

居宅要支援高齢者の健康状態と健康管理の特徴

—前期・後期高齢者別の検討—

ハセガワ ナオト サトウ ワカコ サトウ フミコ フナヤマ エミ
 長谷川 直人*1 佐藤 和佳子*3 佐藤 富美子*4 舟山 恵美*2
 オオシマ フミ コンノ ヒデコ サトウ チヅル
 大島 扶美*5 今野 日出子*6 佐藤 千鶴*7 山形市健康福祉部介護福祉課

目的 要支援および軽度要介護高齢者は急増しており、第3期介護保険改正（平成18年）において要支援高齢者の介護予防を目的に新予防給付が創設された。本研究では、介護度の中重度化予防に資するべく、居宅要支援高齢者の健康状態および健康管理の実態を示すとともに、前期・後期高齢者別の特徴を明らかにすることを目的とする。

方法 山形市に登録されている要介護状態区分が、要支援1・2および経過的要介護である1,732名に対し、郵送法によるアンケート調査を実施した。調査項目は、基本属性（性別、年齢、家族構成、経済状況に対する認識、要介護状態区分、障害高齢者および認知症高齢者の日常生活自立度）、健康状態（現病歴、自覚している身体機能の低下と症状、身長、体重、受療頻度、睡眠の満足感、抑うつ症状、主観的健康感）、健康管理（食事、水分摂取、運動、眠剤・安定剤の使用、自立への意欲）である。解析では、対象を前期群（75歳未満）、後期群（75歳以上）の2群に分類し、各項目について χ^2 検定を実施した。

結果 アンケート票1,085通（63.1%）が回収され、1,059通（有効回答率97.6%）を解析対象とした。居宅要支援高齢者は、ほぼ全員が何らかの病気で治療を受けており、身体機能の低下や症状を自覚していた。また、約7割がうつ予防の支援が必要と推測され、自分自身を「健康ではない」と捉えていた。一方、約8割が食事や水分摂取に配慮しており、約7割が週に2回以上の運動を実施していた。前期・後期別の比較では、前期群は脳卒中の既往を有する者、手足の不自由さやしゃべりにくさを自覚している者、および肥満の該当者が多く、主観的健康感が低い対象全体の中でもさらに低かった。後期群は、認知症高齢者の日常生活自立度が低く、眼病・心臓病・呼吸器病を有する者、足腰や関節の痛み、もの忘れ、失禁および聞こえにくさを自覚している者が多かった。

結論 居宅要支援高齢者の健康状態を適切にアセスメントし、病気の管理と生活習慣の改善を支援することでより効果的な介護予防につながる可能性が示唆された。特に前期高齢者は生活習慣病予防、後期高齢者は廃用症候群および認知症予防により特化して支援することが必要と考えられる。

キーワード 高齢者、要支援、健康状態、健康管理、介護予防

I 緒 言

介護保険認定者数は年々増加しているが、特

に要介護度が軽度である「要支援」および「要介護1」である者は介護保険制度創設時から約2倍になっている¹⁾。高齢化問題は高齢化率の

*1 山形大学医学部看護学科助教 *2 元同助教 *3 同教授 *4 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻教授
 *5 医療法人社団悠愛会理事長 *6 地域包括支援センターふれあいセンター長 *7 同主任介護支援専門員

早さから高さに移行し始めており、今後は健康寿命の延伸を目的とした介護サービスの質の向上が求められている。そのような背景から、平成18年の第3期介護保険改正において要支援高齢者の中重度要介護への移行予防を目的に新予防給付が創設された。介護予防の基本的な考え方は、活動と参加の維持、意欲ある生活への支援である。支援には高齢者の状態像に応じたテーラーメイドのアプローチが必要であり、廃用症候群や認知症の予防とともに、生活習慣病の発症および進展予防が重要とされている²⁾。

要支援および軽度要介護高齢者の主要傷病は高血圧性疾患や骨関節疾患であるが、中重度の要介護高齢者では脳血管疾患であり³⁾⁴⁾、介護度の悪化には動脈硬化性疾患の発症、進展の影響が大きいことが容易に推測できる。一方、65歳未満の第2号被保険者では脳梗塞や認知症とともに糖尿病の合併症である腎症や網膜症が多数を占めることが報告されている³⁾。また、篠原らは、地域に在住する高齢者において栄養バランスの配慮や運動を実施している者のほうが、3年後に要介護状態に移行する割合が有意に低いことを報告している⁵⁾。

