

在宅障害老人における「閉じこもり」と「閉じこめられ」の特徴

河野あゆみ*

目的 看護職への面接調査を行った結果、在宅障害老人における閉じこもり現象は、行動範囲が屋内に限られ、生活行動の活動性が低い生活像であり、移動能力により「閉じこもり」と「閉じこめられ」とがあることが示された。本研究では、在宅障害老人における「閉じこもり」と「閉じこめられ」の身体的特性、心理社会的特性、家族介護環境特性の特徴を明らかにすることを目的とする。

方法 石川県輪島市悉皆調査から選定した在宅障害老人321人（男性122人：女性199人、平均78.8歳）に保健婦らによる訪問面接を行った。身体的特性としてADL、上肢機能、認知能力を心理社会的特性として抑うつ、意欲、social network、サービス利用を家族介護環境特性として介護負担感、介護者の働きかけ、介護力を尋ねた。移動能力にて歩行不可群、5m歩行群、バス外出可能群に分類し、行動範囲は1週間に1回も屋外に出なかった者をHouseboundとし、生活行動の活動性は1週間どの生活行動も行わなかった者を不活動型と操作的に定義した。さらに歩行不可群でHousebound-不活動型を「閉じこめられ」とし、5m歩行群でHousebound-不活動型を「閉じこもり」とした。

成績 1. 「閉じこもり」と「閉じこめられ」の占める割合

対象者中、バス外出可能群が96人であり、この中にはHouseboundはみられなかった。歩行不可群72人中、「閉じこめられ」は49人（68.1%）、5m歩行群153人中、「閉じこもり」は16人（10.5%）であった。

2. 「閉じこもり」と「閉じこめられ」の特徴

「閉じこめられ」は歩行不可群の中でも身体機能、意欲、social networkが著しく低く、介護者の連れ出す働きかけは行われていなかった反面、介護負担感が高くなかった。また、デイサービス等の利用も少なかった。5m歩行群の中でも「閉じこもり」の身体機能は低くなかったが、意欲やsocial networkが著しく低かった。

結論 「閉じこめられ」は身体機能、心理社会特性が低く、家族介護環境特性に特徴がみられた。「閉じこもり」は心理社会特性が著しく低い特徴が明らかになった。以上より、在宅障害老人の移動能力、行動範囲、および生活行動の活動性を的確に把握し、各生活像に適した支援の重要性を提言することができた。

Key words : 在宅障害老人, 移動能力, 行動範囲, 生活行動, 閉じこもり

I はじめに

我が国の要介護高齢者数は今後さらに増加し、2010年には虚弱高齢者は190万人、寝たきり高齢者は170万人にのぼると試算されている¹⁾。しかし、適切な保健医療サービスを提供することによ

り、寝たきり高齢者を減少させることが可能である。高齢者を取りまくさまざまな人的、物的環境や高齢者自身の特性からなる複合的な結果、寝たきり高齢者は発生する^{2~4)}。高齢者のADL低下には心理社会的因子^{5,6)}や生活の過ごし方⁷⁾が関連していると数多く報告されているが、これらの調査対象の大部分は健常高齢者であり、多くの障害老人を対象としてその生活の過ごし方とADL低下を検討した報告は少ない^{8,9)}。

竹内¹⁰⁾は「閉じこもり症候群」という考え方を

* 東京医科歯科大学医学部保健衛生学科地域看護学
連絡先：〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45
東京医科歯科大学医学部保健衛生学科地域看護学
河野あゆみ

提唱しているが、これは高齢者が家に閉じこもる生活が心身ともに活動水準の低下を引き起こし、寝たきりにつながるという指摘である。しかし、「閉じこもり症候群」に関する実証研究はわずか一件¹¹⁾であり、この報告¹¹⁾では「閉じこもり」を行動範囲にて定義している。「行動範囲が家に限られている高齢者」の英訳は Housebound elderly が最も妥当であるが、すでに、Housebound elderly は健康状態が悪い、手段的自立度が低い、ソーシャル・サポートが乏しい、認知能力が低い、抑うつ状態や不安が強い^{12~15)}など、Quality of Life (QOL: 生活の質) が低い対象であることは明らかにされている。

しかし、「閉じこもり症候群」は Housebound elderly と同義ではないと考える。なぜならば、「閉じこもり症候群」は行動範囲が屋内に限られることだけではなく、そのことにより生じやすい、非人間的な生活のあり方を問題として指摘しているからである。したがって、「閉じこもり症候群」を行動範囲のみで定義づけることには検討の余地があり、現在提唱されている「閉じこもり症候群」とは異なる観点から、閉じこもり現象の定義を明らかにし、その特徴を記述する必要性がある。

本研究に先立ち、実施した著者らの研究¹⁶⁾では看護職23人への半構成的面接と質的分析¹⁷⁾を行った結果、次のことが明らかにされた。①閉じこもり現象は在宅障害老人に起こる現象であった。②閉じこもり現象には高齢者の意欲やうつ状態などの心理特性、人との関わりやサービス利用などの社会的特性、家族の介護機能などが影響していた。③閉じこもり現象は行動範囲が屋内に限られ、かつ生活行動の活動性が低い生活の有りさまであった。④閉じこもり現象には、移動能力が高い「閉じこもり」と移動能力が低い「閉じこめられ」がみられた。以上より、閉じこもり現象を移動能力、行動範囲、生活行動の活動性から定義づけることができた。

本研究ではこの結果をもとにして、移動能力、行動範囲、生活行動の活動性との組み合わせから類型化した在宅障害老人の生活の有りさまを生活像とよぶことにした。これらの生活像の中で Housebound (行動範囲が屋内に限られる高齢者) であり、生活行動の活動性が低い生活像のうち、

移動能力が低い場合を「閉じこめられ」とし、移動能力が高い場合を「閉じこもり」とした。また、障害老人であっても移動能力が高い場合と低い場合では、身体的、心理社会的、家族介護環境特性に違いがあると考えられるので、「閉じこもり」と「閉じこめられ」の各特性をそれぞれ同じ程度の移動能力を持つ他の生活像と比較検討を行うことにした。

本研究では、在宅障害老人における「閉じこもり」と「閉じこめられ」の身体的特性、心理社会的特性、家族介護環境特性の特徴を明らかにすることを目的とする。

II 研究方法

1. 対象と方法

調査地とした石川県輪島市は平成8年3月31日現在、総人口29,558人、65歳以上の高齢者人口6,877人であり、高齢化率は23.3%の地域である。平成8年度輪島市福祉課による高齢者悉皆調査¹⁸⁾(調査員: 民生委員)の結果では、虚弱高齢者は451人(輪島市高齢者人口中6.5%)であり、寝たきり高齢者は204人(同3.0%)であった。この悉皆調査では「虚弱高齢者」は「日常生活行動が自分では相当時間がかかるか、または介助が必要な高齢者」であり、「寝たきり高齢者」は「日中の大半をベッドで過ごす高齢者」であり、「重度の痴呆」は痴呆症のために日常生活の介護が必要な高齢者を指す。

