

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

志水 幸^{*1}・小関 久恵^{*2}・嘉村 藍^{*2}・山下 匡将^{*2}・宮本 雅央^{*2}

抄録：本稿では、島嶼地域高齢者の健康寿命の保持に資するべく、主観的健康感の規定要因について検討した。その結果、以下の諸点が明らかとなった。

1) 社会関連性、ADL、LSIKにおいて、健康群の平均得点が有意に高かった。2) 社会関連性では「規則的な生活」、「積極性」の実施群が、ADLでは「書類の記入ができること」が、ソーシャルサポートでは「用事・留守番」のサポート提供者がいることが、LSIKでは「去年同様元気だ」と感じていること、「今の生活に不幸せなことがほとんどない」こと、「年をとって以前より役に立たなくなった」と感じていないこと、「物事をいつも深刻に考えない」ことが、主観的健康感の規定する要因として検出された。3) 島嶼地域高齢者の健康寿命の維持・向上のためには、これらの結果を考慮しつつ伝統的な地域社会を維持・存続させるためのソフトパワーに着目した施策の策定が望まれる。

キーワード：主観的健康感、社会関連性、ADL、ソーシャルサポート、LSIK、HPI

I 緒言

予ねて、われわれは、調査研究の成果にもとづき、島嶼地域高齢者福祉の基本的方向性を次のとおり措定した。すなわち、第一に、地理的要件や社会資源の制約上、島嶼地域で生活する高齢者は比較的健康な人々が多い。第二、島嶼地域で生活する多くの高齢者は、終の棲家として島嶼地域を希望している。第三に、現状の社会資源に鑑みれば、島嶼地域での十分な介護は困難を極める。以上の論理的帰結として、第四に、島嶼地域高齢者福祉の操作的課題を、現状生活の長期的持続可能性（健康寿命の保持）とした¹⁾。

翻って、健康とは何であろうか。この問いに対する最も一般的な答えは、WHOによる健康に関する多面的な定義であろう。この定義を敷衍するかのごとく、健康に関する先行研究でも、身体的健康のみならず、健康の精神的側面や社会的側面を重視するアプローチを採用する業績が増加している。本稿で取り上げる、主観的健康感、もしくは健康度自己評価に着目した議論も、その流れの中の一つであると位置づけられよう。

さて、先行研究の知見によれば、主観的健康感とは、基本属性や客観的な健康指標等の要因による影響を調整した後でも、なお生命予後を予測する効果が高いことが明らかにされている²⁾。さらに、この主観的健康感の関連要因に関する先行研究では、主観的健康感が、日常生活動作能力の高低や疾患の有無等の身体的健康指標のみならず、社会活動性等を指標とする社会的健康指標や、主観的幸福感や生活満足度等の精神的健康指標と関連していることが明らかにされている³⁾。

先の知見を援用するならば、主観的健康感の維持・向上は、すなわち高齢者の健康寿命の保持にもつながることとなる。島嶼地域特有の生活環境の中であって、今もって存在する伝統的地域社会の繋がりやサポート・ネットワーク、さらには高齢者のライフスタイルは、福祉コミュニティを再構築する上での貴重な指針となる。そこで、本稿では、島嶼地域高齢者の健康寿命の保持に資するべく、主観的健康感の規定要因について、主に社会とのつながりやライフスタイルに着目しつつ明らかにすることを目的とした。

* 1 北海道医療大学

* 2 北海道医療大学大学院

II 研究方法

1. 調査対象

調査対象は、山形県酒田市（人口99,555人）に属する孤立小型離島である飛島（2004年9月10日現在：315人、高齢化率：57.1%）に居住する、満65歳以上の高齢者である。

2. 調査方法および回収率

調査方法は、面接調査法を原則とした（調査対象者の都合により聞き取りが不可能であった場合に限り、配票留置法を採用した）、悉皆調査である。

回収率は、以下のとおりである。調査期間中（2004年9月6日～9日）に114名の回答を得（酒田市役所提供の調査対象者名簿において住民登録している180名を基にした実質回収率：63.3%）、その全てを分析対象とした。

