

高齢期における健康度の移行と関連要因の分析

篠 崎 正 美
佐 藤 和 子

要 約

高齢期への人生上の移行として重要なものとして顕在化する「健康度」移行を、まずその内的構造の特徴で把握する。対象は65歳～96歳までの男性99人、女性132人計231人である。健康度の指標として松本らの「健康度診断表」を用いた。対照群として、看護短大学生、一般成人、老人大学大学院で学ぶ“学習型高齢者”を示した。高齢者の精神的健康度の比重の大きさ、学習型高齢者における社会的健康度の高さが明確に見られた。

次に、高齢期の健康度に関連すると思われる生活構造関連要因との相関分析を行ない、生活各領域での満足度、人生目標、人生の見通し、心のコントロール、具体的習慣的な生活活動が、精神的・身体的・社会的・総合的健康度と相関が強いことを見出した。また、性別・年齢別の健康度各項目因子分析により、健康度の内的構造がジェンダー規範を反映し、かつ加齢段階による健康度移行に差異があることを見出した。

1. 問題の所在

「健康」は、今日日本人の生活の質の向上を考える際の、最大の関心事になっていることは諸種の調査で明らかにされている⁽¹⁾。筆者がアジアのいくつかの地域で調査した中での「生活の中の心配や不安」でも、比較の対照群とした福岡でのトップは“健康”，二番目が“仕事のこと”であった。ちなみに北京では“子供の教育”“住宅”，バンコクでは“交通事故”“現在のくらしむき

（経済状態）”であり、ソウルにおいてが福岡と同じく“健康”がトップ、次に“子供の教育”であった⁽²⁾。

健康への不安や関心の高さは諸種の要因によって説明されねばならないものの、わが国のばあい、急速に高齢化が進む社会構造変動の中での長命化への、個人の生活構造上の対応の中核に、この要因があることを示唆すると考えられる。

これまで社会老年学においては、老化或いは加齢と社会的相互作用局面における個人の生活構造変化を理論的に定式化しようとする試みが早くから行われ、周知のような「活動理論」と「離脱理論」の論争が行われてきた⁽³⁾。しかしデータによって検証しうる形で、定式化への結論を得ていない。このことは問題への接近において、個人の生活構造概念の中に、社会学を中心とする社会老年学的接近方法が、「健康」要因をいわば「与件」化したことにその原因があるのではないかと考える。生活構造概念における「健康」要因を変数として捉え直し、客観的に計測可能な操作的尺度の構成によって、加齢と社会的相互作用関係の関連を再定式化することが可能になるのではないかと仮説する。この際、重要な問題は、もちろん第一に人間にとっての健康要因の定義と操作的尺度化をどうするかということであり、第二に性別に、また文化的文脈においての健康要因の構造の違いが重視されねばならないという点である。

A.Meleis は、看護学の立場から、人生における重要な役割移行(role transition)として、「発達移行」(developmental transition)、「状況移行」(situational transition)と並んで「健康—疾病移行」(health-disease transition)をあげているが⁽⁴⁾、この役割移行の考え方は、加齢＝老化と生活構造変化の関係の再定式化にとって非常に示唆的である。但し Meleis の「健康—疾病移行」は、T.Parsons 的な意味で、病気になった時、「病人」役割をどう受容するかという看護の観点から考案されているために、「病人」対「非病人」という二分法で捉えられているように見える。高齢期における役割移行のばあい、「健康—疾病移行」の二分法より、「発達移行」がそうであるように、

「健康度」の連続体の中での移行と社会的相互作用局面との関連として考えていくことが有効ではないかと仮説する。つまり「健康度」移行を変数化するという考え方である。

筆者らは、さしあたり「健康」を WHO の定義に従って捉え、その上で、高齢期の健康度はかなりのところ個々人のライフコースや生き方の集積として示されるであろうと仮説してきた⁽⁵⁾。この考え方は、先稿で報告したように、筆者らの在宅高齢者の健康度に関する調査結果によって一部支持されている。つまり、高齢者の高い健康度の寄与因子は、第一に「心の成熟度と人間関係」と呼ぶことの出来る因子であり、第二に「身体的適応能力」因子、第三は言葉の真の意味で「社交性」因子であった⁽⁶⁾。

本稿では、これらの知見に加えるものとして、上に述べたような問題意識から、まず高齢期の健康度の移行の様相を把握すること、高齢期の健康度に関連すると考えられる生活構造上の諸要因との相関性を検討すること、健康度の構成因子の性別の違いを検討することを試みる。

2. 方 法

筆者らは、九州大学健康科学センター松本らが開発した「健康度診断表」⁽⁷⁾により、学生（看護短大学生）、学習型高齢者（老人大学院受講生）、松本らの調査した成人（20歳から65歳まで）を対照群として、1987年に327名の高齢者の調査を行った。同じ対象者に翌年「生活史と意識に関する調査」を行い、最終有効データ231名分を得た。本稿では、先稿に引き続き、このデータについて次のような分析と考察を行う。

- ① 健康度を構成する下位10項目の高齢期での維持状態
- ② 身体的健康、精神的健康、社会的健康及び総合的健康の程度（健康度の対象高齢者における移行状況）と下位10項目の相関
- ③ 高齢期における下位10項目間の相関
- ④ 身体的・精神的・社会的な各健康領域及び総合的健康の度合いと、生

活構造上の諸要因との関連性

- ⑤ 性別にみた健康度の寄与因子の因子分析
- ⑥ いわゆる前期高齢者と後期高齢者での健康度の移行状況

① 対象者の抽出について

1987年夏、聖マリア看護短大生の出身市町村において（九州・山口の各県に分散）、この時点で、大正6～10年、1～5年、明治期の三つの出生コーホートから各1名を学生の居住地区（大字該当）から任意に抽出させ、三つの構造化された調査表による面接調査を行ったもの。

