

島嶼地域高齢者のライフスタイルと健康に関する研究

大月 和彦*・志水 幸**・宮本 雅央***
山下 匡将****・村山 くみ*****・古川 奨*****

A study about a lifestyle and the health of the aged of the islands area

Kazuhiko OTSUKI, Koh SHIMIZU, Masao MIYAMOTO,
Masanobu YAMASHITA, Kumi MURAYAMA, Tsutomu FURUKAWA

要旨 本研究では、島嶼地域住民を対象とした調査研究の成果をもとに、高齢者のライフスタイルと主観的健康感の関連要因について明らかにすることを目的とした。調査対象は、山形県酒田市に属する飛鳥、新潟県粟島浦村（以下、粟島）に居住する（2006年9月1日現在）満40歳以上の全ての住民のうち、調査期間中に居住が確認できた住民（飛鳥164名、粟島260名、計424名）である。なお、本稿では、満65歳以上の高齢者を分析対象にした。分析の結果、主観的健康感と社会との関わりや個人の精神的側面のあり様との関連性が認められ、特に社会との関わりでは「社会への貢献」、個人の精神的側面では「くつろいだ気分にする」や「将来に対して非常に楽観的である」に示される項目との関連が認められた。したがって、社会に対して積極的に関わる姿勢や現実生活への肯定的態度の重要性と共に、社会との関わりや個人の精神的側面と健康との関連に対する特段の配慮の必要性が示唆された。

キーワード：島嶼地域 高齢者 ライフスタイル 主観的健康感 地域福祉

緒言

現在の推計によれば、わが国は2010年に超高齢社会に到達する見込みである。豊かな長寿社会を迎えるためには、超高齢社会の主体者である高齢者自身の健康維持が最大の課題となる。換言すれば、サクセスフル・エイジングの実現が重要な課題であると考えられる。近年、わが国の高齢者福祉分野においてもサクセスフル・エイジングの視点が重視され、介護予防や健康寿命保持のための施策が展開されている。

翻って、健康とはWHOの定義を援用するまでもなく、身体的健康のみならず精神的健康をも包摂する幅広い概念である。なかでも、近年では自身の健康状況を自らが評価する指標として、主観的健康感の尺度を用いた研究成果が注目されている。主観的健康感とは、「健康度自己評価」や「自覚的健康感」とも言われ、神田（2000）によれば死亡率や有病率などの客観的指標では表せないより全体的な健康状態を捉えることができる健康指標として紹介されている¹⁾。また、三徳ら（2006）によれば、主観的健康感とは健康関連要因を調整しても死亡に対して独自の関連を持つことが指摘されている²⁾。したがって、主観的健康感の関連要因を検討することは、効果的な介護予防施策のあり方や健康教育のあり方を模索する上で援用し得る知見となる。

そこで、本研究では、人文科学的特性により、

*おおつき かずひこ 文教大学教育学部心理教育課程
**しみず こう 北海道医療大学看護福祉学部
***みやもと まさお 秋田看護福祉大学看護福祉学部
****やました まさのぶ 名古屋学院大学人間健康学部
*****むらやま くみ 松本短期大学介護福祉学科
*****ふるかわ つとむ 北海道医療大学大学院

ライフスタイルが画一化される傾向にある島嶼地域住民を対象とした調査研究の成果をもとに、高齢者の主観的健康感の関連要因について明らかにすることを目的とする。

I 研究方法

1. 調査対象

山形県酒田市に属する飛島、新潟県粟島浦村（以下、粟島）に居住する（2006年9月1日現在）満40歳以上の全ての住民を対象とした悉皆調査を実施した。調査期間は2006年9月4日～8日の5日間であり、調査期間中に居住が確認できた住民（飛島164名、粟島260名、計424名）を調査対象とした。なお、本稿では、満65歳以上の高齢者を分析対象にした。

2. 調査方法

本研究は、他記式質問紙票を用いた訪問面接による聞き取り調査を実施した。なお、調査対象の都合により訪問面接が困難な場合には、配票留置法を用いた。

3. 調査内容

本研究の質問項目は、基本属性に関する8項目、社会関連性指標（以下、ISI）18項目³⁾を含む19項目、交流の場の有無に関する3項目、町内会活動への参加や政治への関心等の社会的活動性に関する9項目、健康生活習慣実施指標（HPI）^{4) 5) 6)}8項目を含む健康生活に関する10項目、主観的健康感1項目を含む健康への不安感や入院及び通院に関する5項目、健康診断受診に関する6項目、ソーシャル・サポート（以下、SS）⁷⁾の授受に関する16項目、楽観主義尺度12項目⁸⁾、生活満足度尺度（以下、LSI-K）9項目⁹⁾を含む満足感に関する11項目、計126項目である。

