原 著

在宅障害老人における閉じこもり現象の 構造に関する質的研究

河 野 あゆみ*・金 川 克 子*

A Qualitative Study on the Structure of “TOJIKOMORI” Phenomenon among Home Disabled Elderly —A Daily Life of House-bound Elderly—

Ayumi Kono, Katsuko Kanagawa

School of Health Science and Nursing, University of Tokyo

Abstract

“TOJIKOMORI” in English means shutting oneself in a room, or house, something akin to withdrawal in general. It is pointed out that “TOJIKOMORI” syndrome among home elderly results in mobility decline. The purpose of this study is to examine the structure of the “TOJIKOMORI” and extract factors that affect that the “TOJIKOMORI” phenomenon from the perspective of nurses.

Twenty-three home health nurses and public health nurses were conducted the semi-structured interview about home elderly who declined or improved in ADL. Transcripts were analyzed using the qualitative methods.

Results showed as follows. The “TOJIKOMORI” phenomenon was defined as disabled elderly who were bound to house or bed. Also mobility and the variety of daily activities contributed to the structure of the “TOJIKOMORI” phenomenon.

Two kinds of “TOJIKOMORI” were suggested by the data: “TOJIKOMORI” in a narrow sense was defined as housebound- inactive elderly, though their mobility level was high. “TOJIKOMERARE” (It means the passive of “TOJIKOMORI”) was identified as limitation of daily life within house due to disability. But in some cases, elderly were confined their home, they engaged in various activities. That is not classified as the “TOJIKOMORI” phenomenon.

Factors related to the “TOJIKOMORI” phenomenon among elderly were disability acceptance, autonomy, depression, housing environment, social networks, utilization of formal services, approaches for encouraging elderly to sit or taking them out, and family caregiving function.

要 旨

本研究の目的は、看護職がとらえている在宅高齢者の閉じこもり現象の構造を明らかにし、この現象に影響している因子を抽出することである。地域で働く看護職23名にADLが

*東京大学医学系研究科健康科学・看護学専攻・地域看護学分野

低下・改善したケースについて半構成的面接を行い、その逐語録をデータとし、質的分析を実施した。

その結果、閉じこもり現象は行動範囲が家や寝床に限られている状態をさし、さらに移動能力、生活行動の活動性にて関係づけられた。また、移動能力を十分に活用した行動範囲を保持していない「閉じこもり」と、移動能力が低く行動範囲が家に限られている「閉じこめられ」があることが示された。さらに、行動範囲が家に限られていても生活行動の活動性が高い場合は、閉じこもり現象を呈してはいないことが示唆された。閉じこもり現象の影響因子には、障害の受けとめ方、意欲、うつ症状、住居環境、人との関わり、サービス利用、起こす・連れ出す働きかけ、家族の介護機能が抽出された。

はじめに

在宅高齢者が寝たきりになる原因に、動かないことによる身体機能の低下、即ち廃用症候群の影響が指摘されてきている。竹内^{1, 2)}は、在宅における廃用症候群として、「閉じこもり症候群」という考え方を提唱した。これは、身体、心理、社会環境要因が相互に影響し、高齢者が家に閉じこもる生活が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考え方である。

地域ケアの場合は、閉じこもり予防に焦点をあてた活動^{3~5)}も実践されており、閉じこもり高齢者は、支援の必要性のある対象と考えられている。しかし、「閉じこもり」に着眼した実証研究は、数少ない。「閉じこもり」を「少しは動く」「起きてはいるが、あまり動かない」「寝たり起きたり」に該当する者と操作的に定義している報告が1件みられるのみである⁶⁾。

「家に閉じこもっている高齢者」の英訳は、Housebound elderlyが最も近い。Housebound elderlyについては、1か月間全く家の外にでなかった者とする報告⁷⁾や機能障害のために1週間のうち2回以上外出しなかった者とする報告⁸⁾など、調査便宜上、多様な定義がみられる。また、そのために地域でのHousebound elderlyの出現率は2.7%から61.0%と幅広いことも指摘⁹⁾されている。Houseboundを外出頻度と生活行動状況から定義づけようとしている試み¹⁰⁾もあり、「家に閉じこもっている高齢者」でさえ実存する対象者として特定する際の基準は、定まっていない。

