

## 島根県農漁村におけるADL(日常生活動作能力) を中心とした健康評価について

(ADL/地域住民/健康診査)

阿部美代子\*, 小栗 哲久\*, 岸本 拓治\*, 山部 清子\*,  
福澤陽一郎\*\*, 大野 美香\*\*\*, 多田 學\*

A Study on Health Status Evaluated by ADL (Activities of Daily Living)  
in Farming and Fishing Areas in Shimane Prefecture

(ADL/inhabitants/health examination)

Miyoko ABE\*, Tetsuhisa OGURI\*, Takuji KISHIMOTO\*, Seiko YAMABE\*,  
Yoichiro FUKUZAWA\*\*, Mika OHNO\*\*\*, and Manabu TADA\*

The relationship between the results of health examinations and the levels of ADL (Activities of Daily Living) among persons over 60 years old were examined in farming (Sakurae-cho) and fishing (Chibu-mura) areas in Shimane Prefecture. The index of competence developed by the Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology (the TMIG index of Competence) was used as the ADL score. The rates of top ADL scores (13 points) were 45.3% for males and 28.0% for females in the fishing area, and 38.2% for males and 38.4% for females in the farming area. The average ADL score decreased with age in both areas. The distribution of ADL scores was affected by the results of the health examinations, i.e., there was a tendency that the lowest rates of top ADL scores appeared in people diagnosed as needing medical treatment in both areas, and the decrease in the average ADL scores was significant in this group with the exception of males in Chibu-mura.

### 〈はじめに〉

我が国では高齢化の急速な進行によって、ガン、心臓病など成人病による死亡の増加や、高齢者の寝たきり・痴呆などの様々な問題が生じている。昭和58年に制定された老人保健法によって老人保健事業が全国で実施され、中年期からの成人病予防対策が進められている。しかし、脳卒中を例にとると死亡率は減少しているものの患者数、有病率などの指標は増加しており<sup>1)</sup>、人口の高齢化による脳卒中発症者率減少の困難性があり、実際の成人病予防は未だ十分とは言えない現状である。

一方、高齢者の増加によって、重篤な有病者対策のみならず高齢者の健康保持が重要な課題となっている。

高齢者の心身の機能は、病的変化以外にも加齢と共に生理的变化として老化をきたすものであるが、それらの進み方はライフスタイル等に非常に影響されるものである。また、成人病の発病は、食生活等の生活習慣に大きく影響されることは広く知られている。

健やかな日常生活を過ごし、Quality of Life (生活の質)を良好に保つためには、良好な日常生活動作能力 (Activities of Daily Living, 以下「ADL」と略す)を確保することが重要<sup>2)</sup>と考えられる。これまでADLに関する研究は、Katzらの研究<sup>3)</sup>をはじめとして障害者、施設入所者を中心としたものがほとんどであったが、最近地域高齢者について東京老研式活動能力指標 (以下「老研式ADL指標」と略す)の研究<sup>4)5)</sup>が報告された。

\*環境保健医学講座第一 Department of Environmental Medicine I.

\*\*環境保健医学講座第一, 現出雲保健所 Department of Environmental Medicine I, Present: Izumo Health Center.

