

高齢者大学受講者における精神的健康度の 実態とその関連要因

内田 勇人、袁 泉、井上 靖子、篠原 光児
人間環境部門

Mental Health Well-being and Its Related Factors of the Participants in Senior Citizen's College

Hayato UCHIDA, Quan YUAN, Yasuko INOUE, Kouji SHINOHARA

School of Human Science and Environment,
University of Hyogo
1-1-12 Shinzaike-honcho, Himeji, 670-0092 Japan

Abstract: The aim of this study was to clarify the mental health well-being and its related factors of participants in senior citizen's college. We conducted a cross-sectional study that included 270 persons (age 68.5 \pm 4.6) aged sixty years or over living in Hyogo Prefecture, Japan. Mental health well-being was assessed using the Japanese version of the World Health Organization Mental Health Well-being Index-five items, WHO-5. The total score of WHO-5 was 17.6 \pm 4.8 among all participants. From the results of multivariate logistic regression analysis, "social isolation" (OR=5.013, 95%CI=1.884-13.343) and "people cannot be trusted" (OR=3.482, 95%CI=1.125-10.784) were independently associated with low mental health well-being (WHO-5). These results suggest that, to advance the well-being of the elderly, it is necessary to develop and implement the projects which promote social functions including trust and close relationship with others, neighbors or family members.

Keywords: senior citizen's college, mental health well-being, WHO-5, elderly, cross-sectional study

1. 研究目的

近年、日本人の平均寿命は年々延伸しており、2016年次は女性が87.14歳、男性は80.98歳といずれも過去最高を更新した¹⁾。他国との比較においては、男女とも香港に次いで世界第2位となっている。ところで、こうした平均寿命の延伸と合わせて健康で自立した生存期間をあらゆる健康寿命の延伸の重要性が指摘されて久しい。健康寿命はWHO（世界保健機関）が提唱した指標であるが、わが国においても2000年に始まった「健康日本21」においてその重要性が指摘され、2013年に改正された「健康日本21（第二次）」においても引き続き健康寿命の延伸が目標として掲げられている²⁾。介護保険法の2015年改正、並びに2018年の医療・介護報酬同時改定においても、より一層の要介護予防重視型のシステムへ

の転換が図られる予定である。近年のこうした予防医学的な施策において、高齢者のより一層の充実した日々の生活を実現するために、身体的な健康の維持とともに高齢期における精神的健康の維持、向上が重視されるようになってきている^{2,3)}。

わが国における高齢者の精神的健康問題は、介護予防の枠組みの中でうつ病や抑うつ症状の問題に特化して指摘される場合が多い。しかしながら、高齢者の精神的健康問題をうつ病や抑うつ症状のみに限定することなく、それら症状に罹患する以前の状態をとらえることも重要であり、種々の精神的健康度指標を用いた調査研究が不可欠になる³⁾ことが指摘されている。精神的健康度を指標として用いた調査研究をみると、川本ら^{4,5)}、熊谷ら⁶⁾、畑山ら⁷⁾、志水ら⁸⁾、藤城ら⁹⁾の研究がある。川本らは精

神健康調査票日本語版 12 項目 (GHQ-12) を用いて精神的健康度の関連要因を検討し、介護者であることが精神的健康度に大きく影響すること⁴⁾、年齢は精神的健康度不良の独立の関連要因ではなく年齢層によって精神的健康度不良の関連要因が異なること⁵⁾を明らかにしている。熊谷らは高齢者の主観的精神健康度は身体健康と強く関連しており⁶⁾、畑山らは GHQ-30 で評価した精神的健康度には、ストレス状態とともにストレス対処能力が有意に関係する⁷⁾ことを報告している。志水らは GHQ-28 によって評価した精神的健康度には、身体的な健康に限定されないライフスタイル全般が関わり⁸⁾、藤城らは主観的精神健康度は主観的身体健康感と強く関連する⁹⁾ことを指摘している。祖父母の精神的健康度の高さには孫が祖父母に興味関心を示し気持ちを理解するといった孫との関係性が有意に関連していることも報告されている¹⁰⁾。

このように高齢者の精神的健康度の関連要因についてはいくつか調査研究がみられる。その一方で、日本においては少子高齢化といった急激な人口構造の変化、並びに社会経済情勢の変動により、高齢者をめぐる年金や医療、福祉といった社会保障の状況、生活環境、社会環境は日々変化しており、高齢者の精神的健康度の状態はそれらに大きく影響を受けている²⁾ことが指摘されている。そのため、持続的な観察が求められており、また様々な地域や属性、集団における実態把握がより一層求められている。

ところで、平均寿命や健康寿命の延伸の重要性が指摘されている中で、高齢者の生きがいづくり、生涯学習の機会の提供、および社会参加の増進等を目的として「高齢者大学」を設立する動きが全国の自治体でみられ、注目を受けている¹¹⁾。高齢者大学での学習を通じて、生活の規則性や適度な身体活動の機会の獲得により、受講生の心身の健康面へ及ぼす効果に対する期待も大きい。その一方で、高齢者の精神的健康度に関する近年の先行研究をみると、その多くは地域に在住する一般高齢者を対象としたものであり、高齢者大学受講生といった学習や社会参加に対してより積極的な姿勢を有する高齢者を対象とした研究はほとんどなされていないのが現状である。

