

在宅で暮らす要介護認定高齢者の精神的健康に関する研究 －自己実現との関連－

横尾 誠一¹・永田 尚子²・山岡 栞³・辻 真由美¹

要 旨

目的：在宅で暮らす要介護認定高齢者を対象に精神的健康と自己実現との関連を検討することを目的とする。

方法：A県内の通所リハビリテーション（2施設）を利用している高齢者146名を対象として、日本語版「WHO-5 精神健康状態表簡易版」（以下S-WHO-5-J）、自己実現尺度（以下；SAT-17）を使用して調査を行った。精神的健康と自己実現、個人背景の関連の分析にはピアソン相関係数、スピアマン順位相関係数、重回帰分析（ステップワイズ法）を用いた。

結果：105名の対象者から有効な回答が得られた（有効回収率71.9%）。性別は男性48名（45.7%）、女性57名（54.3%）、平均年齢81.1±7.3歳、S-WHO-5-J平均得点14.2±2.9点、SAT-17平均得点52.6±12.5点であった。S-WHO-5-J得点に有意に影響する項目は「SAT-17第4因子（主観的健康度）（偏回帰係数=0.512,p<0.001）」であった。

結論：地域在住の要介護認定高齢者の主観的健康感を高めることで、自己実現、精神的健康が高められることが推察された。今後、地域における専門職者が地域在住の要介護認定高齢者の生活の中での不安、悩みを傾聴していくことで精神的健康および自己実現を高められる可能性があることが示唆された。

保健学研究 33 : 17-23, 2020

Key Words : 在宅, 高齢者, 精神的健康, 自己実現

（2020年1月27日受付）
（2020年3月10日受理）

I. 緒言

Maslow¹⁾は、人は階層の低い段階にある4つの欲求である生理的欲求、安全の欲求、所属と愛情の欲求、尊重の欲求が充足されたとき、最高の欲求によって動かされ、それが自己実現であるとしている。

わが国の要介護認定者数は、2017年の633万人から2019年は659万人に上昇しており、今後も増加していくことが見込まれている²⁾。わが国では、介護を要する状態でも住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進している³⁾。このような背景から、地域で生活する高齢者への健康支援は喫緊の課題であると考えられる。

1991年の第46回国連総会における「高齢者のため国連原則」において、高齢者施策として自立、参加、ケア、自己実現、尊厳の5つを基本原則とし、各国政府に自国プログラムに取り入れるよう奨励した⁴⁾。わが国では、「生きがいと健康づくり支援事業は、高齢者本人の個別的な状況に応じて、自己実現が図っていけるようなもの

にすることが大切である」という見解を示している⁵⁾。しかしながら、竹之下ら⁶⁾は高齢者の自己実現に着目した研究は少ないことを指摘している。地域在住高齢者を対象に自己実現の先行研究では年齢、暮らし向き、教育年数、手段の自立、ソーシャルネットワーク⁶⁾や同居人数、判断力、電話・メールの回数⁷⁾との関連が示されている。また、精神的健康に関する先行研究では、心疾患⁸⁾、脳血管疾患⁹⁾、糖尿病¹⁰⁾等の生活習慣病、生活機能の低下¹¹⁾、体力の低下¹²⁾等との関連があり、精神的健康と自己実現には有意な相関関係があること¹³⁾が報告されている。先行研究では、地域在宅高齢者の自己実現と心理的要因等との検討の必要性が言及されている⁶⁾ように、地域在住高齢者の精神的側面と自己実現の関連の研究蓄積は必要であると考えられる。そこで、本研究では地域在住の要介護認定高齢者を対象に精神的健康と自己実現との関連を検討することを目的とする。本研究が明らかになることで高齢者支援の一資料になる可能性があり、地域在住高齢者のQOLの向上に向けた支援に寄与できうと考える。

1 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科

2 元長崎大学医学部保健学科

3 日本赤十字社長崎原爆病院

II. 研究方法

1. 用語の定義

自己実現：清重^{6,7)}の定義に従い、「日々の生活の中で、自己の新しい人間の創造を目標とし、他者の協力を得ながら潜在能力を生かし、自己を成長させ、自由に生き生きと意欲的に生きている状態をいい、そのことを通じ他者の幸福に貢献していること」とする。

