

# 琉球大学学術リポジトリ

## 沖縄県長寿の検証： 老化と寿命に関する10年後の総合的追跡研究

メタデータ	言語: 出版者: 平良一彦 公開日: 2007-04-09 キーワード (Ja): 長寿, 追跡研究, 日常生活動作能力, 生活体力, 在宅ケア, 生活習慣, 睡眠健康 キーワード (En): Longevity, Longitudinal Study, Activity of Daily Living, Physical Activity, Home Care, Sleep 作成者: 平良, 一彦, 新屋, 信雄, 宇座, 美代子, 戸田, 隆義, 高倉, 実, 長浜, 直樹, 白川, 修一郎, Taira, Kazuhiko, Shinya, Nobuo, Uza, Miyoko, Toda, Takayoshi, Takakura, Minoru, Nagahama, Naoki, Shirakawa, Shuichiro メールアドレス: 所属:
URL	<a href="http://hdl.handle.net/20.500.12000/313">http://hdl.handle.net/20.500.12000/313</a>

## 高齢者の睡眠健康と生活習慣についての検討

和文抄録：長寿県沖繩大宜味村の高齢者を対象として、10年後の追跡調査を行い、睡眠健康と生活習慣について検討した。睡眠健康危険度得点の序列により、対象者から睡眠健康良好群と不良群を抽出し、群間比較を行った。睡眠健康不良群は、睡眠健康良好群に比べ、入眠潜時や目覚めてから床を離れるまでの時間が有意に長いことが判明した。また、1時間未満の昼寝を取得する人の割合が不良群に比べ多いこと、居眠りの混入する人の割合も有意に低いことが明らかになった。特に、良好群では、夕方の居眠りの混入も少なかった。また、睡眠健康良好群の高齢者は週3日以上運動習慣を有する人の割合が不良群に比べ有意に多く、散歩習慣（1年以上）を有する人の割合も有意に多かった。さらに、10年前の日常生活の比較においても、散歩や体操の有無に有意差が認められた。一方、食事時間に差はないものの、3年以上同じ食習慣を維持している人の割合は、良好群で有意に多かった。十年前の食内容を調べてみると、良好群は海藻類の摂取が有意に多く、魚類の摂取にも有意差が認められた。また、当時の老人クラブへの参加の有無の割合に有意差がみられ、人付き合いも量も良好群で多かった。さらに現在のモラール得点も睡眠良好群で有意に高く情緒的適応性が高いことが判明した。

### はじめに

厚生省は平成9年版厚生白書のなかで、「健康」と「生活の質」の向上のために、「生活習慣病」の概念を新しく提案している。健康増進や疾病予防という、一次予防の観点からの提案である。この生活習慣病を予防するための重要な柱のなかには、適度な運動をする、適正な睡眠時間をとるなどの生活習慣と密接に関連した項目があげられている。高齢者では、様々な身体疾患の罹患率の増加とともに睡眠障害の発症も増えてくることが知られている。また、高齢者の健全な生活を阻害している要因には、生活習慣が大きく関係している可能性が高いことが指摘されている<sup>10)</sup>。一方、高齢者の睡眠健康の悪化とライフ・スタイルやライフ・イベントとの関係を検討した研究において、高齢者における睡眠の障害は、社会的適応や社会進出を妨害し、生活の質（Quality of life）や健康な生活状態の確保において重大な問題となっていることが指摘されている<sup>10,11,12)</sup>。また、中高年者では不眠を主とする睡眠健康の悪化が生活不満のなかで大きな割合を占めるようになり、これが心身両面で健康感を低め、生活ストレスを高めることが指摘されている<sup>6)</sup>。これらの知見は、睡眠健康の悪化が生活習慣病のリスクを高めていることを示唆している。さらに、中高年期以降には若年期には観察しがたい様々な睡眠障害の発生が報告されている<sup>8)</sup>。平均寿命や百歳長寿率などの指標で日本一を誇る沖繩では、いわゆる三大生活習慣病（ガン、心疾患、脳血管疾患）による死亡率が日本全国で最も低く、また、人口10万人あたりの百歳以上の長寿者の占める割合が最も多いことは、良く知られている。そこで、本研究では、長寿村で知られる沖繩県大宜味村の高齢者を対象として10年間の追跡調査を行い、睡眠健康の悪化とその発生に関係すると考えられている生活習慣について、睡眠健康の良否の観点から検討した。

## 対象および方法

沖縄県大宜味村在住の65才以上の高齢者を279名対象として調査を行った。今回と10年前のデータがともに得られた109名を分析に用いた。また、対象者は通常の家生活を送っている者で、問題となる疾患に罹患している者は分析から除外した。さらに、10年前に身体的・精神的疾患および睡眠に問題がある者も分析から除外した。最終有効分析数は85名であった。保健婦を通じて自宅にて記入要領を十分に説明したうえで調査票を配布し、1週間後に配布場所にて回収した。調査時期については気温等の影響が行動に強く現れるため季節に留意し、梅雨時期を避け、1998年10月と11月に調査を行った。調査票は、睡眠健康調査アンケート10)を一部修正したものをを用いた。生活習慣および睡眠の健康に関する質問項目(77項目)で構成された調査票である。睡眠にかかわる生活習慣に関しては、平日・休日の就床時刻、起床時刻、睡眠時間等を含む小児から高齢者まで共用の質問項目で構成されている。その他の生活習慣および睡眠健康に関しては、健康状態や健康意識度を把握するために、治療中の病気の有無、運動の有無などの項目、および高齢者特有の睡眠問題や社会適応度にも考慮し、高齢者専用の質問項目とLawton7)のPGCモラル・スケールによる情緒的社会適応度についての質問項目を含め、構成した。

データ分析：睡眠にかかわる生活習慣の項目については、平日および休日の睡眠時間・就床時刻・起床時刻について、平均値、標準偏差を求めた。睡眠健康に関しては、白川ら10)、田中ら13)に準拠し、以下の5因子について検討した。さらに、その各因子得点の合計得点を睡眠健康危険度得点とし、総合的な睡眠健康の良否について検討した。

### 1)第1因子；睡眠維持障害関連

- (1) 中途覚醒、(2) 熟眠感、(3) 夜間頻尿
- (4) 早朝覚醒

### 2)第2因子；睡眠随伴症状関連

- (5) 寝ぼけ、(6) 金縛り、(7) 恐怖性入眠
- 時幻覚、(8) むずむず脚・四肢運動異常

### 3)第3因子；睡眠時無呼吸関連

- (10) いびき、(11) 睡眠時無呼吸

### 4)第4因子；起床困難関連因子

- (12) 起床困難、(13) 床離れ

### 5)第5因子；入眠障害関連因子

- (9) 睡眠薬、(14) 入眠潜時

睡眠健康に関する各因子の得点については、各関連質問項目の得点の平均値を求め算出した。睡眠健康危険因子別得点を計算するために採用した質問項目は、睡眠に直接関係し、その反応が態度尺度と考えられる14項目である。各睡眠健康危険度得点の付与の方向は、各質問項目の睡眠内容に問題があると考えられる反応を高得点とし、問題が全くない場合には、得点は0点とした。また、各質問項目に得点を付与した後、総得点を各対象者ごとに集計し、G-P分析による弁別力の検定を行うために、得点の上位50%をpoor sleeper群、得点の下位50%をgood sleeper群とし、抽出した。14質問項目および5因子に全てにおいて、両群間で統計的な有意差が認められ、全ての項目、因子に弁別力のあることが保証された。