3. 調査項目

調査項目は、以下により構成されている。1) 基本属性に関する10項目、2) 社会関連性⁴⁾に関する18項目、3) 老研式活動能力指標（以下、ADL⁵⁾に関する13項目、4) ソーシャルサポート指標⁶⁾に関する8項目、5) 生活満足尺度K（以下、LSIK⁷⁾に関する9項目、6) 健康習慣に関する27項目（健康生活習慣実践指標 - 以下、HPI - ^{8,9)}項目を含む）の、合計85項目から構成されている。

4. 分析方法

回収した質問紙票を基に、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）を用いて統計解析を行った。

分析方法については、以下のとおりである。単変量解析においては、質的変数の検定では χ^2 検定を、量的変数の検定ではt検定を用いた。また、多変量解析においては、多変量ロジスティックモデルを採用した。

なお、分析に際して行った各指標のコーディングについては、以下のとおりである。主観的健康感については、健康である、健康な方である、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」と分類した。社会関連性については、人間関係や環境とのかかわりの状況により「実施群」、「非実施群」の2群に分類した。ソーシャルサポートについては、サポート提供者の有無により「いない群」、「いる群」の2群に分類した。その他の各指標については、原著に準拠したコーディングを行った。

III 結果

1. 基本属性等

ここでは、調査対象者の基本属性等について概観する（表1参照）。

基本属性については、以下のとおりである。性別では、男性が49名（43.0%）、女性が65名（57.0%）であった。年齢では、前期高齢者が64名（56.1%）、後期高齢者が50名（43.9%）であった。同居家族の有無では、独居者が24名（21.6%）、同居者ありが87名（78.4%）と、全国平均（35.8%）¹⁰⁾と比較し、非常に高い同居率であった。職業の有無では、無職者が45名（37.8%）、有職者が69名（62.2%）であり、全国の高齢者就業率（20.7%）¹⁰⁾を大きく上回っていた。

また、既往症にともなう入院・通院状況の状況については、以下のとおりである。過去1年の入院の有無では、入院した者が11名（10.3%）、入院しなかった者が96名（89.7%）であった。過去2ヶ月の通院の有無では、通院した者が75名（73.5%）、通院しなかった者が27名（26.5%）であった。

さらに、主観的健康感については、健康群が75名（69.4%）、非健康群が33名（30.6%）であった。

表1 分析対象者の特性

項目	カテゴリ	N	%
性別 (N=114)	男性	49	43.0
	女性	65	57.0
年齢 (N=114)	前期高齢者	64	56.1
	後期高齢者	50	43.9
同居者の有無 (N=111)	いない	24	21.6
	いる	87	78.4
職業の有無 (N=114)	なし	45	39.5
	あり	69	60.5
過去1年の入院の有無 (N=107)	入院した	11	10.3
	入院しなかった	96	89.7
過去2カ月の通院の有無 (N=102)	通院した	75	73.5
	通院しなかった	27	26.5
主観的健康感 (N=108)	健康群	75	69.4
	非健康群	33	30.6

2. 主観的健康感と各指標の得点との関連

ここでは、主観的健康感と各指標の得点との関連について概観する（表2参照）。

社会関連性（ $p < 0.001$ ）、ADL（ $p < 0.01$ ）、LSIK（ $p < 0.001$ ）において、健康群と比較して、非健康群の平均得点が有意に低い結果であった。また、有意差は確認されなかったものの、ソーシャルサポート、HPIにおいても、健康群と比較して、非健康群では平均得点が低く

