琉球大学学術リポジトリ

沖縄女性の伝統的性役割行動からみた地域ケア・システムモデル構築に関する研究

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2007-03-03 キーワード (Ja): 後期高齢者, 生活自立度, ソーシャルサポート, 生活満足度, 抑うつ傾向, 自尊感情, 社会的健康度, 伝統的慣習 キーワード (En): elderly peoples, degree of the life independence, social support, degree of the life satisfaction, depression tendency, self-esteem, degree of the social health, traditional customs 作成者: 與古田, 孝夫, 石津, 宏, Yokota, Takao, Ishizu, Hiroshi メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/20.500.12000/141

西原町における80歳以上地域後期高齢者の社会的健康度に関する身体的・精神的・社会的側面からの検討

I．はじめに

平成 12 年度国勢調査によると 65 歳以上の老年人口は 17.5%で、平成 62 年(2050 年)には 32.3%に達することが見込まれている。なかでも、75 歳以上の後期高齢者に限ると、平成 32 年(2020 年)には後期高齢者数が前期高齢者数を上回り、平成 37 年(2025 年)には、第 1 次ベビーブーム世代が後期高齢者となり、その数は約 2,000 万人に達するとされており、後期高齢者数の著しい増加が予測されている [1)]。こうした我が国の急速な社会の高齢化の進行は介護や医療費、老後の年金問題など、深刻な問題として浮上してきている。

高齢者の現況について世帯構成別にみると、65 歳以上の高齢者単独世帯数は昭和 50 年の 61 万 1 千世帯から平成 12 年には 307 万 9 千世帯に、夫婦ともに 65 歳以上の世帯が 44 万 3 千世帯から 298 万 2 千世帯へと増加している [1)]。このような核家族世帯数の増加にともなう高齢者の単独世帯数及び夫婦のみの世帯数の増加は高齢者の社会的孤立を惹起する一方で [2,3)]、三世代世帯における高齢者も家族内の緊張や葛藤を生じやすく、孤立化傾向にあることが指摘されている [4)]。生命予後に影響を及ぼす要因として、杉澤 [5)]は日常生活の人間関係の有無や人数などの量的側面を示す社会的統合状況を、橋本ら [6)]は家族関係、なかでも家族間の会話との関連を指摘している。また、Berkman ら [7,8)] の社会的ネットワークが乏しい群では死亡率が高いとの報告や、Steinbach ら [9)] の、年齢、性別、障害の有無、健康度自己評価に加え、活動参加、友人宅への訪問及び会話がない者ほど死亡する確率が高いとの報告があり、高齢者にとって社会的な孤立状態は、生命予後を規定する因子のひとつであり、社会との関わり状況がその後の機能低下や死亡率に影響することを示している。

ところで、沖縄県は全国でも有数の長寿県であり、厚生労働省の発表によると、平成 13 年（2002 年）の百歳以上の高齢者比率は人口 10 万人当たり全国平均 14.09 人に対し、沖縄は 39.50 人と 13 年連続 1 位を維持している。しかし、同じく厚生労働省による平成 12 年都道府県生命表によれば、女性は平均寿命 1 位を維持したものの、男性は 4 位から 26 位に大きく順位を落としており、県内各紙に連日特集が組まれるなど県民に衝撃と波紋を広げている。日本の最南端に位置する沖縄県は、亜熱帯・海洋性気候、42 の有人島が点在する島嶼県であり、過去、マラリアやフィラリア、日本脳炎など風土病の蔓延や乏しい保健医療資源のなか、地域社会において社会的弱者を孤立させず、相互に助け合う相互扶助支援ネットワーク（ユイマール）を構築し、現在では長寿社会のモデル地域として世界的にも注目されるまでに至っている。この相互扶助支援ネットワーク（ユイマール）は、血縁関係にある家（門中）を単位とするものから、集落単位のものまで、その形態はさまざまであるが、共同体のもっとも原初的なものとされている。この相互扶助支援ネットワーク（ユイマール）の基盤をなすのが祖先崇拝を中心とする伝統的な民間信仰や儀礼行為の存在であり、地縁・血縁の紐帯

を強めると同時に、沖縄の長寿要因のひとつとして挙げられている[10,11,12]。

以上のことをふまえ、本研究は、これまで検討されることの少ない地域後期高齢者の社会的健康度に焦点をあて、身体的要因や心理・社会的要因から多面的に検討することを目的とした。

Ⅱ. 調査対象地域の概要

調査は、県内53市町村別平均寿命において男性2位（79.2歳）、女性11位（86.6歳）と比較的上位に位置する沖縄県中部の西原町において実施した。西原町は東を中城湾に面し、北は中城村、宜野湾市、西は浦添市、那覇市、南は南風原町、与那原町の6市町村と接している。西原の名称は首里の北（方言でニシ）にある地方ということに由来し、首里王府時代は王府の直轄領として津堅島、那覇市、浦添市などの一部にまで及んでいた。その後、明治41年の特別町村制の施行により西原村となり、戦後の復興、発展を経て昭和54年に西原町へと移行している[13]。

産業は稲作中心からサトウキビ、熱帯果樹栽培、花卉栽培へと変化し、昭和40年代以降は各種企業が進出し、現在では県内有数の工業積率、出荷額を誇っている[14]。人口は戦前・戦後を通して、1万人前後で推移したが、昭和40年代以降、住宅団地や各種企業の立地、琉球大学の移転などに伴い急速な都市化とともに急増し、平成13年7月現在では32行政区に世帯数11,218世帯、人口32,600名となっている[14]。

65歳以上は3,151人（男性1,298人、女性1,853人）、総人口に占める割合は約10%と県内においても高齢化率は低い地域である[15]。また、西原町における高齢化率の将来推計値は平成27年には19.9%、平成32年には18.9%、平成37年には17.7%となり、高齢化の進行することが予測されている[16]。

Ⅲ. 対象および方法

今回、西原町との共同事業として、対象者は平成15年7月1日現在の西原町住民基本台帳に基づき、町内32行政区域に在住する大正12年3月30日以前に誕生した80歳以上の地域住民907名で、そのうち入院・入所者を除く723名とした。調査は平成15年8月から9月にかけて実施し、痴呆、転居、調査拒否、調査不能などを除く29行政区、536名（男子176名、女子360名）からの回答が得られた（回収率74.2%）。そのうち社会的健康度を測る社会関連性指標に欠損値の見られる者を除く488名を分析対象とした。

調査は調査票を用いて、著者のほか、各行政区の民生委員及び西原町の居宅介護支援事業所（3事業所）の介護支援専門員による訪問面接調査および留め置き法により実施した。

調査項目は、社会関連性指標のほか、基本属性、日常生活状況として日常生活の活

動能力、主観的健康度自己評価、健康不安、過去1年の転倒歴、入院歴、通院の有無、通院している疾患名、介護保険や福祉サービス、心の健康を測るスケールとして、CES-D、自尊感情、生活満足度、ソーシャルコンタクト、ソーシャルサポート、沖縄の伝統的な要因として、宗教の有無や死生観、伝統的行事や祭事への参加状況などから構成されている。

解析は、連続変量には順位相関係数を、2 群間の平均には Mann-Whitney U 検定を、3 群以上の平均の検定には Kruskal-Wallis 検定により、調査項目と社会関連性指標との関連をみた。また、有意な関連のみられた要因に関して、重回帰分析を行った。解析には統計パッケージ SPSS を用いた。

社会的健康度評価には、安梅ら[17,18]による社会関連性指標 (Evaluation of Environmental Stimulation, EES) を用いた。これは地域社会における人間と環境との関わりの量的側面を測定する指標として、実践場面における支援アセスメントあるいは支援効果判定の際に有効な方法論を意図して開発されたスケールで、「生活の主体性」、「社会への関心」、「他者との関わり」、「生活の安心感」、「身近な社会参加」の 5 領域、18 の質問項目より構成されている。各設問は、「はい」に 1 点、「いいえ」に 0 点を与え、社会関連性指標の全体の得点を示す「評価得点」及び各領域を下位領域とした領域得点が算出されるようになっており、得点が高いほど社会的健康度が高いと判定する。

自尊感情の測定には、Rosenberg の 10 項目からなる Self-esteem Scale 日本語版[19]を用いた。この尺度は自己に対する肯定的な態度を測定する 5 項目と、否定的な態度を測定する 5 項目からなり、「よくあてはまる」(4 点)、「あてはまる」(3 点)、「あてはまらない」(2 点)、「全くあてはまらない」(1 点)の 4 件法で評価する。したがって、得点が高くなるにともない、自己全体を肯定的にとらえ、高く評価していると判定する。

抑うつ傾向の測定には、Radloff ら[20]によって開発された Center for Epidemilogic Studies Depression Scale（以下 CES-D）を用いた。本尺度は一般健康集団における抑うつ状態の疫学調査用に開発された自己評価式抑うつ尺度であるが、高齢者に適用する際の尺度としても信頼性、妥当性が確認されている。本尺度は、20 項目で構成されており、最近の1週間に各項目が「1日もなかった」(0 点)、「1・2 日あった」(1 点)、「3・4 日あった」(2 点)、「5 日以上あった」(3 点) を配点し、(逆転項目の場合には 3, 2, 1, 0 と配点する)、得られた回答を単純加算する。したがって、得点が高くなるにともない、抑うつ傾向も高いと判定される。

生活満足度の測定には生活満足度K（Life Satisfaction Index-K）を用いた[21]。この尺度は古谷野が既存の測定尺度（カットナー・モラール・スケール、生活満足尺度A、ＰＧＣモラール・スケール）の質問項目を組み合わせて開発したものであり、「心理的安定」「老いについての評価」「人生全体についての満足度」の下位尺度から構成され、構成概念妥当性および内的一貫性も十分検証された信頼性の高い尺度である。本尺度

は 9 項目より構成されており、肯定的回答を 1 点、他に 0 点を与え、その合計点を生活満足度得点とする。したがって、得点が高くなるにともない、生活満足度も高いと解釈される。

Ⅳ. 結果

1. 調査地域の人口統計学的データ

1) 対象者の行政区別による男女の内訳 (表 1)

行政区別にみた男女の内訳をみると、男性 158 名 (32.4%)、女性 330 名 (67.6%) で女性の割合が高く、地区別では我謝地区 45 名 (9.2%)、幸地地区 38 名 (7.8%)、翁長地区 37 名 (7.6%) の順であった。

表 1 対象者の行政区別による男女の内訳 N (%)

	男	女	計		男	女	計
幸地	17 (44.7)	21 (55.3)	38 (100.0)	嘉手苅	4 (36.4)	7 (63.6)	11 (100.0)
幸地ハイツ	1 (10.0)	9 (90.0)	10 (100.0)	小那覇	9 (32.1)	19 (67.9)	28 (100.0)
棚原	8 (38.1)	13 (61.9)	21 (100.0)	平園	9 (33.3)	18 (66.7)	27 (100.0)
徳佐田	5 (33.3)	10 (66.7)	15 (100.0)	兼久	8 (26.7)	22 (73.3)	30 (100.0)
千原	0 (0.0)	3 (100.0)	3 (100.0)	与那城	7 (30.4)	16 (69.6)	23 (100.0)
上原	7 (35.0)	13 (65.0)	20 (100.0)	美咲	8 (33.3)	16 (66.6)	24 (100.0)
翁長	11 (29.7)	26 (70.3)	37 (100.0)	我謝	10 (22.2)	35 (77.8)	45 (100.0)
坂田	5 (26.3)	14 (73.7)	19 (100.0)	西原ハイツ	0 (0.0)	6 (100.0)	6 (100.0)
呉屋	5 (45.5)	6 (54.5)	11 (100.0)	安室	3 (50.0)	3 (50.0)	6 (100.0)
津花波	4 (33.3)	8 (66.7)	12 (100.0)	桃原	3 (27.3)	8 (72.7)	11 (100.0)
西原台団地	1 (20.0)	4 (80.0)	5 (100.0)	池田	4 (33.3)	8 (66.7)	12 (100.0)
小橋川	8 (40.0)	12 (60.0)	20 (100.0)	小波津	12 (50.0)	12 (50.0)	24 (100.0)
内間	2 (28.6)	5 (71.4)	7 (100.0)	小波津団地	3 (18.8)	13 (81.3)	16 (100.0)
県営内間団地	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)	県営幸地高層	2 (100.0)	0 (0.0)	2 (100.0)
掛保久	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)	計	158 (32.4)	330 (67.6)	488 (100.0)

χ^2検定 n.s.

