

地域中高年者の主観的健康感の関連要因に関する研究 ～地方都市シニア大学受講者を対象とした調査結果から～

The research about the related factor of the subjective health sense of the area middle and old aged person
～From research result for the local city senior university participant～

百瀬 ちどり 村山 くみ
Chidori MOMOSE Kumi MURAYAMA

要旨

本研究はシニア大学に参加する中高年者の主観的健康感と日常生活の状況やとらえ方から、社会参加を積極的に行おうとする中高年者の主観的健康感とその関連要因について明らかにすることを目的とする。

研究対象者はA市シニア大学の受講者350名である。調査項目は、主観的健康感、社会関連要因、生活満足度などの項目について自記式質問紙法を用いて実施した。倫理的配慮は、統計的に処理することで個人が特定されないこと、研究への参加は自由であることを口頭と書面で説明し質問紙の提出を持って、同意とした。分析対象者は278名である。

平均年齢は68.3±11.4歳、家族構成では独居が15.5%であった。主観的な健康状態により、健康群と非健康群に分け、健康生活指標、社会関連要因、生活満足度、ソーシャル・サポートとの関係を見た。健康生活習慣実践指標ではストレスに関する項目以外には、健康群と非健康群に有意差は見られなかった。生活満足度では、「恵まれていた」「振り返って満足」について健康群と非健康群では有意差があった。健康群と非健康群ではソーシャル・サポートの授受に有意差が見られた。

社会参加活動は健康感を高める要因となる。ソーシャル・サポートの授受量は健康感や生活の満足感に影響する。中高年期は社会的役割や家族構成、身体状況も加齢とともに変化する時期であり、個々の生活状況や地域特性に沿った支援が必要である。健康感は活動との関係が大きくまた、幸福感にもつながる。活力ある高齢者像の構築には社会活動と新たな交友関係の形成が重要であることを根拠づけた。

【キーワード】 主観的健康感 シニア大学 健康関連要因

はじめに

超高齢化社会を迎えた日本では高齢者対策が主要課題となり、2000年の介護保険導入と同時に、21世紀の高齢社会を見据えた施策としてゴールドプラン21が開始された。その基本的な目標の一つに、活力ある高齢者像を構築することがある。そこに強調されているのは「生涯現役」を目指すことであり、健康で生きがいを持ちながら社会参加を行うことである。活力ある高齢期を迎えるためには壮年期、向老期から老後の生活や生き方についての視点を持つことが必要であろう。

活力ある高齢者像を構築する際に考えなければならないことは、生活の基盤ともいえる地域社会の特性である。人口構造や高齢化の進み具合、家族構成や職業特性などは地域ごとに大きく異なる。長野県においては特に地理的な条件によっても住民間の結びつきは多様であり、山村部や農村部、商店街など居住環境や従事する職業、家族構成など様々である。なかでも、高齢化率の地域間の格差は大きい。長野県全体としての高齢化率は、平成20年度の国民生活基礎調査によると、高齢者人口が全国平均22.1%に対し25.5%と大きく上回っている。しかし、長

野県内の市町村の高齢化率を比較すると最も高い52.1%から最も低い19.6%まで様々である。そのため、地域ごとの高齢者の健康問題や福祉問題もそれぞれに異なっている。一方、長野県の高齢者の特徴としては就業率が高く医療費が低いことがある。高齢期を迎えても健康で社会活動が可能な住民が多いといえよう。

地域の多様で個別な問題を解決していくために地域住民自身が積極的に社会活動を展開し、直接的な福祉サービス提供に参加する活動を展開するようになってきた。定年後でも健康に支障がなく活動できる人が、社会的な活動の場で自分を生かしているとする高齢化社会のこれからのあり方を高齢期にある人たちが行動で示そうとしているとも言えよう。高齢期の活動を保証する大きな要因は健康と経済的基盤があることであり、活動を共にする仲間がいることである。芳賀¹⁾は高齢期の健康について必要な条件として、自立生活を保障する生活能力や健康感・幸福感などの精神的自立であると述べ、身体面ばかりでなく社会的、心理的な面からとらえることの重要性を指摘している。疾病の有無にかかわらず主観的に健康が良好であり、社

会参加の意識が高い高齢期を迎える人の社会活動を支援する場の一つとして、シニア大学がある。定年後、あるいは定年間近な人たちが地域で活躍するための方法や仲間作りについての知識を提供している。

高齢期の健康関連要因として「社会参加」活動が重要視されている。そこで、シニア大学に参加する「社会参加活動」のための準備段階にある人の健康に関連する要因と主観的健康感との関連から、地域中高年者の健康意識を総合的に明らかにするために本研究に取り組んだ。

