平成８年度

順天堂大学大学院体育学研究科

修士論文

老人の健康と生きがいを促進する

ソーシャル・サポートに関する研究

健康管理学　森川　洋

論文指導教官　　島内憲夫　助教授

合格年月日　　＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

論文審査委員　　主査 鈴木克明

副査 篠原俊彦

副査 助教授 土屋基

目次

頁

第１章　緒言　1

第２章　関連文献の考証

第１節　ソーシャル・サポート研究の動向　4

（１）老人によるサポート　4

（２）ソーシャル・サポート研究の始まりと　5
その概念の流れ

（３）老人の健康を促進する　8
ソーシャル・サポート研究の動向

（４）ソーシャル・サポート概念の問題点　11
及びソーシャル・サポート研究へのアプローチ

第２節　老人　13

第３章　本研究の目的

第１節　分析の視点　16

第２節　目的　17

第３節　仮説　17

第４章　本研究の方法

第１節　調査対象　20

第２節　調査方法　20

第３節　調査内容　20
（１）健康　20
（２）生きがい　21
（３）ソーシャル・サポート　23
第４節　調査地の概要　24
第５章　結果及び考察
第１節　対象の基本的属性　27
（１）居住地域と配偶関係　28
（２）居住地域と家族構成　28
（３）居住地域と居住年数　31
（４）居住地域と暮し向きの程度　33
第２節　居住地域と提供サポート　33
第３節　居住地域と健康　37
（１）健康に対する自己評価　37
（２）健康観　37
（３）健康観選択数　41
（４）健康づくり　42
（５）健康づくり選択数　44
第４節　居住地域と生きがい　45
（１）生きがい感　45

（２）生活領域別満足度 45
（３）心の領域別充足度 48
第５節　提供サポートと健康 49
（１）健康に対する自己評価 49
（２）健康観 53
ａ）配偶者 53
ｂ）息子・娘 55
ｃ）兄弟・親戚 56
ｄ）近所 59
ｅ）近所以外の友人 59
（３）健康づくりの方法 62
ａ）配偶者 62
ｂ）息子・娘 66
ｃ）兄弟・親戚 66
ｄ）近所 70
ｅ）近所以外の友人 72
第６節　息子娘への提供サポートと生きがい 75
（１）生きがい感 75
（２）生活領域別満足度 75
（３）心の領域別充足度 75

第７節　友人への提供サポートと生きがい　77
（１）生活領域別満足度　78
（２）心の領域別充足度　80
第８節　健康と生きがい　82
（１）健康に対する自己評価と生きがい感　83
第５章　結論　85
第６章　要約　90
謝辞　93
文献　94
欧文要約
付録（調査票）

第１章　緒言

老人をめぐる問題は、家族構造の変化による扶養問題、寝たきりの介護、孤独死、痴呆老人に関する問題、老人医療費の対策など、枚挙に暇がない[22]。２０２０年には、国民の４人に１人以上が65歳以上の人達になる[52]と推計されていることから、老人が社会問題として、今後ますますクローズアップされてくることは明らかである。しかし、この社会問題に対する従来からの指摘は老人を身体的な衰えに視点をおく場合が多かった。いわば否定的な老人像を浮き彫りにしたものが中心であった。

玉腰等によれば「高齢者の増加は易罹病性の高い人口の増加を意味する一方で、健康で時間的にゆとりのある経験豊富な人口の増加も意味する。したがって、高齢者の持つエネルギーを有効に活用すれば、社会の活性化につながる可能性が大きいと考えられている。[55]」つまり、老人像を否定的に捉えるのではなく、肯定的に捉えることの必要性を示唆するものである。

また、老人問題への取り組みにあたっては、若い世代の意識革命と同時に、年老いた世代の意識革命が必要であるといわれており[43]、この年老いた世代の意識革命こそが、老人にとって自らが「健康で自立して生きていくこと」につながるのではないだろうか。

ところで、老人が健康で自立して生きていくときに重要なことは、生きがいとこれを促進する良好な対人関係、すなわち「ソーシャル・サポート」の存在である。

このソーシャル・サポートの概念は、研究者の関心領域により多様ではあるが[40)、56)、57)]、「個人を取り巻く重要な他者（家族、友人、同僚、専門家等）から得られるさまざまな援助[14)]」と考えられている。

しかし、このソーシャル・サポートに関する今後の研究のあり方について、岸ら[23)]は、老人を単に介護・援助の対象と見るよりも、老人自身を地域で主体的に生きる存在として位置付けることが不可欠であるとしている。また、金ら[21)]によれば、これまでになされた多くの老人に関するソーシャル・サポート研究は、老人の受領サポートとＱＯＬとの関係にだけ注目されていた。そこでは老人がサポートを受け取る側に限定され、社会の中で援助すべき弱者としてのみ取り扱われてきたが、今後は、老人のＱＯＬを考える際、老人がサポートを提供する立場に立てる状況をどのように創っていくかという視点も重要であるとしている。

いずれにしても、老人のＱＯＬはサポートを受領する側面と提供する側面のあり方によって決定されていると思われる。そこで、老人自身がこれらを受け取る側面と提供する側面を良好にするために

は、老人はもとより社会自体も先述した「否定的な老人像」から「肯定的な老人像」へと転換していくことが必要と思われる。

老人がサポートを提供する立場に立つ、すなわち他人のために何かを行う主体になるという体験は、果たし得る社会的役割が減少・喪失していく老人が、なお社会の中で役割意識を持ち続けていく上で重要であると考えられる[21]。この役割こそが生きがいづくりの源である[22]。

以上のような問題意識に立ち、本研究では、健康を、主観的な健康の捉え方をしたHancock and Perkins[13]、Blaxter[6]、本宮[30]、永田[31]、島内[44]等の考えに依拠し、「生きがい」を、鈴木[48),49)]が明らかにした「生きがいの7領域」、つまり①平和な家庭生活を求める心、②生活に変化を求める心、③人間関係の維持、④社会の進歩を望む心、⑤自分を生かすことを求める心、⑥価値や理想を求める心、⑦自由を求める心とする。そして、本研究は、これらの「健康」や「生きがい」とソーシャル・サポート、中でも提供サポートとの関連を明らかにすることを主眼とした。

第２章　関連文献の考証

第１節　ソーシャルサポート研究の動向

（１）老人によるサポート

本研究は、サポートの提供と健康、生きがいとの関連について明らかにすることを主眼としている。そこで、主要概念となるソーシャル・サポートについて文献考証を行うわけであるが、その前に、筆者がこのソーシャル・サポートという概念、中でもサポートの受領のみではなく、提供について注目することに至った地域レベルでの活動や思案をいくつか挙げてみる。

北海道の新冠村では、「絶対に眠らせてはならない高齢者の知恵とパワー」を合言葉に、老人が保健推進委員として、料理教室、ポスターによる健康づくりの啓蒙、健康な生活を維持していくための学習会等を実施している[36]。

思案の段階では、地域福祉情報システムのあり方に関して、誰もが情報を活用できる環境の整備等、様々な問題がある。しかし、老人を支援される側の立場に置かれたものとしてではなく、他者に知識を供給するものとして捉え、そうした彼らの活躍に期待が寄せられている。老人自身が知識の供給を行うものとしての局面での活躍を期待するものが挙げられる[17]。

また、宮中ら[27]は、祖母の子育て参加には、孫との遊び、しつ

けなどの役割や乳児期における子育てに慣れない母親の支援者としての役割があるとし、このような関わりが結果的に祖母の精神的健康を高めることを指摘している。そして祖父母を含めた老人による地域の子育て支援の必要性を訴えている。

このように地域レベルで、行政が老人の能力（本来的な機能）を活用しようという行政側の動きが、実は、老人個人の健康や生きがいを促進するという派生的機能を達成しているのではないかという予測から、ソーシャル・サポートという概念を本研究の主眼とした。

（２）ソーシャル・サポート研究の始まりとその概念の流れ　ソーシャル・サポート研究は、当初、精神衛生学の領域で、Cassel、Caplanによって始められた。

Cassel[8]は同じ環境条件で生活しながら疾病に陥る人もいれば、そうではない人もいることから、その人を取り巻く環境社会（特に重要な他者との関わり）がその人に対し、影響を与えているのではないかという仮説を立て、ストレスからの個人を保護するための手段として、社会的環境の改良・強化を考え、ソーシャル・サポートという概念を初めて提唱した。

同じ頃、Caplan[7]は、ある地域の特性が地域住民の精神衛生にどのように影響するかを検討し、その結果、地域のサポート・システ

ムの確立が地域住民の精神衛生に大きな影響を与えていることを主張した。そしてあくまでも非専門家が援助し、不可能な部分を更に専門家が援助していくという考えをもとに、彼は、ソーシャル・サポート・システムを「人がひとり、または複数の他者との間に結ぶ、継続する複数の関係によって成り立つものであり、その人が生活の一般的な問題に対処するのを助けたり、特定の長期的な重荷やまたは何かが欠けていることが長く続いたりする時に、対処し得るように特別な援助を提供すること」と定義づけた。そして、援助的（サポーティブ）な他者の三つの主要な機能として、「①個人の心理的な力を動員して、情緒的負担を克服するように援助する人々、②個人の抱える課題を分担する人々、③金銭、物、道具、技能を提供し、相談にのってくれる人々」と定義づけた。彼らのソーシャル・サポート概念に関する捉え方の特徴は、①非専門家によるもの、②援助を受領することの二点が挙げられる。

このようにソーシャル・サポート概念は、精神衛生学の領域において提唱されたわけであるが、現在は、様々な隣接諸分野で用いられている。精神衛生学の領域から隣接諸分野へと広がるきっかけとなった定義づけに、Cobb[9]の考え方が挙げられる。

彼は、ソーシャル・サポートを「個人に当該個人が世話をされ、愛され、尊重され、相互的な責務を持ったネットワークのメンバー

であると、信じさせうるような情報である」と定義している。この定義の特徴は、①「個人に信じさせうるような情報」ということからも解るように、主観的な側面に立ったもの、②相互作用論的な流れを含んだものとした点である。②は、ソーシャル・サポートを援助中心から援助の交換、つまり、援助を受領することのみから、援助を提供することもソーシャル・サポートと捉えることを示唆するものであるといえよう。

Shumaker and Brownell は、ソーシャル・サポートを「well-being を高めると意図される、提供者と受領者によって知覚される個人間の資源の交換である。[50]」と定義している。

Kahn and Antonucci[19] は、ソーシャル・サポートを「愛情、肯定、援助という３つの要素の１つあるいは、２つ以上を含む個人間の相互交渉」と定義し、個人的ネットワークを通じて、授受され、このネットワークはライフコースを通じて変化すると述べている。従って、「個人的ネットワーク」という表現からも解るように、ソーシャル・サポートの主体は非専門家のみという、当初、精神衛生学の領域で用いられた考え方から、個々が持つそれぞれのネットワーク、つまり、家族、親族、友人、近隣、専門家などといった人達が範疇に含まれるようになった。

このようにソーシャル・サポートは、精神衛生学の領域から様々

な分野へと広がっていった。その大まかな流れは、①援助の提供と受領が、相互交換的なものへ、②非専門家によるものから、個々のネットワークへと移り変わったことが挙げられた。しかし、多くの研究は「援助、中でも受領」に中心が置かれていた。

この流れを意識しながら、次に、老人のソーシャルサポート研究の動向を見ていく。

（３）老人の健康を促進するソーシャル・サポートに関する研究の動向

近年、老人の対人関係が、当該老人の健康や幸福感に影響を与えることが注目され、多くの研究が蓄積されているようである。

例えばLarson[25]は、社会経済的な面を背景としながら、夫婦関係や日常生活での状況が60歳以上の老人の健康に影響を及ぼすことを指摘している。Berkman and Breslow[4]は、七つの健康習慣に加え、「教会活動へどの程度参加しているか」「地域活動にどの程度参加しているか」等といった対人関係の良否が健康に大きな影響を及ぼすと指摘し、同様の指標を用いて、森本[29]も日本の老人ホーム在住の老人における対人関係が生活満足度と関連していることを挙げている。また、Antonucci[1]は老人の人間関係と健康やwell-beingとの関係に注目している。

このほか、ストレスフルな出来事に遭遇することが多い高齢期に

おいて、老人の結ぶ人間関係が、当該老人の健康や幸福感にどのような影響を及ぼすのかということは、大変興味深いものであるとの指摘もある[16]。そのような中で、老人のソーシャル・サポート研究は援助の受領が中心的課題であった。受領サポートに関する研究は、藤崎[11]や園田[51]が述べているように、老人扶養の実践という側面において、家族構造の変化を背景とし、「要介護老人は施設で生活を送るという限られた選択肢から、住み慣れたコミュニティの中で生活する」という新たな選択肢を生み出したといえる。

しかし、援助の受領に対しての否定的な側面が指摘されたり[38]、過度なサポートがＱＯＬを低下するという結果が報告され[26]、[53]、Antonucci[2]は、「ネガティブ・サポート」の概念化を進めている。このネガティブ・サポートは、サポートが量的に盛んであっても、質的には低下するような場合、つまり、頻繁な交流が実は、老人にとって、重荷や迷惑になっている場合を言う。

野口[34]は、ソーシャル・サポートを情緒的・手段的に分類し、それらを更にポジティブ・サポートとネガティブ・サポートに区分した。そしてこれらのサポートを、①配偶者以外の同居家族、②別居の子供と親族、③友人、知人、近隣の３主体別に、提供者の有無によって測定する尺度を開発した。その後、老人のソーシャル・ネットワークとソーシャル・サポートについて、友人・近隣・親戚関

係の世帯類型別に、情緒的・手段的サポートのポージティブなものとネガティブなものについて分析した。彼は、ポージティブなサポートとネガティブなサポートが存在し、それらは世帯類型により異なる点、そしてその背景には、老人が、同居者からどれくらいサポートを入手できるかという要因が存在することを指摘した。

また、Arling[3)]，Stoller[53)]は、老人を対象とした調査で、サポートが老人の自尊感情を傷つけることを示した。両者の調査とも、老人自身がサポートを受けることに着目したものであるが、サポートを老人自身が授けるという視点の必要性を示唆するものであるともいえよう。

そしてサポートの授受に関する研究もいくつかある。河合ら[20)]は、生活、物質、情緒の３種のサポートにおいて、別居の子供、嫁、婿、孫をサポート源として、サポートの授受について分析している。金ら[21)]は、「支援することが必ずしもＱＯＬにポジティブな影響を与えるとは限らないこと」、「サポートを提供することによってポジティブな影響があるという側面」についても考慮すべきであるということ」を指摘し、手段的サポート・情緒的サポートの二側面から、ソーシャル・サポートの授受とＱＯＬとの関連について分析している。岸ら[23)]も、情緒的・介護サポートの２分類以外にサポートの経験として、病人の看護や手伝い、悩みごとの相談相

手に乗る、ボランティア活動、家事手伝い、孫の世話、孫への金品提供といった6項目を設け、サポート源を、家族（配偶者、娘、息子、嫁、婿）、近隣（近所、友人）、公的（民生、町内役員、保健婦、ヘルパー）、私的（有料家政婦）に累計化し、サポートの授受と健康状態について分析している。

（4）ソーシャル・サポート概念の問題点及びソーシャル・サポート研究へのアプローチ

ソーシャル・サポート概念に対する問題点としては、「援助的であるが故にソーシャル・サポートである」という循環論的な捉え方に関して、援助の受領主体である個人にとって「援助的なもののみ」をサポートとするならば、それが当該個人の健康に影響を及ぼすのは当たり前であると指敵されている[58]。つまり援助を意図した行動をとっても、受け手が援助と知覚しなかった場合には、ソーシャル・サポートの概念から除外されることになる。稲葉ら[18]は、この問題点を解決するためには、ソーシャル・サポート概念が様々な定義づけがなされているという事実を認めつつ、操作化の手続きを明確にすること、つまり、「何を測定するのか」ということを明確にすることが重要であると述べている。換言すれば、ソーシャル・サポートの何にアプローチするのかということを明確にすることの重要性を示唆している。

ソーシャル・サポート研究のアプローチの仕方に関して、Barrera[5]は、①社会的包絡、②知覚されたサポート、③実行されたサポートの三つのレベルについて行われることが可能であると指摘している。つまり、「社会的包絡」に関する分析とは、個人の持つ重要な他者とのつながりに関するものであり、社会的結びつきやソーシャル・ネットワークに関する分析を言う。「知覚されたサポート」に関する研究は、他者と信頼された関係でつながっていると認知され、評価されているかということについて分析する。ストレスの「緩衝効果」、「直接効果」といった仮説を生み出した。また、「実行されたサポート」とは、対象者に対する援助として、他者がなす行為がどの程度対象者に満足感を与えているかといった分析を中心にしている。

本研究では、ソーシャル・サポートのアプローチに関しては、Barrera[5]の考えに基づき「実行されたサポート」について分析する。老人を取り巻く重要な他者に関しては、Caplan[7]のあくまでも非専門家が援助をし、不可能な部分を専門家が補うという考えと、相互作用論に基づき、個々を取り巻くネットワークという考えに依拠し、本研究では、配偶者、息子・娘、兄弟・親戚、近所そして近所以外の友人について限定する。

また、ソーシャル・サポートの種類としては、多くの研究におい

て、情緒的サポートと手段的サポートに二分されているが[21]、嶋[41]のソーシャル・サポートを援助を直接に意図した行動ばかりではなく、興味や関心を共有する、娯楽活動を共にするなどのソーシャル・コンパニオンシップも含むという考えをもとに、本調査においては、「信頼、共感、愛などを与える」情緒的サポート、「レジャーや余暇活動を通して、他者と共に過ごす」所属感サポート、「仕事を手伝ったり、金銭的・物質的援助をしたり、必要なサービスを提供する」道具的サポートとする。

第２節　老人

国内においては、「老人」、「老年者」、「老齢者」、「高齢者」といった用語が用いられているが、厳密に定義され区分して用いられているわけではない。

大まかに分けて、生物学的な見方に依拠する暦年齢としての老人と、その人個人の生活環境や生活態度を意識した機能年齢という立場から見た老人に分類できる[28]。

暦年齢の立場から老人を見たものであると示唆される考え方としての代表例には、６５歳以上の人口を目安に「高齢化社会」「高齢社会」といった用語が用いられ、６５歳以上を高齢者とするものである。そして副田[15]は老年世代について、人々の過半数が６５歳

を境に、「経済領域の分業」から離れることから、大まかに言えば、６５歳以上の人々を老年世代に位置付けることができると述べている。

更に那須[32]は、内外の学説や調査、現行の社会保障制度や社会福祉制度などを考慮に入れて、６０～６４歳を向老期、６５～６９歳を初老期、７０～７４歳を老年中期、７５歳以上を老年後期と区分するのが便利であるとしている。また、Shephard[39]は、年を取った人達のグループわけとして、old age(老年、６５～７５歳）、very old age(高齢老年、７５～８５歳）、extreme old age （最高齢老年、８５歳以上）という区分を示している。

しかし望月は「人間の心身の老化現象は、その人の暦年齢に比例せず、その人の生活環境や生活態度、よって暦年齢にプラス・マイナスの差を持つ、その人個人の機能年齢といわれるものがある[28]。」と述べている。つまり、老人の多様性をさまざまな角度から再認識することを示唆するものであるといえよう。

奥村[35]は、「老人という言葉より高齢者または高年者という言葉のほうが適切であるように思われる。老人と聞けば何か老いさらばえてしまったという響きを感じてしまう。高齢者や高年者から受ける印象を年は取っているが、人としては基本的には壮年者と変わっていないことを意味しているように思える。」そして更に、誤っ

た常識を持つためにこのように用語を通して区別することは、必要かもしれないと述べている。逆に永田[31]は、「老人」という語を積極的に用いている。「『老人』という語が最も人としての意味を表して」おり、子供から青年期、成人期がびっしりと詰まった中から引き出されてくる奥深い可能性がある、という実態と離れずに読み手を結んでくれると考え、積極的に老人という語を用いている。

奥村と永田は、「高齢者、高年者」「老人」という語を用いる点で相異なるが、この二人の重要な共通点は、それらの対象となる人達（高齢者、高年者」「老人」）を生物学的な観点から、身体的な衰えを持つの者のみとして、一様に見るのではなく、様々な面を持つ多様な者として捉えることを示唆している点である。

筆者は本研究において、永田の考えに依拠するとともに、「老」という語に、「年功・経験を積むこと。[33]」という意味が含まれていることから、「老人」という語を用いる。

第３章　本研究の目的

第１節　分析の視点

老人のソーシャル・サポート研究は文献考証において知見を示した様に、受領サポートに関する研究から、提供サポートに関する研究へと流れている。

表１「受領サポートと提供サポート研究のメリットとデメリット」に示した様に、受領サポートに関する研究は、提供サポートが困難な老人、具体例としては、要介護老人において、施設での生活という限られた選択肢から、慣れ親しんでいるコミュニティでの生

表１　受領サポートと提供サポート研究のメリットとデメリット

	受領サポート研究	提供サポート研究
メリット	受領サポートが必要な老人において、生活を送る場の選択肢を広げた。	老人のセルフ・ケア能力を養成すると共に、主体的な健康づくりへの意欲を高めるための提言が明らかにされる。
デメリット	老人が援助される側のみの者として扱われてしまう。	提供サポートに注目するあまり、受領サポートの必要な老人に対する提言が明らかにされない。