2) 基本属性の性別による比較 (表 2)

年齢では、最高年齢は男女ともに 102 歳であり、男性の平均年齢は 85.6 (SD 4.29)歳、女性は 85.4 (SD 4.07)歳であり、男女間で統計的差違を認めなかった。

居住年数でみると、男性は 60 (SD 30.0)年、女性は 48(SD 28.4)年であり、

表 2 基本属性の性別による比較 N (%)

基本属性		男	女	
平均年齢 注) (N=487)		86 (4.3)	85 (4.1)	
居住年数 注) (N=456)		60 (30.0)	48 (28.4)	***
出身地	西原	121 (76.6)	170 (51.8)	
	西原以外	37 (23.4)	158 (48.2)	
学歴	未就学	2 (1.6)	4 (1.4)	*
	小学中退	6 (4.8)	26 (9.4)	
	小学卒	60 (48.4)	170 (61.2)	
	高等科卒	29 (23.4)	40 (14.4)	
	旧制中学卒	26 (21.0)	28 (10.1)	
	それ以上	4 (0.8)	10 (3.6)	
経済状況	ゆとがある	25 (16.6)	47 (14.9)	
	ややゆとりがある	83 (55.0)	181 (57.3)	
	やや苦しい	40 (26.5)	78 (24.7)	
	苦しい	3 (2.0)	10 (3.2)	

χ^2検定 注) はMann-Whitney U test *p<.05 ***p<.001

男性で居住年数は有意に長かった。

出身地でみると、男性では西原町出身は 76.6% (121 名)、女性では 51.8% (170 名)であり、男女ともに西原町出身者が半数以上を占めていた。

学歴では男女ともに小学校卒の者が最も多かったが(男 48.4%、女 61.2%)、旧制中学校卒(男 21.0%、女 10.1%)など高学歴者の占める割合は女性に比べ男性で高かった。

経済状況では、男性では「ゆとりがある」とする者が 16.6%、「ややゆとりがあるとする者が 55.0%、「やや苦しい」が 26.5%、「苦しいが」2.0%であり、女性では、「ゆとりがある」とする者 14.9%、「ややゆとりがある」とする者が 57.3%、「やや苦しい」が 24.7%、「苦しいが」3.2%であり、男女ともにゆとりのある者が 7 割以上を占めており、統計的差違を認めなかった。

2. 基本属性と社会的健康度の関連 (表 3)

対象者の社会関連性指標は、「評価得点」12.75(SD 3.19) であり、下位領域の「生活の主体性」3.26(SD 1.00)、「社会への関心」2.13(SD 1.56)、「他者との関わり」2.70(SD 0.66)、「生活の安心感」1.97(SD 0.22)、「身近な社会参加」2.71(SD 1.06)であった。

性別、年齢、居住年数など基本属性と社会関連性指標との関連をみた。

性別では下位領域の「社会への関心」で有意差($p<.01$)を認め、女性に比べ男性で有意に高値であった。

年齢では、「評価得点」($p<.01$)、下位領域の「生活の主体性」($p<.01$)、「社会への関心」($p<.01$)、「他者との関わり」($p<.01$)、「身近な社会参加」($p<.01$)で有意な負の相関関係にあり、加齢にともない得点は低値を示した。

居住年数では、下位領域の「身近な社会参加」($p<.05$)で有意な正の相関を示し、居住年数が長くなるにともない「身近な社会参加」も高値を示した。

出身地では、下位領域の「社会への関心」($p<.01$)で有意差を認め、西原町出身以外の者で「社会への関心」も有意に高値であった。

家族構成でみると、下位領域の「他者との関わり」($p<.05$)で有意差を認め、同居の者に比べ独居の者は「他者との関わり」も有意に高値であった。

宗教との関連では、下位領域の「生活の安心感」($p<.05$)で有意差を認め、祖先崇拝と回答した者で「生活の安心感」も有意に高値であった。

経済状況では、「評価得点」($p<.001$)、下位領域の「生活の主体性」($p<.001$)、「社会への関心」($p<.001$)、「他者との関わり」($p<.05$)、「生活の安心感」($p<.05$)、「身近な社会参加」($p<.001$)のすべての領域で有意差を認め、経済的にゆとりのあるとする者で各領域得点も有意に高値であった。

学歴でみると、「評価得点」($p<.001$)、下位領域の「社会への関心」($p<.001$)で有意差を認め、学歴の高い者で「社会への関心」も有意に高値を示した。

表3　基本属性と社会的健康度との関連　　Mean (SD)

内容		評価得点	下位領域 生活の主体性	社会への関心	他者との関わり	生活の安心感	身近な社会参加
	得点	12.75 (3.19)	3.26 (1.00)	2.13 (1.56)	2.70 (0.66)	1.97 (0.22)	2.71 (1.06)
性別[1]	男	12.94 (3.27)	3.23 (1.02)	2.41 (1.49) **	2.64 (0.74)	1.96 (0.23)	2.71 (1.05)
	女	12.66 (3.15)	3.26 (0.99)	1.99 (1.56)	2.72 (0.61)	1.96 (0.20)	2.71 (1.07)
年齢[2]		r=-.2146 **	r=-.1296 **	r=-.1313 **	r=-.1174 **	r=-.0152	r=-.2666 **
居住年数[2]		r=.0040	r=.0156	r=-.0815	r=.0314	r=.0240	r=.0988 *
出身地[1]	西原町	12.65 (3.17)	3.25 (1.04)	1.97 (1.53) **	2.70 (0.65)	1.97 (0.17)	2.77 (1.03)
	西原町以外	12.87 (3.21)	3.26 (0.92)	2.35 (1.55)	2.68 (0.67)	1.95 (0.27)	2.62 (1.11)
家族構成[1]	独居	12.94 (2.54)	3.40 (0.86)	1.97 (1.47)	2.87 (0.38) *	1.98 (0.12)	2.71 (0.99)
	同居	12.70 (3.28)	3.23 (1.02)	2.14 (1.56)	2.67 (0.66)	1.97 (0.22)	2.71 (1.07)
宗教[1]	祖先崇拝	12.73 (3.19)	3.27 (0.99)	2.09 (1.57)	2.69 (0.67)	1.98 (0.19) *	2.70 (1.07)
	その他	13.28 (3.57)	3.25 (1.07)	2.43 (1.64)	2.75 (0.59)	1.93 (0.26)	2.93 (1.05)
経済状況[1]	ゆとりがある	13.15 (3.12) ***	3.36 (0.93) ***	2.28 (1.57) ***	2.74 (0.61) *	1.99 (0.14) *	2.80 (1.05) ***
	苦しい	11.70 (3.16)	3.02 (1.08)	1.73 (1.44)	2.57 (0.78)	1.93 (0.33)	2.44 (1.04)
学歴[3]	未就学	9.83 (3.65) ***	2.66 (1.75)	0.50 (0.83) ***	2.66 (0.81)	2.00 (0.00)	2.00 (1.40)
	小学中退	11.87 (3.28)	3.15 (1.13)	1.16 (1.29)	2.71 (0.72)	2.00 (0.00)	2.84 (1.00)
	小学卒	12.68 (3.09)	3.24 (0.98)	2.10 (1.51)	2.68 (0.61)	1.96 (0.21)	2.70 (1.00)
	高等科卒	13.98 (2.94)	3.53 (0.75)	2.97 (1.38)	2.73 (0.67)	1.94 (0.33)	2.83 (1.03)
	旧制中学卒	13.00 (3.41)	3.14 (1.07)	2.57 (1.52)	2.62 (0.73)	1.94 (0.23)	2.70 (1.26)
	それ以上	15.27 (2.19)	3.81 (0.40)	3.36 (1.12)	3.00 (0.00)	2.00 (0.00)	3.09 (1.13)

[1] Mann-Whitney U test [2] Pearson correlation [3] Kruskal-Wallis検定　* p<.05　** p<.01　*** p<.001

3. 身体的要因と社会的健康度の関連

1）身体的健康状況と社会関連性指標との関連（表4）

主観的健康度評価をみると、「評価得点」(p<.001)、下位領域の「生活の主体性」(p<.001)、「社会への関心」(p<.001)、「身近な社会参加」(p<.001)で有意差を認め、いずれも健康な者で得点も有意に高値を示した。

健康不安の有無でみると、「評価得点」(p<.001)、下位領域の「生活の主体性」(p<.05)、「社会への関心」(p<.001)、「身近な社会参加」(p<.001)で有意差を認め、いずれも健康不安のない者で得点も有意に高値であった。

過去 1 年間の転倒状況でみると、「評価得点」(p<.001)、下位領域の「生活の主体性」(p<.01)、「社会への関心」(p<.001)、「身近な社会参加」(p<.05)で有意差を認め、過去 1 年間に転倒歴のない者で得点も有意に高値を示した。

過去 1 年間の入院状況では、下位領域の「身近な社会参加」(p<.05)で有意差を認め、入院歴のある者では「身近な社会参加」の得点も有意に低値であった。

通院状況をみると、「評価得点」(p<.05)、下位領域の「身近な社会参加」(p<.05)で有意差を認め、通院している者で得点も有意に低値を示した。

表4　身体的健康状況と社会的健康度との関連　　Mean (SD)

