

介護保険の利用がない在宅高齢者における 閉じこもりの特徴

平田 直美¹⁾, 平佐田和代¹⁾, 下吹越貴子²⁾
高平百合子¹⁾, 梅木 秀子²⁾

要 約

介護保険を申請し、自立と判定された在宅高齢者146名の健康と生活の実態を把握するため聞き取り調査を行った。

在宅高齢者のうち、閉じこもり高齢者は12名であり、出現率は8.2%であった。

閉じこもり者は、生活障害の存在は多くなく、生活は自立しているが、外出頻度が低い状態が認められた。身体的要因との関連をみると、歩行障害が多く、日常生活自立度との関連があった。心理・精神的要因との関連は認められなかった。社会的要因との関連では、活動能力が低く、外出環境に障害があると認識している割合が多く、活動範囲が狭くなり、会話する人数が少ない傾向があった。

キーワード：閉じこもり，在宅高齢者，介護保険

I はじめに

閉じこもり予防の重要性が指摘されて久しい。¹⁾ 閉じこもり予防が、うつ病予防、痴呆予防、低栄養状態の予防、総じて廃用性症候群の予防につながり、要介護者の増加防止・健康高齢者の増加につながるとされ、取り組みと期待が報告されはじめた。^{2) 3)}

地域包括支援センターにおける虚弱高齢者への介護予防活動の実施が平成18年度4月より開始され、閉じこもり高齢者に対する介護予防活動が本格的に市町村で展開される。

閉じこもり予防に関する介入事業をうけていない在宅高齢者の健康と生活の実態と閉じこもり高齢者の実態の提示は、開始される介

護予防特定高齢者施策における評価における基礎資料となりうる。

本調査は、介護保険で「自立」と認定され介護保険サービスを利用していない在宅高齢者及び閉じこもり高齢者の生活と健康の把握、閉じこもり高齢者の背景要因を把握することを目的とする。

II 研究方法

1. 対象

平成12年度介護保険を申請し、「自立」と判定された方で、本調査の趣旨説明と調査参加に同意なさった方216名。

2. 時期

平成13年度 7月から10月

3. 方法

同意された方に電話で来訪日を約束し、自

1) 鹿児島純心女子大学看護栄養学部看護学科

2) 前 鹿児島純心女子大学看護栄養学部看護学科

宅に訪問して聞き取り調査を実施した。

聞き取り時間は一人60分を目安とした。

4. 測定するもの：

閉じこもり高齢者とは、外出が週一回以下⁴⁾と定義する。

身体的要因：歩行状況、現在の症状（関節、痛み、骨、失禁）、聴力障害、視力障害、握力、血圧、日常生活自立度。

心理・精神的要因：毎日の気持ち、主観的健康観、楽しみ、モラール尺度。

社会的要因：老研式活動能力指標、活動範囲、外出の環境、人との会話、誰と話すか、情緒的支援ネットワーク。

モラール尺度⁵⁾、老研式活動能力指標⁶⁾、情緒的支援ネットワーク⁷⁾は既存の尺度を使用した。

その他に関しては、2～5点法の順位尺度による質問項目を作成した。

5. 検討及び探索したい仮説

1) 閉じこもりと身体的要因との関連

- (1) 歩行状態と閉じこもりが関連ある。
 - (2) 日常生活自立度と関連は如何か。
 - (3) 失禁の有ると閉じこもりが関連ある。
 - (4) 運動の頻度との関連は如何か。
 - (5) 関節の障害との関連は如何か。
 - (6) 身体の痛みとの関連は如何か。
 - (7) 骨粗しょう症、骨折、転倒の経験の有無との関連は如何か。
 - (8) 聴力障害との関連は如何か。
 - (9) 視力障害との関連は如何か。
 - (10) 血圧との関連は如何か。
 - (11) 握力との関連は如何か。
- 2) 閉じこもりと心理・精神的健康との関連
- (12) 意欲が高さと閉じこもりに関連がある。
 - (13) 主観的健康度が高さと閉じこもりに関連がある。

(14) 楽しみの有無の関連は如何か。

3) 閉じこもりと社会的要因との関連

- (15) 老研式活動能力指標が低さと閉じこもりに関連がある。
- (16) 社会的情緒支援が高さと、閉じこもりに関連がある。
- (17) 物理的環境との関連は如何か。
- (18) 活動範囲との関連は如何か。
- (19) 人との会話との関連は如何か。
- (20) 誰と話すかの関連は如何か。
- (21) 住居環境との関連は如何か。