\*\*\*皮膚科 Department of Dermatology

本論文を讀んで故黒川正巳教授に捧げる。

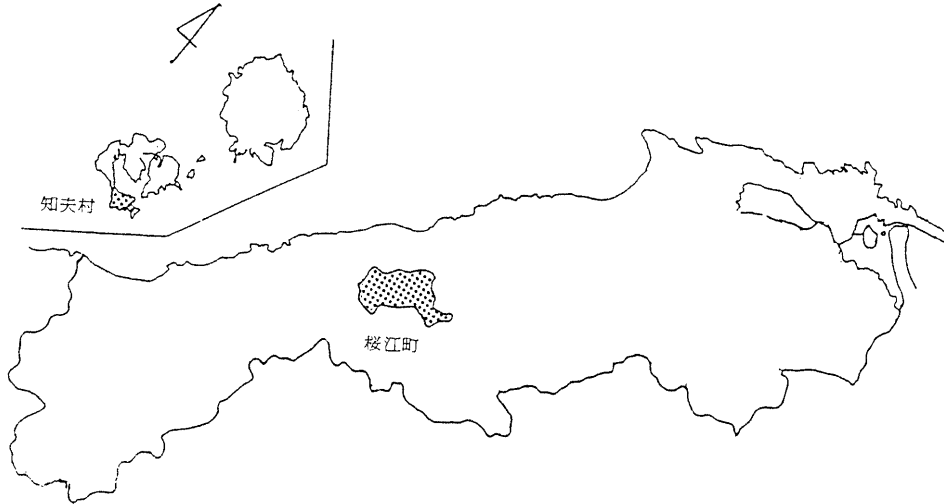


図1 島根県知夫村及び桜江町の位置

表1 島根県知夫村と桜江町の人口構成

	知 夫 村			桜 江 町		
	総数	男性	女性	総数	男性	女性
全人口	855	368	487	4,026	1,911	2,115
65歳以上 (全人口比)	303 (35.4)	103 (28.0)	200 (41.1)	1,186 (29.5)	501 (26.2)	685 (32.4)
90歳以上 (65歳以上比)	7 (2.3)	2 (1.9)	5 (2.5)	30 (2.5)	11 (2.2)	19 (2.8)

平成4年10月1日現在 推計人口

現在地域社会で生活している高齢者に対して、健やかに老いるには、成人病に対する一次、二次予防対策が必要である。そのためにも、地域高齢者の現在の健康状態と共に、日常生活の状況すなわちADLの現状を把握し、よりよい生活習慣の指導、社会的環境を含めた生活環境の整備などの対策を実施することが重要といえる。

今回我々は、老研式ADL指標を用いて地域高齢者のADLを調査し、地域の30歳以上の全住民を対象とした総合健診の結果とあわせて分析したので報告する。

### 〈対象と方法〉

島根県隠岐郡知夫村及び邑智郡桜江町は、いずれも若年者の流出による過疎化の進んだ地域であり、また65歳以上人口が全体の25%以上を占める島根県内でも高齢化の進んだ地域である。両町村の位置は図1に、人口構成は表1に示すとおりである。離島である知夫村の産業は、漁業従事者が多く、平成2年国勢調査による産業構造は、第一次産業従事者が37.0%を占め、第二次産業14.5%、第三次産業48.6%である。一方、桜江町は農山村であるが、水害の多発地域のため復旧土木工事など建設業に従事する者が多く、第一次産業従事者は27.0%、第二次産業37.4%、第三次産業35.5%である。

知夫村の属する島前地区は、昭和30年代から長寿の地域とされているが、表1に示すように90歳以上の超高齢者は桜江町の方が高率であった。知夫村は人口が855人と小さいため、単年の統計では90歳以上の人数にばらつきが大きいと考えられる。また、知夫村には90歳以上でも独居生活者が居り、村内に老人ホームが無いため近隣の島のホームへ転出するものがある。島前地区全体では桜江町に比較して超高齢者率は高い<sup>6)</sup>。

総合健診は、昭和63年度より5カ年計画で行われ、老人保健法に基づく基本健診に加え、肺機能検査、視力検査等の身体機能に関する検査を実施した。平成4年度にADL調査を行い、健診結果は同年度のものをを用いた。

総合健診の結果は、特に異常の認められない「異常なし」、経過観察を必要とする「要観察」、直ちに医療機関での受療は必要ないが、日常生活上の指導を受ける必要がある「要指導」、疾病の疑いまたは疾病の存在が明らかで受療の必要な「要医療」の、4段階の指導区分である。何らかの理由で健診項目を省略し、再検査が判定作業に間に合わなかったものは、指導区分の分析から除いた。また、対象年齢外の29歳以下は、一括して20歳代とした。

老研式ADL指標の調査は、受診者にあらかじめアンケート用紙を配布しておき、会場で点検回収した。この老研式ADL指標は、手段的自立(IS)5点、知的能動性(IA)4点、社会的役割(SR)4点、計13点満点である。得点分布の検定には $\chi^2$ 検定を用い、平均値の検定は一元配置分散分析によった。

### 〈結 果〉

#### 1. 健診結果—指導区分—

平成4年度の総合健診受診者は、知夫村男性124人、

女性 226 人, 計 350 人で, 受診率は 51.5%であった。桜江町では, 男性 704 人, 女性 981 人, 計 1,685 人で, 受診率は 54.4%であった。年代別の指導区分割合を, 知夫村は図 2 に, 桜江町は図 3 に示した。

