

St. Luke's International University Repository

「 都市在住の後期高齢者の健康状態と介護状況の分析 」 第1報 1987年と1993年の比較から

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): elderly over age 75, health status, community participation, activity range, caregiver 作成者: 佐藤, 玲子, 飯田, 澄美子, 野地, 有子, 村嶋, 幸代, 近藤, 優子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10285/292

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



— 原著 —

『都市在住の後期高齢者の健康状態と介護状況の分析』

第1報 1987年と1993年の比較から

佐藤玲子¹⁾, 飯田澄美子²⁾, 野地有子³⁾
村嶋幸代⁴⁾, 近藤優子⁵⁾

要 旨

聖路加看護大学・公衆衛生看護部門では、区行政に看護サービス提供や介護援助の整備体制への提案を継続的に行ってきたが、1993年と1987年の中央区在住の後期高齢者の健康事象を、本研究で比較することによって以下の点が明らかになった。

1. 都市部に在住する後期高齢者の健康状態は、前回調査時に比べ、健康度の高い高齢者が増えていた。
2. 行動範囲と健康状態の検討の結果、障害がなく健康状態が良い群であっても、屋内にとどまる群は、約20%に及んでいたと明らかになった。
3. 介護者の自由回答を「介護について知りたい内容」という視点で分析集計した結果、情報提供を求めめる数が増えていたこと、また、介護の知識や方法の提供・家族内の調整・入院入所について、より適切な助言を受けている様子が推察された。

今後は、地域全体で、在宅介護を支援し展開するシステムの構築が必要になると考えるが、虚弱高齢者や障害老人だけでなく、痴呆老人、一人暮らし高齢者、また、社会的に交流が少ない閉じ込めりがちな健康高齢者に関しても、社会的支援、特に寝たきりを予防する支援のあり方が重要であると示唆された。さらに、健康や福祉という観点からだけでなく、社会教育や所得保障・住宅対策等、幅広い総合的な支援が必要になると考える。

キーワードズ

後期高齢者 健康状態 社会参加 行動範囲 介護者 在宅介護ニーズ

I. はじめに

高齢化社会が予測されている状況下で、あらゆる年代において、健康増進に対する積極的な取り組みが必要とされている。同時に、増加する高齢者に対しても対策や支援が迫られ、健康に関する施策だけでなく、雇用や所得保障、学習や社会参加、地域社会の環境資源の整備等をも含めて、長寿社会のあり方が示されて

いる¹⁾。また、後期高齢人口(75歳以上)の増加に伴って、介護需要の増加が予想されるため、民間企業が提供する介護サービスを利用し、保健福祉ニーズに対応する方向性も提示されている²⁾。

国民総死亡の約6割が、癌・心臓病・脳血管疾患等の成人病であるが、高齢の成人病罹患者は増え続けることが予想される。諸研究の蓄積により、寝たきりの者や痴呆者の発生起序が明らかになりはじめたが、成人病の影響が大きいことが示されている。

寝たきり老人の発生過程は、衰老や慢性的な成人病等により日常生活動作が低下した者、また、事故により一時的な臥床状態が生じて、そのまま長期臥床へ移行した者、日常生活動作の低下により長期臥床へ移行し、自力での寝食分離が不可能な状態につながること

- 1) 聖路加看護大学助手(公衆衛生看護学部門)
- 2) 聖路加看護大学教授(公衆衛生看護学部門)
- 3) 聖路加看護大学助教授(公衆衛生看護学部門)
- 4) 東京大学助教授(医学部健康科学・看護学地域看護学教室)
- 5) 東京大学大学院修士課程(国際保健学)

等、これらの過程が整理された³⁾。痴呆は、脳血管疾患による脳血管性痴呆と、脳細胞の変性脱落によって生じるアルツハイマー型痴呆が代表的である。以上を合わせ見ると、高齢者の保健対策としては、障害の予防につながる疾病予防と、虚弱者や疾病を負う者の介護対策を考えることが重要課題であると考えられる。

このような中で、聖路加看護大学・公衆衛生看護部門では、昭和60年から中央区に在住する65歳以上の高齢者の実態調査を行った⁴⁾⁵⁾⁶⁾。さらに、1987年から3年間にわたり、75歳以上の後期高齢者の健康状態と介護状況について他地域と比較しながら、今後の老人対策について区に提言してきた⁷⁾⁸⁾。今回の調査は、その後、保健医療施設も徐々に整い、住民の意識も少しずつ変化し始めており、1987年以降の状況を明らかにしたいと考えた。その後の状況と問題を把握することにより、今後の区の医療及び福祉計画に生かすことができるのではないかと考えた。そのため、今回の調査の内容は、1987年に行った調査内容を一部、補足と修正を加えて行った。調査は、後期高齢者の健康実態を把握する第一段階の調査として位置づけ、第一報とした。さらに、第二段階の調査としては、健康度が低下した高齢者を、介護する家族の実態把握を行い、在宅ケアへの示唆を導く研究を行い、第二報として報告を行う予定である。

II. 研究目的

都市の高齢者の健康実態を把握し、前回調査と比較し、差異を考察することにより、今後、必要な援助のあり方を考えることを目的とし、以下の視点から明らかにした。

1. 都市部に在住する後期高齢者の健康に関連する特性を明らかにする。
2. 後期高齢者の日常的な行動範囲と健康状態の関連を明らかにする。
3. 介護者の介護サービスに対する周知や利用について内容を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究対象

1993年(平成5年)8月25日時点での住民票登録から、東京都中央区に在住する75歳以上の後期高齢者を、全数選び対象とした。対象者数は5043名であり、回答者は3847名(回収率76.28%)であった。回答者のうち10名は、住民票選定時から調査開始時までに死亡していたため、有効回答は3837名(76.08%)であった。このうち、中央区に在住している3409名を分析の対象にした。

