

る。つまり、主観的健康感は、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することが可能であることが明らかになってきている。

一方、わが国では、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⁹⁾の研究がある。この研究では、主観的健康感は「非常に健康」から「非常に悪い」の4段階となっており、生命予後との関連はなかったと報告されている。しかし、芳賀ら¹¹⁾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、主観的健康感のみを説明変数とする分析では、主観的健康感の悪い者は死亡のリスクが有意に高く、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と報告している。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¹⁰⁾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、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¹¹⁾は、主観的健康感がADLの低下や総死亡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藤田ら¹²⁾、杉澤¹³⁾、朝倉ら¹⁴⁾、野口¹⁵⁾の研究などがあり、主観的健康感は、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。

わが国における主観的健康感の研究はまだ緒についたばかりであり、標準化がなされていないことや、回答の選択肢の数や表現、対象集団による評価基準の差など多くの問題点を持つ。しかし、今後さらに主観的健康感についての研究は進められ、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（半健康状態など）を簡便に把握できる独自の健康指標として確立され、ますます重要視されるであろう。

今回の研究では、全体的に、介入を行わなかった熊本県 K 市と比較して、介入を実施した新潟県 J 市 4 年介入群および新潟県 J 市 3 年介入群では主観的健康感が良くなっている傾向が認められた。

今回の調査では、新潟県 J 市の対象者と比べて熊本県 K 市の対象者は基礎調査時における平均年齢が高く、また観察期間が短いことに十分留意しなければならない。

また、長期に渡る介入、及び追跡期間において、追跡出来た高齢者は、そもそも健康な集団である可能性が考えられ、この結果が介入事業によるものであると直接的には言うことは出来ない。しかし、これらの結果から、介入を行わなかった対照群と比べて、介入を実施した群において主観的健康感が良い状態に保たれているか、もしくは良くなっていることが示唆された。主観的健康感が悪くなっている集団は、将来 ADL や認知機能が低下するリスクの高い状態であることが想定されることから、今後、主観的健康感とその背景要因について、より綿密な調査および分析が必要である。

[引用文献]

- 1)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, pp783-789, 1991.
- 2)Singer E, et al. *Mortality and mental health: evidence from the midtown Manhett- an restudy*. Social Science and Medicine: 10: pp517-525, 1976.
- 3)Mossey JM, Shapiro E. *Self-Rated Health: a Predictor of Mortality among the Elderly*. American Journal of Public Health ;72: pp.800-808, 1982.
- 4)Shapiro E, Tate R. *Who is really at risk of institutionalisation?* The Gerontologist: 28: pp237-245, 1988.
- 5)Kaplan GA, Camacho T. *Perceived Health and Mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort*. American Journal of Epidemiology: 117, pp292-304, 1983.
- 6)Ider EL, Kasl SV, Lemke JH. *Self-Evaluated Health and Mortality among the Elderly in New Haven , Conecticut, and Iowa and Washington Counties , Iowa , 1982-1986*. American Journal of Epidemiology ;131, pp.91-103, 1990.
- 7)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:pp527-545,1991.
- 8) Wolinsky FD, Johnson Rj. *Perceived health status and mortality among older men and women*. J Gerontol; 47: pp304-312, 1992.
- 9) 芳賀博, 他: 「健康度自己評価に関する追跡的研究」, 社会老学, No.10, pp163-174, 1988.
- 10) 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, pp3-10, 1994.
- 11) 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, pp859-871, 1993.
- 12) 藤田利治・篠野脩一: 「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, pp43-51, 1990.
- 13) 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, No.38, pp14-24, 1993.
- 14) 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」, 日本公衆衛生誌, No.38, PP333-343, 1991.

- 15) 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, pp3-11, 1990.

E. 研究発表

1. 論文発表

- 岡戸順一・星旦二・長谷川明弘・高林幸司・渡部月子・藤原佳典: 主観的健康感の医学的意義と健康支援活動, 総合都市研究 2000;73:125-133.

2. 学会発表

- 高林幸司, 新開省二, 藤原佳典, 熊谷修, 渡辺修一郎, 吉田祐子: 地域在宅高齢者における「閉じこもり」の特徴とその関連要因. 日本老年社会科学会第43回大会, 大阪, 2001. 6.13-15.

F. 知的所有権の取得状況

なし

介入事業実施地域における健康度自己評価とその規定要因の分析

分担研究者 西川 武志 北海道教育大学教育学部医科学看護学部門 助教授

研究趣旨：基礎調査時より健康度自己評価が向上した、もしくは良い状態に維持されていた集団に対して、健康度自己評価が低下した、または低い状態のままであった集団の2群間で、基本的属性、身体的要因、心理・社会的要因、生活習慣、医学調査項目などについて、統計学的な比較検討を行った。その結果、健康度自己評価低下群では、基礎調査時において生活機能が低水準で、外出頻度が少ない傾向が示唆された。また、収縮期血圧が有意に高かった。今回の研究では、健康度自己評価とその関連要因を明らかにするには十分とは言えず、今後も継続した縦断的研究を行う必要がある。

A. 研究目的

高齢者においては、健康度自己評価の低下は、将来のADLおよびQOLの低下につながる事が指摘されてきている。杉澤ら¹⁾は、全国の60歳以上の高齢者1,671人を3年間にわたり追跡調査し、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調整した上で、ADLの予後に対する健康度自己評価（主観的健康感）の影響の検証をおこなった。その結果、性・年齢を問わず、健康度自己評価はADLの予後を予測する上で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²⁾は、健康度自己評価がADLの低

下や総死亡と強く関連すると報告している。

本研究の目的は、地域在宅高齢者の健康度自己評価の変化、およびその関連要因を分析し、介入事業による効果を明らかにすることである。

B. 研究方法

新潟県J市在住の中老年一般住民1,282名（男性520名、女性762名）を対象に、平成7年および平成8年に基礎調査（baseline survey）を行い、平成11年7～8月に追跡調査（follow-up survey）を行った。その間の3～4年間を介入期間とし、個人の主体性を重視した相互学習式の方法を導入した介入プログラムを実施した。

医学・生活調査ともに追跡可能であったコホートは計 574 名であったが、そのうち基礎調査時の年齢が 60 歳以上の 385 名を分析対象とした。

健康度自己評価は、「あなたは、普段ご自分で健康だと思いますか」という質問に対し、「非常に健康」「まあ健康」「あまり健康ではない」「健康ではない」の 4 段階で回答を得た。