さらに「閉じこもる」という日本語は、「自分

の中に閉じこもる」という日常語があるように、否定的な心理的特性を意味する言葉でもある。「閉じこもり症候群」という考え方が提唱されて間もない現段階では、「閉じこもり」は、行動範囲にて定義づけることもできるし、心理面からとらえることもできる。看護実践の基盤は、まず、対象の「生活」を的確に捉えることにある。「閉じこもり症候群」は、寝たきりにつながる生活像であり、在宅高齢者に日々ケアを提供している看護職からみた「閉じこもり」の特徴を明らかにすることにより、在宅での寝たきり予防支援の際の対象理解に役立つと考える。

本研究では、地域で働く看護職がとらえている在宅高齢者の閉じこもり現象の構造を明らかにし、さらにこの現象に影響している因子を抽出することを目的とする。

研究方法

本研究は、StraussとCorbinらによる質的研究方法^{11, 12)}を用いた。この方法は、質的研究方法の中でも研究上の手続きが明文化されている¹³⁾。看護学においては、既存の理論や概念枠組みにとらわれず、研究対象の視点からみた現象の中に存在する事実の意味づけを明らかにする必要がある¹⁴⁾。本研究では、既存の理論では、まだ説明されていない、看護職がとらえている閉じこもり現象を位置づけている概念を探ることが目的であるため、質的研究方法を用いた。

1. 面接方法

面接対象は、行政部門や医療施設など様々な地域看護実践の設置主体から選び、総合的に閉

じこもり現象をとらえることを考慮した。面接対象は、市町村保健婦4人、行政の訪問指導部看護婦8人、病院の訪問看護部門看護婦4人、訪問看護ステーション保健婦および看護婦3人、在宅介護支援センターの看護スタッフ4人である。地域での看護経験が1年以上の者を原則とし、了承を得た場合は、個人面接を行った。また、グループ面接を行い、brain stormingを図った。対象は、全員女性、平均年齢39.0歳(25～58歳)、地域での平均看護経験年数は、5.3年(2～19年)、地域での看護経験も含めた平均臨床経験年数は、14.3年(3～43年)であった。個人面接は9名に行い、平均面接時間は28分、グループ面接は2回実施し、平均面接時間は80分であった。なお、データ収集期間は1997年6月～9月である。

2. 面接内容

半構成的面接を実施し、対象が関わったケースについて具体的に話してもらった。面接では「ADLが落ちたあるいは、改善したケースについて話して下さい」「家の中で動ける人が寝たきりになってしまいそうだと判断するときは、どのようなことを観察したときですか」などの質問を糸口に、ケースの状況を引き出すようにした。面接内容は、対象者の了承を得て、録音及び逐語化し、データとして使用した。

3. 分析の経過

分析は、Straussらが示すガイドライン¹²⁾を参考にして、すすめた。逐語録から1次コード化を行う際には、言葉を丹念に引き出した。修正コード、またはカテゴリ化していく際には、面接の文脈を見直しやケース毎の分析を行った。

まず、行政の訪問指導部、訪問看護ステーション、病院の訪問看護婦の逐語録では、464単位の1次コードを抽出し、カテゴリ化を行った。また、同時に面接調査をすすめながら、残りのデータについて146単位、110単位、76単位の3段階に分けて1次コード化を行い、比較検討しながら、カテゴリの構造を吟味及び、確認をした。抽出した1次コード数は、合計796単位であった。なお、結果の中で示すゴシック文字は、

大カテゴリ名を表す。

4. 同意性の確認

研究者の分析結果について、面接対象の同意がどれだけ得られているか(同意性と定義する)を確認するために、結果から質問文を作成し、対象者に、郵送調査を行った。

結 果

1. 閉じこもり現象のとらえ方

面接対象がとらえていた閉じこもり現象とは、家や寝床に**行動範囲**が限られている生活像のことであった。閉じこもり現象には、**できるのにしていない**というカテゴリがみられた。これは、動けるのに動かない、歩けるのに外に出ない者など**移動能力**を持っているにもかかわらず、能力を活用した**行動範囲**を保持していないことであった。また、この状態は、高齢者の**移動能力**が高い場合を指していた。しかし、**移動能力**が低く、**行動範囲**が狭い状態も閉じこもり現象に含まれると、とらえられていた。つまり、**閉じこもりには種類があるとされ、自ら閉じこもっている：「閉じこもり」と環境的に閉じこもられている：「閉じこめられ」と**があるとされていた。

