

2019 年度博士論文

要支援・要介護高齢者における主観的健康感の評価基準の特徴

桜美林大学大学院

池田 晋平

第1章 緒言

1. 高齢社会と健康	1
2. 主観的健康感の定義と測定する意義	1
3. 近年の主観的健康感の研究動向	3
4. 要支援・要介護高齢者の主観的健康感と文献レビュー	3
5. 本研究の目的と各研究の位置づけ	6
6. 図・表	7
7. 文献	19

第2章 研究Ⅰ「要支援・要介護高齢者と一般高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴」

1. 背景	24
2. 方法	25
3. 倫理的配慮	27
4. 結果	27
5. 考察	28
6. 結論	29
7. 図・表	30
8. 文献	37
9. 補足	39

第3章 研究Ⅱ「要支援・要介護高齢者が主観的健康感を判断する基準」

1. 背景	4 5
2. 方法	4 5
3. 倫理的配慮	4 6
4. 結果	4 6
5. 考察	5 0
6. 結論	5 4
7. 本研究の限界と課題	5 4
8. 図・表	5 6
9. 文献	8 4

第4章 総合考察

1. 本研究の特徴	8 6
2. 本研究で得られた知見	8 6
3. 本研究の限界と今後の展開	8 8
4. 文献	9 0

第1章 緒言

1. 高齢社会と健康

健康の概念は、1946年にWHO (World Health Organization) が提唱した健康の定義が世界的に有名である。この定義によると健康は「Health is a state of complete physical, social and mental well-being, and not merely the absence of disease or infirmity」と説明されており、「健康とは、単に病気がないとか虚弱でないとかというだけではなく、身体的、精神的、社会的に完全な状態をいう」と訳すことができる¹⁾。この健康の定義は、今日でも世界の国々で受け入れられ定着しているが、その理由として、健康を身体的のみならず精神的、社会的な視点からも捉える包括的なものと定めたことが画期的であったためと言われている。しかしこの定義に対する批判もある。園田は、この定義に基づく健康は、抽象的で理想的で実際の施策や活動の展開においては具体性を欠く、と述べている²⁾。またBlaxterは、この定義による健康は測定が困難であり達成が不可能である、と論じている³⁾。そして何よりも、この定義が提唱されて半世紀以上も歳月が経っており、この間に健康の考え方は変化しているのではないと思われる。したがって今日の「健康」とは何か？について、再考する必要があると筆者は考える。

半世紀前の健康の考え方は、「Health as not-ill (病気がないことが健康)」というものであった³⁾。すなわち、健康とは病気がないことあるいは身体の不調がないことで、言い換えれば病気をしていることは不健康という観点である。当時の医学は、症状や異常を取り除くことに主眼が置かれ、その医学の発展によって感染症をはじめとする病気を予防・治癒するに至った。その成果によって今日誰もが長く生きられる時代となっているが、疾病構造の変化によって慢性疾患の時代が到来している。そこで今日の健康は、「Health as psychosocial well-being (心理・社会的に良好なことが健康)」という考え方³⁾に変化している。園田やBlaxterは、人々が考える健康とは満足した人生を送ること、生きている幸せなどといったライフ (Life) に価値が置かれるようになったと述べている²⁾³⁾。

以上の健康の変遷を辿ってみると、今日における健康は、病気の観点から捉えるだけではなく、個人が健康をどのように捉えているかも重視されていると説明できる。我が国は高齢社会を迎え、要支援・要介護高齢者が急速に増加することが予測されている。その背景の中で、医学に基づく客観的健康のみならず、個人の健康の捉え方やその感じ方に基づいた「主観的健康感」も注目していく必要があるのではないか。

2. 主観的健康感の定義と測定する意義

1) 主観的健康感の定義

主観的健康感とは、ある個人の健康状態をその人自身が評価する指標である。その測定は、例えば「あなたは普段、ご自分で健康だと思いますか？」と問い、健康であるか健康でないかの判断は、回答者が念頭に抱く健康像によって異なる⁴⁾。我が国では、主観的健康感という名称の他に「健康度自己評価」あるいは「自覚的健康度」などと呼ばれている。また海外では、Self-Rated Health, Self-Assessed Health, Self-Evaluated Health, Self-Reported Health, Perceived Health Statusと呼ばれている⁴⁾。このように統一された呼称はないが、本研究では総じて「主観的健康感」と呼ぶ。

主観的健康感は、Erikssonらによると大きく3つの測定方法がある⁵⁾。一つ目は「How would you rate your general health?」という質問で、日本語では前述のように「あなたは普段、ご自分で健康だと思いますか?」と尋ねる場合が多い。これは普段の健康状態を回答させる方法といえる。二つ目は「How would you assess your general health status compared to that of others of your own age?」と質問し、同年齢の他者と比較したうえで自分の健康状態を尋ねる方法である。そして三つ目は「How would you assess your general health status compared with 1 years ago?」と質問し、過去と比較して現在の健康状態を尋ねる方法である。これらの質問に対する回答は「excellent」、「good」、「fair」、「poor」、「very poor」の5件法あるいは4件法による回答肢から一つを選択させる方法が広く用いられている⁴⁾。日本語においては「とても健康である」、「まあまあ健康である」、「あまり健康ではない」、「健康ではない」から選択させる場合が多い⁶⁾。またVAS (Visual Analogue Scale) により回答を求める場合もある⁷⁾。

以上のように、主観的健康感は一問の設問から成り、回答も選択式であるため簡便な指標といえる。したがって高齢者でも回答しやすく、さらに調査者も質問する際に特別な技術を必要としないといった特徴がある。

2) 主観的健康感を測定する意義

主観的健康感は尺度として妥当性と信頼性が確認されている。基準関連妥当性では、Mavaddatらが主観的健康感とSF-36の下位項目との関連を検討し、SF-36のすべての下位項目において主観的健康感と関連が認められたと報告している⁸⁾。またKempenらは、疾患、身体機能、疼痛、ストレス、うつ、役割機能、社会機能など9つの健康指標と主観的健康感の間に相関が認められたと報告している⁹⁾。このように主観的健康感とは身体ならびに心理・社会的な健康指標と関連が認められているため、基準関連妥当性が備わっているといえる。言い換えれば、主観的健康感とは身体的、心理・社会的な健康側面を捉えることができる総合的な健康指標と言える。

続いて予測的妥当性では、DeSalvoらは主観的健康感が良好である高齢者は疾患、身体機能など客観的健康をコントロールしても生命予後が良好であることを報告している¹⁰⁾。またLuppaらは、主観的健康感が良好である者は将来のナーシングホームの入所が抑制されることを報告している¹¹⁾。このように主観的健康感とは将来の健康度を予測する独自の指標として有用と言える。

再検査信頼性では、我が国の高齢者において主観的健康感を初回から7～10日後に再調査しその再現性について検討した報告があるが、級内相関係数ICC=0.91であったと報告がされている⁷⁾。またアメリカの調査で初回から2週間後の再現性は κ 係数=0.75であったという報告がある¹²⁾。さらにZajacovaらは、痛みと主観的健康感の再現性を比較しており、痛みよりも主観的健康感で再検査時の信頼性が高いことを指摘している¹³⁾。このように主観的健康感とは主観的な尺度であるも一定の再現性が担保されている。

以上のように主観的健康感に関する今日に至る研究は、客観的健康度を代替する尺度として位置付けられ、その価値が確立されてきた経緯がある。

3. 近年の主観的健康感の研究動向

主観的健康感は地域在住一般高齢者の客観的健康度を測定するために有用とされてきたが、2000年以降の研究動向をみると疾患や日常生活に障害がある人々も対象に含まれ始めている。例えば、糖尿病患者に主観的健康感を測定した報告^{14, 15)}や、他にも慢性心不全の患者¹⁶⁾、末期がんの患者¹⁷⁾、病院に入院している患者^{18, 19)}にも応用されている。興味深いことに、これら対象者でも主観的健康感が良好と回答する者が少なくない。例えば、Lainscakら¹⁸⁾は入院患者の41%が良好と回答したことを報告している。またWennbergら¹⁴⁾の糖尿病患者の調査では62%が、そしてShadboltら¹⁷⁾の末期がん患者の調査では58%の者が良好と回答している。

さらに糖尿病患者¹⁴⁾や慢性心不全患者¹⁶⁾の主観的健康感が低い者において、将来の死亡のリスクが高いとの報告もされており、疾患がありながらも主観的健康感が良好であることの意味が、臨床の現場でも確認され始めている。

このように近年は、疾患・障害のある人々に主観的健康感が測定され、これらの対象者でも良好と回答するという実態が浮かび上がっている。

4. 要支援・要介護高齢者の主観的健康感と文献レビュー

1) 要支援・要介護高齢者の主観的健康感に着目する意義

我が国では、2000年の介護保険制度施行後から要支援・要介護高齢者を対象に主観的健康感に関する実態について報告がみられている。筆者らは、通所リハビリテーションを利用する要介護高齢者の約7割で主観的健康感が良好であったことを報告した²⁰⁾。その他に、これら高齢者で主観的健康感が良好である者の割合が多いとする報告がみられる^{21, 22)}。つまり主観的健康感とは身体的健康では説明しきれない他の側面も反映していると推察される。そこで「なぜ、要支援・要介護高齢者は自分の健康状態を良好と答えるのか？」が本研究の研究動機となっている。

我が国は高齢者を心身の健康状態に応じて「一般高齢者（一次予防の対象）」、「要支援・要介護状態に陥るリスクが高い高齢者（二次予防の対象）」、「要支援・要介護高齢者（三次予防の対象）」に分け、いずれの高齢者に対しても介護状態あるいは介護度悪化の予防策が講じられている²³⁾。しかしながら、生理的老化によって生じる健康状態の悪化は、不可逆的で止むを得ない現象と捉えることができる。

そのなかで要支援・要介護高齢者で主観的健康感が良好な者は、将来の介護度悪化が抑制されること²⁴⁾や生活満足度が高いこと²⁵⁾が報告されている。さらに加齢によって客観的健康度が低下していく状況において、年齢層が高いほど主観的健康感が良好に維持されることが分かっている²⁶⁾。そこで筆者は、要支援・要介護状態において主観的健康感を低下させず維持していくことは重要ではないかと考えており、そのことはこれら高齢者の自立した生活の維持や充実した生活につながると考えられる。以上のことが、本研究が要支援・要介護高齢者の主観的健康感に着目する意義である。

杉澤ら⁴⁾が1995年に発表した主観的健康感に関する文献研究では、我が国において主観的健康感がどのような意義や意味をもつのかについて議論が低調であると指摘されている。我が国は高齢期を迎えれば誰もが要介護状態になる可能性がある時代となっている。要支

援・要介護高齢者の主観的健康感に着目することは、学術的にも意義があるのではないか。

2) 文献レビュー

本研究の研究動機は「なぜ、要支援・要介護高齢者は自分の健康状態を良好と答えるのか？」である。この疑問に対して、これら高齢者の主観的健康感を測定した先行研究を網羅的に捉え、これまでどのような知見が蓄積されているのか確認する必要があると考えた。そこで国内・外の論文を対象に系統的にレビューを実施した。

(1) 目的

要支援・要介護高齢者の主観的健康感を測定した国内・外の報告をもとに、主に主観的健康感の「良好」の出現頻度と関連要因を整理することである。

(2) 方法

①対象論文の抽出プロセス

レビューの分析対象とする論文の収集は、まず国内・外のデータベースで検索を実施した。国内の論文については日本語論文検索サイトの「医学中央雑誌Web. 5」, 「JDreamIII」を使用し、また国外の論文については「MEDLINE」, 「CINAHL」を使用した。検索する論文は「原著論文 (Original Article)」に限定し、総説、会議録、学会等の抄録、紀要は対象から除外した。検索式は日本語論文検索サイトでは「(主観的健康感 or 健康度自己評価 or 自覚的健康度 or 主観的健康)and(要支援 or 要介護 or 要介護認定 or 要援護 or 虚弱) and 原著論文」とした。また英語論文検索サイトは「("self-rated health" OR "self-reported health" OR "perceived health" OR "general health" OR "subjective health" OR "health perception" OR "self-assessed health" OR "self-evaluated health" OR "self-perceived health") AND ("long-term care" OR "tertiary prevention") AND Aged: 65+ years AND Language: English」とし、論文の発表年次は特に指定しなかった。検索は2018年3月31日に実施し、日本語論文92件、英語論文は172件がヒットした(重複論文除く)。

これらの検索結果をもとに、論文タイトルと抄録の内容をスクリーニングした上で全文を精読する論文を決定し、その論文を入手した。スクリーニングの基準は、日本語論文は「要支援ならびに要介護高齢者のどちらか、あるいは両者に対して、単一項目によって主観的健康感を測定していること」とし、英語論文は「65歳以上で介護を必要とする者に対して、単一項目によって主観的健康感を測定していること」とした。論文タイトルと抄録から判断できない、あるいは検索結果で抄録が無い論文については全文を入手し検討した。スクリーニングの結果、日本語論文25件、英語論文76件の計101件が抽出された。

次に、全101件の論文を精読し、本研究の対象とする論文を決定した。論文を採択する基準は、(1)IMRAD形式の論文であること、(2)要支援ならびに要介護高齢者の集団(英語論文では65歳以上で介護を必要としている者)に、単一項目による主観的健康感を測定していること、の2点とした。その結果、34件の論文が研究対象となった^{22) 24) 27) ~ 58)}。

②分析方法

採択された論文34件について、アブストラクト・テーブルを作成し整理した。アブストラクト・テーブルの項目は、「発行年、著者名、研究デザイン」、「研究目的」、「対象者」、「主観的健康感の実態」、「結果(関連要因等)」である。

(3) 結果

分析対象となった34件の論文をアブストラクト・テーブルに整理した(表1-1)。主観的

健康感の実態について、全34件の論文のなかで結果の記載が明記されていなかった論文は2件⁴⁸⁾⁵⁰⁾あったが、結果が明記されていた32件の報告で対象者の過半数以上で主観的健康感が「良好」であった報告は計20件^{22)28)29)31)～35)39)41)42)46)49)51)52)54)～58)}であった。

主観的健康感の関連要因では、因果関係のモデルを設定したうえで多変量解析にて検討した報告が計23件^{24)27)28)30)～39)41)47)～49)51)～55)58)}あった。因果関係のモデルは、主観的健康感を従属変数としそれを説明する変数は何かを検討した報告が6件³⁰⁾³¹⁾³⁷⁾⁴⁷⁾⁵³⁾⁵⁵⁾あり、これらはすべて横断研究であった。また主観的健康感を独立変数としある事象を説明しようとする報告が17件^{24)27)28)32)～36)38)39)41)48)49)51)52)54)58)}あった。

前者の主観的健康感を従属変数とする研究で主観的健康感の良好に関連する要因は「定期的な通院がないこと」³⁰⁾、「85歳以上であること」³⁰⁾、「睡眠状況が良いこと」³¹⁾、「近所付き合いに満足していること」³⁷⁾、「年齢層（高い）」⁴⁷⁾、「経済状況に対する認識（良好）」⁴⁷⁾、「認知症高齢者の日常生活自立度（低い）」⁴⁷⁾、「現病歴数（少ない）」⁴⁷⁾、「自覚している身体機能の低下と症状数（少ない）」⁴⁷⁾、「睡眠による休息」⁴⁷⁾、「うつ予防支援（必要性ない）」⁴⁷⁾、「外出頻度（少ない）」⁴⁷⁾、「年齢区分（後期高齢者）」⁵³⁾、「要介護度（軽度）」⁵³⁾、「情緒的サポートの受領（あり）」⁵³⁾、「孤独感（低い）」⁵³⁾、「IADL・ADL（より自立）」⁵⁵⁾、「うつ」⁵⁵⁾、「身体活動（より高い）」⁵⁵⁾が報告されていた。

また主観的健康感を独立変数とした報告は、縦断研究が3件²⁴⁾²⁸⁾³⁹⁾、また横断研究が14件^{27)32)～36)38)41)48)49)51)52)54)58)}であった。縦断研究では、Leungら²⁸⁾は主観的健康感を死亡の予測因子として検討し、全体的な健康度が「good」に比べて「fair/poor」であった場合、3年後の死亡のリスクが高いことを報告していた。また村田ら³⁹⁾は後ろ向きコホート研究にて居宅生活を継続させる因子として主観的健康感に着目し、5年後に居宅生活を継続していた群ではそうでない群と比べてベースライン時の主観的健康感が高かったことを報告していた。和泉ら²⁴⁾は5年後の要介護度の推移に影響を及ぼす要因を検討し、要支援者において主観的健康感が不良である場合に良好に比べて要介護度が悪化することを報告していた。横断研究では「転倒の有無」³²⁾、「日常家事と金銭管理の困りごと」³⁴⁾、「家庭内の役割の有無」³⁵⁾、「低栄養リスク (NSI-10)」³⁶⁾、「抑うつ」³⁸⁾、「オーラルヘルスのQOL (OHIP-14)」⁴¹⁾、「飲酒行動」⁵¹⁾、「痛みの有無」⁵²⁾、「転倒リスク (FRI-21)」⁵⁴⁾、「うつ状態」⁴⁹⁾、「うつ症状」²⁷⁾の関連が報告されていた。

(4) 文献レビューの総括

本レビューの主たる目的は、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因を国内・外の報告をもとにその知見を整理することである。まず主観的健康感の実態であるが、要支援・要介護高齢者の半数以上の者が主観的健康感を良好と報告していた論文は、対象論文となった34件のうち20件であった^{22)28)29)31)～35)39)41)42)46)49)51)52)54)～58)}。従来から主観的健康感客観的健康度の代理測定的手段として位置づけられてきた⁴⁾。それを踏まえると疾患や日常生活に障害がある高齢者の主観的健康感には、当然ながら低いことが予想されるが、先行研究を概観するとこれら高齢者の主観的健康感には必ずしも「不良」とは限らない実態が明らかになった。つまり前述のように、要支援・要介護高齢者の主観的健康感には身体的要因では説明しきれない例えば心理・社会的側面からも影響を受けていると仮定できる。この仮定について本レビューから「うつ状況」⁴⁷⁾⁵⁵⁾、「外出頻度」⁴⁷⁾、「近所付き合いの

満足」³⁷⁾，「情緒的サポートの受領」⁵³⁾，「孤独感」⁵³⁾の5つの心理・社会的要因が主観的健康感に関連することが確認できた。

しかしながら，これら心理・社会的要因がとりわけ要支援・要介護高齢者の主観的健康感に作用しているとは言い切れない。なぜなら，上述のレビューの通り，これら高齢者でも「現病歴数」⁴⁷⁾，「自覚している身体機能の低下と症状数」⁴⁷⁾，「睡眠」⁴⁷⁾の身体的側面の関連が示されており，地域在住一般高齢者を対象にした研究報告においても「うつ」⁵⁹⁾，「情緒的サポート」⁶⁰⁾，「孤独感」⁶¹⁾⁶²⁾が関連すると報告されているからである。したがって，要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴を特定するためには，方法論を再検討する必要があると思われる。例えば，量的研究において一般高齢者を比較対象に設定することが一つの方法である。加えて同一地域に在住する両群の高齢者を対象にし，かつ同一の質問紙を用いた上で，分析は同じ変数をモデルに投入するなどの統制も必要と言える⁶³⁾⁶⁴⁾。そのうえで身体的要因のみならず心理・社会的要因を含め総合的に検討し，主観的健康感の関連要因にどのような特徴があるのか明らかにする必要がある。

「高齢者の日常生活に関する意識調査」によれば，高齢者の心配事の第一位は健康についてである⁶⁵⁾。とくに要支援・要介護高齢者にとって健康を実感しながら生活を送れることは，切なる願いと言える。主観的健康感とは，回答者が念頭に置く健康像によって評価は異なるが⁴⁾，要支援・要介護高齢者が健康と評価する理由すなわち判断基準について，これまで深く議論はされておらず，「疾患・障害がありながらも健康と感じる」という現象について当事者の視点からも理解する必要がある。

以上のことから，当該領域における研究で取り組むべき課題は，以下の通りである。本レビューで要支援・要介護高齢者の主観的健康感の良好に関連する要因を確認できたものの，これら高齢者特有の要因を特定するに至らなかった。これについて，本研究は一般高齢者を比較対象にすることで要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因についてその特徴を身体，心理，社会的要因から総合的に検討する。併せて質的研究にて当事者の視点から主観的健康感の判断基準をより深く詳細に明らかにする。

5. 本研究の目的と各研究の位置づけ

本研究の目的は，要支援・要介護高齢者の主観的健康感の評価基準の特徴を明らかにすることである。

そこで本研究は，テーマを「要支援・要介護高齢者における主観的健康感の評価基準の特徴」と掲げる。そして第一研究（研究Ⅰ）は「要支援・要介護高齢者と一般高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴」，第二研究（研究Ⅱ）は「要支援・要介護高齢者が主観的健康感を判断する基準」と標題を設定する。

本研究の構成は，以下の通りである。研究Ⅰは要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因について一般高齢者を比較対象として，身体ならびに心理・社会的側面から総合的に検証を加えることを主旨とする。調査地域は同一の地域とし，調査は共通の質問紙を用い分析のモデルも共通にすることで要支援・要介護高齢者の関連要因の特徴が明らかになると考える。次の研究Ⅱでは，要支援・要介護高齢者の主観的健康感の判断基準を当事者の視点から質的に明らかにする主旨がある。「あなたは普段，ご自分で健康だと思います

すか？」と質問し、さらにその回答理由を答えてもらうことで、主観的健康感の判断基準をより深く詳細に明らかにできると考える。以上の研究Ⅰと研究Ⅱが併せて実施されることで、上述の「なぜ、要支援・要介護高齢者は自分の健康状態を良好と答えるのか？」という問いへの答えが得られると思われる。

研究Ⅰと研究Ⅱの関係性は、混合研究法の「並列的混合データ分析 (parallel mixed data analysis)」に準拠するものである⁶⁶⁾。つまり研究Ⅰと研究Ⅱは並列的に独立して行われ、着目する現象に対してそれぞれ理解を提供する。さらにそれぞれの研究で得た理解は統合され、研究の最後（本研究では第4章総合考察）で推論を形成するという構想である⁶⁶⁾。

6. 図・表

（次ページ以降を参照）

表 1-1 アブストラクト・テーブル

文献番号	著者名（出版年）研究デザイン	研究目的	対象者		主観的健康感の測定方法と実態	結果（関連要因等）
			地域と数	特徴		
27	Burnette D, et al (1994) 横断研究	単身の虚弱高齢者のうつ症状（depressive symptoms）とそれにおけるライフストレッサーと心理的資源の影響について検討	アメリカ 10 の都市 2081 名	・ADL や IADL に重度の障害があり、十分なサービスを受けていない単身者 ・ADL impairments(1-4) 2.14 ±0.99, IADL impairments(0-8) 2.85 ±1.66	・4 件法 ・3.26 ±0.83 点	階層的重回帰分析の結果、主観的健康感の不良がうつ症状に関連していた
28	Leung KK, et al (1997) 縦断研究	主観的健康感が施設に入所している中華人の死亡の予測因子になりえるか、また主観的健康感の 3 つのクエスチョンでどれが将来の予測に影響があるか検討	台湾台北 387 名	・介護施設 ・対象者の介護度の記載なし	・3 つのクエスチョン（4 件法） ・全体的な健康度「good」33.6%, 「average」39.0%, 「fair/poor」27.4% ・同年代と比較「better」34.9%, 「similar」45.0%, 「worse/worst」20.1% ・最近の身体の不調「none」51.9%, 「slight」32.8%, 「moderate/severe」15.3%	コックスハザードモデルによる分析の結果、年齢、施設の種類、転倒、MMSE, ADL, IADL の影響をコントロールしても全体的健康度のクエスチョンで「fair/poor (good)」が死亡の予測因子であった

29	Burns R, et al (2000) 介入研究	学際的な老年医学チーム (GEM) による長期プライマリケア (GEM) の効果を通常の外来治療 (UC) との比較から検討	アメリカメンフィス 介入 n=49 対象 n=49	・ベテランセンター ・Katz ADL (ベースライン) : 介入群 0.3±0.7 点, コントロール群 0.4±0.8 点	・Cantril Ladders Scale (1～10) ・介入群 5.8±2.3 点, コントロール群 5.7±2.2 点 (ベースライン)	GEMはUCと比べて有意に主観的健康感が改善した
30	早坂 信哉, 他 (2002) 横断研究	在宅要援護高齢者の主観的健康感に影響を及ぼす因子を検討	日本 18 市町村 528 名	・認知症を有しない者 ・対象者の介護度の記載なし	・4 件法 ・「非常に健康」5.3%, 「健康なほうだと思う」27.1%, 「あまり健康ではない」39.8%, 「健康ではない」27.1%	ロジスティック回帰分析の結果, 主観的健康感に, 定期的な通院がない, 85 歳以上が関連していた
31	村田 伸, 他 (2004) 横断研究	在宅障害高齢者の主観的健康感と ADL 能力やライフスタイルの関連性を検討	日本 85 名	・通所リハビリテーションを利用し, 身体機能のみに障害がある者 ・コミュニケーション障害がなく, MMSE が 20 点以上 ・要支援 : 38 名, 要介護 1 : 36 名, 要介護 2 : 6 名, 要介護 3 : 5 名.	・Visual Analogue Scale(0～100) ・57.3±2.3 点	ステップワイズによる重回帰分析の結果, 睡眠状況が主観的健康感に関連していた
32	村田 伸, 他 (2005) 横断研究	在宅障害高齢者の ADL や社会活動と主観的健康感, 生活満足度, 生きがい感など総合的に QOL を調査し, 転倒との関連を検討	日本 73 名	・通所リハビリテーションを利用し, 認知症の診断がなく平地歩行が自立している者 ・要支援 : 26 名, 要介護 1 : 34 名, 要介護 2 : 9 名, 要介護 3 : 4 名	・Visual Analogue Scale(0～100) ・51.5±19.0 点	ロジスティック回帰分析の結果, 転倒の有無に主観的健康感と Barthel Index 得点に関連していた

