

前期高齢者と後期高齢者の健康状態と ソーシャルサポート・ネットワーク

—農村地域における高齢者（69～80歳）の比較研究—

岸 玲子* 江口 照子* 前田 信雄2*
三宅 浩次* 笹谷 春美3*

北海道中央部の典型的な農村地帯・鷹栖町で、前期（69～74歳）高齢者と後期（75～80歳）高齢者の健康に関連する問題と、ソーシャルサポートおよびネットワークの現状について比較調査を行った。回収できた総数は652人（回収率84.3%）であった。

- 1) 町全体が長年健康づくりに熱心に取り組んでいることを反映して検診受診率は他市町村よりかなり高く、前期、後期ともに80%にのぼった。最近の主観的健康状態そのものには年齢による大きな差は認められないが、「目、耳、歯の不自由」を訴える者、「ADL不良が1項目でもある者」、「ぼけの症状が1つ以上ある者」の比率は男女ともに後期（75～80歳）の方が有意に多かった。うつのスコアでは年齢差は男でのみ認められ、後期高齢者の方がうつの素点が高かった。
- 2) 過去1年間の「入院の有無」や「1週間以上、床についた者」の率は前期と後期で変わらないが、「最近3カ月間の外来受診」の回数、「かかりつけの病・医院あり」の比率は有意に後期高齢者の方が多かった。現在治療を受けている病気の種類では男女ともに白内障の割合が後期で有意に高かった。
- 3) 手段的活動性（IADL）は、後期では男女ともに「遠いところに一人でいける」割合が減少した。食事、買い物、掃除、お金の管理については、女で、後期高齢者では前期より有意に低かった。それでも女性の方が男性より、「自分でする」割合が高かった。反対に身体的活動性（ADL）では男の方が総じて活発であった。喫煙本数、飲酒量は後期で有意に低かった。
- 4) 鷹栖町では老人自身が地域の社会活動へ参加している割合が高かった。ソーシャルサポートでは、後期の女性では前期に比較して（また男性よりも）情緒的サポートも介護サポートもその受けられる数が少なかった。
- 5) 特にADLやIADLが低下し、疾病有病率も増加する後期高齢者に対し、informal supportを補完する公的サポート体制の充実が必要と思われた。

Key words：後期高齢者，健康状態，ソーシャルサポート，ネットワーク，農村

I はじめに

高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）の一環として、各市町村では、在宅と施設の両面から高齢者の保健と福祉の充実のために、地域レベルで独自の計画を建て目標に向かって事業が推進されるよう要請されるようになった。

特に我が国では高齢人口のうち75歳以上の後期

高齢者の比率が非常に高くなり、2025年には後期高齢者は1,800万人に達すると言われる。人口比で見ると（出生力が1.80に回復すると仮定した場合でも）、65歳以上の高齢者は全人口の26%（3,200万人）、そのうち75歳以上は56%を占めると予想されている^{1,2)}。したがって、このような高齢人口の将来予測に対応した介護や福祉の体制づくり、老人医療のための諸施設や人材の確保などが、地域の政策づくりの焦点になっている。しかし後期高齢者の日常生活活動性や心身の健康度、医療機関への受診状況などが、実際に前期高齢者に比しどのように異なっているかを把握した調査研究や資料は極めて少ない。

* 札幌医科大学公衆衛生学教室

2* 札幌医科大学経済学

3* 北海道教育大学社会学研究室

連絡先：〒060 札幌市中央区南1条西17丁目
札幌医科大学公衆衛生学教室 岸 玲子

一方、現実には介護や看護のマンパワーの不足は必至と予測されるが、高齢者自身のQOL（生活の質、人生の質）を考えると、むしろ住み慣れた地域で人生の最後まで主体的に生活するために必要なソーシャルサポート（およびその地域ネットワーク）のありかたを探る研究や、施設入所を余儀なくさせる社会的・医学的原因を少なくする方向の研究も不可欠になってくるであろう。

ソーシャルサポートやネットワークを考えると、地域差や性差、社会階層や家族要因などに加えて年齢の要因を無視できない。なぜならば加齢とともにADLが低下し疾病有病率も増える後期高齢者は、同時に配偶者を失う者も多く、公的・私的なサポートが前期高齢者より一層必要になると思われるからである。

本調査では、一定地域ではあるが、北海道の農村部で、後期高齢者の健康状態とソーシャルサポート・ネットワークの特徴と男女差を中心に調査を行った。後期高齢者が増加する今後の老人保健・医療や福祉の課題を考える上で重要と思われる知見が得られたのでここに報告する。

II 調査対象と方法

1. 対象地域と対象者

対象地域の鷹栖町は人口約8,000人、北海道第2の都市旭川市（人口38万人）に隣接する典型的な稲作地帯である。この町の保健分野における先進的な取り組みは古くから全国的に知られ、すでに30年前ころから町づくりの基本を「健康づくり」においてきた。町に一つの診療所や旭川厚生病院との連携による効率的で高度な住民の総合健康診断（ミニドック）や、全町民の健康記録のコンピュータ化、住民の自主的組織・保健推進委員の活動などが積極的に行われてきた^{3,4)}。

この鷹栖町で前期高齢者と後期高齢者の特徴を把握するために年齢69歳から80歳までの全数769人について調べた。住民台帳から住所地を確認し各人に調査表を郵送したあと、町役場、老人会の協力をえて回収した。調査表が回収されなかった者も必ず一度は電話で接触し回収されない原因を確かめた。調査期間は92年5月から7月である。

2. 調査項目

基本的属性としての家族構成、現在の職業・最

長職、1カ月の収入、教育歴などのほか、「悩みごとが相談できる情緒的なサポート」と、「実際に病気や怪我のときの助けを求められる介護サポート」にわけ⁵⁾、サポートの有無およびその内訳、公的・私的なサポートの種類を調べた。ソーシャル・ネットワークとして、団体参加と諸活動の状況、子供・近隣・友人との交流状況、高齢者自身が行ったボランティア活動などについて調べた。

健康面では、現在の主観的健康状態、最近1年間の入院回数と原因疾患、3カ月間の外来受診と往診の回数、既往歴と現在治療中の病気、けがや外傷とその原因、ぼけ（痴呆）の症状として、家族の名前がわからない、昼と夜を勘違いする、夜寝ぼけてさわぐことがあり、今日がいつかわからないことあり、外出して迷子になることありの5項目の有無、日常活動動作（ADL）、手段的自立（IADL）、飲酒・喫煙習慣、栄養への配慮状況、運動や活動度、寂しさや不安感、Zungの「うつスケール」⁶⁾を調べた。

日常活動動作（ADL）⁷⁾は歩行、床の出入り、着替え、身繕い、入浴、食事の6領域について「援助がまったくいらぬ（自立している）」か否か、手段的自立（IADL）は、古谷野⁸⁾の原法とは異なり、「できるかできないか」ではなく、「実際に自分でやっているかどうか」、「誰が代わってやっているか（サポートしているか）」を聞いた。我が国では、欧米とは異なり、性別役割分担意識が根強く、また子ども世帯との同居が多いので、「実際にしているか」を問うた方がソーシャルサポートに関連した高齢者の正確な生活実態を把握する意味では妥当と考えたためである。