2. 測定用具の検討

健康は、疾病を論じるだけでなく、症状や障害等を含んだ健康事象としてとらえる必要がある⁹⁾ため、疾病把握だけでなく、健康状態や普段の行動範囲、活動の指標等をあげた。また、1987年の調査と比較することを目的としたので、測定用具は、1987年とほぼ同様の様式を用いた。これまで、寝たきりという概念や定義は、研究者や地域毎に異なるものが使用されていたが、1992年に厚生省から、障害老人の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準¹⁰⁾が発表されたため、この基準に、健康度の分類が合致することを確認して用いた。

3. データ収集方法

今回の調査は、後期高齢者の健康実態を把握する第一段階の調査として位置づけ、東京都中央区高齢福祉課、および、保健衛生部・日本橋保健所・中央保健所の各機関と共同調査の形で行った。郵送法を用いた質問紙調査を行い、期間は、1993年(平成5年)9月21日から10月5日までの2週間であった。

4. 分析方法

都市部に在住する高齢者の健康特性を明らかにするため、各質問項目毎に基本統計量やカテゴリー度数を算出し、さらに、質的データの関連をみるためにカイ2乗検定をおこなった。データの分析には、統計学パッケージSPSS/PC+を用いた。また、自由記載については内容を分析してカテゴリー毎に集計を行った。

IV. 地区概況

中央区は東京23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としたときの所得格差は、234.7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り、特に近年の地価高騰が、さらにその現象に拍車をかけたと思われる。1993年1月1日現在、住民登録数は74,268人で、男性35,797人、女性38,471人、世帯数は34,040世帯であった。また、転出入を併せた移動者率は18.5%と高く、昼間人口は748,288人となり、中央区在住者の10倍に達する。

65歳以上の高齢人口割合は1993年1月1日現在、15.7で、東京都11.2、全国平均12.0に、比べて高い。14歳以下の年少人口割合は11.2で、東京都13.7、全国平均18.2に比べて低く、高齢化指数は86.3と、高い地域である。人口千対出生率は6.9で、東京都8.7、全国平均9.8、に比べて低く、逆に死亡率は8.5であり、東京都6.3、全国平均6.9、に比べて高い¹¹⁾¹²⁾。

表1 各項目と1993年・1987年の比較

項目/人数(%)	1993年		1987年				
5歳年齢階級	1993年性別内訳						
		男性	女性				
75~79歳	1527(44.8)	570(16.7)	957(28.1)	1511(45.9)			
80~84歳	1131(33.2)	376(11.0)	957(28.1)	1144(34.7)			
85~89歳	541(15.9)	184(5.4)	755(22.1)	499(15.1)			
90~94歳	189(5.5)	42(1.9)	357(10.5)	122(3.7)			
95~99歳	21(0.6)	2(0.1)	124(3.6)	18(0.5)			
合計	3409(100.0)	1197(35.1)	2212(64.9)	3294(100.0)			
平均年齢	81.1(±4.6)	80.9(±4.4)	81.2(±4.7)	80.8(±4.3)			
アンケート記入者							
高齢者本人	1622(47.6)			1191(36.2)			
家族	1665(48.8)			1990(60.4)			
他	100(2.9)			112(3.4)*			
不明	22(0.6)						
合計	3409(100.0)			3294(100.0)			
脳血管疾患既往の有り無し							
あり	396(11.6)			443(13.4)			
なし	2168(78.3)			2660(80.8)			
不明	354(10.1)			191(5.8)			
合計	3409(100.0)			3294(100.0)			
現在の健康状況							
日常生活に支障なく生活する	1454(42.7)			1286(39.0)**			
病気はあるが普通に生活する	1128(33.1)			894(27.1)**			
あまり動かずに過ごす	246(7.2)			416(12.6)**			
寝たり起きたりしている	125(3.7)			126(3.8)			
ほとんど寝て過ごす	123(3.6)			145(4.4)			
寝たきりである	61(1.8)			214(6.5)**			
不明	272(8.0)			213(6.4)			
合計	3409(100.0)			3294(100.0)			
寝たきりになった原因							
脳卒中	47(15.2)			104(29.0)			
骨折や捻挫	40(12.9)			56(15.6)			
関節の痛み	36(11.7)			62(17.3)			
心臓病	25(8.1)			24(6.7)			
風邪や肺炎	12(3.9)			35(9.7)			
癌	12(3.9)			8(2.2)			
パーキンソン病	9(2.9)			14(3.9)			
身近な人の死	9(2.9)			—			
原因不明	9(2.9)			—			
その他	69(22.3)			22(6.1)			
回答なし	41(13.3)			34(9.5)			
合計	309(100.0)			359(100.0)			
介助の有無							
あり	645(18.9)	介助内容内訳(重複回答)		あり	772(21.9)	介助内容内訳(重複回答)	
		食事	302(46.8)			食事	335(46.3)
		排泄	171(26.5)			排泄	318(44.0)
		入浴	355(55.0)			入浴	482(66.7)
		更衣	244(37.8)			更衣	387(53.6)
		歩行	345(53.5)			歩行	445(61.6)
なし	2100(61.6)			なし	2572(78.1)		
不明	664(19.5)			不明	—		
合計	3409(100.0)				3294(100.0)		

*他および不明を合わせた数値

**P≤0.01

区内には、病院が9カ所、診療所が366カ所あり、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が、医師も中央区に通勤し、オフィスビルで開業しているため、往診を実施する機関は少ない。区内の保健所は2カ所、保健所保健婦は13名で、保健婦一人当たりの平均担当人口は約5700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カ所の敬老施設と、平成3年3月に開設された特別養護老人ホーム、マイホームはるみがある。

V. 結果

1. 都市部に在住する後期高齢者の健康特性

1) 後期高齢者の特性

(1)後期高齢者の属性

表1に示すように、東京都中央区に在住する75歳以上後期高齢者3409名のうち、男性は1,197名(35.1%)・女性は2,212名(64.9%)であった。平均年齢は、81.1歳(±4.6)で、男性は、最年長者95歳が2名あり、平均80.9歳(±4.4)であった。女性は最年長者99歳1名で、平均年齢は81.2歳(±4.7)であった。また、75歳から84歳までの者は、1987年調査時では80.6%であり、1993年調査時は78%をしめているが変化は少なく、90歳以上で若干割合が増えている。