身体的健康状況		評価得点	下位領域 生活の主体性	社会への関心	他者との関わり	生活の安心感	身近な社会参加
主観的健康度評価	健康	13.46 (2.96) ***	3.42 (0.86) ***	2.42 (1.54) ***	2.72 (0.65)	1.97 (0.18)	2.92 (0.99) ***
	健康でない	11.24 (3.18)	2.93 (1.15)	1.51 (1.39)	2.65 (0.65)	1.94 (0.28)	2.24 (1.00)
健康不安	有	12.42 (3.15) ***	3.21 (1.00) *	1.96 (1.50) ***	2.68 (0.67)	1.96 (0.22)	2.63 (1.00) ***
	無	13.95 (2.99)	3.46 (0.89)	2.73 (1.54)	2.76 (0.60)	1.98 (0.18)	3.01 (0.96)
転倒の有無	有	11.59 (3.38) ***	2.96 (1.15) **	1.64 (1.49) ***	2.61 (0.71)	1.97 (0.17)	2.44 (1.23) *
	無	13.10 (3.08)	3.34 (0.92)	2.28 (1.57)	2.71 (0.66)	1.97 (0.21)	2.78 (1.01)
入院の有無	有	12.32 (3.39)	3.18 (1.08)	2.04 (1.58)	2.65 (0.68)	1.96 (0.26)	2.47 (1.19) *
	無	12.98 (3.08)	3.29 (0.95)	2.19 (1.54)	2.73 (0.63)	1.97 (0.19)	2.80 (1.01)
通院の有無	有	12.57 (3.22) *	3.24 (1.01)	2.05 (1.54)	2.68 (0.67)	1.95 (0.26)	2.65 (1.08) *
	無	13.33 (3.12)	3.31 (0.96)	2.37 (1.06)	2.76 (0.63)	2.00 (0.00)	2.91 (0.99)

Mann-Whitney U test * p<.05　** p<.01　*** p<.001

2）身体疾患と社会的健康度の関連（表 5）

罹患している身体疾患の有無と社会関連性指標との関連から検討を行った。

社会関連性指標と最も多く有意な関連を認めた疾患は骨粗鬆症であり、「評価得点」(p＜.05)、下位領域の「生活の主体性」(p＜.05)、「社会への関心」(p＜.05)、「身近な社会参加」(p＜.05)で有意差を認め、いずれも罹患している者で平均得点も有意に低値であった。また、心臓疾患と脳卒中では下位領域の「身近な社会参加」(p＜.05)で、肝臓疾患では下位領域の「他者とのかかわり」(p<.05)で、腎臓疾患では「評価得点」(p＜.05)、下位領域の「生活の主体性」(p＜.01)で、泌尿器疾患では下位領域の「生活の主体性」(p＜.01)で、関節疾患では下位領域の「生活の安心感」(p＜.05)、「身近な社会参加」(p＜.05)で、胃腸器疾患では「評価得点」(p＜.05)、下位領域の「他者との関わり」(p＜.05)、「身近な社会参加」(p＜.05)で有意差をみとめ、いずれも罹患している者で平均得点も有意に低値であった。領域別でみると、疾患と最も多く有意な関連を認めた領域は下位領域の「身近な社会参加」であった。

表 5　身体疾患と社会的健康度との関連　　Mean (SD)

身体疾患		評価得点	下位領域 生活の主体性	社会への関心	他者との関わり	生活の安心感	身近な社会参加
高血圧	有	12.70 (3.17)	3.28 (0.98)	1.99 (1.54)	2.69 (0.64)	1.96 (0.23)	2.76 (1.06)
	無	12.78 (3.21)	3.24 (0.98)	2.21 (1.56)	2.69 (0.68)	1.96 (0.20)	2.67 (1.06)
心臓疾患	有	12.51 (3.39)	3.26 (1.15)	2.11 (1.56)	2.72 (0.57)	1.98 (0.12)	2.42 (1.16) *
	無	12.79 (3.16)	3.25 (0.97)	2.13 (1.55)	2.69 (0.67)	1.96 (0.23)	2.75 (1.04)
脳卒中	有	11.46 (3.35)	2.84 (1.34)	1.76 (1.48)	2.77 (0.44)	2.00 (0.00)	2.07 (1.03) *
	無	12.79 (3.18)	3.27 (0.99)	2.13 (1.55)	2.69 (0.66)	1.97 (0.21)	2.72 (1.06)
糖尿病	有	12.93 (3.43)	3.20 (1.03)	2.43 (1.79)	2.66 (0.66)	2.00 (0.00)	2.63 (1.21)
	無	12.74 (3.16)	3.26 (0.99)	2.10 (1.53)	2.70 (0.66)	1.96 (0.22)	2.72 (1.05)
呼吸器疾患	有	11.70 (3.69)	2.97 (1.27)	1.77 (1.66)	2.71 (0.66)	1.94 (0.23)	2.31 (1.23)
	無	12.84 (3.12)	3.28 (0.97)	2.15 (1.54)	2.70 (0.65)	1.97 (0.22)	2.74 (1.04)
肝臓疾患	有	9.20 (5.97)	2.40 (2.19)	1.40 (2.19)	1.80 (1.09) *	2.00 (0.00)	1.60 (1.80)
	無	12.80 (3.14)	3.27 (0.97)	2.13 (1.55)	2.70 (0.65)	1.96 (0.21)	2.72 (1.10)
腎臓疾患	有	10.84 (3.71) *	2.46 (1.19) **	1.76 (1.69)	2.46 (0.77)	2.00 (0.00)	2.15 (1.21)
	無	12.79 (3.16)	3.27 (0.98)	2.13 (1.55)	2.70 (0.65)	1.96 (0.21)	2.72 (1.05)
泌尿器疾患	有	11.48 (3.95)	2.56 (1.41) **	2.04 (1.59)	2.68 (0.69)	1.92 (0.22)	2.28 (1.24)
	無	12.82 (3.13)	3.29 (0.95)	2.13 (1.55)	2.69 (0.66)	1.97 (0.21)	2.73 (1.05)
関節疾患	有	12.44 (3.21)	3.21 (1.05)	2.03 (1.52)	2.74 (0.56)	1.94 (0.26) *	2.55 (1.06) *
	無	12.86 (3.18)	3.27 (0.97)	2.16 (1.56)	2.68 (0.69)	1.97 (0.19)	2.76 (1.06)
骨粗鬆症	有	11.54 (3.71) *	2.94 (1.20) *	1.64 (1.56) *	2.58 (0.80)	1.96 (0.28)	2.41 (1.15) *
	無	12.90 (3.10)	3.29 (0.96)	2.19 (1.54)	2.71 (0.64)	1.97 (0.21)	2.75 (8.11)
胃腸器疾患	有	11.31 (3.60) *	2.88 (1.25)	1.71 (1.58)	2.42 (0.88) *	1.97 (0.16)	2.31 (1.10) *
	無	12.84 (3.13)	3.27 (0.97)	2.15 (1.55)	2.71 (0.63)	1.97 (0.21)	2.73 (1.05)
皮膚疾患	有	12.43 (3.64)	3.09 (1.30)	2.25 (1.61)	2.74 (0.63)	1.93 (0.35)	2.53 (1.19)
	無	12.77 (3.16)	3.26 (0.98)	2.12 (1.55)	2.69 (0.66)	1.97 (0.20)	2.72 (1.05)
その他	有	12.62 (3.19)	3.28 (1.06)	1.97 (1.55)	2.72 (0.60)	1.98 (0.10)	2.65 (1.17)
	無	12.78 (3.19)	3.25 (0.98)	2.16 (1.55)	2.69 (0.67)	1.96 (0.23)	2.72 (1.04)

Mann-Whitney U test * p＜.05　** p＜.01

3）日常生活自立度と社会的健康度との関連（表 6）

日常生活動作 (ADL) の自立状況と社会関連性指標との関連をみた。

その結果、聴力では「評価得点」(p＜.01)、下位領域の「社会への関心」(p＜.01)、「他者との関わり」(p＜.05)、「生活の安心感」(p＜.05)、「身近な社会参加」(p＜.01)

で有意な正の相関を示し、聴力の良好な者で得点は高値であった。

視力では、「評価得点」(p＜.001)、下位領域の「生活の主体性」(p＜.01)、「社会への関心」(p＜.001)、「他者との関わり」(p＜.01)、「身近な社会参加」(p＜.001)で有意な正の相関を示し、視力の良好な者で得点は高値であった。

移動では、「評価得点」(p＜.001)、下位領域の「生活の主体性」(p＜.01)、「社会への関心」(p＜.001)、「他者との関わり」(p＜.001)、「生活の安心感」(p＜.01)、「身近な社会参加」(p＜.001)とすべての領域で有意な正の相関を示し、移動の自立度で良好な者は得点も高値であった。

食事では、「評価得点」(p＜.001)、下位領域の「生活の主体性」(p＜.05)、「社会への関心」(p＜.001)、「他者との関わり」(p＜.001)、「生活の安心感」(p＜.01)、「身近な社会参加」(p＜.001)とすべての領域で有意な正の相関を示し、食事の自立度が良好な者は得点も高値であった。

排泄では、「評価得点」(p＜.001)、下位領域の「生活の主体性」(p＜.001)、「社会への関心」(p＜.001)、「他者との関わり」(p＜.001)、「生活の安心感」(p＜.05)、「身近な社会参加」(p＜.001)の領域で有意な正の相関を示し、排泄の自立度が良好な者は得点も高値であった。

入浴では、「評価得点」(p＜.001)、下位領域の「生活の主体性」(p＜.001)、「社会への関心」(p＜.001)、「他者との関わり」(p＜.001)、「身近な社会参加」(p＜.001)で有意な正の相関を示し、入浴の自立度が良好な者は得点も高値であった。

着脱衣では「評価得点」(p＜.001)、下位領域の「生活の主体性」(p＜.001)、「社会への関心」(p＜.001)、「他者との関わり」(p＜.001)、「生活の安心感」」(p＜.05)、「身近な社会参加」(p＜.001)、で有意な正の相関を示し、着脱衣の自立度が良好な者は得点も高値であった。

日常生活自立度の総合的評価では「評価得点」(p＜.001)、下位領域の「生活の主体性」(p＜.001)、「社会への関心」(p＜.001)、「他者との関わり」(p＜.001)、「身近な社会参加」(p＜.001)、で有意な正の相関を示し、総合的評価の良好な者は得点も高値であった。

表 6　日常生活自立度と社会的健康度との関連

日常生活自立度	評価得点	下位領域				
		生活の主体性	社会への関心	他者との関わり	生活の安心感	身近な社会参加
	r	r	r	r	r	r
聴力	.148 **	.068	.124 **	.093 *	.093 *	.132 **
視力	.315 ***	.142 **	.367 ***	.129 **	-.004	.196 ***
移動	.291 ***	.149 **	.187 ***	.234 ***	.114 **	.329 ***
食事	.253 ***	.132 *	.165 ***	.150 ***	.119 **	.330 ***
排泄	.410 ***	.306 ***	.299 ***	.230 ***	.100 *	.413 ***
入浴	.396 ***	.276 ***	.305 ***	.188 ***	.065	.417 ***
着脱衣	.418 ***	.286 ***	.309 ***	.418 ***	.076 *	.449 ***
総合的評価	.425 ***	.270 ***	.307 ***	.258 ***	.070	.442 ***

Spearman correlation *** p＜.001 ** p＜.01 * p＜.05

4. 介護保険および福祉サービス、高齢者健康増進事業の利用状況と社会的健康度との関 連

1）介護保険および福祉サービスと社会的健康度との関連（表 7）

介護保険、福祉サービスとの関連から検討を行った。

介護保険認定状況でみると、「評価得点」(p<.001)、下位領域の「生活の主体性」(p<.001)、「社会への関心」(p<.001)、「身近な社会参加」(p<.001)では有意差がみられ、認定を受けていない者で得点も有意に高値であった。