2. 調査期間

2019年8月～2019年9月。

3. 調査対象

A県内の通所リハビリテーション施設（計2施設）を利用している高齢者146名を対象とした。除外基準として、主治医より認知症の診断を受けている、あるいは、調査時に心身の調子が不良のために施設担当者が調査への協力が困難と判断した者とした。

4. 調査方法

調査票の配布に内諾が得られた対象者に調査票を配布し、自己記入式にて実施した。なお、回答に対して代筆を求められた対象者については、対面調査で行った。

5. 調査項目

1) 基本属性

性別、年齢、要介護度、住まいの立地（斜面地/平地）を聴取した。

2) 自己実現尺度（以下：SAT-17）

清重⁷⁾により開発された自己実現尺度（SAT-17）を使用した。「自分の希望の実現への意欲の強さ（4項目）」「自分の能力の社会的活用意欲と活用度（4項目）」「毎日の生活を楽しんでいる程度（4項目）」「主観的健康度（3項目）」「自分の人生を大切に考える程度（2項目）」の5因子17項目で構成されている。回答は5点式リッカートスケールとし単純加算して合計得点を算出する。得点範囲は17点～85点で、得点が高い程、自己実現が高いことを示す⁸⁾。

3) 精神的健康測定尺度（以下：S-WHO-5-J）

日本語版「WHO-5 精神健康状態表簡易版」を使用した。岩佐ら¹⁴⁾により日本語版が開発され、稲垣ら¹⁵⁾により簡易版として信頼性及び妥当性が検証された尺度である。計5項目で構成されている。回答は4点式のリッカートスケールとし、単純加算して合計点を算出する。得点範囲は0～20点で、得点が高いほど精神的健康状態が良好であることを示す。

4. 分析方法

S-WHO-5-J 合計得点とSAT-17合計得点、各因子の合計得点と年齢との関連をピアソン相関係数、S-WHO-5-J合計得点と性別、要介護度、住まいの立地との関連はスピアマン順位相関係数を算出した。S-WHO-5-J合計得点を従属変数、SAT-17合計得点、各因子の合計得点、年齢、性別、要介護度、住まい立地を独立変数とし重回帰分析（ステップワイズ法）にて分析した。解析にはSPSS22.0J for Windowsを使用し、統計的有意水準

は5%未満とした。

5. 倫理的配慮

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の承認を受けて実施した（承認番号19080804-2）。調査施設に対しては施設責任者から文章にて研究協力の承諾を得た。対象者に対して、本研究の目的と方法、自由意思による参加、協力しないことにより不利益が生じないこと、研究結果は本研究のみに使用する等を記載した書面を調査票と一緒に配布した。調査は無記名で行い、回収箱への投函を以って研究参加の同意とみなした。

III. 結果

調査協力依頼を行った146名のうち121名から回答が得られた（回収率82.9%）。不完全回答を除いた105名（有効回答率71.9%）を分析対象とした。

1. 対象者の概要（表1、2、3、4、5）

性別は男性48名（45.7%）、女性57名（54.3%）、平均年齢81.1±7.3歳。要介護度は要支援2が31名（29.5%）と最も高かった。住まいの立地は平地68名（64.8%）、斜面地37名（35.2%）と平地が高かった。S-WHO-5-J平均得点14.2±2.9点、S-WHO-5-Jの項目の平均得点は2.7～3.1点。対象者の背景別のS-WHO-5-J平均得点は、要介護度では、要支援1の14.8±3.0点と要介護1の14.8±2.5点が高く、住まいの立地は斜面地14.6±3.1点、平地14.0±2.7点と斜面地が高かった。SAT-17平均得点52.6±12.5点。SAT-17の5因子の平均得点は6.8～13.6点。対象者の背景別のSAT-17平均得点は、要介護度は要支援2の56.3±12.6点が最も高く、住まいの立地は斜面地56.1±12.3点、平地50.7±12.3点と斜面地が高かった。

