

一農村地域における高齢者の知的能力と 日常生活活動能力

—老人クラブ参加者を対象として—

結城美智子、佐藤善久¹⁾、岩谷 力²⁾

宮城大学看護学部

キーワード

高齢者、知的能力、日常生活活動能力、
elderly, cognitive status, competence of daily living

要 旨

宮城県の一農村地域における65歳以上の高齢者87人を対象に、知的能力と日常生活活動能力の実態を把握するために、質問紙、聞き取り、および医学的健診を実施した。測定尺度は、知的能力には改訂版長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R)、日常生活活動能力は社会的活動能力と身体的活動能力の2側面から測定し、それぞれ老研式活動能力指標 (TMIG) および10m最大歩行速度を用いた。男性は41人 (51.9%) 女性38人 (48.1%)、平均年齢はそれぞれ74.7±5.9歳、73.8±5.9歳であった。知的能力では「疑痴呆群」が9人 (11.4%)、「非痴呆群」が70人 (88.6%) であった。社会活動能力および身体的能力では、性別、世帯構成 (独居、高齢者、2世代、3世代、4世代) において有意差は認められなかったが、年齢が高くなるにつれて低下する傾向にあった。「疑痴呆群」「非痴呆群」の2群間において有意差があったのは、年齢、TMIG (・バス、電車を使って外出できる・新聞を読む・本を読む・病人を見舞う)、10m最大歩行速度であり、「非痴呆群」において年齢が高く、社会的活動能力および身体的活動能力が低かった。以上より、地域特性に応じた高齢者の健康維持のための保健医療福祉サービスあり方についての示唆が得られた。

The Relationship between Cognitive Status and Competence of Daily Living in the Elderly in the Rural Community

Michiko Yuki, Yoshihisa Sato¹⁾, Tsutomu Iwaya²⁾

Miyagi University School of Nursing

Abstract

This study is to clarify the relationship between cognitive status and competence of daily living in 87 elderly people in the rural community.

We hypothesized that the elderly with cognitive impairment would have lower competence of daily living than those with normal cognition.

We used the Hasegawa Dementia Scale Revised version (HDS-R) to assess the level of cognitive status. The Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index (TMIG) and a test of maximum walking speed in 10 meters were employed to evaluate competence of daily living in the elderly. The subjects were divided into two groups, the level of normal and borderzone, based on their level of cognition. The relationship between groups was studied with t-test, Kruskal-Wallis test, and χ^2 test.

There was a significant difference between groups on HDS-R scores. The hypothesis was supported. This study suggests that there is a need to support the elderly in social activities.

1) 東北医療福祉専門学校

2) 東北大学大学院障害科学運動障害学講座肢体不自由学

I. はじめに

わが国における人口の高齢化は急速に進んでおり、とくに後期高齢者人口は増加をつづけ、約20年後には前期高齢者を上回るものと予測されている¹⁾。国民基礎調査²⁾によれば、年齢とともに日常生活に影響ある者の率は増加し、65歳以上ではおよそ2割弱の高齢者が日常生活に影響を及ぼす病気や障害を有している。これは、逆の面からみれば、8割以上の高齢者は元気に暮らしているということであり、よりよい健康レベルを維持し、加齢に伴う病気や障害の発生をなるべく遅らせることが高齢者にとって重要性の高い課題のひとつであると考えられる。

高齢者の健康に関する研究は最近増加してきており、QOLやQOLに大きな影響を及ぼすと考えられるActivities of Daily Livings (ADL) の実態調査³⁾⁴⁾⁵⁾、主観的・客観的健康度を高める要因には老人クラブ活動への参加等に代表される社会的、文化的な行動が活発であること⁶⁾などが報告されている。また、WHO⁷⁾が「高齢者の健康は生活機能の自立である」ことを指標にすることを提唱しているように、高齢者がさまざまな領域で生活行動を行えることは健康度の高さと強く関連している⁸⁾。そのためには、高齢者は高い歩行能力を有することが活動的な生活を送るための必須要件⁹⁾であると考えられる。歩行は複雑な高次機能から構成され、高齢者にとっては困難な動作であることから、心身が弱ってくるともっとも早期に現れる身体機能の低下は「歩行」において顕著である¹⁰⁾。

