

地域在住の要支援・要介護高齢者における 主観的健康感と余暇的生活行為の関連

池田 晋平¹⁾, 西村 恭介²⁾, 鈴木 武志²⁾, 佐藤 美喜²⁾, 野尻 裕一²⁾, 芳賀 博³⁾

1) 東京工科大学医療保健学部作業療法学科

2) 神奈川県綾瀬市福祉部高齢介護課

3) 佐久大学看護学部

Key words: 主観的健康感, 余暇的生活行為, 要支援・要介護高齢者

要旨: 本研究の目的は、地域在住の要支援・要介護高齢者の主観的健康感と余暇的生活行為の関連を明らかにすることである。対象は、神奈川県A市在住の要介護認定を受けている在宅高齢者168名で、調査の結果、主観的健康感で健康は33.3%であった。58項目の余暇的生活行為のうち1つ以上実施している者は87.5%で、全体の平均実施数は4.96であった。多変量解析では、主観的健康感の健康にスポーツ活動（オッズ比2.18, $p=0.013$ ）、知的活動（オッズ比1.69, $p=0.008$ ）、観光活動（オッズ比1.78, $p=0.025$ ）の実施数が有意に関連していた。スポーツ活動や観光活動は、身体を活発に動かし、魅力的な土地で楽しむという特徴がある。それに比べ知的活動は、身体活動度をあまり必要としないが、好奇心を満たす能動的な活動と言える。これらの特徴が主観的健康感に作用していると推察された。

受付日: 2020年3月20日 受理日: 2020年9月10日 発行日: 2020年9月18日

I. はじめに

我が国の介護予防施策は、要支援・要介護高齢者を三次予防の対象に位置づけ、重度化の防止を目的としたリハビリテーションを推奨している¹⁾。これに対し作業療法は「人は作業を通して健康や幸福になる」というポジティブな表現の基本理念のもと、生活行為を通し対象者の健康を実現することが作業療法士（以下、OT）の役割である。高齢者の活動能力は1) 生命の維持, 2) 機能的健康度, 3) 知的-認知, 4) 身体的自立 (Activities of Daily Living, 以下ADL), 5) 手段的自立 (Instrumental Activities of Daily Living, 以下IADL), 6) 知的能動性, 7) 社会的役割の7つに体系化され、5)~7)はより積極的な生活として位置付けられている²⁾。7)は加齢に伴い早い段階で低下し³⁾、要支援・要介護高齢者では4)・5)も制限されるが、より高次の6)すなわち余暇的生活行為(趣味)に焦点を当てることは、作業療法の基本理念に照らしても意義がある。

ところで主観的健康感とは、ある個人の健康状態をその人自身が評価する指標である。例えば「あなたは普段、ご自分で健康だと思いますか?」と問い、健康か健康でないかの判断は回答者に委ねられているのが特徴であ

る⁴⁾。要支援・要介護高齢者の主観的健康感に関する研究は、介護保険制度施行後から我が国ではじまり、主観的健康感が良好な者は将来の介護の重度化が抑制されること^{5) 6)}や生活満足度が高いこと⁷⁾が報告されている。したがって、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の維持・増進に向けた取り組みは、生理的な老化から客観的健康度が低下する状況においてより重要と考えられる。冒頭で述べたようにOTが捉える生活行為は幅広く、要支援・要介護高齢者の生活行為と主観的健康感の関連を検討した報告は散見される。これまでIADL⁸⁾やADL^{8) 9)}の自立度と主観的健康感の関連は指摘されているものの、余暇的生活行為については未解明のままである。本研究が着目する余暇的生活行為は、地域在住一般高齢者でMMSE (Mini- Mental State Examination)¹⁰⁾やMoCA-J (日本語版Montreal Cognitive Assessment)¹¹⁾の得点と関連し、認知症を伴う要介護認定の抑制因子¹²⁾であることが明らかにされている。また要支援・要介護高齢者では、趣味の有無が主観的QOL (Quality of Life)と関連し^{13) 14)}、うつ¹⁵⁾や要介護度の悪化⁵⁾に抑制的に働くことが指摘されている。このように高齢者全般において余暇的生活行為と

