

ひとりで遠出できないとする高齢者の背景要因

大都市近郊に独居する自立前期高齢者における調査

ワタナベ ミスズ ワタナベ タケマサ カワムラ ケイコ*
 渡辺 美鈴* 渡辺 丈真* 河村 圭子*
 ヒグチ ユミ* コウノ コウイチ*
 樋口 由美* 河野 公一*

目的 大都市近郊に独居する生活自立前期高齢者において「ひとりで遠出できない」とする者が要介護状態移行の危険因子と考えられるかを検討するため、「ひとりで遠出できない」とする者の特徴を横断的に記述することを目的とした。

方法 生活自立前期独居者1,216人（男：209人，女：1,007人）を対象として主観的な生活行動能力に関する無記名自記式アンケート調査を行った。その評価には「ひとりで遠出できる」と「隣近所には外出できる。しかしひとりで遠出できない」を用いた。主観的な生活行動能力と社会参加状況および健康度自己評価，老研式活動能力指標，身体機能，身体状況，心理状況，生活習慣などの個人因子との関連を解析した。

成績 「ひとりで遠出できない」とする群は「できる」群と比較して，外出頻度は同程度であるが，趣味や町内自治会活動などへの社会参加頻度が有意に低率であった。両群間では，健康度自己評価，老研式活動能力指標，視力，咀嚼力，1 km 歩行移動力，青信号中の横断歩行，骨折歴，1日に5種類以上の服薬，脳血管障害関連自覚症状，間欠跛行関連自覚症状，身体の痛み，うつ状態，昼間の睡眠，1日の食事回数，定期的な散歩や軽い体操などの項が有意な差異を示した。「ひとりで遠出できない」とする群は社会活動や老研式活動能力および身体機能が低水準で，傷病に対する自覚症状を有している者が多く，うつ傾向にあり，健康度自己評価も低かった。

身体機能，自覚的症状，心理状態などの個人因子を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析の結果，「ひとりで遠出できない」には，1 km 連続歩行ができない，うつ傾向がある，固いものが普通に噛めない，間欠跛行関連の自覚症状があるなどが独立して抽出された。

結論 生活自立前期高齢者であっても，「ひとりで遠出できない」とする者は日常生活自立度の低下や要介護移行リスクを有していた。これら独居者は「近隣閉じこもり」のハイリスク者として注目し，要介護予防保健対策を講ずるべきであると思われる。

Key words：移動能力，大都市近郊，独居者，要介護移行リスク

1 緒 言

「閉じこもり」は要介護移行リスクであり¹⁻⁶⁾，行動範囲の縮小や社会的孤立の状態像として概念化されようとしており，評価指標に居住家屋からの外出頻度の少なさが提唱されている²⁾。その要介護移行への社会病理的説明のひとつとして社会接触・社会活動の低さやその背景にある身体的虚

弱性を重要とするならば，「閉じこもり」の拡大概念として，生活行動範囲が比較的狭いと予想される近隣だけでしか生活していない者の状態像も要介護移行リスクとして注目されるべきだろう。家庭内支援環境を持たない独居者は要介護予防のためには社会活動性や社会的接触の保持がより重要となる集団であり，独居者において「ひとりで遠出できない」とする者の生活と健康の実態を記述する必要があると考えた。

また，要介護移行に関わる短期的予後危険因子についての地域研究より⁷⁾，身体的要因の関わり

* 大阪医科大学衛生学・公衆衛生学
 連絡先：〒569-8686 大阪府高槻市大学町 2-7
 大阪医科大学衛生学・公衆衛生学教室 渡辺美鈴

が大きいと予測される前期高齢期に注目し、「ひとりで遠出できない」とする者の関連個人因子について身体的虚弱要因を中心に明らかにすることは予防的支援策を講じるうえでも興味ある課題である。

本研究では、大都市近郊に独居する生活自立前期高齢者において「ひとりで遠出できない」ことは要介護状態移行の危険因子と考えられるかを検証するため、①「ひとりで遠出できない」とする者の特徴を記述し、②その関連個人因子を抽出することを研究目的とした。

