

高齢者の介護予防に影響を及ぼす要因 －性差と主観的健康感の観点から－

新田 章子¹・中尾理恵子¹・川崎 涼子¹・中原 和美²・藤崎 郁³・井口 茂²

要 旨 地方都市における地域在住高齢者の介護予防に関連する要因を、性差と主観的健康感の観点から検討した。自治会に加入する65歳以上の高齢者1602人を対象に行なった質問紙調査は、回答者698人（回収率43.6%）、分析対象者634人（有効回答率39.6%）であった。男性の後期高齢者でうつ傾向、女性の後期高齢者で低い主観的健康感、社会活動の低下、運動機能の低下、閉じこもり傾向が認められた。また、男性、女性ともに低い主観的健康感が運動機能の低下と社会活動の低下に関連していた。介護予防プログラムを検討する上で、性差や個別ニーズに合わせた運動機能強化プログラムを含む多様な社会活動の場と機会の充実が不可欠であると考えられた。

保健学研究 23(1): 1-8, 2011

Key Words : 地域在住高齢者, 介護予防, 主観的健康感, 社会活動

(2010年10月12日受付)
(2010年11月29日受理)

I. はじめに

近年、高齢者の健康水準評価指標として、従来の身体的・精神的健康指標とは異なる側面を評価するための主観的健康感に着目した研究が多く行なわれている。杉浦らは、主観的健康感と慢性疾患の有無、日常生活動作能力、主観的幸福感、睡眠時間の間の関連について報告している¹⁾。宮原らは、主観的健康感と運動能力、生活機能、ライフスタイルとの関連について²⁾、また、岡戸らは、女性に比べ、男性で主観的健康感の生命予後への影響がより大きいことを指摘している³⁾。一方で、三徳らは、主観的健康感と死亡との関連の強さについては、男女で差がないとする報告もある⁴⁾。主観的健康感と生命予後との関連は議論の分かれるところであり⁵⁻⁸⁾、地域在住高齢者における調査の必要性は大きく、高齢者の日常生活の質や社会とのつながりを検討する際に、指標のひとつとして含める必要があると考えられる。

高齢者の健康水準を高い状態で保持するための方策のひとつとして、2006年度から地域在住高齢者を対象に介護予防事業が展開されているが、その参加率は目標値を下回っている⁹⁾。しかし、高齢者を対象とした運動器機能向上に係る事業を展開している自治体は36%、その実施期間も41.6%が6ヶ月未満であることが報告されており¹⁰⁾、地域在住高齢者個人の介護予防ニーズとそれに対応すべき自治体の供給プログラムが必ずしも適応していない可能性がある。一方、地域在住高齢者の運動習慣の継続や社会活動への参加には、年齢に関らず日常生活

動作（以下、ADL）が保たれていることの他にも¹¹⁾、高い主観的健康感の関連が指摘されており^{12,13)}、自治体が実施するプログラムも含め、コミュニティで展開されている様々な社会活動への参加可能性を検討する際には、単に高齢者の客観的な運動機能評価結果のみならず、主観的健康感といった個人の健康度評価結果についても考慮する必要があると考えられる。

本研究では、地方都市における地域在住高齢者の介護予防促進に関連する要因を、性差と主観的健康感の観点から検討する。それにより、介護予防事業を単に運動器機能向上のためのプログラムとして捉えず、広くコミュニティにおける高齢者対象の社会活動として活用すると共に、その効用の拡大可能性を検討することを目的とする。

II. 方法

1. 調査対象

調査対象地区は長崎市南西部に位置するA地区である。2007年12月現在の人口は8153人、高齢化率は19.6%である。自治会活動が盛んで、持ち家で長年生活を営む居住区、アパートが隣接する居住区、漁港に隣接する居住区が混在する。A地区は、高齢化率、斜面地といった居住区の物理的環境ならびに自治会等のコミュニティ活動の状況といった社会条件が、長崎市の地域特性を反映した地域である。

対象者はA地区の自治会に所属する65歳以上の全住民

1 長崎大学医歯薬学総合研究科保健学専攻看護学講座
2 長崎大学医歯薬学総合研究科保健学専攻理学療法学講座
3 新潟県立看護大学基礎看護学領域

1602人である。

2. 調査方法

データの収集は、A地区の連合自治体を通じて各支部の自治会長に依頼し、自記式無記名調査票を個別配布した。回収は自治会を経由せず、質問紙とともに同封した回収用の封筒にて、個別の郵送法で回収した。回答済み調査票の返送により、調査への参加同意が得られたとみなした。調査期間は2009年8月から9月の2ヶ月であった。