認知機能面・心理面の関連について研究の蓄積はあるが、要支援・要介護高齢者では特定の介護保険サービス利用者に限られた知見が多く、趣味内容について詳細な検討がされていないという課題が残されている。

そこで本研究は、地域在住の要支援・要介護高齢者を対象に余暇的生活行為の実態を明らかにし、主観的健康感との関連を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 調査対象と方法

調査対象は、神奈川県A市の高齢介護課と共同で実施した「高齢者の健康と生活に関する調査（以下、本調査）」の対象となった同市在住の65歳以上高齢者である。本調査は3,058名を対象に郵送法によるアンケート調査を実施し、1,899名から回答を得た（回収率62.1%）。本研究はこのうち要介護認定を受けている在宅高齢者168名を分析対象とした。調査期間は2017年6月28日～7月9日であった。

2. 調査内容

(1)基本属性

年齢、性別、疾患の数、IADLの実施状況、要介護状態区分を調査した。疾患の数は「現在、医師から指摘されている病気はありますか」と問い、循環器系、呼吸器系、消化器系、泌尿器系、筋・骨格系、神経系など23疾患から該当するものを選択させ、一人当たりの疾患数を算出した。IADLの実施状況は、基本チェックリストを参考¹⁶⁾に5項目について実施の有無を尋ね、実施している場合に1点を付与し合計点（0～5）を算出した。要介護状態区分は、該当する区分の回答をもとに要支援1から要介護5の7段階についてそれぞれ1～7の値を付与した。

(2)主観的健康感

「あなたは普段、ご自分で健康だと思いますか」と問い、「とても健康である」、「まあまあ健康である」、「あまり健康ではない」、「健康ではない」から回答を求めた。主観的健康感はこのように単一の質問項目によって健康状態を評価する指標で⁴⁾、地域在住一般高齢者で非健康である場合、将来の死亡や施設入所が予測されるというエビデンスの蓄積がある^{17) 18)}。また要支援・要介護高齢者でも主観的健康感の非健康が介護の重度化の予測因子であり^{5) 6)}、疾患の数や自覚症状に関する身体的要因^{19) 20)}、うつなどの精神的要因^{8) 19)}、近所付き合いや孤独感など社会的要因^{21) 22)}との関連も報告されている。分析では「とても健康である」と「まあまあ健康である」を「健康」、「あまり健康ではない」と「健康ではない」を「非健康」とした^{5) 9) 19) 22)}。

(3)余暇的生活行為

生活行為向上マネジメントの関連シート²³⁾ および竹田らの報告¹²⁾を参考に項目を設定した。調査は①スポーツ活動、②文化的活動、③知的活動、④娯楽活動、⑤鑑賞活動、⑥音楽活動、⑦観光活動、⑧自然と触れ合う活動の8カテゴリ計58項目について、普段実施しているかその有無を尋ねた（後掲の表2参照）。分析の際は、カテゴリ別に実施数を算出した。

3. 分析方法

対象者の特徴を把握するため、主観的健康感の「健康」・「非健康」別に各調査項目の単純集計を行った。その際、両群の差を確認するため、連続変数はマン・ホイットニーのU検定、離散変数はカイ二乗検定を実施した。次に、各カテゴリの余暇的生活行為が主観的健康感にどのような関連を示すか確認するため、主観的健康感を目的変数、余暇的生活行為の各カテゴリの実施数を説明変数とするロジスティック回帰分析を実施した（強制投入法）。多重共線性の確認のため分析前に説明変数間の相関係数を算出し、絶対値が0.9以上の組み合わせがないか精査した。統計処理はIBM SPSS for Windows ver.24を用い、統計的有意水準は5%未満とした。