3. 統計学的検定

本調査では、結果を男女別に69～74歳（以後、前期高齢者と呼ぶ）と75～80歳（以後、後期高齢者と呼称）に分け、必要に応じ家族類型別などでも集計し高齢者の年齢区分による比較を主とした。グループ間の比較は、男女別に前期と後期に分け、年齢による違いが認められるかどうか、および前期、後期のそれぞれで男女差があるかを検討した。統計学的検定の手法は、離散量には χ^2 検定とFisherの直接確率法を用い、連続量にはt検定を用いた。

Ⅲ 結 果

1. 回収率と解析対象者の特性

回収率と未回収者の理由を前期・後期別、および男女別に表1に示した。回収できた総数は652人（回収率84.3%）、未回答の理由は拒否6.0%、入院3.8%、長期療養中2.6%、転居1.2%、死亡0.4%などであった。前期では女の方が回収率が高かったのに、後期では逆に女の回収率は男より低かった。未回答の理由に男女差は認められなかった。

解析対象者の家族類型は、一人暮らしが45人（6.9%）、老夫婦世帯が179人（27.5%）、子供（およびその家族）と同居が414人（63.5%）、施設入居が14人（2.1%）であった。子供との同居率は日本の平均（65歳以上の男女合計で58%）とほぼ同様であった。なお家族類型には有意な男女差が認められ、前期でも後期でも女の方が男より「一人暮らし」と「子供家族と同居」の比率が多かった。男女ともに多くは農業に従事し、特に男では後期でも「現在も仕事をしている」ものが42.0%であった。収入は男では前期より後期のほうが有意に低く、男女差も有意であった（表2）。さら

に収入は家族類型別で見ると最頻値の分布に違いが見られ、「子供と同居」の女ではもっとも低かった。

2. 最近の健康状態（表3）

最近の健康状態については全体で7割のものが「非常に健康」または「普通」と答えた。前期・後期の差は男では認められなかったが、女では前期より後期高齢者のほうが、「弱い」、「病気」の比率が高かった。男女差も認められ、後期では女の方が男より「弱い」または「病気」の割合が有意に高かった。「体の痛み」は年齢区分の差はなかったが、女の方が男より有訴者が有意に多かった。「目」、「歯」の不自由を訴える者の比率は男女ともに有意に後期の方が高かった。尿失禁の男女差は前期で認められ女の方が男より失禁率が高かった。しかし女では後期のほうが尿失禁の比率が低かった。

ADL不良やぼけ（痴呆）の症状が一つでもある者の比率も男女ともに後期のほうが有意に高かった。ADL不良の中身は、歩行時、入浴時の介助が必要なものの割合が比較的高く、後期の女では6%に上った。ぼけ（痴呆）の症状では男女差は認められなかった。「ADL不良が一つでもある

表1 前期・後期高齢者ごとおよび性別の回収率と未回答者の分布

	全体	前期高齢者（69歳～74歳）			後期高齢者（75歳～80歳）		
		男	女	合計	男	女	合計
調査総数（人）	769	171	204	375	173	221	394
回答者	652	144	180	324	150	178	328
回収率（%）	(84.8)	(84.2)	(88.2)	(86.4)	(86.7)	(80.5)	(83.4)
未回答者	117	27	24	51	23	43	66
	(15.2)	(15.7)	(11.8)	(13.6)	(13.3)	(19.5)	(16.8)
(内訳)							
拒否	46	11	15	26	8	12	20
	(6.0)	(6.4)	(7.4)	(6.9)	(4.6)	(5.4)	(5.1)
入院	29	5	4	9	9	11	20
	(3.8)	(2.9)	(2.0)	(2.4)	(5.2)	(5.0)	(5.1)
長期療養中	20	3	2	5	2	13	15
	(2.6)	(1.8)	(1.0)	(1.3)	(1.2)	(5.9)	(3.8)
転居	9	3	1	4	1	4	5
	(1.2)	(1.8)	(0.5)	(1.1)	(0.6)	(1.8)	(1.3)
長期不在	4	2	0	2	0	2	2
	(0.5)	(1.2)	(0.0)	(0.5)	(0.0)	(0.9)	(0.5)
住所不明	6	2	2	4	2	0	2
	(0.8)	(1.2)	(1.0)	(1.1)	(1.2)	(0.0)	(0.5)
死亡	3	1	0	1	1	1	2
	(0.4)	(0.6)	(0.0)	(0.3)	(0.6)	(0.4)	(0.5)

表2 解析対象者の特性（現職，収入，最長職，現在地での居住年数）（前期・後期・男女別の実数と％）

	前期高齢者 (69歳～74歳)		後期高齢者 (75歳～80歳)		検 定 結 果			
	男	女	男	女	前期と後期の比較		男 女 差	
調査総数 (人)	144	180	150	178	男	女	前期	後期
家族類型								
一人暮らし	7(4.9)	16(8.9)	6(4.0)	16(9.0)				
夫婦二人暮らし	61(42.4)	45(25.0)	46(30.1)	27(15.2)	p<0.1	n.s.	p<0.005	p<0.005
子供の家族と同居	74(51.4)	118(65.6)	97(64.7)	125(70.2)				
その他	2(1.4)	1(0.6)	1(0.7)	10(5.6)				
現在仕事している								
自営・農業	63(48.3)	70(38.9)	63(42.0)	44(24.7)				
フルタイムの勤務	4(2.8)	0(0.0)	1(0.7)	0(0.0)	p<0.005	p<0.01	p<0.01	p<0.01
パート雇用	15(10.4)	9(5.0)	4(2.7)	9(5.1)				
無職	48(33.3)	87(48.3)	74(49.3)	121(68.0)				
収入 (月収)								
5万円未満	10(6.9)	59(32.8)	33(22.0)	78(43.8)				
5～10万円	43(29.8)	50(27.8)	47(31.3)	42(23.6)				
10～20万円	66(45.8)	45(25.0)	49(32.7)	40(22.5)	p<0.001	n.s.	p<0.001	p<0.001
20～40万円	21(14.6)	16(8.9)	14(9.3)	12(6.7)				
40万円以上	1(0.7)	3(1.7)	1(0.7)	3(1.7)				

者」の割合は，前期，後期ともに比較的，女の方が多かった。なお家族類型別には大きな差は認められなかったので表示しないが，同性間の同じ家族類型で比較すると，体の痛みや目，耳，歯，尿失禁などは男女ともに「一人暮らし」のほうが多し，やや良好である者の比率が多かった。

老人は，一般成人より抑うつスコアが高いといわれ，カット・オフ・ポイントも40点でなく48点（Zungスコアの60点）以上をスクリーニングで用いるのが妥当との報告が多い^{9,10)}ので，うつスコアは，素点と48点以上の者の比率を調べた。有意の男女差が認められ，前期でも後期でも女の方が抑うつのスコアの高い者の割合が多かった。男では前期より後期の方が，うつの平均素点有意に高かった。