33	福井 貞亮 (2005) 横断研究	要介護高齢者が日常生活 行為を行ううえで感じる 困りごとについて、個人 要因と環境要因の2つの 側面から関連を検討	日本都市部A区 177名	・デイサービスを利用してい る者 ・要支援:12.4%, 要介護1: 57.1%, 要介護2:23.2%, 要介護3以上:7.3%	・4件法 ・ 2.38 ± 0.69 点	重回帰分析の結果, 入浴整 容・排泄の困りごと, 食事の 困りごとに主観的健康感 は関連なし
34	福井 貞亮 (2005) 横断研究	在宅要援護高齢者本人が 感じる日常家事と金銭管 理の困りごとに関連する 要因を個人要因および環 境要因から関連を検討	日本都市部A区 177名	・要支援:12.4%, 要介護1: 57.1%, 要介護2:23.2%, 要介護3:4.5%, 要介護4: 2.3%, 要介護5:0.6%	・4件法 ・ 2.38 ± 0.69 点	重回帰分析の結果, 日常家事 の困りごと, 金銭管理の困り ごとに主観的健康感が関連 していた
35	村田 伸, 他 (2006) 横断研究	在宅障害後期高齢者の家 庭内役割の有無とQOLを 総合的に評価しその関連 性を検討	日本 58名	・通所リハビリテーションを 利用し, 認知症の診断がな く, 平地歩行が自立してい る者(女性のみ) ・要支援:22名, 要介護1: 25名, 要介護2:8名, 要介 護3:3名	・Visual Analogue Scale(0~ 100) ・52.4点(家庭内役割あり群 61.4 ± 16.4 点, 家庭内役割なし 群 38.7 ± 16.9 点)	ロジスティック回帰分析の 結果, 家庭内役割のありに主 観的健康感の高いことが関 連していた
36	高橋 龍太郎 (2006) 横断研究	地域在住要介護高齢者の 心身機能や介護関係と低 栄養リスクとの関係を検 討	日本3市町村(地 域在住) 葛飾区685名 大館市・田代町 382名	・葛飾区 要支援:17.2%, 要介護1: 40.1%, 要介護2:21.3%, 要介護3:12.3%, 要介護4: 6.1%, 要介護5:3.0% ・大館市・田代町 要支援:21.8%, 要介護1:	・3件法 ・葛飾区 「まったく健康でない」 28.5%, 「健康」「あまり健康で ない」71.5% ・大館市・田代町 「まったく健康でない」	ロジスティック回帰分析の 結果, NSI-10の低栄養リスク と主観的健康感の低さが関 連していた

				41.8%, 要介護 2 : 20.5%, 要介護 3 : 10.1%, 要介護 4 : 4.3%, 要介護 5 : 1.6%	26.2%, 「健康」 「あまり健康で ない」 73.8%	
37	中尾 寛子, 他 (2006) 横断研究	独居で訪問介護サービス を利用している要援護高 齢者の主観的健康感に影 響を与える社会関係要因 を明らかにし, それが独 居年数によって異なるか を検証.	日本 A 県 B 市 n=49	・訪問介護サービスを利用し ている独居者 ・要支援 : 15 名, 要介護 1 : 25 名, 要介護 2 : 9 名	・4 件法 ・「よい」 n=8 (16.3%), 「まあ まあよい」 n=14 (28.6%), 「あ まりよくない」 n=20 (40.8%), 「よくない」 n=7 (14.3%)	重回帰分析の結果, 独居年数 10 年未満群では性別 (男性), デイサービスの利用 (あり), 近所づきあいの満足度 (より 満足), 閉じこもりの傾向 (よ りその傾向なし) が主観的健康 感に関連し, 独居年数 10 年以上群では性別 (女性), 近所づきあいの満足度 (より 満足) が関連していた
38	和泉 京子, 他 (2007) 横断研究	在宅の軽度要介護認定高 齢者の抑うつに関連する 要因を検討	日本大阪府下 22 市町村 n=5832	・要支援 : 3135 名, 要介護 1 : 2697 名	・4 件法 ・要支援 「健康群」 34.9%, 「非健康群」 65.1% ・要介護 1 「健康群」 30.2%, 「非健康群」 69.8%	変数増減法によるロジステ ィック回帰分析の結果, 要支 援では排泄の失敗, 咀嚼能 力, 主観的健康感, 生きがい, 趣味, 地域での活動への参 加, 外出範囲が抑うつに関連 し, 要介護 1 では歩行, 排泄 の失敗, 咀嚼能力, 主観的健康 感, 生きがい, 趣味, 地域 での活動への参加, 外出頻度 が抑うつに関連していた

39	村田 伸, 他 (2008) 縦断研究	軽度要介護高齢者が居宅生活の中・長期的に継続するための要因を検討	日本 n=39	・通所リハビリテーション施設を利用する要支援または要介護1の者 ・対象者の介護度の記載なし ・重度認知症, 独居者は除外	・ Visual Analogue Scale(0～100) ・ 居宅生活の継続群: 64.7±21.9 ・ 居宅生活の不可能群: 50.0±17.6	共分散分析の結果, ベースライン時の主観的健康感是不可能群よりも継続群の方が有意に高かった. 社会参加している高齢者が継続群で有意に多かった
40	Popović B, et al (2008) 横断研究	施設に入所している高齢者とそうでない高齢者におけるうつ病の発生とその程度を測定	セルビア 施設に入所 n=50, 施設に入所していない n=50	・ いずれの群も大部分の者がADLに障害がある ・ 対象者の介護度の記載なし	・ 5件法 ・ 施設に入所の高齢者「good」0%, 「rather good」4%, 「average」6%, 「rather bad」60%, 「bad」30%, 入所していない高齢者「good」0%, 「rather good」4%, 「average」8%, 「rather bad」74%, 「bad」14%	施設に入所している高齢者とそうでない高齢者の主観的健康感に有意な差はなかった. 両群において, うつと主観的健康感の間に高い相関関係が認められた.
41	Jensen PM, et al (2008) 横断研究	地域在住の障害高齢者のオーラルヘルスのQOLと関連する要因を検討	アメリカ n=641	・ メディケア受給者で地域在住の障害高齢者 ・ 2つ以上のADLまたは3つ以上のIADLに介助が要る者	・ 5件法 ・ 「excellent」「very good」「good」44.3%, 「fair」39.0%, 「poor」16.7%	ロジスティック回帰分析の結果, オーラルヘルスのQOLの低下には, 主観的健康感の低さが関連していた
42	細井 俊希, 他 (2009) 介入研究	理学療法士が常勤で関わった時期のQOLを比較, 主観的健康感がQOL評価として使用できる可能性について検討	日本 n=20	・ 特別養護老人ホームに入所し, HDS-Rの質問項目が回答できる者 ・ 要介護1:2名, 要介護2:4名, 要介護3:7名, 要介護4:6名, 要介護5:1名	・ Visual Analogue Scale(0～100) ・ 56.5±16.0点 (ベースライン時)	単変量解析の結果, 常勤ありと常勤なしの6か月後のVASの比較では, 常勤ありで有意に得点が高かった. 開始時のSF-36ならびにPGCモラールスケールと主観的健康感には有意な相関があった

43	長谷川直人 (2010) 横断研究	居宅要支援高齢者の健康 状態および健康管理の実 態を示し、前期・後期高 齢者別の特徴を検討	日本山形県 n=1059	・要支援 1n: 442 名 (41.8%), 要支援 2n: 426 名 (40.2%), 経過的要介護: 191 名 (18.0%)	・4 件法? ・全体では「健康群」28.7%, 「非健康」71.3% ・前期高齢者では「健康群」 19.8%, 「非健康」80.2% ・後期高齢者では「健康群」 30.5%, 「非健康」69.5%	単変量解析の結果、主観的健 康感の非健康群の割合は前 期高齢者群で有意に高かつ た
44	河江 敏広, 他 (2010) 横断研究	多理論統合モデル (TTM) に着目し要支援高齢者の 運動習慣化とそれに関わ る心理社会的要因を検討	日本 n=43	・通所リハビリテーション施 設の利用者 ・要支援 1~2・要支援 1: 14 名 (32.6%), 要支援 2: 29 名 (67.4%).	・4 件法 ・「健康」46.5%, 「非健康」 53.5%	単変量解析の結果、運動習慣 化と主観的健康感の関連は 認められなかった
45	韓 昌完, 他 (2011) 横断研究	要介護に認定され介護給 付を受けている高齢者の 実態とニーズを検討	韓国ソウル市と 大田市 n=108	・介護給付サービスを利用し ている要介護認定者 (1~3 級) ・要介護 3 級: 50%, 要介護 2 級: 31%, 要介護 1 (最重 度): 19%	・4 件法 ・「とてもよい」0.9%, 「よい (普通)」38.0%, 「あまりよく ない」43.5%, 「とてもよく ない」17.6%	単変量解析の結果、在宅給付 と比べ施設給付を受けてい る高齢者の方が主観的健康 感が有意に高かった
46	Dubuc N, et al (2011) 介入研究	地域在住の障害高齢者の 満たされていないニーズ (unmet needs) に対する ISD (Integrated service delivery) が与えるイン パクトを検討	カナダケベック 介入地区 n=419 対象地区 n=327	・地域在住 75 歳以上の者で、 機能低下のリスクがある者 ・SMAF (Functional disability; 0-83; ハイスコ アであるほど functional ability が低い) 介入地区 18.65, 対象地区 20.04	・4 件法 ・両地区で合わせたベースライ ン時の「健康群」63%	単変量解析の結果、満たされ ないニーズの変化について ベースライン時の主観的健 康感は関連しなかった

47	長谷川 直人, 他 (2011) 横断研究	要支援高齢者の主観的健康感の関連要因を, 要支援高齢者全体, および前期・後期・超高齢者の各群で検討	日本 Y 県 A 市 n=1046	・要支援 1・2 ならびに経過的要介護の者 (悉皆調査) ・要支援 1 : 438 名 (41.9%), 要支援 2 : 422 名 (40.3%), 経過的要介護 : 186 名 (17.8%)	・4 件法 ・「健康である」4.1%, 「まあ健康である」24.6%, 「あまり健康でない」36.9%, 「健康でない」34.4%	変数増加法によるロジスティック回帰分析の結果, 対象者全体では年齢層, 経済状況に対する認識, 認知症高齢者の日常生活自立度, 現病歴数, 自覚している身体機能の低下と症状数, 睡眠による休息, うつ予防支援, 外出頻度が主観的健康感に関連していた
24	和泉 京子, 他 (2012) 縦断研究	要支援および要介護 1 に認定された高齢者の 5 年後の要介護度の推移とその推移に影響を及ぼす要因を検討	日本大阪府下 17 市町村 n=1598	・要支援 : 939 名 (58.8%), 要介護 1 : 659 名 (41.2%)	・4 件法 ・ベースライン時の要支援では「健康群」37.7%, 「非健康群」62.3%で, 要介護 1 では「健康群」32.8%, 「非健康群」67.2%	変数増減法によるロジスティック回帰分析の結果, 要介護度の低下に関連する要因は, 要支援者では後期高齢者, 排泄の失敗あり, 主観的健康感の非健康, 老研式活動能力指標得点, 趣味なし, 要介護 1 では後期高齢者, 排泄の失敗あり, 過去 1 年間の転倒経験あり, 老研式活動能力指標得点であった

48	井藤 佳恵, 他 (2012) 横断研究	大都市在住高齢者の精神的健康度の分布と, 要介護・要支援認定の有無別に精神的健康度の関連要因を検討	日本東京都 A 区 n=1954	・要介護認定者: 241 名 (12.3%), 要介護非認定者: 1713 名 (87.7%)	・4 件法 ・要介護非認定者 (n=996) では「健康である」76.2%, 「健康でない」23.8% (要介護認定者について記載なし)	ロジスティック回帰分析の結果, 要介護認定群では LSNS, 治療中の心疾患, 日中の眠気が精神的健康度に関連し, 要介護非認定群では教育年数, LSNS, 主観的健康感, 日中の眠気, もの忘れの不安が精神的健康度に関連していた
49	Damián J, et al (2012) 横断研究	施設入所高齢者の検出されないうつ (undetected depression) の割合と関連要因について検討	スペインマドリード n=579	・ナーシングホーム等の施設に入所している者 ・Barthel Index の Independent は 27%, Mild は 29%, Moderate は 25%, Severe は 19%	・5 件法 ・「very good」「good」55%	ポアソン回帰分析の結果, 性別・年齢を調整しても主観的健康感の不良が検出されないうつの割合の高さに関連していた
50	福島 奈緒美, 他 (2014) 横断研究	要支援高齢者女性の社会活動尺度 (SASOWS) を開発し, 尺度の信頼性と妥当性を検証	日本 A 県 B 地域の 3 市町 n=253	・認知症の診断を受けていない要支援者の女性, . ・要支援 1: 41.5%, 要支援 2: 58.5% ・一般高齢女性: 250 名	・4 件法 ・要支援高齢者群で「まあ健康である」49.4%, 「あまり健康でない」37.5% ・一般高齢者群で「まあ健康である」73.6%	単変量解析の結果, SASOWS と主観的健康感とは有意に関連が認められた. SASOWS と社会活動に対する意味付けが最も相関関係が強かった

51	平野 美千代, 他 (2014) 横断研究	要支援男性高齢者の飲酒行動をアルコール使用障害特定テスト (AUDIT) を用いスクリーニングし, 飲酒行動と身体心理社会的特徴との関連を検討	日本 A 市 n=218	・要介護認定を受けた居宅在住の男性 (要介護度の詳細なし)	・4 件法 ・「健康群」52.2%, 「非健康群」47.8%	ロジスティック回帰分析の結果, 非飲酒者は適正飲酒者に比べ主観的健康感が 2.48 倍低い
52	Takai Y, et al (2014) 横断研究	日本の介護施設に入所する高齢者の痛みの発生状況と痛みの自己評価に関連する要因について検討	日本の関東 4 県 n=246	・介護老人保健施設に入所している者 ・要介護 1 : 21 名 (8.5%), 要介護 2 : 53 名 (21.5%), 要介護 3 : 56 名 (22.8%), 要介護 4 : 73 名 (29.7%), 要介護 5 : 43 名 (17.5%)	・5 件法 ・ 3.1 ± 1.2	ロジスティック回帰分析の結果, 痛みの有無に, 主観的健康感, メンタルヘルスの診断, 呼吸器の診断が関連していた
53	池田 晋平, 他 (2015) 横断研究	在宅要支援・要介護高齢者の尿失禁が主観的健康感へ及ぼす影響を検討	日本札幌市手稲区 n=1059	・在宅要支援・要介護高齢者 ・要支援 : 37.7%, 要介護 1 ~ 2 : 40.4%, 要介護 3 ~ 5 : 21.9%	・4 件法 ・「非常に健康」1.1%, 「まあ健康」29.1%, 「あまり健康でない」34.5%, 「健康でない」35.3%	ロジスティック回帰分析の結果, 主観的健康感の健康に, 年齢区分 (後期高齢者), 要介護度 (軽度), 情緒的サポートの受領 (あり), 孤独感得点 (低い) が関連していた
54	山下 裕, 他 (2015) 横断研究	虚弱高齢者の転倒リスク評価と咬合力の関連を検討	日本 n=34	・デイケアを利用している要支援 1・2 高齢者で, 体力テストに参加した者 (要介護度の詳細なし) ・MMSE20 点以上の者	・Visual Analogue Scale (0 ~ 100) ・VAS : 54.9 ± 23.5 点	ステップワイズによる重回帰分析の結果, 転倒リスクに, 主観的健康感と咬合力が関連していた

55	Lee HY, et al (2015) 横断研究	ガンサバイバーの高齢者の身体活動 (physical activity) レベルと主観的健康感の関連を検討	アメリカ n=251	・メディケア受給者でガンサバイバーである在宅高齢者 ・Functional disability で No limitations は 36%, IADL limitations only は 14%, 1-2 ADL limitations は 29%, 3-4 ADL limitations は 16%, 5-6 ADL limitations は 4%	・4 件法 ・2.6(SE=0.6) ; fair to good	重回帰分析の結果, 主観的健康感に, 身体障害, うつ, 身体活動が関連していた
56	Chen YM, et al (2016) 横断研究	高齢介護施設の入所者において, 自己効力理論を適応するために定期的な運動の予測因子を検討	台湾 n=151	・高齢介護施設に 6 ヶ月以上入所している者 ・Barthel Index の平均 98.5 点	・5 件法 ・3.26±0.92	ロジスティック回帰分析の結果, 定期的な運動に過去の定期的な運動の経験, Self-efficacy expectations が関連していた
57	Juola AL, et al (2016) 縦断研究	3 つ潜在的有害薬物 (potentially harmful medications : PHMs) の重複と関連因子や QOL と死亡の関連を検討	フィンランドヘルシンキ n=326	・ナースিংホーム等の施設に入所している者 ・CDR で 0-1 は 21.6%, 2 は 31.8%, 3 は 46.7%	・4 件法 ・「quite healthy」・「healthy」72.3%	単変量解析の結果, PHMs の 4 つのグループのうち G0 がもっとも healthy の割合が高かった (86.2%)
22	吉満 孝二, 他 (2017) 横断研究	介護保険の要介護認定者の独居高齢者の生活実態を検討	日本 A 県郡部の B 町 n=55	・独居高齢者 ・要支援 1 : 17 名 (30.9%), 要支援 2 : 13 名 (23.6%), 要介護 1 : 8 名 (14.5%), 要介護 2 : 12 名 (21.8%), 要介護 3 : 5 名 (9.1%)	・4 件法 ・「良い」0 名 (0.0%), 「まあ良い」33 名 (60.0%), 「あまり良くない」19 名 (34.5%), 「よくない」3 名 (5.5%)	単変量解析の結果, 主観的健康感と婚姻状況, ソーシャルサポートの提供者の有無, IADL の買い物, 庭仕事, 交通手段の利用が関連していた

58	宮下 智葉, 他 (2017) 横断研究	地域在住の要支援高齢者の社会活動の実態を定量的に把握し, 関連要因について個人要因および環境要因の側面から検証	日本関東圏の A 市 n=129	・要支援高齢者 ・要支援 1 : 83 名 (64.3%), - 要支援 2 : 46 名 (35.7%)	・4 件法 ・「健康である」18.8%, 「まあ健康である」61.7%, 「あまり健康でない」14.1%, 「健康でない」5.4%	多重ロジスティック回帰分析の結果, 社会活動と主観的健康感の関連はなかった
----	----------------------------	---	---------------------	---	--	---------------------------------------

7. 文献

- 1) 社団法人日本WHO協会：健康の定義について
(<http://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html>, 2013-9-23) (1948).
- 2) 園田恭一：「新しい健康理論」の意味と意義。（園田恭一，川田智恵子編）健康観の転換－新しい健康理論の展開－，1-14，財団法人東京大学出版会，東京（1995）.
- 3) Blaxter M: What is health? Health and Lifestyles, 13-34, Routledge, NY (1990).
- 4) 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).
- 5) Eriksson I, Undén AL, Elofsson S: Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. International Journal of Epidemiology, 30(2):326-333(2001).
- 6) 星旦二：高齢者の健康づくりにおける主観的健康感のすすめ. 生きがい研究, 12 : 46-72(2006).
- 7) 村田伸:高齢者用主観的健康感評価尺度としての Visual Analogue Scale の有用性, その自記式尺度の信頼性と妥当性の検討. 日本在宅ケア学会誌, 8(1/2) : 24-32(2004).
- 8) Mavaddat N, Kinmonth AL, Sanderson S, et al.: What determines self-rated health (SRH)? A cross-sectional study of SF-36 health domains in the EPIC-Norfolk cohort. Journal of Epidemiology and Community Health, 65(9):800-806(2011).
- 9) Kempen GI, Miedema I, van den Bos GA, et al.: Relationship of domain-specific measures of health to perceived overall health among older subjects. Journal of Clinical Epidemiology, 51(1):11-18(1998).
- 10) DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, et al.: Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. Journal of General Internal Medicine, 21(3):267-275(2006).
- 11) Luppá M, Luck T, Weyerer S, et al.: Prediction of institutionalization in the elderly. A systematic review. Age and Ageing, 39(1):31-38(2010).
- 12) Andresen EM, Catlin TK, Wyrwich KW, et al.: Retest reliability of surveillance questions on health related quality of life. Journal of Epidemiology and Community Health, 57(5):339-343(2003).
- 13) Zajacova A, Dowd JB: Reliability of self-rated health in US adults. American Journal of Epidemiology, 174(8):977-983(2011).
- 14) Wennberg P, Rolandsson O, Jerdén L, et al.: Self-rated health and mortality in individuals with diabetes mellitus: Prospective cohort study. BMJ Open 2(1) (Published online) (2012).
- 15) Badawi G, Gariépy G, Pagé V, et al.: Indicators of self-rated health in the Canadian population with diabetes. Diabetic Medicine, 29(8):1021-1028(2012).
- 16) Farkas J, Nabb S, Zaletel-Kragelj L, et al.: Self-rated health and mortality in patients with chronic heart failure. European Journal of Heart Failure, 11(5):518-524(2009).

- 17) Shadbolt B, Barresi J, Craft P: Self-rated health as a predictor of survival among patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 20(10):2514-2519(2002).
- 18) Lainscak M, Farkas J, Frantal S, et al.: Self-rated health, nutritional intake and mortality in adult hospitalized patients. *European Journal of Clinical Investigation*, 44(9):813-824(2014).
- 19) Cserép Z, Losoncz E, Tóth R, et al.: Self-rated health is associated with the length of stay at the intensive care unit and hospital following cardiac surgery. *BMC Cardiovascular Disorders*, 14(171) (Published online) (2014).
- 20) 池田晋平, 内田恵美子, 芳賀博: 通所リハビリテーション利用者の主観的健康感と関連する心理・社会的要因. *老年学雑誌*, (4): 11-23(2014).
- 21) 池田晋平: 通所ならびに訪問リハビリテーションを利用する要介護高齢者の自覚症状と主観的健康感の関連. *日本在宅ケア学会誌*, 20(2): 33-39(2017).
- 22) 吉満孝二, 窪田正大, 池田由里子: 郡部に居住する独居高齢者の生活実態と主観的健康観—介護保険要介護認定者を対象にした横断研究. *作業療法*, 36(1): 26-34(2017).
- 23) 厚生労働省: 介護予防マニュアル(改訂版:平成24年3月)について:第1章介護予防事業について
(<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>, 2018-6-7) (2009)
- 24) 和泉京子, 阿曾洋子, 山本美輪: 「軽度要介護認定」高齢者の5年後の要介護度の推移の状況とその要因. *老年社会科学*, 33(4): 538-554(2012).
- 25) 工藤禎子, 三国久美, 森田智子: 介護保険の居宅サービス利用者の生活満足度とその関連要因. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 2(1): 29-33(2006).
- 26) 権藤恭之, 古名丈人, 小林 江里, 他: 超高齢期における身体的機能の低下と心理的適応—板橋区超高齢者訪問悉皆調査の結果から—. *老年社会科学*, 27(3): 327-338(2005).
- 27) Burnette D, Mui AC: Determinants of self-reported depressive symptoms by frail elderly persons living alone. *Journal of Gerontological Social Work*, 22(1/2):3-19(1994).
- 28) Leung KK, Tang LY, Lue BH: Self-rated health and mortality in Chinese institutional elderly persons. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(10):1107-1116(1997).
- 29) Burns R, Nichols LO, Martindale-Adams J, et al.: Interdisciplinary geriatric primary care evaluation and management: Two-year outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(1):8-13(2000).
- 30) 早坂信哉, 多治見守泰, 大木いずみ, 他: 在宅要援護高齢者の主観的健康感に影響を及ぼす因子. *厚生指標*, 49(15): 22-27(2002).
- 31) 村田伸, 津田彰, 稲谷ふみ枝: 在宅障害高齢者の主観的健康感に及ぼすADLならびにライフスタイルの影響. *行動科学*, 43(2): 51-57(2004).
- 32) 村田伸, 津田彰: 在宅障害高齢者の転倒とQOLとの関連. *健康支援*, 7(2):141-148(2005).
- 33) 福井貞亮: 要援護在宅高齢者が感じる日常生活上の困りごとに関連する要因分析—入浴整容, 排泄, 食事という日常生活上の困りごとに関連する要因分析—. *ケアマネジメント学*, 4: 79-92(2005).