さらに、高齢者の健康を考える際には、単に医学的検査結果のみでなく、知的身体的活動能力指標をも同時に重視することが重要¹¹⁾であることが指摘されている。

そこで本研究は、高齢者の健康維持のための援助のあり方を検討するために、一農村地域における老人クラブ参加者を対象に、知的能力と日常生活活動能力について実態を把握し、分析した。

II. 対象者および方法

1. 対象者

対象地域であるO町は宮城県の西北部に位置し、総面積221.6平方キロメートル、農業を主な産業とする地域である。人口8,667人で65歳以上人口は2,097人

(24.7%, 1997年3月現在)と全国平均15.1% (1996年)を上回る比率である。また、宮城県全体の高齢化率は15.5% (市部13.2%、郡部19.8%)の状況にあり、

同県のなかでも高齢化が進んでいる地域といえる。

調査対象は、同町の老人クラブに参加している65歳以上の高齢者のうち、参加状況が活発であると保健婦(O町保健福祉課)が判断し、本調査に同意の得られた87名である。

2. 調査方法

調査方法は高齢者を対象に、地域の保健センターを会場に医学的健診および面接調査を行った。健診会場から離れた地域に在住する者に対しては、自宅近辺と会場との間で車による送迎を行った。健診に先だって、保健福祉課の協力を得て対象者への本調査協力依頼文と質問紙を郵送し、健診当日に回収した。

調査期間は、1997年7月中旬から7月28日までの約3週間実施した。そのうち、医学的健診および面接調査は3日間おこなった。

3. 調査項目

本調査で用いた分析項目と測定尺度、および測定方法は以下の通りである。

1) 知的能力

改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)¹²⁾を用いた。この尺度は認知機能障害の有無を判定することを目的としており、9つの質問内容から構成されている。HDS-R得点と教育歴の間には有意な相関は認められていない。HDS-Rの最高得点は30点満点で、20点以下を痴呆、21点以上を非痴呆とした場合に最も高い弁別性を示すとされている。

2) 日常生活活動能力

日常生活活動能力は「日常生活を遂行するための社会的および身体的能力」と定義し、社会的活動能力と身体的機能の2つの側面から測定した。

(1) 社会的活動能力

日常生活活動能力のうち、社会的活動能力を測定する尺度として老研式活動能力指標(TMIG)¹³⁾を用いた。この尺度は、状況的対応と社会的役割の水準の活動能力を測定でき、信頼性、妥当性が確認されている。13項目から構成されており、「手段的自立」「知的能動性」「社会的役割」のサブカテゴリーに分類される。選択肢は「はい」「いいえ」二件法で、「はい」と答えた場合に1点を配点し、13項目の合計点を得点とする。

(2) 身体的機能

身体的機能の測定には、10m最大歩行速度を用いた。歩行速度は歩行能力を測定するひとつの方法である。歩行速度は重複歩距離と歩行率との積によって定まり、自由歩行では歩幅や歩行率の選択が制限されないが、

一定の距離をできるだけ速く歩いた場合には被験者固有の歩幅や歩行率が定常となり、最大の歩行遂行能力の評価として最大歩行速度の計測が妥当である¹⁴⁾ことが報告されている。最大歩行速度の計測は3回実施し、そのうちの最速値を採用した。

また、本調査において同時におこなっている質問および測定している項目は次の通りである。

- ①自己記入による質問項目：家族構成、既往歴、痛みの有無、生活時間、介護に関する項目、日常生活状況（75項目）、
- ②健診：医学的診察、知的能力検査、身長、体重、血圧、心拍数、体脂肪率、BMI、肥満度、握力、関節可動域、肢長、重心動揺、ステップテスト

