

## 高齢者の健康観に関連する要因

佐藤 秀紀\*<sup>1</sup> 中嶋 和夫\*<sup>2</sup> 安西 将也\*<sup>3</sup>  
西田 美佐\*<sup>4</sup> 福渡 靖\*<sup>5</sup>

### I はじめに

WHO専門家委員会報告<sup>1)</sup>は、WHO加盟国がすべての人々の健康を目標として、西暦2000年までに高齢者に対する保健活動を積極的に行うことを要求している。この年、わが国の高齢化率は17.1%に達し（高齢者人口は2170万）、超高齢化社会になることが予測されている<sup>2)</sup>。ただし、高齢者の多くは、加齢にともない心身の機能低下するとともに有病率が高まる等のリスクを有していることから、健康に対し大きな関心を示している<sup>3)</sup>。従来の研究によれば、高齢者の健康問題は、これまで健康保持の内容が身体的なレベルでの健康に偏重していた<sup>4)</sup>ことから、今後の高齢者の保健対策のあり方は、生活という側面に着目して、単なる生理的、身体的な健康保持の段階にとどまることなく、健やかに老いることへの総合的な対策に結びつかなければならないことが指摘されている<sup>5)</sup>。このような健康志向に対し、従来は健康に関する意識調査<sup>2)6)7)</sup>、健康観に関する調査<sup>8)9)</sup>、健康度自己評価の関連要因に関する研究<sup>10)~12)</sup>、健康科学面からの研究<sup>13)14)</sup>などがなされてきたが、高齢者の健康観に関する類型化を試みた研究はほとんど見当たらない<sup>4)</sup>。

そこで、本研究は在宅高齢者を対象に、彼らの健康教育に関する指導指針を得ることをねらいとして、健康観の類型化を行い、次の

で類型化された健康観と人口学的な要因との関連性について検討することを目的とした。

### II 方法

調査は、層化多段無作為抽出法により抽出された「北海道石狩・空知・後志保健福祉圏」内の65歳以上の在宅高齢者2,200名を対象に、調査員による留置法で行った。層化は地域特性（都市近郊地域、農村地域、山村地域）と高齢者人口規模を考慮し、第1次抽出単位を市町村、また第2次抽出単位を調査区、第3次抽出単位を個人として行った。その結果、都市近郊地域はH町、農村地域としてはS村とS町、山村地域としてはH村とI町が選定された。なお、第1次抽出単位は等確率抽出法によって各市町村の抽出人数を割り当て、また調査対象の抽出には住民基本台帳を用いた。

調査項目は、性別、年齢、教育歴、所得、自覚的健康感、医療機関への受療状況（通院を含む）、健康概念に関連する15項目とした。このうち健康概念は、実成ら<sup>4)</sup>がすでに用いていた健康事象15項目について調査した。これら15項目は、身体的健康（「病気やけががない」、「快食快便である」、「よく眠れる」、「持久的運動ができる」、「行動や動作が活発である」）、精神的健康（「夢や希望を持っている」、「悩みがない」、「欲求不満でない」、「気分が陽気である」、「冷静に判断できる」）、社

\* 1 北海道医療大学医療福祉臨床学講座助教授

\* 3 昭和大学医学部公衆衛生学教室助教授

\* 5 同教授

\* 2 同教授

\* 4 順天堂大学医学部公衆衛生学教室助手

会的健康(「対人関係が円満である」、「人に迷惑をかけない」、「他人と協調できる」、「社会のルールを守れる」、「義務・責任を果たせる」)から構成されている。実査に当たり、前記15項目の提示順序はランダム配置とし、このときの回答は、『(各項目が)健康状態をあらわしている否か、「はい」「いいえ」で答えて下さい』と2件法で求め、得点化に関してはそれぞれ1点、0点とした。配布した調査票は、原則として本人の自記入あるいは同居家族が調査対象に尋ね回答を記入するものとした。