さらに、対象は、閉じこもっている状態だけが問題であるとは、考えていなかった。看護介入の優先度は、生活のリズムの有無や家の中においても話題がある・楽しみがあるなどの精神活動性の有無など**生活行動の活動性**で判断していた。ぼーっとしている、自分から動かないなど何もしない者は、介入の優先度が高い高齢者と考えていた。また、閉じこもる場が寝床である場合は、寝ているだけであることが多いので、**都合のいい寝たきり**と表現され、トイレ、入浴、食事や気が向いたときだけ動くとされていた。

したがって、対象がとらえていた閉じこもり現象は、家や寝床に**行動範囲**が限られている生活像を前提とし、さらに**生活行動の活動性**が低い生活像であった。また、閉じこもり現象には、**移動能力**によって、「閉じこもり」と「閉じこめられ」があると考えられていた。(図1)

図1 閉じこもり現象のとりえ方

2. 閉じこもり現象に影響している因子

閉じこもり現象に影響している因子を図2に示す。閉じこもり現象には、疾患や身体的障害、加齢など閉じこもりきっかけが存在していると考えられていた。病気に負けてしまい、人にみられたくない、障害があるため、自分はだめだと悲観してしまうなど障害の受けとめ方が外に出ないことに影響していると考えられていた。多くの対象が強調したのは、高齢者の意欲であった。意欲の構造には、拡がりが見られたので項を改めて、述べる。意欲と隣接する因子にうつ症状が挙げられていた。この場合のうつ症状は、医師による診断名があったり、薬物療法などを行っているうつ症状と特定されていた。ま

た、うつ症状とは区別して、死を考えるような気分の落ち込みも影響すると考えられていた。

住居環境で行動範囲が決まるともされ、段差がない、動きやすい広さ、車椅子が使えることが挙げられていた。高齢者の人との関わりも影響があるとされ、友人が死ぬ、友人が周囲にいないと閉じこもる傾向があるとされていた。サービス利用も因子として挙げられ、この場合、デイサービスや機能訓練教室など高齢者が外に出向くサービス及び、訪問入浴や訪問看護など家の中に人が入ってくるサービスを意味していた。また、ホームヘルパーやケアを受け入れる態度などサービスの利用姿勢も影響するとされていた。

図2 閉じこもり現象に影響している因子

起こす働きかけ・連れ出す働きかけの有無も挙げられていた。これらの働きかけの種類として、移動能力の高い人には、声かけ、移動能力の低い人には、直接的な移動・移乗の介助が挙げられていた。働きかけのリソースには、ホームヘルパーや訪問看護婦などの専門職や家族が挙げられていた。その中でも、働きかけには、家族による介護機能が大きく影響するとされていた。介護機能の構造の詳細については、後

述する。また、働きかけが行われていても、高齢者本人の働きかけの受け入れ度によっては、その効果は得られないとされていた。

3. 閉じこもり現象に影響する意欲の構造

意欲は、自立心(依存心)、自分の役割、楽しみ、興味、目標によって構成されていた。人に迷惑をかけたくないという思いから、自分でするというように自立心の強い者は、意欲があるとされていた。しかし、同じ人に迷惑をかけたくないという思いでも、介護者への遠慮から動かなくなる者もいるとされていた。介護者の言いなり、自分からは何もしないなど受け身の態度であることは、意欲が無いとされていた。また、家の中で自分の役割があると認識している者は、自立心があると述べられていた。自分なりの楽しみとは、手仕事、趣味、読書など自分で楽しめることを持つことや友人が沢山いることなどであり、ものごとに対する興味が無い者は、話題が無い、自分の話したいことだけ話すとされていた。また、自分なりの目標とは、具体的には、元気になったらしたいことがある、自分らしく活動したいという、家族と関わりたい、デイサービスに行くなどが挙げられていた。ここまでしかできない、家の中で動ければそれでいいと自分の枠を持つ者、人の意見を聞き入れない、変化を好まないこだわりを持つ者も意欲が無いとされていた。

