

広島文化学園大学審査学位論文

大学院看護学研究科博士後期課程

博士（看護学） 学位論文

医療依存状況にある高齢在宅療養者の生活状況 と QOL 向上を目指した看護介入モデルの検討

平成 28 年度

看護学専攻 臨床看護学分野 高齢者看護学領域

学生番号：n2130002e 氏名：田中 正子

目 次

論文要旨

第1章 序論	1
第1節 研究の動機と背景	2
第2節 高齢者の身体・心理・社会的側面からみた先行研究レビュー	4
引用文献	8
文献一覧表	12

第2章 研究の枠組みと構成、及び目的

第1節 研究の枠組みと構成	26
第1項 研究の枠組み	26
第2項 研究の構成	27
第2節 研究の目的と意義	29
第1項 目的	29
第2項 期待される成果	29
第3項 研究の意義	30
第3節 研究における用語の定義	31
1. 医療依存状況	
2. 葛藤	
3. QOL	
4. 看護介入モデル	
引用文献	31

第3章 研究における倫理的配慮

第4章 医療依存状況にある高齢在宅療養者の実態と QOL

第1節 研究目的	35
第2節 方法	35
第3節 結果	38
第4節 考察	48
第5節 第4章のまとめ	50
引用文献	51

第5章 地域高齢者の実態と QOL, 及び医療依存状況にある高齢在宅療養者との比較

第1節 研究目的	54
第2節 方法	54

第3節	結果	56
第4節	考察	64
第5節	第5章のまとめ	67
	引用文献	68
第6章	医療依存状況にある高齢在宅療養者の療養生活上の葛藤概念の分析	
第1節	研究目的	70
第2節	方法	71
第3節	結果	72
第4節	考察	82
第5節	第6章のまとめ	83
	引用文献	84
第7章	医療依存状況にある高齢在宅療養者の自立支援に向けたケアアプローチの検討	
第1節	研究目的	85
第2節	方法	85
第3節	結果	88
第4節	考察	95
第5節	第7章のまとめ	96
	引用文献	97
第8章	全体考察	
第1節	看護と QOL について	98
第2節	医療依存状況にある高齢在宅療養者と QOL について	99
	引用文献	101
第9章	本研究の今後の展望	103
第10章	最終結論	104
	謝辞	105
	資料	

第1章 序論

日本は世界に類を見ない速さで超高齢社会を迎えており、2015年10月現在の総人口は1億2,711万人で、65歳以上の高齢者が占める高齢化率は26.7%となっている。総人口は2010年に1億2,806万人で過去最高となり、その後減少しているにもかかわらず高齢化率は加速度的に進展し、2060年には39.9%になると予測されている（内閣府2015）。さらに高齢化とともに65歳以上の単独世帯や老老世帯が大幅に増加しており、単独世帯は1989年の159万人（14.8%）から2014年には596万人（25.3%）に、老老世帯は1989年の226万人（20.9%）から2014年には724万人（30.7%）になっている（国民衛生の動向2015/2016）。このような社会情勢を踏まえた時、地域社会で生活する高齢者の医療ニーズも大きく変貌し、慢性疾患を抱え療養している高齢者や要介護状態になった高齢者等への対応が求められている。

政府は上記のような超高齢社会の到来を見据え、保健・医療・福祉施策を打ち出してきた。まず老人保健法の制定（1982年）に始まり、老人保健施設創設（1986年）、高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略（1989年）、老人保健法の一部改正による老人訪問看護制度の創設（1991年）、新高齢者保健福祉推進10ヶ年戦略（1994年）、介護保険法制定（1997年）等を経て、2000年に介護保険制度を開始した。2005年には介護予防に力点を置いた予防重視型システムへの転換、地域密着型サービスや地域包括支援センターの創設等介護保険法の大幅な改正があった。2011年の改正では新たな取り組みとして24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスが創設された。2014年には医療介護総合確保推進法が成立し、地域包括ケアシステムの構築の推進とともに在宅医療・介護連携の推進等を打ち出している。地域包括ケアシステムとは、医療や介護、予防のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制である。具体的には、高齢者の日常生活圏域において、医療、介護、予防、住まい、見守り・配食・買い物などの生活支援、という5つの視点での取り組みが、包括的、継続的に行われることが必要であるとされている（国民衛生の動向2016/2017）。

その後地域包括ケアシステム構築に向けて、地域住民等の要望を組み入れながら、高齢者を社会全体で支え合う基盤整備が徐々に図られつつあるが、運動不足、栄養の過剰な摂取や偏食等による生活習慣病が増加し、慢性疾患に罹患している高齢者も多くなっている現状がある。平成23年10月に調査された厚生労働省の患者総数は、75歳以上の高齢者では高血圧性疾患が最も多く3,603千人、心疾患809千人、糖尿病787千人、脳血管疾患698千人等となっている。高齢者の多くは複数の慢性疾患を抱えており、加齢とともにADLの低下や医療を必要とする高齢者も増え、また要支援・要介護状態になる高齢者も増加している。このような要介護状態にある者や治療・処置が必要な者も積極的な在宅医療の推進により自宅での療養が可能となり、在宅療養に移行する療養者が増加しており、地域包括ケアシステムにおけるチーム医療により支援する状況となってきた。当然のことながら、

高齢化に伴い高齢在宅療養者は高齢者が多く、訪問看護ステーションの利用割合も高くなっており、医療処置等を必要とする療養者の訪問看護への需要も多くなっている。嚥下障害により胃瘻を余儀なくされている療養者や在宅酸素を要する療養者等、自宅で療養生活を送る高齢者の医療ニーズに対して、保健医療福祉専門職者は高齢者の尊厳性保持、個々人の生活史や人生観、価値観、健康観などを踏まえた自宅でのより良い治療・看護などを提供する必要がある。

長い人生を生きてきた高齢者の支援においては、「生きること」「老いること」「病を持つこと」「死を迎えること」を根本に考える必要があり、特に高齢在宅療養者には、病を持ちつつ残された人生をいかに生きるか、どのように支援を受け自立・自律に向かうのか、それは可能か、高齢在宅療養者の QOL はどのようなものであるかなど、高齢在宅療養者の心理・社会及び身体的ニーズに対する多くの問いに解を与えていかなければならないと考えている。清水哲郎（2010）は、人間は「生物学的生命」（身体の生理学的数値データ）を根底として「物語られる生命」（人々とのかかわりで形成されるナラティブな生命）を生きっており、「物語られる生命」がその人にとっての良い生の判断基準になると述べている。「物語られる生命」とは、すなわち人間の生きてきた存在そのものに焦点を当てることであり、その人の価値観、人生観、健康観、死生観などが表現されることであると言えよう。高齢者支援は、居宅等で看護・介護を受けながらの療養生活において、自尊心を失うことなくその人らしい生活が送れるような状況を整えることが大切であろう。

本論文は上記のことを踏まえて、第 1 章では研究の動機と背景および高齢者の身体・心理・社会的研究レビューにより、高齢者研究について概観する。第 2 章では研究の枠組みと構成、及び目的、用語の定義について述べる。第 3 章では研究における倫理的配慮について述べ、第 4 章・5 章では実態的調査研究として、医療依存状況にある高齢在宅療養者と地域高齢者に対する調査研究について報告する。第 6 章は医療依存状況にある高齢在宅療養者の療養生活上の葛藤概念の分析について報告する。第 7 章では医療依存状況にある高齢者に対する ADL、筋力低下予防のための看護介入を実施し、有効性を検討する。そして医療依存状況にある高齢在宅療養者の自立・自律に向けた看護介入モデルを試案し提示する。第 8 章は、第 4 章から 7 章を踏まえた全体考察を行い、第 9 章は研究の今後の展望について述べ、第 10 章で最終結論を提示する。

第 1 節 本研究の動機と背景

日本の平均寿命及び高齢化率は世界最高であり、先端医療技術等の進展により延命が可能となり、要介護高齢者も増加している。2000（平成 12）年に開始された介護保険認定者数も開設当時 256 万人であったのが 12 年後の平成 26 年度には 585 万人となり、2 倍以上の増加となっている（国民衛生の動向 2015/2016）。介護保険及び医療保険制度改革においては、病院・施設から在宅へとシフトされ、在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築にむけて対策が講じられている。特に疾病構造の変化、医療技術の革新的な進歩、国民

の人権意識の高まりや価値観の変化など、医療をめぐる環境は大きく変貌しており、医療に対する国民のニーズは拡大、多様化し医療職に期待される役割は複雑多岐にわたっている。そして住み慣れた地域の中で療養生活を送りたいという療養者のニーズも増大し、国民の54.6%が人生の最後を自宅で迎えることを希望している（内閣府）。また入院日数の短縮化等により、在宅において医療処置を必要とする療養者が増加しており、医療依存度の高い療養者の支援の在り方が大きく問われている。

医療依存状況にある高齢在宅療養者は、どのような状況であり、どのような思いを持ちつつ生活しているのだろうか。嚥下障害等のため胃瘻等から栄養補給をしなければならない療養者、在宅酸素療法の必要な療養者、その他にも中心静脈栄養、種々のカテーテル留置、人工透析、人工肛門等々、高齢在宅療養者は様々な医療処置を受けつつ、家族とともに生活を営み日々を過ごさなければならない状況にある。筆者はまだ訪問看護制度が創設されていなかった時代に、義祖母を在宅で看取った経験がある。主治医はかかりつけの開業医であり、義祖母は悪性の後腹膜腫瘍で余命数か月と診断されていた。貧血が強く輸血の為に数日間入院したが、自宅へ帰ることを強く望み、姉妹が交替で介護し自宅療養を続けた。主治医が必要時往診してくれ、がん性疼痛に対して坐薬や注射薬等を看護師である筆者が管理し指示を受けて施行しつつ、義祖母は長年住み慣れた自宅で娘や孫・ひ孫たちに囲まれながら心穏やかに人生を全うした。筆者は嫁の立場ではあったが、医療職者として、また家族として貴重な経験をしたことがベースとなり、訪問看護に興味を抱き、訪問看護制度創設間もなく、訪問看護ステーションを立ち上げた経緯がある。訪問看護ステーションでも様々な医療依存状況にある療養者や家族の思いを傾聴しつつ、経験を重ねてきた。大学教員になってからも医療依存状況にある療養者や家族を対象に研究を続け、高齢在宅療養者は様々な心理、身体、社会的ニーズの葛藤があり、家族に感謝しつつも気兼ねや身体状況の変化に伴う動揺等を感じていたことを報告した（田中ら、2012）。そしてそのような状況にある高齢在宅療養者の内的世界は複雑で混沌とした状態であることが推察された。沖中（2011）は、要介護高齢者が思い通りに動かない身体を持つ自分に回復の限界を感じていたが、老いる自分が人生を前に進んで生きていくことを諦めきれないでいたこと、内山（2012）は在宅療養における筋委縮性側索硬化症患者と主介護者の体験世界の意味について報告している。これらの研究を通して、高齢在宅療養者の抱えている心の葛藤についてさらに追究する必要性を感じていた。

在宅療養については、看護職における看護と介護の連携に関する報告（佐藤ら、2007）や、介護負担に関する報告（宮下ら、2006；山田ら、2007；遠藤ら、2009）等数多くある。また Ducharme F ら（2002）の高齢家族介護者のストレスコーピングモデルに基づいた介入評価の報告もある。さらに在宅療養と QOL の研究は、Molzahn ら（2010）が、ADL や疼痛などの身体的側面が強く関連していること、Yu-San ら（2006）が、QOL と IADL が抑鬱と関連していたことを述べている。谷口ら（2013）は、抑うつや腰痛等が QOL を低下させる要因であることを報告しており、QOL に関する報告は多々みられている。大竹（2011）

は医療依存度の高い処置が必要な療養者に対し、訪問看護が関わることにより QOL 向上に繋がったことを報告している。このように療養生活に関する研究は多いが、在宅療養と医療依存状況及び在宅療養に伴う葛藤、さらには自立に向けて ADL の維持向上や筋力低下予防等の看護的アプローチについての報告は数少ない。医療依存状況にある高齢在宅療養者に視点を当て QOL を系統的、組織的に追究することは、医療依存状況にある高齢在宅療養者に対して有用なケアを導き出すことになり、本研究の独自性に繋がる。

第2節 高齢者の身体・心理・社会的側面における先行研究レビュー

本研究における先行文献の検討は、2016 年 4 月～6 月の期間に医学中央雑誌、メディカルオンライン、CiNii のデータベースを用いて、2006 年～2015 年までの 10 年間の地域高齢者及び高齢在宅療養者を対象に、「地域高齢者」「在宅療養者」「医療依存」「医療処置」「医療ニーズ」「運動」「ADL」「うつ」「主観的幸福感」「QOL」「葛藤」のキーワードについて、組み合わせを変えながら文献検索を実施した。抽出できた文献から学会発表等の抄録は除外し、重複している文献を整理した結果、地域高齢者に関連した文献 44 件、高齢在宅療養者に関連した文献 34 件の合計 78 文献が抽出された。それらの文献を地域高齢者・高齢在宅療養者別、発表年別に分け、タイトル、著者、発表学会誌、キーワード、研究デザイン、研究概要別に集計し、表 1-2-1 に示した。「医療依存」「在宅療養者」「高齢者」の組み合わせでは 0 件であり、「医療依存」を除き、「医療処置」「在宅療養者」「高齢者」を組み合わせると 1 件 (NO.69) であった。

1. 地域高齢者について

地域高齢者を対象にしたものは 44 件 (56.4%) であった。介護予防運動プログラムの効果や運動習慣、転倒予防等に関したものが 18 件 (23.1%) (NO.4～7, 10, 11, 13, 20～22, 26, 27, 30, 31, 36, 38～40)、口腔ケアに関連したもの 3 件 (3.8%) (NO.23, 28, 43)、膝・腰痛に関したもの 1 件 (1.3%) (NO.24) であった。QOL や主観的健康感に関連したもの、抑うつに関連したもの等 13 件 (16.7%) (NO.2, 12, 14, 16～18, 23, 27, 32, 34, 37, 42, 44) であった。ソーシャルサポート、社会活動、他者交流等に関連したものの 9 件 (11.5%) (NO.1, 3, 8, 9, 15, 19, 33, 35, 41) であった。

まず介護予防のための運動プログラムの有効性について、藤本ら (2007) は特定の場所に限定せずに運動強度を正確に定量化し、実施することが非監視下で可能となり高齢者の運動機能維持と体力向上に有効であったこと、稲垣ら (2012) は膝関節進展筋力が向上し、関節の柔軟性が改善されたこと等を報告している。転倒リスク減少に向けた効果について、太田尾ら (2014) は転倒予防教室により身体機能が有意に改善したこと、Cho Seong (2014) は、バランス運動またはゴムバンドを用いたレジスタンス運動による介入は、後期高齢者の筋力およびバランスの改善に有効であることを報告している。運動習慣と認知・心理機

能等の関連性等について、竹内ら（2007）は低強度で簡易的な手法での筋力向上トレーニングを行った結果、継続的なADLの変化はなかったが、主観的幸福感が良好となったこと、青木（2008）は運動を実施・継続することや高いADLは健康度を高め、健康度の高さはQOLを高め、加齢はADLや運動実施状況を弱め、疾病状況はADLと健康度を低下させていたことを報告している。また村田ら（2008, 2009）は前期・後期高齢者共に、運動習慣有群が無群と比較し下肢筋力や歩行能力などの身体機能が有意であったこと、高齢者が運動を定期的に行う効果は後期高齢者で著名に認められ、身体機能等老化抑制効果が期待できると述べている。佐藤ら（2008）は、下半身の筋力を維持することが体力に対する自信を高め、主観的幸福感を高めるとともに骨粗鬆症予防に有効であることを報告している。

次に主観的幸福感・QOLに関する研究については、男性の単独世帯は主観的幸福感が低く、単独世帯の後期高齢者は、孤独感・不満足感の否定的回答が高かった（赤嶺ら、2006）。そして年齢が高くなると家庭内役割は低下するが、85歳以上でも男女ともに6割以上が実施していた役割は、「庭・菜園の管理」「神棚・仏壇の管理」であったこと、女性は「食事支度」「近所付き合い」もしていたこと、「生活活動力」と「精神的活力」は殆どの家庭内役割と有意に関連していた等の報告もある（佐藤ら、2009）。白岩ら（2013）は、高齢者の睡眠状況は睡眠時間よりも主観的睡眠感の方がQOLへの関与が大きいこと、竹内ら（2013）は、歩行による外出、運動、作業、仕事、ボランティア活動、学修的活動の6種類の身体及び社会活動は、QOLの変化と強く関連していたこと、鹿瀬島ら（2015）は性別、自覚症状数、要介護認定、うつ、LSNS-6(ソーシャルネットワーク)、口腔衛生、定期的な運動、休養と睡眠の各項目ならびに健康づくり合計項目数との間に有意な関連が認められたことを述べている。また青木（2015）は男女ともに自己肯定感が主観年齢に強く影響し、精神的健康状態や社会関係等が関連しており、在宅高齢者が若い主観年齢を維持するためには高齢者の自己効力感や自尊感情を高く維持することが必要であることを報告している。

さらに抑うつに関する研究については、サポート授受の相手と抑うつの関連について検討した結果、サポート授受の相手に関わらず、相手がいる高齢者は抑うつが少なかったこと、及び独居等でサポートが得られない状況であっても、それ以外の人々とのサポートの授受が高齢者の抑うつを防ぐ可能性が示唆された報告がある（村田ら、2011）。

また社会的ネットワークは、加齢とともに変化する健康状態や社会経済的地位などの影響が大きいこと、友人や近隣の人々との交流頻度が高いこと、及び男性高齢者は健康状態と家族以外との交際が、女性では健康状態と経済状態が主観的幸福感に影響を与えていたことを述べている（赤澤ら、2008）。また山室ら（2008）は高齢者夫婦世帯の主観的幸福感が単独世帯よりも低く、三世帯以上の多人数で暮らす高齢者は、主観的幸福感得点、ソーシャルサポート得点が高いこと、ソーシャルサポートが多い者は主観的幸福感が高いことを報告している。そして自主活動の高頻度参加者は、不参加者と比較し、抑うつが低く、社会参加及び活動能力が高いこと、高齢者の自主活動への参加は、精神的健康度や社会的健康度、生活機能の低下を抑制する報告もある（本田ら、2010）。地域高齢者の社会貢献活

動に関する要因は、主観的健康感、社会的ネットワーク、居住年数であったことから、地域に長く住み、社会的ネットワークが豊かで、主観的健康感が高い高齢者は社会貢献活動を活発に行っていると述べている（竹之下ら、2013）。またひとり暮らしの女性要支援高齢者は、自らが選択した対象との充実した関係の中で、交流を通じて自己を見つめ、アイデンティティの統合を行っていたこと、少数の友人であっても高齢者が望む相手との深い関係を築くことが、人生の終盤を支える交流として重要であるという報告もある（中村ら、2014）。

2. 高齢在宅療養者について

高齢在宅療養者を対象にしたものは34件（43.6%）であった。医療依存、医療ニーズ等については、在宅における高齢療養者が対象の文献は2件（2.5%）（NO.63, 69）であった。退院支援に関するものが2件（2.5%）（NO.47, 64）あった。疾患や症状における運動機能向上トレーニング効果や活動量低下要因、フットケア効果等に関連したもの9件（11.3%）（NO.49～52, 56, 58, 59, 65, 75）、口腔ケア・摂食・嚥下機能等に関連したもの1件（1.3%）（NO.71）、疼痛に関連したもの2件（2.5%）（NO.55, 73）であった。難病等を有する療養者のQOLや主観的健康感に関連したもの、障害受容、飲酒行動等に関連したもの等8件（10.3%）（NO.45, 46, 48, 49, 54, 61, 74, 78）、生きる力・体験世界・療養生活上の認識等に関連したもの等6件（7.5%）（NO.57, 60, 66～68, 72）であった。社会役割、サポート等に関連したもの2件（2.6%）（62, 76）であった。

まず高齢在宅療養者が対象の医療依存、医療ニーズ等について、大竹（2011）は、医療依存度の高い処置を導入した在宅ALS療養者への看護で、医療的な視点での日常生活のアセスメント・指導を行いながら安全な療養生活の基盤を形成し、安定・継続に向けた役割が大きいことを述べ、訪問看護によるサポートの重要性を示している。大野賀ら（2013）は、居宅サービス事業者による医療や介護サービスの提供は9時から16時に限定され、それ以外の時間帯の医療処置等は家族が実施していたことを報告している。

次に運動機能向上トレーニング効果やフットケア効果等について、北野ら（2007）は、外来通院している慢性閉塞性肺疾患患者（在宅酸素療法施行者を含む）に対してパワーリハビリテーションを実施した結果、四肢筋力と息切れ等の症状が有意に軽減したこと、茅野らは（2008）はチューブトレーニングを用いたプログラムで握力に効果があり、下肢筋力群を強化することで身体のバランス能力の向上ができたことを報告している。姫野ら（2014）はフットケアにより、足部の循環状態や筋疲労、皮膚異常が改善・消失し、感覚・循環機能及び立位・歩行能力が有意に向上したことを述べている。

さらに難病療養者等のQOL、主観的健康感、障害受容、飲酒行動等について、吉川ら（2006）は高齢難病患者の主観的健康感が地域高齢者や通所サービス利用高齢者よりも低かったこと、原田ら（2011）は、社会資源サービスを利用している高齢パーキンソン療養者の方が利用していない療養者よりもQOLが高かったこと、小坂（2007）は在宅高齢者の日頃の楽

しみはテレビ、新聞読み等一人で可能な内容であったこと、太田ら（2015）は慢性腎不全患者に対して在宅での運動指導により、介入3か月後の平均歩数、総消費量、運動量が改善し、QOLが向上したことを報告している。また森崎ら（2014）は、在宅要支援・要介護高齢者の摂食・嚥下機能が社会生活機能と心の健康において有意な関連が認められ、社会生活機能や精神面での健康関連QOLの低下に関与する可能性が示唆されたこと、福島ら（2014）は、有害飲酒者は適正飲酒者に比べ、肝臓病を有している人が多く、知的能動性が低く非飲酒者は適正飲酒者に比べ生活機能及び手段的自立度、主観的健康感が低い人が多いこと等から、適正飲酒とQOLの向上に向けた保健指導の必要性があることを述べている。そして要支援高齢者の主観的健康感が低い要因として、「年齢層が若い」「現病歴数が多い」「自覚している身体機能の低下と症状が多い」「うつ予防の支援が必要」等が報告されている（長谷川ら、2011）。

また生きる力・体験世界・療養生活上の認識等について、吉尾ら（2010）は要介護高齢者の生きる力を構成している要素6カテゴリーを抽出し、「身についてきた自己の力」と「他者との関係性から生じた力」という構成概念を生成したこと、沖中（2011）は在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識として、「人生に立ちはだかる老い」「老いに立ち向かう力」等が見いだされたこと、内山ら（2012）は、在宅療養におけるALS患者と主介護者の体験世界に15の意味の原則と4つの本質世界を見出し、時間性と歴史性を背景として「気づかい」が存在し、信頼の条件のもとでALS患者と主介護者が生き抜く世界が展開されることが明らかになったことを報告している。

3. 文献レビューから明らかになったことについて

地域高齢者研究においては、介護予防、転倒防止、運動プログラムの効果等の身体に関する研究が多く、その中でも特に理学療法分野が多かった。高齢者の特徴として、言語的能力や推理的能力、物事への理解力、洞察力は保持されるが、身体機能の低下は否めなく、転倒・転落の危険性が高まることは周知の事実である。高齢化が進展している中で、必然的に運動効果等による予防的研究が多くなっていることは頷ける。次いで多いのが心理的研究であった。QOLや主観的健康感に関連した研究が多く、超高齢社会を迎えた高齢者の生活の質、幸せ感、充実感を追究することも頷けよう。また政策的にも在宅療養が重要視される社会状況において、平均寿命は世界のトップクラスであるが、平均寿命に比べて健康寿命はまだ延びが小さいのが現状である。障害等の有無にかかわらず、高齢者が自立・自律した在宅生活を送るためにはQOLや主観的健康感は重要な視点であろう。

次に医療依存状況にある高齢在宅療養者においては、医療依存等に関して、がん及び難病等の疾患による小児、成人対象者が多く、グループホーム等の施設や研修プログラム、雑誌の特集等が目立ったが、医療依存状況にある高齢在宅療養者に関する論文は数少ない結果であった。超高齢社会を迎えている日本において、今後ますます医療を必要とする高齢在宅療養者が増加するのは避けられない事実であり、現状における実態を把握すること

は重要である。現時点では疾患や症状における運動機能向上トレーニング効果や活動量低下要因、フットケア効果、口腔ケア・摂食・嚥下機能等に関したものの、疼痛に関したものの等、地域高齢者と同様に身体的要因に関する研究が多かった。疾患や症状を持ちながらもADL等身体機能の維持向上を図ることは必然であろう。心理的研究としては、難病等を有する療養者のQOLや主観的健康感、障害受容、飲酒行動等に関連したもの、生きる力・体験世界・療養生活上の認識等に関連したものがあつた。内的世界や葛藤等の人間の内面で起こっているプロセスに関する研究について、2010年から年に1~2件散見されるようになったが、まだ数少ない。医療ニーズを抱えた療養者は、家族介護者や種々のサービス提供者等々の人間関係も多様化しており、心の中で様々な葛藤等を抱えながら生活している。地域高齢者と違い複雑な心理状況を呈していると推察される。高齢者の多くは複数の慢性疾患を抱えながら生活しており、高齢在宅療養者の思いを分析し自律した自己形成を図ることが重要であり、さらに心理的ニーズを追究する必要がある。なお、医療依存状況にある高齢在宅療養者の研究的アプローチに関する文献は皆無であることが明らかとなり、医療依存状況にある高齢在宅療養者の実態について把握するとともに、療養生活上の葛藤について分析し、ADLの自立に向けたケアアプローチを構築する意義は大きいといえる。

引用文献

- 赤嶺 伊都子, 新城 正規 (2006): 世帯形態からみた地域在住高齢者の支援・単独世帯に焦点を当てて, 民族衛生, 72(5), 191-207.
- 赤澤 淳子, 水上 喜美子 (2008): 地方居住高齢者の社会的ネットワークと主観的幸福感, 仁愛大学研究紀要, 7, 1-14.
- 青木 邦男 (2008): 在宅高齢者の健康関連 QOL 満足度に及ぼす運動実施状況の影響 QOL、ADL、運動実施状況および健康度の関連性, 社会福祉学, 49(2), 71-84.
- 青木 邦男 (2015): 在宅高齢者の主観年齢に関連する要因, 社会福祉学, 56(1), 74-86.
- Cho Seong (2014): 後期高齢者の筋力およびバランスに対する転倒防止運動プログラムの効果, 理学療法科学会誌, 26 (11), 1771-1774.
- Ducharme F ; Trudeau D (2002): ualitative evaluation of a stress management intervention for elderly caregivers at home: a constructivist approach, Issues in Mental Health Nursing , 23 (7), 691.
- 遠藤 忠, 蛭名 直美, 望月 正哉 (2009): 要支援ならびに要介護高齢者を居宅で介護している家族介護者の介護負担と主観的 QOL に関する検討ー要介護度別と認知症の有無による違いについてー, 厚生 の 指標, 56(15), 34.
- 藤本 貴大, 本山 貢 (2007): 介護予防における体力向上を目的とした運動プログラムの有効性, 和歌山大学教育学部紀要, 57, 57-63.
- 福島 奈緒美 , 河野 あゆみ (2014): 介護保険の要支援認定を受けた男性高齢者における飲酒行動と身体心理社会的特徴との関連, 日本地域看護学会誌, 17(2), 28-35.

- 原田 光子, 中村 由美子, 川村 佐和子 (2011): 高齢パーキンソン病療養者の QOL と地域資源利用との関連, 日本難病看護学会誌, 16(2), 96-105.
- 長谷川 直人, 佐藤 和佳子 (2011): 要支援高齢者の主観的健康感の関連要因, 日本看護科学会誌, 31(2), 13-23.
- 姫野 稔子, 小野 ミツ (2010): 在宅高齢者の介護予防に向けたフットケア効果の検討, 日本看護研究学会誌, 33(1), 111-120.
- 本田 春彦, 植木 省三, 岡田 徹, 他 (2010): 地域在宅高齢者における自主活動への参加状況と心理社会的健康および生活機能との関係, 日本公衆衛生雑誌, 57(11), 968-976.
- 稲垣 敦, 桜井 礼子, 平野 互, 高波 利恵, 溝口 和佳, 岩崎 香子, 他 (2012): 介護予防運動「お元氣しゃんしゃん体操の効果」, 看護科学研究 10, 47-56.
- 茅野 裕美, 櫻井 しのぶ, 西出 りつ子, 他 (2008): 虚弱高齢者への効果的な筋力トレーニングの介入について, 三重看護学誌, 10, 23-32.
- 鹿瀬島 岳彦, 田高 悦子, 田口 理恵, 他 (2015): 健康長寿に向けた大都市在住自立高齢者における主観的健康感と関連要因の検討, 日本地域看護学会誌, 17(3), 23-29.
- 吉川 日和子, 小河 育枝, 高山 成子, 他 (2006): 高齢難病患者の日常生活と主観的健康感, 日本難病看護学会誌, 10(3), 178-188.
- 北野 桂介, 野村 浩一郎, 宮田 光明 (2007): 呼吸・代謝疾患慢性閉塞性肺疾患におけるパワーリハビリテーションの有効性について, パワーリハビリテーション, 6, 43-44.
- 小坂 信子 (2007): 在宅高齢者の QOL- PGC モラールスケール・フェイススケールを用いた調査から-, 日本赤十字秋田短期大学紀要, 12, 47-53.
- 厚生労働省 (2016):
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chii-ki-houkatsu/2016/6/4
- 内閣府 (2015): 平成 28 年版高齢社会白書, 高齢化の現状と将来像, 2.
- 内閣府 (2015): 平成 28 年版高齢社会白書, 高齢者の健康に関する意識調査 (平成 24 年), 最期を迎えたい場所, 30.
- 国民衛生の動向 (2015/2016): 62(9), 53, 260, 450.
- 国民衛生の動向 (2016/2017): 63(9), 261-262.
- 宮下 光子, 酒井 真理子, 飯塚 弘美, 他 (2006): 在宅家族介護者の介護負担感とそれに関連する QOL 要因, 日本農村医学会誌, 54(5), 767.
- Molzahn,A., Kalfoss,M., et al (2010): The importance of facets of quality of life to older adults -An international investigation. Quality of life Research : (19)2, 293-298.
- 森崎 直子, 三浦 宏子, 守屋 信吾, 他 (2014): 在宅要介護高齢者の摂食・嚥下機能と健康関連 QOL との関連性, 日本老年医学会誌, 51, 259-263.
- 村田 千代栄, 斎藤 嘉孝, 近藤 克則, 他 (2011): 地域在住高齢者における社会的サポートと抑うつとの関連, 老年社会科学, 33(1), 15-22.

- 村田 伸, 大山 美智江, 大田尾 浩, 他 (2008) : 在宅高齢者の運動習慣と身体・認知・心理機能との関連-前期高齢者と後期高齢者の検討-, 日本在宅ケア学会誌, 12(1), 35-43.
- 村田 伸, 大山 美智江, 大田尾 浩, 村田 潤, 木村 裕子, 豊田 謙二, 津田 彰 (2009) : 在宅高齢者の運動習慣と身体・認知・心理機能との関連, 行動医学研究, 15(1), 1.
- 中村 ともゑ, 森川 千鶴子 (2014) : ひとり暮らしの女性要支援高齢者が他者と交流することの意味, 老年看護学, 18(2), 76-84.
- 沖中 由美 (2011) : 在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識, 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 119-129.
- 大竹 しのぶ (2011) : 在宅 ALS 療養者における医療依存度の高い処置導入後の看護の役割ー安全から QOL 向上へ向けて. 難病と在宅ケア, 17(4), 14-18.
- 大冢賀 政昭, 筒井 孝子, 東野 定律 (2013) : 在宅要介護高齢者における医療ニーズの状況とケア提供内容・時間の関連性に関する検討, 経営と情報, 26(1), 1-14.
- 太田 幸志, 山田 一貫, 眞砂 望 (2015) : 慢性腎不全患者に対する在宅での運動指導が身体機能及び QOL に与える影響, 大阪府理学療法士会誌, 43, 34-39.
- 太田尾 浩, 田中 聡, 積山 和加子, 長谷川 正哉, 島谷 康司, 梅井 凡子, 他 (2014) : 転倒予防教室が及ぼす身体機能・健康関連 QOL・運動習慣への効果, 日本健康増進理学療法学会学術誌, 4(1), 25-30.
- 佐藤 美穂子, 小倉 朗子, 田中 雅子 (2007) : 在宅重度障害者の療養生活支援のための看護と介護の連携モデル作成に関する研究, 「在宅重度障害者に対する効果的な支援の在り方に関する研究」報告書, 103.
- 佐藤 美由紀, 齊藤 恭平, 芳我 博 (2009) : 地域高齢者の家庭内役割と QOL の関連, ヒューマンサイエンス, 11-19.
- 佐藤 鈴子, 林 雅佳子, 濱本 洋子, 他 (2008) : 地域在住高齢者における体力と体力自覚・主観的幸福感, 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 9-17.
- 清水 哲郎 (2010) : 生物学的死生と物語られる死生 (清水哲郎, 島園進編ケア従事者の為の死生学), 16-34, ヌーヴェルヒロカワ, 東京.
- 白岩 加代子, 村田 伸, 堀江 淳, 他 (2013) : 地域在住高齢者の睡眠状況と Quality of Life の関係, ヘルスプロモーション理学療法研究, 3(3), 103-107.
- 竹内 亮, 中島 史朗, 波多野 義郎, 他 (2007) : 在宅高齢者における筋力向上トレーニング介入が ADL と主観的幸福感に及ぼす影響, 障害者スポーツ科学, 5(1), 9-17.
- 竹内 亮, 久保田 晃生, 高田 和子, 他 (2013) : 地域在住高齢者における身体及び社会活動頻度と Quality of Life の変化との関係, 生涯スポーツ学研究, 9(1.2), 11-18.
- 竹之下 信子, 佐藤 美由紀, 芳賀 博, 他 (2013) : 地域在宅高齢者の社会貢献活動に関連する要因, 千葉科学大学紀要, 6, 119-129.
- 田中 正子, 二宮 寿美, 河野 保子 (2012) : 高齢在宅療養者の療養生活上の認識に関する概念化, 宇部フロンティア大学看護学ジャーナル, 5(1), 26-27.

- 谷口 奈穂, 桂 敏樹, 星野 明子, 臼井 香苗 (2013) : 地域在住の前期高齢者と後期高齢者における QOL 関連要因の比較. 日本農村医学会雑誌, 62(2), 91-104.
- 内山 久美, 久木原 博子, 古庄 夏香 (2012) : 在宅療養における筋委縮性側索硬化症患者と主介護者の体験世界の意味, *International Nursing Care Research*, 11(2), 69.
- 山室 尋詠, 小中 綾子 (2008) : 在宅高齢者のソーシャルサポートと主観的幸福感との関係に関する研究, 近代姫路大学看護学部紀要, 1, 25-31.
- 山田 裕子, 石井 秀子(2007) : 胃瘻管理と介護負担に関する検討, 医学と生物学, 151(10), 331.
- 吉尾 千世子, 三村 洋美, 富田 真佐子 (2010) : 要介護高齢者の生きる力の構成要素, 日本在宅ケア学会誌, 14(1), 221-229.
- Yu-San Chang, Shiow-Ching Liang, Ming-Chao Chen, Mei-Rou Lu (2006) : Quality of life in Elderly with Depressive Disorder. *Taiwan Geriatric Gerontology* : 2(1), 21-31.