I. 目的

社会参加に積極的に取り組む姿勢を持つ地域中高年者の健康状態の主観的な評価と社会、心理的な要因との関連を明らかにし、高齢者の社会活動を支援する準備段階としての壮年期、向老期にある人の健康増進活動に対する介入のための基礎資料とすることを目的とする。

II. 方法

1. 対象

対象者はA市保健福祉事務所が主催するシニア大学の受講者350名である。

調査期間は平成21年7月13日～7月25日までである。

2. 調査項目とその尺度化

本研究の目的を検討するために用いた項目およびその評定の基準を以下に示す。

1) 基本属性に関する項目

基本属性に関する項目は、年齢、性別、世帯構成、職業、収入の内容、死別体験の有無の6項目を設定した。年齢については、暦年齢を用いた。性別については、男に1点を、女に0点を与えダミー変数として扱った。世帯構成については、独居世帯、夫婦のみ、2世代、3世代以上とした。職業については、農業、自営業、観光業、会社員、パート・アルバイト、無職、その他とし、各職業に従事している者を1点、従事していない者を0点として扱った。

2) 主観的健康観に関する質問項目

「あなたは普段ご自分で健康だと思いますか？」という問いに対して、「とても健康である」、「まあまあ健康である」、「あまり健康でない」、「健康ではない」の4段階で評定を求め、「非常に健康」「まあまあ健康」と回答した者を「健康群」として1点を、「あまり健康でない」「健康ではない」と回答した者を「非健康群」とし0点を与えた。

とし0点を与えた。

主観的健康観を測定する尺度としては、今回用いたものが最も一般的であり、このほかに将来の健康の見通し、過去の健康との比較などが設定できる。これらの尺度は質問も平易であり、短時間で実施できることから多くの先行研究^{2) 3) 4)}で用いられており、信頼性は確保されている。

3) 健康生活習慣等に関する項目

これまでの生活習慣が主観的健康感を含めた健康にどのように影響しているかを示すため、1か月以内の受診の有無、1年以内の入院の有無、健康診断の受診状況、睡眠、飲酒、喫煙、運動等に関する8項目について質問した。

1か月以内の受診の有無、1年以内の入院の有無は「なし」と回答した者に1点、「あり」と回答した者に0点を与えた。健康診断の受診状況については、「受けた」と回答した者に1点、「受けていない」を0点とした。なお、健康習慣については、先行研究^{5) 6)}を参考とし、好ましい回答群に1点、その他に0点を与えた。また、飲酒については、ほぼ毎日1合以上の飲酒者に0点、それ以外の者に1点を与えた。喫煙については、調査時点で喫煙習慣のない者に1点、喫煙習慣のある者に0点とした。運動については、「週2回以上」「週1回」と回答した者に1点、「月1回以下」を0点として扱った。

4) 生活満足度

生活満足度については生活満足尺度(LSI-K)を用いた。LSI-Kは、古谷野⁷⁾らにより標準化されたものであり、信頼性は確保されている。「人生全体についての満足度」、「楽天的・肯定的な気分」、「老いについての評価」の3つの因子により構成され、項目数は9項目となっている。各項目で肯定的な回答をした者に1点、それ以外の回答をした者を0点とした。

5) 社会関連性尺度

安梅⁸⁾によって開発された社会関連性尺度は高齢者の人間関係の有無、環境との関わりの頻度を知る尺度である。総計18項目より構成され、因子分析により「生活の主体性」、「社会への関心」、「他者とのかわり」、「生活の安心感」、「身近な社会参加」の5つの領域に分類でき、領域別に評価することができ、信頼性は得られている。質問に対する頻度を4つの選択肢から選び「ほとんどない」、「あまりない」に当てはまる項目を0点、その他を1点とした。

6) 高齢者用ソーシャル・サポート尺度

野口⁹⁾が開発した高齢者用ソーシャル・サポート

尺度を採用した。本尺度は、高齢者のソーシャル・サポートを「情緒的サポート」、「手段的サポート」、「ネガティブサポート」の3つの下位尺度により構成され、各4項目の計12項目となっている。本尺度は一般化されているが、今回の調査においては未だに異論を残す「ネガティブサポート」を除いた8項目について試みた。また、サポートについては受領だけでなく、サポートを提供することがQOLの向上に影響を与えたとする考えもあることから、各項目について受領、提供の両方向からサポート状況についての回答を求めた。

なお、サポート提供者が「いる」場合を1点、「いない」場合を0点として扱った。

3. 調査方法

調査は以下の手順で行った。

- ①シニア大学主催者に事前に研究の趣旨を説明し、受講生へのアンケート調査をすることの許可を得た。
- ②事前に打ち合わせた日の講義の終了後、受講生全員がいるところで研究の趣旨と方法について説明し理解を得た。
- ③受講生全員にアンケートを配布し、再度研究の趣旨、倫理的配慮について説明をした。
- ④アンケート回収については主催者の協力を経て、回収箱を設置した。
- ⑤回収期間は、受講生らの講義時間割を考え設定した。

