

自覚的健康観の健康指標としての有効性

——「健康日本21」に向けて——

カンダ アキラ オジマ トシユキ ヤナガワ ヒロシ
神田 晃*1 尾島 俊之*2 柳川 洋*3

I はじめに

国民の健康水準の向上のために実施されている健康増進事業は、昭和63年の「アクティブ80ヘルスプラン」を契機に、一次予防を基本に押し進められてきた¹⁾。現在は実施された事業を見直す時期であり、事業のプロセス評価や事業が有効であったか否かの評価が問われている。例えば、老人保健事業においては、事業計画に始まり、マンパワー確保、他職種間の連携、事業の達成度、実施後の有効性に至る各項目の評価が「保健事業評価マニュアル」²⁾に基づいて全国の市区町村で行われている。この種の、評価に裏付けられた上での、今後の具体的な健康増進の目標選定が重視されており、これについては、健康水準及び生活習慣病のリスクに関する具体的な目標値を定めて、市区町村に方向付けを与えようとする「健康日本21」の策定作業が進行中である³⁾。

このような状況の中で、地域レベルの健康増進のために、健康に対する総合的で、分かりやすく、かつ将来の地域の健康度を反映するような指標値の選定が強く望まれている。そこで、健康に対する総合的判断項目として「自覚的健康観」に着目した。

自覚的健康観は、自分自身の健康状態の主観的評価であり⁴⁾、死亡率、有病率等の客観的指標では表せない、より全体的な健康状態を捉える健康指標として注目され、諸症状^{4)~6)}、生活習慣⁷⁾やQuality of life⁸⁾との関連が検討されている。しかしながら、ある時点の自覚的健康観と

数年後の健康指標との関連を全国レベルで検討した例は見当たらない。そこで、全国の世帯員を対象に行われている国民生活基礎調査の間診項目である自覚的健康観の全国的な推移、さらに他の健康指標との関連を分析することにより、自覚的健康観が地域の健康指標値として有効か否かを検討することを目的とした。また、最近では、負の健康観を表す自覚的疲労観についても、咀嚼満足度⁹⁾、食生活パターン¹⁰⁾との関連があることが報告されている。

そこで、自覚的健康観について、「よい」と回答する傾向と「よくない」もしくは「あまりよくない」と回答する傾向の両方について分析した。

II 方法

国民生活基礎調査の年次は、5年毎に発表される都道府県別生命表の年次(1985, 1990, 1995年)に近い1986年, 1989年, 及び1995年^{11)~13)}を用いた。1985年の調査では、自覚的健康観の質問は20歳以上が対象であり、また、各調査年度の全国及び都道府県の年齢階級別回答は25歳を区切りに10歳毎に集計されていることから、25歳以上を分析の対象とした。

国民生活基礎調査の健康票の中で、質問「あなたの現在の健康状態は」に対する回答を自覚的健康観の指標として取り上げた。回答の選択肢「よい」、「まあよい」、「ふつう」、「あまりよくない」、「よくない」のうち、「よい」と回答した率(以下、「よい率」とする)、及び「あまり

* 1 昭和大学医学部公衆衛生学講師

* 2 自治医科大学保健科学講師

* 3 埼玉県立大学副学長

表1 年次別に見た自覚的健康観の全国値

	よい率	よくない率
1986年	0.23	0.14
1989	0.25	0.13
1995	0.29	0.10

注 25歳以上の自覚的健康観が「よい」の回答率を「よい率」、「あまりよくない」または「よくない」の回答率を「よくない率」とした。回答率は1985年モデル人口を用いて直接法年齢調整を行った。

