

報 告

A 市市民の健康習慣と主観的健康感の実態 — 2016 年の調査から —

Current status of A-city citizens' health habits and subjective health
— From the survey in 2016 —

千田みゆき, 菊池チトセ, 山路真佐子, 西岡ひとみ, 町田貴絵, 野田万里, 内田久子

Miyuki Chida, Chitose Kikuchi, Masako Yamaji, Hitomi Nishioka,
Takae Machida, Mari Noda, Hisako Uchida

キーワード：健康習慣, 主観的健康感, 2016 年調査, 市民

Key words : Health habits, Subjective health, The survey in 2016, Citizens

要 旨

A 市市民の健康習慣と主観的健康感の実態を明らかにするため、年齢階級別かつ性別に市民 3000 人を無作為に抽出し、郵送による質問紙調査を行った。

その結果、1248 件（回収率 41.6%）を回収し、性別、年齢、主観的健康感が無記入のものを除外し、1219 件を分析対象とした（有効回答率 97.7%）。主観的健康感の高値群と低値群の間で有意差がみられた健康習慣は 20 項目あり、「1 日の歩行時間」「エスカレーター・エレベーターの使用」「運動不足の自覚」「自分の BMI の認知」「身近に相談できる人・環境」「1 日の食事量」「楽しい食事」「食生活の問題意識」「睡眠による休養」などであった。

A 市市民の健康感向上のためには、運動が継続できるような環境整備、仲間づくり、若者を含む市民の興味関心にあった運動教室・栄養教室の企画、および禁煙・分煙の指導が求められる。

I. はじめに

A 市は、西部に標高 200 ～ 300m の丘陵や低山があり、そこから続くなだらかな台地に位置する、都心から約 40km 圏のベッドタウンである。2018 年 1 月現在、人口は約 5 万 6 千人、高齢化率は約 30% である。市内には公立のプール、体育館、運動公園等がある。公民館は地区ごとに 6 か所あり、俳句や絵画、ダンスなどの市民活動が盛んに行われている。また、運動普及推進員や食生活改善推進員の活動も活発に行われており、これ

らのグループは、毎年、700 人以上の来場者がある市の健康まつりに参加し、1 年間の活動を市民に伝えている。

2002 年に制定された健康増進法により、市町村に健康増進計画の策定が義務付けられた。背景には、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年問題を見据え、1 次予防の重点化と健康の地域格差の縮小という課題があり、各市町村には、地域の実情に応じて、PDCA サイクルに則った保健政策・事業を推進することが求められている。A 市では 2003 年から健康増進計画を策定しており、

受付日：2018 年 9 月 30 日 受理日：2019 年 1 月 28 日

埼玉医科大学保健医療学部看護学科地域看護領域

5 年ごとに見直している。特に、より地域の実態に合った計画を策定するために、2012 年度は、無作為抽出で 40 歳以上の 3000 人の市民を対象に健康習慣に関する調査（千田ら、2014）が行われ、A 市は、これをもとに第 3 次健康増進計画を策定し、健康の目標値を設定した。さらに 4 年を経て、今回は第 3 次健康増進計画の評価と第 4 次健康増進計画を策定することを目的に、再び 3000 人の市民を対象に健康習慣に関する調査をすることになり、この調査が研究者らに委託された。この度の調査は、食育推進計画も合わせて策定するための資料を得たいという A 市の要請を受け、A 市と研究者らが検討し、2012 年度の調査項目に食事に関する項目を加え、調査対象を 20 歳以上に拡大することとした。

A 市では、2012 年度の調査から、健康習慣に関する項目に主観的健康感を加えて調査を行っている。主観的健康感とは、健康行動の継続（宮川ら、2010）等様々な健康要因との関連が報告されている。

本調査により、A 市市民の統合的な健康状態とそれに関わる健康習慣が明らかにできれば、より実態に即した市民への啓蒙活動、健康教育等の健康支援が可能となると考える。

II. 研究目的

A 市市民の健康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. データ収集方法

2016 年 8 月 31 日現在で、A 市住民基本台帳に登録されている市民の中から、人口構成割合に沿って 20 歳代から 10 歳ごとの年齢階級別かつ性別に 3000 人を無作為に抽出した。質問紙は 2016 年 10 月上旬に A 市が発送し、返信は保健センターあてに 10 月末を期限に郵送で回収した。