本研究では悉皆調査から重度の痴呆高齢者を除いた虚弱高齢者422人と寝たきり高齢者172人の合計594人を選定した。しかし、本研究の調査開始時点ですでに死亡者146人、入院37人、施設入所38人、調査拒否23人、転居長期不在その他27人がみられ、これらを除いた323人の高齢者とその介護者を調査対象とした。平成10年3月~7月に保健婦、看護婦と著者が対象者に訪問面接を行い、訪問時に介護者が不在であった56人には介護者に関する調査項目を郵送して回答を得た。有効回答者は321人であり、そのうち男性は122人(38.0%)、女性は199人(62.0%)、平均年齢は78.8歳、標準偏差は7.3であった。

2. 調査内容

1) 移動能力

移動能力は5m歩行とバス外出の自立について

て尋ねた。なお、補助具による修正自立は自立に含めた。対象者を①5 m以上歩行できない者を歩行不可群、②5 m以上歩行できるが、バスでの外出は不可能な者を5 m歩行群、③バス外出可能群に分類した。

2) 行動範囲

行動範囲は調査日からさかのぼって、一週間のうち1回も屋外に出なかった者をHousebound(行動範囲が屋内に限られる者)とし、1回以上屋外に出た者をNot-housebound(行動範囲が屋外に及ぶ者)と操作的に定義した。1人で動くことができる軽度の障害老人の行動範囲を高齢者から聞き取る場合、面接技法によっては返答が曖昧になったり、実際より過小に見積もったり、正確に評価できない可能性がある。そこで、高齢者が屋外に出ることになる活動を10種類設定し、一週間のうちに1種類でもこれらの活動を行った者をNot-houseboundとし、まったく何も行わなかった者をHouseboundとした。

3) 生活行動の活動性

生活行動は日常生活行動の質問票¹⁹⁾の家事の行動4項目、文化的行動5項目、社会的行動2項目を使用した。各行動について一週間のうち「ほとんどしない」、「ときどきする」を「しない」とし、「よくする」を「する」とした。障害老人の生活行動の特徴として、まったく何もしない生活状況が考えられるため、生活行動の活動性は生活行動の種類が少ないことで評価した。調査日から過去一週間、上記の生活行動を行わなかった者を不活動型(生活行動の活動性が低い者)とし、1種類以上行った者を活動型(活動性が高い者)と操作的に定義した。その際、受動的な生活行動であるテレビ・ラジオの視聴行動は生活行動種類数から除外した。

4) 身体的特性

(1) ADL(日常生活動作)

ADLはFIM²⁰⁾(Functional Independence Measure)の監訳版第3版²¹⁾の運動項目にて測定した。FIMはすでに高い信頼性、妥当性が確立したADL評価方法として、多用されている^{22,23)}。これは13項目を7段階評価する91点満点の指標であり、得点が高いほどADLが高い。

(2) 上肢機能

頭頂部、額、口唇、反対側の肩峰、肩胛骨下角

5 cm下方、臀部、腓骨外果、足先の8箇所について、左右の上肢で届く範囲を測定した。「スムーズに手掌や手背が届く」を3点、「困難ながら届く」を2点、「指先が届く」を1点、「まったく届かない」を0点とし48点満点の指標とした。

(3) 認知能力(痴呆の程度)

認知能力の測定には見当識と一般的な記憶力を評価する10項目から構成されるMSQ²⁴⁾(Mental Status Questionnaire)を使用した。この尺度は高い信頼性、診断的妥当性、予後的妥当性は確立^{25,26)}しており、簡便に痴呆の重症度が測定できる。

(4) その他の身体的特性

脳卒中発作の有無と発作時期、過去一年間の転倒、転倒による骨折や外傷、過去一年間の入院の有無と最近退院した時期を把握した。

5) 心理社会的特性

(1) 抑うつ状態

抑うつ状態は高い信頼性と妥当性が検証されているGDS(Geriatric Depression Scale)²⁷⁾短縮版²⁸⁾の日本語版²⁹⁾にて測定した。GDS短縮版は15点満点であり、得点が高いほど抑うつ状態が高い。

(2) 意欲

意欲は著者らの研究¹⁶⁾の結果をもとに質問項目を7項目作成し、2件法で尋ねた。質問項目は「身のまわりのことは誰かにしてもらいたいと思うか」、「自分の行動は誰かに決めてもらう方か」、「自分の生活は自分で気配りしているか」、「自分なりにやりたいと思うことがあるか」、「今、興味を持っていることがあるか」、「小さなことでも自分は役にたっていると思うか」である。得点が高いほど意欲が高いことを示す。本調査ではCronbachの α 信頼性係数(以降、信頼性係数とする)は.57であった。

(3) ソーシャル・ネットワーク

ソーシャル・ネットワークの測定にはSocial Network Scale³⁰⁾を翻訳して、使用した。この尺度は高齢者のソーシャル・ネットワークを測定するために開発され、知人や友人との社会的関係の量や家族との社会的関係の量と相互関係を測定することができる。本尺度にて測定したソーシャル・ネットワークはうつ症状や健康に関する指標と関連している³¹⁾。本尺度は10項目50点満点であり、点数が高いほどソーシャル・ネットワークが

広い。本調査での信頼性係数は.73であった。

(4) サービス利用

デイサービス・デイケア、ショートステイ、訪問入浴サービス、ホームヘルプサービスの利用の有無を把握した。

6) 家族介護環境特性

(1) 介護負担感

介護負担感の測定にはCGI (Cost of Care Index)³²⁾の日本語版³³⁾を使用した。本尺度は信頼性、妥当性が検証された20項目、4段階のリッカート尺度である。得点が高いほど介護負担感が強いことを示す。

(2) 介護者の働きかけ

著者らの研究成果¹⁶⁾では介護者の「起こす働きかけ」、「連れ出す働きかけ」、「声かけ」が閉じこもり現象に影響していた。これらを参考にして「起こす働きかけ」は6項目18点満点とし、「連れ出す働きかけ」は3項目9点満点とし、「声かけ」は3項目9点満点の質問項目を作成した。得点が高いほど働きかけをよく実施していることを意味する。本調査での信頼性係数は「起こす働きかけ」は.83であり、「連れ出す働きかけ」は.62であり、「声かけ」は.87であった。

(3) 介護力

副介護者や相談相手の存在の有無など、「介護体制」に関する質問を4項目、高齢者を介護するときのタイミングや状態の変化など「介護判断」に関する質問3項目を作成した。得点が高いほど介護体制が充実しているか、または介護判断力が高いことを示す。信頼性係数は「介護体制」は.62であり、「介護判断」は.60であった。

3. 分析方法

移動能力、行動範囲、生活行動の活動性の概念を基準に分析を行った。分析の第一段階では移動能力にて、歩行不可群、5m歩行群、バス外出可能群に対象者を層別化した。第二段階ではこれらの高齢者をHouseboundとNot-houseboundとに、第三段階ではさらに活動型と不活動型の生活像に類型化(図1)し、各特性を比較検討した。歩行不可群でのHousebound-不活動型の高齢者を「閉じこめられ」、5m歩行群でのHousebound-不活動型の高齢者を「閉じこもり」と操作的に定義した。