表2 都道府県別に見た自覚的健康観の標準化率と順位

		よくない率						よい率					
		1986年		1989年		1995年		1986年		1989年		1995年	
		順	率	順	率	順	率	順	率	順	率	順	率
北海道	17	1.078	6	1.138	5	1.213	22	1.155	27	1.018	43	0.968	
青森	6	1.205	26	0.992	15	1.083	23	1.153	29	0.994	40	0.978	
岩手	14	1.119	8	1.129	18	1.070	33	1.066	28	1.001	34	1.005	
宮城	37	0.959	38	0.916	39	0.946	9	1.251	34	0.947	19	1.071	
秋田	34	0.985	16	1.040	36	0.957	40	1.028	21	1.040	39	0.981	
山形	40	0.948	24	0.999	13	1.085	29	1.098	13	1.083	33	1.007	
福島	35	0.980	37	0.919	31	0.998	8	1.257	39	0.938	9	1.143	
茨城	47	0.815	47	0.751	44	0.880	5	1.321	41	0.923	30	1.020	
栃木	39	0.951	40	0.911	41	0.899	10	1.250	45	0.910	12	1.125	
群馬	46	0.913	44	0.866	45	0.852	14	1.206	42	0.920	18	1.074	
埼玉	29	1.012	41	0.893	37	0.954	21	1.157	25	1.029	36	0.996	
千葉	38	0.952	43	0.881	35	0.964	19	1.160	23	1.031	17	1.084	
東京	22	1.047	31	0.974	28	1.021	20	1.158	26	1.024	27	1.027	
神奈川	41	0.934	33	0.964	25	1.034	25	1.133	11	1.091	35	1.002	
新潟	43	0.923	39	0.911	29	1.019	11	1.247	47	0.876	6	1.160	
富山	27	1.024	13	1.081	10	1.111	47	0.892	3	1.188	46	0.911	
石川	36	0.968	27	0.991	17	1.072	37	1.051	22	1.037	37	0.993	
福井	7	1.196	23	1.000	11	1.096	45	0.990	24	1.029	44	0.954	
山梨	45	0.915	45	0.853	46	0.850	4	1.453	5	1.163	4	1.204	
長野	28	1.017	32	0.965	34	0.967	12	1.232	10	1.108	13	1.122	
岐阜	19	1.065	15	1.041	23	1.045	43	1.001	44	0.911	26	1.032	
静岡	42	0.930	35	0.947	33	0.970	24	1.142	15	1.079	10	1.140	
愛知	26	1.024	29	0.981	19	1.069	36	1.062	38	0.942	24	1.051	
三重	30	1.008	42	0.881	40	0.916	17	1.169	12	1.091	31	1.013	
滋賀	18	1.068	34	0.961	26	1.032	42	1.012	46	0.895	41	0.977	
京都	20	1.061	19	1.025	27	1.031	39	1.033	30	0.981	28	1.021	
大阪	13	1.120	10	1.089	7	1.149	32	1.076	37	0.946	45	0.940	
兵庫	15	1.101	18	1.026	—	—	41	1.019	32	0.954	—	—	
奈良	23	1.047	36	0.930	21	1.063	27	1.112	40	0.932	29	1.021	
和歌山	21	1.052	11	1.086	43	0.892	15	1.198	7	1.120	21	1.060	
鳥取	8	1.194	3	1.178	12	1.094	31	1.076	31	0.973	22	1.054	
島根	24	1.044	5	1.141	24	1.036	26	1.130	20	1.042	23	1.052	
岡山	25	1.042	17	1.039	22	1.059	34	1.066	17	1.071	14	1.095	
広島	1	1.326	1	1.275	1	1.243	44	0.994	36	0.947	42	0.976	
山口	12	1.139	30	0.980	30	1.009	30	1.081	16	1.072	8	1.148	
徳島	9	1.170	21	1.011	14	1.085	16	1.192	19	1.046	25	1.041	
香川	10	1.164	7	1.137	3	1.220	46	0.973	43	0.913	38	0.988	
愛媛	4	1.211	2	1.178	8	1.143	38	1.034	35	0.947	20	1.060	
高知	2	1.261	9	1.118	2	1.239	18	1.163	9	1.108	16	1.090	
福岡	3	1.260	12	1.084	6	1.174	28	1.111	33	0.950	32	1.008	
佐賀	16	1.092	28	0.989	16	1.076	13	1.219	8	1.111	11	1.130	
長崎	5	1.210	4	1.161	4	1.216	35	1.062	18	1.053	15	1.092	
熊本	31	0.995	22	1.006	20	1.068	6	1.318	14	1.079	7	1.152	
大分	11	1.144	14	1.049	9	1.132	7	1.316	4	1.182	5	1.191	
宮崎	32	0.995	20	1.017	38	0.947	3	1.511	2	1.223	2	1.291	
鹿児島	33	0.988	25	0.996	32	0.997	2	1.529	6	1.138	3	1.256	
沖縄	44	0.917	46	0.829	42	0.898	1	1.858	1	1.325	1	1.378	