6. 分析

質データである閉じこもりの有無別に質データとの関連は χ^2 乗検定、量データとはT検定を行った。統計処理は統計パッケージ SPSS 14.0を使用した。

Ⅲ 結 果

1. 対象数 訪問可能になり回答可能だった146名。(67.6%)

2. 尺度

- (1) モラール尺度の信頼性は $\alpha = .82$ であり高い信頼性を得た。
- (2) 情緒的支援ネットワーク尺度は $\alpha = .83$ であり高い信頼性を得た。
- (3) 老研式尺度は $\alpha = .63$ であり中等度の信頼性を得た。

3. 在宅高齢者の特徴

性別・年代別で有意差があったものはそのグループ別に表示。グループ間で有意差のないものは総計した数値を表示。

1) 基礎的情報（表1）

- ① 性別 男性28人（19.2%）、女性118人（80.8%）である。
- ② 年齢 平均 78.0 ± 4.9 歳。最低68歳、最高89歳。

表 1 在宅高齢者の性別と年代分布

	男性	女性
60歳代	2(7.1%)	1(0.8%)
70歳代	16(57.2%)	78(66.1%)
80歳代	10(35.7%)	39(33.1%)

(%は性別ごとに算出)

表 2 歩行状況

	男性	女性
杖、手押し車使用	0	7(5.9%)
休み休み自力	3(10.7%)	21(17.8%)
普通に自力	11(39.3%)	60(50.8%)
急ぎ足も可	14(50.0%)	29(24.6%)

(%は性別ごとに算出)

表 3 骨粗しょう症、骨折、転倒の経験「あり」の分布

	男性	女性
70歳代	1(6.3%)	34(43.6%)
80歳代	1(10.0%)	8(20.5%)

年齢構成は、60歳代3人(2.1%)、70歳代94人(64.4%)、80歳代49人(33.6%)である。

2) 閉じこもりの頻度

外出の頻度が週一回以下とする閉じこもりは、146人中12人であり、全体の8.2%にあたる。

性別でみると、男性2人(男性からの出現率7.1%)、女性10人(女性からの出現率8.5%)である。

年代別では、60歳代は存在せず、70歳代7人(出現率7.4%)、80歳代5人(出現率10.2%)である。

3) 身体的要因

(1) 日常生活自立度

ランクJは何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており、独力で外出する。

J-1：交通機関を利用

J-2：隣り近所へ外出

ランクAは屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。

A-1：介助より外出、日中はほとんどベッドから離れて生活する。

自立：98人(67.1%)、J1：26人(17.8%)、J2：2人(1.4%)、A1：2人(1.4%)。

(2) 歩行状況(表2)

性別で差があった。女性は男性より歩行障害がある割合が多かった。

(3) 現在の症状(関節・痛み・骨・失禁)の有無、聴力・視力障害の有無

① 現在の症状(関節・失禁)の有無(表3)、聴力・視力障害の有無

症状ありの人数(%)は、関節症状59人(40.4%)、失禁19人(13.0%)、聴力障害19人(13.0%)、視力障害16人(11.0%)である。

表4 握力・男性

	右手	左手
60歳代 _(n=2)	32.8±1.8	33.8±5.3
70歳代 _(n=16)	27.8±5.6	26.0±4.2
80歳代 _(n=10)	26.3±4.7	26.0±5.8

表5 握力・女性

	右手	左手
60歳代 _(n=1)	22	22
70歳代 _(n=77)	16.6±4.5	15.4±5.2
80歳代 _(n=39)	15.3±4.1	13.7±3.9

表6 毎日の気持ち

	頻度
つまらない	4(2.7%)
あまり楽しくない	16(11.0%)
だいたい充実	82(56.2%)
いつも充実・楽しい	39(26.7%)

表7 主観的健康観

	頻度
健康ではない	7(4.8%)
あまり健康ではない	22(15.4%)
まあ健康	101(70.6%)
非常に健康	13(8.9%)

表8 活動範囲

	頻度
家の中	2(1.4%)
庭程度	7(4.8%)
近所まで	37(25.3%)
遠出する	100(68.5%)

