

地域高齢者の生活全体に対する満足度とその関連要因

須貝 孝一* 安村 誠司^{2*} 藤田 雅美^{2*}
 藺牟田洋美^{2*} 井原 一成^{3*}

75-80歳になる地域在住高齢者の「生活全体に対する満足度」の実態を、視覚アナログ尺度を用いて明らかにし、満足度を規定する要因を検討した。この際、高齢者の生活の実態から出発して研究を進めていく意味で、日常生活のなかのさまざまな生活行動に特に注目した。検討は、日常の活動範囲が地域へと広がるか、ほとんど家庭内にとどまるかで分けた屋外活動群、屋内活動群の2群ごとに行い、地域保健活動の指針となることを目指した。

以下の結果が得られた。

1. 視覚アナログ尺度を用いて評価した地域高齢者の「生活全体に対する満足度」は屋外群、屋内群ともほぼ2峰性を示した。屋内群では中等度以下の満足度を示す者が多く、日常の活動範囲が満足度と関連していた。
2. 屋外群では満足度と関連する最大の要因は健康度自己評価だった。日常生活の中の種々の生活行動と満足度との間にも関連が認められ、性によって、異なる生活行動が満足度と有意に関連していた。
3. 屋内群でも健康度自己評価が満足度と有意に関連していた。
4. 以上より、地域高齢者の主観的なQOLの向上には、対象者の活動性に応じ、その生活に注意を払うことが有益であり、さらに対象者の生活の場を拡げていくことが重要であると考えられた。

Key words : 地域高齢者, 生活全体に対する満足度, 視覚アナログ尺度, 活動範囲, 生活行動

I 緒 言

高齢者の Quality Of Life (以下, QOL と略す。)の研究では、疾病や身体機能などの客観的 QOL だけでなく、主観的幸福感や生活満足度など主観的 QOL についても評価することの重要性が指摘されてきた^{1,2)}。

高齢者の QOL への理解を深めるためには、客観的 QOL 研究では高齢者の生活の実態から出発した研究が重要であり^{3,4)}、高齢者の日常生活を総合的にとらえていくさまざまな試みがなされている⁴⁻⁶⁾。これまでの主観的 QOL 研究でも、関連要因として、健康度、社会経済的変数などさまざまな側面から数多くの研究が行われてきたが、関連要因として日常生活の構成要素を幅広く取り上げたものは必ずしも多くはない^{7,8)}。

ところで、高齢期では疾病のある状態とない状態の境界が曖昧であり、健康度の指標として疾病だけに注目するのではなく、活動性を推奨する意見がある^{9,10)}。地域高齢者の日常の活動範囲をみると、活発に社会参加を行っている者から、生活の場がほとんど屋内に限られる者まで、多種多様であることが多くの研究で示されている^{3,11)}。地域高齢者への保健活動でも、対象者の多様な特性を踏まえた支援の必要が指摘されており、実証研究でも、その指針の提供が求められている¹²⁾。ただ、従来の研究は疾病のある老人、ない老人など、「疾病」の有無という視点から行われ、地域高齢者の活動性の程度は、地域保健活動の指標としては注目されることが少なかった。

本研究では、健康度に関わる変数などとともに、高齢者が日常行っている生活行動の具体的な内容を幅広くとらえ、主観的 QOL との関連を総合的に検討した。そして、多様な対象者を一括して扱うことなく、その活動性という観点から2群に分割して分析を行い、地域保健活動に有用な情報を提供する事を目指した。

また、主観的 QOL として、地域の高齢者が

* 山形県立鶴岡病院

^{2*} 山形大学医学部公衆衛生学講座

^{3*} 昭和大学医学部衛生学教室

連絡先：〒997-03 山形県鶴岡市大字高坂字堰下
28

山形県立鶴岡病院 須貝孝一

「生活全体」に対しどの程度満足しているか、研究者の概念モデルによるのではなく、対象者自身の定義による「生活全体に対する満足度」を取り扱った。このために視覚アナログ尺度¹³⁾ (visual analogue scale, 図 1) を用いた。

II 対象と方法

1. 調査の概要

1991年7月、山形県F町在住の高齢者を対象に、会場で医学健診および聞き取り調査を行い、続いて未受診者に訪問調査を行うという2段階の構成で、総合的健康調査を施行した。

同町は山形県北西部に位置し、農業を主たる産業とする町で、人口は12,904人(平成3年6月現在)である。

聞き取り調査項目は、性、年齢、生活全体の満足度、さまざまな日常生活行動や、総合的移動能力¹⁴⁾など健康度指標、家族の状況などである。健診会場での医学健診で実施した項目は血圧測定、心電図検査、眼底検査である。また、握力を健診会場と訪問調査の両方で測定した。

2. 対象者

総合的健康調査の対象は、91年現在で75~80歳(明治44年1月1日から大正5年12月31日生まれ)になる男230人、女378人、計608人全員である(図2)。

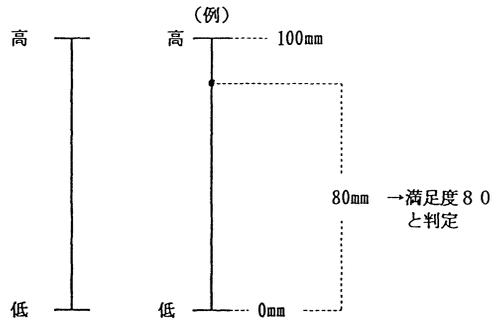
総合的移動能力が「バス・電車を使って時には外出する、あるいはそれ以上に活発である」、「家庭内ではほぼ不自由なく動き活動する。隣近所には一人で出かける」の者、すなわち外出が可能であり、活動の範囲が広く家庭外にまで及ぶと考えられる者を屋外活動群、「庭先に出てみるなど、少しは動く」、「起きているが余り動かない」に相当する者、すなわち日常の生活が大半、家庭内やその周辺に留まる者を屋内活動群と定義した(以下、屋外群、屋内群と略す)。

家人からの聞き取りも含めて対象者のうち98.5%の599人(男224人、女375人)について情報の把握が可能であった。このうち満足度の聞き取りが可能だったのは531人(男192人、女339人)であり、屋外群のうち93.6%の498人(男177人、女321人)、屋内群のうち76.7%にあたる33人(男15人、女18人)である。

満足度の聞き取りが不可能だった者は、寝たき

図 1 視覚アナログ尺度 (Ahlsjö ら, 1984より引用。)

あなたの日常生活全体に対する満足度についてお尋ねします。
この線はいちばん上が生活全体に最も満足しているときで、
いちばん下が最も満足していないときを表すものとします。
現在あなたの生活全体に対する満足度を点で記入して下さい。



り、視力に障害があり調査員の補助があっても記入が不可能な者のほか、回答を拒否した者、痴呆があり質問の意味が理解できない者など、計77人だった(図2)。

健診会場の受診者は、屋外群のうち301人(男102人、女199人)と、屋内群の2人(男女1人ずつ)である。医学的検査成績と満足度との関連は、屋外群で会場受診した301人を対象とした。その他の項目については、屋外群498人、屋内群33人が分析の対象である。

