



## 在宅ケアサービスを利用する高齢者のQOLに関する研究

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2018-01-11 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 今西, 美由紀 メールアドレス: 所属:
URL	<a href="https://doi.org/10.24729/00005698">https://doi.org/10.24729/00005698</a>

大阪府立大学大学院

総合リハビリテーション学研究所

博士学位論文

在宅ケアサービスを利用する高齢者の  
QOLに関する研究

The Study for the QOL of Elderly Persons  
Using a Home Care Service

2017年9月

今西 美由紀

Miyuki Imanishi

作業療法士としての私を 17 年間育ててくださった  
全てのクライアントの皆さんとご家族、大切な人たちに  
心からの感謝の気持ちを込めて.

# 在宅ケアサービスを利用する高齢者の QOL に関する研究

The Study for the QOL of Elderly Persons Using a Home Care Service

## 目次

はじめに：研究動機 .....	5
<b>第 1 章 序論 .....</b>	<b>6</b>
I. 研究の目的及びその背景 .....	6
II. 本研究の意義 .....	8
III. 本研究の構成 .....	8
IV. 先行研究の概観と本研究の位置付け .....	9
1. 文献レビュー .....	9
2. 先行研究の概観 .....	13
3. 本研究の基礎となる理論的枠組み .....	16
4. 本研究の位置付け .....	18
5. 用語の定義 .....	19
V. 倫理的承認と利益相反 .....	21
<b>第 2 章 在宅ケアサービス利用開始時における高齢者の QOL .....</b>	<b>25</b>
I. 緒言 .....	25
II. 研究方法 .....	26
1. 研究デザイン .....	26
2. 調査協力者と調査時期 .....	26
3. 調査方法の妥当性 .....	28
4. 調査方法の信頼性 .....	28
5. 調査結果の整理方法 .....	28
III. 結果 .....	31
1. 調査協力者の背景と QOL の関連性 .....	31
2. 在宅ケア利用開始時の思い .....	33
IV. 考察 .....	35
V. 小括 .....	37

<b>第3章 在宅ケアサービスを継続利用した高齢者の QOL</b> .....	<b>40</b>
I. 緒言 .....	40
II. 研究方法 .....	40
1. 研究デザイン .....	40
2. 調査協力者と調査時期 .....	40
3. 調査方法の妥当性・信頼性 .....	42
4. 調査結果の整理方法 .....	42
III. 結果 .....	45
1. 調査協力者の属性 .....	45
2. PGC スコアの解析結果 .....	46
3. FIM スコアの解析結果 .....	50
4. 調査対象者の属性と 2 群間の差 .....	53
5. PGC スコアの軌跡 .....	56
IV. 考察 .....	61
1. リハビリ群と看護・介護群の差 .....	61
2. 訪問リハビリテーションの有用性 .....	62
V. 小括 .....	67
<b>第4章 在宅ケアサービスを利用する高齢者の QOL に変化をもたらす要因の分析</b> .....	<b>71</b>
I. 緒言 .....	71
II. 研究方法 .....	72
1. 研究デザイン .....	72
2. 調査協力者と調査時期 .....	72
3. 調査方法の妥当性 .....	73
4. 調査方法の信頼性 .....	74
5. 調査結果の整理方法 .....	74
III. 結果 .....	75
1. 調査協力者の属性 .....	75
2. 在宅ケアの利用で経験した QOL の変化に関するナラティブ ..	76
3. ナラティブの一例 .....	81

IV. 考察 .....	84
1. 時系列でみたナラティブの特徴 .....	84
2. 生活の変化とその思い .....	85
3. 援助者との関係性 .....	86
V. 小括 .....	89
<b>第5章 総括 .....</b>	<b>91</b>
I. 結論 .....	91
1. 総合的考察 .....	91
2. 結論.....	97
II. 今後の課題 .....	98
<b>おわりに：本研究の社会的貢献と未来への展望.....</b>	<b>100</b>
<b>学位論文を構成する論文目録 .....</b>	<b>101</b>
<b>資料.....</b>	<b>103</b>
<b>要約.....</b>	<b>143</b>
<b>謝辞.....</b>	<b>146</b>

## 在宅ケアサービスを利用する高齢者の QOL に関する研究

The Study for the QOL of Elderly Persons Using a Home Care Service

### はじめに：研究動機

近年、本邦では急速な高齢化が進み、さらにその後待ち受けている多死社会への対応が喫緊の課題となっている。そうしたなか、介護や医療の現場では、「施設から在宅へ」というスローガンのもと、病院や施設主導型から地域や在宅主導型のケアへの転換が進んでいる。

内閣府の調べによると、自分自身が要介護状態となったとき、介護を受ける場所として「自宅」を望む人が、男性で約 4 割、女性で約 3 割存在することが明らかになっている。

費用対効果の面からみても、ケアの在宅主導型への転換は望ましいこととは言える。しかし、いかに在宅主導型のケアへの移行が進んでも、「ケアの質」そのものが低下しては本末転倒である。高齢者のケアは、単なる身体的な介助にとどまらず、その先に待ち受けている「死の受容」という心理・社会的発達課題という視座から取り組む必要がある。その意味で、高齢者にケアを提供する側の人間は、高齢者自身の生命や人生、生活の質（Quality of Life：以下、QOL）をいかに維持・向上させるかを常に熟考しなければならない。

今や日本は世界一の長寿国であり、医療や介護の技術も高い水準にある。そのような科学技術の発展に伴い、高齢者の物理的な QOL は着実に向上していると言ってよい。しかし、高齢者たちが精神的にも充実した日々を送れているのかと言えば、必ずしもそうとは限らない。超高齢社会を迎えた本邦の高齢者たちが、日々の生活に「生きる意味」を見出し、その人なりの「幸せ」を感じることができるようになるために、医療や介護はいかにあるべきか。また、訪問介護サービスや在宅医療システムを利用する高齢者たちが真に望んでいることとは何か。そして、訪問リハビリテーション（以下、訪問リハ）に携わるセラピストとしてできることは何か。そのような思いが本稿執筆の動機となった。

## 第1章 序論

### I. 研究の目的及びその背景

本研究の目的は、在宅ケアサービス場面において、セラピストからの継続的支援がクライアントのQOLの維持・向上にどのような効果をもたらすかを調査し、P. Bregginが提唱する「クライアント自身の成長を見守り、励まし、同時に有益な人間関係の構築を援助するという心理・社会的アプローチこそ、人間の癒しにとっては第一義的なものである」というクライアント中心の治療理論に関する理論的観点から検討することである。なお、この理論的観点については後述の「本研究の基礎となる理論的枠組み」において記述している。

次に、上記の目的設定の背景は、以下の通りである。

内閣府によれば、本邦の総人口は1億2,711万人（2015年10月1日現在）であり、そのうち65歳以上の高齢者人口は3,392万人と過去最高を記録した。そして高齢化率（総人口に占める65歳以上の人の割合）は、26.7%となっている。この値は、イギリス（17.8%）、フランス（19.1%）など、諸外国の高齢化率と比べて極めて高い。さらに、内閣府は、2060年には高齢化率が39.9%に達し、実に2.5人に1人が65歳以上になると推計している。以上のことから、本邦が既に超高齢社会を迎えていることが確認できる<sup>1</sup>。

こうした世界に類を見ない超高齢社会の中で、政府は医療費の削減に向けて病院や施設主導型のケアから地域や在宅主導型のケアへと方針を転換し、介護保険法の制定や診療報酬の改定等、様々な政策を打ち出してきた。

しかし、そこで新たに浮上してきたのが、地域や在宅における「ケアの質」という課題である。設備やマンパワーが充実している病院や施設で行っていたケアを地域や在宅で再現するのは、容易なことではない。さらに、高齢者介護においては、高齢者特有の精神的ケアが求められる。その背景にあるのが、高齢者に対する社会的認識の変化であ



る。平均寿命が短く高齢者が少数であった時代には、長寿であること自体に価値が置かれていた。そのため、河合が指摘する「高齢者が何もしないでそこにいることの重要性」が広く認識され、高齢者が「存在すること」そのものが尊重されていた。しかし、医療の発達とともに、長寿がそれほど珍しいことではなくなっていく。さらに、現在のような超高齢社会においては、要介護状態にある高齢者を「対処すべき社会問題」として捉えられる傾向が強くなっている<sup>2</sup>。

かつては社会的に尊敬の対象であった高齢者が、一転して「対処すべき問題」として認識されるようになってしまっているのである。高齢者の立場からみると、自分が生きていくこと自体が問題視されるという、非常につらい状況に置かれることになる。自分自身が対処すべき「問題」として扱われ、基本的な人権や人格が尊重されないと感じるとき、人は「生きる意味」を失い、やがては絶望の淵へと追い込まれていくことになるのではないだろうか。

しかし、どのような社会状況にあっても、人は自らの人生を、誇りをもって自分らしく生ききる権利がある。鷺田は、「人間は自分が生きる意味を確認しながらでないと生きられない存在」と述べ、人が幸福に生きていく上で「生きる意味」を持ち続けることの重要性を指摘している<sup>3</sup>。

超高齢社会を生きる高齢者が「対処すべき問題」などと位置づけられるのではなく、「生きる意味」を失わずに、最後まで自分らしく生きていけるような、クライアントの心情を汲んだケアの実現に向けた仕組みづくりが必要であると考えられる。

以上のことを踏まえて本研究では、在宅ケアサービス利用場面において、セラピストによる継続的な在宅支援が老年期のクライアントのQOLにどのような影響を及ぼすのかを検証することを目的とする。また、その結果を踏まえて、高齢者が幸せを感じながら暮らしていけるケアの在り方を探索する。さらに、Breggin<sup>4</sup>が提唱する「共感的理解」を中核とする治療関係が、クライアントとセラピストとの間に確立されるとき、クライアントのQOLが維持・向上されるのではないかと、との

観点から検討をおこなっていく。

## II. 本研究の意義

本研究の社会的意義については、下記のように考えられる。

すでに述べたように、老年期のクライアントにケアを提供する側の人間は、高齢者自身の QOL をいかに維持・向上させるかを常に熟考しなければならない。特にリハビリテーションに携わるセラピストは、超高齢社会を生きる高齢者たちが「幸せ」を感じながら日々の生活を送るために何ができるかを考え、実践する必要がある。

これまでも、様々な視点から、高齢者の QOL に関する研究の成果が報告されてきた。しかしその多くが、健康な高齢者を対象としており、要介護状態と認められるほどに何らかの障がいを持っている高齢者に焦点化した研究は、現時点ではみられない。また、高齢者の QOL に関して在宅ケアサービス（以下、在宅ケア）利用開始前後の変遷をたどった報告はほとんど見当たらない。

本研究において、在宅ケアを利用する老年期のクライアントに焦点化した追跡調査を実施し、高齢者の QOL の変化やその要因を明らかにすることは、在宅ケアの在り方を考えるうえで一助となり得る。なお、本研究は、臨床現場から生まれた探索的な研究であり、それ故に実践的な問題提起及び対処方法を提示することは、高齢者のみならず、いつかは死を迎える存在である全ての人たちの福祉を考えるうえでも意義深いものであると考える。

## III. 本研究の構成

本研究は、段階的に進められた 3 つの研究によって構成された探索的調査研究であり、本稿は五つの章で構成される。各章の主な内容は、以下のとおりである。

第 1 章では、本研究の背景と目的、意義、構成について述べ、先行

研究を概観しつつ、本研究の基礎となる理論的枠組みに沿って本研究の位置付けを行う。

第2章では、1番目に実施した研究成果として、在宅ケア利用開始時における高齢者のQOLの実態について論じる。

第3章では、2番目に実施した縦断調査の研究成果として、高齢者が在宅ケアを継続利用することによるQOLの変化について論じる。

第4章では、3番目に実施した研究成果として、セラピストによる継続的な在宅支援が高齢者のQOLに及ぼす影響について論じる。

第5章では、段階的に進められた上記の研究における全体的な成果についてまとめ、臨床現場における応用の可能性や今後の課題、展望について論じる。

#### **IV. 先行研究の概観と本研究の位置付け**

まずここでは、本研究の目的と関連が深い先行研究として、「在宅ケアに関する研究」「高齢者のQOLに関する研究」及び「クライアントのQOLを向上させるセラピーに関する研究」について行った文献レビューの経緯についてまとめる。

##### **1. 文献レビュー**

###### **1) 文献検索**

文献の検索には、MEDLINE 及び Cochrane Library (published in the last 10 years) と医中誌 Web (出版日 2007 年 12 月まで) を用いた。ただし、MEDLINE と Cochrane Library の重複文献は除外した。

国内データベースでは検索用語を“訪問”，“リハビリテーション”，“作業療法”，“在宅ケア”，“高齢者”，“QOL”とした。また海外データベースでは“home based”，“rehabilitation”，“aged”，“quality of life”，“home care services”，“occupational therapy”のキーワードで絞り込んだ。

その結果、国内データベースでは，“訪問” [AND] “リハビリテーション” [AND] “高齢者” [AND] “QOL” にて 40 件，“在宅ケア” [AND]

“リハビリテーション” [AND] “高齢者” [AND] “QOL” にて 80 件,  
“作業療法” [AND] “QOL” [AND] “高齢者” にて 138 件,  
“QOL” [AND] “高齢者” [AND] “在宅ケア” [AND] “訪問” [AND]  
“作業療法” にて 36 件を検出した. また, 海外データベースでは,  
“home based” [AND] “rehabilitation” [AND] “aged” [AND]  
“quality of life” にて 51 件, “home care services” [AND]  
“rehabilitation” [AND] “aged” [AND] “quality of life” にて  
5 件, “occupational therapy” [AND] “quality of life” [AND]  
“aged” にて 143 件, “quality of life” [AND] “aged” [AND]  
“home care services” [AND] “home based” [AND] “occupational  
therapy” にて 45 件を検出した.

さらに下記の基準により適格と判断した論文や総説のリファレンス  
検索も併せて実施した.

## 2) 文献選択

### (1) 適格基準 (inclusion criteria)

- ・対象者が在宅でのリハビリテーションを受療している老年期のクライアントである.
- ・老年期のクライアントの QOL の向上に関する結果を報告している.
- ・セラピストがリハビリテーション介入を行っている.
- ・研究デザインが縦断的研究(前向き調査)で, Randomized Controlled Trial(RTC)または事例研究である.

### (2) 除外基準(exclusion criteria)

- ・対象が精神疾患に限定された研究である.
- ・老年期のクライアントが含まれていない, もしくは老年期のクライアントにおける結果を報告していない研究である.

## 3) 文献検索の流れ

データベース検索により 538 件 (MEDLINE241 件, Cochrane Library  
3 件: MEDLINE との重複は除外, 医中誌 Web 294 件) が検出された (図  
1). 研究題目と抄録を確認して, 本研究の目的とは整合性が低いと判  
断された 289 件を除外した. 除外後に残った 249 件の論文についてリ

ファレンス検索の結果も含めて、適格性を確認し、以下の内容の論文は除外した。

- ・ 研究デザインが横断的研究のみである。
- ・ QOL に関する評価に理論的根拠が示されていない。
- ・ 重複論文や特定の地域や集団に限局された分析を報告している。

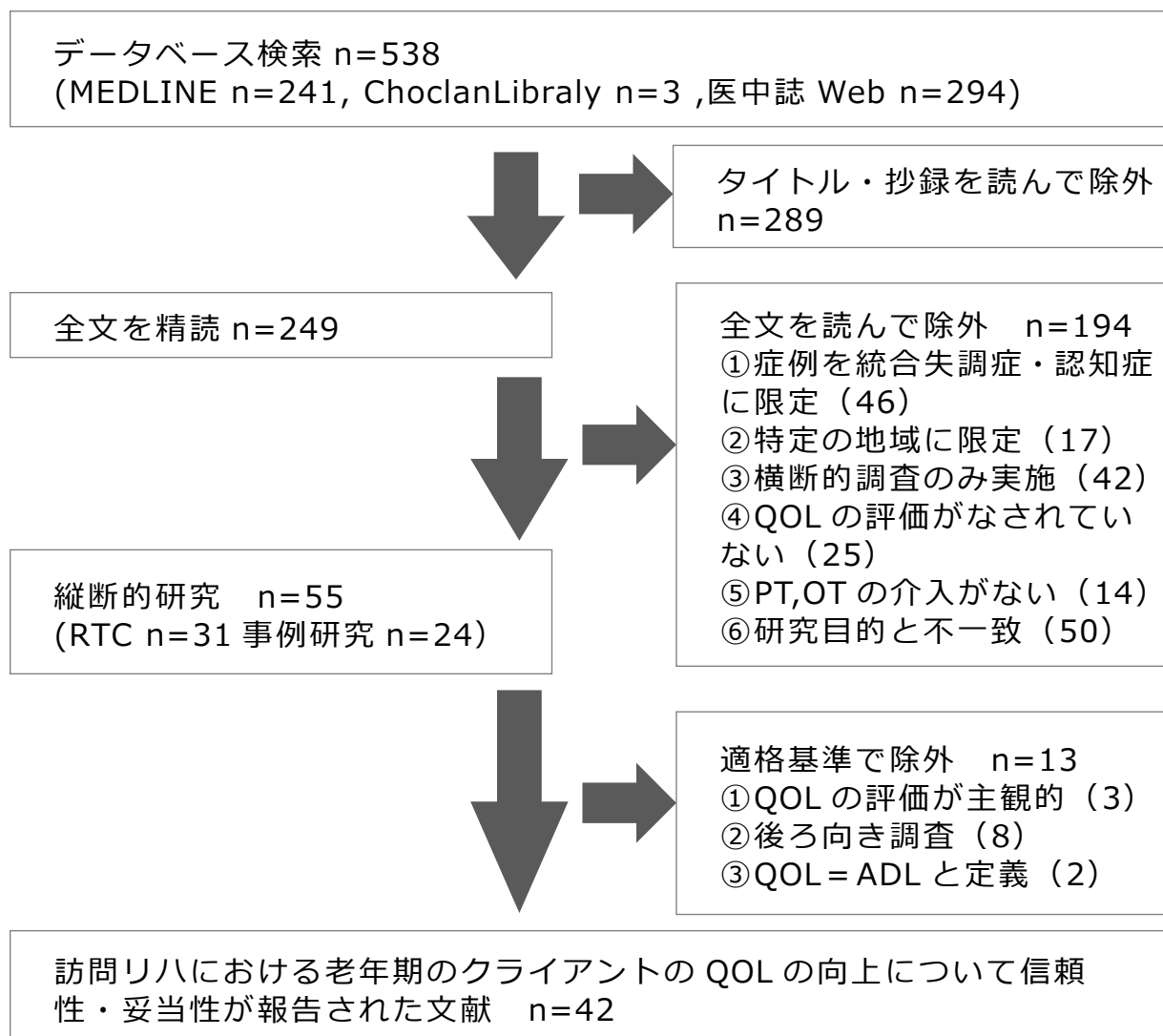
上記の手順より、規格基準を満たすと判断された文献は 55 件であり、その中で老年期のクライアントの QOL の向上について、信頼性、妥当性が報告された文献は 42 件であった。

#### **4) 文献レビューの全体的な特徴**

本邦における訪問リハ関連の研究は、介護保険法が制定、施行された 2000 年以降に集中している。ただし、本研究では、在宅ケアを利用する高齢者を対象としていることから、診療報酬改定（2006 年）が実施された翌年である 2007 年以降の研究に限定した。同診療報酬改定は、医療・福祉サービスを「病院・施設から地域・在宅」に移行させることを目標としているためである。

その結果絞られた文献の数は、2007 年が 8 件、2008 年が 2 件、2009 年が 6 件、2010 年が 4 件、2011 年が 1 件、2012 年が 7 件、2013 年が 5 件、2014 年が 4 件、2015 年が 3 件、2016 年が 2 件、となった。

研究実施地域は、日本 24 件、アメリカ 3 件、オーストラリア 4 件、ニュージーランド 2 件、ドイツ 2 件、イギリス、スウェーデン、台湾、韓国、スイス、南アフリカ、オランダが各 1 件であった。



\* n:合計文献数 \* ( )内は該当文献数 \* RTC:無作為比較試験

図 1-1 文献レビューの流れ

採用されている研究デザインは、RTC が 23 件、事例研究が 19 件であった。介入期間は 4 週間から 10 年であり、RTC では日常生活活動 (Activities of daily living: 以下, ADL) や抑うつ傾向, QOL の改善について、統制群との有意差がほぼ全ての文献で報告されていた。また、事例研究では、シングルケーススタディーあるいは 4 症例までの報告であるが、社会参加や対人交流技能, 老いや疾病, 障がい, 死の受容等を含めた QOL の維持・向上について、主に構造化面接が実施され、家族構成や経済状況, 教育歴や地域性との関連も含めて詳述し

ている研究がみられた。

## **2. 先行研究の概観**

### **1) 在宅ケアに関する研究**

在宅ケアに関する国外の研究としては、1980年代初期に World Health Organization(以下, WHO)によって開発された Community Based Rehabilitation(以下, CBR)に基づいた支援(教育水準の低い高齢者への支援や農村地域での実践等)が数件みられる<sup>5</sup>。

また、2007年以降に実施された訪問リハに関する研究には、各国の福祉サービスや医療保険制度、家族制度や宗教的慣習による文化的な要因が大きく反映されており、オーストラリアやニュージーランドにおける在宅医療の現状は、医療保険制度の観点からも、比較的日本と類似性が高いと推察される。

国内においては2001年以降、介護支援の一つである訪問リハに関する様々な研究がなされるようになり、ADLの向上に関する報告や長期利用者の実態調査、訪問リハ受療継続の阻害因子の分析等が報告されている<sup>6,7,8</sup>。渋谷らは、クライアントを一人の生活者として捉えたうえで継続的に生活を支援することの重要性を指摘している。坪井らは、在宅高齢障がい者に対する訪問リハの効果とADLとQOLに関連があることを報告している。

なお、2000年に本邦で施行された介護保険制度は、1995年にドイツで施行された介護保険制度が基になっている。その後、韓国や中国、台湾においても「介護保険制度」に相当する制度が制定されてはいるが、そのシステムは各国が持つ政治的文化的背景によって異なっている。よって本邦における訪問リハに関する研究を国外の研究と比較する場合は、その点に注意を要する。

### **2) 高齢者のQOLに関する研究**

QOLの定義は研究領域や研究者により異なった意味合いを帯び、厳密には統一されてはいないことが指摘されている。ただし、保健医療分野においては、1947年にWHOが定義した健康の概念が、QOLの定義

に相当すると言われている。

WHO は、健康の概念を次のように述べている。

“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”  
つまり健康とは、単に病気や虚弱な状態ではないというだけではなく、身体的・精神的・社会的に良好な状態であるということになる。

さらに WHO は、1998 年に “spiritual”（一般的には宗教的・実存的と訳される）を QOL の概念に加えることを提案した。そのうえで、QOL の概念を「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準及び関心に関わる自分自身の人生の状況についての認識（individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns.）」と定義した<sup>9</sup>。

QOL 研究は 1947 年に始まったイギリスのホスピス活動に端を発し、1960 年代から 1970 年代にかけて、がん治療の現場において重要視されるようになった。その背景として、「延命」を中心とする医療の在り方に対するクライアントの不満足感が高まったことが挙げられている<sup>1</sup>。このことから、当初の QOL 概念は、クライアントのニーズ全般を対象とする包括的なものであったといえる。

1980 年代になり、北米で抗がん剤の新薬承認の条件に疼痛緩和といった QOL の向上を企図する内容が加えられたことから、1990 年代には臨床試験結果を紹介する QOL に関する論文が多数発表された<sup>10</sup>。（例えば Medline 検索では 1990 年に発表された論文が 542 件、抽出された。）

それまで、QOL の概念には、クライアントに対する社会的支援や環境などクライアントの生活全般が含まれていた。しかし、上記のような動きを通じて、疾患に対する治療効果や ADL の改善、生存率に焦点化された健康関連の QOL へと変化していった。また、それとともに QOL の評価尺度も開発されていった。

この様な過程を経て、今日の QOL 研究は、「主観的 QOL（対象者の主



観によって評価される QOL)」と「健康関連 QOL (Health-related QOL ; 客観的指標によって評価される, 以下, HRQOL)」の 2 種類に大別されるようになった<sup>11</sup>.

しかし高齢者の QOL を測定する場合, 高齢者特有の生活事情や環境を考慮する必要がある. 例えば, デイサービスへの通所や老人ホーム等への入所, あるいは親しい人との死別による喪失感・孤独感の増加などである. さらに, 加齢による心身機能の低下に伴い, 他者からの援助を生活の一部として受け入れる場合も出てくる. これらを踏まえ, 心理・社会的発達の見点も取り入れて, 主観と客観の両側面から評価することが重要となる.

Power, Quinn, Schmidt & the WHOQOL-OLD による高齢者用の「WHOQOL-OLD」の開発は, 上記のような高齢者特有の事情に配慮したものと言えよう<sup>12</sup>.

Lawton は, 高齢者の QOL が高いということは, ①自分自身についての基本的な満足感を持っていること②環境の中に自分の居場所があるという感じを持っていること③動かし得ないような事実については, それを受容できていること, であるとし, 高齢者の主観的な QOL を測定する尺度 (Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: 以下, PGC-MS) を作成した<sup>13</sup>. ただし, Lawton は, QOL に対して「Moral: 士気」という語を用いている.

### 3) クライアントの QOL を向上させるセラピーに関する研究

Sumsion は, 「個々人が自分自身のケアに責任を負うことが出来るようなパートナーシップの形成がクライアントの満足感を高める」と主張している<sup>14</sup>. Sumsion が提唱する「クライアント中心」のアプローチは, Rogers が創始した心理療法における来談者中心療法に端を発する. Rogers は, 来談者中心療法に取組み, その結果, 「人間には本来自己実現への力が内在している」という人間観を提示した<sup>15</sup>.

精神科医 Breggin は, 薬に頼らない治療を試み, その治療実践において「クライアント自身の成長を見守り, 励まし, 同時に有益な人間関係の構築を援助するという心理・社会的アプローチこそ, 人間の癒

しにとっては第一義的なものである」と述べている。この Breggin の治療理論は、我々セラピストがリハビリテーション場面において、薬の代わりに治療手技や作業活動を治療に用い、それを通じて良好な人間関係を構築することに重きを置くことと通底する部分がある。

訪問リハ場面におけるクライアント中心のアプローチと QOL の向上に関する研究成果は、国内外ともにまだあまり報告されていないが、Helewa らが人間作業モデルやクライアント中心のアプローチを基に作業療法（以下、OT）プログラムを実施し、QOL の改善や向上を報告している<sup>16</sup>。

また「機能中心 OT（関節可動域の拡大や筋力増強に主眼をおいたプログラム）」よりも「作業中心 OT（創作活動や余暇活動等の目的的活動に主眼をおいたプログラム）」のほうがクライアントの人生の再構築に与することや、クライアントを一人の生活者として捉え継続的に生活を支援することの重要性、行動変容に主眼を置くことの効果等の報告<sup>17,18,19</sup>は、訪問リハに求められるクライアントの主体性の向上を支援する一助となっている。さらに日垣・宮前は OT 受療の有無そのものがクライアントの QOL に影響を与えることを報告している<sup>20</sup>。

### 3. 本研究の基礎となる理論的枠組み

本研究の基礎となる理論的枠組みとしては、Breggin の治療理論を踏まえた上で、「在宅ケア」「高齢者の QOL」及び「クライアントの QOL を向上させるセラピー」に関する各考え方を設定する必要がある。

第一に「在宅ケア」については、澁谷の「クライアントを一人の生活者として捉え継続的に生活を支援することの重要性」という提言<sup>21</sup>や、坪井らによる在宅高齢障害者に対する訪問リハの効果としての ADL と QOL の関係に関する考え方をを用いる<sup>22</sup>。

第二に「高齢者の QOL」については、Lawton が提示した QOL (Lawton では Moral) の理論を用いる。Lawton は、QOL が高いことは、「①自分自身についての基本的に満足している」「②環境の中に自分の居場所があると感じている」「③動かし得ないような事実を受容できている」と

いう 3 つの意味を持つと指摘している。

第三に「クライアントの QOL を向上させるセラピー」については、QOL を構成する下位尺度の一つである主観的幸福感とその関連要因に関する日垣らの「日常生活活動と作業活動（作業療法）が持つ時間的継続性と有意味性は高齢者の主観的幸福感に影響を及ぼす<sup>20</sup>」との考え方や「共感的理解によってクライアントの成長を支援するために援助者はセラピーの中心に愛を置こう（the heart of being helpful: 原語）」という Breggin が提唱したクライアント中心の治療理論を用いる。

Breggin は、ヘルス・ケアを提供する立場にある人間は、クライアントに対して「知識」「経験」「ヒーリング・プレゼンス」の 3 つを提供しうると述べた。なかでも「ヒーリング・プレゼンス」は特に大切で、これを提供（創造）するには、セラピストが「クライアントの苦しみを本気で理解し、気に懸け続ける真摯な気持ちと絶え間ない努力」が必要不可欠であるという。Breggin は、「ヒーリング・プレゼンス」を、「クライアントが安心できて、勇気づけられるような援助者の在り方」と定義している。これは、Mary Law らが提示した「協働」の臨床的意義と同じ構造を持ち、いずれも、「作業活動」や「治療者自身」を治療に用いるクライアント中心の作業療法実践に用いられる<sup>23</sup>。

また Breggin は、「悲しみや苦しみはその人がその人として今生きていることの証（sign of life）であり、薬によって消し去れるものではない」と述べ、薬物による治療に異を唱えている。そして、クライアントの QOL の維持・向上に向けたセラピストの姿勢について、以下のように指摘する。

「セラピストがクライアントと共にその悲しみや苦しみを分かち合い、それがクライアントの人生にとってどのような意味を持つのかをクライアント自身が受け容れていく、その成長過程を検討し見守ることで、セラピストの共感的な姿勢に触発されて、クライアント自身も「共感的」で「受容的」な生き方へと成長していく。」つまり、クライアント自身の成長を見守り、励まし、有益な人間関係の構築を援助す

ることが、クライアントの QOL を向上させていくのである。

**表 1-1 本研究の基礎となる理論的枠組み**

理論的枠組み	中核とする理論
在宅ケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・渋谷：クライアントを一人の生活者として捉え継続的に生活を支援することの重要性</li> <li>・坪井ら：在宅高齢障害者に対する訪問リハの効果としての ADL と QOL の関係に関する考え方</li> </ul>
高齢者の QOL	<ul style="list-style-type: none"> <li>・Lawton：QOL の理論</li> </ul> <p>QOL が高いということは、</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>② 自分自身についての基本的に満足している</li> <li>② 環境の中に自分の居場所があると感じている</li> <li>③ 動かし得ないような事実を受容できている</li> </ul> <p>という 3 つの意味を持つ</p>
クライアントの QOL を向上させるセラピー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日垣：日常生活活動と作業活動（作業療法）が持つ時間的継続性と有意味性が、高齢者の主観的幸福感に影響を及ぼす。</li> <li>・Breggin が提唱する愛情や共感概念を基調とした治療理論。</li> </ul>

#### 4. 本研究の位置付け

ここでは先行研究の問題点を分析し、それと関連づけて本研究を位置付ける。本研究の目的に照らしてみると、先行研究には主に次の二つの問題点があると考えられる。

第一に、古谷野は、高齢者の主観的 QOL の評価尺度として Lawton の改訂版 PGC-MS を用いて地域在住高齢者の参考基準値を明らかにした<sup>24</sup>。しかしその対象は、自立して生活できる健常な高齢者であり、要介護状態となった高齢者の QOL の変化の有無等に関しては検討がなされていない。

第二に、日垣は高齢者の QOL 研究における経時的変化の追跡の重要性を指摘し、入院中の高齢者への追跡調査を実施した。しかし、その対象者が退院した後の追調査としての縦断研究はまだなされていない。

よって、本研究の位置づけとしては以下の通りである。

本研究では、上記の先行研究における第一及び第二の問題点に対し、Breggin が提唱する「クライアント自身の自己成長と、セラピストを含む他者との有益な人間関係、その二つが組み合わさったとき、クライアントには新たな癒しと満足感がもたらされる<sup>25</sup>」という共感的理解を基調とした治療理論の観点から、在宅ケア利用高齢者の QOL の変化とその要因について、PGC-MS を用いた量的な調査と、個別的な面接法により、クライアント自身の成長と援助者との関係性に焦点化した分析を行う質的調査の併用という方法で解明していくこととする。

第一の問題点については、その対象を要介護状態の高齢者とし、1年間の追跡調査を実施する。第二の問題点については、退院直後の高齢者を含む在宅ケア利用者を対象に調査を行う。

## 5. 用語の定義

本研究で用いる重要な用語を以下のとおり定義する。

### (1) QOL(quality of life) :

古谷野は、今日、高齢者の QOL を考える際には、QOL 研究の源流である主観的 QOL と健康関連 QOL (HRQOL) とも呼ばれる客観的 QOL の二つの側面からの検討の必要性を指摘した<sup>26</sup>。また日野原はその定義を①生活の質②人生の質であるとした<sup>27</sup>。それ以外では、前述のとおり、Lawton が「Moral: 士気」という語を用いている。本稿では、PGC-MS によって測定される、あるいはクライアントから直接語られる主観的 QOL を QOL とし、精神的な暮らしやすさ、つまり、日々の生活に幸福感をもてるかなどをも含む「人生の質」を QOL と定義する。

### (2) 高齢者 :

E. H. Erikson は、心理・社会的発達第 8 段階にある人たちを「老年期にある人」とし、高齢者と定義した<sup>28</sup>。本研究では、介護保険を利用している 65 歳以上 85 歳未満の人を高齢者と定義する。

### (3) 在宅ケアサービス :

一般的に、介護保険法が定めるところの在宅ケアには、「通所サービ

ス」を利用する要介護者を自宅からデイサービス等へ送迎する業務も含まれる。しかし本稿では、特に在宅におけるケアに関する結果を導き出す意図から、「在宅ケア」の対象範囲を、訪問看護、訪問介護、訪問リハと定義する。

#### **(4) 訪問リハビリテーション (訪問リハ) :**

介護保険法で定められた在宅訪問サービスの一つで、理学療法士・作業療法士による在宅で実施されるリハビリテーションである。療法士の訪問は、訪問看護ステーション及び診療所等からのものであり、治療時間は保険単位数により異なる。本研究では理学療法士と作業療法士の両方、あるいは作業療法士による週1回から2回、1回60分のセラピーを訪問リハと定義した。

#### **(5) クライアント :**

要介護認定を受け、在宅ケアサービスを利用している65歳以上85歳未満の者。

#### **(6) セラピスト :**

国家資格を有し、訪問リハに従事する理学療法士及び作業療法士を意味する。また本研究では、訪問看護に従事する看護師の条件として日本看護師協会により臨床経験5年以上という基準が設けられているため、研究上の各評価にあたるセラピストの基準を臨床経験5年以上とした。

#### **(7) 調査協力者 :**

201X年5月±30日以内に新たに要介護認定を受け、在宅ケアの利用を開始したもので、(Mini Mental State Examination, 認知機能評価法: 以下, MMSE)が24点以上の高齢者。

#### **(8) PGC-MS (Philadelphia Geriatric Center Morale Score) :**

主観的QOLの評価指標として、Lawtonによって1972年に開発された質問紙による評価表。LawtonはQOLが高いほどQOLの下位尺度の一つである「主観的幸福感(Subjective Well-Being)」が高くなると指摘した。主観的幸福感は、Moralや生きがいと同義語とされる。その後、1975年には改訂版が発表された。日本では前田らにより邦訳され、当

初 22 の質問項目で構成された本スケールは、改訂版では 17 の質問項目で構成されている<sup>29</sup>。本スケールは 17 点満点で、スコアが高いほど QOL が高いと判断される。日本でも施設や自宅で生活する高齢者に対しても妥当性が確認され、さらに、地域在住高齢者の参考基準値の検討もなされている<sup>24</sup>。主観的 QOL に関しては今日まで多くの指標が開発されているが、本邦で広く使用されているのがこの改訂版 PGC-MS である。よって本研究では、この改訂版 PGC-MS を用いた。また本研究において、「PGC スコア」と言う場合は、特にことわりのない限り、改訂版モラル・スケールのスコアを意味する。

#### **(9) 長期在宅支援：**

1 年間の看護師, 介護士, ホームヘルパー, PT 及び OT による週 1 回以上, 1 回 60 分以上の継続的な訪問ケアサービスの提供。

#### **(10) クライアント中心のケア：**

本稿では, T. Sumsion が提唱した「クライアント中心の作業療法」実践や P. Breggin による共感を基調とした治療関係の成熟によりクライアントの成長を支援するという治療理論を意味する。

## **V. 倫理的承認と利益相反**

本研究における倫理的承認と利益相反は下記の通りである。

調査協力者は要介護状態にあるだけでなく、在宅サービスを利用し始めたばかりで、物理的、人的環境の変化から身体的・精神的に不安定な状態であると考えられる。そのため、研究協力によりさらなる負担を感じさせてしまう可能性もある。研究においては、上記のことを念頭におき、大阪府立大学研究倫理委員会の規約を遵守するとともに、研究協力の依頼時・調査時・面接時における配慮、プライバシー保護に関する倫理的配慮を行った。

インフォームド・コンセントについては、まず研究代表者が調査協力の許可が得られた各訪問ケアステーションの代表者に調査目的等を説明した。その後、各ステーションの訪問スタッフが、代表者から受

けた説明内容を踏まえて,調査協力者に調査目的を説明した.さらに,調査協力者から書面にて同意を得たうえで調査を実施した.

