

主観的健康感の医学的意義と健康支援活動

1. 研究の目的と方法
2. 主観的健康感の背景とその特性
3. 主観的健康感に関する先行研究
4. 主観的健康感を高めるための健康学習

岡 戸 順 一*
 星 旦 二**
 長谷川 明 弘*
 高 林 幸 二***
 渡 部 月 子****
 藤 原 佳 典***

要 約

高齢者は、何らかの障害を持ちやすいことが特性である。ここでの研究目的は、主観的健康感に関する先行研究を総合的にレビューし、同時に主観的健康感を維持向上させる支援方策について考察することである。

これまでに活用されてきた健康度を測定する尺度は、客観的で相互の比較ができる死亡率、罹患率、有病率などの指標が中心である。一方、高齢社会を背景に、自分自身の健康状態を本人が自己評価する主観的健康感が注目されている。欧米では、Subjective Health、Self-Rated Health、Self-Assessed Health、Self-Reported Healthと呼ばれている。

主観的健康感に関する初期の研究は、米国の老年学の領域で先駆的に始められている。ここでは、専門的な健康評価や医学的検査結果が、主観的健康感と統計的にみて有意に関連していることが報告されている。また、生命予後との関連でみても、予測妥当性が高いことも報告されている。

特にKaplanらは、6,921人を対象に9年間追跡調査し、多重ロジスティック解析を行った結果、主観的健康感が生命予後と最も強く関連していることを報告している。健康状態が「優れない(poor)」と答えたものは、「非常に優れている(excellent)」と答えたものに比べて、男性で2倍、女性で5倍多い死亡比率を示している。

本論では、主観的健康感を支援する健康教育についても検討した。主観的な健康感が向上したり維持されたとする追跡介入研究による実証研究は、今後の課題である。

*東京都立大学大学院都市科学研究科（博士課程）

**東京都立大学大学院都市科学研究科

***東京都老人総合研究所

****東京都立大学都市科学研究科（修士課程修了）

1. 研究の目的と方法

高齢化社会を迎えていることや、価値観の多様性が広がる中で、WHOは、新しい健康概念として、Spiritual（いきいきと前向きに生きる：仮訳）Healthの導入を検討している。本論の研究目的は、Spiritual Healthと密接に関連する健康指標である主観的健康感に関する先行研究を総合的にレビューし、同時に主観的健康感を維持向上させる方策について健康支援の視点から考察することである。

2. 主観的健康感の背景とその特性

2. 1 主観的健康感の背景

WHO憲章（1946年）は、健康を次のように定義した。「健康とは、肉体的・精神的・社会的に完全に良い状態にあることであり、単に疾病または虚弱でないということではない（Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity）」と。

このように、第二次世界大戦後の早い時期から総合的にみた健康が定義され、特に健康の要素として、身体的精神的要素に社会的な要素を追加したことが高く評価されている。

集団の健康度を測定する上で多用された尺度は、客観的で相互の比較が可能となりやすい尺度であると同時に、再現性や信頼性が高い死亡率、罹患率、有病率などの客観的な指標が重視されてきた。しかしながら、高齢社会を迎えたり、個々人の生活様式や価値観が多様化してきた現在では、主観的健康感やQOL（Quality of Life：生活の質）、生活満足度、主観的幸福感などの、集団よりも個人レベルでみた主観的な健康指標が重視されつつある。このことは、高齢者が疾病になりやすいことと、にもかかわらず、いきいきと生きている実態が反映されているものと考えられる。

このように主観的にみた健康指標が重視される理由として著者ら¹⁾は、新しい健康支援活動のねら

いでは、集団からみた疾病を予防する視点だけではなく、「病気と共生する、ないし受容する健康感を大切に障害を持ちやすい高齢者にも健康的である生活が大切であることや、個々人が質の高い生活を送れることを重視する反映である」ことを考察してきた。

WHOは、1999年の年次総会で新しい健康の定義を検討し、この中に「Spiritual」という言葉を追加させて提案している。このように主観的にみた健康を重視する潮流は、世界的な広がりをみせていることが推測される。

2. 2 主観的健康感とは

現在の自分自身の健康状態を、自分自身が自己評価したものが、主観的健康感である。しかしながら、その呼び方は一定していない。具体的には、主観的健康ないし主観的健康感や健康度自己評価と呼ばれている。「感」と「観」を区分する明確な定義もされていない。