3. 生活全体の満足度

視覚アナログ尺度による満足度の聞き取りの訓練を受けた医師または看護婦が調査にあたった。調査員が尺度を対象者に提示し、上端が最も高い満足度、下端が最も低い満足度であることを説明し、対象者自身に、調査時の満足度を100 mmの線上に点で示してもらった。調査員が記入された点の下端からの長さをmm単位で測定し、その値を満足度とした(図1)。

4. 満足度との関連を検討した項目(表1, 2)

松原¹⁴⁾の著書を参考に、日常の生活行動を、生理的、家事的、文化的、社会的、生産的側面という5つの側面から捉え、各側面に属する行動を複数選んだ⁴⁾。

健康度の指標として、健康度自己評価とともに、受療、健診受診、痛み、視力障害・聴力障害・介助の有無を取り上げた。さらに、手段的自立、知的能動性、社会的役割などの高次の活動能力を評価する尺度である老研式活動能力指標¹⁵⁾

図2 調査の概要

【調査対象者：75～80才の地域在住高齢者】

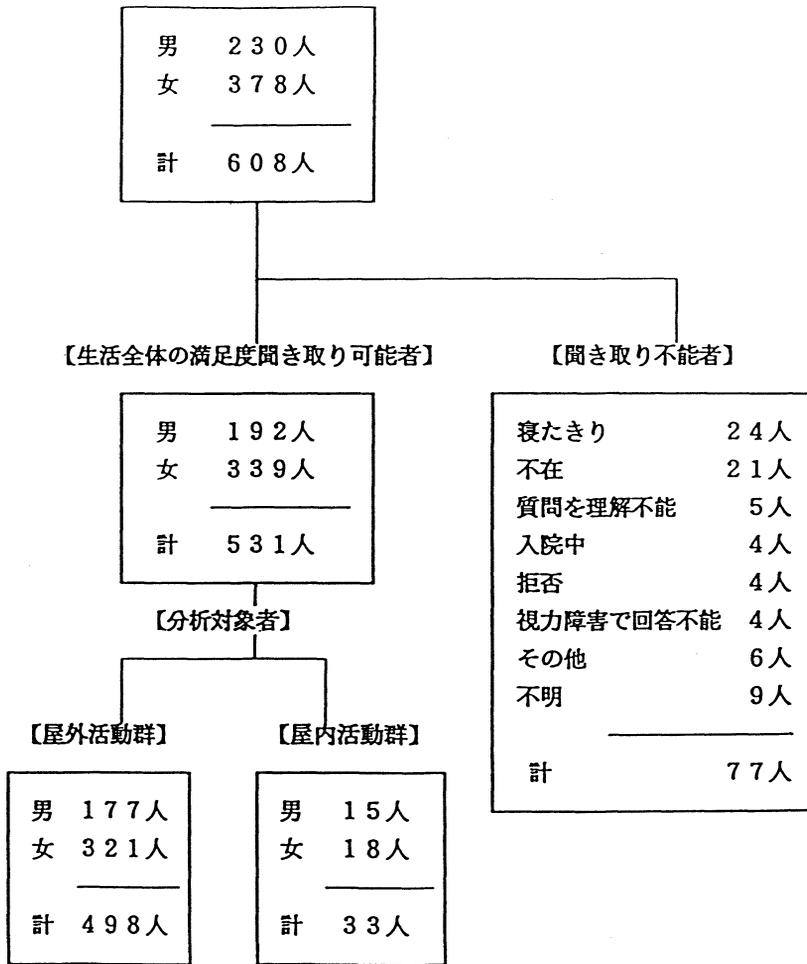


表1 生活全体の満足度との関連を検討した項目

【日常生活行動】

1. 生理的側面 「睡眠時間」(注1) 「昼寝」 「就寝時刻」(注2) 「食事時刻」(注2)
2. 家事的側面 「炊事・洗濯・掃除」 「買い物」 「庭や家周囲の手入れ」 「孫や配偶者の世話」
3. 文化的側面 「新聞・雑誌」 「テレビ視聴」(注4) 「趣味・稽古事」 「スポーツ」 「散歩」
4. 社会的側面 「外出」 「友・知人と付き合い」 「老人クラブへの参加」 「ボランティア活動」
5. 生産的側面 「収入になる仕事」 「家業手伝い」

- * 「ほとんどしない」 (週1回未満) : 「なし」
- * 「ときどきする」 (週に1, 2回)
「することが多い」 (毎日が2日に1回程度) : 「あり」

【健康度指標】

1. 健康度自己評価

- * 「健康である」 「まあまあ健康である」 : 「高」
- * 「あまり健康でない」 : 「低」

2. 身体的健康度の指標

- | | |
|---|------------|
| 1) 受療 (過去一年間の入院又は通院の経験) | : 「なし」「あり」 |
| 2) 痛み | : 「なし」「あり」 |
| 3) 視力障害 (眼鏡使用の有無を問わず) | |
| * 「普通 (本が読める。)」 | : 「なし」 |
| * 「1 m 位離れて顔をみて何とか判る」「ほとんど見えず」 | : 「あり」 |
| 4) 聴力障害 (補聴器使用の有無を問わず) | |
| * 「普通」 | : 「なし」 |
| * 「大きな声でないと会話にならず」「ほとんど聞こえず」 | : 「あり」 |
| 5) 介助 | |
| * 歩行, 着替え, 入浴, 食事, 排泄のすべての日常生活動作で介助を必要としない。 | : 「なし」 |
| * いずれかの日常動作で一部, または全面介助。
(排泄についてはときどきもらすことがあるか, 常時おむつを使用しているかのい
づれか。) | : 「あり」 |
| 6) 健診受診 | |
| * 訪問調査で調査に参加 | : 「なし」 |
| * 会場調査に調査に参加 | : 「あり」 |
| 3. 老研式活動能力指標 (老研式) 得点 ^(注5) | |
| (屋外活動群) * 13点 | : 「高」 |
| * 12点以下 | : 「低」 |
| (屋内活動群) * 7点以上 | : 「高」 |
| * 6点以下 | : 「低」 |
| 4. 握力 ^(注6) | |
| (屋外活動群) * 男 27 kg 以上 (女 17 kg 以上) | : 「高」 |
| * 26 kg 以下 (16 kg 以下) | : 「低」 |
| (屋内活動群) * 男 16 kg 以上 (女 11 kg 以上) | : 「高」 |
| * 15 kg 以下 (10 kg 以下) | : 「低」 |

【家族の状況】

- | | |
|---------|---|
| 1. 配偶者 | : 「なし」「あり」 |
| 2. 家族構成 | : 「単身」「夫婦のみ」「2 世代同居」「3 世代同居」「4 世代同居」「その他」 |