統計的検討には χ^2 検定、t検定、一元配置分散

分析を用い、危険率5%未満を有意差ありとした。データ解析には統計ソフトSAS Ver.6.12を用いた。

III 結 果

1. 「閉じこもり」と「閉じこめられ」の占める割合

対象者を移動能力で分類した結果、歩行不可群は72人(22.4%)、5m歩行群は153人(47.7%)、バス外出可能群は96人(29.9%)であった。行動範囲が屋内に限られていたHouseboundは85人(26.5%)であり、Not-houseboundは236人(73.5%)であった。生活行動の活動性については、不活動型が129人(40.2%)であり、活動型が192人(59.8%)であった(図1)。

移動能力と行動範囲では有意な関連($\chi^2=124.7$ $P<.01$)があり、移動能力が低いほどHouseboundの割合が高かった。また、歩行不可群72人中(100.0%)ではHouseboundが49人(68.1%)であったのに対し、5m歩行群ではHouseboundが31人(20.3%)であった。バス外出可能群では、Houseboundはみられなかった。

行動範囲と生活行動の活動性との間には各移動能力群とも有意な関連はなかった。歩行不可群中、「閉じこめられ」(Housebound-不活動型)は49人(68.1%)であり、5m歩行群中、「閉じこもり」(Housebound-不活動型)は16人(10.5%)であった。

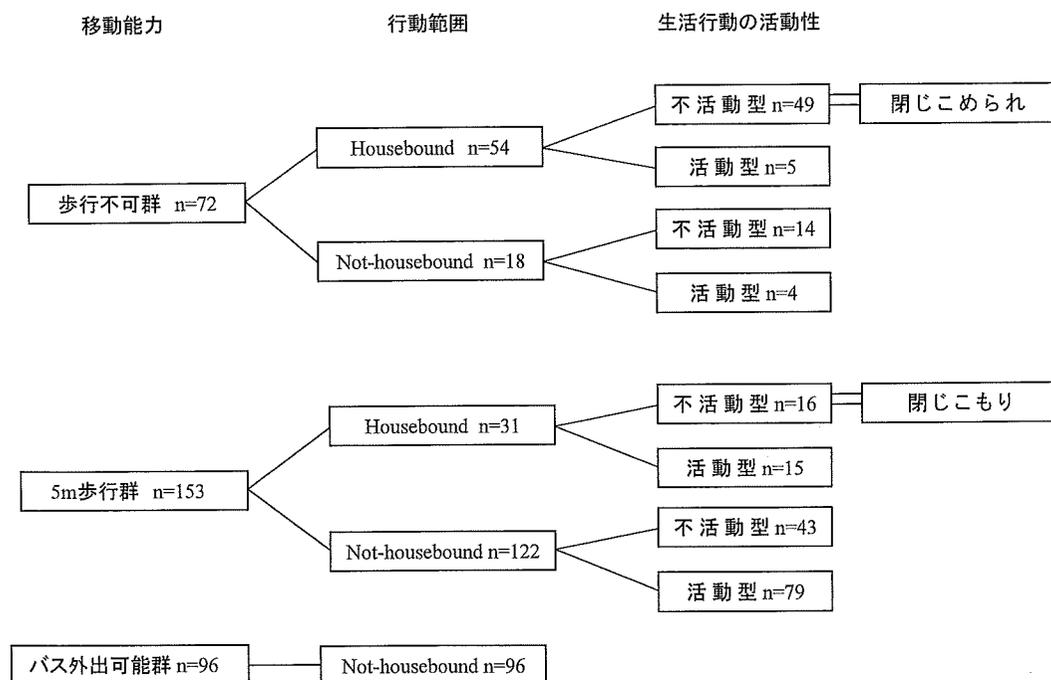
2. 「閉じこもり」と「閉じこめられ」の特徴

1) 生活像による各特性の比較

歩行不可群の中で生活像による各特性の比較を行った(表1)。その結果、歩行不可群での生活像間に移動能力、ADL、上肢機能、認知能力、意欲、デイサービス・デイケア利用、介護負担感、介護者の「起こす働きかけ」、「連れ出す働きかけ」、「声かけ」、「介護判断」に有意な差や関連がみられた。同様に5m歩行群では移動能力、ADL、上肢機能、認知能力、意欲、ソーシャル・ネットワークに有意差、または有意な関連がみられたが、家族介護環境特性に特徴はみられなかった(表2)。

以上の結果より、「閉じこもり」と「閉じこめられ」の特徴をわかりやすく把握するために各生活像間で有意差があった変数を平均値50、標準偏

図1 分析の過程



差10にて標準化を行い、レーダーチャートに表した(図2~5)。なお、デイサービス・デイケア利用割合は検討項目から除いた。

2) 歩行不可群での「閉じこめられ」の特徴

歩行不可群での生活像による身体機能パターン(図2)と心理社会介護パターン(図3)から「閉じこめられ」の特徴を述べる。

「閉じこめられ」の身体機能は著しく低かった。歩行不可群の生活像で身体機能が最も高い傾向を示していたのは Housebound-活動型であった。また、歩行不可群での活動型は Housebound, Not-housebound とともに認知機能が高い傾向が示された。「閉じこめられ」の心理社会特性では、意欲やソーシャル・ネットワークが著しく低かった。歩行不可群では Housebound-活動型の意欲は高いが、Not-housebound-不活動型の意欲は低い傾向がみられた。「閉じこめられ」の家族介護特性では「起こす働きかけ」がよく行われていたが、「連れ出す働きかけ」は行われてはいなかった。しかし、介護者の介護負担感が高くなかった。また、Housebound-活動型は介護者の「声かけ」、「介護判断」がよく行われていた。一方、

Not-housebound は活動型、不活動型ともに「声かけ」、「起こす働きかけ」、「連れ出す働きかけ」が全般的に行われていたが、介護負担感が強い傾向がみられた。

3) 5m歩行群での「閉じこもり」の特徴

5m歩行群での生活像による身体機能パターン(図4)と心理社会介護パターン(図5)から「閉じこもり」の特徴を述べる。

「閉じこもり」の身体機能は5m歩行群における他の生活像に比べて低くはなく、上肢機能はやや高い傾向が示された。5m歩行群の中で身体機能が高かったのは Not-housebound-活動型であった。「閉じこもり」の心理社会特性では意欲とソーシャル・ネットワークが著しく低かった。5m歩行群においても Not-housebound-不活動型の意欲とソーシャル・ネットワークも若干、低かった。5m歩行群の中で活動型は、Housebound, Not-housebound とともに意欲が維持されている傾向が示された。「閉じこもり」の家族介護特性では介護者の働きかけはあまり行われていなかったが、介護負担感がわずかに高かった。また、Not-housebound は活動型、不活動型ともに「連れ出

