

# 島嶼地域高齢者の主観的健康感とその関連要因： ソーシャル・サポート・ネットワークと社会関連性 を中心に

著者名(日)	松浦 智和, 西 基, 三宅 浩次
雑誌名	北海道医療大学看護福祉学部学会誌
巻	2
号	1
ページ	45-53
発行年	2006-03-31
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1145/00006904/">http://id.nii.ac.jp/1145/00006904/</a>

# 島嶼地域高齢者の主観的健康感とその関連要因 —ソーシャル・サポート・ネットワークと社会関連性を中心に—

松浦 智和<sup>1)</sup>, 西 基<sup>2)</sup>, 三宅 浩次<sup>3)</sup>

- 1) 北都保健福祉専門学校介護福祉学科
- 2) 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科
- 3) 北海道産業保健推進センター

## 要 旨

本研究の目的と関心は、1) 自立度が高いとされる島嶼地域高齢者の主観的健康感の状況とその関連要因について検討すること、2) 島嶼地域のコミュニティについて概観し、健康福祉政策策定の基礎資料を作成することの2つに集約できる。本研究では、島嶼地域に居住する高齢者を対象に、ソーシャル・サポート・ネットワークや社会関連性について訪問面接調査を実施した。その結果、235人から回答を得ることができた(回収率:87.0%)。主観的健康感の分布は、一般的な知見と概ね同様であった。主観的健康感の関連要因の検討では、基本属性において「同居家族」、ソーシャル・サポート・ネットワークの状況において、「心配事を聞いてくれる人」「元気づけてくれる人」、社会関連性において、「役割の遂行」「規則的な生活」の計5項目を独立性の高い変数として検出した。本研究の結果から、島嶼地域の高齢者は“生涯現役的”生活・思考を持っていることが示唆された。今後は、それらを尊重しながら島民の健康を支える保健医療福祉施策のあり方を模索する必要がある。

## キーワード

主観的健康感, 島嶼, 高齢者, ソーシャル・サポート・ネットワーク, 社会関連性

## I 緒 言

現在のわが国では社会老年学, 老年社会科学, 公衆衛生学を中心とする多数の先行研究において, 高齢者の主観的健康感と健康状態や生命予後の関連<sup>1,2)</sup>, ソーシャル・サポート・ネットワーク, 社会とのかかわりの関連<sup>3-7)</sup>が明らかにされてきており, 特に「健康寿命の延伸」「介護予防」との関連の中で主観的健康感の向上の意義を指摘するものも少なくない。加えて, 主観的健康感が高齢者のQOLの状況をより総合的に表す指標となる可能性を指摘するものもある<sup>8)</sup>。

一方で, 社会とのかかわりについては, 例えば, 安梅は「社会関連性 (social interaction)」という概念を提示し, その測定指標を開発することで身体機能の低下や生命予後の予測妥当性を検討している<sup>9)</sup>。これまで, 主観的健康感と社会とのかかわりの関連に関する研究の中でも, 安梅が提示する「社会関連性 (指標)」との関連を検討したものは確認できない。ゆえに, 本稿がライフスタイルの中における主観的健康感の関連要因について, ソーシャル・サポート・ネットワークのみならず, 「社会関連性 (指標)」を含めて多

角的に検討することは, 今後の高齢者保健医療福祉政策策定の上で有益になると示唆される。

以上のことから, 本研究の関心は, 1) 自立度が高いとされる島嶼地域高齢者の主観的健康感の状況やその関連要因について検討すること, 2) 民俗学的知見の多い島嶼地域のコミュニティについて概観し, 高齢者保健医療福祉政策策定の基礎資料を作成することの2つに集約できる。

## II 方 法

### 1. 対象と調査の方法, 倫理的配慮

本研究が島嶼地域を対象とした事由は以下による。

1) 島嶼地域には比較的健康で生活している高齢者が多いとされていること<sup>10)</sup>, 2) 島嶼地域は独立, 完結した空間であり, 日常行動論を展開しやすいこと, 3) 同様のことから外部 (本土) との相互関係を考察しやすいこと, 4) 島嶼地域はへき地医療・保健・福祉充実政策の最重要課題になっており<sup>11)</sup>, その発展に資することの4点である。

本研究は, 北海道A郡A町にて実施した。A町はA島唯一の自治体である。2003年5月1日時点で人口は3,614人 (1,513世帯) であった。その中で, 本研究の対象となる65歳以上の人口は1,060人で, 全人口に占める割合は29.3%であった。調査の実施に当たり, 町側から地図の提供を受けることができた

