

高齢者の社会的孤立への介入の効果評価研究のバイアスの可能性 Possibility of Bias for Evaluation Study on Intervention to Social Isolation of Older Adults

友永美帆

(桜美林大学老年学総合研究所)

野村知子

(桜美林大学 健康福祉学群)

杉澤秀博

(桜美林大学老年学総合研究所)

要旨

本研究では、「聞き書き自分史作成」による社会的孤立の介入研究への対象者の研究協力への許諾プロセスを、拒否者の対応も含め振り返ることで、介入研究の効果のバイアスの可能性について考察した。東京都下の市で介入対象を抽出するためのスクリーニングを実施し、心身の健康状態に問題がない等の基準を満たす該当者を抽出した。そのうち介入の説明を許諾した人が9名であり、説明後、介入許諾をした人が4名であった。介入の許諾の有無のプロセスを質的記述的分析法で分析した結果は以下の通りだった。サブカテゴリーは[], カテゴリーは【 】で示した。介入を許諾した人では [介入方法への関心・ニーズの存在] [介入への後押し] [依頼する側との関係性] というサブカテゴリーで構成される【介入への良好な条件が揃う】、他方、[本人の健康上の理由] [受け入れがたい周囲の事情] で構成される【介入への障がいの存在】があることが示された。以上、介入対象者には選択的なバイアスが作用している可能性があることから、介入結果の外的妥当性の解釈は慎重であることが必要である。

キーワード： 聞き書き自分史，介入拒否者，質的研究，選択的バイアス，外的妥当性

1. 緒言

1) 研究の背景と目的

近年、高齢者の社会的孤立については、高齢化にともなう独居高齢者の増加や孤立死（孤独死）の問題などを背景に先行研究が蓄積されてきている。斉藤¹⁾は、社会的孤立は他者との交流の乏しさが健康リスクとなり、同居家族以外の人との交流が週1回未満の人は要介護や認知症になりやすく、月1回未満の人は死亡リスクが高まることを明らかにしている。社会的孤立を改善するためには、見守り活動や交流機会を提供する取り組みなどのアプローチが示されているが、さらに効果的な方法を見出していくには、実践事例を蓄積することが重要であると指

摘している。

しかし、小川ら²⁾によると、社会的に孤立した高齢者の多くは、認知機能の低下などにより自ら援助を求めるのが困難であることが明らかになっている。斉藤¹⁾も社会的孤立は貧困などと同様に分析に含めるべき人ほど調査協力が得られにくいことなどの制約があることは否定できず、多様なデータに基づく検証が必要であることを指摘している。さらに平成 22 年度老人保健健康増進等事業の調査³⁾によると、高齢者の孤立や閉じこもり予防・解消に際して自治体が直面している課題として、最も多いのが「高齢者本人からの支援拒否」に関する内容であり、介入を拒否する、必要を感じていない、などといった課題への対応の重要性が指摘されている。そのため、社会的孤立の高齢者をスクリーニングの仕組みでいかに発見するかという、発見の仕組みの構築のみでなく、社会的孤立の高齢者を発見した後、いかに適切な支援に結びつけていくか、その仕組みの構築が重要である²⁾。

地域高齢者に対する従来の介入研究では、いうまでもなく介入に許諾が得られた人のみを対象とすることから、介入を許諾しなかった人は対象となっていない。そのため、介入の効果に関する知見が介入を許諾しなかった人にまで一般化できる、すなわち外部妥当性の保障はない⁴⁾⁵⁾。加えて、介入への許諾を得る過程そのものが介入としての意味を持つ可能性もある。したがって、介入研究においては、介入の許諾を得るプロセスを許諾が得られなかった高齢者を含め明示化するとともに、許諾が得られなかった人の特徴を明らかにすることが必要となる⁶⁾。

地域高齢者を対象とした介入研究の場合、介入の許諾が得られなかった人の特徴を許諾が得られた人との対比で明らかにした量的研究が、欧米において、Ngandu et al⁴⁾、Wagner et al⁵⁾、van Heuvelen et al⁶⁾、de Souto Barreto, Ferrandez, Saliba-Serre⁷⁾、Elzen et al⁸⁾、Martinson et al⁹⁾、Vind et al¹⁰⁾ によって行われているものの、日本においては吉田ら¹¹⁾の研究に限定される。これらの研究では、介入に許諾が得られなかった人は許諾が得られた人と比較して、年齢が高齢、収入や学歴階層が低い、主観的健康や身体機能レベルが低い、社会的支援が多いという特徴があり、介入に許諾が得られた人への介入効果の一般化には慎重でなければならないと指摘されている。しかし、介入の諾否を得るまでのプロセスを介入の受諾者・拒否者の両方を含め明らかにした質的研究はほとんどない。