(2)高齢者の在住場所

回答者の在住場所は、表2に示す通り、中央区内自宅が3409(90.0%)であり、他一割の者は、中央区外に居住していたり、何らかの理由のために入院中や老人

表2 対象者の在住場所

中央区内の自宅	3409(90.0)
中央区外の自宅	124(3.0)
入院中(3か月以上)	129(3.0)
入院中(3か月未満)	54(1.0)
区外の老人ホーム	15(0.0)
特別養護老人ホーム「マイホームはるみ」	3(0.0)
その他	70(2.0)
不明	33(1.0)
合計	3837(100.0)

表3 家族数の内訳

家族数	人数(%)
単身者	638(18.7)
2人	1197(35.1)
3人	534(15.7)
4人	358(10.5)
5人	327(9.6)
6人以上	337(9.9)
不明	18(0.5)
合計	3409(100.0)

ホームに入居であった。特別養護老人ホーム「マイホームはるみ」の入居者からは、3回答あったが、この時点での入居者は67(女性47人・男性20人)人であったことが確認されている。

(3)75歳以上の後期高齢者の割合

平成5年1月1日の住民登録数74,268に対して、75歳以上の後期高齢者がしめる割合は中央区全体で6.9%、また、地区別人口で割合を算出すると、京橋地区8.0%・日本橋地区8.0%・月島地区5.2%であった。

(4)家族数

家族数は、表3に示すように、単身者が638(18.7%)・二人家族が1197(35.1%)・三人以上の家族は、1556(46.2%)である。家族構成員との関係は、表4に示したが、配偶者が最も多く、息子・孫・子どもの配偶者が各々3割程度をしめていた。また、65歳以上の者と同居しているのは1191(34.9%)であり、反面、小学校入学前の6歳以下の者との同居は69(2.0%)と極端に低かった。高齢の単身者世帯が約二割近く、また、65歳以上の者を含む家族の世帯は約四割ちかいことが明らかになった。

(5)回答を記入した者

質問紙を記入するにあたっては、データの信頼性を高めるために、同居の者や家族が記入を行うように依頼した。表1に示す通り、質問紙を回答した者のうち、高齢者自身が記入した者は1622名(47.6%)、家族が記入した者は1665(48.4%)であった。本人と家族記入の割合はほぼ同じであるが、1987年と比べると、高齢者自身が記入した割合が増えている。

2) 社会活動への参加状況

高齢者がどのような社会活動に参加しているか(重複回答)を見ると、表5に示すように、収入を伴う経済を行う自営業をしている者519(15.2%)や勤務がある者225(6.6%)であり、その他、仲間うちや趣味の会の活動に参加している者498(14.6%)・老人クラブの活動に参加している者424(12.4%)・町内会や自治会の活動に参加している者376(11.0%)・勤めについている者225(6.6%)・ボランティア活動をしている者79(2.3%)等の回答が得られたが、何もしていないと回答

表4 家族との続柄(重複回答)

家族関係	人数(%)
配偶者	1277(46.4)
息子	1017(36.9)
孫	831(30.2)
子の配偶者	789(28.7)
娘	648(23.5)
両親	15(0.5)
他	180(6.6)

表5 高齢者の社会活動の参加状況(重複回答)

社会活動の参加先	人数(%)
勤務	225(6.6)
自営業	519(15.2)
老人クラブ	424(12.4)
町内会・自治会	376(11.0)
仲間の会・趣味の会	498(14.6)
ボランティア	79(2.3)
他	288(8.4)
何もしていない	1624(47.6)

表6 日常の行動範囲

行動範囲	人数(%)
ほとんど屋内で過ごす	1226(36.0)
庭や家の周囲を歩く	233(6.8)
近所に外出する	892(26.2)
乗り物に乗って外出する	891(26.1)
不明	167(4.9)
合 計	3409(100.0)

表7 主治医の有無と所在地, 往診の有無

主治医の有無		所在地内訳		往診の有無	
あ り	2962(86.9)	中央区内	2468(83.3)	往診をしてくれる	946(31.9)
		中央区外	437(14.8)	往診はしない	613(20.7)
		東京都下	13(0.4)	頼んだことがない	1054(35.6)
		東京都外	26(0.9)	不明	349(11.8)
		不明	18(0.6)		
な し	547(13.1)				
合 計	3409(100.0)		2962(100.0)		2962(100.0)

表8 5歳年齢階級と健康状態: 実数と比率

	日常生活 に支障なく 生活する	病気はある が普通に 生活する	あまり動 かずに 過ごす	寝たり 起きた している	ほとんど 寝て過ごす	寝たきり である	不 明	合計(%)
75~79歳	701(22.3)	539(17.2)	80(2.6)	33(1.1)	29(0.9)	10(0.3)	134(4.0)	1527(44.8)
80~84歳	482(15.4)	379(12.1)	88(2.8)	42(1.3)	33(1.1)	12(0.4)	95(2.8)	1131(33.2)
85~89歳	201(6.4)	170(5.4)	50(1.6)	31(1.0)	39(1.2)	17(0.5)	33(1.0)	541(15.9)
90歳以上	70(2.2)	40(1.3)	28(0.9)	19(0.6)	22(0.7)	22(0.7)	9(0.3)	210(6.2)
合 計	1454(46.4)	1128(36.0)	246(7.8)	125(4.0)	123(3.9)	61(1.9)	272(8.0)	3409(100.0)

した者が1621あり,後期高齢者の47.6%を占めていた。老人クラブや自治会等に参加する者は約1割程度であった。

3) 日常の行動範囲

表6に示すように, 屋内で過ごす群1226(36.0%)が最も多いが, 家を出て積極的に外出している群は, 近所に外出する群と乗り物に乗って外出する群を合わせ1783(46.3%)であった。

