

島嶼地域高齢者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}, 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、実態調査に基づき、精神的健康とそれに関連する要因を明らかにすることを目的として、1) 基本属性、2) 身体的要因、3) 社会的要因、4) 精神的要因の関連を記述し、その影響を多角的に検討した。その結果、以下の点が明らかとなった。

単変量解析で有意な ($P<.05$) 関連が認められた項目は、高齢期の質的変数では12項目、量的変数では3項目であった。以上の結果から、精神的健康は、ISI、HPI、主観的健康感、SS、LSI-K、楽観性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、高齢期に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総合的な生活への満足感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、楽観的ライフスタイル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。

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

現在、高齢者像の転換のもと、「健康寿命」の保持が重視されている。社会の主役としての「活力のある高齢者像」へ転換していくことが提唱されていることから、高齢者の健康対策は、重要なキーワードである。

高齢者世代の急増を前に、財政面での制約も大きく、介護保険の対象とならない高齢者に対する支援については、それぞれの地域で特色を生かした取り組みを行う程度であった。高齢者に対する「介護予防対策」、「元気高齢者づくり」などといった精神的健康に対する福祉施策は、介護保険制度やゴールドプラン21の身体的側面からの議論と比べると十分議論されているとはいえない現状

にあると考えられる。川内（2003）は「元気高齢者づくり」対策が推進されているが、具体的にはどのような高齢者像が目標となり、我々に何が出きるのか疑問が多い¹⁾と述べている。

一般に、健康寿命に関する施策は、身体的健康に着目したものが殆どである。近年、超高齢社会の先にはどのような問題が待ち構えているのかを様々な視点から論じられはじめた。殊に、65歳時の平均余命が、男性18.1年、女性23.2年となっている²⁾。現在、その長い平均余命の期間は「余生」といった静的な位置づけではなく、「新しい人生の幕開け」といった動的な位置づけが社会に求められているといえる。

また、健康な生活を送ることはサクセスフル・エイジングの実現に必要な不可欠な要素であり、健康の維持、増進を目的とした健康教育施策や支援が望まれる。小田（1993）によると、サクセスフル・エイジングとは、「身も心もつつがなく年を重ねること」³⁾と捉えられている。身体的・精神的・社会的に良好な状態で、人間関係も含めた環境や生活への適応状態といえる。こうした状況の中、高齢者が主体性をもって、人生の完成期をどう生きるかといった、いわば生き方に対する認識が重要になってくる。一般的に高齢者は、世界各国でも高い自殺

* 1：医療福祉政策学講座
* 2：北都保健福祉専門学校
* 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

率を示すことが報告されている⁴⁾。このことを考慮しても、生きがい施策や地域とのつながりが重要であることは明らかであり、精神的健康の側面からの支援が必要であると考える。

そこで本研究では、実態調査に基づき、精神的健康度に影響する様々な要因を把握し、精神的健康度との関連性について検討することを目的とする。

Ⅰ 研究方法

1. 調査対象

研究対象は、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名と、山形県酒田市に属する飛鳥（孤立小型離島）に居住する満40歳以上の住民187名である。

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日間と、酒田市高齢福祉課により地図の提供を受け、2008年8月25日から8月29日の5日間で行った。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⁵⁾、8) 健康生活習慣（以下、HPI⁽²⁾）に関する10項目⁶⁾、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⁷⁾、10) ソーシャル・サポート（以下、SS⁽³⁾）に関する16項目⁸⁾、11) 精神的健康（GHQ-28⁽⁴⁾）に関する28項目⁹⁾、12) 楽観性⁽⁵⁾に関する12項目¹⁰⁾、13) 生活満足度尺度K（以下、LSI-K⁽⁶⁾）に関する9項目¹¹⁾、14) 老研式活動能力指標（以下、ADL⁽⁷⁾）に関する9項目¹²⁾（13項目）の計145項目を設定した。

4. 分析方法

分析にあたり、精神的健康度を「問題なし群」、「問題あり群」と分類しこれを目的変数とした。説明変数として1) 基本属性、2) 身体的要因、3) 社会的要因、4) 精神的要因等を設定し、精神的健康度との関連の有意性について分割表を用いて検討した。解析について、単変量解析ではFisherの直接確率検定、多変量解析で

は、精神的健康度を目的変数、単変量解析で有意であった項目を説明変数、性別・年齢を調整変数とし、説明変数の領域ごとにロジスティックモデルを構築した。

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. 解析対象と回収率

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。飛鳥に居住する40歳以上の住民187名のうち、138名（回収率73.8%）より回答を得た。

