

Sense of coherence (SOC)における有意味感は高齢者の Mental well-beingを促進する

オオカタ ヒサシ サワダ ヨウイチ ヤジマ ヌウキ サカノ ジュンコ
 大片 久*1 澤田 陽一*2 矢嶋 裕樹*4 坂野 純子*3

目的 本研究では、高齢期のポジティブな精神的健康を表すMental well-being (MWB)を促進する心理社会的要因を検討した。中でも、Sense of coherence (SOC)の合計点(1因子)のみならず、3つの下位因子(有意味感、把握可能感、処理可能感)の得点がMWBに与える影響も検討した。

方法 2019年2～11月に、地域在住の60歳以上の高齢者567名を対象とし、自記式質問紙による横断調査を実施した。質問内容には基本属性(年齢、性別、教育歴、婚姻状況、就労状況、暮らし向き、同居家族の有無)の他、MWBを捉えるMental Health Continuum14項目短縮版(MHC-SF)とネガティブな精神的健康を捉えるK6、身体的健康状態(疾患の有無、運動器機能、低栄養状態、口腔機能)、社会関係の豊かさを評価するSocial Provisions Scale (SPS)12項目短縮版およびSOC13項目短縮版を盛り込んだ。統計解析として、目的変数にMHC-SFの得点(また、補足解析としてK6の得点)を、説明変数に基本属性、身体的健康状態、社会・環境的要因(同居家族の有無、SPS得点)、SOC得点(あるいは3つの下位因子得点)を段階的に強制投入した階層的重回帰分析を実施した。

結果 統計解析には、欠損のない543名のデータを用いた(有効回答率95.8%)。階層的重回帰分析の結果、ポジティブな精神的健康を表すMWBの促進に影響を与えていたのは、SOC($\beta = 0.421$, $p < 0.05$)あるいは有意味感($\beta = 0.401$, $p < 0.05$)、SPS得点(SOC1因子時: $\beta = 0.115$ /下位3因子時: $\beta = 0.082$, $p < 0.05$)、暮らし向き(SOC1因子時: $\beta = 0.086$ /下位3因子時: $\beta = 0.085$, $p < 0.05$)であった(SOC1因子時: $R^2 = 0.266$ /下位3因子時: $R^2 = 0.307$)。一方、ネガティブな精神的健康(K6得点)の抑制に影響を与えていたのは、SOC($\beta = -0.558$, $p < 0.05$)あるいは有意味感($\beta = -0.125$, $p < 0.05$)、把握可能感($\beta = -0.327$, $p < 0.05$)、処理可能感($\beta = -0.203$, $p < 0.05$)であった(SOC1因子時: $R^2 = 0.369$ /下位3因子時: $R^2 = 0.376$)。

結論 本研究により、ポジティブな精神的健康およびネガティブな精神的健康に対するSOCの影響は強く、また、それぞれに与える下位因子の影響は異なっていた。特に、高齢期のMWBの促進にはSOCの下位因子の中でも、有意味感が重要であることが明らかとなった。

キーワード 高齢者、ポジティブな精神的健康、Mental well-being、Sense of coherence、有意味感

*1 岡山県立大学大学院博士課程保健福祉学研究科大学院生

*2 岡山県立大学保健福祉学部現代福祉学科助教 *3 同教授 *4 新見公立大学健康科学部看護学科准教授

I 緒 言

近年、平均寿命が延伸するにつれ「活動的で健康的な老い」が注目されるようになり¹⁾、種々の疾患を予防することで健康寿命を延ばし、いかに幸福的な老いを全うするかが高齢期において重要な関心事となってきた。高齢期の主観的な幸福感を評価する指標として、これまでにwell-beingやQuality of lifeなどの種々の構成概念が用いられてきたが、これらは人生の意味、人生の目的、自己実現をも包含する本邦における「生きがい」とも関連する²⁾³⁾。また、これらは精神面の不調や異常などネガティブな側面を捉えるのではなく「ポジティブな精神的健康」を評価するツールでもあり、ポジティブ心理学や幸福研究の流れでは、Mental well-being (MWB) に位置づけられる⁴⁾⁻⁶⁾。MWBは健康や長寿の重要な予測因子とされ⁶⁾、これまでのところ、多次的な構成概念のため概念の重複や相違があり明確な定義はなされていないが、生活満足度やポジティブおよびネガティブな感情などの側面を含むhedonic次元のwell-being (主観的well-beingとも呼ばれる)と、自己実現や心理的機能に関連するeudaimonic次元のwell-being (心理的well-beingとも呼ばれる)の両側面から捉えることはおおむね共通認識となっており⁵⁾、高齢期において社会関係を維持し、生産的で刺激的な活動に従事する経験は、後の人生におけるMWBの重要な決定要因であることが示唆されている⁴⁾。