4. 倫理的配慮

本研究では、1) 調査への回答を無記名とし、

統計的に処理をすることで個人を特定するようなことはない、2) 調査への非協力を理由に不利益をこうむることはない、3) 学術発表等の研究目的以外にデータを使用することはない、以上のことを訪問時に説明し同意を得られた調査対象から回答を得た。

5. 集計

集計に際し各指標の回答を以下のようにコーディングした。

1) 主観的健康感

主観的健康感の質問項目「あなたは現在健康であると思いますか」に対し、“すこぶる健康だと思う”“健康な方だと思う”“あまり健康ではない”“健康ではない”の4つの選択肢から回答を得た。“すこぶる健康だと思う”“健康な方だと思う”と回答した群を「健康群」、 “あまり健康ではない”“健康ではない”と回答した群を「非健康群」として分類した。

2) 楽観主義尺度

楽観傾向4項目、悲観傾向4項目、フィラー3項目から構成され、「あてはまる」「ややあてはまる」「どちらともいえない」「ややあてはまらない」「あてはまらない」の5つの選択肢から回答を得た。得られた回答は、中村らの基準に準拠し、「あてはまる」を5点、「ややあてはまる」を4点、「どちらともいえない」を3点、「ややあてはまらない」を2点、「あてはまらない」を1点として楽観的傾向及び悲観的傾向得点として算出した。

また、「あてはまる」「ややあてはまる」と回答した群を「該当群」、「どちらともいえない」「ややあてはまらない」「あてはまらない」と回答した群を「非該当群」として二分し解析に用いた。

3) その他の項目

原著に準拠したコーディングを行い二群に分類し解析に用いた。

6. 統計解析

回収した質問紙票をもとに、表計算ソフト

(Microsoft Excel) を用いてデータセットを作成し、統計解析ソフト (SPSS 12.0J for Windows) を用いて集計解析を行った。第一に、単変量解析では主観的健康の2群と各項目において分類した2群とのクロス表を作成し、Fisherの直接確率法を用いて各項目間の関連の有意性を検討した。第二に、目的変量を主観的健康感、説明変量を単変量解析で有意性が認められた各尺度の変量を用いて多変量ロジスティックモデルを構築し、ステップワイズ法(変数増加法)により独立性の高い変量を検出した。その際、「性別」「年齢」「地域性」「同居者の有無」「職業の有無」を調整変数として投入した。第三に、目的変量を主観的健康感、尺度ごとの多変量ロジスティック解析によって独立性の高い変量として検出された項目を説明変量とした多変量ロジスティックモデルを構築し、ステップワイズ法(変数増加法)により独立性の高い変量を検出した。なお、単変量解析及び多変量解析の有意水準を5%に設定した。

II 結果

調査期間中、居住が確認できた調査対象は飛鳥：164名、栗島：260名、計424名であった。そのうち回収数は飛鳥：138名(84.1%)、栗島：208名(80%)、計346名(81.6%)であった。調査対象者のうち満65歳以上の高齢期は、飛鳥：99名、栗島120名、合計219名であった。その中で、主観的健康感の回答に不備のあった飛鳥の2名を除き、217名を分析対象とした。

1. 基本属性 (表1参照)

男女別人数は男性88名(40.6%)、女性129名(59.4%)であった。平均年齢(±標準偏差)は、男性73.2歳(±5.5)、女性73.64歳(±6.6)であった。同居者家族の有無は、同居者あり186名(86.5%)、独居29名(13.5%)であった。職業の有無は、有職147名(67.7%)、無職70名(32.3%)であった。

表1 基本属性及び主観的健康感

		N = 217
		N (%)
島名	飛鳥	97 (44.7)
	栗島	120 (55.3)
性別	男性	88 (40.6)
	女性	129 (59.4)
職業の有無	無職	70 (32.3)
	有職	147 (67.7)
主観的健康感	非健康群	88 (40.6)
	健康群	129 (59.4)
過去1年間の入院	あり	20 (9.4)
	なし	192 (90.6)
過去2ヶ月の通院	あり	99 (46.5)
	なし	114 (53.5)