3. 医療機関等の受診状況（表4）

前期と後期を比較して，後期に多いのは男女ともに「過去3カ月の外来受診」，「かかりつけ病・医院あり」であった。男の「現在かかっている病気の数」も後期のほうが前期より有意に多かった。女では「過去1年間の検診受診」が後期のほうが少なかった。男女差は前期高齢者の「病気の

数」で認められ，女のほうが男より有意に病気の数が多かった。また女では後期で「検診受診」が，有意に少なかった。なお家族類型では大きな特徴や差はなかったが，前期，一人暮らしの男で「入院あり」が多かった。

4. 現在かかっている病気の種類（表5）

男女とも白内障が後期で有意に多かった。男では心臓病，難聴，精神神経の病気の比率が後期で有意に高かった。胃腸病のみは男で前期のほうが有意に高かった。男女差は，関節炎，白内障，骨粗鬆症で認められ，有意に女の方が高かった。泌尿器の病気の比率は男の方が高かった。

5. 手段的活動性（表6）

IADL（手段的活動性）は，男女差が大きく，食事，買い物，掃除，お金の管理ではいずれも女の方が有意に男より「自分でする」比率が高かった。「遠いところに行ける」の項目のみ男の方が女より高かった。前期と後期とを比較すると女では後期に有意にIADLが低下した。後期では男の「遠いところに行ける」比率が有意に下がった。男の10.7%，女の24.2%は「誰かについていってもらふ必要がある」と答えた。

表 3 最近の健康状態 (主観的な健康, 身体の痛み, 目・耳・歯, 失禁, ADL, ぼけ症状)
(前期・後期別・男女別の実数と%)

	前期高齢者(69歳~74歳)		後期高齢者(75歳~80歳)		検 定 結 果			
	全 男	体 女	全 男	体 女	前期と後期の比較		男 女 差	
調査総数 (人)	144	180	150	178	男	女	前期	後期
主観的健康状態								
非常に健康	33(22.9)	36(20.0)	44(29.3)	28(15.7)				
普通	84(58.3)	105(58.3)	69(46.0)	89(50.0)				
弱い	24(16.7)	34(18.9)	30(20.0)	56(31.5)	n.s.	p<0.05	n.s.	p<0.01
病氣	0(0.0)	4(2.2)	4(2.7)	3(1.7)				
不明	3(2.1)	1(0.6)	3(2.0)	2(1.1)				
体の痛み								
あり	60(41.7)	123(68.3)	72(48.0)	120(67.4)	n.s.	n.s.	p<0.001	p<0.001
目								
不自由あり(%)	7(4.9)	17(9.4)	17(11.3)	29(16.3)	p<0.05	p<0.1	n.s.	n.s.
耳								
不自由あり(%)	16(11.1)	35(19.4)	49(32.6)	46(25.8)	p<0.05	n.s.	p<0.05	n.s.
歯								
自分の歯で 不自由なし(%)	18(12.6)	13(7.2)	8(5.3)	5(2.8)	p<0.05	p<0.1	n.s.	n.s.
尿失禁								
あり (%)	59(41.0)	99(55.0)	73(48.7)	77(43.3)	n.s.	p<0.05	p<0.05	n.s.
ADL 不良 (一つでもあり)								
	2(1.4)	9(5.0)	10(6.7)	19(10.7)	p<0.05	p<0.05	p<0.1	n.s.
ぼけの症状 (一つでもあり)								
	3(2.1)	7(3.9)	14(9.3)	16(9.0)	p<0.01	p<0.05	n.s.	n.s.
Zung の素点 (平均±S.D.)								
	36.2±6.7 (n*=128)	39.0±7.3 (n*=160)	37.8±7.4 (n*=123)	39.6±7.3 (n*=161)	p<0.05	n.s.	p<0.01	p<0.05
うつスコア (60点以上の者)								
	9(7.1)	23(14.4)	15(12.2)	24(14.9)	n.s.	n.s.	p<0.1	n.s.

n*=全問に答えた人の数

6. 喫煙・飲酒・栄養への配慮および運動

喫煙・飲酒の習慣は男女差が非常に大きかったが、年齢による差も認められた。前期と後期を比べると、男の喫煙本数、飲酒量は後期で有意に低かった。

栄養への配慮状況は女でのみ年齢差が認められ「蛋白質や野菜を多くとる」、「インスタント食品をとらない」などの項目で、後期で気をつけている割合が低かった。男女差は前期では、蛋白質、脂肪、インスタント食品、野菜の各項目で女の方が気をつけている割合が高かったが、後期では男女の差は認められなかった。

運動(身体活動性)は男女差が認められ、「働いている」、「運動している」などの項目では男のほうが、前期、後期ともに有意に「している」比率が高かった。逆に女の方が「何もしていない」率が特に後期で有意に高かった。前期と後期を比較すると「自転車に乗る」比率が男女とも後期で有意に下がり、逆に「特に何もしない」比率が上昇した。女では「働いている」、「運動している」、「そのほかの活動」の比率も有意に後期のほうが低かった(表7)。

7. 社会活動とネットワークの現況(表8)

前期、後期ともに7割の人が団体活動に参加し

表4 医療機関への通院状況（入院，外来受診，往診など）（前期・後期別・男女別の実数と％）

	前期高齢者 (69歳～74歳)		後期高齢者 (75歳～80歳)		検 定 結 果			
	男	女	男	女	前期と後期の比較		男	女
調査総数 (人)	144	180	150	178				
入院 (最近1年間)								
あり (%)	28(19.4)	30(16.7)	25(16.7)	34(19.1)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
1週間以上床につく								
病気あり (%)	9(6.3)	17(9.4)	16(10.7)	26(14.6)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
けがや骨折 (1年間)								
あり (%)	6(4.2)	21(11.7)	16(10.7)	17(9.6)	p<0.05	n.s.	n.s.	n.s.
現在かかっている病気								
1. あり (%)	143(99.3)	173(98.3)	148(98.7)	177(99.4)	1. n.s.	1. n.s.	1. n.s.	1. n.s.
2. 病気の数 (標準偏差)	1.3(0.6)	1.5(0.8)	1.5(0.9)	1.6(0.9)	2. p<0.05	2. n.s.	2. p<0.01	2. n.s.
外来受診 (3カ月)								
回数 (標準偏差)	4.1(7.9)	4.3(6.3)	5.6(11.2)	6.7(13.2)	p<0.1	p<0.05	n.s.	n.s.
往診 (1年間)								
あり (%)	8(5.6)	15(8.3)	8(5.3)	19(10.7)	n.s.	n.s.	n.s.	p<0.1
かかりつけの病院								
ある (%)	98(67.1)	132(73.3)	120(80.0)	154(86.5)	p<0.05	p<0.005	n.s.	n.s.
検診受診あり (%)	112(78.2)	144(80.0)	124(82.7)	106(59.6)	n.s.	p<0.001	n.s.	p<0.001

