていたが, 今回の調査解析では予想に反して有意な寄与が認められる要因は, 「不安」, 「無為・無関心」の2項目であった。

不安とは漠然とした恐れであり, 特に軽度の認知症利用者では初期の中核症状の悪化に対して病識あるいは病感を持ち不安を抱く。今までそれほど気にしていなかった事(財産や自分の記憶を含

む健康状態など)を憂慮し、日常生活における些細なことでも心配が広がるようになる。さらに認知症が進行すると、これらのことを利用者自身が歪曲した形で認識するようになり、焦燥や徘徊につながる、といわれている。残存した思考力が、生産的な方向に向かなくなり、将来の行事や約束について何度も必要以上に繰り返し尋ねることがあり、これが介護者の負担のひとつになると考えられた。

無為・無関心は、以前行っていた興味や家事などの日常の活動や、身の回りのことに興味を示さなくなり、意欲が喪失し、かかわり合いを避け、発動性が低下する。利用者が何事に対しても興味を失ってしまい、ただ無関心に椅子に腰かけているだけになると、ADLの介助量が増大するだけでなく、介護者にもまた精神的なストレスを与えることになる。

対応としては、利用者の行動を叱責したり、無視・否定したり、その誤りを過度に指摘することは症状を悪化させるとされており、これらに対する基本姿勢は、本人を不安な状況にさせないことであり、非難や叱責をしないことはもちろん、気

分転換や楽しみを与えようと無理に活動に参加させることも逆効果であるといわれている。

結 語

認知症を有する利用者は「自分のやりたいこと」と「やれること」、「この程度ならやれると思っていて自分」と「できないが増えている自分」あるいは「周囲の期待」と「期待にこたえられない自分」との間にギャップが存在する。認知症の人はこのギャップに気づき、それを乗り越え、あるいは折り合いをつけることが困難であるために、本人こそが苦しんでいるのであって、介護者はこのことを理解し、周囲がそのギャップを認め、生きる意欲や生活の豊かさのためにどう対応していくかを一緒に考えることが大切であると考えられた。

(本研究は厚生労働科学研究費補助金平成21年度認知症対策総合研究事業(Ⅰ)認知症のケア手法の開発に関する研究 1) BPSDへの対応における医療とケアの役割分担・連携に関する研究(21230201)の助成のもとに行われた。)

文 献

- 1) 本間 昭, 博野信次, 長谷川和夫ほか: 痴呆症学(1) 高齢社会と脳科学の進歩, 日本臨床61: 120-124, 154-157, 177-182, 192-197, 2003
- 2) 山下功一, 天野直二: 認知症の症候学, BPSDとその対応. 認知症テキストブック, 中外医学社: 70-80, 2009
- 3) 本間 昭: 認知症の診断法は. 高齢者を知る辞典, 介護・医療・予防研究会編, 厚生科学研究所: 261-265, 2008
- 4) 西川 隆, 大西久男: 認知症の原因疾患による心理・行動症状の特徴とケアの方針. *Journal of Rehabilitation and Health Sciences* 7(1): 1-7, 2010
- 5) 西川 隆: アルツハイマー病の臨床経過. 神経内科特別増刊号 認知症マニュアル: 277-283, 2010
- 6) 西川 隆: 認知症疾患別の予後の見通しと本人への対応, 家族への説明. *Cognition and Dementia* 9(1): 76-81, 2010

シンポジウムVI「未病と看護」・2

高齢者の「閉じこもり」へのアプローチ

—寝たきりを未然に防ぐために—

河野あゆみ*

1. 高齢者の「閉じこもり」

高齢者の「寝たきり」の真の原因として、「閉じこもり」が指摘¹⁾されて久しい。「閉じこもり」とは、入院や病気、外傷などをきっかけに、高齢者本人の意欲や認知機能が低いこと、家族介護力が低いこと、家の前に階段があるなど、住居環境が十分でないことなどの心理社会的問題が加わり、高齢者の身体機能が低下し、屋内に閉じこもる生活状況を意味する。高齢者の活動範囲が屋内にとどまってしまうことにより、その活動性が低下し、さらに身体機能の低下をもたらす「寝たきり」につながるという悪循環が起きる。「閉じこもり」とは、いわば家で発生する廃用症候群と考えられる。

「閉じこもり」の評価に関する文献レビュー²⁾によると、近年では外出頻度を「閉じこもり」の定義に使用している研究が多くみられてきており、通常の調査研究などでは「閉じこもり」を「外出できる移動能力をもっているにもかかわらず、外出頻度が週に1回程度以下³⁾の高齢者」と操作的に定義していることが多い。なお、その際の外出とは、外出先を問わず、仕事、買い物、散歩、通院、人との交流などを目的とし、家から外に出る生活行動すべてを意味している。地域で介護予防支援の対象となる高齢者を見極める際には、外出頻度を用いて「閉じこもり」を評価することは簡便であり、実践に活用しやすいと考えられる。

ある時点の在宅虚弱高齢者の外出頻度からみた2年後のADL(activities of daily living)の変化をグラフに示し

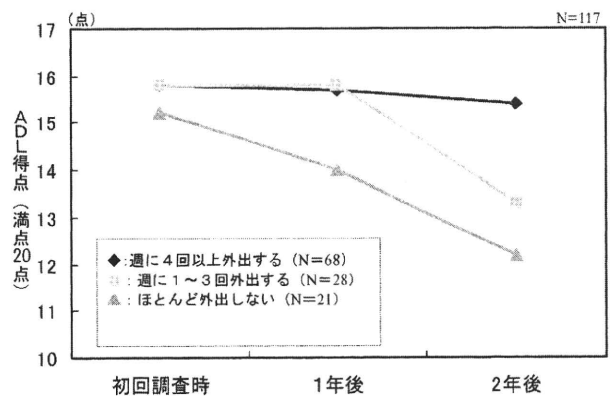


図1 在宅虚弱高齢者における外出頻度からみた2年後のADLの変化

二元配置共分散分析, $p=0.002$ 。

値は初回調査時のADL得点を調整した平均得点である。
(文献4, 5より引用)

た(図1)^{4,5)}。この図は、初回調査時のADLの差を調整した上で、外出頻度の程度によるADLの変化をみたものであるが、初回調査時の外出頻度が低かった者ほど1年後、2年後のADLは低くなっている。なかでも、初回調査時に週に4回以上外出していた者のADLは2年間ほぼ維持されていたのに対し、初回調査時に週に1~3回外出していた者のADLは1年目では維持されていたが、2年目には低下していたことは興味深い結果である。これらのことから、高齢者の「閉じこもり」はADLが低下する要介護状態の未病状態と考えられる。

*大阪市立大学大学院看護学研究科

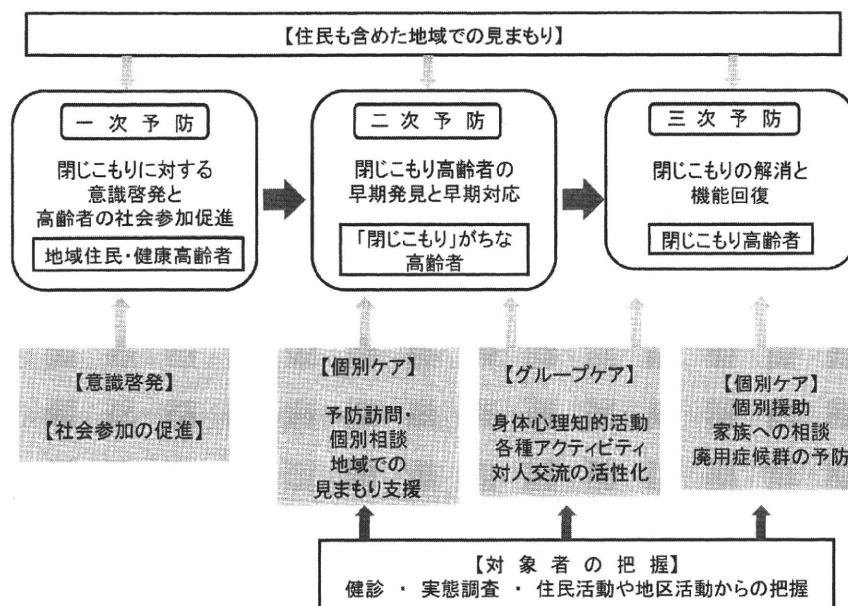


図2 「閉じこもり」高齢者への地域ケア

(文献6より引用)

