



神戸市北区における地域高齢者の外出頻度とその要因

古達, 彩子
武政, 誠一

(Citation)

神戸大学医学部保健学科紀要, 23:23-34

(Issue Date)

2007

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/81000888>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/81000888>



神戸市北区における地域高齢者の外出頻度とその要因

古達 彩子¹, 武政 誠一²

【要 旨】

高齢社会が進む我が国において、寝たきり予防は大きな課題である。その前段階である閉じこもりへの対策は重要な課題であり、今回、その予防対策としての「外出」に着目し、外出頻度、ADL、生活機能、QOLを中心としたアンケート調査を高齢者100名に実施した。そのうち有効な回答の得られた男性19名、女性45名、不明6名の計70名（平均年齢77.3±6.7歳：有効回答率75.3%）を閉じこもり群と自立群に分けて分析・検討した結果、外出頻度とADL自立度（ $r=0.38$, $p<0.01$ ）、生活機能（ $r=0.40$, $p<0.01$ ）との間に正の相関が見られた。外出頻度とQOLとの関係では、全体的健康感を除く身体的・精神的健康感の7項目で有意な正の相関が見られた（ $p<0.05$ ）。また閉じこもり群では、身体的健康感ばかりでなく精神的健康感も低いことが示された（ $p<0.05$ ）。よって、高齢者の閉じこもりを防ぐためには社会参加を促すための社会的サポートが重要であり、生活範囲の拡大を図ることが必要であると考えられた。

索引用語：地域高齢者、外出頻度、QOL、閉じこもり

【緒 言】

昭和58年、わが国では高齢化が話題になり始めると「国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため」、老人保健法が制定された。これにより保健事業が法律化され、市町村の責任で実施することが義務化された。しかしさらなる人口の高齢化に伴い寝たきりや認知症の高齢者が増えることが見込まれたため、公共サービスの基盤整備により在宅福祉の推進を掲げた高齢者対策強化案としてゴールドプランが策定された。しかし当初の予想以上に高齢化が急速に進み、介護を必要とする時間の長期化が予想された。また、一方で核家族化が進行し家族介護力の不足や・老老介護問題など、家族による介護では十分な対応が困難となる症例が増加していった。そのため介護問題は老後生活最大の不安要素と言われ、高齢化社会の最大の課題となった。また、高齢者介護に関する以前の制度は医療と福祉が縦割りであり、サービ

ス利用に選択の自由がないこと、負担に不公平が生じていること、医療サービスが不適切に利用されている等の問題が指摘された。このような不安や問題の解消を図り、今後急速に増加することが見込まれる介護費用を将来にわたって国民全体で公平に賄う仕組みの確立を目指して、2000年4月、介護保険制度が創設された^{1,2)}。

介護保険制度では福祉と医療に別れていた高齢者介護に関する制度を再編成し、利用しやすく公平で効率的な社会支援システムが構築された。その結果、制度導入以降、従来では在宅生活が困難であった高齢障害者や虚弱高齢者も施設生活ではなく、訪問看護・訪問介護・訪問リハビリテーション等の居宅サービスやデイケア・デイサービス等の通所サービス、介護用品・福祉用具のレンタル、などを利用しての在宅生活が推奨されるようになってきた。しかし在宅の現場では、外出する身体能力があるにもかかわらず訪問によるサービスを利用する症例や、デイサービス・デイケア等の通所サービスの受

1. 北都病院

2. 神戸大学大学院医学系研究科保健学専攻

け入れが困難なために自宅から積極的に外出する機会がない症例、など外出頻度が少ない事例、いわゆる「閉じこもり」となってしまう症例も多く、訪問サービスの在り方・適正に矛盾を感じることも多い。

高齢者では活動量の低下が即身体機能の低下につながり、予備力が少ない為わずかの期間で身の回り動作ができなくなる。家に閉じこもった生活は活動量を低下させ、廃用性症候群を招き、身の回り動作まで影響してくると「寝たきり」と呼ばれる^{3,4)}。「閉じこもり」について、河本⁵⁾によると閉じこもる人とは障害が重い人だけでなく、通所サービスは利用するがあとの日々は家で横になっている・日中は起床しているが通所サービスは利用しない・近隣の人と会いたくない、といった人も多く、これらの後者は廃用症候群と隣り合わせにあると報告している。また藤田ら⁶⁾によると、閉じこもり状態にある高齢者は外出頻度の高い集団に比べ身体・心理・社会的側面で健康水準が低水準であり、外出頻度は地域高齢者の包括的な健康指標の一つとみなすことができると報告している。このように閉じこもり状態は廃用性症候群・要介護移行リスクであり、廃用性変化がさらに閉じこもりを助長する悪循環はよく知られている。しかし一方で藺牟田ら⁷⁾によると寝たきり予備軍である閉じこもりの高齢者は、寝たきりにも屋外を歩く高齢者にもなる可塑性な状態にあり、寝たきり高齢者を一人でも少なくするためには閉じこもり高齢者の生活改善の援助をしていくことが重要であると述べている。同様に、新開ら⁸⁾も「ねたきり」の過半数は「準ねたきり」状態を経過するが、1年以内に適切な対応をすれば「自立」に回復させることが可能と述べている。しかし先行研究において「閉じこもり」と日常生活活動 (activities of daily living: 以下 ADL) や Quality of life (以下 QOL)、主観的健康感や社会活動性、などとの関連についての報告は多いが⁹⁻¹²⁾、「外出頻度」との関連を調査した報告は少ない。