2. 調査項目

調査項目は、性別、年齢、主観的健康感、健康習慣に関する質問で構成した。

主観的健康感とは、「あなたは自分で健康だと思いますか」という質問項目に、「非常に健康」「まあ健康」「あまり健康でない」「健康でない」の 4 件法で測定するシンプルな尺度である。心身の健康度を自分自身の感覚で判断する指標であり（アイら、2005）、調査対象者への負担も少なく、身体心理社会的側面から統合的に健康状態を表すことができる。本尺度は、わが国の社会調査において健康状態を簡便に測定するために、1980 年代

に複数の研究者により開発された（杉澤ら、1995）。本尺度を用いた先行研究では、健康行動の継続（宮川ら、2010）、生命予後（岡戸ら、2002）、やせと肥満や疾病や治療の状況（岩本ら、2006）、高次生活機能（牧迫ら、2009）、自尊感情（北村ら、2004）との関連が報告されている。併存妥当性や予測妥当性についても検証されており、汎用性は高い。

今回分析の対象とした健康習慣に関する項目は、2012 年度調査の項目を参考に、A 市の食育に関連する項目を加えたいという要請を受け、研究者らと A 市で検討を重ねて作成した。運動については一日の歩行時間、一日 30 分以上の早歩き、エスカレーターやエレベーターの使用、運動不足の自覚、運動する仲間との存在、健康管理については定期的体重測定頻度、自分の BMI（Body Mass Index）値の認識、健康のためにしていることの有無、身近に相談できる人や場所の有無、食生活については朝食の頻度、野菜の摂取量、野菜の一日摂取目標量の認識、薄味の心がけ、一日の食事量、地元食材の利用、家族との朝食頻度、家族との夕食頻度、楽しく食事を摂る頻度、食生活の問題意識、休養と嗜好については最近 1 か月間のストレス、睡眠による休養、睡眠のための服薬・飲酒、喫煙習慣、受動喫煙の機会、飲酒習慣である。

3. 分析方法

各項目の単純集計を行い、全体に対する比率を算出した。さらに主観的健康感を、「非常に健康」と「まあ健康」の高い群と、「あまり健康でない」と「健康でない」の低い群に分け、健康習慣に関する項目ごとの 2 群の比率の差をカイ二乗値（両側）により検定した。

4. 倫理的配慮および A 市との役割分担

倫理的配慮として、対象となった市民には、研究目的等の研究の概要、調査への協力は自由意思によるもので拒否しても不利益はないこと、個人情報厳重に守られること等を明記した市長名の依頼文と無記名自記式質問紙を郵送で配布し、同封した返信用封筒を用いて郵送で回収した。個人情報保護の観点から、返信先は保健センターとした。保健センターでは、回収した質問紙を封筒から出し、到着順に番号を付し、個人の匿名性を保持した。データの入力と分析は研究者らが行った。

研究にあたり、研究者らは A 市保健師と、質問紙の内容、体裁、調査協力の依頼文書の内容、対象者の無作為抽出の方法、依頼文と質問紙の配布・回収・分析の方法、役割分担について事前に十分に協議を行った。

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、研究者らの所属する施設の倫理審査を受審し、承認後に開始した（承認番号 149-3）。なお、本調査に

おける A 市およびその他の組織との利益相反関係はない。

IV. 結果

1. 健康習慣の全体的な実態

3000 件の内、1248 件（回収率 41.6%）を回収した。このうち、性別、年齢、主観的健康感が無記入のものを除き、1219 件を分析対象とした。（有効回答率 97.7%）

性別では、男性は 554 人（45.4%）、女性は 665 人（54.6%）であった。年齢階級では、20 歳代 63 人（5.2%）、30 歳代 115 人（9.4%）、40 歳代 181 人（14.8%）、50 歳代 128 人（10.5%）、60 歳代 323 人（26.5%）、70 歳代 300 人（24.6%）、80 歳代 101 人（8.3%）、90 歳代 7 人（0.6%）、100 歳 1 人（0.1%）であった。