介護保健サービスの利用状況でみると、「評価得点」(p<.001)、下位領域の「生活の主体性」(p<.001)、「社会への関心」(p<.01)、「身近な社会参加」(p<.001)では有意差がみられ、介護保健サービスを受けていない者で得点も有意に高値を示した。

福祉サービスの利用状況でみると、下位領域の「身近な社会参加」(p<.01)のみで有意差を認め、福祉サービスを利用していない者で有意に高値を示した。

表 7　介護保険及び福祉サービスと社会的健康度との関連　　Mean (SD)

内容		評価得点	下位領域				
			生活の主体性	社会への関心	他者との関わり	生活の安心感	身近な社会参加
介護保険認定状況[1]	受けている	11.50 (3.39) ***	2.92 (1.15) ***	1.71 (1.56) ***	2.64 (0.68)	1.95 (0.28)	2.28 (1.18) ***
	申請中	12.00 (3.00)	3.27 (1.10)	1.90 (1.30)	2.63 (0.50)	2.00 (0.00)	2.18 (1.07)
	受けていない	13.29 (2.94)	3.40 (0.88)	2.28 (1.53)	2.72 (0.65)	1.98 (0.16)	2.90 (0.95)
介護保険サービス[2]	利用	11.42 (3.42) ***	2.82 (1.18) ***	1.67 (1.55) **	2.67 (0.62)	1.94 (0.30)	2.30 (1.19) ***
	利用なし	13.19 (2.94)	3.40 (0.88)	2.24 (1.53)	2.71 (0.65)	1.98 (0.15)	2.85 (0.98)
福祉サービス[2]	利用	12.17 (3.52)	3.10 (1.10)	2.04 (1.53)	2.70 (0.67)	1.97 (0.25)	2.35 (1.20) **
	利用なし	12.91 (3.09)	3.33 (0.95)	2.15 (1.56)	2.68 (0.67)	1.95 (0.19)	2.80 (1.01)

1) Kruskal-Wallis検定　2) Mann-Whitney U test*** p < .001　** p < .01

2）西原町高齢者健康増進事業「いいあんべ事業」の参加希望および評価と社会的健康度との関連（表 8）

西原町高齢者健康増進事業である「いいあんべ事業」の参加状況でみると、「評価得点」(p<.001)、下位領域の「生活の主体性」(p<.001)、「社会への関心」(p<.001)、「他者との関わり」(p<.001)、「身近な社会参加」(p<.001)で有意差がみられ、参加している者で得点も有意に高値であった。

事業への参加希望の有無でみると、「評価得点」(p<.01)、下位領域の「生活の主体性」(p<.05)、「他者との関わり」(p<.05)、「身近な社会参加」(p<.01)で有意差がみられ、参加を希望する者で得点も有意に高値であった。

西原町の高齢者健康教育事業「いいあんべ事業」の参加者を対象にその評価との関連でみると、「新しい友人が増えた」とする者は、「評価得点」(p<.01)、下位領域の「社会への関心」(p<.01)が有意に高値であった。「外出のきっかけ」とする者で は、下位領域の「身近な社会参加」(p<.05)は有意に高値であり、「外出の機会が増えた」とす

る者では、「評価得点」(p＜.05)、下位領域の「社会への関心」(p＜.05)、「身近な社会参加」(p＜.05)で有意に高値であった。「生きがい」とする者では、「評価得点」(p＜.05)、下位領域の「社会への関心」(p＜.01)で有意に高値であった。「楽しみ」との評価では「評価得点」(p＜.05)、下位領域の「生活の主体性」(p＜.05)、「社会への関心」(p＜.01)で有意に高値であった。「健康を考えるきっかけ」とする者は、「評価得点」(p＜.05)、下位領域の「身近な社会参加」(p＜.05)で有意に高値であった。「成長につながる」とする者は「評価得点」(p＜.01)、下位領域の「社会への関心（p＜.01)、「身近な社会参加」(p＜.01)で有意に高値であった。「知識・技術の獲得」とする者では「評価得点」(p＜.05)、下位領域の「身近な社会参加」(p＜.01)で有意に高値であった。

以上、高齢者健康増進事業である「いいあんべ事業」の評価は、社会関連性指標の「評

価得点」では「外出のきっかけ」を除くすべてで有意な関連を示し、いずれも肯定的回答で得点が有意に高いという結果であった。

表8　高齢者健康増進事業（いいあんべ事業）の参加状況及び評価と社会的健康度との関連　Mean (SD)

高齢者健康事業の希望と評価		評価得点	下位領域 生活の主体性	社会への関心	他者との関わり	生活の安心感	身近な社会参加
いいあんべ事業	参加	14.60 (2.44) ***	3.58 (0.80) ***	2.67 (1.54) ***	2.89 (0.36) ***	1.99 (0.08)	3.45 (0.77) ***
	参加なし	11.78 (3.16)	3.09 (1.05)	1.82 (1.48)	2.59 (0.75)	1.95 (0.25)	2.33 (0.99)
参加希望	有	12.90 (2.74) **	3.33 (0.89) *	2.11 (1.55)	2.80 (0.46) *	2.00 (0.00)	2.68 (0.92) **
	無	11.56 (3.15)	3.05 (1.03)	1.74 (1.47)	2.53 (0.81)	1.94 (0.27)	2.29 (1.03)
参加しての評価							
新しい友人が増えた	はい	15.19 (2.19) **	3.70 (0.62)	3.02 (1.47) **	2.90 (0.33)	2.00 (0.00)	3.56 (0.61)
	いいえ	13.97 (2.50)	3.50 (0.91)	2.23 (1.54)	2.90 (0.34)	1.98 (0.12)	3.34 (0.90)
外出のきっかけ	はい	14.90 (2.37)	3.55 (0.85)	2.86 (1.55)	2.89 (0.30)	2.00 (0.00)	3.63 (0.60) *
	いいえ	14.40 (2.42)	3.64 (0.71)	2.50 (1.54)	2.91 (0.35)	1.98 (0.10)	3.35 (0.86)
外出する機会が増えた	はい	15.16 (2.23) *	3.66 (0.70)	2.96 (1.51) *	2.88 (0.36)	2.00 (0.00)	3.64 (0.60) *
	いいえ	14.29 (2.46)	3.56 (0.83)	2.45 (1.55)	2.92 (0.30)	1.98 (0.10)	3.35 (0.83)
生きがい	はい	15.00 (2.35) *	3.63 (0.71)	2.98 (1.50) **	2.90 (0.33)	1.98 (0.11)	3.51 (0.70)
	いいえ	14.20 (2.41)	3.57 (0.86)	2.28 (1.53)	2.91 (0.32)	2.00 (0.00)	3.42 (0.82)
楽しみ	はい	14.92 (2.23) *	3.69 (0.66) *	2.89 (1.48) **	2.87 (0.16)	2.00 (0.00)	3.46 (0.76)
	いいえ	13.70 (2.73)	3.35 (1.01)	1.94 (1.55)	2.97 (0.16)	2.00 (0.16)	3.46 (0.82)
健康を考えるきっかけ	はい	15.15 (1.98) *	3.68 (0.66)	2.91 (1.38)	2.90 (0.37)	1.98 (0.13)	3.65 (0.53) *
	いいえ	14.09 (2.70)	3.51 (0.88)	2.38 (1.68)	2.90 (0.27)	2.00 (0.00)	3.27 (0.93)
成長につながる	はい	15.60 (2.00) **	3.72 (0.61)	3.20 (1.44) **	2.93 (0.24)	2.00 (0.00)	3.75 (0.48) **
	いいえ	14.19 (2.45)	3.54 (0.84)	2.41 (1.54)	2.89 (0.36)	2.00 (0.09)	3.34 (0.83)
知識・技術の獲得	はい	15.33 (1.85) *	3.75 (0.54)	2.93 (1.49)	2.93 (0.31)	2.00 (0.00)	3.71 (0.45) **
	いいえ	14.19 (2.67)	3.51 (0.89)	2.48 (1.57)	2.89 (0.34)	1.98 (0.11)	3.31 (0.87)

Mann-Whitney U test　*** p＜.001　** p＜.01　* p＜.05

5. 交流状況およびソーシャルサポートと社会的健康度との関連（表 9）

子供や隣近所、友人･知人との交流状況と社会関連性指標との関連から検討を行った

子供との交流状況でみると、「ほとんど毎日」とする者は「評価得点」(p＜.001)、下位領域の「生活の主体性」(p＜.001)、「社会への関心」(p＜.05)、「他者との関わり」(p＜.05)「生活の安心感」(p＜.01)、「身近な社会参加」(p＜.01)で有意差がみられ、すべての領域で高値を示した。

隣近所との交流状況でみると、「ほとんど毎日」とする者は「評価得点」(p<.001)、下位領域の「生活の主体性」(p<.001)、「社会への関心」(p<.001)、「他者との関わり」(p<.001)、「生活の安心感」(p<.01)、「身近な社会参加」(p<.001)で有意差がみられ、すべての領域で高値を示した。

友人・知人との交流でみると、「ほとんど毎日」とする者は「評価得点」(p<.001)、下位領域の「生活の主体性」(p<.001)、「社会への関心」(p<.001)、「他者との関わり」(p<.001)、「身近な社会参加」(p<.001)で有意差がみられ、高値を示した。

ソーシャルサポートとの関連でみると、「評価得点」(p<.01)、下位領域の「生活の主体性」(p<.01)、「他者との関わり」(p<.01)、「生活の安心感」(p<.01)、「身近な社会参加」(p<.01)で有意な正の相関がみられた。

以上の結果から、交流状況やソーシャルサポートなど日常生活におけるまわりとの交流状況や社会支援は、社会関連性指標の「評価得点」すべてで有意な関連が認められるという結果であった。

表9　交流状況及びソーシャルコンタクトと社会的健康度との関連　Mean (SD)

