

松岡町在宅高齢者の生活機能とそれに関連する要因

金谷志子*¹ 廣部すみえ*¹ 森田久見代*²

1. はじめに

地域保健活動では、高齢者の生活機能を維持し、生活の質を確保することを目標に展開している。ここでいう生活機能とは、歩行、食事、入浴、排泄などの日常生活動作が自立している「身体的自立」のレベルではなく、より高次の活動能力（以下、生活機能と略す）の自立を指す¹⁾。Lawton²⁾ は、人間の活動能力を7つ段階に体系化した。「身体的自立」よりも高次の活動能力は、乗り物を利用しての外出、買い物、料理、金銭の管理等在宅でも一人で生活を維持しうる能力で「手段的自立」といい、テレビの視聴、書物を読むなど余暇活動や創作性などを「知的能動性」、人との親密な付き合いや社会との交流の能力を「社会的役割」という。

介護保険制度の導入に伴い、将来発生する寝たきりや痴呆などの要介護状態を予防するために、地域の高齢者の要介護状態に関連するリスクを把握し、適切な介入を図る取り組みがはじめられている。平成12年4月に策定された老人保健事業第4次計画では、要介護状態になることをできる限り予防する対策が新しく盛り込まれ、社会・環境改善対策も含めた取り組みがなされている。地域の要介護状態のリスクを把握する際、死亡率や有病率、日常生活動作（ADL）自立度の把握のみでなく、支障なく社会生活を送ることのできる高次の活動能力も含めて、高齢者の健康度を考えることが必要である。先行研究において生活機能の高い人は、健康感や生活への満足度も高いことが明らかにされており、その意味で生活機能は高齢者の総合的な健康度及び生活の質の指標とみなすことができる³⁾。

高齢者の生活機能の評価尺度として日本では老研式活動能力評価指標があり、信頼性、妥当性が検証されている⁴⁾。老研式活動能力評価指標を用いた研究は、横断調査による高齢者の生活機能の地域比較^{5) 6)}、高齢者の生活機能と要介護に関連する要因の分析^{7) 8) 9)}、縦断研究による高齢者の生活機能の変化やその変化に関連する要因の分析^{10) 11) 12)}がなされている。老研式活動能力評価指標は、先行研究において生活様式や生活史的要因の影響を受けることから、地域差があると指摘されている⁴⁾。適切な地域保健活動を展開するためには、地域の高齢者の生活機能の実態を把握することが重要である。今回、松岡町における在宅高齢者の生活機能の自立度の実態を明らかにし、自立度に関連している要因を予測し、松岡町の保健施策

受理日 2003.12.19

所 属 *¹福井県立大学看護福祉学部看護学科 *²福井県松岡町役場

を展開する上での基礎資料とするものである。

2. 研究方法

1) 対象

福井県松岡町に居住する65～90歳までの高齢者2,232人から要介護認定者を除き、単純無作為抽出した。福井県松岡町は、人口10,009人、世帯数4,014世帯であり、65歳以上人口の人口比率は21.0%である。産業別就業人口数は、第一次産業17.8%、第二次産業38.1%、第三次産業58.0%である（平成12年国勢調査）。

2) 方法

平成15年1月～2月に調査用紙を配布し、後日回収する配置留め置き法調査を実施した。訪問調査は、松岡町保健推進員が行った。調査の実施の際には案内文書を同封し調査の趣旨、プライバシーの保護について説明、協力を依頼し倫理的配慮を行った。

3) 調査項目

性、年齢、家族構成、生活機能、日常生活自立度、主観的健康度自己評価、主観的幸福感、保健行動、罹患疾患・既往疾患、転倒経験の有無であった。

生活機能の測定尺度は、老研式活動能力評価指標を用いた⁹⁾。この評価指標はLawtonの活動能力の概念モデルに依拠しており、ADL尺度より高次の活動能力を測定する尺度である。手段的自立5項目、知的能動性4項目、社会的役割4項目の3つの下位尺度、計13項目からなり、各項目「はい」に1点、「いいえ」に0点を与え、合計得点を算出する。合計得点は0～13点の範囲となり、得点が高いほど生活機能の自立度が高いことを意味する。以下、老研式活動能力評価指標合計得点を生活機能評価得点という。