2. 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、高齢期では女性の割合が高く98名（63.2%）、男性は57名（36.8%）、であった。高齢者の年齢では、高齢期では平均年齢（Mean±SD）は74.1±6.3であった。同居者の有無については、極めて高い同居率を示し、高齢期では130名（83.9%）となっていた。職業については、高齢期の就業率は52.9%であった。精神的健康度の分布については、高齢期の平均得点（Mean±SD）は6.3±4.8であり、また、精神的健康度について高齢期では94名（60.6%）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若干ではあるが増加する傾向にあった。

3. 精神的健康度と各指標との関連（Fisherの直接確率法）

表2に各指標得点の状況と各指標得点と精神的健康度の得点との関連について示した。高齢期では、楽観的自己感情得点、悲観的自己感情得点、LSI-K得点で「問題なし群」の得点が有意に（ $p<.05$ ）高かった。また、すべての指標で「問題あり群」と比較し「問題なし群」の得点が高かった。

表3に精神的健康度とISIとの関連を示した。「自分は社会に何か役に立つことができますか」の実践群で、精神的健康度の「問題あり群（44.3%）」と「問題なし群（62.8%）」を比較した結果、有意な差（ p

表1 基本属性および精神的健康度の分布

		N (%)
項目	カテゴリー	高齢期群 (%)
性別 (壮年期群 N = 117 / 高齢期群 N = 155)	男性	57 (36.8)
	女性	98 (63.2)
	Mean ± SD	74.1 ± 6.3
年齢 (壮年期群 N = 117 / 高齢期群 N = 155)	min	65
	max	95
同居者の有無 (壮年期群 N = 117 / 高齢期群 N = 155)	同居者あり	130 (83.9)
	独居	25 (16.1)
職業の有無 (壮年期群 N = 117 / 高齢期群 N = 155)	有職者	82 (52.9)
	無職者	73 (47.1)
精神的健康度総得点 (壮年期群 N = 117 / 高齢期群 N = 155)	Mean ± SD	6.3 ± 4.8
	min	0
	max	21
精神的健康度 (7点以上問題あり) (壮年期群 N = 117 / 高齢期群 N = 155)	問題なし群	94 (60.6)
	問題あり群	61 (39.4)

表2 精神的健康度と各指標得点との関連 (t 検定)

指標	精神的健康度 (2群分け)	高齢期群 (Mean ± SE)	P
社会関連性指標 (ISI) (高齢期群 N = 155)	問題なし群	13.6 ± 2.3	
	問題あり群	13.2 ± 2.6	
HPI (高齢期群 N = 155)	問題なし群	5.6 ± 1.7	
	問題あり群	5.1 ± 1.5	
ソーシャル・サポート (受領) (高齢期群 N = 155)	問題なし群	6.7 ± 1.6	
	問題あり群	6.5 ± 1.7	
ソーシャル・サポート (提供) (高齢期群 N = 155)	問題なし群	6.0 ± 2.1	
	問題あり群	5.6 ± 2.0	
楽観的自己感情得点 (高齢期群 N = 155)	問題なし群	11.7 ± 2.8	*
	問題あり群	10.6 ± 3.3	
悲観的自己感情得点 (高齢期群 N = 155)	問題なし群	10.9 ± 2.8	*
	問題あり群	12.0 ± 3.0	
LSI-K (高齢期群 N = 155)	問題なし群	5.1 ± 1.8	*
	問題あり群	3.4 ± 1.9	
老研式活動能力指標 (ADL) (高齢期群 N = 155)	問題なし群	8.3 ± 1.1	
	問題あり群	7.8 ± 1.8	

* : $p < .05$ (t 検定)

<.05) が認められた。

表4に精神的健康度とHPIとの関連を示した。「あなたはストレスが多い方だと思いますか」の項目において有意な差が認められた。高齢期では、HPI実践群で精神的健康の「問題あり群 (32.8%)」と「問題なし群 (76.6%)」を比較した結果、有意な差 ($p < .05$) が認められた。

表5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」の項目で、肯定的な回答をした群 (健康群) において有意な差が認められた。高齢期では肯定的な回答をした群 (精神的健

康「問題あり群 (45.9%)」と「問題なし群 (78.8%)」を比較した結果、有意な差 ($p < .05$) が認められた。また、「あなたはこの2カ月以内に通院しましたか」の非通院群の項目で有意な差が認められた。問題あり群 (32.8%)、問題なし群 (52.7%) であった。