表1 歩行不可群における生活像による各特性の比較

n=72

		Housebound		Not-housebound		統計量
		不活動型		活動型		
		〈閉じこめられ〉 n=49	活動型 n=5	不活動型 n=14	活動型 n=4	
〈基本属性〉						
性別：女性	人 (%)	28(57.1)	1(20.0)	7(50.0)	2(50.0)	2.6
年齢	Mean(SD)	82.1 (7.9)	77.8 (6.6)	78.0 (8.6)	73.0 (2.3)	2.5
世帯状況						7.2
独居	人 (%)	0 (0)	0 (0)	1 (7.1)	0 (0)	
高齢者夫婦のみ	人 (%)	12(24.5)	1(20.0)	4(28.6)	1(25.0)	
子供家族との同居	人 (%)	29(59.2)	4(80.0)	6(42.9)	3(75.0)	
〈身体的特性〉						
ADL	Mean(SD)	22.7(14.2)	57.2(15.4)	33.9(16.3)	39.3(11.7)	10.4***
上肢機能	Mean(SD)	16.7(16.8)	36.2(11.1)	23.3(15.2)	30.8(12.3)	3.1*
認知能力	Mean(SD)	2.8 (3.5)	8.8 (0.5)	5.3 (2.9)	7.3 (2.2)	7.0***
〈心理社会的特性〉						
抑うつ状態	Mean(SD)	6.7 (3.1)	5.4 (2.1)	7.1 (2.5)	4.0 (1.0)	1.3
意欲	Mean(SD)	2.6 (1.4)	5.2 (1.3)	3.3 (0.8)	4.0 (0)	6.8***
social network	Mean(SD)	11.5 (6.6)	18.4 (5.6)	15.4 (6.3)	13.0 (7.2)	1.9
サービス利用						
デイサービスなど	人 (%)	1 (2.0)	0 (0)	6(42.9)	2(50.0)	22.6**
ホームヘルプサービス	人 (%)	18(36.7)	1(20.0)	5(35.7)	0 (0)	2.7
〈家族介護環境特性〉						
介護者の統柄						9.7
配偶者	人 (%)	23(46.9)	4(80.0)	8(57.1)	2(50.0)	
嫁	人 (%)	16(32.7)	0 (0)	1 (7.1)	1(25.0)	
実子	人 (%)	9(18.4)	1(20.0)	3(21.4)	1(25.0)	
介護者の年齢	Mean(SD)	65.0(11.4)	64.2 (5.7)	62.9(15.2)	54.0(15.2)	1.1
介護負担感	Mean(SD)	38.7(10.4)	30.6 (8.0)	47.8 (6.5)	47.5(15.1)	4.5**
介護者の働きかけ						
起こす働きかけ	Mean(SD)	9.0 (2.9)	7.2 (1.3)	11.4 (3.8)	9.3 (4.6)	2.8*
連れ出す働きかけ	Mean(SD)	3.5 (0.8)	4.0 (1.0)	4.8 (1.0)	5.8 (2.5)	10.6***
声かけ	Mean(SD)	4.8 (2.1)	6.4 (1.7)	6.8 (2.3)	6.5 (2.4)	3.5**
介護力						
介護体制	Mean(SD)	2.2 (1.3)	1.2 (1.1)	1.9 (1.3)	2.0 (1.4)	0.9
介護判断	Mean(SD)	2.0 (0.9)	3.0 (0)	1.6 (1.0)	1.8 (1.3)	3.0*

統計量は、 χ^2 値または、F 値である。* : $P < .05$ ** : $P < .01$ *** : $P < .001$ 抑うつ状態：「閉じこめられ」 $n=14$ ，Housebound-活動型 $n=5$ ，Not-housebound-不活動型 $n=10$ ，Not-housebound-活動型 $n=3$ である。意欲：「閉じこめられ」 $n=17$ ，Housebound-活動型 $n=5$ ，Not-housebound-不活動型 $n=10$ ，Not-housebound-活動型 $n=3$ である。介護負担感：「閉じこめられ」 $n=44$ ，Housebound-活動型 $n=5$ ，Not-housebound-不活動型 $n=10$ ，Not-housebound-活動型 $n=4$ である。介護体制：「閉じこめられ」 $n=48$ ，Housebound-活動型 $n=5$ ，Not-housebound-不活動型 $n=12$ ，Not-housebound-活動型 $n=4$ である。介護判断：「閉じこめられ」 $n=48$ ，Housebound-活動型 $n=5$ ，Not-housebound-不活動型 $n=12$ ，Not-housebound-活動型 $n=4$ である。