1987年夏…「健康度診断票」

1988年春…「生活史と意識調査」工程

② 「健康度診断票」について

松本らの健康度診断表は、WHOの健康の定義に基き、健康を身体的・精神的・社会的の三つの領域でとらえ、それぞれを生活主体が主観的に評価することのできる下位アイテム全50で構成している。このアイテムは、「よくあてはまる」～「全くあてはまらない」まで4段階のいずれかを自己チェックし、これに配点し、相加することで、身体的・精神的・社会的の各領域、その総合としての総合的健康度を算出する。この尺度は、疾病の診断の為でなく、生活者個人の健康度の自己チェック、及び地域における保健指導や保健活動のための資料として用いられている。健康度の主観的評価による簡易診断表である。

各領域の構成は次のように考えられている。

| | 領域 | 下位項目 | 各アイテム |
|-------|-------|---------|---------|
| 総合的健康 | 身体的健康 | 身体的愁訴 | 5 |
| | | 疲労度 | 5 |
| | | 体力 | 5 |
| | | 体調 | 5 |
| | 精神的健康 | 生きがい | 5 |
| | | 対人適応 | 5 |
| | | 生活意欲 | 5 |
| | 社会的健康 | 友人との交際 | 5 |
| | | 社会参加・奉仕 | 5 |
| | | 趣味活動 | 5 |

3. 結果と考察

① 高齢期の健康度下位10項目の維持状態

表1は、本調査の対象高齢者の健康度の平均値を、対照群の学生、成人、学習型高齢者の各グループの平均値と比較したものである。もちろん健康度の分散状況も高齢期の健康の個人差を示すものとして重要であるが、これは後述することにした。各グループの調査は、調査者、規模がかなり異なるが、同一の「健康度診断表」によるデータであり、学生、成人、高齢者という三つの大きなライフ・ステージでの健康度の特徴を示すデータとして見る事が出来る。

これによると、総合的健康度は学生で最も高く（155.6）、成人（154.2）、高齢者（153.3）と低くなっている。しかし、学生の健康の高さは身体的領域が大きく寄与しているためであり、精神的・社会的健康領域ではむしろ、成人や高齢者より低い。

また、成人は、学生や高齢者に比べて社会的健康領域ではより高いが、高齢者は精神的領域で、青年と成人を上回る、という特性を示している。

表1 健康度のライフ・ステージ別グループ比較

| グループ | | 身体的健康 | 精神的健康 | 社会的健康 | 総合的健康 | 備 考 |
|--------|--------|-------|-------|-------|--------|-----------------------|
| a | 学 生 | 64.0 | 45.6 | 46.0 | 155.6 | 看護短大学生 平均年令19才109人 |
| b | 成 人 | 61.2 | 45.8 | 47.2 | 154.2 | 大野城市市民 1,661人 |
| c | 高 令 者 | 59.9 | 46.7 | 46.7 | 153.3 | 本調査対象者 231人 |
| d | 学習型高令者 | 60.6 | 46.8 | 51.1 | 158.5 | 甘木朝倉 老人大学院生 70名 |
| スコアの範囲 | | 20～80 | 15～60 | 15～60 | 50～200 | |

a. 篠崎・佐藤による調査

b. 徳永幹雄他「健康度診断指標の検討とその関連要因」九州大学健康科学センター『健康科学』第6巻所収

d. 篠崎調査

注目されるのは、本調査とは別に篠崎が行った老人大学大学院受講生である学習型高齢者グループの社会的健康度の高さである。Cグループの高齢者より平均値が高い。ここで興味深いのは、老人大学等の学習が、「精神的」健康領域よりも「社会的」健康領域の平均値を高めているという事実である。注目しておきたい。

次に本調査対象高齢者（表1のCグループ）について、健康度下位10項目の平均値と標準偏差をみてみよう（表2）。高齢者における健康度移行、とくに低下が、どの項目でより大きくあらわれるかが示されている。

「体力」、「疲労度」の落ちこみが大きく、逆に、「友人との交際」や「体調」などは高く維持されている。「生きがい」「対人適応」「生活意欲」など精神的健康領域の諸項目も相対的に高く維持されている。

身体的健康とひと口に言っても、「疲労度」や「体力」と、「身体的愁訴」、「体調」はそれぞれ別の次元を構成していることが非常に明きらかである。「体調」の下位アイテムとは例えば“排便や排尿がスムーズ”、“何でもおいしく

食べられる”，“ぐっすり眠れる”などであり，俗諺の快便・快眠・快食が妥当であることを裏づけている。

表 2 高齢者の健康度 下記10項目の維持状態

| 順位 | 下位項目 (領域) | 平均値 | S D |
|----|------------|-------|------|
| 1 | 友人との交際 (社) | 17.01 | 2.62 |
| 2 | 体 調 (身) | 16.83 | 2.44 |
| 3 | 生きがい (精) | 15.78 | 3.50 |
| 4 | 対人適応 (精) | 15.52 | 3.04 |
| 5 | 生活意欲 (精) | 15.42 | 3.49 |
| 6 | 社会奉仕 (社) | 15.36 | 3.26 |
| 7 | 身体的愁訴 (身) | 15.22 | 3.38 |
| 8 | 趣味活動 (社) | 14.64 | 3.18 |
| 9 | 疲 労 度 (身) | 13.85 | 3.22 |
| 10 | 体 力 (身) | 13.84 | 3.21 |