変数		評価得点		下位領域 生活の主体性		社会への関心		他者との関わり		生活の安心感		身近な社会参加	
交流状況													
子供	ほとんど毎日	13.46	(2.84) ***	3.48	(0.81) ***	2.38	(1.50) *	2.74	(0.57) *	1.98	(0.14) **	2.89	(0.95) **
	週１回以上	12.42	(3.32)	3.13	(1.10)	1.96	(1.59)	2.70	(0.67)	1.98	(0.11)	2.65	(1.09)
	月に１回以上	13.02	(3.12)	3.32	(0.87)	2.25	(1.57)	2.69	(0.64)	1.97	(0.23)	2.78	(1.12)
	年に２・３回	10.69	(3.95)	3.00	(1.24)	1.73	(1.51)	2.13	(1.01)	1.91	(0.41)	1.91	(1.16)
	めったに話さない	10.66	(2.22)	2.41	(1.08)	1.41	(1.09)	2.66	(0.65)	1.75	(0.62)	2.41	(0.66)
隣近所	ほとんど毎日	14.42	(2.47) ***	3.58	(0.77) ***	2.72	(1.56) ***	2.90	(0.37) ***	1.97	(0.20) **	3.23	(0.79) ***
	週１回以上	12.63	(3.00)	3.14	(1.04)	1.92	(1.47)	2.76	(0.61)	2.00	(0.00)	2.82	(0.98)
	月に１回以上	12.18	(3.16)	3.25	(1.02)	1.85	(1.44)	2.62	(0.70)	1.97	(0.14)	2.47	(1.10)
	年に２・３回	10.87	(2.30)	2.93	(0.99)	1.93	(1.38)	2.25	(0.68)	2.00	(0.00)	1.75	(0.58)
	めったに話さない	10.54	(3.15)	2.96	(1.05)	1.62	(1.41)	2.26	(0.92)	1.97	(0.37)	1.80	(0.94)
友人・知人	ほとんど毎日	14.52	(2.48) ***	3.54	(0.80) ***	2.78	(1.50) ***	2.95	(0.21) ***	1.99	(0.10) n.s	3.25	(0.82) ***
	週１回以上	13.10	(2.85)	3.27	(0.95)	2.15	(1.57)	2.82	(0.46)	1.98	(0.17)	2.89	(0.96)
	月に１回以上	12.98	(3.05)	3.43	(0.95)	2.04	(1.54)	2.74	(0.66)	1.98	(0.12)	2.73	(1.07)
	年に２・３回	11.48	(3.21)	3.09	(1.22)	1.93	(1.48)	2.58	(0.67)	1.96	(0.17)	1.90	(0.94)
	めったに話さない	10.25	(2.95)	2.81	(1.06)	1.37	(1.20)	2.12	(0.96)	1.92	(0.34)	2.01	(0.98)
ソーシャルサポート		r=	.217 **	r=	.170 **	r=	.088 n.s	r=	.195 **	r=	.289 **	r=	.210 **

Kruskal-Wallis検定　*** p < .001　** p < .01　* p < .05

ソーシャルサポートは Pearson correlation

6. 精神的健康度と社会的健康度との関連（表 10）

自尊感情、抑うつ傾向、生活満足度などの心理・社会的状況、すなわち対象者のメンタルヘルスと社会関連性指標との関連から検討を行った。

その結果、自尊感情では社会関連性指標の「評価得点」(p<.01)、下位領域の「生活の主体性」(p<.01)、「社会への関心」(p<.01)、「他者との関わり」(p<.01)、「身近な社会

参加」(p<.01)の領域において有意な正の相関関係にあり、自尊感情が高くなるにともない社会的健康度も高くなることが示された。

抑うつ傾向と社会関連性指標との関連では、「評価得点」(p<.01)、下位領域の「生活の主体性」(p<.01)、「社会への関心」(p<.01)、「他者との関わり」(p<.01)、「生活の安心感」(p<.05)、「身近な社会参加」(p<.01)と、すべての領域で有意な負の相関を示し、抑うつ傾向が高くなるにともない社会的健康度も低くなることが示された。

生活満足度との関連でみると、「評価得点」(p<.01)、下位領域の「生活の主体性」(p<.01)、「社会への関心」(p<.01)、「身近な社会参加」(p<.01)で有意な正の相関関係にあり、生活足度が高くなるにともない社会的健康度も高まることが示された。

7. 地域の伝統行事への参加および死生観、ユタ（シャーマン）と社会的健康度との関連

1）伝統行事への参加状況および死生観と社会的健康度の関連（表 11）

伝統行事への参加状況や役割の有無および死生観と社会関連性指標の関連から検討を行った。伝統行事への参加状況では、「評価得点」(p<.001)、下位領域の「生活の主体性」(p<.001)、「社会への関心」(p<.001)、「他者との関わり」(p<.001)、「身近な社会参加」(p<.001)で有意差を認め、参加している者で平均値が有意に高値を示した。また、伝統行事の際に役割を有する者では、社会関連性指標の「評価得点」(p<.001)、下位領域の「生活の主体性」(p<.001)、「社会への関心」(p<.001)、「他者との関わり」(p<.01)、「身近な社会参加」(p<.001)も有意に高値を示した。

死生観と社会関連性指標との関連でみると、「生まれ変わり（輪廻転生）」を肯定する者で、下位領域の「他者との関わり」(p<.05)も有意に高値を示した。

表 11　伝統行事への参加状況及び死生観と社会的健康度の関

Mean (SD)

伝統行事の参加状況と死生観		評価得点	下位領域 生活の主体性	社会への関心	他者との関わり	生活の安心感	身近な社会参加
伝統行事への参加状況							
参加の有無[1]	参加	14.8 (2.47) ***	3.58 (0.75) ***	2.93 (1.42) ***	2.88 (0.40) ***	1.96 (0.21)	3.41 (0.80) ***
	時々参加	13.3 (2.66)	3.45 (0.85)	2.18 (1.46)	2.77 (0.60)	1.97 (0.18)	2.9 (0.94)
	参加しない	10.9 (3.06)	2.94 (1.08)	1.45 (1.43)	2.47 (0.79)	1.96 (0.20)	2.03 (0.97)
役割の有無	有	14.1 (2.75) ***	3.61 (0.70) ***	2.59 (1.53) ***	2.8 (0.53) **	1.96 (0.23)	3.12 (0.95) ***
	無	12.1 (3.11)	3.15 (1.03)	1.82 (1.48)	2.6 (0.72)	1.97 (0.18)	2.49 (1.05)
死生観							
神や仏の存在	有	12.81 (3.12)	3.28 (0.97)	2.12 (1.58)	2.71 (0.62)	1.97 (0.23)	2.72 (1.05)
	無	12.71 (3.49)	3.18 (1.10)	2.12 (1.41)	2.61 (0.80)	2.00 (0.00)	2.78 (1.10)
死後の世界	有	12.86 (3.15)	3.29 (0.97)	2.13 (1.58)	2.72 (0.62)	1.98 (0.19)	2.74 (1.05)
（グソー）	無	12.59 (3.27)	3.18 (1.04)	2.08 (1.43)	2.64 (0.75)	1.95 (0.31)	2.75 (1.13)
霊魂の存在	有	12.94 (3.11)	3.33 (0.92)	2.14 (1.60)	2.74 (0.60)	1.96 (0.25)	2.77 (1.07)
	無	12.74 (3.25)	3.24 (1.03)	2.17 (1.48)	2.63 (0.73)	1.99 (0.08)	2.70 (1.07)
生まれ変わり	有	13.16 (3.08)	3.37 (0.92)	2.29 (1.60)	2.76 (0.61) *	1.98 (0.19)	2.77 (1.09)
（輪廻転生）	無	12.58 (3.20)	3.25 (0.99)	2.00 (1.53)	2.66 (0.68)	1.97 (0.20)	2.71 (1.06)

Mann-Whitney U test[1] Kruskal-Wallis検定　*** p < .001　** p < .01　* p < .05

2）仏壇や位牌への「拝み」と社会的健康度との関連（表 12）

日常生活における位牌や仏壇への「拝み」の状況と社会関連性指標の関連から検討を行った。

その結果、仏壇や位牌への「拝み」を毎日行っている者では、「評価得点」(p<.05)、下位領域の「他者との関わり」(p<.05)で有意に高値を示した。

困ったときの「拝み」の状況と社会関連性指標では、とくに有意な関連を示さなかった。

「拝み」の必要性と社会関連性指標との関連では、下位領域の「他者との関わり」(p<.05)、「身近な社会参加」(p<.05)で有意差を認め、いずれも必要とする者で高値であった。

「拝み」の意味でみると、「悩みの解消」とする者で「評価得点」(p<.05)、下位領域の「他者との関わり」(p<.05)、「身近な社会参加」(p<.05)で有意に高値であった。

「習慣」とする者では、「評価得点」(p<.05)、下位領域の「身近な社会参加」(p<.05)で有意に高値であった。

表 12　仏壇や位牌への「拝み」と社会的健康度との関連　Mean (SD)

「拝み」の状況や「拝み」の評価		評価得点		下位領域 生活の主体性		社会への関心		他者との関わり		生活の安心感		身近な社会参加	
仏壇や位牌への「拝み」[1]	毎日	13.27	(3.04) *	3.40	(0.90)	2.28	(1.56)	2.77	(0.57) *	1.95	(0.30)	2.86	(1.00)
	ときどき	12.38	(3.23)	3.18	(1.04)	1.98	(1.54)	2.63	(0.71)	1.98	(0.11)	2.61	(1.10)
	拝まない	12.50	(3.44)	3.17	(1.02)	2.07	(1.48)	2.57	(0.63)	1.96	(0.19)	2.71	(1.08)
困ったときの「拝み」	有	12.78	(3.08)	3.25	(0.96)	2.08	(1.56)	2.72	(0.62)	1.96	(0.24)	2.76	(1.03)
	無	12.55	(3.40)	3.29	(1.00)	2.08	(1.55)	2.60	(0.74)	1.98	(0.25)	2.56	(1.09)
「拝み」の必要性	有	12.92	(3.05)	3.30	(0.96)	2.14	(1.56)	2.72	(0.62) *	1.97	(0.22)	2.78	(1.02) *
	無	12.00	(3.62)	3.11	(1.08)	1.96	(1.53)	2.51	(0.79)	1.96	(0.20)	2.45	(1.15)
「拝み」の評価													
心の安らぎ	思う	13.03	(2.95)	3.33	(0.92)	2.18	(1.50)	2.72	(0.62)	1.98	(0.17)	2.81	(0.99)
	思わない	12.59	(3.37)	3.25	(1.03)	2.06	(1.60)	2.67	(0.67)	1.96	(0.25)	2.65	(1.11)
不安の解消	思う	12.46	(3.15)	3.24	(1.01)	1.94	(1.46)	2.70	(0.68)	1.97	(0.22)	2.61	(1.13)
	思わない	12.89	(3.19)	3.29	(0.97)	2.16	(1.58)	2.70	(0.64)	1.96	(0.21)	2.76	(1.03)
先祖供養	思う	12.82	(3.32)	3.27	(1.00)	2.18	(1.59)	2.68	(0.67)	1.97	(0.21)	2.71	(1.08)
	思わない	12.73	(2.69)	3.33	(0.93)	1.91	(1.42)	2.76	(0.56)	1.95	(0.25)	2.76	(0.97)
生きがい	思う	13.43	(3.06)	3.31	(0.95)	2.43	(1.48)	2.82	(0.50)	1.96	(0.25)	2.90	(1.14)
	思わない	12.70	(3.19)	3.28	(0.98)	2.07	(1.56)	2.68	(0.67)	1.97	(0.21)	2.70	(1.04)
悩みの解消	思う	13.77	(2.72) *	3.43	(0.92)	2.36	(1.60)	2.90	(0.29) *	2.00	(0.00)	3.06	(1.04) *
	思わない	12.69	(3.21)	3.26	(0.98)	2.09	(1.55)	2.68	(0.68)	1.96	(0.23)	2.69	(1.05)
習慣	思う	13.26	(3.25) *	3.38	(0.93)	2.29	(1.57)	2.73	(0.60)	1.96	(0.25)	2.88	(1.07) *
	思わない	12.59	(3.13)	3.23	(1.00)	2.03	(1.54)	2.68	(0.67)	1.97	(0.20)	2.65	(1.04)
意味はない	思う	11.28	(2.89)	3.14	(1.09)	1.35	(1.27)	2.57	(0.93)	1.92	(0.26)	2.28	(1.06)
	思わない	12.85	(3.18)	3.28	(0.98)	2.14	(1.56)	2.70	(0.64)	1.97	(0.21)	2.74	(1.05)

