

同居家族からのソーシャル・サポートが 高齢者の閉じこもり発生に与える影響

ヤマワキ コウジ クロダ ユウジロウ ヤスマラ セイジ
山脇 功次*1 黒田 佑次郎*2 安村 誠司*3

目的 高齢者の閉じこもりは、要介護状態のリスクファクターである。独居高齢者に比べ同居家族がいる高齢者に閉じこもりが多いことから、家庭内での高齢者へのサポート状況が閉じこもり発生に関連すると考えられる。同居家族がいる閉じこもりは、家族関係が希薄であり、家庭内で心理的に孤立しやすい状況にあることや、家族による過干渉なサポートの可能性が推察される。本研究は、閉じこもり予防・支援に資する目的で、同居家族からのソーシャル・サポートが閉じこもり発生に与える影響を検討した。

方法 福島県大玉村在住の70歳以上高齢者のうち、要支援・要介護認定者、入院中の者を除く全1,347人を対象とした。初回調査は2004年と2005年、追跡調査は2010年に実施した。初回および追跡調査の回答者は839人であった。このうち初回時に独居と閉じこもりを除外し、初回および追跡調査における閉じこもり項目の欠損を除外した665人を分析対象とした。調査項目は、基本属性、家族構成、ソーシャル・サポート（情緒的・手段的）、閉じこもりの有無、身体・心理的要因について回答を求めた。ソーシャル・サポートを情緒的、手段的サポートに分けた。性別、年齢、および単変量解析で閉じこもり発生に関連する変数を調整変数としたうえで、2種のサポートを説明変数、閉じこもり項目を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。

結果 性別は男性284人（42.7%）、女性381人（57.3%）、年齢の平均値は76.0±4.6歳であった。追跡調査時までの閉じこもり発生は101人（15.2%）であった。閉じこもり発生は非閉じこもりと比べて、年齢（ $p < 0.001$ ）、聴力（ $p = 0.001$ ）、うつ傾向（ $p = 0.002$ ）の値が有意に高かった。一方、老研式活動能力指標（ $p < 0.001$ ）、生活体力指標（ $p = 0.014$ ）は、閉じこもり発生が有意に低かった。多重ロジスティック回帰分析の結果、同居家族からのソーシャル・サポートと閉じこもり発生に関連には、統計的に有意な関連が認められなかった。

結論 同居家族からのソーシャル・サポートと閉じこもり発生に関連には、統計的に有意な関連が認められなかった。さらなる追跡検討が今後の課題である。

キーワード 閉じこもり、ソーシャル・サポート、同居家族、コホート研究

I 緒 言

2016年に日本の高齢者の要支援・要介護者は621.5万人¹⁾と過去最高となり、介護予防がますます重要である。2006年の介護保険法の改正

に伴い、介護予防事業として運動器の機能向上、認知症予防・支援、うつ予防・支援等とともに閉じこもり予防・支援が組み込まれた²⁾。

閉じこもりは身体的、心理的、社会・環境要因が相互に関連してもたらされると考えられて

* 1 社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 * 2 福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座助教 * 3 同教授

いる。閉じこもりの関連要因としては、身体的要因として、年齢³⁾⁴⁾、歩行機能や移動能力の低下³⁾⁵⁾、心疾患の既往歴³⁾、ADL・IADL障害⁶⁾などが明らかにされている。心理的要因として、転倒不安による外出制限⁵⁾、主観的健康感の低さ³⁾⁶⁾⁷⁾、うつ傾向⁵⁾などが、また、社会・環境要因では、交流頻度⁸⁾、近所との付き合いの少なさ⁵⁾、友人がいないこと⁴⁾、集団活動への不参加⁵⁾、就労していないこと⁴⁾などとの関連が明らかにされている。

