

報 告

# A市住民の生活習慣と主観的健康感の実態

Lifestyle and The Subjective Health Status about the A -City Citizens

千田みゆき<sup>1)</sup>, 山路真佐子<sup>1)</sup>, 菊池チトセ<sup>1)</sup>, 桑原清美<sup>2)</sup>

MIYUKI Chida<sup>1)</sup>, MASAKO Yamaji<sup>1)</sup>, CHITOSE Kikuchi<sup>1)</sup>, KIYOMI Kuwahara<sup>2)</sup>

キーワード：生活習慣, 主観的健康感, 健康増進計画, 実態調査

Key words : Lifestyle, Subjective health status, Health Promotion Program, Investigation

## 要 旨

A市住民の健康に関する生活習慣と主観的健康感の実態を明らかにすることを目的に質問紙調査を行った結果、1日30分以上の早歩きをする者は3割に満たず、また、運動不足を自覚する者が全体で7割近くあった。定期的な体重測定や健康のために実施していることがある者は8割を超え、健康については関心が高いと思われた。食習慣には問題のない者が多かったが、最近1か月間にストレスを感じた者は男性より女性に多く、女性に対する疲労回復、心のケアが必要なことが示唆された。主観的健康感は、「まあ健康」が最も多くを占め、主観的健康感の低い群には、一日の歩行時間も短い、階段よりもエスカレーター等を使う、最近1か月でストレスを感じる、睡眠による休息がとれない、睡眠のために服薬・飲酒をする者が多かった。本調査により、住民がより健康でQOLの高い人生を送れるようにするためのA市の課題が明らかになった。

## I. はじめに

2000年健康日本21が策定され、健康増進法により各都道府県、市町村においては、健康増進計画の策定が義務付けられた。A市においても、平成15年から第1次健康増進計画を策定し、5年ごとの見直しを行っている。基本健康診査の分析を行った平成18年度の調査(千田ら, 2006)から、男性30～40歳代と女性60～70歳代に総コレステロール値や脂質代謝異常、男女ともに80歳代にヘモグロビンA1cに異常が見られる者が多いことが明らかとなり、市の健康課題は生活習慣病の予防であると思われた。また、同市の平成19年度(千田ら, 2007)および20年度(千田ら, 2008)の生活習慣調査からは、運動と栄養に関する生活習慣に改善の余地がある市民が多いこと、また、それぞれの地域によ

り健康問題に特徴があることが判明した。この結果を踏まえ、A市はこの調査から得られた数値を活用し、第2次健康増進計画では数値をあげて評価指標を明示するとともに、翌年度から地域の実情に合った運動と栄養に関する保健事業を地区毎に企画し、きめの細かい保健活動を実施した。

島内(2007)は、主観的健康観は、身体的精神的社会的、そしてスピリチュアルな健康観を統合する概念であり、ヘルスプロモーション、すなわち健康的な生活習慣の形成のための重要な要因であると述べている。主観的健康感「あなたは自分で健康だと思いますか」という一項目の質問に「非常に健康」から「健康ではない」までの4件法で回答を求めるものが一般的である。そして、健康行動の継続(宮川ら, 2010)や生命予後との関連(岡戸ら, 2002)や、やせと肥満、疾病の罹患

受付日：2013年10月22日 受理日：2013年12月3日

1) 埼玉医科大学保健医療学部看護学科

2) 日高市立保健相談センター

状況、治療継続（岩本ら，2006）、高次生活機能（牧迫ら，2009）、あるいは自尊感情（北村ら，2004）との関連が見られるとされ、身体面および精神面の健康指標としての有用性が高いことが知られている（アイ・ビンら，2005；河津ら，2008；山本ら，2009；五十嵐ら，2006）。そこで、今回の調査では、生活習慣の実態だけでなく、質問項目に主観的健康感を含め、A市住民の健康に関する生活習慣と主観的健康感の実態を明らかにすることを試みた。