② 現在の症状（身体の痛み）の有無

性別で分布に有意差あり。

男性は「あり」13人（46.4%）、女性「あり」80人（67.8%）。

③ 現在の症状（骨）の有無

性別・年代で分布に有意差あり。

(4) 血圧

平均値と標準偏差は、最高血圧は137.5±15.71mmHg、最低血圧74.2±10.1mmHgである。

(5) 握力（表4，5）

性別・年代で分布に差があった。男性は女性より握力あり、年代があがるほど握力が低下する。

4) 心理・精神的要因：

(1) 毎日の気持ち（表6）

「いつも・だいたい満足」が8割をしめていた。そして、「つまらない」「あまり楽しくない」方が1割以上存在する。

(2) 主観的健康観（表7）

健康の認識が8割程度、非健康との認識が2割存在する。

(3) 楽しみの有無

楽しみ有りは140人95.9%である。

(4) モラル尺度

有効回答者は120人。平均と標準偏差は11.7±3.8点である。

5) 社会的要因

表9 外出の環境

	頻度
外出できない	3(2.1%)
外出しづらい	11(7.5%)
まあまあ	5(3.4%)
何とか外出できる	31(21.2%)
外出しやすい	75(51.4%)

表10 環境の障害

	頻度
坂がある	36(24.7%)
交通量が多い	27(18.5%)
歩行が不自由	11(7.5%)
階段がある	7(4.8%)
転ぶのが怖い	7(4.8%)
尿失禁のため不安	1(0.7%)
その他	11(7.5%)

(複数選択)

表11 一日に会話する人数

	頻度
0人	2(1.4%)
1人	15(10.3%)
2～3人	52(35.6%)
4～5人	34(23.3%)
6人	34(23.3%)

表12 一日に会話する人数

	頻度
家族	72(49.3%)
家族以外	65(44.5%)

(複数選択)

表13 閉じこもり者の性別と年代分布

	男性	女性
70歳代	2(100%)	5(50%)
80歳代	0	5(50%)

(%は性別ごとに算出)

(1) 老研式活動能力指標

有効回答者は146人。平均と標準偏差は、 10.6 ± 2.0 点。最低4点。最高13点。

(2) 活動範囲 (表8)

活動範囲でみたときの閉じこもりに該当する、家の中、庭程度までの範囲内は9名であった。

(3) 外出の環境 (表9), 環境の障害 (表10)

外出の環境に関する認知は、外出に困難を感じる方が14人いた。

環境の障害として、坂、交通量が多い、歩行不自由が上位にあげられる。

(4) 人との会話 (表11)

人との会話で多いのは一日2-3人である。

(5) 誰と話すか、家族かそれ以外か (表12)

会話の相手は、家族が半数近く、家族以外がそれより少し少ない結果だった。

(6) 情緒的支援ネットワーク

有効回答者は141人。平均と標準偏差は、 8.5 ± 2.2 点。最低0点。最高10点。

4. 閉じこもり高齢者の特徴

1) 基礎的情報 (表13)

① 性別 男性2人(16.7%), 女性10人(83.3%)である。

② 年齢 平均 79.5 ± 5.2 歳。最低71歳, 最高88歳。

年齢構成は、70歳代7人(58.3%), 80歳代5人(41.7%)である。

2) 身体的要因

(1) 日常生活自立度

表14 閉じこもり者の歩行状況

	男性	女性
杖、手押し車使用	0	2(20%)
休み休み自力	0	3(30%)
普通に自力	2(100%)	4(40%)

(%は性別ごとに算出)

表15 閉じこもり者の現在の症状等

	男性	女性
関節障害	1(50%)	7(70%)
身体の痛み	2(100%)	7(70%)
骨粗しょう症、骨折、転倒	0	1(10%)
失禁	1(50%)	2(20%)
聴力障害	0	1(10%)
視力障害	0	2(20%)

(%は性別ごとに算出)

表16 閉じこもり者の握力・男性

	右手	左手
70歳代 _(n=2)	21.8±8.1	23.3±1.1

表17 閉じこもり者の握力・女性

	右手	左手
70歳代 _(n=5)	12.6±7.0	12.1±7.4
80歳代 _(n=5)	12.1±2.7	10.7±3.1

表18 閉じこもり者の毎日の気持ち

	頻度
つまらない	4(33.3%)
あまり楽しくない	6(50.0%)
だいたい充実	2(16.7%)