2. S-WHO-5-Jと個人背景及びSAT-17との相関（表6）

S-WHO-5-Jと性別（rs=0.22,p=0.025）、要介護度（rs=-0.34,p<0.001）、住まいの立地（rs=0.20,p=0.037）において有意な相関が確認された。S-WHO-5-JとSAT-17合計得点（r=0.57,p<0.001）、SAT-17の全ての因子の合計得点に有意な相関が確認された。

3. S-WHO-5-JとSAT-17および個人背景との重回帰分析（表7）

重回帰分析にはステップワイズ法を使用した。S-WHO-5-J得点に有意に影響する項目はSAT-17第4因子（主観的健康度）（偏回帰係数=0.512,p<0.001）のみであった。

IV. 考察

本研究においては、S-WHO-5-J合計得点と性別、要介護度、住まいの立地、SAT-17得点、SAT-17の全因子の合計得点とに有意な相関関係を示した。重回帰分析の結果、SAT-17第4因子（主観的健康度）のみがS-WHO-5-J得点に有意に関連する要因であった。岩佐ら¹⁴⁾の大都市在住高齢者を対象とした日本語版「WHO-5 精神健康状態表」の信頼性及び妥当性の研究、岩佐ら¹⁶⁾の日本

		男性48 (45.7%)	女性57 (54.3%)	n=105	
		最大値	最小値	平均値	標準偏差
年齢 (歳)	全体	99.0	65.0	81.1	7.3
	男性	99.0	65.0	79.3	7.1
	女性	98.0	65.0	82.5	7.1
		n	%		
要介護度	要支援 1	29	27.6		
	要支援 2	31	29.5		
	要介護 1	12	11.4		
	要介護 2	21	20.0		
	要介護 3	10	9.5		
	要介護 4	2	1.9		
住まいの立地	要介護 5	0	0.0		
	平地	68	64.8		
	斜面地	37	35.2		

表2. S-WHO-5-J 得点概要

		最大値	最小値	平均値	標準偏差	n=105
S-WHO-5-J 合計		全体	20.0	8.0	14.2	2.9
		男性	20.0	8.0	13.5	2.7
		女性	20.0	8.0	14.9	2.9
S-WHO-5-J : 項目 1 (明るく、楽しい気分で過ごした)		全体	4.0	1.0	2.9	0.8
		男性	4.0	1.0	2.7	0.9
		女性	4.0	2.0	3.1	0.8
S-WHO-5-J : 項目 2 (落ち着いたリラックスした気分で過ごした)		全体	4.0	1.0	2.9	0.9
		男性	4.0	1.0	2.8	0.9
		女性	4.0	1.0	3.1	0.9
S-WHO-5-J : 項目 3 (意欲的で活動的に過ごした)		全体	4.0	1.0	2.7	7.7
		男性	4.0	1.0	2.8	0.7
		女性	4.0	1.0	2.7	0.9
S-WHO-5-J : 項目 4 (ぐっすりと休め、気持ちよくめざめた)		全体	4.0	1.0	3.0	1.0
		男性	4.0	1.0	2.8	1.0
		女性	4.0	1.0	3.1	1.0
S-WHO-5-J : 項目 5 (日常生活の中に、興味のあることがたくさんあった)		全体	4.0	1.0	2.7	0.8
		男性	4.0	1.0	2.5	0.8
		女性	4.0	1.0	2.8	0.8

全国に居住する高齢者を対象とした無作為抽出標本調査による「WHO-5 精神健康状態表」の標準化の研究、井藤ら¹⁷⁾の大都市在住要介護認定高齢者を対象とした精神的健康度に関連要因を検証した研究においても主観的健康と精神的健康との有意な関連が示されており、本研究は先行研究^{14,16,17)}結果を支持する結果であった。

高齢者の主観的健康感に関する先行研究では、自覚症状の数が少ない¹⁸⁾、年齢が高い、有病疾患数が少ない、人付き合いがあること¹⁹⁾、家庭内での役割を担っていること²⁰⁾等が主観的健康感を高める要因であることが報告されている。石ら²¹⁾は在宅高齢者の主観的健康感に関連する文献的研究において、主観的健康感の関連要因を「医学的な心身機能」「身体機能の維持・促進習慣」「趣味・活動への参加」「社会的・人的環境」「人生観」「基本属性(年齢、経済力)」の6つのカテゴリーに分類している。本研究においては通所リハビリテーションを利用中の対象という特性から定期的なリハビリテーションによる「身体機能の維持・促進習慣」、レクリエーション等の活動の参加による「趣味・活動への参加」、利用者やスタッフとの交流による「社会的・人的環境」のカ