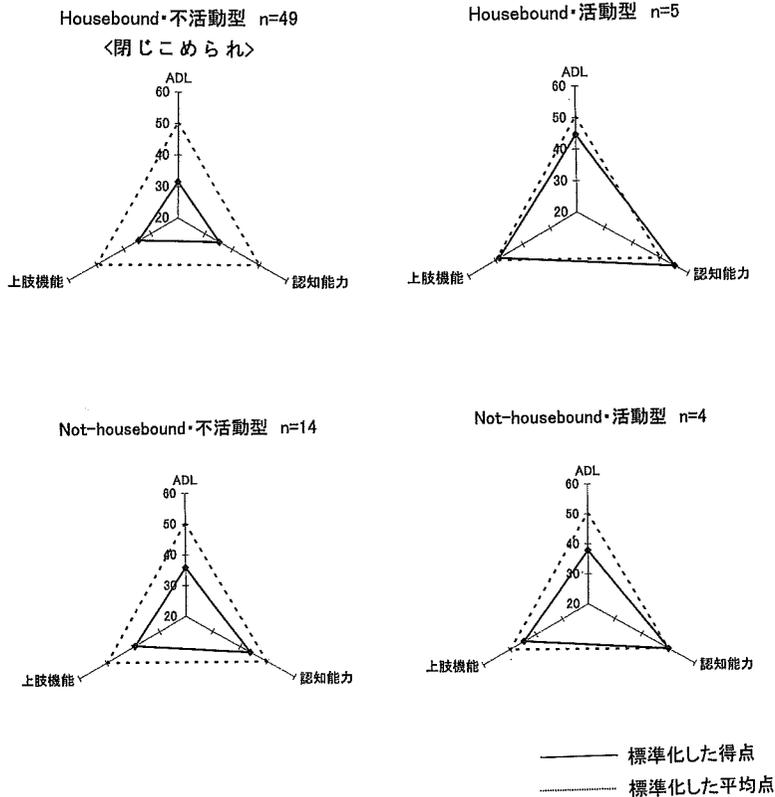
表2 5m歩行群における生活像による各特性の比較

n=153

		Housebound		Not-housebound		統計量
		不活動型		活動型		
		〈閉じこもり〉 n=16	活動型 n=15	不活動型 n=43	活動型 n=79	
〈基本属性〉						
性別：女性	人 (%)	10(62.5)	9(60.0)	29(67.4)	54(68.4)	0.5
年齢	Mean(SD)	82.6 (5.8)	82.9 (5.3)	79.8 (7.1)	80.8 (6.6)	1.2
世帯状況						9.8
独居	人 (%)	2 (12.5)	3(20.0)	3 (7.0)	18(22.8)	
高齢者夫婦のみ	人 (%)	4(25.0)	2(13.3)	5(11.6)	13(16.5)	
子供家族との同居	人 (%)	7(43.8)	8(53.3)	26(60.5)	41(51.9)	
〈身体的特性〉						
ADL	Mean(SD)	75.3(13.7)	73.6(16.7)	77.5(12.3)	84.0(8.5)	6.6***
上肢機能	Mean(SD)	44.9 (3.3)	37.2 (7.8)	39.2 (8.2)	43.1(7.3)	5.5**
認知能力	Mean(SD)	6.9 (2.5)	8.3 (1.4)	6.5 (2.9)	8.0 (2.0)	4.9**
〈心理社会的特性〉						
抑うつ状態	Mean(SD)	7.2 (3.3)	5.6 (2.8)	6.5 (3.1)	5.4 (3.1)	2.0
意欲	Mean(SD)	2.6 (1.6)	4.4 (1.4)	3.9 (1.8)	4.7 (1.5)	7.7***
social network	Mean(SD)	11.4 (7.7)	14.3 (9.7)	13.4 (7.5)	17.9 (8.9)	4.1**
サービス利用						
デイサービスなど	人 (%)	1 (6.3)	2(13.3)	11(25.6)	19(24.1)	3.5
ホームヘルプサービス	人 (%)	1 (6.3)	2(13.3)	3 (7.0)	10(12.7)	1.4
〈家族介護環境特性〉						
介護者の続柄						8.3
配偶者	人 (%)	5(31.3)	3(20.0)	13(30.2)	19(24.1)	
嫁	人 (%)	7(43.8)	5(33.3)	12(27.9)	20(25.3)	
実子	人 (%)	2(12.5)	3(20.0)	7(16.3)	8(10.1)	
介護者の年齢	Mean(SD)	61.4(12.8)	60.6(11.2)	61.1(14.8)	60.3(12.0)	0.04
介護負担感	Mean(SD)	40.6(12.1)	37.4(13.0)	36.5(11.7)	37.7(9.4)	0.4
介護者の働きかけ						
起こす働きかけ	Mean(SD)	6.2 (0.6)	6.4 (1.3)	6.2 (0.6)	6.2 (1.0)	0.2
連れ出す働きかけ	Mean(SD)	4.3 (1.5)	4.1 (1.1)	4.9 (1.7)	4.6 (1.5)	1.1
声かけ	Mean(SD)	4.6 (2.1)	4.0 (1.5)	5.3 (2.4)	5.3 (2.4)	1.2
介護力						
介護体制	Mean(SD)	1.2 (1.0)	2.0 (1.2)	2.1 (1.4)	1.7 (1.4)	1.4
介護判断	Mean(SD)	1.9 (1.0)	1.9 (0.9)	1.9 (1.2)	1.9 (1.2)	0

統計量は、 χ^2 値または、F 値である。* : $P < .05$ ** : $P < .01$ *** : $P < .001$ 抑うつ状態：「閉じこもり」 $n=13$ ，Housebound-活動型 $n=14$ ，Not-housebound-不活動型 $n=33$ ，Not-housebound-活動型 $n=70$ である。意欲：「閉じこもり」 $n=14$ ，Housebound-活動型 $n=15$ ，Not-housebound-不活動型 $n=34$ ，Not-housebound-活動型 $n=74$ である。介護負担感：「閉じこもり」 $n=11$ ，Housebound-活動型 $n=10$ ，Not-housebound-不活動型 $n=28$ ，Not-housebound-活動型 $n=42$ である。介護体制：「閉じこもり」 $n=12$ ，Housebound-活動型 $n=9$ ，Not-housebound-不活動型 $n=27$ ，Not-housebound-活動型 $n=43$ である。介護判断：「閉じこもり」 $n=12$ ，Housebound-活動型 $n=9$ ，Not-housebound-不活動型 $n=28$ ，Not-housebound-活動型 $n=42$ である。

図2 生活像による身体機能パターンの比較：歩行不可群



す働きかけ」がよく行われている傾向が示された。

IV 考 察

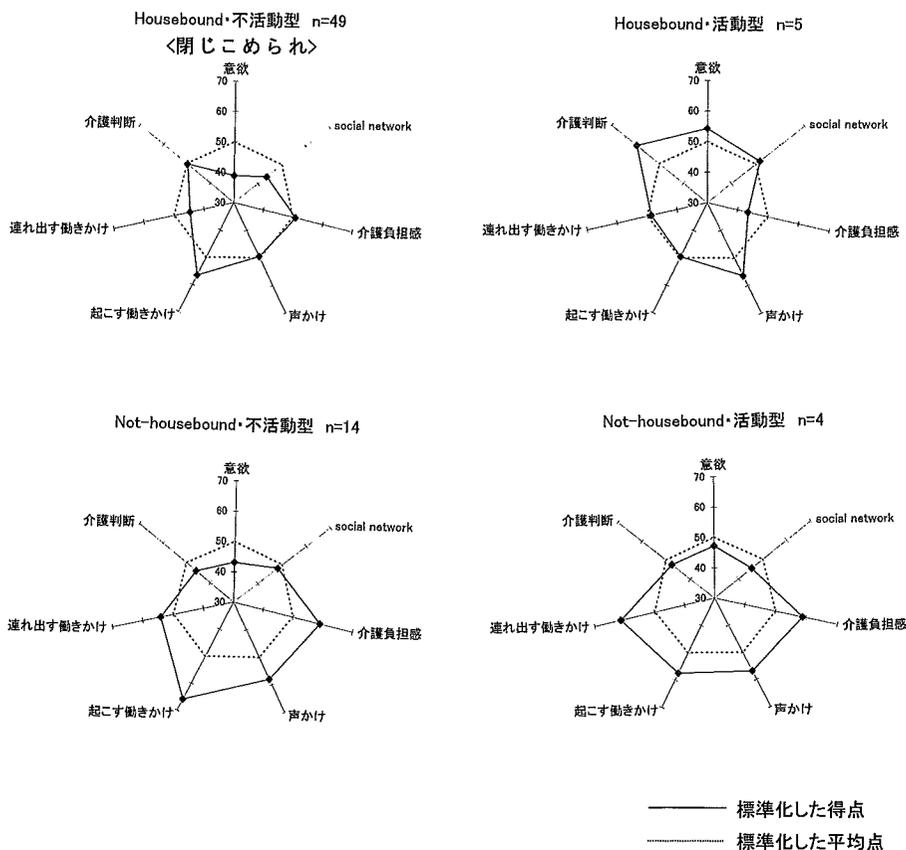
本研究の対象者は一地域の悉皆調査から抽出した「寝たきり老人」と「虚弱老人」である。しかし、調査終了者中にはバスで外出が可能な高齢者が96人も含まれていた。これには対象選択に用いた悉皆調査が民生委員による把握であったため、調査を行った看護職との間に自立度評価の見積り方の違い³⁴⁾があること、悉皆調査と本調査の時期に約1年半のずれがあるため対象者の移動能力が実際に変化している可能性などが考えられる。「障害老人」を身体的活動能力から定義づけるとすれば、バス外出が可能な高齢者はほぼ健常高齢者と考えてよい。このような健常高齢者は少なくとも一週間に1度は家の外に出ていることは興味深い結果であり、バスで外出できる程十分に高い

