

学 位 論 文

積雪寒冷地における一人暮らし高齢者の主観的健康感と  
生活機能の関連要因の検討

旭川医科大学大学院医学系研究科  
修士課程看護学専攻  
地域保健看護学

坂本 泰子

—目次—

I. 緒言	1-3
II. 方法	4-9
1. 研究デザイン	4
2. 研究枠組み	4
3. 用語の定義	4
4. 研究対象者	4
5. 地域概要	5
6. データ収集方法	5
7. 調査項目	6-8
8. データ分析方法	8
9. 倫理的配慮	8
III. 結果	9-12
IV. 考察	13-18
V. 結論	19
VI. 謝辞	19
VII. 引用文献	20-23
VIII. 図・表	
IX. 資料	

## I. 緒言

わが国の高齢化は世界にも例のない早いスピードで進み「前例のない高齢社会」を迎えている。来たるべき高齢社会に向けた必要な準備をすべく各種施策や調査、研究がおこなわれてきている。

平成 19 年内閣府の調査した「国民生活基礎調査」の世帯構造別割合をみると、65 歳以上の者のいる世帯は年々増加して 1978 万世帯(41.2%)である。その構成割合は、単独世帯、夫婦のみの世帯、夫婦と未婚の子のみの世帯がいずれも増加傾向であり、三世帯世帯は減少傾向である。特に、65 歳以上の一人暮らしは 435 万人(22.5%)で、この 20 年で約 3 倍となり年々増加している(厚生統計協会、2009)。この単独世帯の割合は増加しつづけ 2030 年には 37.7%に上昇することが見込まれている(高齢社会白書、2009)。平成 21 年内閣府が実施した「高齢者の生活実態に関する調査」によると、日常会話において独居高齢者男性の 41.2%、独居高齢女性の 32.4%が「2,3 日に 1 回以下」であり、また独居高齢者のうち「頼れる人がいない」と答えたのは、独居高齢女性の 9.3%に対して独居高齢男性は 24.4%であり、特に独居高齢男性が社会的に孤立している実態が報告されている。このようなことから、一人暮らし高齢者の増加は、各種データからも明らかであり今後の地縁、血縁の支えを持たない孤立した高齢者の増加が懸念される。

一人暮らしになる経緯は男女とも配偶者の死別が多く、その比率は男性 49.9%、女性 76.0%である。男性は女性より離婚による場合が多い。また、男女とも 1 割ほどが未婚である(直井、2003)。65 歳以上の女性高齢者は二人に一人は配偶者がいない。また一人暮らし高齢者の割合が増加する要因として、未婚率や離別率の上昇もあげられるが、そこには生き方の一つとして一人暮らしを選択した主体的な高齢者も増えてきている(長江ら、2001)。

一人暮らし高齢者には「元気高齢者」「一病息災高齢者」「虚弱高齢者」「要介護高齢者」が含まれている。高齢者が一人暮らしであるだけで支援が必要な訳ではない。また高齢者の生活を規定する最大の要因は健康であるとされている(古谷野、1994)。この健康感が医療技術の進歩に伴った疾病構造の変化と長寿社会の到来により無病息災から一病息災へと転換を引き起こし、高齢者は老いや慢性疾患を持ちながら人生 80 年を生きることになった。

先行研究において、独居高齢者世帯は、他の世帯の高齢者との比較により日常生活活動能力や自立度との関連(本田ら、2003)、抑うつとの関連要因(和久井ら、2007)、孤独感(小平、1999)、閉じこもり(鳩野ら、1999)(藺牟田ら、2000)等の報告がある。一人暮らし高齢者は心身機能が低下した場合、状態が悪化しやすく在宅生活が困難な状況になりやすい。また、一人暮らし高齢者を対象にした配食サービスや緊急通報等の公的サービスも実施されているが十分とはいえない。急病や事故などの緊急時対応が困難であることや経済的困窮(直井、2003)、孤独死など様々な問題も指摘される。

また、須田らは積雪寒冷地で生活するには、雪の無い地域で生活する者よりも高い水準の体力が要求されるにもかかわらず、冬期間は非活動的な生活に陥りやすいという矛盾を指摘している(1996)。北村も積雪寒冷地特有の環境条件への適応は、健康問題への予防対応としても検討される課題と述べている(北村、2001)。高齢者の環境からの影響を検討した羽原らの研究や独居高齢者の冬期間の活動を検討した鳥谷らの研究では、地域性を考慮した対応は居住する高齢者に必要な要素であると述べている(羽原ら、2005)(鳥谷ら、2006)。このように、積雪寒冷因子を一人暮らし高齢者の

生活と関連づけて検討する必要性は高い。

一人暮らし高齢者が自立した生活を続けるためには、生活機能が重要であると新開は述べており、生活機能とは、私たち人間が日々生活していくうえで必須な生活行為や、生活をより豊かにいきいきと過ごすための家庭生活や社会活動をさす。また、老年学においては、この生活機能における自立が、高齢者の生活の質(QOL)、医療・介護の社会的コストなどとの関連から重要なテーマになっている(新開、2003)と述べている。ここでの生活機能の測定尺度は、すべて老人の「できない」ことを数値化して生活機能の低下を評価するものである(古谷野、1995)、と報告されるように老人の「できない」ことを生活機能低下と評価し各種サービス提供や調査がおこなわれてきた。これまでの生活機能評価は老人のマイナス面の評価であったが、プラス面に着目するICFの生活機能が新たに発表され注目されている。

2001年には、WHO(世界保健機構)が生活機能、障害、健康の国際分類の略称としてICF(国際生活機能分類)を発表した。これは病人や障害者というマイナス面だけでなく、彼らの持つプラスの面に着目していくという新しい考え方である。人が生きることのすべてを3つの階層に分けて全体を捉えるという新しい概念である。またICFの対象者は、病気や障害のある人に限られず妊娠、高齢者、ストレス等人が生きることに影響するすべてを含むものである。人が生きることの3つの階層である「心身機能・構造」「活動」「参加」のすべてを含む包括概念と、背景因子としての「環境因子」は、物的・人的・社会意識や制度をも含む広いものとされ、同じく背景因子の「個人因子」は年齢・性別・生活歴・価値観・ライフスタイル・コーピング・ステラジー等までも含む。これらは相互に関係しあって成り立っている。

先行研究としてICF生活機能モデルを使用した骨折高齢者に関する研究(舟根、2004)、パーキンソン病高齢者の研究(角谷、2006)、健康関連要因と主観的健康感の研究(三徳ら 2006)等がある。ここでは環境因子が地域性も含めて大きな要因となることが示されていた。

また、WHOのオタワ宣言では、「健康は生きる目的ではなく、毎日の生活の資源である。病気を治すのではなく、健康をつくる、健康を資源にして充実した日々を過ごすことに意義がある」と述べられていたが、ICF生活機能モデルは健康の概念として、社会生活の場、環境との相互作用を重視し捉えられたものである。このように、健康の定義も転換しているが、高齢者の望む健康像は、病気の予防というよりはむしろ生活機能の維持や主観的健康感あるいは生きがいなどの精神的な充実へと広がりをみせている(芳賀、1997)。健康感の中でも主観的な健康指標として、主観的健康感については近年、各種の調査で用いられてきた。国民生活基礎調査においてもその質問項目が盛り込まれている。2007年の国民生活基礎調査では、健康意識が「よいと思っている」者は36%、「あまりよくない」、「よくない」が合わせて13%である(国民生活基礎調査、2007)。60歳以上の高齢者の健康についての意識では「よいと思っている」者は64.4%であった。「あまりよくない」、「よくない」が35.1%であった。この指標は、簡便でかつ信頼性、妥当性のある健康指標として研究や調査に使われやすい。

住み慣れたところで生活したい一人暮らし高齢者は、様々な不便や不安がありながらも主体的に自立して地域で生活している。その住みなれた地域での生活継続への支援は、一人暮らし高齢者の健康寿命の延伸ならびに生活の質(QOL)に重要なことであると考える。

本研究では、積雪寒冷地の一人暮らし高齢者の主観的健康感と生活機能との関連要

因を夏期、冬期において明らかにし、在宅生活の継続に向けた支援の示唆を得ることを研究目的とする。

一人暮らし高齢者が、安心して生活を継続していくためには、何が重要かを明らかにして今後増加が予測される高齢者世帯に対する日常的支援の方向性を考える手がかりとしたい。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、関連探索研究デザインに基づく調査研究である。

### 2. 研究の枠組み

生活機能の概念については、ICF 生活機能モデルを検討し、主観的健康感と生活機能の関連をみるために図1のように研究の枠組みを作成した。

一人暮らし高齢者の生活機能の視点として、ICF 生活機能モデルを参考に、構成要素に対応させて調査項目を作成し、一人暮らし高齢者の生活機能と主観的健康感との関連をみた。(表1)

### 3. 用語の定義

(1). 「主観的健康感」とは、「主観的で自主的な判断に基づいて健康を自己評価する」と定義する。「健康度自己評価」とも同一語である。

(2). 「生活機能」とは、国際生活機能分類(ICF:International Cassiffication of Functioning,Disability and Health)の略した表現である。