4. 解析方法

回収した質問紙票をもとに、表計算ソフトExcelを用いてデータセットを作成し、SPSS for Windowsを使用し集計解析を行った。分析対象は主観的健康感の質問項目に記入があった278名とした。集計解析は第一に、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、交絡要因を検討するために多変量解析をおこなった。多変量解析では、目的変数を主観的健康感、説明変数を単変量解析で有意性が認められた各尺度の変数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数を検出した。

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。欠損に関しては、分析ごとに除外した。

III. 倫理的配慮

本研究では調査への回答を無記名とし、統計的に

処理することで個人が特定されないようにすること、調査へ非協力でも何の不利益も生じないこと、研究目的以外にデータを使用することは無いことを、文書と口頭で説明し、質問紙の提出をもって同意とした。

IV. 結果

1. 分析対象の基本属性

調査対象350名のうち283名(回収率81%)から回答を得た。分析対象である主観的健康感の質問項目に記入のあったものは278名(回答率98.2%)である。(表1)。

表1 分析対象の基本属性と主観的健康感

項目		N(%)
性別	男性	110(39.6)
	女性	168(60.4)
年齢	mean±SD	68.3±11.4
職業の有無	有職	63(22.7)
	無職	214(77.3)
	欠損	1(0.02)
同居者の有無	あり	234(84.5)
	なし	43(15.4)
	欠損	1(0.02)
死別体験の有無	あり	90(32.3)
	なし	178(64.1)
	欠損	10(5.6)
主観的健康感	健康群	221(79.5)
	非健康群	57(20.5)

シニア大学の受講生は概ね60歳以上を応募資格としているが、57歳から84歳までと参加者の年齢には幅があり、平均年齢は68.3±11.4歳、男性参加者110名の平均年齢は69.7±4.3歳であった。女性参加者は168名、平均年齢は67.0±11.9歳であった。

家族構成では、独居が43名(15.5%)、うち女性が41名を占めている。同居者ありの内容では、夫婦のみは120名(44%)であった。親と子の2世代同居は86名(31%)であるが、参加者自身の親との同居の2世代同居も20名(7%)あった。就労では、63名(22.7%)が何らかの仕事を持っている。生活の収入源はほとんどの参加者が年金収入である。半年以内の身近な人との死別体験は90名(33.6%)があると答えている。

主観的健康感では、「非常に健康」「まあまあ健康」「余り健康でない」「健康でない」の4段階の選択肢か

ら回答を得た。「非常に健康」「まあまあ健康」と回答した「健康群」は全体の221名(79.5%)、「余り健康でない」「健康ではない」と回答した「非健康群」は57名(20.5%)であった。男女別の健康群の割合は、男性参加者68%、女性参加者79%という結果であった。

2. 主観的健康度と関連要因との関係

(1) 現在の健康状態と健康習慣について

主観的健康感をもとに、「非常に健康」「まあまあ健康」と回答した「健康群」と、「余り健康でない」「健康ではない」と回答した「非健康群」の生活状況について比較した。

1ヶ月以内の通院治療、1年以内の入院および歯科受診行動についてみると(表2)、通院治療については178名(65.2%)が通院しており、健康群でも130名(47.6%)が何らかの通院治療を受けている。入院については、健康群でも8名(3.0%)が1年以内の入院を経験している。また、過去1年間の検診の受診率は242名(90.0%)であった。

単変量解析で主観的健康感と有意($p < .05$)な関連がみられたのは「入院の有無」「通院の有無」の2項目であり、多変量解析では「通院の有無」のみが独立性の高い変量として検出された。

表2 主観的健康感と通院等の医療受診行動との関連

		主観的健康感		N(%)	
		健康群	非健康群	合計	
入院の有無	あり	8(3.0)	16(6.0)	24(9.0)	*
通院の有無	あり	130(47.6)	48(17.6)	178(65.2)	*、§
健診への参加	積極的に受ける	193(71.7)	49(18.2)	242(90.0)	
歯科受診の有無	あり	100(37.5)	23(8.6)	123(46.1)	

* : Fisherの直接確率法 $p < 0.05$

§ : 多変量解析(ロジステックモデル) $P < 0.05$

日常生活での健康に対する意識と実践について、健康生活習慣実践指標(HPI)の回答から特に健康に影響すると考えられる項目について健康群と非健康群で比較した(表3)。

表3 主観的健康感と健康生活習慣実践指標(HPI)との関連

		主観的健康感		N(%)	
		健康群	非健康群	合計	
運動	週1回以上	181(70.7)	40(15.6)	221(86.3)	
飲酒	適量	113(41.7)	28(10.3)	141(52.0)	
喫煙	吸わない・やめた	193(73.7)	50(19.1)	243(92.7)	
栄養のバランス	考える	213(78.0)	56(20.5)	269(98.5)	
朝食の摂取	毎日摂る	215(78.2)	56(20.4)	271(98.5)	
ストレス	なし	90(33.1)	11(4.0)	101(37.1)	*

