

地域在住高齢者におけるフレイルと QOL との関連性について

THE RELATIONSHIP BETWEEN FRAILTY AND QUALITY OF LIFE IN OLDER PEOPLE LIVING IN THE COMMUNITY.

須藤 あゆみ¹⁾ ・ 岸川 由紀²⁾ ・ 大和田 宏美³⁾

SUTO Ayumi,

KISHIKAWA Yuki,

OWADA Hiromi

キーワード：地域在住高齢者、フレイル、WHOQOL26、生活活動量

Key words : Community-dwelling elderly people, Frailty, WHOQOL26, E-SAS (Elderly Status Assessment Elderly Status Assessment Set)

要 旨

【目的】

本研究の目的は、地域在住高齢者を対象に、フレイル、E-SASおよびQOLについて調査し、それぞれの関連性について検討することである。

【方法】

研究デザインとして横断研究を行った。対象はA市で行われた市民公開講座に参加した女性12名、平均年齢 69.9 ± 5.7 歳とした。対象者には、基本チェックリストを実施し、その結果からフレイル有病率を算出した。また、生活活動量はE-SAS評価で実施し、QOL評価はWHOQOL26を用いて実施した。

【結果】

フレイル有病率は0% (0名)であったが、プレフレイル率は50% (6名)であった。WHOQOL26の結果は、QOL平均値が 3.38 ± 0.48 点であった。各項目では心理的領域とQOL平均点で一般的な高齢者の平均点に比べ低値を示した。また、70歳以上と70歳未満の対象者群間では、心理的領域および環境領域の項目で有意差が認められた。WHOQOL26の各項目とフレイル得点間では、相関は認められなかった。

【考察】

本研究の結論としては、QOLはフレイルの有無や程度に影響されるのではなく、年齢の影響を受ける可能性が推測された。高齢者が健康を維持し生活していくためには、自身を取り巻く身体的、心理的、社

1) 仙台青葉学院短期大学 リハビリテーション学科 作業療法学専攻

2) 西九州大学 リハビリテーション学部 リハビリテーション学科 理学療法学専攻

3) 仙台青葉学院短期大学 リハビリテーション学科 理学療法学専攻

会的、環境的な変化に適応できる能力が必要であることが示唆された。

Abstract

【Objective】

The purpose of this study was to investigate frailty and quality of life among elderly people living in the community and to examine the relationship between frailty and quality of life.

【Methods】

The subjects were 12 women who attended a public lecture held in A City, with an average age of 69.9 ± 5.7 years. The Kihon checklist was administered to the subjects, and the prevalence of frailty was calculated from the results. The quantity of activities of daily living was conducted using the E-SAS assessment, and the QOL assessment was conducted using the WHOQOL26.

【Results】

The prevalence of frailty was 0%, while the pre-frailty rate was 50%. The WHOQOL26 results showed a median QOL score of 3.38 ± 0.48 . Each item showed lower scores in the psychological domain and in the median QOL score compared to the median score of the general elderly population. In each of the WHOQOL items, the psychological domain and QOL median scores were lower than the median scores of the general elderly population. There were significant differences between the groups of subjects aged 70 years and older and those aged less than 70 years in the psychological and environmental domains, and no correlations were found between the WHOQOL26 items and frailty scores.

【Conclusion】

The study concluded that quality of life is not affected by the presence or absence and degree of frailty, but may be influenced by age. It was speculated that older adults need to be able to adapt to the physical, psychological, social, and environmental changes that surround them in order to maintain their health and live well.

I. はじめに

令和4年版高齢社会白書 [1] によると、65歳以上の高齢化率は28.9%となっており先進国の中でも高水準の高齢化率である。今後ますます増加が予測され、2050年には高齢化率が37.7%になると推測されている。我が国の総人口は令和11年から減少傾向が続くにも関わらず、平均寿命は延び続ける。このような高齢社会では、高齢者がこれからの生活の変化に適応して、健康で生きがいを持ち続けられるよう生活の質（Quality of Life：以下QOL）を高めることが重要となる。QOLの向上は、健康日本21の目的のひとつであ

る健やかな老いにつながり、健康はその手段として重要な位置づけにある [2]。世界保健機構（World Health Organization：以下WHO）では、健康の定義として「健康とは身体的、心理的、社会的安定状態であり、単に疾患や障害のないことを意味することではない」と宣言し定義している [3]。また、QOLは「個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準および関心に関わる自分自身の人生の状況についての認識」と定義している [3]。