- 34) 福井貞亮：要援護在宅高齢者が感じる日常生活上の困りごとに関連する要因分析－日常生活家事、金銭管理という日常生活上の困りごとに関心をあてて－. 日本在宅ケア学会誌, 9(2) : 7-14(2005).
- 35) 村田伸, 津田彰：在宅障害後期高齢者の家庭内役割とQOLとの関連. 行動医学研究, 12(1) : 8-14(2006).
- 36) 高橋龍太郎：地域在住要介護高齢者の低栄養リスクに関連する要因について. 日本老年医学会雑誌, 43(3) : 375-382(2006).
- 37) 中尾寛子, 平松正臣：訪問介護サービスを利用している独居高齢者の主観的健康感に影響する社会関係要因とその独居年数による相違. 厚生指標, 53(13) : 20-27(2006).
- 38) 和泉京子, 阿曾洋子, 山本美輪, 他：「軽度要介護認定」高齢者のうつに関連する要因. 老年社会科学, 28(4) : 476-486(2007).
- 39) 村田伸, 安田直史, 米田香, 他：軽度要介護高齢者における居宅生活の継続要因に関する前向き研究－5年後の追跡調査より－. 理学療法科学, 23(4) : 487-490(2008).
- 40) Popović B, Kalasić A, Milosević D, et al.: Psycho-social model of depression within the elderly population in the institutional and non-institutional life conditions. *Advances in Gerontology*, 21(2):293-297(2008).
- 41) Jensen PM, Saunders RL, Thierer T, et al.: Factors associated with oral health-related quality of life in community-dwelling elderly persons with disabilities. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(4):711-717(2008).
- 42) 細井俊希, 丸山仁司：特別養護老人ホームでの常勤理学療法士によるリハビリテーションの効果－QOLへの影響について－. 理学療法科学, 24(2) : 173-178(2009).
- 43) 長谷川直人, 佐藤和佳子, 舟山恵美, 他：居宅要支援高齢者の健康状態と健康管理の特徴－前期・後期高齢者別の検討－. 厚生指標, 57(2) : 35-42(2010).
- 44) 河江敏広, 橋詰裕美, 對東俊介, 他：要支援高齢者における運動行動の習慣化に関わる心理社会的要因. 臨床運動療法研究会誌, 12(1) : 13-17(2010).
- 45) 韓昌完, 丁海龍, 関田康慶：韓国の老人長期療養保険サービスの実態とニーズに関する研究－要介護認定者に対するアンケート調査から－. ケアマネジメント学, 9:45-56(2011).
- 46) Dubuc N, Dubois MF, Raiche M, et al.: Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: Does integrated services delivery make a difference? *BMC Geriatrics*, 11(67) (Published online) (2011).
- 47) 長谷川直人, 佐藤和佳子：要支援高齢者の主観的健康感の関連要因. 日本看護科学会誌, 31(2) : 13-23(2011).
- 48) 井藤佳恵, 稲垣宏樹, 岡村毅, 他：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).
- 49) Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E: Descriptive epidemiology of undetected depression in institutionalized older people. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(5):312-319(2010).
- 50) 福島奈緒美, 河野あゆみ：介護保険の要支援認定を受けた男性高齢者における飲酒行動と身体心理社会的特徴との関連. 日本地域看護学会誌, 17(2) : 28-35(2014).

- 51) 平野美千代, 河原加代子, 佐伯和子: 要支援高齢女性の社会活動尺度の開発. 日本地域看護学会誌, 17(2):19-27(2014).
- 52) Takai Y, Yamamoto-Mitani N, Ko A: Prevalence of and factors related to pain among elderly Japanese residents in long-term healthcare facilities. *Geriatrics and Gerontology International*, 14(2):481-489(2014).
- 53) 池田晋平, 植木章三, 柴喜崇, 他: 在宅要支援・要介護高齢者の主観的健康感に尿失禁と心理・社会的要因が及ぼす影響の検討. 作業療法, 34(5):509-518(2015).
- 54) 山下裕, 古後晴基, 太田尾浩, 他: 虚弱高齢者を対象とした転倒スコア(Fall Risk Index: FRI-21)と咬合力の関連. ヘルスプロモーション理学療法研究, 5(1):9-14(2015).
- 55) Lee HY, Kim J, Merighi JR: Physical activity and self-rated health status among older adult cancer survivors: Does intensity of activity play a role? *Oncology Nursing Forum*, 42(6):614-624(2015).
- 56) Chen YM, Li YP, Yen ML: Predictors of regular exercise among older residents of long-term care institutions. *International Journal of Nursing Practice*, 22(3):239-246(2015).
- 57) Juola AL, Pylkkänen S, Kautiainen H, et al.: Burden of potentially harmful medications and the association with quality of life and mortality among institutionalized older people. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3):276.e9-14(2016).
- 58) 宮下智葉, 田高悦子, 伊藤絵梨子, 他: 地域在住要支援高齢者における社会活動の実態と関連する要因の検討. 日本地域看護学会誌, 20(2):12-19(2017).
- 59) Sun W, Watanabe M, Tanimoto Y, et al.: Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7:297(2007).
- 60) Zunzunegui MV, Béland F, Otero A: Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30(5):1090-1099(2001).
- 61) Nummela O, Seppänen M, Uutela A: The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): A longitudinal study among aging people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2):163-167(2011).
- 62) Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, et al.: Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 74(6):907-914(2012).
- 63) Cott CA, Gignac MA, Badley EM: Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journals of Epidemiology and Community Health*, 53(11):731-736(1999).
- 64) Mavaddat N, Van der Linde R, Savva GM, et al.: What determines the self-rated health of older individuals with stroke compared to other older individuals? A cross-sectional analysis of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study. *BMC Public Health* (Published online) (2013).
- 65) 内閣府: 内閣府の政策: 共生社会政策: 高齢社会対策: 高齢社会対策に関する調査:

平成26年度高齢者の日常生活に関する意識調査結果（全体版）：第2章調査結果の概要：1.
基本的生活：(11)将来の日常生活への不安（Q7）

(<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h26/sougou/zentai/index.html>, 2018-5-20)
(2015).

66) Teddlie C, Tashakkori A（土屋敦，八田太一，藤田みさお訳）：混合研究法の基礎：
社会・行動科学の量的・質的アプローチの統合．初版，99-121，西村書店，東京（2017）．

第2章 研究Ⅰ「要支援・要介護高齢者と一般高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴」

研究Ⅰはすでに学術誌「老年社会科学」に原著論文として発表された内容である。著作権は日本老年社会学会にあるが、転載許可を得たうえで本研究の一部として以下に原文のまま掲載する。なお本研究における追記内容は「9. 補足」に記した。

（池田晋平，他：要支援・要介護高齢者と一般高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴。老年社会科学39（3）：341-351，2017.）

1. 背景

主観的健康感とは、ある個人の健康状態をその人自身が評価する指標である。例えば「あなたは普段、ご自分で健康だと思いますか？」という問いに対し、回答者は「とても健康である」、「まあまあ健康である」、「あまり健康ではない」、「健康ではない」の選択肢から答えるもので、自分が健康なのかそうでないかの判断は回答する本人に委ねられているのが特徴である。この主観的健康感とは、地域住民の客観的健康度を測る代替手段として1950年代より使用されてきた¹⁾。しかし、2000年に入り慢性疾患や日常生活に障害がある人々にも調査が行われている。そのなかで、客観的な健康度が低下していても主観的健康感とは良好に維持されているとの報告がされている。例えば、Farkasらは慢性心不全の患者に主観的健康感を測定し、健康状態が良好と回答した者が56%いたことを報告している²⁾。またDamiánら³⁾の施設入所高齢者の調査では55%が、さらにShadboltら⁴⁾の末期がん患者の調査で58%が良好と回答したとしている。これらの報告が示唆することは、疾患や障害など客観的には不健康と考えられる者でも、その当事者は健康と認識している場合があることである。

では、なぜそのようなことが起こるのか。それはおそらく心理面や社会生活が良い状態であるために当事者の主観的健康感が良好に維持されるのではないと思われる。それでは、疾患や障害のある人々の主観的健康感に心理的側面や社会的側面はどのように作用するのであろうか。

我が国の介護保険制度による要支援あるいは要介護の認定を受けている高齢者（以下、要支援・要介護高齢者）では、通院⁵⁾、疾患数⁶⁾、睡眠状況⁶⁾⁷⁾、自覚症状数⁶⁾の身体的要因の他に、近所付き合いの満足度⁸⁾、孤独感⁹⁾の心理的要因、そして外出頻度⁶⁾、情緒的サポートの受領⁹⁾¹⁰⁾、家庭で役割を担うこと¹⁰⁾の社会的要因が関連していると報告がある。しかし要支援や要介護の認定を受けていない地域在住一般高齢者（以下、一般高齢者）においても主観的幸福感¹¹⁾、生活満足度¹²⁾、外出の可否¹³⁾、社会活動¹⁴⁾¹⁵⁾、情緒的サポートや手段的サポート¹⁶⁾、隣人数¹⁴⁾など心理・社会的要因の関連が報告されている。したがって、一概に要支援・要介護高齢者とくに心理・社会的要因が主観的健康感に作用するとは言いきれない。そもそも調査地域や調査項目（尺度）が異なる研究報告をもとに、要支援・要介護高齢者と一般高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴を比較することは、方法論として限界がある。

Cottら¹⁷⁾は、National Population Health Survey (NPHS) においてカナダ全域の20歳以

上の住民を対象に慢性疾患および身体障害のある者とない者の両群に主観的健康感を調査し、それぞれの関連要因を検討している。その結果、疾患・障害のある群では「統制 (mastery)」、「自尊心 (self-esteem)」の心理的要因が関連していたと報告している。またMavaddatら¹⁸⁾は、イングランドとウェールズの脳卒中のある高齢者とない高齢者でそれぞれ関連要因を検討しているが、脳卒中のない高齢者では心理・社会面の他に心疾患ならびに活動度が関連していたと報告している。これらの知見から、疾患・障害がある人々の主観的健康感には心理・社会的要因の影響をとくに受けることが推察される。しかしこのようなデザインの研究は極めて少なく、我が国において要介護認定を受けている要支援・要介護高齢者と、要介護認定を受けていない高齢者それぞれで、主観的健康感の関連要因を検討した報告はされていない。

要支援高齢者で主観的健康感が良好であることは、5年後の介護度悪化の抑制¹⁹⁾や、生活満足度に貢献²⁰⁾することが期待される。そのため、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴を明らかにすることは意義があるといえる。筆者らは、厚生労働省の平成24年度老人保健健康増進等事業「地域包括ケアを支える医療機関と保険者機能連携に関する調査研究事業」²¹⁾の一環として、同一地域に在住する要支援・要介護高齢者と一般高齢者に対し主観的健康感に関する大規模な調査を実施した。いずれの対象者においても共通の質問紙を使用し、主観的健康感以外に身体的要因、心理的要因、社会的要因に関するデータを収集している。本研究はそのデータを分析し、要支援・要介護高齢者と一般高齢者それぞれで主観的健康感の関連要因を検討し、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴を検討することを目的とした。

2. 方法

1) 調査対象と調査方法

調査対象は、平成24年10月30日現在で北海道A市B区に在住する要介護認定を受けている要支援・要介護高齢者（施設入所は除く）ならびに要介護認定を受けていない一般高齢者である。いずれの対象者からも無作為に2,500名ずつ抽出し、郵送法によるアンケート調査を行った。アンケートは原則対象者本人が回答するものとし、本人の自記が困難な場合は家族など代理人による代筆も可とした。

アンケートの回収数は要支援・要介護高齢者では1,512名（回収率60.5%）、一般高齢者は1,756名（回収率70.4%）であった。そのなかで未記入のもの、基本属性と主観的健康感が無回答のものを除外し、残りを分析の対象とした。最終的に要支援・要介護高齢者は計1,059名（有効回答率70.0%）、一般高齢者では計1,699名（有効回答率96.8%）が分析対象となった。その内、代理人による代筆によるものは要支援・要介護高齢者で60.0%、一般高齢者で5.7%であった。調査期間は2012年12月5日～12月18日であった。

2) 調査項目

本研究は主観的健康感に関連する要因を検討するために、基本属性、身体的要因、心理的要因、社会的要因の枠組みから変数を選択した。

(1) 主観的健康感

「あなたは、ふだんご自分で健康だと思いますか」と問い、「非常に健康」、「まあ健康」、

「あまり健康でない」、「健康でない」の4件法から回答を求めた。

(2) 基本属性

「性別」、「年齢」、「同居者の有無」を調査した。我が国は高齢者の夫婦のみの世帯あるいは単独の世帯が増加している²²⁾。高齢者が何らかの問題に直面したときに配偶者を含めた家族等と同居しているか否かは重要な事項と考えたため「同居者の有無」について調査した。

(3) 身体的要因

「疾患の数」、「過去一年の転倒経験」、「IADL (Instrumental Activities of Daily Living) の自立度」、「ADL (Activities of Daily Living) の自立度」を調査した。疾患の数は、医師から指摘されている病気について選択肢から選ばせ、その数を合計した。選択肢の内容は、脳血管疾患、高血圧症、心疾患、肺炎、骨折など外傷、骨粗鬆症、パーキンソン病、うつ、がん等の高齢者にみられる疾患とした。過去一年の転倒経験は「この一年間に転んだことがありますか」と尋ね、「あり (0)」、「なし (1)」から選択させた。IADL の自立度は古谷野らの老研式活動能力指標を参考に²³⁾、「バス・電車での外出」、「日用品の買い物」、「食事の支度」、「請求書の支払い」、「預貯金の出し入れ」の5項目を設定し、それぞれ「している (2)」、「できるけどしていない (1)」、「できない (0)」から回答を求め合計点 (0～10点) を算出した。ADL の自立度は「50メートル以上歩く」、「食事は全部自分で食べる」、「自分で着替えをする」、「自分一人で入浴する」、「トイレで排泄する」の5項目について、「一人でできる (2)」、「一部介助があればできる (1)」、「できない (0)」から回答を求め合計点 (0～10点) を算出した。

(4) 心理的要因

孤独感尺度²⁴⁾²⁵⁾の参考に、孤独感について調査した。「人づきあいが足りないと感じる」、「疎外されているように感じる」、「他の人たちから孤立している」の3項目について、「ほとんどない (1)」、「時々ある (2)」、「よくある (3)」から該当するものを選択させ、3項目の合計点 (3～9点) を算出した。

(5) 社会的要因

「一週間の外出頻度」、「社会活動の参加数」、そして「情緒的サポートの受領」、「情緒的サポートの提供」について尋ねた。一週間の外出頻度は「あなたは週にどのくらい外出していますか」と尋ね、「週4日以上 (3)」、「週2～3日 (2)」、「週1日以下 (1)」から回答を求めた。外出頻度は、活動度として身体的要因と捉えることができるが、本研究では家庭外の社会と接触する頻度として社会的要因に位置付けた。社会活動の参加数は、橋本らのいきいき社会活動チェック表²⁶⁾を参考に「自治会・町内会」、「サークル・自主グループ (住民グループ)」、「老人クラブ」、「ボランティア活動」の4項目を設定した。それぞれ参加の有無について尋ね、参加している社会活動の数を合計 (0～4) した。情緒的サポートは、野口が開発したソーシャルサポートの尺度²⁷⁾を参考に項目を設定した。情緒的サポートの受領ならびに提供は「あなたの心配事や悩み事を聞いてくれる人はいますか」、「あなたは普段、誰かの心配事や悩み事を聞いていますか」とそれぞれ尋ね、回答は「はい (1)」あるいは「いいえ (0)」から選択させた。

3) 分析方法

はじめに、要支援・要介護高齢者と一般高齢者の二群に分け、それぞれ調査した変数と

主観的健康感の関連を単変量解析にて検討した。その際、主観的健康感を「健康群」（「非常に健康」・「まあ健康」）、「非健康群」（「あまり健康でない」・「健康でない」）の2値とした。関連を検討する変数が離散変数の場合は割合を算出しカイ二乗検定を実施し、連続変数の場合はマン・ホイットニーのU検定を実施した。

次に要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因を明らかにするため二項ロジスティック回帰分析を実施した。従属変数は主観的健康感の「健康群」と「非健康群」の2値で、その他の身体、心理、社会的要因に関する変数を独立変数とした。一般高齢者においても同様の二項ロジスティック回帰分析を実施し、その結果から関連要因を比較した。統計処理はIBM SPSS for Windows ver. 23を用いて行い、統計的有意水準は5%未満とした。

3. 倫理的配慮

本研究は桜美林大学研究倫理委員会の承認(No. 12027)を得て実施した。対象者に研究の目的と意義を書面にて説明し、アンケートの回答は任意であること、拒否しても不利益は生じないことを重ねて書面で説明した。アンケートの提出をもってこれらの同意が得られたとみなした。

4. 結果

1) 対象者の特性

要支援・要介護高齢者ならびに一般高齢者の特性を表 2-1 にまとめた。

要支援・要介護高齢者は、男性 327 名 (30.9%)、女性 732 名 (69.1%) で、平均年齢は 82.6 ± 7.4 歳であった。同居者がいる者は 819 名 (80.0%) であった。主観的健康感「非常に健康」12 名 (1.1%)、「まあ健康」308 名 (29.1%)、「あまり健康でない」365 名 (34.5%)、「健康でない」374 名 (35.3%) であった。「健康群」は 30.2%、「非健康群」は 69.8% であった。要介護度の内訳は、「要支援 1」216 名 (20.4%)、「要支援 2」183 名 (17.3%)、「要介護 1」272 名 (25.7%)、「要介護 2」156 名 (14.7%)、「要介護 3」82 名 (7.7%)、「要介護 4」84 名 (7.9%)、「要介護 5」66 名 (6.2%) であった。

一般高齢者は男性 839 名 (49.4%)、女性 860 名 (50.6%) で、平均年齢は 72.7 ± 6.2 歳であった。同居者がいる者は 1,499 名 (88.3%) であった。主観的健康感「非常に健康」109 名 (6.4%)、「まあ健康」1,172 名 (69.0%)、「あまり健康でない」300 名 (17.7%)、「健康でない」118 名 (6.9%) であった。「健康群」は 75.4%、「非健康群」は 24.6% であった。

その他の身体的要因、心理的要因、社会的要因については表 2-1 を参照されたい。

2) 主観的健康感と他の変数の関連（単変量解析）

(1) 要支援・要介護高齢者の主観的健康感と関連する要因

基本属性では年齢、身体的要因では疾患の数、過去一年の転倒経験、IADL の自立度、ADL の自立度が有意に関連していた。心理的要因では孤独感尺度の得点、ならびに「人付き合いが足りないと感じる」、「疎外されているように感じる」、「他の人たちから孤立しているように感じる」の3項目、社会的要因では一週間の外出頻度、情緒的サポートの受領ならびに提供が有意に関連していた（表 2-2）。

(2) 一般高齢者の主観的健康感と関連する要因

基本属性では年齢，身体的要因では疾患の数，過去一年の転倒経験，IADL の自立度，ADL の自立度が有意に関連していた．心理的要因では孤独感尺度の得点，ならびに「人付き合いが足りないと感じる」，「疎外されているように感じる」，「他の人たちから孤立しているように感じる」の 3 項目，社会的要因では一週間の外出頻度，社会活動の参加数，情緒的サポートの受領ならびに提供が有意に関連していた（表 2-3）．

3) 要支援・要介護高齢者と一般高齢者の主観的健康感の関連要因（多変量解析）

ロジスティック回帰分析の結果，要支援・要介護高齢者では「年齢（より高い）」，「疾患の数（より少ない）」，「過去一年の転倒経験（なし）」，「ADL の自立度（より高い）」，「孤独感尺度（より得点が高い）」，「情緒的サポートの受領（あり）」の 6 項目が他の要因とは独立して主観的健康感に有意に関連していた．また一般高齢者では「疾患の数（より少ない）」，「過去一年の転倒経験（あり）」，「IADL の自立度（より高い）」，「孤独感尺度（より得点が高い）」，「一週間の外出頻度（より多い）」の 5 項目が他の要因とは独立して主観的健康感に有意に関連していた（表 2-4）．

5. 考察

本研究の目的は，要支援・要介護高齢者と一般高齢者それぞれで主観的健康感の関連要因を検討し，要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴を検討することである．本研究の対象となった要支援・要介護高齢者の要介護度の内訳をみると，要支援から要介護 2 に該当する者の割合は 78.1% であり，一方で同時期の全国調査では 59.0% であることが報告されている²⁸⁾．このことから，本研究は要支援・要介護高齢者という母集団を想定し無作為抽出したものの，結果的に要支援者ならびに軽度要介護者の割合が高い集団という特性がある．

ロジスティック回帰分析の結果，要支援・要介護高齢者ならびに一般高齢者の主観的健康感に関連する要因の特徴を見てみると，一般高齢者においては疾患，転倒，IADL，外出頻度という身体機能面および社会生活を営むための技能や頻度が主観的健康感に影響していることが推察される．他方，本研究が着目する要支援・要介護高齢者では疾患，転倒，ADL に加えて，孤独感，情緒的サポートの心理・社会的要因の関連が特徴であった．このことは，要支援・要介護高齢者は身体機能の低下ゆえに外出自体に制約があるため，家庭内の ADL という身の活動がより重要になることが考えられる．そして社会生活においては，技能や頻度という量的なものよりも周囲の人々に関わることに對する満足感，心配事や悩み事を聞いてくれるという周囲の支えなど質的なものを重視していることが考えられる．一般高齢者においても孤独感が主観的健康感に関連していたが，その孤独感の程度については一般高齢者よりも要支援・要介護高齢者の方が孤独感が有意に高かった．このことから，疾患や障害など客観的な健康度が低下している高齢者においては，とりわけ孤独感に対する配慮が必要であり，周囲の人々の交流が充実することで主観的健康感の維持・増進に貢献できる可能性があると考えられる．

従来から主観的健康感とは地域住民など集団の客観的健康度を測定する代替手段として活用されてきた¹⁾．しかし本研究では，要支援・要介護高齢者においては孤独感，心配事・悩み事を聞いてくれる人の存在というサポートの側面も主観的健康感に影響することが明らかになった．したがって主観的健康感とは必ずしも客観的な健康側面のみを反映しているとは言い切れない．近年，興味深いことに，慢性心不全の患者²⁾，末期がん患者⁴⁾におい

て主観的健康感が良好に保たれているという報告がされている。このことは疾患・障害がある人々は心理的あるいは社会的側面が充実していることで主観的健康感が良好であるのかもしれない。もしそうであれば、客観的健康度が低下している人々に主観的健康感を応用することは、心理・社会的側面の健康度を測定できるという点で意義があると考えられる。

我が国はすでに高齢社会を迎え、要支援・要介護高齢者が急速に増加している。高齢期になると慢性疾患や障害を持ちながら生活を送ることは、誰もが起こりえることである。客観的健康度が低下している要介護高齢者は、数年後も介護度が悪化しやすいことが報告されている²⁹⁾。したがって要介護高齢者の客観的健康に対する対策は今後も重要であるが、それに加えて主観的健康感に着目していくことも重要と考えられる。なぜならば、近年、要介護認定を受けている高齢者の主観的健康感が良好であることは、将来の介護度が悪化しづらいこと¹⁹⁾、生活満足度が高いこと²⁰⁾に関与することが報告されているからである。したがって、要支援・要介護高齢者に対する介護・福祉において、主観的健康感を充足させる取り組みは、今後より重要になるのではないだろうか。

疾病構造の変化で慢性疾患の時代となった今日では、当事者が「自分は健康だ」と健康を肯定的に捉えて生活を送ることも一つの健康の姿と呼べるかもしれない。客観的健康度が低下した人々に対し主観的健康感が測定され始めている近年の研究の動向は、主観的な健康も重視していこうという健康の価値観の転換を表しているのかもしれない。

最後に本研究の限界について述べる。一点目は、対象とした高齢者の認知機能に関することである。とくに要支援・要介護高齢者においては認知機能が低下している者を含んでいる可能性があるため、調査内容を理解したり回答する過程で何らかの影響があることが考えられる。代理人による回答の割合も要支援・要介護高齢者で多かったことから、今後は認知機能が低下している者でも回答しやすいよう調査方法を工夫すること、対象者の認知機能を評価できる指標を調査項目に含めること、など検討が必要と考える。二点目は、情緒的サポートの受領についてである。本研究は情緒的サポートの受領について「あり」と「なし」を問うたが、要支援・要介護高齢者および一般高齢者の9割以上が「あり」と回答していたため、2値のうちの片方に大きく偏りが生じた。そのため、ロジスティック回帰分析では要支援・要介護高齢者のオッズ比の95%信頼区間が広くなるという結果となった。今後、より精度の高い分析をするために情緒的サポートの質問やその回答方法について検討が必要と考える。

6. 結論

要支援・要介護高齢者の主観的健康感に関連する要因の特徴は、身体的要因以外に、人づきあいの満足度や情緒的サポートの受領であった。すなわち周囲の人々との関わりが充実することで、客観的健康度が低下していても主観的健康感が良好に維持される可能性が考えられた。

7. 図・表

表 2-1 要支援・要介護高齢者ならびに一般高齢者の特性

	要支援・要介護 高齢者		一般高齢者		<i>p</i> 値
	n	%	n	%	
主観的健康感					
健康群	320	30.2	1,281	75.4	<i>p</i> <0.001
非健康群	739	69.8	418	24.6	
性別					
男性	327	30.9	839	49.4	<i>p</i> <0.001
女性	732	69.1	860	50.6	
年齢 ¹⁾	82.6±7.4		72.7±6.2		<i>p</i> <0.001
同居者					
いる	819	80.0	1,499	88.3	<i>p</i> <0.001
いない	205	20.0	198	11.7	
疾患の数 ¹⁾	3.0±1.8		1.8±1.4		<i>p</i> <0.001
過去一年の転倒経験					
あり	557	55.1	453	27.3	<i>p</i> <0.001
なし	454	44.9	1,206	72.7	
IADL の自立度 ¹⁾	3.2±3.7		9.1±1.8		<i>p</i> <0.001
ADL の自立度 ¹⁾	7.5±3.0		9.9±0.6		<i>p</i> <0.001
孤独感尺度 ¹⁾	4.4±1.6		3.6±1.0		<i>p</i> <0.001
人付き合いが足りない					
ほとんどない	464	51.2	1,183	71.4	<i>p</i> <0.001
時々ある	315	34.8	388	23.4	
よくある	127	14.0	85	5.1	
疎外されている					
ほとんどない	590	67.7	1,482	92.0	<i>p</i> <0.001
時々ある	223	25.6	112	7.0	
よくある	58	6.7	17	1.1	
孤立している					
ほとんどない	574	66.1	1,437	88.7	<i>p</i> <0.001
時々ある	233	26.8	159	9.8	
よくある	61	7.0	24	1.5	
一週間の外出頻度					
週 4 日以上	129	14.3	906	55.0	<i>p</i> <0.001
週 2～3 日	337	37.4	527	32.0	
週 1 日以下	435	48.3	215	13.0	
社会活動の参加数 ¹⁾	0.3±0.6		0.8±0.8		<i>p</i> <0.001

