

大都市ひとり暮らし高齢者の生活継続要因 —墨田区ひとり暮らし高齢者実態調査結果からⅢ—

プロジェクト1RA
東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科博士後期課程
相馬 大祐

I. はじめに

全国のひとり暮らし高齢者に関する国立社会保障・人口問題研究所の推計によれば、2005年時点で、65歳以上の単独世帯は387万世帯であるが、2030年には717万世帯に達するとしている（国立社会保障・人口問題研究所：2008）。また、75歳以上の単独世帯は2005年では197万世帯であるが、2030年には429万世帯に達するとしている（国立社会保障・人口問題研究所2008）。このように、全国的にみて、ひとり暮らし高齢者世帯は急速な増加傾向にある。

本稿では、このようなひとり暮らし高齢者の生活について、主観的健康感を視点とし、墨田区ひとり暮らし高齢者の実態調査の結果を分析した

II. 本調査回答者の年齢分布の特徴

本調査回答者の年齢分布は、一般の高齢者の年齢分布と相違する特徴があった。

まず、「墨田区各年齢（各歳）別および男女別人口」によれば、本調査とほぼ同時期の平成20年7月1日において墨田区に在住する高齢者の男女の人口は以下の図1のとおりであり、男女ともに年齢を重ねるごとに減少傾向にあることが分かる。

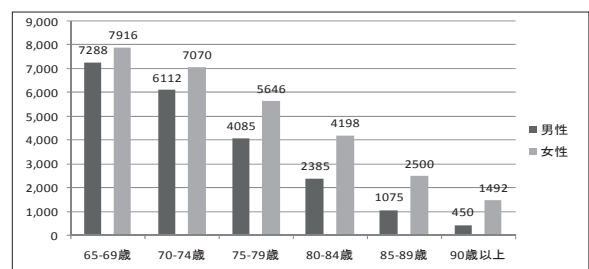


図1 墨田区の高齢者の年齢構成（出典：墨田区（2008）「墨田区各年齢（各歳）別および男女別人口」）

次に、本調査の回答者の年齢分布は、「大都市ひとり暮らし高齢者の概要」で示されている。この年齢分布について、下記の図2のように男女別に見ると、本調査の回答者の年齢分布の特徴としては、女性の場合、65-69歳から75-79歳までは増加傾向にあるのに対して、それ以上の年齢になると減少している。特に、80-84歳から85-89歳で49.7%、85-89歳から90歳で63.6%減少しており、他の年代と比べてこの年代の減少率が高い傾向にあることが分かる。

これに対して男性の場合は、65歳以上一貫して減少傾向にあり、75-79歳から80-84歳の間で58.0%減少している。

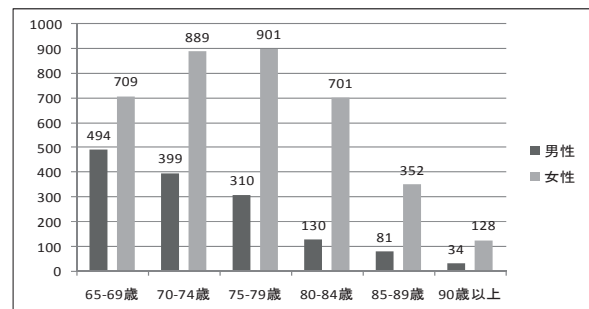


図2 本調査回答者の男女別年齢分布

Ⅲ. 研究の目的

上記のように本調査の回答者の年齢分布を概観すると、一般高齢者の年齢分布とひとりぐらし高齢者の年齢分布は異なる傾向にあることがわかる。これは、ひとりぐらしが続けられなくなる要因として、寿命のみでは説明できない、何らかの要因が潜んでいるからであると考えられる。そこで、本稿では、高齢者がひとりぐらしを続けることのできる要因を検討し、増加する日本のひとりぐらし高齢者世帯への支援について示唆を得ることを目的とする。