岩瀬らは地域在住高齢者の健康増進にとって、単に身体機能を高めるだけではQOLは改善されないとしており [4]、身体機能の改善だけでなく、

高齢者が生きることの意味や価値を示す QOL をいかに高く保ち支援していくかが健康寿命を延伸する重要な課題となる [5] [6]。

近年、介護予防や健康寿命の延伸に向けて、高齢者の生活機能障害を招く要因の「フレイル (Frailty)」が注目されている。フレイルは加齢によって心身に様々な変化を生じさせ、生理的予備能力が低下することでストレスに対する脆弱性が進行し、転倒や生活機能障害、要介護状態の発生、死亡などの転帰に陥りやすい状態のことである [7] [8] [9] [10]。フレイルに対する適切な介入により再び健康な状態に戻るという可逆性が含まれた状態であり、フレイルに陥った高齢者を早期に発見し、適切な介入をすることにより、生活機能の維持・向上を図ることができると考えられる [7]。フレイルを有する高齢者では、日常生活での自立度の低下や筋力低下に伴う転倒、栄養障害、抑うつなど、生活が縮小し、介護や入院が必要な状況や生存率の低下などのリスクが伴い、QOL の低下を招く。また、フレイルは QOL の各領域への影響が及ぶとされ [11]、フレイルを予防あるいはフレイル予備軍を早期発見することで、健康増進や QOL を高めることに大きく寄与することが期待できる。

E-SAS (Elderly Status Assessment Elderly Status Assessment Set) は、日本理学療法士協会が開発したアセスメントセットで、高齢者が活動的な地域生活を獲得できているかを包括的に評価することができるツールである [12]。E-SAS は、筋力やバランスなどの運動機能のみで評価するのではなく、高齢者の移動能力、生活活動範囲の把握や生活活動量など対象者の生活範囲の中で活動的に日常生活を送っているかどうかを評価することができる。また、人とのつながりや社会的な関係についても評価することが可能である。

我々は被災地である A 市の地域在住高齢者を対象に、健康・運動・栄養をテーマとした市民公開講座を実施した。A 市は東日本大震災による原発事故に伴い設定された避難指示区域から 2016 年 7 月に解除された地域である。被災地の高齢者

の現状として、高齢化と閉じこもりや生活不活発病の発生による身体機能の低下、認知機能の低下、生活活動量の低下、QOL の低下が予測された。

そこで本研究の目的は、A 市の市民公開講座の参加者を対象とし、フレイル、E-SAS および QOL について調査し、その中でも特に QOL に着目しフレイルとの関連性について検討することである。

II. 対象と方法

1. 対象

2018 ~ 2019 年に開催した A 市の市民公開講座に参加した地域在住高齢者を対象とした。18 名の参加者のうち、質問紙調査の回答に欠損があった 6 名を除外し、女性 12 名、平均年齢 69.9 ± 5.7 歳を対象とした。身長は、 152.2 ± 2.5 cm、体重は 54.3 ± 4.9 kg、Body Mass Index (BMI) は 23.4 ± 2.0 であった。

本研究は、ヘルシンキ宣言に基づき、対象者には本研究の趣旨を説明した。対象者には、プライバシーに十分配慮することを伝え、得られたデータは研究の目的以外に使用しないこと、また、研究への参加は自由意志であることを説明した。すべての対象者は、研究内容を理解した上で、書面にて同意署名し研究に参加した。

2. 方法

評価項目は、質問紙によりフレイル、生活活動量に関する E-SAS 評価および WHOQOL26 の評価を実施した。フレイル評価には基本チェックリストを用いた [8] (図 1)。質問票は、日常生活関連動作が 5 項目、運動器の機能が 5 項目、低栄養状態が 2 項目、口腔機能が 3 項目、閉じこもりが 2 項目、認知機能が 3 項目、抑うつ気分が 5 項目の 7 領域 25 個の質問から生活機能の評価するものである。その総合点から 3 点以下をノンフレイル群、4 点以上 7 点以下をプレフレイル群、8 点以上をフレイル群に分類した [9]。

