

原 著

農村地域在住高齢者の生きる意欲に関連する要因

松 浦 尊 麿

Factors Associated with “the Will to Live” among the Elderly Living in Agricultural Villages

Takamaro MATSUURA

Abstract :

Objective : This study was conducted to clarify the risk factors for “the will to live” of the elderly living in local areas with the purpose to explore the approach for providing healthcare to enhance their later lives.

Method : A cross-sectional investigation was conducted in a town formerly called G in 2005. Questionnaires pertaining to physical, psychological and lifestyle factors were distributed to the people aged ≥ 65 years. Out of 2,749 respondents (response rate : 85.3%), the 2,052 individuals (881 men and 1,171 women) who responded to the item “the will to live” were chosen as subjects. Stepwise multivariate logistic regression analysis was used to identify the factors related to “the will to live”. All statistical analyses were performed by sex and age stratifications.

Results : Overall, 22.7% of the individuals (20.2% of men and 24.6% of women) reported a “poor will to live”. In men, the feeling of a “poor will to live” was independently associated with “unable to utilize a personal savings account”, “do not have a chance to chat with friends or family”, “do not talk with friends or family over the phone”, “less than 10 teeth are left”, “do not visit friends”, and “weight loss” in the young-old group ; and with “poor memory”, “weight loss”, “living alone”, “have cardiac symptoms”, and “poor self-rated health” in the old-old group. In women, the feeling of a “poor will to live” was associated with “unable to utilize a personal saving account”, “problems with meals”, “have cerebrovascular symptoms”, “do not participate in local activities”, “poor self-rated health” and “do not participate in any hobby or recreational associations” in the young-old group ; and with “feel unable to perform house work satisfactorily”, “do not participate in local activities”, “unable to communicate well due to hearing loss”, and “poor self-rated health” in the old-old group.

Conclusion : Although the physical, psychological and lifestyle factors in relative to “the will to live” differ for sex and age, social factors tend to be more important to enhance “the will to live” among the younger elderly and physical weakness seems to be more crucial for the older elderly, in both men and women.

抄録 :

目的 : 本研究は、農村地域在住高齢者の生きる意欲を阻害している心身及び生活関連因子を明らかにすることにより、高齢者の地域生活継続に資するケア方策を見いだすことを目的として行った。

方法 : 旧 G 町において 2005 年に 65 歳以上全高齢世帯を対象に健康・生活調査を実施した。調査に回答したのは 2749 人（回収率は 85.3%）で、そのうち、「生きていてもしかたない」の項目に回答のあった 2052 人（男性 881 人、女性 1171 人）を解析対象者とした。

生きる意欲に関連する心身・生活因子を明らかにするために、「生きていてもしかたない」を目的変数とした多重ロジスティック回帰分析（ステップワイズ法）を用い、性別に、前期、後期高齢者に区分して解析した。

成績:「生きていてもしかたない」と回答したのは男性で 20.2%, 女性 24.6% で, 男女合わせて 22.7% は「生きていてもしかたない」気持ちを有していた。

「生きていても仕方ない」気持ちに関わる独立した心身・生活因子に, 男性では, 前期高齢者で, 「預金の出し入れができない」「友人・親族とおしゃべりをしていない」「友人・親族と電話をしない」「残存歯が 10 本未満」「友人を訪問していない」「体重減少あり」などが, 後期高齢者で, 「記憶力の低下あり」「体重減少あり」「独居であること」「心臓症状あり」「自覚的健康感よくない」などが関連した。女性では, 前期高齢者で, 「預金の出し入れができない」「食事に問題あり」「脳血管症状あり」「地域活動に参加していない」「自覚的健康感よくない」「趣味・お稽古事をしていない」などが, 後期高齢者で, 「家事の自信がない」「地域活動に参加していない」「耳が聞こえず会話に支障がある」「自覚的健康感よくない」などが関連した。

結論: 生きる意欲に関連する心身・生活因子は性や年齢によって異なるが, 前期高齢期で社会交流因子が多く, 後期高齢期で身体不調に関する因子が多い傾向は男女とも共通している。