統計的検定：数量化可能な項目あるいは因子に関しては、t検定、分散分析を用いて検

定した。下位検定にはTukey法を用い、有意水準は5%とした。その他の項目に関してはクロス集計により出現頻度を算出し、 $\chi^2$ 検定を行った。

## 結果

睡眠健康危険度得点の序列により、睡眠健康良好群として上位40名（男性14名；女性26名；平均81.5歳）、睡眠健康不良群として、下位40名（男性15名；女性25名；平均82.0歳）を抽出し、群間比較を行った。年齢分布については、群間差、性差は認められなかった。表1は、睡眠健康危険度得点の群間比較を示したものである。睡眠健康危険度得点では、睡眠健康不良群が良好群に比べ有意に高いことが確認できた( $p < 0.01$ )。さらに、睡眠健康危険度得点を構成する各睡眠健康危険因子の得点を群間で比較した。各睡眠健康危険因子すなわち睡眠維持障害関連得点、睡眠随伴症状関連得点、睡眠時無呼吸関連得点、因子起床困難関連得点、入眠障害関連得点については、いずれの得点も睡眠健康不良群が良好群に比べ有意に高いことが明らかであった(いずれも $p < 0.01$ )。5危険因子のなかでも、睡眠維持障害関連得点（不良群平均 $1.50 \pm 0.52$ ；良好群平均 $0.67 \pm 0.34$ ）と入眠障害関連得点（不良群平均 $1.46 \pm 0.75$ ；良好群平均 $0.66 \pm 0.60$ ）は、他の因子、すなわち、睡眠随伴症状関連得点、睡眠時無呼吸関連得点、起床困難関連得点に比べ、良好群と不良群の差が際だって顕著だった。次に、睡眠健康の良否と睡眠にかかわる生活習慣の関連について検討した。表2の睡眠にかかわる生活習慣については、睡眠健康不良群が良好群に比べ就床時刻が有意に早くなっていた。就床時刻は群間差がみめられなかった。睡眠時間に関しては、不良群が良好群に比べ短い傾向を示したが、有意差は認められなかった。しかし、睡眠健康不良群は、睡眠健康良好群に比べ、入眠潜時や目覚めてから床を離れるまでの時間が有意に長いことが判明した。睡眠時間が良好群に比べ、短縮している可能性が伺われた。そこで、睡眠健康の良否により、睡眠に対する愁訴がどう異なるかを検討した。表3に示すように、現在、睡眠問題愁訴がある者は不良群が良好群に比べ有意に多かった。また、睡眠充実感についても、不良群が良好群に比べ有意に低かった。次に、睡眠健康の良否と生活習慣について検討した。昼寝をとると答えた者の割合は、両群40%代で群間差が認められなかったが、昼寝をする者のうち、1時間未満の昼寝をとる者の割合については、睡眠健康良好群88.9%と不良群66.7%に比べ多いことがわかった。また、居眠りの混入する人の割合も有意に低いことが判明した。特に、良好群では、夕方の居眠りの混入も少なかった。表3に示すように、週3日以上運動習慣を有する者の割合や1年以上の散歩習慣を有する者の割合は、睡眠健康良好群が不良群に比べ多い傾向を示していた。また、仕事や運動時間帯の不規性が低いことがわかった。さらに、睡眠問題が高齢者の社会生活上の心理的内省や身体的健康に影響を及ぼし、QOLの障害を引き起こしている可能性について検討した。現在、治療中の病気なしと回答した高齢者の割合は、睡眠健康良好群の23.1%と不良群13.5%に比べて多く、身体的健康が良好であることがわかった。また、表5の情緒適応性得点についても、睡眠健康良好群が13.3点で、不良群の11.0点に比べ有意に高く、睡眠健康が良好である方が、精神的健康が良好であることが明らかになった。そこで、つぎに睡眠健康を良好であることの要因を探るために、情緒適応性得点の項目別群間比較を行った。その結果を表6に示した。さらに10年前の日常生活や食生活についても検討した（表7,8）。10年前の日常生活

の比較においても、散歩や体操の有無に有意差が認められた。また、当時の老人クラブへの参加の有無の割合に有意差がみられ、人付き合いも量も良好群で多かった。一方、食事時間に差はないものの、3年以上同じ食習慣を維持している人の割合は、良好群97.4%で不良群の85.7%に比べ、有意に多かった。十年前の食内容を調べてみると、良好群は海藻類の摂取に有意に多く、魚類の摂取にも有意差が認められた。

本研究では、睡眠健康危険度得点の序列により、睡眠健康不良群と、良好群に分類し、睡眠健康と生活習慣との関連について検討を行った。その結果、1) 睡眠健康が良好な者ほど、適度な運動や短い昼寝(1時間未満)を行ったり、散歩習慣を持つていること、2) 睡眠健康が良好な人ほど、病気の数も少なく、情緒的適応性が高く、身体的健康や精神的健康状態が良好であることが明らかになった。しかし、今回の結果は、抽出した例数が少なく、結果を一般化するのには慎重を期する必要がある。そこで、沖縄県の他地区で調査を行い比較検討することとした。さらに、今回、例数の関係上分析出来なかった性差についても検討を行うこととした。

### 対象および方法

対象者として、沖縄県佐敷町在住の60歳から93歳の788名を無作為抽出した。また、対象者は通常の家生活を送っている者で、問題となる疾患に罹患している者は分析から除外した。保健婦を通じて自宅にて記入要領を十分に説明したうえで調査票を配布し、1週間後に配布場所にて回収した。有効回答数は684通であった。調査時期については気温等の影響が行動に強く現れるため季節に留意し、梅雨時期と盛夏を避け、1998年6月梅雨明け後に調査を行った。調査票は、睡眠健康調査アンケート10)を一部修正したものをを用いた。生活習慣および睡眠の健康に関する質問項目(77項目)で構成された調査票である。睡眠にかかわる生活習慣に関しては、平日・休日の就床時刻、起床時刻、睡眠時間等を含む小児から高齢者まで共用の質問項目で構成されている。その他の生活習慣および睡眠健康に関しては、健康状態や健康意識度を把握するために、治療中の病気の有無、運動の有無などの項目、および高齢期特有の睡眠問題や社会適応度にも考慮し、高齢者専用の質問項目とLawton<sup>7)</sup>のPGCモラル・スケールによる情緒的社会適応度についての質問項目を含め、構成した。

データ分析：睡眠にかかわる生活習慣の項目については、平日および休日の睡眠時間・就床時刻・起床時刻について、平均値、標準偏差を求めた。睡眠健康に関しては、白川ら<sup>10)</sup>、田中ら<sup>13)</sup>に準拠し、以下の5因子について検討した。さらに、その各因子得点の合計得点を睡眠健康危険度得点とし、総合的な睡眠健康の良否について検討した。

#### 1)第1因子；睡眠維持障害関連

- (1) 中途覚醒、(2) 熟眠感、(3) 夜間頻尿
- (4) 早朝覚醒

#### 2)第2因子；睡眠随伴症状関連

- (5) 寝ぼけ、(6) 金縛り、(7) 恐怖性入眠
- 時幻覚、(8) むずむず脚・四肢運動異常

#### 3)第3因子；睡眠時無呼吸関連

- (10) いびき、(11) 睡眠時無呼吸

#### 4)第4因子；起床困難関連因子

(12) 起床困難、(13) 床離れ

5)第5因子；入眠障害関連因子

(9) 睡眠薬、(14) 入眠潜時

睡眠健康に関する各因子の得点については、各関連質問項目の得点の平均値を求め算出した。睡眠健康危険因子別得点を計算するために採用した質問項目は、睡眠に直接関係し、その反応が態度尺度と考えられる14項目である。各睡眠健康危険度得点の付与の方向は、各質問項目の睡眠内容に問題があると考えられる反応を高得点とし、問題が全くない場合には、得点は0点とした。また、各質問項目に得点を付与した後、総得点を各対象者ごとに集計し、G-P分析による弁別力の検定を行うために、得点の上位25%をpoor sleeper群、得点の下位25%をgood sleeper群とし、抽出した。14質問項目および5因子に全てにおいて、両群間で統計的な有意差が認められ、全ての項目、因子に弁別力のあることが保証された。

統計的検定：数量化可能な項目あるいは因子に関しては、t検定、分散分析を用いて検定した。下位検定にはTukey法を用い、有意水準は5%とした。その他の項目に関してはクロス集計により出現頻度を算出し、 $\chi^2$ 検定を行った。

## 結 果

睡眠健康危険度得点の序列により、睡眠健康不良群として上位150名（男性82名；平均70.8歳、女性68名；平均70.9歳）、良好群として、下位150名（男性82名；平均69.8歳、女性68名；平均70.7歳）を抽出し、群間比較を行った（表1）。年齢分布については、群間差、性差は認められなかった。図1は、睡眠健康危険度得点の群間比較を示したものである。睡眠健康危険度得点では、不良群が良好群に比べ有意に高いことが確認できた( $p<0.01$ )。図2は、睡眠健康危険度得点を構成する各睡眠健康危険因子の得点の群間比較を示したものである。各睡眠健康危険因子すなわち睡眠維持障害関連得点、睡眠随伴症状関連得点、睡眠時無呼吸関連得点、因子起床困難関連得点、入眠障害関連得点については、いずれの得点も睡眠健康不良群が良好群に比べ有意に高いことが明らかであった(いずれも $p<0.01$ )。5危険因子のなかでも、睡眠維持障害関連得点（不良群平均 $1.4 \pm 0.5$ ；良好群平均 $0.5 \pm 0.3$ ）と入眠障害関連得点（不良群平均 $1.4 \pm 0.8$ ；良好群平均 $0.1 \pm 0.3$ ）は、他の因子、すなわち、睡眠随伴症状関連得点（不良群平均 $0.3 \pm 0.4$ ；良好群平均 $0.0 \pm 0.1$ ）、睡眠時無呼吸関連得点（不良群平均 $0.9 \pm 0.8$ ；良好群平均 $0.3 \pm 0.4$ ）、起床困難関連得点（不良群平均 $0.7 \pm 0.6$ ；良好群平均 $0.1 \pm 0.2$ ）に比べ、不良群と良好群の差が際だって顕著だった。さらに、睡眠時無呼吸関連得点、起床困難関連得点、入眠障害関連得点については有意な性差が認められた。睡眠時無呼吸関連の得点については、不良群の男性が1.2点と女性の0.6点に比べ有意に高く ( $p<0.05$ )、睡眠時無呼吸のリスクは男性で高いことが沖縄でも確認された。また、起床困難関連得点については、不良群で女性が0.8点と、男性の0.6点に比べ有意に高かった( $p<0.05$ )。さらに、入眠障害関連得点も不良群で女性が1.5点と、男性の1.2点に比べ有意に高く( $p<0.05$ )、入眠と睡眠維持に関しては、女性のリスクが高いことが明らかになった。そこで、睡眠健康の良否と睡眠にかかわる生活習慣の関連について検討した。表1の睡眠にかかわる生活習慣については、睡眠健康不良群が良好群に比べ就床時刻と起床時刻ともに有意に早くなり、明らかに睡眠相が前