生活活動量に関する評価として E-SAS を用いた [12]。E-SAS の評価項目は、生活のひろがり、

No.	質問項目	回答	
1	バスや電車で一人で外出していますか	0. はい	1. いいえ
2	日用品の買い物をしていますか	0. はい	1. いいえ
3	預貯金の出し入れをしていますか	0. はい	1. いいえ
4	人の家を訪ねていますか	0. はい	1. いいえ
5	家族や友人の相談にのっていますか	0. はい	1. いいえ
6	階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	0. はい	1. いいえ
7	椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	0. はい	1. いいえ
8	15分ぐらい続けて歩いていますか	0. はい	1. いいえ
9	この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. いいえ
10	転倒に対する不安が大きいですか	1. はい	0. いいえ
11	6ヶ月で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. いいえ
12	身長 cm 体重 kg (BMI =) (注)		
13	半年前の比べて固い物が食べにくくなりましたか	1. はい	0. いいえ
14	お茶や汁物でむせることがありますか	1. はい	0. いいえ
15	口の渇きが気になりますか	1. はい	0. いいえ
16	週に1回以上は外出していますか	0. はい	1. いいえ
17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. いいえ
18	周りの人から「いつも同じことを聞く」など物忘れがあるとされますか	1. はい	0. いいえ
19	自分で電話番号を調べて、電話をかけることがありますか	0. はい	1. いいえ
20	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい	0. いいえ
21	(ここ2週間) 毎日の生活に充実感はない	1. はい	0. いいえ
22	(ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	1. はい	0. いいえ
23	(ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	1. はい	0. いいえ
24	(ここ2週間) 自分が役に立つ人間だと思えない	1. はい	0. いいえ
25	(ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	1. はい	0. いいえ

(注) BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) が 18.5 未満の場合に該当とする。

図1. 基本チェックリスト [8] 文献より引用

転ばない自信、入浴動作、歩くチカラ：Time up and go test (TUG)、休まず歩ける距離、人とのつながりの6つの評価項目で構成されている。

QOL 評価には WHOQOL26 用いた (図2)。WHOQOL26 は、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境の4領域の24項目と全体を問う2項目を加えた26項目で構成されている [3]。調査票は自己評価式で、「過去2週間にどのように感じたか」、「過去2週間にどのくらい満足したか」、あるいは「過去2週間にどのくらいの頻度で経験したか」を、5段階の反応尺度で評価するものである。身体的領域には、日常生活動作、医療品と医療への依存、活力と疲労、移動能力、痛みと不快、睡眠と休養、仕事の能力の項目がある。

心理的領域には、ボディ・イメージ、否定的感情、肯定的感情、自己評価、精神性・宗教・信念、思考・学習・記憶・集中力の項目がある。社会的関係には、人間関係、社会的支え、性的活動の項目がある。環境領域には、金銭関係、自由・安全と治安、健康と社会的ケア：利用のしやすさと質、居住環境、新しい情報・技術の獲得の機会、余暇活動への参加と機会、生活圏の環境、交通手段の項目がある。

本研究の対象者の平均年齢は、69.9 ± 5.7 歳であったことから、年齢による差がないかどうかを詳細に検討するために、70歳未満の高齢者群 (6名) と70歳以上の高齢者群 (6名) に分けて WHOQOL26 の各項目とフレイル得点を検討する

WHOQOL26L 項目

No.	質問項目
1	自分の生活の質をどのように評価しますか (全体)
2	自分の健康状態に満足していますか (全体)
3	体の痛みや不快感のせいで、しなければならぬことがどのくらい制限されていますか (身体的)
4	毎日の生活の中で治療 (医薬) がどのくらい必要ですか (身体的)
5	毎日の生活をどのくらい楽しく過ごしていますか (心理的)
6	自分の生活をどのくらい意味のあるものと感じていますか (心理的)
7	物事にどのくらい集中することができますか (心理的)
8	毎日の生活はどのくらい安全ですか (環境)
9	あなたの生活環境はどのくらい健康的ですか (環境)
10	毎日の生活を送るための活力はありますか (身体的)
11	自分の容姿 (外見) を受け入れることができますか (心理的)
12	必要なものが買えるだけのお金を持っていますか (環境)
13	毎日の生活に必要な情報をどのくらい得ることができますか (環境)
14	余暇を楽しむ機会はどのくらいありますか (環境)
15	家の周囲を出まわることがよくありますか (身体的)
16	睡眠は満足のいくものですか (身体的)
17	毎日の生活をやり遂げる能力に満足していますか (身体的)
18	自分の仕事をする能力に満足していますか (身体的)
19	自分自身に満足していますか (心理的)
20	人間関係に満足していますか (社会的)
21	性生活に満足していますか (社会的)
22	友人たちの支えに満足していますか (社会的)
23	家と家のまわりの環境に満足していますか (社会的)
24	医療施設や福祉サービスの利用しやすさに満足していますか (環境)
25	周辺の交通の便に満足していますか (環境)
26	気分がすぐれなかったり、絶望、不安、落ち込みといったいやな気分をどのくらいひんぱんに感じますか (心理的)

