

主観的健康感に影響を及ぼす生活習慣と健康関連要因

Effects of Life-style Factors and Health Related Factors on Subjective Health in Male Workers

五十嵐久人¹⁾, 飯島 純夫²⁾

IGARASHI Hisato, IJIMA Sumio

要 旨

主観的健康感に関連する生活習慣を明らかにするため、研究への同意が得られた労働者を対象に調査を実施した。調査には、対象者の基本属性、主観的健康感、生活習慣に関する10項目とMultidimensional Health Locus of Controlの18項目を用いたアンケート用紙を作成して行った。その結果、286名の有効回答が得られた。主観的健康感に影響する生活習慣は少なく、「生活満足度」や「主観的ストレス量」など精神的な要因の影響が示唆された。これらより、主観的健康感を高めていくためには、精神的な安定感が重要であると考えられた。

In order to clarify life-style factors related to subjective health, we created a questionnaire and submitted it to workers who agreed to participate. The questionnaire consisted of ten items of basic attributes, subjective health and life-style factors of the subject, as well as 18 items of Health Locus of Control. 286 valid answers were obtained. The results showed that there were few life-style factors affected by subjective health, and mental factors such as 'life satisfaction' and 'subjective stress' were suggested as affecting factors. According to these results, mental equanimity must be important for enhancing subjective health.

キーワード 主観的健康感, 生活習慣, 労働者, Health Locus of Control

Key Words Subjective Health, Lifestyle, Worker, Health Locus of Control

. 緒言

現代は、糖尿病や高血圧などの生活習慣病を持ちながら生活している人も増え、医学的な健康度だけで個人の健康を評価することは困難である。社会的や身体的に問題を抱えながらも、自らが健康であると意識できるということが大切であり、生活の質を高めるための重要な要素である。

主観的健康感とは、医学的な健康状態ではなく、自らの健康状態を主観的に評価する指標¹⁾であり、死亡率、有病率等の客観的指標では表せない全体的な健康状態を捉える健康指標である²⁾。そのため、必ずしも医学的な健康状態と一致したものではない。

主観的健康感を用いた研究は数多く行われており生活習慣、QOL、身体的な症状との関連が検討され、その関連が示されてきた。また、主観的健康感が高い人ほど疾患の有無に関わらず生存率が高いこと³⁾や数年後の平均余命に影響することが示される^{2,4)}など、その人の生活の質に大きな影響を与える要因といえる。また、高齢者を対象とした研究では主観的健康感に与える要因が示されている⁵⁾⁻¹⁰⁾。しかし、これまでの調査では高齢者を対象としたものが多く、青壮年層も含めた生活習慣と主観的健康感を調査した研究は少ない。

そこで本研究では労働者を対象として、主観的健康状態に関連する生活習慣について調査を行い、主観的健康に関連する要因を明らかにすることを試みた。

. 方法

1. 対象及び方法

対象はY県M社の定期健康診断受診予定者367名である。M社は自動車部品の製造、金属加工等を行い、2交代の勤務体制である。自己記入式質問紙調査票を定期健康診断受診時に調査者が配布し、その場で回収した。調査期間は、2000年5月から6月である。調査票が回収で

受理日：2006年1月31日

1) 宮崎大学医学部看護学科地域・精神看護学講座：

Department of Community Health and Psychiatric Nursing,
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of
Miyazaki

2) 山梨大学大学院医学工学総合研究部(地域・老人看護学)：

Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering
(Community Health) University of Yamanashi

きたのは, 327名(男性306名, 女性21名, 回収率89.1%)である。また本研究では尺度を用いて得点化して用いるため, 尺度に関して1項目でも回答に欠損があったサンプルは除外した。また, 女性のサンプル数が少ないため本研究では除外し, 男性286名で分析を行った。

2. 倫理的配慮

この調査は, 対象者へ調査概要を説明し, 同意が得られた者に対して調査票を配布した。調査は個人が特定されないよう, 無記名式の調査用紙を用い, 分析においても数量的に処理を行った。

