

準寝たきり高齢者の自立度と心理的 QOL の向上を目指した Life Review による介入プログラムの試行とその効果

イム タヒロ ミ ヤスムラ セイジ アヒコ タダユキ
蘭牟田洋美* 安村 誠司^{2*} 阿彦 忠之^{3*}

目的 準寝たきり高齢者の自立度と心理的 QOL を向上させるために、Life Review を用いた介入プログラムを試行し、その評価を行うことである。

対象と方法 対象は、山形県内 2 市で、1998年に実施した虚弱高齢者に関する調査でランク A に該当した63人、(男性24人、女性39人)である。1999年6月に63人全員の転帰を確認後、生存者に対して同年7月に介入のための事前評価を行った。事前評価の完了者は52人で、うつ症状で通院中などを除外した46人(男性18人、女性28人)を介入群23人と対照群23人に分けた。介入は月平均2回の計6回とした。1回の介入は身体面の健康情報の提供と心理面の Life Review の60分に設定した。Life Review 終了後、対象者の意欲や態度など7項目を評価した。介入の効果判定のため、同年11月~12月に事前評価と同一項目で事後評価を行った。身体的項目は視力・聴力、ADL等、心理的項目は主観的健康感、生活満足度等、社会的項目は老研式活動能力指標、外出の程度で評価した。なお、介入継続者は12人(男性3人、女性9人)で、事後評価は介入群11人に、対照群は21人に実施できた。

成績 1) 事前評価時の介入群と対照群の比較：身体・心理・社会的変数の全項目で有意差はみられなかった。

2) 介入の効果：身体・心理・社会的変数について、事前評価時と比較して事後評価時に状態が改善・維持した者の割合を比較した。介入群と対照群において、いずれも統計学的な有意差はみられなかったが、介入群は対照群に比べて、聴力、ADLの食事と着脱衣、物忘れ、主観的健康感、生きがいで改善・維持が若干高率であった。

3) 介入群における継続群と脱落群の比較：脱落群が半数以上を占めたので比較したところ、身体・心理・社会的変数の全項目で有意差は認められなかった。

結論 準寝たきり高齢者の自立度向上を目指し、心理面に重点をおいた介入プログラムを試行した。自立度の向上という点では有意な効果はみられなかった。しかし、介入が人生満足度などでマイナスの影響をもたらさないことが明らかになり、介入の実行可能性が示唆された。また、認知的問題や自立度などを含めた対象者の選定や実施期間・方法などの課題も明らかとなった。

Key words：在宅高齢者、自立度判定基準、Life Review、介入研究、準寝たきり

1 緒 言

要介護高齢者は1998年には約124万人であった¹⁾が、今後も増加し続けると予測されている。

「第4次老人保健事業計画」において、要介護状態の予防への取り組みが課題として提起され、脳卒中等の疾病の予防に加え、転倒などの事故や、「閉じこもり」などの社会的活動の低下、生理的な老化の過程にも注目する必要があることが指摘された²⁾。

要介護予防とは、寝たきりや痴呆にならないための予防である。すなわち、一次予防が重要であると同時に、準寝たきりの高齢者に対する二次予

* 東京都立保健科学大学保健科学部

^{2*} 福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座

^{3*} 山形県村山保健所

連絡先：〒116-8551 東京都荒川区東尾久7-2-10
東京都立保健科学大学保健科学部 蘭牟田洋美

防も重要なことは言うまでもない。

Imutaら³⁾は、「障害老人のための自立度判定基準(以下、判定基準と略す)」でランクAに該当した準寝たきりの有病率とその関連要因を明らかにするため、地域高齢者2,310人を対象に調査を実施した。その結果、地域高齢者における準寝たきりの有病率は6.1%であることと、準寝たきりの関連要因として、身体的要因だけではなく、心理的依存性の高さや自己効力感の低さを報告している。さらに、判定基準でランクJに該当した生活自立の高齢者および準寝たきり高齢者の1年後の自立度の低下の予測因子として、いずれも自己効力感が低いことを明らかにした⁴⁾。また、新開ら⁵⁾によれば、地域高齢者を対象とした6年間の観察期間中での準寝たきりの発生率は23.7/千人年で、寝たきりの発生率の約2.8倍であったと報告している。さらに、寝たきりの過半数は準寝たきり状態を経過しているが、準寝たきりは自立にも回復しうる動的な状態であり、早期に適切な対処をすれば自立に回復させ、寝たきり予防を図ることが可能であると述べている。これは、日常生活動作能力(以下、ADLとする)や移動能力などを含めた高齢者の身体機能は悪化と改善の両方向でダイナミックに変化していることを明らかにした研究成果⁴⁻⁸⁾とも合致する。

しかし、準寝たきり高齢者の実態、つまりは有病率や発生率、その予測因子に関する研究は散見されるに留まり、準寝たきり高齢者に対する介入プログラムに至っては未だないのが現状である。市町村では積極的な寝たきり予防を推進するため、実証的研究に基づいた介入プログラムの提供が求められていることは自明である。

欧米には、最終臥床期間である場合は別にし、寝たきりという状態がないため⁹⁾準寝たきりを対象とした研究は存在しないが、homeboundと呼ばれ、家に閉じこもった生活を送っているために、医療が行き届かない高齢者がいる。Haight¹⁰⁾はhomeboundの高齢者を対象に、Life Reviewという心理療法を用いて主観的QOLの向上を図ったところ、Life Reviewの治療的効果は生活満足度や情緒的な面での心理的well-beingでみられたものの、ADLやうつではみられなかったことを報告している。