趣味やデイサービスなどの集まり、同じ障害や年代の人との関わりで意欲は、変化するとされていた。働きかけで身体機能は容易に変化しないが、意欲は変化するとみなされていた。例えば、外にでてみようという気持ちや自分から何かにとりくむ行動の変化によって、意欲の変化を判断するとされていた。また、意欲の有無は、行動範囲の広さや生活行動の活動性の変化によって判断されていた。つまり、意欲のある人は、生活のメリハリがあり、自律している生活行動であり、意欲のない人は、変化がない生活行動であるとされていた。また、働きかけの受け入れ度も意欲の程度をみる指標とされていた。働きかけの受け入れ度には、働きかけてもらえばやる、働きかけの種類によっては応じ

る、または働きかけても継続性がない、働きかけても拒否するなどが示された。また、意欲がないために生活行動の活動性が低下し、一層、意欲が減退するという悪循環がみられるともされていた。

4. 閉じこもり現象に影響する家族の介護機能

家族の介護機能には、最低限の介護、声かけ、移動・移乗の介助、外に連れ出す介助があることが示された。食事・排泄の介助は、最低限の介護とされ、これらの介護は、家族の協力が必要であるとされていた。介護力によっては、必要以上の介護は望めないと判断されていた。それに対し、必要以上の介護とは、移動・移乗の介助、外に連れ出す介助など高齢者を動かす介助であった。外に連れ出す介助を行っている介護者の場合、高齢者の生活にメリハリがつくと述べられていた。また、声かけがないと動かない高齢者もあり、「起きなさい」と言ってくれる家族の存在で意欲が変化するとされていた。

家族の介護機能を支える介護力の構造も示された。介護力の背景には、家族と高齢者との長い関わりの歴史や家族関係があり、そこへの看護職の介入は、困難であるとされていた。介護力には、介護基盤として、介護体制や介護者の年齢、健康状態、家族の協力度などが挙げられていた。しかし、これらの介護基盤より、むしろ、介護意欲や介護対応のあり方が重要とされていた。介護対応には、痛がるから手をだせない、けがが怖くて動かせないなど高齢者を動かすことに関する適切な介護知識を持たないことが挙げられていた。また、家に人が入ってくるのに抵抗がある、サービス提供者に慣れるのに時間がかかるなど、介護者のサービスの受け入れや高齢者を人に見られたくないなど介護者の障害の受けとめ方によって、介護の関わり方は、変わってくると考えられていた。介護の関わり方の種類には、高齢者に無理強いをしない、高齢者の気持ちを把握するなどの高齢者の意志を尊重する関わり、すぐに手をだす、手をかける程度を判断するなど介助のタイミングを判断する関わり、高齢者を一人にさせないなど、高齢者と家族との交流を大切にする関わりが挙げら

れていた。否定的な関わりとしては、一方で、寝かせておいた方が楽、高齢者のいいなりが楽など、楽な方がいい関わり方が挙げられていた。

5. 同意性の確認

同意性確認に関する郵送調査の回収率は、100%であった。閉じこもり現象のとらえ方に関する設問には86%、閉じこもり現象に影響している因子に関する設問には93%、意欲の構造に関する設問には97%、家族の介護機能の構造に関する設問には91%と高い同意率が得られた。

考 察

1. 閉じこもり現象のとらえ方

高齢者の起居移動能力は、すべての日常生活動作の基本的条件であり¹⁵⁾、その後の身体的障害度を決定づける¹⁶⁾。移動能力が低ければ、行動範囲が狭くなる傾向があることは、容易に推測できる。しかしながら、本結果より、十分な移動能力を持っていても、行動範囲は狭い者など起居移動能力と行動範囲に不一致がある高齢者も存在すると思われる。移動能力が高い高齢者の場合、その能力を活用した行動範囲を保持していない生活像が狭義の閉じこもりであると考えられる。結果より、在宅高齢者における閉じこもり現象は、行動範囲が家に限られていることがまず前提にあり、「閉じこもり」と「閉じこめられ」とがあることが提示されていた。つまり、広義の閉じこもりには、移動能力が低く、行動範囲が家に限られている場合である「閉じこめられ」も含まれると考えられる。