また、主観的健康感は、健康群129名(59.4%)、非健康群88名(40.6%)であった。さらに、既往症に伴う過去1年の入院の有無は、入院あり20名(9.4%)、入院なし192名(90.6%)、既往症に伴う過去2ヶ月の通院状況は、通院あり99名(46.5%)、通院なし114名(53.5%)であった。

2. 主観的健康感と各指標別細目の関連

1) 主観的健康感と分析対象者の特性及び交流の場の関連 (表2参照)

単変量解析で有意($p < .05$)な関連が認められた項目は、「健康への不安感」「入院の有無」「通院の有無」の3項目であり、多変量解析においてもこの3項目は独立性の高い変量として検出された。

2) 主観的健康感とISIの関連 (表3参照)

単変量解析で有意($p < .05$)な関連が認められた項目は、「家族との会話」「家族以外との会話」「社会への貢献」の3項目であり、多変量解析において独立性の高い変量として検出された項目は、「家族以外との会話」「社会への貢献」の2項目であった。

3) 主観的健康感と社会的活動状況の関連 (表4参照)

表2 主観的健康感と通院についての指標の関連本属性及び主観的健康感

		主観的健康感		
		非健康群	健康群	合計
健康への不安感	不安感なし	9 (10.2)	56 (43.8)	65 (30.1) * : §
入院の有無	あり	15 (17.2)	5 (4.0)	20 (9.4) * : §
通院の有無	あり	50 (57.5)	49 (38.9)	99 (46.5) * : §
健診への参加	積極的に受ける	63 (72.4)	105 (81.4)	168 (77.8)

* : Fisherの直接確率法 $p < 0.05$ § : 多変量解析 (ロジステックモデル) $p < 0.05$

表3 主観的健康感とISIの関連

		主観的健康感		
		非健康群	健康群	合計
家族との会話	あり	83 (94.3)	128 (99.2)	211 (97.2) *
家族以外との会話	あり	79 (89.8)	126 (97.7)	205 (94.5) * : §
訪問機会	あり	75 (85.2)	117 (90.7)	192 (88.5)
活動への参加	あり	48 (56.5)	82 (64.6)	130 (61.3)
テレビの視聴	あり	88 (100.0)	129 (100.0)	217 (100.0)
新聞購読	あり	39 (45.3)	42 (33.1)	81 (38.0)
本・雑誌の購読	あり	44 (50.0)	70 (54.3)	114 (52.5)
役割の有無	あり	69 (78.4)	111 (86.7)	180 (83.3)
相談者の有無	あり	78 (88.6)	120 (93.0)	198 (91.2)
緊急時の手助け	あり	86 (97.7)	125 (97.7)	211 (97.7)
近所づきあい	あり	87 (98.9)	126 (97.7)	213 (98.2)
趣味の有無	あり	75 (85.2)	107 (82.9)	182 (83.9)
便利な道具の利用	あり	72 (81.8)	107 (83.6)	179 (82.9)
健康への配慮	あり	87 (98.9)	127 (98.4)	214 (98.6)
規則正しい生活	規則的	85 (96.6)	125 (96.9)	210 (96.8)
生活の工夫	あり	79 (90.8)	124 (96.9)	203 (94.4)
積極性	あり	82 (94.3)	126 (97.7)	208 (96.3)
社会への貢献	できる	65 (73.9)	120 (93.8)	185 (85.6) * : §

* : Fisherの直接確率法 $p < 0.05$ § : 多変量解析 (ロジステックモデル) $p < 0.05$

単変量解析で有意 ($p < .05$) な関連が認められた項目は、「交流の場の有無」「広報誌の購読」「選挙への参加」の3項目であり、多変量解析において独立性の高い変数として検出された項目は、「広報誌の購読」「選挙への参加」の2項目であった。

4) 主観的健康感とHPIの関連 (表5参照)

単変量解析で有意 ($p < .05$) な関連が認められた項目は、「朝食の摂取」「ストレス」の2項目で

あり、多変量解析において独立性の高い変数として検出された項目は、「ストレス」の1項目であった。

5) 主観的健康感とSSの関連 (表6参照)

単変量解析で有意 ($p < .05$) な関連が認められた項目は、「くつろいだ気分にする」「長期間寝込んだ場合の看病する」の2項目であり、多変量解析において独立性の高い変数として検出された項目は、「くつろいだ気分にする」の1項目であっ

