

原 著

## 在宅高齢者の生活実態とモラールに 影響を及ぼす諸要因の検討

太湯好子<sup>1)</sup>・岡本絹子<sup>1)</sup> 菊井和子<sup>1)</sup> 酒井恒美<sup>2)</sup>  
松本啓子<sup>2)</sup> 織井藤枝<sup>3)</sup>

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科<sup>1)</sup>

川崎医療短期大学 看護科<sup>2)</sup>

倉敷市児島支所<sup>3)</sup>

(平成 8 年 5 月 22 日受理)

## Study of Factors Affecting the Activities of Daily Life and the Morale of Elderly People

**Yoshiko FUTOUYU<sup>1)</sup>, Kinuko OKAMOTO<sup>1)</sup>, Kazuko KIKUI<sup>1)</sup>, Tunemi SAKAI<sup>2)</sup>,  
Keiko MATSUMOTO<sup>2)</sup> and Fuzie ORII<sup>3)</sup>**

*<sup>1)</sup>Department of Nursing  
Faculty of Medical Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare*

*<sup>2)</sup>Department of Nursing  
Kawasaki College of Allied Health Professions*

*<sup>3)</sup>Health and Sanitation Section  
Kojima Branch of Kurashiki City*

*Kurashiki, 701-01, Japan*

*(Accepted May 22, 1996)*

**Key words** : elderly people, morale scale, activities of daily life,  
community health activities

### Abstract

The actual state of elderly people who stay in their own homes was investigated focusing on physical conditions, health awareness and activities of daily life and social relationship, including family relations. The sense of Meaningful Life (ikigai) was also investigated by PGC moral scale, and the important factors were analysed.

The results show that 70% of the advanced elderlies who live in their own homes feel healthy. However, the ratio who lacked confidence in their health increased in those over

80 years old. The mental state of health is related to the degree of social companionship with peers and relationships within the families, especially with respect to isolation from society or family.

A direction for community health activities was suggested.

## 要 約

本研究は、在宅高齢者の生活実態を健康状態、健康意識、日常生活機能、家族を含めた社会関係の側面から検討した。また、生きがい感を PGC モラール尺度をもとに検討し、それらに影響する諸要因について分析した。

結果、在宅の後期高齢者の70%以上は元気であると回答していたが、80歳を越えると健康に自信を失う者の割合が増えた。また、心理的健康は社会で仲間と活動に参加できている程度や、家族関係の良否、殊に社会的孤立や家族内孤立がかなり影響していることが明らかになった。今後の地域保健活動の方向性が示唆された。

### I. はじめに

日本人の1994年の平均寿命は女性が82.98歳、男性が76.57歳と男女とも世界最高記録を更新したことが「1994年の簡易生命表」で示された<sup>1)</sup>。長寿は喜ばしいことではあるが、人生80年時代が現実のものとなり、単に寿命を延ばすという量的な問題に加えて、人生をいかに有意義に生きるかという質的な問題が重要視されるようになり、その対策として活力のある長寿社会の実現をめざして、1989年の12月に「ゴールドプラン」が策定された。そして、1994年に「地域保健法」が成立し、各種保健サービスが福祉事業と一体化され、市町村の事業として統合化された<sup>2)</sup>。

高齢者が80歳になっても健康で生きがいを感じ、心豊かに生涯を過ごせるような長寿社会の実現は人類の共通の目標であり、保健福祉活動の目標でもある<sup>2)3)</sup>。このためには、高齢者自身の心身の健康は必要不可欠な条件であり、これらは高齢者を支える家族や地域社会の影響をぬきには論じることができない。この様な観点から、この度、地域のなかで生活している後期高齢者に注目し、高齢者が生きがいを感じ、地域のなかでお互い同士が相互に助け合える関係をつくりだすために必要となる諸要因の明確化を目指して本研究に取り組んだ。その結果、高齢者をとりまく地域保健のあり方について、