注 1) 間接法年齢調整を行った値(標準化率)及びその降順順位を示した。

2) 標準化率=都道府県別よい〔よくない〕数/〔全国のよい〔よくない〕率×都道府県別人口〕年齢階級別値の合計

よくない」または「よくない」と回答した率(以下、「よくない率」とする)の25歳以上全国値を、1985年モデル人口を用いて直接法で年齢調整を行い、年次推移を比較した。都道府県別値は間接法年齢調整を行い、年次別都道府県別標準化率を算出した。計算方法は、当該年度における、都道府県別のよい数〔よくない数〕を観

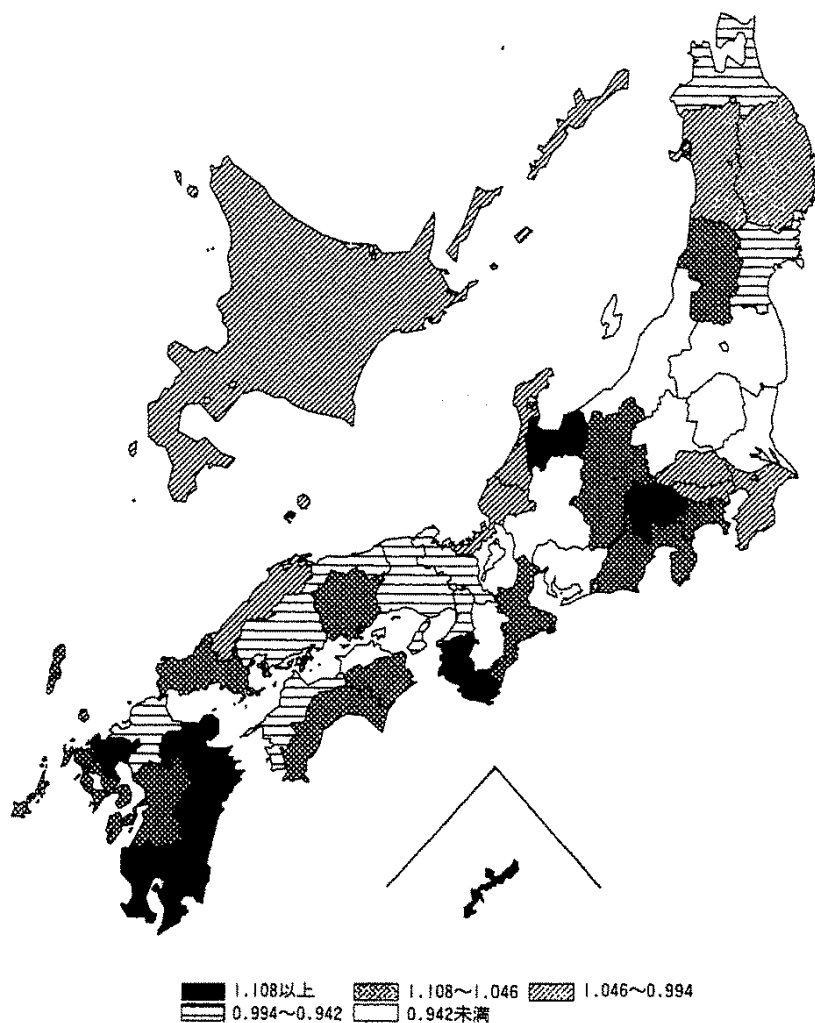
察値とし、全国のよい率〔よくない率〕×都道府県別人口を年齢階級毎に求め、それらを合計した値を期待値として、観察値÷期待値を標準化よい率〔よくない率〕と定義した。年齢階級は25歳から10年毎に区切った。なお、85歳以上から最高齢までは一階級とした。

