

原著

通所リハビリテーション利用者における作業の領域で捉えた 買い物と主観的健康感との関連性

渡辺 潤^{1*}, 松下 太², 横井 賀津志³¹介護老人保健施設スローライフ八尾²森ノ宮医療大学 保健医療学部 作業療法学科³大阪府立大学 総合リハビリテーション学研究所

要旨

本研究では、作業の領域の視点から買い物を捉え、通所リハビリテーション利用者の買い物と健康関連 QOL との関連性を明らかにすることを目的とした。通所リハビリテーション利用者 56 名に対して、買い物を作業の領域で捉えた自記式アンケート調査および健康関連 QOL を測定する SF-8 を実施した。結果、買い物に行く者は 30 名であった。買い物に行く者は、日常生活機能(身体・精神)、全体的健康感、活力、社会生活役割で有意に高い値を示した。義務的に買い物に行くのと捉えた者は 6 名で、余暇に行く者に比べ、社会生活機能が有意に高かった ($p < 0.01$: effect size = 0.67)。義務的な買い物は、他者や社会とのつながりを保障する健康関連 QOL を高く保つ可能性がある。

受付日 2020 年 2 月 26 日

採択日 2020 年 7 月 17 日

*責任著者

渡辺 潤

介護老人保健施設スローライフ
八尾

E-mail:

nabesannjunnsann@yahoo.co.jp

キーワード

通所リハビリテーション

主観的健康感

買い物

はじめに

生産的で意味ある作業を育むことは、自立性を最大限に高め、生活機能を拡大し、健康維持に役立つ¹⁾。さらに、人は作業を通して健やかな人生を実現できる²⁾。通所系サービス利用者の作業においても、買い物はニーズの高い活動のひとつである³⁾。言い換えれば、買い物という作業を通して健康を獲得しようとしていると捉えることができる。このことは、自身の作業はクライアントが最もよく知っており、クライアントは自分自身の作業との結びつきに関するエキスパートであるとの報告からも推測できる⁴⁾。

通所リハビリテーション(以下、通所リハ)を利用する要支援・要介護高齢者は年々増え続けているにも関わらず、サービス利用期間中の利用者の生活機能は維持もしくは悪化の傾向にあり、サービス利用期間も拡大し続けている⁵⁾。通所リハからの転帰をみると、入院や施設入所が多くを占め、死亡が通所リハ終了の転帰になることも多い。本来、通所リハの目的は日常生活の自立支援にあるが、目的を達成でき

ていないと言わざるを得ないと捉えることができる。もしくは、介護の重度化を防ぐ 3 次予防におけるサービスに留まっている可能性が高いとも言える。

通所リハ利用者の日常生活活動(以下、ADL)上の課題として、移動は上位に上がる項目であり、手段的 ADL(以下、IADL)では買い物があがっている⁶⁾。買い物は、移動や移乗を含んだ活動であり、通所リハ利用者の生活機能を捉えるうえで非常に大切な活動となる。しかし、通所リハにおいて買い物に焦点をあてた研究は少ない。また、高齢者にとっての買い物は、生活機能維持に役立つとの報告がある^{5,6,7)}。一方、買い物は、義務的活動としての意味合いが強く QOL を低下させる要因になるとも言われており^{5,6,7)}、買い物の効用についての一致した意見がない。さらに、過去の多くの研究では^{5,6,7)}、買い物を行為の連続としての活動として捉え、作業の視点⁸⁾で捉えてこなかった。

作業とは、その人の日々行っている活動やその人の文化圏で形作られるものであり、作業の視点とは、作業を形態、



意味、機能⁹⁾そして領域で捉えることを指す。作業の形態とは直接観察可能な作業の側面、作業の意味とはその人の主観的経験、作業の機能とは身体的・精神的・社会的発達・万人に共通する期待できる効果のことである⁹⁾。作業の領域とは、余暇、生産的活動、セルフケアで捉えることを指す⁹⁾。買い物を作業の領域で捉えてみると、個人によって仕事・生産的活動・義務的にもなれば、遊び・余暇活動にもなり得る。同じ買い物であったとしても、作業の領域などの視点で捉えると健康関連 QOL との関連性に差異を生じる可能性もある。