「心身機能・構造」、「活動」、「参加」の三者を含むプラスの包括用語である。人が生きることの全体を示す上記の3つのレベルで総合的にとらえる。これらと「健康状態」は双方向に相互作用しあう。また背景因子としては「環境因子」「個人因子」の2つの構成要素から成り、「環境因子」は上記3レベルの外的影響として相互作用する。「個人因子」は内的環境として関与する。

(3). 「積雪寒冷地」とは、積雪地域と寒冷地域のいずれにも該当する地域である。積雪地域とは、2月の積雪の深さの最大値の累積平均が50 cm以上の地域である。寒冷地域とは1月の平均気温の累積平均が摂氏零度以下の地域である。北海道は全域が積雪寒冷地である。

### 4. 研究対象者

本研究はM町在宅の一人暮らし高齢者を対象とした。対象者については、M町社会福祉協議会事務局長に研究の趣旨を説明し同意を得て一人暮らし高齢者の紹介を依頼したが、個人情報保護法の関連のため一人暮らし高齢者全員の掌握は困難

であるとして、社会福祉協議会が実施している事業を通して、一人暮らし高齢者の対象者を紹介頂く。M町内各地区の民生委員から一人暮らし高齢者で親族が身近にいない方々という選定で、年末のお節料理贈呈事業の実施対象者である。在宅で暮らす一人暮らしの68名に質問用紙による訪問調査を実施した。調査対象者は意思疎通が図れる方を対象とさせていただいた。

## 5. 研究地域概要

本研究は上川管内の南端にあるM町にて実施した。M町は夏冬の寒暖差が60度の積雪寒冷地である。町土の90%が森林地帯で、町の中央が湖で別れており、空知川に沿った6つの集落から形成されている。産業は、農業、林業、観光業、漁業である。2007年度の人口は2921人で高齢化率29.2%の超高齢地域である。また高齢者の一人暮らし、夫婦のみの世帯が高齢世帯の7割を占め年々増加している。町内は6つの集落に分かれ、人口の8割の住む地区とそれ以外の地区に住む住民があり、近所に商店がなく移動販売車を利用して日常の買物をしている地区もある。

M町の高齢者福祉サービスは、75歳以上の高齢世帯への配食サービス、外出支援サービス(町内)は身体的事情のある方の町内移送サービスであり、ホームヘルプサービス事業は介護保険対象外で65歳以上の単身・高齢世帯に家事援助を行うサービスである。軽度生活援助事業(運転代行)、寝具乾燥消毒サービス、福祉有償運送事業(町外)、軽度生活援助事業、除雪サービス、一人暮らし高齢者お節料理贈呈事業、生きがいデイサービス等の居宅サービスがある。施設サービスとして養護老人ホーム(6名)、高齢者生活福祉センター(10名)、高齢者向け公営住宅(36名)がある。

高齢者の社会活動の実態として社会福祉協議会に登録されている老人クラブは5団体237名で、ボランティア団体も11あり、高齢者事業団というシルバー人材センターがある。

## 6. データ収集方法

### 1) パイロットスタディ

事前に一人暮らし高齢者4名に調査用紙にて聞き取り実施する。調査票の不明な箇所や分かりにくい表現について意見を頂き、調査・分析が可能かを判断し、修正・改善を行った。施行期間は2009年1月である。事前調査者は本研究集計に含めていない。

### 2) 本調査

質問調査用紙を用いて聞き取り訪問調査を行った。事前に調査目的及び倫理的配慮事項を記入した調査依頼文書を郵送した。調査に同意を得られた方に同意書を記入してもらい調査用紙による訪問聞き取り調査を行った。夏期冬期の2回協力を依頼し、同意した方の調査を実施した。

- 3) 調査期間      冬期 2009年2月2日～14日  
                    夏期 2009年7月20日～31日

## 7. 調査項目

### 1) 基本的属性

基本的属性の質問項目：性別、年齢、住宅、居住年数、収入、商店・郵便局の距離、別居子関係、緊急時対応、地域状況、視覚、聴覚、失禁、尿パット使

用、食欲、排便、睡眠、運転、喫煙、飲酒、調理、外出状況、履物、外出介助、不安、不安相談、近親者居住地。

## 2) 老研式活動能力指標

65歳以上の高齢者の日常生活能力を評価するために、古谷野ら(1987)により開発された。この指標は13の質問があり、手段的自立(5点)、知的能動性(4点)、社会的役割(4点)の3つの下位尺度から構成されている。「はい」の回答に1点「いいえ」の回答に0点を与え単純加算して合計点数(13点満点)を算出する。得点が高い方が活動能力の高いことを示す。

## 3) 高齢者ソーシャルサポート尺度

野口(1991)の高齢者ソーシャルサポート尺度を使用した。ソーシャルサポートは対人関係における「援助」の機能に焦点をあてている。調査対象者は高齢者一般である。内容としては、情緒的サポート、手段的サポート、ネガティブサポートがあり、サポート提供者がいる場合1点、いない場合0点として算定する。情緒的及び手段的サポートは、ポジティブサポートとも呼ばれる。ネガティブサポートはサポート提供者と受け手にもたらされるものと結果が一致しないものも含めている。ポジティブサポートは、加算しネガティブサポートは減算して合計得点となる。高齢者のソーシャルサポートを多面的に簡便に測定しうる尺度である。本調査では、近隣との交流の結果をみた。

## 4) 高齢者抑うつ評価尺度(GDS : Geriatric Depression Scale)簡易版

精神的健康度測定のために、Sheikh & Yesavageら(1986)が開発した。日本版の高齢者抑うつ評価尺度(以下GDS-15とする)は、矢富ら(1994)によりその有用性が確認された。うつ症状を表す回答に1点、うつ症状を否定する回答に0点を与え、0-15点の範囲で合計点が高いほど抑うつ傾向が強いとされる。GDS-15では、6点以上の場合にうつ状態の可能性があるとされている(新野、2000。西田、2006)。

## 5) いきいき社会活動チェック表

いきいき社会活動チェック表の目的は①社会活動の動機付け、②閉じこもり老人の発見、③地域特性の評価である。対象は65歳以上の高齢者で日常生活がある程度自立し、健康面でも日常生活が制限されることがない高齢者である。判定は「している」「していない」の2段階で記入(回答)し、「している」に1点、「していない」に0点として算定する。結果は5段階のパーセンタイル値スコアによって判定できる。非常に不活発：5%未満、やや不活発：5%~25%、ふつう：25%~75%、やや活発75%~95%、非常に活発：95%以上である。高齢者の社会活動を評価するために開発した尺度で(尾島ら、1998)、社会活動を家庭外の対人活動と規定し、個人活動(10項目)、社会参加・奉仕活動(6項目)、学習活動(4項目)、仕事(1項目)の4側面から構成されている。それぞれの得点を合計する。合計得点は21点である。本研究では、総得点21点の範囲で算出し得点が高いほど社会活動が活発であるとした。

## 6) 主観的健康感

主観的に自らの健康を評価するという健康評価指標である。対象者の健康を質問して得られた回答により点数化して判断する場合もある。米国で研究され医師による客観的評価と自己評価は完全に一致するものではないが高い相関がみられることが明らかにされた(Suchman,1958)。その後主観的健康感の予測妥当性および社会・心理的指標との関連性が分析されてきた。杉澤(1996)による統計的解析により信頼性、妥当性、関連要因が明らかにされている。本研究では、「非常に健康と思う」「まあ健康と思う」「あまり健康でない」「健康でない」の4段階の選択肢への回答を求めて分析した。さらに「非常に健康と思う」「まあまあ健康である」を健康群、「あまり健康でない」「健康でない」を不健康群の2群にわけて検定した。

## 7) 外出頻度

外出頻度は、1週間のうち外出する回数を「毎日」「2~3日に1回」「1週間に1度」の3段階で回答を求めた。外出とは自宅から目的をもって屋外に出る行為として外出内容は問わないこととした。

## 8) 1km 歩行移動指標

歩行移動能力の状態を知るために1kmほどの距離を続けて歩けるかを質問して「できる」「できない」で回答を求めた。新開(1999)は、1km歩行移動力の低い群ほど生活機能が低いことを報告している。

## 8. データ分析方法

夏期冬期と主観的健康感、各変数の比較検討に $\chi^2$ 検定を用いた。期待度数が5未満のセルがある場合には、Fisherの正確確率検定を用いた。各指標と主観的健康感の検定はMann - WhitneyのU検定を用いた。統計的な有意水準は5%未満とした。以上の分析は、統計ソフト SPSS Ver10.0 J for Windows を使用した。

## 9. 倫理的配慮

対象となる高齢者には、自己決定の権利、情報公開の権利、プライバシー匿名性の権利、不利益を受けない権利を記した文書を配付し、口頭にて再度説明し、訪問時に調査への協力を依頼した。同時に了解頂く旨の同意書も作成し署名を頂いた。この研究実施にあたり当大学の倫理委員会に申請して承認を得ている(承認番号：521)。



### Ⅲ. 研究結果

#### 1. 分析対象者

分析対象者は、夏期冬期の2回訪問できた者で56名であった。調査未実施者は、施設入所4名、拒否4名、不在4名であった。

#### 2. 対象者の背景

性別は、男性が14名(25%)、女性が42名(75%)であり、年齢は70代が26名(46.4%)、80代が27名(48.2%)、90代は3名(5.4%)であった。