活という選択肢を新たに発掘した。しかし、老人の健康において、セルフケア能力を高めるためには、提供サポートに注目する必要がある。

以上のような分析の視点に立ち、以下のような調査の目的及び仮説を設定した。

第２節　目的

本研究の目的は、６５歳以上の老人が誰に、提供サポートを行い、そしてそれが、老人の健康や生きがいにどのような影響を及ぼしているのかを明らかにすることである。

第３節　仮説

仮説１は、人との積極的な関わりが、個人の健康に大きな影響を及ぼすとした Berkman and Breslow[4)]の理論と、健康に対する自己評価を保持するために保健行動を実行し、この保健行動は、その人の健康観を形成すると共に、健康観によって保健行動は規定されるとした島内[42)] の理論に基づき、次の様に設定した。

仮説１．サポートを提供しているものほど、健康に対する自己評価が良好で、健康に対する考え方が広く、多様な保健行動をとる。

なお、「健康に対する考え方が広い」とは、本研究では、「健康」を身体的・精神的・社会的な側面に価値を見いだしていることと、もしくは、「健康」に対して、多くの考え方を持っていることを言う。また、「多様な保健行動をとる」とは、本研究では、身体的・精神的・社会的健康に関する健康づくりを実行していることと、もしくは、多くの健康づくりを実行していることを言う。

仮説２は、韓国農村地域の老人を対象とし、友人への提供サポートが生きがい感を高め、特に女性の場合は、息子・娘への提供サポートでも生きがい感を高めるという金ら[21]の理論と福岡県民を対象とした意識調査の中で、個人の生きがいは、７つの心の領域によって構成され、生活満足度とも強い関わりがあることを明らかにした鈴木[48)、49)]の理論に基づき、次の様に設定した。

仮説２．息子・娘、友人への提供サポートが行われているものほど、生きがい感を感じ、生活満足度、心の充足度が高い。

本研究は、ソーシャル・サポートに関する研究であるが、このソーシャル・サポートが促進すると思われる「健康」と「生きがい」の関連について見るために、仮説３も設定した。土井[10]は、生きがいを支える柱のひとつとして「健康」を、永田[31]は一生を通じ、健康を学んでいく「生涯健康学習」は、老人の生きがいを生み出す契機を含んでいると述べている。また、島内[45]は、老年期の

「生涯健康学習」の内容として、「生きがい」に関わる能力形成を挙げている。これらの理論をもとに、筆者は老年期における「健康」は、「生きがい」が重要な手段となるものと考えていることから、仮説３を次の様に設定した。

仮説３．生きがい感を感じているものほど、健康に対する自己評価が良好である。

本研究において、筆者は、古谷野が「健康とは病気でないこと[24]」と客観的に捉えたものとしてではなく、緒言でも述べた様に、「自己」を尊重した主観的な捉え方に依拠する。そしてBlaxter[6]、島内[46]が指摘した様に、人々の健康観はライフコースの中で変化していく、つまり、人々の健康は、その人の人生の中で培われていき、ＷＨＯの健康の定義に近づいていくという考えに依拠する。ＷＨＯ[59]は、1986年のオタワ憲章において、「自らの健康」を達成するために、個人の努力と個人を取り巻く環境を整備することの必要性を唱えたヘルス・プロモーションを提唱した。こうした視点から、老人の健康を促進する上で、ソーシャル・サポートが重要な概念となることもHaber[12]によって述べられている。

したがって、本研究では、「健康」や、（老人の「健康」において重要な手段となる）「生きがい」をソーシャルサポート、中でも、提供サポートが促進するという視点で分析を行う。

第４章　本研究の方法

第１節　調査対象

調査対象は、千葉県船橋市社会福祉会館東老人福祉センターの利用者96名と、千葉県印旛郡本埜村高齢者スポーツ大会の参加者及び観覧者46名・印旛郡ゲートボール大会に出場する本埜村在住の参加者30名の計76名の65歳以上の老人である。

第２節　調査方法

調査は質問紙を用いた直接面接法（10～12月）を実施した。

質問紙調査の回収率は、100 %であった。

なお、調査に先立ち、本埜村・船橋市に許可を得、その後、本埜村においては、老人クラブの役員会で本研究の調査の趣旨を説明した。また、両市村とも、調査対象は無作為に抽出し、対象者に調査を行う際にも、趣旨を説明し、承諾を得てから調査を実施した。

第３節　調査内容

１）健康

「健康観」「保健行動」「健康に対する自己評価」については、島内の「庄和町健康づくりのあり方に関する調査研究－健康なまちづくりをめざして」[46)] を参考に作成した。

「健康観」「保健行動」の項目は表２に示したもので、対象者には、当てはまるものをいくつでも選択してもらった。また、「健康に対する自己評価」は、「健康である」と「まあ健康である」に３点、「普通である」に２点、「やや健康に不安がある」と「健康に自信がもてない」に１点を与え、得点化した。

本研究では、「結果及び考察」において、「健康観選択数」や「保健行動選択数」といった表現を用いたが、これらは、表２の項目を選択した数である。

２）生きがい

「生きがい」の指標として、本研究では、「生きがい感」、「生活領域別満足度」、「心の領域別充足度」の３つの項目を用いた。これらは、鈴木[48]の「生きがいの探究－福岡県民意識調査」を用いて作成したものである。

「生きがい感」は、「毎日の生活に『気持ちのハリ』や『生きがい』を感じているか」と尋ね、「非常に感じている」と「感じている」に３点、「どちらとも言えない」に２点、「あまり感じていない」と「ほとんど感じていない」に１点を与え、得点化した。

「生活領域別満足度」は、「（対象者自身、もしくはその世帯の）職業」、「余暇」、「家族生活」、「生活環境や人間関係」と、これらの生活領域の「総合」的な満足度について、「満足であ

表２　健康観・保健行動の項目

	項目
健康観	幸福なこと 心身ともに健やかなこと 仕事ができること 生きがいの条件 健康を意識しないこと 病気でないこと 快食・快眠・快便 身体が丈夫で元気がよく調子が良いこと 心も身体も人間関係もうまくいっていること 家庭円満であること 規則正しい生活ができること 長生きできること 人を愛することができること 前向きに生きられること その他 わからない
保健行動	食生活や栄養のバランスに気をつけている 睡眠や休養をしっかりと取っている 規則正しい生活をするよう努めている 身の回りや住まいを清潔にしている 家族と楽しい団欒を過ごしたり、語り合うようにしている 友人と楽しい時を過ごすようにしている 運動やスポーツをしている 酒を飲み過ぎないようにしている タバコを控えるようにしている 食後の歯磨きをしっかりとして自分の歯を守っている 朝食をしっかりと取っている 間食をしないようにしている イライラや、くよくよしないよう心の持ち方に気をつけている 定期的に検診・健康診断を受けるようにしている 血圧や体重などをいつも自分で測っている よく噛んで食べるようにしている カルシウム、食物繊維などを含む食品を積極的に取るようにしている ヨーガ、エアロビクス、気功などをしている その他 特に意識して実行しているものではない

表３　心の領域別充足度の項目

項目
安定した平和な家庭生活を求める心
新しい経験をして、生活に変化を求める心
人間関係を大切にする心
社会の進歩を望む心
仕事（家事）で能力を発揮したり、好きな趣味を楽しむなどして、自分を生かすことを求める心
美しいものや真理、善などを求める心
自分の人生を自ら選択するなど自由を求める心

る」に３点、「どちらかといえば満足である」と「どちらかといえば不満足である」に２点、「不満である」に１点を与え、得点化した。

「心の領域別充足度」の項目は表３に示したものである。これらは、調査票の問10において、７項目の（A）-満足度、（B）-充足度のそれぞれに１点から４点まで得点を与え、更に項目（１）～（７）のそれぞれについて、(A）×（B）を計算し、最大４×４＝16から、最小１×１＝１までとする。また（１）～（７）までの総合点は、これらを合計したものである。従って、総合点は、16×７＝112 が最大であり、１×７＝７が最小となる。

尚、分析の際には、各項目における充足度を平均値と標準偏差から±0.5 Σから高得点群、中得点群、低得点群に分類した。また、これらの総合充足度に関しても同様の手順で３群に分類した。

３）ソーシャル・サポート

「ソーシャル・サポート（配偶者・息子娘・兄弟親戚・近所・近所以外の友人についてのサポート）」については、金ら[21]の「韓国農村地域の在宅高齢者におけるソーシャル・サポートの授受とＱＯＬ」、嶋[41]の「大学生におけるソーシャル・サポートの日常ストレスに対する効果」などを参考に作成した。

構成要素は、情緒的・道具的・所属感サポートとし、情緒的サポ

ートと道具的サポートは、更に、提供サポートと受領サポートに二分した。具体的には、情緒的サポートを「助言をする」、道具的サポートを「手伝う」に設定し、サポートの提供に関しては、「常日頃あなたは配偶者、息子・娘、兄弟・親戚、近所の人、（近所以外の）友人といったそれぞれの関係について『助言をする』、『手伝う』ことがどのくらい当てはまるか」を尋ね、その頻度を「当てはまる（３点）」、「どちらとも言えない（２点）」、「当てはまらない（１点）」の３段階で回答してもらった。従って、提供サポートの最大は、「助言をする（情緒的な提供サポート）」の３点と「手伝う（道具的な提供サポート）」の３点の和で、６点となり、最小は１＋１＝２点となる。

尚、分析の際には、提供サポート（情緒的＋道具的）は、「心の領域別充足度」と同様、それぞれの対象者（配偶者、息子・娘、兄弟・親戚、近所、友人）の平均値と標準偏差から、±0.5 Σから高得点群、中得点群、低得点群に分類した。

「社会的属性」に関しては、性別・年齢・配偶関係・家族構成・居住年数・暮らし向きの程度とした。

第４節　調査地の概要

千葉県船橋市は東京湾北東部沿岸、県北西部に位置し、東西

13.86km 、南北14.95km である。東は、習志野市・八千代市、西は市川市、北は鎌ケ谷市・白井町に接しており、県都千葉市に次ぐ第２の人口を擁している。

土地はおおむね平坦で、北部は緑に覆われ、低い丘陵が起伏しており、市街地と北部農耕地の中間の内陸部は昭和35年に完成した公団住宅前原団地の進出を契機に、宅地開発が盛んに行われ、従来の山林・農耕地は新たな住宅地へと変貌を遂げた。

人口は536,395 人（男：275,028 人、女：261,367 人）である。65歳以上人口は、50,413人（男：21,821人、女：28,592人）であり、市の全人口に対する割合は、9.4 %である。（平成７年10月１日現在）

本埜村は、千葉県の北部、印旛郡の北西部にあり、首都40キロ圏、県都千葉市30キロ圏という都市近郊の農村で、地形は平坦な田園地帯である。東部から北部にかけて栄町に、東部の一部は成田市に、西部は印西市、南部は印旛村に接し、南東部に印旛沼の一部を含み、面積は23.72km²である。

東部は、利根川、印旛沼によって造り出された沖積平坦地であり、主として水田地帯である。印旛沼、長門側を中心とした水辺地域は、県立印旛、手賀自然公園に指定されている。西部は関東ローム層からなる標高20ｍから30ｍ程度の丘陵地帯と谷津地帯である。

丘陵台地は畑、平地林で、その中に集落が形成されている。また谷津地域の東部側においては、大規模な集落が形成されている。

人口は、4,598 人（男：2,314 人、女：2,284 人）である。また、65歳以上人口は、884 人（男：356 人、女：528 人）であり、村の全人口に対する割合は、19.2%である。（平成５年10月１日現在）

以下、本研究では、船橋市を都市部Ｆ市、本埜村を農村部Ｍ村と称する。

第５章　結果及び考察

第１節　対象の基本的属性

調査に応じた対象者は、都市部Ｆ市96名（男性37名、女性59名）、農村部Ｍ村が77名（男性31名、女性46名）で、年齢構成は表４、表５に示した通りである。

表３　年齢構成（都市部F市）

年齢	男	女	合計
65以上70未満	11 (29.7)	25 (42.4)	36 (37.5)
70　75	8 (21.6)	13 (22.0)	21 (21.9)
75　80	9 (24.3)	8 (13.6)	17 (17.7)
80　85	4 (10.8)	7 (11.9)	11 (11.5)
85　90	4 (10.8)	5 (8.5)	9 (9.4)
90	1 (2.7)	1 (1.7)	2 (2.1)
計	37 (100.0)	59 (100.0)	96 (100.0)

表４　年齢構成（農村部M村）

年齢	男	女	合計
65以上70未満	12 (38.7)	14 (30.4)	26 (33.8)
70　75	2 (6.5)	17 (37.0)	19 (24.7)
75　80	10 (32.3)	8 (17.4)	18 (23.4)
80　85	7 (22.6)	6 (13.0)	13 (16.9)
85　90	0	1 (2.2)	1 (1.3)
計	31 (100.0)	46 (100.0)	77 (100.0)

（１）居住地域と配偶関係

配偶関係は、「既婚」と「死別」に集中していたことから、「既婚」を図１、「死別」を図２に示した。男性の場合、２地域ともに、「既婚」が約８割強、「死別」が約２割弱であった。女性の場合、「既婚」は農村部Ｍ村の方が、都市部Ｆ市よりも、有意に多く、「死別」は、有意に少なかった（$p<0.05$）。

２地域とも男性に比べて、女性の方が「死別」したものが有意に多く、逆に、「既婚」は、有意に少なかった（$p<0.05$）。また、鈴木[49]の調査でも、離死別者の大半が女性であった。これは、男性の平均寿命が、女性よりも短いため、女性は配偶者との死別を経験しやすいと考えられる。

（２）居住地域と家族構成

家族構成は図３、図４で示した様に、農村部Ｍ村では、男女とも「四世代」、「三世代」、「子供夫婦と同居」に合わせて、約７割強集中しているのに対し、都市部Ｆ市では、約３割前後であり、「夫婦のみ」や「独り暮らし」に約５割が集中した。

これらの結果から見られた特徴としては、農村部Ｍ村は、都市部Ｆ市よりも、「三世代同居」に、有意に多く、「夫婦のみ」世帯は、有意に少なかった（$p<0.01$）。また、女性に限り、「独り暮らし」に都市部Ｆ市の方が、農村部Ｍ村よりも、有意に多かった。（

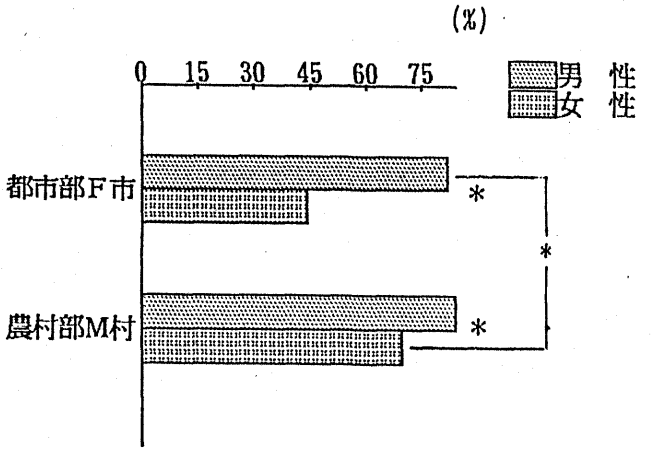

図１　都市部Ｆ市、農村部Ｍ村の既婚の割合

＊　ｐ＜０．０５

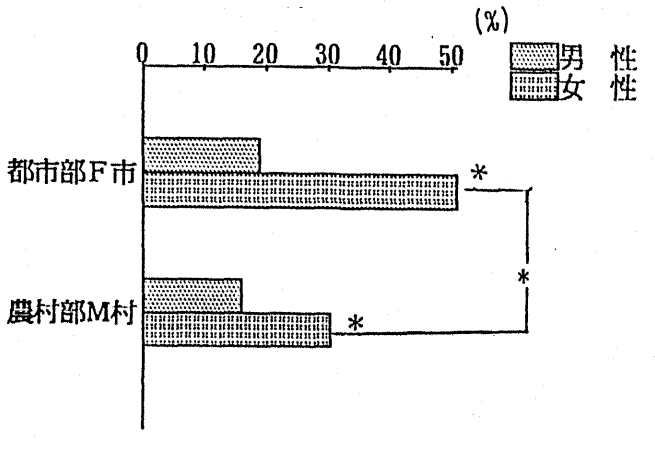

図２　都市部Ｆ市、農村部Ｍ村の死別の割合

＊　ｐ＜０．０５

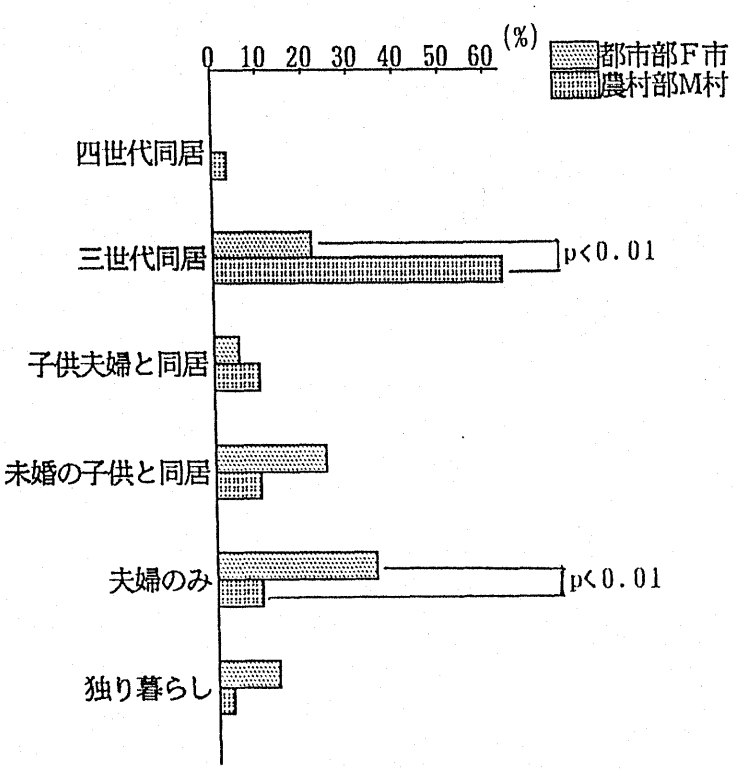

図３　　居住地域別の家族構成（男性）

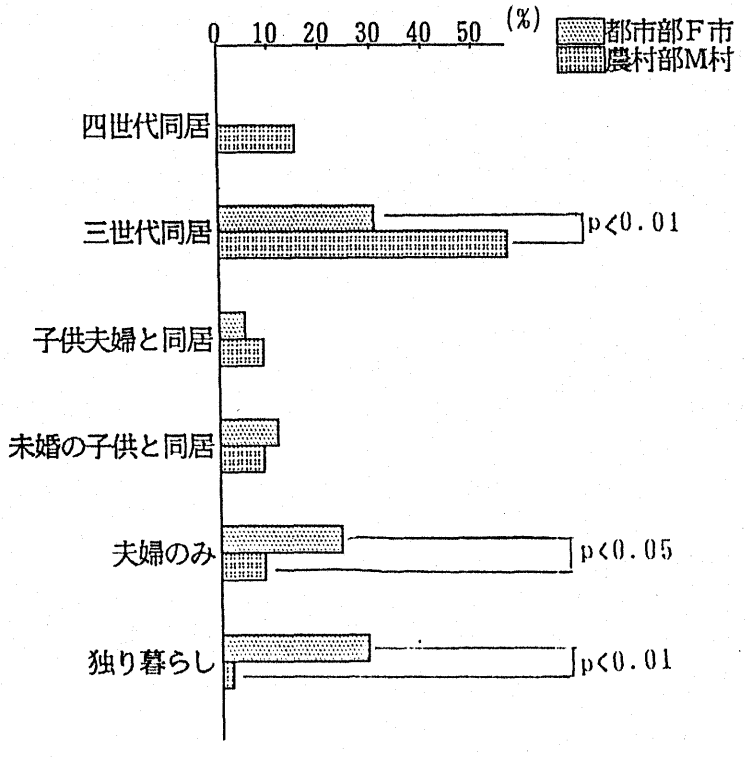

図４　　居住地域別の家族構成（女性）

$p<0.01$)

（３）居住地域と居住年数

居住年数は図５、図６で示した通りである。これらの結果から見られた特徴としては、男性の場合、都市部Ｆ市よりも、農村部Ｍ村の方が「20年以上30年未満」と「30年以上」に、有意に多かった($p<0.01$)。また、女性の場合、「30年未満」は一人もおらず、「30年以上」に農村部Ｍ村の方が、都市部Ｆ市よりも、有意に多かった（$p<0.01$）。

