



った調査より、主観的健康感に関連する因子を明らかにすることを目的として、実施した。

## II 方法と対象

2000年に全国20の市町村(東京都特別区を含む)の協力を求め、住民を対象とした調査を実施した。調査を実施した市町村は、静内町(北海道)、余市町(同)、遠野市(岩手県)、宮古市(同)、矢巾町(同)、美和村(茨城県)、杉並区(東京都)、長坂町(山梨県)、長野市(長野県)、茅野市(同)、浜松市(静岡県)、磐田市(同)、愛知川町(滋賀県)、和歌山市(和歌山県)、城川町(愛媛県)、今治市(同)、久住町(大分県)、直入町(同)、浦添市(沖縄県)、宜野座村(同)である。各市町村で住民基本台帳より65歳以上の高齢者を無作為抽出し、その中から医療機関に入院中の者や施設入所者を除外して調査対象者を決定した。調査対象者は各市町村で300人ずつとした。

調査は2000年9月～11月(市町村によって異なる)に実施した。調査員の訪問により自記式調査票の配布・回収を行う留置法により、情報を収集した。ただし、久住町のみは地域の都合により、調査票の配布、回収とも郵送法で行った。

調査項目はフェースシート、主観的健康感、気をつけている日常生活習慣、日常生活の状況、生きがいを感じる項目、種々の日常生活活動の重要性、喜怒哀楽の表出方法、主観的生活の質(以下、「主観的QOL」と略)<sup>18,19)</sup>である。

主観的健康感「あなたは自分で健康だと感じていますか」という問に対して「非常に健康」、「健康なほうだと思う」、「あまり健康ではない」、「健康ではない」の4つの回答肢からひとつを選択させた。これを本研究での目的変数とした。

主観的健康感に関連する因子として、性、年齢、受診状況などの背景因子、15の項目に対する生きがいの感じ方、18の項目に対する重要性の捉え方、喜怒哀楽の表出方法、主観的QOLの16項目との関連を評価した(項目については表1参照)。これらを本研究の説明変数とした。

まず、説明変数の各項目毎に目的変数の分布を観察した。さらに、主観的健康感を「非常に健康」と「健康なほうだと思う」(以下、「健康群」)、「あまり健康ではない」と「健康ではない」(以下、「非健康群」)をそれぞれ併合し、2区分にするこ

とにより、unconditional logistic modelsを用いて各説明変数について非健康群に対する健康群のオッズ比を求めた。オッズ比の95%信頼区間が1.0を含まないものを有意水準5%で統計学的に有意と判断した。集計解析にはSPSS ver. 8.0Jを使用した。

なお、本研究で用いた調査票には氏名、住所など回答者を同定する情報は含まれていない。また、調査票の提出は対象者の意思に委ねられており、回答の強制は行っていない。以上のような理由により、本研究における倫理的問題点はないと判断した。

## III 研究結果

各市町村300人を対象者とする予定であったが、3市町村については在宅高齢者を抽出する段階で対象者数が目標値を超え、全対象者数は6,094人となった。このうち、5,565人(91.8%)から回答が得られた。回答者のうち2,393人(43.0%)が男、2,795人(50.2%)が女(残りは性別不詳)であった。年齢は65～74歳が3,014人(54.2%)、75～84歳が1,839人(33.0%)、85歳以上が335人(6.0%)であった。

解析対象者5,565人のうち、主観的健康感について「非常に健康」と回答した者が366人(6.6%)、「健康なほうだと思う」と回答した者が3,218人(57.8%)、「あまり健康ではない」と回答した者が1,303人(23.4%)、「健康ではない」と回答した者が301人(5.4%)、無回答あるいは回答不明が377人(6.8%)であった。以下の解析は回答が得られた5,565人から主観的健康観について有効な回答が得られなかった377人を除いた5,188人(対象者の85.1%、回答者の93.2%)で行った。

結果は表1に示すとおりであった。単変量解析の結果では、背景因子と主観的健康感の関係では、女に比べて男が主観的健康感の高い傾向がみられた。85歳以上に比べてそれ以下の年齢群では主観的健康感が低い傾向がみられた。有職者、高学歴、高収入の者で主観的健康感が高い傾向がみられた。定期的な通院をしている者は主観的健康感が低く、親しい友人がいない者、外出の頻度が低い者や隣近所とのつき合いが希薄な者も主観的健康感が低い傾向にあった。社会活動に参加している者は主観的健康感が高い傾向にあり、特にそ

