

SOC は変化しうる（高まる可能性がある）と考えられる。

本研究では、地域在住高齢者の約3年間の追跡データの分析から、2時点間のSOC得点の低下および上昇に関連するベースライン時の要因（個人属性、心身健康状態、社会関係など）を探索的に検討した。

B 研究方法

愛知県の6自治体の要介護状態にない高齢者を対象として2003年度と2006年度に行われた調査において、両年度の自記式質問紙調査に回答し、かつ両年度のSOC尺度の回答が得られた5721人を分析対象とした。

2003年度調査ではアントノフスキーが開発した13項目7件法のSOC尺度を、2006年度調査では13項目のうち6項目を独自に選択した6項目5件法SOC尺度を用いて回答を得た。そのため、2003年度調査では、13項目のうちの対応する6項目を単純加算したものを6項目SOC得点とした。2006年度調査では、6項目を単純加算した得点に7/5をかけたものを6項目SOC得点とした。

2時点の6項目SOC得点が5点以上低下した者を「SOC得点低下」、5点以上上昇した者を「SOC得点上昇」とした。SOC得点変化との関連性の分析では、「SOC得点低下」または「SOC得点上昇」を従属変数（該当者=1、それ以外の者=0）、2003年度調査の各変数に加えて性別、年齢、2003年度6項目SOC得点を調整変数として同時投入する分散分析を行った。

C 研究結果

(1) 2時点のSOC得点と変化

2003年の6項目SOC尺度得点の平均は30.2、標準偏差は6.8、2006年の6項目SOC尺度得点の平均は31.0、標準偏差は6.1であった。

2時点間でのSOC得点の変化の分布を表1に示した。10点以上低下した者は全体の5.2%、5～10点低下した者は12.8%であった。また、10点以上上昇した者は7.5%、5～10点上昇した者は16.9%であった。

(2) 性別、年齢とSOC得点変化の関連性（表2）

3年間でSOC得点が5点以上低下した者の割合は、男性（16.3%）よりも女性（19.3%）で、また65～74歳（16.7%）よりも75歳以上（21.4%）で、有意に高かった。SOC得点上昇の割合は、性別、年齢による有意な差はなかった。

(3) 心身健康指標とSOC得点変化の関連性（表3）

病気や治療の有無はSOC得点の変化と関連性が認められなかったが、主観的健康感にはSOC得点の上昇にも低下にも有意な関連性が認められた。健康状態を「とてもよい」または「まあよい」と評価した人は、「あまりよくない」または「よくない」と評価した人よりも、SOC得点が低下した割合が有意に低く、SOC得点が上昇した割合が有意に高かった。

抑うつ状態の有無とSOC得点の変化にも、有意な関連性が認められた。SOC得点低下の割合は抑うつなし群で15.6%に対して抑

うつ状態群では32.9%、SOC得点上昇の割合は抑うつなし群で27.2%に対して抑うつ状態群では13.6%と約2倍の差がみられた。

(4)社会経済的指標とSOC得点変化の関連性 (表4)

学歴はSOC得点の低下と有意な関連性が認められた。教育年数が13年以上ではSOC得点が低下した割合が11.1%であったのに対し、教育年数6年未満では28.0%と有意に高かった。等価所得もSOC得点の低下と有意に関連しており、低所得の人でSOC得点低下の割合が高かった。学歴、等価所得ともに、SOC得点上昇とは関連がなかった。主観的な経済状態（「予想外の出費時の心配」「経済的な余裕」）はSOC得点の低下、上昇ともに有意な関連がみられ、経済的にゆとりを感じている人ほど、SOC得点低下の割合が低く、SOC得点上昇の割合が高かった。

(5)老研式活動能力指標とSOC得点変化の関連性 (表5)

「バスや電車を使って1人で外出できる」「日用品の買い物ができる」などの手段的自立の項目で自立できていない人は、自立している人比べて、有意にSOC得点低下の割合が高かった。SOC得点上昇とは関連がなかった。

知的能動性の項目の「年金などの書類が書ける」や「新聞を読んでいる」で「はい」と答えた人はそうでない人よりも、有意にSOC得点低下の割合が低く、SOC得点上昇の割合が高かった。また、社会的役割の項目の「家族や友だちの相談にのることがある」

で「はい」と答えた人はそうでない人よりも、有意にSOC得点低下の割合が低く、SOC得点上昇の割合が高かった。「若い人に自分から話しかけることがある」と答えた人も、SOC得点上昇の割合が有意に高かった。

(6)社会関係・活動指標とSOC得点変化の関連性 (表6)

5つのソーシャル・サポート指標（情緒的サポートと手段的サポートの授受、評価的サポート）の中でも、評価的サポート（存在を認めてくれる人がいる）の有無でSOC得点の減少、上昇ともに強い関連性が認められた。つまり、「存在を認めてくれる人がいる」と答えた人はいない人と比べて、SOC得点低下の割合が低くSOC得点上昇の割合が高く、その差は約10%であった。また、情緒的サポートや手段的サポートを提供している人は、提供していない人と比べて、SOC得点低下の割合が有意に低かった。

「趣味がないこと」や「外出頻度が少ない」ことは、SOC得点低下の割合の高さと有意に関連していたが、SOC得点上昇とは関連がなかった。

「地域の愛着度の高さ」や「周囲の人への信頼感の高さ」は、SOC得点低下割合の低さおよびSOC得点の上昇割合の高さの両方に有意な関連性が認められた。

D 考察

地域在住高齢者の調査データを用いて、約3年間でのSOC得点の変化に関連する要因の探索的分析を行った。

その結果、5点以上SOC得点が低下した者

は全体の約18%, 5点以上SOC得点が増した者は約25%であった。「5点以上」という基準は便宜的に設けたものであるものの、高齢期においてもSOC得点が増減する可能性を示唆するものである。

また、「SOC得点低下」と「SOC得点上昇」に関連するベースライン時要因には、違いがあることも明らかとなった。「SOC得点低下」とのみ有意な関連があったのは、「女性であること」「75歳以上」「学歴の低さ」「等価所得の低さ」「手段的ADLが非自立」「外出頻度が少ない」「趣味がない」などであった。「SOC得点上昇」とのみ有意な関連があったのは、「若い人に自分から話しかけることがある」「看病や世話をしてくれる人がある」などであった。

「SOC得点低下」「SOC得点上昇」の両方に有意な関連があったのは、「主観的健康感」「抑うつ」「主観的経済状態」「知的能動性」「存在を認めてくれる人がいる」「地域への愛着度」「一般的な人への信頼度」などであった。より主観的・認知的な要因や積極的な人や社会との関係性が、「SOC得点の上昇」につながると捉えることができるだろう。

表1, 2時点間でのSOC得点の変化

	度数	%
10点以上低下	295	5.2
5~10点低下	733	12.8
±5点以内	3294	57.6
5~10点上昇	968	16.9
10点以上上昇	431	7.5
合計	5721	100.0

表2. 性別, 年齢とSOC得点変化の関連性 (一元配置分散分析)

		SOC 得点低下		SOC 得点上昇	
性別	N				
男	2708	16.7%		23.8%	
女	2730	19.3%	p<0.05	25.0%	n.s.
年齢 2 群	N				
65-74 歳	3855	16.7%		24.3%	
75 歳以上	1479	21.4%	p<0.001	24.5%	n.s.