ているが、内訳では特に老人クラブへの参加率が高かった。男女ともに、サポートを受けるのみならず、孫の世話をし、さらにボランティア活動をしている者の比率は前期の男で18.8%，女で14.4%にのぼった。

後期高齢者では男が女より友人の数が有意に多かった。別居子との交流や、近隣との交流は男女差も年齢区分による差も認められなかった。近隣との交流は、全体の4割から5割の者が「困ったとき相談できる」と答えた。なお8割以上の者が親しい友人を持っていると答えたが、「一人暮らし」の男では42.9%は友人がいないと答えた。また女の「一人暮らし」，「子ども同居」では、「友人を持っている」割合もその数も少なかった。

8. 情緒的サポートの有無と援助者の数および内訳 (表9)

多くは複数のサポートがあると答えた。前期、後期ともに公的・準公的サポートの比率はまだまだ低かった。特徴的なのは女の場合、「相談できる人がいる」割合もその種類（内訳の数）も後期高

齢者の方が有意に少なかった。相談相手の内訳は前期と後期で大きな違いが見られた。女の後期高齢者では、前期に比べ、配偶者、近隣をあげる比率が有意に低かった。

男女差は特に後期で顕著で、相談相手の内訳で、女では配偶者や親戚をあげる率は男より有意に低く、逆に嫁や婿をあげる比率は高かった。なお後期では相対的に配偶者を失っている者が増えるので、有配偶者のみを分母に比率を計算し表に示したが、男女差の傾向は前期、後期ともに全体を分母にした場合と同じであった。

9. 介護サポートの有無と援助者の数および内訳 (表10)

病気やけがの時には95%以上の人が援助者がいると答え、援助者の種類（内訳の数）も複数であった。しかし特に女では、援助者の種類（内訳の数）が前期より後期が有意に少なかった。さらに男女差も認められ、困った時の援助者の種類は後期では男が2.9±2.2に対し、女は2.5±1.7で有意に女の方が少なかった。援助者の内訳も異なり配

表5 現在かかっている病気の頻度（前期・後期別・男女別の実数と％）

	前期高齢者 (69歳～74歳)		後期高齢者 (75歳～80歳)		検 定 結 果			
	男 (n=144)	女 (n=180)	男 (n=150)	女 (n=178)	前期と後期の比較		男 女 差	
					男	女	前期	後期
高血圧	37(25.9)	61(33.9)	42(28.0)	53(29.8)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
心臓病	19(13.3)	32(17.8)	35(23.3)	27(15.2)	p<0.05	n.s.	n.s.	p<0.1
脳卒中	7(4.9)	5(2.8)	8(5.3)	9(5.1)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
呼吸器	5(2.8)	7(3.9)	7(4.7)	8(4.5)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
胃腸病	17(11.9)	18(10.0)	7(4.7)	19(10.7)	p<0.05	n.s.	n.s.	p<0.05
肝臓病	1(0.7)	7(3.9)	5(3.3)	6(3.4)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
糖尿病	8(5.6)	14(7.8)	12(8.0)	19(10.7)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
腎臓病	2(1.4)	2(1.1)	3(2.0)	8(4.5)	n.s.	p<0.1	n.s.	n.s.
けが・骨折	5(3.5)	5(2.8)	5(3.3)	8(4.5)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
関節炎など	38(26.6)	76(42.2)	32(21.3)	73(41.0)	n.s.	n.s.	p<0.001	p<0.001
白内障など	10(7.0)	35(19.4)	23(15.3)	58(32.6)	p<0.05	p<0.005	p<0.01	p<0.001
静脈瘤	2(1.4)	8(4.4)	2(1.3)	3(1.7)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
難聴	2(1.4)	6(3.3)	12(8.0)	7(3.9)	p<0.01	n.s.	n.s.	n.s.
骨粗鬆症	1(0.7)	15(8.3)	0(0.0)	10(5.6)	n.s.	n.s.	p<0.001	p<0.01
精神・神経	1(0.7)	3(1.7)	7(4.7)	6(3.4)	p<0.05	n.s.	n.s.	n.s.
がん	1(0.7)	2(1.1)	2(1.3)	2(1.1)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
歯の病気	8(5.6)	6(3.3)	13(8.7)	8(4.5)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
泌尿器系	8(5.6)	1(0.6)	8(5.3)	1(0.6)	n.s.	n.s.	p<0.01	p<0.01
耳鼻科	4(2.8)	10(5.6)	7(4.7)	7(3.9)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
その他	3(2.1)	0(0.0)	2(1.3)	3(1.3)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

偶者をあげる比率は、前期、後期ともに男が有意に多く、逆に息子・娘や嫁・婿をあげた者は女の方が多かった。

10. 将来の介護希望場所と世話を頼みたい人（表11）

将来の介護場所は前期・後期ともに自分の家をあげる者が最も多かった。男女差も認められ、希望介護場所として「老人ホームか病院」をあげた比率は女では男の約2倍であった。前期に比べ、後期では世話をしたい人として配偶者の割合が有意に低く、特に男では嫁または婿をあげる者の比率が前期（27.1％）に比べ、後期では44.0％と比率が高かった。

IV 考 察

本研究は、北海道の都市近郊農村に居住する高齢者を対象に、特に69～74歳と75～80歳を対比する形で後期高齢者の有する医学的・社会学的問題の基礎的資料を得ようと試みた。

調査地域の高齢者の家族構成（子供との同居率）は日本の平均にはほぼ等しいが、就労率は日本全体の70～74歳の男で38.0％、女で17.7％、75～79歳の男の18.7％、女の6.7％に比べるとかなり高かった¹¹⁾。農村地帯で現在も農作業に従事している者の比率が高いためである。

主観的健康状態からみた鷹栖町の高齢者の健康状態はこれまでに行われた調査¹²⁾と比較すると、「非常に健康」の割合が女の後期高齢者でやや多かった。ADL、痴呆症状はおおむねこれまでの各地の調査と同程度であった^{13,14)}。「痛みあり」が前期・後期ともに男で40％、女で60％を越え、東京都小金井の調査¹⁵⁾や、著者らの札幌・夕張の調査³⁾よりやや高かった。医療専門家による面接ではないので、痛む部位の確認が正確にできていないが、鷹栖町の高齢者の最長職が農業であったこと、かつての農作業が重筋労働が主であったことや、現在かかっている病気の種類で比較的、関節炎の頻度が高いことなどに関連していると思わ

表6 手段的活動性 (IADL)身体活動度 (前期・後期別・男女別の実数と%)