図2. WHOQOL26の質問項目 (一部抜粋) [3] 文献より引用

こととした。

統計処理は、各群について Shapiro-Wilk 検定で有意確率を確認し、正規性が認められた項目については、Levene 検定で等分散性を確認し、対応のない t 検定を用いた。正規性が認められなかった項目については、Mann-Whitney の U 検定を用いた。さらに、WHOQOL26 の各項目とフレイル得点との相関関係を Pearson の相関係数を用いた。統計処理には、IBM SPSS statistics 26 を用い、有意水準は 5% とした。

Ⅲ. 結果

ノンフレイル率は 50% (6 名)、プレフレイル率は 50% (6 名)、フレイル有病率は 0% でフレイルに該当する高齢者は検出されなかった。プレフレイルの年代別では、65 歳代 4 名、70 歳代が 2 名であった。基本チェックリストの各項目におけるプレフレイル群とノンフレイル群の比較について表 1 に示す。プレフレイル群ではノンフレイル群と比較して運動の機能の項目において有意差が認められた ($p < 0.01$)。

表 2 に、E-SAS6 項目の結果を示す。対象者は一般高齢者の基準値の目安と比較して、すべての

項目で基準点数を上回る傾向を示し、生活活動量が保たれていることが明らかとなった。

表3に、WHOQOL26の対象者の平均点と全国の60～79歳の女性のQOL平均値の結果を示す。QOL平均値は3.38 ± 0.48点であった。対象者と全国の60～79歳の女性平均値との比較において有意差は認められなかった。各項目では社会的関係および環境領域では全国の高齢者の平均点に比

べやや高値を示した。

次に、WHOQOL26の各項目について70歳以上の高齢者群と70歳未満の高齢者群間で比較検討した(表4)。心理的領域と環境領域の項目において有意差が認められ(p < 0.05)有意に70歳以上の高齢者群の点数が低くなった。その他の項目では、有意差は認められなかった。

WHOQOL26の各項目をプレフレイル群とノン

表1. 各項目におけるプレフレイルおよびノンフレイルの比較

	プレフレイル (n=6)	ノンフレイル (n=6)	p 値
日常生活関連動作 (点)	0.5 (1)	0 (0)	0.248
運動の機能 (点)	2.5 (1.75)	1 (0.75)	0.007 **
低栄養状態 (点)	0 (0)	0 (0)	
口腔機能 (点)	2 (0.75)	0 (0)	0.050
閉じこもり (点)	0 (0)	0 (0)	
認知機能 (点)	1 (0.75)	0 (0)	0.112
抑うつ気分 (点)	0.5 (1)	0 (0.75)	0.523
中央値 (四分位範囲)	Mann-WhitneyU 検定	中央値 (四分位範囲)	** : p < 0.01

表2. E-SAS6 項目の結果

E-SAS 項目	対象者 (n = 12)	一般高齢者 E-SAS 基準値 文献 [10] より引用	基準点数
生活のひろがり (点)	96 ± 16.8	84 ~	120 点満点
転ばない自信 (点)	36.5 ± 2.5	36 ~	40 点満点
自宅での入浴動作 (点)	10 ± 0	9	10 点満点
歩くチカラ (TUG) (点)	6.96 ± 0.7	~ 8.1	秒数
休まず歩ける距離 (点)	6 ± 1.0	5	6 点満点
人とのつながり (点)	18 ± 3.6	15	30 点満点

平均 ± 標準偏差

表3. WHOQOL26 における対象者の結果と基準値の比較

各領域	対象者 (n = 12)	60～79歳の 女性平均値 文献 [3] より引用	P 値
身体的領域 (平均点)	3.54 ± 0.66	3.54 ± 0.57	0.969
心理的領域 (平均点)	3.40 ± 0.48	3.43 ± 0.57	0.849
社会的関係 (平均点)	3.52 ± 0.59	3.34 ± 0.51	0.297
環境領域 (平均点)	3.32 ± 0.51	3.31 ± 0.58	0.933
QOL 平均点	3.38 ± 0.48	3.39 ± 0.48	0.985

