

はじめに

ヒトの寿命は、生物学的な健康状態のみならず、社会経済状態によっても規定されるため、平均寿命は医学の進歩や生活環境の改善を総合的に示す集団の指標として使用されてきた。

2013年に策定された国の健康施策の方針である健康日本21（第2次）から、「健康寿命の延伸」が目標の一つとして掲げられるようになった。健康寿命とは、平均寿命と同じく、集団の健康を表す指標であり、その年に出生した0歳児がその後、何年「健康で過ごせるか」という期待値である（図A）。

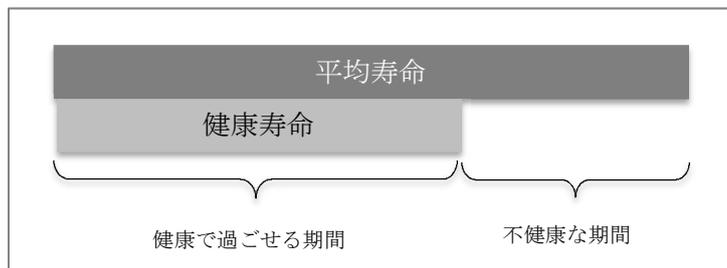
日本では4人に1人が高齢者であり、高齢者人口の増加に伴って、医療や介護ニーズのある高齢者も増加している。こうした背景を受けて、高齢期を健康に過ごせることが目指されるようになった。このことは、高齢者の健康問題のみならず、家族の介護負担や社会保障費の面からも重要な課題となっている。

各自治体は、健康日本21の地方版の計画策定や評価のために、地域ごとの健康寿命を算定している。

滋賀県は、平均寿命に関しては全国的に上位に位置付けられる長寿県である。また要介護認定者数から求めた健康寿命（日常生活動作が自立している期間の平均）や東京大学の研究チームが疾病負荷（GBD:Global Burden Disease）から求めた健康寿命¹⁾においても、全国的に上位に位置づけられる健康長寿県でもある。

しかしながら、別の方法で算定された健康寿命においては、全国下位にあり、県民の「健康」をどのようなものとするのかという定義の仕方によっては、寿命は長いが健康寿命は短いという、いわば全く望ましくない結果に陥っているのが現状である。

その筆頭が、厚生労働省が定期的に行う国民生活基礎調査の中で把握されている項目の一つである「主観的健康感（自分の健康を自信がどのように評価するか）」による評価である。



図A：健康寿命の概念図

(出典)

1. Shuhei Nomura, Haruka Sakamoto, Scott Glenn, et al. Population health and regional variations of disease burden in Japan, 1990–2015: a systematic subnational analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. (2017)Lancet. 390:1521–38

専門家の診断や検査の数値のような客観的な基準によって健康状態を評価しようとするのを客観的な健康評価としているのに対し、主観的健康感では回答する人が各々の主観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がある。

以上のことを踏まえ、今回の調査研究上の問いは

平均寿命と客観的な指標を用いて算定された健康寿命は全国的に高いにもかかわらず、自己評価に基づいて評価された健康寿命の全国順位とは乖離があるのはなぜか

を明らかにすることである。

死亡率や有病率などの客観的な指標は、集団としての健康度を捉えているのに対して、主観的な評価は、判断根拠や基準がバラバラな個人の判断でなされるものである。

そのため今回の調査研究に当たっては、方法論上、以下の点を考慮した。

1. 回答者の「個別性」や価値観の「多様性」を重視して個別インタビューで

今回の研究疑問の「なぜ」を紐解くには、健康や日々の生活が、回答者それぞれの視点からどのように捉えられているのかを大事にする必要があり、回答者一人ひとりの健康の成り立ちが、どのようなトピックスや判断基準で捉えられるのかを明らかにするために個別インタビューの方法を採用した。

2. 質的な記述によって

また、回答者一人ひとりの健康に対する価値観の多様性や個別性を明らかにするために、多くの対象者の回答から集合値を算出するアプローチ方法ではなく、質的な研究アプローチを採用した。ただし、社会人口学的な背景要因の影響を考慮して、サンプリングと分析においては性別・年齢階級別のグループごとに行った。

3. 30歳～70歳代を対象に

健康寿命は、図Bの棒グラフの斜線で表したバーの長さが長いほど、長くなるため、若い時から主観的健康感を高いと評価できることが望ましい（図Bの破線部）。今回の調査は、30歳～70歳と幅広い年齢層を対象にし、同様の調査の中では、若い年齢層を積極的に調査対象に含めた点が特色である。

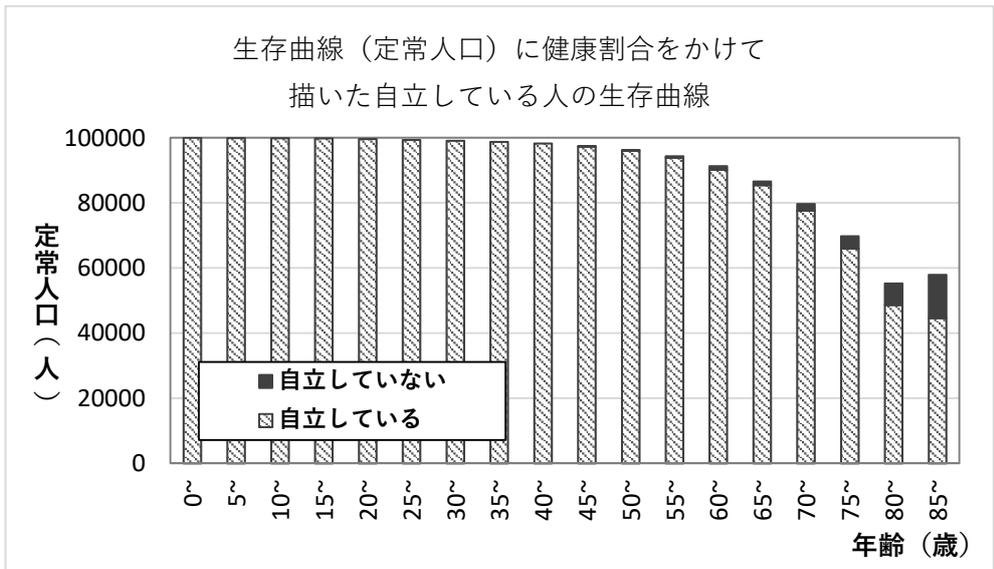
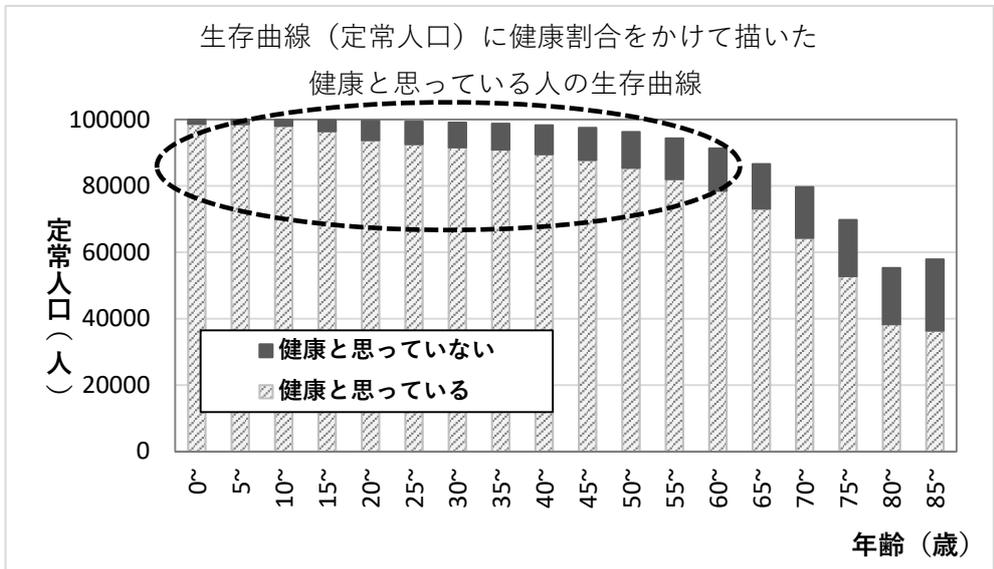
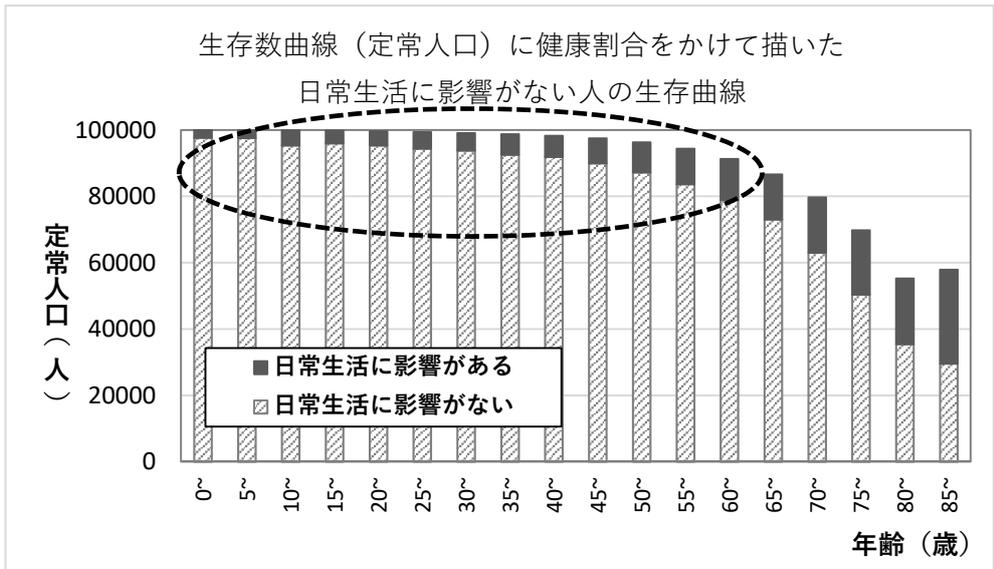