II 方 法

1. 大都市近郊の調査地

本研究を実施した大阪府T市は京都市と大阪市のほぼ中間に位置し、JR、私鉄の停車駅をもつなどのベッドタウンとして発展してきた住宅都市である。駅周辺は商業や業務が集積した中心市街地になっている。人口約36万人、高齢化率15%（平成13年12月末）で、人口静態統計からみたT市の高齢者単独世帯は1985年に11.8%（全国：12.0%）であったが、2000年には21.6%（全国：19.7%）と急速に増加しており、今後も増加すると予測されている。

2. 調査方法と対象者

1) 調査対象者

平成13年8月、T市に在住し、民生委員が把握している65歳以上の全独居者5,027人（65歳人口の9.7%）を対象とした無記名自記式質問紙調査を行ない、3,998を回収した（回収率79%）。質問票は民生委員が封書で配布し回収した。民生委員が把握している独居者とは65歳以上のひとり暮らし世帯で、半径50 m以内に三親等以内の親族がいない者である。

2) 分析対象者と生活自立前期高齢者

分析対象は質問項目に全回答し、介護保険を利用していない65歳から75歳未満の前期高齢者で、歩行、入浴、排泄、食事、着替えの日常生活動作がすべて自立している1,216人である。日常生活動作のすべてが自立しているものを生活自立前期高齢者とした。

3) 倫理的配慮

T市民生部および民生委員に対して、事前に民生委員長会議で口頭および文章で趣旨説明を行

い、回収方法はプライバシー保護のため、封書で回収するよう依頼した。また、対象者には文章で趣旨を説明し、郵送による回収も可能であることを記した。

3. 主観的な生活行動能力

質問紙によって、「ひとりで遠出できる」と「隣近所には外出できる。しかし、ひとりで遠出できない（以下 ひとりで遠出できない）」を用いて主観的な生活行動能力として評価した。

4. 検討項目

「ひとりで遠出できない」とする者が要介護移行リスクと関連するのを探るために、社会参加状況と身体的虚弱に関連する個人因子を解析した。解析項目は以下のように2つにカテゴリ化した。社会参加状況には①外出頻度「週に2~3回以上/週に1回以下」②行き来する友人「いる/いない」③友人などに会う頻度「週に1回以上/それ以下」④家の外での趣味や楽しみ「ある/なし」⑤趣味活動での外出頻度「週に1回以上/それ以下」⑥町内自治会活動「参加/不参加」⑦独居老人会「参加/不参加」⑧独居シルバー給食会「参加/不参加」、身体的虚弱関連項目には①健康度自己評価「健康である/あまり健康でない・健康でない」②生活機能（老研式活動能力指標）「機能保持/機能低下」③身体機能（視力「新聞など細かい字が読める/読めない」・聴力「会話に不自由しない/不自由する」・咀嚼力「固いものも普通に噛める/噛めない」・1 km 歩行移動力「1 km 連続歩行ができる/できない」・青信号中の横断歩行「できる/できない」④身体状況（受療状況「なし/ある」・服薬状況「なし/ある」・自覚症状「なし/ある」）⑤心理状態（GDS「うつ傾向なし/ある」・転倒不安「いいえ/はい」）⑥生活習慣（夜間の睡眠「眠れる/眠れない」・昼間の睡眠「ない/しばしば・毎日眠たくなる」・1日の食事回数「3回以上/2回以下」・定期的な散歩「している/していない」・定期的な軽い体操「している/していない」）を用いた。

老研式活動能力指標⁹⁾は「手段的自立」・「知的能動性」・「社会的役割」の下位水準を用い、各水準において、「すべてできる」を機能保持、「1項目でもできない」を機能低下とした。

自覚症状は脳血管障害関連、心疾患関連、間欠跛行関連について調べた。脳血管障害関連では

「急に舌がもつれる感じ・手足に一時的なまひ・目が急に見えなくなる・ふと気が遠くなる」が、心疾患関連では「胸の突然のしめつけ・10秒以上続く胸の痛み・心臓のおどり・脈の乱れ」が、間欠跛行関連では「歩く前は何ともないのに、しばらく歩くと足がしびれたり痛んだりして歩けなくなり、少し休むと回復する」状態がそれぞれ「たまにでもあった」を自覚症状あるとした。