表3. 心身健康指標とSOC得点変化の関連性

		SOC 得点低下		SOC 得点上昇	
主観的健康感					
	とてもよい, まあよい	16.1%		26.1%	
	あまりよくない, よくない	23.8%	p<0.001	19.0%	p<0.001
疾病・治療の有無					
	病気や障害はない	15.1%		26.5%	
	病気・障害はあるが治療の必要なし	17.6%		24.0%	
	自己判断で治療を中断	17.1%		22.4%	
	現在治療中	18.6%	n.s.	24.0%	n.s.
GDS3 群					
	抑うつなし	15.8%		27.2%	
	抑うつ傾向	23.4%		16.6%	
	抑うつ状態	32.9%	p<0.0001	13.6%	p<0.0001

注) 一般線形モデルにより性別, 年齢, 2003年SOC得点を調整した数値を示している.

表4. 社会経済的指標とSOC得点変化の関連性

	SOC 得点低下	SOC 得点上昇
学校教育の年数		
6年未満	28.0%	22.7%
6-9年	19.7%	23.1%
10-12年	16.2%	26.4%
13年以上	11.1%	25.3%
その他	19.0% p<0.001	21.7% n.s.
等価所得		
199万円以下	20.8%	23.7%
200-399万円	15.4%	25.6%
400万円以上	16.3% p<0.001	23.7% n.s.
予想外の出費時の心配の程度		
まったく心配ない	14.4%	28.9%
少し心配	16.2%	26.1%
かなり心配	20.7%	20.5%
非常に心配	23.1% p<0.001	21.2% p<0.001
趣味やささやかな贅沢のための経済的な余裕		
十分にある	14.0%	26.1%
多少ならある	16.6%	26.1%
あまりない	21.5%	20.4%
まったくない	23.1% p<0.001	21.8% p<0.001

注) 一般線形モデルにより性別, 年齢, 2003年SOC得点を調整した数値を示している.

表5. 老研式活動能力指標とSOC得点変化の関連性

		SOC 得点低下		SOC 得点上昇	
バスや電車を使って1人で外出	はい	17.6%		24.4%	
	いいえ	22.9%	p<0.001	24.3%	n.s.
日用品の買い物ができる	はい	17.4%		24.4%	
	いいえ	31.4%	p<0.001	24.8%	n.s.
自分で食事の用意	はい	17.3%		24.6%	
	いいえ	25.4%	p<0.0001	21.5%	n.s.
請求書の支払い	はい	17.7%		24.3%	
	いいえ	24.1%	p<0.05	25.9%	n.s.
銀行貯金・郵便貯金の出し入れ	はい	17.4%		24.5%	
	いいえ	25.8%	p<0.0001	20.9%	n.s.

年金などの書類が書ける	はい	17.4%		24.7%	
	いいえ	25.3%	p<0.0001	19.0%	p<0.05
本や雑誌を読んでいる	はい	16.8%		25.1%	
	いいえ	22.7%	p<0.0001	21.2%	p<0.001
健康についての記事や番組に関心がある	はい	17.9%		24.4%	
	いいえ	18.1%	n.s.	24.1%	n.s.

友達の家を訪ねることがある	はい	18.0%		24.1%	
	いいえ	17.7%	n.s.	24.8%	n.s.
家族や友だちの相談にのることができる	はい	17.4%		24.8%	
	いいえ	21.5%	p<0.001	20.3%	p<0.001
病人を見舞うことができる	はい	17.7%		24.3%	
	いいえ	22.9%	n.s.	24.9%	n.s.
若い人に自分から話しかけることができる	はい	17.7%		24.8%	
	いいえ	18.8%	n.s.	21.3%	p<0.05

注) 一般線形モデルにより性別, 年齢, 2003年SOC得点を調整した数値を示している。

表6. 社会関係・活動指標とSOC得点変化の関連性

		SOC 得点低下		SOC 得点上昇	
心配や愚痴事を聞いてくれる人がいる	はい	17.6%		24.5%	
	いいえ	20.5%	n.s.	24.0%	n.s.
誰かの心配事や愚痴を聞いている	はい	17.4%		24.1%	
	いいえ	21.0%	p<0.05	25.8%	n.s.
看病や世話をしてくれる人がいる	はい	17.6%		24.7%	
	いいえ	22.0%	n.s.	19.4%	p<0.05
看病や世話をしあげようと思う人がいる	はい	17.6%		24.7%	
	いいえ	21.8%	p<0.05	21.5%	n.s.
存在を認めてくれる人がいる	はい	17.4%		24.9%	
	いいえ	27.3%	p<0.001	14.9%	p<0.001
趣味の有無	ある	16.9%		24.3%	
	ない	22.1%	p<0.001	23.6%	n.s.
外出頻度	ほとんど毎日	17.0%		25.6%	
	週 2-3 回	17.6%		23.6%	
	週 1 回程度	20.7%		22.4%	
	ほとんど外出しない	21.3%	p<0.05	22.9%	n.s.
地域への愛着程度	とても愛着がある	16.7%		26.3%	
	まあ愛着がある	17.4%		23.3%	
	どちらともいえない	22.6%		22.8%	
	あまり愛着がない	23.7%		19.5%	
	全く愛着がない	34.6%	p<0.001	24.9%	p<0.05
一般的に人は信用できる	はい	14.5%		28.3%	
	いいえ	24.6%		21.5%	
	場合による	18.4%	p<0.001	23.0%	p<0.001
多くの人は隙さえあれば他の人を利用しようとする	はい	25.4%		22.9%	
	いいえ	15.6%		26.2%	
	場合による	17.8%	p<0.001	23.5%	p<0.05