* : Fisherの直接確率法 $p < 0.05$

運動、飲酒、喫煙などの生活習慣については、1週間に1回以上運動をしているは全体の86.3%である。1週間に2回以上運動をしている人も146名(52.0%)あり、健康群では運動をしている人は70%以上であった。飲酒については141名(52.0%)が、飲酒量1合以下の適量と回答していた。喫煙については、「毎日吸う」「時々吸う」を合わせても41名(15%)、大多数の人が吸わないか、吸うことをやめたと答えていた。栄養のバランスについては考えている人が143名(51%)であるが、男女比をみると、男性で気をつけている人は56名(39%)であった。朝食については「毎日食べる」人が98%で、ほとんどの人が朝食を食べている。就労者の労働時間については全員が1日7時間以下と回答している。運動、食事、飲酒や喫煙についての健康群と非健康群での差は見られなかった。生活の中でのストレスについての意識は、ストレスが多いと答えた人は35名、中等度と答えた人は135名で、170名(62%)がストレスを感じている。健康と評価していてもストレスは持っている状況である。ストレスは少ないと答えた人は101名(37%)

で健康群に多く、単変量解析において「ストレス」のみが主観的健康感と有意(p < .05)に関連していることが認められた。なお、多変量解析において独立性の高い変量は検出されなかった。

(2)生活満足度について

生活満足尺度(LSI-K)による現在の生活に対する満足度と主観的健康感について、健康群と非健康群で比較した(表4)。

心理的な安定項目、「小さなことを気にする」「物事を真剣に考える」では「そう思う」と「思わない」では思わないが上回っている。老いに対する態度項目、「去年と同じように元気」「前より役に立たない」「生きることは厳しい」では、元気であり、役立つことができると答えているが一方では生きることの厳しさを多くの人が感じている。人生の満足感、「振り返ってみて満足」では87.9%が満足と答えている。しかし、「求めたことの実現はできた」と感じているのは32.3%に止まっている。

表4 主観的健康感と生活満足度尺度(LSI-K)との関連

		主観的健康感			N(%)
		健康群	非健康群	合計	
去年と同じように元気	はい	166(61.9)	15(5.6)	181(67.5)	*: §
今の生活に、不幸なことがどれくらいあるか	ほとんどない	94(35.3)	9(3.4)	103(38.7)	*
小さなことを気にするようになった	いいえ	126(17.9)	24(9.1)	150(57.0)	
他の人に比べて恵まれていた	はい	171(65.8)	30(11.5)	201(77.3)	*
前よりも役に立たなくなっただと思うか	思わない	138(51.9)	22(8.3)	160(60.2)	*
人生をふりかえってみて満足か	満足できる	191(72.3)	41(15.5)	232(87.9)	*
生きることは大変厳しい	いいえ	73(27.9)	11(4.2)	84(32.1)	
物事をいつも深刻に考える	いいえ	121(46.4)	20(7.7)	141(54.0)	
求めていたことのほとんどを実現できた	はい	72(27.4)	13(4.9)	85(32.2)	

* : 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

主観的健康感との関連では単変量解析において「去年と同じに元気」「今の生活に、不幸なことがどれくらいある」「他の人と比べて恵まれていた」「前よりも役に立たなくなっただ」「人生を振り返ってみて満足」の5項目で有意(p < .05)に関連していることが認められた。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のは「去年と同じように元気」の1項

目であった。

(3)社会関連項目について

社会関連性指標(ISI)から対人関係項目を中心みると(表5)、家族との会話は毎日ある人が248名(91.9%)、家族以外の人との会話も毎日ある人が242名(88.6%)、近所付き合いも233名(84.7%)があると答え

ている。249名(90.9%)が何らかの役割を持ち生活している。しかし、訪問や地域活動への参加についてはその参加頻度により「ある」と「ない」に分けると「ある」と答えている人はそれぞれ、訪問の機会が160名(61.3%)、活動への参加が121名(46.0%)と会話の比率に比べると少ない状況である。社会への貢献についてはできると考えている人が215名(77.9%)である。

主観的健康感との関連では、単変量解析において「相談者の有無」「緊急時の手助け」「趣味の有無」「積極性」「社会への貢献」の5項目で有意($p < .05$)な関連が認められた。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のは「積極性」の1項目であった。