高齢者のHomeboundは、わが国では寝たきり

の原因として注目され、家に閉じこもった生活を送る「閉じこもり」に近似すると思われる。準寝たきり高齢者は、屋外への外出に介助を要する高齢者が多く、「閉じこもり」傾向にある人たちを含む集団と考えられる。そのため、「閉じこもり」の高齢者への対応に適したプログラムを展開することで、準寝たきり高齢者への効果的な二次予防が可能となると考え、著者らはHaight¹⁰⁾の研究に倣って、訪問介入プログラムにLife Reviewを選択することとした。

Life Reviewや回想は、老年期の人に自然におこる普遍的で適応的な心理プロセスとして、アメリカの精神科医のButler¹¹⁾が提唱したものである。高齢者の過去への回想は死が近付いてくることにより起こる自然発生的なものであり、また、過去の未解決な課題を再度とらえ直すことも導く、積極的な役割を持つものであるとした。回想とLife Reviewは同義ではなく、前者は後者に比べてより広義な概念となる。Life Reviewは幼児期、思春期、青年期、結婚、仕事、定年退職、現在、未来といった対象者のライフヒストリーを系統的に聞き、過去の人生を整理し、その意味を探究することを通じ、人格の統合を目指すものである¹²⁾。その効果として、アイデンティティの形成に役立つ、自分自身を快適にする、自尊感情を高める、対人関係の進展を促すことなどが挙げられている。とくに、Life Reviewは個人の人生に新たな重要性と意味づけを与える、上手な再統合化の手段として知られている。回想法を高齢者に対して有効な介入方法として位置付け、とくに、Life Reviewはグループよりも個人に対して行われる傾向が強い^{10,13)}。

Life Reviewでは、1.構造的であること、2.評価をすること、3.個別的であることが重要とされる¹⁰⁾。Life Reviewの過程では、まず誕生から現在に至るまでの人生の各発達段階を十分に網羅する構造がなければならない。臨床心理学者Eriksonによる全発達段階を含むことにより、回想の行為者は様々な体験や出来事が自分にとってどのような意味をもつのかを見直し、人生という絵を塗り替えることになる。Life Reviewを通しての再統合化はEriksonが提唱する老年期での心理発達課題である統合と結びついているとした。

本研究の目的は、準寝たきり高齢者の自立度と

心理的QOLを向上させるため、Life Review という心理療法を含めた介入プログラムを試行し、その効果を評価し、今後の課題を検討することである。

II 研究方法

1. 介入対象者と研究デザイン

本研究は準寝たきり高齢者の有病率とその関連要因を明らかにするため、1997年と1998年に2度実施された山形県内2市2地区在住の65歳以上の住民を対象とした調査^{3,4)}をベースにしている。

初回調査の対象者は1997年8月に山形県2市2地区に在住の65歳以上の2,310人(男性982人, 女性1,328人)であり、郵送法により対象者全員に判定基準、視力、聴力、ADL、過去1年間の転倒の有無や主観的健康感について尋ねた。初回調査に引き続き、判定基準の自立度別の特徴を明らかにするため、2次調査では、ランクA(以下、準寝たきりとする)およびランクB・Cの全員とランクAの高齢者と性・年齢をマッチさせたランクJ高齢者を対象に、同年10月~12月訪問調査を実施した。調査員は十分にトレーニングを受けた在宅保健師、在宅看護師であった。調査項目は、本研究で用いた調査項目と同一の身体・心理・社会的変数であった。さらに、自立度の変化に影響する予測因子を解明するため、翌年の1998年10月~12月に、2次調査の回答者を対象に2次調査と同一の調査項目についての追跡調査を訪問により実施した。

本研究では、Life Reviewを含む介入プログラムの効果を身体・心理・社会的側面から評価するため、1999年7月に事前調査を、同年11~12月に事後調査を実施した。

本研究の事前調査対象者は1998年の調査で、判定基準のランクA「屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない」に該当した男性24人、女性39人の計63人である。1999年7月に63人の転帰を確認後、事前調査を実施した。回答者は52人であった(回収率82.5%)。調査不能の理由は死亡が5人、入院・入所が5人、拒否が1人であった。また、介入プログラムのLife Reviewでは一対一の言語コミュニケーションが可能であることが前提であったため、以下の条件に該当した6人を名簿から除外した。1)ぼけの臨床的

判定基準¹⁶⁾で+3以上であった、2)うつ病で通院中の2条件である。その後、残った46人(男性18人、女性28人)が介入対象者となった。なお、今回の対象者は事前調査の時点で判定基準のランクJ・B・Cの該当者も含まれていた。介入対象者を各市別に無作為に性と年齢(±3歳)をマッチさせた結果、男性9人と女性14人、計23人が介入調査群(以下、介入群と略す)に、同数の男女が対照群に割り付けられた。介入群への介入は1999年の8月から開始した。