高齢者は一般的に役割縮小期と理解されているが，社会的健康の下位項目のうち，「友人との交際」といった選択的でインフォーマルな活動はむしろ非常に高い。しかし同じく，選択的でインフォーマルな活動である「趣味活動」は8位にある。これは，明治・大正10年までという高齢者の時代的・世代的特性かとも考えられるし，趣味活動における時間的継続量，体系性，投資的成本といった制約条件があり，可変的要素の強い項目ではないかと理解される。

また標準偏差値の大小は，各下位項目における「個人差」の大小を示していると解される。これによると，「生きがい」「生活意欲」の項目が標準偏差値が最も大きく，精神的健康度が個人差の大きい領域であることを示している。表1によって，高齢者の健康度が，精神的健康領域において，学生，成

人より相対的に高いことが示されたが、この部分において個人差が大きいことは、高齢期の健康度が、生き方やライフコースの集積として理解される側面をもつという筆者らの仮説を一部証明するものといえよう。

② 各健康領域と下位10項目との相関

表3は、下位10項目のそれぞれが、身体的、精神的、社会的健康の各領域及び総合的健康の程度にどのように相関するかを、相関係数によって示したものである。少なくとも筆者らの調査対象に見る限りでは、身体的健康領域においては先ず「疲労度」、次に「体調」の関連度が高い。精神的健康領域に対しては先ず「生活意欲」、次に「体調」であり、社会的健康領域については先ず「社会参加・社会奉仕」、次いで「趣味活動」である。総合的健康については「疲労度」「体調」「生活意欲」の項目の関連性が強いことが示される。

表3 各領域の健康度と下位10項目の相関係数

| 領域 下位項目 | | 身体的 | 精神的 | 社会的 | 総合的 |
|-------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 身 体 的 | 身体的愁訴 | 0.56 | 0.29 | 0.19 | 0.36 |
| | 疲 労 度 | 0.72* | 0.48 | 0.39 | 0.59** |
| | 体 力 | 0.60 | 0.45 | 0.40 | 0.55 |
| | 体 調 | 0.62** | 0.51** | 0.40 | 0.61* |
| 精 神 的 | いきがい | 0.28 | 0.38 | 0.51 | 0.33 |
| | 生活意欲 | 0.42 | 0.63* | 0.30 | 0.53 |
| | 対人適応 | 0.37 | 0.42 | 0.39 | 0.37 |
| 社 会 的 | 社会奉仕 | 0.21 | 0.26 | 0.62* | 0.42 |
| | 友人との交際 | 0.19 | 0.29 | 0.51 | 0.34 |
| | 趣味活動 | 0.36 | 0.43 | 0.60** | 0.50 |

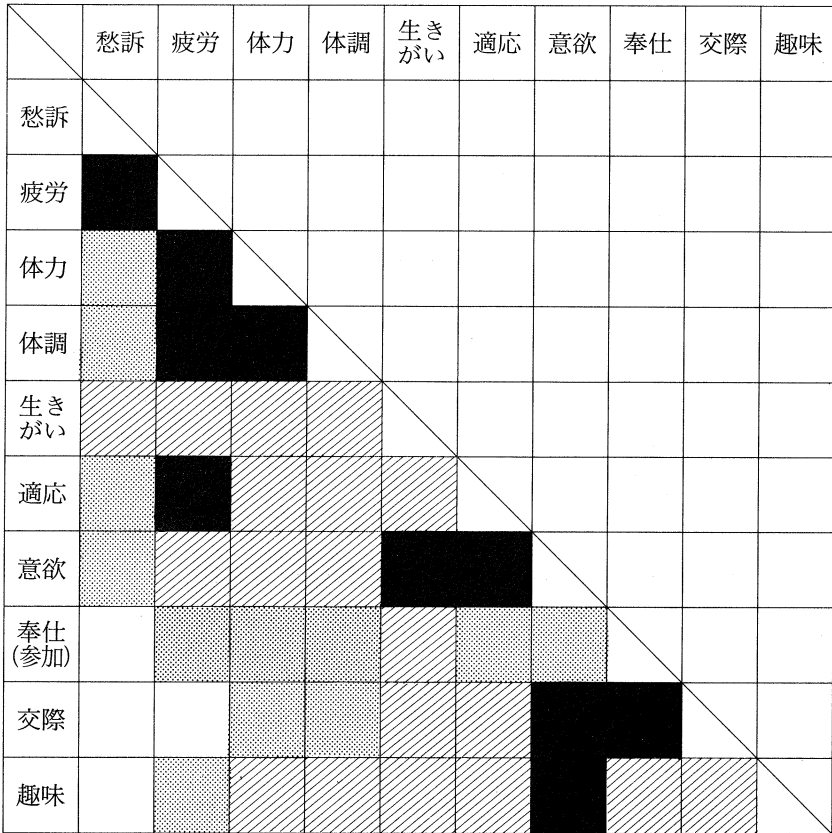
* は各領域で最も相関係数値が大

** は各領域で相関係数値が次に高い

③ 健康度各項目の高齢期における相関

図1によると、それぞれ次の各項目間で相互に関連性が強いことが示される。

図1 健康度下位10項目間の相関状況



相関係数値 ■ $R \geq 0.40$
 ▨ $0.40 > R \geq 0.30$
 ▩ $0.30 > R \geq 0.20$

- ・身体的愁訴 \longleftrightarrow 疲労度, 生きがい
- ・疲労度 \longleftrightarrow 生活意欲・体力・体調・人間関係適応, 生きがい
- ・体力 \longleftrightarrow 体調, 生きがい・人間関係適応・生活意欲・趣味活動
- ・体調 \longleftrightarrow 生きがい・人間関係適応・生活意欲・趣味活動
- ・生きがい \longleftrightarrow 生活意欲, 人間関係適応・社会参加（奉仕）・友人交際・趣味活動
- ・人間関係適応 \longleftrightarrow 生活意欲, 友人交際・趣味活動
- ・生活意欲 \longleftrightarrow 友人交際・趣味活動
- ・社会参加（奉仕） \longleftrightarrow 友人交際, 趣味活動
- ・友人交際 \longleftrightarrow 趣味活動