健康度自己評価について、「非常に健康」を 4 点、「まあ健康」を 3 点、「あまり健康ではない」を 2 点、「健康ではない」を 1 点とし、追跡調査時の点数から基礎調査時の点数を減算し、健康度自己評価の変化をみた。

さらに、健康度自己評価向上群と低下群の 2 群間で基礎調査時の項目を比較し、健康度自己評価が低下した群の特徴をみた。

基礎調査の内容は下記のとおりである。基本的属性（性、年齢、家族構成、職業の有無）、現病歴、既往歴、通院状況、基本的 ADL、生活機能（老研式活動能力指標）、外出頻度、生活習慣（飲酒、喫煙、睡眠など）、咀嚼力、主要 15 食品の摂取頻度、散歩・体操の習慣、運動・スポーツの習慣、趣味・稽古事の有無、社会的ネットワーク、老人用うつ尺度（GDS 短縮版）、近所づきあい、地域活動への参加などである。

C. 研究結果

3～4 年間の介入期間において、健康度自己評価が向上、もしくは良い状態に維持されていた群（とても健康、まあ健康のまま変化しなかった）は 292 人（84.4%）であった。一方、健康度自己評価が低下、もしくは低い状態のままだった群（あまり健康でない・健康ではないのまま変化無しを好む）は 54 人（15.6%）であった。

次に、健康度自己評価向上群と低下群との 2 群間において、関連する要因を分析した（表 1）。まず、基本的属性では健康度自己評価低下群でやや年齢が高かったが、統計的に有意な差は見られなかった。次に身体的要因では、健康度自己評価低下群で脳卒中、高血圧の既往が多い傾向が見られたが、有意な差はなかった。視力障害、聴力障害とも 2 群間で有意な差はみられなかった。

生活機能（老研式活動能力指標）では、健康度自己評価低下群でやや低下している傾向が示された（ $p < 0.01$ ）。さらに詳細にみると、手段的自立は、健康度自己評価向上群（平均値 \pm SD） 4.9 ± 0.3 と比べて低下群では 4.7 ± 0.7 と有意に低水準となっており（ $p < 0.01$ ）、また知的能動性についても、低下群で低くなっており、統計学的に有意な差が示された。しかし、社会的役割については有意な差はみられなかった。

表 1. 健康度自己評価の変化でみた関連要因

| 関連変数(基礎調査時) | | 健康度自己評価向上群(+1~+2) | 健康度自己評価低下群(-1~-2) | 検定 | |
|-----------------|------------|---------------------------------------|--|----------|----|
| | | とても健康・まあまあ健康のまま変化無しを含む 292人(84.4%) | あまり健康ではない・健康ではないのまま変化無しを含む 54人(15.6%) | | |
| 基本的属性 | | | | | |
| 性 | 女性の割合, % | 61.6 | 61.1 | NS | |
| 年齢 | 平均±SD, 歳 | 66.9±5.1 | 68.0±6.0 | NS | |
| 身体的要因 | | | | | |
| 脳卒中 | 既往あり, % | 2.3 | 4.5 | NS | |
| 心疾患 | 既往あり, % | 5.3 | 0.0 | NS | |
| 高血圧 | 既往あり, % | 42.5 | 55.6 | NS | |
| 過去1年間の入院 | あり, % | 6.8 | 3.7 | NS | |
| 過去1年間の通院 | あり, % | 62.3 | 68.5 | NS | |
| 過去1年間の転倒 | あり, % | 10.3 | 14.8 | NS | |
| 身体の痛み | 痛みあり, % | 59.2 | 55.6 | NS | |
| 咀嚼能力 | あまり噛めない, % | 9.2 | 11.1 | NS | |
| 視力障害 | あり, % | 19.9 | 22.2 | NS | |
| 聴力障害 | あり, % | 7.2 | 7.5 | NS | |
| 生活機能(老研式活動能力指標) | | 総合得点, 平均±SD | 12.4±0.9 | 12.0±1.5 | ** |
| 手段的自立 | | 得点, 平均±SD | 4.9±0.3 | 4.7±0.7 | ** |
| バス・電車による外出 | できない, % | 1.4 | 7.4 | ** | |
| 日用品の買い物 | できない, % | 1.0 | 3.7 | NS | |
| 食事準備 | できない, % | 4.5 | 3.7 | NS | |
| 請求書の支払い | できない, % | 1.4 | 1.9 | NS | |
| 預貯金の出し入れ | できない, % | 1.7 | 3.7 | NS | |
| 知的能動性 | | 得点, 平均±SD | 3.7±0.6 | 3.5±0.9 | ** |
| 年金などの書類に記入 | できない, % | 6.5 | 9.3 | NS | |
| 新聞を読む | ない, % | 4.1 | 11.1 | NS | |
| 本・雑誌を読む | ない, % | 14.1 | 22.2 | NS | |
| 健康の記事・番組に関心 | ない, % | 3.1 | 5.6 | NS | |
| 社会的役割(できない, %) | | 得点, 平均±SD | 3.7±0.5 | 3.7±0.6 | NS |
| 友だち宅を訪ねる | ない, % | 6.9 | 9.3 | NS | |
| 家族や友だちの相談にのる | ない, % | 6.5 | 7.4 | NS | |
| 病人の見舞い | ない, % | 1.0 | 1.9 | NS | |
| 若い人に話しかける | ない, % | 7.9 | 5.6 | NS | |
| 心理・社会的要因 | | | | | |
| 健康への関心 | なし, % | 7.9 | 13.0 | NS | |
| 家族への満足度 | 満足, % | 97.2 | 98.1 | NS | |
| 側近と安らぐ人の有無 | いる, % | 97.2 | 94.3 | NS | |
| 相談相手の有無 | いる, % | 96.9 | 98.1 | NS | |
| 困った時の援助者の有無 | いる, % | 98.3 | 98.1 | NS | |
| 家族人数 | 平均±SD, 人 | 3.8±0.5 | 3.7±0.6 | NS | |
| 収入となる仕事の有無 | あり, % | 36.6 | 25.7 | NS | |
| 現在の収入 | 満足, % | 72.6 | 61.1 | NS | |
| 生活習慣的要因 | | | | | |
| 散歩・体操の習慣 | ほとんどしない, % | 26.4 | 22.2 | NS | |
| 運動・スポーツ | ほとんどしない, % | 64.3 | 74.1 | NS | |
| 外出 | ほとんどしない, % | 3.5 | 11.1 | * | |
| 趣味・稽古事 | ほとんどしない, % | 42.1 | 53.7 | NS | |
| 知人・友人との付き合い | ほとんどしない, % | 3.8 | 9.3 | NS | |
| 地域活動への参加 | ほとんどしない, % | 56.5 | 57.4 | NS | |
| 喫煙 | あり, % | 13.7 | 14.8 | NS | |
| 飲酒 | あり, % | 40.9 | 40.7 | NS | |