知夫村では, 異常なしは男性で 20 歳代を除いて全年代で数%~10数%と低率であった。一方女性は高齢になるに従って減少し, 80 歳代以上は異常なしはなかった。要医療の割合は, 30 歳代から 60 歳代にかけて多少ばらつきがあるものの, 高齢になるに従って

増加していた。

男性全体の割合は, 異常なし 8.5%, 要観察 22.0%, 要指導 25.4%, 要医療 44.1%と, 要医療が最も高率であった。女性は, 異常なし 11.8%, 要観察 20.0%, 要指導 20.5%, 要医療 47.7%と, 男性同様に要医療が最も高率であった。

桜江町では, 男性の異常なしは 20 歳代から 40 歳代にかけて減少するが, 50 歳代ではやや増加し, その後再び減少した。しかし, 80 歳代以上でも 6.5%は異常

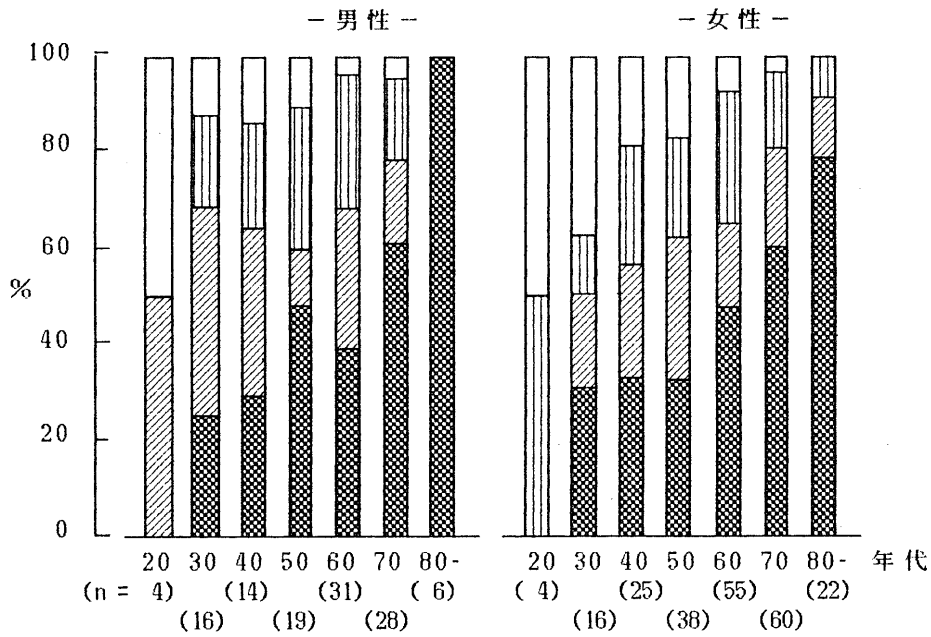


図2 年代・指導区分別割合 -知夫村-

■: 要医療    ▨: 要指導    ▩: 要観察    □: 異常なし

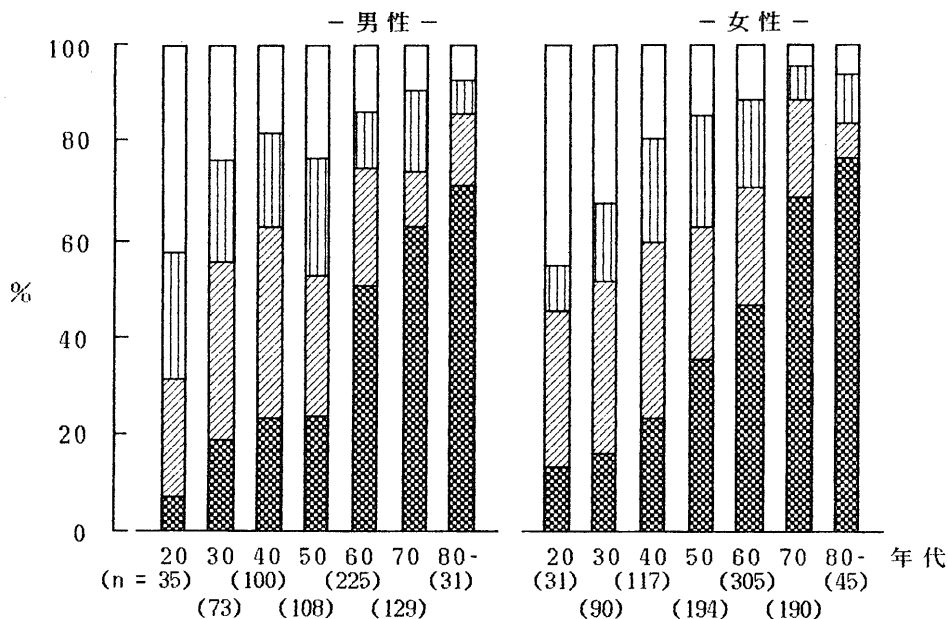


図3 年代・指導区分別割合 -桜江町-

■: 要医療    ▨: 要指導    ▩: 要観察    □: 異常なし

なしであった。女性も高齢になるに従って減少したが、80歳代以上では4.4%であり70歳代4.2%とほぼ同率であった。要医療は男女とも高齢になるに従って増加傾向がみられた。また、要観察及び要指導の区分をあわせると、20歳代から50歳代までは50~60数%を占め、60歳代から高齢になるに従って減少傾向が見られた。

男性全体の割合は、異常なし17.0%、要観察16.8%、要指導26.0%、要医療40.2%と、知夫村男性と同様に要医療が最も高率であるが、異常なしは知夫村の約2倍であった。女性は、異常なし14.2%、要観察17.0%、要指導25.1%、要医療43.7%であった。

最も多い疾患は、知夫村、桜江町の男女とも高血圧症で、受診者の40%前後にのぼった。次いで男性は心臓疾患、肝臓機能障害が多く、女性は知夫村では筋骨格系疾患、桜江町では貧血症が多かった。

