

在宅高齢者の健康度と生活習慣

第一報 健康生活習慣からみた健康高齢者の特性

宮田 延子* 大森 正英^{2*} 水野 敏明^{3*}
井奈波良一^{4*} 岩田 弘敏^{4*}

岐阜県の一山村の65歳以上在宅高齢者815人を対象に、日常生活習慣と健康状態の関係をみるため、質問紙調査法を実施した。有効回答のあった718人（全対象の90.6%）を分析対象として、Breslowの健康生活習慣（7項目）と日常生活動作、主観的健康感、社会的活動能力（老研式活動能力13項目）等との関連性を検討した。男性は310人、女性は408人で、平均年齢はそれぞれ73.8±6.9歳、74.0±6.9歳であった。主観的健康感には性差は見られなかったが、1人当り既往症数は男性が女性より多かった。日常生活動作の5項目中男女とも「歩行」が、最も自立が損なわれ、特に女性においては階段昇降時の「歩行の安定性」が損なわれているものが多かった。日常生活動作の全項目能力からみた要介助者率は男性に高かった。社会的活動能力については、男性では手段の自立、知的能動性、女性では社会的役割で高かった。Breslowの健康生活習慣の7項目評点は、男性3.9±1.7点、女性3.5±1.8点で、男性が女性より高かった。健康生活習慣を高めるのに関連する因子として男性、配偶者のいる者、趣味のある者、生活満足度の高い者、運動習慣が有る者、男性の喫煙をしない者、女性の睡眠時間（7時間を下らない）、仕事や役割の有る者等があげられた。

Key word: 在宅高齢者、健康生活習慣、男性高齢者、健康への気遣い、QOL

I はじめに

高齢社会を迎え、地域では高齢者の健康づくりや、生活の質を高める福祉の町づくりをめざした保健福祉計画の実施段階に入った。社会資源の整備とともに高齢者の生活の視点にそった保健・医療・福祉サービスの統合化が求められている。保健福祉計画の立案にあたっては、高齢者の健康状態や日常生活状況、社会的活動能力や生きがいなど、生活の実態とその需要を知るための調査も多く実施されてきた。著者らは、岐阜県の一山村で昭和40年代の初期から健康管理活動に従事し、保健指導による生活習慣改善指導を重視し、健康管理活動^{1~3)}の成果や実績をあげてきた。当時30歳以上の健康管理活動の対象者が大部分高齢者となった現在、その後の健康状態や社会的活動能力等の実態が気になるところである。そこでその実態

がいかなる健康生活習慣や健康法に支えられたかを検討するため、健康生活習慣と諸指標との関連性を分析した。悉皆調査によって在宅高齢者の全体像を把握し、健康維持がなされている生活要因の特性を分析し、考察した。

II 方法および対象

東白川村は岐阜県の東北部に位置し、村の総面積の91%を山林が占め、その合間を白川が流れる人口約3,500人の山村である。村の人口は昭和35年から平成5年までの30年間に約1,200人の人口が減少し、老人人口比23.5%（平成4年3月当時）を占める典型的な過疎地域である。調査対象は、平成4年4月当時村内に住民票のある65歳以上の高齢者815人の内、施設入所者や調査時に死亡していた者などを除いた792人に対しての断面調査である。方法は質問紙調査法で、保健推進委員を介して用紙を配布し、本人または家族が記入し、後日保健推進委員によって回収されたものである。734人（回収率92.6%）から回答を得、そのうち有効回答のあった718人を解析の対象とした。また未回答者は分析から除外した。対象者718人は全対象高齢者の90.6%にあたる。調査項

* 岐阜大学医療技術短期大学部

^{2*} 東海女子大学

^{3*} 中日本自動車短期大学

^{4*} 岐阜大学医学部衛生学教室

連絡先：〒500 岐阜市北野町70-1

岐阜大学医療技術短期大学部 宮田延子

表1 調査項目一覧表

項 目	調 査 内 容
対象者の属性	性, 年齢, 最も長く携わった職業 (以下最長職と略す), 配偶者の有無, 同居家族数, 世帯構成 (世代)
健康状態	既往歴の有無および疾患名, 治療中の病気の有無および疾患名, 現在の体の調子 (主観的健康感)
日常生活状況および活動能力指標	健康生活習慣 (Breslowの健康生活習慣 ⁹⁾ 7項目), 睡眠時間, 朝の目覚め, 間食の頻度, 飲酒の有無および量, 頻度, 運動習慣の有無および種類と頻度, 階段昇降時の足取り, 一日の生活リズム (全般的活動能力), 日常生活動作 ⁵⁾ (歩行, 食事, 排せつ, 入浴, 衣類の着脱の動作の自立度を5項目を4ランクで評価), 社会的活動能力 (老研式活動能力13項目)
高齢者の生活の質 (QOL) を表わす指標	生活満足度 ⁹⁾ , 趣味や楽しみにしていることの有無, 現在の仕事や役割の有無とその内容

目は表1に示す。データの集計および分析はHalbauを用い, 検定は χ^2 検定およびt検定, また一元配置分散分析と, 対比較をBonferroni法およびScheffe法で行った。