表1 各因子と主観的健康感の関連の程度 (オッズ比)  
(非常に健康+健康なほうだと思う)/(あまり健康ではない+健康ではない)

		オッズ比 (95%信頼区間)	
		単変量解析	多変量解析
性	女/男	0.75 (0.67-0.85)	0.84 (0.63-1.11)
年 齢	65~74/85歳以上	0.81 (0.71-0.92)	1.20 (0.96-1.49)
	75~84/85歳以上	0.79 (0.62-1.00)	1.94 (1.25-3.02)
配 偶 者	死別/いる	0.88 (0.77-1.00)	1.35 (1.01-1.81)
	その他の理由で不在/いる	0.94 (0.65-1.35)	1.10 (0.58-2.06)
世 帯	独居・近親者は市町村内/同居人あり	0.86 (0.70-1.06)	0.88 (0.59-1.31)
	独居・近親者は市町村外/同居人あり	0.91 (0.70-1.18)	1.09 (0.66-1.82)
主な職業	自営/無職	1.21 (1.05-1.39)	1.09 (0.84-1.41)
	勤め人/無職	1.37 (1.17-1.61)	0.82 (0.61-1.09)
最終学歴	新制高校等以上/新制中等等	1.34 (1.19-1.52)	1.14 (0.91-1.42)
年 収	200万円以上/200万円未満	1.50 (1.31-1.72)	1.04 (0.80-1.34)
健康について気をつけていること いいえ/はい			
	食事や栄養	1.05 (0.86-1.28)	1.27 (0.90-1.80)
	適度な運動	0.61 (0.52-0.72)	0.72 (0.55-0.96)
	十分な睡眠や休養	0.80 (0.63-1.01)	0.79 (0.53-1.17)
	ストレスをためない	0.64 (0.56-0.77)	0.97 (0.71-1.32)
定期的な通院	なし/あり	4.72 (4.01-5.54)	4.53 (3.52-5.84)
親しい友人	1人いる/いない	1.72 (1.31-2.25)	1.19 (0.73-1.92)
	何人もいる/いない	2.09 (1.66-2.64)	0.87 (0.56-1.36)
外出の頻度	週2~3回以上/週1回程度以下	1.72 (1.52-1.95)	1.00 (0.80-1.26)
隣近所との付き合い、家を訪問/世間話以下 グループでの存在	中心的存在/一員	1.25 (1.09-1.43)	1.05 (0.83-1.33)
	補佐的存在/一員	2.29 (1.92-2.73)	1.19 (0.89-1.60)
		1.99 (1.71-2.31)	1.44 (1.11-1.86)
社会参加活動	楽しいから参加/不参加	2.31 (2.00-2.67)	1.61 (1.22-2.14)
	その他の理由で参加/不参加	1.85 (1.55-2.21)	1.45 (1.06-1.98)
好みの過ごす場所	自宅以外/自宅	1.50 (1.30-1.74)	1.14 (0.89-1.47)
日常生活	ほぼ自分で/元気で自由活発	0.18 (0.12-0.16)	0.18 (0.15-0.22)
	室内の生活は自分で/元気で自由活発	0.12 (0.09-0.15)	0.16 (0.11-0.24)
	ベッド上/元気で自由活発	0.02 (0.01-0.07)	0.05 (0.01-0.30)
介護保険認定	受けている/受けていない	0.56 (0.46-0.68)	0.84 (0.60-1.18)
生きがいを感じる項目 (非常に感じる+どちらかといえば感じる)/(あまり感じない+全く感じない)			
	働くこと	2.70 (2.27-3.21)	1.65 (1.21-2.25)
	家事や家族の世話	1.67 (1.43-1.94)	1.19 (0.90-1.59)
	仲間とおしゃべり	1.33 (1.13-1.57)	0.93 (0.69-1.26)
	学習や教養を高めるための活動	1.76 (1.55-2.01)	0.86 (0.66-1.13)
	運動、散歩、スポーツ	1.91 (1.67-2.19)	1.09 (0.84-1.40)
	勝負事、ギャンブル	1.26 (1.03-1.54)	0.97 (0.71-1.34)
	ボランティア活動・社会奉仕活動	1.88 (1.65-2.13)	0.91 (0.71-1.18)
	家でのんびりすること	0.72 (0.62-0.84)	0.83 (0.63-1.08)
	趣味の活動	1.87 (1.63-2.15)	1.23 (0.93-1.63)
	家族との団らん、交流	1.55 (1.27-1.89)	1.12 (0.76-1.65)
	テレビやラジオを視たり聴いたりすること	1.03 (0.84-1.26)	1.00 (0.70-1.44)
	食べたり飲んだりすること	1.50 (1.29-1.74)	1.32 (1.02-1.70)
	ペットや小動物の世話	1.05 (0.92-1.20)	0.99 (0.80-1.22)
	宗教への信仰	1.20 (1.06-1.37)	1.22 (0.98-1.51)
	政治活動	1.26 (1.10-1.45)	1.01 (0.80-1.29)

