

原著

アクティブ・エイジング対象者の終の生活場所選択要因

杉原 トヨ子¹⁾ 横山 正博²⁾

1)宇部フロンティア大学人間健康学部 2) 山口県立大学大学院健康福祉学研究科

抄録

現在、自立した生活をしている対象者が終の生活場所を選択する要因を検討し、森岡理論を参考に構造方程式モデリングを用いて、その場所を自己決定するための支援の手がかりを見出すことを目的とした。生活場所選択に関する生活構造要因を明らかにするために、潜在変数を「生活の質」、「家族規範」、「社会資源」及び「生活場所」とし、それぞれの下位概念を観測変数とした。仮説にもとづき、その因果関係を説明するために多重指標モデルを作成した。その多重指標モデルの結果、妥当性が示された。対象者が終の選択場所を選択した、介護施設、医療施設、在宅のいずれの場合にも在宅志向が推測された。終の生活場所を選択することは死と真向かうことであり、死と表裏一体である自らの生き方を考える機会となる。そのためには地域で生活するアクティブ・エイジング対象者への働きかけは有用であると考えられる。

キーワード：アクティブ・エイジング対象者 終の生活場所 自己決定

I. 研究の背景・目的

厚生労働省の人口動態調査によると、人生の終の場所について、1960年では病院死が18.2%、在宅死が70.7%であった。1977年では在宅死と病院死が逆転した。その後、その格差は年毎に乖離し、2001年は在宅死が13.5%、病院死は81.2%¹⁾となった。2002年3月、民間の生命保険経済研究所の調査²⁾では、病気で死が避けられない場合には「自宅で最期を過ごしたい」と回答した人が40歳から69歳の男女で80%であったと報告されている。そして、同調査は自宅で終末期を過ごす場合は「家族の存在」が欠かせない条件であると分析されていた。また、介護保険対象者の施設入所は、高齢者本人より家族によって選択されているとの報告³⁾もある。このように、老後あるいは終の生活場所の選択については家族に依存せざるを得ない状況から、高齢者本人の意向を反映しているとは言えず、家族の意向や家族の規範⁴⁾等が終の生活場所の選択に影響していると推察される。

しかしながら、終の生活場所は高齢者本人が選択できることが望ましい。高齢者自らが終の生活場所を選択することが可能なのは、身体的、社会的、精神的に健康で本人が自立し、自らの生き方を考えられる時であると考えられる。このような時期をWHOは「老年期において、健康な生活の期待を広げ、生産性や生活の質の向上のために、ライフコースを通じて身体的、社会的、精神的な健康の機会を最も効果的にする過程である」と「アクティブ・エイジング」を定義している。わが国では西村⁵⁾がアクティブ・エイジングについて「積極的加齢」と訳され

ていると述べている。

そこで、本研究はアクティブ・エイジングと思われる元気な対象者を対象にアンケートを行い、対象者の終の生活場所選択に影響を及ぼしている要因を構造方程式モデリング (Structural Equation Modeling 「以下SEMとする」)を用いて明らかにする。終の生活場所選択は死の準備教育に繋がると考えられる。このことから対象者に対する終末期における地域保健活動の手がかりを得ることを研究の目的とした。

II. 仮説モデルの概要

モデルの作成にあたっては多重指標モデルとして森岡の生活構造モデル⁶⁾を参考に研究枠組み(図1)を参考に、終の生活場所選択の要因についてモデルを図2のように作成した。