Ⅲ 結 果

1. 対象者の特性と健康状態

対象者の性別, 年齢構成を表2に示した。男性310人, 女性408人で平均年齢は男性73.8±6.9歳, 女性74.0±6.9歳で, その差は0.2歳であった。また65-74歳の前期高齢者は423人 (58.9%), 75歳以上の後期高齢者は295人 (41.0%) であった。同居世代をみると3-4世帯が全体の52.6%を占め, 夫婦のみは116人 (16.6%), 独居は29人 (4.1%) であった。また高齢者の同居人数は平均3.8人であった。配偶者の有るものは男性254人 (85.5%), 女性201人 (53.1%) であった。また対象者の最長職を, 通産省産業分類でみると農林業が453人, 専門技術職42人, 技能工単純業務33人, 主婦28人の順で, 農林業が全体の72.1%を占めた。

対象者の健康状態を既往歴の有無でみると, 表3に示すように既往歴の有るものは男性60.9%,

表2 対象者の性年齢別構成

年齢/歳	男性 人数(%)	女性 人数(%)	計 人数(%)
65-69	103(33.2)	132(32.3)	235(32.7)
70-74	80(25.8)	108(26.5)	188(26.2)
75-79	54(17.4)	71(17.4)	125(17.4)
80-84	46(14.8)	62(15.2)	108(15.0)
85-89	18(5.8)	27(6.6)	45(6.3)
90-	9(3.0)	8(2.0)	17(2.4)
合 計	310(100.0)	408(100.0)	718(100.0)

女性51.7%であった。主な疾病を2疾患まで集計したが, 男女とも高血圧が最も多く, ついで男性では胃・十二指腸潰瘍, 心臓病, 糖尿病, 骨折, 女性では骨折, 心臓病の順であった。脳卒中は男性9人, 女性8人であった。とくに胃・十二指腸潰瘍は男性が女性より有意に多かった ($p<0.05$)。一人当りの主な既往症数は男性1.31件, 女性0.75件で男女間に有意差が認められた ($p<0.05$)。現在治療中の者は男性で56.1%, 女性で59.8%を占め, やや女性に多い傾向を示したが有意差はなかった (表3)。治療中の主な疾患として2疾患まで集計したが, 男性では高血圧76人, 心臓病23人, 女性は高血圧115人, 心臓病17人, 肝臓病17人の順で, 脳卒中は男性9人, 女性6人であった。男女とも高血圧が最も多く, ついで心臓病であった。現在の体の調子を主観的健康感としてみると, 「非常によい」と「まあまあ調子がよい」は全体の79.0%を占め, 「あまりよくない」と「調子が悪くて困る」が20.9%を示した。男女間の主観的健康感に有意差は認められなかった。

2. 生活状況および日常活動能力について

高齢者の日常の全般的活動能力を一日の生活リズムでみると, 「規則正しい」, 「ほぼ規則正しい」生活を送っているのが男女で631人 (91.1%) を占め, 「不規則」, 「寝たり起きたり」が49人 (7.0%), 「ねたきり」, 「一日中床にいる」の家族の介助が必要なものが12人 (1.7%) を示した。生活リズムについての男女差は認められなかった。日常生活動作 (ADL) を身の回りおよび移動動作として15点満点でみると, 平均点および標準偏差は男性14.1±2.4, 女性14.2±2.0であった。ADLの内容を表4に示した。最も自立できてい

表3 対象者の性別の既往歴と治療中の疾患の有無および疾患別状況

既往歴	男性 人数(%)	女性 人数(%)	治療中	男性 人数(%)	女性 人数(%)
あり	189(60.9)	211(51.7)	あり	174(56.1)	244(59.8)
既往歴名	件数(%)	件数(%)	疾患名	件数(%)	件数(%)
脳卒中	9(3.0)	8(2.0)	脳卒中	9(3.0)	6(2.0)
高血圧	61(20.3)	90(23.4)	高血圧	76(26.1)	115(30.0)
糖尿病	18(6.0)	15(3.9)	糖尿病	9(3.0)	16(4.1)
心臓病	29(9.6)	25(6.5)	心臓病	23(7.9)	17(4.4)
がん	3(1.0)	9(2.3)	がん	2(0.6)	6(1.5)
リウマチ	2(0.6)	12(3.1)	リウマチ	1(0.3)	5(1.3)
骨折	18(6.0)	30(7.8)	骨折	1(0.3)	4(1.0)
結核	12(4.0)	11(2.8)	結核	0	4(1.0)
慢性気管支炎	5(1.6)	6(1.5)	慢性気管支炎	1(0.3)	3(0.7)
喘息	2(0.6)	2(0.5)	喘息	3(1.0)	2(0.2)
胃十二潰瘍	41(13.6)	12(3.1)	胃十二潰瘍	9(3.0)	3(0.7)
肝臓病	10(3.3)	8(2.0)	肝臓病	7(2.4)	17(4.4)
その他	39(13.0)	50(13.0)	その他	49(16.8)	59(15.4)
総件数	249	278	総件数	190	257
人 数	189	211	人 数	174	244
一人当件数	1.31*	0.75	一人当件数	1.09	1.05

t 検定 * p<0.05

表4 対象者の性別日常生活動作能力 (ADL)

	自立 人数(%)	まあ自立 人数(%)	半介助 人数(%)	介助 人数(%)	計 人数(%)
男性					
歩 行	253(82.6)	42(13.7)	4(1.3)	7(2.3)	306(100)
食 事	269(87.6)	28(7.8)	5(1.6)	5(1.6)	307(100)
排 せ つ	285(92.5)	12(3.9)	1(0.3)	10(3.2)	308(100)
入 浴	286(93.1)	8(2.6)	5(1.6)	8(2.6)	307(100)
着 脱 衣	276(89.9)	20(6.5)	3(1.0)	8(2.6)	307(100)
全項目の能力	1,369(89.2)	110(7.1)	18(1.2)	38(2.4)**	1,535(100)
女性					
歩 行	322(79.9)	73(18.1)	3(0.7)	5(1.2)	403(100)
食 事	340(84.1)	58(14.3)*	2(0.5)	4(1.0)	404(100)
排 せ つ	373(92.0)	26(6.4)	1(0.2)	5(1.2)	405(100)
入 浴	375(92.8)	18(4.5)	7(1.7)	4(1.0)	404(100)
着 脱 衣	367(90.8)	28(6.9)	3(0.7)	6(1.5)	404(100)
全項目の能力	1,777(88.0)	203(10.0)	16(0.8)	24(1.2)	2,020(100)