一方欧米では、Subjective Health、Self-Rated Health、Self-Assessed Health、Self-Reported Healthと呼ばれ、我が国と同様に、統一された呼称が示されているわけではない。

2. 3 主観的健康感の特性

主観的健康感が調査項目として活用されてきた背景は、医学的検査などによる客観的な健康度を調査することが困難な場合に、その代替する指標として、主に社会調査において活用されてきた。客観的な指標は、専門家からみた評価尺度によって健康状態を評価しようとするのに対し、主観的健康感とは人々の主観的で自主的な判断に基づいて自己評価するところにその特徴²⁾があると考えられる。

我が国でも、国民生活基礎調査をはじめとして、各種社会調査にこの主観的な健康指標が用いられている。このことは、価値観の多様性や高齢社会が到来したこと、それに本人自身の視点からみた健康である実感が、人々の生活の本質を反映しているからだと考えられる。

主観的健康感を健康指標として採用する先行研

究分野は、心理学、社会学、老年学、医学、公衆衛生学、看護学などがある。しかしながらその歴史は浅く、健康指標の再現性や信頼性に関する優れた指標研究を蓄積することがより一層期待されている。

3. 主観的健康感に関する先行研究

欧米特に米国では、主観的健康感について早くから先進的に疫学研究がされていった。それらの詳細な先行研究レビューは、杉澤らによって体系的にまとめられている。杉澤ら³⁾は、主観的健康感に関する初期の研究では、米国の老年学の領域で先駆的に始められ、Suchman⁴⁾、MaddoxとDouglass⁵⁾、FriedsamとMartin⁶⁾が代表的な研究だと報告している。いずれの先行研究でも、医師による専門的な健康評価や医学的検査の結果が、主観的健康感と統計的にみて有意に関連しているという研究が数多く報告されている。

3. 1 主観的健康感と生命予後

主観的健康感とは1970年代後半から、生命予後との関連、つまり客観的な健康指標としての予測妥当性を検証されている。Singerら⁷⁾は、マンハッタン中心地における20年間にわたる追跡調査を行い、性・年齢を除いても主観的健康感が生命予後を予測する重要な指標の一つであることを報告している。

また主観的健康感に関する代表的な研究として、MosseyとShapiro⁸⁾による、カナダのマニトバ州における65歳以上の高齢者を対象に6年間追跡した調査が報告されている。Mosseyらは、性・年齢や客観的健康、生活満足度、収入、地域といった変数を調整しても、主観的健康感が「優れない(poor)」と答えた者は、「非常に優れている(excellent)」と答えた者に比べて、死亡率が有意に高く(死亡率は前半の3年間で2.92倍、後半の4年間で2.77倍)、主観的健康感が「優れない(poor)」ことと早期死亡との間には、統計上有意な関連があることを明らかにしていた。さらに、この関連性については、年齢やその他の健康要因

をコントロールした上でも、生命を規定する力を持っていることを、Shapiroら⁸⁾が明らかにしていた。

3. 2 生命予後を最も規定する主観的健康感

Kaplan¹⁰⁾らは、カリフォルニア州のアラメダにおいて、1965年に無作為抽出による16歳以上の住民6,921人を対象に行われた調査のデータを用い、主観的健康感と死亡との関連性を調べている。死亡についてのデータは1974年まで9年間にわたり収集し、年齢、性別、身体的健康、健康習慣、社会的ネットワーク、収入、教育、モラルや抑うつ、幸福感などをコントロールし、多重ロジスティック解析を行った結果、生命予後に最も関連していたのは主観的健康感であり、年齢調整後の死亡に対する相対危険度は、健康状態が「優れない(poor)」と答えたものは、「非常に優れている(excellent)」と答えたものに比べて、男性で2倍、女性で5倍の死亡確率が高いことを報告した。

Idlerら¹¹⁾は、コネチカット州ニューヘブーンなどにおける4年間にわたる追跡調査を行い、障害を測定することによる身体的健康、慢性疾患、社会人口学的特性(sociodemographic)、健康危険行動(health risk behaviors)をコントロールしても、主観的健康感が優れないものは、死亡危険度(the risk of mortality)が著しく増加したことを報告した。

生命予後との関連に関する他の研究では、Rakowskiら¹²⁾、WolinskyとJonson¹³⁾などがある。ここでも、主観的健康感と生命予後との間に統計上有意な関連性がみられたと報告している。