そこで本研究は、高齢者大学に所属する高齢者の精神的健康度の実態について把握し、その関連要因について明らかにすることを目的とした。

2. 方法

2.1 研究参加者

研究参加者は、A 県 A 高齢者大学の一年生 331 名を選んだ。同大学は、高齢者の生涯学習の一環として高齢者

に体系的な学習機会を提供するため、A 県が昭和 44 年に全国に先駆けて開設した高齢者大学である。現在、4 年制の高齢者大学講座及び 2 年制の大学院を開設し、約 1,300 名の学生が所属している。研究参加者 311 名のうち、全ての質問紙調査項目に回答した人数は 270 名 (回答率 81.6%) であり、性別でみると男性 155 名 (57.5%)、女性 115 名 (42.5%) であった。本調査の実施時期は平成 28 年 10 月から平成 28 年 11 月であった。

2.2 調査検討項目

調査検討項目は先行研究¹²⁻²³⁾に準拠し、研究参加者の年齢、性別、配偶者の有無、同居者の有無、職業の有無、精神的健康度 (日本語版 World Health Organization Mental Health Well Being Index-five items, WHO-5)、健康度自己評価、病気の既往、老研式活動能力指標、食品摂取の多様性得点、ソーシャル・キャピタル評価尺度、高齢者向け generativity 尺度、孫-祖父母関係評価尺度、地域愛着尺度、社会的孤立尺度、閉じこもり尺度 (外出頻度) を選択した。

精神的健康度 (WHO-5) は国際的に広く用いられている精神的健康度の総合評価尺度¹²⁾であり、日本語版 WHO-5 は岩佐ら¹³⁾、Awata ら^{24,25)}により信頼性、妥当性が確認されている。質問は「最近 2 週間、私は明るく楽しい気分で過ごした」「最近 2 週間、私は落ち着いたリラックスした気分で過ごした」「最近 2 週間、私は意欲的で活動的に過ごした」「最近 2 週間、私はぐっすりと休め気持ちよくめざめた」「最近 2 週間、私は日常生活の中に興味のあることがたくさんあった」の 5 つであり、これら質問に対して、「いつも (5 点)」「ほとんどいつも (4 点)」「半分以上の期間を (3 点)」「半分以下の期間を (2 点)」「ほんのたまに (1 点)」「まったく (0 点)」の中から当てはまる回答を選択させた。ポジティブ・クエスチョンのみで構成される簡便な測度であり、一般住民を対象として実施する際にも抵抗が少ないことが WHO-5 の特徴である。25 点満点で評価し、「13 点未満」を「精神的健康度は低い」、「13 点以上」は「精神的健康度は高い群」として 2 群化した。

健康度自己評価¹⁴⁾は「あなたは普段、ご自分で健康だと思えますか」という質問に対して「非常に健康である」「まあまあ健康である」「あまり健康ではない」「健康ではない」の中から当てはまる回答を選択させた。「非常に健康である」「まあまあ健康である」を選んだ者は「健康度自己評価が高い」、「あまり健康ではない」「健康ではない」を選んだ者は「健康度自己評価は低い」として 2 群化した。

病気の既往は、現在治療を受けている疾患 (高血圧、

糖尿病、心臓病、肝臓病のいずれか一つ、もしくは複数がある場合を「病気あり群」、ない場合は「病気なし群」として2群化した。

老研式活動能力指標¹⁵⁾は手段的自立(5項目)、知的能動性(4項目)および社会的役割(4項目)の3つの下位尺度からなる13項目で構成されており、各項目に対して、「はい(1点)」「いいえ(0点)」の中から当てはまる回答を選択させた。老研式活動能力指標得点の満点は総合点が13点、下位尺度の手段的自立、知的能動性、ならびに社会的役割は、それぞれ5点、4点、4点である。

食品摂取の多様性¹⁶⁾は、魚介類、肉類、卵、牛乳、大豆製品、緑黄色野菜類、海藻類、いも類、果物類、油脂類の10食品群における、1週間の摂取頻度により評価した。各食品群について「ほとんど毎日(1点)」「2日に1回(0点)」「1週間に1~2回(0点)」「ほとんど食べない(0点)」の中から当てはまる回答を選択させた。その合計点を食品摂取の多様性得点とした。得点範囲は、0~10点となる。

ソーシャル・キャピタルについては、太田¹⁷⁾の研究を参考に調査項目を設定した。本研究のソーシャル・キャピタルは認知的ソーシャル・キャピタルと構造的ソーシャル・キャピタルに分類された。認知的ソーシャル・キャピタルは、「一般的に人は信頼できる」の質問に対して、「そう思う」「どちらかといえばそう思う」「どちらともいえない」「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」の中から当てはまるものを選択させた。「そう思う」「どちらかといえばそう思う」を「信頼できる」、「どちらともいえない」「どちらかといえばそう思わない」「そう思わない」を「信頼できない」に2分した。構造的ソーシャル・キャピタルは、自治会・町会、趣味・学習・教養のグループやサークル、スポーツ関係のグループやクラブ、ボランティア・市民活動団体・NPO、育児サークル、子供支援関係の組織(PTA・おやじの会・子どものクラブ活動・子ども会等)、老人会・老人(高齢者クラブ)、同窓会や退職者の会(OB・OG会)、業界・同業者団体、その他の会・グループの10種類の地域組織への参加の有無について調査した。1つでも参加している者を「参加あり」、いずれの組織にも参加していない者を「参加なし」とした。