男女間の比較 (χ² 検定) * p<0.05, ** p<0.01

るのは「入浴」で、男性93.1%、女性92.8%を示し、ついで「排せつ」、「着脱衣」、「食事」、「歩行」の順で男女とも同順位であった。ADL 5項目で最も自立が損なわれていたのは、男女とも「歩行」で、“自立”は男性82.6%、女性79.9%を示し、“まあ自立”では男性13.7%、女性18.1%を占め

表5 対象者の性別の段階の昇降時の足取り

足取り	男性 人数(%)	女性 人数(%)	計 人数(%)
まったく気にしない	138(56.0)***	93(31.8)	231(42.9)
やや遅れがち	64(26.0)	97(33.2)***	161(30.0)
休んで昇る	10(4.0)	23(7.8)*	33(6.1)
手すりがある	26(10.5)	70(23.9)***	96(17.8)
その他	7(2.8)	8(2.7)	15(2.8)
計	245(100.0)	291(100.0)	536(100.0)

男女間の比較 (χ² 検定) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

表6 対象者の性別の日常活動能力（老研式活動能力指標による）の比較

項 目	男性 人数(%)	女性 人数(%)	χ ² 検定 (男女間) 結 果
バス電車で外出	256(82.8)	292(71.9)	**
日用品の買物	274(88.6)	361(88.9)	N.S.
自分で食事の用意	239(77.3)	347(85.4)	*
請求書の支払い	282(91.5)	353(86.9)	N.S.
預金の出し入れ	271(87.9)	320(78.8)	**
年金書類が書ける	264(85.7)	311(76.7)	*
新聞を読む	271(87.9)	331(81.5)	N.S.
本雑誌を読む	245(79.5)	325(80.0)	N.S.
健康記事番組に関心	264(85.7)	344(84.9)	N.S.
友達を訪ねる	233(75.4)	317(78.0)	N.S.
家族友人の相談にのる	259(84.0)	315(77.9)	N.S.
病人を見舞う	267(86.7)	352(86.6)	N.S.
若い人に話しかける	264(85.7)	350(86.4)	N.S.

χ² 検定 * p<0.05, ** p<0.01, N.S.: 有意差なし

た。また歩行の自立度に関連する階段昇降時の足取りをみると、表7に示すように「まったく気にしない」が男性56.0％、女性31.8％（p<0.001）、「やや遅れがち」が男性26.0％、女性33.2％（p<0.001）、「休んで昇る」が男性4.0％、女性7.8％（p<0.05）、「手すりがある」が男性10.5％、女性23.9％（p<0.001）であった。足取りは女性のほうが不安定で、各群の男女間に有意差がみられた。つぎに「食事」は、男性の自立87.6％に比べ、女性は84.1％と低い傾向を示し、“まあ自立”が14.3％と、男性に比し、有意に高かった（p<0.05）。食事の自立度は、「箸の使用の有無、細かく切るなど食べ易くする必要がある」の内容である。つまり女性は総義歯や、歯の具合の悪い者の割合が男性より多かった。食事の自立度は3点

満点中平均点は、総義歯の者1.83±0.4点、歯の具合の悪い者2.75±0.4点と各々に低かった。またADLを全項目の能力として、自立度別に算出した。要介助の比率は、男性2.4％、女性で1.2％を示し男女間に有意差が認められた（χ² 検定p<0.01）。また男性の“自立”は89.2％と、女性の88.0％よりも高い傾向にあり、自立度が両極化していた。

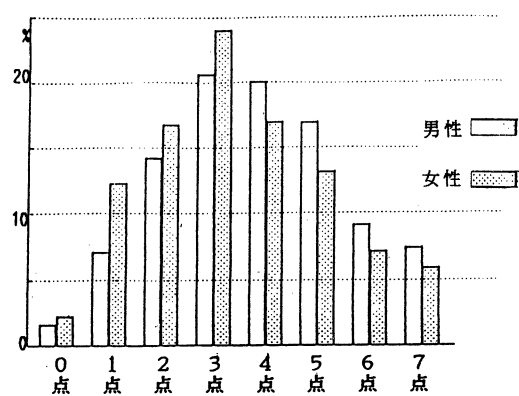
老研式活動能力指標を用いて、ADLより高次の能力、つまり手段的自立度、知的能動性、社会的役割を13項目の能力を検討し、表6に示した。活動能力の平均点は男性で10.9±3.3点、女性で10.5±3.4点で男女間に有意差はなかった。また13点満点取得者の割合は、男性169人（54.5％）、女性191人（46.8％）で、男性に有意に高かった

表7 性別の健康生活習慣

項 目	男性 人数(%)	女性 人数(%)	χ^2 検定 結 果
7-8時間の睡眠をとる	231(74.5)	303(74.2)	N.S.
適正体重を保つ	134(43.3)	149(36.5)	N.S.
毎日朝食はとる	234(75.5)	344(84.3)	**
不必要な間食はとらない	143(46.1)	151(37.0)	*
定期的に適度な運動をする	121(39.0)	157(38.5)	N.S.
飲酒は適度かまったくなし	181(58.4)	133(32.6)	**
喫煙はしない	132(42.6)	135(32.8)	*