住宅は持ち家が29名(51.8%)、公営住宅が27名(48.2%)であった。収入の月額額は10万以下が42名(76.9%)で、16万円以上は1名であった。

近所に商店があるのは、33名(58.9%)、ないのは23名(41.1%)であり、近所に金融機関(郵便局)があるのは52名(92.8%)であった。

子どもの居住地は道内に39名(69.6%)、道外に11名(19.7%)であった。子どもがいない人は、6名(10.7%)であった。子どもとの行き来は、夏期においてはよくあるが21名(42.0%)、少ないが29名(58.0%)であった。冬期においては、行き来がよくあるは16名(32.0%)、少ないが34名(68.0%)であった。子どもからの手助けがある人は16名(32.0%)、ない人が34名(68.0%)で夏期、冬期同数であった(表2)。

緊急時に頼れる先がある、としたのが55名(98.2%)であった。

住んでいる地域が、住みやすいとした人は54名(96.4%)であった。今後も現在の所に住み続けるかは、全員が住み続けると回答した(表3)。

#### 3. 一人暮らしの状況

一人暮らしの年数は、10年未満が24名(42.9%)と最も多く、10~20年未満は10名(17.8%)、20~30年未満が12名(21.4%)、30~40年未満が7名(12.5%)、40年以上が3名(17.9%)であった。一人暮らしの理由は、配偶者の死亡が45名(80.4%)であり、離婚が7名(12.5%)、子の独立・死亡が3名(5.3%)、親の死亡は1名(1.8%)であった。一人暮らしを今後も続けるかについては、55名(98.2%)が続けると回答している(表4)。

一人暮らしの不安がある人は38名(67.8%)で、ない人は、18名(32.2%)であった。不安の内容については、体調の悪化が最も多く22名(39.4%)で、次いで収入不足による不安が6名(10.8%)、呆けてしまう3名(5.5%)、人との付き合いの不安が2名(3.7%)、家事が苦痛になる1名(1.7%)、子や孫の心配が1名(1.7%)、犯罪に巻き込まれる不安が1名(1.7%)、お墓や先祖供養が1名(1.7%)、その他1名(1.7%)の順であった(表5)。

不安なことを相談する人は、いるとした人が夏期は34名(60.7%)、冬期は28名(50%)であった。夏期においては、相談する人の最も多かったのは友人で9名(26.6%)、次いで子どもに相談する人6名(17.7%)、兄弟に相談する人は5名(14.7%)、近所の人に

相談する人は4名(11.8%)、民生委員に相談する人は4名(11.8%)と同数である。社会福祉協議会の人への相談と役場の関係者への相談はそれぞれ2名(5.8%)であった。親戚の人に相談する人は1名(2.9%)、デイサービスの職員の相談する人は1名(2.9%)であった。冬期における相談相手で、最も多いのは、友人の8名(28.9%)、次いで民生委員に相談する人が5名(17.9%)、兄弟に相談する人4名(14.3%)、近所の人への相談は3名(10.8%)、子ども・社会福祉協議会の人・役場の関係者が同数で2名(7.1%)であった。親戚とデイサービスの職員も1名(3.5%)の同数であった(表6)。

#### 4. 心身機能・構造に対応した項目

定期的を受診しているのは、夏期52名(92.8%)冬期50名(89.3%)であった。

受診方法は、徒歩が多く、夏期13名(25.0%)、冬期11名(22.0%)であった。夏期においては、徒歩の次にバス・列車の公共交通機関利用と自家用車利用が10名(19.2%)で同数であった。移送サービス(町外)有料の利用者は夏期8名(15.5%)、冬期4名(8.0%)であり、外出支援サービス(町内)無料の利用者は夏期9名(17.3%)冬期8名(16.0%)であった(表7)。

1年以内の入院がある人は12名(21.4%)、入院していない人が44名(78.6%)であった。入院者の性別は、男性6名、女性6名で、年代的には70歳代は3名、80歳代が9名であった。

目が普通に見えるのは、夏期49名(87.5%)、冬期52名(92.8%)であり、耳が普通に聞こえるのは、夏期35名(62.5%)、冬期40名(71.4%)であった。

排尿の我慢できないは、夏期6名(10.7%)、冬期8名(14.3%)であり、そのために尿パットを使用しているのは、夏期6名(10.7%)、冬期5名(8.9%)であった(表13)。

#### 5. 活動に対応した項目

3ヶ月の間に転倒した人は、夏期19名(33.9%)、冬期9名(16%)であった。

1km歩行移動能力では、休まず1km歩ける人は夏期36名(64.3%)、冬期36名(64.3%)と同数であった。

食欲があるのは、夏期55名(98.2%)、冬期56名(100%)であり、自分で調理できる人は、夏期52名(92.8%)、冬期55名(98.2%)であった。

よく眠れる人は、夏期48名(85.7%)、冬期48名(85.7%)と同数であり、毎日排便がある人は、夏期41名(73.2%)冬期44名(78.6%)であった。

車の運転をするのは、夏期冬期10名(17.8%)の同数であった。喫煙者は、夏期6名(10.7%)冬期4名(7.1%)であり、毎日飲酒する人は、夏期10名(17.8%)冬期9名(16.0%)であった(表13)。

#### 6. 参加に対応した項目

転倒が怖くて外出を控えた人は、夏期13名(23.2%)、冬期16名(28.6%)であり、外出時に履物に気をつけた人は、夏期54名(96.4%)、冬期51名(91.1%)であった。また外出時に介助を要する人は夏期14名(25%)、冬期17名(30.4%)であった(表13)。

#### 7. 環境因子に対応した項目

保健福祉サービスの利用者は、夏期48名(85.7%)、冬期40名(71.4%)であった。保健福祉サービス内容は、冬期においてお節贈呈サービス利用が40名と最も多く、次いでデイサービス利用26名、除雪サービス利用18名、外出支援サービス利用8名、配食サービス利用6名、移送サービス利用4名、ホームヘルパー利用4名、福祉灯油

利用 4 名、布団乾燥サービス 2 名、家庭訪問と軽度生活援助サービスがそれぞれ 1 名であった。夏期に最も多いのは、デイサービス 26 名、次いで外出支援サービス 9 名、移送サービスの 8 名、配食サービス 6 名、ホームヘルパー利用 4 名、布団乾燥サービス、軽度生活援助サービス、家庭訪問が同数の 1 名であった(表 9)。サービス内容については、複数回答である。

## 8. 個人因子に対応した項目

主観的健康感については、「あなたは健康だと思いますか」に、「非常にそう思う」夏期 6 名(10.7%)、冬期 10 名(17.8%)であり、「まあそう思う」は夏期 36 名(64.3%)、冬期 30 名(53.6%)、「あまり思わない」は、夏期 13 名(23.2%)、冬期 14 名(25%)、「思わない」と回答した人は夏期 1 名(1.8%)、冬期 2 名(3.6%)であった。夏期の「非常にそう思う」「まあそう思う」を合わせた健康群は 42 名(75%)、冬期の健康群 40 名(71.4%)であった(表 10)。男女別、年齢別の夏期冬期の分けた主観的健康感との $\chi^2$ 検定では、有意差はみられなかった。年齢は平均値で 2 分割し検定した(表 13)。

健康に気をつけている人は、夏期 54 名(96.4%)冬期 53 名(94.6%)であった。その内容は、食事内容やバランスに気をつける人は、夏期 29 名(51.8%)、冬期 17 名(30.4%)、運動をする人が、夏期 13 名(23.2%)、冬期 12 名(21.4%)、栄養補助食品をとる人は、夏期 7 名(12.5%)、冬期 11 名(19.6%)であった(表 11)。

今の楽しみについては、複数回答にて夏期の合計は 152、冬期は 95 の回答であった。楽しみの内容については、夏期に最も多いのが、デイサービスに行く人の 26 名、畑の世話は、25 名があげていた、次いで知人との食事が 23 名、テレビを 17 名、ゲートボールを 16 名が楽しみとされていた。ゲートボール以外のスポーツも 10 名が楽しまれていた。趣味活動は、9 名であった。冬期もデイサービスが 26 名と最も多く、知人との食事は 18 名、テレビは 15 名、趣味活動 10 名、子や孫に会う 5 名、ゲートボール 5 名等であった(表 8)。

一人暮らし高齢者と子供との関係について、子どもの居住地からその交流をみていくと、子どもがいない 6 名(10.7%)を除き、子どもが道内に居住するのは 39 名(69.6%)で道外に居住する 11 名(19.6%)であった。その行き来は、夏期によくあるが 21 名(42.0%)少ないが 29 名(58.0%)であった。冬期は行き来がよくあるが 16 名(32.0%)、少ないが 34 名(68.0%)であった。また子からの手助けがあるのは 16 名(32.0%)手助けがない 34 名(68.0%)で夏期、冬期が同数であった(表 13)。別居子とは年 1 回の里帰りで会うという関係が多かった。

道内に親族が居住している人は 41 名(73.2%)、道外が 15 名(26.8%)であった。

自由意見の回答として、町内に買い物をする大きな店舗があればいい、手芸品を売る店が町内にあればいい、緊急通報システムがあればいい、このままのサービスが続いてほしいという声が聞かれていた(表 12)。