表19 閉じこもり者の主観的健康観

	頻度
健康ではない	1(8.3%)
あまり健康ではない	1(8.3%)
まあ健康	10(83.3%)

自立：1人(8.4%)，J1：4人(33.3%)，
J2：5人(41.7%)，A1：2人(16.7%)。

(2) 歩行状況(表14)

男性の閉じこもり者に歩行障害を認めなかった。女性はなんらかの歩行状況にばらつきがあった。

(3) 現在の症状(関節・痛み・骨・失禁)の有無，聴力・視力障害の有無(表15)

男性は身体の痛みをもっていた。女性は関節障害，身体の痛みが多かった。

(4) 血圧

表20 閉じこもり者の活動範囲

	頻度
家の中	2(16.7%)
庭程度	3(25.0%)
近所まで	4(33.3%)
遠出する	3(25.0%)

表21 閉じこもり者の外出の環境

	頻度
外出できない	2(16.7%)
外出しづらい	3(25.0%)
まあまあ	1(8.4%)
何とか外出できる	3(25.0%)
外出しやすい	2(16.7%)

表22 閉じこもり者の環境の障害

	頻度
坂がある	3(25.0%)
交通量が多い	3(25.0%)
歩行が不自由	2(16.7%)
転ぶのが怖い	2(16.7%)

(複数選択)

表23 閉じこもり者の一日に会話する人数

	頻度
1人	5(41.7%)
2～3人	3(25.0%)
4～5人	3(25.0%)
6人	1(8.3%)

表24 閉じこもり者の会話の相手

	頻度
家族	8(66.7%)
家族以外	1(8.3%)

(複数選択)

平均値と標準偏差は、最高血圧は 136.0 ± 10.6 mmHg、最低血圧 73.0 ± 5.8 mmHgである。

(5) 握力 (表16, 17)

男性と女性に差があるので、別掲とする。

4) 心理・精神的要因:

(1) 毎日の気持ち (表18)

毎日の気持ちを否定的に捉えている方が全体の8割以上である。

(2) 主観的健康観 (表19)

表19 主観的健康観

(3) 楽しみの有無

楽しみ有りは10人 (83.3%) である。

(4) モラール尺度

有効回答者は11人。平均と標準偏差は 11.6 ± 2.2 点である。

5) 社会的要因

(1) 老研式活動能力指標

有効回答者は12人。平均と標準偏差は、 8.0 ± 2.3 点。最低点3。最高17点。

(2) 活動範囲 (表20)

外出頻度でみた閉じこもり者に活動範囲が庭より広い方が半数以上存在する。

(3) 外出の環境 (表21), 環境の障害 (表22) に示す。

外出の環境認知が悪いに限定されていない。障害の原因も限定されていない。

(4) 人との会話 (表23)

人との会話する人数は限定されているとは限らない。

(5) 誰と話すか、家族かそれ以外か (表24)

話し相手は家族と限定される可能性高い。また、話し相手が不在の事例が存在する。

(6) 情緒的支援ネットワーク

有効回答者は、平均と標準偏差は、 7.3 ± 2.2 点。最低点3。最高10点。

5. 仮説の検討・探索

1) 閉じこもりと性別・年齢との関連

(1) 性別

閉じこもりの有無と性別で χ^2 乗検定をおこなった。P=1.0。二者に関連は認められない。

(2) 年齢別

年齢60歳代, 70歳代, 80歳代の3グループに区分し, 閉じこもりの有無と年代別でクロスし, χ^2 乗検定をおこなった。

P=.66で, 二者に関連は認められない。

2) 閉じこもりと身体的要因との関連

(1) 歩行状態の低下と閉じこもりの程度が関連するか。

性別において歩行状態の分布に有意差があった。性別で検定必要である。しかし, 男性は標本数が少なく検定に意義を認められない。関連を χ^2 乗検定で検討する。

閉じこもりある10人中歩行障害ある方が7人。閉じこもりのない群133人で歩行障害あるのは24人。P=.001で関連を認められる。女性において, 閉じこもりある群に歩行障害が多かった。