図 B：生存曲線における年代別の健康・不健康の割合（健康寿命の種類別）

目 次

1.	調査概要	1
2.	対象者の社会人口学的背景と健康行動	4
3.	健康度自己評価の判断根拠や基準に関する結果	25
	(1) 主観的健康感と日常生活上の制限の回答特性	25
	(2) 男性の健康感や日常生活上の制限の年齢別特徴	28
	(3) 女性の健康感や日常生活上の制限の年齢別特徴	37
	(4) 主観的健康感の性別特徴	45
4.	考察	46
5.	主観的な健康感を高めるために	49
6.	結びに	51
7.	参考資料一覧	52

1. 調査概要

【調査目的】

長寿県である滋賀県民が、自身の健康状態をどのような事項や基準で評価しているのかについて、回答者の性別・年齢階級別に層化して調査を実施することで、県民の健康に対する認識を把握し、県民の平均寿命および健康寿命の延伸に活用することを目的とする。

なお、この調査は滋賀県が滋賀医科大学医学部看護学科公衆衛生看護学講座に委託して実施した。

【調査対象者】

調査対象は、滋賀県在住の30歳代～70歳代の一般市民である。ただし、精神疾患、認知症のある者、入院を要する治療が必要な人は対象から除外した。

30歳代～70歳代を10歳階級別に5つの年齢層と性別に層化して10群を設定し、各群5～8名を、県内の行政機関や企業、団体等の協力や機縁を通じて調査協力を依頼し、調査対象者を確保した。

調査の当日に、研究者から改めて文書を用いて調査の趣旨を説明し、回答したくない質問には答えなくて良いこと、調査の後でも分析を始めるまでは参加を辞退できること、個人情報管理、プライバシーの保護の方法、研究成果が公表されることについて説明し、同意書への署名をもって参加の意思を確認した。

【用語の定義】

○主観的健康感

主観的健康感とは、自身の健康度がどの水準にあるかに関する自己評価である。この調査では、国民生活基礎調査と同様に「あなたの現在の健康状態はいかがですか」と尋ね、5件法で回答を得た。ただし、国民生活基礎調査では、5件法の選択肢に『よい～よくない』の範囲を用いているのに対して、今回の調査では、『とても良い～全く良くない』とし、かつ真ん中の選択肢を『ふつう』ではなく、『どちらとも言えない』とした。

これは、主観的健康感の評価基準を明らかにすることを旨とした今回の調査の主旨に照らし、5件法の選択肢が意味の上で一つの軸の上であり、かつそれらが順序性を保つよう、国民生活基礎調査よりも厳格に設定したためである。

【調査方法】

調査は、対象者ごとの健康に関する日常的経験の個別性、多様性に配慮して語りを捉えることを重視するため、下記【質問項目】の表に掲げる項目に基づき、自記式質問紙調査と半構造化面接を個別に行った。

調査会場はプライバシーが確保される個室とし、対象者の希望に応じ、居住地域の保健センターや勤務先、滋賀県民プラザの会議室、自治会集会所などで実施した。

調査は、まず、自記式質問紙調査記入を依頼し、その後、約1時間程度の面接を調査員2～3名で行った。またインタビュー内容は、対象者の許可を得てICレコーダーを用いて電磁的に音声を記録した。対象者の許可が得られない場合は、調査員がその場でメモを取り記録した。質問紙調査では、①分析対象者が一般集団の中でどのような特性があるかを評価すること、②健康に関する既往歴や受診行動などの客観的な事実情報を把握する目的で行った。次に面接調査では、対象者自身の考えを自由に述べてもらうオープンクエスチョンを多用した。

主観的健康感については、インタビュー調査前に記入された質問紙への回答を確認しながら、なぜその主観的健康感の選択肢を選んだのか理由を尋ねた。

対象者によって語られた具体例を比較検討しながらデータ収集を行う形式をとり、分析とデータ収集を並行して行う形式で調査を進め、各性別・年齢階層ごとの群別特徴について、①ある程度の特徴が抽出できたこと、②回答のバリエーションが飽和したことの2つの条件が満たされると判断した時点でデータ収集を終了した。

【質問項目】

質問紙調査の質問項目	年齢・性別・職種・婚姻歴・年収・既往歴・同居家族・健康保険の種別・滋賀県での居住歴・健診等の受診・ライフスタイル・健康による日常生活への制限・主観的健康感・WHO-QOL26*
面接調査の質問項目	現在の健康状態を判断した理由、健康を維持するための取組内容、人生における健康・不健康が大きく変化した時期とその内容及び現在との差、過去10年間での健康状態の変化、結婚や育児のようにそれまでの生活様式を大きく変えるようなライフイベントがある場合には、その前後での健康状態の変化、対象者から見て健康と思う周囲の人の特徴

注) WHO-QOL26とは、身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境の4つの下位尺度から構成され、全部で26項目からなる尺度である。疾病の影響ではなく、より包括的で患者自身の主観的なQOLが評価できる尺度である。「過去2週間にどのように感じたか」、「過去2週間にどのくらい満足したか」、あるいは「過去2週間にどのくらいの頻度で経験したか」を、『まったくない』『少しだけ』『多少は』『かなり』『非常に』などの5段階で回答を求める。

【分析】

インタビュー時の音声データから逐語録を作成し、匿名化処理を施したものを分析データとした。データは意味のあるまとまりに区切り、類似点や相違点を継続的に比較分析しながら、各性別・年齢階級別の健康感や健康に影響するライフイベント等に注目して、定性的コーディングを行い、それらをカテゴリー化した。分析に際しては、複数の研究者によるピアレビューを繰り返し行い、妥当性の確保に努めた。

また、質問紙と匿名化された逐語録にはそれぞれ同じ管理番号を付与し、紐付け可能にした上で、分析を行った。

2. 対象者の社会人口学的背景と健康行動

【回答者数】

表1. 回答者の性別・年齢

	男性		女性		合計	
30歳代	6	(22.2)	6	(18.8)	12	(20.3)
40歳代	5	(18.5)	8	(25.0)	13	(22.0)
50歳代	5	(18.5)	5	(15.6)	10	(16.9)
60歳代	6	(22.2)	7	(21.9)	13	(22.0)
70歳代	5	(18.5)	6	(18.8)	11	(18.6)
合計	27	(100.0)	32	(100.0)	59	(100.0)

【婚姻歴】

表2-1. 性別 婚姻歴

	配偶者あり		死別		合計
男性	27	(100.0)	0	(0.0)	27
女性	31	(96.9)	1	(3.1)	32
合計	58	(98.3)	1	(1.7)	59

表2-2. 年齢別 婚姻歴

	配偶者あり		死別		合計
30歳代	12	(100.0)	0	(0.0)	12
40歳代	13	(100.0)	0	(0.0)	13
50歳代	10	(100.0)	0	(0.0)	10
60歳代	13	(100.0)	0	(0.0)	13
70歳代	10	(90.9)	1	(9.1)	11
合計	58	(98.3)	1	(1.7)	59