そこで本研究では神戸市北区在住の高齢者に

対し外出頻度、居住環境、QOL、ADL を中心としたアンケート調査を行った。今後閉じこもりを予防する為に、外出の頻度に着目しその関連要因を分析し、地域在住の高齢者がより自立した、QOL の高い生活を送るための在宅支援における理学療法士の役割と各種サービスのあり方について検討した。

【対象と方法】

1. 調査対象者・方法

調査対象者は、神戸市北区在住で訪問・通所サービス利用者、地域 B 型リハ参加者、高齢者向け住居入居者のうち著明な視力障害、書字困難がない高齢者約100名とした。これらの対象者に対し外出頻度、居住環境、QOL、ADL に関するアンケート調査を実施した。調査にあたっては個人情報のお守りおよび無記名でかまわない旨を記載し、回答の返却は本人の意志に委ね個人の自由とした。平成17年4月から5月にかけてアンケート用紙を配布、自己記入で回答を依頼し1週間から3週間経過の後直接回収した。その結果、男性19名、女性45名、不明6名の計70名(平均年齢77.3±6.7歳:有効回答率75.3%)から有効な回答を得た。

2. 調査項目

質問項目は年齢、性別、介護認定申請の有無と要介護度、外出頻度、家屋・周辺環境、同居家族の有無、ADL、生活機能、QOL である。

外出頻度は外出を『買物・散歩・通院などで家の外にでること』とし、介助の下でも可、(庭先やゴミ出し程度は外出には含まない。)と定義したうえで「毎日1回以上」「2、3日に一回程度」「1週間に1回程度」「ほとんどない」の4段階に分類し、選択項目とした。

家屋環境は一戸建てか集合住宅かとエレベーターの有無を、周辺環境は住居周囲での「階段」「大きな段差」「急な坂道」「交通量の多い車道」の有無、を選択項目とした。家屋環境はエレベーターのない集合住宅とその他の群、周辺環境

は一つ以上選択項目を選んだ群と選択のなかった群、同居家族はその有無でいない群という群、に分け前者を外出困難な群とした。

ADL 評価には Barthel Index (自己記入式) を使用した。これは身体機能 (身の回り動作、移動動作) に対する質問に「はい」「いいえ」で回答するもので、道具を使ってでも自分で出来れば「はい」、尿・便の失禁の項目のみは「いいえ」、と答えた場合に得点が与えられる。ただし、用紙には得点欄は記載されていない。自立度によって5点刻みで得点が与えられ、完全自立で100点、全介助では0点となる^{13,14)}。

生活機能評価には老研式生活活動指標を使用した。これは13項目の質問に「はい」「いいえ」で回答し、「はい」と答えた数を合計得点とするもので、高得点であるほど自立度が高くなる (13点満点)。質問内容は手段的自立と知的能動性、さらに最も高度で複雑な活動能力である社会的役割、を含む3つの因子からなる。古谷野らによると、既存の老人生活機能測定尺度の中では最も厳密に、心理学的尺度構成法の手順に従って信頼性・妥当性の吟味を重ねて開発された尺度と言われている。質問項目は独立した生活を営むのに通常必要とされる活動に限定されている¹⁵⁾。

QOL の評価には MOS Short - Form 36 - Item Health Survey ; SF - 36 (自己記入式) を用いた。これは健康関連 QOL を測定するための、科学的な信頼性・妥当性を持つ尺度であり、現在、50カ国語以上に翻訳されて国際的に広く使用されている。健康概念を測定する8つの下位尺度 (身体機能 : PF、日常役割機能 (身体) : RP、身体の痛み : BP、全体的健康観 : GH、活力 : VT、社会生活機能 : SF、日常役割機能 (精神) : RE、心の健康 : MH) があり、質問にたいして3~6の選択肢から「一番よくあてはまるもの」を選んで回答する。素点は0~100点であり、高得点であるほど QOL が高いことを示す。また、その回答は概念構築の段階から心理計量学的な検定に至るまで十分な検討を経て国民標準値が性別・年齢別に算出されていて、

対象群との比較が可能であり、それぞれの下位尺度での検討が可能である¹⁶⁻¹⁸⁾。

アンケート回収後、介護保険の介護認定に基づき要介護群と自立群に、さらに外出頻度別で外出群と閉じこもり群の計4群に分類し検討した。要介護群とは介護認定で介護度1~5と判定された者で、自立群とは判定が要支援・非該当だった者または未申請の者である。外出群とはほぼ毎日外出すると答えた者で、閉じこもり群とは2、3日に1回以下と答えた者である。