*p<0.05. **p<0.01

表2. 健康度自己評価の変化と医学検査項目

| 医学検査項目(基礎調査時) | 健康度自己評価向上群(+1~+2) | 健康度自己評価低下群(-1~-2) |
|----------------------------|---------------------------------------|--|
| | とても健康・まあまあ健康のまま変化無しを含む 292人(84.4%) | あまり健康ではない・健康ではないのまま変化無しを含む 54人(15.6%) |
| BMI | 22.8±2.7 | 22.9±3.4 |
| 収縮期血圧(mm/Hg)* | 136.6±17.1 | 142.4±16.8 |
| 拡張期血圧(mm/Hg) | 77.5±10.3 | 76.7±11.0 |
| 総コレステロール(mg/dl) | 216.3±30.8 | 215.1±34.3 |
| HDLコレステロール(mg/dl) | 58.1±14.3 | 57.9±15.3 |
| 中性脂肪(mg/dl) | 125.1±75.6 | 119.1±63.2 |
| GOT(IU/l) | 23.2±7.8 | 23.6±7.0 |
| GPT(IU/l) | 21.6±11.3 | 20.7±8.4 |
| γ-GTP(IU/l) | 24.0±37.9 | 20.8±21.0 |
| 赤血球数($10^4/\mu\text{l}$) | 444.4±39.1 | 432.1±44.5 |
| ヘモグロビン(g/dl) | 13.7±1.3 | 13.4±1.3 |
| ヘマトクリット値(%) | 41.7±3.6 | 40.9±3.6 |
| ヘモグロビンA1c(%) | 5.3±0.6 | 5.2±0.5 |
| クレアチニン(mg/dl) | 0.7±0.1 | 0.6±0.1 |
| 血糖値(mg/dl) | 108.9±33.8 | 108.8±31.9 |
| 血清尿酸濃度(mg/dl) | 4.8±1.2 | 4.9±1.1 |
| 血清アルブミン(mg/dl) | 4.5±0.2 | 4.5±0.2 |

*($p<0.05$)

次に、心理・社会的要因についてであるが、まず健康への関心がないと答えた人の割合は、健康度自己評価向上群の7.9%と比べて低下群では13.0%と多かった。家族への満足度、側にいると安らぐ人の有無、相談相手の有無、困った時の援助者の有無といった社会的サポート関連項目については差はみられなかった。収入になる仕事を持っている人の割合は、健康度自己評価向上群の36.6%に対して、低下群では25.7%と少なかった。さらに現在の収入に対する満足度では、向上群の72.6%に対して、低下群で61.1%と少なかった。

生活習慣については、外出をしない人の割合が向上群の3.5%に対して、低下群では11.1%と多く、統計学的に有意な差が見られた($p<0.05$)。散歩・体操の習慣、運動・スポーツ、趣味・稽古事については差はみられなかった。また、喫煙や飲酒状況についても有意な差はみられなかった。

医学健診項目について、統計学的に有意な差が見られたものは、収縮期血圧のみであり、健康度自己評価向上群と比較して平均値がやや高い傾向が示された(表2)。

D. 考察

健康度自己評価向上群および低下群の2群間において、基礎調査時における生活調査、医学調査データで有意な差がみられたのは生活機能（老研式活動能力指標総合得点）、外出頻度、収縮期血圧であった。

このことから、健康度自己評価が低下した、もしくは低いままであった群では、そもそも高次生活機能が若干低下しており、外出が少なくなって来ている集団であることが示唆される。このような集団はやがて外出頻度が少なくなる、いわゆる「閉じこもり」状態に移行する可能性が考えられよう。

今回の調査では、比較的若い高齢者が多く、健康度自己評価が低下した、あるいは低いままであった人は15.6%と少なく、十分な比較検討が出来なかった。今後、より長期に渡り調査を行い、健康度自己評価とその関連要因を分析し、さらに地域在宅高齢者におけるADL、QOLの予後との関連を追跡していくことは非常に重要である。

E. 結論

介入事業実施期間を終えて、健康度自己評価が基礎調査時よりも低下、もしくは低い状態のままであったのは、全体の15.6%であった。また、健康度自己評価が向上した・良い状態に維持されていた群に対して、健康度自己評価が低下した・低い状態のままであった群では、生活機能が低水準で、

外出頻度が少ない傾向が示唆された。また、基礎調査時において収縮期血圧が有意に高かった。

しかし、今回の研究では、健康度自己評価とその関連要因を十分に明らかにできたとはいえ、今後も継続した縦断的研究を行う必要がある。

[引用文献]

- 1)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, pp3・10, 1994.
- 2)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, pp859-871, 1993.

F. 研究発表

なし

G. 知的所有権

なし

新潟県上越市における介入事業の過程および効果の検討

分担研究者 星 旦二 東京都立大学大学院都市科学研究科 教授

〔研究要旨〕 地域住民への健康情報の提供や健康講座などによる啓発活動が地域高齢者の健康づくりへの関心、健康意識の向上にとって大変有効であることが示された。

当事業の実践手段として、「住民とともに活動目標を設定し、住民自身が各種の健康メニューから自己選択し、そして総合的健康学習形式をとる」という方法を行い、効果をあげた。今後も地域に合った「計画・実施・評価」を繰り返し、住民との共同作業と実践から学び、住民参画を推進していくことが重要である。

A. 研究目的

本研究の目的は、地域在宅高齢者の望ましいADL、QOLの維持のために、介入事業の過程および評価を検討し、その効果を明らかにすることである。

B. 研究方法

(1)介入事業の背景

新潟県上越市の全死亡者に占める生活習慣病の割合は65%、脳卒中の標準化死亡率（SMR、昭和63年～平成4年）が新潟県112市町村の中でも高い状況にあった。

また、高齢化率も毎年0.5ポイントずつ上昇している状況をふまえ、高齢者対策として予防に重点を置いた支援対策を強く打ち出した。そこで、保健行政の抜本的見直し

を図り、21世紀に向けて市民一人ひとりが健やかで充実した人生を送れるよう、若年から高齢者まで自分に合った健康的なライフスタイルを実践できるヘルスプラン「健康回復5か年計画推進事業」を策定し、これを市の主要なまちづくり施策に位置づけた。

