

粟島地域住民の精神的健康の関連要因に関する研究

志水 幸^{*1}, 早川 明^{*2}, 島谷 綾郁^{*2}, 山下 匡将^{*3},
宮本 雅央^{*4}, 小関 久恵^{*5}, 嘉村 藍^{*6}, 村山 くみ^{*7}, 大月 和彦^{*8}

抄録：本研究では、粟島地域住民の健康寿命の保持に資するべく、実態調査に基づき、精神的健康度に影響する様々な要因の実態を把握し、精神的健康度との関連性について検討した。その結果、以下の諸点が明らかとなった。

1) Fisherの直接確率法を用いて精神的健康度を「問題あり」「問題なし」と2群分けをし、各指標の項目ごとに比較した結果、社会関連性指標、主観的健康感、ソーシャル・サポート、生活満足度尺度等の多数の項目において有意な差が認められた。

2) 精神的健康度を目的変数、単変量解析で有意差が認められた変数を説明変数とした重回帰分析の結果、壮年期においては「年をとって、前よりも役に立たなくなったと思いますか」「去年と同じように元気だと思えますか」の2項目が選択された ($R^2=.719$, $p=.000$)。高齢期においては「あなたは現在健康であると思えますか」「請求書の支払いができますか」「元気付けてくれる人」「今の生活に、不幸せなことがどれくらいある」の4項目が選択された。 ($R^2=.389$, $p=.000$)

以上の結果から、粟島地域住民の精神的健康度には、これらの項目との関連性が明らかとなった。したがって、精神的健康を考えていく上で、身体的健康からの健康増進施策を講ずるばかりではなく、社会的な活動の保持、近隣住民との助け合い、現実の生活や自己を肯定的に捉える態度が必要である。また、他の交絡因子との詳細な検討を行う必要が示唆された。

キーワード：精神的健康度、GHQ-28、主観的健康感、社会関連性、ソーシャル・サポート、LSI-K

緒 言

高齢者が健康で豊かに生活するためには、身体的健康ばかりではなく、精神的健康の維持・促進をとおして健康寿命の伸長を図ることが重要である。

予てより、われわれは、島嶼地域高齢者のライフスタイルと健康に関する研究を積み重ねてきた¹⁾²⁾³⁾⁴⁾⁵⁾。これらの研究では、主観的健康感の関連要因として、社会関

連性やIADLの維持、ソーシャル・サポートの状況等が抽出され、縦断的検討を通じて主観的健康感と社会的及び精神的要因との関連性を明らかにしてきた。しかしながら、健康寿命の関連要因の一つとしての「精神的健康」に着目した研究は、今後の課題としたところである。WHOの定義によれば、「精神保健 (mental health) とは、生物学的 (biological)、医学的 (medical)、教育的 (educational) 及び社会的 (social) な側面から精神健康を促進して、よりよい人間関係を作ることである」とされている。

精神的健康に着目した研究では、精神的健康が主観的健康感の関連要因として報告されており、家族関係、対人関係等の社会関係やADLにも関連があることが明らかになっている⁶⁾。精神的健康の測定には、うつ傾向を測定する尺度やストレス反応尺度等、様々なものが存在する。本研究ではGHQ-28 (General Health Questionnaire: 精神的健康調査票) を用いている。GHQ-28

* 1 : 医療福祉政策学講座

* 2 : 大学院看護福祉学研究所

* 3 : 名古屋学院大学

* 4 : 秋田看護福祉大学

* 5 : 東北公益文化大学

* 6 : 仙台白百合女子大学

* 7 : 松本短期大学

* 8 : 文教大学

は、単に精神的健康をうつ傾向から測定するのではなく、身体的症状、不安と不眠、社会的活動障害、うつ状態の4因子にもとづき、総合的に測定する尺度である。わが国でも、中川、大坊によって標準化の手続きが行われて以来、単身赴任者、知的障害関連施設職員、主婦、大学生、高校生、一般都市住民等、さまざまな対象の精神的健康の鑑別・評価にGHQ-28が用いられてきている⁷⁾。

そこで、本研究では、生活様式が比較的画一化されている離島住民を対象に、精神的健康の関連要因について、ライフスタイルや社会とのつながりに着目しつつ検討することを目的とした。

I 研究方法

1. 調査対象

新潟県岩船郡に属する粟島浦村（孤立小型離島）に居住する40歳以上の住民222名を対象とした。粟島浦村に居住する40歳以上の住民222名のうち、160名（回収率72.1%）より回答を得た。