テゴリーが主観的健康感に関連した可能性がある。今後、さらに「身体機能の維持・促進習慣」「趣味・活動への参加」「社会的・人的環境」を促進する支援を行うことで通所リハビリテーション利用者の精神的健康を高められると推察する。池田ら²⁰⁾は、「居宅介護サービス提供者に心配事・悩み事を聞いてくれる人がいる」ことが主観的健康感との関連する可能性を言及している。地域の専門職者が高齢者の生活における悩みや心配事を積極的に傾聴することで要介護認定高齢者の主観的健康が向上し精神的健康が高められるのかもしれない。

住まいの立地においてSAT-17得点が斜面地 56.1 ± 12.3 点、平地 50.7 ± 12.3 点と斜面地が高い傾向を示した。今後、SAT-17得点と要介護認定高齢者の住環境との関連要因を検討していく必要がある。

V. 研究の限界と課題

本調査は、一県内2ヶ所の通所リハビリテーション施設を利用している高齢者と限定されていた対象であったために、今後、対象地域、サンプル数を拡大する必要がある。

表3. SAT-17得点概要

n=105

		最大値	最小値	平均値	標準偏差
SAT-17 合計	全体	78.0	25.0	52.6	12.5
	男性	75.0	25.0	49.5	11.7
	女性	78.0	26.0	55.2	12.6
SAT-17 第1因子合計 (自分の希望の実現への意欲の強さ)	全体	19.0	4.0	11.0	3.2
	男性	17.0	4.0	10.5	3.0
	女性	19.0	5.0	11.4	3.4
第1因子: 項目3 (世の中のために、役立つことをしたいですか)	全体	5.0	1.0	3.1	1.0
	男性	5.0	1.0	3.0	1.0
	女性	5.0	1.0	3.1	1.1
第1因子: 項目7 (人が困っている時に、何かお手伝いをしていますか)	全体	5.0	1.0	2.5	1.0
	男性	4.0	1.0	2.4	1.0
	女性	5.0	1.0	2.7	1.2
第1因子: 項目9 (ご自分の能力を生かした生活をしていますか)	全体	5.0	1.0	2.9	1.2
	男性	5.0	1.0	2.7	1.1
	女性	5.0	1.0	3.2	1.2
第1因子: 項目10 (人より優れた能力が何かあると思いますか)	全体	5.0	1.0	2.5	1.0
	男性	5.0	1.0	2.4	1.1
	女性	4.0	1.0	2.5	1.0
SAT-17 第2因子合計 (自分の能力の社会的活用意欲と活用度)	全体	20.0	6.0	13.6	3.2
	男性	20.0	6.0	12.8	3.1
	女性	20.0	7.0	14.3	3.2
第2因子: 項目1 (現在、どの程度趣味に取り組んでいますか)	全体	5.0	1.0	2.9	1.5
	男性	5.0	1.0	2.7	1.5
	女性	5.0	1.0	3.0	1.5
第2因子: 項目4 (毎日の生活の中で楽しいことがありますか)	全体	5.0	1.0	3.5	1.2
	男性	5.0	1.0	3.2	1.2
	女性	5.0	1.0	3.7	1.1
第2因子: 項目5 (人との出会いは、楽しいと思いますか)	全体	5.0	1.0	4.0	1.0
	男性	5.0	1.0	3.8	1.1
	女性	5.0	1.0	4.1	1.0
第2因子: 項目6 (最近、お知り合いの方と一緒に過ごす時がありましたか)	全体	5.0	1.0	4.0	1.1
	男性	5.0	1.0	3.1	1.1
	女性	5.0	1.0	3.4	1.0
SAT-17 第3因子合計 (毎日の生活を楽しんでいる程度)	全体	20.0	4.0	12.6	3.7
	男性	19.0	4.0	11.8	3.7
	女性	20.0	5.0	13.3	3.7