中年期以降になると、家庭内での子育てや職場での部下の指導などを通して、次の世代を担う若者への関心が高まると言われている。こうした関心を、EriksonはGenerativityと名付け、中年期の心理社会的発達課題とした。Generativityの向上は、若い世代に対する支援活

動や、地域への貢献といった社会活動の動機となる。高齢者向けgenerativity尺度¹⁸⁾は、「人生について抱く考え(4項目)」「日々の行動(4項目)」「自分の人生に対する現在の考え(4項目)」の3つの下位尺度からなる12項目で構成されており、各項目に対して、「強くそう思う(5点)」「そう思う(4点)」「どちらかというそう思う(3点)」「どちらかというそう思わない(2点)」「そう思わない(1点)」「全くそう思わない(0点)」の中から当てはまるものを選択させた。各下位尺度の得点範囲は0~20点となる。

孫-祖父母関係評価尺度^{19,20)}は、「時間的展望促進機能(7項目)」「道具的、情緒的援助機能(11項目)」「存在受容機能(4項目)」「世代継承制促進機能(5項目)」および「日常的、情緒的援助機能(3項目)」の5つの下位尺度からなる30項目で構成されており、各項目に対して「当てはまる(2点)」「どちらでもない(1点)」「当てはまらない(0点)」の中から当てはまるものを選択させた。下位尺度の「時間的展望促進機能」「道具的・情緒的援助機能」「存在受容機能」「世代継承制促進機能」および「日常的、情緒的援助機能」の得点範囲は、それぞれ0~14点、0~22点、0~8点、0~10点、0~6点である。

地域愛着尺度²¹⁾は、「この地域は私にとって住みやすいところだと思う」「この地域は私にとって居心地がいい」「将来もこの地域に住み続けたい」「この地域の住民はお互いを思いやった気に掛け合ったりしている」の4つの質問に対して、「そう思う」「どちらかというそう思う」「どちらかというそう思わない」「そう思わない」の中から当てはまる回答を選択させた。

社会的孤立尺度²²⁾は、「友人や近所の方と出会ったり一緒に出かけたりすることはどのくらいありますか」「友人や近所の方と電話で話す事はどのくらいありますか」「別居の家族や親戚と出会ったり一緒に出かけたりすることはどのくらいありますか」「別居の家族や親戚と電話で話す事はどのくらいありますか」の4つの質問に対して、「週に2回以上」「週に1回程度」「月に2~3回」「月1回程度」および「月に1回より少ない・全くない」の中から当てはまる回答それぞれを選択させた。別居の家族や親戚及び友人・近所の人との接触頻度がいずれも週に1回未満である人を「孤立」、いずれかが週に1回以上ある人を「非孤立」に分類した。

閉じこもり尺度(外出頻度)²³⁾は「毎日2回以上」「毎日1回」「2~3日に1回程度」「週に1回程度」「月に1~3回程度」「月に1回より少ない」といった6項目から回答を求めた。「週に1回程度」「月に1~3回

程度「月に1回より少ない」を選んだ者を「閉じこもり」、「毎日2回以上」「毎日1回」「2～3日に1回程度」を選んだ者は「外出頻度が高い」と判断した。

2.3 分析方法

精神的健康度は13点未満を「精神的健康度低群」、13点以上は「精神的健康度高群」として2群化し、2群間で各種調査項目を比較分析した。群間の比較には χ^2 検定を用いた。精神的健康度の低さと最も関連の強い要因を明らかにするため、精神的健康度の高低を従属変数、有意な関連がみられた調査項目を独立変数として、ロジスティック回帰分析を行った。分析にあたっては多重共線性の影響を考慮した。なお、検定は両側検定とし、有意確率5%未満 ($P < 0.05$) をもって有意差ありとした。解析には IBM SPSS statistics Ver. 24 を使用した。

2.4 倫理的配慮

本研究の実施にあつては全ての研究参加者に対してヘルシンキ宣言の主旨に沿って、調査の趣旨・目的・内容について説明・依頼を行った。文書において、本調査で得られたデータは目的以外で使用しないこと、途中で回答を辞めることができることを伝え、質問紙の回答・提出をもって、調査への同意は得られたものとした。調査は全て無記名自記式アンケート調査法により実施した。データ取得後は、個人情報・プライバシー保護の観点から、すべてのデータは、番号でID化し、本研究室にて厳重に管理した。

3. 結果

研究参加者の各種調査項目に対する回答結果は表1に示すごとくであった。研究参加者の平均年齢は68.5±4.6歳(60～89歳)であり、性別割合は男性57.5%、女性42.5%であった。

精神的健康度(WHO-5)の高低2群間で各種調査項目値を比較した結果は表2に示すごとくであった。精神的健康度高群より同低群の方が、「一人暮らし」($P < 0.05$)、「自分は健康と思わない」($P < 0.05$)、「一般的に人は信頼できない」($P < 0.001$)、「この地域は私にとって住みやすいところだと思わない」($P < 0.05$)、「この地域は私にとって居心地がよくない」($P < 0.01$)、「将来もこの地域に住み続けたいと思わない」($P < 0.01$)、「地域の住民はお互いを思いやつ