以上のことから、要支援高齢者の介護予防には対象の健康状態とその管理方法を適切にアセスメントし、生活習慣病予防を目的とした潜在的なセルフケア能力の向上を図ることが重要と考えられる。しかしながら、要支援高齢者を対象とした報告は少なく、生活機能の実態を示した研究⁶⁾はみられるが、健康状態や健康管理の詳細な実態はほとんど明らかにされていない。

また、前期高齢者と後期高齢者では、健康診査における要医療の割合⁷⁾、社会活動性⁸⁾、抑うつ⁹⁾の頻度⁹⁾など、年齢層によってその健康状態の様相が異なることが報告されており、日常生活自立度の低下に関連する要因にも差異が認められている¹⁰⁾¹¹⁾。よって、要支援高齢者においても健康状態および健康管理の様相には年齢層別の特徴があると推測される。

そこで、本研究は居宅要支援高齢者の健康状態および健康管理の実態を示すとともに、前期・後期高齢者別の特徴を明らかにすることを

目的とする。

Ⅱ 対象と方法

(1) 調査対象者

平成18年10月1日において山形県山形市の介護保険認定者のうち、要介護状態区分が「要支援1」728名、「要支援2」683名および第3期介護保険改正後の再認定を受けていない「経過的要介護」321名の計1,732名とした。なお、アンケート票の配布までに死亡が確認された13名を除いたため、最終的な対象者は1,719名である。

(2) 調査方法

自記式アンケート票調査とし、郵送法にて配布・回収した。アンケート票は無記名とし、IDを付記した状態で郵送した。要介護状態区分、障害高齢者および認知症高齢者の日常生活自立度は、回収されたアンケート票のIDに基づいて山形市に登録されている情報を匿名化された状態で抽出した。

調査項目は下記の通りである。

1) 基本属性

性別、年齢、家族構成、経済状況に対する認識、要介護状態区分、障害高齢者および認知症高齢者の日常生活自立度とした。経済状況に対する認識は「まったく心配ない」から「非常に心配である」の4段階評定とした。

2) 健康状態

現病歴、自覚している身体機能の低下と症状、身長、体重、受療頻度、睡眠の満足感、抑うつ症状、主観的健康感とした。睡眠の満足感は、睡眠により休息がとれているかについて、「充分とれている」から「まったくとれていない」の4段階評定とした。抑うつ症状は、基本健康診査と併せて実施されている「介護予防のための生活機能に関する評価」基本チェックリストの「うつ予防・支援」の5項目を使用し、2項目以上該当する場合、支援が必要と判断した¹²⁾。主観的健康感は、「健康である」から「健康でない」までの4段階評定とした。

3) 健康管理

食事、水分摂取、運動、睡眠剤・精神安定剤の使用、自立への意欲とした。食事は、「食事に気をつけていますか」の設問に対し、「はい」もしくは「いいえ」で回答を求め、「はい」とした者にはその理由も尋ねた。水分摂取については「多めにとっている」「控えている」「気にしていない」のいずれかに回答を求め、「多めにとっている」「控えている」とした者にはその理由を尋ねた。運動は「健康のために体操や散歩など体を動かすことをどのくらいしていますか」の設問で、頻度を尋ねた。自立への意欲は、「自分でできることは自分でするようにしていますか」の設問に対し、「いつもしている」から「まったくしていない」までの4段階評定とした。

(3) データベースの作成

1つの回答を求めているにもかかわらず複数の回答があった場合、頻度や程度など選択肢に順位がある質問は有効回答とし、より重度な回

答を採用した。順位のない項目や、論理的な矛盾が生じる項目は無効とした。

要介護状態区分、障害高齢者および認知症高齢者の日常生活自立度については、平成18年10月1日に山形市に登録されている情報を連結可能匿名化された状態で抽出した。

抽出したデータはIDに基づいてアンケート票データと連結し、データベースを作成した。

(4) 分析方法

対象を前期高齢者群（75歳未満，以下前期群），後期高齢者群（75歳以上，以下後期群）の2群に分類し、各項目について χ^2 検定を実施した。統計処理は、SPSS 15.0 for Windowsを使用し、有意水準は5%とした。