I. 緒 言

世界に類をみないスピードで高齢社会を迎えたわが国は, 2000 年 4 月に「社会が連帯した介護」を基本理念とした介護保険制度を施行し, 以来, 各種の介護サービスが提供されてきた。内閣府による平成 18 年度の「高齢者の住宅と生活環境に関する意識調査」¹⁾では, 虚弱になってもできるだけ住み慣れた自宅で生活を続けたいという高齢者の願いが高比率を占めていた。しかし, 現実には何らかの介護を要するようになると, 我が家で生活し続けることが困難なことが多い。地域在住の高齢者は独居, 老夫婦のみの世帯や複雑な家族関係の中で衣食住をはじめ地域社会との交流などの面で生活後退をよぎなくされており, 複合した介護サービスを提供してもなお高齢者の生活を支えきれない事態が発生している。

介護保険制度開始以来, 数年の経緯のなかで介護サービスの提供が必ずしも要介護高齢者, 特に要支援, 要介護 I にランクされる軽度要介護高齢者の心身機能の維持, 改善に結びついていないことが指摘され, 現在, 「介護予防」を柱とした改定介護保険制度の下で各地において筋力の増強などを中心とした介護予防事業が取り組まれている。

一方, 予防的介護のためのアセスメントやケアプランを国際生活機能分類の理念に基づいた視点で策定すべきことが謳われ, 利用者の思いや生きる目標を重視し, 心理面や生活環境を把握してケアプランを策定する努力がなされ始めている。しかし, 実際には, 介護支援専門員の業務量の増加, 経営面の斟酌や地域包括

支援センターの人員不足などもあり, 一律的なケアプランに陥っている面も少なくない。

高齢者の地域生活の継続を図るためには単に高齢者の身体的側面だけに注目するだけでなく地域在住高齢者のケア・ニーズを把握し, 総合的なケア方策を推進する必要がある。

そこで, 本研究では, 高齢者の生きる意欲の低減と心身及び生活因子の関連性を見出すことにより, 高齢者の生きる意欲を支えるケア・ニーズを探ることとした。

II. 方 法

1) 調査地域と解析対象者

調査の対象地域である旧 G 町は淡路島西海岸に位置した農村で, 調査年度である 2005 年の人口は 11,429 人, そのうち 65 歳以上人口比率は 28.2% と超高齢社会が具現している地域である。本研究は旧 G 町が高齢者のケア・ニーズを把握し, 健康福祉政策に反映する目的で 2005 年に実施した高齢期健康生活実態調査のデータをもとに行った。解析用データは個人情報保護のため, 当該自治体において個人の遡及可能な情報を外した上で渡されたものを使用した。高齢期健康生活調査は, 65 歳以上で入院・福祉施設入所者を除く旧 G 町在住全高齢者を対象にアンケートの趣旨と協力依頼文を添付し自記式質問紙票の留置法により行われた。なお, 自分で記入できない高齢者については家人に記入してもらうこととした。調査用紙の回収は郵送によるほか各地区の民生委員により行われた。

調査に回答したのは 2749 人で回収率は 85.3% であ

った。そのうち、「生きていてもしかたない」の項目に回答があった2052人（男性881人、女性1171人）人を解析対象者とした。

2) 調査内容

アンケート調査の内容は、世帯構成、健康状況、慢性疾患治療状況、自覚症状、「健康」に関する事業参加状況・参加意向、普段の生活動作能力、転倒状況、日頃の暮らし方、歯・咀嚼力の状態、普段の気分、睡眠状況、など27項目であるが、そのうち、生きる意欲に関連する因子の解析については、次の1～6類型の26項目について、その回答を2つのカテゴリに区分して用いた。

1. 世帯構成：独居／老夫婦・家族と同居，2. 心理的項目：自覚的健康感（「非常に健康、健康なほう、あまり健康でない、健康でない」〔よい／あまりよくない〕），「家族・友人からの相談にのることがある」〔ある／ない〕，3. 自覚症状・疾患：心臓関連症状（「胸が突然しめつけられたり、10秒以上つづく胸の痛みがあった」「心臓がおどった、または脈が乱れた」のいずれかの症状〔ある／ない〕），脳血管症状（「舌が急にもつれる感じがした」「手足が一時的にマヒした」「目が急に見えなくなった」「ふと気が遠くなった」のいずれかの症状〔ある／ない〕），腰・下肢痛（「腰または背中が強く痛んだ」「股関節またはひざ、足が強く痛んだ」〔ある／ない〕），熟睡感（「いつもよく眠れる」「だいたいよく眠れる」と「あまりよく眠れない」「いつもよく眠れない」〔ある／ない〕），慢性疾患〔ある／ない〕，4. 身体の状態：転倒（「よく転ぶ」「しばしば転ぶ」と「たまに転ぶ」「ほとんど転んだことがない」の〔よくする／あまりしない〕），体重（「この半年間に以前に比べて2kg以上体重が減った」「この半年間に以前に比べて筋肉や脂肪が落ちてきた」〔あり／なし〕），視力（「新聞・本の細かい字が見える」〔見える／見えない〕），聴力（「会話やテレビに」〔不自由しない／支障がある〕），記憶力（「家族の名前がでてこないことがある」「いま、いつ頃かわからないことがある」「身近な人を間違えてしまう」のいずれも〔ある／ない〕），残存歯〔10本未満／10本以上〕，5. 日常生活：「銀行預金、郵便貯金のおし入れ」〔できる／できない〕，「友達の家を訪ねること」〔している／してない〕，「転ばないで家の中を移動する自信」〔ある／ない〕，「転ばないで、ちょっとした家事をする自信」〔ある／ない〕，「週に3回以上軽い体操」〔している／していない〕，「自分の現在の食