表1 研究参加者および先行研究における各種調査項目値

| | | 本研究 n=270 | 熊谷ら (2003) n=608 | 太田 (2014) n=2,400 | 新井と榎原 (2015) n=288 |
|---------------------------|------------------------|--------------|------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 年齢 | 全体 | 68.5±4.6 | 71.5±5.3 | | 74.7±6.1 |
| | 男性 | 69.1±4.9 | | | |
| | 女性 | 67.7±4.1 | | | |
| 性別 | 男性 | 57.6 | 40.2 | | |
| | 女性 | 42.4 | 58.9 | | |
| 配偶者の有無 | あり | 77.5 | | 78.7 | |
| | なし | 22.5 | | 21.3 | |
| 同居者の有無 | 一人暮らし | 16.5 | | | 37.2 |
| | あり | 83.5 | | | 62.8 |
| 職業の有無 | あり | 38.4 | | 29.4 | 18.4 |
| | なし | 61.6 | | 70.6 | 81.6 |
| 精神的健康度 (WHO-5) | 全体 | 17.6±4.8 | | | |
| | 男性 | 17.2±4.9 | | | |
| | 女性 | 18.0±4.5 | | | |
| | 男性 | 13点未満 | 15.4 | | |
| | 13点以上 | 84.6 | | | |
| 女性 | 13点未満 | 10.5 | | | |
| | 13点以上 | 89.5 | | | |
| 健康度自己評価 | 低い | 12.0 | | | |
| | 高い | 88.0 | | | |
| 病気の既往 | あり | 64.7 | | | |
| | なし | 35.3 | | | |
| 老研式活動能力指標 | 総合得点 | 12.1±1.5 | 11.4±2.2 | | 10.5±2.8 |
| | 手段的自立 | 4.7±1.0 | 4.7±0.9 | | 4.6±1.1 |
| | 知的能動性 | 3.7±0.9 | 3.1±1.2 | | 3.2±1.0 |
| | 社会的役割 | 3.2±1.1 | 3.6±0.8 | | 2.8±1.3 |
| 食品多様性得点 | 1～3点 | 55.8 | 9.9 | | |
| | 男性 | 4～8点 | 41.5 | 66.7 | |
| | 9～10点 | 2.7 | 23.4 | | |
| | 女性 | 1～3点 | 38.0 | 8.0 | |
| | 4～8点 | 59.3 | 68.0 | | |
| | 9～10点 | 2.8 | 24.1 | | |
| 認知的SC (信頼) | 男性 | 信頼できる | 62.4 | | 62.3 |
| | | 信頼できない | 37.6 | | 37.7 |
| | 女性 | 信頼できる | 64.7 | | 65.8 |
| | | 信頼できない | 35.3 | | 34.2 |
| 構造的SC (地域組織への参加) | 男性 | 参加している | 71.9 | | 53.6 |
| | | 参加していない | 28.1 | | 46.4 |
| | 女性 | 参加している | 69.7 | | 62.0 |
| | | 参加していない | 30.3 | | 38.0 |
| 高齢者向けgenerativity尺度 | 人生について抱く考え | 12.8±3.3 | | | |
| | 日々の行動 | 5.9±3.8 | | | |
| | 自分の人生に対する現在の考え | 8.4±4.0 | | | |
| 孫-祖父関係評価尺度 | 時間的展望促進機能 | 7.3±4.6 | | | |
| | 道具的情緒的援助機能 | 6.0±6.0 | | | |
| | 存在受容機能 | 2.4±2.3 | | | |
| | 世代継承促進機能 | 4.7±3.2 | | | |
| | 日常的情緒的援助機能 | 2.5±1.9 | | | |
| 地域愛着尺度 | この地域は、私にとって住みやすいところだと思 | そう思う | 55.2 | | |
| | | どちらかというと思う | 40.2 | | |
| | | どちらかというと思わない | 4.2 | | |
| | | そう思わない | 0.4 | | |
| | この地域は私に | そう思う | 47.1 | | |
| | | どちらかというと思う | 47.1 | | |
| | | どちらかというと思わない | 5.0 | | |
| | | そう思わない | 0.8 | | |
| | | そう思う | 47.1 | | |
| | | どちらかというと思う | 42.5 | | |
| | どちらかというと思わない | 8.4 | | | |
| | そう思わない | 1.9 | | | |
| 地域の住民は、お互いを思いやり気に掛合たりしている | そう思う | 17.4 | | | |
| | どちらかというと思う | 60.1 | | | |
| | どちらかというと思わない | 19.0 | | | |
| | そう思わない | 3.5 | | | |
| 社会的孤立尺度 | 孤立 | 19.3 | | | |
| | 非孤立 | 80.7 | | | |
| 閉じこもり尺度 (外出頻度) | 2～3日に1回以上 | 98.5 | | | 91.7 |
| | 週に1回以下 | 1.5 | | | 8.3 |