表 1-2-1 地域高齢者対象の身体・心理・社会的研究文献一覧（2006 年～2015 年）

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
1	高齢者におけるソーシャルサポートの授受と主観的幸福感：前期高齢者と後期高齢者の比較研究	前原武子，竹村明子，浅井玲子	琉球大学教育学部紀要，68，297-307，2006	紀要論文， KW：前期、後期高齢者、ソーシャルサポート、主観的幸福感	アンケート調査 地域在住高齢者：372名	前期高齢者より後期高齢者で、息子からのサポート受領が増加し、娘が減少した。サポートの授受が主観的幸福感に及ぼす効果は、年齢による変化が関連していた。
2	世帯形態からみた地域在住高齢者の支援-単独世帯に焦点を当てて-	赤嶺伊都子，新城正規	民族衛生，72(5)，191-207，2006	原著論文， KW：地域高齢者、単独世帯、ソーシャルサポート	アンケート調査， 地域在住高齢者：707名	男性の単独世帯は主観的幸福感が有意に低かった。単独世帯高齢者に対して地域とのかかわり、趣味等生きがいづくりが重要である。
3	農村部高齢者の社会活動における活動参加意向の充足状況に関連する要因	岡本秀明，白澤政和	日本在宅ケア学会誌，10(1)，29-38，2006	原著論文， KW：在宅高齢者、社会活動、活動参加意向、生きがい、	自記式質問紙調査，65歳以上高齢者：502名	集まりへの活動参加意向の充足状況に関連していた要因は、IADL、抑うつ傾向であった。趣味や娯楽において、年齢、性別、IADL、抑うつ傾向、交通手段の利便性が関連していた。
4	介護予防における体力向上を目的とした運動プログラムの有効性	藤本貴大，本山貢	和歌山大学教育学部紀要，57，57-63，2007	紀要論文， KW：介護予防、体力向上、運動プログラム	介入研究 地域高齢者：51名	特定の場所に限定せずに、運動強度を正確に定量化し、実施することが非監視下で可能となった。高齢者の運動機能維持と体力向上に有効であった。
5	在宅高齢者における筋力向上トレーニング介入がADLと主観的幸福感に及ぼす影響	竹内亮，中島史朗，波多野義郎，他	障害者スポーツ科学，5(1)，9-17，2007	原著論文， KW：在宅高齢者、筋力向上トレーニング、ADL、	介入研究， 通所介護利用している地域在住高齢者：13名	低強度で簡易的な手法での筋力向上トレーニングを行った結果、継続的なADLの変化はなかったが、主観的幸福感が良好となった。
6	在宅高齢者の転倒リスク減少に向けた身体的・機能的運動プログラムの効果に関する検討	篠田邦彦	新潟医学界雑誌，121(6)，322-330，2007	転倒予防、身体機能、自体重利用エクササイズ、地域リーダー	介入研究 転倒予防教室参加の健常高齢者119名（介入群：67名、対照群：52名）対象。	身体機能18項目中8項目が有意の改善した。介入群は14項目が有意に改善した。両群を比較し、介入群の方が有意な改善度であった。つまづきが有意に改善した。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
7	在宅高齢者に対する転倒予防プログラムの検討-低頻度プログラムの適応-	井口 茂, 松坂 誠 應, 陣野 紀代美	理学療法科学会誌, 22 (3) , 385-390 , 2007	研究論文, 転倒予防、転倒 リスク、運動介 入	介入研究 転倒予防教室参 加者 385 名対象。	転倒数の減少に関わる要因は、年 齢 70 歳以上、腰痛有り、服薬数 3 つ以上、転倒経験者、転倒リス ク 3 つ以上で有意差が認められ た。低頻度の運動プログラムでも 地域高齢者の身体機能の維持・向 上への効果に寄与できることが 示唆された。
8	地方居住高齢者の 社会的ネットワークと主観的幸福感	赤澤淳子, 水上喜美 子	仁愛大学研 究 紀 要 7 , 1-14 , 2008	紀 要 論 文 , KW : 社会的ネ ットワーク、主 観的幸福感	質 問 紙 調 査 老人会の会合参 加者 : 313 名	男性は健康状態と家族以外との 交際が、女性では健康状態と経済 状態が主観的幸福感に影響を与 えていた。
9	在宅高齢者のソー シャルサポートと 主観的幸福感との 関係に関する研究	山室尋詠, 小中綾子	近代姫路大 学看護学部 紀 要 , 1 , 25-31, 2008	原 著 論 文 , KW : 在宅高齢 者、ソーシャル サポート、主観 的幸福感	アンケート調査 地域在住高齢 者 : 98 名	高齢者夫婦世帯の主観的幸福感 が低かった。ソーシャルサポート が多い者は主観的幸福感が高い 傾向にあった。
10	在宅高齢者の健康 関連 QOL 満足度 に及ぼす運動実施 状況の影響 QOL、 ADL、運動実施状 況および健康度の 関連性	青木邦男	社会福祉学, 49(2) , 71-84, 2008	原 著 論 文 , KW : 在宅高齢 者、健康関連 QOL、運動実 施状況、健康度	アンケート調査, 65 歳以上の在宅 高齢者 : 842 名	運動や ADL は健康度を、健康度 は QOL を高めていた。加齢は ADL や運動実施状況を弱め、疾 病状況は ADL と健康度を低下さ せていた。
11	在宅高齢者の運 動習慣と身体・認 知・心理機能との 関連-前期後期高齢 者の検討-	村田伸, 大 山美智江, 大田尾浩, 他	日本在宅ケ ア学会誌 12(1) , 35-43, 2008	研 究 報 告 , KW : 前期・後 期高齢者、運動 習慣、身体・認 知・心理機能	アンケート調査 地域在住の 前期高齢者 : 96 名, 後期高齢者 : 85 名	前期・後期高齢者共に、運動習慣 有群が無群と比較し下肢筋力や 歩行能力などの身体機能が有意 であった。
12	地域在住高齢者に おける体力と体力 自覚・主観的幸福 感	佐藤鈴子, 林雅佳子, 濱本洋子, 他	国立看護大 学校研究紀 要 7(1), 9-17, 2008	原 著 論 文 , KW : 介護予 防、体力、超音 波骨密度、主観 的幸福感	体力測定, 質問紙 調査, 対象者 : 老 人クラブ会員で 希望者 67 名	下半身の筋力を維持することは、 体力に対する自信を高め、主観的 幸福感を高め骨粗鬆症予防に有 効である。。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
13	在宅高齢者の運動習慣と身体・認知・心理機能との関連	村田伸, 大山美智江, 大田尾浩, 他	行動医学研究 15(1), 1-9, 2009	原著論文, KW: 在宅高齢者、運動習慣、身体・認知・心理機能	量的研究 地域在住の高齢者 181 名(平均年齢 74.3±5.7 歳)	運動習慣有り群は無し群に比べて、下肢筋力や歩行能力などの身体機能認知機能、主観的健康感や生活満足度などの心理機能が有意に良好な値を示した。
14	地域高齢者の家庭内役割と QOL の関連	佐藤美由紀, 齊藤恭平, 芳我博	ヒューマンサイエンス 11-19, 2009	原著論文, KW: 家庭内役割、生活の質、地域高齢者	質問紙留置き調査 65 歳以上の地域在住高齢者: 947 名	「生活活動力」と「精神的活力」は殆どの家庭内役割と有意に関連していた。
15	地域在宅高齢者における自主活動への参加状況と心理社会的健康および生活機能との関係	本田春彦, 植木省三, 岡田徹, 他	日本公衆衛生雑誌, 57(11), 968-976, 2010	記載なし, KW: 地域在宅高齢者、自主活動、うつ予防	質問紙調査, 農村部在住の 65 歳以上高齢者: 初回・1 年後の 2 回調査回答者: 218 名	自主活動の高頻度参加者は、不参加者と比較し、抑うつが低く、社会参加及び活動能力が有意に高かった。
16	老年期の心理社会的課題への関与からみた類型と関連要因	深瀬裕子, 岡本裕子	広島大学心理学研究, 10, 159-170, 2010	記載なし, KW: 老年期、心理社会的課題、類型、事例、E.H.Erikson	質的研究, 質問紙調査, 65 歳以上の高齢者: 20 名(男性 11 名、女性 9 名)	対象者の語りから、5 つの類型を抽出した。過去の葛藤の統合には、自分のあり方への肯定的な取り組みが重要である。
17	集会所を利用したミニ・ディサービスが地域在宅高齢者の健康及び QOL に与える影響	島貫秀樹, 梅津梢恵, 本田春彦, 他	老年社会科学, 31(4), 492-500, 2010	資料論文, KW: 地域在宅高齢者、ミニ・ディサービス、介護予防、縦断研究	アンケート調査, 縦断研究, 介護予防, 75 歳以上高齢者(2000 年、2003 年の 2 回アンケート完了者): 177 名	身体機能の維持・向上に対する効果はみられなかったが、健康度自己評価と日常生活動作に対する自己効力感、ミニ・ディサービス参加者が向上し、不参加者が低下していた。
18	地域在住高齢者における社会的サポートと抑うつの関連	村田千代栄, 斎藤嘉孝, 近藤克則, 他	老年社会科学, 33(1), 15-22, 2011	原著論文, KW: サポート授受の相手、抑うつ、高齢者	郵送自記式質問紙調査, 65 歳以上の高齢者: 32,891 名	サポート授受の相手と抑うつの関連について検討した結果、サポート授受の相手に関わらず、相手がいる高齢者は抑うつが少なかった。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
19	孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康：同居者の有無と性別による差異	小林江里香, 藤原佳典, 深谷太郎, 他	日本公衆衛生雑誌, 58(6), 446-456, 2011	記載なし, KW: 社会的孤立、独居高齢者、私的サポート、公的サポート、抑うつ、将来への不安	郵送法によるアンケート調査, 分析対象: 独居高齢者; 948名、同居高齢者; 1426名	孤立高齢者は、介護者の有無にかかわらず、私的・公的なサービスを得られにくく、抑うつや将来への不安が高い等、多くの課題を抱えていることが明らかとなった。
20	客観的体幹屈筋力指標としての最大呼気口腔内圧の活用可能性の検討	堀江淳, 村田伸, 村田潤, 他	日本在宅ケア学会誌 14(2), 34-40, 2011	原著論文, KW: 体幹屈筋、筋力評価法、高齢者、呼気筋力	筋力評価 地域在住高齢者: 235名	最大呼気口腔内圧 (MEP) と状態起こし回数に有意な相関があり、MEP は客観的な体幹屈筋力指標として活用できる可能性が示唆された。
21	地域高齢者の転倒に対する脅威の構造—年代及び老性自覚と転倒との関連についての検討—	梅田奈歩, 山田紀代美	老年社会学 33(1), 23-33, 2011	原著論文, KW: 地域高齢者、転倒恐怖感、転倒の脅威評価項目、老性自覚	質問紙調査 地域在住高齢者: 287名	24項目5因子を抽出し、「QOL低下の引き金」「自己の自立性の喪失」「身体的苦痛」「他者依存に対する心理的負担」「重篤な末期へのきっかけ」と命名した。
22	高齢期の運動介入の有効性について	藤野雅広, 竹内美樹, 全芝賢, 他	日本予防医学学会雑誌, 6(2), 81-85, 2011	原著論文, KW: 地域高齢者、介護予防教室、運動介入の有効性	介入研究, 対象者: 地域在住高齢女性; 30名、運動教室を3ヵ月間実施	参加前後の体重及び血圧、Body Mass Index の変化と、血液生化学検査では、コレステロール、血糖等に有意な低下が認められた。歩数も有意に増加した。
23	QOL向上を目指す口腔ケアと健康長寿	田野ルミ, 星旦二	日衛学誌, 5(2), 6-15, 2011	特別寄稿, KW: 口腔ケア、QOL、かかりつけ歯科医、累積生存率	自記式質問紙調査 (郵送法), 3年間追跡調査, 65歳以上高齢者 12,560名	都市高齢者の QOL の向上、要介護状態の予防等には、かかりつけ歯科医、歯科衛生士による支援により良い口腔ケアが保持でき、生存維持に繋がる。
24	在宅高齢者の膝・腰痛状況、心理的不調、健康・体力状況および社会的活動状況の関連性	青木邦男, 松林美子, 山本せつ子, 他	臨床スポーツ医学, 28(6), 679-684, 2011	調査報告, KW: 在宅高齢者、膝・腰痛、心理的不調、健康・体力状況、社会的状況	郵送法による質問紙調査, 山口県岩国市の65歳以上の在宅高齢者: 753名	男女ともに膝・腰痛状況は心理的不調と健康・体力状況に影響を及ぼし、その心理的不調と健康・体力状況が社会的活動状況に影響を及ぼしていた。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
25	高齢者の立位バランスと心理的適応の関係性	足立匡基	老年社会科学, 33(1), 3-13, 2011	原著論文, KW: 臨床動作法、バランス測定装置、LOC、主観的幸福感、	準実験(足裏バランス測定装置によるスキャン)、質問紙調査、対象: 老人ホーム入所通所 100 名	良好群は不良群に比べ、ADL、LOC における内的統制傾向、主観的幸福感が高く、状態不安が低かった。
26	地域高齢者における年収および暮らし向きと心理的健康指標との関連	藤原佳典, 小林江里香, 深谷太郎, 他	老年精神医学雑誌, 23(2), 211-220, 2012	原著論文, KW: 抑うつ傾向、将来不安、健康度自己評価、年収、暮らし向き	郵送法によるアンケート調査、対象: 65 歳以上高齢者 1,435 名	所得や暮らし向きの違いが、抑うつや将来への不安感の憎悪と関連があり、高齢者の心理的傾向を維持する上で、経済状況を考慮する重要性が確認された。
27	介護予防運動「お元気しゃんしゃん体操の効果」	稲垣敦, 桜井礼子, 平野互, 他	看護科学研究 10, 47-56, 2012	資料, KW: 介護予防、転倒、高齢者、運動機能、大分	介入研究 64~90 歳の在宅高齢者 130 名	介護予防運動を実施し、体重、等尺性膝関節進展筋力、肩関節柔軟性、10m 全力歩行タイム、最大一歩幅等で有意な改善が認められた。
28	口腔機能向上支援プログラムの実施とその結果について-地域在宅の高齢者を対象とした介入後の変化-	衣笠瑞子, 上手道子, 岸本恵子, 他	日衛学誌, 6(2), 70-77, 2012	調査報告, KW: 高齢者、口腔衛生指導、口腔機能、口腔保険行動	介入研究, 60 歳以上: 39 名(男性 4 名、女性 35 名)	口腔ケアの意識の向上と仲間作りを意識した集団学習と個別指導介入は、口腔セルフケア実施、歯科疾患の減少、口腔機能の改善等効果がみられた。
29	宮城県内の離島における在宅高齢者の運動能力と活動能力の実態	黒後裕, 小林武, 三木千栄, 吉田忠義, 他	理学療法科学, 27(6), 645-649, 2012	原著論文, KW: 地域高齢者、mortor fitness scaie、老研式活動能力指標	アンケート調査、戸別配布し、後日回収、対象: 地域高齢者 73 名	活動能力は男女とも年代間の違いはなかった。運動能力は年齢が高くなると女性では低くなったが、男性は低くならなかった。
30	地域在住高齢者に対する太極拳ゆったり体操の短期継続が動脈硬化関連指標に及ぼす影響	森耕平, 野村卓生, 片岡紳一郎, 他	理学療法科学会誌, 40(2), 118-119, 2013	研究報告書, KW: 太極拳ゆったり体操、動脈硬化、CAVI	介入研究, 60 歳以上の高齢者: 47 名{前期 24 名(介入群)、後期 23 名(対照群)}	介入群は対照群と比較し、動脈硬化関連指標(CAVI)と身体組成(脂肪量)が有意に改善した。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
31	地域在住の前期高齢者と後期高齢者における QOL 関連要因の比較	谷口奈穂, 桂敏樹, 星野明子, 他	日本農村医学会雑誌, 62(2),91-105, 2013	原著論文, KW: 、QOL 関連要因、前期、後期高齢者	自記式質問紙調査, 老人クラブ所属高齢者: 596 名	QOL を上昇させる要因が主観的幸福感と経済的なゆとりであり、QOL を低下させる要因が腰痛、高脂血症、抑うつであった。
32	地域在宅高齢者の社会貢献活動に関連する要因	竹之下信子, 佐藤美由紀, 芳賀博, 他	千葉科学大学紀要, 6, 119-129, 2013.	原著論文, KW: 社会貢献活動、主観的健康感、社会的ネットワーク	自記式質問紙調査, 500 名に郵送, 有効回答: 254 名	地域在宅高齢者の社会貢献活動に関する要因は、主観的健康感、社会的ネットワーク、居住年数であった。
33	地域在住高齢者の睡眠状況と Quality of Life の関係	白岩加代子, 村田伸, 堀江淳, 他	ヘルスプロモーション理学療法研究, 3(3),103-107, 2013	原著論文, KW: 睡眠、生活の質、高齢者	アンケート調査, ミニディサービス事業に登録している地域在住高齢者: 256 名	睡眠時間は良好群と不良群の差はなかった。主観的睡眠感は、良好群の方が不良群よりも活動能力以外の QOL が高い結果であった。
34	地域在住高齢者における身体及び社会活動頻度と Quality of Life の変化との関係	竹内亮, 久保田晃生, 高田和子, 他	生涯スポーツ学研究, 9(1.2), 11-18, 2013.	原著論文, KW: 身体活動、社会活動、QOL、高齢者、縦断的研究	自記式質問紙調査, 7800 名に郵送, 回答 5706 名 (有効回答: 1930 名)	歩行による外出、運動、作業、仕事、ボランティア活動、学修的活動の 6 種類の身体及び社会活動は、QOL の変化と強く関連していた。
35	転倒予防教室が及ぼす身体機能・健康関連 QOL・運動習慣への効果	太田尾浩, 田中聡, 積山和加子, 他	日本健康増進理学療法学会学術誌, 4(1),25-30, 2014	原著論文, KW: バランス能力、健康関連 QOL, 運動習慣	介入研究 地域在住高齢者: 22 名	身体機能は片足立ち機能が有意に延長し、身体的健康が有意に改善した。
36	地域在住高齢者の QOL と身体機能との関係	岩瀬弘明, 村田伸, 久保温子, 他	ヘルスプロモーション理学療法研究, 4(2), 65-70, 2014	原著論文, KW: 地域在住高齢者、QOL、身体機能	面接聞き取り調査, 健康支援事業に参加した地域高齢者: 145 名	各種身体機能と有意な相関が認められたのは、主観的健康感のみであった。
37	後期高齢者の筋力およびバランスに対する転倒防止運動プログラムの効果	Seong Cho, Duk-Hyun An	理学療法科学会誌, 26 (11), 1771-1774, 2014	原著論文, KW: 後期高齢者、筋力、バランス、転倒防止運動プログラム	介入比較研究, 地域居住の 75 歳以上高齢者: 55 名	バランス運動やゴムバンドを用いたレジスタンス運動による介入は、後期高齢者の筋力およびバランスの改善に有効である。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
38	在宅高齢者の健康 関連 QOL 満足度 に及ぼす運動実施 状況の影響	青木邦男	山口県立大 学学術情報, 7, 15-19, 2014	学 術 論 文 , KW : 自覚的運 動促進要因、運 動自己効力感、 社会活動性、ソ ーシャルサポ ート、健康状態	質 問 紙 調 査 , 在宅高齢者 : 717 名	運動実施状況は精神健康度及び 身体健康度に強く影響していた。 健康関連満足度は社会活動性、ソ ーシャルサポート、健康状態の影 響を受けていた。
39	一般在宅高齢者に おける筋力トレー ニング認識と理解 の検討	肥 後 梨 恵 子, 藤田主 一	応用心理学 研究, 39(3), 206-214 , 2014	原 著 論 文 , KW : サルコペ ニア、筋力トレ ーニング認識、	質 問 紙 調 査 , 65 歳以上のサー クル参加者 109 名 (男性 11 名、 女性 98 名)	主観的健康感が高く、半数以上が 運動習慣があったが筋力トレー ニング内容を認識していなかつ た。
40	ひとり暮らしの女 性要支援高齢者が 他者と交流するこ との意味	中 村 と も ゑ, 森川千 鶴子	老年看護学, 18(2) , 76-84, 2014	研究ノート, KW : 女性高齢 者、ひとり暮ら し、交流	質的統合法 (KJ 法), 構成的面接, 要支援 2 の女性 高齢者 (70 歳代 ~80 歳代) : 5 名	ひとり暮らしの女性要支援高齢 者は、自らが選択した対象との充 実した関係の中で、交流を通じて 自己を見つめ、アイデンティティ の統合を行っていた。
41	在宅高齢者の主観 的な生活リズムの 性差に関する研究	八島妙子, 新野直明	日本未病シ ステム学会 雑誌, 20(2), 64-68, 2014	プロシーディ ング (学術総会 発表論文)	自記式質問紙調 査, 地域在住高齢 者 89 名 (男性 50 名、女性 39 名)	男性は年齢、同居・別居、配偶者、 仕事、社会的役割、QOL と主観 的生活リズムに有意な関連を認 めた。女性では社会的役割と生活 リズムに有意な関連を認めた。
42	地域在宅高齢者 における骨格筋量・ 骨格筋力と開口力 との関連性	大村智也, 松山美和, 渡辺朱里, 他	日本摂食嚥 下リハビリ テーション 学 会 誌 19(3),214-22 1, 2015	原 著 論 文 , KW : 地域在宅 高齢者、骨格筋 量、骨格筋力、 口腔機能	介入実験研究, 対象 : 65 歳以上 の地域在宅高齢 者 24 名 (男性 3 名、女性 21 名)	骨格筋指数と開口力、握力と開口 力に相関があった。開口力に影響 を与える因子として骨格筋指数 が挙げられた。
43	健康長寿に向けた 大都市在住自立高 齢者における主観 的健康感と関連要 因の検討	鹿 瀬 島 岳 彦 , 田高 悦子, 田口 理恵 , 他	日本地域看 護学会誌, 17(3) , 23-29 , 2015	原 著 論 文 , KW : 高齢者、 健康長寿、ヘル スプロモーシ ョン、保健師、 環境	自記式質問紙調 査, 65 歳以上高 齢者 : 350 名	性別、自覚症状数、要介護認定、う つ、LSNS-6(ソーシャルネットワ ーク)、口腔衛生、定期的な運動、休 養と睡眠の各項目ならびに健康 づくり合計項目数との間に有意 な関連が認められた。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
44	在宅高齢者の主観年齢に関連する要因	青木邦男	社会福祉学 56(1) , 74-86, 2015	論文, KW: 在宅高齢者、主観年齢、自己肯定感、精神的健康状態、共分散構造分析	質問紙調査, 在宅高齢者: 760 名 (男性: 335 名, 女性: 425 名)	男女ともに自己肯定感が主観年齢に強く影響していた。また精神的健康状態や社会関係等が有意に関連していた。

表 1-2-2 高齢在宅療養者対象の身体・心理・社会的研究文献一覧（2006 年～2015 年）

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
45	高齢難病患者の日常生活と主観的健康感	吉川日和子, 小河育枝, 高山成子, 他	日本難病看護学会誌, 10(3) , 178-188 , 2006	原著論文, KW: 高齢難病患者、主観的幸福感、PGC モラールスケール	質問紙調査, F 県難病患者会に所属する 65 歳以上高齢者: 184 名	高齢難病患者の PGC 平均得点は 8.2 であり、一般在宅高齢者 11.2、通所サービス利用高齢者 9.9 と比較し低値であった。
46	高齢者急性期病院における患者・家族の退院に向けた関わりへの一考察	葛西好美, 荒賀直子, 樋口キエ子, 山口忍	順天堂大学医療看護学部医療看護研究, 3(1), 96-101, 2007	高齢者、退院調整、在宅移行期、家族、高齢者急性期病院	質問紙による面接調査, 実践報告, 在宅療養者・家族: 27 組。	患者は「糖尿病」「誤嚥性肺炎」が多く、入退院を繰り返していた。在宅療養への不安は、入院中と退院後共に高率で、独居の者や退院決定時期が 1 週間未満の者に多かった。不安の内容は病状や医療処置、家族介護力に関するものが多かった。
47	障害受容における患者の意識変化と家族関係の一考察-在宅への移行期にある高齢患者への支援-	中山亜弓	新見公立短期大学紀要, 28, 53-57, 2007	原著論文, KW: 障害受容、在宅移行期、家族の障害受容、生きがい	事例研究 (振り返り) くも膜下出血後の高次脳機能障害の 60 歳代男性	退職という社会的な役割変化を経験し始める時期に病気を発症することで、身体的な障害を受けると同時に、社会と家庭の両方において役割喪失を体験し、発症前の自己像との違いに葛藤していた。
48	在宅高齢者の QOL-PGC モラールスケール・フェイススケールを用いた調査から-	小坂信子	日本赤十字秋田短期大学紀要, 12, 47-53, 2007	研究報告, KW: 在宅高齢者、QOL、PGC モラールスケール、フェイススケール	アンケート調査, 対象: 2 施設のディサービスを利用している在宅高齢者 50 名	在宅での日頃の楽しみは、テレビ、新聞読みなど動きの少ない一人でも可能な内容であった。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
49	呼吸・代謝疾患 慢性閉塞性肺疾患 におけるパワーリ ハビリテーション の有効性について	北野桂介, 野村 浩一 郎, 宮田 光明	パワーリハ ビリテーシ ョン, 6, 43-44, 2007	原著論文, KW: 慢性閉 塞性肺疾患、 在宅酸素療 法、パワーリ ハビリテー ション	介入研究, 外来通院中の COPD 患者の うち、在宅酸素 療法施行者を 含む 10 例,	四肢筋力と SGRQ は有意に改善した が、その他の評価項目に差はみられな かった。変化率は呼吸リハビリテーシ ョンプログラム参加者群と差がなか った。
50	虚弱高齢者への効 果的な筋力トレー ニングの介入につ いて	茅野裕美, 櫻井 しの ぶ, 西出 りつ子, 他	三重看護学 誌, 10, 23-32, 2008	原著論文, KW: 虚弱高 齢者、筋力ト レーニング、 介護予防	介入研究, 介護 予防特定高齢 者: 18 名	左手握力の結果が最も高く、チューブ トレーニングを用いたプログラムで は、握力に効果があり、下肢筋力群を 強化することで身体のバランス能力 の向上ができた。
51	ハイリスク高齢者 における「運動器 の機能向上」を目的 とした介護予防 教室の有効性	清野諭, 藪 下典子, 金 美芝, 他	厚生指標, 55 (4), 12-20, 2008	原著論文, KW: ハイリ スク高齢者、 運動器の機 能向上、介護 予防教室	介入研究 ハイリスク高 齢者: 27 名	体力測定 10 項目中、6 項目において有 意な改善が認められ、運動機能の著し い低下がみられる者の割合も有意に 減少した。また、運動習慣を有する者 の割合と運動頻度が有意に向上した。
52	ディサービス利用 者における在宅で の活動量低下に関 連する要因	妹尾弘幸, 岡浩一郎, 西川亜由	応用老年学, 2(1), 59-65, 2008	原著論文, KW: 通所介 護、活動量低 下、在宅活動 量、行動変容	アンケート調 査法, 対象者: ディサービス 利用高齢者 92 名	82.1%に在宅での活動量低下がみら れた。低下群と非低下群の比較では、 行動変容ステージと道具の充足度、セ ルフエフィカシーで有意な差を認め た。
53	在宅高齢者におけ る火を使用しない 灸の QOL(SF-36) に及ぼす影響につ いて	久下浩史, 波多野義 郎, 森秀俊	日温気物医 誌, 71(3), 180-186, 2008	記載なし, KW: 温灸、 QOL(SF-36) 、在宅高齢者	介入研究, 和歌山県 A 市 の高齢者: 27 名	自宅での温灸治療（火を使用しない 灸）で健康関連 QOL 尺度の「身体の 痛み」が改善した。
54	An experience providing home care to a victim of cerebral vascular accident and purple urine bag syndrome	Chiang H; Huang M; Cheng C	Journal of Nursing (J NURS (CHINA)), 55 (4), 98-104, 2008	事例研究, KW: 脳血管 障害、尿管カ テーテル、紫 尿カテーテ ル症候群	事例研究, 脳血 管障害後遺症 療養者	尿路感染症、便秘と易感染性のある脳 血管障害高齢者に対して、5 か月間の 訪問看護や電話等により療養者の不 安や便秘等が改善された。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
55	膝痛軽減を目的とした運動器の機能向上プログラムの有効性	大淵修一, 小島基永, 新井武志, 他	日本老年医学学会雑誌, 47 (6) , 611-616 , 2010	原著論文, KW: 膝痛、 運動機能向上プログラム、重錘負荷歩行	介入研究, 対象: 地域在住高齢者で膝痛を有する 37 名	JKOM 総得点、下位尺度のいずれでも有意な減少が認められ、膝関節伸展筋力および FR では有意な増加が確認された。SF・36 では身体機能・日常役割機能、心の健康で改善できた。
56	多施設で実施した集団運動による介護予防トレーニング(せらばん体操)の効果-ハイリスク、予防給付、および要介護高齢者での比較-	山田拓実, 吉田弥央	日本保健科学学会誌, 12(4) , 221-229 , 2010	原著論文, KW: 集団トレーニング、 虚弱高齢者、 介護予防、 支援	介入研究, 対象: ハイリスク高齢者 75 名、予防給付高齢者 122 名、 要介護高齢者 89 名	全ての群で最大歩行速度、膝進展筋力等において有意な向上が認められた。改善の程度には差があるがトレーニングによりハイリスク、予防給付、要介護高齢者に運動機能や HRQOL の改善がみられた。
57	要介護高齢者の生きる力の構成要素	吉尾千世子, 三村洋美, 富田真佐子	日本在宅ケア学会誌, 14(1) , 31-38, 2010	原著論文, KW: 要介護高齢者、 生きる力、QOL、 自己価値	質的記述的研究, 対象: デイケアサービス 利用中の要介護高齢者 17 名	要介護高齢者の生きる力を構成している要素を分析した結果、6 カテゴリーを抽出し、「身につけてきた自己の力」と「他者との関係性から生じた力」という構成概念を生成した。
58	在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアの効果の検討	姫野稔子, 小野ミツ	日本看護研究学会雑誌 33(1) , 111-120 , 2010	研究報告, KW: 在宅高齢者、 フットケア介入、 介護予防	介入研究, 生きがい デイサービスを利用している 後期高齢者: 11 名	介入により活動性は高まり、転倒不安も軽減した。足部に対する変調の自覚は循環状態や筋疲労に関する改善がみられた。
59	ホームエクササイズでの運動療法の有効性と限界	宮本哲, 杉原俊弘, 大沼弘幸, 他	臨床スポーツ医学, 28(6) , 629-634 , 2011	特集, KW: ホームエクササイズ、 運動療法、 高齢者、	介入研究 変形膝関節症患者で運動療法群: 20 名、 人工膝関節術前患者: 30 名	ホームエクササイズの利点は、伸展制限の軽減、膝進展筋力の向上、パフォーマンステストの回復が挙げられた。
60	在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識	沖中由美	日本看護研究学会雑誌, 34(2) , 119-129 , 2011	研究報告, KW: 自己意識、 要介護高齢者、 在宅、 古い	質的記述的デザイン、 通所リハビリ利用中の 要介護高齢者: 13 名	在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識として、「人生に立ちをはかる古い」「老いに立ち向かう力」等が見いだされた。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
61	要支援高齢者の主観的健康感の関連要因	長谷川直人, 佐藤和佳子	日本看護科学会誌, 31(2), 13-23, 2011	原著論文, KW: 介護予防、要支援高齢者、主観的健康感	郵送法によるアンケート調査, 分析対象: 1046 名	要支援高齢者の主観的健康感が低い要因は、「経済状況の不安」「認知症高齢者の日常生活度が自立」「現病歴数が多い」等が検出された。
62	高齢パーキンソン病療養者の QOL と地域資源利用との関連	原田光子, 中村由美子, 川村佐和子	日本難病看護学会誌, 16(2), 96-105, 2011	原著論文, KW: パーキンソン病、地域資源 PDQ-39、	アンケート調査, 分析対象: パーキンソン病療養者 291 名	11 種類（訪問看護、訪問リハビリ、訪問介護、等）の地域資源を利用しているパーキンソン病療養者は利用していない療養者よりも、PDQ-39 値が高かった。
63	在宅 ALS 療養者における医療依存度の高い処置導入後の看護の役割－安全から QOL 向上へ向けて	大竹しのぶ	難病と在宅ケア, 17(4), 14-18, 2011	事例報告, KW: 在宅 ALS 療養者、医療依存度、安全、QOL	振り返りによる事例研究, 対象者: ALS で人工呼吸器装着の 70 歳代男性、	医療依存度の高い処置のある在宅 ALS 療養者への看護で、医療的な視点の日常生活のアセスメント・指導を行いながら安全な療養生活の基盤を形成し、安定・継続に向けた役割が大きい。
64	高齢心不全患者の退院時及び退院 2 か月後の身体・生活・心理状態と必要なケア: 安全・安楽な在宅生活に向けた支援の検討	長岡沙紀子, 内田陽子	群馬保健学紀要, 32, 61-69, 2011	修士論文, KW: 高齢者、心不全、退院、IADL、ADL	質問紙による面接調査, 心不全で入院し、自宅退院した 65 歳以上の高齢者: 8 名	全対象者の多くは退院後の ADL の悪化はないが、生活活動への不安を抱え、疾患への不安が増大した。
65	フットケアがもたらす在宅高齢者の体験世界と行動変容の検討	姫野稔子, 小野ミツ, 孫田千恵	老年看護学, 15(2), 51-57, 2011	資料, KW: 在宅高齢者、フットケア介入、体験世界、行動変容	介入研究, 質的デザイン, フットケアを終えた在宅高齢者: 11 名	身体的変化の自覚, 新たな知識の獲得, 足部をケアされることで生じた意識, フットケアにより生じた思い等の体験世界が明らかとなった。
66	在宅療養における筋委縮性側索硬化症患者と主介護者の体験世界の意味	内山久美, 久木原博子, 古庄夏香	International Nursing Care Research, 11(2), 69-80, 2012	不明, KW: ALS 患者、体験世界、在宅療養	半構成的面接法, 現象学アプローチ, 対象者: 在宅療養中の ALS 患者とその家族の主介護者 14 組	在宅療養における ALS 患者と主介護者の体験世界に 15 の意味の原則と 4 つの本質世界を見出した。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
67	高齢在宅療養者の療養生活上の認識に関する概念化	田中正子, 二宮寿美, 河野保子	宇部フロンティア大学看護学ジャーナル, 5(1), 21-28, 2012	研究報告, KW: 高齢在宅療養者、療養生活、概念化、概念構造	半構成的面接法, 質的帰納的分析, KJ法, 対象者: 高齢在宅療養者5名	高齢在宅療養者は家族の絆を中心概念とし, 介護者への謝意を意識していた。身体状態の不調に伴う精神的葛藤を繰り返し, リハビリへの意欲とADLの維持・向上を目指すと共に在宅療養に価値を見出していた。
68	運動療法を継続できる「2型糖尿病患者の運動療法捉え方分類ツール」の作成	山崎松美, 稲垣美智子	日本看護研究会雑誌 36(4), 1-10, 2013	原著論文, KW: 糖尿病、運動療法、患者教育	2型糖尿病患者で運動療法をしている296名	2型糖尿病患者の運動療法捉え方分類」のツールを作成した結果、⑤カテゴリー21項目が確定された。
69	在宅要介護高齢者における医療ニーズの状況とケア提供内容・時間の関連性に関する検討	大野賀政昭, 筒井孝子, 東野定律	経営と情報, 26(1), 1-14, 2013	原著論文, KW: 在宅要介護高齢者、医療ニーズ、訪問看護、家族介護	自記式タイムスタディ調査, 対象: 在宅要介護高齢者 499名	居宅サービス事業者による医療や介護サービスの提供は9時から16時に限定され, それ以外の時間帯の医療処置等は家族が実施していた。
70	高齢者のうつ病からの回復・生活世界との関連における検討	田中浩二, 長谷川雅美	日本看護科学会誌, 34, 1-10, 2014	研究報告, KW: 高齢者、うつ病、回復、生活世界	質的記述的デザイン, 非構成的面接, うつ病と診断され、寛解又は維持期にある高齢者: 8名	うつ病高齢者にとって生活世界への帰還のあり方は、「なじみの人間関係や日常生活に帰還」し、死の衝動からの解放と天寿全うへの託し」に至ることであった。
71	在宅要介護高齢者の摂食・嚥下機能と健康関連QOLとの関連性	森崎直子, 三浦宏子, 守屋信吾, 他	日本老年医学会誌, 51, 259-263, 2014	原著論文, KW: 在宅要介護高齢者、摂食・嚥下機能、健康関連QOL	質問紙調査, 在宅要支援・要介護高齢者: 191名	在宅要支援・要介護高齢者の摂食・嚥下機能は、社会生活機能と心の健康において有意な関連が認められた。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
72	介護保険の要支援認定を受けた男性高齢者における飲酒行動と身体心理社会的特徴との関連	福島奈緒美，河野あゆみ	日本地域看護学会誌，17(2)，28-35，2014	原著論文，KW：地域、男性、要支援高齢者、飲酒行動、身体心理社会的特徴、AUDIT	郵送による自記式質問紙調査、A市で介護保険の要支援認定を受けた65歳以上の在宅在住の男性高齢者：218名	男性要支援高齢者では、有害飲酒行動と身体機能の低下に関連があり、高齢期の適正飲酒の普及啓発スクリーニングと生活背景アセスメント、適正飲酒とQOLの向上に向けた保健指導の必要性が示唆された。
73	在宅高齢者の痛みと健康関連 QOL の関連と痛み緩和対策の実態	古田良江，鈴木みづえ，高井ゆかり	日本早期認知症学会誌，7(2)，26-35，2014	原著論文，KW：痛み、二次予防事業参加者、健康関連QOL、痛みの緩和対策	面接による質問紙聞き取り調査，二次予防事業参加者：495名（男性32名，女性463名）	痛み有群は身体的QOL得点が痛み無し群と比較し低かった。痛みそのものが身体的側面のHRQOLの低下に影響し、痛みのある者の3割が体を動かすことで痛み緩和を図っていた。
74	筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者における家族役割・社会役割の認識	隅田好美，佐々木公一	日本難病看護学会誌，19(2)，189-200，2014	原著論文，KW：筋萎縮性側索硬化症、アイディンティティ、家族役割、社会役割	質問紙調査，日本ALS協会4支部会員：59名	5割の患者が家族役割を認識し、コーピング特性はSTAIの特性不安や社会役割の認識と関連していた。楽しみでは社会役割を認識する人が多かった。
75	在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアプログラムの開発—第2報：高齢者によるフットケアの効果	姫野稔子，小野ミツ，孫田千恵	日本看護科学学会誌，34，160-169，2014	原著論文，KW：フットケアプログラム、介護予防、在宅高齢者、フットケアの効果	介入研究，フットケア有効性の検証，対象：在宅高齢者7名	足部の変調は循環状態や筋疲労に関する項目が改善し、皮膚異常も改善・消失した。感覚・循環機能及び立位・歩行能力が有意に向上した。
76	在宅要介護高齢者における機能的自立度と幸福度の関係	菱井修平	川崎医療福祉学会誌，24(2)，267-272，2015	資料，KW：FEM(機能的自立度評価)，PGCモラール	評価観察，対象：要介護認定を受け、通所リハビリ療養者39名	ADLの自立度と幸福度には関係性がなく、身体機能がモラールの主因ではないことが再確認された。

	タイトル	発表者	発表学会誌	論文種類等	方法・対象者	結果の概要
77	慢性腎不全患者に対する在宅での運動指導が身体機能及び QOL に与える影響	太田幸志, 山田一貫, 眞砂望	大阪府理学療法士会誌, 43, 34-39, 2015	奨励論文, KW: 慢性腎不全、運動習慣、QOL	介入事例研究, 70 歳代男性, 慢性腎不全による血液透析歴 20 年以上	介入 3 か月後の平均歩数、総消費量、運動量が改善し、QOL は向上した。運動が習慣化し行動範囲が拡大した。家庭内役割も出来た。
78	訪問看護利用者における閉じこもりの出現と関連要因	水本淳, 大沼剛, 向井原麻衣子, 他	北海道理学療法士会誌, 32, 74-79, 2015	研究報告, KW: 通所系サービス、外出頻度、身体機能、心理的要因	質問紙調査, 身体機能評価, 認知機能評価, 訪問看護利用者: 32 名 (平均年齢 76.5 歳)	通所系サービスの利用の有無により関連する因子が異なることが示された。

第2章 本研究の枠組みと構成、及び目的

第1節 研究の枠組みと構成

第1項 研究の枠組み

医療依存状況にある高齢在宅療養者は、種々の疾患及び症状、医療処置等の医療ニーズがあり、住み慣れた環境で生活を営んでいる。まず療養者の実態を把握するために、属性、医療状況、家族状況、生活状況、身体状況、心理状況、社会状況を基本ベースとし、療養生活状況と身体機能レベルから療養ニーズを把握するとともに、医療依存状況にある高齢在宅療養者の内的世界及び身体機能の維持向上に着目し、尊厳性を踏まえた QOL の向上をめざす看護介入モデルを明らかにすることを考えた。

土井 (2004) は、慢性疾患患者に対する医学的治療と評価をモデル化して「患者の HRQL モデル」として提示している。このモデルは治療によってもたらされた効果や副作用は、医療従事者などの第3者により臨床的に評価され、患者の信条・価値観・判断に基づき患