日常生活自立度は、厚生省障害老人の日常生活自立度判定基準を用いた。Jランクとは、疾病や障害があるが日常生活はほぼ自立しており独力で外出、Aランクとは、室内での生活は自立・介助により外出をいう。主観的健康度自己評価は、「非常に健康」「まあ健康」「あまり健康でない」「健康でない」の4つの選択肢を用いて回答を求め、前者2つを「健康である」後者2つを「健康でない」とした。主観的幸福感を測定する尺度として改訂PCGモラル・スケールを用いた¹⁰⁾。17項目からなり、質問項目について肯定的な選択肢を選択した場合に1点、その他の選択肢に0点を与え、合計得点を算出する。総得点は0～17点の範囲となり、得点が高いほど幸福感が高いことを意味する。

3. 結果

1) 対象者の属性

回収は500人全数であったが、年齢と性別の記載が不明者および生活機能評価得点や主観的幸福感の項目に無回答が1つでもあるものは分析対象者より削除した。その結果、400人を分析対象とした(有効回答率80%)。分析対象者は400人となったが、調査対象者と性別、各年齢階級の割合は同程度であった。

対象の属性を表1に示した。性別は男性199人(49.8%)、女性201人(50.2%)であった。平均年齢は73.7±6.3歳(男性73.8±6.4歳、女性73.6±6.2歳)であった。家族構成では一人暮らしが23人(5.8%)、配偶者と同居が108人(27.3%)、子供と同居が219人(55.3%)であった。(表1)

表1 対象の属性

		全体	男性	女性
性 別		400人(100.0%)	199人(49.8%)	201人(50.3%)
年齢階級	65-69歳	130人(32.5%)	67人(30.4%)	63人(32.5%)
	70-74歳	107人(26.8%)	46人(27.0%)	61人(26.8%)
	75-79歳	87人(21.3%)	49人(21.5%)	36人(21.3%)
	80-84歳	48人(12.0%)	23人(12.2%)	25人(12.0%)
	85-90歳	30人(7.5%)	14人(8.9%)	16人(7.5%)
家族形態	一人暮らし	23人(5.8%)	6人(3.0%)	17人(8.5%)
	本人と配偶者	108人(27.3%)	72人(36.5%)	36人(18.1%)
	子と同居	219人(55.3%)	98人(49.7%)	121人(60.8%)
	その他	46人(11.6%)	21人(10.7%)	25人(12.6%)
厚生省自立度	自立	263人(65.8%)	130人(65.3%)	133人(66.2%)
	Jランク	115人(28.8%)	58人(29.1%)	57人(28.4%)
	Aランク	22人(5.5%)	11人(5.5%)	11人(5.5%)

2) 年齢・性別と生活機能評価得点

生活機能評価得点の性・年齢階級別平均得点、標準偏差を表2に示した。生活機能評価合計点は加齢にともない、低下し有意な差があった。下位尺度評価合計点においても、手段的自立、知的能動性、社会的役割の得点は、加齢にともない、低下し有意な差があった。

(表3)

表2 老研式生活機能評価の性・年齢階級別平均得点

		男性			女性			全国男	全国女
		n	Mean	S. D	n	Mean	S. D	Mean	Mean
合計 得点	65-69歳	67	11.69	1.39	67	11.87	1.55	12.04	11.86
	70-74歳	46	11.39	2.33	46	11.46	1.75	11.44	11.37
	75-79歳	49	11.20	1.74	49	10.78	3.00	10.87	10.27
	80-84歳	23	10.96	2.42	23	11.12	2.35	9.84	8.85
	85-90歳	14	10.00	3.64	14	9.06	3.04	8.29	6.2
	全体	199	11.30	2.08	201	11.23	2.27		
手段的 自立 得点	65-69歳	67	4.84	0.45	67	4.94	0.30	4.82	4.82
	70-74歳	46	4.61	1.04	46	4.73	0.70	4.61	4.67
	75-79歳	49	4.71	0.61	49	4.42	1.32	4.36	4.23
	80-84歳	23	4.61	1.12	23	4.36	1.25	3.95	3.75
	85-90歳	14	4.14	1.23	14	3.31	1.78	3.43	2.48
	全体	199	4.68	0.82	201	4.58	1.04		
知的 能動性 得点	65-69歳	67	3.57	0.66	67	3.59	0.71	3.64	3.49
	70-74歳	46	3.59	0.78	46	3.36	0.93	3.46	3.24
	75-79歳	49	3.51	0.68	49	3.14	1.07	3.28	2.9
	80-84歳	23	3.57	0.84	23	3.40	0.96	2.98	2.39
	85-90歳	14	3.43	1.28	14	3.00	0.97	2.36	1.52
	全体	199	3.55	0.76	201	3.37	0.81		
社会的 役割 得点	65-69歳	67	3.28	1.04	67	3.35	1.03	3.58	3.56
	70-74歳	46	3.20	1.00	46	3.36	0.84	3.37	3.43
	75-79歳	49	2.98	1.15	49	3.22	1.07	3.21	3.15
	80-84歳	23	2.78	1.48	23	3.36	0.91	2.88	2.68
	85-90歳	14	2.43	1.55	14	2.75	1.24	2.53	2.21
	全体	199	3.07	1.17	201	3.28	0.99		