## 9. 主観的健康感と各変数の関連

夏期、冬期における主観的健康感と各変数の関連では、有意な差がみられなかった。生活機能の構成要素に調査項目を対比させて主観的健康感との関連がみられると仮定して検定を行ったが、有意差はみられなかった。考えられる理由として、生活機能の項目とした調査項目は、この町が一人暮らし高齢者にとって生活実態としてすこしやさしい地域である為大きな差がでないのではないかと、また主観的健康感との比較だけでは対象数が少なく、回答数の偏りもあり項目が有意になるには無理があったのではないかと考えた。

## 10. 主観的健康感と各指標の比較

夏期の主観的健康感の健康群は、老研式活動能力指標の下位尺度である手段的自立が不健康群に比べて有意に高く( $P < 0.01$ )、手段的自立の項目である外出、買い物、食事の支度、請求書の支払い、貯金の出し入れ等を実施出来ることは、主観的健康感が高いという結果であった。

夏期の主観的健康感の健康群は、いきいき社会活動チェック表の下位尺度である学習活動が不健康群に比べて有意に高かった( $P < 0.05$ )。学習活動に参加することは、主観的健康感を高めると思われる。

冬期の主観的健康感の不健康群は、抑うつ尺度の GDS - 15 が健康群に比べて、有意に高かった。主観的健康感が低いと、GDS - 15 が高いという結果がみられた。

冬期の主観的健康感の健康群は、いきいき社会活動チェック表の総得点が不健康群に比べて、有意に高かった ( $P < 0.05$ )。健康感が高いと社会参加も高いという結果がみられた(表 14)。

## VI. 考察

### 1. 対象者の特性

対象地域での高齢化率は 29.3%であり、一人暮らし高齢者の平均年齢は 80.17 歳であった。男性は 14 名(25%)、女性は 42 名(75%)であった。全国の 65 歳以上の女性の高齢者の有配偶率は 47.1%で男性の有配偶率 81.1%ほぼ半数である(高齢社会白書、2009)。本研究の対象者も死別による女性の高齢一人暮らしが全国平均より多かった。

一人暮らしの場合、疾病や怪我等の急変時の不安は大きい。緊急連絡先の確保については、夏期冬期かわらず 55 名(98.2%)は、緊急連絡先があると回答した。しかし、町営の公的緊急通報システムは設備されておらず、緊急通報先は対人ネットワークであった。対象地域では、高齢者同士による相互ネットワークがみられ公営住宅の入居者による連絡の工夫は、そのまま地域の緊急連絡網になっていた。これは、農村地帯として、また長く居住していることによる地域規範への順応と負担感があり、相互扶助の素地として密な人間関係やつきあいを重視する傾向がみられる(榎本、2003)、という報告からもあるように、人ネットワークが緊急時の見守りになっていた。また、新しい公営住宅は、3 階以上に若い世帯が居住し、1 階 2 階に居住する一人暮らし高齢者の緊急通報先になっていた。地域の相互見守りの一つの形として、世代間交流の含めた有効な方法である。一人暮らし高齢者の安心した生活に緊急時対応は欠かせない条件であり、今後も検討していく問題になる。それは高齢者相互のネットワークは破綻しやすい要素が大きいからである。

今後もこの地域で住み続けたいというのが今回の調査した全員の回答であった。気候的には厳しいが、住みやすいと回答したひとが 96.4%であった。この町は、「福祉で安心まちづくり」「住民主体の支えあうまちづくり」を基本理念に、誰もが安心して暮らす事のできる町づくりとして、保健、医療、福祉サービスの一体的、総合的に提供できる体制づくりを進めてきている。町の高齢者への保健・福祉サービスは、施設サービスは、養護老人ホーム、高齢者生活福祉センター、高齢者向け公営住宅整備が実施されている。居宅サービスは、配食サービス、外出支援サービス(町内)、福祉移送サービス(町外)、寝具洗濯乾燥サービス、軽度生活援助事業、住宅改修指導支援事業、除雪サービス、保養センター無料入浴券交付事業、敬老祝い金支給、一人暮らし高齢者お節贈呈事業、健康教育、健康相談、家庭訪問、健康診査、介護予防事業等が計画的に実施されている。福祉移送サービスや外出支援サービスは町独自のサービスである。また社会福祉協議会が呼びかけ、町内会が中心となって小地域ネットワー

ク活動による見守り訪問活動やふれあい会食会等が展開され、地域の支えあい活動が進められている。これらのきめ細かな高齢者施策の有効性と、長年培われた地域での関係性がこの地域への愛着を深めていると思われた。このような保健福祉サービスがあり、なじみの人の声かけがある地域で一人暮らし高齢者は自立して生活してゆけると思われた。

一人暮らしを維持するには、その生活機能低下に対応したサービスが利用できる適切な環境が必要であり、それが暮らしの安心感に繋がっていくと考えられる。この町では、多くの一人暮らし高齢者が適切に福祉サービスを活用し、生活できていると思われた。

## 2. 主観的健康感と心身機能・構造

身体的健康は、受診行動や疾病の有無で客観的に実感される。定期的受診をしている人は、夏期に 52 名、冬期 50 名であった。対象者の中には一度も受診したことがない人もあり、受診による主観的健康感の変化はみられなかった。また、1 年以内の入院についても主観的健康感との関連はみられなかった。町内には内科のみ 3 診療所があるが、他の診療科を受診するには、近隣市町に行かなければならない。社会福祉協議会の有料の福祉移送サービスは、車を持たない一人暮らし高齢者には、有効な支援である。また、町内の診療所への送迎による外出支援サービスも無料で利用されている。

冬期の抑うつについては、主観的健康感の不健康群は健康群に比べて、GDS が有意に高かった。羽原らは、男女別、年齢別のいずれも冬期には、有意に GDS が高く、精神的健康度は冬期に低い（羽原ら、2005）という報告をしている。また主観的健康感が低いものは、冬期の手段的自立が低い傾向がみられ、生活機能が低下しやすいとも報告している。これは、本研究でも同様で冬期の主観的健康感の不健康群では、GDS が高くなった。冬期の抑うつについて支援を考える場合、主観的健康感の不健康群と低下しそうな生活機能に視点をむけて支援を検討していくことが有効ではないかと考えた。

## 3. 主観的健康感と活動及び参加について

藤田らは、主観的健康感と最も強く関連していたのは慢性疾患の有無であり、IADL や仕事の有無とも強く関連していたと報告している（1990）。杉澤も主観的健康感が IADL の予後予測でも妥当性の高い指標であると報告している（1994）。IADL は、手段的自立の活動能力を操作的に定義したものであり、手段的自立と同様に考えていくが、本研究では夏期に主観的健康感の健康群が不健康群より有意に手段的自立が高かった。健康群が高いと手段的自立も高い傾向にあり、生活機能も維持されていると考えられる。これは、地域特性として、冬期は積雪寒冷地であるため外出を控えてしまう傾向になり、夏期は外出行動がとりやすいと考えられた。手段的自立の項目である外出、買い物、食事の支度、請求書の支払い、貯金の出し入れ等は一人暮らし高齢者にとって、年齢とともに実施が困難になりやすい。神宮らは、後期高齢者では手段的自立の落ち込みが顕著であり、早期からの予防的取り組みが必要だと報告している（2003）。一人暮らし高齢者の手段的自立の低下予防は、一人暮らしの生活維持に必要な要素であり、今後の生活にとって大きな検討課題である。また、手段的自立の低下を補う代替サービスの利用も生活維持に必要であり、一人暮らし高齢者自身が必要なサービスを利用して生活を継続していくことは重要である。

高齢者の身体的活動を測定する場合、外出頻度と転倒の有無、1km 歩行移動能力が

使われる。外出頻度は社会活動性や閉じこもり予防等の判定によく使用されている。藤田らは、外出頻度が低いほど身体・心理・社会的側面での健康水準は低く、信頼性、妥当性が検証されている健康指標との相関性も高いので、外出頻度は地域高齢者の包括的健康指標の一つとみなす(2004)と報告している。本調査では、主観的健康感との関係では外出頻度に有意差はみられなかった。3ヶ月以内の転倒の有無は、主観的健康感との有意差はみられなかった。夏期の転倒者19名、冬期の転倒者9名であったが、新野らの季節による転倒割合は有意な差がなかったとする先行研究と一致していた(新野ら、1995)。1km歩行移動力指標は、主観的健康感との夏期冬期ともに関連はみられなかった。高齢者にとって歩行移動能力や転倒しない生活は必須の事であり、本研究では主観的健康感との有意な差はみられなかったが検討項目としては欠かせないものであると考えられる。

いきいき社会活動チェック表は、下位尺度の学習活動が夏期において主観的健康群が不健康群より高かった。また、冬期にはいきいき社会活動チェック表の総得点が主観的健康感の健康群が不健康群より有意に高かった。本研究における対象者を、いきいきチェック表の集計結果の平均点で判定した所、チェック表の結果では普通からやや不活発と判定された。中村らは、社会参加が、主観的健康感を向上、保持させる可能性があることを示唆し(2006)、三徳らは、「社会参加」が「活動(生活能力)」を經由して「心身機能(一病息災健康)」を高める影響の方向を明らかにした(2006)。これらの先行文献からは、社会活動への参加は、主観的健康感の向上・保持や心身機能を高める為に重要であるとされるが、参加への働きかけが決め手になると思われる。本研究の対象地域の夏期学習活動は、町内の様々な健康教育や脳トレーニング、老人大学への参加等が活発であることが考えられた。冬期は、町内会活動や老人倶楽部、趣味活動やお寺参りの地域活動、旅行等が夏期より多いためと考えられる。吉田らは、高齢女性の外出は、身近な社会参加と関係していると報告しており(2002)、身近な社会活動に参加を促す取り組みが大事であると思われる。一人暮らし高齢者は、移動の手段を得にくいので、外出に気軽に利用できる移動手段があると、社会活動や参加がより活発になると考えられた。