## II. 研究目的

A市住民の健康に関する生活習慣と主観的健康感の実態を明らかにする。

## III. 研究方法

### 1. データ収集及び回収方法

自記式質問紙による横断的調査である。対象者とその抽出方法は、平成24年5月現在の住民基本台帳をもとに、A市の年齢構成割合に沿って40歳代から90歳代までを5歳刻みの年齢階級別かつ性別に無作為に合計3000人抽出した。質問紙の発送は平成24年7月上旬にA市が行い、回収は同封の切手不要の返送用封筒を使用した保健センターあての郵送とし、回収期限は平成24年7月31日とした。

### 2. 調査項目

調査項目は、性別、年齢、主観的健康感、生活習慣に関する質問とした。主観的健康感とは、これを心身の健康度について自分自身の感覚により自分で判断する指標（アイら，2005）と定義し、「非常に健康」「まあ健康」「あまり健康でない」「健康ではない」の4件法で測定した。生活習慣については、運動に関する項目として一日の歩行時間、一日30分以上の早歩きの有無等4項目、栄養に関する項目として主食・主菜・副菜の組み合わせの意識、薄味の心がけ等5項目、休養と嗜好に関する項目として最近1か月間のストレスの有無、喫煙・飲酒の習慣等5項目、健康管理に関する項目として定期的体重測定等4項目を設けた。なお、本研究では主観的健康感を用いるが、主観的健康観とする文献もある。医学中央雑誌Webで「主観的健康観」で検索し特定の疾患・治療に焦点を当てた文献を除いた16文献のうち「主観的健康観」または「主観的健康感」に関する説明のある6文献の説明内容を検討した結果、明瞭な違いが見いだせなかったため、ここでは同義として考えることとする。

### 3. 分析方法

各調査項目の単純集計を行い全体に対する比率を算出し、性別による比率の差をカイ二乗値により検定した。また、主観的健康感については、「非常に健康」「まあ健康」を主観的健康感の高い群、「あまり健康でない」「健康ではない」を主観的健康感の低い群として分類し、両群を比較し、生活習慣に関する項目ごとの比率の差をカイ二乗値により検定した。有意水準は5%とした。

### 4. 倫理的配慮およびA市との役割分担

対象者に対しては、市長名にて住民に調査協力依頼文書を提示し、調査協力依頼文書に、調査目的、方法等の概要を記し、調査への協力は自由意志のもとに行い回答を拒否しても不利益がないことを明記した。調査は無記名とし、回答後の調査票は同封の封筒に各自が封をして投函し、回収した調査票は到着順に番号をつけて対象者個人の匿名性を保持し、プライバシーを保護した。なお、本調査は、A市と個人情報取扱特記事項を含む業務委託契約を締結し、調査後の公表についても市の了解を得た。また、研究者の所属する施設の倫理審査を受け、承認後に開始した。

質問紙の内容、体裁、調査協力依頼文書の内容、質問紙の配布・回収・分析の方法と役割分担等についてはA市と数回にわたる協議を行ったうえで調査を実施した。個人情報の保護の観点から、対象者の人口構成割合に基づく無作為抽出、対象者への郵送、質問紙の回収、質問紙の番号付けはA市が行い、A市と研究者らがデータを入力し、分析は研究者らが行った。

## IV. 結果

### 1. 健康に関する生活習慣の実態と性別による特徴

回収は1378件（回収率45.9%）であった。このうち性別、年齢、主観的健康感の欄が無記入のものを除き、1368件を有効とした（有効回答率99.3%）。

男性646人（47.2%）、女性722人（52.8%）、30歳代2人（0.1%）、40歳代202人（14.8%）、50歳代247人（18.1%）、60歳代496人（36.3%）、70歳代316人（23.1%）、80歳代104人（7.6%）、90歳代1人（0.1%）であった。

主観的健康感とは、全体では「非常に健康」は102人（7.5%）、「まあ健康」976人（71.3%）、「あまり健康ではない」209人（15.3%）、「健康ではない」81人（5.9%）であり、男女ともに「まあ健康」が最も多くを占めた。