## <連絡先>

松浦 智和

〒078-8801 北海道旭川市緑が丘東1条2丁目1-28  
北都保健福祉専門学校介護福祉学科

が、プライバシー保護の観点から名簿の提供を受けることはできなかった。よって、調査に先行して65歳以上の住民がいる世帯の実数の把握を行った。具体的には、町から紹介された30ある自治会の自治会長を訪問し、研究の目的や趣旨を説明して理解を求めるとともに、どの世帯に65歳以上の住民がいるかを聞くという方法である。そして、概況を把握したところで、地理的条件や産業構造などを考慮し対象とする自治会と住民を抽出した。その結果、本研究の対象者を13自治会の270人とし、訪問面接調査を実施したと

ころ、235人から回答を得ることができた（回収率：87.0%）。また、対象者への倫理的配慮を徹底すべく、調査実施に際しては、調査の目的を説明し理解を求めるとともに、対象者の回答への自発性を口頭にて確認した。

なお、わが国の島嶼（離島）は表1に示すように、人口規模や本土からの距離により分類されている。それに当てはめると、A島は「孤立小型離島」に分類される<sup>12)</sup>。

表1 離島の類型(性格類型別)

離島分類	特徴	事例
孤立大型離島	10ノットの船舶利用で1時間以遠 人口5千人以上で、外海に孤立	佐渡島、奥尻島、八丈島
孤立小型離島	10ノットの船舶利用で1時間以遠 人口5千人未満で、外海に孤立	飛鳥、青ヶ島、トカラ列島
群島型離島(主島)	10ノットの船舶利用で1時間以遠 外海群島の中心島	隠岐・島後、福江島
群島型離島(属島)	群島の中心島の周辺の島	隠岐・西ノ島、若松島
外海本土近接型離島	外海で1時間以内(規模関係なし)	初島、神島、角島、島野浦島
内海本土近接型離島	湾内・瀬戸内に存するもの	大三島、大分姫島、天草諸島

※離島類型は離島振興法指定離島のみで実施。文献12)より一部変更して引用。

## 2. 内容

本研究の調査内容は、(1)基本属性に関する項目、(2)社会関連性に関する項目、(3)ADLに関する項目、(4)ソーシャル・サポート・ネットワークの状況に関する項目、(5)健康生活習慣に関する項目である。なお、主観的健康感(5)に含んでいる。本稿ではこれらのうち、(2)社会関連性に関する項目、(4)ソーシャル・サポート・ネットワークの状況に関する項目を中心に報告する。

主観的健康感(5)は、先行研究を総合的に勘案し、「非常に健康」「まずまず健康」「あまり健康ではない」「まったく健康ではない」の4カテゴリーとした。解析に際しては、「健康」群（「非常に健康」「まずまず健康」）と「不健康」群（「あまり健康ではない」「まったく健康ではない」）の2カテゴリーに再構成した。

ソーシャル・サポート・ネットワークは、野口の尺度<sup>13)</sup>を一部変更し、「手段的サポート」(4項目)と「情緒的サポート」(4項目)について、表2に示す計8項目によって構成した。本研究では、そのサポートの提供を誰から受けているかについて具体的に10個の

選択肢から聞いた。解析に際しては、「いる」群と「いない」群の2カテゴリーに再構成した。

「社会関連性」は、安梅によれば、「地域社会のなかでの人間関係の有無、環境とのかかわりの頻度などにより測定される、人間と環境とのかかわりの量的側面」と定義される<sup>1)</sup>。その測定は、普段の生活に関する18項目の実施状況について、満点を18点とする「社会関連性指標」により行われる(表3)。本研究が、調査項目に「社会関連性指標」を採用した事由は、同指標が、その開発過程において、地域在住高齢者の日常生活上の自然な社会とのかかわりの状況を経年的に把握し、身体機能の状況を踏まえつつ、社会・心理的因子を包括的に勘案していることによる。解析に際しては4カテゴリーの実施状況を「実施」群と「非実施」群の2カテゴリーに再構成した。

解析に際しては、表型計算ソフト(Microsoft Excel)を用いてデータセットを作成し、統計ソフトSPSSで集計解析を行った。主観的健康感と各項目の関連の検討では、 $\chi^2$ 検定ならびにステップワイズ法を用いたロジスティック回帰分析を行った。

