

St. Luke's International University Repository

後期高齢者の健康状態と介護状況:都市と都市近郊の比較

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2007-12-26 キーワード (Ja): キーワード (En): the age with 75 years and over, health conditions, home-care, problems on care giving, regional differences 作成者: 村嶋, 幸代, 飯田, 澄美子, 石井, 享子, 藤田, 朗子, 松下, 和子, 渡辺, 裕美 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/208

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



後期高齢者の健康状態と介護状況

——都市と都市近郊の比較——

村 嶋 幸 代* 飯 田 澄美子* 石 井 享 子*
藤 田 朗 子** 松 下 和 子** 渡 辺 裕 美***

要 旨

後期高齢者の健康状態、介護状況と問題点を明らかにし、今後必要な援助を考える目的で、老人対策、家族形態の異なる2地域——都市と都市近郊——の75歳以上の老人に対し、調査を行った。都市は都心のT区、都市近郊は神奈川県M市である。

その結果、以下の知見を得た。

- 1) 回収率は両地域共80%を越え、T区は3,294人、M市は1,108人から回答を得た。
- 2) 現在の健康状態のうち、「ねたきり（寝たきり＋寝ていることがほとんど）」は、T区10.9%、M市7.9%とM市の方が有意に少なかった。また、日常生活で手助けを必要とする人の率も、褥瘡発生率もM市の方が少なかった。
- 3) 20コの精神症状のうち11コ以上有する人は両地域共約2%ずつ存在していた。
- 4) 暮らしている場所についてみると、M市では94%が自宅または他の家で過ごしているが、T区はそれが89%と少く、入院、入所が多い。

健康度別の在宅率は両地域共「ねたきり」で低下したが、特にT区での低下が著しく、都心の諸問題が反映していると考えた。

介護者は、M市は嫁が中心となるが、T区では、娘、嫁、配偶者、息子が分担していた。

- 5) 受けているサービスは、M市は一時入所、T区はホームヘルパーが各々有意に多く、各地域の行政施策が反映していた。
- 6) 介護上の訴えは、老人の健康レベルの低下に伴い増えていた。老人の精神症状が増加すると、生活が振りまわされるとの訴えが増える。また、都心のT区では出費が重むとの訴えが多かった。

以上の分析を通して、都心のT区、都市近郊のM市の後期高齢者の健康状態、在宅率、利用しているサービス、介護者やその問題等には、両地域の施策と家族機能の違いが反映していることが示された。また、両地域共、痴呆老人対策が急務だと指摘された。

キーワードズ

後期高齢者 健康状態 在宅ケア 介護問題 地域差

I はじめに

近年の人口の高齢化に伴い、援助を必要とする寝た

きり老人、痴呆老人も増える傾向にある¹⁾。これらの老人の介護者の負担は重く、様々な形で援助や地域のネットワーク作りが必要であると指摘されている^{2, 3)}。

今回は、特性の異なる2地域を対象として75歳以上の後期高齢者の健康状態と手助けの必要度、介護上困っていること、受けているサービス等について調査

* 聖路加看護大学
** 聖路加国際病院
*** 東洋大学大学院生

を行った。この調査を通して両地域の老人の健康実態を把握し、その差異をもたらしているものに考察を加え、今後必要な援助のあり方について考えることを目的とした。ただし、一人暮らし老人については既に昭和60年に調査したものを報告しており⁴⁾、今回は家族と同居している老人に焦点をあてた。

II 研究方法

1. 対 象：

都市として東京都中央区(以下、T区と呼ぶ)、都市近郊として神奈川県南足柄市(以下、M市と呼ぶ)を選定した。各々の敬老祝金の台帳から75歳以上の後期高齢者を選び、一人暮らしを除いた人を対象とした。

2. 方 法：

郵送法による質問紙調査を、T区は昭和61年3月と62年3月に、M市は62年9月に行った。質問内容は、現在暮らしている場所、健康状態、脳卒中・高血圧の既往の有無、身体・精神症状、手助けの必要度と主な介護者、介護上困ることと知りたい内容、現在受けているサービスである。記載にあたっては、なるべく家族が記入するよう依頼した。また、両地域共、返送先は老人福祉または保健担当の行政窓口とした。

両地域の対象者数と有効回答数は表1の通りである。

表1 回収率

地 域	T 区	M 市
対 象 者 数	4,051	1,256
回 収 者 数	3,294	1,108
回収率(%)	81.3	88.2

III 地域概況 (図1, 2, 表2, 3)

1. T 区

東京都23区の中央に位置し、高層ビル化の進む商業都市である。全国平均を100とした時の所得格差は177.7と高く、地区全体としては裕福な地区である。

昭和30年を境に居住人口は一貫して減少しつつある。また、転出入を併せた移動者率も18.6%と多く、昼間人口は夜間人口の8倍以上に達する。

65歳以上の老年人口割合が13.9%と全国平均に比べて多いのに対し、14歳以下の年少人口割合は15.8%と少く、老年化指数が83.4と高い地域である。人口千対出生率は9.8と低く、逆に死亡率は9.0と高い。

区内に病院が11ヶ所、診療者が378ヶ所あり、また、近接区にも医療機関が多いため、医療には恵まれた地域である。区内の保健所は2ヶ所、保健婦は計13名で、平均担当人口は6,600人である。

老人福祉施設として区内にあるのは、昭和46年以降に完成した3ヶ所の敬老施設のみで、老人ホームはない。但し、昭和57年に完成した福祉センターは老人も利用できる。また、短期入所用ベッドは近隣2区と共

表3 両地区の老人対策の比較 (昭和61年現在) (一人暮らしを除く)

項目	両 地 域 共 通 な 施 策	両 地 域 の 相 違 点	
		T 区	M 市
寝たきり老人のために	- 入浴サービス - 寝具乾燥、丸洗いサービス - 日常生活用具の給付 - 短期保護事業 - 訪問看護事業 - 老人家庭奉仕員、家事援助者派遣	- 老人本人への見舞金 - 老人福祉手当 - 寝たきり老人理髪サービス	- 老人の家族への見舞金と見舞品 - 水道料減免
老人全体へのサービス	- 老人医療費、看護料支給 - 敬老の日事業(敬老会、敬老入浴日、敬老金、敬老祝品) - 働く場所のあっ旋 - 老人クラブ育成、活動費助成 - 白内障用メガネ、コンタクトレンズ代助成 - 老人福祉会館利用	- 団体活動にバス借上費助成 - 東京都シルバーパスの交付	- 老人居室整備資金貸付制度 - ふれあい運動会(老人スポーツ大会)

表 2 中央区と南足柄市の比較 (地域概況)