表5 主観的健康感と社会関連性指標 (ISI) との関連

		主観的健康感		N(%)	
		健康群	非健康群	合計	
家族との会話	あり	197(73.0)	51(18.9)	248(91.9)	
家族以外との会話	あり	197(72.2)	45(16.5)	242(88.6)	
訪問機会	あり	127(48.7)	33(12.6)	160(61.3)	
活動への参加	あり	101(38.4)	20(7.6)	121(46.0)	
テレビの視聴	あり	216(78.0)	56(20.2)	272(98.2)	
新聞購読	あり	218(78.7)	56(20.2)	274(98.9)	
本・雑誌の購読	あり	137(49.8)	37(13.5)	174(63.3)	
役割の有無	あり	200(73.0)	49(17.9)	249(90.9)	
相談者の有無	あり	196(71.3)	44(16.0)	240(87.3)	*
緊急時の手助け	あり	197(71.9)	45(16.4)	242(88.3)	*
近所づきあい	あり	188(68.4)	45(16.4)	233(84.7)	
趣味の有無	あり	209(76.3)	43(15.7)	252(92.0)	*
便利な道具の利用	あり	205(74.0)	52(18.8)	257(92.8)	
健康への配慮	あり	213(76.9)	55(19.9)	268(96.8)	
規則正しい生活	規則的	214(77.3)	54(19.5)	268(96.8)	
生活の工夫	あり	204(73.6)	48(17.3)	252(91.0)	
積極性	あり	208(75.6)	45(16.4)	253(92.0)	*: §
社会への貢献	できる	179(64.9)	36(13.0)	215(77.9)	*

*: Fisherの直接確率法 $p < 0.05$

§: 多変量解析(ロジステックモデル) $P < 0.05$

(4) ソーシャル・サポートの授受の状況

研究対象者が周囲からのサポートを受け取るという一方通行ではなく、研究対象者もサポートをどのように提供しているのか、受領サポートと提供サポートの両方を対象としたソーシャル・サポートの授受との関連と健康感との関連を見た(表6)。「心配ごとの相談ができる人がいる」と答えた人は240名(90.2%)である。聞く側になることも238名(85.6%)があると答えている。「病気で2~3日寝込んだ場合の看病をしてくれる人」はいると答えている人が

244名(91.4%)であるが、看病することは214名(84.9%)であった。「長期間寝込んだ場合の看病をしてくれる人」がいると答えている人は221名(84.0%)であり、看病すると考えている人は225名(87.5%)である。

単変量解析において主観的健康感と有意($p < .05$)な関連が認められた項目は、「心配事を聞いてくれる人」「病気で2~3日寝込んだ場合の看病をしてくれる人」「気を配ってくれる人」「元気付けてくれる人」「お金を貸してくれる人」「くつろいだ気分にしてく

れる人」「心配事を聞く」「病気で2～3日寝込んだ場合の看病する」「くつろいだ気分にする」「用事を頼まれる」「長期間寝込んだ場合の看病をする」11項目(サポート受領6項目、サポート提供5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、「元気付けてくれる人」の1項目であった。

表4 主観的健康感と生活満足度尺度 (LSI-K) との関連

		主観的健康感			N(%)
		健康群	非健康群	合計	
サポート	心配事を聞いてくれる人	あり 199 (74.8)	41(15.4)	240(90.2)	*
受領	病気で2～3日寝込んだ場合の看病をしてくれる人	あり 199(74.5)	45(16.9)	244(91.4)	*
	気を配ってくれる人	あり 209(78.0)	46(17.2)	255(95.1)	*
	元気付けてくれる人	あり 207(78.1)	44(16.6)	251(94.7)	*: §
	お金を貸してくれる人	あり 129(50.8)	21(8.3)	150(59.1)	*
	くつろいだ気分にしてくれる人	あり 200(76.0)	42(16.0)	242(92.0)	*
	用事を頼める人	あり 167(63.3)	36(13.6)	203(76.9)	
	長期間寝込んだ場合の看病をしてくれる人	あり 181(68.8)	40(15.2)	221(84.0)	
サポート	心配事を聞く	あり 197(76.7)	41(16.0)	238(85.6)	*
提供	病気で2～3日寝込んだ場合の看病する	あり 178(70.6)	36(14.3)	214(84.9)	*
	気を配る	あり 206(78.6)	48(18.3)	254(96.9)	
	元気付けている	あり 201(77.6)	45(17.4)	246(95.0)	
	お金を貸す	あり 101(40.2)	15(6.0)	116(46.2)	
	くつろいだ気分にする	あり 182(71.1)	34(13.3)	216(84.4)	*
	用事を頼まれる	あり 150(57.0)	29(11.0)	179(68.1)	*
	長期間寝込んだ場合の看病をする	あり 188(73.2)	37(14.4)	225(87.5)	*

