

在宅で暮らす高齢者の生活スタイルと 知的機能低下の関連性

—ベッドタウン在住の高齢者について—

川島 和代 泉 キヨ子 加藤真由美
高橋 朝子 大森 絹子 小山 善子

KEY WORDS

Elders at Home, Life Stile, Mental Function

目 的

痴呆発生に関わる要因のひとつに、老後の消極的な生活スタイルによる脳の廃用症候の助長があると指摘されている¹⁾²⁾。こころと身体へ快適な刺激をもたらす積極的な生活スタイルの継続や改善が、痴呆の予防に有効ではないかと考えられる。

そこで、今回、痴呆発生予防と早期発見の具体的な手がかりを得る目的で、在宅で暮らす高齢者の知的機能のスクリーニング結果と日々の生活スタイルの実態を調査し両者の関連について検討した。

用語の定義

本研究で用いる生活スタイルとは、高齢者が今まで生きてきた生活過程の中で獲得してきた生活習慣やものの考え方、人とのかかわり方をさす。

方 法

1. 対象は、金沢市近郊のベッドタウンU町M地区に在住する65歳以上の高齢者のうち、調査会場まで出向くことが出来た116名である。(この地区の人口は1997年3月末現在1,731人であり、高齢化率15.9%である。)
2. 知的機能をスクリーニングするため、西村らが作成したN式精神機能検査を測定用具として用いた。「記憶」「見当識」など12項目で構成され、それぞれに得点が配され合計得点100点である。得点により正常から高度痴呆までの5段階に判定区分され、得点が低くなるに従って知的機能の低下を示す。本検査法の信頼性は、福永らによる再検

査法にて信頼係数0.868 ($P < 0.001$)、内容妥当性については、長谷川式簡易知能評価スケール(HDS)との相関係数0.879 ($P < 0.001$)で高い相関が得られている。³⁾

生活スタイルとして基本的な生活習慣や嗜好、対人関係、社会活動への参加状況、趣味や関心、生活への思い、さらに基本属性、健康障害と受療状況などを研究者らが作成した質問紙にて調査した。

3. データの収集は、事前に調査用紙を配布し、研究の趣旨に同意を得た対象に面接にて聞き取り調査を行った。
4. 分析方法は、N式精神機能検査の判定区分別に基本属性と生活スタイルの調査項目との関連をt検定、 χ^2 検定を行い5%の危険率で有意差があるとした。

結 果

1. 対象の背景(表1): 対象は男47名、女69名、平均年齢 73.2 ± 5.2 歳であった。家族構成は1人暮らしが22名、夫婦のみが34名と高齢者世帯が半数を占めた。平均在住年数は 19.1 ± 5.7 年であった。
2. 性別・年齢層とN式精神機能検査の判定区分との関係(表2): 全男性のN式精神機能検査の平均得点は 95.7 ± 4.3 点、女性は 93.0 ± 10.0 点と概ね高値を示していた。年齢階層別にみると、高齢になるほど正常群の割合が減少する傾向にあり、男性に比較すると女性の方が有意に平均得点の低下がみられた。一方、74歳以下の年齢層(いわゆる前期高齢者層)にも境界・軽度痴呆群が計22人

表1. 対象の背景

		n=116
調査項目		人数
性別	男性	47(40.5)
	女性	69(59.5)
年齢	65-69歳	38(32.8)
	70-74	34(29.3)
	75-79	26(22.4)
	80-84	15(12.9)
	85-89	3(2.6)
家族構成	ひとり暮らし	22(19.0)
	夫婦のみ	34(29.3)
	二・三世帯	57(49.1)
	その他	3(2.6)
配偶者	有	69(59.5)
	無	47(40.5)
職業	有職	21(18.1)
	無職	95(81.9)
在住年数	5年以下	5(4.3)
	6年以上	111(95.7)
学歴 (在学年数)	12年以上	32(27.6)
	11年-7年	40(34.5)
	6年以下	44(37.9)
持病	有	91(78.4)
	無	25(21.6)

単位:人(%)