統計解析に当たり、高齢者の健康観の類型化は、非階層的クラスター分析<sup>15)</sup>で検討した。なお、本研究においては、健康観は3因子構造から形成されていると仮定し、確認的因子分析である最尤法<sup>16)</sup>による解を求め、このときの個々人の因子得点をクラスター分析にお

ける資料として用いた。内的整合性については、Cronbachの $\alpha$ 係数<sup>17)</sup>を求めて吟味した。さらに、前記分析により類型化された健康観の特徴を明確にすることを目的に、各因子ごとにクラスターを要因とする1要因分散分析を行い、加えてLSD法による多重比較を行った。最後に類型化された健康観と人口学的な要因、すなわち性別、年齢、教育歴、所得、自覚的健康感、医療機関への受療状況の有無との関連性について $\chi^2$ 検定で検討した。

なお、調査対象者の73.2%にあたる1,611名より回答が得られ、この1,611名のうち、65歳以上～84歳以下の1,536名を集計対象とした。

### III 結 果

#### (1) 人口学的な要因と健康事象に関する回答の分布

人口学的な要因の分布は、表1に示した。性別構成は(N=1,525)、男性58.2%、女性41.8%であった。年齢は(N=1,536)、平均が72.1歳(標準偏差4.96)、範囲は65～84歳であった。教育歴は(N=1,468)、「旧制高等小学校卒業者」が48.3%と最も多く、次いで「小学校卒業者」が16.3%となっていた。所得は(N=1,471)、「100万未満」と回答した者が最も多く3割を占めていた。自覚的健康感で測定された健康状態(N=1,510)は、「非常に健康だと思う」が6.6%、「まあ健康の方だと思う」が62.3%、「あまり健康ではない」が21.2%、「健康ではないと思う」は9.9%となっており、現在の受療の有無に関しては(N=1,466)、「有り」と回答した者が72.4%に対し、「無し」が27.6%であった。

健康事象15項目に対する肯定的回答は(表2)、身体的健康では、「快食快便である」(86.4%)と回答した者が最も多く、以下、「よく眠れる」(85.2%)、「病気やけががない」(77.4%)、「行動や動作が活発である」(64.9%)、「持久的運動ができる」(55.6%)の順となっており、これら5項目の肯定的回答率の平均は73.9%であった。

(単位 人、( )内%) 表1 人口学的要因の分布

		分 布
性 別	(N=1,525)	
男		888 (58.2)
女		637 (41.8)
年 齢	(N=1,536)	
平 均 値		72.1歳 (SD=4.96)
男		72.0 (SD=4.85)
女		72.2 (SD=5.11)
所 得	(N=1,471)	
100 万 未 満		471 (32.0)
100 ～ 199 万		324 (22.0)
200 ～ 299 万		286 (19.4)
300 ～ 399 万		265 (18.0)
400 ～ 499 万		68 (4.6)
500 万 以 上		57 (3.9)
教 育 歴	(N=1,468)	
学 校 に 行 か な か っ た		18 (1.2)
小 学 校 卒 業		239 (16.3)
旧 制 高 等 小 学 校 卒 業		709 (48.3)
旧 制 中 学 校 卒 業		149 (10.1)
高 等 女 学 校 卒 業		134 (9.1)
師 範 学 校 卒 業		27 (1.8)
実 業 学 校 卒 業		74 (5.0)
旧 制 高 等 学 校 卒 業		24 (1.6)
旧 制 大 学 卒 業		27 (1.8)
その他(旧制大学予科・旧制高等師範学校等)		67 (4.6)
自 覚 的 健 康 感	(N=1,510)	
健 康 で は な い と 思 う		149 (9.9)
あ ま り 健 康 で は な い と 思 う		320 (21.2)
ま あ 健 康 の 方 だ と 思 う		941 (62.3)
非 常 に 健 康 だ と 思 う		100 (6.6)
受 療 の 有 無	(N=1,466)	
有 り		1 062 (72.4)
無 し		404 (27.6)