(2)介入事業の目的

この事業の目的は、最新の情報を市民と共有し、社会的ネットワークの形成を図り、健康を支える環境づくりを推進することである。

① 医学調査を実施し、中高年の健康状態の特徴を明らかにする。

② 健康状態と関係の深い生活環境や食習慣を明らかにする。

- ③ 高齢者のソーシャルサポートを調査し、生きがいのある楽しい高齢期を迎えるための健康なまちづくり施策に応用する。
- ④ 主観的健康観と社会的ネットワークとの関連を分析する。

(3) 介入事業の経緯

まず、この事業のモデル地区を設定し(表1)、事業計画の策定にあたり基礎的データを得るために、平成7・8年度の2か年にわたり、医学調査、生活実態調査を中心とする住民に対する調査事業を実施し、調査結果に基づいた課題・支援策の提案を行った。

「町内会長・健康づくりリーダー・各推進員」と5年間の取り組み方について話し合いを行い、健康講座や相談会の持ち方について、町会・地区のニーズや情報を確認した上で綿密な話し合いを行った(健康講座委員会)。

2～3年目は、それらの計画のもと実践的な活動が広く行われ、4～5年目は活動の実績や効果を評価しながら、再度、住民のニーズや反応を確認した上でまとめの活動を行った。

このような活動が5年間でモデル町内・地区全体に波及し、健康づくりに対する意識や行動力も高まり、講座や相談会の開催回数や参加者も増加し、またその参加により、より一層健康意識や行動が高まるとい

う相乗効果が見られた。

(4) 介入事業の内容

高齢者が老後に夫婦二人暮らしを迎えるにあたって、男性も料理を作り、自立する必要がある、また、実際に料理をすることによって、栄養管理や塩分摂取について考えることができるとの見地から、2年間で計30回にわたる男性のための料理教室を開催した。

高齢者の集いや楽しみ場として町会敬老会が開催され、町内の定例行事となった。また、運動不足解消の動機付けとして開催されたチューブ体操教室が、教室終了後に自主グループとして月2回の活動を継続するようになった。

平成9年からは、「町内で楽しく老後を迎えられるように」を合い言葉に、学際の見地から生きがいづくりのための「生涯学習委員会」が発足し、さまざまな発表や交流の場となった。

平成11年度には、5年間の健康づくり事業の評価のための医学調査・生活実態調査(フォローアップサーベイ)を行い、平成7/8年における基礎調査(ベースラインサーベイ)との比較や結果の考察を行った。

平成12年2月には、市主催の事業の一環として、上越市市民学会が実施され、本介入事業の集大成として、自主グループがこれまでに実施してきた各地域における自

主健康学習の成果(「男性による健康料理実践講座」など)の発表を行った。

なお、介入における基本理念は「健康に良くないことをやめよう」という健康阻害要因抑制型の教育から、「健康に良いことは何でもやってみよう」という健康改善要因推進型の教育へのシフトである。

これは、これまでの健康教育が「健康を維持するためにはあれもダメ、これもダメ」という抑制型指向に傾いていたことへの反省から、「健康維持のためにはあれもやろう、これもやろう」という積極的かつ好奇心旺盛(positive-thinking)型へと発想を転

換させる機会を与えることを最優先としたコンセプトである。

《倫理面への配慮》

住民に対して事前に説明会を開き、①町の介護予防事業の一環としての実態把握のために実施する基礎調査であること、②本調査が研究の性質上、記名式調査であることや個人データは、希望があれば各人に還元すること、学術あるいは行政の資料として活用する際には集団データとして扱い、匿名性を厳重に守ることなどを入念に説明した。

表1 介入事業のモデル地域の概要

| モデル地区 (平成7年4月1日現在) | | | | | | |
|--------------------|------|--------|--------|--------|-------|--------|
| 地域特性 | 地区 | | 人口 | 世帯 | 高齢化率 | 平均世帯人数 |
| | 市街地 | 昭和町2丁目 | | 1,877人 | 617世帯 | 13.9% |
| 東本町3丁目 | | 782人 | 255世帯 | 20.5% | 3.1人 | |
| 五智2丁目 | | 843人 | 264世帯 | 21.6% | 3.2人 | |
| 五智4丁目 | | 404人 | 137世帯 | 19.8% | 2.9人 | |
| 農村地 | 高土地区 | | 1,985人 | 481世帯 | 23.2% | 4.1人 |
| | 保倉地区 | | 2,858人 | 664世帯 | 19.4% | 4.3人 |
| 海岸地 | 長浜 | | 653人 | 168世帯 | 24.0% | 3.9人 |

表2.上越市健康回復5か年計画推進事業の内容

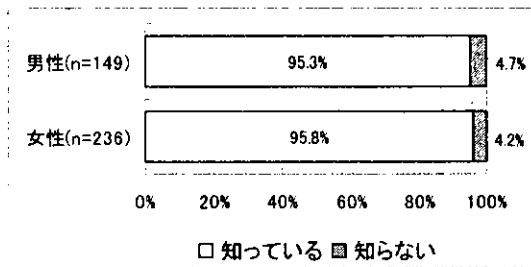
| | 平成7年度 | 平成8年度 |
|------------------|---|--|
| 取 り 組 み | 健康基礎調査（中高年） 中・高校生女子アンケート調査 モデル地区3地区の指定 マンパワーの養成及び育成 各種健診データベース作成 啓発活動の充実 | 健康基礎調査（中高年） 骨粗鬆症予防疫学調査 モデル地区4地区を拡大指定 マンパワーの養成及び育成 骨粗鬆症予防シンポジウム チームケアシステム実践研究 啓発活動の充実 |
| 効 果 | 健康回復5か年計画の啓発活動による健康づくり活動の波及と動機づけ 在宅健康管理システム導入による一次予防の充実 | 生活実態とデータとの関連の明確化 住民主体の健康づくりの基盤づくり 地域組織を巻き込んだ新たな活動の展開 健康づくりへの関心の向上 |
| | 平成9年度 | 平成10年度 |
| 取 り 組 み | 住民主体の健康づくりへの支援開始 こどもの生活習慣改善支援開始 働き盛りの生活習慣改善支援開始 健康基礎調査報告書、提言 マンパワーの養成及び育成 高齢者生活習慣実態調査 啓発活動（ダイジェスト版・ウォーキングマップ） | 家庭・学校・地域が連携した健康づくり活動（重点：子どもと親・男性への活動） 地域のマンパワーと一体となった活動（重点：食生活の改善と運動習慣の定着） マンパワーの養成及び育成 啓発活動の充実 |
| 効 果 | 地域住民の連携と健康意識の向上 地域のマンパワーとの情報の共有化が図られたことによる、地域特性にあった活動の展開 地区や町内及び住民への支援が充実 学校保健との提携により子どもと親への健康づくり活動がスタート | 動機づけから行動変容への結びつけ 家庭・学校・地域・幼稚園・保育園の連携活動 食生活改善推進員・運動普及推進員の要請及び育成 |
| | 平成11年度 | |
| 取 り 組 み | 事業評価のための追跡調査・評価 地域保健・学校保健・職域保健との連携 健康づくり市民学会（実践発表） 「平成の伊能忠敬ニッポンを歩こう」上越健康ウォーク 健康まるごとフェスタ マンパワーの養成及び育成 啓発活動の充実 | |
| 効 果 | 健康回復5か年計画推進事業評価と今後の活動計画 地域保健・学校保健・職域保健の一本化 住民自らが健康づくりの優先順位を決め、創意工夫した積極的な活動の推進 全市的な活動の強化 | |