2. 調査方法

調査は、粟島浦村役場より住宅地図の提供を受け、2007年8月29日から9月2日の5日間で実施した。原則として配票留置法による調査を行ったが、回答者の事情により記入することが困難であった場合や、調査対象者の希望があった場合にのみ、訪問面接調査を行った。

3. 調査内容

質問項目は、1) 基本属性等に関する6項目、2) 地域との関わりに関する10項目、3) 地域の福祉に関する11項目、4) 民生委員に関する2項目、5) 福祉のまちづくりに関する2項目、6) 介護サービス等に関する4項目、7) 社会関連性指標（以下、ISI⁽¹⁾）に関する18項目⁸⁾、8) 健康生活習慣（以下、HPI⁽²⁾）に関する10項目⁹⁾、9) 健康状態（主観的健康感に関する1項目含む）に関する8項目¹⁰⁾、10) ソーシャル・サポート（以下、SS⁽³⁾）に関する16項目¹¹⁾、11) 精神的健康（GHQ-28⁽⁴⁾）に関する28項目¹²⁾、12) 楽観性⁽⁵⁾に関する12項目¹³⁾、13) 生活満足度尺度K（以下、LSI-K⁽⁶⁾）に関する9項目¹⁴⁾、14) 老研式活動能力指標（以下、ADL⁽⁷⁾）に関する9項目¹⁵⁾（13項目）の計145項目を設定した。

4. 分析方法

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、統計ソフト（SPSS12.0J for Windows）によって集計・解析を行っ

た。単変量解析として、目的変数を精神的健康度（2群分け）、説明変数をその他の関連する要因として分割表を作成し、Fisherの直接確率法を用いて関連の有意性を検討した。また、単変量解析の結果により有意な関連が確認された項目を説明変数として、重回帰分析（ステップワイズ法）による多変量解析を行った。

5. 倫理的配慮

倫理的配慮として、1) 研究協力をいつでも辞退することができること、2) 辞退した場合でも対象者が不利益を被ることはないこと、3) 調査で得た情報は研究目的以外には使用せず、統計的处理を施し個人情報の保護を徹底することをアンケートの際に対象者に説明し、同意が得られた者から回答を得た。

II 結果

1. 基本属性の分布状況

表1に基本属性と精神的健康度の分布状況を示した。性別については、高齢期で女性の割合が高く45名（67.2%）、男性は22名（32.8%）、壮年期ではほぼ同数で、女性36名（48.0%）、男性39名（52.0%）であった。壮年期・高齢者の年齢では、壮年期では平均年齢（Mean±SE）は53.3±6.5、高齢期では平均年齢（Mean±SE）は73.4±6.3であった。同居者の有無については、壮年期・高齢期ともに極めて高い同居率を示し、壮年期では75名（100%）、高齢期では57名（85.1%）となっていた。職業については、壮年期の就業率が90.7%と高くなっており、高齢期の就業率は34.3%であった。精神的健康度の分布については、壮年期の平均得点（Mean±SE）は6.5±6.3、高齢期の平均得点（Mean±SE）は7.2±5.2であり、また、精神的健康について壮年期では63名（84.0%）、高齢期では51名（76.1%）の回答者が「問題なし」と感じていた。壮年期と比較し、高齢期では精神的健康度の平均得点が増加する傾向にあった。

2. 精神的健康度と各指標との関連（Fisherの直接確率法）

表2に精神的健康度とISIとの関連を示した。壮年期では「生活は規則的ですか」の項目において有意な差が認められた。高齢期では「自分は社会に何か役に立つことができると思いますか」の項目において有意な差が認められた。

表3に精神的健康度とHPIとの関連を示した。壮年期、高齢期ともに「栄養のバランス」の項目において有意な差が認められた。高齢期のみでは「自覚的ストレス

表1 基本属性および精神的健康度の分布状況

項目	カテゴリー	N (%)	
		壮年期群 (%)	高齢期群 (%)
(壮年期群 N=75/高齢期群 N=67)	性別	男性 39 (52.0)	22 (32.8)
		女性 36 (48.0)	45 (67.2)
(壮年期群 N=75/高齢期群 N=67)	年齢	Mean±SE 53.3±6.5	73.4±6.3
		min 40	65
		max 64	90
(壮年期群 N=75/高齢期群 N=67)	同居者の有無	同居者あり 75 (100.0)	57 (85.1)
		独居 0 (0.0)	10 (14.9)
(壮年期群 N=75/高齢期群 N=67)	職業の有無	有職者 68 (90.7)	23 (34.3)
		無職者 7 (9.3)	44 (65.7)
(壮年期群 N=75/高齢期群 N=67)	精神的健康度総得点	Mean±SE 6.5±6.3	7.2±5.2
		min 0	0
		max 26	21
(壮年期群 N=75/高齢期群 N=67)	精神的健康度	問題なし群 63 (84.0)	51 (76.1)
		問題あり群 12 (16.0)	16 (23.9)