進していた。就床時刻に関しては性差は認められなかったが、起床時刻については、不良群の女性が5時23分と他群に比べ有意に早く起床していた ( $p<0.05$ )。睡眠時間についても群間差、性差が認められ、不良群が良好群に比べ、睡眠時間が短いことが判明した。さらに、高低両群ともに、女性の睡眠時間が男性に比べ短いことも明らかになった。そこで、睡眠健康の良否により、睡眠に対する愁訴がどう異なるかを検討した。表2に示すように、睡眠時間の不足を訴える者、現在、睡眠問題愁訴がある者、過去に睡眠問題愁訴がある者の割合は、いずれも不良群が良好群に比べ有意に多かった。性差については、いずれの項目においても、不良群の女性で最も多いことが明らかになった。また、これらの睡眠問題に関する愁訴については、睡眠習慣の結果とも対応していた。

次に、睡眠健康の良否と生活習慣について検討した。昼寝をとると答えた者の割合は、不良群が39.3%、良好群で33.0%で群間差が認められなかった。しかし、昼寝をする者のうち、1時間未満の昼寝をとる者の割合については、睡眠健康良好群が不良群に比べ有意に多かった (図3左上段)。また、適度な運動を行う者 (図3左中央)、3年以上の散歩習慣を有する者の割合 (図3右中央) は、睡眠健康良好群が不良群に比べに多い傾向を示していた。さらに、睡眠問題が高齢者の社会生活上の心理的内省や身体的健康に影響を及ぼし、QOLの障害を引き起こしている可能性について検討した。その結果、図3左下段に示すように、睡眠健康良好群の高齢者は、不良群に比べ、病気の数が有意に少なく、身体的健康の悪化リスクが低いことが明らかになった。また、図3右下段のモラール得点についても、両群とも性差はみられず、睡眠健康良好群が13.5点で、不良群の11.3点に比べ有意に高く、睡眠健康が良好である方が、情緒適応性が有意に高いことが明らかになった。

## 高齢者の睡眠健康確保に適正な生活習慣についての探索的研究

### 序 論

我々の先行研究において那覇圏の高齢者は、東京圏の高齢者に比べ、睡眠健康が良好であることが判明している。さらに、睡眠健康確保にとって適正な生活習慣を明らかにすることを目的に、沖縄の高齢者788名を対象に探索的調査を行った(14)。調査結果で得られた問題点を検証するために、睡眠健康良好群・不良群から各9名ずつ抽出し、活動量を1週間連続測定した。

### 研究方法

調査期間；11月中旬以降から3週間、健常高齢者18名(身体疾患による影響の少ない者)。睡眠の健康と生活習慣に関する調査対象者788名の中から、睡眠健康危険度により分類し、睡眠健康良好群9名、睡眠健康不良群9名を抽出し、活動量(アクチグラフ)を1週間連続測定し、併用して、睡眠日誌、および起床1時間後から2時間ごとの主観的眠気についても測定した。事前に説明面接会を行い研究の内容についてよく説明し承諾書を得た。CMI(身体的健康度)、改訂版簡易長谷川式知能テストにより、精神および身体に問題のないことを確認した。調査関係者2人で自宅へ出向き、アクチグラム装着(非利き

手)、測定期間中のスケジュールについて再度説明を行なった。その後、睡眠調査票、GHQ(精神的健康度)、ストレス・コーピングインベントリーを行った。アクチグラムの装着期間は必ず土日を含む1週間で原則、初日午後装着、回収は1週間後の午前中とした。

アクチグラム装着期間中:起床時に「睡眠感調査票」、起床時心理状態調査VASに記入してもらった。また、夜電話で「生活日誌」について聞き取り調査を行った。就床前には、就床前心理調査を自記式で行った。さらに、期間中2日間、日中の主観的眠気を調べるために、起床1時間後より2時間ごとに、スタンフォード大式眠気尺度(SSS)に記入してもらった。アクチグラム回収時には内省報告を聴取した。測定期間開始直前に、不良群1名がけがで入院したため、最終的には、睡眠健康良好群9名、睡眠健康不良群8名を対象に測定を行った。

## 結果

表1に示すように、活動量測定の結果、睡眠健康不良群が良好群に比べ、中途覚醒時間や入眠潜時が約3倍長く、中途覚醒の割合も多いことが判明した。また、睡眠効率も不良群が有意に低いことが確認できた。このことは、睡眠健康不良群が睡眠健康良好群に比べ、睡眠の質が悪化していることを客観的データで実証したものと見える。また、表2の日中の主観的眠気についても、睡眠健康不良群が良好群より高く、特に夕方に顕著であることが判明し、夜間睡眠の悪化は、日中の適正な覚醒維持、特に夕方の眠気、居眠りと関連していることが示唆された。さらに、群間でGHQ得点を比較したところ、睡眠健康不良群が睡眠健康良好群に比べ有意に得点が高く、睡眠健康良好群は精神的健康状態も良好であることが判明した。以上、本研究の結果より、睡眠健康の維持や増進には、適度な運動や散歩、短い昼寝等の生活習慣が重要な位置を占めていること、また、睡眠健康が身体的健康や精神的健康とも密接に関与していることが示唆された。このように、散歩を含む運動と昼寝の習慣が、沖縄での良好な睡眠健康の保持に寄与している可能性が高い。今回の調査では、食事習慣が含まれておらず、今後さらに運動と昼寝習慣の役割についての確認を行うとともに食事習慣の検討も行う予定である。

## 考察

高齢者は若年者に比べ、就床時刻・起床時刻が早くなり、睡眠相が前進することが報告されている(4,15)。また、高齢者の睡眠障害は、サーカディアンリズムの位相前進と関連しているとの指摘もある(5)。調査結果より、睡眠健康危険度の高い高齢者は、良好群に比べ、就床時刻と起床時刻が早くなり睡眠相が前進していた。しかし、活動量測定の結果、有意な位相前進は認められなかった。この点に関しては、今後の再検討すべき重要課題であると考えられる。一方、睡眠に関する生活習慣の性差について調べると、起床時刻で男女差がみられ、不良群の女性は不良群男性、良好群男性、女性に比べ有意に早く起床していた。また、睡眠時間についても、危険度高低両群ともに女性が男性に比べ短いことが明らかになった。さらに、睡眠時間の不足を訴える者、現在、睡眠問題愁訴がある者、過去に睡眠問題愁訴がある者の割合は、いずれも不良群が良好群に比べ有意に多く、さらに不良群の女性で最も多いことが判明した。閉経期以降、女性の長期不眠の発症率が上昇し、男性の発症率を上回ることが指摘されている(8)。また、睡眠障害の愁訴は男性よりも女性



に多いことが報告されている9)。今回の結果はこれらの知見を支持するものと考えられる。一方、上述のように、短時間の昼寝については、我々の先行研究10,11,12)を支持する結果が得られた。これは、習慣的に短時間の仮眠をとることの有効性を再確認したものであった。また、今回、睡眠健康が良好な人ほど、病気が少なく、情緒的適応性が高いという結果は、睡眠健康が高齢者のQOLの確保に重要であることを示していた。我々は先行研究で、東京、名古屋、大阪の3地域を比較し、東京圏勤務者や家族の睡眠が最も障害されており、その原因として生活習慣が関与している可能性を指摘した13)。今回の結果は、中年勤務者を対象とした本研究者らの報告13)と睡眠相の面で異なっていた。すなわち、睡眠健康危険度得点の高い東京圏の勤務者では、睡眠相が後退しており、一方、沖縄在住の高齢者では、危険度高得点群の方が睡眠相が前進していた。高齢者では睡眠健康を悪化させる要因として、覚醒機能の低下があり、東京圏の中年勤務者では、社会的規制による要因が別途存在している可能性が考えられるが、この点は今後重点的に検討すべき課題として残っている。

以上のように本研究の結果は、高齢者の睡眠健康の悪化は生活習慣が大きく関与しており、睡眠健康の悪化は身体的健康や精神的健康とも関係している可能性の大きいことを示唆していた。そこで、更に睡眠健康について詳細に吟味するために、睡眠健康危険度を構成する各因子項目について検討し、それに伴う考慮すべき社会的問題について論じる。今回、睡眠健康については、睡眠維持障害関連得点、睡眠随伴症状関連得点、睡眠時無呼吸関連得点、起床困難関連得点、入眠障害関連得点のいずれも、睡眠健康不良群が良好群に比べ有意に高かった。高齢者の睡眠健康悪化の原因は、生体リズム機構や睡眠機構の老化による機能低下に起因すると考えられるが、本研究においても睡眠健康関連因子のなかでも睡眠維持障害関連因子と入眠障害関連因子の得点が睡眠健康不良群で良好群に比べ顕著に高い値を示した。このことは睡眠機構や生体リズム機構の加齢変化が高齢者の長期不眠や入眠障害に強く影響していることを推測させる。夜間の睡眠に障害が生じ、十分な睡眠が確保できなかつた場合には、翌日の日中の眠気が強くなり2)、注意力や作業能力の低下をもたらすこと1)が報告されている。この日中の眠気、すなわち覚醒機能の低下は若年者より高齢者の方が強く出現し3)、前夜の睡眠が障害されているときにはより増強され、重大な問題となる場合が多い。本研究の結果は、生活習慣が高齢者の睡眠の健康維持や増進に重要な位置を占めていることを示している。一方で、今回の研究では、高齢者の睡眠に重要な影響を及ぼしていると近年考えられている生体リズム的見地からの検討が不足していた。今後、沖縄の高齢者の睡眠健康に関する研究を行う場合、生体リズムの規則性を規定する光の受光量や食事や運動習慣の規則性についての検討が必要であると本研究より考えられた。