C. 研究結果

平成 11 年 6 月～7 月に、介入事業評価のための医学調査・生活実態調査を実施した。平成 7・8 年度の基礎調査より、医学調査・生活実態調査とも追跡可能であったのは計 574 人であった。本研究ではその内、基礎調査時の年齢が 60 歳以上の 385 名を分析対象に調査した。

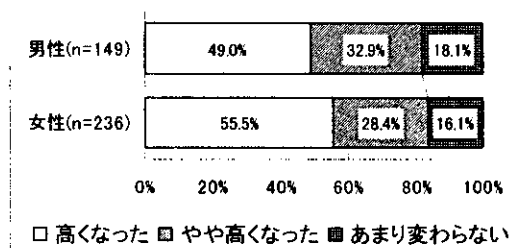
①「健康回復 5 か年計画推進事業」のモデル地区の周知度

男女とも、95%以上がモデル地区を「知っている」と回答した。



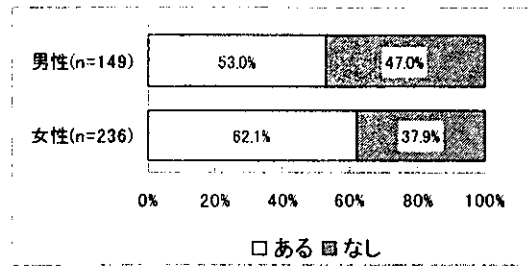
②健康への関心度

「最近、あなたは健康に対する関心が高くなりましたか？」との問いでは、男女とも 8 割以上が「高くなった」「やや高くなった」と回答した。

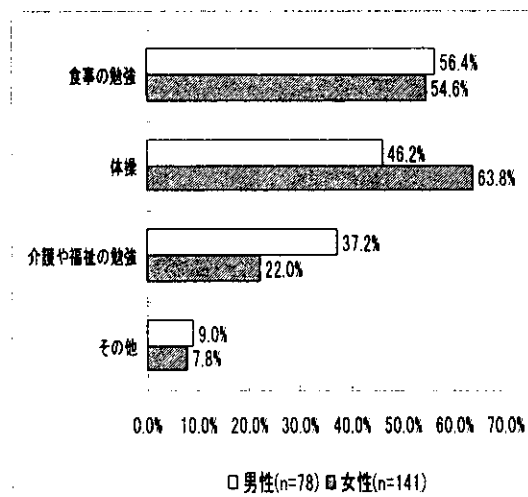


③健康講座への参加状況

平成 9・10 年度に開催した町内の健康講座への参加の有無では、男性で約 5 割、女性で約 6 割の人が、町内や地区での健康講座へ参加したことがあると答えた。

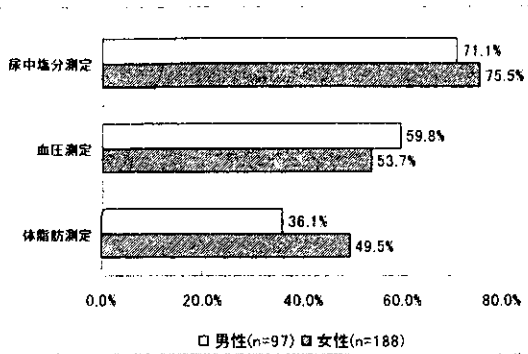


また、参加した健康講座の内容については、食生活改善推進員や運動普及推進員の活躍により、食事や運動の講座に参加したと回答した人の割合が多かった。



④健康チェック利用状況

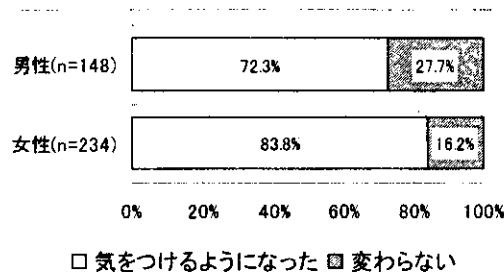
健康チェックを受けたことがある人では、尿中塩分測定や血圧測定、体脂肪測定の順に体験した健康チェックが多かった。