表2. 性別・年齢階層からみたN式精神機能検査の平均値及び判定区分

項目	男 性				女 性				n=116	
	人数	平均値(点)	正常	境界	人数	平均値(点)	正常	境界	軽度痴呆	中等度痴呆
65-69歳	14	96.8±2.9	12(85.7)	2(14.3)	24	95.0± 8.7	15(62.5)	7(29.2)	2(8.3)	0
70-74	14	95.7±4.7	9(64.3)	5(35.7)	20	94.2± 7.3	14(70.0)	4(20.0)	2(10.0)	0
75-79	11	94.7±4.9	6(54.5)	5(45.5)	15	91.9±10.2	8(53.3)	3(20.0)	4(26.7)	0
80-84	8	95.1±5.3	5(62.5)	3(37.5)	7	84.1±18.0	3(42.9)	1(14.3)	2(28.6)	1(14.3)
85-89	0	—	0	0	3	94.7± 2.3	2(66.7)	1(33.3)	0	0
全対象	47	95.7±4.3*	32	15	69	93.0±10.0*	42	16	10	1

* p<0.05

単位:人(%)

表3. N式判定区分と生活スタイルとの関連

項 目	人数(%)	N式判定区分				
		正常	境界	軽度痴呆	中等度痴呆	
在学年数 *	12年以上	32(27.6)	25	7	0	0
	11-7年	40(34.5)	36	2	2	0
	6年以下	44(37.9)	13	22	8	1
聴力低下の有無 *	有り	40(34.5)	27	6	6	1
	無し	76(65.5)	47	25	4	0
老人会への参加 *	参加	52(45.2)	26	18	7	1
	不参加	63(54.8)	47	13	3	0
異性への関心度**	気になる	2(1.8)	2	0	0	0
	まあまあ気になる	33(28.9)	23	9	1	0
	余り気にならない	55(48.2)	39	14	2	0
	気にならない	24(21.1)	9	7	7	1

* p<0.05

** p<0.001

単位:人

表4. 性・年齢層と持病の有無の関連

項目	n=116					
	人数(%)	男性*		女性		
		前期高齢者	後期高齢者	前期高齢者	後期高齢者	
持病の有無	有	91(78.4)	25	11	33	22
	無	25(21.6)	3	8	11	3

* p<0.05 単位:人

表5. 持病の内訳 (複数回答)

順位	男性		女性	
	疾患名	人数	疾患名	人数
1	循環器疾患	22(42.3)	循環器疾患	51(50.5)
2	代謝・内分泌疾患	12(23.1)	骨・関節疾患	24(23.8)
3	泌尿・生殖器疾患	6(11.5)	代謝・内分泌疾患	10(10.0)
4	消化器疾患	4(7.7)	血液・造血疾患	3(3.0)
5	脳血管疾患	3(5.8)	感覚器疾患	3(3.0)
	骨・関節疾患	3(5.8)	泌尿器疾患	2(2.0)
	その他	2(3.8)	その他	8(7.8)
	計	52(100.0)	計	101(100.0)

単位:人(%)

(19.0%) みられた。

3. N式判定区分と生活スタイルとの関連 (表3): N式判定区分別に基本属性や生活スタイルの結果との関連をみたところ、有意差があった項目は、「在学年数」「聴力低下の有無」「異性への関心度」であり、知的レベルの高い群にこれらの項目の程度や関心の高い者が多くみられた。しかし、「老人会への参加」の項目はN式判定区分が低下している人に老人会参加者の割合が有意に増加していた。
4. 持病の有無について (表4・表5): 性別・年齢層別に「持病の有無」をみると、91名(78.4%)の者が持病を有していた。特に前期高齢者の男性、全女性の約8割の者が持病を有しており、その内訳は表5に示す通り高血圧や糖尿病、骨・関節の障害などが上位を占めている。

考 察

今回の対象は、自分で調査会場まで出向くことが出来る高齢者であり、比較的若く、自立度が高い方々であったため、この地域全体の特徴を反映しているとは言い難い。独居・夫婦世帯が多く本地域がベッドタウンとしてつくられた20年位前に移り住んだ方が多い地域といえる。また、高齢化率は平成9年度の全国平均(15.6%)をやや上回っているが大差はみられなかった。

N式精神機能検査は、知的機能の一端を把握でき

るにすぎないが、今回の対象は概ね高得点であった。しかし、前期高齢者層にも境界域がみられたことは、日常的には問題なく過ごしている高齢者でも、知的機能の衰えが日々気づかれずして進行している可能性が示唆された。