従来から世代間の経済格差が大きいといわれてきた収入に伴う経済的な問題も重要である。一人暮らし高齢者が遭遇しがちな問題は、女性は経済問題、男性は社会からの孤立の問題であり、男女共通の問題は一人であることからくる危険や不安だといわれている(直井、2003)。今回の調査でも月額10万円以下の世帯が75%であり、生活が苦しい、今後の収入が不安という声が訪問時に聞かれた。「高齢者の生活実態に関する調査」(内閣府、2009)でも生活が苦しい、やや苦しいという意見は60歳以上の3割から聞かれ、一人暮らし世帯は相対的に苦しい割合が高い、と報告された。女性の一人暮らし高齢者に低所得者が多いことはすでに知られているが、年間120万円未満の収入で暮らす一人暮らし高齢女性が全体の3分の1をこえている(直井、2003)。本研究の調査でも同様な結果であった。低年金で生活している一人暮らし高齢女性は多く、生活に直結している最も大きな問題と考える。

#### 4. 主観的健康感と環境・個人

住宅の持ち家率は51.8%と高かった。持ち家以外は公営住宅に居住していた。公営住宅は地域により老朽度が異なり、町内でも住宅格差がみられた。持ち家の人の中には、冬の除雪や家の老朽化で公営住宅入居を希望されていたが、すぐには入居できない状況であった。在宅生活に住宅問題は欠かせない要件であり、寒冷地特有の除雪も含めて今後もこの地域で住み続けたい高齢者にとり、住宅問題は大きな問題である。

また、身近に商店がなく日用品や食料を買えない地域に住む人は、23人(41.1%)であった。そこでは日用品や食料の購入は、近隣の市から来る移動販売車が頼りである。バスや列車を利用する買出しもできるが、荷物が多い時の移動は高齢者にとって大変になり、料金もかかるためあまり出かけられない現状がある。また金融機関の郵便局へ徒歩ではいけない場所に居住している人もいる。町内は、集落による地域格差があるが、不便だと言いながらも、この地域で今後も住み続けたいというのが今回の調査した全員の回答であった。

子どもとの関係は、他者とは違う親近感があり頼りになる存在である。子供は心の支えになっていると挙げている高齢者が半数を超えると報告されているが、別居している子との接触頻度が低い者が多くなっているとも述べられている(高齢者社会白書、2009)。本研究でも子供との行き来は年一回位と少ない人が多く、冬期は68%が少ないとしていた。子供からの手助けも、よくある人が16人(32.0%)で夏期、冬期同数であった。

一人暮らしで、不安や困ったときに頼りになる人や場所があるのは精神的安定に大きく影響する。自分が不安や困ったときに頼れる人がいるとストレスを上手に切り抜けることが知られている。その理由は、ストレスの衝動を家族・友人・近隣などの社会資源を活用して緩和できるからである。このような緩和作用をもつ頼れる人がいることは地域で安心して生活できる要因でもある。不安や心配の最も大きなものは、健康悪化である。今回の調査結果でも、不安に思うことの39.4%は体調悪化であった。体調が悪化する心配を誰かに相談したいと考えたとき、別居子との交流が多くない場合に、友人や地域のサポートを得て、安心と健康感を取り戻していくと考えられる。別居子との相談関係は、今回の調査結果で近隣の友人よりも低かった。家族資源の利用可能性が低い一人暮らし高齢者は、子供以外の人々と交流を持つことにより情緒的サポートを得られているがそのまま手段的サポート源とするかどうかは確定しない。また、手段的サポートは、接触頻度や性差もあり、手段的サポート内容によっては、非親族としての限界もある。ただ、一人暮らし高齢者の場合、日常的交流が乏しくても手段的サポートが必要なときには友人や近隣に頼らざるを得ない場合がある。日ごろのネットワークの形成や有効な交流は大事であると思われる。

Fillenbaum は、コミュニティ内での主観的健康感が高いと客観的健康感も高いと報告している(1979)。地域で生活する一人暮らし高齢者は、地域内の交友関係を活用し、自らも適応しながら生活している。それは、自らの健康づくりにも繋がっていく要因の一つではないかと思えた。

一人暮らし高齢者が不安に思う一番は、体調悪化であり健康面に気をつけている人が多かった。夏期には、54名(96.4%)、冬期には53名(94.6%)がなんらかの健康行動をとっていた。食事や運動、栄養補助食品や規則正しい生活等があげられていた。健康を守ることは高齢者自身もその必要性は実感されており、実行されていた。健康を維持するために積極的に行動している人は、より健康感が高く生活機能も維持されていた。また、社会活動に対しては、楽しみを持ちながら参加されていた。それぞれの楽しみについての回答では、生きがいデイサービスの参加が多く、夏期冬期ともに最も楽しみにされていた。自分一人で行う楽しみもあるが、当地域のスポーツや趣味活動は活発であり、他者との交流による楽しみが多くみられた。この地域では、一人暮らし高齢者が地域で孤立しないコミュニティづくりや地域の実情に応じた見守り活動等があり、一人暮らし高齢者の居場所や地域とのつながりがある環境があると考えられた。

本研究では、主観的健康感と生活機能の関係をみてきたが、各項目との主観的健康感の関連では、有意差はみられなかった。また、使用した各指標と主観的健康感の間では、夏期は健康群と手段的自立、学習活動との間で有意な差がみられた。冬期においては、健康群といきいき社会活動チェック表の総得点と GDS - 15 に有意な差がみられていた。主観的健康感が高いことは、生活機能の維持にとって有用と考えられる（芳賀、2000）と報告しているが、今回の調査でも、主観的健康感が高く維持されている一人暮らし高齢者は、生活機能が維持されていると思われた。対象者の中には、手段的自立低下を福祉サービスで補いながら、子供からの同居話を断って夏期の畑づくりを楽しみながら生活している人がいた。近隣と上手に折り合い、子供との関係も良好であった。これは、手段的自立の低下をサービスで補い、主観的健康感を持ち続けることは、在宅生活維持に繋がる要因である一例であると思われた。

秋月らは、地域の健康な高齢者の健康維持するためには、身体的健康だけではなく、心理的、社会的、そして日常生活に伴って感じられる自分自身の満足感や自分自身の意志によって行われる保健行動が重要であると述べている（2006）。本研究では、満足感について調査を行っていないが、保健行動については健康に気をつけている内容により把握できた。一人暮らし高齢者の健康維持には身体的健康だけではなく、主観的健康感や、生活していく社会的な環境や保健福祉サービスが必要であることは同様であり、そこに高齢者自身が主体的に関わっていくことが重要である。

対象地域は近隣市町村と比較しても、保健福祉サービスが充実している町であった。このことが対象の一人暮らし高齢者の生活維持に影響しており、地域の社会的支援は生活継続に欠かせない要素である。また、今回の調査項目の中には検討したが有意ではない項目も多数みられた。他の文献で関連が指摘されていた排尿やソーシャルサポートとの関連、転倒や 1km 歩行移動力等は、有意な差がみられなかった。

今回の研究結果では、生活機能と主観的健康感の関連は、生活機能構成要素に対応させた一部の指標と関連がみられた。

一人暮らし高齢者が地域で生きていくためには、様々な要因が考えられるが、本研究では、主観的健康感と手段的自立と関連しており、手段的自立の低下予防を検討する時は、主観的健康感も考慮する必要がある。また、冬期の高齢者の抑うつ予防を考える場合も、主観的健康感を考慮し低下しがちな生活機能にも視点を向けたほうがよい。地域での学習活動や社会参加を考える場合は、主観的健康感の把握を含めて働きかけを検討したほうが良く、移動手段は重要な要因である。などの日常生活支援の方向性を考える手がかりが得られた。

一人暮らし高齢者が地域で生きていくためには、主観的健康感を持ち、機能低下を予防しながら皆と楽しむ生活が望まれる。地域中で、自分の存在感やお互いの支えあいと役割がある所でこそ健康づくりや保健行動ができ、生活継続が出来ると思われる。

生活機能項目に対応させて、主観的健康感との関連により地域の一人暮らし高齢者への支援を考えてきたが、専門職による支援はもとより、住民による支援活動においても主観的健康感と生活機能を考慮した内容が加味される必要性が示唆された。また、相談しやすい地域のつながりを大切にし、不安を持つ孤立した一人暮らし高齢者をつくらぬコミュニティづくりや地域の見守りが必要であるとの示唆が得られた。夏期と冬期の季節性も配慮されることが望ましいと考える。