なる傾向が看取された。

表2 主観的健康感と各指標得点の関連

指標	カテゴリ	Mean±SE	t 検定
社会関連性	健康群	13.33±0.252	***
	非健康群	10.56±0.614	
ADL	健康群	10.72±0.198	**
	非健康群	8.84±0.648	
ソーシャルサポート	健康群	7.39±0.118	
	非健康群	7.03±0.274	
生活満足度	健康群	5.29±0.224	***
	非健康群	2.88±0.304	
HPI	健康群	5.83±0.179	
	非健康群	5.25±0.270	

* : p < 0.05 ** : p < 0.01 *** : p < 0.001

3. 主観的健康感と各指標の細目との関連 (χ²検定)

ここでは、主観的健康感と対象者の基本属性等、社会関連性、ADL、ソーシャルサポート、LSIK、HPI各指標の細目との関連を概観する (表3参照)。

対象者の基本属性等で有意な関連がみられた項目は、「職業の有無 (p < 0.05)」、「過去1年の入院の有無 (p < 0.05)」であり、「職業の有無」では無職者と比較して、有職者の主観的健康感が高い傾向にあった。「過去1年間の入院の有無」では、入院した者と比較して、入院しなかった者の主観的健康感が高い傾向にあった。

社会関連性で有意な関連がみられた項目は、「役割の遂行 (p < 0.05)」、「趣味 (p < 0.05)」、「規則的な生活 (p < 0.01)」、「積極性 (p < 0.001)」、「社会への貢献 (p < 0.05)」であり、これらの項目の全てにおいて、非実践群と比較して、実践群の主観的健康感が高い傾向にあった。

ADLで有意な関連がみられた項目は、「1人で外出 (p < 0.05)」、「日用品の買い物 (p < 0.05)」、「食事の用意 (p < 0.05)」、「預貯金の出し入れ (p < 0.05)」、「書類の記入 (p < 0.05)」、「知人宅の訪問 (p < 0.05)」、「病人の見舞い (p < 0.01)」であり、これらの項目の全てにおいて、できない群と比較して、できる群の主観的健康感が高い傾向にあった。

ソーシャルサポートで有意な関連がみられた項目は、「用事・留守番 (p < 0.05)」であり、サポート提供者がいない群と比較して、サポート提供者がいる群の主観的健康感が高い傾向にあった。

LSIKで有意な関連がみられた項目は、「去年同様元気が (p < 0.001)」、「不幸せなこと (p < 0.01)」、「小さなことを気にする (p < 0.05)」、「恵まれた人生か (p < 0.05)」、「自分は役に立たない (p < 0.05)」、「人生は満足か (p < 0.01)」、「物事を深刻に考える (p < 0.001)」

であり、これらの項目の全てにおいて、ネガティブな回答群と比較して、ポジティブな回答群の主観的健康感が高い傾向にあった。

HPIで有意な関連がみられた項目は、「規則正しい生活 (p < 0.01)」、「食事の規則性 (p < 0.05)」、「栄養のバランス (p < 0.01)」、「朝食 (p < 0.05)」、「自覚的ストレス (p < 0.05)」であり、これらの項目の全てにおいて、HPI非実践群と比較して、実践群の主観的健康感が高い傾向にあった。

表3 主観的健康感と各指標細目の関連 (χ²検定)