表1 各因子と主観的健康感の関連の程度 (オッズ比, つづき)  
(非常に健康+健康なほうだと思ふ)/(あまり健康ではない+健康ではない)

	オッズ比 (95%信頼区間)	
	単変量解析	多変量解析
日常生活の重要性 (非常に重要+重要)/(あまり重要でない+全く重要でない)		
友人と一緒に楽しめる	1.75(1.40-2.19)	1.13(0.72-1.78)
家族と一緒に楽しめる	1.33(0.98-1.78)	0.81(0.45-1.45)
1人で楽しむ	1.19(1.05-1.34)	1.14(0.93-1.40)
気軽に楽しめる	1.33(1.11-1.58)	1.09(0.78-1.51)
家族の役に立つ	1.63(1.31-2.02)	0.93(0.60-1.44)
人の役に立つ	2.11(1.77-2.52)	1.24(0.87-1.79)
自分を表現できる	1.50(1.32-1.71)	0.85(0.66-1.09)
年齢にしばられない	1.94(1.69-2.23)	1.17(0.90-1.52)
異性との交流を楽しむ	1.55(1.36-1.76)	1.14(0.91-1.43)
人と協力し合う	1.80(1.45-2.25)	0.97(0.62-1.52)
人からほめられる	1.15(1.02-1.30)	0.93(0.74-1.17)
人と競い合う	1.28(1.10-1.49)	0.87(0.67-1.13)
芸術を鑑賞する	1.32(1.17-1.50)	0.93(0.73-1.19)
自然と親しむ	1.40(1.15-1.71)	0.77(0.52-1.12)
知識や教養を高める	1.47(1.27-1.71)	0.92(0.66-1.20)
技術や技能を高める	1.54(1.36-1.75)	0.93(0.71-1.22)
身体を動かす	2.51(1.95-3.24)	1.33(0.84-2.12)
なにか新しく始める	1.58(1.40-1.79)	0.91(0.72-1.16)
うれしいとき		
顔の表情に出す/感情を出さない	1.37(1.11-1.71)	1.07(0.71-1.60)
声をあげて喜ぶ/感情を出さない	1.39(1.11-1.73)	0.99(0.65-1.51)
体で表現/感情を出さない	1.36(0.92-2.02)	0.76(0.40-1.45)
怒りのとき		
顔の表情に出す/感情を出さない	1.04(0.90-1.21)	0.99(0.77-1.27)
声をあげて怒鳴る/感情を出さない	0.96(0.82-1.13)	0.94(0.71-1.26)
体で表現/感情を出さない	1.11(0.65-1.92)	0.90(0.36-2.25)
主観的 QOL		
あてはまる/あてはまらない		
現在, 幸福だと思う	3.33(2.78-3.99)	1.50(0.96-2.33)
現在の生活に, 満足している	2.55(2.16-3.00)	1.87(1.22-2.86)
今までの生活にかなり満足している	1.89(1.63-2.19)	0.91(0.67-1.24)
現在, 楽しく暮らしている	2.66(2.23-3.17)	0.74(0.50-1.11)
ささいなことでも気にするようになったと思う	0.66(0.59-0.75)	0.96(0.76-1.23)
ささいなことが気になって眠れないことがある	0.59(0.52-0.67)	0.92(0.70-1.19)
気分の落ち込むことがある	0.55(0.49-0.62)	1.03(0.79-1.34)
何となく不安にかられることがある	0.53(0.46-0.59)	0.70(0.54-0.90)
なにかするときに, 活力を持ってやっている	2.84(2.47-3.27)	1.38(1.05-1.81)
趣味や楽しみごとを持って生活している	2.27(1.97-2.61)	0.94(0.70-1.25)
若い頃と同じように, 興味ややる気がある	2.30(2.03-2.61)	1.12(0.88-1.42)
これから先, なにか楽しいことが起こると思う	1.84(1.62-2.10)	1.03(0.82-1.30)
自分でできることは人に頼らず自分でしている	2.10(1.65-2.69)	0.92(0.59-1.44)
たいいていのことは自分で判断して決める	1.99(1.62-2.46)	1.17(0.79-1.74)
なにか得意なことがある	1.85(1.63-2.09)	1.01(0.81-1.27)
なにをするときに, 失敗しそうだと思心配になる	0.71(0.63-0.80)	1.00(0.80-1.23)