幾らかの知見を得たので報告する。

高齢者の生きがい感に関する研究としては、医療施設や地域環境に対する満足感や適応性についての研究<sup>4)5)</sup>と内面的、主観的幸福感に対する研究<sup>6)7)8)</sup>がみられるが、本報においては後者の主観的幸福感に注目した。

主観的幸福感は「生きがい」に近い、①自分自身についての基本的満足感、②環境の中に居場所があるという感じ、③年齢等に関連した動かし難い事実等と要約され、Lowton<sup>9)</sup>によって改定された PGC モラール・スケールを用いて、高齢者の生きがい感の指標とした。また、日常生活機能としてはモラール・スケールと同様に、Lowtonの活動能力の概念的体系化にもとづき、新たに古谷野ら<sup>10)</sup>により開発された老研式活動能力指標をもとに日常生活行動とその下位尺度である手段的自立、知的能動性や社会的役割について検討した。老研式活動能力指標は日本の高齢者の生活実態に則して、地域で独立した生活を営む上で必要とされる活動能力に関する測定尺度として開発されたものであり<sup>10)</sup>、地域での高齢者の生活機能の実態を評価する尺度としては優れていると考え、これを用いることにした。

### II. 対象と方法

#### 1) 対象地域の設定

後期高齢者の実態を知るために、住民票にもとづいて、岡山県倉敷市児島A地域に居住する

75歳以上の高齢者全員を選び出した。結果、A地域に455人の存在が確認された。これら的高齢者を対象に愛育委員の協力を得て、自覚的健康状態、受療の有無、家族との同居状態について調査した。そこで、児島A地域には入院中、老人ホーム等に入所中の者を除いた在宅の後期高齢者が382人居住していることが確認された。しかし、その内、確実に状況が確認できた者は332人であった。次いでA地域の高齢者の実態が推測でき、しかも家庭訪問による面接調査を実施する上で実現可能な対象者数を限定するために、さらに地区の選定について協議した。その結果、協力が得られやすく、しかもA地域の中でも他の地区に比べ高齢者比率の高いB地区に設定し調査を実施することにした。

B地区の高齢者割合を倉敷市、児島全体、A地域、B地区で比較すると表1のとおりであった。

## 2) 調査対象および方法

調査対象は、B地区に居住する大正7年6月1日以前に生まれた203人中、予備調査で在宅が確認された149人全員とした。

調査時期としては1993年8月から9月にかけて家庭訪問をし、質問紙をもとに個別に聴き取り調査を実施した。調査内容は生活実態としての身体状況、家庭を含めた社会関係、古谷野ら<sup>10)</sup>による13項目からなる老研式活動能力指標、前田ら<sup>11)</sup>によって翻訳されたLowtonによる17項目の質問からなるPGCモラール・スケール(改定版)を用いた。

PGCモラール・スケールについては、各質問についてモラールの高い方の回答に「1点」、低い方の回答に「0点」を、「どちらともいえない」に「0.5点」を配して、17項目の回答得点の合計得点をモラール得点とした。

表1 対象地域の特性—高齢者割合より—

	倉敷市	児島全体	A地域	B地区
65歳以上人口割合	12.1	14.3	13.1	17.1
75歳以上人口割合	5.3	6.3	5.6	7.3

1993年1月1日現在 (%)

自覚的健康状態については、①元気、②まあまあ元気、③少し調子が悪い、④寝たり起きたり、⑤ほとんど寝ているの5段階に分け調査し、①、②を元気群に、③、④、⑤を元気でない群として纏めた。なお、自覚的健康状態については面接時に健康状態を尋ねる時に確認する程度にとどめ、あくまでも高齢者の主観を尊重し、面接者の判断で健康状態を変えることは控えた。

老研式活動能力指標については、「はい」の回答に「1点」、「いいえ」の回答に「0点」を配して、13項目の回答得点の合計得点をADL得点とした。老研式活動能力指標の因子分析には本指標が独立して生活を営む上で必要となる活動能力を測定することを意図して作成されたことを考え、元気群のみを対象として分析した。因子の描出には主因子法、因子軸の回転にはヴァリマックス法を用いた。