表6に精神的健康度とSSとの関連を示した。サポートの受領では「病気で2～3日寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人がいますか」「気を配ったり、思いやったりしてくれる人がいますか」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。「病気で2

表3 ISIと精神的健康との関連

	高齢期		p値
	GHQ28	2 群わけ	
	問題なし群	問題あり群	
家族との会話	86 (91.5)	57 (93.4)	.031
家族以外との会話	89 (94.7)	53 (86.9)	
訪問機会	80 (85.1)	50 (82.0)	
活動への参加	8 (8.5)	9 (14.8)	
テレビの視聴	93 (98.9)	60 (98.4)	
新聞購読	27 (28.7)	25 (41.0)	
本・雑誌の講読	29 (30.9)	20 (32.8)	
役割の有無	81 (86.2)	46 (75.4)	
相談者の有無	84 (89.4)	55 (90.2)	
緊急時の手助け	88 (93.6)	58 (95.1)	
近所づきあい	86 (91.5)	56 (91.8)	
趣味の有無	64 (68.1)	40 (65.6)	
便利な道具の利用	73 (77.7)	48 (78.7)	
健康への配慮	90 (95.7)	57 (93.4)	
規則正しい生活	87 (92.6)	50 (82.0)	
生活の工夫	77 (81.9)	49 (80.3)	
積極性	76 (80.9)	46 (75.4)	
社会への貢献	59 (62.8)	27 (44.3)	

表4 HPIと精神的健康との関連

	高齢期		p値
	GHQ28	2 群わけ	
	問題なし群	問題あり群	
適正な運動	39 (41.5)	30 (49.2)	.000
適量な飲酒	70 (74.5)	45 (73.8)	
禁煙	64 (68.1)	40 (65.6)	
適正な睡眠時間	77 (81.9)	42 (68.9)	
適正な栄養のバランス	43 (45.7)	31 (50.8)	
朝食の摂取	92 (97.9)	60 (98.4)	
適正な労働時間	70 (74.5)	45 (73.8)	
ストレス	72 (76.6)	20 (32.8)	

～3日寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人がいますか」では「問題あり群（80.3%）」「問題なし群（93.6%）」、「気を配ったり、思いやったりしてくれる人がいますか」では「問題あり群（86.9%）」「問題なし群（96.8%）」であった。

サポートの提供では有意差は確認されなかった。

表7に精神的健康度とLSI-Kとの関連を示した。「あなたは去年と同じように元気だと思いますか」「あなたは今の生活に、不幸せなことがどれくらいあると思いますか」「最近になって小さなことを気にするようになったと思いますか」「あなたは年をとって前よりも役に立たなく

なっていると思いますか」「あなたは人生をふりかえってみて、満足できますか」「物事をいつも深刻に考えるほうですか」の項目の肯定的回答群において有意な差が認められた。「あなたは去年と同じように元気だと思いますか」では「問題あり群（58.3%）」「問題なし群（76.6%）」、「あなたは今の生活に、不幸せなことがどれくらいあると思いますか」では「問題あり群（35.0%）」「問題なし群（59.8%）」、「最近になって小さなことを気にするようになったと思いますか」では「問題あり群（53.3%）」「問題なし群（77.7%）」、「あなた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」では「問題あり群

表5 現在の健康状態と精神的健康度との関連

		N (%)		
		高齢期		p値
		GHQ28	2群わけ	
		問題なし群	問題あり群	
主観的健康感	健康群	74 (78.7)	28 (45.9)	.000
2ヶ月以内通院	非通院群	49 (52.7)	20 (32.8)	.020
健診受診行動	受診群	83 (88.3)	50 (82.0)	
2ヶ月以内歯科受診	受診群	17 (18.1)	13 (21.3)	
1年以内入院	入院なし	85 (90.4)	55 (90.2)	

表6 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 (%)
	高齢期		p値
	GHQ28	2 群わけ	
	問題なし群	問題あり群	
サポートの受領			
心配事を聞いてくれる人	84 (89.4)	55 (90.2)	
病気で 2 ～ 3 日寝込んだ場合の看病してくれる人	88 (93.6)	49 (80.3)	.019
気を配ってくれる人	91 (96.8)	53 (86.9)	.025
元気付けてくれる人	88 (93.6)	60 (98.4)	
お金を貸してくれる人	44 (46.8)	25 (41.0)	
くつろいだ気分にしてくれる人	82 (87.2)	52 (85.2)	
用事を頼める人	81 (86.2)	51 (83.6)	
長期間寝込んだ場合の看病してくれる人	72 (76.6)	50 (82.0)	
サポートの提供			
心配事を聞く	79 (86.8)	54 (91.5)	
病気で 2 ～ 3 日寝込んだ場合の看病する	72 (80.0)	40 (69.0)	
気を配る	86 (93.5)	54 (93.1)	
元気付けている	78 (85.7)	53 (91.4)	
お金を貸す	38 (41.8)	19 (33.3)	
くつろいだ気分にする	76 (83.5)	43 (78.2)	
用事を頼まれる	71 (76.3)	44 (77.2)	
長期間寝込んだ場合の看病する	62 (67.4)	36 (63.2)	

