〈共同研究〉
「健康政策の構築に向けた学際的研究―社会的要因からのアプローチ―」

地域高齢者の暮らし向きと健康度の関係

岡野　五郎[Ⅰ)]、服部　正明[Ⅱ)]、河合　美香[Ⅲ)]

要　旨

目的：地域高齢者の横断的研究によって、暮らし向き（所得）と健康度ならびに健康度に影響するライフスタイル、ソーシャル・サポート、生活満足感の関係を横断的研究によって検討した。対象と方法：対象はN町在住の65―85歳の男女全員（1735名）であり、郵送法と自宅訪問法を併用して、調査表を配布、回収した。1296名より回答が得られた（回収率75%）。結果：1）自覚的健康感と日常生活動作能（ADL）の成績は暮らし向きの悪化とともに有意に低下した。2）暮らし向きとライフスタイルの関係においては、暮らし向きの悪い群で喫煙および不眠の者が多かった。ソーシャル・サポートに関しては相談相手がいない、閉じこもる者が暮らし向きの悪い群で多かった。3）生活への満足感に関係する生きがい、孤独感、幸福感、老いへの肯定感などの成績も、暮らし向きの悪化とともに有意に低下した。またそれらを反映して、抑うつ症状保有者の割合が暮らし向きの悪い群で有意に高かった。結論：暮らし向きと健康度の間には有意な相関があり、暮らし向きが良い群に比べて、悪い群では健康度が低い。その原因として、喫煙や睡眠といった伝統的なライフスタイルの悪化に加え、ソーシャル・サポートの不足（相談相手の欠如、閉じこもり）、さらに心理的不安定さの増大（生きがいの喪失、孤独感の高まり、幸福感の欠如、老いへの不安、抑うつ）などが関与すると示唆された。ただし、本研究は横断的研究である。因果の確認は縦断的研究によってなされる必要がある。

Ⅰ）札幌医科大学医療人育成センター運動科学教室／医学研究科　地域保健予防医学
Ⅱ）東海大学国際文化学部地域創造学科
Ⅲ）龍谷大学法学部教養教育

Ⅰ．緒　言

わが国の高齢化率は、1980年代までは先進国中下位にあった。しかし、2005年には最も高い水準となり、現在、世界一の超高齢化社会を向かえている。また長期の不況により、近年わが国では所得格差も広がっている。

高齢者では所得格差が大きいことを示すデータがある。年齢階級別のジニ係数（不平等度を測る指標）をみると、高齢者のジニ係数は他の年齢階層のそれに比べて高い（厚生労働省「所得再分配調査」）[1)]。また、高齢者での生活保護受給者は2000年（約38万人）に比べて2010年（約74万人）には2倍近くまでになり、現在も増え続けている（厚生労働省社会・援護局「被保護者全国一斉調査結果報告書（基礎調査）」）[2)]。

従来、健康疫学の分野ではライフスタイルと健康の関係を検討した研究が多い。そして、高齢者を含めて、喫煙、飲酒、運動、睡眠、栄養（体型）などの良否が疾病の発生、身体機能、寿命に悪影響を及ぼす、と多くの研究が指摘してい

る[3-6]。

こうした中で、近年、ヒトの健康と社会経済的要因（学歴、所得、職業、人間関係）の関係を扱う研究がみられる。これらの研究によって、ヒトの健康は従来型のライフスタイルに影響されるだけでなく、社会経済学的要因に強く左右されることが明らかになりつつある[7, 8]。

このようなことから、本研究では所得格差が大きい高齢者に注目し、暮らし向き（家計）と健康度ならびに健康度に影響する因子の関係について検討を加えた。

II．対象と方法

1．対象

対象は北海道空知郡N町在住の65―85歳の全高齢者1735名（施設入所者54名を除く）である。この内、調査票に回答した1296名（男600名、女696名）を分析の対象とした。N町は石狩平野の南に位置し、人口9564人、第１次、第２次および第３次産業就業者の割合はそれぞれ21.2%、19.9%、54.4%である（平成17年度国勢調査）。平成23年での高齢化率は23.2%で、農業中心の古くからの住民に、新興住宅地に移り住んできた比較的若い住民が加わった町である。