3. 調査項目

調査項目は、基本属性、主観的健康感、介護予防基本チェックリスト、社会活動指標、介護予防関連事業に関する参加希望である。

基本属性は年齢、性別、身長、体重、世帯構成、仕事の有無、通院中の疾患の有無、生活習慣（食事、運動、睡眠）とした。

主観的健康感は、国民生活基礎調査¹⁴⁾を参考に「現在ご自分の健康状態をどのように感じていますか」という設問に対し、「よい」「まあよい」「ふつう」「あまりよくない」「よくない」の5段階で回答を得た。分析では、「よい」「まあよい」「ふつう」を「健康」、「あまりよくない」「よくない」を「非健康」に分類し、「健康」「非健康」の2段階で評価した。

介護予防基本チェックリストの判定には、厚生労働省が作成した介護予防基本チェックリスト¹⁵⁾の特定高齢者候補者の選定の判断基準を用いた。質問項目は表1に示す。判断基準に基づいて、「運動器の機能向上」「栄養改善」「口腔機能の向上」「閉じこもりの予防」「認知症予防」「うつ予防」の6領域の介護予防の必要について「該当」「非該当」に分類した。今回の分析では、栄養改善の該当者割合が1～3%と少なく、「栄養改善」を除いた5領域での分析とした。

社会活動の評価には玉腰らが開発した社会活動性指標¹¹⁾の「個人的活動」10項目を用いた。質問項目は表

表1. 介護予防基本チェックリスト質問項目

質問項目	領域別分類 (特定高齢者候補者該当基準)
1 バスや電車で1人で外出していますか	日常生活関連動作 (うつ予防以外20項目中10項目)
2 日用品の買物をしていますか	
3 預貯金の出し入れをしていますか	
4 友達の家を訪ねていますか	
5 家族や友人の相談にのっていますか	
6 階段を手すりや壁をつたわずに昇っていますか	運動器の機能 (3項目)
7 椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がっていますか	
8 15分くらい続けて歩いていますか	
9 この1年間に転んだことがありますか	
10 転倒に対する不安は大きいですか	
11 6ヶ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	栄養改善 (2項目)
12 身長 cm, 体重 kg (※注 BMI が18.5未満の場合に該当とする)	
13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	口腔機能 (2項目)
14 お茶や汁物等でむせることがありますか	
15 口の渇きが気になりますか	
16 週に1日以上は外出していますか	閉じこもり予防 (16に該当)
17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	
18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあるとされますか	認知症予防 (1項目以上)
19 自分で電話番号を調べて、電話をかけることをしていますか	
20 今日が何月何日かわからない時がありますか	
21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がない	うつ予防 (2項目以上)
22 (ここ2週間) これまで楽しんでやれていたことが楽しめなくなった	
23 (ここ2週間) 以前は楽にできていたことが今ではおっくうに感じられる	
24 (ここ2週間) 自分が役に立つ人間だとは思えない	
25 (ここ2週間) わけもなく疲れたような感じがする	

表2. 社会活動指標（個人活動）質問項目

質問項目
1 近所づきあいをする
2 生活用品や食料品の買い物をする
3 デパートで買い物をする
4 近くの友人や親戚を訪問する
5 遠方の友人や親戚を訪問する
6 国内旅行をする
7 外国旅行をする
8 神社仏閣をおまいりする
9 運動をする
10 レクリエーション活動をする

2に示す。「いつもしている」：3点、「ときどきしている」：2点、「していない」：1点を配点とし、合計得点を算出した。高得点ほど活動性が高いことを意味する。玉腰らの分類に沿って、高活動群（19.8点より大）、中活動群（15～19.8点）、低活動群（14点以下）に分類した。

介護予防関連事業に関する参加希望は、「運動教室」「認知症予防教室」「歯や口腔の手入れ」「その他」について回答を求めた。

4. 分析方法

主観的健康感、介護予防チェックリスト、社会活動の

分析は、 χ^2 検定による独立性の検定と t 検定を用いた。分析には SPSS for Windows ver.16.0 を用い、有意水準は 5%未満を有意差ありとした。