移動能力がある高齢者の行動範囲は屋外に及ぶことが示唆された。

移動能力が低いほど行動範囲が狭い傾向がみられたことはごく当然の結果と思われる。しかし、歩行が不可能だが行動範囲が屋外に及ぶ高齢者が25.0%みられ、また、5m歩行できるが行動範囲が屋内に限られる高齢者が20.3%も存在していた。このことから個々の高齢者に注目したときには、すべての高齢者が移動能力に見合った行動範囲を保持した生活を送っているとは思えないと思われる。高齢者の「している行動範囲」と「できる移動能力」を的確に評価し、能力を十分に活用した行動範囲を維持できるように支援することが必要である。

また、歩行不可群の中では「閉じこめられ」が過半数以上を占めていたが、「閉じこめられ」で行動範囲が寝床に限られた高齢者は既に「寝たきり老人」である可能性が高く、閉じこもり現象に

図3 生活像による心理社会介護パターンの比較：歩行不可群



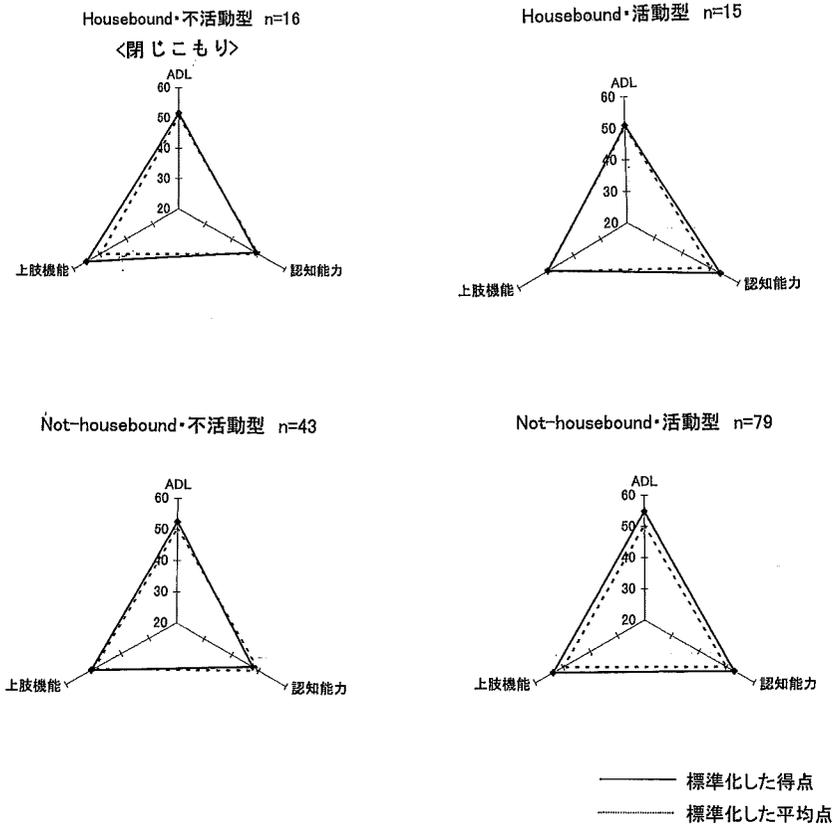
は「寝たきり」状態が含まれているとも考えられる。本研究では行動範囲を屋内・屋外で分類したが、屋内を居室や寝床などに細分化し、検討する必要もあると考える。

「閉じこめられ」は身体機能が、意欲やソーシャル・ネットワークが著しく低い特徴が明らかにされた。また、「起こす働きかけ」はよく行われていたが、「連れ出す働きかけ」は行われず、デイサービス・デイケアの利用も少なく、「閉じこめられ」の介護者の介護負担感はそのほど高くなかった。一方、歩行不可群において行動範囲が屋外に及ぶ高齢者には「起こす働きかけ」、「連れ出す働きかけ」はよく行われていた反面、介護者の介護負担感が高い特徴がみられた。移動や移乗の介助は介護負担感が強い³⁵⁾ため、家族の状況によっては歩行が不可能な高齢者を起こし、連れ出すことは困難と思われ、身体機能が著しく低い「閉じ

こめられ」に行動範囲を拡げる援助を行う際にはサービス利用を促すなど家族以外の介護資源を有効に活用できるように進めていく必要がある。それと同時に「閉じこめられ」への支援には介護者の負担感の軽減に配慮することが不可欠と考えられる。

歩行不可群では行動範囲が屋内に限られていても、活動性が高い高齢者は介護者の「起こす働きかけ」や「連れ出す働きかけ」は少ないが、介護負担感が高く、声かけや介護判断がよく行われていた。これらの介護者は直接手をかける介助は余り行わないが、声かけや妥当な介護判断を行うことによって高齢者との関わり方が良くなり、それが高齢者の生活行動の活動性に反映していると推測される。また、歩行不可群では活動型の生活を送ることは、高い認知能力と関連していることが示唆された。移動能力が著しく低い「閉じこめら

図4 生活像による身体機能パターンの比較：5m歩行群



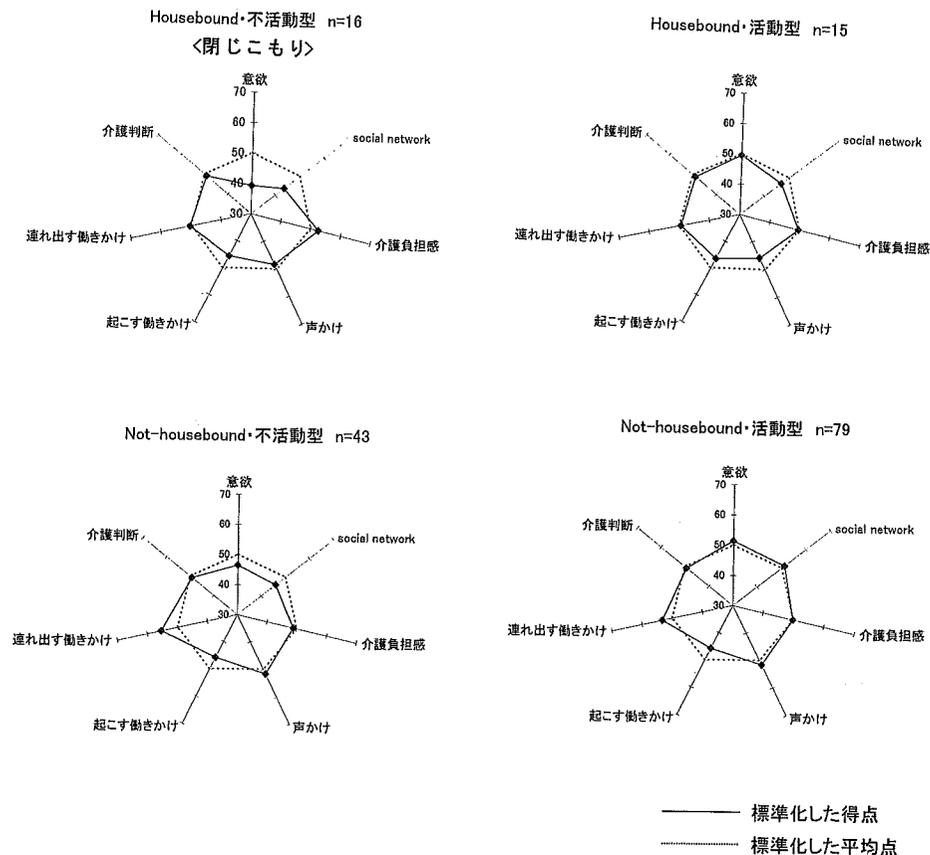
れ」の生活行動の活動性を高める支援の戦略をたてるときには、認知能力の向上を十分に考慮にいれることが必要である。