そこで、本研究では、通所リハ利用者を対象として、買い物に行くものと行かない者の差異を確認した上で、買い物を作業の領域で捉え、健康関連 QOL との関連性を明らかにすることを目的とした。本研究により、作業の視点から買い物と健康との関連が明らかになれば、通所リハ利用者の健康に寄与するサービスを提言でき、ひいてはサービス移行支援や終了移行支援への一助となる。

対象と方法

1. 対象者

対象は、大阪府 A 市にある 1 ヶ所の通所リハを利用し、本研究への参加の同意が得られた 56 名の高齢者（平均年齢 81.4±8.3 歳，男性 20 名，女性 36 名）であった。除外基準は重度認知症を有する者，要介護度 5 の利用者，失語症を有する者とした。（表 1）

本研究は森ノ宮医療大学研究倫理委員会の承認を受け、研究参加者からの同意を得て実施した（承認番号：2018-097）。尚、研究参加者へは、途中で辞退した場合でも不利益がないことなどを書面で説明した。

2. 基本属性

研究登録時に、基本属性として年齢および性別、通所継続期間、家族構成、通所利用回数、在宅住居の種類、セラピストの介入の有無、基礎疾患、介護保険要介護区分について施設のカルテから情報収集した。基本属性は、先行研究より、買い物との関連性が確認されている項目を組み込んだ。

3. 評価項目

1) 身体機能

握力と移動手段を評価した。握力測定にはスメドレー式デジタル握力計を用いた（トーエイライト株式会社製）。握力は、筋疲労の影響をなくすために、左右交互に右、左、右、左の各 2 回測定し、最大値を測定値とした¹⁰⁾。移動手段は、対象者が日常的に行っている移動方法として独歩、杖歩行、歩行車歩行、車いす自走、車いす介助とし、理学療法士もしくは作業療法士が観察と聞き取りによって評価した。

Table 1. Characteristics of participants

Age (years)	81.4 (8.3)
Male	79.2 (9.6)
Female	82.6 (7.4)
Male	20 (36.0)
Female	36 (64.0)
Lives at own residence	50 (89.3)
Single-family home	40 (71.4)
Length of time attending day-service rehabilitation (months)	25.6 (21.8)
No. of family members living with subject (persons)	1.9 (1.0)
Times using day-service rehabilitation (times/week)	2.1 (0.7)
Therapist intervention	53 (94.6)
Level of care needed	
Needs support 1	6 (10.7)
Needs support 2	2 (3.6)
Care level 1	12 (21.4)
Care level 2	20 (35.7)
Care level 3	6 (10.7)
Care level 4	9 (16.1)
Care level 5	1 (1.79)
Diseases	
Cerebrovascular disorders	18 (32.1)
Bone and joint disease	29 (51.8)
Heart disease	3 (5.4)
Digestive disorders	1 (1.8)
Respiratory disease	1 (1.8)
Depression	2 (3.6)
Schizophrenia	1 (1.8)
Hypertension	4 (7.1)
Uses helper	17 (30.4)

Number of persons (%): Male, Lives at own residence, Single-family home, Therapist intervention, Level of care needed, Diseases, Mobility, Uses helper (level of helper use). Other values are all median values (standard deviation).

1) Hasegawa Dementia Scale-Revised (HDS-R)

2) HDS-R cutoff value

3) Geriatric Depression Scale

2) 認知機能

認知機能の評価には、改訂長谷川式簡易知能評価スケール（以下、HDS-R）を用い、作業療法士もしくは言語聴覚士が実施した。HDS-R は、最高点が 30 点満点で、カットオフ値は 21 点以上、20 点以下を認知症の疑いとする¹¹⁾。20 点以下で軽度認知症疑い、19 点から 11 点で中等度認知症疑い、10 点以下で重度認知症疑いとする。

3) 日常生活活動

日常生活活動の評価は、Barthel Index（以下、BI）を用いた。カットオフ値は 60 点が部分自立、40 点が大部分介助、0 点は全介助とされている。BI は作業療法士もしくは理学療法士が日常生活活動の観察から採点した。

4) うつ評価



うつの評価は, Geriatric Depression Scale¹²⁾ (以下, GDS) を用い, 作業療法士もしくは理学療法士が, 個室にてマンツ

ーマンで実施した. うつを示唆する得点は, 6 点以上である.