表2 ソーシャル・サポート・ネットワークに関する項目

〈情緒的サポート〉					
(1) あなたの心配ごとや悩みを聞いてくれる人がいますか。					
(2) あなたに気を配ったり、思いやったりしてくれる人がいますか。					
(3) あなたを元気づけてくれる人がいますか					
(4) あなたをくつろいだ気分にしてくれる人がいますか。					
〈手段的サポート〉					
(5) 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。					
(6) もし、まとまったお金が必要になったら、貸してくれる人がいますか。					
(7) ちょっとした用事や留守番を頼める人がいますか。					
(8) あなたが病気で長期間寝込んだ時に、看病したり、家のことを手伝ってくれる人がいますか。					
選択肢(複数回答可)					
① いない	② 配偶者	③ 子ども	④ 子どもの配偶者	⑤ 孫	⑥ 兄弟や姉妹
⑦ 親	⑧ ご近所の人や友人・知人	⑨ ヘルパーや保健師	⑩ その他		

文献13)より一部変更して引用。

表3 社会関連性指標の項目

普段の生活のことについてお伺いします。			
(1) 家族・親戚と話をする機会はどのくらいありますか。[家族との会話]			
1. ほぼ毎日	2. 週2度位	3. 週1度位	4. 月1度以下
(2) 家族・親戚以外の方と話をする機会はどのくらいありますか。[家族以外との会話]			
1. ほぼ毎日	2. 週2度位	3. 週1度位	4. 月1度以下
(3) 誰かが訪ねてきたり訪ねて行ったりする機会はどのくらいありますか。[訪問機会]			
1. ほぼ毎日	2. 週1度位	3. 月1度位	4. 3ヶ月に1度以下
(4) 地区会, センター, 公民館活動などに参加する機会はどのくらいありますか。[活動参加]			
1. ほぼ毎日	2. 週1度位	3. 月1度位	4. 3ヶ月に1度以下
(5) テレビをみますか。[テレビの視聴]			
1. ほぼ毎日	2. 週2度位	3. 週1度位	4. ほとんど見ない
(6) 新聞を読みますか。[新聞の購読]			
1. ほぼ毎日	2. 週2度位	3. 週1度位	4. ほとんど読まない
(7) 本・雑誌を読みますか。[本・雑誌の購読]			
1. ほぼ毎日	2. 週2度位	3. 週1度位	4. ほとんど読まない
(8) 職業や家事など何か決まった役割がありますか。[役割の遂行]			
1. いつもある	2. 時々	3. たまに	4. 特にない
(9) 困った時に相談にのってくれる人がいますか。[相談者]			
1. いつもある	2. 時々	3. たまに	4. 特にいない
(10) 緊急時に手助けをしてくれる人がいますか。[緊急時の援助者]			
1. いつもある	2. 時々	3. たまに	4. 特にいない
(11) 近所づきあいはどの程度しますか。[近所づきあい]			
1. 手助けを頼む	2. 立ち話程度	3. 挨拶程度	4. ほとんどしない
(12) 趣味などを楽しむ方ですか。[趣味]			
1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 特に趣味はない
(13) ビデオなど便利な道具を利用する方ですか。[ビデオ等の利用]			
1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 利用しない
(14) 健康には気を配る方ですか。[健康への配慮]			
1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 配らない
(15) 生活は規則的ですか。[規則的な生活]			
1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 不規則さみ
(16) 生活の仕方を自分なりに工夫していますか。[生活の工夫]			
1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 工夫しない
(17) 物事を積極的に取り組む方ですか。[積極性]			
1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 取り組まない
(18) 自分は社会に何か役に立つことができると感じますか。[社会への貢献]			
1. とても	2. まあまあ	3. あまり	4. 役立たない

採点基準：(1)～(10)では選択肢の1を回答した場合に1点加算する。(11)～(18)では選択肢の2を回答した場合に1点を加算することで18点満点の社会関連性指標となる。なお、採点基準は安梅のものとは異なっている。

文献9)より引用。

### 3. 実施期間

本調査は2003年6月17日-8月24日の間に、延べ40日間、筆者がA町に滞在して実施した。

## Ⅲ 結果

### 1. 主観的健康感と基本属性の関連 ( $\chi^2$ 検定)

本研究対象者の基本属性を表4に示す。基本属性の

状況と主観的健康感の関連を表5に示す。有意な関連が見られた項目は、「年齢階層（前期65-74歳/後期75-歳）」「同居家族の有無（いる/いない）」「職業の有無（あり/なし）」であった。「年齢階層」では「前期（65-74歳）」、「同居家族」では「いる」、「職業」では「あり」と回答した者に主観的健康感を「健康」とする者が有意に多くなっていた。