^(注1) 睡眠時間	* 「6 時間未満」「6-7 時間」	: 「8 時間未満」
	* 「8-9 時間」「10 時間以上」	: 「8 時間以上」
^(注2) 就寝時刻	* 「ほとんど決まっていない」	: 「不規則」
	* 「決まっている」「だいたい」	: 「規則的」
^(注3) 食事時刻	* 「ほとんど決まっていない」	: 「不規則」
	* 「決まっている」「だいたい」	: 「規則的」
^(注4) テレビ視聴	* 「ほとんど見ない」「見る (～2 時間)」	: 「2 時間未満」
	* 「(2-4 時間)」「5 時間～」	: 「2 時間以上」
^{(注5), (注6)} 屋外群, 屋内群では分布が異なり, それぞれほぼ 2 分位で区分		

(13点満点で, 得点が高いほど能力が高いことを示す。以下, 老研式と略す。) の得点, そして握力を取り上げた (表 1)。

また, 医学健診受診者を対象に, 収縮期および拡張期血圧, 心電図検査の結果では厚生省循環器疾患基礎調査判定区分, 眼底検査では, Scheie の硬化性変化, 高血圧性変化 (以下 S 変化, H 変化と略す。) など各種所見¹⁶⁾の有無と満足度との関連を検討した (表 2)。

家族の状況としては, 配偶者の有無と, 同居の家族構成を取り上げた。

5. 分析の方法

分析は屋外群, 屋内群ごとに男女別に分析した。満足度と各項目との関連の統計的検定には, 主として Mann-Whitney 検定を用いた。さらに, 屋外群では, 満足度を従属変数として男女別に一括投入法で重回帰分析を行い, 生活全体の満足度の関連要因の重みについて検討した。独立変数の

表2 生活全体の満足度との関連を検じた医学的検査項目

【血圧測定値】	
1. 収縮期血圧 「139 mmHg 以下」	: 「正常」
「140~159 mmHg」「160 mmHg 以上」	: 「境界域或いは高血圧」
2. 拡張期血圧 「89 mmHg 以下」	: 「正常」
「90~94 mmHg」「95 mmHg 以上」	: 「境界域或いは高血圧」
【心電図検査】	
1. 判定区分 (厚生省循環器疾患基礎調査判定区分)	: 「正常」
	: 「軽度以上の異常」
【眼底検査】	
1. Scheie-S 変化 (硬化性変化) 0度	: 「正常」
1度以上	: 「軽度以上の異常」
2. Scheie-H 変化 (高血圧性変化) 0度	: 「正常」
1度以上	: 「軽度以上の異常」

表3 生活全体の満足度と性差「屋外活動群」, 「屋内活動群」の満足度の差

		n	満足度中央値	検定
性	男	192	77.0	n.s.
	女	339	80.0	
活動群	屋外活動群	498	79.0	p<.05
	屋内活動群	33	63.0	
屋外群	男	177	77.0	n.s.
	女	321	80.0	
屋内群	男	15	71.0	n.s.
	女	18	60.5	

n.s.; 有意差なし Mann-Whitney 検定

選択は、とくに同じ側面に属する生活行動は、相関も高く、同時に重回帰式に投入することは問題と考え、単変量の解析で有意だった項目を中心に高齢者の日常生活を代表すると思われる行動を各側面から一つずつ取り上げた。また、日常のさまざまな生活行動ができることは、健康度に規定される部分が非常に多いと考えられ、この点を慎重に解析するため、各種の健康度の指標についてはそのまま重回帰式に投入した。

統計解析には、統計解析パッケージ SPSS を利用した。

図3 屋外活動群 (男女) 満足度分布

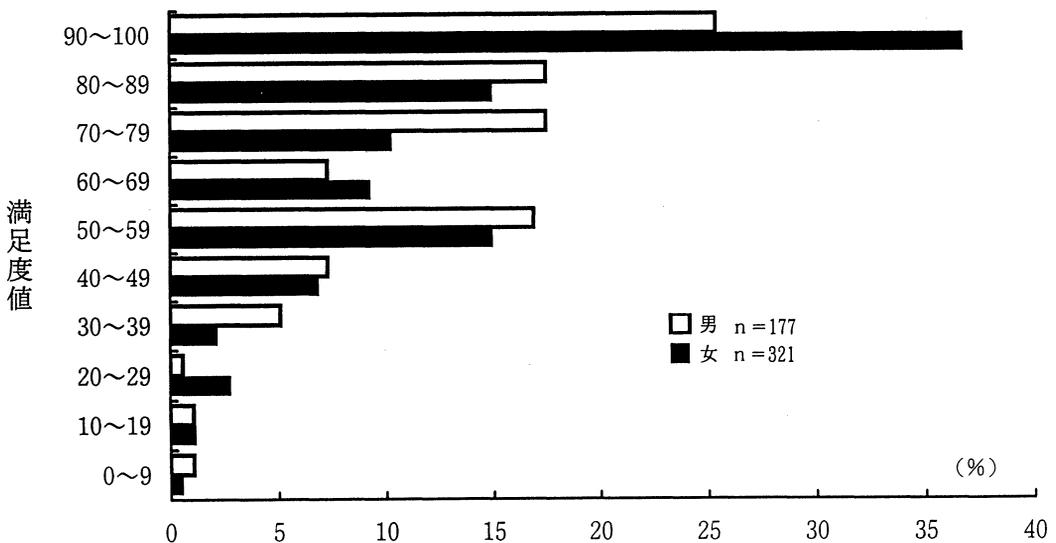
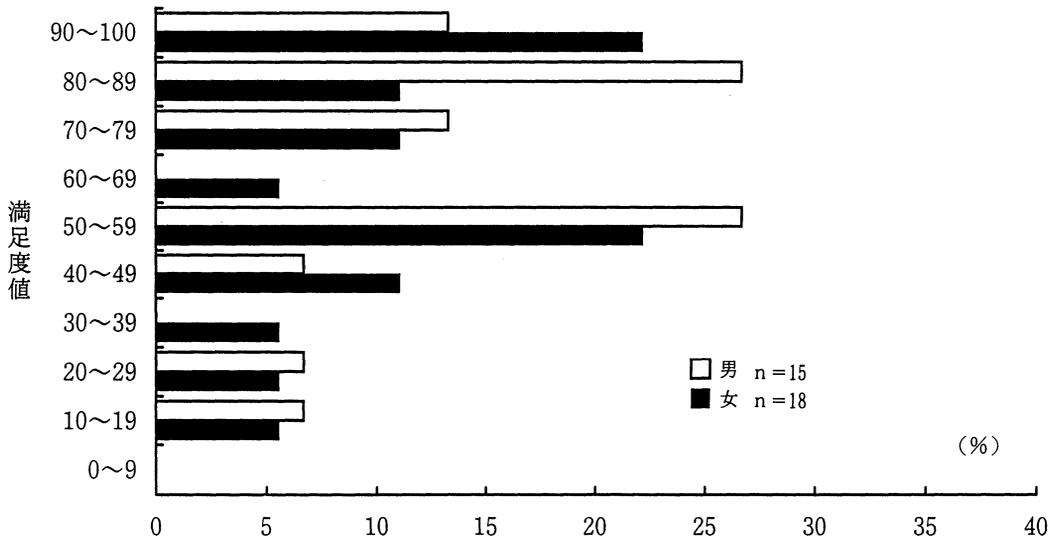