事」〔よい／問題がある〕，「畑仕事や庭仕事など」〔している／していない〕，6. 社会交流：「友達や親族と会っておしゃべり」〔している／していない〕，「ご近所とおしゃべり」〔している／していない〕，「友達や親族と電話など」〔している／していない〕，「地域活動に参加」〔している／していない〕，「趣味やお稽古事」〔している／していない〕，「生きていてもしかたない」気持ち〔あり／なし〕。

3) 解析方法

高齢者の「生きていてもしかたない」気持ちの特性については、男女別に「生きていてもしかたない気持ち」あり／なしと各項目のクロス集計を行い、その出現率について χ^2 検定を行った。そのうち、5%以上の有意性のあった変数を生きる意欲に関連する因子探索の説明変数として投入し、「生きていてもしかたない」を目的変数としてステップワイズ法による多重ロジスティック回帰分析を性別に、前期、後期高齢者に区分して行った。

統計処理には解析用ソフト SPSS for Windows 14.0 J を用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の属性

「生きていてもしかたない」の項目に回答した高齢者は2052人で、その内訳は表1に示す如く、65歳から74歳までのいわゆる前期高齢者の男性459人、女性533人、75歳以上の後期高齢者の男性442人、女性638人となっており、女性では後期高齢者の占める比率が高くなっている。世帯属性では全年代を通じて家族と同居している者の比率が高いが、後期高齢期になると特に女性では独居生活を送っている者の比率が高くなっている。

2. 「生きていてもしかたない」気持ちの特性

本調査で「生きていてもしかたない」の項目に回答があった2052人のうち、男性で178人（20.2%）、女性で288人（24.6%）が「生きていてもしかたない」と回答しており、男女合わせて全回答者の22.7%が「生きていてもしかたない」気持ちを有していた。

「生きていてもしかたない」という思いを抱いている高齢者の特性を表2に示した。男性では、独居高齢者で「生きていてもしかたない」気持ちを抱えている比率が高く、老夫婦世帯や家族と同居している高齢者

表 1 解析対象者の属性

	年齢区分		世帯構成					
	前期高齢者	後期高齢者	前期高齢者 (男:448 人 女:440 人)			後期高齢者 (男:410 人 女:615 人)		
			独居	老夫婦	家族と同居	独居	老夫婦	家族と同居
男性 (881 人, 100%)	459(52.1)	422(47.9)	18(4.0)	133(29.7)	297(66.3)	31(7.6)	165(49.2)	214(52.2)
女性 (1171 人, 100%)	533(45.5)	638(54.5)	62(14.1)	174(39.5)	204(46.4)	133(21.6)	110(17.9)	372(60.5)
全体 (2052 人, 100%)	992(48.3)	1060(51.7)	80(9.1)	307(69.8)	501(56.9)	164(16.0)	275(26.8)	586(57.2)