健康はいかにして生成され、維持・増進されるのかという命題を追求する健康生成論を提唱した健康社会学者Antonovskyによれば、Sense of coherence (SOC)は日常生活で絶えず生じるストレス対処において、内外の対処資源(汎抵抗資源 generalized resistance resources: GRRsと呼ばれる)を状況に応じて柔軟かつ適切に選択・動員する力であり、自身の生活世界は首尾一貫している、筋道が通っている、腑に落ちるといった感覚、確信、志向性でもある⁷⁾。また、自身の置かれている、あるいは置かれる

であろう状況がある程度予測・理解できるといって「把握可能感」、何とかなる、何とかやっけていけるという「処理可能感」、ストレスへの対処のしがいも含め、日々の営みにやりがいや生きる意味が感じられるという「有意味感」の3つの下位因子からSOCは構成されている。中でも、動機づけに関する因子である有意味感、周囲の世界の理解を深め、アクセス可能なGRRsを見つけるための原動力とされ⁸⁾、特に高齢期の活動的で健康的な老いを実現するために重要とされている⁹⁾¹⁰⁾。従来、SOCは30代まで発達し、高齢期に至り退職するまで安定し、その後、減少すると仮定されていたが⁸⁾¹⁰⁾、近年では老化による活動性および認知機能の低下によるリスクはあるものの、生涯にわたって発達し続ける可能性も指摘されており⁷⁾¹¹⁾、虚弱や疾患などのリスクが増大する高齢期にあって、日々のストレス対処や健康の維持・増進のみならず、MWBを予測する主要な概念であることが示唆されている¹²⁾⁻¹⁴⁾。

しかしながら、世界一の超高齢社会を突き進むわが国において、活動的で健康的な老いを促進する要因を探求するには絶好の機会であるにもかかわらず、わが国の高齢者のSOCとMWBの関連を検討する研究は非常に少ない。また、SOCの3つの下位因子は相関が高く、1つの概念として捉えることが妥当とされているため¹⁵⁾、これまで各々の因子がMWBに与える影響の相違について十分に検討されておらず、Antonovskyが重要視する有意味感の他、その他の下位因子の関連の有無や程度、そして、高齢者における影響は未だ明らかにされていない。高齢期においては心身機能の衰えや疾患への罹患は避けられないが、MWBを高める要因を明らかにすることができれば、寿命のごく最後まで生命力あふれる人生を送るための示唆が得られるものと考えられる。そこで、本研究では高齢期のMWBを説明する身体機能およびSOCを含めた心理社会的要因を検討すること、また、SOCの3つの下位因子がMWBに与える影響を検討することを目的とした。さらに、ネガティブな精神的健康に与える影響についても比較検

討することを副次的な目的とした。

表1 分析対象者の属性のまとめ (n=543)

(単位 名, ()内%)

Ⅱ 方 法

(1) 調査対象・方法

岡山県内4市2町および広島県内1市の60歳以上の地域高齢者を対象とし、2019年2～11月に自記式質問紙による横断調査を実施した。調査は配票調査法と集合調査法を併用した。なお、本研究では就労の有無によるMWBへの影響を検討すること、また60歳で退職した者が地域に少なからず存在すること等、地域の実情に見合った知見を得るため、60歳以上の者から回答を得た。

(2) 調査内容

質問紙には年齢、性別、教育歴（最終学歴）、婚姻状況、就労状況、暮らし向き（5件法）、同居家族の有無の基本属性の他に、ポジティブな精神的健康、すなわち、MWB（主観的well-beingおよび心理的well-beingの両方）を捉えるのに最適なMental Health Continuum14項目短縮版（MHC-SF）¹⁶⁾と抑うつ傾向や不安障害などのネガティブな精神的健康を捉えるK6を、介護予防・日常生活圏域ニーズ調査¹⁷⁾から現在治療中または後遺症のある病気（疾患の有無）、運動器機能、低栄養状態、口腔機能を、そして、心理社会的要因として社会関係の豊かさ（受領と提供を含むソーシャル・サポート）を評価するSocial Provisions Scale（SPS）12項目短縮版¹⁸⁾およびSOC13項目短縮版（5件法）を盛り込んだ。

