

島嶼地域住民の主観的健康感の関連要因に関する研究

シ ミズ コウ コ セキ ヒ サ エ カ ム ラ アイ
志水 幸* 1 小関 久恵* 2 嘉村 藍* 3

目的 サクセスフル・エイジングに資するべく、日常生活行動の典型例の抽出が可能な島嶼^{しよ}地域住民を対象に、ライフスタイルを構成する多元的要素を包括する視点から主観的健康感に関連する要因を明らかにする。

方法 山形県酒田市飛島に居住する満40歳以上の住民208人を対象に、訪問面接調査法（一部、配票留置法）による悉皆調査を実施した。調査項目は、基本属性、社会関連性指標、老研式活動能力指標、ソーシャルサポート、生活満足度、健康生活習慣に関する85項目を設定した。解析方法として、単変量解析では、質的変数の検定に χ^2 検定を、量的変数の検定にはt検定を適用した。さらに、多変量解析では、主観的健康感を目的変数とし、単変量解析で有意差が認められた項目を説明変数とするロジスティックモデルを構築し、強制投入法により変数の独立性について検討した。

結果 調査対象者のうち、192人（回収率92.3%）から回答を得た。壮年期ではISI（社会関連性指標）の「便利な道具の利用」の「実施群」が、高齢期ではISIの「訪問機会」「積極性」の「実施群」、LSI-Kの「去年と同じように元気である」の「肯定的回答群」が、壮年期・高齢期の両群ではLSI-Kの「物事を深刻に考える」の「肯定的回答群」において、主観的健康感が高いことが明らかになった。

結論 主観的健康感には加齢に伴い、身体的要因よりも精神的・社会的要因の影響を強く受けることが示唆された。

キーワード 主観的健康感、サクセスフル・エイジング、ライフスタイル、島嶼地域

緒 言

超高齢社会を迎えるわが国では、根拠に基づく介護予防施策の確立が喫緊の課題である。老年関連学界の先行研究の知見に鑑みれば、サクセスフル・エイジングの実現に向け、身体的・精神的な自立能力の予防的維持のみならず、より主観的な要素にまで踏み込んだ幸福感や生活満足などを視野に入れ、健康寿命の保持に資する予防的福祉概念の構築が志向されている。

なかでも、主観的健康感に関する先行研究の知見によれば、基本属性や客観的な健康指標等の要因による影響を調整した後でも、なお生命予後を予測する効果が高いことが明らかにされている¹⁾²⁾。したがって、主観的健康感の関連要因を検討することは、健康寿命の保持に寄与する要因の特定の一助となる。

そこで本研究では、調査対象地域として、地理的・空間的条件により生活圏が限定され、かつ日常生活行動の典型例の抽出が比較的可能な

* 1 北海道医療大学大学院看護福祉学研究科助教授 * 2 東北公益文科大学公益学部助手

* 3 仙台白百合女子大学人間学部助手

島嶼地域を選択した。また、調査対象者として、サクセスフル・エイジングのための準備段階に当たる壮年期および高齢期を選択し、ライフスタイルを構成する多元的な要素を視野に入れ、主観的健康感に関連する要因を解明することを目的とした。

方 法

(1) 調査対象

調査対象地域は、山形県酒田市に属する孤立小型離島である飛島（人口315人、高齢化率57.1%：2004年9月10日現在）である。調査対象者は、飛島に居住する満40歳以上の住民208人である。

(2) 調査方法

調査方法は、訪問面接調査法を原則とする悉皆調査である。調査対象者の都合により、面接による聞き取りが困難であった場合に限り、配票留置法を採用した。

なお、訪問面接調査は、2004年9月6日から9月9日の4日間の中で実施した。

(3) 調査項目

調査項目は、1) 基本属性に関する10項目、

表1 基本属性と主観的健康感の分布状況

(単位 人、()内%)