4. 倫理的配慮

桜美林大学倫理委員会の承認（受付番号17007）を得た。対象者には書面にて研究の趣旨、倫理的配慮、個人情報保護について説明し、調査票の返信をもって同意を得られたとみなした。

III. 結果

1. 対象者の特性と余暇的生活行為の実施状況

対象者168名のうち、主観的健康感の「健康」は56名（33.3%）であった。平均年齢は「健康」は 83.89 ± 7.28 歳、「非健康」は 81.63 ± 6.50 歳であった。男性の「健康」の割合は29.8%、女性の「健康」の割合は35.1%であった。疾患の数は「健康」は 2.07 ± 1.08 、「非健康」は 2.90 ± 1.59 で有意差が確認された（表1）。58項目の余暇的生活行為の中で1つ以上実施している者は147名（87.5%）で、平均実施数は 4.96 ± 3.93 であった。主観的健康感でみた各カテゴリの実施数は、「健康」はスポーツ活動 0.77 ± 0.74 、文化的活動 0.45 ± 0.63 、知的活動 1.46 ± 1.22 、娯楽活動 0.09 ± 0.35 、鑑賞活動 1.11 ± 1.11 、音楽活動 0.41 ± 0.65 、観光活動 0.91 ± 1.24 、自然と触れ合う活動 0.95 ± 1.07 であった。「健康」と「非健康」を比較すると、「健康」でスポーツ活動、文化的活動、知的活動、観光活動の実施数が有意に多いことが確認された（表1）。

余暇的生活行為の実施割合の詳細を表2に示す。「スポーツ活動」でもっとも実施されていたのは体操23.8%

表1 対象者の特性

	主観的健康感		p値
	健康 n=56	非健康 n=112	
年齢	83.89 ± 7.28	81.63 ± 6.50	0.100
性別 ¹⁾			
男性 n (%)	17 (29.8)	40 (70.2)	0.489
女性 n (%)	39 (35.1)	72 (64.9)	
疾患の数	2.07 ± 1.08	2.90 ± 1.59	0.001**
IADLの実施状況	2.66 ± 1.95	2.14 ± 1.96	0.106
要介護状態区分	2.63 ± 1.46	3.06 ± 1.80	0.227
スポーツ活動の数	0.77 ± 0.74	0.39 ± 0.70	0.000***
文化的活動の数	0.45 ± 0.63	0.25 ± 0.53	0.017*
知的活動の数	1.46 ± 1.22	1.03 ± 1.17	0.014*
娯楽活動の数	0.09 ± 0.35	0.11 ± 0.43	0.985
鑑賞活動の数	1.11 ± 1.11	1.18 ± 1.18	0.795
音楽活動の数	0.41 ± 0.65	0.25 ± 0.56	0.051
観光活動の数	0.91 ± 1.24	0.49 ± 0.82	0.038*
自然と触れ合う活動の数	0.95 ± 1.07	0.67 ± 0.82	0.088

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ 1) カイ二乗検定 IADLの実施状況: 0 ~ 5
 要介護状態区分 (要支援 1 ~ 要介護 5): 1 ~ 7

であり、続いてウォーキング19.6%であった。以下に同じく、「文化的活動」は編み物・針仕事12.5%、絵画7.1%であった。「知的活動」は新聞50.6%、読書20.8%であった。「娯楽活動」はマージャン3.6%、将棋3.6%、囲碁1.2%、パチンコ1.2%であった。「鑑賞活動」はドラマ35.7%、音楽26.8%であった。「音楽活動」はカラオケ16.1%、コーラス6.5%であった。「観光活動」は宿泊を伴う旅行20.8%、食べ歩き・グルメ16.7%であった。「自然と触れ合う活動」は庭いじり36.9%、園芸14.9%であった。