表2 ISIと精神的健康との関連

	N (%)				
	壮年期		高齢期		p値
	GHQ28傾向2群わけ	p値	GHQ28傾向2群わけ	p値	
	問題なし群	問題あり	問題なし群	問題あり	
家族との会話	62 (98.4)	11 (91.7)	55 (98.2)	16 (94.1)	
家族以外との会話	59 (95.2)	11 (91.7)	56 (100.0)	15 (88.2)	
訪問機会	60 (95.2)	11 (91.7)	54 (98.2)	14 (87.5)	
活動への参加	26 (43.3)	7 (63.6)	23 (41.1)	7 (43.8)	
テレビの視聴	61 (96.8)	11 (91.7)	56 (100.0)	17 (100.0)	—
新聞購読	59 (93.7)	9 (75.0)	36 (64.3)	11 (64.7)	
本・雑誌の講読	51 (81.0)	8 (72.7)	35 (62.5)	6 (37.5)	
役割の有無	57 (90.5)	11 (91.7)	47 (83.9)	13 (76.5)	
相談者の有無	58 (92.1)	9 (75.0)	55 (98.2)	15 (88.2)	
緊急時の手助け	60 (95.2)	10 (83.3)	55 (98.2)	16 (94.1)	
近所づきあい	60 (96.8)	11 (100.0)	55 (98.2)	16 (94.1)	
趣味の有無	58 (92.1)	9 (75.0)	44 (78.6)	13 (81.3)	
便利な道具の利用	62 (100.0)	12 (100.0)	48 (85.7)	15 (88.2)	
健康への配慮	63 (100.0)	12 (100.0)	55 (98.2)	17 (100.0)	
規則正しい生活	63 (100.0)	10 (83.3)	53 (94.6)	15 (88.2)	.024
生活の工夫	63 (100.0)	11 (91.7)	55 (98.2)	16 (94.1)	
積極性	63 (100.0)	11 (91.7)	54 (96.4)	13 (81.3)	
社会への貢献	62 (98.4)	11 (91.7)	46 (83.6)	8 (47.1)	.008

P: Fisherの直接確率法による値
 —: データの偏りにより計算不能

量」の項目において有意な差が認められた。

表4に精神的健康度と現在の健康状態との関連を示した。「あなたは現在健康であると思いますか」で、壮年期、高齢期ともに、肯定的な回答をした群において有意な差が認められた。

表5に精神的健康度とSSとの関連を示した。壮年期

では「病気で2～3日寝込んだ場合の看病」「元気付けてくれる人」「お金を貸してくれる人」「用事を頼める人」などの項目の、サポート提供者がいる群において有意な差が認められた。高齢期では「用事を頼める人」の項目の、サポート提供者がいる群において有意な差が認められた。

表3 HPIと精神的健康との関連

	N (%)					
	壮年期		p値	高齢期		p値
	GHQ28傾向2群わけ			GHQ28傾向2群わけ		
問題なし群	問題あり	問題なし群	問題あり			
適正な運動	14 (23.0)	1 (9.1)	22 (41.5)	4 (25.0)		
適量な飲酒	40 (63.5)	5 (41.7)	47 (83.9)	16 (94.1)		
禁煙	42 (66.7)	6 (50.0)	49 (89.1)	17 (100)		
適正な睡眠時間	25 (39.7)	2 (16.7)	34 (60.7)	8 (50.0)		
適正な栄養のバランス	57 (90.5)	7 (58.3)	.012 53 (94.6)	13 (76.5)	.047	
朝食の摂取	60 (95.2)	10 (83.3)	56 (100)	17 (100)	—	
適正な労働時間	29 (46.8)	4 (33.3)	38 (67.9)	10 (62.5)		
ストレス	18 (28.6)	2 (16.7)	37 (66.1)	5 (29.4)	.011	