2. 「閉じこもり」に対する看護ケア

1. 「閉じこもり」予防支援に対する様々なアプローチ

地域ケア実践の場では、高齢者の「閉じこもり」の弊害や予防支援の必要性については既に広く知られ、様々な予防支援が提供されている。図2は一次予防、二次予防、三次予防の観点から高齢者「閉じこもり」に対する地域ケアの概要⁶⁾を示すものである。

「閉じこもり」への一次予防としては、「閉じこもり」の発生そのものを予防するための健康づくりと環境整備を支援し、「閉じこもり」になる要因をコントロールすることを目的に地域住民や健康な高齢者に対して、意識啓発や高齢者の社会参加を促進することが含まれる。「閉じこもり」の二次予防とは、「閉じこもり」をできるだけ早期に発見し、対処するために、予防訪問や個別相談、また身体・心理・知的活動を含むアクティビティや対人交流の活性化などを促すことが挙げられる。また、三次予防とは、既に「閉じこもり」である高齢者に対して、「閉じこもり」の状態が悪化し、さらなる廃用症候群を引き起こさないために、その回復と適切なリハビリテーションを行うことであり、個別ケアやグループケアなどを組み合わせながらケアを展開する。

いずれの予防支援も住民を含めた地域での見まもりが

必要であり、「閉じこもり」の高齢者や「閉じこもり」になるリスクの高い高齢者は自ら支援を求めてこないことも多いため、健診、実態調査、地区活動などの中から「閉じこもり」予防支援の対象者を把握することが重要である。

2. グループケア

「閉じこもり」予防のためのグループケアとして、地域で介護予防事業教室などが開催されている。わが国では事業に参加している者と参加していない者での比較対照研究が散見^{7,8)}されている。

筆者らは、地域虚弱高齢者のための介護予防を目指したアクティビティ・プログラムを1カ月に1回、1年間実施し、その変化をプログラム参加者71人とプログラム参加を希望しなかった者40人で比較検討⁷⁾を行った。その結果、プログラム開始から1年後では、プログラム参加者において認知機能や抑うつ⁷⁾の悪化が抑制されていた。したがって、地域でのグループケアは、参加者の認知機能などの維持や抑うつ予防に効果があることが示唆される。

また、吉田ら⁸⁾はある地域で4年間の縦断研究を実施し、介護予防事業参加者146人と非参加者846人について、その医療費や介護給付費の利用状況を検討したところ、参加者の医療や介護給付の費用の伸びを大きく抑制し、介護予防事業は費用対効果が優れた事業であると報告している。

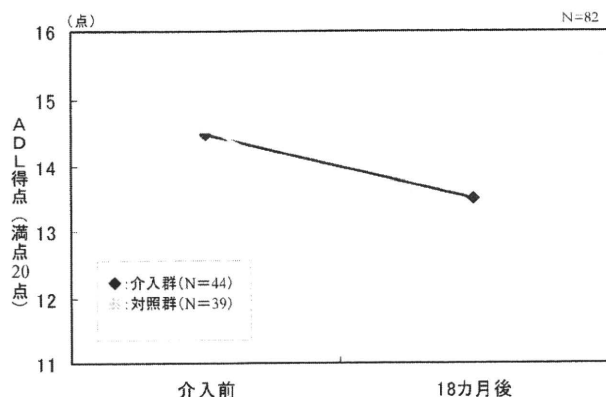


図3 閉じこもりがちな高齢者における予防訪問のADLに対する効果

二元配置共分散分析, $p < 0.05$.

介入前のADL得点を共変量として投入した。

値は調整を行わない平均得点である。(文献9より引用)

このように虚弱高齢者への「閉じこもり」予防のためのグループケアなどは、高齢者のQOL低下予防などに一定の効果をもたらす可能性が示されているが、実際には、介護予防事業に参加を希望しない高齢者が常に存在しており、このような高齢者こそ、既に「閉じこもり」である可能性が高く、その支援のためのスキル向上や具体的方策を検討する必要がある。

3. 個別ケア

既に「閉じこもり」になっている高齢者に家庭訪問を行い、個別ケアを実施することが重要である。家庭訪問では、まず、高齢者やその家族と信頼関係をつくり、高齢者や家族に外出や通所サービスなどの利用を無理強ひせず、例えば、食事のときはベッドから移動して必ず食堂でとるようにする、気候の良いときに庭先までは出るようにするなど身近な目標を置きながら、徐々に生活行動範囲が広がることを目指した関わりを行うことが必要である。

筆者らは介護保険制度施行直後の2000年に、閉じこもりがちな高齢者119人を訪問群と対照群に無作為化割り付け⁹⁾を行い、市町村保健師などによる多面的なアセスメント内容を含んだ訪問指導を18カ月間実施し、その効果を検討した。その結果、図3に示すように、保健師などの訪問指導は18カ月後のADLの低下予防に効果をもたらす可能性が示された⁹⁾。

わが国では、老人保健法による訪問指導事業や介護保険法による訪問型介護予防事業や介護予防ケアマネジメ

ントなどを通して、虚弱高齢者に対して、予防的な視点から看護職などが定期的に家庭訪問を行い継続的に関与することが従来、行われてきている。現在、2006年の改正介護保険制度下で、筆者らはより規模の大きい無作為化比較試験¹⁰⁾により、予防訪問の効果を検証しているところであるが、今後、個別訪問を行うに当たって「閉じこもり」のリスクの高い高齢者をどのように把握するのか、工夫することが課題と考えている。

4. 啓発活動

地域住民や健康な高齢者に対して、「閉じこもり」がちな生活がその後のQOLに悪影響を及ぼしていることを理解してもらうために、地域で「閉じこもり」予防のための啓発活動を行うことも必要である。特に、都市部など人々の交流が希薄な地域では「閉じこもり」が発生しやすい^{6,11)}ため、地域住民に対する取り組みは重要であると考えられる。現在、「閉じこもり」予防のための啓発活動の評価については、その効果を測るための指標さえ、明らかではなく、研究的取り組みも十分に行われていない。

しかし、筆者らは、「閉じこもり」の高齢者を支えるために、近隣での関わり方を考えることを目的にしたグループワークプログラムを作成し、健康な一人暮らし高齢者と民生委員や福祉委員など地区活動推進役となる住民を対象にプログラムを実施した¹²⁾。その具体的なプログラム内容は、表1に示すとおり、閉じこもりがちな高齢者の事例を具体的に設定し、高齢者と住民でグループを構成し、参加者同士で話し合うというものである。

グループワーク1の「太郎さんとしての対応」に関する参加者の発言は、「まずは老人会に行ってみよう」とか「状況によっては老人会に行ってみよう」という積極的な対応がみられた一方で、「自分で対応できるので老人会には行かない」「老人会には行きにくい」「閉じこもっていたい」「生活に不安と寂しさがある」など、消極的な対応もみられた。