【居住歴】

表 3 - 1. 性別 居住歴

	ずっと 滋賀県在住		5年未満		5年 ～ 10年		10年 ～ 20年		20年以上		合計
男性	14	(51.9)	1	(3.7)	1	(3.7)	1	(3.7)	10	(37.0)	27
女性	14	(43.8)	3	(9.4)	1	(3.1)	3	(9.4)	11	(34.4)	32
合計	28	(47.5)	4	(6.8)	2	(3.4)	4	(6.8)	21	(35.6)	59

表 3 - 2. 年齢別 居住歴

	ずっと 滋賀県在住		5年未満		5年 ～ 10年		10年 ～ 20年		20年以上		合計
30歳代	5	(41.7)	4	(33.3)	2	(16.7)	1	(8.3)	0	(0.0)	12
40歳代	8	(61.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(7.7)	4	(30.8)	13
50歳代	5	(50.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(10.0)	4	(40.0)	10
60歳代	7	(53.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	6	(46.2)	13
70歳代	3	(27.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(9.1)	7	(63.6)	11
合計	28	(47.5)	4	(6.8)	2	(3.4)	4	(6.8)	21	(35.6)	59

【同居家族（複数回答）】

表4-1. 性別 同居家族

	配偶者		未婚の子		子ども 夫婦		孫		兄弟・ 姉妹		父・母		独居 (なし)		合計
男性	27	(100.0)	15	(55.6)	1	(3.7)	1	(3.7)	1	(3.7)	5	(18.5)	0	(0.0)	27
女性	29	(90.6)	17	(53.1)	4	(12.5)	0	(0.0)	0	(0.0)	5	(15.6)	0	(0.0)	32
合計	56	(94.9)	32	(54.2)	5	(8.5)	1	(1.7)	1	(1.7)	10	(16.9)	0	(0.0)	59

表4-2. 年齢別 同居家族

	配偶者		未婚の子		子ども 夫婦		孫		兄弟・ 姉妹		父・母		独居 (なし)		合計
30歳代	12	(100.0)	10	(83.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(8.3)	0	(0.0)	12
40歳代	12	(92.3)	10	(76.9)	1	(7.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	4	(30.8)	0	(0.0)	13
50歳代	10	(100.0)	6	(60.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(20.0)	0	(0.0)	10
60歳代	12	(92.3)	4	(30.8)	2	(15.4)	0	(0.0)	1	(7.7)	2	(15.4)	0	(0.0)	13
70歳代	10	(90.9)	2	(18.2)	2	(18.2)	1	(9.1)	0	(0.0)	1	(9.1)	0	(0.0)	11
合計	56	(94.9)	32	(54.2)	5	(8.5)	1	(1.7)	1	(1.7)	10	(16.9)	0	(0.0)	59

居住歴は『ずっと滋賀県在住』が47.5%、『20年以上』が35.6%と大半を占める同居家族として多いのは、『配偶者』、『未婚の子』、『父・母』であり、『子ども夫婦』や『孫』と同居している家族は少ない。

【現在の就業の有無】

表 5 - 1. 性別 就業の有無

	あり		なし		合計
男性	21	(77.8)	6	(22.2)	27
女性	17	(53.1)	15	(46.9)	32
合計	38	(64.4)	21	(35.6)	59

表 5 - 2. 年齢別 就業の有無

	あり		なし		合計
30 歳代	9	(75.0)	3	(25.0)	12
40 歳代	12	(92.3)	1	(7.7)	13
50 歳代	9	(90.0)	1	(10.0)	10
60 歳代	7	(53.8)	6	(46.2)	13
70 歳代	1	(9.1)	10	(90.9)	11
合計	38	(64.4)	21	(35.6)	59

【就業種別と管理職の有無】

表6-1. 性別 就業種別と管理職の有無

		公務員	自営業	会社員	医療・福祉 職者	事務	アルバイト	団体職人	教員	主婦	無回答	合計
男性	管理職	4 (50.0)	4 (57.1)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	11
	非管理職	0 (0.0)	2 (28.6)	5 (83.3)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	10
女性	管理職	4 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8
	非管理職	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	4 (80.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	9
合計		8 (100.0)	7 (100.0)	6 (100.0)	5 (100.0)	4 (100.0)	3 (100.0)	2 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	38

表6-2. 年齢別 就業種別と管理職の有無

		公務員	自営業	会社員	医療・福祉 職者	事務	アルバイト	団体職人	教員	主婦	無回答	合計
30歳代	管理職	1 (12.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
	非管理職	0 (0.0)	2 (28.6)	1 (16.7)	1 (20.0)	2 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	8
40歳代	管理職	7 (87.5)	0 (0.0)	1 (16.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8
	非管理職	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (16.7)	1 (20.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	4
50歳代	管理職	0 (0.0)	2 (28.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4
	非管理職	0 (0.0)	1 (14.3)	1 (16.7)	1 (20.0)	1 (25.0)	1 (33.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5
60歳代	管理職	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	1 (20.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2
	非管理職	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (33.3)	1 (20.0)	0 (0.0)	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	5
70歳代	管理職	0 (0.0)	1 (14.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1
	非管理職	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0
合計		8 (100.0)	7 (100.0)	6 (100.0)	5 (100.0)	4 (100.0)	3 (100.0)	2 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	38

就労の有無は、男性 77.8%、女性 53.1%と男性の方が就業している人が多かった。
 年齢別では、30～50歳代は就業割合が高く、60歳代は53.8%、70歳代は9.1%であった。
 就労している人の職種は、『公務員』21.6%、『自営業』18.9%、『会社員』16.2%の順に
 多かった。
 また、『管理職者』の割合は42.1%であった。

【健康保険の種類】

表7-1. 性別 健康保険の種類

	他の家族の 被扶養		国保		組合けんぽ		協会けんぽ		共済組合		後期 高齢者		合計
男性	0	(0.0)	11	(40.7)	5	(18.5)	3	(11.1)	7	(25.9)	1	(3.7)	27
女性	11	(34.4)	12	(37.5)	0	(0.0)	4	(12.5)	4	(12.5)	1	(3.1)	32
合計	11	(18.6)	23	(39.0)	5	(8.5)	7	(11.9)	11	(18.6)	2	(3.4)	59

表7-2. 年齢別 健康保険の種類

	他の家族の 被扶養		国保		組合けんぽ		協会けんぽ		共済組合		後期高齢者		合計
30歳代	3	(25.0)	1	(8.3)	1	(8.3)	3	(25.0)	4	(33.3)	0	(0.0)	12
40歳代	3	(23.1)	1	(7.7)	2	(15.4)	0	(0.0)	7	(53.8)	0	(0.0)	13
50歳代	2	(20.0)	4	(40.0)	1	(10.0)	3	(30.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	10
60歳代	2	(15.4)	9	(69.2)	1	(7.7)	1	(7.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	13
70歳代	1	(9.1)	8	(72.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(18.2)	11
合計	11	(18.6)	23	(39.0)	5	(8.5)	7	(11.9)	11	(18.6)	2	(3.4)	59

健康保険の種類は、『他の家族の被扶養』が男性0.0%、女性34.4%に対し、
『組合健保』は男性18.5%、女性0.0%と就労状況が反映された結果となった。
また、年齢別にみると、60歳代、70歳代で『国保』加入者が多く、30歳代、40歳代で
『共済組合』加入者が多かった。

【最終学歴】

表 8 - 1. 性別 最終学歴

	小学・中学・ 高校中退		高校・ 旧制中		専門学校		短大・高専		大学		大学院		合計
男性	1	(3.7)	8	(29.6)	1	(3.7)	2	(7.4)	10	(37.0)	5	(18.5)	27
女性	1	(3.1)	9	(28.1)	4	(12.5)	10	(31.3)	8	(25.0)	0	(0.0)	32
合計	2	(3.4)	17	(28.8)	5	(8.5)	12	(20.3)	18	(30.5)	5	(8.5)	59