運動習慣では、男性は30分から1時間歩行する者が最も多く254人（39.8%）あったが、女性は1時間以上歩行する者が最も多く299人（42.0%）で有意な性差がみられた。1日30分以上の早歩きをしない者は男

表1 性別年齢階級別主観的健康感

性別	人(%)					有意確率
	全体	非常に健康	まあ健康の方	あまり健康でない	健康ではない	
男	646(100)	45(7.0)	447(69.2)	108(16.7)	46(7.1)	p=0.120
女	722(100)	57(7.9)	529(73.3)	101(14.0)	35(4.8)	
年齢階級						p=0.001
30歳代	2(0.1)	0(0.0)	1(0.1)	0(0.0)	1(0.1)	
40歳代	202(14.8)	18(1.3)	140(10.2)	32(2.3)	12(0.9)	
50歳代	247(18.1)	19(1.4)	194(14.2)	28(2.0)	6(0.4)	
60歳代	496(36.3)	35(2.6)	371(27.1)	65(4.8)	25(1.8)	
70歳代	316(23.1)	25(1.8)	209(15.3)	57(4.2)	25(1.8)	
80歳代	104(7.6)	5(0.4)	60(4.4)	27(2.0)	12(0.9)	
90歳代	1(0.1)	0(0.0)	1(0.1)	0(0.0)	0(0.0)	
全体	1368(100)	102(7.5)	976(71.3)	209(15.3)	81(5.9)	

表2 運動に関する習慣

	人(%)				
	全体	男	女	主観的健康感の高い群	主観的健康感の低い群
一日の歩行時間	1351(100)	638(100)	713(100)	1072(100)	279(100)
30分未満	330(24.4)	179(28.1)	151(21.2)	219(20.4)	111(39.8)
30分～1時間未満	517(38.3)	254(39.8)	263(36.9)	419(39.1)	98(35.1)
1時間以上	504(37.3)	205(32.1)	299(42.0)	434(40.5)	70(25.1)
		p=0.000		p=0.000	
一日30分以上の早歩き	1344(100)	636(100)	708(100)	1063(100)	281(100)
する	365(27.2)	184(28.9)	181(25.6)	323(30.4)	42(14.9)
しない	979(72.8)	452(71.1)	527(74.4)	740(69.6)	239(85.1)
		p=0.093		p=0.000	
エスカレーター・エレベーターの使用	1352(100)	640(100)	712(100)	1066(100)	286(100)
使う	722(53.8)	340(53.1)	382(53.7)	527(49.4)	195(68.2)
使わない	630(46.6)	300(46.9)	330(46.3)	539(50.6)	91(31.8)
		p=0.445		p=0.000	
運動不足の自覚	1347(100)	641(100)	706(100)	1060(100)	287(100)
思う	905(67.2)	432(67.4)	473(67.0)	665(62.7)	240(83.6)
思わない	442(32.8)	209(32.6)	233(33.0)	395(37.3)	47(16.4)
		p=0.461		p=0.000	

女ともに約7割おり、全体でも72.8%あったが有意ではなかった。エスカレーターやエレベーターを使わない者は、全体で46.6%あり、運動不足を自覚する者は全体で67.2%あったが、いずれも性別には有意差がなかった。

健康管理に関する習慣については、ほとんどの者が定期的に体重を量っており、量らない者は1割に満たなかった。ほぼ毎日体重を量る者は男性17.8%、女性27.8%で有意差が見られた。自分のBMI値を知る者は男性42.9%、女性50.2%、全体46.7%で有意であった。最近1年間の健康行事に参加した者は、全体で8.3%であったが、性別の有意差はなかった。健康のためにしていることがあると答えた者は、男性82.6%、女性86.8%で男女ともに8割を超えた。食生活の習慣に関しては、主食・主菜・副菜の組み合わせを意識していない者