3. 分析方法

データ解析は、アンケート集計の外出頻度に関連する要因を確認する為、外出頻度と ADL、生活機能ならびに SF - 36 の下位尺度得点との間でスピアマンの順位相関係数を求め、関連性あるいは傾向性の程度を分析した。また、要介護群と自立群、外出群と閉じこもり群のグループ毎に ADL、生活機能ならびに SF - 36 の下位尺度得点との間でスピアマンの順位相関係数を求め分析・検討した。家屋環境、周辺環境、同居の有無が外出頻度に影響を及ぼすかについては、対象者全体と要介護群・自立群を外出頻度によって外出群・閉じこもり群の2群に分けマン・ホイットニー検定、クロス集計を用いて比較検討した。統計解析には Stat Soft 社製統計解析ソフト STATISTICA を用い危険率5%を有意水準とした。

【結 果】

1. 対象者の状況 (表1)

対象者のうち要介護群は28名 (要介護1 : 21名、要介護2 : 2名、要介護3 : 3名、要介護4 : 2名)、自立群は42名 (要支援12名、未申請30名) であった。また、外出群は28名、閉じこもり群は42名であった。要介護群のうち、外出群は7名、閉じこもり群は21名であった。自立群では外出群が21名、閉じこもりが21名であった。外出頻度はほぼ毎日外出する群が28名、2、3日に一度の群が25名、週に1回程度の群が

表1. 対象者の属性

①要介護度・外出頻度・同居有無・家屋状況

単位：人数

	自立群		要介護群			
要介護度	未申請	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4
	30	12	21	2	3	2
外出頻度	外出群		閉じこもり群			
	ほぼ毎日		2、3日に1度		週に1度	ほとんどない
	28		25		13	4
要介護群	7		21			
自立群	21		21			
同居有無	独居		同居：配偶者のみ		同居：その他	
	28		20		22	
家屋状況	一戸建て		集合住宅：EV有		集合住宅：EV無	その他
	27		32		9	2

②ADL・生活機能

	ADL (点)	生活機能 (点)
全 体	93.1±4.5	10.4±2.7
要 介 護 度	79.8±13.0	8.5±1.9
自 立 群	99.0±1.1	11.4±0.7
外 出 群	98.5±1.5	11.7±0.8
閉じこもり群	89.3±7.4	10.9±3.0

13名、ほとんど外出しない群が4名であった。環境では同居家族がいる群が42名（配偶者のみ20名、その他22名）、独居が28名であった。家屋は一戸建が27名、集合住宅でエレベーター有が32名、エレベーター無が9名、その他1名、不明1名であった。家屋周辺に階段、大きな段差、急な坂道、交通量の多い車道がある、と答えた対象者は56名であった。

ADL の状況は全体で平均点93.1±4.5点、最低点15点、最高点100点、であった。なお自立群では平均点99.0±1.1点、介護群で79.8±13.0点であり、介護群では日常生活動作の自立度が低かった。一方、外出群は平均点98.5±1.5点、閉じこもり群は89.3±7.4点であり、閉じこもり群で日常生活動作の自立度が低かった。

生活機能は全体平均点が10.4±2.7点、最低点1点、最高点13点であり、独立して生活する能力は比較的に保たれていた。

対象者の QOL 平均値は SF-36 での同年代（70歳から80歳）の国民標準値の偏差スコア50に比べ、すべての下位項目で低値であった（図1）。特に PF、RP、RE において大きな差がみられ、対象者の QOL は同年代に比べ低く、特に身体機能や身体的・精神的日常役割機能が低いことを示した。

偏差値

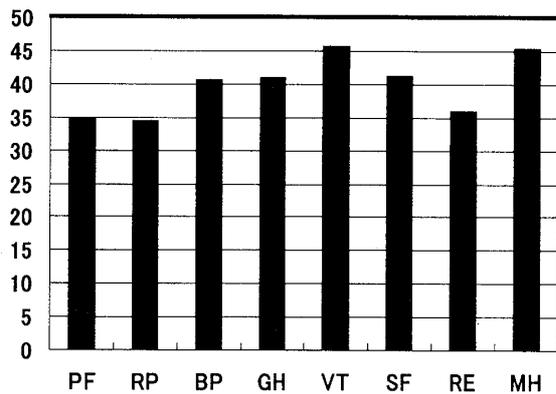


図1. 地域高齢者のQOLと国民標準値との比較

PF：身体機能 RP：日常役割機能(身体)
 BP：身体の痛み GH：全体的健康感
 VT：活力 SF：社会生活機能
 RE：日常役割機能(精神) MH：心の健康

2. 外出頻度と、対象者の年齢、性別との関係 (表2)

外出頻度と対象者の年齢との相関については統計学的な相関はなかった。また、外出頻度と性別との関係についても統計学的な差は見られなかった。

表2. 外出頻度と年齢・性別との相関

	外出頻度	p value
年齢との相関	r = -0.21	n.s.
性差 (得点)	男性2.89±0.99	n.s.
	女性3.11±0.88	

3. 外出頻度とADL、生活機能、要介護度、居住環境との関係 (表3)