また、「老人会の世話役としての関わり方」に関する参加者の発言は、「積極的に関わりたくない」という消極的な発言がみられる一方、「太郎さんのニーズをつかむ」「太郎さんと信頼関係がある人をつくる」「太郎さんの主体性を尊重する」「誘い方を工夫する」などの太郎さんと関わろうとする発言もみられた。

グループワーク2でみられた「閉じこもりがちな高齢者が地域で暮らすにはどのようなことが必要か」という

表1 「閉じこもり」予防のための啓発：グループワークプログラムの概要

<p><妻と死別した閉じこもりがちな独居男性高齢者事例の紹介></p> <p>太郎さんは75歳の男性で、市内の大手製薬会社に勤めていましたが、定年後、約10年前に妻の花子さんと一緒に市中心部から引っ越してきました。無口でおとなしい太郎さんですが、社交的な妻の花子さんに誘われて、退職後は、地域の老人会や集まりに参加したりしていました。ある日、妻の花子さんが突然、心臓発作で倒れ、1カ月の入院の後、亡くなりました。近所の人は通夜の案内があって初めて花子さんが入院していたことを知って驚いた様子です。</p> <p>あなたは老人会の世話人です。これまで、太郎さん夫婦とは顔を合わせていますが、太郎さん個人とは1対1で親しく話す間柄ではありませんでした。太郎さんは、妻の花子さんの死後1年が過ぎ、めっきり老人会には顔を出さなくなりました。</p> <p>ある日、あなたは太郎さんに総会の案内と年会費の依頼に行くことになりました。</p>
<p><グループワーク1></p> <p>仮定その1(太郎さんグループ)</p> <p>あなたは太郎さんです。</p> <p>今後、どうしていきたいと思えますか。世話人の訪問を受けたと仮定して、そのとき、どのように対応したいと思えますか。</p> <p>仮定その2(世話人グループ)</p> <p>あなたは世話人です。</p> <p>このきっかけに、太郎さんに状況を聞き、また老人会への参加を働きかけたいと思えます。さて、どんなふうに働きかけてみたいと思えますか。</p>
<p><グループワーク2></p> <p>太郎さんのような一人暮らしの男性の高齢者と地域の人々が交流しながら地域とともに過ごしていくためには、どんなことが大切でしょうか。</p>

問いに対しては、「高齢者にも主体性が必要である」「高齢者が地域で集まれる場をつくる」「地域交流の基盤をつくる」「閉じこもりがちな高齢者が近隣とつながりをもつようにする」など、主体性のある意見が参加者からみられた。

つまり、グループワークなどの手法を用い、高齢者や地域住民の主体性を引き出すことを目指したプログラムを行うことにより、参加者自身から「閉じこもり」予防に対する前向きな発言や提案がみられた。住民自身が「閉じこもり」にならないためにも、地域で「閉じこもり」を早期に発見するためにも、「閉じこもり」予防に対する地域住民に啓発する試みは重要であると考えられる。

3. 「閉じこもり」の未病看護ケアの特徴

1. 未病として的高齢者の「閉じこもり」

以上より、未病という観点から「閉じこもり」をとらえてみると次の3点のポイントが挙げられる。

- ①適切な予防を行えば要介護状態にならない。
- ②「閉じこもり」の高齢者本人の生活に著しい支障が来

していない。

- ③高齢者本人が「閉じこもり」を続けることによって要介護状態に至るとは自覚していない。

未病状態は、東洋医学的未病としては「軽微な自覚症状はあるが、検査では発見できない状態」と、西洋医学的未病としては「自覚症状はないが、検査をすれば異常値を示す状態」とに位置づけられている¹³⁾。しかし、「閉じこもり」とは、感染症のように原因と病態が明確な疾患とは異なり、原因が多岐にわたり、一連の多彩な症状や徴候で形成されるまとまった身体心理社会的な機能低下を引き起こしている状態、すなわち「症候群」ととらえることができる。つまり、「閉じこもり」は臨床検査などで診断できないことがその特徴であり、どちらかといえば、東洋医学的未病としてとらえる方がわかりやすいかもしれない。

看護学とは、対象者の顕在化している健康問題だけでなく、今後発生し得る健康問題を予測し、また対象者の健康状態がより良くなるために、潜在している健康課題をとらえてアプローチするものである。このような視

点から考えると、未病状態は、特定の疾患をターゲットとする状態像ととらえるだけでは限界がある。つまり、未病状態を「その生活スタイルを続けていると、特定の疾患だけではなく、様々な疾患や病態を引き起こす可能性が高い、未だ病気ではないが病気になりやすい生活状態」と定義づける方が、看護ケアを展開しやすいと考える。

2. 「閉じこもり」の未病看護ケアの特徴

以上より、「閉じこもり」の未病看護ケアのアプローチの特徴を下記のとおり、まとめてみたい。

1) Appropriate screening : 適切なスクリーニング方法

地域では「閉じこもり」高齢者を外出頻度などで把握するようになってきているが、地域ケア活動の中で、「閉じこもり」高齢者を適切に選択するための妥当なスクリーニング・システムが必要と考える。

2) Multidisciplinary assessment & care : 学際的なアセスメントとケア

高齢者の「閉じこもり」は身体心理社会的な要因などから発生しており、一元的なアプローチでは問題を解消するのは非常に難しい。したがって、対象者の状況を身体心理社会的な多側面からアセスメントし、看護職だけではなく医師、福祉職、理学療法士、福祉用具のコーディネーターなど、学際的なチームケア・アプローチが必要になることが多い。

3) Comprehensive care : 包括的なケア

「閉じこもり」は、例えば個別ケアだけを提供し続けるだけでは問題が解消されない。むしろ、グループケア、個別ケア、啓発活動や地域づくりなど包括的なケア・アプローチを行うことによって、一定の効果を上げることができる。

4) Empowerment : エンパワーメント

ケア提供者のみが「閉じこもり」予防の必要性を知り、一方的にケアを提供しても、「閉じこもり」の解消につながらない。対象となる高齢者や周囲の人々が、「閉じこもり」を続けることによって生活機能が低下すること、「閉じこもり」は予防できることなどを知り、人々自身が自ら解決方法を考える力をもてるように関わるのが重要である。

文 献

- 1) 竹内孝仁：寝たきり老人の看護と看護研究の枠組み。看護研究 25(4)：300-306, 1992.
- 2) 平井 寛, 近藤克則：高齢者の「閉じこもり」に関する文献学的研究 研究動向と定義・コホート研究の検討。日公衛誌 54(5)：293-303, 2007.
- 3) 新開省二：対象者把握のためのアセスメントとチェックリスト。介護予防研修テキスト(厚生労働省老健局計画課監修, 介護予防に関するテキスト等調査研究委員会編), pp.150-166, 社会保険研究所, 東京, 2001.
- 4) Kono, A., Kai, I., Sakato, C. et al.: Frequency of going outdoors: a predictor of functional and psychosocial change among ambulatory frail elders living at home. J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci. 59(3)：275-280, 2004.
- 5) Kono, A., Kai, I., Sakato, C. et al.: Frequency of going outdoors predicts long-range functional change among ambulatory frail elders living at home. Arch. Gerontol. Geriatr. 45(3)：233-242, 2007.
- 6) 河野あゆみ：閉じこもり。老年症候群別看護ケア関連図&ケアプロトコル(金川克子監修, 田高悦子, 河野あゆみ編), pp.278-295, 中央法規出版, 東京, 2008.
- 7) 河野あゆみ, 金川克子, 伴真由美ほか：地域高齢者における介護予防をめざした機能訓練事業の評価の試み。日公衛誌 49(9)：983-991, 2002.
- 8) 吉田裕人, 藤原佳典, 天野秀紀ほか：介護予防事業の経済的側面からの評価 介護予防事業参加群と非参加群の医療・介護費用の推移分析。日公衛誌 54(3)：156-167, 2007.
- 9) Kono, A., Kai, I., Sakato, C. et al.: Effect of preventive home visits for ambulatory housebound elders in Japan: a pilot study. Aging Clin. Exp. Res. 16(4)：293-299, 2004.
- 10) Kono, A., Fujita, T., Tsumura, C. et al.: Preventive home visit model targeted to specific care needs of ambulatory frail elders: preliminary report of a randomized trial design. Aging Clin. Exp. Res. 21(2)：167-173, 2009.
- 11) 新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典ほか：地域高齢者における“タイプ別”閉じこもりの出現頻度とその特徴。日公衛誌 52(6)：443-455, 2005.
- 12) 河野あゆみ, 丸尾智実, 藤田俱子ほか：独居男性高齢者のための地域交流促進をめざしたグループワークにおけるプロセス。日地域看護会誌 12(2)：45-50, 2010.
- 13) 福生吉裕：現代における未病医学とは。次世代の医学・医療がわかる 未病医学 入門(日本未病システム学会編), pp.2-7, 金芳堂, 京都, 2006.