は、全体で21.0%であり、男性27.3%に対し、女性は15.3%で有意な性差が見られた。ほぼ毎日薄味を心掛けている者は、男性42.4%、女性57.2%で性別に有意差が見られた。全体では、主食・主菜・副菜の組み合わせを意識する、薄味を心がける、朝食を摂取する、の項目では、「ほぼ毎日」が最も多かった。自分の適正な食事量を知っている者は全体で68.2%あったが、性別の有意差はなかった。食生活の問題はないと考える者は男性で75.3%、女性で65.6%、全体では70.3%で、問題ありとする者より多く、性別に有意差が見られた。

最近1か月間にストレスを感じた者は、男性45.2%に対し女性は60.6%で有意差が見られた。睡眠による休養は男女共に約7割の者がとれていたが有意差はなかった。睡眠のために薬やアルコールを使用する者は、全体では18.2%、男性21.1%、女性15.7%で有意であっ

た。喫煙している者は、男性 23.1%、女性 5.4%、全体では 14.0% で有意であった。飲酒の習慣では、毎日飲

酒する者は男性 40.4%、女性 8.8%、全体では 23.8% で有意であった。

表3 健康管理・食生活に関する習慣

			人(%)		
	全体	男	女	主観的健康感の高い群	主観的健康感の低い群
定期的体重測定	1341(100)	636(100)	702(100)	1058(100)	283(100)
ほぼ毎日	309(23.0)	114(17.8)	195(27.8)	257(24.3)	52(18.4)
週に2~3回	195(14.5)	96(15.0)	99(14.1)	156(14.7)	39(13.8)
週に1回	204(15.2)	106(16.6)	98(14.0)	154(14.6)	50(17.7)
月に1回	260(19.4)	138(21.6)	122(17.4)	195(18.4)	65(23.0)
3か月に1回	101(7.5)	55(8.6)	46(6.6)	81(7.7)	20(7.1)
6か月に1回	85(6.3)	40(6.3)	45(6.4)	68(6.4)	17(6.0)
1年に1回	88(6.6)	43(6.7)	45(6.4)	66(6.2)	22(7.8)
量らない	99(7.4)	47(7.4)	52(7.4)	81(7.7)	18(6.4)
		p=0.004		p=0.267	
自分のBMI値の認識	1230(100)	587(100)	643(100)	978(100)	252(100)
知っている	575(46.7)	252(42.9)	323(50.2)	488(49.9)	87(34.5)
知らない	655(53.3)	335(57.1)	320(49.8)	490(50.1)	165(65.5)
		p=0.006		p=0.000	
最近1年間の健康行事への参加	1300(100)	625(100)	675(100)	1027(100)	273(100)
参加した	108(8.3)	45(7.2)	63(9.3)	79(7.7)	29(10.6)
参加しない	1192(91.7)	580(92.8)	612(90.7)	948(92.3)	244(89.4)
		p=0.098		p=0.078	
健康のためにしていること	1297(100)	609(100)	688(100)	1033(100)	264(100)
ある	1100(84.8)	503(82.6)	597(86.8)	893(86.4)	207(78.4)
ない	197(15.2)	106(17.4)	91(13.2)	140(13.6)	57(21.6)
		p=0.022		p=0.001	
主食・主菜・副菜の組合せの意識	1346(100)	634(100)	712(100)	1065(100)	281(100)
ほぼ毎日	726(53.9)	310(48.9)	416(58.4)	582(54.6)	144(51.2)
週に4-5回	175(13.0)	67(10.6)	108(15.2)	144(13.5)	31(11.0)
週に2-3回	145(10.8)	74(11.7)	71(10.0)	109(10.2)	36(12.8)
週に1回	18(1.3)	10(1.6)	8(1.1)	10(0.9)	8(2.8)
ほとんど意識しない	282(21.0)	173(27.3)	109(15.3)	220(20.7)	62(22.1)
		p=0.000		p=0.057	
薄味の心がけ	1345(100)	630(100)	715(100)	1064(100)	281(100)
ほぼ毎日	676(50.3)	267(42.4)	409(57.2)	526(49.4)	150(53.4)
週に4-5回	100(7.4)	38(6.0)	62(8.7)	81(7.6)	19(6.8)
週に2-3回	120(8.9)	55(8.7)	65(9.1)	94(8.8)	26(9.3)
週に1回	19(1.4)	14(2.2)	5(0.7)	16(1.5)	3(1.1)
ほとんど意識しない	430(32.0)	256(40.6)	174(24.3)	347(32.8)	83(29.5)
		p=0.000		p=0.753	
朝食の摂取	1356(100)	637(100)	719(100)	1072(100)	284(100)
ほぼ毎日	1245(91.8)	579(90.9)	666(92.6)	985(91.9)	260(91.5)
週に4-5回	27(2.0)	12(1.9)	15(2.1)	24(2.2)	3(1.1)
週に2-3回	27(2.0)	12(1.9)	15(2.1)	23(2.1)	4(1.4)
週に1回	8(0.6)	6(0.9)	2(0.3)	5(0.5)	3(1.1)
ほとんど意識しない	49(3.6)	28(4.4)	21(2.9)	35(3.3)	14(4.9)
		p=0.308		p=0.264	
適正食事量の認識	1329(100)	632(100)	697(100)	1054(100)	275(100)
知っている	906(68.2)	427(67.6)	479(68.7)	718(68.1)	188(68.4)
知らない	423(31.8)	205(32.4)	218(31.3)	336(31.9)	87(31.6)
		p=0.347		p=0.500	
食生活の問題意識	1252(100)	604(100)	648(100)	1000(100)	252(100)
問題がある	372(29.7)	149(24.7)	223(34.4)	283(28.3)	89(35.3)
問題がない	880(70.3)	455(75.3)	425(65.6)	717(71.7)	163(64.7)
		p=0.000		p=0.019	