## 5. 研究の限界と課題

本研究は対象数が少なく、また対象者の選定が地域で生活する一人暮らし高齢者の全容を反映したものとは言いがたい。今後、地域性を明らかにするには、他



市町村の一人暮らし高齢者との比較検討が必要であると思われる。他市町村との比較をすることで今後の高齢者施策の充実を見ることもできると考えるが今後の課題である。

## Ⅶ. 結論

1. 対象地域は、一人暮らし高齢者が緊急時頼る所がある人が 98%であり、96%が住みやすいとした地域であり、今後も住み続けたい人は全員であった。
2. 一人暮らし高齢者の不安は、体調の悪化、収入不足、呆ける心配の順であった。
3. 夏期における一人暮らし高齢者の主観的健康感の健康群は、老研式活動能力指標の手段的自立が有意に高い。
4. 夏期における一人暮らし高齢者の主観的健康感の健康群は、いきいき社会活動チェック表の学習活動が有意に高い。
5. 冬期における一人暮らし高齢者の主観的健康感の不健康群は、GDS が有意に高い。
6. 冬期における一人暮らし高齢者主観的健康感の健康群は、いきいき社会活動チェック表の合計が有意に高い。

## 謝辞

本研究の実施にあたり、ご助言、ご協力下さいました南富良野町社会福祉協議会事務局長様と、各関係者の皆様、調査に応じて下さいました一人暮らし高齢者の皆様に厚くお礼申し上げます。

## VII 引用文献

1. 秋月仁美、坂本奈穂、西あずさ他(2006)：地域の健康な高齢者の健康度自己評価と病気・障害に関連する因子、*Journal of Japan Academy of Gerontological Nursing*,11(1)：79 - 85
2. 安梅勅江、島田千穂 (2000)：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年後死亡率の関係. *日本公衛誌*, 47(2)：127-132
3. 板東彩, 河野あゆみ, 津村智恵子 (2008)：独居虚弱高齢者の身体的機能, 心理社会的機能, 生活行動における性差の比較. *Journal of Japan Academy of Community Health Nursing*, 11(1)：93-99
4. 藤田幸司, 藤原佳典, 熊谷修, 他 (2004)：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. *日本公衛誌*, 51(3)：168-179
5. 藤田利治, 簗野脩一 (1990)：地域老人の健康度自己評価の関連要因とその後2年間の死亡. *社会老年学*, 31：43-51
6. 藤原佳典, 新開省二, 天野秀紀, 他 (2003)：自立高齢者における老研式活動能力指標得点の変動 生活機能の個別評価に向けた検討. *日本公衛誌*, 50(4)：360-366
7. 舟根妃都美(2004)：積雪寒冷地で雪や氷が原因で骨折した高齢者に関する研究、旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程看護学専攻
8. G.G.Fillnbaum(1979)： Social Context and Self - Assessments of Health among the Elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 20：45－51
9. 羽原美奈子, 北村久美子 (2005)：積雪寒冷地に居住する在宅高齢者に対する保健・介護予防活動に向けた研究—生活機能と関連要因の検討—. *日本赤十字北海道看護大学紀要*, 5：1-11
10. 羽原美奈子, 北村久美子 (2006)：積雪寒冷地に居住する在宅高齢者の保健・医療・福祉サービスへの要望. *看護総合科学研究会誌*, 9(1)：33-40
11. 芳賀弘, 柴田博, 上野満雄, 他 (1991)：地域老人における健康度自己評価からみた生命予後. *日本公衛誌*, 38(10)：783-789
12. 芳賀博, 七田恵子, 永井晴美, 他 (1984)：健康度自己評価と社会・心理・身体要因. *社会老年学*, 20：15-23
13. 芳賀博, 上野満雄, 永井晴美, 他 (1988)：健康度自己評価に関する追跡的研究. *老年社会科学*, 10(1)：163-174
14. 芳賀博 (2000)：地域高齢者における生活機能の特性とその規定要因、中年からの老化予防に関する医学的研究—サクセスフルエイジングをめざして—東京都老人総合研究所,：86－93
15. 鳩野洋子、田中久恵(1999)：地域一人暮らし高齢者の閉じこもりの実態と生活状況、*保健婦雑誌*、55(8)：664－669
16. ヘルスアセスメント検討委員会 (2000)：ヘルスアセスメントマニュアル. 株式会社厚生科学研究所.
17. 本田亜起子, 齋藤恵美子, 金川克子, 村嶋幸代 (2003)：一人暮らし高齢者の自立度とそれに関する要因の検討. *日本公衛誌*, 49(8)：795-801
18. 本田亜起子, 齋藤恵美子, 金川克子, 村嶋幸代 (2002)：一人暮らし高齢者の特性—年齢および一人暮らしの理由による比較から—. *日本地域看護学会誌*, 5(2)：85-89
19. 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿部ひろみ, 他 (2000)：「閉じこもり」高齢者の実態. 保

- 健婦雑誌, 56(1) : 17-21
20. 藺牟田洋美, 安村誠司, 阿彦忠之他(2002) : 自立および準寝たきり高齢者の自立度の変化に影響する予測因子の解明、日本公衆誌、49(6) : 483-496
  21. 神宮純江, 江上裕子, 絹川直子, 他 (2003) : 在宅高齢者における生活機能に関連する要因. 日本公衛誌, 50(2) : 92-104
  22. 角谷里佳(2006) : 積雪寒冷地における在宅パーキンソン病高齢者の生活機能に関する研究~冬・夏における季節変動の比較~, 旭川医科大学大学院医学系研究科修士課程看護学専攻
  23. 岸玲子, 築島恵理, 小橋元他(1999) : 高齢者が在宅継続するための生活機能及びソーシャル・サポートの検討—高齢者問題研究、15 : 195 - 207
  24. 北村久美子 (2001) : 積雪寒冷地における看護の課題と保健婦活動—道東・道北圏域を中心に—. 旭川医科大学研究フォーラム, 2(2) : 34-42
  25. 古谷野亘, 橋本迪生, 府川哲夫, 他 (1993) : 地域老人の生活機能—老研式活動能力指標による測定値の分布—. 日本公衛誌, 40(6) : 468-473
  26. 古谷野亘(1995) : 老人の健康度と自律性の指標、健康感の転換、; 17-30、東京大学出版会
  27. 工藤禎子, 三国久美, 深川智代, 他 (1999) : 寒冷広域地域における1人暮らし高齢者の外出行動. 保健婦雑誌, 55(6) : 506-513
  28. 黒田研二 (2003) : ICFの枠組みで考える在宅高齢者の抑うつ予防 「環境因子」の活用を中心に. 生活教育, 47(9) : 43-49
  29. 梶本妙子, 福本恵, 堀井節子, 他 (2003) : 農山村地域住民の生活実態と意識. 保健婦雑誌, 59(4) : 344-349
  30. Matthew M. Burg, Teresa E. Seeman (1994) : Family and health : The negative side of social ties. Ann Behav Med, 16 : 109-115
  31. 三徳和子, 高橋俊彦, 星旦二 (2006) : 高齢者の健康関連要因と主観的健康観. 川崎医療福祉学会誌, 15(2) : 411-421
  32. 三徳和子, 高橋俊彦, 星旦二 (2005) : 在宅高齢者における主観的健康観の経年変化と関連要因. Health Science, 21(2) : 188-196
  33. 長江弘子, 千葉京子, 中村美鈴, 柳澤尚代 (2001) : 生活障害をもちながら地域で暮らす一人暮らし女性高齢者に関する研究—「生活の折り合い」の概念構造—. 日本地域看護学会誌, 3(1) : 123-130
  34. 長田久雄, 柴田博, 芳賀博, 安村誠司 (1995) : 後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力. 日本公衛誌, 42(10) : 897-909
  35. 内閣府 (2009) : 「高齢者の生活実態に関する調査」結果. 内閣府発表, 1-16
  36. 内閣府 (2009) : 高齢社会白書. 佐伯印刷株式会社.
  37. 直井道子 (2003) : 「一人暮らし高齢者」の指標. 保健の科学, 45(12) : 882-887
  38. 新野直明 (1988) : 老人を対象とした場合の自己評価式抑うつ尺度の信頼性と妥当性. 日本公衛誌, 35(4) : 201-203
  39. 中村好一, 金子勇, 河村優子, 他 (2002) : 在宅高齢者の主観的健康観と関連する因子. 日本公衛誌, 49(5) : 409-415
  40. 小平寛子(1999) : ひとり暮らし女性高齢者の健康状態と孤独感、福島県立医科大学看護学部紀要、: 17-22
  41. 小川裕, 岩崎清, 安村誠司 (1993) : 地域高齢者の健康度評価に関する追跡的研究—日常生活動作能力の低下と死亡の予知を中心に—. 日本公衛誌, 40(9) : 859-871