全体では外出頻度とADL、生活機能との関係については有意な正の相関が見られ、外出頻度が多い症例ほどADLの自立度が高く生活機能も良好であった ($p < 0.01$)。外出頻度と要介護度との関係は、自立群ではADL、生活機能との間で有意な相関は見られなかった。一方で要介護群では外出頻度とADL、生活機能との間に有意な正の相関がみられ、要介護状態でも外出頻度が多い症例ほどADLの自立度が高く生活機能も良好であった ($p < 0.01$)。また外出頻度と家屋環境、周辺環境、同居の有無との間には統

表3. 外出頻度と各調査項目との相関

調査項目	外出頻度	全体 (n=70)	要介護群 (n=28)	自立群 (n=42)
ADL		0.377245 ***	0.580300 ***	-0.140265
生活機能		0.401415 ***	0.531797 ***	0.119439
SF-36	PF	0.519977 ***	0.458395 *	0.355732 *
	RP	0.347469 ***	0.240669	0.340396 *
	BP	0.468598 ***	0.312858	0.391005 *
	GH	0.201439	0.132921	0.131444
	VT	0.330257 ***	0.223221	0.209084
	SF	0.372659 ***	0.095162	0.442420 ***
	RE	0.465168 ***	0.336401	0.442420 ***
	MH	0.258711 *	0.240102	0.125348

***: $p < 0.01$ *: $p < 0.05$

PF: 身体機能 RP: 日常役割機能(身体) BP: 身体の痛み GH: 全体的健康観
VT: 活力 SF: 社会生活機能 RE: 日常役割機能(精神) MH: 心の健康

表4. 外出頻度と同居有無、家屋環境、周辺環境との相関

単位: 人 (%)

外出頻度		毎日	2、3日に1回	週に1回	ほとんどない	計	有意性
同居	有	2 (4.8)	10 (23.8)	12 (28.6)	18 (42.9)	42	N.S
	無	2 (7.1)	3 (10.7)	13 (46.4)	10 (35.7)	28	
家屋	外出容易	4 (6.6)	11 (18.3)	23 (38.3)	22 (36.7)	60	N.S
	外出困難	0 (0.0)	2 (22.2)	1 (11.1)	6 (66.7)	9	
周辺	外出容易	2 (4.2)	9 (18.8)	17 (35.4)	20 (41.7)	48	N.S
	外出困難	2 (9.1)	4 (18.2)	8 (36.4)	8 (36.4)	22	

計学的な差はみられなかった(表4)。

4. 外出頻度と QOL・要介護度との関係

外出頻度と QOL との関係については、GH を除く 7 項目で有意な正の相関が見られ、外出頻

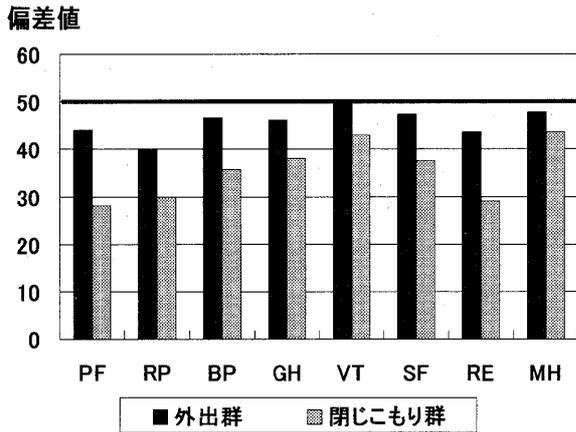


図2. 地域高齢者(外出群と閉じこもり群)の QOL と国民標準値との比較

PF: 身体機能 RP: 日常役割機能(身体)
 BP: 身体の痛み GH: 全体的健康観
 VT: 活力 SF: 社会生活機能
 RE: 日常役割機能(精神) MH: 心の健康

度が多いほど QOL も有意に高くなっていった(表3)。また、対象者を外出群と閉じこもり群の 2 群に分け国民標準値の偏差スコアと比べると、外出群では国民標準値の偏差スコアとほぼ同じであった。一方閉じこもり群では、全ての項目で標準値より 6~20 点低値であった。特に PF、RP、BP、SF、RE は大きな差がみられ、閉じこもり群は同年代の QOL 値よりも低く、特に身体の痛みや身体的日常役割機能といった身体的健康感ばかりでなく、社会生活機能や精神的役割機能といった精神的健康感も低いことが示された(図2)。

介護度別の 2 群に分けて比べると、要介護群では外出頻度と QOL の関係では PF の項目で有意な正の相関がみられ、外出頻度が多い症例ほど身体的健康感に関する QOL が有意に高い値を示していた ($p < 0.05$) (図3)。一方、自立群内での外出頻度と QOL との関係では、PF、RP、BP、SF、RE の項目で有意な正の相関がみられ、外出頻度が多い症例ほど身体的健康感のみならず精神的健康感に関する QOL が有意に高い値を示していた ($p < 0.05$) (図4)。