図 4 屋内活動群 (男女) 満足度分布



III 結 果

1. 生活全体の満足度の分布

満足度に性差は認められなかったが、屋外群では、屋内群より有意に満足度が高かった (表 3)。

屋外群では、男女とも 90~100, 50~59 前後に山を持つ二峰性の分布型を示した (図 3)。屋内群では、男では 80~89 と 50~59, 女では 90~100, 50~59 と 2 つ山があった (図 4)。

表 4 「屋外活動群」の健康度指標と生活全体の満足度

項 目	男			女			
	n	満足度中央値	検 定	n	満足度中央値	検 定	
健康度自己評価	高	130	79.0	p<.01	211	86.0	p<.01
	低	47	57.0		110	70.0	
受療	なし	27	78.0	n.s.	38	90.0	n.s.
	あり	150	77.0		283	80.0	
痛み	なし	70	80.0	n.s.	199	88.0	n.s.
	あり	107	73.0		122	77.0	
視力障害	なし	171	77.0	n.s.	306	81.0	n.s.
	あり	6	70.5		15	62.0	
聴力障害	なし	150	78.0	n.s.	279	81.0	n.s.
	あり	27	65.0		42	77.5	
介助	なし	168	77.0	n.s.	296	80.5	n.s.
	あり	9	76.0		25	70.0	
健診受診	なし	75	77.0	n.s.	122	72.0	n.s.
	あり	102	77.0		199	83.0	
老研式得点	高	78	78.0	n.s.	141	81.0	n.s.
	低	99	73.0		180	78.0	
握力	高	92	80.0		176	82.0	n.s.
	低	82	65.5	p<.01	143	77.0	

n.s.; 有意差なし Mann-Whitney 検定

2. 満足度とその関連要因

屋外群の健康度指標では、健康度自己評価(男女)、握力が「高」であること(男)が、満足度の高さに有意に関連していた(表4)。医学的検査の成績と満足度との間には有意な関連は認められなかった(表5)。生活行動では、生理的側面で昼寝(女)、文化的側面で趣味・稽古事(男女)、スポーツ(男)、社会的側面で老人クラブ(女)ボランティア活動(男)をしていることが満足度の高さに、生産的側面で、家業の手伝い(女)をしていることが満足度の低さに有意に関連していた。家事的側面では有意な関連を認めなかった(表6)。配偶者の有無、家族構成とともに満足度との間に有意な関連は認められなかった(表7)。

屋内群では、健康度自己評価が高いこと(男女)は満足度の高さに、老研式が「高」であること(男)は、逆に満足度の低さに有意に関連していた(表8)。生活行動では、散歩をしていること(男)が、満足度の低さに有意に関連していた(表9)。家族の状況と満足度との間には有意な関連は認められなかった(表10)。

重回帰分析の結果、屋外群では、健康度自己評価が高いこと(男女)、昼寝(女)、ボランティア活動(男)が満足度の高さに、買い物、家業の手伝い(女)が満足度の低さに有意に関連していた(表11, 12)。

IV 考 察

1. 主観的 QOL の評価について

主観的 QOL の評価では、PGC モラルスケール¹⁷⁾や生活満足度尺度¹⁸⁾など、多項目からなる質問紙法による評価が現在一般的¹⁾で、研究者の概念モデルに基づき、言語的に、多次元から主観的 QOL をとらえようとする試みがなされてきた。これらの尺度では、現在の気分状態から、人生に対する態度まで、多様な要素が主観的 QOL の構成要素として含まれるが、研究者の枠組みで限定され、対象者自身の抱く全体像が失われてしまいう面もあると考えられる。

本研究では、研究者の概念モデルによるのではなく、対象者自身の定義による主観的 QOL を取り扱うことを意図した。その際、経済や家族など生活の中での特定の要素ではなく、対象者が考える「生活全体」に対象者がどの程度満足感を抱いているかで主観的 QOL を代表させた。

このために用いた視覚アナログ尺度は、麻酔科領域で開発されたもので¹⁹⁾、痛み²⁰⁾、癌患者²¹⁾や地域の脳卒中発症者^{13,22)}の QOL の評価法として、信頼性や、基準関連妥当性や判別妥当性を中心に妥当性が報告されている。本方法では主観的 QOL の概念規定と評価が対象者の恣意に委ねられることになり、研究者の概念モデルに基づいて

表5 「屋外活動群」の医学的検査成績と生活全体の満足度

項 目	男			女		
	n	満足度中央値	検 定	n	満足度中央値	検 定
【血 圧】						
収縮期血圧 正常	51	77.0	n.s.	116	80.0	n.s.
境界域或いは高血圧	51	76.0		83	87.0	
拡張期血圧 正常	91	77.0	n.s.	191	83.0	n.s.
境界域或いは高血圧	11	92.0		8	82.5	
【心電図検査】						
判定区分 正常	36	70.5	n.s.	93	84.0	n.s.
軽度以上の異常	66	82.0		106	82.5	
【眼底検査】						
Scheie-S 変化 正常	67	76.0	n.s.	119	81.0	n.s.
軽度以上の異常	7	80.0		12	74.5	
H 変化 正常	25	74.0	n.s.	36	90.5	n.s.
軽度以上の異常	49	80.0		95	80.0	