表4 休養と嗜好に関する習慣

	全体	人(%)		主観的健康感の高い群	主観的健康感の低い群
		男	女		
最近1か月間のストレス	1305(100)	617(100)	688(100)	1038(100)	267(100)
感じた	695(53.3)	279(45.2)	417(60.6)	514(49.5)	182(68.2)
感じない	609(46.7)	338(54.8)	271(39.4)	524(50.5)	85(31.8)
		p=0.000		p=0.000	
睡眠による休養	1338(100)	631(100)	707(100)	1060(100)	278(100)
とれている	966(72.2)	464(73.5)	503(71.1)	804(75.8)	163(58.6)
とれていない	371(27.7)	167(26.5)	204(28.9)	256(24.2)	115(41.4)
		p=0.181		p=0.000	
睡眠のための薬・アルコールの使用	1349(100)	634(100)	715(100)	1064(100)	285(100)
使う	246(18.2)	134(21.1)	112(15.7)	163(15.3)	83(29.1)
使わない	1103(81.8)	500(78.9)	603(84.3)	901(84.7)	202(70.9)
		p=0.006		p=0.000	
喫煙習慣	1311(100)	631(100)	680(100)	1039(100)	272(100)
吸う	183(14.0)	146(23.1)	37(5.4)	148(14.2)	35(12.9)
吸っていたがやめた	356(27.2)	292(46.3)	64(9.4)	269(25.9)	87(32.0)
以前から吸わない	772(58.9)	193(30.6)	579(85.1)	622(59.9)	150(55.1)
		p=0.000		p=0.132	
飲酒習慣	1311(100)	621(100)	690(100)	1038(100)	273(100)
毎日	312(23.8)	251(40.4)	61(8.8)	251(24.2)	61(22.3)
週に3～5回	126(9.6)	77(12.4)	49(7.1)	115(11.1)	11(4.0)
週に1～2回	134(10.2)	58(9.3)	76(11.0)	111(10.7)	23(8.4)
ほとんど飲まない	739(56.4)	235(37.8)	504(73.0)	561(54.0)	178(65.2)
		p=0.000		p=0.001	