表3 生活機能評価得点と年齢との関連(n=400)

	全体	男性	女性
生活機能	-0.260***	-0.203**	-0.314***
手段的自立	-0.298***	-0.179*	-0.398***
知的能動性	-0.110*	-0.040	-0.173*
社会的役割	-0.177***	-0.210**	-0.139*

Spearmanの相関関係 ***; p<0.001、**; p<0.01、*; p<0.05

加齢による生活機能の変化を詳しく下位尺度項目別にみた。ここでは、手段的自立5項目、知的能動性4項目、社会的自立4項目のそれぞれにおいて満点であることを「自立」と操作的に定義した。男性は知的能動性の自立は維持されるが、社会的役割の自立が加齢とともに低下した。女性は手段的自立の自立は75-79歳以降低下し、知的能動性、社会的役割の自立は、85-90歳に急激に低下した。(図1・2)

松岡町在宅高齢者の生活機能とそれに関連する要因

図1 年齢階級別生活機能の自立状況の割合（男性）

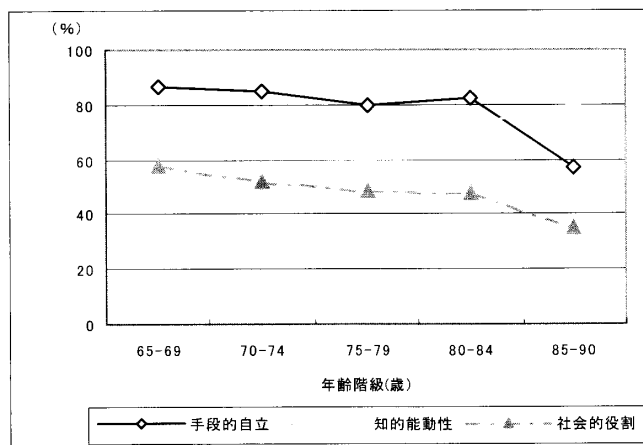
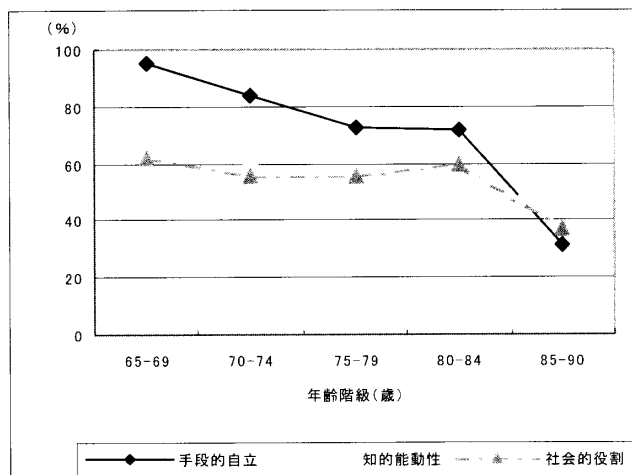


図2 年齢階級別生活機能の自立状況の割合（女性）



質問項目別に生活機能の自立度を表4に示した。男性は、社会的役割の「友人宅を訪ねる」「若い人に話しかける」が女性に比べ低く、有意な差があった。女性は、手段的自立の「預金の出し入れ」、知的能動性の「書類が書ける」「新聞を読む」「本・雑誌を読む」が男性に比べ低く、有意な差があった。

表4 生活機能の自立度(性別)