4) 後期高齢者の健康状態

(1)主治医の有無と往診について

主治医があると回答したのは, 表7に示すように, 2962(86.9%)で, 主治医の所在地は中央区内2468(83.3%)が約8割を占めていた。主治医があると回答した者のうち, 自宅への往診については, 往診する946(31.9%)・往診しない613(20.7%)であり, 往診の依頼したことがないものは1054(35.6%)であった。また, 入院の有無に関しては, この1年に病院に入院したことがある者は629(18.5%)・ない2601(76.3%)・不明354(10.1%)であった。

(2)脳血管疾患の既往

脳血管疾患の既往については, 表1に示すように, 既往のない者が2668(78.3%)で圧倒的に多いが, 既往のある者は396(11.6%)で, 寝たきりの状態に陥りやすい群が1割を占めている。1987年の調査では, 既往のあるものが443(13.4%)であったが, 今調査時は実数も減少し396(11.6%)であった。

(3)現在の健康状況と寝たきりになった原因

現在の健康状態は, 表1に示すように, 日常に何の支障もなく生活している1454(42.7%)・病気はあるが普通に生活している1128(33.1%)と, 自立した生活が可能なら2群で2582(75.8%)を占めている。さらに, あまり動かずに過ごす246(7.2%)・寝たり起きたりして過ごす125(3.7%)が, 2群あわせて371(10.9%), ほとんど寝て過ごす123(3.6%)・寝たきりである61(1.8%), 寝付いている状態のこれら2群で184(5.4%)であった。1987年の人数比率と比べると, あまり動かずに過ごす・寝たきりであるの2群間で有意に減少しており, 自立した生活が可能な者の割合が高いこ

とが示された。さらに、表8に示すように、5歳年齢階級と健康状態の関係では、寝たきりは、90歳以上の者の群で70歳から75歳の者の約2倍で出現しているものの、90歳以上の高齢者では210名中、約2/3は、日常生活に支障なく生活する・病気はあるが普通に生活する・あまり動かずに生活する、という3群にあることがわかる。

また、寝付いてからの期間については、以下の3群、寝たり起きたりしている・ほとんど寝て過ごす・寝たきりの3群309人の内訳でみると、表9の通り、1年から3年未満の群と、5年以上の群が各々約25%をしめており、この状況は、1987年の調査時とほぼ同じ結果であった。

寝たきりになった原因は表1に示すように、脳卒中47(15.2%)が最も多く、以下骨折や捻挫40(12.9%)、関節の痛み36(11.7%)と続いている。1987年時の調査時は、脳卒中・関節痛・けがとなり、関節痛とけが(骨折や捻挫)と入れ替わっている。

表9 寝付いている期間

寝付いている期間	人数(%)
3ヶ月未満	25(8.1)
3ヶ月～6ヶ月未満	24(7.8)
6ヶ月～1年未満	42(13.6)
1年～3年未満	75(24.3)
3年～5年未満	46(14.9)
5年以上	73(23.6)
不明	24(7.8)
合計	309(100.0)

(4)介助の有無について

表1に示すように、日常生活を送る上で、介助が必要とされる者は645(18.9%)で、約8割の者は介助の必要性がなかった。介護が必要なことを、重複回答で求めたところ、入浴355(55.0%)・歩行345(53.5%)・食事302(46.8%)・更衣244(37.8%)・排泄171(26.5%)であった。1987年の調査では、手助けが必要とされる人は722(21.9%)だったが、今回は645(18.9%)と減少していることに加え、介助内容5項目、食事・排泄・入浴・更衣・歩行のすべてにおいて、介助が必要とされる者の数が減少していた。

世話する者の続柄は、娘182(28.2%)・嫁156(24.2%)等の子供世代か、配偶者(妻あるいは夫)138(21.4%)が、表10に示すように約7割をしめていた。

2. 後期高齢者の行動範囲と健康状態との関連

表11に示したものは、屋内で過ごす群と、それ以外の群を再カテゴリーしたもので、外出する機会がある

表10 高齢者と主介護者の関係

主介護者の続柄	人数(%)
娘	182(28.2)
嫁	156(24.2)
配偶者	138(21.4)
家政婦・ヘルパーなど	57(8.8)
息子	43(6.7)
親戚	13(2.0)
その他	29(4.5)
不明	27(4.2)
合計	645(100.0)

表11 5歳階級年齢・性別・脳血管疾患の有無と行動範囲

5歳階級年齢と行動範囲		ほとんど屋内で 過ごす	自宅外へ外出 する機軸あり	合計(%)	
	75～79歳	428(13.2)	1007(31.1)	1435(44.3)	
	80～84歳	400(12.3)	680(21.0)	1080(33.3)	
	85～89歳	267(8.2)	255(7.9)	522(16.1)	
	90歳以上	131(4.0)	74(2.3)	205(6.3)	
	合計	1226(37.8)	2016(62.2)	3242(100.0)	P≤0.01
性別と行動範囲					
	男性	369(11.4)	756(23.3)	1125(34.7)	
	女性	857(26.4)	1260(38.9)	2117(65.3)	
	合計	1226(37.8)	2016(62.2)	3294(100.0)	P≤0.01
脳血管疾患の既往と行動範囲					
	既往あり	223(7.5)	158(5.3)	381(12.8)	
	既往なし	914(30.6)	1693(56.7)	2607(87.2)	
	合計	1137(38.1)	1851(61.9)	2988(100.0)	P≤0.01