Mann-Whitney U test [1] Kruskal-Wallis検定　* p<.05

3）ユタ（沖縄の伝統的民間巫者）と社会的健康度との関連（表 13）

沖縄の伝統的民間巫者であるユタに関連する内容と社会関連性指標の関連から検討を行った。

その結果、ユタへの相談経験やユタへの印象、「カミダーリ(神懸り)」の有無では社会関連性指標のいずれの領域とも有意差を認めなかった。「サーダカウマリ(精高生ま

れ)」では下位領域の「身近な社会参加」(p<.05)で有意差を認め、否定する者で有意に高値を示した。

表13　ユタ及びｻｰﾀﾞｶｳﾝｾﾘﾝｸﾞ、ｶﾐﾀﾞｰﾘと社会的健康度との関　　Mean (SD

内容		評価得点	下位領域 生活の主体性	社会への関心	他者との関わり	生活の安心感	身近な社会参加
不安や悩みの	行く	12.76 (3.12)	3.37 (0.93)	1.95 (1.61)	2.81 (0.50)	1.98 (0.13)	2.67 (1.09)
ユタへの相談	ときどき	12.58 (2.85)	3.26 (1.01)	1.80 (1.41)	2.67 (0.61)	1.97 (0.16)	2.87 (1.00)
経験[1)]	行かない	12.85 (3.22)	3.28 (0.98)	2.22 (1.57)	2.68 (0.68)	1.97 (0.23)	2.69 (1.06)
相談時のユタ	良い	12.81 (2.95)	3.38 (0.87)	1.91 (1.49)	2.76 (0.54)	1.98 (0.13)	2.77 (1.02)
への印象[1)]	悪い	11.33 (2.30)	3.00 (1.00)	0.70 (0.58)	2.33 (1.15)	2.00 (0.00)	3.33 (0.58)
	わからない	11.93 (3.20)	3.00 (1.21)	1.67 (1.57)	2.61 (0.67)	1.93 (0.25)	2.81 (1.13)
ｻｰﾀﾞｶｳﾝｾﾘﾝｸﾞ	有	12.12 (3.00)	3.10 (1.00)	1.80 (1.53)	2.70 (0.68)	2.00 (0.00)	2.52 (1.00) *
(精高生まれ)	無	12.95 (3.18)	3.30 (0.99)	2.13 (1.58)	2.73 (0.60)	1.97 (0.24)	2.81 (1.05)
ｶﾐﾀﾞｰﾘ	有	11.50 (3.43)	3.05 (1.09)	1.45 (1.47)	2.45 (0.89)	1.95 (0.22)	2.60 (1.09)
(神懸かり)	無	12.85 (3.20)	3.27 (0.99)	2.12 (1.58)	2.72 (0.62)	1.97 (0.23)	2.77 (1.07)

Mann-Whitney U test[1)] Kruskal-Wallis検定　* p<.05

8. 社会関連性指標評価得点と関連要因の重回帰分析結果（表 **14**）

社会関連性指標「評価得点」と強い関連の認められた 13 変数について、要因間の相互の影響力を排除し、社会的健康度との関連をみることを目的に重回帰分析を行った。

その結果、寄与率 0.566 で、日常生活自立度、子供との交流、ソーシャルサポート、自尊感情、生活満足度、伝統的行事への参加の 6 変数で有意な関連がみられた。

要因間では伝統的行事への参加(標準偏回帰係数 β .2707)(p<.001)および日常生活自立度(標準偏回帰係数 β .2315)(p<.001)との関連が最も強い関連を示し、次いで自尊感情（標準偏回帰係数 β .1612）(p<.01)、隣近所との交流（標準偏回帰係数 β .1219）(p<.05)、生活満足度（標準偏回帰係数 β .1132）(p<.05)、ソーシャルサポート（標準偏回帰係数 β .1118）(p<.05)であった。

表 14　社会関連性指標 評価得点の重回帰分析結果

要因	Partial regression coefficient (β)	
主観的健康度評価	.02258	
健康不安	.00616	
転倒の有無	.04898	
通院の有無	-.02878	
日常生活自立度	.23158	***
交流状況		
子供	-.03368	
隣近所	.12197	*
友人・知人	.09105	
ｿｰｼｬﾙ・ｻﾎﾟｰﾄ	.11182	*
自尊感情	.16121	**
抑うつ傾向	-.05895	
生活満足度	.11322	*
伝統的行事への参加	.27074	***
R	.75218	
R^2	.56577	

主観的健康度評価 (健康でない: 0　健康: 1)
健康不安 (有: 0　無: 1)
転倒の有無 (無: 0　有: 1)
通院の有無 (無: 0　有: 1)
伝統的行事への参加 (無: 0　時々: 1　有: 2)
*: p<0.05　**: p<0.01　***: p<0.001

V. 考察

本研究の目的は、これまで研究されることの少なかった地域後期高齢者の社会的健康度に焦点をあて、身体的要因や心理・社会的要因から総合的に検討することを目的

とした。

本研究の対象者である沖縄県西原町の 80 歳以上の後期高齢者の基本属性をみると男性の平均年齢は 85.6(SD 4.29)歳、女性の平均年齢は 85.4(SD 4.07)歳であり、男女間で統計的差違を認めず、したがって性差による結果に及ぼす偏りは少ないと考える。居住年数では男性が女性に比べて有意に長く、出身地では男性が 76.6%、女性が 51.8%で半数以上が西原町出身者である。近年、西原町では急速な都市化とともに人口は急増し、他市町村から移り住む住民が増加傾向にあるが、現在居住している 80 歳以上の地域住民は西原町出身の者が多いことがわかる。学歴では女性に比べ男性で学齢の高い者の占める割合が高く、経済状況ではゆとりがあるとする者が男女ともに 7 割以上であり、性差を認めなかった。

対象者の社会関連性指標「評価得点」は 12.75(SD 3.19)であり、下位領域の「生活の主体性」3.26(SD 1.00)、「社会への関心」2.13(SD 1.56)、「他者との関わり」2.70(SD 0.66)「生活の安心感」1.97(SD 0.22)「身近な社会参加」2.71(SD 1.06)であった。安梅らの 60 歳以上を対象とした先行研究では「評価得点」は 15.3(SD 2.5)、下位領域の「生活の主体性」3.8(SD 0.6)、「社会への関心」3.4(SD 1.5)、「他者との関わり」2.9(SD 0.5)「生活の安心感」1.9(SD 0.4)「身近な社会参加」3.4(SD 0.8)であり、加齢に伴い社会的健康度は低下することを指摘しており、本研究の 80 歳以上を対象とした社会関連性指標の得点結果は研究対象者の年齢を考慮すると妥当なものと考える。

以下に、本研究で検討した社会的健康度と各要因間との関連について考究する。

1. 基本属性と社会的健康度との関連

基本属性と社会的健康度との関連をみると、性別では社会関連性指標の「社会への関心」で有意差を認め、女性に比べ男性で有意に高かった。「社会への関心」は新聞や本・雑誌の講読や趣味、地域社会における社会貢献に関する内容から構成されており、こうした知的生産活動や社会貢献に対する有用性に性差がみられたことは、高学歴の者は女性に比べ男性で高いこと、また学歴の高い者ほど社会関連性指標の「社会への関心」も有意に高いことから、学歴の相違が「社会への関心」の性差に寄与した可能性が推察される。年齢では、「生活の安心感」を除くすべての領域で有意な関連を認め、加齢に伴い社会関連性指標は低下していた。この結果から、加齢にともなう意欲や身体能力の低下などが社会的健康度全般にわたり影響した可能性が示唆される。

居住年数と出身地でみると、居住年数では居住年数が長くなるにともない「身近な社会参加」も有意に高く、出身地では西原町出身以外の者で「社会への関心」も有意に高値であった。この結果から、居住年数が長くなるにともない、近隣との付合いや地域活動への参加など身近な社会参加は多くなるが、一方で西原町以外の出身の者では、地元出身の者に比べ居住年数が短く地域へのなじみも薄いことから、地域社会の

社会貢献に関する社会的関心が高くなったことが推察される。

崎原ら[22]は今帰仁村の在宅高齢者を対象とした調査において、同居者のいる者に比べ独居者は友人や近隣との交流頻度が最も高く、他者との関わりや交流状況が良好であることを報告している。今回の結果においても、同居の者に比べ独居の者では社会関連性指標の「他者との関わり」が有意に高く、独居の者はみずからの孤独感や寂寥感を解消すべく、まわりとの接触や交流を積極的に行っている可能性が示唆された。このことから、在宅高齢者においては家族以外の近隣・地域社会との交流を促進することが社会的健康度を高める上で有用であり、こうした取り組みを考慮した身近な社会活動の必要性が示唆される。

経済状況では社会関連性指標のすべての領域で有意な関連がみられ、ゆとりがない者ほど社会関連性指標は低かった。この結果から、経済状況を含む生活環境の改善が高齢者の社会的健康度を高め、QOL(quality of life)の向上にも寄与する可能性が示唆される。

宗教との関連では、先祖崇拝とする者で社会関連性指標の「生活の安心感」は有意に高かった。沖縄の伝統的固有信仰は先祖崇拝であり、祖先崇拝を基盤とした地縁・血縁との交流を維持するためには伝統的慣習や行事は重要な要素であり、その際の高齢者の役割は大きい。今回の結果は、こうした高齢者の役割意識や有用感が社会的健康度の向上にも寄与し、「生活の安心感」を高める要因として影響したことが考えられる。

2.身体的健康状況と社会的健康度との関連

身体的健康状況と社会的健康度との関連をみた。主観的健康度評価、健康不安、転倒の有無でみると、いずれも社会関連性指標の「評価得点」、「生活の主体性」、「社会への関心」、「身近な社会参加」で有意差を認め、健康とする者、健康不安のない者、転倒経験のない者で平均得点も有意に高値を示した。先行研究では、主観的健康感は生命予後[23]やモラール(morale)[24,25]、活動能力[26,28]、抑うつ度[27,28]など、身体的側面や環境的側面、心理・社会的側面との関連が広く指摘されている。主観的健康度と健康不安は相互に関連するものであり、今回の結果は対象者の健康状況に対する認知が社会的健康度全般に影響を及ぼし、日常生活を規定する要因として無視できないことを示す結果であり、高齢者の社会的健康度を高める上で健康面での援助やサポート体制強化の重要性を示す結果であると考える。

転倒は、脳血管疾患、高齢による衰弱に次いで寝たきりの主要な原因であり、とくに加齢にともなう転倒による骨折、なかでも大腿骨頚部骨折の増加が懸念されている[29]。また、転倒は老研式活動能力の低下や、ソーシャルサポート、生活満足度、抑うつ度など心理・社会的要因に影響することが指摘されている[30]。今回の結果は、転倒によ

る行動制限や恐怖感など身体的、心理・社会的な要因が社会的健康度の低下に影響した可能性を示す結果と考える。

入院や通院状況でみると、過去に入院経験がある者、現在通院中の疾患を有する者で社会関連性指標の「身近な社会参加」は有意に低かった。また、現在通院中の疾患を有する者では社会関連性指標の「評価得点」も低値であった。このことから罹患している疾患の存在は高齢者にとって日常生活上の行動を制限し、身近な社会活動参加への阻害要因として無視できないことが示された。