3. 調査内容

調査内容は年齢, 婚姻状況, 同居家族の有無, 身長, 体重, 通院状況, 健康への関心, 生活満足度, 主観的ストレス量, 6ヶ月前の健康状態との比較(以降, 健康状態の比較とする), 主観的健康感, Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) 及び生活習慣について回答を得た。生活習慣はBreslow¹¹⁾の7つの健康習慣を参考に作成した。本研究で用いた調査項目は 生活の規則性, 睡眠時間, 朝食の摂取, 食事の規則性, 栄養バランスへの配慮, 塩分摂取, 間食の有無, 飲酒, 喫煙, 運動習慣, の10項目である。本研究における, 望ましい生活習慣, 望ましくない生活習慣の分類は表1に示す。また, BMI値を計算し, 日本肥満学会の判定基準を基に18.5以上25未満を適正体重とした。

MHLC¹²⁾は Internal HLQ (IHLC), Powerful others HLQ (PHLC), Chance HLQ (CHLC) の下位尺度で構成されている。個人の健康の統制感を確認する尺度である。

各下位尺度には6つの質問, 合計18項目で構成されている。回答は「全くそう思わない」から「全くそう思う」の6段階の評価で, この順に1~6点を与えた。各下位尺度のスコアの範囲は6~36点となる。

4. 分析方法

主観的健康感「非常に健康である」「まあ健康である」「あまり健康でない」「健康でない」の4選択肢から解答を得たが「非常に健康である」「まあ健康である」を「健康群」とし, 「あまり健康でない」「健康でない」を「非健康群」の2群に分け分析を行った。主観的健康感と生活習慣および対象者の特性について, Spearmanの順位相関係数の有意性検定を行った。主観的健康感を規定する要因を検討するため, 主観的健康感を目的変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。統計解析にはHALBAU for Windows Ver6.25を使用した。

5. 用語の定義

主観的健康感: 疾患の有無に関わらず, 自分は健康であると思うか, そう思わないかを主観的に捉えた指標であり, 医学的な健康度とは必ず一致するものではない。

生活習慣: 食生活, 日々の運動習慣, 喫煙といった個人的なことばかりではなく, 社会的活動を含む幅広い概念であるが, 本研究では, 日常生活習慣を表す用語として用いた。

労働者: 本調査における労働者とは, 正規採用者やパートなど労働形態にかかわらず, 事業所に所属し, 労働安全衛生法に基づく, 定期健康診断受診対象者とする。

表1 生活習慣の分類基準

	望ましくない生活習慣	望ましい生活習慣
生活の規則性	不規則である	規則正しい
睡眠時間	6時間以下, または9時間以上	7~8時間
朝食の摂取	時々食べる, または食べない	ほぼ毎日食べる
食事の規則性	不規則である	規則正しい
栄養のバランス	栄養のバランスを少しは考える, または考えない	栄養のバランスを考える
塩分摂取	ひかえていない	ひかえている, または時々ひかえる
間食の有無	ほぼ毎日食べる	ほとんど食べない, または時々食べる
飲酒	お酒を毎日飲む	お酒を飲まない, または時々飲む
喫煙	過去に煙草を吸ったことがある, または現在も煙草を吸っている	煙草を吸ったことがない
運動習慣	週1回以下の運動	週2回以上の運動

Categoryは, 望ましくない生活習慣 = 1, 望ましい生活習慣 = 2 とした。

結果

1. 対象者の属性

対象者の基本属性を表2に示した。対象者のうち、199人(69.6%)が既婚者であった。現在、医療機関へ通院している人は58(20.3%)であった。健康への関心を持っているものは195(68.2%)であった。生活満足度は「満足」ま

表2 分析対象者の属性 n = 286

		人数	%
平均年齢		38.1±11.7	
年齢階級別	～19歳	10	3.5
	20～29歳	65	22.7
	30～39歳	93	32.5
	40～49歳	57	20.0
	50～59歳	54	18.9
	60歳～	7	2.5
婚姻状況	既婚	199	69.6
	未婚	87	30.4
同居家族の有無	あり	231	80.8
	なし	55	19.2
通院状況(調査現在)	通院している	58	20.3
	通院していない	228	79.7
健康への関心	ある	195	68.2
	ない	91	31.8
生活満足度 1	満足群	180	62.9
	不満足群	106	37.1
主観的ストレス量 2	適量群	182	63.6
	不適量群	104	36.4
健康状態の比較 3	良好群	257	90.2
	不良群	28	9.8
勤務内容	製造	169	59.1
	事務	80	28
	その他	37	12.9