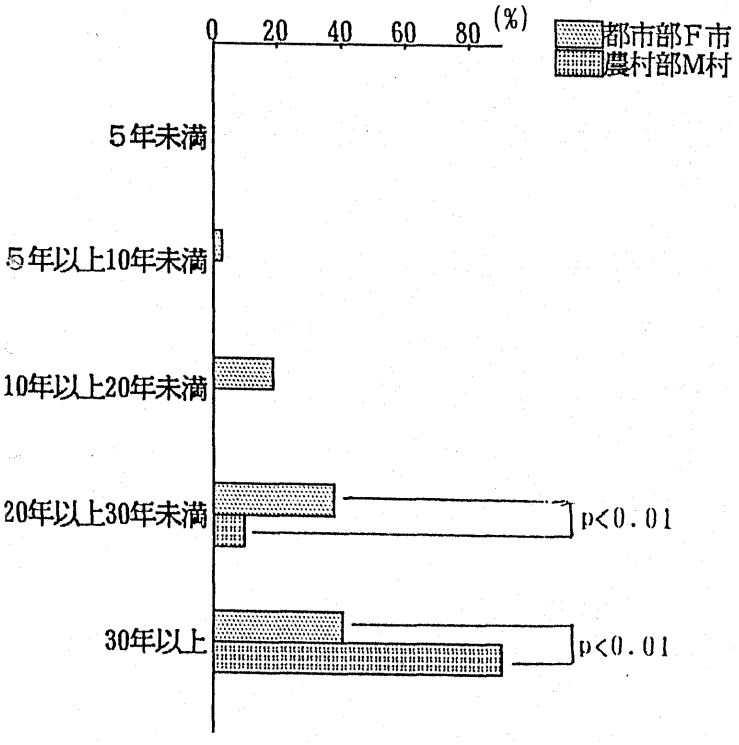

図５　居住地域別の居住年数（男性）

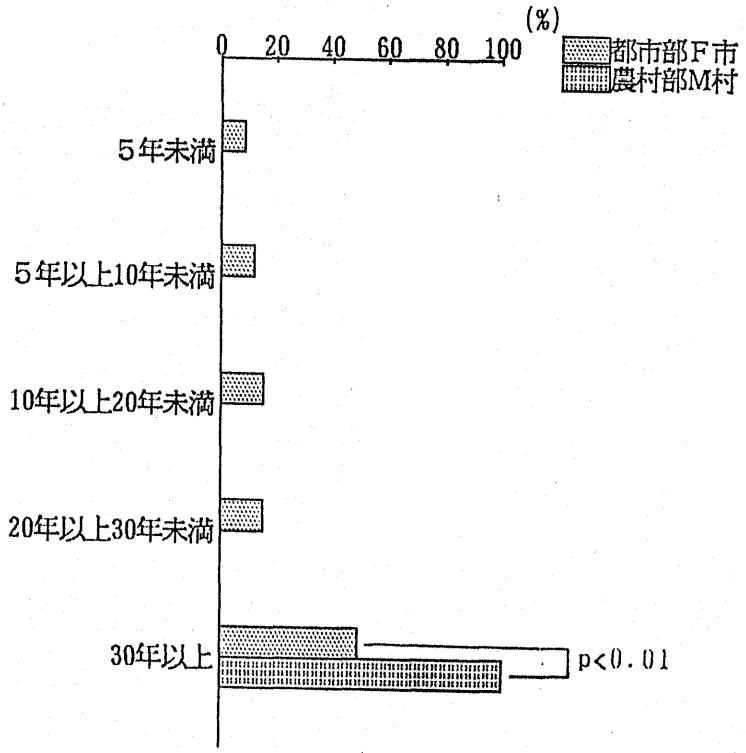

図６　居住地域別の居住年数（女性）

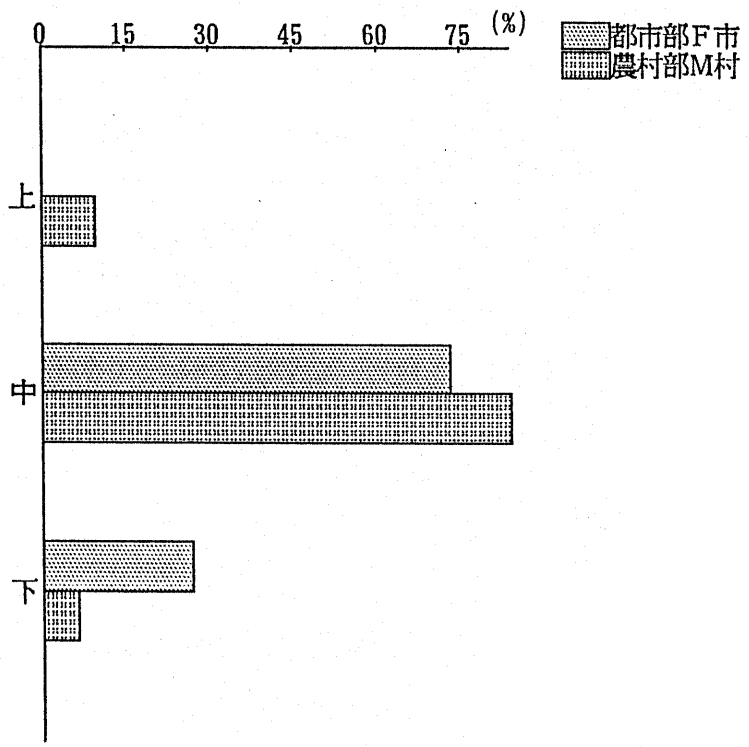

図７　　居住地域別の暮し向きの程度（男性）

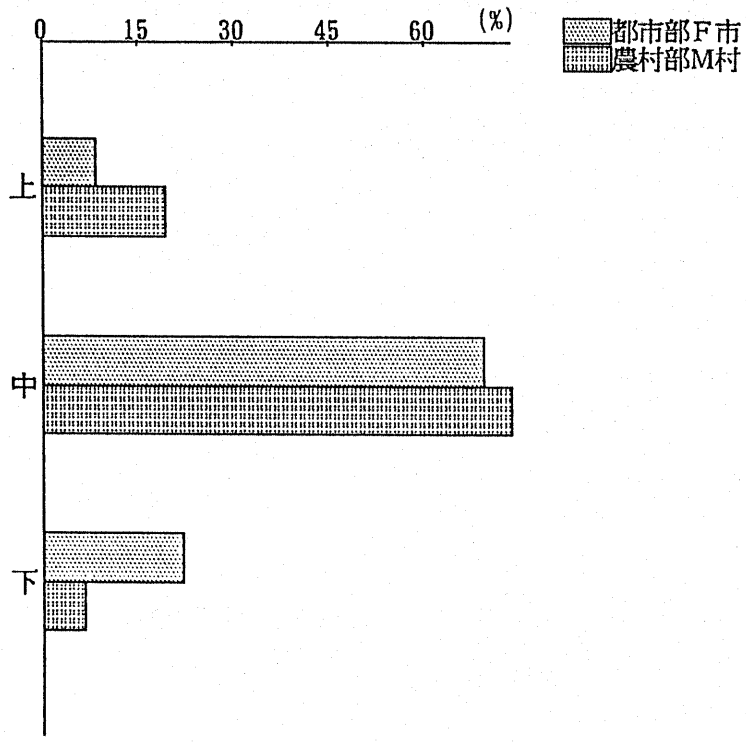

図８　　居住地域別の暮し向きの程度（女性）

（４）居住地域と暮し向きの程度

暮し向きの程度は図７、図８で示した様に、「上」は農村部Ｍ村に集中しており、「下」は都市部Ｆ市に多く見られる。「上」と「下」について地域差は見られたが、「中」は約７～８割であったことから、中間感覚が広く普及していることが伺える。これは、鈴木[48]の調査結果と一致した。

第２節　居住地域と提供サポート

（１）提供サポート

提供サポートは、図９、10に示した通りである。男女ともに、農村部Ｍ村の方が都市部Ｆ市より、どの提供サポートの対象者についても得点が高かった。特に、男性の場合、農村部Ｍ村では、他の提供サポートの対象者と比べて、「兄弟・親戚」への提供サポートの得点が最も高かったのに対し、都市部Ｆ市では、最も得点が低かった。女性の場合、都市部Ｆ市よりも農村部Ｍ村の方が、得点が高かったのは、「配偶者」、「兄弟・親戚」、「近所」であった。

女性の場合、農村部Ｍ村の方が、「配偶者」において得点が高かったのは、都市部Ｆ市の方が、「死別」しているものの割合が高かったためと考えられる。「近所」については、居住年数「30年以上」のものが農村部Ｍ村の場合、100%であったのに対し、都市部Ｆ

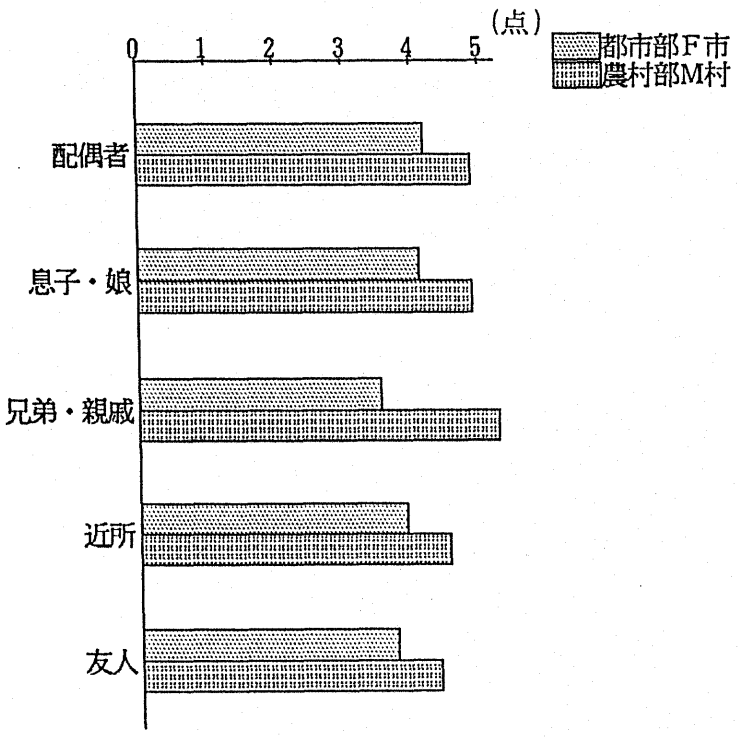

図９　　居住地域別の提供サポート（男性）

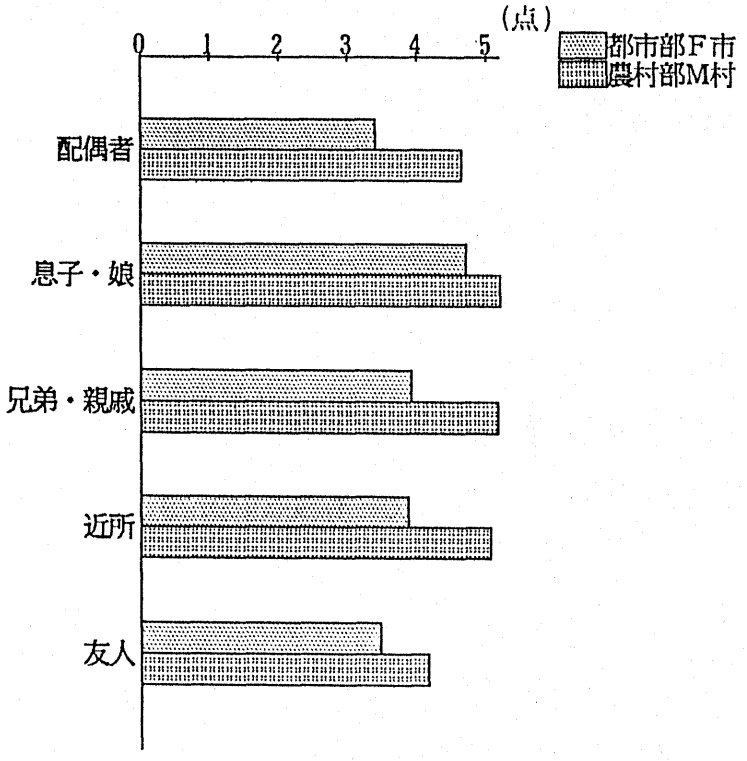

図１０　居住地域別の提供サポート（女性）

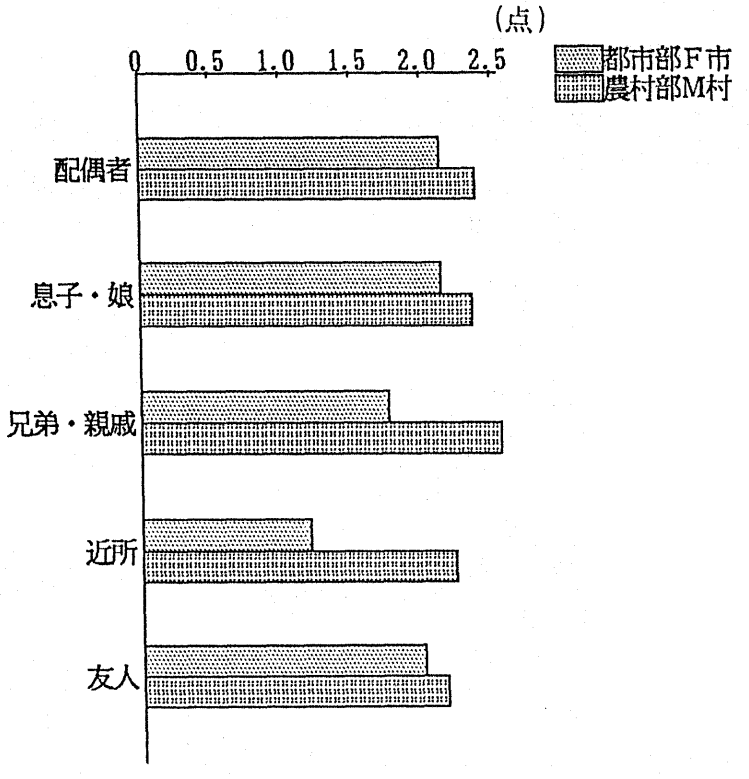

図１１　居住地域別の情緒的な提供サポート（男性）

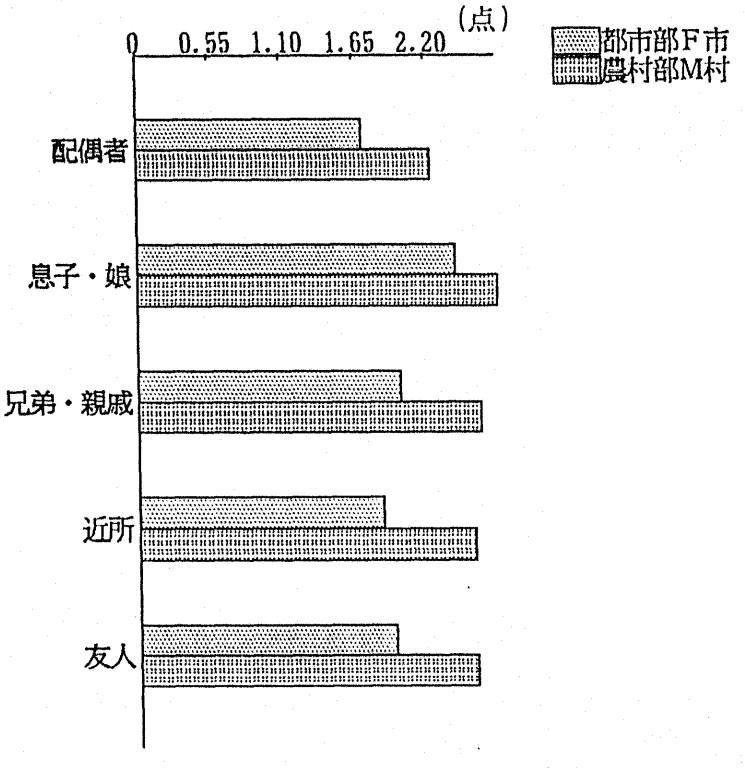

図１２　居住地域別の情緒的な提供サポート（女性）

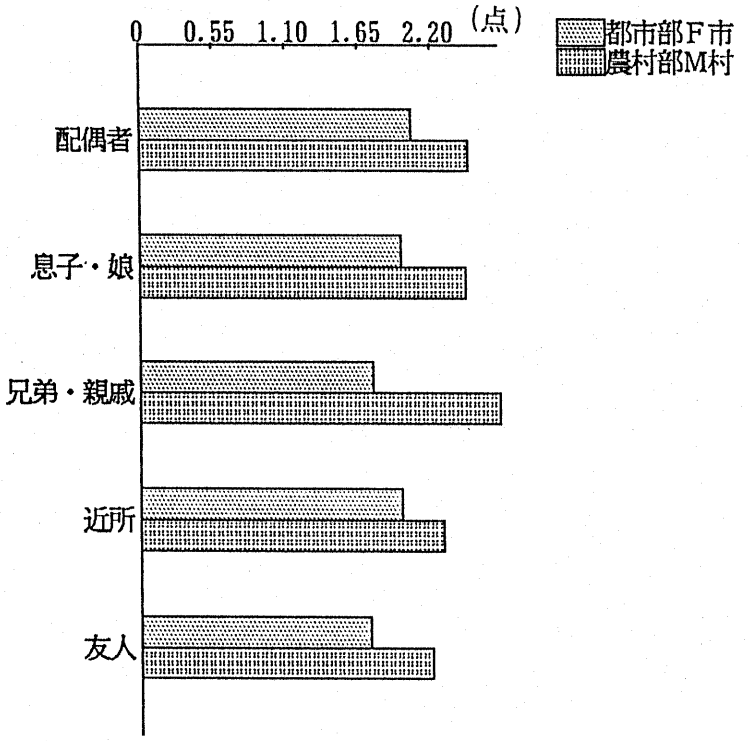

図１３　居住地域別の道具的な提供サポート（男性）

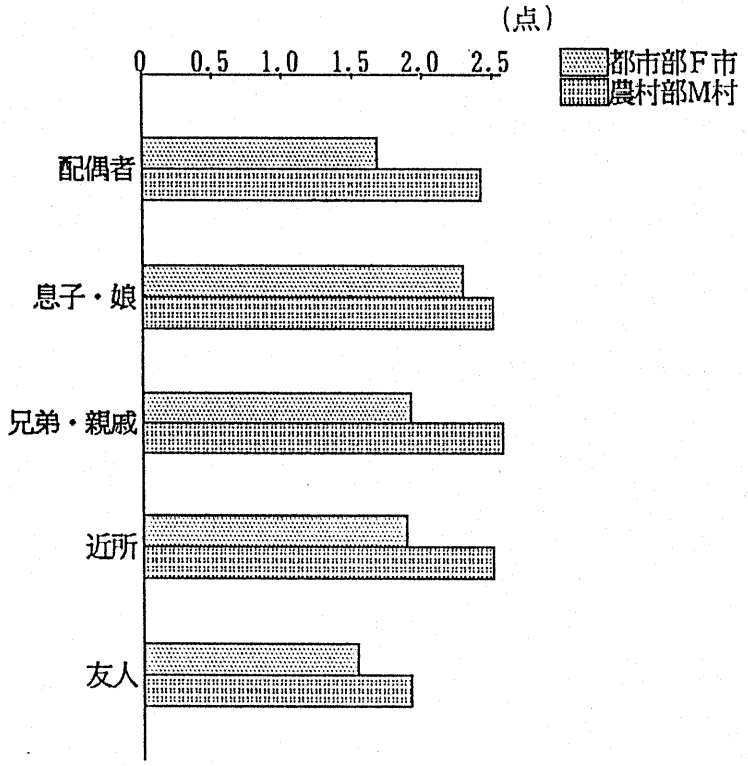

図１４　居住地域別の道具的な提供サポート（女性）

市は、約５割であったためであると考えられる。「兄弟・親戚」については、男女ともに、農村部Ｍ村の方が得点が高く、順位もまったく異なったことから、農村部Ｍ村では、都市部Ｆ市に比べて、「兄弟・親戚」へサポートを提供しやすい状況があると思われる。情緒的な提供サポートと道具的な提供サポートについても、図11～図14に示したように、ほぼ同様のことが伺える。本研究では、兄弟・親戚の居住地については、調査しておらず、この点について具体的な考察を述べることはできない。今後の調査において、兄弟・親戚に関する質問項目を設ける必要があると思われる。

第３節　居住地域と健康

（１）健康に対する自己評価

健康に対する自己評価は、図15、図16に示した通りである。男女別に２地域を見たところ、大きな差はなかった。これらは、岸ら[23]が札幌と夕張で、老人のソーシャル・サポート・ネットワークの現状と健康状態について調査を行ったものと同様の傾向であった。