2. 介入評価項目

身体的変数として視力および聴力の低下の有無、歩行・食事・排尿・入浴・着脱衣の5項目のADLを取り上げ、要介助の有無を取り上げた。また、対象者の自立度の判定は、判定基準に準じて、健康で自由に外出可能(J0)を便宜的に追加し、交通機関を利用して外出可能(J1)、隣近所まで外出可能、介助より外出可能で、日中はほとんど離床している(A1)、外出頻度が少なく、寝たり起きたりの状態(A2)、車椅子に移乗し、食事と排泄が離床して可能(B1)、介助により車椅子に移乗可能(B2)、寝たきり状態で自力寝返り可能(C1)、寝たきり状態で自力寝返り不可能(C2)の8段階で評価した。この8段階を用いて、事後調査で、事前調査よりも自立度が良くなった群および変化しなかった群をあわせて、維持・改善とし、悪くなった群を悪化とした。

心理的変数では主観的健康感、生きがいの有無、生活満足度^{14~15)}自己効力感¹⁶⁾、ぼけの有無¹⁷⁾を取り上げた。生活満足度は高齢者の主観的満足感を測定するLife Satisfaction Index¹⁷⁾を邦訳した生活満足度LSIK(Life Satisfaction Index K)^{13~14)}を用いた。この尺度は9項目、3因子からなる尺度で、総得点の範囲は0~9点である。自己効力感はFalls Efficacy Scale(FES)¹⁹⁾を参考に、芳賀¹⁶⁾が作成した高齢者の日常生活動作に対する自己効力感を測定する尺度を使用した。6項目で4件法となっており、得点範囲は6~24点である。精神機能の測定は、柄澤のぼけの臨床的判定基準¹⁷⁾を用い、調査員が判定した。

社会的変数は、老研式活動能力指標²⁰⁾、同居状況、外出の程度を取り上げた。老研式活動能力指標²⁰⁾は手段的自立以上の活動能力を測定する13項目の尺度で、手段的自立、社会的役割、知的能動

性の3つの下位尺度から構成される。総得点の範囲は0~13点である。同居状況は独居・高齢者世帯とそれ以外の2つのカテゴリーにまとめた。外出の程度は「1日中自分の部屋からでない」から「週1回は外出する」の4つの選択肢を用いた。

3. 介入プログラム

実施は月平均2回とし、期間は対象者の体調の変化などにも対応できるよう時間的余裕をもたせて全6回を4か月以内で行うようにした。全対象者に対して、事前調査時に調査への協力を依頼し、調査後、保健師などが訪問する可能性があることを周知した。介入群には最初の面接で介入の内容と意義と途中での参加拒否の自由について十分に説明し、文書で同意を得た。

介入の内容は先行研究^{3~8)}に基づいて、身体面と心理面からなる。身体面の介入では脳卒中予防、腰痛予防、転倒予防、栄養や歯科予防などのパンフレットを用いた8種類の健康情報を提供した。訪問毎に対象者が選択したテーマについて面接者が解説し、質問に答える形式とした。心理面の介入はLife Reviewという心理療法を用いた。介入の内容は、Haight¹⁰⁾がHomeboundの高齢者に実施したLife Reviewを用いた介入研究を参考にした。手続きについては、野村¹³⁾や黒川¹²⁾の個人回想法での注意点を取り入れた。

内容はHaight¹⁰⁾のLife Review and Experiencing Form (LREF)を活用した。これは、おおむねEriksonの発達段階に沿って構造化して設定されているもので、4つの児童期、青年期、成人期、老年期と各段階に分類された66項目の質問から成る。今回はこのうち、児童期では「あなたが記憶していることで、一番古いことはどんなことでしょうか」、「ご両親はどんな方でしたか」、「家族の中であなたがあなたとよく似ていましたか?」など、青年期では、「学校には行かれましたか」、「思春期のことで一番楽しかったことは何でしょうか」、成人期では、「20代、30代のころのあなたのことを教えて下さい」、「あなたがしていた仕事について話して下さい」、老年期では「振り返ってみて、あなたの人生はどうでしたか」、「人生の中で願っていたことをなされたと思えますか」、「これまでで一番辛かったことは何でしょうか」などの15項目を用いた。

手続きは、Haight¹⁰⁾の介入研究を参考に、原則

として最初の2回を幼少期および青年期、つぎの2回を壮年期、最後の2回を老年期と全体の振り返りを通して、対象者が過去の問題解決と再統合を図りやすく援助を行った。ただし、対象者が話したくない時期についてはあえて触れないようにした。Life Reviewの流れは対象者が思い出しやすいように面接者が話を向けるが、基本的には対象者に主導権をもってもらうようにした。

面接は著者ら研究者、市および保健所の保健師、看護師の資格のある大学院生が行った。著者らは面接のためのマニュアルを作成し、事前のトレーニングとして、面接者には介入の際に対象者を十分に受け入れ、対象者を受容するためのマイクロカウンセリングの技術やLife Review場面のロールプレイングなど実際に行い、面接技術の向上を図った。

1回の介入は健康情報の提供に約20分、Life Reviewに約40分の合計60分に設定した。Life Review場面の評価として、野村¹³⁾の回想場面での評価に基づき、1回のLife Reviewごとに対象者の意欲、態度や表情など7項目について面接者が3~4段階の評価を面接後に毎行行った。

4. 対照群について

対照群に対しては、介入群と同一の方法で事前事後の調査を行うのみの経過観察とした。

5. 事後評価および分析

介入の効果評価のため、1999年11月下旬から12月上旬に事後評価を行った。なお、測定バイアスを防ぐため、事前調査と事後調査は介入プログラムについて全く関知していない在宅の保健師と看護師が行った。