(3) 解析方法

統計解析は、目的変数にMHC-SFの得点を、説明変数のstep1に基本属性（年齢、性別、最終学歴、就労の有無、暮らし向き）、step2に身体的健康

	変数の概要・分布	分析での変数の扱い
年齢（平均±標準偏差）	73.4±7.4歳	連続変数
性別		
男性	142(26.2)	名義変数：0
女性	401(73.8)	名義変数：1
最終学歴		
中学	60(11.0)	順序変数：1
高校	327(60.2)	順序変数：2
専門学校	45(8.3)	順序変数：3
短大・高専	102(18.8)	順序変数：4
大学	9(1.7)	順序変数：5
婚姻状況		
既婚	376(69.2)	
未婚	9(1.7)	
離別	23(4.2)	
死別	135(24.9)	
同居家族の有無		
あり	443(81.6)	名義変数：0
なし	100(18.4)	名義変数：1
就労状況		
就労あり	158(29.1)	名義変数：1
勤め人（自営・農林業含む）	85(15.7)	
パート・アルバイト	73(13.4)	
就労なし	385(70.9)	名義変数：0
家事専従	158(29.1)	
無職	227(41.8)	
暮らし向き（平均±標準偏差）	3.1±0.8	
大変苦しい	21(3.9)	順序変数：1
やや苦しい	71(13.1)	順序変数：2
どちらともいえない	280(51.6)	順序変数：3
ややゆとりがある	162(29.8)	順序変数：4
大変ゆとりがある	9(1.7)	順序変数：5
疾患の有無		
あり	396(72.9)	名義変数：0
なし	147(27.1)	名義変数：1
運動器機能低下		
なし（良い）	431(79.4)	名義変数：0
あり（悪い）	112(20.6)	名義変数：1
低栄養状態		
なし（良い）	511(94.1)	名義変数：0
あり（悪い）	32(5.9)	名義変数：1
口腔機能低下		
なし（良い）	403(74.2)	名義変数：0
あり（悪い）	140(25.8)	名義変数：1
社会関係：SPS得点（平均±標準偏差）	33.0±4.8	連続変数
首尾一貫感覚：SOC得点（平均±標準偏差）	46.0±5.3	連続変数
有意味感：得点（平均±標準偏差）	14.6±2.1	連続変数
処理可能感：得点（平均±標準偏差）	17.2±2.4	連続変数
把握可能感：得点（平均±標準偏差）	14.2±2.0	連続変数
ポジティブな精神的健康：MHC-SF得点（平均±標準偏差）	34.1±15.6	連続変数
ネガティブな精神的健康：K6得点（平均±標準偏差）	4.2±3.5	連続変数

注 1) 疾患の有無：高血圧、脳卒中、心臓病、糖尿病、高脂血症、呼吸器の病気、胃腸・肝臓・胆のうの病気、腎臓・前立腺の病気、骨格筋の病気、外傷、がん、血液・免疫の病気、うつ病、認知症、パーキンソン病、目の病気、耳の病気のうち、少なくとも1つ該当する場合、疾患ありとした。

2) MHC-SF：Mental Health Continuum-short form, SPS：Social Provisions Scale, SOC：Sense of coherence。

状態（疾患の有無，運動器機能，低栄養状態，口腔機能），step3に社会・環境的要因（同居家族の有無，SPS得点），step4にSOC得点（あるいは，3つの下位因子）を強制投入したモデルで階層的重回帰分析を行った。補足解析としてK6を目的変数とした同様の分析も行った。なお，本研究では，5件法で取得したSOCに関しては，3因子2次因子モデルでの因子構造を確認的因子分析（最尤法）で確認した。すべての検定における有意水準は0.05とし，IBM SPSS25とAmos25を解析に用いた。

(4) 倫理的配慮

調査員が調査目的の趣旨，研究協力への自由意志の保証，匿名性の保持などを加味した説明を口頭と書面で行い，回答をもって研究の同意を得たものとみなした。なお，本調査は岡山県立大学倫理委員会の承認を受けた上で実施した（番号18-46：承認日2018年9月20日）。