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, N.S.: 有意差なし

図1 健康生活習慣点数の分布



(χ^2 検定 $p<0.05$)。男女間の社会的活動能力を比較すると、能力順位は男性では「請求書の支払い」(91.5%),「日用品の買物」(88.6%),「預金の出し入れ」(87.9%)の手段的自立項目および「新聞を読む」(87.9%)の知的能動性項目となっていた。女性では「日用品の買物」(88.9%),「請求書の支払い」(86.9%)の手段的自立項目,「病人を見舞う」(86.6%),「若い人に話しかける」(86.4%)の社会的役割項目で高かった。また男女間で有意差があったのは「バス電車で外出」($p<0.01$),「自分で食事の準備」($p<0.05$),「預金の出し入れ」($p<0.01$),「年金書類が書ける」($p<0.05$)の項目であった。つまり女性の「自分で食事の準備」以外は男性の方に能力が高かった。

3. 健康生活習慣について

Breslow による健康生活習慣を7項目にわたって示し,対象者に「健康のためによいと思ってこ

表8 対象者の健康生活習慣の持続期間と習慣評点の関係

期間/年数	人数	習慣評点 M±S.D.	分散分析	対比較
1- 4	40	3.50±1.7	F 値3.052	T 値2.532 有意確率 0.01167
5- 9	79	3.74±1.7	有意確率	
10-19	132	4.25±1.5	0.02831	
20-	208	3.85±1.6	*	

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

ころがけていること」に○をつけることを指示した。○のついた1項目を1点として0点から7点まで評点化し分布を図1に示した。男女ともほぼ正規分布を示し,平均評点は男性が3.9±1.7点で,女性3.5±1.8点より有意に高かった ($p<0.05$)。またその内容を健康生活習慣の項目毎にみると,表7のように「毎日朝食をとる」,「7-8時間の睡眠」は高い比率を示し,「喫煙をしない」,「定期的に運動」は低率を示した。また「毎日朝食をとる」($p<0.01$),「不必要な間食をしない」($p<0.05$),「飲酒は適度かまったくない」($p<0.01$),「喫煙をしない」($p<0.05$)の項目で男女間で各々,有意差がみられた。つまり男性では「不必要な間食をしない」,「飲酒は適度かまったくない」,「喫煙をしない」ことが健康のために良いと意識しころがけている者が多く,女性では「毎日朝食はとる」ことを意識しころがけている者が多かった。なおこの中で喫煙や飲酒については,男女の嗜好状況の違いによることも考えられる。ちなみに男性の喫煙率は33.4%(過去に吸っていた者を含めた喫煙率59.2%),女性の喫煙率は8.3%(過去に吸っていた者を含めた喫煙

率 13.0%) であった。飲酒率は男性が 61.9%, 女性が 23.0% であった。

健康生活習慣を何年間持続しているかを、表 8 に示した。20 年以上が最も多く 45.3%, 10 から 19 年は 28.7%, 10 年未満は 17.2%, 5 年未満は 8.7% となっていた。またその持続期間毎の平均健康習慣評点をみると 5 年未満と 10 から 19 年までの間には有意差があり ($p<0.01$), 全体の中では 10-19 年の健康生活習慣評点が最も高かった。

4. 健康生活習慣評点とそれ高める要因の関係

健康習慣評点を性, 年齢, 配偶者の有無, 既往歴の有無, 治療中の疾患の有無, 趣味の有無別に算出し, 表 9-1 に示した。表 9-2 には生活満足度, 喫煙状況, 睡眠時間, スポーツの実施頻度, 現在の仕事や役割の群から健康生活習慣評点を算出し, 三群間以上の比較を行った。これらの項目と健康生活習慣評点との間に有意差がみられたのは次のとおりである。性別では男性が女性より有意に高い ($p<0.01$)。年齢では女性の前期高齢者が後期高齢者より高い ($p<0.01$)。配偶者の有る者がない者より高い ($p<0.01$)。趣味のある者は男女ともない者より高い ($p<0.001$)。生活満足度では満足している者は, 男女ともまあ満足ある

いは不満の者より高い ($p<0.001$)。男性の喫煙しない者はする者より高い ($p<0.001$)。男性の過去に喫煙した者は現在喫煙している者より高い ($p<0.001$)。睡眠時間は女性の 7 時間未満の者は 7 時間の者より低い ($p<0.001$)。スポーツの実施頻度別では, 男性の週 1-2 回以上する者はしない者より高い ($p<0.001$)。女性の週 3 回以上する者はしない者より高い ($p<0.05$)。仕事や役割のある者 (農作業, 趣味的仕事, 技能工の仕事など) はない者より高い ($p<0.001$) が, あげられた。また後期高齢者の男女間で比較すると, 男性が女性より健康習慣評点が有意に高かった ($p<0.01$)。また主観的健康感と健康習慣評点の群間比較をすると, 女性では主観的健康感によって健康習慣評点に差がみられた ($p<0.01$)。つまり各群を比較すると, 「まあよい」と「あまりよいとはいえない」 ($p<0.001$) の間に有意差があり, 「非常によい」の評点は高くなかった。男性ではいずれの群間にも差がみられなかった。