筆者らは、心身の健康状態に制約がないにもかかわらず社会的に孤立した高齢者に対して、「聞き書き自分史作成」を用いて、社会関係の構築を図るという介入計画を立てた。なぜならば、高齢者本人が自分自身の人生の歩みを理解することが交流にふみだすだけのきっかけとなると考えたからである。その介入への許諾を得るプロセスにおいて、許諾が得られなかった人の反応も含め、介入の効果評価へのバイアスに結びつく情報を得た。このような筆者らの経験に基づき、本研究においては、「聞き書き自分史作成」による社会的孤立の介入研究への対象者の研究協力への許諾のプロセスを、拒否者の対応も含め振り返ることで、介入研究の効果のバイアスの可能性について考察したい。このような知見は、社会的に孤立した高齢者を発見した後に、どのようにサービスに結びつけていくかといったことに対する示唆も提供することになる。

2) 社会的孤立の概念と操作的な定義

社会的孤立の概念規定は、タウンゼントによる「家族やコミュニティとほとんど接触がないという客観的な状態 (Townsend 1963)」とする。社会的孤立の操作的な定義としては、ルーベンの社会的ネットワーク尺度 (LSNS-6) を用いた。6 項目を単純計算し、12 点未満を社会的孤立とするものである。

2. 方法

1) 介入のプロセス

(1) 介入対象の抽出

東京都下の A 市 E 町の 65 歳以上の全住民 487 名を対象として、スクリーニング調査を兼ねた生活と健康に関する調査を 2019 年 8 月から 9 月に実施した。この調査に関しては、回収率を高めるため、E 町における民間団体からの推薦をもらった。この調査の回答者 225 名の中から、下記の条件を満たす住民を介入候補者として抽出した。①社会的孤立の状態にある (ルーベンの社会的ネットワーク尺度が 12 点未満)、②介護保険認定を受けていない、③自力での歩行が可能、④認知症を発症していない (介護予防認知症チェックリストのいずれにも該当しない)、⑤うつではない (GDS10 点以下)。これらの条件を全て満たしたのは 14 名であった。

(2) 介入研究への協力への許諾

アンケートでは介入研究の説明のための訪問の許可を質問している。「困る」に○をつけていない方を許諾の対象とした。該当した 14 名に対して、地域包括支援センター (以下、包括センター) の職員が電話をかけ、訪問依頼を行った。訪問の許諾が得られたのが 9 名である。

訪問時における介入の許諾は以下の手順で行った。①包括センター職員による挨拶と紹介、②介入実施の担当者による自己紹介、③対象者の方の現在の生活、状況について伺う、④対象者の方の話の中から聞き書き自分史作成への興味を引き出すための接点を見つけ出す、⑤介入への協力依頼、という流れであった。その結果、聞き書き自分史作成への介入の許諾が得られたのは 4 名であった。

(3) 介入の実施

①聞き書き自分史作成の概要

聞き書きとは、語り手の話を聞き、それをその人の『話し言葉』で書き残すものである。その特徴は語り手の「話し言葉」で書くことにあり¹²⁾、その人らしさに最大の重点を置き、それを引き出すための方法である。自分史については、自分の人生をふりかえり、整理することで、過去の経験が秩序づけられ、その結果として弱くなっていった自分を回復させる効果があるとされている¹³⁾。さらに「自分史をつくる」という明確な目標を設定することで、週 1 回の訪問を受身的に捉えるのではなく、自らが主体的に参加し、訪問者とともに創り上げていく時間として、積極的に捉えることができる。保健医療の専門家にとっても、対象者の趣味や趣向、将

来の希望についても知ることができ、今後の介入方策を探る手がかりを見つけることができる。

②聞き書き自分史作成における介入方法

具体的な介入方法は、対象者宅など聞き取りを行うことができる場において、研究担当者が聞き取りを行い、「聞き書き自分史」を作成した。介入の回数は週に 1 回、1 時間程度、延べ 6 回行った。回数別内訳は、聞き取りを 4 回、地域住民による自宅開放による交流拠点への同行を 1 回、最終日の 6 回目に自分史の贈呈と健康情報の提供を行った。地域交流は、対象地域である A 市 E 町で民間団体が行っている町内を中心とした自宅を開放したカフェへの同行訪問であった。

2) 分析対象

質的本研究の分析対象は、上記(2)において、訪問の許諾が得られた 9 名である。

3) 分析資料

介入の許諾が得られた 4 名と許諾が得られなかった 5 名について、許諾の是非についての結論が得られるまでの研究実施担当者のフィールドノートである。フィールドノートの作成方法は次の通りである。研究担当者が介入への協力依頼のために対象者宅に訪問した際、先に示したように、対象者とその家族の介入研究への協力の諾否だけでなく、諾否の理由、生活や健康の状況について可能な限り聴取を行なった。聴取内容については、その場での筆記とともに、訪問後に記憶をたどりながら補足した。

4) 分析方法

質的記述的分析を行った。その方法は、まずは、フィールドノートを用いて介入許諾・介入拒否に関連する記述をコード化した。次いで生成させたコードをサブカテゴリー、カテゴリーというように抽象度を上げて情報を集約した。内容面での妥当性は、研究者間で合意するまで繰り返すとともに、質的研究に精通した研究者にスーパーバイズを受けた。