また、寝たきりという言葉は、高齢者の状態像を指す場合と身体移動動作の程度を指す場合がある¹⁷⁾。それに対して、閉じこもりという言葉は、高齢者の状態像そのものを意味している。都合のいい寝たきりというカテゴリが示されたように、起居移動能力が高い高齢者が寝床に閉じこもるとき、状態像としての寝たきりを意味すると思われる。したがって、閉じこもりの中に、状態像としての寝たきりが含まれると考えられる。

行動範囲が家に限られている高齢者への看護

介入の優先度を判断する際の指標として、高齢者の生活行動の活動性が挙げられていた。行動範囲が家に限られていても、生活行動の活動性が高い高齢者は、閉じこもり現象を呈していないと考えられる。閉じこもり現象をとらえる時に、生活行動の活動性を重要な要素として考慮に入れるべきである。

2. 閉じこもり現象に影響している因子

閉じこもり現象の影響因子には、障害の受けとめ方、意欲、うつ症状、住居環境、人との関わり、サービス利用、起こす・連れ出す働きかけ、家族の介護機能が挙げられた。中でも、カテゴリの拡がりがみられた意欲と家族の介護機能は、重要な因子と考えられる。

身体的障害の程度は、個人の特性ではなく、機能状態と環境的なニーズとのギャップによって決定される¹⁸⁾。また、その身体的障害に適応するには、心理社会的要因が影響してくる¹⁹⁾。疾患や転倒、入院などの閉じこもりきっかけで何らかの障害を高齢者が持ったときに、本研究結果で得られた因子が相互に影響し、障害に適応していくことができずに、閉じこもり現象を呈すると考えられる。看護職がとらえる閉じこもり現象とは、健康な高齢者の行動範囲が家に限られている状態ではなく、身体的障害を持つ高齢者の行動範囲が家に限られている状態をさすとする。

身体機能と意欲との関連の重要性は、数多く報告^{20, 21)}されているが、意欲の構成は、対象の特性によって、異なってくると思われる。在宅障害老人の閉じこもり現象に影響している意欲は、自立心、目標、楽しみ、役割、興味などによって構成され、これらは障害老人の意欲の有無を判断する上で具体的な指標ともなると考えられる。また、意欲は、行動範囲や行動内容に強い影響を及ぼしており、閉じこもり高齢者への看護介入時には、把握すべき重要な項目と考える。また、人に迷惑をかけたくないという共通の思いが自立心に結びつく場合そうでない場合に分かれるのは、高齢者をとりまく家族関係などの影響によると考えられ、今後の探索が必要と思われる。

閉じこもり現象に影響する家族の介護機能は、声かけ、移動・移乗の介助、外に連れ出す介助などが示された。これらの介助は、単に障害老人の生理的ニーズを守るだけではなく、生活の質を高める介護である。閉じこもり予防に向けた介護は、Phillipsら²²⁾が示すexcellent elder caring, adequate elder caring, abusive elder caringのうち、excellent elder caringに相当すると思われ、介護者の負担が少なく、かつ質の高い介護ができるように支援していくべきであろう。

また、移動能力の高い「閉じこもり」と移動能力の低い「閉じこめられ」では、上記の因子との関連には、異なった特徴を示すと思われ、「閉じこもり」には本人の意欲、「閉じこめられ」には家族の介護機能が強く影響していることが推測される。

3. 今後の課題

本研究では、主に寝たきりになる過程としての閉じこもり現象を探索してきた。しかし、痴呆が進む過程にも閉じこもり現象が存在するとされている²³⁾。痴呆と閉じこもり現象に関するデータも若干あったが、分析を深めるには至らなかった。今後、痴呆に焦点をあてた閉じこもり現象の探索も必要と思われる。

本研究の限界は、看護職がとらえた閉じこもり現象であることである。結果について面接対象の同意は、ほぼ得られたが、その一般性を断言することはできない。地域高齢者を対象とした調査研究によって、本研究で示唆された閉じこもり現象を詳細に記述し、実証することが今後の課題である。