	項目	カテゴリ	健康群の割合 (%)	χ ² 検定
分析対象者の特性	職業の有無	無職者：有職者	55.8 78.5	*
	入院	なし：あり	73.7 33.3	*
社会関連性	役割の遂行	非実践群：実践群	52.2 75.0	*
	趣味	非実践群：実践群	56.3 80.7	**
	規則的な生活	非実践群：実践群	30.8 74.7	**
	積極性	非実践群：実践群	34.8 78.3	***
	社会への貢献	非実践群：実践群	58.5 79.5	*
ADL	1人で外出	できない：できる	36.4 73.4	*
	日用品の買い物	できない：できる	25.0 72.7	*
	食事の用意	できない：できる	42.9 73.1	*
	預貯金の出し入れ	できない：できる	35.7 73.9	*
	書類の記入	できない：できる	47.6 74.1	*
	知人宅の訪問	できない：できる	41.2 74.4	*
	病人の見舞い	できない：できる	25.0 74.5	**
サポート	用事・留守番	いない：いる	47.4 74.4	*
生活満足度	去年同様元気が	はい：いいえ	84.9 37.1	***
	不幸せなこと	ほとんどない：それ以外	83.9 52.9	**
	小さなことを気にする	はい：いいえ	56.5 78.3	*
	恵まれた人生か	はい：いいえ	72.8 42.1	*
	自分は役に立たない	はい：いいえ	58.7 82.1	*
	人生は満足か	はい：いいえ	83.3 56.9	**
	物事を深刻に考える	はい：いいえ	51.9 85.7	***
健康生活習慣	規則正しい生活	規則正しい：不規則	75.9 40.0	**
	食事の規則性	規則正しい：不規則	73.9 43.8	*
	栄養のバランス	考える：それ以外	84.4 58.7	**
	朝食	毎日食べる：それ以外	71.4 0	*
	自覚的ストレス	少ない：それ以外	80.0 57.1	*

* : p < 0.05 ** : p < 0.01 *** : p < 0.001

4. 主観的健康感と各項目との関連 (ロジスティック回帰分析)

ここでは、主観的健康感を従属変数とし、χ²検定において有意な関連が示された項目を独立変数としたロジスティック回帰分析 (ステップワイズ増加法) の結果を概観したい (表4参照)。

分析の結果、社会関連性では「規則的な生活 (p < 0.01、OR : 2186.701)」、「積極性 (p < 0.10、OR : 22.993)」が、ADLでは「書類の記入 (p < 0.05、OR : 136.954)」が、ソーシャルサポートでは「用事・留守番 (p < 0.05、OR : 49.460)」が、LSIKでは「去年同様元気が (p < 0.01、OR : 68.577)」、「不幸せなこと (p < 0.05、OR : 237.225)」、「自分は役に立たない (p < 0.05、OR : 15.913)」、「物事を深刻に考える (p < 0.05、OR : 100.472)」において有意な関連がみられた。

表4 主観的健康感と各項目の関連(ロジスティック回帰分析)

	項目	参照カテゴリ	OR
基本属性	職業の有無	無職者	n.s.
	入院	なし	n.s.
社会関連性	役割の遂行	非実施群	n.s.
	趣味	非実施群	n.s.
	規則的な生活	非実施群	2186.701**
	積極性	非実施群	22.993 ⁺
ADL	社会への貢献	非実施群	n.s.
	1人で外出	できない	n.s.
	日用品の買い物	できない	n.s.
	食事の用意	できない	n.s.
	預貯金の出し入れ	できない	n.s.
	書類の記入	できない	136.954*
	知人宅の訪問	できない	n.s.
サポート	病人の見舞い	できない	n.s.
	用事・留守番	いない	49.460*
生活満足度	去年同様元気か	いいえ	68.577**
	不幸せなこと	ある	273.225*
	小さなことを気にする	はい	n.s.
	恵まれた人生か	いいえ	n.s.
	自分は役に立たない	はい	15.913*
	人生は満足か	いいえ	n.s.
	物事を深刻に考える	はい	100.472*
健康生活習慣	規則正しい生活	不規則	n.s.
	食事の規則性	不規則	n.s.
	栄養のバランス	考えない	n.s.
	朝食	食べない	n.s.
	自覚的ストレス	多い	n.s.