心理状態のGDSは抑うつ尺度であるGeriatric Depression Scaleの5項目を使用し、GDS 5と記した。5項目とは、①毎日の生活に満足していますか ②毎日が退屈だと思ふことが多いですか ③自分が無力だと思ふことが多いですか ④外出したり何か新しいことをするよりも、家にいたいと思ひますか ⑤生きていても仕方がないという気持ちになることがありますかである。①は「はい」、②～⑤は「いいえ」を0点、逆を1点とし、5点満点中2点以上をうつ傾向あるとした。GDS 5は遠藤によって⁹⁾、信頼性と妥当性が検討されている。

5. 解析方法

「遠出できる」の有無と検討項目をクロス集計し、 χ^2 検定を行った。さらに予防的支援策を探索するために、「遠出できない/できる」を目的変数とし、身体的虚弱関連の個人因子に、身体機能、自覚的症状、心理状態の項目を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った。分析はステップワイズの変数減少法で行なった。統計ソフトはWindows用SPSS11.0Jを使用した。

III 成 績

表1に対象者の属性を示す。性、年齢、独居期間、最も身近な身内の居住地などの属性は、ひとりで遠出「できない」と「できる」の間に有意な差を認めなかった。表2に社会参加状況を示す。社会参加の項で外出が週に2～3回以上ある、独居老人会に参加する、独居シルバー昼食会に参加するなどの項は両群間に有意差を認めなかったが、行き来する友達がいる、家の外での趣味や楽しみがある、趣味活動での外出が週に1回以上ある、町内自治会活動に参加するなどの項は「遠出できない」とする群が有意に低率であった。「遠出できる」の有無と身体的虚弱に関連する個人因子とのクロス集計を行った。その結果を表3に示

表1 対象者の属性

項目	カテゴリー	ひとりで遠出		χ^2 検定 有意水準
		「できない」 (116人)	「できる」 (1,100人)	
性	男性	16人(13.8%)	193人(17.5%)	0.308
	女性	100人(13.8%)	907人(82.5%)	
年齢	65～70歳 未満	49人(42.2%)	460人(41.8%)	0.930
	70～75歳 未満	67人(57.8%)	640人(58.2%)	
独居 期間	5年未満	40人(34.5%)	352人(32.0%)	0.862
	5～10年 未満	30人(25.9%)	296人(26.9%)	
	10年以上	46人(39.7%)	452人(41.1%)	
身近な 身内	市内	66人(56.9%)	531人(48.3%)	0.077
	市外	50人(43.1%)	569人(51.7%)	

表2 「ひとりで遠出」と社会参加状況

項 目	カテゴリー	ひとりで遠出		χ^2 検定 有意水準
		「できない」 (116人)	「できる」 (1,100人)	
外出頻度	週に2～ 3回以上	88.8	88.8	0.993
行き来する ような友達	いる	56.9	75.3	0.000
友人や親族 などに会う 頻度	週に1回 以上	63.8	82.2	0.000
家の外での 趣味や楽し み	ある	36.2	62.1	0.000
趣味活動で の外出頻度	週に1回 以上	30.2	42.5	0.015
町内自治会 活動	参加	13.2	25.8	0.003
独居老人 会 ^{*1}	参加	28.1	29.4	0.773
独居シルバ ー昼食会 ^{*2}	参加	22.8	23.4	0.897

*1: 民生委員が支援している

単位: %

*2: 独居高齢者を対象、月に1度、民生地区別に実施する
(社協主催、民生委員が連絡)

す。遠出「できない」と「できる」との間には健康度自己評価、老研式活動能力指標、視力、咀嚼力、1km歩行移動力、青信号中の横断歩行、骨折歴、1日に5種類以上の服薬、脳血管障害関連自覚症状、間欠跛行関連自覚症状、身体の痛み、GDS 5、昼間の睡眠、1日の食事回数、定期的な散歩や軽い体操などの項が有意な差異を示した。ひとりで遠出「できない」とする群は「できる」