5. 倫理的配慮

調査実施前に連合自治会定例会等で自治会長に調査の目的および内容について説明を行い、同意を得た。対象者には文書にて、調査の趣旨、個人的な情報は公表しないこと、秘密は厳守することを明記し、回収をもって調査に同意が得られたとした。本研究は長崎大学大学院医歯薬学総合研究科倫理審査委員会における承認を得た上で実施した。

III. 結果

1. 対象者の特性

対象者の特性は表3に示す。

分析対象者は回収された695人（回収率43.4%）のうち、性別不明、入院・入所などの理由による白紙回答の61人を除く634人（男性262人、女性372人、有効回答率39.6%）とした。平均年齢は、74.8（標準偏差（SD）6.9）（男性73.6（SD6.3）、女性75.7（SD7.3））歳であった（ $P=0.008$ ）。男性と女性の年齢区分構成には差が見られた（ $P=0.001$ ）。同居家族は、男性では夫婦のみ世帯が7割程度を占めるが、女性ではひとり暮らし、夫婦のみ世帯、二世帯以上ともに3割程度であり、性別による違いが見られた（ $P<0.001$ ）。

表3. 対象者の特性

	全体 (n=634)	男性 (n=262)		女性 (n=372)		P 値
		n	(%)	n	(%)	
年齢区分	65-74 歳	157	(60.6)	172	(46.6)	0.001
	75 歳以上	102	(39.4)	197	(53.4)	
同居家族	ひとり暮らし	26	(10.3)	111	(32.7)	0.000
	夫婦のみ	170	(67.5)	122	(36.0)	
	二世帯以上	56	(22.2)	106	(31.3)	
通院中の疾患	あり	196	(80.0)	303	(86.3)	0.040
	なし	49	(20.0)	48	(13.7)	
介護予防教室への参加	あり	19	(7.5)	56	(16.1)	0.005
	なし	234	(92.5)	291	(83.6)	
食事（三食/日）	摂取	233	(90.0)	345	(94.0)	0.044
	非摂取	27	(10.0)	22	(6.0)	
定期的な運動	運動	138	(54.1)	168	(47.1)	0.085
	非運動	117	(45.9)	189	(52.9)	
十分な睡眠	熟眠	201	(80.1)	247	(70.2)	0.006
	非熟眠	50	(19.9)	105	(29.8)	

χ^2 検定

表4. 性・年齢階級別にみた主観的健康感, 社会活動指標, 介護予防基本チェックリストとの関連

		男性				P 値	女性				P 値
		前期高齢者 65-74 歳		後期高齢者 75 歳以上			前期高齢者 65-74 歳		後期高齢者 75 歳以上		
		n	(%)	n	(%)		n	(%)	n	(%)	
主観的健康感	健康	100	(63.7)	61	(61.0)	0.757	121	(71.6)	94	(49.7)	< 0.001
	非健康	57	(36.3)	39	(39.0)		48	(28.4)	95	(50.3)	
社会活動指標	高活動群	38	(24.2)	22	(21.6)	0.850	71	(41.3)	36	(18.3)	< 0.001
	中活動群	60	(38.2)	42	(41.2)		76	(44.2)	62	(31.5)	
	低活動群	59	(37.6)	38	(37.3)		25	(14.5)	99	(50.3)	
介護予防基本チェックリスト											
うつ	該当	47	(29.9)	52	(51.0)	0.001	71	(41.3)	76	(38.6)	0.597
	非該当	110	(70.1)	50	(49.0)		101	(58.7)	121	(61.4)	
運動器の機能	該当	35	(22.3)	34	(33.3)	0.050	47	(27.3)	110	(55.8)	< 0.001
	非該当	122	(77.7)	68	(66.7)		125	(72.7)	87	(44.2)	
閉じこもり	該当	32	(20.9)	11	(11.5)	0.055	17	(10.4)	43	(23.2)	0.001
	非該当	121	(79.1)	85	(88.5)		147	(89.6)	142	(76.8)	
口腔機能	該当	48	(30.6)	34	(33.3)	0.641	53	(30.8)	52	(26.4)	0.348
	非該当	109	(69.4)	68	(66.7)		119	(69.2)	145	(73.6)	
認知症	該当	65	(41.4)	44	(43.1)	0.782	67	(39.0)	85	(43.1)	0.414
	非該当	92	(58.6)	58	(56.9)		105	(61.0)	112	(56.9)	

χ² 検定

2. 性・年齢階級に関連する要因

性・年齢区分別にみた主観的健康感, 社会活動指標, 介護予防基本チェックリストの関連を表4に示す.

