

# 仙台市宮城野区内T地区における 独居高齢者の健康と生活実態に関する調査

鈴木 修治\*1    畑山 明美\*2    横田 節子\*2  
井上 知加子\*3    芳賀 博\*4

**目的** 高齢化が顕著となった大都市の住宅団地において、必ずしも明確にされていない高齢者の身体状況や家庭と地域社会における生活の実態を明らかにし、高齢者の健康づくりや生活の質の向上を図る事業展開を考えるために、ひとり暮らし高齢者世帯を調査して日常生活活動や家庭および社会環境についての実態を把握することを目的とした。

**対象と方法** 仙台市宮城野区内の住宅団地T地区に居住している65歳以上でひとり暮らしの667名を対象に、在宅看護師12名が各世帯を戸別訪問のうえ、訪問指導記録票を用いて面接聞き取りによりアンケート調査を実施した。

**結果** 667名の対象者中、465名(69.7%)から回答を得た。このうち、全項目の回答者431名(64.6%)を解析対象者とした。日常生活自立度ではランクJが421名(97.7%)であった。介護の有無については411名(95.4%)が介護なしとの回答であった。主たる既往歴については高血圧症が102名(23.7%)と最も多かった。また、身体障害や何らかの自覚症状ありが、302名(70.1%)に上った。生活状況のうち社会参加については、近所付き合い、町内会活動、老人クラブ参加の順に多かったが、他方、町内会活動不参加が179名(41.5%)、近所付き合いなしが109名(25.3%)であった。居住環境では77%の人が公営住宅等の借家に居住している状況であった。

**結論** 仙台市内都市部に属するT地区は公営住宅が多い住宅団地であるが、この地区に居住するひとり暮らし高齢者は借家住まいが多く、何らかの疾病を有しながらも、介護を受けないでどうか自立した生活をしている。また、社会参加では近隣との付き合いや町内会行事に参加をしている状況がみえてくるが、反面で町内会活動不参加が41.5%、近所付き合いなしが25.3%あり、地域コミュニティネットワークの希薄化が考えられる。今後の行政施策にとっては、増加する高齢者に対して、希薄になってゆく地域コミュニティを視野にいれながら、生きがいと心身の健康づくりの両面で高齢者の健康寿命の延伸と生活の質の向上を図るために、いかに支援していくかが課題と考えられる。

**キーワード** 高齢者、ひとり暮らし、身体状況、生活実態

## I 緒 言

仙台市宮城野区保健福祉センターでは平成10年から保健所機能強化のための一環として、地域保健活動の在り方を検討してきた。その中で

地域保健活動における地区診断を取り上げ、地域住民の健康や生活の実態把握に努めてきた。

T地区は、宮城野区内はもとより仙台市全体の中でも高齢者の占める割合が高く(23.9%)、それに関連してひとり暮らし高齢者世帯や高齢者

\* 1 仙台市宮城野区保健福祉センター所長    \* 2 同家庭健康課    \* 3 同課長

\* 4 東北文化学園大学医療福祉学部福祉学科教授

だけの世帯が多い地域である。T団地は仙台市の人口が急増している時期の昭和40年代、市中心部から約5 km圏内のところに造成された団地であり、造成後30年以上が経過している。大都市における高齢者住民の多い典型的な団地と考えられる。高齢者の日常生活動作能力(Activities of Daily Living。以下「ADL」)を維持し、また生活の質(Quality of Life。以下「QOL」)を高め、健康でいきいきと暮らせる地域づくりをすることで健康寿命の延伸を図り、地域の活性化と安全安心の生活環境を目指した事業の展開が求められる地域である。

元気な高齢者に共通する行動態様は、外出する機会を持ち、他人と交流をし、何らかの仕事や生きがいとなることを持っていることと考えられている。心身ともに、そして社会的にも健康であり続けられるための環境を有する地域づくりを実現するには、地域の実情をとらえて地区診断をし、そこから対策を練り、実効性が期待できる事業計画を策定実施することが必要である。以上のような構想の下に、これまで十分には明らかにされていない大都市団地に居住す