情緒的サポートの受領					
あり	939	96.5	1,457	91.8	p<0.001
なし	34	3.5	131	8.2	
情緒的サポートの提供					
あり	588	63.1	1,402	86.7	p<0.001
なし	344	36.9	216	13.3	
要介護度					
要支援 1	216	20.4			
要支援 2	183	17.3			
要介護 1	272	25.7			
要介護 2	156	14.7			
要介護 3	82	7.7			
要介護 4	84	7.9			
要介護 5	66	6.2			

¹⁾ 平均値±SD

表 2-2 要支援・要介護高齢者の特性と主観的健康感の関連

	主観的健康感				p 値
	健康群		非健康群		
	n	%	n	%	
性別 (n=1, 059)					
男性	98	30. 0	229	70. 0	0. 907
女性	222	30. 3	510	69. 7	
年齢 ¹⁾ (n=1, 059)	84. 1±7. 6		81. 4±7. 2		p<0. 001
同居者 (n=1, 024)					
いる	241	29. 4	578	70. 6	0. 616
いない	64	31. 2	141	68. 8	
疾患の数 ¹⁾ (n=1, 033)	2. 5±1. 6		3. 4±1. 9		p<0. 001
過去一年の転倒経験 (n=1, 011)					
あり	138	24. 8	419	75. 2	p<0. 001
なし	170	37. 4	284	62. 6	
IADL の自立度 ¹⁾ (n=1, 003)	4. 1±3. 9		3. 4±3. 7		0. 002
ADL の自立度 ¹⁾ (n=954)	8. 6±2. 0		7. 5±2. 8		p<0. 001
孤独感尺度 ¹⁾ (n=858)	4. 0±1. 3		4. 6±1. 7		p<0. 001
人付き合いが足りない (n=906)					
ほとんどない	178	38. 4	286	61. 6	p<0. 001
時々ある	90	28. 6	225	71. 4	
よくある	23	18. 1	104	81. 9	
疎外されている (n=871)					
ほとんどない	210	35. 6	380	64. 4	0. 017
時々ある	59	26. 5	164	73. 5	
よくある	14	24. 1	44	75. 9	
孤立している (n=868)					
ほとんどない	212	36. 9	362	63. 1	p<0. 001
時々ある	60	25. 8	173	74. 2	

よくある	9	14.8	52	85.2	
一週間の外出頻度 (n=901)					
週 4 日以上	46	35.7	83	64.3	0.043
週 2～3 日	121	35.9	216	64.1	
週 1 日以下	122	28.0	313	72.0	
社会活動の参加数 ¹⁾ (n=920)	0.32±0.60		0.27±0.56		0.345
情緒的サポート受 領 (n=973)					
あり	294	31.3	645	68.7	0.039
なし	5	14.7	29	85.3	
情緒的サポート提 供 (n=932)					
あり	164	27.9	424	72.1	0.012
なし	123	35.8	221	64.2	

¹⁾平均値±SD

表 2-3 一般高齢者の特性と主観的健康感の関連

	主観的健康感				p 値
	健康群		非健康群		
	n	%	n	%	
性別 (n=1, 699)					
男性	632	75. 3	207	24. 7	0. 948
女性	649	75. 5	211	24. 5	
年齢 ¹⁾ (n=1, 699)	72. 4±5. 9		74. 3±6. 3		p<0. 001
同居者 (n=1, 697)					
いる	1, 137	75. 9	362	24. 1	0. 265
いない	143	72. 2	55	27. 8	
疾患の数 ¹⁾ (n=1, 655)	1. 7±1. 1		2. 8±1. 6		p<0. 001
過去一年の転倒経験 (n=1, 659)					
あり	291	64. 2	162	35. 8	p<0. 001
なし	966	80. 1	240	19. 9	
IADL の自立度 ¹⁾ (n=1, 669)	9. 4±1. 3		8. 4±2. 5		p<0. 001
ADL の自立度 ¹⁾ (n=1, 657)	10. 0±0. 1		9. 8±0. 9		p<0. 001
孤独感尺度 ¹⁾ (n=1, 605)	3. 5±0. 9		3. 9±1. 3		p<0. 001
人付き合いが足りない (n=1, 656)					
ほとんどない	945	79. 9	238	20. 1	p<0. 001
時々ある	257	66. 2	131	33. 8	
よくある	49	57. 6	36	42. 4	
疎外されている (n=1, 611)					
ほとんどない	1, 162	78. 4	320	21. 6	p<0. 001
時々ある	61	54. 5	51	45. 5	
よくある	4	23. 5	13	76. 5	
孤立している (n=1, 620)					
ほとんどない	1, 133	78. 8	304	21. 2	p<0. 001
時々ある	94	59. 1	65	40. 9	

よくある	8	33.3	16	66.7	
一週間の外出頻度 (n=1,648)					
週4日以上	740	81.7	166	18.3	$p<0.001$
週2～3日	382	72.5	145	27.5	
週1日以下	124	57.7	91	42.3	
社会活動の参加数 1) (n=1,607)	0.80±0.84		0.63±0.82		$p<0.001$
情緒的サポート受 領 (n=1,588)					
あり	1,144	78.5	313	21.5	$p<0.001$
なし	72	55.0	59	45.0	
情緒的サポート提 供 (n=1,618)					
あり	1,081	77.1	321	22.9	0.006
なし	148	68.5	68	31.5	

1) 平均値±SD

表 2-4 主観的健康感を従属変数とするロジスティック回帰分析

項目	要支援・要介護高齢者 (n=626)		一般高齢者 (n=1,408)	
	OR	95% CI	OR	95% CI
性別	0.93	0.63-1.39	0.80	0.58-1.09
年齢	1.06	1.03-1.09***	0.98	0.96-1.01
同居者	0.82	0.52-1.30	0.81	0.51-1.28
疾患の数	0.78	0.70-0.87***	0.51	0.46-0.58***
過去一年の転倒経験	1.46	1.02-2.10*	0.57	0.41-0.78***
IADL の自立度	1.03	0.96-1.10	1.18	1.08-1.30***
ADL の自立度	1.15	1.04-1.26**	1.34	0.76-2.35
孤独感尺度	0.87	0.77-0.99*	0.80	0.69-0.92**
一週間の外出頻度	1.04	0.80-1.35	1.35	1.09-1.67**
社会活動の参加数	0.98	0.71-1.35	1.08	0.90-1.30
情緒的サポートの受領	3.81	1.05-13.79*	1.48	0.88-2.51
情緒的サポートの提供	0.70	0.48-1.03	1.26	0.81-1.94
判別率	70.6%		81.5%	
Hosmer-Lemeshow 検定	p=0.142		p=0.031	

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$,

主観的健康感(非健康=0, 健康=1)

性別(0=男性, 1=女性)

同居者(0=いる, 1=いない)

過去一年の転倒経験(0=あり, 1=なし)

IADL の自立度:0~10 点, 得点が高いほど自立度が高い.

ADL の自立度:0~10 点, 得点が高いほど自立度が高い.

孤独感尺度:3~9 点, 得点が高いほど孤独感が高い.

一週間の外出頻度(1=週 1 日以下, 2=週 2~3 日, 3=週 4 日以上)

社会活動の参加数:0~4

情緒的サポートの受領・提供(0=なし, 1=あり)

8. 文献

- 1) 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).
- 2) Farkas J, Nabb S, Zaletel-Kragelj L, et al.: Self-rated health and mortality in patients with chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure*, 11(5):518-524(2009).
- 3) Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E: Factors associated with self-rated health in older people living in institutions. *BMC Geriatrics* (Published online) (2008).
- 4) Shadbolt B, Barresi J, Craft P: Self-rated health as a predictor of survival among patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 20(10):2514-2519(2002).
- 5) 早坂信哉, 多治見守泰, 大木いずみ, 他: 在宅要援護高齢者の主観的健康感に影響を及ぼす因子. 厚生指標, 49(15): 22-27(2002).
- 6) 長谷川直人, 佐藤和佳子: 要支援高齢者の主観的健康感の関連要因. 日本看護科学会誌, 31(2): 13-23(2011).
- 7) 村田伸, 津田彰, 稲谷ふみ枝: 在宅障害高齢者の主観的健康感に及ぼすADLならびにライフスタイルの影響. 行動科学, 43(2): 51-57(2004).
- 8) 中尾寛子, 平松正臣: 訪問介護サービスを利用している独居高齢者の主観的健康観に影響する社会関係要因とその独居年数による相違. 厚生指標, 53(13): 20-27(2006).
- 9) 池田晋平, 植木章三, 柴喜崇, 他: 在宅要支援・要介護高齢者の主観的健康感に尿失禁と心理・社会的要因が及ぼす影響の検討. 作業療法, 34(5): 509-518(2015).
- 10) 池田晋平, 内田恵美子, 芳賀博: 通所リハビリテーション利用者の主観的健康感と関連する心理・社会的要因. 老年学雑誌, (4): 11-23(2014).
- 11) 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, (20): 15-23(1984).
- 12) 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. 日本公衆衛生雑誌, 49(5): 409-416(2002).
- 13) Sun W, Watanabe M, Tanimoto Y, et al.: Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: a cross-sectional study. *BMC Public Health* (Published online) (2007).
- 14) 立福家徳: 地域社会での人的関わりと高齢者の主観的健康との関連. 厚生指標, 60(7): 8-13(2013).
- 15) Krause N: Exploring the stress-buffering effects of church-based and secular social support on self-rated health in late life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 61(1):S35-S43(2006).
- 16) Zunzunegui MV, Béland F, Otero A: Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30(5):1090-1099(2001).
- 17) Cott CA, Gignac MA, Badley EM: Determinants of self rated health for Canadians

- with chronic disease and disability. *Journals of Epidemiology and Community Health*, 53(11):731-736(1999).
- 18) Mavaddat N, Van der Linde R, Savva GM, et al.: What determines the self-rated health of older individuals with stroke compared to other older individuals? A cross-sectional analysis of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study. *BMC Public Health* (Published online) (2013).
- 19) 和泉京子, 阿曾洋子, 山本美輪: 「軽度要介護認定」高齢者の5年後の要介護度の推移の状況とその要因. *老年社会科学*, 33(4): 538-554(2012).
- 20) 工藤禎子, 三国久美, 森田智子: 介護保険の居宅サービス利用者の生活満足度とその関連要因. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 2(1): 29-33(2006).
- 21) 桜美林大学大学院: 平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業による調査研究報告書(http://www.obirin.ac.jp/postgraduate/topics/year_2013/7f12960000057uwy.html, 2016-11-30) (2013).
- 22) 内閣府: 平成28年版高齢社会白書(全体版): 平成27年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況: 第1章高齢化の状況: 第2節高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/pdf/1s2s_1.pdf, 2016-11-30) (2016).
- 23) 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ー老研式活動能力指標の開発ー. *日本公衆衛生雑誌*, 34(3): 109-114(1987).
- 24) Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, et al.: A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, 26(6):655-672(2004).
- 25) 杉原陽子, 杉澤秀博, 原田 謙, 他: 孤独感と個人・地域レベルの社会関係資本との関連ー青壮年者との比較ー. *老年社会科学*, 34: 192(2012).
- 26) 橋本修二, 青木利恵, 玉腰暁子, 他: 高齢者における社会活動状況の指標の開発. *日本公衆衛生雑誌*, 44(10): 760-768 (1997).
- 27) 野口祐二: 高齢者のソーシャルサポートーその概念と測定ー. *社会老年学*, 34: 37-48(1991).
- 28) 内閣府: 平成24年版高齢社会白書(全体版): 平成23年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況: 第1章高齢化の状況: 第2節高齢者の姿と取り巻く環境の現状と動向(http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/pdf/1s2s_3_2.pdf, 2017-5-9) (2012).
- 29) 武田俊平: 介護保険における65歳以上要介護等認定者の2年後の生死と要介護度の変化. *日本公衆衛生雑誌*, 51(3): 157-167 (2004).

9. 補足

1) 「2. 方法」の「2) 調査項目」

本研究は主観的健康感の関連要因を身体、心理、社会的要因から総合的に検証した。本研究の独立変数について、それぞれ採用した根拠を述べたい。

(1) 疾患の数：一般高齢者ならびに要支援・要介護高齢者において、主観的健康感と疾患数の関連が報告されている¹⁾²⁾。疾患は主観的健康感を含む健康状態に影響する要因であるため、検証に相応しいと考えた。

(2) 過去一年の転倒経験：転倒の発生は要介護状態になる原因の一つであり、先行研究でも要支援・要介護高齢者の主観的健康感と転倒の関連が報告されている⁴⁾⁵⁾。そこで本研究においても転倒を取り上げた。

(3) IADLの自立度・ADLの自立度：一般高齢者（55歳以上）では、日常生活の困難さ（difficulty）が主観的健康感と関連するとの報告がある²⁾。要介護高齢者ではIADLのみならずADLも困難であることが予想されるため、身体活動度の全般を捉える意図でIADLとADLを検証した。

(4) 孤独感尺度：孤独感が高齢者にとって将来のうつ病の発症のリスクファクターであることが明らかにされている⁵⁾。そのため孤独感が高齢者全般において無視することができない心理的要因と考えた。要支援・要介護の状態にある高齢者は、活動度の低下から人と関わる機会が少なくなり、その状況から一般高齢者と比べて孤独を感じやすいのではないかと考えた。本研究で扱う孤独感尺度は、回答者の主観による評価であるため、同じく自己評価である主観的健康感にも大きく影響するのではないかと考えた。

先行研究では、デイケア利用者の主観的健康感と孤独感の関連が報告されているが⁶⁾、本研究のように地域在住の要支援・要介護高齢者を対象にした検討はされていない。そこで本研究は改めて要支援・要介護高齢者に孤独感を測定し、その実態と主観的健康感との関連を検証する必要があると考えた。

(5) 一週間の外出頻度：高齢者の外出頻度は、近所付き合いや社会的役割に影響する要因であることが指摘されており⁷⁾、つまり外出頻度という変数は、さまざまな社会生活を送るための前提条件と考えられる。また外出頻度は年齢や歩行状態から影響を受けやすいという特徴があることから⁷⁾、本研究では要支援・要介護高齢者は一般高齢者と比べ外出頻度が少ない状況にあり、社会との関わりに制約が生じているのではないかと考えた。要支援・要介護高齢者の主観的健康感に外出頻度が関連するという報告もあることから¹⁾、本研究でも一般高齢者との比較を通して検証が必要と考えた。

(6) 社会活動の参加数：社会活動に参加していることは広い意味で個人が社会に対してネットワークを有しているかを表し、とりわけ老人クラブやボランティアは、地域社会の帰属意識や貢献意識を伴う活動であると考えられる。先行研究では、一般高齢者においてシニアクラブやボランティアの参加頻度が主観的健康感と関連すると報告されており⁸⁾、実社会と主体的に関わりを持つことは主観的健康感に良い影響を及ぼすと言える。本研究が扱う社会活動は人間にとって高次の活動であり、IADL・ADLに障害をもつ要支援・要介護高齢者にとってこれらの活動は大きな制約があると想像がつく。しかしながら、要支援・要介護高齢者の社会活動の実態や主観的健康感の関連はこれまで検討がされておらず、これ

ら高齢者で地域社会との関わりを維持しているのであれば、なお一層、主観的健康感へ良い影響を及ぼすと考えた。そこで本研究は、社会活動の参加に着目し主観的健康感との関連を検討した。

(7) 情緒的サポートの受領および提供：要支援・要介護高齢者はすでに家族や介護サービス提供者から手段的サポートを受けていることが想定される。そこで本研究では情緒的サポートに着目し、その受領および提供について検討した。情緒的サポートの受領は、高齢者の心身の健康維持に防衛的に作用することが期待できると言われており⁹⁾、主観的健康感に良い影響を及ぼすと考えた。特に要支援・要介護の状態にある高齢者では、手段的サポートと共に情緒的サポートを受領する場面が一般高齢者と比べて多いと考えた。先行研究では要介護高齢者と一般高齢者ともに情緒的サポートの受領が主観的健康感に関連しているとの報告があるが¹⁰⁾¹¹⁾、対象地区や調査方法が異なるため単純に比較することができない。したがって本研究において検討が必要と考えた。情緒的サポートの提供については、要支援・要介護高齢者では身体的活動度が低下していても、家族等の他者の心配事や悩みを聞く行為は可能ではないかと考えたため、同じく検証を試みた。

2) 「5. 考察」

以下に、原文では言及されていない追加考察を述べる。

(1) 本研究の結果と先行研究の比較

研究Ⅰの分析結果から、要支援・要介護高齢者の主観的健康感に「年齢（より高い）」、「疾患の数（より少ない）」、「過去一年の転倒経験（なし）」、「ADLの自立度（より高い）」、「孤独感尺度（より得点が低い）」、「情緒的サポートの受領（あり）」の6項目が関連していることが明らかになった（表 2-4）。これらの項目に着目すると、先行研究においても、年齢が高いこと¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾、現病歴が少ないこと¹³⁾、情緒的サポートを受領していること¹⁴⁾、孤独感が低いこと¹⁴⁾と主観的健康感の関連がすでに報告されており、これらの要因については先行研究を支持する結果であった。過去一年の転倒経験の有無とADLの自立度の2つの要因については、本研究が新たに提示した知見であり、今後さらにその妥当性や意味が検証されることが期待される。

他方の一般高齢者では、「疾患の数（より少ない）」、「過去一年の転倒経験（あり）」、「IADLの自立度（より高い）」、「孤独感尺度（より得点が低い）」、「一週間の外出頻度（より多い）」の5項目が主観的健康感に関連していた（表 2-4）。先行研究では、慢性疾患²⁾、IADLの自立度⁴⁾、孤独感¹⁵⁾¹⁶⁾の関連がすでに報告されている。過去一年間の転倒経験の有無と一週間の外出頻度については、本研究が新たに示した結果であり、要支援・要介護高齢者と同じく、さらなる検証が必要である。

(2) 要支援・要介護高齢者の主観的健康感の特徴

本研究は、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因に身体的要因では説明しきれないその他の要因があると考え、心理・社会的側面を含めて総合的に検証した。分析の結果、要支援・要介護高齢者の主観的健康感に関連していた心理・社会的要因は「孤独感」と「情緒的サポートの受領」であった。一方、「一週間の外出頻度」、「社会活動の参加数」、「情緒的サポートの提供」は関連しておらず、一部の心理・社会的要因が関連するという結果であった。比較対象とした一般高齢者でも、心理・社会的要因の「孤独感」と「一週間の外出頻度」の関連が確認された。この結果から、要支援・要介護高齢者の主観

的健康感にとりわけ心理・社会的要因が関連するというのではなく、「疾患の数」，「ADLの自立度」，「過去一年の転倒経験」の身体的要因を含む心理・社会的要因のすべてが関連することが示唆された（表2-4）．一般高齢者でも同様に身体，心理・社会的要因が主観的健康感に関連していることから（表2-4），両群の高齢者の主観的健康感は共通して身体的ならびに心理・社会的側面から作用を受けるが，個別の関連要因についてはそれぞれで特徴があると結論付けられる．

それを前提とした上で，要支援・要介護高齢者の主観的健康感の評価基準の特徴について，次のことが推察できる．一般高齢者の主観的健康感に「IADLの自立度」が関連し，要支援・要介護高齢者は「ADLの自立度」が関連していたことは（表2-4），つまり，要支援・要介護高齢者ではIADLについて実施困難な場合が多く，身の回りのADLが実行可能な身体活動として定着しているのではないか．また社会生活の条件として位置付けた「一週間の外出頻度」との関連が要支援・要介護高齢者で認められなかったことは，単なる活動性はそれほど重要ではなく，より人との関係性が重視されると考えられる．その関係性とは「孤独感」と「情緒的サポートの受領」が表すように，周囲の関わりの中で一人ではないという実感，あるいは心配事・悩み事を聞いてくれる相手の存在ではないだろうか．したがって「社会活動の参加数」という地域社会との関わりよりも，周囲の人との関係の性質を重視していると考えられる．

加えて，研究Ⅰでは要支援・要介護高齢者が一般高齢者より平均年齢が10歳ほど高く（表2-1），年齢が高いことが主観的健康感の良好に作用する結果が得られた（表2-4）．ハヴィガーストは，高齢期の発達課題として「肉体的な力と健康の衰弱に適応すること」，「隠退と収入の減少に適応すること」，「配偶者の死に適応すること」，「自分と同年代の人たちと明るい関係を確立すること」を挙げている¹⁷⁾．つまり年齢がより高い要支援・要介護高齢者で身体，心理，社会的な「適応」が図られている可能性があり，上述の一般高齢者と比較した際の要支援・要介護高齢者の関連要因には，この「適応」が背景にあるかもしれない．例えば，一般高齢者の主観的健康感に「IADLの自立度」が関連し，要支援・要介護高齢者は「ADLの自立度」が関連していたことは（表2-4），両群で日常生活の活動性は共通しているものの要支援・要介護高齢者ではIADLについて実施困難な場合が多く，家族等から支援を受けているため適応が図られ，これら高齢者では身の回りのADLが実行可能な身体活動として定着していることが推察される．主観的健康感と年齢の関連は，この適応を暗に示している可能性があり，研究Ⅱにおいて当事者の経験による語りから理解が深まることを期待したい．

3) 本研究の限界

原文では言及できていない本研究の限界について，以下に述べたい．

はじめに，要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴を検討する上で，本研究で採用した調査項目が相応しいものであったか総括する必要がある．主観的健康感に関する研究は，1950年代から地域在住一般高齢者を対象に客観的健康度を測定する代替手段として発展してきた¹⁸⁾．我が国は2000年に介護保険制度が施行されたこともあり，要支援・要介護高齢者に対する研究は緒に付いたばかりである．そのため，先行研究が示した関連要因の「定期的な通院」¹²⁾，「睡眠状況」¹⁹⁾，「近所付き合いの満足度」²⁰⁾，「現病歴数」¹³⁾，「うつ予防支援の必要性」¹³⁾，「外出頻度」¹³⁾，「情緒的サポートの受領」¹⁴⁾，

「孤独感」¹⁴⁾は、一般高齢者の質問紙調査で頻用されている項目でもある。つまりこれまで、要支援・要介護高齢者の特徴的な関連要因とは何かについて、十分に議論がされず当該研究が進められてきた背景があると思われる。本研究で検証した身体、心理・社会的要因も一般高齢者で関連が確認されている変数を中心に採用しており、したがって仮説について議論が不足していたかもしれない。加えて、追加の考察で言及した高齢者の「適応」についても、要支援・要介護高齢者の特性として視野に入れておく必要があったかもしれない。研究Ⅱでは、当事者の語りから主観的健康感の判断基準を大局的に明らかにされることに期待が寄せられる。

次に、本研究の分析方法にも限界があったことも否定できない。本研究は、Cottら²¹⁾ならびにMavaddatら²²⁾の分析方法を参考に要支援・要介護高齢者と一般高齢者の二群に分け、それぞれ二項ロジスティック回帰分析を実施した(表2-4)。しかしながら、あくまで両者は独立した分析であるため、両群の間で独立変数の主観的健康感に関連の強さをオッズ比を通して単純に比較することができなかった。

この分析の限界について、今後は以下の方法で検討することが必要である。まず共分散構造分析による方法である。この方法は、例えば本研究と同様のモデルで分析を行うことで、主観的健康感へ及ぼす独立変数の影響をオッズ比ではなく標準化係数(標準化推定値)の大きさを確認できるという利点がある。さらに多母集団分析にて両群の標準化係数の値に有意な差があるのか検討が可能である²³⁾。また身体、心理、社会的要因でそれぞれ潜在変数を設定し、それぞれの主観的健康感へのパス係数の大きさから、どの側面の関連が強いのか検証できる。次に、両群を一つの集団とみなし、ロジスティック回帰分析の独立変数に一般高齢者=1、要支援・要介護高齢者=2とするダミー変数を作り、身体、心理、社会的要因にそれぞれ組み合わせることで「交互作用項」を設定する方法がある²⁴⁾。この交互作用項が主観的健康感にどのように関連するか検証することで、要支援・要介護における各要因が持つ意味を理解できる可能性がある。

4) 補足の文献

- 1) 長谷川直人, 佐藤和佳子: 要支援高齢者の主観的健康感の関連要因. 日本看護科学会誌, 31(2): 13-23(2011).
- 2) Galenkamp H, Braam AW, Huisman M, et al.: Seventeen-year time trend in poor self-rated health in older adults: changing contributions of chronic diseases and disability. The European Journals of Public Health, 23(3):511-517(2012).
- 3) 村田伸, 津田彰: 在宅障害高齢者の転倒とQOLとの関連. 健康支援, 7(2): 141-148(2005).
- 4) 山下裕, 古後晴基, 太田尾浩, 他: 虚弱高齢者を対象とした転倒スコア(Fall Risk Index: FRI-21)と咬合力の関連. ヘルスプロモーション理学療法研究, 5(1): 9-14(2015).
- 5) Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, et al.: Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. Psychology and Aging, 21(1):140-151(2006).
- 6) Iecovich E, Biderman A: Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults. International Psychogeriatrics, 24(3):439-448(2012).