		男性	女性	検定
		n=199	n=201	
		人数 (%)	人数 (%)	
手段的自立	バスや電車を使って一人で外出できる	178 (89.4)	170 (84.6)	
	日用品の買い物ができる	188 (94.5)	190 (94.5)	
	自分で食事の用意ができる	177 (88.9)	188 (93.5)	
	請求書の支払いができる	195 (98.0)	191 (95.0)	
	預金の出し入れが自分でできる	193 (97.0)	182 (90.5)	**
知的能動性	年金などの書類が書ける	187 (94.0)	170 (84.6)	**
	新聞を読んでいる	195 (98.0)	187 (93.0)	**
	本や雑誌を読んでいる	155 (77.9)	138 (68.7)	*
	健康関連記事や番組に関心がある	169 (84.9)	182 (90.5)	
社会的役割	友達の家を訪ねることがある	129 (64.8)	157 (78.1)	**
	家族や友人の相談にのることがある	166 (83.4)	163 (81.1)	
	病人を見舞うことができる	174 (87.4)	179 (89.1)	
	若い人に自分から話しかけることがある	142 (71.4)	161 (80.1)	*

(χ²検定 **; p<0.01、*; p<0.05)

3) 生活機能評価尺度の累積相対度数と生活機能評価合計点低下者の出現割合

性別・年齢階級別生活機能評価合計点の累積相対度数の分布を表5に示した。男女とも全体の約6割が12点以上であった。

本研究ではヘルスアセスメント検討委員会の生活機能評価得点の下位25%にあたる者を要介護状態となるハイリスク群、上位75%にあたる者を「元気高齢者」とする基準を用いた³⁾。生活機能評価合計点の平均値は11.27±0.11点であった。その結果、生活機能評価合計点の下位25%は10点以下の高齢者になり、これらを「ハイリスク群」とした。生活機能評価合計点の上位75%は11点以上の高齢者になり、これらを「元気群」とした。

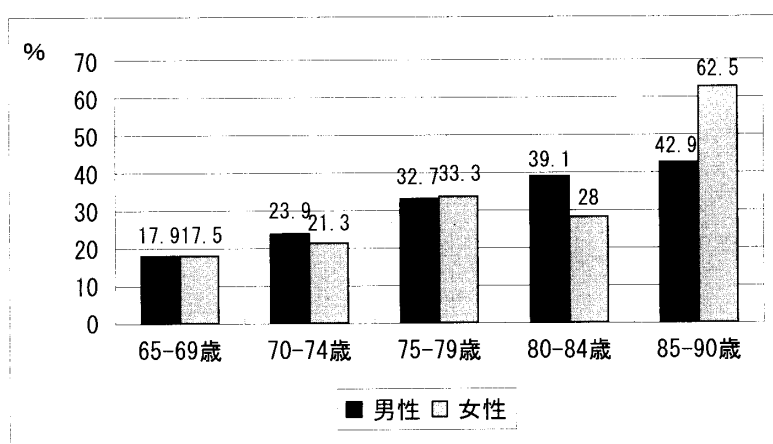
要介護状態となるハイリスク群は107人で全体の26.8%であった。ハイリスク群の出現割合は、性別による差はなかったが、加齢に伴って割合が増加した。男性は加齢にともなって割合が徐々に増加したが、女性は85-90歳で急激に割合が増加し、80-84歳の約2倍になっていた。(図3)

松岡町在宅高齢者の生活機能とそれに関連する要因

表5 年齢階級別生活機能評価合計得点の累積相対度数 (%)

性別	年齢階級	合計得点													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
男性	65-69歳								1.5	13.4	17.9	34.3	64.2	100.0	
	70-74歳			2.2		4.3	6.5		13.0	15.2	23.9	30.4	56.5	100.0	
	75-79歳						2.0	4.1	6.1	16.3	32.7	49.0	69.4	100.0	
	80-84歳			4.3					8.7		17.4	39.1	47.8	65.2	100.0
	85-90歳	7.1				14.3			21.4	28.6	35.7	42.9		71.4	100.0
	計	0.5		1.5		2.5	3.5	5.0	8.0	16.6	27.1	39.2	64.3	100.0	
女性	65-69歳							1.6	3.2	12.7	17.5	31.7	46.0	100.0	
	70-74歳				1.6				6.6	13.1	21.3	41.0	65.6	100.0	
	75-79歳		2.8	5.6	8.3			11.1	13.8	27.8	33.3	41.7	58.3	100.0	
	80-84歳					4.0	12.0			16.0	28.0	36.0	68.0	100.0	
	85-90歳				6.3	18.8	25.0	31.3	43.8	50.0	62.5	75.0	81.3	100.0	
	計		0.5	1.0	2.5	4.0	6.0	7.0	10.4	18.9	26.4	40.3	59.7	100.0	