表 2 「生きていてもしかたない」気持ちの特性

調査項目	カテゴリ	男 性			女 性		
		「生きていても しかたない 気持ち」ある (178) 人	「生きていても しかたない 気持ち」ない (703) 人	χ^2 検定	「生きていても しかたない 気持ち」ある (288) 人	「生きていても しかたない 気持ち」ない (883) 人	χ^2 検定
〈世帯構成〉	独居	%	%	*	%	%	n.s.
	老夫婦	10.1	4.8		17.6	16.8	
	家族と同居	36.3	34.3		24.2	29.9	
〈心理的項目〉	よくない	59.6	27.7	***	52.9	23.9	***
	自覚的健康感						
〈自覚症状・疾患〉	ある	21.9	12.2	**	24.6	12.0	***
	心臓症状	16.0	8.7	**	15.0	6.9	***
	脳血管症状	30.5	25.0	+	42.5	32.7	**
	腰・下肢の痛み	28.6	10.7	***	32.2	15.2	***
	自覚的熟睡感	77.6	65.0	**	73.7	62.6	***
〈慢性疾患〉	ある						
	慢性疾患						
〈身体の状態〉	よくする	26.2	7.0	***	20.4	8.5	***
	転倒	39.0	17.8	***	27.9	18.5	***
	体重	2.9	0.8	*	6.3	2.1	**
	目	20.7	13.0	**	26.0	8.7	***
	耳	9.0	1.0	***	7.2	1.5	***
〈記憶力の低下〉	ある	84.0	62.1	***	78.8	61.6	***
	残存歯						
	10 本以内						
〈日常生活〉	できない	16.6	6.4	***	24.4	8.7	***
	預金の出し入れ	34.5	19.5	***	40.1	22.0	***
	友人を訪問	9.2	1.4	***	9.5	2.1	***
	家屋内移動の自信	21.3	4.6	***	20.9	4.1	***
	家事の自信	50.0	46.4	n.s.	50.2	32.5	***
〈軽い体操〉	していない	16.3	6.9	***	24.4	13.3	***
	食事状況	26.2	10.2	***	22.5	13.4	***
	問題あり						
	畑・庭仕事						
	していない						
〈社会交流〉	ない	32.7	13.3	***	40.1	15.0	***
	家族。友人からの相談	16.5	4.9	***	14.0	3.9	***
	友人親族とおしゃべり	22.0	9.9	***	16.9	8.8	***
	近所の人とおしゃべり	34.6	22.4	**	28.4	13.7	***
	友人・親族と電話	62.7	36.5	***	72.2	43.3	***
〈地域活動への参加〉	していない	74.8	56.4	***	75.6	53.0	***
	趣味・お稽古事						
	していない						

n.s.: not significant, +P<0.10, *P<0.05, **P<0.01, ***P<0.001

と有意な差がみられたが、女性では世帯構成との間には関連性はみられなかった。男女とも、心理面では、自覚的健康感がよくない、が「生きていてもしかたない」気持ちと有意の関連性が認められた。自覚症状や

疾患面では、心臓症状がある、脳血管症状がある、腰・下肢の痛みがある、熟睡感がない、なんらかの慢性疾患があるなどが、身体の状態面では転倒をよくする、体重が減少、本などの字が読めない、会話に支障

表3 男性の「生きていてもしかたない」気持ちと関連の強い因子（ステップワイズ法による多重ロジスティック回帰分析）

前期高齢者				後期高齢者			
採択された因子	カテゴリ／基準カテゴリ	Odds 比 (95% 信頼区間)	P 値	採択された因子	カテゴリ／基準カテゴリ	Odds 比 (95% 信頼区間)	P 値
預金の出し入れ	できない／できる	6.80 (1.18–6.00)	0.006	記憶力の低下	ある／ない	6.65 (0.78–56.51)	0.009
友人・親族とおしゃべり	していない／している	4.54 (1.01–20.38)	0.048	体重減少	あり／なし	4.83 (2.02–11.5)	0.000
友人親族との電話	していない／している	4.32 (1.16–16.07)	0.029	世帯構成	独居／老夫婦、家族と同居	4.75 (1.20–18.73)	0.026
残存歯	10 本未満／10 本以上	4.30 (1.67–11.08)	0.003	心臓症状	あり／なし	4.63 (1.72–12.48)	0.002
友人を訪問	していない／している	2.72 (1.04–7.08)	0.040	自覚的健康感	よくない／よい	3.30 (1.43–7.58)	0.005
体重減少	あり／なし	2.65 (1.18–6.00)	0.020				

投入変数：世帯構成，自覚的健康感，友人・家族からの相談，心臓症状，脳血管症状，腰・下肢の痛み，熟睡感，転倒，視力，聴力，記憶力，残存歯，預金の出し入れ，友人訪問，家事の自信，食事状況，畑・庭仕事，友人・親族とおしゃべり，近所の人とおしゃべり，友人・親族との電話，地域活動への参加，趣味・お稽古事