P: Fisherの直接確率法による値

表4 現在の健康状態と精神的健康度との関連

		N (%)					
		壮年期		p値	高齢期		p値
		GHQ28傾向2群わけ			GHQ28傾向2群わけ		
		問題なし群	問題あり	問題なし群	問題あり		
主観的健康感	健康群	42 (66.7)	3 (25.0)	.010 39 (70.9)	3 (17.6)	.000	
2ヶ月以内通院	非通院群	44 (69.8)	9 (75.0)	28 (50.0)	6 (35.3)		
健診受診行動	受診群	62 (98.4)	12 (100.0)	56 (100.0)	16 (94.1)		
2ヶ月以内歯科受診	受診群	8 (12.7)	1 (8.3)	9 (16.7)	2 (12.5)		
1年以内入院	入院なし	62 (98.4)	11 (91.7)	50 (89.3)	17 (88.2)		

P: Fisherの直接確率法による値

表6に精神的健康度とLSI-Kとの関連を示した。壮年期では「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」「物事をいつも深刻に考える」などの項目の肯定的回答群において有意な差が認められた。高齢期では「今の生活に、不幸せなことがどれくらいある」「人生をふりかえてみて、満足」の項目の肯定的回答群において有意な差が認められた。

表7に精神的健康度とADLとの関連を示した。壮年期では有意な関連は見られなかったが、高齢期では「請求書の支払いができますか」の項目の、できる群において有意な差が認められた。

3. 精神的健康度と各指標との関連（ロジスティックモデル）

表8に単変量解析で有意差が認められた変数を説明変数、精神的健康度を目的変数として、各指標においてロジスティックモデルを構築し分析を行った結果を示した。

精神的健康度を目的変数、単変量解析で有意差が認められた各項目を説明変数として重回帰分析（ステップワイズ法）を行った結果、壮年期においては「年をとっ

て、前よりも役に立たなくなったと思いますか」「去年と同じように元気だと思いますか」の2項目が選択された ($R^2=.719$, $p=.000$)。高齢期においては「あなたは現在健康であると思いますか」「請求書の支払いができますか」「元気付けてくれる人」「今の生活に、不幸せなことがどれくらいある」の4項目が選択された。 ($R^2=.389$, $p=.000$)

III 考 察

精神的健康度に関連する要因については、多くの先行研究によって検討されてきた。しかし、わが国では、学生や企業の従業員を対象とする研究が殆どであり、僅かに高齢期や壮年期を対象としたもの散見される程度である。さらに、壮年期から高齢期へと幅広い年齢階層を網羅した研究は見当たらない。Atchley (1989) は、社会的地位・役割の喪失を経験する高齢期へ向かうとき、それ以前に形成してきた行動パターンや生活、パーソナリティの継続性を維持しつつ移行することが望ましい適応の様式であるとしている¹⁶⁾。このような観点に立つとき、精神的健康度の関連要因を検討するあたり、壮年期以上のすべての地域住民を対象とする意義は大きいと考

表5 SS（サポートの受領・サポートの提供）と精神的健康との関連

	N (%)				
	壮年期		p値	高齢期	
	GHQ28傾向2群わけ			GHQ28傾向2群わけ	
問題なし群	問題あり	問題なし群	問題あり		
サポートの受領					
心配事を聞いてくれる人	54 (85.7)	8 (66.7)		49 (90.7)	15 (88.2)
病気で2～3日寝込んだ場合の看病してくれる人	58 (92.1)	6 (50.0)	.001	50 (89.3)	14 (82.4)
気を配ってくれる人	55 (87.3)	8 (66.7)		53 (94.6)	15 (88.2)
元気付けてくれる人	57 (90.5)	8 (66.7)	.048	53 (94.6)	17 (100)
お金を貸してくれる人	40 (63.5)	3 (25.0)	.023	29 (52.7)	6 (35.3)
くつろいだ気分にしてくれる人	46 (73.0)	6 (50.0)		45 (81.8)	14 (82.4)
用事を頼める人	54 (85.7)	7 (58.3)	.041	50 (90.9)	12 (70.6)
長期間寝込んだ場合の看病してくれる人	55 (87.3)	8 (66.7)		49 (87.5)	15 (88.2)
サポートの提供					
心配事を聞く	55 (87.3)	10 (83.3)		45 (84.9)	15 (93.8)
病気で2～3日寝込んだ場合の看病する	55 (87.3)	7 (58.3)	.029	39 (76.5)	10 (62.5)
気を配る	59 (93.7)	9 (75.0)		51 (98.1)	14 (87.5)
元気付けている	53 (84.1)	7 (58.3)		46 (88.5)	14 (82.4)
お金を貸す	35 (55.6)	4 (33.3)		21 (41.2)	4 (25.0)
くつろいだ気分にする	45 (71.4)	6 (50.0)		39 (78.0)	12 (75.0)
用事を頼まれる	53 (84.1)	7 (58.7)		38 (74.5)	11 (68.8)
長期間寝込んだ場合の看病する	53 (84.1)	7 (58.3)		41 (77.4)	12 (75.0)