数値は%または平均値±標準偏差。

たり気に掛け合ったりしていない」(P<0.01)、「社会的孤立者」(P<0.01)の各割合が有意に高く、「世代継承促進機能得点」(P<0.05)は有意に低かった。

精神的健康度の低さと有意差のみられた調査項目の間における多重ロジスティック回帰分析の結果は表3に示すごとくであった。精神的健康度の低さは「社会的孤立」(オッズ比 5.013, 95%信頼区間 1.884-13.343, P=0.001)、「人は信頼できない」(オッズ比 3.482, 95%信頼区間 1.125-10.784, P=0.03)と有意な関連性が認められた。一方、「外出頻度の低さ」「将来もこの地域に住み続けたくない」「世代継承促進機能」の項目は有意な差はみられなかった。

4. 考察

本研究は、高齢者大学に所属する60歳以上者270名を研究参加者として選び、高齢者大学生における精神的健康度の実態と各種調査項目との関連について明らかにすることを目的とした。

はじめに本研究で得られた分析結果をこれまでに報告されている先行研究の結果と比較したところ、太田¹⁹⁾や新井と榊原²⁰⁾の報告と比べて本研究参加者の方が職業ありの割合は高く、仕事従事率の高さが推測される。その一方で、新井と榊原らの報告における研究参加者は平均年齢が74.7歳であり、本研究参加者と比較して6.2歳高齢であった。したがって、これら年齢の影響がその背景に存在するとも考えることができる。しかしながら、全体のおよそ3割は仕事に従事しつつ高齢者大学に所属しており、高い就業・就学意欲を有していることが伺われた。

本研究参加者の精神的健康度

表2 精神的健康度低群と精神的健康度高群の間における各種調査項目値の比較

| | | 精神的健康度低群 WHO-5,13点未満 n=33 | 精神的健康度高群 WHO-5,13点以上 n=209 | P値 [#] |
|-------------------------------|-------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------|
| 年齢 | 全体 | 67.9±3.9 | 68.6±4.8 | 0.334 |
| 性別 | 男性 | 66.7 | 56.3 | 0.175 |
| | 女性 | 33.3 | 43.7 | |
| 配偶者の有無 | あり | 87.9 | 75.9 | 0.254 |
| | なし | 12.1 | 24.1 | |
| 同居者の有無 | 一人暮らし | 3.4 | 19.2 | 0.025* |
| | あり | 96.6 | 80.8 | |
| 職業の有無 | あり | 35.5 | 38.3 | 0.463 |
| | なし | 64.5 | 61.7 | |
| 健康度自己評価 | 低い | 75.0 | 90.0 | 0.022* |
| | 高い | 25.0 | 10.0 | |
| 病気の既往 | あり | 77.4 | 62.6 | 0.077 |
| | なし | 22.6 | 37.4 | |
| 老研式活動能力指標 | 高い | 97.0 | 93.1 | 0.350 |
| | 低い | 3.0 | 6.9 | |
| 食品多様性得点 | 1~3点 | 51.5 | 47.5 | 0.564 |
| | 4~8点 | 48.5 | 49.3 | |
| | 9~10点 | 0.0 | 3.2 | |
| | 認知的SC (信頼) | | | |
| 信頼できる | 信頼できる | 33.3 | 68.9 | <0.001** |
| | 信頼できない | 66.7 | 31.1 | |
| 構造的SC (地域組織への参加) | 参加している | 64.5 | 71.0 | 0.461 |
| | 参加していない | 35.5 | 29.0 | |
| | 高齢者向けgenerativity尺度 | | | |
| 人生について抱く考え | 人生について抱く考え | 11.8±3.0 | 13.3±3.3 | 0.586 |
| | 日々の行動 | 4.8±3.1 | 6.1±3.8 | 0.168 |
| | 自分の人生に対する現在の考え | 6.9±3.9 | 8.7±3.9 | 0.644 |
| | 孫-祖父母関係評価尺度 | | | |
| 時間的展望促進機能 | 時間的展望促進機能 | 4.85±3.3 | 7.74±4.7 | 0.093 |
| | 道具的情緒的援助機能 | 4.19±4.7 | 6.38±6.2 | 0.355 |
| | 存在受容機能 | 1.86±1.7 | 2.52±2.3 | 0.413 |
| | 世代継承促進機能 | 3.26±2.0 | 4.97±3.3 | 0.018* |
| | 日常的情緒的援助機能 | 2.21±1.6 | 2.58±1.9 | 0.053 |
| 地域愛着尺度 | そう思う | 31.3 | 59.3 | 0.017* |
| | この地域は、私にとって住みやすいところだと思う | 65.6 | 36.1 | |
| | どちらかというと思う | 3.1 | 4.2 | |
| | そう思わない | 0.0 | 0.5 | |
| この地域は私にとって居心地がいい | そう思う | 15.6 | 52.3 | 0.001** |
| | どちらかというと思う | 75.0 | 42.6 | |
| | どちらかというと思う | 6.3 | 4.6 | |
| | そう思わない | 3.1 | 0.5 | |
| 将来もこの地域に住み続けたい | そう思う | 21.9 | 51.4 | 0.005** |
| | どちらかというと思う | 59.4 | 39.8 | |
| | どちらかというと思う | 18.7 | 6.9 | |
| | そう思わない | 0.0 | 1.9 | |
| 地域の住民は、お互いを思いやったり気に掛け合ったりしている | そう思う | 3.1 | 19.2 | <0.001** |
| | どちらかというと思う | 46.9 | 63.6 | |
| | どちらかというと思う | 40.6 | 15.4 | |
| | そう思わない | 9.4 | 1.9 | |
| 社会的孤立尺度 | 孤立 | 42.4 | 17.2 | 0.004** |
| | 非孤立 | 57.6 | 82.8 | |
| 閉じこもり尺度 (外出頻度) | 2~3日に1回以上 | 97.0 | 98.1 | 1.000 |
| | 週に1回以下 | 3.0 | 1.9 | |
| | | | | |

