

地域におけるグループ活動参加高齢者の 身体的・精神的状況と生活習慣および体力の実態

Survey of the Physical and Mental Condition, Lifestyle and Physical Fitness of Voluntary Groups of Community-Dwelling Elderly People

片倉和子・栃本千鶴・吉村 隆

Kazuko Katakura, Chizuru Tochimoto and Takashi Yoshimura

要 旨

地域におけるグループ活動参加者を対象に、高齢者の健康や介護予防に関連すると考えられる生活習慣、グループ活動、主観的健康感、抑うつ、生活機能、体力の実態について明らかにし、健康寿命の延伸に向けた健康づくりを支援するための示唆を得ることを目的に、匿名自記式質問紙法調査を行った。分析は記述統計、一元配置分散分析、 χ^2 検定を用いた。IBM SPSS Statics Version22を使用し、統計的有意水準を5%未満とした。

グループ活動高齢者は、年齢階級別において男性は握力($p=0.033$)、女性は体重($p=0.024$)、BMI($p=0.038$)、開眼片脚立ち($p=0.012$)に有意差がみられた。また、男女共に年齢に関係なく抑うつが低く、生きがいを感じており、握力や開眼片脚立ちが平均よりも高いことが明らかになった。

したがって、健康寿命の延伸に向けた健康づくりを支援するためには、地域の高齢者が多様な機会を通してグループ活動に参加することができるよう支援することが重要である可能性が示唆された。

キーワード：高齢者、グループ活動、生きがい、抑うつ、体力

I. はじめに

わが国の総人口は平成23年から3年連続して減少しているが、65歳以上の高齢者人口は平成25年には過去最高の3,190万人となり、総人口に占める割合(高齢化率)も25.1%と過去最高となった(内閣府, 2015)。「少子高齢化」は多くの先進国が直面している課題であるが、わが国において①日本人人口の減少、②出生数の減少、③高齢者の割合が世界最高で、さらに増加傾向、④団塊の世代と団塊ジュニアの世代の2つのピークを持っていることという特徴がみられる(国民衛生の動

向, 2014)。これらの社会的背景の変化を踏まえ、わが国では健康寿命の延伸(日常生活に制限のない期間の平均の延伸)の実現を目指して公衆衛生活動がおこなわれている(厚生労働省, 2012)。

また、政府が推進する高齢社会対策大綱では、高齢者の生きがいや自己実現を図ることができるようにするため、様々な生き方を可能とする新しい活躍の場の創出など社会参加の機会の確保を推進し、地域とのつながりが希薄化しているなかで、高齢者の社会的な孤立の防止に社会全体で取り組むことが重要と

している（内閣府，2012）。

高齢者における健康の保持増進や介護予防に関する研究において，人々の交流や社会活動と健康との関連が示唆され（渡辺・渡辺・松浦他，2005），健康な生活を送るうえでソーシャルキャピタルやソーシャル・サポートの影響が報告されている（太田，2014；日比野・高木・神林他，2011；Antonucci，1987）．渡辺ら（2005）は，高齢期には外出し，社会的な刺激を受けることが閉じこもりや介護予防に重要であると述べており，厚生労働省の介護予防マニュアル（2012）では閉じこもりの予防のための「交流の場づくり」が求められている．これらの高齢者の閉じこもりと関連する因子としては，抑うつや他者との交流頻度（椛・川口・酒井他，2011），主観的健康感や体力が報告されている（山縣・木村・三宅他，2014；小西・孫・木村，2009）．したがって，高齢者の健康の保持・増進のためには，地域における活動の場や機会の提供を図り，できる限り多くの高齢者が，健康で生きがいをもって社会参加ができるよう支援することが重要であると考えられる．

しかし，地域の高齢者による自主的なグループ活動の実態を明らかにした調査研究は多くない．なかでも企業を退職した高齢者のグループ活動や自治体で行われている生涯教育である高齢者大学の卒業者を対象にした研究は少ない．

このような状況のなかで，企業を退職し「退職者の会」で活動する高齢者および自治体高齢者大学の卒業者で構成されたグループ活動参加者の身体的・精神的状況と生活習慣および体力の実態について明らかにし，効果的な活動の支援への基礎的資料を得ることは意義があると考えた．

そこで今回，企業を退職し「退職者の会」で活動する高齢者および自治体高齢者大学の卒業者で構成されるグループ活動参加者を対象に，高齢者の健康や介護予防に関連すると考えられる朝食，運動，喫煙，飲酒などの生活習慣，グループ活動，主観的健康感，抑うつ，生活機能，体力の実態について明らかにし，健康寿命の延伸に向けた健康づくりを支援するための示唆を得ることを目的に調査を行うこととした．

II. 研究目的

企業を退職し「退職者の会」で活動する高齢者および自治体高齢者大学卒業者で構成されるグループ活動参加者を対象に，高齢者の健康や介護予防に関連すると考えられる生活習慣，グループ活動，主観的健康感，抑うつ，生活機能，体力の実態を明らかにし，健康寿命の延伸に向けた健康づくりを支援するための示唆を得る．