終の生活場所の選択に際しては、個人の生活の質が家族規範や社会資源の利用を介して影響しているのではないかというモデルである。

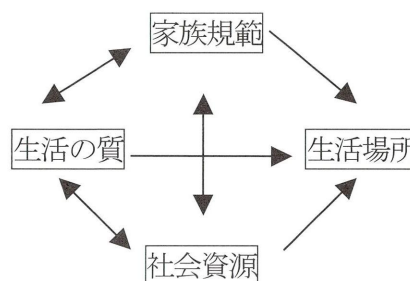


図1 研究枠組み

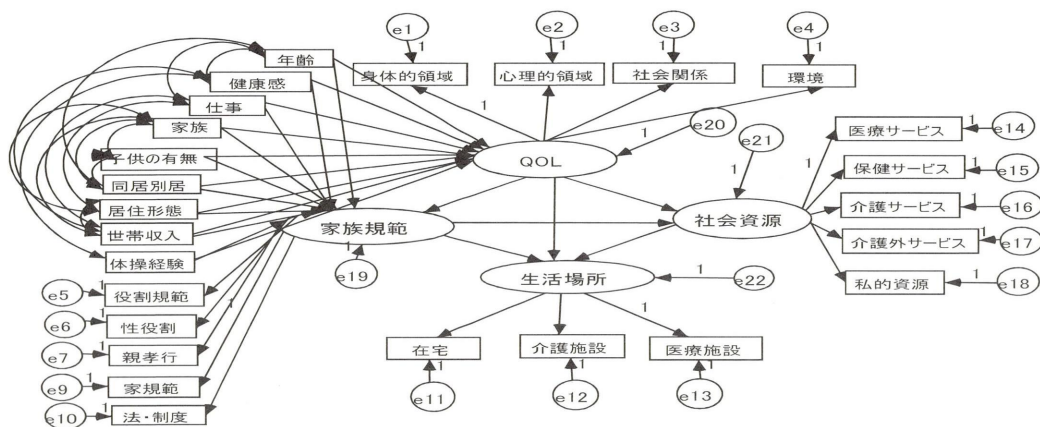


図2 生活場所選択に関する要因に関するモデル

III. 研究対象及び研究方法

1) 調査対象者

健康維持志向の高い対象者が継続参加している気功体操・太極拳教室参加者(40歳以上)で協力を得られた380名を対象者とした。その内、回答が得られたのは308名であり、その内欠損値のある回答者を除く281名(73.9%)を分析の対象者とした。

2) 調査内容

調査項目は、基本属性及び先に示したモデルの「生活の質」「家族規範」「社会資源」「生活場所」が潜在変数である。また、それぞれの潜在変数に対し観測変数を設定した。

(1) 基本属性

健康状態、就業状態、住居、収入と生活場所に影響及ぼす家族の状況と子どもの有無、子どもとの同居の有無及び現在の健康状態の目安として介護保険認定状況を調査項目とした。

(2) 多重指標モデルによる調査項目

① 社会資源

社会資源⁷⁾は公的資源と私的資源からなる。そこで生活場所に影響する公的資源を医療サービス、保健サービス、介護保険サービス、介護外サービス、私的資源を家族、親族、隣・近所、友人・知人、ボランティアとした。医療サービスはその現状について3項目を2件法で回答を求めた。また、保健サービスは2項目、介護保険サービスは3項目、介護外サービスは5項目及び私的資源は6項目の合計16項目についてその利用意向を5件法で回答を求めた。そして、それぞれの項目の合計点を算出し、その合計点を観測変数とした。

② 家族規範

家族の存在が生活場所に影響を及ぼすことから家族規範を構成概念と仮定した。なぜなら家族規範は社会規範のなかで、地域で生活する一般的な対象者と家族の標準的価値を規定すると考えられるからである。

先行研究等^{8~18)}を参考に、家族役割規範は11項目、性役割規範は5項目、家規範は7項目及び制度・法の4項目の合計32項目について「そう思う」から「そう思わない」までの5件法で回答を求めた。そして、それぞれの項目の合計点を算出し、その合計点を観測変数とした。

③ 生活の質

QOLについてDally(1971)らは個人の主観的・心理的・意識的側面を重視している。生活の質の測定は個々の価値観が異なるため、その結果は研究者の設定した価値の範囲内で限界が生じてくるといわれている。そこで、今回は構成概念として既に妥当性及び信頼性が実証されているWHO・QOL26尺度を用いることとした。

WHO・QOL26尺度の下位概念は、身体的領域は6項目、心理的領域は7項目、社会関係領域は3項目及び環境の領域は8項目の合計26項目について「非常に満足」から「全く不満」「非常にある」から「全くない」及び「非常にできる」「全くできない」の3種類5件法で回答を求めた。そして、それぞれの項目の合計点を算出し、その合計点を観測変数とした。

④ 生活場所

2003年厚生労働省は高齢者介護研究会の提言を受けて、2015年の高齢者介護の中で、新しい「住まい」として多様な住まい方の実現を提唱している。今回は現状を踏まえて終の生活場所として在宅と介護施設及び医療施設とした。そこで、現状から在宅は、自宅での同居、呼び寄せ同居、有料ホーム、グループリビングの5項目、介護施設は、介護保険施設、介護老人福祉施設、介護適用長期療養型病院、グループホームの4項目、医療施設は、個人病院、総合病院、特定機能病院、緩和ケア病院の5項目と合計14項目とした。そして、「そう思う」から「そう思わない」までの5件法で回答を求め、それぞれの項目の合計点を算出し、その合計点を観測変数とした。

- 3) 調査期間：2004年7月1日～8月31日である。
- 4) 分析方法：分析には統計解析ソフト SPSS 10.0J と Amos5 を使用し、有意確率は5%とした。
- 5) 倫理的配慮

アンケートは無記名自記式で留置法と郵送法で回収した。回答については対象者に対し質問紙の記入について口頭にて説明、依頼し質問紙の提出を持って同意とした。また、研究目的以外には質問紙の結果を使用しないことを確約し、個人情報保護のため所定の封筒に個々が封入した質問紙を回収した。データの入力及び管理についてはコード化により厳重に行った。