精神的健康では、「冷静に判断できる」(86.2%)、「欲求不満でない」(84.7%)、「夢や希望を持っている」(79.6%)、「気分が陽気である」(78.9%)、「悩みがない」(64.0%)の順となっていた。これら5項目の肯定的回答率の平均は78.7%であった。

社会的健康に関しては、「人に迷惑をかけない」(94.0%)、「対人関係が円満である」(93.5%)、「社会のルールを守れる」(92.4%)、「他人と協調できる」(91.6%)、「義務・責任を果たせる」(88.1%)の順であり、これら5項目の肯定的回答率の平均は91.9%であった。

表2 健康概念に関する項目の分布

(単位 人、( )内%)

項目番号	項目内容	「はい」	「いいえ」
1	病気やけががない(N=1 337)	1 035(77.4)	302(22.6)
2	他人と協調できる(N=1 328)	1 216(91.6)	112(8.4)
3	人に迷惑をかけない(N=1 346)	1 265(94.0)	81(6.0)
4	対人関係が円満である(N=1 347)	1 260(93.5)	87(6.5)
5	義務・責任を果たせる(N=1 342)	1 182(88.1)	160(11.9)
6	冷静に判断できる(N=1 338)	1 153(86.2)	185(13.8)
7	行動や動作が活発である(N=1 335)	886(64.9)	469(35.1)
8	社会のルールを守れる(N=1 341)	1 239(92.4)	102(7.6)
9	快食・快便である(N=1 348)	1 165(86.4)	183(13.6)
10	欲求不満でない(N=1 330)	1 126(84.7)	204(15.3)
11	夢や希望を持っている(N=1 323)	1 053(79.6)	270(20.4)
12	悩みがない(N=1 329)	851(64.0)	478(36.0)
13	気分が陽気である(N=1 330)	1 050(78.9)	280(21.1)
14	よく眠れる(N=1 347)	1 147(85.2)	200(14.8)
15	持久的運動ができる(N=1 341)	745(55.6)	596(44.4)

表3 最尤法因子分析による健康概念の構造分析の結果

項目番号	項目内容	因子1	因子2	因子3
8	社会のルールを守れる	0.75611	0.11699	0.24602
5	義務・責任を果たせる	0.73058	0.28319	0.34698
6	冷静に判断できる	0.69109	0.25115	0.36153
4	対人関係が円満である	0.66040	0.02589	0.39602
2	他人と協調できる	0.65535	0.04857	0.31249
3	人に迷惑をかけない	0.62652	0.06384	0.23467
7	行動や動作が活発である	0.27305	0.73998	0.44907
15	持久的運動ができる	0.09959	0.64627	0.43283
9	快食・快便である	0.13964	0.44313	0.35529
1	病気やけががない	0.05710	0.40904	0.26473
12	悩みがない	0.28941	0.41730	0.67696
13	気分が陽気である	0.27237	0.45904	0.65745
10	欲求不満でない	0.42210	0.29024	0.54352
14	よく眠れる	0.10937	0.39675	0.47743
11	夢や希望を持っている	0.37238	0.39442	0.47229
因子負荷量の2乗和		3.0352	1.8651	1.2485
因子の寄与率(%)		20.2349	12.4339	8.3236
累積寄与率(%)		20.2349	32.6688	40.9924

(2) 高齢者の健康観の類型化に関する検討

1) 高齢者の健康の概念構造の特徴に関する検討

クラスター分析に先立ち、健康事象15項目に対し、実成ら(1986)<sup>4)</sup>の社会的、肉体的、精神的健康の3因子構造をモデルとした最尤法による確認的因子分析を行った。その結果、変数2, 3, 4, 5, 6, 8は第I因子、変数1, 7, 9, 15は第II因子、変数10, 11, 12, 13, 14は第III因子で大きな因子負荷量を示していた(表3)。