表 8 - 2. 年齢別 最終学歴

	小学・中学・ 高校中退		高校・ 旧制中		専門学校		短大・高専		大学		大学院		合計
30 歳代	0	(0.0)	4	(33.3)	1	(8.3)	2	(16.7)	4	(33.3)	1	(8.3)	12
40 歳代	0	(0.0)	2	(15.4)	0	(0.0)	5	(38.5)	5	(38.5)	1	(7.7)	13
50 歳代	0	(0.0)	2	(20.0)	1	(10.0)	3	(30.0)	4	(40.0)	0	(0.0)	10
60 歳代	0	(0.0)	6	(46.2)	1	(7.7)	2	(15.4)	4	(30.8)	0	(0.0)	13
70 歳代	2	(18.2)	3	(27.3)	2	(18.2)	0	(0.0)	1	(9.1)	3	(27.3)	11
合計	2	(3.4)	17	(28.8)	5	(8.5)	12	(20.3)	18	(30.5)	5	(8.5)	59

最終学歴は『大学院卒』が男性 18.5%であるのに対し、女性は 0.0%となっており、男性の方が高学歴であった。また、年齢別に見ると、『小学・中学・高校中退』と『高校・旧制中』を合計した割合が 60 歳代で 46.2%、70 歳代で 45.5%となっており、高齢層で高等教育を受けていない人の割合が多かった。

【世帯年収】

表 9 - 1. 性別 世帯年収

	200 万円 未満	200 万円 ～ 400 万円	400 万円 ～ 600 万円	600 万円 ～ 800 万円	800 万円 ～ 1000 万円	1000 万円 以上	合計
男性	1 (3.7)	2 (7.4)	10 (37.0)	8 (29.6)	4 (14.8)	2 (7.4)	27
女性	2 (6.9)	4 (13.8)	6 (20.7)	9 (31.0)	2 (6.9)	6 (20.7)	29
合計	3 (5.4)	6 (10.7)	16 (28.6)	17 (30.4)	6 (10.7)	8 (14.3)	56

表 9 - 2. 年齢別 世帯年収

	200 万円 未満	200 万円 ～ 400 万円	400 万円 ～ 600 万円	600 万円 ～ 800 万円	800 万円 ～ 1000 万円	1000 万円 以上	合計
30 歳代	0 (0.0)	1 (8.3)	3 (25.0)	5 (41.7)	2 (16.7)	1 (8.3)	12
40 歳代	1 (9.1)	0 (0.0)	2 (18.2)	4 (36.4)	2 (18.2)	2 (18.2)	11
50 歳代	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	1 (10.0)	3 (30.0)	10
60 歳代	1 (7.7)	3 (23.1)	3 (23.1)	4 (30.8)	1 (7.7)	1 (7.7)	13
70 歳代	1 (10.0)	2 (20.0)	4 (40.0)	2 (20.0)	0 (0.0)	1 (10.0)	10
合計	3 (5.4)	6 (10.7)	16 (28.6)	17 (30.4)	6 (10.7)	8 (14.3)	56

世帯年収は、『600 万円～800 万円』が 30.4%と最も多く、ついで『400 万円～600 万円』が 28.6%と 2 番目に多かった。世帯年収のため、性や年齢による特徴は認められなかったが、『1000 万円以上』の世帯が 14.3%存在しており、収入の高い対象者が多かった。

【Q1:主観的健康感】

表 10-1. 性別 主観的健康感

	とても良い	まあ良い	どちらとも言えない	あまり良くない	全く良くない	合計
男性	1 (3.7)	21 (77.8)	3 (11.1)	2 (7.4)	0 (0.0)	27
女性	2 (6.3)	20 (62.5)	8 (25.0)	2 (6.3)	0 (0.0)	32
合計	3 (5.1)	41 (69.5)	11 (18.6)	4 (6.8)	0 (0.0)	59

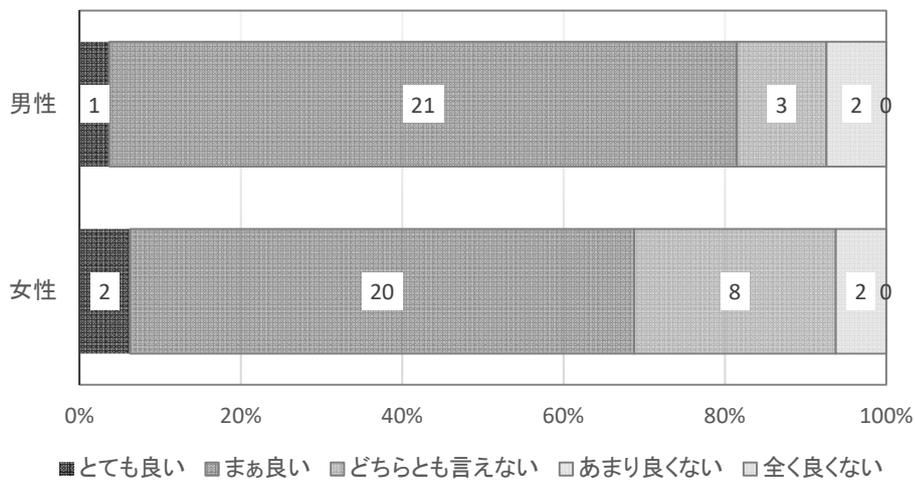


図 10-1. 性別 主観的健康感

表 10-2. 年齢別 主観的健康感

	とても良い		まあ良い		どちらとも言えない		あまり良くない		全く良くない		合計
30歳代	0	(0.0)	10	(83.3)	1	(8.3)	1	(8.3)	0	(0.0)	12
40歳代	0	(0.0)	6	(46.2)	5	(38.5)	2	(15.4)	0	(0.0)	13
50歳代	1	(10.0)	6	(60.0)	3	(30.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	10
60歳代	1	(7.7)	11	(84.6)	1	(7.7)	0	(0.0)	0	(0.0)	13
70歳代	1	(9.1)	8	(72.7)	1	(9.1)	1	(9.1)	0	(0.0)	11
合計	3	(5.1)	41	(69.5)	11	(18.6)	4	(6.8)	0	(0.0)	59

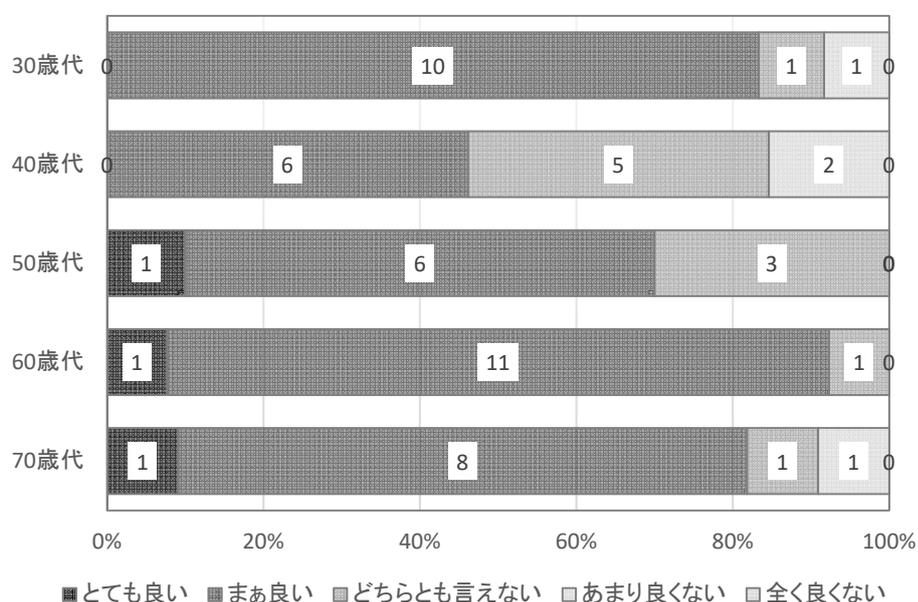


図 10-2. 年齢別 主観的健康感

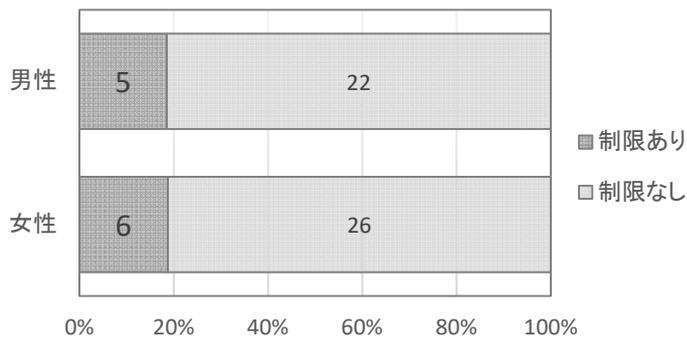
主観的健康感は、『まあ良い』が 69.5%と大半を占めており、ついで『どちらとも言えない』が 18.6%と多かった。『とても良い』は 5.1%と少なく、『全く良くない』と回答した人はいなかった。