なお本研究は,大阪府立大学研究倫理委員会から正式な倫理的承認を得た(2012-OT-17). また,すべての研究における利益相反は存在しない.



## 第1章文献

- 1 内閣府：平成28年版高齢社会白書
- 2 河合隼雄(2011)「老いる」とはどういうことか. 第24版, 講談社, 東京. pp. 34-35.
- 3 鷺田清一(2003)老いの空白. 第3版, 弘文堂, 東京.
- 4 Breggin P(1997) *The Heart of Being Helpful*, Springer, New York.
- 5 Chan, A. C., Cheng, S.T., Phillips, D.R., et al. (2004) Construction a Quality of Life scale for older Chinese people in Hong Kong (HKQOLOCP). *Social Indicators Research*, 69: 279-301.
- 6 坪井章雄, 新井光男, 若井寿男, ほか(2000) 在宅高齢障害者に対する訪問リハビリテーションの効果. *作業療法*, 19:120-126.
- 7 大江小百合 (2012) 訪問リハビリテーション長期利用者の事態調査について. *神奈川県士会会報*, 40:72-80.
- 8 大沼剛, 牧迫飛雄馬, 安部勉, ほか(2012) 訪問リハビリテーション利用者における在宅生活を阻害する要因. *日老医誌*, 49:214-221.
- 9 Skevington, S. M & The WHOQOL-Group(2004) Developing methods for assessing quality of life in different cultural Settings: The history of the WHOQOL instruments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39:1-8.
- 10 Sirgy, M., Michalos, A., Ferriss, A., et al. (2006) The Quality-of-Life research movement: Past, present, and future. *Social Indicators Research*, 76:343-466.
- 11 Ferrans, C., Powers, M. (1985) Quality of life index: Development and psychometric properties. *Advances in Nursing Science*, 8:15-24.
- 12 Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & the WHOQOL Group(2005) Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14:2197-2214.
- 13 Lawton, M. P. (1975) The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *J. Gerontol*, 30, pp. 85-89.
- 14 Sumsion T(1999) “Client-Centred Practice in Occupational Therapy: A Guide to Implementation,” Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 215-218. (「クライアント中心」作業療法の実践、共同医書出版社、2001)

- 15 Rogers, C. R. (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21:95-103.
- 16 Helewa A, Coldsmith CH, et al. (1991) Effect of Occupational Therapy home service on patients with rheumatoid arthritis. *Lancet*, 15:337, 1453-6.
- 17 大塚美幸, 吉川ひろみ (2010) 訪問作業療法における作業に焦点を当てたプログラムと機能訓練プログラムの効果の比較. *作業療法*, 29:435-446.
- 18 澁谷隆一, 村田和香 (2007) 訪問リハビリテーションにおける作業に関する自己評価・改訂版 (OSA) の有効性と作業療法の役割. *北海道作業療法*, 24:6-12.
- 19 芝崎淳, 荒井豊, 芝崎美和子 (2004) 行動変容に主眼を置いた訪問リハビリテーションの効果. *東北理学療法学*, 16:42-47.
- 20 日垣一男, 宮前珠子 (2000) 長期入院脳血管障害患者の主観的幸福感—作業療法受療者と非受療者の比較. *作業療法*, 19:554-561.
- 21 澁谷隆一, 村田和香 (2007) 訪問リハビリテーションにおける作業に関する自己評価・改訂版 (OSA) の有効性と作業療法の役割. *北海道作業療法*, 24:6-12.
- 22 坪井章雄, 新井光男, 若井寿男, ほか (2000) 在宅高齢障害者に対する訪問リハビリテーションの効果. *作業療法*, 19:120-126.
- 23 Mary Law (1998) *Client-Centered Occupational Therapy*, Slack Incorporated, New Jersey, U. S. A.
- 24 古谷野亘 (1996) QOLなどを測定するための測度(2). *老年精神医学雑誌*, 7:431-441.
- 25 Breggin P (2008) *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry*, Springer, New York.
- 26 古谷野亘 (2004) 社会老年学における QOL 研究の現状と課題. *保健医療科学*, 53:204-208.
- 27 日野原重明 (1993) *生きることの質*, 岩波書店
- 28 Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986) "Vital involvement in old age" (Norton, editor), 1st ed., Company, Inc., New York. [朝長正徳, 朝長梨恵子訳 (1990) "老年期", みすず書房, 東京, pp.123-132.]
- 29 前田大作, 浅野仁, 谷口和江 (1979) 老人の主観的幸福感の研究, モラールスケールによる測定を試み. *老年社会科学*, 11:15-31.

## 第2章 在宅ケアサービス利用開始時における高齢者の QOL

### I. 緒言

第2章では、第1番目の研究として実施された、在宅ケア利用開始時における高齢者の QOL の実態調査の結果について述べる。

人は、新たな環境に置かれるとき、様々な期待と不安を抱くものである。それは、在宅ケアの利用を開始する高齢者も同様である。在宅ケアに不具合が出れば、当然、高齢者の QOL が低下することにもなりかねない。高齢者の QOL に影響を及ぼす要因として、Liang や Bollen, Larson は、性、人種、婚姻状態、健康状態、雇用状況、社会経済的地位、社会活動性などを指摘している<sup>1,2</sup>。

前田らは、高齢者の QOL に有意に影響を及ぼす要因として、病気の有無、身体機能、ソーシャルサポートへの満足感、他者への援助についての満足感、うつスケール得点、社会的総合スケール得点の8要因を挙げている<sup>3</sup>。古谷野は「健康と人間関係の豊かさが主観的幸福感を高める<sup>4</sup>」ことを示唆し、さらに藤田らは、健康度自己評価、社会的活動性、日常生活活動、身体的機能の損傷、地域性、学歴との関連性を報告している<sup>5</sup>。

先行研究においては、上述のとおり、QOL に影響を及ぼす種々の要因が明らかにされてきた。しかし、これらの研究は、主に介護を必要としない健康な高齢者を対象としており、在宅ケアを利用することになった高齢者に関する報告については、現時点では非常に限られている。今後、「ケアの質」を向上させるためには、サービスの利用者となった高齢者の QOL についても検討することが有用であると考えられる。

そこで本章では、高齢者が要介護認定を受け、在宅ケア利用を余儀なくされたときに抱く不安や期待などの想いを解明し、その時点での高齢者の QOL とそれに関連する要因を検討する。また、高齢者の心理的ストレスを少しでも軽減できるような援助介入の導入期における援助関係の形成についての提言も試みることにする。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究では、多数の調査協力者から個人の内面を幅広く把握できる自記式質問紙法を採用した。また、量的な調査では汲み取ることが困難な個々の具体的な想いを反映させるため、個々人の具体的な考えや想いを自由に語ってもらえる半構造化インタビューも併用した。

### 2. 調査協力者と調査時期

#### 1) 調査協力者

調査協力者は、介護保険法に基づく在宅ケア（訪問介護、訪問看護、訪問リハビリテーション）を利用することになった65歳以上85歳未満の高齢者200名（女性121名、男性79名、平均年齢78.1±5.1歳）である。

調査協力者の候補（232名）は、A県、B県・C県にある訪問ケアステーション（看護・介護・リハビリステーションを提供）のうち調査者が直接訪問可能な場所に位置し、調査協力の許可が得られた18か所を機縁法により選定した。

そして、候補者のうち、調査に対応できると判断され（規格基準は後述）、かつ、本人に同意を得られた者を、最終的に調査協力者とした。

#### 2) 調査の時期と場所

201X年から201X年+90日以内に、調査協力者の自宅にて調査を実施した。

#### 3) 調査項目の設定

本研究では、在宅ケア利用開始時の高齢者のQOLの実態を調査するために、Lawtonの高齢者の主観的幸福感に関するPGC-MSを引用した<sup>6</sup>。調査尺度は、第1因子「心理的動揺」、第2因子「老いに対する態度」、第3因子「孤独感・不満足感」の三つの因子で構成されている。

また、その調査尺度における調査内容の構成因子と調査項目との関係は次の通りである。

(第1因子)

- 項目4：最近になって小さなことを気にするようになりませんか。  
項目7：心配だったり，気になったりして眠れないことがありますか。  
項目12：心配なことがたくさんありますか。  
項目13：前よりも腹をたてる回数が多くなったと思いますか。  
項目16：物事をいつも深刻に考えるほうですか。  
項目17：あなたは心配事があると，すぐにおろおろするほうですか。

(第2因子)

- 項目1：あなたの人生は，年をとるにつれてだんだん悪くなってゆくと思いますか。  
項目2：あなたは去年と同じように元気だと思いますか。  
項目6：あなたは，年をとって前よりも役に立たなくなったと思いますか。  
項目8：年をとるということは，若い時に考えていたよりも，良いことだと思いますか。  
項目10：あなたは，若い時と同じように幸福だと思いますか。

(第3因子)

- 項目3：さびしいと感じることがありますか。  
項目5：家族や親戚，友人との行き来に満足していますか。  
項目9：生きていても仕方がないと思うことがありますか。  
項目11：悲しいことがたくさんあると感じますか。  
項目14：生きることは大変さびしいと思いますか。  
項目15：今の生活に満足していますか。

\*調査項目の1, 2, 4, 5, 6, 7, 10~17は2件法，3, 8, 9は3件法で回答を求め，回答の数字が得点となる。17項目17点満点で，高得点ほどQOLが高いと判断される。

### **3. 調査方法の妥当性**

本研究では、質問紙法で調査協力者全体の QOL を幅広く調査し、その上で、インタビューによって、より深く在宅ケアに対する具体的な想いに関して回答を得られる調査方法を採用した。以上のことから、本研究の調査方法には、妥当性があると考えられる。

また調査項目については、PGC-MS が主観的 QOL を測定する尺度であり、地域在住高齢者での参考基準値も既に先行研究によって検証されているため、妥当であると判断した。

#### **1) 調査項目の内容的妥当性**

Lawton の調査項目は「本研究の理論的枠組み」に基づく調査内容の構成要因ごとに、研究目的や調査内容から見て適切な項目数が考慮されているので、調査内容を研究目的に合致するよう全体的に偏りなく把握が可能である。したがって調査項目の内容的妥当性があると考えられる。

#### **2) 調査項目の概念的妥当性**

Lawton の各調査項目は「本研究の基礎となる理論的枠組み」に基づいて設定された調査内容の当該構成要因の概念と一致する意味・内容となっているので、概念的妥当性があると考えられる。

### **4. 調査方法の信頼性**

質問紙法では客観性は認められるが、再現性や信憑性が問題となる。そこで客観性を担保するべく、調査は二重盲検化のうえで実施した。また再現性に関しては、本研究の予備調査として、同質問紙を用いた調査を事前に 11 名の被験者に実施した。回答の信憑性に関しては、調査者は一律、在宅ケアでの臨床経験が 5 年以上であるとの基準を設けた。

### **5. 調査結果の整理方法**

#### **1) 調査手続き**

調査手続きとしては、まず、各施設の施設長に事前に許可を得て、

調査協力者の候補を選定した。選定に当たって調査協力者のコミュニケーション能力や認知機能及び全身状態を確認するため、11名の理学療法士・作業療法士により、認知機能を確認するためのMMSE及びADL (activities of daily living) を評価するためのFIMを用いた測定を実施した。評価は、評価者間のバイアスを考慮して二重盲検化のうえ実施した。その結果、MMSEスコアが24点未満の者は調査協力者から除外した。またFIMスコアは、後述のとおり独立変数の一つとした。

調査は、調査協力者の背景要因の聴取、質問紙調査、そしてインタビューの3つのアプローチを行った。背景要因としては、①年齢、②性別、③主たる傷病名、④治療経過、⑤要介護度、⑥家族構成、⑦職業歴、⑧教育歴、⑨趣味の有無、⑩信仰の有無の計10項目を聴取した。これら10項目は、国内外の先行研究を参考に選定したもので、いずれも高齢者のQOLと関連があるとされている。

質問紙法によるQOLの測定にはPGC-MSを用い、自記式にて回答を得た。手順としては、初回訪問時に各調査協力者の担当看護師、介護士、作業療法士が直接調査協力者に配布し、次回訪問時に回収を行った。質問紙を回収する際に、インタビューガイドに沿って①現在の自分自身の生活について感じていること、②在宅ケアを利用するに際して感じていること、という2つの問いに対する自由回答を求めた。

## **2) 分析方法**

### **(1) 質問紙調査の分析**

質問紙法調査の結果については、個人の背景要因及びADLの観点からQOLとの相関を検討するため、年齢、性別等の上記10項目にFIMスコアを加えた11要因を独立変数とし、PGC-MSスコアとの関連性について重回帰分析を行った。分析における検定変数はPGC-MSスコアとした。

属性の変数については、項目ごとの差異を踏まえた検討を行うため、次のように小項目に細分化した。またこれら小項目は、統計による比較検定を行うことから、便宜上「比較群」と呼ぶ。

性別は男女に分け、傷病名は疾病分類により筋骨格系、神経系、心・

肺疾患など 6 つに分類した。治療経過(在宅ケアの利用に至った経緯)は、「退院後すぐに在宅ケアを利用する群」と「自宅での通院・加療を経て在宅ケアの利用が必要となった群」の 2 つに分類した。職業歴は事務、販売、専門・技術など 8 つに分類した。趣味と信仰はその有無で、家族構成は独居、夫婦のみ、二世帯、三世帯に分類した。

年齢・要介護度・教育年数・FIM については Spearman の  $\rho$  (順位相関係数) で相関係数の有意性を検定した。また、属性のうち性別、治療経過、趣味、信仰の 4 項目については Mann-Whitney 検定を、疾病分類、職業歴、家族構成の 3 項目については Kruskal Wallis 検定を用いて解析を行った。重回帰分析における変数は、ステップワイズ法(基準: 投入する F の確率  $\leq .050$ , 除去する F の確率  $\geq .100$ ) により選択した。その際、分析において有意な要因のみを組み入れて分析を行った。有意性の判定は、一律有意水準 5% を基準とした。

## (2) インタビュー内容の分析

インタビュー内容の分析には、KJ 法を用いた。KJ 法は、川喜多が考案した手法で、蓄積された情報から必要な情報を抽出し、関連する情報をグルーピングして整理し統合する<sup>7)</sup>。同分析法は、定性的なデータをまとめるのに有効とされている。調査協力者から得られた回答について、少数意見も反映しながらカテゴリー分類する手法として有用であると判断し、本研究では KJ 法の中の記録・分類・統合のプロセスを用いた。

調査協力者からインタビューで得られた回答は、KJ 法に基づき「在宅ケアに対する思い」「現在の自分自身に対する思い」に分類し、108 枚のカードを作成した。また分析方法の適切性を確保するため、分析者は、それぞれ異なる機関に所属し、在宅ケアで 5 年以上の臨床経験を有する作業療法士及び高齢者へのケア経験を 5 年以上有する心理士、医師で構成した。



### Ⅲ. 結果

ここでは、「Ⅱ. 研究方法」の実施結果について整理を行う。

#### 1. 調査協力者の背景と QOL の関連性

調査協力者 200 名の PGC-MS スコアの平均点は  $9.09 \pm 2.6$  (mean  $\pm$  SD) であった。また PGC-MS スコアに影響する要因ごとの分析では、治療経過、職業歴が  $p < .001$ 、家族構成が  $p < .009$ 、年齢が  $p < .008$ 、教育年数が  $p < .029$  で有意となった。さらに独立変数を年齢、治療経過、教育年数、職業歴、家族構成として重回帰分析を行ったところ、治療経過（通院・自宅加療後、在宅ケアの利用を開始した群）で  $p < .001$ 、家族構成（三世帯群）で  $p < .001$  と、それぞれ有意な関連性があることが確認された。さらに、PGC-MS スコアは、治療経過については、通院・自宅加療後にサービスを利用した群が高かった。また家族構成では、PGC-MS のスコアが高い順に、三世帯、独居、夫婦、二世帯となった。

表 2-1 PGC-MS に影響する 1 要因ごとの分析  
(年齢・要介護度・教育年数・FIM)

変数	平均値	標準偏差	相関係数 a	有意確率 Pb
年齢	78.13	5.175	0.188	0.008**
要介護度	2.65	1.207	-0.052	0.464
教育年数	10.95	2.392	-0.154	0.029
FIM	84.73	20.412	0.124	0.08

\* 有意確率 P は、\*\*\* $P < 0.001$ 、\*\* $P < 0.01$ 、\* $P < 0.05$  を示す。

\* 相違係数 a は Spearman の  $\rho$  を用いた。

\* 有意確率 b は、両側検定を用いた。

\* 要介護度 FIM の平均値、標準偏差は中央値、4 分位範囲を示す。

表 2-2 PGC-MS に影響する 1 要因ごとの分析（属性）

要因	比較群	度数	中央値	4 分位範囲	有意確率 P
性別 a	女性	121	9.0	4.0	0.141
	男性	79	8.0	3.0	
疾病分類 b	筋骨格系	31	10.0	4.0	0.282
	神経系	64	8.0	3.0	
	心・肺疾患	25	8.0	2.0	
	外傷	33	9.0	3.5	
	全身疾患	25	10.0	4.0	
治療経過 a	退院→在宅ケア	96	7.0	3.0	0.001***
	通院→在宅ケア	104	10.0	3.8	
職業 b	事務	14	8.0	4.3	0.001***
	販売	19	10.0	5.0	
	専門・技術	34	8.0	3.3	
	サービス	4	9.0	4.0	
	農林・漁業	48	10.5	4.0	
	生産工程・ 労務作業	35	7.0	3.0	
趣味 a	運輸・通信	9	9.0	3.0	0.085
	その他	37	9.0	2.5	
	あり	111	8.0	3.0	
信仰 a	なし	89	10.0	5.0	0.204
	あり	119	8.0	3.0	
家族構成 b	独居	59	9.0	5.0	0.009**
	夫婦	77	8.0	3.0	
	二世帯	32	8.0	3.8	
	三世帯	32	10.0	5.0	

\* 有意確率 P は、\*\*\* $P < 0.001$ , \*\* $P < 0.01$ , \* $P < 0.05$  を示す。

\* 要因中 a は、Mann-Whitney の U 検定を用いた。

\* 要因中 b は、Kruskal Wallis 検定を用いた。

表 2-3 PGC-MS に影響する要因のステップワイズ法による重回帰分析

要因	カテゴリ	偏回帰係数標準偏回帰係数	有意確率P	R <sup>2</sup>	調整済みR <sup>2</sup>
治療経過	通院→在宅ケアa	2247	0.438	0.001***	0.269***
家族構成	三世帯b	1635	0.274	0.01**	0.256***

\* 有意確率 P は, \*\*\*P<0.001, \*\*P<0.01, \*P<0.05 を示す.

\* カテゴリ a は, 退院→在宅ケアを基準とした.

\* カテゴリ b は, 独居を基準とした.

## 2. 在宅ケア利用開始時の想い

インタビュー結果は, KJ 法に基づき, 訪問ケアステーションに所属する作業療法士 2 名, クリニックに所属しながら高齢者への訪問相談業務も行っている臨床発達心理士 1 名, 臨床心理士 1 名, 精神科医 1 名の計 5 名で合議のもと, 次の要領で分類・整理した.

まず, 108 枚のカードについて親近感を覚えるもの同士を集め, 27 の小グループを編成し, 各グループに見出しを付けた. さらに内容を検討して独立させるべきもの, 新たに必要と思われるものを追加し, 30 の小グループとした. これらのうち, カードの数が多かった主な内容は, 「自宅に介護に来てもらおうと他人に家の中を知られてしまうのが不安」が 12 枚, 「最後まで自分の家で生活したい」が 11 枚, 「介護にはどのくらいお金が必要なのか分からない」が 9 枚, 「人に迷惑をかけないで死んで逝きたい」が 9 枚, 「生きがいがないこと」が 7 枚, 「困った時に助けてくれる人がそばにいてほしい」が 6 枚であった.

以上の結果に基づき「社会的要素 (経済的な心配事や社会制度に対する思い)」「身体的要素 (病気の再発への不安や障害受容の問題)」「心理的要素 (家族に対する思いや, 自身の生きがいの喪失)」「期待していること」の 4 つのカテゴリーを編成した.

これら 4 つのグループのうち「社会的要素」「身体的要素」「心理的要素」はいずれも不安を示す内容であったことから, 最終的に「不安に感じること」「期待していること」という 2 つの大カテゴリーに分類した.

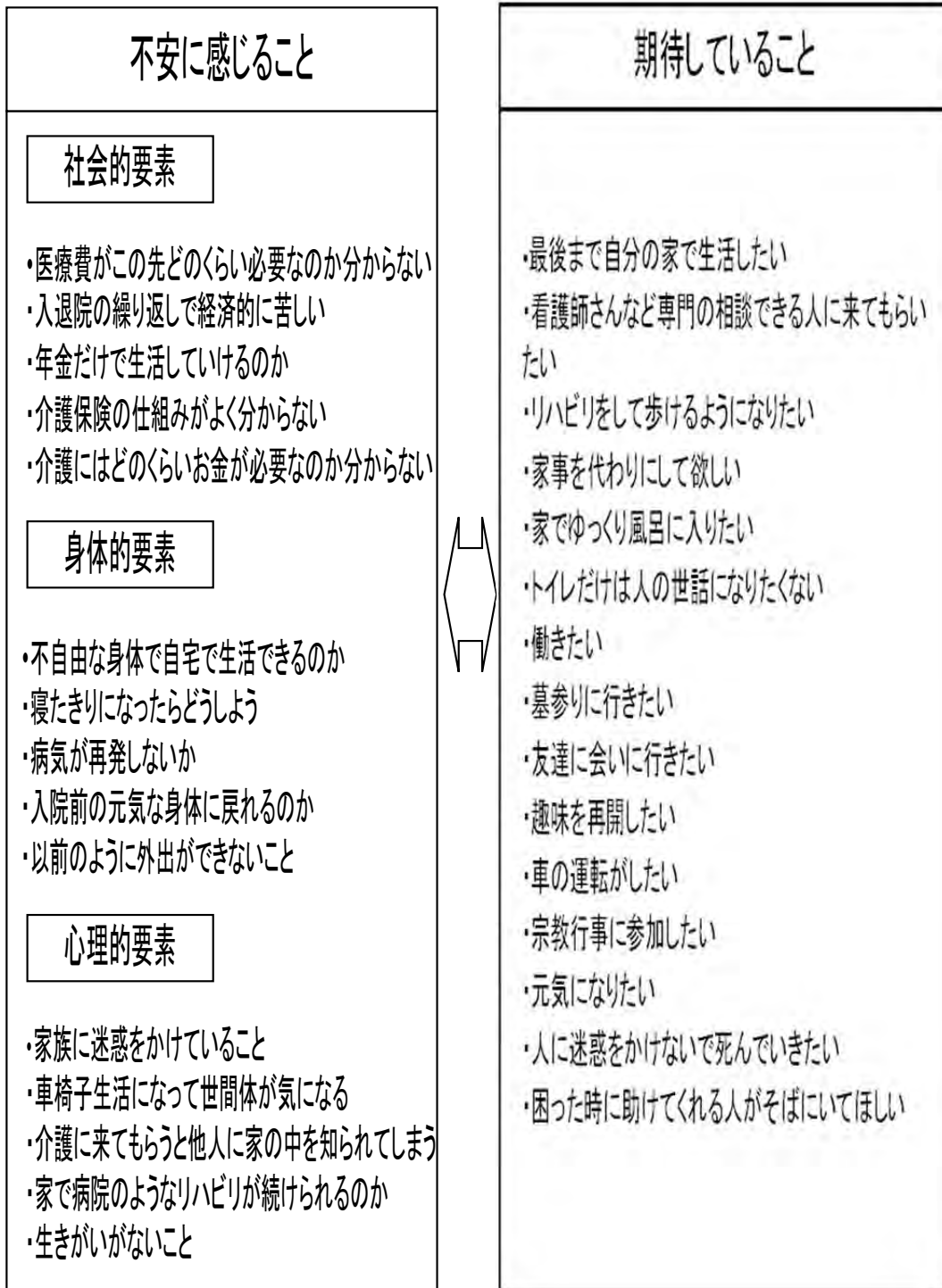


図 2-1 在宅ケア利用高齢者の心理構造モデル

#### IV. 考察

以下、質問紙による量的調査及びインタビューによる質的調査から得られた結果を踏まえたうえで、在宅ケア利用開始時における高齢者の QOL, 及びそれに影響を及ぼす要因について考察する。

調査協力者の PGC-MS スコアの平均点は  $9.09 \pm 2.6$  (mean  $\pm$  SD) で、健常老人を対象に実施された前田らの報告 ( $11.14 \pm 3.2$ : mean  $\pm$  SD) や小嶋らの報告 ( $11.97 \pm 3.57$ : mean  $\pm$  SD) を下回る結果となった。PGC-MS スコアの得点が高いほど被験者の QOL が高いとされている。よって、健常老人を対象とした報告よりもスコアが低かったということは、病気の有無や身体機能が高齢者の QOL に影響を及ぼすと指摘した前田の先行研究を支持するものと言える。

さらに、年齢、性別等の背景要因に FIM スコアを加えた 11 要因と PGC-MS との関連性については、「治療経過」と「家族構成」が PGC-MS スコアに影響を及ぼしていることが明らかとなった。先行研究では QOL に対して性、人種、社会的活動性など様々な要因が影響していることが示唆されているが、これら 2 つの要因はそのいずれとも異なっている。

「治療経過」については、「退院後すぐに在宅ケアを利用する群」が 48%、「自宅で通院・加療を行ってきたが在宅ケアの利用が必要となった群」が 52%と、その割合はほぼ同等であった。しかし、PGC-MS スコアは、「退院後すぐに在宅ケアを利用する群」が有意に低かった。このことから、「退院直後」にサービスを利用する調査協力者のほうが、QOL が低いことがわかる。通院及び自宅での加療後に利用開始となった調査協力者には、「リハビリの先生が家に来てくれるのが嬉しいし楽しみ」「介護の人なら身内より気を遣わなくていい」など比較的前向きな語りが見られた。しかし、退院直後の調査協力者は、「最後まで自分の家で生活したい」と希望を語る一方で「自宅でも病院のようなりハビリテーションが続けられるのか」「不自由な身体でも自宅で生活できるのか」といった不安を吐露する語りがみられた。これらを見る限り、「退

院直後」に利用開始となる高齢者は、退院後の自身の QOL に不安を抱いていることが窺える。

また在宅ケアの内容や、自分自身の生活時間や生活世界の中で、在宅ケアというものをどのように位置づけていけばよいのかが分からず、川合が指摘するように、「ケア」に対する従来の固定概念<sup>8</sup>から脱却できない状態であることを想起させるような回答、例えば「家事を代わりにしてほしい」など、世話する側と世話される側といった一方向的な依存的関係あるいは従属的關係として在宅ケアが想定されるような発言も見られた。

確かに、自宅で通院・加療を行ってきた高齢者の場合、生活の拠点を移さずに在宅ケアを導入できるため、ある程度、未来の自分自身の生活がイメージできる。しかし退院直後の高齢者の場合、在宅ケアを利用しながら生きる自分自身の未来の生活イメージが想記しにくいと考えられる。しかも、家族や身近な人への負担が、入院時よりも増えることも想定される。そのようなことが、PGC-MS スコアの押下げにつながった可能性も示唆される。

高齢者の QOL に影響を及ぼすもう一つの要因は、「家族構成」であった。

本邦では、核家族化が進む傾向にあるが、本研究の調査協力者についても独居あるいは夫婦世帯が 68%を占めた。また、PGC-MS スコアは、三世帯で暮らす調査協力者が最も高く、次いで独居、夫婦、二世帯の順となった。このなかで特筆すべきは、三世帯の調査協力者のスコアが有意に高かったことである。その一方で、二世帯で暮らす調査協力者の PGC-MS スコアが最も低いという結果が出ている。同居家族がいるという点では三世帯と似た状態ではあるが、孫などの存在の有無がこの数値の差となって表れた可能性もある。事実、在宅でのリハビリテーション場面においてクライアントが世代の異なるセラピストに対して祖父母性 (grandparenthood) を発現させることが QOL 向上の一つの要因であることはすでに例証されている<sup>9,10</sup>。また、二世帯の場合、世代間の葛藤が強すぎる<sup>11</sup>ことが考えられる。調査協力者からも「介護

の人なら、嫁の世話になるより気楽」「孫がいるから同居も我慢できる」といった語りがみられた。

その他、インタビューから聴取された主な内容は、「自宅に介護に来てもらおうと他人に家の中を知られてしまうのが不安」「最後まで自分の家で生活したい」「生き甲斐がない」「困った時に助けてくれる人がそばにいてほしい」などであった。これらの語りからは、調査協力者たちが在宅ケアに対し、漠然としながらも不安や希望など、様々な思いを抱いていることが窺える。当然ながら、ケアを提供する側は、こうした高齢者の複雑な胸中を察し、職種間で連携を図りながら目の前の高齢者に寄り添うことが求められよう。

## V. 小括

以上、本章では、在宅ケア利用開始時の高齢者の QOL の実態とその関連要因を明らかにし、在宅ケア利用開始時の高齢者の QOL と、その QOL に影響を及ぼす要因をもとに、高齢者がスムーズに在宅ケアを生活の一部として受け入れていけるようなケアのあり方について検討してきた。

その結果、「治療経過」と「家族構成」が、高齢者の QOL に影響を及ぼしていることが判明した。そして、退院直後に在宅ケアを利用する場合のほうが、QOL が低いことも示された。これらの結果は、調査協力者たちが在宅ケアそのものに対して不安な思いや希望を抱いていることとも関連している。したがって、退院直後に在宅ケアを利用するケースでは、セラピストをはじめとする在宅ケアに携わる援助者は、高齢者の不安を極力取り除くように配慮することが求められる。また、二世帯で同居して暮らす高齢者の場合、家族の側にも配慮する必要があるだろう。

「病院」という場所で、「患者」と呼ばれ、保護されつつも受動的な生き方をすることが期待される医療施設を離れ、自分自身が主体となって生活を営む「自宅」に戻るということは、喜びであると同時に、

入院前とは違う「障がいに向き合いながら生きる」という新しい生活スタイルを再構築していく人生の重大な転換点の一つとも言える。在宅ケアに携わる援助者は、そうした人たちの転換点に立ち会う者として、高齢者自らの生活の質の向上に向けて、各自の専門性をもって真摯に関わり続けることが求められよう。

本章における調査協力者達が、在宅ケアを継続的に利用することで、そのQOLはどのように変化していくのであろうか。次章では、同調者協力者に対する縦断的調査によるQOLの変化について明らかにしていく。

統計解析については、Supporting Informationの以下の表を参照。

- ・表 S2-1 記述統計量
- ・表 S2-2 単純度数集計
- ・表 S2-3 正規性の検定(1)
- ・表 S2-4 正規性の検定(2)
- ・表 S2-5 重回帰分析における決定係数
- ・表 S2-6 決定係数の検定
- ・表 S2-7 係数および因子の有意性の検定
- ・表 S2-8 有意にならず除外された変数



## 第2章文献

- 1 Liang J, Bollen. K. A. (1985) Sex differences in the structure of the Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journal of Gerontology*, 42:468-477.
- 2 Larson R (1978) Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 3:85-89.
- 3 前田大作, 浅野仁, 谷口和江(1989) 老人の主観的幸福感の研究, モラールスケールによる測定を試み. *社会老年学*, 30:3-16.
- 4 古谷野亘(1984)主観的幸福感の測定と要因分析. *社会老年科学*, 20:59-64.
- 5 藤田利治, 大塚俊男, 谷口幸一(1989)老人の主観的幸福感とその関連要因. *老年社会科学*, 29:75-83.
- 6 Lawton, M. P. (1975) The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. *J. Gerontol*, 30:85-89.
- 7 川喜多二郎(1967) “発想法” 中央公論社, 東京, pp.72-88.
- 8 川合八重(2002) 投影法と自尊感情尺度を用いた地域高齢者の介護意識に関する検討. *高知医科大学紀要*, 18(2):101-110.
- 9 今西美由紀(2009)訪問リハビリテーションにおける老年期のクライアントからセラピストへの祖父母性(grandparenthood)の発現と生きることの質. *作業療法*, 28(2):157-166.
- 10 M. Imanishi, H. Tomohisa, K. Higaki(2016) A Narrative Approach to Home Based Occupational Therapy Can Improve the Development of Grandparenthood and Quality of Life in the Elderly. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 63(2):38-44.
- 11 Alfred Reginald Radcliff-Brown(1956) Structure and Function in primitive society. *American Anthropologist*, 58:544-547.