5) 主観的健康感

主観的健康感は, 健康関連 QOL を測定する SF8 Health Survey¹³⁾ (以下, SF-8) を用い評価した. SF-8 は, 8 つの健康概念 (身体機能, 身体の日常役割機能, 体の痛み, 全体的健康感, 活力, 社会生活機能, 精神の日常役割機能, 心の

健康) を測定するために複数の質問項目から構成されている. 様々な疾患の健康関連 QOL を連続的に測定でき, 点数は 0 から 100 の範囲にあり, 高得点ほどよい健康状態を示す. さらに, 8 つの下位尺度から身体的側面 QOL と精神的側面 QOL のコンポーネントサマリースコアが採点できる.

Table 2. Comparisons for shopping or not shopping, and for leisure shopping and obligatory shopping

	Do shopping n=30	Not do shopping n=26	<i>p</i> value ¹⁾ Effect size		Leisure shopping n=24	Obligatory shopping n=6	<i>p</i> value ¹⁾ Effect size	
Age (years)	80.0 (8.5)	83.0 (8.0)	0.17	0.36	78.4 (8.6)	86.0 (5.1)	0.04	0.94
Male	80.1 (9.5)	81.5 (9.1)	0.65		77.3 (9.9)	86.0 (5.1)	0.06	
Female	79.9 (7.4)	86.3 (5.8)	<0.01		78.0 (7.0)	85.8 (5.7)	0.04	
Male	9 (30.0)	11 (42)		0.34	8 (33.3)	1 (16.7)		0.1667
Female	21 (70.0)	15 (58)			16 (66.7)	5 (83.0)		0.40
Lives at own residence	26 (86.7)	24 (92)	0.41		20 (83.3)	6 (100)	0.39	
Single-family home	21 (70.0)	19 (73)	0.80		16 (66.7)	5 (83.3)	0.40	
Length of time attending day-service rehabilitation (month)	27.1 (25.7)	23.8 (16.5)	0.58	0.15	26.2 (25.2)	30.8 (29.9)	0.70	0.18
No. of family members living with subject (persons)	1.5 (0.8)	2.4 (1.2)	<0.01	0.90	1.7 (0.9)	1.0 (0.0)	<0.01	0.86
Times using day-service rehabilitation (times/week)	1.8 (0.7)	2.4 (0.5)	<0.01	0.97	1.7 (0.7)	2.0 (0.9)	0.39	0.41
HDS-R ²⁾	22.9 (5.5)	20.0 (5.5)	0.06	0.53	23.4 (5.4)	21.0 (6.0)	0.35	0.44
HDS-R 21 points and above ³⁾	22.0 (73.3)	10.0 (38.5)	0.01		19.0 (79.1)	3.0 (50.0)	0.18	
GDS ⁴⁾ (points)	5.7 (3.3)	5.8 (3.2)	0.90	0.03	6.8 (3.0)	4.7 (2.7)	0.13	0.71
Barthel Index	77.2 (16.4)	76.5 (16.9)	0.89	0.04	74.8 (17.2)	86.7 (8.2)	0.03	0.75
Right-hand grip strength (kg)	17.8 (8.6)	17.1 (6.6)	0.74	0.09	18.3 (3.5)	15.8 (2.7)	0.29	0.74
Left-hand grip strength (kg)	12.6 (7.5)	15.8 (7.2)	0.11	0.43	12.1 (8.3)	14.7 (2.3)	0.20	0.34
Therapist intervention	29 (96.7)	24 (92)	0.45		23 (95.8)	6 (100)	0.80	
Level of care needed								
Needs support 1	6 (20.0)	0 (0)			4 (16.7)	2 (33.3)		
Needs support 2	2 (6.7)	0 (0)			1 (4.2)	1 (16.7)		
Care level 1	5 (16.7)	7 (27)			4 (16.7)	1 (16.7)		
Care level 2	11 (36.7)	9 (35)	0.06		10 (41.7)	1 (16.7)	0.16	
Care level 3	1 (33.3)	5 (19)			0 (0)	1 (16.7)		
Care level 4	5 (16.7)	4 (15)			5 (20.8)	0 (0)		
Care level 5	0 (0)	1 (3.8)			0 (0)	0 (0)		
Diseases								
Cerebrovascular disorders	12 (40.0)	6 (23)	0.18		12 (50.0)	0 (0)	0.03	
Bone and joint disease	14 (46.7)	15 (58)	0.41		8 (33.3)	6 (100)	0.01	
Heart disease	1 (3.3)	2 (7.7)	0.45		1 (4.2)	0 (0)	0.80	
Digestive disorders	0 (0)	1 (3.8)	0.46		0 (0)	0 (0)	0.46	
Respiratory disease	0 (0)	1 (3.8)	0.46		0 (0)	0 (0)	0.46	
Depression	1 (3.3)	1 (3.8)	0.72		1 (4.2)	0 (0)	0.80	
Schizophrenia	0 (0)	1 (3.8)	0.46		0 (0)	0 (0)	0.46	
Hypertension	3 (10.0)	1 (3.8)	0.36		2 (8.3)	1 (16.7)	0.50	
Mobility								
Without assistance	21 (70.0)	20 (77)	0.54		18 (75.0)	6 (1)	0.23	
Ambulatory	10 (33.3)	5 (19)	0.56		7 (29.2)	2 (33.3)	0.60	
Uses helper	10 (33.3)	7 (27)	0.60		9 (37.5)	1 (16.7)	0.33	