(28.3%)」「問題なし群 (45.7%)」、「あなたは人生をふりかえてみて、満足できますか」では「問題あり群 (28.8%)」「問題なし群 (50.5%)」、「物事をいつも深刻に考えるほうですか」では「問題あり群 (31.7%)」「問題なし群 (49.5%)」であった。

表8に精神的健康度とADLとの関連を示した。高齢期では有意な関連は見られなかった。

Ⅲ 考 察

以下、質的変数の検定の結果について考察していく。

ISIについては、「自分は社会に何か役に立つことができますか」の項目で有意な差が認められた。この項目は、「社会への関心」に関する領域に含まれてい

る。安梅(2000)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¹³⁾。しかしながら、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。したがって、「社会への関心」と高齢期の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。しかし、これは島嶼地域という地域性も考えられるため、他地域での調査も必要である。また、壮年期と比べると高齢期の精神的健康度の「問題なし群」において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との繋がりの重要性が示唆された。

HPIについては、「自覚的ストレス量」の項目の適正群において有意な差が認められた。このことから、「自覚的ストレス」と精神的健康との間に、何らかの関連が

表7 LSI-Kと精神的健康との関連

	N (%)		
	高齢期		p値
	GHQ28 問題なし群	2群わけ 問題あり群	
生活満足度尺度K			
去年と同じように元気	72 (76.6)	35 (58.3)	.020
今の生活に、不幸せなことがどれくらいある	55 (59.8)	21 (35.0)	.005
小さなことを気にするようになった	73 (77.7)	32 (53.3)	.002
他の人に比べて恵まれていた	71 (76.3)	37 (61.7)	
前よりも役に立たなくなった	43 (45.7)	17 (28.3)	.042
人生をふりかえてみて、満足	47 (50.5)	17 (28.8)	.011
生きることは大変厳しい	23 (24.7)	8 (13.6)	
物事をいつも深刻に考える	46 (49.5)	19 (31.7)	.044
求めていたことのほとんどを実現できた	48 (51.6)	23 (39.0)	

表8 ADLと精神的健康との関連

	N (%)		
	高齢期		p値
	GHQ28 問題なし群	2群わけ 問題あり	
バス、電車などでの外出	86 (91.5)	49 (81.7)	
日用品の買い物	93 (98.9)	57 (95.0)	
食事の準備	87 (93.5)	53 (88.3)	
請求書の支払い	86 (91.5)	49 (81.7)	
預貯金のおし入れ	88 (93.6)	51 (85.0)	
年金などの書類の記入	86 (91.5)	53 (88.3)	
健康情報に関心を持つ	83 (89.2)	55 (91.7)	
病人を見舞う	87 (92.6)	55 (91.7)	
若い人に話しかける	87 (92.6)	52 (86.7)	

あることが示唆された。高齢者とストレスとの関係では、一般的に「高齢期」は喪失の時代といわれ、身体的な健康の喪失、経済的自立の喪失、親や配偶者、親しい他者との死別によるつながりの喪失など、高齢者は様々な対象喪失を体験する¹⁴⁾。このような喪失体験は精神的健康に強く影響を与えるといわれている。精神的健康の維持・促進・向上を考えた場合、島嶼地域住民のストレスの実態及び、精神的健康との相互関係、並びにそれらと関連する要因を明らかにすることが必要だと思われる。

現在の健康状態については、「主観的健康感」「2ヶ月以内の通院」の非通院群の項目で有意な差が認められた。主観的健康感とは、医学的な健康状態とは異なり、自らの健康状態を主観的に評価する指標である。疾病の有無に関わらず、自分は健康であると思うか、そう思わないかを主観的に捉えた指標であり、精神的側面、社会的側面を包括した指標といわれている¹⁵⁾。したがって、主観的健康感の「あなたは現在健康であると思いますか」