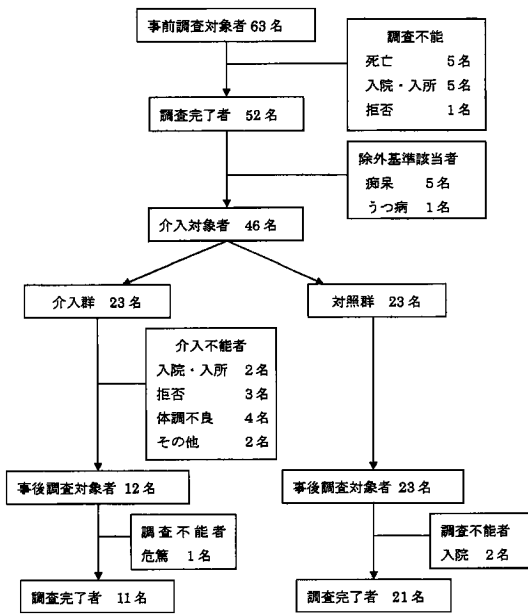
検定は χ^2 検定、Fisherの直接確率、t検定を用いた。なお、連続量については事後調査時の数値から事前調査の数値を引いた値で2群を比較した。解析には統計パッケージSAS6.1を使用した。

III 研究結果

1. 調査状況について

調査状況は図1に示した。介入群では、開始時に入院・入所2人、拒否3人、痴呆がかなり進行していた1人と難聴の1人は対象から外れた。さらに、介入期間中に体調が悪化した4人は中止した。その結果、介入終了者は男性3人、女性9人の計12人であった。

図1 調査状況



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

2. 事前調査時の介入群と対照群の特徴

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

3. 介入の効果について

介入の効果を検討するため、事前調査時と比較して事後調査時に身体・心理・社会的変数が改善または維持した者の割合を介入群と対照群で比較した。なお、分析は事前調査と事後調査のデータがすべてそろっている介入群11人、対照群21人で行った。表2のように、身体・心理・社会的変数における変化は、介入・対照群で有意な改善は認められなかった。介入群は対照群と比べて、聴力、ADLの食事、着脱衣、物忘れ、主観的健康感、

表1 事前調査時の介入群と対照群の特徴の比較

変数	カテゴリー	介入群 (n=23)	対照群 (n=23)	P値
マッチング変数				
性別	女性%	60.9	60.9	1.00
年齢	(平均±S.D.)	79.4±7.7	79.7±7.5	0.89
身体的変数				
視力	低下%	47.8	26.1	0.13
聴力	低下%	39.1	21.7	0.34
ADL	歩行 要介助%	56.5	65.2	0.55
	食事 要介助%	4.4	4.4	1.00
	排尿 要介助%	34.8	26.1	0.52
	入浴 要介助%	47.8	26.1	0.13
	着脱衣 要介助%	26.1	8.7	0.24
	物忘れ 要介助%	34.8	34.8	1.00
自立度判定基準	ランクJ以上%	13.0	17.4	0.95
	ランクA%	65.2	69.5	
	ランクB・C%	21.8	13.1	
心理的変数				
主観的健康感	健康ではない%	66.7	39.0	0.22
生きがい	なし%	52.4	42.9	0.82
生活満足度	(平均±S.D.)	3.6±2.5	4.0±2.2	0.58
自己効力感	(平均±S.D.)	13.2±4.5	14.2±4.7	0.49
ほけの判定基準	軽度異常以上%	34.8	26.1	0.75
社会的変数				
同居状況	独居・高齢者世帯%	13.0	21.7	0.67
老研式活動能力指標	(平均±S.D.)	4.5±3.7	5.7±3.5	0.31
外出の程度	週1回の外出なし%	90.5	85.7	0.83

生きがい、ほけの判定基準において維持・改善の割合が高率であった。さらに、連続量で比較した場合、表3に示したように自己効力感において介入群で改善がみられたが、有意差は認められなかった。

続いて、Life Review 場面での評価を図2~9に示した。回が進むにつれて、発言も頻回となる人が多く、意欲では主体的に参加する人が多くなり、表情は大変良好と評価される人が多くなり、雰囲気も普通、または大変良好と評価される人が多くなること示された。続いて、Life Review 場面の発言、意欲、応答、雰囲気について、最終回の6回目の評価に基づき良好な群と、良好ではない群の2群に分けて、事前調査時の特徴の比較と維持・改善の割合の違いについて比較した。結果は示さないが、いずれにおいても有意差はみら

