

# 中高年者の生活状況と主観的健康感の関連について

Relationship between the self Perceived Health  
and the Life-style of the Middle-age and the Elderly People

村山 くみ<sup>1)</sup>・嘉村 藍<sup>2)</sup>・大月 和彦<sup>3)</sup>・志水 幸<sup>4)</sup>

Kumi MURAYAMA, Ai KAMURA, Kazuhiko OTSUKI, Koh SHIMIZU

1) 松本短期大学 2) 仙台白百合女子大学 3) 文教大学 4) 北海道医療大学

## I 緒言

わが国の高齢者人口は急速に増加し続けており、2050年には高齢化率が35.7%にまで達することが予測されている。長寿社会を実現した現在、高齢期の課題はいかに自立し、心豊かに生きるかにある。近年、わが国の高齢者福祉分野においても介護予防や健康寿命保持のための施策が展開され、サクセスフル・エイジングの視点が重視されている。サクセスフル・エイジングを実現するために最も重要なことは健康維持であり、必要不可欠な条件であると考えられる。健康とは身体だけでなく、精神および社会的側面をも包括した概念であり、医学的・生理学的診断をもとにした客観的な判断のみではその全体像を捉えることはできない。介護予防や健康寿命への関心が高まるなか、主観的健康感の関連要因を明らかにすることは社会的な重要性を帯びている。そのため、個人の健康状態を各側面から総合的に捉えることが可能であるとされる主観的健康感を用い、生活状況と個人の健康感との関連要因について検討することとした。

本研究では、地理的・空間的条件により、生活状況が画一化される傾向にある島嶼地域に居住する中高年者を対象とした調査研究の成果をもとに、生活状況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する。

## II 研究方法

### 1. 調査対象

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日間である。調査期間中に居住が確認できた住民は260名であった。

### 2. 調査方法

本研究では、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<sup>1)</sup>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）<sup>2) 3) 4)</sup> 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）<sup>5)</sup>の授受に関する16項目、楽観主義尺度12項目<sup>6)</sup>、生活満足度尺度（以下、LSI-K）9項目<sup>7)</sup>を含む満足感に関する11項目、計99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<sup>6)</sup>。

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 11.5J 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。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、目的変数を主観的健康感、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数として検出された項目を説明変数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。

### Ⅲ 結果

調査期間中、居住が確認できた調査対象は260名であった。そのうち回収数は208名(80%)であった。

#### 1. 基本属性 (表1参照)

男女別人数は男性98名(47.1%)、女性110名(52.9%)であった。平均年齢(±標準偏差)は、男性63.41歳(±11.67)、女性66.98歳(±11.15)であった。同居者家族の有無は、同居者あり193名(92.8%)、独居15名(7.2%)であった。職業の有無は、有職157名(75.5%)、無職51名(24.5%)であった。

また、主観的健康感は、健康群121名(58.2%)、非健康群87名(41.8%)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19名(9.1%)、入院なし189名(90.9%)、既往症に伴う過去2ヶ月の通院状況は、通院あり74名(35.6%)、通院なし134名(64.4%)であった。

表1 分析対象の基本属性及び主観的健康感

		N (%)
性別	男性	98 (47.1)
	女性	110 (52.9)
年齢	mean ± SD	65.3 ± 11.5
職業の有無	有職	157 (75.5)
	無職	51 (24.5)
同居者の有無	あり	193 (92.8)
	なし	15 (7.2)
主観的健康感	健康群	121 (58.2)
	非健康群	87 (41.8)

#### 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「入院の有無」「通院の有無」は独立性の高い変量として検出された。なお、「健康への不安感」の項目は「主観的健康感」と強い相関があると考えられるためモデルから削除した。

表2 主観的健康感と健康への不安感及び通院等医療受診行動との関連

N (%)

		主観的健康感			P
		健康群 N=121	非健康群 N=87	合計 N=208	
健康への不安感	不安感なし	57 (47.1)	13 (14.9)	41 (34.2)	*
入院の有無	あり	3 (2.5)	16 (18.4)	19 (9.1)	* : §
通院の有無	あり	30 (24.8)	44 (50.6)	74 (35.6)	* : §
健診への参加	積極的に受ける	90 (74.4)	65 (74.7)	155 (74.5)	

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

「性別」「年齢」「職業の有無」「同居者の有無」を調整変数として投入した。

## 2) 主観的健康感と社会関連性指標 (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、「役割の有無」「社会への貢献」の2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、「社会への貢献」の1項目であった。