表3 「ひとりて遠出できない」に関連する個人因子

項目	カテゴリー	ひとりて遠出		χ^2 検定 有意水準
		「できない」 (116人)	「できる」 (1,100人)	
健康度自己評価	あまり健康でない, 健康でない	54.3	25.3	0.000
生活機能				
手段的自立	機能低下	24.1	2.3	0.000
知的能動性	機能低下	43.1	25.6	0.000
社会的役割	機能低下	69.0	45.2	0.000
身体機能				
視力(眼鏡可)	新聞などの細かい字が読めない	35.3	23.4	0.004
聴力(補聴器可)	会話に不自由する	12.1	9.3	0.330
咀嚼力	固いものが普通に噛めない	44.0	21.8	0.000
1 km 歩行移動力	1 km 継続して歩くことができない	40.5	9.9	0.000
青信号中の横断歩行	できない	24.1	0.6	0.000
転倒歴(過去1年以内)	ある	33.6	28.5	0.252
身体状況(受療状況・服薬状況・自覚症状)				
入院歴(過去1年以内)	ある	17.2	12.5	0.144
通院歴(過去1年以内)	ある	79.3	70.9	0.056
骨折歴(過去1年以内)	ある	9.5	4.5	0.017
疾病既往(過去1年以内)				
脳卒中	ある	0.9	1.0	0.886
高血圧	ある	28.4	30.6	0.626
心疾患	ある	11.2	9.4	0.520
糖尿病	ある	5.2	7.8	0.305
腰痛症	ある	36.2	28.2	0.070
膝関節症	ある	30.2	24.9	0.216
服薬状況				
1日5種類以上の服薬	ある	31.0	19.6	0.004
睡眠薬	毎日・しばしば飲む	12.3	12.4	0.980
自覚症状(過去1年以内)				
脳血管障害関連症状	自覚症状ある	42.2	23.8	0.000
心疾患関連症状	自覚症状ある	37.9	34.8	0.504
間欠跛行関連症状	自覚症状ある	50.9	25.3	0.000
身体のいずれかに痛み	かなり強い痛みがある	31.9	18.9	0.000
①くび・肩の痛み	かなり強い痛みがある	10.3	5.2	0.081
②腕・肘・手の痛み	かなり強い痛みがある	6.9	2.5	0.035
③腰・背中の痛み	かなり強い痛みがある	17.2	7.8	0.003
④股関節・ひざ・足の痛み	かなり強い痛みがある	20.7	10.1	0.000
心理状態				
GDS 5	うつ傾向ある	71.6	34.8	0.000
転倒に対する不安は大きいですか	はい	33.6	28.5	0.252
生活習慣				
夜間の睡眠状態	よく眠れない, 眠れない	27.6	20.4	0.070
昼間の睡眠	しばしば・毎日眠たくなる	50.9	35.5	0.001
1日の食事回数	2食以下	24.1	5.8	0.000
定期的な散歩	していない	36.2	25.9	0.034
定期的な軽い体操	していない	44.0	30.3	0.003

単位：%

表4 ひとりで遠出(できない/できる)に対する多重ロジスティック回帰分析

	カテゴリー/ 基準カテゴリー	オッズ比 (95%信頼区間)
1 km 歩行移動力	1 km 継続して歩くことができる /できない/できる	3.52 (2.22-5.58)***
GDS5	うつ傾向ある /ない	3.01 (1.97-4.81)***
咀嚼力	固いものが普通に噛めない/噛める	2.12 (1.39-3.24)***
間欠跛行関連症状	自覚症状ある /ない	1.71 (1.11-2.63)*

* $P < 0.05$ *** $P < 0.000$

投入変数: ①視力 ②聴力 ③咀嚼力 ④1 km 歩行移動力 ⑤転倒歴 ⑥脳血管関連症状 ⑦心疾患関連症状 ⑧間欠跛行関連症状 ⑨身体のいづれかに痛み ⑩GDS5 ⑪転倒不安