表12 行動範囲と健康状態：実数と比率

	日常生活に 支障なく 生活する	病気はある が普通に 生活する	あまり動 かずに 過ごす	寝たり 起きたり している	ほとんど 寝て 過ごす	寝たきり である	不 明	合計(%)
ほとんど室内 で過ごす	360(10.6)	356(10.4)	192(5.6)	107(3.1)	114(3.3)	55(1.5)	42(1.2)	1226(38.0)
庭や家の 周囲を歩く	101(3.0)	97(2.8)	17(0.5)	5(0.1)	2(0.1)	0(0)	11(0.3)	233(6.8)
近所に 外出する	433(12.7)	370(10.9)	22(0.6)	8(0.3)	0(0)	1(0)	57(1.7)	892(25.2)
乗り物に乗っ て外出する	514(15.1)	286(8.4)	11(0.3)	2(0.1)	2(0.1)	0(0)	75(2.2)	881(26.1)
不 明	46(1.3)	19(0.6)	4(0.1)	2(0.1)	5(0.1)	5(0.1)	86(2.5)	167(4.9)
合 計(%)	1454(42.7)	1128(33.1)	246(7.2)	125(3.7)	123(3.6)	61(1.8)	272(8.0)	3409(100.0)

表13 健康状態と性別・脳血管疾患の有無・行動範囲

性別と健康状態	日常生活に 支障なく 生活する	室内で過ごし 寝たり起きたり あるいは寝付い て過ごす	合計(%)	
男 性	928(29.6)	162(5.2)	1092(5.2)	
女 性	1654(52.7)	391(12.5)	2045(65.2)	
合 計	2582(82.3)	555(17.7)	3137(100.0)	P≤0.01
脳血管疾患の有無と健康状態				
既往あり	51(2.1)	131(5.5)	339(14.2)	
既往なし	1016(44.7)	687(28.8)	2044(85.8)	
合 計	1116(46.8)	818(34.3)	2383(100.0)	P≤0.01
行動範囲と健康状況				
ほとんど屋内で 過ごす	716(23.4)	468(15.3)	1184(38.7)	
自宅外へ外出を する機会あり	1801(58.9)	71(2.3)	1872(61.3)	
合 計	2517(82.4)	539(17.6)	3056(100.0)	P≤0.01

群とした。

屋内で過ごす群について注目すると、年齢階級別には75歳から84歳までの者で828(25.5%)をしめており、性別では、女性は男性の2倍にのぼり、ADL低下や寝たきりに陥りやすい主要因の血管疾患の既往がない群でも914(30.6%)になることがわかった。

また、表12に行動範囲と健康状態の実数と比率を示した。日常生活に支障無く生活する・病気はあるが普通に生活する、の2群のうち、ほとんど屋内で過ごすという群は合わせて716(23.4%)にのぼることがわかった。

表13では健康状態という指標から、屋内に留まりがちな例数を明らかにしようと試みた。日常生活に支障なく生活する・病気はあるが普通に生活する、の2群をあわせ「日常生活に支障なく生活する」とし、それ以

表14 介護についての心配ごと(重複回答)

介護上の心配や困っていること	人数(%)
介護者が心身ともに疲れる	218(33.8)
病院など外出時の送迎、付き添いが大変である	207(32.1)
介護者自身の時間が持てない	170(26.4)
介護者が外出できない	157(24.3)
介護者の生活がふりまわされる	130(20.2)
介護者自身の仕事ができない	115(17.8)
介護者が目をはなせない	99(15.3)
経済的負担が大きい	89(13.8)
老人にどのように接してよいかわからない	30(4.7)
他	55(8.5)
以上のようなことはない	100(15.5)

外の群を「室内で過ごし寝たり起きたりあるいは寝付いて過ごす」と、再カテゴリーした。結果は、室内で

寝たり起きたりして過ごす群が男女あわせ555(17.7%)あり、脳血管疾患の既往がない場合でも687(28.8%)が屋内で過ごしている。行動範囲と健康状態の関係では、閉じ込めて生活する群は、先にもあげたように716(23.4%)であるが、反面、室内で寝たり起きたりあるいは寝付いて過ごしている群であっても、外出している群が71(2.3%)あることが示された。

3. 介護者の介護サービスに対する周知や利用

1) 介護についての心配

介護についての心配ごとや困っていることを、介護を行う者645人に尋ねたところ、表14に示すように、病院など外出時の送迎・付き添いが大変である・介護者が心身ともに疲れる・介護者自身の時間が持たない・介護者が外出できない等、各2~3割を占める回答が得られた。

2) サービスの周知

表15に示すように、入浴サービス・民生委員・ホー

表15 介護者が周知しているサービスについて(重複回答)

周知のサービス	人数(%)
入浴サービス	423(65.6)
民生委員	414(64.2)
紙おむつ支給	360(55.8)
ホームヘルプサービス(ヘルパー)	328(50.9)
訪問看護	327(50.7)
ショートステイ、短期入所	275(42.6)
身体障害者手帳(身障手帳)	256(39.7)
機能訓練(リハビリ)	251(38.9)
保健婦	240(37.2)
布団乾燥丸洗い	212(32.9)
理髪サービス	196(30.4)
デイケア(通所サービス)	193(29.9)
給食サービス	179(27.8)
日常生活用具等給付	145(22.5)
緊急通報システム	142(22.0)
付き添い看護料資金貸付	124(19.2)
在宅介護支援センター	89(13.8)

表16 全回答者および、寝ねたきり・痴呆群の介護に関する知りたい内容・要望

知りたい内容・要望 (対象人数)	全回答者		ねたきり・痴呆群	
	1993年	1987年	1993年	1987年
	3,409	3,294	197	359
介護の方法一般	64(1.7)	85(2.6)	8(4.1)	43(12.0)
排泄	11	22	3	9(2.5)
入浴	0	15	0	12(3.3)
痴呆への対応	12	24	0	9(2.5)
行政のサービス内容や相談場所	40(1.1)	24(0.7)	1(0.5)	5(1.4)
ショートステイ	15(0.4)	5(0.2)	4(2.0)	3(0.8)
デイケア・機能訓練	10(0.3)	10(0.3)	2(1.0)	5(1.4)
ヘルパー	14(0.4)	23(0.7)	3(1.5)	7(1.9)
住宅の改造資金補助	0	11(0.3)	0	5(1.4)
入院・入所施設	14(0.4)	34(1.0)	0	19(5.3)
医者の紹介	8(0.2)	9(0.3)	0	5(1.4)
退院後の介護不安	4(0.1)	24(0.7)	0	22(6.1)
家族内の調整方法	3(0.1)	14(0.4)	1(0.5)	5(1.4)
その他	204(5.4)	0	27(13.7)	0