また、睡眠時無呼吸関連得点については、不良群で男性が、女性に比べ有意に高く、睡眠時無呼吸のリスクは男性で高いことが沖縄でも確認できた。一方、起床困難関連得点は、不良群で女性が男性に比べ有意に高かった。さらに、入眠障害関連得点も不良群で女性が、男性に比べ有意に高く、女性の方がこの面でのリスクが高いことが明らかになった。この起床困難・入眠障害の性差は、今回、睡眠習慣で得られた女性が男性に比べ、起床時間が早いこと、睡眠時間が短いこと、睡眠時間の不足感や睡眠愁訴率が高いこととも対応していた。

本研究は、沖縄県の高齢者、特に女性高齢者の睡眠健康の悪化に生活習慣が強く関与して

いる可能性を示していた。生活習慣と睡眠健康との関係をより明確し、健康な睡眠を確保可能な生活習慣を提示する為には、文化的・社会的背景大きく異なる地域間での生活習慣と睡眠健康の関係を検討する必要性が高いと考えられる。また、同一地域に長く居住する高齢者を対象とした、長期間のコホート研究も有用な情報を供し得ると考えられる。

一方、活動量測定の結果、睡眠健康不良群が良好群に比べ、中途覚醒時間や入眠潜時が約3倍長く、中途覚醒の割合が多く、睡眠効率も不良群が有意に低いことが確認できた。このことは、睡眠健康不良群が睡眠健康良好群に比べ、睡眠の質が悪化していることを客観的データで実証したものと見える。また、日中の主観的眠気についても、睡眠健康不良群が良好群より高く、特に夕方に顕著であることが判明し、夜間睡眠の悪化は、日中の適正な覚醒維持、特に夕方の眠気、居眠りと関連していることが示唆された。以上、本研究の結果より、睡眠健康の維持や増進には、適度な運動や散歩、短い昼寝等の生活習慣が重要な位置を占めていること、また、睡眠健康が身体的健康や精神的健康とも密接に関与していることが示唆された。このように、散歩を含む運動と昼寝の習慣が、沖縄での良好な睡眠健康の保持に寄与している可能性が高い。今回の調査では、食事習慣が含まれておらず、今後さらに運動と昼寝習慣の役割についての確認を行うとともに食事習慣の検討も行う予定である。

#### 引用文献

- 1) Bonnet MH: The effect of sleep distribution on performance, sleep, and mood. *Sleep*, 8 : 11-19, 1985.
- 2) Carskadon MA, Brown E, Dement WC: Sleep fragmentation in the elderly: Relationship to daytime sleep tendency. *Neurobiol Aging*, 3:321-327, 1982.
- 3) Carskadon MA: On the ontogeny of human sleepiness as measured by sleep latency. In *Sleep and alertness. Chronobiological, Behavioral, and medical aspects of napping*, eds by Dinges DF, Broughton RJ. 53-69, Raven Press, New York, 1989.
- 4) Czeisler CA, Dumont M, Duffy JF, Steinberg JD: Association of sleep-wake habits in older people with changes in output of circadian pacemaker. *Lancet*, 340: 933-936, 1992.
- 5) Diagnostic Classification Steering Committee; Thorpy, MJ. Chairman, International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. Rochester, Minnesota : American Sleep Disorders Association, 1990.
- 6) 堀 忠雄 : 不眠. 163-193, 同崩舎出版, 京都, 1988.
- 7) Lawton, M. P. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *J Gerontol*, 30: 85-89, 1975.
- 8) Monjan AA, Bliwise D, Ancoli-Israel S, et al. : Sleep and aging. In *Wake Up America: A National Sleep Alert*, ed. by Dement, WC, Chairman. Vol.2, Report of the National Commission on Sleep Disorders Research, 182-204, (1994)
- 9) Rosekind MA: The epidemiology and occurrence of insomnia. *J Clin Psychiatry*, 53:4-6, 1992
- 10) 白川修一郎 : 高齢者の生活習慣の実態調査とその時間生物学的改善法の開発 (1).

厚生省厚生科学研究費長寿科学総合研究平成7年度研究報告, Vol.3. 老年病総論,  
252-258, 1996

- 11) 城田 愛・田中秀樹・林 光緒ほか：高齢者の意欲的なライフスタイルと活動—休止リズム。精神生理学と生理心理学, 15 : 53-60, 1997.
- 12) 田中秀樹・城田 愛・林 光緒ほか：高齢者の意欲的なライフスタイルと睡眠生活習慣についての検討。老年精神医学雑誌, 7 : 1345-1350, 1996.
- 13) 田中秀樹・白川修一郎・鍛冶 恵ほか：生活・睡眠習慣と睡眠健康の加齢変化、性差、地域差についての検討；30歳から85歳を対象として。老年精神医学雑誌, 第10巻, 第3号, 1011-1019, 1999.
- 14) 田中秀樹, 平良一彦, 上江州榮子ほか：高齢者の睡眠健康と生活習慣についての検討～長寿県沖縄の調査結果～；精神保健研究, (印刷中), 1999.
- 15) Weitzman ED, Moline, ML, Czeisler C A., et al. : Chronobiology of Aging: Temperature, sleep-wake rhythms and entrainment. Neurobiology of Aging, 3, 299-309, 1982.

謝辞；本研究のデータの収集に関して、協力を賜った国立精神・神経センター精神保健研究所老人精神保健部の石井雅子さん、琉球大学教育学部の下地美幸さん、佐敷町役場の高江州健康課長をはじめ健康課の保健婦の皆様に深く感謝いたします。

## 在宅高齢者の介護者の負担について

### ．緒 言

現在わが国の老年人口は15.1%であり、21世紀には26.9%に達することが予想されている<sup>1)</sup>。高齢者の増加とともに、要介護老人も増加しその介護にあたる家族にもさまざまな問題が生じている。特に要介護老人が後期高齢者である場合は、介護者も後期の伴侶や子供である場合が多くこの介護の負担は大きいものとなっている<sup>2)</sup>。今回の調査では、介護者が介護を行う上でどのような問題が生じているか、また問題が生じている要介護者の特徴について分析を行ったので報告する。

### ．対象と方法

大宜味村に在住し、「ホームヘルプサービス」「訪問看護」を利用している31人中、調査協力の得られた20人を対象として訪問による面接調査を行った。調査には「在宅高齢者アセスメント表 (MDS-HC)」<sup>3)</sup>を使用し、調査後の分析には「在宅ケアプラン指針の領域選定表」<sup>3)</sup>を使用した。在宅ケアプラン指針<sup>4)</sup>は30領域から構成されておりこの中の「もろい支援体制」領域に焦点をあてた。もろい支援体制領域は介護者の状況をみるもので、aからeの5つのトリガー項目がある(表1)。このいずれかに該当する項目があれば、介護支援体制に問題があるとして「もろい支援体制」にニーズが表れる仕組みになっている。この「もろい支援体制」にニーズがあった人となかった人では、どこに違いがあるのかについて分析を行った。

表1 在宅高齢者アセスメント表における  
もろい支援体制トリガー項目

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>a. 主介護者がいない。</li><li>b. 家族は介護についてもっと情報が必要である。</li><li>c. 仮に介護量が増えたら対応できない。</li><li>d. 主介護者は家族や友人からの支援に満足していない。</li><li>e. 主介護者は介護しなければならないことに対して、憂うつな気分を表わしている。</li></ul> |
|---|

### ．結 果

調査対象者20人のうち、もろい支援体制にニーズがあったのは15人、ニーズがなかったのは5人であった。家族構成では、もろい支援体制にニーズがあった人では、独居・高齢夫婦世帯が10人(67%)と多く、ニーズがなかった人では3人以上(60%)の世帯が多

くなっていた。生活自立度では、もろい支援体制にニーズがあった人ではランクJ・Aが10人（67％）と多く、ニーズがなかった人では、ランクB・Cが4人（80％）と多くなっていた。介護期間では、もろい支援体制にニーズがあった人では1年未満が9人（60％）と多くなっており、ニーズがなかった人では3年以上の人が多くなっていた（表2）。

もろい支援体制にニーズが表れた15人のトリガー項目は、主介護者がいないが5人、介護の情報が必要が3人、介護の量が増えたら対応できないが4人、介護支援に不満足が3人、ストレスを表すが5人であった（表3）。