(2) 日常生活自立度との関連。

閉じこもりある11人中自立でない人7人。P=.001で関連認める。

(3) 失禁の有無と閉じこもりの程度が関連する。

閉じこもりある12人中失禁ありが3人。P=.662で関連認めない。

(4) 関節の障害との関連

閉じこもり12人中関節障害があるのは8人。P=.118で関連は認められない。

(5) 身体の痛みとの関連 性別において分布に有意差があった。男性の標本数が少ないため, 女性について χ^2 乗検定で関連を検討す

る。

閉じこもりのある9人中7人に身体的痛みがある。P=.86で関連は認めない。

(6) 骨粗しょう症, 骨折, 転倒の経験の有無との関連 年代・性別で分布に有意差あり。

女性のみ分析する。

① 60歳代閉じこもり者の回答なく分析不可。

② 70歳代 閉じこもり5人中症状ありが1人。P=.48で関連認めず。

③ 80歳代 閉じこもり5人中皆症状あり。P=.53で関連認めず。

(7) 聴力障害との関連を χ^2 乗検定で分析した。

閉じこもり11人中障害あるは1人。P=1.0で関連認めず。

(8) 視力障害との関連を χ^2 乗検定で分析した。

閉じこもり10人中障害あるはい1人。P=1.0で関連認めず。

(9) 血圧との関連をT検定で分析した。

① 最高血圧

閉じこもり群136.0, 非閉じこもり群137.8, P=.752で平均値に差を認めない。

② 最低血圧

閉じこもり群73.0, 非閉じこもり群74.3, P=.669で平均値に差を認めない。

(10) 握力との関連 年代・性別で分布に有意差がある。1グループの標本数が少なく, 検定不可。

2) 閉じこもりと心理・精神的健康との関連

(11) 意欲が高いほど閉じこもりの程度が軽い。

閉じこもりの有無2群間でモラールの平均値の差の検定をT検定で行った。P=.91で差を認めない。

(12) 主観的健康度が高いほど, 閉じこもりの程度が高い。

閉じこもりある29人中主観的健康が低いのは4人。 $P=.12$ で関連を認めない。

(13) 楽しみの有無の関連

閉じこもりある12人中楽しみあるは11人。 $P=.75$ で関連を認めない。

3) 閉じこもりと社会的要因との関連

(14) 老研式活動能力指標との関連

閉じこもりの有無2群間でモラルの平均値の差の検定をT検定で行った。

$P=.000$ で差を認める。閉じこもりがある群・ない群の平均値と標準偏差は、 8.0 ± 2.3 点・ 10.8 ± 1.9 点である。閉じこもりがある群は活動力指標の点数が低いといえる。

(15) 社会的情緒支援の高さと、閉じこもりの関連。

閉じこもりの有無2群間でモラルの平均値の差の検定をT検定で行った。 $P=.051$ で差を認めない。

(16) 外出環境との関連

閉じこもりのある11人中、環境に障害を感じているが5人。閉じこもりのない114人中障害感じているのは9人。 $P=.001$ で関連があった。閉じこもりと外出環境に対する障害への認識に関連がある。

(17) 活動範囲との関連

閉じこもりのある12人中、活動範囲が狭い傾向が5人いる。閉じこもりのない群134人で狭い傾向が4人。 $P=.000$ で閉じこもりあると活動範囲の狭さに関連が認められる。

(18) 人との会話との関連

閉じこもりある12人中会話する人が少ない傾向が5人、閉じこもりのない126人で13人。 $P=.009$ で閉じこもりと会話する人数の少なさに関連があった。

(19) 誰と話すかの関連

閉じこもりがある11人中家族との会話が8

人、家族以外が3人。 $P=.247$ で関連を認めない。

IV 考 察

1) 閉じこもり高齢者の特徴

当調査の対象は介護保険を申請し、非該当となされた方々である。今回の対象のほとんどの方が、介護保険開始以前は医療・保健・福祉の何らかのサービスを受けていた。その実態から、介護保険制度の開始とともにサービスを受けられなくなった状況が存在する。サービスを受けられないことによって、いわゆる自閉的閉じこもり現象が起りやすい可能性が推測された。一方、介護保険を申請すること自体に生活障害が高く存在し、生活障害の程度が閉じこもり状態に反映し、障害による閉じこもり者の出現率が高くなることも予想された。