健康指標との関連については、自覚的健康観の都道府県別標準化よい率〔よくない率〕と、人口動態統計^{14)~18)}による全死因、悪性新生物、脳血管疾患、心疾患、心不全、結核、肺炎、老衰の都道府県別年齢調整死亡率、及び生命表¹⁹⁾による都道府県別平均余命(0歳, 65歳, 85歳)との相関を年次別に分析した。これにより、よい率、よくない率のいずれが将来予測指標として有効かを検討した。

III 結 果

自覚的健康観のよい率は1986~1995年にかけて上昇し、よくない率は低下していた(表1)。各都道府県の自覚的健康観の標準化率を間接法年齢調整によって求めた結果は、表2のとおりであった。よい率が高い都道府県は、概ねよくない率が低い傾向を示したが、高知、大分のように、よい率もよくない率

図1 都道府県別自覚的健康観「よい率」分布(1989年)



注 間接法年齢調整を行った値(標準化率)。高い順に20パーセントイルずつ5段階に分けて示した。

も比較的高い都道府県、逆に茨城、栃木、群馬、奈良のようによい率もよくない率も比較的低い年次がある都道府県も見られた。1989年のよい率の都道府県別分布を高い順に20パーセントイルずつ5段階に分けて地図で示したところ(図1)、よい率は、福岡を除く九州地方が高い傾向があった。また、低い地域は東海地方と近畿地方の内陸部、北関東と新潟、福島に集積して見られた。

自覚的健康観の1986~1995年全国値の変動と同時期に、全国的な年齢調整死亡率の低下及び平均寿命の上昇が見られ、1975~1995年のデータから1次回帰により将来値を推計すると、男女とも、全死因の年齢調整死亡率は兵庫県(1995年の値が1月の阪神・淡路大震災の影響で上昇)と沖縄県(1985年から

図2 年次別都道府県別に見た全死因の年齢調整死亡率(既存データ及び1次回帰による推計値)