Ⅲ 結 果

(1) 記述統計およびSOCの因子構造

質問紙を567名に配布し全員から回収後，データに不備のない543名のデータを統計解析に用いた（有効回答率95.8%）。男性は142名（26.2%），女性は401名（73.8%），平均年齢は73.4±7.4（範囲60-96）歳であった。その他の基本属性および評価尺度得点の記述統計の結果は表1のとおりであった。

3因子2次因子モデルでSOCの因子構造を確認した結果，おおむね統計学的許容水準が満たされた（CFI=0.931，GFI=0.955，RMSEA=0.057）。

(2) 階層的重回帰分析

階層的重回帰分析により，ポジティブな精神的健康を捉えるMHC-SF得点およびネガティブな精神的健康を捉えるK6得点を説明する要因を検討した結果を，表2に示した。MHC-SF得点を目的変数とした分析において，基本属性のみを投入したstep1では決定係数R²の変

表2 階層的重回帰分析の結果

目的変数	A MHC-SF得点				B K6得点				C MHC-SF得点				D K6得点			
	step1	step2	step3	step4	step1	step2	step3	step4	step1	step2	step3	step4	step1	step2	step3	step4
標準偏回帰係数	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β	β
年齢	0.218*	0.226*	0.215*	0.172*	0.146*	0.121*	0.129*	0.184*	0.218*	0.226*	0.215*	0.137*	0.146*	0.121*	0.129*	0.170*
性別	-0.001	0.000	-0.018	0.039	0.033	0.027	0.037	-0.038	-0.001	0.000	-0.018	0.008	0.033	0.027	0.037	-0.050
最終学歴	0.044	0.046	0.038	-0.028	-0.070	-0.074	-0.070	0.018	0.044	0.046	0.038	-0.039	-0.070	-0.074	-0.070	0.016
就労の有無	0.056	0.056	0.058	0.041	-0.001	0.002	0.001	0.023	0.056	0.056	0.058	0.022	-0.001	0.002	0.001	0.014
暮らし向き	0.212*	0.207*	0.195*	0.086*	-0.220*	-0.201*	-0.198*	-0.054	0.212*	0.207*	0.195*	0.085*	-0.220*	-0.201*	-0.198*	-0.053
疾患の有無	-	0.025	0.046	0.015	-	-0.014	-0.023	0.018	-	0.025	0.046	0.015	-	-0.014	-0.023	0.017
運動器機能	-	-0.019	-0.023	0.011	-	0.037	0.039	-0.006	-	-0.019	-0.023	0.025	-	0.037	0.039	0.000
低栄養状態	-	-0.010	-0.010	-0.002	-	0.102*	0.101*	0.092*	-	-0.010	-0.010	-0.014	-	0.102*	0.101*	0.085*
口腔機能	-	-0.002	-0.010	0.037	-	0.087*	0.090*	0.029	-	-0.002	-0.010	0.037	-	0.087*	0.090*	0.028
同居家族の有無	-	-	0.013	0.003	-	-	-0.020	-0.006	-	-	0.013	0.020	-	-	-0.020	0.001
SPS	-	-	0.177*	0.115*	-	-	-0.080	0.002	-	-	0.177*	0.082*	-	-	-0.080	-0.013
SOC	-	-	-	0.421*	-	-	-	-0.558*	-	-	-	-	-	-	-	-
SOC-意味感	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.401*	-	-	-0.125*
SOC-把握可能感	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.053	-	-	-0.327*
SOC-処理可能感	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.082	-	-	-	-0.203*
決定係数：R ²	0.089	0.090	0.120	0.266	0.085	0.107	0.113	0.369	0.089	0.090	0.120	0.307	0.085	0.107	0.113	0.376
調整済みR ²	0.081	0.075	0.102	0.249	0.077	0.092	0.095	0.354	0.081	0.075	0.102	0.289	0.077	0.092	0.095	0.359
変化量 Δ R ²	0.089*	0.001	0.030*	0.146*	0.085*	0.022*	0.006	0.255*	0.089*	0.001	0.030*	0.187*	0.085*	0.022*	0.006	0.263*

注 1) 分析モデルAとBは説明変数にSOC得点を投入し，モデルCとDはSOCの下位因子得点を投入した結果である。
 2) MHC-SF：Mental Health Continuum-short form，SPS：Social Provisions Scale，SOC：Sense of coherence。*：p<0.05