表2 もろい支援体制トリガー別内訳

		もろい支援体制ニーズ 有り 15人	もろい支援体制ニーズ 無し 5人
性別	男性	4	0
	女性	11 人	5 人
平均年齢		83.8歳 (71～95歳)	80.6歳 (67～84歳)
家族構成	独居	5	0
	高齢夫婦	5	1
	3人以上	4	3
	その他	1 人	1 人
生活自立度 判定基準	ランクJ	6	1
	ランクA	4	0
	ランクB	2	1
	ランクC	3 人	3 人
介護期間	1年未満	9	0
	1～2年	2	1
	3年以上	4 人	4 人

表3 もろい支援体制ニーズの有無

もろい支援体制にニーズ有り

NO	性別	年齢	介護期間	主介護者	家族数	生活自立度	主介護者がいない	介護の情報が必要	介護量が増えたら対応できない	介護支援に不満足	ストレスを表す
1	女	74	1年未満	夫・85歳	2	A1			●		
2	男	79	1年未満	妻・71歳	2	B1			●	●	●
3	女	71	1年未満	娘・40歳	2	A1		●			
4	男	87	1年未満	妻・86歳	2	J2			●	●	●
5	女	76	1年未満	夫・85歳	2	A2		●			
6	女	84	1年未満	夫・86歳	2	J2		●			
7	男	84	1年未満	無し	1	J2	●				
8	女	90	1年未満	無し	1	A1	●				
9	女	80	1年未満	無し	1	J1	●				
10	男	79	2年間	娘・43歳	4	C2			●		
11	女	82	2年間	無し	1	J2	●				
12	女	90	4年間	娘・65歳	3	C2					●
13	女	86	4年間	無し	1	J2	●				
14	女	92	6年間	嫁・63歳	3	C1					●
15	女	95	7年間	嫁・75歳	3	B2				●	●

もろい支援体制にニーズ無し

NO	性別	年齢	介護期間	主介護者	家族数	生活自立度
16	女	77	2年間	夫・79歳	2	J2
17	女	84	3年間	娘・63歳	3	C2
18	女	67	4年間	夫・68歳	4	C2
19	女	98	5年間	嫁・71歳	7	C2
20	女	77	10年以上	他・61歳	2	B1

・考 察

介護期間ではもろい支援体制にニーズがあった15人中の9人（60％）が1年未満の介護歴であった。介護期間が1年未満の人は、介護の要領がわからないために、介護者の負担が大きくなっている状況が多く見られた。何らかの介助が必要になった1年目は、介護する側もされる側も、わからないことが多いため最もサービスを必要とする時期であることが予想される。大宜味村での調査時に、ホームヘルパー申請中で受理されていないケースが2つあった。これは、退院時病院から社会福祉協議会への連絡

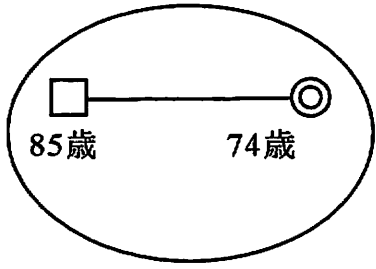
が行われていなかったことが原因の1つであると考え。必要な時に必要なサービスが受けられるように病院を含む、保健福祉サービスの連携が望まれる。

家族構成では、3人以上の世帯では、副介護者がいる場合が多く、介護を分担して行うことができていた。しかし、岡本らによると副介護者がいるという理由から社会的配慮が不十分になると、介護は家族にとって非常に重い負担となり介護放棄や老人虐待といった問題が噴出する可能性があるといわれている<sup>9)</sup>。独居・高齢夫婦世帯はもちろんのこと、一般世帯においても介護を要する高齢者やその家族に対して社会的支援サービスが不可欠であると考え。

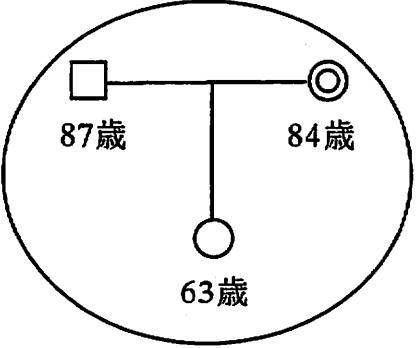
生活自立度では、もろい支援体制にニーズがあった人の中で、状態の良い方のランクJ・Aの人数が多かったこと、また反対にニーズがなかった人の中で、状態の悪い方のランクB・Cの人が多かったことは予想外の結果であった。

そこで、ランクAとランクCについて最も特徴的な介護状況であった事例NO1とNO17を比較してその違いについて分析した(表4)。

表4 主たる介護者と特徴

NO1	もろい支援体制ニーズあり
74歳 ・ 女性	家族構成：2人
生活自立度：ランクA	介護期間：1年未満
<p>家族構成</p>  <p>本人：緑内障のためほぼ全盲で強度の難聴がある。</p> <p>主介護者：夫が1日中付き添っている。</p>	

事例NO1は、74歳の女性で85歳の夫と2人暮らしであった。本人は緑内障のためほぼ全盲で、強度の難聴があることから部分介助を要するランクAに属している。本人は目が見えず、耳が聞こえないことから1人でいることをとてもこわがっており、それに対して夫は、「1日中本人に付き添っていなければならないから、畑仕事もできない」と訴えていた。この事例には、家事型ヘルパーの導入と、本人と夫の気分転換を計るためにデイサービスの参加が支援計画にあげられた。

NO17	もろい支援体制ニーズなし	
84歳 ・ 女性	家族構成：3人	
生活自立度：ランクC	介護期間：3年	
<p>家族構成</p>  <p>本人：ADL、IADLとも全面介助。 (おむつ使用)</p> <p>主介護者：娘は1日3時間は自由時間をとるようにしている。</p>		

次にNO17は、84歳の女性でもろい支援体制にニーズはなかった。家族構成は本人と夫と娘の3人であった。本人はおむつを使用しており、ADL・IADLとも全面的に介助が必要で寝たきりのランクCに属している。主介護者は娘で、おむつ交換、本人のきざみ食の準備など、すべての介助をおこなっていた。そこで、娘は介護のストレスをためないために毎日3時間の自由時間をとるようにしていた。この事例には、訪問看護の継続が支援計画にあげられた。ランクAの人はランクCの人と比べて、介助が少ないと思われがちである。しかし、この2つの事例を比べて、ランクAの人には日中の見守りや外出時の介助など、時間が多くさかれる介助が必要なことが伺えた。

事例NO1が該当するもろい支援体制のトリガー項目は、「介護量が増えたら対応できない」の1つである(表3)。これでは、該当するトリガー項目が複数あった人と比べて状況が軽視されがちであり、このトリガー項目では、前に記したようなケース背景が見えてこないのである。同様に生活自立度のランク分類に使用した障害老人の日常生活自立度判定基準でもケース背景は見えてこなかった。今後、生活自立度判定基準やMDS-HCを利用する際には、これらのことを念頭におく配慮が必要である。

今回の研究において、介護負担の構成要素には、要介護者の生活自立度、介護期間、家族数、サービスの提供状況が関連していることがわかった。家族の介護負担を減少させていくためには、介護負担を構成する要素を多角的にアセスメントすることが重要であると思われる。そのためには、介入できる立場の看護職から実証的研究を進めていくことが有効であると考えられる。

## ・ 結 論



もろい支援体制にニーズが表れた介護者の特徴は以下の通りであった。

1. もろい支援体制にニーズが表れていた要介護者の生活自立度は、ランクB・Cの人よりランクJ・Aの人が多くなっていた。
2. 介護期間では、1年未満の介護期間の人がすべてもろい支援体制にニーズが表れていた。
3. もろい支援体制にニーズが表れた人の家族状況では、高齢夫婦世帯が40%、ついで1人暮らし世帯が33%を占めていた。

．参考文献

厚生統計協会；国民衛生の動向，1997年

成木弘子，飯田澄子他編著；後期高齢者の主介護者における介護負担軽減に関する研究，聖路加看護大学紀要，NO22，1996

ジョン N モリス、池上直己他編著；在宅ケアアセスメントマニュアル、厚生科学研究所、1996

井上弘子；在宅高齢者のケアニーズの特定とケアプランの策定、卒業研究文集NO24  
81 平成8年度

岡本祐三；高齢者福祉について 雑誌フォト 11-13 1996

## 大宜味村の保健福祉サービスにおける周知状況と要望について

### ．緒 言

現在わが国の老年人口は15.1%であり<sup>1)</sup>、老年人口の割合は年々上昇している。その中でも、今回調査対象地域とした大宜味村の高齢化率は27.8%と高く、その76.3%が75歳以上の高齢者である<sup>2)</sup>。大宜味村は、沖縄県北部に位置し、交通機関の不便な地域であり、医療機関も少ない。このような地域で高齢者が在宅で安心して生活するには保健福祉サービスが必要不可欠である。そこで今回の研究で大宜味村の保健福祉サービスの現状を把握するために保健福祉サービスの利用者の特性、サービスの周知状況、サービスへの要望を把握することを目的とした。