Number of persons (%): Male, Lives at own residence, Single-family home, HDS-R 21 points and above, Therapist intervention, Level of care needed, Diseases, Mobility, Uses helper (level of helper use). Other values are all median values (standard deviation).

1) Mann-Whitney U test, chi-square test 2) Hasegawa Dementia Scale-Revised (HDS-R)

3) HDS-R cutoff value

4) Geriatric Depression Scale

6) 買い物に関するアンケート

アンケートは、買い物に行っているか否か、買い物に行っている場合は、作業の領域を捉えるために買い物が義務的か余暇的かの項目を選択してもらった。余暇的とは、楽しく自由でしたい作業であること、義務的とは、計画的で規則的でしなければならない作業であることとした⁹⁾。なお、買い物は「品物を買うこと、つまり代金を支払って自分のものにする行為のこと」と定義した。

4, 研究の実施期間

2018年10月から2019年2月。

5, 統計解析

買い物に行く者と行かない者との差異について、正規性を示す連続変数は *t* 検定、順序変数もしくは正規性を示さない連続変数は Mann-Whitney U 検定を用い解析した。また、名義変数は χ^2 検定を用いた。さらに、買い物に行く者において作業の領域（余暇的な買い物 vs 義務的な買い物）での差異を分析した。解析には SPSS ver25 (IBM) を用い、有意水準は 0.05 に設定した。

結果

対象者 56 名のうち、買い物に行く者は 30 名、行かない者は 26 名であった。買い物に行く者 30 名の内、余暇的に買い物に行く者は 24 名、義務的に買い物に行く者は 6 名で

あった。買い物に行く者の特徴として基本属性に関して、買い物の有無によって有意な差を認めた項目は、同居家族数、通所利用回数、HDS-R のカットオフ値である 21 点以上であった。買い物に行く者は行かない者に比べ、同居家族が少なく ($p<0.01$)、通所利用回数が少なかった ($p<0.01$)。また、買い物に行く者は、HDS-R 得点で 21 点以上の者が多かった ($p=0.01$)、要介護度では、介護度による差で低い傾向が認められた ($p=0.06$)。その他の基本属性には有意な差を認めなかった (表 2)。SF-8 では、日常役割機能 (身体)、全体的健康感、活力、社会生活役割、日常役割機能 (精神)、身体的サマリースコアに有意な差を認め、いずれも買い物に行く者が行かない者に比べて有意に高い値を示した (表 3)。