近年、高齢者の健康と関連する要因の一つとして、ソーシャル・サポートが注目されている。ソーシャル・サポートとは、「個人を取り巻く社会関係の機能的側面を表しており、他者との間で取り交わされるもろもろの支援・援助」と定義され⁹⁾、サポート内容は、「情緒的サポート」と「手段的サポート」に分けられる。情緒的サポートは、慰める、励ます、悩みを聞くなどの行為を指し、手段的サポートは、作業を手伝う、物や金銭を貸す、看病をするなどである。ソーシャル・サポートにおいて、同居家族は高齢者の重要なサポート源である¹⁰⁾。独居高齢者は自立した生活を送る能力が高く、同居家族がいる場合に閉じこもりが多いこと¹¹⁾から、家庭内での高齢者へのサポート状況が閉じこもり発生に関連していると考えられる。

情緒的サポートでは、同居家族がいる閉じこもり高齢者は、家族関係が希薄であり、家庭内で心理的に孤立しやすい状況にある可能性が報告されている¹²⁾。つまり、閉じこもり高齢者は、同居家族からの情緒的サポートが弱く、心理的に孤立し、閉じこもりになることが考えられる。

一方、手段的サポートでは、手段的サポートが多い高齢者ほど生命予後が不良になりやすいこと¹³⁾、ADLが低下しやすいこと¹⁴⁾、不適切な手段的サポートがかえって心身の自立を損なうこと¹⁵⁾が明らかとなっている。閉じこもり高齢者は、家庭内の役割が少なく¹²⁾、生きがいが少ないこと³⁾から、同居家族からの手段的サポートが高く、家族は高齢者ができることも代わりに行ってしまい、高齢者の自主性が損なわれ、閉じこもりになってしまうことが考えられる。

高齢者の閉じこもりは、要介護状態のリスクファクターである。

これまで日本の地域在住高齢者について、同居家族からのソーシャル・サポート別に、閉じこもり発生の有無を縦断的に検討した報告はない。そこで、閉じこもり予防・支援の基礎資料に資する目的で、本研究は、家族と同居する高齢者に着目し、同居家族からのソーシャル・サポートが、閉じこもり発生に与える影響について縦断的に検討した。

Ⅱ 方 法

(1) 対象者および手続き

福島県大玉村在住の70歳以上高齢者のうち、要支援・要介護認定者、入院中の者を除く全1,347人を対象とした。初回調査は2004年と2005年、追跡調査は2010年に実施した。初回および追跡調査の回答者は839人であった。分析対象者は、初回時に独居と閉じこもりを除外し、初回および追跡調査における閉じこもり項目の欠損を除外した665人とした。調査方法として、郵送法による質問紙調査と健康診査時に聞き取り調査を行った。さらに、未受診者には訪問による聞き取り調査を実施した。

(2) 調査項目

対象者の性別、年齢、家族構成の基本属性のほか、閉じこもりの有無、ソーシャル・サポート、身体的要因、そして心理的要因について測定した。

閉じこもり項目では、「現在、週1回以上、外出していますか？」に対し「はい、いいえ」で回答を求めた²⁾。

ソーシャル・サポート項目は野口¹⁶⁾の高齢者のソーシャル・サポート尺度を参考に、情緒的・手段的サポートの各4項目で測定した。情緒的サポートでは「心配ごとや悩みを聞いてくれる人がいるか」「気を配ったり、思いやりしてしてくれる人はいるか」「元気づけてくれる人はいるか」「くつろいだ気分にしてくれる人はいるか」を尋ね、手段的サポートでは「病気

で寝込んだ時に、看病や世話をしてくれる人はいるか」「まとまったお金が必要になったら、貸してくれる人はいるか」「ちょっとした用事や留守番を頼める人がいるか」「病気で長期間寝込んだときに、看病したり家のことを手伝ってくれる人がいるか」を尋ね、各項目で、同居家族内と同居家族外からのサポートの有無について尋ね、それぞれ「いる・いない」で回答を求めた。