表4 対象者の基本属性と主観的健康感の分布

項目	カテゴリー	N	%
性別	男性	104	44.3
	女性	131	55.7
年齢	平均値	73.76	
	SD	5.81	
年齢階層	前期高齢者	123	52.3
	後期高齢者	112	47.7
同居家族	なし	43	18.9
	あり	192	81.7
職業（家事を含む）	なし	51	21.7
	あり	184	78.3
主観的健康感	非常に健康	32	13.6
	まずまず健康	145	61.7
	あまり健康ではない	52	22.1
	まったく健康ではない	6	2.6

表5 主観的健康感と基本属性の関連

項目	カテゴリー	主観的健康感				
		不健康		健康		
		N	%	N	%	
性別	男	25	24.0	79	76.0	
	女	33	25.2	98	74.8	
年齢階層	前期(65-74歳)	21	17.1	102	82.9	**
	後期(75-歳)	37	33.0	75	67.0	
同居家族	いない	22	51.2	21	48.8	**
	いる	36	18.8	156	81.3	
職業	なし	22	43.1	29	56.9	**
	あり	36	19.6	148	80.4	

$\chi^2$  検定；\*：p<0.05 \*\*：p<0.01

### 2. 主観的健康感の分布

主観的健康感の分布は、「非常に健康」32人(13.6%)、「まずまず健康」145人(61.7%)、「あまり健康ではない」52人(22.1%)、「まったく健康ではない」6人(2.6%)であった(表4)。これをさらに、「非常に健康」「まずまず健康」と回答した群を「健康」群、「あまり健康ではない」「まったく健康ではない」と回答した群を「不健康」群とする2つのカテゴリーに分類すると、「健康」群177人(75.3%)、「不健康」群58人(24.7%)であった。

### 3. 主観的健康感とソーシャル・サポート・ネットワークの状況の関連 ( $\chi^2$ 検定)

ソーシャル・サポート・ネットワークの状況（いる/いない）と主観的健康感の関連を表6に示す。有意な関連が見られた項目は、「心配事を聞いてくれる人」「気を配ってくれる人」「元気づけてくれる人」「2-3日の看病をしてくれる人」「お金を貸してくれる人」「長期間の看病をしてくれる人」の6項目であった。これら6項目では、「いる」と回答した者に、主観的健康感を「健康」とする者が有意に多くなっていた。

表6 主観的健康感とソーシャル・サポート・ネットワークの関連

項目	カテゴリー	主観的健康感				
		不健康		健康		
		N	%	N	%	
(1)心配事を聞いてくれる人	いない	9	75.0	3	25.0	**
	いる	49	22.0	174	78.0	
(2)気を配ってくれる人	いない	5	100.0	0	0.0	**
	いる	53	23.0	177	77.0	
(3)元気づけてくれる人	いない	6	66.7	3	33.3	**
	いる	52	23.0	174	77.0	
(4)くつろいだ気分にしてくれる人	いない	2	40.0	3	60.0	
	いる	56	24.3	174	75.7	
(5)2-3日の看病をしてくれる人	いない	9	90.0	1	10.0	**
	いる	49	21.8	176	78.2	
(6)お金を貸してくれる人	いない	19	42.2	26	57.8	**
	いる	39	20.5	151	79.5	
(7)用事や留守番を頼める人	いない	4	57.1	3	42.9	
	いる	54	23.7	174	76.3	
(8)長期間の看病を頼める人	いない	21	67.7	10	32.3	**
	いる	37	18.1	167	81.9	

$\chi^2$  検定; \* :  $p < 0.05$  \*\* :  $p < 0.01$

4. 主観的健康感と社会関連性の状況の関連 ( $\chi^2$  検定)

社会関連性の状況（実施／非実施）と主観的健康感の関連を表7に示す。有意な関連が見られた項目は、「活動参加」「新聞の購読」「役割の遂行」「相談者」

「緊急時の援助者」「近所づきあい」「趣味」「健康への配慮」「規則的な生活」「生活の工夫」「積極性」「社会への貢献」の12項目であった。これら12項目全てにおいて、「実施」と回答した者に主観的健康感を「健康」とする者が有意に多くなっていた。