	壮年期	高齢期
性 別	78(100.0)	114(100.0)
男性	37(47.4)	49(43.0)
女性	41(52.6)	65(57.0)
年齢階層		
壮年期	78(40.6)	・
前期高齢者	・	64(33.3)
後期高齢者	・	50(26.0)
同居者の有無	78(100.0)	111(100.0)
いる	73(93.6)	87(78.4)
職業の有無	78(100.0)	114(100.0)
あり	54(69.2)	69(60.5)
主観的健康感	77(100.0)	108(100.0)
非常に健康である	5(6.5)	23(21.3)
健康な方である	60(77.9)	52(48.1)
あまり健康ではない	10(13.0)	24(22.2)
健康ではない	2(2.6)	9(8.3)

2) 社会関連性指標³⁾(Index of Social Interaction 以下、ISI)に関する18項目、3) 老研式活動能力指標⁴⁾に関する13項目、4) ソーシャルサポート⁵⁾に関する8項目、5) 生活満足度尺度K⁶⁾(Life Satisfaction Index K 以下、LSI-K)に関する9項目、6) 健康生活習慣(健康生活習慣実践指標-Health Practice Index 以下、HPI⁷⁾-8項目、主観的健康感に関する1項目を含む)に関する22項目、7) 健康状態に関する5項目、の合計85項目を設定した。

(4) 分析方法

1) 集計方法

主観的健康感については、「非常に健康である」「健康な方である」と回答した群を「健康群」とし、「あまり健康ではない」「健康ではない」と回答した群を「非健康群」として分類した。ISIについては、実施状況により「実施群」「非実施群」の2群に分類した。老研式活動能力指標については、活動能力の状況により「できる群」「できない群」の2群に分類した。ソーシャルサポートについては、サポート提供者が「いる群」「いない群」の2群に分類した。LSI-Kについては、「肯定的回答群」「否定的回答群」の2群に分類した。健康生活習慣については、実践状況により「実践群」「非実践群」の2群に分類した。

2) 解析方法

回収した質問紙票をもとに、表計算ソフト(Microsoft Excel)を用いてデータセットを作成し、統計ソフトSPSS(12.0J for Windows)を用いて以下の解析を行った。

単変量解析では、量的変数の検定にt検定を、質的変数の検定には χ^2 検定を適用した。さらに、多変量解析では、主観的健康感を目的変数とし、単変量解析(χ^2 検定)で有意差が認められた項目を説明変数とするロジスティックモデルを構築し、強制投入法により変数の独立性を検討した。なお、t検定、 χ^2 検定の有意水準を5%以下とし、ロジスティックモデルによる分析の有意水準を10%以下とした。

結 果

(1) 回収率および基本属性の分布状況

調査対象者である飛鳥に居住する40歳以上の住民208人のうち、192人（回収率92.3%）から回答を得た。

表1に、基本属性と主観的健康感の分布状況を示した。性別については、壮年期・高齢期の両群で女性の割合が高く、壮年期では52.6%、高齢期では57.0%であった。年齢階層については、壮年期が40.6%、前期高齢者が33.3%、後

表2 主観的健康感と各指標得点との関連

	壮年期 (平均値±標準偏差)	高齢期 (平均値±標準偏差)
ISI		
健康群	13.5±0.3	13.3±0.3*
非健康群	12.1±0.9	10.6±0.6
老研式活動能力指標		
健康群	11.3±0.2	10.7±0.2*
非健康群	11.1±0.4	8.8±0.6
ソーシャルサポート		
健康群	7.3±0.2	7.4±0.1
非健康群	7.8±0.1	7.0±0.3
LSI-K		
健康群	4.9±0.2	5.3±0.2*
非健康群	3.8±0.7	2.9±0.3
HPI		
健康群	4.7±0.2	5.8±0.2
非健康群	3.6±0.5	5.3±0.3

注 * : $p < 0.05$ (t検定)