なお、調査に先立って、山口大学大学院教授会に研究計画を提出し承認をえた。

IV. 結果

1) 基本属性

対象者の基本属性は表1に示した。主な結果は、対象者の内訳は男性40名(14.2%)、女性241名(85.8%)であり、平均家族数は2.3人、持ち家率は92.2%、教室参加平均月数は52か月、介護保険認定者は12名(4.4%)であった。なお、性差についてt検定を行った結果殆どの項目について有意差が認められなかったため年代別で集計した。

表1 基本属性

項目	人数	割合%	項目	人数	割合%		
性別	男	40	14.4	家族形態	一人暮らし	40	14.4
	女	241	85.6		同居家族	241	85.6
	計	281	100.0		計	281	100.0
			平均・標準偏差	2.3	±0.98		
年齢構成	65～81歳	107	38.1	世帯収入	400万円未満	135	47.4
	40～64歳	174	61.9		400万円以上	128	44.9
	計	281	100.0		計	263	92.3
平均・標準偏差	62.1	±8.5	平均・標準偏差	422±	2.0		
主観的健康感	自信あり	152	54.1	子ども	有	259	92.2
	自信なし	113	40.2		無	22	7.8
	計	265	94.3		計	281	100.0
標準偏差		±0.56	標準偏差		±	0.8	
仕事の有無	仕事あり	82	29.2	子どもと同居	79	28.1	
	仕事なし	199	70.8	子どもと別居	202	71.9	
	計	281	100	計	281	100.0	
居住形態	持ち家	259	92.4	介護保険 認定	否	12	4.4
	借家	22	7.6		計	269	95.6
	計	281	100.0	計	281	100.0	
気功体操・太極拳参加平均月数・標準偏差				52	±1.37		

2) 生活場所の選択に関連する要因

生活場所の選択に関連する構成概念や観測変数について、その関連の強さや有意差の有無を明らかにするため構造方程式による分析を行った。仮説モデル図2を基本に、有意差のないパスや観測変数を削除しながら解析を行った。その結果として、生活場所の選択に関連する要因について理論的に説明可能な構造方程式モデリングを図3に示した。生活場所選択に関連する要因とその関連の強さや、因果関係を明らかにするための適合度を示す

本モデル指標は、GFI=0.879, AGFI=0.849, RMSEA=0.060であった。判定基準はGFI, AGFIは0.9以上が一つの目安とされ1に近づくほどモデルは適合しているとされる。RMSEAは0.05以下が当てはまりが良いとされる。判定基準に比べて本モデルは高い適合度を示してはいないが、標本数や観測数に影響されることが指摘されていることを勘案すると潜在変数から各観測変数のパス指数は関係性を示しており、おおむね妥当なモデル¹⁹⁾と評価できよう。

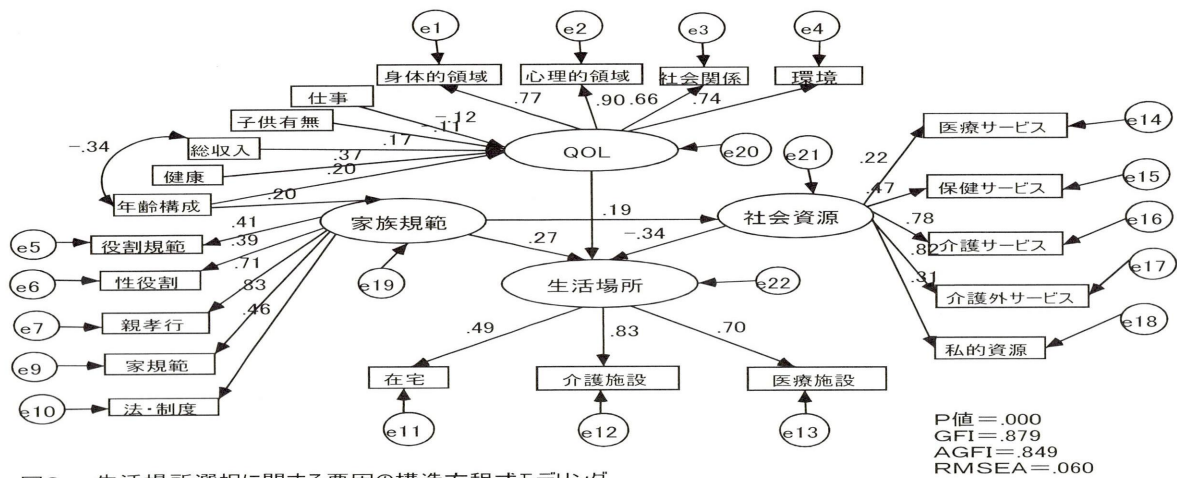


図3 生活場所選択に関する要因の構造方程式モデリング

潜在変数から各観測変数への影響指数のそれぞれについては表2に示すとおりである。

基本属性では、生活の質に仕事、子どもの有無、収入、健康、年齢、の5項目が、家族規範が年齢に有意差が認められた。

社会資源については「医療サービス」、「保健サービス」、「介護保険サービス」、「介護外サービス」と「私的資源」0.22から0.82 ($p < 0.01 \sim p < 0.001$) への影響指数であった。