* ()各対象全数に対する割合、強調文字は、3倍以上の差があるもの、N=158(2次調査対象者は、うち34名)

ムヘルプサービス(ヘルパー)・訪問看護・紙おむつ支給等は約半数以上が周知していた。

3) 介護の方法で知りたいこと

知りたいことがある群は、158(24.5%)あり、その内容を1987年の内容と比較検討するために、自由回答を
知りたい内容、利用したいサービス、要望等、の面から検討を加えた。表16・17に示すように、1987年の調査と比べると、介護方法一般について全回答者・介護者を対象にした場合でも、割合は減っており、各種サ

ービスについても同様である。このことは、介護方法の知識やサービスについて、より適切な助言を受け、対処方法を得て行動しているのではないかと推測される。

IV. 考察

1. 後期高齢者の健康状況について

今回の調査では、対象の平均寿命が、前回調査時より5か月ほど延び、特に男性は全国平均よりも高かった。そして、6年のうちに日常生活動作が自立してい

表17 介護に関する内容 - 具体的内容内訳:表16の再掲-

1. 介護方法について(64件/ 8件)				
介護全般	2	生活リズム	3	健康状態(病院)・介護の見極め 急変時の対処の仕方 社会生活の拡大
コミュニケーション・心理	19	疾病管理	4	
移動	4	Skin Care・医療処置	4(1)	
食事(服薬)	7(3)	その他	5	
排泄	11(3)			
清潔・整容	4(1)			
更衣	1			
2. 社会サービスの情報を知りたい(147件/17件)				
情報全般	40(1)	紙おむつ支給	1	
ガイドブックやパンフレット請求	7	日常生活用具等給付	4(1)	
訪問看護	11(1)	付き添い看護料貸金貸付	1	
ホールヘルプサービス	11(2)	給食サービス	8(2)	
ショートステイ	11(3)	緊急通報サービス	10	
デイケア	5(1)	保健婦	2	
機能訓練	2	在宅介護支援センター	3	
入浴サービス	5(2)	住宅改善相談事業	1	
布団乾燥丸洗い	6(2)	往診医	1	
理髪サービス	4(1)	救急医療制度(病院)	6	
在宅介護を長期に長時間低料金でしてくれる制度			1(1)	
老人ホーム・近所の老人施設・老人病院			5	
福祉課のシステム			1	
車椅子を貸し出してくれるところ			1	
3. 社会サービスを利用したい(31件/ 2件)				
訪問看護	1	理髪サービス	1	
ホームヘルプサービス	3	付き添い看護料貸金貸付	1	
ショートステイ	4(1)	給食サービス	2	
デイケア	1(1)	緊急通報サービス	4	
機能訓練	2	往診医(家庭医)がほしい	7	
布団乾燥丸洗い	2	老人ホーム	3	
4. 行政等への要望(37件/ 3件)				
1. サービスの充実・拡大(9件/ 0件)				
利用しやすい機構	2	ヘルパーの拡大	1	
福祉サービスのPR	1	給食サービスの拡大	3	
全体的にサービスの拡大	1	優しく、平等に扱って欲しい	1	
2. 新しいサービスの設置(24件/ 2件)				
老人向け出前店の開設	2	即入院できる病院を設置	1	
電話相談24時間対応	1	聖路加にペットを確保	1	
必要時に必要なアドバイス	1	老人ホーム・施設の増設	4(1)	
介護意識を持ったヘルパーの育成	1	聖路加と薬局にバスを	1	
往診医(家庭医)がほしい	7	新しい車椅子が欲しい	1	
在宅診療の普及	1(1)	タクシー代等の支給	1	
巡回訪問制度	2			
3. 地域ネット・ワーク化(4件/ 1件)				
区職員・保健婦がペアで訪問し状況把握を			1(1)	
介護の話し合いに参加したい			1	
地域別に会合を持って直接悩みを聞いて欲しい			1	
区、病院、大学が協力して理想的、模範的な保健福祉地区にして欲しい			1	
5. 現状への不満と将来への不安(74件/ 7件)				
将来への不安	39(4)	介護生活そのもの	5(1)	
昼間の心配	5	人間関係	3(1)	
緊急時の心配	9	疲労	7(1)	
在宅介護導入の不安	4	その他	2	
6. その他(20件/ 9件)				
世話になっている				
近所に理解者がいることが救い	等			

(回答件数/二次調査対象者件数) N=158

る群が増えていた。健康状態の各項目毎に比べても、支障なく生活できる群が増加し、寝たきりは2/3が減少していた。さらに、高齢者自身がアンケートの記入を行っている割合が増えていること、脳血管疾患の既往がある者の減少、日常生活において介助が必要な者が減少していること、さらに日常生活動作の介助が減少していること等をあわせると、自立した生活ができる高齢者が多いことが示唆されている。