有効回答は120名、内元気群89名、元気でない群31名で、有効回答率は80.5%であった。

## III. 結 果

### 1) 対象者の属性

年齢構造からみると75歳から79歳が54.2%、80歳以上が45.8%で、内85歳以上が男性5人、女性13人で全体の15%を占めていた。90歳以上については男性0人、女性3人で、元気に回答した人はその内の1人だけであった。

家族構成からみると独居老人が10%、高齢者のみの世帯が20%と全体の30%の人が高齢者のみで生活をしていた。

健康状態についてみると男女とも元気とした人が70%以上を占めていたが、80歳を越えると健康に自信を失う人が増すという結果であった。次に、受療状況では67.5%の人が受療ありと回答し、治療中の病気で最も多かったものは「神経痛・リュウマチ」次いで「高血圧」、「目の病気」の順であった。

### 2) 性別、自覚的健康状態別のADL得点およびモラール得点

ADL得点についてみると、5点以下の人は85歳以上でその割合が高く、女性より男性にその傾向が顕著であった。これを性別に自覚的健康状態別でみると、元気群が男女とも明らかに高

かった(表2)。次に年齢階級別にみると、男性では80歳以上の元気群が明らかに元気でない群より有意に高く(表3)、女性では75-79歳と80歳以上の元気群に年齢による差として有意な差が認められた(表4)。このことから、男性では元気群においてはADL得点は80歳を越えても急激な低下は認められず、女性では80歳を越えると元気群においてADL得点に低下をきたすことが明らかになった。

モラール得点についてみると、女性では明らかに元気群の方が高いという結果であった(表2)。これを年齢階級別にみると、75-79歳の女性の元気群と元気でない群間で有意差が認められた。また、元気でない群の75-79歳のモラール得点は $7.50 \pm 5.06$ と最も低い結果であった(表4)。男性では明らかな差としては認められなかった(表3)。

表2 性別・自覚的健康状態別のADL得点およびモラール得点

自覚的健康状態	男 性		女 性	
	元 気 まあまあ元気	元気でない	元 気 まあまあ元気	元気でない
人 数	37	11	52	20
ADL 得 点	$9.22 \pm 2.70$	$6.73 \pm 3.69$	$8.58 \pm 3.48$	$5.90 \pm 4.20$
モラール得点	$12.26 \pm 3.13$	$11.95 \pm 2.84$	$11.79 \pm 3.33$	$9.80 \pm 4.38$

注) 元気でない：少し調子が悪い、寝たり起きたり、ほとんど寝ている  
 平均値±標準偏差を示す \*：P<0.05, \*\*：P<0.01

表3 男性の自覚的健康状態別・年齢別のADL得点およびモラール得点

自覚的健康状態	元 気・まあまあ元気		元 気 で な い	
	75~79歳	80歳~	75~79歳	80歳~
人 数	20	17	5	6
ADL 得 点	$9.20 \pm 2.17$	$9.24 \pm 3.29$	$8.20 \pm 4.27$	$5.50 \pm 2.95$
モラール得点	$12.55 \pm 3.55$	$11.91 \pm 2.91$	$12.90 \pm 3.01$	$11.17 \pm 2.70$

注) 元気でない：少し調子が悪い、寝たり起きたり、ほとんど寝ている  
 平均値±標準偏差を示す \*：P<0.05

表4 女性の自覚的健康状態別・年齢別のADL得点およびモラール得点

自覚的健康状態	元 気・まあまあ元気		元 気 で な い	
	75~79歳	80歳~	75~79歳	80歳~
人 数	32	20	8	12
ADL 得 点	$9.34 \pm 3.23$	$7.35 \pm 3.60$	$6.87 \pm 4.26$	$5.25 \pm 4.22$
モラール得点	$11.64 \pm 3.46$	$12.02 \pm 3.16$	$7.50 \pm 5.06$	$11.33 \pm 3.24$