第3因子: 項目13 (ご自分の可能性を、これからも伸ばしたいと思いますか)	全体	5.0	1.0	3.3	1.2
	男性	5.0	1.0	3.2	1.1
	女性	5.0	1.0	3.3	1.3
第3因子: 項目15 (ご自分の意志を家族や周囲の人に伝えていきますか)	全体	5.0	1.0	3.9	1.3
	男性	5.0	1.0	3.6	1.1
	女性	5.0	1.0	4.1	1.1
第3因子: 項目16 (ご自分の将来の生活に、何か希望を持っていますか)	全体	5.0	1.0	2.9	1.0
	男性	5.0	1.0	2.7	1.1
	女性	5.0	1.0	3.1	1.0
第3因子: 項目17 (ご自分のやりたいことをどの程度、実現できると思いますか)	全体	5.0	1.0	2.6	1.1
	男性	5.0	1.0	2.3	0.9
	女性	5.0	1.0	2.9	1.2
SAT-17 第4因子合計 (主観的健康度)	全体	15.0	3.0	8.6	3.1
	男性	14.0	3.0	7.9	2.8
	女性	15.0	3.0	9.2	3.1
第4因子: 項目2 (同年輩の人と比べて、あなたは、現在、健康だとおもいますか)	全体	5.0	1.0	2.6	1.2
	男性	5.0	1.0	2.4	1.1
	女性	5.0	1.0	2.8	1.2
第4因子: 項目11 (日常生活で、自分のしたいことが自由にできますか)	全体	5.0	1.0	2.9	1.3
	男性	5.0	1.0	2.7	1.3
	女性	5.0	1.0	3.0	1.3
第4因子: 項目14 (日常生活上の問題をご自分で処理できますか)	全体	5.0	1.0	3.1	1.3
	男性	5.0	1.0	2.8	1.3
	女性	5.0	1.0	3.4	1.3
SAT-17 第5因子合計 (自分の人生を大切に考える程度)	全体	10.0	3.0	6.8	2.0
	男性	10.0	3.0	6.5	1.9
	女性	10.0	3.0	7.1	2.1
第5因子: 項目8 (あなたは、ご自分の、幸福な生活を希望しますか)	全体	5.0	1.0	3.5	1.0
	男性	5.0	1.0	3.4	1.0
	女性	5.0	1.0	3.5	1.1
第5因子: 項目12 (あなたは、生きていることに大切な意味があると思いますか)	全体	5.0	1.0	3.4	1.2
	男性	5.0	1.0	3.1	1.1
	女性	5.0	1.0	3.6	1.3

表4. 対象者の背景別のWHO-5-J得点概要 n=105

	最大値	最小値	平均値	標準偏差
要支援1	20.0	9.0	14.8	3.0
要支援2	19.0	8.0	14.2	2.7
要介護1	18.0	11.0	14.8	2.5
要介護2	19.0	8.0	14.4	3.2
要介護3	15.0	8.0	12.4	2.3
要介護4	12.0	10.0	11.0	1.4
要介護5	-	-	-	-
住まいの立地 (平地)	20.0	8.0	14.0	2.7
住まいの立地 (斜面地)	20.0	8.0	14.6	3.1

表5. 対象者の背景別のSAT-17得点概要 n=105

	最大値	最小値	平均値	標準偏差
要支援1	75.0	28.0	56.1	11.1
要支援2	78.0	40.0	56.3	12.6
要介護1	72.0	33.0	52.9	13.2
要介護2	67.0	25.0	47.6	12.0
要介護3	57.0	26.0	41.9	9.1
要介護4	53.0	45.0	49.0	5.7
要介護5	-	-	-	-
住まいの立地 (平地)	75.0	26.0	50.7	12.3
住まいの立地 (斜面地)	78.0	25.0	56.1	12.3