中央区の「寝たり起きたりして過ごす」「ほとんど寝て過ごす」「寝たきり」の群の後期高齢者割合は、合計9.1%であった。地域在住の65歳以上の高齢者を調査して明らかになった、手段的ADL低下群の高齢者割合8.2%¹³⁾よりやや多いが、中央区の対象者の年齢が高いことを考え合わせると、ほぼ合致していると判断できる。また、寝たきりになった原因としてもっとも多かったのは、前回・今回調査時とも脳血管疾患であり、1987年の調査では、次に、骨折や怪我があがっていた。1993年では、第2番目が関節痛であり、骨折や怪我は第3番目で、予防できる事故を減らすことが可能であり、地域では、普段から気をつけて生活している人々が増えていたのではないかと推測された。1987年以降、高齢福祉課や環境衛生部、保健所と大学の協力関係がきずかれたこと、また、さらに福祉サービスの充実、対象者に応じたサービス提供、地域住民や対象者への情報提供が、暫時、行き届き、寝たきりで過ごす者の減少につながったとも考えられる。さらに、高齢者への歯科診療等、介護者支援プログラムの種類が増え、在宅ケアを支援する施策が充実したことも影響が大きいものと考えられる。また、特別養護老人ホームが区内に開設され、要介護高齢者に対し、より身近な場所でサービス提供が行なわれ、デイケア・入浴サービスの回数が増えたこと・ショートステイの充実等が整ったことも一つの要因として考えられる。

2. 行動範囲と健康状態について

高齢になるほど障害が増加し、関連要因として、年齢の他、脳血管疾患の寄与が大きいことがあげられている報告もあるが¹⁴⁾、しかし、本調査では、このような要因や障害がなくても、屋内にとどまる群は、約20%に及んでいる。

高齢者の行動範囲を検討した結果、屋内で過ごす群について注目すると、年齢が75歳から84歳までの者が25%が、性別では、女性では男性の2倍の12.5%が、血管疾患の既往がない群でも30%が、屋内に留まっていることがわかった。健康状態が良い群でも、21%の者が屋内で過ごしていることが判明した。室内で寝たり起きたりして過ごす群は17%あり、脳血管疾患の既往がなくても28%が屋内で過ごしている。このよう

に、閉じ込めて生活する群は、友人や近隣からの情緒的・手段的な支援が受けにくいと考えられる。健康老人の5年間の加齢変化を生活環境の側面から分析した調査では、友人や社会との関係が希薄化する傾向がみられた¹⁵⁾、という報告もある。本調査では、屋内に留まる理由を尋ねていないが、高齢者を対象にした行事・趣味の会への参加意識についての調査を参考にしてみると、不参加の理由は、身体的な理由以外に、行くのが面倒50%・他人との交流が苦手40%・一人居が好き20%というものがあがっていた¹⁶⁾。高齢者の交際時間や家族との対話時間は、年齢が上がるほど少なくなる傾向が見られ¹⁷⁾、閉じ込めりがちな高齢者は、若いときから交友範囲が狭かったり苦手とする意識があり、行動にも影響を与える可能性があると思われる。

反面、室内で寝たり起きたり、あるいは、寝付いて過ごしている群であっても、外出している群が71(2.3%)ある。今後は、この群を検討することによって、外出に関わる因子を探索することが可能と考える。また、要介護高齢者を対象とするだけでなく、ハイリスクグループ、すなわち、外出せずに屋内にとどまりがちな健康高齢者に対しても、さらに、支援が希薄になりがちな独居の者¹⁸⁾に対しても、疾病予防や寝たきりを予防する関わりが重要と考える。

3. 介護の提供・利用について

日常生活上、介護を提供しているものは、娘や嫁の子供世代、あるいは、配偶者であり、これらを合わせて約七割となり、家族内で介護し対応している群が多いことが示された。在宅介護を支援するため、平成3年9月に老人保健法改正により老人訪問看護制度が創設され、看護サービスの提供が始まり、高齢者の在宅生活を、できるかぎり継続するための支援体制が作られ始めている¹⁹⁾。都市化した地域で家族数が少ない状態であっても、看護サービスを受けることにより、在宅生活を送る可能性が広がる。中央区では、特別養護老人ホームと在宅介護支援センターを開設したが、さらに、他地区にも特別養護老人ホームを増設する予定であり、また、訪問看護ステーションの設置も検討され始め、在宅介護支援体制の整備が急がれている。

介護を行う対象者が記入した自由回答から、介護サービスに対する分析を行い、1987年の調査と比較した結果、情報提供を求める数が増えていた。これらのことから、介護者は、介護の知識や方法の提供・家族内の調整・入院入所についてより適切な助言を受けており、また、行政サービスの内容や相談場所については、具体的な助言が必要であり、さらに、対象者自身にとって必要なものを選択し対処する方法をみつけて行動しているのではないかと推測される。

中央区には、病院をベースにした訪問看護事業を行う機関があり、医療依存度の高い対象にも訪問看護を行っている。看護内容別に提供量を調査した結果では、行政の訪問看護ではADLを中心とした日常生活ケアを担い、病院の訪問看護では専門的技術の提供を担っている²⁰⁾。他地区には数少ない、病院の訪問看護が、看護を提供することによって、地域の病弱な高齢者の在宅ケアを支えている可能性もある。反面、行政の訪問看護は、ADLの低下した高齢者の健康や身体機能維持を担っており、大多数を占めるこれらの高齢者への総合的な政策的関わりが重要であると考ええる。

今後は、行政や病院の訪問看護の特色を生かしながら、地域全体で、在宅介護を展開するシステムの構築が必要になる。地域では、個人の健康行動のみならず、住民の健康育成を行う地域組織活動や、それを行政に反映させ行動することが、地域でのシステム構築につながる²¹⁾。行政や保健専門職が主導するだけでなく、地域在住者の参加を得て、地域ニーズ診断につなげ、新たな役割やサービスを創造することが課題となる。

さらに、地域全体の健康度を把握するためには、特別養護老人ホーム入居者の日常生活動作の把握も必要であり、継続的に調査分析を行いたいと考える。また、二次調査の介護者の状況を明らかにすることにより、本調査の回答と重ねて、検討を深めていきたいと考える。