1 生活満足度は「満足」「まあ満足」を「満足群」「あまり満足でない」「不満足」を「不満足群」とした。

2 主観的ストレス量は「普通程度」を「適量群」「多い」「少ない」を「不適量群」とした。

3 健康状態の比較は「変化無し」「良くなった」を良好群「悪くなった」を「不良群」とした。

あ満足」を満足群とし、「あまり満足でない」「不満足」を「不満足群」とした。満足群は180(62.9%)であった。

主観的健康感の分布は「非常に健康である」が10(3.5%)、「まあ健康である」が230(80.4%)、「あまり健康でない」が40(14.0%)、「健康でない」が2.1%であった。

生活習慣の割合を表3に示した。生活習慣では「間食の有無」,「朝食の摂取」で望ましい生活習慣の割合が高い傾向が見られ,「栄養バランス」,「喫煙」,「運動習慣」といった項目で望ましい生活習慣の割合が低い傾向にあった。主観的健康感が健康群で最も望ましい行動の割合が多いのは「間食の有無」であった。非健康群でもっとも望ましくない行動の割合が多いのは「栄養のバランスへの配慮」であった。

MHLCの各下位尺度のスコアは, IHLC: 25.78 ± 3.90, PHLC: 22.37 ± 3.77, CHLC: 16.71 ± 4.97であった。年代別にスコアに違いの有無を確認したが, 有意な差は認められなかった。

勤務内容として, 製造に関わっている者が169(59.1%), 事務が80(28.0%), その他が37(12.9%)であった。

2. 主観的健康感との相関

主観的健康感と生活習慣および対象者の特性についての相関を表4に示した。主観的健康感と生活習慣との間には有意な相関は認められなかった。

対象の属性との間には「通院状況」($r = .170$ $p < .01$), 「生活満足度」($r = .206$ $p < .01$), 「主観的ストレス量」($r = .173$ $p < .01$), 「BMI」($r = .124$ $p < .05$)において有意な相関が認められた。また, 主観的健康感におい

表3 生活習慣の行動別割合 n = 286

	望ましい生活習慣		望ましくない生活習慣	
	人数	%	人数	%
生活の規則性	152	53.1	134	46.9
睡眠時間	130	45.5	156	54.5
朝食の摂取	195	68.2	91	31.8
食事の規則性	158	55.2	128	44.8
栄養のバランスへの配慮	29	10.1	257	89.9
塩分摂取	164	57.3	122	42.7
間食の有無	266	93.0	20	7.0
飲酒	174	60.8	112	39.2
喫煙	97	33.9	189	66.1
運動習慣	46	16.1	240	83.9

表4 生活習慣・属性と主観的健康感との相関

		n = 286
		主観的健康感
生活習慣	生活の規則性	.073
	睡眠時間	.067
	朝食の摂取	.023
	食事の規則性	.086
	栄養のバランス	.041
	塩分摂取	-.003
	間食の有無	.032
	飲酒	-.082
	喫煙	-.003
	運動習慣	.064
	属性	年齢
婚姻状況		.044
同居家族の有無		.016
通院状況		.170 **
健康への関心		-.008
生活満足度		.206 **
主観的ストレス量		.173 **
健康状態の比較		.239 **
BMI		.124 *
MHLC		IHLC
	PHLC	-.012
	CHLC	-.053

* p < .05 ** p < .01

表5 重回帰分析の結果

		n = 286
変数名	標準偏回帰係数()	単相関係数
健康状態の比較	.37 ***	.47
BMI	.20 ***	.21
通院状況	.17 ***	.29
生活満足度	.14 *	.30
主観的ストレス量	.13 *	.25

自由度再調整済決定係数 = 0.56 p < .001

AIC 126.6

* p < .05 *** p < .001

て年齢階級別での差は認められなかった。

IHLC, PHLC, CHLCとの間には有意な相関は認められなかった。

3. 関連する要因の検討

主観的健康感を規定する要因を検討するため、主観的健康感 Category は健康群: 2, 非健康群: 1 とする) を基準変数とし、本研究で用いた生活習慣や基本属性を説明変数とした重回帰式に一括投入した。重回帰分析の結果、関連が見られたのは「健康状態の比較」(標準偏回帰係数, 以下 = .37, p < .001), 「BMI」(= .20, p < .001), 「通院状況」(= .17, p < .001), 「生活満足度」(= .14, p < .05), 「ストレスの有無」(= .13, p < .05)であった。自由度調整済決定係数は0.56であった。分析の結果を表5に示した。