（２）健康観

健康観は、表６に示した通りである。これは、複数回答が可能である。そこで、その複数回答の中から一番気持ちに近いものを選択

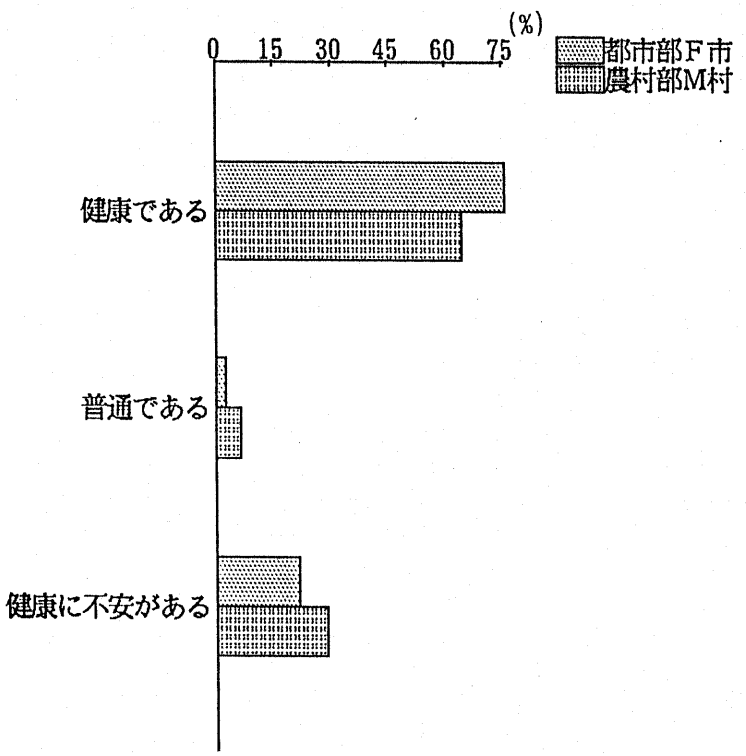

図１５　居住地域別の健康に対する自己評価（男性）

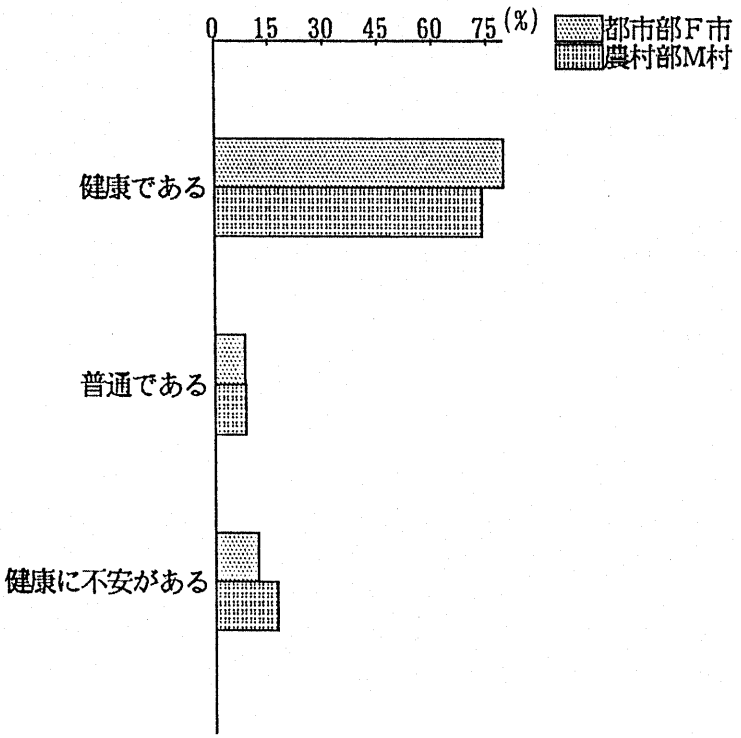

図１６　居住地域別の健康に対する自己評価（女性）

表 6 居住地域別に見た健康観

健康観	都市部F市		農村部M村	
	男	女	男	女
幸福なこと	22 (8.1)	30 (5.9)	11 (6.6)	28 (7.2)
心身ともに健やかなこと	18 (6.7)	38 (7.4)	13 (7.8)	32 (8.3)
仕事ができること	14 (5.2)	29 (5.7)	15 (9.0)	29 (7.5)
生きがいの条件	13 (4.8)	26 (5.1)	3 (1.8)	21 (5.4)
健康を意識しないこと	11 (4.1)	10 (2.0)	1 (0.6)	19 (4.9)
病気でないこと	18 (6.7)	43 (8.4)	14 (8.4)	25 (6.5)
快食・快眠・快便	21 (7.8)	36 (7.0)	15 (9.0)	25 (6.5)
身体が丈夫で元気がよく調子が良いこと	21 (7.8)	40 (7.8)	13 (7.8)	29 (7.5)
心も身体も人間関係もうまくいっていること	18 (6.7)	37 (7.2)	13 (7.8)	29 (7.5)
家庭円満であること	21 (7.8)	44 (8.6)	24 (14.5)	40 (10.3)
規則正しい生活ができること	20 (7.4)	40 (7.8)	11 (6.6)	20 (5.2)
長生きできること	37 (13.7)	54 (10.5)	9 (5.4)	25 (6.5)
人を愛することができること	17 (6.3)	38 (7.4)	10 (6.0)	30 (7.8)
前向きに生きられること	17 (6.3)	40 (7.8)	13 (7.8)	32 (8.3)
その他	1 (0.4)	5 (1.0)	1 (0.6)	2 (0.5)
わからない	1 (0.4)	2 (0.4)	0	1 (0.3)
計	270 (100.0)	512 (100.0)	166 (100.0)	387 (100.0)

＊ｐ＜０．０５　＊＊ｐ＜０．０１

表7 居住地域別に見た健康観1位

健康観	都市部F市		農村部M村	
	男	女	男	女
幸福なこと	7 (18.9)	5 (8.5)	6 (23.1)	9 (19.6)
心身ともに健やかなこと	6 (16.2)	10 (16.9)	4 (15.4)	9 (19.6)
仕事ができること	1 (2.7)	2 (3.4)	3 (11.5)	4 (8.7)
生きがいの条件	0	3 (5.1)	0	1 (2.2)
健康を意識しないこと	1 (2.7)	0	0	1 (2.2)
病気でないこと	2 (5.4)	9 (15.3)	4 (15.4)	1 (2.2)
快食・快眠・快便	4 (10.8)	4 (6.8)	0	3 (6.5)
身体が丈夫で元気がよく調子が良いこと	3 (8.1)	10 (16.9)	0	5 (10.9)
心も身体も人間関係もうまくいっていること	5 (13.5)	4 (6.8)	2 (7.7)	3 (6.5)
家庭円満であること	2 (5.4)	8 (13.6)	2 (7.7)	7 (15.2)
規則正しい生活ができること	3 (8.1)	3 (5.1)	3 (11.5)	1 (2.2)
長生きできること	1 (2.7)	0	1 (3.8)	0
人を愛することができること	0	0	0	1 (2.2)
前向きに生きられること	2 (5.4)	1 (1.7)	1 (3.8)	1 (2.2)
その他	0	0	0	0
わからない	0	0	0	0
計	37 (100.0)	59 (100.0)	26 (100.0)	46 (100.0)

＊ｐ＜０．０５

してもらった。それを示したものが、表７である。男性の場合、２地域とも、「幸福なこと」、「心身ともに健やかなこと」の順に多かった。女性の場合、都市部Ｆ市では、「心身ともに健やかなこと」、農村部Ｍ村では、「幸福なこと」、「心身ともに健やかなこと」の順に多かった。本研究は、標本数が少なかったが、島内[46]の庄和町を対象とし、ライフコース別に健康観をまとめた調査結果、つまり、老年期になれば、「身体的・精神的健康観」が主流を占めるようになるという見解と一致した。

（３）健康観選択数

健康観は、先述したように複数回答が可能である。そこでその選択数を図17に示した。２地域とも、男性よりも、女性の方が多く選択していた。地域別に見たところ、女性の場合、２地域とも、ほぼ同数であった。それに対し、男性の場合、都市部Ｆ市の方が約１個多かった。

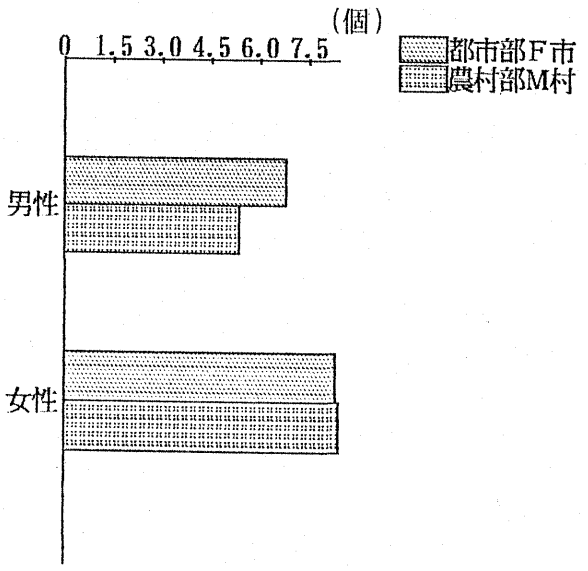

図１７　居住地域と健康観選択数

（４）健康づくり

健康づくりの方法は、表８に示した通りである。

本研究の標本数が少なかったことから、一概には言えないが、２地域とも、「運動」、「栄養」、「休養」に加え、「友人と楽しい時を過ごす」といった「人間関係」を通した健康づくりをしていることが伺える。島内[46]は、同様の調査で、「心の持ち方」に注意しながら、男性は、「趣味を楽しむ」ことに専念し、女性の場合、「趣味」、「栄養」、「人間関係」を通して健康づくりをしている様子が伺えるとしていることから、本研究と若干のずれが見られた。これは、本研究では、島内と同様、複数回答を可能としたが、その中でも一番気持ちに近いものについては尋ねなかったためであると考えられる。今後健康づくりの調査を行う際には、この点について調査を行う必要がある。

表８　居住地域別に見た健康づくりの方法

健康づくり	都市部Ｆ市				農村部Ｍ村			
	男		女		男		女	
食生活や栄養のバランスに気を付けている	19	(7.7)	39	(7.0)	15	(6.3)	30	(7.3)
睡眠や休養をしっかりとっている	19	(7.7)	35	(6.3)	15	(6.3)	30	(7.3)
規則正しい生活をするように努めている	15	(6.1)	38	(6.8)	13	(5.5)	24	(5.8)
身の回りや住まいを清潔にしている	17	(6.9)	34	(6.1)	15	(6.3)	22	(5.3)
家族と楽しい団欒を過ごしたり、語り合うようにしている	16	(6.5)	32	(5.7)	11	(4.6)	22	(5.3)
友人と楽しい時を過ごす	17	(6.9)	44	(7.9)	18	(7.6)	33	(8.0)
運動やスポーツをしている	19	(7.7)	29	(5.2)	15	(6.3)	27	(6.5)
酒を飲み過ぎないようにしている	11	(4.5)	5	(0.9)	11	(4.6)	11	(2.7)
たばこを控えるようにしている	9	(3.7)	6	(1.1)	5	(2.1)	8	(1.9)
食後の歯磨きをしっかりとして自分の歯を守っている	12	(4.9)	33	(5.9)	9	(3.8)	19	(4.6)
朝食をしっかりと取っている	17	(6.9)	46	(8.2)	19	(8.0)	32	(7.7)
間食をしないようにしている	14	(5.7)	13	(2.3)	14	(5.9)	12	(2.9)
イライラやくよくよしないよう心の持ち方に気を付けている	14	(5.7)	41	(7.3)	13	(5.5)	29	(7.0)
定期的に検診・健康診断を受けるようにしている	16	(6.5)	35	(6.3)	20	(8.4)	28	(6.8)
血圧や体重などをいつも自分で測っている	14	(5.7)	35	(6.3)	9	(3.8)	17	(4.1)
よく噛んで食べるようにしている	13	(5.3)	33	(5.9)	12	(5.0)	23	(5.6)
カルシウム、食物繊維などを含む食品を積極的に摂るようにしてる	14	(5.7)	44	(7.9)	14	(5.9)	30	(7.3)
ヨーガ・エアロビクス・気功などをしている	1	(0.4)	6	(1.1)	3	(1.3)	5	(1.2)
その他	4	(1.6)	9	(1.6)	3	(1.3)	9	(2.2)
特に意識して実行しているものではない	2	(0.8)	1	(1.8)	4	(1.7)	2	(0.5)
	246	(100.0)	558	(100.0)	238	(100.0)	413	(100.0)

（５）健康づくり選択数

健康づくりは、健康観と同様、複数回答が可能である。そこでその選択数を図18に示した。２地域ともほぼ同数であったが、性別で比較したところ、都市部Ｆ市では女性の方が、男性よりも約２個多く、農村部Ｍ村でも約１個多かった。

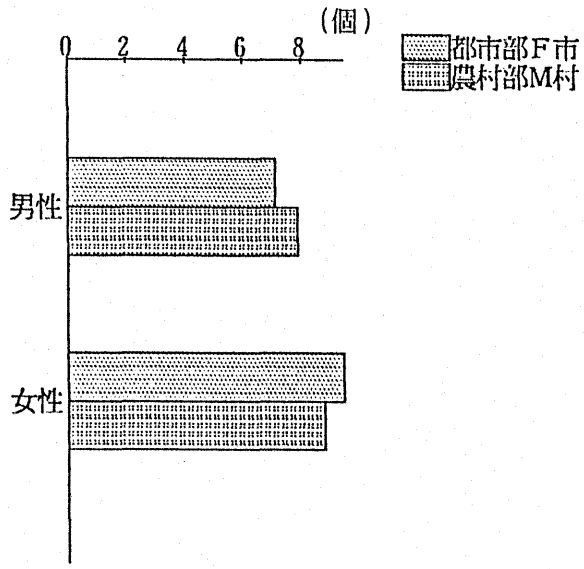

図１８　居住地域と健康づくり選択数

第４節　居住地域と生きがい

（１）生きがい感

生きがい感は、図19、図20に示した通りである。２地域とも、約７割以上が生きがい感を感じていた。また、男性の場合、都市部Ｆ市の方が、農村部Ｍ村より生きがい感を感じていないものが、有意に多かった（$p<0.05$）。鈴木[48]は、年齢が高くなるほど、生きがい感を感じないとするものが多いことを指摘している。表３、表４からもわかるように、農村部Ｍ村の場合、85歳以上がひとりもいないのに対し、都市部Ｆ市は、約１割強いる。おそらくこの年齢層のものの生きがい感が、先述したような傾向を示すことに至ったものと思われる。しかし、本調査は、調査人数が少ないことから、今後このような調査を行う上で、調査人数を増やして考察を行う必要があると思われる。

（２）生活領域別満足度

生活領域別満足度は、図21、図22に示した通りである。２地域とも男性の場合、同様の傾向が見られた。女性の場合、「地域」に対する満足度は農村部Ｍ村の方がやや高かった。鈴木[48]は、60歳以上のものの「地域」に対する満足度が高くなったことを明らかにし、それは、60歳以上のものにとって、近隣とのつながりが重要であるためであると考えている。

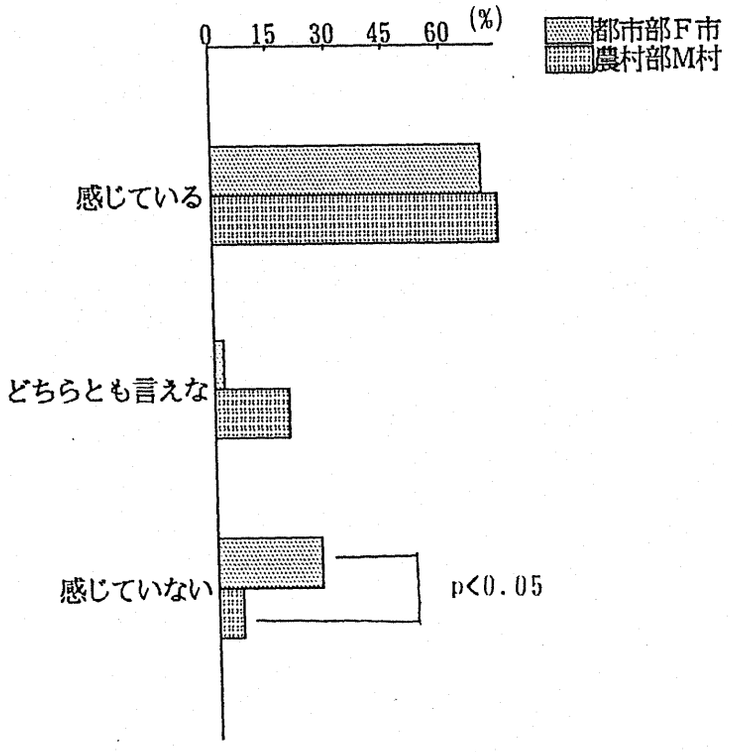

図19　居住地域別の生きがい感（男性）

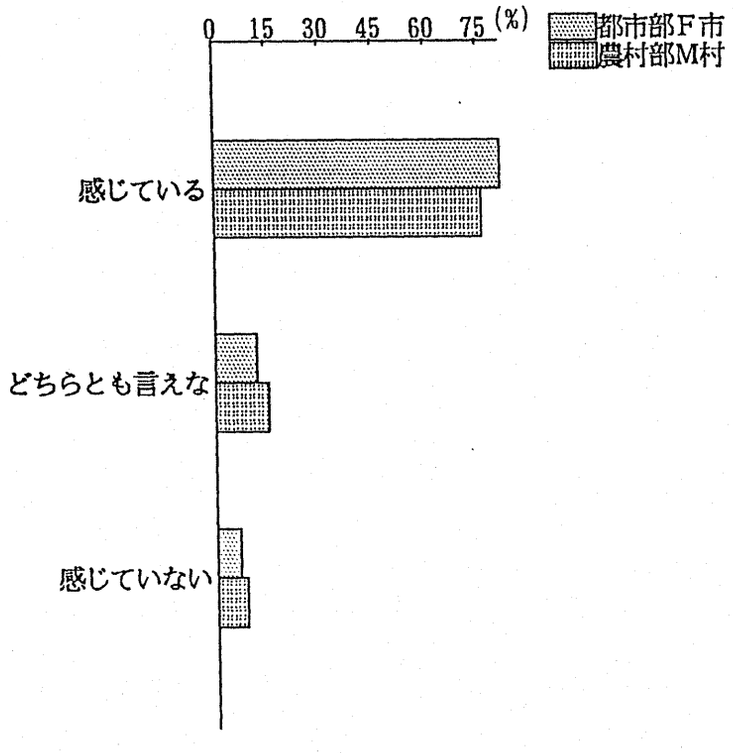

図20　居住地域別の生きがい感（女性）

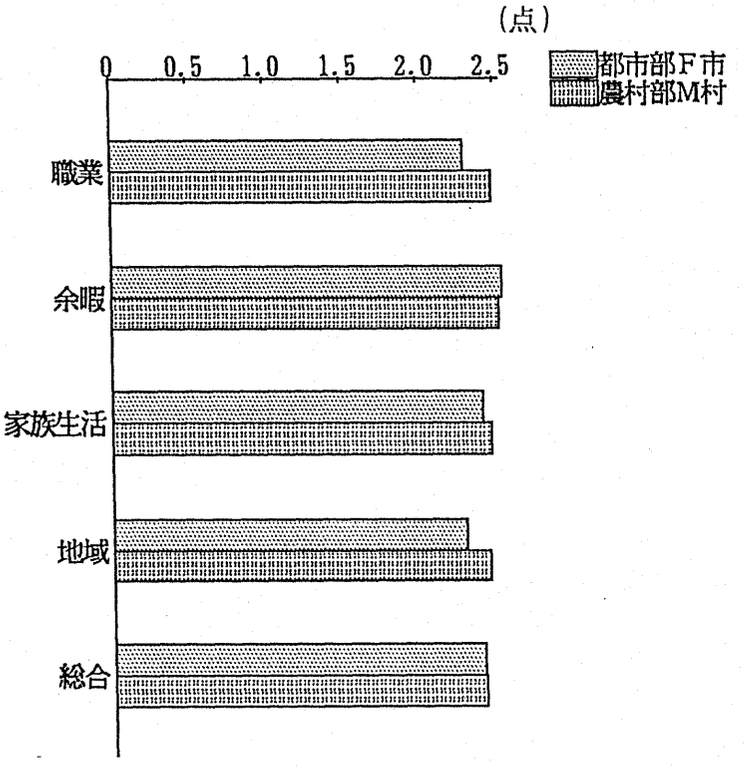

図２１　居住地域別の生活領域別満足度（男性）

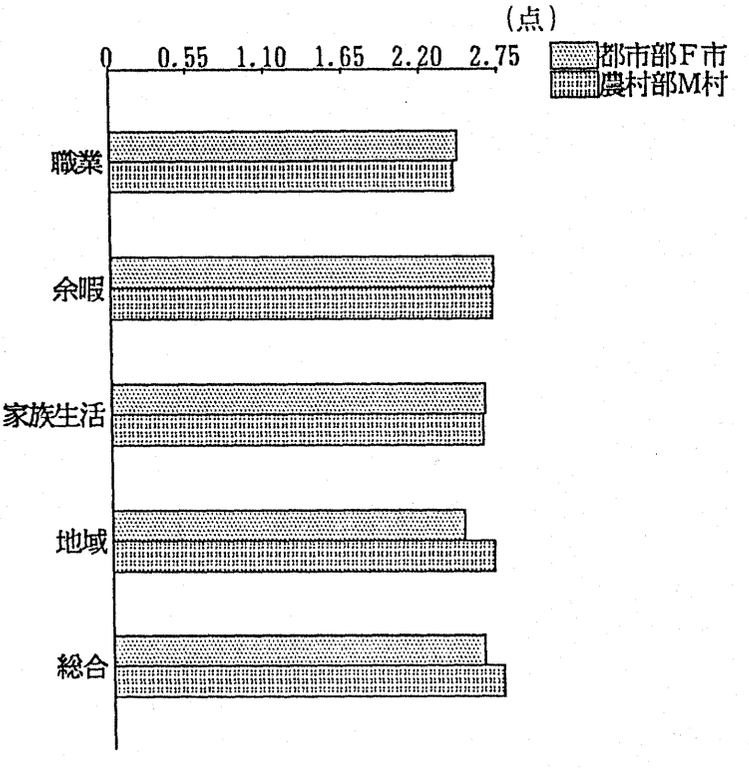

図２２　居住地域別の生活領域別満足度（女性）

（３）心の領域別充足度

心の領域別充足度は、図23、図24に示した通りである。「生活に変化を求める心」や「社会の進歩を望む心」が下位を占めたのは、２地域の共通点であり、鈴木[48]の調査でも同様の傾向が得られている。また、都市部Ｆ市の男女、農村部Ｍ村の女性の場合、「価値