主観的健康感は、全体では「非常に健康」は 91 人（7.5%）、「まあ健康」は 867 人（71.1%）、「あまり健康でない」は 213 人（17.5%）、「健康でない」は 48 人（3.9%）であった。

運動習慣のうち、一日の歩行時間が 30 分から 60 分未満の者は 436 人（36.3%）で、30 分未満の者や 1 時間以上の者に比べ、最も多かった。一日 30 分以上の早歩きをしない者は 913 人（75.3%）あり、する者より多かった。階段よりエスカレーターやエレベーターを使う者は 666 人（54.9%）で、使わない者より多かった。運動不足の自覚のある者は 854 人（70.6%）で、自覚のない者より多かった。運動する仲間のいない者は 906 人（75.5%）で、仲間のいる者より多かった。

定期的に体重を測定する者のうち、ほぼ毎日測定する

者は 274 人（22.9%）で最も多く、量らない者は 116 人（9.7%）あった。自分の BMI 値を知っている者は 549 人（48.7%）で、知らない者は 578 人（51.3%）であった。健康のために行っていることがある者は 980 人（82.8%）であった。身近に相談できる人や環境がある者は 882 人（75.0%）であった。

食生活については、朝食をほぼ毎日摂る者は 1074 人（88.8%）で、ほとんど摂らない者は 62 人（5.1%）であった。野菜の摂取量では、一日 100～200g の者が最も多く、668 人（56.6%）あった。野菜の一日の摂取目標量が 350g であることを知っている者は 338 人（28.8%）であった。主食・主菜・副菜のそろった食事では、一日 2 回以上摂るものが 535 人（45.0%）で最も多かった。薄味を心がけている者は 849 人（70.5%）であった。1 回の食事が適量と思う者は 881 人（73.0%）であった。地元食材を利用する者は 953 人（79.7%）であった。家族とともに朝食を毎日摂る者は 637 人（54.1%）、家族とともに夕食を毎日摂る者は 727 人（62.1%）であった。毎日楽しく食事をする者は 438 人（38.6%）であり、食生活に問題があると考えている者は 387 人（33.7%）であった。

最近の 1 か月でストレスを感じた者は 682 人（58.1%）あった。睡眠による休養がとれていないと感じている者は、807 人（67.9%）であった。眠るために服薬や飲酒をする者は 201 人（16.6%）であった。喫煙習慣のある者は 181 人（15.2%）であり、喫煙者のそばで過ごすなど受動喫煙の機会がある者は、466 人（39.9%）であった。飲酒の習慣では、毎日飲む者は 237 人（20.1%）、ほとんど飲まない者は 703 人（59.5%）であった。

表1 性・年齢階級別主観的健康感

	全体 人(%)	主観的健康観				P値 (χ^2 両側検定)
		非常に健康 人(%)	まあ健康 人(%)	あまり健康でない 人(%)	健康でない 人(%)	
性						
男	554(45.4)	44(3.6)	391(32.1)	94(7.7)	25(2.1)	0.716
女	665(54.6)	47(3.9)	476(39.0)	119(9.8)	23(1.9)	
年齢階級						
20歳代	63(5.2)	10(0.8)	39(3.2)	13(1.1)	1(0.1)	0.021
30歳代	115(9.4)	9(0.7)	84(6.9)	22(1.8)	0(0.0)	
40歳代	181(14.8)	17(1.4)	136(11.2)	26(2.1)	2(0.2)	
50歳代	128(10.5)	5(0.4)	98(8.0)	20(1.6)	5(0.4)	
60歳代	323(26.5)	22(1.8)	238(19.5)	49(4.0)	14(1.1)	
70歳代	300(24.6)	20(1.6)	206(16.9)	56(4.6)	18(1.5)	
80歳代	101(8.3)	7(0.6)	63(5.2)	24(2.0)	7(0.6)	
90歳代	7(0.6)	1(0.1)	2(0.2)	3(0.2)	1(0.1)	
100歳	1(0.1)	0(0.0)	1(0.1)	0(0.0)	0(0.0)	
全体	1219(100)	91(7.5)	867(71.1)	213(17.5)	48(3.9)	