項 目		出 典	全 国	中 央 区	南足柄市
面 積 (km ²)		昭和60年国勢調査	377,815.0	10.1	77.6
人口総数 (人)		"	121,048,923	79,973	41,706
年齢 3 区分別 人口割合 (%)	0～14歳	"	21.5	15.8	23.1
	15～64歳	"	68.2	70.3	68.5
	65歳以上	"	10.3	13.9	8.4
75歳以上人口割合 (%)		"	3.9	6.5	2.9
年少人口指数		"	20.9	16.0	22.1
老年人口指数		"	10.6	13.6	8.7
老年化指数		"	50.6	83.4	39.3
人口社会増加率		"		-206.4	-12.4
自然増加率(人口1,000対)		"	4.9	0.8	6.21
一世帯あたり平均人数		"	3.07人	2.27	3.55
昼夜人口比 (%)		"	100.0	867.7	88.0
所得格差		"	100.0	177.7	124.1
産業 3 部門別 人口割合 (%)	第 1 次産業	"	9	0	6
	第 2 次産業	"	33	19	48
	第 3 次産業	"	57	80	46
出 生 率(人口1,000対)		昭和61年保健所年報	11.1	9.8	11.53
死 亡 率(人口1,000対)		"	6.2	9.0	5.32
乳 児 死 亡 率(出生1,000対)		"	5.0	7.6	4.1
新生児死亡数(出生1,000対)		"	2.9	2.5	4.1
病 院 総 数		"	9,699	11	2
{ 精 神 病 院		"		0	1
{ 一 般 病 院		"		11	1
一般診療所数		"	79,364	378	15
保健所数		保健所運営報告	851	2	1 (1市5町管轄)
保健婦数 (人)		昭和61年保健所年報	22,050	13	(地区担当) 2
保健婦 1 人の平均担当人口				6,600	(保健センター) 5
老人福祉施設	・ 特別養護老人ホーム	全国老人福祉施設要覧 昭和61年版	1,607	0(建設予定) 但し、ショート ステイ用ベッド 4床が他区にあ り	1.(草の家50人(昭58)) ・ディサービス ・一時入所 ・入浴サービス ・給食サービス
	・ 老人福祉センター A 型	"	1,917	0	1.(春日山荘(昭45))
	・ 軽費老人ホーム	"	280	0	草の家50人 高齢者相談事業

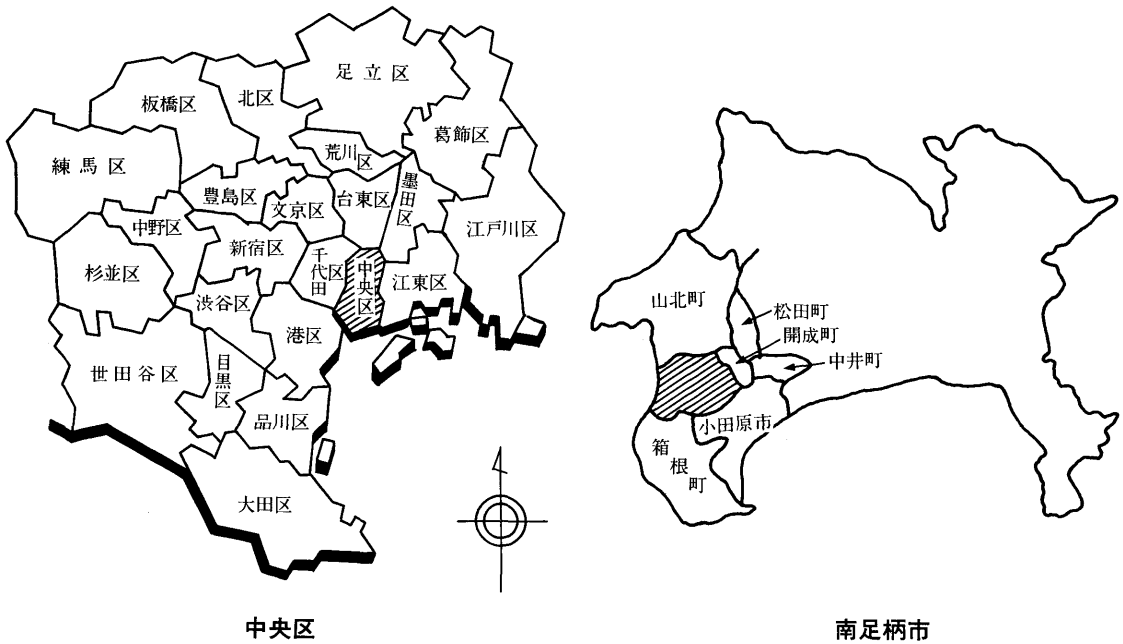


図1 対象地域の位置

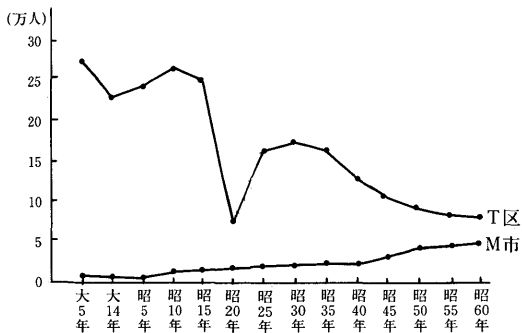


図2 対象地域の人口推移

同で4床が他区に確保されており、必要時利用できるようなシステムは作られている。

昭和50年に厚生部に老人福祉課が設置された後、地区全体の老人の健康調査は聖路加看護大学が委託を受けて実施した⁵⁾のが最初である。その後、61年4月に高齢者福祉対策審議会が発足し、62年12月に最終報告⁶⁾を出した。この報告に従って、今後老人対策が充実されていく地域である。なお、昭和61年現在の福祉施策は表3に示す通りである。

身体的な機能障害をもつ老人が機能訓練を受ける場所としては、57年開所の福祉センターのリハビリ室がある。59年7月から運行バスが整備され、利用が拡大

している。また、62年度から区内の2保健所で脳血管障害とパーキンソン氏病に対するリハビリ訓練事業を開始したところである。その他の老健法関係の業務の開始年度は表4に示した。この表から、T区の老人対策事業は、国の施策よりほぼ2～3年遅れて始まっているものが多いことがわかる。

2. M市

神奈川県西部、箱根外輪山のふもとに位置する。小田原駅から鉄道が通っている。稲作の他に果物の栽培が盛んである。地元到大企業があり、人口は一貫して増え続けている。その結果、第1次産業就業者率が全国平均より下まわり、近年は農村というよりは都市近郊地域という方がふさわしくなった。所得格差は124.1とT区程ではないが全国平均を上まわっている。昼間人口は夜間人口の88%と若干減少する。また、年間の転出入率率は7.4%と高くない。

老年人口は8.4%と少く、逆に年少人口が22.1%と多めなため、老年化指数は39.3と低い。出生率は11.53と全国並み、死亡率は5.32である。

市内の病院は2ヶ所(うち1ヶ所は精神病院)、診療所は15ヶ所と少ないが、車で20分程の範囲内に県立病院と隣接市の市立病院、30分の範囲に大学病院がある。また、車で1時間以内の場所に県の総合リハビリテー

表 5 5 歳階級別年齢区分

地 域	T 区 (%)	M 市 (%)
75～79歳	1,511 (45.9)	584 (52.7)
80～84歳	1,144 (34.7)	220 (28.9)
85～89歳	499 (15.1)	154 (13.9)
90～94歳	122 (3.7)	41 (3.7)
95～99歳	18 (0.5)	9 (0.8)
合 計	3,294 (100.0)	1,108 (100.0)
平均年齢	80.8 ± 4.3	80.3 ± 4.6

域共約36%であるが、年齢が上がると共に本人の記入割合は少くなっている。“その他”は、同居者、家主、近隣の民生委員、入院・入所施設の職員などである。

3) 健康状態 (表7)