- 7) 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修, 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).
- 8) Tomioka K, Kurumatani N, Hosoi H: Association between the frequency and autonomy of social participation and self-rated health. *Geriatrics and Gerontology International*, 17(12):2537-2544(2017).
- 9) 岩佐一: 高齢者のソーシャルサポート・ネットワーク評価尺度. 老年精神医学雑誌, 22(6):660-671(2011).
- 10) 池田晋平, 内田恵美子, 芳賀博: 通所リハビリテーション利用者の主観的健康感と関連する心理・社会的要因, 老年学雑誌, (4):11-23(2014).
- 11) Zunzunegui MV, Béland F, Otero A, et al.: Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30(5):1090-1099(2001).
- 12) 早坂信哉, 多治見守泰, 大木いずみ, 他: 在宅要援護高齢者の主観的健康感に影響を及ぼす因子. 厚生指標49(15):22-27(2002).
- 13) 長谷川直人, 佐藤和佳子: 要支援高齢者の主観的健康感の関連要因. 日本看護科学会誌, 31(2):13-23(2011).
- 14) 池田晋平, 植木章三, 柴喜崇, 他: 在宅要支援・要介護高齢者の主観的健康感に尿失禁と心理・社会的要因が及ぼす影響の検討. 作業療法, 34(5):509-518(2015).
- 15) Nummela O, Seppänen M, Uutela A: The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): A longitudinal study among aging people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53(2):163-167(2011).
- 16) Luo Y, Hawkey LC, Waite LJ, et al.: Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 74(6):907-914(2012).
- 17) P. J. ハヴィガースト (荘司雅子監訳): 人間の発達課題と教育. 初版, 278-284, 玉川大学出版部, 東京 (1995).
- 18) 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).
- 19) 村田伸, 津田彰, 稲谷ふみ枝: 在宅障害高齢者の主観的健康感に及ぼすADLならびにライフスタイルの影響. 行動科学, 43(2):51-57(2004).
- 20) 中尾寛子, 平松正臣: 訪問介護サービスを利用している独居高齢者の主観的健康感に影響する社会関係要因とその独居年数による相違. 厚生指標, 53(13):20-27(2006).
- 21) Cott CA, Gignac MA, Badley EM: Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *Journals of Epidemiology and Community Health*, 53(11):731-736(1999).
- 22) Mavaddat N, Van der Linde R, Savva GM, et al.: What determines the self-rated health of older individuals with stroke compared to other older individuals? A cross-sectional analysis of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study. *BMC Public Health* (Published online) (2013).
- 23) 小塩真司: はじめての共分散構造分析—Amosによるパス解析—. 第2版, 125-156, 東京図書株式会社, 東京 (2014).

24) 対馬栄輝：SPSSで学ぶ医療系多変量データ解析－分析内容の理解と手順解説，バランスのとれた医療統計入門－．初版，57-95，東京図書株式会社，東京（2008）．

第3章 研究Ⅱ「要支援・要介護高齢者が主観的健康感を判断する基準」

1. 背景

本研究は「なぜ、要支援・要介護高齢者は自分の健康状態を良好と答えるのか？」という問題関心のもと、研究テーマを「要支援・要介護高齢者における主観的健康感の評価基準の特徴」と掲げている。研究Ⅰは、量的研究を実施することで要支援・要介護高齢者の主観的健康感に関連する要因の特徴を明らかにした。そして研究Ⅱは、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の判断する基準を当事者の回答理由をもとに質的に明らかにし、上記の問題関心について詳細に深く理解することがねらいである。

第1章でも述べたが、研究Ⅰと研究Ⅱは混合研究法の「並列的混合データ分析 (parallel mixed data analysis)」に準拠している¹⁾。研究Ⅰと研究Ⅱは並列的に独立して行われ、それぞれの研究で得た理解は統合され、本研究においては第4章の総合考察で新たな推論を提示するものである¹⁾。

研究Ⅱのように、高齢者の主観的健康感の判断基準を質的に明らかにしようと試みた研究は限られている。地域在住一般高齢者を対象にした研究は、我が国では杉澤ら²⁾、アメリカではBorawskiら³⁾ならびにIdlerら⁴⁾が実施している(表3-1)。いずれもシングル・クエスションで主観的健康感を尋ね、その後「なぜそのように答えたか？」を問い、その回答理由を自由に語ってもらう調査方法を採用している。以上の報告では、地域在住一般高齢者においては、身体的健康に関する回答理由が多いことが示されている。

しかし本研究のように、要支援・要介護高齢者を対象に主観的健康感の判断基準を明らかにした研究はされていない。Ebrahimi ら⁵⁾は、スウェーデンで80歳以上あるいは65歳以上で一つ以上慢性疾患を有し、さらに基本的日常生活動作で一つ以上介助を要する者を対象に「あなたにとって健康とは何ですか？」と尋ね、これら高齢者の健康のイメージを明らかにしているも、この研究は主観的健康感の回答理由を明らかにする主旨で実施されていない。

そこで本研究は、要支援・要介護高齢者にとっての主観的健康感の判断基準を質的に明らかにすることを目的とした。

2. 方法

1) 調査対象者

地域在住の要支援・要介護高齢者を対象にした。調査は通所リハビリテーション(以下、デイケアA)に通所する高齢者15名に対して実施した。

事前にデイケアAの研究協力者から、以下の基準をもとに対象者を紹介してもらい調査を実施した。その基準は(1)FIM (Functional Independence Measure) のコミュニケーションが4点以上の者、(2)30～60分程度のインタビューに回答できる耐久性がある者、である。

2) データ収集方法

調査はインタビューガイドに基づく半構造化インタビューを実施した。「あなたは普段、

ご自分で健康だと思いますか？」と尋ね、その後「なぜそのように答えたのか教えてください」、「どのようなときに健康と感じますか？」を軸に質問をした。対象者にはこれら問いに対する考えや思いを自由に語ってもらった。インタビューの時間は 30～50 分であり、対象者の許可を得てその内容を IC レコーダーに録音した。

インタビューでは対象者の負担に配慮するため、場所と時間帯については研究協力者と相談し決定した。インタビューの主な場所はプライバシーが保たれる個室であった。調査は 2018 年 12 月～2019 年 3 月にかけて実施した。

3) 分析方法

本研究は、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の判断基準は何か？を質的に明らかにすることが目的である。そこで分析手法としては「質的記述的研究」を採用した。質的記述的研究とは、研究したい現象について初歩的な記述をすることでその現象に対する理解を促す研究に適しているとされており⁶⁾、本研究の主旨に則していると考えた。

インタビュー終了後、録音されたインタビュー内容を逐語録にし、語りから読み取れる最小単位の意味毎に区切り、それぞれの意味を要約する「コード」を付けた。次に、類似する内容のコードを集約していき、そのまとまりを表す「サブカテゴリ」を生成した。そしてサブカテゴリ間の類似性、相違性、関連性を吟味しながらサブカテゴリの抽象度を上げて「カテゴリ」を生成した。さらに同様の分析を重ねて抽象化していくことで最終的に「コアカテゴリ」を生成した。以上の分析は、主観的健康感の「良好」である者と「不良」である者を分けて実施した。

研究の厳密性の確保として、以上の分析過程は質的研究の経験がある研究者ならびに要支援・要介護高齢者の介護サービスに携わった経験がある複数の専門家と検討しながら行い、分析の方法や記述の内容について適宜確認・修正しながら実施した。また分析と調査を並行的に進めることで、分析過程で生成された主観的健康感の判断基準についてインタビュー時に対象者から適宜意見をもらうなど、内容が妥当であることを繰り返し確認していた。

3. 倫理的配慮

本研究は東京工科大学の倫理委員会の承認を得て実施した（第 E16HS-002 号、平成 28 年 4 月 19 日付）。対象者には書面・口頭にて、データ管理は個人情報の漏洩が生じないよう十分に配慮すること、調査に関する書類は漏洩・盗難・紛失等が起こらないよう厳重に管理すること、録音された IC レコーダーの内容は分析後削除すること、研究成果を学会等で発表する場合は施設名および個人が特定されないよう十分に配慮することを説明し、これらについて書面で同意が得られた者のみを調査の対象とした。

また調査協力の同意が得られない場合でも不利益は生じないこと、また研究に参加しても途中で辞退できることを重ねて説明した。

4. 結果

1) 研究対象者の概要

インタビューを実施した対象者は 15 名で、そのうち男性 8 名、女性 7 名であった。年齢

は60歳代が3名、70歳代が4名、80歳代が6名、90歳代が2名であった。要介護度は、要支援1・2が4名、要介護1は3名、要介護2は3名、要介護3は4名、要介護5は1名であった（表3-2）。同居者と現病歴、主観的健康感の表を参照されたい。

2) 分析結果

インタビュー内容の分析から、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の判断基準について17のカテゴリが抽出され、(1)病気・体調の安定（表3-3）、(2)私なりの自立生活（表3-4）、(3)周囲の人との良好な関係（表3-5）、(4)私の中で変わらぬ自信（表3-6）、(5)今の生活の中にある張り（表3-7）、(6)老いや病と歩む（表3-8）、の6つのコアカテゴリに分類することができた。以下に、主観的健康感の健康と判断する理由について、コアカテゴリ別に説明する。

なお文中では、コアカテゴリを《 》，カテゴリを【 】, サブカテゴリを[], コードを『 』で表記する。また表中には、主観的健康感が「不良」である者のコードも(reference)として記載した（表3-3～8）。

(1) 《病気・体調の安定》（表3-3）

病気・体調の安定に関するカテゴリは【医師の診察や検査で問題がないこと】、【安定している病気と体調】、【心配事が起きていないこと】、【病気に不安を感じていないこと】、【食事と睡眠が良い状況】、【健康維持に向けたセルフケア】の6つから構成された。

まず【医師の診察や検査で問題がないこと】は[診察や検査で異常がないこと]から成り、医学的な観点から健康への自己評価がされていた。続いて【安定している病気と体調】の[病院に掛かっていないこと]、[病気が落ち着いている状況]、[大きな不調がない状態]、[新たに病気をしていないこと]は、病気や不調はありながらも現在はそれが落ち着いている状況を表し、そこからも主観的健康感が判断されることを示していた。健康ではないの回答理由でも『健康って医者に掛かっていない人でしょう』が語られていた。次に【心配事が起きていないこと】は、物忘れや転倒といった高齢者にとって[心配なことが起きていない現状]を表し、具体的な心配事として、転倒を主として骨折やそれに伴う手術、頭部の打撲などの不安につながる過去の出来事が語られていた。健康ではないの回答理由でも『透析で血圧が下がり調子が悪くなるので不安です』が示された。

【病気に不安を感じていないこと】は[後遺症が無いあるいは軽い]ことが語られていた。そもそも[健康面に不安がないこと]も当事者が自分の健康状態を良好と捉える要素となっていた。健康ではないの回答理由では『今度もし認知症になった時に不安です』が示されていた。

【食事と睡眠が良い状況】は、食事を残さず食べる、美味しく食べるという[食事が満足に食べられること]が語られており、[お通じが出ること]も条件であった。寝つきが良いこと、安眠できることは[良い睡眠がとれること]を表し、日常生活における食事・睡眠の状況は、高齢者の主観的健康感を判断する基準になっていた。

【健康維持に向けたセルフケア】は、家の中を自主的に歩いたり、体操をするなど[自分で健康を維持していること]が語られていた。病気しながらも健康を維持しようとする積極的な姿勢そのものが、主観的健康感を良好に回答させていた。健康ではないの回答理由では『透析は自分ではできません』が示され、他者に自身の健康維持を委ねざるを得ない実情が語られていた。

(2) 《私なりの自立生活》(表 3-4)

私なりの自立生活に関するカテゴリは【まだ寝たきりでない状況】、【私なりに自立した生活】の2つから構成された。

要支援・要介護高齢者の健康ではない理由として『寝たきりは健康ではないと思います』が示されていた。[寝たきりでない私]は健康として捉えられ、【まだ寝たきりでない状況】は健康と判断する基準になっていた。これら高齢者の自立した生活とは、[ある程度不自由なく動けること]や[できる範囲で自立生活を送る状況]であり、『周りの人に頼らないようにしているから』という思いも語られていた。これが要支援・要介護高齢者が考えている【私なりに自立した生活】の姿であった。健康ではないの回答理由では『今は10分の1しか動きがとれません』や『子供に助けてもらうばかりです』が示されていた。

(3) 《周囲の人との良好な関係》(表 3-5)

周囲の人との良好な関係に関するカテゴリは【人の役に立てるという実感】、【元気をくれる周囲の人々】、【生活していく上で必要な支援】の3つから構成された。

【人の役に立てるという実感】は、家庭やデイケアという社会の中で他者から[必要とされる役割を維持]していることが条件であった。その役割というのは、具体的にゴミ出し・洗濯・掃除など家庭生活に関する内容が語られていた。またデイケアにおいて、自分の存在が他の利用者に好影響をもたらしたという[自分が無くてはならない気づき]をもとに、自分が存在する意味を認識していた。他方で、健康ではないの回答理由では『親として子供の中心にいられるのはほとんどありません』、『年寄り生産性がないから、生きていだけで厄介者です』という自身の存在を肯定できない心情が表されていた。

デイケアへの通所は、リハビリテーションを受けることが目的の一つであるが、利用者や職員という【元気をくれる周囲の人々】が存在する場所として認識されていた。そこでは例えば、普段一人ではやらないような活動に[動機づけしてくれる利用者]がいることや、利用者や職員など[人と話すことで得る充実感]が語られていた。このようにデイケア等の介護サービスはこれら高齢者にとって欠かせない生活の一部として認識されていた。それは例えば、家族と良好な距離を保つといった[気持ちの拠り所としてのデイケア]として語られていた。健康ではないの回答理由では『リハビリやヘルパーさんには厄介ばかりかけています』が示された。[楽しみにしている職員との交流]は、訪問介護サービス時に担当者との会話や彼らの仕事ぶりを楽しみにしているエピソードが語られていた。

【生活していく上で必要な支援】では、配偶者や子供など[日常生活における家族の助け]を得ながら、生活を送っている実情が語られていた。家族の他にも[頼れる知人がいる安心感]や[いつも助けてくれる職員]の存在も必要な支援であった。健康維持のため[家族による健康支援]を受けていることも語られ、これら高齢者がサポートを受けながら生活している状況が表されていた。

(4) 《私の中で変わらぬ自信》(表 3-6)

私の中で変わらぬ自信に関するカテゴリは【自分が健康であることの気づき】、【今の生活を続けられる自信】の2つから構成された。

要支援・要介護高齢者は、日頃の生活で【自分が健康であることの気づき】を得ることがあり、それは[運動することで感じる健康]という自己に起因するものや、[友人も私も元気である状況]や[家族も健康である状況]において、その気づきが促進されていた。また同

病者や同年代の他者と比べた上で、自分が[周りの人より良い状態]であることでも、健康の気付きであった。それに対し、『同じ病気の人だんだん悪くなっています』という語りが健康ではないと回答した者から示されていた。また[前より体が動くようになった実感]では、『足を挙げられるようになって偉いと思う』といった以前よりも体を動かせるようになった喜びが語られており、他にも例えば、車椅子の状態から杖で歩けるようになった、自力で立てるようになったという経験が示されていた。

【今の生活を続けられる自信】は、高齢でありながらも[まだ感じていない衰え]や[変わらず続けられている生活]がその自信の根拠となっていた。つまり昔も今も変わらず体が動くということが、これから先の自信につながっていた。健康ではない理由では『デイケアに歩いて来られなくなりました』も示されていた。家事や歩くという日常の活動に対し[この先まだやれる思い]の語りは、まさに生活への自信を表していた。

(5) 《今の生活の中にある張り》(表 3-7)

今の生活の中にある張りに関するカテゴリは【充実していると感じる時間】、【今できることを全うする姿勢】の2つから構成された。

【充実していると感じる時間】は[デイケアで楽しみなこと]と[家で好きな時間]に大別され、デイケアではカラオケ等の活動、家ではマニキュアやテレビ鑑賞などが語られていた。これに対し『好きな歴史も面白く読めません』という健康ではないの回答理由が示されていた。

【今できることを全うする姿勢】は、歩行車で歩きたい、ベッドの周りを歩きたいという[今の私なりの目標]を持ち、[今できることに取り組む姿勢]が表されていた。後者は具体的にレクやカラオケなど今の身体の状態に相応した活動が語られていた。健康ではないの回答理由では『左の麻痺で何もできないから』が示されていた。

以上のような介護サービスの時間を含めた日常生活の張りは、主観的健康感を健康と判断する理由になっていた。

(6) 《老いや病と歩む》(表 3-8)

老いや病と歩むに関するカテゴリは【老いや病でも感じる健康】、【老いと共に生きる姿勢】の2つから構成された。

【老いや病でも感じる健康】は、現在のように年齢を重ねれば誰もが心身に不具合が生じるという経験が語られており、[老いの受け入れ]が示されていた。加齢によって、今できていることがこの先できなくなることも理解しており、その時々に対処すれば良いという思いが表されていた。これら高齢者は、家族や友人などが病気になったり死別するといった[周囲の人も老いていく現実]からも、老いを受け入れていた。

[病気をしても感じる健康]は、病気による限界があっても自分は健康と思うという語りのように、当事者の健康観が表されていた。つまり、例え病気をしていても健康と呼べる状況があることが示されていた。加えて、現在の[病気を受け入れる努力]を要する語りも示された。

【老いと共に生きる姿勢】は、一日のはじまりに太陽に拝むというエピソードが語られ、何者かに[生かされているという感覚]がその動機となっていた。『死ななかつた分、生きさせて貰っています』という語りのように、これまでの人生で生死を彷徨う経験をしたこともその感覚を強化していた。健康ではないと回答した者では『静かに待ってればいい、向こ

うに逝くだけ』というコードが示され、生きていることに価値を見出せず葛藤する姿が表されていた。また、戦中・戦後の貧しさや苦難を乗り越え今を生きていることに対して、[生きて来られたことへの感謝]の思いが語られていた。若くして亡くなった親のために生きようとする[この先を生きるための意味付け]も語られており、生きることに前向きな姿勢が表されていた。健康ではないと回答した者からは『親の役目を果たさないと生きている意味がないと思います』が示されていた。

以上のように、老いや病と共に歩んでいく姿勢は、主観的健康感を良好に判断する要素になっていた。

5. 考察

要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因に焦点を当てた研究報告は、第1章の文献レビューのように量的研究による手法がこれまで主流であった。それに対して本研究は、質的研究を通して当事者自身が捉える健康に焦点を当て、これら高齢者がどのような理由で自分の健康状態を良好と答えるのかを明らかにすることが目的である。分析の結果から、主観的健康感の判断基準に関する17のカテゴリが生成され、(1)《病気・体調の安定》、(2)《私なりの自立生活》、(3)《周囲の人との良好な関係》、(4)《私の中で変わらぬ自信》、(5)《今の生活の中にある張り》、(6)《老いや病と歩む》、の6つのコアカテゴリが抽出された。

以下に、本研究で明らかになった要支援・要介護高齢者の主観的健康感の判断基準について、便宜的に身体的側面、心理的側面、社会的側面、その他の側面に分けて考察したい(図3-1)。

1) 身体的側面

《病気・体調の安定》、《私なりの自立生活》が身体的側面に該当する。

要支援・要介護高齢者は、病気・体調が不安定な状態に陥りやすく、研究Ⅰの結果から一般高齢者よりも要支援・要介護高齢者で疾患の数が多いことが示された(第2章, 表2-1)。その状況において健康と感じられるのは、病気が重篤でなく安定していること、心身の不調が少なく症状が安定していることが条件と言える。加えて、新たな病気や転倒等に伴う二次障害が発生していないことも、これら高齢者にとって安定した状況と言える。そのため、健康維持に向けたセルフケアの実践が必要であり、日々の食事や睡眠状況が好ましい状態であることも条件である。一般高齢者の主観的健康感の判断基準でも「体調にはほとんど問題がない (Have few/no problems or conditions)」³⁾、「重度の病状がない (Do not have serious medical conditions)」⁴⁾という要因が報告されているが、要支援・要介護高齢者においては病気・症状を多く抱えているが故に、病気・体調の安定していることは重視されるかもしれない。

またこれら高齢者は、日常生活で他者の支援を受けつつも、可能な限り自身のことは自分でやるという自立心を持っている。そのため、できる範囲で身辺動作を自分で遂行できることは、当事者にとって自立した生活であり、健康と呼べる状態である。研究Ⅰでは、要支援・要介護高齢者は一般高齢者と比べ IADL (Instrumental Activities of Daily Living) や ADL (Activities of Daily Living) の自立度が低い結果が得られ(第2章, 表2-1)、家族や介護サービス提供者の支援を受けながら生活している実態が浮かび上がった。しか

しその当事者は、寝たきりにならずある程度不自由なく動けて、病気でも生活していけることを自立と認識しており、つまり「日常生活に不自由や病気がありながらも、身近のこととは自分で行う」ことが、これら高齢者の自立といえる。

研究Ⅰで要支援・要介護高齢者で ADL と主観的健康感の関連が認められたが（第 2 章、表 2-4）、その背景には、上述のような自立に対する意味付けがされていると思われる。大森は、高齢者が考える健康とは「自身で何でもできることに誇りを持つこと」であると述べている⁷⁾。このことから要支援・要介護高齢者がイメージする自立は、健康な姿であると思われる。

2) 心理的側面

要支援・要介護高齢者の主観的健康感の評価は、上記の身体的な側面だけではなく、自分に自信を持っているか、そして、張り合いのある生活を送っているかという心理的側面も判断基準となっている。本研究では《私の中で変わらぬ自信》、《今の生活の中にある張り》として示されている。

前者の自信とは、自分が健康であるということと、生活を継続していることに対する自信である。健康のために自ら体を動かすことや、同病者や同年代の他者と比べ自分が健康であるという気付きは、自分の健康への自信につながるきっかけとなる。加えて、以前よりも体を動かせるようになった経験も自信につながり、例えば、杖を使い歩けるようになったという語りが表している。また、歩くに至らなくても体の一部が動くという実感も同様である。池田は、介護保険の通所および訪問リハビリテーション利用者の自覚症状と主観的健康感の関連を検討し、手や足が動かさづらいという症状が主観的健康感の低さに関連することを報告している⁸⁾。このことから身体に何らかの不自由が生じている当事者にとって、自分の意志で体を動かせることは主観的健康感に良い作用をもたらす可能性がある。

今の生活を続けられる自信は、衰えを実感しておらず、これまでの生活を今も変わらず続けていることが根拠となっている。また現在、張り合いのある生活を送ることも、主観的健康感の評価基準となっている。それは、充実した時間を過ごすこと、そして今できることに取り組むことである。当事者にとって充実した時間とは、デイケアではカラオケ等の活動、家ではマニキュアやテレビ鑑賞などが語られていた。デイケアは介護保険の通所系サービスであるが、そこで当事者が活動的に過ごせることは充実感につながると示唆される。工藤らは、要支援・要介護高齢者の主観的健康感と生活満足度の関連を報告しているが⁹⁾、日々の生活をいかに充実して過ごしているかが、当事者の主観的健康感の評価に影響すると思われる。

本研究の当事者の語りで、歩行車で歩きたい、ベッドの周りを歩きたい、といった心身の状況に相応した目標を持ち、今できることに取り組んでいる姿勢が伺い知れた。正木らは文献研究において、目標の大きさや内容はさまざまであるがその実現に向けて前向きであることが高齢者の健康であると述べている¹⁰⁾。このように当事者が張り合いを持って日常生活を送っていることが、主観的健康感の判断に影響すると考えられる。

3) 社会的側面

《周囲の人との良好な関係》は、人の役に立てていると実感していること、そしてデイケアで他の利用者から活動参加への動機づけをされたことや、職員との交流を楽しむとい

う情緒的サポートの側面、さらに、日常生活において家族や知人から受ける手段的サポートの側面として表されていた。

要支援・要介護高齢者にとって身近な家庭やデイケアにおいて、何らかの役割を担いその社会（集団）の一員として認められる経験は、健康の実感につながるものと考えられる。その役割とは、例えばゴミ出し・洗濯など家庭生活に関する内容であり、当事者でも負担なく担える役割である。大森は、高齢者にとって家族の役に立つことが健康であると述べている⁷⁾。また池田らは、要介護高齢者の主観的健康感に家庭内役割が関連することを報告している¹¹⁾。このように家族やデイケアという身近な社会の中で、必要とされる役割を担えていることは、当事者にとって健康的な社会生活と言えるかもしれない。

研究Ⅰでは、情緒的サポートとして心配事や悩み事を聞いてくれるという内容で項目を設定した。しかし当事者にとっては、研究Ⅱのカテゴリが示すように、動機づけしてもらえること、利用者と職員と楽しく交流することが、有意義なサポートとして捉えている可能性がある。デイケアは介護保険制度に基づく公的なサービスであるが、『デイケア行った時は明るいと言われます』、『もし通うところが無かったら困ります』は、当事者にとってデイケアは自身の居場所として認識されていることが伺えた。正木らは、高齢者の健康は「人との関わり」であるとし、それは受身な関係だけではなく「ヘルパー」を含めた人と「つながっている」ことであると述べている¹⁰⁾。本研究でも、当事者がヘルパーとの交流を楽しみにし、彼らの仕事を勉強しているという語りも示されているため、当事者は単にサービスの受け手としてではなく、サービス提供者とのつながりに意味を持たせていることが推察される。

後者の手段的サポートでは、当事者が日常生活において配偶者・子供など家族から助けを得ながら生活を送っている実情が語られ、また、健康を維持していくために栄養面や服薬管理のサポートを家族から受けている実態も浮かび上がった。これらのサポートは、身体的側面の《病気・体調の安定》、《私なりの自立生活》を維持するために不可欠と考えられる。研究Ⅰでは、情緒的サポートの受領と主観的健康感の関連が認められたが（第2章、表2-4）、手段的サポートも主観的健康感を理解する上で見過ごせない側面であると考えられる。

4) その他の側面

《老いや病と歩む》は上述の身体、心理、社会的側面に分類することが難しく、その他の側面とした。一部の高齢者では、老いを自覚し、病気をしていても健康と感じていることが示された。また周囲の家族や友人も老いて病気になったり死別する経験もしていた。しかしその状況の中で、客観的に評価される健康の基準を超越し、老いや病と共に歩むという健康観が語られた。

本研究は、要支援・要介護高齢者が、疾患・障害がありながらも健康と回答する理由を明らかにすることが目的である。それを探求するには、当事者が自身の客観的な健康状態をどのように捉えているかも論点となる。第1章で述べたが、WHO（World Health Organization）の健康の定義は「単に病気がないとか虚弱でないとかというだけではなく、身体的、精神的、社会的に完全な状態」であるが¹²⁾、これまで説明してきた身体、心理、社会的側面を超越した基準があることを【老いや病でも感じる健康】が表している。