2. 主観的健康感の高低による健康習慣の特徴

主観的健康感を高値群と低値群に分けて、2 群間の比率の差を検定した。

運動に関する項目で有意であったのは、一日の歩行時間 (p=0.000)、一日 30 分以上の早歩き (p=0.000)、エスカレーター・エレベーターの使用 (p=0.000)、運動不足の自覚 (p=0.000)、運動する仲間の有無 (p=0.008) であった。

健康管理に関して有意であったのは、自分の BMI 値の認識 (p=0.000)、健康のためにしていることの有無 (p=0.004)、身近に相談できる人・環境 (p=0.000) であ

た。

食生活で有意であったのは、野菜の摂取量 (p=0.006)、主食・主菜・副菜のそろった食事 (p=0.005)、1 回の食事量 (p=0.000)、地元食材の利用の有無 (p=0.008)、家族と朝食をとる (p=0.019)、楽しい食事 (p=0.000)、食生活の問題意識 (p=0.000) であった。

休養と嗜好で有意であったのは、最近 1 か月間のストレスの自覚 (p=0.001)、睡眠による休養 (p=0.000)、睡眠のための服薬や飲酒 (p=0.003)、受動喫煙の機会 (p=0.049)、飲酒習慣 (p=0.009) であった。

表2 主観的健康感の高い群と低い群の健康習慣(運動と健康管理)

	全体 人(%)	主観的健康感		P値 (χ ² 2両側検定)
		高値群 人(%)	低値群 人(%)	
一日の歩行時間	1201(100)	945(100)	256(100)	0.000
30分未満	342(28.5)	223(23.6)	119(46.5)	
30~60分未満	436(36.3)	364(38.5)	72(28.1)	
1時間以上	423(35.2)	358(37.9)	65(25.4)	
一日30分以上の早歩き	1212(100)	952(100)	260(100)	0.000
する	299(24.7)	264(27.7)	35(13.5)	
しない	913(75.3)	688(72.3)	225(86.5)	
エスカレーター・エレベーターの使用	1214(100)	956(100)	258(100)	0.000
使う	666(54.9)	492(51.5)	174(67.4)	
使わない	548(45.1)	464(48.5)	84(32.6)	
運動不足の自覚	1210(100)	951(100)	259(100)	0.000
あり	854(70.6)	637(67.0)	217(83.8)	
なし	356(29.4)	314(33.0)	42(16.2)	
運動する仲間	1200(100)	942(100)	258(100)	0.008
あり	294(24.5)	247(26.2)	47(18.2)	
なし	906(75.5)	695(73.8)	211(81.8)	
定期的体重測定	1197(100)	942(100)	255(100)	0.086
ほぼ毎日	274(22.9)	215(22.8)	59(23.1)	
週に2~3回	156(13.0)	131(13.9)	25(9.8)	
週に1回	182(15.2)	141(15.0)	41(16.1)	
月に1回	248(20.7)	193(20.5)	55(21.6)	
3か月に1回	73(6.1)	63(6.7)	10(3.9)	
6か月に1回	70(5.8)	46(4.9)	24(9.4)	
1年に1回	78(6.5)	62(6.6)	16(6.5)	
量らない	116(9.7)	91(9.7)	25(9.8)	
自分のBMI値の認識	1127(100)	894(100)	233(100)	0.000
知っている	549(48.7)	464(51.9)	85(36.5)	
知らない	578(51.3)	430(48.1)	148(63.5)	
健康のためにしていること	1183(100)	928(100)	255(100)	0.004
あり	980(82.8)	784(84.5)	196(76.9)	
なし	203(17.2)	144(15.5)	59(23.1)	
身近に相談できる人・環境	1176(100)	927(100)	249(100)	0.000
あり	882(75.0)	722(77.9)	160(64.3)	
なし	294(25.0)	205(22.1)	89(35.7)	

表3 主観的健康感の高い群と低い群の健康習慣(食生活)