るひとり暮らし高齢者の日常生活活動や社会環境、さらに家庭生活の実態把握を目的として、各世帯の戸別訪問によるアンケート調査を実施した。

## II 調査対象と方法

### (1) 調査対象

対象者は、宮城野区内のT地区居住の65歳以上でひとり暮らしをしている667名である(表1)。性別では男性が102名、女性が565名となっており、男女比は1:5.5であった。年齢層は70歳から74歳までが202名(30.3%)と最も多く、次いで75歳から79歳までが169名(25.3%)、65歳から69歳までが160名(24.0%)と続いている。65歳から74歳までの前期高齢者が362名(54.3%)、75歳以上の後期高齢者が305名(45.7%)である(表2)。

### (2) 調査方法

平成13年8月から平成14年1月までの期間に、在宅看護師12名が対象者の自宅を訪問のうえ、訪問指導記録票を用いて戸別の面接聞き取りによるアンケート調査を行った。その内容は、心身の状況、日常生活動作、各種健診の受診状況、

表1 アンケート調査の実施状況

(単位 名, ( )内%)

	総 数	訪問して 面接での 実施	電話での 実施	その他の 方法での 実施 <sup>1)</sup>	未実施 <sup>2)</sup>
総 数	667 (100.0)	617	4	3	43
全項目回答					
男	431	66	—	—	—
女	( 64.6)	362	—	3	—
一部項目回答					
男	34	5	—	—	—
女	( 5.1)	25	4	—	—
回答なし					
拒否					
男	54	5	—	—	—
女	( 8.1)	49	—	—	—
長期不在					
男	22	3	—	—	—
女	( 3.3)	19	—	—	—
転居					
男	16	3	—	—	—
女	( 2.4)	13	—	—	—
その他					
男	67	11	—	—	—
女	( 10.0)	56	—	—	—
未実施 <sup>2)</sup>					
男	43	—	—	—	9
女	( 6.4)	—	—	—	34

注 1) 訪問時不在で郵送による回答  
2) 既に死亡した例、入院例など

表2 調査対象者の年齢階層

(単位 名, ( )内%)

	総 数	男 性	女 性
総 数	667 (100.0)	102	565
65~69歳	160 ( 24.0)	34	126
70~74	202 ( 30.3)	33	169
75~79	169 ( 25.3)	20	149
80~84	105 ( 15.7)	9	96
85~89	25 ( 3.7)	4	21
90歳以上	6 ( 0.9)	2	4

表3 全項目回答者の年齢階層

(単位 名, ( )内%)

	総 数	男 性	女 性
総 数	431 (100.0)	64	367
65~69歳	112 ( 26.0)	24	88
70~74	137 ( 31.8)	23	114
75~79	110 ( 25.5)	11	99
80~84	56 ( 13.0)	5	51
85~89	15 ( 3.5)	1	14
90歳以上	1 ( 0.2)	—	1

社会環境の状況の項目となっている。さらに高齢者の暮らしぶりについて、生活状況や家庭の状況、行政からの福祉サービスについての理解や利用状況に関する質問となっている。本稿では、都市部住宅団地における高齢者の心身の状況や家庭と社会環境の実態および生活実態について検討する。

### III 結 果

居宅を訪問し、聞き取りによるアンケート調査ができたのは667名中465名(69.7%)であった(表1)。アンケートの全項目についての回答者は431名(64.6%)で、この431名について以下の分析検討を行った。431名の性別と年齢階層別比率は、調査対象者の比率とほぼ同様の割合になっていた(表2, 3)。

表4 日常生活自立度

	(単位 名, ( )内%)		
	総 数	男 性	女 性
総 数	431 (100.0)	66	365
ランクJ	421 ( 97.7)	63	358
ランクA	4 ( 0.9)	2	2
不明	6 ( 1.4)	1	5

表6 アンケート調査全項目回答者の既往歴

	(単位 名, ( )内%)	
	総 数	
総 数	431	(100.0)
高血圧症	102	( 23.7)
整形外科系疾患	45	( 10.4)
心臓疾患	44	( 10.2)
その他の内科疾患	35	( 8.1)
消化器疾患	19	( 4.4)
脳血管疾患	18	( 4.2)
糖尿病	14	( 3.2)
呼吸器疾患	10	( 2.3)
高脂血症	8	( 1.9)
精神科疾患	3	( 0.7)
不明	7	( 1.6)
その他	38	( 8.8)
なし	88	( 20.4)

表8 日常的な精神の状況

	(単位 名, ( )内%)	
	有症状者数	
総 数	431	(100.0)
強い不安あり	1	( 0.2)
不安あり	44	( 10.2)
不安なし	369	( 85.6)
不明	17	( 3.9)