表7 主観的健康感と社会関連性の関連

項目	カテゴリー	主観的健康感				項目	カテゴリー	主観的健康感			
		不健康		健康				不健康		健康	
		N	%	N	%			N	%	N	%
(1)家族との会話	非実施	4	44.4	5	55.6	(10)緊急時の援助者	非実施	7	87.5	1	12.5**
	実施	54	23.9	172	76.1		実施	1	0.6	176	99.4
(2)家族以外との会話	非実施	2	28.6	5	71.4	(11)近所づきあい	非実施	4	66.7	2	33.3*
	実施	56	24.6	172	75.4		実施	54	23.6	175	76.4
(3)訪問機会	非実施	7	26.9	19	73.1	(12)趣味	非実施	35	30.7	79	69.3*
	実施	51	24.4	158	75.6		実施	23	19.0	98	81.0
(4)活動参加	非実施	44	29.1	107	70.9*	(13)ビデオ等の利用	非実施	36	29.3	87	70.7
	実施	14	16.7	70	83.3		実施	22	19.6	90	80.4
(5)テレビの視聴	非実施	3	60.0	2	40.0	(14)健康への配慮	非実施	13	56.5	10	43.5**
	実施	55	23.9	175	76.1		実施	45	21.2	167	78.8
(6)新聞の購読	非実施	39	36.1	69	63.9**	(15)規則的な生活	非実施	15	65.2	8	34.8**
	実施	19	15.0	108	85.0		実施	43	20.3	169	79.7
(7)本・雑誌の購読	非実施	52	27.1	140	72.9	(16)生活の工夫	非実施	19	39.6	29	60.4*
	実施	6	14.0	37	86.0		実施	39	20.9	148	79.1
(8)役割の遂行	非実施	10	55.6	8	44.4**	(17)積極性	非実施	37	37.0	63	63.0**
	実施	48	22.1	169	77.9		実施	21	15.6	114	84.4
(9)相談者	非実施	8	88.9	1	11.1**	(18)社会への貢献	非実施	45	30.4	103	69.6**
	実施	50	22.1	176	77.9		実施	13	14.9	74	85.1

$\chi^2$  検定; \* :  $p < 0.05$  \*\* :  $p < 0.01$

### 5. 主観的健康感の関連要因（ロジスティック回帰分析）

主観的健康感の関連要因について、ステップワイズ法を用いたロジスティック回帰分析を実施した（表8）。投入した変数は単変量解析（ $\chi^2$ 検定）において主観的健康感と有意な関連が見られたソーシャル・サポート・ネットワーク6項目と社会関連性12項目の計18項目と、調整変数として「性別」「年齢階層」「同居家族の有無」「職業の有無（家事を含む）」の4項目

を加えた計22項目である。

その結果、基本属性では、「同居家族」で「いる」のORが4.29であった。ソーシャル・サポート・ネットワークの状況では、「心配事を聞いてくれる人」で「いる」のORが6.49、「元気づけてくれる人」で「いる」のORが6.99であった。社会関連性においては、「役割の遂行」で「実施」のORが5.96、「規則的な生活」で「実施」のORが4.72となり、計5項目を独立性の高い変数として検出した（表8）。

表8 主観的健康感に関連する項目（ステップワイズ減少法を用いたロジスティック回帰分析）

関連要因	カテゴリー	$\beta$		オッズ比(95%信頼区間)
<b>《基本属性》</b>				
同居家族	いる	1.456	**	4.29 (1.89-9.74)
<b>《ソーシャル・サポート・ネットワーク》</b>				
心配事を聞いてくれる人	いる	1.870	*	6.49 (1.37-30.83)
元気づけてくれる人	いる	1.945	*	6.99 (1.30-37.74)
<b>《社会関連性》</b>				
役割の遂行	実施	1.785	**	5.96 (1.90-18.70)
規則的な生活	実施	1.551	**	4.72 (1.67-13.32)

\* : p<0.05 \*\* : p<0.01

※投入変数(計22項目)

《基本属性》

: 「性別」「年齢階層」「同居家族」「職業の有無」

《ソーシャル・サポート・ネットワーク》

: 「心配事を聞いてくれる人」「気を配ってくれる人」「元気づけてくれる人」「2-3日の看病をしてくれる人」「お金を貸してくれる人」「長期間の看病や介護をしてくれる人」

《社会関連性》

: 「活動参加」「新聞の購読」「役割の遂行」「相談者」「緊急時の援助者」「近所づきあい」「趣味」「健康への配慮」「規則的な生活」「生活の工夫」「積極性」「社会への貢献」

## IV 考 察

### 1. 主観的健康感の状況

杉澤らは、主観的健康感（健康度自己評価）の特徴について、「対象者に“健康”という言葉を用いて質問し、現在の、あるいは、他の同年齢の人と比較した場合、また、過去の自分の状態と比較した場合の健康状態の程度を自己評価させようという特徴をもつ。そのため、健康度自己評価は対象者自身が念頭に描く健康像によって、その評価が異なってくる」としている<sup>14)</sup>。主観的健康感の測定は、その簡便さゆえに、測定内容の不明確さや妥当性の不十分さを指摘・批判する研究も少なくないが<sup>14)</sup>、先に述べた生命予後や死亡率との関連が指摘されていることを考慮すれば、身体・心理・社会・文化的側面を包含した総合的な健康指標となっている可能性を十分に残していると言える。