このように、主観的健康感とは、欧米では特に米国を中心に近年多くの研究が行われ、特に高齢者における生命予後との有意な関連性が検証されてきており、健康指標としての価値や重要性が明らかにされている。つまり、主観的健康感とは、特に高齢者の間では、予測妥当性も高く、簡便な測定指標として、集団レベルの健康度の評価や比較のために使用可能であることが明らかになった⁹⁾。

●自分で健康だと感じる人は長生きしている

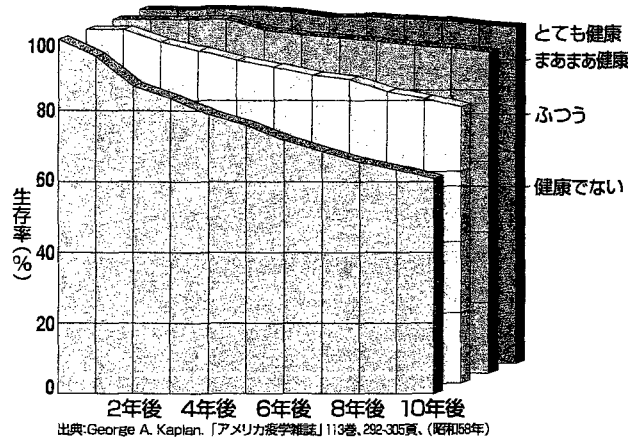


図1 主観的健康感の各レベル別にみた10年間の生存率の追跡

3. 3 我が国の主観的健康感に関する先行研究

我が国では、主観的健康感の研究は1980年代後半ごろから報告されており、小金井市の高齢者を5年間追跡調査した芳賀ら¹⁴⁾の研究では、主観的健康感には「非常に健康」から「非常に健康ではない」の4段階となっており、生命予後との関連はなかったことを報告している。

しかし、芳賀ら²⁾は、その後、秋田県雄和町の65歳以上の男女1,096名の地域在宅老人を対象に7年間の追跡調査を行い、主観的健康感と生命予後との関連性を分析している。その結果、主観的健康感のみを説明変数とする分析では、主観的健康感の好ましくない者は、死亡のリスクが統計上有意に高く、それは性・年齢などの基本的属性や、飲酒・喫煙などの生活習慣、通院中の病気の有無やADLの影響をコントロールしてもなお有意であったことを報告している。しかし、主観的健康感と生命予後の関連性は、男性では有意だったが女性では認められなかったと報告している。

藤田らは¹⁵⁾、東京都品川区、静岡県清水市、鳥取県中部地域の異なる3地域における60~89歳の老人から無作為抽出した3,580人を対象に、主観的健康感に関連する要因およびその後の死亡との関連を2年間にわたり追跡調査している。その結果、

いずれの地域でも、主観的健康感が低いほど死亡リスクが高く、日常生活動作能力(ADL)の影響をコントロールすれば、主観的健康感にはその後の死亡を予測する独自の寄与があることと、主観的健康感と最も強く関連していたのは慢性疾患の有無であり、日常生活動作能力(ADL)や現在の仕事の有無とも強く関連していたと報告している。

また、全国の60歳以上の高齢者1,671人を対象とした杉澤ら¹⁶⁾の研究では、3年間の追跡調査を行い、性、年齢、学歴、初回調査時における慢性疾患の有無、精神的健康、保健行動といった交絡要因をコントロールするためにロジスティック回帰分析を用いて、日常生活動作能力(ADL)の予後に対する主観的健康感の効果を検証している。その結果、性・年齢を問わず、主観的健康感が日常生活動作能力(ADL)の予後予測という側面では、妥当性が高い指標であると報告している。

また、地域高齢者737人を5年間追跡調査した小川ら¹⁷⁾は、主観的健康感がADLの低下や総死亡率と強く関連すると報告している。

さらに、主観的健康感とその関連要因を分析し、主観的健康感の指標としての意味の解明を試みた研究^{15,16,18~20)}があり、主観的健康感には、性、年齢、客観的健康度、既往歴、ADL、収入、学歴、社会参加、主観的幸福感などの多くの要因の影響をコ