表4 主観的健康感と社会的活動状況の関連

		主観的健康感		
		非健康群	健康群	合計
親友の有無	あり	72 (81.8)	111 (86.0)	183 (84.3)
交流の場の有無	あり	62 (70.5)	109 (84.5)	171 (78.8) *
交流の場の必要性	あり	78 (90.7)	118 (92.9)	196 (92.0)
町内会への加入	あり	76 (87.4)	116 (90.6)	192 (89.3)
町内活動への参加 ^{注)}	活発である	36 (47.4)	62 (53.4)	98 (51.0)
老人クラブへの加入	あり	41 (53.2)	62 (54.9)	103 (54.2)
老人クラブ活動への参加 ^{注)}	活発である	22 (53.7)	34 (54.8)	56 (54.4)
仕事以外の所属団体	あり	69 (81.2)	110 (87.3)	179 (84.8)
団体での役職経験	あり	50 (58.1)	59 (46.8)	109 (51.4)
仕事以外で所属する団体での活動の有無	あり	59 (69.4)	100 (77.5)	159 (74.3)
社会への関心	あり	66 (75.0)	109 (84.5)	175 (80.6)
広報誌の購読	あり	39 (44.3)	80 (62.0)	119 (54.8) * : §
選挙への参加	あり	77 (88.5)	124 (97.6)	201 (93.9) * : §
政治への関心	あり	59 (67.0)	102 (79.1)	161 (74.2)

* : Fisher* : Fisherの直接確率法 $p < 0.05$

§ : 多変量解析 (ロジステックモデル) $p < 0.05$

注) 町内会、老人クラブそれぞれ加入している群のうち「活発である」と回答した群

表5 主観的健康感とHPIの関連

		主観的健康感		
		非健康群	健康群	合計
運動	週1回以上	47 (56.0)	75 (60.5)	122 (58.7)
飲酒	適量	7 (8.1)	17 (13.3)	24 (11.2)
喫煙	吸わない・やめた	78 (90.7)	115 (89.8)	193 (90.2)
睡眠時間	6~8時間	68 (78.2)	110 (85.3)	178 (82.4)
栄養のバランス	考える	44 (51.2)	83 (64.3)	127 (59.1)
朝食の摂取	毎日摂る	82 (95.3)	128 (100.0)	210 (98.1) *
労働時間	8~10時間	69 (80.2)	96 (75.0)	165 (77.1)
ストレス	なし	28 (32.6)	66 (51.2)	94 (43.7) * : §

* : Fisher* : Fisherの直接確率法 $p < 0.05$

§ : 多変量解析 (ロジステックモデル) $p < 0.05$

た。

6) 主観的健康感と楽観主義尺度の関連 (表7参照)

単変量解析で有意 ($p < .05$) な関連が認められた項目は、「将来に対し非常に楽観的である」の1項目であった。多変量解析においては、独立性の高い変量は検出されなかった。

7) 主観的健康感とLSI-K及び満足感に関する項

目との関連 (表8参照)

単変量解析で有意 ($p < .05$) な関連が認められた項目は、LSI-Kでは、「去年と同じように元気」「今の生活に、不幸せなことがどれくらいある」「小さなことを気にするようになった」「他の人に比べて恵まれていた」「前よりも役に立たなくなった」「人生を振り返ってみて満足」「生きることには大変厳しい」の7項目であり、その他の項目で

表6 主観的健康感とSSの関連

	主観的健康感				
			非健康群	健康群	合計
サポート 受領	心配事を聞いてくれる人	あり	75 (85.2)	114 (89.1)	189 (87.5)
	病気で2～3日寝込んだ場合の看病をしてくれる人	あり	80 (90.9)	114 (89.1)	194 (89.8)
	気を配ってくれる人	あり	78 (88.6)	123 (96.1)	201 (93.1)
	元気付けてくれる人	あり	76 (86.4)	120 (93.8)	196 (90.7)
	お金を貸してくれる人	あり	48 (55.8)	70 (55.1)	118 (55.4)
	くつろいだ気分にしてくれる人	あり	68 (77.3)	111 (86.7)	179 (82.9)
	用事を頼める人	あり	75 (85.2)	104 (81.3)	179 (82.9)
	長期間寝込んだ場合の看病をしてくれる人	あり	72 (81.8)	107 (84.3)	179 (83.3)
	サポート 提供	心配事を聞く	あり	75 (87.2)	112 (87.5)
病気で2～3日寝込んだ場合の看病する		あり	69 (79.3)	112 (87.5)	181 (84.2)
気を配る		あり	81 (93.1)	122 (95.3)	203 (94.4)
元気付けている		あり	73 (83.9)	114 (89.8)	187 (87.4)
お金を貸す		あり	35 (40.7)	63 (48.8)	98 (45.6) * : §
くつろいだ気分にする		あり	58 (66.7)	105 (82.0)	163 (75.8)
用事を頼まれる		あり	61 (70.1)	99 (77.3)	160 (74.4) *
長期間寝込んだ場合の看病をする		あり	61 (70.9)	108 (84.4)	169 (79.0)