Ⅳ. 研究の視点

ひとりぐらしを続ける上では、まず健康であることが重要である。近藤らは、高齢者の健康寿命の喪失を死亡もしくは要介護状態と定義し、健康寿命に関連する概念とそのメカニズムを大規模調査の結果から検証している(近藤2005:近藤2007)。中でも、「主観的健康感・抑うつ」は健康寿命に大きな影響を与える要因として捉えられている。本稿では、死亡や要介護状態になることは、ひとりぐらし生活を困難にすると考え、主観的健康感に注目し分析を行った。

すなわち、調査項目としては、問10の「あなたご自身の健康状態はいかがですか」という項目に注目し、「健康である」、「まあ健康である」、「どちらとも言えない」、「あまり健康ではない」、「健康ではない」という選択肢を主観的健康感の尺度と捉えた。なお、近藤らのはうつ傾向の有無や程度における健康寿命の影響を指摘しているが、本稿では紙面が限られているため、言及できなかった。

Ⅴ. 研究結果

1. 主観的健康感に影響を及ぼす因子

(1) 年齢と性別

まず、年齢別に主観的健康感の差異はあるのかを分析した。ここでは主観的健康感を点数化し、「健康である」と答えた人に5点、「まあ健康である」を4点、「どちらとも言えない」を3点、「あまり健康ではない」を2点、「健康ではない」を1点とした。そして、点数化した主観的健康感を従属変数とし、本調査回答者は性別により年齢分布が異なることから、性・年齢別のデータを作成し、これを独立変数とする一元配置分散分析を行った。

その結果、女性のみ主観的健康感に年齢ごとの有意差が認められ、年を重ねることにより、表1のように主観的健康感の平均値は減少するが、90歳以上では増加する結果となった。さらに、Tukey法による多重比較(5%水準)を行った結果、65-69歳、70-74歳は75歳以上の各年代と、75-79歳は90歳以上以外の各年代と、80-84歳、85-89歳は79歳以下の各年代と、90歳は75歳以下の各年代と有意差が認められた。

以上の結果から、女性のみ年齢により主観的健康感に差異があることが明らかとなり、65-74歳の主観的健康感は相対的に高く、80歳以上の主観的健康感は相対的に低い傾向にあることが明らかとなった。

表1 女性年齢別の主観的健康感の平均値

	平均値	標準偏差	N
65-69歳女性	3.61	1.21	706
70-74歳女性	3.46	1.23	879
75-79歳女性	3.16	1.30	894
80-84歳女性	2.97	1.35	691
85-89歳女性	2.89	1.30	342
90歳以上女性	3.00	1.32	128
総和	3.25	1.30	3640

(2) 家計状況

次に、家計状況と主観的健康感の関係性に着目した。家計状況が主観的健康感に影響を及ぼしている、または主観的健康感が家計状況に影響を及ぼしているということは先行研究より指摘されているが、本研究でも同様な結果となった(近藤2007)。

まず、家計状況を点数化し、「家計の状況はいかがですか」という問いに対する回答として、「かなり余裕がある」を5点、「どちらかといえば余裕がある」を4点、「余裕はないが、困るようなことはない」を3点、「どちらかといえば苦しい」を2点、「かなり苦しい」を1点とした。この家計状況の点数と先述した主観的健康感の点数との相関係数を算出した。その結果、相関係数は.218、有意確率も.0%以下で、家計状況と主観的健康感には有意な相関が認められた。この結果より、先行研究と同様に家計状況と主観的健康感には関係性があることが本調査の結果でも明らかとなった。

(3) 住環境

次に、住環境と主観的健康感の関係性について検討した。本調査の住環境の質問項目は、「現在のお住まいの住宅についておうかがいします」であり、「持ち家：一戸建て」、「持ち家：集合住宅」、「民間の借家：一戸建て」、「民間の借家：集合住宅」、「区営住宅、都営住宅」、「公社・公団住宅」、「間借り」、「その他」という回答項目を設けている。

まず、分析にあたって、その住宅にずっと住み続けることのできることを重要視し、「持ち家：一戸建て」、「持ち家：集合住宅」を「持ち家」とした。同様に、「民間の借家：一戸建て」と「民間の借家：集合住宅」を「民間の借家」とし、この他の項目については、手を加えず、主観的健康感を従属変数とし、住環境を独立変数とする一元配置分散分析を行った。