2. 老研式 ADL 指標アンケート結果

アンケートの回収率は、知夫村97.0%、桜江町96.1%

と高率であった。年齢階級別の得点分布を知夫村表2に、桜江町表3に示した。

表2 年齢階級別 ADL 得点分布 -知夫村-

	男 性					女 性				
	0~4	5~8	9~12	13点	総数(n)	0~4	5~8	9~12	13点	総数(n)
60~64	0	11	32	57	100(19)	0	4	64	32	100(24)
65~	0	0	62	38	100(13)	0	10	57	33	100(30)
70~	0	8	61	31	100(13)	0	6	56	38	100(32)
75~	0	14	29	57	100(14)	0	9	74	17	100(23)
80~	0	20	60	20	100(5)	0	44	44	12	100(16)
85歳~	0	0	0	0	0(0)	0	43	43	14	100(7)
総数	0	9.4	45.3	45.3	100(64)	0	13.6	58.4	28.0	100(132)

$\chi^2=8.20$  df=8 n.s.  $\chi^2=24.86$  df=10 p<0.01

表3 年齢階級別 ADL 得点分布 -桜江町-

	男 性					女 性				
	0~4	5~8	9~12	13点	総数(n)	0~4	5~8	9~12	13点	総数(n)
60~64	0	0	63	37	100(82)	0	3	46	51	100(142)
65~	0	4	54	42	100(123)	1	6	50	43	100(149)
70~	1	10	53	36	100(77)	1	2	66	31	100(110)
75~	0	10	57	33	100(52)	1	12	54	33	100(73)
80~	0	9	43	48	100(23)	0	19	66	15	100(47)
85歳~	22	0	45	33	100(9)	0	50	50	0	100(2)
総数	0.8	5.5	55.5	38.2	100(366)	0.6	6.5	54.5	38.4	100(523)