* : 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

V. 考察

1. 主観的健康感と健康習慣

本研究の対象者は平均年齢が68.3歳で社会的活動に参加している人たちである。通院中の疾病があるものが6割以上である。今回は、通院内容について聞いていないが、一般的な状況として生活習慣病の受療行動では65歳以降の受診率が高いことから、本研究の対象者も同様であると思われる。疾病の有無は主観的健康感にも影響を与える。検診の参加率が高いのは健康意識への関心が高いこともあるが、疾病があることで健康への不安もあるためとも考えられる。

中高年者の主観的健康感の分布については先行研究^{13)18)~22)}でも、否定的な感じ方をする者は2-4割であり本調査と同様の傾向である。これらの報告

では、高齢者の健康は病気や障害の有無にかかわらず、健康であると主観的に認知する主観的健康感が重要であり、同時に社会活動への参加や能動的な活動に重要性を感じる場合、主観的健康感が高い傾向があると報告している。言い換えれば、健康感を高める要因として社会参加活動が関連する。しかし、社会参加をしない理由として、健康状態が原因であることもあり、このことは健康だから参加するのか、参加するから健康なのか、「参加」と「健康」の双方向の因果関係を明らかにすることも必要と考えられる。本研究の参加者は社会参加をしている人たちであり、参加を通じて健康感を高めていると推察する。

健康習慣についても、対象者の多くが朝食を取り栄養の偏りがないように食事面にも心がけ、睡眠時間を確保し定期的な運動をするなど、健康的な生活

を実践していると思われる。

日常生活の中での自覚的ストレスに関しては、全体の4割弱の人がストレスは少ないと答えている。ストレスの感じ方やストレスの耐性、対処法は年齢や性別、過去の体験など個人差が大きい。ストレスを感じても自分なりのストレス対処ができていて健康状態を維持できていると考えられる。ストレス対処能力と健康関連行動について山崎¹⁰⁾は、ストレス対処能力の高い人ほど良い健康関連行動をとれると述べており、健康に不安がある場合や疾病を抱えている場合、ストレス対処能力の高い人は危険回避行動をとれるとも述べてもいる。ストレス対処能力の高い人は主観的健康感も高い状況であるといえるが、高齢者では健康生活習慣の得点が高いものが必ずしも主観的健康感が高いとはいえない、という報告¹⁰⁾もあり、今後更に調査と検討が必要と考えられる。

2. 主観的健康感と生活満足度

地域中高年者を対象としたシニア大学は概ね60歳以上の定年期にある人を対象として、定年後の社会参加活動を積極的に行う為の仲間作りや実践ができるための講座を中心として展開している。定年期にある人の社会生活の最も一般的な変化は社会的な地位と役割の変化である。生活変化への適応にはその人が持っている社会的な、あるいは生活に必要な資源の量と質が影響することは知られている。資源には、人、物、経済力、時間などさまざまであり、ヘルスプロモーションでは健康も生活上の資源である。高齢期のQOLに特に影響する要因としては、「健康」が挙げられる。

高齢者は時間の経過のなかで加齢に伴う身体的変化を自覚し、特に不調がなくとも、「昨年に比べると元気でない」と感じ、「今の生活に不幸せがある」と感じさせることになるのではないだろうか。病気や加齢に伴うさまざまな役割や自己概念の変化、あるいは身近な人との死別などの喪失体験などが「不幸」と感じさせるのではないかと考えられる。しかし、「前より役立たない」とは思っていないことから年齢に伴うさまざまな役割の変化を受け入れつつ新たな役割を開発するという前向きな姿勢が示唆されている。そして「求めたことは叶わなかった」と考えながらも、これまでの人生は満足できるものと捉えている。その背景には、「統合」と「絶望」という老年期における発達課題を達成し、これまでの人生について、たとえ完璧でなくとも意義と価値を見出すことができ、結果として満足感へとつながっていると考えられる。さらに、本研究の対象は、現在は社会参加をしている人たちであることも影響している

と思われる。RoweとKahn¹¹⁾は、幸福な老いを構成する3つの要素は階層をなしていること述べ、「社会的活動や生産的な活動にかかわる生活」は比較的高次の階層に位置し、下位の階層である、健康や家庭状況が充足されないと社会的活動意向は満たされないとしている。このように高齢者の幸福感に影響する要因としては健康を基盤にした活動がある。中高年者にとって、活動するための主観的健康感が高いことと日常生活環境が整っていることが「幸福である」ことに繋がる重要な要素であると言える。研究対象者の多くが、「生きることは厳しい」と感じながら、あまり「物事を真剣に考えない」傾向にある。叶わなかったことや、日常生活の不幸せはあるがそれらを認めつつ現状にあったライフスタイルを作り上げていこうとしているものと思われる。

3. 主観的健康感と社会関連項目

日常生活の中での対人関係を中心に取り出してみると、一人暮らしの人であってもほとんどの参加者が家族との会話を持っている。また、多くの人が家族以外との会話も持っている。中高年期は家族構成や社会的役割も変化を迎えるときである。