（「・」は同じレベルの相関, 「,」は相関係数の高いものから先に示す順序性）

上記から, とりわけ「疲労度」と強く関連する項目が多いことがわかる。「身体的愁訴」「体力」「体調」「人間関係適応」の項目と強い相関度をもっている。「生活意欲」も同様で「生きがい」「人間関係適応」「友人交際」「趣味活動」と強い相関性を示す。

④ 健康の各領域と高齢者の生活構造的諸要因との相関

表4には, 表記の相関の状況を x^2 検定によって有意差の有無を示した。

表4 健康の各領域と生活構造的諸要因の関連

(カイ二乗検定結果)

| 各要因 \ 領域 | 身体的 | 精神的 | 社会的 | 総合的 |
|-----------------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 1. 性別 | — | — | — | — |
| 2. 年齢階層 65～69 70～74 75以上 | — | — | — | — |
| 3. 結婚年齢 | | | ** | |
| 4. 現在の家族形態 | | | ** | *** |
| 5. 最長職 | | | ** | *** |
| 6. 社会団体参加の移行タイプ | | | *** | ** |
| 7. 生きがいの有無 | *** | *** | *** | *** |
| 8. 社会（団体）参加量 | * | | ** | * |
| 9. 親類つきあい量 | * | | | |
| 10. 同一市町村つきあい量 | ** | | | |
| 11. つきあい総量 | | | | |
| 12. 仕事・家業の満足度 | * | *** | ** | *** |
| 13. 余暇生活の満足度 | * | *** | *** | *** |
| 14. 家庭生活の満足度 | * | *** | *** | *** |
| 15. 地域生活環境の満足度 | ** | *** | ** | *** |
| 16. 地域の人間関係の満足度 | | ** | ** | *** |
| 17. 全体的な生活満足度 | ** | *** | *** | *** |
| 18. 地域愛着度 | * | ** | ** | ** |
| 19. 人生目標の有無 | ** | * | *** | ** |
| 20. 人生見直し | *** | *** | *** | ** |
| 21. 家計のゆとり感 | — | ** | * | * |
| 22. 子育ての自己評価 | — | ** | ** | ** |
| 23. 現在の病気の有無 | ** | * | | ** |

| | | | | |
|------------------------|-----|-----|-----|-----|
| 24. 健康に留意しているか | — | — | *** | * |
| 25. 健康生活習慣・心がけ実行していること | | | | |
| a 食べ物や栄養 | * | — | — | — |
| b 運動やスポーツ（現在） | * | ** | *** | ** |
| c できるだけ体を動かす | — | — | — | — |
| d 酒・タバコをひかえる | — | — | — | — |
| e 規則正しい生活をする | ** | * | — | — |
| f いらいらしいない | ** | *** | *** | *** |
| g 早めに医者にかかる | — | — | — | — |
| h 家事や農作業などをする | — | * | — | — |
| i 栄養剤を飲む | — | — | — | * |
| 26. a～i の総合得点 | *** | — | * | * |
| 27. スポーツ（若い頃） | — | — | *** | * |

カイ二乗検定結果 *** 0.1%

Significant level ** 1.0%

* 5.0%

生活構造をどう捉えるかの体系的な考察が必要であるが、これについての研究のまとめは別の機会に試みたい。ここでは次のように構成された要因を仮に生活構造的要因としてとりあげた。

- ・性や年齢などの生得的属性
- ・M.Banton の「第二次的役割」⁽⁸⁾に関連する要因（結婚・仕事・家族に関連する役割・資源）
- ・同じく「第三次的役割」に関連する要因（フォーマル・インフォーマル）
- ・ライフ・コース的要因
- ・生活満足度
- ・時間要因
- ・健康に関連すると考えられる活動要因
- ・現在の病気の有無

それぞれの結果について若干の考察を行うことにする。

1) 性と年齢

まず、性別と各健康領域の健康度との間に有意な関連は示されなかった。これは、経験的な事実からすると意外な感がする。

一般に平均余命からすると、先進諸社会では女性は男性より長命である。日本の場合、近年この差はさらに開きつつある。平成4年度厚生省国民健康調査では、通院した人の総計3265.5万人のうち、男性1430万人に対し女性は約400万人多い1835万人である。表5によっても、「通院している」「通所している」「売薬をのんだりつけたりしている」「それ以外の治療行為をしている」のいずれにおいても、女性は男性を上まわっている。病気に対して何らかの有訴を示しているのである。しかし、筆者らの高齢者の、生活主体としての主観的に生きられている健康度で見ると、量的健康度の男女差が見られない。これは何を意味するだろうか。

表5 有訴者数

単位：千人

| | | 男 | 女 | 総数 |
|------------------|-----------------|-------|-------|-------|
| | | 13873 | 18101 | 31974 |
| 就 床 別 | 一日中床についた | 1036 | 1314 | 2349 |
| | 少し床についた | 1936 | 3401 | 5336 |
| | つかなかった | 10112 | 12364 | 22476 |
| | 不詳 | 790 | 1022 | 1812 |
| 治 療 後 別 | 通院している | 7141 | 9556 | 16696 |
| | 通所している | 769 | 1343 | 2112 |
| | 売薬をのんだりつけたりしている | 3088 | 4152 | 7240 |
| | それ以外の治療 | 567 | 782 | 1349 |
| | していない | 3236 | 3236 | 7077 |
| | 不詳 | 238 | 304 | 541 |