本研究における主観的健康感の調査結果では、先に示した4カテゴリー（「非常に健康」「ますます健康」「あまり健康でない」「まったく健康ではない」）、または2カテゴリー（「健康」「不健康」）での割合を見ると、厚生労働省が実施した国民生活基礎調査<sup>15)</sup>や他の先行研究<sup>2,4)</sup>と大きな差は見られない。ゆえに、

島嶼地域の高齢者の主観的健康感と一般高齢者のそれに差異は見られないことが示唆された。

### 2. ソーシャル・サポート・ネットワークの状況

主観的健康感との関連の検討では、情緒的サポートの2項目を独立性の高い変数として検出した。主観的健康感が情緒的サポートと強く関連することは、同種の先行研究<sup>16,17)</sup>においても同様の結果が明らかにされており、比較して大きな差はない。先行研究においては、情緒的サポートは手段的サポートと比較して、モラルや幸福感との関連が属性によって左右されにくいことが明らかにされている<sup>18,19)</sup>。これまで、情緒的サポートは生活満足度との関連においてその重要性が議論されてきたが、本研究の結果から主観的健康感との関連も示唆された。

私見ではあるが、本調査対象者においては、年齢を重ねてもサポートの提供側にいるという意識の人々が多いことが感じられた。調査の回答に際して、「自分がサポートの提供側である」と述べる者が年齢層に関係なく散見された。具体的なデータとして表せないため、その検証は現段階においては難しいが、少なくとも、この私見が今後の調査の方向性の一端となること

は間違いない。ソーシャル・サポート・ネットワークは受けるだけでなく、サポートを提供することが幸福感を高めるという報告<sup>20,21)</sup>も見られる他、サポートの提供が役割意識を得ると同時に依存感による苦痛を解消する効果があり、そこから精神的健康状態につながるという報告も見られる<sup>22)</sup>。

### 3. 社会関連性の状況

社会関連性の実施状況は先行研究<sup>23-25)</sup>と比較して全体的に高い傾向にあり、殊に、「役割の遂行」は、先行研究<sup>25)</sup>と比較してその実施状況は明らかに高い水準にある。また、主観的健康感の関連要因の検討では「役割の遂行」「規則的な生活」の2項目を独立性の高い変数として検出した。以上のことは、島嶼地域の住民の社会関連性が高いに留まらず、他人との直接的なかわりを要件とする項目の実施状況も高いことから、コミュニティ内における人々の密なかわりも示唆される。そして、「役割の遂行」については、一般的に、社会的な役割の喪失が高齢者の身体的・精神的健康状態に悪影響を及ぼすことを示唆されているが、わが国は世界的に見ても高齢者で何らかの役割があるとする者の割合が低いことも示唆されており、生きがい喪失の観点からも懸念されている<sup>26)</sup>。本研究の結果では、「役割の遂行」は、先行研究と比較してその実施状況は高い水準にあり、そして、主観的健康感の関連要因の検討において、独立性の高い変数として検出した。ところが、主観的健康感の分布は、一般高齢者のそれと大きな差がなかった。これらの結果の関係性を明らかにすることが課題となった。

総じて、自身がソーシャル・サポート・ネットワークの提供側であるという意識がある者が散見されたことも含め、本研究の結果から、島嶼地域高齢者の“生涯現役的”思考を感ずることができる。その背景には、高齢を理由に役割を失わない高齢者と、失わせない住民たちがいることが示唆される。もとより、役割の有無は本人の意に反する次元で生ずることも容易に想像がつくが、家庭内の役割にしる、社会的な役割にしる、例えば、次の現役世代の登場などが主たる要因となると考えられよう。ところが、島嶼地域は、その地域性ゆえに、若年世代が進学や就職のために島嶼を離れることはごく一般的な事象である。そのため、結果として、高齢になっても役割を失わず、いつまでも現役世代でありつづけることができることも示唆される。

### 4. 本研究の今後の課題

本研究では、データの収集のために40日間ほどA島に滞在することで、住民の生の声を聞くことができた。それらを要約すると以下ようになる。すなわち、「最近10年くらいで様々な施設ができて生活が便利になったり、観光客が増加し、経済的な潤いを得たり

