

農村地域住民の精神的健康度と首尾一貫感覚

ハタヤマ トモコ ホンジョウ カオルコ ヒラノ オハラ ユウコ
 畑山 知子*1 本城 薫子*2 平野 (小原) 裕子*3
 シラハマ マサシ クマガイ シュウソウ
 白浜 雅司*4 熊谷 秋三*5

目的 農村地域在住の中高年の精神的健康度と首尾一貫感覚 (Sense of coherence; SOC) の実態を明らかにし、精神的健康・不健康と首尾一貫感覚の高低の組合せによって満足度や幸福感などの生活の質 (Quality of life; QOL) に相違があるかどうかを、横断的デザインを用いて検討することとした。

方法 佐賀県旧神埼郡三瀬村在住の40～69歳 (2003年9月1日時点) のすべての村民618名を対象とした。平成15年9月に地区の自治会を通じて質問紙を配布し、回答方法は自記式郵送法とした。調査項目には、生活と健康に関する質問紙 (基本属性、疾患および身体障害の有無、健康に関する意識、行動・生活習慣、満足感、主観的健康感、ソーシャルサポート)、精神的健康度 (General Health Questionnaire 30項目版; GHQ 30)、首尾一貫感覚 SOC 尺度13項目版を用い調査した。

結果 有効回答数は336名 (54.4%) であり、男性151名、女性185名であった。精神的不健康 (GHQ 7) と判定されたものは155名 (46.1%) と高頻度であった。SOCの平均は 59.3 ± 12.5 点であり、60点以上をSOC高値群、59点以下をSOC低値群と設定した。GHQの総合点とSOC得点の間には有意な負の相関関係が認められた ($r = -0.527, p < 0.01$)。精神的健康・不健康とSOCの高低を組合せ、4群間の背景要因および住民の満足度や幸福感の状況について検討した。その結果、同居者がいること、疾患および身体障害 (疾患によるものを含む) を有していること、主観的健康度、各種の満足度、幸福感、本音を話せる人がいる割合に有意差を認めた。満足度および幸福感に関しては、精神的健康かつSOCが良好である群の満足度が約80%であるのに対して、精神的不健康かつSOC低値群では40～60%の範囲であった。一方、精神的不健康と判定されたものでも高いSOCを有しているものでは満足度は高く保たれていた。

結論 農村地域住民の精神的健康度は低く、その多くがストレス状態にあることが明らかとなった。また、精神的に健康である場合はSOCの高低はQOLに影響しないが、精神的不健康である場合にはSOCの高低がQOLの保持に関与する可能性が示唆された。

キーワード 地域中高年者、精神健康度、首尾一貫感覚、幸福感、満足度

はじめに

社会生活が複雑化した現代ではストレスにさら曝される機会も多く、抑うつや心身症、睡眠

障害などのさまざまな「心の不健康」が増加しており、「健康日本21」においてもこころの (精神的) 健康に対する対策の重要性が指摘され、職域や地域を問わずその改善に向けた取り

*1 九州大学ユーザーサイエンス機構技術補佐員 *2 日本スポーツ文化研究所研究員
 *3 九州大学医学研究院保健学部門准教授 *4 佐賀市立国民健康保険三瀬診療所長
 *5 九州大学健康科学センター教授

組みが行われている。近年、日本における地域でのうつ病の有病割合の実態調査が行われ¹⁾、わが国においても自殺予防へのうつ病対策（予防）の重要性が指摘されている²⁾。

ストレスは日常的かつ多種多様に偏在するものであり、完全に避けることは不可能である。このような現実の中で、直面するストレスに対して適切な対処をその都度選択できる能力としてのストレス対処能力（首尾一貫感覚；以下、SOC³⁾）に注目が集まっている。SOCとは、把握可能感、処理可能感、有意味感の3つの構成要素からなる人生に対する志向性尺度である。人が様々なストレスに直面したときに、その緊張処理を成功させるのがSOCの強さであるとされ、SOCの強い人ほど、健康 - 健康破綻の連続体上において健康の極側へ移動あるいは維持する能力が高いとされている。これまでに強いSOCが疾患の発症リスクを下げる⁴⁾⁵⁾ことや、急性疾患（心筋梗塞⁶⁾や海外赴任後の心理的適応⁷⁾など、様々なストレス状況下での健康保持にSOCが関与していることが報告されている。さらに、ストレス要因との組合せなどにより、SOCの高低が身体的健康の予測を可能とする報告⁸⁾⁹⁾がある。また、SOCとウェルビーイング（良好な状態）や生活満足度¹⁰⁾¹¹⁾との関連も示唆されており、生活の質（以下、QOL）に影響を及ぼす要因としても注目されている。