VII. 結論

本研究の結果により、以下の点が明らかになった。

1. 都市部に在住する後期高齢者の健康に関連する特性のうち、社会活動への参加状況・日常の行動範囲・健康状態・介助の有無等を1987年の研究と比較することによって、自立した生活が可能な健康度の高い高齢者が増えていたことが推察された。
2. 行動範囲と健康状態については、障害がなく健康状態が良い群であっても、屋内にとどまっている群は、約20%に及ぶことが判明した。この群は、社会活動範囲が狭く、他者との交流も少ないと予想され、将来的に寝付いた生活へ移行しやすいと考えられる。

高齢者の行動範囲の検討結果、屋内で過ごす群について注目すると、年齢が75歳から84歳までの者が25%が、性別では、女性では男性の2倍の12.5%が、血管疾患の既往がない群でも30%が、屋内に留まっていた。

健康状態の検討結果では、室内で寝たり起きたりして過ごす群は17%あり、脳血管疾患の既往がなくても28%が室内で過ごしていることが明らかになった。反面、室内で寝たり起きたりあるいは寝付いて過ごしている群であっても、外出している群が71(2.3%)あることが明らかになった。

3. 介護について知りたい内容を分析した結果、介護の知識や方法の提供・家族内の調整・入院入所についてより適切な助言を受けており、また、情報提供を求めめる数が増えていた。

<引用文献>

- 1) 厚生省編：厚生白書,201-206,1989.
- 2) 経済企画庁総合計画局編：21世紀への基本戦略 経済構造調整と日本経済の展望,96-116, 東洋経済新聞社, 1987.
- 3) 厚生大臣官房老人保健福祉部老人保健監修：寝たきりゼロをめざして,17-22, 中央法規出版,1992.
- 4) 日野原重明,他：中央区老人実態・意向調査報告書,東京都中央区,1986.
- 5) 飯田澄美子,他：中央区民保健医療基礎調査報告書(1),1991.
- 6) 飯田澄美子,他：中央区民保健医療基礎調査報告書(2) -グループ別調査対象者の意見および要望,1991.
- 7) 飯田澄美子,他：痴呆老人等の長期ケアの実態とその対策,聖路加看護大学紀要13号,22-35,1987.
- 8) 飯田澄美子：寝たきり老人,痴呆老人の介護家族に対する効果的な看護サービスの在り方に関する研究,後期高齢者の健康状況と介護状況-都市と都市近郊の比較-,7-21,昭和62・63・平成元年度文部省科学研究費補助金(一般研究A)報告書,1990.
- 9) 山本俊一：健康の計量学,8-10,朝倉出版,1993.
- 10) 厚生統計協会：国民衛生の動向,126,1993.
- 11) 朝日新聞社編：民力1993年版,204-205,朝日新聞社,1993
- 12) 東京都中央区監修：平成5年版中央区政年鑑,23,東京都中央区,1993.
- 13) 古谷野亘,他：地域老人の生活機能 老研式活動能力指標による測定値の分布,日本公衆衛生雑誌,40(6),468-474,1993.

- 14) 藤田利治, 籾野脩一: 地域老人の日常生活動作の障害とその関連要因, 日本公衆衛生雑誌, 36(2), 76-87, 1989.
- 15) 藤本修, 中村妙子, 太田義隆, 他: 健康老人の脳機能における5年間の加齢変化 - 生活環境的側面と精神医学的検査の関連から -, 日本公衆衛生雑誌, 38(3), 182-191, 1991.
- 16) 谷口尚樹, 川口眞珠子, 宇野典子, 他: 都市における在宅高齢者の保健生活・意識についての研究, 京都市立看護短期大学紀要, 41-48, 15, 1990.
- 17) 日本放送協会: 日本人の生活時間, 180, 1992.
- 18) 藤田長太郎, 松永文保, 吉福健二, 他: 独居生活がか心身の老化に及ぼす影響について - 高来町独居老人調査3ヵ年の経過: 社会精神医学, 353-359, 12(4), 1989.
- 19) 厚生統計協会: 国民衛生の動向, 128, 1993.
- 20) 松下和子: 平成2・3・4年長寿科学総合研究事業 第3分野 看護・介護のあり方に関する研究報告 松下班収録集, 81-85, 平成5年5月.
- 21) Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter: Health Promotion Planning An Educational and Environmental Approach Second Edition, Applications in Community Settings, pp284-286, Maryfield Publishing Company, 1991.

—英文抄録—

A Study on Health and Caregiving Status of the Elderly over Age 75 Living in Urban Tokyo —Comparing 1987 with 1993—

Reiko Sato, Sumiko Iida, Ariko Noji
Sachiyo Murasima, Yuko Kondo

The purpose of this study is to propose the improvement of the community care service and caregivers' support system.

A questionnaire was sent to the elderly over age 75 living in Chuo Ward of Tokyo, on their living place, previous illness, health status, degree of assistance needed, and their caregivers. The same kind of surveys were made in 1987 and 1993, and the health status and home care were compared and changes in caregiver services were examined. Valid responses of 3,294 (response rate of 81.3%) in 1987 and 3,409 (response rate of 76.3%) in 1993 were analyzed and compared with each other.

The results are following; (1) The total number of bedridden elderly persons decreased from 214 (6.5% of the total) in 1986 to 61 (1.8% of the total) in 1993. The number of elderly over age 75 with high health status increased. (2) The rate of the elderly who stay only indoors, although physically non-handicapped and in good health, was 20%. (3) The statistic of caregivers' concern about care services in the answer to open ended questions showed the increase of the desire for the supply of information, and the fact of more suitable pieces of advice having been given about the resources for care, care-give service, and family adjustment.

It is necessary to establish the system to support and develop home care in the community in the future. Social support will also be necessary not only for infirm or handicapped elderly people, but also for demented, living in solitude, or non-social withdrawn healthy aged people to make use of community care service, counseling of care service and short stay at nursing homes.

Especially the importance of community care service to prevent the elderly from being bedridden was suggested. Moreover, general broad support is necessary, such as social education, income guarantee and housing measure as well as that from the point of view of health and welfare.

KEY WORDS:

elderly over age 75 health status, community participation,
activity range, caregiver, home-care needs