“1. 健康人と同じように生活している”, “2. 病気はあるが普通に生活している”を併せると T 区 66.1%, M 市73.8%と, M 市の方が有意に多いことが示された ($\chi^2=9.2$, $p<0.01$)。一方, “5. ほとんど寝たきり”と “6. 寝たきり”を併せると T 区10.9%, M 市8.1%と T 区の方が有意に多く ($\chi^2=8.7$, $p<0.01$), M 市の方が『ねたきり』老人が少ないことが示された。

表 7 現在の健康状態

健康状態区分	T 区 (%)	M 市 (%)	
1. ほ ぼ 健 康	1,286 (39.0)	486 (43.9)	$\chi^2=8.7$ $p<0.01$ **
2. 病気有るが普通に生活	894 (27.1)	331 (29.9)	
3. あまり動かずに生活	416 (12.6)	102 (9.2)	
4. 寝たり起きたり	126 (3.8)	72 (6.5)	
5. ほとんど寝たきり	145 (4.4)	39 (3.5)	
6. 寝たきり	214 (6.5)	52 (4.7)	
不 明	213 (6.4)	26 (2.3)	
合 計	3,294 (100.0)	1,108 (100.0)	

IV 結 果

1. 回答者全員についての集計

1) 5 歳階級別年齢区分 (表5)

T 区に比べて M 市では、75～79歳のこの中では若い層が多く、T 区では80～84歳の人が多い。その分、平均年齢が T 区の方が0.5歳高くなっている。

2) 回 答 者 (表6)

回答用紙への記入は、“なるべく家族に”と依頼した。本人のみによる記入は、両地

表 6 対象者の年齢別記入者

地 域	T 区			M 市		
	本人	家族	その他・不明	本人	家族	その他・不明
75～80歳未満	681 (45.1)	780 (51.6)	50 (3.3)	273 (46.7)	256 (43.8)	55 (9.4)
80～85 ”	397 (34.7)	697 (60.9)	50 (4.4)	87 (27.2)	202 (63.1)	31 (9.7)
85～90 ”	98 (19.6)	390 (78.2)	11 (2.2)	30 (19.5)	110 (71.4)	14 (9.1)
90～95 ”	14 (11.6)	106 (87.6)	1 (0.8)	3 (7.3)	37 (90.2)	1 (2.4)
95歳以上	1 (5.6)	17 (94.4)	0	2 (22.2)	7 (77.8)	0
合 計	1,191 (36.2)	1,990 (60.4)	112 (3.4)	395 (35.6)	612 (55.2)	101 (9.1)

() : 各地区のその年齢区分に対する%

また、年齢階級別に“5. ほとんど寝たきり+6. 寝たきり”（以下、これを『ねたきり』とする）の出現率を比較すると、75～79歳、80～84歳の若い層では差がないが、85～89歳、95歳以上の高齢層でT区の方が有意に『ねたきり』が多いことが示された。

4) 高血圧・脳卒中の既往について（表8、9）

約4割の人に高血圧の既往が、また、13～14%の人に脳卒中の既往があった。脳卒中の既往の有無によって現在の健康状態は影響を受けており、脳卒中をおこしたことのある人は無い人に比べて健康レベルの低い人、即ち、『ねたきり』に近い人が有意に多く、約3割存在した。これはT区、M市共に共通していた。

表10 寝たきりの原因

原 因	T 区	M 区
脳 卒 中	104 (29.0)	32 (35.2)
心 臓 病	24 (6.7)	6 (6.6)
関 節 痛	62 (17.3)	10 (11.0)
癌	8 (2.2)	6 (6.6)
パーキンソン	14 (3.9)	
け が	56 (15.6)	11 (12.1)
病 気	35 (9.7)	8 (8.8)
失 明	3 (0.8)	1 (1.1)
呆 け・老 衰	19 (5.3)	12 (13.2)
不 明	34 (9.5)	5 (5.5)
合 計	359 (100.0)	91 (100.0)

表8 高血圧、脳卒中の既往

既往の有無	高 血 圧 の 既 往			脳 卒 中 の 既 往			合 計
	有	無	不明	有	無	不明	
T 区	1,457 (44.2)	1,691 (51.3)	146 (4.4)	443 (13.4)	2,660 (80.8)	191 (5.8)	3,294
M 市	434 (39.2)	639 (57.7)	35 (3.2)	158 (14.3)	909 (82.0)	41 (3.2)	1,108
検定結果	$\chi^2=14.5$ $p=0.001$			$\chi^2=0.18$ $p=0.67$			

表9 脳卒中の既往の有無と現在の健康状態

地 域		T 区			M 市		
脳卒中の既往		有	無	合計	有	無	合計
健康状態	1～4	274 (64.0)	2,819 (92.4)	2,593	108 (69.2)	848 (95.3)	956
	5, 6	154 (36.0)	191 (8.6)	345	48 (30.8)	42 (4.7)	90
合 計		428	2,510	2,938	156	890	1,046
検定結果		$\chi^2=284$ $p<0.001$			$\chi^2=114.5$ $p<0.001$		

5) 『ねたきり』の期間と原因（図3、表10）

健康状態が“6. 寝たきり”と“5. 寝ていることがほとんど”を併せた『ねたきり』老人は、T区359人、M市91人である。これらの人が『ねたきり』になってからの期間は、図3に示す如く、“6ヶ月未満”がT区23%、M市17%、“3年以上”がT区34%、M市40%

である。

一方、『ねたきり』になった原因は、両地域共“脳卒中”が最も多く、T区29%、M市35%であった。次いで、“関節痛”、“けが”が多い。M市では、“呆け・老衰”によるとするものも13%と多い。

6) 現在の身体症状（表11）

身体症状8項目のうち、両地域で出現頻度に差があったのは“褥瘡がある”で、T区80名（2.4%）が、M市12名（1.1%）に比べて有意に多かった（ $p=0.05$ ）。また、“見えにくい”もT区の方が多かった。逆に、“身体症状がない”はT区22.9%、M市26.1%でM市の方が有意に多かった。

7) 現在の精神症状（表12、13）

精神症状20項目のうち、“日付がわからない”（13%）、“家族もわからないことがある”（4%）、“夜間騒ぐ”

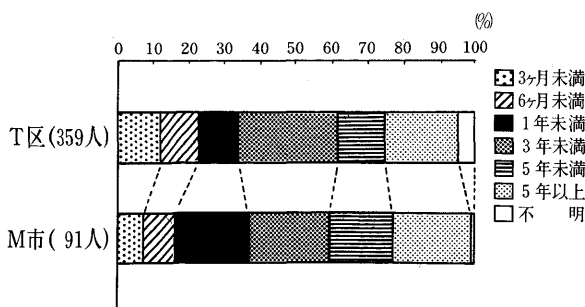


図3 寝たきりの期間

表11 現在の身体症状 (複数回答)

症 状	T 区	M 市	有意差
全身のマヒ	21 (0.6)	7 (0.6)	
体の一部にマヒ	208 (6.3)	60 (5.4)	
体の一部にしびれ	417 (12.7)	129 (11.6)	
マヒはないが動かすのに不自由	587 (17.8)	183 (16.5)	
床ずれがある	80 (2.4)	12 (1.1)	*
うまくしゃべれない	220 (6.7)	78 (7.0)	
聞こえにくい	835 (25.3)	307 (27.7)	
見えにくい	613 (18.6)	173 (15.6)	*
その他	175 (5.3)	38 (3.4)	*
以上のような身体症状はない	755 (22.9)	289 (26.1)	