表3 主観的健康感とISIとの関連

	壮年期 オッズ比(95%信頼区間)	高齢期 オッズ比(95%信頼区間)
家族との会話	-	1.1(0.3- 4.8)
家族以外との会話	-	2.4(0.6- 10.3)
訪問機会	3.0(0.5- 18.6)	7.6(2.2- 26.7)*
活動参加	0.9(0.2- 3.7)	2.5(1.0- 6.2)
テレビの視聴	-	-
新聞の購読	2.7(0.5- 13.3)	1.9(0.5- 7.3)
本・雑誌の購読	0.4(0.1- 1.5)	1.1(0.5- 2.5)
役割の遂行	3.9(0.8- 19.0)	3.3(1.2- 9.3)*
相談者	1.9(0.3- 11.0)	2.4(0.7- 8.3)
緊急時の援助者	6.2(0.8- 49.2)	3.5(0.6- 22.0)
近所づきあい	-	-
趣味	2.3(0.5- 10.5)	2.4(0.9- 5.7)
便利な道具の利用	21.0(2.0-224.3)*	1.5(0.6- 3.9)
健康への配慮	-	2.3(0.1- 38.1)
規則的な生活	6.8(1.2- 38.9)*	2.4(0.5- 12.6)
生活の工夫	2.8(0.2- 33.8)	3.1(0.9- 10.9)
積極性	5.7(0.3- 98.5)	16.0(1.8-139.1)*
社会への貢献	1.8(0.2- 19.1)	2.5(0.9- 6.5)

注 1) オッズ比：非実施群を1とした場合の、実施群における健康群の相対出現率を表している。

2) * : $p < 0.05$ (χ^2 検定)

3) - : オッズ比計算不能

期高齢者が26.0%であった。同居者の有無については、壮年期・高齢期の両群で極めて高い同居率を示し、壮年期では93.6%、高齢期では78.4%となっていた。職業については、高齢期の就業率が60.5%と高かった。主観的健康感の分布については、壮年期では84.4%、高齢期では69.4%から「非常に健康である」「健康な方である」との回答を得た。また、壮年期と比較し、高齢期では「健康群」が減少する傾向にあった。

(2) 主観的健康感と各指標得点との関連

表2に、主観的健康感と各指標得点との関連を示した。壮年期では、「健康群」と「非健康群」ともに、すべての指標の得点に差がみられなかった。これに対して、高齢期では、すべての指標において、「非健康群」と比較し「健康

表4 主観的健康感と老研式活動能力指標との関連

	壮年期 オッズ比(95%信頼区間)	高齢期 オッズ比(95%信頼区間)
船などでの外出	5.6(0.3-97.0)	4.8(1.3-17.9)*
日用品の買い物	-	8.0(1.5-42.1)*
食事の準備	-	3.6(1.1-11.5)*
請求書の支払い	-	2.6(0.9- 7.7)
預貯金の出し入れ	-	5.1(1.6-16.7)*
書類の記入	2.7(0.2-32.7)	3.2(1.2- 8.4)*
新聞を読む	2.9(0.6-14.3)	1.1(0.4- 3.1)
本・雑誌を読む	0.6(0.2- 2.1)	1.4(0.6- 3.3)
健康情報に関心を持つ	0.6(0.1- 5.6)	1.9(0.5- 7.5)
知人宅の訪問	3.0(0.5-18.6)	4.2(1.4-12.2)*
家族等の相談にのる	2.8(0.2-33.3)	1.4(0.5- 4.2)
病人を見舞う	1.0(0.1- 9.8)	8.8(2.2-35.0)*
若い人に話しかける	3.0(0.5-18.6)	2.5(0.9- 6.5)

注 1) オッズ比：「できない群」を1とした場合の、「できる群」における「健康群」の相対出現率を表している。

2) * : $p < 0.05$ (χ^2 検定)

3) - : オッズ比計算不能

表5 主観的健康感とソーシャルサポートとの関連

	壮年期 オッズ比(95%信頼区間)	高齢期 オッズ比(95%信頼区間)
心配事を聞いてくれる人	-	-
2～3日の看病をしてくれる人	-	0.3(0.0-2.2)
気を配ってくれる人	-	-
元気づけてくれる人	-	-
お金を貸してくれる人	0.6(0.1-3.0)	1.8(0.7-4.6)
くつろいだ気分になれる人	-	1.3(0.4-4.8)
用事・留守番を頼める人	-	3.2(1.2-9.0)*
長期間の看病をしてくれる人	-	1.4(0.2-9.1)

注 1) オッズ比：サポート提供者が「いない群」を1とした場合の、サポート提供者が「いる群」における健康群の相対出現率を表している。

2) * : $p < 0.05$ (χ^2 検定)

3) - : オッズ比計算不能

群」の得点が高く、特に、ISI 得点、老研式活動能力指標得点、LSI-K 得点において健康群の得点が有意に高かった。

(3) 主観的健康感と各指標との関連(χ^2 検定)