平成4年度『国民生活基礎調査』第2巻

ひとつは、高齢対象者の数をさらに拡大して同様の結果が見出しうるかどうかについての再検証が必要である。もうひとつは、男性と女性の健康の内的・機能的構成が異なるという考え方の検討である。後者については、最近世界的に女性たちによってアピールされてきた、リプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）の考え方とも深く関わっている。本稿では後で、ここで使用した診断表の内容の範囲で、性別の健康度が内的・機能的に異なる構成を持つとの仮説の下に、因子分析を行ったのでこれを示すことにする。

次に年齢階層別の健康度の有意差である。一般に社会福祉関係者の中には、高齢者を「前期高齢者（75歳未満）」「後期高齢者（75歳以上）」と区分する向きがある。例えば、金子勇⁹⁾も、高齢者の「社会的地位」をこれによって区分して模式化している。この考え方は、有病率の考え方にかなり影響されているのかもしれない。昭和60年度の前述した「国民健康調査」によると、45～54歳の有病率は15.5%，55～64歳では28.8%，65～74歳では48%であったのが、75歳以上では56.8%と半分を超えているからである。75歳を超えると有病の人がそうでない人より多いというデータをみていると75歳で、前期と後期の線引きをして、異なった社会的地位、つまりメライスのいう〈疾病移行〉と捉えることも、あながち現実無視とは言えない。しかし、この現実と年齢の境界線は動いている。

平成4年度の同調査をみると、有病率が50%を超える現象は65～74歳層へと下がっている。65～74歳層で54.5%，75歳以上では60.9%となっている。こうしてみると、前期と後期を75歳で線引きする根拠はなくなるし、前期・後期の区分そのものの妥当性が疑問視される。

筆者らの対象者の分析では、65歳から96歳までの対象者を操作的に65～69歳層、70～74歳層、75歳以上という三グループに分けたが、年齢による健康度の有意差は認められなかった。この限られた、健康の主観的自己評価の年齢差との関係を見る限り、仮りに有病であっても個々人の高齢者は「死ぬまでそれなりの健康状態で生きている」という結論がとりあえず導かれよう。

2) 結婚年齢，家族形態，本人の最長職

結婚年齢は社会的健康度，現在の家族形態は社会的健康度と総合的健康度と，本人が最も長く従事していた職業（以下最長職と略）も社会的健康度と総合的健康度と有意に関連している。

最近，日本人の初婚年齢は男女とも上昇し，年齢の幅も大きく拡散してきた。前者の晩婚化傾向が少子化の最大要因として注視されている。しかし，'80年代半ば頃までは，日本人の結婚は，「適齢期」集中型であった。このことは，結婚年齢に規範性が強く働きかけ，適齢期から何らかの理由で大きくずれた結婚は，いわば non-normative な人生上の出来事を経験したこととして社会的サンクションをうける可能性をもつ。結婚年齢と社会的健康との関連は，年齢規範と健康の関係を示唆しているし，さらには，健康における「規範性」の問題一般への注目の必要性を示唆している。

3) 社会団体参加の移行タイプ

65歳以前と以後とで，所属加入団体数にどのような変化があったかに関して，「活動型」「維持型」「離脱型」「一貫非関与型」の4タイプに区分し，健康度との関連を見た。詳細は先稿に報告したのでここでは省略するが，高齢期においてもフォーマルな団体参加量の多い人々の健康度は高い。表1のグループに似た相関状況を示す。

4) 生きがいの有無

筆者らの「生活史と意識」についての調査は，「あなたは生きがいを持っていますか」という単純な質問である。これとほぼ同じ内容が健康度の下位10項目の「生きがい」の下位アイテムの中に含まれている。したがって，生きがいの有無が，精神的健康領域に強く相関するのは当然であるが，表4に見るように，あらゆる健康度の領域で有意差のレベルが高い。これと全く同じ有意差のレベルを示しているのが生活構造の時間的要因を稔序する要因である「人生の見通し」である。これは，その人なりの将来への「希望」「希望へ

の見取り図の有無」と言い換えられるかもしれない。治癒の見込みのない癌を告知された人が、絶望の中から残された人生時間を自分らしく生きようと懸命に時間を再稔序し、絶望を希望に転化させるように、まさに健康とは「単に病気でないことではない」のである。

5) 健康への留意、健康のための生活習慣

身体的健康度には、「食べ物や栄養」「現在やっている運動・スポーツ」「規則正しい生活」「いらいらしないよう心がける」などの生活習慣や心がけて実行していることという活動要因が有意に相関している。

しかし、漠然とした「健康への留意」は、身体的健康には関連をもたず、「社会的健康」と相関が見られる。しかし社会的健康との関連性の内実はよく見えない。

上記の活動要因は、「できるだけ体を動かす」「酒・タバコをひかえる」「早目に医者にかかる」という、不特定の状況での活動期待とも考えられるものとやや異なっている。後者の活動要因、健康度のどの領域とも相関がみられないが、これは上記の表現での活動が、行動の特定化された習慣とは厳密には言えないことを示している。「できるだけ……する」「○○○をひかえる」「早目に×××する」という表現は努力目標に終る可能性も多いということであろうか。

「イライラしないよう心がける」は、心の状態を自己コントロールする活動習慣であるが、この活動は不特定の努力目標になりがちな活動であるにもかかわらず、身体的・精神的・社会的及び総合的な健康度と強い相関性を示している。

「家事や農作業をする」といった活動習慣が、身体的健康度よりも精神的健康度と相関を示すのも興味深い。高齢期の労働従事（のうちの家事や農作業であり雇用労働を含まないが）が、壮年期におけるような社会（的分業）参加とは異なる局面がここには見られる。