性別による回答の違いは認められなかったが、年齢別にみると『とても良い』と回答しているのは 50 歳代以降の高齢層に多く、『どちらとも言えない』や『あまり良くない』とした回答は、30 歳代や 40 歳代の比較的若い世代に多かった。

【Q2:日常生活上の制限】

表 1 1 - 1. 性別 日常生活上の制限

	制限あり		制限なし		合計
男性	5	(18.5)	22	(81.5)	27
女性	6	(18.8)	26	(81.3)	32
合計	11	(18.6)	48	(81.4)	59



日常生活上の『制限あり』と回答した人は18.6%であり、性別による差はみられなかったが、年齢別にみると30歳代～50歳代と比較的若い世代が『制限あり』の割合が高かった。

図 1 1 - 1. 日常生活上の制限

表 1 1 - 2. 年齢別 日常生活上の制限

	制限あり		制限なし		合計
30歳代	3	(25.0)	9	(75.0)	12
40歳代	3	(23.1)	10	(76.9)	13
50歳代	3	(30.0)	7	(70.0)	10
60歳代	1	(7.7)	12	(92.3)	13
70歳代	1	(9.1)	10	(90.9)	11
合計	11	(18.6)	48	(81.4)	59

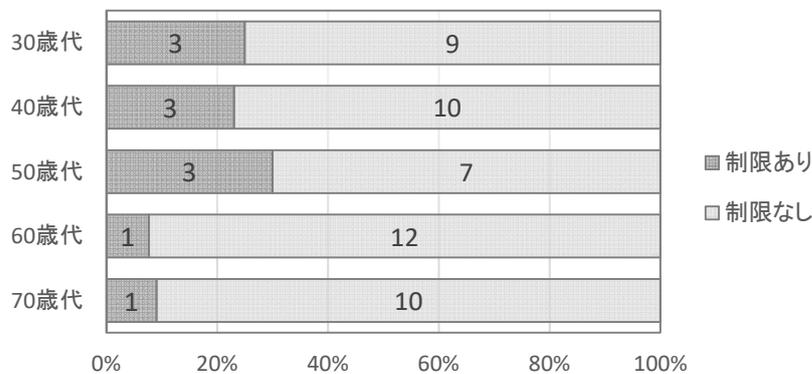


図 1 1 - 2. 年齢別 日常生活上の制限

【主観的健康感と日常生活上の制限のクロス集計】

表 1 2 - 1. 主観的健康感と日常生活上の制限との関係

	制限あり		制限なし		合計
とても良い	0	(0.0)	3	(100.0)	3
まあ良い	3	(7.3)	38	(92.7)	41
どちらとも言えない	7	(63.6)	4	(36.4)	11
あまり良くない	1	(25.0)	3	(75.0)	4
合計	11	(18.6)	48	(81.4)	59

主観的健康感と日常生活上の制限の関連を見ると、日常生活上の『制限なし』と回答している人は主観的健康感が『とても良い』が100%となっており、『制限あり』と回答している人は主観的健康感が『どちらとも言えない』63.6%と最多であった。

【Q3:生活習慣-睡眠時間-】

表 1 3 - 1. 性別 生活習慣-睡眠時間-

	6時間未満		6~8時間		8~10時間		10時間以上		合計
男性	4	(14.8)	11	(40.7)	11	(40.7)	1	(3.7)	27
女性	4	(12.5)	14	(43.8)	14	(43.8)	0	(0.0)	32
合計	8	(13.6)	25	(42.4)	25	(42.4)	1	(1.7)	59

表 1 3 - 2. 年齢別 生活習慣-睡眠時間-

	6時間未満		6~8時間		8~10時間		10時間以上		合計
30歳代	2	(16.7)	4	(33.3)	6	(50.0)	0	(0.0)	12
40歳代	2	(15.4)	6	(46.2)	5	(38.5)	0	(0.0)	13
50歳代	2	(20.0)	4	(40.0)	4	(40.0)	0	(0.0)	10
60歳代	2	(15.4)	8	(61.5)	3	(23.1)	0	(0.0)	13
70歳代	0	(0.0)	3	(27.3)	7	(63.6)	1	(9.1)	11
合計	8	(13.6)	25	(42.4)	25	(42.4)	1	(1.7)	59

睡眠時間は、『6~8時間』と『8~10時間』が同率(42.4%)で最も多かった。また、性別や年齢別に大きな差は認められなかった。

【Q3:生活習慣-食事回数/日-】

表 1 3 - 1. 性別 生活習慣-食事回数/日-

	1回		2回		3回		合計
男性	3	(11.1)	3	(11.1)	21	(77.8)	27
女性	1	(3.1)	3	(9.4)	28	(87.5)	32
合計	4	(6.8)	6	(10.2)	49	(83.1)	59

表 1 3 - 2. 年齢別 生活習慣-食事回数/日-

	1回		2回		3回		合計
30歳代	3	(25.0)	1	(8.3)	8	(66.7)	12
40歳代	0	(0.0)	1	(7.7)	12	(92.3)	13
50歳代	0	(0.0)	0	(0.0)	10	(100.0)	10
60歳代	0	(0.0)	4	(30.8)	9	(69.2)	13
70歳代	1	(9.1)	0	(0.0)	10	(90.9)	11
合計	4	(6.8)	6	(10.2)	49	(83.1)	59

1日あたりの食事回数は、『3回』が83.1%と最も多かった。性別や年齢別での大きな差はなかったが、30歳代男性に『1回』の人が多かった。

【Q3:生活習慣-仕事時間-】

表 1 4 - 1. 性別 生活習慣-仕事時間-

	4 時間未満		4～8 時間		8～10 時間		10 時間以上		合計
男性	2	(9.5)	2	(9.5)	11	(52.4)	6	(28.6)	21
女性	3	(20.0)	4	(26.7)	5	(33.3)	3	(20.0)	15
合計	5	(13.9)	6	(16.7)	16	(44.4)	9	(25.0)	36

表 1 4 - 2. 年齢別 生活習慣-仕事時間-

	4 時間未満		4～8 時間		8～10 時間		10 時間以上		合計
30 歳代	0	(0.0)	2	(25.0)	2	(25.0)	4	(50.0)	8
40 歳代	3	(25.0)	0	(0.0)	8	(66.7)	1	(8.3)	12
50 歳代	0	(0.0)	2	(22.2)	4	(44.4)	3	(33.3)	9
60 歳代	1	(20.0)	2	(40.0)	1	(20.0)	1	(20.0)	5
70 歳代	1	(50.0)	0	(0.0)	1	(50.0)	0	(0.0)	2
合計	5	(13.9)	6	(16.7)	16	(44.4)	9	(25.0)	36

仕事時間は「8～10 時間」が 44.4%、「10 時間以上」が 25.0%の順に多かった。性別にみると女性の方が就業時間が短く、30 歳代～50 歳代の比較的若い世代で長かった。

【Q3:生活習慣-家事時間-】

表 1 5 - 1. 性別 生活習慣-家事時間-

	1 時間未満		1～4 時間		4～8 時間		8 時間以上		合計
男性	19	(70.4)	7	(25.9)	1	(3.7)	0	(0.0)	27
女性	5	(15.6)	9	(28.1)	10	(31.3)	8	(25.0)	32
合計	24	(40.7)	16	(27.1)	11	(18.6)	8	(13.6)	59

表 1 5 - 2. 年齢別 生活習慣-家事時間-

	1 時間未満		1～4 時間		4～8 時間		8 時間以上		合計
30 歳代	6	(50.0)	1	(8.3)	0	(0.0)	5	(41.7)	12
40 歳代	6	(46.2)	4	(30.8)	3	(23.1)	0	(0.0)	13
50 歳代	6	(60.0)	2	(20.0)	2	(20.0)	0	(0.0)	10
60 歳代	5	(38.5)	6	(46.2)	1	(7.7)	1	(7.7)	13
70 歳代	1	(9.1)	3	(27.3)	5	(45.5)	2	(18.2)	11
合計	24	(40.7)	16	(27.1)	11	(18.6)	8	(13.6)	59

家事時間は、『1 時間未満』40.7%が最も多く、家事時間が長くなるにつれて割合は少なくなっていた。『4～8 時間』や『8 時間以上』の家事をしているのは女性が大半を占めており、30 歳代・40 歳代の若い世代に多かった。