表3 主観的健康感と社会関連性指標 (ISI) との関連

N (%)

		主観的健康感			P
		健康群 N=121	非健康群 N=87	合計 N=208	
家族との会話	あり	120 (99.2)	83 (95.4)	203 (97.6)	
家族以外との会話	あり	117 (96.7)	79 (90.8)	196 (94.2)	
訪問機会	あり	106 (87.6)	69 (79.3)	175 (84.1)	
活動への参加	あり	64 (52.9)	45 (51.7)	109 (52.4)	
テレビの視聴	あり	120 (99.2)	86 (98.9)	206 (99.0)	
新聞購読	あり	84 (69.4)	64 (73.6)	148 (71.2)	
本・雑誌の講読	あり	77 (63.6)	50 (57.5)	127 (61.1)	
役割の有無	あり	104 (86.0)	65 (74.7)	169 (81.3)	*
相談者の有無	あり	109 (90.1)	76 (87.4)	185 (88.9)	
緊急時の手助け	あり	118 (97.5)	85 (97.7)	203 (97.6)	
近所づきあい	あり	120 (99.2)	85 (97.7)	205 (98.6)	
趣味の有無	あり	97 (80.2)	75 (76.2)	172 (82.7)	
便利な道具の利用	あり	108 (89.3)	74 (85.1)	182 (87.5)	
健康への配慮	あり	119 (98.3)	86 (98.9)	205 (98.6)	
規則正しい生活	規則的	115 (95.0)	80 (92.0)	195 (93.8)	
生活の工夫	あり	115 (95.0)	83 (95.4)	198 (95.2)	
積極性	あり	118 (97.5)	82 (94.3)	200 (96.2)	
社会への貢献	できる	115 (95.0)	65 (74.7)	180 (86.5)	* : §

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

「性別」「年齢」「職業の有無」「同居者の有無」を調整変数として投入した。

## 3) 主観的健康感と社会的活動状況の関連 (表4参照)

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」の2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。

表4 主観的健康感と社会的活動状況との関連

N (%)

		主観的健康感			P
		健康群 N=121	非健康群 N=87	合計 N=208	
親友の有無	あり	108 (89.3)	73 (83.9)	181 (87.0)	
交流の場の有無	あり	97 (80.2)	58 (66.7)	155 (74.5)	*
交流の場の必要性	あり	11 (91.7)	77 (89.5)	188 (90.8)	
町内会への加入	あり	100 (82.6)	71 (81.6)	171 (82.2)	
老人クラブへの加入	あり	56 (46.3)	40 (46.5)	96 (46.4)	
仕事以外の所属団体	あり	96 (79.3)	60 (69.8)	156 (75.4)	
団体での役職経験	あり	64 (52.9)	52 (60.5)	116 (56.0)	
仕事以外で所属する団体での活動の有無	あり	84 (69.4)	55 (64.0)	139 (67.1)	
社会への関心	あり	102 (84.3)	65 (74.7)	167 (80.3)	
広報誌の購読	あり	69 (57.0)	36 (41.4)	105 (50.5)	*
選挙への参加	あり	117 (96.7)	80 (93.0)	197 (95.2)	
政治への関心	あり	97 (80.2)	59 (67.8)	156 (75.0)	

\* : Fisher の直接確率法  $p < 0.05$ 

## 4) 主観的健康感と健康生活習慣実施指標 (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、「労働時間」「ストレス」の2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。

表5 主観的健康感と健康生活習慣実践指標 (HPI) との関連

N (%)

		主観的健康感			P
		健康群 N=121	非健康群 N=86	合計 N=207	
運動	週1回以上	35 (28.9)	24 (27.9)	59 (28.5)	
飲酒	適量	92 (76.0)	69 (79.3)	161 (77.4)	
喫煙	吸わない・やめた	95 (78.5)	77 (88.5)	172 (82.7)	
睡眠時間	6~8時間	95 (78.5)	66 (75.9)	161 (77.4)	
栄養のバランス	考える	60 (49.6)	41 (47.1)	101 (48.6)	
朝食の摂取	毎日摂る	114 (94.2)	83 (95.4)	197 (94.7)	
労働時間	8~10時間	58 (47.9)	54 (62.1)	112 (53.8)	*
ストレス	なし	45 (37.2)	20 (23.0)	65 (31.3)	*