しかし、表中aからiまでの9つの習慣的行動の総合得点が多い人ほど身

体的健康との相関度は高く、社会的健康領域及び総合的健康度とも有意に相関する。

興味深いことは、若い頃のスポーツ経験が高齢期の身体的健康度と有意な相関になく、社会的健康度に相関度が強いことである。スポーツ活動と社会性もしくは規範性に注目しておきたい。

6) 社会団体参加量、親類つきあい量、同一市町村の友人数、つきあいの総量

まず、フォーマルで継続性・組織性をもった社会団体への参加は、身体的、社会的、総合的健康度と有意の相関がみられたが、精神的健康度とは相関が見られなかった。他方、フォーマルではない人間関係である、同一市町村の友人つきあいの量と親類つきあい数は身体的健康度との相関が見られるのみで、社会的・精神的健康度のいずれにも相関がみられなかった。

いずれにしても、高齢者におけるフォーマル・インフォーマルの社会関係に、一定の身体的健康度が相関していることを示している。このことは、逆に言えば、身体的健康度が一定以上損われたり、障害として固定され寝たきりの状態になった時に、高齢者の社会関係や人間関係が喪失される傾向にあることを示している。ノーマライゼーションを促進する観点からは重要な問題提起を含んでいるといえよう。

7) 家計のゆとり感

現在の経済状態について、ゆとり感があるかどうかの因子は、精神的健康度、さらに社会的健康度、総合的健康度と相関がある。

8) 子育ての自己評価

ライフコースにおいて、結婚の有無、結婚が幸せなものだったと主観されるかどうかとならんで、子供の有無、子育ての達成感が、その人の自己充足感に大きな影響をもつことが容易に想定されるし、特に子どもとの相互肯定

的な関係が、現在と将来にかけての生活構造の人間関係アспектに大きな意味をもつことも想像される。「あなた自身の子育てはうまくいったと思いますか」との問いに、「うまくいったと思う」と自己評価する人々の、精神的・社会的・総合的健康度との高い相関性は非常にはっきりと看取される。

9) 生活全体への満足度、生活の各側面での満足度、地域への愛着度
全体的な生活満足度をはじめ、自分の仕事や家業への満足度、余暇生活・家庭生活、地域生活環境への満足度は、それぞれどれも、身体的、精神的、社会的、総合的生活満足度と相関しており、とくに精神的・社会的健康度の高さにおいてそうであることがわかる。

同じく、地域への愛着度の高さも、全ての健康度と関連しており、高齢期の健康度が、その人個人のライフコース的集積のみでなく、家庭生活、地域生活への肯定的関係によって与えられていることが示される。

以上、健康の各領域を高齢者の生活構造を構成すると考えられる各要因との相関状況をみてきた。この知見の中で非常に注目されるのは、性別、年齢階層別に、各領域の健康度との有意な関連が見られなかった点である。これは、どのように解釈されるのだろうか。

先ず高齢期の健康度と性別の関係についてである。次に高齢期の加齢と健康度との関連についてである。次節では、この二つの関連について、それぞれのカテゴリーの高齢者（男性と女性、75歳未満と75歳）の健康の因子分析によって、この疑問について考える。

⑤ 性別にみた健康度構成因子の因子分析結果

表6は、因子分析結果を示す。それぞれバリマックス回転後に三因子を認めることが出来、男性の場合三因子の累積寄与量50.3%、女性の場合51.3%であった。

表6 健康度の性別による因子分析（バリックス回転後）

| | 第1因子 | | 第2因子 | | 第3因子 | |
|-------|---------------------|--------|------------------|--------|------------------|--------|
| 因子名 | 対人関係の自信 | | 身体的適応力 | | 学習の余暇充実 | |
| 寄与率 | 30.8% | | 11.7% | | 7.8% | |
| 累積寄与率 | | | 42.5% | | 50.3% | |
| 男 性 | 生きていくハリがある | 0.5105 | かぜをひきにくい | 0.6865 | 教養・趣味活動を十分している | 0.4281 |
| | ちょっとしたことをいつまでも気にしない | 0.6917 | 体がだるくない | 0.5352 | 趣味・教養活動で自分を向上 | 0.6820 |
| | ひけ目を感じない | 0.6297 | ちょっと歩いただけで動悸がしない | 0.5225 | 仕事や勉強が十分出来る | 0.3316 |
| | 緊張しないでリラックスできる | 0.6142 | せきがでない | 0.4704 | 社会に貢献すべき | 0.5420 |
| | イライラしない | 0.5465 | めまいや頭痛しない | 0.4399 | 仕事や勉強のあと身体がだるくない | 0.3162 |
| | 生きがいあり | 0.5425 | 長時間の仕事や勉強ができる | 0.4132 | 長時間の仕事や勉強に耐えられる | 0.4337 |
| | おどおどしない | 0.5029 | | | 家庭は和やか | 0.7255 |
| | | | | | | |
| 因子名 | 活動能力 | | 和の生きがい | | コミュニケーション能力 | |
| 寄与率 | 33.7% | | 10.8% | | 7.0% | |
| 累積寄与率 | | | 44.5% | | 51.5% | |
| 女 性 | 仕事や勉強のあと身体がだるくない | 0.6018 | 毎日ぐっすり眠れる | 0.6154 | 会話はよくききとれる | 0.5648 |
| | 仕事や勉強がはかどる | 0.5908 | 気分はいつもすっきり | 0.5694 | 緊張しないでリラックスできる | 0.5361 |
| | 関節の痛みなし | 0.5579 | イライラしない | 0.5578 | 生きていくハリがある | 0.4640 |
| | 仕事や勉強が十分できる | 0.5517 | 家庭は和やか | 0.5474 | 好ききらいなくたべる | 0.3473 |
| | 少し歩いただけで動悸がしない | 0.5488 | 生きがいがある | 0.4533 | 対人関係でおどおどしない | 0.3169 |
| | 長時間の仕事や勉強に耐えられる | 0.4833 | 生きていくハリがある | 0.3485 | 新聞や雑誌を読んでも疲れない | 0.3473 |
| | とっさの場合でもすばやく身体が動かせる | 0.3808 | 自分の生き方に意味がある | 0.3178 | 仕事中にめまいや頭痛がしない | 0.3046 |
| | | | | | | |