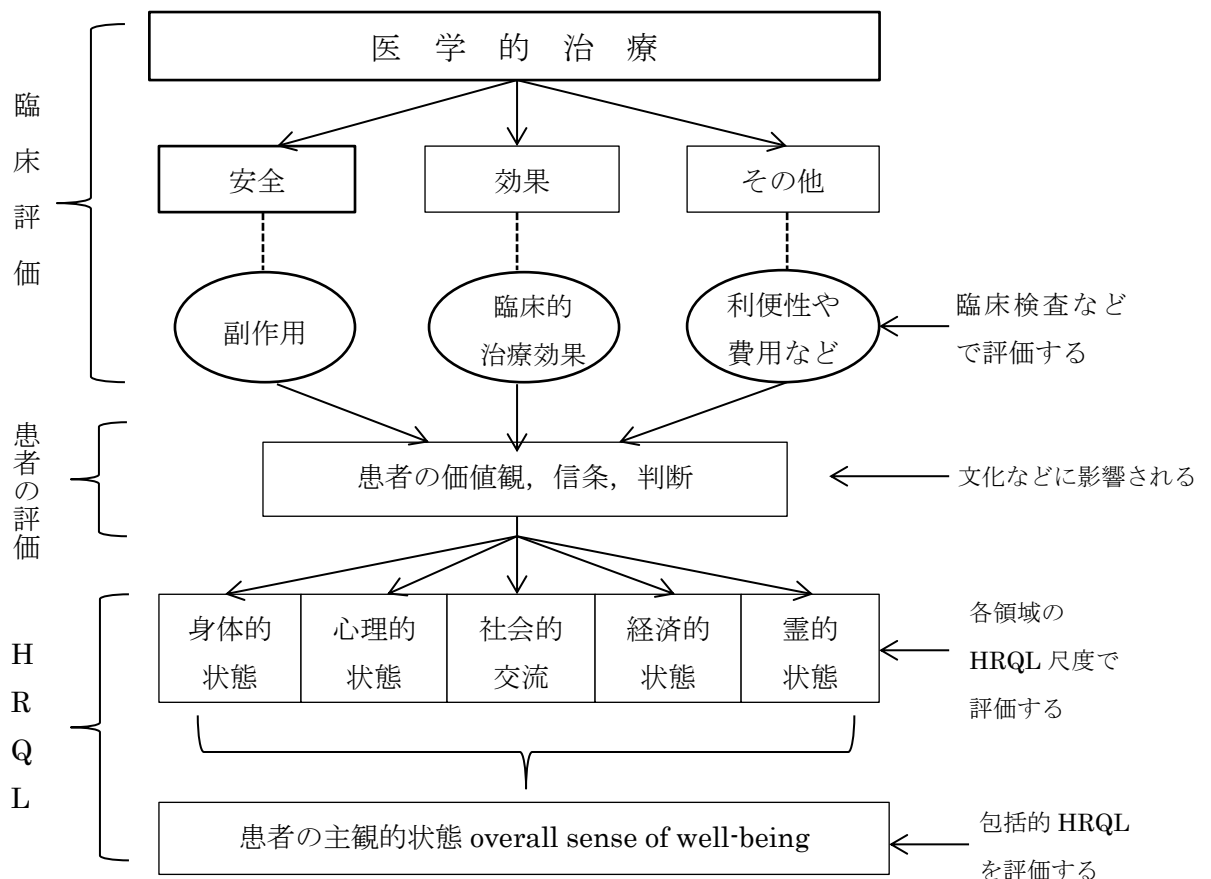


図 2-1-1-1 患者の HRQL モデル（土井改変）

出典：Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials, 2nd Edition, Bert Spilker 編著（1996）

者自身による評価を受け、さらに、身体的状態・心理的状态・社会的交流・経済的状态・霊的状态および全体的 well-being などの HRQL について評価が行われるとし、臨床的な効果だけでなく、患者の HRQL を高めるためにはどうすればよいか、このモデルを使って分析することができると述べている（図 2-1-1-1 参照）。

本研究の対象者は医療依存状況にある高齢在宅療養者であるため、土井のモデルのうち医学的治療を医療依存状況として置き換えた場合でも療養生活における QOL は、同時に評価できるものと考えた。医療依存状況にある在宅高齢者の療養ニーズは、キュアやケアが安全・効果的に実施される必要があり、その評価は患者の価値観、信条等によって支えられることになる。また医療依存状況にある在宅高齢者の療養ニーズの充足は、心理・身体・社会的各領域による個別評価で分析され、最終的に全体的 well-being が評価されると解釈した。このような考え方を基本に置き、本研究の概念枠組みは土井改変モデルを参考に作成し、図 2-1-1-2 に示した。

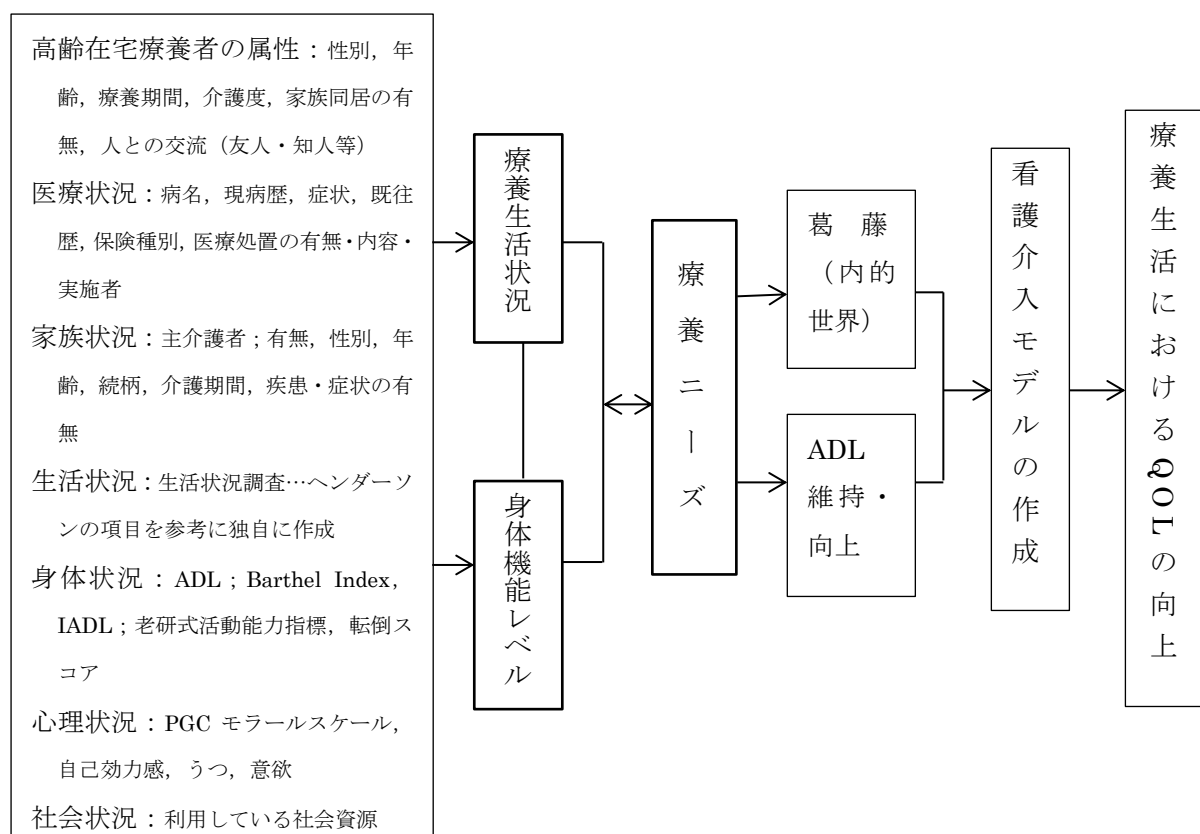


図 2-1-1-2 医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL 向上のための概念モデル

第 2 項 研究の構成

本研究の構成を、図 2-1-2-1 に示した。まず高齢者看護の現状把握のために文献レビュー

を行う。次に訪問看護を利用している医療依存状況にある高齢在宅療養者に対して、療養ニーズを把握するために、訪問による聞き取り調査を実施する。そして医療依存状況にある高齢在宅療養者と比較するために、地域高齢者に対しても同様の調査を実施する。その後さらに筆者自ら、インタビューガイドを基に構造化面接を実施し、葛藤概念を分析する。それらの結果を踏まえて、身体的アプローチによる介入研究を実施する。その後、医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL 向上に向けた看護介入モデルを検討する。

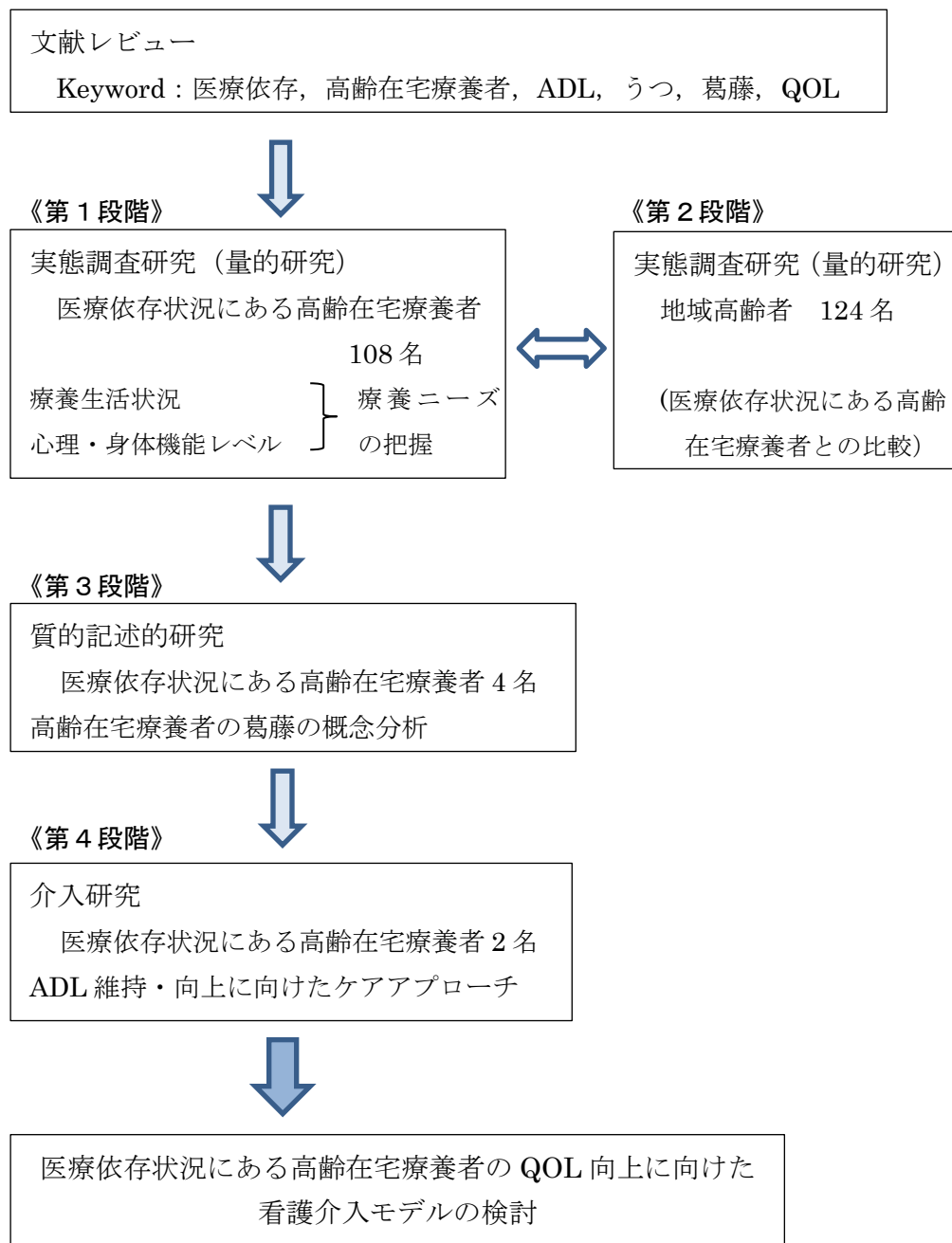


図 2-1-2-1 本研究の構成

第2節 本研究の目的と意義

第1項 本研究の目的

「Quality of Life」という言葉は、日本語では一般的に「生活の質」と訳すことが多い。萬代ら（1996）は、「Quality of Life」の「Life」には2つの意味があり「生活の質」「命の質」と訳すことができ、その時の状況によって使い分けることが重要であると述べている。そしてQOLを考える上で、4つのエッセンスを紹介している。第1は「社会生活の能力」、第2は「感性や知性が保たれる」、第3は「苦しみの緩和」、第4は「生きがい」であり、これらがQOLには最も重要であると述べている。日本においては1988年に「QOL研究会」が発足され、各領域で研究を重ねており、QOLに対する取り組みは医療の歴史とともに発展してきた経緯がある。世界保健機関（World Health Organization:WHO）は、健康について「単に疾病がないということではなく、完全に身体的・心理的および社会的に満足のいく状態であること」と定義し、1998年には「spirituality」を概念に追加することを提案した。土井（2004）はWHOの定義した健康の概念がQOLの概念に相当すると述べている。

わが国は医療費の高騰や入院期間の短縮等により、在宅医療が重要視され医療をめぐる環境は大きく変貌し、医療に対する国民のニーズは拡大、多様化している。嚥下障害の為やむなく胃瘻等による栄養管理が必要な療養者や在宅酸素の必要な療養者等様々な医療処置等を必要とする高齢在宅療養者が増加し、そのような高齢在宅療養者は様々な医療管理及び処置を受けつつ、家族とともに生活を営み日々を過ごしている状況である。このような医療依存状況にある高齢在宅療養者について、身体的・心理的・社会的にどのような状態で、どのようなニーズがあるのか全人的に把握する必要がある。そして自分らしい生活を継続するためには、生活の質(Quality of life)を充実させていくことが重要であろう。QOLの向上を目指した在宅療養生活を営むために、高齢在宅療養者の思いの分析とともに、身体機能の維持・向上のための方策を評価し、より望ましい看護支援を検討することが大切である。

そこで本研究の目的は、医療依存状況にある高齢在宅療養者の身体・心理・社会的な実態と、QOLに影響を与えている要因について分析する。また地域高齢者についても同様に身体・心理・社会的な実態と、QOLに影響を与えている要因について明らかにし、医療依存状況にある高齢在宅療養者と比較・検討する。そして高齢在宅療養者が自己の内的世界をどのように受け止め感じているのかを療養上の葛藤を通して明らかにするとともに、上肢・下肢機能の維持向上のための方法を検討し、医療依存状況にある高齢在宅療養者のQOLを保障した看護介入モデルを検討し提示することである。

第2項 期待される成果

これまで高齢者に対する身体機能維持のための運動は、ディサービス施設若しくは保健

センター等において、転倒予防教室等が開催され、筋力低下予防や転倒防止のための方法が指導され、その効果が明らかにされてきた。運動予防教室やディサービス等に参加する高齢者は、健康意識が高く動機づけもあり、集団指導においてもその効果は期待できる。しかしながら在宅療養をしている高齢者にとっては、医療処置等個々により状況が異なり、一人ひとりの個別的・包括的ケアが必要となる。本研究は、医療依存状況にある高齢在宅療養者の心身両面および社会的状況を踏まえて、その対象者の QOL 向上に向けたケア方法を検討することを目的にしているため、当然のことながら対象者の上肢・下肢機能の維持向上に必要な看護方法を明らかにすることは重要なことである。また療養上の葛藤を明らかにすることは対象者の内的世界がクローズアップできる。それゆえ本研究により期待される成果は、医療依存状況にある高齢在宅療養者の ADL の維持・向上が期待されること、また葛藤等の分析から、療養者個々人の苦しみや悲しみ、苛立ち、迷い等々、表出されない内的世界について深く窺い知ることができ、心身両面から医療依存状況にある高齢在宅療養者について包括的に理解することができる。そのことは医療依存状況にある高齢在宅療養者を一人の価値ある存在として認め、生きてきた人生に意味を与え、療養者自ら、より積極的に生活を営むようになることであり、QOL を保障した看護支援となる。そして医療職者にとっては、高齢在宅療養者の真の姿を見出すことにより対象者を全人的に理解することができ、個別的・包括的により良いケアを提供することに繋がる。また療養者にとって安全・安楽、自立に向けた生活をするための方法を示すことができる。

第3項 研究の意義

本研究成果は、医療依存状況にある高齢在宅療養者の生き方や活かし方、支援の在り方に有用な示唆を与えるものであり、在宅看護学の充実・発展に貢献できる。在宅現場においては訪問看護従事者が、高齢在宅療養者中心のより良いケアを提供することができ、高齢者ケアの質向上に繋がる。看護教育においては、医療依存状況にある高齢在宅療養者の生きてきた過程を肯定し、尊厳性を尊重した関わりを学生に教授することができる。また学生が医療依存状況にある高齢在宅療養者の、揺れ動く心に寄り添う支援、QOL を視野に入れた個別性のあるケアの重要性に気付くことができるように教授できる。学生は看護職の心身両面のケアにおける役割の重要性について理解し、高齢在宅療養者の人生を大切に思い、ありのままに受け止めることによって今後の学生自身の人生にも大きな示唆を与える。また医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL をより高いものにする価値があり、長年戦後社会を支え、生きてきた過程を肯定するとともに療養者の尊厳性を尊重することに繋がる。そして要介護状態であっても、社会に存在する意義を持ち、そのことを高齢在宅療養者自身が認識できるようにすること、また療養者一人ひとりが自己の認識が可能な地域社会・療養生活・療養環境の中で、安寧な心で人生の最終章を迎えることができるような支援体制の構築に寄与する。そして地域包括ケアシステムの中で展開されるチーム医療においても、関わる職種が高齢在宅療養者の尊厳性を尊重した全人的ケアを実施すること

に繋がり、今後の超高齢社会の日本において、住み慣れた在宅での人生の終焉が可能となり重要な意義がある。

第3節 本研究における用語の定義

1. 医療依存状況

何らかの医療管理若しくは医療処置を必要とする状況を指す。医療管理は服薬管理およびリハビリテーションを含めたものとし、医療処置はそれらを含めないものとする。

2. 葛藤

療養者の心の中に相反する動機・欲求・感情などが存在し、そのいずれをとるか迷い揺れ動く心の状態を指す。

3. QOL

生活の質 (Quality of Life)。本研究においては改定 PGC モラールスケールを用いた主観的幸福感を表わす。

4. 看護介入モデル

医療依存状況にある高齢在宅療養者に対する療養生活上の QOL 向上、健康の維持・回復の為に、看護がどのような心理・身体的支援が必要であることを示すモデルのことを指す。

引用文献

土井 由利子(2004):総論－QOL の概念と QOL 研究の重要性, J.Natl.Inst.Public.Health, 53(3), 176-180.

萬代 隆, 日野原 重明 (1996) : Quality of Life 医療新次元の創造, 第1章, 4, 21.

Spilker B,edited . (1996) : Introduction In . Quality of Life and harmacoeconomics in Clinical Trial. New York:Lippincott Williams Wilkins, 1-10.

第3章 本研究における倫理的配慮

本研究は療養者及びその家族の状況を調査する為、広島文化学園大学倫理審査委員会の承認を得て研究を行った（承認番号：13007）。以下に、各研究段階の内容を含めて、本研究における倫理的配慮について述べる。

1. 対象のプライバシーの保護

第1・第2段階で得られた調査票は個人が特定できないように番号を付し、得られたデータの入力はインターネットに接続されていないパソコンで管理し、ネットワークを通じて情報が流出しないよう配慮する。無記名で統計的に処理し、入力されたデータは筆者本人限定のパスワードを設定し、他者が閲覧できないよう厳重に保管・管理を行っている。調査用紙等は鍵付きの戸棚に保管し、研究が終了した時点で筆者がシュレッダーにかけて破棄する。第3段階のインタビューガイドによる構造化面接調査のICレコーダー録音と逐語録は、筆者及び指導教員以外が視聴できないようロックをかけている。調査に協力していただいた施設名等は記号化し、内容等が漏れることのないように管理し、録音された会話は研究が最終的に終了した時点で、第三者の立会いの下で消去するなど十分に配慮する。

2. 対象の心身の負担への配慮

第1段階で行う高齢在宅療養者への調査は、筆者が質問票に基づき対面で行うが、無理強いせず療養者の状況に配慮して実施する。調査項目については表現等十分に査定し、場合によっては質問の表現を対象者が負担を感じないように工夫して実施する。体調に変化のある時は、訪問看護ステーション管理者若しくは主治医に報告し、状況によっては日程を調整・中止する。また第2段階で行う地域高齢者の調査票記入の日時・場所は、希望に沿って行い、投函期日までの余裕をもって説明に行く。筆者の連絡先を伝え、十分に話を聞き対応する。地域高齢者の調査票の記入は、20分から30分程度を要する旨説明し、同意が得られた方に自記式質問紙と同時に返信用封筒を配布し記入後投函してもらう。第3段階で行う質的研究は、対象者の体調の良い時点で60分程度を目安とし、表情、動作、会話内容等観察しながらインタビューガイドに基づき実施する。もし心身への負担が感じられた場合は途中で中止し、訪問看護ステーション管理者若しくは主治医に報告し速やかに対処するよう手配する。その時は、訪問看護ステーション管理者と相談の上、研究のデータとして除外する。調査中は返答を強要せず、高齢者が理解しやすいように質問の方法を工夫し、負担にならないように十分に配慮する。

3. 対象や施設に理解を求め同意を得る方法

本研究を実施するにあたり、同意書を作成し協力者及び対象者に調査の意義・目的・方法を十分に説明する。調査は無記名で行い、個人のプライバシーを侵害する恐れはないこ

と、調査は強制ではなく対象者の自由意志であり、途中で調査を打ち切ってよいこと、研究終了後調査に関連した資料はすべてシュレッダーで破棄すること、個人等が特定できない形式で研究結果を公表すること等を添付した説明文書を用いて、必要かつ十分に口頭で説明した上で、調査協力に対して書面で同意を得る。さらに研究の責任者および連絡先を明示し、質問等の対応を行うようにする。第1段階の対象者の選定については、訪問看護ステーションの管理者又は主治医に研究協力の承諾確認後、訪問看護ステーションの管理者に対象者の選定をお願いする。その後筆者が事前に電話で対象者の都合の良い日時を確認後、療養者宅を訪問する。対象者及び家族に調査依頼書をもって書面と口頭で説明し、本人の自由意思で同意を得る。第2段階の地域高齢者は、事前に老人会やサークル活動等の責任者に研究目的等説明し承諾を得る。その後会合時に参加者に対して調査全般について説明し、調査用紙を配布後、後日郵送してもらう。郵送されたことにより同意を得たものとする。調査期間は老人会やサークル活動等の活動日に合わせる。第3段階における質的研究対象者の選定は、訪問看護ステーションの管理者と相談し決定する。その後事前に電話で対象者の都合の良い日時を確認後、居宅を訪問する。対象者及び家族に調査依頼書をもって書面と口頭で説明し、本人の自由意思で同意を得る。筆者が高齢在宅療養者宅に赴きインタビューガイドに基づき実施し、語りの内容は本人の承諾を得て録音する。

4. 研究協力への拒否・撤回が自由にでき、取消の保障があること

調査中に疲れたり、協力の意思及び継続ができなくなった場合は、調査等を途中で中止し無理強いはいしない。承諾書にその旨を記載し口頭で説明して、理解していただいたのちに調査を行う。高齢在宅療養者への聞き取り調査途中に本人から辞退の申し入れがあった場合はすぐに調査を中止し、データはその当日中に破棄する。拒否や取り消し等により、治療上及びサービス提供には影響のないこと、また知り得た情報は決して誰にも口外せず、訪問看護ステーションへも知らせないことを説明する。

5. 対象が受ける不利益及び危険性に対する配慮

本研究は高齢在宅療養者へのアンケート調査を実施する為、高齢在宅療養者が不愉快な思いを想起する可能性がある。それらを回避するために研究協力施設と密接に連携を行い、高齢在宅療養者に何らかの身体・心理的危険が伴うと考えられる場合には、訪問看護ステーションの管理者及び訪問診療医師に連絡し、速やかに対処する。調査中は筆者が常に高齢在宅療養者の表情、動作、会話内容等観察しながら、無理強いせず療養者の状況に十分配慮して実施する。高齢在宅療養者が不快を感じた様子があればすぐキャッチし、笑顔でさりげなく話題転換しながら、受容・共感の態度で接する。調査項目については表現等十分にアセスメントし、場合によっては質問の表現を対象者が負担を感じないように工夫して実施する。

6. 対象が受ける利益及び看護上の貢献の予測

高齢在宅療養者の内的世界をみることは、真の療養者像を把握することにつながる。ADLの自立、心の自律を求めるものであり、療養者が生きている姿勢、その人らしさ、しっかり生きていく生き方を示すものである。どのような状態であっても、療養者本人も気づかない若しくはあえて封じ込めていた自己の内面を見つめることにより、真の思いを表出でき、生きがいや希望を見出すきっかけとなることが期待される。また上肢・下肢機能の維持及び向上により生活意欲の改善も期待される。

7. 研究結果の公表の仕方

研究結果は書面により施設へ報告する。また研究の成果を学会等で公表する際は正確なデータで報告し、口頭と書面で公表することを伝える。以上について調査依頼書に記載し、同意を得る。

8. 利益相反

本研究における利益相反はない。

第4章 医療依存状況にある高齢在宅療養者の実態とQOL

第1節 研究目的

高齢者の多くは複数の慢性疾患を抱えており、介護及び医療保険制度改革では、病院・施設から在宅へとシフトされ、在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築等の対策が講じられている。また入院日数の短縮化等により、在宅において医療管理や処置等を必要とする療養者が増加し、医療依存状況にある療養者の支援の在り方が大きく問われている。

医療依存状況にある高齢在宅療養者は、種々の医療管理を受けつつ人生の終焉を迎えることが出来るような実態であろうか。大竹（2011）は、医療依存度の高い処置を導入した在宅ALS療養者への看護で、医療的な視点でのアセスメント等安定・継続に向けた役割が大きいことを述べ、訪問看護によるサポートの重要性を示している。また高齢在宅療養者は医療依存の高低に関わらず、様々な心理、身体、社会的ニーズの葛藤があり、家族に感謝しつつも気兼ねをし、身体状況の変化に伴う動揺等を感じている（田中ら、2012）。そのような状況にある高齢在宅療養者は複雑で混沌とした心理状態にあることが推察される。水本ら（2015）は、訪問看護利用者を対象とした調査で、通所系サービスの利用頻度が少なくなると身体機能や心理機能が低下することが示され、自発的な外出行動を支援するためには、身体機能を高め、歩くための自信を高めることが重要であったこと、大野賀ら（2013）は、居宅サービス事業者による医療や介護サービスの提供は9時から16時に限定され、それ以外の時間帯の医療処置等は家族が実施していたことを報告している。いずれも限定された疾患や特定の状況についての報告であり、医療依存状況にある高齢在宅療養者がどのような生活を送っているのか、心理・社会的にどのような状況なのか等総括的に報告された研究は少ない。

そこで本研究は、医療依存状況にある高齢在宅療養者の身体・心理・社会的な実態と、QOLに影響を与えている要因について検討することを目的とした。

第2節 方法

第1項 対象及び方法

対象者の選定は、訪問看護ステーション等の協力を得て依頼した。65歳以上で認知障害がなく会話可能な、医療依存状況にある高齢在宅療養者でA県B・C・D市及びE県F・G・H市で訪問看護を受けている高齢在宅療養者のうち承諾の得られた108名に、筆者が直接電話を入れ、面接に都合の良い日時を合意の上で決めた。その後筆者が療養者宅を訪問し、質問紙に基づき対面による個別聞き取り調査を実施した。調査に要する時間は30分程度であるが、対象者の会話内容に応じ臨機応変に対応し負担がかからないように配慮した。

第2項 調査期間

調査期間は2014年7月～2015年2月であった。

第3項 調査内容

調査内容は対象の基本属性と医療状況，社会状況（社会資源），生活状況及び身体的・心理的尺度で構成した。

1. 基本属性（資料1－①）：

高齢在宅療養者の性別，年齢，介護度，家族同居の有無，療養期間，人との交流（友人・知人・同居外家族・親せき等）について尋ねた。また家族状況として，主介護者の有無，性別，年齢，続柄，介護期間，症状・疾患の有無について尋ねた。

2. 医療状況（資料1－①）：

高齢在宅療養者の病名，現病歴，症状，既往歴，保険種別，医療処置の有無・内容・実施者について尋ねた。

3. 身体的尺度：

①日常生活動作（Activities of Daily living;ADL；資料1－②）：Barthel Index（BI）；食事，排泄，移動などの10項目からなり，それぞれの項目に重みづけされた配点がされており，合計点を算出する。得点範囲は0～100点であり，得点が高いほど日常生活動作能力が高いことを示す。世界で最も普及している。

②手段的日常生活動作（Instrumental Activities of Daily living;IADL；資料3－①）：老研式活動能力指標（古谷野ら）；13の質問項目で構成され，「はい」「いいえ」の2件法で回答を行い，得点範囲は0～13点であり，得点が高いほど日常生活活動能力が高いことを示す。

③転倒（資料3－②）：転倒スコア（鳥羽ら）；質問紙は22の質問項目で構成され，「はい」「いいえ」の2件法で回答を行う。得点範囲は0～22点であり，得点が高いほど転倒リスクが高いことを示す。

4. 心理的尺度：

①QOL（資料3－③）：改定PGCモラールスケール（M. Powell Lawton；古谷野訳）；質問紙は17の質問項目で構成され，2～3件法で回答を行う。得点範囲は0～17点で，得点が高いほどQOLが高いことを示す。

②自己効力感（資料3－④）：General Self-Efficacy Scale（GSES）（坂野ら）；質問紙は，個人の一般的なセルフ・エフィカシー（自己効力）の強さを測定するために作成された尺度である。16項目の質問項目があり，「はい」「いいえ」の2件法で回答を行い，得点範囲は0～16点であり，得点が高いほどセルフ・エフィカシー（自己効力）が高いことを示す。

③うつ（資料3－⑤）：Geriatric Depression Scale(GDS5)高齢者用うつ尺度日本語短縮版（厚生科学研究所）；本尺度は5つの質問項目からなり，「はい」「いいえ」を選択し，項目により0点若しくは1点が配点される。得点範囲は0～5点であり，得点が高いほどうつ

危険性が高いことを示す。

④葛藤(資料3-⑥):橋本のストレスイベント尺度は30項目の3下位概念から構成され、大学生が対象である。その中の対人葛藤下位尺度9項目を選び、筆者が新たに高齢在宅療養者用として9項目を追加し合計18項目の質問紙を作成した。なお18項目の妥当性を確認するために使用前に訪問看護管理経験者2名に内容の確認を依頼し修正後、高齢者3名にプレテストを実施した。

5. 社会状況：利用している社会資源

社会状況は利用している社会資源について該当項目に○を付けてもらった。社会資源は訪問診察、往診、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリテーション、ショートステイ、訪問入浴、ディケア、ディサービス、小規模多機能施設とし、それ以外はその他とした。

6. 生活状況：

ヴァージニア・ヘンダーソンの基本的ニーズの14領域を参考にして11領域を選定し、独自に項目を設定後、質問紙を作成した(資料1-③)。「呼吸」、「飲食」、「排泄」、「移動」、「衣服の着脱」、「清潔」、「睡眠」、「コミュニケーション」、「精神的支え」、「レクリエーション」、「学習・好奇心」の11領域について3項目ずつ、合計33項目の質問紙を作成した。各項目に対し「あてはまる」4点、「ややあてはまる」3点、「あまりあてはまらない」2点、「あてはまらない」1点の4件法で問い、得点化した。なお33項目の妥当性を確認するために、使用前に訪問看護管理経験者2名に内容の確認を依頼し修正後、高齢者3名にプレテストを実施した。

第4項 分析方法

SPSS. Statistics and Amos Ver. 22 for windows を使用し分析した。対象者の属性については記述統計量を算出した。各尺度はt検定を実施した。筆者が独自に設定した葛藤状況及び療養生活状況の質問紙は、主成分分析を実施した。因子負荷量は.40以上を採用し、葛藤は16項目が選定され、 α 係数は.833であった。生活状況は15項目が選定され、 α 係数は.799であり、それぞれ信頼性を確認した。次に身体的、心理・社会的尺度との関連性をPearsonの相関係数で算出した。さらにQOLを従属変数とし、他の要因を独立変数とした重回帰分析を参考にパスモデルを設定し、AmosによりQOLへの影響因子についてパス解析を実施した。

第5項 倫理的配慮

本研究は療養者及びその家族の状況を調査する為、広島文化学園大学倫理審査委員会の承認を得た(承認番号:13007)。また本研究を実施するにあたり、同意書を作成し協力者及び対象者に調査の意義・目的・方法を十分に説明する。調査は無記名で個人が特定できないこと、プライバシーの侵害はないこと、対象者の自由意思を尊重し、調査の中断は可能であること、終了後は関連資料を破棄すること、研究結果を公表すること等を説明した。

上で、調査協力に対して書面で同意を得る。さらに研究の責任者および連絡先を明示し、質問等の対応を行う。得られたデータは個人が特定できないように番号を付し、筆者が鍵付きの戸棚に保管し厳重に管理している。また得られたデータの入力、インターネットに接続されていないパソコンで管理し、ネットワークを通じて情報が流出しないよう管理している。

第3節 結果

1. 対象者の属性及び身体的状況について

対象者の概要を表4-3-1に示した。医療依存状況にある高齢在宅療養者の性別は男性56名（51.9%）、女性52名（48.1%）であり、平均年齢は 80.16 ± 8.5 歳であった。前期高齢者は28名（25.9%）、後期高齢者が80名（74.1%）で、後期高齢者が多い結果であった。介護保険における介護度は、最も多かったのは要介護2で20名（18.5%）、次いで要介護1と3が18名（16.7%）であった。認定なしが6名（5.6%）いたが、この6名は医療保険での対応であった。家族と同居している者は92名（85.2%）であった。

表4-3-1 医療依存状況にある高齢在宅療養者の属性 n=108

項 目		人数	%	項目別平均年齢
性別	男性	56	51.9	79.39 ± 8.04
	女性	52	48.1	80.98 ± 8.98
前期高齢者	男性	16	14.8	69.5 ± 3.14
	女性	12	11.2	68.0 ± 2.76
後期高齢者	男性	40	37	83.35 ± 5.58
	女性	40	37	84.88 ± 5.98
家族との同居	有	92	85.2	
	無	16	14.8	
介護度	要支援1	5	4.6	
	要支援2	11	10.2	
	要介護1	18	16.7	
	要介護2	20	18.5	
	要介護3	18	16.7	
	要介護4	13	12	
	要介護5	17	15.7	
	認定なし	6	5.6	

表 4-3-2 は、医療依存状況にある高齢在宅療養者の性別による介護者の続柄を示している。高齢男性療養者を介護している家族介護者の続柄で最も多かったのは妻 35 名（37.2%）であり、次いで娘 9 名（9.6%）であった。高齢女性療養者では、夫 15 名（16.0%）、娘 14 名（14.9%）であった。全療養者では、妻 35 名（37.2%）が最も多く、次いで娘 23 名（21.3%）、夫 15 名（16.0%）、嫁 11 名（10.2%）息子 8 名（7.4%）の順番であり、50 名（53.2%）の介護者が配偶者であった。家族介護者が疾患を抱えている者は 51 名（54.3%）、疾患の無い者は 43 名（45.7%）であり、症状のある者は 55 名（58.5%）、無い者は 39 名（41.5%）であった。

表4-3-2 医療依存状況にある高齢在宅療養者の性別による介護者の続柄

n=94			
高齢療養者性別	家族介護者との続柄	人数	%
男性療養者	妻	35	37.2
	娘	9	9.6
	息子	4	4.3
	嫁	2	2.2
	兄弟姉妹	1	1.1
女性療養者	夫	15	16.0
	娘	14	14.9
	嫁	9	9.6
	息子	4	4.3
	父親	1	1.1

表 4-3-3 は、医療管理・処置について、表 4-3-4 は疾患について示している。医療管理は 99 名（91.7%）の者が服薬管理、53 名（49.1%）がリハビリテーション等を必要とし、医療処置は、在宅酸素が 12 名（11.1%）、血糖自己測定が 10 名（9.3%）、皮下注射 9 名（8.3%）、褥瘡処置 6 名（5.6%）等であった。疾患については高血圧が最も多く 31 名（28.7%）、次いで脳血管疾患 27 名（25.0%）、糖尿病 22 名（20.4%）であった。表 4-3-5 は症状について示している。何らかの症状を有している者が 103 名（95.4%）であり、便秘が最も多く 45 名（41.7%）、次いでしびれ 41 名（38.0%）、腰痛 40 名（37.0%）等であった。

表4-3-3

医療依存状況にある高齢在宅療養者の医療管理・処置

		複数回答		n=108
医療管理・処置		人数	%	
医療管理 医療処置	服薬管理	99	91.7	
	リハビリ	53	49.1	
	在宅酸素	12	11.1	
	血糖自己測定	10	9.3	
	皮下注射	9	8.3	
	点滴	6	5.6	
	褥瘡処置	6	5.6	
	吸引	5	4.6	
	経管胃瘻栄養	4	3.7	
	血液透析	3	2.8	
	膀胱留置カテーテル	3	2.8	
	その他	10	9.3	

表4-3-4

医療依存状況にある高齢在宅療養者の疾患

		複数回答		n=108
疾患	人数	%		
高血圧	31	28.7		
脳血管疾患	27	25		
糖尿病	22	20.4		
悪性新生物	17	15.7		
心疾患	16	14.8		
変形性関節症	12	11.1		
骨折	11	10.2		
脊椎疾患	10	9.3		
難病	10	9.3		
パーキンソン	8	7.4		
関節リウマチ	6	5.6		
肺気腫	6	5.6		
その他	19	17.6		

表4-3-5 医療依存状況にある高齢在宅療養者の症状

		複数回答		n=108
症状	人数	%		
便秘	45	41.7		
しびれ	41	38		
腰痛	40	37		
下肢浮腫	36	33.3		
咳嗽喀痰	35	32.4		
肩凝り	31	28.7		
息切れ	25	23.1		
関節痛	25	23.1		
倦怠感	24	22.2		
麻痺	23	21.3		
むせる	19	17.6		
手足の震戦	17	15.7		
嚥下困難	13	12		
鼻閉鼻汁	13	12		
頭痛	13	12		
その他	13	12		

表 4-3-6 における使用尺度は、第 3 項の調査内容で示した「1. 基本属性の友人交流と家族交流」、「3. 身体的尺度の ADL, IADL, 転倒スコア」、「4. 心理的尺度の QOL, 自己効力感, うつ, 葛藤」「6. 生活状況」を指し、以降、本研究において「使用尺度」という。表 4-3-6 は、医療依存状況にある高齢在宅療養者の使用尺度等の平均値を示している。ADL は 57.31 ± 31.10 (得点範囲: 0~100), IADL は 4.32 ± 3.17 (得点範囲: 1~13), 葛藤は 34.18 ± 3.17 (得点範囲: 16~64), うつは 1.91 ± 1.40 (得点範囲: 0~5) であり, QOL は 10.40 ± 3.63 (得点範囲: 0~17) であった。

表4-3-6
医療依存状況にある高齢在宅療養者の使用尺度等の平均値
n=108

項 目	得点範囲	平均値 ± 標準偏差
友人交流	1~4	2.41 ± 1.03
家族交流	1~4	3.27 ± 0.83
A D L	0~100	57.31 ± 31.10
I A D L	1~13	4.32 ± 3.17
転倒スコア	0~22	11.80 ± 3.41
Q O L	0~17	10.40 ± 3.63
葛 藤	16~64	34.18 ± 7.98
う つ	0~5	1.91 ± 1.40
自己効力感	23~68	52.56 ± 9.02
生活状況	15~60	42.53 ± 8.47

表 4-3-7-①および表 4-3-7-②は、高齢在宅療養者の属性と身体状況について示している。医療処置の有無別においては、医療処置の有る療養者は無い療養者と比較して、転倒スコアが有意に低い結果であった ($t(106)=-2.50$, $p<.05$)。また転倒スコア項目における転倒経験の有無の結果では、転倒の有る者は無い者と比較して、IADL が有意に低かった ($t(106)=-2.20$, $p<.05$)。身体活動の有無別においては、意識して身体活動をしている者はしていない者と比較して、ADL ($t(106)=2.79$, $p<.01$) と IADL ($t(106)=3.53$, $p<.01$) が高い結果であった。性別による有意差は認められなかった。