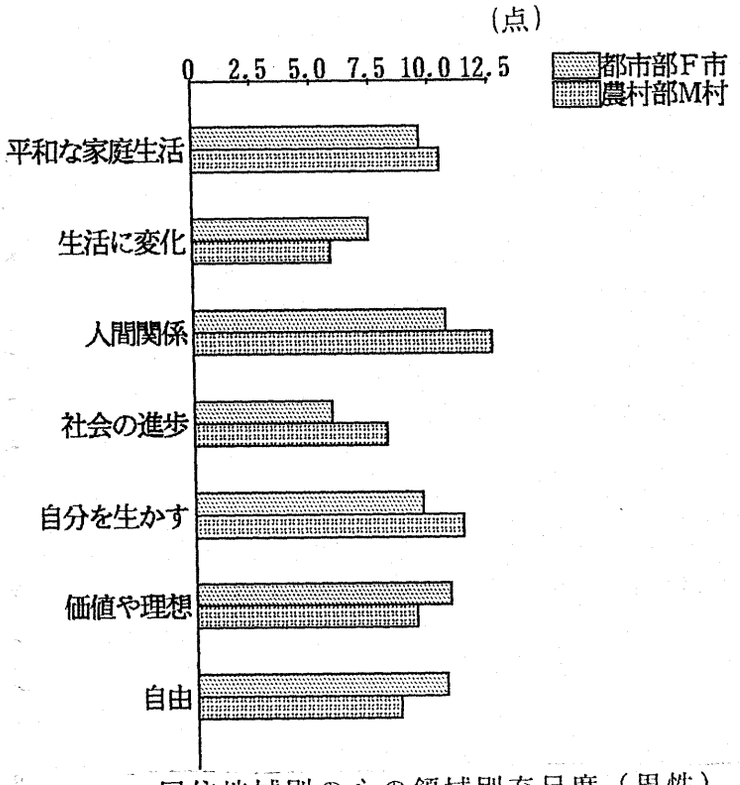

図23 居住地域別の心の領域別充足度（男性）

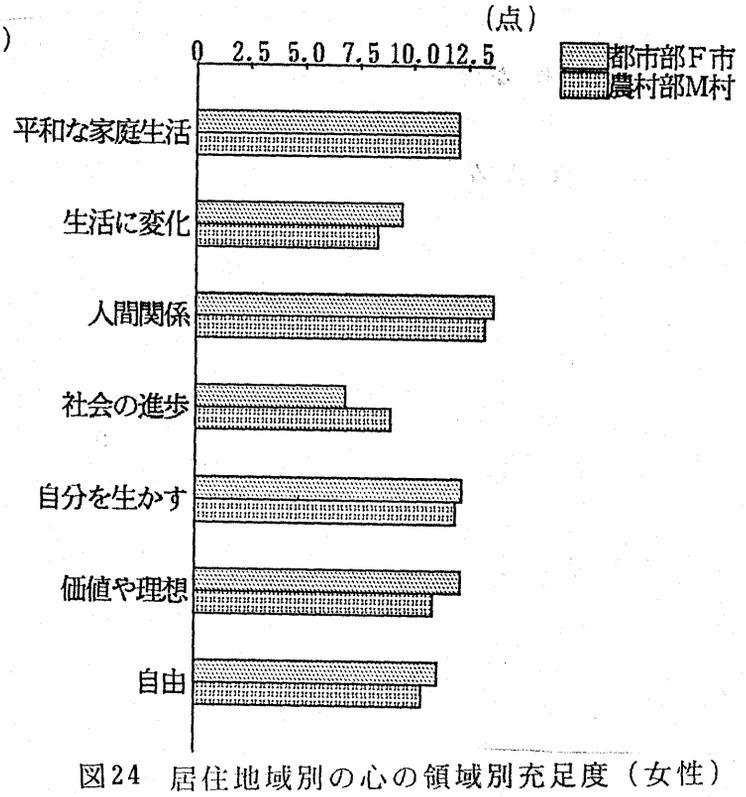

図24 居住地域別の心の領域別充足度（女性）

や理想を求める心」や「自由を求める心」が「人間関係を大切にする心」、「平和な家庭生活を求める心」、「自分を生かすことを求める心」と得点が近かった。これは鈴木[48]の理論とは一致していない。考えられる理由としては、本研究の調査対象者が65歳以上であるのに対し、鈴木の調査対象者が20歳以上という点である。この点から考えると、年齢を増すほど、ヒトは、人間的な価値や豊かさを求めるようになるということが伺える。

第５節　提供サポートと健康

提供サポートの受領者は、ａ）配偶者、ｂ）息子・娘、ｃ）兄弟・親戚、ｄ）近所、ｅ）近所以外の友人である。

そこで、第３章で設定した仮説１について以下のような検証を行った。

（１）健康に対する自己評価

提供サポートと健康に対する自己評価について関連を見たところ、何ら傾向は見られなかった。本研究では、第４章でも示した様に、提供サポートの中身を情緒的サポートと道具的サポートに分類している。そこで、新たな仮説を導くために、ここでは、提供サポートの具体的な内容（情緒的、道具的）と健康に対する自己評価についても関連を見た。

その結果、都市部Ｆ市では、男性の場合（表９）、友人へ道具的なサポートを提供するものほど健康に対する自己評価が良好である割合が有意に高く($p<0.05$)、女性の場合（表10、表11）、配偶者へ道具的なサポートや兄弟・親戚へ情緒的なサポートを提供するものほど健康に対する自己評価が良好である割合が有意に高かった($p<0.05$)。農村部Ｍ村では、男性の場合（表12）、近所へ情緒的なサポートを提供するものほど健康に対する自己評価が良好である割合が高く($p<0.05$)、女性の場合（表13、表14、表15）、配偶者へ情緒的・道具的なサポートや息子・娘へ情緒的なサポートを提供するものほど、健康に対する自己評価の良好なものの割合が有意に高かった($p<0.05$)。これは、他者との積極的な関わりがその人の健康状態に影響を及ぼすというBerkman and Breslow [4]の考えにほぼ一致する。

地域別に比較したところ、男性の場合、都市部Ｆ市では、提供サポートの対象者が、近所以外の友人であるのに対し、農村部Ｍ村は、近所であった。これは、都市部Ｆ市のものが、農村部Ｍ村に比べ居住年数が低いことから近所との交流が少ないためであろうか。図５の居住年数からもわかるように、居住年数20年以上が都市部Ｆ市のものは、78.3% であるのに対し、農村部Ｍ村は、20年以上のものが100 %である。従って、近所と近所以外の友人という点で違い

表９　友人への提供サポート（道具的）と健康に対する自己評価（都市部Ｆ市－男性）

道具的提供サポート（友人）	健康に対する自己評価			
	不健康	普通	健康	合計
低得点群	5 (29.4)	0	12 (70.6)	17 (100.0)
中得点群	0	1 (33.3)	2 (66.7)	3 (100.0)
高得点群	3 (17.6)	0	14 (82.4)	17 (100.0)
合計	8 (21.6)	1 (2.7)	28 (75.7)	37 (100.0)

x^2: $p<0.05$

Cr=0.415474

表10　配偶者への提供サポート（道具的）と健康に対する自己評価（都市部Ｆ市－女性）

道具的提供サポート（配偶者）	健康に対する自己評価			
	不健康	普通	健康	合計
低得点群	7 (17.9)	5 (12.8)	27 (69.2)	39 (100.0)
中得点群	0	0	0 **	0
高得点群	0	0	20 (100.0)	20 (100.0)
合計	7 (11.9)	5 (8.5)	47 (79.7)	59 (100.0)

x^2: $p<0.05$　** $p<0.01$

表11　兄弟・親戚への提供サポート（情緒的）と健康に対する自己評価（都市部Ｆ市－女性）

情緒的提供サポート（兄弟・親戚）	健康に対する自己評価			
	不健康	普通	健康	合計
低得点群	4 (57.1)	4 (80.0)	20 (42.6)	28 (47.5)
中得点群	2 (28.6)	0	1 (21.3) *	3 (5.1)
高得点群	1 (14.3)	1 (20.0)	26 (55.3)	28 (47.5)
	**	**		
合計	7 (100.0)	5 (100.0)	47 (100.0)	59 (100.0)

x^2: $p<0.05$　* $p<0.05$　** $p<0.01$

表12　近所への提供サポート（情緒的）と健康に対する自己評価（農村部M村－男性）

情緒的提供サポート（近所）	健康に対する自己評価			
	不健康	普通	健康	合計
低得点群	2 (22.2)	0	7 (35.0)	9 (29.0)
中得点群	5 (55.5)	0	1 (5.0)	6 (19.4)
高得点群	2 (22.2)	** 2 (100.0)	* 12 (60.0)	16 (51.6)
合計	9 (100.0)	2 (100.0)	20 (100.0)	31 (100.0)

x^2: $p<0.05$　* $p<0.05$　** $p<0.01$

Cr=0.444792

表13　配偶者への提供サポート（情緒的）と健康に対する自己評価（農村部M村－女性）

情緒的提供サポート（近所）	健康に対する自己評価			
	不健康	普通	健康	合計
低得点群	4 (50.0)	0	12 (35.3)	16 (34.8)
中得点群	0	2 (50.0)	1 (2.9)	3 (6.5)
高得点群	4 (50.8)	2 (50.0)	21 (61.8)	27 (58.7)
合計	8 (100.0)	4 (100.0)	34 (100.0)	46 (100.0)

x^2: $p<0.01$

Cr=0.402707

表14　配偶者への提供サポート（道具的）と健康に対する自己評価（農村部M村－女性）

道具的提供サポート（配偶者）	健康に対する自己評価			
	不健康	普通	健康	合計
低得点群	3 (37.5)	0	10 (29.4)	13 (28.3)
中得点群	0	1 (25.0)	0	1 (2.2)
高得点群	5 (62.5)	3 (75.0)	24 (70.6)	32 (69.6)
合計	8 (100.0)	4 (100.0)	34 (100.0)	46 (100.0)

x^2: $p<0.05$

表15　息子・娘への情緒的な提供サポートと健康に対する自己評価（農村部M村－女性）

情緒的提供サポート（息子・娘）	健康に対する自己評価			
	不健康	普通	健康	合計
低得点群	0	3 (50.0)	3 (50.0)	6 (100.0)
中得点群	1 (100.0)	0	0	1 (100.0)
高得点群	7 (17.9)	1 (2.6)	31 (79.5)	39 (100.0)
合計	8 (17.4)	4 (8.7)	34 (73.9)	46 (100.0)

x^2: $p<0.01$

Cr=0.464928

が見られたことが伺える。女性の場合、都市部Ｆ市は、提供サポートの対象者が配偶者と兄弟・親戚であり、農村部Ｍ村は、配偶者と息子・娘であった。兄弟・親戚と息子・娘という部分で地域差が見られたのは、図４の家族構成からもわかるように、息子・娘との同居が都市部Ｆ市は約45％に対し、農村部Ｍ村は約85％を占めているためであることが伺える。従って、息子・娘との交流が頻繁に行われていることは明らかであり、このような地域差が見られたものと考えられる。

また、男女別に見たところ、女性の場合、都市部Ｆ市、農村部Ｍ村ともに、配偶者への提供サポートが健康に対する自己評価を良好にするという点は、夫婦関係が60歳以上の老人の健康に影響を及ぼすとしたLarson[25]の見解にほぼ一致するものである。男性の場合、配偶者との関係において何ら関連が見られなかったのは、男性は配偶者への提供サポートよりも配偶者への受領サポートがＱＯＬに影響を及ぼすとした金ら[21]の見解と何らかの関連があると考えられる。

（２）健康観

ａ）配偶者

表16に示した様に、提供サポートの内容別に、健康観との関連を見ると、農村部Ｍ村において、男性の場合、配偶者へ情緒的な提供

サポートを行っているものほど、「幸福なこと（精神的健康）」($p<0.05$)を、「前向きに生きられること（精神的健康）」($p<0.01$)を選択したものの割合が有意に高く、配偶者へ道具的な提供サポートを行っているものほど、「病気でないこと（身体的健康）」($p<0.05$)を選択したものの割合が有意に高かった。

つまり、農村部M村において、男性の場合、配偶者への情緒的な提供サポートで精神的健康に対する価値を見いだし、道具的な提供サポートで身体的健康に対する価値を見いだしていることが伺える。

表16　配偶者への提供サポートと健康観

		提供サポート（情緒的+道具的）				提供サポート（情緒的）				提供サポート（道具的）			
		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
身体的健康観	病気でないこと											*	
	快食・快眠・快便												
	身体が丈夫で元気が良く調子が良いこと												
	規則正しい生活ができること												
	長生きできること												
精神的健康観	幸福なこと							*					
	人を愛することができること												
	前向きに生きられること							**					
社会的健康観	仕事ができること												
	生きがいの条件												
	家庭円満であること												
身体的精神的健康観	心身ともに健やかなこと												
身体的精神的社会的健康観	心も身体も人間関係もうまくいっていること												

x^2: * $p<0.05$ ** $p<0.01$

b）息子・娘

表17に示した様に、都市部F市では、女性の場合、息子・娘にサポートを提供しているものほど、「快食・快眠・快便（身体的健康）」、「幸福なこと（精神的健康）」、「仕事ができること（社会的健康）」を、農村部M村では、女性の場合、「心身ともに健やかなこと（身体的・精神的健康）」を選択したものの割合が有意に高かった。($p<0.05$)

つまり、女性の場合、都市部F市では、息子・娘への提供サポートで身体的・精神的・社会的健康に価値を見いだしているのに対し、農村部M村では、身体的・精神的健康に価値を見いだしていることが伺える。

サポートの内容別に見てみると、農村部M村では、女性の場合、息子・娘へ道具的な提供サポートを行っているものほど、「家庭円満であること（社会的健康）」を、情緒的なサポートを行っているものほど、「心身ともに健やかなこと（身体的・精神的健康）」、「規則正しい生活ができること（身体的健康）」を選択するものの割合が有意に高かった。($p<0.05$)

つまり、農村部M村では、息子・娘への道具的な提供サポートで、社会的健康に、情緒的な提供サポートで身体的・精神的健康に価値を見いだしていることが伺える。

表17　息子・娘への提供サポートと健康観

		提供サポート（情緒的＋道具的）				提供サポート（情緒的）				提供サポート（道具的）			
		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
身体的健康観	病気でないこと												
	快食・快眠・快便		*										
	身体が丈夫で元気が良く調子が良いこと												
	規則正しい生活ができること								*				
	長生きできること												
精神的健康観	幸福なこと		*										
	人を愛することができること												
	前向きに生きられること												
社会的健康観	仕事ができること		*										
	生きがいの条件												
	家庭円満であること												*
身体的精神的健康観	心身ともに健やかなこと				*				*				
身体的精神的社会的健康観	心も身体も人間関係もうまくいっていること												

x^2: * $p<0.05$

c）兄弟・親戚

表18に示した様に、農村部M村では、女性の場合、「生きがいの条件（社会的健康）」、「病気でないこと（身体的健康）」($p<0.05$)を、「人を愛することができること（精神的健康）」、「心も身体も人間関係もうまくいっていること（身体的・精神的・社会的健康）」、「家庭円満であること（社会的健康）」($p<0.01$)を選択したものの割合が有意に高かった。

つまり、農村部M村の女性の場合、兄弟・親戚へサポートを提供することで、身体的・精神的・社会的健康に価値を見出していることが伺える。

サポートの内容別にみてみると、農村部M村では、男性の場合、兄弟・親戚に情緒的サポート($p<0.01$)を、道具的サポートを提供しているものほど、「幸福なこと（精神的健康）」、「前向きに生きられること（精神的健康）」($p<0.05$)を選択したものの割合が有意に高く、女性の場合、兄弟・親戚に情緒的サポートを提供しているものほど、「家庭円満であること（社会的健康）」、「快食・快眠・快便（身体的健康）」、「心も身体も人間関係もうまくいっていること（身体的・精神的・社会的健康）」($p<0.01$)や「人を愛することができること（精神的健康)」、「前向きに生きられること（精神的健康）」($p<0.05$)を選択するものの割合が有意に高く、道具的サポートを提供している人ほど、「家庭円満であること（社会的健康）」($p<0.01$)や「人を愛することができること（精神的健康）」($p<0.05$)を選択するものの割合が有意に高かった。

つまり農村部M村では、男性の場合、情緒的、道具的な提供サポートで、精神的健康に、女性の場合、情緒的な提供サポートで、身体的・精神的・社会的健康に、道具的な提供サポートで、精神的・社会的健康に価値を見いだしていることが伺える。

また、農村部M村の女性の場合、兄弟・親戚へ情緒的サポートを提供し($p<0.05$)、道具的サポートを提供しているものほど($p<0.01$)、健康観選択数が多い割合が有意に高かった（表19、表

20）。これは、このようなサポートを行っているものほど、健康に対する考え方が幅広いことが伺える。

表18　兄弟・親戚への提供サポートと健康観

		提供サポート（情緒的+道具的）				提供サポート（情緒的）				提供サポート（道具的）			
		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
身体的健康観	病気でないこと				*								
	快食・快眠・快便								**				
	身体が丈夫で元気が良く調子が良いこと												
	規則正しい生活ができること												
	長生きできること												
精神的健康観	幸福なこと							*				*	
	人を愛することができること				**				*				*
	前向きに生きられること							**	*			*	
社会的健康観	仕事ができること												
	生きがいの条件				*								
	家庭円満であること				**				**				**
身体的精神的健康観	心身ともに健やかなこと												
身体的精神的社会的健康観	心も身体も人間関係もうまくいっていること				**				**				

x^2:* $p<0.05$ ** $p<0.01$

表19　兄弟・親戚への提供サポート（情緒的）と健康観選択数（農村部M村ー女性）

情緒的提供サポート（兄弟・親戚）	健康観選択数 少	中	多	合計
低得点群	1 (14.3)	6 (85.7)	0	7 (100.0)
中得点群	2 (50.0)	2 (50.0)	0	4 (100.0)
高得点群	2 (5.7)	18 (51.4)	15 (42.9)	35 (100.0)
合計	5 (10.9)	26 (56.5)	15 (32.6)	46 (100.0)

x^2: $p<0.05$

表20　兄弟・親戚への提供サポート（道具的）と健康観選択数（農村部M村ー女性）

道具的提供サポート（兄弟・親戚）	健康観選択数 少	中	多	合計
低得点群	1 (11.1)	7 (77.8)	1 (11.1)	9 (100.0)
中得点群	2 (100.0)	0	0	2 (100.0)
高得点群	2 (5.7)	19 (54.3)	14 (40.0)	35 (100.0)
合計	5 (10.9)	26 (56.5)	15 (32.6)	46 (100.0)

x^2: $p<0.001$

Cr=0.464718

d）近所

表21に示した様に、サポートの内容別では、都市部F市の女性の場合、近所へ道具的サポートを提供している人ほど、「家庭円満であること（社会的健康）」、「規則正しい生活ができること（身体的健康）」を選択するものの割合が有意に高かった($p<0.05$)。農村部M村の女性の場合、近所へ情緒的サポートを提供しているものほど、「身体が丈夫で元気がよく調子が良いこと（身体的健康）」、「心も身体も人間関係もうまくいっていること（身体的・精神的・社会的）」を選択するものの割合が有意に高かった。($p<0.05$)

つまり、都市部F市の女性の場合、近所へ道具的サポートを提供することで、身体的・社会的健康に、農村部M村の女性の場合、近所への情緒的サポートを提供することで、身体的・精神的・社会的健康に価値を見いだしていることが伺える。

e）近所以外の友人

表22に示した様に、農村部M村では、男性の場合「快食・快眠・快便（身体的健康）」を、女性の場合「仕事ができること（社会的健康）」を選択したものの割合が高かった。($p<0.05$)

つまり、農村部M村では、友人への提供サポートで、男性の場合、身体的健康に、女性の場合、社会的健康に価値を見出していることが伺える。

表21　近所への提供サポートと健康観

		提供サポート（情緒的＋道具的）				提供サポート（情緒的）				提供サポート（道具的）			
		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
身体的健康観	病気でないこと												
	快食・快眠・快便												
	身体が丈夫で元気が良く調子が良いこと								*				
	規則正しい生活ができること										*		
	長生きできること												
精神的健康観	幸福なこと												
	人を愛することができること												
	前向きに生きられること												
社会的健康観	仕事ができること												
	生きがいの条件												
	家庭円満であること										*		
身体的精神的健康観	心身ともに健やかなこと												
身体的精神的社会的健康観	心も身体も人間関係もうまくいっていること								*				

x^2: * $p<0.05$

表22　（近所以外の）友人への提供サポートと健康観

		提供サポート（情緒的＋道具的）				提供サポート（情緒的）				提供サポート（道具的）			
		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
身体的健康観	病気でないこと												
	快食・快眠・快便			*									
	身体が丈夫で元気が良く調子が良いこと												
	規則正しい生活ができること												
	長生きできること												
精神的健康観	幸福なこと												
	人を愛することができること												
	前向きに生きられること												
社会的健康観	仕事ができること				*								
	生きがいの条件												
	家庭円満であること												
身体的精神的健康観	心身ともに健やかなこと												
身体的精神的社会的健康観	心も身体も人間関係もうまくいっていること												

x^2: * $p<0.05$

仮説１は、Berkman and Breslow [4)]の考えに基づき、提供サポートと健康状態の関連を意味付けると共に、島内[42)]の主張する「人は自らの健康状態を保持するために保健行動をとる。そしてその保健行動は、その人の健康観を形成すると共に、健康観によって保健行動は規定される」という「保健行動と健康観との相互連関」を意識し、提供サポートを多く行っているものほど、健康に対する考えが幅広く、多様な保健行動をとるという仮説も導き出した。

その結果、健康観との関連では、都市部Ｆ市において、女性の場合、息子・娘への提供サポートで、農村部Ｍ村においては、女性の場合、兄弟・親戚への提供サポート、内容別では、情緒的・道具的な提供サポート、近所への情緒的な提供サポートを行うものほど、幅広い健康に対する考え方を持つという見解が得られた。