n.s.; 有意差なし Mann-Whitney 検定

表6 「屋外活動群」の日常生活行動と生活全体の満足度

生活行動の側面ごと、 生活行動項目	男			女			
	n	満足度中央値	検 定	n	満足度中央値	検 定	
【生理的側面】							
睡眠時間	8時間未満	31	77.0	n.s.	82	78.0	n.s.
	以上	146	77.0		239	81.0	
昼寝	なし	53	78.0	n.s.	96	71.0	p<.05
	あり	124	77.0		225	83.0	
就寝時刻	不規則	13	71.0	n.s.	20	75.5	n.s.
	規則的	164	78.0		301	80.0	
食事時刻	不規則	5	76.0	n.s.	17	70.0	n.s.
	規則的	172	77.0		304	80.5	
【家事的側面】							
炊事・洗濯・掃除	なし	110	76.5	n.s.	13	60.0	n.s.
	あり	67	77.0		308	80.5	
買い物	なし	83	69.0	n.s.	131	85.0	n.s.
	あり	94	78.0		190	79.0	
庭家周囲の手入れ	なし	18	74.0	n.s.	55	73.0	n.s.
	あり	159	77.0		266	80.5	
孫・配偶者の世話	なし	114	73.5	n.s.	163	83.0	n.s.
	あり	63	79.0		158	77.5	
【文化的側面】							
新聞・雑誌	なし	17	76.0	n.s.	80	78.5	n.s.
	あり	160	77.0		241	81.0	
テレビ視聴	2時間未満	55	76.0	n.s.	108	82.5	n.s.
	以上	122	77.0		213	80.0	
趣味・稽古事	なし	61	64.0	p<.01	174	73.0	p<.05
	あり	116	79.0		147	84.0	
スポーツ	なし	110	72.0	p<.05	249	80.0	n.s.
	あり	67	79.0		72	83.5	
散歩	なし	73	75.0	n.s.	137	77.0	n.s.
	あり	104	78.0		184	81.0	
【社会的側面】							
外出	なし	45	71.0	n.s.	98	77.5	n.s.
	あり	132	77.0		223	81.0	
友・知人と付合い	なし	30	67.5	n.s.	23	89.0	n.s.
	あり	147	77.0		298	80.0	
老人クラブへの参加	なし	36	70.5	n.s.	58	67.0	p<.01
	あり	141	77.0		263	83.0	
ボランティア活動	なし	93	71.0	p<.05	202	80.0	n.s.
	あり	84	79.5		119	80.0	
【生産的側面】							
収入になる仕事	なし	149	77.0	n.s.	260	80.0	n.s.
	あり	28	74.5		61	83.0	
家業手伝い	なし	96	77.0	n.s.	259	81.0	p<.05
	あり	81	77.0		62	71.0	

n.s.; 有意差なし Mann-Whitney 検定

表7 「屋外活動群」の家族の状況と生活全体の満足度

項 目		男			女		
		n	満足度中央値	検 定	n	満足度中央値	検 定
配偶者	なし	26	78.0	n.s.	218	81.0	n.s.
	あり	151	76.0		103	76.0	
家族構成#	単身	3	78.0	n.s.	12	78.5	n.s.
	夫婦のみ	13	66.0		10	62.5	
	2世代同居	25	77.0		47	72.0	
	3世代同居	108	78.0		151	81.0	
	4世代同居	25	73.0		94	85.0	
	その他	3	65.0		7	65.0	

n.s. ; 有意差なし Mann-Whitney 検定 (# Kruskal-Wallis 検定)

表8 「屋内活動群」の健康度指標と生活全体の満足度

項 目		男			女		
		n	満足度中央値	検 定	n	満足度中央値	検 定
健康度自己評価	高	7	82.0	p<.05	7	80.0	p<.05
	低	8	53.0		11	57.0	
痛み	なし	12	73.5	n.s.	5	52.0	n.s.
	あり	3	41.0		13	63.0	
聴力障害	なし	12	56.5	n.s.	14	60.5	n.s.
	あり	3	82.0		4	57.0	
介助	なし	12	73.5	n.s.	10	67.0	n.s.
	あり	3	53.0		8	55.0	
老研式得点	高	8	54.5	p<.05	10	60.5	n.s.
	低	7	83.0		8	66.0	
握力	高	8	56.5	n.s.	8	60.5	n.s.
	低	7	76.0		7	80.0	

n.s. ; 有意差なし Mann-Whitney 検定

屋内群では、大半の者で受療は「あり」、視力障害は「なし」、健診受診は「なし」のため、表には示さず。

項目を選択してさらには標準化していくという一連の手続きを踏んで成立してきた質問紙による従来の主観的 QOL 評価法とは正反対の方向性を持つ評価法であると考えられる。このため、本尺度で評価された主観的 QOL も、従来の尺度で評価されたそれとは質的に異なるものであるといえることができる。

この方法で「生活全体に対する満足度」がどの程度正確に測定できているかについてもさらなる検証が必要と思われるが、本研究での回答率は非常に高く、多くは調査員による説明を要さず容易に回答の聴取が可能であった。視覚アナログ尺度は、地域の高齢者に対しても受け入れられやすい評

価法であると考えられた。

本尺度は、地域高齢者の主観的 QOL 評価法²³⁾としては、まだ使用の試みが途についたばかりであるが、尺度としての限界を十分認識した上で、今後とも知見を蓄積していく意義があると思われる。

また、高齢者を対象にした場合、多項目の質問紙による従来の主観的 QOL 評価法は、心理的侵襲性と時間的負担が大きい点が問題であるが²⁴⁾、これらが少ないことはこの方法を積極的に利用すべき利点であると考えた。

2. 生活全体の満足度の分布

屋外群、屋内群の男女とも、ほぼ二峰性の分布

表9 「屋内活動群」の日常生活行動と生活全体の満足度

生活行動の側面ごと、 生活行動項目	男			女			
	n	満足度中央値	検 定	n	満足度中央値	検 定	
【生理的側面】							
睡眠時間	8時間未満	2	47.5	n.s.	1	58.0	(—)
	以上	13	76.0		17	63.0	
昼寝	なし	6	66.5	n.s.	6	72.5	n.s.
	あり	9	71.0		12	57.0	
【家事的側面】							
炊事・洗濯・掃除	なし	14	64.0	(—)	8	53.0	n.s.
	あり	1	83.0		10	72.5	
買い物	なし	14	73.5	(—)	15	63.0	n.s.
	あり	1	57.0		3	58.0	
庭家周囲の手入れ	なし	9	76.0	n.s.	13	57.0	n.s.
	あり	6	63.5		5	71.0	
孫・配偶者の世話	なし	11	76.0	n.s.	13	74.0	n.s.
	あり	4	63.5		5	48.0	
【文化的側面】							
新聞・雑誌	なし	5	83.0	n.s.	7	58.0	n.s.
	あり	10	56.5		11	63.0	
テレビ視聴	2時間未満	1	53.0	(—)	4	71.5	n.s.
	以上	14	73.5		14	60.5	
趣味・稽古事	なし	13	57.0	n.s.	13	63.0	n.s.
	あり	2	90.0		5	58.0	
スポーツ	なし	15	71.0	(—)	14	58.0	n.s.
	あり	0			4	57.0	
散歩	なし	12	78.0	p<.05	10	64.5	n.s.
	あり	3	53.0		8	60.0	
【社会的側面】							
外出	なし	15	71.0	(—)	15	63.0	n.s.
	あり	0			3	57.0	
友・知人と付合い	なし	12	73.5	n.s.	4	71.5	n.s.
	あり	3	56.0		14	57.5	
老人クラブへの参加	なし	13	76.0	n.s.	13	63.0	n.s.
	あり	2	56.5		5	57.0	
【生産的側面】							
家業手伝い	なし	13	76.0	n.s.	17	63.0	(—)
	あり	2	54.5		1	57.0	

n.s. ; 有意差なし (—) ; 検定できず Mann-Whitney 検定

を示した。受療や健診受診の有無、痛みの有無、老研式得点や握力の高低など様々な要因別に検討しても、同様の二峰性の分布が認められた。

林らによる山形県の脳卒中発症者の調査に関する報告²²⁾や、島らの視覚アナログ尺度を抑うつ尺度として使用した報告²⁴⁾でも二峰性の得点分布が報告されている。

既存の尺度を用いて評価した主観的 QOL の分布では、このような分布形が報告されているものはないが、視覚アナログ尺度のような尺度では、自身の満足度を評価する基準の置き方が人によって様ではないため、既存の尺度とは異なる分布形になってしまう可能性もある。