5) 倫理上の配慮

倫理上の配慮については、住民を対象としたスクリーニング調査を兼ねた調査においては、より詳細なヒアリングと介入について許諾の意向を確認し、介入の拒否を表明した人を介入の対象から除外した。介入の許諾を得た人については、研究の趣旨を口頭及び文書によって説明し、承諾書への署名を得た。介入拒否者については、介入への評価やその理由についての聴取を行うことへの許諾を、介入の許諾の際に利用した文書を用いて署名で得た。得られたデータは厳重に保管・管理されること、研究以外の目的でデータが使用されないことなどを明記したなお、本研究は、桜美林大学倫理委員会の承認を得ている。

3. 結果

1) 分析対象者の概要 (表 1)

介入を許諾した 4 名の分析対象者の特徴は、年齢は 70 歳代から 90 歳代であった。男性が 3 名、女性が 1 名、ルーベンの社会的孤立を示す累積の交流人数は、最小 5 点から最大 10 点であった。精神的健康度を示す GDS は、最大 5.5、最小 1 であった。家族形態は、単身が 1 名、夫婦世帯が 3 名であった。対象者の 1 組は夫婦での参加である (C 氏, D 氏)。居住歴は、30 年以上 50 年未満が 2 名、50 年以上が 2 名であった。

介入を拒否した 5 名の分析対象者の特徴は、年齢は 70 歳代から 80 歳代であり、男性が 2 名、女性が 3 名であった、ルーベンの社会的孤立を示す累積の交流人数は、最小 4 点から最大 11 点であった。精神的健康度を示す GDS は、最大 9、最小 0 であった。家族形態は、単身が 1 名、夫婦世帯が 2 名、息子と同居が 2 名であった。居住歴は、30 年以上 50 年未満が 2 名、50 年以上が 3 名であった。

介入を許諾した人と介入を拒否した人の間で、年齢、社会的孤立指標、GDS、家族形態、居住歴の分布に有意な違いがあるか否かを確認した結果、いずれの特性とも有意な違いはなかった。

表 1. 分析対象者の特性

応諾の有無	対象者	年齢	性別	LSNS-6 ¹⁾	GDS ²⁾	家族形態	居住歴
許諾	A 氏	70 歳代	男性	10	3	単身	30 年以上
許諾	B 氏	80 歳代	男性	5	5.5	夫婦	30 年以上
許諾	C 氏	90 歳代	男性	7	1	夫婦	50 年以上
許諾	D 氏	80 歳代	女性	10	4	夫婦	50 年以上
拒否	E 氏	80 歳代	男性	9	0	夫婦	50 年以上
拒否	F 氏	80 歳代	女性	6	2.5	単身	40 年以上
拒否	G 氏	70 歳代	男性	4	9	夫婦	30 年以上
拒否	H 氏	80 歳代	女性	11	6	息子と同居	50 年以上
拒否	I 氏	80 歳代	女性	10	5	息子と同居	50 年以上

1) 社会的孤立の操作的定義として、ルーベンの社会的ネットワーク尺度 (LSNS-6) を用いた。6 項目を単純計算し、12 点未満を社会的孤立とした。

2) 高齢者のうつ病評価尺度として、老年期うつ病評価尺度 (Geriatric depression scale 15 ; GDS15) を用いた。10 点以上がうつ状態とされている。

以下では、質的記述的な分析結果を示す。[]はサブカテゴリー、【 】はカテゴリーを示している。

2) 介入の許諾を得たケース

[介入方法への関心・ニーズの存在] [介入への後押し] [依頼する側との関係性]というサブカテゴリーが起こされた。さらに、これらのサブカテゴリーから【介入への良好な条件が揃う】というカテゴリーが生成された。

表 2. 社会的孤立高齢者への聞き書き自分史作成の許諾・拒否の要因

	カテゴリー	サブカテゴリー	コード	フィールドノーツ・メモ
介 入 の 許 諾 者	介入への良 好な条件が 揃う	介入方法への関 心・ニーズの存 在	話したいこ とがある	旅行が趣味であることを知り、「ぜひ そういう話をまとめるお手伝いをし たい」と依頼し承諾される。
			自分史への 興味	「自分で途中まで書いてみたがその ままになっている」と、自分史に興味 を示していた。
		介入への後押し	包括センタ ー職員や妻 からの後押 し	妻から「やったらいいじゃないの」と の発言や包括センター職員から「戦争 体験を伝えてほしい」といった後押し が加わる。
			民間団体と の日頃から の信頼関係	聞き取りを行う場をK団体の喫茶を指 定される。個人的な話が人に聞かれて も「全然気にしない」と言い、毎回、 最後までK団体の喫茶で行った。
依頼する側との 関係性	依頼する側 の適度な自 己開示	包括センター職員が、対象者の語りと 関連した自己の経験を打ち明け、共感 しながら説得する。		
介 入 の 拒 否 者	介入への障 がいの存在	本人の健康上の 理由	認知力の低 下	自宅の電話番号が見つけれられず、口腔 状態も悪化。再度、約束した訪問時に 「お宅は誰ですか」と約束したことを 忘れている。
			夫を亡くし、 休息したい	在宅診療を利用し、最期まで自宅で看 ていたため疲労している。休息期間と して休みたい。
		受け入れがたい 周囲の事情	妻の介護に より時間的 制約がある	妻が認知症で介護をしているため、時 間的に余裕がない。介入の回数が多い ため、「私が考えていたものとは違っ た」「今回だけなら良いと考えていた が、妻の介護をしているから」と拒否。
			家族の合意 が得られな い	「今日はまだ調子がよいほうだが、こ れから冬にかけてよくない。調査は無 理だ」と、夫の健康状態を心配し、妻 から拒否される。