\* : Fisher の直接確率法  $p < 0.05$

## 5) 主観的健康感とソーシャル・サポート (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、「用事を頼まれる」の1項目であり、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。

表6 主観的健康感とソーシャルサポートの授受との関連

N (%)

			主観的健康感		合計 N=208	P
			健康群 N=121	非健康群 N=87		
サポート受領	心配事を聞いてくれる人	あり	107 (88.4)	71 (81.6)	178 (85.6)	
	病気で2~3日寝込んだ場合の看病をしてくれる人	あり	111 (91.7)	78 (89.7)	189 (90.9)	
	気を配ってくれる人	あり	116 (95.9)	78 (89.7)	194 (93.3)	
	元気付けてくれる人	あり	109 (90.1)	74 (85.1)	183 (88.0)	
	お金を貸してくれる人	あり	77 (63.6)	44 (51.2)	121 (58.5)	
	くつろいだ気分にしてくれる人	あり	96 (79.3)	65 (74.7)	161 (77.4)	
	用事を頼める人	あり	105 (86.8)	72 (82.8)	177 (85.1)	
	長期間寝込んだ場合の看病をしてくれる人	あり	108 (89.3)	72 (83.7)	180 (87.0)	
サポート提供	心配事を聞く	あり	107 (88.4)	73 (84.9)	180 (87.0)	
	病気で2~3日寝込んだ場合の看病する	あり	107 (88.4)	68 (79.1)	175 (84.5)	
	気を配る	あり	116 (95.9)	81 (94.2)	197 (95.2)	
	元気付けている	あり	106 (87.6)	71 (82.6)	177 (85.5)	
	お金を貸す	あり	59 (48.8)	31 (36.0)	90 (43.5)	
	くつろいだ気分にする	あり	89 (73.6)	55 (64.0)	144 (69.6)	
	用事を頼まれる	あり	98 (81.0)	58 (67.4)	156 (75.4)	*
	長期間寝込んだ場合の看病をする	あり	106 (87.6)	66 (76.7)	172 (83.1)	

\* : Fisher の直接確率法  $p < 0.05$ 

## 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、「結果がわからない時は一番よい面を考える」「明るい面を考える」「憂いの影には喜びがあるということを信じている」「楽観的傾向」の4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、「憂いの影には喜びがあるということを信じている」の1項目であった。

表7 主観的健康感と楽観主義尺度との関連

		主観的健康感			P
		健康群 N=121	非健康群 N=87	合計 N=208	
結果がわからない時は一番良い面を考える <sup>a</sup>	該当群注 <sup>1)</sup>	108 (90.0)	67 (77.9)	175 (85.0)	*
たやすくリラックスできる <sup>c</sup>	該当群	111 (92.5)	65 (75.6)	176 (85.4)	*
まずいことになりそうだと思うと、 たいていそうなる <sup>b</sup>	該当群	86 (72.3)	69 (80.2)	155 (75.6)	
明るい面を考える <sup>a</sup>	該当群	111 (92.5)	69 (80.2)	180 (87.4)	*
将来に対し非常に楽観的である <sup>a</sup>	該当群	101 (84.2)	66 (76.7)	167 (81.1)	
友人に恵まれている <sup>c</sup>	該当群	106 (88.3)	73 (84.9)	179 (86.9)	
忙しいことは重要である <sup>c</sup>	該当群	109 (90.8)	75 (87.2)	184 (89.3)	
都合よく運ぶだろうなどは期待しない <sup>b</sup>	該当群	98 (81.0)	73 (84.9)	171 (82.6)	
物事が思い通りに運んだためしがない <sup>b</sup>	該当群	86 (71.7)	66 (76.7)	152 (73.8)	
簡単には動揺しない <sup>c</sup>	該当群	110 (90.9)	76 (88.4)	186 (89.9)	
「憂いの影には喜びがある」ということを 信じている <sup>a</sup>	該当群	108 (60.0)	72 (40.0)	180 (87.4)	
幸運が訪れるのを当てにすることは、めっ たにない <sup>b</sup>	該当群	101 (58.0)	73 (42.0)	174 (84.5)	
楽観的傾向 <sup>注2)</sup>	高得点群	76 (63.3)	41 (48.2)	117 (57.1)	*: §
悲観的傾向 <sup>注3)</sup>	高得点群	49 (40.8)	41 (47.7)	90 (43.7)	