42. 大野絢子, 矢島まさえ, 深川ゆかり, 他 (1999) : 一人暮らし老人の日常を支える条件—一人暮らしの動機別比較—. *Journal of Japan Academy of Community Health Nursing*, 1(1) : 85-89
43. 財団法人厚生統計協会 (2009) : 図説 国民衛生の動向 2009. 財団法人厚生統計協会.
44. 新開省二 (2003) : ICF と老研式活動能力指標. *生活教育*, 47(9) : 22-28
45. 新開省二, 藤本弘一郎, 渡辺和子, 他 (1999) : 地域在宅老人の歩行移動力の現状とその関連要因. *日本公衛誌*, 46(1) : 35-45
46. 園田恭一, 川田智恵子 (1995) : 健康観の転換—新しい健康論理の展開. 財団法人東京大学出版会.
47. Suchman EA, Phillips BS, Streib GF (1958) : An analysis of the validity of health questionnaires. *Social Forces* : 36:223-232
48. 須田力, 中川功哉, 三宅章介, 他 (1996) : 積雪地における高齢者の生活と身体活動—活動的なライフスタイルと身体活動—. *高齢者問題研究会*, 12 : 23-31
49. 杉澤秀博 (1993) : 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
50. 杉澤秀博, Jersey Liang (1994) : 高齢者における健康度自己評価と日常生活動作能力の予後との関係. *社会老年学*, 39 : 3-10
51. 杉澤秀博, 杉澤あつ子 (1995) : 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—. *日本公衛誌*, 42(6) : 366-378
52. 障害者福祉研究会 (2002) : ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—. 中央法規出版株式会社.
53. 高林幸司, 星旦二, 藤原佳典他(1997) : 都市高齢者の主観的健康感、総合都市研究、63 : 5—14
54. 高橋俊彦, 星旦二, 櫻井尚子, 他 (2003) : 都市に居住する在宅高齢者の主観的健康観の実態とその構造. *総合都市研究*, 80 : 97-113
55. 鳥谷めぐみ, 浅井さおり, 辻川一枝, 瀧断子 (2006) : 積雪寒冷地に居住する独居高齢者の冬期間の活動と転倒および生活満足度の実態. *天使大学紀要*, 6 : 21-30
56. 矢富直美 (1994) : 日本老人における老人用うつスケール (GDS) 短縮版の因子構造と項目特性の検討. *老年社会科学*, 16(1) : 29-36
57. 上田敏 (2003) : ICF のキー概念としての「生活機能」. *生活教育*, 47(9) : 7-13
58. 上田敏 (2005) : ICF (国際生活機能分類) の理解と活用. *きょうされん*.
59. 米澤弘恵, 石津みゆ子, 甲斐一郎 (2002) : 在宅高齢者の孤独感と同居家族、別居子、友人・知人との関係—家族形態による比較—. *Health Science*, 18(3) : 194-205
60. 吉田幸代, 別所遊子, 細谷たき子他(2002) : 在宅高齢女性の外出状況、社会との関わりと健康関連 QOL との関係、*福井医科大学研究雑誌*, 3(1) : 69—77
61. 和久井君江, 田高悦子, 真田弘美他(2007) : 大都市部独居高齢者の抑うつとその関連要因、*日本地域看護学会誌*, 9(2) : 32—36

図1. 研究枠組み

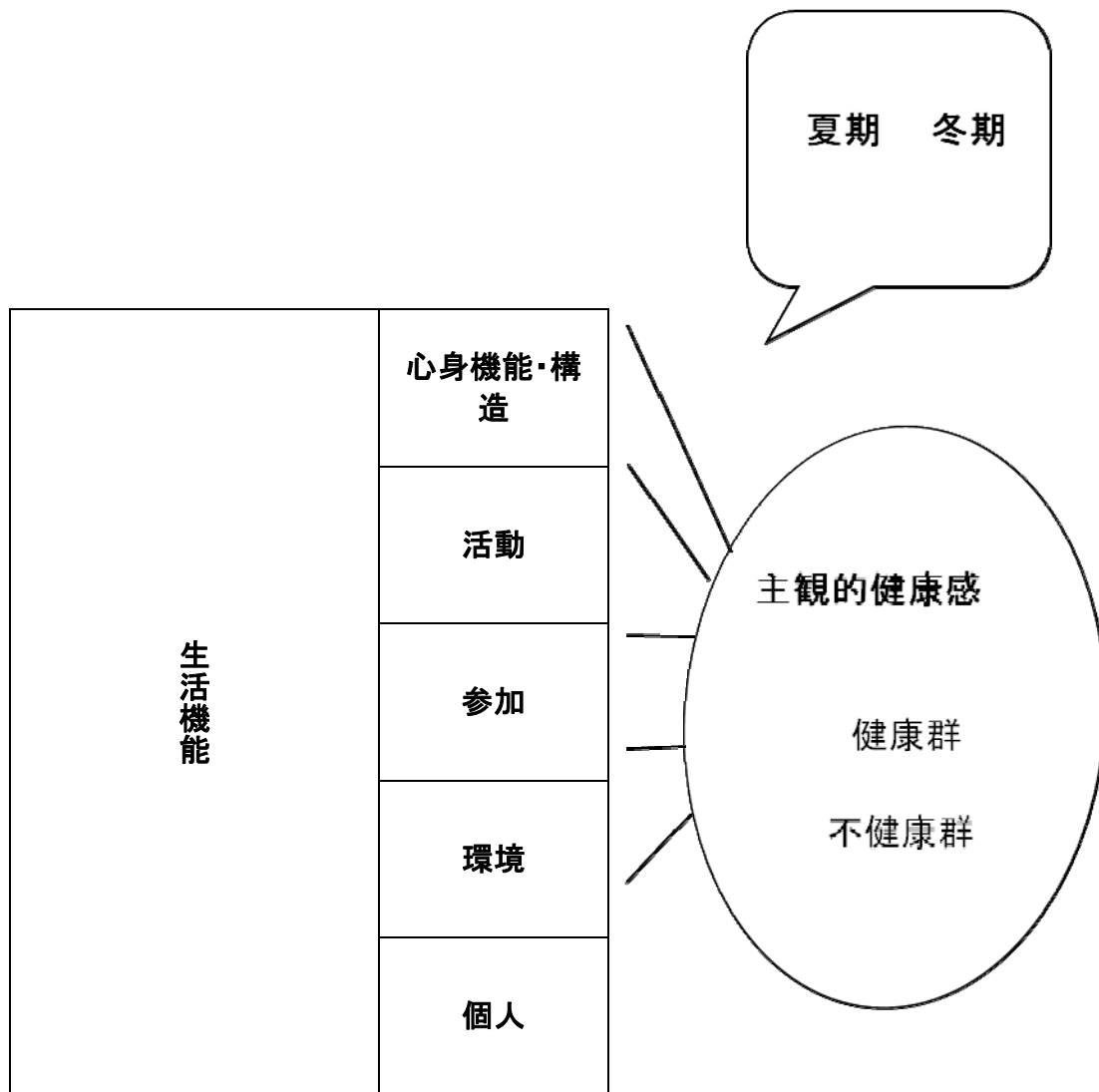


表1 ICF生活機能モデルと調査項目の対比

生活機能構成要素	調査項目	
健康状態	定期的に受診しますか	
	1年以内の入院したことがありますか	
心身機能・構造	目は普通に見えますか	
	耳は普通に聞こえますか	
	尿をガマンできないことがありますか	
	尿パットを使用していますか	
	高齢者抑うつ評価尺度短縮版(DGS-15)合計点	
活動	老研式活動能力指標合計点	
	3ヶ月の間に転んだりしましたか	
	1kmくらいを休まず歩けますか	
	自分で調理できますか	
	食欲ありますか	
	よく眠れますか	
	毎日排便ありますか	
	車の運転をしますか	
	たばこを吸いますか	
	お酒を毎日飲みますか	
	毎日外出しますか	
参加	いきいき社会活動チェック表合計点	
	仕事をしていますか	
	毎月の収入はどれくらいですか	
	転ぶのが怖くて外出を控えていますか	
	外出時に履物に気をつけていますか	
環境因子	外出時に介助は必要ですか	
	高齢者ソーシャルサポート測定尺度合計点	
	子どもの住まいはどこですか	
	子どもとの行き来はありますか	
	子どもからの手助けはありますか	
	福祉サービスに利用はしていますか	
	不安の相談できる人はいますか	
	住宅は持ち家ですか	
	住みやすい地域ですか	
	何年住んでいますか	
	今後も住み続けたいと思うか	
	緊急時通報先はありますか	
個人因子	近くに商店がありますか	
	近くに金融機関(郵便局)がありますか	
	性別	
	年齢	
	あなたは健康だと思いますか(主観的健康感)	
	健康に気をつけていますか	
	一人暮らしになって何年ですか	
	一人暮らしの不安はありますか	
	一人暮らしを今後も続けたいですか	
	今の楽しみは何ですか	

表2 対象者の背景（1）

1. 年齢		人数	%	
70～79 歳		26	46.4	
80～89 歳		27	48.2	
90 歳以上		3	5.4	
2. 性別				
	女性	42	75	
	男性	14	25	
3. 住宅				
	持ち家	29	51.8	
	公営住宅	27	48.2	
4. 収入（月額）				
	5万円以下	4	9.1	
	6万円～10万円	38	67.8	
	11万円～15万円	13	23.3	
	16万円以上	1	0.8	
5. 近所に商店がある				
	ある	33	58.9	
	ない	23	41.1	
6. 近所に金融機関(郵便局)がある				
	ある	52	92.8	
	ない	4	7.2	
7. 子どもの住居				
	道内	39	69.6	
	道外	11	19.7	
	いない	6	10.7	
8. 子どもとの行き来			夏期	冬期
	よくある	21 人	42%	16 人 32%
	少ない	29	58	34 68
9. 子どもからの手助け			夏期	冬期
	ある	16 人	32%	16 人 32%
	ない	34	68	34 68
10. 居住年数		平均50.8年	最短4年から最長89年	

表3 対象者の背景 (2)

11. 緊急時に頼れる所はあるか		人数	%	
ある		55	98.2	
ない		1	1.8	
12. 住みやすい地域ですか				
はい		54	96.4	
いいえ		2	3.6	
13. 住み続けたいと思いますか				
はい		56	100	
いいえ		0	0	
14. 親族の居住地				
	道内	41	73.2	
	道外	15	26.8	