身体的要因は、日常生活動作能力、転倒経験の有無、老研式活動能力指標¹⁷⁾、生活体力指標(Motor Fitness Scale; MFS)¹⁸⁾である。日常生活動作能力では、聴力・視力障害の有無、物忘れの有無、歩行、食事、排泄、入浴、更衣の自立度をそれぞれ3件法で回答を求めた。転倒経験では、過去1年間おける転倒の有無を求めた。老研式活動能力指標は、手段的自立5項目、知的能動性4項目、社会的役割4項目の合計13項目で測定し、「はい、いいえ」で回答を求めた。生活体力指標は、移動性6項目、筋力4項目、バランス4項目の合計14項目で測定し、「はい、いいえ」で回答を求めた。心理的要因として、うつ傾向¹⁹⁾、健康度自己評価²⁰⁾を測定した。抑うつ傾向は、老人用うつスケール(GDS: Geriatric Depression Scale)短縮版を用いて測定し、15項目について、「はい、いいえ」で回答を求めた。健康度自己評価は、「非常に健康だと思う、まあ健康だと思う、あまり健康ではない、健康ではない」の4件法で回答を求めた。

(3) 分析方法

閉じこもり項目は、外出頻度が「週に1回未満」を「閉じこもり」と定義した²⁾。ソーシャル・サポート尺度は、情緒的・手段的サポートともに「いる=1点、いない=0点」とした(範囲: 0-4)。情緒的・手段的サポートの中央値を求めた結果、いずれも4点であった。データの分布を考慮し、4点を高群、3点以下を低群とし、高低群の2群に分けて分析した。

身体的要因として、日常生活動作能力は、質問項目に対して1の「普通」を「自立」、2の

表1 分析対象者の特性 (n=665)

(単位 人, () 内%)

	n
性別: 男性	284(42.7)
女性	381(57.3)
年齢(歳): 平均±標準偏差	76.0±4.6
同居の世帯構成 配偶者のみ	86(12.9)
二, 三世代	579(87.1)
同居家族からの情緒的サポート: 中央値(最小-最大)	4(0-4)
(点): 平均±標準偏差	3.8±0.7
同居家族からの手段的サポート: 中央値(最小-最大)	4(0-4)
(点): 平均±標準偏差	3.6±0.8
同居家族外の情緒的サポート: 中央値(最小-最大)	4(0-4)
(点): 平均±標準偏差	3.4±1.1
同居家族外的手段的サポート: 中央値(最小-最大)	4(0-4)
(点): 平均±標準偏差	3.1±1.2
聴力(障害あり)	68(10.2)
視力(障害あり)	51(7.7)
認知機能(障害あり)	21(3.2)
歩行(介助あり)	0(0.0)
食事摂取(介助あり)	0(0.0)
排泄(介助あり)	0(0.0)
入浴(介助あり)	0(0.0)
更衣(介助あり)	0(0.0)
1年以内の転倒経験(あり)	153(23.0)
老研式活動能力指標: 中央値(最小-最大)	13(3-13)
(点): 平均±標準偏差	12.0±1.6
生活体力指標: 中央値(最小-最大)	12(11-14)
(点): 平均±標準偏差	11.0±3.2
抑うつ傾向(あり)	114(17.1)
健康度自己評価(健康ではない)	173(26.0)

注 欠損あり

「一部介助」と3の「全介助」の場合を「障害」に分類した。老研式活動能力指標は、各項目の「はい」を1点、「いいえ」を0点とし、合計点を算出した。心理的要因として、抑うつ傾向は、GDSのカットオフ・ポイントを5/6と置き、5点以下を「抑うつ傾向なし」、6点以上を「抑うつ傾向あり」に分類した⁴⁾⁵⁾。健康度自己評価は、「非常に健康だと思う・まあ健康だと思う」を「健康群」とし、「あまり健康ではない、健康ではない」を「非健康群」とした。

分析の手続きは、まず、各変数と閉じこもり発生の関連について単変量解析を行った。その際、カテゴリー変数の性別、同居の世帯構成、同居家族外の情緒的・手段的サポートなどは、 χ^2 検定またはFisherの直接確率検定を行い、連続変数の年齢、老研式活動能力指標、生活体力指標はMann-WhitneyのU検定を行った。さらに、単変量解析にて有意な関連が認められた変数と性別・年齢を調整変数とし、2種のソーシャル・サポートを説明変数、閉じこもりの有無を目的変数とした多重ロジスティック回帰分