群に比べて、身体活動や老研式活動能力および身体機能が低水準で、傷病に対する自覚症状を有している者が多く、うつ傾向にあり、健康度自己評価も低かった。

ひとりで遠出「できない/できる」を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析を行い、ステップワイズ法によって有意であった結果を表4に示す。「ひとりで遠出できない」は1 km 連続歩行ができない(オッズ比: 3.52)、うつ傾向にある(3.01)、固いものが普通に噛めない(2.12)、間欠跛行関連の自覚症状がある(1.71)などが独立して抽出された。

IV 考 察

1. 「ひとりで遠出できない」ことを指標とする意義

主観的な生活行動範囲と社会参加状況との関連をみた場合、「ひとりで遠出できない」とする群は、独居老人会や独居シルバー給食会の参加は「できる」群とほぼ同じ割合であったが、趣味や町内自治会活動の参加は低率であった。前者は民生委員の個別勧誘に応じた参加も含まれている可能性があり、他者からの働きかけで行動する受動的な側面が強いが、後者は自ら参加する能動的な活動と考えられ、「ひとりで遠出できない」とする者は外出頻度が同じであっても、能動的行動の

低下と関連することを示唆している。自ら参加していく高い社会活動を有する高齢者ほど良好な健康状態にあることはすでに報告されている。Zunzunegui らは¹⁰⁾地域住民の追跡研究から、地区組織の会員であること、教会に出席する、老人センターを訪問するなどの社会活動の高い者は4年後の認知機能の低下が少ないことを、また杉澤は¹¹⁾わが国の60歳以上の高齢者の追跡研究から、参加している地域集団が多い者、地域集団への参加頻度の高い者は3年後の生存率が高いことを示している。「ひとりで遠出できない」ことは能動的な社会活動の低下と関連する知見から、要介護移行のリスク指標のひとつになる可能性を示唆している。

社会活動の基礎となる他者との関係をみた場合、都市在住男性では「職場で知り合い、趣味を通じて継続、発展する」パターンが最も多く、居住地の異なる人との社会活動が報告されている¹²⁾。著者らの同一地域の独居高齢者調査で¹³⁾、社会交流対象の最多は「家族や親族」であった。本調査から身近な身内が市内に居住している割合は約半数程度で、他は市外である。都市在住高齢者の社会活動や身内との交流は遠くにまで外出し、距離的にも広範囲に移動していることが推測される。一方、T市は鉄道駅を中心に商業、医療、文化、行政などの都市機能が集積している都市拠点ゾーン(市街地)とバス路線で結ばれる生活ゾーンとに区分されている¹⁴⁾。このような居住環境での生活行動、社会活動は市街地を中心に行われており、いわゆる「遠出」は日常的である。大都市に在住する独居者において、「ひとりで遠出できる」という主観的な評価には生活行動の自信を示している可能性があり、逆に「遠出でできなくなった」と自覚することには身体的虚弱性が推測され、「ひとりで遠出できない」には予防的保健介入の対象になる虚弱高齢者を抽出する指標のひとつになる可能性を示唆している。本対象者は大都市・独居・前期高齢者であるが、他の高齢者に対しても「ひとりで遠出できない」ことが同様な意義をもつかは今後の検討課題である。

今回、著者らが使用した主観的な「ひとりで遠出できる」・「できない」は距離や遂行能力を評価したものでなく、個人の概念に依存しているという研究限界がある。「ひとりで遠出できない」こ

との主観的な評価が距離的にどの程度の生活行動範囲を示すのか、また要介護移行リスクになるのかを追跡研究によって明らかにし、その妥当性と有用性を今後検討する必要がある。