れなかった。

4. 介入群における継続群と脱落群の特徴

事前調査の情報に基づき、介入群において継続

図2 面接回数と Life Review 場面での発言回数との関係

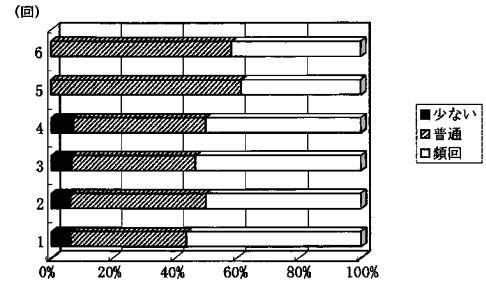


図3 面接回数と Life Review 場面での意欲との関係

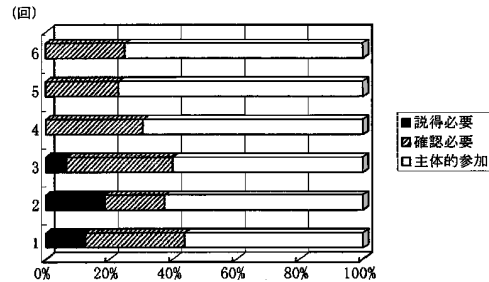


図4 面接回数と Life Review 場面での応答との関係

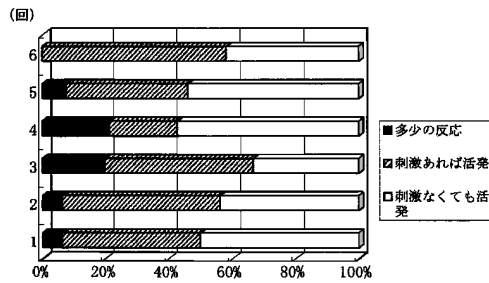


表2 身体・心理・社会的変数に関する維持・改善の介入群と対照群での割合の比較 (%)

変数	介入群 (n=11)	対照群 (n=21)	P 値
身体的変数			
視力	75.0	82.6	0.67
聴力	91.7	82.6	0.64
ADL 歩行	81.8	90.5	0.59
食事	100.0	90.5	0.53
排尿	81.8	85.7	0.79
入浴	81.8	81.0	0.67
着脱衣	100.0	81.0	0.27
物忘れ	100.0	90.5	0.53
自立度判定基準	63.6	76.2	0.68
心理的変数			
主観的健康感	72.7	57.1	0.47
生きがい	81.8	57.1	0.25
ほけの判定基準	100.0	95.2	0.67
社会的変数			
外出の程度	81.8	81.0	0.67

表3 介入群と対照群における生活満足度、自己効力感、老研式活動能力指標得点の介入前後の変化

N	事後-事前の変化 (平均±S.D.)					
	生活満足度	P 値	自己効力感	P 値	老研式活動能力指標	P 値
介入群	9	0.8±1.4	2.7±6.0	-1.4±1.3		
対照群	15	0.8±2.0	0.5±3.8	-1.2±2.0		
		0.67	0.54	0.56		

分析は t 検定による

図5 面接回数と Life Review 場面での記憶との関係

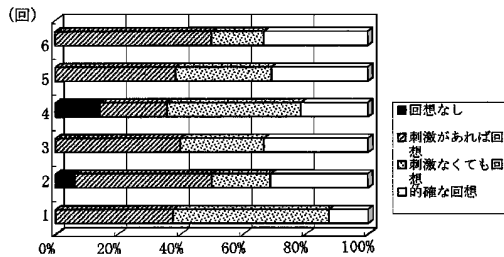


図8 面接回数と Life Review 場面での喜びとの関係

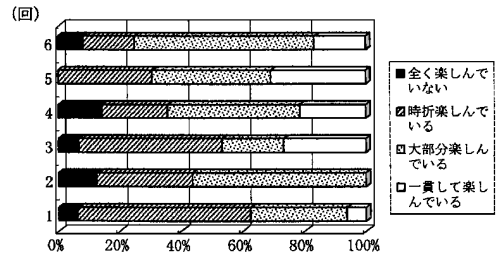


図6 面接回数と Life Review 場面での表情との関係

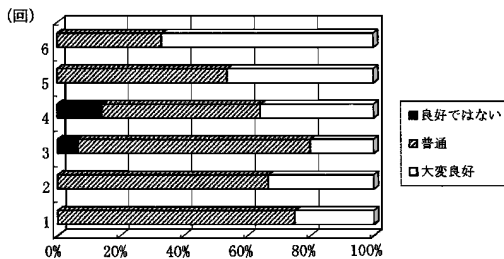


図9 面接回数と Life Review 場面での雰囲気との関係

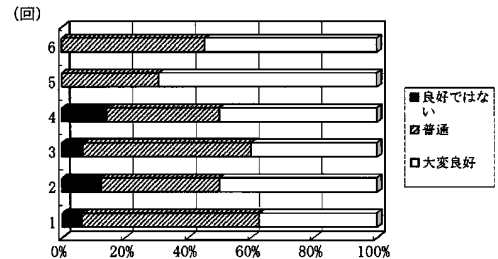
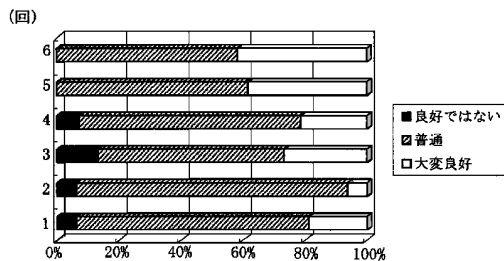


図7 面接回数と Life Review 時の体調との関係



群と脱落群の特徴を比較した結果を表4にまとめた。いずれの変数においても有意差はみられなかった。統計学的に有意ではなかったが、10%水準で継続群は脱落群に比して、排尿で要介助の人が少なく、独居・高齢者世帯の人が少なく、週1回の外出が少ない人が多いことが示された。

IV 考 察

1. 介入プログラムの実施

準寝たきりは虚弱や「閉じこもり」に近似する概念として位置付けられる^{3~5)}。これまでの研究から準寝たきりは心理的側面の一つである自己効力感の低さに規定されることや、「閉じこもり」は移動能力や排尿という身体的側面や自己効力感