第I因子に対するパラメータとその推定値に着目すると、仮定した因子からの各項目の因子負荷の大きさは、「他人と協調できる」、「人に迷惑をかけない」、「対人関係が円満である」、「義務・責任を果たせる」、「冷静に判断できる」、「社会のルールを守れる」といった健康事象の因子負荷量が0.63~0.76に分布していた。第I因子は「社会的健康の因子」と解釈できた。

第II因子は、「病気やけががない」、「行動や動作が活発である」、「快食快便である」、「持久的運動ができる」の健康事象を含み、因子負荷量は0.41~0.74に分布していた。この因子は「肉体的健康の因子」と解釈できた。

第III因子は、「欲求不満でない」、「夢や希望

を持っている」、「悩みがない」、「気分が陽気である」、「よく眠れる」の健康事象を含み、因子負荷量は0.47~0.68に分布していた。第III因子は「精神的健康の因子」と解釈できた。

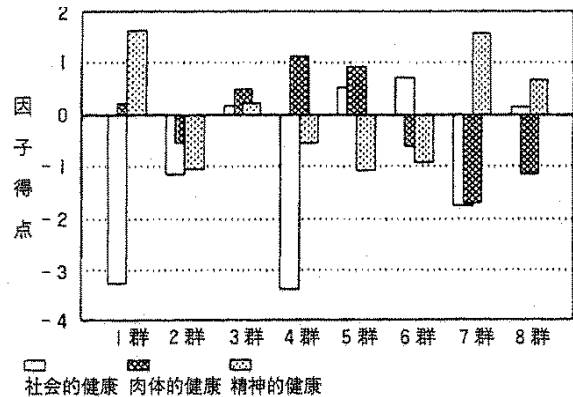
以上のモデルの適合性を示す $\chi^2$ 値は、287.6(df=63)であり、対象人数の大きい<sup>18)</sup>ことから判断して妥当な範囲にあった。なお、評価の信頼性に関しては、高齢者の健康概念構造のCronbachの $\alpha$ 信頼性係数は0.83であった。各因子の内部一貫性は、第1因子0.83、第2因子0.65、第3因子0.71であった。また、

奇数項目と偶数項目に分別したときのCronbachの $\alpha$ 信頼性係数は、奇数項目で0.72, 偶数項目で0.72となっており, 第2因子が0.65と若干低い値となったが, 項目数が少ないことから内部整合性<sup>16)</sup>は示されたものと判断できよう。また, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)の測度は0.88であり, 良好な標本妥当性<sup>18)</sup>が示された。

2) 個人の健康観の類型化に関する検討

確認された3因子についてそれぞれの因子得点を各対象者ごとに算出し, クラスタ分析を用いて個人の分類を試みたところ, 8群に分類された。さらに, 群の特徴を明確にするために, 各因子ごとにクラスターを要因とした1要因分散分析を行った。「社会的健康の因子」においては, クラスタ要因の主効果が有意であった( $F=805.96, p<0.01$ )。そこでLSD法による多重比較を行ったところ, 第6群と第8群間および第3群と第6群間の差を除いた, 残りの群間の差が有意であった( $MSe=0.29, 5\%$ 水準)。すなわち, 第3, 6, 8, 5群が高社会的健康傾向, 第4, 1, 2, 7群が低社会的健康傾向にあった。また「肉体的健康の因子」においては, クラスタ要因の主効果が有意であった( $F=352.93, p<0.01$ )。そこでLSD法による多重比較を行ったところ, 第2群と第7群間, 第2群と第6群間, 第2群と第8群間, 第6群と第7群間, 第6群と第8群間, 第1群と第4群間, 第1群と第5群間の差を除いた, 残りの群間の差が有意であった( $MSe=0.49, 5\%$ 水準)。すなわち, 第3, 5, 1, 4群が高肉体的健康傾向, 第2, 7, 6, 8群が低肉体的健康傾向にあった。また, 「精神的健康の因子」においても, クラスタ要因の主効果が有意であったので( $F=418.07, p<0.01$ ), LSD法による多重比較を行ったところ, 第4群と第5群間, 第4群と第6群間, 第5群と第6群間の差を除いた, 残りの群間の差が有意であった( $MSe=0.55, 5\%$ 水準)。すなわち, 第3, 8, 1, 7群が高精神的健康傾向, 第2, 4, 5, 6群が低精神的健康傾向にあった。