	前期高齢者 (69歳~74歳)		後期高齢者 (75歳~80歳)		検 定 結 果			
	男 (n=144)	女 (n=180)	男 (n=150)	女 (n=178)	前期と後期の比較		男 女 差	
					男	女	前期	後期
1. 手段的活動性								
1) 食事の用意								
自分で作る	14 (9.8)	114 (63.3)	21 (14.0)	79 (44.1)				
できるが自分以外の家族がする	119 (83.2)	61 (33.9)	111 (74.0)	78 (43.8)	n.s.	p<0.001	p<0.001	p<0.001
できないので他の人がする	9 (6.3)	4 (2.2)	17 (11.3)	18 (10.1)				
2) 買い物								
自分で	76 (53.1)	159 (88.3)	68 (45.3)	118 (66.3)				
時々他の人を買ってもらう	51 (35.7)	11 (6.1)	49 (32.7)	33 (18.5)	n.s.	p<0.001	p<0.001	p<0.001
いつも他の人を買ってもらう	16 (11.2)	8 (4.4)	28 (18.7)	24 (13.5)				
3) 掃除								
自分で	75 (52.4)	134 (74.4)	71 (47.3)	91 (51.1)				
自分以外の家族がする	68 (47.6)	42 (23.3)	75 (50.0)	75 (42.1)	n.s.	p<0.001	p<0.001	n.s.
家族以外の人に頼む	0 (0.0)	1 (0.6)	3 (2.0)	9 (5.1)				
4) お金の管理								
自分	91 (63.6)	137 (76.1)	103 (68.7)	146 (82.0)				
配偶者	18 (12.6)	12 (6.7)	13 (8.7)	12 (6.7)				
配偶者と二人で	32 (22.4)	27 (15.0)	31 (20.7)	10 (5.6)	n.s.	p<0.05	p<0.05	p<0.001
その他の家族	2 (1.4)	3 (1.7)	1 (0.7)	6 (3.4)				
家族以外の人がしている	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (1.7)				
5) 遠いところへ行く								
一人で行ける	132 (92.3)	137 (76.1)	113 (75.3)	91 (51.1)				
誰かに付いて行ってもらう	3 (2.1)	19 (10.6)	16 (10.7)	43 (24.2)	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001
遠い所に行かない	7 (4.9)	23 (12.8)	20 (13.3)	42 (23.6)				

れる。高齢者の抑うつについては、我が国では世界的にみても男女ともに75歳以上の後期高齢者の自殺率が非常に高く、特に女性では世界第2位であること¹²⁾と相まって注目される。うつ素点が男より女で高く、後期の方が前期より全般に高いなどの結果はこれまでの報告と同様の傾向であっ

た¹⁶⁾。

一方、特記すべきことは、検診受診率が極めて高いことで、後期の女(59.6%)を除きおおむね、80%台に上った。長年の「健康を自ら守る」予防的な活動が進んでいることの現れであろう。現在かかっている病気の種類は、同じ北海道で昭和61

表 7 喫煙・飲酒・食事（栄養）で気をつけていること、および運動（身体的活動性）

	前期高齢者 (69歳~74歳)		後期高齢者 (75歳~80歳)		検 定 結 果			
	男	女	男	女	前期と後期の差		男 女 差	
調査総数 (人)	144	180	150	178	男	女	前期	後期
1. 喫煙								
1) 喫煙習慣								
吸う	68(47.2)	15(8.3)	59(39.3)	9(5.1)			1)	1)
止めた	37(25.7)	3(1.7)	48(32.0)	6(3.4)	n.s.	n.s.	p<0.001	p<0.001
まったくなし	38(26.4)	156(86.7)	40(26.7)	160(89.9)				
不明	1(0.7)	6(3.3)	3(2.0)	3(1.7)	本数			
2) 本数(吸う人の平均)	10.0±10.8	1.6±5.1	7.2±9.1	1.2±4.2	p<0.01	n.s.	2)	2)
3) 止めてからの年数	4.0±9.3	0.8±0.9	5.4±8.9	0.3±2.0	n.s.	n.s.	p<0.001	p<0.001
2. 飲酒								
1) 飲酒習慣								
毎日飲む	56(38.9)	4(2.2)	45(30.0)	4(2.2)			1)	1)
晩酌のみ	46(31.9)	4(2.2)	40(26.7)	3(1.7)	n.s.	n.s.	p<0.001	p<0.001
朝から	8(5.6)	0(0.0)	3(2.0)	0(0.0)				
時々飲む	20(13.9)	15(8.3)	17(11.3)	14(7.9)				
今は飲まない	14(9.7)	3(1.7)	26(17.3)	3(1.7)				
昔から飲まない	53(36.8)	153(85.0)	59(39.3)	153(86.0)				
2) 飲酒量 (ml)								
(飲む人の平均±SD)	17.8±24.4	2.6±9.8	12.4±16.1	2.5±11.4	p<0.05	n.s.	2)	2)
3. 食事や栄養で気をつけること								
1) 減塩	100(69.9)	137(76.1)	110(73.3)	125(70.2)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2) 蛋白質	73(51.0)	117(65.0)	89(59.3)	88(49.4)	n.s.	p<0.005	p<0.01	p<0.1
3) 脂肪	50(35.0)	84(46.7)	54(36.0)	68(38.2)	n.s.	n.s.	p<0.05	n.s.
4) 牛乳	80(55.9)	114(63.3)	88(58.7)	103(57.9)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
5) インスタント食品	30(21.0)	64(35.6)	33(22.0)	43(24.2)	n.s.	p<0.05	p<0.01	n.s.
6) 野菜	107(74.8)	159(88.3)	115(76.7)	131(73.6)	n.s.	p<0.001	p<0.01	n.s.
7) 腹いっぱい	64(44.8)	93(51.7)	76(50.7)	94(52.8)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
8) 食事時間	72(50.3)	100(55.6)	69(46.0)	90(50.6)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
9) その他	4(2.8)	6(3.3)	2(1.3)	7(3.9)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
4. 運動（身体的活動性）								
1) 働いている	80(55.9)	76(42.2)	78(52.0)	50(28.1)	n.s.	p<0.01	p<0.05	p<0.001
2) 運動している	35(24.5)	34(18.9)	43(28.7)	18(10.1)	n.s.	p<0.05	n.s.	p<0.001
3) 自転車に乗る	38(26.6)	81(45.0)	64(42.7)	28(15.7)	p<0.005	p<0.001	p<0.001	p<0.001
4) 軽い体操する	26(18.2)	50(27.8)	38(25.3)	40(22.5)	n.s.	n.s.	p<0.05	n.s.
5) その他の身体活動	43(30.1)	90(50.0)	52(34.7)	59(33.1)	n.s.	p<0.005	p<0.001	n.s.
6) 特に何もしない	14(9.8)	21(11.7)	25(16.7)	65(36.5)	p<0.1	p<0.001	n.s.	p<0.001

年度に行われた全体の調査¹⁷⁾に比べると高血圧、心臓病は前期、後期ともにやや低く、そのほかの疾病はほぼ同じ割合であった。なお尿失禁が「よくある」割合は、女性の方が男性より多かったのは、多くの先行調査¹⁸⁾と同じであるが、本調査で

は、女の後期では前期より低かった。理由として未回答者の比率が、女性の後期では19.5%と前期(11.8%)に比較して高く、中でも長期療養中が5.9%にのぼったことと関係していると思われる。