表4-3-7-①
医療依存状況にある高齢在宅療養者の属性と身体状況 (1) n=108

項 目	性別		医療処置の有無別		介護者別 n=94	
	男性: 56名 女性: 52名	平均値 ± 標準偏差	有: 53名 無: 55名	平均値 ± 標準偏差	配偶者: 50名 配偶者以外: 44名	平均値 ± 標準偏差
ADL	男性	57.32 ± 33.60	有	56.70 ± 33.19	配偶者	54.10 ± 30.58
	女性	57.31 ± 28.50	無	57.91 ± 29.24	配偶者以外	55.68 ± 31.06
IADL	男性	4.25 ± 3.19	有	4.55 ± 3.46	配偶者	4.30 ± 3.04
	女性	4.40 ± 3.18	無	4.11 ± 2.88	配偶者以外	3.39 ± 2.66
転倒スコア	男性	11.41 ± 3.58	有	10.98 ± 3.53	配偶者	11.70 ± 3.58
	女性	12.21 ± 3.20	無	12.58 ± 3.12	配偶者以外	12.20 ± 3.37

* < .05

表4-3-7-②

医療依存状況にある高齢在宅療養者の属性と身体状況 (2) n=108

項 目	転倒経験の有無別		身体活動の有無別	
	有：47名 無：61名	平均値 ± 標準偏差	有：76名 無：32名	平均値 ± 標準偏差
ADL	有 無	59.36 ± 24.62 55.74 ± 35.42	有 無	62.57 ± 29.66 44.84 ± 31.35
IADL	有 無	3.57 ± 2.65 4.90 ± 3.42	有 無	4.99 ± 2.99 2.75 ± 3.07
転倒スコア			有 無	11.70 ± 3.36 12.03 ± 3.56

* < .05 ** < .01

2. 対象者の属性と心理・社会状況について

表 4-3-8 は、医療依存状況にある高齢在宅療養者の社会資源の利用について示している。社会資源の利用は、訪問診療（往診含む）が 58 名（53.7%）、デイケア・ディサービス 56 名（51.9%）、訪問介護 42 名（38.9%）であった。

表4-3-8 医療依存状況にある

高齢在宅療養者が利用している社会資源

項 目	複数回答 n=108	
	人数	%
訪問診療（往診含む）	58	53.7
訪問看護	108	100.0
訪問介護	42	38.9
訪問リハビリ	26	24.1
訪問入浴	14	13.0
デイケア	20	18.5
ディサービス	36	33.3
ショートステイ	17	15.7
福祉用具レンタル	15	13.9
その他	7	6.5

表 4-3-9 は医療依存状況にある高齢在宅療養者の葛藤の主成分分析結果である。因子負荷量.40 以上を採用し、葛藤状況は 16 項目が選定され、 α 係数は.833 で信頼性を確認した。因子負荷量の高い項目は「思うように身体の動かないことがもどかしい」「自由に行動できないことがもどかしい」「好きなことができないことがもどかしい」等であった。

表4-3-9

医療依存状況にある高齢在宅療養者の葛藤の成分行列

1. 思うように身体が動かないことがもどかしい	.681
2. 自由に行動できないことがもどかしい	.668
3. 好きなことができないことがもどかしい	.596
4. 家族又は知人に嫌な顔をされた	.594
5. 家族又は知人に同じことを何度も言われた	.572
6. 家族又は知人とケンカした	.564
7. 家族又は知人に責められた	.556
8. 症状がよくなるしないことがもどかしい	.545
9. 今後の行く末について不安を感じる	.529
10. 家族に負担をかけていることが申し訳ない	.525
11. 家族又は知人と意見が食い違った	.508
12. 自分の言いたいことが相手に伝わらなかった	.484
13. 家族の役に立たないことが申し訳ない	.482
14. 家族又は知人に約束を破られた	.438
15. 家族又は知人に軽蔑された	.436
16. 家族又は知人が無責任な行動をした	.434

因子抽出法：主成分分析 累積：29.51% α 係数：.833

表4-3-10および表4-3-11は高齢在宅療養者の属性と心理・社会状況について示している。医療処置の有無別において、医療処置の有る療養者は無い療養者と比較して、QOLが低く ($t(91)=-2.15$, $p<.05$)、葛藤が有意に高い結果であった ($t(106)=2.10$, $p<.05$)。介護者別では、配偶者が介護している者の方が、配偶者以外の家族が介護している者よりも葛藤が有意に高い結果であった ($t(92)=2.34$, $p<.05$)。身体活動の有無別においては、意識して身体活動をしている者はしていない者と比較して、友人交流が有意に多かった ($t(106)=3.43$, $p<.001$)。性別及び転倒の有無別では有意差は認められなかった。

表4-3-10

医療依存状況にある高齢在宅療養者の属性と心理・社会状況(1)

n=108

項 目	性別		医療処置の有無別		介護者別 (n=94)	
	有：56名 無：52名	平均値 ± 標準偏差	有：53名 無：55名	平均値 ± 標準偏差	配偶者：50名 配偶者以外：44名	平均値 ± 標準偏差
Q O L	男性 女性	10.79 ± 3.43 9.98 ± 3.82	有 無	9.64 ± 4.20 11.13 ± 2.83	配偶者 配偶者以外	9.98 ± 3.83 10.75 ± 3.60
う つ	男性 女性	1.96 ± 1.39 1.85 ± 1.42	有 無	1.98 ± 1.42 1.84 ± 1.38	配偶者 配偶者以外	1.98 ± 1.39 1.91 ± 1.44
葛 藤	男性 女性	34.18 ± 8.49 34.17 ± 7.47	有 無	35.79 ± 8.52 32.62 ± 7.17	配偶者 配偶者以外	36.68 ± 7.88* 32.89 ± 7.77
自己効力感	男性 女性	53.11 ± 9.55 51.98 ± 8.45	有 無	53.13 ± 9.73 52.02 ± 8.32	配偶者 配偶者以外	52.48 ± 9.06 52.00 ± 9.70
友人交流	男性 女性	2.39 ± 1.02 2.42 ± 1.05	有 無	2.51 ± 1.01 2.31 ± 1.05	配偶者 配偶者以外	2.44 ± 1.09 2.20 ± 0.98
家族交流	男性 女性	3.32 ± 0.79 3.21 ± 0.87	有 無	3.21 ± 0.77 3.33 ± 0.88	配偶者 配偶者以外	3.32 ± 0.87 3.25 ± 0.78

* $p<.05$

表4-3-11

医療依存状況にある高齢在宅療養者の属性と心理・社会状況(2) n=108

項 目	転倒経験の有無別			身体活動の有無別		
	有：47名 無：61名	平均値 ± 標準偏差		有：76名 無：32名	平均値 ± 標準偏差	
Q O L	有 無	10.36 ± 3.78 10.43 ± 3.54		有 無	10.37 ± 3.82 10.47 ± 3.18	
う つ	有 無	1.66 ± 1.36 2.10 ± 1.41		有 無	1.79 ± 1.38 2.19 ± 1.42	
葛 藤	有 無	35.83 ± 8.23 32.90 ± 7.61		有 無	34.76 ± 8.33 32.78 ± 7.01	
自己効力感	有 無	52.28 ± 8.89 52.79 ± 9.17		有 無	53.36 ± 8.33 50.69 ± 10.37	
友人交流	有 無	2.34 ± 1.01 2.46 ± 1.06		有 無	2.62 ± 1.02 1.91 ± 0.89	***
家族交流	有 無	3.32 ± 0.75 3.23 ± 0.88		有 無	3.37 ± 0.78 3.03 ± 0.90	

*** p<.001

表 4-3-12 は、医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL 及び友人交流の程度における各尺度との関係を示している。QOL の点数の範囲は 0～17 点であり、中央値が 8.5 であるため 9 点以上を高値群とし、9 点未満を低値群とした。QOL の高い者は、低い者と比較して、うつ ($t(106)=-6.04$, $p<.001$) 及び葛藤 ($t(106)=-6.13$, $p<.001$) が有意に低く、自己効力感が高く ($t(62)=2.87$, $p<.01$)、家族交流が多かった ($t(106)=2.92$, $p<.01$)。

表4-3-12

高齢在宅療養者のQOL高低及び友人交流の多少と使用尺度について

n=108

項 目	QOLの高低2群			友人交流の多少2群		
	高値群：68名 低値群：40名	平均値 ± 標準偏差		多群：48名 少群：60名	平均値 ± 標準偏差	
Q O L				多い	10.88 ± 3.76	
				少ない	10.02 ± 3.50	
う つ	高値 低値	1.37 ± 1.09 2.83 ± 1.39	***	多い 少ない	1.54 ± 1.11 2.20 ± 1.54	***
葛 藤	高値 低値	31.06 ± 6.81 39.48 ± 7.03	***	多い 少ない	34.21 ± 8.44 34.15 ± 7.66	
自己効力感	高値 低値	54.57 ± 7.33 49.15 ± 10.57	**	多い 少ない	55.42 ± 6.53 50.28 ± 10.07	**
友人交流	高値 低値	2.53 ± 1.06 2.20 ± 0.97				
家族交流	高値 低値	3.44 ± 0.70 2.98 ± 0.95	***			
A D L	高値 低値	58.01 ± 31.35 56.13 ± 31.04		多い 少ない	62.08 ± 32.27 53.50 ± 29.86	
I A D L	高値 低値	4.65 ± 3.03 3.78 ± 3.35		多い 少ない	5.63 ± 2.99 3.28 ± 2.93	***
転倒スコア	高値 低値	11.41 ± 3.39 12.45 ± 3.39		多い 少ない	10.81 ± 3.18 12.58 ± 3.41	**

* p<.05

** p<.01

*** p<.001

3. 医療依存状況にある高齢在宅療養者の療養生活状況について

表 4-3-13 は医療依存状況にある高齢在宅療養者が、療養生活においてどのような介助を受けているのかを示している。療養生活において、介護を要する内容で最も多かったのは、清潔介助 69 名 (63.9%) であり、次いで移動介助 62 名 (57.4%)、整容介助 55 名 (50.9%)、排せつ介助 51 名 (47.2%) 等であった。表 4-3-14 は、高齢在宅療養者の生活状況項目の主成分分析の結果である。因子負荷量. 40 以上を採用し、生活状況は 15 項目が選定され、 α 係数は. 799 で信頼性を確認した。因子負荷量の高い項目は「何か興味や関心がある」「何か学んでいる」「自由に起き上がったり寝たりしている」等であった。

表4-3-13

医療依存状況にある高齢在宅療養者の生活介助状況

n=108		
項 目	人数	%
呼吸（在宅酸素）	12	11.6
飲食介助	22	20.4
排泄介助	51	47.2
移動介助	62	57.4
整容介助	55	50.9
清潔介助	69	63.9

表4-3-14

医療依存状況にある高齢在宅療養者の生活状況の成分行列

1. 興味や関心のある何かがありますか	.697
2. 何か学んでいることがありますか	.567
3. 自由に起き上がったり寝たりしていますか	.541
4. 何か自分の信念を持っていますか	.527
5. おしゃれを楽しみたいです	.509
6. 他者に自分の感情や思いを表現していますか	.506
7. 昼間は寝衣から自分の好きな服に着替えをしていますか	.492
8. ほぼ毎日美味しく食事ができていますか	.479
9. ほぼ毎日食欲はありますか	.476
10. 心のよりどころとなるものがありますか	.472
11. 他者と一緒に何かしていますか	.470
12. 歩行で自由に移動していますか	.461
13. もっと今以上に何かを学びたいと思いますか	.452
14. 何か趣味やレクリエーション等を持っていますか	.450
15. 他者と普通に会話していますか	.417
因子抽出法：主成分分析 累積：15.28% α 係数：.799	

表 4-3-15 及び表 4-3-16 は、高齢在宅療養者の日常生活における介助の有無別による平均値を示している。介助を要する者の方が介助不要者と比較し、食事・排泄・移動・整容・清潔の全てにおいて ADL・IADL・生活状況が 0.01%水準で有意に低かった。葛藤は移動・整容・清潔において 0.01%水準で有意に高い結果であった。また清潔介助においては、0.5%水準で有意に QOL 及び自己効力感が低く、うつが高かった。

表4-3-15 医療依存状況にある高齢在宅療養者の生活介助の有無別の平均値(1)

n=108

項 目	食事介助			排泄介助			移動介助		
	有：22名 無：86名	平均値 ± 標準偏差		有：51名 無：57名	平均値 ± 標準偏差		有：62名 無：46名	平均値 ± 標準偏差	
ADL	有 無	15.91 ± 16.66 67.91 ± 24.33	***	有 無	32.55 ± 23.46 79.47 ± 17.29	***	有 無	37.42 ± 24.00 84.13 ± 15.47	***
IADL	有 無	2.09 ± 2.09 4.90 ± 3.15	***	有 無	2.75 ± 2.31 5.74 ± 3.18	***	有 無	2.94 ± 2.51 6.20 ± 3.02	***
転倒スコア	有 無	9.95 ± 3.21 12.27 ± 3.31	**	有 無	11.04 ± 3.19 12.47 ± 3.49	*	有 無	11.60 ± 3.39 12.07 ± 3.45	
QOL	有 無	10.27 ± 3.21 10.43 ± 3.74		有 無	10.41 ± 3.58 10.39 ± 3.70		有 無	9.90 ± 3.93 11.07 ± 3.09	
うつ	有 無	1.95 ± 1.53 1.90 ± 1.37		有 無	1.90 ± 1.40 1.91 ± 1.41		有 無	2.10 ± 1.50 1.65 ± 1.22	
葛藤	有 無	35.59 ± 7.21 33.81 ± 8.17		有 無	35.12 ± 7.51 33.33 ± 8.35		有 無	36.60 ± 7.44 30.91 ± 7.59	***
自己効力感	有 無	51.82 ± 8.70 52.76 ± 9.13		有 無	52.12 ± 8.89 52.96 ± 9.18		有 無	51.29 ± 8.95 54.28 ± 8.91	
生活状況	有 無	37.36 ± 7.91 43.85 ± 8.13	***	有 無	39.65 ± 8.28 45.11 ± 7.84	***	有 無	39.87 ± 8.44 46.11 ± 7.15	***

* < .05

** < .01

*** < .001

表4-3-16 医療依存状況にある高齢在宅療養者の生活介助の有無別平均値(2) n=108

項 目	整容介助			清潔介助		
	有：55名 無：53名	平均値 ± 標準偏差		有：69名 無：39名	平均値 ± 標準偏差	
ADL	有 無	32.73 ± 21.64 82.83 ± 14.19	***	有 無	41.74 ± 26.57 84.87 ± 15.54	***
IADL	有 無	2.60 ± 2.28 6.11 ± 2.97	***	有 無	3.23 ± 2.71 6.26 ± 3.02	***
転倒スコア	有 無	11.31 ± 3.45 12.30 ± 3.32		有 無	11.64 ± 3.48 12.08 ± 3.30	
QOL	有 無	9.78 ± 3.92 11.04 ± 3.20		有 無	9.86 ± 3.77 11.36 ± 3.19	*
うつ	有 無	2.02 ± 1.50 1.79 ± 1.29		有 無	2.13 ± 1.44 1.51 ± 1.23	*
葛藤	有 無	36.69 ± 7.64 31.57 ± 7.54	***	有 無	36.12 ± 7.65 30.74 ± 7.47	***
自己効力感	有 無	51.64 ± 9.11 53.53 ± 8.90		有 無	51.00 ± 9.08 55.33 ± 8.31	*
生活状況	有 無	39.62 ± 8.20 45.55 ± 7.71	***	有 無	40.45 ± 8.24 46.21 ± 7.65	***

* < .05

*** < .001

4. 医療依存状況にある高齢在宅療養者の使用尺度の関連性

表 4-3-17 は使用尺度との相関を示している。ADL は IADL ($r = .60$, $p < .01$) と正の相関があり、葛藤 ($r = -.25$, $p < .01$) と負の相関があった。IADL は自己効力感 ($r = .19$, $p < .05$) と正の相関があり、うつ ($r = -.33$, $p < .01$) 及び葛藤 ($r = -.27$, $p < .01$) と負の相関があった。うつは葛藤 ($r = .32$, $p < .01$) と正の相関が、自己効力感 ($r = -.45$, $p < .01$) 及び QOL ($r = -.57$, $p < .01$) と負の相関があった。自己効力感は QOL ($r = .33$, $p < .01$) と正の相関があった。

表4-3-17 医療依存状況にある高齢在宅療養者の使用尺度等の相関

n=108

	友人交流	家族交流	ADL	IADL	転倒スコア	QOL	うつ	意欲	葛藤	自己効力感	生活状況
友人交流	1	.429**	.151	.388**	-.228*	.168	-.265**	.318**	-.016	.349**	.390**
家族交流		1	.114	.138	-.090	.238*	-.221*	.243*	-.099	.266**	.240*
ADL			1	.595**	.226*	.046	-.055	.490**	-.252**	.099	.401**
IADL				1	-.187	.175	-.327**	.577**	-.273**	.190*	.502**
転倒スコア					1	-.254**	.182	.052	.200*	-.180	.080
QOL						1	-.568**	.111	-.660**	.327**	.228*
うつ							1	-.249**	.319**	-.448**	-.328**
意欲								1	-.138	.261**	.516**
葛藤									1	-.091	-.138
自己効力感										1	.307**
生活状況											1

* $p < .05$

** $p < .01$

5. 医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL に影響を及ぼす要因について

医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL に影響を及ぼす要因についてパスモデルを作成した。QOL, 葛藤, うつ, 自己効力感を内生変数とし、家族交流, 友人交流, 年齢, 医療処置, 転倒スコア, ADL, IADL を外生変数としたモデルが図 4-3-2 である。高齢在宅療養者の QOL は、葛藤 ($r = -.57$, $p < .001$) 及びうつ ($r = -.42$, $p < .001$) から直接影響を受け、決定係数は $R^2 = .51$ であった。葛藤は医療処置 ($r = -.27$, $p < .01$) と転倒スコア ($r = .34$, $p < .001$) 及び ADL ($r = -.34$, $p < .001$) の影響を受け、転倒スコアは医療処置 ($r = -.26$, $p < .01$) と ADL ($r = .33$, $p < .001$) の影響を受けていた。またうつは自己効力感 ($r = -.41$, $p < .001$) と IADL ($r = -.38$, $p < .001$) 及び ADL ($r = .22$, $p < .05$) から影響を受けていた。自己効力感は友人交流 ($r = .38$, $p < .001$) の影響を受け、友人交流は家族交流 ($r = .43$, $p < .001$) の影響を受けていた。このモデルの適合度は GFI=.88, AGFI=.80, CFI=.89, RMSEA=.09 であった。

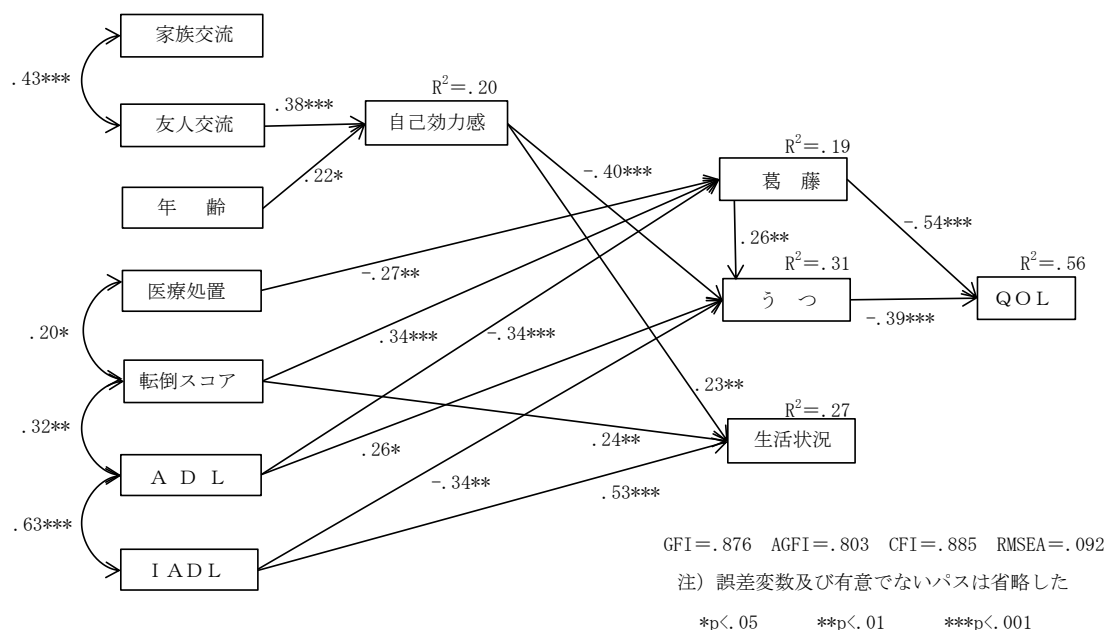


図4-3-1 医療依存状況にある高齢在宅療養者のQOLに影響を及ぼす要因のパスモデル

第4節 考察

1. 対象者の属性及び身体・心理・社会的状況について

本研究の対象者の半数は、54名が要支援1・2、要介護1・2で、ADLは平均57点であった（得点範囲：0～100）。何らかの医療処置があったものは49.1%であった。大塚賀ら（2013）の介護保険サービスを利用し在宅生活をしている要介護高齢者の調査では、何らかの医療処置があったものは19.4%であり、当該研究の対象者に医療処置の占める割合が多かったのは、全員が訪問看護を利用していた影響であると思われるが、医療状況としては比較的軽度の処置が多い対象者であった。

高齢在宅療養者の属性と身体状況において、転倒経験の有無別では表4-3-7-②に示したように、転倒を経験している者は転倒経験の無い者と比較してIADLが低く、転倒リスクが高い結果であったことから、IADLの重要性が示唆される。ADLの状況に関わらず日常生活に関心を持ち、新聞等を読んだり買い物や運動等意欲的に取り組むことによりIADLの維持・向上が期待される。また身体活動に関心を持ち意識して身体を動かしている療養者は、ADL及びIADLが高く友人交流も多い結果であった（表4-3-7-②、表4-3-11）ことから同様のことが推察される。

高齢在宅療養者の属性と心理・社会状況において、表4-3-11に示したように医療処置の有無別では、医療処置の有る者は無い者よりも有意にQOLが低く、葛藤が高い結果であった。牛込ら（2000）は神経系難病療養者を対象に、在宅療養継続に関連する要因について調査し、医療処置状態が在宅療養継続困難に陥りやすい要因であることを報告しており、

心理的ストレスが引き金になっていることを示唆していた。心理的ストレスと葛藤は同様な心理状況と考えられ、医療処置と葛藤及び QOL は関連していると予測できる。また田中ら（2012）の高齢在宅療養者の療養に対する認識に関する調査でも、身体状態の不調は精神的葛藤が高まることを述べている。また療養者と家族介護者の関係別における各尺度の平均値は、配偶者が配偶者外の介護者と比較して葛藤が有意に高い結果であった。堀田ら（2010）は老老介護を行っている主介護者の 8 割以上が配偶者であり、主介護者の介護負担感と主観的健康感等が影響していたことを述べている。本調査における配偶者も高齢であり、身体的、体力的に介護負担も大きく、お互いに思うような介護が享受できていない老々介護の現状が窺える。支援者は療養者及び高齢介護者の心身両面への配慮に心がけ、本音が言えるような信頼関係の構築と共に、介護負担等への早期対処が重要であろう。そして今後ますますの増加が予測される老々世帯における支援体制の強化が求められる。

表 4-3-12 に示したように友人交流の多い群は少ない群と比較して、家族交流が多く、IADL 及び自己効力感が高い結果であり、転倒が有意に低い結果であった。赤澤ら（2008）は、友人や近隣の人々との交流頻度が高いこと、及び男性高齢者は健康状態と家族以外との交流が、女性では健康状態と経済状態が主観的幸福感に影響を与えていたことを述べており、他者との交流を支援することが重要であろう。療養者の QOL 高低による比較（表 4-3-12）では、QOL の高い者は自己効力感が高く、家族交流も多く、うつ及び葛藤が低い結果であった。吉尾ら（2010）は、高齢者は要介護状態になっても自己の力を身につけ、他者との関係性から生じた力が生きる力になっていると報告しており、他者と関わることの重要性を示している。他者との関係性は、在宅高齢者が孤独でないことを意味しており、うつや葛藤も少ないことが予想され、生活に充実感を持つものと考えられる。在宅高齢者が QOL を保持するためには、訪問看護師をはじめ支援者は、高齢在宅療養者のうつや葛藤が高くならないよう療養者の思いを傾聴し、自己効力感を高める為にできていることを誉め、他者と交流できるような環境作り等の配慮が重要であろう。

医療依存状況にある高齢在宅療養者の生活状況（表 4-3-13）は、「排泄」、「移動」、「整容」、「清潔」の 4 項目において、5 割以上の者が介助を必要としていた。各介助の有無別（表 4-3-15、表 4-3-16）による比較では、「食事」「排泄」において、介助されている者の方が自立している者と比較して転倒リスクが有意に低い結果であったことは、ADL 及び IADL が低いため自分で動くことができず、介助を受けるという行為により、転倒リスクが低くなっていると思われる。また「移動」及び「整容」、「清潔」において介助を要する者の方が葛藤が有意に高い結果であったことから、自分の意思に沿った支援が得られず、悶々とした状況があるのではないかと推察される。「清潔」項目では、介助を要する者の方が QOL、自己効力感が有意に低く、うつが高い結果であったことから、介助してもらわなければならないこと等に対する諦めや依存等により、自分の思いを心に秘めながらも他者に表出できていない可能性が窺える。

2. 高齢在宅療養者の QOL に影響を与える要因の検討

図 4-3-1 に示しているように、医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL に直接影響を与えていたのは、葛藤が最も強く、次いでうつであった。葛藤は医療処置と転倒及び ADL の影響を受け、うつは自己効力感及び ADL、IADL の影響を受けていた。高齢在宅療養者は、「自由に行動できないことがもどかしい」「家族の役に立たないことが申し訳ない」等の葛藤を持っていることや「生きていても仕方ない」「自分が無力だと思う」等のうつ反応を示しており、それらが QOL に影響を及ぼす重要な要因であることが明らかになった。近年は高齢化率の上昇と共に老々世帯や独居世帯が増えており、他者との交流の気薄化や閉じこもり等による抑うつが懸念される。小林ら（2011）は、孤立高齢者について介護者の有無にかかわらず、私的・公的なサービスを得られにくく、抑うつや将来への不安が高いなど、多くの課題を抱えていることが明らかとなったことを報告している。しかしながらサポート授受の相手と抑うつに関連について検討した結果、サポート授受の相手に関わらず、相手がいる高齢者は抑うつが少なかったこと、及び独居など同居家族からのサポートが得られない状況であってもそれ以外の人々とのサポートの授受が高齢者の抑うつを防ぐ可能性が示唆された報告もある（村田ら、2011）。そして音楽・回想プログラムは「生き生きした」「音楽はストレスを解消した」等抑うつ傾向の改善に寄与し、今後の介護予防対策に活用できることが期待されている（前田ら、2006）。医療依存状況にある高齢在宅療養者は種々の葛藤を繰り返しながら生活していると思われるが、訪問看護師等は葛藤状況に留意し、うつ状態にならないように予防的介入が求められる。高齢在宅療養者は家族等の介護者やサービス提供者等の対人関係における葛藤、疾患や症状を抱えながらの自分への葛藤等々が予測され、訪問看護師等による葛藤状況の把握は重要であろう。

表 4-3-17 に示しているように転倒は ADL と、ADL は IADL と正の相関が認められていることから、ADL の状況によって転倒リスクが高まったり、IADL が悪化することが推測される。Carlos S, Pernambuco ら（2012）は、高齢者の身体活動は QOL 向上の重要な項目であること、Yeung ら（2015）は、継続的な運動は高齢者のバランスを良くし歩行速度と共に自己効力感を向上させ、健康と社会的活動を広く向上させることを述べている。青木（2014）は在宅高齢者の運動実施状況が精神健康度と身体健康度に強く影響を与えていたことを報告している。高齢在宅療養者に関わっている医療職者が連携し合い、各々の立場で高齢在宅療養者個々の状況にあった運動やリハビリテーションを実施することにより、身体的、心理的に良い効果が期待される。医療処置が必要になったり、要支援・要介護状態になっても、ADL、IADL が低下しないよう身体機能の向上・維持を図ることが可能となるのではなかろうか。

第5節 第4章のまとめ

1. 医療依存状況にある高齢在宅療養者の性別は、男性 56 名 (51.9%)、女性 52 名 (48.1%)

であり、平均年齢は 80.16 ± 8.5 歳であった。前期高齢者は 28 名 (25.9%)、後期高齢者が 80 名 (74.1%) で、後期高齢者が多い結果であった。介護保険における介護度は、最も多かったのは要介護 2 で 20 名 (18.5%)、次いで要介護 1 と 3 が 18 名 (16.7%) であった。

2. 医療依存状況にある高齢在宅療養者の医療処置は、在宅酸素が 12 名 (11.1%)、血糖自己測定が 10 名 (9.3%)、皮下注射 9 名 (8.3%)、褥瘡処置 6 名 (5.6%) 等であった。疾患は高血圧が最も多く 31 名 (28.7%)、次いで脳血管疾患 27 名 (25.0%)、糖尿病 22 名 (20.4%) 等であった。何らかの症状を有している者が 103 名 (95.4%) であり、便秘が最も多く 45 名 (41.7%)、次いでしびれ 41 名 (38.0%)、腰痛 40 名 (37.0%) 等であった。社会資源の利用は、訪問診療(往診含む)が 58 名 (53.7%)、ディケア・ディサービス 56 名 (51.9%)、訪問介護 42 名 (38.9%) であった。

3. 医療依存状況にある高齢在宅療養者の使用尺度の平均値は、ADL が 57.31 ± 31.10 、IADL が 4.32 ± 3.17 、葛藤が 34.18 ± 3.17 、うつが 1.91 ± 1.40 、QOL が 10.40 ± 3.63 であった。医療処置の有無別では、医療処置の有る者は無い者よりも有意に転倒スコア及び QOL が低く、葛藤が高い結果であった。身体活動の有無別では、意識して身体活動をしている者はしていない者よりも、有意に ADL、IADL が高く、友人交流が多かった。

4. 医療依存状況にある高齢在宅療養者の療養生活において、介護を要する内容で最も多かったのは、清潔介助 69 名 (63.9%) であり、次いで移動介助 62 名 (57.4%)、整容介助 55 名 (50.9%)、排せつ介助 51 名 (47.2%) 等であった。「食事・排泄介助」では ADL・IADL・転倒に、「移動・整容介助」では ADL・IADL・葛藤に有意差が認められた。また「清潔介助」では転倒を除き、全項目で有意差が認められた。

5. 医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL は、葛藤及びうつから直接影響を受け、決定係数は $R^2 = .56$ であった。葛藤は医療処置と転倒及び ADL の影響を受け、転倒は医療処置と ADL の影響を受けていた。またうつは自己効力感と IADL 及び ADL から影響を受けていた。自己効力感は友人交流の影響を受け、友人交流は家族交流の影響を受けていた。このモデルの適合度は GFI=.88, AGFI=.80, CFI=.89, RMSEA=.09 であった。

引用文献

- 吾郷 ゆかり, 中谷 久恵(2009): うつ状態の高齢者への訪問看護の実態と看護行為. 日本在宅ケア学会誌, 12(2), 22-29.
- 赤澤 淳子, 水上 喜美子 (2008): 地方居住高齢者の社会的ネットワークと主観的幸福感, 仁愛大学研究紀要. 7, 1-14.
- 青木 邦男(2014): 在宅高齢者の健康関連 QOL 満足度に及ぼす運動実施状況の影響, 山口

県立大学学術情報. 7, 15-19.

Carlos Soares Pernambuco, Bernardo Minelli Rodrigues, Jani Cleria Pereira Bezerra, Alessandro Carriello, André Dias de Oliveira Fernandes, Rodrigo Gomes de Souza Vale, Estelio Henrique Martin Dantas(2012) : Quality of life, elderly and physical activity, Health, 4(2), 88-93.

後藤 和美, 水町 麻里, 上野 幸子(2007) : 高位頸髄損傷で在宅人工呼吸器装着者の療養通所介護による効果. 日本リハビリテーション看護学会学術大会収録, 19, 190-192.

堀田 和司, 奥野 純子, 深作 貴子, 柳 久子(2010) : 老老介護の現状と主介護者の介護負担感に関連する要因. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 33(3), 256-265.

橋本 剛 (1997) : 大学生における対人ストレスイベント分類の試み, 社会心理学研究, 13, 64-75.

平原 優美, 河原 加代子 (2013) : 外来化学療法中のがん患者の在宅療養生活と思い. The Journal of Japan Academy of Health Sciences, 15(4), 187-196.

小林 江里香, 藤原 佳典, 深谷 太郎, 西 真理子, 斉藤 雅茂, 新開 省二(2011) : 孤立高齢者におけるソーシャルサポートの利用可能性と心理的健康・同居者の有無と性別による差異. 日本公衆衛生雑誌, 58(6), 446-456.

前田 キヨ子, 兪 今, 柴田 博 (2006) : 在宅高齢者の抑うつ傾向における「音楽・回想プログラム」の影響. 老年社会科学, 28(2), 207.

宮澤 素子(2007) : 医療依存度の高い利用者のケアにおける看護と介護の連携. コミュニティーケア, 9(4), 21-25.

村田 千代栄, 斎藤 嘉孝, 近藤 克則, 平井 寛(2011) : 地域在住高齢者における社会的サポートと抑うつとの関連. 老年社会科学, 33(1), 15-22.

太田 幸志, 山田 一貴, 眞砂 望(2015) : 慢性腎不全患者に対する在宅での運動指導が身体機能及び QOL に与える影響. 大阪府理学療法士会誌, 43, 34-39.

大冢賀 政昭, 筒井 孝子, 東野 定律 (2013) : 在宅要介護高齢者における医療ニーズの状況とケア提供内容・時間の関連性に関する検討. 静岡県立大学・経営情報学部研究紀要, 26(1), 1-14.

大竹 しのぶ(2011) : 在宅 ALS 療養者における医療依存度の高い処置導入後の看護の役割ー安全から QOL 向上へ向けて. 難病と在宅ケア, 17(4), 14-18.

M. Powell Lawton (1983) : Environment and other determinants of well-being in older people. The Gerontologist, 23 : 349-357.

M. Powell Lawton (1975) : The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision, Journal of Gerontology, 30(1) : 85-89.

田中 正子, 二宮 寿美, 河野 保子(2012) : 高齢在宅療養者の療養生活上の認識に関する概念化. 宇部フロンティア大学看護学ジャーナル, 5(1), 21-28.

谷口 奈穂, 桂 敏樹, 星野 明子, 臼井 香苗 (2013) : 地域在住の前期高齢者と後期高齢者

- における QOL 関連要因の比較. 日本農村医学会雑誌, 62(2), 91-104.
- 内山 久美, 久木原 博子, 古庄 夏香(2012): 在宅療養における筋委縮性側索硬化症患者と主介護者の体験世界の意味. *International Nursing Care Research*, 11(2), 69-80.
- 牛込 美和子, 江澤 和江, 小倉 朗子(2000): 神経系難病における在宅療養継続に関連する要因の研究. 日本公衆衛生学会誌, 47(3), 204-215.
- Yeung PY, Chan W, Woo J(2015): A community-based Falls Management Exercise Programme (FaME) improves balance, walking speed and reduced fear of falling. *Primary health care research & development*, 16(2), 138-46.
- 吉尾 千世子, 三村 洋美, 富田 真佐子(2010): 要介護高齢者の生きる力の構成要素. 日本在宅ケア学会誌, 14(1), 31-38.