⁺: p<0.10 * : p<0.05 ** : p<0.01 *** : p<0.001

IV 考 察

芳賀らによれば、主観的健康感に関する先行研究は、概ね以下の二つの系譜に整理される。第一の系譜は、主観的健康感を従属変数とすることにより、その規定要因について解明しようとするものである。第二の系譜は、主観的健康感を独立変数とすることにより、その他の要因に対する影響について解明しようとするものである¹¹⁾。したがって、本稿のアプローチは、前者の系譜に属するものである。50年代のアメリカに端を発する主観的健康感に関する研究は、わが国でも90年代以降に積極的に取り上げられてきたが、島嶼地域高齢者を対象としたものは殆ど見当たらない。その意味において、本稿の役割は先駆的な意義を持つものである。島嶼地域高齢者の健康寿命の保持や、さらには介護予防を図るためには、客観的な健康指標の維持・増進はもとより、主観的健康感の維持・増進を図るような施策を展開しなければならない。根拠にもとづいた実効力のある施策を策定するための基礎的研究として、主観的健康感の規定要因を検討することは意義のあることである。

以下、分析結果について検討する。第一に、健康群と非健康群との間では、社会関連性、ADL、LSIKの各指標平均得点に有意な差が確認された。このことから、主観的健康感とは、これらの指標と何らかの関連があることが理解された。また、有意水準には満たなかったもの

の、ソーシャルサポート、HPIについても、健康群の平均得点が高い傾向にあったことを看過してはならない。第二に、主観的健康感と各指標の細目との関連をみることにより、主観的健康感に対して、どの項目が強い関連を持つのかについて検討した。 χ^2 検定では、全ての指標の中の多数の項目においてポジティブな回答群の主観的健康感が高い傾向にあることが確認された。また、職業の有無や、過去1年の入院の有無なども、主観的健康感に影響を与えることが確認された。第三に、主観的健康感を従属変数とし、 χ^2 検定において有意差が確認された項目を独立変数としたロジスティック回帰分析によって変数選択を行うことにより、他の要因による影響を排除してなお、主観的健康感に影響を与える項目を抽出した。その結果、社会関連性では「規則的な生活」をおくことや物事に「積極的(積極性)」に取り組む姿勢が、ADLでは年金などの「書類が書ける(書類の記入)」ことが、ソーシャルサポートでは「ちょっとした用事や留守番を頼める(用事・留守番)」人がいることが、LSIKでは「去年と同じように元気だ(去年と同様元気か)」と思っていること、「現在の生活に不幸せなことがほとんどない(不幸せなこと)」こと、「年をとって前よりも役に立たなくなった(自分は役に立たない)」と思っていないこと、「物事を深刻に考えない」ことが、主観的健康感にポジティブな影響を与える要因として検出された。

最後に、以上の結果をもとに、主観的健康感の規定要因について総括したい。結果を端的に要約すれば、島嶼地域高齢者の主観的健康感とは、客観的健康指標や入院・通院状況に拘らず、むしろ社会とのかかわりや精神的な状況のあり方によって規定されていたといえよう。敷衍すれば、身体的健康の状況に拘らず、社会的健康や精神的健康が主観的健康感を高めることになり、そのことが生命予後のあり様の鍵を握るともいえよう。このことから、島嶼地域高齢者の健康寿命の保持のためには、客観的健康指標の維持・向上のみならず、社会と積極的にかかわる姿勢や、物事をポジティブに受け止める楽観主義的なライフスタイル、さらにはそれを側面から支えるソーシャルサポートのあり方に対する配慮が必要とされることが明らかにされた。今後、島嶼地域の高齢者福祉施策を講ずる際には、マンパワー問題を含む社会資源の整備にのみ偏らず、そこで生活する人々のライフスタイルや地域社会の特性を育むようなソフトパワーに着目すべきことを看過してはならない。

V 結 語

本稿では、島嶼地域高齢者の健康寿命の保持に資する

べく、主観的健康感の規定要因について検討した。その結果は、以下のとおり約言される。

1) 健康群は、社会関連性、LSIK、ADLの各指標の平均得点が有意に高かった。2) 主観的健康感は、客観的な健康指標に関する項目よりも、社会とのかかわりや精神的な状況のあり方に関連する。3) 今後、島嶼地域高齢者福祉施策を講ずる際には、社会資源整備のみならず、現存する地域社会の維持・存続を視野に入れた政策が望まれる。4) なお、分析をより精緻にするためには、縦断的なコホート研究が必要である。