(5) 倫理的配慮

対象者には、研究の意義、方法、自由意思の尊重、同意撤回の自由、個人情報への恒久的な保護および山形市に登録されている介護保険データの活用について説明した文書をアンケート票とともに郵送し、アンケート票の返却をもって本研究への同意が得られたものとした。個人情報の保護を厳守するため、調査対象の抽出、宛名とIDの付記、介護保険データの抽出およびアンケート票データとの連結は山形市が実施し、匿名化された状態で解析を行った。

本研究は山形大学医学部倫理委員会の承認を得た。

Ⅲ 結 果

(1) 対象者の基本属性(表1)

アンケート票1,085通(63.1%)が回収され、全くの白紙回答であった9通と、年齢が記載されていない17通を除外し、計1,059通(有効回答率97.6%)を分析対象とした。

表1 対象者の基本属性

(単位 名, ()内%)

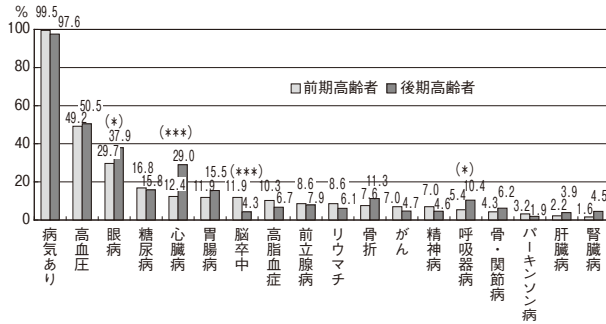
	全体	前期高齢者 (75歳未満)	後期高齢者 (75歳以上)	χ^2
性別 ²⁾				
男性	315(29.7)	70(37.8)	245(28.0)	7.03**
女性	744(70.3)	115(62.2)	629(72.0)	
家族構成 ²⁾				
一人暮らし	222(21.0)	37(21.1)	185(22.7)	27.39***
夫婦のみ	213(20.1)	63(36.0)	150(18.4)	
多世帯	554(52.3)	75(42.9)	479(58.8)	
その他	70(6.6)			
経済状況の認識 (n=1,053)				
心配ない	531(50.4)	62(33.9)	469(53.9)	24.26***
心配である	522(49.6)	121(66.1)	401(46.1)	
要介護状態区分 ²⁾				
要支援1	442(41.8)	87(47.0)	355(40.6)	2.73
要支援2	426(40.2)	66(35.7)	360(41.2)	
経過的要介護	191(18.0)	32(17.3)	159(18.2)	
障害高齢者の日常生活自立度 ²⁾				
自立	10(0.9)	1(0.5)	9(1.0)	2.06
J	473(44.7)	85(46.0)	388(44.4)	
A	554(52.3)	95(51.4)	459(52.5)	
B	20(1.9)	3(1.6)	17(2.0)	
C	2(0.2)	1(0.5)	1(0.1)	
認知症高齢者の日常生活自立度 ²⁾				
自立	545(51.5)	132(71.3)	413(47.2)	36.28***
I	404(38.1)	44(23.8)	360(41.2)	
II	103(9.7)	9(4.9)	94(10.8)	
III	7(0.7)	0(0.0)	7(0.8)	

注 1) χ^2 検定, *** p < 0.001, ** p < 0.01
2) n = 1,059

対象者の年齢は81.4±7.9（平均値±標準偏差）歳で、65歳未満の第2号被保険者29名（2.8%）、前期高齢者156名（14.7%）、後期高齢者486名（45.9%）、85歳以上の超高齢者388