【Q4:健康診断受診頻度】

表 1 6 - 1. 性別 健康診断受診頻度

	毎年受診		2年に 1回受診		3～4年に 1回受診		5年以上 受診なし		合計
男性	22	(81.5)	1	(3.7)	2	(7.4)	2	(7.4)	27
女性	21	(65.6)	0	(0.0)	5	(15.6)	6	(18.8)	32
合計	43	(72.9)	1	(1.7)	7	(11.9)	8	(13.6)	59

表 1 6 - 2. 年齢別 健康診断受診頻度

	毎年受診		2年に 1回受診		3～4年に 1回受診		5年以上 受診なし		合計
30歳代	6	(50.0)	0	(8.3)	3	(25.0)	3	(25.0)	12
40歳代	13	(100.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	13
50歳代	7	(70.0)	0	(10.0)	0	(0.0)	3	(30.0)	10
60歳代	11	(84.6)	1	(0.0)	1	(7.7)	0	(0.0)	13
70歳代	6	(54.5)	0	(0.0)	3	(27.3)	2	(18.2)	11
合計	43	(72.9)	1	(0.0)	7	(11.9)	8	(13.6)	59

健康診断の受診頻度は、『毎年受診』が72.9%と最も多かった。
性別にみると、女性の方が『5年以上受診なし』が18.8%となっており、
受診率が低い傾向にあった。

【Q5: 自覚症状】

表 1 7 - 1. 性別 自覚症状

	自覚症状なし		自覚症状あり		合計
男性	7	(25.9)	20	(74.1)	27
女性	2	(6.3)	30	(93.8)	32
合計	9	(15.3)	50	(84.7)	59

表 1 7 - 2. 年齢別 自覚症状

	自覚症状なし		自覚症状あり		合計
30 歳代	3	(25.0)	9	(75.0)	12
40 歳代	2	(15.4)	11	(84.6)	13
50 歳代	1	(10.0)	9	(90.0)	10
60 歳代	1	(7.7)	12	(92.3)	13
70 歳代	2	(18.2)	9	(81.8)	11
合計	9	(15.3)	50	(84.7)	59

自覚症状の有無については、84.7%の人が何らかの『自覚症状あり』と回答していた。性別にみると女性の方が『自覚症状あり』の割合が多かった。

(参考) 表 18. 自覚症状の種類と回答人数と割合 (複数回答)

症状	人数	%	症状	人数	%
肩こり	23	(39.0)	いらいらしやすい	3	(5.1)
目のかすみ	15	(25.4)	頭痛	3	(5.1)
腰痛	15	(25.4)	下痢	3	(5.1)
せきやたんがでる	9	(15.3)	歯ぐきのはれ・出血	3	(5.1)
体がだるい	8	(13.6)	かみにくい	3	(5.1)
眠れない	8	(13.6)	かゆみ(湿疹・水虫など)	3	(5.1)
物を見づらい	8	(13.6)	手足のしびれ	3	(5.1)
もの忘れする	7	(11.9)	鼻がつまる・鼻汁がでる	2	(3.4)
手足が冷える	6	(10.2)	食欲不振	2	(3.4)
手足のむくみやだるさ	6	(10.2)	腹痛・胃痛	2	(3.4)
めまい	5	(8.5)	耳鳴りがする	1	(1.7)
きこえにくい	5	(8.5)	息切れ	1	(1.7)
胃のもたれ・胸やけ	5	(8.5)	ゼイゼイする	1	(1.7)
手足の関節が痛む	5	(8.5)	痔による痛み・出血	1	(1.7)
動悸	4	(6.8)	発疹(じんま疹・できものなど)	1	(1.7)
便秘	4	(6.8)	手足の動きが悪い	1	(1.7)
歯が痛い	4	(6.8)	尿がでにくい・排尿時痛い	1	(1.7)
頻尿(尿の出る回数が多い)	4	(6.8)	骨折・ねんざ・脱きゅう	1	(1.7)

【Q6：既往疾患】

表19-1. 性別 既往疾患

	既往疾患あり		既往疾患なし		合計
男性	18	(66.7)	9	(33.3)	27
女性	27	(84.4)	5	(15.6)	32
合計	45	(76.3)	14	(23.7)	59

表19-2. 年齢別 既往疾患

	既往疾患あり		既往疾患なし		合計
30歳代	9	(75.0)	3	(25.0)	12
40歳代	8	(61.5)	5	(38.5)	13
50歳代	6	(60.0)	4	(40.0)	10
60歳代	11	(84.6)	2	(15.4)	13
70歳代	11	(100.0)	0	(0.0)	11
合計	45	(76.3)	14	(23.7)	59

『既往疾患あり』の割合が76.3%となっていた。
性別にみると女性の方が『あり』の割合が高く、年齢別にみると、30歳代が40歳代や50歳代より高かった。また、50歳代以降は年齢が上がるごとに『あり』の割合が高かった。

(参考) 表 20. 既往疾患の種類と回答人数 (複数回答)

治療中	人数	経過観察中	人数	放置	人数	過去に手術	人数	過去に治療	人数
目の病気	7	胃・十二指腸の病気	3	アレルギー性鼻炎	3	胃・十二指腸の病気	2	骨折	4
高血圧症	6	糖尿病	1	糖尿病	1	その他の消化器系の病気	2	脂質異常症	1
歯の病気	5	脂質異常症 (高コレステロール血症)	1	目の病気	1	肝臓・胆のうの病気	1	うつ病やその他のこころの病気	1
狭心症・心筋梗塞	2	甲状腺の病気	1	高血圧症	1	骨折	1	目の病気	1
胃・十二指腸の病気	2	その他の神経の病気 (神経痛・麻痺等)	1	胃・十二指腸の病気	1	悪性新生物 (がん)	1	耳の病気	1
糖尿病	1	狭心症・心筋梗塞	1	前立腺肥大	1			高血圧症	1
脂質異常症	1	その他の循環器系の病気	1	貧血・血液の病気	1			脳卒中	1
甲状腺の病気	1	アレルギー性鼻炎	1					急性鼻咽頭炎	1
うつ病やその他のこころの病気	1	喘息	1					アレルギー性鼻炎	1
その他の神経の病気 (神経痛・麻痺等)	1	その他の呼吸器系の病気	1					喘息	1
脳卒中	1	その他の消化器系の病気	1					歯の病気	1
その他の循環器系の病気	1	歯の病気	1					アトピー性皮膚炎	1
急性鼻咽頭炎	1	腰痛症	1						
喘息	1								
肝臓・胆のうの病気	1								
その他の皮膚の病気	1								
肩こり症	1								
腰痛症	1								
骨折	1								
悪性新生物 (がん)	1								
不妊症	1								

【WHO-QOL26 (※詳細は P. 60 参照)】

「個人が生活に関する文化や価値観の中で、目標や期待、基準及び関心にかかわる自分自身の人生の状況についての認識 (QOL)」を捉えた尺度である。身体・心理・社会・環境の4つの領域からなっており、領域別得点と総合得点 (QOL 得点) を求め (range 1-5点)、点数化したものであり、得点の値が高いほど良い状態を表す。