そこで本研究では、地域在住の中高齢者を対象に、まずは精神的健康度とストレス対処能力SOCの実態を明らかにし、さらに精神的健康・不健康とSOCの高低の組合せによって満足度や幸福感などのQOLに相違があるかどうかを明らかにすることを目的とした。

方 法

（1）対象者

佐賀県旧神埼郡三瀬村在住の40～69歳（2003年9月1日時点）のすべての村民618名を対象とした。三瀬村は佐賀県北東部の山間に位置し、峠を挟んで福岡県と県境を接している人口約

1,600人の山村であった。産業就労者のうち20%前後が農林漁業であったが、福岡県からの国道が村の中心を縦断しており道路整備が良いため、観光産業も発達しており、20%近くが小売・飲食業等およびサービス業が25%を占める農村観光型の村である。

（2）倫理的配慮

本調査は、九州大学健康科学センター倫理委員会の承認を得て実施された。質問紙配布の際には、調査の趣旨、アンケート内容、返送された回答の利用方法、プライバシー確保、および参加の任意性などについて説明を行い、同意を得た。

（3）調査方法および調査項目

平成15年9月に地区の自治会を通じて以下の質問紙を配布し、回答方法は自記式郵送法とした。

1) 精神的健康度：ゴールドバーグ¹²⁾が開発した精神健康調査票（以下、GHQ）30項目版を用いた。GHQは1つの質問に対して4つの選択肢があり、左から順に0-0-1-1として0/1データに数量化し、総合得点が0～30点となる採点法を採用した。得点が高いほど精神健康度が低いことを示し、7点以上で精神的な不健康と判定される。

2) 生活と健康に関する質問紙：基本属性（性、年齢、就労、配偶者および同居者の有無、学歴）、疾患および身体障害の有無、健康に関する意識（食事、嗜好品の摂取、運動）、行動・生活習慣（飲酒、喫煙、定期的な運動の実施）、満足感（生理的欲求の満足感、経済的満足感、職業（主婦業含む）への満足感、総合的生活満足、幸福感）、主観的健康感、およびソーシャルサポート（本音を話せる人の有無）を調査した。満足感および主観的健康感等は回答に4件法を用い「満足、やや満足」を「満足」とし、「やや不満足、不満足」を「不満足」と2値化して解析に用いた。

3) 人生の志向性尺度（SOC）：山崎ら³⁾によって邦訳された13項目の簡易版を用いた。各

表1 対象者の特性

	人数 (%)
年齢	
40歳代	88 (26.2)
50歳代	121 (36.0)
60歳代	127 (37.8)
性	
男性	151 (44.9)
女性	185 (55.1)
婚姻	
あり	280 (83.3)
なし	55 (16.4)
同居者	
あり	297 (88.4)
なし	39 (11.6)
就労 (主婦業含む)	
あり	289 (86.0)
なし	47 (14.0)
最終学歴	
小学校	1 (0.3)
中学校	110 (32.7)
高校	166 (49.4)
専門学校・短大	43 (12.8)
4年制大学	15 (4.5)

項目は7段階評価のリカート法(13~91点)による回答形式とした。得点が高いほどSOCが強いことを意味する。本研究では、調査結果の平均値より高得点である場合にSOC高値群、平均点以下をSOC低値群とした。

(4) 解析方法

最終学歴は、小学校卒が1名いたが、統計解析では中学校卒に含め解析を実施した。精神的健康度とSOCを組み合わせた群間の背景比較として、群間の年齢比較にはBonferroniの多重比較検定を実施した。名義変数には χ^2 検定を用いた。有意水準を5%として統計的に有意とみなした。解析ソフトはSPSS14.0版を用いた。

結 果

(1) 対象

調査対象618人のうち、359人(58.1%)から回答があった。そのうち、有効回答数は336人(54.4%)であった。

対象の基本属性を表1に示す。40歳代の回答が他の年代に比べて少なかったが、性および年齢に統計的有意差は認められなかった。配偶者

表2 年代および性別の精神的不健康 (GHQ \geq 7) の割合

(単位 人, ()内%)

	総数	男性	女性
総数	155 (46.1)	69 (45.7)	86 (46.5)
40歳代	42 (47.7)	18 (48.6)	24 (47.1)
50歳代	55 (45.5)	33 (53.2)	22 (37.3)
60歳代	58 (45.7)	18 (34.6)	40 (53.3)

表3 GHQによる精神的健康・不健康とSOC高低による区分

(単位 人, ()内%)