注) 一般線形モデルにより性別, 年齢, 2003年SOC得点を調整した数値を示している。

高齢者における健診受診行動の関連要因ならびに心理的特性と主観的健康状態との
関連の検討：JAGES プロジェクト

研究分担者 白井こころ（琉球大学法文学部 准教授）

研究分担者 等々力英美（琉球大学大学院 医学系研究科 准教授）

研究分担者 菖蒲川由郷（新潟大学大学院 医学系研究科 助教）

研究要旨

【課題1】沖縄における高齢者の健診受診行動の関連要因：沖縄県南城市における検討結果

【課題2】楽観性志向と高齢者の主観的健康状態との関連：JAGES プロジェクト全国比較

高齢者の介護予防と健康長寿に関連する要因の検討を行うため、保健行動として健診受診行動に関連する要因の検討を行った。課題1として沖縄県N市で質問紙調査を行った結果、喫煙、飲酒、閉じこもり傾向など、日常生活習慣の良好でない者で健診受診のオッズ比が低く、地域組織への参加、一般化信頼感、互酬性の規範など認知的なソーシャル・キャピタル関連指標が高い者で健診受診のオッズ比が高い傾向がみられた。先行研究で報告されている教育歴や所得等社会経済的要因との関連は認められなかった。結果は、地域の信頼関係やネットワークを健診受診率の向上につなげる工夫を行っているN市の状況と連動していると考えられた。N市は、報奨金制度や自治会単位での夜間健診の実施体制の導入など、独自の取り組みを進めてきた。行政の支援体制のもと、新たな資源の導入が、健康推進連絡協議会をはじめ地区組織の活動を活性化し、地域の健診受診率の向上や健康づくりの成果に繋がっていると考えられる。地域のソーシャル・キャピタルを活用した健康づくりが進められたグッド・プラクティスの例と考えられた。地域資源の活用を担う高齢者自身の介護予防や健康維持にもつながる取り組みであり、今後量と質の両面からの検討を進める必要がある。

加えて、課題2として個人の心理特性と健康状態の認知の関連について検討した。個人の楽観性志向が全死亡をはじめ、循環器疾患やがん疾患の発症リスクの低減にも効果があることが先行研究により報告されている。本検討では、楽観性志向と主観的健康状態との関連を検討した。うつ傾向や他の心理状況、生活習慣、社会経済的背景等を考慮しても、楽天的性格傾向スコアが1SD上昇する毎に、主観的健康状態が良いと認識するオッズ比が高くなる傾向がみられた。OR:1.16(95%CI:1.06-1.27)

A 研究の背景と目的

【課題1】地域における効果的な介護予防体制の構築と高齢者の健康長寿実現には、介護予防事業の推進と共に、高齢者のライフスタイルに合わせた地域での社会参加活動の支援や生きがいがいづくりに資する環境整備など、総合的な支援体制が重要であると考えられる。本研究では、高齢者の社会経済的背景を含む社会生活背景と、心理特性をそれぞれ個別に取り上げ、保健行動ならびに健康指標との関連を検討する。課題1として保健行動については、検診受診行動を取り上げ、地域の組織参加や信頼感の指標などソーシャル・キャピタル指標を含む、社会心理的要因との関連を検討する。研究フィールドは、ソーシャル・キャピタルの豊かさが語られる一方で、中高年と高齢者の健康状態の乖離が進む沖縄県を対象地域とした。

沖縄県では中高年者の健康状態の悪化と世代間の健康状態の乖離が進む。そのため、高齢者の介護予防と健康長寿実現のための施策を進めると共に、高齢者世代の健康状態の推移と健康維持の要因を検討し、中高年世代に伝えて健康状態を維持することが重要な課題となっている。

沖縄地域の健康長寿に関連する要因として、ソーシャル・キャピタルは古くて新しい要因として関連を検討する必要があると考えられる。本研究では、地域に新たな資源を投入することで、ソーシャル・キャピタルを活用した地域の健康づくりを成功させたと捉えられる、沖縄県N市において、検診受診行動の関連要因を検討した。

N市では特定健診制度開始後、毎年安定し

て受診率が改善傾向にあり、平成23年度の受診率はN市では45.5%、沖縄県全体では35.8%であった。N市では平成20年度36.4%、平成21年度41.7%、平成22年度42.5%、平成23年度45.5%と受診率が上昇している。受診率向上に資する取り組みとして、N市では地区組織の活動が活発であることが特色として挙げられる。行政と一体となった活発な地域組織の取り組みの結果、特定健診受診率の向上が図られた活動例として、自治会組織表彰制度等が挙げられる。これは、市内区域を、健診受診対象者の人数規模により、甲（200名以上）・乙（100名以上）・丙（60名以上100名未満）・丁（60名未満）の4段階に区分し、人口規模が同様である地域ごとに、健診受診率の達成目標を競うシステムである。年度目標（平成23年度57%）を達成した上で、同規模地区内で1位になった地区に、報奨金が支給される制度であり、支給された報奨金は各自治体で、自由に地域の健康づくりに資する活動に使用されている。

ソーシャル・キャピタル（以下SC）と健康の関連については、公衆衛生学の分野でも近年急速に蓄積が進んでいる。しかし、SC研究は社会的背景や文化背景の違いによる形態や影響の違いが大きく、より精緻な検討が求められている。本研究では、地域の繋がりの豊さが指摘される沖縄地域において、ソーシャル・キャピタル指標として、認知的SCや組織参加等のネットワーク項目について、ローカルな文脈での解釈を行い、保健行動との関係について検討を実施した。

【課題2】加えて、課題2では内的心理資源として楽天的性格傾向と健康状態の関連

を検討する。外的環境の影響に加え、個人の持つ内的心理資源が、レジリエンス要因等として機能し、死亡や疾病発症を含む、健康状態に関連することが報告されている。

例として、先行研究では 65 歳以上高齢者 900 名（オランダ人）を 10 年間追跡調査した結果、ベースライン時の楽観性志向の高い者で、死亡リスクが低い傾向が示された（Giltay, Geleijnse, et al, 2004）。また、米女性 95,000 人を 8 年間追跡した結果、ベースライン時調査で、楽観的傾向の高い人では、CHD の発症（9%）・死亡（30%）のリスクがともに低い傾向が示された。総死亡リスクも、楽観的な人で、より低い傾向が示された。（Women's Health Initiative）（Tindale et al. 2009）。その他、3 年間の追跡調査の結果、女性の動脈硬化の進行と、ベースライン時の悲観的・楽観的性格傾向が関連を示した。動脈硬化と心疾患の予測因子として、動脈内膜肥厚を測定した結果、悲観的性格傾向の者で動脈内膜が厚い傾向がみられた（Mathews et al.2004）。冠動脈バイパス手術後の再入院率が、術前の楽観性志向が高い者で有意に低い傾向も示されている。

（結果は、自尊感情、うつ傾向、神経症傾向等を調整した結果）（Scheier et al. 1999）。

本研究では、個人の内的心理資源として、高齢者の楽天的性格傾向と、主観的健康状態との関連について、検討を行った。

B 研究方法

【課題 1】 本研究では、JAGES（Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究）プロジェクト対象地域のう