表 2 1. 領域別 WHO-QOL26 の得点と先行研究の比較

	男性		女性		
	今回	先行研究 ²⁾³⁾	今回	先行研究 ²⁾³⁾	
QOL得点	30歳代	3.43 ± 0.43	3.17 ± 0.45	3.35 ± 0.40	3.28 ± 0.38
	40歳代	3.22 ± 0.47	3.24 ± 0.43	3.29 ± 0.26	3.32 ± 0.41
	50歳代	3.69 ± 0.26	3.30 ± 0.53	3.28 ± 0.43	3.35 ± 0.48
	60歳代	3.61 ± 0.35	3.31 ± 0.50	3.77 ± 0.49	3.39 ± 0.48
	70歳代	3.69 ± 0.82		3.55 ± 0.36	
身体的領域	30歳代	3.55 ± 0.25	3.39 ± 0.59	3.34 ± 0.49	3.49 ± 0.46
	40歳代	3.46 ± 0.58	3.51 ± 0.50	3.34 ± 0.42	3.47 ± 0.52
	50歳代	3.80 ± 0.37	3.56 ± 0.56	3.29 ± 0.60	3.56 ± 0.58
	60歳代	3.81 ± 0.33	3.52 ± 0.60	3.92 ± 0.63	3.54 ± 0.57
	70歳代	3.74 ± 0.88		3.67 ± 0.37	
心理的領域	30歳代	3.33 ± 0.49	3.29 ± 0.57	3.39 ± 0.42	3.29 ± 0.52
	40歳代	3.03 ± 0.52	3.33 ± 0.59	3.35 ± 0.47	3.31 ± 0.57
	50歳代	3.90 ± 0.15	3.38 ± 0.65	3.20 ± 0.43	3.38 ± 0.60
	60歳代	3.61 ± 0.47	3.33 ± 0.57	3.69 ± 0.48	3.43 ± 0.57
	70歳代	3.87 ± 1.01		3.31 ± 0.31	
社会的領域	30歳代	3.33 ± 0.82	2.98 ± 0.61	3.61 ± 0.39	3.28 ± 0.66
	40歳代	3.27 ± 0.43	3.10 ± 0.57	3.46 ± 0.43	3.28 ± 0.56
	50歳代	3.60 ± 0.37	3.04 ± 0.68	3.33 ± 0.41	3.24 ± 0.50
	60歳代	3.56 ± 0.46	3.15 ± 0.55	3.86 ± 0.42	3.34 ± 0.51
	70歳代	3.67 ± 0.67		3.78 ± 0.66	
環境領域	30歳代	3.46 ± 0.50	3.02 ± 0.54	3.31 ± 0.59	3.12 ± 0.48
	40歳代	3.15 ± 0.60	3.09 ± 0.51	3.19 ± 0.18	3.18 ± 0.47
	50歳代	3.65 ± 0.45	3.17 ± 0.59	3.38 ± 0.56	3.24 ± 0.59
	60歳代	3.56 ± 0.58	3.22 ± 0.56	3.79 ± 0.65	3.31 ± 0.58
	70歳代	3.68 ± 0.82		3.55 ± 0.54	

※斜体・太字表記は、今回調査の方が先行研究より平均値が低い項目

WHO-QOL は先行研究の平均値と比較すると『社会的領域』と『環境領域』においては、男女とも、すべての年齢において今回の調査の QOL 得点の方が高かった。また、男性では 40 歳代の『身体的・心理的領域』の得点が、女性では 30 歳代～50 歳代の『身体的領域』、50 歳代と 70 歳代の『心理的領域』が先行研究よりも QOL 得点が低かった。

(出典)

2. 田崎美弥子, 一般人口における QOL スコアの分布. 医療と社会, No. 69, 10-12, 2000
3. 石崎裕香, 中根允文, 田崎美弥子, 日本における WHOQOL:WHOQOL-26 の一般人口における特徴 IN 精神疾患の QOL. 中根允文(監修), p277-292, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2002.

3. 健康度自己評価の判断根拠や基準に関する結果

(1) 主観的健康感と日常生活上の制限の特性

図 22 は、今回の調査における「あなたの現在の健康状態はいかがですか」という主観的健康感に対する回答を、国民生活基礎調査（平成 28 年）における滋賀県および全国と比較したものである。

滋賀県は、『よい』の割合が全国と比較して 2.3 ポイント低いが、『まあ良い』の割合を含めると全国の結果とほぼ同様の値である。これに対して今回の調査では、『まあ良い』が 69.5%を占め、『とても良い』と合わせて 74.6%となった。

今回の調査結果と国民生活基礎調査の結果とを比較してみると、選択肢が異なるものの、それぞれ 5 件法で『まあ良い』以上と回答した割合は、前者が 74.6%であるのに対し、後者（滋賀県）は 38.3%と、今回の調査の半分程度になっていた。

また、健康寿命の算定には、5 件法の中央以上が「健康」として評価されることとなり、その割合を求めると、前者が 93.2%であるのに対し、後者（滋賀県）は 85.7%と、今回の調査の方が 7.5 ポイント高かった。

以上より、今回の調査の回答者の主観的健康感は高い方に偏っていると言える。

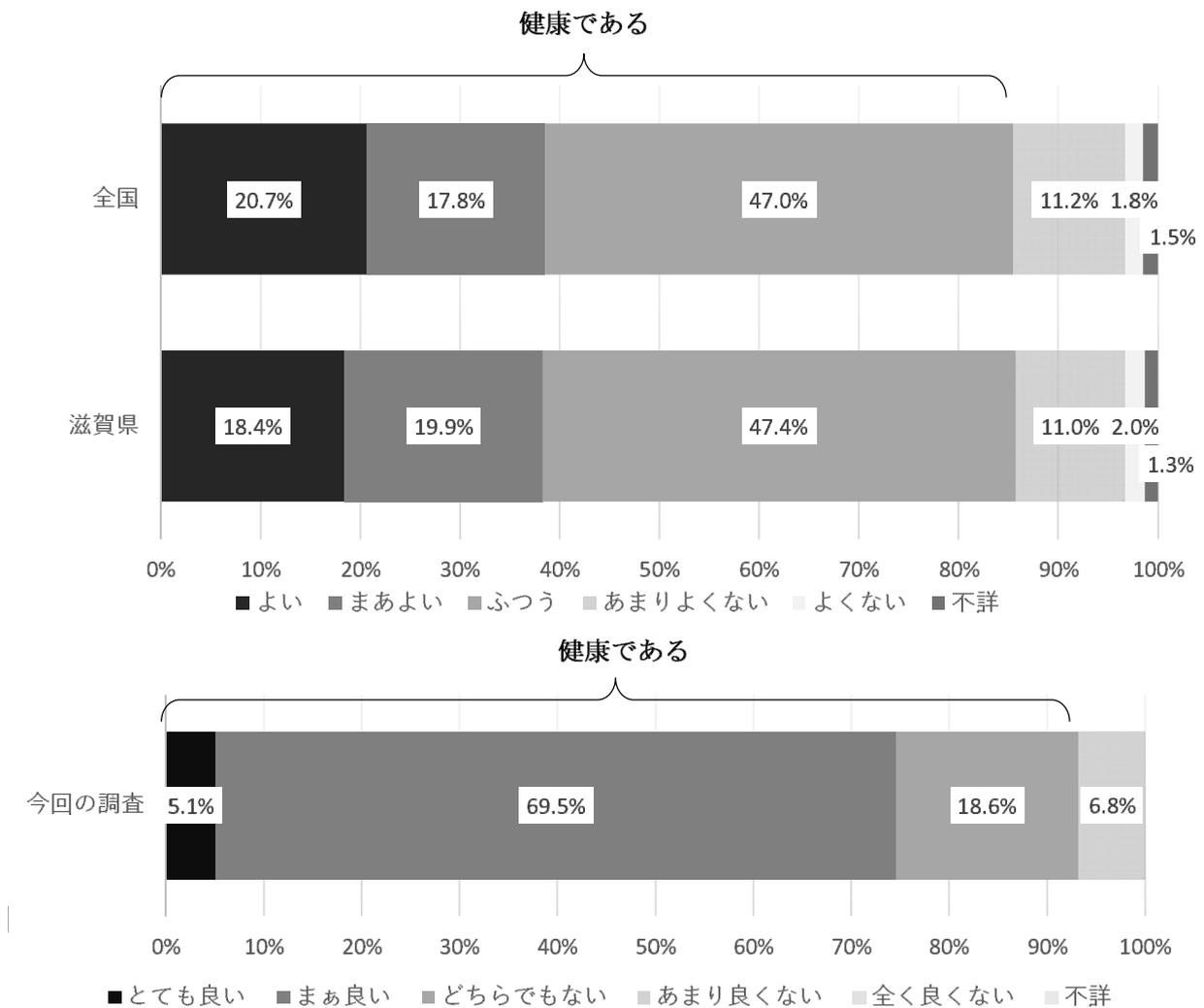


図 2 2. 今回の調査における主観的健康感の分布

出典：全国・滋賀県の数値は、平成 28 年国民生活基礎調査

※今回の調査での主観的健康感は、『とても良い』『まあ良い』『どちらとも言えない』『あまり良くない』『全く良くない』の 5 件法になっている。

また図 23 は、「あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか」という健康上の問題による日常生活上の制限の有無について、国民生活基礎調査の 30 歳代～70 歳代の年齢階級別データ総数から求めた全国、滋賀県の割合と今回の調査の結果を比較したものである。