買い物に行く者 30 名の内、余暇的に買い物に行く者は 24 名、義務的に買い物に行く者は 6 名であった。義務的に買い物に行く者は余暇的に買い物に行く者に比べ、年齢が高い傾向にあり ($p=0.04$)、同居人数が有意に少なく ($p<0.01$)、BI が高い傾向であった ($p=0.03$)。また、義務的に買い物に行く者は余暇的に買い物に行く者に比べて、脳血管障害の者が少ない傾向であり ($p=0.03$)、骨関節疾患の者が有意に多かった ($p=0.01$) (表 1)。SF-8 では、義務的に買い物に行く者は、余暇的に買い物に行く者に比べて、社会生活機能が有意に高かった ($p<0.01$; effect size=0.67)。この結果は、男女においても差がなかった。(data not shown) (表 2)。

Table 3. SF-8 comparisons for shopping or not shopping, and for leisure shopping and obligatory shopping

	Do shopping n=30	Not do shopping n=26	<i>p</i> value ¹⁾	Effect size	Leisure shopping n=24	Obligatory shopping n=6	<i>p</i> value ¹⁾	Effect size
Physical functioning	45.4 (7.4)	39.8 (13.0)	0.06	0.54	45.4 (8.0)	45.6 (5.0)	0.96	0.03
Role physical	47.7 (8.8)	31.8 (11.2)	<0.01	1.59	48.1 (9.4)	46.3 (6.6)	0.66	0.2
Bodily pain	49.6 (10.1)	50.7 (12.1)	0.72	0.10	50.6 (10.1)	45.8 (10.2)	0.31	0.47
General health	52.1 (5.4)	45.8 (7.8)	<0.01	0.95	52.5 (4.9)	50.8 (7.3)	0.51	0.31
Vitality	49.1 (7.2)	45.2 (7.5)	0.05	0.53	48.6 (7.1)	51.2 (7.7)	0.45	0.36
Social functioning	51.5 (6.8)	42.4 (12.4)	<0.01	0.93	50.6 (7.4)	55.1 (0.0)	<0.01	0.67
Role emotional	49.9 (8.5)	44.1 (11.4)	0.03	0.58	50.5 (8.4)	47.4 (9.2)	0.42	0.36
Mental health	52.0 (5.6)	50.5 (8.9)	0.47	0.21	51.8 (5.8)	52.9 (4.9)	0.67	0.19
Physical component summary	45.8 (6.6)	37.4 (10.6)	<0.01	0.97	46.2 (6.8)	43.9 (6.4)	0.46	0.34
Mental component summary	52.0 (5.3)	49.3 (9.9)	0.21	0.35	51.6 (5.5)	53.6 (4.9)	0.42	0.37

Values are mean (standard deviation).

1) Mann-Whitney U test

考察

1. 買い物に行く者の特徴

買い物に行く者は、同居家族が少ない、通所回数が少ない、良好な認知機能であった。

ひとり暮らしは IADL 自立との関連があり⁹⁾、様々な家事を日々こなさなければならない環境にあると考えられる。そのために外出、買い物、食事の用意などの IADL を自立せずにはいられないことが関係していると考えられる。認知機能においては、外出頻度が少ないほど Mini-Mental State Examination 得点が低い傾向であると報告されており¹⁴⁾、外出を伴う買い物は外出頻度にも関連があり、買い物に行く者と行かない者にも関連がある可能性が高い。

高齢者の日常生活と身体機能に関する研究において、広範囲に活動している高齢者、運動習慣や家事などの身体活動を行っている高齢者ほど身体機能を維持していると報告されている¹⁵⁾。つまり、同居家族が少なく自分で IADL をする必要のあること、通所回数が少ない要支援者で介護の必要性が総合的に少ない高齢者が、買い物に行くと考えられる。