男女で、それぞれの因子の内容が大きく違っていることがわかる。

男性の第一因子は「対人関係の自信」、第二因子は「身体的適応因子」、第三因子が「学習の余暇充実」とよべる因子だといえる。これに対して女性のばあい、「活動能力」因子、第二が「家庭的和による生きがい」因子、第三が

「コミュニケーション能力」因子とよべるものである。このようにみると、トータルな意味の健康度が、「病人—非病人」という二分法とは別に、私達の社会で男性と女性に文化的に期待され割りあてられてきた人間像と非常に関わっていることが見える。健康とは、少くとも今日の高齢者にとっては、ジェンダー役割をよりよく生きるという含意をもっているのである。例えば、男性にとって「おどおどせず」、どんな人間との関係や状況でも「緊張しないでリラックスできる」「ちょっとしたことをいつまでも気にしない」という能力は、健康度の第一因子を構成する重要な要素である。しかし女性の場合、「こまめに活動し、疲れたと感じず、とっさの場合にも活動能力を持つ」ことは健康を主体的に生きる上の重要な因子である。対人関係へのコントロール能力は問題でなく、それにもかかわらず、「気分をいつもすっきりさせ」「イライラしない」気持ちの持ち方と、注意してコミュニケーションをさわやかにとる能力が問題となる。

このように、男性にとって健康に生涯を生きることと、女性にとってそうすることとの間には、ジェンダー規範との強い関連が見られ、単に有病・無病・生命の長短だけで説明しえない要素を含んでいることを示すといえる。

⑥ いわゆる「高齢前期」と「高齢後期」の区別による因子分析結果

性別にみたことと同様な違いが、同じ高齢期でも、75歳以前と75歳以上とで見られるだろうか。社会的・文化的役割期待との関連が性別におけるように、「前期」「後期」でみられるのだろうか。

表7はその因子分析結果を示す。これによると、それぞれ三因子を認めることが出来たが、その構成はかなり異なっている。高齢前期のばあい、「家庭的和による情緒安定」とよべるものが第一因子、「社交的余暇の充実」の第二因子、「活動能力」の第三因子である。この年齢では、まだ応分に家庭の内外で高齢者の家事その他の役割が期待され、フォーマル・インフォーマルな余暇活動の主人公としての活動と人間関係があることが、この三つの因子となってあらわされていると見る事が出来る。

表7 健康度の年齢段階別による因子分析（回転後）

| | 第1因子 | | 第2因子 | | 第3因子 | |
|-----------------|---------------------|--------|----------------------|--------|-----------------------|--------|
| 因子名 | 和による情緒安定 | | 社交的余暇充実 | | 活動能力 | |
| 寄与率 | 30.8% | | 9.9% | | 7.2% | |
| 累積寄与率 | | | 40.7% | | 47.9% | |
| 65歳 ～ 74歳 | 生きがいがある | 0.6498 | 緊張しないで リラックスできる | 0.6419 | 関節等が痛まない | 0.4347 |
| | イライラしない | 0.6954 | ちょっとしたことを 気にしない | 0.3367 | いざという時すばやく 身体が動かせる | 0.6897 |
| | 気分はすっきり | 0.6004 | 毎日の生活が 充実している | 0.4410 | 排便がスムーズ | 0.3349 |
| | 精神的ゆとりがある | 0.4804 | 多くの友人がいる | 0.5493 | 長時間の仕事や勉強に 耐えられる | 0.5158 |
| | 毎日ぐっすり眠れる | 0.3871 | 他人と協力できる | 0.3963 | 仕事や勉強に さっととりかかれる | 0.4448 |
| | 他人とうまく 協力できる | 0.3313 | 友人との交際に満足 | 0.6329 | | |
| | 家庭は和やか | 0.3210 | 余暇を活用している | 0.4767 | | |
| | | | | | | |
| 因子名 | 活動能力 | | 役割克服能力 | | 自己尊敬 | |
| 寄与率 | 34.2% | | 11.6% | | 8.6% | |
| 累積寄与率 | | | 45.8% | | 54.4% | |
| 75歳 ～ 99歳 | 仕事や勉強が 十分できる | 0.7328 | 困難に立ち向かう 自信がある | 0.6176 | 生きていくハリがある | 0.6235 |
| | 仕事や勉強のあと 体がだるくない | 0.6655 | 精神的ゆとりを もっている | 0.5689 | 緊張しないで リラックス | 0.5562 |
| | 関節等痛まない | 0.5923 | 毎日の生活充実 | 0.5471 | ひけ目を 感じることなし | 0.4156 |
| | 少し歩いただけで 動悸がしない | 0.4541 | 仕事や勉強に さっととりかかれる | 0.4850 | 小さなことを 気にしない | 0.6550 |
| | 長時間の仕事や勉強に 耐えられる | 0.5874 | 他人と協力出来る | 0.4201 | 他人と協力できる | 0.4257 |
| | 仕事や勉強で自分を 向上できる | 0.4390 | 会話がききとれる | 0.3977 | | |
| | 社会に貢献すべき | 0.4263 | いざという時すばやく 体を動かせる | 0.3934 | | |
| | | | | | | |

他方、明確な役割移行の年齢区分があるわけではないものの、75歳以降の年齢では、配偶者や同朋の死亡、本人の有訴率の増加にみられるように、絶対的な離脱である「死」にむけての尊厳ある姿勢が高齢者に求められると見てよいだろう。第一因子は「自己充足的な活動能力」因子とよべるものであ