図3 生活機能評価合計得点10点以下の出現割合



4) 生活機能評価合計点とQOL指標

日常生活自立度、主観的健康度自己評価、主観的幸福感と生活機能評価合計点との関連を表6に示した。日常生活自立度が低下するにしたがって合計得点、手段的自立、社会的役割の得点が低下し、有意な差がみられた。主観的健康度自己評価が高くなるにしたがって、合計得点、手段的自立、知的能動性、社会的役割の得点が高くなり、有意な差がみられた。主観的幸福感が高くなるにしたがって合計得点、知的能動性、社会的役割の得点が高くなり、有意な差がみられた。

表6 生活機能と日常生活自立度・主観的健康度自己評価・主観的幸福感との関連 (n=400)

	生活機能評価得点	手段的自立	知的能動性	社会的役割
日常生活自立度	-0.239***	-0.227***	-0.077	-0.239***
主観的健康度自己評価	0.245***	0.226***	0.126*	0.229***
主観的幸福感	0.195***	0.092	0.162***	0.152**

(Spearmanの相関係数 ***; p<0.001、** ; p<0.01、* ; p<0.05)

5) 生活機能に関係する因子

生活機能評価合計点を2群(元気群、ハイリスク群)に分け、生活機能と基本属性、QOL指標、外出状況、転倒、既往/罹患疾患、歩行能力との関係を表7に示した。性別による差はなかった。ハイリスク群は元気群に比べ、子と同居している者が多く、一人暮らしの者は少なかった。ハイリスク群は元気群に比べ、後期高齢者が有意に多く、後期高齢者の36.8%がハイリスク群であった。日常生活自立度Aランクの者の9割がハイリスク群で、元気群に比べ有意に多かった。また、健康度自己評価は「健康でない」とする者が多く、主観的幸福感が低い者がハイリスク群は元気群に比べ多く、どちらも有意な差があった。

ハイリスク群は元気群に比べ、週1回以上外出しない者、1年以内に転倒経験のある者が多く、有意な差があった。既往/罹患疾患では、脳卒中が元気群に比べ、ハイリスク群に約3倍多く、有意な差がみられた。ハイリスク群は元気群に比べ、同年代の者と比較して歩行能力が遅い、体力がないと感じている者が多く、有意な差があった。

松岡町在宅高齢者の生活機能とそれに関連する要因

表7 生活機能の特性(自立度別)

項目		ハイリスク群	元気群	検定	
		n=107 人数(%)	n=293 人数(%)		
年齢	65-74 歳	47 (19.8)	190 (80.2)	***	
	75-90 歳	60 (36.8)	103 (63.2)		
性別	男性	54 (27.1)	145 (72.9)		
	女性	53 (26.4)	148 (73.6)		
家族構成	一人暮らし	3 (13.0)	20 (87.0)		
	本人と配偶者	27 (25.0)	81 (75.0)		
	子と同居	65 (29.7)	154 (70.3)		
	その他	11 (23.9)	35 (76.1)		
日常生活自立度	自立	52 (19.8)	211 (80.2)		
	Jランク	35 (30.4)	80 (69.6)		
	Aランク	20 (90.9)	2 (9.1)		
主観的健康度自己評価	健康である	58 (19.9)	233 (80.1)	***	
	健康でない	49 (45.0)	60 (55.0)		
主観的幸福感	高い	59 (23.5)	162 (76.5)	*	
	低い	48 (32.2)	101 (67.8)		
外出状況	週1回以上外出	する	65 (21.4)	239 (78.6)	***
		しない	42 (43.8)	54 (56.3)	
	地域活動に参加	する	34 (13.8)	213 (86.2)	***
		しない	73 (47.7)	80 (52.3)	
家の中で過ごす事が多い	あり	48 (60.8)	31 (39.2)		
	なし	59 (18.4)	262 (81.6)		
転倒	1年以内の転倒	あり	30 (39.5)	46 (60.5)	**
		なし	77 (23.8)	247 (76.2)	
	つまずきやすい	あり	37 (38.5)	59 (61.5)	**
		なし	70 (23.0)	234 (77.0)	
転倒不安で外出ひかえる	あり	34 (50.7)	33 (49.3)	***	
	なし	73 (21.9)	260 (78.1)		
既往疾患	脳卒中	あり	12 (44.4)	15 (55.6)	*
		なし	95 (25.5)	278 (74.5)	
	骨折・けが	あり	19 (33.9)	37 (66.1)	
		なし	88 (25.6)	256 (74.4)	
歩行能力	同年代と比較した歩行速度	ゆっくり	54 (45.0)	40 (20.9)	***
		どちらでもない	40 (20.9)	151 (79.1)	
	同年代と比較した体力	速い	12 (13.8)	75 (86.2)	***
		あり	45 (19.0)	192 (81.0)	
	歩行時間	なし	62 (38.8)	98 (61.3)	***
		1時間未満	58 (31.0)	129 (69.0)	
	1時間以上	43 (21.2)	160 (78.8)	*	