4. 分析方法

データの集計および分析はHALBAU (High Quality Analysis Libraries for Business and Academic User) を用い、基本統計量を算出後、相関、t検定、カイ二乗検定、Kruskal-Wallis検定、および一元配置分散分析を行った。

II. 結 果

1. 対象者の特性

対象者87人のうちデータ回収できた79人(回収率88.8%)を分析の対象とした。性別と年齢構成の内訳を表1に示した。男性41人(51.9%)、女性38人(48.1%)、全体の平均年齢は74.3±5.9歳、男性では74.7±5.9歳、女性73.8±5.9歳であり、男女間の有意な差はなかった($t=0.627, p>0.05$)。

また、年齢区分では表1のとおりであり、さらに前期高齢者(65-74歳)と後期高齢者(75歳以上)区分でみると、それぞれ44人(51.2%) (男性20人、女性24人)、42人(48.8%) (男性24人、女性18人)から構成されていた。

家族構成について世帯構成で分類すると、3世代同居が最も多く38人(48.1%)、次に2世代17人(21.5%)、4世代13人(16.5%)、高齢者のみ世帯7人(8.9%)、独居4人(5.0%)であった。さらに、同じ世帯構成による平均年齢には有意差は認められなかった($\chi^2=5.455, p>0.05$)。同居人数は平均4.9人であった。また、配偶者のある者は53人67.1% (男性36人、女性17人)で、男性に有配偶者率が高かった。

現在の健康状態を治療中の主な疾患別にみると、高血圧35人(44.3%)、次いで膝関節疾患14人(17.7%)、心疾患12人(15.2%)、腰痛症10人(12.7%)、糖尿病

8人(10.1%)、胃腸疾患5人(6.3%)、肝疾患2人(2.5%)などであった。

表 1 対象者の性・年齢別構成

年齢	男性 人数 (%)	女性 人数 (%)	計 人数 (%)
65-69	9 (11.4)	10 (12.7)	19 (24.1)
70-79	22 (55.0)	18 (45.0)	40 (50.6)
80-89	10 (12.7)	10 (12.7)	20 (25.3)
計	41 (51.9)	38 (48.1)	79 (100.0)
平均年齢	74.7± 5.9	73.8± 5.9	74.3± 5.9

2. 知的能力

知的能力をHDS-R得点でみると、範囲は14-30点にあり、全体の平均値は25.1±3.7であった。20点を境界値として21点以上の「非痴呆群」が70人(88.6%)、20点以下の「疑痴呆群」は9人(11.4%)であった。20点以下の内訳をみると、14点1人(1.3%)、16点および17点がそれぞれ2人(2.5%)、19点1人(1.3%)、20点3人(3.8%)であった。さらに、性、世帯構成、年齢との関連を検討した。

性別におけるHDS-R平均値は男性24.7±3.8、女性25.5±3.5であり、男女間において有意差は認められなかった($t=0.959, p>0.05$)。

世帯別では、独居、高齢者世帯、2世代、3世代、および4世代の5群に分類すると、それぞれの平均値は26.0±3.5、26.4±2.9、24.9±3.7、25.0±3.5、24.5±4.2であった。さらに、これらの平均値の差の検定を行った結果、高齢者世帯の平均値が26.4±2.9とやや高いものの表2に示すとおり、5群間に有意差は認められなかった($\chi^2=1.256, p>0.05$)。

年齢との関連をピアソン相関でみると、表3に示したように、 $r=-0.357$ ($t=3.357, p<0.001$)と有意な負の関連がみられた。すなわち、年齢が高くなるにつれて、知的能力が低くなるという結果が示された。