() : 各地区の人数に対する% * : $p < 0.05$

(3%), “迷子になる” (1~2%), “徘徊” (2%), “興奮状態になることがある” (4%), “不眠” (13~16%) 等の出現率は両地域で差が無かった。しかし, “昼と夜がわからない” (T区6.9, M市4.9%), “うつで無表情になる” (同6.9, 4.7%) は, T区がM市よりも有意に多かった。逆に, “電話がかけられない” (同8.5, 11.2%), “火や水の不始末” (同7.7, 12.5%) はM市がT区よりも有意に多かった。

これらの精神症状が1つでもある人は, T区1,109人 (33.7%), M市407人 (36.7%) と, 全対象者の4割に満たなかった。このうち, その始まりにきっかけのあった人は, T区427人 (33.5%), M市156人 (38.3%) である。精神症状発現のきっかけは, 表13に示す如く, “病気”, “入院”, “骨折・けが”, “手術”, “身近な人の死亡” となっている。

一方, 20項目の精神症状のうち, 一人が有する症状の個数を算出した。それを“0コ” “1~5コ”, “6~10コ”, “11コ以上” の4段階に区分したのが図4である。精神症状を有さない人が60%強存在する一方で, 11コ以上ある人も両地域共に2%は存在する。この出現率には2地域間で差がない。

8) 日常生活上の手助け

①手助けの必要な人

日常生活上の手助けを必要とする人は, T区722人 (21.9%), M市207人 (18.7%) と, T区の方がM市よりも有意に多かった ($\chi^2_1 = 5.2$, $p < 0.05$)。

②手助けの必要な項目 (表14)

T区でM市に比べて有意に多かった項目は “寝が

表12 精 神 症 状

精神症状	T 区	M 市	有意差
家族もわからない	127 (3.9)	41 (3.7)	
昼と夜がわからない	226 (6.9)	54 (4.9)	*
夜間さわぐ	119 (3.6)	35 (3.2)	
日付がわからない	416 (12.6)	146 (13.2)	
迷子になる	69 (2.1)	14 (1.3)	
徘徊	71 (2.2)	27 (2.4)	
辻つまがわからない	285 (8.7)	106 (9.8)	
お金の計算ができない	201 (6.1)	68 (6.1)	
興奮状態になることがある	128 (3.9)	43 (3.9)	
うつになり, 無表情になる	227 (6.9)	52 (4.7)	**
被害妄想	180 (5.5)	50 (4.5)	
同じことを繰り返す言う	504 (15.3)	168 (15.2)	
火や水の不始末	255 (7.7)	139 (12.5)	**
作り話をする	105 (3.2)	29 (2.6)	
異物を食べる	31 (0.9)	10 (0.9)	
不眠	525 (15.9)	147 (13.3)	
不安	107 (3.2)	26 (2.3)	
幻視・幻聴	110 (3.3)	42 (3.8)	
電話がかけられない	280 (8.5)	124 (11.2)	**
意識障害がある	49 (1.5)	11 (1.0)	
精神症状のある人	1,109 (33.7)	407 (36.7)	
精神症状のない人	2,185 (66.3)	701 (63.3)	
合 計	3,294	1,108	

() : 各地区の対象者に対する%

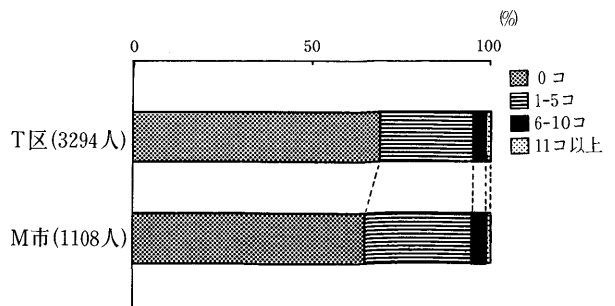
* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$ 

図4 一人が有する精神症状の個数

表13 精神症状の始まりのきっかけ (複数回答)

		T 区	M 市
精神症状の有る人		1,109	407
その内、きっかけ有の人数		427 (33.5)	156 (38.3)
きっかけの内容	病気	276 (64.6)	78 (50.0)
	入院	185 (43.3)	53 (34.0)
	骨折・けが	155 (36.3)	33 (21.1)
	手術	78 (18.3)	31 (19.9)
	転居	25 (5.4)	8 (5.1)
	(定年)退職	19 (4.4)	10 (6.4)
	心配ごと	64 (15.0)	15 (9.6)
	身近な人の死亡	84 (19.7)	20 (12.8)
	商売事業の失敗	16 (3.7)	2 (1.3)

() : きっかけ有の人に対する%

表14 手助けの必要な項目

項目	T 区	M 色	有意差
食事	335 (10.2)	90 (8.1)	
トイレ	318 (9.7)	99 (8.9)	
入浴	482 (14.6)	136 (12.3)	
着替え	387 (11.7)	115 (10.4)	
寝がえり	162 (4.9)	35 (3.2)	*
歩行	445 (13.5)	92 (8.3)	**
会話	163 (4.9)	58 (5.2)	

() : 各地区の対象者に対する%

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

えり”, “歩行” であった。

③介護者の数 (表15)

T 区に比べて M 市は, “介護者がいない人” の数が 81.9%と多い傾向にあるが, “2人以上いる人” も82人 (7.3%) と有意に多い。

表15 介護者の数

	T 区	M 市
0 人	2,612 (79.3)	908 (81.7)
1 人	475 (14.4)	118 (10.6)
2 人	150 (4.6)	49 (4.4)
3 人	57 (1.7)	33 (3.0)
合計	3,294 (100.0)	1,108 (100.0)

9) 介護上知りたい内容 (表16)

T 区では “病院・入所施設について知りたい” 人が 10.3%に達し, M 市に比べて有意に多かった。

また, これを『ねたきり』者についてみると, T 区には “現在入院中で退院後のことが心配” という人が 61.3%, 即ち, 100人中 6 人はいることになる。

10) 暮らしている場所 (表17)

T 区では, “入院・ホーム” が7.2%と, M 市の3.5% に比べて有意に多い ($\chi^2=27.9$, $p < 0.01$)。

一方, これを老人の健康状態別にみると, 健康状態が “1. ほぼ健康”, “2. 病気はあるが普通に生活”, “3. あまり動かずに生活” の範囲にあれば95%以上の老人が, “自宅” もしくは “他の家” (以下この両者