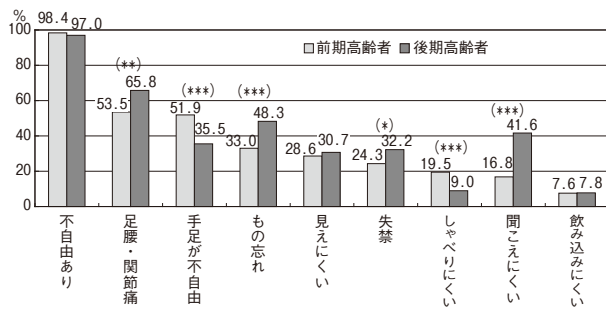
名（38.6%）であった。性別は男性315名（29.7%）、女性744名（70.3%）であり、前期群のほうが男性の割合が有意に高かった（ $\chi^2=7.03$, $p<0.01$ ）。家族構成は、家族と同居している者が約8割であった。一人暮らしの割合はほとんど差がなかったが、前期群のほうが夫婦のみの世帯が多く、後期群は多世帯が多かった（ $\chi^2=27.39$, $p<0.001$ ）。経済状況に対する認識は、「心配ない」と「心配である」がほぼ同じであったが、前期群のほうが「心配である」の割合が有意に高かった。（ $\chi^2=24.26$, $p<0.001$ ）。

図1 前期・後期別の現病歴保有割合（N=1,059）



注 1) χ^2 検定, *** $p<0.001$, * $p<0.05$
2) 前立腺病は男性のみ (n=315) の比較

図2 自覚している身体機能の低下と症状（N=1,059）



注 χ^2 検定, *** $p<0.001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

表2 健康状態の実態および前期高齢者と後期高齢者との比較（N=1,059）

(単位 名, ()内%)

	総数	前期高齢者 (75歳未満)	後期高齢者 (75歳以上)	χ^2
BMI (n=971)				
やせ (~18.4)	128 (13.1)	16 (9.0)	112 (14.1)	10.22**
標準 (18.5~24.9)	624 (64.3)	107 (60.1)	517 (66.2)	
肥満 (25.0~)	219 (22.6)	55 (30.9)	164 (20.7)	
受療頻度 (n=1,051)				
2週間に1回以上	506 (48.1)	78 (42.6)	428 (49.3)	2.71
1カ月に1回以下	545 (51.9)	105 (57.4)	440 (50.7)	
睡眠による休息 (n=1,048)				
とれている	869 (82.9)	142 (78.0)	727 (83.9)	3.73
とれていない	179 (17.1)	40 (22.0)	139 (16.1)	
うつ予防の支援 (n=938)				
必要	615 (65.6)	100 (60.2)	515 (66.7)	2.53
不必要	323 (34.4)	66 (39.8)	257 (33.3)	
主観的健康感 (n=1,047)				
健康である	300 (28.7)	36 (19.8)	264 (30.5)	8.48**
健康ではない	747 (71.3)	146 (80.2)	601 (69.5)	

注 χ^2 検定, ** $p<0.01$

要介護状態区分は「要支援1」442名（41.8%）、「要支援2」426名（40.2%）、「経過的要介護」191名（18.0%）であった。障害高齢者の日常生活自立度判定基準は、前期群と後期群に大きな差はなかった。一方、認知症高齢者の日常生活自立度判定基準について、前期群は「自立」が71.3%であるのに対し、後期群は47.2%と有意に自立度が低かった（ $\chi^2=36.28$, $p<0.001$ ）。

(2) 健康状態の実態および前期高齢者と後期高齢者との比較（図1，図2，表2）

現病歴は1,038名（97.9%）が有しており、特に高血圧症が533名（50.3%）と最も多く、以下、眼病387名（36.5%）、心臓病277名（26.1%）、糖尿病169名（15.9%）の順であった。前期群は脳卒中の有病率が有意に高く（ $\chi^2=21.79$, $p<0.001$ ）、後期群は眼病（ $\chi^2=4.44$, $p<0.05$ ）、心臓病（ $\chi^2=21.79$, $p<0.001$ ）、呼吸器病（ $\chi^2=4.42$, $p<0.05$ ）が有意に高かった。

身体機能の低下もしくは症状を自覚している者は、1,031名（97.3%）であり、「足腰・関節痛」675名（63.7%）、「もの忘れ」484名

(45.7%), 「手足が不自由」407名(38.4%)の順に多かった。前期群は「手足が不自由 ($\chi^2=17.26, p<0.001$)」「しゃべりにくい ($\chi^2=17.18, p<0.001$)」が有意に高く、後期群は「足腰・関節痛 ($\chi^2=10.01, p<0.01$)」「もの忘れ ($\chi^2=14.54, p<0.001$)」「聞こえにくい ($\chi^2=40.32, p<0.001$)」が有意に高かった。