2. 「ひとりで遠出できない」とする者の特徴

生活自立高齢者において、日常生活自立度の低下および要介護移行の予測因子として、高年齢¹⁵⁾、低い健康度自己評価や生活機能の低下^{7,16)}、歩行速度や咀嚼力の低下¹⁵⁾、健診受診などの健康行動の欠如¹⁷⁾、生きがいの欠如¹⁷⁾、閉じこもり状態³⁾、低い社会活動性¹⁷⁾などが報告されている。本研究も「ひとりで遠出できない」とする者にはほぼ同様な結果が得られ、この群は前期の生活自立高齢者であるけれども、日常生活自立度の低下および要介護移行リスク群としての特徴を有しており、生活行動範囲が比較的狭いと予想される近隣だけでしか生活していない者の状態像も「近隣閉じこもり」として、今後注目しなければならないことを示唆している。

重複影響を考慮した多変量解析結果より、「ひとりで遠出できない」とする者の身体的個人因子に、「1 km 連続歩行ができない」、「うつ傾向にある」、「固いものが普通に噛めない」、「間欠跛行関連の自覚症状がある」などが抽出された。

「1 km 歩行移動力」は、新開らが¹⁸⁾Guralnik らの高齢者の移動度に関する評価法を参考にして、距離的歩行移動能力の指標として開発したもので、地域老人の歩行移動力の個人差を反映する尺度として示された。その指標は基本的 ADL と相関し、軽度から中等度の歩行障害を検出できる尺度となりうることを報告している。この変数の抽出は「ひとりで遠出できない」とする群に、軽度から中等度の歩行障害の潜在が推察される。

「うつ」に関して、山下らは¹⁹⁾、独居者は他の世帯の高齢者に比して、抑うつ傾向にあり、人生の満足度も低いことを指摘している。本田らも²⁰⁾、高次生活活動能力の低下した生活自立独居者はうつ傾向にあり、生きがいを持つ者が少なく、日常生活は自立しているが、精神的・心理的側面で要介助群に近い状態にあると推察している。「ひとりで遠出できない」と自覚している者に「うつ傾向」が認められたことは「ひとりで遠出できない」とする者の特性に、身体的な虚弱さ以外に抑うつの精神・心理状態にあると考えら

れる。

高齢者の健康や体力維持のために、栄養が重要視されており、栄養素摂取量を抑制する身体的要素のひとつに「咀嚼力」がある²¹⁾。「咀嚼力」は栄養素摂取²²⁾、体格や平行機能²³⁾や握力²⁴⁾などの体力、生活自立²⁵⁾や社会活動性²⁶⁾、抑うつ²⁷⁾などの身体的、心理的、社会的な項目との関連が報告されている。栄養の視点から独居者をみた場合、大荷らは²⁸⁾、栄養障害の原因の社会的因子のひとつに「独り暮らし」を挙げており、独り暮らしのために食事を簡単に済ませてしまうことが低栄養状態となると指摘している。また熊江らは²⁹⁾、独居者は他の世帯と比較して摂取食品数や摂取食品群が低く、特に男性に栄養素摂取の低下があることを報告している。これら二つの研究では、独居は低栄養状況に陥りやすい環境にあることを示している。今回「ひとりで遠出できない」とする群に、1日の食事回数2回以下の者が多く認められた。食事回数の少なさは摂取食品数や栄養素摂取の低下につながると推察され、「ひとりで遠出できない」ことの身体的な虚弱さのなかに低栄養状態が介在し、その背景に「咀嚼力の低下」が関与している可能性が示唆される。今後、口腔状態と栄養との関連を明らかにすることにより、「ひとりで遠出できる」自信となる方策を探求することが必要と思われる。

閉塞性動脈硬化症や変形性骨関節疾患の臨床症状のひとつである「間欠跛行関連の自覚症状」が身体的虚弱要因の関連個人因子として示されたことは注目される結果である。この自覚症状は、著者らの先行研究で、「通常歩行速度の低下」とも関連することを認めている³⁰⁾。またこの症状の予後として、日常生活動作が制限されるようになると、外出が少なくなり、内科的合併症を併発したり、精神的な退行が助長されることが報告されており³¹⁾、「近隣閉じこもり」の危険因子として、今後注目すべき個人因子と考えられる。