独居男性高齢者のための地域交流促進をめざした グループワークにおけるプロセス

Group-work Program Process for Development of Neighborhood-level Contact on Elderly Men Living Alone

河野あゆみ¹⁾
Ayumi Kono

丸尾 智実¹⁾
Satomi Maruo

藤田 侑子¹⁾
Tomoko Fujita

田高 悦子²⁾
Etsuko Tadaka

国井由生子³⁾
Yuko Kunii

目的：本研究の目的は独居男性高齢者における「一人で暮らす地域でのおつきあい」をテーマとしたグループワーク(以下GWとする)のプロセスを明らかにすることである。

方法：独居男性高齢者22人と地域住民12人にGWを行った。GWでは老人会への参加が少ない独居男性高齢者の太郎さんに世話人が年会費を回収する場面を設定し、『太郎さんの反応』『世話人の関わり方』『独居高齢者が住みやすい地域づくり』について話し合い、その内容を逐語化し質的分析を行った。

結果：『太郎さんの反応』では「まずは老人会に行く」「状況によっては老人会に行く」と「老人会には行きにくい」「閉じこもっていたい」、『世話人の関わり方』では「積極的に関わらない」と「太郎さんのニーズをつかむ」「太郎さんと信頼関係がある人をつくる」「太郎さんの主体性を尊重する」「誘い方を工夫する」「積極的に誘う」という意見がみられた。『独居高齢者が住みやすい地域づくり』では「高齢者にも主体性が必要である」「高齢者の集まる場をつくる」「高齢者や住民に情報提供を行う」「閉じこもり高齢者とのつながりをもつ」「地域交流の基盤をつくる」がみられた。

考察：GWにより、参加者は独居男性高齢者が住みやすい地域づくりについて建設的な提案を考えることが示された。

結論：目的志向の高いGWを行うことにより高齢者や地域住民の地域づくりへの関心を高めるプロセスが明らかになった。

キーワード：グループワーク、高齢者、男性、地域交流、独居

Key words : group-work, elder, male, neighborhood-level contact, living alone

1. はじめに

わが国では、1985年には65歳以上の高齢者のうち独居者が占める割合は9.3%(113.1万人)であったが、2007年現在、高齢者2758.4万人のうち、15.7%(432.6万人)と独居高齢者は確実に増えてきている¹⁾。独居高齢者が健康上の問題をかかえやすい対象であることは、一般的に知られており^{2)~4)}、増加している独居高齢者に対応する在宅ケ

ア体制づくりが必要なことはいうまでもないことである⁵⁾。

一般的に、夫のほうが妻より年齢が高いことが多いこと、女性の平均寿命が長いことなどから、2005年現在、独居高齢者のうち男性が占める割合は約27%程度である¹⁾。しかし、女性独居高齢者に比べ、男性独居高齢者の絶対数は少ないが、男性独居高齢者は死亡のリスクが高いという報告⁶⁾や、男性は介護予防事業などへの参加が少な

Received: August 4, 2009

Accepted: February 2, 2010

1) 大阪市立大学大学院看護学研究科 Graduate School of Nursing, Osaka City University

2) 横浜市立大学医学部看護学科 School of Nursing, Yokohama City University

3) 千葉大学大学院看護学研究科 Graduate School of Nursing, Chiba University

く⁷⁾、地域支援を行ううえで工夫が必要な対象者であることが指摘されている⁸⁾⁹⁾。

現在の女性高齢者世代は、子育てや主婦としての役割を通して、地域や近隣の人とのつきあいを現役時代に培っていることが多く、高齢になっても、そのような関係性を保っている傾向があると考えられる。それに対して、職場生活を中心とした現役時代を送ってきた男性高齢者は、定年後、近隣の人と親密な関係をもちにくいとも指摘¹⁰⁾されている。また、西村¹¹⁾は、独居男性高齢者では、社会関係が乏しいことが孤独感をもつことにつながると報告しており、独居男性高齢者が地域での交流や社会関係を豊かにすることは、その生活の質(Quality of Life: QOL)を高めるうえでも重要なことである。

以上より、独居男性高齢者が地域での交流をもち、保健福祉事業などとの接点をもてるように支援する必要性は明らかであるが、実際に独居男性高齢者を対象とした地域での交流を促進するケアプログラムについて、報告したものはほとんどみられない。ケアプログラムを評価する際には、Donabedian¹²⁾が指摘しているように、ケアの効果としてのアウトカムだけではなく、参加者の主体性や取り組み状況などのケアのプロセスを示す必要がある。

本研究では、独居男性高齢者と高齢者を近隣で支えたいと考えている地域住民を対象とした「一人で暮らす地域でのおつきあい」をテーマとし、具体的な事例を想定したグループワーク(以下GW)を試みた。本研究の目的は、GWでの参加者の発言内容の質的分析から、GWのプロセスを明らかにすることであり、男性独居高齢者の地域交流促進のためのGWを企画する際の基礎資料とする。

II. 方法

1. 対象

対象地域は大近郊農村地域Y地区と都市住宅地域O地区である。Y地区は個人所有の大規模の畑が点在した地縁や血縁関係が強くみられる地域である。O地区は高度経済成長期に埋め立てが開始された住宅地域で高層共同住宅がほぼ100%を占めており、住民の大部分が転入者である。地域特性の異なる2地区を選んだのは、地域特性にかかわらず活用できる共通性の高いGWを展開したためである。

本研究の対象者は上記、Y地区とO地区の独居男性高齢者22人と地区活動の推進役を担う地域住民12人である。対象者については、前年度に行ったニーズを把握のための面接調査¹³⁾の対象者を中心に参加をよびかけ、かつ、各地区の保健師等からの紹介による希望者も含めた。また、本研究の対象者を独居男性高齢者と地区活動推進役の住民としたのは、地域で交流を促進する介入を行う際には、高齢者と高齢者を取りまく地区活動推進役の住民双方の意識を高める必要があるためと考えたからである。

表1 グループワーク(GW)プログラムの内容

【妻と死別した閉じこもりがちな独居男性高齢者事例の紹介】

大浜太郎さんは75歳の男性で、○地区に住んでいます。太郎さんは市内の大手製薬会社に勤めていましたが、定年後、約10年前に妻の花子さんと一緒に市中心部から引っ越してきました。子どもは息子が2人います。長男の一郎さんは48歳、次男の次郎さんは45歳でそれぞれ△市内に家庭をもって暮らしています。