### ．対象と方法

大宜味村に在住し、「訪問看護」「ホームヘルプサービス」を利用している31人中、協力の得られた18人を対象とした。調査期間は平成9年3月26日から4月2日とし、対象者の家庭を訪問して面接による聞き取り調査を実施した。

調査には宮田らが作成した「老人保健福祉サービスの満足度調査票」<sup>3)</sup>を用いた。満足度調査票は、どのようなサービスを利用しているか、サービスを利用する以前に知っていたかどうか、利用に至る紹介者、サービスを利用している満足度とその理由、サービスの利用頻度、サービスに対する要望などの項目で構成されている。満足度では「非常に満足」、「まあ満足」、「やや不満」、「不満」の4段階で質問した。調査後サービス別の周知状況とサービスに対する要望について分析した。

### ．結 果

訪問看護利用者12人のうちホームヘルプサービスを併用している5人は訪問看護利用者として分類した。なお、ホームヘルプサービスのみを利用しているのは6人であった。サービス別利用者の基本的属性は、訪問看護利用者の平均年齢は86.4歳(71～98歳)で90歳以上が5人であった。家族構成は三人以上の世帯が多く、三人以上世帯のうち3人はホームヘルプサービスを併用していた。ホームヘルプサービスの利用は平均年齢は78.8歳(74～84歳)であった。また、家族構成は独居と二人世帯が各3人であった。「障害老人の日常生活自立度判定基準」では、訪問看護利用者は、ランクCが5人(41.7%)と多くなっていた。ホームヘルプサービス利用者では、ランクJが4人(66.7%)、ランクAが2人(33.3%)であった。訪問看護のランクB・Cのうち3人がホームヘルプサービスを併用していた(表1)。

サービスを利用する以前にサービスを知っていた人は、訪問看護では6人(50%)であった。ホームヘルプサービスでは利用する以前にサービスを知っていた人は1人(16.7%)であった。サービスの利用に至った紹介者は、訪問看護では医療従事者が6人(50%)と多く、ホームヘルプサービスでは民生委員、娘などであった(表2)。

サービスの内容は、訪問看護ではバイタルサインのチェックや薬剤管理が多く、ホームヘルプサービスでは入浴介助、病院送迎などの介護型のサービスと掃除、買い物などの家事型のサービスであった(表3)。

表1 サービス別対象者の内訳

人

利用サービス名		訪問看護	ホームヘルプサービス
大宜味村内 利用者数		21*	10
調査対象者人数		12	6
性別	男性	2	1
	女性	10	5
平均年齢		86.4歳 (71~98歳)	78.8歳 (74~84歳)
家族構成	独居	2	3
	二人	4	3
	三人以上	6	0
日常生活	ランクJ	3	4
自立度	ランクA	2	2
判定基準	ランクB	2	0
	ランクC	5	0

※ホームヘルプサービス併用6人を含む

表2 サービス別の周知度

人

		訪問看護	ホームヘルプサービス
サービスを利用する 以前の周知度	知っていた	6 (50%)	1 (16.7%)
	知らなかった	6 (51%)	5 (83.3%)
サービスの利用 に至った紹介者		医療従事者：6 役場職員：3 ヘルパー：1 不明：2	民生委員：3 娘：2 区長：1

表3 サービス内容の内訳

人

訪問看護		ホームヘルプサービス	
バイタルチェック：	11	入浴：	4
薬剤管理：	4	通院付き添い：	3
爪切り：	3	掃除：	3
皮膚の観察：	1	買物：	3
ひげそり：	1	洗濯：	1
		散髪：	1

表4 サービスの満足度・要望・利用頻度

N=18

年齢	性別	自立度 判定基準	満足度	要望	訪問看護	ホームヘルプ サービス
71	女	A1	◎	もっと頻回に来て欲しい、ヘルパーに病院送迎希望	1/M	
87	男	J2	◎	もっと頻回に来て欲しい	1~2/W	
77	女	B1	◎	もっと頻回に来て欲しい	1~2/W	
84	女	C2	○	経済的負担を軽く、介護手当があると良い	2~3/M	
98	女	C2	◎	なし	1/M	
92	女	C1	◎	なし	1~2/W	
84	女	J2	◎	なし	2~3/M	
95	女	B2	○	もっと頻回に来て欲しい、経済的負担を軽く、必要時にすぐ提供して	1~2/W	3/W
79	男	C2	◎	緊急時の対応	1~2/W	3/W
90	女	A1	◎	なし	1~2/W	1~2/W
86	女	J2	◎	なし	1~2/W	1~2/W
94	女	C2	◎	毎日入浴したい	1~2/W	3/W
74	女	A1	◎	毎日入浴したい		1~2/W
76	女	A2	◎	なし		1~2/W
80	女	J1	◎	なし		1~2/W
77	女	J2	◎	なし		1~2/W
82	女	J2	◎	なし		1~2/W

M:月 W:週

◎:非常に満足

○:まあ満足

満足度の結果では「非常に満足」15人(83.3%)と「まあ満足」3人(16.7%)を合わせると全員が満足と答え、「やや不満」「不満」と答えた人はどのサービスにもいなかった。満足の理由は、両サービスとも「不安が軽減した」が最も多く、次いで「必要時に提供された」、「交流が広がった」であった。

サービスに対する要望は、「なし」が10人(55.6%)であり、「もっと頻回に来て欲しい」が4人(22.2%)、「経済的負担を軽く」「毎日入浴したい」が2人(11.1%)、「必要時にすぐ提供して欲しい」・「緊急時の対応」が各1人、要望があがっている。サービスの利用頻度は、訪問看護で1~2回/週が8人(66.7%)と多く、1回/月・2~3回/月が各2人(16.7%)であった。ホームヘルプサービスでは1~2回/週が8人(72.7%)、3回/週が3人(27.3%)であった(表4)。

### ・考 察

訪問看護利用者はホームヘルプサービス利用者と比べて高齢でランクB・Cが多かっ

た。医療が必要でも通院に困難なケースが主に訪問看護を利用しており、在宅で安心して生活していくためには訪問看護は更に重要なサービスになっていくと思われる。

サービス別の周知状況ではホームヘルプサービスと比べ、訪問看護の方がよく知られていた。紹介に当たっては医師、看護婦などの医療従事者が多かった。このことからケースが通院している医療機関からの情報が重要であり、介護がまだ必要でない人にも情報提供するよう心がけ、広く地域住民に情報を持ってもらう方がよいと思われる。

ホームヘルプサービスの周知状況は訪問看護に比べ低く、困ったときにサービスを紹介され、そのままサービス利用となるケースが多かった。ホームヘルプサービスの紹介は民生委員が地域で働きかけの中心的な役割を担っており、これからも民生委員の協力が必要であると思われる。またサービスを必要としている人だけでなく、高齢者が困ったときにサービスを紹介できるようにケースの家族や隣人、地区の人にもサービスを知ってもらう働きかけが重要だと思われる。

大宜味村は65歳以上が992人、75歳以上でも757人の高齢者が在住しているが<sup>2)</sup>、訪問看護・ホームヘルプサービスの利用者は調査時点で31人であった。サービスを必要とする人が潜在していることも考えられる。全高齢者にサービスを知ってもらうために保健婦が活動する住民検診・家庭訪問・健康教育の場、公民館での広報活動、区民放送などでの働きかけが必要であると思われる。

訪問看護では、服薬状況の確認のほか薬剤を診療所から家庭に届ける業務も行っており、診療所の通院が困難であるケースのニーズに応えていた。また、爪きりやひげ剃りなどの日常生活のニーズに対応していた。ホームヘルプサービスでは入浴介助のサービスが多く、介護型のホームヘルプサービスが高齢者のニーズに応えていた。また大宜味村では交通が不便なため診療所への通院が困難でヘルパーが診療所への送迎も行っていった。ヘルパーが在宅でのサービスに専念するためにも今後は通院の介助を行う地域のボランティアを育成する必要があると考える。

満足度では両サービスとも全員が満足と答えており、満足の理由として「不安が軽減した」と答える人が多く、「必要時に提供された」、「交流が広がった」とほとんどの利用者が感謝の思いを抱いていた。

両サービスとも利用頻度に関わらず、「もっと来て欲しい」、「毎日入浴したい」との要望があり、満足だから充足しているのかと予想していたが、満足と答えながらも要望を上げている人がいた。必要な人に必要なサービスが提供されるようサービスの拡大が望まれる。高齢者が住み慣れた家庭で生活するためにはホームヘルプサービス、訪問看護ともサービスの提供頻度を増やし、土・日体制、24時間体制、マンパワーの確保でサービスの拡大が必要と思われる。

さらに「緊急時の対応」についての要望があがっている。訪問看護センターの調査からも訪問看護の実施上の問題点として「緊急時の対応」を上げている<sup>4)</sup>。在宅介護を安心して続けていくためにも、緊急時の対応について早急に取り組む必要がある。

## ・ 結 論

1. 訪問看護利用者はホームヘルプサービス利用者と比べて年齢が高く、「日常生活自立度判定基準」のランクB・Cが多くなっていた。
2. 訪問看護利用者の周知状況は50%で、利用に至った経過では医療従事者からの紹介が多

く、ホームヘルプサービス利用者の周知状況は16.7%で、利用に至った経過では民生委員からの紹介が多くなっていた。

3.訪問看護、ホームヘルプサービス利用者が全員満足と答えているが、サービスに対する要望をあげている人がいた。

#### ・参考文献

- 1) 国民衛生の動向・厚生指標 臨時増刊・第44巻第9号, 厚生統計協会,38-39,1997.
- 2) 平成8年度 長寿対策ハンドブック, 沖縄県生活福祉部長寿社会対策室,12-13,1996.
- 3) 宮田乃有:在宅高齢者へのケアサービスの提供と満足度について 平成8年度卒業研究 論文集No.24 85-88 1997.
- 4) 日本看護協会訪問看護開発室:日本訪問看護振興財団調査研究報告 <No.5>1997  
1996年 全国における訪問看護・家庭訪問サービス定点モニター調査 日本看護協会出版会、53、1997.