## 第3章 在宅ケアサービスを継続利用した高齢者の QOL

### I. 緒言

前章では、在宅ケア利用開始時の高齢者の QOL の実態について述べた。

本章では、前章の研究に引き続き、高齢者の QOL が 1 年間でどの様に変化していくのかを明らかにすることを目的とする。

本章の研究においては、二つの調査・分析を行う。まず第 1 段階では、高齢者の QOL と訪問リハの関係性について調査を行うため、訪問リハ受療の有無で調査協力者を 2 群に分け、それぞれの群の QOL の変化の傾向を解析する。その後、第 2 段階として、各群の高齢者の個別的な QOL の変化の軌跡について検証を進めていく。

### II. 研究方法

#### 1. 研究デザイン

本研究では、先の章と同じ調査協力者に対する、在宅ケアの長期間の継続利用における QOL スコアの変化を検証するため、探索的研究を目的とした 12 ヶ月間の縦断調査（前向き）を実施した。

第 1 段階では、高齢者の QOL の変化と関連する要因について、訪問リハ受療の有無によって調査協力者を 2 群に分類し、FIM (Functional Independence Measure) 得点との関連性に焦点を当てて検証を行った。次に第 2 段階では、調査協力者の個別的な QOL の変化の軌跡とそれに関連する個人の背景要因との関係を中心に検討した。

#### 2. 調査協力者と調査時期

##### 1) 調査協力者

前述のとおり、本研究では、高齢者の QOL の変化を 2 段階に分けて検討した。第 1 段階では、先の章と同じ 200 名を調査対象者としたう

えで、「リハビリ群」と「看護・介護群」に分類した。「リハビリ群」とは、調査協力機関である訪問ケアステーションとサービス利用契約を結び、作業療法士や理学療法士による訪問リハを受療しているクライアントである。一方、「看護・介護群」とは、リハビリ群と同様に訪問ケアステーションとの契約を済ませ、訪問による看護または介護サービスを受けているが、訪問リハは受けていない利用者のことで、リハビリは看護師等が担当している。分類の結果、各群は100名ずつになった。ただし、在宅ケアサービスを12ヵ月間継続利用した者を対象としたため、最終的に対象者は136名（78.1±5.1歳）となった。

第2段階でも、第1段階と同様に、上記200名のうち在宅ケアサービスを12ヵ月間継続利用した136名（78.1±5.1歳）を分析の対象とした。

## 2) 調査の時期と場所

調査は、201X年5月から201X年5月+12ヵ月にわたって実施した。調査終了まで約3ヵ月（90±10日）ごとに調査協力者の自宅にて、QOL及びADLの測定・評価を行った。

## 3) 調査項目の設定

第1段階における調査項目およびアウトカムは、次のとおりである。

### 調査協力者の属性：

訪問リハ受療の有無，年齢，性別，介護度，主たる傷病名，治療経過，教育歴，職業歴，趣味の有無，信仰の有無，家族構成。

### アウトカム：

主要アウトカム；主観的QOL(改訂版PGC-MSスコア)

副次的アウトカム；ADL(FIM)

\*QOLの評価指標には、「PGC-MS」を用いた。

\*ADLの測定指標には、Functional Independence Measure (FIM)を用いた。FIMは、ADLの評価尺度の一つで、運動機能及び認知機能を18項目7段階で評価し、スコアが高いほどADLが高いと判断される。主にリハビリテーションの臨床現場で、国内外を問わず広く使用されている。

### **3. 調査方法の妥当性・信頼性**

第2番目の研究は、上述のとおり、2つの段階を経て実施されたが、調査方法として設定した質問紙法は、多数の調査協力者から個人の内面を幅広く把握できる点で妥当性があると考えられる。また横断研究によってベースラインを確認した上で縦断研究へと移行する研究デザインは、交絡因子の検討を可能にするものと思われる<sup>1,2,3,4</sup>。

#### **1) 調査項目の内容的妥当性**

本研究では改訂版 PGC-MS を使用した。本スケールは信頼性及び因子や構成概念、理論的な妥当性が既に確認されている。

#### **2) 調査項目の概念的妥当性**

本スケールは、設定された調査内容の当該構成要因の概念と一致する意味・内容となっているので、概念的妥当性があると考えられる。

#### **3) 調査方法の信頼性**

調査協力者の選出に際しては客観性を考慮して、地域性によるバイアスを可能な限り避けるため3県(A県・B県・C県)の広範囲に点在する18カ所の訪問看護・訪問介護ステーションを選出した。

選出方法としては再現性を考慮し以下の基準を設けた。①事業所開設基準に準拠した平均的事業規模のステーションであること。②訪問範囲が地方都市部、農村地域等2つ以上の市町村を網羅し、その対象が一般市民であること。また調査協力者は選定基準に応じて機縁法により抽出し、さらに抽出した調査協力者の再現性を確認するために、事前に予備調査を実施した<sup>5</sup>。調査協力者の心理的な変化における分析及び治療介入の信憑性に関しては、共同研究者である精神科医による定期的なスーパービジョンを実施した。

### **4. 調査結果の整理方法**

#### **1) 調査手続き**

第1段階及び第2段階での調査手続きは、以下のとおりである。

調査協力者は、訪問リハを受療している者を「対象群」、訪問介護・訪問看護のみを利用している者を「統制群」として割付けた。割付け

は介入を行う介護士，看護師，セラピストには盲検化するため，全て研究責任者（データの保持責任者）が管理し，割付けの順番は調査が終了するまで厳重に保管することとし，対象の選定は研究責任者が行った．

測定に際し，まず，調査協力者の背景を把握するため，年齢，性別，要介護度，傷病名，教育年数，治療経過，職業歴，趣味，信仰，家族構成について聴取し，各自の個人調査票を作成した．

PGC-MS については，原則，質問紙の記入は，調査協力者自らが行い，FIM については作業療法士等のリハビリテーションの専門職種で評価した．ただし，家族，友人，あるいは専門家の助けを借りた場合は，その旨，報告を受けた（例えば調査協力者が識字の場合，研究責任者が調査に立ち会うか，あるいは夜間中学校の教員等の協力を得た）．

なお，調査開始後に，入院等により調査が実施できなかつたり，調査項目に対して記入漏れが認められた場合は，調査を中止し，データを「欠落（missing）」扱いとした．

## 2) 分析方法

第 1 段階においては，経時的に収集したデータを，「リハビリ群」「看護・介護群」の 2 グループに分けるとともに，データを収集した時点（経過）にも着目して以下の条件で分析を行った．

調査協力者の属性の検討として，Shapiro-Wilk 検定にて正規性の分析を行った後，「リハビリ群」及び「看護・介護群」の各要因の比較検討には，Mann-Whitney の U 検定を用いた．

さらに，訪問リハ受療の有無に影響する因子の分析として，多重ロジスティクス回帰分析を行った．

また，PGC と FIM の 2 変数間の相関分析については，Spearman の順位相関係数を求め，有意性の検定も行った．

趣味の有無については，chi-square test を行った．

PGC-MS スコア（以下，PGC スコア）及び FIM スコアのデータ分布については，パラメトリックを仮定して，解析を実施した．

まず，PGC スコア及び FIM スコアの要因分析については，PGC スコア・

FIM スコアをそれぞれ指標として、データに被験者の「対応がある要因（経過）」と「対応がない要因（比較群）」を含む 2 要因の反復測定分散分析（Repeated Measure ANOVA）を用いて解析し、比較群及び経過の主効果と交互作用の有無を検討した。また、分散分析は、一般線形モデル（GLM）による分散分析モデルとして実施した。

分散の等質性の検討には、Mauchly の球面性検定を用いた。分散が等質の場合、自由度は修正しなかった。非等質の場合は Huynh-Feldt の  $\epsilon$  修正を用いて自由度を修正した。

分散分析の下位検定（主効果の比較）において、経過及び比較群については推定周辺平均に基づいたペアごとの比較を行った。また検定の多重性を考慮し、多重比較法として Bonferroni 法を用いて有意確率 P 及び信頼区間の調整を行った。また分散分析の下位検定（単純主効果の検定）においては、①経過ごとの比較群の検定、②比較群ごとの経過の検定、のパターンで検討した。これら二つのパターンについては、推定周辺平均に基づいたペアごとの比較を行った。これらについても検定の多重性を考慮し、多重比較法として Bonferroni 法による有意確率 P 及び信頼区間の調整を行った。

PGC スコア及び FIM スコアについて、調査開始時から 3 ヶ月ごとの変化について効果量 (effect size) を算出した。効果量に関しては G\*Power ver. 3.1 を用いて、対応のある t 検定 (Paired t-test) の場合の d (効果量) を算出した。[Cohen<sup>6</sup> の示唆は対応の無い t 検定の場合の d (効果量) であるため、今回は対応ありの場合の効果量の算出式を用いた]。

反復測定分散分析においては偏イータ 2 乗 (partial  $\eta^2$ ) を、また、下位検定の「経過ごとの比較群の検定」においては t 検定の効果量 (d) を、そして下位検定の「比較群ごとの経過の検定」においては、対応のある t 検定の効果量 (dz) をそれぞれ効果量として算出した。偏イータ 2 乗は、計算式 “ $SS_{\text{effect}} / (SS_{\text{effect}} + SS_{\text{error}})$ ” で算出した。

t 検定の場合の効果量 (d) は、計算式 “ $(\text{リハビリ群の平均} - \text{看護・介護群の平均}) / \sqrt{(\text{リハビリ群の標準偏差}^2 + \text{看護・介護群の標$

準偏差<sup>2</sup> / 2)」で算出した。

対応のある t 検定の場合の効果量 (dz) は計算式「t 検定の効果量 (d) /  $\sqrt{2(1-\text{対応のあるデータの相関係数})}$ 」で算出した。

効果量の算出には、計算ソフト「G\*Power ver. 3.1 (ハインリッヒ・ハイネ大学デュッセルドルフ校提供)」を用いた。

第 2 段階の調査で得たデータについては、下記の要領で分析を行った。まずデータ分布の正規性については、Shapiro-Wilk を用いて検定した。リハビリ群と看護・介護群の各要因については t 検定を用いて統計解析を行った。さらに PGC スコアと FIM スコアの 2 変数間の相関分析については Spearman の  $\rho$  (順位相関係数) を求め、有意性の検定を行った。PGC スコアについては Ward 法を用いたクラスタ化を行った。距離の測定には、平方ユークリッド距離を用いた。

リハビリ群と看護・介護群におけるクラスタグループの度数の比較には、一元配置分散分析を行った。また、クラスタ分類ごとの要因比較については、数値データについては、一元配置分散分析を、分類値データには分割表検定を行った。

有意確率の算出は Fisher の正確確率法 (Fisher's exact test) を用いた。ただし、Fisher の正確確率法が計算できない場合はモンテカルロ法 (Monte Carlo Estimate) を用いた。

なお、両段階共に、有意性の判定については、一律有意水準 5% を基準として判定を行った。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 調査協力者の属性

調査協力者 200 名の調査開始時の年齢は、64 歳から 84 歳で、平均年齢は、 $78.13 \pm 5.1$ 、教育年数は  $10.95 \pm 2.3$  であった。また、PGC スコアは  $9.09 \pm 2.6$ 、FIM スコアは  $84.73 \pm 20.4$  であった。なお尤度比 2.00 で「趣味あり」と回答した調査協力者の方が、リハビリ群に属する傾向にあるが、それ以外の要因では 2 群間に有意な差は見られな

った。

リハビリ群 100 名のうち 26 名，及び看護・介護群のうち 38 名の計 64 名は，調査開始後 1 年以内に自宅療養の継続が不能となった。中断理由は，入院が 53%，老人ホームへの入所が 17%，遠方の家族宅への転居が 14%，死亡が 9%，その他が 7%であった。以上の理由から，調査協力者は最終的に 136 名となった。ただし，それぞれ，調査協力者が調査継続不能となった時期が一定でないことから，属性の分析対象は，調査開始時の 200 名を対象としている。

## 2. PGC スコアの解析結果

分散分析の前提条件となる分散の等質性の検定 (Mauchly の球面性検定) を行ったところ，経過ごとの分散の等質性が棄却された (表 3-2)。そのため，次の分散分析では Huynh-Feldt の  $\epsilon$  修正法により自由度の修正をして解析を行った。

表 3-1 等質性の検定 (Mauchly の球面性検定)

被験者 内効果	Mauchly の W	近似カイ 2 乗	自 由 度	有 意 確 率 P	イプシロン		
					Greenho use-Gei sser	Huynh-Fe ldt	下限
経過	0.678	51.388	9	0.001	0.825	0.855	0.250

反復分散分析の結果，「経過」「比較群」の主効果及び交互作用 (経過×比較群) は，以下のとおりとなった。

被験者内効果の検定 (表 3-3) においては，主効果として経過は， $F(3, 458) = 5.561$ ， $p = 0.001$  ( $p < 0.001$ ) で有意になった。しかし，交互作用 (経過×比較群) も， $F(3, 458) = 14.986$ ， $p = 0.000$  ( $p < 0.001$ ) で有意になっていることから，経過と比較群の間で相乗効果が働いていることが分かったため，経過の主効果を一旦保留し，下位検定 (単純主効果の検定) とし，「②比較群ごとの経過の検定」を行った。



表 3-2 被験者内効果の検定

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率 P	偏イータ <sup>2</sup> 乗	非心度パラメータ	観測検定力 <sup>b</sup>
経過 <sup>a</sup>	63.6	3	18.60	5.561	0.001	0.040	3622.95	0.961
経過 x 比較群 <sup>a</sup>	171.4	3	50.12	14.986	0.001	0.101	6.2	1.000
誤差 (経過)	1532.4	458	3.34					

a. Huynh-Feldt の  $\epsilon$  修正法により自由度の修正による結果

b. アルファ = .05 を使用して計算された

被験者間効果の検定 (表 3-3) においては、主効果として比較群は  $F(1, 134) = 6.196$ ,  $p = 0.014$  ( $p < 0.05$ ) で有意になった。しかし、先の被験者内効果の検定で交互作用 (経過 × 比較群) が有意になっていることから、比較群の主効果を一旦保留し、下位検定 (単純主効果の検定) として、「①経過ごとの比較群の検定」を行うことにした。

表 3-3 被験者間効果の検定

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率 P	偏イータ <sup>2</sup> 乗	非心度パラメータ	観測検定力 <sup>a</sup>
切片	59425.3	1	59425.3	3622.96	0.001	0.964	3623.0	1.000
比較群	101.6	1	101.6	6.196	0.014	0.044	6.2	0.695
誤差 (比較群)	2197.9	134	16.4					

a. アルファ = .05 を使用して計算された

2 要因の反復測定分散分析の効果量 (partial  $\eta^2$ ) は、経過が 0.040、比較群が 0.044 であった。

また、分散分析の下位検定 (単純主効果の検定) の結果、次のことが明らかになった。

まず、「①経過ごとの比較群の検定」においては、2 月 (調査開始から 9 ヶ月後) と 1 年後のみ有意となり、2 月と 1 年後ともに、看護・介護群と比較してリハビリ群の方が PGC スコアの平均値が有意に高い

ことが分かった。すなわち、5月、8月、11月という経過初期においてはリハビリ群と看護・介護群に差はないが、調査開始から9ヵ月が経過した「2月」と「1年後」という経過後期においてはリハビリ群と看護・介護群のPGCスコアの平均値の差が開く傾向にあるということが明らかとなった（図3-1）。

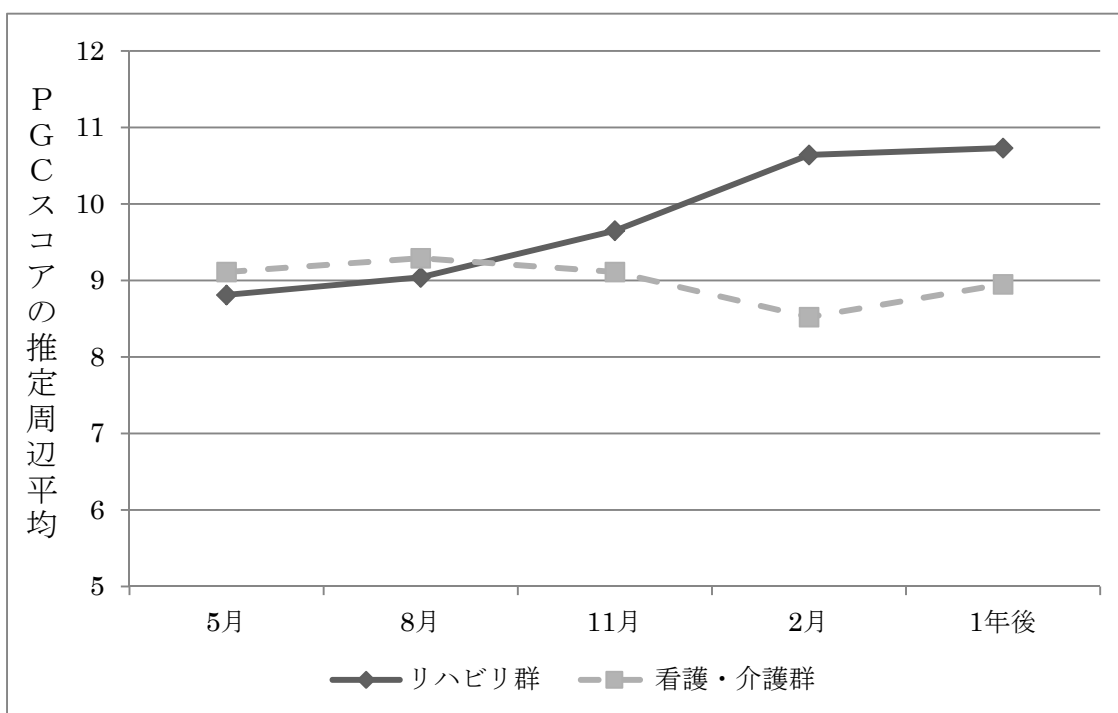


図3-1 PGCスコアの推定周辺平均の推移

次に、「②比較群ごとの経過の検定」においては、リハビリ群では、「5月と2月」「5月と1年後」「8月と2月（9ヵ月後）」「8月と1年後」「11月と2月（9ヵ月後）」「11月と1年後」で有意となった。これにより、5月、8月、11月という経過初期と比較して、2月と1年後のPGCスコアの平均値が有意に高いことが分かった。

一方、看護・介護群では、全ての時点間の組み合わせで有意にならなかった。即ち、看護・介護群においては、経過によるPGCスコアの変化はなく、リハビリ群においては2月と1年後の経過後期でリハビリ群のPGCスコアが上昇する傾向にあるということが明らかになった。

また、下位検定（単純主効果の検定）の効果量については、「①経過ごとの比較群の検定」においては、2月（9ヵ月後）と1年後で比較群の効果量が大きくなる傾向にある（表 3-5）。また、「②比較群ごとの経過の検定」においては、リハビリ群で各経過月と2月及び1年後の比較において効果量が大きくなる傾向にある。

**表 3-4 効果量 (d)**

経過	比較群	比較群	効果量 <sup>a</sup>
5月	リハビリ群	看護・介護群	0.119
8月	リハビリ群	看護・介護群	0.105
11月	リハビリ群	看護・介護群	0.253
2月	リハビリ群	看護・介護群	0.961
1年後	リハビリ群	看護・介護群	0.717

a. 多重比較法: Bonferroni による調整

**表 3-5 効果量 (dz)**

比較群	(I) 経過	(J) 経過	効果量 <sup>a</sup>
リハビリ群	5月	8月	0.089
		11月	0.279
		2月	0.597
		1年後	0.605
		11月	0.284
	8月	2月	0.637
		1年後	0.623
		2月	0.564
	11月	1年後	0.478
		2月	0.045
看護・介護群	5月	8月	0.085
		11月	0.000
		2月	0.243
		1年後	0.064
	8月	11月	0.084
		2月	0.407
		1年後	0.136
	11月	2月	0.309
		1年後	0.079
	2月	1年後	0.217

a. 多重比較法: Bonferroni による調整

### 3. FIM スコアの解析結果

分散分析の前提条件となる分散の等質性の検定（Mauchly の球面性検定）の結果，経過ごとの分散の等質性が棄却されたため，次の分散分析では Huynh-Feldt の  $\epsilon$  修正法により自由度の修正をして解析を行った。

表 3-6 等質性の検定（Mauchly の球面性検定）

被験者 内効果	Mauchly の W	近似カイ 2 乗	自由 度	有意確 率 P	イプシロン		
					Greenho use-Gei sser	Huynh-Fe ldt	下限
経過	0.252	182.580	9	0.001	0.676	0.696	0.250

反復測定分散分析の結果，経過，比較群の主効果及び交互作用（経過×比較群）は以下のとおりである。

被験者内効果の検定においては，主効果として経過は  $F(3, 373) = 3.734$ ,  $p = 0.013$  ( $p < 0.05$ ) で有意であった。しかし交互作用（経過×比較群）も  $F(3, 373) = 68.022$ ,  $p = 0.000$  ( $p < 0.001$ ) で有意になっていることから，経過と比較群の間で相乗効果が働いていることが分かったため，経過の主効果を一旦保留し，下位検定（単純主効果の検定）として，「②比較群ごとの経過の検定」を行うことにした。

表 3-7 被験者内効果の検定

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意 確率 P	偏イータ 2 乗	非心度 パラメータ	観測 検定力 b
経過 <sup>a</sup>	219.1	3	78.65	5.561	0.001	0.040	3622.95	0.961
経過 × 比較群 <sup>a</sup>	3990.6	3	1432.77	14.98 6	0.001	0.101	6.2	1.000
誤差（経 過）	7861.3	373	21.06					

a. Huynh-Feldt の  $\epsilon$  修正法により自由度の修正による結果

b. アルファ = .05 を使用して計算された

被験者間効果の検定においては、主効果として比較群は、 $F(1, 134) = 1.046$ ,  $p = 0.308$  ( $p \geq 0.05$ ) で有意にはならなかった。しかし、先の被験者内効果の検定で交互作用（経過×比較群）が有意になっていることから、比較群の主効果を一旦保留し、下位検定（単純主効果の検定）として、「①経過ごとの比較群の検定」を行うことにした。

表 3-8 被験者間効果の検定

	平方和	自由 度	平均平方	F 値	有意 確率 P	偏イ- タ 乗	非心度 2 パラメ- ータ	観測 検定力 <sup>a</sup>
切片	4615535.7	1	4615535.7	2239.738	0.001	0.944	2239.7	1.000
比較群	2156.0	1	2156.0	1.046	0.308	0.008	1.0	0.174
誤差 (比較 群)	276140.2	134	2060.7					

a. アルファ = .05 を使用して計算された

2 要因の反復測定分散分析の効果量 (partial  $\eta^2$ ) は、経過が 0.027、比較群が 0.008 であった。

また、分散分析の下位検定（単純主効果の検定）の結果、次のことが明らかになった。

まず、「①経過ごとの比較群の検定」においては、8月のみ有意となり、リハビリ群と比較して看護・介護群の方が FIM スコアの平均値が有意に高いことが分かった。

「②比較群ごとの経過の検定」においては、リハビリ群では、5月と11月のペア比較を除き、5月 > 8月、5月 < 2月、5月 < 1年後、8月 < 11月、8月 < 2月、8月 < 1年後、11月 < 2月、11月 < 1年後、2月 < 1年後のペアで有意になった。すなわち、8月時点での FIM スコアが最も低く、経過が進むにつれて FIM スコアが上昇する傾向にあることが明らかになった。

一方、看護・介護では、5月と8月のペア比較を除き、5月 > 11月、5月 > 2月、5月 > 1年後、8月 > 11月、8月 > 2月、8月 > 1年後、11

月>2月, 11月>1年後, 2月>1年後のペアで有意になった. すなわち, 経過が進むにつれてFIMスコアが低下する傾向にあるということになる.

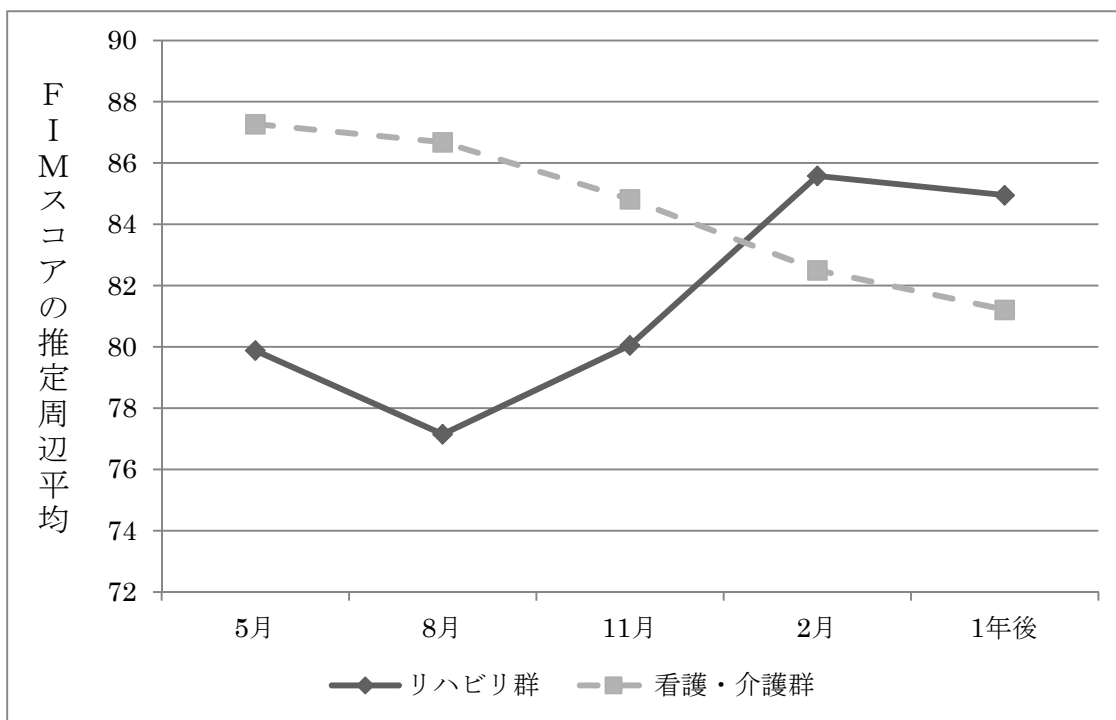


図 3-2 FIMスコアの推定周辺平均の推移

下位検定 (単純主効果の検定) の効果量については, 「①経過ごとの比較群の検定」においては, 8月で比較群間の効果量が最も大きい結果になった. また, 「②比較群ごとの経過の検定」においては, リハビリ群と看護・介護群ともに, 経過が進むにつれて経過時点間の効果量も大きくなる傾向にあることが明らかになった.