家族規範については「役割規範」、「性役割規範」、「親孝行規範」、「家規範」と「法・制度」への影響指数は0.39から0.83 ($p < 0.001$) であった。また、本モデルにおける生活場所に対して、各潜在変数間関係を見ると生活

の質が直接効果で、家族規範は直接効果と社会資源を通じて間接効果との総合効果で有意に影響していた。

生活の質は0.70から0.84と「身体的領域」、「心理的領域」、「社会関係領域」と「環境」への影響指数は0.66から0.90 ($p < 0.001$) といずれも高い関連を示した。なお、社会関係領域において「性生活」に関する質問は回答率が低く、欠損値とした場合、回答率への影響が大きいため研究者間で検討し削除し25項目で分析した。

生活場所の選択においての影響指数は社会資源、家族規範、生活の質の順で高い関連を示した。また、生活場所については「在宅」、「介護施設」、「医療施設」への影響指数は-0.06から0.83 ($p < 0.001$) であった。

表2 各潜在変数に対する観測変数の影響度

生活の質	身体的領域	心理的領域	社会的関係	環境	
	0.59	0.81	0.44	0.55	
家族規範	役割規範	性役割規範	親孝行規範	家規範	法・制度
	0.17	0.15	0.50	0.69	0.21
社会資源	医療サービス	保健サービス	介護サービス	介護外サービス	私的資源
	0.05	0.22	0.61	0.67	0.10
生活場所	在宅	介護施設	医療施設		
	0.24	0.69	0.49		

潜在変数間の因果関係を表3でみると生活場所は、生活の質0.19 ($p < 0.05$)、家族規範は0.27 ($p < 0.001$)、社会資源は-0.34 ($p < 0.05$)と規定する因果関係を示した。生活の質から家族規範、社会規範には有意差が認められなかったが、生活場所に対しても有意差 ($p < 0.05$)

は認められており直接効果のみで僅かながら影響はあった。家族規範から生活場所への直接効果は0.27であるが社会資源を介して-0.06という間接効果を加え、総合効果は-0.21となった。観測変数である下位概念の質問内容に対する信頼性を確認するために潜在変数ごとに信頼係数 (Cronbach' α) を算出した。

表3 生活場所選択に対する潜在変数間の直接効果、および間接効果

関連要因	標準化間接効果	標準化直接効果	総合効果
家族規範	-0.06	0.27	0.21
生活の質		0.19	0.19
社会資源		-0.34	-0.34

3) 在宅選択に関連する要因

在宅選択の関連する要因とその関連の強さや因果関係を考慮し、明らかにするために、SEMによる多重指標モデルを用いて分析した。結果、 p 値=0.000, GFI=0.892, AGFI=0.858, RMSEA=0.070, となりおおむね妥当なモデル(図4)となった。

SEMに用いた項目については「生活の質」に有意差を認めず削除された。そのため、「家族規範」「社会資源」それに「在宅」の3潜在変数となった。そして、矢印が図3では家族規範が社会資源へ向き、在宅への影響がなくなるため方向を逆にしたが数値に0.01と殆ど差がなく、

有意差が認められたため図4のモデルを採用することとした。

在宅選択に関しては影響する要因は家族規範が0.47 ($p < 0.001$)と関係性を示し、社会資源が間接効果として0.19 僅かに影響があり、有意差 ($p < 0.05$) は認められた。家族規範への観測変数の影響指数は図3と殆ど変化は見られなかった。また、在宅の選択場所として、家族同居0.82 ($p < 0.001$)、子ども宅での同居0.50 ($p < 0.001$) 独居 ($p < 0.001$) の順で有料ホームは-0.22 ($p < 0.01$) であった。なお、これからの在宅の形態として設定したグループリビングは有意でなく削除した。