主観的健康感は, 男性では年齢区分による差は見られず, 女性で前期高齢者よりも後期高齢者に非健康のものが有意に多かった ($P<0.001$). 同様に社会活動指標の結果においても, 男性では年齢区分による差はなく, 女性で前期高齢者に比べ後期高齢者の低活動群が有意に多かった ($P<0.001$).

基本チェックリストでは, 男性でうつ予防の該当者と年齢区分との関連が見られた ($P=0.001$). 女性では, 運動器の機能向上, 閉じこもり予防と年齢区分との関連が見られた (それぞれ, $P<0.001$, $P=0.001$).

3. 主観的健康感に関連する要因

主観的健康感と運動器の機能の関連 (図1), 社会活動指標との関連 (図2) を示す. 性別に関わりなく, 運

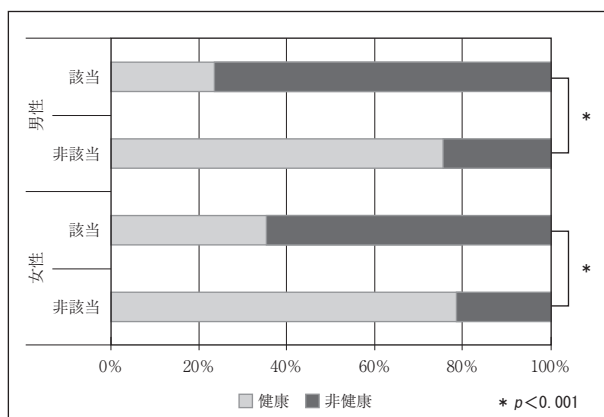


図1. 主観的健康感と運動機能の関連

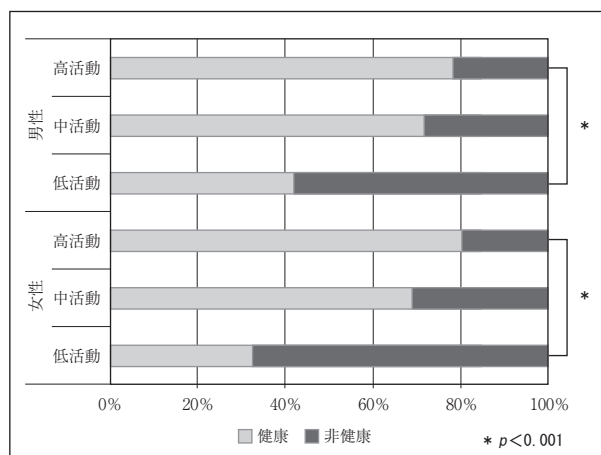


図2. 主観的健康感と社会活動指標の関連

動器の機能向上の該当者が非健康であり、社会活動の低活動のものが非健康であった。

4. 運動機能と社会活動の関連

運動器の機能向上と社会活動指標との関連が見られた(図3)。すなわち、運動器の機能向上に該当するものにおいて有意に低活動群が多かった ($P<0.001$)。

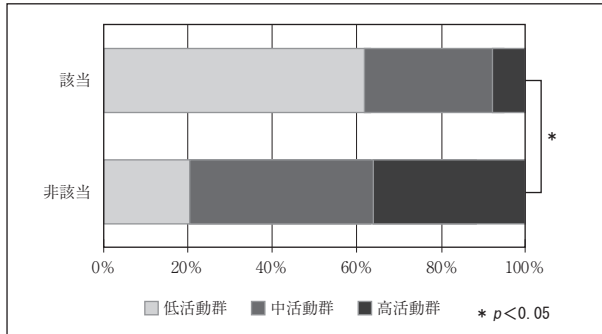


図3. 運動器の機能と社会活動指標の関連

5. 介護予防関連事業に関する参加希望

介護予防関連事業に関する参加希望を表5に示す。その他の参加希望は、囲碁教室、朗読、音楽、歴史講座などの趣味活動の意見があった。

表5. 介護予防関連事業に関する希望

項目	n
運動教室	107
認知症予防教室	115
歯や口腔の手入れ	46
その他	13

IV. 考察

主観的健康感、社会活動において女性後期高齢者の低下が見られた。介護予防の該当と年齢との関連は、男性ではうつ予防、女性では運動器の機能向上、閉じこもり予防で見られた。また、主観的健康感の低さには、運動器の機能、社会活動と関連があった。運動器の機能と社会活動には関連があった。これらのことから、加齢に伴い低下していく機能には性別による違いがあり、運動器の機能向上と社会活動の拡大が主観的健康感を高める可能性があることが示唆された。