2. 主観的健康感に対する余暇的生活行為の影響

ロジスティック回帰分析の結果、主観的健康感の「健康」に対し、スポーツ活動 (オッズ比2.18, $p = 0.013$), 知的活動 (オッズ比1.69, $p = 0.008$), 観光活動 (オッズ比1.78, $p = 0.025$) の実施数が有意に関連していた。分析前に説明変数間の相関係数を確認したが、絶対値はすべて0.9以下であった (表3)。

IV. 考察

1. 要支援・要介護高齢者の余暇的生活行為の実態

北海道のある自治体の地域在住一般高齢者の疾患の数は平均1.8であることが示されており⁹⁾、また石川県のある自治体に在住する自立高齢者では、基本チェックリストのIADL 5項目で3項目以上低下している者はわずか11.6%であると報告されている²⁴⁾。このことから本研究の要支援・要介護高齢者は地域在住一般高齢者よりも疾患を有し、IADLの自立度も低いという特性がある (表

1)。また、地域在住一般高齢者で趣味を有する者は、約6割であることが先行研究で明らかになっている^{25) 26)}。他方、在宅ケアサービスを利用する要介護高齢者では、約5割の者が趣味を有しているという報告もある¹⁴⁾。本研究では地域在住の要支援・要介護高齢者の8割以上が1つ以上の余暇的生活行為を実施し、平均実施数は4.96であることを明らかにした。これは本調査が、58項目の余暇的生活行為を挙げその中から選択式で調査したため、他の報告と比べ実施率が高い結果になったと推察される。

ところで岩佐らは「現代高齢者版余暇活動尺度」を用い、都市部在住一般高齢者の余暇活動の詳細を調査している¹⁰⁾。調査内容は本研究と差異があり単純な比較はできないが、カテゴリは類似している。この調査で実施頻度が高いものは「旅行 (国内旅行, 国外旅行など)」、「運動 (有酸素運動, ストレッチなど)」、「植物の世話 (園芸, 畑仕事など)」であり、一般高齢者は屋外の活動が主であることが伺える。斎藤らの報告でも「散歩・ジョギング」、「旅行」、「園芸・庭いじり」が上位であり²⁵⁾、これらと比べると、要支援・要介護高齢者の余暇的生活行為の特徴は、自宅内で日常的に取り組みされる「知的活動」や「鑑賞活動」が主であることが推察される (表1)。その一方、旅行に関しては「宿泊を伴う旅行」の他に「食べ歩き・グルメ」が、運動では「体操」、「ウォーキング」が実施されていた。上述の一般高齢者の実態を踏まえると、要支援・要介護高齢者はこれまで実施してきた活動の形態を変えながら継続していると思われる。加えて「庭いじり」の実施割合も高く、要支援・要介護の状態でも

表2 余暇的生活行為の実施割合

①スポーツ活動	水泳 (0.0%) グラウンドゴルフ (1.8%) ジョギング (3.6%)	テニス (0.6%) ダンス・踊り (1.8%) 体操 (23.8%)	ゴルフ (0.6%) ウォーキング (19.6%)
②文化的活動	俳句 (2.4%) 書道 (4.2%) 茶道 (0.6%)	短歌 (2.4%) 編み物・針仕事 (12.5%) 華道 (1.8%)	詩吟 (0.6%) 絵画 (7.1%)
③知的活動	歴史探求 (2.4%) 展覧会巡り (1.8%) 読書 (20.8%) パソコン (6.5%) 政治 (0.6%)	美術館巡り (2.4%) 新聞 (50.6%) 語学 (0.6%) カメラ (3.0%) 自己啓発 (1.2%)	博物館巡り (1.2%) ラジオ (15.5%) パズルゲーム (9.5%) 収集・コレクション (1.2%)
④娯楽活動	囲碁 (1.2%) パチンコ (1.2%)	将棋 (3.6%) 競馬 (0.6%)	マーじゃん (3.6%)
⑤鑑賞活動	スポーツ (25.6%) 音楽 (26.8%)	映画 (16.1%) 演芸・芸能 (11.3%)	ドラマ (35.7%)
⑥音楽活動	カラオケ (16.1%) 楽器演奏 (4.2%)	コーラス (6.5%) 音楽教室 (1.2%)	民謡 (2.4%)
⑦観光活動	ドライブ (10.7%) 神社・仏閣巡り (4.8%)	宿泊を伴う旅行 (20.8%) 食べ歩き・グルメ (16.7%)	日帰り旅行 (10.1%)
⑧自然と触れ合う活動	園芸 (14.9%) 釣り (0.0%) 山登り (0.6%)	庭いじり (36.9%) 動植物の観察 (4.2%) ペット飼育 (11.3%)	作物栽培 (5.4%) ハイキング (3.0%)