2．調査方法

調査は、自記式質問紙を用いて実施した。調査票の配布と回収は主に郵送で行った。ただし、回収については一部、民生委員が対象者宅に出向く、または公的施設に回収箱を設置するなどの方法を併用して行った。

3．調査内容

調査内容は以下に示した項目である。なお、詳細については付表に示した。

1）暮らし向き（経済面）

回答を拒む者が多いため、所得を具体的な金額で尋ねるのが困難であった。このため、①大変ゆとりがある、②ややゆとりがある、③ふつう、④やや苦しい、⑤大変苦しい、の５つから選択回答させ、主観的な経済状況を把握した。そして、最終的にゆとりがある（①＋②）、ふつう、苦しい（④＋⑤）の３段階とした。

なお、この主観的経済状況の把握法は家族の人数、財産、借金などを加味して判断されるため、単なる所得金額よりも、現実の家庭の経済状況をより反映すると思われる。

2）健康度

自覚的健康感と日常生活動作能（ADL）を調査した。なお、自覚的健康感は主観的なものだが、多くの研究から高齢者の寿命を予測する確かな疫学的因子として証明されている。

日常生活動作能については、主に運動能力を評価し達成するのがやや難しい項目からなる出村法[9]と、主に日常生活での軽作業を評価する老研式[10]の２種類の方法で評価した。

3）ライフスタイル

喫煙、飲酒、運動・スポーツ、睡眠、栄養（体型）、の項目について調査した。運動・スポーツについては、１回あたり20分以上実施している運動・スポーツの週当たりの頻度を、夏期（非積雪期）と冬期（積雪期）に分けて尋ねた。この際、歩行、庭・畑仕事および手作業による除雪を運動・スポーツに含めた。体型はBMI（body mass index）で評価した。喫煙はずっと吸っていない、以前は吸っていたが今は止めた、吸っている－の３区分として選択させ、最終的には喫煙歴あり、なしの２カテゴリーとした。飲酒の状況は週あたりの頻度として把握した。

4）ソーシャル・サポート

相談相手の有無、外出頻度、家族形態について尋ねた。外出頻度が週１回以下の者を閉じこもりの状況にあるとした。

5）生活満足感

生きがい、孤独感、幸福感、老いへの認識、

抑うつの有無について調査した。老いへの認識の評価はLevyら[11]による方法で行った。また、抑うつの有無の判定はWeeksらの短縮版（GDS－５）[12]を用いて行った。

３．分析方法

暮らし向きと健康度、ライフスタイル、ソーシャル・サポートおよび生活満足感の関係をSPSS ver.11.0J（SPSS Inc, 東京）を用いて検討した。この際、カテゴリーデータに関してはχ^2独立性の検定、数量データに関してはKruskal-Wallis法を用いた。

４．倫理的配慮

Ｎ町の調査に際しては、広報および調査票に添付された文書により、調査の目的、意義、分析の方法（個人のコード化、分析依頼機関名および責任者名）、プライバシーの保護および調査の活用などに関して、対象者に事前説明がなされた。回答は自由意志によるものとした。また、本研究は札幌医科大学倫理委員会の承認を得て行った。

III　結　果

１．暮らし向き

Ｎ町高齢者の暮らし向きの状況を表１に示した。対象者を全体でみると、「ゆとりがある」が13%、「ふつう」が68%、「苦しい」が20%であった。この様子は年齢別（前期高齢者　vs　後期高齢者）、および男女別にみても、ほぼ同じであった。

２．暮らし向きと健康度

１）自覚的健康感

自覚的健康感を健康、ふつう、不健康の３つに分け、暮らし向きとの関係を表２に示した。自覚的健康感は、暮らし向きに「ゆとりがある」群と「苦しい」群で大きな差がみられた。不健康と答える者の割合は、「ゆとりがある」群では12%であったのに対して、「苦しい」群では31%と３倍