III. 研究方法

1. 研究協力者

A企業を退職し「退職者の会」で活動する高齢者の男女約40名およびB自治体高齢者大学の卒業者の男女約30名．

2. 調査期間

平成26年10月および平成27年3月に，2つの対象集団に自記式質問紙を配布し，回収した．

3. 研究デザイン

記述的横断研究

4. 調査方法

本研究の実施にあたっては，対象となった「退職者の会」と自治体高齢者大学の卒業生で構成される「会」の責任者に，電話とメー

ルで研究のテーマ, 目的, 内容に加えて, 個人情報保護, 研究への協力は自由意志であること, 得られたデータを研究以外に使用しないことやデータの事後処理, プライバシーに配慮した研究結果の公表などに関する内容が記載された研究協力依頼書を提示して説明し, 研究協力への承諾を得た。つぎに, 責任者を通じ, 研究協力の依頼等に関して事前に文書にて周知を図った。調査時には, 調査の趣旨, 匿名性の確保, 参加拒否の権利, プライバシーの保護, 研究成果は学会発表ないし学術論文として公表するが, 個人が特定されることはないこと等を明記した研究協力への依頼および説明文を配布し, 口頭および文書にて説明をおこない協力を依頼した。調査用紙は, 研究協力者自身で密閉できる返信用封筒に入れ, 回収箱へ投函するように依頼し, 回収箱は研究者が回収した。質問紙の記載と回収をもって本研究への同意とした。

5. 調査内容

1) 基本属性: 年齢, 性別, 主観的健康感, 身長, 体重, 趣味の有無, 健康診断受診の有無(過去3年間), 生きがい, 自覚的健康状態, 組織活動, 仕事, 経済的ゆとり, 配偶者の有無, 家族構成, 学歴, 服薬, 朝食, 運動, 体力, 睡眠, 飲酒, 喫煙。

2) 老研式活動能力指標 (Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence: TMIG-IG) (古谷・柴田・中里他, 1987)。

TMIG-IGは, 対象者の生活機能を評価するためにわが国では広く使用されている。13の質問項目からなり, 「はい」, 「いいえ」の2件法で回答を求め, 「はい」を1点として合計得点を算出する。(13点満点)

3) うつ病 (抑うつ状態) 自己評価尺度 (CES-D) 日本語版 (20項目) (島・鹿野・北村他, 1985)

CES-D日本語版は, うつ病のスクリーニングとして使用され, 4つの下位尺度「身体的症状」, 「うつ感情」, 「ポジティブ感情」, 「対人関係」の20項目に関して, 過去1週間について4件法で回答を求め, 点数が高いほど抑うつ度が高いことを示す。島・鹿野・北村ら(1985)により信頼性と妥当性が検証されている。

4) ソーシャルサポート尺度短縮版 (7項目) (岩佐・権藤・増井他, 2007)

ZimetのMultidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)をもとに開発された日本語版短縮版を使用した。岩佐ら(2007)により信頼性と妥当性が検証されている。

5) 体力の評価には, 握力と開眼片足立ち時間を用いた。握力, 脚力は全身筋力の代表値と捉えられている(大友・渡辺・土屋他, 1996)。測定は, 測定に精通した研究者が研究協力者に測定方法を説明し, 安全面と精神面に十分に注意をして行った。測定値は, 測定後に研究協力者自身で調査票へ記録した。

・握力: スメドレー式握力計を用いて利き手で2回測定し, 最大値を記録した。

握力計の持ち手の握り幅は, 研究協力者が握りやすいように調整した。研究協力者に, 握力計を手を持って体側で自然に下げ, リラックスした状態になり, 持ち手が身体に触れないよう, 大腿等に押し付けられないよう, かつ振り動かさないよう指示して測定を行った。

・開眼片足立ち: 立位で両手を腰に当て, 両足を肩幅に広げ, 両足をそろえて床の上に立った状態から片足を床から離して長く立ち続け, 接地している支持足が動いたり, 腰に当てていた手が離れたり, 支持足以外の身体部分が着地した時点でバランスがくずれたものとみなした。測定時間は, 足を挙げた時点か

らバランスが崩れた時点までの時間とし、上限を120秒とした。支持足の左右は問わず、秒単位で2回計測し、最も長い時間を記録した。

6. 分析方法

単純集計後、記述統計をおこなった。さらに、性・年齢階級別に研究協力者の基本属性、生活習慣、グループ活動、抑うつ、握力、開眼片足立ちについては χ^2 検定、一元配置分散分析を使用して分析した。生活習慣および主観的健康感やその他の項目との関連については、クロス集計、Fisherの直接法による正確確率検定を用いて検討した。

統計解析にはIBM SPSS Statics Version22を用い、統計的有意水準を5%未満とした。

IV. 倫理的配慮

研究協力者へ、研究目的、内容および個人情報保護の保護、研究協力は自由意志であること、研究への参加を拒否しても不利益を被らないこと、得られたデータを研究以外に使用しないこと、プライバシーに配慮した研究結果の公表などに関したことを調査票に記載し、文書および口頭にて説明して研究協力への承諾を得て行った。質問紙の回収をもって本研究への同意とした。既存の質問票の使用においては、使用の承諾を得た。

本研究は、中京学院大学看護学部研究倫理審査会の承認後に実施した。(平成26年9月25日承認)。

V. 結果

調査票の回収は58名であった。欠損値を含むものを除き、分析の対象は55名であった。

(有効回答率：97.8%)

1. 性・年齢階級別に対象者の基本属性と生活習慣を示した。(表1)

体格については、男性と女性において年齢による身長の違いはみられなかったが、体重では女性は年齢が高くなると体重が少なくなり、BMIと共に有意に年齢による違いがみられた($p=0.024$) ($p=0.038$)。男性は、体重とBMIに年齢による有意差はみられなかった。

男性は、握力では有意に年齢が高くなると低下がみられていた($p=0.033$)が、開眼片足立ち時間においては年齢による違いがみられなかった。一方、女性は握力では年齢が上がるにつれ低下がみられたが有意差はなく、開眼片足立ち時間において年齢が上がると共に時間が短くなり有意に違いがみられた($p=0.012$)。