数値は%または平均値±標準偏差。#:対応なしのt検定またはχ²検定。*:P<0.05, **:P<0.01

表3 精神的健康度を従属変数としたロジスティック回帰分析(強制投入法による)の結果

| | オッズ比 | 95%信頼区間 | | P値 |
|------------------|-------|---------|--------|---------|
| | | 下限 | 上限 | |
| 社会的孤立 | 5.013 | 1.884 | 13.343 | 0.001** |
| 人は信頼できない | 3.482 | 1.125 | 10.784 | 0.03* |
| 将来もこの地域に住み続けたくない | 2.633 | 0.627 | 11.054 | 0.188 |
| 世代継承促進機能 | 1.121 | 0.935 | 1.344 | 0.219 |

性別、年齢を調整変数として投入した。*:P<0.05, **:P<0.01

(WHO-5) は井藤ら³⁾の結果 (男性 15.57±6.17、女性 15.63±6.02) と比較して良好であった。本研究参加者の精神的健康状態は高く維持されていることが示唆された。本研究参加者の老研式活動能力指標得点を新井と榎原²⁾の研究と比較したところ、本研究の方が老研式活動能力指標総得点 (特に知的能動性、社会的役割各得点) は高かった。その一方で、熊谷ら¹⁶⁾の報告との比較においては、本研究の方が老研式活動能力指標は知的能動性得点が高いものの社会的役割得点は低かった。総じて本研究参加者の日常生活動作能力は高いことが示唆された。

本研究参加者の食品多様性得点を熊谷ら¹⁶⁾の報告と比較したところ、本研究参加者の方が食品摂取の多様性得点は男女とも低いことが明らかになった。熊谷らの研究は 2003 年に発表されたものであり、世代差等の影響があるのかも知れないが、食品摂取の多様さにおいては改善が必要であることが示唆された。新井と榎原²⁾は、高齢期は数多くの食品群や栄養素の摂取不足が問題となる可能性があり、その予防、改善にむけては、特定の食品群や栄養素だけではなく、食品摂取の質に着目する必要があると指摘している。良好な栄養状態は日常生活を送る基本的な能力の維持増進にとって重要であり、より良い食生活につながるプログラムの開発、提供が必要になると考えられる。本研究参加者の認知的ソーシャル・キャピタル (一般的に人は信頼できる) と構造的ソーシャル・キャピタル (地域組織への参加) を太田¹⁷⁾の報告と比較したところ、「認知的ソーシャル・キャピタル」はほぼ同値であったが、「構造的ソーシャル・キャピタル」の参加ありの回答割合は男女とも高く、特に男性においては本研究の数値と太田らの報告における数値の間には 18% ほどの差がみられた。すなわち、本研究参加者における男性の地域組織への参加状況は、他の集団と比較して良好な状態であることが示唆された。閉じこもり尺度 (外出頻度) については、新井と榎原²⁾の研究と比較して、本研究参加者の方が外出頻度の割合は高く、積極的に社会へ参加していることがわかった。

以上のように、本研究参加者における心身の健康状態は良好であり、日常生活動作、特に知的能動性に関わる能力、社会参加の頻度、構造的ソーシャル・キャピタルの程度は高いことが示唆された。本研究参加者は高齢者大学の受講生であり、社会参加や構造的ソーシャル・キャピタルの程度の高さはこれら現在の活動を反映したものと推察される。その一方で、食生活においては必ずしも良好とは言えず、改善が望まれることが推察された。

次に精神的健康度の関連要因について分析したところ、精神的健康度高群より同低群の方が、「一人暮らし」「自

分は健康と思わない」「社会的孤立者」「一般的に人は信頼できない」「この地域は私にとって住みやすいところだと思わない」「この地域は私にとって居心地がよくない」「将来もこの地域に住み続けたいと思わない」「地域の住民はお互いを思いやりったり気に掛け合ったりしていない」の各割合が有意に高く、「世代継承促進機能得点」は有意に低かった。多重ロジスティック回帰分析の結果、精神的健康度の低さには「社会的孤立」と「人は信頼できない」が独立して有意に関連していることがわかった。その中でも、「社会的孤立」は精神的健康度の低さと最も関連が強い要因として検出された。

精神的健康度は、家族と友人のネットワーク、地域といった社会的要因と有意に関連しており、精神的健康度の維持向上には高齢者の内面だけではなく、高齢者を取り巻く外面からの対応も重要になることが示唆された。