unconditional logistic models による

の中でも楽しいから参加している者で高かった。日常生活に制限がある者や介護認定を受けている者では主観的健康感も低かった。

生きがいを感じる項目との関係は、多くの項目で生きがいを感じている者ほど主観的健康感が高い傾向がみられた。特に家事や家族の世話に生きがいを感じない群では主観的健康感が特に低い傾向がみられた。しかし、「家でのおんびりすること」については生きがいを感じない者で主観的健康感が高い傾向がみられた。日常生活活動の重要性と主観的健康感の関係は、多くの項目で重要と考える者で主観的健康感が高い傾向がみられた。喜怒哀楽の表出方法は主観的健康感とは、一部で有意なものもあるが、あまり関連していないようであった。主観的 QOL は、前向きな質問項目（次の後ろ向きな質問項目以外の項目）は「あてはまる」と回答した群で主観的健康感が高い傾向がみられた。逆に、「ささいなことでも気にするようになったと思う」、「ささいなことが気になって眠れないことがある」、「気分の落ち込むことがある」、「何となく不安にかられることがある」、「なにかするときに、失敗しそうだと思心配になる」の後ろ向きな5項目はあてはまらない者で主観的健康感が高かった。

各項目間の交絡関係を調整した多変量解析の結果では、年齢（85歳以上に対する75～84歳）、配偶者の死別（配偶者あり）、適度な運動を心がける（心がけない）、定期的な通院がない（あり）、グループでの補佐的存在（一員としての存在）、社会参加活動参加（不参加）、働くことへ生きがいを感じる（感じない）、食べたり飲んだりすることに生きがいを感じる（感じない）、現在の生活に満足している（あてはまらない）、何かするときに活力を持ってやっている（あてはまらない）の各項目でオッズ比が有意に上昇し、日常生活に制限がある場合や、何となく不安にかられることがある場合に有意に低下していた（かっこ内は基準となる状態）。なお、多変量解析を行うにあたり、説明変数間の共線性を検討する目的で、説明変数間の相関係数を求めた。その結果、絶対値の最も大きな相関係数でも0.670（主観的 QOL における「現在、幸福だと思」と「現在の生活に、満足している」の間）であり、相互に強い相関が観察された説明変数はなかったため、多変量解析

における共線性の問題は生じないと判断し、すべての変数を同時に投入した。

#### Ⅳ 考 察

本研究は在宅高齢者の主観的健康感に関連する因子を明らかにすることを目的として実施した。全国から協力の得られた20の市町村で65歳以上の高齢者を無作為抽出し、この中から在宅の者を対象に調査を実施し、高い回答率を得た。20の市町村は全国約3,300市町村から無作為に選んだわけではないが、北は北海道から南は沖縄まで分布しており、また、対象の市町村には東京23区や県庁所在地から村までが含まれており、わが国全体からの無作為抽出標本ではないものの、わが国における在宅高齢者の実態の一端を反映していると考えることが出来る。