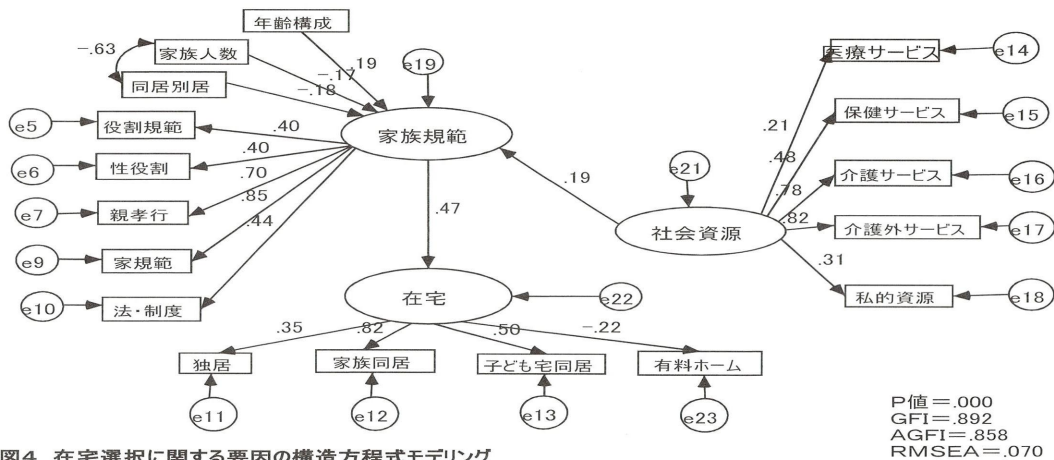


図4 在宅選択に関する要因の構造方程式モデリング

4) 介護施設選択に関連する要因

介護施設選択の関連する要因とその関連の強さや因果関係を明らかにするために、SEMによる多重指標モデルを用いて分析した。結果、 p 値=0.000, GFI=0.906, AGFI=0.879, RMSEA=0.058, となりおおむね妥当なモデル(図5)となった。SEMに用いた項目については「家族規範」が有意差を認められず削除した。そのため、「社会資源」「生活の質」および「介護施設」の3潜在変数となった。

介護施設選択に関しては影響する因子は「社会資源」が0.47 ($p < 0.05$)と関係性を示し、「生活の質」は-0.14と僅かの影響があったが有意差 ($p < 0.05$) は認められた。「社会資源」への観測変数の影響指数は図2と殆ど変らなかった。介護施設の選択場所として、影響が大きかったのは介護老人保健施設0.76 ($p < 0.01$)、介護老人福祉施設0.76 ($p < 0.001$)、介護適用長期療養型病院0.73 ($p < 0.001$) およびグループホーム0.45 ($p < 0.001$) の順であった。

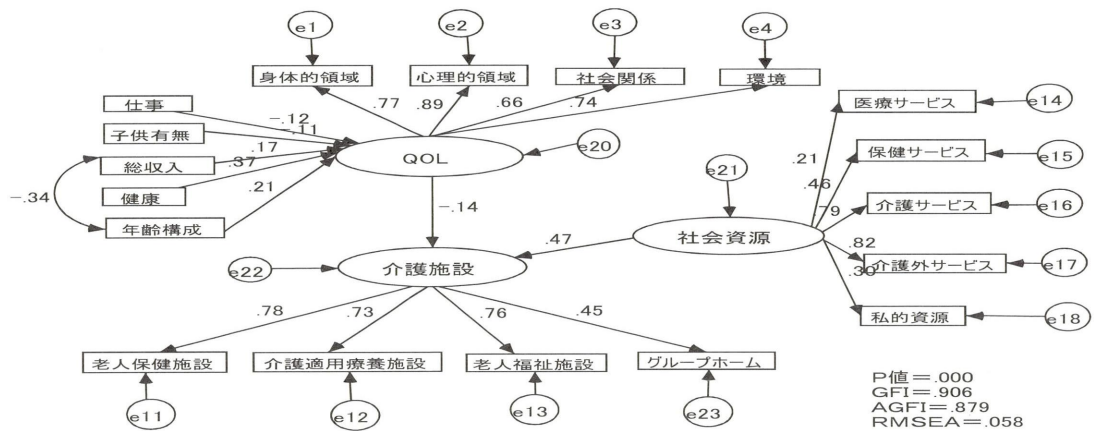


図5 介護施設選択に関する要因の構造方程式モデリング

5) 医療施設選択に関連する要因

医療施設選択の関連する要因とその関連の強さや因果関係を考慮し、明らかにするために、SEMによる多重指標モデルを用いて分析した。結果、 p 値 = 0.000, GFI = 0.892, AGFI = 0.854, RMSEA = 0.072 となり、おおむね妥当なモデル (図6) となった。SEMに用いた項目については「生活の質」に有意差が認められず削除した。そのため、「社会資源」および「医療施設」の3潜在変数となった。

医療施設選択に関しては「社会資源」が 0.40 ($p < 0.05$) と関係性を示し、「家族規範」は 0.29 ($p < 0.05$) と総合効果により僅かに影響が見られた。「社会資源」「家族規範」に対する観測変数の影響指数は図2と殆ど変わらなかった。医療施設の選択場所として、影響が大きかったのは総合病院 0.75 ($p < 0.01$)、特定機能病院 0.71 ($p < 0.001$)、医療適用長期療養型病院 0.51 ($p < 0.001$)、緩和病院 0.39 ($p < 0.001$) および個人病院 0.34 ($p < 0.001$) の順であった。