表１　Ｎ町高齢者の暮らし向き

	ゆとりがある	ふつう	苦しい	人数
全体（%）	12.7	67.6	19.7	1296
年齢（%）				
65-74歳	12.3	68.6	19.2	767
75-85歳	13.4	66.2	20.4	529
性（%）				
男	13.8	64.3	21.8	600
女	11.8	70.4	17.8	696

表２　暮らし向きと自覚的健康感および日常生活動作能（ADL）

	ゆとりがある	ふつう	苦しい	P値
自覚健康感（%）				
健康	35.8	19.5	15.7	0.000
ふつう	52.7	66.3	52.9	
不健康	11.5	14.1	31.4	
日常生活動作能（得点）[a]				
出村法（36点満点）	27.3±5.8	26.6±5.9	25.1±6.6#, $	0.001
老研式（13点満点）	11.5±2.4	11.2±2.5	10.5±3.0#, $	0.000

a）３郡の比較はKruskal-Wallis法による

３郡間の多重比較はBonferroniによる（#P＜0.05 vs ゆとりがある；$p＜0.05 vs ふつう）

表３　暮らし向きとライフスタイルの関係

	ゆとりがある	ふつう	苦しい	P値
喫煙（%）				
喫煙歴なし	63.5	65.7	53.0	0.001
喫煙歴あり	36.5	34.3	47.0	
飲酒（%）				
飲まない	55.0	62.5	66.1	0.104
月数回～週１－２日	13.8	13.9	14.3	
週３－４日以上	31.3	23.7	19.5	
運動・スポーツ（夏期）（%）				
週3日以上	57.2	49.1	46.5	0.172
週１－２日	15.1	17.2	14.8	
月数回＋しない	27.6	33.7	38.7	
運動・スポーツ（冬期）（%）				
週3日以上	45.0	42.5	43.7	0.417
週１－２日	24.2	22.0	17.6	
月数回＋しない	30.8	35.5	38.7	
睡眠（%）				
よく眠れる	58.5	49.0	37.0	0.000
ほどほど眠れる	32.3	41.0	41.3	
あまりよく眠れない＋眠れなくて困る	9.1	10.0	21.7	
BMI（%）				
18.5未満	7.5	5.3	4.8	0.760
18.5-24.9	66.5	65.6	66.8	
25以上	26.1	29.1	28.4	

近く高かった。

２）日常生活動作能（ADL）

日常生活動作能を出村法と老研式で評価し、暮らし向きとの関係を表２に示した。ADL 得点は２つの評価法とも、暮らし向きが「苦しい」群で「ふつう」「ゆとりがある」群に比べて有意に低い得点を示した。特に、「苦しい」群と「ゆとりがある」群での差が大きかった。

３．暮らし向きとライフスタイル

喫煙、飲酒、運動・スポーツ、睡眠、栄養（体型）などのライフスタイルの状況と暮らし向きの関係を表３に示した。

身体的な健康への影響が大きいとされる喫煙、飲酒、運動・スポーツ、睡眠、栄養（体型）と暮らし向きの関係をみると、有意差がみられた項目は喫煙と睡眠の２項目だけであった。「ゆとりがある」群に比べて「苦しい」群では、喫煙経験者が 10% 程度多かった。両群で差が大きいのは睡眠についてであり、「ゆとりがある」群ではよく眠れる 59%、眠れない 9% であるが、「苦しい」群ではよく眠れる 37%、眠れない 22% と、睡眠に不満をもつ者が多かった。

４．暮らし向きとソーシャル・サポート

悩みの相談相手の有無、外出の状況、家族形態と暮らし向きの関係を表４に示した。暮らし向きと有意に関係したのは相談相手の有無、外出の状況であった。暮らし向きに「ゆとりがある」群では相談相手がいないは 26%、閉じこもりが 23% である。一方、「苦しい」群では相談相手がいないが 41%、閉じこもりが 40% であった。すなわち、暮らし向きが「苦しい」群ではストレス、不満、不安を吐き出す機会が少なく、これらが蓄積しやすい状況にある。