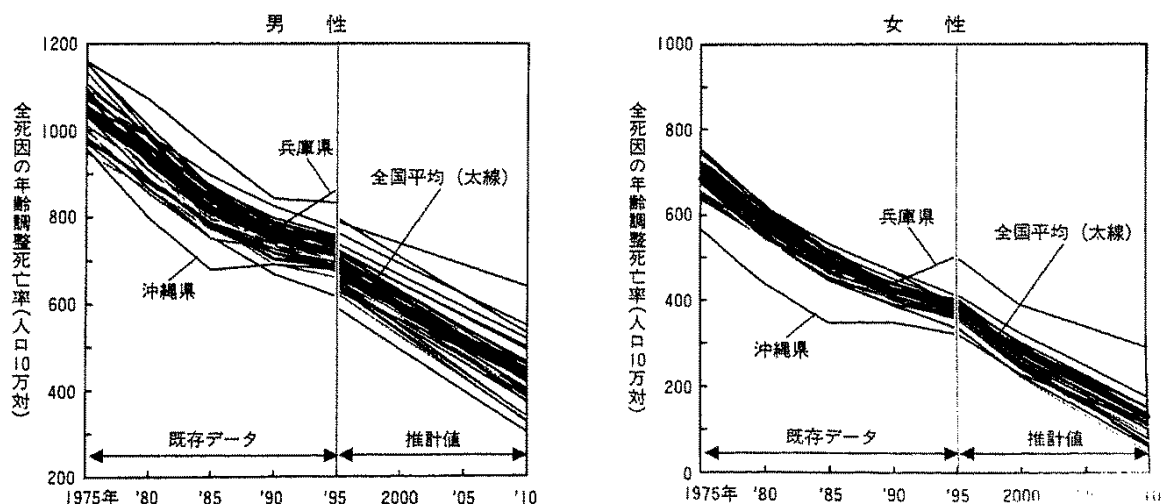


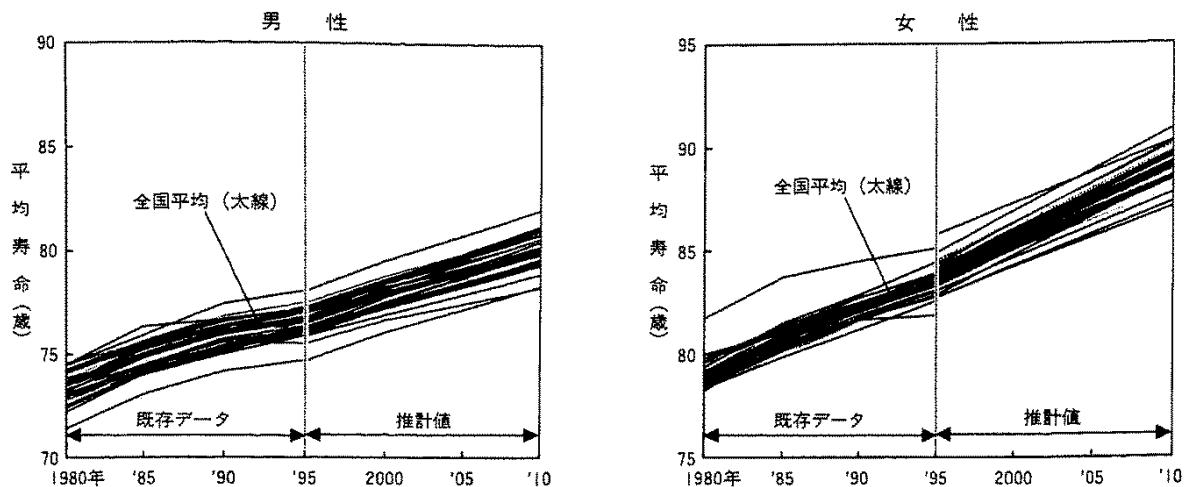
図3 年次別都道府県別に見た平均寿命
(既存データ及び1次回帰による推計値)