表3 主観的健康感を目的変数としたロジスティック回帰分析

説明変数	OR	95% CI		p値
		下限	上限	
年齢	1.11	1.04	1.19	0.002**
性別	0.86	0.34	2.15	0.740
疾患の数	0.49	0.34	0.72	0.000***
IADLの実施状況	0.89	0.66	1.2	0.439
要介護状態区分	0.87	0.66	1.15	0.337
スポーツ活動	2.18	1.18	4.05	0.013*
文化的活動	1.33	0.60	2.96	0.479
知的活動	1.69	1.15	2.48	0.008**
娯楽活動	0.45	0.13	1.56	0.209
鑑賞活動	0.66	0.43	1.01	0.054
音楽活動	1.09	0.52	2.30	0.818
観光活動	1.78	1.08	2.96	0.025*
自然と触れ合う活動	1.12	0.69	1.82	0.638

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ 年齢, 性別, 疾患の数, IADLの実施状況を調整変数とした
 主観的健康感: 非健康 1, 健康 2 性別: 男性 1, 女性 2 IADLの実施状況: 0 ~ 5
 要介護状態区分 (要支援 1 ~ 要介護 5): 1 ~ 7

実施しやすい屋外活動であると考えられる (表2)。

2. 主観的健康感に対する余暇的生活行為の影響

本研究の要支援・要介護高齢者の主観的健康感は、「健康」が33.3%であった。本研究と同様に地域在住を条件にした調査は、同じく3~4割が「健康」という実態が報告されている^{5) 19) 22)}。本研究で示された主観的健康感の実態は、地域の実態を表すものと言える。

本研究は、余暇的生活行為の各カテゴリの実施が主観的健康感にどのような関連を示すのか検討することを主旨としている。分析の結果、年齢、性別、疾患の数、IADLの実施状況、要介護状態区分の影響をコントロールしても、主観的健康感の「健康」に「スポーツ活動 (オッズ比2.18)」、「観光活動 (オッズ比1.78)」、「知的活動 (オッズ比1.69)」の実施数が有意に関連していた (表3)。「スポーツ活動」や「観光活動」は、身体を活発に動かした

り、魅力的な土地で楽しむという特徴を持っている。このことがこれら高齢者の主観的健康感に作用していると推察される。他方で「知的活動」は身体活動度をあまり伴わないが、好奇心を満たすという点で能動的な活動と言えるかもしれない。このことから、例えば要介護状態区分が重度化しても、「知的活動」を通し社会や物事への興味・関心を持続させることで主観的健康感を維持できる可能性がある。

芳賀は高齢者の活動能力を7つに体系化しているが²⁾、本研究の結果は、要支援・要介護状態であっても「社会的役割」に次ぐ「知的能動性」すなわち余暇的生活行為に従事することで、主観的健康感を維持・増進できる可能性を示唆するものである。OTの実践例として、田中は、重度の右麻痺と失語症をもつ女性の訪問作業療法から、「園芸、庭作り」の再獲得へ向けた関わりを報告している²⁷⁾。高野らも同じく訪問作業療法で、右麻痺で異常感覚を有する女性と「料理教室へ参加する」という目標を共有し、趣味活動の拡大に向けた介入を報告している²⁸⁾。これらOTの関わりは、その活動が本人にとってどのような意味を持つのか着目している点で共通している。池田らは、疾患・障害がある人々は心理的あるいは社会的側面が充実していることで主観的健康感を良好と回答すると述べている⁹⁾。これを踏まえると、余暇的生活行為を充実させ心理・社会面に働きかけるOTの実践は、主観的健康感を維持・増進する上で重要な役割を持つのではないだろうか。