	総数	GHQ	
		精神的健康	精神的不健康
総数	336 (100.0)	181 (53.9)	155 (46.1)
SOC 高 (60点以上)	159 (47.3)	110 (32.7)	49 (14.6)
低 (59点以下)	177 (52.7)	71 (21.1)	106 (31.5)

がいる者は280人(83.3%)であり、同居者がいる者は297人(88.4%)であった。就労者は289人(86.0%)であり、職業の内訳は社員が81人(28.0%)、公務員が26人(9.0%)、主婦が21人(7.3%)、農林業が60人(20.8%)、自営業が42人(14.5%)、その他(パートなど)が57人(19.7%)、無回答が2人であった。最終学歴は小学校卒が1人(0.3%)、中学校が110人(32.7%)、高校が166人(49.4%)、短大・専門学校が43人(12.8%)、大学が15人(4.5%)であった。

(2) 精神的健康度と首尾一貫感覚

本研究では、対象者の46.1%に精神的不健康(GHQ 7)が認められた(表2)。GHQの下位尺度では一般疾患傾向(25.9%)、身体的症状(27.1%)、睡眠障害(34.2%)の重度者が多く、社会的活動障害は9.2%、不安と気分障害は14.3%、希死念慮は13.4%であった。SOCの総得点は平均 59.3 ± 12.5 点であった。GHQの総合点とSOC得点の間には有意な負の相関関係が認められた($r = -0.527$, $p < 0.01$)。SOC得点が60点以上をSOC高値群、59点以下をSOC低値群とし、加えて精神的健康・不健康とSOCの高低により対象を4区分したところ、精神的健康度とSOCがともに良

好である群と不良である群の割合はいずれも3割程度で差はなく、SOCが高く精神的不健康である組合せは全体の14.6%と最も少なかった(表3)。

(3) 精神的健康度とSOCの高低の組合せによる特性比較

表4に精神的健康・不健康とSOCの高低を組み合わせた4群間の諸特性比較を示した。同居者がいること、疾患および身体障害(疾患によるものを含む)を有していること、主観的健康度、本音を話せる相手がいること、すべての満足感および幸福感に有意差を認めた($p < 0.05$)。疾患および身体障害を有する割合は、精神的不健康かつSOC低値群で最も高かった。各群の満足感および幸福感を感じている割合を図1に示した。精神的健康群では、SOCの高低に関わらず満足度および幸福感は高かった。一方、精神的不健康群では、SOC高値群では精神的健康群と変わらない満足度を示したが、SOC低値群では満足度を感じている割合はSOC高値群の半数に減少した。

考 察

本研究の有効回答率は54.4%とやや低めであったが、郵送法による回答率は60%程度であれば妥当であるとされている¹³⁾。本研究の対象は、多くがこの村もしくは近隣で生まれ育ち、人口の入れ替わりはあまりなく、文化、価値観、および社会通念などの類似共通性をもった均質なコミュニティが今なお継続している地域住民であった。

本研究での精神的不健康者は46.1%であり、

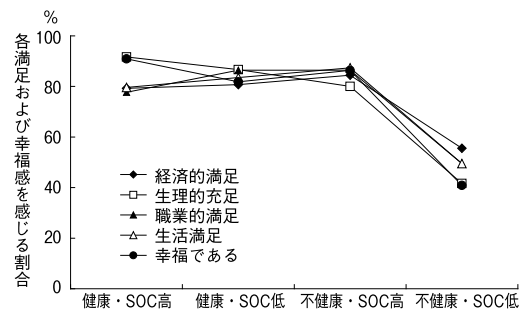
表4 GHQによる精神的健康・不健康とSOCの高低の組合せによる特性比較

(単位 %)

	精神的健康 SOC高 (n = 110)	精神的健康 SOC低 (n = 71)	精神的不健康 SOC高 (n = 49)	精神的不健康 SOC低 (n = 106)
年齢(平均値±標準偏差)	55.4±8.2	57.4±8.9	56.6±9.1	55.2±8.5
性(女性)	54.5	54.9	42.9	61.3
就労あり	90.0	84.5	83.7	84.0
配偶者あり	86.4	77.1	87.8	83.0
同居あり	94.5	83.1	77.6	90.6*
学歴				
中卒	32.1	38.0	32.7	31.1
高卒	49.5	46.5	49.0	51.9
短大・専門学校	11.9	14.1	10.2	14.2
4年制大学以上	6.4	1.4	8.2	2.8
疾患あり	30.0	32.4	43.8	50.9*
身体障害あり	2.7	16.9	12.5	31.1*
食事を意識している	80.7	74.6	73.5	74.5
運動を意識している	72.7	70.4	65.3	67.0
し好みについて意識している	76.4	73.2	79.6	75.5
飲酒	40.9	45.1	53.1	40.6
喫煙	23.6	23.9	18.4	19.8
運動習慣あり	51.8	53.5	59.2	39.6
主観的健康	87.3	64.8	63.3	32.1*
生理的欲求の充足	95.5	88.7	75.5	67.0*
経済的満足	74.5	63.4	57.1	42.5*
職業満足	78.7	80.3	71.4	49.5*
生活満足	80.9	76.1	73.5	50.0*
幸福感	94.5	83.1	81.6	63.2*
本音を話せる相手がいる	96.4	92.9	91.7	85.8*