や主観的健康感などの心理的側面が関連していることが明らかにされてきた^{6,21)}。本研究の特色は、これらの研究成果を科学的根拠として、寝たきりの前段階である準寝たきりの高齢者の自立度とQOLを向上させるために、心理面に重点をおいた介入プログラムを試行したことである。具体的には健康情報の提供とLife Reviewという心理的な技法を用いた介入プログラムを合わせて用いた。

2. 介入プログラムの評価

準寝たきり高齢者に対して今回プログラムを約4か月間実施したが、準寝たきり状態から自立へと改善するような自立度向上という点では残念ながら有意な効果はみられなかった。国内外をみても、Life Reviewを用いて、homeboundや準寝たきりといった虚弱高齢者への効果を検討した研究はHaight¹⁰⁾と本研究以外見あたらない。そこで、本研究において、有意な効果がなげみられなかったのかをHaight¹⁰⁾の研究との比較を中心に検討する。

1) 対象者について

Haight¹⁰⁾の研究対象者は「障害は持つが、比較的健康で会話が正確にできる人」で、一人で生きていくために在宅サービスを頼っている人を

表4 介入群における継続群と脱落群の事前調査時の特徴の比較

変数	カテゴリー	継続群 (n=11)	脱落群 (n=12)	P値
マッチング変数				
性別	女性%	58.3	63.6	0.75
年齢	(平均±S.D.)	80.3±7.8	78.3±7.9	0.53
身体的変数				
視力	低下%	50.0	45.5	0.83
聴力	低下%	41.7	36.4	0.75
ADL 歩行	要介助%	45.5	66.8	0.41
食事	要介助%	8.2	0.0	0.52
排尿	要介助%	16.7	54.6	0.09
入浴	要介助%	41.7	54.6	0.68
着脱衣	要介助%	16.7	36.4	0.37
物忘れ	要介助%	25.0	45.5	0.40
自立度判定基準	ランク J%	8.3	18.2	0.29
	ランク A%	75.0	54.6	
	ランク B・C%	16.7	27.2	
心理的変数				
主観的健康感	健康ではない%	58.3	77.8	0.37
生きがい	なし%	41.7	66.7	0.38
生活満足度	(平均±S.D.)	3.9±2.2	3.2±2.8	0.49
自己効力感	(平均±S.D.)	13.0±4.3	13.5±5.1	0.82
ほけの判定基準	軽度異常以上	25.0	45.5	0.40
社会的変数				
同居状況	独居・高齢世帯%	0.0	27.3	0.09
老研式活動能力指標	(平均±S.D.)	4.0±3.6	5.3±3.9	0.48
外出の程度	週1回の外出なし%	100.0	77.8	0.08

homebound と位置付けている。Homebound は本研究のランク A の高齢者と状態像が近似しており、2つの研究とも虚弱高齢者を対象とした点では同質と言える。ただし、Haight¹⁰⁾の対象者の年齢範囲が73~79歳であったのに対し、本研究対象者の平均年齢は79歳±7.7歳と若干高齢であった。高齢ほど自立度の低下は顕著であることがこれまでの研究で知られている^{5,7,8,22)}。本研究の対象者がより高齢のため、Haight¹⁰⁾の対象者よりも健康状態が改善しにくい集団であることがわかる。

もう一つの問題として、本研究における対象者の選抜方法が挙げられる。本対象者は選抜の時点では全員準寝たきりであったが、介入時点では時間が経過していた。そのため、自立度が変動し、準寝たきり状態の人ばかりではなかったため、結果としてADLや主観的QOLで改善がみられなかった可能性は否めない。

また、Haight¹⁰⁾の研究の調査状況は、Life Rev-

iew群と友好訪問群では20人のうち、それぞれ4人しか脱落していないのに対し、本研究では介入群において半数以上が脱落し、そのおもな理由は入院や体調不良など健康上の問題であった。また、主観的健康感でも、事前調査の時点で、自分の健康状態を悪いと評価した人はHaight¹⁰⁾の対象者では45%であったのに対し、本研究では53%と高率であった。このことから、本研究の対象者の健康状態はHaight¹⁰⁾の対象者に比して、精神的にも身体的にも悪かったため脱落が多かったと推察できる。

今回のような継続的な介入を行うには、対象者がある程度良好な身体・精神機能を保っており、あまり高齢でないことが必要な条件と考えられた。

また、今回は身体的介入として、健康情報の提供を行い、心身両面から準寝たきり高齢者への介入とした。身体面への介入としては、運動訓練を導入して持久力の指標である最大酸素摂取量が5

歳相当分改善した研究²³⁾もあり、今回のように専門家が情報の提供をするだけではもちろん不十分であることは否めない。しかし、健康情報の提供は高齢者自身の身体への関心を高めることと、Life Reviewのみでは自分が一方的に話をするだけだと対象者に誤解を生じさせないようにするため、この方法を選択した。

2) 研究デザインについて

研究デザインでは、介入期間とLife Review時に試みた評価法に違いがあった。Haight¹⁰⁾は介入期間を8週間と設定し、介入群に対しては毎週Life Reviewを実施した。本研究では月平均2回4か月間を設定し、6回の介入とした。その理由は、今後の市町村における保健事業としての虚弱高齢者に対する寝たきり予防の介入プログラムの実行可能性を検討する意味で、市の保健師等の業務量も考慮したためである。つまり、保健師の時間的・量的負担を過大にしないように、介入期間を長くとした。本研究ではHaight¹⁰⁾よりも1回ごとの介入の時間的間隔が長いから、Life Reviewがもたらす心理的効果が、生活満足度などの比較的敏感な尺度に反映しなかったのかもしれない。

