

32. 地域高齢者における主観的健康観の要因

宮田日向子¹⁾、大神綾子¹⁾、宮野伊知郎²⁾、大浦麻絵²⁾、安田誠史²⁾

¹⁾ 高知大学医学部医学科 3 年生 公衆衛生学教室リサーチコース

²⁾ 高知大学医学部公衆衛生学教室

1. 研究の背景と目的

主観的健康観は 1950 年代に米国を中心に研究が始まり、日本では 80 年代ごろから取り入れられるようになってきた概念である。数値で表されるような客観的な健康ではなく、個々人が自身の健康をどう感じているかを重視するところにその特徴がある。これまでに地域高齢者において主観的健康観は生命予後や疾病の罹患率等と関連することが報告されており、高齢者の生命予後や生活の質を考える上で重要な視点であると考えられる。今回は、地域高齢者の主観的健康観の因子について検討を行った。

2. 方法

2010 年 1 月、高知県 I 町在住の要介護認定を受けていない 65 歳以上の高齢者にアンケート調査を実施し、回答のあった 4518 人（女性 2576 人、男性 1942 人）を対象とした。「自分が健康と思うか」という問いに、「非常に思う」「まあ健康だと思う」と答えた者を主観的健康観高群、「あまり健康ではない」「健康ではない」と答えた者を主観的健康観低群と定義し、(基本的・高次)日常生活動作、病歴、社会的状況等との関連を検討した。

3. 結果

男性の高群は 1252 人(66.0%)、女性の高群は 1743 人(69.5%)であった。主観的健康観と各質問項目の関連についての解析結果を以下の表に示す。

4. まとめ

主観的健康観には、病歴、基本的・高次 ADL の他、ソーシャルネットワークなどの社会的背景や精神的状況など多くの因子が関わっており、主観的健康観の向上には生活の背景にあるものを総合的に把握する必要があることが示唆された。

表：高い主観的健康観への関連（多重ロジスティック回帰分析、調整因子：性別、年齢）

| 質問項目 | オッズ比 | 95%信頼区間 |
|--|------|-----------|
| 基本的 ADL（全ての項目で問題なし/それ以外） | 4.93 | 3.97-6.11 |
| 老研式活動能力指標：手段的 ADL（全ての項目で問題なし/それ以外） | 1.22 | 1.16-1.28 |
| 老研式活動能力指標：知的 ADL（全ての項目で問題なし/それ以外） | 1.38 | 1.29-1.48 |
| 老研式活動能力指標：社会活動（全ての項目で問題なし/それ以外） | 1.43 | 1.35-1.51 |
| 基本チェックリスト：運動器関係（3 点未満/3 点以上） | 4.2 | 3.57-4.94 |
| 基本チェックリスト：栄養（2 点未満/2 点以上） | 2.04 | 1.64-2.55 |
| 基本チェックリスト：口腔機能（3 点未満/3 点以上） | 2.98 | 2.54-3.50 |
| 基本チェックリスト：外出（0 点/1 点以上） | 3.24 | 2.48-4.24 |
| 基本チェックリスト：認知（2 点未満/2 点以上） | 2.13 | 1.71-2.65 |
| 基本チェックリスト・こころ（0 点/1～5 点） | 6.18 | 4.33-8.81 |
| ソーシャルネットワーク（関わりのある親戚・友人が 2 人以上いる/それ以外） | 1.57 | 1.37-1.81 |
| 結婚（している/していない） | 0.98 | 0.88-1.09 |
| 同居（している/していない） | 1.1 | 0.94-1.30 |
| 最近 1 年の入院歴（なし/あり） | 3.49 | 2.90-4.21 |
| 現在内服している薬（なし/あり） | 3.34 | 2.71-4.12 |