化量は有意であり ($R^2=0.089$, 調整済み $R^2=0.081$, $\Delta R^2=0.089$, $p<0.05$), 年齢 ($\beta=0.218$, $p<0.05$) と暮らし向き ($\beta=0.212$, $p<0.05$) の主効果が有意であった。続いて, 身体的健康状態を投入したstep2では, R^2 の変化量は非有意であった ($R^2=0.090$, 調整済み $R^2=0.075$, $\Delta R^2=0.001$, n.s.)。社会・環境的要因を投入したstep3では R^2 の変化量は有意であり ($R^2=0.120$, 調整済み $R^2=0.102$, $\Delta R^2=0.030$, $p<0.05$), SPSの主効果が有意であった ($\beta=0.177$, $p<0.05$)。最終のstep4では R^2 の変化量は有意であり ($R^2=0.266$, 調整済み $R^2=0.249$, $\Delta R^2=0.146$, $p<0.05$) であり, SOC ($\beta=0.421$, $p<0.05$), SPS ($\beta=0.115$, $p<0.05$), 暮らし向き ($\beta=0.115$, $p<0.05$) のそれぞれが有意に関連した。また, step4に投入するSOCを3つの下位因子に入れ替えた結果, R^2 の変化量は有意であり ($R^2=0.307$, 調整済み $R^2=0.289$, $\Delta R^2=0.187$, $p<0.05$) で, 有意味感 ($\beta=0.401$, $p<0.05$), SPS ($\beta=0.082$, $p<0.05$), 暮らし向き ($\beta=0.085$, $p<0.05$) のそれぞれが有意に関連した。なお, 当該分析においてVariance inflation factor (VIF) は2以下であった。

さらに, K6得点を目的変数とした追加解析において, 基本属性のみを投入したstep1では決定係数 R^2 の変化量は有意であり ($R^2=0.085$, 調整済み $R^2=0.077$, $\Delta R^2=0.085$, $p<0.05$), 年齢 ($\beta=0.146$, $p<0.05$) と暮らし向き ($\beta=-0.220$, $p<0.05$) の主効果が有意であった。続いて, 身体的健康状態を投入したstep2では, R^2 の変化量は有意であり ($R^2=0.107$, 調整済み $R^2=0.092$, $\Delta R^2=0.022$, $p<0.05$), 低栄養状態 ($\beta=0.102$, $p<0.05$) と口腔機能 ($\beta=0.087$, $p<0.05$) の主効果が有意であった。社会・環境的要因を投入したstep3では R^2 の変化量は非有意であった ($R^2=0.113$, 調整済み $R^2=0.095$, $\Delta R^2=0.006$, n.s.)。最終のstep4では R^2 の変化量は有意であり ($R^2=0.369$, 調整済み $R^2=0.354$, $\Delta R^2=0.255$, $p<0.05$) であり, SOCが有意に関連したが ($\beta=-0.558$, $p<0.05$), 暮らし向きの主効

果は消失した ($\beta=-0.054$, n.s.)。step4に投入するSOCを3つの下位因子に入れ替えた結果, R^2 の変化量は有意であり ($R^2=0.376$, 調整済み $R^2=0.359$, $\Delta R^2=0.263$, $p<0.05$), 有意味感 ($\beta=-0.125$, $p<0.05$), 把握可能感 ($\beta=-0.327$, $p<0.05$), 処理可能感 ($\beta=-0.203$, $p<0.05$) のそれぞれが有意に関連した。なお, 当該分析においてもVIFは2以下であった。

IV 考 察

本研究により, 高齢者において, ポジティブな精神的健康を表すMWBの促進には, SOC得点, SPS得点が反映する社会関係, そして, 年齢と暮らし向きが寄与する一方で, ネガティブな精神的健康を表すK6の抑制にはSOC得点が寄与することが明らかとなった。

SOCに関して, 有意味感の重要性を指摘するAntonovskyの主張を裏付けるように⁷⁾⁸⁾¹⁰⁾, 合計得点のみならず, 3つの下位因子の中でも有意味感がMWBに対して強く関連しており, これは大学生を対象とした磯和らの報告¹⁹⁾と符合していた。有意味感は前述のとおり, 周囲の世界の理解を深め, アクセス可能なGRRsを見つけるための原動力とされ, 特に高齢期の活動的で健康的な老いを実現するために重要な動機づけに関する因子である⁸⁾⁻¹⁰⁾。また, 有意味感の主観的well-beingを予測する目的意識, 効力感やコントロール感, 評価や正当化の意識, 自尊心といった因子を統合する中核概念であることも示唆されていることから²⁰⁾, SOCおよび有意味感を高める介入は高齢者のMWBの維持・増進にとって有益であると考えられる。これまでに, トークセラピーやセルフケアプログラムなどの介入によりSOC得点が増加することが示されており²¹⁾²²⁾, 心身の不調および機能面における老性自覚, 退職などによる役割の喪失や親しい人との別れなどによりMWBの低下リスクがある高齢期であっても, SOCを形成・強化しMWBを高めることが可能であろう。特にMWBに強く影響を与える有意味感は, 好ましい結果が得られたことに自分自身も参加・参与