\* : Fisher の直接確率法  $p < 0.05$

§ : 多変量解析 (ロジステックモデル)  $P < 0.05$

「性別」「年齢」「職業の有無」「同居者の有無」を調整変数として投入した。

a: 楽観的傾向の質問項目 b: 悲観的傾向の質問項目 c: フィラー項目

「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:11.8点、悲観的傾向:13.2点である。

#### 7) 主観的健康感と生活満足度尺度 (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」「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」「物事をいつも深刻に考える」の7項目であり、その他の項目では「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」の3項目であった。

なお、「現在の生活に満足か」は、LSI-Kと強い相関があると考えられるためモデルから削除した。

表8 主観的健康感と生活満足度尺度 (LSI-K) 及び満足感に関する項目との関連

N (%)

		主観的健康感			P	
		健康群 N=121	非健康群 N=87	合計 N=208		
LSI-K	去年と同じように元気	はい	89 (73.6)	36 (41.4)	125 (60.1)	*:§
	今の生活に、不幸せなことがどれくらいあるか	ほとんどない	50 (41.3)	19 (21.8)	69 (33.2)	*:§
	小さなことを気にするようになった	いいえ	80 (66.1)	48 (55.2)	128 (61.5)	
	他の人に比べて恵まれていた	はい	92 (76.7)	45 (54.2)	137 (67.5)	*:§
	前よりも役に立たなくなったと思うか	思わない	66 (54.5)	27 (31.4)	93 (44.9)	*
	人生をふりかえてみて満足か	満足できる	97 (80.2)	57 (66.3)	154 (74.4)	*
	生きることは大変厳しい	いいえ	25 (20.7)	11 (12.6)	36 (17.3)	
	物事をいつも深刻に考える	いいえ	63 (52.1)	32 (37.2)	95 (45.9)	*
	求めていたことのほとんどを実現できた	はい	38 (31.7)	18 (20.7)	56 (27.1)	
	現在の生活に満足か	満足	105 (86.8)	60 (69.0)	165 (79.3)	*
	趣味・生きがい	ある	97 (80.2)	65 (75.6)	162 (78.3)	

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

「性別」「年齢」「職業の有無」「同居者の有無」を調整変数として投入した。

## 8) 主観的健康感と各指標の独立性の高い項目との総関連 (表9参照)

表9に各尺度において独立性の高い変数として検出された項目を説明変数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「入院の有無」「通院の有無」の2項目、ISIの「社会への貢献」の1項目、楽観主義尺度の「憂いの影には喜びがあるということを信じている」の1項目、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か」「他の人に比べて恵まれていた」の3項目の、合計7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。



表9 主観的健康感と独立性の高い関連項目

項目	参照カテゴリ	OR (95.0%CI) <sup>注1)</sup>	P
社会関連性指標 (ISI)			
社会への貢献	できない	7.6 (2.5-23.5)	.000
健康への不安感及び通院等医療受診行動			
入院の有無	なし	0.1 (0.0- 0.5)	.003
通院の有無	なし	0.3 (0.1- 0.5)	.000
楽観主義尺度			
楽観的傾向	低得点群	2.5 (1.1-5.5)	.024
生活満足度尺度 (LSI-K)			
去年と同じように元気	いいえ	2.9 (1.46-6.0)	.005
今の生活に、不幸せなことがどれくらいあるか	ある	2.5 (1.1-5.8)	.034
他の人に比べて恵まれていた	いいえ	3.3 (1.5-7.3)	.004

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

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

注2) 「健康への不安」の項目は、健康度自己評価と強い相関があると考えられるのでモデルから削除した。

注3) 「主観的幸福感」の項目は、生活満足度尺度と強い相関があると考えられるのでモデルから削除した。

#### IV 考 察

本研究は、中高年者の生活状況と主観的健康感の関連について検討するために、新潟県粟島浦村に在住する40歳以上の住民を対象に実施した調査研究である。島嶼地域とは「空間的・地理的条件からみて、生活圏が限定された『高齢社会』が実現している典型と考えることができる」ことから生活状況を包括的に理解することが可能であるため研究対象地として選定した<sup>8)</sup>。また、「離島地域では、高齢化率の割に健康で自立した高齢者が多く、高齢者の多くが離島での介護を望んでいる<sup>9)</sup>」にも関わらず、島嶼地域の社会サービスは、地理的・経済的要因等により現在および将来においても要介護高齢者への対応が困難である。つまり、現状生活の長期的持続可能性が離島高齢者福祉の課題となるのである。そのため、自ら健康管理を行い日常生活習慣に配慮することが重要であり、介護予防や健康寿命保持の視点からも極めて有益である。