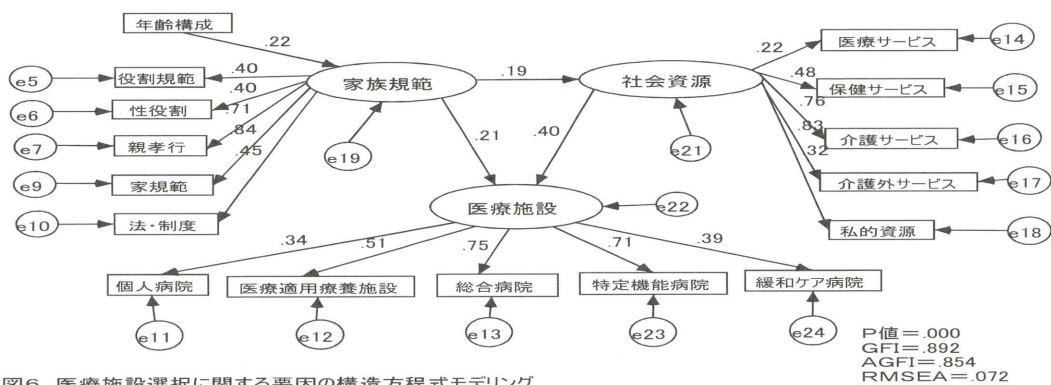


図6 医療施設選択に関する要因の構造方程式モデリング

6) バイアスの影響による研究の限界

本研究はアクティブ・エイジング対象者の調査で一定の結果が得られた。しかし、標本抽出法が有意抽出による機縁法であったため、情報バイアスが存在すると考えられる。一般化するためには、今後、無作為抽出による年代層が偏らないサンプリング調査が必要である。

V. 考察

1) 基本属性

本モデルにおいて有意差が認められた年齢、主観的健康感、仕事・子どもの有無、収入等の項目は先行研究^{20~21)}でも生活の質への影響が明らかにされており、本調査でも追認したことになる。また、年齢が家族規範に有意に影響を及ぼしていると認められたことは、対象者の年齢に幅が40代から80代と広く、それぞれの年代の社会

的背景が影響していると推察される。また、年齢構成と総収入の間に負の相関関係が認められた。このことは、対象者が平均年齢62歳と年金受給年代が多くを占めていることから、ある程度年齢が高くなると収入が減少することを示しているといえる。

2) 潜在変数の構成要因とその影響

(1) 社会資源では介護保険サービスと介護外サービスが強い影響を示した。2000年施行された介護保険は介護の社会化を目的としている。介護保険が施行された時点では、既に介護問題は家族だけでは対処が困難な状況になっており、そのニーズは急を要していた。そのことから、対象者が在宅で過ごすために、配食や移送などの福祉サービスである介護外サービスと介護保険サービスに対して、より高い関心を示したことが推察される。介護保険サービスの利用は、介護保険法施行4年が経過し制度が浸透した結果、国民への周知度が高くなったことが対象者の利用意向に強く影響したと考えられる。また、今回の対象者が健康づくりのため教室に参加しているアクティブ・エイジングな対象者であることが、保健サービスや医療サービスの利用意向の必要性の低さに影響していると考えられる。また、私的資源に対して利用意向が低い結果については、まだ自分の介護問題が現実化していないアクティブ・エイジングな対象者であることや、家族の世帯人数が2.3人と少なく、家族に依存できないことが影響していると推察される。

(2) 家族規範では、家規範と親孝行規範が強い影響を示す結果となった。戦後、家制度が廃止されたとはいえ、民法では老親扶養を規定しており、家制度が内在し続けていることが影響していると推察される。また、法・制度は社会保障制度の充実により老親扶養義務のある家族の経済的負担が減少したことにより、家族規範を規定する要因のひとつになったと考えられる。

(3) 生活の質は、心理的領域が強い影響を示す結果となった。本モデルにおいて有意差が認められた基本属性は、いずれも喪失対象であり心理的領域に属する。喪失は「小さな死」²²⁾とも例えられており、その体験に対処するためには、対象者が老いと向き合い、老いを受容するための支援が必要である。神父であり哲学者であるデーケン「死の問題に取り組むのは同時に生の問題を探究することだと言います。言い換えれば、死の哲学はそのまま生の哲学に他ならないからです。それは自分の頭で考えねばなりません」²³⁾と述べ、死に際して、どのような生なら本当に有意義だといえるかを模索するために、死の準備教育が必要であることを示唆している。また、生活の質は身体的領域にも強い影響を示していた。健康も喪失対象であり、「高齢期において運動することで健康・体力を保持できる」との報告²⁴⁾からも今回の対象者が太極拳・気功教室に参加していることは望ましい状況

である。このように健康・体力が保持できている時期が長いほど、対象者自身による終の生活場所選択の可能性が高まると推察される。また、環境領域や社会関係領域も生活の質に強い影響を示していた。環境領域については、居住環境、経済状況、生活するために必要な情報、余暇の機会の有無などは対象者の生活場所の選択に影響する。そのことに加えて社会関係領域の項目では人間関係を問うており、対象者の生活場所の選択の重要な影響要因であることを示している。

仮説モデルでは、終の生活場所の選択に関して生活の質は社会資源や家族規範に影響すると推測したが、いずれも有意ではなくパスは成立せず、今回の対象者は生活の質が社会資源や家族規範に影響しないことが明らかになった。