析を行った。解析は統計パッケージSPSS17.0を用いて行った。統計的な有意水準は5%とした。

(4) 倫理的配慮

本研究は、連結不可能匿名化された情報のみを用いる研究で、「疫学研究に関する倫理指針」に沿った福島県立医科大学倫理委員会にて審査を要しない、と判断された(審査番号: NO.2222)。

Ⅲ 結 果

(1) 対象者の特性 (表1)

対象者は、女性57.3% (381人)、年齢の平均値は76.0±4.6歳であった。世帯構成は二、三代が87.1% (579人)であった。各ソーシャル・サポート尺度は、同居家族内および同居家族外ともに情緒的サポートと手段的サポートの中央値は4点であった。

(2) 初回調査時における各項目と閉じこもり発生の関連 (表2)

表2 初回調査時における各項目と閉じこもり発生の関連 (n=665)

	合計	閉じこもり発生		p 値
		閉じこもり発生 101(15.2)	非閉じこもり 564(84.8)	
性別 ^{a)}				
男性	284(42.7)	36(12.7)	248(87.3)	0.119
女性	381(57.3)	65(17.1)	316(82.9)	
年齢 ^{c)} (歳)				
平均±標準偏差	-	77.9±5.5	75.7±4.3	<0.001
同居の世帯構成 ^{a)}				
配偶者のみ	86(12.9)	9(8.9)	77(13.7)	0.191
二、三代	579(87.1)	92(91.1)	487(86.3)	
同居家族外の情緒的サポート(低群)	204(30.7)	36(35.6)	168(29.8)	0.205
同居家族外的手段的サポート(低群)	273(41.5)	47(46.5)	226(40.1)	0.190
聴力(障害あり) ^{a)}	68(10.2)	20(19.8)	48(8.5)	0.001
視力(障害あり) ^{a)}	51(7.7)	8(7.9)	43(7.6)	0.918
認知機能(障害あり) ^{b)}	21(3.2)	4(4.0)	17(3.0)	0.544
1年以内の転倒経験(あり) ^{a)}	153(23.0)	24(23.8)	129(22.9)	0.845
老研式活動能力指標 ^{c)} ：				
中央値(最小-最大)		12(4-13)	13(3-13)	<0.001
生活体力指標 ^{c)} ：				
中央値(最小-最大)		11(1-14)	12(1-14)	0.014
抑うつ傾向(あり) ^{a)}	114(18.0)	27(26.7)	87(15.4)	0.002
健康度自己評価(健康ではない) ^{a)}	173(26.0)	33(32.7)	140(24.8)	0.098

注 1) 表2では歩行、食事摂取、排泄、入浴、更衣の項目を省略した。
 2) 二値変数は、代表する項目名のみ省略して記載した。項目名によって%の分母が異なる。
 3) 欠損あり
 4) a) χ^2 検定、b) Fisherの直接確率法、c) Mann-WhitneyのU検定

表3 閉じこもり発生に及ぼす各ソーシャル・サポートの影響¹⁾

	合計 人数 (%)	閉じこもり発生		オッズ 比	95%信頼区間
		n (%)	n (%)		
情緒的サポート 高群	592(89.4)	88(14.9)	504(85.1)	1.00	0.49-2.50
低群	70(10.6)	13(18.6)	57(81.4)	1.10	
手段的サポート 高群	501(77.1)	75(15.0)	426(85.0)	1.00	0.43-1.52
低群	149(22.9)	23(15.4)	126(84.6)	0.81	

注 1) 多重ロジスティックモデル(強制投入法)を用いて、性、年齢、および表3で有意であった。聴力、老研式活動能力指標、抑うつ傾向を調整変数とした。
 2) 多重共線性を考慮し、老研式活動能力指標と生活体力指標において、閉じこもりと相関の強かった老研式活動能力指標を、多重ロジスティックモデルに投入した。
 3) ソーシャル・サポート項目に欠損あり、合計のnは異なる。
 情緒的サポート：閉じこもり n=101、非閉じこもり n=561
 手段的サポート：閉じこもり n=98、非閉じこもり n=552