表 10 に健康習慣評点と日常生活動作 (ADL) および老研式活動能力との関係について分析した。健康習慣点数のカテゴリー別に ADL をみると, 男性では健康習慣の多い者ほど ADL 平均値

表 9-1 健康生活習慣と変数との関連性 (Breslow の健康生活習慣)

変数	人数	M±S.D.	等分散の検定	Welch の検定
性	男 309 女 408	3.85±1.7 3.50±1.8	**	**
年齢 男	前期 183 後期 127	3.83±1.7 3.87±1.8	**] **	**] **
女	前期 240 後期 168	3.70±1.8 3.22±1.8		
配偶者	あり 480 なし 235	3.77±1.7 3.39±1.8	**	**
既往歴	あり 406 なし 290	3.67±1.7 3.65±1.8		
治療中	あり 427 なし 263	3.73±1.8 3.52±1.7		
趣味 男	あり 173 なし 122	4.17±1.7 3.41±1.5	***	***
女	あり 202 なし 182	3.75±1.8 3.16±1.7	***	***

** $p<0.01$, *** $p<0.001$

表9-2 健康生活習慣点数と変数の関係 (Breslow の健康生活習慣)

変 数		人 数	M±S.D.	分散分析	対比較 B 法	対比較 S 法
生活満足度	男	満足 147	3.83±1.7	***	***	**
		まあ 127	3.95±1.7			
		不満 29	2.60±1.5			
	女	満足 188	3.46±1.7	***		
		まあ 177	3.41±1.7			
		不満 36	2.74±1.8			
喫煙	男	なし 70	4.25±1.8	***	**	**
		あり 111	3.43±1.6			
		過去 91	4.25±1.6			
	女	なし 240	3.56±1.8			
		あり 23	3.04±1.6			
		過去 13	4.00±2.3			
睡眠(時間)	女	7未満 47	2.85±1.7	**	***	
		7 108	3.90±1.7			
		8 136	3.55±1.7			
		9 60	3.50±1.9			
		10以上 21	2.85±2.2			
スポーツ	男	3/W 71	4.25±1.5	***	***	***
		1-2/W 56	4.57±1.7			
		1-2/M 10	4.10±1.6			
		なし 119	3.44±1.5			
	女	3/W 94	3.83±1.7	*	**	
		1-2W 78	3.78±1.7			
		1-2/M 15	3.20±1.2			
		なし 138	3.13±1.9			
現在の仕事や役割	男女	農作 179	4.30±1.7	***		
		家業 27	3.51±1.7			
		家事 199	3.49±1.6			
		独立 5	2.80±1.6			
		役割 15	3.40±1.9			
		趣味 6	4.50±1.4			
		園芸 5	2.80±1.5			
		技能 15	4.33±1.4			
		他 63	3.58±1.1			
		なし 72	3.44±1.8			
主観的健康感	男	非常によい	4.10±1.7			
		まあよい	4.01±1.6			
		あまり	3.41±1.7			
		悪い	3.44±1.7			
	女	非常によい	3.41±1.7	**	***	***
		まあよい	3.68±1.7			
		あまり	2.76±1.6			
		悪い	3.58±2.4			

表10 性別健康習慣評点カテゴリー別の日常生活動作および社会的活動能力

健康生活習慣評点		日常生活動作			老研式活動能力	
点数	人数	M±S.D.	分散分析		M±S.D.	分散分析
男性	0-3	137	13.3±2.5	F 値4.384	10.5±3.6	F 値3.804
	4-5	121	14.5±1.4	p=0.01329	11.4±2.5	p=0.02339
	6-7	52	14.6±1.0	*	11.6±2.6	*
女性	0-3	232	14.3±1.3	F 値0.024	10.1±3.5	F 値6.309
	4-5	123	14.3±1.7	p=0.97669	10.9±2.7	p=0.00204
	6-7	53	14.3±2.3		11.8±2.6	**

* p<0.05, ** p<0.01

が高く、三群間の能力に差が見られ (p<0.05)、老研式活動能力をみても、点数の多い者ほど平均値が高く三群間に有意差があった (p<0.05)。女性では、健康習慣評点差による ADL に差が認められなかった。が、老研式活動能力では健康習慣点数の多い者ほど平均値が高いという結果を示した。(p<0.01)。

Ⅳ 考 察

Breslow は、健康で長寿に役立つ健康習慣はどうすべきかは、ほとんど知られていないと述べている⁴⁾。ねたきり予知関連調査に限れば、健康習慣の実行度とねたきり発症後の関係を長谷川式スケール尺度でみると、高学歴、家族への手伝い、新聞を毎日読む、運動を毎日するが高得点に結び付くとの報告¹⁰⁾や、がん、脳卒中、虚血性心疾患等などの死因においても、健康習慣の低いもののほど死亡率が高く、健康習慣が高いもののほど死亡率が低くなると論じている⁴⁾。今回の分析では、高齢者の健康状態はどのような生活習慣によって保たれているのか、健康習慣評点からみた健康状態や諸指標を分析し、その点数比較によって明らかな特性要因やその背景を考察した。

1. 対象者の平均寿命と生活の質

東白川村の平均寿命は1989年市町村別生命表⁹⁾でみると男性77.1歳、女性80.7歳であった。また国民衛生の動向⁹⁾よれば、東白川村の市町村別平均寿命は男性77.1歳で全国第7位、市町村別65歳の平均余命の男性は17.5歳で全国第20位、市町村別平均寿命の男女差は3.6歳で全国第7位、市町村別65歳の平均余命の男女差は1.6歳で全国第1位という成績であった。東白川村の女性の平均寿