表 3-9 経過ごとの比較群間の効果量 (d)

経過	(I) 比較群	(J) 比較群	効果量 <sup>a</sup>
5 月	リハビリ群	看護・介護群	0.339
8 月	リハビリ群	看護・介護群	0.468
11 月	リハビリ群	看護・介護群	0.237
2 月	リハビリ群	看護・介護群	0.004
1 年後	リハビリ群	看護・介護群	0.182

a. 多重比較法: Bonferroni による調整

表 3-10 経過時点間の効果量 (dz)

比較群	(I) 経過	(J) 経過	効果量 <sup>a</sup>	
リハビリ群	5 月	8 月	0.342	
		11 月	0.025	
		2 月	0.475	
		1 年後	1.085	
	8 月	11 月	0.889	
		2 月	1.128	
		1 年後	1.225	
	11 月	2 月	0.760	
		1 年後	0.889	
	2 月	1 年後	0.623	
	看護・介護群	5 月	8 月	0.316
			11 月	0.535
2 月			0.730	
1 年後			0.794	
8 月		11 月	0.426	
		2 月	0.677	
		1 年後	0.771	
11 月		2 月	0.545	
		1 年後	0.657	
2 月		1 年後	0.471	

a. 多重比較法: Bonferroni による調整

#### 4. 調査対象者の属性と 2 群間の差

第 2 段階における調査協力者 (136 名) のうち, リハビリ群は 74 名, 看護・介護群は 62 名であった。リハビリ群 (調査開始時) については, 平均年齢  $78.4 \pm 5.2$  歳, 教育年数  $10.6 \pm 2.1$  年, FIM スコア  $79.9 \pm 21.8$ , PGC スコア  $8.8 \pm 2.6$  であった。看護・介護群 (調査開始時) については, 順に,  $78.1 \pm 5.0$  歳,  $11.0 \pm 2.7$  年,  $87.3 \pm 21.8$ ,  $9.1 \pm 2.5$  であ

った。調査開始時の PGC スコアを比較すると、若干ながら看護・介護群のほうが高かったことがわかる。

その他、調査協力者の属性として、調査開始時の背景要因（性別、要介護度、傷病分類、治療経過、職業、趣味、信仰、家族構成）及び臨床的評価項目における比較を表 1 に示した。2 群間で差がみられたのは、趣味の有無の 1 項目のみで、Fisher's exact test で、 $P=0.01$  であった。それ以外の項目では 2 群の分布に有意差は示されなかった。



表 3-11 調査協力者の属性

		リハビリ群	看護・介護群	有意確率 P
人数		74	62	
年齢		78.4±5.2	78.1±5.0	0.800
教育年数		10.6±2.1	11.0±2.7	0.323
FIM スコア		79.9±21.8	87.3±21.8	0.051
PGC スコア		8.8±2.6	9.1±2.5	0.493
性別	女性	44	37	1.000
	男性	30	25	
要介護度	1	12	12	0.622
	2	26	18	
	3	9	13	
	4	20	15	
	5	7	4	
疾病分類	筋骨格系	12	7	0.894
	神経系	24	23	
	心・肺疾患	5	6	
	外傷	14	9	
	全身疾患	10	10	
治療経過	免疫疾患	9	7	0.393
	退院→在宅ケア	38	27	
	通院→在宅ケア	36	35	
	事務	2	4	
	販売	8	4	
職業	専門・技術	13	7	0.293
	サービス	0	3	
	農林・漁業	24	15	
	生産工程・ 労務作業	15	15	
	運輸・通信	1	3	
趣味	その他	11	11	0.010
	あり	46	24	
信仰	なし	28	38	0.153
	あり	52	36	
家族構成	なし	22	26	0.481
	独居	19	18	
	夫婦	27	28	
	二世帯	13	6	
	三世帯	15	10	

・年齢, 教育年数, FIM, PGC は t 検定

・性別, 要介護度, 疾病分類, 治療経過, 職業, 趣味, 信仰, 家族構成は分割表検定 (Fisher's exact test)

## 5. PGC スコアの軌跡

各調査協力者のPGCスコアの平均値の軌跡をWard法によりクラスタ分析を行った結果、5つのグループに分類された。各グループの平均値をプロットしたところ、それぞれ異なるパターンの動きを示した(図3-3)。

本稿ではそれぞれの動きの特徴から、上昇群、下降群、高値群、低値群、低スコア上昇群と呼ぶこととする。具体的には、調査開始からPGCスコアが上昇を続けた群を「上昇群」、軽微な上昇にとどまった群を「低スコア上昇群」とした。また、調査開始から終了まで一貫して高いスコアを維持した群を「高値群」、一貫して低いスコアで推移した群を「低値群」、下降を続けた群を「下降群」とした。

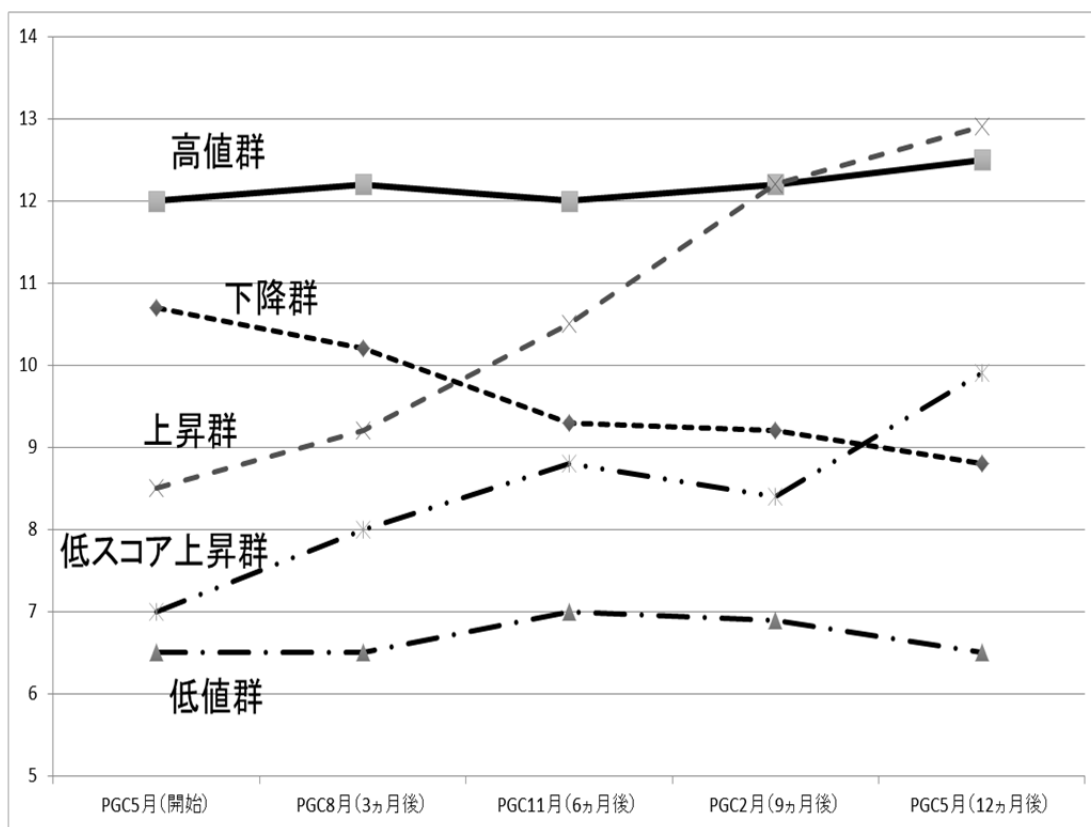


図 3-3 PGC スコアの平均値の軌跡

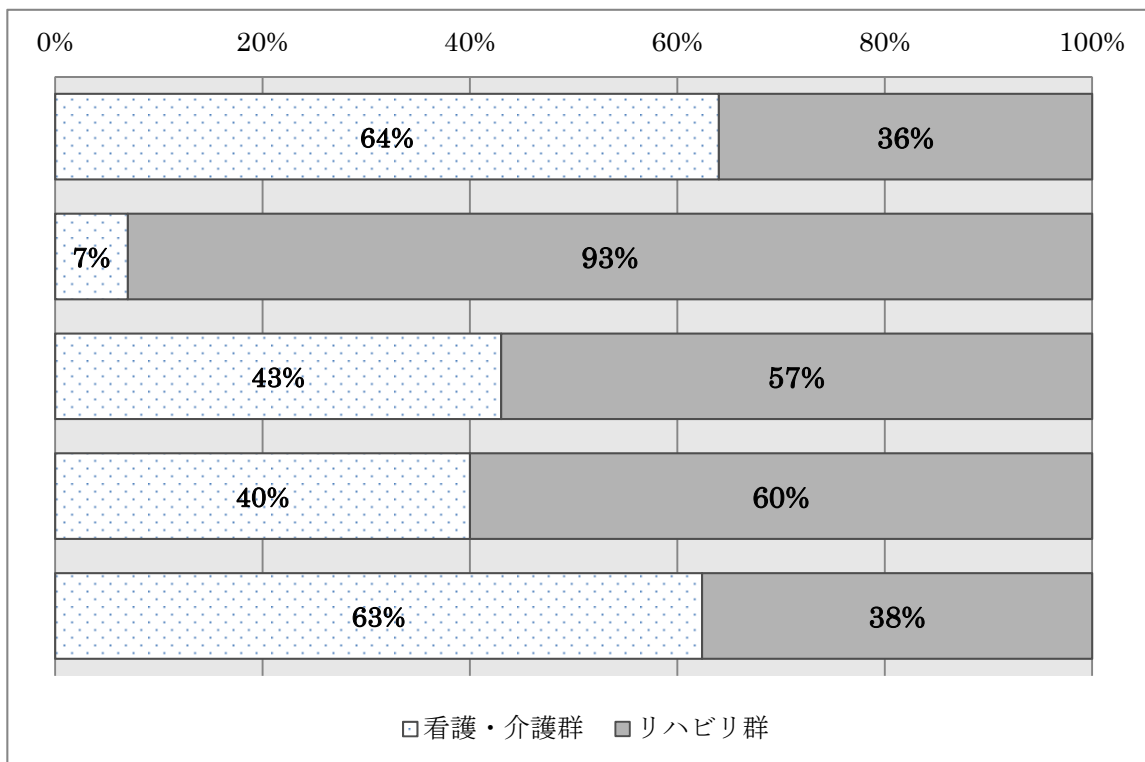


図 3-4 リハビリ群と看護・介護群のクラスターグループ比較

次に，リハビリ群と看護・介護群について，それぞれのクラスターグループとの関連要因を比較した．また，一元配置分散分析の結果，PGCスコアに有意差が確認された．

リハビリ群（表 3-12）については，人数の分布は，下降群 15 名，高値群 12 名，低値群 12 名，上昇群 25 名，低スコア上昇群 10 名であった．リハビリ群においては，上昇群と低スコア上昇群を合わせると，約 47%と半数近くに QOL の上昇がみられたことになる．

リハビリ群におけるクラスターグループの関連要因について分析したところ，表 2 のとおり，①治療経過，②職業歴，③趣味の有無，④信仰の有無，⑤家族構成の 5 つの要因が，QOL の軌跡に有意に影響を及ぼすことが明らかとなった．

表 3-12 リハビリ群におけるクラスタグループの要因比較

	グループ1	グループ2	グループ3	グループ4	グループ5	有意確率P
人数	15	12	12	25	10	
年齢	80.7±4.0	77.1±4.8	77.5±5.4	77.8±5.4	78.6±6.2	0.348
教育年数	10.9±2.5	9.5±1.2	11.3±2.1	10.8±2.1	10.3±2.4	0.262
FIM	79.3±20.4	80.3±16.1	71.5±25.6	83.4±19.2	81.6±31.0	0.656
PGC	10.3±2.3	12.1±1.1	6.8±1.1	8.2±2.0	6.6±1.3	0.001
性別						
女性	9	8	5	16	6	0.761
男性	6	4	7	9	4	
要介護度						
1	3	0	2	1	6	0.052
2	4	6	3	13	0	
3	1	1	2	4	1	
4	5	4	4	5	2	
5	2	1	1	2	1	
疾病分類						
筋骨格系	3	2	1	4	2	0.417
神経系	4	3	5	9	3	
心・肺疾患	0	0	2	1	2	
外傷	6	1	1	5	1	
全身疾患	1	2	2	5	0	
免疫疾患	1	4	1	1	2	
治療経過						
退院→在宅ケア	2	1	0	25	10	0.001
通院→在宅ケア	13	11	12	0	0	
職業						
事務	0	1	0	0	1	0.001
販売	4	1	1	0	2	
専門・技術	2	0	0	10	1	
サービス	0	0	0	0	0	
農林・漁業	4	9	0	7	4	
生産工程・労務作業	2	0	10	2	1	
運輸・通信	0	0	1	0	0	
その他	3	1	0	6	1	
趣味						
あり	3	11	1	24	7	0.001
なし	12	1	11	1	3	
信仰						
あり	6	12	3	24	7	0.001
なし	9	0	9	1	3	
家族構成						
独居	0	4	3	7	5	0.001
夫婦	8	2	4	10	3	
二世帯	6	0	5	0	2	
三世帯	1	6	0	8	0	

・年齢、教育年数、FIM、PGCは一元配置分散分析

・性別、要介護度、疾病分類、治療経過、趣味、信仰、家族構成は分割表検定 (Fisher's exact test)

・職業は分割表検定 (Monte Carlo Estimate)

看護・介護群（表 3-13）についても，一元配置分散分析の結果，PGC スコアには有意差がみられた．また，人数の分布は，下降群 25 名，高値群 8 名，低値群 9 名，上昇群 2 名，低スコア上昇群 18 名であった．つまり，看護・介護群では下降群が約 4 割を占めたことになり，リハビリ群とは対照的な結果となった．看護・介護群におけるクラスタグループとの関連要因に関する分析を行ったところ，表 3-13 のとおり，①治療経過，②職業の 2 つの要因が，QOL の軌跡に有意に影響を及ぼすことが明らかとなった．

表 3-13 看護・介護群におけるクラスタグループの要因比較

	グループ1	グループ2	グループ3	グループ4	グループ5	有意確率P
人数	25	8	9	2	18	
年齢	78.5±5.1	77.1±5.0	79.7±5.0	82.0±1.4	76.9±5.1	0.475
教育年数	11.7±2.4	11.5±4.1	9.6±2.1	7.5±2.1	11.1±2.4	0.091
FIM	88.9±16.0	84.1±27.4	87.9±34.8	88.0±14.1	86.1±21.1	0.986
PGC	10.7±1.6	11.5±1.3	6.0±0.5	11.0±1.4	7.2±1.5	0.001
性別						
女性	13	6	6	1	11	0.820
男性	12	2	3	1	7	
要介護度						
1	3	1	4	0	4	0.492
2	9	2	3	1	3	
3	4	3	1	0	5	
4	8	1	0	1	5	
5	1	1	1	0	1	
疾病分類						
筋骨格系	3	1	1	1	1	0.761
神経系	7	4	2	1	9	
心・肺疾患	2	0	1	0	3	
外傷	4	1	1	0	3	
全身疾患	6	0	3	0	1	
免疫疾患	3	2	1	0	1	
治療経過						
退院→在宅ケア	0	0	8	1	18	0.001
通院→在宅ケア	25	8	1	1	0	
職業						
事務	2	0	0	0	2	0.001
販売	3	0	0	0	1	
専門・技術	4	0	0	1	2	
サービス	1	0	0	0	2	
農林・漁業	4	8	0	1	2	
生産工程・労務作業	2	0	9	0	4	
運輸・通信	3	0	0	0	0	
その他	6	0	0	0	5	
趣味						
あり	8	5	2	1	8	0.423
なし	17	3	7	1	10	
信仰						
あり	16	7	2	1	10	0.072
なし	9	1	7	1	8	
家族構成						
独居	6	3	0	2	7	0.187
夫婦	11	3	8	0	6	
二世帯	3	0	1	0	2	
三世帯	5	2	0	0	3	

・年齢、教育年数、FIM、PGCIは一元配置分散分析

・性別、要介護度、疾病分類、治療経過、職業、趣味、信仰、家族構成は分割表検定(Fisher's exact test)

## IV. 考察

ここでは、2つの段階に分けて調査、分析を行ってきた本章の結果について、順を追って考察を行う。まず、第1段階における高齢者のQOLと訪問リハの関係について、QOLとADLの関係性を中心に考察する。

### 1. リハビリ群と看護・介護群の差

本研究では、調査協力者をリハビリ群と看護・介護群という2つのグループに分けるとともに、データ収集時点（経過）に着目した分析を行った。ただし、表3-1からもわかるように、性別、要介護度、疾病分類など、属性に関してはそのほとんどにおいて大きな差異は認められなかった。

しかし、QOLの指標となるPGCスコア及び、ADLの指標となるFIMスコアにおいては、次のような差異が認められた。

まず、PGCスコアについては、すでに述べたように、リハビリ群においては調査開始後9ヵ月後（2月）と1年後という経過後期においてPGCスコアの平均値が看護・介護群よりも有意に高いことが明らかになった。一方、看護・介護群は、5月、8月、11月、2月、1年後と5回の経過時点を通じて、PGCスコアはほぼ横ばいで推移している。

この結果を見る限り、少なくとも本研究の調査協力者に関しては、リハビリ群、すなわち理学療法士や作業療法士による訪問リハの効果が表れたと言える。1年後で調査を終了しているため、明確には言えないが、看護・介護群のPGCスコアの平均値にほとんど変化がみられないことから、両群の差は、時間が経過するにつれてさらに開くことも考えられる。つまり、リハビリ群については、時間が経過するほどQOLが向上すると考えられる。

また、FIMスコアの平均値は、看護・介護群のほうがリハビリ群に

比べて有意に高かった。しかし、時間の経過に着目した場合、リハビリ群については FIM スコアの平均値が上昇する傾向がみられる一方、看護・介護群では低下する傾向にあることが明らかになった。つまり、もともと看護・介護群のほうが ADL が高かったにもかかわらず、時間の経過とともに ADL が下がったことになる。一方、リハビリ群の ADL は時間の経過とともに上昇傾向がみられたことを勘案すれば、少なくとも調査協力者の看護・介護群については、ADL の維持に向けて、訪問リハを在宅ケアの一部に取り入れていくことの有用性が示唆された。

## 2. 訪問リハビリテーションの有用性

リハビリ群の PGC スコアは結果的に上昇したが、上昇が確認できたのは、調査開始から 9 ヶ月後以降であった。このことから、訪問リハの QOL に対する効果は確認されたものの、短期間ではなく、少なくとも 9 ヶ月、あるいはそれ以上の長期的な継続支援によってもたらされることが示唆される。調査協力者の結果が、一般のクライアントに当てはまると仮定すれば、クライアントは短期的な効果が見られないことで、挫折感をおぼえ、リハビリの継続を躊躇する可能性もある。そこで、セラピストとしてクライアントの QOL を向上させるには、短期的な状況にとらわれず、継続することで効果が得られる可能性が高いことを折に触れてクライアントに告げながら、根気強く寄り添い続ける姿勢が求められると考える。

また、調査開始時においては、リハビリ群の ADL は、看護・介護群よりも低かったにもかかわらず、時間の経過とともに上昇する傾向がみられたが、調査開始 3 ヶ月後に、わずかながらも低下がみられた（図 3-2）。これは、調査協力者が、障がいと共に生きることとなった在宅での生活に、まだ慣れることができていない時期であったためではな



いかと考えられる。

一般的に、クライアントが退院直後である場合、住宅改修や生活リズムの再構築が必要となる。そのため、クライアント自身が戸惑い、ストレスを感じる場面が数多く存在する。例えば、病院のリハビリテーション室や病室では、それほど無理をせずにこなせていた日常生活動作も、一般家庭という環境下では、うまくできないことが多々ありうる。

そうした場合、セラピストには、クライアントの心身の状況を把握して、物理的な環境整備を提案するとともに、クライアントの精神的なケアを行うための知識や技能等も求められる。

本研究では、6ヵ月後に若干の効果が認められるようになり、さらに9ヵ月後、12ヵ月後と時間の経過とともにADLが著しく向上した。この結果からは、QOL同様、長期的な支援が有効であることが示唆される。ただし、リハビリテーションの効果は短期的なものではなく、繰り返しや積み重ねが重要であるため、治療効果を向上させるには、セラピストとクライアントとの間に良好な治療関係が構築されていることが必要である<sup>7,8</sup>。

リハビリテーションは、身体機能の回復や運動習慣を定着させるための訓練というイメージが強い。しかし、在宅における臨床場面では、生活機能の支援のみならず、対人交流技能の向上や余暇活動の再開発などによる社会参加への支援も重要な意味合いを持つ。そうした支援が、間接的にQOLやADLの向上につながることを、セラピストはクライアントから教わり続けている。セラピストは、そうした「クライアントからの教え」を日々、受け止め、迅速かつ継続的に訪問リハのプログラムに還元することで、さらなるクライアントのQOLやADLの向上が期待できよう。

次に看護・介護群の PGC スコアは、有意な上昇がみられず、調査期間中、ほとんど変化がないままであった。臨床現場でも、訪問介護や訪問看護においては、クライアントが受身的な立場であることが多い。そのため、自分自身の生活を自分自身で決定できないことに対する不満を示す語りがみられることも少なくない。鷺田は「人は自分が生きる意味を確認しながらでない生きられない存在<sup>9)</sup>」と述べ、人が生きるうえでの「意味づけ」の重要性を指摘している。

本研究では、PGC スコアが変化した具体的な理由にまでは立ち入っていないが、ほとんど変化しなかったことを考慮すれば、クライアントが不満足感を覚える要素が、看護・介護群には存在したことが推察される。

また看護・介護群の ADL は、時間の経過とともに低下の一途をたどった。看護・介護群は、看護師や介護士から受動的なケアを受けることになり、自ら主体的に ADL を維持しなくても生活自体は可能ではある。そのため、積極的に ADL の向上のための練習を行うリハビリ群とは、異なる動きを示したと考えられる。

訪問リハの現場では、導入の段階でクライアントに強い不安感が存在する場合には、一時的にセラピストが主導的な立場をとることもあるが、生活の主体はあくまでもクライアントであると捉えている。セラピストは、そのことを治療場面で様々な活動を通して伝え続け、最終的には「協働」という治療関係を構築していくことが、治療の奏功機転となりうると考える。本研究の調査協力者を含め、在宅ケアサービスを利用するクライアントは、「かつての自分」には戻れないことが多い。しかし、そのことを起点として、各クライアントなりに工夫することで、新たな生活のかたちを再獲得できるようになっていくのではないだろうか。

一方、看護師や介護士によるケアは、クライアントが受動的な立場にならざるをえない場面も多い。調理や更衣や入浴の練習をする必要はないが、食事や入浴などの生活時間や、その活動様式を、看護師や介護士の訪問体制の都合にあわせなければならないこともある。

もちろん、いずれの場合も、サービスを提供する側はクライアントの立場を最大限に尊重していることに変わりはない。しかし、少なくとも、本研究の調査協力者については、リハビリ群ではより能動的な状況に置かれ、看護・介護群では受動的にならざるを得なかったのではないだろうか。それもまた、この2群間に差異をもたらした要因の一つとも考えられる。

次に第2段階の結果をもとに、高齢者のQOLの軌跡に影響を及ぼす要因について考察する。

すでに述べたとおり、在宅ケアを利用している調査協力者のQOLは12ヵ月間で5つのパターンの軌跡を示した。このことから、在宅ケアを利用する期間が同じであっても、QOLの軌跡のパターンは多岐にわたり、一定ではないことが明らかになった。確かに、一口に在宅ケアを利用していると言っても各自の健康状態や背景、環境は様々である。しかも健康状態や環境は日々変化することから、こうした結果につながったと考えられる<sup>10</sup>。

また、リハビリ群においては、上昇群と低スコア上昇群が約半数を占めた一方、看護・介護群では、下降群が約4割を占めていた。このことから第1段階の調査結果でも述べた通り、訪問リハは、QOLの改善に貢献する要因となり得ることが示唆され、これは先行研究における日垣の作業療法の受療そのものが高齢者のQOLを向上させる<sup>11</sup>という理論を支持するものである。

リハビリ群においては、治療経験、職業歴、趣味の有無、信仰の有

無，家族構成の5つの要因がQOLの軌跡に関連していることが明らかになった。この結果をもとに，各グループの傾向を示すと次のようになる。

【**下降群**】通院加療中に在宅ケアが必要となった。職業は，販売，専門・技術，農林・漁業，生産工程・労務作業で，趣味はなく，家族構成は夫婦または二世帯である。

【**高値群**】通院加療中に在宅ケアが必要となった。職業は，農林・漁業で，趣味を持っている。信仰があり，家族構成は，独居または三世帯であることが多い。

【**低値群**】通院加療中に在宅ケアが必要となった。職業は生産工程・労務作業で，趣味はない。信仰もなく，家族構成は，独居，夫婦，二世帯のいずれかである。

【**上昇群**】退院直後に在宅ケアを開始した。職業は，専門・技術，農林・漁業が多く，趣味も信仰も持っている。家族構成は，独居，夫婦，三世帯のいずれかである。

【**低スコア上昇群**】退院直後に在宅ケアを開始した。職業は，農林・漁業が多く，趣味及び信仰をともに持っていることが多い。家族構成は独居であることが多い。

また，看護・介護群においては，治療経過と職業歴の2つの要因がQOLの軌跡に関連していた。この結果をもとに，各グループの傾向を示すと次のようになる。

【**下降群**】通院加療中に在宅ケアが必要となった。職業は，専門・技術，農林・漁業，運輸・通信，販売などである。

【高値群】通院加療中に在宅ケアが必要となった。職業は、農林・漁業である。

【低値群】退院直後に在宅ケアを開始した。職業は、生産工程・労務作業である。

【上昇群】通院加療中または退院直後に在宅ケアを開始した。職業は、専門・技術または農林・漁業である。

【低スコア上昇群】退院直後に在宅ケアを開始した。職業は、生産工程・労務作業等、多岐にわたる。

これらの傾向から、高齢者の QOL の軌跡については、訪問リハの有無以外にも、各自の背景や、環境等が複雑に絡み合っていて影響を及ぼしていることが窺える。したがって、継続的な訪問リハは、高齢者の QOL の向上に一定の効果をもたらすと言えるものの、画一的なケアでは、十分な効果に結びつかないことも示唆される。

## V. 小括

ここまで、調査協力者を訪問リハ受療の有無でリハビリ群と看護・介護群の 2 群に分けて、第 1 段階の分析では、①リハビリ群に属する調査協力者全体の傾向として、QOL と ADL が共に長期間の継続的な在宅支援において向上すること、②看護・介護群では ADL は 1 年間で低下するが QOL は有意な変化を見せなかったこと、を報告した。

続く第 2 段階の分析では、個々の調査協力者の個別的な QOL の変化の軌跡を分析し、高値群、低値群、上昇群、わずかな上昇群、下降群の 5 つのパターンに分類されることが明らかになった。また、それぞれの 5 つのパターンに影響を及ぼす要因についても、統計学的な分析を行った。

しかし、これらの変化をもたらした要因の本質はどこにあるのだろうか。換言すると、統計学上導き出された要因が、個々人の高齢者にとって、在宅ケアの中でどのように作用すること（あるいは作用しないこと）によって、QOLの維持や向上、低下が生じるのであろうか。

次章では、その要因の本質について、質的な検証を試み、本稿の最終的な目的である、高齢者のQOLを維持・向上させる支援の在り方について論じていく。

統計解析については、Supporting Informationの以下の表を参照。

- ・ 表 S3-1 2群間の各要因の比較
- ・ 表 S3-2 強制投入法による解析結果
- ・ 表 S3-3 多重ロジスティック回帰分析

第1段階:全体的なPGCおよびFIM得点の推移(反復測定分散分析)

- ・ 表 S3-4 記述統計量
- ・ 表 S3-5 PGC解析の因子の要約
- ・ 表 S3-6 被験者間効果
- ・ 表 S3-7 主効果の比較とプロット：比較群
- ・ 表 S3-8 主効果の比較とプロット：経過
- ・ 表 S3-9 交互作用のプロットにおける推定周辺平均の推定値
- ・ 表 S3-10 単純主効果の検定：経過ごとの比較群の検定
- ・ 表 S3-11 単純主効果の検定：比較群ごとの経過の検定
- ・ 表 S3-12 FIM得点の因子の要約
- ・ 表 S3-13 被検者間効果
- ・ 表 S3-14 主効果の比較とプロット：比較群
- ・ 表 S3-15 主効果の比較とプロット：経過
- ・ 表 S3-16 交互作用のプロットにおける推定周辺平均の推定値
- ・ 表 S3-17 単純主効果の検定：経過ごとの比較群の検定
- ・ 表 S3-18 単純主効果の検定：比較群ごとの経過の検定

## 第 2 段階:個別的な PGC 得点の軌跡 (クラスタ分析)

- ・ 表 S3-19 記述統計量
- ・ 表 S3-20 クラスタ凝集経過工程
- ・ 表 S3-21 樹形図(Ward 法)
- ・ 表 S3-22 各種分類法による分類結果
- ・ 表 S3-23 各グループの傾向把握
- ・ 表 S3-24 クラスタグループごとの度数集計

### 第3章文献

- 1 出村慎一,野田政弘,南雅樹ほか(2003) 地方在宅高齢者におけるモラルに関連する生活要因:性別・年代別比較. 生理人類学会誌, 8:77-81.
- 2 出村慎一,南雅樹,野田政弘ほか(2002) 地方都市在住の在宅高齢者のモラルの特徴—性と生活要因の観点から—. 日本衛生学雑誌, 56:655-663.
- 3 出村慎一・野田政弘・南雅樹ほか(2001) 在宅高齢者における生活満足度に関する要因. 日本公衆衛生雑誌, 48:356-366.
- 4 三浦正江(2006) 高齢者におけるソーシャルサポート授受と自尊感情,生活充実感の関連. カウンセリング研究, 39:40-48.
- 5 Imanishi M, Tomohisa H, Higaki K (2015a) In-home occupational therapy for a patient with stage IV lung cancer: changes in quality of life and analysis of causes, Springer Plus, 4: 157.
- 6 Cohen J(1988)Statistic Power Analysis for the Behavioral Sciences, Routledge, NY, 143-148.
- 7 今西美由紀(2009)訪問リハビリテーションにおける老年期のクライアントからセラピストへの祖父母性(grandparenthood)の発現と生きることの質,作業療法, 28:157-166.
- 8 Imanishi M, Tomohisa H, Higaki K(2016)A Narrative Approach to Home Based Occupational Therapy Can Improve the Development of Grandparenthood and Quality of Life in the Elderly. New Zealand Journal of Occupational Therapy. Vol, 63, No. 2.
- 9 鷺田清和(2003) 老いの空白. 第3版, pp56-57, 弘文堂, 東京.
- 10 Imanishi M, Tomohisa H, Higaki K (2015b) Quality of Life in elderly people at the start of using in-home care, Springer Plus, 4:381.
- 11 日垣一男,宮前珠子(2000) 長期入院脳血管障害患者の主観的幸福感—作業療法受療者と非受療者の比較. 作業療法, 19:554-561.