BMI分類では、標準が624名(64.3%)と最も多かったが、肥満も219名(22.6%)おり、前期群のほうが肥満の割合が有意に高かった ($\chi^2=10.22, p<0.01$)。受療頻度は「1カ月に1回」が444名(42.2%)と最も多く、以下「2週間に1回」379名(36.0%)、「1週間に

1回以上」127名(12.1%)であり、対象者の約9割が1カ月に1回以上医療機関を受診していた。睡眠による休息は869名(82.9%)が「とれている」としていた。うつ予防の支援が必要と判断される者は615名(65.6%)であった。主観的健康感では約7割が「健康ではない」としており、特に前期群は80.2%と有意に高かった ($\chi^2=8.48, p<0.01$)。

(3) 健康管理の実態および前期高齢者と後期高齢者との比較 (表3)

食事に配慮している者は877名(84.7%)であり、その理由として「体力をつける」が410

表3 健康管理の実態および前期高齢者と後期高齢者との比較 (N=1,059)

(単位: 名, ()内%)

	総数	前期高齢者 (n=185)	後期高齢者 (n=875)	χ^2
食事配慮 (n=1,036)				
あり	877 (84.7)	153 (85.5)	724 (84.5)	0.11
なし	159 (15.3)	26 (14.5)	133 (15.5)	
理由: 体力をつける (n=877)				
該当	410 (46.8)	53 (34.6)	357 (49.3)	10.92***
非該当	467 (53.2)	100 (65.4)	367 (50.7)	
理由: 血圧を上げない (n=877)				
あり	376 (42.9)	64 (41.8)	312 (43.1)	0.08
なし	501 (57.1)	89 (58.2)	412 (56.9)	
理由: 肥満や動脈硬化を防ぐ (n=877)				
あり	327 (37.3)	72 (47.1)	255 (35.2)	7.57**
なし	550 (62.7)	81 (52.9)	469 (64.8)	
理由: 病気で食事療法が必要 (n=877)				
あり	239 (27.3)	61 (39.9)	178 (24.6)	14.88***
なし	638 (72.7)	92 (60.1)	546 (75.4)	
理由: 歯や飲み込みが不自由 (n=877)				
あり	150 (17.1)	9 (5.9)	141 (19.5)	16.46***
なし	727 (82.9)	144 (94.1)	583 (80.5)	
水分摂取配慮 (n=987)				
多めにとっている	608 (61.6)	119 (68.8)	489 (60.1)	5.54
控えている	144 (14.6)	17 (9.8)	127 (15.6)	
気にしていない	235 (23.8)	37 (21.4)	198 (24.3)	
理由: 血栓や梗塞を予防する (n=608)				
あり	401 (66.0)	87 (73.1)	314 (64.2)	3.37
なし	207 (34.0)	32 (26.9)	175 (35.8)	
理由: 脱水を防ぐ (n=608)				
あり	326 (53.6)	58 (48.7)	268 (54.8)	1.42
なし	282 (46.4)	61 (51.3)	221 (45.2)	
理由: トイレが近くならない (n=144)				
あり	113 (78.5)	13 (76.5)	100 (78.7)	0.05
なし	31 (21.5)	4 (23.5)	27 (21.3)	
理由: 心臓や病気の治療 (n=144)				
あり	26 (18.1)	4 (23.5)	22 (17.3)	0.39
なし	118 (81.9)	13 (76.5)	105 (82.7)	
運動頻度 (n=1,029)				
週に2~3回以上	673 (65.4)	122 (68.2)	551 (64.8)	0.73
週に1回以下	356 (34.6)	57 (31.8)	299 (35.2)	
睡眠剤・精神安定剤の服用 (n=1,038)				
あり	482 (46.4)	90 (49.7)	392 (45.7)	0.95
なし	556 (53.6)	91 (50.3)	465 (54.3)	
自立への意欲 (n=1,039)				
あり	890 (85.7)	153 (85.5)	737 (85.7)	0.01
なし	149 (14.3)	26 (14.5)	123 (14.3)	

注 χ^2 検定. ***p<0.001, **p<0.01

名(46.8%)と最も多かった。前期群は「肥満や動脈硬化を防ぐ ($\chi^2=7.57, p<0.01$)」「病気で食事療法が必要 ($\chi^2=14.88, p<0.001$)」を理由に挙げる割合が有意に高く、後期群は「体力をつける ($\chi^2=10.92, p<0.001$)」「歯や飲み込みが不自由 ($\chi^2=16.46, p<0.001$)」が高かった。