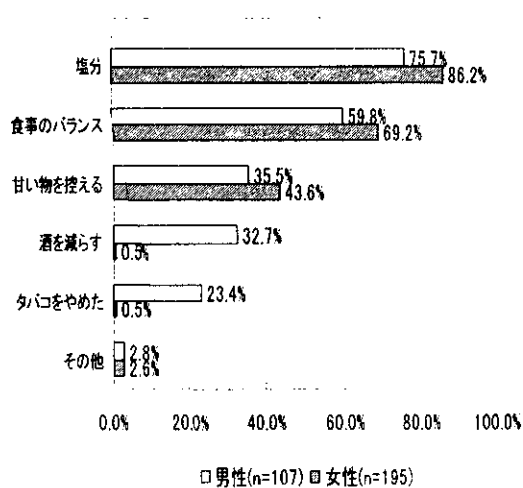
⑤日常生活上、気をつけるようになったこと

(1)食事面

食事については、男性で約7割、女性で約8割以上が気をつけるようになったとしている。

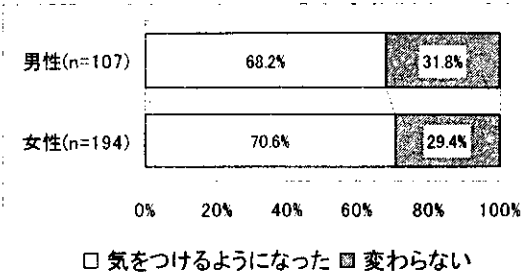


食事面で具体的にどのようなことについて気をつけるようになったかでは、塩分、食事のバランスに気をつけるようになったとの回答が多かった。

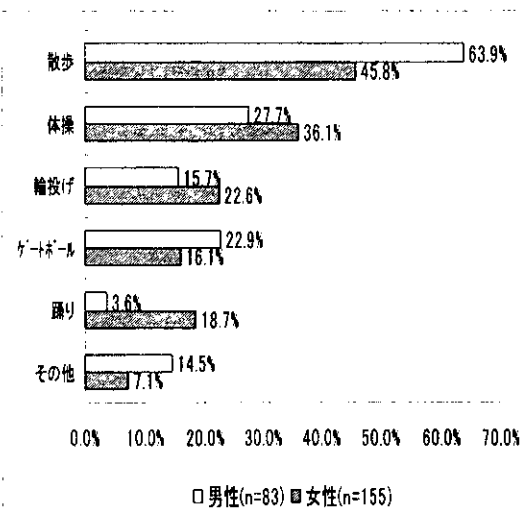


(2)運動面

運動については、男性で6割以上、女性で7割以上が運動を心がけるようになったとしている。

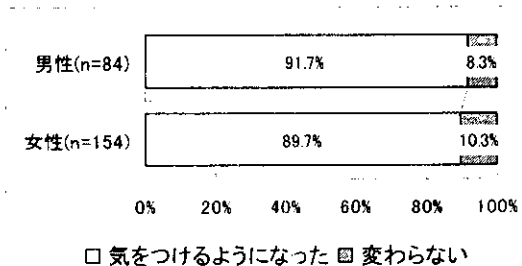


また、具体的にどのような運動をするように心がけるようになったかでは、散歩や体操が多かった。

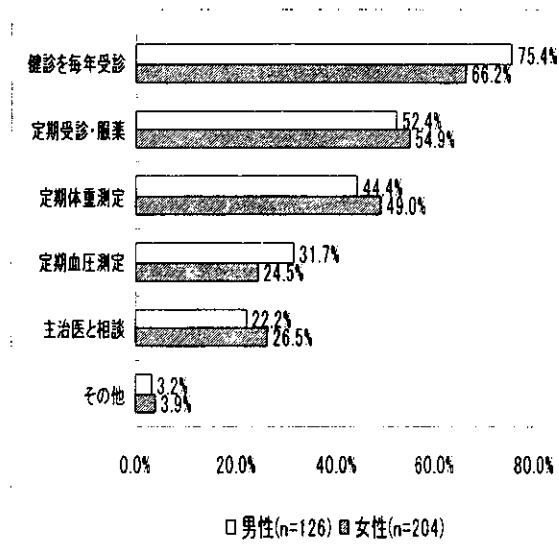


(3)健康管理面

健康管理に気をつけるようになったと答えた人は男性で9割以上、女性で9割弱であった。

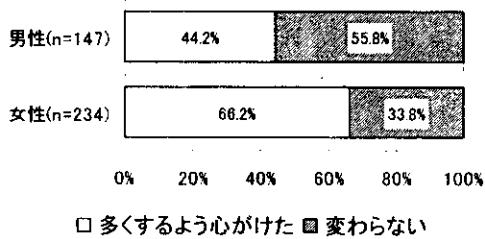


具体的に、健康管理についてどのようなことに気をつけるようになったかでは、健診を毎年受けるのが最も多く、次いで定期的に医療機関を受診し服薬を継続、定期的な体重測定などが多かった。