「閉じこもり」は5m歩行群での他の生活像の高齢者に比べ、身体機能は低くなかった。しかし、「閉じこもり」は現時点で身体機能を活用した行動範囲や生活行動の活動性を維持していないために、同等の移動能力を持つ高齢者に比べ、廃用性の機能低下が将来的に起こる危険性が高い。虚弱高齢者は地域における予防的介入の対象として既に認知されている³⁶⁾が、本研究でとらえた「閉じこもり」は虚弱高齢者の中でも特に活動水準が低い生活像の高齢者であり、少数であっても優先的にケアを行うべき対象と考える。虚弱高齢者において「閉じこもり」を特定することは重点的なケアが必要なハイリスク群を選定でき、地域ケアの戦略を効果的に行う際の一助になると思われる。また、「閉じこもり」は意欲やソーシャル

・ネットワークが著しく低いという特徴がみられ、意欲や人との関わりが少ないため行動範囲や生活行動の活動性を自ら狭小化している可能性が示された。「閉じこもり」に行動範囲を拡げる、生活行動の活動性を高める支援を行う際には高齢者本人の意欲やソーシャル・ネットワークの向上に着目した介入が糸口となると思われる。

5m歩行群の生活像間で家族介護環境特性に関する変数に統計的な有意差はみられなかった。しかし、「閉じこもり」に「起こす働きかけ」や「連れ出す働きかけ」はあまり行われていなかったが、わずかに介護負担感が高い傾向がみられ、「閉じこもり」に家族との相互関係が影響していることが予測される。また、5m歩行群において行動範囲が屋外に及ぶ場合は「連れ出す働きかけ」をやや多くうけている傾向が示された。5m歩行群の介護者は高齢者にまだ1人で歩行できるだけの移動能力があるため、介護者・被介護者関係を

図5 生活像による心理社会介護パターンの比較：5m歩行群



強く意識していない可能性がある。本研究での調査項目は介護者・被介護者関係を前提とした内容としたため、「閉じこもり」に関連する家族介護環境に関する特徴がみられなかったとも考えられる。したがって、高齢者と同居家族とのコミュニケーションのありようと「閉じこもり」との関連の探索も必要と思われる。

なお、意欲について、信頼性係数は.57とやや、低めであった。しかし、解釈ができる妥当性のある結果が得られたことから、今後信頼性を高める検討をしていきたいと考える。

本研究の特徴は質的研究¹⁶⁾の結果から行動範囲が屋内に限られ、生活行動の活動性が低い生活像を閉じこもり現象とし、「閉じこもり」と「閉じこめられ」の各特徴を明らかにしたことである。また、各生活像に応じた支援のあり方を述べることができた。以上より、在宅障害老人の移動能

力、行動範囲、および生活行動の活動性を的確に把握し、各生活像に適した支援が重要であることが提言できる。

本研究では調査時期が高齢者の活動しやすい時期であったこと、調査地が農林漁業と観光を主な産業とし、生活環境の地域性に特徴があること、悉皆調査から本調査までの死亡者146人中に「閉じこもり」や「閉じこめられ」が相当数含まれている可能性などが考えられ、本研究の結果の一般化には限界がある。また、本研究は各生活像の特徴を単純に示したものであり、群間の差に影響している交絡要因の統制を行っていない。この要因の検討については対象者数を増やした調査を行う必要がある。今後、「閉じこもり」と「閉じこめられ」について身体、心理、社会機能の変化や死亡や入所などの転帰の特徴を明らかにし、寝たきり予防ケアに有用な示唆を深めることが課題で

ある。

稿を終えるにあたり、研究の全過程において親身にご指導賜りました東京大学医学系研究科金川克子教授に深謝致します。調査に多大なご協力を頂きました石川県輪島市長寿保健課係長、北浜陽子様をはじめ、保健婦、看護婦の皆様へ深く謝意を表します。本調査に参加して下さった輪島市の高齢者の方々とそのご家族の皆様へ心よりお礼申し上げます。

本研究は山路ふみ子専門看護教育研究助成基金からの援助を頂き、実施致しました。ここに感謝いたします。

本研究は平成10年度東京大学医学系研究科博士課程学位論文の一部から作成したものである。

(受付 1999. 2.19)
(採用 1999.12.27)