第5章 地域高齢者の実態とQOL, 及び医療依存状況にある高齢在宅療養者との比較

第1節 研究目的

わが国の平成28年10月現在の高齢化率は過去最高の27.3%を占め、高齢化は加速度的に進展し、未曾有の超高齢社会を迎えている。団塊の世代が75才以上となる2025年以降は、高齢者の生活・医療・介護・社会保障の問題は、現在よりもさらに大きくなることが予想される。厚生労働省(2015)は平成24年7月、第4次国民健康づくり対策として「21世紀における第二次国民健康づくり運動(健康日本21(第二次))」を告示した。健康づくりにおける高齢者の身体活動について、積極的に体を動かすことで生活機能低下のリスクを低減させ、自立した生活をより長く送ることができることを述べている。身体活動は様々な角度から現在の生活の質を高めることができるとし、高齢者の身体活動を推進している。高齢者が自分らしい生活を継続するためには、身体的な疾病予防・維持と共に生活の質(Quality of life)を充実させていくことが重要である。趙(2000)は、最低限の生活を保障された上で、環境からのサポートを受けることができ、生きがいを持って暮らすことができる高齢者をQOLの高い高齢者と呼ぶと述べている。すなわち、高齢者のQOLを高く保持する上では、身体機能・環境面でのサポート・生き甲斐や価値観・活動などの項目が欠かせないものといえる。

地域高齢者の身体・心理・社会的研究については、藤本ら(2007)、茅野ら(2008)、稲垣ら(2012)が介護予防のための運動プログラムの有効性、井口ら(2007)が転倒リスク減少に向けた運動プログラムの効果等について報告している。また青木らは(2011)、健康増進・症状改善の効果について、村田伸ら(2008)は、運動習慣と認知・心理機能等の関連性について、村田千代栄ら(2011)、Marzia Lommiaら(2015)は、社会的サポートと抑うつとの関連について報告している。身体的に病気にならないことや疾患を保持しつつも自己管理・コントロールができることはもちろんであるが精神的に心が安寧な状態であること、また社会的には地域社会とのつながりを持ち他者交流ができること等が望まれる。そこで本調査では、地域高齢者の生活実態やQOLに影響を与える要因について明らかにし、第1段階で調査した医療依存状況にある高齢在宅療養者と比較、検討することを目的とした。

第2節 方法

第1項 対象及び方法

対象者は、事前にA市B市の老人会等の責任者等に研究目的等説明し同意を得た。その後老人会等の会合時に、参加者に調査目的、内容等を説明した後、調査用紙を配布(158名)した。その後対象者に自宅で調査票を記入してもらい、ポストに投函することにより同意

を得たものとした。

第2項 調査期間

調査期間は2014年5月～2014年8月であった。

第3項 調査内容

調査内容は対象の基本属性と医療状況、生活状況、及び身体的・心理的尺度で構成した。

1. 基本属性（資料2－①）：

地域高齢者の性別、年齢、介護保険取得の有無、家族同居の有無、人との交流（友人・知人等）について尋ねた。

2. 医療状況（資料2－①）：

地域高齢者の病名、症状、保険種別、医療処置・治療の有無、内容について尋ねた。

3. 身体的尺度：

1) 手段的日常生活動作（Instrumental Activities of Daily living; IADL；（資料3－①）：老研式活動能力指標（古谷野ら）；IADLは13の質問項目で構成され、「はい」「いいえ」の2件法で回答を行い、得点範囲は0～13点であり、得点が高いほど日常生活活動能力が高いことを示す。

2) 転倒（資料3－②）：転倒スコア（鳥羽ら）；質問紙は22の質問項目で構成され、「はい」「いいえ」の2件法で回答を行う。得点範囲は0～22点であり、得点が高いほど転倒リスクが高いことを示す。

4. 心理的尺度：

1) QOL（資料3－③）：改定PGCモラールスケール（M. Powell Lawton, 古谷野訳）；質問紙は17の質問項目で構成され、2～3件法で回答を行う。得点範囲は0～17点であり、得点が高いほどQOLが高いことを示す。

2) 自己効力感（資料3－④）：General Self-Efficacy Scale (GSES)（坂野ら）；質問紙は、個人の一般的なセルフ・エフィカシー（自己効力）の強さを測定するために作成された尺度である。16項目の質問項目があり、「はい」「いいえ」の2件法で回答を行い、得点範囲は0～16点であり、得点が高いほどセルフ・エフィカシー（自己効力）が高いことを示す。

3) うつ（資料3－⑤）：Geriatric Depression Scale (GDS5) 高齢者用うつ尺度短縮日本語版（厚生科学研究所）；本尺度は5つの質問項目からなり、「はい」「いいえ」を選択し、項目により0点若しくは1点が配点される。得点範囲は0～5点であり、得点が高いほどうつ病の危険性が高いことを示す。

4) 葛藤（資料3－⑥）：橋本のストレスイベント尺度は30項目の3下位概念から構成され、大学生が対象である。その中の対人葛藤下位尺度9項目を選び、筆者が新たに高齢在宅療養者用として9項目を追加し合計18項目の質問紙を作成した。なお18項目の妥当性

を確認するために、使用前に訪問看護管理経験者 2 名に内容の確認を依頼し修正後、高齢者 3 名にプレテストを実施した。

5. 生活状況（資料 2－②）

ヴァージニア・ヘンダーソンの基本的ニードの 14 領域を参考にして 11 領域を選定し、独自に項目を設定し、質問紙を作成した。「呼吸」、「飲食」、「排泄」、「移動」、「衣服の着脱」、「清潔」、「睡眠」、「コミュニケーション」、「精神的支え」、「レクリエーション」、「学習・好奇心」の 11 領域について 3 項目ずつ、合計 33 項目の質問紙を作成した。各項目に対し「あてはまる」4 点、「ややあてはまる」3 点、「あまりあてはまらない」2 点、「あてはまらない」1 点の 4 件法で問い、得点化した。なお 33 項目の妥当性を確認するために、使用前に訪問看護管理経験者 2 名に内容の確認を依頼し修正後、高齢者 3 名にプレテストを実施した。

第 4 項 分析方法

SPSS. Statistics and Amos Ver. 22 for windows を使用し分析した。対象者の属性については記述統計量を算出した。各尺度は t 検定を実施した。筆者が独自に設定した葛藤状況、生活状況の質問紙は、主成分分析を実施した。因子負荷量は .40 以上を採用し、葛藤状況 18 項目、生活状況 21 項目が選定され、 α 係数はそれぞれ .833, .859 で信頼性を確認した。次に各身体的、心理・社会的尺度との関連性を Pearson の相関係数で算出した。さらにパスモデルを設定し、Amos により QOL への影響因子についてパス解析を実施した。地域高齢者と医療依存状況にある高齢在宅療養者との比較は、一要因の分散分析を実施した。

第 5 項 倫理的配慮

本研究を実施するにあたり、協力者及び対象者に調査の意義・目的・方法を十分に説明した。調査は無記名で行い、個人のプライバシーを侵害する恐れはないこと、調査は強制ではなく対象者の自由意思であり、途中で調査を打ち切ってもよいこと、研究終了後調査に関連した資料はすべてシュレッダーで破棄すること、個人等が特定できない形式で研究結果を公表すること等を説明した。その後ポストに投函されたことにより対象者から同意を得たものとした。さらに研究の責任者および連絡先を明示し、質問等の対応を行った。得られたデータは個人が特定できないように番号を付し、筆者が鍵付きの戸棚に保管し厳重に管理している。また得られたデータの入力には、インターネットに接続されていないパソコンで管理し、ネットワークを通じて情報が流出しないよう配慮している。

第 3 節 結果

郵送で回収し、調査票の回収ができた 143 名（90.5%）のうち、データに欠損値のない 124 名（78.5%）を分析対象とした。

1. 地域高齢者の属性及び身体的状況について

地域高齢者の属性について表 5-3-1 に示した。性別は男性 44 名 (35.5%)、女性 80 名 (64.5%) であり、前期高齢者が 98 名 (79.0%)、後期高齢者が 26 名 (21.0%)、平均年齢は 70.80 ± 5.32 歳であった。家族と同居している者は 93 名 (75.0%) であり、独居者が 29 名 (23.4%) であった。何らかの疾患を有している者は 83 名 (66.9%)、症状を有している者は 78 名 (62.9%) であり、転倒経験のある者は 25 名 (20.2%) であった。表 5-3-2 は地域高齢者の疾患である。高血圧が最も多く 39 名 (31.5%)、次いで糖尿病 24 名 (19.4%)、変形性関節症 10 名 (8.1%) 等であった。表 5-3-3 は地域高齢者の症状である。腰痛が最も多く 26 名 (21.0%)、次いで肩こり 24 名 (19.4%)、関節痛 18 名 (14.5%) 等であった。

表5-3-1 地域高齢者の属性 n = 124

項 目		人数	%
性別	男性	44	35.5
	女性	80	64.5
高齢者別	前期高齢者	98 (68.58 ± 2.74)	
	後期高齢者	26 (79.15 ± 4.28)	
疾患の有無	有り	83	66.9
	無し	41	33.1
症状の有無	有り	78	62.9
	無し	46	37.1
転倒経験の有無	有り	25	20.2
	無し	99	79.8

表5-3-2 地域高齢者の有する疾患 n = 124
(複数回答)

疾 患 名	人数	%
高血圧	39	31.5
糖尿病	24	19.4
変形性関節症	10	8.1
関節リウマチ	4	3.2
心不全	4	3.2
脳梗塞	2	1.6
腰椎ヘルニア	2	1.6
その他	8	6.4

表5-3-3 地域高齢者の有する症状 n=124
(複数回答)

症 状	人数	%
腰痛	26	21
肩こり	24	19.4
関節痛	18	14.5
便秘	12	9.7
しびれ	11	8.9
頻尿	10	8.1
足のむくみ	10	8.1
咳や痰がでる	7	5.6
身体がだるい	6	4.8
鼻汁、鼻閉	4	3.2
息切れ	4	3.2
その他	10	8.1

表 5-3-4 は、地域高齢者の使用尺度等の平均値を示した。IADL の平均値は、 12.24 ± 1.36 (得点範囲 1～13)，QOL は 12.48 ± 3.43 (得点範囲 0～17)，葛藤は 31.55 ± 9.11 (得点範囲 18～72)，うつは 0.90 ± 1.14 (得点範囲 0～5) 等であった。

表5-3-4 地域高齢者の使用尺度等の平均値 n=124

項 目	得点範囲	平均値	± 標準偏差
友人交流	1～4	3.42	± .63
家族交流	1～4	3.41	± .60
IADL	1～13	12.24	± 1.36
転倒スコア	0～22	7.23	± 3.34
QOL	0～17	12.48	± 3.43
自己効力感	23～68	50.90	± 9.98
うつ	0～5	0.90	± 1.14
葛藤	18～72	31.55	± 9.11
生活状況	21～84	74.54	± 8.61

表 5-3-5 は、地域高齢者の属性と身体状況（IADL，転倒スコア）について示している。女性は男性と比較し IADL が有意に高かった ($t(68)=-2.67, p<.05$)。症状の有無別では、症状の無い者は有る者と比較し、IADL が有意に高く ($t(122)=-2.48, p<.05$)、転倒スコアが低い結果であった ($t(122)=4.87, p<.001$)。

表5-3-5 地域高齢者の属性と身体状況

n=124

項 目	性別		症状の有無別		転倒経験の有無別	
	男性：44名 女性：80名	平均値 ± 標準偏差	有：78名 無：46名	平均値 ± 標準偏差	有：25名 無：99名	平均値 ± 標準偏差
IADL	男性 女性	11.77 ± 1.60 12.50 ± 1.15	症状有 症状無	12.04 ± 1.53 12.59 ± .93	転倒有 転倒無	12.20 ± 1.44 12.25 ± 1.35
転倒スコア	男性 女性	6.66 ± 3.14 7.54 ± 3.42	症状有 症状無	8.26 ± 3.20 5.48 ± 2.82		

* < .05 *** < .001

2. 地域高齢者の心理・社会的状況について

表 5-3-6 は地域高齢者における葛藤の主成分分析の結果である。葛藤は 18 項目が選定され、 α 係数は .859 で信頼性を確認した。因子負荷量の高かった項目は、「責められた」「嫌な顔をされた」「無責任な行動をした」等であった。

表5-3-6 地域高齢者の葛藤の成分行列

1 家族又は知人に責められた	0.780
2 家族又は知人に嫌な顔をされた	0.776
3 家族又は知人が無責任な行動をした	0.683
4 家族又は知人と意見が食い違った	0.679
5 家族又は知人に約束を破られた	0.661
6 好きなことができないことがもどかしい	0.658
7 家族の役に立たないことが申し訳ない	0.655
8 家族又は知人に無理な要求をされた	0.651
9 家族又は知人に軽蔑された	0.649
10 自由に行動できないことがもどかしい	0.628
11 自分の言いたいことが相手に伝わらなかった	0.623
12 家族又は知人に同じことを何度も言われた	0.610
13 家族に負担をかけていることが申し訳ない	0.608
14 家族又は知人とケンカした	0.606
15 症状がよくなるできないことがもどかしい	0.580
16 誰が悪いというわけでもないとき、自分から謝った	0.567
17 思うように身体の動かないことがもどかしい	0.544
18 今後の行く末について不安を感じる	0.447

因子抽出法：主成分分析 累積：40.72% α 係数：.91

表 5-3-7 は、地域高齢者の属性と心理・社会状況である。性別では、女性の方が男性と比較し、生活状況が有意に高く [t(122)=-2.23, p<.05]、家族交流が多い結果であったが [t(122)=-2.94, p<.01]、QOL は男性の方が高い結果であった [t(115)=2.08, p<.05]。症状の有無別では症状の無い者は有る者と比較し、葛藤が有意に低く [t(122)=2.55, p<.05]、QOL [t(122)=-2.62, p<.05]、自己効力感 [t(122)=-2.46, p<.05]、生活状況 [t(122)=-2.68, p<.01] が有意に高い結果であった。また鳥羽らの転倒スコア項目における転倒経験の有無を調査した結果では、転倒経験の無い者は有る者と比較し、QOL が有意に高く (t(122)=-2.39, p<.05)、うつが低い結果であった (t(122)=2.32, p<.05)。

表5-3-7 地域高齢者の属性と心理・社会状況

n=124

項 目	性別		症状の有無別			転倒経験の有無別		
	男性：44名 女性：80名	平均値 ± 標準偏差	有：78名 無：46名	平均値 ± 標準偏差		有：25名 無：99名	平均値 ± 標準偏差	
Q O L	男性 女性	13.25 ± 2.62 12.05 ± 3.74	症状有 症状無	11.87 ± 3.43 13.50 ± 3.21	*	転倒有 転倒無	11.04 ± 3.58 12.84 ± 3.31	*
自己効力感	男性 女性	50.66 ± 10.49 51.04 ± 9.75	症状有 症状無	49.24 ± 9.72 53.72 ± 9.89	*	転倒有 転倒無	48.08 ± 12.18 51.62 ± 9.28	
う つ	男性 女性	0.98 ± 1.21 0.85 ± 1.10	症状有 症状無	1.00 ± 1.20 .72 ± 1.03		転倒有 転倒無	1.36 ± 1.29 .78 ± 1.07	*
葛 藤	男性 女性	32.39 ± 8.17 31.09 ± 9.61	症状有 症状無	33.12 ± 9.17 28.89 ± 8.45	*	転倒有 転倒無	34.24 ± 9.50 30.87 ± 8.93	
生活状況	男性 女性	72.25 ± 9.16 75.80 ± 8.07	症状有 症状無	72.99 ± 9.49 77.17 ± 6.09	**	転倒有 転倒無	70.56 ± 12.37 75.55 ± 7.106	
友人交流	男性 女性	3.30 ± .51 3.49 ± .67	症状有 症状無	3.38 ± .56 3.48 ± .72		転倒有 転倒無	3.36 ± .57 3.43 ± .64	
家族交流	男性 女性	3.20 ± .59 3.53 ± .57	症状有 症状無	3.38 ± .59 3.46 ± .62		転倒有 転倒無	3.48 ± .65 3.39 ± .59	

* < .05 ** < .01

表 5-3-8 は、地域高齢者の QOL の高低 2 群別による各尺度の平均値を示している。医療依存状況にある高齢在宅療養者と同様に、中央値を基準とし 9 点未満・以上で分けた。QOL の高値群は低値群と比較し、友人交流及び家族交流が有意に多く ($t(122)=-2.38, p<.05$) ($t(122)=-2.42, p<.05$)、また自己効力感、生活状況が有意に高く ($t(122)=-6.58, p<.001$) ($t(122)=-2.83, p<.01$)、転倒、うつ、葛藤が低い結果であった ($t(122)=2.82, p<.01$) ($t(24)=6.12, p<.001$) ($t(122)=3.96, p<.001$)。

表5-3-8 QOL高低2群による使用尺度等の平均値

QOL低値（9未満）：22名， QOL高値（9以上）：102名			
項 目		平均値 ± 標準偏差	
友人交流	QOL低値	3.14 ± .71	*]
	QOL高値	3.48 ± .59	
家族交流	QOL低値	3.14 ± .64	*]
	QOL高値	3.47 ± .58	
I A D L	QOL低値	11.82 ± 1.65	
	QOL高値	12.33 ± 1.28	
転倒スコア	QOL低値	9.00 ± 2.99	**]
	QOL高値	6.84 ± 3.30	
自己効力感	QOL低値	39.95 ± 9.70	***]
	QOL高値	53.26 ± 8.36	
う つ	QOL低値	2.41 ± 1.37	***]
	QOL高値	.57 ± .76	
葛 藤	QOL低値	38.14 ± 9.76	***]
	QOL高値	30.13 ± 8.35	
生活状況	QOL低値	69.95 ± 8.83	**]
	QOL高値	75.53 ± 8.27	

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

3. 地域高齢者の生活状況

表 5-3-9 は、地域高齢者の生活状況の主成分分析を示している。因子負荷量の高かった項目は、「家族又は知人に責められた」「家族又は知人に嫌な顔をされた」「家族又は知人が無責任な行動をした」等であった。

表5-3-9 地域高齢者の生活状況の成分行列

1 心のよりどころとなるものがある	0.689
2 興味や関心のある何かがありますか	0.677
3 ほぼ毎日歯磨きをしていますか	0.675
4 何か趣味レクリエーション等を持っていますか	0.617
5 他者と普通に会話をしていますか	0.604
6 何か学んでいることがありますか	0.604
7 おしゃれを楽しみたいですか	0.592
8 ほぼ定期的に入浴していますか	0.581
9 ほぼ毎日洗顔をしていますか	0.577
10 何か自分の信念を持っていますか	0.571
11 昼間は寝衣から自分の好きな服に着替えていますか	0.568
12 他者と一緒に何かしていますか	0.554
13 他者から精神的支えを受けていると思いますか	0.524
14 もっと今以上に何かを学びたいと思いますか	0.522
15 ほぼ毎日美味しく食事ができていますか	0.522
16 他者に自分の感情や思いを表現していますか	0.505
17 尿は十分出ていますか	0.467
18 歩行で自由に移動していますか	0.459
19 自由に起き上がりたり寝たりしていますか	0.458
20 ほぼ毎日3回程度の食事をたべていますか	0.425
21 便は十分出ていますか	0.415

因子抽出法：主成分分析 累積：22.23% α 係数：.879

4. 地域高齢者の使用尺度の相関

表 5-3-10 は、地域高齢者の使用尺度の相関を示している。友人交流は、家族交流($r=.47$, $p<.01$)、IADL ($r=.39$, $p<.01$)、自己効力感 ($r=.37$, $p<.01$)、生活状況 ($r=.37$, $p<.01$) と正の相関があり、うつ ($r=-.21$, $p<.01$) と負の相関があった。家族交流は、IADL ($r=.27$, $p<.01$)、QOL ($r=.18$, $p<.05$)、自己効力感 ($r=.27$, $p<.01$)、生活状況 ($r=.23$, $p<.01$) と正の相関があり、うつ ($r=-.37$, $p<.01$) と負の相関があった。症状の有無は IADL ($r=.20$, $p<.05$)、QOL ($r=.23$, $p<.05$)、自己効力感 ($r=.22$, $p<.05$)、生活状況 ($r=.24$, $p<.01$) と正の相関が、転倒 ($r=-.40$, $p<.01$)、葛藤 ($r=-.23$, $p<.05$) と負の相関が認められた。QOL は家族交流 ($r=.18$, $p<.05$)、症状の有無 ($r=.23$, $p<.05$)、IADL ($r=.19$, $p<.05$)、自己効力感 ($r=.55$, $p<.01$)、生活状況 ($r=.32$, $p<.01$) と正の相関が、転倒 ($r=-.40$, $p<.01$) 及び IADL ($r=-.22$, $p<.05$)、うつ ($r=-.63$, $p<.01$)、葛藤 ($r=-.43$, $p<.01$) と負の相関が認められた。IADL は、友人交流 ($r=.39$, $p<.05$)、家族交流 ($r=.26$, $p<.01$)、症状の有無 ($r=.20$, $p<.05$)、QOL ($r=.19$, $p<.05$)、自己効力感 ($r=.29$, $p<.01$)、生活状況 ($r=.47$, $p<.01$) と正の相関が、転倒 ($r=-.22$, $p<.05$) 及びうつ ($r=-.43$, $p<.01$) と負の相関があった。

表5-3-10 地域高齢者の使用尺度の相関

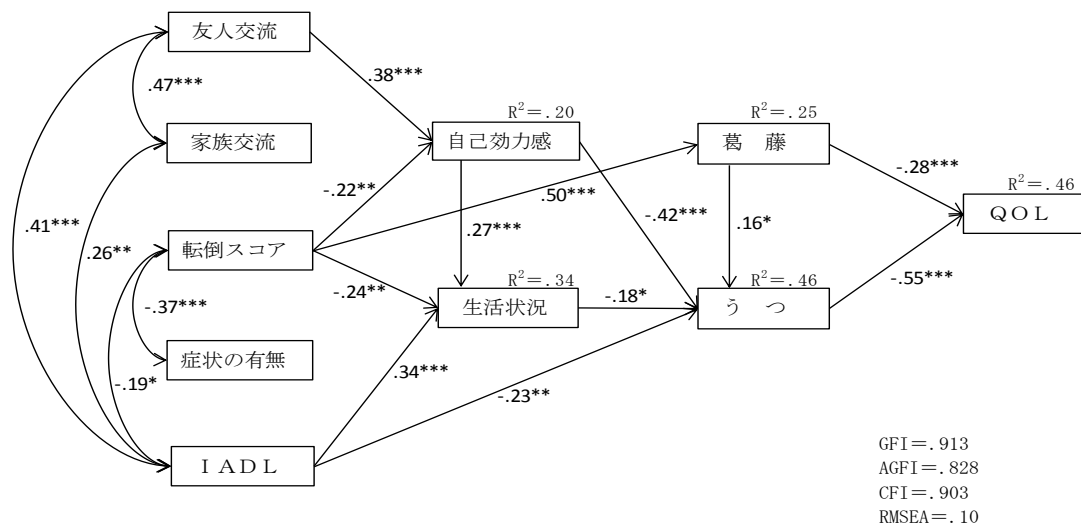
n=124

	友人交流	家族交流	症状の有無	I A D L	転倒スコア	Q O L	自己効力感	うつ	葛 藤	生活状況
友人交流	1	.469**	.073	.394**	.063	.149	.370**	-.211*	.062	.366**
家族交流		1	.058	.256**	.002	.181*	.274**	-.366**	-.063	.234**
症状の有無			1	.195*	-.404**	.230*	.217*	-.120	-.225*	.236**
I A D L				1	-.223*	.189*	.287**	-.428**	.010	.467**
転倒スコア					1	-.417**	-.205*	.344**	.507**	-.368**
Q O L						1	.551**	-.628**	-.426**	.321**
自己効力感							1	-.582**	-.162	.410**
うつ								1	.270**	-.502**
葛 藤									1	-.270**
生活状況										1

* < .05 ** < .01

5. 地域高齢者のQOLに影響を及ぼす要因

図5-3-1は、地域高齢者のQOLに影響を及ぼす要因モデルである。地域高齢者のQOL及び葛藤、うつ、生活状況、自己効力感を内生変数とし、身体的、社会的尺度を外生変数としたパス解析の結果、モデルの適合度はGFI=.88, AGFI=.80, CFI=.89, RMSEA=.01であった。地域高齢者のQOLは、葛藤 ($r=-.28$, $p<.001$) 及びうつ ($r=-.55$, $p<.001$) から直接影響を受け、葛藤は転倒 ($r=.50$, $p<.001$) の影響を受け、転倒はIADL ($r=-.19$, $p<.05$) 及び症状の有無 ($r=-.37$, $p<.001$) と双方向の影響を受けていた。うつはIADL ($r=-.23$, $p<.01$) と自己効力感 ($r=-.42$, $p<.001$)、生活状況 ($r=-.18$, $p<.05$) の影響を受け、自己効力感は友人交流 ($r=.38$, $p<.001$) と転倒 ($r=-.22$, $p<.01$) の影響を受けていた。生活状況はIADL ($r=.34$, $p<.001$) と自己効力感 ($r=.27$, $p<.001$)、転倒 ($r=-.24$, $p<.01$) の影響を受けていたが、QOLには直接の影響は与えていなかった。



注) 誤差変数及び有意でないパスは省略した

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

図5-3-1 地域高齢者のQOLに影響を及ぼす要因モデル

6. 地域高齢者と医療依存状況にある高齢在宅療養者との比較について

表 5-3-11 は、地域高齢者と医療依存状況にある高齢在宅療養者の属性を比較したものである。医療依存状況にある高齢在宅療養者は地域高齢者よりも後期高齢者が多く、平均年齢が 10 歳高くなっていた。そして何らかの疾患及び症状を有しており、転倒経験も多い結果であった。

表 5-3-12 は、地域高齢者と医療依存状況にある高齢在宅療養者の使用尺度の平均値を比較したものである。医療依存状況にある高齢在宅療養者は、地域高齢者と比較し有意に友人交流が少なく、IADL と QOL が低く、転倒、葛藤、うつが高い結果であった。

表5-3-11 地域高齢者と医療依存状況にある高齢在宅療養者の属性による比較

		地域高齢者 n = 124		高齢在宅療養者 n = 108	
平均年齢		70.80 ± 5.32		80.16 ± 8.5	
項	目	人数	%	人数	%
性別	男性	44	35.5	56	51.9
	女性	80	64.5	52	48.1
高齢者別	前期高齢者	98	79.0	28	25.9
	後期高齢者	26	21.0	80	74.1
疾患の有無	有	83	66.9	108	100.0
	無	41	33.1	0	0
症状の有無	有	78	62.9	103	95.4
	無	46	37.1	5	4.6
転倒経験の有無	有	25	20.2	47	43.5
	無	99	79.8	61	56.5

表5-3-12

地域高齢者及び医療依存状況にある高齢在宅療養者の使用尺度の平均値の比較

項 目	得点範囲	地域高齢者 n = 124		高齢在宅療養者 n = 108		F値	有意確率
		平均値	± 標準偏差	平均値	± 標準偏差		
友人交流	1～4	3.42	± .63	2.41	± 1.03	83.79	***
家族交流	1～4	3.41	± .60	3.27	± 0.83	2.31	n. s.
I A D L	1～13	12.24	± 1.36	4.32	± 3.17	639.08	***
転 倒	0～22	7.23	± 3.34	11.80	± 3.41	106.05	***
Q O L	0～17	12.48	± 3.43	10.40	± 3.63	20.09	***
葛 藤	16～64	28.25	± 8.27	34.18	± 7.98	30.62	***
う つ	0～5	.90	± 1.14	1.91	± 1.40	36.90	***
自己効力感	23～68	50.90	± 9.98	52.56	± 9.02	1.75	n. s.

*** p < .001

QOL に影響を及ぼす要因のパスモデルでは、医療依存状況にある高齢在宅療養者と地域高齢者ともに葛藤とうつが直接影響を与えており、また友人交流、自己効力感がうつに影響を及ぼしていた。次に地域高齢者は転倒が、医療依存状況にある高齢在宅療養者は医療処置、転倒、ADL が葛藤に直接影響を及ぼしていた。さらに地域高齢者は自己効力感、生活状況、IADL、葛藤が、医療依存状況にある高齢在宅療養者は自己効力感、ADL、IADL がうつに直接影響を及ぼしていた。生活状況において、地域高齢者はうつに直接影響を及ぼし、間接的に QOL にも影響を及ぼしていたが、医療依存状況にある高齢在宅療養者では自己効力感、転倒、IADL が直接影響を及ぼしていたものの、QOL には影響を及ぼしていなかった。

第4節 考察

1. 地域高齢者の属性及び身体的、心理・社会的状況、生活状況等の関連性について

本研究の調査対象者は、平均年齢が 70.8 ± 5.32 歳であり、前期高齢者 (79.0%) が多く、当然のことながら IADL が高く自立した高齢者群であった。表 5-3-2 に示しているように、地域高齢者が有している疾患は 3 割の者が高血圧症、2 割が糖尿病を抱えていた。また 6 割強の高齢者が何らかの症状を有しており (表 5-3-3)、自立はしているが腰痛、肩こり、関節痛等の症状が多くみられ、何らかの疾患や症状を抱えつつ、各々の状況と折り合いを付けながら生活している実態が窺えた。地域高齢者の生活状況も得点が高く (表 5-3-5)、安定した生活状況であることが判断できる。地域高齢者は全般的に、ADL、IADL が高く、それなりの自立した生活を送っている。

表 5-3-6・表 5-3-7 に示しているように、性別でみると男性は女性と比較し、QOL は高かったが IADL 及び生活状況が低く、家族交流も少ない結果であった。赤澤ら (2008) は、男性高齢者の主観的幸福感に影響を与えていたのは、健康状態と友人交流であったことを述べているが、本研究の男性高齢者は家族交流が少なかった。このことから調査対象の男性は、戦後の高度成長期に仕事中心の生活を送り、家事等はあまり経験しておらず妻に任せきりで、定年退職後も家庭の中では同じような生活を継続していることや社会との交流が減少したこと等により、QOL は高いが IADL や生活状況が低く、家族交流も少なくなっているのではなかろうか。それに反して女性は、男性との比較では QOL が低いけれどもそれなりの QOL があり、子供たちや近所付き合い等積極的に交流していることが窺われ、IADL や生活状況が高いと推察される。

症状の有無別において (表 5-3-6、表 5-3-7)、何らかの症状が有る者は、無い者よりも IADL、QOL、自己効力感、生活状況が低く、転倒スコア及び葛藤が高いことが示された。また転倒経験の有無においても、経験の有る者は無い者よりも転倒スコアが高く、QOL 及びうつが高い結果であった。何らかの症状を有している高齢者は、症状のあることにより日々の活動や身体運動等が思うようにできず、下肢筋力が低下している可能性が懸念される。Smith PD ら (2015)、青木ら (2011) も膝・腰痛等の症状が心理的不調と健康・体力・社会

的活動状況に影響を及ぼしていたと述べており、症状の有無は高齢者の身体、心理・社会的活動に影響を及ぼす重要な要素であると推察される。また本研究において IADL は転倒及びうつ、葛藤と負の相関が、QOL、自己効力感、生活状況と正の相関があったことから、IADL が良い状態であると転倒及びうつ、葛藤が少なく、QOL、自己効力感、生活状況が高くなると推察される。本研究においても、身体的状況が心理・社会的状況に影響を与えることが示唆された。高齢者にとって身体的健康は重要な要因であろう。高齢者の身体的研究については、藤本ら(2007) 茅野ら(2008) 稲垣ら(2012)の介護予防のための運動プログラムの有効性、篠田(2007) 太田尾ら(2014) 井口ら(2007)の転倒リスク減少に向けた運動プログラムの効果等について研究報告がなされている。介護予防のための運動プログラムの有効性について、茅野ら(2008)はチューブトレーニングを用いたプログラムで握力及び下肢筋力群が強化され身体のバランス能力の向上に有効であったこと、稲垣ら(2012)は膝関節進展筋力が向上し、関節の柔軟性が改善されたこと等を報告している。本研究において、転倒経験のある者はない者と比較し、QOL 及び生活状況が有意に低く、うつが高い結果であったことから、高齢者にとって転倒予防はQOL 向上の為に重要であり、積極的に取り組む必要があることが示唆された。転倒リスク減少に向けた効果については、篠田(2007) 太田尾ら(2014)が、転倒予防教室により身体機能が有意に改善したこと、Cho Seong(2014)が、バランス運動またはゴムバンドを用いたレジスタンス運動による介入で、後期高齢者の筋力およびバランスの改善に有効であることを報告している。日本人の平均寿命は延びているものの、健康寿命はあまり伸びていない。様々な研究により身体活動の有効性が示されてきていることから、今後の高齢者は自分自身の身体は自分で守るくらいの意気込みで、日々の生活スタイルを見直す必要があるのではなかろうか。身体活動を意識的に向上させることにより健康寿命の延伸が図れ、健康な老いとともにQOLの向上に繋がると思われる。地域高齢者は今以上にADL、IADL等が悪化しないように介護予防・転倒予防等の運動習慣を修得することが重要であろう。

2. 地域高齢者の QOL に影響を及ぼす要因について

図 5-3-1 に示しているように地域高齢者の QOL に直接影響を与えていたのは、うつが最も強く、次いで葛藤であった。既存の研究において身体機能、抑うつ、IADL、社会的交流等が関連要因として指摘されていたように、本研究においてもそれら全てが直接若しくは間接的に影響を与えていた。また本研究ではうつ及び葛藤が QOL に強い影響を与えており、葛藤は転倒と強い関係性を認めた。うつは自己効力感と、自己効力感は友人交流と、友人交流は家族交流と双方向で強い関係性が認められている。生活状況については QOL と直接の影響はなかったが、IADL、自己効力感、転倒スコアと強い相関が認められた。これらのことからうつ、葛藤、自己効力感、生活状況、転倒、IADL、友人交流が QOL に影響を及ぼす重要な要因であることが明らかになった。また地域高齢者の症状の有無は、転倒を介して葛藤から QOL へ、自己効力感及びうつを介して QOL へ、また生活状況及びうつを介して

QOL へ影響を及ぼしていた。

心理的状況について鹿瀬島ら（2015）は、地域在住高齢者の健康長寿に向けて主観的健康感を向上させるためには、高齢者 1 人ひとりの健康づくり活動を支援するとともに、地域における支援の体制づくりが必要であると述べている。また青木（2015）は、男女ともに自己肯定感が主観年齢に強く影響し、精神的健康状態や社会関係等が関連しており、在宅高齢者が若い主観年齢を維持するためには高齢者の自己効力感や自尊感情を高く維持することが必要であることを報告している。

地域高齢者が QOL を保持しつつ健康寿命を全うするためには、うつや葛藤状況が高くならないよう自己効力感を高めるかかわりと共に、転倒防止及び対人交流が重要であることが示唆された。また IADL は、転倒、友人交流、家族交流の全てに影響を受けており、IADL が低下しないよう身体機能の向上・維持を図ると共に他者と交流できるような環境作りが重要であろう。野尻（2013）は高齢者の QOL プロモーションについて、「人生は楽しく美しく」、「余生は楽しく美しく生きること」、「そのためには余りの厳しい生活規制は求めず、ほどこで、生き生きとした生活法が良い」、「食事・運動・休養（睡眠）はほどこに、頭と心はいきいきとである」と述べており、自分らしくゆとりをもって前向きに生きていくことが望ましいのではなかろうか。そして疾患を有していても医療・健康管理がしっかりでき、症状が軽減若しくは消失できるよう、心身共の自立・自律が求められる。

3. 地域高齢者と医療依存状況にある高齢在宅療養者との比較について

医療依存状況にある高齢在宅療養者は後期高齢者が多い集団であり平均年齢が高く、地域高齢者は前期高齢者が多く平均年齢が低かった。当然のことながら医療依存状況にある高齢在宅療養者は、全員が疾患を有し殆どの者が症状も有しており、ADL も自立している者は少なく、何らかの介助を要していた。一般的に高齢者は予備力の低下、内部環境の恒常性維持機能の低下、複数の病気や症状、感覚器機能の低下等々加齢に伴う身体的変化がある。谷口ら（2013）は地域高齢者の QOL について、前期高齢者と後期高齢者別に比較をした結果、両群の QOL に共通して関連がみられたのは腰痛と抑うつであったことを報告している。本調査においても両群ともに腰痛が認められた（表 4-3-5、表 5-3-3）。

表 5-3-12 に示しているように、医療依存状況にある高齢在宅療養者と地域高齢者の心理的尺度の比較結果では、医療依存状況にある高齢在宅療養者の方が地域高齢者よりも有意に QOL が低く、葛藤及びうつが高い結果であった。木村ら（2013）は在宅後期高齢者の半数以上がうつ症状があり、主観的健康感に有意な差が認められたことを報告している。本研究における医療依存状況にある高齢在宅療養者も様々な場面で種々の葛藤を抱き、それが引いてはうつに繋がり、QOL の低下に繋がっていることが明らかになった。今まで出来ていたことが出来なくなったことや自分が〇〇をしたい等の思いを抱いても思うように行動に移せないこと、さらに介護してもらっているという負い目等から療養者自身の本音を表出できないのではなかろうか。パス解析結果（図 5-3-1）では、地域高齢者は全ての

要因が絡まって QOL に影響を及ぼしていたが、医療依存状況にある高齢在宅療養者は生活状況と QOL の関連が認められなかった。このことは医療依存状況にある高齢在宅療養者の生活状況は、QOL と同様に重要かつ大きな鍵を握っていると言えよう。医療依存状況にある高齢在宅療養者の ADL も大切であるが、生活状況を支援し整えることが重要である。

池田ら（2015）は在宅要支援・要介護高齢者が主観的幸福感を高めるには、家庭や地域で人とのつながりを維持・再構築し、心配ごとや悩みごとを相談できる情緒的な人間関係を有することであると述べている。在宅療養支援者は、医療依存状況にある高齢在宅療養者が抱いている様々な葛藤状況を察知し、うつに陥らないように悩み等を傾聴し・受容し対処すること、QOL と生活状況の支援を視野に入れケアを実施することが重要であろう。

第5節 第5章のまとめ

1. 地域高齢者の性別は男性 44 名 (35.5%)、女性 80 名 (64.5%) であり、前期高齢者が 98 名 (79.0%)、後期高齢者が 26 名 (21.0%)、平均年齢は 70.80 ± 5.32 歳であった。何らかの疾患を有している者は 83 名 (66.9%) で、高血圧が最も多く 39 名 (31.5%)、次いで糖尿病 24 名 (19.4%)、変形性関節症 10 名 (8.1%) 等であった。症状を有している者は 78 名 (62.9%) で、腰痛が最も多く 26 名 (21.0%)、次いで肩こり 24 名 (19.4%)、関節痛 18 名 (14.5%) 等であった。

2. 地域高齢者の使用尺度の平均値は、IADL が 12.24 ± 1.36 、QOL が 12.48 ± 3.43 、葛藤が 31.55 ± 9.11 、うつが 0.90 ± 1.14 等であった。症状の無い者は有る者よりも有意に IADL、QOL、自己効力感、生活状況が高く、転倒スコア、葛藤が低かった。QOL の高低 2 群別による比較では、高値群は低値群よりも有意に友人交流及び家族交流が多く、自己効力感、生活状況が高く、転倒、うつ、葛藤が低い結果であった。

3. 地域高齢者の QOL は、葛藤及びうつから直接影響を受け、葛藤は転倒の影響を受け、転倒は IADL 及び症状の有無と双方向の影響を受けていた。うつは IADL と自己効力感、生活状況の影響を受け、自己効力感は友人交流と転倒の影響を受けていた。生活状況は IADL と自己効力感、転倒の影響を受けていたが、QOL に間接的に影響を与えていた。モデルの適合度は $GFI = .88$ 、 $AGFI = .80$ 、 $CFI = .89$ 、 $RMSEA = .01$ であった。

4. 地域高齢者は医療依存状況にある高齢在宅療養者よりも前期高齢者が多く、平均年齢が 10 歳低かった。何らかの疾患及び症状を有していたが割合は少なく、転倒経験も少なかった。地域高齢者は、友人交流、IADL、転倒、QOL、葛藤、うつの項目において医療依存状況にある高齢在宅療養者よりも、有意に友人交流が多く、IADL と QOL が高く、転倒、葛藤、うつが低い結果であった。

5. QOL に影響を及ぼす要因のパスモデルでは、医療依存状況にある高齢在宅療養者と地域高齢者ともに葛藤とうつが直接影響を与えており、また友人交流、自己効力感がうつに影響を及ぼしていた。次に地域高齢者は転倒が、医療依存状況にある高齢在宅療養者は医療処置、転倒、ADL が葛藤に直接影響を及ぼしていた。さらに地域高齢者は自己効力感、生活状況、IADL、葛藤が、医療依存状況にある高齢在宅療養者は自己効力感、ADL、IADL がうつに直接影響を及ぼしていた。生活状況は、地域高齢者がうつに直接影響を及ぼし、間接的に QOL にも影響を及ぼしていたが、医療依存状況にある高齢在宅療養者では自己効力感、転倒、IADL が直接影響を及ぼしていたものの、QOL には影響を及ぼしていなかった。

引用文献

- 青木 邦男 (2015) : 在宅高齢者の主観年齢に関連する要因, 社会福祉学, 56(1), 74-86.
- 青木 邦男, 松林 美子, 山本 せつ子, 他 (2011) : 在宅高齢者の膝・腰痛状況, 心理的不調, 健康・体力状況および社会的活動状況の関連性, 臨床スポーツ医学, 28(6), 679-684.
- 赤澤 淳子, 水上 喜美子 (2008) : 地方居住高齢者の社会的ネットワークと主観的幸福感, 仁愛大学研究紀要, 7, 1-14.
- Biderman A. et al. (2002) : Depression and falls among community dwelling elderly people: a search for common risk factors, Journal of Epidemiology and Community Health, 56, 631-636.
- Cho Seong (2014) : 後期高齢者の筋力およびバランスに対する転倒防止運動プログラムの効果, 理学療法科学会誌, 26 (11), 1771-1774.
- 池田 晋平, 植木 章三, 柴 喜崇, 新野 直明, 渡辺 修一郎, 佐藤 美由紀, 安齋 紗保理, 田中 典子, 芳賀 博 (2015) : 在宅要支援・要介護高齢者の主観的健康感に尿失禁と心理・社会的要因が及ぼす影響の検討, 作業療法, 34(5), 509-518.
- 稲垣 敦, 桜井 礼子, 平野 互, 他 (2012) : 介護予防運動「お元気しゃんしゃん体操の効果」, 看護科学研究 10, 47-56.
- 井口 茂, 松坂 誠應, 陣野 紀代美 (2007) : 在宅高齢者に対する転倒予防プログラムの検討-低頻度プログラムの適応-, 理学療法科学会誌, 22 (3), 385-390.
- 藤本 貴大, 本山 貢 (2007) : 介護予防における体力向上を目的とした運動プログラムの有効性, 和歌山大学教育学部紀要, 57, 57-63.
- Jeung-Im Kim et al. (2009) : Prevalence and Predictors of Geriatric Depression in Community-Dwelling Elderly, Asian Nursing Research, 3(3), 121-129.
- 趙 弼花 (2000) : 高齢者の Quality of Life に関する研究-実証研究に向けての課題の整理-, 政策科学, 8(1), 117-132.
- Kamińska MS, Brodowski J, Karakiewicz B (2015) : Fall Risk Factors in Community-Dwelling Elderly Depending on Their Physical Function, Cognitive Status and Symptoms of Depression, International journal of environmental research and

- public health, 12(4), 3406-3416.
- 鹿瀬島 岳彦, 田高 悦子, 田口 理恵, 他 (2015): 健康長寿に向けた大都市在住自立高齢者における主観的健康感と関連要因の検討, 日本地域看護学会誌, 17(3), 23-29.
- 木村 裕美, 神崎 匠世 (2013): 在宅後期高齢者のうつ傾向に関連する研究, 日本農村医学会雑誌, 61(6), 915-924.
- 茅野 裕美, 櫻井 しのぶ, 西出 りつ子, 他 (2008): 虚弱高齢者への効果的な筋力トレーニングの介入について, 三重看護学誌, 10, 23-32.
- 厚生労働省: 健康日本 21 (第二次)
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kenkounippon21.html> 2016/6/17
- 厚生労働省: 健康づくりのための身体活動基準 (2013), 健康日本 21 (第二次) の推進に関する参考資料, 1-9, 104-110.
- 古谷野 亘, 柴田 博, 中里 克治, 他 (1987): 地域老人における活動能力の測定-老研式活動能力指標の開発-, 日本公衆衛生誌, 34(3), 109-114.
- Marzia Lommi, Maria Matareseb et al. (2015): The experiences of self-care in community-dwelling older people: A meta-synthesis, International Journal of Nursing Studies, 52(12), 1854-1867.
- M. Powell Lawton(1983): Environment and other determinants of well-being in older people. The Gerontologist, 23: 349-357.
- M. Powell Lawton(1975): The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision, Journal of Gerontology, 30(1): 85-89.
- 文部科学省: 体力・スポーツに関する世論調査 (2013), II 調査結果の概要, pp. 4~31.
- 村田 千代栄, 斎藤 嘉孝, 近藤 克則, 他 (2011): 地域在住高齢者における社会的サポートと抑うつの関連, 老年社会科学, 33(1), 15-22.
- 村田 伸, 大山 美智江, 大田尾 浩, 他 (2008): 在宅高齢者の運動習慣と身体・認知・心理機能との関連-前期高齢者と後期高齢者の検討-, 日本在宅ケア学会誌 12(1), 35-43.
- 太田尾 浩, 田中 聡, 積山 和加子, 他 (2014): 転倒予防教室が及ぼす身体機能・健康関連 QOL・運動習慣への効果, 日本健康増進理学療法学会学術誌, 4(1), 25-30.
- 篠田 邦彦 (2007): 在宅高齢者の転倒リスク減少に向けた身体的・機能的運動プログラムの効果に関する検討, 新潟医学界雑誌, 121(6), 322-330.
- 白岩 加代子, 村田伸, 堀江淳, 他 (2013): 地域在住高齢者の睡眠状況と Quality of Life の関係, ヘルスプロモーション理学療法研究, 3(3), 103-107.
- Smith PD, Becker K, Roberts L et al. (2015): Associations among pain, depression, and functional limitation in low-income, home-dwelling older adults: An analysis of baseline data from CAPABLE, Geriatric nursing, pii: S0197-4572(16)30023-4.
- 谷口 奈穂, 桂 敏樹, 星野 明子, 他 (2013): 地域在住の前期高齢者と後期高齢者における QOL 関連要因の比較, 日本農村医学会雑誌, 62(2), 91-105.