P: Fisherの直接確率法による値

表6 LSI-Kと精神的健康との関連

	N (%)				
	壮年期		p値	高齢期	
	GHQ28傾向2群わけ			GHQ28傾向2群わけ	
問題なし群	問題あり	問題なし群	問題あり		
生活満足度尺度K					
去年と同じように元気	48 (76.2)	3 (27.3)	.003	35 (62.5)	10 (58.8)
今の生活に、不幸せなことがどれくらいある	22 (35.5)	0 (.0)	.027	28 (51.9)	3 (17.6)
小さなことを気にするようになった	48 (76.2)	2 (18.2)	.000	43 (76.8)	10 (58.8)
他の人に比べて恵まれていた	40 (64.5)	2 (18.2)	.007	35 (62.5)	9 (52.9)
前よりも役に立たなくなった	58 (92.1)	3 (27.3)	.000	21 (37.5)	5 (29.4)
人生をふりかえてみて、満足	15 (23.8)	2 (18.2)		25 (44.6)	2 (11.8)
生きることは大変厳しい	12 (19.4)	1 (9.1)		14 (25.0)	1 (5.9)
物事をいつも深刻に考える	33 (54.1)	1 (9.1)	.007	19 (33.9)	10 (58.8)
求めていたことのほとんどを実現できた	9 (14.5)	0 (.0)		23 (41.8)	5 (29.4)

P: Fisherの直接確率法による値

えられる。

以下、分析結果について概観する。精神的健康度に有意な差が認められた項目は、ISI（壮年期：1項目、高齢期：1項目）2項目、HPI（壮年期：1項目、高齢期：2項目）3項目、主観的健康感（壮年期・高齢期）、SS（壮年期：サポート受領4項目、サポート提供1項目、高齢期：サポート受領1項目）6項目、LSI-K（壮年期：6項目、高齢期：2項目）8項目の合計20項

目であった。

ISIについては、壮年期では「生活は規則的ですか」の項目で、高齢期では「自分は社会に何か役に立つことができると思いますか」の項目で有意な差が認められた。壮年期では、生活の主体性に関する領域において、高齢期では社会への関心に関する領域において有意差が認められた。安梅によれば、社会への関心は、高齢になるにつれて顕著に低下することが示唆されている¹⁷⁾。し

表7 ADLと精神的健康との関連

	N (%)			
	壮年期		高齢期	
	GHQ28傾向2群わけ		GHQ28傾向2群わけ	
	問題なし群	問題あり	問題なし群	問題あり
バス、電車などでの外出	—	—	48 (85.7)	12 (70.6)
日用品の買い物	—	—	56 (100.0)	16 (94.1)
食事の準備	—	—	52 (92.9)	15 (88.2)
請求書の支払い	—	—	51 (92.7)	11 (64.7)
預貯金の出し入れ	—	—	49 (87.5)	14 (82.4)
年金などの書類の記入	—	—	49 (87.5)	17 (100.0)
健康情報に関心を持つ	—	—	52 (92.9)	14 (82.4)
病人を見舞う	—	—	54 (96.4)	16 (94.1)
若い人に話しかける	—	—	52 (92.9)	15 (88.2)

—：データの偏りにより計算不能

表8 重回帰分析ステップワイズ法¹⁾
GHQ-28を従属変数とした重回帰分析の結果

<壮年期>

	非標準化係数B	標準化係数β	t値	p	モデルのR ²	調整済みR ²	モデルのp値
生活満足度尺度							
年をとって、前よりも役にたたなくなっ と思いますか	-.643	.137	-4.700	.000	.848	.719	.000
去年と同じように元気だと思いますか	-.333	.130	-2.558	.000			

従属変数：GHQ-28（2群分け）

1) 変数投入の有意水準を5%とした。

<高年期>

	非標準化係数B	標準化係数β	t値	p	モデルのR ²	調整済みR ²	モデルのp値
現在の健康状態							
主観的健康感	.360	.095	3.810	.000			
老研式活動能力							
請求書の支払い	-.385	.133	-2.892	.005			
ソーシャル・サポート					.624	.389	.000
元気づけてくれる人	.527	.217	2.427	.018			
生活満足度尺度							
今の生活に、不幸なことがどれくらいある と思いますか	-.214	.093	-2.315	.024			