図1 各クラスター群の健康領域別因子得点



以上の結果を, 各クラスター (類型化された健康観) 内の健康領域別因子得点で比較するなら(図1), 第3群は, 社会的健康, 肉体的健康, 精神的健康の3因子すべてに高い得点を示していたことから「高調和健康観群(50.7%)」(男性377名, 女性229名)と命名した。第6群は, 社会的健康の因子にのみ高い得点を示し, 肉体的健康, 精神的健康の2因子に低い得点を示していたことから「高社会的健康観群(12.8%)」(男性88名, 女性64名)と命名した。第4群は, 肉体的健康の因子に高い得点を示し, 社会的健康および精神的の因子に低い得点を示していたことから「高肉体的健康観群(2.9%)」(男性19名, 女性16名)と命名した。第7群は, 精神的健康の因子に高い得点を示し, 社会的健康および肉体的の因子に低い得点を示していたことから「高精神的健康観群(3.4%)」(男性18名, 女性22名)と命名した。第5群は, 社会的健康および肉体的健康の因子に高い得点を示し, 精神的健康の因子に低い得点を示していたことから「高社会・肉体的健康観群(7.9%)」(男性64名, 女性30名)と命名した。第8群は, 社会的健康および精神的健康の因子に高い得点を示し, 肉体的健康の因子に低い得点を示していたことから「高社会・精神的健康観群(17.0%)」(男性103名, 女性99名)と命名した。第1群は, 肉体的健康および精神的健康の因子に高い得点を示し, 社会的健康の因子に低い得点を示していたことから「高肉体・精神的

表4 健康感各群と人口学的な要因との関連性

(単位 人, ( )内%)

	1群	2群	3群	4群	5群	6群	7群	8群	$\chi^2$ 値	有意確率
年齢										
65～74歳	15(71.4)	25(59.5)	443(73.0)	24(68.6)	60(63.2)	103(67.8)	23(56.1)	142(70.0)	11.02	N.S.
75～84歳	6(28.6)	17(40.5)	164(27.0)	11(31.4)	35(36.8)	49(32.2)	18(43.9)	61(30.0)		
性別										
男	12(57.1)	21(50.0)	377(62.2)	19(54.3)	64(68.1)	88(57.9)	18(45.0)	103(51.0)	16.21	p<0.05
女	9(42.9)	21(50.0)	229(37.8)	16(45.7)	30(31.9)	64(42.1)	22(55.0)	99(49.0)		
教育歴										
中学卒業以上	5(23.8)	7(16.7)	223(38.9)	11(32.4)	29(32.2)	40(27.4)	4(10.0)	58(29.3)	32.87	p<0.01
それ以下	16(76.2)	35(83.3)	350(61.1)	23(67.6)	61(67.8)	106(72.6)	36(90.0)	140(70.7)		
収入										
199万以下	14(70.0)	28(71.8)	270(41.3)	20(60.6)	49(53.8)	86(57.3)	27(71.1)	136(69.4)	80.67	p<0.01
200～399万	4(20.0)	10(25.6)	323(49.4)	12(36.4)	31(34.1)	58(38.7)	10(26.3)	50(25.5)		
400万以上	2(10.0)	1(2.6)	61(9.3)	1(3.0)	11(12.1)	6(4.0)	1(2.6)	10(5.1)		
自覚的健康感										
健康でないと思う	2(9.5)	4(9.8)	40(6.6)	5(14.7)	11(11.6)	23(15.0)	7(17.5)	15(7.5)	58.56	p<0.01
あまり健康でないと思う	4(19.0)	14(34.1)	101(16.7)	9(26.5)	26(27.4)	44(28.8)	5(12.5)	50(25.1)		
まあ健康の方だと思う	14(66.7)	21(51.2)	398(66.0)	19(55.9)	53(55.8)	82(53.6)	27(67.5)	126(63.3)		
非常に健康だと思う	1(4.8)	2(4.9)	64(10.6)	1(2.9)	5(5.3)	4(2.6)	1(2.5)	8(4.0)		
医療受診の有無										
有り	14(70.0)	32(80.0)	380(65.2)	25(78.1)	63(69.2)	114(77.0)	37(90.2)	155(79.5)	29.04	p<0.01
無し	6(30.0)	8(20.0)	203(34.8)	7(21.9)	28(30.8)	34(23.0)	4(9.8)	40(20.5)		