の項目で、肯定的な回答をした群（健康群）において有意な差が認められたことは、主観的健康感と精神的健康度との間に何らかの関連があることを示唆している。

SS（受領）については、「あなたが病気で2-3日寝込んだときに、看病や世話をしてくれる人がいますか」「あなたに気を配ったり、思いやりしてくれる人がいますか」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。また、SS（提供）については、有意な差は認められなかった。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¹⁶⁾¹⁷⁾。福岡（2003）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¹⁸⁾。また、SSは授受のバランスを保つことが重要で、一方的にサポートを受け取ることは受け手に罪恶感や依存心を増幅させるおそれのあることが示唆されている¹⁹⁾。SSは、年齢、性別、配偶者の有無、居住形態、居住地域、民族などの属性によって異なることがある、という先行研究の知見もある²⁰⁾。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、情緒的サポートの1項目に有意な差が認められた。このことは、手段的サポートや情緒的サポートの“受領”や“提供”による行為が満足できるものであれば、精神的健康の保持につながるといえる。本研究の結果は、先行研究を支持するものであり、SSと精神的健康度との間に何らかの関連があることが示唆された。

LSI-Kについては、「あなたは去年と同じように元気だと思いますか」「全体として、あなたの今の生活に、不幸せなことがどれくらいあると思いますか」「最近になって小さなことを気にするようになったと思いますか」「あなた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」「あなたの人生をふりかえてみて、満足できますか」「物事をいつも深刻に考えるほうですか」の項目の肯定的回答群において有意な差が認められた。先行研究では、主観的健康感を関連要因として、LSI-Kの「あなたは去年と同じように元気だと思いますか」「全体として、あなたの今の生活に、不幸せなことがどれくらいあると思いますか」「あなた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」「物事をいつも深刻に考えるほうですか」の項目が検出されている²¹⁾。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²²⁾。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。

以上の結果から、精神的健康は、住民のライフスタイルと多岐にわたって関連することが明らかになった。世界保健機関（WHO）による健康の定義では、未だ健康の三要素としての身体的・精神的・社会的要因の因果関係が不明であるが、本研究の成果をもとに推論すれば、身体的健康・社会的健康の基盤として精神的健康を位置づけることの可能性が示唆された。なお、この点については、外的妥当性を検証することが課題となる。

結 語

本研究では、島嶼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、HPI、主観的健康感、SS、LSI-K、楽観性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、高齢者を対象とした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総合的な生活への満足感や近

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、楽観的ライフスタイル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。

また、今回の調査では、回収数、回答内容から見て、良好な協力が得られたことから、調査の有効性に問題はなかったと考える。しかし、本研究は横断調査であるため、認められた関連は直線的な因果関係を示すものではなく、あくまでも相互関連を表すのみであることを留意しなければならない。

今後は、例数の拡充、島嶼地域住民に対する質的調査による精緻な検討を実施する必要がある。

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項目はフィラ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) 川内規会：「ゴールドプラン21施策における元気高齢者像とコミュニケーション活動」『青森保健大雑誌』5（1）、103—110、2003.
- 2) 厚生労働省：生命表（完全生命表）を参照.
- 3) 小田利勝：「サクセスフル・エイジングに関する概念的一考察」『徳島大学社会科学研究』6、1993.
- 4) 高橋祥友：「老年期の自殺」『心身医学』34（1）、1994.
- 5) 安梅勅江：エイジングのケア科学、川島書店、2000.
- 6) 星旦二、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、1991.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 古谷野亘、柴田博、芳賀博、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.
- 12) 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.
- 13) 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.
- 14) 長谷川和夫：「高齢者のストレスの諸問題—今日的立場より—」『ストレス科学』9（1）、17—22、1994.

- 15) 杉澤秀博, 杉澤あつ子:「健康度自己評価に関する研究の展開－米国での研究を中心に－」『日本公衆衛生雑誌』, 1995.
- 16) 谷口弘一, 浦光博:「児童・生徒のサポートの互惠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.
- 17) 片受靖, 庄司一子:「勤労者のソーシャル・サポートの互惠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.
- 18) 福岡欣治:「ソーシャル・サポートの互惠性に関する考察－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.
- 19) 斎藤嘉孝, 近藤克則, 吉井清子, 平井寛, 末盛慶, 村田千代栄:「高齢者の健康とソーシャルサポート－受領サポートと提供サポート－」『公衆衛生』69 (8), 661-665, 2005.
- 20) 前田大作:「平成7年度厚生科学研究費補助金報告書」『高齢者の社会心理学的研究』, 1996.
- 21) 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.
- 22) 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 the islands area senior citizen

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

-
- * 1 : Department of Social Policy
 - * 2 : Hokuto College of Health and Welfare
 - * 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