N式判定区分と生活スタイルの関連で有意差がみられた項目について考察する。「在学年数」の長い人、つまり高学歴の人に知的機能の衰えが少ないのは、学習の機会や習慣、知的な行事への参加の動機が高く保持され、環境要因⁴⁾の一つである社会性を高める基礎ではないかと思われた。「聴力」の低下のない人に知的機能の衰えが少なかった。聴力の低下は、外界の情報を捉えにくくし、外部や他者への関心低下につながりやすいと言えよう。加齢による聴力低下は避けられないとしても、早期に補聴器など適切な補助具の使用、家族の理解などを高めることが重要と考える。ただし、聴力の低下のため調査者の質問の意図を充分にくみ取れない高齢者もあると考えられ、こうした集団での調査の時の配慮の必要性も指摘できよう。「異性への関心」は、知的機能が高い人は異性への関心が高かった。異性を意識して行動することは、適度な脳の活性化⁵⁾に有用な因子になりうるのではないかと考えられた。反対に「老人会への参加」は知的レベルの低い群に参加者の割合が高かった。鈴木らの行った農村に在住する高齢者の知的機能に関連する要因では、老人クラブなど地域の会合への出席と痴呆の程度とは負の相関

があったと報告されている⁶⁾。今回、対象とした高齢者の平均年齢が若く、有職者であったり他の社会活動を行っており老人会へ参加する機会が少ないこと、ベッドタウンということから地域とのつながりが元来希薄なことも考えられた。しかし、職業引退や家庭での役割交代後に生じやすい閉じこもりの生活を回避するためには意識的に性差や年齢差を越えた交流の場づくりの必要性が示唆された。

知的機能の高さを保証する身体健康度をみると対象の8割が何らかの疾患を有していた。疾病の内訳から推察すると高血圧や糖尿病は脳血管・細胞の器質的変化をもたらすと考えられる。さらに加齢と共に骨・関節障害が顕在化してくると、活動性の低下の要因になると考えられる。高齢者が知的機能を維持していくためには疾患の予防やコントロール、悪化防止が重要と言えよう。

本研究は、悉皆調査ではなく調査に同意を得られた高齢者のみとしたため対象に偏りがあり、一般化する事には限界がある。在宅で暮らす健康な高齢者にとって知的機能を第三者が測定することには若干の抵抗もあると予測され、調査実施時十分な配慮が必要と考えられた。高齢者の痴呆予防への看護を考える基礎とするべく今後、各年齢層、異なる地域など対象数を増やして比較検討していきたいと考えている。

まとめ

1. N式精神機能検査では、男性、聴力低下のない人、在学年数の長い人に平均得点が高かった。
2. N式得点の高い人に老人会参加の割合が低く、対象の年齢層が若く、他の社会活動を行っている可能性、地域のつながりの希薄さが考えられた。
3. N式得点の高い人に、異性への関心が高く、性差を越えた交流の場づくりの必要性が示唆された。
4. 持病を有する者が8割に上り、活動を妨げる疾患の悪化予防が重要と考えられた。

謝 辞

本調査にご協力頂いたU町役場職員並びにM地区在住高齢者の皆様に厚く御礼申し上げます。

文 献

- 1) 山口晴保他：廃用による痴呆化。老年精神医学雑誌，6(2)，195-201，1995。
- 2) 金子満雄他：老人性痴呆の進行の予防は可能。日本医事新報，No. 3607，43-46，1993。
- 4) 福永知子他：新しい老人精神機能検査の作成。老年精神医学，5(2)，221-231，1988。
- 4) 岩田弘敏他：老人性痴呆発症の要因探索のための患者・対照研究。厚生指標，42(1)，32-38，1995。
- 5) 金子満雄：老人性痴呆の正しい知識。第2版，11，南江堂，1995。
- 6) 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。日本公衆衛生学雑誌，42(7)，442-453，1995。

The Relationship between the Life Style and Mental Function of Elders at Home

— For the Elderly in the Suburbs of Kanazawa —

Kazuyo Kawashima, Kiyoko Izumi, Mayumi Kato
Asako Takahashi, Kinuko Omori, Yoshiko Koyama