(1) [介入方法への関心・ニーズの存在]

A 氏 (70 歳代, 男性) の事例であった。訪問時に自宅の玄関にはさまざまな国のお土産が飾られていた。研究実施担当者がそれを見て, A 氏に質問をした。飾られているさまざまな国のお土産をきっかけに, 旅行の話に花が咲いた。よく一人で海外のツアーに参加されているとのことであった。海外旅行の話をする事から, 旅行が趣味であることを知った。研究実施担当者は, 「ぜひそういう話をまとめるお手伝いをしたい」と聞き書き自分史作成の依頼をすると承諾した。

B 氏 (80 歳代, 男性) の事例である。介入の承諾を依頼した際に, 生活歴や持病, 現在の状況, 自分史への興味について伺う。B 氏は, 「途中まで書いてみたがそのままになっている」と, 自分史に興味を示した。しかし, 「自分で書きたいただから」と断られ, 自身でまとめようと考えていた。ただ, 現在の生活の状況, 持病があることなどからなかなかやりたくてもできない様子であった。そこで, 研究実施担当者は, 「自分史を作ろうと思ってもあつという間に時間が過ぎてしまって作らないままになってしまうんですね」と, B 氏の思いを尊重し共感した。B 氏は, 「そうなんですよ〜」と, さらに自分史への興味につながる生い立ちを打ち明けた。B 氏が自分史を自分で作りたいという思いや自身の歴史である生い立ちを伺い, 改めて, 「もしよろしければご自分で作られるものも良いと思いますが, 何か違った形で私たちが作る B さまの自分史も活用いただけたらと思いますがいかがでしょうか」とお願いした。結果として B 氏は「そうですね」と承諾した。

(2) [介入への後押し]

C 氏, D 氏はそれぞれ 90 歳代の男性と 80 歳代の女性で, 夫婦であった。調査依頼を二人一緒に同時に行った。C 氏は, 戦争について自分が体験してきたことを残したいと思っはいるが, アメリカで幼少時代を過ごしてきた体験から, 戦時中に「日本は負けるかもしれない」という思いをもち, そのことを公言することを躊躇していた。また, 友人から自分史が何冊か送られてくる中で, 自慢話を聞かされる身になるとたまらない, と自分史によい印象をもっていなかった。さらに読む人がどう思うかも気にしていたことから, 一旦自分史作成を断った。しかし, 子や孫に伝えたいという思いから, 自らが経験してきた戦争体験を話した。さらに C 氏は, 父親を戦争中に亡くし, 異国に遺骨を探しに行ったことを話した。妻から「やったらいいじゃないの」との後押しも加わり, 承諾に至ったのである。D 氏 (C 氏の妻) は, 単独での聞き書きはせずに C 氏とともに参加という希望にて, 夫婦での聞き取りとなった。

A 氏 (70 歳代, 男性) については, 聞き取りを行う場を A 氏の自宅ではなく, 近隣にある民間団体 K が運営する喫茶を希望した。A 氏は民間団体 K の活動に関わっており, お助け隊という活動をしている。聞き取りを行う場を K 団体の喫茶を指定し, 個人的な話を伺うため確認するも, A 氏は「全然気にしない」と話をし, 毎回, 最後まで K 団体の喫茶で行った。

(3) [依頼する側との関係性]

C 氏については, 同行していた包括センター職員が, C 氏の語りと関連した自己の経験を話し, 自己開示を行った。遺骨収集のボランティアをしていた経験を C 氏に打ち明けたのである。そ

して包括センター職員が、C 氏に「大変貴重な話なので若い人に伝えてあげてはどうか」と勧め、さらに、先に示したように妻からの後押しもあり、介入を承諾した。

3) 介入の拒否に至ったケース

介入拒否の理由として、1 名はすでに自分史を作成していたため介入拒否となったが、それ以外の理由として、[本人の健康上の理由][受け入れがたい周囲の事情]というコードが起こされた。さらに、これから【介入への障がいの存在】というカテゴリーが生成された。以下では、2つのコードについての事例を紹介する。

(1) [本人の健康上の理由]