注) 元気でない：少し調子が悪い、寝たり起きたり、ほとんど寝ている  
 平均値±標準偏差を示す \*：P<0.05

3) 老研式活動能力指標の因子別にみた ADL 得点 — 元気群と元気でない群の比較 —

元気群の老研式活動能力指標の因子構造を古谷野ら<sup>10)</sup>の因子分析の結果と比較すると、表5の如く項目12の「病人を見舞う」のみが古谷野らの因子分析の結果と異なり第I因子に大きな負荷をもった。だが、古谷野らの分析の結果である第II因子にもかなり大きな負荷をもった。また、内的整合性を示す信頼係数( $\alpha$ )は0.803とかなりの水準を示した。しかし、本報ではサンプル数も少なく、古谷野らの結果ともほぼ一致

したこともあり、ADLの下位尺度の検討には古谷野らの分析結果にもとづいて、「項目12」を第II因子とし、第I因子：手段的自立(項目1-6)、第II因子：社会的役割(項目10-13)、第III因子：知的能動性(項目7-9)に分けた。そして、各因子毎のADL得点の平均点を出し、元気群、元気でない群で比較した。その結果を纏めたものが表6である。両群間では知的能動性を除いて元気群が有意に高いという結果であった。3因子間の高低でみると、元気群では第I因子の手段的自立が最も高く、次いで第III因

表5 元気群のADLの質問項目別因子負荷量

	因子別因子負荷量		
	I	II	III
1. バスや電車を使って一人で外出できる	0.553*	0.315	0.109
2. 日用品の買物ができる	0.673*	0.258	0.329
3. 自分で食事の用意ができる	0.411*	0.231	0.098
4. 請求書の支払いができる	0.689*	0.161	0.049
5. 銀行預金、郵便貯金の出し入れができる	0.827*	0.201	0.057
6. 年金等の書類が書ける	0.747*	-0.058	0.097
7. 新聞を読む	0.218	-0.068	0.703*
8. 本や雑誌を読む	-0.045	0.135	0.565*
9. 健康についての記事や番組に関心がある	0.272	0.123	0.300*
10. 友達の家を訪ねる	0.220	0.423*	0.198
11. 家族や友人の相談にのる	0.089	0.596*	-0.028
12. 病人を見舞う	0.378*	0.308	0.054
13. 若い人に自分から話しかける	0.149	0.633*	0.093
固 有 値	3.766	0.849	0.832
累 積 寄 与 率 (%)	28.97	35.50	41.90

n=89

表6 因子別にみたADL得点 — 元気群と元気でない群での比較 —

	元 気 ・ ま あ ま あ 元 気				元 気 で な い			
	n	Mean	SD	有意差	n	Mean	SD	有意差
F1 (手段的自立)	89	0.762	0.297	a	31	0.531	0.415	a
F2 (社会的役割)	89	0.528	0.376	c	31	0.333	0.334	b
F3 (知的能動性)	89	0.641	0.331	b	31	0.559	0.399	a

注) \*\*: P<0.01, \*: P<0.05, ns: P<0.05

同一のアルファベットが記された群間には有意の差を認めない

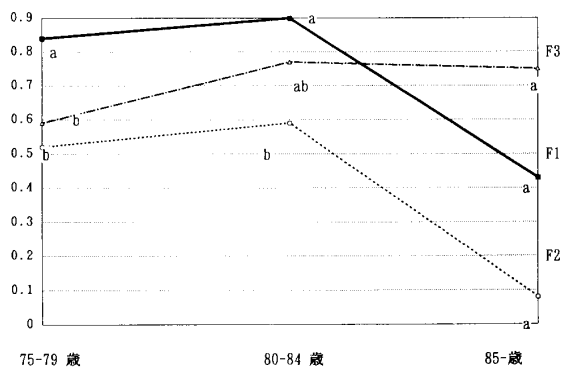
子の知的能動性、最も低かった因子が第II因子の社会的役割であった。元気でない群でも元気群と同様に第II因子の社会的役割が最も低いという結果であった。