健康観群(1.8%)」(男性12名, 女性9名)と命名した。第2群は, 社会的健康, 肉体的健康, 精神的健康の3因子すべてに低い得点を示していたことから「低調和健康観群(3.5%)」(男性21名, 女性21名)と命名した。

### 3) 類型化された高齢者の健康観と人口学的な要因との関連性の検討

前記分析で得られた8群と人口学的な要因との関連性は表4に示した。その結果, 性差( $\chi^2=16.21$ ,  $p<0.05$ ), 教育歴( $\chi^2=32.87$ ,  $p<0.01$ ), 合計所得( $\chi^2=80.67$ ,  $p<0.01$ ), 自覚的健康観( $\chi^2=58.56$ ,  $p<0.01$ ), 医療受診の有無( $\chi^2=29.04$ ,  $p<0.01$ )と群間に有意な違いが認められた。

性差では, 男性に「高社会・肉体的健康観群」が多く, 女性に「高精神的健康観群」が多い結果となっていた。教育歴では, 高学歴層に「高調和健康観群」が多く, 低学歴層に「高精神的健康観群」, 「低調和健康観群」が多くなっていた。合計所得では, 高所得層に「高調和健康観群」が多く, 低所得層に「低調和健康観群」が多くなっていた。自覚的健康感では, 健康であると自覚する層に「高調和健康観群」が多く, 健康でないと自覚する層に「高精神的健康観群」, 「高社会的健康観群」が

多い結果となっていた。医療受診の有無では, 受診無し層に「高調和健康観群」が多く, 受診有り層に「高精神的健康観群」が多くなっていた。

## IV 考 察

本調査研究は, 高齢者の健康感の類型化をクラスター分析を用いて試みた。本調査研究で使用した資料は, 都市近郊地域のH町で12.2%, 農村地域のS村及びS町の16.6%, 山村地域のH村及びI町では13.2%の高齢者人口<sup>19)</sup>に相当するものであった。クラスター分析に先立ち, 高齢者の健康概念を, 確認的(仮設検証的)因子分析(confirmatory factor analysis)で検討した。この手法の特徴は, 探索的(説明的)因子分析(exploratory factor analysis)<sup>20)</sup>に比して, 潜在変数の解釈が比較的容易であり, 加えて因子からの影響力を定量的に解釈可能<sup>21)</sup>であり, また, モデルの当てはまりのよさについて, 統計的仮説検定ができることにある<sup>22)</sup>。すなわち, 実成ら<sup>4)</sup>の肉体的, 精神的, 社会的健康の3因子構造を仮定したモデルとした確認的因子分析を適用したことを勘案するなら, 本分析法の導入は適切

であったと判断される。

その結果、調和度からみた健康観には8群が認められ、各群の特徴から、「高調和健康観群」「高社会的健康観群」「高肉体的健康観群」「高精神的健康観群」「高社会・肉体的健康観群」「高社会・精神的健康観群」「高肉体・精神的健康観群」「低調和健康観群」に分類できることが明らかにされた。