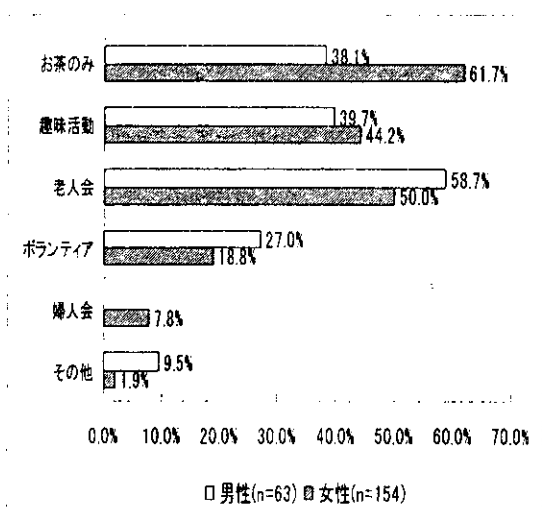


(4) 社会交流

社会交流については男性で4割、女性で6割以上の方が社会交流を多くするよう心がけたと回答している。

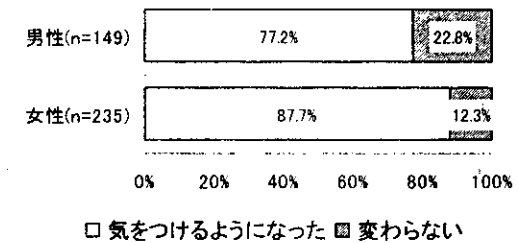


また、具体的にどのような社会交流を心がけたかについては、お茶のみや趣味活動、老人会への参加などが多かった。

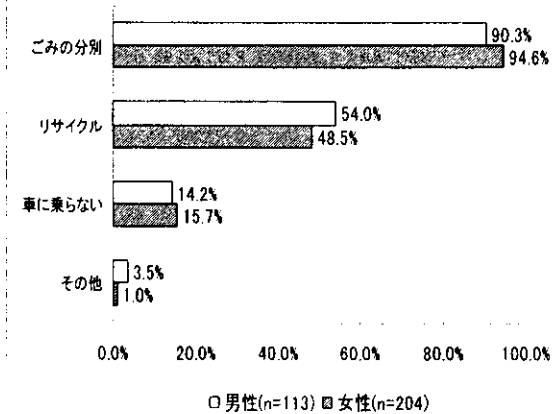


(5) 環境面

環境について、男性では7割以上、女性では8割以上が気をつけるようになったとされている。

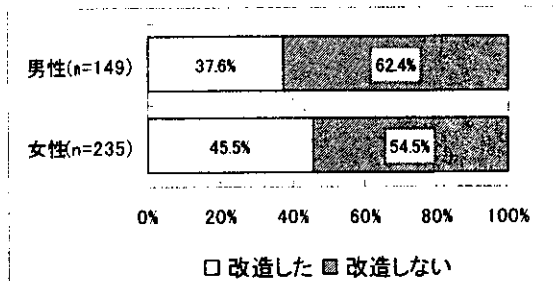


環境面で具体的にどのようなことについて気をつけるようになったかでは、ごみの分別、リサイクルと答えた人が多かった。

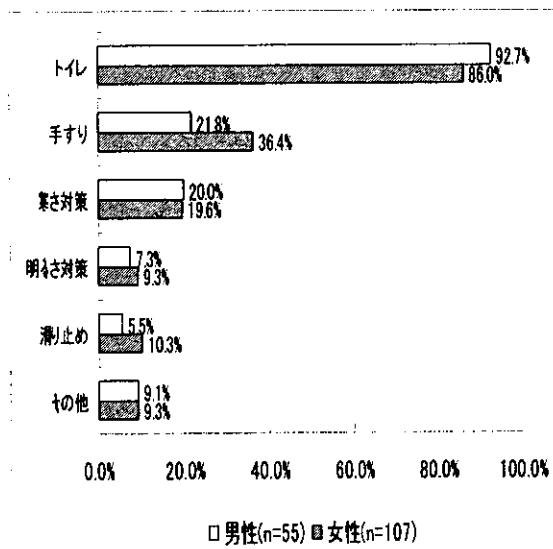


⑥住宅の改造について

バリアフリーなどの目的で住宅の改造を実施した人は、男性で 37.6%、女性で 45.5%であった。

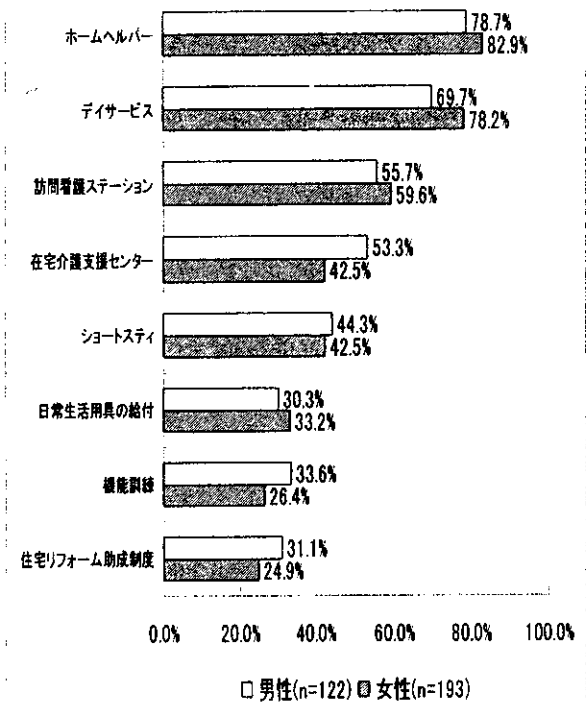


具体的にどんな改造をしたかでは、トイレ、手すりの改造が多かった。



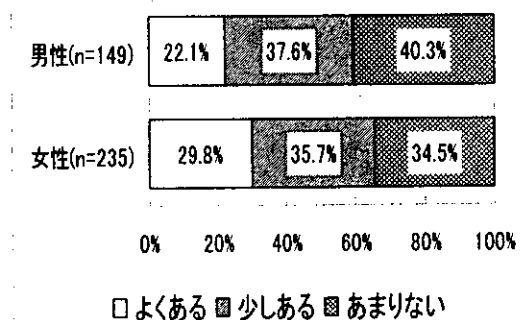
⑦福祉サービス、施設についての認知度

福祉サービス、施設についての認知度については、ホームヘルパー、デイサービス、訪問看護ステーションの順に多かった。



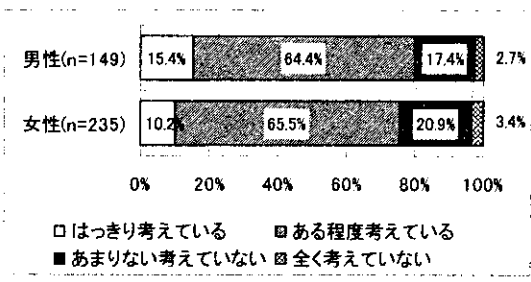
⑧健康づくり活動の話題

地域や町内で健康づくりが話題になることがよくあると答えた人は男性で 22.1%、女性で 29.8%であった。



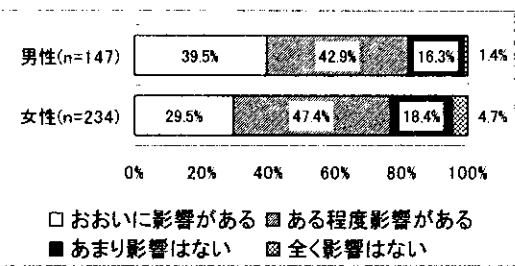
⑨老後の生活や健康についての考え

老後の生活や健康を考えているかとの質問に対して、「はっきり考えている」「ある程度考えている」と答えた人は男女とも7割以上であった。



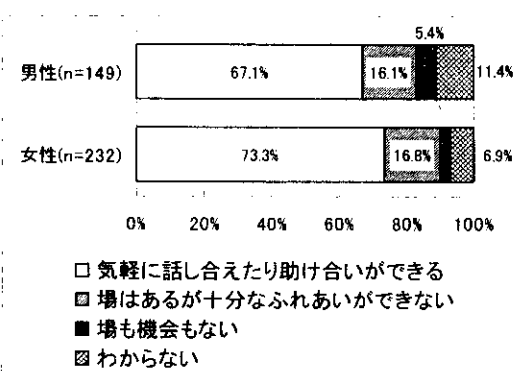
⑩現在の生活習慣と老年期の健康について

「現在の生活習慣が老年期の健康について影響すると思うか」との質問に対して、「おおいに影響がある」と答えた人は、男性で39.5%、女性で29.5%であった。



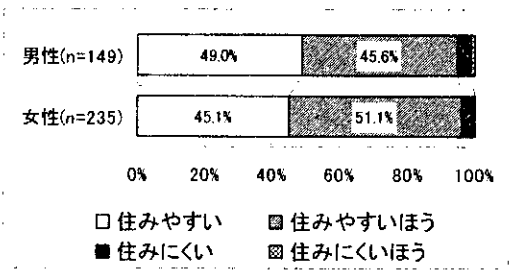
⑪地域の人たちとのふれあいの場の有無

地域の人たちと気軽にふれあえる場があるかどうかでは、男性で6割以上、女性で7割以上が「気軽に話し合えたり助け合いができる」と回答した。



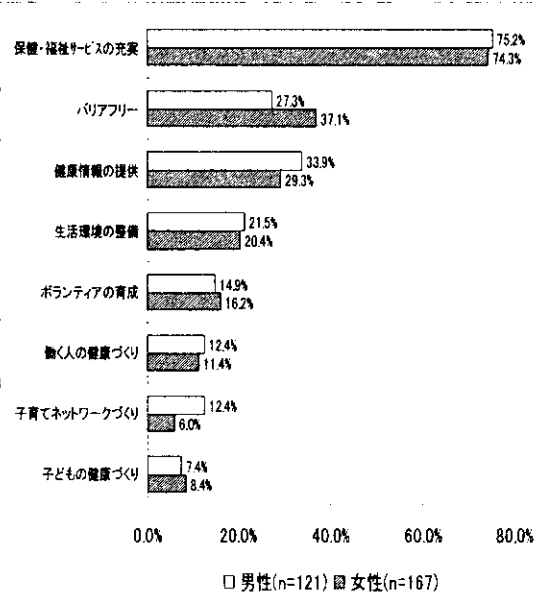
⑫地域の住みやすさ

地域や町内が住み良いと思うかとの質問では、男女とも9割以上が「住みやすい」「住みやすいほう」と回答した。



⑬今後行政に取り組んで欲しいこと

今後行政に取り組んで欲しいことでは、保健・福祉サービスの充実、バリアフリー、健康情報の充実などが多かった。



D. 考察

介入事業により、健康への関心は男女ともに8割以上が高まった。これは、健康に関する情報提供や健康講座の開催によるものと思われる。また、老後の生活や健康について考えている人の割合も5割以上であった。

健康講座などへの参加率は男性で約5割、女性で約6割となっており、健康への関心の高さが伺われるが、モデル地区では一般地区に比べて多く開催されたために参加が多かったとも考えられた。また、健康づくりについて話題になると答えた人の割合も5割以上であった。