本調査は、長崎市内A地区の高齢者全体を調査対象者とした調査であり、平均年齢の差から男性回答者が若干多かったことが考えられるが、都市部に比べ地方においては女性の高齢独居者が多いことは一般的なことであるため、地区を代表したデータであったと考えられる。しかしながら、年齢区分の構成割合や有病の割合に差が見られたことは、主観的健康感や社会活動に影響を与えた可能性は否定できない。要支援高齢者の特徴として、活

動量の低下、運動器機能低下、うつのリスクといった身体的・精神的健康との関連の報告¹⁶⁾と同様、本研究においても運動機能と社会活動の関連が認められた。男性は、女性に比べ、家族関係の満足度が低く、「友人の家を訪ねる」といった社会とのつながりが弱いことが報告されているが¹⁷⁾、本研究では、後期高齢女性においても閉じこもり割合が高いことが認められた。閉じこもり予防および改善に関する研究として、山崎らは、「具合が悪い時に一緒に病院へ行ってくれる人がいること」といった人的サポート資源の有無と認知的活動得点の高さ、通所型運動器機能向上プログラムへの参加が閉じこもり改善に役立ち、訪問型運動器機能改善プログラムへの参加は負の影響があることを報告している¹⁸⁾。一方、活動指向性と社会活動の関係には男女差があり、年齢、同居家族によって活動指向性の程度が異なると共に、女性は対人関係の親和志向性の高さが活動志向性と関連していた¹⁹⁾。しかし、本研究では、女性は加齢による身体機能の低下が本来持っている対人関係の親和性の高さ以上に影響し、運動機能強化プログラムを含む様々な社会活動への参加を低減させている可能性が推察された。

岡本の研究において、高齢女性は社会活動の中でも近所づきあいや友人の訪問といった個人活動の活発さが生活満足度の高さと関連していることを指摘している²⁰⁾。本研究では、後期高齢女性で社会活動の低さが認められた。高齢者の社会参加促進の際には、加齢に伴う身体機能の低下、それに伴う社会とのつながりの低下によって、特に後期高齢者の生活満足度に、負の影響を及ぼしている可能性があることを考慮する必要がある。

本研究においては、男性ではうつ傾向の他には加齢によって負の影響を受けていると考えられる要素は認められなかったが、先行研究においては、男性は女性に比べて人との交流や行政サービスの利用が少ないことが指摘されていると共に²¹⁾、山間部に住む男性の生存維持のためには旅行や行楽等を通じて地域社会とのつながりを強化することの重要性も示されている²²⁾。つまり、女性に比べて、高齢男性に対しては、潜在的ニーズも含めて過去の職業や趣味等の個人活動にも着目した多様な社会参加の場と機会を積極的に提供することが重要であると考えられる。

また、健康生活習慣の改善は外出を促進させるが、現病歴の変化、主観的健康感の低下ならびに健康生活習慣の低下は外出や社会参加を減退させる²³⁾。更に、外出頻度・範囲とSF-36の「全体的健康感」の関連も報告されている²⁴⁾。本研究においても性差に関らず、運動機能の低下と社会活動性の低下ならびに低い主観的健康感に関連が認められた。閉じこもり予防あるいは外出促進において、身体機能状況および周囲のサポート体制や主観的健康感について注目し、高齢者が安心して社会とのつながりを確保できるように配慮する必要がある。地区活動に参加している後期高齢者にとって家族のサポートの重

要性と、友人や近隣との交流が社会的支援を得られやすい環境につながる事が報告されている²⁵⁾。従って、性差に関りなく、身体的健康、精神的健康、社会的健康が調和のとれた高い水準で維持されるためには、それぞれの個性やニーズに合わせた多様な社会活動プログラムにアクセス可能な環境づくりが不可欠であると考え、そのことが、主観的健康感を高めることにもつながり、高齢者のQOLを高めることにも寄与するのではないだろうか。