調和度からみた健康観の分布は、「高調和健康観群」が圧倒的に多く、社会的健康、肉体的健康、精神的健康の3面からバランスよく健康を捉えている者は50.7%であった。逆に、社会的健康、肉体的健康、精神的健康の3面ともに意識しない「低調和健康観群」は3.5%であった。また、個々の健康観でみるなら、社会的健康観群に比して、肉体的健康観群および精神的健康観群は少なくなっており、「高社会的健康観群」>「高精神的健康観群」>「高肉体的健康観群」の順となっていた。このことから、高齢者は生活上で調和のとれた理想的な健康観を持つ者が過半数を示し、調和のとれた健康観を持って生活していることが明らかにされた。健康観に対するこのような高齢者の多面的な価値基準ゆえに、生活を支える援助は身体機能だけではなく、精神的、社会的に健康な生活に向けた様々な働きかけが必要となろう。

さらに、本調査研究においては、類型化された健康観と人口学的要因との関連性を検討したところ、性差、教育歴、合計所得、自覚的健康感、医療受診の有無の5項目において、関連性が統計学的に認められた。

性差では、男性に「高社会・肉体的健康観群」が多く、女性に「高精神的健康観群」が多い結果となっていた。これは、男女による役割の相違にも関連し、男性は、地域社会や広範な政治問題への関心が深い<sup>23)</sup>のに対し、女性の家事役割は社会から遊離しがち<sup>24)</sup>であるという事情から、健康認識の対する相違が発現しているものと推察される。

教育歴では、高学歴層に「高調和健康観群」が多く、低学歴層に「高精神的健康観群」、

「高調和健康観群」が多くなっていた。教育歴の高い者ほど、情報の重要性や必要性を自覚していることが報告されている<sup>25)</sup>。このことは、教育歴の高い階層のコミュニケーション能力と既存知識水準が高いことが推察されるものである。換言すれば、教育歴が高いものは、マス・メディアへの接触量とも関連して、自身の生活の便益性や日常生活関心の遠近と連動しながら健康情報を選択的に判断していることから、健康観への調和度も高くなるものと推察される。

合計所得では、高所得層に「高調和健康観群」が多く、低所得層に「低調和健康観群」が多くなっていた。低所得層であればあるほど社会的に孤立、分散し<sup>26)</sup>、地域社会の中に自ら閉じ込めりがちとなりやすいことから、結果的には健康管理の網の目から洩れ、また食物・住居面等、低い健康水準ともあいまって、健康観の調和度も低くなっているものと推察された。

自覚的健康感では、健康であると自覚する層に「高調和健康観群」が多く、健康でないと自覚する層に「高精神的健康観群」、高社会的健康観群」が多い結果となっていた。健康感に満ちている層は調和度が高く、健康に不安を感じている層は、精神的、社会的に健康観の比重を置く傾向が示された。このことは、健全な社会生活を営むために肉体的に不良な状態にある場合には、他の2条件の健康観に重視する傾向が想定される。

医療受診の有無では、受診無し層に「高調和健康観群」が多く、受診有り層に「高精神的健康観群」が多くなっていた。受診無し層は調和度が高く、受診有り層は強健な身体は望めようがなく、自己の健康への関心は、現実可能な精神的健康観に重点を置く傾向が示された。

以上、本調査研究においては、健康観の認識は、性差、社会的・経済的条件差、疾病の有無等、人口学的な特性が関与していることが明らかになった。従って、多くの高齢者が望ましい健康生活を自らが形成していくには、

調和のとれた健康観を醸成していく社会的な対応が必要となることが示唆された。

## V ま と め

本研究では、在宅高齢者を対象に、彼らの健康観の類型化をクラスター分析を用いて検討し、それらが「高調和健康観群」「高社会的健康観群」「高肉体的健康観群」「高精神的健康観群」「高社会・肉体的健康観群」「高社会・精神的健康観群」「高肉体・精神的健康観群」「低調和健康観群」に分類できることを明らかにした。また、前記健康観と人口学的要因との関連性を要因分散分析とLSD法による多重比較で検討し、性差、教育歴、合計所得、自覚的健康感、医療受診の有無の5項目が関与していることを明らかにした。