「人は信頼できない」といった認知的ソーシャル・キャピタルとの関連も認められ、より良好なソーシャル・キャピタルの醸成が重要になることが示唆された。近年、ソーシャル・キャピタルが人びとの心身の健康に影響を及ぼしていることが指摘されているが、ソーシャル・キャピタルの低さが本研究参加者のような高齢者大学において学習の機会を得て、またより積極的に学習活動や社会活動に参加している高齢者の精神的健康面へも負の影響を及ぼし得ることが示唆された。精神的健康度とソーシャル・キャピタルとの関係は、様々な社会的状況下にある高齢者全般に共通する特徴といえ、社会参加の程度にかかわらず境目のない社会的支援や周囲からのサポートが重要になることが指摘できる。

急速な高齢化の進展と呼応するように独居高齢者の増加や世代間交流の場の減少等により人と人のつながりが希薄化し、地域が有する互助の機能が弱まってきている¹⁷⁾ことが指摘されている。このような中、様々な世代が住み慣れた地域で、いかにして生きがいを持ち心身ともに健康的な生活を送っていけるかが課題となっており、そのための一つの資源としてソーシャル・キャピタルの存在が注目されている。ソーシャル・キャピタルは、人々の協調行動が活発化することにより社会の効率性を高めることができるという考え方のもと、社会の信頼関係、規範、ネットワークといった社会組織の重要性を説く概念といえる²⁰⁾。社会学、政治学、経済学、経営学などの分野で発展してきたソーシャル・キャピタルであるが、予防医学、公衆衛生学の分野においても、人と人とのつながりがもたらす力に対する期待が高まり、ソーシャル・キャピタルが人々の健康にどのような影響を及ぼすかについての関心が高まりをみせている^{27,28)}。個人や家

族、地域といった側面からの対応はもちろんであるが、自治体、保健行政といった側面からの課題解決に向けたアプローチが、今後益々求められるのではないかと思われる。例えば、家族と友人に限らず、地域における見守りネットワークプログラムの展開、老人クラブといった既存の組織の活用、行政による生活相談や支援機関等との連携等は、高齢者の社会参加の促進、孤立状態の改善に資する方策になり得ると考えられ、精神的健康度を高める手段として有効になるのではないかと思われる。

本研究の限界及び今後の課題として、本研究は横断的研究であることから、因果関係について明らかにすることはできなかった。今後、より多くの地域や組織の高齢者、また必ずしも組織に所属していない高齢者等を対象として、縦断的研究も含め調査を実施し、分析データの一般化、普遍化を目指したいと考える。

5. 結論

本研究は、高齢者大学受講生の精神的健康度 (WHO-5) の関連要因について明らかにすることを目的とした。研究参加者として、A県A高齢者大学に所属する一年生270名 (平均年齢は68.5±4.6歳、男性57.6%、女性42.4%) を選択した。精神的健康度を低群、高群の2群に分け、2群間で各種検討項目値を比較分析した結果、以下の知見が得られた。

1) 本研究参加者の心身の健康状態は良好であり、日常生活動作、特に知的能動性に関わる能力、社会参加の頻度、ソーシャル・キャピタルの程度は高かった。その一方で、食生活においては必ずしも良好とは言えなかった。

2) 精神的健康度高群より同低群の方が、「一人暮らし」($P<0.05$)、「自分は健康と思わない」($P<0.05$)、「一般的に人は信頼できない」($P<0.001$)、「この地域は私にとって住みやすいところだと思わない」($P<0.05$)、「この地域は私にとって居心地がよくない」($P<0.01$)、「将来もこの地域に住み続けたいと思わない」($P<0.01$)、「地域の住民はお互いを思いやり気掛かりしていない」($P<0.01$)、「社会的孤立者」($P<0.01$)の各割合が有意に高く、「世代継承促進機能得点」($P<0.05$)は有意に低かった。

3) 精神的健康度の低さと有意差のみられた項目の間で多重ロジスティック回帰分析を実施した結果、精神的健康度の低さは「社会的孤立」(オッズ比5.013, 95%信頼区間1.884-13.343, $P=0.001$)、「人は信頼できない」(オッズ比3.482, 95%信頼区間1.125-10.784, $P=0.03$)と有意な関連性が認められた。

これらのことから、高齢者大学受講生における精神的

健康度の低さには他者との付き合いの程度やソーシャル・キャピタルが有意に関連していることが示唆された。人との信頼関係や近隣、家族との付き合いといった社会的な要素が高齢者の精神的健康度に影響を及ぼすことが示唆された。これら社会的機能を促進しうるプロジェクトの開発や実践が、高齢者のより良い健康を達成する上で必要になると思われる。

謝辞

擧筆にあたり、本研究の調査実施の機会を与えて下さいました兵庫県生きがい創造協会理事長藤田隆司様、職員の皆様、調査にご協力いただきました高齢者大学の皆様に深甚なる謝意を表します。