本研究では、A地区在住の高齢者の健康生活を支援するための社会活動プログラムの展開を検討する上で重要な示唆を得ることができたが、今後は、運動機能の低下と認知症傾向といった複合的なリスクを抱える高齢者やリスクの程度も考慮した支援体制の構築のために、更に詳細な分析が必要であると考え、高齢者が閉じこもり状態になることで、運動機能が低下し、社会とのつながりが希薄になり、主観的健康感も低くなってしまおうといった負のサイクルに陥らないような総合的地域支援プログラムが求められる。

V. 結論

後期高齢者では、主観的健康感ならびに社会活動状況が、介護予防に関連していることが示唆された。また、女性では運動機能の低下による介護予防事業を含む社会活動への参加への負の影響が推察された。男性では、運動機能や身体的健康度のみに着目することなく、旅行や個人の趣味活動も含めた多様なニーズに対応できる社会活動の場が供給されることが必要だと考えられた。また、地域在住高齢者に対する運動機能強化プログラムを含む多様な社会活動の場と機会の充実を通して、高齢者の高い主観的健康感の獲得ならびにQOLの向上につながる可能性があると考えられた。

謝辞

本調査にご協力いただきました自治会長の皆様、調査にご協力いただきました地区住民の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、長崎大学医学部保健学科学科長裁量経費の助成を受けて行われ、平成21年度日本在宅ケア学会学術集會にて発表した内容に加筆・修正を加えたものである。

<文献>

- 1) 杉澤秀博, Jersey Liang : 高齢者の健康自己評価の変化に関連する要因. 老年社会科学, 16 (1) : 37-45, 1994.
- 2) 宮原洋八, 小田利勝 : 地域高齢者の主観的健康感と運動能力, 生活機能, ライフスタイル, 社会的属性間との関連. 理学療法科学, 22 (3) : 391-396, 2007.
- 3) 岡戸順一, 艾斌, 巴山玉蓮, 星旦二 : 主観的健康感

が高齢者の生命予後に及ぼす影響. 日本健康教育学会誌, 11 (1) : 31-38, 2003.

- 4) 三徳和子, 高橋俊彦, 星旦二 : 主観的健康感と死亡率の関連に関するレビュー. 川崎医療福祉学会誌, 16 (1) : 1-10, 2006.
- 5) Okamoto K, Momose Y, Fujino A, Osawa Y: Gender differences in the relationship between self-rated health (SRH) and 6-year mortality risks among the elderly in Japan. Arch Gerontol Geriatr, 47 (3) : 311-317, 2008.
- 6) Okamoto K, Harasawa Y, Momose Y, Sakuma K: Risk factors for 6-year mortality by gender in a Japanese elderly population. Arch Gerontol Geriatr, 45 (3) : 335-341, 2007.
- 7) Murata C, Kondo T, Tamakoshi K, Yatsuya H, Toyoshima H: Determinants of self-rated health: could health status explain the association between self-rated health and mortality. Arch Gerontol Geriatr, 43 (3) : 369-380, 2006.
- 8) Ishizaki T, Kai I, Imanaka Y: Self-rated health and social role as predictors for 6-year total mortality among a non-disabled older Japanese population. Arch Gerontol Geriatr, 42 (1) : 91-99, 2006.
- 9) 厚生労働省老健局老人保健課 : 平成20年度介護予防事業 (地域支援事業) の実施状況に関する調査結果, 2009. (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2010/03/tp0326-1.html>)
- 10) 日本公衆衛生協会 : 今後の介護予防事業のあり方に関する研究報告書, 2010. (http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_5_01_all.pdf)
- 11) 玉腰暁子, 青木利恵, 大野良之, 橋本修二, 清水弘之, 五十里明, 坂田清美, 川村孝, 若井健志 : 高齢者における社会活動の実態. 日本公衆衛生雑誌, 42 (10) : 888-896, 1995.
- 12) 吉田祐子, 熊谷修, 岩佐一, 杉浦美穂, 金憲経, 吉田英世, 古名丈人, 藤原佳典, 新開省二, 渡辺修一郎, 鈴木隆雄 : 地域在住高齢者における運動習慣の定着に関連する要因. 老年社会科学, 28 (3) : 348-358, 2006.
- 13) 村田伸, 安田直史, 米田香, 村田潤, 樋口直明, 樋口善久 : 軽度要介護高齢者における居宅生活の継続要因に関する前向き研究 - 5年後の追跡調査より -. 理学療法科学, 23 (4) : 487-490, 2008.
- 14) 厚生労働省大臣官房統計情報部 : 国民生活基礎調査, 2001. (<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa01/index.html>)
- 15) 厚生労働省老健局老人保健課 : 基本チェックリストの考え方について, 2006. (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/03/dl/tp0313-1a-11.pdf>)
- 16) 井上高博, 濱崎未央 : 要支援高齢者における基本的