ただ、結果として得られた二峰性の分布は、対

表10 「屋内活動群」の家族の状況と生活全体の満足度

項 目	男			女			
	n	満足度中央値	検 定	n	満足度中央値	検 定	
配偶者	なし	3	53.0	n.s.	15	63.0	n.s.
	あり	12	78.0		3	48.0	
家族構成#	单身	0		n.s.	0		n.s.
	夫婦のみ	2	75.5		0		
	2世代同居	1	100.0		2	48.5	
	3世代同居	10	55.0		10	66.0	
	4世代同居	2	78.0		6	64.0	
	その他	0			0		

n.s.; 有意差なし Mann-Whitney 検定 (# Kruskal-Wallis 検定)

表11 生活全体の満足度と関連要因の重回帰分析
(屋外活動群, 男 n=174)

要 因	標準偏回帰係数 (β)
健康度自己評価	.329**
受療	-.082
痛み	-.017
視力障害	-.008
聴力障害	-.112
介助	.070
健診受診	.009
老研式得点	-.051
握力	.097
昼寝	-.054
買い物	.040
趣味・稽古事	.149
ボランティア活動	.151*
家業手伝い	-.128
配偶者	-.020

R²=.231 * p<.05 ** p<.01

象者が二種類の群からなり、何らかの変数によって分離できることを思わせる分布である²⁵⁾。これは、前述の満足度の評価基準の置き方が著しく多様なわけではなく、大まかに二つのタイプに分けられることを意味し、例えば個人の志向性など、何らかの心理的特性が反映されているのではないかと考えた。したがって、これを単なる回答上の偏りと解釈するのではなく、さらなる変数を加えて検討することで、どのような要因がこうした分布を決定しているのか明らかにする意義があるのではないかと考えた。

表12 生活全体の満足度と関連要因の重回帰分析
(屋外活動群, 女 n=319)

要 因	標準偏回帰係数 (β)
健康度自己評価	.183**
受療	.007
痛み	-.101
視力障害	-.006
聴力障害	-.075
介助	-.025
健診受診	.066
老研式得点	-.020
握力	.078
昼寝	.114*
買い物	-.125*
趣味・稽古事	.067
老人クラブへの参加	.082
家業手伝い	-.129*
配偶者	-.104

R²=.144 * p<.05 ** p<.01

健康度自己評価：低=0, 高=1
 受療, 痛み, 視力, 聴力障害, 介助, 健診受診：なし=0, あり=1
 老研式得点, 握力：重回帰式には連続量として投入
 生活行動：なし=0, あり=1/配偶者：なし=0, あり=1

屋外群, 屋内群の男女とも満足度が100であると回答した者がもっとも多く、現在の生活に対し非常に満足している者が多かったといえるが、一方で中等度以下の満足度を示す一群も多く認められた。特に、屋内群の分布を屋外群の分布と比較すると、二峰性の低いほうの山が突出しているように見え、中程度以下の満足度を有する者の割

合が多かった。これが、屋外群と屋内群の満足度の有意な差につながっていると考えられた。

3. 生活の場の広がり と満足度との関連

壮年期からの活動性の維持が高齢期のQOLの高さにつながるとする活動理論の提唱以来、地域高齢者の主観的QOL研究でも活動性が注目され、数多い研究が行われてきた^{7,26,27)}が、本研究では、地域高齢者の日常の活動性を、その活動の範囲が大まかにどのくらいに及んでいるかという観点からとらえた。活動性を単に関連要因の一つとしてではなく、対象者の区分に用いることで、きめ細かい地域保健活動を実現することを目指した。

高齢者の寝たきり、ぼけの危険因子として、直接身体機能の障害を来す病気とともに、閉じ込めりがちの生活パターンがあげられており、「閉じ込めり症候群」の名で在宅訪問看護等、地域保健活動でも重要な支援の対象と考えられるようになっている²⁸⁾。本研究のように高齢者の活動性に注目して研究していくことは、保健活動の現実の要請にも合致すると思われる。実際に地域において屋内群に該当する人々は絶対数が限られるため、統計的な検討に困難があるが、より大規模の集団でのさらなる検討で、こうした人々への理解を深めていく必要がある。

本研究で用いた総合的移動能力は、地域高齢者を対象にした総合的ADLの測定尺度であるが、移動の可能な範囲を問う形で質問が構成されており、対象者の活動範囲がおおまかにどのくらいであるか知ることができる。この尺度では、簡便に評価が可能で、比較的明確に対象者を区分できることができると考えた。本研究では、このように、本尺度を従来とは違う形で利用した。

屋外群では日常生活行動はおおむねすべての領域に渡っていたが、屋内群では生活行動が特定の領域に限定されていた。屋内群でも「散歩」、「老人クラブ参加」の行動を行っている者が数人ずつ認められたが、その大部分は「たまに」（週1,2回程度）これらの行動をとる程度だった。屋外群では社会的側面の行動を複数行っている者が多かったのと対照的に、屋内群では行っていてもせいぜい一つ程度であり、日常生活の大半は家庭内に留まっているものと考えられた。このように、屋外群、屋内群では高齢者の生活の実態もかなり異

なることが想像された。

また、屋外群と屋内群では満足度に有意差が認められ、日常の活動範囲が満足度と密接に関連していた。この両者の関連について、本研究では原因論的な解明を意図した訳ではないが、日常生活動作のうえの身体的な制限や、社会、家族など環境要因が対象者の活動範囲を狭めていることが考えられ、これらの要因にアプローチすることで、生活の場が自然に広がっていき、対象者のQOLが向上していくと考えられる。地域保健活動の指標として、対象者の活動範囲、その広がり注目することは、実践的で有益であることが明らかになったと思われる。

4. 屋外活動群の満足度とその関連要因

健康度の主観的評価である健康度自己評価は、先行研究同様に、屋外群の満足度と関連する最大の要因だった。

Zautra²⁹⁾は、健康度と主観的QOLとの関連を検討した先行研究で、健康度自己評価と比べて、客観的健康度と主観的QOLの関連を認めた研究が少ないことを報告している。ところで、健康面で問題を持つ者ほど、調査に参加しない傾向が指摘されており³⁾、健診未受診者では各種検査での異常所見の出現頻度も受診者より多い可能性がある。Larson⁷⁾は、未受診者の成績が分析からはずれてしまうことが健康度と主観的QOLとの関連の過小評価につながる可能性に言及している。本研究では健診受診の有無と満足度との関連は有意ではなかったが、これはあくまでも対象者の一部についての成績で、検査所見と満足度の関連の解釈には慎重である必要がある。