と生活の水準は一気に向上したことは喜ばしいが、一方で、島での生活はその様態に変更を余儀なくされ、環境破壊など新たな問題も抱えている」。この言葉から、島嶼地域の発展・振興に住民がかかわってこなかったことが示唆される。殊に、私見ではあるが、調査対象者の中には、島嶼地域での人生の終焉を望んでいる者も決して少なくない。ともすれば、医療・保健・福祉の資源整備にはリアルタイムな住民のニーズを多分に取り入れるとともに、積極的な住民の参加を得られる政策策定が必要である。

最後になるが、宮本は著書<sup>27)</sup>の中で、本研究の対象地域のA島について以下のように述べている。「ここに住んでいる人には大なり小なり開拓者精神の生きているのが見られる。どんな厳しい現実にも真正面からぶつかっていった気魄がまだ残っている。それをこれからも十分生かしていきたいものである」。つとめて、今後も島民の“生涯現役的”生活・思考を尊重しつつ、島民の健康を支える保健医療福祉施策のあり方を模索する必要があるだろう。

### V 結 語

本研究では、自立度が高いとされる島嶼地域高齢者の主観的健康感の状況やその関連要因について検討した。その結果、主観的健康感の分布は、一般的な知見と概ね同様であった。さらに、ソーシャル・サポート・ネットワークや社会関連性の状況は、概ね先行研究の知見と同様であった。しかし、社会関連性における「役割の遂行」の実施状況のみ、先行研究と比較して高い水準にあった。主観的健康感の関連要因の検討では、基本属性では「同居家族」有無、ソーシャル・サポート・ネットワークでは「心配事を聞いてくれる人」、「元気づけてくれる人」の有無、社会関連性では、「役割の遂行」、「規則的な生活」の実施状況が有意に関連しており、これらの項目の有無や実施の状況が主観的健康感の良好化や維持につながることを示唆された。

### 付 記

本稿は、2005年9月3日に北海道医療大学で開催された北海道医療大学看護福祉学部学会第2回学術大会における報告（演題「島嶼地域高齢者の主観的健康感とその関連要因—ソーシャル・サポート・ネットワークと社会関連性を中心に—」報告者：松浦智和、西基、三宅浩次）の一部を加筆・修正したものである。

### 文 献

- 1) 芳賀博, 柴田博, 上野満雄, 他. 地域老人における健康度自己評価からみた生命予後. 日本公衛誌, 1991; 38: 783-789.
- 2) 岡戸順一, 艾斌, 巴山玉蓮, 櫻井尚子, 星旦二.