従属変数：GHQ-28（2群分け）

1) 変数投入の有意水準を5%とした。

かしながら、本研究では、高齢期にのみ社会への関心の領域で有意差が認められた。このことから、社会への関心と精神的健康との間に、何らかの関連があることが確認された。また、高齢になるにつれて、ISI得点が減少する傾向にあるため、得点を維持できるような豊かな社会関係の繋がり的重要性が示唆された。

SSについては、壮年期では「病気で2～3日寝込んだ場合の看病」「元気づけてくれる人」「お金を貸してくれ

る人」「用事を頼める人」の項目の、サポート提供者がいる群において有意な差が認められた。高齢期では「用事を頼める人」の項目の、サポート提供者がいる群において有意な差が認められた。SSが精神的健康の維持に有効であることは、多くの研究で明らかにされている¹⁸⁾¹⁹⁾。福岡は、SSの自らの“受領”と他者への“提供”とのバランスの重要性に着目している²⁰⁾。本研究では、SSにおける壮年期のサポートの“受領”におい

て、手段的サポートの2項目、情緒的サポートの2項目の合計4項目で、またサポートの“提供”では情緒的サポートの1項目において有意な差が認められた。高齢期のサポートの“受領”においては、手段的サポートの1項目のみに有意な差が認められた。このことは、離島という特殊な環境に起因していると推測される。一般に、孤立小型離島における生活では、近隣住民の助け合いは常態化しており、自らがサポート提供者であるとの意識が希薄化していることが示唆された。

LSI-Kについては、壮年期では「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」「物事をいつも深刻に考える」の項目で、肯定的回答群において有意な差が認められた。高齢期では「今の生活に、不幸せなことがどれくらいある」「人生をふりかえってみて、満足」の項目の肯定的回答群において有意な差が認められた。われわれの先行研究では、主観的健康感を関連要因として、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」「前よりも役に立たなくなった」「物事をいつも深刻に考える」の項目が検出されている²⁾。また、他の先行研究でも、主観的健康感と「生活満足度」の精神的な要因との関連が示唆されている²⁾。したがって、本研究で検出されたLSI-Kの項目は、主体の精神的側面のあり方を規定する要因であることが示唆された。

重回帰分析の結果、モデルとして選択された変数は、壮年期においてはLSI-Kの「年をとって、前よりも役に立たなくなったと思いますか」「去年と同じように元気だと思いますか」の2項目であった ($R^2 = .719$, $p = .000$)。高齢期においては現在の健康状態の「あなたは現在健康であると思いますか」の1項目、ADLの「請求書の支払いができますか」の1項目、SSの「元気付けてくれる人」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」の1項目の4項目であった ($R^2 = .389$, $p = .000$)。

精神的健康と関連が認められた項目を概観すると、栗島地域住民の精神的健康は、社会との関わりや近隣住民との助け合い、自己肯定的な態度によって規定されていることが示唆された。このことから、栗島地域住民の健康寿命の保持には、社会と関わる姿勢や、それを側面から支えるSS、現実の生活を肯定的に捉える自己肯定的な態度に対する配慮が必要である。

結 語

本研究では、栗島地域住民の健康寿命の保持に資するべく、精神的健康度とライフスタイル要因との関連性に

ついて検討してきた。その結果は、以下のように約言される。

精神的健康は、ISI、主観的健康感、SS、LSI-K等の多数の項目との関連が認められた。このことから、精神的健康を規定する要因は、住民のライフスタイルと多岐にわたって関連していることが明らかになった。したがって、健康増進施策を講ずる際には、身体的健康に着目するばかりではなく、精神的健康を規定する社会的活動の保持や近隣住民との助け合いの促進、現実の生活や自己を肯定的に捉える態度の醸成を図るためのネットワーク形成に配慮すべきことが示唆された。

最後に、本研究の限界について述べたい。重回帰分析において選択された壮年期と高齢期の R^2 値の差は、分析に使用した例数の不足に起因していると考えられる。この課題について、より精緻な検討を実施すべく例数の拡充、他地域との比較が必要であろう。