## 2. 主観的健康感の高低による健康に関する生活習慣の特徴

主観的健康感の「非常に健康」「まあ健康」を主観的健康感の高い群、「あまり健康でない」「健康ではない」を主観的健康感の低い群として両群を比較し、生活習慣に関する項目ごとの比率の差をみた。

一日の歩行時間では、主観的健康感の高い群は1時間以上歩行する者が多く40.5%だったが、主観的健康感の低い群は30分未満が39.8%で有意差が見られた。一日30分以上の早歩きについても、主観的健康感の高い群は30.4%であるのに対し、低い群は14.9%で有意であった。階段よりエスカレーターやエレベーターを使う者の割合は、主観的健康感の低い群は68.2%で高い群より有意に多かった。自分を運動不足と思う者の割合は、主観的健康感の高い群62.7%に対し低い群は83.6%で有意であった。

定期的な体重測定については、主観的健康感の高い群では毎日測定する者の割合が最も多く24.3%であったが、低い群では月に1回が最も多く23.0%であった。しかし、両群に有意差は見られなかった。自分のBMI値を知っている者の割合は、主観的健康感の高い群は49.9%で低い群より有意に多かった。最近1年間の健康行事に参加している者は主観的健康感の低い群に多かったが有意ではなかった。健康のためにしていることがある者の割合は、主観的健康感の高い群は86.4%で

低い群より有意に多かった。主食・主菜・副菜の組み合わせの意識、薄味の心がけ、朝食の摂取、適正食量量の認識については、主観的健康感の高い群と低い群に殆ど差がなく有意差は見られなかった。食生活への問題を感じている者の割合は、主観的健康感の低い群は35.3%で高い群より有意に多かった。

最近1か月にストレスを感じた者の割合は、主観的健康感の低い群では68.2%で高い群より有意に多かった。睡眠による休養がとれている者の割合は、主観的健康感の高い群は75.8%で低い群より有意に多かった。睡眠のために服薬や飲酒をする者の割合は、主観的健康感の低い群は29.1%で高い群より有意に多かった。喫煙する者の割合は主観的健康感の高い群は14.2%、低い群は12.9%であったが有意差は見られなかった。ほとんど飲酒しない者は、主観的健康感の高い群で54.0%、低い群で65.2%で有意であった。

## V. 考察

### 1. A市住民の生活習慣の実態と健康課題

先行研究(岩本ら, 2006; 川野ら, 2009)と比較して、一般住民対象の健康調査として45.9%の回収率はやや低いといえる。回収率を上げるためには高齢者を含むことも考え、質問項目数や回収方法等の検討が必要であった。

主観的健康感は、男女ともに「まあ健康」が最も多く全体で71.3%を占め、「非常に健康」を合わせた健康感の高い群は全体で78.8%となった。一般住民対象の研究において、中村ら(2002)は65歳以上の対象で64.4%、川野ら(2009)は20歳以上の対象で74.1%、岩本ら(2006)は20歳以上70歳未満の対象で72.5%と報告しており、本調査の対象はこれらの調査結果に対し、やや主観的健康感が高い傾向にあるといえる。

一般に、メタボリックシンドロームの予防として、20分以上の早歩きが推奨されている。本調査では1日30分以上歩行する者が7割いたが、1日30分以上の早歩きをする者は3割に満たず、また、運動不足を自覚する者が全体で7割近くあり、体脂肪を燃焼するほどの運動効果は得られていないと思われた。特に、女性では約4割が1時間以上の歩行時間を毎日確保しているので、歩行の際には早歩きを意識するよう働きかけるなど、具体的な運動方法の指導が必要と思われた。

定期的な体重測定や健康のために実施していることがある者は、男女ともに8割を超え、健康については関心があると思われた。自分のBMI値を知っている者は男女の約半数であったので、生活習慣病予防のバロメーターとしてのBMI値の意味を伝えていく必要があると思われた。食生活の習慣に関しては、ほとんどの者が主食・主菜・副菜の組み合わせを意識し、薄味を心がけ、毎日欠かさず朝食を摂っており、良い食習慣を維持していると思われ、市民も食生活は問題なしと考える者の割合が多かった。