その結果、主観的健康感に住環境ごとの有意差が認

められ、表2のような結果となった。さらに、Tukey法による多重比較(5%水準)を行った結果、「持ち家」は「公社・公団住宅」以外と、「民間借家」は「持ち家」と、「区営住宅、都営住宅」は「持ち家」、「公社・公団住宅」と、「公社・公団住宅」は「持ち家」、「民間借家」以外と、「間借り」は「持ち家」、「公社・公団住宅」との間で有意差が認められた。

この結果、「持ち家」以外のすべてに有意差が認められなかった「民間借家」を除くと、「持ち家」、「公社・公営住宅」に住んでいる人の主観的健康感は相対的に高く、「区営住宅、都営住宅」と「間借り」に住んでいる人の主観的健康感相対的に低い結果となった。以上のように、住んでいる住宅においても主観的健康感に差異があることが明らかとなり、住環境と主観的健康感に関係性があることが明らかとなった。

表2 住環境別の主観的健康感の平均値

	平均値	標準偏差	N
持ち家	3.38	1.28	2953
民間借家	3.15	1.33	1263
区営住宅	3.07	1.33	870
公社・公団住宅	3.38	1.31	214
間借り	2.98	1.31	193
その他	2.89	1.39	236
総和	3.25	1.32	5729

(4) 人間関係

① 家族・親族との関係

人間関係については、まず、家族・親族との関係の有無と主観的健康感に関連がないかについて確認した。項目としては、「ふだん、つきあいのある家族・親族の方がいますか」という問いに対し、「いる」、「いない」という選択肢となっている。このつきあいのある家族・親族の有無別に、主観的健康感が異なるか否かについて、t検定による検討を行った。その結果、家族・親族との付き合いがある群となし群の間に有意な差が認められた($t=9.694, df=5786, P<.01$)。すなわち、家族・親族との付き合いの有無と主観的健康感とに何らかの関係があると考えられ、付き合いの家族、親族

がいる方が、いない方より、相対的に主観的健康感の平均値が高いことが明らかとなった。

表3 普段付き合いの家族、親族の有無別主観的健康感の平均値

	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	N
普段付き合いの家族、親族いる	3.31	1.30	.02	5015
普段付き合いの家族、親族いない	2.82	1.35	.05	773

②近所付き合い

次に、近所付き合いの有無と主観的健康感に関連がないか確認した。近所付き合いについては、「近所の方とは、どのようなお付き合いをしていますか」という問いに対して、「ちょっとした相談をしたり、家を行き来するなどの交流がある」、「よく立ち話をするなどの交流がある」、「あいさつ程度のつきあいをしている」、「ほとんど交流はない」という回答項目を設けた。これらの項目に関して、近所の交流があるか、ないかに着目するため、「ちょっとした相談をしたり、家を行き来するなどの交流がある」、「よく立ち話をするなどの交流がある」、「あいさつ程度のつきあいをしている」と答えた人をまとめ、「近所付き合いあり群」とし、「ほとんど交流はない」と答えた人を「近所付き合いなし群」とし、近所付き合いの有無別に、主観的健康感が異なるか否かについてt検定を行った。その結果、近所付き合いがある群と近所付き合いがない群の間も家族・親族の付き合いの有無と同様に、有意差が認められた ($t=8.346, 5735, P<.01$)。相対的に「近所付き合いあり群」の方が「近所付き合いなし群」よりも主観的健康感が高い傾向にあった。すなわち、家族・親族の付き合いと同様に、近所付き合いの有無についても主観的健康感と何らかの関係があると考えられる。