参加しているグループ活動数には、男女共に年齢による違いはみられなかった。参加している活動は、男性では割合が多い順に60歳代が「ボランティア」(50.0%)、「趣味・学習」(50.0%)、70歳代が「スポーツ」(72.7%)、「趣味・学習」(63.6%)、80歳代が「趣味・学習」(75.0%)、「老人・婦人会」(50.0%)であった。女性で割合が多かったものは、60歳代が「スポーツ」(66.7%)、「趣味・学習」(66.7%)、70歳代が「趣味・学習」(77.8%)、「ボランティア」(44.4%)、80歳代が「趣味・学習」(100.0%)、「老人・婦人会」(25.0%)、「スポーツ」(25.0%)であった。

家族構成および学歴では、男女ともに年齢による違いはみられなかった。

生活習慣において、朝食を毎日とると回答した者が男性は全員であり、女性は60歳代100%、70歳代92.6%、80歳代85%であった。運動・スポーツでは、「ほとんど毎日(週3回以上)」と「時々(週1~2日)」を合わせ「している」群、「ときたま(月1~3)」を「時々」

群, 「しない」群に分けて分析した. 男女共に全ての年齢階級において, 運動・スポーツを「している」群および喫煙「なし」群が多い傾向がみられた. 飲酒では, 週に2日酒を飲まない日がある者の割合は男性が60歳代で

50.0%, 70歳代36.4%, 80歳代62.5%, 女性は60歳代で66.7%, 70歳代85.2%, 80歳代75.0%であった. 朝食, 運動・スポーツ, 喫煙, 飲酒について年齢階級による有意差はみられなかった.

表1. 性・年齢階級別対象者の基本属性と生活習慣

	男性(n=21)			p	女性(n=34)			p	
	60歳代 (n=2)	70歳代 (n=11)	80歳代 (n=8)		60歳代 (n=3)	70歳代 (n=27)	80歳代 (n=4)		
身長(cm)	166.0 (7.1)	167.3 (5.5)	163.5 (5.5)	0.506	150.7 (3.1)	152.3 (4.5)	152.3 (3.9)	0.742	
体重(kg)	62.5 (9.2)	62.3 (6.7)	58.6 (12.0)	0.795	51.7 (1.5)	50.8 (5.3)	46.6 (2.1)	0.024	
BMI	22.9 (5.3)	22.2 (2.0)	21.9 (4.0)	0.965	22.8 (0.8)	21.9 (2.1)	20.1 (1.1)	0.038	
握力(kg)	47.5 (3.5)	39.5 (7.4)	31.1 (8.9)	0.033	25.7 (3.8)	24.0 (4.2)	17.0 (11.6)	0.495	
開眼片足立ち(秒)	78.5 (58.7)	75.3 (52.6)	20.9 (18.9)	0.144	107.7 (21.4)	61.6 (38.2)	24.8 (20.9)	0.012	
参加グループ数	1.0(1.4)	2.5(1.2)	1.8(0.9)	0.403	1.3(1.2)	2.0(1.1)	1.5(0.6)	0.418	
[内訳] 家族構成	老人・婦人会	0(0.0)	3(27.3)	4(50.0)		0(0.0)	8(29.6)	1(25.0)	
	スポーツボランティア	0(0.0)	8(72.7)	1(12.5)		2(66.7)	11(40.7)	1(25.0)	
	趣味・学習	1(50.0)	6(54.5)	3(37.5)		0(0.0)	12(44.4)	0(0.0)	
	宗教	0(0.0)	1(9.1)	0(0.0)		0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	
	政治・業界	0(0.0)	1(9.1)	0(0.0)		0(0.0)	1(3.7)	0(0.0)	
	その他	0(0.0)	1(9.1)	0(0.0)		0(0.0)	1(3.7)	0(0.0)	
	参加なし	1(50.0)	0(0.0)	0(0.0)		1(33.3)	2(7.4)	0(0.0)	
	独居	0(0.0)	0(0.0)	1(12.5)	0.353	0(0.0)	11(40.7)	1(25.0)	0.603
	夫婦	1(50.0)	9(81.8)	4(50.0)		1(33.3)	10(37.0)	2(50.0)	
	子どもと同居	1(50.0)	2(18.2)	3(37.5)		2(66.7)	3(11.1)	1(25.0)	
学歴	親と同居	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	1(3.7)	0(0.0)	
	親・子供と同居	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	1(3.7)	0(0.0)	
	その他	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	1(3.7)	0(0.0)	
	中学校	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0.109	0(0.0)	9(33.3)	1(25.0)	0.772
	高校	2(100.0)	8(72.7)	2(25.0)		2(66.7)	12(44.4)	3(75.0)	
	短大・専門学校	0(0.0)	0(0.0)	2(25.0)		1(33.3)	4(14.8)	0(0.0)	
	大学以上	0(0.0)	3(27.3)	4(50.0)		0(0.0)	2(7.4)	0(0.0)	
朝食(毎日)	はい	2(100.0)	11(100.0)	8(100.0)	-	3(100.0)	25(92.6)	3(75.0)	0.511
	いいえ	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	2(7.4)	1(25.0)	
	している	1(50.0)	10(90.9)	6(75.0)	0.316	2(66.7)	23(85.2)	3(75.0)	0.360
運動・スポーツ	時々	0(0.0)	0(0.0)	1(12.5)		0(0.0)	2(7.4)	1(25.0)	
	しない	1(50.0)	1(9.1)	1(12.5)		1(33.3)	2(7.4)	0(0.0)	
	なし	2(100.0)	9(81.8)	8(100.0)	0.581	3(100.0)	26(96.3)	4(100.0)	1.000
喫煙	あり	0(0.0)	2(18.2)	0(0.0)		0(0.0)	1(3.7)	0(0.0)	
	ある	1(50.0)	4(36.4)	5(62.5)	0.670	2(66.7)	23(85.2)	3(75.0)	0.360
飲酒(週2日飲まない)	ない	1(50.0)	7(63.6)	3(37.5)		1(33.3)	4(14.8)	1(25.0)	