考察

1. 生活習慣

生活習慣の特徴として次のようなことが示された。運動習慣と栄養バランスへの配慮について、望ましい行動の割合が低く、習慣の獲得の難しさが伺える。望ましい行動の割合が低い原因として、調査対象であるM社は24時間体制の工場であり、定期的に運動する時間を確保することの困難さが考えられる。喫煙では、66.1%の者が望ましくない行動を取っていた。本調査における望ましくない行動には過去に喫煙していた者を含んでおり、それらの数を除いた喫煙率は55.6%と調査時点の全国の男性喫煙率53.5%¹³⁾とほぼ同様の値であった。また、栄養バランスを考えた食事が行われにくい理由として、分析対象が男性であり、栄養的な知識が十分でないため、あまり意識されていないのではないかと考えられる。既婚者の方が「生活の規則性」「朝食の摂取」「食事の規則性」で、望ましい生活習慣の割合が多いことが示されており、食事に関する行動は自発的な行動というよりは、妻や家族のサポートによる受身的な習慣になっていると考えられた。

2. 主観的健康感を規定する要因

先行研究より、主観的健康感の回答の分布は、あまり健康でないを含む否定的な解答が2~4割¹⁰⁾であるが、本研究での「あまり健康でない」「健康でない」の4割(16.1%)という数値は低い結果となった。

年齢と通院状況には有意な相関が認められており、年齢と共に医療機関へ受診している者が増加していることが示された。また、通院状況と主観的健康感との間には関係が認められた。通院している者は、医療機関を受診する必要のある健康問題を有している、又は健康状態に不安を感じており、自らを健康であると捉えることので

きない状態といえる。これらは高齢者の主観的健康感を規定する要因である¹⁴⁾といわれているが、本研究対象者にも共通する要因であると考えられる。先行研究において年齢階級別で加齢とともに「健康である」という主観的健康観が減少し、「健康でない」の割合が増加していることが示されている¹⁵⁾が、調査では年齢階級別で主観的健康感の差は認められていない。このことから主観的健康感には、加齢ではなく、医療機関を受診しているかどうかの方が直接影響しているものと考えられる。

生活満足度との関連では「満足群」の方が主観的健康感が高いことが示された。これらの結果は先行研究¹⁶⁾と同様であり、主観的健康感を高める要因であると言える。また、生活満足度と健康状態の比較の間に関係が認められた。しかし、健康状態の比較と通院状況や生活満足度と通院状況では関係が見られないことから、通院するほどの体調の変化はないものの、自らの体調の悪化を感じ取り、生活満足度の判断を低くさせたものと考えられる。このことから生活満足度は体調の変化を敏感に反映するものと考えられた。

主観的健康感が高い人、つまり「健康群」の方が望ましい生活習慣を多く行っているのではないかと予測されたが、関連は認められなかった。しかし、本研究で用いた10項目の生活習慣における望ましい行動の総計との関係を見たところ、相関が認められた($r = .12$ $p < .05$)。これは、個々の生活習慣の影響ではなく、生活習慣全体が主観的健康感に影響を及ぼしており、個々の項目で評価することが困難であることを示していると考えられる。よって、主観的健康感と生活習慣の関係を検討する場合、生活習慣を項目ごとに評価するのではなく、生活習慣全体を捉えた上で、その関係を評価していく必要がある。

重回帰分析を行った結果、主観的健康感への生活習慣の影響は認められなかったものの、「健康状態の比較」「BMI」「通院状況」「生活満足度」「主観的ストレス量」において影響が認められた。これらは比較的自覚しやすい健康状態を表す項目のように思われる。半年前との健康状態の比較では、体調の変化をより具体的にイメージしやすく、また、体調の悪化・改善が認められた場合、実感が得られやすく、その評価を行いやすい質問項目と思われる。また、BMIについても、体重の変化や体型の変化は日常生活の中で気づきやすいものである。通院状況の影響が大きいことが示されており、早坂ら¹⁷⁾の定期的な通院が最も主観的健康感に影響しているとした結果を支持するものであった。通院している人は、何らかの健康問題を有しているため、医療機関を受診していることから、自らの健康状態を「健康である」と捉え、表現することは難しい。「生活満足度」「主観的ストレス量」は生活習慣などの直接的な行動でなく、精神的な安定を評価した項目であり、その時点の置かれた社会的や心理的な状態