第6章 医療依存状況にある在宅高齢者の療養生活上の葛藤概念の分析

第4章では地域に在住している医療依存状況にある高齢者の実態を分析し、QOLについて検討した。第5章では医療依存状況にある高齢者と比較するために、地域に在住している高齢者の実態を明らかにし、地域高齢者のQOLについて検討した。その結果、両者ともにQOLは、葛藤が大きな影響を与えていたことが明らかとなったことから、第6章では医療依存状況にある在宅高齢者の療養生活上の葛藤概念について検討する。

第1節 研究目的

超高齢社会を迎えている日本においては、介護保険法、医療法等の改正を繰り返しながら、地域や在宅における高齢者・療養者の生活および介護支援等、諸制度が制定・整備されてきた。2012年には、介護保険法の改正により地域包括ケアシステムの実現に向け、医療依存度の高い療養者にも対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応サービスや複合型サービスが創設された。また入院病床の再編成、地域クリティカルパスによる在宅へのスムーズな移行支援等、在宅療養が可能なように社会全体で支え合う社会資源等サービス面の充実が図られつつある。しかしながら、医療依存状況にある在宅高齢者の療養生活におけるQOLの維持・向上に向けた支援は、サービス等により可能になったであろうか。心理面への配慮はなされているであろうか。医療依存状況にある在宅高齢者は医療依存の高低に関わらず、様々な心理、身体、社会的ニーズの葛藤があり、家族に感謝しつつも気兼ねをし、身体状況の変化に伴う動揺等を感じている（田中ら、2012）。深瀬ら（2010）は対象者の語りから、「過去および現在の人生への取り組み方」「自分の死への取り組み方」の2つの指標から、過去の葛藤を統合するには、自分のあり方への肯定的な取り組みが重要であると述べている。沖中（2011）は在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識として、思い通りに動かない身体の限界を感じていたが、生きていくことを諦めきれないでいたこと、家が自己を支える基盤であり、家族や近隣者との関係性の深さが自己を安定若しくは脅かすこともあると報告している。

高齢者は人間として生活者として自分史を紡いできた、身体・精神・社会的な側面をもつかけがえのない存在である。共通性と限りない独自性があり、社会情勢等を含め周囲の環境等の影響を受けながら現在の生活を築いている。固有の価値観・信念をもち、尊厳ある存在である。今まで紡いできた紆余曲折の人生において、様々な葛藤に直面し乗り越えてきたことは想像に余りある。今後の残された人生を鑑みる時、過去の生活史を尊重しつつ、QOLの維持向上を図ることが重要であろう。そのためには高齢者のQOLに大きな影響を及ぼしている葛藤概念について検討する必要がある。そこで本研究では、医療依存状況にある高齢在宅療養者の療養生活上の葛藤概念を明らかにすることを目的とした。

第2節 方法

第1項 対象及び方法

対象は在宅で訪問看護サービスを利用している、医療依存状況にある認知症でない70歳の女性高齢者4名である。訪問看護を実施している2施設の管理者に、研究と調査の趣旨を説明して同意が得られたのちに、管理者より高齢在宅療養者及び家族に内諾を得てもらった。管理者より紹介された対象者に対して、筆者は再度家族及び療養者に電話を入れ協力許可を得た。筆者は療養者及び家族の都合のよい日時に直接居宅を訪問し、インタビューを実施した。

第2項 調査期間と内容

調査は2014年6月～7月に行った。インタビューは半構成面接でインタビューガイドを作成し、「療養されるようになってご自分以外の他の方との関わりで、ご自分の中に様々な欲求や感情、迷い等があつて揺れ動いた事がありましたか」（他者との関わりにおける葛藤）、「ご自身が療養されていることに対して、欲求や感情、迷い等があり揺れ動いた事がありましたか」（自分自身に対する葛藤）の2側面について自由に語ってもらった。語りが途切れた時には、語りの流れに応じてインタビューガイドに沿って語りを促した。対象者一人当たり60分の時間で実施し、会話内容は対象者の承諾を得てICレコーダーを用いて録音し逐語化した。

第3項 分析方法

分析は質的帰納的方法を用い、語られた内容について分析を行った。対象者ごとに、逐語録を繰り返し読み熟読したのち、類似した記録単位を集め、その意味内容を損ねないようにコード化した。そして各コードを意味内容からサブカテゴリーに類型化した。最後にサブカテゴリーと単位化した意味内容からカテゴリーを導き出した。単位化からカテゴリー抽出までの課程は、高齢者看護及び質的研究に精通する看護学教育筆者からスーパーバイズを受けながら行い、単位化、類型化の妥当性と信頼性の確保をした。

第4項 倫理的配慮

本研究は療養者の状況を調査する為、広島文化学園大学倫理審査委員会の承認を得た。また本研究を実施するにあたり、同意書を作成し協力者に調査の意義・目的・方法を十分に説明したのち、対象者の選定を依頼した。個人名は記号化し、個人のプライバシーを侵害する恐れはないこと、調査は強制ではなく対象者の自由意思であり、途中で打ち切つてよいこと、研究終了後調査に関連した資料はすべてシュレッダーで破棄すること、個人等が特定できない形式で研究結果を公表すること等を説明した上で、調査協力に対して書面で同意を得、ICレコーダー録音についても了承していただいた。本研究は高齢在宅療養者

へのインタビューを実施する為、高齢在宅療養者が不愉快な思いを想起する可能性がある。それらを回避するために研究協力施設と密接に連携を行い、高齢在宅療養者に何らかの身体・心理的危険が伴うと考えられる場合には、訪問看護ステーションの管理者及び訪問診療医師に連絡し、速やかに対処するようにしていたが、特に何も異常はなかった。さらに研究の責任者および連絡先を明示し、質問等の対応を行うようにしていたが特に質問等問い合わせもなかった。半構成面接に関して、ICレコーダー録音と逐語録については、筆者及び指導教員以外が視聴することがないように管理した。また得られたデータの入力、セキュリティのあるパソコンで管理し、ネットワークを通じて情報が流出しないよう配慮している。紙媒体のデータも個人が特定できないように番号を付し、筆者が鍵付きの戸棚に保管し厳重に管理している。

第3節 結果

第1項 対象者の概要と各対象者から抽出されたカテゴリー

1. 対象者の概要

対象者は訪問看護サービス等を利用しながら、在宅で療養している70歳代の高齢女性4名であった。個人特性は表6-3-1に示す。A氏は76歳の女性で、要支援2の認定を受けていた。80歳の夫が介護している老夫婦世帯である。夫もH. 20年に大腸がんの手術（内視鏡）をしたが、その後は元気で、息子も時々様子を見に来てくれている。B氏は73歳の女性で、要介護2の認定を受けていた。H. 〇〇年に脊髄炎を発症し、毎日6～7回自己導尿している。76歳の夫が介護しているが、元気である（10年前に大腸がんの手術をした）。娘もよく介護を手伝ってくれる。C氏は71歳の女性で、要介護2の認定を受けていた。毎日朝夕導尿の必要があるが自分ではできないため、訪問看護師が来ない日は近くに住んでいる長男の嫁が導尿している。夫が2年前に死亡した。D氏は70歳の女性で、要介護1の認定を受けていた。血液透析歴20年、限局性皮膚硬化症のため直立歩行できないが、伝い歩きや車椅子の自走はできる。69歳の夫が介護しており夫は元気である。

表6-3-1 対象者の概要

	年齢・介護度	疾患名	医療処置等	利用サービス	状況
A	76歳、女性 要支援2	高血圧 直腸がん 変形性関節症	ストーマ	訪問看護、訪問診療	80歳の夫が介護している。老夫婦世帯。夫もH. 〇〇年に大腸がんの手術（内視鏡）をしたが、その後は元気である。息子が時々様子を見に来てくれる。
B	73歳、女性 要介護2	高血圧 脊髄炎 （下半身麻痺）	自己導尿 リハビリ	訪問看護、訪問診療 訪問介護、訪問入浴 訪問リハ、デイケア	H. 〇〇年脊髄炎発症。毎日6～7回自己導尿している。76歳の夫が介護しているが、元気である（10年前に大腸がんの手術をした）。娘もよく介護を手伝ってくれる。
C	71歳、女性 要介護2	関節リウマチ COPD	自己導尿 在宅酸素	訪問看護、訪問診療	毎日朝夕導尿している。近くに長男の嫁が介護に来ている。訪問看護師が来ない日は嫁が導尿している。夫が2年前に死亡した。
D	70歳、女性 要介護1	慢性腎炎 高血圧 限局性皮膚硬化症	血液透析 （通院）	訪問看護、訪問診療 訪問介護（3回/W） 訪問リハビリ	血液透析歴28年。限局性皮膚硬化症のため直立歩行できないが、伝い歩きや車椅子の自走はできる。69歳の夫が介護している。夫は元気である。

2. 各対象者から抽出されたカテゴリー

以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、コードを〈 〉で記載する。

1) A 氏の語り

表6-3-2 A 氏の語りの内容の分析

カテゴリー	サブカテゴリー	語 り
回復への期待	治療効果の追求	<ul style="list-style-type: none"> ・（治療の為に）あちこちいろんなところへ行った。 ・いろんな治療をしてもらっても何の変化もないから…。
不自由な身体に対する辛さ	他者に依存しなければならない辛さ	<ul style="list-style-type: none"> ・ストーマをつけてるんですよ ・人工肛門の処理は主人にしてもらわんと、これが痛いけんね ・1人になったらせんといけんかもわからんですよ。1人になったら大変じゃね
	自分の思いに添えない辛さ	<ul style="list-style-type: none"> ・家の中でごそごそ、きれいに片づけてというたら気持ちがつと落ちついてね。何もできないから辛い。 ・動かれんからってストレスと思っても自分がつらいでしょう ・私は自分がいるんなこと、細かなことを気がついてしたい。（でも）主人は気がつかない。
	身体の痛みの辛さ	<ul style="list-style-type: none"> ・何かしようと思っても、痛い痛いってできないんですよ ・体重を支えたら痛い、動けんのです
		<ul style="list-style-type: none"> ・家の周りも、全然外へ出れん。関節が痛いので出れんのです ・関節の痛みがとれたら言うことないのにねと思うんですけど、とれないんです ・一日も痛みがなかったことないんですよ。 ・痛みどめは飲みます。
不自由な生活に対する諦め	不自由なことへの諦め	<ul style="list-style-type: none"> ・もうもとは戻れないんで諦めとるんですよ ・元氣になりたいとか、もう、そういう気持ちも持てないですよ。これだけ辛抱しても治らないんじゃもん、治療しても。 ・何かこういう不自由なことがあっても、人生はそんなもんよねで終わりです ・バランスも悪いですね、野菜は特に。みそ汁ぐらいは家でつくったほうがおいしいからね。
	相手にされない要望	<ul style="list-style-type: none"> ・主人が「全然、家をあげられん」と言うんですよ。それがちょっと不満かね。 ・もう痛いのは、飽きとるのに、気をつけてもらいたいけどまたすぐ忘れてから。どういうわけかね。 ・お風呂から上がりたいねんと思っても、なかなか風呂に来て上げてもらえんでしょう
	思うように行動できない諦め	<ul style="list-style-type: none"> ・楽しいことはないけど、そのためにつらいということも、ないというか、諦めとるというかね ・最近はもう全然、着るものも買うことないんですよ
		<ul style="list-style-type: none"> ・おしゃれがでんけんね。美容院なんかはちょっと困る…。 ・眼鏡がちょっと困るんですよ（行けないから合わせるができない）
他者への感謝	家族への感謝	<ul style="list-style-type: none"> ・主人がそういうことを全て介助してくれる ・主人とけんかとかほとんどないね。主人が相手にしてないような感じ。
今後の不安	経済的な事への不安	<ul style="list-style-type: none"> ・不安になることは墓よね ・希望を持ってない、私、何も。そう言えば年金、それがちょっと不安だね。
	残されることへの不安	<ul style="list-style-type: none"> ・私が先に主人に見送ってもらって、ほんで、後で主人は息子らと暮らすかどうか、それでうまくいけばいいんですよ ・先に私が死んどかんと…
	身体状況が悪化することへの不安	<ul style="list-style-type: none"> ・関節が、治りたいけど治らないし、がんがどこかへ再発したら寝たきりになるでしょう。それがちょっと心配… ・こんな体で長生きしても、主人もつらいだろうし、私自身がつらいんですよ

A 氏は変形性関節症で長年膝関節の痛みに苦しみながら、回復を願い医療機関を転々としてきた。どこへ行っても有効な治療がなく鎮痛剤の服用を続けている。3 年前に急激な腹痛に見舞われ、救急車で緊急搬送された。そこで緊急手術が必要ということになり、A 氏への十分な説明がないまま手術をしたそうである。大腸がんによる腸捻転で手術中にストーマを造設することになり家族への説明はあったが、A 氏はその事実を後で知らされたそうである。手術後の入院期間も短いため、ストーマの装具交換等、主に夫に対して行われ、A 氏は事実を受け入れざるを得ない状況だったようだ。A 氏は一人悶々としながらも〈人工肛門の処理は主人にしてもらわんと、これが痛いけんね〉と手足の関節痛の痛みに耐えながら、〈主人がそういうことを全て介助してくれる〉夫の献身的な介護に支えられていた。そのような家庭生活の中で A 氏は、子供たちはすでに独立して家庭を築いており、夫との

二人暮らしであったことから、大腸がんを発病したのが年老いてからでよかったとの思いに至り、自分を納得させていた。

2) B 氏の語り

表6-3-3 B氏の語りの内容の分析

カテゴリー	サブカテゴリー	語 り
回復への期待	まだ治るという期待	<ul style="list-style-type: none"> ・また治るぐらいに思ってたんですね。何か認識が甘かったですね。 ・ほんといつかは治るかと思っていたんですが、とても大変でしたね ・何が悪かったのかしら……いろいろ思ったんですけど、ちょっとわかりませんね
	自分一人では何もできない辛さ	<ul style="list-style-type: none"> ・片一方でも使えればねと思いますね ・行ってさっととれないので、説明してとってもらうというのは、わかりにくいようなことも多いですね ・外に出ることはできませんからね ・（入浴介助は）自分でかなり覚悟しとかないとね。仕方ないですね。 ・一人でお風呂に入りたいと思いますよね
不自由な身体に対する辛さ		<ul style="list-style-type: none"> ・トイレへ行ったりするときに下着の上げおろしなんかがすごく大変なんですね。大きかったらいいという感じで、とにかくそれが大優先で、もうほんとにおしやれなんてとんでもないという感じです。
	身体の痛みの辛さ	<ul style="list-style-type: none"> ・痛いのが強くてなかなかそういう気になれないんですね、積極的に… ・リハビリした後のほうが痛いですね ・負けますね、痛さには。痛みどめはすごく飲んでます。 ・マッサージは痛くないですね。足なんかが動かなくなったら困るから、だから常にちょっとケアしてもらっているという感じで… ・いつも体が痛いのが一番つらいですね
不自由な生活に対する諦め	状況が変化しない事への諦め	<ul style="list-style-type: none"> ・いろんな治療をしてもらっても何の変化もないから、今はもう諦めとるんです ・もう仕方ないかなという感じは持ちましたね
	介護を受ける割り切り	<ul style="list-style-type: none"> ・他人さんには介護で入ってもらってるから、それはまあね ・申しわけないですね。ほんとにこんなに早くから人の手をかりなきゃいけないような生活になっちゃって… ・やっぱり一人のほうがいいかなと思うときはありますけどね。でも、割り切って… ・汗をかいお風呂へ入れてもらうんだから、お茶の一杯でも出したいんだけどね
	思うように行動できない辛さ	<ul style="list-style-type: none"> ・人が来てくださったりとか、ちょっとというときに、ベッドに上がっているとなかなか出れないんですね。 ・何か誰かちょっと変な人が来られたら、動けないから… ・時に娘が店に連れてってくれるので…。だんだんと出るのがおつくようになってきていますね。 ・美容のあの台に上がるのが大変なんですね
	家族への感謝	<ul style="list-style-type: none"> ・（子供たちは）よく集まりますね。みんな優しくしてくれますね。 ・まだまだ子供にはしてやりたいのに…。逆にあの子たちの時間をとってしまっ、悪いとかかわいそうだなと思いますよね。 ・子供がいてよかったねとは思いますが、子供に見てもらうことは多分ないだろうねと思っていたら、一番先にこんなことになっちゃって… ・毎日夜には当ててもらったり、あんな顔を面倒なのによくしてくれると思いますね（低周波の器具）。
他者への感謝	サービス提供者への感謝	<ul style="list-style-type: none"> ・落ち込んでも仕方ないとは思いますが、優しい言葉には弱いですね、やっぱり。気遣ってくださって、優しく親切にしてくらうと、ほんとに感きわまる時がありますね。 ・皆さんに親切に優しくしてもらっていますので、ありがたいですね
	友人等の交流	<ul style="list-style-type: none"> ・ほんとに気を使われる立場になってしまいました ・お友達が結構来てくれますし、電話はこっちからもよくするんです
今後の不安	残されることへの不安	<ul style="list-style-type: none"> ・もうこうなったら一人じゃ生きていけないからね。私が先に逝かせていただきます。 ・そのうち、どーんと落ち込むときが来るんでしょうかね
	身体状況が悪化することへの不安	<ul style="list-style-type: none"> ・この先どうなるかなという感じはやっぱりいつもありますね ・歯が痛くなったりしたら、一度は来てもらったこともあるんですけど…

B氏は4年半前に脊髄炎を発症し、突然下半身麻痺状態となった。急性期病院で治療しても原因が明確にならず、結局リハビリ施設へ転院し5か月間リハビリを続けた。リハビリしてもあまり効果がなく、自宅へ帰り療養をしている。B氏は〈また治るぐらいに思ってたんですね。何か認識が甘かったですね〉と《まだ治るという期待》を持ちつつ、〈何

が悪かったのかしら…いろいろ思ったんですけど、ちょっとわかりませんね」と自己の行動を振り返りながら、原因を模索していた。病気の発症により突然両下半身麻痺が出現し、原因が分からないまま、時間の経過と共にまだ治るのではないかと一縷の望みを抱きつつ、夫や子供たち、友人、サービス担当者等のサポートにより生活されていた。そして〈人が来てくださったりとか、ちょっとというときに、ベッドに上がっているとなかなか出れないんですよ〉と《思うように行動できない辛さ》を感じていたが、〈まだまだ子供にはしてやりたいのに…。逆にあの子たちの時間をとってしまって、悪いとかかわいそうだなとか思いますよね〉と子供への申し訳なさや感謝、〈毎日夜には当ててもらったり、あんなを面倒なのによくしてくれると思いますね（低周波の器具）〉等夫への感謝の意を表しており《家族への感謝》に繋がっていた。

3) C 氏の語り

C氏は20年位前にリウマチを発症し、服薬治療を開始した。徐々に進行し10年位前から入退院を繰り返している。膝関節の手術後下肢の痛みは落ち着いたが、3～4年前から両手関節変形、痛み、脊椎損傷等があり、導尿が必要となったが自分で出来ないため、平日は訪問看護師、土日は長男の嫁が実施している。病気への受容は疾病の進行が緩徐であったため夫の献身的な支えにより可能になったと思われるが、1年半前に夫が心臓疾患で急死し、長男夫婦の介護に頼らざるを得なくなった。〈リウマチで足が痛い、手が痛いの（薬は）やめられんわいね〉〈しょうがないわね。手が悪くなってきて。リウマチになると怖いね〉と《身体の痛みの辛さ》に向き合いつつ、〈土日は長男の嫁さんに導尿してもらいよる〉〈（自分の病気や症状）腰が早う治りゃええぐらいに思ってるが、もう動かれんけんね〉等、《他者に依存しなければならない辛さ》を抱いていた。

4) D 氏の語り

D氏は、慢性腎炎で血液透析を開始してから29年になる。訪問時は種々の葛藤等に対して〈そんなものは病気になったときやら、なる前後で全部済ませた〉とあつけらかんとした表情で話していた。5～6年前に限局性皮膚硬化症を発症し、起床時に両下肢が動かず起きられなかったことがあった。その時に夫がその状況を知らないで、“早く飯を食べろ”といったことに端を発し、今まで内面に秘めていたものが抑えきれなくなり、声をあげて泣いたそうである。D氏は思い切り泣き、夫に事情を話して理解してもらえたことにより、胸のつかえが取れすっきりしたと言われていた。〈（入院中は）ひどかったよ。ご飯はおいしくないから食べられないしね〉〈お寿司の差し入れで生き延びた〉等、《治療継続への開き直り》をし、〈介護してもらわないで済むところは、極力、自分で全部する〉等、《前向きな取り組み姿勢》を示していた。

表6-3-4 C氏の語りの内容の分析

カテゴリー	サブカテゴリー	語　　り
不自由な身体に 対する辛さ	身体の痛みの辛 さ	<ul style="list-style-type: none"> ・リウマチで足が痛い、手が痛いのに（薬は）やめられんわいね ・しょうがないわね。手が悪くなってきて。リウマチになると怖いね。 ・もう足が痛いと思われんようになるよね。
	他者に依存する 辛さ	<ul style="list-style-type: none"> ・長男の嫁さんが、私、導尿してもらいよる、土日。看護婦さんが土日来てない。 ・脊髄をやられたけんね。ほんで、導尿せないかんようになって。これがなかったらどうということないんじゃね。
不自由な生活に 対する諦め	思うように行動 できない辛さ	<ul style="list-style-type: none"> ・（自分の病気や症状）腰が早う治りやええぐらいに思ってるが、もう動かれんけんね。 ・なかなか。ええぐあいにいかんよね。妹が東京（にいる）。（家を建てた時）よう行かんかった、足が痛うて。
	治療への期待	<ul style="list-style-type: none"> ・（酸素を始めてからは）3年か4年ぐらいやわ。ほじゃけど、風呂入るときはね。私はそんなにせんでも苦しゅうないんよ。コルセットをしてやな。ここをね、骨折。 ・1錠になってから、ちょっとここが、手が腫れとる。ここだけちょっと赤いよね。 ・じゃけ、病気のことはよう見るよね（テレビや新聞）。
回復への期待	前向きな取り組 み姿勢	<ul style="list-style-type: none"> ・1人じゃったら、皆、何でもせないけんきと思って。私のできる範囲内、全部私はする。動かにやだめじゃけえ、できる範囲内はする。
	家族への感謝	<ul style="list-style-type: none"> ・検査の日じゃと言うたら7時半に来てくれて、お兄ちゃんの嫁さんが。8時ごろ番号をとって。じゃけえ、ありがたいよね。 ・主人がおったけんね。痛いんや、すぐ、じゃ、病院よね。 ・（体が痛いとき）私は寝とったわいね、こうやって。テレビや見よって、悪うなつてから買ってくれた。あの人、すぐちゃちゃつしてくれる。 ・（病院へ）行くのに、乗せていってもううて、帰ってくる。（夫は）待つのが大儀って。済んだら、今済んだけと言うたら、すぐ来てくれよった。 ・（嫁に対して自分で嫌な思い）感じる。感じるのも、感じてもしやせんわ。もううちに任しとき。あれ、たくさんあったらいけんと思うとる。
他者への感謝	サービス提供者 への感謝	<ul style="list-style-type: none"> ・（サービスの人）話もようするしね。あれして、これして、自分でしてくれてるけえね。 ・看護婦さん、ああい（洗濯物）干してしてくれたりするんけん、楽でね、何か。皆してくれていいわ。
	残されたことへ の不安	<ul style="list-style-type: none"> ・主人は心不全。心臓麻痺じゃけんね。心臓がとまっとったけえ。まあね、ああい死に方もええよね。何も手をかけんと。 ・そのときは気が動転しとってから、もう全然涙も出んかった。うちはびっくりして、どうしようかというぐらいで… ・もうしょうがないね、1人じゃけんね。どこというて行くところはないわね。
	今後の経済的な ことへの不安	<ul style="list-style-type: none"> ・そうやってこうして病気しとったら、それを払わにゃいけんわ。あと、やっぱりちょっとはみ出るわ、毎月ね。少な過ぎて。 ・主人の、あれがなかったらやっていかれんわ。助かっちゃう。遺族年金ね。

表6-3-5 D氏の語りの内容の分析

カテゴリー	サブカテゴリー	語 り
回復への期待	治療継続への開き直り	・（入院できる病院がない）入院といったら死ぬ前。無理してでも通わざるを得ないんです ・そんなものは病気になったときやら、なる前後で全部済ませた
	前向きな取り組み姿勢	・介護してもらわないで済むところは、極力、自分で全部… ・親は親で、自分でできるように生活を整えておかないと、子供にもたれかかるようなことをしちやいかん。
不自由な生活に対する諦め	好きな物が食べられない辛さ	・（入院中は）ひどかったよ。ご飯はおいしくないから食べられないしね。 ・お寿司の差し入れで生き延びた
不自由な身体に対する辛さ	他者に依存しなければならぬ辛さ	・一人で置かれると晩ご飯も食べられない。ペットボトルは、買ったらずぐ全部、ふたをあげといってもら。そうしなきゃ飲めないから… ・歩けなくなったり人に補助してもらわなきゃいけなくなってまで生きたくない。でも、なっちゃった人間、今さうしようもないもん。
	自分の思いに添えない辛さ	・介護をいっぱいしてもらうようになっちゃって… ・惨めな大変な思いをしましたよ。箸を持てない…ぐじゃぐじゃ。
今後の不安		・一人で、万が一があったら主人がいなくても何とかできる方法を考えたいと思ってるんです
	残されることへの不安	・あの人がずっと家に絶対いないから、そうするとどうしよう… ・いざとなったら放り出されるという覚悟が要るの ・どうやって身を処していいか。身の振り方ですね
	身体状況が悪化することへの不安	・足が立たなくなると、はっきり言ってどうしようと思うんですよ。 ・身体が心配。ええ、どの程度まで動くのかな、いつごろまで何とか動くのかなというですね。 ・若くはならないから、あと、どうしようかなとちょっと考えてます
他者への感謝		・（身体の具合が悪い時）どうしたらええ、どうしたらええと言うてますもん ・たまに暇があると、当然、泳ぎにも行かにならんし、運動にも行かにならんし… ・自分がやりたいことを今までできたと。ほんで、ありがたかったというのはあるんですよ。お返しはしたいという気はあるんですよ。
	家族への感謝	・ほんとうに精いっぱいだと思うんですよ ・対外的なものを取り上げて家にいさせたら、一遍にあの人が鬱病になって参ると思う
	親族への配慮	・頼んだら、何でもやってくれるから何も頼めないの。迷惑でないはずがないから… ・頭の髪の毛も切りに来てくれるけど。こっちはかけられんよ。

2. 抽出されたカテゴリー

4名の医療依存状況にある高齢在宅療養者の語りからのコードは、A氏が33個、B氏が36個、C氏が23個、D氏が24個であった。その後A氏が11個、B氏が11個、C氏が9個、D氏が9個のサブカテゴリーに類型化された。最終的に116個のコードから、13個のサブカテゴリーおよび5個のカテゴリーが抽出された。

4名を統合したサブカテゴリーは《まだ治るという期待》《前向きな取り組み姿勢》《他者に依存しなければならぬ辛さ》《身体の痛みの辛さ》《自分の思いに添えない辛さ》《状況が変化しない事への諦め》《介護を受けるという割り切り》《思うよう行動できない諦め》《家族への感謝》《サービス提供者への感謝》《残されることへの不安》《身体状況が悪化する

ることへの不安》《今後の経済的なことへの不安》であった。カテゴリーは【回復への期待】【不自由な身体に対する辛さ】【不自由な生活に対する諦め】【他者への感謝】【今後の不安】であった。

表 6-3-2 は、4 名の高齢在宅療養者の葛藤に関連した思いを集約したものである。

表6-3-6 在宅療養者の葛藤に関連した思い

カテゴリー	サブカテゴリー	語りの一部
回復への期待	まだ治るという期待	<ul style="list-style-type: none"> ・（治療の為に）あちこちいろんなところへ行った（A氏） ・また治るぐらいに思ってたんですね。何か認識が甘かったですね（B氏） ・ほんといつかは治るかと思っていたんですが、とても大変でしたね（B氏）
	前向きな取り組み姿勢	<ul style="list-style-type: none"> ・じゃけ、病気のことはよう見るよね（テレビや新聞）（C氏） ・私のできる範囲内、全部私はする。動かにやだめじゃけえ、できる範囲内はする（C氏） ・介護してもらわないで済むところは、極力、自分で全部…（D氏）
不自由な身体に対する辛さ	他者に依存しなければならない辛さ	<ul style="list-style-type: none"> ・人工肛門の処理は主人にしてもらわんと、これが痛いけんね（A氏） ・長男の嫁さんが、私、導尿してもらいよる、土日。看護婦さんが土日来てくてもないき（C氏） ・一人で置かれると晩ご飯も食べられない（D氏）
	身体の痛みの辛さ	<ul style="list-style-type: none"> ・何かしようと思っても、痛い痛いってできないんですよ（A氏） ・痛いのが強くてなかなかそういう気になれないんですよね、積極的に（B氏） ・もう足が痛い座られんようになるよね（C氏）
不自由な生活に対する諦め	自分の思いに添えない辛さ	<ul style="list-style-type: none"> ・家の中でごそごそ、きれいに片づけてたら気持ちさがすつと落ちついてね…何もできないから辛い（A氏） ・（入浴介助は）自分でかなり覚悟しとかなないとね。仕方ないですね（B氏） ・一人でお風呂に入りたいなと思いますよね（B氏）
	状況が変化しない事への諦め	<ul style="list-style-type: none"> ・いろんな治療をしてもらっても何の変化もないから、今はもう諦めとるんです（A氏） ・もう仕方ないかなという感じは持ちましたね（B氏） ・ほいじゃが、リウマチになると怖いね。こがいにひどくなるとは思わなかったね（C氏）
	介護を受けるという割り切り	<ul style="list-style-type: none"> ・何かこういう不自由なことがあっても、人生はそんなもんよねで終わります（A氏） ・こんなに早くから人の手をかりなきゃいけないような生活になっちゃって（B氏） ・一人のほうがいいかなと思うときはありますけどね。でも、割り切って（B氏）
	思うように行動できない諦め	<ul style="list-style-type: none"> ・おしゃれができんけどね。美容院なんかはちょっと困る…（A氏） ・人が来てくださったたり、ちょっとというときに、ベッドに上がっているとなかなか出れないんですよね（B氏） ・（自分の病気や症状）腰が早う治りやええぐらいに思ってるが、もう動かれんけんね（C氏）
他者への感謝	家族への感謝	<ul style="list-style-type: none"> ・主人がそういうことを全て介助してくれる（A氏） ・（子供たちは）よく集まりますね。「みんな優しくしてくれますね（B氏） ・検査の日じゃと言うたら、嫁さんが行って番号をとって。じゃけえ、ありがたいよね（C氏） ・（夫は）ほんとうに精いっぱいだと思うんですよ（D氏）
	サービス提供者への感謝	<ul style="list-style-type: none"> ・皆さんに親切に優しくしてもらっていますので、ありがたいですよ（B氏） ・看護婦さん。ああいう干してしてくれたりするんけん、楽だね、何か。皆してくれていいわ（C氏）
今後の不安	残されることへの不安	<ul style="list-style-type: none"> ・私が先に死んどかんと…（A氏） ・もうこうなったら一人じゃ生きていけないからね。私が先に逝かせていただきます（B氏） ・どうやって身を処していいか。身の振り方ですね（D氏）
	身体状況が悪化することへの不安	<ul style="list-style-type: none"> ・関節が治りたいけど治らないし、がんが再発したら寝たきりになるでしょう。それがちょっと心配…（A氏） ・身体が心配。ええ、どの程度まで動くのかな、いつごろまで何とか動くのかなというですね（B氏） ・足が立たなくなると、はっきり言ってどうしようと思うんですよ（D氏）
	今後の経済的なことへの不安	<ul style="list-style-type: none"> ・年金、そう言えば私は。それがちょっと不安だね（A氏） ・病気しとったら、それを払わにやいけんわ。ちょっとはみ出るわ、毎月ね。少な過ぎて（C氏）

1）【回復への期待】に集約された語りの内容

このカテゴリーは、A氏は2個のコードと1個のサブカテゴリー、B氏は3個のコードと1個のサブカテゴリー、C氏は4個のコードと2個のサブカテゴリー、D氏は4個のコードと2個のサブカテゴリーで構成された。A氏のサブカテゴリーは《治療効果の追求》B氏は《まだ治るという期待》、C氏は《治療への期待》《前向きな取り組み姿勢》、D氏は《治療継続への開き直り》《前向きな取り組み姿勢》であり、合わせて5サブカテゴリーで

あった。A氏の《治療効果の追求》は、〈(治療の為に) あちこちいろんなところへ行った〉等、2個のコードが存在した。B氏の《まだ治るという期待》は、〈また治るぐらいに思ってたんですね〉等、3個のコードが存在した。C氏の《治療への期待》は、〈病気のことはよう見るよね(テレビや新聞)〉等、《前向きな取り組み姿勢》は〈私のできる範囲内、全部私はする〉等、4個のコードが存在した。D氏の《治療継続への開き直り》は、〈無理してでも通わざるを得ない(透析治療)〉等、《前向きな取り組み姿勢》は、〈介護してもらわないで済むところは、極力、自分で全部…〉等、2個のコードが存在した。

A氏の《治療効果の追求》、B氏の《まだ治るという期待》、C氏の《治療への期待》、D氏の《治療継続への開き直り》は同じような意味内容であり、またC氏とD氏の《前向きな取り組み姿勢》も同様であった。

2) 【不自由な身体に対する辛さ】に集約された語りの内容

このカテゴリーは、A氏は12個のコードと3個のサブカテゴリー、B氏は11個のコードと2個のサブカテゴリー、C氏は5個のコードと2個のサブカテゴリー、D氏は4個のコードと2個のサブカテゴリーで構成された。A氏のサブカテゴリーは《他者に依存しなければならない辛さ》《自分の思いに添えない辛さ》《身体の痛みの辛さ》、B氏のサブカテゴリーは《自分一人では何もできない辛さ》《身体の痛みの辛さ》、C氏は《身体の痛みの辛さ》《他者に依存しなければならない辛さ》、D氏は《他者に依存しなければならない辛さ》《自分の思いに添えない辛さ》であり、合わせて9サブカテゴリーであった。A氏の《他者に依存しなければならない辛さ》は、〈人工肛門の処理は主人にしてもらわんと…〉等、4個のコードが、《自分の思いに添えない辛さ》は〈私は自分がいろんなこと、細かなことを気がついてしたい。(でも)主人は気がつかない〉等3個のコードが、《身体の痛みの辛さ》は〈何かしようと思っても、痛い痛いってできないんですよ〉〈一日も痛みがなかったことないんですよ〉等6個のコードが存在した。B氏の《自分一人では何もできない辛さ》は、〈片一方でも使えればねと思いますね〉〈(入浴介助は)自分でかなり覚悟しとかなないとね。仕方ないですね〉等、6個のコードが、《身体の痛みの辛さ》は〈負けますね、痛さには。痛みどめはすごく飲んでいます〉〈いつも体が痛いのが一番つらいですね〉等、5個のコードが存在した。C氏の《身体の痛みの辛さ》は、〈リウマチで足が痛い、手が痛いのに(薬は)やめられんわいね〉等3個のコードが、《他者に依存しなければならない辛さ》は〈土日は長男の嫁さんに導尿してもらいよる〉等4個のコードが存在した。D氏の《他者に依存しなければならない辛さ》は、〈一人で置かれると晩ご飯も食べられない〉等2個のコードが、《自分の思いに添えない辛さ》は、〈惨めな大変な思いをしましたよ。箸を持ってない…ぐじゃぐじゃ〉等2個のコードが存在した。