地域別に比較したところ、女性の場合、都市部Ｆ市では、提供サポートの対象者が、息子・娘であるのに対し、農村部Ｍ村は、兄弟・親戚や近所である。図10の提供サポートの得点からもわかるように、どの対象者でも、農村部Ｍ村よりも都市部Ｆ市の得点の方が低い。対象者の選択肢が、比較的幅広い農村部Ｍ村の女性に対し、都市部Ｆ市の女性は、図６の居住年数との関係から、近所との交流が希薄で、兄弟・親戚も遠方に住んでおり、図２の配偶関係からもわかるように、配偶者と死別している割合が高いことから、息子・

娘といった限られた対象者になるものと考えられる。また逆に、茨木[16]が述べているように、配偶者との死別や息子・娘の独立といったストレスフルな出来事が多い老年期、中でも女性において、息子・娘と関わりが持てるというのは、健康に対する考え方を広めるといえるのではないだろうか。

このように、女性の場合、特定の提供サポートの対象者により、幅広い健康に対する考え方が見られたり、農村部M村の男性においても身体的、精神的、社会的といった特定の健康に対する価値が見られるのは、老人のヘルス・ニーズに応じた的確な健康教育を行う上での有効な手段であると考える。

（３）健康づくりの方法

次に保健行動との関連について健康づくりの方法から、健康に対する自己評価、健康観と同様、仮説１について考察する。

ａ）配偶者

表23に示した様に、都市部Ｆ市では、女性の場合、配偶者へサポートを提供しているものほど、「食生活や栄養のバランスに気をつけている（身体的健康）」、「家族と楽しい団欒を過ごしたり、語り合うようにしている（社会的健康）」、「運動やスポーツをしている（身体的健康）」、「血圧や体重などをいつも自分で測っている（身体的健康）」といった健康づくりの方法を実行しているものの

表23　配偶者への提供サポートと健康観

		提供サポート（情緒的＋道具的）				提供サポート（情緒的）				提供サポート（道具的）			
		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
身体的健康	食生活や栄養のバランスに気をつけている		*										
	睡眠や休養をしっかりと取っている												
	規則正しい生活をするよう努めている												
	身の回りや住まいを清潔にしている												
	運動やスポーツをしている		*										
	酒を飲み過ぎないようにしている												
	タバコを控えるようにしている												
	食後の歯磨きをしっかりとして自分の歯を守っている												
	朝食をしっかりと取っている				*				*				
	間食をしないようにしている												
	定期的に検診・健康診断を受けるようにしている				*								
	血圧や体重などをいつも自分で測っている		*										
	よく噛んで食べるようにしている												
	カルシウム、食物繊維等を含む食品を積極的に取るようにしている												
	ヨーガ、エアロビクス、気功などをしている												
精神的健康	イライラや、くよくよしないように心の持ち方に気をつけている												
社会的健康	家族と楽しい団欒を過ごしたり、語り合うようにしている		*										
	友人と楽しい時を過ごすようにしている				*								

x^2: * $p<0.05$

表24　配偶者への提供サポートと健康づくり選択数（都市部F市－女性）

提供サポート（配偶者）	健康づくり選択数 少	中	多	合計
低得点群	5 (13.9)	25 (69.4)	6 (16.7)	36 (100.0)
中得点群	1 (20.0)	3 (60.0)	1 (20.0)	5 (100.0)
高得点群	1 (5.6)	7 (38.9)	10 (55.5)	18 (100.0)
合計	7 (11.9)	35 (59.3)	17 (28.8)	59 (100.0)

x^2:p<0.05 *:p<0.05 **:p<0.01

表25　配偶者への提供サポートと健康づくり選択数（農村部M村－女性）

提供サポート（配偶者）	健康づくり選択数 少	中	多	合計
低得点群	2 (20.0)	10 (35.7)	1 (12.5)	13 (28.3)
中得点群	4 (40.0)	1 (3.6)	1 (12.5)	6 (13.0)
高得点群	4 (40.0)	17 (60.7)	6 (75.0)	27 (58.7)
合計	10 (100.0)	28 (100.0)	8 (100.0)	46 (100.0)

x^2:p<0.05

表26　配偶者への提供サポート（情緒的）と健康づくり選択数（都市部F市－女性）

情緒的提供サポート（配偶者）	健康づくり選択数 少	中	多	合計
1点	5 (13.2)	27 (71.1)	6 (15.8)	38 (100.0)
2点	0	0	0	0
3点	2 (9.5)	8 (38.1)	11 (52.4)	21 (100.0)
合計	7 (11.9)	35 (59.3)	17 (28.8)	59 (100.0)

x^2:p<0.05 **:p<0.01

表27　配偶者への提供サポート（道具的）と健康づくり選択数（都市部F市－女性）

道具的提供サポート（配偶者）	健康づくり選択数 少	中	多	合計
1点	6 (15.4)	26 (66.7)	7 (17.9)	39 (100.0)
2点	0	0	0	0
3点	1 (5.0)	9 (45.0)	10 (50.0)	20 (100.0)
合計	7 (11.9)	35 (59.3)	17 (28.8)	59 (100.0)

x^2:p<0.05 *:p<0.05

割合が有意に高く、農村部M村でも、女性の場合、「友人と楽しい時を過ごすようにしている（社会的健康）」、「朝食をしっかりと摂っている（身体的健康）」、「定期的に検診・健康診断を受けるようにしている（身体的健康）」といった健康づくりの方法を実行しているものの割合が有意に高かった。($p<0.05$)

つまり、都市部F市でも、農村部M村でも、女性の場合、配偶者への提供サポートを行うものほど、身体的・社会的健康に関する保健行動をとっていることが伺える。

また、都市部F市（表24）、農村部M村（表25）において、女性の場合、配偶者へサポートを提供しているものほど健康づくりの選択数が多い割合が有意に高かった($p<0.05$)。つまり一サポートの提供は多様な保健行動を生み出すことが伺える。

サポートの内容別では、農村部M村の女性の場合、情緒的サポートを提供しているものほど、「朝食をしっかりと摂っている（身体的健康）」といった健康づくりの方法を実行しているものの割合が有意に高かった。($p<0.05$)

つまり、農村部M村の女性の場合、情緒的サポートを提供するものほど、身体的健康に関する保健行動をとっていることが伺える。

また、都市部F市の女性の場合（表26、表27）、情緒的・道具的サポートを提供しているものほど、健康づくりの選択数が多い割合

が有意に高かった($p<0.05$)。つまりサポートと保健行動とは関連していることが伺える。

ｂ）息子・娘

表28に示した様に、提供サポート全体では何ら関係は見られなかったが、都市部Ｆ市において、女性の場合、息子・娘に情緒的サポートを提供しているものほど、「定期的に検診・健康診断を受けるようにしている（身体的健康）」といった健康づくりを実行しているものの割合が有意に高かった($p<0.05$)。農村部Ｍ村において、女性の場合、「酒を飲み過ぎないようにしている（身体的健康）」や「定期的に検診・健康診断を受けるようにしている（身体的健康）」（$p<0.05$）、「食生活や栄養のバランスに気をつけている（身体的健康）」($p<0.01$)といった健康づくりを実行しているものの割合が有意に高かった。

つまり、都市部Ｆ市でも、農村部Ｍ村でも、女性の場合、息子・娘へ情緒的サポートを提供するものほど、身体的健康に関する行動を実行していることが伺える。

ｃ）兄弟・親戚

表29に示した様に、農村部Ｍ村では、女性の場合、サポートを提供しているものほど、「家族と楽しい団欒を過ごしたり、語り合うようにしている（社会的健康）」や「定期的に検診・健康診断を受

表28　息子・娘への提供サポートと健康観

		提供サポート（情緒的+道具的）				提供サポート（情緒的）				提供サポート（道具的）			
		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
身体的健康	食生活や栄養のバランスに気をつけている								**				
	睡眠や休養をしっかりと取っている												
	規則正しい生活をするよう努めている												
	身の回りや住まいを清潔にしている												
	運動やスポーツをしている												
	酒を飲み過ぎないようにしている								*				
	タバコを控えるようにしている												
	食後の歯磨きをしっかりとして自分の歯を守っている												
	朝食をしっかりと取っている												
	間食をしないようにしている												
	定期的に検診・健康診断を受けるようにしている						*		*				
	血圧や体重などをいつも自分で測っている												
	よく噛んで食べるようにしている												
	カルシウム、食物繊維等を含む食品を積極的に取るようにしている												
	ヨーガ、エアロビクス、気功などをしている												
精神的健康	イライラや、くよくよしないように心の持ち方に気をつけている												
社会的健康	家族と楽しい団欒を過ごしたり、語り合うようにしている												
	友人と楽しい時を過ごすようにしている												

x^2:* $p<0.05$

表29　兄弟・親戚への提供サポートと健康観

		提供サポート（情緒的＋道具的）				提供サポート（情緒的）				提供サポート（道具的）			
		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
身体的健康	食生活や栄養のバランスに気をつけている							*					
	睡眠や休養をしっかりと取っている												
	規則正しい生活をするよう努めている												
	身の回りや住まいを清潔にしている												
	運動やスポーツをしている												
	酒を飲み過ぎないようにしている												
	タバコを控えるようにしている											*	
	食後の歯磨きをしっかりとして自分の歯を守っている							*					
	朝食をしっかりと取っている										*		
	間食をしないようにしている												
	定期的に検診・健康診断を受けるようにしている				*								
	血圧や体重などをいつも自分で測っている												
	よく噛んで食べるようにしている												
	カルシウム、食物繊維等を含む食品を積極的に取るようにしている												
	ヨーガ、エアロビクス、気功などをしている												**
精神的健康	イライラや、くよくよしないように心の持ち方に気をつけている												
社会的健康	家族と楽しい団欒を過ごしたり、語り合うようにしている				*								
	友人と楽しい時を過ごすようにしている												

x^2:* $p<0.05$　** $p<0.01$

けるようにしている（身体的健康）」といった健康づくりを実行しているものの割合が有意に高かった。($p<0.05$)

つまり、農村部M村において、女性の場合、兄弟・親戚へサポートを提供することと、身体的・社会的健康に関する行動とは何らかの関連があることが伺える。

サポートの内容別では、都市部F市の女性の場合、兄弟・親戚へ道具的サポートを提供しているものほど、「朝食をしっかりと摂っている（身体的健康）」といった健康づくりを実行しているものの割合が有意に高かった($p<0.05$)。農村部M村では、男性の場合、兄弟・親戚へ情緒的サポートを提供しているものほど、「食後の歯磨きをしっかりとして、自分の歯を守っている（身体的健康）」や「食生活や栄養のバランスに気をつけている（身体的健康）」といった健康づくりを実行しているものの割合が有意に高く($p<0.05$)、道具的なサポートを提供しているものほど、「ヨーガ、エアロビクス、気功などをしている（身体的健康）」($p<0.01$)や「たばこを控えるようにしている（身体的健康）」($p<0.05$)といった健康づくりを実行しているものの割合が有意に高かった。

つまり、都市部F市の女性の場合、兄弟・親戚への道具的な提供サポートは身体的健康に関する保健行動を実行し、農村部M村の男性の場合、情緒的・道具的な提供サポートが身体的健康に関する保

健行動を実行していることが伺える。

d）近所

表30に示した様に、都市部F市において、女性の場合、近所へサポートを提供しているものほど、「朝食をしっかりと摂っている（身体的健康）」($p<0.05$)を、農村部M村において、女性の場合、「心の持ち方に気を付けている（精神的健康）」や「定期的に検診・健康診断を受けるようにしている（身体的健康）」($p<0.05$)を、「家族と楽しい団欒を過ごしたり、語り合うようにしている（社会的健康）」($p<0.01$)といった健康づくりを実行しているものの割合が有意に高かった。

つまり、都市部F市の女性は、近所への提供サポート行うものほど、身体的健康に関する保健行動を実行し、農村部M村の女性は、身体的・精神的・社会的行動を実行することが伺える。

サポートの内容別では、都市部F市の女性の場合、近所へ道具的サポートを提供するものほど、「朝食をしっかり摂っている（身体的健康）」を実行しているものの割合が有意に高かった($p<0.05$)。農村部M村の女性の場合、情緒的サポートを提供するものほど、「友人と楽しい時を過ごすようにしている（社会的健康)」に関する健康づくりを実行しているものの割合が有意に高かった。($p<0.01$)

つまり、サポートの内容別では、都市部F市の女性は、近所へ道

表30　近所への提供サポートと健康観

		提供サポート（情緒的＋道具的）				提供サポート（情緒的）				提供サポート（道具的）			
		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
身体的健康	食生活や栄養のバランスに気をつけている												
	睡眠や休養をしっかりと取っている												
	規則正しい生活をするよう努めている												
	身の回りや住まいを清潔にしている												
	運動やスポーツをしている												
	酒を飲み過ぎないようにしている												
	タバコを控えるようにしている												
	食後の歯磨きをしっかりとして自分の歯を守っている												
	朝食をしっかりと取っている		*								*		
	間食をしないようにしている												
	定期的に検診・健康診断を受けるようにしている				*								
	血圧や体重などをいつも自分で測っている												
	よく噛んで食べるようにしている												
	カルシウム、食物繊維等を含む食品を積極的に取るようにしている												
	ヨーガ、エアロビクス、気功などをしている												
精神的健康	イライラや、くよくよしないように心の持ち方に気をつけている				*								
社会的健康	家族と楽しい団欒を過ごしたり、語り合うようにしている				**								
	友人と楽しい時を過ごすようにしている								**				

x^2:* $p<0.05$ ** $p<0.01$

具的サポートを提供するものほど、身体的健康に関する保健行動を実行しており、農村部M村の女性は、情緒的サポートを提供するものほど、社会的健康に関する保健行動を実行していることが伺える。

e）近所以外の友人

表31に示した様に、都市部F市において、女性の場合、友人にサポートを提供しているものほど、「食生活や栄養のバランスに気を付けている（身体的健康）」を、農村部M村において、男性の場合、「運動やスポーツをしている（身体的健康)」といった保健行動を実行しているものの割合が有意に高かった。($p<0.05$)

つまり、都市部F市の女性は、友人への提供サポートを行うものほど、身体的健康に関する保健行動を実行しており、農村部M村の男性も同様のことが伺える。

保健行動との関連については、都市部F市の女性の場合、配偶者へのサポートの提供、農村部M村の女性の場合、配偶者、近所へのサポートの提供をするものほど、多様な保健行動を実行しており、仮説1とほぼ一致した見解が得られた。また、都市部F市の女性においては、サポートの内容別に見ても、情緒的、道具的サポートを提供するものほど、多様な保健行動を実行していることが伺えた。

表31　（近所以外の）友人への提供サポートと健康観

		提供サポート（情緒的＋道具的）				提供サポート（情緒的）				提供サポート（道具的）			
		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村		都市部F市		農村部M村	
		男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
身体的健康	食生活や栄養のバランスに気をつけている		*										
	睡眠や休養をしっかりと取っている												
	規則正しい生活をするよう努めている												
	身の回りや住まいを清潔にしている												
	運動やスポーツをしている			*									
	酒を飲み過ぎないようにしている												
	タバコを控えるようにしている												
	食後の歯磨きをしっかりとして自分の歯を守っている												
	朝食をしっかりと取っている												
	間食をしないようにしている												
	定期的に検診・健康診断を受けるようにしている												
	血圧や体重などをいつも自分で測っている												
	よく噛んで食べるようにしている												
	カルシウム、食物繊維等を含む食品を積極的に取るようにしている												
	ヨーガ、エアロビクス、気功などをしている												
精神的健康	イライラや、くよくよしないように心の持ち方に気をつけている												
社会的健康	家族と楽しい団欒を過ごしたり、語り合うようにしている												
	友人と楽しい時を過ごすようにしている												

x^2: * $p<0.05$

地域別に比較したところ、女性の場合、共通点は、配偶者への提供サポートが多様な保健行動の実行に影響を及ぼしている可能性がある点であり、異なる点は、農村部M村においてのみ、「近所への提供サポート」についても傾向が見られた点である。配偶者との関わりについて、ともに影響を及ぼしている可能性が見られた点は、健康観のところでも述べたように、夫婦関係が老人にとって、健康に影響を及ぼすとしたLarson[25]の考えに一致する。農村部M村の女性においてのみ近所への提供サポートが、多様な保健行動に結びついたのは、図6の居住年数からもわかるように、農村部M村は20年以上が100.0%を占めていることから、近所との交流が盛んであったためであると考えられる。また、女性についてのみ、提供サポートと保健行動の傾向が見られたのは、平均寿命も長いことから、配偶者と死別する可能性が高く、ストレスフルな出来事の多い、老年期において、人間関係が健康に影響を及ぼすとしたLarson[25]、森本[29]、茨木[16]の考えからも明らかなように、特に配偶者との死別といったストレスフルな出来事に遭遇しやすい女性にとって、対人関係は非常に重要であると考えられる。

このように、健康観と同様、特定のソーシャル・サポートと特定の保健行動との間に何らかの関連が見られたことは、有効な健康教育を行う上で重要な知見を得たと考えられる。

第６節　息子・娘への提供サポートと生きがい

ここでは、仮説２について以下のような考察を行った。

（１）生きがい感

都市部Ｆ市において、女性の場合（$p<0.05$）、息子・娘への情緒的な提供サポートをしているものほど、生きがい感を感じているものの割合が有意に高かった。（表32）

（２）生活満足度

サポートの内容別では、女性の場合、都市部Ｆ市では（$p<0.01$）、農村部Ｍ村では（$p<0.05$）、息子・娘へ道具的なサポートを提供するほど、「余暇」に対する満足度が有意に高かった。（表33、表34）

鈴木[48]は、福岡県民を対象にした意識調査で、高齢になるほど、「家庭」「地域」に対する満足度が低下するのに対し、「余暇」に対する満足度が上昇していることを明らかにした。65歳前後で、息子・娘の独立などで、サポートを提供する機会が失われていく中、敢えて、息子・娘に道具的なサポートを行う機会を持てるために、「余暇」に対するが満足度も高かったと考えられる。

（３）心の領域別総合充足度

息子・娘への提供サポートと心の領域別総合充足度について関連を見たところ、都市部Ｆ市、農村部Ｍ村ともに、何ら関連は見られなかった。

表32　息子・娘への提供サポート（情緒的）と生きがい感（都市部F市－女性）

情緒的提供サポート（息子・娘）	生きがい感			
	感じていない	普通	感じている	合計
1点	3 (18.8)	3 (18.8)	10 (62.5)	16 (100.0)
2点	0	1 (50.0)	1 (50.0)	2 (100.0)
3点	1 (2.4)	3 (7.3)	37 (90.2)	41 (100.0)
合計	4 (6.8)	7 (11.9)	48 (81.4)	59 (100.0)

x^2:p<0.05　*:p<0.05

表33　息子・娘への提供サポート（道具的）と余暇満足度（都市部F市－女性）

道具的提供サポート（息子・娘）	余暇満足度			
	不満足	普通	満足	合計
1点	2 (9.5)	6 (28.6)	13 (61.9)	21 (100.0)
2点	0	0	0	0
3点	3 (7.9)	1 (2.6)	34 (89.5)	38 (100.0)
合計	5 (8.5)	7 (11.9)	47 (79.7)	59 (100.0)

x^2:p<0.01　*:p<0.05 **:p<0.01

表34　息子・娘への提供サポート（道具的）と余暇満足度（農村部M村－女性）

道具的提供サポート（息子・娘）	余暇満足度			
	不満足	普通	満足	合計
1点	1 (50.0)	1 (10.0)	8 (23.5)	10 (21.7)
2点	1 (50.0)	1 (10.0)	1 (2.9)	3 (6.5)
3点	0	8 (80.0)	25 (73.5)	33 (71.7)
合計	2 (100.0)	10 (100.0)	34 (100.0)	46 (100.0)

x^2: p<0.05

以上息子・娘への提供サポートと生きがいとの関連についてみたが、女性の場合においてのみ何らかの関連が見られた。これは、金ら[21]が韓国農村部の在宅高齢者を対象に行った調査の中で、女性の場合に限り、息子娘への提供サポートが、生きがいを高める傾向にあるということを指摘していることからこの見解とほぼ一致するものである。しかし本調査では、息子・娘への提供サポートと心の領域別充足度については何ら関連が見られなかった。これについて金らは、女性の場合、息子・娘へのサポートについて、受領サポートがＱＯＬを高めるという傾向にあることも指摘しており、Antonucci[1]、河合ら[20]は、サポート・バンクという概念をあげ、女性の老人は、息子・娘との間に長期にわたる関係を持ち続けていて、息子・娘が幼い頃から、育児や病気の看病など様々なサポートを貯蓄してきたことから、自分が高齢になり、サポートを提供しなくても、息子・娘からサポートを受領することに、何ら心理的なコストを感じないで済むということを述べている。従って農村部Ｍ村の女性において、生きがい感、都市部Ｆ市、農村部Ｍ村ともに、心の領域別充足度に何ら傾向が見られなかったものと考えられる。

第７節　友人への提供サポートと生きがい

生きがいについては、鈴木[48]の生きがいの構造である生活領域別満足度と心の領域別充足度について、いくつか傾向が見られた。

（１）生活満足度

都市部Ｆ市においては、女性の場合($p<0.05$)、友人への提供サポートが多く行われている人ほど、「総合」満足度が高いものの割合が有意に多く（表35）、農村部Ｍ村においては、女性の場合($p<0.05$)、「職業」に対する満足度が高いものの割合が有意に多かった。（表36）