したという人生経験の積み重ねによって形成・強化されるとされ⁷⁾、そのような経験ができる介入が有効と考えられる。ただし、SOCの強化だけがMWBを高める訳ではなく、本研究では受領と提供からなるソーシャル・サポートを反映した社会関係や暮らし向きから推定される経済状況といったGRRsもまた、MWBの維持・強化には有効であることが示された。これらの要因とMWBとの関連は従来の知見²³⁾²⁴⁾でも明らかとなっており、これまでに実践されている良好な社会関係の構築を醸成する取り組みや経済対策もMWBを高める要因となり得るだろう。

他方で、補足的に検討したネガティブな精神的健康を表すK6の抑制に関しては、MWBへの影響とは異なり、SOCの合計得点ならびに3つの下位因子すべてが関連しており、これは先行研究とも一致している²⁰⁾²⁵⁾。SOCは「ストレス対処力」とも呼ばれ、GRRsの動員によって適切なストレス認知や適度な生体のストレス反応の生起、対処行動が行われた結果、抑うつを低減させる⁷⁾。これらのプロセスには有意味感のみならず、内外の環境からの刺激を秩序だった一貫性のある情報としてどの程度知覚できるかを担う把握可能感と、直面した刺激に見合う十分な資源を自由に活用できるかを担う処理可能感⁸⁾¹⁵⁾も関わることは、その要因の特性から容易に推測でき、本研究でも関連が認められたのだろう。高齢者を対象とした本研究と同様に大学生においても3つの下位因子すべてが抑うつに関連していることから¹⁹⁾、抑うつへの影響も、年代問わず有効であると考えられる。

最後に、本研究では、MHC-SFやK6の得点の増加には加齢の影響が認められており、高齢期では加齢に伴いポジティブとネガティブ両極の側面が徐々に強くなる可能性がある。そのような状況下でMWBを促進し、抑うつを抑制するSOCの強化は活動的で健康的な老いや幸福的な老いの実現にとって必要不可欠であると考えられる。

V 結 論

本研究により、ポジティブな精神的健康およびネガティブな精神的健康に対するSOCの影響は強く、また、それぞれに与える下位因子の影響は異なることが示唆された。特に、MWBの促進にはSOCの下位因子の中でも有意味感が重要であることが明らかとなった。

謝辞

調査実施に当たり、ご協力いただいた高齢者の皆様に感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS科研費JP17H02609, JP18K03105の一部の助成を受けたものである。

文 献

- 1) Bousquet J, Malva J, Noguez M, et al. Operational definition of active and healthy aging (AHA) : The European innovation partnership (EIP) on AHA reference site questionnaire : Montpellier October 20-21, 2014, Lisbon July 2, 2015. *Journal of the American Medical Directors Association* 2015 ; 16(12) : 1020-6.
- 2) 長谷川明弘, 藤原佳典, 星旦二. 高齢者の「生きがい」とその関連要因についての文献的考察 - 生きがい・幸福感との関連を中心に -. *総合都市研究* 2001 ; (75) : 147-70.
- 3) 長谷川明弘, 藤原佳典, 星旦二, 他. 高齢者における「生きがい」の地域差 : 家族構成, 身体状況ならびに生活機能との関連. *日本老年医学会雑誌* 2003 ; 40(4) : 390-6.
- 4) Donisi V, Tedeschi F, Gonzalez-Caballero JL, et al. Is mental well-being in the oldest old different from that in younger age groups? Exploring the mental well-being of the oldest-old population in Europe. *Journal of Happiness Studies* 2020 ; doi : 10.1007/s10902-020-00292-y.
- 5) Keyes CLM (Ed). *Mental well-being : International contributions to the study of positive mental health*. New York : Springer, 2012 ; 1-388.
- 6) Stranges S, Samaraweera PC, Taggart F, et al. Major health-related behaviours and mental well-