子供の独立や身近な人との死別などにより対人関係は変化し、それに伴って社会的なネットワークも変化する。新たなネットワークの構築ができた人は会話の機会も維持できるが、そうでない場合は会話の機会は減少すると考えられる。今回の研究対象者は、近所付き合いや会話の機会は多くあるが地域の行事や活動への参加は少ないと答えている。赤澤¹²⁾らの報告によると、高齢者の社会的な活動や人間関係の変化に影響するものとして、健康状態と社会的状況があげられ、加齢によってのみ変化するのではないとしている。本研究対象者は主観的健康感の高い人が多かったことから、地方都市のA市では、地域の物理的な条件や地域特性、地域における居住年数などが社会活動への参加に影響したと考えられる。中高年者は居住地域の特性も含め、多様なライフスタイルや価値観を持っており個々のネットワークに応じた多様な人間関係も持っている。中高年者の個々の状況をとらえた地域における支援体制や参加の機会の確立は、求められる施策のひとつでもある。

地域活動に関しては、農村や山間部では女性や高齢者の方が活躍の場が多いと報告^{13) 16) 17)}がされている。本研究では女性参加者が全体の60.3%であるが、活動への参加の機会がある人は全体でも40.6%であり、女性参加者が多いが地域活動への参加は少ない状況であった。地域の社会活動頻度が少ないということも考えられるが、地域活動に関して、A市

のある地域では主たる役割が男性に求められることが多く、女性の参加頻度が少ない状況もあるのではないかと考えられる。また、交通機関の利便性に関する点からも地域の状況を考える必要もあるのではないと思われる。

地域活動への参加頻度は低いものの、何らかの役割は持っている人と答えている人がほとんどである。また、「社会へ貢献できる」と考えているものが8割近い。シニア大学の目的が、卒業後の地域貢献であり、そのための方法を習得し仲間づくりを目的としている。社会参加、地域貢献に関心のある人たちを実際の活動に結び付け、活動を支援していくことが大きな目的である。地域活動に対してそれほど積極的に参加していないと答えている現在、シニア大学を卒業した人たちの地域活動への参加状況が変化してゆくのか、今後の追跡調査も必要と考えられる。

4. 主観的健康感とソーシャル・サポートの授受

健康群と非健康群ではソーシャル・サポートの受け取りに有意差が見られた。「心配事を聞いてくれる」、「気を配ってくれる」、「元気付けてくれる」人がいることは健康意識を高めている。対象者の家族構成も大きく影響していると考えられる。高齢者世帯の近年の特徴である、夫婦のみ世帯が本研究対象者も44%を占めている。夫婦のみであることからお互いを頼りにし、気づかいあっているのではないだろうか。そのことはサポートを提供する場合にも共通していえることと考えられる。

健康意識の高い人は相手に対しては気を使ってもらっていると感じ、家族や身近な人が寝込んだときには看病をしなければならないと感じているとも思われる。家族を看病することを意識しているために健康でいようとすることも考えられる。ソーシャル・サポートと健康感には家族構成が大きく関与する。岩佐ら¹³⁾の報告でも「家族のサポート」「大切な人のサポート」と家族形態には関連が認められたとしている。しかし、「友人のサポート」については居住形態とは関連を認めなかったとしている。

本研究対象者のソーシャル・サポートにおける「大切な人」は、夫婦のみ世帯の参加者が多いことから「配偶者」であるとも考えられる。前述の岩佐¹³⁾らは、円満な夫婦関係とソーシャル・サポート得点は相関する事を示唆している。夫の定年退職後の生活の再構築が夫婦関係の老後に向けての生活にかかわることを安達ら¹⁴⁾も報告している。配偶者など親しい家族のいる人のほうがソーシャル・サポートは高く、健康感も高い傾向にある。三徳ら¹⁵⁾も情緒的サポートを多く受けている人ほど健康状態がよいことを報告している。本研究でも健康群のほうが非

健康群よりソーシャル・サポートが高い状況である。今後、中高年の夫婦を対象とする社会活動の場を広げることも大切であろう。一方、友人のサポートは女性のほうが高いことも周知であり、本研究の場でも女性受講生は友人同士で参加という状況も見られた。社会参加のきっかけとしても友人のサポートは重要な要素であると考えられる。

健康長寿とソーシャル・サポートは密接に関係していることから、今後は男女ともに、中高年者の友人からのサポートが得られるような、新たな仲間づくりの場の提供など地域での交友関係の構築が求められる。