命は全国平均82.02歳に比し80.7歳(岐阜県平均寿命80.5歳)と低く、男性では77.1歳(岐阜県平均寿命75.6歳)と高く、年齢格差を縮小する結果になっている。1992年(平成4年)の65歳以上の対象高齢者は、平均年齢の男女差も小さく、配偶者のある比率は全国平均の男性82.0%、女性36.6%に比して男女ともに高い。特に女性に配偶者がある割合が多い。配偶者がいる者に健康習慣点数が高いことから、長い夫婦期間も QOL を高めることにつながると考える。一般に男性の長寿者には社会活動性が高く保たれていること²⁰⁾があげられている。本対象男性では女性に比べ健康習慣評点が高く、「飲酒は適度かまったくしない」や「喫煙をしない」「不必要な間食はとらない」を健康によいと意識している者が多かった。老研式活動能力指標13項目すべてに能力がある者は男性に多く、さらに手段の自立、知的活動性が女性に比べて高かった。また脳卒中既往に影響をうける ADL 能力の要介助率は、男性に高率ではあるが、反面自立者も多かった。また男性後期高齢者の健康習慣評点は女性と比較して高かった。また男性の健康生活習慣を意識するものに、ADL や社会的活動能力も優れている傾向であった。これらの特徴から、東白川村の本対象男性は全体に活動能力が高く、健康維持の意識も高いグループが存在しており、生活の質を高める手段として健康生活習慣を積極的に取入れていると考える。逆に女性の後期高齢者は健康習慣評点が低いことや、主観的健康感による健康習慣点数に差があり、調子がよいものが健康習慣を積極的に取り入れているとはいえなかった。また本対象女性は、脳卒中や高血圧にり患している者は健康習慣評点が高

く、健康習慣への気遣いが見られた。さらに健康習慣評点が高くても、ADL能力に結び付いていなかった。つまり健康習慣に気を配る保健行動は、男性ではADLや社会的活動能力の上昇に結びついていたが、女性では必ずしもそうとは言えなかった。これらのことから保健行動とADLや社会的活動能力に性差が生じることが示唆された。また歩行能力とくに階段昇降時にみられる歩行の安定性は、男性のほうが女性よりも優れていた。このことが活動性の高い生活を導く一因ともなるのではなからうか。対象女性の平均寿命は岐阜県や全国平均と比較し低い。また本調査より健康への気遣いとして、健康習慣の実行や手段的自立、知的能動性などが、男性より低いとの結果が明らかになった。これらを総合すると女性は、伝統的な家族形態をのこす地域で、妻や嫁としての家の役割に忙殺され、「朝食はきちんと取る」、「睡眠は7時間を下回らない」はできていても、自分自身の積極的なQOLを高めるような保健行動につながっていないのではないかと推察される。特に後期高齢者の多くは、配偶者喪失のストレスにさらされるため、その後の生活の質を高める意味の援助が必要となる。

2. 高齢者の日常生活動作

本調査では寝たきり者が12人、痴呆老人は9人みられた。また、いわゆる虚弱老人（痴呆、ねたきりを含む）は61人（8.4%）であった。ADLについては、自立の割合が最も低いのは「歩行」で、芳賀ら（69-71歳、955人）の調査結果¹²⁾と一致していた。武田の報告¹⁴⁾（都市部70-89歳、1,248人）や辻らの報告¹⁵⁾（都市部3,348人）によると、老人の要介護項目は入浴、歩行、衣類の着脱、排せつ、食事の順となっており、高齢者の自立度と要介護項目には報告者による相違がみられた。また一般に高齢者は、加齢によるADL能力低下は明らかにおこるが、性差は見られないとの報告がある¹²⁾。本対象のADL全項目は断面調査では、要介護率は男性が女性より高かった。これは疾患に原因を求めると考え方もあるが、竹内¹¹⁾のように、生活の在り様の結果ともいえる。要介護項目は受ける側の事情、つまり誰の介護を受けるかにより、男性は配偶者や家族に介助を求めるのが当然とした意識も強いことがあり、自立度と同一とは限らない。また芳賀ら¹²⁾は、ADL能力低下に

加わる因子として、脳卒中、骨折、関節疾患をあげている。本調査でもこれらの疾患のり患や既往が高い割合を占め、既往歴や治療中の疾患のあるものに、ADL全項目とも自立者が少なかった（治療中 $p<0.001$ 、既往歴 $p<0.05$ ）。また男女共脳卒中既往歴のある者は、ADL低下がどの疾患よりも有意であった。（男性 $p<0.001$ 。女性 $p<0.01$ ）。しかし女性の骨折や心疾患、リウマチによるADLの低下は有意ではなかった。すなわち脳卒中は個人のADLを低下させ、また全体のADL水準に影響を与えていると考えられるが、早期からの生活リハビリのケアによってかなりの改善が期待できる。他には骨折やリウマチによる膝関節や股関節の具合、心疾患や高齢による心負担程度が、「階段昇降」の足取りに影響しているのではないかと考える。また鈴木ら¹⁷⁾の報告のように、降圧剤や利尿剤等の影響も考えられるが明らかでない。Lawtonの活動水準の体系によれば⁶⁾、「手段的自立」はADL能力より高次の生活機能を評価する活動能力のひとつで、「手段的日常生活能力」の尺度ともいわれる。手段的自立が高齢になるほど女性で低下し、知的能動性の男女差が早くから生じ、一方、社会的役割は女性のほうが優れているという報告と一致している⁶⁾。しかし、社会的統合や社会的紐帯は郡部より都市部で、女性より男性の生命予後に優位な効率を示すことや、男性のほうが参加地域集団が大きく、女性は地域の中で社会的統合がきめ細かく組み込まれているため意識にのぼりにくいとも述べられている¹³⁾。山間僻地という地理的条件や、男性が家庭のリーダーシップをとり、女性は家事を担当という、長年の男女の役割分担からも各々の能力差として生じているものと考えられる。脳卒中既往や歯の具合が、歩行や食事のADLや主観的健康感の差として表われており、さらにADLや老研式活動能力に与える影響は大であることを示している。