Haight¹⁰⁾の研究においても、本研究でも、ADLの改善に効果が認められなかった。Haight¹⁰⁾は、配食サービスを受けている人から対象者を抽出したために改善可能な身体的能力に限界があったこと、ADLの改善を期待するには期間が短すぎたことを理由とした。ADLの改善については、「閉じこもり」の解消に結びつけるためには、期間をさらに長く設定することやLife Reviewを用いた心理的介入だけではなく、身体的リハビリテーションなどを介入に組み入れるなどの検討も必要である。

また、Haight¹⁰⁾の研究では実施されなかったが、本研究でのLife Review時の意欲、態度、表情などについての評価の試みは、介入完了者についての評価であり、併せて、Life Review実施者による評価であったため、バイアスが生じている可能性は否定できない。

3) 認知的機能の問題

対象者の認知的機能の問題がある。Haight¹⁰⁾は正確に会話ができる人だけを対象としたのに対し、本研究では介入対象の除外基準をぼけの判定

基準で+3以上の人としたので、認知的機能が低下している人も含まれていた。そのため、介入プログラムを継続することが困難な場合もあった。本研究のように認知機能にばらつきがあると、言語で回答・評価する人生満足度などの尺度に効果が反映されにくいことが推察された。以上より、認知障害を持つ対象者を含めるか、含めた場合の評価の評価方法として言語的な評価のみではなく非言語的な評価の導入も検討しなければならないであろう。

4) 自己効力感について

Haight¹⁰⁾は介入効果を測定する変数として取り上げなかったが、本研究では心理的変数に自己効力感を取り上げた。自己効力感が高齢者の自立度の低下を規定する要因として、国内外において示されてきた。とくに、準寝たきり高齢者の1年後の自立度を規定する変数として、自己効力感の低さを報告した研究もある³⁾。準寝たきり高齢者の生活行動全般を活性化する方法として、心理的側面である自己効力感にアプローチする重要性が問われている。本研究では、直接自己効力感にアプローチしたわけではないが、Life Reviewによる介入が、自己効力感の改善をもたらすかどうかを検討した点において評価できるだろう。しかし、介入効果は認められなかった。今回取り上げた自己効力感とはADLに関する行動に対する結果予期であり、模倣などからスキルを学ぶことも重要であるので、今後、その点を考慮して検討したい。

4. 今後の課題

今回の介入では人生満足度、自己効力感などでマイナスの影響は認められなかった。Life Review時の面接者評価からみても、意欲、応答、雰囲気などが初回から回がたつにつれて向上しており、Life Reviewが準寝たきり高齢者に対してネガティブな影響をもたらさないことが示された。つまり、準寝たきり高齢者に対するこのような介入の実行可能性は示唆されたと言えよう。

市町村で寝たきり予防を積極的に推進するうえで準寝たきり高齢者の自立度の向上を目指した実行可能な介入プログラムを提供するためにも、対象者の選抜方法、対象者の年齢や健康状態や認知的機能の問題、介入期間の問題、介入内容の追加、評価尺度など考慮すべきことが明らかとなっ

た。さらに、より大きな集団や異なった集団で介入を実施し、介入プログラムの有効性を評価したい。

V 結 論

準寝たきり高齢者の自立度の改善と心理的QOL向上を目指した介入プログラムを実施した。山形県内で1997年より実施している高齢者調査を受けて、1998年にランクAに該当した高齢者46人を介入群と対照群の2群に分けた。介入群に計6回の介入プログラムを実施した。その結果、介入による身体・心理・社会的側面に有意な効果は認められなかった。しかし、今回用いたLife Reviewという心理的技法は今回とりあげた身体・心理・社会的特徴に対してマイナスの影響はもたらさないことが示され、今後、地域におけるこの介入プログラムの実行可能性が示された。ただし、半数以上が脱落した点を鑑みて、対象者の認知に関する問題や実施期間、介入の内容など検討しなければならない課題も明らかとなった。

本研究の実施にあたり山形県村山保健所、山形市高齢福祉課、村山市保健課、ならびに調査地区の住民の皆様のご多大なご協力を頂いた。山田孝子（現山形県置賜保健所）、佐藤久枝、鈴木みどり（山形市健康福祉部）、土屋寿子（村山市保健課）、後藤あや（現福島県立医科大学）、西瀬雄子（山形大学）の各氏に深謝する。なお、本研究の一部は、平成10年度文部省科学研究補助金奨励研究（A）課題番号10770164（研究代表者藺牟田洋美）、平成11年度厚生科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「在宅高齢者に対する保健・看護・介護プログラム開発とその評価に関する研究」（主任研究者金川克子）により実施された。本研究の要旨は、第59回日本公衆衛生学会総会（2000年10月、群馬）発表した。

（受付 2002.11.15）
（採用 2004. 4.16）

文 献

- 1) 厚生労働省. 厚生労働白書（平成13年度版）, 株式会社ぎょうせい, 2001.
- 2) 社会保険実務研究所. 高齢者保健事業の在り方に関する意見（案）. 週間保健衛生ニュース 1999; 1006: 18-30.
- 3) Imuta H, Yasumura S, Abe H, et al. The prevalence and psychosocial characteristics of frail elderly in Japan: Community-based study. *Aging Clin. Exp. Res.* 2001; 12: 443-453.