握力は体力全般を反映することが知られ、全人的な老化指標としての有用性が認められている³⁰⁾。単変量の解析では、男で握力が有意に満足度の高さに関連していたが、重回帰分析ではこの関連は有意にならなかった。握力と各種の生活行動の間の内部相関は有意に高く、握力に代表される身体機能が老年期でも保たれている者ほど例えば社会的参加も容易にでき、それが単変量の解析での見かけ上の関連につながったと推測できる。

高齢者がさまざまな領域で生活行動を行えることは、健康度の高さ強く関連する^{5,6)}。

特定の生活行動と満足度との関連が認められたとしても、それは個人の健康度の高さから生じた

見せかけの関連である可能性がある。重回帰分析の独立変数の選択で、生活行動については、単変量の解析で有意だったものを中心に高齢者の日常生活を代表すると思われるものに絞るとともに、単変量の解析で取り上げた各種の健康度の指標を独立変数として取り上げ、個人の健康度が満足度に及ぼす影響を完全に排除はできないとしてもより慎重に評価することを試みた。これによって、地域高齢者の生活の実態のなかで、どのような要素が満足度と関連しあっているかを明らかにしようとして試みた。

高齢者の社会的な側面の生活行動と主観的QOLの関連の報告は多く、特に関連要因として社会的な役割の有無が注目されてきた^{7,8)}。今回関連要因として取り上げた家事的な側面の生活行動も、家庭内における一種の役割ととらえられるものである。谷口らは、都市の在宅高齢者の女で、家庭内の役割が主観的QOLの高さに関連すると報告している³¹⁾。家事については、このような肯定的側面とともに、女だけに課せられた負担とする否定的な側面のとらえ方もある³²⁾。本研究では、男で、一種の社会的な役割であるボランティア活動をしていることが、満足度の高さに有意に関連していた。しかし、女で、家庭内の役割である買い物や家業の手伝いをしていることが満足度の低さに関連しており、すべての役割が高齢者の主観的QOLを高めるわけではないことが示唆された。今回の結果は谷口らの報告には一致しないが、谷口らの対象は都市在住の高齢者、本研究の対象は農村部の高齢者であり、社会文化的な面での集団の性格の違いが原因である可能性がある。農村部では、高齢者でも農作業の労働力として期待されかり出される面が強く、役割も生活の欲びにはつながらず、負担に感じられやすいのかもしれない。また、こうした現象は男よりも女で認められやすい可能性も考えられる。本研究とは対象の性質が異なるが、就業した中年女性等でも、家庭内外で多くの役割が重なる事が主観的QOLに与える負の影響が報告されている^{33,34)}。高齢期の役割とその加重が主観的QOLに及ぼす影響について、さらなる検証が必要であろう。

生理的な行動はQOLの向上をもたらす健康的なライフスタイルの一部として、主観的QOL研究でも関心がもたれている³⁵⁾。女では昼寝をして

いることが満足度の高さと有意に関連していた。昼寝ができるということは、生活のゆとりを象徴する面もあるのかもしれない。

満足度のうち、日常いくつかの生活行動を行っていることによって説明される部分には、健康度の高さを反映する部分がある一方で、健康度とはある程度独立の部分もあることが重回帰分析の結果から示された。

本研究では、満足度に性差はなかったが、満足度と各種の要因との関連には性による違いが認められた。これら、性による満足度の関連要因の違いは、地域保健活動に際しても注意されるべき点の一つであると思われる。

5. 屋内活動群の満足度とその関連要因

単変量の解析の結果では、屋外群と同様に健康度自己評価が、大きく満足度を規定していた。活動範囲の違いに関わらず、個人の健康観は主観的QOLに大きく影響を及ぼすと考えられた。

結果では示さなかったが、屋内群の男で散歩をしていた3人ではたまたま散歩はするものの、今回取り上げたような社会的な側面の行動はほとんど行っておらず、健診も受診していなかった。同じ散歩という行動でも、これらの者のそれは屋外群と違い、ほとんど家周辺に留まり、かなり質的に異なることが推測される。外出は可能でも、それが社会的な交流につながらなければ、満足度を高めることにはならないことを意味しているかもしれない。

屋外群と屋内群では、老研式得点の分布が異なるため、屋外群の「高」と屋内群の「高」では能力の程度が異なり、意味するものも違う。高い活動性を保てることは、高齢者にとって好ましいものにとらえられることが多かったが、一部の者では、能力が保たれているというよりも、狭まった生活の場のなかでも活動能力を保たざるを得ないという面も考えられる。今回の屋内群の男の結果には、課せられた役割の負担が表現されていた可能性もある。

なお、老研式得点は、直接活動能力を評価するもので、今回取り上げた変数の中では特に、対象者の区分によって主観的QOLとの関連が不明瞭になる可能性があるが、屋外群と屋内群をあわせた対象者全体では、満足度との関連は有意ではなかった。結果として屋内群でのみ有意な関連が認

められたことになり、興味深い。

屋内群でも、特に男女で生活行動の持つ意味はかなり違うことが予測されるが、人数の少なから男女別に重回帰分析を行うことは困難だった。ただ、単変量の解析結果より、活動範囲が身体機能上の制約、その他の要因により狭められている人々では、社会的交流の少なさが満足度を低めることにつながりやすく、制約がない人々に比べ、さまざまなことが負担に感じられやすいのではないかと、など幾つか特徴の推測が可能と思われる。

屋内群では、行われている生活行動の種類も特定の領域に限定されていた。今回設定した5つの側面の生活行動は、ある程度高い活動性を有する者を想定しており、生活の場の狭小化した高齢者の「生活」を十分にはとらえきれなかったと思われる。

生活の場がほとんど終日屋内に限定された者でも、活動範囲が屋外に広がる者とはまったく異なる生活行動や他の要因が、満足度を高めることも考えられる。生活の場の狭小化した人々の「生活」の実態に対し、さらに理解を深めていく必要があり、これらの人々の活動範囲が広がっていくことを援助する試みも考えられるべきと思われる。

稿を終えるにあたり、ご指導、ご校閲をいただいた山形大学医学部公衆衛生学講座 新井宏朋前教授に深く感謝いたします。また、研究に御協力いただいた北海道教育大学の岩崎 清氏、山形保健所の阿彦忠之氏、山形保健生協の小川 裕氏、新庄精神病院の佐野琢也氏、米沢市立病院の林 博史氏、山形大学医学部情報処理センター飯田分室の会田重信氏の皆様に感謝いたします。

さらに精神医学的な視点から貴重なご意見を賜りました山形大学医学部精神神経科学講座 十束支朗教授、生地 新氏に厚くお礼申し上げます。

あわせて本研究に多大な協力を頂きました藤島町の関係者各位、山形県立高等保健看護学院の皆様にも感謝いたします。

(受付 '95. 5.23)
(採用 '96. 3.19)

文 献

- 1) 中里克治. 心理学からのQOLへのアプローチ. 看護研究 1992; 25: 193-202.
- 2) 上田 敏. ADLとQOL その基本的な考え方. PTジャーナル 1992; 26: 736-741.