ち、沖縄県の高齢者に対して、健診受診者の社会経済状況、生活習慣、地域活動、心理的特性等の社会心理要因について質問紙調査を行い、健診受診行動に関連する要因を解析した。本研究では特に、沖縄県の地域特徴を生かした健康づくりへの提案を行うため、地域のネットワークを活用した、検診受診率向上の取り組みが効果を上げているといわれる N 市において、地域組織参加、信頼感、ネットワーク等の指標によって評価したソーシャル・キャピタルのレベルと、保健行動との関連に着目して検討を行った。N 市在住の 65 歳以上高齢者のうち、入院中の者・施設入所中の者、要介護状態の者を除いた全数に対して、留置法による自記式の質問紙調査を行った。質問票の配布回収は、地元民生委員、区長会、健康推進連絡協議会の協力を得て、同意書の説明回収とともに実施した。配布回収の取りまとめは旧市町村区域 4 地区（佐敷・知念・玉城・大里 4 地区）の各保健センターにおいて行った。（配布回収時期：2011 年 10 月 1 日・2012 年 3 月 1 日）

N 市在住の 65 歳以上高齢者のうち地域で自立生活をしている 5,714 名のうち、4,033 名（回答率 70.6%）から有効回答を得た。分析対象者として、回答者のうち要介護・要支援認定、入院、死亡、転出者を除き、性・年齢項目に欠損のある者を除いた 3,744 名（男性 1,704 名／女性 2,040 名）を対象とした。

【課題 2】 JAGES2010（Japan Gerontological Evaluation Study, 日本老年学的評価研究）プロジェクト対象者、総数 69,698 人（男性 31,716 人（45.5%）女性 37,982 人（54.5%）の内、楽観性志向の質問

票を含む、オプションBへの回答があった12,163人(男性 5,688人46.8%)(女性 6,475人53.2%)を対象に分析を行った。また、オプションB回答者の内、性、年齢、楽観性志向に関する質問項目(6項目)に回答がなかった者、ADL非自立の者(83名)、ADLに関する記述のない者(203名)を除く、11,877人を分析対象とした。全体の平均年齢は74.25(SD±6.47)歳、分析対象者の平均年齢は74.12(SD±6.54)歳であった。

楽観性志向の検討には、LOT-R(Life Orientation Test-Revised)尺度のうち、Filler項目を除いた6項目版を使用した(尺度range:6-30)。(平均値18.92(±2.44)、中央値19)SOC尺度との相関係数は0.34(p<0.01)、生活満足度尺度との相関係数0.35(p<0.01)であった。

C 研究結果

【課題1】N市において健診受診行動に関連する要因の探索的検討を行った(表1)。多重ロジスティック回帰分析による検討の結果、健診受診行動について、教育歴、等価所得との有意な関連は示されず、先行研究により報告されてきた社会経済的背景との関連は認められなかった。一方で、喫煙、閉じこもり傾向(週2-3回未満の外出)との関連が見られた。非喫煙者に対して喫煙者では健診受診のオッズ比が0.57(95%CI:0.36-0.91)、ほぼ毎日外出する人に対して1週間に2-3回未満の外出頻度の人では健診受診のオッズ比が0.59(95%CI:0.45-0.76)であった。一方で、本研究で、ソーシャル・キャピタルの3要素として扱った、ネットワーク、信頼感、相互扶助

高齢者の健診受診に関連する要因

変数	変数	参照		参照		参照	
		OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
性別	男性	1.0		1.0		1.0	
	女性	1.0		1.0		1.0	
年齢	65-69歳	1.0		1.0		1.0	
	70-74歳	1.0		1.0		1.0	
	75-79歳	1.0		1.0		1.0	
	80歳以上	1.0		1.0		1.0	
教育歴	初等	1.0		1.0		1.0	
	中等	1.0		1.0		1.0	
所得	低所得	1.0		1.0		1.0	
	高所得	1.0		1.0		1.0	
喫煙	喫煙者	0.57	0.36-0.91	0.57	0.36-0.91	0.57	0.36-0.91
	非喫煙者	1.0		1.0		1.0	
外出頻度	毎日	1.0		1.0		1.0	
	2-3回未満	0.59	0.45-0.76	0.59	0.45-0.76	0.59	0.45-0.76
ネットワーク	あり	1.0		1.0		1.0	
	なし	0.59	0.45-0.76	0.59	0.45-0.76	0.59	0.45-0.76
信頼感	あり	1.0		1.0		1.0	
	なし	0.59	0.45-0.76	0.59	0.45-0.76	0.59	0.45-0.76
相互扶助	あり	1.0		1.0		1.0	
	なし	0.59	0.45-0.76	0.59	0.45-0.76	0.59	0.45-0.76

表1：高齢者の健診受診に関連する要因

の規範(Putnum R,1993)の指標については、各指標がそれぞれ高い群で健診受診のオッズ比が有意に高い傾向がみられた。全体では、組織参加数が多い者で健診受診のオッズ比が2.18(95%CI:1.98-2.22)であった。また、地域への信頼感が高い群では低い群に比べて、健診受診のオッズ比が1.16(95%CI:1.09-1.24)、助け合いの規範があると感じている群で、健診受診のオッズ比が1.08(95%CI:1.28-2.25)と有意に高かった。男性では楽観的性格傾向、SOC(首尾一貫感覚)との関連がみとめられた。高齢者においては、既存の生活習慣とネットワークや信頼感など地域とのつながりが健診受診行動に関連している傾向がみられた(図1)。

ただし、本研究は高齢者を対象にしたものであり、中高年層など、他の年齢集団に対してこの結果を適応できるかについては、今後更に検討の余地があると考えられる。加えて、本研究の対象地域N市においても、地区ごとに、健診受診行動に差がみられる(図2)。図は、今回の被験者を対象に検討した、各地区ごとの健診受診率である。こうした地区特性の違いを考慮したマルチレベル解析等の

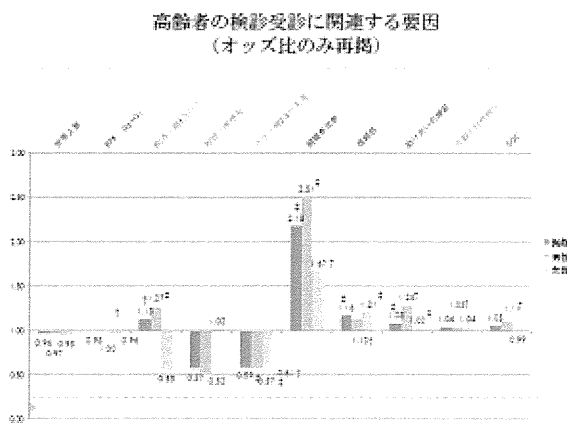


図 1：高齢者の健診受診に関連する要因（オッズ比）

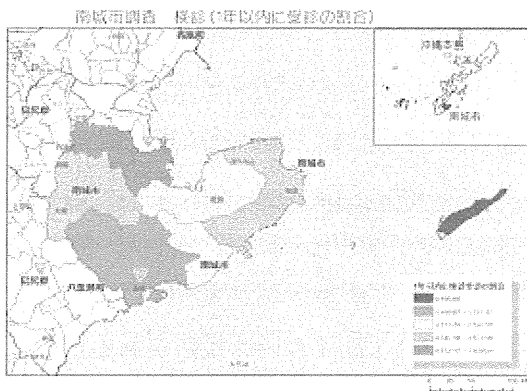


図 2：N市における健診受診行動の地区特性

施が今後求められると考えられる。

【課題 2】楽天的性格傾向と健康状態の関連について、JAGES2010 ベースライン調査参加者に対してロジスティック回帰分析による検討を行い、心理特性と健康状態認知との関連について、以下の結果を得た。健康状態については、主観的健康状態（SRH）を 4 段階で評価し、「あまりよくない」「よくない」と回答したものを主観的健康状態が良くない状態と判断した。