身体疾患との関連では、下位領域得点のうち、最も多く有意な関連を認めた疾患は骨粗鬆症であり、「評価得点」、「生活の主体性」、「社会への関心」、「身近な社会参加」で有意差を認め、いずれも罹患している者で平均得点も有意に低値であった。また、社会関連性指標の領域別でみると、疾患と最も多く有意な関連を認めた領域は「身近な社会参加」であった。以上の結果から、身体的健康状況のいずれの内容においても社会関連性指標の「身近な社会参加」と有意な関連を示したこと、疾患と最も多く有意な関連を認めた領域は「身近な社会参加」であることが示された。このことは、高齢者の活動性や身近な社会参加を促進する上で、健康状況や疾患の罹患状況の把握が必要不可欠であり、健康や疾患に対する理解を深め、きめ細かな援助や対応を図り、社会的健康度を高める取り組みが今後ますます重要であることを示唆する結果であると考える。

日常生活自立度は「身体的自立」に対応しており[31]、身体的自立は高齢者個人が社会との接点を持ち、自立した生活を送る上で最低限必要な能力である[32]。Lawton[31]によれば活動能力(Competence)は「生命維持」「機能的健康度」「知覚-認知」「身体的自立」「手段的自立」「状況対応」「社会的役割」の７つの水準があるとことを指摘している。現代の高齢者は自立志向があり、日常生活動作の自立は自信や誇りにつながる一方で、他者への依存には抵抗感や罪責感を惹起し[33]、心理・社会的、生命予後など多くの要因と関連することが指摘されている。今回の結果でみても、聴力、視力、移動など生活自立度にかかるすべての要因で有意な関連を認め、自立度が高くなるにともない社会関連性指標も高いという結果は、身体的自立は心理社会的側面にも重要な影響を与える大きな要因であり、身体的自立の維持・向上に向けた予防医学的側面からのアプローチの重要性を示唆する結果であるといえる。

3. 介護保険および福祉サービス、高齢者健康増進事業（いいあんべ事業）と社会的健康度との関連

介護保険の認定状況および介護保険サービス利用状況でみると、介護保険を受けておらず、介護保険サービスを利用していない者で、社会関連性指標の「評価得点」、下位領域の「生活の主体性」、「社会への関心」、「身近な社会参加」で有意に高値であった。

介護保険の認定や福祉サービスを受けていない者は、介護や介護サービスを必要としない比較的健康な自立状況の良好な高齢者であるため、このことが社会的健康度の促進要因として結果に影響したことが推察できる。

西原町で実施している高齢者健康増進事業「いいあんべ事業」は、高齢者の健康維持と社会参加を促進し、世代間交流を通して孤独感の解消や地域ボランテイアの育成と地域活性化図る目的で、65 歳以上の元気な老人を対象として行っている [34)]。この「いいあんべ事業」の参加状況でみると、参加している者では社会関連性指標の「生活の安心感」を除くすべての領域で有意に得点が高くなっており、自立度が高く身体的・心理社会的にも良好な高齢者が事業に参加していることが、社会的健康度の高さに反映したと考えられる。こうした自立状況や身体的・心理社会的要因は、事業への参加希望にも影響したことが考えられ、参加を希望する者では希望しない者に比べ社会的健康度も良好であった。また、事業への評価で有意差を認めた内容では、肯定的回答者では社会関連性指標も有意に高値であり、事業への参加は社会的健康度を高める要因として寄与したことが考えられる。

4. 交流状況およびソーシャルサポートと社会的健康度との関連

交流状況でみると、子供、隣近所、友人・知人との交流頻度が多い者ほど社会関連性指標の各領域全般にわたり平均値も有意に高値であり、ソーシャルサポートでは「社会への関心」を除くすべての領域で有意な正の相関を認め、ソーシャルサポートの高い者ほど社会関連性指標も高かった。交流頻度は加齢に伴い減少し [35.36.37.)]、生命予後 [5.6.7.8.9)] とも関連することが指摘されている。沖縄の高齢者は、後期高齢期においても高い水準で交流が維持され、とくに女性では前期高齢期と比較しても低下はみられず、友人や近隣との交流が維持されているとの報告がなされている [22)]。こうした背景には、隣近所、友人・知人との交流と併せて、先祖崇拝を中心とする伝統行事や祭事における地縁・血縁との付合いや役割の有無とも関連することが推察され、交流状況やソーシャルサポートの授受のみならず、こうした役割意識や役割獲得は他者への依存度が高まることによる心理的葛藤の解消、自尊心やメンタルヘルスの維持・向上に影響している可能性を示唆していることが考えられる。

5. 精神的健康度と社会的健康度との関連

精神的健康度を測る指標として、自尊感情、抑うつ度、生活満足度との関連から検討した。自尊感情は自己に対する評価であり、自信の上位概念との位置づけがなされており、時間的に変化しにくく個人差を考える上でも重要な要因の一つである。先行研究では教育年数や経済状況、身体的健康状況、活動能力や精神的状況など多くの要因が自尊感情に影響することが報告されている [39)]。今回の結果では、自尊感情は社会

関連性指標の「生活の安心感」を除くすべての領域で有意な関連を示し、いずれも自尊感情が高まるにともない社会的健康度も高くなることが示された。沖縄の高齢者を対象とした調査結果においても、自尊感情には心身の状況や生活環境要因が影響するとの報告があり [40]、社会的健康度を高める上で自尊感情など精神的側面からの肯定的アプローチの必要性を示す結果であると考える。

抑うつ傾向との関連でみると、社会関連性指標のすべての領域で有意な負の相関関係にあり、社会的健康度が高いほどが抑うつ傾向は低いことが示された。高齢者のうつ状態は自殺と深く関連し、老年期における精神症状のなかで心気・抑うつ症状は最も頻度が高く、精神保健対策上重要であることが指摘されている [41]。先行研究では加齢に伴う日常生活自立度の障害や疾患の有無 [41,42,43.]、交流状況 [44]、生活習慣や主観的健康度 [27,28.] など、抑うつ傾向は多くの要因に影響を及ぼしていることが報告されている。沖縄県においては、自殺に対する親和性はきわめて低いにもかかわらず [11]、近年自殺者は増加し、高齢者の社会的孤立や抑うつ症状の早期発見の対策が指摘されている [45]。本研究結果から、抑うつ傾向は社会関連性指標のすべての領域と関連しており、社会的健康度に重要な影響を及ぼすことが示され、高齢者の QOL やメンタルヘルスを考える上で無視できない要因であることが明らかとなった。

生活満足度との関連では、社会関連性指標の 2 領域を除く、「評価得点」および 4 つの下位領域で有意な関連を認め、社会的健康度との関連が示された。

本研究結果は、高齢者の心の健康状況は社会的健康度と相互密接に関与しており、社会的健康度を高める上で精神的健康の維持・向上が重要であることを示す結果といえる。

6. 伝統行事への参加および死生観、拝み、ユタ（シャーマン）と社会的健康度との関 連

沖縄の伝統的固有信仰は先祖崇拝でありその担い手として高齢者の果たす役割は大きい。與古田ら [40] は沖縄の高齢者を対象とした調査において、伝統的行事や祭事への参加およびその際に役割を有する者では自尊感情が高いことを報告している。今回の結果においても、社会関連性指標の「生活の安心感」を除くすべての領域で、伝統行事へ参加している者、その際に役割を有する者で平均得点も有意に高くなっており、こうした伝統的社会文化的風土に培われ、育まれた行事や祭事の存在や高齢者に対する役割期待の大きさが、高齢者の自尊感情を高め、QOL やメンタルヘルスの維持・向上に寄与していることが推察できる。

死生感と社会的健康度との関連では、生まれ変わり(輪廻転生)を肯定する者では社会関連性指標の「他者との関わり」が有意に高くなっており、高齢者にとって神や仏の存在、死後の世界の存在を身近に感じ、死を肯定的にとらえていることが死の緊張を

緩和させ、まわりとの前向きで良好な人間関係構築に影響を及ぼしている可能性が考えられる。

日常的な拝みの状況とその評価と社会的健康度との関連をみると、日常的な拝みを毎日行っている者では社会関連性指標の「評価得点」、下位領域の「他者との関わり」が有意に高かった。また、拝みの評価でみると、「悩みの解消」、「習慣」とする者で社会関連性指標の「評価得点」、下位領域の「身近な社会参加」が共通して有意に高いという結果であった。沖縄では人は死後「カミ(神)」となり人々の日常生活に存在し続けると考えられ [10]、日常生活及び伝統行事での拝みは先祖との会話の場となっている。特に高齢女性では拝みを行うことが家族の守り手、宗教機能の担い手としての役割意識につながり、また習慣化した拝みは鬱積した感情の吐露や葛藤などを自由に表出することで心の緊張を解く自己治癒作用があり、沖縄の長寿に貢献していることも指摘されている [11,12,46,49]。今回の結果は、こうした拝みの存在は社会的健康度を高める一因として寄与しており、まわりとの交流や関わりにも肯定的な影響を与えていることが推察できる。

ユタへの相談経験やサーダカウマリ、カミダーリの有無と社会的健康度との関連をみた。ユタとは祖霊やカミ(神)と交流できる特異な能力を持つと沖縄ではみなされている職能者であり、サーダカウマリ(精高生まれ)は生まれもってユタになる素質が高いこと、カミダーリ(神懸り)は成巫過程におけるカミ(神)の召命による心身の不調とされている [46]。今回の結果でみると、サーダカウマリを否定する者で社会関連性指標の「身近な社会参加」が有意に高かったものの、ユタへの相談経験やユタへ相談しての印象、カミダーリの有無では有意差を認めなかった。ユタは中高年女性がほとんどであり、成巫過程の中ではその役割を拒否し、積極的に受容することはないと言われ、琉球王朝時代や日本の同化政策を推し進めた明治末期から大正、情報統制化にあった戦時下では弾圧を受けた歴史があり [46]、またユタの呼称には蔑視感もあるといわれる [48]。本研究の対象者である高齢者は明治、大正期に出生した者であり、こうした時代背景がユタやユタにかかる内容に否定的に反応し、心理的拒否感が結果に反映したことも考えられ、設問内容や聞き取り方法の工夫などの検討が今後の課題である。

以上の結果から総括すると、沖縄の伝統的先祖崇拝思考は「老い」への受容を支える基盤としての機能を果たし [47]、伝統行事や祭事、死生観、拝みの存在は社会的健康度にも大きな要因として影響し、高齢者の役割意識や QOL 向上、心の健康に重要な意味を有していることが考えられる。

7. 社会関連性指標評価得点と関連要因の重回帰分析結果について

社会関連性指標「評価得点」と強い関連の認められた要因について、要因間の相互の影響力を排除し社会的健康度との関連をみることを目的に重回帰分析を行った。そ

の結果、「評価得点」と有意な関連のみられた要因は、日常生活自立度、隣近所との交流、ソーシャルサポート、自尊感情、生活満足度、伝統的行事への参加であった。今回の結果から、日常生活自立度が高く、伝統的行事へ参加し、また自尊感情や生活満足度が高く、隣近所との交流が活発でサポートのある者では社会的健康度が良好であり、とりわけ、伝統的行事へ参加状況と社会的健康度は強い関連を有していた。高齢者の社会的健康度を高める要因として沖縄の伝統行事の存在は大きな役割を果たしている可能性が推察され、石津[49,50]は沖縄の拝みのもつ生命倫理的全体自我（セルフ「S」）とヘルスプロモーションについて心身医学的な相関を考察しており、さらに伝統的行事や祭事の関連から高齢者の健康へおよぼす諸要因を心身医学的に研究することは健康長寿を実現する道程であることを指摘している。