表4 近所付き合いの有無

	平均値	標準偏差	平均値の標準誤差	N
近所付き合いあり	3.30	1.29	.01826	4987
近所付き合いなし	2.87	1.42	.05185	750

(5) うつ傾向

最後に、うつ傾向と主観的健康感に関連がないかについて確認した。うつ傾向については、「以下の中で、2週間くらい続いていることはありますか」という問いにおいて、「毎日の生活にはりが感じられない」、「これまで楽しんでやれたことが楽しくない」、「これまで楽にできたことがおっくうに感じる」、「自分は役に立つ人間だと思えない」、「わけもなく疲れたように感じる」、「特になし」という回答項目を設けた。この回答項目は、特定高齢者を選定する際のうつ尺度として使用されているものをそのまま用いた。特定高齢者の選定の際には、上記の回答項目のうち、「特になし」以外の項目を2つ以上選んだ場合、うつ予防支援を行うとされている。そこで、本稿では、「特になし」または上記の項目の1つを選択した場合、「うつ傾向なし」とし、上記の項目を2つから3つ選択した場合、「軽度うつ傾向」、4つから5つ選択した場合、「重度うつ傾向」とした変数を新たに作成した。そして、このうつ傾向の変数を独立変数として、主観的健康感の点数を従属変数とする一元配置分散分析を行った。

その結果、主観的健康感にうつ傾向の有無と程度の差において有意差が認められた。さらに、Tukey法による多重比較（5%水準）を行った結果、「うつ傾向なし」、「軽度うつ傾向」、「重度うつ傾向」、それぞれに有意差が認められた。この結果により、表6のようにうつ傾向がない状態が相対的に最も健康であり、「軽度うつ傾向」、「重度うつ傾向」になるにつれ、主観的健康感は下がっていることが明らかとなった。

表6 うつ傾向別の主観的健康感の平均値

	平均値	標準偏差	N
うつ傾向なし	3.58	1.21	3805
軽度うつ傾向	2.64	1.24	1517
重度うつ傾向	2.08	1.11	381
総和	3.23	1.32	5703

(6) まとめ

以上のように、ひとり暮らし高齢者の主観的健康感には、年齢（女性のみ）、家計状況、住環境、人間関係、うつ傾向に関連があることがわかった。しかし、主観的健康感に影響を及ぼす要因間の影響や介在する因子、主観的健康感の因果モデルについては今後さらなる分析が必要であると考えられる。

また、先述したように本調査回答者の年齢分布では、女性の場合、65-69歳から75-79歳までは増加傾向にあり、その後80-84歳以降、急速に減少傾向にあった。しかし、本稿の研究結果からは、女性のみ90歳を除き、年齢が増えるごとに主体的健康感の平均値は減少傾向にあり、有意差が認められた。つまり、年齢分布の増加傾向は、主体的健康感という視点のみでは説明することはできないと言える。また、男性に視点を移すと、本調査の回答者の年齢分布は65-69歳から一貫して減少傾向にあったが、主観的健康感の平均値を分散分析した結果、有意差は認められなかった。そのため、男性においても年齢分布の減少傾向について、主観的健康感のみでは説明することはできないと考えられる。

そこで、次節において男女別に分析を試みた。

2. 健康別にみるひとりぐらしの状況

本稿ではひとりぐらしを続けられる要因として、主観的健康感に着目した。つまり、自分は健康であると自己評価をしている人は、ひとりぐらし生活ができ、自分は健康でないと自己評価している人は、ひとりぐらし生活の継続が困難であろうという仮説のもとに、主観的健康感に影響を及ぼす因子を前節で確認した。しかし、本調査回答者の年齢分布を見ると、女性の65-79歳までの増加傾向、男性の減少傾向は主観的健康感のみで説明することは困難であることが前節で確認された。特に男性の人口の減少傾向と主観的健康感の平均値を考えた場合、男性の主観的健康感の平均値は加齢とともに減少傾向が認められなかった。また、

健康である人々を「健康群」とし、本調査の間10において、「健康である」、「まあ健康である」と答えた人を抽出するとともに、それとは逆に、「非健康群」として、「あまり健康ではない」、「健康ではない」と答えた人を男女別に抽出した表7を見ても、同様な結果となった。つまり、加齢とともに健康状態が悪くなると想定した場合、男性は加齢とともに人口そのものは減少傾向にあるにもかかわらず、健康ではない人の割合に変化がなく、健康ではない人の多くがひとりぐらしを継続できない状況に陥っているとも考えられる。また、女性の中では、健康ではない人が年齢を重ねる毎に増加傾向にあることから、健康ではなくてもひとりぐらしをしていると考えられる。