- 主観的健康感が高齢者の生命予後に及ぼす影響。  
「高齢者の健康特性とその維持要因, 寝たきりと  
痴呆予防を中心として」, 星旦二編, 東京都立大  
学出版会, 東京, 2005, pp 151-161.
- 3) 杉澤秀博. 高齢者における健康度自己評価の関連  
要因に関する研究, 質的・統計的解析に基づい  
て. 社会老年学, 1993; 38: 13-24.
  - 4) 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, 1984;  
20: 15-23.
  - 5) 野口裕二. 被保護高齢者の主観的幸福感と健康  
観. 社会老年学, 1990; 32: 3-11.
  - 6) 高林幸司, 星旦二, 藤原佳典, 高橋勇悦. 都市高  
齢者の主観的健康感, 総合都市研究, 1997; 63:  
5-14.
  - 7) 中村好一, 金子勇, 河村優子, 他. 在宅高齢者の  
主観的健康感と関連する因子. 日公衛誌, 2002;  
49 (5) : 409-416.
  - 8) 巴山玉蓮, 星旦二. 地域における介護予防の対象  
とその意義, 高齢者の QOL の維持は可能か. 老  
年精神医学雑誌, 2004; 15 (1) : 15-20.
  - 9) 安梅勅江. 「エイジングのケア科学」. 川島書店,  
東京, 2000, pp 3-18.
  - 10) 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 2000; 21:  
50-60.
  - 11) 日本離島センター. 「今日と明日の離島保健医療  
のために」. 日本離島センター, 東京, 1996.
  - 12) 早川和男. 離島における居住福祉の成立条件に  
関する研究. 平成 12-13 年度科学研究費補助金基  
盤研究 (B) (2) 研究成果報告書, 2003, pp 7.
  - 13) 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, 1991; 34: 37-48.
  - 14) 杉澤あつ子, 杉澤秀博. 健康度自己評価に関す  
る研究の展開, 米国の研究事例を中心に. 「健康  
観の転換, 新しい健康理論の展開」, 園田恭一,  
川田智恵子, 編東京大学出版会, 東京, 1995, pp  
73-83.
  - 15) 厚生省. 「平成 12 年版厚生白書, 新しい高齢者  
像を求めて」, 21 世紀の高齢社会を迎えるにあ  
たって. ぎょうせい, 2000, pp 58-84.
  - 16) 崎原盛造, 松崎俊久, 芳賀博, 柴田博. 地域高  
齢者のソーシャル・サポートパターン. 民族,  
1990; 56: 92-93.
  - 17) 杉澤秀博. 高齢者における主観的幸福感および  
受療に対する社会的支援の効果, 日常生活動作能  
力の相違による比較. 日本公衛誌, 1993; 40 (3) :  
171-197.
  - 18) 平野順子: 都市居住高齢者のソーシャルサポ  
ート授受, 家族類型別モラルへの影響. 家族社会  
学研究, 1998; 14: 63-72.
  - 19) 野口裕二: 高齢者のソーシャルネットワークと  
ソーシャルサポート, 友人・近隣・親戚関係の世  
帯類型別分析. 老年社会科学, 1991; 14: 63-72.
  - 20) 金恵京, 杉澤秀博, 岡林秀樹, 深谷太郎, 柴田  
博. 高齢者のソーシャル・サポートと生活満足度  
に関する縦断研究. 日本公衛誌, 1999; 46: 532-  
541.
  - 21) 金恵京, 李誠國, 久田満, 甲斐一郎. 韓国農村  
地域の在宅高齢者におけるソーシャル・サポ  
ートの授受と QOL. 日本公衛誌, 1996; 43 (1) : 37-  
49.
  - 22) 河合千恵子, 下仲順子. 老年期におけるソーシ  
ャルサポートの授受, 別居家族との関係の検討. 老  
年社会科学, 1992; 14: 63-72.
  - 23) 安梅勅江, 島田千穂. 社会関連性指標と生命予  
後, 日本公衛誌, 2000; 46: 159-166.
  - 24) 湖田英津子. エンパワメントを意図した高齢者  
の生活条件に関する研究. 日本保健福祉学雑誌,  
2003; 9 (2) : 19-29.
  - 25) 安梅勅江. 「エイジングのケア科学」. 川島書店,  
東京, 2000, pp 63.
  - 26) 藤崎宏子. 家族・親族の中の役割. 「高齢者の生  
活と意識, 第 5 回国際比較調査結果報告書」, 内  
閣府監修, ぎょうせい, 東京, 2002, pp 62-75.
  - 27) 宮本常一. 「日本の離島」, 第 2 集. 未来社, 東  
京, 1970, pp 141-152.

受付: 2005 年 12 月 12 日  
受理: 2006 年 1 月 30 日

Self-rated health and associated factors among elderly persons living in island communities  
—Social support networks and social interaction—

Tomokazu MATSUURA, Motoi NISHI, Hirotosugu MIYAKE

Abstract

The investigational targets of this study can be summarized as the following two points : 1) Examining self-rated health condition and its associated factors among elderly persons living in island communities whose degree of autonomy is considered to be high. 2) Surveying communities in island regions to gain many accounts of developments there and to produce a basic dataset for health and welfare policy development. Subjects of the study were 270 persons aged 65 years or over living in island communities. After conducting a visitation interview survey, we received 235 responses from them (response rate, 87.0%). Survey contents of the study were items related to : (1) base attributes, (2) social interaction, (3) ADL, (4) social support network situation, and (5) health and living habits.

Main results of the study were the following. Distribution of self-rated health : 32 (13.6%) answered "Very healthy" ; 145 (61.7%) answered "Sufficiently healthy" ; 52 (22.1%) answered "Not so healthy" ; and six (2.6%) answered "Not healthy at all". Logistic-regression analyses of factors associated with self-rated health identified the following five items as variables with high influence. In items related to base attributes, the OR of "Yes" was 4.29 as to "family who lives together". In items related to social support network situation, the OR of "Yes" was 6.49 as to "person who hears anxiety". The OR of "Yes" was 6.99 as to "person cheering you up". In items related to social interaction, the OR of "Yes" was 5.96 as to "achieving your roles". The OR of "Yes" was 4.72 as to "regular life".

Results of this study indicate that elderly persons in island communities have "lifelong active" way of life and thought. For the future, in that respect, we must seek ideal methods of health, medicine and welfare to support islanders' health.

Keywords : self-rated health, island, elderly, social support network, social interaction