表6. S-WHO-5-JとSAT-17及び個人背景との相関 n=105

	相関係数	p 値
性別	0.22	0.025
年齢	0.11	0.282
要介護度	-0.34	<0.001
住まいの立地	0.20	0.037
SAT-17	0.57	<0.001
SAT-17 第1因子 (自分の希望の実現への意欲の強さ)	0.37	<0.001
SAT-17 第2因子 (自分の能力の社会的活用意欲と活用度)	0.51	<0.001
SAT-17 第3因子 (毎日の生活を楽しんでいる程度)	0.47	<0.001
SAT-17 第4因子 (主観的健康度)	0.54	<0.001
SAT-17 第5因子 (自分の人生を大切に考える程度)	0.45	<0.001

年齢, SAT-17 合計得点, SAT-17 各因子の合計得点はピアソンの相関係数
性別, 要介護度, 住まいの立地はスピアマンの順位相関係数

表7. 精神的健康に関連する要因 (ステップワイズ法による重回帰分析) n=105

項目	偏回帰係数	標準誤差	p 値
SAT-17 第4因子 (主観的健康度)	0.512	0.712	<0.001
R ²	0.338		

VI. 結論

本研究は在宅で暮らすの要介護認定高齢者の精神的健康と自己実現との関連を検討した。精神的健康には自己実現の因子である「主観的健康度」が最も関連していた。今後、地域における専門職者が主観的健康を高める支援を行う必要性が示唆された。

VII. 謝辞

本研究にご協力賜りました全ての方々に深く感謝申し上げます。

VIII. 利益相反

本研究において研究代表者および共同研究者の利益相反はない。

引用文献

- 1) A.H.Maslow著, 小口忠彦訳: 人間性の心理学 モチベーションとパーソナリティ (改定版), 産業能率大学出版部, 東京, 1995, 221-272.
- 2) 厚生労働省, 介護保険事業状況報告 (暫定)
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2020年1月20日アクセス)
- 3) 厚生労働省: 介護・高齢者福祉, 地域包括ケアシステムの実現に向けて
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2020年1月20日アクセス)
- 4) 平成15年版 高齢社会白書, 国連取り組みの沿革
<https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2003/zenbun/html/F2211100.html> (2020年1月20日アクセス)
- 5) 厚生労働省: 心豊かで活力ある長寿社会づくりに関する懇談会報告
<https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/0903/h0325-5.html> (2020年1月20日アクセス)
- 6) 竹之下信子, 芳賀 博: 地域在宅高齢者自己実現に関連する要因, 老年看護学雑誌, 3: 1-18, 2012.
- 7) 清重哲男: 在宅高齢者の自己実現尺度の開発の研究 - 自己実現尺度開発と自己実現概念の操作的定義 -, ルーテル学院研究紀要, 43: 75-91: 2009.
- 8) Hjerl K, Andersen EW, Keiding N, Moudisen HT, Mortensen PB, Jorgensen T: Depression as a prognostic factor Breast cancer mortality. *Psychosomatics*, 44 (1): 24-30: 2003.
- 9) Glassman AH, Shapiro PA: Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry*, 155 (1): 4-11, 1998.
- 10) Henderson KM, Clark CJ, Lewis TT, Aggarwal NT, Beck T, Guo H, Lunos S, Brearley A, Mendes de Leon CF, Evans DA, Everson-Rose SA.: Psychosocial distress and stroke risk in older adults: *Stroke*, 44 (2): 367-372, 2013.
- 11) Tmetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT: Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence: Unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA*, 279 (21): 1720-1726, 1995.
- 12) Penninx BW, Gurainik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Deeg DJ, Wallace RB: Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons; *JAMA*, 279 (21): 1720-1726, 1998.
- 13) 川元克秀: 高齢者を対象とした自己実現傾向の測定尺度及びその健康との関連の検討-Short Index of Self-Actualization (SSA) の交差妥当性と基準関連妥当性-. 第13回「健康医科学」研究助成論文集: 59-70, 1998.
- 14) 岩佐 一, 権藤恭之, 増井幸恵, 稲垣宏樹, 河合千恵子, 大塚理加, 小川まどか, 高山 緑, 蘭牟田洋美, 鈴木隆雄: 日本語版「WHO-5 精神的健康状態表」の信頼性と妥当性-地域高齢者を対象とした検討-, 厚生指針, 54 (8): 48-55, 2007.
- 15) 稲垣宏樹, 井藤佳恵, 佐久間尚子, 杉山美香, 岡村毅, 栗田主一: WHO-5 精神健康状態簡易版 (S-WHO-5-J) の作成およびその信頼性・妥当性の検討: *日本公衛生雑誌*, 60 (5): 294-301, 2013.
- 16) 岩佐 一, 稲垣宏樹, 吉田祐子, 増井幸恵, 鈴木隆雄, 吉田英世, 栗田主一: 地域在住高齢者における日本語版「WHO-5 精神的健康状態表」(WHO-5-J) の標準化: *老年社会学*, 36 (3): 330-339, 2015.
- 17) 井藤佳江, 稲垣宏樹, 岡村 毅, 下門顕太郎, 栗田主一: 大都市在住高齢者の精神的健康度の分布と関連要因の検討. 要介護要支援認定群と非認定群との比較: *日本老年医学会雑誌*, 49 (1): 82-89, 2012.
- 18) 池田晋平: 通所リハビリテーションを利用する要介護高齢者の自覚症状と主観的健康感の関連: *日本在宅ケア学会誌*, 20 (2): 33-40, 2016.
- 19) 池田晋平, 植木章三, 柴 喜嵩, 新野直明, 渡辺修一郎, 佐藤美由紀, 安齋紗保理, 田中典子, 芳賀博: 要支援・要介護高齢者と一般高齢者の主観的健康感の関連要因の特徴: *老年社会科学*, 39 (2), 341-350, 2017.
- 20) 池田晋平, 内田恵美子, 芳賀 博: 通所リハビリテーション利用者の主観的健康感と関連する心理・社会的要因: *老年学雑誌*, 4, 11-23, 2014.
- 21) 石 岩, 谷村厚子, 品川俊一郎, 繁田雅弘: 在宅高齢者の主観的健康感に関連する要因の文献的研究: *日本保健科学学会誌*, 16 (2), 82-89, 2013.