	全体 人(%)	主観的健康感		P値 (χ^2 両側検定)
		高値群 人(%)	低値群 人(%)	
朝食の摂取	1209(100)	953(100)	256(100)	0.457
ほぼ毎日	1074(88.8)	848(89.0)	226(88.3)	
週に4~5回	27(2.2)	22(2.3)	5(2.0)	
週に2~3回	37(3.1)	27(2.8)	10(3.9)	
週に1回	9(0.7)	9(0.9)	0(0.0)	
ほとんどない	62(5.1)	47(4.9)	15(5.9)	
野菜の摂取量	1180(100)	926(100)	254(100)	0.006
毎食100~200g	193(16.4)	159(17.2)	34(13.4)	
一日100~200g	668(56.6)	538(58.1)	130(51.2)	
一日100g以下	278(23.6)	198(21.4)	80(31.5)	
ほとんど食べない	41(3.5)	31(3.3)	10(3.9)	
野菜一日摂取目標量	1175(100)	924(100)	251(100)	0.660
知っている	338(28.8)	263(28.5)	75(29.9)	
知らない	837(71.2)	661(71.5)	176(70.1)	
主食・主菜・副菜のそろった食事	1188(100)	938(100)	250(100)	0.005
一日2回以上	535(45.0)	441(47.0)	94(37.6)	
一日1回	392(33.0)	305(32.5)	87(34.8)	
週に4~5回	95(8.0)	75(8.0)	20(8.0)	
週に2~3回	117(9.8)	87(9.3)	30(12.0)	
週に1回以下	49(4.1)	30(3.2)	19(7.6)	
薄味の心がけ	1204(100)	947(100)	257(100)	0.732
する	849(70.5)	670(70.7)	179(69.6)	
しない	355(29.5)	277(29.3)	78(30.4)	
1回の食事量	1207(100)	953(100)	254(100)	0.000
多い	126(10.4)	101(10.6)	25(9.8)	
適量	881(73.0)	726(76.2)	155(61.0)	
少ない	98(8.1)	53(5.6)	45(17.7)	
わからない	102(8.5)	73(7.7)	29(11.4)	
地元食材の利用	1196(100)	941(100)	255(100)	0.008
する	953(79.7)	765(81.3)	188(73.7)	
しない	243(20.3)	176(18.7)	67(26.3)	
家族と朝食をとる	1178(100)	930(100)	248(100)	0.019
毎日	637(54.1)	509(54.7)	128(51.6)	
週に4~5回	67(5.7)	58(6.2)	9(3.6)	
週に2~3回	116(9.8)	98(10.5)	18(7.3)	
週に1回	61(5.2)	49(5.3)	12(4.8)	
ほとんどない	297(25.2)	216(23.2)	81(32.7)	
家族と夕食をとる	1171(100)	926(100)	245(100)	0.095
毎日	727(62.1)	577(62.3)	150(61.2)	
週に4~5回	124(10.6)	105(11.3)	19(7.8)	
週に2~3回	126(10.8)	103(11.1)	23(9.4)	
週に1回	44(3.8)	33(3.6)	11(4.5)	
ほとんどない	150(12.8)	108(11.7)	42(17.1)	
楽しい食事	1136(100)	892(100)	244(100)	0.000
毎日	438(38.6)	370(41.5)	68(27.9)	
週に4~5回	104(9.2)	88(9.9)	16(6.6)	
週に2~3回	119(10.5)	92(10.3)	27(11.1)	
週に1回	181(15.9)	137(15.4)	44(18.0)	
ほとんどない	294(25.9)	205(23.0)	89(36.5)	
食生活の問題意識	1148(100)	910(100)	238(100)	0.000
問題あり	387(33.7)	284(31.2)	103(43.3)	
問題なし	761(66.3)	626(68.8)	135(56.7)	

表4 主観的健康感の高い群と低い群の健康習慣(休養と嗜好)

	全体 人(%)	主観的健康感		P値 (χ^2 両側検定)
		高値群 人(%)	低値群 人(%)	
最近1か月間のストレス 感じた	1173(100) 682(58.1)	924(100) 514(55.6)	249(100) 168(67.5)	0.001
感じない	491(41.9)	410(44.4)	81(32.5)	
睡眠による休養 とれている	1188(100) 807(67.9)	933(100) 665(71.3)	255(100) 142(55.7)	0.000
とれていない	381(32.1)	268(28.7)	113(44.3)	
睡眠のための服薬・飲酒 あり	1208(100) 201(16.6)	949(100) 142(15.0)	259(100) 59(22.8)	0.003
なし	1007(83.4)	807(85.0)	200(77.2)	
喫煙習慣 吸う	1191(100) 181(15.2)	939(100) 144(15.3)	252(100) 37(14.7)	0.956
吸っていたがやめた	287(24.1)	225(24.0)	62(24.6)	
以前から吸わない	723(60.7)	570(60.7)	153(60.7)	
受動喫煙の機会 あり	1169(100) 466(39.9)	917(100) 352(38.4)	252(100) 114(45.2)	0.049
なし	703(60.1)	565(61.6)	138(54.8)	
飲酒習慣 毎日	1181(100) 237(20.1)	933(100) 199(21.3)	248(100) 38(15.3)	0.009
週に3~5回	108(9.1)	94(10.1)	14(5.6)	
週に1~2回	133(11.3)	106(11.4)	27(10.9)	
ほとんどない	703(59.5)	534(57.2)	169(68.1)	