また、サポートの内容別には、都市部Ｆ市において、女性の場合($p<0.01$)、情緒的な提供サポートを行っているものほど、「総合」満足度が高いものの割合が有意に多かった（表37、図25）。都市部Ｆ市では、「総合」について傾向が見られたのに対し、農村部Ｍ村では、「職業」についてのみ傾向が見られた。これは、図４の家族構成からもわかるように、都市部Ｆ市は、夫婦のみ、あるいは、独り暮らし世帯が約５割であるのに対し、農村部Ｍ村は、二世代以上の世帯が約９割占めており、家族の誰かが就業しているものの可能性が高いためであると考える。また、あるいは、都市部Ｆ市は、自分自身も配偶者も職についていない可能性が強いのに対し、農村部Ｍ村の場合、農業に関する職業についている可能性が高いことも考えられることから、生活領域別で農村部Ｍ村で、「職業」と

表35　友人への提供サポートと総合満足度（都市部F市－女性）

提供サポート（友人）	総合満足度 不満	普通	満足	合計
高得点群	2 (6.9)	13 (44.8)	14 (48.3)	29 (100.0)
中得点群	0	4 (25.0)	12 (75.0) **	16 (100.0)
低得点群	0	1 (7.1)	13 (92.9)	14 (100.0)
合計	2 (3.4)	18 (30.5)	39 (66.1)	59 (100.0)

x^2:p<0.05 **:p<0.01

表36　友人への提供サポートと職業満足度（農村部M村－女性）

提供サポート（友人）	職業満足度 不満	普通	満足	合計
高得点群	2 (15.4)	3 (23.1)	8 (61.5)	13 (100.0)
中得点群	0	12 (70.6)	5 (29.4)	17 (100.0)
低得点群	1 (6.3)	5 (31.3)	10 (62.5) *	16 (100.0)
合計	3 (6.5)	20 (43.5)	23 (50.0)	46 (100.0)

x^2: p<0.05 *:p<0.05

表37　友人への提供サポート（情緒的）と総合満足度（都市部F市－女性）

情緒的提供サポート（友人）	総合満足度 不満	普通	満足	合計
1点	2 (6.5)	15 (43.4) **	14 (45.2)	31 (100.0)
2点	0	0	0 **	0
3点	0	3 (10.7) **	25 (89.3)	28 (100.0)
合計	2 (3.4)	18 (30.5)	39 (66.1)	59 (100.0)

x^2: p<0.005 **:p<0.01

Cr=0.469106

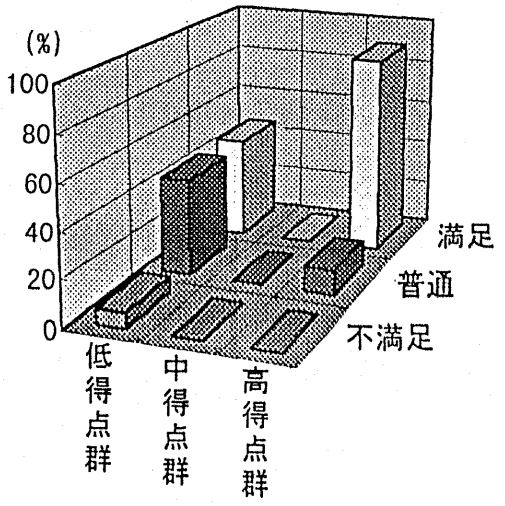

図25　友人への提供サポートと総合満足度（都市部F市－女性）

いう具体的な部分に傾向が見られたものと考える。しかし、本調査では、職種に関する質問項目を設けていなかったため具体的な考察はできなかった。

（３）心の領域別総合充足度

都市部Ｆ市において、男性の場合($p<0.05$)、友人に情緒的サポートを提供するほど、「自分を生かすことを求める心」によって充足しているものの割合が有意に高く（表38）、女性の場合($p<0.01$)、友人に道具的サポートを提供するほど、「自分を生かすことを求める心」によって充足しているものの割合が有意に高く（表39）、同様のサポートで($p<0.05$)、「自由を求める心」によって充足しているものの割合が有意に高かった（表40）。また、「総合充足度」についても、女性の場合($p<0.05$)、友人に情緒的サポート、道具的サポートともに、提供しているものほど割合が有意に高いという傾向が見られた。（表41、表42）

表38　友人への提供サポート（情緒的）と自分充足度（都市部Ｆ市－男性）

情緒的提供サポート（友人）	自分への充足度 低得点群	中得点群	高得点群	合計
1点	9 (52.9)	4 (23.5)	4 (23.5)	17 (100.0)
2点	3 (100.0)	0	0	3 (100.0)
3点	5 (29.4)	1 (5.9)	11 (64.7)	17 (100.0)
合計	17 (45.9)	5 (13.5)	15 (40.5)	37 (100.0)

χ^2:$p<0.05$ *:$p<0.05$ **:$p<0.01$

表39　友人への提供サポート（道具的）と自分充足度（都市部F市－女性）

道具的提供サポート（友人）	自分への充足度 低得点群	中得点群	高得点群	合計
1点	17 (40.5)	4 (9.5)	21 (50.0)	42 (100.0)
2点	0	1 (100.0)	0	1 (100.0)
3点	1 (6.7)	1 (6.7)	13 (86.7)	15 (100.0)
合計	18 (31.0)	6 (10.3)	34 (58.6)	58 (100.0)

x^2:p<0.01 **:p<0.01

表40　友人への提供サポート（道具的）と自由充足度（都市部F市－女性）

道具的提供サポート（友人）	自由への充足度 低得点群	中得点群	高得点群	合計
1点	20 (47.6)	4 (9.5)	18 (42.9)	42 (100.0)
2点	0	1 (100.0)	0	1 (100.0)
3点	3 (20.0)	3 (20.0)	9 (60.0)	15 (100.0)
合計	23 (39.7)	8 (13.8)	27 (46.6)	58 (100.0)

x^2:p<0.05 *:p<0.05

表41　友人への提供サポート（情緒的）と総合充足度（都市部F市－女性）

情緒的提供サポート（友人）	総合充足度 低得点群	中得点群	高得点群	合計
低得点群	5 (16.1)	22 (71.0)	4 (12.9)	31 (100.0)
中得点群	0	0	0	0
高得点群	0	20 (71.4)	8 (28.6)	28 (100.0)
合計	5 (8.5)	42 (71.2)	12 (20.3)	59 (100.0)

x^2:p<0.05 **:p<0.05

表42　友人への提供サポート（道具的）と総合充足度（都市部F市－女性）

道具的提供サポート（友人）	総合充足度 低得点群	中得点群	高得点群	合計
低得点群	5 (11.9)	32 (76.2)	5 (11.9)	42 (100.0)
中得点群	0	1 (100.0)	0	1 (100.0)
高得点群	0	8 (53.3)	7 (46.7)	15 (100.0)
合計	5 (8.6)	41 (70.7)	12 (20.7)	58 (100.0)

x^2:p<0.05 *:p<0.05 **:p<0.01

以上のように、都市部F市では、男女ともに、農村部M村では、女性において、何らかの傾向が見られたことは、友人にサポートを提供することによって、生きがいが高まるとした金ら[21]の調査と同様の傾向が得られた。また、Roberto and scott[37]も老人の友人関係は、サポートを提供することで、その関係に満足すると指摘している。友人関係は家族と比べ、義務感がなく、サポートを提供することによる効果や、自己有能感を感じやすいことから、その感情が生きがいを高めているとのではないだろうか。都市部F市と比べ、農村部M村の方があまり傾向が見られなかったのは、交通網の発達や、図5、図6の居住年数からもわかるように、農村部M村は、友人以上に近所との関わりや、兄弟親戚との関わりが密であったことが考えられる。また、農村部M村で女性において傾向が見られたのは、老人クラブへの参加状況が影響しているのではないだろうか。

第8節　健康と生きがい

本研究の軸は、ソーシャル・サポートであるが、このソーシャル・サポートによって促進される健康と生きがいの関連について、「老年期の健康にとって重要な鍵となってくるのが生きがいである」という島内[45]、永田[31]、土井[10]の考えに基づいて立てた

仮説３を考察する。

（１）健康に対する自己評価と生きがい感

都市部Ｆ市において、女性の場合($p<0.01$)、生きがい感を感じているものほど、健康に対する自己評価が良好であるものの割合が有意に高かった（表43）。農村部Ｍ村においては、男女とも($p<0.05$)、生きがい感を感じているものほど、健康に対する自己評価が良好である割合が有意に高かった。（表44、図26、表43）

以上健康に対する自己評価と生きがい感との関連についてみたが、地域別に比較してみると、男性の場合、農村部Ｍ村では関連が見られたのに対し、都市部Ｆ市では、何ら見られなかった。これは、図19に示した様に、生きがい感を感じていないものが有意に、都市部Ｆ市の方が多かったことと何らかの関連があることが伺える。女性の場合、２地域ともに関連が見られた。都市部Ｆ市の女性と、農村部Ｍ村の男女において関連が見られたのは、土井[10]、永田[31]、島内[45]の理論とほぼ一致するものであることが伺える。

表43　生きがい感と健康に対する自己評価（都市部Ｆ市－女性）

生きがい感	健康に対する自己評価			
	不健康	普通	健康	合計
感じていない	3 (60.0)	1 (20.0)	1 (20.0)	5 (100.0)
普通	0	2 (33.3)	4 (66.7)	6 (100.0)
感じている	1 (2.1)	5 (10.4)	42 (87.5)	48 (100.0)
合計	4 (6.8)	8 (13.6)	47 (79.7)	59 (100.0)

x^2: $p<0.01$

Cr=0.415975

表44　生きがい感と健康に対する自己評価（農村部M村－男性）

生きがい感	健康に対する自己評価			
	不健康	普通	健康	合計
感じていない	1 (50.0)	1 (50.0)	0	2 (100.0)
普通	3 (50.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	6 (100.0)
感じている	5 (21.7)	0	18 (78.3) *	23 (100.0)
合計	9 (29.0)	2 (6.5)	20 (64.5)	31 (100.0)

x^2:p<0.05 *:p<0.05

Cr=0.454978

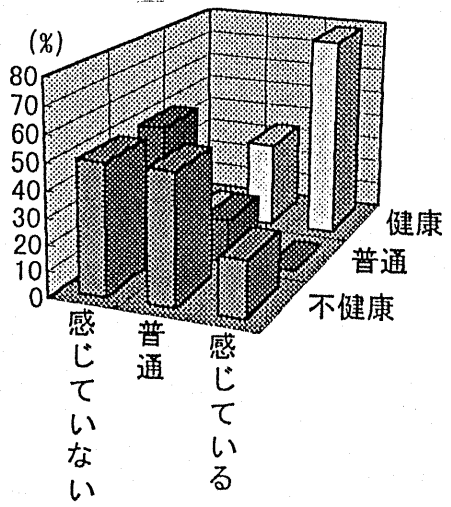

図26　生きがい感と健康に対する自己評価（農村部M村－男性）

表45　生きがい感と健康に対する自己評価（農村部M村－女性）

生きがい感	健康に対する自己評価			
	不健康	普通	健康	合計
感じていない	3 (37.5)	0	1 (2.9)	4 (8.7)
普通	1 (12.5) **	0	6 (17.6) *	7 (15.2)
感じている	4 (50.0)	4 (100.0)	27 (79.4)	35 (76.1)
合計	8 (100.0)	4 (100.0)	34 (100.0)	46 (100.0)

x^2:p<0.05　*:p<0.05 **:p<0.01

第６章　結論

本研究の仮説１～３との関連において得られた結論を述べたい。

仮説１は、「サポートを提供しているものほど、健康に対する自己評価が良好で、健康に対する考え方が広く、多様な保健行動をとる。」ということであった。

結果は、都市部Ｆ市では、女性の場合、息子・娘への提供サポートによって健康に対する考え方が幅広くなり、更に、配偶者への提供サポートによって多様な保健行動をとっていることがわかった。農村部Ｍ村では、女性の場合、兄弟・親戚への提供サポートによって健康に対する考え方が幅広くなり、配偶者と近所への提供サポートによって多様な保健行動をとっていることがわかった。

これらを地域間で比較した場合、共通点は、女性において、配偶者への提供サポートによって多様な保健行動をとるようになるという点である。異なる点は、都市部Ｆ市の女性の場合、息子・娘への提供サポートであるのに対し、農村部Ｍ村の女性の場合、兄弟・親戚への提供サポートによって健康に対する考え方が幅広くなる点、農村部Ｍ村の女性の場合、近所への提供サポートによって多様な保健行動をとるようになる点である。

以上の分析を踏まえて、人との積極的な関わりが個人の健康に影響を及ぼすとした Berkman and Breslow[4]の考えと一致しているも

のと思われる。また、地域により提供サポートの対象者が異なったことから、今後どういった社会的属性を持った人達が、どういった人達にサポートを提供しているかということについても明らかにしていく必要があると思われる。

仮説２は「息子・娘、友人への提供サポートが行われているものほど、生きがい感を感じ、心の充足度、生活満足度が高い。」ということである。

結果は、都市部Ｆ市の女性の場合、友人への提供サポートは、当該女性の生活満足度を高めていること、農村部Ｍ村の女性の場合、この種のサポートは職業満足度を高めることがわかった。

友人への提供サポートについては、金ら[21]の理論と一致するものであったが、息子・娘について本研究では、関連を見ることができなかった。しかし、後述するように、具体的な内容別についてみた提供サポート（情緒的サポート、道具的サポート）は、何らかの関連が見られており、この点について更に研究を進めていく必要があると思われる。

仮説３は「生きがいを感じているものほど、健康に対する自己評価が良好である。」ということである。

結果は、都市部Ｆ市の女性と農村部Ｍ村の男女の場合、生きがい感を感じているものほど、健康に対する自己評価が良好であった。

都市部Ｆ市の女性と農村部Ｍ村の男女の場合、老年期の健康において、生きがいが重要な概念となることを指摘した土井[10]、永田[31]、島内[45]の理論とほぼ一致するデータが得られた。都市部Ｆ市の男性において関連を述べることができなかった点は、生きがい感を感じていないものが都市部Ｆ市の男性が、農村部Ｍ村よりも多かったことが何らかの影響を及ぼしていると思われる。今後、老人が、重視している生きがいの具体的な中身についても、居住地域別に明らかにしていく必要があると思われる。

以上仮説との関連において、結論を述べてきたが、本研究の仮説を明らかにする中で、気づいた諸点についても言及しておきたい。

仮説１との関連の中で、次の様なことが言えた。

都市部Ｆ市では、男性の場合、友人への道具的な提供サポートが、女性の場合、配偶者への道具的な提供サポート、兄弟・親戚への情緒的な提供サポートが健康に対する自己評価を良好にし、更に、配偶者への情緒的・道具的な提供サポートが多様な保健行動を導いていることが明らかにされた。

農村部Ｍ村では、男性の場合、近所への情緒的な提供サポートが、女性の場合、配偶者への情緒的・道具的な提供サポート、息子・娘への情緒的な提供サポートが健康に対する自己評価を良好にし、更に、近所への情緒的、兄弟・親戚への情緒的・道具的な提供

サポートが健康に対する考えを幅広くしていることが明らかにされた。

これらを地域別に比較した場合、男性においては、共通点は見られず、異なる点は、都市部F市では、友人への道具的サポート、農村部M村では近所への情緒的な提供サポートが健康に対する自己評価を良好にする点である。女性において、共通点は、配偶者への道具的な提供サポートが健康に対する自己評価を良好にする点で、異なる点は、都市部F市では、兄弟・親戚への情緒的な提供サポートでも、農村部M村では、配偶者への情緒的な提供サポート、息子・娘への情緒的な提供サポートでも健康に対する自己評価を良好にする点、都市部F市においてのみ配偶者への情緒的・道具的な提供サポートで多様な保健行動をとる点、農村部M村においてのみ、近所への情緒的、兄弟・親戚への情緒的・道具的サポートが健康に対する考えを幅広くするという点である。

次に、仮説2との関連の中で以下の様なことが言えた。

都市部F市では、女性の場合、息子・娘への情緒的な提供サポートによって生きがい感を感じ、道具的な提供サポートによって余暇満足度を高める。友人においては、男性の場合、情緒的な提供サポートによって「自分を生かすことを求める心」を充足し、女性の場合、情緒的な提供サポートによって、生活満足度が高まり、心の充

足度を高め、道具的な提供サポートも心の充足度、中でも「自分を生かすことを求める心」「自由を求める心」を充足する。

農村部M村では、女性の場合、息子・娘への道具的な提供サポートが余暇満足度を高める。

これらを地域別に比較した結果、共通点は、女性の場合、息子・娘への道具的な提供サポートが余暇満足度を高めるという点である。異なる点は、都市部F市においてのみ、女性の場合、息子・娘への情緒的な提供サポートによって生きがい感を感じ、友人においては、男性の場合、情緒的な提供サポートが「自分を生かすことを求める心」を充足し、女性の場合、このようなサポートが生活満足度、心の充足度を高め、道具的な提供サポートも心の充足度を高め、中でも「自分を生かすことを求める心」、「自由を求める心」によって充足する点である。

以上の様に結果が得られたが、この点については先行する研究がないので、今後研究を進めていく必要があると思われる。

第７章　要約

高齢化社会が到来しつつある中で、これまで老人は、「負」のイメージで語られることが多かった。つまり、この社会問題は老人を身体的な衰え、いわば否定的な老人像のみを浮き彫りにしていると言わざるを得ない。そのような中で、老人像を否定的なものから肯定的なものへ転換するには、老人自身が健康で自立して生きていくこと、更には、その手段としての生きがい、そして、それを促進する良好な対人関係、すなわちソーシャル・サポートの存在であると思われる。このソーシャル・サポートの概念は、「個人を取り巻く重要な他者から得られるさまざまな援助」と考えられている。

しかし老人のソーシャル・サポート研究は、援助を受領する側面が中心となっており、提供する側面からの研究は、少ないのが現状である。

以上のような問題意識に立ち、本研究の主眼を、ソーシャル・サポートを提供する側面から老人の健康と生きがいについて考えていくことにした。

調査対象と方法は、65歳以上の老人で、船橋市96名（男37名、女59名）、本埜村77名（男31名、女46名）の65歳以上の老人に面接を行った。

その結果は以下の通りであった。

1）ソーシャル・サポートと健康観：健康に対する幅広い考え方（身体的・精神的・社会的健康観を持つこと）は、都市部F市の女性の場合、息子・娘への提供サポートをしているものに多く見られ、また、農村部M村の女性の場合、兄弟・親戚への提供サポートをしているものに多く見られた。

2）ソーシャル・サポートと保健行動：多様な保健行動（身体的・精神的・社会的健康に関する保健行動を実行すること）は、都市部F市の女性の場合、配偶者への提供サポートをしているものに多く見られ、農村部M村の女性の場合、配偶者と近所への提供サポートをしているものに多く見られた。

3）ソーシャル・サポートと生きがい：都市部F市の女性の場合、友人への提供サポートが生活満足度を高め、農村部M村の女性の場合、友人への提供サポートが職業満足度を高めていた。

4）生きがい感と健康に対する自己評価：都市部F市の女性、農村部M村の男女において、健康に対する自己評価が良好なものほど、生きがい感を感じていた。

以上のことから、老人がサポートを提供することによって自らの健康や生きがいを促進することが明らかとなった。そして老人自身がサポートを提供する立場に立てる基盤を整備していくという視点が必要であると思われる。

また、今後提供サポートの具体的な中身毎に、健康や生きがいへの影響についても研究を進めていく必要があると考える。

謝　辞

本研究を終えるにあたり、終始ご指導頂いた島内憲夫助教授に対して、深く感謝申し上げます。

常に温かく見守り、審査して頂いた、鈴木克明教授、篠原俊行教授、そして土屋基助教授に謹んで感謝申し上げます。

また、本調査にご協力頂いた、船橋市東老人福祉センターの石井所長先生を始め職員の方々、本埜村役場住民課課長補佐の小川孝之氏を始め職員の方々、そしてお忙しい中を調査に応じて頂いた方々に心からお礼申し上げます。

最後に大変お手数をおかけした図書館並びに職員の皆様、手伝って頂いた健康社会学ゼミナールを始めとした順天堂大学、及びその他の学生諸君、そして大学院生一同の大いなる友情に心から感謝致します。

1997年　月　日

文献

1) Antonucci,T.C.:Personal characteristics,social networks and socia behavior. In R,H.Brinstock & E,Shanas ed.Handbook of Aging and the Social Sciences,2nd edition. 94-128,Van Nostrandt Reinhold:New York (1985)

2) Antonucci,T.C:Social supports and social relations.In R.H.Brinstock & L.K.George ed. Handbook of Aging and the Social Sciences,3rd edition.205-226,Academic Press:New York(1990)

3) Arling,G.:The eldery widow and her family,neighbors and friends.Journal of Marriage and the Family.,38,757-768,(1976)

4) Berkman,L.F and Breslow,L:Health and Ways of Living:The Alameda County Study,Oxford University Press:New York (1983)－森本兼曩，星旦二訳：生活習慣と健康，第1版．99－137，ＨＢＪ出版：東京（1989）より引用。

5) Barrera,M,Jr.:Distinction between social support concepts,measures,and models.American Journal of CommunityPsychology.,14,413-445,(1986)

6) Blaxter,M.and Paterson,E.:Mothers and daughter-a three generational study of health attitudes and behavior. Heineman Educational Books,(1982) －島内憲夫：21世紀の健康戦略（別巻Ｉ）ヘルス・プロモーション入門，第1版.37-41，垣内出版：東京（1996）より引用。

7) Caplan,G.:Support systems and community mental health, Behavioral Publications:New York(1974)－近藤喬一，増野肇，宮田洋三訳：地域ぐるみの精神衛生，第1版． 13-48，星和書店：東京（1979）より引用。

8) Cassel,J.:Psychological processes and "stress"～ Theoretical formulations.International Journal of Health