4) 元気群高齢者の因子別にみた年齢階級別 ADL 得点の変化

ADL 得点の各因子の加齢による影響をみるために元気群に注目し、年齢階級別に男性、女性に分け、図に示した(図1, 図2)。

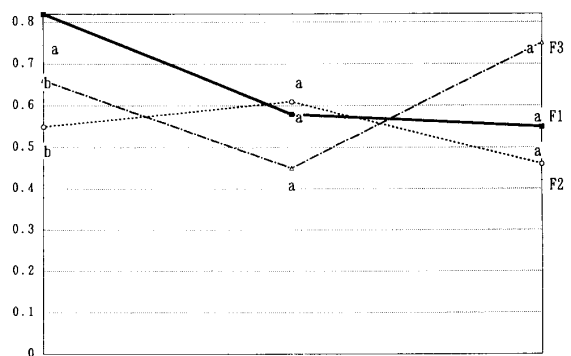
男性では第I因子：手段的自立、第II因子：

社会的役割が85歳を越えると有意に低下し、第III因子の知的能動性については明らかな差としては認められなかった。また、どの年齢階級においても手段的自立や知的能動性の得点が社会的役割得点より高く、中でも知的能動性については85歳以上の高齢になっても低下しない。女性についてみると男性とは異なる傾向がみられ、第I因子の手段的自立は85歳を越えると低下の傾向が認められるが、他の2つの因子については年齢による明らかな差は認められなかった。



注)F1：手段的自立 — F2：社会的役割 ... F3：知的能動性—  
同一の75%パットが記された群間には有意の差を認めない

図1 年齢階級別・因子別・ADL 得点 (男性)



注)F1：手段的自立 — F2：社会的役割 ... F3：知的能動性—  
同一の75%パットが記された群間には有意の差を認めない

図2 年齢階級別・因子別・ADL 得点 (女性)

表7 モラルの各質問項目別の回答割合

	モラルの 高い方の回答	モラルの高い方に 回答した者の割合
①人生は年をとるにしたがって悪くなる	いいえ	56.7%
②去年と同じように元気だ	はい	74.2
③さびしいと感じることがある	いいえ	65.0
④小さいことを気にするようになった	いいえ	70.0
⑤家族や親戚・友人の行き来に満足している	はい	85.0
⑥年をとって役に立たなくなった	いいえ	27.5
⑦心配になって、眠れないことがある	いいえ	60.8
⑧年をとるといことは若いとき考えていたよりよい	はい	30.0
⑨生きていても仕方がないと思うことがある	いいえ	75.8
⑩若い時と同じように幸福だ	はい	68.3
⑪悲しいことがたくさんある	いいえ	80.8
⑫心配なことがたくさんある	いいえ	76.7
⑬前より腹をたてる回数が多くなった	いいえ	75.8
⑭生きることはさびしい	いいえ	48.3
⑮今の生活に満足している	はい	90.0
⑯物事をいつも深刻に考える	いいえ	72.5
⑰心配事があるとおろおろする	いいえ	67.5

## 5) PGC モラル・スケールの質問項目別回答状況

項目別の回答状況は表7のとおりであり、⑥年をとり役にたたなくなった、⑧年をとるといふことは若いとき考えていたより良くないと思っている人が全体の70%を占めていた。また、半数近くの人には生きるとはきびしいと感じていたが、現在の生活には90%の人は満足と回答

していた。他の質問項目については60—80%の人がモラルの高い方に回答していた。

## 6) モラル得点に及ぼす諸要因の影響

高齢者の健康状態、健康意識、日常生活機能、家族を含めた社会関係などの14項目の要因がモラル得点に及ぼす影響について、数量化理論第1類を用いて分析した。得られた結果は表8のとおりであった。