V. 考察

1. A 市の健康習慣における課題

「非常に健康」と「まあ健康」を合わせた主観的健康感の高値群は 78.6% であった。20 歳以上 70 歳未満の一般住民に対する岩本ら (2006) の報告では 72.5% としており、これと比較してわずかに A 市では住民の主観的健康感が高い者が多いといえる。魚里ら (2013) は、社会的活動をしている人は主観的健康感が高いと報告している。A 市は、都心のベッドタウンといわれているが、公民館での活動も運動普及推進員や食生活改善推進員等の活動も活発に行われており、健康への関心が高い市民が多いためではないかと思われた。

しかしながら、一日の歩行時間が 30 分未満の者、一日 30 分以上の早歩きをしない者、階段よりエスカレーターやエレベーターを使う者、運動不足と感じている者は、40 歳以上の住民を対象とした 2012 年度の調査 (千田ら, 2014) と比べて増加しており、運動習慣については良好な傾向とは言い難い結果であった。今回は 20 ~ 30 歳代を対象に加えているため、学生や就労により多忙な日常生活を送ることにより、一定の運動の時間を確保し、毎日継続して運動をすることは難しいという実

態が反映されたとと思われる。日常生活の中で、住民が運動習慣を身につけるためには、引き続き運動教室や健康まつり等を通して運動の必要性を啓蒙する必要がある。また、既存のプールや体育館、運動公園を活用するとともに、生活道路をウォーキングロード化するなど、運動を行いやすい環境を身近に整備することが望まれる。さらに、学生や就労している人も参加できるように、参加者の生活にあった運動の種類や方法を工夫し、興味関心を引くような運動教室を企画する必要がある。

自分の BMI 値を知っている者は、2012 年度の調査 (千田ら, 2014) に比べ、2.0% 増加した。この理由としては、BMI 値を算出する体重計が普及してきたこと、各種健康診査を通して一般に知られるようになってきたことが考えられる。BMI は肥満の具体的指標なので、BMI 値への関心をさらに促し、体重を自己管理できるように促す必要がある。一方、健康のためにしていることについては、2012 年度調査 (千田ら, 2014) に比べ、2.0% 低くなった。運動だけでなく、健康習慣全般の継続が容易ではないことを示していると考えられる。健康習慣の継続には、仲間づくりが有効であると考えられる。各種の健康教室や疾病予防教室では、仲間づくりを意識した内容を加えることを意識する必要がある。

食生活においては、2012 年度調査（千田ら，2014）と比較すると、食生活に問題があると感じる者は 4.0% 増加し、朝食をほとんど摂らない者が 5.1% であった。これは、20～30 歳代の食習慣が反映された結果とも思われる。食習慣は子どもの時から家庭の中で身につけていくものなので、食育の観点からも若者の成長発達を損なわないためにも、若い世代への働きかけが重要である。欠食率を低減させるよう、小学校や中学校での健康教育を含む住民全体に対する啓蒙が必要であろう。また、野菜の一日の摂取目標量は 350g であるが、これを知っている者が 3 割に満たなかった。野菜を摂ることにより、栄養バランスの良い食生活につながるため、野菜摂取の必要性や目標量に加え、新鮮な地元野菜や野菜を使った行事食などの情報を提供して、野菜の摂取を促す必要があると考える。近年ではサプリメントで代用する者もいるが、野菜を摂ることの必要性や料理の仕方などの知識があれば、十分改善できると考える。