全国的な傾向として参加市町村毎の楽天的性格傾向のレベルを検討した（図 3）。

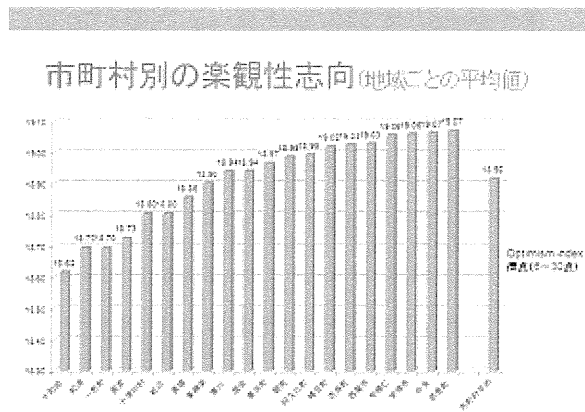


図 3：楽天的性格傾向の市町村比較

加えて、市町村毎の幸福度についても検討したが（図 4）、楽観性志向の高い市町村と、幸福度が高い市町村は、必ずしも一致していない傾向がみられた。

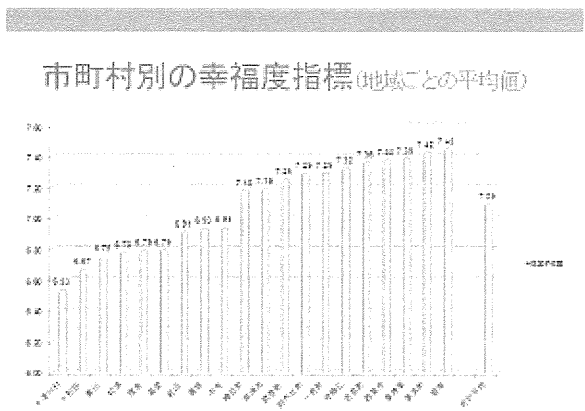


図 4：幸福度指標の市町村比較

多重ロジスティック回帰分析による検討の結果、楽天的性格傾向が高い人ほど、主観的健康状態が良い傾向が認められた。楽天的性格傾向レベルを、高群・中群・低群に分けた場合、楽天的性格傾向のレベルが低い群に比べて、高い群で、健康状態が良好と感じているオッズ比が高い傾向が認められた。全体では 1.40（95%CI:1.15-1.70）、男性では

1.37 (95%CI: 1.05-1.79) , 女性では 1.45 (95%CI: 1.08-1.91)であった。加えて, 楽天的性格傾向のレベルが 1SD 上昇する毎に, 全体では健康状態が良好であると認識するオッズ比が, 1.16 (95%CI:1.06-1.27) , 性別にみると, 男性では 1.1 (95% CI: 1.02-1.30), 女性では 1.18 (95%CI:1.04 - 1.33)上昇する傾向がみられた。結果は, 年齢, 性別, また社会経済的指標として, 等価所得, 教育歴(model2), 他の生活構成要因として, 婚姻状況, 独居・非独居(model3), 他の心理的特性として, SOC のレベル, 幸福感, うつ傾向(model4), さらに追加のモデルとして, 生活習慣に関連する要因, BMI, 喫煙, 飲酒, 歩行時間, 外出頻度, 検診受診の有無(model5), による影響をすべて調整した上で, 有意な関連性が示された。

表 2 : 楽天的性格傾向と主観的健康状態認知の関連

楽天的性格傾向と主観的健康状態の関連

変数	単位	調整済みオッズ比 (95%CI)		P値
		Model 1	Model 5	
楽天的性格傾向	1SD 上昇	1.16 (1.06-1.27)	1.16 (1.06-1.27)	<.001
性別	男性	1.10 (1.02-1.30)	1.10 (1.02-1.30)	<.05
性別	女性	1.45 (1.08-1.91)	1.45 (1.08-1.91)	<.001
年齢	10歳 増加	0.95 (0.93-0.97)	0.95 (0.93-0.97)	<.001
所得	10万円 増加	1.05 (1.03-1.07)	1.05 (1.03-1.07)	<.001
教育	1年 増加	1.02 (1.01-1.03)	1.02 (1.01-1.03)	<.001
婚姻	独居・非独居	1.15 (1.05-1.26)	1.15 (1.05-1.26)	<.01
SOC	1SD 増加	1.12 (1.05-1.19)	1.12 (1.05-1.19)	<.001
幸福感	1SD 増加	1.18 (1.04-1.33)	1.18 (1.04-1.33)	<.001
うつ傾向	1SD 増加	0.85 (0.78-0.92)	0.85 (0.78-0.92)	<.001
BMI	1kg/m ² 増加	0.98 (0.97-0.99)	0.98 (0.97-0.99)	<.001
喫煙	喫煙者 vs 非喫煙者	0.85 (0.78-0.92)	0.85 (0.78-0.92)	<.001
飲酒	飲酒者 vs 非飲酒者	0.95 (0.93-0.97)	0.95 (0.93-0.97)	<.001
歩行時間	15分 増加	1.02 (1.01-1.03)	1.02 (1.01-1.03)	<.001
外出頻度	1回 増加	1.05 (1.03-1.07)	1.05 (1.03-1.07)	<.001
検診受診の有無	受診 vs 未受診	1.15 (1.05-1.26)	1.15 (1.05-1.26)	<.01

D 考察

本研究において, 保健行動と個人の認知的ソーシャル・キャピタルの関係を検討し, 高齢者の心理的特性と主観的健康状態の関係を分析することで, 高齢者の地域における健康維持の要因と, 地域で高齢者が活躍する場

表 3 : 楽天的性格傾向と主観的健康状態認知の関連 (男女別の検討)

楽天的性格傾向と主観的健康状態との関連(男女別)