ントロールした上でもなお死亡に対して独自の寄与を持つことが明らかになっている。

例えば杉澤²⁰⁾は、全国調査による2,037人を分析対象に、高齢者における主観的健康感の関連要因について質的分析を行っている。杉澤は、身体的、精神的、社会的健康指標群のうち、身体的健康指標群、なかでも、身体的健康の良否が独自に最も多く主観的健康感の変動を説明していたことを報告している。

3. 4 主観的健康感に関する今後の研究課題

我が国における主観的健康感に関する研究の蓄積は、欧米に比べて必ずしも十分ではないと考えられる。質問方法の標準化がなされていないこと、回答の選択枝数やその日本語表現、性別年齢別に

加えて、地域格差や社会経済的要因との関連を明確にすることが、今後の研究面からみた課題であると考えられる。また、主観的健康感に関する横断的な研究や追跡研究だけでなく、ある健康学習を介入することによって、主観的健康感が維持されたり高められたことを明確にする実証研究も、今後の健康施策立案のためには不可欠な研究上の課題である。しかしながら、介入実証研究を推進させていくためには、莫大な研究経費が必要であることも、研究を推進させていく上での課題である。

主観的健康感とは、死亡率や有病率といった客観的健康指標では捉えられない健康の質的側面に関する情報を簡便に把握できる独自の健康指標の一つとして確立されることも期待されている。何らかの疾病に罹患しやすい高齢者の健康を考慮するとき、簡便な自己申告による主観的健康感とは、今後ますます必要とされる健康指標の一つとして注目されるはずである。よって、関連した研究成果の蓄積が不可欠であろう。

東京都に居住する後期高齢者を対象にした横断調査結果では、主観的健康感とは、年間収入額との間に統計学的にみて強い相関性が得られた。横断的な調査結果から、因果関係を論じることは出来ない。しかしながら、都市に住む高齢者の主観的健康感が、所得レベルによって大きく規定されている可能性は示唆されている。

また、都市において、後期高齢者が一定程度の主観的健康感を保持していくためには、年間所得額300万円程度を確保することが必要であろう。

4. 主観的健康感を高めるための健康学習

ここでは、高齢者の主観的健康感を維持させたり高めていくために、支援する専門家が基盤とする基本理念と、健康学習方法について考察する。

4. 1 健康支援理念

1) 住民第一主義

個々人の健康づくりをすすめていく上で、最も大切な基本理念の一つは、住民第一主義と考えら

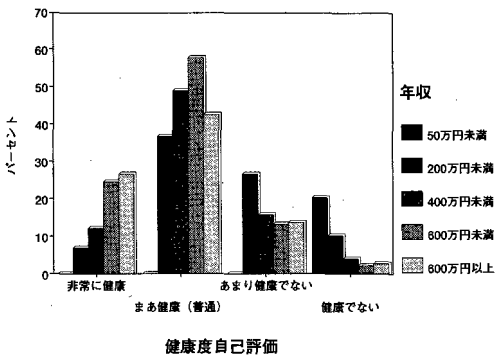


図2 都市に住む後期高齢者の主観的健康感と所得との関連 (男：1995)

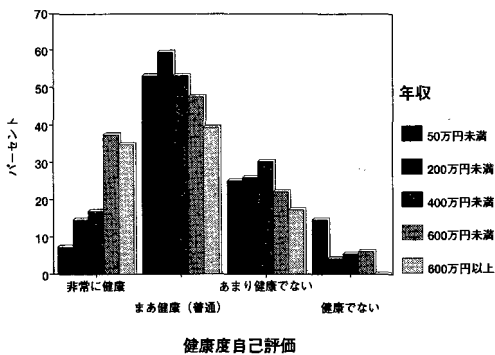


図3 都市に住む後期高齢者の主観的健康感と所得との関連 (女：1995)

れる。この理念は、住民が自分自身の疾病を受容したり、行動を変容していくことを意志決定していくように支援する上で、認識しておくべき最も大切な基礎概念である。この理念にたてば、患者、児童生徒、PTA、労働者が、その中核に位置づけられることを意味し、住民自治や社会正義とも連動している。

2) 情報提供と個々人の選択

健康教育の場における専門職の役割として、健康面でのデメリットやメリットについて最新情報を対象者に提供したり、本人が希望するならば行動変容のための情報を提供したり、個々の住民自身の意思決定を支援することが大切である。