表3 都道府県別に見た自覚的健康観と年齢調整死亡率及び平均余命との相関

		健康観 (よくない率)			健康観 (よい率)		
		1986年	1989	1995	1986年	1989	1995
全死因	1985年	0.01	—	—	0.09	—	—
	1990	0.23	0.06	—	0.12	-0.17	—
	1995	0.22	0.02	-0.07	0.09	-0.24	-0.06
悪性新生物	1985年	0.19	—	—	-0.21	—	—
	1990	0.24	0.22	—	-0.23	-0.22	—
	1995	0.27	0.19	0.19	-0.21	-0.27	-0.32*
脳血管疾患	1985年	-0.47***	—	—	0.29*	—	—
	1990	-0.44**	-0.38**	—	0.34	-0.11	—
	1995	-0.34*	-0.35*	-0.43**	0.24	-0.16	0.08
心疾患	1985年	0.10	—	—	0.28	—	—
	1990	0.08	-0.09	—	0.29*	-0.11	—
	1995	0.12	-0.13	-0.06	0.02	-0.30*	-0.22
心不全	1985年	0.17	—	—	-0.31*	—	—
	1990	0.12	-0.03	—	-0.10	-0.30*	—
	1995	0.04	-0.03	-0.07	0.09	-0.20	0.15
結核	1985年	0.35*	—	—	-0.13	—	—
	1990	0.16	0.01	—	-0.16	-0.04	—
	1995	0.15	-0.11	-0.01	-0.08	0.06	-0.08
肺炎	1985年	0.20	—	—	-0.09	—	—
	1990	0.03	0.07	—	-0.06	0.05	—
	1995	0.23	0.07	0.20	-0.06	0.00	-0.08
老衰	1985年	-0.08	—	—	-0.21	—	—
	1990	-0.26	-0.30*	—	0.02	-0.26	—
	1995	-0.20	-0.27	-0.36*	0.03	-0.17	0.06
0歳平均余命	1985年	-0.14	—	—	-0.18	—	—
	1990	-0.25	-0.13	—	-0.05	0.26	—
	1995	-0.17	0.00	0.08	-0.05	0.31*	0.16
65歳平均余命	1985年	0.17	—	—	0.06	—	—
	1990	0.05	0.19	—	0.12	0.44**	—
	1995	0.10	0.26	0.23	0.10	0.47***	0.37*
85歳平均余命	1985年	0.26	—	—	0.28	—	—
	1990	0.28	0.27	—	0.18	0.37*	—
	1995	0.36*	0.30*	0.43**	0.12	0.37***	0.27

注 1) * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$, *** $P < 0.001$ (スピアマンの順位相関による)2) $n = 47$ ただし、1995年は $n = 46$ (兵庫県を除く)

1990年にかけて上昇)を除いてほぼ全域で低下傾向を示し、平均寿命は上昇傾向を示した(図2, 3)。そこで、自覚的健康観の都道府県別標準化率と、同年次ないしそれより後の年次の年齢調整死亡率及び平均余命との相関を見たところ、表3に示すように、脳血管疾患死亡率とよくない率との間にいずれの年次間にも有意な負の相関が見られた。老衰についてもよくない率と弱い負の相関が見られたが、いずれもよい率との相関には一定の傾向は見られなかった。悪性新生物死亡率、心不全死亡率は、よい率の高い方が死亡率は低い傾向が見られたが、よい率

より後年次の死亡率との関連は弱かった。

均余命が長い傾向が見られた。

平均余命との関連においては、1995年の0歳、65歳、85歳平均余命のいずれも、1989年のよい率と有意な正の相関が見られたが、1995年の85歳平均余命と1986、1989、1995年のよくない率との関連は逆に、よくない率が高い方が85歳平

IV 考 察

自覚的健康観が将来の地域の健康を反映する指標として有効か否かを検討するために、都道

府県別データを用いて、自覚的健康観の標準化率と、調査年次及びそれより後の年次の平均余命、年齢調整死亡率との関連を見た。その結果、1989年の自覚的健康観がよい率と、1995年の0歳、65歳、及び85歳平均余命との間に弱い正の相関が見られた。このことは、自覚的健康観がよい率が高かったことが同年次及び数年後の平均余命上昇と関連する可能性を示した。しかしながら、自覚的健康観がよくない率と85歳平均余命との関連は逆転していた。これは、よい率、よくない率がともに高い都道府県（大分、高知など）と、ともに低い都道府県（群馬、栃木など）の影響が考えられ、前者は85歳平均余命が長く、脳血管疾患死亡率が低いが、後者は逆の傾向があることから、よくない率を指標とした場合の自覚的健康観良好度との逆相関に多少関与していると思われる。また、よくない率と脳血管疾患死亡率との間に負相関が見られたことは、自覚症状がないほど短期間に発症する可能性が考えられるが、国民生活基礎調査の問診項目で、よくない率の類似項目と考えられる有訴者率（何らかの自覚症状を持つ率）で多かった症状は、1986年、1989年、1995年のいずれも腰痛、肩こり、手足の関節痛といった骨格筋系の症状であったことから^{11)~13)}、よくない率と脳血管疾患死亡との直接の関連を示したとは考えにくく、「よくない」内容、程度や都道府県格差を考慮して調査する必要がある。