1) 表中の数値は mean (SD) または n (%) 2) 一元配置分散分析検定または χ^2 検定

2. 性・年齢階級別にみた特徴 (表2)

表2に性・年齢階級のソーシャルサポート, 老研式活動能力指標 (TMIG-IG), 抑うつ (CES-D), ソーシャルサポート, 生きがい, 主観的健康感, 健康状態, 経済的ゆとり, 体力の自信について示した。

男性においては, ソーシャルサポート, 老研式活動能力指標 (TMIG-IG), 抑うつ (CES-D), 生きがい, 主観的健康感, 健康状態, 経済的ゆとり, 体力の自信について年齢による違いに有意差はみられなかった。抑うつの可能性があるものは, 60歳代0%, 70歳代18.2%, 80歳代12.5%であった。

女性では, 年齢が高くなると共に主観的健康感の低下と健康状態の悪化がみられ, 有意差があった ($p=0.004$) ($p=0.049$)。その他には有意差はみられなかった。抑うつの可能性があるものは, 60歳代と80歳代が0%, 70歳代が7.4%であった。

男性と女性の2群間において有意差があるものはみられなかった。

3. 性・年齢別の握力および開眼片足立ち時間の変化 (表3)

握力と開眼片足立ち時間を性別および65~69歳, 70~74歳, 75~79歳, 80~84歳, 85歳以上の5歳ごとの年齢階級に分けた。

男性において, 握力の年齢別平均値は, 65~69歳47.5kg, 70~74歳42.4kg, 75~79歳31.8kg, と年齢が上昇するに伴い徐々に減少し, 80~84歳で32.2kg, 85歳以上29.3kgとなり, 年齢による違いがみられた ($p=0.023$)。さらに, 年齢階級別平均値を介護予防テキスト(転倒に関する体力テストの評価基準)により「低い」, 「やや低い」, 「平均」, 「やや高い」, 「高い」の5段階で判定した。握力は, 65~69歳と70~74歳で「高い」, 75~85歳以上までの

年齢階級で「やや高い」であった。開眼片足立ち時間の年齢別平均は, 65~69歳78.5秒, 70~74歳97.3秒であったが, 75~79歳16.7秒, 80~84歳13.8秒, 85歳以上32.7秒で有意差がみられた ($p=0.003$)。5段階の判定では, 65~69歳と75~79歳および80~84歳で「平均」, 70~74歳と85歳以上で「やや高い」であった。

女性においては, 握力の年齢別平均値は, 65~69歳25.7kg, 70~74歳24.6kg, 75~79歳23.4kg, 80~84歳16.3kgと年齢が上昇するに伴い徐々に減少していた。しかし, 85歳以上 ($n=1$) 19.0kgであった ($p=0.181$)。握力の5段階の判定では65~69歳が「高い」, 70~74歳と75~79歳および85歳以上で「やや高い」, 80~84歳で「平均」であった。開眼片足立ち時間の年齢別平均は, 65~69歳107.7秒, 70~74歳75.1秒, 75~79歳47.1秒, 80~84歳29.7秒, 85歳以上10.0秒で年齢が高くなるとともに減少していた ($p=0.016$)。5段階の判定では75~79歳が「高い」, 65~69歳と70~74歳および80~84歳が「やや高い」, 85歳以上が「平均」であった。

表2. 性・年齢階級別にみた特徴

	男性 (n=21)				女性 (n=34)				
	60歳代 (n=2)	70歳代 (n=11)	80歳代 (n=8)	p	60歳代 (n=3)	70歳代 (n=27)	80歳代 (n=4)	p	
ソーシャルサポート	42.5(4.9)	38.7(5.7)	39.3(3.1)	0.610	46.0(2.0)	37.5(8.0)	42.0(1.4)	0.124	
老研式活動能力	2(100.0)	6(54.5)	6(75.0)	0.523	3(100.0)	18(66.7)	2(50.0)	0.546	
得点(TMIG-IG)	0(0.0)	5(45.5)	2(25.0)		0(0.0)	9(33.3)	2(50.0)		
抑うつ	0(0.0)	2(18.2)	1(12.5)	1.000	0(0.0)	2(7.4)	0(0.0)	1.000	
(CES-D)	なし	2(100.0)	9(81.8)		3(100.0)	25(92.6)	4(100.0)		
生きがい	あり	2(100.0)	11(100.0)	0.476	3(100.0)	25(92.6)	3(75.0)	0.511	
	なし	0(0.0)	0(0.0)		0(0.0)	2(7.4)	1(25.0)		
主観的健康感	あり	2(100.0)	7(63.6)	7(87.5)	0.470	3(100.0)	26(96.3)	1(25.0)	0.004
	なし	0(0.0)	4(36.4)	1(12.5)		0(0.0)	1(3.7)	3(75.0)	
健康状態	良好	1(50.0)	7(63.6)	5(62.5)	0.932	2(66.7)	14(51.9)	0(0.0)	0.049
	普通	1(50.0)	2(18.2)	2(25.0)		1(33.3)	12(44.4)	2(50.0)	
	悪い	0(0.0)	2(18.2)	1(12.5)		0(0.0)	1(3.7)	2(50.0)	
経済的ゆとり	あり	2(100.0)	8(72.7)	7(87.5)	0.743	3(100.0)	21(77.8)	4(100.0)	0.760
	なし	0(0.0)	3(27.3)	1(12.5)		0(0.0)	6(22.2)	0(0.0)	
体力の自信	あり	0(0.0)	3(27.3)	1(12.5)	0.739	0(0.0)	1(3.7)	0(0.0)	0.325
	普通	1(50.0)	6(54.5)	6(75.0)		3(100.0)	23(85.2)	2(50.0)	
	不安	1(50.0)	2(18.2)	1(12.5)		0(0.0)	3(11.1)	2(50.0)	