さらに、年代別に60代、70代、80代でみると、それぞれの平均値は26.9±2.1、25.4±3.0、22.9±4.8であり、年代が高いほど低い値で3群間には有意な差が認められた。60代と70代の間には有意差はなかったが、60代と80代の差は4.0 ($t=3.686, p<0.001$)、70代と80代はの差2.5 ($t=2.665, p<0.01$)と有意差がみられた。

表 2 性・世帯構成とHDS-R得点、TMIG得点、および歩行速度との関連

M：平均値、SD：標準偏差

		HDS得点 M±SD	検 定	TMIG得点 M±SD	検 定	歩行速度 M±SD (単位m/sec)	検 定
性	男 性 (n=41)	24.7±3.8	t =0.959	11.6±1.5	t =0.006	1.91±0.37	t =1.870
	女 性 (n=38)	25.5±3.5		11.6±2.1		1.74±0.44	
年 代	65 - 69歳 (n=19)	26.9±2.1	F =7.031**	12.0±1.49	F =7.394**	2.01±0.30	F =5.370**
	70 - 79歳 (n=40)	25.4±2.9		12.1±1.27		1.86±0.43	
	80歳以上 (n=20)	22.9±4.8		10.4±2.31		1.61±0.34	
世帯構成 (#1)	独 居 (n=4)	26.0±3.5	$\chi^2=1.256$	13.0±0.0	$\chi^2=6.063$	2.01±0.50	$\chi^2=3.621$
	高齢者世帯 (n=7)	26.4±2.9		12.1±1.1		1.93±0.21	
	2 世 代 (n=17)	24.9±3.7		11.6±1.7		1.76±0.46	
	3 世 代 (n=38)	25.0±3.5		11.4±1.8		1.80±0.40	
	4 世 代 (n=13)	24.5±4.2		11.6±2.1		1.91±0.37	

1 Kruskal-Wallis 検定

*p<0.05 **p<0.01

3. 日常生活活動能力

1) 老研式活動能力指標 (TMIG) 得点

日常生活活動能力のうち、社会的活動能力を測定したTMIG得点をみると、その範囲は6-13点であり、13点満点が34人 (43.0%) と最も多く、次いで12点が23人 (29.1%) であった。全体の平均得点は11.6±1.8、男性11.6±1.5、女性11.6±2.1であり、男女間に有意差はなく、男女とも同じような社会生活活動をおこなっていた。

また、TMIG13項目のそれぞれについて、「はい」と答えた通過率を男女間の比較でみると、有意差があった項目は3。自分で食事の用意ができる、の1項目であった ($\chi^2=12.111$, $P<0.001$)。さらに、TMIG13項目を「手段的自立」「知的能動性」「社会的役割」の3つのサブカテゴリごとにも、男女間

で有意差は認められなかった。

同様に、世帯別である独居、高齢者世帯、2世代、3世代、および4世代の5群間で13項目の通過率の比較をおこなった結果、有意差は認められなかった。すなわち、高齢者の社会的活動能力と世帯構成には関連がなかった。

年齢との関連では、表3に示したとおり、3つのサブカテゴリ「手段的自立」「知的能動性」「社会的役割」、および総合得点がそれぞれ $r = -0.330$ ($t = 3.066$, $p < 0.001$)、 $r = -0.416$ ($t = 4.016$, $p < 0.001$)、 $r = -0.223$ ($t = 2.004$, $p < 0.05$)、 $r = -0.416$ ($t = 4.020$, $p < 0.001$) とすべてに有意な関連がみられた。すなわち、年齢が高くなるにつれて、社会的活動能力が低くなることが示された。