表4 女性の「生きていてもしかたない」気持ちと関連の強い因子（ステップワイズ法による多重ロジスティック回帰分析）

前期高齢者				後期高齢者			
採択された因子	カテゴリ／基準カテゴリ	Odds 比 (95% 信頼区間)	P 値	採択された因子	カテゴリ／基準カテゴリ	Odds 比 (95% 信頼区間)	P 値
預金の出し入れ	できない／できる	6.94 (1.08–44.58)	0.041	家事の自信	ない／ある	2.70 (1.14–6.37)	0.023
食事の状況	問題あり／よい	6.94 (1.08–6.35)	0.034	地域活動への参加	していない／している	2.43 (1.25–4.73)	0.009
脳血管症状	あり／なし	5.69 (2.17–14.92)	0.000	耳の聞こえ	会話に支障あり／ない	2.21 (1.15–4.23)	0.017
地域活動への参加	していない／している	4.94 (2.22–10.96)	0.000	自覚的健康感	よくない／よい	2.06 (1.15–3.68)	0.015
自覚的健康感	よくない／よい	4.79 (2.31–9.95)	0.000				
趣味・お稽古事	していない／している	2.39 (1.04–5.46)	0.039				

投入変数：自覚的健康感，友人・家族からの相談，心臓症状，脳血管症状，腰・下肢の痛み，熟睡感，転倒，視力，聴力，記憶力，残存歯，預金の出し入れ，友人訪問，家事の自信，軽い体操，食事状況，畑・庭仕事，友人・親族とおしゃべり，近所の人とおしゃべり，友人・親族との電話，地域活動への参加，趣味・お稽古事

があるほど耳が聞こえない，記憶力の低下がある，残存歯が 10 本未満，などがそれぞれ「生きていてもしかたない」気持ちと有意の関連がみられた。日常生活面では，預金の出し入れができない，友人の家を訪問していない，家屋内の移動に自信がない，自分の食事に問題がある，畑・庭などの仕事をしていない，などが「生きていてもしかたない」気持ちと関連がみられたが，軽い体操をしている，は男性では関連がみられず女性でのみ関連性が認められた。社会交流の面では，家族・友人からの相談がない，友人や親族とおしゃべりをしていない，近所の人と会っておしゃべりをしていない，友人や親族と電話で話しをしていない，地域活動に参加していない，趣味やお稽古事をしていないなどがそれぞれ「生きていてもしかたない」気持ちとの間に関連性がみられた。

3. 「生きていてもしかたない」気持ちに関与する独立因子

年齢群別に「生きていてもしかたない」気持ちに独立して関与する因子を男女それぞれについて多重ロジスティック回帰分析で解析すると，男性では表3に示す如く，前期高齢者で，預金の出し入れができない，友人・親族とおしゃべりをしていない，友人・親族

と電話で話しをしていない，残存歯が 10 本未満，友人を訪問していない，体重が減少，が強く関与していた。後期高齢者では，記憶力が低下，体重が減少，独居であること，心臓症状がある，自覚的健康感がよくない，などが「生きていてもしかたない」気持ちに強く関与していた。

女性では，表4に示すように前期高齢者で「生きていてもしかたない」気持ちへの独立した関与が認められた因子は，預金の出し入れができない，食事の状況に問題がある，脳血管症状がある，地域活動に参加していない，自覚的健康感がよくない，趣味やお稽古事をしていない，などであった。また，後期高齢期では，家事の自信がない，地域活動に参加していない，耳の聞こえが悪く会話に支障がある，自覚的健康感がよくない，などでそれぞれ関与が認められた。

IV. 考 察

介護保険制度は導入当初から，高齢者を在宅で介護することに力点が置かれていた。その後の制度改正で，地域包括支援センターによる幅広い介護支援と「介護予防」を柱とした事業が開始されているが，未だ，高齢者の在宅生活の維持を支えきれぬものとはな