無口でおとなしい太郎さんですが、社交的な妻の花子さんに誘われて、退職後は、地域の老人会や集まりに参加したりしていました。ある日、妻の花子さんが突然、心臓発作で倒れ、1カ月の入院の後、69歳で亡くなりました。近所の人は通夜の案内があつて初めて花子さんが入院していたことを知って驚いた様子です。花子さんの死後、太郎さんは一人暮らしとなりました。

あなたは老人会の世話人です。これまで、太郎さん夫婦とは顔を合わせていますが、太郎さん個人とは1対1で親しく話す間柄ではありませんでした。太郎さんは、妻の花子さんの死後1年が過ぎ、めっきり老人会には顔を出さなくなりました。

ある日、あなたは太郎さんに総会の案内と年会費の依頼に行くことになりました。

【GW1】

仮定 その1 (世話人グループ)

あなたは世話人です。

このきっかけに、太郎さんに状況を聞き、また老人会への参加を働きかけたいと思います。さて、どんな風に働きかけてみたいと思いますか。

働きかける内容や質問をグループで25分程度考えてみてください。

仮定 その2 (太郎さんグループ)

あなたは太郎さんです。

今後、どうしていきたいと思いますが、世話人の訪問を受けたと仮定して、そのとき、どのように対応したいと思いますが。

太郎さんの思いや世話人への対応の内容をグループで25分程度考えてみてください。

【GW2】

それぞれの立場からの発表を聞いてどのように思ったでしょうか。

また、それらを踏まえて太郎さんのような一人暮らしの男性の高齢者と地域の人々が交流しながら地域でともに過ごしていくためにはどんなことが大切でしょうか。

独居男性高齢者ができること、地域や近所ができること、行政などでできることなど、グループで35分程度自由に話してみよう。

2. GW方法と内容

Y地区では2008年12月に、O地区では2009年1月に各地区の集会所等で「一人で暮らす地域でのおつきあい」をテーマとしたGWプログラムを、各地区の保健師等の協力を得て、研究者らが主な介入者となって実施した。

GWでは、男性高齢者数人と地区活動推進役の住民が1～2人で構成したグループをつくり、進めた。プログラムの構成はオリエンテーションが5分、ミニ講話「人とのつながりと心の健康」が10分、GW1が25分、休憩が10分、GW2が35分、まとめが5分である。

GWの内容を表1に示す。妻の死後閉じこもりがちな独居男性高齢者、太郎さんから世話人が年会費を回収する場面を設定した。GW1では、世話人グループでは「太郎さんへの働きかけ」について、太郎さんグループでは「世話人の訪問を受けた太郎さんの思い」を話すグループに分かれて話し合った。研究者らや保健師等がGWの進行役を行い、各グループで話し合った内容を進行役等が発表し、研究者がフィードバック(以下、FBとする)を行った。

表2 「太郎さんの反応」に関するGW参加者の発言

3次コード	2次コード	1次コード*
「老人会には行きにくい」	自分から老人会に行きたいとは思わない	自分から行こうと思うけどなかなか行けない。こっちから進んで仲間に入るという気持ちもないし、必要性もない。
	集まりに参加すると役割が増えそうで気が重い	集まりに行くようになると役割が増えてきて厄介やなあとと思う。一人になって孤独になると責任とれるかわからないので参加したくない。
	知らない人の集まりには入りにくい	できあがった組織(老人会)の中には入りづらい。
	他人と関わるのに気後れがある	相手にしょうもないことを尋ねそうで不安。他人の発言は聞いても自分で発言する元気さはない。
	地域のおつきあいは急には入りにくい	地域の会長さんが来ても今までおつきあいのなかった人の中には入りづらい。仕事一筋できた人がそういうところに参加しろといわれてもなかなか難しい。
「生活に不安と淋しさがある」	身の回りのことも自分でできずに不安がある	一人になると家事を自分でやらなあかん。忙しいのに時間はある。食事何を食べたいのか、わからないで不安になる。
	病気になったときのことが心配である	一人暮らしで病気になったときにどこまで行政が入ってくれるんやろと思う。
	淋しい気持ちをまぎらわしたい	テレビを見るのも嫌なので時間を潰す方法を教えてほしい。
「閉じこもっていたい」	妻が亡くなって閉じこもっていたい	奥さんが行かないところに行ってもしゃあないなという孤独感がたつ。退職して妻が亡くなってダブルパンチを受けた感じ。
	人づきあいたい気持ちとしたくない気持ちがある	誘ってもらおうと嬉しい一方、行きたくないという相反する気持ちがある。
「自分で対応するので老人会に行かない」	自分で生活を充実させることができる	自分の時間が大事なのでめくらめっぽう立ち入られても困る。老人会に誘われなくても自分の世界をもっている。
	定年になったら自分の考えを変える	定年退職したら考えを切り替えて自分で世界を広げることが大切。
「状況によっては老人会に行ってみたい」	声をかけてもらえば老人会に行きたい	誰かに声をかけてもらったら行きやすい。連絡をもらうと行かなきゃいけないんだという気持ちになる。
	何度も誘ってもらえれば老人会に行く	何度もしつこく誘われると行ってみようという気持ちになる。
	知っている人に誘ってもらえると行きやすい	知っている人からボンと押されたら行きやすい。
	老人会の内容によっては行ってみたい	老人会がもしよければ行きたいという気持ちもある。
「まずは老人会に行ってみる」	自分から外に出てみる	とにかく外に出ることにはあきらめません。待つばかりではなく、入るところがあれば自分から進んで入る。

*代表的な1次コードを各1～2つ選択して例としてあげた。

GW2では、太郎さんのような高齢者が地域で暮らすために「独居男性高齢者ができること」「地域や近所でできること」「行政でできること」などを話し合ってもらい、GW1と同様に発表とFBを行った。

FBにより、参加者がGWに臨む目的や意識が明確になると考えたため、GW後のFBでは、発表された意見の良い点のみとめ、不十分な点を示すように努めた。また、参加者には、一人一言は発言をすること、ユーモアを忘れずに楽しく話すこと、他の人の意見を尊重することなどGWの心得を示した。

3. 分析

参加者のGWやFBの中での発言内容を録音し、逐語化を行った。逐語データから①太郎さんの反応、②世話人の関わり方、③独居男性高齢者が住みやすい地域づくりをテーマとして、それらに関連する内容を意味ごとに区切り、可能な限り対象者の表現を活用し、1次コードをつけ、2次コード、3次コードとテーマごとに抽象化を行った。GWでは、地区活動推進役住民は独居男性高齢者の立場を理解し、一方で独居男性高齢者は地域の世話人の立場を理解することによって、双方の立場を考えながら地域づくりのあり方を共有することをめざしたため、コード化の際には発言者が高齢者か住民であるかについては区別をしな

かった。分析過程では、研究グループ内で討議を行い、分析の適切性を確保するように努めた。

4. 倫理的配慮

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、プログラムへの参加等への協力は自由意思に基づくこと、研究目的以外ではデータを使用しないこと、発言内容を逐語データとするが、その際には個人を特定できる形で分析はしないことを説明した。なお、全対象者から録音の同意を得ることができた。本研究はA大学医学部研究倫理委員会から承認をうけて実施した。

III. 結果

1. 対象者の概要

独居男性高齢者の年齢は平均75.8歳(標準偏差7.3)、平均独居年数は12.5年(標準偏差11.8)であった。独居男性高齢者22人中、要介護認定を受けていた者は5人(要支援1の者が4人、要介護1の者が1人)、毎日外出していた者は10人、友人知人との交流状況が週1回以上の者は10人、近所の人との交流状況が週1回以上の者は10人であった。