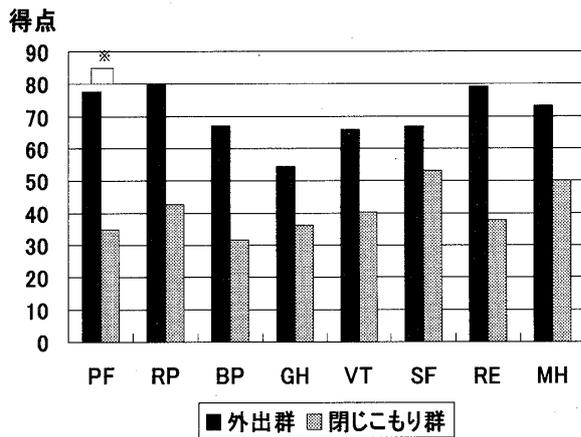


図3. 要介護群における外出群と閉じこもり群の QOL の比較

PF: 身体機能 RP: 日常役割機能(身体)
 BP: 身体の痛み GH: 全体的健康観
 VT: 活力 SF: 社会生活機能
 RE: 日常役割機能(精神) MH: 心の健康

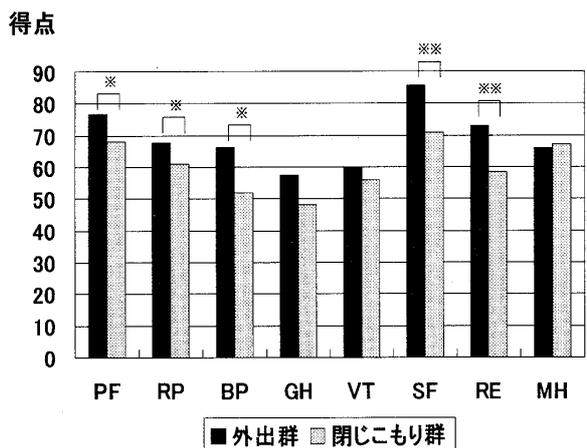


図4. 自立群における外出群と閉じこもり群の QOL の比較

PF: 身体機能 RP: 日常役割機能(身体)
 BP: 身体の痛み GH: 全体的健康観
 VT: 活力 SF: 社会生活機能
 RE: 日常役割機能(精神) MH: 心の健康

【考 察】

1. 対象者の状況（全体的 QOL も含めて述べる）

対象者の外出頻度については、閉じこもり群が52名と多く、中でも要介護群では、特に閉じこもりが多いことが示され、加えて外出を阻害する家周囲の階段、大きな段差、急な坂道、交通量の多い車道があると答えた症例が56名と多いことが示された点は気がかりである。また、生活機能としては独立して生活する能力は比較的に保たれていたが、日常生活活動については、当然のことながら、介護群では自立度が低く、閉じこもり群においても自立度が低くなることが示されていた。これらは逆にいうと、日常生活活動の自立度を高め要介護状態を軽減させ、家周囲の環境を整備することによって、対象者の閉じこもりを防ぐことが可能になることを示唆しているのかもしれない。

今回の対象者の結果では、QOLは同年代の国民標準値の偏差スコアに比べ、全ての下位項目で低値を示し、特に身体的・精神的日常役割機能や社会生活機能が低いことを示していたことは気がかりである。早坂らや、中村らは、65歳以上の在宅高齢者において、社会参加活動への参加やグループでの役割が高いと主観的健康感や健康関連 QOL も高くなることを述べている^{19,20)}。また、小林らはなんらかの障害を持つ場合でも、社会活動が心理的 QOL を規定する因子として重要であると述べている²¹⁾。一方、河野は独居自立高齢者を対象とした機能訓練事業（レクレーション等閉じこもり予防のための地域事業）を行った結果、非参加高齢者では心理的 QOL が悪化することを述べている²²⁾。早坂ら¹⁹⁾も、社会参加活動に参加を促すことが主観的健康感を高める可能性があることを示している。

今回の結果から明確にはできないが、機能訓練事業への参加といった社会参加のために必要な外出を積極的に行う外出群が28名に対し、社会参加活動をしないといった閉じこもり群が42

名と多かったことにより、同年代の QOL よりも低く、特に身体的・精神的日常役割機能や社会生活機能が低いことを示したのかもしれない。したがって、家に閉じこもって社会参加しないのではなく、積極的に外出し社会参加を勧めていくための社会的支援が必要であると考えられた。

2. 外出頻度と、対象者の年齢、性別との関係

外出頻度と対象者の年齢との関係については、高齢であるほど外出が減る傾向にある、との報告が多い^{6,23-26)}。当然高齢になるにしたがって身体機能も低下し、外出頻度も低下することが考えられる。しかし、今回の結果では、外出頻度と対象者の年齢との相関については統計学的な相関はなかった。これは今回の結果から明確にはできないが、対象者の中には平均年齢より高齢であっても介護度が低く、ADL が自立している症例が多くみられたためかもしれない。また、これは加齢による身体機能の低下が、外出頻度には影響を及ぼさないことを示唆しているのかもしれない。外出頻度と性別との関係については、性別による統計学的な差はないとする報告が多いが^{6,24)}、女性が多い^{23,26)}、男性が多い²⁵⁾とする報告もあり意見が別れるところである。したがって、外出頻度と年齢や性差については今後詳細な検討が必要であることが課題として残された。