* : Fisher* : Fisherの直接確率法 $p < 0.05$ § : 多変量解析 (ロジステックモデル) $p < 0.05$

は「現在の生活に満足か」の1項目であった。多変量解析において独立性の高い変量として検出された項目は、LSI-Kの「去年と同じように元気」「今の生活に、不幸せなことがどれくらいある」「他の人に比べて恵まれていた」「前よりも役に立たなくなった」の4項目、「現在の生活に満足か」の1項目であった。

8) 主観的健康感と各指標の独立性の高い項目との関連 (表9参照)

表9に各尺度において独立性の高い変量として検出された項目を説明変量とした多変量解析の結果を示した。分析対象者の特性である「健康への不安感」「入院の有無」「通院の有無」の3項目、ISIの「社会への貢献」の1項目、LSI-Kの「今の生活に、不幸せなことがどれくらいある」「他の人に比べて恵まれていた」の2項目の、合計6

項目において独立性が検出された。また、全ての項目において好ましい回答群の方が、健康群の相対的出現率が高い傾向が看取された。

Ⅲ 考 察

本研究では、島嶼地域住民の介護予防や健康教育のあり方の模索に資するべく実施した調査研究結果をもとに、特に高齢者のライフスタイルの実態と主観的健康感の関連について検討した。島嶼地域では一般に、地理的特性から医療・福祉サービスを利用する場が少なく、入院医療や継続的な福祉サービス利用が困難である。ひとたび、継続的な医療・福祉サービスが必要となった場合には、住み慣れた島嶼地域を離れ比較的社会資源の多い近郊地域へ移住せざるを得なくなる。したがって、

表7 主観的健康感と楽観主義尺度の関連

		主観的健康感			
		非健康群	健康群	合計	
結果がわからない時は一番良い面を考える ^a	該当群 ^{注1)}	61 (70.9)	95 (74.8)	156 (73.2)	
たやすくリラックスできる ^c	該当群	64 (74.4)	104 (83.2)	168 (79.6) *	
まずいことになりそうだと思うと、たいていそうなる ^b	該当群	49 (57.6)	62 (49.6)	111 (52.9)	
明るい面を考える ^a	該当群	64 (75.3)	107 (85.6)	171 (81.4)	
将来に対し非常に楽観的である ^a	該当群	50 (58.8)	95 (74.8)	145 (68.4) *	
友人に恵まれている ^c	該当群	68 (79.1)	106 (84.8)	174 (82.5)	
忙しいことは重要である ^c	該当群	69 (80.2)	101 (80.8)	170 (80.6)	
都合よく運ぶだろうなどは期待しない ^b	該当群	57 (66.3)	82 (65.6)	139 (65.9)	
物事が思い通りに運んだためしがない ^b	該当群	46 (53.5)	73 (57.5)	119 (55.9)	
動揺しない ^c	該当群	59 (69.4)	104 (80.6)	163 (76.2)	
「憂いの影には喜びがある」ということを信じている ^a	該当群	63 (73.3)	108 (84.4)	171 (79.9)	
幸運が訪れるのを当てにすることは、めったにない ^b	該当群	58 (67.4)	91 (71.7)	149 (70.0)	
	楽観的傾向 ^{注2)}	高得点群	47 (53.4)	86 (66.7)	133 (61.3)
	悲観的傾向 ^{注3)}	高得点群	38 (43.2)	65 (50.4)	103 (47.5)

* : Fisherの直接確率法 p < 0.05

a:楽観的傾向の質問項目 b:悲観的傾向の質問項目 c:フィルター項目

「あてはまる」=5点、「ややあてはまる」=4点、「どちらともいえない」=3点、「ややあてはまらない」=2点
「全くあてはまらない」=1点として、楽観的傾向及び悲観的傾向得点を算出した。