3. 健康生活習慣を遂行させる要因

成人期の健康行動は女性に実行度が高いとの報告¹⁶⁾がある。老年期においては本対象では、健康生活習慣評点は男性に高く、この傾向は著者らの他成績¹⁸⁾にも認められた。また瀬戸らの報告¹⁹⁾では病院外来患者の健康習慣実施率は糖尿病など生活管理が必要とされる患者集団では、特に高くな

っている。本対象男性では、かなりの者が健康習慣に意識を向けている。健康行動の効果を信じるものは、行動を積極的に規定するとの報告¹⁶⁾からも、男性の高齢者は女性に比べ意欲的な“健康への気遣い”が認められ、社会活動性やQOLの高さとの関連性が伺われた。女性は「朝食は毎日取る」、「自分で食事の準備」する能力は高いが、「不必要な間食をしない」の認識は男性より低い。これらの項目について Breslow は、7項目中最も死亡率への影響は少ない項目と述べている⁴⁾。さらに Breslow は、健康習慣と心理的要因の関係を精神不安、抑うつ、強いもの、生活に満足していない者は、不健康な行動に走り易いと述べている⁴⁾。また芳賀は¹²⁾、ADLは悩みの有るもの、一人暮らし、老人夫婦、社会的活動性の低い女性には低下すると報告している。また健康習慣を10年から20年以上にわたり持続している者に健康習慣評点が高い。したがって健康生活習慣については、遅くとも45歳から55歳には、従来からの生活習慣改善指導の強化することが必要となる。健康習慣評点を高めることに関連する要因としては、生活にはりを持ち、役割や生きがいとなる物を持っていることが大切で、適度な運動をしたり、喫煙しないこと、7-8時間の睡眠の確保などの保健行動することにあると考える。対象男性では、健康習慣を多く取り入れている者はQOLが高く、QOLの高いものがさらに健康習慣を取り入れるといった相乗効果もあると考える。つまりADL能力や活動能力が低いと、健康習慣が行えないことがあるが、長期にわたって健康習慣を意識的に実践しないと、健康水準保持への寄与は困難と考える。福田ら²²⁾は男性についての年齢階級別保健指導方法として、保健介入モデルを確立している。著者らも中高年齢層の保健指導は、高血圧や糖尿病などの生活習慣改善指導のみではなく、QOLを高める視点や、個人の価値観を尊重した健康づくりが必要と考える。また野口は²³⁾、ソーシャルネットワークとは、個人を取り巻く人間関係の総体を指示する概念とし、保健医療福祉分野においては、回復や社会復帰を支援するネットワークとしている。その内容はまわりの人々との調整、社会資源との調整のレベルのサポートとしている。特に後期高齢者に対しては、長谷川²⁴⁾のいう老年期の適応をめざす、喪失への心理的援助や、友人や家

族、近隣の地域ぐるみの交流などネットワークにも、目を配ることが重要なこととなる。

最後に女性後期高齢者に対しては、喪失や歩行能力低下による精神的活動が低下しない配慮が望まれる。また女性全体への保健指導管理には、これまで行って来た健康診査の際の保健指導はもちろんであるが、さらに更年期以後多発する骨粗しょう症や、生涯を通した歯科保健、うつ状態に陥らない心理的危機の回避、QOLの向上にむけたソーシャルネットワークへの支援など、新たな保健医療福祉サービスのあり方が必要であると考え

V 結 語

今回は、一山村における高齢者の生活習慣を Breslow の7項目指標を用い、継続されてきたライフスタイルの断面的調査を行った。その結果から「喫煙をしない」、「定期的な適度の運動」、「7-8時間の睡眠」に心がけている者や、社会的活動能力の優れた者、QOLの高い者は健康生活習慣評点を高取得していた。高齢者のADL能力をいかに保持するかは、脳卒中や重篤な疾患を避けることも大きい。日々の生活の過ごし方が重要である。さらに健康生活習慣の「毎日朝食をとる」、「適正体重を保つ」、「飲酒は適度かまったくしない」、「不必要な間食はしない」にも心がけて、健康生活習慣を確立することが意味を持つ。楽しみや、趣味を持ち自分の役割や仕事をするために、健康生活習慣は高齢者にはどれをとっても、日常的に必要な事項である。成人期からの望ましいライフスタイルの確立には、ただ漫然とではなく“健康への気遣い”として、継続できるような支援が必要である。また女性高齢者には自分自身の生き方や、QOLを高める社会活動への参加等ソーシャルネットワークへの支援を検討する必要がある。

この調査研究は平成4年度地域保健推進特別事業による補助を受けた。稿を終えるにあたり、本調査に多大なるご協力頂いた東白川村関係者の方々、保健婦安江悦子氏に感謝する。さらに御指導頂きました元岐阜大学衛生学教室吉田英世先生、平良専純先生に深く感謝する。

(受付 '95. 9. 5)
(採用 '97. 6. 24)