追跡調査時における閉じこもり割合は、閉じこもり発生101人(15.2%)であった。閉じこもり発生の有無に有意な関連が認められた初回調査時における項目として、年齢では、閉じこもり発生群(平均77.9±5.5歳)が非閉じこもり群(平均75.7±4.3歳)に比し、有意に年齢が高かった(p<0.001)。聴力では、障害ありが、閉じこもり発生群(20人、19.8%)が非閉じこもり群(48人、8.5%)に比し、有意に多かった(p=0.001)。老研式活動能力指標では、閉じこもり発生群の中央値が12点(範囲：4-13)と、非閉じこもり群の中央値13点(範囲：3-13)に比し、有意に得点が低かった(p<0.001)。生活体力指標では、閉じこもり発生群の中央値が11点(範囲：1-14)と、非閉じこもり群の中央値12点(範囲：1-14)に比し、有意に得点が低かった(p=0.014)。抑うつ傾向では、うつ傾向ありの者は閉じこもり発生群(27人、26.7%)で、非閉じこもり群(87人、15.4%)に比し、有意に多かった(p=0.002)。

(3) 閉じこもり発生に及ぼす各ソーシャル・サポートの影響 (表3)

同居家族からの情緒的、手段的サポート別に、閉じこもり発生への影響について、性別、年齢、および単変量解析で閉じこもり発生に関連する変数を調整変数としたうえで、2種のサポートを説明変数、閉じこもり項目を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。その結果、情緒的サポートの低群は高群に対して、閉じこもり発生に有意な影響は認められなかった (オッズ比 (OR) 1.10, 95%信頼区間 (95% CI) 0.49-2.50)。また、手段的サポートの低群は高群に対して、閉じこもり発生に有意な影響は認められなかった (OR: 0.81, 95% CI: 0.43-1.52)。

IV 考 察

本研究では、家族と同居する高齢者の閉じこもりに着目し、同居家族からのソーシャル・サポートが閉じこもり発生に与える影響について、6年間の縦断研究の結果を用いて検討をした。その結果、同居家族からのソーシャル・サポートと閉じこもり発生の関連には、統計的に有意な関連が認められなかった。理由として、第一に、本研究の対象者は70歳以上の介護認定を受けていない地域在住高齢者であり、日常生活動作能力において、介助有りに該当する者はいなかった (表1)。本研究の対象者はおおむね生活機能が自立していたことから、本研究における閉じこもり高齢者は外出頻度の低い生活を自ら意識して選んでいる生活スタイルとしての閉じこもり⁶⁾であったことが推察される。

第二に、閉じこもり高齢者の家族関係の特徴について、山間地域の在宅高齢者では、外出頻度が週1回以下の閉じこもりの者であっても、週に1回は誰かが訪ねてきたり、隣近所の人と顔を合わすと話をしたり、という社会的交流がみられたことや²¹⁾、山間地域の閉じこもりは、趣味や家族のことで楽しみをもち、家族の中で役割があると感じていること²²⁾から、本研究の調査地域の閉じこもりは、外出頻度は低いもの

の、社会関係や家族関係が強い地域であったことが推察される。

今後の課題として、第一に、対象者、対象地域の選定に対する考慮が必要である。本研究では、手段的に自立している高齢者が多く、同居家族からのサポートの有無によって日常生活に支障をきたさない対象者であったことが推察される。地域特性の異なる集団での検証が求められる。第二には、同居家族からのサポートの測定内容の再検討をすることである。野口のソーシャル・サポート尺度¹⁶⁾は、家族からの支援に限定して開発されたものではなく、同居家族からのサポートの測定内容として不十分であったことで、有意な関連を見いだせなかった可能性も考えられる。先行研究から、より同居家族からのサポートとして確立されている尺度を再検討したい。