注1) 「あてはまる」「ややあてはまる」=「該当群」

「どちらともいえない」「ややあてはまらない」「あてはまらない」=「非該当群」

注2、注3) 得点を算出し、平均点で2分した。各傾向のカット・オフ・ポイントは楽観的傾向：13.3点、悲観的傾向：12.7点である。

表8 主観的健康感とLSI-K及び満足感に関する項目

		主観的健康感			
		非健康群	健康群	合計	
LSI-K	去年と同じように元気	はい	31 (35.6)	92 (71.9)	123 (57.2) * : §
	今の生活に、不幸せなことがどれくらいある	ほとんどない	17 (19.5)	71 (55.5)	88 (40.9) * : §
	小さなことを気にするようになった	いいえ	43 (49.4)	96 (75.0)	139 (64.7) *
	他の人に比べて恵まれていた	はい	47 (55.3)	102 (82.3)	149 (71.3) * : §
	前よりも役に立たなくなった	思わない	14 (16.1)	50 (39.4)	64 (29.9) * : §
	人生をふりかえてみて、満足	満足できる	61 (70.9)	109 (85.2)	170 (79.4) *
	生きることは大変厳しい	いいえ	6 (6.9)	26 (20.3)	32 (14.9) *
	物事をいつも深刻に考える	いいえ	34 (39.1)	65 (50.8)	99 (46.0)
	求めていたことのほとんどを実現できた	いいえ	28 (33.3)	55 (44.0)	83 (39.7)
	現在の生活に満足か	満足	67 (77.0)	117 (91.4)	184 (85.6) * : §
	趣味・生きがい	ある	65 (76.5)	109 (85.2)	174 (81.7)

* : Fisherの直接確率法 p < 0.05

§ : 多変量解析 (ロジステックモデル) p < 0.05

なお、多変量解析の際、LSI-Kとその他の項目はそれぞれ独立したモデルを使用した。

表9 主観的健康感と各指標の独立性の高い項目との総関連

項目	参照カテゴリ	OR(95.0%CI) ^{注1)}
HPI		
ストレス	ある	n. s ^{注2)}
ISI		
家族以外との会話	なし	n. s
社会への貢献	できない	6.2 (2.0-19.7)
通院についての指標		
健康への不安感	あり	7.7 (2.9-20.7)
入院の有無	なし	0.2 (0.0-0.6)
通院の有無	なし	0.3 (0.1-0.6)
社会的活動状況の指標		
広報誌の購読	なし	n. s
選挙への参加	しない	n. s
サポート提供		
くつろいだ気分にする	ない	n. s
LSI-K		
去年と同じように元気	いいえ	n. s
今の生活に、不幸せなことがどれくらいある	ある	4.3 (1.9-9.6)
他の人に比べて恵まれていた	いいえ	4.8 (2.1-10.9)
	思う	n. s
前よりも役に立たなくなった		
満足感に関する項目		
現在の生活に満足か	満足ではない	n. s

注1) OR (オッズ比) : 参照カテゴリを1とし、「健康群」の相対的出現率を示した。

算出にあたり「性別」「年齢」「同居者の有無」「地域」を調整変数として投入した。

注2) n.s : 算出したオッズ比が有意でなかったもの。

島嶼地域において現状の生活を長期的に持続する上で、自らの健康管理を含む日常生活習慣に配慮することは、介護予防や健康寿命保持の視点からも極めて重要なこととなる。

従来から指摘されている通り、本研究でも既往症（通院・入院）や生活習慣（朝食の摂取やストレス）などの状況が主観的健康感に関連することを確認した。しかし、本研究においては、健康寿命保持や介護予防のための福祉コミュニティ創造に資する知見として、主観的健康感と社会との関わりや個人の精神的側面のあり様との関連について検討したい。

橋本（2005：118）は、「高齢者には自己実現を図ることを目標に自らの生き方について主体的に考え、行動する『主体性』と、家族や友人、地

域と共存し、社会的な連帯を図るという意識を持ちながら社会参加を行う『連帯性』が求められる」と指摘している¹⁰⁾。換言すれば、高齢期における個人の精神的側面のあり様や社会との関わりや必要性の指摘である。さらに、芳賀（1988）は、「社会活動性の高さ」と、杉澤（1994）は「地域集団への参加の高さと将来の日常動作能力」との関連を指摘している^{11) 12)}。解析結果に見られるISIや社会的活動状況は、自らが積極的に社会に関わろうとする姿勢を示すものとして、現在の健康状態の維持のみならず、万が一の場合に対する精神的な安心感を担保するものとなる。