終の生活場所選択に関しては介護施設、医療施設、在宅の順となった。国の介護保険施行後の報告によると、現在サービスを受けている利用者の90%が質・量ともに「満足」「ほぼ満足」しており、「家族の介護負担が軽くなった」が40%、「気兼ねなく利用できるようになった」が30%となっていたことから介護施設への評価が高まっていると言えよう。

現状においては、前述したように医療施設は81.2%が人生の終の場所となっている。しかしながら、医療施設は衣食住が充足しているとは言え、生活場所とは言い難い。前述で引用した調査²⁵⁾から在宅で終末期を過ごせない理由に「症状が急変した時不安である」の回答が57.3%あり、疾病との関連から終末期は入院となる場合が多く、居場所として医療施設のニーズが高いと推察される。末期状態の場合はできるだけ「住み慣れた場所で最後を迎えたい」62%、「家族との時間を多くしたい」43%の回答結果から在宅で過ごしたいと望む人が多い。しかし、在宅は介護保険の施行後もまだ24時間対応や休日対応が不十分である。在宅で過ごしたいというニーズは強いが、現状の在宅サービスが不十分であるため、終の生活場所の選択ができない現状が推察される。

3) 終の生活場所の選択の影響要因

生活場所の影響を各潜在変数間の関係で見ると、生活の質が直接効果で、家族規範は直接効果と社会資源を通じて間接効果との総合効果で有意に影響していた。また、生活場所選択に対する社会資源の影響指数が負の数値であることから、在宅で社会資源の利用意向が低くなると介護施設の選択が増えることになる。すなわち、在宅で利用者が必要とする社会資源サービスが十分多く利用されるならば、生活場所として介護施設の選択は増えないと言い換えられる。また、社会資源の利用意向が低くても、在宅の選択はある程度は増えるともいえる。このことは社会資源の状況にかかわらず、家族規範として家で老親を看る子どもの存在や、最後まで対象者が在宅です

ごしたいと言う気持ちが在宅の選択に影響していると推察される。医療機関の選択については、疾病の状態が影響するため終の場所として多くなったと考えられる。

家族規範の影響指数は社会資源の間接効果が加わり数値が上昇している。家族規範の影響が強くなると、生活場所への影響も強くなっている。このことから、生活場所選択には家族の意向や規範の影響が大きいと推察される。在宅での介護が困難とする理由の第一が「介護してくれる家族に負担がかかる」²⁾という報告からも、生活場所の選択に際し、対象者の自己決定に家族が影響することは明らかである。家族形態が大きく変化し核家族が多くを占める昨今、遠く離れた地域の住む老親の介護は扶養する意志があるとしても実状は困難な面が多い。このような現況から、介護保険の果たす役割と期待は今後とも増大すると考えられる。

生活の質は生活場所に強い影響を及ぼすと仮定をしていたが影響指数は低い数値を示した。それは、今回の対象者はアクティブ・エイジング対象者であり、持ち家率が高く、物心両面でゆとりのある生活をしているためと推察される。

4) 生活場所の選択結果

(1) 在宅の場合

図4に示すように、在宅では年齢、家族人数と子どもとの同居・別居に有意差を認め、強い相関関係を示していた。在宅に関しては、家族の存在が欠かせない要因であることを裏付ける結果といえる。在宅では家族規範のみが影響しており、生活の質、社会資源の影響を受けていなかった。このことからまた、今回の対象者では在宅を継続するには家族の存在が影響しているといえる。望ましい居住形態は家族との同居が高率であることもその裏づけになっていると考えられる。

(2) 介護施設の場合

図5に示すように、介護施設では、観測変数は本モデルと変わらず、介護施設は社会資源の影響を強く受け、生活の質は有意を認め僅かながら影響し、家族規範は有意でなく削除されたモデルとなった。

介護施設のなかで老人福祉施設は人生の最後を迎える場としての認識が長年あり、また、長年の入所のためか家族との関係は希薄であると推察される。施設として介護老人保健施設、老人福祉施設、介護適用長期療養型病院の3施設がいずれも高い影響数値を示しており、グループホームは影響指数が低めであった。グループホームは特定の対象者に利用されている施設であることから一般への周知度が低く、そのことが影響しているのではないかと推察される。しかしながら今後は、プライバシーやアドボカシーの観点から誰でも利用できるようなれば、グループ・ホームのように少人数ホームが介護施設として望ましい形態と考えられる。

(3) 医療施設の場合

図6に示すように、医療施設では社会資源と家族規範から影響を受け、生活の質は有意でなく削除されたモデルとなった。医療施設そのものが社会資源であり、また、入院に伴う家族を巻き込んだ関わりが多々あり、介護施設と異なった家族の役割が期待されていると推察される。対象者が選択した影響指数が高い医療機関は総合病院、特定機能病院となっていた。これらの病院は早期の治療・回復を目的とした施設であり、現状では長期入院が想定できないと考えられるアクティブ・エイジング対象者であることが影響していると考えられる。