そこで、本節では、「健康群」と「非健康群」を男女別に分析し、男女別の「非健康群」の比較を行うこ

表7 性別、年齢別の健康群、非健康群

		健康群	非健康群	合計
男性	65～69歳	268	170	438
		61.2%	38.8%	100.0%
	70～74歳	206	145	351
		58.7%	41.3%	100.0%
	75～79歳	168	112	280
		60.0%	40.0%	100.0%
	80～84歳	75	43	118
63.6%		36.4%	100.0%	
85～89歳	38	33	71	
	53.5%	46.5%	100.0%	
女性	90歳以上	17	14	31
		54.8%	45.2%	100.0%
	合計	772	517	1289
		59.9%	40.1%	100.0%
	65～69歳	477	155	632
		75.5%	24.5%	100.0%
	70～74歳	547	219	766
71.4%		28.6%	100.0%	
75～79歳	465	317	782	
	59.5%	40.5%	100.0%	
80～84歳	335	286	621	
	53.9%	46.1%	100.0%	
85～89歳	149	160	309	
	48.2%	51.8%	100.0%	
90歳以上	62	50	112	
	55.4%	44.6%	100.0%	
合計	2035	1187	3222	
	63.2%	36.8%	100.0%	

とにより、男性と女性の「非健康群」の特徴から、ひとりぐらしを継続できない男性の要因とひとりぐらしを継続している女性の要因を明らかにしたい。また、男女別に捉えるため、男性健康群、男性非健康群、女性健康群、女性非健康群の4つのグループを作成し、分析を試みた。

(1) 普段の楽しみの有無

まず、普段の楽しみの有無について確認したい。男性の場合、「健康群」は普段の楽しみが「ある」人が多い傾向にある。「非健康群」は普段の楽しみが「ある」人と「ない」人が同じくらいの割合を占めている。女性の場合、「健康群」、「非健康群」ともに普段の楽しみが「ある」人が多い傾向にある。

男女の比較を試みると、女性の「非健康群」に比べ、男性の「非健康群」は、普段の楽しみは「ない」と答えた人が多い傾向にある。

表8 性別と健康別と普段の楽しみの有無のクロス表

		ある	なし	合計
男性	健康群	449 66.0%	231 34.0%	680 100.0%
	非健康群	207 46.1%	242 53.9%	449 100.0%
	合計	656 58.1%	473 41.9%	1129 100.0%
女性	健康群	1401 80.5%	340 19.5%	1741 100.0%
	非健康群	614 63.0%	361 37.0%	975 100.0%
	合計	2015 74.2%	701 25.8%	2716 100.0%

表9 性別と健康別と近所付き合いのクロス表

		相談、家の行き来の交流	立ち話程度	挨拶程度	ほとんど交流なし	合計
男性	健康群	81 10.7%	144 19.0%	380 50.2%	152 20.1%	757 100.0%
	非健康群	38 7.5%	57 11.3%	233 46.2%	176 34.9%	504 100.0%
	合計	119 9.4%	201 15.9%	613 48.6%	328 26.0%	1261 100.0%
女性	健康群	599 29.9%	588 29.4%	688 34.3%	128 6.4%	2003 100.0%
	非健康群	335 29.3%	274 23.9%	424 37.0%	112 9.8%	1145 100.0%
	合計	934 29.7%	862 27.4%	1112 35.3%	240 7.6%	3148 100.0%

(2) 近所付き合い

次に、近所付き合いについて考えたい。近所付き合いは、前節で確認したとおり、主観的健康感に影響を及ぼしていることが確認された。その結果を踏まえ、男女について差があるかを確認した。