本研究における主観的健康感の分布は、「非常に健康」が7.1%、「健康な方だと思」が62.0%、「あまり健康ではない」が25.1%、「健康ではない」が5.8%であった。過去の研究で、在宅の65歳以上を対象としたものと比較すると、1998年の国民生活基礎調査では「あなたの現在の健康状態はいかがですか」という問に対して、「よい」と回答した者が13.6%、「まあよい」が15.0%、「ふつう」が45.3%、「あまりよくない」が19.2%、「よくない」が2.7%、不詳が4.1%であった<sup>20)</sup>。1982年の高知県大方町の1,603人の調査では、「excellent」が29.3%、「good」が26.9%、「fail」が38.4%、「poor or bedridden」が5.4%であった<sup>3)</sup>。なお、この研究は英文で報告されており、質問の日本語原文は論文からは判らない。1993年の広島県健康意識調査では、「非常に健康」が10%弱、「まあ健康」が半数強、「少し不健康」が20%強、「健康でない」が約10%であった<sup>9)</sup>。本論文では主観的健康感の分布が図によって示されており、正確な数値については判らない。1997年に報告された北海道の調査では、「非常に健康だと思」が6.6%、「まあ健康な方だと思」が62.3%、「あまり健康ではないと思」が21.2%、「健康ではないと思」が9.9%であった<sup>12)</sup>。このような質問は、質問の形式、たとえば選択肢の数や具体的な文言などに結果が左右される。厚生省の国民生活基礎調査では5段階に選択肢が分かれ、中央に「ふつう」という回答肢が入っているために、約

半数がここに含まれている。しかし、いずれの研究においても健康感に関して否定的な方向性(「あまり」を含めて健康に対して否定的な回答肢の選択)を持つ者が2割から4割であり、本研究での「あまり健康ではない」または「健康ではない」が全体の30.9%という数値は、これまでの結果と矛盾しないものと考えることが出来る。

主観的健康感に関連する項目として、最も大きなオッズ比が観察されたのは定期的な通院と日常生活動作の低下であったが、これはある意味で当然の結果だと言える。75~84歳では85歳以上よりも主観的健康感が高かった。これも当然の結果とすることができるが、65~74歳は85歳以上との間に有意な差が観察されなかった点には注目する必要があるのかもしれない。65~74歳の前期高齢者の中には健康に不安を感じている者も相当数存在するが、75歳を越えると比較的健康な者しか残っていないのかもしれない。配偶者が健在な群に比較して死別群では主観的健康感が高いが、配偶者の死別の経験を耐えることができるような健康人が対象者となっている可能性もある。

適度な運動を心がけていない者は主観的健康感が低い傾向がみられたが、運動を行うこと自体を健康と考えるとすれば、これも当然の結果かもしれない。特に運動は他の3項目(食事、休養、ストレス解消)と比較して健康という概念に結びつきやすいことも背景にあると思われる。グループでの役割は、中心的存在や補佐的存在で主観的健康感が高かったが、特に後者のほうがオッズ比が高く、有意であった。補佐的な役割の方が中心人物よりも全体に対する配慮などが必要であるとすれば、このような役割を担う人たちが健康と感じるのも合理的であろう。社会参加活動への参加も高い主観的健康感と関連していたが、理由は問わず参加することでオッズ比が上昇していたことには注目したい。逆に考えると、高齢者に対して、理由は何であれ、社会参加活動に参加させることにより、主観的健康感が高まる可能性があることを示唆した結果である。なお、芳賀ら<sup>21)</sup>は社会活動性が高いと主観的健康感も高いことを東京都小金井市の住民調査で示しており、本研究の結果はこの調査結果と矛盾しないものである。

生きがいを感じる項目は、単変量解析では多くの項目で統計学的に有意な結果が得られた。種々

の項目に生きがいを感じる者が主観的健康感が高いのも、合理的な結果といえる。その中で、「家でのんびりすること」、「テレビやラジオを見たり聞いたりすること」、「ペットや小動物の世話」の3項目は主観的健康感と関係がない、またはこのような項目に生きがいを感じる者では主観的健康感が低い、という結果であったことには、注目したい。前2者は消極的、あるいは受け身的な活動であり、主観的健康感に関連しないのは当然かもしれない。しかし、ペットや小動物の世話は積極的な活動であり、前2者と同じ捉え方はできない。動物の世話は、自分が行いたい時だけ行う、というものではなく、毎日の義務的な側面もあり、このような結果になったのかもしれない。なお、多変量解析では働くことと飲食のみが有意なものとして抽出されたが、後者については特に手が掛からず、いつでも手軽にできる、ということでも主観的健康感と関連があるのかもしれない。