地域住民の平均年齢61.6歳(標準偏差9.3)、性別構成は男性3人と女性9人であった。12人ともすべて地区活動の

表3 「世話人の関わりかた」に関するGW参加者の発言

3次コード	2次コード	1次コード
「積極的には関わりたくない」	誘うのが難しい人もいる	積極的なことを全然やらないタイプを引っ張っていくのは難しい。団塊の世代は老人会に誘っても反応しない。
	入りたくない人は誘わない	入りたくない人を後追いしない。
	自分には世話人はできない	私にはとても世話人という役割はとれない。
「太郎さんのニーズをつかむ」	まず太郎さんの話をひきだす	「聞き上手」という立場を守ってできるだけ本人にしゃべってもらい。相手の発言が多いほど後の対策はやりやすい。
	太郎さんの困っていることをつかむ	何で困っているのか悩んでいるのか不便なのかをつかむ。
	太郎さんの得意なことから入る	現役時代の仕事や趣味など高齢者の得意な部分にアプローチする。
「太郎さんと信頼関係がある人をつくる」	何回か声をかけて関係をつくる	一人なのでその後で考えて次の機会に返事をすることもある。趣味が何かで近づいていってその関係が少しできてくれば聞いてくる。
	太郎さんと話が合う人が必要	高齢者に来てもらうために最初は面倒を見る人が必要。老人会に参加して自分と話が合う人がいれば話が進む。
「太郎さんの主体性を尊重する」	押しつけがましい態度はとらない	あまり押しつけがましいことはやらない。10歩まで入らんと3歩くらい入って話してそこで帰る。
	相手の気持ちが主体的になるように進める	お互いもちつもたれつという気持ちに変わるように進めていく。
「誘い方を工夫する」	楽しいことをアピールして誘う	誘うときに楽しいことをアピールする。
	ストレートに声をかけるだけでは難しい	「老人会の定例会がいついつありますから」と何ほ言うても来ない。「会費もらいたいから入ってくれ」では難しい。
	配慮しながら2人以上で行ったほうがよい	2人以上で訪ねるほうが客観性がとれる。2人以上で行くほうがいいが、威圧感があるので加減せなあかん。
「積極的に誘ってみる」	積極的に誘う姿勢をもつ	配偶者を亡くした後、女性に比べて男性はダメなので働きかけが必要。老人会という場にまず集まることが大切。
	閉じこもっていることの弊害を伝える	一人で思い煩っていると認知症になってしまうと伝える。
	まず声をかけてみる	思い切ってピンポンを押してみれば案外話してもらえる。

*代表的な1次コードを各1～2つ選択して例としてあげた。

推進役を行っており、保健福祉活動推進員が6人、地区社協役員が2人、自治会役員が5人、老人会役員が1人含まれていた(複数回答)。

2. 太郎さんの反応

『太郎さんの反応』に関するGW参加者の発言を表2に示す。『太郎さんの反応』ではマイナスイメージのものとして「老人会には行きにくい」「生活に不安と淋しさがある」「閉じこもっていたい」「自分で対応できるので老人会には行かない」があげられ、プラスイメージのものとして「状況によっては老人会に行ってみよう」「まずは老人会に行ってみよう」があげられた。

3. 世話人の関わり方

『世話人の関わり方』に関するGW参加者の発言を表3に示す。『世話人の関わり方』では、マイナスイメージのものとして「積極的には関わりたくない」という3次コードがみられたが、「太郎さんのニーズをつかむ」「太郎さんと信頼関係がある人をつくる」「太郎さんの主体性を尊重する」「誘い方を工夫する」「積極的に誘ってみる」のプラスイメージの3次コードが多かった。

4. 独居男性高齢者が住みやすい地域づくり

『独居男性高齢者が住みやすい地域づくり』に関するGW

参加者の発言を表4に示す。『独居男性高齢者が住みやすい地域づくり』の3次コードは「高齢者にも主体性が必要である」「高齢者の集まれる場をつくる」「高齢者や住民に情報提供を行う」「閉じこもりがちの高齢者となつなかりをもつようにする」「地域交流の基盤をつくる」など、ほとんどのコードはプラスイメージの内容であった。

IV. 考察

本研究の特徴は、独居男性高齢者における地域交流促進のためのGWプログラムを作成し、独居男性高齢者と地域住民を対象に試行し、GWでの発言内容からそのプロセスを明らかにしたことである。

過去の研究では地域高齢者と近隣の人々の交流が抑うつに影響を及ぼすこと¹⁴⁾、地域参加活動量と関連していること¹⁵⁾などが報告されており、高齢者が近隣の人々との良い交流をもつことが重要なことは明らかなことである。本プログラムは、一方的に高齢者に近隣の人々との交流を勧める講義形式ではなく、参加者が主体的に課題を考えてもらうためにGWをとりいれた。その結果、設定した独居男性高齢者の立場にたつてGWを実施した場合、まず老人会に行ってみるなどプラスイメージの意見がみられた反面、生活への不安や淋しさを述べた者や老人会には行きたくないという気持ちを表した者など、マイナスイメージの意見がみられた。しかし、世話人としての立場にたつた

表4 「独居男性高齢者が住みやすい地域づくり」に関するGW参加者の発言

3次コード	2次コード	1次コード
「高齢者にも主体性が必要である」	高齢者にも自分から動く主体性が必要である	きっかけがあれば話しかけられるので太郎さんも本人からやらなあかん。
	人との関わりは大切であることを伝える	淋しさと自由な簡単さはいつも背中合わせと考える。
	人と関わることは楽しいと伝える	あまり難しいことを言わないで皆で楽しみながら輪をつくる。
「高齢者の集まれる場をつくる」	誰かが待っているという場をつくる	そこに行けば誰かが待っているという安心感が必要。
	気楽に行ける場をつくる	気楽にお茶を飲んで友人ができればしゃべればよいという場を活用する。
	健康を話題にして老人会を行うとよい	健康の話題と結びつけて老人会の催しものを誘うと乗ってきやすい。
	高齢者の集まりを組織としてつくる	集まりで何をやるかが一番先だと思う。
	情報提供を徹底させる	わかっているだろうではなく、PRはしつこくきちっとするのが必要。
	継続的に情報提供を行う	100回チラシを貼っても来ないかもしれないが、持続することが大切。
	人のつながりを通して情報提供を行う	近所のつながりの中で老人活動の情報を与える。
	チラシや掲示板を使って情報提供を行う	掲示板のポスターは関係ない人もしょっちゅうみる。顔を合わせていなくても自治会や老人会の活動内容をピラでまわす。
「閉じこもりがちな高齢者とつながりをもつ」	積極的に誘ったほうがよい	すげすけと家まで出かけていろいろ話したほうがよい。
	根気強く声かけを行う	安否確認のように、閉じこもりがちな人にはちょこちょこ電話をする。
	相手の意向や状況を尊重する	しゃべりたくない方はしゃべらなくてもいいという場もつくる。
	家族にもアプローチする	うつ傾向にある人には家族との関係も深めるようにする。
	きっかけをつかんでつながりをつくる	ちょっとした趣味の話から輪を広げていく。
「地域交流の基盤をつくる」	地域の組織を活用してつながりをつくる	自治会や町会で閉じこもっている人の相談にのる。
	知らない人にも声をかける	知らない人でも声はかけるようにする。
	住民同士で気になる高齢者の情報をつかむ	淋しい想いをしている高齢者がいるという情報を住民同士でつかまえる。
	まず挨拶から人とのつながりが始まる	挨拶以外はしていないけど、とりあえず挨拶だけはしたい。2～3回会ったら頭下げて、それが重なれば言葉をかけられる。
	地域で役割や決まりをつくり、交流をもつ	男性は町会などで役割をもつと仲間意識ができて親しい友達ができる。
	行動をともにする状況をつくる	「歩こう会」みたいに行動をともにすることがあればお互いかわかる。
知っている人を通じて交流の輪を広げる	ごく親しい方が「一緒に行こうや」と誘ってくれたら出かけると思う。	