以下は、F 氏 (80 歳代、女性) であり、認知力の低下が疑われる事例であった。包括センター職員と研究実施担当者が訪問すると、自宅の中へ招き入れ、生活状況を話した。夫を亡くし一人暮らしが続いている。姪から電話がかかってくるが、つきあいをほどほどにしており、極力人とかかわらないことをモットーにしていると話していた。接客の仕事をしていたために、人にあわせることはもう十分したので、今は、人とできるだけかかわりたくないとのことであった。人とのかかわりを意識して行わないようにしているために、会話がなく、面接の際にも、むせており、口腔の状態が良くない様子であった。また、自宅の電話番号が見つけれられないなどの場面がみられ、認知力の低下が疑われた。次回に口腔ケアの情報をもって訪問するということで、一旦研究協力が得られ、再度訪問の約束をした。約束当日、訪問を告げる電話をする。「かぜをひいた、熱がある」ということで、1 週間後に再度、訪問日を設定した。その日も当日電話をいれると、「お宅はだれですか」と約束したこと自体を忘れていた。体調不良が続いているとのことであり、再度訪問はとりやめになった。当日は、雨模様でもあり、風邪が長引いているのではないかと心配になり、惣菜の差し入れをもって直接訪問した。玄関のチャイムを鳴らすと本人が現れたが、特段具合の悪さも見られなかった。玄関口の対応となり、総菜の差し入れを拒否された。「自分は、お金にも困っておらず、買い物や運動も一人でできるので、何も問題がない」と、自分自身が訪問対象になる人間ではないことを説明した。このようなやりとりを重ねた上で、調査は不可能であると判断し、調査協力の依頼を断念した。

他の 1 事例は、I 氏 (80 歳代、女性) であり、1 か月ほど前に夫を亡くしていた。在宅診療を受けながら、最期まで自宅で看っていたこともあり、「疲労で現在は休息期間として休みたい」とのことで拒否された事例である。

(2) [受け入れがたい周囲の事情]

2 事例が該当した。1 例目は E 氏 (80 歳代、男性) であった。研究担当者が訪問理由と調査協力の依頼を行うと、表情が少し硬くなり、「私が考えていたものとは違った」「今回だけなら良いと考えていたが、妻の介護をしているから」と、調査の協力はできないと拒否された。本人は癌を患っており持病があるが、妻が認知症のため介護や食事、洗濯、買い物などを行い、忙しく、時間がない、妻がデイサービス利用時だけ、買い物や外食ができ、自分の自由な時間として、それが唯一の息抜きになっているとのことであった。買い物は自転車で行き、好きな

ものを買ひ、好きなものを食べているという。近所づきあいは、仲の良かった近所の方も亡くなってしまったとのことであった。この事例では、自宅で介護を続けている男性の大変な状況を理解した研究実施担当者が、別れ際に、涙ぐみながら気持ちに寄り添い、自身の介護経験を自己開示した。すると、「こうやって人に話す機会は全くないから話せてよかった」との返答があった。

他の 1 事例は G 氏 (70 歳代, 男性) であった。自宅にて夫婦二人暮らしだが、持病があり閉じこもりがちになっている状態であった。9 年ほど前に手術をされたことから筋力が落ち、体力の回復に時間を要していた。経過観察で症状は落ち着いているが、体力が落ちたため外出が困難になっていた。最近、外出中に転倒したこともあり注意するようになったが、気力、体力ともに弱ってきているとのことであった。研究実施担当者が生活状況や本人の生い立ちなどを尋ねると、出身地や家族、仕事の話、結婚や現在にいたるまでの住まいについての話をした。話をすることは苦ではない様子だが、「聞き書き自分史作成」を勧めると、別の場所で聞いていた家族(妻)が出てきて、調査を拒否した。妻によると、「今日はまだ調子がよいほうだが、これから冬にかけてよくない。調査は無理だ」と、夫の健康状態を心配し、調査には協力できないと拒否した。

4. 考察

1) 調査拒否者が抱える問題とそれが介入拒否につながっている可能性

第 1 に、家族の合意を得られない、家族の事情など介入を受け入れない周囲の事情が影響していた可能性である。本研究では、介入の拒否に至った事例に、妻が夫を心配してというものがあつた。地域高齢者を対象とした介入研究では、介入に拒否した人では許諾した人と比較して、サポートが多いという特徴があることが明らかにされている⁶⁾⁸⁾¹¹⁾。杉澤ら¹⁴⁾の研究においても、民生委員が閉じこもりらしい高齢者を把握しても、家族が家のプライバシーが表に出ることを警戒したり、家族以外の人との接触を好ましいと思わないなど「家族が嫌がる」という理由から、その事例を行政に報告することを躊躇していることが示されている。加えて、面接調査の回収率に関する研究では、家族と接触することができた場合の回収率が低く、家族による拒否がうかがわれる結果が示されている¹⁵⁾。以上のように、面接調査に対する家族の拒否的姿勢が介入研究ということだけでなく面接による介入依頼に対する拒絶に結びついた可能性もある。一方で、調査の許諾を得た C 氏のように、妻から「やったらいいじゃないの」と言われ、妻の後押しによって介入につながったケースもある。つまり、家族の合意が介入へ影響しているため、本人と家族との関係性を理解し、家族も含めて介入への許諾を得るための働きかけをすることが求められる。