表16 介護上知りたい内容, 要望等

知りたい内容・要望	全員に対して			「ねたきり」に対して		
	T 区	M 市	有意差	T 区	M 市	有意差
(対象人数)	3,294	1,108		359	91	
看護一般の知識等	24 (7.3)	9 (8.1)		13 (36.2)	4 (44.0)	
排泄の介護	22 (6.7)	3 (2.7)		9 (25.1)	2 (22.0)	
入浴の介護	15 (4.6)	5 (4.5)		12 (33.4)	1 (11.0)	
痴呆への対応	24 (7.3)	10 (9.0)		9 (25.1)	2 (22.0)	
行政のサービス内容や相談場所	24 (7.3)	7 (6.3)		5 (13.9)	5 (54.9)	*
短期入所・一時入所	5 (1.5)	6 (5.4)		3 (8.4)	2 (22.0)	
リハビリ・デイケア	10 (3.0)	0 —		5 (13.9)	0 —	
ヘルパー・家事援助者	23 (6.9)	4 (3.6)		7 (19.5)	2 (22.0)	
入院・入所施設	34 (10.3)	2 (1.8)	*	19 (52.9)	1 (11.0)	
医者を紹介してほしい	9 (2.7)	3 (2.7)		5 (13.9)	2 (23.0)	
現在入院中で退院後が心配	24 (7.2)	2 (1.8)		22 (61.3)	2 (22.0)	
住宅の改造資金補助	11 (3.3)	2 (1.8)		5 (13.9)	1 (11.0)	
家族内調整の方法	14 (4.3)	6 (5.4)		5 (13.9)	1 (11.0)	
将来のために介護方法を前もって勉強したい	19 (5.8)	6 (5.4)		2 (5.6)	2 (22.0)	

() : 各地区の対象者に対する%

* $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$

を併せて“在宅”と称する)で生活し得ている(図5)。しかし、健康状態が、“4.寝たきり”、“5.ほとんど寝たきり”になると、在宅率は80%台に低下する。更に、“6.寝たきり”になると一層在宅率が下がる。それでも、M市では在宅率が63%あるが、T区では40%に満たない。即ち、T区では、“6.寝たきり”の人は10人中6人以上が施設に入っていることになる。施設の内、老人ホーム入所者は、3人のみであり、それ以外の老人は全て入院していることになる。

一方、精神症状の段階別に在宅率をとると、図6のように、個人の有する精神症状が増えれば増える程、在宅率が低下している。これもM市に比べてT区の低下が著しい。

表17 暮らしている場所

	T 区	M 市
自 宅	2,934 (89.1)	1,045 (94.3)
他 の 家	60 (1.8)	8 (0.7)
入院・ホーム	237 (7.2)	39 (3.5)
その他・不明	63 (1.9)	16 (1.4)
合 計	3,294 (100.0)	1,108 (100.0)

$$\chi^2_0=27.9, p<0.01$$

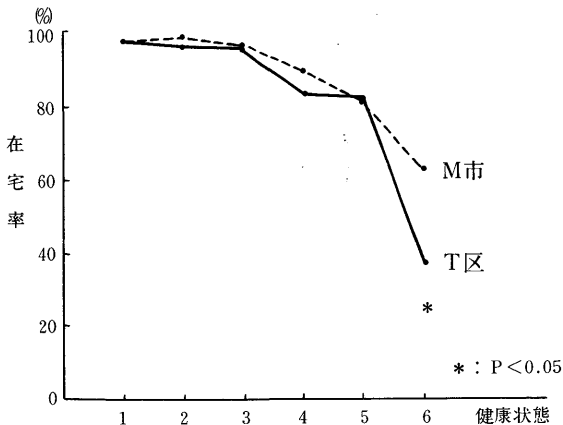


図5 老人の健康状態と在宅率

表18 在宅者の健康状態

健康状態(健康レベル)	T 区	M 市
1. ほぼ健康	1,260 (42.1)	475 (45.1)
2. 病気あるが普通に生活	862 (28.8)	327 (31.1)
3. あまり動かずに生活	399 (13.3)	99 (9.4)
4. ねたり、おきたり	107 (3.6)	65 (6.2)
5. ほとんどねたきり	121 (4.0)	32 (3.0)
6. ねたきり	82 (2.7)	33 (3.1)
不 明	163 (5.4)	22 (2.1)
合 計	2,994 (100.0)	1,053 (100.0)

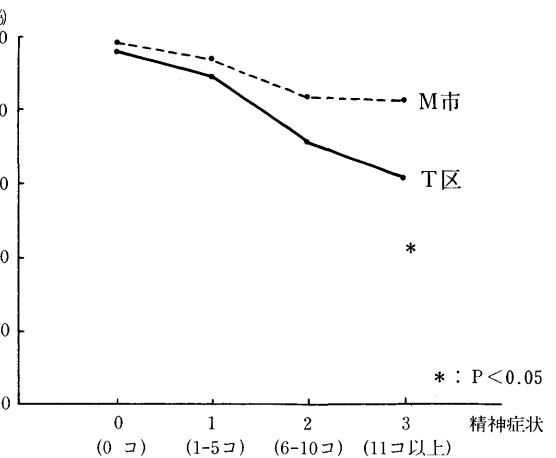


図6 精神症状と在宅率

2. 在宅者(自宅もしくは他の家に居る人)についての分析

「暮らしている場所」の分析から、老人の健康状態が低下したり、精神症状が増加すると在宅でのケアができていないこと、それが都市近郊のM市に比べ、都心のT区でより顕著であることが示された。これには、介護者、居住空間、受けているサービス等の問題が直接関わってくると考えられる。そこで、本項では、在宅者に絞って分析を行った。

1) 在宅者の健康状態(表18)

全対象者について『ねたきり』の出現率を検討した時には、T区がM市に比べて有意に多かったのであるが、在宅者に関しては、両地区間で差が認められなかった($\chi^2_0=0.88, p=.35$)。なお、在宅で過ごせるか否かは健康状態によることが多いため、以下ではこの健康状態を健康レベルとして分析に用いる。

2) 手助けの必要度

在宅者のうち、日常生活上手助けの必要人は、T区538人(20.9%)、M市174人(20.1%)であり、差はなかった。

3) 手助けしている人(表19, 図7)

在宅者の日常生活を手助けしている人の数を最大3人まで数えると、T区に比べてM市では、2人、3人といた複数の介護者のいる人が若干多かった。

その内訳をみると、M市では“嫁”が、42.8%とT区の25.7%に比べて有意に多かった。その分をT区は“娘”や“配偶者”、

“息子”がみていた。また、“家政婦・付添婦・看護婦”も3.9%で、M市の1.1%よりも多かった。

4) 健康レベル別受けているサービス (図8)

ここでは、サービスを“訪問看護”、“ヘルパー派遣”、“入浴サービス”、“ショートステイ”に限定して分析する。

図8に示す如く、両地域共、健康レベルが“1. ほど健康”から“3. あまり動かずに生活”まではほとんどの人がサービスを受けていない。しかし、健康レ

ベルが低下するに従って、上記サービスを受ける率は増加している。

“6. 寝たきり”の人についてみると、最も多くの人に利用されているのが“入浴サービス”で、M市46%、T区33%である。また、“訪問看護”もM市33%、T区10.5%が受けている。一方、“短期入所”は、M市が10.2%利用されているのに対し、T区ではほとんど利用されていない。逆に、ヘルパーは、M市では利用されていないのに対し、T区では7%が利用している。

5) 健康レベル別介護問題 (図9)

老人の健康レベルが低下するにつれ、家族の抱える介護上の問題も増加していることがわかる。殊に、“心身の疲労”は、両地域共“6. 寝たきり”の老人を介護している家族の65%に認められている。次いで、“外出が不可能”、“生活が振りまわされて混乱する”という訴えが続いている。