注 * $p < 0.05$

図1 GHQによる精神的健康・不健康とSOCの高低による各満足度と幸福感を感じる割合



注 健康・不健康は、GHQによる精神的健康および不健康を指す

いずれの年齢でも40%を超えていた。わが国で地域住民を対象としGHQ 30項目版を用いて精神的健康度を調査した研究では、40~69歳で精神的不健康に該当する割合は10~30%と報告されていることから¹⁴⁾¹⁵⁾、本研究の対象における精神的不健康の割合は非常に高かった。GHQの6つの下位尺度で重症に該当する者の割合は、栄養剤を飲みたい、疲れを感じるなどの一般的疾患傾向、よく汗をかく、頭が重いなどの身体

症状、夜中に目を覚ます、朝すっきりしないなどの睡眠障害で高く、本研究の精神的不健康には抑うつ傾向というよりはむしろストレス反応が反映されていると推察された。

本研究と同じ13項目版7件法を用い、わが国の地域住民を対象とした研究は少ないが、20歳以上の男女を対象とした研究 ($n = 165$)⁶⁾では平均 64.2 ± 11.5 点、65歳以上を対象とした研究 ($n = 32,891$)⁷⁾では 63.2 ± 12.5 点との報告があり、これらに比べて本研究の対象のSOCはやや低かった。

GHQの総合点とSOCスコアとの間には有意な負の相関関係が認められた。これは、わが国で行われた先行研究と同様の結果であった¹⁸⁾。精神的健康・不健康とSOCの高低を組み合わせた場合、ともに良好、または不良な割合は約3割であった。SOCが高いにもかかわらず精神的な不健康と判定された人数は、4区分の中で最も少なかった。これらの成績は、SOCの高い人では弱い人よりも疲れにくく、うつになりやすく、孤独や不安を感じる人が少ないなど、精神的健康度が高いという先行研究¹⁹⁾⁻²¹⁾を支持する結果であった。

先行研究では、ストレス要因との組合せにより、SOCの高低が身体的健康の予測を可能とするとの報告がある。慢性疾患(2型糖尿病)の発生を予測する因子としての労働裁量とSOCの高低を組み合わせた検討では、労働裁量、SOCともに低い群は、ともに高い群に比べて相対危険度が2.6倍であること⁹⁾が報告されている。さらに、暴力を受けた経験のある女性の一般の症候群(不定愁訴や痛みなど)は、経験のない女性に比べてSOCが高いまたは普通の場合に2.44倍であるのに対し、SOCが低い場合には11.13倍になることが報告されている⁹⁾。本研究では、精神的健康・不健康とSOCの高低の組合せによる検討の結果、ストレス状態(精神的な不健康)にありSOC低値群では、満足度や幸福感などのQOLが低い状態にあった。

一方、精神的な不健康であってもSOC高値群では精神的な健康群と変わらず高いQOLを保持

していた。メンタルヘルスに問題を抱える地域住民を対象に、心理的症状とSOCのどちらが1年後の生活満足度の予測に有用であるかを検討した先行研究¹⁰⁾でも、心理的症状ではなくSOCが有意な予測因子であったと報告されており、本研究の結果とあわせると、精神的な不健康な場合にSOCの高さがQOLを高く保つための重要な要因である可能性が考えられた。

ただし、本研究では、精神的な不健康群のSOC高低とGHQの6つの下位尺度項目について χ^2 検定を行った結果、身体症状、不安と気分変動、希死念慮とうつ傾向の3項目に有意差を認め、SOC高値群に比べてSOC低値群では不安と気分変動および希死念慮とうつ傾向重度の割合が多かった。このことから、GHQによる精神的な不健康の質の違い、すなわちストレス反応としての身体的症状とメンタルヘルスの悪化の割合の違いがQOLの高低に影響している可能性も考えられ、今後はSOCの高低以外の未知の要因についても検討することが課題として残された。