3. 本研究の限界と課題

本研究は疫学研究に基づき主観的健康感の健康の発生活割とそれに影響を与える要因、すなわち余暇的生活行為の関連を検証した。サンプル数が少なく対象地区も特定の地域であるため、本研究の知見を一般化するには限界がある。また横断調査をもとに分析しているため、両者の因果関係を明言することはできない。分析では疾患の数や要介護状態区分の影響を考慮したが、認知機能面については検討できていないため、郵送法による調査に限界があった。今後は、主観的健康感に対する余暇的生活行為の影響を介入研究で検証し、具体的な示唆を得る必要がある。最後に、余暇的生活行為の実施が必ずしも健康面に良い影響をもたらすとは限らず、高齢者のうつと将棋／囲碁／麻雀、パチンコの関連が指摘されている²⁶⁾。OTが人々の生活行為を促進する役割を担う上で、どのような種類の余暇的生活行為がどの健康側面にどのような影響を及ぼすのか、慎重に検討していく必要がある。

V. 結論

地域在住要支援・要介護高齢者の主観的健康感の「健

康」に、スポーツ活動、知的活動、観光活動の実施数が有意に関連することが明らかになった。

VI. 文献

- 1) 厚生労働省：介護予防マニュアル（改訂版：平成24年3月）について：第1章介護予防事業について。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>（参照2018-06-07）。
- 2) 芳賀博：高齢者の健康とヘルスプロモーション。高齢者看護学，亀井智子，小玉敏江・編，第3版，中央法規，2018，pp.180-187。
- 3) Fujiwara Y, Shinkai S, Kumagai S, Amano H, Yoshida Y. et al: Longitudinal changes in higher-level functional capacity of an older population living in a Japanese urban community. Archives of Gerontology and Geriatrics 36(2): 141-153, 2003.
- 4) 杉澤秀博，杉澤あつ子：健康度自己評価に関する研究の展開－米国での研究を中心に－。日本公衆衛生雑誌42(6)：366-378，1995。
- 5) 和泉京子，阿曾洋子，山本美輪：「軽度要介護認定」高齢者の5年後の要介護度の推移の状況とその要因。老年社会科学33(4)：538-554，2012。
- 6) 村田伸，安田直史，米田香，村田潤，樋口直明，他：軽度要介護高齢者における居宅生活の継続要因に関する前向き研究－5年後の追跡調査より－。理学療法科学23(4)：487-490，2008。
- 7) 工藤禎子，三国久美，森田智子：介護保険の居宅サービス利用者の生活満足度とその関連要因。北海道医療大学看護福祉学部学会誌2(1)：29-33，2006。
- 8) Lee HY, Kim J, Merighi JR: Physical activity and self-rated health status among older adult cancer survivors: Does intensity of activity play a role? Oncology Nursing Forum 42(6): 614-624, 2015.
- 9) 池田晋平，植木章三，柴喜崇，新野直明，渡辺修一郎，他：要支援・要介護高齢者と一般高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴。老年社会科学39(3)：341-351，2017。
- 10) 岩佐一，吉田祐子，石岡良子，鈴嶋よしみ：地域高齢者における「現代高齢者版余暇活動尺度」の開発－認知機能との関連の検討－。日本公衆衛生雑誌66(10)：617-628，2019。
- 11) 小園麻里菜，権藤恭之，小川まどか，石岡良子，増井幸恵，他：余暇活動と認知機能との関連－地域在住高齢者を対象として－。老年社会科学38(1)：32-44，2016。
- 12) 竹田徳則，近藤克則，平井寛：地域在住高齢者における認知症を伴う要介護認定の心理社会的危険因子－AGESプロジェクト3年間のコホート研究－。日本公衆衛生雑誌57(12)：1054-1065，2010。
- 13) 中村勝喜，阿部吉樹，柴山大賀，日高紀久江：要支援・