## 第4章 在宅ケアサービスを利用する高齢者の QOL に変化をもたらす要因の分析

### I. 緒言

前章では、高齢者の QOL が、在宅ケアを継続的に利用することでもたらされる変化について、統計学的に明らかにした。3 つの段階で進めてきた本調査の最後の章にあたるこの第4章では、統計学による分析ではくみ取りきれなかった個別的な在宅ケアへの想いを、QOL の維持・向上との関連性と照らし合わせて傾聴し、高齢者の QOL の低下の予防、および維持・向上への支援策について提言していく。

1990 年代以降、医療現場では Guyatt らが提唱した EBM (Evidence-based Medicine : 科学的根拠に基づく医療)<sup>1</sup>という診療理念が重視されている。EBM の目的は、最新の臨床研究に基づき、統計学的に有効性が証明された治療を選択して、少しでも効果の高い医療を提供することを目標としている。EBM の考え方に基づいて作成された診療あるいは治療のガイドラインは有効であることが実証されている (Sackett, Polzin)<sup>2,3</sup>。

とは言え、EBM の有効率は約 60%~90%とされており、必ずしも全てのクライアントに有効というわけではない。仮に EBM で有効とされる治療技術を導き出せたとしても、その適応の可否は、クライアントの病状や副作用の可能性、さらにはクライアントの価値観や意向も考慮して多面的に判断することが望ましいとされている<sup>4</sup>。

このような考え方にに基づき、EBM を実践してきた英国の開業医らが提唱したのが NBM (Narrative-based Medicine : 物語に基づく医療) である<sup>5</sup>。NBM とは、病気になった理由や経緯、あるいは病気に対する想いや考えなどについてクライアント自らが語る「物語」をもとに、治療者が病気の背景や人間関係を理解し、クライアントの抱えている問題に対して全人的 (身体的、精神・心理的、社会的) にアプローチすることを目指す臨床手法である。

例えば、QOL に関して言えば、仮に EBM の見地からは、特に問題点がみられなくても、クライアント本人の QOL が必ずしも高いとは限らない。なぜなら、QOL はクライアントの主観によるところが大きいいため、検査データ等で客観的に判断することが困難だからである。

これは、在宅ケアにおけるセラピストとクライアントの関係性においても起こり得る事象である。河合は、セラピストの役割として「クライアントが自分なりの物語を作れるように手助けすること<sup>6</sup>」を挙げている。

以上のことに鑑み、NBM の観点から在宅ケアを検討することで、在宅ケアを利用するクライアントの QOL の維持・向上について何らかの有益な示唆が得られるのではないかと考えた。

よって本章では、在宅ケアを利用する高齢者について、NBM の視点から、QOL の軌跡の背景的な要因を明らかにし、高齢者の QOL を維持・向上させる在宅ケアの在り方について、臨床への還元も視座に入れて検討していくこととする。

## **II . 研究方法**

### **1 . 研究デザイン**

本研究では、NBM の視点からその要因や背景を検討するために、面接法による質的記述研究を採用した。

### **2 . 調査協力者と調査時期**

#### **1) 調査協力者**

本調査では、前章での調査協力者 136 名の中から乱数表を用いて 29 名（各グループ 6 名、下降群でデータ欠損 1 名）の調査協力者をランダム抽出した。さらに 29 名中、調査期間内に計 3 回（1 回 60 分）の面接が実施できた 14 名の語りを分析の対象とした。なお本研究の調査協力者は、在宅ケアのうち、介護、看護、リハビリテーションの中から、各自で選択したサービスを 1 つ以上利用している。

## 2) 調査の時期と場所

第3章で実施した1年間の追跡調査(201X年5月~201X年5月+1年)が終了してから6ヵ月以内に計3回(1回60分)の面接を、調査協力者の自宅にて実施した。その際、臨床発達心理士の資格を有する作業療法士が、すべての面接を担当した。また、クライアントの心理的負担を軽減するため、機材による録音ではなく、陪席者による記録法を採用した。調査協力者はいずれも在宅ケアの利用を開始して1年が経過している。

そこで面接に際しては、「この1年間を振り返ってみて、今、どんなことを感じておられますか?」という質問を投げかけた。その後は、調査協力者が自由に語る非構造化インタビューの形式を用い、さらに調査者が「焦点化した質問」を対話の文脈に合わせながら適宜行うナラティブ・インタビューの方法も援用した。分析対象は、面接時の調査協力者の発言内容を文字化したトランスクリプト及び調査協力者の1年間のPGC-MSスコアの記録とした。

## 3. 調査方法の妥当性

調査方法として設定した面接法は、個別的な人間のライフイベントや主観的QOLを研究する上では、河合が指摘する、「個を追及し個から普遍に至ることにこそ意味がある」との理由から妥当性があると考えられる。また面接項目の妥当性については以下のように考えられる。

### 1) 面接項目の内容的妥当性

設定した面接項目は「本研究の理論的枠組み」に基づく調査内容の構成要因ごとに、研究目的や調査内容から見て適切な質問項目を考慮したので、調査内容を研究目的に合致するよう全体的に偏りなく把握できると考えられる。したがって面接項目の内容的妥当性があると考えられる。

### 2) 面接項目の概念的妥当性

設定した各面接項目は「本研究の基礎となる理論的枠組み」に基づいて設定された調査内容の当該構成要因の概念と一致する意味・内容

になっているので，概念的妥当性があると考えられる。

#### 4. 調査方法の信頼性

本研究で抽出された調査協力者は「本研究の基礎となる理論的枠組み」から導き出された調査内容の構成要因に基づいて，乱数表を用いたランダム抽出によって設定されている。したがって，この構成要因は面接法によって得られたデータを分析する際の理論的根拠になると考えられる。また，面接法における信頼性の精度を保つべく，複数名の他職種による分析によってデータの客観性を確保し，同分析者の見解が一致するまで複数回分析を反復することで再現性を高め，陪席者による記録法にてナラティブの信憑性の確認を行った。

#### 5. 調査結果の整理方法

陪席者の記録をもとに調査協力者の語りのトランスクリプトを作成した。分析者は，在宅往診医（内科）1名，精神科医1名，作業療法士2名，臨床心理士1名，臨床発達心理士1名，ケアマネージャー1名，看護師1名，介護士2名とし，個々の事例について合議を重ねた。分析には，Riesman が定義したナラティブ分析の手法<sup>7</sup>を用い，主題分析と構造分析によって最終的な物語の生成を行った。

主題分析とは，「何が語られたか」を分析する手法のことである。この手法はグラウンデッド・セオリー・アプローチとは異なり，個々の事例の全体性を保持したまま分析を行うことができる。また手続きとして，Coffey & Atkinson や山田の「質的コード化<sup>8,9</sup>」を行った。具体的には①内容に即してデータを区分し，その内容を端的に表すコードを付与，②付与したコードを比較し，各コードを分類・統合してカテゴリーを生成，③生成されたカテゴリーとデータとの整合性を再度検討し，最終的な物語の主題を抽出，という3段階のプロセスで行った。

また構造分析とは，語られる物語の構造に着目し，「物語がどのような構造で語られたのか」を分析する手法である。その際，語り手の物語のなかに，小説等にみられる「起承転結」のような枠組みを見出して

いく。本研究では、Labov & Waletzky を参考に、在宅ケアの利用によって QOL が変化した体験が語られる際に、語り手に共通してみられる構造上の要素を見出すことを試みた<sup>10</sup>。

最終的には、主題分析と構造分析の結果をもとに、「在宅ケア利用によるクライアントの QOL の変化の物語」を生成した。

### Ⅲ. 結果

以下に、「Ⅱ. 研究方法」の実施結果を整理する。

#### 1. 調査協力者の属性

調査協力者は 14 名で、その属性は表 4-1 のとおりである。QOL の変化パターンは、高値群が 2 名、低値群が 2 名、上昇群が 4 名、下降群が 4 名、低スコア上昇群が 2 名であった。年齢は、60 代が 2 名、70 代が 4 名、80 代が 8 名であった。性別は男性 6 名、女性 8 名であった。要介護度は、1 が 1 名、2 が 7 名、3 が 4 名、4 が 2 名であった。訪問リハの受療者と非受療者はともに 7 名であった。

表 4-1 調査協力者の属性

調査対象者	QOL 変化パターン	年齢（歳）	性別	要介護度	訪問リハ受療の有無
A	上昇群	84	女性	3	有
B	上昇群	80	女性	4	有
C	上昇群	69	女性	2	無
D	上昇群	72	女性	3	無
E	低スコア上昇群	77	男性	2	有
F	低スコア上昇群	69	男性	2	無
G	高値群	82	男性	4	有
H	高値群	81	女性	3	無
I	低値群	80	女性	2	有
J	低値群	80	男性	2	無
K	下降群	79	女性	3	有
L	下降群	82	男性	2	有
M	下降群	78	男性	2	無
N	下降群	80	女性	1	無

## 2. 在宅ケアの利用で経験した QOL の変化に関するナラティブ

### 1) 主題分析

主題分析では、在宅ケアの利用による QOL の変化に関する語りを分析対象とし、1 つの意味内容から成る文章を 1 単位として抽出した。そして抽出された 3241 単位のデータの内容や特徴を読み取りながらコードを付した。その結果 593 のコードが付与された。

次に、付与したコードを比較し、類似性と差異を確認しながら、カテゴリーに分類した。ここでは、【自己効力感】【幸福感】【満足感】【寛容さ】【自尊感情】【安心感】【親和性】【依存性】【安定性】【不安感】【自律】【感謝】【受容】【抑うつ】【不満】【不信】【葛藤】【孤独感】【絶望】【攻撃性】【見通しの無さ】の 21 のカテゴリーに分類された。その

後、各カテゴリーについて再度データとの整合性を確認し、名称の適切性を検討した。そして「自分自身との折り合い」「援助者との関係性」「在宅ケアに関する想い」の3つの主題を抽出した（表4-2）。

表 4-2 主題分析における主題・カテゴリー

主題	カテゴリー
自分自身との折り合い	【自己効力感】、【幸福感】、【満足感】
援助者との関係性	【寛容さ】、【自尊感情】、【安心感】、【親和性】、【依存性】、【安定性】、【不安感】、【自律】、【感謝】
在宅ケアサービスに関する想い	【受容】、【抑うつ】、【不満】、【不信】、【葛藤】、【孤独感】、【絶望】、【攻撃性】、【見通しの無さ】

## 2) 構造分析

構造分析では、QOLの軌跡のパターン（上昇群、低スコア上昇群、高値群、低値群、下降群）によってデータを分類し、時系列ごと（利用開始時、利用開始から6ヵ月ごろ、利用開始から1年後）に並べた（表4-3）。

表 4-3 調査協力者の話りの例

	利用開始頃	利用開始から6ヵ月	利用開始から約1年後
Aさん	今度転んで入院したら二度と家に帰れないようで不安だった。リハビリの人が黙ってそんな気持ちを聞いてくれた。少しだけ気持ちが軽くなった。 1-a	退院してから初めてリハビリの先生が選んでくれた押し車で神社まで歩けた。入院中は諦めていたけどまた自分で買い物に行きたいと思った。 1-b	針仕事は指に力が入らなくて無理になったけどミシンならできると作業療法で分かった。買い物に行くためのズボンの裾をまつたりしてる。 1-c
Bさん	固まった手のひらに大事そうに触れてくれるリハビリの人に驚いた。邪魔な手やと思ってたから。 1-a	片手でも刺繍が出来るようにリハビリの先生に刺繍専用の椅子を作ってもらった。でも内職で稼いでた頃みたいには思うようにできなくて続かなかった。先生には悪いけどなあと思った。 1-b	OTで点字を教えてもらって毎日が楽しいというか点訳のボランティアで忙しい。目の見えない人と出会ってなんか価値観変わった。人の役に立てるなら片手でも生きてる意味があると思う。 1-c
Cさん	透析の後はいかにから来るヘルパーさんにも看護師さんにも当たり散らかしてた。今思えば悪いことしました。みんないい人なのに。家族も俺の気持ちなんか無視やったしなあ。 2-a	ヘルパーさんの中でも主任さんが主に来てくれるようになってグンと暮らしやすくなった。手際がいい人でそのころから気心もしれてきたかなあ。「すみません」ばかり言わんこうと思った。 2-b	自分でもしてる人もいるらしいけど糖尿の注射は看護師さんに任せたほうが安心で薬のこととかも全部準備してくれはるから楽させてもらってる。ええ大人が「すみません」はいわんことにした。 2-b
Dさん	難病と分かって医者のおくせに何もしてくれない息子の愚痴ばかりヘルパーさんにしてました。馬の合わないヘルパーさんには辞めてもらったり。あの頃はバタバタしてました。 2-a	だいたい家のこと何も言わなくてもヘルパーさんが覚えてくれ始めてストレスも減ってきたころですかね。美容院に連れて行ってもらったのがうれしかった。 2-b	2カ月に1回はヘルパーさんが美容院に付き添ってくれるんです。それが今の楽しみですね。あのヘルパーさんだけにはやめんとってほしいわあ。1年で何人もヘルパー変えてもらった。 2-b
Eさん	明日から毎日が日曜日やと言うて商売畳んで隠居生活始めた矢先に脳梗塞で倒れた。働け働いて終わる人生やと嘆いてた。「一旦終わってそこから始まる人生を沢山見せてもらった」とOTが言うた。 2-a	上手くいくこといかないことを受け止めるようにした。季節によっても体に変化があることを教えてもらった。ほかの患者も2年3年してやっと家での生活に慣れていくんやと教えてもらった。妙に納得できた。 2-b	時々全部嫌になる。眠剤と風邪薬をやけになって飲んでふて寝する日もある。OTの先生だけは責めんと「私も同じ」といって話を聞いてくれた。あの日初めて泣けた。それでもう2、3年頑張る気持ちになった。 2-b



Fさん	<p>リウマチでだんだんと動きにくくなってきて好きなパチンコにもいなくなかった。そしたら誰とも話さんようになってそんなころヘルパーさんがくるようになった。</p> <p>2-a</p>	<p>日替わりでいろんなヘルパーさんが来てくれるのがなんか楽しみになってきた。人によって料理の味付けが違うから料理の上手い人の日はうれしかった。2-b</p>	<p>勝手知ったる他人の家状態や。なんでもヘルパーさんがやってくれるしわしより家のこと詳しいんちゃうかな。このまま今のヘルパーさんが来てくれてたら生活は安心やな。2-b</p>
Gさん	<p>ふらっとなって倒れて気が付いたら心筋梗塞で寝たきりになったんや。それでリハビリさんが来てくれるようになったんや。ありがたいことや。年には勝てんとおもたな。1-b</p>	<p>ずっと寝てるんも体力使うもんやで気も減入るしとか愚痴ってたラジコン作らへんかってリハビリで言われた。リハビリの子は優しいし楽しみになったな。1-c</p>	<p>ラジコン出来ましてん。でもまだもうちょっと外に飛ばしに行くのは無理やなあ。まあゆっくりと楽しみにとってます。リハビリ楽しいし。病氣して得した感じよ。1-c</p>
Hさん	<p>入院中からずっと気になってましてね仏さんのこと。退院して1番最初にヘルパーさんが仏さんちゃんとするの手伝ってくれたのありがたいくてねえ。よく覚えてます。1-b</p>	<p>季節の衣替えとかね本当にうちのヘルパーさんはよくやってくれはるんです。季節のお料理も上手というか若い人の味付けも一人暮らしには新鮮。いい時代に感謝してました。1-c</p>	<p>人間だれでも老いますからね。老いるとは恐ろしいことですけどそういうことを若いヘルパーさんに私伝えてるの。若いヘルパーさんとの大切な時間ですね。しあわせです。1-c</p>
Iさん	<p>退院したその日に病院の玄関で転んでまた入院。もう不幸な人生でしょ。私の人生万事そんな調子。出会ったばかりのリハビリさんによく愚痴聞いてもらってました。悪いことしたわ。あんな話。2-b</p>	<p>腰がメリツとなって家で寝たきりになりました。それでもリハビリの先生が家に来てくれはるから入院せんとあの時は心強かったです。またオシメになった時は不安でした。死んだほうがましとかね。2-c</p>	<p>低空飛行ながらねリハビリの先生のおかげでこの1年入院もせんと何とかやってくれました。もうリハビリの先生のおかげですわ。こんな情けないオバンのために一生懸命になってくれはって。2-c</p>
Jさん	<p>懐がさみしいからヘルパーさんなんか来てもらうのもったいない気もしてましてんけど初めて家でシャワーしてもらたらさっぱりしました。よかったです。一人ではなんもできないしね。2-b</p>	<p>薬疹が出ましてえらいことになりました。でもヘルパーさんがチョンとケアマネとか娘とか色々手配してくれてホンマに助かりました。よう気の利く人です。まあ体は相変わらずでしたけど。2-c</p>	<p>懐が寂しいのは一緒ですわ。でも使えるお金ギリギリでヘルパーさんに来てもらえて安生暮らさせてもらってます。うちみたいな貧乏な家やのにいいヘルパーさんきてくれてはる。ありがたいことです。2-c</p>
Kさん	<p>家でリハビリなんて何してくれはんのかと考えてたんです。それでとりあえず嫁とケアマネが勝手に平行棒をレンタルで家においたんです。病院みたいでしょ。せっかく退院してきたのに。1-a</p>	<p>手曲げて足曲げてチョンチョンと体触ってこんなんで良くなるんかなあってあの頃からいつも思っていました。先生本人にはよう言わんしあんまり話せへんおとなしい先生やから。1-a</p>	<p>今となつては平行棒は物干しですな。狭い家やのに邪魔です。1週間に1回リハビリで使うだけ。何でも私に言わんと嫁とケアマネに言うてリハビリの先生は決めはるんです。年寄りやと思って。1-b</p>

Lさん	家にリハビリ来てくれるて聞いて楽しみにしてたんですわ。折り紙させられたりする保育園みたいなデイケアは見学には行ったけど絶対いやだって思ったから。集団生活あきません。1-a	ストレッチしてるだけなんか？て聞いたら怒られました。医者にもケアマネにも家族にも報告されてそこからあのリハビリの兄ちゃんとはうわべだけの話しかせんようにしてる。1-a	1年間あのリハビリの兄ちゃんが枕元に貼っていった運動のメニュー結局1回もせずですわ。こんなベッド柵持ちながら一人でしてたらあほやでな。1年経っても全然あかん。1-b
Mさん	なんかケンのある看護師とその部下2人が交代で来るという説明をケアマネと一緒に聞いた。まあ好きにしてくれたらええわと思ってた。2-a	痛風ゆうだけで贅沢病みたいなこと看護師にいわれるわちょっと食べすぎたらすぐに医者に電話しよるわ血液検査の結果が出るたびにけんか腰や。2-a	まあ糖尿の俺が悪いんやろけど。歩いて言われても一人で歩くのもなあ。食べる言われても食べるしか楽しめないもんなあ。むなし人生よ。2-b
Nさん	N様N様って呼ばれるたびに心ここにあらずのくせになって感じたねえ。私自分でできてたのに薬取り上げられて看護師さんが管理しだしたの。年寄りやから仕方ないけど。まだそんなボケてないのに。2-a	看護師さんの「なんちゃってリハビリ」で無理に階段上らされて降りられなくなって消防呼んで助けてもらいました。看護師ってしっかりしすぎてたええ上から目線で怒られてる気がするのね。冗談もいわれへん。2-a	1年間を振り返ってみて思うんですけどやっぱり餅は餅屋じゃないかしら。カットは美容師さんリハビリはリハビリさんお風呂はプロの介護の人にやってもらいたい。嫁の世話なんかやりたくないけど看護師も嫁みたい。2-b

その後、調査協力者が語った「在宅ケアの利用による QOL の変化に関する語り」がどのような構造をもつのかを分析した。その結果、以下の3つの構造上の要素が見出された。

[経験]:語り手が在宅ケア利用後に体験した印象的な出来事についての語り。

[心情]:語り手が在宅ケア利用後に体験した印象的な出来事に対する想いや感情についての語り。

[変化]:語り手が在宅ケア利用後に体験した印象的な出来事に関連してもたらされた生活 (QOL) の変化についての語り。

さらに調査協力者の語りは、構造上の要素の組み合わせによって、3つのパターンに分類された。

- a. [経験] のみの語り
- b. [経験] と [心情] の2つの要素からなる構造をもつ語り
- c. [経験] と [心情] と [変化] の3つの要素からなる構造をもつ語り

以上の主題分析と構造分析の結果から、抽出された主題のいずれかを含み、構造上の要素のうち少なくとも 1 つ以上の要素が含まれる語りを「在宅ケアの利用によって経験した QOL の変化に関するナラティブ」と定義した。

### **3. ナラティブの一例**

#### **1) 在宅ケア利用時に体験した印象的な出来事**

印象的な出来事のみを語ったナラティブは、上昇群で 1 例（援助者との関係性）、低スコア上昇群で 2 例（援助者との関係性、自分自身との折り合い）、低値群で 1 例（自分自身との折り合い）であった。また印象的な出来事として、援助者（作業療法士、ヘルパー、看護師）と出会った頃のことや自分自身の傷病体験が語られた。例えば、低スコア上昇群の F さんは、「リウマチでだんだんと動きにくくなってきて、好きなパチンコにも行けなくなった。そしたら誰とも話さんようになって、そんなころ、ヘルパーさんが来るようになった」と、ヘルパーとの出会いの経験を語っている。また低値群の I さんは、「退院したその日に病院の玄関で転んでまた入院。もう不幸な人生でしょ。私の人生、万事そんな調子」と自身の傷病体験を語った。

#### **2) 在宅ケア利用時に体験した印象的な出来事に対する想い**

印象的な出来事に対する想いや感情を語ったナラティブは、上昇群では 7 例（自分自身との折り合い 2 例、援助者との関係性 5 例）、低スコア上昇群では 4 例（自分自身との折り合い 2 例、援助者との関係性 2 例）、高値群では 5 例（自分自身との折り合い 1 例、援助者との関係性 4 例）、低値群では 6 例（自分自身との折り合い 1 例、援助者との関係性 4 例、在宅ケアへの想い 1 例）、下降群では 12 例（自分自身との折り合い 1 例、援助者との関係性 7 例、在宅ケアに関する想い 4 例）であった。印象的な出来事に関する想いや感情は、援助者との関わりを通じての体験（情報を得る、新たな体験をする）とともに語られることが多かった。

上昇群の A さんは、「退院してから初めて、リハビリの先生が選んでくれた押し車で神社まで行けた。入院中はあきらめていたけど、また自分で買い物に行きたいと思った」と経験に対する心情を語っている。

高値群の G さんは、「ずっと寝てるんも体力使うもんやで。気も滅入るし・・・とか愚痴ってたら、『ラジコン作らへんか（作りませんか）』ってリハビリで言われた。リハビリの子は優しいし楽しみになっていった」と援助者とのやり取りとその後の心情を語った。

下降群の N さんは、「看護師さんの『なんちゃってリハビリ』で、無理に階段のぼらされて降りられなくなって、消防呼んで助けてもらいました。看護師ってしっかりし過ぎてて、絶えず上から目線で怒られてる気がするのね。冗談も言われへん（言えない）」と語った。

### 3) 在宅ケア利用時に体験した印象的な出来事に関連してもたらされた生活の変化

印象的な出来事に対する想いとその後の生活の変化を語ったナラティブは、上昇群では 4 例（自分自身との折り合い 1 例，援助者との関係性 2 例，在宅ケアに関する想い 1 例），低スコア上昇群では 1 例（援助者との関係性），高値群では 1 例（自分自身との折り合い）であった。生活の変化についての語りは、上昇群では日常生活活動（ADL）の再獲得などポジティブな内容がほとんどであった。

上昇群の A さんは、「針仕事は指に力が入らなくて無理になったけど、ミシンならできると作業療法でわかった。買い物に行くためのズボンの裾をまつたりしてる」と作業療法で得た情報や技能により生活に変化がもたらされたことを語っている。

一方、下降群のナラティブを見ると、援助者との関係性の悪化を示す語りが多かった。

下降群の L さんは、「ストレッチしてるだけなんか？ って聞いたら怒られましたん。医者にもケアマネにも家族にも報告されて、そこからあのリハビリの兄ちゃんとはうわべだけの話しかせんようにしてる」と語っている。

これらの分析のプロセスを経て調査協力者のナラティブは、最終的に 4 つの異なるテーマをもつ物語として収斂された。生成された物語とその語り手である調査協力者は表 4-4 の通りである。

**表 4-4 最終的に生成された物語と QOL の特徴**

第 1 の物語 物語 (A さん・B さん)	<p>自尊感情が再建され自己効力感が発現していくプロセスの物語</p>	<p>* 少しずつ自分に自信が持てるようになってきている * 援助者との関係性に満足している * 在宅ケアを利用することで少しずつ生活が良くなってきていると感じる</p>
第 2 の物語 物語 (C さん・D さん・E さん・F さん)	<p>誰かがそばにいてくれることから生まれる安心感の物語</p>	<p>* 自分一人では何もできないと感じている * 援助者に頼りながら生活している * 在宅ケアを利用することで少しずつ生活が良くなってきていると感じる</p>
第 3 の物語 物語 (G さん・H さん・I さん・J さん)	<p>自分自身に起こりうる全てのことへの感謝と受容の物語</p>	<p>* 自分なりに暮らせていると思う * 援助者との関係性に満足している * 在宅ケアを利用することで昔と変わらず穏やかに暮らせている</p>
第 4 の物語 物語 (K さん・L さん・M さん・N さん)	<p>自分自身の人生を再建できないことへの葛藤の物語</p>	<p>* 自分一人では何もできないと感じている * 援助者との関係性に不満がある * 在宅ケアを利用しているのに全く生活が良くなる</p>

第 1 の物語を語ったのは、A さん、B さんで、いずれも上昇群に属し、訪問リハを受療していた。第 2 の物語を語ったのは、上昇群に属し、訪問介護や訪問看護サービスを利用する C さん、D さんと、低スコア上昇群に属する E さん、F さんであった。第 3 の物語を語ったのは高値群あるいは低値群に属する G さん、H さん、I さん、J さんであった。第 4 の物語を語ったのは K さん、L さん、M さん、N さんで、いずれも下降群に属していた。

## IV. 考察

ここでは前述の「Ⅲ. 結果」について、面接法による質的調査から得られた結果を踏まえた上で、在宅ケアを利用する高齢者の QOL に変化をもたらす要因について考察を行う。

### 1. 時系列でみたナラティブの特徴

本章では、調査協力者が在宅ケアの利用時に体験した出来事や思い、QOL の変化に関するナラティブ分析を行った。構造分析の結果、経験のみを語ったナラティブの数は、全体で 4 例と少なかった。しかし一方で、経験と心情を同時に語ったナラティブは 34 例と非常に多く、調査協力者は、体験する出来事に対して何らかの強い感情を抱くことが窺える。

その内容を時系列でみると、利用開始時のナラティブには、QOL スコアのグループ別による偏りはみられなかった。上昇群であっても、「こんな姿を近所の人に見られなくなかった (B さん)」といった否定的な発言がみられ、下降群でも「家にリハビリに来てくれると聞いて楽しみにしてたんです (L さん)」と語っている。この傾向を見る限り、利用開始時の経験や心情は、QOL の変化に大きく影響するとは考えにくい。

利用開始から 6 ヶ月後頃の語りについては、上昇群や高値群では、「また自分で買い物に行きたい (A さん)」「(ヘルパーと) 気心も知れてきた (D さん)」など、自身の生活に対して前向きな気持ちになったり、作業療法士やヘルパーとの関係性が良好に発展していることを示す語りが聞かれるようになった。

また低スコア上昇群でも、作業療法士の助言に「妙に納得できた (C さん)」「いろんなヘルパーさんが来てくれるので楽しみになってきた (F さん)」などのナラティブがみられる。低値群が印象的な出来事とともに思いを語ったナラティブは 6 例で、その中でも「援助者との関係性」が 4 例と多かった。内容を見ると、「リハビリの先生が家に来て

くれはるから・・・心強かった（Iさん）」「ホンマに助かりました（Jさん）」など、援助者の存在そのものに安心感を抱いている様子が窺える。

前章で示した統計学的な PGC-MS スコアの折れ線グラフでみると、在宅ケアの利用開始から6ヵ月後の低値群の PGC-MS スコアは明らかに低い得点ではあるが、ナラティブの内容に着目すると、高値群や上昇群との高い類似性がみられた。一方、下降群では、印象的な出来事とともに想いを語ったナラティブが12例と5つのグループのなかで最も多かった。さらに内訳をみると、援助者との関係性についてのナラティブが6例と最も多く、そのすべてが援助者に対する不満足感を語っていた。下降群の援助者に対する語りは「先生本人にはよう言わん」「うわべだけの話しかせんようにしてる」「冗談も言われへん」と、表現は異なるがその内容からは、いずれも援助者には心を開いていない様子が窺える。

## 2. 生活の変化とその思い

経験と心情、変化を語ったナラティブは、上昇群が4例と最も多く、低スコア上昇群1例、高値群1例であった。グループによって程度の差はあるが、これらの調査協力者は、いずれも QOL が向上または高い値で維持されているグループに属していた。つまり、QOL が比較的良好な状態にある人たちと言える。このことから、在宅ケアの利用によって調査協力者自身が「生活に変化がみられた」「自分自身が成長できた」と実感できることが、QOL にも良い影響を及ぼすことが示唆される。

上昇群では、例えば A さんの場合、「入院中は諦めていたけど、また自分で買い物に行きたいと思った」という発言がみられる。これは、作業療法士が選んだ福祉用具で神社まで歩けるようになったり、針仕事は無理でもミシンなら買い物に行くためのズボンの裾直しができることを知ったり、という出来事がきっかけとなって起こった変化に対する語りである。

また B さんは、作業療法士の勧めで点字の学習を新たに始めたことで、点訳のボランティアとして人の役に立てるという思いを抱いたことが、「人の役に立てるなら片手でも生きてる意味があると思う」という語りにつながった。そしてその体験がきっかけとなって、語り手に自信と生きがいをもたらすこととなった。このように上昇群では、ADLを再獲得したり新たな作業活動を始めるといった生活の変化がみられる。なお、このような変化に関するナラティブのうち 1 例は在宅ケア利用開始から 6 ヶ月後、3 例は 1 年後の体験として語られた。

次に、低スコア上昇群で特筆すべきは、当初、在宅ケアに対して不信感を抱いていた点である。低スコア上昇群も、QOL が向上したという点では共通しているが、上昇群と異なる軌跡を示したのは、こうした在宅ケアに対する不安感が背景にあったとも考えられる。

一方、低値群と下降群については、変化を語ったナラティブはみられなかった。しかし、利用開始から 1 年後のナラティブを比べるとその内容は全く異なる。

低値群（1 年後）においては、I さん、J さんとも「援助者との関係性」を語り、いずれも援助者に対して感謝の念を述べている。

下降群（1 年後）においては、自分自身との折り合いと在宅ケアへの想いがそれぞれ 1 例ずつ、援助者との関係性が 2 例であった。ただし、自分自身との折り合いや在宅ケアへの想いについて語りつつも、間接的には援助者との関係性を投影した語りであることが窺えるナラティブであった。つまり、下降群が利用開始から 1 年後に語ったナラティブは、何らかのかたちで援助者との関係性を示す内容であったことになる。例えば K さんは、援助者が提案した福祉器具に対して「今となっては平行棒は物干しですな。狭い家やのに邪魔です。（リハビリの）先生は何でも私に言わんと嫁とケアマネに言うて決めはるんです」と援助者への不満を述べている。

### 3. 援助者との関係性

以上のとおり、在宅ケア利用高齢者の QOL の向上には、心理的・物



理的な生活の変化をもたらす支援が有効であることが示唆された。ただし、低値群のナラティブのみに着目すると、援助者への感謝の内容を示していた。さらに踏み込んで内容をみると、Iさんは「低空飛行ながら（リハビリの）先生のおかげで入院せずに済んでいる」と語り、Jさんは、「懐が寂しいのは（利用開始時と）一緒ですわ。でも、ヘルパーさんに来てもらえて、安生暮らさせてもらってます」と語っている。

この傾向をみるかぎり、調査協力者たちのQOLの軌跡のグループ分けと、その背景にある心理的な状態とは必ずしも一致しないことが窺える。

また下降群については、4名中3名が利用開始直後から援助者に不満を抱いていた。そして残りの1名は、利用開始時はリハビリテーションに期待を抱いていたが、その後、作業療法士との良好な治療関係が形成されず、最終的にQOLは下降した。つまり、少なくとも本研究の調査協力者については、援助者との治療関係の不全感がQOLに反映していると推察される。一方、上昇群、低スコア上昇群、高値群、さらには低値群においても、その語りからは、援助者との関係の良好さが窺える。

その違いはどこにあるのだろうか。例えばBさんは、「邪魔な手やと思ってたから、固まった手のひらに大事に触れてくれるリハビリの人に驚いた」と語っている。Eさんは、その生きづらさから眠剤や風邪薬を乱用し自暴自棄になっても、作業療法士だけは「私も同じ」と言って話を聞いてくれたことに泣けてきた、という心情を吐露している。一方Lさんは、作業療法士に質問したら叱られてしまい、主治医やケアマネージャー、家族に報告されたことに落胆し、うわべの付き合いしかしなくなったと語っている。

こうした関係性の在り方の違いは、言い換えれば、クライアントとセラピストとの間に、共感的な理解やラポールが構築されたか否かが関係していると考えられる。たとえクライアントの経済状況や身体状況が良好とは言えなくても、セラピストとの間に相互的な治療関係が

形成されていれば、クライアントは自分自身あるいは他者に対して寛容的で受容的な感覚を持ち得る<sup>11</sup>。一方、援助者との関係性が何らかの出来事をきっかけに不穏になり、その修復が困難であった場合、Kさん、Lさん、Mさん、Nさんのように在宅ケアを利用し続けているにも関わらず、不満足感が積もっていくことになる。

援助者はいかなる時も、クライアントのQOLが維持・向上することを願って助言や支援を行っている。しかし、クライアントの心情を汲み取ろうとせず、一方向的で支配的という印象をクライアントに与えるアプローチを行えば、相互の共感的な理解やラポールは生まれない。当然ながら、協働を基調とした援助関係も生まれず、クライアントの自尊感情も回復が難しくなる。そうなれば、自らの意思で生活を再建させようとする主体性が発現されず、結局、クライアントの自律の機会を奪い、QOLを低下させてしまう一因にもなりかねない。結果的に、クライアントは近い将来にすら希望が見いだせず、クライアント自身に生来的に備わっている自己成長の機会をも奪ってしまう可能性も否定できない。

また、QOLが維持・向上していることを窺わせる第1の物語や第3の物語ではクライアントと援助者との協働が存在していることが個々の語りから垣間見られた。その一方で第2の物語や第4の物語では、クライアントの反応は異なるものの、突き詰めてみると協働よりもむしろ依存的で一方向的な援助関係を強調しているような語りが見られた。一人ひとりの物語は、いつでも、どこからでも、様々な体験や対人交流を通じて書き換えが可能である<sup>12</sup>。第2の物語や第4の物語は、いかにすれば協働を基調とした物語へと書き換えられていくのかを追求することが、援助者すべてに課せられた課題であると思われる。

在宅ケアを通じてクライアントのQOLを向上させるために援助者に求められるのは、傷病体験を経てもなお、新たな人生の物語をクライアント自身の力で紡いでいけるように寄り添い続けることであることが、本研究を通して示唆された。

## V.小括

本章では、在宅ケアを利用する高齢クライアントのQOLの変化に影響を及ぼす要因及びその背景にある心情について、ナラティブ分析を用いて検討を行った。

その結果、「自尊感情が再建され自己効力感が発現していくプロセスの物語」「誰かがそばにいてくれることから生まれる安心感の物語」「自分自身に起こり得る全てのことへの感謝と受容の物語」「自分自身の人生を再建できないことへの葛藤の物語」という4つの物語が生成された。

老年期にあるクライアントのQOLは1年間で多彩な変化を見せる。その多様性の根底にある要因や個々のクライアントの背景にある心情に留意しながら在宅ケアを提供するならば、在宅ケアを利用する高齢クライアントのQOLをより向上させる可能性があることが本研究を通して例証された。

以上、第4章では、高齢者のQOLを維持・向上、低下させる要因について質的記述研究による詳細な分析結果について述べた。高齢者のQOLを向上させる本質的な要因と、これらの臨床学的有用性については、次章の総合的考察で述べることとする。

## 第4章文献

- 1 Guyatt GH(1991) Evidence-based medicine. ACP Journal Club, 114, A-16.
- 2 Sackett DL(1997) Evidence-based medicine. Semin Perinatol, England, 21(1), pp.3-5.
- 3 Polzin DJ(2000) From journal to patient: evidence-based medicine. Current veterinary therapy. Philadelphia, pp.2-8.
- 4 斎藤清二, 岸本寛史(2003)ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践. 金剛出版, 東京.
- 5 Greenhalgh T. Hurwitz B(1998) Narrative based medicine Dialogue and discourse in clinical practice. BMJ Books, London.
- 6 河合隼雄, 小川洋子(2008)生きるとは自分の物語をつくること. 新潮社, 東京.
- 7 Riesman CK(2008) Narrative Methods for the Human Sciences. SAGE Publications, CA.
- 8 Coffey A. & Atkinson P(1996) Narratives and stories. In Making sense of qualitative data: Complementary research strategies pp.54-82, Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- 9 山田嘉徳(2011)先輩後輩関係を指導単位とするゼミ制度の有効性に関する一考察 : B&S 制度における協同的な学びに着目して京都大学高等教育研究 17, pp.1-14.
- 10 Labov W. Waletzky J(1967) Narrative analysis: oral versions of personal experience. In Helm J (ed), Essays on the verbal and visual arts, University of Washington Press, Seattle, pp.12-44, Reprinted in the Journal of Narrative and Life History 7, pp.3-38.
- 11 今西美由紀(2009)訪問リハビリテーションにおける老年期のクライアントからセラピストへの祖父母性 (grandparenthood) の発現と生きることの質. 作業療法 28(2).
- 12 野口雄二 (2002) 物語としてのケアーナラティブ・アプローチの世界へー. 医学書院. 東京.