り、第二には「役割困難への克服能力」そして第三に「自己尊敬」とも呼べる因子が見出されている。ただし、この年齢段階別高齢期の区分と、健康度の関連において、さらに「性差」が認められるのかどうか、あるいは「死」に近づくことによって性差は消失するのかどうか問われる必要がある。本調査では、対象者数が231名という限られた数であったのでこの観点からの因子分析は行えなかった。

4. おわりに

以上、高齢期における「役割移行」の概念の中に、「健康度」移行の概念を設定し、先ず高齢期の「健康度」の特徴と内的構成のあり方を実証的に考察した。また、「健康度」移行と生活構造的諸要因の関連性を分析した。

その結果、先ず第一の点については、身体的健康度の喪失はあるが、体調と疲労度・体力とは異なった身体的健康の位相を構成すること、高齢期における精神的健康と社会的健康の可変性の大きさ、とりわり後者と学習の大きな結びつきを見出した。前田は、発達心理学の立場から老化を見る時、ライフ・サイクルの諸段階は変化と共に継続性が見られると、Neugarten, B. や Atchley, R.C. らの理論をもとに「活動理論」「離脱理論」に対して「継続性理論」を主張している⁽¹⁰⁾が、比較的变化が生じやすい位相と、継続や蓄積が比較的可能な位相のあることを注目すべきではないかと考えられる。

第二の点の分析結果からは、まず単なる加齢が健康度移行と関連しあうものではないこと、性に対する社会的・文化的役割行動期待を男女の高齢期の健康度の構造がよく反映していること、現在の生活諸局面の満足度と健康度が密接に関連していると共に、子育てや職業（最長職）など life career の中核部分の達成感が精神的・社会的な高い健康度と相関していることを見出した。これは過去の人生への自己評価といえるが、同時に将来に向かって「人生目標があり」「将来の見通しがある」人々の、あらゆる領域での健康度の高さも明確であった。

このように見ると、性別に過去から未来への時間軸において、家族、職業生活、フォーマル・インフォーマルな社会参加、地域とのかかわりなど多様な生活の局面での自己肯定的役割達成が、「健康度」とそれぞれの関連をもつことが示される。そして高齢期において人々はその人なりの健康度を生きていることが看取された。

ただ、本研究で用いた「健康」概念やその数量化のための操作的手続きは、筆者らの独自の研究による開発ではなかったので、データをふまえてフィード・バックしていく必要があると考えているが、このためにはより学際的な共同研究が必要であろう。

また、ここでの「健康度」は、生活主体の主観的評価によるデータなので、社会老年学の最近の研究に見られるような、日常生活動作等の客観的に測定された指標によるデータとの比較や、医学的診断結果による「健康－疾病移行」による役割移行との比較や関連などの検討が必要と考えられる。

さらに、高齢者の属性やライフコースとの関連の中で、「学習型」高齢者の社会的・身体的健康度の高さが注目されたが、これも老年期の発達と生涯学習との関連としてさらに研究が必要であろう。

E. エリクソンは、「自我発達の8段階における核心的葛藤」として、人生の終末期である円熟期のそれを ego integrity と despair としているが、高齢期の健康度移行にもこの「葛藤」局面をおさえておくことも重要であろう。

本稿の知見を加齢又は老化と役割移行の関係のモデル化との手がかりとしたい。

註

- (1) NHK 放送文化研究所『日本人の健康観』日本放送出版協会，1985，他
- (2) 篠崎正美他『現代中国の都市家族の意識と生活に関する研究——北京調査及びソウル・バンコク・福岡との比較——』アジア女性交流・研究フォーラム，1994
- (3) 活動理論と離脱理論の理論的整理として袖井孝子「社会老年学の理論

- と定年退職」割田義也編『老年社会学——老年世代論——』垣内出版，1981，実証データからの言及として，A. パルモア『お年寄り——比較文化から見た日本の老人——』九州大学出版会，1981
- (4) A.Meleis, 「役割理論と看護研究」, 日本看護協会『看護研究』vol.20, No.1, 1987
- (5) ① 大久保孝治も，ライフコースを「身体」「意識」「社会的役割群」のそれぞれの変化としてみていくことを提案している。これはちょうど，WHO の定義「健康とは，身体的，精神的，及び社会的に完全に良好な状態であって，単に疾病や病弱が存在しないことではない」の考え方とパラレルである。しかし大久保自身は，生活構造の中の「身体」要因をライフコース展開の中の変数として必ずしも処理していない。大久保孝治「ライフコース分析におけるデータ分析の方法」早稲田大学文学部『文学研究科紀要』別冊第12集
- ② 木下謙治らも「健康」領域を高齢者の社会老年学的研究枠組の中にとり入れてはいるが，与件扱いであり，社会的関係や意識のアスペクトの変化との関連の具体的分析は行っていない。
- 木下謙治他「現代日本の高齢者の実態」有地亨編『現代家族の機能障害とその対策』ミネルヴァ書房，1989
- (6) 大津ミキ・篠崎正美「高齢者の健康度と社会参加のパターンとの関連」『聖マリア学院短期大学紀要』vol.3, No.1, 1988
- (7) 松本寿吉編『健康度診断指標の設定に関する研究』九州大学健康科学センター，1983
- (8) M.Banton, Roles, An Introduction to the Study of Social Relations, NewYork, Basic Books, 1965
- (9) 金子勇「都市高齢者のネットワーク構造」『社会学評論』151, 1987
- (10) 前田大作「老化の社会的背景」長谷川和夫・霜山徳爾編『老年心理学』岩崎学術出版社，1977