まず、男性は、「相談、家の行き来の交流」、「立ち話程度」の近所付き合いが全体的に少ない傾向にあるが、健康ではない群では、「ほとんど交流なし」の割合が高い傾向にある。女性については、表9のように「ほとんど交流なし」に着目すると、「健康群」が「非健康群」と比べ、「ほとんど交流なし」と答えている人は若干少ない傾向にある。しかし、「非健康群」の男性と女性を比べると、「ほとんど交流なし」と答えた人は非常に少ない割合である。このように、男女で近所付き合いを比較すると、「非健康群」の男性が特に「ほとんど交流なし」の割合が高い傾向にある（表9）。

(3) 家族、親族との付き合い

次に、家族、親族との付き合いについて確認した。家族、親族との付き合いも主観的健康感に影響を及ぼしていることは前節で確認した。しかし、男女において大きな差があることが分かった。

具体的には、男性の場合、「非健康群」と「健康群」を比較した場合、付き合いのある家族、親族が「いない」と答えた人が「非健康群」で多い傾向にあることが分かった。

次に、女性の場合、「健康群」、「非健康群」を比較すると、差はあるものの、付き合いのある家族、親族の有無について、全体的に「いる」傾向にあることが分かる。それに比べ、男性に視点を移すと、女性に比べ、全体的にも付き合いのある家族、親族は「いない」傾向にある。特に、男性の「非健康群」は4割と高い割合で家族、親族付き合いがない傾向にある。

表10 性別と健康別と付き合いのある家族、親族の有無のクロス表

		いる	いない	合計
男性	健康群	585 76.9%	176 23.1%	761 100.0%
	非健康群	295 58.9%	206 41.1%	501 100.0%
	合計	880 69.7%	382 30.3%	1262 100.0%
女性	健康群	1922 95.3%	94 4.7%	2016 100.0%
	非健康群	1058 91.0%	105 9.0%	1163 100.0%
	合計	2980 93.7%	199 6.3%	3179 100.0%

(4) 会話の有無

次に、会話の有無について考えたい。「1日誰とも話さなかったことがあるか」という設問に対する結果を「健康群」と「非健康群」で比較した場合、男性

表11 性別と健康別と会話の有無のクロス表

		よくある	あまりない	たまにある	ほとんどない	合計
男性	健康群	209 28.1%	171 23.0%	127 17.1%	237 31.9%	744 100.0%
	非健康群	239 48.9%	115 23.5%	54 11.0%	81 16.6%	489 100.0%
	合計	448 36.3%	286 23.2%	181 14.7%	318 25.8%	1233 100.0%
女性	健康群	282 14.1%	561 28.1%	427 21.4%	726 36.4%	1996 100.0%
	非健康群	356 30.9%	327 28.4%	195 16.9%	274 23.8%	1152 100.0%
	合計	638 20.3%	888 28.2%	622 19.8%	1000 31.8%	3148 100.0%

も女性も「非健康群」が「よくある」と答えている傾向にあった。また、男女で比較した場合、男性の「非健康群」が女性の「非健康群」に比べ、話していないことが「よくある」と答えている傾向にあった(表11)。

(5) まとめ

以上、男女別の「健康群」、「非健康群」の比較からいくつかのことが明らかとなった。男性の「非健康群」の場合、相対的に普段の生活に楽しみはなく、近所付き合いもなく、家族、親族との付き合いもなく、誰とも話さない1日もよくある傾向にあることが分かった。以上の結果から、健康ではないと答えた人の多くは、孤独、孤立に陥っていると考えられる。特に、男女の比較から、男性の「非健康群」は女性の「非健康群」に比べ、近所付き合いや家族、親族との付き合いのない傾向にあり、孤立、孤独である状況が本稿で明らかとなった。そのため、高齢者がひとりぐらしを継続できる要因として、健康で孤独、孤立の状況に陥っていないということが考えられる。

VI. おわりに

本稿では、墨田区の高齢者の年齢分布と本調査結果の年齢分布の相違から、高齢者がひとりぐらしを続けることのできる要因を検討し、増加する日本のひとりぐらし高齢者世帯への支援について示唆を得ることを目的とした。