主観的QOLについて、現在の生活に満足している群や何かするときに活力を持っている群では主観的健康感が高かったが、これも合理的な結果と行うことができよう。

本解析で主観的健康感の向上、あるいは維持には、社会とのつながりが重要であることが示唆された。特に友人や社会参加活動のような積極的な社会とのつながりの方が、これらに比較すると多少消極的である外出や隣近所との付き合いなどよりも関連していることは重要であろう。今後の高齢者対策として、社会とのつながりを積極的に勧めることが重要だと思われる。

なお、本研究は横断研究であり、説明変数として観察した因子が主観的健康観に影響を与えているのか、それとも主観的健康観が観察項目に寄与しているのかは定かではない。この関係は今後、コホート研究や介入研究によって明らかにされることが期待される。

稿を終えるに当たり、調査にご協力いただいた市区町村関係各位に御礼申し上げます。

本研究は2000年度社会福祉・医療事業団の長寿社会福祉基金の助成を受け、財団法人日本健康開発財団が「高齢者の『自立意識』向上支援に関する研究」として実施したものの一部である。本研究の概要は第60回日本公衆衛生学会総会(2001年10月31日~11月2日、高松市)で報告した。

(受付 2001. 8.10)  
(採用 2002. 2.21)

## 文 献

- 1) 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. 日本公衛誌 1995; 42: 366-378.
- 2) 芳賀 博, 上野満雄, 永井晴美, 他. 健康度自己評価に関する追跡的研究. 老年社会科学 1988; 10: 163-174.
- 3) Yasuda, N. Ohara H. Associations of health practices and social aspects of life with mortality among elderly people in a Japanese rural area. 日本衛生学雑誌 1989; 44: 1031-1042.
- 4) 芳賀 博, 柴田 博, 上野満雄, 他. 地域老人における健康度自己評価から見た生命予後. 日本公衛誌 1991; 38: 783-789.
- 5) 西阪眞一. 宇戸口和子, 溝上哲也, 他. 地域住民における健康度自己評価とその後の死亡: 7年間の追跡研究. 産業医大誌 1996; 18: 119-131.
- 6) 和田幸枝, 大下喜子, 妻島志麻. 健康に関する意識調査 (第1報): 健康意識と喫煙について. 九州女子大紀要 1992; 28: 63-76.
- 7) 宮田延子, 梅原美智, 浅井テルミ子, 他. 都市近郊の農村地域高齢者の健康に関する意識調査: 老年体力テスト受検者の主観的健康感を中心として. 教育医学 1993; 38: 301-309.
- 8) 的場恒孝, 中川経子, 石竹達也, 他. 市民の健康意識と日常保健行動. 日本公衛誌 1994; 41: 330-340.
- 9) 吉永文隆, 坪田信孝, 松原知子. 県民健康意識調査結果報告書: 平成5年度県民健康意識調査結果の概要. 広島医学 1994; 47: 1691-1705.
- 10) 川田智之, 鈴木庄亮, 竹内一夫, 他. 自覚的健康に関連する要因. 民族衛生 1995; 61: 133-138.
- 11) 杉澤秀博, 中谷陽明, 矢富直美, 他. 高齢者の健康と生活に関する日米比較 (その1): 健康と保健行動の比較. 厚生指標 1995; 42 (10): 37-43.
- 12) 佐藤秀紀, 中嶋和夫, 安西将也, 他. 高齢者の健康感に関連する要因. 厚生指標 1997; 44 (6): 3-9.
- 13) 清水千代子, 古矢悦子. デイサービスセンター利用者の主観的幸福感: 健康意識と主観的幸福感との関連. 群馬県立医療短大紀要 1997; 4: 77-82.
- 14) 杉浦浩子, 三井政子, 松波美紀, 他. 35~65歳の女性の更年期の自覚, 健康意識および身体・精神症状について. 日本更年期医学会雑誌, 1998; 6: 179-185.
- 15) 佐藤 進, 出村慎一, 松沢基三郎, 他. 要介護高齢者の日常生活動作能力の検討: 加齢, 自覚的健康感・体力感, 疾病との関係から. 体育学研究 1999; 44: 13-24.
- 16) 神田 晃, 尾島俊之, 柳川 洋. 自覚的健康感の健康指標としての有効性: 「健康日本21」に向けて. 厚生指標 2000; 47 (5): 33-37.
- 17) 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2年間の死亡. 社会老年学 1990; 31: 43-51.
- 18) 長島紀一, 内藤佳津雄. 高齢者循環器疾患患者のQOL評価法の開発. Therapeutic Research 1993; 14 (8): 3313-3317.
- 19) 萱場一則, 内藤佳津雄, 長嶋紀一, 他. 老年高血圧患者の主観的 quality of life に影響する背景因子. 日本老年医学会雑誌 1995; 32 (6): 429-437.
- 20) 厚生省大臣官房統計情報部編. 平成10年国民生活基礎調査 第2巻. 東京: 厚生統計協会, 2000; 191.
- 21) 芳賀 博, 七田恵子, 永井晴美, 他. 健康度自己評価と社会・心理・身体的要因. 社会老年学 1984; 20: 15-23.