本研究では、農村地域住民の精神健康度は低く、多くがストレス状態にあることが明らかとなった。一方、精神的な不健康状態であってもSOCが高いことはQOLを良好に保つ要因であることが示唆された。このことから、こころの健康についてはストレス状態の有無だけでなく、ストレス対処能力についても検討し、その予防や改善に向けたアプローチを進めることが重要であると考えられる。ただし、本研究は横断研究であり、今後、SOCのストレス緩衝作用などQOLを高く保つ可能性について縦断的に検討することが課題として残された。

文 献

- 1) Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci*, 2005; 59(4): 441-52.
- 2) 今田寛睦, 川上憲人. うつ対策と疫学研究. 公衆

- 衛生 2005 ; 69(5) : 363-66 .
- 3) アーロン・アントノフスキー著, 山崎嘉比古, 吉井清子監訳: 健康の謎を解く - ストレス対処と健康保持のメカニズム - . 東京: 有信堂, 2001 ; 19-23 .
- 4) Surtees PG, Wainwright NWJ, Luben RL, et al. Adaptation to social adversity is associated with stroke incidence: evidence from the EPIC-Norfolk prospective cohort study. *Stroke* 2007 ; 38(5) : 1447-53.
- 5) Poppus E, Virkkunen H, Hakama M, et al. The sense of coherence and incidence of cancer-role of follow-up time and age at baseline. *J Psychosom Res.* 2006 ; 61(2) : 205-11.
- 6) Drory Y, Kravetz S, Florian V. Psychosocial adjustment in patients after a first acute myocardial infarction: The contribution of salutogenic and pathogenic variables. *Arch Phys Med Rehabil* 1999 ; 80(7) : 811-18.
- 7) Anderzoh I, Arnetz BB. Psychophysiological reactions to international adjustment. *Psychother Psychosom* 1999 ; 68(2) : 67-75.
- 8) Agardh EE, Ahlbom A, Andersson T, et al. Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. *Diabetes Care* 2003 ; 26(3) : 719-24.
- 9) Krantz G, Östergren P. The association between violence victimization and common symptoms in Swedish women. *J Epidemiol Community Health* 2000 ; 54(11) : 815-21.
- 10) Langeland E, Wahl AK, Kristoffersen K, et al. Sense of coherence predicts change in life satisfaction among home-living residents in the community with mental health problems: a 1-year follow-up study. *Qual Life Res* 2007 ; 16(6) : 939-46.
- 11) Sjöström H, Langius-Eklöf A, Hjertberg R. Well-being and sense of coherence during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004 ; 83 : 1112-8.
- 12) 中川泰彬, 大坊郁夫. 日本版 GHQ 精神健康調査票の手引き. 日本文化科学社 1985 .
- 13) Asch DA, Jedrzejewski MK, Christakis NA. Response rate to mail surveys published in medical journals. *J Clin Epidemiol* 1997 ; 50(10) : 1129-36.
- 14) 松尾仁司, 上村喜美江, 伊藤清美, 他. General Health Questionnaire (GHQ) による地域住民精神健康調査. *地域医学*1992 ; 6(8) : 931-35 .
- 15) Ohta Y, Kawasaki N, Araki K. The factor structure of the general health questionnaire (GHQ-30) in Japanese middle-aged and elderly residents. *Int J Soc Psychiatry* 1995 ; 41(4) : 268-75.
- 16) 榎本妙子. 健康生成論に基づく地域住民の健康実態. *立命館産業社会論集* 2001 ; 36(4) : 53-69 .
- 17) 吉井清子, 近藤克則, 平井寛, 他. ストレス対処能力 SOC (sense of coherence) と社会経済的地位と心身健康. *公衆衛生* 2005 ; 69(10) : 825-29 .
- 18) 高山智子, 浅野祐子, 山崎喜比古他. ストレスフルな生活出来事が首尾一貫感覚 (Sense of Coherence: SOC) と精神健康に及ぼす影響. *日公衛誌* 1999 ; 46(11) : 965-76 .
- 19) Carstens JA, Spangenberg JJ. Major depression: a breakdown in sense of coherence? *Psychol Rep* 1997 ; 80(3 Pt 2) : 1211-20.
- 20) Gilbar O. Relationship between burnout and sense of coherence in health social workers. *Soc Work Health Care* 1998 ; 26(3) : 39-49.
- 21) Karlsson I, Berglin E, Larsson P. Sense of coherence: quality of life before and after coronary artery bypass surgery-a longitudinal study. *J Adv Nurs* 2000 ; 31(6) : 1383-92.