まず身体的活動についてADLの分類(1991年厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知にある、障害老人の日常生活自立度、寝たきり度に従った判定<sup>1)</sup>)では、ランクJ(自立)にあるのが421名(97.7%)、ランクA(準寝たきり)が4名、不明が6名であった(表4)。介護の有無に関する項目では、介護なしと答えた人が411名(95.4%)となっており、大部分は介護を必要としないか、介護なしで生活できると考えられた(表5)。疾病の主たる既往歴については、高血圧症が102名(23.7%)と最も多くなっており、その他は整形外科系疾患が45名(10.4%)、心臓疾患44名(10.2%)などとなっていて、対象者の約80%が何らかの疾患の既往歴を有していた(表6)。調査を実施した時点において何らかの身体的障害あるいは症状を有していたのは302名(70.1%)となっており、視力障害が71名(16.5%)と多かった(表7)。また不安などの精神的

表5 アンケート調査全項目回答者の要介護状況

	(単位 名, ( )内%)		
	総 数	男 性	女 性
総 数	431 (100.0)	66	365
介護なし	411 ( 95.4)	65	346
要支援	6 ( 1.4)	—	6
要介護I	10 ( 2.3)	1	9
要介護II	1 ( 0.2)	—	1
不明	3 ( 0.7)	—	3

表7 身体の状態

	(単位 名, ( )内%)	
	有症状者数	
総 数	431	(100.0)
視力障害	71	( 16.5)
聴力障害	47	( 10.9)
意思疎通障害	12	( 2.8)
麻痺	9	( 2.1)
拘縮	9	( 2.1)
言語障害	3	( 0.7)
その他の障害	151	( 35.0)
なし	129	( 29.9)

表9 睡眠状態

	人 数 (%)	
総数	431	(100.0)
良好	176	( 40.8)
普通	210	( 48.7)
不良	42	( 9.7)
不明	3	( 0.7)

な症状を訴える人が45名(10.4%)いた(表8)。その他の身体状況では、睡眠のとり方で不良が42名(9.7%)、歩行に関しては杖使用の歩行者が61名(14.2%)であった(表9, 10)。障害者手帳の所有については、身体障害者手帳所有者が29名(6.7%)、精神障害者手帳所有者が3名(0.7%)であった(表11)。

つぎに、生活状況に関する調査では、社会的参加の項目において、町内会活動をしている人が251名(58.2%)、老人クラブに参加して活動している人が135名(31.3%)、近所付き合いをしている人が321名(74.5%)となっていたが、他方、町内会活動にほとんど参加しない人が179名(41.5%)、あるいは近所付き合いをほとんどしない人が109名(25.3%)であった(表12)。外出の機会に関しては、外出が月に1~3回以下の人が28名(6.5%)であった(表13)。外出頻度が少ない理由としては、体調不良、歩行に難あり、心理的理由などがあつた。なお、居住

環境については借家での居住者が333名(77.3%)に上っており、集合住宅に住んでいる人が340名(78.9%)となっていた。

#### IV 考 察

今回のアンケート調査での回収率は対象者667名中465名で69.7%となった。未回収の理由として、回答拒否が54名(8.1%)、長期の不在者が22名(3.3%)、転居者が16名(2.4%)などであった。調査は在宅看護師が各家庭を訪問してアンケートの聞き取り回収を行っており、実施方法に大きな問題はなかったと考える。なお、回答を拒否された詳細については把握していないが、現在健康で調査が必要ない、忙しい、煩わしい等ということがあつた。

ひとり暮らしをしている対象者の年齢層別では、75歳以上の後期高齢者が305名(45.7%)となっており、日本全体の65歳以上の人口に占める後期高齢者の割合41.7%よりやや高い割合となっている<sup>2)</sup>。また85歳を超える人が31名であり、今後これらの割合、人数ともに増加するものと考えられる。また、高齢者の絶対数の増加や高齢者に必然的な老人症候群の発現あるいは高齢者の通院に関する治療率が横ばいに推移している現状などから、虚弱な高齢者の増加が想定され、介護予防ということからも一層の対策強化が求められる。

ADLの各ランク別の調査結果では、ランクJ

表10 移動歩行

	人 数 (%)
総 数	431 (100.0)
杖なし自力歩行可能	367 ( 85.2)
杖による自力歩行可能	61 ( 14.2)
不明	3 ( 0.7)