５．暮らし向きと生活への満足感

生きがい、孤独感、幸福感、老いへの認識、抑うつの有無と暮らし向きの関係を表５に示した。いずれの項目でも、暮らし向きが悪くなると、状

表4　暮らし向きとソーシャル・サポートの関係

	ゆとりがある	ふつう	苦しい	P値
悩みの相談相手（%）				
いる	73.8	67.5	59.1	0.005
いない	26.2	32.5	40.9	
外出（%）				
閉じこもり（週1回以下）	23.0	26.3	39.9	0.000
非閉じこもり（2～3日に1回以上）	77.0	73.7	60.1	
家族形態（%）				
夫婦だけ＋子供と同居	86.2	86.4	83.9	0.104
非同居（近くに子供がいる）	6.9	4.9	3.2	
一人暮らし	6.9	8.7	12.9	

表5　暮らし向きと生活への満足感

	ゆとりがある	ふつう	苦しい	P値
いきがい（%）				
おおいにある＋ある	91.5	81.1	68.8	0.000
あまりない＋ない	8.5	18.9	31.2	
孤独感を感じるか（%）				
ほぼない	82.9	73.5	54.8	0.000
時々＋よくある	17.1	26.5	45.2	
幸福と思うか（%）				
全く＋ある程度そうだ	97.5	91.3	66.1	0.000
あまり＋全くそうではない	2.5	9.7	33.9	
老いに対する認識（%）				
物事は悪くなる一方だ				
いいえ	64.2	50.3	27.4	0.004
はい	35.8	49.7	72.6	
昨年と同じくらい元気だ				
はい	80.6	68.0	57.0	0.000
いいえ	19.4	32.0	43.0	
役立たずになる				
いいえ	70.0	62.2	54.6	0.009
はい	30.0	37.8	45.4	
若い時と同じくらい今も幸せ				
はい	81.7	66.9	36.6	0.000
いいえ	18.3	33.1	63.4	
若い時に想像したのに比較して、今の状況はいかが				
思っていたよりも良い	35.6	20.7	12.6	0.000
思っていたとおり	44.4	47.1	27.2	
思っていたよりも悪い	20.0	32.2	60.2	
抑うつ症状（DGS2点以上）（%）				
なし	81.6	68.5	45.1	0.000
あり	18.4	31.5	54.9	

況が悪化する様子が有意差をもって認められた。

「ゆとりがある」群では生きがいがある92%、孤独感はほぼない83%、幸福感が高い45%であった。これに対して、「苦しい」群では生きがいがある69%、孤独感はほぼない55%、幸福感が高い8%と、生活への満足感が著しく低い様子に

あった。

また、老いをどのように認識するかを尋ねたところ、悲観的に答える者の割合は暮らし向きが苦しい者ほど高かった（表５）。すなわち、「ゆとりがある」群では物事は悪くなる一方とするのが36％、若い時思っていたより今の状況は悪いが20％で少なく、昨年と同じ位元気が81％、若い時と同じくらい幸せが82％と多く、老いを肯定的に捉える者の割合が高い。これに対して、「苦しい」群では物事は悪くなる一方73％、若い時思っていたより今の状況は悪い60％と多く、昨年と同じくらい元気57％、若い時と同じくらい幸せ37％と少ない。つまり、老いを悲観的に捉える者の割合が高かった。

以上の項目における満たされない状況はうつ病の発症の原因となる。抑うつの有無をGDS―５で評価し、暮らし向きとの関係を同じく表５に示した。GDS―５では５症状のうち２つ以上を持つ者を「抑うつ」保有者と判定する。「抑うつ」保有者の割合は暮らし向きに「ゆとりがある」群では18％であったが、「苦しい」群では55％と３倍も高かった。

IV　考　察

近年、ヒトの健康に教育歴、所得、職業階層（管理職、専門職、一般職、現業など）、就業形態（正規、非正規雇用、失業）などの社会経済的因子が大きく関わることが指摘され始めている[7, 8]。例えば、所得の点に限っても、所得の高い高齢者は低い高齢者に比べて、骨折が少ない、不眠を訴える者が少ない、うつが少ない、要介護になる者が少ない、死亡率が低い、ことを示す結果がみられる。