両地域で異なるのは、“お金がかかる”ことについての訴えで、都市近郊のM市では健康レベルが下がっても5%以下と少ないのに対し、都心のT区では健康レベルの低下と共にこの訴えが増し、“6. 寝たきり”では20%を越えていることが注目される。

6) 精神症状段階別介護問題 (図10)

両地域共、“生活がふり回されて混乱する”、“心身の疲労”、“外出不可能”の訴えが、精神症状が増えるにつれて増していることが示された。この時、T区の方がM市よりも約10%ずつ高い。また、M市に比べてT区では、“お金がかかる”と出費を訴える率が有意に高い。

表19 在宅者の介護者の数

人 数	T 区	M 市
0 人	2,483 (82.9)	884 (84.0)
1 人	349 (11.7)	100 (9.5)
2 人	116 (3.9)	43 (4.1)
3 人	46 (1.5)	26 (2.5)
合 計	2,994 (100.0)	1,053 (100.0)

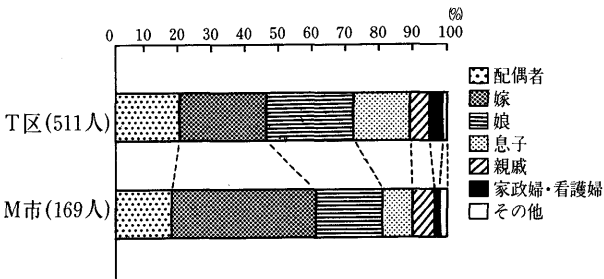


図7 介護者の割合

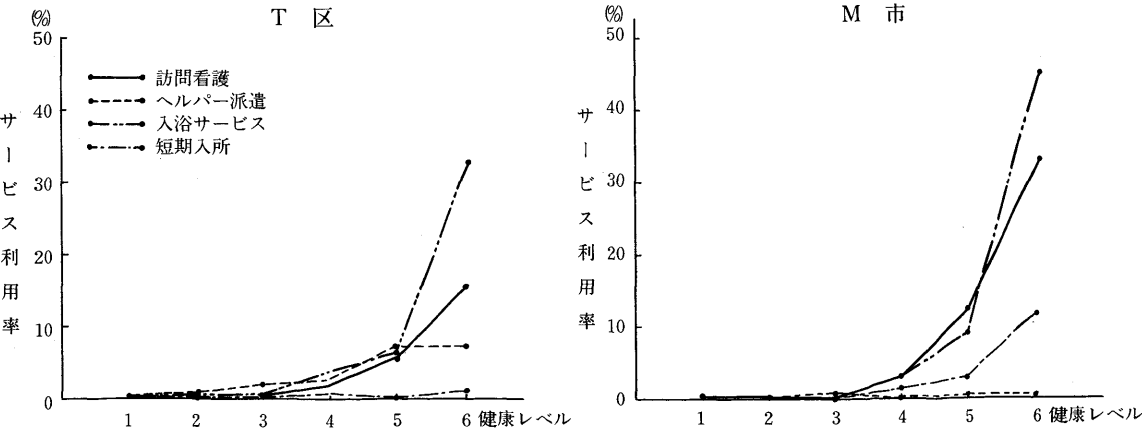


図8 健康レベル別利用サービス —在宅者のみ—

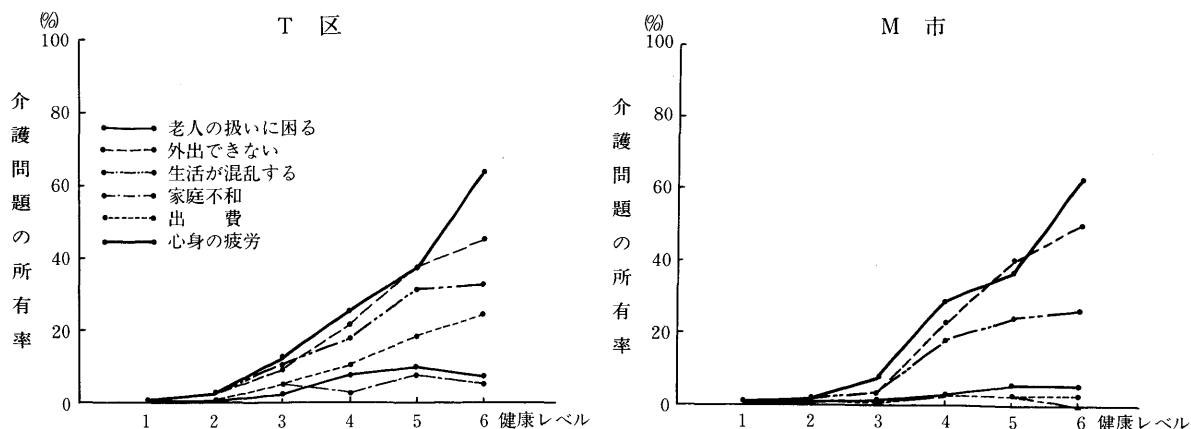


図9 健康レベル別介護問題 —在宅者のみ—

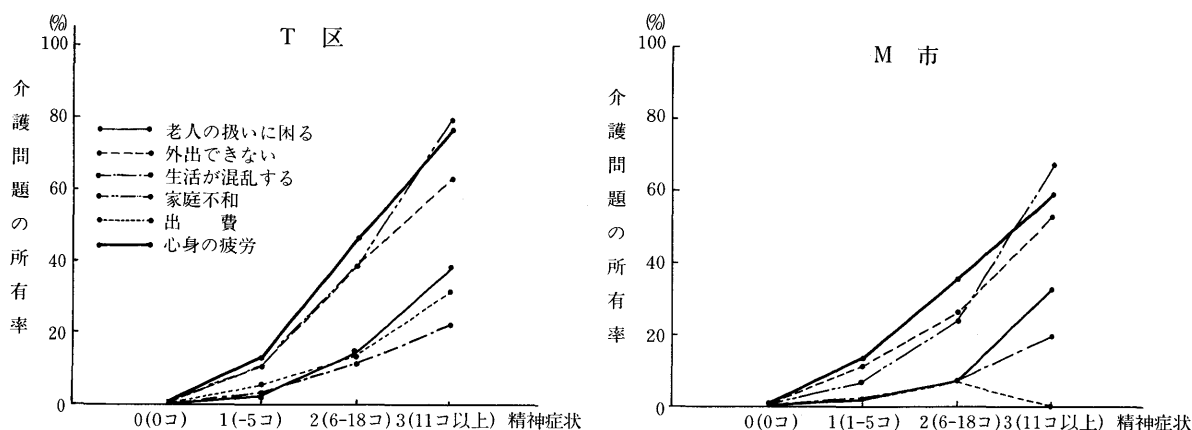


図10 精神症状段階別介護問題 —在宅者のみ—

V 考 察

今回対象とした2地域は、①種々の老人保健施策を開始した年度と現在の内容、②都市化の程度とそれに連動する家族構成、の2点で大きな相違がある。前者は老人の心身の状況に、また、後者は要介護老人の介護機能に影響を及ぼすと考えられる。そこで今回は、データの信頼性の側面に加えて、この2側面から考察する。

1. データの信頼性について

今回は郵送法による質問紙調査であるにも拘らず、両地域共81%以上という高い回収率を得た。その理由として、返信用封筒の回収窓口が行政の老人保健もしくは老人福祉担当部署であったことが挙げられよう。このため、日頃行政サービスをより必要としている健康レベルの低い老人からも回答が得られたと思われる。