$\chi^2=67.18$  df=15 p<0.01  $\chi^2=52.32$  df=15 p<0.01

表4 年齢階級別の因子別 ADL 得点 -知夫村-

	男 性				女 性			
	IS	IA	SR	ADL	IS	IA	SR	ADL
60~64	4.8±0.5	3.3±1.1	3.6±0.8	11.7±1.9	5.0±0.0	3.0±1.1	3.6±0.6	11.5±1.3
65~	5.0±0.0	3.3±0.6	3.7±0.6	12.1±1.0	4.9±0.3	3.0±1.0	3.6±0.8	11.4±1.6
70~	4.5±1.3	3.4±0.6	3.5±0.7	11.5±1.9	4.9±0.4	2.8±1.1	3.6±0.9	11.3±1.7
75~	4.6±0.8	3.4±1.0	3.4±1.2	11.4±2.5	4.9±0.4	2.5±1.0	3.3±1.0	10.7±1.8
80~	4.0±1.1	3.6±0.8	3.2±1.2	10.8±1.9	4.4±0.9	2.3±1.3	2.4±1.3	9.1±2.4
85歳~	-	-	-	-	4.0±1.1	2.1±1.6	2.9±1.4	9.0±3.0
総数	4.7±0.9	3.4±0.9	3.5±0.9	11.6±2.0	4.8±0.6	2.7±1.1	3.4±1.0	10.9±2.0
F	1.506	0.105	0.375	0.448	5.652**	1.534	4.659**	5.628**

\*\*p<0.01

IS:手段的自立 IA:知的能動性 SR:社会的役割  
各年齢階級の人数は表2参照

表5 年齢階級別の因子別 ADL 得点 -桜江町-

	男 性				女 性			
	IS	IA	SR	ADL	IS	IA	SR	ADL
60~64	4.8±0.5	3.5±0.7	3.6±0.8	11.8±1.2	5.0±0.2	3.4±0.9	3.5±0.8	11.9±1.5
65~	4.7±0.6	3.5±0.8	3.5±0.9	11.7±1.5	4.9±0.5	3.3±1.0	3.4±0.9	11.6±1.8
70~	4.6±0.9	3.4±0.9	3.3±1.1	11.2±2.1	4.8±0.6	3.3±0.8	3.4±0.9	11.5±1.6
75~	4.6±0.7	3.5±0.7	3.3±1.0	11.4±1.7	4.7±0.7	3.1±1.0	3.4±1.0	11.1±2.1
80~	4.6±0.8	3.3±1.1	3.5±0.8	11.4±2.1	4.3±1.0	2.9±1.2	3.0±1.0	10.1±2.1
85歳~	3.7±2.0	3.1±1.4	2.5±1.6	9.3±4.8	2.5±0.5	2.0±1.0	2.5±0.5	7.0±2.0
総数	4.6±0.7	3.5±0.8	3.4±1.0	11.5±1.9	4.8±0.6	3.2±1.0	3.4±0.9	11.4±1.8
F	3.726**	0.856	2.481*	3.718**	16.620**	3.610**	2.845*	9.933**

\*p<0.05 \*\*p<0.01

IS:手段的自立 IA:知的能動性 SR:社会的役割  
各年齢階級の人数は表3参照

知夫村では4点以下はなかった。男性は、13点満点と9~12点がそれぞれ45.3%を占めた。一方女性では13点満点は28.0%、9~12点は58.4%と男性と比較して13点満点は低率であった。年齢階級別にみると、男性では70歳以上で5~8点がやや増加傾向を示したが分布に有意な差はみられなかった。女性では年齢とともに13点満点の割合が減少し、5~8点の割合が増加傾向を示した。

桜江町男女では、総数の分布割合はほぼ同率であった。9~12点が約半数を占め、13点満点は38%であった。年齢階級別にみると、男性では、最も高齢の85歳以上に0~4点が22% (2人) あるが、13点満点はどの年齢階級でも30~40%あった。一方女性では、60歳代後半から70歳代に0~4点があった。13点満点は60歳代前半は約半数を占めたが、高齢になるに従って減少傾向を示した。

各因子毎の平均点を知夫村表4に、桜江町表5に示した。知夫村の男性は、60歳代後半から低下傾向が見られるが、80歳代前半でも、10.8点あった。しかし、女性は60歳代前半から、わずかずつであるが高齢になるに従って有意に低下傾向を示し、70歳代後半、80歳代前半で急激に低下し、80歳代以上では9点台となった。

桜江町男性は、80歳代前半まで、60歳代、70歳代とのADL平均点の差は少なく全て11点台であったが、85歳以上では急激に低下し9.3点となった。ただし85歳以上は9人で、個人差が大きかった。女性は、高齢になるに従って平均点は有意に低下した。