SF-8 では、買い物に行く者は、日常役割機能（身体・精神）、全体的健康感、活力、社会生活機能が良好であった。SF-8 において身体機能とは、激しい活動を含むあらゆるタイプの活動を行うことが可能であること、全体的健康感とは、健康状態が非常に良いことを示す。また活力とは、過去 1 ヶ月間、いつでも活力にあふれていたことを示す。社会生活機能とは、過去 1 ヶ月間に家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんの付き合いが身体的あるいは心理的な理由で妨げられることがなかったということを示し、日常役割機能（精神）とは、過去 1 ヶ月間、仕事や普段の活動をしたときに心理的な理由で問題がなかったということを示す¹³⁾。

ADL には多くの活動を含むが、自己決定感のある作業は少なく、仕事・生産的活動には自己決定感のある作業の割合が多い。自己決定感の高い作業は、自分のペースで作業ができ周囲に迷惑をかけずに行えるという特徴を持つ¹⁶⁾。買い物に行くことは、自己決定感の高い活動であると言える。自己決定感のある作業は、アイデンティティの維持、自己実現、精神の安定、他者への気遣いに作用する。通所リハ利用者にとっての買い物は、家から外出することで、活動性を高めるとともに、生活にはりが出て、人と交わることができる自己決定感の高い活動であると捉えることができる。

高齢者の ADL 自立度の保持のためには、日常生活における活動性、特に介助なしで外出行動を多く行うことが有益であると示唆されている。逆に家に閉じこもる生活を送れば活動性が低下し、身体機能の低下を引き起こすとある¹⁷⁾。また、外出頻度が低いほど、楽しみや生活のはり、生きがいのなさ、孤独感がある割合が高い¹⁸⁾。買い物は、外出行動

のひとつと捉えることができ、健康関連 QOL の高さに関係している可能性がある。

2. 余暇的に買い物に行く者の特徴

余暇的に買い物に行く者は、年齢が低い傾向にあり、同居人数が多いこと、BI が低いこと、脳血管障害の者の割合が多かった。

買い物に行く者の基本属性をみると、性別、年齢、独居（同居者数）、ADL など複数の要因と関連があり、解釈は慎重を要するが、慢性期脳血管障害の患者は、家事としての買物を負担と感じ、健康関連 QOL が低下するとも言われている¹⁸⁾。このため、本研究においても、脳血管障害の者は余暇的な買物を好んでいたのかもしれない。また、余暇的に買い物に行く者では、同居家族が多く、日常生活活動に介助を要する者が多かった。このことは、身体的理由により一人で余暇的な買い物に行くことが困難であるが、同居家族と共に行っている可能性がある。この場合、買い物は自己決定感の高い活動にはならず、SF-8 に大きな特徴がなかったと解釈できる。

3. 義務的に買い物に行く者の特徴

義務的に買い物に行く者の特徴は、年齢が高い傾向にあり、独居であること、BI が高いこと、脳血管障害の者がいないこと、骨関節疾患の割合が多いこと、そして SF-8 の下位項目である社会生活機能が低いことであった。

地域で一人暮らしをして、通所リハを利用する介護度の軽い高齢者は、限られた時間の中で多様な役割をもち、生活を組織化して目標のある多くの作業を行っている⁹⁾、高齢者の社会参加は、楽しみという積極的な参加のみならず、義務的な参加においても高齢者の主観的健康感を高めることが示されている¹⁹⁾。これらのことから、義務的に捉えて買い物に行くことは、年齢が高く独居であっても、買い物は計画的・規則的に行う必要性が高い作業であると言える。義務的に買い物に行く者は、独居者が多く、しなければならない作業であることから、普段の生活において家族が含まれることは稀である。そのため、同じ通所リハに通う仲間と安定的に関われ、所属に安定感が生じている可能性がある。このことが、SF-8 の社会生活機能の高さと関連したと考えられる。ひとは作業によって存在し、作業を積み重ねて理想の自分になり、他者や社会に所属している²⁰⁾ことが改めて確認できた。