文 献

- 1) 厚生省. 平成8年版厚生白書 1996. 東京: ぎょうせい.
- 2) Hebert R, Brayne C, Spiegelhalter D. Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling very elderly population. *Am J Epidemiol*. 1997; 145: 935-944.
- 3) Song M, Lee E. Development of a functional capacity model for the elderly. *Research in Nursing & Health*. 1996; 19: 173-181.
- 4) 吉田伸子. 日本における寝たきり老人の実態調査に関する考察. *看護研究* 1992; 25: 323-334.
- 5) Grand A, Grosclaude P, Bocquet H, et al. Predictive value of life events, psychosocial factors and self-rated health on disability in an elderly rural French population. *Soc. Sci. Med.* 1988; 27: 1377-1342.
- 6) Seeman ET, Bruce LM, McAvay JG. Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *J Gerontol: Soc Sci* 1996; 51B: S191-S200.
- 7) 小川 裕, 岩崎 清, 安村誠司. 地域高齢者の健康度評価に関する追跡的研究—日常生活動作能力の低下と死亡の予知を中心に—. *日本公衛誌* 1993; 40: 859-871.
- 8) 杉澤秀博, 柴田 博. 在宅脳血管疾患既往者における日常生活動作能力・抑うつ状態の変化に対する社会心理的予知因子. *日本公衛誌* 1995; 42: 203-209.
- 9) 河野あゆみ, 金川克子. 在宅虚弱高齢者の生活パターンからみた1年半後のADL変化に関する一考察. *日本公衛誌* 1998; 45: 749-757.
- 10) 竹内孝仁. なぜ、いま通所ケアか. *通所ケア学*. 東京: 医歯薬出版, 1996; 15-37.
- 11) 藺牟田洋美, 安村誠司, 藤田雅美, 他. 地域高齢者における「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. *日本公衛誌* 1998; 45: 883-892.
- 12) Bruce LM, McNamara R. Psychiatric status among the homebound elderly: an epidemiologic perspective. *J Am Geriat Soc* 1992; 40: 561-566.
- 13) Lindsay J, Thompson C. Housebound elderly people: definition, prevalence and characteristics. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1993; 8: 231-237.
- 14) Gibbs J, Hughes S, Dunlop D, et al. Joint impairment and ambulation in the elderly. *J Am Geriat Soc* 1993; 41: 1205-1211.
- 15) Ganguli M, Fox A, Gilby J, et al. Characteristics of rural homebound older adults: a community-based study. *J Am Geriat Soc* 1996; 44: 363-370.
- 16) 河野あゆみ, 金川克子. 在宅障害老人における閉じこもり現象の構造化に関する質的研究. *日本看護科学学会誌* 1998; 19(1): 23-30.
- 17) Strauss A, Corbin J. *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage, 1990.
- 18) 輪島市福祉課. 平成8年度輪島市高齢者実態調査結果一覧表 1996.
- 19) 岩崎 清, 芳賀 博, 中村洋一, 他. 高齢者の日常生活行動と健康. *社会老年学* 1989; 29: 86-92.
- 20) Granger VC, Hamilton BB. The uniform data system for medical rehabilitation report of first admissions for 1992. *Am J Phys Med Rehabil* 1994; 73: 51-55.
- 21) 千野直一, 道免和久, 訳. *FIM 医学的リハビリテーションのための統一データセット利用の手引き* 第3版. 東京: 慶応大学医学部リハビリテーション科, 1991.
- 22) Ottenbacher JK, Hsu Y, Granger VC, Fiedler GR. The reliability of the functional independence measure: a quantitative review. *Arch Phys. Med Rehabil* 1996; 77: 1226-1232.
- 23) 辻 哲也, 園田 茂, 千野直一. 入院・退院時における脳血管障害者のADL構造の分析—機能的自立度評価法(FIM)を用いて—. *リハビリテーション医学* 1996; 33: 301-309.
- 24) Kahn LR, Goldfarb IA, Pollack M, et al. Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *Am J Psychiat* 1960; 117: 326-328.
- 25) Gurland JB. The assessment of the mental health status of older adults. Birren EJ, Sloane BR, ed. *Handbook of Mental Health and Aging*. San Diego: Academic Press, 1980; 671-700.
- 26) 木戸又三, 守屋国光, 雨宮克彦, 他. 各種評価法による, 特別養護老人ホーム在住者の知的衰退の実態調査. *精神神経学雑誌* 1975; 77: 107-115.

- 27) Brink LT, Yesavage AJ, Lum O, et al. Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist* 1982; 1: 37-43.
 - 28) Sheikh IJ, Yesavage AJ, Geriatric depression scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist* 1986; 5: 165-173.
 - 29) Niino N, Imaizumi T, Kawakami N. A Japanese translation of the Geriatric Depression Scale. *Clinical Gerontologist* 1991; 10: 85-87.
 - 30) Lubben EJ. Assessing social networks among elderly population. *Family Community Health* 1988; 11: 42-52.
 - 31) Okwumabua OJ, Baker MF, Wong PS, et al. Characteristics of depressive symptoms in elderly urban and rural African Americans. *J Gerontol: Med Sci* 1997; 52A: M241-M246.
 - 32) Kosberg IJ, Cairl ER. The Cost of Care Index: a case management tool for screening informal care providers. *The Gerontologist* 1986; 26: 273-278.
 - 33) 溝口 環, 飯島 節, 新野直明, 他. Cost of Care Indexを用いた老年患者の介護負担度の検討. *日本老年医学会雑誌* 1995; 32: 403-409.
 - 34) 田嶋久美子, 菅井芳郎, 宮崎博子, 他. 在宅ねたきり老人の民生委員によるADL評価の妥当性の検討. *日本公衛誌* 1998; 45: 612-617.
 - 35) 臼田 滋, 茂木信介, 富田敦子, 他. 脳卒中患者の主介護者における介護負担感および主観的健康度とその関連要因. *日本公衛誌* 1998; 45: 854-863.
 - 36) 古谷野亘. 地域老人における手段的ADL; 社会生活機能の障害およびそれと関連する要因. *社会老年学* 1991; 33: 56-67.
-

CHARACTERISTICS OF “*TOJIKOMORI*” AND “*TOJIKOMERARE*” AMONG HOME DISABLED ELDERLY DAILY LIFE OF HOUSEBOUND ELDERLY

Ayumi KONO*

Key words: Disabled elderly, Mobility, Life space, Activity, Housebound

Background and Purpose A Japanese word *Tojikomori* means shutting oneself in a room or house, or generally withdrawing. It has been pointed out that *Tojikomori* results in a decline in mobility among disabled elderly living at home. As a result of the qualitative study, we have attempted to define two types of *Tojikomori*. The first type, or the narrowly defined *Tojikomori*, is the elderly who are housebound-inactive but have a high mobility level. The second type, *Tojikomerare* (the passive of *Tojikomori*), is the elderly who are housebound-inactive because of their low mobility. The purpose of this study is to describe characteristics of *Tojikomori* and *Tojikomerare*.

Methods 321 disabled elderly (male: 122, female: 199, mean age 78.8) were interviewed at home by nurses in Wajima City, Japan, in 1998. The subjects were selected from the list of used in a screening survey, the Whole Wajima Elderly Survey. Mobility, life space, activity, physical function, psychosocial factors, caregiver's burden and caregiver's care to elderly were measured. The *Tojikomerare* subjects were operationally defined as the housebound-inactive elderly who were unable to walk. The *Tojikomori* were identified as the housebound-inactive elderly who were able to walk 5 yards but were unable to take a bus.

Results Results obtained were as follows:

1. Housebound were not found among elders able to go out bus. There were 16 *Tojikomori* (10.1%) in subjects who were able to walk 5 yards ($n=153$). Among the subjects who were unable to walk ($n=72$), 49 people (68.1%) were classified as *Tojikomerare*.

2. The physical function, autonomy and social network of the *Tojikomerare* subjects were lowest among subjects unable to walk. They used day care least and received least care from their caregivers. In addition, their caregivers' burdens were modest.

3. Among the elderly who were able to walk 5 yards, autonomy and social network of the *Tojikomori* ranked lowest, although physical function was not low.

Conclusion *Tojikomerare* had lowest physical and psychosocial function, but they were cared for the least by caregivers. *Tojikomori* had the lowest psychosocial function among elderly who can walk 5 yards. The results suggest that it is important to evaluate the mobility, life space, and activity of the housebound elderly when providing community-based services.

* Department of Community Health Nursing School of Allied Health Sciences Faculty of Medicine Tokyo Medical and Dental University