表3に、主観的健康感とISIとの関連を示した。壮年期では、「便利な道具の利用」「規則的な生活」の項目において、「実施している群」のオッズ比が有意に高かった。高齢期では、「訪問機会」「役割の遂行」「積極性」などの項目において、「実施している群」のオッズ比が有意に高かった。

表4に、主観的健康感と老研式活動能力指標との関連を示した。壮年期では有意な関連がみられなかったものの、高齢期では「日用品の買い物」「預貯金の出し入れ」「病人を見舞う」などの項目において、「できる群」のオッズ比が有意に高かった。

表5に、主観的健康感とソーシャルサポートとの関連を示した。壮年期では有意な関連がみられなかったものの、高齢期では「用事・留守番」の項目において、サポート提供者が「いる群」のオッズ比が有意に高かった。

表6に、主観的健康感とLSI-Kとの関連を示した。「物事を深刻に考える」の項目において、壮年期、高齢期ともに、「肯定的回答群」のオッズ比が有意に高かった。壮年期で有意差が示されたものは当該項目のみであったが、高齢期では「去年と同じように元気である」「不幸せなことがある」「人生について満足している」などの項目においても、「肯定的回答群」のオッズ比が有意に高かった。

表7に、主観的健康感と健康生活習慣との関連を示した。壮年期では有意な関連がみられなかったものの、高齢期では「生活の規則性」「栄養のバランス」「自覚的ストレス」などの項目において、「実践群」のオッズ比が有意に高かった。

(4) 主観的健康感と各指標との関連(ロジスティックモデル)

表8に、単変量解析において有意差が認めら

表6 主観的健康感とLSI-Kとの関連

	壮年期 オッズ比(95%信頼区間)	高齢期 オッズ比(95%信頼区間)
去年と同じように元気である	4.1(0.9-17.4)	9.5(3.7-24.4)*
不幸せなことがある	3.0(0.7-12.1)	4.6(1.9-11.4)*
小さなことを気にする	2.9(0.8-10.4)	2.8(1.2-6.5)*
自分の人生は恵まれている	2.3(0.6-8.4)	3.7(1.3-10.4)*
以前より役立たなくなった	0.9(0.2-3.2)	3.2(1.2-8.4)*
人生について満足している	4.2(0.5-34.7)	3.8(1.5-9.5)*
生きることは大変厳しい	1.1(0.3-4.7)	1.6(0.5-5.4)
物事を深刻に考える	5.7(1.1-28.4)*	5.6(2.1-14.6)*
求めていることを実現できた	1.0(0.2-4.1)	1.4(0.6-3.3)

注 1) オッズ比:「否定的回答群」を1とした場合の、「肯定的回答群」における「健康群」の相対出現率を表している。

2) *: $p < 0.05$ (χ^2 検定)

3) LSI-Kでは、各質問項目に用意された選択肢のうち、あらかじめ設定されている人生や老いについての肯定的な選択肢を選んだ群を肯定的回答群としている。

表7 主観的健康感と健康生活習慣との関連

	壮年期 オッズ比(95%信頼区間)	高齢期 オッズ比(95%信頼区間)
生活の規則性	2.4(0.7-8.3)	4.7(1.7-13.1)*
趣味	1.4(0.4-4.9)	2.4(1.0-5.6)
多忙感	2.4(0.3-20.7)	0.6(0.3-1.4)
定期的な運動	1.0(0.2-4.4)	1.6(0.6-4.4)
飲酒	2.6(0.7-9.2)	0.6(0.2-1.9)
喫煙	1.5(0.4-5.7)	2.6(0.7-9.5)
睡眠時間	2.1(0.4-12.1)	1.1(0.4-2.9)
食事	2.0(0.6-7.2)	3.6(1.2-10.7)*
栄養のバランス	0.7(0.2-2.7)	3.8(1.5-9.9)*
朝食	1.7(0.3-9.2)	3.5(2.6-4.7)*
嗜好品	1.1(0.3-4.6)	0.7(0.3-1.7)
間食	0.4(0.1-1.6)	0.5(0.2-1.3)
塩分	1.3(0.4-4.4)	1.1(0.5-2.7)
労働時間	1.1(0.3-4.0)	0.9(0.2-3.8)
自覚的ストレス	2.8(0.3-23.8)	3.0(1.3-7.2)*