ADL, IADL についての研究は介護や高齢者の

表8 ソーシャル・ネットワークの現況（子供・友人・近隣との交流や社会活動への参加・老人の側からのサポートの経験）（前期・後期別・男女別の実数と％）

	前期高齢者 (69歳～74歳)		後期高齢者 (75歳～80歳)		検 定 結 果			
	男	女	男	女	前期と後期の比較		男 女 差	
調査総数 (人)	144	180	150	178	男	女	前期	後期
別居している子との交流								
ほとんど毎日	21(14.7)	39(21.7)	26(17.3)	26(14.6)				
週に1回くらい	27(18.9)	36(20.0)	27(18.0)	39(18.5)				
月に1～2回	41(28.7)	45(25.0)	47(31.3)	58(32.6)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
年に数回以下 (子供がいない)	47(32.9)	53(29.4)	44(29.3)	48(27.0)				
	1(0.7)	2(1.1)	0(0.0)	2(1.1)				
親しい友人								
1. いる	125(86.8)	161(89.4)	132(88.0)	145(81.5)	1. n.s.	1. p<0.05	1. n.s.	1. n.s.
2. 同性友人の数 (標準偏差)	3.5(3.5)	3.6(3.0)	3.7(4.2)	3.0(2.8)	2. 友人の数 n.s.	2. p<0.05	2. n.s.	2. p<0.05
近隣との交流								
困ったとき相談できる	57(39.9)	89(49.4)	72(48.0)	67(37.6)				
みやげのやりとりする	39(27.3)	46(25.6)	30(20.0)	50(28.1)				
世間話をする程度	37(25.7)	33(18.3)	34(22.7)	41(23.0)	n.s.	n.s.	p<0.01	n.s.
挨拶をかわす程度	9(6.3)	9(5.0)	10(6.7)	16(9.0)				
社会活動								
1. 団体活動への参加								
積極的参加	101(70.1)	123(68.3)	103(68.7)	115(64.6)	p<0.05	n.s.	n.s.	p<0.05
消極的参加	14(9.7)	31(17.2)	28(18.7)	23(12.9)				
団体未加入	26(18.1)	25(13.9)	16(10.7)	36(20.2)				
不明	3(2.1)	1(0.6)	3(2.0)	4(2.2)				
2. 加入団体の内訳								
町内会	54(37.5)	36(20.0)	40(30.7)	24(13.5)	n.s.	p<0.1	n.s.	p<0.05
老人クラブ	97(67.4)	138(76.7)	116(77.3)	118(66.3)	p<0.1	p<0.05	n.s.	n.s.
趣味の会	51(35.4)	67(37.2)	51(34.0)	46(25.8)	n.s.	p<0.05	n.s.	p<0.1
宗教団体	15(10.5)	22(12.2)	25(16.7)	17(9.6)	n.s.	n.s.	p<0.01	n.s.
婦人団体	1(0.7)	13(7.2)	1(0.7)	7(3.9)	n.s.	n.s.	p<0.01	n.s.
サポートの経験（あり％）								
病人の看護や手伝い	6(4.2)	15(8.3)	10(6.7)	9(5.1)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
悩みごとの相談にのる	12(8.3)	11(6.1)	10(6.7)	10(5.6)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
ボランティア活動	27(18.8)	26(14.4)	16(10.7)	13(7.3)	p<0.1	p<0.05	n.s.	n.s.
家事手伝い	14(9.7)	64(35.6)	18(12.0)	45(25.3)	n.s.	p<0.05	p<0.001	p<0.01
孫の世話	18(12.5)	23(12.8)	10(6.7)	16(9.0)	p<0.1	n.s.	n.s.	n.s.
孫に金品をあげる	79(54.9)	108(60.0)	87(58.0)	101(56.7)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

生活機能の自立と密接に関係しているのでこれまでも多くの地域で調査がなされてきた。高知県の農村地域の65歳以上の在宅高齢者、1,545人を5年間追跡した安田ら¹⁹⁾は、ADLに不自由なしの

割合が70～74歳で低下し、特に、女で歩行能力の低下が高率と報告している。山川ら²⁰⁾も滋賀県の農業畜産地帯で、65歳以上の在宅高齢者のADLおよびIADLについて調べ、調理のみ女性の自

表9 情緒的サポート（悩みごとを相談できる人）の有無と人数およびその内訳（前期・後期別・男女別の実数と%）

	前期高齢者 (69歳~74歳)		後期高齢者 (75歳~80歳)		検 定 結 果			
	男	女	男	女	前期と後期の比較		男 女 差	
調査総数 (人)	144	180	150	178	男	女	前期	後期
1. 相談できる人								
(1) いる	138(95.7)	173(96.1)	142(94.7)	163(91.6)	1. n.s.	1. p<0.1	1. n.s.	1. n.s.
(2) 内訳の数 (平均)	2.9(1.9)	2.9(1.9)	3.0(2.1)	2.3(1.8)	2. n.s.	2. p<0.005	2. n.s.	2. p<0.01
2. 相談相手の内訳								
家族 配偶者 (%/全体)	103(71.5)	85(47.2)	91(60.7)	46(25.8)	p<0.05	p<0.001	p<0.001	p<0.001
(%/有配偶者)	(79.4)	(66.1)	(70.9)	(53.8)	(n.s.)	(n.s.)	(p<0.05)	(p<0.05)
娘または息子	115(79.9)	157(87.2)	127(84.7)	142(79.8)	n.s.	p<0.1	n.s.	n.s.
嫁または婿	65(45.1)	109(60.6)	80(53.3)	115(64.6)	n.s.	n.s.	p<0.01	p<0.05
親戚	38(26.4)	44(24.4)	47(31.3)	32(18.0)	n.s.	n.s.	n.s.	p<0.01
近隣 近所	17(11.8)	20(11.1)	16(10.7)	7(3.9)	n.s.	p<0.05	n.s.	p<0.05
友達	22(15.3)	35(13.9)	16(10.7)	18(10.1)	n.s.	p<0.05	n.s.	n.s.
公的 民生・町内役員	5(3.5)	4(2.2)	10(6.7)	4(2.2)	n.s.	n.s.	n.s.	p<0.05
保健婦・ヘルパー	0(0.0)	0(0.0)	1(0.8)	1(0.6)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
私的 有料(家政婦)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