VI. 結論

シニア大学受講者の主観的健康感と関連要因について調査した結果、以下のことが得られた。

1. 通院や入院の状況は主観的健康感に影響する大きな要因であるが、健康生活習慣では健康群と非健康群ともにほとんどが健康的な生活習慣を持っている。
2. 本研究の参加者は、独居でも会話の機会が多く、社会参加を通じてネットワークが形成されている。主観的健康感を高めるものとして社会活動への参加が重要であり、社会活動への参加の機会や方法を地域特性に合わせて提供することが重要である。
3. サポートの授受では健康群と非健康群で有意差があった。身近な人からのサポートが健康感を高めることに影響する。中高年者を支える交友関係の構築に対する地域活動の提供も重要である。

おわりに

シニア大学参加者は社会参加活動意欲が高く、主観的健康感も高い人たちであり、今後、地域のコミュニティづくりのリーダーとして期待される役割を持つ人たちである。卒業後の活動とネットワークの広がり、活動に伴う健康感の変化などを追跡してゆくことが必要と思われる。最後にアンケートにご協力いただいたシニア大学受講者の皆様、シニア大学運営に関わるスタッフの皆様に深く感謝いたします。

引用参考文献

- 1) 芳賀博:高齢者の心身の健康に及ぼすライフスタイルの影響、笹川医学医療研究、1996、117-121.
- 2) 芳賀博、七田恵子、永井晴美他:健康度自己評価と社会・心理・身体的要因、社会老年学(20)、1983、15-23.

- 3) 藤田利治、旗野脩一:地域老人の健康度自己評価の関連要因とその後2年間の死亡、社会老年学(31)1990、43-51.
- 4) 杉澤秀博、Jersey Liang:高齢者における健康度自己評価と日常生活動作能力の予後との関係、社会老年学(39)1994、3-10.
- 5) 的場恒考、中川経子、石竹達也他:市民の健康意識と日常保健行動、日本公衆衛生誌 41(4)1995、330-340.
- 6) 杉澤あつ子、杉澤秀博、柴田博:地域高齢者の心身の健康維持に有効な生活習慣、日本公衆衛生誌 45(2)1998、104-111.
- 7) 古谷野亘:モラル・スケール-生活満足度尺度及び幸福度尺度の共通次元と尺度間の関連性その2-、老年社会科学(20)1983、129-42.
- 8) 安梅勅江:エイジングのケア科学-ケア実践に生かす社会関連性指標、川島書店、2000、56-60.
- 9) 野口裕二:高齢者のソーシャルサポート-その概念と測定-、社会老年学(34)1991、37-48.
- 10) 山崎喜比古、戸ヶ里泰典、坂野純子編:ストレス対処能力-SOC-、有信堂、2008、69-87.
- 11) Roew JW, Kahn RL:Successful aging, The Gerontologist 37(4) 1997、433-440.
- 12) 赤澤淳子、水上喜美子:地方居住高齢者の社会的ネットワークと主観的幸福感、仁愛大学紀要(7)2008、1-14.
- 13) 岩佐一、権藤恭之、増井幸恵ほか:日本語版「ソーシャル尺度」の信頼性ならびに妥当性-中高年者を対象として検討、厚生指標、54(6)2007、26-33.
- 14) 安達正嗣:高齢社会の家族・親族コミュニケーション能力の学習プログラムに向けての予備的研究-愛知県春日井市・高蔵寺ニュータウンでの面接調査から、高齢社会に向けての男女共同参画学習に関する調査報告書、2001、75-88.
- 15) 三徳和子、高橋俊彦、星 旦二:高齢者の健康関連要因と主観的健康、川崎医療福祉学会誌、15(2)2006、411-421.
- 16) 岡本秀明:高齢者の社会活動と生活満足度の関連-社会活動の4側面に着目した男女別の検討-、日本公衛誌、55(6)2008、388-395.
- 17) 岡本秀明、岡田進、白澤政和:在宅高齢者の社会参加活動意向の充足状況と生活満足度の関連、生活科学研究誌、(3)2004、185-191.
- 18) 中村律子、宮前淳子:高齢者の「主観的健康観」に関する研究-半構造化面接における高齢者の語りから、香川大学教育実践総合研究、16、2008、157-168.
- 19) 五十嵐久人、飯島純夫:主観的健康感に影響を及ぼす生活習慣と健康関連要因、山梨大学看護学会誌 4(2)2006、19-24.
- 20) 鈴木征男:中高年者におけるソーシャル・サポートの役割-孤独感との関連について-、Life Design REPORT、2005、7、5-15.
- 21) 西田厚子、堀井とよみ、筒井裕子他:自治体定年退職者の退職後の生活と健康に関する実証研究、人間看護学研究 4、2006、75-86.
- 22) 宮原洋八、小田勝利:地域高齢者の主観的健康感と運動能力、生活機能、ライフスタイル、社会的属性との関連、理学療法科学、22(3)2007、391-396.
- 23) 厚生統計協会:国民衛生の動向、56(9)2009.