水分摂取は、「多めにとっている」が608名(61.6%)と最も多かった。前期群は多めに取る者が多く、後期群は控えている者が多い傾向にあったが、有意差は認められなかった。

運動頻度は、週に2~3回以上が673名(65.4%)であった。睡眠剤・精神安定剤の服用者は482名(46.4%)であった。主体的な活

動意欲は、「あり」が890名（85.7%）と前期群、後期群ともに高かった。

Ⅳ 考 察

（1）本研究および調査地域の特徴

本研究の対象地域である山形市は人口約25万人、人口構成比は年少人口13.7%、生産年齢人口64.0%、老年人口22.1%である（平成18年）。高齢者の移動が少なく、他世代との同居が多いのが特徴である。65歳以上の介護保険認定者数は8,102人、認定率14.4%である（平成18年9月）。今後、さらなる高齢化に伴い、全国と同様に認定者数、認定率ともに増加することが容易に推測でき、要支援高齢者の介護度の中重度化の予防が急務である。

山形市の介護予防事業は、要支援・要介護に陥るリスクの高い特定高齢者と、すべての一般高齢者を対象とする施策を連続的かつ一体的に実施している。特定高齢者に対しては、運動器の機能向上事業、口腔機能の向上事業、閉じこもり予防事業を通所型で行っているほか、うつおよび認知症のおそれのある高齢者を中心として訪問による介護予防指導を行っている。一般高齢者に対しては、運動器の機能向上事業、運動・認知症予防プログラムを取り入れた総合的な介護予防教室のほか、地域活動支援として食生活改善推進員の活動支援、福祉協力員に対する認知症サポーター養成講座を実施している。

本研究は一自治体を対象とした調査であるが、山形市に居住する要支援高齢者全員を対象としており、アンケート回収率は郵送調査であるにも関わらず63.1%と高い。また、人口構成比は全国比¹³⁾とほぼ同様であるため、成果の活用は十分可能と考える。

（2）山形市居宅要支援高齢者の特徴

山形市の要支援高齢者は、全国と同様に女性が多く後期高齢者以上の割合が高いという傾向が確認された。高齢者のみの世帯が約4割を占めており、要支援高齢者においても高齢者が高齢者の日常生活を支援しているケースが多い実

態がうかがえた。

認知症高齢者の日常生活自立度の比較では、後期高齢者の半数以上が何らかの認知症を有しており、同一の介護度でも高齢化に伴い認知機能が低下する傾向にあることが確認された。

（3）要支援高齢者の健康状態と健康管理の特徴

今までの報告から、介護度の悪化には動脈硬化性疾患の関与が大きく³⁴⁾、栄養バランスの配慮や運動が介護予防につながる⁵⁾ことが示されており、要支援高齢者の介護予防にも生活習慣病予防を目的とした健康管理が非常に重要であると考えられる。

健康状態について、要支援高齢者は、ほぼ全員が何らかの病気で治療を受けており、身体機能の低下や症状を自覚しながら日常生活を送っていることが明らかとなった。現病歴では、約半数が高血圧症を有し、心臓病や糖尿病の有病率も高いことから重篤な動脈硬化性疾患のハイリスク者が多いことが推測された。本研究の結果から、対象の病気や健康状態を適切にアセスメントし、病気の管理と生活習慣の改善を支援することでより効果的な介護予防につながる可能性が示唆された。

一方、約7割がうつ予防の支援が必要と推測され、自分自身を「健康ではない」と捉えていた。抑うつはADLや身体機能の低下を引き起こすため、その対策が重要と考えられる¹⁴⁾⁻¹⁶⁾。また、主観的健康感について「健康でない」とする者は、一般高齢者の約3割¹⁷⁾¹⁸⁾に比べ、約7割と非常に高かった。人間にとって、それまで当たり前でできていた日常生活を他者に依存しなくてはならない状況におかれた際、多くの葛藤が生じるとともに健康に対する自信が大きく揺らぐものと考えられる。主観的健康感が高齢者の独立した生命予後を予測する因子であり、生活習慣や身体的・心理社会的要因の影響を受けることが示されている¹⁷⁾¹⁹⁾²⁰⁾。特に精神的なあり方の影響が大きいと考えられており、高齢者自身が身体や日常生活を主体的に管理しようとする意欲を支援することが重要と考えられる。