1) χ^2 検定 ***; $p < 0.001$, **; $p < 0.01$, *; $p < 0.05$

2) 日常生活自立度; 「Jランク」とは疾病や障害はあるが日常生活はほぼ自立・独力で外出できる状態、「Aランク」室内での生活は自立・介助により外出できる状態。

3) 主観的健康度自己評価; 「非常に健康」「まあ健康」を「健康である」、「あまり健康でない」「健康でない」を「健康でない」とした。

4) 主観的幸福感; 合計得点の平均は11.10 \pm 0.18点。合計得点17~11点を「高い」、合計得点10~0点を「低い」とした。

6) 生活機能に関係する保健行動

生活機能評価合計点を2群（元気群、ハイリスク群）に分け、生活機能と保健行動との関係を表8に示した。元気群に比べハイリスク群は、「食事のバランスを工夫する」「定期的に健康診断を受ける」「検診結果を相談する」「体調が気になればすぐ受診する」「余暇を利用して運動・レクリエーションをする」「意識的に体を動かす」「生き生きと背筋を伸ばして歩く」「ストレスをためない工夫をする」の保健行動を行っている者が有意に多かった。

表8 生活機能の自立度と保健行動の関係

項目	ハイリスク群 n=107	元気群 n=293	検定
	人数 (%)	人数 (%)	
食事のバランスを工夫している	67 (62.2)	236 (80.5)	***
7時間以上の睡眠をとっている	89 (83.2)	232 (79.2)	
健康教育に参加している	15 (14.0)	65 (22.2)	*
定期的に健康診断を受診している	54 (50.5)	186 (63.5)	*
検診結果を相談している	68 (63.8)	158 (53.9)	**
かかりつけ医がある	74 (69.2)	209 (71.3)	
体調が気になればすぐ受診している	77 (72.0)	240 (81.9)	*
余暇を利用した運動・レクリエーション	80 (82.5)	161 (61.2)	***
意識的に体を動かしている	39 (37.5)	66 (22.9)	**
生き生きと背筋を伸ばして歩いている	41 (38.3)	206 (70.3)	***
疲労への対処	90 (84.1)	260 (88.7)	
ストレスをためないように工夫している	61 (57.0)	238 (81.2)	***

χ^2 検定 ***; p<0.001、**; p<0.01、*; p<0.05

4. 考 察

1) 松岡町高齢者の生活機能の特徴

(1) 全国値との比較検討

松岡町高齢者の生活機能評価合計点を全国参考値と比較したところ、男性は全国値に比べ65-69歳ではやや低いものの、70-74歳では同程度となり、80-84歳では1点以上高かった。女性は、70-74歳まで全国値と同程度であったが、80-84歳代以上になると全国値より高かった。このことから、生活機能から松岡町の健康水準をみると、全国と同程度であり、80歳以上では高い傾向であることが示唆された。

松岡町高齢者の特徴として、全国参考値と比べ加齢にともなう得点の低下が緩やかなことがあげられる。先行研究において生活機能評価合計点は加齢とともに低下するが、その低下の仕方には地域差があり、平均寿命の長い地域は低下が緩やかであると報告されている³⁾。松岡町の平均寿命が男性78.2歳、女性85.0歳と全国に比べ長いことから、低

松岡町在宅高齢者の生活機能とそれに関連する要因

下が緩やかなのは平均寿命の長さからも予測されることであった。

下位尺度別に生活機能の水準をみると、男性は手段的自立、知的能動性の得点は65-74歳までは全国参考値と同程度であるが、75-79歳以上になると全国値を上回っていた。社会的役割はすべての年齢階級において全国を下回っており、男性は人々との親密な付き合いや社会との交流の能力の自立度が低いことが明らかになった。女性は、全国と比較して手段的自立、知的能動性、社会的役割の得点すべてが65-79歳まで同程度で、80-85歳以上は高かった。

今回の調査は、分析対象者を生活機能評価尺度表や改訂PCGモラル・スケールの全項目がすべて記載されている者としたため、対象が母集団からやや偏った可能性（合計得点が高い、知的能動性が高い）は否定できず、研究の限界である。しかし、全国調査においても要介護老人を省いた調査対象者であることから、全国と比較したとき、松岡町の高齢者の生活機能評価合計点は高い傾向にあるといえる。