具体的には、主観的健康感に着目し、分析を試みた。その結果、主観的健康感に影響を及ぼす因子として、女性のみではあるが年齢、家計状況、住環境、人間関係、うつ傾向の5つの因子が確認された。しかし、この結果から、年齢と主観的健康感の関係性は女性のみあてはまり、男性にはその傾向がみられなかった。本調査の結果の年齢分布では、女性の場合、65-69歳から75-79歳にかけて人口は増加傾向にあった。しかし、主観的健康感の平均値は年齢が上がる毎に90歳以上を例外にして減少傾向にあり、有意差も認められた。このことは、主観的健康感のみでは、本調査結果の65-79歳における増加傾向の要因を探ることは困難であり、本研究の限界でもあったと考えられる。今後、主観的健康感に影響を及ぼす因子については、因子間の関係や影響の程度など、主観的健康感への影響のメカニズムを明らかにすることなどから年齢間の変化の分析の必要性が考えられる。

また、本調査の年齢分布では、男性の人口は、年齢を重ねる毎に減少傾向にあったが、男性の主観的健康感と年齢との関係性は本調査の結果からは認められなかった。この結果を本稿では、加齢とともに健康状態が悪くなると想定した場合、男性は加齢とともに人口そのものは減少するにもかかわらず、健康ではない人の割合に変化がないということは、健康ではない人の多くがひとりぐらしを継続できない状況に陥った結果と捉えた。また、女性の中では、健康ではない人が年齢を重ねる毎に増加傾向にあることから、女性は健康ではなくてもひとりぐらしをしていると考え、「健康群」と「非健康群」を男女別に分析し、男女別の「非健康群」の比較を行うことにより、ひとりぐらしを継

続できない男性の要因とひとりぐらしを継続している女性の要因を検討した。

その結果、「非健康群」は「健康群」に比べ、普段の楽しみが少なく、近所付き合いがなく、家族、親族との付き合いもなく、結果として、1日誰とも話さない人が多い傾向にあった。中でも、男性は特に顕著な傾向を示し、「非健康群」において孤独、孤立に陥る可能性が高く、ひとりぐらしが継続できなくなっているのではないかと考えられた。

そこで、ひとりぐらし高齢者の男性の支援としては、「非健康群」に当たる人に対しては、孤独、孤立に陥りやすいという本調査の結果から、多様な社会サービスなど、フォーマルな社会資源につなげる利用支援が求められる。また、家族、親族との付き合いや近所付き合いなどのインフォーマルなつながりの構築への取り組みも重要であると考えられる。

本稿はひとりぐらし高齢者のひとりぐらし生活継続要因を探ることを試みたが、多くの限界と課題があげられる。特に、主観的健康感に影響を及ぼす因子については、因子間の関係や影響の程度など、主観的健康感への影響のメカニズムを明らかにすることはできなかった。また、本調査回答者の女性の年齢分布が65-79歳において増加傾向にある要因については言及できなかった。さらに、「非健康群」が孤独、孤立に陥りやすい点を指摘したが、健康だけではなく様々な要素が絡み合い、孤独、孤立に陥っていると考えられる。以上の本稿の限界について、本調査の更なる分析で明らかにすることを今後の課題としたい。

- 1) 「主観的健康感とは、自分がどの程度健康だと考えているかを示す指標である」と村田はしている。また、「主観的健康感は、一見、主観的な指標であり、あてにならないようにみえるが、多くのコホート縦断研究によって、回答者その後の死亡や身体機能低下の予測力を持つことがわかっている」と村田はしている（村田2007）。

【引用・参考文献】

- 河合克義(2009)『大都市のひとり暮らし高齢者と社会的孤立』
法律文化社
- 近藤克則(2005)『健康格差社会 何が心と健康を蝕むのか』
医学書院
- 近藤克則編(2007)『検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』医学書院
- 村田千代栄(2007)「主観的健康感とは何か？」『検証「健康格差社会」介護予防に向けた社会疫学的大規模調査』医学書院
- 墨田区(2008)「墨田区各年齢(各歳)別および男女別人口」
- 国立社会保障・人口問題研究所(2008)「日本の世帯数の将来設計(全国推計)の要旨2008(平成20)年3月推計」