注

- (1) ISIは、人間関係や環境とのかかわりの状況について把握する18項目から構成される指標である。「生活の主体性」「社会への関心」「他者とのかかわり」「身近な社会参加」「生活の安心感」の領域から構成されている。選択肢1から選択肢3の回答を1点とし、選択肢4の回答を0点とした合計をISI得点としている。詳細については、安梅勅江 (2000)『エイジングのケア科学』川島書店、を参照されたい。
- (2) HPIは、健康的な生活習慣の実践状況を把握する8項目から構成される指標である。詳細については、星旦二・森本兼囊 (1991)「生活習慣と身体的健康度」森本兼囊編『ライフスタイルと健康—健康理論と実証研究—』医学書院、66-71、を参照されたい。なお本稿ではHPI得点の採点方法を一部変更して引用している。具体的には、「朝食」では「毎日食べる」、「睡眠時間」では「6-8時間」、「栄養のバランス」では「考えている」、「喫煙」では「やめた/吸わない」、「運動」では「週2回以上」、「飲酒」では「時々飲む/飲まない」、「拘束時間」では「8時間以下」、「自覚的ストレス」では「少ない」の回答を1点とし、それ以外を0点とした合計をHPI得点としている。
- (3) SSに関しては高齢者向けの指標であるが、本研究では壮年期からのライフスタイルを検討するため、継続的なライフスタイルの把握の必要性を考慮し、便宜上すべて同様の指標を使用し比較検討を行った。ソーシャル・サポートは、8項目から構成される対人関係の援助機能を把握する指標である。「手段的サポート」「情緒的サポート」などの下位尺度で構成され、質

問項目ごとにサポート提供者がいると1点を加算し、その合計をソーシャル・サポート得点としている。詳細については、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、37-48を参照されたい。

(4) 精神的健康を把握するために用いる精神健康調査票 (General Health Questionnaire) は、Goldbergがイギリスにおいて、非器質性、非精神病性の精神障害のスクリーニングテストとして開発した60項目からなる質問指標である。その後、GoldbergとHillerは探索的因子分析の結果から28項目版と30項目版を作成しており、ほかにも20項目版、12項目版などの短縮版が作成されている。これらの短縮版の使用も含めると、GHQは多くの研究で精神的健康度を測定する質問紙として用いられている。日本においても、中川、大坊によって標準化の手続きが行われて以来、単身赴任者、精神薄弱関係施設職員、家庭婦人、大学生、高校生、一般都市住民、などさまざまな対象の精神的健康の鑑別、評価にGHQが用いられてきている。詳細については、中川泰彬、大坊郁夫：日本版GHQ精神健康調査票手引き。日本文化科学社、東京(1985)を参照されたい。

(5) 楽観主義尺度は、12項目で構成されているが、項目2、6、7、10の4項目はフィルター項目なので分析には用いない。非常にあてはまる…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点として得点化する。悲観的自己感情は項目3、8、9、12の4項目で構成されており、得点は4~20点の間に分布する。楽観的自己感情は1、4、5(シャイアーとカーヴァーの原尺度では項目11も楽観的自己感情因子に含まれる)の3項目で構成されており、得点は3~15点(項目11も含めると場合には4~20点)の間に分布する。楽観的自己感情では得点が高いほど楽観的傾向が高く、悲観的自己感情では得点が高いほど悲観的傾向が高いことを意味する。

(6) LSI-Kは、主観的幸福感を構成する因子である「人生についての満足感」「老いについての評価」「心理的安定」などから構成される9項目から成る指標である。肯定的な選択肢を1点として加算し、その合計をLSI-K得点としている。詳細については、古谷野亘・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。を参照されたい。

(7) ADLは13項目で構成される日常生活動作能力の状況を把握する指標である。「手段的自立」「知的能動性」「社会的役割」などの下位尺度から構成され、活動

能力の状況により可能であると1点を加算し、その合計をADL得点としている。詳細については、古谷野亘・柴田博・中里克治・ほか(1987)「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—」『日本公衆衛生雑誌』34(3)、109-114。を参照されたい。