安梅ら[17]によれば年齢、性別、疾患を統制要因としても社会関連性指標は生命予後に影響するとしており、社会的健康度は地域高齢者の予防医学や健康長寿の側面からも重要な意味を持つ。

本研究結果から、社会的健康度には身体的・社会的・精神的側面が相互に有機的に関与している可能性が示唆され、地域後期高齢者の社会的健康度の維持・向上を図る上で、身体的・社会的・精神的側面からの統合的なアプローチの重要性が示された。

VI. まとめ

本研究はこれまでほとんど検討のなされていない後期高齢者の「社会的健康度」に焦点をあて、沖縄県西原町在住の 80 歳以上の地域住民を対象に、身体的要因や心理・社会的要因から多面的に検討を行い、以下の知見を得た。

1. 身体的健康状況との関連では主観的健康度が高く、健康不安がない者、転倒がない者、通院がない者、日常生活自立度が良好な者で社会的健康度が良好であった。また疾患の存在は身近な社会参加を制限していた。
2. 介護保険・福祉サービスとの関連では介護認定を受けていない者、サービスを利用していない者で社会的健康度が良好であった。
3. 西原町で行われている高齢者健康増進事業である“いいあんべ事業”との関連では、“いいあんべ事業”に参加している者、参加を希望する者、また参加して肯定的な評価をする者で社会的健康度が良好であった。
4. 交流状況、ソーシャルサポートとの関連では、子供、隣近所、友人・知人との交流頻度が多く、ソーシャルサポートの授受が多いほど社会的健康度は良好であった。
5. 心理社会的状況との関連では、自尊感情や生活満足度が高く、抑うつ傾向が低い者では有意に社会的健康度が良好であった。
6. 伝統行事への参加状況や死生観、仏壇や位牌への拝み状況、ユタの利用状況との関連では、伝統行事へ参加し、その際に役割を有する者、仏壇や位牌を毎日拝む者で社会

的健康度は良好であった。

7．重回帰分析の結果、社会関連性指標「評価得点」と関連の認められた要因は伝統的行事への参加、日常生活自立度の 2 要因で強い関連が認められ、隣近所との交流、ソーシャルサポート、自尊感情、生活満足度の 4 要因で有意な関連が認められた。

以上の結果から、地域後期高齢者の社会的健康度の維持・向上を図る上で、これらの知見を生かし、身体的・社会的・精神的側面から統合的にアプローチし、伝統的地域風土を加味した身近で親しみやすく、積極的な役割のとれる地域活動の必要性や地域ぐるみの取り組みが重要であると考える。

引用文献

1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向 48(9), 2001.

2) 工藤力, 長田久雄,下村陽一：高齢者の孤独に関する因子分析的研究. 老年社会学 6(2):167-185, 1984.

3) 長田久雄, 工藤力, 長田由紀子：高齢者の孤独感とその関連要因に関する心理学的研究. 老年社会科学　11：202-217, 1989.

4) 松岡寿昭：過疎地域における老人自殺の実態. 社会老年学 31：22-34, 1990.

5) 杉澤秀博：高齢者における社会的統合と生命予後との関係. 日本公衛誌 41(2): 131-139, 1989.

6) 橋本修二, 他：地域高齢者の生命予後に影響する日常生活上の諸因子についての検討. 日本公衆衛生雑誌 33：741-748, 1986.

7) Berkman LF, SymeSL.Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Year Follow –up Study of Alameda County Residents. American Journal of Epidemiology 109：189-204, 1979.

8) Berkman LF, Breslow L. Health and Way of Living –The Alameda County Study, Oxford University Press. 1983 (森本兼譲, 監訳. 生活習慣と健康—ライフスタイルの科学, HBJ 出版局. 1989).

9) Steinbach U. Social Networks, Institutionalization and Mortality Among Elderly People in the United States. Journal of Gerontology：47, S183-190,　1992.

10) 近藤功行：琉球文化圏における長寿要因をめぐる調査研究—高齢女性の役割期待と精神生活の側面並びに与論島住民の終末行動から得られた死生観の側面を通して—平成８年度長寿科学総合研究事業「沖縄の気候・風土と長寿に関する研究」報告書, p 67-75, 1997.

11) 石津宏：沖縄の人々と精神風. 琉球大学（編）：生涯健康への道程—長寿県沖縄からの提言—, p136-157, 1998

12) 石津宏：地域特性と精神衛生，平山清武（編）：沖縄の医療と保健，財団法人 徳明会 p69-82, 1987
13) 西原町役場：西原町史 西原の民俗 第４巻 資料編 3, 1989.
14) 西原町役場：西原町町勢要覧平成１３年度版.
15) 沖縄県西原町：統計にしはら第１９号.
16) 西原町役場：広報にしはら, 377(7), 2003.
17) 安梅勅江，島田千穂：高齢者の社会関連性評価と生命予後—社会関連性指標と５年後の死亡率の関係—，日本公衛誌 47(2): 127-132, 2000
18) 安梅勅江：高齢者の社会関連性評価と３年後の機能低下との関連性に関する保険福祉学的研究,日本公衛誌 44(3): 159-166, 1997.
19) 星野命：感情と心理の教育（２）．児童心理 24: 161-193, 1970.
20) Radloff LS. The CES-D scale; a self-report depression Studies-Depression scale with older adults. Clin Gerontologist 5:119-136, 1986.
21) 古谷野亘；生活満足度の構造—主観的幸福感の他次元性とその測定—．社会老年学 20；59-64, 1959.
22) 崎原盛造，原田さおり：沖縄の在宅高齢者の社会関係と健康、崎原盛造，芳賀博(編)：健康長寿の条件: 元気な高齢者たち，株式会社ワールドプランニング, p 81-87, 2002.
23) 芳賀博，他：地域老人における健康度自己評価からみた生命予後，日本公衛誌 38(10): 783-789, 1991.
24) 伊志嶺育子：老人のモラールに関する要因についての研究—対人関係を中心に—，琉球大学大学院保健学研究課修士論文, 1989.
25) 福田寿生，他：地方都市における 65 歳以上住民の主観的幸福感と抑うつ状態について，日本公衛誌 49(2), 2002.
26) 芳賀博，他：健康度自己評価と社会・心理・身体的要因，老年社会学 20；15-23,1988.
27) 宮地尚子，他：農村住民における抑うつと一般健康状態および生活習慣，日本公衛誌 41(5), 1994.
28) 佐藤秀紀，他：地域高齢者の抑うつ状態を規定する要因，厚生の指標 44(13):10-16, 1997.
29) 厚生労働省大臣官房統計情報部：国民生活基礎調査（1998）
30) 安村誠司，他：沖縄における地域の在宅高齢者の転倒発生率と関連要因．崎原盛造，芳賀博(編)：健康長寿の条件: 元気な高齢者たち，株式会社ワールドプランニング, p31-41, 2002.
31) 古谷野亘，柴田博：老研式活動能力指標の交差妥当性—因子構造の不変性と予測的妥当性—，老年社会科学 14:34-42, 1992.

32) 杉澤秀博, 他:高齢者における社会的統合と日常生活動作能力の予後との関係,日本公衛誌 41(10):975-986, 1994.
33) 南雅樹, 他：在宅高齢者を対象とした生活満足度尺度の作成, 教育医学 46(2):961-969,2000.
34) 西原町役場：西原町の保健・福祉・介護サービスガイド, 2003.
35) 野口裕二；高齢者のソーシャルサポート：その概念と測定, 社会老年学 34:37-48, 1991.
36) 野口裕二；高齢者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート 一友人近隣・親戚関係の世帯類型別分析一, 老年社会学 13:89-105, 1991.
37) 岸玲子, 他:前期高齢者と後期高齢者の健康状態とソーシャルサポート・ネットワーク 一農村地域における高齢者（69～80 歳）の比較研究一, 日本公衛誌 43(12):1009-1022, 1998.
38) 金 恵京, 他：高齢者のソーシャルサポートと生活満足度に関する縦断研究,日本公衛誌 46(7):532-540, 1999.
39) 西平綾子：高齢者のセルフエステーム（Self-esteem）とその関連要因, 琉球大学大学院保健学研究課修士論文, 1998.
40) 與古田孝夫, 他:沖縄における地域高齢者の Self-esteem（自尊感情）とその関連要因についての検討, 医学と生物学 144(5):147-151, 2002.
41) 杉澤あつ子, 他：地域高齢者における身体疾患と抑うつ症状, 厚生の指標 44(1):44-48, 1997.
42) 井原一成：地域高齢者の抑うつ状態とその関連要因に関する疫学的研究, 日本公衛誌 40(2):85-93, 1993.
43) 村岡義明, 他：うつ状態を呈する地域在宅高齢者の身体状況について, 精神医学 39(3):285-290, 1997.
44) 増地あゆみ, 岸玲子：高齢者の抑うつとその関連要因についての文献的考察一ソーシャルサポート・ネットワークとの関連を中心に一, 日本公衛誌 48(6):435-448, 2001.
45) 名嘉幸一, 崎原盛造：沖縄県における高齢者の自殺に関する考察一比較文化的視点から一平成８年度長寿科学総合研究事業「沖縄の気候・風土と長寿に関する研究」報告書, p47-53, 1997.
46) 大橋英寿：沖縄シャーマニズムの社会心理学的研究. 弘文堂 p21-28, 1998.
47) 酒井亮二, 他：沖縄住民における祖先崇拝行動と保健医療行動の関連性に関する質問紙調査, 民族衛生 56(6):292-298, 1990.
48) 平野潔 高江州義英：沖縄におけるユタ（巫女）とカミダーリ（巫病）, 心理臨床 7(1):17-22, 1994.

49）石津宏：心身医学，精神衛生学とヘルスプロモーション —健康・長寿への道程（salutogenesis）—（会長講演），心身医学 43：55-56, 2003.
50）石津宏：心身医学，精神衛生学とヘルスプロモーション —健康・長寿への道程（salutogenesis）—，心身医学 44(2)：101-115, 2004.

謝辞

本調査にご協力頂いた西原町住民の皆様、本研究の遂行にあたり多大な協力を頂きました西原町役場健康衛生課の皆様、ならびに調査員として協力を頂いた西原町民生委員・児童委員の皆様、医療法人愛和会 居宅支援事業所なごみ、社会福祉法人がじゅまる会 居宅支援事業所守礼の里、医療法人福寿会 介護老人保健施設 西原敬愛園の介護支援専門員の皆様へ深く感謝いたします。

また本論をまとめるにあたり貴重なご指導と研究態度をご指導賜りました石津宏教授、ならびにご助言を頂きました宇座美代子教授、分析などで丁寧なご指導、ご助言を頂きました與古田孝夫教授へ深く感謝いたします。