りえていない。

本研究では、65 歳から 74 歳までのいわゆる前期高齢期においては男女とも共通して、預金の出し入れ、という家計の独立性が生きる意欲を低減させる強い要因として抽出された。また、男性では、友人や親族と会っておしゃべりしたり、電話などで話したり、親しい友人を訪問するなどの日常の喪失や体重減少にみられる栄養状態の悪化が、女性では地域での活動に参加したり趣味・お稽古事を通して親しい人たちと過ごすひと時がもてなくなることや食の面の生活後退、自覚的健康感、脳血管症状などが生きる意欲そのものを減退させることにつながることが示唆された。柳澤ら²は、在宅高齢者を対象とした、家族及び家族外からのソーシャル・サポートと高齢者の心理的 QOL との関連に関する研究において、家族外からのサポートは、心理的安定、加齢に対する態度、人生の受容のいずれにも有意な影響はみられず、家族からのサポートが心理的安定、加齢に対する態度に有意に影響を及ぼしていたと報告しているように、介護保健制度の下における外部からの介護サービスだけでなく家族や親しい人々たちによる心理的サポートも極めて大切であることを示唆している。本研究では、後期高齢期の男性は独居生活が「生きていてもしかたない」気持ちを醸成することが伺われたが、西田ら³は長期縦断研究で独居が直接的に抑うつを増大することを報告し、長田ら⁴の農村地域における後期高齢者の抑うつに関する研究では、男性で、配偶者を失ったことが抑うつの関連因子となっていると述べており、男性の独居高齢者が心理的に追い詰められた状態で生活していることが推察される。近藤ら⁵は都市部の高齢者における調査から、60 歳代の女性で配偶者の有無が生きがい感に影響していることを報告しているが、生きる意欲の関連因子をみた本研究においては、女性の独居と生きる意欲の関連は見出せなかった。これは、都市と農村の生活環境の相違を反映しているものと推察される。吉井ら⁶は地域在住高齢者の追跡研究において、一人暮らし高齢者は別居家族との接触頻度が少ないことが要介護発生リスクの高さと関係していることを指摘し、「介護予防」として地域参加の機会を増やそうという一律的取り組みを再検討すべきことを示唆している。

様々な喪失感の中で生きている高齢者が「生きていてもしかたない」気持ちに陥ることは、抑うつや生きがいに関する先行研究からも伺われる⁷⁻¹¹⁾が、本研究では前期高齢者と後期高齢者では「生きていてもしかたない」気持ちへの関与因子が異なる傾向がみられ

た。後期高齢期の男性では、記憶力の低下、心臓症状、自覚的健康感など身体不調や機能低下が生きる意欲の減退要因となっている。なお、「心臓症状」「脳血管症状」については必ずしも疾患を反映した症状とは限らず心理的要因などによる訴えが含まれている可能性は否めない。

一方、後期高齢期の女性については、病気による身体不調や心身機能の低下による家事能力の低下が強く影響しており、家の中で主婦としての自分の役割の喪失が生きる意欲の減退をもたらしていることが示唆された。吉井ら⁶⁾は、女性ではネットワークが豊富でないこと、他人にサポートを提供していないことが要介護発生リスクになることから、高齢女性にとって、身近な人の役に立つという役割を失うことは、自信やアイデンティティーを失うことにつながることを、また松浦¹²⁾らも、同居家族、心配事を聞いてくれる人・元氣付けてくれる人の有無、役割の遂行などが高齢者の主観的幸福感に関連すると報告している。山下ら¹³⁾は健常老人の主観的幸福感に関する研究で、社会活動性が人生の満足度や精神的な健康に影響を与えることを指摘し、中村ら¹⁴⁾も全国 20 市町村の高齢者への無作為抽出調査で、グループ内での補佐的な役割、社会活動の参加、生きがいや日常生活への活力をもつことが主観的健康感の向上・保持に関連すると報告しているが、本研究においては、特に女性では、高年齢に至るまで仲間との地域活動や親しい人々たちとの交流が生きる意欲の維持のために重要であるとの結果を得た。中西ら¹⁵⁾は地域高齢者の知的障害が生命予後に対して独立した危険因子となることを述べており、高齢期には自分の存在の意義を自覚できるような役割の維持が大切であることを報告しているが、そのためには家族の配慮や役割の維持・回復を考慮したケア・プログラムの策定が必要であろう。呉地ら¹⁶⁾は、離島高齢者を対象として「生きがい型デイサービス」「移送サービス」「食の自立支援」「ゴミ出しボランティアサービス」「ふるさと訪問」などの 5 年間の介入後、高齢者の生活満足度や介護意識に意識変化がみられなかった、と報告し、新井ら¹⁷⁾も運動トレーニングに参加した高齢者の身体機能、精神機能の変化に関する研究で、トレーニングにより最大歩行速度、ファンクショナルリーチ、長座位体前屈、Time up and go が有意に改善したものの、うつ傾向や転倒に関する自己効力感の改善は関連がみられず、またレベルダウンすることが危惧される、述べているように、事業への連れ出しや身体機能強化メニューを中心とした介護予防事業だ