Borawski らの調査では、主観的健康感の回答理由として「…を除いては元気です（I am

fine except for …)」,「…にも関わらず私は良くやっています (In spite of my … I am doing great)」という語りによる「健康の超越 (Health transcendence)」を報告している³⁾。本研究の対象となった要支援・要介護高齢者も、『限界を感じても自分では健康だと思います』、『病気があってもある程度動ければ健康だと思う』と語っており、客観的健康という基準を超越した上で、自己の健康を評価している可能性がある。水上らは、一般高齢者において老いを肯定的に捉えていることが、主観的健康感の評価に関連することを報告しており¹³⁾、当事者が「老い」をどのように認識しているかも、主観的健康感の判断に影響すると考えられる。

さらに一部の高齢者に、『太陽に生かせて頂いています』、『どんなときも上手く捌けてきました。運があるのかもしれない』という何者かに生かされている主旨の語りが確認された。Idler らの調査でも主観的健康感の判断に「心理的, 霊的, 情緒的側面 (Psychological, spiritual, emotional)」があり、「神は私を祝福します (God blesses me)」,「私は幸運です (I am lucky)」という語りが紹介されている⁴⁾。これは本研究と類する語りであり、正木らの文献研究では、高齢者の健康観として大いなるものに対し「ありがたい」という畏敬の念を抛りどころにしていることが報告されている¹⁰⁾。このように要支援・要介護高齢者も、宗教の有無に関わらずスピリチュアルな感覚を持ち、老年期を生きている可能性がある。

『私は本当に幸せ, こんな幸せない』という当事者の語りは、人生に対する統合を表しているかもしれない。心理的にこの境地に至っている場合、健康か健康でないかという価値は超越され、さらに上述の何者かに生かされている感謝の念や、生きていることの満足から、自己の健康を良好と判断すると推察される。Idler らの調査でも「心理的, 霊的, 情緒的側面」として「幸せで人生に満足しています (I feel happy, satisfied with my life)」という語りが紹介されており⁴⁾、人生に対する幸福感や満足度が主観的健康感の評価に影響する可能性がある。

『あと4年生きれば両親の分を生きたと言えます』という語りでは、この先を生きる意味付けを表している。大森は、農村地域のエスノグラフィーから、高齢者の健康とは、自分の誇りを持ち続け抗えない現実であっても自分らしく生き抜こうとする姿勢であると述べている⁷⁾。本研究でも、自分らしく生きていこうとする高齢者が存在し、その当事者にとって健康か健康でないかという価値は超越され、さほど重要ではないのかもしれない。

以上の「大いなるものに生かされている感覚」や「生きていることに対する感謝」は、Tornstam が提唱した「老年的超越 (gerotranscendence)」の概念に近い¹⁴⁾。増井らは、我が国の81~106歳の虚弱超高齢者を対象に老年的超越に着目したインタビュー調査を実施しているが、その中で、Tornstam の老年的超越に類する概念が抽出されたことを報告している¹⁵⁾。それは例えば、宇宙的意識の獲得の「生への畏敬と感謝および死の認識の変化」,「神仏・霊的な存在の認識」であり¹⁵⁾、これは本研究の「生きていることに対する感謝」や「大いなるものに生かされている感覚」と近いのではないか。老年的超越に関する先行研究をレビューしてみると、Norberg らは、老年的超越の側面である「自己超越 (self-transcendence)」に着目し、85~103歳の対象において、自己超越と主観的健康感の間に正の相関があることを報告している¹⁶⁾。他方で、Read らは、58~89歳の一般住民

を対象に疾患の数や生活の困難さという客観的健康度と「宇宙的超越 (cosmic transcendence)」の関連が確認されなかったとしている¹⁷⁾。以上の報告は、高齢期における発達課題とその適応の状況が、主観的健康感に何らかの影響を及ぼすことを示唆していると思われる。

伊牟田らは、要介護高齢者の社会貢献に関する質的研究で、これら高齢者は老いと障害に適応し、発達課題を乗り越えながら社会に貢献している実情を明らかにしている¹⁸⁾。また Minney らは、施設入所高齢者が捉える良き人生 (good life) とは、健康障害に対する「受容と適応」であることを報告している¹⁹⁾。一般高齢者と比べ要支援・要介護高齢者でより適応や老年的超越が進んでいるという研究報告は見当たらないものの、老年的超越が要介護者や超高齢者により訪れているとの指摘もあることから¹⁴⁾、今後検討されるべき課題である。

本研究が着目してきた「疾患・障害がありながらも健康と感じる」という現象は、上述した高齢期の発達課題に対する適応の状況や人生の統合が何らかの影響を及ぼしている可能性がある。これらの要因は、研究Ⅰの量的研究では想定しておらず、研究Ⅱを実施したことで得られた成果といえる。今後は発達心理学の視点からも要支援・要介護高齢者の主観的健康感について議論を深めていく必要があるのではないかと。

6. 結論

要支援・要介護高齢者における主観的健康感の判断基準を質的に分析したところ、17 のカテゴリが抽出され、6 つのコアカテゴリに分類できた。それは(1)《病気・体調の安定》、(2)《私なりの自立生活》、(3)《周囲の人との良好な関係》、(4)《私の中で変わらぬ自信》、(5)《今の生活の中にある張り》、(6)《老いや病と歩む》であった。

以上のコアカテゴリから、身体的側面では、現在の病気や体調が安定していること、そして可能な限り自立した生活を送っていることが主観的健康感の判断基準であった。心理的側面では、自分が健康であることや今の生活を続けられるという自信を持ち、充実した張り合いのある生活を送っていることが主観的健康感の判断基準であった。社会的側面では、人の役に立っているという実感、そして他者からの動機づけや交流を楽しむという情緒的サポートならびに家族や知人による手段的サポートが主観的健康感の判断基準であった。その他の側面として、老いや病気を受け入れるという客観的健康の基準を超越した老年的超越の観点や人生の統合と意味付けの状況からも、主観的健康感が判断される可能性が示唆された。

一般高齢者を対象にした先行研究を参考にすると、要支援・要介護高齢者の判断基準は共通する側面も確認されたが、その背景にはこれら高齢者の生活状況や意味付けがあるということが示唆された。

7. 本研究の限界と課題

本研究は、要支援・要介護高齢者の語りから主観的健康感を判断する基準を明らかにすることを目的として実施された。しかし、調査の対象者が都市部におけるある特定のデイケアを利用する高齢者であるため、本研究で得られた結果は限られた集団における知見で

あることは否めない。今後は、生活様式や文化的背景が異なる地域に在住する要支援・要介護高齢者を対象にすることで、その地域の特性に応じた健康観や主観的健康感の判断基準を明らかにしていく必要がある。

また、インタビューで協力を得た 15 名の年齢は、60 歳代後半から 90 歳前半と幅広く、要介護度も要支援 1 から要介護 5 まで含まれていることから（表 3-2）、社会生活を含む日常生活の自立度や家族の状況、そして介護保険サービスの利用に大きく差があると考えられる。対象者の現病歴からも状態像は様々であることから、今後は年齢区分、要介護度の程度、現病歴・障害の種類や程度など考慮することで、主観的健康感の判断基準に一定の傾向があるか確認していく必要がある。

8. 図・表

表 3-1 一般高齢者を対象に主観的健康感の判断基準を検討した質的研究

報告者 (発表年)	対象者	調査方法	分析手法	カテゴリ・結果
杉 澤 秀 博 (1993) ²⁾	日本人（全 国標本） 身体的な健 康が良好な 人 n=57 平均 68歳	(1)SRH シン グ ルクエス チョ ン (2)それはなぜ ですか？その わけを聞かせ ください	WHOの健康の定 義に基づき、身 体的健康、精神 的健康、社会的 健康の3つに著 者が分類	SRHを自己評価する理由として もっとも多かったのは身体的健 康の良否に分類されたもので、 全体の72%を占めていた
Borawski et al. (1996) ³⁾	健常の米国 人 フロリダの リタイアメ ントコミュ ニティ n=885 平均 80歳	(1)SRH シン グ ルクエス チョ ン (2)なぜそのよ うに感じます か？	逐語録からコ ードを図式化 し、カテゴリ化	①physical health (58.3%) ② attitudinal/behavioral (19.3%) ③externally focused (9.2%) その他、2つのカテゴリ
Idler at al. (1999) ⁴⁾	健常の米国 人（黒人の み） n=159 平均 74歳	(1)SRH シン グ ルクエス チョ ン (2)あなたは何 を通して考え ましたか？	MAXでイニシャ ルコードをカ テゴリ化	①physical health diagnoses, symptoms (37.1%) ②physical functioning (13.8%) ③health risk behaviors (10.1%) その他、3つのカテゴリ

表 3-2 対象者の属性

氏名	性別	年齢	同居者	介護度	現病歴	主観的健康感※
A 氏	女性	70 歳前半	長男	要介護 1	脊柱管狭窄症, 慢性腎不全 (人工透析), 高血圧	健康ではない
B 氏	男性	80 歳後半	妻, 息子	要介護 1	右視床出血, 腰椎圧迫神経根症, 高血圧	まあまあ健康である
C 氏	女性	80 歳後半	長女家族	要介護 2	脳梗塞, 糖尿病, 高血圧, 深部静脈血栓症	まあまあ健康である
D 氏	男性	70 歳後半	妻 長男家族	要介護 3	脳出血, 高血圧, 認知症	とても健康である
E 氏	男性	80 歳後半	妻, 息子	要介護 2	胸部大動脈瘤, 肺梗塞, 下肢深部静脈血栓症	あまり健康ではない
F 氏	女性	60 歳後半	夫	要介護 2	脳出血, 高血圧	健康ではない
G 氏	女性	80 歳前半	夫	要介護 3	てんかん, 偽痛風, 高血圧	まあまあ健康である
H 氏	男性	60 歳後半	妻	要介護 5	脳出血	まあまあ健康である
I 氏	男性	70 歳後半	妻 長男家族	要支援 2	中心性脊髄損傷	まあまあ健康である
J 氏	女性	80 歳後半	長男	要介護 3	変形性膝関節症, 変形性股関節症, 脊柱管狭窄症	とても健康である
K 氏	男性	70 歳後半	妻	要介護 3	脳出血, 高血圧	あまり健康ではない
L 氏	男性	80 歳前半	妻	要介護 1	パーキンソン症候群, 糖尿病, 認知症 疑い	とても健康である
M 氏	女性	90 歳前半	長女	要支援 2	膠原病, 多発性筋炎	あまり健康ではない
N 氏	女性	90 歳前半	なし	要支援 1	変形性膝関節症, 脳梗塞	とても健康である
O 氏	男性	60 歳後半	なし	要支援 2	脳梗塞, 糖尿病, 高血圧	あまり健康ではない

※あなたは普段、ご自分で健康だと思いますか？と問い、とても健康である、まあまあ健康である、あまり健康ではない、健康ではない、から回答を求めた。

表 3-3 病気・体調の安定

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	氏名	語り
医師の診察や検査で問題がないこと	診察や検査で異常ないこと	検査して異常はないと言われたから	J 氏	ドック入って一週間入院しましたよ。それで異常はないと。それが最後の私のあれですね。
		退院してから異常はないから	J 氏	頭を手術して退院してから異常はないっていうから。
		月 1 回医者に診てもらっても何もありません	N 氏	病気は無いですけど、定期的にお医者さんに行くことになってるの。月 1 回検診してもらうようになってるの、大抵なんでもないですけどね。
安定している病気と体調	病院に掛かっていないこと (reference) 病気が落ち着いている状況	病院に行っていないから	L 氏	今、病院には行かない。最近は入院したことはない。
		内科には掛かっていません	N 氏	内科でお医者さんにはかかりません。
		今年は医者ばかり行ってたから	E 氏	でも今年は医者ばかり行ってたからな。
		健康って医者に掛かっていない人でしょ	E 氏	健康って言ったら何も医者もかかってない人でしょ？おたくみたいに元気な人でしょ？だってみんな病気持ってるんだもんね。
		週 3 回、透析に通っています。5 時間かかることもあります。	A 氏	週 3 回、透析に通っています。うっかりするとつい 5 時間ということもあります。
		まさか透析する目にあうとは思いませんでした	A 氏	まさか自分が透析をする目にあうとは思いませんでした。
		発作等の不安がないから	G 氏	退院してからは一回も発作は起きないし。転んでもいないし。
		手足が動かないこと以外は気にならないから	H 氏	体は違和感あんまり感じないね。しいて言えばこの病気の麻痺ね。手足が動けばなって。気になるのはそこだけだよ。後はあんまり気にならない。
		最近は転んでいません	C 氏	1 年ぐらいいは、ちょっとしたことで転んだりしてたんですけど。最近はないです。
		インスリンでなく内服で続いているから	J 氏	インスリン打ったりはない。薬だけです。そういうのがずっと続いています。

		膝関節症はいつの間にか治りました	N 氏	先生が1日3千歩歩いたら治るっておっしゃったから、じゃあ絶対続けようと思って、そしたらいつの間にか治ってました。
	(reference)	高血圧が高いから薬を飲んでます	E 氏	血圧が高いから薬を飲んでるよ。糖尿もあるから、こんなに薬くれたんだよ。
		血圧が高くて下がりません	K 氏	血圧が高くて薬を飲んでますが、あんまり下がらないですよ。
		これ以上悪くならないよう現状を守っていきたいです	F 氏	これ以上悪くならないように、現状を守っていききたいですね。
	大きな不調がない状態	体の不調がないから	D 氏	体の不調は全くないです。何もないです健康です。
		いま喘息はないから	J 氏	ある程度糖尿病かかってるからね。なんでも喘息とかはないからね。
		風邪をひいても薬で良くなるから	J 氏	風邪ひいたのか痰がからむって言われたの。2週間薬頂いて良くなった。
	(reference)	神経痛で左の下半身が痛みます	M 氏	足が痛い。こちらの方が神経痛だね。ですから一昨日も、左側のお尻の方、脚、こちらの方が冷たいんです。
		調子が悪い日は足が冷えて痛くなります	M 氏	調子が悪い日だとこっちが痛んでね。なにしろ冷たくなっちゃいますでしょ。
		歩行車を押して買い物しても腰が痛くなります	M 氏	これ押しながら買い物行くんですけど、ただこれを押すとね、かえって腰が痛くなっちゃうのね。
	新たに病気をしていないこと	内臓の病気は一度もしていません	N 氏	まあ健康で、内臓の病気1度もしてませんからね。なんでも食べたらおいしいんですよ、それがありがたい。
	(reference)	去年狭窄症の手術をしました	A 氏	骨も脆くなって狭窄の手術を去年しました。10時間くらいかかって手術して。
		関節が動かなくなりました。手術をしないでどこまで大丈夫か。	A 氏	歩き過ぎで関節がくっついてしまったみたい。手術しないでどこまで行けるか。
心配事が起きていないこと	心配なことが起きていない現状	まだ物忘れはないから	J 氏	物忘れすることはないですね。
		転んでいないから	J 氏	このところ頭打ってません。

		透析のときに色々と考えてしまい不安です 家で転んだことが5, 6回あります 転ぶことがあります 転んで足が重くなって手術をしました 転んで頭を打ちました 転ぶと歩けなくなるって言われています 転んで先生に怒られました (reference) 透析で血圧が下がり調子が悪くなるので不安です やはり血圧が低下してきて余病が出てきます	A 氏 J 氏 L 氏 J 氏 J 氏 J 氏 J 氏 A 氏 A 氏	透析の時は頭だけ動いて色んなことを思うから、なお常々不安に思うんですね。 帰って靴脱いで中入ったらね、家の中狭いでしょ。ひっくり返っちゃったんですよ。それを5, 6回やっちゃったんですよ。 転んだりあるね。 転んじやって足が重くなっちゃって。それで足を手術したんですよ。腰と股関節全部やったんですよ。 なんとか歩けたんですよ。押しながらお使いしてたんですよ。それでひっくり返っちゃって。打っちゃったらしいのね頭から。 先生が無理してやるとまた引っくり返っちゃう。もっと歩けなくなるって言う。 1回ベッドの前で歩いて転んだけどね。2回ばかり。先生に怒られたの。その無理しちゃダメだって。今我慢してますけど。 透析で血圧が下がるんです。調子が悪くなって何となく不安です。 やはり8年くらい経つと血圧が下がってきて、いろんな余病が出てきています。
病気に不安を感じていないこと	後遺症が無いあるいは軽い	脳梗塞で入院したけど軽かったから 脳梗塞の後遺症はないから 白内障の手術をして済んだから 糖尿病だけど大きな異常はないから 白内障の手術で目が見えるから 左半身が動きにくいです (reference)	D 氏 D 氏 J 氏 J 氏 J 氏 J 氏 0 氏	〇〇医大に入ったことがある。脳梗塞。軽かったんだよすごく。 脳梗塞して体が動きづらいとかないです。だから動きすぎると怒られちゃう。 そんなに酷くないから、白内障ですぐに手術しまして、一応済んだんです。 糖尿病あるけど大きな異常はないです。今のところはね。 白内障と言われ手術はすぐしましたよ。いま全然見えます。 左が動きにくい

		言葉も遅れてる感じがします	0 氏	言葉も最近いくらか出るようになってるけど、やっぱり遅れてるなあって感じがするんだよね。
	健康面に不安がないこと	左麻痺があり 10 年近く不自由しています	F 氏	左麻痺があるので不自由してます。脳出血して十何年経ちます。
		元気だから考えない	L 氏	いま元気だから考えない。
		この先どうなるか考えたことがない	L 氏	健康に関してこの先どうなるんだろうとか考えたことないね。
		この先の不安は無いです	L 氏	この先の不安は特別にないですね
		これとって積極的にしていません	L 氏	これとって何か積極的にやってないからねえ。
	(reference)	元気で過ごせることがありがたいです	N 氏	今日も 1 日元気で過ごせますように、ありがたい気持ちでいます。
		透析していて最後はどうなるか不安です	A 氏	私は 64 歳から透析をしていますので、最後はどうなるのか不安に思います。
		今後もし認知症になった時に不安です	A 氏	もし認知症になって、自分の身体のことthat分からなくなった時に不安です。
		2, 3 年先が不安で毎日不安です	A 氏	毎日不安を感じて、2, 3 年先も不安に思います。
食事と睡眠が良い状況	食事が満足に食べられること	食事が食べられるようになったから	G 氏	ご飯が食べれなくて、体重が 30 何キロぐらいになりましたね。随分苦勞して、今はやっと食べられる。
		食事が美味しく食べられるから	H 氏	まず食事が良く取れる事ね。美味しく食べれる。大体全部食べれるけどね。
		おいしく食べられているから	D 氏	おいしく食べてる
		食事をしているとき	H 氏	食事をしている時が健康だと思うね。
		好き嫌いなく何でも食べているから	D 氏	好き嫌いはないから何でも食べる。
		残さず食べているから	D 氏	残さず食べてます。絶対に残さない、もったいないもん。
		全部食べています	J 氏	全部頂きますね。あんまり間食しないから。内臓は丈夫なんですよ。うね。
		何でも食べられるから	J 氏	健康じゃなんじゃないかな。なんでも食べるから。足そのものはあ

		嫌いで食べないことがないから	J 氏	れですけどね。
		毎日何でも食べているから	J 氏	嫌だって食べない事ないもん。これで足も丈夫だと本当に健康だと思いますよ。
		いつも通りの食事を食べているから	J 氏	ごはんは毎日食べてる。ほんと何でも食べる野菜なんか。
		好き嫌いせず絶対に残さないから	L 氏	朝はいつもパンです。パンにサラダ、それで紅茶飲んで。
		歩いているから食事美味しく食べられます	N 氏	ご飯は絶対残いませんね。好き嫌いしませんね。
	お通じが出ること	お通じが気持ちよく出るから	H 氏	歩いているから食も美味しいし、だから最高に健康です。
	良い睡眠がとれること	安眠できるから	H 氏	あとは、お通じが気持ちよく行けるってこと。便秘にならないってことかな。
		程よく眠れているから	D 氏	あとは、安眠できる。
		寝つきが良いから	J 氏	程よく寝ているよ。夜早いからね。9時前には寝ちゃうからね。
			J 氏	寝床へ入るときは良いんですよ。寝つきが良い方だから。
健康維持に向けたセルフケア	自分で健康を維持していること	家でも歩いたりスクワットをしています	I 氏	家でも廊下を歩いたり、手すりに掴まってスクワットしてるんです。
		自分で体を動かそうと努力しています	I 氏	自分から少しでも歩いたりできるようにやってるんですけど。
		家の中でも歩いたりしています	I 氏	ここへ来ないときは、家で歩いたりなんかしてます。
		健康のために買い物をしています	I 氏	一つは自分の健康のためであったり、買い物とか。
		お風呂を沸かすのも時間を掛けてやるようにしています	I 氏	お風呂も自分で沸かしてるんですけどね。それは今のところ出来ますからね、時間かけてもやるようにしてるんですけど。
		今も歩くことは続けています	L 氏	散歩に近いんだろうね。歩くのは今も続けてる。
		健康のために歩いています	L 氏	健康のために心がけることっていえば、歩くことだろうね。
		家でも動かないといけません	J 氏	マッサージやって貰ってるから。家でも動いたりやらなくちゃ。
		健康に良いことは何でも続けたい	N 氏	健康にいいってことは何でも続けようと思ってます。
		毎朝、乾布摩擦をしています	N 氏	毎朝、食事前に乾布摩擦をします。

	(reference)	透析は自分ではできません	A 氏	透析中は先生に委ねるしかないから.
--	-------------	--------------	-----	-------------------

※reference は主観的健康感が不良と回答した者のコード・語りを示す

表 3-4 私なりの自立生活

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	氏名	語り
まだ寝たきりでない状況	寝たきりではない私 (reference)	全く動けない状態ではないから 寝たきりではないから 寝たきりは健康ではないと思います 寝たきりになるんじゃないか不安です 寝たきりにないように気を付けています 寝たきりになるのが怖いです 寝たきりになったら厄介でしかないです	I 氏 G 氏 E 氏 K 氏 E 氏 A 氏 A 氏	変な話だけど全然動けないとかそういうのじゃないんでね。 前に比べれば、まあまあ健康ですよ。入院して寝てばかりです っといってることがないだけでね。 寝たきりは健康ではないだろう。 そのうち寝たきりになるんじゃないかと不安ですね。 寝たきりにないように気を付けてるけど、ここでリハビリして、 家でも足踏みして。 歳を重ねていくと、もっと弱くなって歩けなくなり、寝込むんだろ うなと恐れています。 寝たきりになったら本当に厄介でしかないから、そうやって生きて ることがどのくらい辛いことなのかなって。
私なりに自立した生活	ある程度不自由なく動けること (reference) できる範囲で自立生活を送る状 況	ある程度不自由なく動けているから 自分である程度動けているから 杖を使って何とか歩ける状態だから 最期までトイレは自力で行きたい 健康だったころとの差が大きいです 今は 10 分の 1 しか動きがとれません こんな状態でも生活できているから このくらい生活できていれば健康だと思 う	I 氏 I 氏 I 氏 A 氏 A 氏 A 氏 B 氏 I 氏	健康って、ある程度不自由なく動けるってことですかね。 自分である程度、動きがとれるってことですね。健康ってまではい かないんですけど。 何とか今のところは動ける状態なので。表は杖がないと怖いですね。 最終的にトイレだけは二本で立ちたい、そう思いますね。 健康だった時と今の差が多過ぎるから。 元気な時は行動的で、今は 10 分の 1 しか動きがとれません。 まあまあこんな状態で生活してるからね、まあ健康だと思う。 病院は通ってますけど、いろいろと。自分ではこのくらいなら健 康であれかなと思ってますけどね。

(reference)

たまにモップで掃除をしています	I 氏	たまにモップで廊下を拭いたりなんかしてますけど、元気な時はうちの周りを全部やってたんですよ。でもこの頃はやる気が出ない。
自分のことや買い物もできているから	I 氏	何とか自分の事は自分でできるしね、買い物もシルバーカー押してできるし、自分ではある程度健康ではないかと思ってるんですよ。
人の手を借りず何でもしているから	D 氏	人の手を借りず自分で何でもやるよ。やること決まっているから。
買い物も料理も一人でしているから	N 氏	一人暮らしでお買い物もお料理もしています。
身の回りのことは自分でやるから	L 氏	身の回りのことはだいたい自分でやります。
周りの人に頼らないようにしているから	L 氏	あまり頼らないようにしてる。自分の中で決めてる。
できる限り自分のことは自分でしています	N 氏	人の手は借りたくない、できる限り自分のことは自分で。
自分の思うように生きています	N 氏	もう我がままに生きてます、もう自分の思うように生きてます。
少しずつ家事をしています	G 氏	家の中のことを少ししている時ですかね。家の事が少しずつできていくことでしょうね。野菜切ったりとか、娘を早く返してやろうと。
足を使う買い物はまだできます	I 氏	買い物してやっぱりまだできる。足を使ったり、体もう少し使うとかあるんで。
長男に頼らず病院に行っているから	I 氏	自分で病院行って薬貰って、今のところはできてますんで、長男に行けないから一緒に連れてってそこまではないんで。
私なりにまだ動けているから	I 氏	若いときみたいにはいかないですけど、まあ私なりにもまだ動けるんで。健康だからできるんじゃないかなと思うんですけどね。
子供に助けてもらえばかりです	A 氏	今は子供におんぶにだっこされるばかりです。
自分の意志がなくなったとき、どう生きていくんだろうと思います	A 氏	自分の意志で動けなくなったときは、どうやって生きていくんだろうと思います。
自立と行きたいところに行かれるのが健康です	A 氏	自立した生活を送れて、自分の足で行きたいところに行かれることが健康だと思います。