謝 辞

稿を終えるに当たり、調査にご協力いただいた皆様方に心よりお礼申し上げます。さらに、質的分析に際し、親身にアドバイスをくださった東京大学医学系研究科健康科学・看護学専攻家族看護学分野、山本則子講師に深謝申し上げます。

文 献

- 1) 竹内孝仁, 中島紀恵子: 寝たきりと痴呆性老人の看護. 氏家幸子, 竹内孝仁, 田島桂子他編, 老人看護学, 258-304, 医学書院: 東京, 1987.
- 2) 竹内孝仁: 寝たきり老人の看護と看護研究の枠組み. 看護研究, 25 (4), 301-306, 1992.
- 3) 松田貴根, 小西省三郎, 森野重信他: 地域で老いを支えるために. 日本公衆衛生雑誌特別付録, 42 (10), 1081, 1995.
- 4) 寺井昌代, 松本千枝, 菅野豊美他: 地域リハビリの模索. 日本公衆衛生雑誌特別付録, 42 (10), 1047, 1995.
- 5) 長谷部史乃, 田中久恵, 九島久美子他: 高齢者の閉じこもり予防に着目した生活実態調査. 日本公衆衛生雑誌特別付録, 44 (10), 942, 1995.
- 6) 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. 日本公衆衛生雑誌, 45 (9), 883-892, 1998.
- 7) Lindsay, J, Thompson, C: Housebound elderly people: definition prevalence and characteristics. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 231-237, 1993.
- 8) Williams, JN, Butters, JM: Sociodemographics of homebound people in Kentucky. Special Care in Dentistry, 12 (2), 74-78, 1992.
- 9) Ganguli, M, Fox, Andrea, Gilby, J, et. al: Characteristics of rural homebound older adults: a community-based study. Journal of American Geriatrics Society, 44, 363-370, 1996.
- 10) Gilbert, GH, Branch, LG, Orav, EJ: An operational definition of the homebound. Health Services Research, 26 (6), 787-800, 1992.
- 11) Strauss, AL: Qualitative Analysis for Social Scientists. Cambridge University Press, 1990.

- ty Press : New York, 1987.
- 12) Strauss. AL, Corbin. J : Basics of Qualitative Research. Sage : London, 1990.
- 13) Chenitz. WC, Swanson. JM : From Practice to Grounded Theory, 1986, 樋口康子, 稲岡文昭監訳, グラウンデッド・セオリー—看護の質的研究のために—, 医学書院 : 東京, 1992.
- 14) 村瀬智子, 樋口康子 : 看護研究へのGrounded Theoryの応用. 看護研究, 23 (3), 268-282, 1990.
- 15) 伊藤利之 : 在宅障害者のADL. 土屋弘吉, 今田 拓, 大川嗣雄編著, 日常生活活動(動作)—評価と訓練の実際—, 医歯薬出版 : 東京, p322, 1996.
- 16) Guralnik. JM, Ferrucci. L, Simonsick. EM, et al : Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. The New England Journal of Medicine, 332 (9), 556-561, 1995.
- 17) 田島桂子 : 「寝たきり老人」の用語について. 看護研究, 25 (4), 307-312, 1992.
- 18) Verbrugge. LM, Jette. AM : The disablement process. Social Science Medicine, 38 (1), 1-14, 1994.
- 19) Swanson. B, Stubbs. DC, Sheldon. JA : The impact of psychosocial factors on adapting to physical disability : a review of the research literature, Rehabilitation Nursing, 14 (2), 64-68, 1989.
- 20) 阿曾洋子, 高鳥毛敏雄, 山本恵子他 : 在宅寝たきり老人の自立意欲と生命予後. 厚生 の指標, 42 (6), 17-23, 1995.
- 21) 千田みゆき, 飯田澄美子 : 脳卒中後遺症をもつ在宅患者の機能回復意欲に関する要因. 日本看護科学会誌, 17 (2), 43-53, 1997.
- 22) Phillips. LR, Morrison. E, Steffl. B, et. al : Effects of the situational context and interactional process on the quality of family caregiving, Research in Nursing & Health, 18, 205-216, 1995.
- 23) 竹内孝仁 : なぜ, いま通所ケアか. 竹内孝仁著, 通所ケア学, 医歯薬出版 : 東京, 15-37, 1996.