表10 介護サポート（病気・けがの時の援助者）の有無と数およびその内訳（前期・後期別・男女別の実数と%）

	前期高齢者 (69歳~74歳)		後期高齢者 (75歳~80歳)		検 定 結 果			
	男	女	男	女	前期と後期の比較		男 女 差	
調査総数 (人)	144	180	150	178	男	女	前期	後期
1. 病気・けが時の援助								
(1) いる	143(99.3)	178(98.9)	148(98.7)	173(97.2)	1. n.s.	1. n.s.	1. n.s.	1. n.s.
(2) 内訳の数 (平均)	2.8(1.8)	2.9(1.8)	2.9(2.2)	2.5(1.7)	2. n.s.	2. p<0.05	2. n.s.	2. p<0.05
2. 援助者の内訳								
家族 配偶者 (%/全体)	103(71.5)	87(48.3)	94(62.7)	43(24.2)	n.s.	p<0.001	p<0.001	p<0.001
(%/有配偶者)	(79.4)	(67.7)	(73.2)	(52.6)	(n.s.)	(p<0.05)	(p<0.05)	(p<0.01)
娘または息子	105(75.7)	156(86.7)	120(80.0)	158(88.8)	n.s.	n.s.	p<0.01	n.s.
嫁または婿	58(40.3)	106(58.9)	74(49.3)	104(58.4)	n.s.	n.s.	p<0.001	p<0.1
親戚	26(18.1)	37(20.6)	34(22.7)	28(15.7)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
近隣 近所	22(15.3)	28(15.6)	24(16.0)	14(7.9)	n.s.	p<0.05	n.s.	p<0.05
友達	13(9.0)	15(8.3)	12(8.0)	9(5.1)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
公的 民生・町会役員	5(3.5)	2(1.1)	8(5.3)	6(3.4)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
保健婦・ヘルパー	6(4.2)	2(1.1)	2(1.3)	3(1.7)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
私的 有料(家政婦)	3(2.1)	2(1.1)	2(1.3)	1(0.6)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
その他	2(1.4)	1(0.6)	1(0.7)	8(4.5)	n.s.	p<0.05	n.s.	p<0.05

表11 体が弱った時の介護場所の希望とその時に世話をしてもらいたい人（前期・後期別・男女別の実数と％）

	前期高齢者 (69歳～74歳)		後期高齢者 (75歳～80歳)		検 定 結 果			
	男	女	男	女	前期と後期の比較		男 女 差	
調査総数 (人)	144	180	150	178	男	女	前期	後期
希望する介護場所								
自分の家	81(56.3)	95(52.8)	78(52.0)	77(43.3)				
子供の家	10(6.9)	15(8.3)	11(7.3)	19(10.7)				
特養老人ホーム	10(6.9)	18(10.0)	10(6.7)	25(14.0)				
民間の老人病院	6(4.2)	13(7.2)	8(5.3)	17(9.6)	n.s.	n.s.	p<0.01	p<0.01
どこでも良い	7(4.9)	5(3.3)	12(8.0)	8(4.5)				
まだ考えていない	28(19.4)	33(18.3)	27(18.0)	30(16.9)				
世話してほしい人								
家族 配偶者	102(70.8)	64(35.6)	92(61.3)	34(19.1)	p<0.1	p<0.001	p<0.001	p<0.001
娘または息子	100(69.4)	145(80.6)	11(74.0)	141(79.2)	n.s.	n.s.	p<0.05	n.s.
嫁または婿	39(27.1)	91(50.6)	66(44.0)	100(56.2)	p<0.005	n.s.	p<0.01	p<0.05
近隣 近所の人	0(0.0)	1(0.6)	0(0.0)	1(0.6)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
友人	0(0.0)	2(1.1)	0(0.0)	1(0.6)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
公的 民生・町会役員	5(3.5)	1(0.6)	2(1.3)	3(1.7)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
保健婦	2(1.4)	5(2.8)	2(1.3)	4(2.2)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
市のヘルパー	9(6.3)	10(5.6)	4(2.7)	10(5.6)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
私的 有料(家政婦)	6(4.2)	10(5.6)	7(4.7)	8(4.5)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

立割合が高いが、他は男性の方が高いこと、IADLの完全自立者の割合は75歳を境に男女で逆転し、後期女性における自立者割合は著しく低かったと報告している。

本研究の場合は、手段的自立では方法の項で述べたように古谷野²¹⁾や山川らの研究と異なり「できるかできないか」ではなく、「実際に自分でやっているかどうか」を問うた。その結果、女では、後期の方が前期に比べ多くの項目で「自分でする」割合が有意に低かったが、それでも男女間で比較すると、相対的には、女の方が食事、買い物、掃除、お金の管理などで男より「自分でする」割合が高かった。自分でできないので人に頼む割合には大きな男女差は見られなかった。ただし「遠いところに一人で行ける」割合は女は男より有意に低く、さらに男女ともに後期高齢者の方が有意に「一人で行ける割合」が低かった。地域に居住する高齢者の自立度を評価する尺度としてIADLや活動能力指標は有用と見なされているが、前期よりも後期で、また男女でそれぞれの

ような日常生活面のサポートがより必要か、本調査内容からも示されていると考えられる。

喫煙や飲酒、食事や栄養、運動などのライフスタイルは長年の習慣で形成されると考えられる。今後は前期・後期を問わず、男の高齢者は栄養への配慮、女の高齢者では身体活動性を高める配慮が必要であろう。

中西ら²²⁾は、兵庫県下の都市部で70歳以上の高齢者の老人保健制度負担分の入院医療実績を調査し、75歳以上の後期高齢者の入院と、特に女の長期入院患者の増加が医療費を押し上げている特徴であるとしている。著者らの鷹栖町の前期・後期高齢者の比較では、「最近1年間の入院」や「1週間以上、床につく病気あり」の率は69～74歳と変わらないが、最近3カ月の外来受診の回数、「かかりつけ病・医院あり」の比率は後期高齢者で有意に多かった。本調査では、調査票が未回収のうち、理由が「入院中のため」の者は、前期は男5人、女4人、後期は男9人、女11人、また長期の病気療養中は、前期が男3人、女2人、後期

は男2人、女13人であった。したがって中西らの指摘と同様に本調査でも、後期の女で長期に自宅療養中の割合は多かった。しかし入院数では男女で大きな差は認められないので、後期高齢期の医療需要は前期に比べ、まず「外来の受診回数増加」と「かかりつけ医院あり」の比率の増加に現れるものと思われた。しかし鷹栖では、もともと診療所が、かかりつけ医院として地域住民の信頼に応える形で活動機能していた結果とも考えられるので、後期高齢期の医療動向については、今後も地域ごとにさらに検討していく必要がある。

欧米では、老人の心身の健康や疾病・死亡の影響因子としての老人のソーシャル・サポート（社会的支援）やネットワークの重要性は、比較的早くから指摘され、地域を基盤とした学際的で長期的な研究が行われてきている^{23,24}。わが国では未だ数少ないが、実証的な調査研究が行われ始めており²⁵⁻²⁷、著者らも都市と旧産炭過疎地の比較調査で、地域と家族類型により高齢者の有する社会的サポートおよびネットワークには大きな差が認められることを報告した²⁸。

これに対し、典型的な農村地帯の鷹栖町では、さらに別の特徴が見出された。老人自身の社会参加の割合は3地域の中では最も高く、個人のもっているソーシャルサポート、ネットワークなどの人的資源も比較的多かった。前期と後期の比較を行うと、女の後期高齢者では情緒的サポートも介護サポートもその受けられる提供数が前期より有意に少なかった。