		自分の足で歩いて多少でも自立して生きていきたいです	A 氏	どうせ生きているならば、自分の足で歩いて、多少でも自立して生きていたいと思います。
		まさか自分が厄介になるとは思っていませんでした	A 氏	まさかここで自分が厄介になるなんて思っていなかったから。
		人の手を煩わせてしまっています	O 氏	何するにしても人の手を煩わせるから。極端な話が、自分が他人にしてきたことが単に返ってきた感じ。
		人の世話になりたくないという根本があります	O 氏	人の世話になりたくない、それは根本にある。できるだけ自分で何とかしたいというのがある。
		人に迷惑を掛けたくないのが念頭にあります	O 氏	とりあえず、人に迷惑かけたくないというのが念頭にある。

※reference は主観的健康感が不良と回答した者のコード・語りを示す

表 3-5 周囲の人との良好な関係

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	氏名	語り
人の役に立てるという実感	必要とされる役割を維持	ゴミ捨てや掃除機は私がしています	I 氏	ゴミ出しやったり掃除機かけたりやってます。月曜日と木曜日なんですよ。それはやってます。
		掃除はほとんど私がしてます	I 氏	風呂掃除からトイレ掃除からやってるんですよ。
		奥さんの分も出来る限りやっています	I 氏	やらざるを得ないですね。二人だから。うちのが出来ないもんだから、私が出来る限りのことはやって。
		妻が出来ない買い物をやっています	I 氏	奥さんは頸椎と腰を手術して。それで私の方がまだいいんでね。買い物は私がやってます。何買いに行ってくれって言われればね。
		私も長男を気遣っています	I 氏	長男とは毎日会ってます。朝長男が仕事行くと寒いから気を付けて行けよと声かけていきます。
		洗い物をするのが私の役目です	D 氏	洗い物は全部自分でやるよ。それが役目だから。
		妻の家事を手伝っています	D 氏	家事の手伝いもできるよ。洗い流しは全部やるよ。食事は女房が作って、洗い物は全部自分でやるよ。それが役目だから。
		デイケアで職員のお手伝いをしています	G 氏	洗濯物を干したり畳んだり、名札を直したりとかいうお手伝いをして。そうゆうのも楽しいですよ。
	(reference)	行動的で家業もしていましたが今はできません	A 氏	本当に行動的に1日1週間、それに家業もしていたので家の仕事もしないと行けなくて、忙しいほんとに。
		ボランティアをしていましたが今は行っていません	A 氏	ボランティア協会にも所属していたので、福祉園とか子供たちのボランティアにも行っていました。
		親の役目だけは務めたいと思います	A 氏	子供に厄介になることは仕方がないと思いながら、親の役も務めたいと思ってます。
		お年玉あげるぐらいしかできません	A 氏	孫にお年玉あげなくちゃいけないし。そんな時ぐらい孫もおばあちゃん生きててよかったと思うんじゃないかなと思います。
	自分が無くてはならない気づき	必要な存在として認められた	G 氏	「I さんがいたから、辞めないですんだわ」なんて言われるとその気

	(reference)	生きていてありがたいと思われる役割はしていきたいです 親として子供の中心にいられるのはほとんどありません 親が子の中心であることが健康の形です 友人の誘いを断るのが辛いから 年寄りには生産性がないから、生きていだけで厄介者です	A 氏 A 氏 A 氏 A 氏 A 氏	になる。そう言ってもらって嬉しい。 家族の面倒も多少は見られる、家族にもまだお母さんは生きていてくれてありがたいと思われる役割はしていきたい。 その時くらいですね、まだ私が生きててよかったなとか、親として子供の中心にいられることが。 親の中心であることが健康の形。だからもうちょっと頑張らなくちゃっていう気持ちはあります。 お誘いを断らないといけないことがすごく辛いです。自由がないという、足が無いというのは辛いですね。 年寄りになったら生産性がないから、だから生きているだけでも厄介者だから。
元気をくれる周囲の人々	動機づけしてくれる利用者 (reference) 人と話すことで得られる充実感	皆との花作りや合唱ができること 皆と一緒にだからできると思います 折り紙は一人ではできません。皆と一緒にならやります 歳を取るとできなくなりますが、皆と一緒にならやれます 皆と一緒にならやる気もでます 連絡きても何もできないから人付き合いが煩わしいです 今はできれば一人の方がいいです 一緒にカラオケをしている仲間と話し	C 氏 C 氏 C 氏 C 氏 C 氏 O 氏 O 氏 H 氏	お花作りや合唱を皆さんと一緒に出来るってことが健康じゃないとできないと思う。 家にいたらやりませんが、ここに来て皆さんと一緒にならできると思うんですよね。 例えばお部屋で折り紙があってもやりませんね。みんなと一緒にならやったりしますけどね。ありがたいなと思っているんです。 歳を取ると出来なくなるんですよね。ですから皆さんのところに来て、皆さんとならやれるんです。 皆さんと一緒にならねやる気も出るんです。一人だとどうしても。 結局、煩わしいじゃないですか。連絡もらってもこういう体になって何もできない。いざとなっても何もできないから。 俺はあんまり人と接触は得意じゃないんだ。できれば一人の方がいいんだけど。 同じデイケアに来ている人とお話する時だよ。一緒にカラオケ歌

		ているとき デイケアで馬鹿話しているとき 皆と話したり何かしたりしてる時 皆さん良い人だから会話をします デイケア行った時は明るいと言われて います もし通うところが無かったら困ります ショートステイにはよく知ってる看護 婦がいます 家では息子と喧嘩ばかりだから、お互 い疲れています 部屋が散らかってるのを我慢してます (reference) 楽しみにしている職員との交流 スタッフの人と冗談を言って笑うとき ヘルパーとお話するのが楽しいです ヘルパーの仕事は参考になります ヘルパーのやり方が違って面白いです	うと話するじゃないですか。 B 氏 家よりいい。母ちゃんに怒られるからね。みんなと話してるのが一 番。ここに来てると人と話もする。馬鹿話というかね。 J 氏 健康だなんて感じるときは皆さんと話したり、自分で何かしたりし てるとね。 J 氏 皆さんいい人だから、普通に会話をしますよ。 J 氏 一応デイケアへ来ているのは楽しみだね。息子も言いますもん。「お 母さんデイケア行った時は明るい」って。 D 氏 通う場所が無かったら困っちゃうよね。困っちゃう。 D 氏 ショートステイは来週から行く。看護婦さんをよく知ってる。 J 氏 家では喧嘩ばかりするから。「ちょっと手かけてくれればいいの に」って息子に言う。「俺も疲れてるんだ」っていう。 J 氏 部屋が散らかってるの目に見えて我慢してんのよ。皆さんそうじゃ ないかなって思うよ。私がそうだから。 A 氏 少しでも現状を維持するために、リハビリの先生やヘルパーさんた ちには、ひとかたならぬ厄介をかけています。 H 氏 スタッフの人と冗談言って笑う時ね。話じゃなくて談笑する時ね。 C 氏 家にはヘルパーさんが3人来てくださっているんです。お話しする のが楽しいです。 C 氏 ヘルパーさんは慣れていますから上手なんですよ、だからすごく 参考になるんです。 C 氏 やっぱりそれぞれやり方が違いますね。面白いんです。
生活していく上で必要な支援	日常生活における家族の助け	料理は奥さんがやってくれてます	I 氏 料理はうちの人がお勝手で椅子に座ってやってくれてるんです。後は 運んだりなんかは私がしますけど。二人で一人ですから。

		ヘルパーさんは頼んでいません 長男が手助けしてくれます その時は子供に頼るしかありません 行きたいところに連れて行ってくれる	I 氏	最初の頃はヘルパーさんに来てもらってたんです。
			I 氏	やっぱり長男でしょうね。一番手助けしてくれると思いますね。
			N 氏	やっぱり子供たちは大事ですよ、頼るよりしょうがない。
			C 氏	自分でどこか行きたいところがあれば、うちの人に言えば連れて行ってくれるんですよ。
頼れる知人がいる安心感	(reference)	買い物に行けないときは嫁に頼みます 娘や孫が気にかけてくれてありがたい 娘は帰ると顔を出してくれます 知人に頼めばご飯を作ってくれます 知人とは良い関係で助かってます 材料がないときはご飯を作ってもらえる知人がいます 仲間が大勢いたけど今はいません 仲間と連絡が取れないようにしました	I 氏	どうしても行けないときは嫁さんに頼んで買ってきてもらって。
			C 氏	娘や孫なんかいるんですけどね、みんな心配しているらしくね、気にかけてくださってくれますからね。その点では助かってます。
			C 氏	夜寝てましてもね、娘が帰ってくると必ず顔を出してくれるんです。
			N 氏	ご飯作るの面倒なときは、マスターに言うとなちゃんとしてくれる。
いつも助けてくれる職員		今でもお電話くださる仲間が多いです 仲間とは縁を切りました 皆さんにお世話になっているから デイケアでは職員の皆さんが助けてくれる 職員さんに良くして頂いて助かってます 食事薬も決まりを守っています	N 氏	マスターとはツーカーになってます。だから助かってる。
			N 氏	ご飯の材料を買いに行かなくちゃないってときは「今日お願いできる」って言ったら、「いいよ」ってご飯を作ってもらう。
			O 氏	昔は仲間も大勢いたけど今はいない。若い時は仲間がいっぱいいた。
			O 氏	仲間から電話が入っても通らないようにして。電話全部消して連絡が取れないようにした。
家族による健康支援			A 氏	民生委員もしていて、お電話くださる仲間が多いんですよ。
			O 氏	他の連中もみんな分かっていると思うから、「もういいや」って縁切ったんだ。
			C 氏	まあまあ健康な理由は、デイケアでお世話になっておりますので。
			C 氏	ここでは皆さんがすごく助けて下さる。助けて下さるっていうか教えてくださるんですよ。
			C 氏	皆さんにお世話になって、良くしていただいて助かっています。
			D 氏	食事は女房が作ったもの以外はダメ。決められたとおり薬も飲んで。

		妻が体にいい食事を作ってくれます 甘い物は食べさせてくれません 妻が歩くときは一緒に歩いています 一人で外を歩くのは止められています	D 氏 J 氏 L 氏 C 氏	やっぱり女房がいるから、あとは自分で気を付けています 先生から聞いてんだかあんまり甘い物食べさせてくれないんです。 おかあちゃんも歩くのが好き。なるだけ一緒に歩く。 「絶対に1人で外を歩いちゃ困る」って言うです。「もし万が一のことがあったら分からない」って言うんです。なんかうるさいですね。そういう点はね。
		杖をつかないで歩くと注意されます	C 氏	「杖をついて歩いたほうが危なくない」っていうんですよね。それでつい杖を突かないで歩くとね「杖！」なんて言われちゃったりなんかして。

※reference は主観的健康感が不良と回答した者のコード・語りを示す

表 3-6 私の中で変わらぬ自信

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	氏名	語り
自分が健康であることの気付き	運動することで感じる健康	運動してまだこれだけできるから	I 氏	運動させてもらう時はまだこれだけできるから、自分では健康だと思ってるんですけど。
		まだ体を動かせるから	I 氏	先生達から指導してもらって、体動かせるうちはまだ健康かなとは思ってるんですけど。
		動かさないでいたら足腰は弱ると思います	I 氏	動かさないで何もしないでいたら、もっと足腰も弱っちゃうだろうですよ。
		デイケアで体を動かすと具合も良い感じがします	I 氏	やっぱり違うんですよ。ここへ来てやらしてもらってると、体の具合もいいような感じがするんですよ。
		自分の足を健康にしてる時が一番（健康だと）思います	J 氏	ここに来て自分の足を健康にしてる時が一番思うでしょうね。家帰ると自分で動けないから。その辛さがね。
		足を使って歩くことが健康に一番です	L 氏	要するに足を使って歩くことが健康に一番近いということです。
		15 年間欠かさず 3000 歩歩いています	N 氏	膝の関節症で先生が 1 日 3000 歩歩きなさいって。その日から 15 年、今も 3000 歩歩いています。
	(reference)	手足があまり動かないから健康ではありません	K 氏	手足があんまり動かないから健康とは言えないな。
	友人も私も元気である状況	友達も健康だから弱いと感じない	L 氏	友達と話していると、自分が弱いと感じない。相手も健康ですよ。
		友達が悪くなった話は聞きません	L 氏	友達がどこが悪くなったとか聞いたときは、自分も注意しなきゃと思うけど。そういう話はしょっちゅうはないですよ。
	家族も健康である状況	妻も健康です	L 氏	女房も健康ですよ
		妻も私も医者には掛かっていません	L 氏	妻も病氣したり医者には掛かってないですね。二人ともないです。
	周りの人より良い状態	足が不自由な人と比べ健康だと思う	G 氏	足が不自由な方からみれば、私は健康だなんて思いますよね。
		他の人のようにインスリンを打っていないから	J 氏	薬を少し頂いて近くのお医者さんにかかって。みんなみたいにインスリン打ったり、そういう異常は全然ない。

		人よりも自分は弱いと思わないこと	G 氏	健康だと思うとき？まあ、友達と話してる時なんかには自分が弱いという意識は持たないようなことでしょうね。
		同年代と比べて健康だと思います	L 氏	同じ年代と比べて健康だと思うね。
		同じ膝関節症の方は歩かなかったので車椅子になりました	N 氏	同じ膝の関節症の女の方がいたんですよ。その人は歩くこと一切やらなかったら車椅子です。
	(reference)	同じ病気の人はだんだん悪くなっています	K 氏	同じ病気の人は、皆だんだん悪くなってきてますから。
		脳出血の人はだんだん悪くなっています	K 氏	脳出血の人は、だんだん悪くなってる感じだね。
		自分も悪くなるんじゃないかと思っています	K 氏	自分もだんだん悪くなるんじゃないかと思っていますね。仕方がないですね。
		100 歳以上の人は私よりも元気です	M 氏	100 歳以上の方でも私よりシャンシャンしてます。
		あの人は週一回カラオケに行ってるから元気です	M 氏	あの人は 1 週間 1 回はカラオケにも行くんですよ。だからやっぱり違うんですよ。
	前より体が動くようになった実感	前と比べると動けるようになった	J 氏	随分と良くなった。転ぶ前は歩いてたんだから、ベットの周りを。
		前は本当に立てなかったから	J 氏	立てなかったからね。腰を痛めたから。仰向けになって起きれない。
		足を挙げられるようになって偉いと思う	J 氏	右足が挙げられるようになったんだから。偉いと思う。自分で自分を褒めてる。
		ここに来て立てるようになりました	J 氏	家だとあんまりリハビリできないけど、ここに来ると足の運動してみんなやってくれるからね。結構立てるようになりましたよ。
		バスが来ないので 1 区間歩くことがありました	N 氏	この前、バスがあんまり来ないので、バスの 1 区間歩きました。
		以前と比べて歩けるようになりました	G 氏	昔みたいに歩けないことを思えば、まあまあ健康といえますかね。
		リハビリやるようになって歩けるよう	G 氏	全然歩けなくなっちゃって、でもリハビリやるようになったら、歩

		(reference)	になって嬉しい 車椅子だったのが杖で歩けるようになりました 立てる時間が多くなりました リハビリしていながら後ずさりしています 日々後ずさりを実感しています 車椅子に頼らずなるべく自分の足で歩きたいです 半年前から歩行器での歩行ができなくなりました 60歳で脳出血してずっと右手が不自由です 歩けるために努力してますけどなかなかそうなりません	G氏 J氏 A氏 A氏 A氏 A氏 K氏 F氏	けるようになったんです。それがすごく嬉しい。 最初は車椅子から始まって、押すカートから今は杖にだんだん移行してきたんです。 今はリハビリでじっと立てる時間が多くなりましたよ。 リハビリをしていながら後ずさりしてるから、自分としては寂しい。 日々、後ずさりを実感しちゃっています。日一日というくらいに実感しています。 車椅子でも上手にできるかなと思ったりもしてるんですけどね。でもなるべくなら、自分の足で、二本で立ちたい。 リハビリだと思って毎日歩行器で外を歩いていました。ところが半年前からできなくなりました。 60歳で脳出血してから、ずっと右手が不自由だね。 少しでも歩ければと思って努力してますけど。なかなかね、病気が病気ですから。
今の生活を続けられる自信	まだ感じていない衰え	(reference)	衰えを感じていないから 衰えをまだ感じたことがないから 一年前に比べ弱っていないから 足腰が弱るとか全然ありません 衰えたとか感じたことはありません 体力もあるし歳だって考えていません 年々歩けなくなってきました デイケアに歩いて来られなくなりました	D氏 L氏 L氏 L氏 N氏 N氏 K氏 K氏	衰えとか全然ないです。変わらないかな、元気いっぱい。 自分がまだ衰えてきたとか感じたことないからね。 1年前と比べてそんなに弱ったとは思ってないけどね。 足腰が弱ってきたとか全然ないね。 歳をとったなとか、感じたことはありません。 いつの間にこんな歳になったか知らないけど、自分じゃ体力もちやんとあるし、自分が歳だって考えないの。 やっぱりふらつくんですよ。年々長い時間歩けないとかね。 杖付きながら家からデイケアまで来てたことはあるんですよ。今

変わらない続けられている生活	た		は半分も来られないからね.
	デイケアにバスを使って来ないといけ	A 氏	デイケアに自力で歩いて来てたのが, バスで送ってもらうような羽目になりました.
	なくなりました		
	歩行器を使って歩くようになりました	A 氏	調子よく歩けてましたが, 歩行器をつかうようになりました.
	頭が衰えてきたと思います	M 氏	最近では頭がだいぶ衰えてきた. 反応が鈍くなってきました.
	30 年間同じパーマ屋に行っています	N 氏	月一回パーマ屋さんに行っています. 私は続けるのが好きなんですよ. 30 年行ってます. 若い時からそのパーマ屋さんが気に入ってる.
	マスターとは 8 年も続いています	N 氏	そのマスターが良い人で, もう今度の夏になれば 8 年も続いている.
	毎日決まってやることあるから	D 氏	決まりになっているから, もう変わらない自分でそうなってる.
	昔からよく歩いていました	L 氏	歩くときはもう何キロでも歩いたね.
(reference)	今日もすでに 2000 歩歩きました	N 氏	今日も朝 2000 歩歩いてますからね. 帰ったら 1000 歩歩きます.
	手紙の文もまともじゃなくなりました	M 氏	手紙を書いてたんですけどね, 文もまともじゃなくなっちゃった.
	家では車椅子で洗濯したり片づけをしています	A 氏	今は足首の関節も具合が悪いので, 家の中も車椅子で洗濯物を干したり, 片づけをやってるぐらいです.
	一年前と比べて計算ができなくなっています	M 氏	一年前と比べてここ (頭) が変わってます. 買い物して帰ってきてても何回も何回も計算しています.
	目が悪くなって買い物もできないと思います	M 氏	目が悪くなっちゃったときはね, もうこれは買い物もうだめだなあと思いましたらね.
	音楽をやっていたけど病気をしてから	O 氏	音楽は昔からやってたから. 音が取れないのよ病気してから. 音程が狂うし. だからイラっとするんだよね.
	音程が狂ってイラッとします		
	楽しいと思っていた仕事を辞めたことが残念です	A 氏	こういう仕事ができると楽しいなと思っていたんですけど, こういう事になって残念です.
	この先まだやれる思い	D 氏	家で色々なんでもできるよ.
	N 氏	どこまでも歩いて行けるぐらい. 毎日 15 年続けて歩いています.	
	N 氏	前よりももちろん歩けるようになってる. 絶対どこまでも行ける.	

	(reference)	今までしてきたことが無駄に思えてます。病気をすると何もできません	0 氏	みんな無駄だなあと思って、やっぱ病気しちゃうと何もできねえなあちゅう感じ。
--	-------------	----------------------------------	-----	---------------------------------------

※reference は主観的健康感が不良と回答した者のコード・語りを示す

表 3-7 今の生活の中にある張り

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	氏名	語り
充実していると感じる時間	デイケアで楽しみなこと	カラオケを歌っているときが健康です	H 氏	デイケアでカラオケ歌ってる時が健康だと思うね。あんまり上手じゃないけどね。気分良くなりますよね。
		やらないといけないことができるから楽しいです	J 氏	ここは楽しいですよ。息子と喧嘩することもないし。やる事はやるから。自分でも少しは立ったりして。
		カラオケが好きで週 2 回しています	N 氏	私はカラオケが好き。だからカラオケは週 2 回しています。
		デイケアに来るのが楽しみです	D 氏	ここに来ることが楽しみだから、絶対に休まないよ。
		短歌も考えがまとまらずダメです	M 氏	短歌はもうだめ。ほんとに考えがまとまらない。以前は待ってる間に考えてたんですけどね。
	家での好きな時間	音が狂うと癪に障ります	O 氏	ボーカルだったから、音が狂うと癪に障るんだよ。
		歩くことが好きです	N 氏	歩くことは好きなんですよ。車使ったりは絶対しません。
		マニキュアも気分に合わせて楽しんでいます	N 氏	マニキュアも自分でやります。真っ赤とか、黄色も紫も色んなの持ってるから好きなように。いま春だから薄い色で楽しんでいます。
		とにかく歩くことは好きです	L 氏	歩くのはとにかく好きですよ。
		スポーツが好きでテレビで見えています	D 氏	スポーツ大好き。今もテレビで見るよ。サッカーも柔道も。
	(reference)	子供と孫の話が楽しいから	H 氏	家では奥さんと話すね。子供 2 人、孫が 4 人。やっぱりその話題は楽しいよね。幸せを感じるよね。幸せと健康を感じるよね。
		最近は笑うことがなくなりました	M 氏	最近思うのは笑うことがなくなった。笑うってことが全然ない。
		目や耳が悪いので落語のテレビも見なくなりました	M 氏	目が見えませんか。耳が聞こえないから落語のテレビもあまり見なくなっちゃって。
		好きな歴史も面白く読めません	M 氏	歴史が好きだけど、前よりも面白くないからね。
今できることを全うする姿勢	今の私なりの目標	歩行車で歩けばいいと思っています	J 氏	ベツトから起きれないの。押し車で歩けばいいと思います。

78		(reference)	ベットの周りを歩いて筆筒を開けるようになりたいです	J 氏	ベット周りを歩いて、筆筒を開けるようになれば私は良いです。
			あまり欲を出さないようにしています	J 氏	あんまり欲を出さずに。本当にそうだと思うよみんな。
			右手が全然ダメだから、やってみたい	K 氏	(何か新しくやってみたい事とか) 特に無いよな。右手がだめだからね。なんか右手を使うのが全然だめだから、出来ないですよね。
			ことは特に無いです		
			目的がないと散歩もできません	M 氏	ただ散歩して来いって言ってもね、目的がないとできないです。
			現状を守っていききたいです、欲を言っても無理でしょうから	F 氏	現状を守っていききたいと思いますね。これ以上悪くならず、欲を言ったって無理でしょうから。
			若い時と違うことでも取り組みます	D 氏	ここではなんでも参加する。レクもバレーもやるしね。やることが若いときと違っても「やる？」といえばすぐやる。
			スポーツはやりたいけど、今はしていません。	D 氏	スポーツは何もやっていない。昔やってたけどね。ほんとはやりたいたいけどさ。
		(reference)	カラオケができなくなることを考えたことはありません	N 氏	カラオケできなくなるってことは、まず考えたことはありません。健康でいれば、そういうことないと思う。
			諦めていたことができるようになりしました	G 氏	ダンスの練習があるんです。一生そうゆうことはやれないと思って諦めてたんだけど、なんとかやれるようになりました。
			歌が好きだったけど鼻歌も歌えなくなりました	O 氏	歌も好きだったからね。鼻歌も歌えなくなったね。
			三味線とお習字、お茶をやりましたがもう忘れしました	M 氏	昔は三味線と、お習字と、お茶をやりました。みんな忘れしました。
			左の麻痺で何もできないから	F 氏	左の麻痺だから何もできない。リハビリも頑張っていますけど。
			いま病気になっちゃって右手が不自由だから	K 氏	病気になっちゃったからね今。右手が不自由だからねやっぱり。

※reference は主観的健康感が不良と回答した者のコード・語りを示す

表 3-8 老いや病と歩む

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	氏名	語り
老いや病でも感じる健康	老いの受け入れ	歳とった自分に健康と言われても分からない	B 氏	健康って言われても、どんなのが健康なのかはわからないね。
		80 歳になってついに来ちゃったね	B 氏	80 歳位までは頑張ったんだけど、それがきちゃったんだよね。
		歳をとればみんなどこおかしくなる	B 氏	まあこの歳になればとみんなどこもおかしいんだよね。
		体が故障して無理になってきます	C 氏	体に故障が起きますね。あっちが痛いとかこっちが痛いとか。それで無理になってくるんですね。
		もう歳ですし我慢することもあります	C 氏	今の生活は満足というか歳ですから。やっぱり我慢しなくちゃいけないと思ってます。
		若いときの健康には戻れない	I 氏	若い人が何かやってるところを見ると、「ああ若くて健康だな」と思うよ。今じゃもう後戻りできないしさ。
		できなくなったときに考えればいいと思います	N 氏	自分で何でもやってますけど、具合が悪くなったら出来なくなるでしょう。その時はその時で考えればいいと思ってる。
	(reference)	あがいても人間はなるようにしかなりません	O 氏	やっぱ人間はなるようにしかならないから。あがいたってね。
	周囲の人も老いていく現実	妻も私も具合が悪いから	B 氏	母ちゃんも具合が悪いしさ、私もこんな状態で二人ともね、だめっていうかそういう風になっちゃったんだよね。
		歳を取ると友人は亡くなってしまう	C 氏	若いうちは友達が沢山居たんですけどね。歳を取ると皆さん亡くなってしまうってないもんです。
		良くなることはないと思っています	C 氏	年ですから悪くなっても良くなることはあまりないらしいですね。若い方でしたらね良くなると思います。
	病気をしても感じる健康	限界を感じても自分では健康だと思えます	I 氏	自分である程度限界を知っていても自分では健康だと思ってます。
		これだけ病気していれば健康でないと言	I 氏	これだけ病気にかかっていたら「健康じゃない」って、世の中にでた