閉じこもり高齢者の出現率は当調査において8.2%であった。一般に地域高齢者における出現率は5~10%といわれる。^{8) 9)} 介護保険申請者における出現率は、在宅高齢者における出現率と同様な数値を示した。

性別でみると女性が多いが、性別による出現率は男性7.1%、女性8.4%とほとんど変わらない。

出現率は60歳代からではなく、70歳代7.4%、80歳代10.2%と、年齢が上がってくると閉じこもり現象の出現率は上がってきている。しかし、今回年代別と出現率を χ^2 乗で関連を検定したが、統計学上有意差は認められなかった。

閉じこもり高齢者の対象数が少ない。また、対象者は調査協力する有志に限られており、標本に偏りがある可能性は否めない。

2) 閉じこもりと身体的要因との関連

閉じこもりのある群は閉じこもりのない群より、ひとり暮らし高齢者における実態同様¹⁰⁾ 歩行障害が多かった。また、日常生活自立度との関連においても閉じこもりと関連があった。

失禁の有無との関連に既存の結果¹¹⁾ より注目したが、有意差は認めなかった。この項目に関しては、初対面の訪問者が高齢者から信頼性の高い回答を得る難しさを面接した全員が体験として実感していた。

そのほかの身体的要因と閉じこもりの関連は統計的に認められなかった。

新開ら¹²⁾ は、閉じこもりの特徴、予後、原因に差があり、その対応が異なってくることを提言している。ここで新開に習い、タイプ1「要介護状態の閉じこもり」を生活自立度A以上、タイプ2「生活自立状態の閉じこもり」を生活自立度とみなしてみた。タイプ1は2人、タイプ2は9人となった。

既存の結果報告¹³⁾ のタイプ1と2の出現率はほぼ半々とする結果からみると、今回の調査対象においてはタイプ2の生活自立している閉じこもり者が多い結果となった。

3) 閉じこもりと心理・精神的要因との関連

意欲、主観的健康度、楽しみの有無それぞれと閉じこもりとの関連をみたが、いずれも既存の結果¹⁴⁾ とは異なり関連を認めなかった。

意欲を測定する尺度に関する聞き取りは調査者にとって困難を感じた。それは対象者の本音を把握したか、においてである。対象者が意欲を主張し寂しさを否定する一方で、訪問者が帰路につくことを柔らかに妨げる場面に面接者全員が遭遇した。そしてそれは一人の対象者ではなく、多くの対象者に認められた。当調査が意欲に関し本音を把握しきれていない可能性が高く、閉じこもりとの関連性

の検証も同様である。

主観的健康度に関しては、他の研究においてその関連が実証^{15) 16)} されている。当調査において関連を認めなかったのは、標本の大きさが影響している可能性が考えられる。

4) 閉じこもりと社会的要因との関連

閉じこもりがある群は、そうでない群より活動能力指標の点数が低く、外出環境に障害があると認識している割合が多い。また、閉じこもりがあると、活動範囲が狭くなり、会話する人数が少ない傾向が認められた。

他の研究においても同様の傾向が見られる。^{17) 18)} 今回認められなかった、社会的ネットワークを含め、閉じこもり高齢者は社会的要因に関し概して健康度が低い水準にある。

今回の閉じこもり者は、生活が自立しているが、外出頻度が低かった。閉じこもり高齢者は、そうでない在宅高齢者と比較して、身体的・社会的健康度が低い水準にあるとの傾向を把握した。

新開ら¹⁹⁾ によると、生活自立状態の閉じこもりへの対応には、閉じこもり高齢者が抱えている身体・心理・社会的背景への対応とともに、閉じこもり状態そのものの改善に向けた外出支援が必要であるとしている。また、生活障害が少ない閉じこもり者は、廃用性メカニズムが働くとう自立度が低下し要介護状態に陥りやすく、非閉じこもりにも変化しやすい可逆的な状態にあるとする。つまり、生活が自立している閉じこもり者への対応は閉じこもりの三次予防であり、その発生の防止は閉じこもり予備群への二次予防に関する情報を提供可能としている。