本報告から、後期高齢者は、ADLやIADLが前期に比べ低下し、かかっている病気の種類も増え、一方、相談サポートでも介護サポートでも、配偶者に頼れる割合が少なくなっているため、より一層、公的（準公的）サポートの充実がはかられるべきと考えられた。特に今後はそれぞれの地域社会に根づいている種々のネットワークや私的サポートを補完する公的サポート体制の充実が課題と思われる。

調査に多大のご協力をいただいた小林勝彦町長をはじめ、鷹栖町役場民生課および老人会の皆様に厚く御礼申し上げます。データ入力解析は谷口茂子さん、千代美樹さんの助力を得ました。

(受付 '95. 5.22)
(採用 '96.10.22)

文 献

- 1) 厚生省人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成4年9月推計）。厚生統計協会 東京 1992。
- 2) 重松俊夫。高齢化社会の健康問題 1. 疾病構造の変化—人口構造と死因の変化から見た解析 第99回日本医学会シンポジウム、講演集 PP 4-10. 1994。
- 3) 小林勝彦。老人保健福祉計画の推進—計画の推進と町づくり。公衆衛生 1994; 58: 87-93。
- 4) 杉村 巖。理想の地域保健をめざして 北海道大学放送教育委員会編「高齢社会をむかえる北海道」北海道大学図書刊行会 札幌 1993; 59-73。
- 5) 笹谷春美, 岸 玲子, 矢口孝行。高齢者の自立とサポートネットワークに関する研究—過疎地域における高齢者家族の現状と展望。高齢者問題研究 1992; 8: 63-79。
- 6) 更井啓介。うつ状態の疫学調査。精神神経学雑誌 1979; 12: 777-853。
- 7) Katz S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobilities, and instrumental activities of daily living. J Am, Geriatr Soc 1983; 31: 721-727。
- 8) 古谷野亘, 他。地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発 日本公衛誌 1987; 34: 109-114。
- 9) 島藺安雄, 保崎秀夫編。躁うつ病の治療と予後（精神科 Mook No. 13）。東京：金原出版 1986; 13-28。
- 10) 新野直明。老人を対象とした場合の自己評価式抑うつ尺度の信頼性と妥当性。日本公衛誌 1988; 35: 201-203。
- 11) 府川哲夫。性・年齢階級別にみた高齢者の生活実態。厚生指標 1993; 40: 3-10。
- 12) 柴田 博, 他。長期プロジェクト「中年からの老化予防総合的長期追跡研究」報告書。東京都老人総合研究所 1992。
- 13) 大原啓志, 他。農村地域における老年者の生活構造と健康状態 第1報 年齢階級別状態。岡山医学会雑誌 1986; 98: 219-231。
- 14) 小林廉毅, 他。農村老人における高齢者の手段的自立とこれに関連する要因の研究。日本公衛誌 1990; 36: 243-249。
- 15) 芳賀 博, 他。在宅老人における痛みの訴見—日常生活動作能力への影響。日本公衛誌 1986; 33: 38-41。
- 16) 更井啓介。老年期デプレッションの疫学。老年精神医学雑誌, 1990; 1: 1066-1073。
- 17) 浦澤喜一, 他。高齢者の生活と健康に関する実態

- 調査報告書（一次調査）北海道高齢者問題研究協会 1986.
- 18) 星 且二, 他. 我が国の在宅高齢者における尿失禁有病者数の推計. 日本公衛誌 1994; 41: 910-919.
- 19) 安田誠史, 他. 地域在宅高齢者の日常生活動作能力の低下に関する生活様式. 日本公衛誌 1989; 36: 675-681.
- 20) 山川正信, 他. 訪問悉皆調査による在宅高齢者のADL（日常生活動作能力）の実態. 日本公衛誌 1994; 41: 987-996.
- 21) 古谷野亘, 他. 地域老人の生活機能一老研式活動能力指標による測定値の分布. 日本公衛誌 1993; 40: 468-474.
- 22) 中西範幸, 他. 高齢者の入院医療の動向に関する研究. 日本公衛誌 1990; 37: 610-619.
- 23) Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: A nineyear follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiology* 1979; 109: 186-204.
- 24) Hanson BS, 他. Social network and special support influence mortality in elderly men. The prospective population study of "men-born in 1914", Molmo, Sweden. *Am J Epidemiol* 1989; 130: 100-111.
- 25) 提 明純, 他. 地域住民を対象とした認知的社会的支援尺度の開発. 日本公衛誌 1994; 41: 965-973.
- 26) 杉澤秀博, 他. 高齢者における社会的統合と日常生活動作能力の予後との関係. 日本公衛誌 1994; 41: 975-986.
- 27) 甲斐一郎, 他. 高齢者におけるソーシャル・サポートの喪失. 日衛誌 1994; 49: 354.
- 28) 岸 玲子, 他. 高齢者のソーシャルサポートおよびネットワークの現状と健康状態—過疎地・夕張と大都市・札幌の実態. 日本公衛誌 1994; 41: 474-488.
-

HEALTH STATUS, SOCIAL NETWORKS AND SUPPORT SYSTEMS OF SO CALLED OLD OLD IN A POPULATION-BASED COMPARATIVE STUDY OF RESIDENTS AGES 69–74 AND 75–80

Reiko KISHI*, Teruko EGUCHI*, Nobuo MAEDA^{2*},
Hirotosugu MIYAKE*, Harumi SASATANI^{3*}

Key words: Elderly over 75, Health status, Social support, Social network, A farming area

To analyze the different features of health status, social support and networks of elderly people by age groups, a survey was performed of the social environment and health related issues among residents aged 69–74 and 75–80, the so called old-old, in Takasu, a small farming town in Hokkaido.

The results were as follows:

1. The percentage of elderly having some of the symptoms related to dementia, lower scores of ADL, and poorer conditions of eye sight or hearing were significantly higher among the elderly aged 75–80 compared to those aged 69–74. The prevalence of diseases, such as senile cataracts in both sexes, and heart diseases in men were also higher among those aged 75 and over.

2. Although there were no differences in the mean number of hospital admissions or in the percentage of those having been sick in bed for more than 1 week during the previous one year, both the mean number of out-patient visits and percentage having a family physician were significantly higher in the elderly over 75 than under. Deterioration of IADL were prominent in the item on being able to go far away by themselves.

3. Almost 70% of the elderly participated in community-based social activities in Takasu. There were only small differences in social support and network among the different categories of family structure of the elderly. However women over 75 had statistically significantly lower number of the social supports compared to the younger age groups. A significantly smaller percentage of people was able to obtain the emotional or care support from their spouse for in elderly over 75 than for elderly under 75.

4. The results of this study suggest the need to provide more social support and networks for the old-old over 75 years old who tend to have more diseases and to be in poorer health condition, both physically or mentally than younger old.

* Sapporo Medical University, Department of Public Health

^{2*} Sapporo Medical University, Division of Economics

^{3*} Hokkaido University of Education, Sapporo Campus