A氏及びC氏、D氏の《他者に依存しなければならない辛さ》とB氏の《自分一人では何もできない辛さ》は同じような意味内容であり、またA氏及びB氏、C氏の《身体の痛みの辛さ》と、A氏とD氏の《自分の思いに添えない辛さ》も同様であった。

3) 【不自由な生活に対する諦め】に集約された語りの内容

このカテゴリーは、A氏は11個のコードと3個のサブカテゴリー、B氏は10個のコードと3個のサブカテゴリー、C氏及びD氏は2個のコードと1個のサブカテゴリーで構成された。A氏のサブカテゴリーは《不自由なことへの諦め》《相手にされない要望》《思うように行動できない諦め》、B氏のサブカテゴリーは《状況が変化しない事への諦め》《介護を受ける割り切り》《思うように行動できない辛さ》、C氏のサブカテゴリーは《思うように行動できない辛さ》、D氏のサブカテゴリーは《好きな物が食べられない辛さ》であった。A氏の《不自由なことへの諦め》は、〈何かこういう不自由なことがあっても、人生はそんなもんよねで終わりです〉等4個のコードが、《相手にされない要望》は〈お風呂から上がりたいねんと思っても、なかなか風呂に来て上げてもらえんでしょう〉等4個のコードが、《思うように行動できない諦め》は〈最近はもう全然、着るものも買うことないんです〉〈おしゃれができませんけど。美容院なんかはちょっと困る…〉等4個のコードが存在した。B氏の《状況が変化しない事への諦め》は、〈もう仕方ないかなという感じは持ちましたね〉等2個のコードが、《介護を受ける割り切り》は〈申しわけないですね。ほんとにこんなに早くから人の手をかりなきやいけないような生活になっちゃって…〉〈やっぱり一人のほうがいいかなと思うときはありますけど。でも、割り切って…〉等4個のコードが、《思うように行動できない辛さ》は〈人が来てくださったりとか、ちょっとというときに、ベッドに上がっているとなかなか出れないんですよ〉〈美容のあの台に上がるのが大変なんですよね〉等4個のコードが存在した。C氏の《思うように行動できない辛さ》は、〈なかなかね。ええぐあいにいかんよね。妹が東京（にいる）。（家を建てた時）よう行かんかった、足が痛うて〉等2個のコードが存在した。D氏の《好きな物が食べられない辛さ》は、〈（入院中は）ひどかったよ。ご飯はおいしくないから食べられないしね。〉等2個のコードが存在した。

A氏の《不自由なことへの諦め》とB氏の《状況が変化しない事への諦め》、及びA氏の《相手にされない要望》とB氏の《状況が変化しない事への諦め》は同じような意味内容であり、またA氏及びB氏、C氏の《思うように行動できない辛さ》、D氏の《好きな物が食べられない辛さ》も同様であった。

4) 【他者への感謝】に集約された語りの内容

このカテゴリーは、A氏は2個のコードと1個のサブカテゴリー、B氏は8個のコードと3個のサブカテゴリー、C氏及びD氏は7個のコードと2個のサブカテゴリーで構成された。A氏のサブカテゴリーは《家族への感謝》、B氏のサブカテゴリーは《家族への感謝》《サービス提供者への感謝》《友人等の交流》、C氏は《家族への感謝》《サービス提供者への感謝》、D氏は《家族への感謝》《親族への配慮》であり、合わせて8サブカテゴリーであった。A氏の《家族への感謝》は、〈主人がそういうことを全て介助してくれる〉等2個のコードが存在した。B氏の《家族への感謝》は、〈（子供たちは）よく集まりますね。みんな優しくしてくれますね〉〈毎日夜には当ててもらったり、あんな顔を面倒なのによくし

てくれると思いますね（低周波の器具）等4個のコードが、《サービス提供者への感謝》は〈皆さんに親切に優しくしてもらっていますので、ありがたいですよ〉等2個のコードが、《友人等の交流》は〈お友達が結構来てくれますし、電話はこっちからもよくするんです〉等2個のコードが存在した。C氏の《家族への感謝》は、〈検査の日じゃと言うたら7時半に来てくれて、お兄ちゃんの嫁さんが。8時ごろ番号をとって。じゃけえ、ありがたいよね〉等5個のコードが、《サービス提供者への感謝》は〈（サービスの人）話もようするしね。あれして、これして、自分でしてくれてるけえね〉等2個のコードが存在した。D氏の《家族への感謝》は、〈（身体の具合が悪い時）どうしたらええ、どうしたらええと言うてますもん〉〈ほんとうに精いっぱいだと思うんですよ〉等5個のコードが、《親族への配慮》は、〈頼んだら、何でもやってくれるから何も頼めないの。迷惑でないはずがないから…〉等2個のコードが存在した。

A氏・B氏・C氏・D氏共に《家族への感謝》が存在した。B氏の《友人等の交流》とC氏の《親族への配慮》は家族以外の他者に対しての同じような内容であり、《サービス提供者等への感謝》に含めた。

5) 【今後の不安】に集約された語りの内容

このカテゴリーは、A氏は6個のコードと3個のサブカテゴリー、B氏は4個のコードと2個のサブカテゴリー、C氏は5個のコードと2個のサブカテゴリー、D氏は7個のコードと2個のサブカテゴリーで構成された。A氏のサブカテゴリーは《経済的な事への不安》《残されることへの不安》《身体状況が悪化することへの不安》、B氏は《残されることへの不安》《身体状況が悪化することへの不安》、C氏は《残されることへの不安》《今後の経済的なことへの不安》、D氏は《残されることへの不安》《身体状況が悪化することへの不安》であり、合わせて9サブカテゴリーであった。A氏の《経済的な事への不安》は〈そう言えば年金、それがちょっと不安だね〉等2個のコードが、《残されることへの不安》は〈先に私が死んどかんと…〉等2個のコードが、《身体状況が悪化することへの不安》は〈がんがどこかへ再発したら寝たきりになるでしょう。それがちょっと心配…〉等2個のコードが存在した。B氏の《残されることへの不安》は、〈一人じゃ生きていけないからね。私が先に逝かせていただきます〉等2個のコードが、《身体状況が悪化することへの不安》は〈この先どうなるかなという感じはやっぱりいつもありますね〉等2個のコードが存在した。C氏の《残されることへの不安》は、〈もうしょうがないね、1人じゃけんね。どこというて行くところはないわね〉等3個のコードが、《今後の経済的なことへの不安》は〈そうやってこうして病気しとったら、それを払わにやいけんわ。あと、やっぱりちょっとはみ出るわ、毎月ね。少な過ぎて〉等2個のコードが存在した。D氏の《残されることへの不安》は、〈一人で、万一があつたら主人がいなくても何とかできる方法を考えたいと思ってるんです〉等4個のコードが、《身体状況が悪化することへの不安》は、〈身体が心配。ええ、どの程度まで動くのかな、いつごろまで何とか動くのかなというですね〉等3個のコードが存在した。4名共に組み合わせが違ってもサブカテゴリーは同じであった。

第4節 考察

医療依存状況にある高齢在宅療養者の療養生活上の葛藤に関連した内容について、70歳の4名の女性のインタビューを行った。今までに生きてきた人生において様々な場面での葛藤を繰り返してこられたわけであるが、療養生活を始めてから現在までの葛藤を感じた場面について想起していただいた。その結果5つのカテゴリーが抽出された。

A氏は病気を発症した時に、家庭において役割喪失を体験し、発症前の自己像との違いに葛藤しながらも、夫や子供たち等の心身両面のサポートにより障害等を受容し、現状に適応してきたのではないかと推察される。中山（2007）は病気を発症することで、身体的な障害を受けると同時に、社会と家庭の両方において役割喪失を体験し、発症前の自己像との違いに葛藤していたこと、家族から患者の気持ちを受け止めている発言により、患者の表情や言葉に変化が見られ、障害受容に繋がっていたことを述べている。A氏は突然の病気の発症で緊急手術の結果人工肛門を増設している。家族には説明されたものの本人はあとで知らされ、自分の状況を受け入れるまでにはかなり葛藤していたと思われる。本人はその当時を振り返り淡々と話されていたが、受容できるまでにはかなりの期間を要したと思われる。夫の支えが大きいと推察された。そして〈私が先に主人に見送ってもらって、ほんで、後で主人は息子らと暮らすかどうか、それでうまくいけばいいんです〉と《残されることへの不安》を抱えながらも夫のことを気にかけている様子が伺えた。また〈関節が、治りたいけど治らないし、がんがどこかへ再発したら寝たきりになるでしょう。それがちょっと心配…〉と今後のがんの再発を気にしながら《身体状況が悪化することへの不安》を抱いていた。B氏も突然の病気の発症で原因が明確にならないまま下半身麻痺が残った。毎日自己導尿しなければならず、そのことに対しては日々の日課となって習慣化され苦痛には感じていない様子であったが、このような心境になるには日々葛藤を繰り返してこられたと推察される。しかし〈いつも体が痛いのが一番つらいですね〉〈負けますね、痛さには。痛みどめはすごく飲んでいます〉と言われるように両大腿部、膝の痛みがかなり辛い様子で、《身体の痛み辛さ》に耐えている様子が伺えた。まだ子供たちに母親としての役割を果たせていないという思いを持ちつつも、子供たちや夫から愛され慕われている状況が窺えた。赤澤ら（2008）は、友人や近隣の人々との交流頻度が高いこと等が主観的幸福感に影響を与えていたことを述べている。B氏も〈落ち込んでも仕方ないなと思うんだけど、優しい言葉には弱いですね、やっぱり。気遣ってくださって、優しく親切にしてもらおうと、ほんとに感きわまるときがありますね〉とサービス提供者に感謝し、〈お友達が結構来てくれますし、電話はこっちからもよくするんです〉と言われていたように友人との交流も、家族の存在と共に大きな支えに繋がっていると推察された。

C氏は長男夫婦の介護に対して素直に受け入れ、明るく振舞っていたが、心の奥底では様々な葛藤を抱えているのではなかろうか。C氏は果たして、夫の急死による悲嘆からの回復ができているのだろうか。会話の中では夫が様々なことに対して気を使い良く介護し

てくれたこと等の内容が多く聞かれ、明るく振舞いながらも悲嘆から抜け出せないでいるように感じ、改めてグリーフケアの大切さが思い起こされた。大竹（2011）は、医療依存度の高い処置を導入した在宅 ALS 療養者への看護として、医療的な視点での日常生活のアセスメント・指導を行いながら安全な療養生活の基盤を形成し、安定・継続に向けた役割が大きいことを述べ、訪問看護によるサポートの重要性を示している。C氏は医療依存度は高度ではないが、訪問看護による心身両面へのサポート及び家族への配慮が重要であろう。

D氏は血液透析を開始した当時、毎週3回通院し5時間程度のベッドでの拘束を受けることに対してかなり葛藤していたと推察される。自分のことは内面に秘め、夫の仕事に支障が出ないように、献身的に尽くしていたようである。それまでのD氏は妻としての内助の功に身を徹し、自分を抑えすべてを抱え込んでいた生活が、新たな病気の発症によるADLの低下に伴い、抑えきれなくなった感情を夫の前でぶつけた。そしてその期を境に素の自分をさらけ出すことができるようになり、精神的な安寧を取り戻したと思われる。しかしながらまた新たな病気との闘いが始まったわけであるが、夫も今まで自分を支えてくれた妻に感謝できるようになり、D氏にとって今までになかった夫の支えが得られることに心が軽くなったためか、その後の再三の入院生活に不満を持ちつつも他者に吐き出すことができていたようである。内山ら（2012）は、在宅療養におけるALS患者と主介護者の体験世界には、時間性と歴史性を背景として「気づかい」が存在し、信頼の条件のもとでALS患者と主介護者が生き抜く世界が展開されていたことを述べている。D氏も長い生活史の中で夫や子供たちへ気遣いをすることにより、夫や子供たちから信頼を得て、お互いに思い合う家庭環境が構築されていったのであろう。今回の対象は女性のみであったが、今後男性についても実施する必要がある。

第5節 第6章のまとめ

4名の療養者の語りの中から、医療依存状況にある高齢在宅療養者の葛藤の概念として、図6-3-1が導き出された。今回医療依存状況にある高齢在宅療養者の語りから抽出された概念は、【回復への期待】、【不自由な体に対する辛さ】、【不自由な体に対する諦め】、【他者への感謝】、【今後の不安】であり、それらが複雑に絡み合っていて関係しながら、高齢在宅療養者は日常生活の中で様々な葛藤を抱いていた。【回復への期待】は、《治療効果の追求》《まだ治るという期待》等があり、いつか治るのではないかと期待しつつ治療していた。【不自由な体に対する辛さ】は、《他者に依存しなければならない辛さ》《自分の思いに添えない辛さ》《身体の痛みの辛さ》があり、【不自由な体に対する諦め】は、《介護を受けるという割り切り》《思うように行動できない諦め》等があり、自分の思い通りにならないのはがゆさや悔しさ、内に秘めた思いを表出できない辛さ等を感じながらも、他者の手を借りなければ生活できないこと等の諦めがあった。【他者への感謝】は、家族やサービス提供者へに対

して日々の介護に対する感謝を表していた。【今後の不安】は、身体状況が悪化することや介護者が先立ち取り残されること、経済的な不安等を抱いていた。一般的に療養者は病気を発症し、治療等をしながら、症状等の改善を図りつつ、医療処置が必要な場合は療養者本人または家族介護者等が技術を修得し、療養生活を送っている。今回の高齢在宅療養者も個々により状況は異なるが、日常生活において様々な葛藤を抱えていることが明らかとなった。

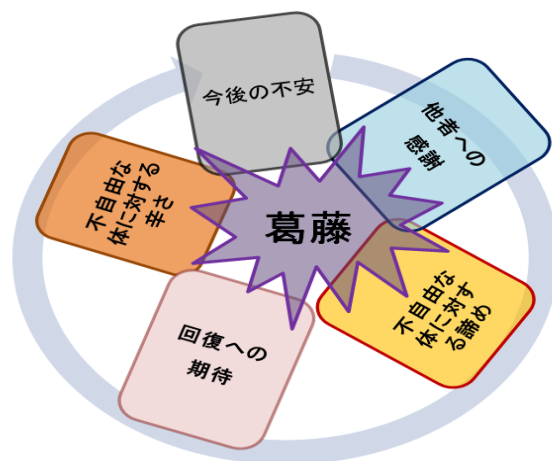


図6-3-1 医療依存状況にある高齢在宅療養者の葛藤の概念図

引用文献

- 赤澤 淳子, 水上 喜美子 (2008) : 地方居住高齢者の社会的ネットワークと主観的幸福感, 仁愛大学研究紀要, 7, 1-14.
- 深瀬 裕子, 岡本 裕子 (2010) : 老年期の心理社会的課題への関与からみた類型と関連要因, 広島大学心理学研究, 10, 159-170.
- 平原 優美, 河原 加代子 (2013) : 外来化学療法中のがん患者の在宅療養生活と, The Journal of Japan Academy of Health Sciences, 15(4), 187.
- 中山 亜弓 (2007) : 障害受容における患者の意識変化と家族関係の一考察-在宅への移行期にある高齢患者への支援-, 新見公立短期大学紀要, 28, 53-57.
- 沖中 由美 (2011) : 在宅で老いを生きる要介護高齢者の自己意識, 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 119-129.
- 大竹 しのぶ (2011) : 在宅 ALS 療養者における医療依存度の高い処置導入後の看護の役割-安全から QOL 向上へ向けて, 難病と在宅ケア, 17(4), 14-18.
- 田中 正子, 二宮 寿美, 河野 保子 (2012) : 高齢在宅療養者の療養生活上の認識に関する概念化, 宇部フロンティア大学看護学ジャーナル, 5(1), 26-27.
- 内山 久美, 久木原 博子, 古庄 夏香 (2012) : 在宅療養における筋委縮性側索硬化症患者と主介護者の体験世界の意味, International Nursing Care Research, 11(2), 69.

第7章 医療依存状況にある在宅高齢者の自立支援に向けた事例的検討

第4章で医療依存状況にある高齢者を、第5章では地域在住高齢者の実態を明らかにし、QOLについてパス解析により検討した結果、葛藤とうつが大きな影響を与えていたことが明らかとなった（図4-3-1、図5-3-1）。なおパス図よりうつも大きな要因であるが、葛藤はうつとQOLに直接影響を及ぼしていることから、葛藤はうつの前段階の可能性もあり、葛藤の軽減がうつへの移行防止に繋がるのではないかと考え葛藤に注目した。そしてその葛藤に影響を与えていたのは、転倒とADLであったことから、療養生活における在宅高齢者の自立に向け、介入によりQOLの向上を目指した心理的・身体的看護アプローチによる上肢・下肢運動を実施し、その効果を検討する。

第1節 研究目的

総務省統計局が2016年9月18日に発表したレポートでは、65歳以上の高齢者が3461万人となり、高齢化率は27.3%で過去最高となった。そして介護保険制度が施行され16年が経過し、要介護（要支援）の認定者数は、2016年5月現在622万人となっている（厚生労働省、介護保険事業状況報告）。開始年度と比較して2.85倍増加しており、今後も増加していくことが見込まれる。医療の進歩、入院期間の短縮等により、医療依存状況にある在宅高齢者も増加しており、介護保険を利用しながら療養生活を送っている療養者も多い。介護保険によるサービスも改正毎に充実しつつあるが、支給限度額があり訪問看護の回数が制限されてしまうケースが多い。大竹（2011）は、医療的な視点での日常生活のアセスメント等訪問看護によるサポートの重要性を述べている。在宅における療養生活では、療養者の思いに沿った自立支援が求められ、訪問看護サービス利用の少ない回数の中で、在宅で療養者が自主的に毎日実践できるような、QOLの向上を目指した心理的・身体的アプローチは重要であろう。

健康増進・症状改善の効果について、中川ら（2007）は運動プログラムにより、身体能力のみでなく社会的および心理的態度にも改善が得られたこと、森ら（2013）は「太極拳ゆったり体操」により、動脈硬化関連指標（CAVI）と身体組成（脂肪量）が有意に改善したこと、衣笠ら（2012）は口腔機能向上支援プログラムの効果等を報告している。看護職による介入では、落合（2014）、姫野ら（2010）の在宅高齢者のフットケア効果の報告がある。

しかしながら、看護における心理的・身体的看護アプローチを用いた上肢・下肢運動によるADL維持向上に関する介入研究の報告は数少ない。そこで本研究では、高齢在宅療養者に対して、上肢・下肢機能訓練を実施することにより、「筋力の維持・向上を図ることができる」、「生活全般に意欲・活気が出て心身に対する、自立・自律への変容につながる」という2つの仮説を立て検証することを目的とした。

第2節 方法

第1項 対象及び方法

対象者の選定は、地域医療を推進している主治医と訪問看護を担当している看護師長に、研究目的方法を説明し了解を得たうえで、筆者も交え相談しながら認知症の無い要支援者2名を選定した。1名は主治医の要望があり本人及び家族の了解を得た。もう1名は主治医了解のもと、訪問看護担当師長より本人及び家族の同意を得てもらった。その後筆者が直接電話を入れ、療養者及び家族共に都合の良い日時を合意の上で決めた。筆者が対象者の居宅を訪問し、『仮説1. 上肢・下肢機能訓練を実施することにより、筋力の維持・向上を図ることができる』『仮説2. 上肢・下肢機能訓練を実施することにより、生活全般に意欲・活気が出る。すなわち心身に対する、自立・自律への変容につながる』という2つの仮説の検証を目的に、1週間毎に合計4回、心理的・身体的看護アプローチを用い実施した。対象者には毎日実施してもらった。

研究デザインは介入研究である。

第2項 研究期間

2015年11月7日～2015年11月28日

第3項 用語の定義

1. ADL 自立：今回の研究では、上肢・下肢運動を行うことにより、上下肢機能が維持・向上することを指す。
2. 活気：日常生活全般において、生き生きとした気分であることを意味する。
3. 意欲：日常生活全般において、自ら進んで何かをしようと思うことを意味する。

第4項 研究内容

1. 介入対象者

65歳以上の認知障害及び麻痺のない要支援1・2レベルの高齢在宅療養者で、且つ量的研究の対象者：2名

2. 環境設定

- 1) 療養者の居室で、可能な限り25℃前後とする。湿度も可能な限り50～60％程度とする。
- 2) 衣服は療養者の吸湿性の良い普段着とし、介入時には同じ衣服をお願いする。

3) 主治医の許可を得る。

3. 介入内容（心理的・身体的看護アプローチによる上肢・下肢運動）

1) 療養者の実施時における留意事項

- (1) 療養者は、毎日2回、食直後は避けてできる限り同じ時間帯に、マニュアルに沿って上肢及び下肢のエクササイズを実施する。
- (2) 療養者は毎日、上肢及び下肢運動実施後記録ファイルに必要事項を記載する。
- (3) 療養者が気分の悪い時や体調が思わしくないときは、上下肢運動を中止する。

2) 療養者の自己エクササイズ（身体的アプローチ）

- (1) 姿勢は基本的に椅子での端坐位とする
- (2) 下肢：足関節の屈曲伸展…左右各20回
- (3) 下肢：足関節に0.5kgの重りをつけ、左右交互に下腿の伸展運動20回
- (4) 上肢：ペットボトル500mlを持って左右交互に屈曲伸展…20回
- (5) 上肢：ハンドグリップで握力運動…左右各10回

3) 筆者の関わり（心理的アプローチ）→自立への動機づけ

- (1) 筆者は1週間に1回、評価を兼ねて療養者のエクササイズに同席する。
- (2) 傾聴、共感、受容をベースとし、療養者の状況に合わせたコミュニケーションを図る。
- (3) 基礎情報を基に療養者及び家族への声かけをする。
- (4) 関心及び興味のありそうな話題を提供し、反応をみながら対応する。
- (5) 今までの療養者の自分史、生活史に触れながら、生きてきた証を肯定する。

4. 介入操作

1) 介入前の準備

- (1) 訪問看護を実施しているクリニックの協力を得て、対象者の選定を依頼する。
- (2) 上肢・下肢運動内容及び方法、注意事項等、療養者及び家族が理解しやすいパンフレットを作成する。
- (3) 上肢及び下肢運動実施後に実施の有無や体調等を記載する用紙を作成する。
- (4) 筆者が了解の得られた療養者宅へ事前に電話を入れ、都合の良い日時に訪問する。
- (5) 初回訪問時、介入研究目的、方法、実施内容等について倫理的事項を含め、具体的にわかりやすく説明し、書面で同意を得る。

2) 介入時

- (1) 介入前評価時に、事前に作成したパンフレット（資料1-⑥）及び記録用紙に沿って、記録を含めた実施内容・方法・注意事項等について説明する。
- (2) 最初に筆者が上肢及び下肢運動について、デモンストレーションをする。

- (3) 安全・安楽を確認後，療養者自身に上肢及び下肢運動を行ってもらふ。
- (4) 療養者が上肢及び下肢運動実施後，事前に作成した記録ファイルを渡し，実施の有無や症状等の記載をしていただくようお願いする。
- (5) 運動に要した時間や介入前・介入中・介入後における状況及び話題に出た内容等，関わりの事実について，筆者がフィールドノートに記載する。

3) 介入操作の実際

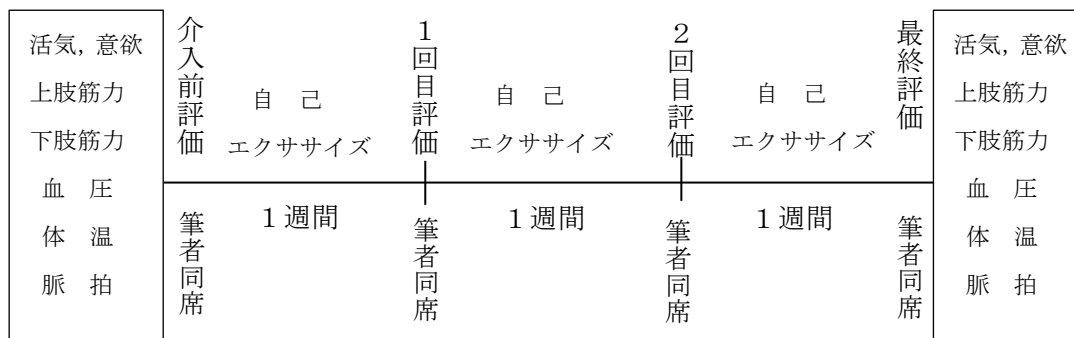


図 7-2-1 介入操作の実際

4) アウトカム指標

介入前と介入後1週間毎3回，合計4回；

上肢，下肢筋力及び活気，意欲，生理学的変化（血圧，体温，脈拍）について評価

- (1) 下肢筋力；下腿を拳上し，足関節屈曲回数を左右1分間測定
大腿周囲径測定（膝関節上10cm）
- (2) 上肢筋力；ペットボトル(500ml)及びハンドグリップ別，上腕の屈曲伸展回数を左右1分間測定，握力測定（スメドレー握力計），上腕周囲径測定（肘関節上10cm）
- (3) 意欲；VAS（Visual Analogue Scale）を用いて測定
- (4) 活気；VAS（Visual Analogue Scale）を用いて測定
- (5) 生理学的変化；血圧および脈拍はオムロン電子血圧計 HEM-6300F で，体温はテルモ電子体温計 C205 で測定する。

5. 介入までの準備

1) パンフレットの作成

- (1) 介入で使用する物品を購入し，実際に高齢者に使用して両下肢運動を実施してもらった。使用状況の感想を聞きながら，手順を確認した。
- (2) マニュアルを作成し，対象者及び家族に理解しやすいようなイラストを入れてもらうように知人に依頼し，推敲を重ねた。

第3節 結果

1) 対象者の概要

表 7-3-1 は対象者の概要を示している。2 名とも要支援 1 の後期高齢者の女性であり、A 氏は 94 歳、B 氏は 84 歳であった。A 氏は 3～4 か月前から閉じこもり状態となり、ADL が低下している為、主治医より是非介入してほしいとの依頼を受け対象とした。A 氏は 2 世帯住宅の 1 階に、2 階には次女夫婦が居住しており、次女（74 歳）が介護していた。脳梗塞後遺症で左半身のしびれ感がある。ベッド横にホーム炬燵があり、座ることはできるが立ち上がりは介助が必要である。排泄は居室内にドア付きのトイレがあり、ベッド柵に掴まりトイレに行くのがやつの状態である。食事はセッティングすれば自分で食べる。入浴等は長女や 3 女が来て介助してくれる。日中は外出せず、ホーム炬燵に座り、スカパーの時代劇を見ることが楽しみである。時折手のリハビリの為折り紙をしている。利用サービスは、訪問診察を月 1 回、訪問看護を 2 週間に 1 回、訪問マッサージを 1 週間に 1 回利用している。B 氏は長男夫婦と同居しており、南側の日当たりのよい部屋が居室であり、長男の嫁が介護している。脳出血の既往があり、左半身のしびれがある。右大腿骨骨折後、2 本の杖で歩行している。入浴介助が必要な状態である。利用サービスは、訪問診察を月 1 回、訪問看護を 2 週間に 1 回、デイサービスを 1 週間に 1 回利用している。

表7-3-1 対象者の概要

	年齢・介護度	疾患名	医療状況	利用サービス	状況
A	94歳，女性 要支援 1	脳梗塞後遺症	服薬治療	訪問看護 訪問診察 訪問マッサージ	2 世帯住宅で、2 階に次女夫婦が住んでおり、次女が介護してくれる。娘が 3 人おり、交代で入浴介助等に来てくれている。
B	84歳，女性 要支援 1	脳出血後遺症 心不全 右大腿骨骨折後	服薬治療	訪問看護 訪問診察 デイサービス	長男夫婦と同居しており、嫁が主に介護してくれる。近くに長女がおり、時々様子を見に来てくれる。

1. 介入経過

1) 11 月 7 日（初回訪問）

A・B 氏ともに 5 か月前に質的調査でインタビューしているので実際は 2 回目の面識であった。A・B 氏ともに快く受け入れてもらい和やかな雰囲気の中で、今回の研究目的及び方法等について対象者と家族に説明した。B 氏の居宅では近所に住んでいる B 氏の長女も同席した。身体運動については、パンフレットを渡し、筆者が自ら実施しながら説明した。A 氏は午前 10 時頃、B 氏は午後 2 時 30 分頃訪問した。

A 氏に対する筆者の働きかけとして、①笑顔で話しかけ、近況を聴く②療養者の話を傾聴し、頷きながら受容し、共感の態度で接する③以前の療養者の笑顔を誉め、上下肢筋力

をつけて、笑顔を取り戻してセルフケアできるように動機付ける④共に運動しできたことを誉める⑤主治医が心配し、運動で筋力を回復して元気になってほしいと言われていたことを伝えることに留意しながら接した。療養者は、①表情がない②両手に杖をついてベッドからトイレ（2m 位）へ行くのがやっとの状態になっている③座位でも両下肢を拳上できない状況であり、療養者からは、「①近所の人や友人が続けて亡くなって辛い②やる気がない③下の前歯が抜けたので食べ物が噛みにくい」という発語があった。長女からは、「①最近全く外出しない②食欲はあってよく食べる③歯の抜けたことを何回も言う」という情報を得た。療養者は、訪問時、表情が暗く笑顔が見られなかったが、徐々に時折笑顔を見えるようになった。長女からは何とかして元気になってもらいたいという思いが伝わった。

B 氏に対する筆者の働きかけとして、①笑顔で話しかけ近況を聴く②療養者の話を傾聴し、頷きながら受容し、共感の態度で接する③運動をするときは、声を出して数えながら行うように話すことに留意しながら接した。療養者からは、「①緊張していた②杖をついて歩行している③足が冷える」という発言があり、ベッド横で電気ストーブをつけていたが、腋下に発汗があり、体温測定エラーとなり、本人がストーブを切った状況であった。その他の情報として、①心疾患が有るが主治医からの制限はない②脳出血の既往があり左半身に力が入りにくい③ディサービスに毎週 1 回、火曜日に行っている④難聴があり補聴器が必要である等を得た。長女が来ており、嫁と共に状況を見てもらった。B 氏は運動終了後、「運動をしたあとは気持ちがよくなった。体が軽くなったような感じがする」と言われていた。

2) 11 月 14 日（2 回目訪問）

A 氏に対する筆者の働きかけとして、①笑顔で話しかけ、その後の状況を聴く②療養者の話を傾聴し、頷きながら受容し、共感の態度で接する③前回よりも笑顔や表情がよくなっていることを誉める④前回よりも下肢筋力や握力がよくなっていることを伝え、頑張りを誉める⑤手を握り笑顔でオーバーに明るく話しかける⑥運動は身体の調子に合わせて無理をしないように話すことに留意しながら接した。療養者の状況は、①訪問時前回より表情が明るくなっている②発語も多い③前歯が抜けたことを気にしている④両下肢共に前回に比べ拳上できるようになっており、A 氏から、「①足はなかなか上がらない②自分でできることは自分でしたい③やる気は大いにあるんだけど…。身体がついていけない」という発言があった。長女からは、「①運動はやる気はあるがさぼりたがる②握力は続けて何回もして、しんどいと言っていた③今日は急にマッサージの人が 13 時にしてくれと言われ、さっき帰ったところです④午前中の方が体調はいい。午後はベッドに横になりたいらしい」という情報を得た。今回は B 氏の介護者の都合で訪問が午前と午後入れ替わった。

B 氏に対する筆者の働きかけとして、①笑顔で話しかけ、その後の状況を聴く②療養者の話を傾聴し、頷きながら受容し、共感の態度で接する ように留意しながら接した。療養者の状況は、①訪問時すでに午前の運動を終え、トイレに行っていた（→運動は実施せず）③笑顔で明るく話をされる等、自ら積極的に運動されていた。そして「①あれから毎日運

動をしている②足がよく冷えるけど、冷たい時に足の運動をすると体がポカポカしてくる③運動をしたあとは気持ちがいいね④（筆者の服装を見て）来ている服はいいですね」等の発語があった。今回はB氏の家族の都合で、午前中の訪問となった。途中で長女が来た。

3) 11月22日（3回目訪問）

A氏に対する筆者の働きかけとして、前回と同様に、①笑顔で話しかけ、その後の状況を聴く②療養者の話を傾聴し、頷きながら受容し共感の態度で接する③前回よりも笑顔や表情がよくなっていることを誉める④手を握り笑顔でオーバーに明るく話しかける⑤運動は体の調子に合わせて無理をしないように話すように留意しながら接した。療養者の状況は、①表情は徐々に明るくなっている②発言も多い③相変わらず前歯が抜けたことを気にしている④両下肢共に前回に比べ拳上できる範囲が広がっている等、徐々に良い方向に向いている。そして「①なかなかよくならんね②娘のいところが2、3前に亡くなってね…③自分でできることは自分でしたい④やる気は大いにあるんだけど…。身体がついていけない」等の発語があった。また長女から、「①外へ出たらいいのだけど出ようとしないんですよ②手の運動はよくしてるみたいだけど、重りを付けた手足の運動はあまりしたがない」等の情報を得た。

B氏に対する筆者の働きかけとして、①笑顔で話しかけ、その後の状況を聴く②療養者の話を傾聴し、頷きながら受容し、共感の態度で接する③運動をするときは、声を出して数えながらするように留意しながら接した。療養者の状況は、①訪問時、ベッドに横になっていた②毛染めをしパーマをかけていた③笑顔で明るく話をされる④積極的に自分から声を出して運動された等、前向きであった。そして「①運動の時に声を出した方がいいと言われたけど、やはりほんとうだった。本に書いてあった。声を出すことは大事なんですね。一人でする時は時々バカみたいに思えるけど、声を出すようにしている②運動すると気持ちがいい。身体がポカポカしてくる③毎日頑張っている④背筋が伸びる⑤姿勢がよくなる⑥昨日はパーマに行ってきた⑦外に出ると気持ちがいいね」等の発語があった。長男の嫁は側でずっと見守っていたが、ほとんど無言であった。筆者が帰る時に療養者のいない場所で、日々の介護を労い、様子を聞くと毎日頑張っていることを話してくれた。

4) 11月28日（4回目訪問）

A氏に対する筆者の働きかけとして、前回と同様に、①笑顔で話しかけ、その後の状況を聴く②療養者の話を傾聴し、頷きながら受容し共感の態度で接する③前回よりも笑顔や表情がよくなっていることを誉める④手を握り笑顔でオーバーに明るく話しかける⑤運動は体の調子に合わせて無理をしないように話すように留意しながら接した。療養者の状況は、①ホーム炬燵で折り紙をしていた②会話は多くなっている③膝関節が硬縮傾向である等であった。A氏は「①食事は美味しいけど、前歯が抜けてね…②手の運動はするけど足の運動はつい億劫になって…③しないといけないとは思っているけどあまり真面目にしない③今日は今までで一番よく頑張って運動ができた④これからもがんばって運動する」等の発語があった。筆者は運動後の計測等を終え、A氏に天気が良いため戸外へ出るよう

勧めた。筆者が見守り介助しながら、手すりを使用し庭に出て車椅子に乗り、日光浴をした。長女も同席し、外気に触れながら話をした。長女は「今まで外に出るよう促しても全く聞き入れず、出ようとしなかった。外へ出たのは半年ぶりかね…。」と笑いながら話していたが、嬉しそうであった。A氏も「やっぱり外はいいね。家の中にこもってはいけんね。」等久しぶりの日光浴を楽しんでいた。筆者は介入前後を比較した結果状況を伝え、今までの頑張っている様子を誉め、今後も自分のできる範囲で運動を続けるよう促した。

B氏に対する筆者の働きかけとして、①笑顔で話しかけ、その後の状況を聴く②療養者の話を傾聴し、頷きながら受容し、共感の態度で接する③運動をするときは、声を出して数えながらするように留意しながら接した。療養者の状況は、①訪問時、ベッドに横になっていた②笑顔で明るく話をされる③積極的に自分から声を出して運動された等、より前向きであった。そして「①痰が出てすっきりした②身体の筋肉全体が少しづつ伸びた感じがする③右足の重い感じが少しづつ軽くなってきている④声を出して運動することは大事だ⑤良いことを教えてもらってうれしい⑥これからも続けていきたい」等の発語があった。長男の嫁は側でずっと見守っていた。筆者は介入前後を比較した結果状況を伝え、今までの頑張っている様子を誉め、今後も自分のできる範囲で運動を続けるよう促した。

2. 上下肢機能訓練による成果

表7-3-2 A氏の介入結果

項 目	初回		1回目		2回目		3回目	
	運動前	運動後	運動前	運動後	運動前	運動後	運動前	運動後
環境温度・湿度	23℃ 60%		24℃ 56%		24℃ 52%		24℃ 46%	
訪問時間	AM 10:00～11:20		PM 2:30～3:40		AM 10:00～11:00		AM 10:00～11:30	
活 気 (VAS)	1.3	2.2	3.1	2.7	4.5	8	4.8	5
意 欲 (VAS)	0.9	2.5	5.1	3.5	4.8	8.8	4.5	7.4
身体が軽い 5件法(1～5)	/		/		/		/	
身体がすっきり 5件法(1～5)	/		/		/		/	
体 温	36.8	36.5	36.6	36.4	36.8	36.3	36.8	36.7
生理学的	/		/		/		/	
血 圧	106/55	123/70	128/62	138/69	121/64	106/50	111/59	100/58
脈 拍	82	80	69	73	82	76	89	82
上肢筋力	/		/		/		/	
上腕周囲(cm)	/		/		/		/	
屈曲伸展回数 (ペットボトル)	/		/		/		/	
屈曲伸展回数 (ハンドグリップ)	/		/		/		/	
握力(kg)	/		/		/		/	
下肢筋力	/		/		/		/	
大腿周囲(cm)	/		/		/		/	
屈曲伸展回数 (重りバンド0.5kg)	/		/		/		/	

表 7-3-2 は A 氏の、表 7-3-3 は B 氏の全部の計測結果である。環境について A 氏は温度：23～24℃，湿度：46～60％であり，B 氏は温度：24～25℃，湿度：40～56％であった。運動後に身体が軽くなったかという質問（5 件法）では，A 氏は初回も 3 回目も同じ 4 であり，B 氏も初回・3 回目とも 5 であった。運動後に身体がすっきりしたかという質問（5 件法）では，A 氏は初回は 3 であったが 3 回目は 4 であり，B 氏は初回・3 回目とも 5 であった。生活全般の活気と意欲については，A 氏，B 氏ともに運動前と比較し運動後に点数が高くなっている。A 氏は，初回の活気が 1.3，意欲が 0.9 であったが，4 回目の運動終了後には活気が 5.0，意欲が 7.4 に増加していた。B 氏も，初回の活気が 4.9，意欲が 4.7 であったが，4 回目の運動終了後には活気が 9.4，意欲が 9.5 に増加していた。