変数	男性		女性		OR (95% CI) comparison of adjustment models
	β	95% CI	β	95% CI	
楽天的性格傾向	0.14	(0.02-0.27)	0.18	(0.04-0.32)	1.12 (0.98-1.28)
性別	0.08	(-0.02-0.18)	0.12	(0.02-0.22)	1.12 (0.98-1.28)
年齢	-0.02	(-0.02-0.02)	-0.02	(-0.02-0.02)	0.95 (0.93-0.97)
所得	0.01	(0.01-0.01)	0.01	(0.01-0.01)	1.05 (1.03-1.07)
教育	0.01	(0.01-0.01)	0.01	(0.01-0.01)	1.02 (1.01-1.03)
婚姻	0.02	(0.02-0.02)	0.02	(0.02-0.02)	1.15 (1.05-1.26)
SOC	0.02	(0.02-0.02)	0.02	(0.02-0.02)	1.12 (1.05-1.19)
幸福感	0.02	(0.02-0.02)	0.02	(0.02-0.02)	1.18 (1.04-1.33)
うつ傾向	-0.01	(-0.01-0.01)	-0.01	(-0.01-0.01)	0.85 (0.78-0.92)
BMI	-0.01	(-0.01-0.01)	-0.01	(-0.01-0.01)	0.98 (0.97-0.99)
喫煙	-0.01	(-0.01-0.01)	-0.01	(-0.01-0.01)	0.85 (0.78-0.92)
飲酒	-0.01	(-0.01-0.01)	-0.01	(-0.01-0.01)	0.95 (0.93-0.97)
歩行時間	0.01	(0.01-0.01)	0.01	(0.01-0.01)	1.02 (1.01-1.03)
外出頻度	0.01	(0.01-0.01)	0.01	(0.01-0.01)	1.05 (1.03-1.07)
検診受診の有無	0.02	(0.02-0.02)	0.02	(0.02-0.02)	1.15 (1.05-1.26)

*P-values are based on adjusted models. ORs are based on the adjusted models. Comparison of adjustment models is based on the adjusted models. ORs are based on the adjusted models. Comparison of adjustment models is based on the adjusted models.

を作る, 今後の介護予防施策への展開を検討した。

沖縄県は 2010 年度国勢調査に基づく確定報告 (2013 年 3 月公表) により, 女性の都道府県別平均寿命が日本 1 位から 3 位へ落ち, 男性は 30 位へと下降した。1972 年の日本本土復帰以来継続してきた健康長寿日本一の状況から一変し, 現在では肥満率の高さなど生活習慣病リスクの上昇に注目が集まり, その対策が求められる。BMI25 以上の者の割合は, 全国平均 31.1%に対して沖縄県では 45.2%で県別では最も高くなっている。特に中高年層の生活習慣病関連指数の悪化が指摘されており, 65 歳以下人口の早世率も全国ワースト 1 位 (男性 32.0%, 女性 16.4) であり, 新規の透析患者数は全国の 2 倍と報告されている。

依然として 65 歳以上高齢者の平均余命は高く, 高齢者世代では, 健康長寿が達成されている状況は維持されている一方で, 中高年層の急激な健康状態の悪化が危惧されている。沖縄の中高年世代の急激な生活習慣病リスクの上昇と, 世界一の健康長寿

を実現させてきた高齢者世代における健康状態の違いは、健康の社会的決定要因の視点から検討すべき重要な課題であると考えられる。

沖縄の健康長寿復活のためには、保健行動の見直しと検討が急務である。特に検診受診行動は、厚労省から特定検診受診率の高い市町村ほど、前期高齢者一人当たりの診療費用が低いことが報告されており、検診受診率の向上と医療費抑制、ひいては健康長寿県の復活は沖縄県の重要課題となっている。沖縄県では長年、検診受診率の低さが指摘されてきたが、平成 20 年度の特定健診移行後は、受診率が全国平均を上回る状況である（平成 23 年度 全国平均 32.7%、県内市町村平均：35.8%）。中でも N 市を含む複数の市町村では、地域の実情に合わせた特色ある取り組みが実施されている。

今回はその中で、地域の公民館単位の地区組織を活用した取り組みが、検診受診率の向上に結びついたと指摘される N 市において調査を実施した。本研究の結果から、ソーシャル・キャピタル指標として扱った、組織参加や信頼感、相互扶助の規範の高い人ほど、検診受診行動をとりやすい傾向が見られた。地域における地区組織を活用した N 市の取り組みは、ソーシャル・キャピタルを活用した地域の健康づくりの取り組みとも考えられ、N 市における今回の量的調査結果とも連動していることが予想された。

今回の結果は個人レベルでの認知に基づく検討である。今後地域での取り組みを含むソーシャル・キャピタルの指標を含めて、マルチレベル等の手法を活用した検討を進めることで、さらに地域レベルの要因と個人レ

ベルでのソーシャル・キャピタルと健康の関連が明らかになり、今後の地域での介護予防・健康づくり政策に生かせることが考えられた。

N 市における取り組みは、既存の豊かなソーシャル・キャピタルを健康づくりに生かした取り組みと解釈できる。しかし同時に、保健師等の専門職のサポートや、報奨金制度や市町村組織のバックアップという新たな資源を投入することで、地域の中で新たなソーシャル・キャピタルが生成され、それが健康づくりの成果につながったとも考えられる。健康日本 21 に示されるソーシャル・キャピタルを活用した地域の健康づくりの取り組みについて、行政が資源投入をし、サポートをすることで地域の力を活性化させ、健康づくり体制の向上に結びついた好例であるといえる。

加えて、楽天的性格傾向が良好な健康状態の認知に関連していることが結果 2 より示された。介護予防・健康づくりの要素として、社会環境要因や生活関連の要因が、健康に影響を与えるメカニズムの一部の説明を、個人の心理的特性が担う可能性が考えられた。

地域における高齢者の介護予防と健やかな健康づくりを進めるためには、既存の社会資源に加えて、個人の社会心理的要因に働きかける環境づくりが必要であり、地域資源を活性化する取り組みを行政が担い、既存の地域資源と新たに醸成された地域資本を活用することが今後求められることが考察された。