3. 外出頻度と ADL、生活機能、居住環境との関係

藤田らは、高齢者において「週1回程度以下」の外出頻度は歩行障害を中心とした身体的機能低下が関連しているが、「2～3日に1回程度」では身体要因との関連は弱まり、心理・社会的要因との関連が強くなる傾向を認めた、と述べている⁶⁾。今回の調査では、外出頻度と ADL、生活機能との関係については、外出頻度が多い症例ほど ADL の自立度が高く生活機能も良好であった。また、自立群と要介護群に分類した場合は、自立群では統計学的な相関はなかった

が、要介護群では外出頻度と ADL 自立度・生活機能との間には正の相関がみられ、要介護度が高ければ ADL 自立度や生活機能が低下することが示された。これは、外出の阻害要因として、歩行障害といった ADL 自立度の低下や手段的 ADL の低下のみならず、知的能動性や社会的役割といった心理・社会的機能の低下が要因となること、そしてこれらが要介護状態にある高齢者では特に外出を阻害する要因になることが明らかとなった。したがって、高齢者の閉じこもりを予防するには、外出し人との交流の基礎となるセルフケアを何らかの自助具や介助を要しても自立させ、車椅子や歩行補助具、人的介助を用いてでも外出ができるような移動手段を保証することが重要であると考えられた。また身体機能が維持されている場合は、杉原²⁵⁾が述べるように「外出の誘い」といった、地域を中心とした心理・社会的支援により、外出を促し社会的機能低下を予防することが重要であると考えられた。また、地域に働く理学療法士は、少なくとも車椅子などの福祉介助用具の評価や助言、指導を行うとともに、対象者の外出に対して積極的に参画し、対象者の生活範囲の拡大を図ることが必要であると考えられた。

外出と環境との関係について、竹内らは、雪国である、坂が多い街である、といった気候風土も含めた物理環境も閉じこもりの要因の一つとしている³⁾。また、渡辺らも「家の周辺に坂道が多いので外出に不安を感じる」ことが閉じこもりの一要因としている²⁴⁾。当然家周囲に坂道が多いと外出を阻害する一要因であると考えられる。今回の調査地域も周辺環境は坂が多い街であり、周辺に「急な坂がある」などの阻害要因があると答えた回答も多くみられた。しかし今回は住居周囲での「階段」「大きな段差」「急な坂道」「交通量の多い車道」の有無による統計学的な差はみられなかった。今後、坂の少ない居住環境における調査との比較を行い、外出と環境との関係についてのさらなる詳細な検討が必要であり課題として残った。また、外出と同居の有無との関係について、渡辺らは独居が

外出の阻害因子の一つとしている²³⁾。一方杉原らは子供らと同居している者より単身世帯の者のほうが閉じこもりのリスクが低いと述べている²⁴⁾。これらに対し原田らは、同居しているものは空間面（行動範囲の狭小化）・対人関係の閉じこもりリスクが高く、単身者は心理的な閉じこもりリスクが高い、とその要因の違いを述べている²⁵⁾。今回の結果では外出頻度と同居家族の有無との関係では統計学的な差はなかった。したがって今後、行動範囲や対人関係を含めた、人的環境との関係について、さらなる詳細な調査と検討が必要であると思われた。

4. 外出頻度と QOL、要介護度との関係

SF-36 の下位尺度「身体の痛み (Body pain: BP)」が低いスコアとは、「過去 1 ヶ月間に非常に激しい体の痛みで、普段の仕事が非常に妨げられた」ことを意味している。今回の結果では、閉じこもり群の BP は外出群に比べ有意に低値であり、全般的にも標準値を下まわっていた。若山らは外出頻度と QOL の関係について、介護保険非該当・要支援高齢者の閉じこもりの要因第一位は「下肢の痛みによる外出不自由」であったと報告している²⁷⁾。鳩野も閉じこもりの人は機能障害、内部障害に加え痛みの問題を持っている、と指摘し²⁶⁾、心理的・精神的状態も全般的に良好でない、と述べている。したがって、外出頻度を向上させるために理学療法士は慢性疼痛・不定愁訴的疼痛などの評価と改善を目的としたアプローチによる疼痛のコントロールが重要であることが示唆された。また同時に閉じこもり群では RP、SF、RE の項目も低値であり、日常生活で役割を持たず社会生活が乏しい様子が伺えた。これは、外出頻度は、身体的・精神的日常役割機能や他人との交流といった社会生活機能によって規定されることを示唆している。またこれは、社会交流が減少すると家庭に閉じこもりがちとなり、RP 低値にみられるように家族への依存が高くなり、RE 低値に見られるように家庭での役割感も減少し、より閉じこもりになり SF もさらに低値になっ

ていく、という悪循環を示唆している。したがって閉じこもりを防ぎ外出欲求を高めるためには、日常の役割能力を高く維持させるための、他人との交流といった社会的交流欲求を高めていく必要があると思われた。