生活自立前期独居者において、「ひとりで遠出できない」とする者は要介護移行リスク群と考えられ、予防的保健サービスの対象者になると思われる。予防的保健介入には、医療的サービスとの連携と、移動能力を高める支援や、口腔ケアの推進および社会参加活動を促す情緒支援などの総合的保健アプローチが有用であることを示唆した。

本研究の一部は、平成15年度科学研究費補助金「基盤研究C」によって行った。

(受付 2003. 9. 9)
(採用 2004. 5.19)

文 献

- 1) 竹内孝仁. 介護保険時代における地域保健の課題. 公衆衛生 1999; 63: 650-656.
- 2) ヘルスアセスメント検討委員会監修. 新開省二. 「閉じこもり」のアセスメント表の作成とその活用法. ヘルスアセスメントマニュアル. 東京: 厚生科学研究所, 2000; 113-141.
- 3) 藺牟田洋美, 安村誠司, 藤田雅美ほか. 地域高齢者における「閉じこもり」の有病率ならびに身体・心理・社会的特徴と移動能力の変化. 日本公衛誌 1998; 45: 883-892.
- 4) 安藤富士子. 寝たきり, 閉じこもりにおける身体的廃用と心理的荒廃. 老年精神医学雑誌 2002; 13: 387-395.
- 5) 鳩野洋子, 田中久恵, 古川馨子ほか. 地域高齢者の閉じこもりの状況とその背景要因の分析. 日本地域看護学会雑誌 2001; 3: 26-31.
- 6) 渡辺美鈴, 渡辺丈眞, 松浦尊呂ほか. 基本的日常生活動作の自立している地域高齢者の閉じこもり状態像とその関連要因. 大阪医大誌 2003; 62: 144-152.
- 7) 渡辺丈眞, 松浦尊呂, 渡辺美鈴ほか. 生活自立高齢者における要介護状態移行に関わる短期的予後危険因子の年齢期による差異. 大阪医大誌 2003; 62: 1-7.
- 8) ヘルスアセスメント検討委員会監修. 芳賀 博. 高齢者における生活機能の評価とその活用法. 東京. 厚生科学研究所. 2000; 86-112.
- 9) 鳥羽研二監修. 高齢者総合的機能評価ガイドライン, 遠藤英俊. うつの評価. 東京. 厚生科学研究所. 2003; 107-114.
- 10) Zunzunegui MV, Alvarado BE, Del Ser T. and Otero A. Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. J Gerontology: Social Sciences 2003; 58B: s93-s100.
- 11) 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: 131-139.
- 12) 矢部拓也, 西村昌記, 浅川達人ほか: 都市男性高齢者における社会関係の形成. 老年社会科学 2002; 24: 319-326.
- 13) 高槻市編集. 老人保健福祉に関する実態調査報告書. 高槻市, 1991; 94-100.
- 14) 高槻市編集. 高槻市総合計画. 高槻市, 2001; 21-26.
- 15) 新開省二, 渡辺修一郎, 熊谷 修ほか: 地域高齢者における「準ねたきり」の発生率, 予後および危険因子. 日本公衛誌 2001; 48: 741-752.
- 16) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之ほか. 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. 日本公衛誌 2002; 49: 483-495.
- 17) 安田誠史, 三野善央, 久繁哲徳ほか. 地域在宅高齢者の日常生活動作能力の低下に関連する生活様式. 日本公衛誌 1989; 36: 675-681.
- 18) 新開省二, 藤本弘一郎, 渡部和子ほか: 地域在宅老人の歩行移動力の現状とその関連要因. 日本公衛誌 1999; 46: 35-46.
- 19) 山下一也, 小林祥泰, 垣松徳五郎. 老年期独居生活の抑うつ症状と主観的幸福感について. 日本老年医学会雑誌 1992; 29: 179-184.
- 20) 本田亜起子, 斉藤恵美子, 金川克子ほか: 一人暮らし高齢者の自立度とそれに関連する要因の検討. 日本公衛誌 2002; 49: 795-801.
- 21) 熊谷 修, 柴田 博. 低栄養と疾病の関係. Geriatric Medicine 1997; 35: 739-744.
- 22) 坂本元子. 高齢者の栄養摂取状態はどうなっているか. Geriatric Medicine 1997; 35: 701-706.
- 23) 永井晴美, 柴田 博, 芳賀 博ほか. 地域老人における咀嚼能力の健康状態への影響. 日本老年医学会雑誌 1990; 27: 63-68.
- 24) 寺岡加代, 品田佳世子, 浅香次夫ほか. 高齢者の身体状況と咀嚼能力に関する縦断的地域コホート研究. 口病誌 1998; 65: 376-379.
- 25) Miura H, Araki Y, Umenai T. Chewing activity and activities of daily living in the elderly. J Oral Rehabilitation 1997; 24: 457-460.
- 26) 中西範幸, 長野 聖, 日野陽一ほか. 地域高齢者の咀嚼能力の低下に関連する要因と生命予後に関する研究. 厚生指標 1998; 45: 19-24.
- 27) 長田久雄, 柴田 博, 芳賀 博ほか. 後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力. 日本公衛誌 1995; 42: 897-909.
- 28) 大荷満生, 水川真二郎. 高齢者の栄養が免疫能に与える影響. Geriatric Medicine 1997; 35: 713-718.
- 29) 熊江 隆, 菅原和夫, 木下喜子ほか. 高齢者の栄養素摂取に及ぼす家族構成の影響. 日本公衛誌 1986; 33: 729-739.
- 30) 樋口由美, 渡辺丈眞, 渡辺美鈴ほか. 地域に在住する生活自立高齢者の歩行の特徴とその関連要因. 大阪医大誌 2003; 62: 79-88.
- 31) 北 徹監修. 老年学大辞典. 清水克時. 腰部脊柱管狭窄症. 新潟: 西村書店. 1998; 448-451.