### 参考文献

- 1) 日本公衆衛生協会：高齢者保健—WHO専門家委員会報告—。東京；日本公衆衛生協会，1990；8-12。
- 2) エイジング総合研究センター：高齢化社会基礎資料年鑑。東京；中央法規，1993。
- 3) Edwards, J. N. and Klemmack, D. L. : Correlations of life satisfaction : a reexamination. *Journal of Gerontology* 1973 ; 28 : 497-502.
- 4) 実成文彦，浅川富美雪，後藤敦，赤木京子，竹内由美，長谷場涼子：日常生活レベルでとらえた肉体的，精神的，社会的健康の認識について。四国公衆衛生学雑誌 1986 ; 31(1) : 68-78.
- 5) 岩崎清，芳賀博，中村洋一，小川裕，安村誠司，生地新，新井宏朋：高齢者の日常生活行動と健康。社会老年学 1989 ; 29 : 86-92.
- 6) 厚生統計協会：国民の福祉の動向。1992。
- 7) 総務庁長官官房老人対策室：老人の生活と意識。東京；中央法規，1992。
- 8) 宮田尚之：現代の健康観について。学校保健研究 1975 ; 17 : 5-15.
- 9) 船川幡夫：健康観の推移と学校保健。学校保健研究 1975 ; 17 : 16-22.
- 10) Segovia, J., Barlett, R. F., and Edwards, A. C. : An empirical analysis of health status measure. *Social Science Media* 1989 ; 29 : 761-768.
- 11) Jonson R. J. and Wolinsky, F.D. : The structure of health status among older adults : disease, disability, functional limitation, and perceived health. *Journal Health Social Behavior* 1993 ; 34 : 105-121.
- 12) 藤田利治，篠野脩一：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 1990 ; 31 : 43-51.
- 13) 川崎順一郎，錦井利臣，唐杉敬，米沢久，紫垣由則：高齢者の健康度を数式化する試み。熊本大学教育学部紀要 1989 ; 38 : 65-78.
- 14) 山崎秀夫：健康状態の評価尺度の構造化と指数化。民族衛生 1994 ; 60(3) : 140-156.
- 15) 奥野忠一，久米均，芳賀敏郎，古沢正：多変量解析。東京；日科技連出版社，1977。
- 16) 芝裕順：因子分析法 第2版。東京；東京大学出版会，1991。
- 17) 池田央：心理学研究法。第8巻，テストII，東京；東京大学出版会，1973；137-175。
- 18) SPSS : SPSS User's Guide(6th edition). Tokyo ; SPSS Inc., 1993.
- 19) 長寿社会開発センター：老人保健福祉マップ数値表。東京；長寿社会開発センター，1994。
- 20) 古谷野直，柴田博，芳賀博，須山端男：PGCモラルスケールの構造。社会老年学 1989 ; 29 : 64-74.
- 21) 竹内啓，豊田秀樹：SASによる共分散構造分析。東京；東京大学出版，1992。
- 22) 池田央：統計ガイドブック。東京；新曜社，1989。
- 23) Warr, P. and Payne, R. : Experience of strain and pleasure among British adults. *Social Science and Medicine* 1982 ; 16 : 1691-1697.
- 24) Gove, W. R. : Gender differences in mental and physical illness : the effects of fixed roles and nurturant roles. *Social Science and Medicine* 1984 : 19 : 77-91.
- 25) Rogers, E. M. : *Communication Technology. The New Media in Society.* The Free Press, 1986 ; 133.
- 36) Childers, T. : *The Information-poor in America.* The Scarecrow Press. 1975 ; 32-43.