*代表的な1次コードを各1～2つ選択して例としてあげた。

GWや住みやすい地域づくりの提案を考えるGWでは、マイナスイメージの意見より、独居男性高齢者への関わり方の工夫を述べた者や、地域での交流に対する建設的な意見が多くみられたのは興味深い結果と考える。

以上より、高齢者や住民にGWを行うことによって、地域づくりに関する具体的な提案を考え、その関心を高められると考えられる。各グループに地区活動推進役の住民が参画し、保健師等がGWの進行役を行えば、平均年齢75歳の対象者であっても発言を行い、自ら近隣との交流関係や地域づくりを考えることができることが示された。また、保健福祉事業を提供する際にプログラムの工夫が必要と指摘されている男性高齢者^{7)~9)}に対しては、目的志向の高いGWを行えば、建設的な意見を引き出すことができる可能性が示された。

しかし、本研究は対象者がわずか34人と小規模の研究であったこと、研究参加への協力が得られたGWを行いやすい対象者であったことから、結果の解釈には限界がある。また、本GWでは比較的多くの地域でみられる一般的な事例を設定したが、地域特性によるGWの参加者の反応や発言内容の違いなども今後明らかにする必要がある。

本研究はGWによる発言内容、すなわちプロセスに着

目して質的分析を実施したものである。GWの効果、すなわちアウトカムを評価するために、高齢者や住民の地域づくりへの意識に関する適切な評価指標を用いた、大規模介入研究を行い、本プログラムの汎用化を図ることが今後の課題である。

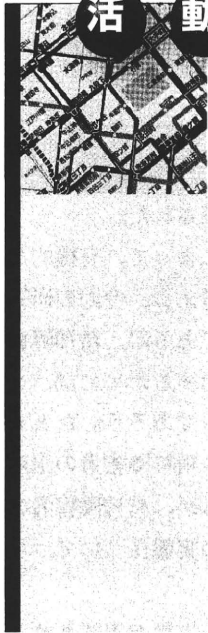
謝辞：本研究の実施にあたり、多大なるご協力をいただきました大阪市住之江区および横浜市青葉区の関係者の皆様に深く御礼申し上げます。また、事業にご参加いただきました高齢者の方と住民の皆様に、心より御礼申し上げます。

なお、本研究は平成20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。

文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：平成20年度版社会保障統計年報。2009。http://www.ipss.go.jp/index.html(2009年6月20日現在)
- 2) 本田亜起子・斉藤恵美子・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49(8)：795-801, 2002
- 3) Guzman JS, Sohn L, Harada ND : Living alone and outpatient care use by older veterans. JAGS 52 : 617-622, 2004
- 4) Kharicha K, Iliffe S, Harari D, et al : Health risk appraisal in

- older people 1 : Are older people living alone an 'at-risk' group?. *Br J Gen Pract* 57(537) : 271-276, 2007
- 5) 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* 15 : 156-161, 2004
 - 6) 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 cohort study. *BMC Public Health*, 16(7) : 335, 2007
 - 7) 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* 52(12) : 1050-1058, 2005
 - 8) 上原健司・北村喜一郎・杉本洋・他 : 同性から見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* 63(11) : 984-994, 2007
 - 9) 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* 63(11) : 978-982, 2007
 - 10) 吉井清子・近藤克則・久世淳子・他 : 地域在住高齢者の社会関係の特徴とその後の2年間の要介護状態発生との関連性. *日本公衛誌* 52(6) : 456-467, 2005
 - 11) 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* 15 : 184-191, 2004
 - 12) Donabedian A : Selecting approaches to assessing performance, Bashshur R (ed), *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: Oxford University Press, pp 45-57, 2003
 - 13) 河野あゆみ・田高悦子・岡本双美子・他 : 大都市に住む一人暮らし高齢者のセルフケアを確立するための課題. *日本公衛誌* 56(9) : 662-673, 2009
 - 14) Wight RG, Cummings JR, Karlamangla AS, et al : Urban neighborhood context and change in depressive symptoms in late life. *J Gerontol : Soc Sci* 64B(2) : 247-251, 2009
 - 15) 安田節之 : 大都市近郊の団地における高齢者の人間関係量と地域参加. *老年社会科学* 28(4) : 450-463, 2007



介護保険サービス未利用の 要支援認定高齢者を対象にした 予防訪問プログラムの開発

大阪市立大学医学部看護学科
藤田 俱子／河野 あゆみ
泉大津市地域包括支援センター
近藤 智子
甲南女子大学看護リハビリテーション学部
津村 智恵子

はじめに

わが国では介護保険制度の第1号被保険者数が介護保険導入の2000(平成12)年度末から2007(平成19)年度末まで増加の一途をたどっており、2007年度末では要支援認定者数が全体の約26%を占めている^{1,2)}。

しかし、2009(平成21)年1月末の介護保険事業報告³⁾によれば、第1号被保険者の要支援認定者のうち、居宅(介護予防)サービス未利用者はおよそ35.0%にも上っており、要介護状態が悪化しないための水際作戦⁴⁾を展開しているものの、介護保険サービスを受給していない高齢者が約3割以上を占めていることになる。そこで、現在研究者らは、無作為抽出した介護保険サービス未利用の要支援認定高齢者を対象に保健福祉職が予防訪問を実施し、その効果を評価する研究を実施している⁵⁾。

本研究では、対象者の生活機能の悪化を予防する目的で生活状況を把握し支援を検討する家庭訪問を予防訪問とした。

本稿では、予防訪問を実施する際、同一の視点を持ち介入できるよう予防訪問プログラムの開発を行った過程を報告する。

方 法

予防訪問プログラムは、「予防訪問マニュアルの設定」「観察項目の抽出」「記録用フォーマットの検討」「考えられる問題点と支援のコード設定」「プレテスト」「修正」の手順で作成された。以下それぞれの手順について記述する。本プログラムの開発は2007年7月から11月に実施された。

■予防訪問マニュアルの設定

実際に予防訪問を行う地域包括支援センター等の保健福祉職が統一したプログラムを実施できるように、予防訪問の流れについてマニュアルを作成した。マニュアルには予防訪問の目的と同意について確認することを記載し、予防訪問の手順については研究者間で検討し作成した。

■観察項目の抽出

予防訪問実施者が統一した視点をもって対象者の観察を実施できることを目的に観察項目を抽出した。観察項目は地域包括支援センター業務マニュアル⁶⁾にある「運動移動」「日常生活」「社会交流」「健康管理」の4領域と「高齢者の

図1 観察項目記録用フォーマット例

運動・移動について	選択項目(1回目に選択) 該当項目を一つ選択し丸をつける	特記事項 選択肢だけでは表現 できない内容を記述 する	2回目	3回目	4回目
			/	/	/
1 日常生活動作の移動について	a)支障なし b)困難さあるが支障はない c)支障あり	(/)日付を記入 する			
2 自ら行きたい場所へ様々な手段を活用して移動できる	a)はい b)いいえ				
3 主な外出手段について (複数回答)	a)バスや電車など公共の交通機関を利用している b)自分で車を運転している c)タクシーなどを利用しているあるいは家族の車に乗せてもらっている d)主に独力で歩行している e)杖や歩行器、シルバーカーなどを使用して歩行している f)外出手段がない g)他(特記事項へ記述)				
8 外出しない(できない)理由 (自由記述)	(/)日付を記入する				
領域の特記事項					

