

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

コウノ アユミ* タダカ エツコ オカモト フ ミ コ
河野あゆみ* 田高 悦子^{2*} 岡本双美子^{3*}
クニイ ユウ コ ヤマモト ノリ コ
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れ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

1 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る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。O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がありますか。」「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を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	頸肩腕症候群
	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ときに召し上がる
	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ったら様子を見てくれといっているなど「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
	食事は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、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、お酒にいってしまう	
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、都市高層住宅地域と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云わない
	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、ということはある	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、困っていることの出表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入れて、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「自律心が強いから、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

- 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)
- 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.
- Iliffe S, Tai SS, Haines A, et al. Are elderly people living alone an at risk group? *BMJ* 1992; 305: 1001-1004.
- 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 2002; 49(8): 795-801.
- 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.
- 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.
- Guzman JS, Sohn L, Harada ND. Living alone and outpatient care use by older veterans. *JAGS* 2004; 52: 617-622.
- 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.
- Case RB, Moss AJ, Case N, et al. Living alone after myocardial infarction: impact on prognosis. *JAMA* 1992; 267: 515-519.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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)
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 斉藤恵美子, 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.
- 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.
- 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.
- 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