る。但し、行政機関であるために、反って回答を拒否した人が存在する可能性は否めない。

記入者は、「なるべく家族に」と依頼したが、家族が記入しているのは両地域共約60%であった。ただし、表6に見る如く、家族の記入率は老人が高齢になればなる程高まっており、記入内容は信頼して良いと判断される。

2. 老人の心身の状態について

1) 『ねたきり』の出現率

東京都では、昭和60年に都内145地区で65歳以上の在宅老人の健康調査を実施している¹⁰⁾。本調査の健康レベル「5. ほとんど寝たきり」と、「6. 寝たきり」を併せた『ねたきり』に該当するものは、東京都の調査で健康状態が『病気で長くねている』である。その65歳以上の出現率3.0%を「75歳以上」に補正すると

5.9%, 更に“ひとり暮らしを除いて補正すると6.7%となる。今回の我々の調査では、75歳以上の在宅『ねたきり』老人はT区6.7%, M市6.1%であり、都の結果と大きな相違はないと言えよう。これは、宮城らの沖縄での成績¹¹⁾よりは低率である。

一方、M市では前述したように、飯田らが昭和47年に、65歳以上の老人全員を対象に家庭訪問による健康調査を実施している⁷⁻⁹⁾。その時の「ねたきり」は、173名中11名(6.4%)であった⁷⁾。今回は75歳以上を対象として、6.1%であったわけで、47年時点に比べると若干減少していると考えられる。

在宅老人に関しては『ねたきり』の出現率に都の成績、T区、M市共に差はないが、問題は在宅以外の人、即ち、病院・ホーム等施設に入っている老人の数(割合)とその入所理由である。この点、表17に示したようにT区はM市に比べて有意に入院・入所者が多い。しかも、図5でみたように、健康レベルが低下し、“6.寝たきり”になった時に、T区では特に急激に在宅率が低下している。この背景としては、家族構成、介護担当者、家族関係、居住空間、同別居への意向等の介護に関わる色々な問題が存在すると考えられ¹²⁻¹⁴⁾、今後検討を要する課題である。

なお、T区に比べてM市では、入院・入所した『ねたきり』老人が少いことは注目してよからう。更に、先に述べたように、47年当時に比べて今回の調査ではより高齢である分、『ねたきり』の出現率が実質的に減少していると考えられる。地域概況の項で述べたように、M市の機能訓練事業は老健法施行よりはるかに早く、昭和49年から実施されている。機能訓練事業は、家庭に閉じこもりがちな脳卒中後遺症患者に対して外出の機会を与え、新たな人間関係形成の場になると言われている¹⁵⁾。M市の機能訓練事業は、この地域のねたきり老人を増加させない役を果たしてきたと推測される。

2) 精神症状

今回の調査では、“痴呆”として資料を収集したわけではないため、他の調査と正確には比べられない。しかし、今回、“精神症状が6コ以上”の老人はT区6.8%, M市7.2% (在宅者では同5.1, 5.4%) 存在した。老年期痴呆の出現率にはNielsen¹⁶⁾, Kay¹⁷⁾, 長谷川¹⁸⁾, 柄澤¹⁹⁾らの調査があり、65歳以上の在宅者ではほぼ3~6%の範囲にあると考えられている²⁰⁾。今回の在宅者の値は、この範囲内に入っている。

大井らは、ボケ老人の異常症状発現率には都市と農村で差のあることを報じている²¹⁾が、今回両地域で出現率に有意差のあった症状は数少く、これは検証されなかった。

3. 介護状況と介護問題について

1) 介護担当者とその人数について

介護担当者には両地域で大きな差が認められた。即ち、M市では嫁が過半数を占めていたが、都市のT区では、娘・嫁・配偶者・息子に負担が分配されていた。これらの背景として、都市化に伴う家族関係の変化²²⁾, 婦人の就労の増加²³⁾等があると考えられる。在宅要介護老人の世話は都市化された社会にあっては決して家族だけで負いきれるものではなく²⁴⁾, 家族関係の変化と共に適切な方策を考えていく必要があろう^{25,26)}。

2) 受けている介護サービスについて

介護を必要とする程度は、その老人の心身の健康状態に大きく左右される。従って、ここでは老人の健康レベル別の結果について述べる。

図9に示したような住民が受けているサービスには、その地域の在宅ねたきり老人対策の差がよく反映されている。例えば、T区に比べてM市では、短期入所事業の利用率が健康レベル5, 6の『ねたきり』の人で有意に高い。即ち、M市内には特別養護老人ホームがあり、短期入所用のベッドが常時確保されているのに比べ、T区はベッドが区内には無く、近隣2区と共同で他区に4床あるのみだという現状がある。T区ではM市よりも利用がしにくく、それが図9に示されたような利用率の低さにつながっているとも考えられる。T区でも目下建設が予定されている²⁷⁾が、完成が待たれるところである。

ヘルパーは逆に、T区に比べてM市では利用が少ない。もともとヘルパーの活動には地域差があり²⁸⁾, T区でもそれ程多く利用されているわけではないが、M市でも必要な人が受けることができているか否かについて、今後検討していく必要があろう。

鎌田らは、在宅ねたきり老人の療養過程を5年間追跡した結果、福祉サービスが緊急場面での利用困難であることを指摘している²⁹⁾。サービスが必要時に即利用可能であることは重要なことであろう。

3) 介護問題について

老人がねたきりの場合には、“心身の疲労”、“外出できない”という悩みが大きい。これに対し、精神症状が強いと、前2者に加えて“生活が振りまわされる”という訴えが強い。また、都心のT区では、M市に比べてお金がかかるという訴えが有意に多かった。

山岡は、在宅ねたきり老人の介護負担度を規定する要因として、拘束時間、ADL、暮らしむき、介護者の健康状態、人間関係、異常精神症状を挙げている³⁰⁾。精

神症状が激しくなると様々な介護問題を生じる^{31,32)}。現在は両地域共に痴呆老人への対策は一時入所以外には特になされていない。今後はこの点の対応も考えていく必要がある。

また、健康レベルの低下、精神症状の増加に伴って在宅率は低下していることが示された。従来、在宅は在宅、施設は施設としての対策がとられがちであった。しかし、老人の健康レベルの低下に伴って在宅から施設入所へと老人の居場所が移っていることを考えあわせると、在宅と施設の両方の関連性を考慮した施策が必要だと考える。

以上の分析から、T区、M市の老人の健康状態、在

宅率、サービス利用状況、介護者やその問題等には、両地域の施策と家族機能の違いが反映していることが示された。また、両地域共に痴呆老人への対策が急務であること、今後は在宅と施設入所との関連性を検討することの必要性を指摘した。

謝 辞

調査に御協力下さいました中央区厚生部老人福祉課の皆様、南足柄市福祉課老人福祉係、保険健康課の皆様、保健センターの保健婦の皆様方、本学日野原学長に厚く御礼申し上げます。