表12 日常生活における社会参加状況

内 容	人 数 (%)
町内会活動への参加	431 (100.0)
よく参加する	112 ( 26.0)
たまに参加する	139 ( 32.3)
ほとんど参加しない	179 ( 41.5)
不明	1 ( 0.2)
ボランティアへの参加	431 (100.0)
よく参加する	35 ( 8.1)
たまに参加する	40 ( 9.3)
ほとんど参加しない	356 ( 82.6)
老人クラブへの参加	431 (100.0)
よく参加する	61 ( 14.2)
たまに参加する	74 ( 17.2)
ほとんど参加しない	292 ( 67.7)
その他	2 ( 0.5)
不明	2 ( 0.5)
近所付き合い	431 (100.0)
よくする	151 ( 35.0)
たまにしている	170 ( 39.4)
ほとんどしない	109 ( 25.3)
不明	1 ( 0.2)

表11 各種障害者手帳所有状況

	人 数 (%)
総 数	431 (100.0)
身体障害者手帳	29 ( 6.7)
精神障害者手帳	3 ( 0.7)
手帳なし	385 ( 89.3)
不明	14 ( 3.2)

表13 日常生活における外出頻度

	人 数 (%)
総 数	431 (100.0)
週に1回以上外出する	402 ( 93.3)
月に1~3回外出する	25 ( 5.8)
ほとんどまたは全く外出しない	3 ( 0.7)
不明	1 ( 0.2)

が421名(97.9%)に上り、また介護を必要としないで生活している人が411名(95.4%)である。できる限りランクJの状態を維持して、要介護状態への移行を予防することが健康寿命の延伸やQOL向上のために重要である。自立と準寝たきり状態の人を比較すると1年後の死亡が自立で少ないと報告されている<sup>3)</sup>。したがって、要介護状態への移行を予防するという観点から高齢者の健康づくりや生きがいがづくり事業の展開がますます必要となる<sup>4)5)</sup>。具体的に重要となるのは、健康と生きがいがづくりに求められる各種の地域資源の情報の的確な提供や実践できる場の提供など、高齢者が地域にあって社会参加や自己実現できる環境の整備が行政と地域住民との協働によって行われることと考える<sup>6)</sup>。

高齢者の身体状況のうち、既往歴として高血圧症など何らかの慢性的疾患を抱えている人が80%に上ること、視力障害など何らかの身体障害や有症状者が70%を超えていること、さらには何らかの不安感を訴える住民が10%いることが特に注意すべき点と思われる。その不安の理由は、その他の調査項目と合わせて考えると、自分の健康や病気あるいは経済的な要因によるものが推測される。この地域の高齢者の抱えている疾病などの実情から、保健、福祉、医療に関する各サービスについて、在宅サービスと施設入所サービスの選択の時期を考慮して、それらの各サービスの提供が、適宜、一体的にかつ円滑に行えるための関連機関の連携体制の整備が求められているものとする。

日常生活における社会参加状況からは町内会

活動不参加が41.5%、近所付き合いなしが25.3%に上る。このことは地域におけるコミュニティネットワークの希薄化を推測させるものであり、行政側において地域資源の育成とその連携などを推進しながら、住民の連帯感を高めるための協働事業を考えていく必要がある。

今回の調査を踏まえて、高齢者の健康寿命を延ばし、QOLの向上を図っていくために、介護予防や生活支援の観点で健康と生きがいがづくりを考慮した事業の充実が大変に重要であり、身体的活動と精神的あるいは心理的状态との総合的な向上を目標とする必要があると考える。

この調査内容の一部は、平成14年度仙台市地域保健福祉研究に発表した。

#### 文 献

- 1) 障害老人の日常生活自立度. 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知, 老健第102-2号1991.
- 2) 国民衛生の動向. 厚生統計協会. 2001; 49(9): 389.
- 3) 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之, 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. 日本公衛誌 2002; 49: 483-96.
- 4) 前田清, 太田壽城, 芳賀博, 他. 高齢者のQOLに対する身体活動習慣の影響. 日本公衛誌 2002; 49: 497-506.
- 5) 久我正. 生活習慣と保健行動及び医療費との関連. 長寿科学総合研究. 平成6年度研究報告. Vol.8東京長寿科学総合研究費事務局 1995; 93-7.
- 6) 神宮純江, 江上裕子, 絹川直子, 他. 在宅高齢者における生活機能に関する要因. 日本公衛誌 2003; 50: 92-105.