平均 ± 標準偏差

表 4. WHOQOL26 の各項目とフレイル得点の年齢による比較

WHOQOL26	70 歳未満高齢者群 (n=6)	70 歳以上前期高齢者群 (n=6)	p 値
身体的領域 (点)	3.81 ± 0.74	3.00 (0.86)	0.310
心理的領域 (点)	3.69 ± 0.45	3.11 ± 0.32	0.028 *
社会的関係 (点)	3.78 ± 0.69	3.17 (0.50)	0.180
環境領域 (点)	3.62 ± 0.55	3.02 ± 0.25	0.036 *
QOL 平均点 (点)	3.63 ± 0.52	3.13 ± 0.31	0.070
フレイル (点)	4.50 ± 2.73	3.00 ± 2.60	0.354

Mann-Whitney の U 検定: 身体的領域、社会的領域. 対応のない t 検定: 心理的領域、環境領域、QOL 平均点、フレイル. 平均±標準偏差または中央値 (四分位範囲). * : p < 0.05.

表 5. WHOQOL26 の各項目のプレフレイルとノンフレイルとの比較

WHOQOL26	プレフレイル (n = 6)	ノンフレイル (n = 6)	p 値
身体的領域 (点)	3.59 ± 0.63	3.49 ± 0.75	0.819
心理的領域 (点)	3.55 ± 0.57	3.24 ± 0.36	0.296
社会的関係 (点)	3.49 ± 0.69	3.55 ± 0.54	0.880
環境領域 (点)	3.43 ± 0.61	3.20 ± 0.43	0.470
QOL 平均点 (点)	3.51 ± 0.59	3.26 ± 0.37	0.399
フレイル (点)	6.00 ± 1.26	1.50 ± 1.37	0.000 **

平均±標準偏差 ** : p < 0.01

表 6. WHOQOL26 の各項目とフレイル得点の相関係数

WHOQOL26	相関係数 (r)	p 値
身体的領域	-0.105	0.744
心理的領域	0.155	0.630
社会的関係	-0.196	0.541
環境	0.08	0.804
QOL 平均点	0.099	0.760

Pearson の相関係数.

フレイル群に分けて比較したものを表5に示す。WHOQOL26 の各項目においてプレフレイル群とノンフレイル群間では有意差は認められなかった。また、WHOQOL26 の各項目とフレイル得点の相関係数を求めたが、相関は認められなかった (表6)。

4. 考察

本研究の目的は、市民公開講座の参加者を対象とし、フレイル、E-SAS および QOL について調査し、特に QOL に着目し、フレイルとの関連性

について検討することである。

フレイル調査の結果からフレイル有病率は0%であったが、フレイル予備軍であるプレフレイルが50%存在することが分かった。このことから、市民公開講座に参加するほど健康意識の高い高齢者でもある一定数のプレフレイルが存在していることが判明した。東京都健康長寿医療センター [13] によると、2012年の調査では日本人高齢者の全体のフレイル有病率は8.7%、プレフレイル率は40.8%、ノンフレイル率は50.5%であったと報告している。また、吉澤ら [14] は、要介護認

定を受けていな地域在住高齢者(平均年齢71.8歳)を対象とした調査では、フレイル有病率が12.8%であったと報告している。小川ら [15] は、252名の高齢者に対してフレイルの調査を実施し、フレイルが32.5%、プレフレイルが32.5%であったと報告している。先行研究結果からは調査時期や調査対象が異なっても、一般的な高齢者の中には、ある一定数のフレイルが存在することは明らかである。また、年齢階級が高くなればなるほどプレフレイル、フレイルの割合が増加するとの報告があり [15]、高齢に伴ってフレイルあるいはプレフレイルが増加の傾向が予測されていたが、今回の対象者に限ってはその傾向は認められなかった。本研究では対象者数が少なく年齢の幅が狭かったため十分な結論に至らなかったと推測される。

プレフレイル状態は健康な状態とフレイルの中間とされ、将来フレイルや要介護になるリスクが高まることが予測される。プレフレイルはフレイルと比べると健康な状態に近いため予防によって改善する割合が高い [16]。松田ら [17] の報告によると、女性の前期高齢者のプレフレイルは移動能力と精神・心理機能が直接的に関連する要因であると述べている。本研究の対象者のプレフレイルの要因となった項目は、運動の機能の低下であった。