E 研究発表

【学会発表】

- 1-1. 白井こころ・磯博康・Ichiro Kawachi・等々力英美・高江洲順達・石川清和・大屋祐輔・鈴木佳代・中川雅貴・近藤克則「高齢者の健診受診行動の関連要因：沖縄におけるソーシャル・キャピタルの検討」日本疫学会総会，大阪，2013年1月
- 1-2. 金森悟・甲斐裕子・相田潤・白井こころ・平井寛・近藤克則「参加している地域組織の種類と要介護認定：AGES コホート研究」日本公衆衛生学会，山口，2012年10月
- 1-3. 丸山皆子・木山昌彦・佐藤眞一・山岸良匡・谷川武・小林美智子・嶽崎俊郎・岸本拓治・白井こころ・緒方剛・磯博康「離島・農村地域における生活習慣病及び特定健診・特定保健指導の実態把握」日本公衆衛生学会，山口，2012年10月
- 1-4. 白井こころ，等々力英美，高江洲順達，石川清和，大屋祐輔，近藤克則「高齢者の健診受診行動に関連する要因：沖縄における地域資源ソーシャル・キャピタルの視点からの検討 - JAGES Project - OKINAWA Study」沖縄県公衆衛生学会2012年11月
- 1-5. Shirai K, Iso H, Fujino Y, Noda H, et al, "Unemployment conditions and its association with increased all-cause and cardiovascular mortality among community dwelling population in Japan: JACC Study", 日本疫学会総会，東京，2012年1月

【論文発表】

- 2-1. Oksanen T, Kawachi I, Subramanian SV, Kim D, Shirai K, Kouvonen A, Pentti J, Salo P, Virtanen M, Vahtera J, Kivimäki M "Do obesity

- and sleep problems cluster in the workplace? A multivariate, multilevel study" Scand J Work Environ Health.2012;sjweh.3332. Epub2012 Nov 2-2.Todoriki H, Shirai K. Well-being transition and social capital in post-war Okinawa, International review of Ryukyuan and Okinawan Studies, 2012;1:9-28.
- 2-3.Hanibuchi T, Kondo K, Nakaya T, Shirai K, Hirai H, Kawachi I. "Does walkable mean sociable? Neighborhood determinants of social capital among older adults in Japan". Health Place.2012;18(2):229-39.
- 2-4. 芦田登代・近藤克則・平井寛・白井こころ・近藤尚己・三澤仁平・尾島俊之「高齢者の健診受診と「将来の楽しみ」，うつ，社会経済的要因との関連：AGES プロジェクト」厚生指標，59(12):12-21,2012.

F 知的財産権の出願・登録状況

なし

G 研究協力者

沖縄県保健福祉部健康推進課
南城市高齢福祉課 八幡氏・國吉尚氏
南城市保健福祉部 高江洲順達氏
南城市保健福祉部健康増進課 宮城徹氏
南城市健康推進連絡協議会 新城辰夫氏
南城市健康推進連絡協議会 知花昌雄氏

二次予防事業参加候補者は一次予防事業にどれくらい参加しているか？
武豊町「憩いのサロン」事業参加者の分析

研究分担者 竹田徳則（星城大学 リハビリテーション学部 教授）

研究要旨

本研究では、二次予防事業参加候補者が、一次予防事業にどれくらい参加しているかを把握することを目的とした。分析対象は、愛知県武豊町で2010年に非要介護高齢者7,236名を対象に全数調査を実施し、回答者4,424名（回収率61.1%）のうち4,220名（平均年齢72.7±6.0歳）である。

調査項目で「武豊町が実施している『憩いのサロン』に既に参加または関心のある人」及び「『憩いのサロン』参加がきっかけで他の会や組織に1つ以上参加した人」に占める、基本チェックリストの項目6～10（運動器関連）が合計3点以上、項目11～12（栄養関連）の合計2点、項目13～15（口腔関連）が2点以上、項目1～20の合計が10点以上に該当した二次予防事業参加候補者の割合を推定した。

その結果、『憩いのサロン』に既に参加または関心のある人は677名（16.0%）、『憩いのサロン』参加がきっかけで他の会や組織に1つ以上参加した人は280名（6.6%）であった。介護予防事業対象6事業中、『憩いのサロン』に既に参加または関心のある人では、運動器関連の該当は123名（20.2%）、栄養関連が14名（2.2%）、口腔関連が95名（15.0%）、20項目中10点以上は17名（3.1%）、『憩いのサロン』参加がきっかけで他の会や組織に1つ以上参加した人では、それぞれ43名（17.6%）、8名（3.1%）、50名（19.2%）、4名（1.8%）であった。

武豊町での一次予防事業『憩いのサロン』参加者で確認した二次予防事業参加候補者は、全国の二次予防事業参加者割合0.8%よりも高いと推定された。

A 研究目的

要介護高齢者数は介護保険が開始された2000年の218万人が2005年には411万人、2010年には487万人へと増加する中、要支援レベルに該当する軽度者の増加が特徴の一つである¹⁾。これに対して厚生労働省では、介護保険見直しにおいて2006年度から介護予防を重視した取り組みを開

始した。しかし、要支援状態となるおそれの高い人を対象とした二次予防事業（ハイリスク戦略）に主眼を置いた取り組みでは、対象者の把握に労力が費やされ、実際の介護予防プログラムへの参加者は予想に反して集まらないなどの課題があり、今後は、一次予防事業（ポピュレーション戦略）や介護予防・日常生活支援・総合事業等を活

用して構築することの必要が明示されている²⁾。

しかしながら、一次予防事業を展開した場合に、二次予防事業対象候補者の参加がどの程度見込めるのかを推計した報告は見当たらない。本研究では、二次予防事業参加候補者が、一次予防事業にどれくらい参加しているかを把握することを目的とした。

B 研究方法

本研究の分析対象は、一次予防事業『憩いのサロン』参加者割合が高齢者人口の1割を超えている愛知県武豊町（以下、武豊町）で2010年に非要介護高齢者7,236名を対象に全数調査を実施し、回答のあった4,424名（回収率61.1%）のうち4,220名（平均年齢72.7±6.0歳）である。

調査項目の「武豊町が実施している『憩いのサロン』に既に参加または関心のある人」及び「『憩いのサロン』参加がきっかけで他の会や組織に1つ以上参加した人」に占める、基本チェックリストの項目6～10（運動器関連）が合計3点以上、項目11～12（栄養関連）の合計2点、項目13～15（口腔関連）が2点以上、項目1～20の合計が10点以上に該当した二次予防事業参加候補者の割合を推定した。

また、認知症関連3項目中1点以上、うつ関連5項目中2点以上該当者、GDS-15による5点以上（うつ傾向以上）の割合も確認した。

本研究は、日本福祉大学研究倫理審査委員会の承認（10-05）を受け、各自治体との研究協定を遵守して行った研究である。

C 研究結果

今回の分析結果を表に示した。分析対象の4,220名において「武豊町が実施している『憩いのサロン』に既に参加または関心のある人」は、677名（16.0%）であった。基本チェックリストの項目6-10（運動器関連）で3点以上が123名（20.2%）、項目11-12（栄養関連）で2点以上が14名（2.2%）、項目13-15（口腔関連）では2点以上が95名（15.0%）、項目1-20のうち10点以上は17名（3.1%）であった。ちなみに、項目18-20（認知症関連）で1点以上は213名（33.8%）、項目21-25（うつ関連）では2点以上が284名（44.7%）、GDS-15で5点以上（うつ傾向以上）は115名（19.8%）だった。

次に「『憩いのサロン』参加がきっかけで他の会や組織に1つ以上参加した人」は、280名（6.6%）であった。

基本チェックリストで今回分析の運動器関連で3点以上が43名（17.6%）、栄養関連で2点以上が8名（3.1%）、口腔関連では2点以上が50名（19.2%）、項目1-20のうち10点以上は4名（1.8%）だった。認知症関連で1点以上は106名（39.8%）、うつ関連では2点以上が119名（45.7%）だった。また、GDS-15で5点以上（うつ傾向以上）は42名（17.5%）であった。

D 考察

武豊町が実施している『憩いのサロン』に既に参加または関心のある人」は、677名（16.0%）で、これは全調査対象（無回答者を含む）の1割弱に相当していた。また、「『憩いのサロン』参加がきっかけで他の会や組織に1つ以上参加した人」は280名（6.