表 3 年齢、HDS、TMIG、歩行速度間の相関

ピアソン相関係数

	年 齢	H D S	TMIG/ 手段的自立	TMIG/ 知的能動性	TMIG/ 社会的役割	TMIG/ 総合得点	歩 行 速 度
年 齢	1.000						
H D S	-0.357**	1.000					
TMIG/手段的自立	-0.330**	0.386**	1.000				
TMIG/知的能動性	-0.416**	0.495	0.442**	1.000			
TMIG/社会的役割	-0.223*	0.301*	0.387**	0.591**	1.000		
TMIG/総合得点	-0.416**	0.493**	0.818**	0.837**	0.742**	1.000	
歩 行 速 度	-0.359**	0.238*	0.139	0.401**	0.344**	0.346**	1.000
平 均 値	74.3	25.1	4.2	3.6	3.8	11.6	1.83
標 準 偏 差	5.9	3.7	0.9	0.8	0.5	1.8	0.41

* p<0.05 ** p<0.01

2) 10m最大歩行速度

10m最大歩行速度では全体の平均値1.83/sec、男性1.91±0.37m/sec、女性1.74±0.49m±0.41m/secであり、男性がやや速いものの、有意差はみられなかった ($t=1.870$, $p>0.05$)。

また、世帯別である独居、高齢者世帯、2世代、3世代、および4世代のそれぞれの平均値では2.02±0.50、1.93±0.21、1.76±0.46、1.80±0.40、1.91±0.37であり、これらの5群間における有意差は認められなかった ($\chi^2=3.621$, $p>0.05$)。

さらに、年齢との関連では $r=-0.359$ ($t=3.38$, $p<0.001$) と負の関連があった。すなわち、年齢が高くなるにつれて、歩行速度が遅くなることが示された。

4. 知的能力と生活活動能力との関連

知的能力と生活活動能力との関連をみるために、HDS-R得点を20点以下の「疑痴呆群」と21点以上の「非痴呆群」の2群に分類し、2群間において年齢、TMIG、10m最大歩行速度の比較をおこなった。その結果、平均年齢では疑痴呆群が79.4±5.3歳、非痴呆

群が73.6±5.7歳と有意な差が認められ ($t=3.082$, $p<0.01$)、疑痴呆群の方が年齢が高かった。

また、TMIG合計得点でみると疑痴呆群が9.2±2.2、非痴呆群が11.9±1.5と疑痴呆群の値が低く、すなわち、痴呆の疑いがある高齢者は痴呆のない高齢者に比べ、社会的活動能力が低かった。

さらに、TMIG13項目それぞれについて、疑痴呆群と非痴呆群とにおいて「はい」と答えた通過率を比較した結果を表4に示した。有意差が認められたのは4項目であり、その内訳は1. バス、電車を使って一人で外出できる ($\chi^2=6.32$, $p<0.05$)、7. 新聞を読む ($\chi^2=14.17$, $p<0.001$)、8. 本を読む ($\chi^2=9.428$, $p<0.01$)、12. 病人を見舞う ($\chi^2=14.17$, $p<0.001$) であり、これらの項目全てにおいて疑痴呆群に通過率が低かった。これら4項目のうち、2項目は知的能動性に関する項目であった。

つぎに、10m歩行最大速度についてみると、疑痴呆群が1.60±0.28m/sec、非痴呆群が1.86±0.42m/secであり、疑痴呆群が有意に遅い ($t=2.500$, $p<0.05$) という結果であった。