本研究では、自覚的健康感（高齢者の寿命を予測する疫学的因子）と日常生活動作能（ADL）を健康指標として、暮らし向き（所得）との関連を検討した。その結果、暮らし向きの悪い群では良い群に比べて、２つの健康指標はともに成績が悪い状況にあった。前述のごとく、経済状況が悪い高齢者は健康度も低いと指摘されているが、本研究の結果は本質的にこれと一致している。

暮らし向きの悪い高齢者で健康度が低い原因は何か。これには幾つかの原因が考えられる。例えば、暮らし向きの悪い群では１）ライフスタイル（喫煙、飲酒、運動、睡眠、栄養（体型）、間食、朝食）の状況が悪い、２）他者との接触が少なくソーシャル・サポートを受ける体制に乏しい、あるいは３）生きがいや幸福感が乏しい、孤独感やうつ度が高い、すなわち心理的ストレスが大きい、こうしたことが原因として考えられる。

ライフスタイル（喫煙、飲酒、運動、睡眠、栄養（体型）、間食、朝食）がヒトの健康に影響することは、アラメダ郡研究をはじめ多くの疫学研究から示されてきた[3-6]。したがって、本研究でみられた暮らし向きの悪い群での健康悪化（自覚健康感とADLが低い）がライフスタイルの悪さに起因するとも考えられる。しかし、本研究で暮らし向きとの間に有意な関係がみられたのは喫煙と睡眠の２項目だけである。したがって、暮らし向きの悪い群での健康悪化には他の要因も強く関与していると考えられる。

人は一人では生きていけず、集団の中に存在し、他者と相互扶助の関係で生きている。他者と接触し、ソーシャル・サポートを適切に受けられるか否かはヒトの健康を左右する[13-14]。このことから、本研究では悩みの相談相手の有無、外出の頻度（閉じこもりの有無）、家族形態（同居、独居）と暮らし向きの関係を検討した。暮らし向きの悪い群では悩みの相談相手がいない、閉じこもりの者が多かった。つまり、ソーシャル・サポートを適切に享受できない者の割合が高い可能性が大きかった。

ヒトの健康を考える上で、精神的健康と身体的健康を切り離して考えることはできない。両者は相互に影響しあって、ヒトの全体の健康状態をつくり上げている。身体的に不健康（例えば病気）であればそれは精神的健康に悪い影響を与えるであろうし、逆に精神的に不健康であれば自律神経活動やホルモン分泌のバランスをくずす、あるいはストレスが免疫機能を低下させる、などして身体的健康にも悪影響を及ぼす。

本研究では生きがい、生活満足感（孤独感、幸福感、老いへの不安、抑うつの状況）から精神的

健康を捉え、暮らし向きとの関係を検討した。その結果、暮らし向きの悪い群で、生きがいや幸福感が低い、孤独感や老いへの不安が強い、そして抑うつをもつ者が多い、などの状況がみられた。つまり、暮らし向きの悪い群では生活上の不満、不安が大きく、それが心理的ストレスとなり、精神的健康度のレベルを低下させていると示唆される。

本研究の結果は、暮らし向きは1）高齢者の健康度を左右する、2）その原因として、ライフスタイルの悪化、ソーシャル・サポートの不足、さらに生活不安からくる心理的ストレスの増大が関与すると考えられる、などを示唆している。従来、ヒトの健康度を向上させる方策はライフスタイルの改善に力点が置かれてきた。しかし、増税、年金や生活保護費の減額など高齢者間の所得格差が広がりつつある今日、格差の是正など社会経済的因子の改善にも目を向けた健康政策が必要と考えられる。ただし、本研究の結果は横断的研究からのものである。今後、因果の確立を縦断的研究によってより強固なものにする必要がある。