睡眠については薬や飲酒に頼らずに良眠が得られている傾向にあるが、1か月間にストレスを感じた者は男性より女性に多く、女性に対する疲労回復、心のケアが必要なことが示唆された。男性は23.1%に喫煙習慣があり、40.4%に毎日飲酒の習慣があるので、引き続き健康診査や各種がん検診の受診率を上げる努力が必要である。

以上により、運動の習慣化、女性の疲労回復やこころの健康づくりがA市住民の健康課題であろうと思われた。

## 2. 健康的な生活習慣につながる動機づけの重要性

A市の健康増進計画は、住民が「はつらつ」と生活できるまちを目指して策定されている。心身を健康に保つよう努め、はつらつと生活できれば、健康であると感じることも多いであろう。本調査では、主観的健康感の低い群に一日の歩行時間も短く、階段よりもエスカレーター等を使う傾向が見られた。主観的健康感、健康行動の継続(宮川ら、2010)に関連すると報告されてい

る。健康行動の中でも運動に関するものは、特に毎日継続するのが難しい。日常的に継続できる健康行動としては、早歩きや階段昇降等があるが、これらの行動を意識して行うことにより、主観的健康感が高まり、「はつらつ」と生活する市民も増えるのではないかと推測される。運動の重要性を知識として理解しているが、なかなか生活に運動をとり入れられない人々に、どう動機づけ、継続を働きかけるのかは、A市にとっての今後の課題であろう。また、年齢や健康特性との関連を分析し、その分析結果に基づいたきめの細かい保健事業を企画する必要もある。一方で、食生活に関しては多くの住民が関心も高く、良好な生活習慣をもっていた。食行動の自立感と主観的健康感には相関があるという障害者対象の報告(横瀬ら、2010)があるが、A市住民は主観的健康感の高い者が多く、この報告に類似する結果となった。また、主観的健康感の低い群は、睡眠による休息がとれず、睡眠のための服薬・飲酒をする傾向がみられた。今後はどのようなストレスが多いのか、ストレスの原因は何かなど、さらなる調査のうえで対策を検討していく必要がある。

主観的健康感、身体的精神的社会的、そしてスピリチュアルな健康感を統合する概念である(島内、2007)といわれるが、本調査の結果からもA市住民の総合的健康指標として有用であるといえる。また、主観的健康感とソーシャル・キャピタル指標には関連があるという報告(藤澤ら、2005)や、一人暮らしでも閉じこもらずに友人と交流をすることと主観的健康感に関連があるという報告(岸上、2007; 合田ら、2004)がある。さらに、主観的健康感、生命予後にも影響を及ぼす(岡戸ら、2002)といわれている。2035年には全国的にさらに高齢化が進み、高齢化率は33.4%と予測されている(内閣府、2012)。超高齢社会となるそのときに、住民皆がQOLの高いはつらつとした人生を送れるようなA市でありたい。今回の調査でA市の健康課題が運動の習慣と女性のストレスにあることが明らかとなった。A市住民がはつらつと暮らすためには、高齢化率が24%程度(埼玉県、2013)の今のうちに、健康的な生活習慣を身につけるような働きかけとともに、人との交流を促し、市民の健康的な生活習慣を支えるソーシャルキャピタルを醸成していくための具体的な保健活動が求められる。