## FACTORS ASSOCIATED WITH SELF-RATED HEALTH FOR NON-INSTITUTIONALIZED AGED PERSONS.

Yosikazu NAKAMURA<sup>\*</sup>, Isamu KANEKO<sup>2\*</sup>, Yuko KAWAMURA<sup>3\*</sup>, Tatsuro SAKANO<sup>4\*</sup>,  
Katsuo NAITO<sup>5\*</sup>, Kazuo MAEDA<sup>6\*</sup>, Mutsuo KUROBE<sup>7\*</sup>, Shigeru HIRATA<sup>7\*</sup>,  
Toshiki YAZAKI<sup>7\*</sup>, Yasuaki GOTO<sup>7\*</sup>, and Shuji HASHIMOTO<sup>8\*</sup>

**Key words** : Non-institutionalized aged persons, Self-rated health, Subjective quality of life, Cross-sectional studies

**Objective** To determine factors affecting self-rated health among the non-institutionalized elderly in Japan.

**Methods** In 20 municipalities in Japan, 6,094 persons aged 65 years and older who were not institutionalized were selected at random. A questionnaire survey was conducted from September through November 2000. The distribution of self-rated health was rated in terms of dependent variables, with odds ratios and their 95% confidence intervals calculated using unconditional logistic models.

**Results** Of the study population, 5,565 persons (91.8%) responded to the survey. Of the respondents, 64.4% answered that they were healthy, while 28.8% were not. The necessity for periodical visit to hospitals and clinics, and lowering of the activity of daily living greatly lowered self-rated health. Compared with those who were 85 years of age or older, a high health status was observed among those aged between 75 and 84 years, but not those aged 65 to 74 years. Those who tried to have exercise periodically, who had a vice-leadership role in a group, who joined social activities, who lived what they considered a worthwhile life, and who had positive activities in daily life, had high levels of self-rated health. Joining social activities for passive reasons elevated the health as well as joining for active reasons such as "because it is fun."

**Conclusion** Even if the reason is passive, joining social activities may elevate the self-rated health levels of elderly people.

---

\* Department of Public Health, Jichi Medical School

<sup>2\*</sup> Department of Sociology, Hokkaido University Graduate School of Letters

<sup>3\*</sup> Home Health and Welfare Service Support Center of Kuju, Oita

<sup>4\*</sup> Department of Social Engineering, Tokyo Institute of Technology Graduate School of Decision Science and Technology

<sup>5\*</sup> Department of Psychology, Nihon University College of Humanities and Sciences

<sup>6\*</sup> Section of Civil Services, Municipal Government of Hidaka, Hokkaido

<sup>7\*</sup> Japan Health and Research Institute

<sup>8\*</sup> Department of Epidemiology and Preventive Health Sciences, School of Health Sciences and Nursing, University of Tokyo