要介護度別での QOL と外出頻度の関連では、要介護群は身体機能と正の相関がみられ、身体機能が低下すると外出頻度が低下することが示された。これは要介護者では身体機能が低下し、要介護度が進むにしたがって外出の困難さが増し QOL を低下させてしまうことを示唆している。したがって要介護者に対しては、身体機能を向上させ、積極的に外出することが QOL の向上のためには重要であり、水尻ら²⁸⁾ が述べるように通所サービス等の介護保険サービスなどを導入してでも外出機会を増し「閉じこもり」を予防することが必要であると考えられた。また、自立群では PF、RP、BP、SF、RE と正の相関がみられ、外出頻度が低下すると、痛みや身体機能といった身体的健康感のみならず日常役割機能や社会生活機能といった精神的健康感も低下することが示された。これは、要介護状態でない症例で外出頻度が低下すると要介護状態に陥る可能性を示唆している。したがって、自立群の QOL 向上のためには、要介護者同様に積極的に外出し社会参加を促すことが重要であり、給食会や行事など地域での社会的サポートの充実が必要であると考えられた。

高齢社会が進行している我が国において、寝たきり予防は大きな課題であり、その前段階と言われる閉じこもり状態の高齢者に対する対策が現在最も重要な課題となっている^{7,8,29)}。閉じこもりの予防対策は「閉じこもらぬこと」、すなわち買物であっても通所サービスであっても、「外出すること」である。そのためには、竹内が述べているように環境や介護力を整え、親しい友人や仲間を作って地域の中で人間関係を築き 1 日に 1 回は外出することが、質の高い生活を維持・向上させるためには重要である³⁾。そこで今回は地域在住の訪問・通所サービス利用者、地域 B 型リハ参加者、高齢者向け住居入居

者を取りあげ、その対象者の外出頻度に着目し、外出を左右する要因について分析・検討した。その結果、外出頻度については、対象者の家屋環境、周辺環境、同居家族は直接的な要因にならないことが示唆された。しかし、対象者の ADL 自立度、生活機能、については、外出頻度に何らかの影響を及ぼすことが判明した。また、外出頻度は、対象者の QOL に影響を及ぼすことが示唆された。

訪問サービスのスタッフにとって必要なスキルとは、多職種のスタッフと連携を取りながら高齢者が地域の中で自分の望む生活が営めるようにチームでサポートすることである。在宅ケアは自立と QOL の向上が目標とされ、対象者が QOL の高い生活を送ることが、サービス担当者達の最終目標とされている。その中で理学療法士が求められていることは医学的に身体機能を評価し、移動やセルフケアの自立・介護者への指導・福祉用具や自助具の選定等を行うことのみでなく、医学的・教育的・職業的・社会的リハビリテーションが統合的に融合された、QOL 向上を目指す援助である³⁰⁾。身体的要因に問題があり、それらに改善の余地がある症例の場合、理学療法士が適切に評価し治療を行うことは病院をはじめ、入所・通所施設や訪問サービスでも広く行われていることである。しかし、身体的要因に問題がない場合、理学療法士の手を離れる事が多いのが現状である。

今回のアンケート調査で、心理的要因のため外出頻度が減り、身体機能の低下する可能性が明らかとなった。したがって、訪問に携わる理学療法士は寝たきり・閉じこもり予防の為に身体機能だけでなく、日常生活での役割や社会参加など心理面・社会性に対する適切な評価を行い生活の全体像を捉える事が重要であることが改めて示唆された。また、閉じこもりは地域社会全体の問題であり個人レベルで解決できる問題ではない。そのため、訪問チームの一員として理学療法士も様々な情報提供し、他のスタッフと連携をとりながら介護体制や福祉用具などの生活環境を整え、訪問リハから通所等他

のサービスへの移行、外出の機会づくり・社会参加活動として地域レベルの老人保健事業・生活支援・生きがい活動支援²⁹⁾などへの参加を促していく必要性が示唆された。一方外出の目的は個人個人で異なり、その内容はQOLにおおに関係してくる。外出の「質」についての調査は今後の課題であると言える。また、現状では理学療法士が関わるのはQOLよりもADL重視のケアであり、心理面・社会性へのアプローチも課題のひとつであるといえる。今後は訪問サービスに携わる理学療法士として、訪問リハビリ終了後の地域での生活までを考慮したケアを提案・提供することに努めたい。