- 4) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之, 他. 自立および準寝たきり高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明 身体・心理・社会的側面から. *日本公衛誌* 2002; 49: 483-496.
- 5) 新開省二, 渡辺修一郎, 熊谷 修, 他. 地域高齢者における「準ねたきり」の発生率, 予後および危険因子. *日本公衛誌* 2001; 48: 741-752.
- 6) 藺牟田洋美, 安村誠司, 藤田雅美, 他. 地域高齢者の「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化. 心理・社会的特徴と移動能力の変化. *日本公衛誌* 1998; 45: 883-892.
- 7) 古谷野亘, 柴田 博, 芳賀 博, 他. 地域老人における日常生活動作能力の測定—その変化と死亡率への影響—. *日本公衛誌* 1984; 31: 637-641.
- 8) 辻 一郎, 南 優子, 深尾 彰, 他. 高齢者における日常生活遂行能力の経年変化. *日本公衛誌* 1994; 41: 415-423.
- 9) 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.
- 10) Haight BK. The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 1988; 43: 40-44.
- 11) Butler RN. The Life Review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 1963; 256: 65-76.
- 12) 黒川由紀子, 斎藤正彦, 松田 修. 老年期における精神療法の効果評価—Life Reviewをめぐる—. *老年精神医学雑誌* 1995; 6: 315-328.
- 13) 野村豊子. Life Review ライフレビュー. 中央法規, 1998.
- 14) 古谷野亘. モラル・スケール, 生活満足度尺度および幸福度尺度の共通次元と尺度間の関連性. *老年社会科学* 1982; 4: 142-154.
- 15) 古谷野亘. モラル・スケール, 生活満足度尺度および幸福度尺度の共通次元と尺度間の関連（その2）. *老年社会科学* 1983; 5: 129-142.
- 16) 芳賀 博. 地域の高齢者における転倒・骨折に関する総合的研究 平成7年度～平成8年度科学研究費補助金研究成果報告書. 1997; 124-136.
- 17) 柄澤昭秀. 老人のぼけの臨床. 医学書院, 東京, 1981.
- 18) Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology* 1961; 16: 134-143.
- 19) Tinetti ME, Powell I. Falls efficacy as a measure of fear of falling. *Journal of Gerontology* 1990; 45: 236-243.
- 20) 古谷野亘, 柴田 博, 中里克治, 他. 地域老人における活動能力の測定をめざして. *社会老年学* 1986; 23: 35-43.
- 21) 安村誠司. ランクJ・Aの在宅高齢者における自

- 立度の変化とその関連要因の検討—保健・医療・福祉サービスなどを中心に—在宅高齢者に対する保健・看護・介護プログラム開発とその評価に関する研究 平成10年度厚生省科学研究費補助金長寿科学総合研究事業報告書 主任研究者金川克子 1999; 25-35.
- 22) 本間義之, 成瀬優知, 鏡森定信. 高齢者の日常生活自立度と生命予後, 活動的平均余命との関連について高齢者ニーズ調査より. 日本公衛誌 1998; 45: 1018-1029.
- 23) Tsuji I, Tamagawa A, Nagatomi R, et al. Randomized controlled trial of exercise training for older people (Sendai Silver Center Trail: SSCT): Study design and primary outcome. J of Epidemiology, 2000; 10: 55-64.
-

EFFECT OF A LIFE REVIEW PROCESS TO IMPROVE QUALITY OF LIFE FOR THE HOMEBOUND ELDERLY IN JAPAN

Hiromi IMUTA^{*}, Seiji YASUMURA^{2*}, and Tadayuki AHIKO^{3*}

Key words : community-dwelling elderly, independence, life review, intervention study, homebound

Objective This study examined the therapeutic effects of Life Review processes on physical and psychological functions of homebound elderly in Japan.

Methods From 1998, a cohort of people aged 65 and over living in two cities in Yamagata Prefecture has been followed. Sixty-three subjects (24 men, 39 women) were classified as rank A (homebound). Fifty-two persons completed the baseline survey in 1999 and 46 eligible persons (18 men and 28 women) were allocated to intervention and control groups whose age and sex distribution were matched. Intervention entailed giving some health information and Life Review processing for four months, twice a month on average. Each session started with provision of health information followed by the Life Review process which took an hour to finish. All subjects of both groups were assessed for dependent variables at the beginning and the end of the intervention period (pretest and post-test). Dependent variables were physical (Activities of Daily Living, Visual deficit, and others), psychological (subjective health, life satisfaction, self-efficacy scale, and others), and social (functional ability and frequency of getting out of the house). The control group received only the pretest and the post-test.

Results Pretest scores for all physical, psychological, and social variables did not significantly differ between the two groups. The rate for improvement/no change were higher with regard to hearing deficit, ADL (eating, dressing), cognition, subjective health, ikigai and frequency of getting out of house in the intervention group than in the control group, but there were no significant differences.

Conclusion The developed intervention program featuring delivery of health information and structured Life Review Process had no negative influence on physical and psycho-social functions. Practicability of the intervention was suggested. But the study highlights problems such as selection of subjects, duration and method of intervention.

* Faculty of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University of Health Sciences

^{2*} Department of Public Health, Fukushima Medical University, School of Medicine

^{3*} Murayama Public Health Center, Yamagata Prefecture Office