1) 表中の数値は mean (SD) または n (%) 2) 一元配置分散分析検定または χ^2 検定

表3. 性・年齢別の握力および開眼片足立ち時間

		男性 (n=21)				女性 (n=34)			
		n	Mean(SD)	判定	p	n	mean(SD)	判定	p
握力(kg)	65~69歳	2	47.5(3.5)	高い	0.023	3	25.7(3.8)	高い	0.181
	70~74歳	8	42.4(5.4)	高い		14	24.6(3.3)	やや高い	
	75~79歳	3	31.8(7.1)	やや高い		13	23.4(5.1)	やや高い	
	80~84歳	5	32.2(11.1)	やや高い		3	16.3(14.2)	平均	
	85歳以上	3	29.3(5.1)	やや高い		1	19.0	やや高い	
開眼片足立ち(秒)	65~69歳	2	78.5(58.7)	平均	0.003	3	107.7(21.4)	やや高い	0.016
	70~74歳	8	97.3(42.5)	やや高い		14	75.1(35.3)	やや高い	
	75~79歳	3	16.7(20.8)	平均		13	47.1(37.0)	高い	
	80~84歳	5	13.8(7.6)	平均		3	29.7(22.6)	やや高い	
	85歳以上	3	32.7(28.2)	やや高い		1	10.0	平均	

1) 一元配置分散分析

2) 転倒に関する体力テストの評価基準 (介護予防テキスト) : 低い, やや低い, 平均, やや高い, 高い (5段階)

VI. 考察

本研究では、女性において年齢が高くなるとBMIおよび体重が減少し、有意差がみられた。平成25年国民健康・栄養調査（厚生労働省，2013）では、BMIの平均値が男性60歳代23.6，70-74歳23.6，75-79歳23.2，80歳以上23.16であり、女性は60歳代22.6，70-74歳23.2，75-79歳23.0，80歳以上22.6であることと比較すると、グループ活動を行っている高齢者はBMIの正常範囲内ではあるものの国民の平均値より低い傾向がみられた。高齢者のBMIの減少は、高齢者の健康づくりにおいて重要視されている（下方・安藤，2012）。そこで、高齢者の健康の保持増進のためには、食事や生活習慣でBMIが18.5未満に低下することを避ける注意が必要と考えられた。

また、平成26年版高齢者白書（内閣府，2014）において、60歳以上の自主的なグループ活動への参加状況は61.0%であった。企業を退職した高齢期に、地域で様々な社会参加活動や社会貢献を行いたいと考える人は多いが、実際に自主グループ活動に参加して活動する高齢者は多くはない。市町村では、高齢期を元気にいきいきと過ごすために「高齢者のサロン」や「健康体操」など介護予防事業の取り組みを行い健康づくりや閉じこもりの防止が図られているが、大久保ら（2015）により、男性高齢者の介護予防事業への参加割合が低いことが明らかにされている。しかし、本研究の対象者らの活動のように、企業での活動経験を活かして地域でおこなうグループ活動や、高齢者大学のような生涯学習をきっかけにしたグループ活動は、戦後生まれの団塊の世代の男性を含めた高齢者のライフスタイルにあった活動であり、従来の町内会や老人会などの活動と異なった多様で柔軟な活動が可

能なために、高齢者の社会参加の機会として求められていくと考えられる。今後、このようなグループ活動が、地域における社会参加や仲間づくりのきっかけとして活用されることが重要である。

日本における高齢者の状況（厚生労働省「国民生活基礎調査」，2015）において、平成26年の65歳以上の者のいる世帯で最も多いのが夫婦のみの世帯30.7%、次に多いのが単独世帯の25.3%であった。グループ活動に参加している高齢者の家族構成では、男性が夫婦のみの世帯が全ての年齢階級において半数を超えて最も多く、次いで子どもと同居であり、女性は夫婦のみの世帯、次いで単独世帯であった。したがって、一般的な高齢者よりグループ活動をおこなっている高齢者は、配偶者や家族のサポートが得られやすい状況であったことが推察された。

また、中高年における抑うつ症状の出現状況はおおよそ10~20%といわれており、加齢と女性であることが抑うつの強さと関連すると指摘されている（梶・三島・北村他，2011）。太田（2014）による調査では、要介護認定を受けていない高齢者で抑うつの可能性があったのは男性14.9%、女性17.2%であり、女性に「地区組織への不参加」と抑うつとの関連があったという結果を報告している。本研究では、女性において抑うつがみられたのは70歳代7.4%であったことから、女性においてグループ活動に参加することが抑うつに影響した可能性が考えられた。

高齢者の生きがいや健康増進に関する先行研究により、社会活動やグループ活動が高齢者の生きがいや健康増進へ影響しているといわれている（内閣府，2014）。内閣府の『高齢者の地域社会への参加に関する意識調査』

(平成25年度)では、生きがいを十分感じている者の割合が38.5%, 多少感じている者42.4%である。一方, グループ活動に参加している高齢者は, 生きがいがあると回答したものは男性95.2%, 女性91.2%と高かった。平成26年版高齢者白書(2014)によると, 60歳以上の自主的なグループ活動への参加状況は61.0%であり, このことから一般的な高齢者に比べてグループ活動へ参加している高齢者は生きがいがあるものが多く, グループ活動への参加と生きがいに関連している可能性が予測された。

高齢者の外出行動には, 体力が関連することが山縣ら(2014)により明らかにされ, さらに, 外出行動と筋力との関連が示唆されていた。そこで, 体力の指標としての握力と開眼片足立ちの結果を文部科学省の体力・運動能力調査結果(H.25)と比較した。(図1.) (図2.)