付 記

本研究は、2004年度北海道医療大学看護福祉学部医療福祉学科医療福祉専攻4年の「卒業研究」[社会福祉専門演習]および「社会福祉総合実習Ⅰ(政策系)」履修者(大塚聡子、小山内俊、菊地美里、杉野香、谷脇彩子、林正賢、山本加奈子、藤井藍、宮本雅央、山下匡将一志水ゼミナール生)および大学院生(嘉村藍、小関久恵)によって実施された課題研究の成果の一部である。

注

- 1) 志水幸(2000) 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.を参照されたい。
- 2) 代表的な先行研究としては、Mossey J.M., Shapiro E (1982) Self-rated health; a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72, 800-808や、芳賀博・柴田博・上野満雄・永井晴美・安村誠司・須山靖男・松崎俊久・鈴木一夫・岩崎清・澤口進(1991) 地域老人における健康度自己評価からみた生命予後, 日本公衆衛生雑誌, 38, 783-789がある。
- 3) 代表的な先行研究としては、Ware, J.E., Brook, R. H., Davis-Avery, A., Williams, K.N., Stewart, A.L., Rogers, W.H., Donald, C.A., Johnston, S.A., (1980) *Conceptualization and measurement of health for adults in the health insurance study: Vol. 1, model of health and methodology*, The Rand Corporation, Santa Mon-

ica, C.A. や、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(1984) 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.を参照されたい。

- 4) 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。なお、本稿では島嶼地域高齢者の生活実態に鑑み、安梅と異なる採点方法を採用している。具体的には、選択肢1と選択肢2の回答を1点とし、選択肢3と選択肢4の回答を0点とした総計を社会関連性得点としている。
- 5) 古谷野亘・柴田博・中里克治・芳賀博・須山靖男(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.
- 6) 野口裕二(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.
- 7) 古谷野亘・柴田博・芳賀博・須山靖男(1989) 生活満足度尺度の構造; 主観的幸福度の多次元性とその測定, 老年社会科学11, 99-115.
- 8) L.F., Berkman and L. Breslow (1983) *Health and ways of living*. Oxford Univ. Press, NY. (星旦二・森本兼曩監訳(1989)生活習慣と健康, HBJ出版局.)
- 9) 星旦二・森本兼曩(1991) 生活習慣と身体的健康度, 森本兼曩編: ライフスタイルと健康—健康理論と実証研究—, 66-71, 医学書院。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点とした総計をHPI得点としている。
- 10) 内閣府編(2004) 高齢社会白書—「暮らしと社会」シリーズ—(平成16年版), ぎょうせい。
- 11) 芳賀博・柴田博・上野満雄・永井晴美・安村誠司・須山靖男・松崎俊久・鈴木一夫・岩崎清・澤口進(1991) 地域老人における健康度自己評価からみた生命予後, 日本公衆衛生雑誌38, 783-789.

A Study of Self-Rated Health Status of the Elderly in the Island

Koh SHIMIZU・Hisae KOSEKI・Ai KAMURA
Masanobu YAMASHITA・Masao MIYAMOTO

Abstract : Previously, there were some studies on Self-Rated Health Status in the elderly. This study aims to clarify the relationship between Self-Rated Health Status and the physical, social, psychological factors in the elderly in the Island.

The results obtained were as follows :

- 1) Self-Rated Health Status of the elderly in the Island is significantly influenced by the social and psychological factors as well as physical factors.
- 2) It is necessary to maintain traditional characteristic of the community such as close social interactions to promote their healthy life in the Island.

Key words : Self-Rated Health Status, Index of Social Interaction, ADL, social support, LSIK, HPI