を反映しているものと考えられる。また、先行研究¹⁷⁾において、ストレスとの関係が示されており、ストレス量をうまくコントロールしていくことで主観的健康感が高くなることが考えられる。

MHLC尺度との間に関係が認められるのではないかと予測したが、本研究から関係は認められなかった。

結語および今後の課題

本研究から労働者の主観的健康感と生活習慣の関係から以下のような知見が得られた。

1. 主観的健康感と生活習慣との間には直接的な関係は認められなかった。しかし、「健康状態の比較」「BMI」「通院状況」「生活満足度」「主観的ストレス量」といったものとの関係が認められ、主観的健康感に影響する要因が示された。しかし、本研究は横断研究であるため、説明変数として投入した因子が主観的健康感に影響しているのか、主観的健康感が個々の因子に影響しているのかは判断することはできない。影響の方向性を検討することは今後の検討課題である。
2. 主観的健康感と生活習慣の関係を検討する場合、生活習慣の各項目で判断するのではなく、生活習慣全体を捉えて、その関係を判断することが必要である。
3. 性別のサンプルが少ないことから分析では除外しており、これらの結果が女性にも該当するかは今後の研究課題である。

謝辞

御協力を頂いた諸先生方、ならびに調査に御協力いただいた保健師、労働者の皆様に、深く御礼申し上げます。

文献

- 1) 東京大学医学部保健社会学教室編(1992)保健・医療・看護調査ハンドブック。東京大学出版、東京
- 2) 神田晃、尾島俊之、柳川洋(2000)自覚的健康観の健康指標としての有効性。厚生学雑誌, 47, 5: 33-37
- 3) Kaplan G A(1983) Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. American Journal of Epidemiology, 117, 3: 292-304
- 4) 岡戸順一、艾斌、巴山玉蓮、他(2003)主観的健康感が高齢者の生命予後に及ぼす影響。日本健康教育学会誌, 11, 1: 31-38
- 5) 的場恒孝、中川経子、石竹達也、他(1994)市民の健康意識と日常保健行動。日本公衛誌, 41: 330-340
- 6) 川田智之、鈴木庄亮、竹内一夫、他(1995)自覚的健康に関連する要因。民族衛生, 61: 133-138
- 7) 杉沢秀博、中谷陽明、矢富直美、他(1995)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。厚生学雑誌

五十嵐久人, 他

標, 42, 10 : 37-43

- 8) 西堀好恵, 鈴木知代, 入江晶子, 他(2004)山村地域に暮らす中高年者の生活習慣と主観的健康感・主観的満足感・聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 12 : 117-124
- 9) 佐藤進, 出村慎一, 松沢勲三郎, 他(1999)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, 44 : 13-24
- 10) 中村好一, 金子勇, 河村優子, 他(2002)在宅高齢者の主観的健康感と関連する要因. 日本公衆衛生雑誌, 49, 5 : 409-415
- 11) Breslow, L. and Enstrom, J. E. (1980) Persistence of health habits and their relationship to mortality. Prev Med, 9 : 469-483
- 12) 五十嵐久人, 飯島純夫(2005)労働者における Multidimensional HLC と生活習慣の関連. 南九州看護研究誌, 3, 1 : 43-51
- 13) 厚生統計協会(2005)国民衛生の動向, 52, 9 : 78
- 14) 芳賀博, 七田恵子, 永井晴美, 他(1984)健康度自己評価と社会・心理・身体的要因. 社会老年学, 20 : 15-23
- 15) 健康・体力づくり事業財団(1997)平成8年度健康づくりに関する意識調査報告書 : 21
- 16) 川崎道子(2003)離島住民の生活習慣と主観的健康感との関係. 沖縄県立看護大学紀要, 4 : 94-99
- 17) 早坂信哉, 多治見守泰, 大木いずみ(2002)在宅要介護高齢者の主観的健康感に影響を及ぼす因子. 厚生指針, 49, 15 : 22-27