		われるかもしれない 病気があってもある程度動ければ健康だと思います (reference) 病気はしているけどそれでいいと思ってる 病気を受け入れる努力 (reference) デイケアでは気楽に過ごしてます 朗らかで落ち込まないってことです 病気になってついに来たという感じで受け入れました 酒、たばこ、夜遊びが病気の原因だと思います ある程度は覚悟はしていました 病気を病気と考えていたら絶対無理です	I 氏 0 氏 L 氏 M 氏 0 氏 0 氏 0 氏 0 氏	ら言われるかも分からないけど。 病気があって病院行くけど、ある程度自分で動けるっていうのが健康なんです。完璧に動けるわけじゃなくてある程度。 病気はしてるけど、なりの健康。それでいいと思ってるから今は。 デイケアではとにかく気楽に過ごしてます。 気持ちの健康。朗らかであれるってことね。まあ、落ち込まないってことですよね。 病気になった瞬間にああ来たかって感じ。悶えることなかった。そんなで受け入れた。 病気になる原因を作ってたってことかな。酒、たばこ、夜遊び。 ある程度は覚悟してたんだけどね。どういう風にして自分に返ってくるのかなあと思ってた。 考え方一つだもん。病気を病気って考えたら絶対無理だもん。なんでも受け入れから始まるんだもん。
老いと共に生きる姿勢	生かされているという感覚 (reference)	今日もよろしくお願いしますって拝んでます 死ななかった分、生きさせてもらっています 太陽に生かさせて頂いています 95 歳まで長く生きました どんなときも上手く捌けてきました。運があるのかもしれない 静かに待ってればいい、向こうに逝くだ	N 氏 N 氏 N 氏 N 氏 N 氏 0 氏	お日様が出てようと出てまいと、お日様に「今日もよろしく願いします」っていつも拝んでる。 扁桃腺を切ったりしたことがあって。その時、死ななかった分、長生きさせてもらっているんでしょう。 こんな歳まで生かさせて頂いてるんですから、太陽は私の神様です。 今年で 95 歳ですもんね、大正 13 年生まれ。 本当ににっちもさっちも行かないときがあった。どういうわけか上手くさばけてる。それだけの運があるのかしら。 今は、静かに待ってりゃいいやって感じ。向こうに逝くだけ。

生きて来られたことへの感謝	け	95 歳まで生きてこられて健康ってありがたいです	N 氏	歳のことなんて考えないうちに 95 歳が来ちゃったんですもの。だから健康ってありがたいです。		
			N 氏	養父には本当にいくら感謝しても感謝しきれない。終戦のとき日本に連れて帰ってくれたってだけで、神様みたいな人。		
			N 氏	あの熾烈な時期を通り越して、子供も育ってくれたし、自分の好きなことがやれてるんで私は幸せです。こんな幸せない。		
			N 氏	貧しい生活をよく切り抜けたと思います		
			N 氏	人が知らない苦労をたくさんしてきました		
			(reference)	0 氏	今は素直に幸せと思えるのが不思議です	
				0 氏	今の生きているのが 1 番俺にとっていいのかも。何の不幸もないし、運もないし。	
				A 氏	生きているならば喜びも必要です。	
				A 氏	子供たちと食事できるし、まだ生きていてもいいかなっと思うこともあります。だけどこれもいつまでなのかなっと思います。	
			この先を生きるための意味付け	99 歳まで生きることが親孝行だと思っています	N 氏	両親が若死になんですよ 45 歳と 54 歳だから。合わせて 99 でしょ。私の希望は 99 歳まで生きることです。親に孝行できるなって。
					N 氏	あと 4 年生きれば両親の分を生きたと言えると思います
					A 氏	親の役目を果たさないと生きている意味がないと思います
					A 氏	どういう終わりをすればいいのか不安に思います
					(reference)	0 氏
0 氏	今の生きているのが 1 番俺にとっていいのかも。何の不幸もないし、運もないし。					
		A 氏	生きているならば喜びも必要です。			
		A 氏	子供たちと食事できるし、まだ生きていてもいいかなっと思うこともあります。だけどこれもいつまでなのかなっと思います。			

		あがくだけあがいて向こうへ逝った方が いいと思います	0 氏	まあ生きてるうちにあがくだけあがいて、向こう逝った方がいいと思 う。
--	--	-------------------------------	-----	---------------------------------------

※reference は主観的健康感が不良と回答した者のコード・語りを示す

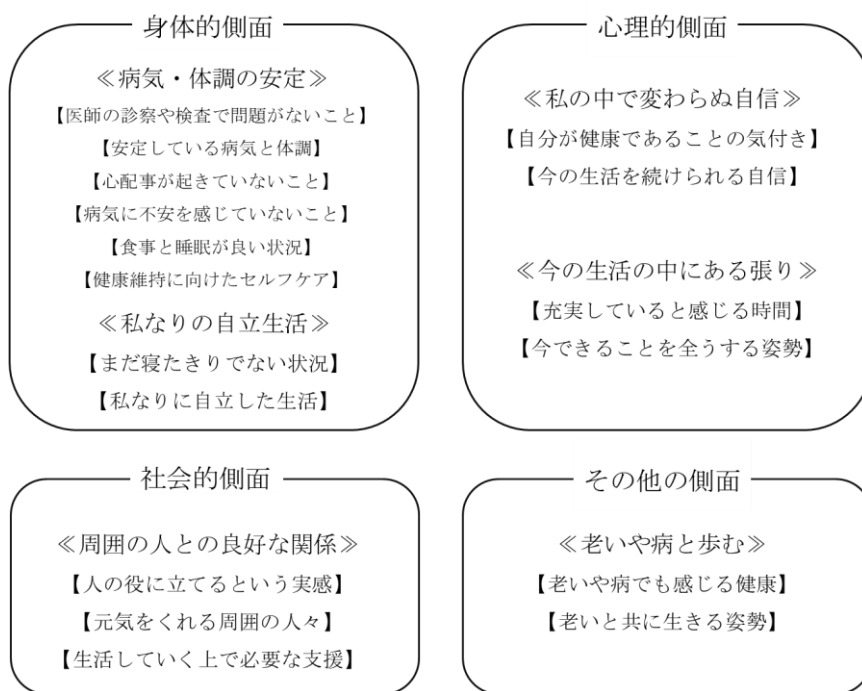


図 3-1 当事者の語りから示された主観的健康感の判断基準とその構造

コアカテゴリを《 》, カテゴリを【 】で表記

9. 文献

- 1) Teddlie C, Tashakkori A (土屋敦, 八田太一, 藤田みさお訳): 混合研究法の基礎: 社会・行動科学の量的・質的アプローチの統合. 初版, 99-121, 西村書店, 東京 (2017).
- 2) 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, (38): 13-24(1993).
- 3) Borawski EA, Kinney JM, Kahana E: The meaning of older adults' health appraisals: Congruence with health status and determinant of mortality. The Journals of Gerontology: Series B, 51B(3):S157-S170(1996).
- 4) Idler EL, Hudson SV, Leventhal H: The meanings of self-ratings of health: A qualitative and quantitative approach. Research on Aging, 21(3):458-476(1999).
- 5) Ebrahimi Z, Wilhelmson K, Moore CD, et al.: Frail elders' experiences with and perceptions of health. Qualitative Health Research, 22(11):1513-1523(2012).
- 6) グレグ美鈴: 質的記述的研究. (グレグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江編) よくわかる質的研究の進め方・まとめ方—看護研究のエキスパートをめざして—, 第2版, 64-84, 医歯薬出版株式会社, 東京 (2016).
- 7) 大森純子: 高齢者にとっての健康:『誇りをもち続けられること』—農村地域におけるエスノグラフィーから—. 日本看護科学会誌, 24(3):12-20(2004).
- 8) 池田晋平: 通所ならびに訪問リハビリテーションを利用する要介護高齢者の自覚症状と主観的健康感の関連. 日本在宅ケア学会誌, 20(2): 33-40(2017).
- 9) 工藤禎子, 三国久美, 森田智子: 介護保険の居宅サービス利用者の生活満足度とその関連要因. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌, 2(1): 29-33(2006).
- 10) 正木治恵, 山本信子: 高齢者の健康を捉える文化的視点に関する文献検討. 老年看護学, 13(1): 95-104(2008).
- 11) 池田晋平, 内田恵美子, 芳賀博: 通所リハビリテーション利用者の主観的健康感と関連する心理・社会的要因. 老年学雑誌, (4): 11-23(2014).
- 12) 社団法人日本WHO協会: 健康の定義について
(<http://www.japan-who.or.jp/commodity/kenko.html>, 2013-9-23) (1948).
- 13) 水上喜美子: 高齢者の主観的健康感と老いの自覚との関連性に関する検討. 老年社会科学, 27(1): 5-16(2005).
- 14) 佐藤眞一, 高山緑, 増本康平: 老いのこころ—加齢と成熟の発達心理学—. 初版, 21-40, 有斐閣アルマ, 東京 (2014).
- 15) 増井幸恵, 権藤恭之, 河合千恵子, 他: 心理的 well-being が高い虚弱超高齢者における老年的超越の特徴—新しく開発した日本版老年的超越質問紙を用いて—. 老年社会科学, 32(1): 33-47(2010).
- 16) Norberg A, Lundman B, Gustafson Y, et al.: Self-transcendence (ST) among very old people—its associations to social and medical factors and development over five years. Do negative life events promote gerotranscendence in the second half of life? Archives of Gerontology and Geriatrics, 61(2):247-253(2015).
- 17) Read S, Braam AW, Lyyra TM, et al.: Do negative life events promote gerotranscendence

in the second half of life? *Aging and Mental Health*, 18(1):117-124(2014).

18) 伊牟田ゆかり, 大湾明美, 佐久川 政吉, 他: 要介護高齢者の社会貢献の特徴. *老年看護学*, 19(2): 66-74(2015).

19) Minney MJ, Ranzijn R: "We Had a Beautiful Home . . . But I Think I'm Happier Here": A Good or Better Life in Residential Aged Care. *The Gerontologist*, 56(5):919-927(2016).

第4章 総合考察

1. 本研究の特徴

本研究のテーマは「要支援・要介護高齢者における主観的健康感の評価基準の特徴」である。研究Ⅰは「要支援・要介護高齢者と一般高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴」そして研究Ⅱは「要支援・要介護高齢者が主観的健康感を判断する基準」と標題を設定し、それぞれ量的研究・質的研究にて実施された。本研究の大きな特徴は、混合研究法によって実施されたことである。

研究Ⅰは、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の関連要因について、一般高齢者を比較対象にすることで関連要因に特徴があるか検証した。地域在住の要支援・要介護高齢者ならびに一般高齢者に対して共通の質問紙を使用し、かつ大規模な調査を実施したことが特色である。さらに研究Ⅱは、要支援・要介護高齢者の当事者の語りを通して、主観的健康感の判断基準を明らかにするという本研究の研究疑問に迫るものであった。研究Ⅰと研究Ⅱの関係性は、混合研究法の「並列的混合データ分析 (parallel mixed data analysis)」に準拠している¹⁾。研究Ⅰと研究Ⅱは並列的に独立して行われ、着目する現象に対してそれぞれ理解を提供してきた。本章においてはそれぞれの研究で得た理解を統合し推論を形成する構想である¹⁾。

主観的健康感に関する研究は、1950年代より地域在住一般高齢者を対象に発展してきた経緯があり、主に量的研究から主観的健康感を測定することの意義について、医学的指標との関連のなかで検証されてきた²⁾。それに対して本研究は、疾患・障害を持つ要支援・要介護高齢者の主観的健康感に着目し、その評価基準を医学的指標のみならず広く心理・社会的要因まで拡大し探るという特徴がある。

2. 本研究で得られた知見

(1) 研究Ⅰならびに研究Ⅱの要約

研究Ⅰは、一般高齢者を比較対象とする量的研究を実施した。その結果、要支援・要介護高齢者の主観的健康感に「年齢（より高い）」、「疾患の数（より少ない）」、「過去一年の転倒経験（なし）」、「ADLの自立度（より高い）」、「孤独感尺度（より得点が低い）」、「情緒的サポートの受領（あり）」の6要因が関連していた。また、一般高齢者では「疾患の数（より少ない）」、「過去一年の転倒経験（あり）」、「IADLの自立度（より高い）」、「孤独感尺度（より得点が低い）」、「一週間の外出頻度（より多い）」の5項目が関連していた（第2章、表2-4）。つまり研究Ⅰでは、両者の高齢者群で身体ならびに心理・社会的側面が主観的健康感へ作用するが、それぞれの関連要因では差異が認められることが示された。その中で要支援・要介護高齢者の特徴的な要因は、一般高齢者では関連が認められなかった「年齢」、「ADL」、「情緒的サポートの受領」であった。

研究Ⅱは、当事者の語りから主観的健康感の判断基準を質的に分析した。結果の詳細は第3章を参照されたいが、(1)病気・体調の安定、(2)私なりの自立生活、(3)周囲の人との良好な関係、(4)私の中で変わらぬ自信、(5)今の生活の中にある張り、(6)老いや病と歩む、の6つのコアカテゴリが抽出された（第3章、図3-1）。主観的健康感の判断基準として、身体的側面では、セルフケアを通して病気や体調が安定し、可能な限り自立した生活を送ることが示された。心理的側面では、自分の健康や生活を続けられることに自信を持ち、充実した生活を送

ることが重要であることが示された。社会的側面では、家庭やデイケアという生活の場において人の役に立っていると実感していること、また、他者との交流を楽しむことや動機づけされるという情緒的サポートと、家族・知人からの日常生活や健康面に対する手段的サポートの受領が示された。その他の側面として、老いや病気を受け入れるという客観的健康を超越した基準が示され、老年的超越や人生の統合、そして生きることの意味付けを通して主観的健康感が判断されていることが推察された。

(2) 要支援・要介護高齢者の主観的健康感の判断基準の特徴

研究Ⅰならびに研究Ⅱで得た理解を統合した上で推論される要支援・要介護高齢者の主観的健康感の判断基準の特徴は、以下の通りである。

身体的側面として、研究Ⅰでは要支援・要介護高齢者の疾患の数が少ないことが主観的健康感を良好にさせることが示されたが、一般高齢者でも同様の結果が得られている（第2章、表2-4）。しかし前者の高齢者においては、慢性疾患や様々な症状を有している実態から、いかに病気や体調が安定しているかが、健康と回答する上での特徴と考えられる。そのためには健康を維持するためのセルフケアのみならず、日常生活における食事や睡眠が望ましい状態であることも条件である。転倒は研究Ⅰおよび研究Ⅱで示された要因であり（第2章、表2-4；第3章、表3-3）、これは二次障害につながるリスクがあるため、転倒が生じていないことも要支援・要介護高齢者にとって安定している状況であり、重要な条件と考えられる。研究Ⅰでは主観的健康感にADLの自立度が関連していたが（第2章、表2-4）、その背景には、当事者のできる限り身のことは自立していたいという思いが含まれている。したがって、IADLという社会生活を営む上での活動性が低下したとしても、ADLを維持することは要支援・要介護高齢者なりの自立として意味付けがされている。

心理的側面では、自分が健康であるという気付きや今の生活が続けられる自信といったポジティブな心の在り方が、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の判断基準の特徴といえる。疾患・障害があっても体を動かす体験から健康に気付くことがあり、限られた範囲であっても身体の機能を維持することは健康な姿であり、これら高齢者にとって意味がある。研究Ⅰでは孤独感が主観的健康感に関連していたが（第2章、表2-4）、孤独というネガティブな側面を捉えるよりも、上述の自信につながる経験の有無が主観的健康感の判断基準になっている可能性がある。加えて、デイケア等で充実した張り合いのある生活を送っていることも、要支援・要介護高齢者の心理的側面として見過ごせない要因である。

社会的側面では、限られた身体状況の中で、家庭などにおいてゴミ出し・洗濯などの役割を担い、社会の一員として実感していることが、健康の判断基準として特徴がある。また、デイケアという社会において、他の利用者から動機づけされたり、利用者や職員の交流を楽しむという情緒的サポートの受領もこれら高齢者特有の判断基準の特徴といえる。研究Ⅰでは社会活動の参加数を調査したが関連は認められなかった。しかし研究Ⅱでは、これら高齢者が地域の人々の関わりよりも日常的なデイケアでの交流を重視していることを示唆している。また、研究Ⅰでは心配事や悩み事を聞いてもらう情緒的サポートが主観的健康感に関連していたが（第2章、表2-4）、研究Ⅱの語りからは当事者は特別な意図のサポートだけでなく、インフォーマルな自然な交流も必要としているかもしれない。以上のように、要支援・要介護高齢者の主観的健康感には、一週間の外出頻度や社会活動の参加数という量的なものよりも、周囲の人との交流を通して得られる質的な要因が影響するという特徴があると考えられる。研究Ⅰでは手段

的サポートについて検証しなかったが、研究Ⅱでは家族や知人から受ける生活や健康を維持するための手段的サポートが主観的健康感の判断基準であることが示され、見過ごせない要因と考えられる。これら高齢者にとってデイケアに参加することは、一つの社会参加の形として捉える必要がある。

最後に、要支援・要介護高齢者は、老いや病気を受け入れるという客観的健康度を超越した観点から主観的健康感を判断している可能性がある。研究Ⅱの当事者の語りでは、老年的超越の要素が抽出され、高齢期の発達課題とそれに対する適応の状況や、人生の統合や生きる意味付けが示された。研究Ⅰでは要支援・要介護高齢者は一般高齢者よりも平均年齢が10歳ほど高く（第2章、表2-1）、そして「年齢」が主観的健康感に関連していた（第2章、表2-4）。虚弱超高齢者を対象にした調査で老年的超越に類する概念が抽出されていることから³⁾、要支援・要介護高齢者において「年齢」と主観的健康感に正の関連があることは頷ける。近年、要支援・要介護高齢者の老いや障害に対する適応を示す報告が散見されており⁴⁾⁵⁾、要支援・要介護高齢者の主観的健康感を捉える上で、発達心理学の視点から議論することも必要と思われる。

以上のように、研究Ⅰならびに研究Ⅱを実施したことで、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の判断基準は、身体、心理、社会的側面から作用を受けることが明らかにされた。また一般高齢者を比較対象とした研究Ⅰでは、両群の高齢者で関連要因に共通する項目が確認されながら、一部では差異があることも認められた。その差異の背景には、研究Ⅱで示された要支援・要介護高齢者で特有の生活状況や意味付けがあることが考えられる。

3. 本研究の限界と今後の展開

本研究は、要支援・要介護高齢者の主観的健康感の評価基準を明らかにする主旨で、研究Ⅰならびに研究Ⅱが実施された。以下に、本研究の限界を述べる。

第一は、研究Ⅱでも述べたように、本研究の対象である要支援・要介護高齢者にあらゆる層が含まれていることを指摘したい。これら高齢者の年齢層は幅広く、そして疾患や障害の程度も様々であり、両者の研究で要支援1から要介護5の者が含まれている（第2章、表2-1；第3章、表3-2）。つまり要支援・要介護高齢者という集団は、日常生活の自立度など様々な特性を持つ者が存在し、主観的健康感の判断基準にそれが反映されていることが推察される。本研究は、研究Ⅱを実施することで要支援・要介護高齢者の関連要因の特徴を大局的に捉えることができたが、今後は研究の対象とする高齢者を焦点化することが必要である。

第二に、「年齢」が持つ意味への再考が必要である。研究Ⅰでは、一般高齢者と要支援・要介護高齢者を二つの集団として分けているが、要支援・要介護状態は加齢によって発生しうるもので、両者は年齢を通した連続的な関係がある。研究Ⅰでは要支援・要介護高齢者は一般高齢者よりも平均年齢が10歳ほど高いことが示されており（第2章、表2-1）、これを発達心理学の視点から踏まえると、要支援・要介護高齢者は人生の経験がより長く、病気・障害という様々な危機に直面してきた可能性が高い。つまりその過程において、高齢期の様々な発達課題に対して適応が図られてきた可能性がある。Wurmらの40歳から85歳の地域住民を対象にした6年間の追跡調査では、病気に関するネガティブなライフイベントの発生は主観的健康感を有意に低下させるものの、ネガティブなライフイベントと年齢を掛け合わせた交互作用項では、

主観的健康感に良い影響を及ぼすことを報告している⁶⁾。つまり年齢は主観的健康感に良好に作用させる要因であり、事実、研究Ⅰでは要支援・要介護高齢者の主観的健康感に年齢が関連していた（第2章、表2-4）。このことから主観的健康感を深く捉えるために、「年齢」が持つ意味について議論していく必要があるのではないか。

先行研究では、Readらがネガティブなライフイベントに直面した高齢者ほど、老年的超越に至ることを報告し⁷⁾、研究ⅡではTornstamの「老年的超越」に類する語りが得られている⁸⁾。このように要支援・要介護高齢者では、年齢とそれに伴うライフイベントやそれに対する適応によって、主観的健康感の判断が影響されると推察される。要介護高齢者では、老いと障害へ適応し、発達課題を乗り越えながら社会貢献をしていることが質的研究で示されている⁴⁾。またMinneyらは、施設入所高齢者が捉える良き人生とは、健康障害に対する「受容と適応」であることを報告している⁵⁾。既存の研究では、一般高齢者と比べてより要支援・要介護高齢者で適応や老年的超越に至るという報告はされておらず、一般高齢者でも適応や老年的超越に至ることは想定されるも、今後はエイジングに伴うライフイベントや発達心理の過程をもとに要支援・要介護高齢者の主観的健康感に対し新たに検証を加えることは意義があると考えられる。

第三は、研究のデザインである。本研究は混合研究法の「並列的混合データ分析（parallel mixed data analysis）」に準拠し¹⁾、研究Ⅰは量的データの収集・分析を実施し、研究Ⅱは当事者から質的データの収集・分析を実施し、両者を統合する構想で実施された。先に述べたように、研究Ⅱでは研究Ⅰで想定していなかった老年的超越のような高齢期の発達課題に類する概念が浮かび上がり、研究Ⅰの段階で主観的健康感を捉えるために老年学の学際的視点から検討する余地があったかもしれない。今後、当該研究を発展させていくためには、研究Ⅰと研究Ⅱで統合された判断基準を手掛かりに研究仮説を生成し、量的研究にて主観的健康感の関連性を検証していく必要があると思われる。

参考すべき近年の報告として、Ebrahimiらは、虚弱高齢者を対象に現象学的アプローチにて健康のイメージを明らかにし⁹⁾¹⁰⁾、そこで得られた知見をもとに調査項目を吟味し、主観的健康感の関連要因を量的に検証する研究へと発展させている¹¹⁾。我が国の量的研究では、第1章で述べたように横断研究による報告が主であるため、因果関係を明確にするためには縦断研究による検証も必要である。その研究デザインとして参考になるのは、Spulingらの報告である¹²⁾。Spulingらは、主観的健康感のレスポンスシフト（response shift）に関する縦断調査を実施している。この研究では、65歳以上の高齢者を3年間追跡した上で、心疾患、がん等の健康に関する深刻なイベント（serious health event）が発生した群と発生していない群で、主観的健康感の関連要因を検討している。その結果、両群においてベースライン時および追跡時で主観的健康感の関連要因（身体的要因・心理的要因）の構成に変化はないものの、イベント発生群の追跡時では、うつ症状や楽観主義の心理的要因が主観的健康感に強く関連していたことを示している。つまり、イベント発生で関連要因の再概念化（reconceptualization）は無いものの、イベント発生で心理的要因の影響が強くなる再優先化（reprioritization）が生じることを示している¹²⁾。今後、Spulingらの研究デザインを採用することで、要支援・要介護の発生というイベントで主観的健康感の再概念化および再優先化が認められるのか検証できる可能性がある。

4. 文献

- 1) Teddlie C, Tashakkori A (土屋敦, 八田太一, 藤田みさお訳) : 混合研究法の基礎 : 社会・行動科学の量的・質的アプローチの統合. 初版, 99-121, 西村書店, 東京 (2017) .
- 2) 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).
- 3) 増井幸恵, 権藤恭之, 河合千恵子, 他 : 心理的 well-being が高い虚弱超高齢者における老年的超越の特徴－新しく開発した日本版老年的超越質問紙を用いて－. 老年社会科学, 32(1) : 33-47(2010).
- 4) 伊牟田ゆかり, 大湾明美, 佐久川 政吉, 他 : 要介護高齢者の社会貢献の特徴. 老年看護学, 19(2) : 66-74(2015).
- 5) Minney MJ, Ranzijn R: "We Had a Beautiful Home . . . But I Think I'm Happier Here": A Good or Better Life in Residential Aged Care. The Gerontologist, 56(5) :919-927(2016).
- 6) Wurm S, Tomasik MJ, Tesch-Römer Clemens: Serious health events and their impact on changes in subjective health and life satisfaction: the role of age and a positive view on ageing. European Journal of Ageing, 5(2):117-127(2008).
- 7) Read S, Braam AW, Lyyra TM, et al.: Do negative life events promote gerotranscendence in the second half of life? Aging and Mental Health, 18(1):117-124(2014).
- 8) 佐藤眞一, 高山緑, 増本康平 : 老いのこころ－加齢と成熟の発達心理学－. 初版, 21-40, 有斐閣アルマ, 東京 (2014).
- 9) Ebrahimi Z, Wilhelmson K, Moore CD, et al.: Frail elders' experiences with and perceptions of health. Qualitative Health Research, 22(11):1513-1523(2012).
- 10) Ebrahimi Z, Wilhelmson K, Eklund K, et al.: Health despite frailty: Exploring influences on frail older adults' experiences of health. Geriatric Nursing, 34(4) :289-294(2013).
- 11) Ebrahimi Z, Dahlin-Ivanoff S, Eklund K, et al.: Self-rated health and health-strengthening factors in community-living frail older people. Journal of Advanced Nursing, 71(4) :825-836(2015).
- 12) Spuling SM, Wolff JK, Wurm S: Response shift in self-rated health after serious health events in old age. Social Science & Medicine, 192:85-93(2017).