なお、本論文の要旨は第53回日本民族衛生学会で報告した。

引用文献・資料

- 1) 痴呆性老人対策推進本部事務局：これからの痴呆性老人対策, 4-5, 1988. 6.
- 2) 東京都社会福祉審議会：東京都におけるこれからの社会福祉の総合的な展開について（答申）, 17-32, 東社協, 1986.
- 3) 望月弘子：訪問看護事業における協同体制のすすめ方, 生活教育, 29 (1), 57-66, 1985.
- 4) 日野原重明他：中央区老人実態意向調査（昭和60年度）, 聖路加看護大学紀要, Vol. 12, 35-60, 1987.
- 5) 中央区：中央区老人実態・意向調査報告書, 1986. 3.
- 6) 中央区高齢者福祉対策審議会：中央区における高齢者福祉対策の基本的あり方並びに高齢者福祉に関する主要課題について（最終報告）, 1987. 12.
- 7) 飯田澄美子他：南足柄市における老人に関する研究（第1報）——65歳以上の老人の生活の実態——, 保健婦雑誌, 30 (3), 245-252, 1974.
- 8) 同上（第2報）——老人の援助過程に関する研究——, 保健婦雑誌, 30 (5), 375-380, 1974.
- 9) 同上（第3報）——65歳以上の老人の事例——, 保健婦雑誌, 30 (8), 551-562, 1974.
- 10) 東京都福祉局総務部調査課：昭和60年度老人の生活実態, 68-69, 250, 東京都, 1985.
- 11) 宮城重二他：沖縄の一農村における在宅ねたきり老人の出現率について, 日公衛誌, 31 (8), 367-371, 1984.
- 12) 奥山正司：大都市における老親とその子供にみる同別居意向, 社会老年学, 26, 32-42, 1987.
- 13) 宮城重二：在宅ねたきり老人の心身に影響を及ぼす家族関係について, 保健婦雑誌, 40 (11), 927-933, 1984.
- 14) Iles, W. M. et al. : Correlates of care giving satisfaction—prerequisites to elder home care, Res. in Nursing & Health, 6, 61-67, 1983.
- 15) 小沢温他：脳卒中後遺症患者の生活変容と保健所における機能訓練事業の役割に関する研究, 日公衛誌, 34 (10), 673-679, 1987.
- 16) Nielsen, J. : Geronto-psychiatric period prevalence investigation in a geographically delimited population, Acta psychiat. scand., 38, 307-317, 1963.
- 17) Kay, D. W. K. : Old age mental disorders in Newcastle upon Tyne, Brit. J. Psychiat. 110, 140-158, 1964.
- 18) 長谷川和夫他：地域老人における老年期痴呆の疫学的研究, 老年精神医学, 1, 94-105, 1984.
- 19) 柄澤昭秀：老人のばけの臨床, 4-5, 93-94, 医学書院, 1981.
- 20) 大國美智子他：在宅痴呆老人の実態調査, 日公衛誌, 28 (9), 433-441, 1981.
- 21) 大井玄他：ボケ老人の異常精神症状発現率, 日公衛誌, 31 (10), 569-571, 1984.
- 22) 森岡清美：家族の変動, 家族社会学, 205-228, 東大出版会, 1972.
- 23) 労働省婦人少年局編：婦人労働の構造的変化, 婦人労働の実情, 52-79, 大蔵省, 1987.
- 24) 全国社会福祉協議会：在宅福祉サービスの概念と構成要素, 在宅福祉サービスの戦略, 14-55, 全社協, 1979.
- 25) 中村優一：在宅福祉の今日的意義, 在宅福祉への指標, 7-11, 東社協, 1985.
- 26) Knafl, K. A. et al. : How families manage chronic conditions, an analysis of the concept at normalization, Res. in Nurs. & Health, 9, 215-222, 1986.
- 27) 中央区：区報「中央」, No. 547, 1988. 10.

- 28) 大原啓志：在宅病臥老人の介護の実態と需要評価 (3)
——家庭奉仕員の活動について——, 保健婦雑誌, 41
(2), 116-120, 1985.
- 29) 鎌田ケイ子：在宅ねたきり老人の療養過程における諸
問題, 社会老年学, No. 17, 97-107, 1983.
- 30) 山岡和枝：在宅ねたきり老人介護負担評価尺度, 日公
衛誌, 34 (5), 215-224, 1987.
- 31) Peter V. R. et al.: The impact of dementia on the
family, JAMA, 248 (3), 333-335, 1982.
- 32) Bergmann, K. et al.: Management of the demented
elderly patient in the community, Br. J. of Psychia-
try, 132, 441-449, 1978.

(昭和63年11月15日受理)

Health Conditions and Home-Cares of the aged with 75 years and over —— Regional differences between urban and suburban areas ——

Sachiyo Murashima et. al.

We Studied health conditions, home cares and problems of the aged with 75 years and over in an urban area of Tokyo (T ward) and a suburban area of Kanagawa prefecture (M City). Both areas are different with regard to governmental policies for the aged and traditional family functions.

The findings are as follows :

1. The response rate to the inquiry was over 80 % in both areas. The numbers of effective responses were 3294 in T ward and 1108 in M city.
2. The rate of the“bed-ridden (both completely and almost completely bed-ridden)” among the aged people is 10.9 % in T ward and 7.9 % in M city. All of the rates of bed-ridden people, cases with bedsore and aged who need help are less in M city than in T ward.
3. While 94% of the aged in M city live in their own home, in T ward only 89% of them live in home and the rest stay in hospitals and nursing homes. That tendency is remarkable especially in the case of the bed-ridden people. More people in T ward complain about the high living cost than those in M city.
4. Most care givers in M city are daughters-in-law. But in T ward other family members than daughters-in-law, such as daughters, spouses and sons, take care of the aged.
5. The extent of services which the aged accept depends on the policies of each local goverment.

Through these results the followings are suggested ;

Health conditions, rate of remaining at home, availability of care-givers and public care-giving services of the aged reflect the difference of the governmental policies and traditional family functions between two areas studied.

Key Words

the aged with 75 years and over
health conditions
home-care
problems on care giving
regional differences

正 誤 表

ページ	行	誤	正
2	右41	suger	sugar
3	左36	<u>hundle</u>	<u>bundle</u>
5	19	goverrments	governments
	21	Permamente	Permanent
	29	cardaic	cardiac
6	4	clincal	clinical
	8	symdrom	syndrom
	10	growing	growing
		<u>poulation</u>	<u>population</u>
7	4	<u>cadiovascular</u>	<u>cardiovascular</u>
	9	excercise	exercise
	14	excercises	exercises
8	2	depresslon	depression
	24	creatinie	creatinine
9	1	paesnted	presented
		the, Symposium	the Symposium
10	3	示標	指標
	5	平衡性	平衡性
26	右18	<u>31</u> 日	<u>30</u> 日
27	5	<u>ministry</u>	<u>Ministry</u>
	10	60_years	60_years
	13	17.00	17.0
43	15	<u>goverment</u>	<u>government</u>
48	表4	泌尿器系系症状	泌尿器系症状
55	11	Self	self
66	左↑4	Centerd	Centered
	左↑1	Nuriing	Nursing
	右↑9	Sursing	Nursing
	右↑2	Nurjng	Nursing
67	左1	Nurjng	Nursing
68	3	questionaires	questionnaires
92	13	企業におこる	企業における
98	4	Melieu	Milieu
	↑3	Soviety	Society
裏表紙	最下行	Annualy	Annually