因子別にみると、手段的自立 (IS) は知夫村男性を除いて低下傾向は有意であるが、80歳代前半まで4点台と比較的保たれており、男女差は少なかった。しかし、知的能動性 (IA) は男性に比較して女性が低く、高齢になるに従って差が大きくなった。

### 3. 健診指導区分と老研式 ADL 指標

指導区分別の ADL 得点の分布を知夫村は表 6 に、桜江町は表 7 に示した。

知夫村では、指導区分別の人数が偏り、異常なしが少なく要医療が半数以上を占めるため、詳細な分析はできないが、女性の13点満点の割合は要指導、要医療群で低率であった。

桜江町の男性では、0~4点は要医療群のみで、13点満点は異常なし群が最も高率であった。女性でも、0~4点は要医療群のみであったが、13点満点は要指導群が最も高率であった。

指導区分別に見た年代別 ADL 平均点を、知夫村表 8、桜江町表 9 に示した。指導区分のみによる総数の平均点では、指導区分による差は特に見られなかった。

次に、指導区分別に年代による ADL 平均点の変化を検討した。80歳代以上では、受診者が他の年代と比較して少ない上、異常なし、要観察などの指導区分はさらに人数が少なくなりばらつきが大きくなった。し

表 6 判定指導区分別 ADL 得点分布 - 知夫村 - %

	男 性					女 性				
	0~4	5~8	9~12	13点	総数(n)	0~4	5~8	9~12	13点	総数(n)
異常なし	0	0	100	0	100( 2)	0	40	20	40	100( 5)
要観察	0	8	38	54	100( 13)	0	15	50	35	100( 26)
要指導	0	0	31	69	100( 13)	0	9	64	27	100( 22)
要医療	0	15	50	35	100( 34)	0	14	59	27	100( 74)
総 数	0	9.6	45.2	45.2	100( 62)	0	14.2	56.7	29.1	100(127)

$\chi^2=8.15$  df=6 n.s.                       $\chi^2=5.09$  df=6 n.s.

表 7 判定指導区分別 ADL 得点分布 - 桜江町 - %

	男 性				女 性					
	0~4	5~8	9~12	13点	総数(n)	0~4	5~8	9~12	13点	総数(n)
異常なし	0	2	44	54	100( 41)	0	7	53	40	100( 43)
要観察	0	10	61	29	100( 51)	0	5	55	40	100( 75)
要指導	0	3	58	39	100( 72)	0	5	43	52	100(103)
要医療	2	6	55	37	100(202)	1	8	59	32	100(294)
総 数	0.8	5.5	55.5	38.2	100(366)	0.6	6.5	54.8	38.1	100(515)

$\chi^2=10.93$  df=9 n.s.                       $\chi^2=15.30$  df=9 n.s.

表 8 指導区分・年代別 ADL 得点 - 知夫村 -

	男 性				女 性			
	異常なし	要観察	要指導	要医療	異常なし	要観察	要指導	要医療
60~	12.0	11.9±1.5	12.4±1.0	11.5±1.9	10.7±2.1	11.2±2.0	11.6±1.0	11.8±1.3
69	( 1)	( 8)	( 9)	( 12)	( 3)	( 15)	( 10)	( 25)
70~	12.0	12.8±0.4	12.8±0.4	10.7±2.5	9.5±3.5	12.0±1.2	11.2±1.8	10.9±1.6
79	( 1)	( 5)	( 4)	( 17)	( 2)	( 9)	( 10)	( 32)
80歳	-	-	-	10.8±1.9	-	7.0±1.0	10.5±2.5	8.9±2.6
~	( 0)	( 0)	( 0)	( 5)	( 0)	( 2)	( 2)	( 17)
総数	12.0±0.0	12.2±1.3	12.5±0.8	11.0±2.3	10.2±2.8	11.2±2.0	11.3±1.6	10.8±2.1
	( 2)	( 13)	( 13)	( 34)	( 5)	( 26)	( 22)	( 74)
F	-	0.669	0.144	0.418	0.044	8.071**	0.396	12.370**