INDIVIDUAL BACKGROUND FACTORS FOR “CANNOT GO OUT ALONE TO DISTANT PLACES” AMONG MEDIUM ELDERLY PERSONS LIVING ALONE IN A METROPOLITAN SUBURB

Misuzu WATANABE*, Takemasa WATANABE*, Keiko KAWAMURA*,
Ymi HIGUCHI*, and Koichi KONO*

Key words : perceived ability to go out, elderly person living alone, metropolitan suburb, risk factor for disability

Objective To verify whether the statement “cannot go out alone to distant places” should be considered a risk factor for disability among medium elderly persons living alone autonomously in a metropolitan suburban environment, the present cross-sectional study was performed.

Methods Self-rated mobility levels in elderly persons living alone were surveyed by questionnaire in 1,216 elderly people (209 male, 1007 female) aged 65 to 74 years, living in a metropolitan suburb, who had autonomy and ambulation competence. Two categories were used for evaluation of the self-rated mobility level: the A group were those who were able to go out alone to distant places and the B group were those who were able to do so in the locality, but not to distant places without help (cannot go out alone to distant places). Factors such as everyday lifestyle, self-rated health, and psychological, functional, physical and social items were investigated.

Results Although the frequency of going out was nearly the same between the A and B groups, the B group showed the lower hobby and association activity in social communities.

Individual factors such as self-rated health, instrumental activities of daily living (Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology), eyesight, masticatory ability, 1 km continuous walking, pedestrian crossing walking on a green light, and fracture history, medicine intake, cerebrovascular disorder related subjective symptoms, intermittent claudication related subjective symptoms, physical pain, symptoms of depression, daytime sleep, number of meals, and no regular walking and light gymnastic exercises demonstrated significant differences in levels between the A and B groups. The B group had characteristics of lower social activities in social communities, deterioration of physical functions, subjective symptoms of sickness and depression, and a worse self-rated level of health.

On stepwise multiple logistic regression analysis, individual frailty-risk factors related to “cannot go out alone to distant places”, were “inability to continuously walk a distance of 1km”, “lower masticatory ability”, “having depressive symptoms”, and “having symptoms of intermittent claudication”.

Conclusions The findings from this study show that with autonomous medium elderly persons, those who “cannot go out alone to distant places” have risk factors for a trend toward disability.

* Department of Hygiene and Public Health, Osaka Medical College