本稿は、平成24年度にA市より委託された調査の結果の一部である。調査にご協力いただいた市民の皆様と関係者の皆様に深謝申し上げます。

## 文 献

- アイ・ビン, 星旦二 (2005) : 高齢者における主観的健康感の有用性に関する研究 日本と中国における研究を中心に, 日本公衆衛生雑誌, **52** (10), 841-852.
- 合田加代子, 高嶋伸子 (2004) : 高齢者の一人暮らしを支える要因に関する研究—A町の一人暮らし高齢者の実態と高齢者保健福祉対策—, 香川県保健医療大学紀要, **1**, 11-18.
- 千田みゆき, 菊池チトセ, 吉岡幸子 (2006) : 平成18年度日高市健康づくり応援隊事業 地域健康づくり調査報告書.
- 千田みゆき, 菊池チトセ, 吉岡幸子他1名 (2007) : 平成19年度日高市健康づくり応援隊事業 地域健康づくり調査報告書.
- 千田みゆき, 菊池チトセ, 吉岡幸子他1名 (2008) : 平成20年度日高市健康づくり応援隊事業 地域健康づくり調査報告書.
- 藤澤由和, 濱野強, Eun Woo Nam 他2名 (2005) : ソーシャル・キャピタルと健康の関連性に関する予備的研究, 新潟医療福祉学会誌, **4** (2), 82-89.
- 五十嵐久人, 飯島純夫 (2006) : 主観的健康感に影響を及ぼす生活習慣と健康関連要因, *Yamanashi Nursing Journal*, **4** (2), 19-24.
- 岩本淳子, 車谷典男, 岡本希他2名 (2006) : 住民の主観的健康観と生活習慣, 健康診査結果との関連—奈良県橿原市の健康づくりに関するアンケート調査の分析—, 奈良県立医科大学医学部看護学科紀要, **2**, 17-25.
- 川野道宏, 糸嶺一郎, 中村摩紀他5名 (2009) : 主観的健康観と不眠の関係—「睡眠不足症候群」予備軍にある人々の特徴—, 茨城県立病院医学雑誌, **26** (2), 41-51.
- 河津弘二, 槌田義美, 本田ゆかり他7名 (2008) : 介護予防を目的とした運動プログラム構成の試み—ポピュレーションアプローチ「長生きくちゃん体操」の紹介—, 理学療法学, **35** (1), 23-29.
- 岸上博俊, 村田和香, 朝日まどか他1名 (2007) : 一人暮らしの健常高齢女性における外出目的別での活動量, 主観的健康観について, 北海道作業療法, **24** (2), 75-82.
- 北村隆子, 臼井キミカ, 筒井裕子 (2004) : 地域サロン参加による高齢者の自尊感情に影響を及ぼす要因, 人間看護学研究, **3**, 1-9.
- 牧迫飛雄馬, 古名丈人, 島田裕人, 他6名 (2009) : 地域在住後期高齢者の主観的健康感と高次生活機能に関連する要因, 北海道公衆衛生学雑誌, **23**, 73-79.
- 宮川淳子, 岡村純, 宮地文子他1名 (2010) : 女子看護大学生における食に関する健康行動の継続に関わる要因, 日本赤十字九州国際看護大学 IRR, **8**, 1-13.
- 内閣府 (2012) : 平成24年版 高齢社会白書, <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/> (2013年10月14日アクセス)
- 中村好一, 金子勇, 河村優子他8名 (2002) : 在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子, 日本公衆衛生雑誌, **49** (5), 409-416.
- 岡戸順一, 星旦二 (2002) : 主観的健康感が高齢者の生命予後に及ぼす影響, 日本公衆衛生雑誌, **49** (10), 779.
- 埼玉県 (2013) : 町(丁)字別人口調査 平成25年1月1日現在 結果報告, <http://www.pref.saitama.lg.jp/site/a009/> (2013年10月14日アクセス)
- 島内憲夫 (2007) : 人々の主観的健康観の類型化に関する研究—ヘルスプロモーションの視点から—, 順天堂医学, **53** (3), 410-420.
- 山本裕之, 福島尚典, 山田文康 (2009) : 大学生の健康診断時に主観的健康観を問うことの意義, 日本未病システム学会雑誌, **15** (2), 341-344.
- 横瀬道絵, 角田伸代, 加園恵三他3名 (2010) : 在宅脊髄損傷者の食生活と食行動・食態度の指標との関連についての検討, 栄養学雑誌, **68** (3), 183-192.