表8 モラル得点に及ぼす諸要因の影響

要 因	カ テ ゴ リ ー	人数	重み値	偏相関係数
年 齢	75～79歳	65	-0.221	0.140
	80～84歳	37	-0.057	
	85歳以上	18	0.915	
性	男	48	0.158	0.045
	女	72	-0.105	
受 療 状 況	受療あり	81	-0.262	0.128
	受療なし	39	0.544	
自覚的健康状況	元気	37	0.339	0.079
	まあまあ元気	52	-0.114	
	元気でない	31	-0.214	
ADL 得 点	12点以上	20	0.205	0.076
	6～11点	72	-0.189	
	5点以下	28	0.340	
家 族 関 係	よい	66	0.765	0.374
	どちらともいえない	47	-0.387	
	よくない	7	-4.618	
家 族 と の 会 話	よく話す	72	0.349	0.153
	ときどき話す	29	-0.182	
	あまり話さない	19	-1.046	
家 族 構 成	単独	12	1.405	0.163
	単独ではないが配偶者なし	47	-0.104	
	配偶者あり	61	-0.197	
隣近所とのつきあい	親しくつきあっている	65	-0.336	0.213
	少しはつきあっている	26	-0.559	
	ほとんどつきあっていない	29	1.253	
親族とのつきあい	親しくつきあっている	81	0.149	0.061
	少しはつきあっている	22	-0.269	
	ほとんどつきあっていない	17	-0.364	
地 域 で の 役 割	関心あり	36	0.570	0.130
	関心なし	84	-0.244	
仕 事 以 外 の グ ル ー プ 活 動	現在参加している	41	1.392	0.428
	以前参加していた	27	-2.414	
	もともと参加していない	52	0.156	
決 ま っ た 仕 事	あり	28	0.350	0.069
	なし	92	-0.107	
家 庭 内 で の 役 割	あり	95	-0.020	0.014
	なし	25	0.078	

プラスの重み値をとるカテゴリーのモラール得点は、全被験者の平均値(11.62)よりその値だけ高めることを意味し、マイナスの重み値はその逆であることを示す。なお、重相関係数は0.667であった。

全体的にみると、仕事以外のグループ活動への参加状況、家族との関係、隣近所とのつきあい状況がモラール得点にかなり大きな影響を及ぼしていることがわかった。

#### IV. 考 察

##### 1) 高齢者の健康意識と日常生活行動(ADL)への影響

在宅の後期高齢者の70%以上のものは元気、まあまあ元気と回答し、かなりの人が健康に生活していることが明らかになった。しかし、これらの高齢者も80歳を越えると健康に自信を失い、地域での社会活動からも引退し、家庭にこもりがちになる。本報の結果においても、元気群(元気・まあまあ元気)と元気でない群を比較すると、当然の結果ながら男女共に元気群のADL得点が高いという結果であった(表2)。しかし、男性においては元気群であればADL得点が80歳を越えても低下しないのに比べ(表3)、女性では80歳を越えると明らかにADL得点が低下した(表4)。これは女性がたとえ健康であっても80歳を越えると、家庭生活や地域の中での役割を失うことと関係があるように思える。実際に、80歳になって出歩くと「恰好が悪い」と面接調査時に何人もの女性から聞かされた。この地区においても、女性が高齢になって出歩くことを好しとしない外的制約があるように思えた。

次に、日常生活行動(ADL)の下位尺度である各因子と加齢との関係について検討すると、元気であることが日常生活行動を維持していく上で重要な要因であることには違いはないが、知的能動性については元気か元気でないかは余り影響がみられなかった(表6)。また、元気群でのADL得点の各因子と加齢との関係をみても、知的能動性については年齢の上昇とは無関係な動きがみられ、男女ともに同様な傾向であった(図1, 2)。このことは、高齢者の日常生