第 2 には、「今回だけなら良いと考えていたが、妻の介護をしているから」といった事例にあるように、家族の制約から継続的に時間を割くことに対する負担感や抵抗感も協力拒否に影響していることが示唆された。今回の介入研究においては、聞き書き自分史作成のためのプログラムとして、6 回の訪問を承諾してもらふ必要があつた。しかし、6 回の訪問を許可してもらふ

ことが困難であり、継続的な訪問に対する負担感や抵抗感が示された。とりわけ、妻の介護をしている男性においては、介護と家事に追われ、時間の余裕がなく、妻がデイサービスに行っているときだけ自分の時間として、外出などで息抜きをされていた。既存の研究でも、介入に許諾を得ることができなかった人に対する聴取の結果として、時間がないという意見が多かったことが示されている⁸⁾。介入研究において、時間を割くだけの価値があると認められなければ、継続的な訪問を受け入れることは困難であると思われる。調査の許諾を得たケースにおいても、6 回の訪問に難色を示されたケースもあった。また、調査依頼の際、許諾を得た時点でスケジュールを組み、なし崩し的に 6 回の約束を取り付けたケースもある。継続的な訪問という壁があり、本人にとってそこに意味を見出せなければ、介入拒否につながる可能性が示唆された。

第3に、持病や認知力の低下、健康的な問題から、介入拒否につながっている可能性である。前述したように、介入研究の継続的な訪問は少なからず負担が生じると考えられる。また、持病などの不安から、日常の変化を好まない可能性もある。既存の研究でも、参加者の方が健康状態が良好であることが示されており⁶⁾⁷⁾⁸⁾、本研究の知見を支持する結果が得られている。加えて、都市部の高齢者を対象とした面接調査では、調査不能理由として拒否と不在の割合が多いものの、健康上の理由を挙げる割合も少なくないことが明らかにされている¹⁶⁾。したがって、健康上の理由が面接による依頼を拒む理由として指摘できるかもしれない。

第4に、社会的孤立という認識がないという点である。これは、調査対象者すべてに共通していた。調査依頼の際、介入拒否の事例においても、自分自身が訪問対象になる人間ではないことを説明したり、誰一人として社会的孤立を理由に許諾してもらった人はいなかった。社会的孤立は、家族や親戚、友人の人数から、社会的ネットワークの欠如を示しているものの、外出はしており、とりわけ問題を感じずに過ごしてきた可能性がある。そのため、「なぜ自分が選ばれたのか」といった認識があり、そのように評価されることに抵抗があることが窺えた。杉澤ら¹⁴⁾の研究においても、民生委員による閉じこもり高齢者の把握および報告に伴う困難として、[閉じこもりというレッテルを張りたくない]という配慮があった。つまり、民生委員が閉じこもりらしい高齢者を把握しても、閉じこもりというマイナスの評価をすることに後ろめたさを感じ、報告の妨げになっているというものである。閉じこもりや社会的孤立といったマイナスの評価は受け入れ難いこと、そういったレッテルを張ることへの抵抗が窺える。また、セルフネグレクトに関する調査では、長年の暮らし方として慢性化していたりするため、本人自身はそれほど困難を感じていないことが多いといった指摘がされている³⁾。そのようなことから、必要を感じない、困難と感じていないなどといった、社会的孤立という認識がなく、また、それに伴うマイナスの評価に抵抗を示し、介入拒否につながっている可能性があると思われる。

2) 調査への協力の説得も介入の可能性がある

第1に、本研究で取り上げた聞き書き自分史へのニーズへの関心・ニーズの存在が受け入れの重要な条件であることが示唆された。研究する側からすれば、対象者の現在の状況や生活を知り、話をよく聞いたうえで、関心のあるテーマを設定し介入プログラムとの接点を見つけ出

すことの必要性である。説得の際、調査に協力していただきたいという、こちらのニーズを先に押し出すのではなく、対象者のニーズを知り、対象者の関心事やニーズに合致する点を探し出すことである。介入の許諾を得た人においても、最初は拒否的であったり、前述したように「なぜ自分が選ばれたのか」といった認識であった。アンケートで社会的孤立に該当したとしても、本人はそのような認識がないのである。つまり、最初から社会的孤立の介入として説明したとしても、拒否的になってしまい、それ以上介入できなくなってしまう可能性がある。そこで最初から介入プログラムについて詳細に説明するよりは、現在の状況や本人の生活を知り、話をよく聞いたうえで、介入プログラムとの接点を見つけ出すという方法が重要であることが示唆された。