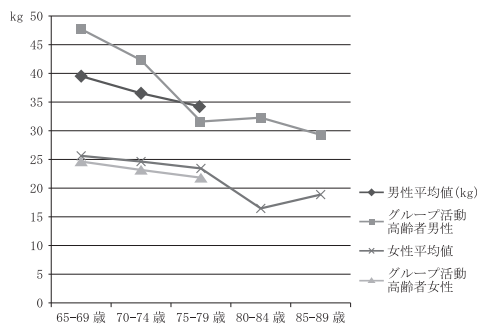


図1. 握力の年齢別平均 (文部科学省のH.25体力・運動能力調査結果)との比較

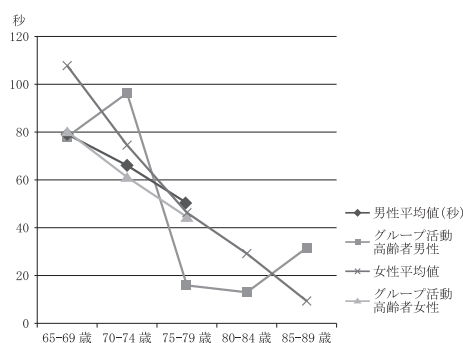


図2. 開眼片脚立ちの年齢別平均 (文部科学省のH.25体力・運動能力調査結果)との比較

握力と開眼片足立ち時間の年齢別平均の比較において, グループ活動に参加している高齢者の女性は一般の平均よりも全て高い値であった。文部科学省の体力・運動能力調査結果(2012)では, 筋力の指標である握力が男女共にピーク時以後は75~79歳において男性が約70%, 女性は約75%に低下することが示されていた。しかし, グループ活動参加の高齢者は同様の比較において男性が81.9%, 女性は80.2%の握力を維持していた。特に, 高齢者においては健康日本21(第2次)(2012)により, 日常生活における活動量や歩数の増加を推奨しており, このことから, グループ活動に参加する高齢者は外出することや仲間と交流することで体力を平均以上に維持していると考えられた。

本研究は, 高齢者の健康づくりのために, グループ活動に参加する高齢者の実態を性および年齢階級別に明らかにした。しかし, 地域や対象集団の偏りが考えられるため, 一般化することには限界がある。また, 横断研究であるため, 因果関係については明らかにできない。

今後, さらに多様な地域と対象者を増やし詳細を検討することが重要と考えられる。

VII. 結論

本研究は, グループ活動に参加する高齢者を対象に, 高齢者の健康や介護予防に関連する因子として考えられる朝食, 運動, 喫煙, 飲酒などの生活習慣, グループ活動, 主観的健康感, 抑うつ, 生活機能, 体力の実態について, 性および年齢階級別に明らかにした。その結果, グループ活動に参加する高齢者は, 年齢階級別では男性では握力 ($p=0.033$), 女性では体重 ($p=0.024$), BMI ($p=0.038$),

開眼片脚立ち ($p=0.012$) に有意差がみられた。また、男女共に年齢に関係なく抑うつが低く、生きがいを感じており、握力や開眼片脚立ちが平均よりも高いことが明らかになった。

したがって、健康寿命の延伸に向けた健康づくりを支援するためには、地域の高齢者が多様な機会を通してグループ活動に参加することができるよう支援することが重要である可能性が示唆された。