表4 知的能力レベルとTMIG、および歩行速度との関連

項 目	知的能力レベル		検 定
	疑痴呆群 (n=9)	非痴呆群 (n=70)	
1. 年齢 (平均±SD)	79.4±5.3	73.6±5.7	$t=3.082*$
1. TMIG項目 (通過率)			
1) バス、電車を使って一人で外出できる	55.6%	91.4%	$\chi^2=6.321*$
2) 日用品の買い物ができる	88.9%	98.6%	$\chi^2=0.367$
3) 自分で食事の用意ができる	33.3%	67.1%	$\chi^2=0.107$
4) 請求書の支払いができる	55.6%	84.3%	$\chi^2=2.615$
5) 預貯金の出し入れができる	100.0%	98.6%	$\chi^2=0.000$
a) 手段的自立 (平均得点±SD)	3.33±1.32	4.40±0.79	$t=2.366*$
6) 年金の書類が書ける	77.8%	97.1%	$\chi^2=2.845$
7) 新聞を読む	55.6%	97.1%	$\chi^2=14.173**$
8) 本を読む	33.3%	84.3%	$\chi^2=9.428**$
9) 健康に関する情報に関心をもっている	88.9%	92.9%	$\chi^2=0.000$
b) 知的能動性 (平均得点±SD)	2.56±1.01	3.71±0.66	$t=3.338*$
10) 友人の家を訪問する	88.9%	95.7%	$\chi^2=0.005$
11) 家族や友人の相談にのる	100.0%	92.9%	$\chi^2=0.010$
12) 病人を見舞う	55.6%	97.1%	$\chi^2=14.173**$
13. 若い人に自分から話しかける	88.9%	97.1%	$\chi^2=0.086$
c) 社会的役割 (平均得点±SD)	3.33±0.50	3.83±0.48	$t=2.809*$
2. TMIG (総合平均得点±SD)	9.22±2.22	11.94±1.48	$t=3.570**$
3. 歩行速度 (m/sec)	1.60±0.28	1.86±0.42	$t=2.500*$

(カイ二乗検定はイエーツのカイ二乗値による)

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

IV. 考 察

今回の調査対象は一農村地域における老人クラブに参加し、活動している高齢者である。社会的・文化的活動である老人クラブに参加している高齢者は身体的ADLが自立しており、さらに「生活機能の自立性」⁷⁾¹⁵⁾の高い水準の活動能力を有している状態にある。

日常生活活動能力について社会的活動能力をTMIG得点、身体的活動能力には10m歩行最大速度を用いて測定した。TMIGでは平均 11.6 ± 1.8 であり、都市部における65歳以上の地域高齢者を対象とした結果(平均値 11.0 ± 3.2)¹³⁾と有意差は認められなかった。また、性差による比較では男性 11.6 ± 1.5 、女性 11.6 ± 2.1 であり、有意な差はなかった。さらに、3つのサブカテゴリーである「手段的自立」「知的能動性」「社会的役割」において比較すると、男性では手段的自立、知的能動性、女性では社会的役割で高い¹⁶⁾という報告もあるが、本調査結果より、男女間において有意差はないことから、男女とも同じような社会活動能力を有していたことが明らかになった。

身体的活動能力では10m歩行最大速度の結果より、年齢、HDS、TMIG総合得点、TMIG/知的能動性、TMIG/社会的役割が有意に相関していたことが示された。歩行速度は歩行能力の評価指標のひとつとしてよく用いられている。年齢とともに歩行速度が低下することは指摘されている¹⁷⁾ことであり、身体的活動能力が社会的活動能力と関連することはこれまでの研究報告と同様の結果だったといえる。歩行能力は移動能力を伴っていることから、歩行能力を維持・向上させることは社会的活動能力とその活動範囲を維持する点からも重要である。歩行速度を向上させる高齢者を対象とした運動プログラムが有効である¹⁸⁾ことから、老人クラブの活動のなかで歩行能力を維持・向上させることを目的としたプログラムの開発も効果を期待できるであろう。

知的能力について、HDSを用いて性差による比較を行った結果、男女間における有意差はなかった。知的能力が加齢に伴って低下していたことはHuppert FA¹⁹⁾らによる結果と一致していたが、今回の対象者の性差による平均年齢は有意差がないことから、性別による年齢のHDSへの影響はないと考える。また、HDSを用いた先行研究では地域高齢者の女性は同年齢層の男性よりもHDS得点が低い²⁰⁾という報告があり、今回の結果とは一致していない。その理由として、本調査の対象者は地域のなかでも社会的・文化的活動を