## 第5章 総括

### I. 結論

#### 1. 総合的考察

ここでは、第2章から第4章にわたって述べてきた3つの段階を経て行われた追跡調査の結果を俯瞰し、総合的な観点から、本研究の基礎となる理論的枠組みに関する考察を行う。

#### 1) 構成された3段階のそれぞれの研究に関する考察

##### (1) 在宅ケア利用開始時における高齢者のQOL

第2章では、在宅ケア利用開始時における高齢者のQOLとそのQOLに影響を及ぼす要因を明らかにした。

その方法として、高齢者200名に対しPGC-MSを用いた質問紙調査及び在宅ケアの利用に際しての想いを聴取するインタビューを実施した。

その結果、「在宅ケアの利用に至った経緯」及び「同居家族の構成」の2要因が、高齢者のQOLに影響を及ぼす要因として抽出された。また、QOLは、退院直後にサービスを利用する高齢者で低く、3世帯で暮らす高齢者では高かった。

さらに、高齢者が在宅ケアの利用を開始することに対して抱く不安感、経済的な要因から援助者との対人関係に関することまで、多岐に渡っていることも明らかになった。

在宅ケアの利用を決意し、様々な不安や葛藤を抱きつつ、それでもやっぱり、最後まで自分の家で暮らしたい。生きがいを見つけて最期まで自分らしく在りたい。そう願う沢山のクライアントの姿がそこにはあった。

そんな願いに、我々援助者は、どの様に向き合っていけばいいのか。どんな風に寄り添っていけばいいのか。

在宅ケアサービスの利用を開始するという、不安定で混沌としたベースラインで実施された本調査は、援助者が、そんな高齢者の複雑な想

いを汲み取り，在宅ケアの導入期をより快適で不安感の少ないものに変えていけるような感性や感受性を高めていく必要性があることを再確認させてくれるものであった。

## **（２）在宅ケアを継続利用した高齢者の QOL**

第 3 章では，2 段階による調査・分析を実施した。その際，第 2 章と同じ調査協力者をリハビリ群と看護・介護群の 2 群に分類し，両群の全体的な QOL の変化を調査し，次いで各群の高齢者の個別的な QOL の変化に軌跡について解析を行った。そして，類似性の高い変化のパターンごとの類型化を試みた。

第 1 段階の調査・分析結果では，リハビリ群においては，1 年間で QOL，ADL ともに有意な向上が見られたが，看護・介護群では ADL は低下するが QOL は 1 年間，ほとんど変化しないという知見が得られた。このことから，訪問リハは高齢者の QOL を向上させる可能性がある反面，ADL の向上や低下は，必ずしも QOL に影響を及ぼさないことが示唆された。また QOL については，治療開始から 9 ヶ月目以降に顕著な上昇を示したことから，高齢者の QOL の改善には長期的な継続支援が必要であることも示された。

第 2 段階の調査・分析では，調査協力者の個別的な QOL の変化の軌跡に着目した。

その結果，調査協力者の 1 年間の QOL の軌跡は，上昇群，わずかな上昇群，下降群，高値群，低値群の 5 つのパターンに分類された。また統計学上，治療経過，職業歴，趣味，信仰，家族構成，訪問リハ受療の有無がその QOL の軌跡に影響を及ぼしていることも明らかになった。したがって，援助者が，これらの要因をケアプランの中に有意義に組み込むことは，高齢者の QOL を向上させる可能性を持ちうると推察される。

## **（３）在宅ケアを利用する高齢者の QOL に変化をもたらす要因**

第 4 章では，第 3 章において高齢者の QOL を変化させる可能性を持つ要因として抽出された因子が，個々の調査協力者にどのように作用していたのか（あるいは作用しなかったのか）を精査する目的で，面

接法による調査を実施した。さらに、調査協力者の個別的な語りを分析し、その構造やテーマ性の共通項を抽出した上で、在宅ケアを継続利用した高齢者の語りとして4つの物語（ナラティブ）の生成を試みた。

その結果、「自尊感情が再建され自己効力感が発現していくプロセスの物語」「誰かがそばにいてくれることから生まれる安心感の物語」「自分自身に起こりうる全てのことへの感謝と受容の物語」「自分自身の人生を再建できないことへの葛藤の物語」という四つの物語が生成された。

これらの四つの物語は、援助者に対し、①いかにクライアントに対して共感的であり得たか、②いかにクライアントの可能性を潰していたか、③クライアントと相互に成長する機会に気づけていたのか、の3点に収斂される。

援助者は、クライアントからの、いかなる小さなサインも見逃さない鋭敏性と反応性が求められることが、本調査において示唆された。

## 2) 3つの研究を通じての考察

第2章の研究で浮き彫りになった在宅ケア利用開始時における「不安感」や「期待感」は、1年間の継続的支援においていかに変化あるいは定着したのだろうか。

本研究で示されたQOLの軌跡は在宅ケア利用開始から1年間のものであり、その軌跡は、今後、動揺を続けるのか、安定していくのかは千差万別であろう<sup>1,2</sup>

セラピストとしては、各クライアントの軌跡に寄り添いながら、その瞬間、その瞬間のクライアントにとっての最善のアプローチを行いつつ、遠からぬ未来といつかは必ず訪れる「死」の受容をも視野に入れたセラピーを展開していく必要がある。また、老年期の心理・社会的発達という俯瞰的な観点からは、「統合」と「失調」との間での揺れ幅を穏やかなものにし、より「統合」の方向へと同調していけるように支援していくことも重要な課題であろう。

目の前のクライアントが、どんな物語を生きているのかを見極める

ためにも、そのナラティブにしっかりと耳を傾けることが重要である  
と考える。そして、その物語が3番目の研究で示されたような、葛藤に  
満ちた物語へと向かっていることが分かった時点で、そのケアプラン  
は早急に改善されなければならない。

また、第2の物語のように、誰かに依存することで何とかQOLが保た  
れている様な物語が紡がれているのであれば、成功体験の積み重ねに  
よって、依存から自律の方向へと発達を促すようなアプローチを追加  
していくことも、将来的なクライアントにとっては必要かもしれない。

老年期にあるクライアントは、その発達課題でもあるように、自らの  
ライフレビューを幾度となく繰り返す。紡ぎ出される自分自身の物語  
が、より肯定的な物語へと修正や再編集がなされるように、セラピスト  
は支援し続けなければならない。そのようなクライアントに対する共  
感的理解を基調としながら、リハビリテーションにおける、評価、治  
療計画の立案、治療プログラムの実施、再評価といったPDCAサイクル  
を繰り返し良循環で回し続けていくことが、クライアントのQOLの維  
持・向上に繋がるものと思われる。

### 3) 本研究の基礎となる理論的枠組みに関する考察

本研究の目的は、精神科医ピーター・ブレギン (Peter Breggin) の  
「援助の中心に共感的な愛を置こう」という治療理論を援用しつつ、  
当該研究における理論的な枠組みとして、「在宅ケア」「高齢者のQOL」  
「クライアントのQOLを向上させるセラピー」という3つの考え方を  
設定した上で、在宅ケアサービスを利用する高齢者のQOLについて検  
証を行うことであった。

ブレギンが指摘する「共感に基礎を置く治療理論」が最終的に目指  
すものは、援助者の共感的な在り方に触発されて、治療経過の中で、今  
度はクライアント自身が、自分自身や他者に対して、同じように共感的  
な在りようで触れられるようになり、ひいてはその人自身の人生が豊  
かなものへと発展していくこと (QOLが向上していくこと) にある。

本研究においても、どのような種類の在宅ケアサービスの中にも高  
齢者のQOLを維持、向上、低下させうる可能性を持ち得ていることが明



らかになったが、Bregginのいうところの共感概念<sup>3</sup>が高齢者と援助者の間に生まれるとき、高齢者は「対処すべき問題」としての人生ではなく、意味への意志をもったその人らしい人生を歩き始めることができる。

Butler. R. N(1963)は、「ライフレビューによる過去の葛藤の解決が、高齢者に、自分自身の人生への肯定的な統合感をもたらす<sup>4</sup>」とした。また、その解決に失敗すると、抑うつや悲嘆、葛藤といった状態が生じる危険性も指摘した。

本研究における調査協力者は、そのベースライン時において、傷病や障がいによって、まさに人生の危機的な状況に置かれた人たちであった。そして、調査終了後のフォローアップ期間も含めた4年間の在宅ケアの中で、自身の人生における傷病体験の意味づけや障がいを受け容れていくことに、真摯に向き合ってこられた人たちであった。

本研究の中で、在宅ケアによる支援を振り返って語られたクライアントのナラティブは、時に依存的であったり攻撃的であったりと、援助者の立場からはそう評価されるようなものも多数存在した。しかし、Bregginは、それこそが「sign of life」として歓迎されるべきものであるとする。つまり、クライアントが、絶望の淵にあってなお、わずかでも残された精一杯の力で、援助者に対して発信してくれる言葉こそ、今度は援助者自身が、自分自身の援助の在り方の原点に立ち返る機会をもたらしてくれるからである。Bregginがその治療理論の中で一貫して主張してきた「援助者が提供すべき3つの中核」つまり、知識、経験、そして「healing presence」と呼ぶところの、クライアントにとって共感的な存在であること、それらを援助者である我々は、提供できているのかと自分自身に問いかける機会である。そしてそれはまた、我々援助者が、既に実践していたものに気づく瞬間でもある。クライアントが夢中で自分自身の物語を語ってくれる時、セラピストの前で心から笑ってくれるとき、泣いてくれるとき、援助的であるために一番大切な「共感」ということを、その援助者は気づかないうちに提供しているのだとBregginは指摘する。

しかしその一方で「Is Love Enough?」と Breggin が問いかけるように、「援助（セラピー）の中心に共感的な愛を置こう」という治療理論は、比較や評価や自己中心的な愛（煩惱）の中で生きる我々人間にとっては、最も難しいことである。だからこそ、援助者は、絶えずクライアントの語りを傾聴し、自分自身の感性や感受性を、（クライアントと同じように）他の命から降り注がれる愛の中で、守って育てていく必要がある。そうしてクライアントに届けられるものこそが、クライアントとセラピストの双方の人間発達をもたらす共感概念に通じるものといえる。

人が老年期において、人生や死を受容する統合の力と、失調傾向である絶望感との間で、いかにバランスを取っていくのかは、人類共通の、生涯を通じての遠大な課題である。しかし、遠大な課題であるが故に、人は生涯にわたって、死の間際でさえも、成長することが出来る。その一方で、特にクライアントが高齢である場合、時間の有限性は人間発達のプロセスに制限を加える切実な問題であるともいえる。その人の成長のプロセスのどの段階で援助者との関係性が途切れてしまったとしても、クライアントの心に、幸福感や存在の意味を残していくことは、援助者の大切な仕事であろう。

以上のことを総合的に解釈すると、在宅ケアサービス利用高齢者の QOL は、時間の経過と共に様々な変化を見せるが、その変化に最も大きな影響を及ぼすのは、自尊感情や自己効力感を再建させるような訪問リハビリテーションの在り方や、どんな種類の在宅ケアサービスであれ、援助者からクライアントの心に届けられる共感的な支援であるということが、本研究を通して示唆された。

つまり、在宅ケア利用高齢者の QOL が維持・向上するということは、単に、評価用紙で測定される QOL スコアが統計学的に上昇傾向にあったり、絶えず高い得点を記録することではなく、個々のクライアントの、その人独自の心の感度で、その時々小さな心の揺れはあるものの、相対的に見て、幸せだと感じられる瞬間、瞬間の積み重ねの中で、安定した穏やかな心で、今この瞬間を生かされていることが実感できる状態

といえよう。

本研究を通して強調されるべき一番の成果は、要介護状態になってもなお、人は、人的・物理的環境の如何によって、「自分らしく生きること」の意味をとらえ直し、その人らしく輝き続けることが可能になるということに他ならない。

## 2. 結論

本研究では、在宅ケア場面において、セラピストからの継続的在宅支援が老年期のクライアントの QOL の向上にどのような効果をもたらすかを検証し、Breggin が提唱する「クライアント自身の自己成長と、セラピストを含む他者との有益な人間関係、その二つが組み合わさったとき、クライアントには新たな癒しと満足感がもたらされる<sup>3)</sup>」という、「共感的理解」を基調とする治療理論に関する理論的観点から検討することであった。

その結果、在宅ケアを利用する老年期のクライアントについては、セラピストによる継続的在宅支援が、QOL の向上に影響していることが明らかになった。また、訪問リハが QOL 向上の一助となることが示唆された。

ただし、訪問リハを実施しても、セラピストが「共感的理解」の姿勢で臨まない場合は、QOL は向上しない、あるいは下降する可能性が示された。

総括すると、訪問リハ場面でいうところの QOL は、一人一人のクライアントの、人生の中で出会ういろんな体験過程の中で、様々に変動を繰り返す。そのような変動を繰り返しつつも、それぞれのクライアント自身の感性や感受性、それまでの人生の中で大切に生きてきたことなどを映しながら、「その人なりに安定している状態」に落ち着いてゆくことこそが QOL を支える援助の到達点である。そして、最終的には、「その人らしい」最期を迎えられるように、セラピストは絶えずクライアントの個別的な成長の早さに合わせながら、「待ち」の姿勢で支援し続けることこそが真のセラピーであるといえるのではないだろうか。

そうしたセラピーを遂行するには、常にセラピストがクライアントの心身に寄り添い、その想いを汲み取るためにどんな些細な変化や声にならない言葉さえも取りこぼさないように、セラピスト自身の感性や感受性を磨き続けることが必要であると考えます。

## Ⅱ. 今後の課題

本研究は、関西地域在住の在宅ケアを利用する老年期のクライアントを対象に、QOLの変化とその変化に影響を及ぼす要因について、2年間にわたる追跡調査を実施し、検証を行ったものであった。本研究を精緻化するには、調査の期間の延長や調査対象の範囲の拡大が望ましく、今後の検討課題であるといえるだろう。

また今回の調査では、セラピストからクライアントへの「共感的理解の提供」という治療理論を、本研究を通じでのフレームワークとして用いたが、クライアントが感じる「共感」とセラピストが思う「共感」は果たして同じものであろうか。

本研究では、全体を通じて「共感的理解」をフレームワークとして用いた。しかし、クライアントとセラピストの「共感」がどの程度、共通性があるかという点には踏み込んでいない。また、「共感」の一致の程度、及びクライアントのQOLに与える影響も精緻化していくことが必要と言えよう。

これらの点を課題として、ここから先も、臨床及び研究に精進していきたい。

## 第 5 章文献

- 1 Imanishi M, Tomohisa H, Higaki K(2015a) In-home occupational therapy for a patient with stage IV lung cancer: changes in quality of life and analysis of causes. SpringerPlus, 4:157-161.
- 2 Imanishi M, Tomohisa H, Higaki K(2016) A Narrative Approach to Home Based Occupational Therapy Can Improve the Development of Grandparenthood and Quality of Life in the Elderly, New Zealand Journal of Occupational Therapy. Vol, 63, No. 2.
- 3 Breggin P (1997) The Heart of Being Helpful, Springer, New York.
- 4 Butler, RN (1963) The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatry, 26, pp.65-76.

## おわりに：本研究の社会的貢献と未来への展望

本研究を通して最終的には、「訪問リハは時間の経過と共に高齢者の QOL を向上させる」「在宅ケアを利用する高齢者の QOL が示す軌跡は 5 つのパターンに分類される」「クライアントの人間発達を促進させる共感的理解を基調とする治療関係の形成は、高齢者の QOL を維持・向上させる」という 3 つの知見が得られた。これらの知見を基に、訪問リハの有用性とセラピストによる継続的支援の必要性を明らかにできたことは、本研究における意義であるといえるだろう。

本研究を構成する 12 編の研究論文が国内外で発表され、世界の中で日本の訪問リハや作業療法が位置付けられる小さな一歩となり得る可能性を持てたことは、本研究のささやかな成果であろう。

本研究は、多くのクライアントと重ねてきた何万時間というセラピーのなかの 2 年間という時間を切り取って分析を行ったものではあるが、我々はさらなる研究として、死の受容に至るまでの高齢クライアントに対する 5 年間の追跡調査や末期がん患者への在宅での看取りにおける QOL の変化のプロセスの分析等を始めている。

今後、世界中のどこかで、誰かが、高齢者の QOL の維持・向上に向けた在宅ケアのあり方を考える上での一助となり、全ての人たちが安全、安楽で幸福に暮らせる世界になることを願ってやまない。

## 学位論文を構成する論文目録

### 主論文

1. Impact of continuous in-home rehabilitation on quality of life and activities of daily living in elderly clients over 1 year, M Imanishi, H Tomohisa, K Higaki, *Geriatrics & Gerontology International*, 2017.
2. Quality of life in elderly people at the start of using in-home care, M Imanishi, H Tomohisa, K Higaki, SpringerPlus, 2015.
3. Quantifying the effect of home visit occupational therapy on the quality of life of elderly individuals, M Imanishi, H Tomohisa, K Higaki, *Asian Journal of Occupational Therapy*, 2017.
4. 在宅ケアサービスを利用する高齢クライアントの QOL を変化させる要因の質的分析, 今西美由紀, 友久久雄, 日垣一男, *作業療法*, 2016.

### 関連論文

5. In-home occupational therapy for a patient with stage IV lung cancer: changes in quality of life and analysis of causes, M Imanishi, H Tomohisa, K Higaki, SpringerPlus, 2015.
6. A narrative approach to home based occupational therapy can improve the development of grandparenthood and quality of life in the elderly, M Imanishi, H Tomohisa, K Higaki, *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 2016.
7. 在宅ケアサービスを利用する高齢者の主観的幸福感に関する考察: 質問紙調査とインタビューによる分析, 今西美由紀, 友久久雄, 日垣一男, *日本在宅ケア学会誌*, 2016.
8. 在宅ケアサービス利用高齢者における 12 ヶ月間の主観的 QOL の軌跡, 今西美由紀, 友久久雄, 日垣一男, *日本臨床作業療法研究*, 2016.

9. 余命宣告を受けた老年期のクライアントが作業療法を通して「自分らしく生きること」を決意するまでの11ヵ月間の軌跡—TEM（複線径路・等至性モデル）による分析の試み，今西美由紀，友久久雄，日垣一男，臨床発達心理実践研究，2017.
10. 1年間の訪問リハビリテーションが老年期のクライアントの心身機能に及ぼす効果，今西美由紀，石浦佑一，友久久雄，日垣一男，Journal of Rehabilitation and Health Sciences, 2015.
11. 余命宣告を受けた老年期のクライアントの主観的QOLと作業療法士の関わり方，今西美由紀，石浦佑一，友久久雄，日垣一男，Journal of Rehabilitation and Health Sciences, 2016.
12. Perceptions of Elderly Japanese on the Effect of In-Home Health Care Services on their Quality of Life, M Imanishi, H Tomohisa, K Higaki, Journal of Rehabilitation and Health Sciences, 2017.

#### 国際会議録

1. Efficiency of home-visit occupational therapy on the quality of life of elderly individuals, M Imanishi, H Tomohisa, K Higaki, 6<sup>th</sup> Asia-Pacific Occupational Therapy Congress, Rotorua, New Zealand, 2015.
2. Home Occupational Therapy for a Patient With Lung Cancer (Stage4), M Imanishi, H Tomohisa, K Higaki, 16<sup>th</sup> International Congress of the World Federation of Occupational Therapists, Yokohama, Japan, 2014.



## 資料

- i . PGC-MS 調査票
- ii . 個人調査票
- iii . 統計解析における Supporting Information

とい げんざい きも うかが  
問：あなたの現在のお気持ちについてお伺いします。

1、 あなたの人生は、年をとるにつれてだんだん悪くなっ

てゆくと思いますか？

( そう思う そうは思わない )

2、 あなたは去年と同じように元気だと思えますか？

( はい いいえ )

3、 さびしいと感じることがありますか？

( ない あまりない 終始感じる )

4、 最近になって小さなことを気にするようになったと思  
いますか？

( はい いいえ )

5、 家族や親戚、友人との行き来に満足していますか？

( 満足している もっと会いたい )

6、あなたは、年をとって前よりも役に立たなくなったと

おも  
思いますか？

( そう思う          そうは思わない )

7、心配だったり、気になったりして、眠れないことがあ  
りますか？

( ある          ない )

8、年をとるということは、若い時に考えていたよりも、

よ          おも  
良いことだと思えますか？

( よい          同じ          悪い )

9、生きていても仕方がないと思うことがありますか？

( ある          あまりない          ない )

10、あなたは、若い時と同じように幸福だと思えますか？

( はい          いいえ )

11、悲しいことがたくさんあると感じますか？

( はい          いいえ )

12、 あなたには心配しんぱいなことがたくさんありますか？  
（ はい いいえ ）

13、 前まえよりも腹はらをたてる回数かいすうが多おおくなったと思おもいますか？  
（ はい いいえ ）

14、 生いきることは大たい変へんきびしいと思おもいますか？  
（ はい いいえ ）

15、 今いまの生せい活かつに満まん足ぞくしていますか？  
（ はい いいえ ）

16、 物もの事ごとをいつも深しん刻こくに考かんえるほうですか？  
（ はい いいえ ）

17、 あなたは心配しんぱい事ごとがあると、すぐにおろおろするほうで  
すか？  
（ はい いいえ ）

しつもん いじょう  
☆質問は以上です。

きょうりょく  
ご協力ありがとうございました。



## 個人調査票

2013.5.1 現在

ID: \_\_\_\_\_

生年月日: \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 ( \_\_\_\_\_歳)

性別: 1. 女性 ・ 2. 男性

要介護度: 要介護 ( 1. 2. 3. 4. 5 )

傷病分類: 1. 筋骨格系 (RA OA) 2. 神経系 (CVA PD)

3. 心・肺疾患 (心筋梗塞 COPD) 4. 外傷 (骨折)

5. 全身疾患 (腎疾患 DM) 6. 免疫疾患

治療経過: 1. 退院→在宅ケア 2. 通院→在宅ケア

教育年数: \_\_\_\_\_年

職業歴 : 1. 事務 2. 販売 3. 専門・技術

4. サービス 5. 農林漁業 6. 生産工程・労務作業

7. 運輸・通信 8. その他 ( \_\_\_\_\_ )

趣味の有無: 1. あり 2. なし

信仰の有無: 1. あり 2. なし

同居家族: 1. 独居 2. 夫婦 3. 二世帯 4. 三世帯

MMSE ; \_\_\_\_\_

FIM ;

初回 : 8月 : 11月 : 2月 : 5月 :

PGC ;

初回 : 8月 : 11月 : 2月 : 5月 :

インタビュー ;

①現在のご自身の生活についてどのように感じておられますか？

-----  
-----

②在宅ケアサービスのご利用にあたりどのようなことを感じておられますか？

-----  
-----

## Supporting Information

### 第 2 章

表 S2-1 記述統計量

変数	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	パーセンタイル			四分位範囲	最小値	最大値	範囲
					25% タイル	50%タイル (中央値)	75% タイル				
年齢	200	78.13	5.175	0.366	75.0	80.0	82.0	7.0	66.0	84.0	18.0
要介護度	200	2.65	1.207	0.085	2.0	2.5	4.0	2.0	1.0	5.0	4.0
教育年数	200	10.95	2.392	0.169	9.0	12.0	12.0	3.0	6.0	16.0	10.0
MMSE	200	24.45	1.441	0.102	23.3	24.0	25.0	1.8	21.0	27.0	6.0
FIM	200	84.73	20.412	1.443	70.5	90.0	100.0	29.5	10.0	117.0	107.0
PGC	200	9.09	2.602	0.184	7.0	9.0	11.0	4.0	4.0	15.0	11.0

表 S2-2 単純度数集計

変数	カテゴリ	度数	パーセント
性別	女性	121	60.5
	男性	79	39.5
	合計	200	100.0
疾病分類	筋骨格系	31	15.5
	神経系	64	32.0
	心・肺疾患	25	12.5
	外傷	33	16.5
	全身疾患	25	12.5
	免疫疾患	22	11.0
	合計	200	100.0
治療経過	退院→在宅ケア	96	48.0
	通院→在宅ケア	104	52.0
	合計	200	100.0
職業	事務	14	7.0
	販売	19	9.5
	専門・技術	34	17.0
	サービス	4	2.0
	農林・漁業	48	24.0
	生産工程・労務作業	35	17.5
	運輸・通信	9	4.5
	その他	37	18.5
	合計	200	100.0
趣味	あり	111	55.5
	なし	89	44.5
	合計	200	100.0
信仰	あり	119	59.5
	なし	81	40.5
	合計	200	100.0
家族構成	独居	59	29.5
	夫婦	77	38.5
	二世帯	32	16.0
	三世帯	32	16.0
	合計	200	100.0



表 S2-3 正規性の検定(1)

変数	Shapiro-Wilk		
	統計量	自由度	有意確率 P
年齢	0.903	200	0.001***
要介護度	0.900	200	0.001***
教育年数	0.809	200	0.001***
FIM	0.938	200	0.001***
PGC	0.958	200	0.001***

表 S2-4 正規性の検定 (2)

検定変数	項目	比較群	Shapiro-Wilk		
			統計量	自由度	有意確率 P
PGC	性別	女性	0.959	121	0.001
		男性	0.949	79	0.003
	疾病分類	筋骨格系	0.952	31	0.180
		神経系	0.942	64	0.004
		心・肺疾患	0.917	25	0.043
		外傷	0.928	33	0.031
		全身疾患	0.937	25	0.127
		免疫疾患	0.931	22	0.127
		治療経過	退院→在宅 ケア	0.906	96
	通院→在宅 ケア		0.965	104	0.007
	職業		事務	0.958	14
		販売	0.914	19	0.090
		専門・技術	0.952	34	0.142
		サービス	0.729	4	0.024
		農林・漁業	0.936	48	0.012
		生産工程・労 務作業	0.806	35	0.001
		運輸・通信	0.936	9	0.542
	趣味	その他	0.941	37	0.049
		あり	0.968	111	0.009
	信仰	なし	0.936	89	0.001
		あり	0.956	119	0.001
	家族構成	なし	0.938	81	0.001
		独居	0.960	59	0.053
夫婦		0.940	77	0.001	
二世帯		0.952	32	0.161	
三世帯		0.944	32	0.095	

表 S2-5 重回帰分析における決定係数

モデル要約				
R	R <sup>2</sup>	調整済み R <sup>2</sup>	Durbin-Watson	
0.519	0.269	0.256	1.753	

\* 解析対象：112 例

表 S2-6 決定係数の検定

分散分析

因子	カテゴリ	標準化されていない係数		標準化 係数 ベータ	t値	有意確率 P	Bの95%信頼区間		共線性の統計量	
		B	標準誤差				下限	上限	許容度	VIF
治療経過	通院→在宅ケア	2.247	0.420	0.438	5.345	0.001	1.414	3.080	1	1
家族構成	三世帯	1.635	0.489	0.274	3.341	0.001	0.665	2.605	1	1
(定数)	-	5.054	0.691		7.314	0.001	3.685	6.424		

表 S2-7 係数および因子の有意性の検定

係数

	平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率 P
回帰	197.2	2	98.614	20.090	0.001***
残差	535.0	109	4.909		
合計	732.3	111			

\* データの種類について

- ・ 治療経過，家族構成…計量尺度アルファ順序尺度(数値として扱っている)
- ・ 上記以外の因子欄…名義尺度(分類値として扱っている)

表 S2-8 有意にならず除外された変数

因子	カテゴリ	入力されたときの標準回帰係数	t 値	有意確率 P	偏相関	共線性の統計量		
						許容度	VIF	最小許容度
年齢	—	0.065	0.774	0.441	0.074	0.960	1.042	0.960
教育年数	—	-0.053	-0.633	0.528	-0.061	0.977	1.023	0.977
職業	事務	-0.048	-0.576	0.566	-0.055	0.970	1.031	0.970
	販売	0.137	1.656	0.101	0.157	0.965	1.036	0.965
	専門・技術	-0.063	-0.767	0.445	-0.074	0.996	1.004	0.996
	サービス	0.030	0.370	0.712	0.036	0.994	1.006	0.994
	農林・漁業	0.042	0.484	0.629	0.047	0.893	1.120	0.893
	生産工程・労務作業	-0.104	-1.180	0.241	-0.113	0.865	1.157	0.865
	運輸・通信	0.040	0.491	0.625	0.047	0.994	1.006	0.994
家族構成	夫婦	0.082	0.750	0.455	0.072	0.560	1.786	0.560
	二世帯	-0.064	-0.750	0.455	-0.072	0.929	1.076	0.929

\* データの種類について

- ・ 職業， 家族構成…計量尺度アルファ順序尺度（数値として扱っている）
- ・ 上記以外の因子欄…名義尺度（分類値として扱っている）

### 第3章

表 S3-1 2 群間の各要因の比較

	全体	度数		比較群				有意確率 P
				リハビリ群 n=100		看護・介護群 n=100		
年齢 a		中央値	4分位範囲	80	7	80	9	0.969
性別 b	女性	度数	%	60	60.00%	61	61.00%	1
	男性	度数	%	40	40.00%	39	39.00%	
要介護度 b	1	度数	%	19	19.00%	21	21.00%	0.857
	2	度数	%	30	30.00%	30	30.00%	
	3	度数	%	20	20.00%	24	24.00%	
	4	度数	%	23	23.00%	20	20.00%	
	5	度数	%	8	8.00%	5	5.00%	
疾病分類 b	筋骨格系	度数	%	18	18.00%	13	13.00%	0.87
	神経系	度数	%	32	32.00%	32	32.00%	
	心・肺疾患	度数	%	10	10.00%	15	15.00%	
	外傷	度数	%	17	17.00%	16	16.00%	
	全身疾患	度数	%	12	12.00%	13	13.00%	
	免疫疾患	度数	%	11	11.00%	11	11.00%	
治療経過 b	退院→在宅ケア	度数	%	52	52.00%	44	44.00%	0.322
	通院→在宅ケア	度数	%	48	48.00%	56	56.00%	
教育年数 a		中央値	4分位範囲	12	3	12	3	0.81
職業 b	事務	度数	%	7	7.00%	7	7.00%	0.588
	販売	度数	%	12	12.00%	7	7.00%	
	専門・技術	度数	%	18	18.00%	16	16.00%	
	サービス	度数	%	1	1.00%	3	3.00%	
	農林・漁業	度数	%	26	26.00%	22	22.00%	
	生産工程・労務作業	度数	%	16	16.00%	19	19.00%	
	運輸・通信	度数	%	2	2.00%	7	7.00%	
	その他	度数	%	18	18.00%	19	19.00%	
趣味 b	あり	度数	%	64	64.00%	47	47.00%	0.023*
	なし	度数	%	36	36.00%	53	53.00%	
信仰 b	あり	度数	%	64	64.00%	55	55.00%	0.249
	なし	度数	%	36	36.00%	45	45.00%	
家族構成 b	独居	度数	%	26	26.00%	33	33.00%	0.342
	夫婦	度数	%	36	36.00%	41	41.00%	
	二世帯	度数	%	19	19.00%	13	13.00%	
	三世帯	度数	%	19	19.00%	13	13.00%	
MMSE a		中央値	4分位範囲	24.5	1	24	2	0.572
FIM a		中央値	4分位範囲	81	35	92	26.8	0.024*
PGC a		中央値	4分位範囲	8	3	10	4	0.206

\*\*\*.P<0.001, \*\*.P<0.01, \*.P<0.05

a. Mann-WhitneyのU検定

b. 分割表検定(カイ2乗検定)

表 S3-2 強制投入法による解析結果

## 多変量解析 (Multivariate analysis)

variable		Odds ratio	95% CI	有意確率 P
年齢		1.05	0.96 - 1.14	0.303
性別	女性	1.00 (reference)	1.00 (reference)	0.519
	男性	1.29	0.60 - 2.78	
要介護度		1.12	0.84 - 1.49	0.448
疾病分類	total	—	—	0.921
	免疫疾患	1.00 (reference)	1.00 (reference)	—
	筋骨格系	1.35	0.39 - 4.67	0.632
	神経系	0.77	0.26 - 2.26	0.631
	心・肺疾患	0.74	0.20 - 2.78	0.651
	外傷	0.84	0.25 - 2.87	0.781
	全身疾患	0.92	0.25 - 3.35	0.902
治療経過	通院→在宅ケア	1.00 (reference)	1.00 (reference)	0.266
	退院→在宅ケア	1.46	0.75 - 2.82	
教育年数		1.11	0.90 - 1.37	0.314
職業	total	—	—	0.493
	事務	1.00 (reference)	1.00 (reference)	—
	販売	1.79	0.36 - 8.95	0.478
	専門・技術	0.66	0.16 - 2.78	0.570
	サービス	0.50	0.03 - 7.20	0.607
	農林・漁業	1.18	0.27 - 5.20	0.822
	生産工程・労務作業	0.92	0.20 - 4.15	0.912
	運輸・通信	0.16	0.02 - 1.30	0.086
	その他	0.67	0.16 - 2.90	0.597
趣味	なし	1.00 (reference)	1.00 (reference)	0.051
	あり	1.96	1.00 - 3.84	
信仰	なし	1.00 (reference)	1.00 (reference)	0.414
	あり	1.34	0.66 - 2.73	
家族構成	total	—	—	0.494
	独居	1.00 (reference)	1.00 (reference)	—
	夫婦	1.39	0.65 - 2.97	0.388
	二世帯	2.14	0.79 - 5.79	0.134
	三世帯	1.51	0.58 - 3.91	0.395