謝辞

本研究に、ご協力いただきました皆様方に深謝いたします。

【文献】

- Antonucci TC, Akiyama H. (1987). An Examination of sex differences in social support among older men and women, *Sex Roles.*, 7(11/12), 737-749.
- 古谷野亘, 柴田博, 中里克治他. (1987). 地域老人における活動能力の測定：老研式活動能力指標の開発, *日本公衆衛生雑誌*, 34 (3), 109-114.
- 岩佐一, 権藤恭之, 増井幸恵他 (2007). 日本語版「ソーシャル・サポート尺度」の信頼性ならびに妥当性-中高年者を対象とした検討-. *厚生 の 指 標*, 54(6), 26-33
- 日比野由利, 高木二郎, 神林康弘他. (2011). ソーシャルキャピタルと主観的健康感：JGSS (日本版総合社会調査) データから, *日本予防医学会雑誌*, 6 (1), 7-16.
- 梶達彦, 三島和夫, 北村真吾他. (2011). 中高年における抑うつ症状の出現と生活上のストレスとの関連-日本の一般人口を代表する大規模集団での横断研究. *精神神経学雑誌*, 113 (7), 653-661.
- 厚生労働省監修(2016-01-18)「介護予防テキスト」(転倒に関する体力テストの評価基準値) <http://www.pref.miyagi.jp/uploaded/attachment/254614.pdf>
- 厚生労働省(2016-01-18). 介護予防マニュアル(改訂版：平成24年3月) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/tp0501-1.html>
- 厚生労働省(2015-11-25). 健康日本21 (第二次), 厚生労働省告示第四百三十号, http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/kenkounippon21.html
- 厚生労働省(2016-02-1). 平成25年国民健康・栄養調査報告, <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyuu/h25-houkoku.html>
- 厚生労働統計協会(2014). 厚生 の 指 標 増刊 国民衛生の動向2014/2015, 61(9), 11.
- 厚生労働統計協会(2015). 厚生 の 指 標 増刊 国民衛生の動向2015/2016, 62(9), 53.
- 国立社会保障・人口問題研究所(2015-12-19). 日本の世帯数の将来推計 (都道府県別推計) 世帯主の男女・年齢5歳階級別・家族類型, <http://www.ipss.go.jp/pp-pjsetai/j/hpjp2014/setai/shosai.asp>
- 小西史子, 孫琳琳, 木村靖夫. (2009). 高齢者の身体状況, 体力, 生活習慣, 食生活状況および主観的健康感と生活満足度の関連, *日本健康教育学会誌*, 17(1), 14-23.
- 椋勇三郎, 川口淳, 酒井太一他. (2011) 高齢者の閉じこもりに関連する要因の分析, *久留米医学会雑誌*, 74(6-7), 163-171.
- 文部科学省 (2015-12-05). 平成24年度体力・運動能力調査結果の概要及び報告書について, http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa04/tairyoku/kekka/k_detail/1340101.html

- 内閣府 (2015-11-25). 高齢社会対策大綱,
<http://www8.cao.go.jp/kourei/measure/taikou/index-t.html>
- 内閣府 (2015-11-25). 平成26年版高齢社会白書 (全体版), <http://www8.cao.jp/kourei/whitepaper/w-2014/zenbun/>
- 内閣府 (2015-12-19). 平成25年度高齢者の地域社会への参加に関する意識調査結果 (概要版), <http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h25/sougou/gaiyo/index.html>
- 大久保豪, 斉藤民, 李賢情他. (2015). 介護予防事業への男性参加に関連する事業要因の予備的検討, 日本公衆衛生雑誌, 52(12), 1050-1058.
- 太田ひろみ. (2014). 個人レベルのソーシャルキャピタルと高齢者の主観的健康感・抑うつとの関連 男女別の検討, 日本公衆衛生雑誌, 61 (2), 71-85.
- 大友昭彦, 渡辺京子, 土屋滋他. (1996). 高齢者の運動機能と身体活動性および基礎体力の関係, リハビリテーション医学, 33
- 島悟, 鹿野達男, 北村俊則他. (1985). 新しい抑うつ性自己評価尺度について, 精神医学, 27 (6), 717-723.
- 島悟. (1985). CESD使用の手引き, 千葉テストセンター, 東京.
- 下方浩史, 安藤富士子. (2012). サルコペニア-研究の現状と未来への展望-1. 日常生活機能と骨格筋量, 筋力との関連, 日本老年医学会雑誌, 49(2), 195-198.
- 渡辺美鈴, 渡辺丈眞, 松浦尊磨他. (2005). 自立生活の在宅高齢者の閉じこもりによる要介護の発生状況について, 日老医誌, 42(1), 99-105.
- 山縣恵美, 木村みさか, 三宅基子他. (2014). 地域に在住する自立高齢者における閉じこもりリスクの実態と体力との関連, 日本公衆衛生雑誌, 61(11), 671-678.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

以下の質問は、あなたご自身についてお答えください。特に断りのない限り、該当する選択肢の番号を1つ選び○で囲んでください。()には該当する数字や文字をご記入ください。

- 問 1. 年齢 () 歳
- 問 2. 性別 1) 男 2) 女
- 問 3. あなたは普段、ご自分で健康だと思いますか。
1)非常に健康だと思う 2)まあ健康なほうだと思う 3)あまり健康でない 4)健康ではない
- 問 4. 1) 現在の身長をお答えください。(.)cm
2) 現在の体重をお答えください。(.)kg
- 問 5. 趣味をおもちですか。 1)ある 2)ない
- 問 6. 過去 3 年間に健康診断を受診しましたか。 1)受けた 2)受けていない
- 問 7. 生きがいはありますか。 1)大いにある 2)かなりある 3)少しある 4)あまりない
- 問 8. あなたの近頃の健康状態はいかがですか。
1)非常によい 2)よい 3)ふつう 4)悪い 5)非常に悪い
- 問 9.地域の組織に参加していますか。 * 該当するすべてに○印をつけてください。(複数回答可)
1)老人会・婦人会 2)スポーツの会 3)ボランティアや市民活動グループ 4)趣味・生涯学習の会
5)宗教団体 6)政治・業界団体 7)その他 ()
- 問 10. 現在、収入がある仕事をしていますか。 1)している 2)していない
- 問 11. 経済的ゆとり 1) 大変ある 2) まあある 3)あまりない 4)全くない
- 問 12. 配偶者 1) あり 2) なし ……▶ (1)未婚 (2)離婚 (3)死別
- 問 13.家族構成 1)独居 2)夫婦 3)子供と同居 4)親と同居 5)親・子供と同居 6)その他
- 問 14.最後に卒業された学校をお答えください。
1)中学 2)高校 3)短大・専門学校 4) 大学以上 5)その他()
- 問 15. 現在、服薬治療している病気はありますか。
1) なし * 該当する病名すべてに○印をつけてください。(複数回答可)
その他の疾患は具体的に病名をお書きください。
2) あり ……▶ (1)高血圧 (2)脳卒中 (3)心臓疾患 (4)糖尿病 (5)腎臓疾患 (6)肝臓疾患
(7)胃腸疾患 (8)骨粗しょう症 (9)関節炎・関節リュウマチ (10)腰痛症・神経痛
(11)呼吸器疾患 (12)排泄障害 (13)精神・神経疾患 (14)がん (15)その他