健康管理では、病気や健康増進を目的として

食事や水分摂取に配慮している者が多く、約7割が週に2回以上の運動を実施していることから、健康管理意識が高い集団であることが明らかとなった。また、自立への意欲も高く、適切な支援次第でより積極的に健康の保持、増進を進めることが可能と考えられる。ほぼ全員が何らかの現病歴を有しているため、介護サービスの提供においては、サービス提供者、医療従事者、ケアマネジャーがそれぞれ連携をとりながら、対象者の主体的な病気や健康管理を支援することが必要と考えられる。今後はそれぞれの役割と支援方法を明確にし、連携に向けた体制作りが重要であろう。

(4) 前期・後期高齢者別の特徴

本研究の結果から、同一の介護度であっても前期高齢者と後期高齢者の健康状態および健康管理の様相は異なることが明らかとなった。

前期高齢者は脳卒中の既往を有する者、手足の不自由さやしゃべりにくさを自覚している者、および肥満の該当者が多く、主観的健康感が低かった。また、食事に配慮する理由として病気の治療や予防を挙げる者が多かった。この結果は、前期高齢者の場合、脳卒中に伴う機能障害が生じて、ある程度の生活機能を維持できる者が多いことを示している。肥満に伴う生活習慣病のリスクが高い一方、病気の予防や自己管理への意欲は高いことから、個人の健康状態に応じた生活習慣病のセルフケア支援が特に重要であると推測される。

また、前期高齢者の発達段階は老年期²¹⁾にあるが、現実的には成年期から老年期への移行時期にあたる。主観的健康感が低いことは、要支援状態という身体的危機に直面することにより従来の自身の健康観が揺らぎ、現在の生活環境に適応しようとする結果が示されたと考えられる。生活習慣病のセルフケアは継続してもその効果を認知することが難しい。反面、効果が現れなくても継続することが、現在の健康状態を受け入れ、身体的健康²²⁾にとらわれない新しい健康観の創造へつなぐと推測する。

後期高齢者は、眼病・心臓病・呼吸器病を有

する者、足腰や関節の痛み、もの忘れ、失禁および聞こえにくさを自覚している者が多かった。この傾向は、後期高齢者の場合、加齢に伴う身体機能の低下によって要支援状態にある者が多く、運動機能および口腔機能の向上、骨折予防に加え、疼痛や排泄ケアなどの適切な身体症状管理を通して、生活機能の維持・向上に努めることの重要性を示している。また、本研究の日常生活自立度の結果から、後期高齢者の約半数に何らかの認知症症状があることが示されており、廃用症候群予防とともに認知症予防が重要と考えられる。

V 結 論

居宅要支援高齢者は、ほぼ全員が何らかの病気で治療を受けており、身体機能の低下や症状を自覚していた。また、約7割がうつ予防の支援が必要と推測され、自分自身を「健康ではない」と捉えていた。一方、食事や水分摂取への配慮、運動への意欲は高かった。

前期・後期高齢者別の比較において、前期高齢者は、前期群は脳卒中の既往を有する者、手足の不自由さやしゃべりにくさを自覚している者、および肥満の該当者が多く、主観的健康感が低かった。後期高齢者は、認知症高齢者の日常生活自立度が低く、眼病・心臓病・呼吸器病を有する者、足腰や関節の痛み、もの忘れ、失禁および聞こえにくさを自覚している者が多かった。以上のことから、特に前期高齢者は生活習慣病予防、後期高齢者は廃用症候群および認知症予防により特化して支援することが必要と考えられる。

謝辞

本調査にご協力いただきました山形市の居宅要支援高齢者の皆様、関係者の皆様に心より御礼申し上げます。

本研究は、平成18年度厚生労働省老人保健健康増進等推進事業未来志向研究プロジェクト「居宅要支援高齢者の介護予防排泄ケアマネジメント（山形）モデルの開発－共創による高齢

者福祉の理念に根ざして－（主任研究者：佐藤和佳子）」によって実施された調査研究成果の一部である。また、本稿の一部は第27回日本看護科学学会学術集会（2007年12月東京）において発表した。