注 1) オッズ比:良好な生活習慣の「非実践群」を1とした場合の、「実践群」における「健康群」の相対出現率を表している。

2) *: $p < 0.05$ (χ^2 検定)

れた項目を説明変数とし、主観的健康感を目的変数とするロジスティックモデルを構築し、強制投入法による解析の結果を示した。

壮年期では、ISIの「便利な道具の利用」、LSI-Kの「物事を深刻に考える(肯定的回答群)」の項目が、独立性の高い変数として検出された。高齢期では、ISIの「訪問機会が多い」「積極性がある」、ソーシャルサポートの「用事・留守番のサポート提供者がいる」、LSI-Kの「去年と同じように元気である」「物事を深刻に考える(肯定的回答群)」、健康生活習慣の「自覚的ストレスがない」の項目が、独立性の高い変数として検出された。

表8 主観的健康感と各指標との関連

考 察

主観的健康感に関する先行研究は、高齢者を対象としたものが多く、壮年期を視野に入れたものはほとんど見当たらない。しかし、Atchley の所説によれば、社会的地位・役割の喪失を経験する高齢期に向かう時、それ以前に形成してきた行動パターンや生活、パーソナリティの継続性を維持しつつ移行することが、望ましい適応の様式であるとされる⁹⁾。敷衍すれば、壮年期のライフスタイルのあり方が、その延長線上にある高齢期のライフスタイルに継承され、なおかつサクセスフル・エイジングのあり方を規定するといっても過言ではない。したがって、健康寿命の保持に資する主観的健康感の関連要因を検討する上で、壮年期を視野に入れた検討の必要性を見過してはならない。

以下、分析結果について検討する。壮年期では ISI の「便利な道具の利用」の「実施群」が、高齢期では ISI の「訪問機会」「積極性」の「実施群」、LSI-K の「去年と同じように元気である」の「肯定的回答群」が、壮年期・高齢期の両群では LSI-K の「物事を深刻に考える」の「肯定的回答群」において、主観的健康感が高いことが明らかになった。WHO 憲章によれば、健康概念とは身体的・精神的・社会的要素を包括する多元的概念である。分析結果によれば、壮年期群では潜在化していた精神的・社会的要因が、高齢期群ではより顕在化することによって、主観的健康感に強い影響を与えていることが明らかになった。このことは、一方で加齢による健康概念の質的変容を、他方では主観的健康感の多元的補足要因をも示唆するものである。

Peterson らは Seligman の所説に基づき、人々がとるライフイベントに対する独自の説明スタイルに着目し、リスク・ファクターとしての悲観的態度と疾病との関連の検討をもとに、

	壮年期 オッズ比(95%信頼区間)	高齢期 オッズ比(95%信頼区間)
ISI		
訪問機会		4.0(0.9- 18.2) +
役割の遂行		1.1(0.3- 4.4)
便利な道具の利用	17.9(1.1-296.8) *	
規則的な生活	2.8(0.3- 25.2)	
積極性		9.6(6.8-119.3) +
老研式活動能力指標		
外出		0.9(0.1- 8.0)
日用品の買い物		1.0(0.1- 8.0)
食事の準備		2.0(0.4- 9.7)
預貯金の出し入れ		2.2(0.3- 18.1)
書類の記入		1.4(0.3- 7.3)
知人宅の訪問		1.3(0.3- 6.5)
病人を見舞う		2.9(0.4- 18.5)
ソーシャルサポート		
用事・留守番		4.4(1.4- 14.0) *
LSI-K		
去年と同じように元気である		10.3(2.8- 38.1) **
不幸せなことがある		2.4(0.6- 9.8)
小さなことを気にする		0.6(0.2- 2.1)
自分の人生は恵まれている		2.4(0.4- 13.6)
以前より役立たなくなった		3.0(0.8- 11.1)
人生について満足している		2.4(0.6- 9.5)
物事を深刻に考える	6.5(1.2- 34.7) *	8.0(1.9- 34.7) *
健康生活習慣		
生活の規則性		3.2(0.6- 16.2)
食事		1.8(0.3- 10.9)
栄養のバランス		1.8(0.6- 5.8)
朝食		-
自覚的ストレス		2.9(1.0- 8.4) *