問 16. 以下にあげる生活習慣「食事」「運動」「睡眠」「飲酒」「タバコ」について、あなたの最近3ヶ月の間における状況についてお答えください。該当する選択肢の番号を1つ選び○で囲んでください。()には該当する数字や文字をご記入ください。

- 1) 朝食を毎日とり、規則正しい食事をしていますか。 (1) はい (2) いいえ
- 2) 運動・スポーツをしていますか。
(1) ほとんど毎日(週3日以上) (2) 時々(週1~2日) (3) ときたま(月1~3日) (4) しない
- 3) スポーツクラブへ所属していますか。 (1) はい (2) いいえ
- 4) 体力に自信がありますか。 (1) 自信がある (2) 普通である (3) 不安がある
- 5) 1日の平均睡眠時間は何時間ですか。 ()時間/日
- 6) 睡眠は足りていますか。 (1) 足りている (2) やや不足気味 (3) かなり不足
- 7) 飲酒は、1日日本酒1合(ビール中ビン1本)以内ですか。 (1) はい (2) いいえ
- 8) 週2日酒を飲まない日がありますか。 (1) はい (2) いいえ
- 9) タバコを吸っていますか (1) 吸わない (2) かつて吸っていた (3) 吸っている ()年間

問 17 最も該当するものを1つ選び○で囲んでください。

1) バスや電車を使って1人で外出できますか	いいえ	はい
2) 日用品の買い物ができますか	いいえ	はい
3) 自分で食事の用意ができますか	いいえ	はい
4) 請求書の支払いができますか	いいえ	はい
5) 銀行貯金・郵便貯金のおし入れが自分でできますか	いいえ	はい
6) 年金などの書類が書けますか	いいえ	はい
7) 新聞を読んでいますか	いいえ	はい
8) 本や雑誌を読んでいますか	いいえ	はい
9) 健康についての記事や番組に関心がありますか	いいえ	はい
10) 友だちの家を訪ねることがありますか	いいえ	はい
11) 家族や友だちの相談にのることがありますか	いいえ	はい
12) 病人を見舞うことがありますか	いいえ	はい
13) 若い人に自分から話しかけることがありますか	いいえ	はい

問 18. この1週間の、あなたのからだや心の状態についてお聞かいたします。下の 20 の文章を読んでください。各々のことがらについて、最も該当する番号を1つ選び○で囲んでください。

◎ もしこの1週間で全くないか、あったとしても1日も続かない場合は [1]
 ◎ 週のうち1~2日なら [2] ◎ 週のうち3~4日なら [3]
 ◎ 週のうち5日以上なら [4] のところを○でかこんでください。
 いずれにもあてはまらないと思う場合でも、より自分に近いと思うものに必ず○をつけてください。

	この1週間のうちで			
	ない	1~2日	3~4日	5日以上
1) 普段はなんでもないことがわずらわしい。	0	1	2	3
2) 食べたくない。食欲が落ちた。	0	1	2	3
3) 家族や友人から励ましてもらっても、気分が晴れない。	0	1	2	3
4) 他の人と同じ程度には、能力があると思う。	0	1	2	3
5) 物事に集中できない。	0	1	2	3
6) ゆううつだ。	0	1	2	3
7) 何をするのも面倒だ。	0	1	2	3
8) これから先のことについて積極的に考えることができる。	0	1	2	3
9) 過去のことについてくよくよ考える。	0	1	2	3
10) 何か恐ろしい気持ちがする。	0	1	2	3
11) なかなか眠れない。	0	1	2	3
12) 生活について不満なくすごせる。	0	1	2	3
13) 普段より口数が少ない。口が重い。	0	1	2	3
14) 一人ぼっちでさびしい。	0	1	2	3
15) 皆がよそよそしいと思う。	0	1	2	3
16) 毎日が楽しい。	0	1	2	3
17) 急に泣きだすことがある。	0	1	2	3
18) 悲しいと感じる。	0	1	2	3
19) 皆が自分をきらっていると感じる。	0	1	2	3
20) 仕事が手につかない。	0	1	2	3

問 19. 最後に、ご家族・友人についてうかがいます。最も該当する番号を1つ選び○で囲んでください。

	全くそう 思わない	そう 思わない	どちらか といえそ う思わ ない	ど ちら でも ない	ど ちら か と い え ば そ う 思 う	そ う 思 う	非 常 に そ う 思 う
1) 私には困った時にそばにいてくれる人がいる。	1	2	3	4	5	6	7
2) 私は喜びと悲しみを分かちあえる人がいる。	1	2	3	4	5	6	7
3) 私の家族は本当に私を助けてくれる。	1	2	3	4	5	6	7
4) 必要な時に、家族は私の心の支えとなるよう手を差し伸べてくれる。	1	2	3	4	5	6	7
5) 私の友人たちは本当に私を助けてくれようとする。	1	2	3	4	5	6	7
6) 私には喜びと悲しみを分かちあえる友人がいる。	1	2	3	4	5	6	7
7) 私は自分の問題について友人たちと話すことができる。	1	2	3	4	5	6	7

◎測定した値を空欄にご記入ください。

握力	. kg
開眼片足立ち	秒

ご質問は以上です。記入漏れがないか、今一度ご確認ください。
アンケートにご協力いただきまして、まことにありがとうございました。