Petersonらは、Seligmanの知見に基づき人々がとるライフイベントに対する独自の説明スタイルに着目し、リスク・ファクターとしての悲観的態

度と疾病との関連の検討をもとに、楽観的態度の重要性について指摘している¹³⁾。また、渋谷(1998)は、自らの生活を自らがコントロールしている実感を持つことで、生活態度が積極的になると指摘している¹⁴⁾。このことから、主観的健康感に積極的に関連するライフスタイルと、楽観的態度を含む現実生活への肯定的態度との関連の可能性が示唆される。本研究における解析結果も、概ね先行研究の知見を追認したものとえよう。

以上、介護予防や健康寿命保持を志向すべくサクセスフル・エイジングの実現を目指す上で、主観的健康感と既往症の有無や生活習慣との関連のみならず、社会との関わりや個人の精神的側面のあり様との関連に着目する必要性が示唆された。今後の島嶼地域における福祉コミュニティ振興にあたっては、殊に一般的に社会から孤立しがちな独居・無職高齢者のインクルージョンに配慮した内容の施策策定が望まれる。また、健康教育にあたっては、健康自己管理能力の向上のみではなく、社会との関わりや個人の精神的側面と健康との関連に配慮したプログラム策定が望まれる。

IV 結 語

本研究では、介護予防施策や健康教育のあり方の模索に資するべく、高齢者のライフスタイルと主観的健康感の関連要因について検討した。その結果は、以下のように約言される。

1) 主観的健康感は、既往症(通院・入院)や生活習慣(朝食の摂取やストレス)などの状況のみではなく、社会との関わりや個人の精神的側面のあり様との関連していた。2) 社会との関わりでは、「社会への貢献」に示されるように、自らが積極的に社会に関わろうとする姿勢の重要性が示唆された。3) 個人の精神的側面では、「くつろいだ気分にする」や「将来に対して非常に楽観的である」の、現実生活への肯定的態度の重要性が示唆された。4) 今後の島嶼地域における福祉コミュニティ振興や健康教育の実施に際して、これら

の知見に対する特段の配慮が必要となる。

【文 献】

- 1) 神田晃・尾島俊之・柳川洋(2000)「自覚的健康感の健康指標としての有効性」『厚生指標』47(5), 33~37.
- 2) 三徳和子・高橋俊彦・星旦二(2006)「主観的健康感と死亡率の関連に関するレビュー」『川崎医療福祉学会誌』 Vol.16 NO.1, 1-10.
- 3) 安梅勅江(2000)「エイジングのケア科学」川島書店.
- 4) L. F., Berkman, L. Breslow. Health and ways of living. Oxford Univ. Press. NY.
- 5) 星旦二・森本兼義訳(1989)「生活習慣と健康」HBJ 出版局
- 6) 星旦二・森本兼義(1991)「健康習慣と身体的健康度」『森本兼義編 ライフスタイルと健康—健康理論実証研究—』医学書院. 66-71.
- 7) 野口祐二(1991)「高齢者のソーシャルサポート—その概念と規定」『社会老年学』34.
- 8) 中村陽吉(2000)「対面場面における心理的個人差測定の対象についての分類を中心にして」プレーン出版.
- 9) 古谷野旦・柴田博・芳賀博・ほか(1989)「生活満足度尺度の構造—主観的幸福感の多次元性とその測定」『老年社会学』11, 99-115.
- 10) 橋本友里子(2005)「老年期における家族的役割、社会的役割と精神的健康との関連性に関する研究」『関西福祉科学大学紀要』第9号, 117-130.
- 11) 芳賀博・柴田博・松崎俊久・ほか(1988)「地域老人の日常生活動作能力に関する追跡的研究」『民族衛生』54(5), 217-233.
- 12) 杉澤秀博(1994)「高齢者における社会的統合と日常生活動作能力の予後との関係」『日本公衆衛生雑誌』41, 131-139.
- 13) Peterson C, Seligman ME, Vaillant GE. (1998) Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. Journal of Personality and Social Psychology, 55(1), 23-27.
- 14) 渋谷昌三(1998)「Agingの社会心理学的考察」『山梨医大紀要』第15巻, 87-96.