表7-3-3 B氏の介入結果

項 目	初 回		1 回 目		2 回 目		3 回 目		
	運動前	運動後	運動前	運動後	運動前	運動後	運動前	運動後	
環境温度・湿度	25℃	56%	24℃	50%	24℃	46%	24℃	40%	
活 気 (VAS)	4.9	9.3		7.4	8.1	8.8	8.6	9.4	
意 欲 (VAS)	4.7	9.3		7.2	8.5	8.8	8.5	9.5	
身体が軽い 5件法 (1～5)		5		4		5		5	
身体がすっきり 5件法 (1～5)		5		4		5		5	
生理学的	体 温	37.1	37.1	36.4	36.8	36.0	36.2	36.3	36.3
	血 圧	111/59	132/74		110/72	115/70	108/62	110/68	120/75
	脈 拍	96	100		94	92	100	91	102
上肢筋力	上腕周囲(cm)		右：24.5 左：24.0		右：24.5 左：24.0		右：24.5 左：24.2		右：24.6 左：24.3
	屈曲伸展回数 (ペットボトル)		右：30 左：35		右：39 左：40		右：35 左：34		右：38 左：43
	屈曲伸展回数 (ハンドグリップ)		右：38 左：40		右：46 左：45		右：50 左：52		右：58 左：60
	握力(kg)		右：15 左：18		右：16 左：18		右：17 左：18		右：17 左：19
下肢筋力	大腿周囲径(cm)		右：33.0 左：33.5		右：33.2 左：33.7		右：33.2 左：33.7		右：33.3 左：33.8
	屈曲伸展回数 (重りバンド0.5kg)		右：34 左：36		右：40 左：42		右：35 左：36		右：44 左：48

上肢・下肢機能訓練の実施結果において，上腕周囲径及び大腿周囲径は，初回と比較し 4 回目の計測値がほとんど変化しなかった。しかし，ペットボトル(500ml)及びハンドグリップ別，上腕の屈曲伸展回数及び足関節屈曲回数については，A 氏及び B 氏ともに初回と比較し回数を重ねる毎に増加していた。ペットボトルでの屈曲回数が，A 氏は右腕：8 回から 26 回に，左腕：5 回から 24 回となり，ハンドグリップでは，右腕：7 回から 20 回に，左腕：6 回から 15 回に増加していた。B 氏はペットボトルが，右腕：30 回から 38 回に，左腕：35 回から 43 回となり，ハンドグリップでは，右腕：38 回から 58 回に，左腕：40 回か

ら 60 回になっていた。足関節屈曲回数についても、ペットボトル及びハンドグリップ別の上腕の屈曲伸展回数は、A氏及びB氏ともに初回と比較し回数を重ねる毎に増加していた。A氏は、初回は運動前後共に両下肢の拳上が出来なかった為、回数測定できなかったが、2回目は右足のみ 6 回拳上出来た。2 回目と比較し 4 回目には 16 回になり、左足は 3 回目に 12 回屈曲することが出来、4 回目には 18 回に増加していた。B氏は、右足：34 回から 44 回に、左足：36 回から 48 回に増加していた。

3. 医療依存状況にある在宅高齢者の QOL 向上に向けた看護介入モデルの検討

本研究で導き出した図 8-2-1 は、研究の概念モデルとして提示した図 2-1-1-2 の枠組みで実施した、第 1～第 4 段階までの研究により導き出された知見を基に看護介入モデルを示したものである。医療職者は、医療依存状況にある高齢在宅療養者の療養ニーズを把握するために、療養生活状況及び身体機能レベルのアセスメントはもちろんであるが、なかでも葛藤・うつ状況のアセスメントは特に重要視する必要がある。何故ならば様々な葛藤概念によって医療依存状況にある高齢在宅療養者の内面は、大きく揺れ動いていることが明らかにされたからである。また療養生活状況のアセスメントも QOL と共に重要であることが示された。また 2 名のみ両上肢・下肢機能訓練による介入であったが、筋力については、上腕周囲径及び大腿周囲径は増加しなかったものの、上腕の屈曲伸展回数及び足関節屈曲回数については増加しており、筋力向上の可能性が示唆された。さらに 2 名共に活気及び意欲が増加しており、生活全般に意欲・活気が出て良い行動変容に繋がっていると推測できた。どのような介護状態であっても、それぞれのレベルに応じた上下肢運動の実施により身体・心理的效果が期待できる。

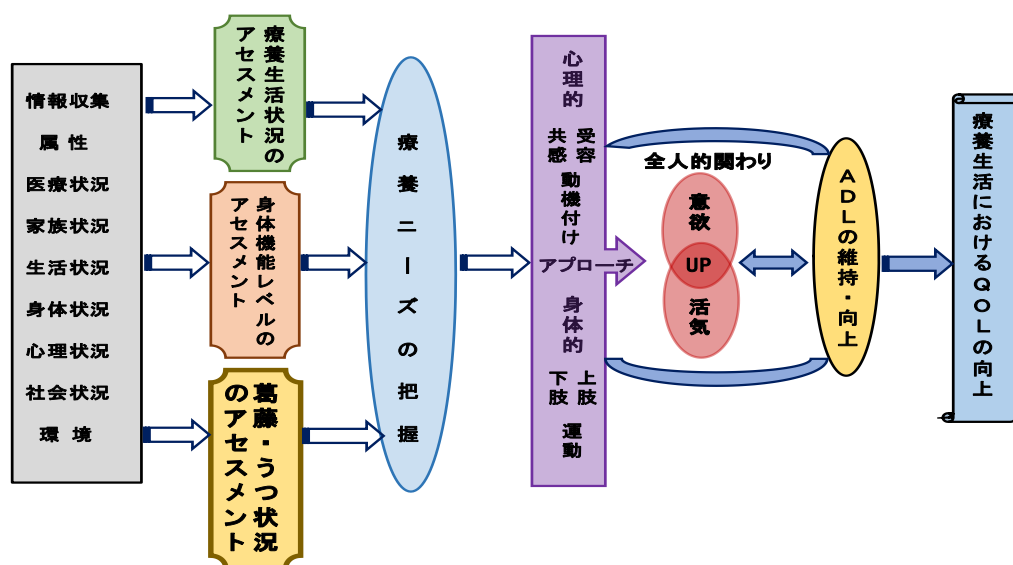


図7-3-1 医療依存状況にある在宅高齢者のQOL向上に向けた看護介入モデルの試案

第4節 考察

「上肢・下肢機能訓練を実施することにより、筋力の維持・向上を図ることができる」という仮説1において、アウトカム指標の上腕周囲径及び大腿周囲径は、初回と比較し4回目の計測値がほとんど変化しなかった。しかし、ペットボトル(500ml)及びハンドグリップ別、上腕の屈曲伸展回数及び足関節屈曲回数については、A氏及びB氏ともに初回と比較し回数を重ねる毎に増加していた。筋力については上腕周囲径及び大腿周囲径は増加しなかったものの、上腕の屈曲伸展回数及び足関節屈曲回数については増加しており、筋力向上の可能性が示唆される。筆者が計測時に両上腕、両下肢に触れた時の皮膚の感触が、初回は弛みを感じたが最後は張りを感じたことから筋力アップしているのではないかと推測された。二人とも後期高齢者であり、A氏は94歳と超高齢者であることから、若者のような結果は期待できないだろう。一般的な高齢者の身体的特徴として、外的変化（皮膚の乾燥、しわ、歯牙の脱落、頭髮の脱落、白髪、円背等）、運動機能の低下（動作緩慢、不安定、反射や反応、筋力・持久力等）、感覚機能の低下（視力、聴力、触覚、痛覚、温度覚等の体性感覚）、生理機能の低下（循環、呼吸、腎・排泄等）が挙げられる。個々による違いはあるが身体的変化は加齢とともに進行しており、A氏もB氏も例外ではないと思われるが、訓練をしなければ関節硬縮は進行し、筋力低下は防止できず、自力歩行は不可能となることは確実である。精神面は鍛えれば老化しないことは周知の事実であるが、身体面においても上下肢運動を（できれば毎日）実施すれば筋力低下の防止は可能であろう。

「上肢・下肢機能訓練を実施することにより、生活全般に意欲・活気が出る。すなわち心身に対する、自立・自律への変容につながる」という仮説2においては、意欲・活気共に初回の運動前と4回目の運動後で比較すると、A氏の活気が3.8倍、意欲が8.2倍に増加し、B氏も活気が1.9倍、意欲が2倍に増加していた。A氏、B氏ともに生活全般に意欲・活気が出ていたと思われ、良い行動変容に繋がっていると推測できた。茅野ら（2008）は、チューブトレーニングを用いたプログラムにより握力に効果があり、下肢筋力群を強化することで身体のバランス能力の向上に有効であったこと、運動の成功体験を実感することで、IADLの維持・拡大につながり、気持ちが前向きになる等の精神的変化が得られたこと、日常生活の心身の変化から運動の効果を実感することで、運動習慣を身につけることができ、行動変容へと移すことが可能となることが明らかとなったことを報告している。今回の対象者も上肢・下肢運動により、わずかであるが握力の増加があり、上腕の屈曲伸展回数及び足関節屈曲回数が増加している。また活気・意欲も増加しており、介入内容や方法は異なるが茅野らの結果と類似している。

A氏は10年前に脳梗塞を発症し、左半身のしびれが残っていた。手のしびれは折り紙等をして良くなったが、2、3年前から右足もしびれるようになり、今は杖を2本使って歩いている状態で、5か月位前までは毎週1回ディエサービスに行っていたが、現在は閉じこもり状態となっていた。主治医が心配し今回の介入対象者に是非入れてほしいと申しこま

れた経緯がある。初回訪問時（事実上は2回目）、表情も乏しく意欲や活気が全くなく、うつのような状況であった。両下肢も0.5kmの負荷をかけると全く拳上できなかった。A氏の数少ない発語や次女の情報から、近所の人や友人が続けて亡くなったことや下顎前歯の欠損による咀嚼困難が影響していると思われた。5か月前に聞き取り調査をしたときには、自分の歯が18本あることを誇りに思っていて、大事な前歯が抜けた影響は大きかったようである。筆者はその事実を受容し寄り添いながら、A氏の関心を上下肢運動に移行できるように期待し働きかけた。最初の反応は乏しかったが、ハンドグリップが気に入った様子であり、上手にできていることを誉めると笑顔がみられた。A氏は元来几帳面な性格であり、言われたことはしようと思われた様子で、やる気にはなっていたが、決して無理はしないように話した。その後重りを付けた下肢運動はあまり積極的にされなかったようであるが、上肢運動は毎日続けることができていた。1週毎3回の訪問であったが、徐々に表情は明るくなり、最後は外への連れ出しに応じてもらうことができ、関わった筆者としては嬉しい結果であった。次女も久しぶりに外気浴できたことを喜んでいた。

B氏は脳出血の後遺症で左半身にしびれがあった。右大腿骨骨折リハビリにより歩行できるようになったが、2本の杖をついて歩行している。毎週1回ディサービスを利用しており、他者との会話が好きな様子である。自宅では長男夫婦と同居し、長男の嫁が介護しているが、嫁はあまり話をしないようでB氏にとってはそれが少々不満の様子であった。嫁は几帳面で義務感が強いようで、家事や介護等はきちんとするが会話は苦手の様であり、ストレスを抱え込みやすいと思われた。筆者が帰る際には、B氏のいない玄関等で嫁の献身的な介護に対して労いの言葉をかけながら、あまり無理をしないよう毎回声掛けをした。B氏は明るい性格で、上下肢運動の必要性はよく理解して積極的に毎日実施された。

今回の対象者のA氏、B氏はともに、質的研究にも協力してもらっており、筆者とはコミュニケーションが図れ、ある程度の信頼関係を構築できていたと思っている。そのような状況で介入研究にも快く応じてくれたと思われる。要介護状態であっても安全性に配慮しながら運動することは可能であり、看護職の介入により良い効果が期待できるのではなかろうか。しかしながら、本研究は2事例のみであり、他のサービスの影響も考えられるため一般化はできない。

本研究の介入成果を含め今までの研究成果から、療養生活状況・身体機能レベル・葛藤およびうつ状況の的確なアセスメントにより療養ニーズを把握すること、心理的に受容・共感の動機づけをしながら高齢在宅療養者のレベルに応じた身体的上肢・下肢運動を実施し、全人的関わりをすることが大切であることが明らかになった。そのことにより高齢在宅療養者は意欲と活気が出て、ADLの維持・向上に繋がり、療養生活におけるQOLの向上に寄与することが示唆された。このモデルは医療依存状況にある高齢在宅療養者のQOLを保障するモデルとして使用できると推察される。

第5節 第7章のまとめ

1. 医療依存状況にある高齢在宅療養者に対する、上肢・下肢機能訓練を実施することにより、筋力については、上腕周囲径及び大腿周囲径は増加しなかったものの、上腕の屈曲伸展回数及び足関節屈曲回数については増加しており、筋力向上の可能性が示唆された。心理面については、意欲・活気共に初回の運動前と4回目の運動後で比較すると、2名共に活気・意欲が増加しており、生活全般に意欲・活気が出て良い行動変容に繋がっていると推測できた。また看護職が療養者の状態をアセスメントしながら、その時々に応じた声掛けや励まし等により、両上肢・下肢運動を実施することは療養者の活気や意欲に繋がり、ひいてはQOLの向上に役立つ可能性が示唆された。

2. 療養生活状況・身体機能レベル・葛藤およびうつ状況の的確なアセスメントにより療養ニーズを把握すること、心理的に受容・共感の動機づけをしながら高齢在宅療養者のレベルに応じた身体的上肢・下肢運動を実施し、全人的関わりをすることが大切である。そのことにより高齢在宅療養者は意欲と活気が出て、ADLの維持・向上に繋がり、療養生活におけるQOLの向上に寄与する。このモデルは医療依存状況にある高齢在宅療養者のQOLを保障するモデルとして提言する。

引用文献

- 姫野 稔子, 小野 ミツ (2010) : 在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアの効果の検討. 日本看護研究学会雑誌, 33(1), 111-120.
- 久下 浩史, 波多野 義郎, 森 秀俊 (2008) : 在宅高齢者における火を使用しない灸 (温灸) のQOL(SF-36)に及ぼす影響について. 日温気物医誌, 71(3), 180-186.
- 衣笠 瑞子, 上手 道子, 岸本 恵子, 藤田 頼子, 物部 弘子 (2012) : 口腔機能向上支援プログラムの実施とその結果について-地域在宅の高齢者を対象とした介入後の変化-. 日衛学誌, 6(2), 70-77.
- 茅野 裕美, 櫻井 しのぶ, 西出 りつ子, 間 裕美子 (2008) : 虚弱高齢者への効果的な筋力トレーニングの介入について. 三重看護学誌, 10, 23-32.
- 森 耕平, 野村 卓生, 片岡 紳一郎, 他 (2013) : 地域在住高齢者に対する太極拳ゆったり体操の短期継続が動脈硬化関連指標に及ぼす影響, 理学療法科学会誌, 40(2), 118-119.
- Nakagawa Kazumasa, Inomata Nobuaki, Nakazawa Rie, 他 (2007) : 地域在住高齢者のための簡便な運動で構成された健康増進プログラムの効果, 理学療法科学会誌, 19(4), 235-242.
- 落合 尚子 (2014) : 訪問看護師と在宅医が連携したフットケア研究に参加して. 日本在宅ケア学会 Newsletter , 7, 2-4.
- 大竹 しのぶ (2011) : 在宅 ALS 療養者における医療依存度の高い処置導入後の看護の役割 -安全から QOL 向上へ向けて, 難病と在宅ケア, 17(4), 14-18.

第8章 全体考察

本研究は、医療依存状況にある高齢在宅療養者及び地域高齢者の身体・心理・社会的な実態と、QOLに影響を与えている要因について検討した。そして高齢在宅療養者が自己の内的世界をどのように受け止め感じているのかを療養上の葛藤を通して明らかにするとともに、上肢・下肢機能の維持向上のための方法を検討し、医療依存状況にある高齢在宅療養者のQOLを保障した看護介入方法を試案することが目的であった。これまでの結果を踏まえて総合的に考察を行う。

第4・5・6・7章を踏まえ、まず第1節は看護とQOLについて考察し、第2節では医療依存状況にある高齢在宅療養者のQOLについて考察する。

第1節 看護とQOLについて

地域高齢者あるいは医療依存状況にある高齢在宅療養者にとって残り少ない人生をどう生きるか、療養者にとっての幸せとは何か、ということを追究していくとき、QOLは「生活の質」若しくは「生活の満足感（生きがい）」として捉えることができる。老年期はかけがえのない人や役割を失う喪失の年代であるが、多くの高齢者は老いや慢性疾患をやむを得ないことと受容している。在宅療養の主体は療養者と家族である。看護の究極の狙いは健康、負健康を問わず、その人のQOLを保障すること、あるいはQOLを向上させることにある。本研究は療養生活におけるQOLの向上を目指して研究を遂行したものであり、QOLに関連する諸要因が導き出された。4章では、医療依存状況にある高齢在宅療養者のQOLに直接影響を与えていたのは、葛藤とうつであった。生活状況はQOLと関連はなかったが、QOLと同様に単独で独立した重要な概念であると考えられる。6章では葛藤について、医療依存状況にある高齢在宅療養者の語りから抽出された概念は、【回復への期待】【不自由な体に対する辛さ】【不自由な体に対する諦め】【他者への感謝】【今後の不安】であった。7章では療養者が動く身体活動の重要性を明らかにした。これらはQOLにおいて大切なものである。

過去の研究において白岩ら（2013）は、高齢者の睡眠状況は睡眠時間よりも主観的睡眠感の方がQOLへの関与が大きいこと、竹内ら（2013）は、歩行による外出、運動、作業、仕事、ボランティア活動、学修的活動の身体及び社会活動は、QOLの変化と強く関連していたこと、青木（2015）は男女ともに自己肯定感が主観年齢に強く影響し、在宅高齢者が若い主観年齢を維持するためには、高齢者の自己効力感や自尊感情を高く維持することが必要であることを報告している。これらのことから地域高齢者には身体活動及び社会活動の参加を推進し、地域高齢者が外出等で体を動かす機会を得ていくことや生きがいづくりに繋いでいくことが求められる。そして地域高齢者の健康長寿に向けて主観的健康感を向上させるためには、高齢者1人ひとりの健康づくり活動を支援するとともに、各々の地域に見合った地域包括ケアシステムを構築することが重要であろう。

渡部（2012）は療養者の医療処置のなかで、吸引のある介護者は吸引を困難と認知せず肯定的に認知し、肯定的認知の要因として療養者との関係性が良いこと、専門家のサポート等が影響していることが明らかとなったと述べている。大竹（2011）は、医療依存度の高い処置を導入した在宅 ALS 療養者への看護として、医療的な視点での日常生活のアセスメント・指導を行いながら安全な療養生活の基盤を形成し、安定・継続に向けた役割が大きいことを述べ、訪問看護によるサポートの重要性を示している。これらのことから訪問看護師の存在が家族に安心感を与え、肯定的に受け止められていることが分かる。訪問看護師等の知識・技術が信頼されていることはもちろんであろうが、人間的にも信頼関係が構築できている証左であろう。在宅ケアはチームケアであり、多職種との連携が欠かせない。原田ら（2011）もパーキンソン病療養者が、11 種類（訪問看護、訪問リハビリ、通所サービス、訪問入浴、訪問介護、福祉用具、住宅改修、ショートステイ等）の地域資源の利用において満足感が高かったと社会資源利用効果について述べており、多職種の連携の要として訪問看護に期待されている役割も大きい。また在宅要支援・要介護高齢者の摂食・嚥下機能は、社会生活機能と心の健康において有意な関連が認められ、健康関連 QOL の低下に関与する可能性が示唆された報告もある（森崎ら、2014）。

このように地域高齢者、高齢在宅療養者において様々な要因が QOL に関わっていることが理解できる。在宅療養者に対する看護は、療養者が自分らしく生きていけること、主体的な生活の場で自らの生活を営むこと、療養者の生活を乱さないように、且つその人らしさのニーズに応じたケアを提供する必要がある。それゆえ在宅看護は、療養者の生活に密着し寄り添い、療養者自身を支えながら、安全、安楽、自立に向けてケアを展開していくことになる。どのような状況においても療養者中心の看護は QOL を保障したものと思われるが、特に医療依存状況にある高齢在宅療養者は様々な疾患や症状、医療処置等を抱えながら、身体機能の低下、生活機能の低下等を受容しなければならない。状況によりセルフケアが出来ず、他者の介助を求めなければならない心理的苦悩もあるだろう。医療依存状況にある高齢療養者を支援する場合は、個々人の QOL を念頭に置き、療養者のニーズに応じた対応が重要である。また療養者の価値観は実に多様であり、それらを加味して地域社会の中で主体的に生き自己実現を図れるよう、心理的サポートや適切な情報提供を含めたケアの提供が求められる。

第 2 節 医療依存状況にある高齢在宅療養者と QOL について

本研究第 4 章の結果から、医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL に直接影響を与えていたのは、葛藤が最も強く、葛藤は医療処置と転倒及び ADL の影響を受けていた。在宅高齢療養者は医療処置の有無が、地域高齢者は症状の有無が葛藤に大きく関与していた。ADL、IADL の身体的状況が転倒に大きな影響を及ぼしていた。医療依存状況にある在宅高齢者は地域高齢者と比較し、ADL 及び IADL が低く、転倒、葛藤、うつが高く、友人交流が少

ない結果であった。ADL が低いと日常生活を営むためには家族もしくはサービス担当者等の何らかの援助が必要となる。何かをしようと思っても自分一人ではできない状況であり、思い通りにならないことにいら立ち、葛藤し、また反対に迷惑をかけるからと気兼ねや遠慮をして諦めてしまう結果となり、IADL の低下にも繋がると推測される。そして独歩可能者や杖、歩行器、手押し車等を使用して自分自身で歩行出来る療養者においても、転倒リスクや転倒不安を抱えることになり、行動範囲が縮小され、ADL の悪化をもたらす悪循環に陥る可能性が懸念される。また、医療依存状況にある在宅高齢者の QOL は、葛藤とうつが直接要因であり、葛藤はうつに対しても影響を与えていたことが明らかとなっている。葛藤に影響を与えていたのは ADL、転倒、医療処置であり、身体状況の関与が大きいといえる。

医療依存状況にある在宅高齢者の療養生活において、本研究の療養者は、医療処置の有る者は無い者よりも有意に QOL が低く、葛藤が高い結果であった。青木万由美ら（2010）は、家族介護者が在宅で医療処置を行うことに対して家族は、「いつでも看護師に来てもらえんと思っていたので不安はなかった」、「医療器具が置かれていることは気にならなかった」、「医療処置を負担とは感じなかった」、「看護師が来るたびに安心感があった」、「医療処置を受けていても在宅の方が精神的にも肉体的にも負担が少ない」ということが明らかになったことを報告している。調査の状況が異なるために単純に比較はできないが、家族は医療処置に対して肯定的に捉えているが、本研究の療養者は一見平穏な状況ではあるが様々な葛藤を抱えており、療養者は介護を受けているという負い目や申し訳なさ等を感じて自己の思いをなかなか表出できていないのではないかと推察される。

次に特記すべきことは、医療依存状況にある高齢在宅療養者において生活状況が QOL に影響を与えておらず、単独、独立した概念として位置づけられたことである。このことは医療依存状況にある高齢在宅療養者にとって、QOL が重要な概念であると共に生活状況も重要視しなければならない概念として存在していると考えられる。それゆえ高齢在宅療養者の生活状況の全般或いはどのような生活状況を送っているのか、具体的、詳細にアセスメントすることが重要であろう。

葛藤については、本研究の質的研究の分析により 5 つの概念が抽出された。医療依存状況にある高齢在宅療養者は病気を発症し、治療を受けつつ症状等の改善を図り、ADL 等障害を残し介助が必要となったり、医療処置等が必要な場合は療養者本人または家族介護者等が介護方法や医療処置方法等の手技を修得し、療養生活を送っている。個々により状況は多様であるが、療養過程において高齢在宅療養者は様々な場面で葛藤していた。時を経て【回復への期待】をしつつも【不自由な身体に対する辛さ】と向き合いながら、【不自由な身体に対する諦め】をして、介助をしてくれる【他者への感謝】をし、【今後の不安】を抱き、それらが交錯しながら葛藤していることが明らかとなった。内山ら（2012）は、在宅療養における ALS 患者と主介護者の体験世界に 15 の意味の原則と 4 つの本質世界「症状が前景にせり出してくる世界」「生死を決定づける世界」「病を共有する新たな共同体の成員として生きる世界」「互いのきづかいを通して生き抜く世界」を見出した。その世界には、

時間性と歴史性を背景として「気づかい」が存在し、信頼の条件のもとで ALS 患者と主介護者が生き抜く世界が展開されることが明らかになったことを報告している。また平原ら（2013）は、外来化学療法中のがん患者の在宅における療養生活は、「がんと抗がん剤治療による身体の辛さ」「変化した身体による自由喪失」「家族との葛藤」「一人で病気と向き合う辛さ」「自己の尊厳が奪われる怒り」「化学療法を諦めたくない思い」の 6 つのカテゴリ一から構成されたこと、患者は自由を喪失した生活を送り、病院の医療職に対する葛藤や怒り、死への恐怖心を抱えながら生きることを諦めたくない思いを持ちながら在宅療養生活を送っていたことが明らかになったと述べている。疾患は異なるが、各々の療養者は療養経過と共に様々な状況と向き合いながら葛藤を繰り返していることが推察され、主要概念も内容として類似している概念が見受けられる。

太田ら（2015）は慢性腎不全患者に対して在宅での運動指導により、介入 3 か月後の平均歩数、総消費量、運動量が改善し、QOL が向上したこと、運動が習慣化し行動範囲が拡大し、家庭内役割も出来たと運動による効果を報告している。医療依存状況にある在宅高齢者に対しても運動は QOL の維持・向上の効果が期待され、在宅高齢者に関わる医療職は、お互いに連携し共有しながらチームで取り組む必要がある。しかし QOL はあくまでも療養者本人の価値観に基づくものであり、人から押し付けられるものではない。心身共に障害がなく健康で生きがいがあることは重要な要素であるが、障害や疾患、医療処置等があっても、他者から自己の存在価値を受け入れ認められることにより、QOL の充実に繋がると考える。今回の介入研究の結果、笑顔での療養者の話の傾聴、受容、共感の態度による心身両面からのサポートにより、ADL の向上には至らなかったが、上腕の屈曲伸展回数及び足関節屈曲回数が増加し、生活全般に意欲・活気が出て良い行動変容に繋がり、QOL 向上が望めることが示唆された。医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL を向上させるためには、療養者の葛藤状況等心身両面のニーズを的確にアセスメントし、傾聴、受容、共感の態度でより添うことが重要であり、看護介入モデルとして図 7-3-1 を試案した。

引用文献

- 赤嶺伊都子，新城正規（2006）：世帯形態からみた地域在住高齢者の支援-単独世帯に焦点を当てて-，民族衛生，72(5)，191-207.
- 赤澤淳子，水上喜美子（2008）：地方居住高齢者の社会的ネットワークと主観的幸福感，仁愛大学研究紀要，7，1-14.
- 青木邦男（2015）：在宅高齢者の主観年齢に関連する要因，社会福祉学，56(1)，74-86.
- 青木万由美，吉崎由希子，渡部啓子，他（2010）：医療ニーズの高い在宅患者への訪問看護の在り方，Hospice and Home Care，18(3)，343-347.
- 土井 由利子(2004)：総論－QOL の概念と QOL 研究の重要性，J.Natl.Inst.Public.Health，53(3)，176-180.
- 原田光子，中村由美子，川村佐和子（2011）：高齢パーキンソン病療養者の QOL と地域資

- 源利用との関連, 日本難病看護学会誌, 16(2), 96-105.
- 長谷川直人, 佐藤和佳子 (2011): 要支援高齢者の主観的健康感の関連要因, 日本看護科学会誌, 31(2), 13-23.
- 平原優美、河原加代子 (2013): 外来化学療法中のがん患者の在宅療養生活と思い, *The Journal of Japan Academy of Health Sciences*, 15(4), 187.
- 森崎直子, 三浦宏子, 守屋信吾, 他 (2014): 在宅要介護高齢者の摂食・嚥下機能と健康関連 QOL との関連性, 日本老年医学会誌, 51, 259-263.
- 大竹しのぶ (2011): 在宅 ALS 療養者における医療依存度の高い処置導入後の看護の役割ー安全から QOL 向上へ向けて, 難病と在宅ケア, 17(4), 14-18.
- 太田幸志, 山田一貫, 眞砂望 (2015): 慢性腎不全患者に対する在宅での運動指導が身体機能及び QOL に与える影響, 大阪府理学療法士会誌, 43, 34-39.
- 佐藤美由紀, 齊藤恭平, 芳我博 (2009): 地域高齢者の家庭内役割と QOL の関連, ヒューマンサイエンス, 11-19.
- 白岩加代子, 村田伸, 堀江淳, 他 (2013): 地域在住高齢者の睡眠状況と Quality of Life の関係, ヘルスプロモーション理学療法研究, 3(3), 103-107.
- 竹内亮, 久保田晃生, 高田和子, 他 (2013): 地域在住高齢者における身体及び社会活動頻度と Quality of Life の変化との関係, 生涯スポーツ学研究, 9(1.2), 11-18.
- 内山久美, 久木原博子, 古庄夏香 (2012): 在宅療養における筋委縮性側索硬化症患者と主介護者の体験世界の意味, *International Nursing Care Research*, 11(2), 69.
- 渡部洋子 (2012): 家族介護者の介護認知に影響を及ぼす要因-高齢在宅療養者の医療処置・管理と肯定的認知における検討, 中京学院大学看護学部紀要, 2(1), 19-32.

第9章 本研究の今後の展望

本研究の対象者は、A 県内の B・C・D 市、E 県の F・G・H 市に限定されており、一般化するには他県のデータ収集等が必要である。質的研究及び介入研究においては対象者が少ないことから、葛藤概念および心理的・身体的アプローチによる上肢・下肢運動の効果を分析するには限界がある。葛藤について、今回の調査は尺度開発が目的ではなかったために、主因子法による 1 個の因子としての信頼性、妥当性の確保にとどまった。今回の調査で葛藤が医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL 向上の為に重要な因子であることが明らかとなったため、今後、医療依存状況にある高齢在宅療養者の葛藤について尺度開発したいと考えている。在宅看護に関わる医療職は、葛藤尺度を用いて医療依存状況にある高齢在宅療養者の葛藤状況を早期に把握することにより、療養者の思いに寄り添ったより良いケアに繋がると確信する。

心理的・身体的アプローチによる上肢・下肢運動については、普遍化はできないが、看護職が療養者の身体・心理状況等に配慮しながら、傾聴・受容・共感的対応をすることにより、運動への動機づけとともに生活全般における意欲・活気に繋がり、良い行動変容を期待できることが示唆された。しかしながら今回は人数も少なく要支援状態の療養者への対応であったという限界があるが、訪問看護ステーション等に働きかけ、現場での経験知を増やすことも重要であろう。また医療依存状況にある在宅高齢者は、様々な医療管理・処置等を有しており、多職種とのチームで支援している。療養者にとって一人でもできるように、理学療法士等の他職種にも今回試案したモデルを提示し意見交換しながら、各々の療養者に合った方法等工夫することも大切である。そしてチームに関わることにより医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL の向上に繋がる。

第 10 章 最終結論

本研究の目的は、医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL を保障した看護介入モデルを提示することであった。そのために医療依存状況にある高齢在宅療養者と地域高齢者の身体・心理・社会的な実態、及び QOL に影響を与えている要因について明らかにし、医療依存状況にある高齢在宅療養者と比較・検討した。そして高齢在宅療養者の葛藤概念を明らかにすると共に、要介護状態にある対象への身体自立に向けた介入を提供した。そして QOL 向上を目指した看護介入モデルを提示した。それらを踏まえて下記の結論を得た。

1. 医療依存状況にある高齢在宅療養者の QOL に影響を及ぼす直接要因は、葛藤とうつであった。さらに葛藤は医療処置、転倒、ADL が、うつは自己効力感、ADL、IADL、葛藤が直接影響を及ぼしていた。生活状況は自己効力感、転倒、IADL から直接影響を受けていたが、QOL とは関連がなかった。このことから医療依存状況にある高齢在宅療養者に対する支援は、QOL と同時に生活状況も重要視しなければならないことが明らかになった。

2. 医療依存状況にある高齢在宅療養者及び地域高齢者の実態調査、葛藤概念の抽出、上肢下肢運動介入等の研究から分析した看護介入モデルを試案した。そのモデルは、看護介入をする時にはまずアセスメントを十分に行うこと、特に強調することは葛藤とうつ状況及び生活状況のアセスメントの重要性である。そしてアセスメントから療養ニーズを把握し、対象者の状況に応じた ADL の向上を図っていくことが重要になる。そのためには療養者に対する心理的共感・受容の態度で接し、自立に対する動機付けを行いながら、身体的な上肢下肢運動を可能な範囲で行い、全人的な関わりをすることが、療養生活における QOL の向上に繋がっていくことが明らかになった。

3. 医療依存状況にある高齢在宅療養者は、様々な医療管理・処置等を有しているとともに、その療養生活は心理的・身体的に様々な問題を抱えている。そのため今回明らかになった看護介入モデルを用いて看護を展開することは、療養者の抱えるニーズの把握が適切に行われることに繋がる。そして特に葛藤とうつに注視すると共に個々の状況に応じた上肢下肢運動を実施し、QOL や自立に向けた支援を考えることができる。また医療依存状況にある高齢在宅療養者の支援は、複数の職種が関わりチーム医療で成り立っている。看護介入モデルの提示はチーム医療を可視化することに繋がり、理学療法士や介護支援専門員等、他職種連携の橋渡しが可能となり、チーム医療の推進と共に、医療依存状況にある高齢在宅療養者の人権及び尊厳の保障、質の高い在宅療養体制の構築に繋がっていく。

謝 辞

本研究は多くの皆さまの多大なるご協力をいただきました。心より深謝申し上げます。地域高齢者への調査においては、広島国際大学看護学科の藤本千里先生のご尽力により成し得ることが出来ました。藤本先生の紹介により地域の皆さま方が快く調査にご協力していただいたこと、高齢在宅療養者のデータ入力のお手伝いをしていただいた事等々、厚く御礼申し上げます。藤本先生はその後にも色々な面において陰になり日向になり私を支えていただきました。本研究が最後まで追行できたのも藤本先生の温かいご支援の賜物です。本当にありがとうございました。地域高齢者のデータの入力に際しては、上西孝明先生にお手伝いしていただきましたことを感謝申し上げます。

医療依存状況にある高齢在宅療養者の調査においては、広島県広島市、呉市、東広島市、竹原市、愛媛県松山市、伊予市、新居浜市、砥部市等々の訪問看護ステーションの管理者の皆さまのご協力を得て対象者の方をご紹介していただきました。お忙しい中ご協力を賜り大変ありがとうございました。また特にご自分のお仕事の傍ら、調査の補助をしていただいた杉本由起子さま、筒井恵子さま、黒木万里子さま、数々のご協力に心より感謝申し上げます。そして呉市のほっとはあとステーションでのひらの松井統括所長と越部所長、大山部長、サンキ・ウェルビーの上瀬所長、広島県看護協会訪問看護ステーションそよかぜの神垣所長には研究の趣旨をよくご理解していただき、量的研究及び質的研究の対象者の推薦をはじめ、他訪問看護ステーションの紹介もしていただきありがとうございました。なかでも上瀬所長に推薦していただいた大宇根内科呼吸器科クリニックの大宇根先生と看護師長の下光千夏さまには、量的研究及び質的研究、介入研究の対象者のご推薦を快く引き受けてくださり、長期にわたりご協力いただきましたことに厚く厚く心よりお礼申し上げます。またそれぞれの施設からの紹介により、居宅訪問で聞き取り調査にご協力していただいたご療養者さまとそのご家族さまには、快く応じていただき貴重なお話を伺うことが出来ました。人生の大先輩から多くのことを学ばせていただきました。ほんとうにありがとうございました。

量的研究の分析においては、目白大学の河野理恵先生と西川千登世先生には的確な時期に的確なご指導をいただくことができ大変有難く感謝しております。ちょうど量的研究を開始する時であり、大変多くのことを学ばせていただき、すぐに活用することができて大変ラッキーでした。大学院では佐々木秀美副学長、河野保子先生、島内節先生、川出富貴子先生、奥田泰子先生、安藤純子先生、加藤重子先生、讃井真理先生に貴重で有益な講義をしていただき、ありがとうございました。お陰様でその後の研究に活かすことが出来ました。研究計画の段階では、副指導教員として川出富貴子先生と安藤純子先生に貴重なご意見とアドバイスをいただきありがとうございました。論文審査では主査の小西美智子先生と副査の土肥敏博先生には、内容について詳細に熟読し吟味していただいたうえで、不適切な部分を丁寧に分かりやすく教育的にご指導いただき、論文の構成と一貫性の重要性

についてご教示いただきました。改めて看護研究を探究する姿勢や真髓を問われた思いでした。本当にありがとうございました。心より感謝申し上げます。讃井真理先生には河野ゼミの先輩として何かにつけて配慮していただき、的確なアドバイスをいただきましたことに大変感謝しております。統計の分析等では業務多忙の中、時間を割いてご指導いただきありがとうございました。心よりお礼申し上げます。また広島国際大学看護学部の川井八重先生にはいつも温かく見守っていただき感謝です。三並めぐる先生には、私の体調をいつも気にして食を支えていただきありがとうございました。岡本裕子先生と河野理恵先生にはイギリスでの国際学会の研究発表において、英文チェックやアドバイス、通訳等のご協力をいただき感謝です。初めての国際学会での発表で緊張していましたが、先生方のご協力により無事終えることが出来ました。ありがとうございました。

主指導教官として、博士課程の4年間を支えていただいた河野保子先生には感謝の気持ちでいっぱいです。感謝してもしきれません。数回にわたり研修を企画し労を取っていただいたこと、毎回の指導では私の頭の中をいつも整理していただいたこと等々言葉では表せないぐらいのたくさんの目に見えないご配慮を賜り、心の底から感謝しております。河野保子先生に巡り合えたことがそもそもの私の幸運でした。今から振り返ればちょうど20年になります。以前に勤務していた職場で厚生労働省の研究委託を受け、河野先生にお願いし指導していただいたことが始まりでした。その当時は研究のことについてよくわからないまま動いていました。何も分かっていない私をよく指導していただけたのと、今更ながら河野保子先生の教授力に感嘆しています。その後修士課程でもご指導いただき、それからあとも河野保子先生のそばで、大学教員の学生に対する教授力等々について多くのことを学ばせていただきました。河野保子先生の笑顔と的確なご指導を受けることができる私は本当に幸せ者です。いつも人生の物語を紡ぐ大切さを、河野保子先生の姿を通じて学ばせていただいています。時には厳しいご指導をいただきますが、心の根っこに優しさを感じることができ、前向きになれます。そして河野保子先生のパワーにはいつも感嘆しています。超過密スケジュールの中、こじ開けて時間を割いて毎回明確なご助言をいただき、本当に感謝でいっぱいです。河野保子先生が存在なくして、現在の私は存在しないと言っても過言ではありません。いつも明るく前向きな河野保子先生が大好きです。

とにかくここまでこれましたことに大変感謝しております。多くの皆様の温かいご支援を受けていることを本当にうれしく思います。私の財産は“ひと”です。大変多くの素晴らしい方がたとの出会いに心から感謝です。看護の原点を心に留め、看護学の発展に寄与できるよう残りの人生を可能な限り捧げたいと思います。義父母と実母の介護を見据え、仕事が続けられる限りは続けたいと思っています。

2016年2月10日

田中 正子