例えば、「自分の体重をどのようにするか」「禁煙するか節煙するか」といった意思決定においても、専門家が判断する「最も望ましい姿」を指導したり強要することではないと考えられる。住民や患者自身が、自らの意志で自分にあった選択が可能になるように情報を提供することを、Informed Choice (情報提供と本人の選択) と呼ぶ。患者や家族が医療関係者や病院と契約を結ばない選択肢を確保することが大切である。情報を提供されない自由も同時に保障されるべきであろう。

3) 専門家による価値づけをしない

個人がどのような選択をしても、その選択に対して「正しい」とか「悪い」といった「価値づけ」を専門家がしないこと (Non Judgement with

Value) も、主観的な健康感を高めていく上で、重視されるべきである。その理由は、すべての人にメリットがある画一的な選択肢はあり得ないからである。一方、多様な選択肢が保障されてはじめて、個人が行った選択についての責任はその個人にもあることも、共に理解すべきポイントである。

4. 2 主観的健康感を高める健康教育方法

ここでは、高齢者の主観的健康感を維持させたり高めていくための健康学習方法について考察する。

WHOは、新しい健康教育の考え方として、「健康教育活動の方法は、従来から活用されてきた他者依存型で、専門家を主導とした方法から脱皮しなくてはならない」ことを述べている。具体的な健康教育方法としては、「人々が自主的で主体的に参加することの大切さと、好ましい健康習慣を維持する環境整備の大切さ」を報告している。健康診査を受診した高齢者の約60%が要医療と診断する自治体があるが、加齢現象にすぎないことを「異常」と診断したり、専門家が考える最も望ましい「行動変容」を指導されることによって、当事者の主観的健康感を低下させないように配慮していくことが求められる。

これからの健康教育では、住民や患者を「指導」するのではなく、対象者のセルフケア能力が高まる (empowerment) ように支援して予防を重視す

表1 健康教育の理念と方法

	従来の健康教育	新しい健康教育
理念	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者は指導の対象 ・トップが決定権を持つ 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者が中心で中核 (Patient First) ・対象者が決定する (Informed Choice) ・基本的人権
方法	<ul style="list-style-type: none"> ・他者依存型、専門家主導型 ・人々の意識変革と行動変容 ・一方向性 ・専門家の指示が中心 ・専門家の価値づけ ・行動変容 	<ul style="list-style-type: none"> ・人々の主体的参画 ・保健従事者の態度変容 ・相互方向、相互学習 ・各専門家と人々との共同作業 ・住民自身で価値づけ ・環境整備

ることと、一方で病気や障害があってもそれを受容しつつ、自己実現は維持できるように支援したり、主観的健康感を維持ないし高めていける支援活動が求められる。表1は、WHOの提言にそって、健康教育の理念と教育方法をまとめたものである。

世界的な先行研究として、このような新しい健康教育方法によって、高齢者の健康度や生活自立度が維持されたり主観的な健康感が維持できたとする追跡介入研究は、未だ報告されていないようである。

著者らは、都市科学研究費に加え、厚生省地域保健総合調査研究補助金を得て、全国高齢者約2.3万人を教育対象群と対照群に分けた長期介入追跡研究を、1998年度より開始し、基礎調査を終了した。3年後と5年後に、主観的健康感、人生満足度、生死を健康追跡最終指標とし、それを規定する説明要因を明確にする追跡研究を現在行っている。