謝　辞

本研究にあたり、調査にご協力いただいたN町町民の皆様、並びにN町職員の皆さまに深謝いたします。

文　献

1）平成20年所得再配分調査報告書　厚生労働省政策統括官（社会保障担当）
2）年齢階級別被保護人員と保護率の年次推移（平成22年）国立社会保障・人口問題研究所
3）Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practices. Preventive Med 1972;1:409-421.
4）Belloc NB. Relationship of physical health practices on mortality. Preventive Med 1973; 2: 67-81.
5）Rotevatn S, Akslen LA, Bjelke E. Lifestyle and mortality among Norwegian men. Preventive Med. 1989;18:433-443.
6）LaCroix AZ, Guralnik JM, Berkman LF, et al. Maintaining mobility in late life II. smoking, alcohol consumption, physical activity, and body mass index. Am J Epidemiol 1993;137:858-869.
7）近藤克則．検証「健康格差社会」－介護予防に向けた社会疫学的大規模調査．医学書院，東京，2007.
8）近藤克則．「健康格差社会」を生き抜く．朝日新聞出版，東京，2010.
9）出村慎一，佐藤　進，南雅樹，他．在宅高齢者の日常生活動作能力調査票の作成．体力科学　2000; 49:375-384.
10）古谷野　亘，柴田　博，中里克治，他．地域老人における活動能力の測定－労研式活動能力指標の開発―．日本公衛誌　1987;34:109-114.
11）Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, et al. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. J Personal Soc Psychol 2002;83:261-270.
12）Weeks SK, McGann PE, Michael TK, et al. Comparinig various short-form geriatrics depression scales leads to the GDS-5/15. J Nurs Scholar 2003; 35:133-137.
13）Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. Am J Epidemiol 1979;109:186-204.
14）安梅勅江，島田千穂．高齢者の社会関連性評価と生命予後　社会関連性指標と5年後の死亡率の関係．日本公衛誌　1999；47：127-132.

付表　調査票における主な質問内容

ADL 調査票（出村法、労研式）、うつに関する調査（DGS-5）、老いへの認識に関する調査票（Levy らの方法）は除く

・性別：　1）男　　2）女

・生年月日：　大正　・　昭和　　＿＿＿年＿＿＿月
（どちらかを〇で囲んで下さい）

・身長：　＿＿＿＿＿cm　　体重：　＿＿＿＿＿kg

ここ１年くらいの様子をお答え下さい。あてはまる番号を〇で囲んで下さい。

・暮らし向き（金銭面）はいかがですか。
1）大変ゆとりがある　2）ややゆとりがある　3）ふつう　4）やや苦しい　5）大変苦しい

・全般的にみて、あなたの健康状態はいかがですか。
1）非常に健康　2）健康　3）ふつう　4）不健康　5）非常に不健康

・タバコを吸いますか。
1）ずっと吸っていない　2）以前は吸ったが、今はやめた　3）吸っている

・お酒を飲みますか。
1）ほぼ毎日　2）週 3－4 日　3）週 1－2 日　4）月数回
5）今は飲まないが、以前は飲んだ　6）飲む習慣はずっとない

・日ごろ、運動やスポーツ（1回あたり20分以上）をしますか。
（健康の為の歩行、手作業による除雪を含みます）

夏期：　1）週3日以上　2）週1～2 日　3）月数回　4）しない
冬期：　1）週3日以上　2）週1～2 日　3）月数回　4）しない

・夜、よく眠ることができますか。
1）よく眠れる　2）ほどほどに眠れる　3）あまりよく眠れない　4）眠れなくて困る

・悩み・心配事を相談できる親しい友人がいますか。
1）いる　2）いない

・外出（仕事、集まり、人と会う、買い物などで家の外に出る）はどの位しますか。
1)ほぼ毎日　2)2～3日に1回程度　3)週に1回程度　4)ほとんど外出しない

・家族形態をおたずねします。
1) 夫婦のみ　2) 子供と同居　3) 子供と同居ではないが、すぐ近くにいる　4) 一人暮らし

・楽しみや生活のはり（生きがい）がありますか。
1) 大いにある　2) ある　3) あまりない　4) ない

・一人ぼっち（孤独感）だと思うことがありますか。
1) ほぼない　2) ときどきある　3) よくある

・全体的にみて、あなたは現在、幸せと感じますか。
1)まったくそうだ　2)ある程度そうだ　3)あまりそうではない　4)まったくそうではない