CI : Confidence Interval

※変数選択法:強制投入法による解析結果

表 S3-3 多重ロジスティック回帰分析

多変量解析 (Multivariate analysis)

variable	Odds ratio	95% CI	有意確率 P
趣味(あり)	2.00	1.14-3.53	0.016

CI: Confidence Interval

\* 変数選択法: 変数増加法ステップワイズ(尤度比)による解析結果

第1段階：全体的な PGC および FIM 得点の推移（反復測定分散分析）

表 S3-4 記述統計量

項目	経過	比較群	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95%		最小値	最大値	範囲	
							信頼区間					
							下限	上限				
PGC得点	5月	リハビリ群	74	8.81	2.563	0.298	8.217	9.404	4.0	15.0	11.0	
		看護・介護群	62	9.11	2.536	0.322	8.469	9.757	4.0	15.0	11.0	
	8月	リハビリ群	74	9.04	2.469	0.287	8.469	9.612	4.0	15.0	11.0	
		看護・介護群	62	9.29	2.272	0.288	8.713	9.867	5.0	12.0	7.0	
	11月	リハビリ群	74	9.65	2.217	0.258	9.135	10.162	6.0	15.0	9.0	
		看護・介護群	62	9.11	2.009	0.255	8.603	9.623	6.0	13.0	7.0	
	2月	リハビリ群	74	10.64	2.273	0.264	10.109	11.162	6.0	15.0	9.0	
		看護・介護群	62	8.52	2.133	0.271	7.974	9.058	5.0	13.0	8.0	
	1年後	リハビリ群	74	10.73	2.741	0.319	10.095	11.365	4.0	15.0	11.0	
		看護・介護群	62	8.95	2.184	0.277	8.397	9.506	5.0	12.0	7.0	
	FIM得点	5月	リハビリ群	74	79.88	21.754	2.529	74.838	84.918	10.0	110.0	100.0
			看護・介護群	62	87.27	21.818	2.771	81.733	92.815	15.0	117.0	102.0
8月		リハビリ群	74	77.15	19.403	2.255	72.653	81.644	10.0	105.0	95.0	
		看護・介護群	62	86.68	21.239	2.697	81.284	92.071	15.0	115.0	100.0	
11月		リハビリ群	74	80.05	19.700	2.290	75.490	84.618	10.0	110.0	100.0	
		看護・介護群	62	84.82	20.474	2.600	79.623	90.022	15.0	115.0	100.0	
2月		リハビリ群	74	82.58	20.174	2.345	77.907	87.255	9.0	110.0	101.0	
		看護・介護群	62	82.50	20.453	2.598	77.306	87.694	14.0	115.0	101.0	
1年後		リハビリ群	74	84.95	20.571	2.391	80.180	89.712	9.0	111.0	102.0	
		看護・介護群	62	81.21	20.405	2.591	76.028	86.392	14.0	115.0	101.0	



表 S3-5 PGC 解析の因子の要約

被験者内因子(対応あり) 経過(時点)	被験者間因子(対応なし) 比較群
5月	リハビリ群(n=74)
8月	看護・介護群(n=62)
11月	
2月	
1年後	

表 S3-6 被験者間効果

Levene の誤差分散の等質性検定

	F	自由度1	自由度2	有意確率P
5月	0.002	1	134	0.965
8月	0.039	1	134	0.843
11月	0.740	1	134	0.391
2月	0.235	1	134	0.628
1年後	6.218	1	134	0.014

表 S3-7 主効果の比較とプロット：比較群

推定周辺平均の推定値

比較群	平均値	標準誤差	95% 信頼区間	
			下限	上限
リハビリ群	9.77	0.211	9.357	10.189
看護・介護群	9.00	0.230	8.542	9.452

### 推定周辺平均に基づいたペアごとの比較

(I) 比較群	(J) 比較群	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率P <sup>a</sup>	95% 平均差信頼区間 <sup>a</sup>	
					下限	上限
リハビリ群	看護・介護群	0.78	0.312	0.014	0.159	1.393

a. 多重比較法: Bonferroniによる調整

### 比較群の主効果プロット

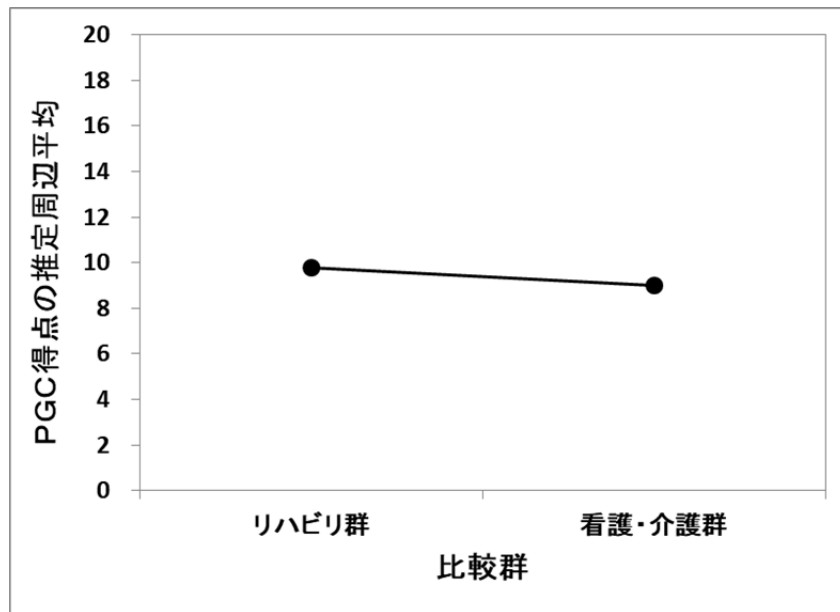


表 S3-8 主効果の比較とプロット：経過

### 推定周辺平均の推定値

経過	平均値	標準誤差	95% 信頼区間	
			下限	上限
5月	8.96	0.220	8.528	9.396
8月	9.17	0.205	8.760	9.571
11月	9.38	0.183	9.019	9.743
2月	9.58	0.190	9.199	9.952
1年後	9.84	0.215	9.415	10.267

### 推定周辺平均に基づいたペアごとの比較

(I) 経過	(J) 経過	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率P <sub>a</sub>	95% 平均差信頼区間 <sup>a</sup>	
					下限	上限
5月	8月	-0.20	0.204	1.000	-0.787	0.380
	11月	-0.42	0.222	0.609	-1.051	0.214
	2月	-0.61	0.241	0.121	-1.302	0.075
	1年後	-0.88	0.250	0.006	-1.591	-0.167
8月	11月	-0.22	0.183	1.000	-0.737	0.307
	2月	-0.41	0.194	0.361	-0.963	0.143
	1年後	-0.68	0.225	0.032	-1.317	-0.034
11月	2月	-0.19	0.158	1.000	-0.645	0.255
	1年後	-0.46	0.186	0.148	-0.992	0.072
2月	1年後	-0.27	0.177	1.000	-0.770	0.240

a. 多重比較法: Bonferroniによる調整

### 経過の主効果プロット

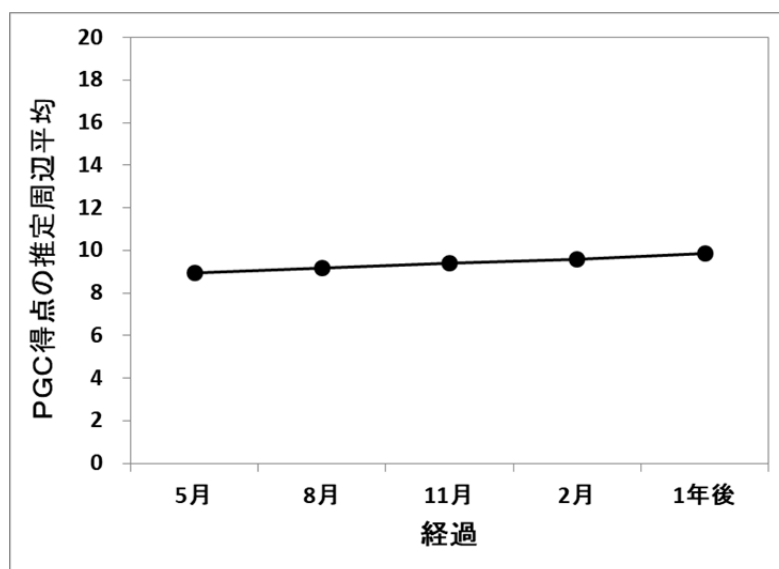


表 S3-9 交互作用のプロットにおける推定周辺平均の推定値

推定周辺平均の推定値					
比較群	経過	平均値	標準誤差	95% 信頼区間	
				下限	上限
リハビリ群	5月	8.81	0.296	8.224	9.397
	8月	9.04	0.277	8.493	9.588
	11月	9.65	0.247	9.160	10.137
	2月	10.64	0.257	10.127	11.143
	1年後	10.73	0.291	10.154	11.305
看護・介護群	5月	9.11	0.324	8.472	9.754
	8月	9.29	0.302	8.692	9.888
	11月	9.11	0.270	8.579	9.647
	2月	8.52	0.281	7.961	9.071
	1年後	8.95	0.318	8.323	9.580

表 S3-10 単純主効果の検定：経過ごとの比較群の検定

推定周辺平均の推定値					
経過	比較群	平均値	標準誤差	95% 信頼区間	
				下限	上限
5月	リハビリ群	8.81	0.296	8.224	9.397
	看護・介護群	9.11	0.324	8.472	9.754
8月	リハビリ群	9.04	0.277	8.493	9.588
	看護・介護群	9.29	0.302	8.692	9.888
11月	リハビリ群	9.65	0.247	9.160	10.137
	看護・介護群	9.11	0.270	8.579	9.647
2月	リハビリ群	10.64	0.257	10.127	11.143
	看護・介護群	8.52	0.281	7.961	9.071
1年後	リハビリ群	10.73	0.291	10.154	11.305
	看護・介護群	8.95	0.318	8.323	9.580

### 推定周辺平均に基づいたペアごとの比較

経過	(I) 比較群	(J) 比較群	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率P <sup>a</sup>	95% 平均差信頼区間 <sup>a</sup>	
						下限	上限
5月	リハビリ群	看護・介護群	-0.30	0.439	0.493	-1.171	0.566
8月	リハビリ群	看護・介護群	-0.25	0.410	0.543	-1.061	0.561
11月	リハビリ群	看護・介護群	0.54	0.366	0.145	-0.188	1.259
2月	リハビリ群	看護・介護群	2.12	0.381	0.001***	1.366	2.872
1年後	リハビリ群	看護・介護群	1.78	0.431	0.001***	0.926	2.630

a. 多重比較法: Bonferroniによる調整

＜棒グラフ：エラーバー付＞

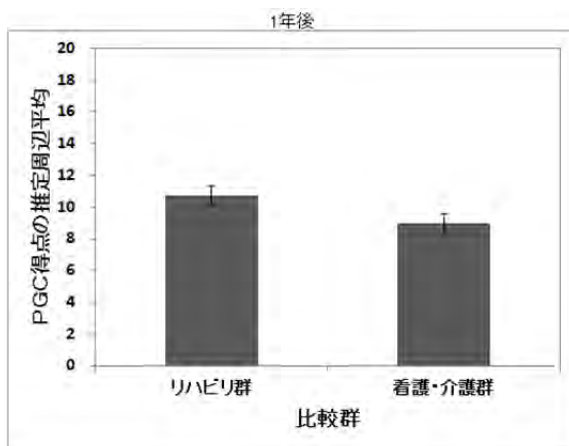
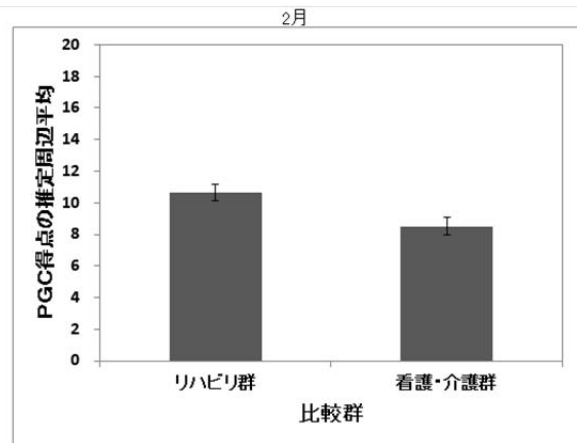
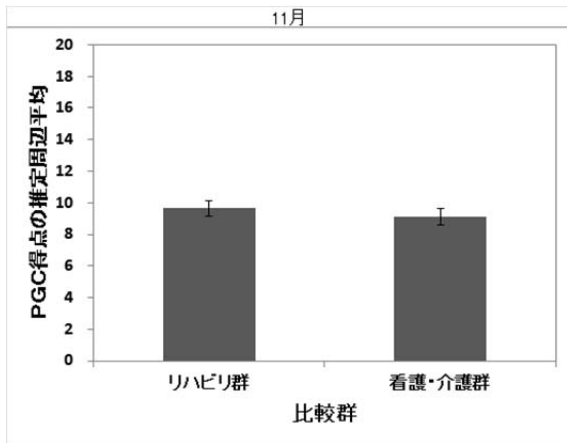
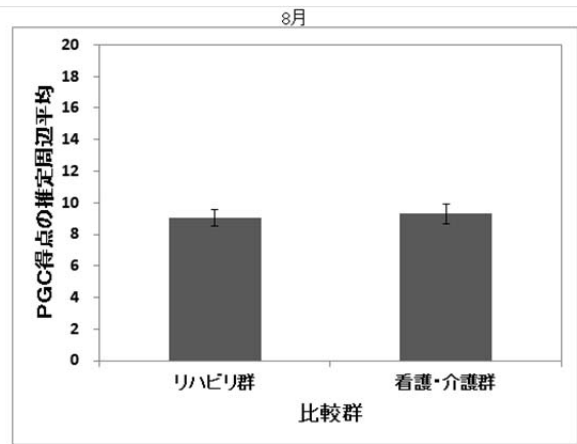
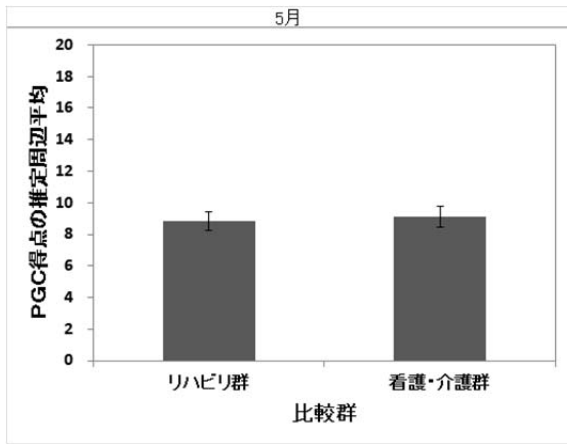


表 S3-11 単純主効果の検定：比較群ごとの経過の検定

推定周辺平均の推定値

比較群	経過	平均値	標準誤差	95% 信頼区間	
				下限	上限
リハビリ群	5月	8.81	0.296	8.224	9.397
	8月	9.04	0.277	8.493	9.588
	11月	9.65	0.247	9.160	10.137
	2月	10.64	0.257	10.127	11.143
	1年後	10.73	0.291	10.154	11.305
看護・介護群	5月	9.11	0.324	8.472	9.754
	8月	9.29	0.302	8.692	9.888
	11月	9.11	0.270	8.579	9.647
	2月	8.52	0.281	7.961	9.071
	1年後	8.95	0.318	8.323	9.580

推定周辺平均に基づいたペアごとの比較

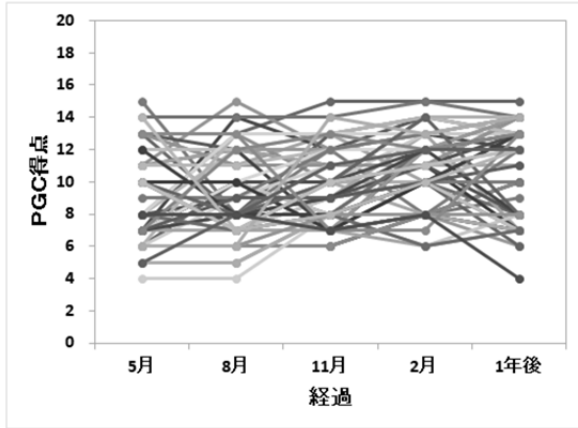
比較群	(i) 経過	(j) 経過	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率P <sup>a</sup>	95% 平均差信頼区間 <sup>a</sup>		
						下限	上限	
リハビリ群	5月	8月	-0.23	0.276	1.000	-1.018	0.558	
		11月	-0.84	0.299	0.059	-1.692	0.016	
		2月	-1.82	0.326	0.001***	-2.754	-0.895	
		1年後	-1.92	0.337	0.000	-2.881	-0.957	
	8月	11月	-0.61	0.247	0.151	-1.313	0.097	
		2月	-1.59	0.262	0.001***	-2.341	-0.848	
		1年後	-1.69	0.304	0.001***	-2.556	-0.823	
		11月	2月	-0.99	0.213	0.001***	-1.594	-0.379
	11月	1年後	-1.08	0.252	0.001***	-1.799	-0.363	
		2月	1年後	-0.09	0.239	1.000	-0.776	0.587
		5月	8月	-0.18	0.302	1.000	-1.039	0.684
			11月	0.00	0.327	1.000	-0.933	0.933
2月	0.60		0.356	0.958	-0.419	1.612		
1年後	0.16		0.368	1.000	-0.889	1.212		
看護・介護群	8月	11月	0.18	0.270	1.000	-0.593	0.947	
		2月	0.77	0.286	0.076	-0.042	1.590	
		1年後	0.34	0.332	1.000	-0.608	1.285	
	11月	2月	0.60	0.233	0.114	-0.067	1.261	
		1年後	0.16	0.275	1.000	-0.623	0.946	
		2月	1年後	-0.44	0.261	0.974	-1.180	0.309

a. 多重比較法: Bonferroniによる調整

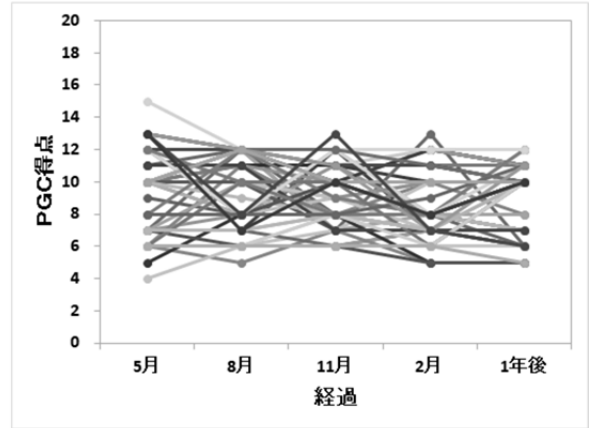


< 散布図 >

リハビリ群

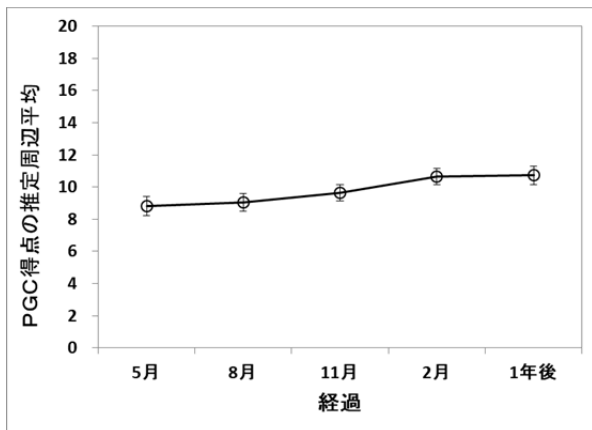


看護・介護群



< エラーバー >

リハビリ群



看護・介護群

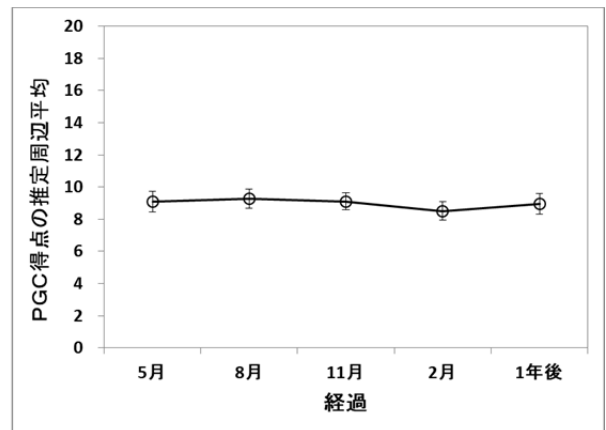


表 S3-12 FIM 得点の因子の要約

被験者内因子(対応あり) 経過(時点)	被験者間因子(対応なし) 比較群
5月	リハビリ群(n=74)
8月	看護・介護群(n=62)
11月	
2月	
1年後	

表 S3-13 被検者間効果

Levene の誤差分散の等質性検定

	F	自由度1	自由度2	有意確率P
5月	0.054	1	134	0.816
8月	0.783	1	134	0.378
11月	0.137	1	134	0.712
2月	0.000	1	134	0.986
1年後	0.012	1	134	0.912

表 S3-14 主効果の比較とプロット：比較群

推定周辺平均の推定値

比較群	平均値	標準誤差	95% 信頼区間	
			下限	上限
リハビリ群	80.92	2.360	76.254	85.589
看護・介護群	84.50	2.578	79.397	89.596

### 推定周辺平均に基づいたペアごとの比較

(i) 比較群	(j) 比較群	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率P <sub>a</sub>	95% 平均差信頼区間 <sup>a</sup>	
					下限	上限
リハビリ群	看護・介護群	-3.58	3.495	0.308	-10.488	3.338

a. 多重比較法: Bonferroniによる調整

### <比較群の主効果プロット>

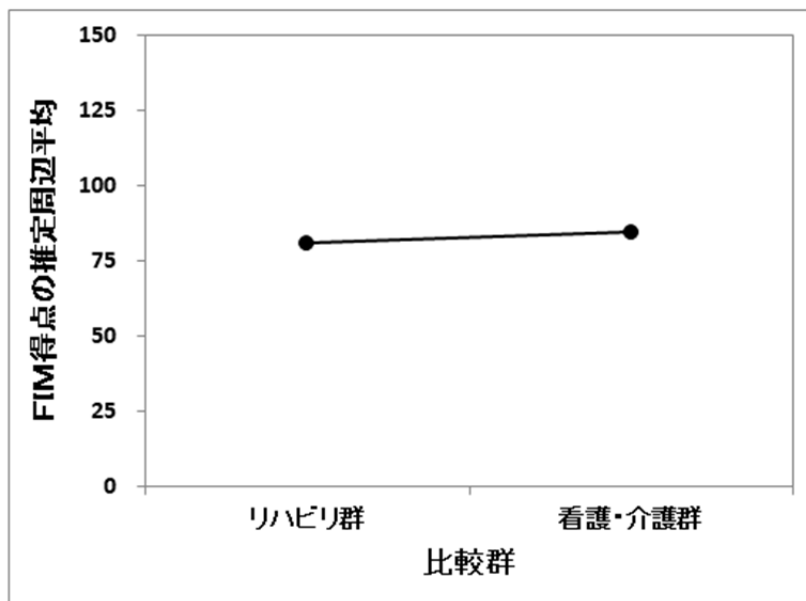


表 S3-15 主効果の比較とプロット：経過

推定周辺平均の推定値

経過	平均値	標準誤差	95% 信頼区間	
			下限	上限
5月	83.58	1.875	79.867	87.285
8月	81.91	1.744	78.464	85.362
11月	82.44	1.727	79.023	85.853
2月	82.54	1.748	79.084	85.997
1年後	83.08	1.764	79.588	86.567

推定周辺平均に基づいたペアごとの比較

(I) 経過	(J) 経過	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率P <sup>a</sup>	95% 平均差信頼区間 <sup>a</sup>	
					下限	上限
5月	8月	1.66	0.519	0.017	0.183	3.144
	11月	1.14	0.518	0.299	-0.341	2.617
	2月	1.04	0.524	0.503	-0.461	2.532
	1年後	0.50	0.534	1.000	-1.025	2.022
8月	11月	-0.53	0.327	1.000	-1.460	0.409
	2月	-0.63	0.471	1.000	-1.973	0.717
	1年後	-1.16	0.577	0.456	-2.813	0.483
11月	2月	-0.10	0.326	1.000	-1.031	0.827
	1年後	-0.64	0.473	1.000	-1.991	0.712
2月	1年後	-0.54	0.289	0.652	-1.362	0.288

a. 多重比較法: Bonferroniによる調整

<経過の主効果プロット>

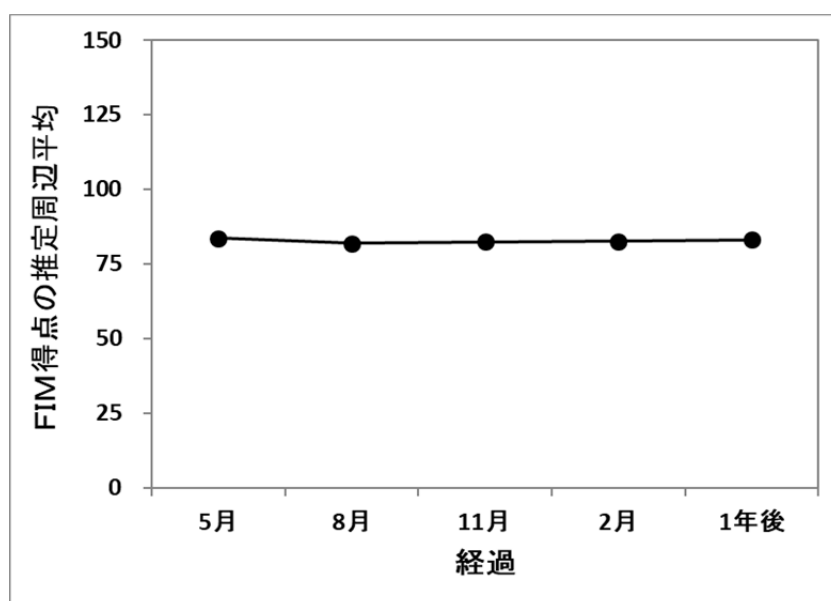


表 S3-16 交互作用のプロットにおける推定周辺平均の推定値

推定周辺平均の推定値

比較群	経過	平均値	標準誤差	95% 信頼区間	
				下限	上限
リハビリ群	5月	79.88	2.532	74.870	84.887
	8月	77.15	2.355	72.491	81.807
	11月	80.05	2.332	75.443	84.665
	2月	82.58	2.360	77.913	87.249
	1年後	84.95	2.383	80.234	89.658
看護・介護群	5月	87.27	2.766	81.803	92.746
	8月	86.68	2.573	81.589	91.766
	11月	84.82	2.547	79.785	89.860
	2月	82.50	2.578	77.401	87.599
	1年後	81.21	2.603	76.062	86.358

表 S3-17 単純主効果の検定：経過ごとの比較群の検定

推定周辺平均の推定値

経過	比較群	平均値	標準誤差	95% 信頼区間	
				下限	上限
5月	リハビリ群	79.88	2.532	74.870	84.887
	看護・介護群	87.27	2.766	81.803	92.746
8月	リハビリ群	77.15	2.355	72.491	81.807
	看護・介護群	86.68	2.573	81.589	91.766
11月	リハビリ群	80.05	2.332	75.443	84.665
	看護・介護群	84.82	2.547	79.785	89.860
2月	リハビリ群	82.58	2.360	77.913	87.249
	看護・介護群	82.50	2.578	77.401	87.599
1年後	リハビリ群	84.95	2.383	80.234	89.658
	看護・介護群	81.21	2.603	76.062	86.358

推定周辺平均に基づいたペアごとの比較

経過	(I) 比較群	(J) 比較群	平均値の差 (I-J)	標準誤差	有意確率P <sup>a</sup>	95% 平均差信頼区間 <sup>a</sup>	
						下限	上限
5月	リハビリ群	看護・介護群	-7.40	3.750	0.051	-14.813	0.022
8月	リハビリ群	看護・介護群	-9.53	3.488	0.007	-16.428	-2.630
11月	リハビリ群	看護・介護群	-4.77	3.453	0.170	-11.598	2.061
2月	リハビリ群	看護・介護群	0.08	3.495	0.982	-6.832	6.994
1年後	リハビリ群	看護・介護群	3.74	3.529	0.292	-3.243	10.715

a. 多重比較法: Bonferroniによる調整

<棒グラフ：エラーバー付>

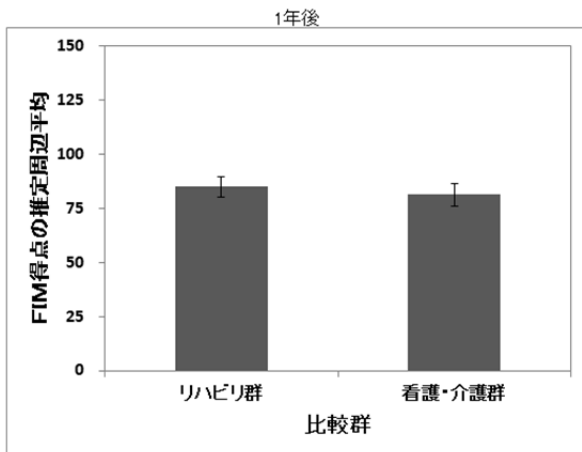
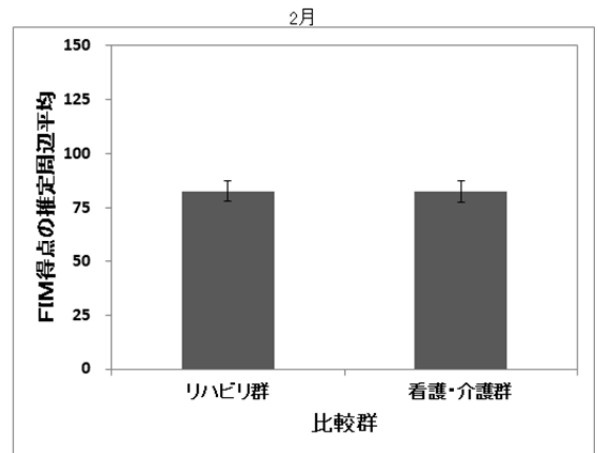
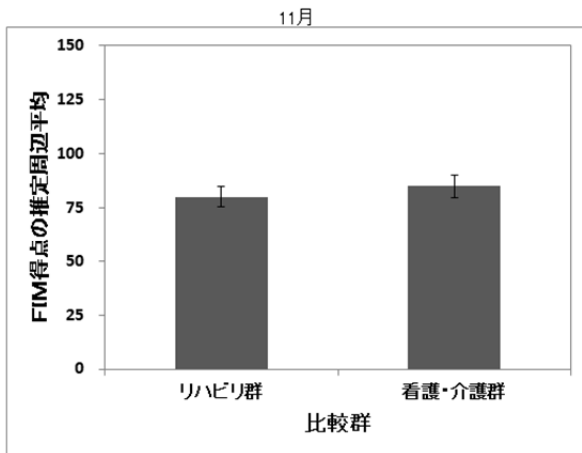
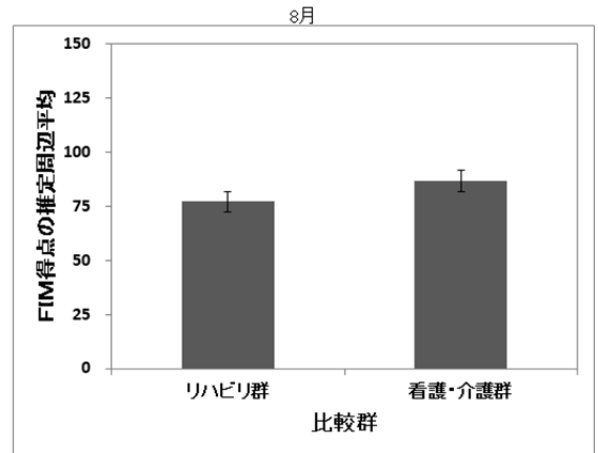
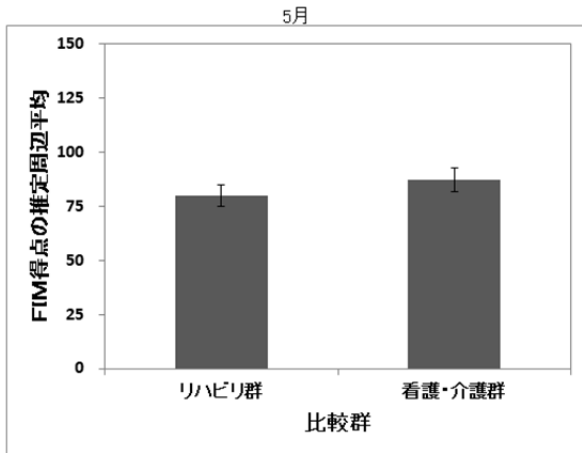