(2) 性別による生活機能の比較

松岡町高齢者の生活機能を性別にみると、生活機能評価合計得点は男女とも加齢に伴って得点が低下していた。生活機能評価合計得点は女性が男性よりも低かった。また、女性は男性に比べ合計得点の低下の幅が大きかった。年齢階級別にみると、男性は85-90歳で低下しているのに比べ、女性は75-79歳から徐々に低下していた。先行研究において、女性の生活機能評価合計得点は男性より低く、その男女差は加齢に伴い拡大する傾向にあること報告されており、本研究においても同様の結果となった^{1), 3), 6)}。

松岡町の65歳以上の要支援・要介護認定者の人口あたりの出現割合（平成15年12月時点）は、男性8.5%、女性14.9%で、女性が男性に比べ1.7倍である。また、出現率は男性が80-84歳から増加するのに対し、女性は75-79歳から出現率が高くなっている。要介護認定者を除いた者の生活機能の自立度の衰えをみた本研究の結果と要支援・要介護認定の出現割合とは、一致した結果となっている。

下位尺度項目別にみると、手段的自立では男性は自立度が85-90歳代に急激に低下するが、女性は75-79歳代より徐々に低下した。先行研究^{1), 3), 6)}において手段的自立は80歳以上になると男女差が大きくなることが報告されているが、本研究でも同様の結果となった。

知的能動性の自立は、男性は高齢になっても維持されるが、女性は高齢になるにしたがって低下した。先行研究¹⁾において知的能動性は比較的早くから男女差があり、女性が男性に比べ得点が低いことが報告されているが、本研究においても70-74歳より女性の方が男性に比べ得点が低くなっており、同様の結果となった。

社会的役割の自立度は、男性が女性よりも得点が低いことが報告されている^{1), 3)}が、

本研究においてはすべての年齢階級において男性は女性に比べ得点が低かった。男性は加齢とともに自立度の割合が低下したが、女性は80-84歳までは維持されていた。男性は、女性に比べ「友人宅の訪問」「若い人に話しかける」の割合が低かった。男性は「バスや電車での外出」の割合が女性に比べやや高く、女性は、「バスや電車での外出」「預金の出し入れ」の自立の割合が低いことから、性別により行動範囲が異なり、生活機能の自立度に影響していることが示唆される。

以上のことから、男性には高齢期になる前からの社会的役割への働きかけ、女性には手段的自立、知的能動性への働きかけが効果的であると考えられる。また、75歳以上の高齢者に対して、手段的自立と社会的役割の自立への働きかける取り組みを行うことで後期高齢者の生活機能の維持を図ることができると考える。

2) 生活機能に関連する因子と保健活動

主観的健康度自己評価が高い者、主観的幸福感が高い者は、生活機能が高く、生活機能と高齢者の生活の質と関連があることがわかった。日常生活自立度の低いAランクの者は、生活機能が低かった。先行研究において⁸⁾、地域高齢者の健康度、活動能力、ADLとその後のADLと死亡を3年間追跡調査している。そこでは、健康度自己評価の低い者、生活機能得点の低い者、ADLが低下している高齢者は死亡率が高率に発生する傾向にあったと報告している。生活機能の低下を観察することで、ADLの低下を予測し、ADL低下を予防することができると考える。

生活機能が低下している要介護ハイリスク群が全体の26.8%いた。要介護状態になることを予防する目的で、①ハイリスク群に対する働きかけと②現状の生活機能を維持するための元気群に対する働きかけが必要であると考えられる。元気群とハイリスク群の2群の特性を比較したところ、生活機能の自立に関係する要因が以下のとおりであった。

外出時に介助が必要な者、転倒経験のある者、つまずきやすい者、同年代と比較した歩行速度が遅い者が、元気群に比べハイリスク群には多かった。このことから歩行能力の低下が、生活機能の低下をもたらしているのではないかと考える。先行研究⁹⁾においても、「移動能力」が低下している者に5年後の生活機能が低下しやすいと報告されている。歩行機能の維持が重要である。また、ハイリスク群には元気群に比べ、外出頻度が少ない者、地域活動への参加がない者が多かったことから、生活の活動範囲の縮小、人との交流の低下が生活機能の低下をもたらしていることが考えられる。