K市において平成12年度より地域づくりを目指した閉じこもり予防事業を、介護保険で自立と判定した方を含んで展開している。そ

の効果は参加者や従事者による体験²⁰⁾として認めるところであり、その長期的実践による効果の実証に期待がよせられている。

V おわりに

閉じこもり予防に関する介入事業をうけていない在宅高齢者146名の健康と生活の実態を自宅へ訪問して直接対象者に聞き取り調査を行い、把握した。

閉じこもり高齢者は12名で、出現率は8.2%であった。

閉じこもり高齢者と非閉じこもり高齢者で比較を行った。

今回の閉じこもり者は、生活障害の存在は多くなく、生活は自立しているが、外出頻度が低い状態が認められた。身体的要因との関連をみると、歩行障害が多く、日常生活自立度との関連があった。心理・精神的要因との関連は認められなかった。社会的要因との関連では、活動能力が低く、外出環境に障害があると認識している割合が多く、活動範囲が狭くなり、会話する人数が少ない傾向にあった。

最低1時間かけて聞き取り調査を丁寧に実施した。しかし、失禁・意欲に係る質問に対し、対象者の本心を聞き取れたか疑念が存在する。失禁、及び心理・精神的要因は把握及び関連の検討に関し、モラル尺度に信頼性は得ているが、今回の調査のこの範囲の結果は保留とする。

閉じこもり者の出現率より、結果として閉じこもり者の標本数が少ない。また、調査を同意された対象者に限定されており、標本に偏りが存在する。

謝 辞

調査を快く協力いただいたK市保健所・保

健センター職員の皆様、そして快く受け入れてくださった高齢者と家族の方々に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 竹内孝仁：リハビリテーション，松崎俊久・柴田博編：老人保健の基本と展開，医学書院，1984，139-159.
- 2) 安村誠司：閉じこもり 高齢期をいかに生活するか，長寿科学振興財団，2004，139-146.
- 3) 新開省二：「閉じこもり」アセスメント表の作成とその活用法，ヘルスアセスメント研究委員会監：ヘルスアセスメントマニュアル，厚生科学研究所，2000，113-141.
- 4) 新開省二：閉じこもり研究の現状と課題，秋田県公衆衛生学雑誌，2，1，2005，1-6.
- 5) 古谷野亘，他：PGC モラル・スケールの構造，社会老年学，29，1989，64-74.
- 6) 古谷野亘，他：地域老人における活動能力の測定，日本公衆衛生雑誌，34，1987，109-114.
- 7) 宗像恒次：最新行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社，東京，1996.
- 8) 鳩野洋子，田中久恵：地域のひとり暮らし高齢者の閉じこもりの実態と生活状況，保健婦雑誌，55，8，1999，664-669
- 9) 上掲 4)
- 10) 上掲 8)
- 11) 藺牟田洋美，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，日本公衆衛生雑誌，45(9)，1998，883-892.
- 12) 新開省二，他：地域高齢者における“タイプ別”閉じこもり出現頻度とその特徴，日本公衆衛生雑誌，52(6)，2005，443-455

- 13) 新開省二, 他: 地域高齢者におけるタイプ別閉じこもりの予後…2年間の追跡研究, 日本公衆衛生雑誌, 2005, 52(7), 627-638
- 14) 上掲 4)
- 15) 上掲 8)
- 16) 上掲 11)
- 17) 上掲 12)
- 18) 上掲 11)
- 19) 上掲 12)
- 20) 上掲 4)
- 21) 野崎千春, 他: 鹿児島県公衆衛生学会, 2001.

Research on Withdrawing Feature of Housebound Elderly People without Elderly Care Insurance

Naomi Hirata, Kazuyo Hirasata, Takako Shimohigoshi,
Yuriko Takahira, Hideko Umeki

Department of Nutrition, Faculty of Nursing and Nutrition,
Kagoshima Immaculate Heart University

Key Words : withdrawing from social life, Housebound Elderly People,
Elderly Care Insurance

Abstract

We made an investigation of life and health condition of 146 housebound elderly people who are regarded as independent when applied to elderly care insurance.

Out of 146 housebound elderly people 12 persons (8.2%) show the tendency of withdrawing from social life.

They mostly lead independent lives, although the frequency of their staying out and communication with others is low.

As for physical factor, many of them have difficulty in walking which is related with their daily life independence, while mental factor was not seen.

As concerns social factor, their active competence is comparatively weak : many of them feel difficulty in staying out, which make their area of activity limited and keep the number of the people they communicate with small.