- 3) 小川 裕, 岩崎 清, 安村誠司, 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 1993; 40: 859-871.
- 4) 岩崎 清, 他. 高齢者の日常生活行動と健康. 社会老年学 1989; 29: 86-92.
- 5) 平田道憲. 高齢者の生活時間. 社会老年学 1986; 23: 65-77.
- 6) 橋本修二. 高齢者の社会活動に関する既存統計に基づく検討—活動区分別高齢者数と行動区分別生活時間. 平成4年度科研費長寿科学総合研究事業報告書, 1992; 214-218.
- 7) Larson R. Thirty Years of Research on the Subjective Well-Being of Older Americans. J Gerontol 1978; 33: 109-125.
- 8) 横山博子. 主観的幸福感の多次元性と活動の関係について. 社会老年学 1987; 26: 76-88.
- 9) 芳賀 博. 健康老人のための保健活動. 柴田博, 編. 老人保健活動の展開. 東京: 医学書院, 1992; 240-255.
- 10) 芳賀 博. 健康度と老化の指標. 柴田 博, 他編. 老年学入門. 東京: 川島書店, 1993; 63-74.
- 11) 古谷野亘, 他. 地域老人における日常生活動作能力—その変化と死亡率への影響—. 日本公衛誌 1984; 31: 637-641.
- 12) 杉澤秀博. 高齢者における主観的幸福感および受療に関する社会的支援の効果—日常生活動作能力の相違による比較—. 日本公衛誌 1993; 40: 171-179.
- 13) Ahlsio B, et al. Disablement and Quality of Life After Stroke. Stroke 1984; 15: 886-890.
- 14) 松原治郎. 生活体系と生活環境. 青井和夫, 松原治郎, 副田義也編. 生活構造の理論. 東京: 有斐閣, 1971; 95-138.
- 15) 古谷野亘, 他. 地域老人における活動能力の測定—老研式活動能力指標の開発—. 日本公衛誌 1987; 34: 109-114.
- 16) 厚生省保健医療局老人保健部老人保健課監修. 老人保健法による健康診査マニュアル. 東京: 財団法人日本公衆衛生協会, 1987; 43-65.
- 17) Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. J Gerontol 1975; 30: 85-89.
- 18) Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. The Measurement of Life Satisfaction. J Gerontol 1961; 16: 134-143.
- 19) McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical Applications of Visual Analogue Scales: A Critical Review. Psychol Med 1988; 18: 1007-1019.
- 20) Huskisson EC. Measurement of Pain. Lancet 1974; ii: 1127-1131.
- 21) Fayers PM, Jones DR. Measuring and Analysing Quality of Life in Cancer Clinical Trials: A Review.

- Stat Med 1983; 2: 429-446.
- 22) 林 博史, 阿彦忠之, 安村誠司, 山形県における脳卒中発症者の予後, ならびに生活全体の満足度とその関連要因. 日本公衛誌 1995; 42: 19-30.
- 23) 松林公蔵, 他. “Visual Analogue Scale”による老年者の「主観的幸福感」の客観的評価: F-標準的うつ尺度との関連一, 日老医誌 1992; 29: 811-816.
- 24) 島 悟, 他. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 1985; 27: 717-723.
- 25) 増山元三郎. 少数例のまとめ方 (I). 東京: 竹内書店, 1964; 71-72.
- 26) Lemon BW, Bengtson VL, Peterson JA. An Exploration of the Activity Theory of Aging: Activity Types and Life Satisfaction among In-Movers to a Retirement Community. J Gerontol 1972; 27: 511-523.
- 27) Maddox GL. Activity and Morale: A Longitudinal Study of Selected Elderly Subjects. Social Forces 1963; 42: 195-204.
- 28) 中島紀恵子, 他. 老人の「閉じこもり症候群」. 新井宏朋, 他編. 脳卒中・寝たきり・痴ほうの地域ケア. 東京: 財団法人日本公衆衛生協会, 1987; 51.
- 29) Zautra A, Hempel A. Subjective Well-Being and Physical Health: A Narrative Literature Review With Suggestions For Future Research. Int J Aging Hum Dev 1984; 19: 95-110.
- 30) 谷口幸一. 老人の生活と保健行動 (D. 運動). 柴田 博, 編. 老人保健活動の展開. 東京: 医学書院, 1992; 167-185.
- 31) 谷口和江, 他. 高齢者のモラルにみられる性差とその要因分析—都市の在宅老人を対象にして—. 社会老年学, 1984; 20: 46-58.
- 32) 岡村清子. 家事の性格と家事意識. 直井道子編. 家事の社会学. 東京: サイエンス社, 1989; 81-111.
- 33) Moen P, Dempster-McClain D, Williams RM., Jr. Social Integration and Longevity: An Event History Analysis of Woman's Roles and Resilience. American Sociological Review 1989; 54: 635-647.
- 34) Coverman S. Role Overload, Role Conflict, and Stress: Addressing Consequences of Multiple Role Demands. Social Forces 1989; 67: 965-982.
- 35) 森本兼囊. ライフスタイルとQOL. 老年精神医学雑誌 1993; 4: 976-985.
-

GLOBAL LIFE SATISFACTION AND ITS RELATED FACTORS IN COMMUNITY ELDERLY RESIDENTS

Kouichi SUGAI*, Seiji YASUMURA^{2*}, Masami FUJITA^{2*},
Hiromi IMUTA^{2*}, Kazushige IHARA^{3*}

Key words: Community elderly residents, Global life satisfaction, Visual analogue scale, Daily activities, Life behaviors

This study was aimed at identifying the distribution of global life satisfaction as measured by Visual Analogue Scale (VAS) and factors related to it in 531 community elderly residents aged 75–80 years.

Subjects were divided into two groups according to the extent of their daily activities, which has been emphasized as an important health index for the elderly: the outdoor-activity group (defined as people whose daily activities extended into their community) and the indoor-activity group (defined as people whose daily activities was limited to inside their home).

The distribution of global life satisfaction and related factors were compared between the two groups.

For independent variables, daily behaviors were classified into five categories and examined for how they related to global life satisfaction.

The results obtained were as follows:

Global life satisfaction showed a bimodal distribution in both groups tending to be lower in the indoor-activity group than in the outdoor-activity group. Most of the indoor-activity group indicated low or moderate life satisfaction. The extent of their daily activities was thus related to global life satisfaction.

The strongest direct factor relating to global life satisfaction was self-rated health for the outdoor-activity group. Some of their daily behaviors also related to it and these significant daily behaviors differed by sex.

Only self-rated health was related to global life satisfaction in the indoor-activity group. The results indicate that, when compared to other factors, daily activity in community elderly residents is crucial to increasing their global life satisfaction, and therefore efforts to enlarge subjects' daily activities are also required.

* Yamagata Prefectural Tsuruoka Hospital

^{2*} Department of Public Health, Yamagata University School of Medicine

^{3*} Department of Hygiene, Showa University School of Medicine