2012 年度調査（千田ら，2014）と比較し、最近 1 か月間のストレスを感じた者は 4.8%、睡眠による休養がとれていない者は 4.4%、喫煙する者は 1.2% 増加したが、今回の調査に 20～30 歳代の市民を加えたことによる影響があった可能性が推察される。一方で、睡眠のために服薬・飲酒をする者は 1.6% 減少し、ほとんど飲酒の習慣が無い者は増加した。約 6 割がストレスを感じ、約 3 割が睡眠で休養をとることができない現状であるが、これからも薬や飲酒に頼ることなく、運動やリラックスするなどして上手にストレスが発散できるようにすることを期待したい。

また、喫煙者のそばで過ごすことがある者が約 4 割いた。昨今、公共施設では禁煙環境が整いつつあるが、飲食店等一般の生活環境では未だ十分とは言えない。今後は禁煙指導と同時に分煙の指導にも力を入れる必要がある。

2. 主観的健康感高値群にみられる健康習慣

本研究における主観的健康感の高値群は、一日の歩行時間も長く、早歩きをし、エスカレーターやエレベーターを使わないなど、日常の中で運動を心がけていた。また、野菜を摂ることや食事に気を配り、地元食材を利用するなど、食事への関心も高い傾向であった。さらに、楽しく運動や食事をする家族・友人・仲間がいる傾向が見られた。また、低値群よりストレスも低く、ストレスがあっても睡眠による休養がとれ、服薬や飲酒に頼ることなく眠り、受動喫煙の機会も少ない傾向が見られた。これらから、健康を感じるためには、運動や食事に関心を持ち情報を得、日常の中にそれを取り入れることが重要であることが示唆された。今回の調査では、主観的高値群は低値群より飲酒する者が多かった。飲酒が

楽しい食事につながることもあるのではないかと考えられた。しかし、今回の質問項目からは、スピリチュアルな側面に関しては言及できない。

VI. 結語

A 市市民の主観的健康感と有意な関係が見られたのは、一日の歩行時間、一日 30 分以上の早歩き、エスカレーター・エレベーターの使用、運動不足の自覚、運動する仲間、自分の BMI の認識、健康のためにしていること、身近に相談できる人・環境、野菜の摂取量、主食・主菜・副菜のそろった食事、1 回の食事量、地元食材の利用、家族と朝食をとる、楽しい食事、食生活の問題意識、最近 1 か月間のストレス、睡眠による休養、睡眠のための服薬・飲酒、受動喫煙の機会、飲酒習慣の 20 項目であった。A 市市民の主観的健康感を高めるためには、引き続き適切な運動や栄養バランスの良い食事について啓蒙するとともに、これらの健康習慣が継続できるような環境整備が必要である。また、若者を含む市民の興味関心にあった健康教室の企画・開催、さらなる禁煙・分煙対策の推進が求められる。

今後の課題として、2012 年度の調査と比べて見られた変化が、今回の調査に 20～30 歳代の年齢層が加わったことによる影響か否かを明らかにするためには、さらに年齢階級別の特徴を分析する必要があると考える。

謝 辞

本報告は、2016 年に A 市から委託された調査結果の一部をまとめたものである。調査にご協力いただいた A 市市民の皆様、A 市保健センターの皆様へ感謝申し上げます。

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。
- 千田みゆき，山路真佐子，菊池チトセ，他 1 名（2014）：A 市市民の生活習慣と主観的健康感の実態，埼玉医科大学看護学科紀要，7（1），1-7。
- 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結果の分析—，奈良県立医科大学医学部看護学科紀要，2，17-25。
- 北村隆子，白井キミカ，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.

岡戸順一, アイ・ビン, 巴山玉蓮, 星旦二 (2003) : 主観的健康感が高齢者の生命予後に及ぼす影響, 日本健康教育学会誌, **11** (1), 31-38.

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.

杉澤秀博, 杉澤あつ子 (1995) : 健康自己評価に関する研究の展開—米国での研究を中心に—, 日本公衆衛生雑誌, **42** (6), 366-378.

魚里明子, 森田智子, 小出水寿英 (2013) : P 市県民交流広場参加者の保健行動と健康意識の実態調査, 関西看護医療大学紀要, **5** (1), 28-36.