以上のことから、自覚的健康観は数年後の平均余命を反映する可能性があるが、本研究で見られたよくない率との関連が高齢での平均余命や脳血管疾患死亡率に限って見られる傾向か、または都道府県における自覚的健康観の「まあよい」、「ふつう」も含めた回答パターンの偏りとの関連かは、さらに検討する必要がある。

V ま と め

自覚的健康観は、数年後の平均余命を反映する可能性があるが、自覚的健康観のよい率を上げる、あるいはよくない率を下げるのが数年後の健康指標値の改善に結びつくかどうかは、

都道府県格差や死因となる疾病の特性を考慮して、さらに検討する必要があると思われる。

この研究は、平成9～10年度厚生科学研究費補助金(厚生科学特別研究事業)「健康増進のための多面的指標および到達目標の設定ならびにその評価手法に関する研究」の一部として行った。

文 献

- 1) 厚生統計協会編。国民衛生の動向。厚生指標 1998; 45(9)。
- 2) 保健事業評価マニュアル作成研究班。保健事業評価マニュアル。東京: 東京都衛生局, 1996。
- 3) 東京大学医学部保健社会学教室編。保健・医療・看護調査ハンドブック。東京: 東京大学出版会, 1992。
- 4) Kawada T, Kiryu Y, Sasazawa Y et al. Prevalence of insomnia and its relationship to the health habits or status of women living along a city road. Part 1. Epidemiologic study. Environmental Health and Preventive Medicine 1997; 1: 211-5。
- 5) 古橋信晃, 山本蒔子。勤労女性の月経困難症と月経前緊張症に関する生活習慣・健康調査。産婦人科の実際 1997; 46: 1883-8。
- 6) 佐藤元, 荒記俊一, 橋本明 他。慢性関節リウマチ患者のQOLと患者の主観的健康感・生活満足度との関係について。日本公衛誌 1995; 42: 743-53。
- 7) 宮田延子, 大森正英, 水野敏明 他。在宅高齢者の健康度と生活習慣——第一報 健康生活習慣からみた健康高齢者の特性。日本公衛誌 1997; 44: 574-84。
- 8) 伊津野孝, 宮川路子, 杉森裕樹 他。ベータセプト病患者におけるquality of lifeの主観的生活満足度に及ぼす影響。日本公衛誌 1998; 45: 979-86。
- 9) 正村一人, 吉田英世, 小野桂子 他。高齢者の主観的咀嚼満足と残存歯数および健康観との関連性。日本公衛誌 1996; 43: 835-42。
- 10) 池田順子, 米山京子, 完岡市光。中学生期における食生活, 生活状況の変化と疲労自覚症状との関連。日本公衛誌 1998; 45: 1099-113。
- 11) 厚生省大臣官房統計情報部編。平成7年国民生活基礎調査。東京: 厚生統計協会, 1997。
- 12) 厚生省大臣官房統計情報部編。平成元年国民生活基礎調査。東京: 厚生統計協会, 1991。
- 13) 厚生省大臣官房統計情報部編。昭和61年国民生活基礎調査。東京: 厚生統計協会, 1988。
- 14) 厚生省大臣官房統計情報部編。平成7年人口動態統計。東京: 厚生統計協会, 1997。
- 15) 厚生省大臣官房統計情報部編。平成2年人口動態統計。東京: 厚生統計協会, 1992。
- 16) 厚生省大臣官房統計情報部編。昭和60年人口動態統計。東京: 厚生統計協会, 1987。
- 17) 厚生省大臣官房統計情報部編。昭和55年人口動態統計。東京: 厚生統計協会, 1982。
- 18) 厚生省大臣官房統計情報部編。昭和50年人口動態統計。東京: 厚生統計協会, 1977。
- 19) 厚生統計協会編。平成7年都道府県別生命表。厚生指標 1997; 44(16)。