参考文献

- 1) 総務省統計局：統計トピックス 高齢者人口
<http://www.stat.go.jp/data/topics/topi1030.htm> (2017年9月20日アクセス)
- 2) 厚生労働省編：平成28年度厚生労働白書。日経印刷 (2016)。
- 3) 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 岡村毅, 下門顯太郎, 栗田主一. 大都市在住高齢者の精神的健康度の分布と関連要因の検討. 要介護要支援認定群と非認定群との比較. 日本老年医学会雑誌, 49(1) : 82-89 (2012)
- 4) 川本龍一, 土井貴明, 岡山雅言, 佐藤元美, 梶井英治: 地域在住高齢者の精神的健康に対する介護の影響に関する調査. 日本老年医学会雑誌, 37 (11) : 912-920 (2000)。
- 5) 川本龍一, 吉田理, 土井貴明: 地域在住高齢者の精神的健康に関する調査. 日本老年医学会雑誌, 41 (1) : 92-98 (2004)。
- 6) 熊谷幸恵, 森岡郁晴, 吉益光一, 富田容枝, 宮井信行, 宮下和久: 主観的な精神健康度と身体健康度, 社会生活満足度および生きがい度との関連性およびライフステージによる検討. 日本衛生学雑誌, 63 (3) : 636-641 (2008)。
- 7) 畑山知子, 本城薫子, 平野 (小原) 裕子, 白浜雅司, 熊谷秋三: 農村地域住民の精神的健康度と首尾一貫感覚. 厚生の指標, 55 (8) : 29-34 (2008)。
- 8) 志水幸, 早川明, 山下匡将, 宮本雅央, 小関久恵, 嘉村藍ほか: 島嶼地域高齢者の精神的健康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, 16:15-24 (2009)。
- 9) 藤城有美子, 平部正樹, 山極和佳, 北島正人, 諸見秀太, 陶山大輔ほか: 高齢化地域におけるこころの

- 健康. 人間総合科学, 18:21-29 (2010) .
- 10) 内田勇人, 藤賀彩花, 江口善章, 西垣利男, 山本 存, 矢野真理. 孫との関係が祖父母の精神的健康度に及ぼす影響, 日本世代間交流学会誌, 5(1), 29-36 (2015).
 - 11) 堀 薫夫編著: 教育老年学と高齢者学習. 学文社 (2012)
 - 12) 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, 42 (6) : 366-378 (1995).
 - 13) Beck P, Olsen LR: Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-Being Scale. *Int J Methods Psychiatr Res*, 12 (2): 85-91 (2003) .
 - 14) 岩佐 一, 権藤 恭之, 増井 幸恵他: 日本語版「WHO-5 精神的健康状態表」の信頼性ならびに妥当性-地域高齢者を対象とした検討. 厚生指標, 54(8) :48-55 (2007).
 - 15) 古谷野亘, 柴田博他: 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 (1997).
 - 16) 熊谷修, 渡辺修一郎, 柴田博, 天野秀紀, 藤原佳典, 新開省二, 吉田英世, 鈴木隆雄, 湯川晴美, 安村誠司, 芳賀博: 地域在宅高齢者における食品摂取の多様性と高次生活機能低下の関連. 日本公衆衛生雑誌, 50(12) : 1117-1124 (2003).
 - 17) 太田ひろみ: 個人レベルのソーシャル・キャピタルと高齢者の主観的健康感・抑うの関連. 日本公衆衛生雑誌, 61(2) : 71-85 (2014).
 - 18) 大場宏美, 藤原佳典, 村山陽, 野中久美子, 安永正史, 倉岡正高, 竹内瑠美: 世代間交流プログラムの評価に向けた日本語版 generativity 尺度作成の試み. 日本世代間交流学会誌, 3 (1) :59-65 (2013).
 - 19) 橋本剛, 遠藤英俊: 青年期における孫・祖父母関係評価尺度の作成. 心理学研究, 67(5) :375-381 (1996).
 - 20) 泊祐子, 伊丹君和, 浅野美礼: 祖父母-孫関係にみた高齢者の QOL に関する研究(2). 日本看護科学会誌, 6(2) : 364-365 (1996).
 - 21) 鈴木春菜, 藤井聡: 地域愛着が地域への協力行動に及ぼす影響に関する研究. 土木計画学研究論文集, 25(2) : 357-362 (2008).
 - 22) 新井清美, 榊原久孝: 都市公営住宅における高齢者の低栄養と社会的孤立状態との関連. 日本公衆衛生雑誌, 62(8) : 379-389 (2015).
 - 23) 藤田 幸司, 藤原 佳典他: 地域在宅高齢者の外出頻度別にみた身体・心理・社会的特徴. 日本公衆衛生雑誌, 51(3) : 168-180 (2004).
 - 24) Awata S, Bech P, Koizumi Y, Seki T, Kuriyama S, Hozawa A, et al.: Validity and utility of the Japanese version of the WHO-Five Well-Being Index in the context of detecting suicidal ideation in elderly community residents. *Int Psychogeriatr*, 19 (1): 77-88 (2007) .
 - 25) Awata S, Bech P, Yoshida S, Hirai M, Suzuki S, Yamashita M, et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients. *Psychiatry Clin Neurosci* , 61 (1):112-119 (2007) .
 - 26) Putnum RD, Leonardi R, Nanetti RY. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 163-185 (1993).
 - 27) Tomaka J, Thompson S, Palacios R : The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *J Aging Health*, 18 (3) : 359-384 (2006).
 - 28) 相田潤, 近藤克則: ソーシャル・キャピタルと健康格差. 医療と社会, 24 (1) : 57-74 (2014).

(平成29年9月29日受付)