中高年者の生活状況の指標として社会関連性指標やソーシャル・サポート及び生活満足度尺度、楽観主義尺度等を含む99項目を用いて主観的健康感との関連を検討したが、性別、年齢、同居者の有無、職業の有無を調整変数として投入したロジステック回帰分析では、「入院の有無」、「通院の有無」、「社会への貢献」、「憂いの影には喜びがあるということを信じている」、「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か」、「他の人に比べて恵まれていた」が独立性の高い項目として検出された。

入院や通院といった既往症は主観的健康感の関連に際しては、基本的指標として用いられているものであり、本研究でみられた既往症(入院・通院)と主観的健康感との関連は先行研究の知見を確認するものである。また、中村ら(2002)はグループ内での補佐的な役割や社会活動参加と主観的健康感との関連を報告しており、本研究でみられたISIの「社会への貢献」との関連は、中高年者における社会とのかかわりが主観的健康感に重要な意義を持っていることを示すものと考えられ

る<sup>10)</sup>。

一方、精神的要因と主観的健康感との関連に関して、久保ら（2002）は生活満足度と主観的健康感との間に有意な関連性がみられたことを報告している<sup>11)</sup>。また、新保ら（2000）の研究では、生活満足感と健康満足度との間に関連性は認められていないものの、「生活満足感が強い人に健康に配慮したい、もっと健康でありたいとの傾向があった。生活満足度が健康意識と深く結びついている」ことを報告している<sup>12)</sup>。さらに Peterson らは Seligman の知見にもとづき、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<sup>13)</sup>。これらの知見は、現状生活を前向きに、肯定的に捉えようとする姿勢が主観的健康感に影響を及ぼしている可能性を示唆している。

通院や入院の有無といった身体側面のみならず、積極的に社会へかかわろうとする姿勢や生活に対する満足度といった精神的側面が主観的健康感に影響を与えていることが明らかとなった。本研究の結果および先行研究の成果からも、社会とのかかわりや精神的側面への配慮がサクセフル・エイジングの実現を目指すうえで有用であることは明らかといえる。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、加齢に伴う活動力や機能低下等を考慮し、社会とのかかわりを維持できるような施策の策定が望まれる。

## V 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、既往症や生活習慣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、「憂いの影には喜びがあるということを信じている」、「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か」、「他の人に比べて恵まれていた」などの現実生活への肯定的態度の重要性が示唆された。

## 文 献

- 1) 安梅勅江（2000）「エイジングのケア科学」川島書店。
- 2) L.F.,Berkman, L.Breslow. Health and ways of living.Oxford Univ. Press. NY.
- 3) 星旦二・森本兼曩訳（1989）「生活習慣と健康」HBJ 出版局
- 4) 星旦二・森本兼曩（1991）「健康習慣と身体的健康度」『森本兼曩編 ライフスタイルと健康－健康理論実証研究－』医学書院、66-71.
- 5) 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.
- 6) 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。
- 7) 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.

- 8) 水谷史男 (2002) 「離島高齢者問題の分析枠組み－沖縄県離島別統計による予備的比較分析」『明治学院大学社会学部付属研究所』 32, 3-15.
- 9) 志水幸 (2000) 「離島高齢者福祉サービスに関する基礎的研究 - 北海道羽札町天売島・焼尻島の調査研究を中心に」『北海道社会福祉研究』 21, 北海道社会福祉学会, 50-60.
- 10) 中村好一・金子勇・河村優子・ほか (2002) 「在宅高齢者の主観的健康観と関連する因子」『日本公衆衛生雑誌』 49, 409-416.
- 11) 久保元二・岡田進一・神部智司・ほか (2002) 「施設に入所している高齢者の生活満足度とその関連要因 - エンパワーメント関連変数と生活満足度との関連」『生活科学研究誌』 1, 191-200.
- 12) 新保早苗・中村晶子・岡田浩佑・ほか (1999) 「阿多田島住民の生活習慣・生活満足度と健康意識の関連性」『看護学統合研究』 1 (2), 7-20.
- 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.