参 考 文 献

- 1) 星旦二「健康指標とQOL」,『クオリテイ・オブ・ライフと保健医療-日本保健医療行動科学会年報』Vol.3, メヂカルフレンド社, p.59-68, 1988.
- 2) 芳賀博他「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』No.38, p.783-789, 1991.
- 3) 杉澤秀博・杉澤あつ子「健康度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』No.42, p.366-378, 1995.
- 4) Suchan EA., et al., "An analysis of the validity of health questionnaires", *social Forces*, 36, pp.223-232, 1958.
- 5) Maddox GL., Douglass EB., "Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects", *Journal of Health social Behavior*, 14, pp.87-93, 1973.
- 6) Friedsam HJ., Martin HW., "A comparison on self and physicians' health ratings in an older population", *Journal of Health Human Behavior*, 4, pp.179-183, 1963.
- 7) Singer E., et al., "mortality and mental health: evidence from the midtown Manhattan restudy", *Social Science and Medicine*, 10, pp.517-525, 1976.
- 8) Mossey JM., Shapiro E., "Self-Rated Health: a Predictor of mortality among the elderly", *American Journal of Public Health*, 72, pp.800-808, 1982.
- 9) Shapiro E., Tate R., "WHO is really at risk of institutionalisation?", *The Gerontologist*, 28, pp.237-245, 1988.
- 10) Kaplan GA., Camacho T., "Perceived Health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort", *American Journal of Epidemiology*, 117, pp.292-304, 1983.
- 11) Ider EL., Kasl SV., Lemke JH., "Self-Evaluated Health and mortality among the Eldely in New Haven, Conecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982-1986", *American Journal of Epidemiology*, 131, pp.91-103, 1990.
- 12) Rakowski W., et al., "The association of self-rated health with two-year mortality in a sample of well elderly", *Journal of Aging Health*, 3, pp.527-545, 1991.
- 13) Wolinsky FD., Johnson RJ., "Perceived health status and mortality among older men and women", *J. Gerontol*, 47, pp.304-312, 1992.
- 14) 芳賀博他「健康度自己評価に関する追跡的研究」,『社会老年学』No.10, p.163-174, 1988.
- 15) 藤田利治・簇野脩一「地域老人の健康度自己評価の関連要因とその後2年間の死亡」,『社会老年学』No.31, p.43-51, 1990.
- 16) 杉澤秀博・Jersey Liang「高齢者における健康度自己評価と日常生活動作能力の予後との関係」,『社会老年学』No.39, p.3-10, 1994.
- 17) 小川祐他「地域高齢者の健康度評価に関する追跡調査研究;日常生活動作能力の低下と死亡の予知を中心に」,『日本公衆衛生雑誌』No.40, p.859-871, 1993.
- 18) 朝倉木綿子他「東京都における中年期男子の主観的健康観とその関連要因に関する研究;低死亡率地域と高死亡率地域の比較から」,『日本公衆衛生雑誌』No.38, p.333-343, 1991.
- 19) 野口裕二「被保護高齢者の主観的幸福感と健康感」,『社会老年学』No.32, p.3-11, 1990.
- 20) 杉澤秀博「高齢者における健康度自己評価の関連要因に関する研究;質的・統計的解析に基づいて」,『社会老年学』No.38, p.14-24, 1993.
- 21) 星 旦二「ゼロ次予防に関する試論」,『地域保健』20(6), p.48-51, 1989.
- 22) 東京都健康づくり推進会議「いきいき都民の健康づくり行動計画」1993.
- 23) 小泉 明・星 旦二「健康習慣の定着」,『からだの科学』121, p.14-19, 1985.
- 24) 森本兼囊・星 旦二『生活習慣と健康』H B J出版,

東京, 1988.

Key Words (キー・ワード)

Subjective Health (主観的健康感), Supportive Environment (支援環境), Informed Choice (情報提供と本人の選択), Health Promotion (健康づくり)

Total Review of Subjective Health and Its Supportive System

Junichi Okado*, Tanji Hoshi**, Akihiro Hasegawa*, Koji Takabayashi***, Tsukiko Watanabe****
and Yoshinori Fujiwara***

*Graduate Student, Tokyo Metropolitan University

**Center for Urban Science, Tokyo Metropolitan University

***Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

****Master of Urban Science, Tokyo Metropolitan University

Comprehensive Urban Studies, No.73, 2000, pp.125-133

The development of research on self-rated health was reviewed to elucidate the back-ground of the research. The earliest studies utilized medical and objective health data to assess self-rated health. A lack of convenient and exact health measurements in the gerontological research field motivated the development of these early studies.

These studies indicated that self-rated health could not serve as a substitute for physicians' ratings. On the otherhand, studies of the relationship between psychosocial indices and self-rated health demonstrated that self-rated health was valid as a single measure of overall health, being related to physical, mental and social aspects of well-being.

Recent epidemiological investigations have shown that self-rated health is a significant predictor of mortality and changes in activities of daily living. Most of these search studies on self-rated health utilized elderly populations for subjects. Educational career and income were strongly correlated to subjective health status. This fact shows that educational career and income are significant factors connected with regional differences of subjective health status in urban elderly. In addition, this study suggests that a cohort study about the regional difference of subjective health status in urban elderly is indispensable, and needs to involve other sociodemographic characteristics such as marital status, job, and social network for future analyses.