\*\*p<0.01

表9 指導区分・年代別 ADL 得点 一桜江町一

	男 性				女 性			
	異常なし	要観察	要指導	要医療	異常なし	要観察	要指導	要医療
60～	12.2±1.2	11.8±1.1	11.7±1.5	11.7±1.5	11.5±1.8	11.8±1.5	12.2±1.4	11.5±1.8
69	( 27)	( 26)	( 52)	(100)	( 33)	( 50)	( 70)	(133)
70～	11.6±1.4	10.7±2.5	11.9±1.1	11.4±1.9	11.3±1.9	11.2±1.6	11.7±1.7	11.3±1.9
79	( 12)	( 23)	( 15)	( 79)	( 8)	( 18)	( 30)	(124)
80歳	13.0±0.0	12.5±0.5	11.6±1.5	10.3±3.6	11.5±0.5	9.4±2.6	10.0±0.0	10.1±2.2
～	( 2)	( 2)	( 5)	( 23)	( 2)	( 7)	( 3)	( 37)
総数	12.0±1.3	11.3±2.0	11.8±1.4	11.4±2.1	11.5±1.7	11.4±1.8	11.9±1.5	11.2±1.9
	( 41)	( 51)	( 72)	(202)	( 43)	( 75)	(103)	(294)
F	1.436	2.430	0.155	4.307*	0.086	5.962**	3.429*	9.072**

\*p&lt;0.05

\*\*p&lt;0.01

かし、異常なし群では桜江町男女と知夫村女性において、60歳代に比較して70歳代の平均値が低かったが80歳代以上では低下傾向は見られず、これらの変化は有意ではなかった。一方、要医療群は、知夫村の男性を除いて有意に低下していた。

### 〈考 察〉

今回報告した知夫村、桜江町ともに過疎化が進み、65歳以上の高齢者の多い地域であり、どちらも高齢者の受診が多いが、受診者の年齢構成は知夫村のほうが70歳代、80歳代以上の割合が高かった。

健診結果において両地区に共通していることは、要医療は両地区男女とも半数近くをしめ、要指導などをあわせて健康状態に何らかの問題がある者が多い。

要観察、要指導の区分に関しては、指導強化及び本人の生活改善の実行によって、現在の日常生活の中で疾病を予防できる群であり、これらが50歳代まで約半数を占めている。また、男女での年代別傾向は、知夫村、桜江町共に、女性において高齢になるに従って異常なしが減少し、要医療が増加していたが、男性は女性ほど明らかな傾向は見られなかった。

両地域において、高齢者ほど要医療率が高く、80歳代以上では、70%以上に何らかの健康問題があった。さまざまな検査が発達し、さらに医療機関の受診機会が増えた今日では、自覚症からの診断に比べ、より多くの疾患が発見され、本人の自覚しない病気が発見される機会が増えているものと思われる。無病息災は理想であるが、成人病を中心とした疾病構造の変化からも、成人病等の健康上の問題を指摘されたことを契機に、健康管理、疾病管理を適切に行うことが、より現実的な成人病対策につながるものと考えられる。

次に、老研式 ADL 指標の得点分布についてであるが、0～4点の低得点者は桜江町男女にいたが、知夫

村では全くいなかった。しかし、平均点では両地区に大きな差は見られなかった。女性の平均点は男性より低く、また加齢による ADL 低下が男性より大きい傾向が共通していた。小金井市での調査<sup>5)</sup>でも、男性に比較して女性の ADL 平均得点は低く、高齢になるほど差が大きい。この報告では高齢群ほど標準偏差が大きくなるが、今回の調査では知夫村女性以外ではその傾向は見られなかった。さらに、70歳代、80歳代以上のより高齢になると今回の調査結果における平均点が男女とも小金井より高い。

この理由の一つとして我々の対象は健診受診者であるため、寝たきりなど身体状況の特に悪いものがないことが考えられる。しかし、知夫村、桜江町とも過疎化という環境の中では、家庭内が高齢者のみ、もしくは高齢者の多い生活が一般化しており、両地域の90歳以上の調査<sup>6)</sup>においても、独居、老人世帯の老研式 ADL 指標は、同居世帯よりも高い値を示した。高齢者が地域で生活するためには社会的役割を含めて、自立の生活を余儀なくさせられており、ADLの確保は必要不可欠となっていると思われる。