第 2 に、後押しするものがあるということである。介入研究を行う際に、対象者と信頼関係を構築するうえで紹介者の存在が欠かせない。電話で訪問の依頼を行った包括センターの職員が同行し、調査実施担当者とともに訪問した。近年、「高齢者を狙った犯罪が増加する中、支援者が自宅を訪ねても信頼してもらうことが難しくなっている」という状況があり³⁾、信頼を構築することは容易ではない。包括センターからの電話を受け入れ、訪問を許可した人は、すでに包括センターを信頼していると思われる。調査協力が得られた A 氏が聞き取りを行う場として指定した、近隣にある民間団体 K においても、日ごろから包括センター職員による出張相談の場として提供している。包括センターへの信頼は、そういった日ごろの関わりや認知度などから影響しているものと考えられる。他方、介入を拒否した事例では、包括センター職員と訪問した時は自宅の中へ入れてもらえたが、その後、研究実施担当者のみで訪問した際は、中へ入れてもらえなかった。処遇困難者へのアプローチとして、「関係づくりと継続的な関わりに向けた地道な対応」が必要であることが述べられている。最初のアプローチで関係づくりに失敗してしまうと、その後の介入が困難となり、継続的な支援に結びつけることが難しくなる。このような場合の対応方法として、「対人援助において高い技術を持つ専門職を登用し、本人との関係を地道に築いていくことを重視している自治体が多い」ということが指摘されている³⁾。対人援助の専門職である包括センターの職員が同行していることは、信頼関係の構築への後押しとなっていることが示唆されている。

第 3 に、依頼する側との関係性の問題である。調査協力が得られた C 氏においては、包括センター職員による自己開示が影響しているものと考えられる。「自己開示」は、援助技術のスキルであり、諏訪は、「援助者の側から適切に自己開示すれば、利用者も援助者を身近に感じることができ、私的なことや内面的なことを話しやすくなる」としている¹⁷⁾。調査拒否に至ったケースにおいても、自宅で介護を続けている男性の大変な状況を理解した学生（調査実施担当者の一人）が、別れ際に、涙ぐみながら気持ちに寄り添い、自身の介護経験を自己開示した。すると、「こうやって人に話す機会は全くないから話せてよかった」と話した。それは、最初の拒否的な態度から気持ちが動いた瞬間であったと捉えることができる。まずは本人の話を聞き、気持ちを理解したうえで、適切な自己開示が相手の心を開き、信頼関係を構築するうえで重要な働きかけとなったことが示唆される。

聞き書き自分史作成の介入においては、語り手と聞き手の信頼関係の構築が重要である。小田は、仮に誰かに自分の人生を話したい、自分の技術や知恵を伝えたいと思っていても、見ず知らずの人に自分の過去をそう簡単に話すことはできないことから、「自分が話してもいいと思う人」に対してのみそう思うものであると指摘している¹²⁾。いかに信頼関係を築き、「話してもいいと思う人」になるのか、関係性を築くプロセスが重要である。

以上のように、介入を許諾した人は介入の効果がかなり出やすい人たちであり、他方、拒否した人では介入の効果が出にくい人たちであることが示唆されている。そのため、介入を許諾した人に対する介入効果の知見の外部妥当性については慎重に判断することが必要である。さらに、介入を許諾した人を無作為に介入群、無介入群に割り振るという実験的な手法を採用し検出したとしても、同じようにその知見については外部妥当性の問題は同じように該当するといえよう。

3) 今後の課題

本研究では、①対象地区の高齢者に対するアンケートに回答、②社会的孤立の条件に合致、③包括センターからの電話での介入の説明のための訪問依頼を受諾(アンケートで諾否を質問)、④訪問による介入に対する許諾、という条件すべてをクリアした高齢者を対象とした。これらの条件に合致し、介入に許諾した人は少数であり、さらに選択的なバイアスの可能性もあることから、社会的孤立への介入研究の場合、これらの問題をいかに解消するかが大きな課題であることが示唆された。

介入研究を許諾する高齢者の数を増やし、さらに選択的バイアスを減らすためには、第 1 に、スクリーニングの段階において、調査の回収率を高める必要がある。アンケートに回答しなかった約 50%の高齢者はアンケートに回答した高齢者よりも、社会的孤立状況が深刻であると思われることから、本研究では地域に在住する社会的孤立の高齢者を十分に把握できなかった可能性が高い。アンケートの回収率が低かった理由には、スクリーニング以外の調査項目が含まれていたこと、督促を出さなかったことが関連している可能性がある。スクリーニングに際しては、調査項目を厳選する、督促を出すなどアンケートの回収率を高める工夫が必要である。第 2 には、介入の許諾の際には家族による決定への関与も想定されることから、事前の調査依頼は本人だけでなく家族宛にも依頼文を作成し、送付することが必要である。第 3 には、介入研究の許諾を得る際には、次のような研究担当者を派遣することが必要である。すなわち、対人関係スキルが優れているとともに、対象者の問題関心を引き出し、それを研究の意義に結びつけることで研究の必要性の自覚を促すよう働きかけができる研究担当者を派遣することで、介入の受諾率が高まる可能性がある。第 4 には、広範囲な人に適用できるような介入方法の開発が必要である。本研究で用いた「聞き書き自分史作成」については、その介入に関心をもつことが介入への受諾に重要であり、無関心な人が多かったことが受諾を困難にした可能性がある。以上の第 3, 4 については、社会的孤立の高齢者への支援策としても有効な方法といえよう。