- チェックリスト（介護予防プログラム6領域）と神奈川県モニタリング実践評価項目（日常生活動作17項目）との関連. 日本在宅ケア学会誌, 13 (2) : 77-78, 2010.
- 17) 坂東彩, 河野あゆみ, 津村智恵子: 独居虚弱高齢者の身体的, 心理社会的機能, 生活行動における性差の比較. 日本地域看護学会誌, 11 (1) : 93-99, 2008.
- 18) 山崎幸子, 安村誠司, 後藤あや, 佐々木瞳, 大久保一郎, 大野裕, 大原里子, 大淵修一, 杉山みち子, 鈴木隆雄, 本間昭, 曾根稔雅, 辻一郎: 閉じこもり改善の関連要因の検討. 老年社会科学, 32 (1) : 23-31, 2010.
- 19) 井戸正代, 川上憲人, 清水弘之, 岡本祥成, 白井曜子: 地域高齢者の活動志向性に影響を及ぼす要因および実際の社会活動との関連. 日本公衆衛生雑誌, 44 (12) : 894-900, 1997.
- 20) 岡本秀明: 高齢者の社会活動と生活満足度の関連—社会活動の4側面に着目した男女別の検討—. 日本公衆衛生雑誌, 55 (6) : 388-395, 2008.
- 21) 岡本双美子, 河野あゆみ, 津村智恵子: 同居家族との死別体験をした在宅高齢者の閉じこもりについての比較検討—性差による比較—. 日本地域看護学会誌, 11 (2) : 31-37, 2009.
- 22) 巴山玉蓮, 星旦二, 齋藤実千代: 山間部に暮らす高齢者の交流状況と生命予後との関連. 群馬県立県民健康科学大学紀要, 5 : 1-9, 2010.
- 23) 栗原(若狭)律子, 桂敏樹: ひとり暮らし高齢者の「閉じこもり」予防および社会活動への参加に関連する要因. 日本農村医学会雑誌, 52 (1) : 65-79, 2003.
- 24) 吉田幸代, 別所遊子, 細谷たき子, 長谷川美香: 在宅高齢女性の外出状況, 社会との関わりと健康関連QOLとの関係. 福井医科大学研究雑誌, 3 (1) : 69-77, 2002.
- 25) 熊坂智美, 稲毛映子, 矢野正文, 結城美智子: 地区活動に参加している後期高齢者のソーシャルサポートの現状と将来の介護に関するニーズの特徴. 日本地域看護学会誌, 11(2) : 88-86, 2009.

Factors influencing public health efforts in preventing life-style related illnesses and minimizing care needs among the elderly – from the perspectives of gender difference and self-rated health –

Akiko NITTA¹, Rieko NAKAO¹, Ryoko KAWASAKI¹
Kazumi NAKAHARA², Kaoru FUJISAKI³, Shigeru INOKUCHI²

- 1 Department of Nursing, Health Sciences, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences.
- 2 Department of Physical Therapy, Health Sciences, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences.
- 3 Fundamental Nursing, Niigata College of Nursing.

Received 12 October 2010

Accepted 29 November 2010

Abstract This study examined the various factors influencing public health efforts in preventing life-style related illnesses and minimizing care needs among the elderly living in local cities from the perspectives of gender difference and self-rated health. A questionnaire survey was distributed to a total of 1602 elderly aged 65 and above who are members of the same community association. Of them, 698 (43.8%) took part and results of 634 (39.6%) respondents were eligible for study analysis. Depression among the old-old males, and low self-rated health, decreased engagement in social activities, decreased motor function and tendency to keep indoors among the old-old females were reported. Among both male and female respondents, low self-rated health was associated with decreased motor function and decreased engagement in social activities. The study results suggest that in planning programmes to prevent life-style related illnesses and minimize care needs among the elderly, it is necessary to provide places and opportunities for social activities, including programmes to enhance motor functions, which take into account gender differences and individual needs.

Health Science Research 23(1): 1-8, 2011

Key Words : community-dwelling elderly people, minimizing care needs, self-rated health, social activity