- 軽度要介護高齢者の主観的QOLと高次生活機能の関連要因の検討. 日本老年医学会雑誌55(2) : 276-283, 2018.
- 14) 今西美由紀, 友久久雄, 日垣一男: 在宅ケアサービス利用高齢者における12ヵ月間の主観的QOLの軌跡. 日本臨床作業療法研究3(1) : 47-55, 2016.
- 15) 和泉京子, 阿曾洋子, 山本美輪, 福島俊也: 「軽度要介護認定」高齢者のうつに関連する要因. 老年社会科学28(4) : 476-486, 2007.
- 16) 鈴木隆雄, 島田裕之, 大淵修一: お達者検診の成果と老年検診. 介護予防マニュアル. 初版, 法研, 東京, 2015, pp.161-197.
- 17) DeSalvo KB, Blosner N, Reynolds K, He J, Muntner P: Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 21(3): 267-275, 2006.
- 18) Luppá M, Luck T, Weyerer S, König HH, Brähler E, et al: Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. *Age and Ageing* 39(1): 31-38, 2010.
- 19) 長谷川直人, 佐藤和佳子: 要支援高齢者の主観的健康感の関連要因. 日本看護科学会誌31(2) : 13-23, 2011.
- 20) 村田伸, 津田彰, 稲谷ふみ枝: 在宅障害高齢者の主観的健康感に及ぼすADLならびにライフスタイルの影響. *行動科学*43(2) : 51-57, 2004.
- 21) 中尾寛子, 平松正臣: 訪問介護サービスを利用している独居高齢者の主観的健康感に影響する社会関係要因とその独居年数による相違. *厚生*の指標53(13) : 20-27, 2006.
- 22) 池田晋平, 植木章三, 柴喜崇, 新野直明, 渡辺修一郎, 他: 在宅要支援・要介護高齢者の主観的健康感に尿失禁と心理・社会的要因が及ぼす影響の検討. *作業療法*34(5) : 509-518, 2015.
- 23) 一般社団法人日本作業療法士協会: 生活行為向上マネジメントの使い方. 事例で学ぶ生活行為向上マネジメント. 初版, 医歯薬出版株式会社, 2015, pp.17-43.
- 24) 浜崎優子, 森河裕子, 中村幸志, 森本茂人, 中川秀昭: 介護予防事業対象者選定における生活機能検査の参加状況と要介護状態発生との関連. *日本公衆衛生雑誌*59(11) : 801-809, 2012.
- 25) 斎藤民, 近藤克則, 村田千代栄, 鄭丞媛, 鈴木佳代, 他: 高齢者の外出行動と社会的・余暇的活動における性差と地域差-JAGESプロジェクトから-. *日本公衆衛生雑誌*62(10) : 596-608, 2015.
- 26) 竹田徳則, 近藤克則, 鈴木佳代: 地域在住高齢者におけるうつの程度別による趣味活動の特徴-うつ予防・支援の手がかりとして-. *作業療法*33(4) : 337-346, 2014.
- 27) 田中克一: 重度失語症者に対する作業に焦点を当てた実践-手記を通して重度失語症者の意味のある作業が見えた一例-. *作業療法*38(5) : 617-622, 2019.
- 28) 高野大貴, 寺岡陸: 訪問リハビリテーションにおける「作業に根ざした実践2.0(OBP 2.0)」の臨床有用性について. *作業療法*38(3) : 358-364, 2019.