これらのことから、ハイリスク群に対しては、生活機能を維持・改善するために、歩行機能を維持・改善するプログラムの整備、移動機能が低下しても外出し人と交流できる場の提供等のサービスが必要であると考えられる。元気群を含めた地域全体への介入として、高齢期の生活機能の維持のためには、歩行機能の維持、社会とのかかわりをもちつづけるこ

松岡町在宅高齢者の生活機能とそれに関連する要因

とが必要であることが示唆された。高齢者の社会的役割の維持については、本人が望むだけでは、実現することは困難である。高齢者が役割をもち、社会との付き合いを保つことができるよう、社会環境づくりが求められる。

生活機能と保健行動との関係を見ると、ハイリスク群に比べ元気群に「日常生活の中で意識的に体を動かす」「生き生きと背筋を伸ばして歩く」と日常の生活の中で積極的に体を動かすことを行っている者が多かった。また、「定期的に健康診断を受診する」「健康診断の結果を相談する」「体調が気になれば受診する」といった二次予防を行っている者が元気群に多かった。このことから高齢になっても生活機能を維持するために、日頃から積極的な保健行動を実践することが有効であることが示唆された。

5. 結 論

松岡町における在宅高齢者の生活機能評価自立度の実態を明らかにし、自立度を低下させる関連要因を検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. 生活機能評価合計得点は加齢に伴って緩やかに低下していた。下位尺度項目別にみると手段的自立では女性が男性に比べて早くから低下していた。知的能動性では男性は高齢になっても維持されるが、女性は加齢に伴って低下していた。社会的役割では、男性が女性よりも自立度が低く、加齢とともに低下していた。
2. 生活機能が低下していると予測されるハイリスク群は全体の26.8%であった。
3. 元気群とハイリスク群と比較し、高齢者の生活機能には日常生活自立度、転倒経験、つまづきやすさ、同年代と比較した歩行速度、外出頻度、地域活動への参加が関係していた。
4. 元気群とハイリスク群と比較し、高齢者の生活機能には、食事バランス、運動の実践、健康診査の受診、ストレス解消などの保健行動の有無が関係しており、積極的保健行動を実践することの重要性が示唆された。

松岡町では平成15年3月に高齢者健康づくり事業計画を策定した。計画の内容は、高齢者の基礎体力づくりを中心にして、食の健康づくり、生きがいくくり、高齢者の健康づくりを応援するための健康サポーターづくりがある。今回の研究結果は、高齢者健康づくり事業計画の開始時点の実態であり、これをベースラインとして今後事業を展開し、平成16年に中間事業評価を行う予定である。

文 献

- 1)古谷野亘他：地域老人における活動能力の測定—老研式生活機能評価の開発,日本公衆衛生雑誌,34(3),109-114, 1987.
- 2)Lawton MP :Assessing the competence of older people,In Kent DP ;Research planning and action for the elderly; Power and potential of social science,Behavior Publications,1972,122-143.
- 3)芳賀博：高齢者における生活機能の評価とその活用法・ヘルスアセスメントマニュアル—生活習慣病・要介護状態予防のために—,厚生科学研究所, 86-112, 2000.
- 4)古谷野亘他：地域老人の生活機能—老研式生活機能評価による測定値の分布—,日本公衆衛生雑誌,40(6),468-473,1993.
- 5)古谷野亘：地域老人における手段的ADL—社会生活機能の障害およびそれにと関連する要因—,社会老年学,33, 56-67,1991.
- 6)神宮純江他：在宅高齢者における生活機能に関連する要因,日本公衆衛生雑誌,50(2),92-105,2003.
- 7)寺島喜代子他：ある地域高齢者の社会生活自立度とその関連要因,福井県立大学論集,21,93-104,2002.
- 8)小川裕他：地域高齢者の健康度評価に関する追跡調査,日本公衆衛生雑誌,40(9),859-871,1993.
- 9)藤原佳典他：自立高齢者における生活機能評価得点の変動,日本公衆衛生雑誌,50(4),360-367,2003.
- 10)古谷野亘：老年精神医学関連領域で用いられる測度；QOLなどを測定するための測事(2),老年精神医学雑誌, 7(4),431-441,1996.
- 11)藺牟田洋美他：自立および準寝たきり高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明,日本公衆衛生雑誌, 49(6),483-496,2002.
- 12)松岡町高齢者健康づくり事業計画,福井県松岡町, 2003.3.
- 13)松岡町福祉保健課,松岡町高齢者健康づくり事業計画策定委員会健康調査グループ；松岡町民の高齢者健康づくりに関するアンケート調査結果報告,2003.8.