## ケアプラン作成の過程がケアプランに与える影響について

### ．緒 言

わが国では、高齢化が進み、病気や障害を持ちながら生活をする人々が増加している。多様なニーズを持つ高齢者が、在宅での生活を安心して続けることができるように、必要とされるサービスが必要な時に効果効率的に提供できるシステムを構築することが早急な課題となっている<sup>1)</sup>。そのための機能としてケアマネジメントが必要とされている。ケアマネジメントで重要となるのは、高齢者のニーズを包括的・客観的に把握できるアセスメントの基、ケアプランを作成していく過程である<sup>1) 3)</sup>。

そこで、情報収集からケアプラン策定までを実施し、その過程がケアプランに与える影響について検討を行った。

### ．対象と方法

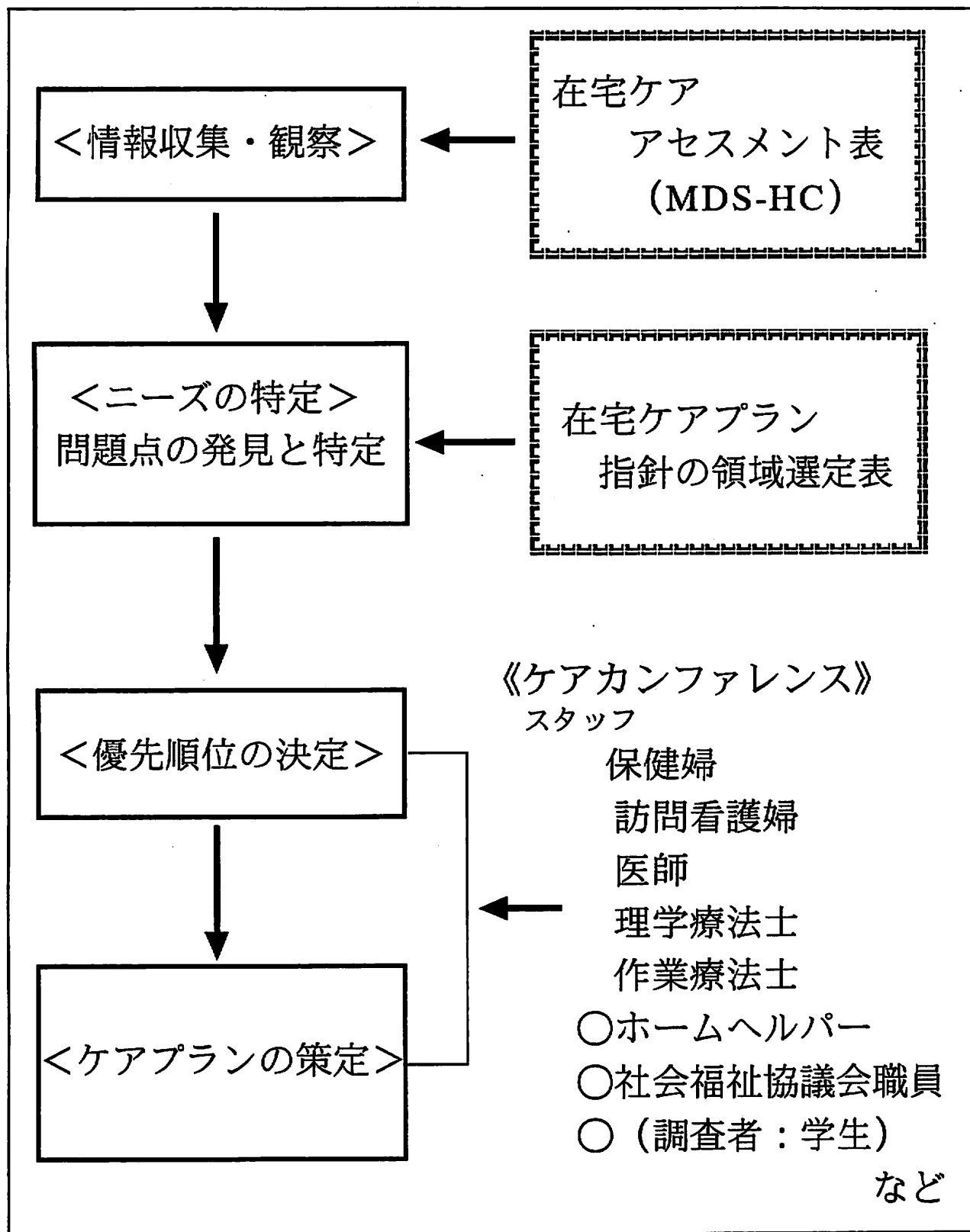
大宜味村に在住し、社会福祉協議会が把握している「訪問看護」「ホームヘルプサービス」のサービス利用者31人の中で協力が得られた20人を対象とし、家庭訪問を行い、本人またはその家族に面接調査を行った。

調査には「在宅アセスメント表 (MDS-HC)」<sup>2)</sup>を用いた。在宅アセスメント表 (MDS-HC) は国際的な研究機関で開発され、高齢者の機能面、健康面、家族の支援面、及びサービスの利用面の各断面を包括的に情報収集できるように工夫されている<sup>3)</sup>。このMDS-HCで得た情報を基に「ケアプラン指針の領域選定表」を用いて、高齢者が在宅で生活する上で直面する可能性がある30領域の問題を導き出し、ニーズをより詳細に検討した<sup>3)</sup>。

そして特定されたニーズに対して緊急性・重要性・改善の可能性を考慮し優先順位を決定し、それに従ってケアプラン策定を行った。ケアカンファレンスには医師、保健婦、訪問看護婦、理学療法士、作業療法士、ホームヘルパー、等のスタッフの参加が望ましいといわれているが、今回のケアカンファレンスには大宜味村社会福祉協議会職員、ホームヘルパーの協力を得て学生が中心になってすすめた (図1)。