積極的におこなっているという偏りがあることを考慮する必要があるであろう。

また、世帯構成別である独居、高齢者世帯、2世代、3世代、4世代の5群間のHDS得点をみると有意差はなかったが、最も高い値であったのは高齢者世帯 26.4 ± 2.9 、次に独居世帯 26.0 ± 3.5 であった。高齢者を中心とした独居、高齢者世帯の生活形態は、知的能力があるから独居や高齢者のみで生活を続けられているのか、高齢者のみで自立した生活を維持しているから知的能力が保たれているのかは縦断調査を含め、今後の検討が必要である。さらに、知的能力の評価は本人よりも家族や介護者による方が客観的スコアに関連する²¹⁾ということを考え合わせると、特に独居や高齢者世帯の高齢者に対する予防と早期発見および対処できるケアプログラムのシステム化も重要である。

知的能力を「非痴呆群」「疑痴呆群」の2つのレベルに分類した結果、全対象者79名のうち9名(11.4%)が疑痴呆群であった。社会的、精神的な要因との関連から、社会活動やレジャーに定期的に参加している者ほど知的能力は保持あるいは向上に寄与している²²⁾²³⁾という報告があるが、今回の結果では対象者の約1割強において痴呆を疑う知的レベルにあることは注目に値する。

非痴呆群と疑痴呆群の2群においてTMIG得点および歩行速度において有意差が認められ、どちらも疑痴呆群において値は低く、すなわち日常生活活動能力が低かったことが示された。さらに、社会的活動能力をTMIGの各項目を通過率で比較した結果、4項目：1) バス、電車を使って一人で外出できる 7) 新聞を読む 8) 本を読む 12) 病人を見舞うであり、疑痴呆群において通過率が低く、すなわち「できない」と答えた割合が高かった。また、同群において歩行速度も有意に遅いこと、さらにHDS得点と歩行速度との有意な相関($r=0.238$, $p<0.05$)があったことから、身体的活動能力の低下との関連が認められ、知的能力レベルと歩行速度は強い関連がある²⁴⁾という結果に一致していた。歩行能力低下は精神的活動の低下をもたらしうるので、その改善や悪化防止を考え合わせていくことが望まれる。

地域高齢者の知的障害は社会活動状況に大きく影響をうけ、生命予後も悪い²⁵⁾ということが指摘されている。社会参加活動のきっかけは老人クラブであることも多い²⁶⁾ことから、高齢者にとっての老人クラブは身近なものといえる。しかし、今回の調査では社会活動

の一つである老人クラブに参加している高齢者においても知的障害が約1割にみられ、日常生活活動能力も低いことが示されたことは今後の保健福祉対策を検討するうえで重要である。具体的な対策として、(1)疑痴呆にある地域高齢者を早期に把握し、知的障害の改善、悪化防止のためのケアプログラムと予防対策を含めたケアシステム化を図ること (2)身体的活動能力を維持・向上させるための継続プログラムを老人クラブ等の活動内容に取り入れること (3)年代・家族形態のことなる高齢者が継続して老人クラブに参加できるような交通手段の確保や多様な活動内容の提供など、地域特性を考慮した支援体制の充実が必要であると考え。

謝 辞

本調査に多大なるご協力をいただきました小野田町老人クラブの皆様、小野田町保健福祉課の皆様、ならびに東北大学大学院障害科学運動障害学講座肢体不自由学教室の皆様に感謝致します。