6%)で、全調査対象者の3.9%であった。

武豊町の高齢者のうち約1割が『憩いのサロン』に参加している³⁾ので、今回の『憩いのサロン』に既に参加または関心のある人の結果から町の高齢者全体に占める割合は、運動器関連該当は2.0%、栄養関連該当が0.2%、口腔機能該当で1.5%項目1-20のうち10点以上が0.3%と見做せる。

また、介護予防によいとされる外出機会の増加や社会的ネットワークの醸成につながる会や組織への新たな参加が、サロン参加により増えるという波及効果が再確認された⁴⁾。武豊町での一次予防事業『憩いのサロン』参加者で確認した二次予防事業参加候補者は、厚生労働省による介護予防介護予防事業（二次予防）への参加高齢者が全高齢者人口に占める割合の0.8%⁵⁾よりも高いと推定された。

したがって、一次予防事業の規模が一定程度大きくなれば平均で0.8%の二次予防事業参加者割合に匹敵する規模になり得ると期待できる。

E 結論

武豊町での一次予防事業『憩いのサロン』参加者で確認した二次予防事業参加候補者は、全国の二次予防事業参加者割合0.8%よりも高いと推定された。

F 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

H 参考文献

- 1) 日野原友佳子：日本における介護予防－介護予防事業の現状と課題について。公衆衛生75：246－248，2011。
- 2) 厚生労働省：介護予防マニュアル改訂版。
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>。
- 3) 愛知県武豊町：第5期武豊町老人福祉計画介護保険事業計画。2012。
- 4) 竹田徳則，大浦智子，木村大介：ポピュレーション戦略による介護予防に向けた憩いのサロン事業に関する研究－参加による外出の変化と参加理由。科学研究費補助金新学術領域研究－ソーシャル・キャピタルと健康に関する実証的研究研究報告書。113－119，2012。
- 5) 厚生労働省：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（概要）。
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/yobou/tyousa/h23.html。

表 一次予防事業参加者における二次予防事業参加候補者割合 N=4,220

憩いのサロンに既に参加または関心のある人						
該当者	677	16.0%				
基本チェックリスト項目	該当数	%	非該当数	%	欠損数	
項目 6～10 合計 3 点以上(運動器)	123	20.8	469	79.2	85	
項目 11～12 合計 2 点(栄養)	14	2.2	615	97.8	48	
項目 13～15 合計 2 点以上(口腔)	95	15.0	540	85.0	42	
項目 1～20 合計 10 点以上	17	3.1	531	96.9	129	
項目 18～20 合計 1 点以上(認知)	213	33.8	430	66.2	34	
項目 21～25 合計 2 点以上(うつ)	284	44.7	352	55.3	41	
うつ傾向以上(GDS-15:5 点以上)	115	19.8	467	80.2	95	
憩いのサロン参加がきっかけで他の会・組織に参加した人						
該当者	280	6.6%				
基本チェックリスト項目	該当数	%	非該当数	%	欠損数	
項目 6～10 合計 3 点以上(運動器)	43	17.6	202	82.4	35	
項目 11～12 合計 2 点(栄養)	8	3.1	249	96.9	23	
項目 13～15 合計 2 点以上(口腔)	50	19.2	211	80.8	56	
項目 1～20 合計 10 点以上	4	1.8	220	98.2	56	
項目 18～20 合計 1 点以上(認知)	106	39.8	160	60.2	14	
項目 21～25 合計 2 点以上(うつ)	119	45.6	143	54.6	18	
うつ傾向以上(GDS-15:5 点以上)	42	17.5	198	82.5	40	

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

『憩いのサロン』データによる社会的サポートの増加に与える要因の分析

研究分担者 泉田信行（国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析部第1室長）

研究要旨

研究目的：高齢者サロンに通っている高齢者の社会的サポートの増加要因について、武豊町データを用いて実証的に検討すること。

研究方法：愛知県武豊町において運営されている高齢者サロンに通っている高齢者に対して2007年から実施されているアンケート調査を用いて、同サロンに2年間通った高齢者の社会的サポートの状況に影響を与える要因を明らかにした。

研究結果：サロンに参加することによって社会サポートが増加したか否かについては、脱落者を含めた上で、A群では32%～46%、B群では19%～29%、C群では32%～39%の高齢者が増加したと回答していた。老研式生活機能評価尺度の点数が高いことは全ての場合において継続率を高める効果をもたらしていた。ボランティアとして参加することは、一般参加者として参加する場合よりも継続率を高める要因となっていた。他方、女性であることや年齢が高いことは継続率にほとんどの場合において有意な影響を与えていなかった。老研式生活機能評価尺度の点数が高いことは分析対象としている全ての社会的サポートの負の効果を及ぼしていた。ボランティアとして参加することは「生活に役立つことを教えてくれる人は増えた」に対して有意に負の効果を与えていた。

考察：「憩いのサロン」は同点数が低い者が相対的に継続して通い、相対的に社会的サポートを得たと感じる特性を持っている可能性があると考えられた。ボランティアとして参加することは「社会的サポートの増加」という観点からは文字通りボランティアとして参加している可能性が示唆された。性別や年齢はほとんどの場合において有意な効果を与えていなかった。これは性別や年齢によって「憩いのサロン」に参加することから「社会的サポートの増加」が得られるか否かに差異がないことを意味している。この点から、「憩いのサロン」への参加は高齢化による社会的サポートの減少を抑止する可能性も考えられた。

結論：参加継続に与える影響を踏まえた分析により、「憩いのサロン」の参加が「社会的サポートの増加」に与える要因の分析を行ったところ、「憩いのサロン」は老研式生活機能評価尺度の点数が相対的に低い者が相対的に高い割合で継続して通い、相対的に社会的サポートを得たと感じる特性を持っている可能性があると考えられた。

A 研究目的

高齢者サロンに通っている高齢者の社会

的サポートの増加要因について、武豊町データを用いて実証的に検討すること。