表 S3-18 単純主効果の検定：比較群ごとの経過の検定

推定周辺平均の推定値

比較群	経過	平均値	標準誤差	95% 信頼区間	
				下限	上限
リハビリ群	5月	79.88	2.532	74.870	84.887
	8月	77.15	2.355	72.491	81.807
	11月	80.05	2.332	75.443	84.665
	2月	82.58	2.360	77.913	87.249
	1年後	84.95	2.383	80.234	89.658
看護・介護群	5月	87.27	2.766	81.803	92.746
	8月	86.68	2.573	81.589	91.766
	11月	84.82	2.547	79.785	89.860
	2月	82.50	2.578	77.401	87.599
	1年後	81.21	2.603	76.062	86.358

推定周辺平均に基づいたペアごとの比較

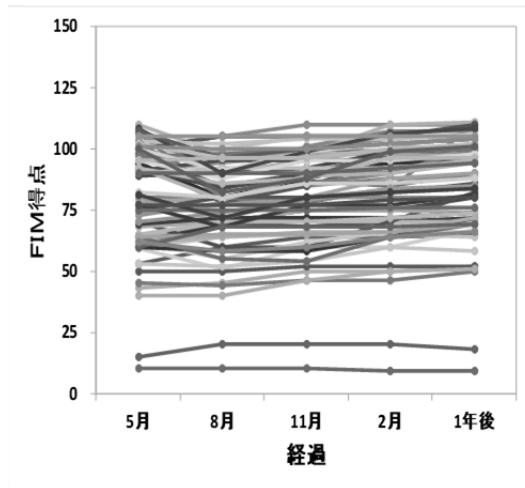
比較群	(i) 経過	(j) 経過	平均値の差 (i-j)	標準誤差	有意確率P <sub>a</sub>	95% 平均差信頼区間 <sup>a</sup>	
						下限	上限
リハビリ群	5月	8月	2.73	0.700	0.002	0.731	4.729
		11月	-0.18	0.700	1.000	-2.173	1.822
		2月	-2.70	0.708	0.002	-4.724	-0.682
		1年後	-5.07	0.721	0.001***	-7.125	-3.010
	8月	11月	-2.91	0.442	0.001***	-4.167	-1.644
		2月	-5.43	0.636	0.001***	-7.249	-3.616
		1年後	-7.80	0.780	0.001***	-10.023	-5.572
	11月	2月	-2.53	0.440	0.001***	-3.782	-1.272
		1年後	-4.89	0.639	0.001***	-6.717	-3.067
	2月	1年後	-2.36	0.390	0.001***	-3.479	-1.251
看護・介護群	5月	8月	0.60	0.765	1.000	-1.587	2.781
		11月	2.45	0.765	0.017	0.269	4.634
		2月	4.77	0.774	0.001***	2.566	6.982
	8月	1年後	6.06	0.788	0.001***	3.817	8.312
		11月	1.85	0.483	0.002	0.476	3.233
		2月	4.18	0.695	0.001***	2.193	6.162
	11月	1年後	5.47	0.852	0.001***	3.037	7.899
		2月	2.32	0.480	0.001***	0.952	3.693
		1年後	3.61	0.699	0.001***	1.619	5.607
	2月	1年後	1.29	0.426	0.030	0.074	2.507

a. 多重比較法: Bonferroniによる調整

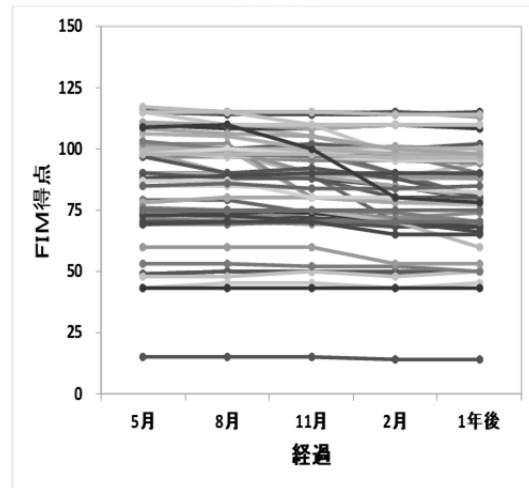


< 散布図 >

リハビリ群

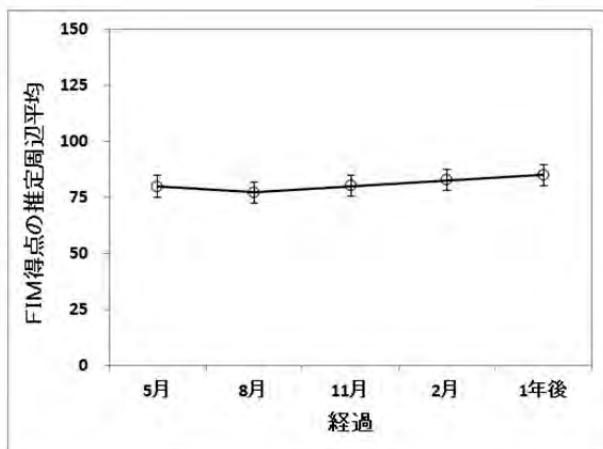


看護・介護群

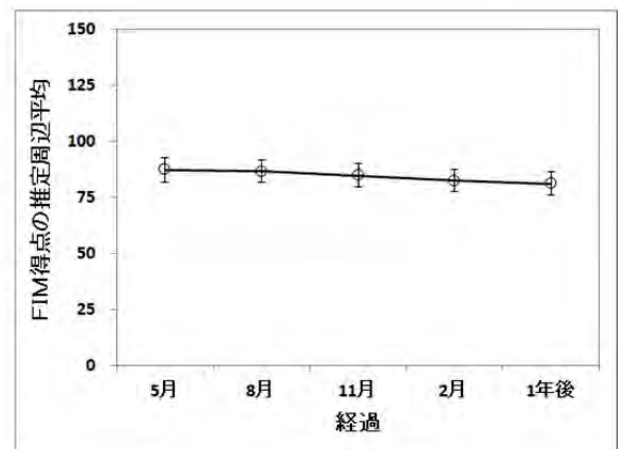


< エラーバー >

リハビリ群



看護・介護群



第 2 段階：個別的な PGC 得点の軌跡（クラスタ分析）

表 S3-19 記述統計量

	度数	平均値	標準偏差	平均の 標準誤差	パーセンタイル			4分位範囲	最小値	最大値	範囲
					25	50(中央値)	75				
PGC5月	136.000	8.950	2.545	0.218	7.0	8.0	11.0	4.0	4.0	15.0	11.0
PGC8月	136.000	9.150	2.375	0.204	7.0	8.5	11.0	4.0	4.0	15.0	11.0
PGC11月	136.000	9.400	2.134	0.183	8.0	9.0	11.0	3.0	6.0	15.0	9.0
PGC2月	136.000	9.670	2.444	0.210	8.0	10.0	12.0	4.0	5.0	15.0	10.0
PGC1年後	136.000	9.920	2.647	0.227	7.5	10.0	12.0	4.8	4.0	15.0	11.0

表 S3-20 クラスタ凝集経過工程

段階	結合されたクラスタ		係数	クラスタ初出の段階		次の段階
	クラスタ 1	クラスタ 2		クラスタ 1	クラスタ 2	
1	91	134	0.000	0	0	70
2	109	114	0.000	0	0	54
3	80	113	0.000	0	0	17
4	45	89	0.000	0	0	32
5	78	79	0.000	0	0	19
6	75	77	0.000	0	0	18
7	36	37	0.000	0	0	33
8	124	126	0.500	0	0	35
9	82	106	1.000	0	0	40
10	85	104	1.500	0	0	20
11	3	97	2.000	0	0	40
12	93	94	2.500	0	0	66
13	58	59	3.000	0	0	95
14	10	56	3.500	0	0	82
15	17	22	4.000	0	0	42
16	8	16	4.500	0	0	51
17	80	131	5.167	3	0	61
18	75	95	5.833	6	0	86
19	5	78	6.500	0	5	78
20	85	96	7.333	10	0	89
21	117	136	8.333	0	0	93
22	120	132	9.333	0	0	54
23	121	123	10.333	0	0	80
24	86	118	11.333	0	0	52
25	111	116	12.333	0	0	90
26	29	115	13.333	0	0	64
27	67	101	14.333	0	0	45
28	53	73	15.333	0	0	77
29	60	63	16.333	0	0	82
30	4	42	17.333	0	0	96
31	11	31	18.333	0	0	73
32	25	45	19.667	0	4	47
33	35	36	21.000	0	7	71
34	34	130	22.500	0	0	66
35	20	124	24.000	0	8	63
36	76	112	25.500	0	0	46
37	98	110	27.000	0	0	61
38	81	100	28.500	0	0	52
39	84	87	30.000	0	0	103
40	3	82	31.500	11	9	86
41	18	68	33.000	0	0	75
42	17	61	34.500	15	0	94
43	15	52	36.000	0	0	68
44	33	49	37.500	0	0	74
45	39	67	39.167	0	27	60
46	28	76	41.000	0	36	102
47	25	65	42.917	32	0	101
48	26	66	44.917	0	0	109
49	2	48	46.917	0	0	124
50	40	41	48.917	0	0	74
51	8	47	51.083	16	0	78
52	81	86	53.333	38	24	85
53	92	129	55.833	0	0	107
54	109	120	58.333	2	22	69
55	12	88	60.833	0	0	90
56	19	55	63.333	0	0	98
57	50	54	65.833	0	0	83
58	46	51	68.333	0	0	77
59	1	9	70.833	0	0	93
60	39	57	73.417	45	0	99
61	80	98	76.050	17	37	92
62	128	133	79.050	0	0	116
63	20	127	82.050	35	0	80
64	29	107	85.050	26	0	85
65	30	102	88.050	0	0	84
66	34	93	91.050	34	12	79
67	64	72	94.050	0	0	106
68	15	69	97.217	43	0	94
69	105	109	100.517	0	54	81
70	21	91	103.850	0	1	91
71	35	38	107.267	33	0	104
72	24	103	110.767	0	0	100
73	11	43	114.433	31	0	96
74	33	40	118.183	44	50	104
75	7	18	122.017	0	41	83
76	90	99	126.017	0	0	87
77	46	53	130.767	58	28	88
78	5	8	136.100	19	51	99
79	14	34	141.500	0	66	101
80	20	121	147.167	63	23	121
81	6	105	152.867	0	69	119
82	10	60	158.617	14	29	97
83	7	50	164.383	75	57	125
84	30	125	170.717	65	0	111
85	29	81	177.110	64	52	102
86	3	75	184.229	40	18	108
87	23	90	191.562	0	76	117
88	32	46	198.912	0	77	112
89	13	85	206.579	0	20	110
90	12	111	214.329	55	25	115

段階	結合されたクラス		係数	クラス初出の段階		次の段階
	クラス 1	クラス 2		クラス 1	クラス 2	
91	21	119	222.495	70	0	108
92	80	108	230.862	61	0	118
93	1	117	239.612	59	21	114
94	15	17	248.612	68	42	111
95	58	62	258.112	13	0	106
96	4	11	268.045	30	73	109
97	10	74	277.995	82	0	113
98	19	71	288.162	56	0	112
99	5	39	298.545	78	60	113
100	24	27	309.045	72	0	121
101	14	25	320.062	79	47	117
102	28	29	333.186	46	85	127
103	84	122	347.019	39	0	115
104	33	35	361.019	74	71	110
105	44	83	376.019	0	0	122
106	58	64	391.419	95	67	120
107	70	92	406.919	0	53	116
108	3	21	422.770	86	91	129
109	4	26	440.313	96	48	122
110	13	33	459.146	89	104	119
111	15	30	478.146	94	84	120
112	19	32	499.629	98	88	125
113	5	10	521.729	99	97	118
114	1	135	543.879	93	0	123
115	12	84	568.153	90	103	126
116	70	128	593.553	107	62	123
117	14	23	623.553	101	87	126
118	5	80	653.834	113	92	132
119	6	13	687.445	81	110	124
120	15	58	725.259	111	106	131
121	20	24	764.926	80	100	128
122	4	44	805.894	109	105	129
123	1	70	854.894	114	116	127
124	2	6	907.600	49	119	133
125	7	19	961.327	83	112	131
126	12	14	1026.049	115	117	128
127	1	28	1108.549	123	102	130
128	12	20	1196.672	126	121	132
129	3	4	1296.425	108	122	130
130	1	3	1444.575	127	129	134
131	7	15	1607.802	125	120	133
132	5	12	1818.821	118	128	134
133	2	7	2084.971	124	131	135
134	1	5	2674.802	130	132	135
135	1	2	4003.375	134	133	0

表 S3-21 樹形図 (Ward 法)

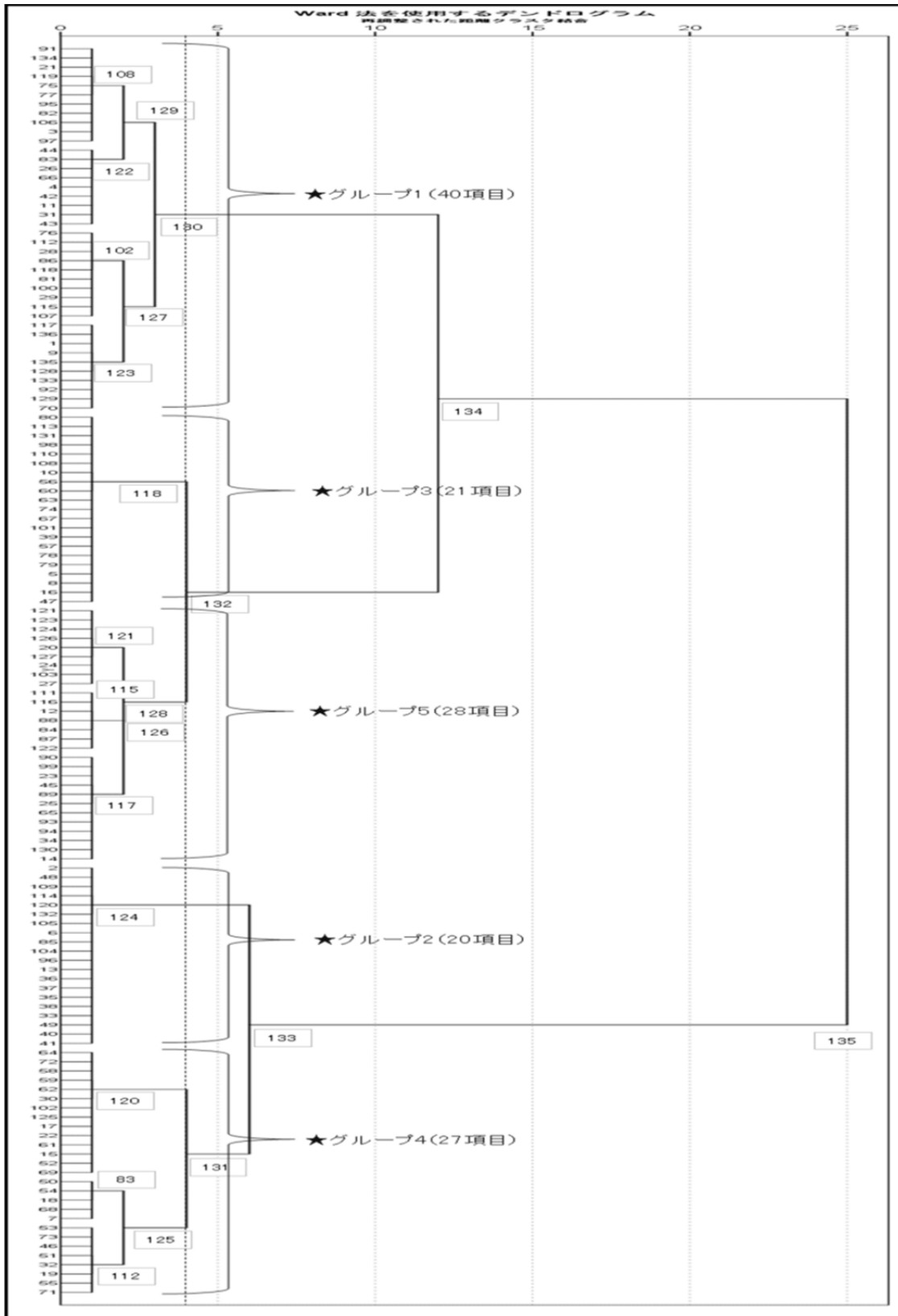
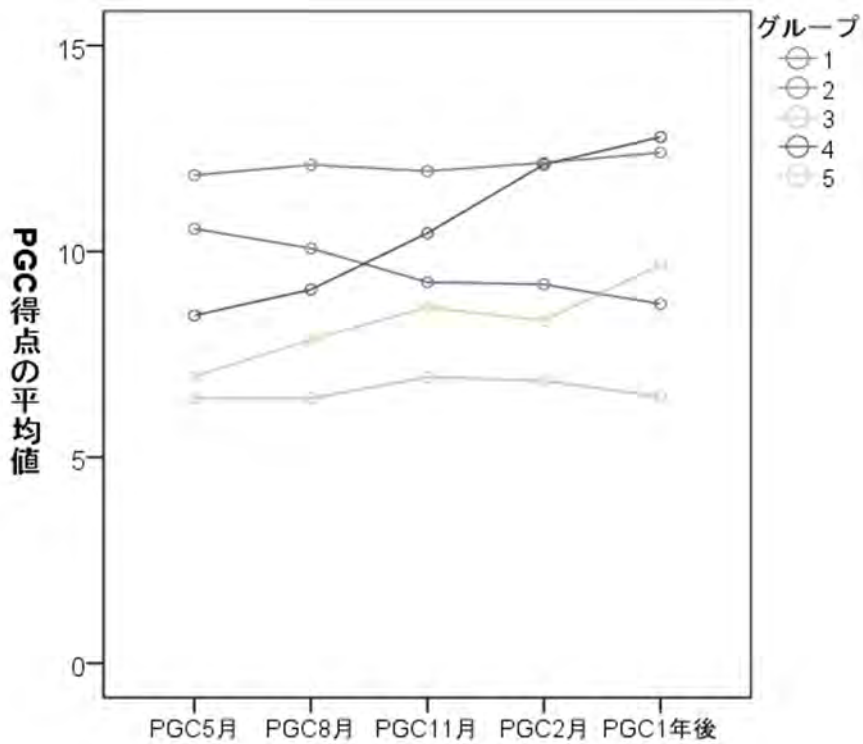


表 S3-22 各種分類法による分類結果

度数集計			
クラスタの方法	グループ	度数	パーセント
Ward法分類	1	40	29.4
	2	20	14.7
	3	21	15.4
	4	27	19.9
	5	28	20.6
	合計	136	100.0
最近隣法	1	132	97.1
	2	1	0.7
	3	1	0.7
	4	1	0.7
	5	1	0.7
	合計	136	100.0
最遠隣法	1	8	5.9
	2	19	14.0
	3	56	41.2
	4	34	25.0
	5	19	14.0
	合計	136	100.0
グループ間平均連結法	1	69	50.7
	2	63	46.3
	3	1	0.7
	4	2	1.5
	5	1	0.7
	合計	136	100.0

表 S3-23 各グループの傾向把握



Ward法分類	経過	度数	平均値	標準偏差
グループ1	PGC5月	40	10.55	1.894
	PGC8月	40	10.08	1.803
	PGC11月	40	9.25	1.498
	PGC2月	40	9.2	1.87
	PGC1年後	40	8.73	1.826
グループ2	PGC5月	20	11.85	1.182
	PGC8月	20	12.1	0.968
	PGC11月	20	11.95	1.146
	PGC2月	20	12.15	1.387
グループ3	PGC1年後	20	12.4	1.603
	PGC5月	21	6.43	0.926
	PGC8月	21	6.43	0.926
	PGC11月	21	6.95	0.921
	PGC2月	21	6.86	1.153
グループ4	PGC1年後	21	6.48	1.209
	PGC5月	27	8.44	2.1
	PGC8月	27	9.07	2.129
	PGC11月	27	10.44	2.044
グループ5	PGC2月	27	12.11	1.086
	PGC1年後	27	12.78	0.847
	PGC5月	28	6.96	1.427
	PGC8月	28	7.86	1.627
	PGC11月	28	8.64	1.66
	PGC2月	28	8.32	1.565
	PGC1年後	28	9.68	1.588

表 S3-24 クラスタグループごとの度数集計

		グループ					合計	
		1	2	3	4	5		
比較群	リハビリ群	度数	15	12	12	25	10	74
		グループの%	37.5%	60.0%	57.1%	92.6%	35.7%	54.4%
	看護・介護群	度数	25	8	9	2	18	62
		グループの%	62.5%	40.0%	429.0%	7.4%	64.3%	45.6%
合計	度数	40	20	21	27	28	136	
	グループの%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	



## 要約

### はじめに

近年，本邦では急速な高齢化が進み，介護や医療の現場では，「施設から在宅へ」というスローガンのもと，病院や施設主導型から地域や在宅主導型のケアへの転換が進んでいる．

内閣府の調べによると，自分自身が要介護状態となったとき，介護を受ける場所として「自宅」を望む人が，男性で約 4 割，女性で約 3 割存在することが明らかになっている．費用対効果の面からみても，ケアの在宅主導型への転換は望ましい．しかし，在宅主導型のケアへの移行が進んでも，「ケアの質」そのものが低下しては本末転倒である．高齢者にケアを提供する側の人間は，高齢者自身の生命や人生，生活の質（Quality of Life：以下，QOL）をいかに維持・向上させるかを常に熟考しなければならない．

### 第 1 章 序論

本研究の目的は，在宅ケアサービス利用場面において，セラピストによる継続的な在宅支援が老年期のクライアントの QOL にどのような影響を及ぼすのかを検証することである．また，その結果を踏まえて，高齢者が幸せを感じながら暮らしていけるケアの在り方を探索した．さらに，Breggin が提唱する「共感的理解」を中核とする治療関係が，クライアントとセラピストとの間に確立されるとき，クライアントの QOL が維持・向上されるのではないかと，この観点から検討をおこなった．

論文は，主に 5 つの章で構成されている．第 1 章では，本研究の意義，構成を述べ，先行研究の概観，本研究の基礎となる理論的枠組み，及び本研究の位置づけ等について論じた．本研究の基礎となる理論的枠組みとしては，Breggin の治療理論を踏まえたうえで，「在宅ケア」「高齢者の QOL」「クライアントの QOL を向上させるセラピー」の 3 点を中核とした．

## 第2章 在宅ケアサービス利用開始時における高齢者の QOL

第2章では、在宅ケアサービスの利用を開始した時点における高齢者の QOL とそれに関連する要因を検討した。

在宅ケア利用開始時の 200 名（平均年齢 78.1±5.1 歳）を対象に、Lawton の主観的幸福感に関する PGC-MS（PGC モラールスケール）を引用した調査項目を設定し、調査を実施した。その結果、「治療経過」と「家族構成」が、高齢者の QOL に影響を及ぼしていることが明らかになった。また、退院直後に在宅ケアを利用する場合のほうが、QOL が低いことも示唆された。

## 第3章 在宅ケアサービスを継続利用した高齢者の QOL

第3章では、高齢者の QOL が 1 年間でどの様に変化していくのかについて、2 段階に分けて調査を行った。

第1段階では、高齢者の QOL の変化と関連する要因について、第2章と同じ調査協力者（200 名）をケアの内容によりリハビリ群と看護・介護群の各 100 名に分類し、ADL（Activities of Daily Living）との関連性に焦点を当てて検証を行った。第2段階では、調査協力者 200 名のうち、在宅ケアサービスを 12 カ月間継続利用した 136 名（78.1±5.1 歳）に対して、個別的な QOL の変化の軌跡とそれに関連する個人の背景要因との関係を中心に検討した。

その結果、第1段階については、リハビリ群では、長期支援により QOL と ADL が向上し、看護・介護群では、ADL は 1 年間で低下し、QOL は有意な変化がみられなかった。また、第2段階では、個々の調査協力者の個別的な QOL の変化の軌跡を分析し、高値群、低値群、上昇群、わずかな上昇群、下降群の 5 つのパターンに分類されることが明らかになった。

## 第4章 在宅ケアサービスを利用する高齢者の QOL に変化をもたらす要因の分析

第4章では、在宅ケアを利用する高齢者について、NBM

(Narrative-based Medicine : 物語に基づく医療) の視点から, QOL の軌跡の背景的な要因を検討した. 調査協力者は, 第 3 章の第 2 段階からさらに絞り, 29 名とした. 調査方法は, 面接法を用い, 調査期間内に計 3 回 (1 回 60 分) の面接が実施できた 14 名の語りを分析した.

その結果, 「自尊感情が再建され自己効力感が発現していくプロセスの物語」「誰かがそばにいてくれることから生まれる安心感の物語」「自分自身に起こり得る全てのことへの感謝と受容の物語」「自分自身の人生を再建できないことへの葛藤の物語」という 4 つの物語が生成された. これらの物語には, 高齢クライアントの在宅ケアに対する心情が凝縮されている. クライアントの QOL は, 1 年の間に多彩な変化を見せる. その変化の背景要因や心情に留意しながら在宅ケアを提供することが, QOL の向上につながる可能性が示唆された.

## 第 5 章 総括

第 2 章から第 4 章の研究を通じて, 在宅ケアサービスを利用するクライアントについて, 利用開始時の不安や葛藤, 利用開始後の思いなどが明らかになった. また, Breggin が提唱する「共感概念」が, クライアントの QOL の維持・向上に重要な役割を担っていることが示唆された.

本研究は, 関西地域在住の在宅ケアを利用する老年期のクライアントを対象としたが, 本研究を精緻化するには, 調査の期間の延長や調査対象の範囲の拡大が望ましく, 今後の検討課題である.

## 謝辞

「年金暮らしで懐はさみしいですけど、毎週リハビリに来てくれるの、楽しみに待ってます。また来週きてくださいや。」

論文にご登場くださったせつこさんは、うれしそうに笑いながらそうおっしゃいました。2週間後、せつこさんと再会したとき、せつこさんは、小さな小さな仏さんになっておられました。

「また来週」そう言って、その来週を迎えられなかった患者さん達を、私は17年間の在宅医療の現場の中で、何人も何人も見送ってきました。そのたびに私は、患者さんに、声にならない言葉で尋ねかけてきました。「私はあなたと出会えて、本当に楽しかったけど、あなたにとって、私との作業療法は楽しかったですか。」

ご本人からの答えを私は一度も聞いたことがありません。ですが、私自身が病に倒れて集中治療室にいた時、心が折れそうになった時、決まって立ち現れては「大丈夫、大丈夫。」そう笑いかけて下さるのは、私が見送ってきた患者さん達です。

人が、人生の中で最後に出会うセラピストとのリハビリテーションや作業療法が、その人にとって、幸せな時間で、楽しい体験の一つになっていたならいいのにと、いつも何度でも祈らずにはいません。

私が今まで出逢ってきた患者さん達と、これから出会う患者さん達に、この場をお借りして、心から感謝の意を伝えます。

本当にありがとうございました。

6年前の夏に初めてお逢いし、私の最初で最後の指導教官になって下さった日垣一男先生。

私の研究は、そんな日垣先生の、御跡を慕う研究でした。

どんな時も、どんな私も、その全てを受け容れ、支え続けてくださったこと。定型発達の人よりも沢山の支援が必要な私に、絶えず優しい光を降り注ぎ、臨床しか知らなかった私を、ここまで育ててくださったこと。先生とお会いできたこと。重ねてきた時間の中で、初めて心とここ

ろで笑い合えた瞬間が生まれたこと。その全てが、私の生涯の宝物です。

採択された論文の、その何倍もの論文が不採択でした。その度に、「そんなこともあります。」と励まし続けてくださったこと。それはきっと、後に続く私の人生に向けて贈って下さった言葉だったんですね。

言葉では伝えきれませんが、本当にありがとうございました。

そして、これからもどうぞよろしく願いいたします。

初めての中間報告会で、あたたかい言葉をかけてくださり、学内でお会いするたびに、様々な角度からのご助言をくださった稲富宏之先生。

研究に行き詰まり、希望を失いかけていた私に、「いつか、この3部作の研究が、どこかで誰かの役に立つ日が来るかもしれない」と背中を押してくださったことで、笑顔になれたあの日を、私はずっと忘れません。本当にありがとうございました。

授業や中間報告会、個別審査会のたびに、本当に丁寧でわかりやすいご助言を下さった内藤泰男先生。

作業療法を学ぶ学生だった頃、国家試験対策の先生としてお世話になったあの日から、十数年の時を経て、今度は副査の先生としてご指導を賜れる日が来るとは、あの頃の私には想像も出来ませんでした。本当にありがとうございました。

学習障害のある私に、「僕も同じ」と微笑んで、今日までセラピストとしての私を数え切れないほどの愛で育てて下さった友久久雄先生。

私がどんなに挫折しても座礁しないでいられたのは、いつだって友久先生が私の人生の北極星だったからです。対話を重ねながら、幸せそうにうたた寝をされる先生を見ているうちに、これこそが20年近い年月をかけて先生が私に伝えて下さったことなんだと、私も泣きたいぐらい幸せな気持ちになりました。

患者さん達から書かせて頂いた12編の論文からなるこの学位論文

が、先生が教えて下さった「十二光仏」のように、いつか、暗闇の中にいる人たちのところを照らす小さな光になればいいなと思います。

私の両親は、病気や障がい、経済的な理由で、大学へは進学できませんでした。ですが二人は今、私と友久先生と日垣先生とで書いた英語の論文を読んでみたい一心で、語学学校に通ってくれています。

手術室に向かった父さんのベッドサイドから、ニュージーランドで刊行された私達の論文が出てきたとき、本当の優しさは、孤独や強さの中にあるんだということ、私は生まれて初めて教わりました。本当にありがとう。そしてきっとまた、元気になれるよ。

障がいと共に生まれ、障がいと共に生きてきた母さんがいなければ、私は、患者さんを愛し、患者さんからの愛で生かされているセラピストであることに気づけていたでしょうか。あの暑い夏の日、障がいが重くなることを覚悟で私を産んでくれたこと、本当にありがとう。

最後に旅立つ場所を、私の腕の中に選んでくれた、おじいちゃん。あの瞬間が、私の人生の、第2章の始まりでした。そして、この研究を成し遂げるための、12年間という長い道のりのはじまりでした。いつも遠いところから見守っていてくれたこと、本当にありがとう。

家の中に、ゆっくりと生きるおばあちゃんがいてくれるということは、本当にいいものです。私の論文を、いつかおじいちゃんにも見せてあげたら喜ぶだろうと、言ってくれたことが嬉しかった。どうか1日でも長く生きて下さい。

家族の中に病気の人がいれば、いつも寄り添ってくれた、心優しいモモちゃん。いつまでもきみは、私たち家族の心の中にいるよ。ありがとう。

そしてくーまん。震災の後、何度も瀕死の状態を乗り越えて、家族になってくれたこと。きみがいるから、私も家族も一つになれたこと。「笑い」しかないきみだから、私の人生が、想像を超えて、ずっと楽しくなったこと。きみがいるから、私もみんなも、がんばれる。

ありがとう…。

Special Thanks to . . .

Yamada Takashi-sama	Daibo Fujio-sama
Miginari Keizo-sama	Takamatsu Megumi-sama
Miginari Mikiko-sama	Ukon Masako-sama
Kaimori Natsuki-sama	Shimizu Toshifumi-sama
Sato Ichiko-sama	Tsujita Joji-sama
Sugimoto Yasuto-sama	Matsuda Hideyo-sama
Matsui Masashi-sama	Adachi Akihisa-sama
Matsui Etsuko-sama	Imanishi Ayumi-sama
Matsui Rie-sama	Oku Yoshiaki-sama
Matsui Soshi-sama	Matsui Kanji-sama
Sumioka Harumi-sama	Yamashita Teruji-sama
Sumioka Ryoichi-sama	Yamashita Yukiyo-sama
Sumioka Reiko-sama	Tatsumi Chieko-sama
Kudo Atsuko-sama	Oonishi Hisao-sama
Oku Setsuko-sama	Ishiura Yuichi-sama

何一つ誇れるもののない私ですが、家族を自宅で看取った日も、家族の誰かが「がん」だと分かった日も、もうすぐ90歳になる祖母との介護の日々も、私自身が難病を受け容れた日も、この論文が完成するまでの5年間の中で、何一つ欠けてはならない日々だったと思える今の私自身に、少しだけ胸を張って生きようと思います。

そしてそのことに気づかせて下さったのは、沢山の患者さんとそのご家族、そして指導教官であり共同研究者である日垣一男先生と友久久雄先生でした。

数えきれないくらいの愛に、心からの感謝の気持ちを込めて、本当にありがとうございました。

2017.7.20.

私が生まれた季節に

Dear Mr. Masashi (Posthumous Buddhist name: Shaku Shoumon, since August 22<sup>nd</sup>, 2017), I will never forget the six years we have walked through together.