謝辞

本研究を行うにあたり、包括センターの職員の方々をはじめ、民間団体 K の方々、介入調査に協力して下さった方々に深く感謝いたします。

文献

- 1) 齊藤雅茂：高齢者の社会的孤立と地域福祉 計量的アプローチによる測定・評価・予防策. 10-65, 101-104, 192, 明石書店, 東京 (2018)
- 2) 小川栄二, 新井康友, 朴仁淑, 三浦ふたば：北東アジアにおける高齢者の生活課題と社会的孤立-日本・韓国・中国・香港の今を考える, クリエイツかもがわ, 22-23, 京都(2019)
- 3) ニッセイ基礎研究所:平成 22 年度老人保健健康増進等事業 セルフ・ネグレクトと孤立死に関する実態把握と地域支援のあり方に関する調査研究報告書(2011)
(https://www.nli-research.co.jp/files/topics/39199_ext_18_0.pdf?site=nli, 2020. 8. 5 アクセス)
- 4) Ngandu T, Lehtisalo J, Levälähti, et al.: Recruitment and base line characteristics of participants in the Finnish Geriatric Intervention Study to prevent cognitive impairment and disability (FINGER)-a randomized controlled lifestyle trial. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 11: 9345-9360 (2014).
- 5) Wagner EH, Grothas LC, Hecht JA: LaCroix AZ. Factors associated with participation in a senior health promotion program. *The Gerontologist*, 3:598-602 (1991).
- 6) van Heuvelen, Hochstenbach JBM, Brouwer WH, et al.: Differences between participants and non-participants in an RCT on physical activity and @psychological interventions for older adults. *Aging Clinical and Experimental Research*, 17: 236-245 (2005).
- 7) de Souto Barreto P, Ferrandez AM, Saliba-Serre B. Are older adults who volunteer to participate in an exercise study fitter and healthier than nonvolunteers? The participation bias of the study population. *Journal of Physical Activity and Health*, 10: 359-367 (2013).
- 8) Elzen H, Slaets JPJ, Snijders TAB, et al.: Do older patients who refuse to participate in a self-management intervention in the Netherlands differ from older patients who agree to participate? *Aging Clinical and Experimental Research*, 20: 266-271 (2008).
- 9) Martinson BC, Crain AL, Sherwood NE, et al.: Population research and recruitment bias in a maintenance RCT in physically active older adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 7: 127-135 (2010).
- 10) Vind AB, Andersen HE, Pedersen KD, et al.: Baseline and follow-up characteristics of participants and nonparticipants in a randomized clinical trial of multifactorial

- fall prevention in Denmark. *Journal of American Geriatric Society*, 57: 1844-849 (2009).
- 11) 吉田祐子, 権珍嬉, 岩佐一, 他: 都市部在住高齢者における老年症候群改善介入プログラムへの不参加者の特性—介護予防事業推進のための基礎資料(「お達者健診」より)—. *日本老年医学雑誌*, 44: 231-237 (2007).
 - 12) 小田豊二: 「聞き書き」をはじめよう. 6-30, 木星舎, 福岡(2012)
 - 13) 小林多寿子: 物語られる人生 自分史を書くということ. 215-223, 学陽書房, 東京(1997)
 - 14) 杉澤秀博, 石川久展, 杉原陽子: 民生委員を通じた閉じこもり高齢者把握の可能性. *日本公衆衛生誌* 59 (5), 325-332(2012)
 - 15) 保田時男, 宍戸邦章, 岩井紀子: 大規模調査の回収率改善のための調査員の行動把握—JGSS における訪問記録の分析から. *理論と方法*, 23(2): 129-136 (2008)
 - 16) Sugisawa H, Harada K, Sugihara Y, et al.: Time perspectives as mediators of the associations between socio-economic status and health behaviors in older Japanese adults. *Psychology and Health*, 35(8): 1000-1016 (2020)
 - 17) 諏訪茂樹: 対人援助とコミュニケーション ～主体的に学び, 感性を磨く. 188-190, 中央法規出版, 東京(2001)

Possibility of Bias for Evaluation Study on Intervention to Social Isolation of Older Adults

Miho Tomonaga

(Institute for Gerontology, J. F. Oberlin University)

Tomoko Nomura

(College of Health and Welfare, J. F. Oberlin University)

Hidehiro Sugisawa

(Institute for Gerontology, J. F. Oberlin University)

Abstract

This study discussed the possibility of bias for effectiveness of the intervention through making own history using listening and writing on older adults with social isolation based on qualitative exploration on the process of informed consent for participation in the intervention. Survey subjects included four persons who agreed to participate in the intervention study and five persons who did not. We used the qualitative and descriptive analytic method as an analytic method. The results were as follows. Each symbol of [] and 【 】 indicated subcategory and category. The persons who agreed to participate in the intervention had 【satisfaction of the intervention requirements】 which was composed of [the presence of needs for the intervention], [pushing to participate from the surrounding], and [the formation of rapport with the researchers]. Ones who refused to participate in the intervention had 【existence of factors inhibiting the intervention】 which included [having serious health problems] and [reluctant surroundings to participate]. These results suggest that selection bias applies toward people who participates in the intervention.

Key words : Own history through listening and writing, Non-participants, Qualitative study, Selective bias, external validity