表4 一人暮らしの状況

1一人暮らしの年数		
	人数	%
0～10年 未満	24	42.9
10～20年 未満	10	17.8
20～30年 未満	12	21.4
30～40年 未満	7	12.5
40年以上	3	5.4
2. 一人暮らしの理由		
配偶者の死亡	45	80.4
離婚	7	12.5
子の独立、別居、死亡	3	5.3
親の死亡	1	1.8
3.一人暮らしを今後も続ける		
一人暮らしを続ける	55	98.2
一人暮らしは続けられない	1	0.8

**表5 一人暮らしの不安**

<b>不安がある</b>	38 人	67.8
<b>不安の内容</b>	<b>人数</b>	<b>%</b>
体調の悪化	22	39.4
収入不足	6	10.8
呆けてしまう	3	5.5
人付き合い	2	3.7
家事が大変になる	1	1.7
子どもや孫の心配	1	1.7
犯罪に巻き込まれる	1	1.7
お墓や先祖供養	1	1.7
その他	1	1.7
<b>不安はない</b>	18 人	32.2

表6 不安なことを誰に相談するか

相談相手				冬期		夏期	
				人	%	人	%
友人				8	28.9	9	26.6
民生委員				5	17.9	4	11.8
兄弟				4	14.3	5	14.7
近所の人				3	10.8	4	11.8
子ども				2	7.1	6	17.7
社会福祉協議会の人				2	7.1	2	5.8
役場の関係者				2	7.1	2	5.8
親戚				1	3.5	1	2.9
デイサービスの職員				1	3.5	1	2.9

表7 受診方法

受診方法					夏		冬	
					人数	%	人数	%
徒歩				13	25	11	22	
バス、列車				10	19.2	13	26	
自家用車				10	19.2	10	20	
外出支援サービス(町内)無料				9	17.3	8	16	
移送サービス(町外)有料				8	15.5	4	8	
親族、知人の送迎				2	3.8	3	6	
タクシー				0	0	1	2	

表8 今の楽しみは何ですか

(複数回答)

		夏期	冬期	
デイサービスに行く		26	26	
畑の世話		25	0	
知人との食事		23	18	
テレビ		17	15	
ゲートボール		16	5	
ゲートボール以外のスポーツ		10	0	
趣味		9	10	
お酒を飲む		5	4	
散歩をする		5	3	
子や孫に会う		4	5	
仕事		2	2	
ラジオ		2	2	
旅行に行く		2	2	
たばこを吸う		2	2	
カラオケ		2	3	
ペットと過ごす		1	1	
教養(講座に参加する)		1	1	
特にない		1	2	
合計		152	95	



表10 主観的健康感

あなたは健康だと思えますか				夏期		冬期	
				人数	%	人数	%
健康群	}	非常にそう思う	6	10.7	10	17.8	
		まあそう思う	36	64.3	30	53.6	
不健康群	}	あまり思わない	13	23.2	14	25	
		思わない	1	1.8	2	3.6	

表11 健康に気をつけていることは何か

	夏期		冬期		
	人	%	人	%	
食事の内容やバランスに気をつける	29	51.8	17	30.4	
運動をする	13	23.2	12	21.4	
栄養補助食品をとる	7	12.5	11	19.6	
休息や睡眠を十分にとる	2	3.5	3	5.3	
規則正しい生活を送る	2	3.5	4	7.1	
特にない	2	3.5	7	12.5	
趣味や生きがいをもつ	0	0	1	1.8	
その他	1	1.8	1	1.8	



表12 安心して暮らしていく為に、望むことはなにか。(自由回答)

1.町内に買い物をする大きな店舗があるといい。								
2.町内に手芸品店があるといい。								
3.緊急通報システムがあればいい。								
4.このまま町のサービスが続いてほしい。								
5.今のままでいい。特にこれ以上はない。								

表13 夏期冬期における主観的健康感との各変数との関連

調査項目	夏期			冬期			
	健康	不健康		健康	不健康		
	(n=42)	(n=14)		(n=40)	(n=16)		
性別	男性	10	4	n.s.	8	6	n.s.
	女性	32	10		32	10	
年齢	80歳未満	22	4	n.s.	18	8	n.s.
	81歳以上	20	10		22	8	
子どもの居住地	道内	31	8	n.s.	29	10	n.s.
	道外	8	3		8	3	
子どもとの行き来	よくあり	13	8	n.s.	14	2	n.s.
	少ない	26	3		23	11	
子どもの手助け	あり	12	4	n.s.	13	3	n.s.
	なし	27	7		24	10	
一人暮らし年数	20年未満	27	9	n.s.	26	10	n.s.
	20年以上	15	5		14	6	
一人暮らしの不安	あり	27	11	n.s.	25	13	n.s.
	なし	15	3		15	3	
不安の相談	あり	24	10	n.s.	18	10	n.s.
	なし	18	4		22	6	
緊急対応	あり	42	13	n.s.	40	15	n.s.
	なし	0	1		0	1	
目見える	はい	38	11	n.s.	37	15	n.s.
	いいえ	4	3		3	1	
耳聞こえる	はい	29	6	n.s.	28	12	n.s.
	いいえ	13	8		12	4	
食欲ある	あり	42	13	n.s.	56	0	0
	なし	0	1		0	0	0
自分で調理	あり	38	14	n.s.	39	16	n.s.
	なし	4	0		1	0	
眠れる	あり	39	9	n.s.	35	13	n.s.
	なし	3	5		5	3	
毎日排便	あり	33	8	n.s.	31	13	n.s.
	なし	9	6		9	3	
車の運転	する	9	1	n.s.	7	3	n.s.
	しない	33	13		33	13	
喫煙	あり	4	2	n.s.	2	2	n.s.
	なし	38	12		38	14	
毎日飲酒	あり	8	2	n.s.	6	3	n.s.
	なし	34	12		34	13	
1年以内の入院	あり	8	4	n.s.	9	3	n.s.
	なし	34	10		31	13	n.s.
定期的受診	あり	40	12	n.s.	37	13	n.s.
	なし	2	2		3	3	
住宅	持ち家	20	9	n.s.	21	8	n.s.
	公住	22	5		19	8	
近所店有	あり	26	7	n.s.	25	8	n.s.
	なし	16	7		15	8	
近郵便局	あり	40	12	n.s.	37	15	n.s.
	なし	2	2		3	1	
収入	10万以下	34	8	n.s.	30	12	n.s.
	11万以上	8	6		10	4	
外出介助必要	あり	4	10	n.s.	4	13	n.s.
	なし	38	4		36	3	
外出時履物気をつける	あり	40	14	n.s.	36	15	n.s.
	なし	2	0		4	1	
3ヶ月以内転倒	あり	12	7	n.s.	6	3	n.s.
	なし	30	7		34	13	
転倒怖く外出控えた	はい	0	13	n.s.	0	16	n.s.
	いいえ	42	1		38	2	
尿の我慢	できる	37	13	n.s.	32	16	n.s.
	できない	5	1		8	0	
尿パットを使用	あり	5	1	n.s.	5	0	n.s.
	なし	37	13		35	16	
健康に気をつける	あり	41	13	n.s.	39	14	n.s.
	なし	1	1		1	2	
保健福祉サービス利用	あり	36	12	n.s.	29	11	n.s.
	なし	6	2		10	6	
1km歩行	できる	30	6	n.s.	26	10	n.s.
	できない	12	8		14	6	
$\chi^2$ 検定	n.s.(not significant)		n=56				

表14 夏期、冬期における主観的健康感と各指標の比較

各指標	夏期			冬期		
	健康	不健康		健康	不健康	
<b>老研式活動能力指標</b>						
総得点	11(4-13)	11(2-13)		11(2-13)	9.5(4-13)	
手段的自立	5(0-5)	4.5(0-5)	**	5(0-5)	5(2-5)	
知的能動性	3(1-4)	3(0-4)		3(0-4)	3(0-4)	
社会的役割	3(0-4)	3(1-4)		3(1-4)	3(1-4)	
<b>高齢者用うつ評価尺度短縮版(GDS-15)</b>						
	6(3-11)	6.5(1-11)		5(3-12)	7(1-11)	*
<b>高齢者用ソーシャルサポート尺度</b>						
総得点	5(-4-7)	2.5(-4-7)		4(-4-7)	4(-4-8)	
情緒的サポート	4(0-4)	4(0-4)		4(0-4)	4(0-4)	
手段的サポート	1(0-3)	1.5(0-3)		1(0-3)	2(0-4)	
ネガティブサポート	0(-4-0)	0.5(-4-0)		0(-4-0)	0(-4-0)	
<b>いきいき社会活動チェック表</b>						
総得点	7.5(0-18)	6(1-12)		9(1-15)	7(1-12)	*
個人的活動	6(0-9)	4.5(1-8)		5(1-9)	4(1-8)	
社会奉仕活動	2(0-6)	1.3(0-4)		0(0-4)	0(0-1)	
学習活動	1(0-3)	0(0-3)	*	0(0-4)	0(0-3)	
仕事	0(0-1)	0(0-1)		0(0-1)	0(0-1)	
Mann-WhitneyのU検定    **P<0.01    *P<0.05    n.s.(not significant)    n=56						