VI. 結論

本モデルは構造方程式モデリングとして妥当性が一応評価され、アクティブ・エイジング対象者が終の生活場所選択に際し、社会資源、家族規範、生活の質の順に影響していることが明らかになった。終の生活場所を選択するにあたって、社会資源では配食などの福祉サービスである介護外サービス、家族規範では家規範が、生活の質では心理的領域がそれぞれ強い影響を示した。基本属性の項目である喪失対象は生活の質に影響し先行研究を追認していた。また、対象者の年代幅が広くその年代の社会的背景が家族規範に影響し、終の生活場所を選択するときの自己決定に影響すると考えられる。そこで、日々健康に過ごしているアクティブ・エイジング対象者に対し、終の生活場所選択に関して個々の生活の質とそれぞれの家族の規範に配慮し、社会資源の活用等を内容とした地域保健活動は有用と考える。

謝辞

アンケート調査にご協力くださいました周南武術太極拳協会会長浜田宏氏、調査対象者の皆様に深謝いたします。

本研究は山口県立大学大学院健康福祉学研究科健康福祉学専攻に提出した論文の一部を加筆、修正したものである。

文献

- 1) 人口動態統計年報、死亡場所別に見た死亡場所構成割合の年次推移、厚生労働、2002、
<http://www.mhlw.go.jp/tokei/saikin/hw/jinkou/suii01/de th5.html>
- 2) 第一生命相互会社、終末期医療に関する意識調査、4-6、(株)ライフデザイン、2002
- 3) 介護保険データブック2004、69、国民健康保険中央会、2004
- 4) 森岡清美、新しい家族社会学、78-158、培風館、1987
- 5) 西村淳、オーストラリア高齢者の生きがい、いきがい研究、4、74、(財)長寿社会開発センター、1998

- 6) 横山正博, 西村洋子, 介護概論, 128, メジカルフレンド社, 1997
- 7) 三浦紀子, 森岡清志, 佐々木衛編, 生活構造, 46-55, 東京大学出版会, 1986
- 8) 直井道子, 高齢者と家族, 18-205, サイエンス社, 1993
- 9) 春日キスヨ, 家族の条件, 128-150, 岩波書店, 1994
- 10) 樋口恵子編, 家族探求, 10-224, 中央法規, 1999
- 14) 目黒衣子, 渡辺秀樹編, 講座社会学 家族, 東京大学出版会, 1999
- 15) 大橋薫, 増田光吉, 家族社会学, 川島書店, 1978
- 16) Sheila Peace, Caroline Holland and Leonie Kellaheer : Environment and Identity in Later Life, Open University Press, Maidenhead, 2006
- 17) Cindy S. Bergeman and Steven M. Boker : Methodological Issues in Aging Research, Lawrence Erlbaum Associates, Mahawah, 2006
- 18) 森岡清美, 現代家族変動論, ミネルヴァ書房, 1998
- 19) 豊田秀樹, 共分散構造分析 (入門編), 構造方程式モデリング, 170-188, 朝倉書店, 2002
- 20) 高野和良, 都市高齢者会の生きがい, 325-340, ミネルヴァ書房, 2001
- 21) 古谷野巨, 幸福な老いの研究, 生きがい研究 8, 48-70, (財)長寿社会開発センター, 2003
- 22) キューブラ・ロス/霜山徳爾, 沼野元義訳, 生命尽くして 生と死のワークショップ, 172-173, 産業図書, 1994
- 23) アルフォンス・デーケン, 死とどう向き合うか, 231, 日本放送出版協会, 1996
- 24) 足立正樹, 高齢者の社会参画によるアクティブ・エイジング実現に関する調査報告書, (財)兵庫県ヒューマン研究機構長寿社会研究所, 2003

Factor to select of the last life place among active aging persons

Toyoko Sugihara¹⁾ Masahiro Yokoyama²⁾

1) Ube Frontier University 2) Yamaguchi Prefectural University

Abstract

This study aimed at investigating the factor about how the middle and advanced age ,who were doing independent life, selected their life place of the end. And it also aimed at finding clues for support to encourage their self-determination about the place, by using the structural equation modeling referred to the Morioka theory. In order to clarify the life structure factor concerning life place selection, potential variables were set as "Qualify of life", "Family standard", "Social resource", and "Life place". Each subordinate concept were set as an observation variable. Multiple index models were made so as to explain the causal relation based on the hypothesis. As a result the multiple index models validity was shown. And their home-stay oriented was guessed in any case of their selections, nursing facilities, medical facilities, and staying home. The selection of end life place means to face death and leads to think about how to live, inextricably linked to death. Therefore, it's useful to approach actively middle-aged and older who lead their life in the area.

Key word : active aging persons , last life place, self-decision