高齢者の主観的健康感とは、家族との関係、社会的なつながり、社会的な支えなどのソーシャルサポートと密接に関連している。そして、高齢者の主観的健康感とは、疾病や障害により、多様であることを示している。また、WHO が開発した心の健康自己評価質問紙を用いた研究において、骨関節疾患高齢者は、心の疲労度の精神的なコントロール感が良い



という特徴を示している²⁾。本研究でも、骨関節疾患高齢者が義務的に買い物に行くことが、主観的健康感の一部である良好な社会生活機能と関連しており、本研究と同様の結果であった。

4. 実践への応用

通所リハ利用者の主観的な健康を維持するために、買い物へのニーズを掘り起こし、買い物と結びつための支援が推奨される。また、独居や病気の有無に関わらず、義務的な買物の実施は社会生活を営むために必要で、生活機能の維持に結びつく可能性がある。買物を義務と捉えている利用者にも、本研究で得た知見を発信することも重要である。さらに、サービス支援計画において、買物を他のサービスである訪問ヘルパーによる買い物代行などで補う場合、その利益と不利益を十分に検討しなければならない。

5. 研究の限界

本研究にはいくつかの限界がある。まず、本研究は限られた通所リハを利用する高齢者を対象としている横断研究である。作業の領域で捉えた買物と健康関連 QOL との因果関係を明確にするためには、本研究を基に縦断研究を実施する必要がある。次に、買物は時と場所、目的、一人で行くのか他者と複数で行くのかと複合的な活動であるため、義務的と余暇的の両側面に関与する可能性が高く、この点を検証できていない。また、IADL として買物のみを扱っており、他の IADL などに関する検証が出来ていない点が挙げられる。加えて、主観的健康感の測定に用いる 8 項目 36 個の質問からなる SF-36v2 では項目が多すぎることが問題になることがあるため、今回は 8 項目 8 個の質問からなる SF-8 を用いた。そのため SF-8 は、主観的健康感の狭い範囲しか測定出来ない可能性がある。今後、買い物以外の IADL との関連を調査し、通所リハから次のサービス支援移行や終了につなげるための実践的研究が必要である。

結語

通所リハ利用者を対象に、買い物と健康関連 QOL との関連性を調査した。買い物に行く者は、日常生活機能(身体・精神)、全体的健康感、活力、社会生活が良好であることが特徴であった。さらに、買い物に行く者を作業の視点のひとつである領域で捉えると、義務的に買い物に行く者では、SF-8 の下位項目のひとつである社会生活機能が高いことが特徴であった。義務的に買い物に行く者は余暇的に買い物に行く者に比べて、他者との安定したつながりを保つことができると推測できる。

文献

1) Jacson J, Carlson M, Mandel D, Zemke R, et al:

- Occupation in lifestyle redesign: the Well Elderly Study Occupational Therapy Program. *Am J Occup Ther.* 52:326-336, 1998.
- 2) Carson M, Clark F, Young B: Practical contributions of occupational science to the art of successful ageing: how to sculpt a meaningful life in older adulthood. *J Occup Sci.* 5: 107-118, 1998.
- 3) https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698.html (閲覧日 2019 年 11 月 23 日)
- 4) Townsend W, Polatajko H (編著), 吉川ひろみ, 吉野英子 (監訳): 続・作業療法の視点 作業を通しての健康と公正. 大学教育出版, 2011.
- 5) 倉持裕彌, 谷本圭志: 中山間地域における高齢者の買い物行動と健康維持に関する実証分析. *都市計画論文集.* 50(3): 1281-1288, 2015.
- 6) Tomioka K: The differential effects of type and frequency of social participation on IADL declines of older people. *PLoS One.* 13(11): e0207426, 2018.
- 7) Scott R: The Benefits of Retail Therapy: Making Purchase Decisions Reduces Residual Sadness. *Journal of Consumer Psychology.* 24(3): 373-380, 2014.
- 8) Dickie V: What is Occupation? In B.A.B.Schell, G.Gillen, & M.E.Scaffa(Eds.), Willard & Spackman's Occupational Therapy (12th ed.). pp.2-8, Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2014.
- 9) 吉川ひろみ: 「作業」ってなんだろう 第2版. 医歯薬出版, 2017.
- 10) <https://www.tyoju.or.jp/net/kenkou-tyoju/tairyoku-kiki/akuryoku.html> (閲覧日 2019 年 11 月 23 日)
- 11) <http://www.ninchisyocareplus.com/plus/pdf/070421加藤抄録.pdf> (閲覧日 2019 年 11 月 23 日)
- 12) 杉下守弘, 朝田隆: 高齢者用うつ尺度 日本版 (Geriatric Depression Scale Short Version Japanese, GDS-S-J) の作成について. *認知神経科学* 11(1): 87-90, 2009.
- 13) 福原俊一, 鈴鴨よしみ: 健康関連 QOL 尺度-SF-8 と SF-36. *医学の歩み.* 21:133-136, 2005.
- 14) 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修・他: 新開省二. 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴. *日本公衆衛生雑誌.* 51(3): 168-180, 2004.
- 15) 島田裕之, 内山靖, 加倉井周一: 高齢者の日常生活内容と身体機能に関する研究. *日本老年医学会雑誌.* 39(2): 197-203, 2002.
- 16) 正木千絵, 宮前珠子, 中村径雄・他: 在宅高齢障害者の日常生活における作業と自己肯定感. *リハビリテーション*



- シオン科ジャーナル. 5: 61-67, 2009.
- 17) 鈴川芽久美, 島田祐之, 小林久美子・他: 要介護高齢者における外出と身体機能の関係. 理学療法科学. 25(1): 103-107, 2010.
 - 18) 江藤文夫, 坂田卓志: 脳血管障害後遺症患者の健康関連 Quality of Life に影響を及ぼす要因の研究. 日本老年医学会雑誌. 37(7): 554-560, 2000.
 - 19) 村田伸, 津田彰: 在宅障害後期高齢者の家庭内役割とQOLとの関連. 行動医学研究. 12(1): 8-14, 2006.
 - 20) Lyons M, Orozovic N, Davis J, Newman J: Doing-being-becoming: occupational experiences of persons with life-threatening illnesses. Am J Occup Ther. 56(3), 285-295, 2002.
 - 21) 村田伸, 津田彰, 稲谷ふみ枝: 健常高齢者及び慢性疾患を有する高齢者の主観的健康感. 行動医学研究. 11(1): 23-31, 2005.



Original article

Relationship between shopping and health-related quality of life for day-service rehabilitation users - From an occupational perspective -

Jun Watanabe¹, Futoshi Matsushita², Katsushi Yokoi³

¹ Slow Life Yao Geriatric Health Services Facility

² Morinomiya University of Medical Sciences Faculty of Health Sciences

³ Osaka Prefecture University of Graduate School of Comprehensive Rehabilitation

ABSTRACT

The purpose of this study was to consider shopping from an occupational perspective, and to clarify the relationships between health-related QOL and shopping. A questionnaire survey regarding shopping from domain of occupational characteristics and SF-8 was administered to of 56 elderly persons who use day-service rehabilitation. Of the 56 subjects, 30 persons did go shopping. As for SF-8, persons who did go shopping had significantly higher values for role physical, general health, vitality, social function, role emotional. Of the people who did go shopping, 24 persons went shopping for their leisure (leisure shopping), while six persons went shopping out of obligation (obligatory shopping). Persons who did obligatory shopping had significantly higher social functioning ($p < 0.01$; effect size = 0.67). For day-service rehabilitation users, shopping was related to the level of general subjective health-related QOL. Compared with those who did leisure shopping, persons who did obligatory shopping had higher values only for social functioning.

Key words: day-service rehabilitation user, health-related QOL, shopping