口腔機能は有意差はなかったものの、 β エラーの可能性は否定できないため、対象数を増やして検証する必要がある。口腔機能の低下は、高齢者の楽しみを減少させるだけでなく、身体および知的活動、社会との関りも減少させることから、高齢者のQOLを大きく損なう [18] ことが考えられる。フレイル発生には生活習慣や身体的要因、社会的要因がある [19] とされており、今回の対象者のフレイル有病率に関連している具体的な要因については今後さらに検討していく必要がある。

今回の調査では、フレイルの評価だけでなく、E-SASの評価も実施することができた。フレイル評価は身体的、精神的、社会的側面に即した質

問項目から構成されているのに対し、E-SASは、運動機能面や生活空間の広がり、人とのつながりなど、より日常生活に沿った評価となっている。E-SAS評価から対象者は一般高齢者の基準値の目安と比較して、すべての項目で基準点数を上回る傾向を示した。つまり、生活活動量はむしろ高い傾向にあった。しかし、活動性が高く、市民公開講座に参加する意欲もあり、日頃から健康意識が強い傾向にある対象者であってもプレフレイルが存在していることが明らかとなった。フレイルとE-SASの関連性については今後の課題としたい。

WHOQOL26評価の結果では、本研究のQOL平均値と全国の60～79歳の女性QOL平均値と比較すると、各領域で有意差は認められなかった。先行研究のデータと比較しても、本研究の対象者と大きな差異はなかった。震災から年月が経過しているが、被災地の高齢者のQOL値は他の地域の高齢者と比べてQOL値が低値を示すのではないかと予測された。しかし、今回の結果から他の地域の一般高齢者より社会的関係、環境領域ではむしろ高い傾向があった。被災地の限られた社会資源の中でもQOLの満足度は比較的保たれていると考えられる。

フレイルにおいては、年齢が上がるにつれてフレイルおよびプレフレイルの有病率も増加することから [15]、QOLについても年齢に依存する可能性があると考えた。その結果、WHOQOL26の各項目について70歳以上の高齢者群と70歳未満の高齢者群間では、心理的領域と環境領域の項目において有意差が認められた。一方、プレフレイル群とノンフレイル群間でWHOQOL26の各領域の点数を比較した結果、WHOQOL26の各領域で有意差は認められず、更にWHOQOL26の各領域の点数とフレイル得点間には有意な相関関係も認められなかった。このことから、本研究対象者のQOLはフレイルの有無や程度に影響されるのではなく、年齢の影響を受けることが推察された。

WHOQOL26の項目の心理的領域において低値

を示したことは、今後、抑うつ状態や生きがいの低下に繋がる可能性がある。年齢を重ねるにつれて対象者自身の周囲の環境や人とのかかわりに変化が生じれば、容易に心理面および精神面に影響を及ぼすことが考えられ、同時に QOL にも影響を及ぼす可能性も示唆される。高齢者が健康を維持し生活していくためには、運動機能面や精神機能面だけでなく、自身を取り巻く環境の変化に適応できる能力などを身に付けられるよう支援していく必要がある。

高齢者の多くは、身体的機能低下と精神的機能低下が連動するため、今後の対策として、高齢者の身体特性に注意しながら精神的健康へ積極的に取り組まなければならない。渡邊ら [20] は、高齢者の身体機能の低下、特に歩行速度の低下は社会的フレイルの低下に影響を及ぼすと報告している。体力の衰えは QOL の低下にも影響を及ぼすであろう。高齢者には、運動機能の維持改善だけでなく、その人らしく、幸福に生活していく QOL の改善も重要であると考えられる。認知症や抑うつといった精神機能の維持も重要であるが、年齢を重ねるにつれて“生きがい”を持ち続けることは難しい。自分が社会に取り残されないために、自分の置かれている状況と環境に適応しつつ、自分の存在意義を見出していくことが大切である。高齢者は身体機能および精神機能の個人差が大きく生活背景も多様なため、幅広い集団に対して早期から運動機能面だけでなく、精神機能面や社会的側面からの多角的で継続的な支援を実施していくことが有効と考える。また、高齢者が健康を維持し生活していくためには、自身を取り巻く身体的、心理的、社会的、環境的な変化に適応できる能力を身に付けていくことも重要であると考えられる。