引用文献

- 1) 総務庁統計局「国勢調査」、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
- 2) 厚生省編：国民生活基礎調査 平成7年 第1巻、P136、厚生統計協会、1997.
- 3) 藤田利治、旗野斉一：地域老人の日常生活動作の障害とその関連要因、日本公衆衛生雑誌、36(2)、76-87、1988.
- 4) 田中平三、中山健夫、野地有子、結城美智子、久代和加子：東京都中央区の1地区における老年者のADLとQOLの実態調査、平成8年度厚生省老人保健事業推進費等補助金による老年者のADL阻害要因とQOL調査に基づく介護福祉対策事業報告書(日本循環器管理研究協議会)、147-158、1997.
- 5) 玉腰暁子、青木利恵、大野良之、橋本修二、清水弘之、五十里 明、坂田清美、川村 孝、若井建志：高齢者における社会活動の実態、日本公衆衛生雑誌、42(10)、888-895、1995.
- 6) 岩崎 清、芳賀 博、中村洋一、小川裕、安村誠司、生地 新、新井宏朋：高齢者の日常生活行動と健康、社会老年学、29、86-92、1988.
- 7) World Health Organization：The Uses of Epidemiology in the Study of the Elderly；Report of WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging, WHO Technical Report Series 706, Genova, 1984.
- 8) 平田道憲：高齢者の生活時間、社会老年学、23、65-

- 67、1986.
- 9) 三浦文夫編：図説 高齢者白書1997、101、全国社会福祉協議会。
- 10) 七田恵子：高齢者の生活と健康、老年精神医学雑誌、8(2)、1333-1341、1997.
- 11) 岡田 博：高齢者の健康—その考え方と方策—、日本公衆衛生雑誌、29(5)、193-200、1982.
- 12) 加藤伸司、長谷川和夫ほか：改訂版長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R)の作成、老年精神医学雑誌、2、1339-1347、1991.
- 13) 古谷野 亘、柴田 博、中里克治、芳賀 博、須山靖男：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—、日本公衆衛生雑誌、34(3)、109-114、1987.
- 14) 鈴木堅二、半田健椿、黒後裕彦：症例研究1—脳卒中患者の歩行速度の回復予測—総合リハ、24(8)、745-750、1996.
- 15) Lawton MP：Assessing the competence of older people. In Kent DP, Kastenbaum R, Sherwood S (eds.), Research Planning and Action for the Elderly；The Power and Potential of Social Science, behavioral Publications, New York, 1972.
- 16) 鈴木康裕：農村に在住する高齢者の知的機能に関連する要因の解析、日本公衆衛生雑誌、42、442-453、1995.
- 17) Himann JE, et al：Age-related changes in speed of walking. Medicine and Science in Sports and Exercise, 20, 161-166, 1988.
- 18) Judge JO, Underwood M, Gennosa T. Exercise to improve gait velocity in older persons, Arch Phys Med Rehabil. 74, 400-406, 1993.
- 19) Huppert FA, Brayne C, O'connor D, eds.：Dementia and normal aging, Cambridge University Press, 1994.
- 20) 吉田義昭、他：高齢者の知的レベルに関する諸要因の研究、日本衛生雑誌、42、1092-1100、1988.
- 21) Hanninen T, Reinikainen kj, Halkata E-L：Subjective memory complaints and personality traits in normal elderly subjects. Journal American Geriatric Soci. 42、1-4、1994.
- 22) Arbuckel TY, Gold D, Andres D：Cognitive Functioning of older people in relation to social and personality variables, Psychol Aging, 1, 55-62, 1986.
- 23) Hultsch DF, Hammer M, Small BJ：Age differences in cognitive performance in latter life, Journal of

- Gerontology (Psychol Sci), 48, 1-11, 1993.
- 24) Jean A. Langlois, Penelope M. Keyl, et al: Characteristics of Older Pedestrians Who Have Difficulty Crossing the Street, American Public Health, 87(3), 393-397, 1997.
- 25) 中西範幸、西岡千里、山田敦弘、木本絹子、卯津羅祥子、青木美憲、米田英夫、長野聖、多田羅浩三：地域高齢者の知的障害に関連する要因と生命予後に関する研究、日本公衆衛生雑誌、44(11)、845-856、1997.
- 26) 経済企画庁国民生活局編：高齢者の新しい社会参加活動を求めて、大蔵省印圧局、1983.