活行動を保持する上での重要なヒントとは考えられないだろうか。

##### 2) 高齢者の健康意識とモラール得点への影響

モラール得点と健康意識との関連についてみると、女性の場合、明らかに元気群のモラール得点が元気でない群に比べて高い。そして、75-79歳の元気でない群のモラール得点は極端に低い(表4)。80歳未満の女性の場合、元気であるかどうかはかなり重要なモラール得点に影響する要因のようである。しかし、男性では明らかな差はみられなかった(表3)。このことは、高齢者の男女の性役割、家庭での性差による位置づけの違い等と関連があるように思える。また、75-79歳の女性の老いへの適応の難しさを示唆しているようで興味深い。高齢者が生きてきた時代背景とその中の文化に規定された性役割をぬきにしては、モラール(生きがい感)については語れないようにも思う。

##### 3) PGCモラール・スケールに及ぼす諸要因の影響

年齢との関連についてみると、年齢が上昇するにつれモラール得点が高まるという結果であった。この結果は、西村ら<sup>12)</sup>の報告と同様であった。前田ら<sup>11)</sup>も年齢が高い方がより楽天的、積極的な気分になり、より心理的には安定している傾向がみられると報告している。85歳を越えると自分も周囲も老いを受けとめやすくなり、受けとめた上で生活の充実を図ろうとする姿勢が生まれてくるのではないだろうか。

健康状況の側面からみると、当然の結果ながら受療している人よりしていない人の方がモラール得点を上げていた。また、自覚的健康状況との関連では、偏相関係数が小さくはあるが、元気が得点を上げるという結果であった。古谷野<sup>7)</sup>は加齢にともなう喪失という意味では、自分の健康の喪失の方がはるかに重大であり、より大きな影響を高齢者のモラールや生活満足感に与えると述べており、本報においてもうなずけるものであった。

次に、高齢者を取り巻く人間関係とモラール得点との関連についてみると、家族との人間関係の良くない人や家族と話をあまりしない人が得点を下げていた。逆に、1人暮らしの人の方



が家族と暮らしている人より得点を上げていた。このことは従来の指摘にみられる如く、1人暮らしの人が自立して生きていく心構えができていてもいえるが、家庭内孤立や社会的孤立についての問題提示ともいえる。このことは近所づきあいについても同様の傾向がみられ、近所とのつきあいがほとんど無いの方がモラル得点を上げていた。

高齢者を取り巻く人間関係の希薄さが想像でき、高齢者個々への働きかけと同時に、家族関係や高齢者を取り巻く地域全体に目を向けた働きかけの必要性が示唆された。このことは、野口<sup>13)</sup>の指摘にもあるような、対人関係の構造的側面といえるソーシャルネットワークと機能的側面からの手段的なサポートの構造化の問題ともいえ、在宅の高齢者を支える上での重要な問題であるように思える。

高齢者の社会活動状況とモラル得点との関係についてみると、社会活動への参加がモラル得点にかなり影響をもたらすという結果であった。地域の中での役割に関心が高く、グループ活動に参加できていることが得点を上げる。下げる要因としては途中からグループ活動に参加できなくなったことであった。もともと参加していない人より、途中から参加できなくなった人のモラル得点が低いという結果であった。参加できなくなった理由として、「健康に自信がない」が最も多い43%、次いで「魅力がない」「人間関係が煩わしい」が16.5%、「仲間がいなくなった」「時間がない」10.1%と続く。グループ活動の活動のあり方を工夫していくことの必要性について課題が残された。高齢者の仲間づくり、体力低下や健康状態にあわせたグループ活動の内容、参加しやすいように配慮された地域性を配慮した小グループでの運営など、社会的な孤立を生じさせないようなアイデアを盛り込んだ生きがい対策が待たれている。

## V. 結 論

1) 80歳を越えると健康に自信を失う人の割合が増えるが、80歳を越えても家庭内での役割や地域での活動に参加できるようなシステムづくりが高齢者が生きがい感を持って生きていく

ためには必要である。

2) 女性の場合、男性に比し、健康であるか否かが生きがい感にかなりの影響をもつようである。女性の場合の75—79歳は日常生活機能の低下に関連して、老いを受け止めていく上でのハードルのある時期である。