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ. 平成18年度介護保険事業状況報告 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>) 2009.1.9.
- 2) 厚生労働省ホームページ. 介護保険制度改革の概要 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/dl/data.pdf>) 2009.1.9.
- 3) 喜多島要. 主治医意見書の記載による認知症（痴呆）の状態像（要介護度）. 山梨医学 2005；33：48-50.
- 4) 厚生労働省ホームページ. 平成19年国民生活基礎調査の概況 (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa07/4-2.html>) 2009.1.9.
- 5) 篠原亮次, 杉澤悠生, 安梅勸江. 地域在住高齢者の3年後の要介護状態の関連要因に関する研究－社会関連性と生活習慣に焦点をあてて－. 日本看護科学学会誌 2007；27(4)：14-22.
- 6) 三浦研, 川越雅弘, 孔相権. 要支援・軽度要介護者の生活機能の差異とその特徴. 生活科学研究誌 2007；6：95-104.
- 7) 佐藤浩司, 佐藤秀寿, 鈴木仁, 他. 基本健康診査の集団方式による高齢者の生活機能評価の実態. 老年社会科学 2008；30(1)：90-7.
- 8) 浜崎優子, 佐伯和子, 塚崎恵子, 他. 地方中核都市における高齢者の社会活動と幸福感に関する研究（第1報）自立高齢者の社会活動の実態. 北陸公衆衛生学会誌 2007；33(2)：80-5.
- 9) 出村慎一, 多田信彦, 松沢甚三郎. Relationships between depression and lifestyle factors in community-dwelling elderly Comparing between gender and age-style groups. 教育医学 2003；48(4)：322-30.
- 10) 隅田好美, 黒田研二. 高齢者における日常生活自立度低下の予防に関する研究（第1報）日常生活関連動作に関連する要因. 厚生」の指標 2002；49(8)：8-13.
- 11) 能村友紀, 畦地和子, 小座間紀佐子, 他. 在宅高齢者における手段の日常生活活動（IADL）の特性とその関連要因の検討. 北陸公衆衛生学会誌 2004；30(2)：73-80.
- 12) 介護予防のための生活機能評価についての研究班（主任研究者：鈴木隆雄）. 介護予防のための生活機能評価に関するマニュアル 2005：33-7.
- 13) 総務省統計局ホームページ. 平成18年10月1日現在推計人口 (<http://www.stat.go.jp/data/jin-sui/2006/index.htm>) 2009.1.9.
- 14) 葛谷雅文, 益田雄一郎, 平川仁尚, 他. 在宅要介護高齢者の「うつ」発症頻度ならびにその関連因子. 日本老年医学会雑誌 2006；43(4)：512-7.
- 15) 田中千晶, 吉田裕人, 天野秀紀, 他. 地域高齢者における身体活動量と身体, 心理, 社会的要因との関連. 日本公衆衛生雑誌 2006；53(9)：671-80.
- 16) 辻一郎. 介護予防サービスの新技術開発とシステム構築に関する研究. 長寿科学総合研究事業総括研究報告書 (<http://www.pbhealth.med.tohoku.ac.jp/index.html>)
- 17) 志水幸, 小関久恵, 嘉村藍. 島嶼地域高齢者の主観的健康感の関連要因に関する研究. 厚生」の指標 2006；53(13)：14-9.
- 18) 鈴木隆雄, 岩佐一, 吉田英世, 他. 地域高齢者を対象とした介護予防のための包括的健診（お達者健診）についての研究－受診者と非受診者の特性について－. 日本公衆衛生雑誌；50(1)：39-48.
- 19) 秋月仁美, 坂本奈穂, 西あずさ, 他. 地域の健康な高齢者の健康度自己評価と病気・障害の有無に関連する因子の検討. 老年看護学 2006；11(1)：79-85.
- 20) 芳賀博, 七田恵子, 永井晴美. 健康度自己評価と社会・心理・身体的要因. 社会老年学 1984；20：79-85.
- 21) Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ. 老年期. 朝長正徳, 朝長梨枝子訳. 東京：みすず書房, 1990；35.
- 22) 守屋國光. 老年期の自我発達心理学研究. 東京：風間書房, 1994；215-6.