健診の指導区分別の ADL 得点分布に特徴はみられず、平均点についても明らかな差は見られなかった。しかし、各指導区分の年代別の変化を検討すると、要医療群に関しては、年代が進むにつれ ADL 平均点は低下傾向を示し、疾病の疑いや疾病を有するものは、より高齢であるほど得点が低い傾向がうかがえた。一方で、70歳代、80歳代以上でも、健康に関して異常がないもの、また日常の注意によって健康に生活できるものがあり、これら的高齢者では要医療区分の高齢者に比較して ADL 得点も良好に保たれていた。最近、わが国の地域高齢者において、ADL 低下者に抑うつ状態の者が高率であること<sup>7)</sup>、また移動能力を指標とした ADL と老研式 ADL を用いた追跡調査では、生

命予後との関連が報告されている<sup>8)</sup>。

今回の調査でも、ADLと健康状態が関連していることが示唆された。健康への対策と共に日常生活自立への援助や、住民が参加できる地域社会づくりが必要といえる。そして、これらの活動は高齢者のみならず、住民全体の生活につながるものである。

今回の調査は、総合健診の最終年度の調査であるため、既に生活指導や医療機関への受療によって、健康状態を管理している住民がいる。これらの管理による健康状態への効果、ADLの変化について、さらに分析が必要と考えられる。

### 〈まとめ〉

過疎化、高齢化の進んだ島根県農漁村である、知夫村及び桜江町において総合健診が実施された。これらの健診において老研式 ADL 指標を用いて地域高齢者の ADL を調査し、健診の指導区分とあわせて分析した。

1. 指導区分では要医療が最も高率で、両地区男女とも40数%あった。異常なしの割合は、知夫村では男性8.5%、女性11.6%と女性が高率であったが、桜江町では男性17.0%、女性14.2%と男性が高率で、知夫村と比較すると男女とも桜江町が高率であった。
2. 両地区とも高齢になるに従って異常なしが減少し、逆に要医療は増加する傾向が見られたが、男性では女性ほど明瞭ではなかった。
3. 老研式 ADL 指標の得点分布は、4点以下は知夫村にはなく、桜江町男女のみにあった。知夫村の得点分布は、女性に比較して男性は高得点の割合が高率であったが、桜江町ではほぼ同じであった。また、両地区とも女性の13点満点の割合は高齢になるに従って減少したが、男性では女性に比較して変化が少なかった。
4. ADL 平均点は、知夫村男性を除いて高齢になるに従って有意に低下し、それとともに男女差も大き

くなり、女性の ADL 得点が低くなった。

5. 指導区分と ADL の検討では、得点分布、平均点とも関連はみられなかった。
6. しかし、年代別の ADL 平均点の変化を指導区分別に検討すると、異常なし群では両地区男女とも低下傾向は見られなかったが、要医療群では知夫村男性を除いて、有意に低下していた。

稿を終えるにあたり、両地区健診等に御協力頂きました関係各位に深謝致します。

### 参 考 文 献

- 1) 山本光昭, 他: 傷病統計からみた脳卒中, 厚生指標, 36(13), 13-22, 1989.
- 2) 前田大作, 他: 高齢者のモラルの縦断的研究-都市の在宅老人の場合-. 社会老年学, NO. 27, 3-13, 1988.
- 3) S. Katz, et al.: Studies of Illness in the Aged: The index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. JAMA, 185(12), 914-919, 1963.
- 4) 古谷野 亘, 他: 地域老人における日常生活動作能力-その変化と死亡率への影響-. 日本公衛誌, 31(12), 637-641, 1984.
- 5) 古谷野 亘, 他: 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-. 日本公衛誌, 34(3), 109-114, 1987.
- 6) 阿部美代子, 他: 島根県における長寿者の生活実態-石見地区と離島地区の比較-. 厚生指標, 38(6), 18-26, 1991.
- 7) 井原一成: 地域高齢者の抑うつ状態とその関連要因に関する疫学的研究. 日本公衛誌, 40(2), 85-94, 1993.
- 8) 小川 裕, 他: 地域高齢者の健康度評価に関する追跡的研究-日常生活動作能力の低下と死亡の予知を中心に-. 日本公衛誌, 40(9), 859-871, 1993.