Service.,4,471-482,(1974)
9) Cobb,S.:Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine.,38,300-314,(1976)
10) 土井豊：老人の保健行動の現状と課題．若狭衛　島内憲夫　小山修編　保健社会学－理論と現実－，第３版．209-219，垣内出版：東京（1983)
11) 藤崎宏子：老人扶養における家族・親族ネットワークと社会福祉サービスの機能分有．人文学報、157、57-82,(1982)
12) Haber,D.:Strategies to Promote the Health of Older People : An Alternative to Readiness Stages , Family Community Health.,19,(2),1-10,(1996)
13) Hancock,T.and Perkins,F.:Themandara of health, Health education.,24,(1),8-10,(1985)
14) 久田満：ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題、20、2-11,(1987)
15) 副田義也：青年世代論の基本的枠組み．現代のエスプリ、86、5-21,(1974)
16) 茨木美子：高齢者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート．社会学研究科紀要、34、13-19,(1992)
17) 生田正幸，岡本民夫，近藤伴次，斉藤桂三，須永誠，高橋紘士，中島健一，野本史男，真砂史郎，森本佳樹，山中孝昭，吉村亮二：老人保健福祉情報システムのあり方に関する調査．厚生の指標、42、(15)、3-10,(1995)
18) 稲葉昭英，浦光博，南隆男：「ソーシャル・サポート」研究の現状と課題、哲学、85、109-149,(1987)
19) Kahn,R.L.and Antonucci,T.C.:Convoys over the life-course :Atachment,roles,and social support.In P.B.Batles and O.G.Brim ed.Life-Span Develorement and Behavior,3.253-286, Academic Press:New York(1980)
20) 河合千恵子，下仲順子：老年期におけるソーシャル・サポート

の授受－別居家族との関係の検討－．老年社会科学、14、63-72,(1992)

21) 金恵京，李誠國，久田満，甲斐一郎：韓国農村地域の在宅高齢者におけるソーシャル・サポートの授受とＱＯＬ．日本公衛誌、43、(1)、37-49,(1996)

22) 木下康仁：老人ケアの社会学，第１版．４－６，医学書院：東京（1989)

23) 岸玲子，江口照子，笹谷春美，矢口孝行：高齢者のソーシャル・サポート及びネットワークの現状と健康状態－旧産炭地・夕張と大都市・札幌の実態－．日本公衛誌、41、(5)、474-488,(1994)

24) 古谷野亘：老人の健康度と自立性の指標．園田恭一，川田智恵子編　健康観の転換－新しい健康理論の展開－，第１版．17-19，東京大学出版会：東京(1995)

25) Larson,R.:Thirty years of research on the subjective well-being among older adults.Journal of Gerontology.,41,512-519,(1978)

26) Lu L,Argley M.:Receiving and giving support:Effects on relationships and well-being.Conselling Psychol Qurt.,5,123-133,(1992)

27) 宮中文子，松岡知子，西田茂樹，岩脇陽子，中谷公子，中島健二：中高年女性（祖母）の子育て参加の実態と心理的健康との関連について（第１報）．老年社会科学、17,(1)、21-29,(1995)

28) 望月衛：離陸教育と老後問題学習．室俊司，大橋謙索編　高齢化社会と教育，165,中央法規：東京(1985)

29) 森本兼曩：新野直明，三浦邦彦，小泉明：老人のquality of lifeに影響を及ぼす要因－ホーム在宅老人と在宅老人における生活満足度関連要因の比較．日本公衛誌、32、(10附Ｉ)、535,(1985)

30) 本宮輝薫：健康度のホリスティックな把握と評価．園田恭一，川田千恵子編　健康観の転換－新しい健康理論の展開－，第1版．35，東京大学出版会：東京(1995)
31) 永田久美子：老年期を生きる人々の健康学習－可能性の発見－．島内憲夫編　「健康」ライフワーク論－障害健康学習のすすめ－，第1版．116-111,133,垣内出版：東京（1995)
32) 那須宗一：現代社会と老人の家族変動．那須宗一他編　講座日本の老人３，老人と家族の社会学，第３版．36，垣内出版：東京(1972)
33) 新村出：広辞苑，第４版．2729，岩波書店：東京（1991)
34) 野口裕二：高齢者のソーシャルネットワークとソーシャルサポート－友人・近隣・親戚関係の世帯類型別分析－．老年社会科学、13、89-105,(1991)
35) 奥村幸夫：高齢者の生きがいを支えるもの．教育と医学、30、(4)、374-381,(1982)
36) 大沢フヂ子，北所純子，湯浅資之：高齢社会に向けた新たな試み－北海道新冠町高齢者保健推進員の活動．公衆衛生、59、(6)、422-425,(1995)
37) Roberto KA,Scott JP:Equity considerations in the friendships of older adults.J Gerontol.,41:241-247,(1986)
38) Rook,KS:The negative side of social interaction:Impact on psychological well-being.J. Pers Soc Psychol.,46:1097- 1108,(1984)
39) Roy J.Shephard,M.D.:Physical Activity and Asing,CROOM HELM (1978) －原田政美，山地啓司訳：シェファード老年学－身体活動と加齢－，第1版．5-6，医学書院：東京(1979)より引用。
40) 崎原盛浩：高齢者のライフスタイル．園田恭一，川田智恵子，吉田亨編　健康教育・保健行動，第1版．117-127,有信堂：東京(1993)

41) 嶋信宏：大学生におけるソーシャルサポートの日常生活ストレスに対する効果．社会心理学研究、7、(1)、45-53,(1992)
42) 島内憲夫，新井野洋一，斎木敏夫：保健的社会化に関する基礎的研究．順天堂大学保健体育学紀要、19、29-41,(1976)
43) 島内憲夫：健康社会学的視点からの都市と高齢者．公衆衛生研究、41、(1)、28-32,(1992)
44) 島内憲夫：ヘルスプロモーションの概念と日本的展開－新たな健康創造の夢をのせて－．保健婦雑誌、48、(13)、1058-1063,(1992)
45) 島内憲夫：生涯健康学習の構想．島内憲夫編著　「健康」ライフワーク論－生涯健康学習のすすめ，第1版．9-31，垣内出版：東京(1993)
46) 島内憲夫：庄和町健康づくりのあり方に関する調査研究－健康なまちづくりを目指して－，調査研究報告書、(1993)
47) 島内憲夫：21世紀の健康戦略　別巻Ⅰ　ヘルスプロモーション入門，第1版．31-41,垣内出版：東京(1996)
48) 鈴木広：生きがい探究－福岡県民意識調査－．福岡県刊行物，(1982)
49) 鈴木広：生きがいの社会学的構造．鈴木広編　生きがいの探究，第1版．309-333.九州大学出版会：(1983)
50) Shumaker,S ,A., Brownell, A :Toward a theory of social support - Closing conceptual gaps . Journal of Social Issues.,40,11-36,(1984)
51) 園田恭一：家族・地域社会の変化と福祉・医療．東京大学社会科学研究所編　福祉国家6　日本の社会と福祉，第1版．3-49．東京大学出版会．東京(1985)
52) 総務庁編　高齢社会白書，平成8年版．1-9.大蔵省印刷局：東京(1997)
53) Sprecher,S:The relation between inequity and emotions in close relationships.Soc Psychol Quart.,49,309-321,(1986)

54) Stoller,E.P.:Exchange patterns in the informal support network of the elderly : The impact of reciprocity on morale.Journal of Marriage and the Family.,47,335-342.(1985)

55) 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，若井建志：高齢者における社会活動の実態．日本公衛誌、42、(10)、888-896,(1995)

56) 田中宏二：ストレスとソーシャル・サポート研究の現状．日本労働研究雑誌、394、45-55,(1992)

57) 浦光博：支えあう人と人－ソーシャル・サポートの社会心理学．第1版，サイエンス社：東京，(1992)

58) 浦光博，南隆男，稲葉昭英：ソーシャル・サポート研究－研究の新しい流れと将来の展望－．社会心理学研究、4、(2)、78-90,(1989)

59) ＷＨＯ：Ottawa Charter for Health Promotion,(1986)－島内憲夫訳：ヘルスプロモーションーＷＨＯ：オタワ憲章－，第1版，垣内出版：東京(1990)より引用。

An study on the social support of promoting the health and a worthwhile life of the older people

Hiroshi MORIKAWA

Summary

In aging society,although Japanese eldery are among social issues,it suggest that they are only the negative image.In these society,it is necessary that they and society change the negative image into the positive image;they live the status of health and morale with social support.

This paper is an attempt to seize the social support of promoting the health and a worthwhile life of the older people.

Social support is defined as assistance leading the subject to receive from an important person that he involve.

Social support includes socioemotional,instrumental,informational and appraisal support.

It may be true that older people of their health and worthwhile life by using social support.

The focus of this paper is a provided support,not a received support. An interview survey was performed 96 older people(male:31,female:46) living Funabashi-city and 77 older people(male:31,female:46) living Motono-village.

The results were as follows;

1) Social support and the concept of health : Older female people take control of their health by providing social support,especially female living a city using social supports for their son,and daughter,female living a village using social supports for their brothers and kin.
2) Social support and health behavior : Older female people living a city using social supports for their spouse take control of their health by playing various health behaviors.Older female people living a village using social supports for their neighborhood take control of their health by playing various health behaviors.
3) Social support and a worthwhile : Older female people living a city take control of their worthwhile life and increase their life satisfaction by providing social supports for their friends.Older female people living a village take control of their worthwhile life and increase their life satisfaction of occupation by providing social supports for their friends.
4) Worthwhile and health : Female older people with good health living a city and older people with good health living a village take worthwhiles.

We must make a position of enabling older people to provide social support. Additional study is needed on various social support for making health and worthwhile life.

付　　録

調 査 票

『本埜村民意識調査』

調査責任者
順天堂大学健康社会学研究室
森川　洋

〈お願い〉

このたび私は、本埜村の皆様を対象として、意識調査を実施させて頂くこととなりました。

この調査は、皆様が日常生活の中に、どのような他者との関係を持っておられるのか、そしてそれが皆様の健康にどのような関わりがあるのか、率直な意見をお伺いして、今後の社会のよりよい発展のための基礎資料を得ようとするものです。

ご多忙とは存じますが、すべての質問にもれなくご回答下さいますようご協力をお願い致します。

尚、回答はすべて統計的に処理されますので、お名前を公表したり、お答を他人に漏らすようなことは絶対にございません。何とぞ趣旨をご理解頂き、よろしくご協力下さいますようお願い致します。

問１．あなたは、「健康とは何か」と聞かれたとき、どのように答えますか。下記のようないくつかの考え方があります。あなたのお気持ちと一致するものをいくつでも結構ですから選んでその番号に○印をつけて下さい。

１．幸福なこと
２．心身ともに健やかなこと
３．仕事ができること
４．生きがいの条件
５．健康を意識しないこと
６．病気でないこと
７．快食・快眠・快便
８．身体が丈夫で元気がよく調子が良いこと
９．心も身体も人間関係もうまくいっていること
１０．家庭円満であること
１１．規則正しい生活ができること
１２．長生きできること
１３．人を愛することができること
１４．前向きに生きられること
１５．その他
（具体的に：　　）
１６．わからない

問１－１．いま○印をつけられた中で、あなたのお気持ちに最も近いものを順に二つ選び、その番号を下記の解答欄にご記入下さい。

解答欄：　一番目　　番　　二番目　　番

問２．現在あなたはご自分の健康づくりのために、どのようなことを実行していますか。あてはまる番号にすべて○印をつけて下さい。

１．食生活や栄養のバランスに気をつけている。
２．睡眠や休養をしっかりと取っている。
３．規則正しい生活をするように努めている。
４．身の回りや住まいを清潔にしている。
５．家族と楽しい団らんを過ごしたり、語り合うようにしている。
６．友人と楽しい時を過ごすようにしている。
７．運動やスポーツをしている。
８．酒を飲み過ぎないようにしている。
９．タバコを控えるようにしている。
１０．食後の歯磨きをしっかりとして自分の歯を守っている。
１１．朝食をしっかりと取っている。
１２．間食をしないようにしている。
１３．イライラや、くよくよしないように心の持ち方に気をつけている。
１４．定期的に検診・健康診断を受けるようにしている。
１５．血圧や体重などをいつも自分で測っている。
１６．よく噛んで食べるようにしている。
１７．カルシウム、食物繊維などを含む食品を積極的に取るようにしている。
１８．ヨーガ、エアロビクス、気孔などをしている。
１９．その他（具体的に：　　）
２０．特に意識して実行しているものではない。

問３．あなたの現在の健康状態はいかがですか。該当する番号に○印をつけて下さい。

１．健康である
２．まあ健康である
３．普通である
４．やや健康に不安がある
５．健康に自信がもてない

問４．あなたは、いま、毎日の生活に、「気持ちのハリ」や「生きがい」を感じていますか。該当する番号に○印をつけて下さい。

１．非常に感じている
２．少し感じている
３．どちらとも言えない
４．あまり感じていない
５．ほとんど感じていない

問５．あなたは、あなたご自身、またはお宅の職業について満足されていますか、それとも不満ですか。該当する番号に○印をつけて下さい。

１．満足である
２．どちらかといえば満足である
３．どちらかといえば不満である
４．不満である

問６．あなたは、あなたご自身の余暇（趣味、教養、レクリエーション、娯楽）について満足されていますか、それとも不満ですか。該当する番号に○印をつけて下さい。

１．満足である
２．どちらかといえば満足である
３．どちらかといえば不満である
４．不満である

問７．あなたは、あなたご自身の家族生活（家族関係、家計、家事、住居など）について満足されていますか、それとも不満ですか。該当する番号に○印をつけて下さい。

１．満足である
２．どちらかといえば満足である
３．どちらかといえば不満である
４．不満である

問８．あなたは、あなたご自身の地域の生活環境や人間関係について満足されていますか、それとも不満ですか。

１．満足である
２．どちらかといえば満足である
３．どちらかといえば不満である
４．不満である

問９．あなたは、問５～問８（職業、余暇、家族生活、地域の生活環境や人間関係）を総合した全体の生活領域について満足されていますか、それとも不満ですか。該当する番号に○印をつけて下さい。

１．満足である
２．どちらかといえば満足である
３．どちらかといえば不満である
４．不満である

問10. あなたは、日常生活の中で、次にあげるような心（気持ち）をどの程度重視していますか（A）。また、その心（気持ち）はどの程度満足していますか（B）。（1）～（7）それぞれについて（A）（B）の該当する番号に○印をつけて下さい。

（1）安定した平和な家庭生活を求める心

（A）現在の重視度
1．非常に重視している
2．かなり重視している
3．あまり重視していない
4．まったく重視していない

（B）その心（気持ち）の満足度
1．非常に満足している
2．かなり満足している
3．あまり満足していない
4．まったく満足していない

（2）新しい経験をして、生活に変化を求める心

（A）現在の重視度
1．非常に重視している
2．かなり重視している
3．あまり重視していない
4．まったく重視していない

（B）その心（気持ち）の満足度
1．非常に満足している
2．かなり満足している
3．あまり満足していない
4．まったく満足していない

（3）人間関係を大切にする心

（A）現在の重視度
1．非常に重視している
2．かなり重視している
3．あまり重視していない
4．まったく重視していない

（B）その心（気持ち）の満足度
1．非常に満足している
2．かなり満足している
3．あまり満足していない
4．まったく満足していない

（4）社会の進歩を望む心

（A）現在の重視度
1．非常に重視している
2．かなり重視している
3．あまり重視していない
4．まったく重視していない

（B）その心（気持ち）の満足度
1．非常に満足している
2．かなり満足している
3．あまり満足していない
4．まったく満足していない

（5）仕事［家事］で能力を発揮したり、好きな趣味を楽しむ等して、自分を生かすことを求める心

（A）現在の重視度
1．非常に重視している
2．かなり重視している
3．あまり重視していない
4．まったく重視していない

（B）その心（気持ち）の満足度
1．非常に満足している
2．かなり満足している
3．あまり満足していない
4．まったく満足していない

（6）美しいものや真理、善などを求める心

（A）現在の重視度
1．非常に重視している
2．かなり重視している
3．あまり重視していない
4．まったく重視していない

（B）その心（気持ち）の満足度
1．非常に満足している
2．かなり満足している
3．あまり満足していない
4．まったく満足していない

（7）自分の人生を自ら選択するなど自由を求める心

（A）現在の重視度
1．非常に重視している
2．かなり重視している
3．あまり重視していない
4．まったく重視していない

（B）その心（気持ち）の満足度
1．非常に満足している
2．かなり満足している
3．あまり満足していない
4．まったく満足していない

常日頃あなたは周囲の人との関係について、以下の（１）～（６）の各項目がどのくらい当てはまりますか。

問11. 普段、あなたは　配偶者　との関係について、下記の項目がどのくらい当てはまりますか。該当する番号に○印をつけて下さい。

（１）（配偶者と）一緒に遊びに出かけたり、おしゃべりなどをして楽しい時を過ごす

１．当てはまる
２．どちらとも言えない
３．当てはまらない

（２）（配偶者と）共通の趣味や関心を持っている

１．当てはまる
２．どちらとも言えない
３．当てはまらない

（３）（配偶者から）困った時に助言をしてもらう

１．当てはまる
２．どちらとも言えない
３．当てはまらない

（４）（配偶者に）忙しい時、手伝ってもらう

１．当てはまる
２．どちらとも言えない
３．当てはまらない

（５）（配偶者が）困っている時に助言をする

１．当てはまる
２．どちらとも言えない
３．当てはまらない

（６）（配偶者が）忙しい時に手伝ってあげる

１．当てはまる
２．どちらとも言えない
３．当てはまらない

問12. 普段、あなたは あなたの子供（息子さんや娘さん） との関係が下記の項目についてどのくらい当てはまりますか。該当する番号に○印をつけて下さい。

（1）（息子さんや娘さんと）一緒に遊びに出かけたり、おしゃべりなどをして楽しい時を過ごす

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（2）（息子さんや娘さんと）共通の趣味や関心を持っている

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（3）（息子さんや娘さんから）困った時に助言をしてもらう

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（4）（息子さんや娘さんに）忙しい時、手伝ってもらう

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（5）（息子さんや娘さんが）困っている時に助言をする

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（6）（息子さんや娘さんが）忙しい時に手伝ってあげる

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

問13. 普段、あなたは　ご兄弟ご親戚　との関係について、下記の項目がどのくらい当てはまりますか。該当する番号に○印をつけて下さい。

（1）（ご兄弟ご親戚と）一緒に遊びに出かけたり、おしゃべりなどをして楽しい時を過ごす

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（2）（ご兄弟ご親戚と）共通の趣味や関心を持っている

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（3）（ご兄弟ご親戚から）困った時に助言をしてもらう

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（4）（ご兄弟ご親戚に）忙しい時、手伝ってもらう

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（5）（ご兄弟ご親戚が）困っている時に助言をする

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（6）（ご兄弟ご親戚が）忙しい時に手伝ってあげる

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

問14. 普段、あなたは　ご近所の方　との関係について、下記の項目がどのくらい当てはまりますか。該当する番号に○印をつけて下さい。

（1）（ご近所の方と）一緒に遊びに出かけたり、おしゃべりなどをして楽しい時を過ごす

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（2）（ご近所の方と）共通の趣味や関心を持っている

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（3）（ご近所の方から）困った時に助言をしてもらう

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（4）（ご近所の方に）忙しい時、手伝ってもらう

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（5）（ご近所の方が）困っている時に助言をする

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（6）（ご近所の方が）忙しい時に手伝ってあげる

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

問15. 普段、あなたは　（ご近所以外の）友人　との関係について、下記の項目がどのくらい当てはまりますか。該当する番号に○印をつけて下さい。

（1）（ご近所以外の友人と）一緒に遊びに出かけたり、おしゃべりなどをして楽しい時を過ごす

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（2）（ご近所以外の友人と）共通の趣味や関心を持っている

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（3）（ご近所以外の友人から）困った時に助言をしてもらう

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（4）（ご近所以外の友人に）忙しい時、手伝ってもらう

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（5）（ご近所以外の友人が）困っている時に助言をする

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

（6）（ご近所以外の友人が）忙しい時に手伝ってあげる

1．当てはまる
2．どちらとも言えない
3．当てはまらない

問16. あなたは今まで、あるいは現在、ボランティア活動をなされたことがありますか。それともありませんか。該当する番号に○印をつけて下さい。

1．ある
2．ない

フェース・シート
（最後にあなた自身のことやご家族のことについてお尋ねします）

Ｆ１　あなたの性別は

1．男性　　2．女性

Ｆ２　あなたの年齢は＿＿＿歳

Ｆ３　あなたの配偶関係は

1．未婚　2．既婚　3．離別　4．死別

Ｆ４　あなたの家族構成は

1．独り暮らし　2．夫婦のみ　3．夫婦と未婚の子供　4．夫婦と子供夫婦
5．夫婦と子供夫婦と未婚の孫　6．夫婦と子供夫婦と孫夫婦
7．夫婦と子供夫婦と孫夫婦とひ孫　8．配偶者なしと未婚の子供
9．配偶者なしと子供夫婦　10．配偶者なしと子供夫婦と未婚の孫
11．配偶者なしと子供夫婦と孫夫婦　12．配偶者なしと子供夫婦と孫夫婦とひ孫
13．その他（具体的に：　　）

Ｆ５　あなたがこの市町村に住んでいる年数（通算）は

1．５年未満　2．５～10年未満　3．10～20年未満　4．20～30年未満
5．30年以上

Ｆ６　あなたの暮し向きの程度は

1．上の上　　2．上の下　　3．中の上　　4．中の中　　5．中の下
6．下の上　　7．下の下

ご協力ありがとうございました。