- 注 1) オッズ比：各項目において、「良好でない回答群」を1とした場合の、「良好な回答群」における「健康群」の相対出現率を表している。なお、算出にあたっては、性別、同居・独居の状況、職業の有無を調整変数として投入した。
 2) + : $p < 0.1$, * : $p < 0.05$, ** : $p < 0.001$ (ロジスティックモデル)
 3) - : オッズ比計算不能
 4) 空欄：ロジスティックモデルに投入しなかった項目

楽観的態度の重要性について指摘している⁹⁾。本研究から得られた主観的健康感の関連要因を体現したライフスタイルは、おおむね Peterson らの所説を支持するものである。これまでの、介護予防や健康寿命の保持に関する一連の議論は、主に身体的機能の維持に収束する施策や、漠然とした生きがい対策を中心に展開されてきた。また同時に、調査対象地域である島嶼地域や過疎地域では、政策目標の達成に資するべき社会資源の配置における地域間格差の問題も指摘されてきた。もちろん、格差解消が重要な論点であることに変わりはないが、主観的健康感は多元的要素から補足可能なものである。今後は、サクセスフル・エイジングの実現に向け、良好なライフスタイルの早期形成を促進する施策の模索が重要な課題となる。

結 語

本研究では、サクセスフル・エイジングに資するべく、主観的健康感の関連要因について検討した。その結果は、以下のとおり約言される。

第1に、高齢期への移行とともに、主観的健康感の関連要因として精神的・社会的要因による影響が顕在化することが示唆された。第2に、健康概念は加齢により質的変容を遂げ、楽観的ライフスタイルが主観的健康感に何らかの影響を与えることが示唆された。第3に、サクセスフル・エイジングの実現に向けて、良好なライフスタイルの早期形成の促進が今後の課題となる。第4に、分析をより一層精密なものにするため、縦断的なコホート研究や、異なる地域類型における継続的研究が必要となる。

付 記

本研究で使用したデータは、2004年度北海道医療大学看護福祉学部医療福祉学科医療福祉専攻4年の社会福祉専門演習、社会福祉総合実習（政策系）、卒業研究の履修者（志水ゼミナール生：大塚聡子、小山内俊、菊地美里、杉野香、谷脇彩子、林正賢、山本加奈子、藤井藍、宮本雅央、山下匡将）および大学院看護福祉学研究科臨床福祉学専攻修士課程1年の嘉村藍、小関久恵によって実施された調査研究成果の一部である。

また本稿は、2005年10月9日に開催された日本社会福祉学会第53回全国大会（東北福祉大学）における報告（演題「島嶼地域住民の主観的健康感の関連要因に関する研究」報告者：志水幸、小関久恵、嘉村藍）の一部を加筆・修正したものである。

文 献

- 1) Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health; a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health* 1982; 72: 800-8.
- 2) 芳賀博, 柴田博, 上野満雄, 他. 地域老人における健康度自己評価からみた生命予後. *日本公衆衛生雑誌* 1991; 38: 783-9.
- 3) 安梅勅江. *エイジングのケア科学*. 東京: 川島書店, 2000.
- 4) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 他. 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* 1987; 3: 109-14.
- 5) 野口裕二. 高齢者のソーシャルサポート-その概念と規定. *社会老年学* 1991; 34: 37-48.
- 6) 古谷野亘, 柴田博, 芳賀博, 他. 生活満足度尺度の構造; 主観的幸福感の多次元性とその測定. *老年社会科学* 1989; 11: 99-115.
- 7) Berkman LF, Breslow L. *Health and Ways of Living*. New York: Oxford University Press, 1983 (星旦二, 森本兼曩. *生活習慣と健康*. 東京: HBJ 出版局, 1991).
- 8) Atchley RC. A continuity Theory of Normal Aging. *The Gerontologist* 1989; 29: 183-90.
- 9) Peterson C, Seligman ME, Vaillant GE. Pessimistic explanatory style as a risk factor for physical illness; A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988; 55(1): 23-7.