けで高齢者が生きる意欲を維持・回復し、予防のために行動変容すると短絡的に捉えるべきではなかろう。

高齢者の地域生活を支えるためには、生きる意欲を阻害する要因について十分なアセスメントを行い、それを高める取り組みに力を注ぐべきであろう。また、本研究でも明らかになったように、高齢者の生きる意欲を高めるうえで家族などの近親者、親しい人たちとの交流や精神的支援が極めて重要であることを再認識する必要がある。さらに、男女とも後期高齢期になると特に疾病などの身体不安が強く、生きる意欲低減の大きな要因となっており、在宅医療の推進や医療と介護のさらなる連携など医療的ケアの量的・質的充実が望まれる。

老化にともない心身の機能が漸次低下していき死に至ることは避けられないが、高齢者のケアは、つまるところ生きる意欲を支えることに他ならない。各種の介護サービスや「介護予防」が高齢者の生きる意欲を支えるものとなっているか真摯な検討が望まれる。

文 献

- 1) 内閣府：高齢社会白書。平成 18 年度版，ぎょうせい，東京，2006，52-53。
- 2) 柳澤理子，馬場雄司，伊藤千代子 他：家族及び家族外からのソーシャル・サポートと高齢者の心理的 QOL との関連。日本公衛雑誌 2002；49：766-773
- 3) 西田裕紀子，新野直明，安藤富士子 他：地域在住中高年者の抑うつとの関連要因－日常活動能力に着目して－。日本未病システム学会雑誌 2006；12：101-104
- 4) 長田久雄，柴田 博，芳賀 博 他：後期高齢者の抑うつ状態と関連する身体機能および生活活動能力。日本公衛誌 1995；42：897-909
- 5) 近藤 勉，鎌田次郎：高齢者の生きがい感に影響する性別と年代からみた要因。老年精神医学雑誌 2004；15：1281-1290
- 6) 吉井清子，近藤克則他：地域在住高齢者の社会関係の特徴とその後 2 年間の要介護状態発生との関連性。日本公衛誌 2005；52：456-467
- 7) 和泉京子，阿曾洋子，山本美輪 他：「軽度要介護認定」高齢者のうつに関連する要因。老年社会科学 2007；28：476-486
- 8) 岸 玲子，浦田泰成，西条泰明 他：高齢者の抑うつにおよぼすストレスフルイベントの影響と社会的サポートネットワークの予防的役割－北海道における縦断研究。精神神経学雑誌 2005；107：369-377
- 9) 福田寿生，木田和幸，木村有子 他：地方都市における 65 歳以上住民の主観的幸福感と抑うつ状態について。日本公衛雑誌 2002；49：97-105
- 10) Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, et al：Depression without sadness-functional outcomes of nondysphoric depression in later life. J Am Geriatr Soc 1997；45：pp 570-578
- 11) Penninx BW, Guralnik JM, Ferrucci L, et al：Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons, JAMA 1998；45：pp 1720-1726
- 12) 松浦智和，西 基，三宅浩次：島嶼地域高齢者の主観的健康感とその関連要因－ソーシャル・サポート・ネットワークと社会関連性を中心として。北海道医療大学看護福祉学部学会誌 2006；2：45-53
- 13) 山下一也，小林祥泰，山口修平 他：社会的活動性の異なる健康老人の主観的幸福感と抑うつ症状。日本老年医学会雑誌 1993；30：693-697
- 14) 中村好一，金子 勇，川村優子 他：在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子。日本公衛雑誌 2002；49：409-416
- 15) 中西範幸，西岡千里，山田敦弘 他：地域高齢者の知的障害に関連する要因と生命予後に関する研究。日本公衛誌 1997；44：845-855
- 16) 呉地祥友里，大湾明美，宮城重二 他：沖縄県 H 島における高齢者のソーシャルネットワーク・生活満足度・介護意識に関する研究介入前後の高齢者の意識比較。沖縄県立大学紀要 2006；7：25-29
- 17) 新井武志，大淵修一，逸見 治 他：地域在住虚弱高齢者への運動介入による身体機能改善と精神心理面の関係。理学療法学 2006；33：118-125