今回の結果をもとに井上らが行った佐敷町での結果<sup>2)</sup>と比較検討を行った。

図1 ケアプラン作成の流れ



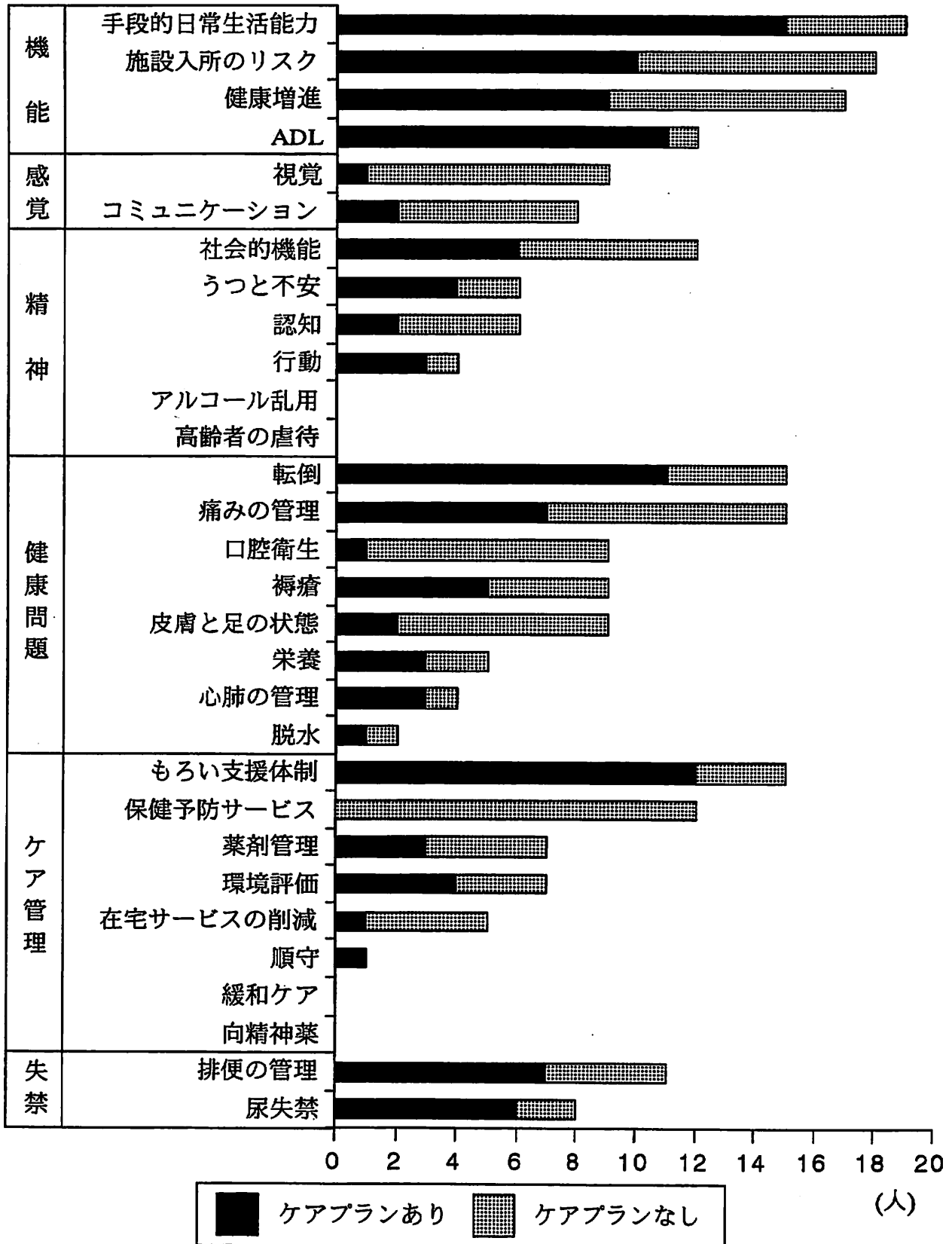
・結果

有効回答20人の内訳は男性4人、女性16人、平均年齢82.8歳であった。

ケアニーズとケアプラン策定状況を領域別に見ると図2のような結果になった（図2）。



図2 ケアニーズとケアプラン策定状況



ケアニーズに対するケアプラン策定の割合は、井上らが行った調査結果と比べて全体的に低くなっていた。その中でも今回の調査では、健康問題における「痛みの管理」と「口

「口腔衛生」の領域の策定割合が特に低くなっていた。佐敷町では全てのニーズに対してケアプランが策定されていたが、今回の調査では策定割合が低く、全てのニーズに対してケアプランが策定されなかった「痛みの管理」と「口腔衛生」の領域について、ケアニーズ内容と優先順位、ケアプラン策定の関連について分析を行った。

「痛みの管理」の領域は疼痛の有無・状態について検討する領域であるが、MDS-HCのトリガーa：過去7日間にしばしば痛みの訴えや徴候がある、b：新たな痛みが発生した、c：性質や強さが普通でない痛みがある、d：日常の活動を妨げるような痛みがある、のいずれかに該当する項目があればニーズとして選定される仕組みになっている。この「痛みの管理」の領域にニーズが選定されたのは15人であり、その中の8人に対しては優先順位の決定とケアプランの策定は行われなかった。ケアプラン策定がなかったケースの痛みの内容は、肩・腰・膝や帯状疱疹などの慢性的な痛みであった（表1）。

「口腔衛生」の領域は歯や口腔の健康状態について検討する領域であり、MDS-HCのトリガーa：咀嚼または嚥下に問題がある、b：食事中に口の中が「渴いている」と感じる、c：歯や入れ歯みがきに問題がある、のいずれかに該当する項目があればニーズとして選定される仕組みになっている。この「口腔衛生」の領域においてはニーズが選定された9人の中でケアプランが策定されたのは1人であり、残りの8人に対しては優先順位の決定、ケアプランの策定はなかった。ケアプラン策定がなかった8人のニーズ内容を見ると入れ歯が合わないために咀嚼や嚥下に問題があるケースが多かった（表2）。

表1 「痛みの管理」のケアニーズ内容とケアプラン

ID	性別	年齢	自立度	トリガー				痛みの管理（ケアニーズ）内容	優先順位	ケアプラン
				a	b	c	d			
2	女	71	A-1	●	●			毎日痛む。腰痛と左肩の痛み。	-	-
8	女	86	J-2	●				毎日痛む。足・腰が痛い但我慢できる。	-	-
9	女	94	C-2	●				帯状疱疹の痛み。天候に左右される。	-	-
11	女	80	J-1	●				腰の痛み。毎日ではない。	-	-
12	女	74	A-1	●				腰、脇腹の痛み。薬を塗っている。毎日ではない。	-	-
13	男	79	B-1	●				毎日痛む。歩行時の腰痛。電気治療中。	-	-
15	女	82	J-2	●				毎日痛む。膝・肩・腰の痛み。電気治療中。	-	-
16	女	77	B-1	●				毎日痛む。リウマチによる首筋、肘の痛み。	-	-
4	女	95	B-2	●				肩・腰・足が痛いと言う。毎日ではない。	1位	あり
6	男	87	J-2	●				毎日痛む。腰痛。	3位	あり
7	女	90	A-1	●				毎日痛む。以前に右足膝関節の水をとった所の痛み。	2位	あり
10	女	76	A-2	●		●	●	毎日痛む。痛みは強い。骨粗鬆症。	2位	あり
17	女	98	C-2	●				痛みはあるが毎日ではない。	1位	あり
19	女	67	C-1	●			●	毎日痛む。起床時に痛む。痛みのため歩行困難。	1位	あり
21	女	84	J-2	●				痛みはあるが毎日ではない。歩きづらい。	1位	あり

○トリガーの内容

- a. 過去7日間にしばしば痛みの訴えや兆候がある
- b. 新たな痛みが発生した
- c. 性質や強さが普通でない痛みがある
- d. 日常の生活を妨げるような痛みがある

表2 「口腔衛生」のケアニーズ内容とケアプラン

ID	性別	年齢	自立度	トリガー			口腔衛生（ケアニーズ）内容	優先順位	ケアプラン
				a	b	c			
2	女	71	A-1		●		食事中に口の中が渴いていると感じる。うがいをしている。	-	-
5	男	79	C-2		●	●	渴きがある。歯や入れ歯磨きに問題がある。	-	-
6	男	87	J-2	●			入れ歯が合わない	-	-
8	女	86	J-2	●			入れ歯が合わずぐらぐらしているが痛みはない。	-	-
9	女	94	C-2	●			入れ歯が合わない。	-	-
10	女	76	A-2		●		食事中に口の中が渴いていると感じるが、薬のためであると医者に言われた。	-	-
14	女	77	J-2	●			入れ歯が合わずかみにくい時がある。	-	-
17	女	98	C-2			●	入れ歯の手入れが十分でない	-	-
12	女	74	A-1	●			入れ歯が合わず歯科受診したいと述べている。	2位	あり

○トリガーの内容

- a. 咀嚼または嚥下に問題がある（例えば食べているときの痛み）
- b. 食事中に口の中が「渴いている」と感じる
- c. 歯や入れ歯磨きに問題がある

・考 察

ケアニーズに対し、適切なケアプラン策定が行われなかった原因について検討した結果、「痛みの管理」や「口腔衛生」の領域にニーズが現れていてもケアプランの必要性を見過ごしてした。その原因は、慢性的な痛みや入れ歯の問題が、高齢者に一般的に観察される症状である<sup>4)</sup>ためであった。優先順位に挙がらないということは、現時点ではケアニーズに対応する必要がないということになる。

「痛みの管理」「口腔衛生」の領域は、今後在宅での生活の質を低下させる可能性があるため予防的な視点からもニーズをとらえる必要がある。以上のことから把握されたケアニーズに対して、優先順位の決定を行う段階は、ケアプランに大きな影響を与えること、またケアニーズに対するケアプランの必要性の見落としに注意して行わなければならないということが分かった。

さらにケアプラン作成の流れの中でケアニーズに対し適切なケアプランの策定が行われなかった原因について検討してみたところ、今回のように看護職の参加がないケアカンファレンスでは、健康問題面の領域において包括的・客観的なニーズの把握ができていても、それに対応した適切なケアプラン策定はできないことが分かった。

看護職は「疾病の多様なニーズに対応」できるだけでなく、予防的視点からもニーズをとらえる事ができる<sup>1)</sup>といわれている。高齢者に実際に接している看護職がケアプラン作成へ積極的に関わる事が求められており在宅高齢者に対してチームケアを確立していくことが今後の課題となった。

## ・まとめ

ケアプランを作成する過程がケアプランに与える影響を知るために、ケアニーズに対するケアプラン策定の割合が低かった「痛みの管理」「口腔衛生」の領域に着目しケアニーズ内容を分析した結果、以下の事が分かった。

1. ケアプラン策定では、ケアニーズに対してケアプランの必要性を判断する優先順位決定の過程が重要であった。
2. ケアプラン策定では看護婦、保健婦等のケアカンファレンスに関わるスタッフの職種が影響していた。

## ・参考文献

- 1) 高崎絹子他；看護職が行う在宅ケアマネジメント、日本看護協会出版社、2313、1996
- 2) 井上弘子；在宅高齢者のケアニーズの特定とケアプラン策定、卒業研究論文集 24、81-84、1997
- 3) ジョンN.モリス、井上直己；在宅ケアアセスメントマニュアル、厚生科学研究所、910、1996
- 4) 中島紀恵子；系統看護学講座 専門19 老年看護学、医学書院、8-10、1997