権利擁護⁷⁾を加えた合計5領域について検討し、先行研究⁸⁻¹¹⁾を参考に選定した。

■記録用フォーマットの検討

記録用紙としてフェイスシートと観察項目記録用フォーマット、アセスメントシートを作成した。フェイスシートにはサービスを利用しない理由と経済的な問題の有無を質問する項目を含めた。

各観察項目に対し、時間を要せず記述できるよう高齢者の状態を表す選択肢を設定し、○で囲んで表すことにした。状態像の選択だけでは表現できない内容を記述するために、自由記述欄を設けた。予防訪問プログラムによる介入は複数回実施する予定であったため、2回目以降の訪問時の記録は該当する観察項目ごとに選択肢のアルファベットを記述する枠を設けた。さ

らに各領域ごとにまとめとして状態像を一括して記述できる自由記述欄を設けた(図1)。

アセスメントシートは、アセスメントした結果を記載する用紙として1つ選択し、○で囲むかコード表に沿って選択したコード番号と具体的内容を自由記述欄に記載するよう設定した。他に支援内容について「高齢者と家族の意向」をそれぞれ自由記述する欄と、支援と意向がずれた場合の「今後の方針」を記載する欄を設けた(図2)。

■考えられる問題点と支援のコード設定

予防訪問を行った際、アセスメントした結果を記述するための統一したコード表を作成した。コードは「支援の判断」「事例の問題点や課題」「支援内容」についてそれぞれ設定した。「支援の判断」は、先行研究¹²⁾により「セル



図2 アセスメントシート

支援の判断シート		面接者：本人 家族(妻・息子・娘・嫁・婿・孫・他)		訪問日 年 月 日					
ID ()	A：支援の判断	1	2	3	4	5	訪問者		
B：事例の問題点や課題				C：支援			D：意向		
B 【コード】	【具体的内容】			C 【コード】	【具体的内容】			本人	家族
								【内容】*	【内容】*
本来行うべき支援が実施できない場合：妥当な支援の実施に向けた方針									
E：今後の方針		か月後		訪問目的					

*なるべく発言されたそのままの言葉で記入してください

フケア」から「緊急対処」までの5つの選択肢を用いた。「事例の問題点や課題」では、観察項目の各領域別に問題点を抽出し領域別に表記した。問題点の抽出は、観察項目に従い状態像が悪い状況であった場合発生すると考えられる問題を想定して項目を挙げた。「支援内容」のコードは、「支援の判断」の見守りから緊急対処まで実施されると想定される支援内容について項目を挙げた。

表現も含め、地域包括支援センターの保健福祉職に問題点や課題と支援内容の項目について確認してもらい、修正した。コードは、「支援の判断」では「セルフケア」を1、「事例の問題点や課題」「支援内容」ではいずれも運動移動の最初の項目を1として、日常生活、社会交流、健康管理、権利擁護の各項目順に通し番号をふっていった。最終版の項目の詳細は他⁵⁾に示してあるので参照されたい。

■プレテスト

予防訪問プログラムとアセスメントシートを用い、地域包括支援センターの協力を得て予防訪問のプレテストを実施した。各施設において1~2例程度の介護保険サービス未利用の虚弱

高齢者に訪問してもらい、実際に記録用紙を使用したうえで、アセスメントシートの記載しやすさ、観察項目と支援の判断、問題点や課題、支援内容の設定の妥当性について、訪問実施者から意見を出してもらい検討した。なお、氏名、住所など個人を特定する情報は記録にとどめなかった。

■修正

プレテストを経て、アセスメントシート、観察項目記録用紙、事例の問題点や課題を修正し、プレテストでの訪問実施者と最終版の確認を行った。

結 果

予防訪問マニュアルの構成については「予防訪問の注意事項」と「訪問による面接の手順」とした。予防訪問の注意事項では、予防訪問の目的を「対象者の状態悪化を予防し、現状のまま対象者がその人らしく生活していくための支援を検討すること」とし、観察項目記録用フォーマットは対象者の生活状況を把握し、その人の健康問題や課題を抽出し、アセスメントす

るためのツールと考えることを明確化した。予防訪問の手順では、フェイスシートの記載後各領域の現状を確認し、支援の判断、その根拠となる課題や問題点の抽出、支援内容、高齢者と家族の意向、今後の方針を記載することを明記した(図3)。

プレテストの対象者は介護保険未申請者が3名(男性2名、女性1名)、要支援1認定者が1名(女性)であった。年齢は70代が3名、80代が1名、世帯構成は独居が2名、高齢者世帯が2名であった。プレテストでは、要支援認定者に限らず協力を得られる対象者で行ったため、申請すれば要支援認定者となる可能性があること保健福祉職が判断した未申請者も含まれた。訪問時間は1件につき30分から1時間程度であった。

協力を得た保健福祉職からの意見は、下記のとおりである。

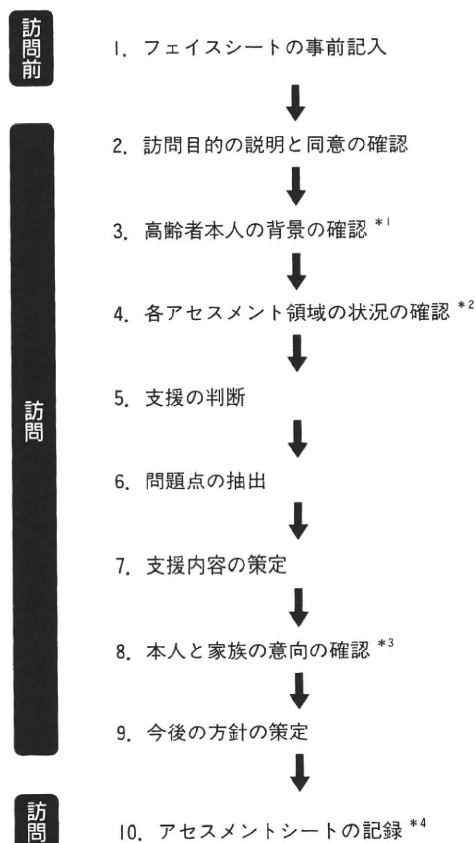
【観察項目の記録について】

- ・『日常生活』の金銭管理と『権利擁護』の金銭管理は重複するのではないか
- ・『健康管理』の観察項目の失禁と『日常生活』の排泄面の状態は重複するのではないか
- ・既往歴の手術の有無は有無の確認だけでよいのか、具体的内容も聞きとるのか
- ・『社会交流』の別居家族や友人との交流の程度の『交流』は電話も含まれるのか

【問題点や課題のコードについて】

- ・運動移動の問題点のコードが多い
- ・日常生活や家事労作は実施可能かだけでなく役割の有無により違うのではないか
- ・昼間独居であることは家庭の事情もあり問題点としては妥当ではない。昼間独居であることで発生する問題を表記したほうがよいのではないか
- ・問題点と課題のコードに、認知機能が低下して対象者が不安に感じていることがないので、該当するものがなかった

図3 予防訪問の手順



- *1 経済的な問題についても着目するが無理に聞き出そうとしない。
- *2 各アセスメント領域については具体的内容も記録する。
- *3 本人と家族の意向と支援の判断が合致せず、本来行うべき支援が実施できない場合、妥当な支援に向けての方針を記載する。
- *4 アセスメントシートにはコードの他観察や聞き取りなどから得た情報を具体的に記載する。

以上の意見を参考に、修正した観察項目を表に示す。「社会交流」では、昼間独居の場合緊急時対応ができる人がいるかどうか、交流については電話や訪問による交流の有無を尋ねるよう記載した。「健康管理」の既往歴の欄は、具体的な内容を自由記述欄に記載するよう注意事項を加えた。また、金銭管理、失禁については、それぞれの領域において観察が必要な項目として予防訪問実施の際の説明会で再度確認し、依頼した。