3) 日常生活機能の下位尺度の一つである知的能動性は年齢、健康意識などの影響が余りみられない。この点については、測定に用いたツールが正しく高齢者の知的能動性について測定できているかどうかについての問題は残されてはいるものの、高齢者に合った知的な関心を喚起するような地域での生きがい対策を考えることの大切さの指摘といえる。

4) 高齢者の場合、家族との同居者の中に家庭内孤立をしている人がみられ、近隣との人間関係についても希薄である。このような高齢者は高齢になればなるほど、どちらかといえば社会的にも孤立しながら自らの「生きがい感」を維持しているというのが現状のようである。

5) 30%の人が高齢者所帯であることや前述の家庭内孤立や社会的孤立の高齢者の「生きがい感」を支えるという点において、対人関係を中心としたソーシャルネットワークや機能的側面からのサポート介入の体制を、今後どのように作りあげていくかは在宅の高齢者を支えていく上で重要な問題である。生きがい対策である「グループ活動」の検討もこれらの一環として位置づけていく必要性を感じた。

稿を終えるにあたり、調査にご協力いただきましたA地域の愛育委員の皆様、地域の高齢者の皆様、倉敷市児島支所の皆様に心より御礼申し上げます。

本稿は平成6年度総合研究「在宅老人の健康づくりとモラルの高揚をはかるための地域の基盤づくりをめざして」の助成を受けて行なった。なお要旨は、第37回日本老年社会学会（1995年、大阪）で発表した。

## 文 献

- 1) 厚生統計協会編 (1995) 国民衛生の動向・厚生指標. 42(9), 厚生統計協会, 東京.
- 2) 厚生統計協会編 (1994) 国民衛生の動向・厚生指標. 41(9), 厚生統計協会, 東京.
- 3) 大久保洋子 (1995) 高齢者の生きがいと健康づくり推進事業の効果. 第1回「健康文化」研究助成論文集, 明治生命厚生事業団, 59-67.
- 4) 三喜田龍次 (1978) 老人の余暇と生きがい・高齢社会と老人問題. ジュリスト増刊総合特集, 12, 有斐閣, 東京, 279-286.
- 5) 湯沢雍彦 (1969) 老人の幸福感の測定. 日本社会心理学会編, 現代の人間関係の心理学, 勁草書房, 東京, 70-85.
- 6) 前田大作, 浅野 仁, 谷口和江 (1979) 老人の主観的幸福感の研究. 社会老年学, 11, 15-31.
- 7) 古谷野亘 (1981) 生きがいの測定—改定 PGC モラール・スケールの分析—. 老年社会学, 3, 83-95.
- 8) 杉山善朗, 他 (1978) 老人の適応感情の測定. 札幌医科大学医学進学課程紀要, 19, 1-8.
- 9) Lawton MP (1975) The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale. *Journal of Gerontology*, 30(1), 85-89.
- 10) 古谷野亘, 柴田 博, 他 (1987) 地域老人における活動能力の測定. 日本公衛誌, 34(3), 109-114.
- 11) 前田大作, 坂田周一, 他 (1989) 高齢者のモラールの縦断的研究. 老年社会科学, 21, 3-13.
- 12) 西村洋子, 他 (1989) 在宅高齢者の生活実態およびモラールに関する調査結果. 宇部短期大学学術報告, 26, 79-93.
- 13) 野口裕二 (1991) 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. 老年社会科学, 13, 89-105.
- 14) 谷口和江, 浅野 仁, 前田大作 (1980) 身体的活動レベルの高い高齢者のモラール. 社会老年学, 12, 36-48.
- 15) 浅野 仁, 谷口和江 (1982) 老人ホーム入所者のモラールとその要因分析. 社会老年学, 14, 36-48.
- 16) 大塚俊夫, 他 (1982) 高齢者の人格特徴と成熟度に関する研究. 精神衛生研究, 29, 99-112.
- 17) 緒方正名, 野上文夫 (1994) 在宅ケアの現状についての日本, 米国との比較と課題. 川崎医療福祉学会誌, 4(1), 93-102.