謝辞

本研究に際し、データ提供のご協力をいただきました福島県安達郡大玉村健康福祉課の皆様にご心より感謝申し上げます。

文 献

- 1) 平成28年4月分介護保険事業状況報告 (暫定). 厚生労働省. (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/m15/dl/1504a.pdf>) 2016.10.31.
- 2) 安村誠司. 新しい介護保険制度における閉じこもり予防・支援. 老年社会科学. 2006; 27(4): 453-9.
- 3) 蘭牟田洋美, 安村誠司, 藤田雅美, 他. 地域高齢者における「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化. 日本公衆衛生雑誌. 1998; 45(9): 833-92.
- 4) 新開省二, 藤田幸司, 藤原佳典, 他. 地域高齢者におけるタイプ別閉じこもり発生の予測因子-2年間の追跡研究から-. 日本公衆衛生雑誌. 2005; 52(10): 874-85.
- 5) 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修, 他. 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴. 日本公衆衛生雑誌. 2004; 51(3): 168-80.
- 6) 横山博子, 芳賀博, 安村誠司, 他. 外出頻度の低

- い「閉じこもり」高齢者の特徴に関する研究－自立度の差に着目して－. 老年社会科学. 2005 ; 26(4) : 427-37.
- 7) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之, 他. 自立および準寝たきりの高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明－身体・心理・社会的要因から－. 日本公衆衛生雑誌. 2002 ; 49(6) : 483-96.
- 8) 渡辺美鈴, 渡辺丈真, 松浦尊磨, 他. 生活機能の自立した高齢者における閉じこもり発生の予測因子. 日本老年医学会雑誌. 2007 ; 44(2) : 238-46.
- 9) 古谷野亘, 安藤孝敏. 改訂・新社会老年学：シニアライフのゆくえ. ワールドプランニング, 東京(2003).
- 10) Koyano W, Hashimoto M, Fukawa T, et al. The social support system of the Japanese elderly. J Cross Cult Gerontol. 1994 ; 9(4) : 323-33.
- 11) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿部ひろみ, 他. 「閉じこもり」高齢者の実態. 保健婦雑誌. 2000 ; 56(1) : 17-20.
- 12) 山崎幸子, 藺牟田洋美, 橋本美芽, 他. 都市部在住高齢者における閉じこもりの家族および社会関係の特徴. 日本保健科学学会誌. 2008 ; 11(1) : 20-7.
- 13) Penninx BW, van Tilburg T, Kriegsman DM, et al. Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age : the Longitudinal Aging Study Amsterdam. Am J Epidemiol. 1997 ; 146(6) : 510-9.
- 14) Seeman TE, Bruce ML, McAvay GJ. Social network characteristics and onset of ADL disability : MacArthur studies of successful aging. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 1996 ; 51(4) : S191-S200.
- 15) 岸玲子, 堀川尚子. 高齢者の早期死亡ならびに身体機能に及ぼす社会的サポートネットワークの役割内外の研究動向と今後の課題－内外の研究動向と今度の課題－. 日本公衆衛生雑誌. 2004 ; 51(2) : 79-93.
- 16) 野口裕二. 高齢者のソーシャルサポート：その概念と測定. 社会老年学. 1991 ; 34 : 37-48.
- 17) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 他. 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. 日本公衆衛生雑誌. 1987 ; 34(3) : 109-14.
- 18) Kinugasa T, Nagasaki H. Reliability and validity of the Motor Fitness Scale for older adults in the community. Aging (Milano). 1998 ; 10(4) : 295-302.
- 19) 矢富直美. 日本老人における老人用うつスケール(GDS)短縮版の因子構造と項目特性の検討. 老年社会科学. 1994 ; 16 : 29-36.
- 20) 芳賀博, 七田恵子, 永井晴美, 他. 健康度自己評価と社会・心理・身体的要因. 社会老年学. 1984 ; 20 : 15-23.
- 21) 多田敏子, 橋本文子, 松下恭子, 他. 山間地域の在宅高齢者の外出状況の実態. 日本看護福祉学会誌. 2004 ; 10(1) : 102-3.
- 22) 石原多佳子, 水野かがみ, 古澤洋子, 他. 外出頻度の少ない山間地域在住高齢者支援の検討. 日本地域看護学会誌. 2004 ; 7(1) : 62-7.