文 献

- 1) 安江延子, 宮田昭吾. 地域保健計画に基づく保健婦を中心とした成人病管理について, 保健婦雑誌 1973; 29 (6), 454-459
- 2) 宮田昭吾, 平良専純, 安江延子, 地域保健計画における糖尿病管理について, 公衆衛生 1975; 39 (5), 330-334
- 3) 宮田昭吾, 平良専純, 牧野茂徳. 市町村保健計画における目標設定とその効果, 公衆衛生 1978; 42 (10), 653-656
- 4) Lisa F. Berkman and Breslow, 森本兼囊, 他訳. 生活習慣と健康 1991, 60-92; HJB 出版局
- 5) 工藤禎子. ねたきりとADL評価指標, 看護研究 1992; 25 (4), 15-24
- 6) 古谷野亘, 柴田 博, 中里克治, 地域老人における活動能力の測定, 日本公衛誌 1987; 34 (3), 109-114
- 7) 筒井真優美. 看護学におけるQOLの概念と測定, 看護研究 1992; 25 (2), 153-156
- 8) 厚生統計協会. 1985年市町村別生命表 1989; 4, 90-91
- 9) 厚生統計協会. 国民衛生の動向 1992; 39 (9), 76-79
- 10) 吉田伸子. 日本におけるねたきり老人の実態調査に関する考察, 看護研究 1992; 25 (4), 131-139
- 11) 竹内孝仁. ねたきり老人の看護と看護研究の枠組み, 看護研究 1992; 25 (4), 300-306
- 12) 芳賀 博, 他. 地域老人のADL能力に関する追跡的研究, 民族衛生 1988; 54 (5), 217-233
- 13) 杉澤秀博. 高齢者における社会的統合と生命予後との関係, 日本公衛誌 1994; 41 (2), 131-139
- 14) 武田俊平. 都市部における高齢者の健康と介護状況, 日本公衛誌 1994; 39 (12), 920-000
- 15) 辻 一郎, 南 優子, 他. 高齢者における日常生活動作遂行能力の経年変化, 日本公衛誌 1994; 41 (5), 415-422
- 16) 藤内修二, 畑 栄一. 地域住民の健康行動を規定する要因, 日本公衛誌 1994; 41 (4), 362-368
- 17) 鈴木みずえ, 山田紀代美, 他. 高齢者の転倒状況と転倒後の身体的変化に関する調査研究, 看護科学学会誌 1993; 13 (2), 10-19
- 18) 宮田延子, 梅原美智, 他. 都市近郊の農村地域高齢者の健康に関する意識調査, 教育医学 1993; 38 (5), 301-309
- 19) 瀬戸正子, 神田清子, 沢田節子. 老人の生活習慣と健康, 第21回老人看護分科会誌 1990; 17-19
- 20) 前田大作, 他. 老人の主観的健康感の研究, 社会老年医学 1984; 11, 15-31
- 21) 桂 敏樹, 野尻雅美, 他. 地域住民の心の健康づくりにおけるライフスタイル改善指導の意義に関する研究, 日本看護研究学会雑誌 1996; 19 (2), 7-15
- 22) 福田吉治, 渡辺マサ子, 河津佐和子. ライフスタイルと健康—成人男性の年齢階級別保健指導方法についての検討(2), 保健婦雑誌 1996; 52 (4), 315-319
- 23) 野口裕二. ソーシャルネットワークとストレス, ストレス科学 1996; 11 (1), 60-63
- 24) 長谷川和夫. 老年期の精神保健—健康に老いるために—, ストレス科学 1996; 11 (1), 1-6

Health Conditions and Life Styles of Residential Elderly Part 1 Characteristics and Factors Related to being Healthy Elderly Persons from a Survey of Health Life Style

Nobuko MIYATA*, Masahide OOMORI, Toshiaki MIZUNO***, Ryoichi INABA****,
Hirotoshi IWATA****

Key words: The residential elderly population, Health life style, Male, Health consciousness, Quality of life

A survey was conducted in a highland community of Gifu prefecture on 815 residential elderly persons, over 65 years old, utilizing self-administered questionnaires to study the degree of association between life style factors and health conditions. A total of 718 valid participants (90.6% of the total) were analyzed and cross-examined by applying Breslow's seven health factors, daily behavior factors, physical health consciousness, social mobility factors (13 behavior factors which were determined by the Institute of the Elderly) to determine associations with respondents health conditions.

Of the participants, 310 were male and 408 were female with mean ages of 73.8 ± 6.9 years old and 74.0 ± 6.9 respectively. The survey results indicated that there were no prominent gender differences over the mobility rate and physical health consciousness among participants. However, it was also found that in the male participants the per person prevalence of past history of illness was higher than in females. In the daily activity analysis, female participants indicated a higher prevalence of difficulty in walking and balance maintenance while ascending and descending stairs. In the general daily activity analysis, male participants had a higher requirement for an aide. In social mobility, male participants recorded a high degree of self-reliance by being physically, socially, and intellectually active and the female participants by fulfilling their social responsibilities. Breslow's seven health indicators were applied and their evaluation points were calculated as 3.9 ± 1.7 for male participants and 3.5 ± 1.8 for female participants which showed a significantly higher score for the male participants. The survey also indicated that factors which increase the Breslow score for males, were having a spouse, hobbies, a satisfactory life, a habit of exercising, and non-smoking which in females an appropriate sleeping habit (not less than 7 hours), and working, were the positively related factors.

* Gifu University School of Medical Technology

** Tokai Women's College

*** Nakanihon Automotive College

**** Gifu University School of Medicine