- being in the general population : the Health Survey for England. *BMJ Open* 2014 ; 4 (9) : e005878.
- 7) 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子 (編). ストレス対処力SOC-健康を生成し健康に生きる力とその応用. 東京 : 有信堂, 2019 ; 1-251.
 - 8) Antonovsky A 著 (山崎喜比古, 吉井清子 監訳). 健康の謎を解くストレス対処と健康保持のメカニズム. 東京 : 有信堂. 1987 (2001監訳) ; 1-251.
 - 9) Bergman E, Malm D, Ljungquist B, et al. Meaningfulness is not the most important component for changes in sense of coherence. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 2012 ; 11 (3) : 331-8.
 - 10) Koelen MA, Eriksson M, Cattani M. Older people, sense of coherence and community. In the handbook of salutogenesis. by Mittelmarm MB, Sagy S, Eriksson M, et al (Eds.). Berlin : Springer, 2017 ; 137-49.
 - 11) 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古, 中山和弘, 他. 13項目7件法sense of coherenceスケール日本語版の基準値の算出. *日本公衆衛生雑誌* 2015 ; 62 (5) : 232-7.
 - 12) Drageset J, Nygaard HA, Eide GE, et al. Sense of coherence as a resource in relation to health-related quality of life among mentally intact nursing home residents-A questionnaire study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008 ; 6 (1) : 85.
 - 13) von Humboldt S, Leal I, Pimenta F. Sense of coherence, sociodemographic, lifestyle, and health-related factors in older adults' subjective well-being. *International Journal of Gerontology* 2015 ; 9 (1) : 15-9.
 - 14) Zielińska-Więczkowska H, Ciemnoczołowski W, Kędziora-Kornatowska K, et al., The sense of coherence (SOC) as an important determinant of life satisfaction, based on own research, and exemplified by the students of University of the Third Age (U3A). *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2012 ; 54 (1) : 238-41.
 - 15) 藤里紘子. Sense of Coherenceの3要素はあらゆる状況で適応的に働くのか? -Sense of Coherenceへの介入研究に向けて-. *応用心理学研究* 2015 ; 41 (2) : 147-55.
 - 16) 大片久, 澤田陽一, 矢嶋裕樹, 他. 高齢期のポジティブな精神的健康をとらえる日本語版Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF-J) の妥当性と信頼性の検証. *日本老年社会科学* 2021 ; 43 (3) : 262-73.
 - 17) 厚生労働省. 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査実施の手引き (2016年9月30日版). (<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000138620.pdf>) 2020.12.7.
 - 18) 大片久, 澤田陽一, 矢嶋裕樹, 他. 地域高齢者を対象としたSocial Provisions Scale (SPS) 短縮化の試み-項目反応理論分析による検討-. *岡山県立大学保健福祉学部紀要* 2018 ; 25 (1) : 27-35.
 - 19) 磯和壮太郎, 野口直樹, 三宮真智子. 大学生のSense of Coherenceが抑うつと主観的幸福感に及ぼす影響に対する自発的な自己観の好ましきによる媒介効果の検討. *Journal of Health Psychology Research* 2019 ; 31 (2) : 155-64.
 - 20) Compton WC. Meaningfulness as a mediator of subjective well-being. *Psychological Reports* 2000 ; 87 (1) : 156-60.
 - 21) Langeland E, Riise T, Hanestad BR, et al. The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems. A randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling* 2006 ; 62 (2) : 212-9.
 - 22) Tan KK, Chan SW, Wang W, et al. A salutogenic program to enhance sense of coherence and quality of life for older people in the community : A feasibility randomized controlled trial and process evaluation. *Patient Education and Counseling* 2016 ; 99 (1) : 108-16.
 - 23) Drageset J, Eide GE, Nygaard HA, et al. The impact of social support and sense of coherence health-related quality of life among nursing home residents-A questionnaire survey in Bergen, Norway. *International Journal of Nursing Studies* 2009 ; 46 (1) : 66-76.
 - 24) 根本裕太, 倉岡正高, 野中久美子, 他. 若年層と高齢層における世代内/世代間交流と精神的健康状態との関連. *日本公衆衛生雑誌* 2018 ; 65 (12) : 719-29.
 - 25) Nilsson K, Leppert J, Simonsson B, et al. Sense of coherence and psychological well-being : Improvement with age. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2010 ; 64 (4) : 347-52.