食事・運動・健康管理・社会交流・環境面の意識の高まりが示されたが、これも健康情報の提供や健康講座に参加することで意識が高まったものと推測される。

以上から、地域住民への健康情報の提供や健康講座などによる啓発活動が地域高齢者の健康づくりへの関心、健康意識を高める上で大変有効であることが示された。

当介入事業の実践手段として、「住民とともに活動目標を設定し、住民自身が各種の健康メニューから選択し、そして総合的健康学習形式をとる」という方法を行い、効果をあげた。今後も地域に合った「計画・実施・評価」を繰り返し、住民との共同作業と実践から学び、住民参画を推進していくことが重要である。

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

- ・星 且二, 藤原佳典, 福永一郎, 山崎秀夫, 徳留修身, 揚松龍冶, 岡戸順一, 長谷川明弘, 桜井尚子, 巴山玉蓮, 谷口力夫: 生涯現役追跡研究推進要因. 第59回日本公衆衛生学会学術集会, 群馬, 2000. 10.18-20.

F. 知的所有権

なし

研究協力者

藤原満喜子 (上越市副市長)

(資料) 新潟県上越市における健康づくり事業

市民ぐるみで健康づくり

平成7年度から始まった「健康回復5か年計画推進事業」も5年が経過し、この間様々な活動を展開してきた。その集大成として、地域で健康づくり活動を実践している人の発表を行い、元気で長生きできる健康なまちづくりを一緒に考えた。



コーディネーターの東京都立大学の藤原佳典先生からは市民の確実な活動に対してエールが送られた

1 発表者の紹介

- ①南新町健康づくり推進活動チーム
岡本すみ子さん(資料1)

「町内で取り組むシニア教室 ～ふれあいを求めて～」
一人暮らしや高齢者世帯が多い町内で、支えあい、ふれあうまちづくりを目指し、住民と一緒に“健康のカギ”を探りながら活動しています。



- ②高校生の健康づくり

夏休みのホームプロジェクト課題として、食生活と健康づくりを考え家族や自分の食生活を振り返り、改善に取り組みました。



1. 新潟県立直江津高等学校2年
長澤由美さん(資料2)
「お父さんの健康に赤信号」
2. 新潟県立直江津高等学校2年
和田明之さん(資料3)
「家族の絆は食事から」

③上越市立谷浜小学校学校保健委員会
PTA 沼波真弓さん(資料4)

「学校と地域で取り組むこどもの健康づくり」

～谷浜っ子の理想の姿の実現にむけて～

平成9年度モデル推進校として指定を受け、学校・地域・児童・PTAなどで組織される学校保健委員会で、より活発にこどもの健康づくりが推進されました。

こどもたちの理想の姿にむけて、地域や学校の連携も一段と強まりました。



④昭和町2丁目 大滝幸治さん(資料5)

「町内みんなで健康づくり ～男性のための料理教室～」

平成7年度、健康回復5か年計画推進事業のモデル地区として指定を受け、各種調査結果から男性の自立支援・役割づくりが重要とわかり、町内みんなで主体的に活動を推進しています。町内のネットワークも広がりました。

⑤諏訪地区食生活改善推進員 山岸マサ子さん(資料6)

「めざすは明るく元気な諏訪」

諏訪地区の健康課題を整理し、「明るく元気な諏訪」を目指して、できることは何かを話し合い、活動を進めてきました。地域に食生活改善推進員の活動が定着し、住民と一体となって活動をしています。

2 発表を聞いて

日頃から健康づくりに取り組んでいる人や関心のある市民約500人が参加し様々な活動を展開している健康づくり実践発表に熱心に耳を傾けた。参加者からは、町内で取り組む健康づくり講座の運営方法や費用についての質問が出され、健康づくりに対する関心の高さがうかがえた。また、参加者に行ったアンケートからは、「他の地域での取り組みの様子がわかり、参考になった」「刺激になりよかった」などの感想が寄せられた。