【文 献】

1. 大湾明海. 在宅療養をサポートするさまざまなサービスとネットワーク—高齢者関連諸制度から見た在宅サービスを中心に—、臨床看護25(9):1326-1331, 1999.
2. 厚生労働省ホームページ. 介護保険制度 Q & A、介護保険制度の概要, <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html>
3. 竹内孝仁. 閉じこもり症候群とその予防、介護・医療・予防研究会編、高齢者を知る辞典、厚生科学研究所、pp92-93, 2000.
4. 中山貴美子、濱名富美子、片島常代、他. 閉じこもりがちな一人暮らし高齢者へのケアマネジメント、訪問看護と介護(6)11:922-927, 2001.
5. 河本のぞみ. 閉じこもる人への外出支援、OTジャーナル39(7):709-714, 2005
6. 藤田幸司、藤原佳典、熊谷修他. 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴、日本公衛誌51(10):168-179, 2004.
7. 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45(9):883-891, 1998.
8. 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 48(9):741-752, 2001.
9. 安藤富士子. 寝たきり、閉じこもりにおける身体的廃用と心理的荒廃、老年精神医学雑誌13:387-395, 2002.
10. 鳩野洋子、田中久恵、古川馨子他. 地域高齢者の閉じこもりの現状とその背景要因の分析、日本地域看護学会誌3:26-31, 2001.
11. 渡辺美鈴、渡辺丈眞、松浦尊呂他. 基本的日常生活の自立している地域高齢者の閉じこもり状態像とその関連要因、大阪医大誌62:144-152, 2003.
12. 渡辺美鈴、渡辺丈眞、河村圭子他. ひとりで外出できないとする高齢者の背景要因—大都市近郊に独居する自立前期高齢者における調査—、日本公衛誌51(3):854-861, 2004.
13. Mahoney, F. I., Barthel, D. W. Functional evaluation: Barthel Index, Maryland St. Med. 14:61-65, 1965.
14. 砂子田篤. 在宅脳卒中患者の機能的状態の予測について—医学的リハビリテーション終了後の追跡研究—、東北医誌106:152-161, 1993.
15. 古谷野亘、橋本廸生、府川哲夫他. 地域老人の生活機能—老研式活動能力指標による測定値の分布—、日本公衛誌40(6):468-474, 1993.
16. Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, and Kurokawa K. Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. Journal of Clinical Epidemiology 51(11):1037-1044, 1998.
17. Fukuhara S, Ware J E, Kosinski M, Wada S, Gandek B. Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey, Journal of Clinical Epidemiology (51) 11:1045-1053, 1998.

18. 福原俊一、鈴鴨よしみ. SF-36v 2 日本語版マニュアル、NPO 健康医療評価研究機構、京都、2004.
19. 大西丈二、井口昭久. 閉じこもり症候群と廃用症候群の理解と対処、治療83 (9): 53-58、2001.
20. 早坂信哉、多治見守泰、大木いずみ他. 在宅要援護高齢者の主観的健康感に影響を及ぼす因子、厚生指標49(15):22-27、2002.
21. 中村好一、金子勇、河村優子他. 在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子、日本公衆衛生誌49 (5): 409-415、2002.
22. 小林隆司、白濱勲二、平野景子他. 入院リハビリテーション患者の健康関連 QOL に社会関係が及ぼす影響、総合リハ33 (5): 463-467、2005.
23. 河野あゆみ. 介護保険制度施行後の地域閉じこもり高齢者へのアプローチ、日本老年医学会雑誌36 (1): 25-27、2002.
24. 渡辺美鈴、渡辺丈眞、松浦尊磨他. 基本的日常生活動作の自立している地域高齢者の閉じこもり状態像とその関連要因、大阪医大誌62 (2, 3): 124-132、2003.
25. 杉原陽子. 地域における転倒・閉じこもりのリスク要因と介入研究、老年精神医学15 (1): 15-1、2004.
26. 原田謙、杉沢秀博、杉原陽子他. 大都市部における後期高齢者の「閉じこもり」に関連する要因一階層的地位と家族的地位に着目して一、厚生指標52(4):28-33、2005.
27. 鳩野洋子. 高齢者の「閉じこもり」に関する研究の状況・海外の Housebound の定義・出現率を中心に、保健婦雑誌56 (1): 28-33、2000.
28. 若山好美、大岩敦子、池田由美子他. 閉じこもり予防事業が高齢者にもたらす結果について一参加者と非参加者の主観的健康感・身体・精神状態・医療費の比較から一、地域保健33 (5): 59-67、2002.
29. 水尻強志. 通所ケアの効果、総合リハ30 (9): 799-804、2002.
30. 竹田徳則、近藤克則、吉井清子他. 居宅高齢者の趣味生きがい一作業療法士による介護予防への手がかりとして一、総合リハ33 (5): 469-475、2005.
31. 在宅ケアにおいて理学療法士に求められるもの、福屋靖子、伊藤隆夫、岡持利巨他編: 訪問理学療法マニュアル、(社)日本理学療法士協会、p 2-3、2002.

Factors affecting going-out frequency among community dwelt elderly in kita-ku,Kobe city

Ayako Kodatsu¹, Seiichi Takemasa²

The purpose of this study was to clarify the factors affecting frequency of going-out of the elderly persons who were living in a rural area. Data was collected from 70 elderly persons over 65 years old (mean age of 77.3) who were living at home in kita-ku, Kobe city, Hyogo. They were assessed on going-out frequency, activity of daily living (ADL), life function as well as quality of life (QOL). We analyzed the result and examined of them divided it into housebound group and independent group. As a result, there was a significant correlation between going-out frequency and ADL ($r = 0.38, p < 0.01$), we found a relationship between going-out frequency and a life function ($r = 0.40, p < 0.01$). It was also revealed that their QOL were determined by frequency of going-out. These results suggest that it is necessary to improve frequency of going-out by supporting the society participation and expand the life area of the elderly persons who were living in a rural area.

Key Words : elderly people living in a rural community, going out frequency, QOL, housebound

1 . Hokuto hospital

2 . Faculty of Health Sciences, School of Medicine