本研究の限界としては、限定した地域での市民公開講座に参加した女性 12 名であり、参加者数が少なかったこと、年齢の幅が狭かったことなど研究対象や研究実施地域などに制限があった。しかし、本調査の中で QOL 評価を実施し貴重なデータを得ることができたことには意義がある。今後

は、継続した調査をしつつ、得られた結果をもとに地域在住高齢者の QOL の向上を図る取り組みを提案し適切な支援を実施していきたい。

【利益相反】

本研究において開示すべき利益相反はない。

【謝辞】

本研究の実施にあたり、ご協力いただいた対象者の皆様、市民公開講座の運営の皆様に心より感謝申し上げます。

【引用文献】

- [1] 内閣府ホームページ：令和 4 年版高齢社会白書
令和 4 年版高齢社会白書（概要版）（PDF 版）
－内閣府（cao.go.jp）（2022 年 6 月 17 日）
- [2] 厚生労働省ホームページ：健康日本 21
健康日本 21（第二次） | 厚生労働省（mhlw.go.jp）（2022 年 5 月 20 日）
- [3] 田崎美弥子，中根允文著：WHOQOL26 手引き改訂版. 金子書房. 2013, pp2-42.
- [4] 岩瀬弘明，村田伸，久保温子他：地域在住高齢者の QOL と身体機能の関係. ヘルスプロモーション理学療法研究, 2014;4 (2): 65-70.
- [5] 荒井秀典：4 か国において主観的健康感に与える影響因子の分析－4 か国の比較－. 平成 27 年度 内閣府 第 8 回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果. 2015; 157-160.
- [6] 岡戸順一，艾斌，巴山玉蓮他：主観的健康感が高齢者の生命予後に及ぼす影響. 日本健康教育学会誌, 2003; 11 (1): 31-38.
- [7] 荒井秀典：「フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント」日本老年医学会, 2015.
- [8] 厚生労働省ホームページ tp0501-1f_0005.pdf (mhlw.go.jp) (2022 年 6 月 17 日).
- [9] 佐竹昭介：基本チェックリストとフレイル.

- 日本老年医学会雑誌, 2018 ; 55 : 319-328.
- [10] Fried LP, Tangen CM, et al : Frailty in older adults : evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2001. 56 (3) : M146-156.
- [11] 新村健, 楠博, 太田好紀他 : 地域在住高齢者における Quality of life とフレイル、サルコペニアとの関係 : FESTA 研究における横断的解析, 第19回日本病院総合診療医学会学術総会抄録, 2019, pp582.
- [12] 日本理学療法士協会ホームページ E-SAS | 公益社団法人 日本理学療法士協会 (jspt.or.jp) (2022年6月17日).
- [13] 東京都健康長寿医療センター研究所ホームページ : 地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター研究所 (tmghig.jp) 20200903.pdf (tmghig.jp) (2022年6月17日).
- [14] 吉澤裕世, 田中友規, 高橋競他 : 地域在住高齢者における身体・文化・地域活動の重複実施とフレイルとの関係. 日本公衆衛生雑誌, 2019 ; 66 (6) : 306-316.
- [15] 小川宣子, 田中真佐恵, 山本十三代他 : 都市型準限界集落の高齢者におけるフレイル発生と健康課題. 摂南大学地域総合研究所報5号, 2020 ; 149-161.
- [16] 渡邊良太, 竹田徳則, 林尊弘他 : フレイルから改善した地域在住高齢者の特徴 - JAGES 縦断研究. 総合リハビリテーション, 2018, 46 : 853-862.
- [17] 松田憲亮, 池田翔, 鶴大輔他 : 前期女性高齢者の身体的プレフレイルに関連する要因間の関連性. 理学療法学 Supplement 46S1 (0), C-101_2-C-101_2, 2019.
- [18] 渡邊裕 : 地域在住高齢者の口腔機能の低下とフレイルの関係について, 老年歯科医学, 2017 ; 31 (4) : 405-411
- [19] 島田裕之編 : フレイルの予防とリハビリテーション. 医歯薬出版, 2015, pp3.
- [20] 渡邊観世子, 石坂 正大, 原 毅他 : 地域在住高齢者の社会的フレイルの有無と身体機

能の特徴. 国際医療 福祉大学学会誌 (2186-3652). 2021 ; 26 (1) : 80-88.