文 献

- 1) 志水幸：離島高齢者福祉のあり方に関する基礎的研究—北海道羽幌町天売島・焼尻島の調査結果を中心に—、北海道社会福祉研究、21、2000。
- 2) 志水幸、他：島嶼地域高齢者の主観的健康感の規定要因に関する研究、北海道医療大学看護福祉学部紀要、12、31-35、2005。
- 3) 志水幸、他：高齢者のライフスタイルと健康に関する研究—島嶼地域高齢者の主観的健康感の関連要因を中心に—、北海道医療大学看護福祉学部紀要、13、25-32、2006。
- 4) 志水幸、小関久恵、嘉村藍：島嶼地域住民の主観的健康感の関連要因に関する研究、厚生学指標、53、13、14-19、2006。
- 5) 志水幸、他：島嶼地域高齢者の楽観性の関連要因に関する研究—、北海道医療大学看護福祉学部紀要、14、19-26、2007。
- 6) 津軽谷恵、湯浅孝男：老人クラブ所属の在宅高齢者における精神的健康度について、秋田大学医学部保健学科紀要、12、2、114-120、2004。
- 7) 中川泰彬、大坊郁夫：日本版GHQ精神健康調査票手引き、日本文化科学社、東京、1985。
- 8) 安梅勅江：エイジングのケア科学、川島書店、2000。
- 9) 星旦二、森本兼曩編：ライフスタイルと健康—健康理論と実証研究—、医学書院、66-71、1991。
- 10) 芳賀博、七田恵子、永井晴美、須山靖男、竹野下訓子、松崎俊久、古谷野亘、柴田博：健康度自己評価と社会・心理・身体的要因、社会老年学、20、15-23、1984。
- 11) 野口祐二：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、1991。
- 12) Goldberg, D.P. (中川泰彬訳)：質問紙法による精神疾患患者の発見—精神・神経症状の診断法および評価法。中川泰彬訳著編；国立精神衛生研究所モノグラフ—質問紙法による精神・神経症状の把握と理論と臨床応用、国立精神衛生研究所、1-100、1981。
- 13) 堀洋道監修。松井豊編：心理測定尺度集。心の健康をはかる、208-211、2001。

- 14) 古谷野亘, 柴田博, 加賀博, 他: 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, 1989.
- 15) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 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—, 日本公衆衛生雑誌, 34, 3, 109-114, 1987.
- 16) Atchley, R. C: A continuity Theory of Normal Aging, *The Gerontologist*, 29, 183-190, 1989.
- 17) 安梅勅江: 保健福祉評価指標としての社会関連性—高齢者の社会との関わり状況と死亡に関する実証研究—, 社会福祉学, 40, 2, 1-16, 2000.
- 18) 谷口弘一, 浦光博: 児童・生徒のソーシャル・サポートの互恵性と精神的健康との関連に関する縦断的研究, *心理学研究*, 74, 1, 51-56, 2003.
- 19) 片受靖, 庄司一子: 勤労者のソーシャル・サポートの互恵性が精神的健康に与える影響, *カウンセリング研究*, 33, 3, 249-255, 2000.
- 20) 福岡欣治: ソーシャル・サポートの互恵性に関する考察—認知レベルと実行レベルの区別に焦点を当てて—, *行動科学*, 42, 2, 103-108, 2003.
- 21) 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, 19-24, 2006.

A study about the allied factor of the mental health of awasima area inhabitants

Koh SHIMIZU*¹, Akira HAYAKAWA*², Ayaka SIMAYA*², Masanobu YAMASITA*³,
Masao MIYAMOTO*⁴, Kumi MURAYAMA*⁵, Hisae KOSEKI*⁶, Ai KAMURA*⁷, Kazuhiko OTUKI*⁸

Abstract : This study examines mental health that is considered to be the various factors for healthy life expectancy. The study especially focuses on the inhabitants who live in an isolated small island to explore the relationship between their mental health. The following points are found in this study :

- (1) With regards to mental health ‘Index of Social Interaction (ISI)’ ‘Condition of Social Activities’ ‘Self-assessed Health’ ‘Social Support (SS)’ ‘Life Satisfaction Index-K (LSI-K)’ are determined to be significant items.
- (2) As a result of Multiple Regression Technique, the following items are found to be significant ; ‘I get old and do think it to have become more worthless than the front?’, ‘Do you think that you are cheerful in the same way as last year?’ and ‘Do you think that you are healthy now?’, ‘Is the payment of the bill possible?’, ‘The person whom I cheer up’ ‘The present life has an unhappy thing how long’.

The study also suggests that the further examination into other possible factors that influence mental health for the inhabitant is needed, social activity, the cooperation, self-affirmative thought.

Key Words : Mental Health, GHQ-28, Self-Assessed Health, ISI, SS, LSI-K.

-
- * 1 : Department of Social Policy
 - * 2 : Graduate School of Nursing & Social Services
 - * 3 : Nagoya academy University
 - * 4 : Akita University of Nursing and Welfare
 - * 5 : Matsumoto Junior College
 - * 6 : Tohoku University of Community Service and Science
 - * 7 : Sendai Shirayuri Women’s College
 - * 8 : Bunkyo University