A Study on the Mental Health of Elderly Individuals Certified for Long-Term Care Living at Home: Relationship with Self-Realization

Seiichi YOKOO¹, Takako NAGATA², Siori YAMAOKA³, Mayumi TUJI¹

- 1 Department of Nursing, Graduate School of Biomedical Sciences, Nagasaki University
- 2 School of Health Sciences, Nagasaki University
- 3 The Japanese Red Cross Nagasaki Genbaku Hospital

Received 1 January 2020

Accepted 10 March 2020

Abstract

Objective: This study aimed to investigate the relationship between the mental health and self-actualization of elderly individuals living at home who have been certified as requiring long-term care.

Methods: Participants were 146 elderly individuals who utilized outpatient rehabilitation services (offered by two different facilities) in Prefecture A. The study was conducted using the Japanese edition of the "Simplified Japanese version of the World Health Organization-5 Well-Being Index" (hereinafter, "S-WHO-5 J"), and the Self-Actualization Scale (Self-Actualization-17; hereinafter, "SAT-17"). To examine the relationship between mental health and self-actualization, as well as to establish correlations among individual attributes, the Pearson correlation coefficient, Spearman's rank correlation coefficient, as well as multiple regression analysis (stepwise method) were used.

Results: Valid responses were obtained from 105 participants (effective response rate: 71.9%). Among them, 48 were male (45.7%) and 57 were female (54.3%). The mean age of the participants was 81.1±7.3 years, their mean S-WHO-5 J score was 14.2±2.9 points, and their mean SAT-17 score was 52.6±12.5 points. The SAT-17 fourth factor (subjective health) score had the most significant impact on the S-WHO-5 J score (partial regression coefficient=0.512, $p<0.001$).

Conclusion: The self-actualization and mental health of community-dwelling elderly individuals certified as requiring long-term care could potentially be improved by enhancing their subjective sense of health. These results suggest the possibility that the mental health and self-actualization of these community-dwelling elderly individuals can be enhanced by having professionals living in the community understand their anxieties or worries.

Health Science Research 33 : 17-23, 2020

Key words : at home, elderly, mental health, self-realization