健康による日常生活上の制限がない人の割合は、全国、滋賀県、今回の調査のいずれもが 82%程度であり、今回の調査の回答者に偏りは認められなかった。

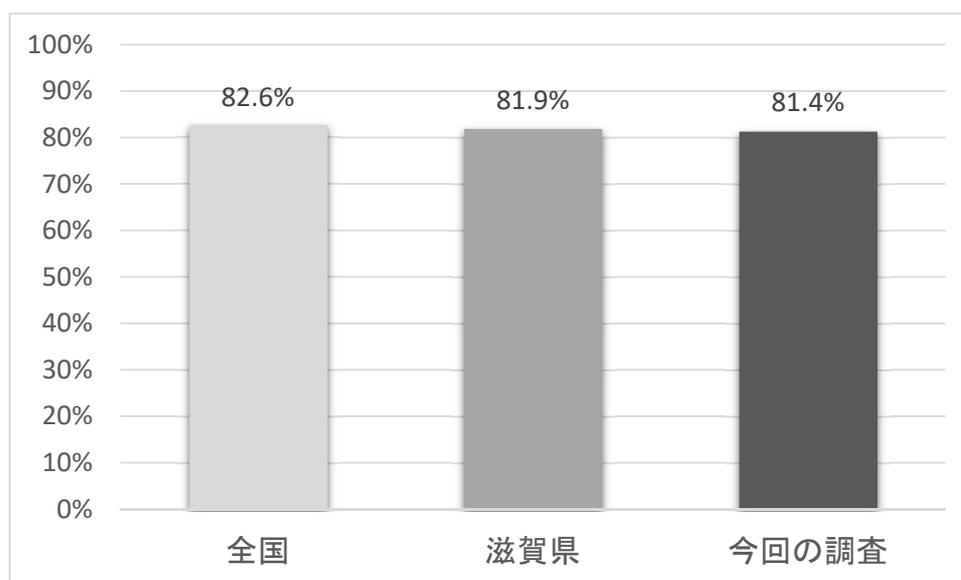


図 23. 健康による日常生活上の制限がない者の割合

国民生活基礎調査（平成 28 年）と本調査結果の比較

出典：全国・滋賀県の数値は、平成 28 年国民生活基礎調査

※全国・滋賀県の数値は 30 歳代～70 歳代の年齢階級別データから求めた割合

(2) 男性の健康感や日常生活上の制限の年齢別特徴

男性の特徴まとめ

男性にとっての主観的健康感は、年齢にかかわらず、主に「数値データ」「やりたいこと」「老化」の3つの側面から語られた。数値データとは、健康診断の結果に基づくものであり、その値を把握し、自分で主体的に判断し、コントロールするための努力として語られた。また、「やりたいこと」とは、仕事や趣味など自分がやりたいことができるかどうかであり、それらを行える身体機能が保っているかを健康判断の基準としていた。

さらに、「老化」に関しては、40歳代で老化を自覚し始めているが静観し、50歳代は生活する上で影響が出て老化に抗い、60歳代以降では老化は抗えないものとなり、身体機能の制限を受け入れ始めていた。

以下、男性の10歳階級別の結果を述べる。

A. 30歳代男性

- 健康について語る言葉は少ない。
- 身体機能は問題なく、活動的であるため、『まあ良い』。

30歳代の男性では、すべての人が主観的健康感を『まあ良い』と答えていた。インタビュー調査においては、その判断の根拠の理由について、「直感的」「思いつかない」のような回答が認められ、性別・年齢別に設けた10群の中では、健康に関する言語の表出が少ないのが特徴であった。実際、病気に罹患した経験や、体の不調を感じる経験が少ないために考えたことがないことが窺えた。そのため、30歳代男性が主観的健康感を判断する根拠として具体的に挙げたのは、ケガ、腰痛、頭痛の有無、活動的かどうか、日光の刺激に対して皮膚が弱いというような生来の体質であり、主に日常的な身体機能・活動性であった。

また「病気がない」という否定による判断もあったが、その際に、例えば「がん」のような具体的な病名は用いられず、「大きな病気がない」のような包括的で漠然とした表現で止まっていた。これと同様の説明の仕方は、体重の変化においても認められ、数値による説明ではなく、「身体がちょっと…太ってきたなあって」のように説明された。

健康による日常生活への影響は、多くが『影響がない』と答えていた。その判断理由については、具体的な基準は想起されず、「思いつかない」「言葉にならない」「考えがない」のように回答された。

以上より、包括的で漠然とした捉え方が 30 歳代男性のもう一つの特徴だと言える。またこうした捉え方は、病気や身体不調の経験をそもそもしていないことと関係していると考えられる。

<30 歳代男性の語り>

「皮膚が弱いとか直射日光当たるとなんか蕁麻疹みたいなんがよく出るとかそんなんがあったりするんで、そういうの、まあ別にそれを別に治しに医者に行ってる訳でもないんですけど。そういうところだけがなんかよく体に出てきたりするんで、そういうのがなかったら別に今、あの動いた後で特にあの一健康状態悪いところでもないんで、「とても良い」にべつにしても良いぐらいなんですけど。まあそういうのがあるさかいに「まあ良い」にしたっていう感じですね。

3. どちらともいえないにできなかったのは、特におっきな病気をしてないから。」

「なんか思いつかないからですね、その、自分の健康状態で困ってることがあるかって言われた時にいわれるとそんなに無い…です」

「悪くないし、いい方じゃないですかって感じで」

B. 40 歳代男性

- 容姿やストレス、眼精疲労、肩こりで老化を自覚。健診結果も注視。
- 仕事、飲酒、スポーツなど「自分にとって大事なこと」「好きなこと」ができていることが健康。

30 歳代男性はすべてが『まあ良い』と答えていたのに対し、40 歳代男性では『まあ良い』の割合は 60.0%、『あまり良くない』は 20.0%、『全く良くない』は 20.0% であり、全体的に低下していた。その判断の根拠は、主に健康診断の総合評価や健診検査の数値データ（例えば“ガンマ”）が正常値と比較してどうであるかに基づいていた。また、検査データが生活習慣と関連しているという説明が多く、これは 40 歳代以上の人に行われる特定健診や特定保健指導の受診、あるいは献血などによって自身の健康を表す数値を確認していることが背景にあると考えられる。

生活習慣としては、飲酒についての言及が多く、また飲酒できるかどうかは「健康による日常生活への影響」としても語られた点が特徴的であった。具体的には、医師から許容された飲酒量を「それ以上はあかんよって（自分でも）言いもって」上回って逸脱しても問題として捉えず、飲酒できなくなれば、（職場の飲み会に参加できないため）生活に支障が出るとの語りである。

また 40 歳代男性には、30 歳代男性が言及しなかった「白髪」や「しわ」のような容姿に現れる老化の徴候や、「生活への影響や支障」まではないものの持続的に自覚される「肩こり」、「腰痛」、「眼精疲労」やストレスの自覚が語られた。ただしその何れも「それなりに仕方がない」と許容しており、健康上の問題としては捉えていなかった。健康による日常生活への影響は、先に挙げた「飲酒ができる」の他にも、「仕事ができる」「スポーツができる」といったことで説明されており、自分にとって大切なことや好きなこと、いわば“自分らしい生活”ができているかどうか判断の基準となっていた。

40 歳代男性は、身体的な衰えや老化の自覚の下で「自分らしい生活ができるかどうか」という関心で健康について説明していた点が特徴であると言える。

<40 歳代男性の語り>

「これはガンマですね。こないだの献血でまだちょっとやっぱり悪かったんで。献血はいつやったかいな？月の終わりぐらいやったと思います。今まで見たことないような数字（笑）で、これはあかんわって思って、ちょっと頑張ったんですわ、飲むのを抑えたり、でこないだ先週かな、健康診断あったので」

「内科の先生はビール 1 本ぐらいやったら毎日飲んでもいいよって言うててくれはったんですけど、それ以上はあかんよって言いもってこうそれ以上いってますので」

「まあ健康状態としては自分としてはまあ満足してるそこはあるので、うん。悪いところはないし、良いとは思ってるんですけども、まあでも 45 になって、歳も取ってきてる部分もあるので、少しずつ白髪も生えてきたりとかしてるし、しわも出てきたりとかしてるので、うん。いいかって言われたら、少しずつ下り坂なんだろうなという気持ちはあるので、とてもいいとまでは思わないですけど、ただまあ、いまよりちょっとでもよくなったら良いなというのはあるので。」

C. 50 歳代男性

- 体は衰え、老化が進展し、無視できない支障になりつつあるが、心は老化・加齢に対抗。
- 糖尿病などを発症しているが、生活習慣の修正で健診データはコントロール可能 との自信があり、『まあ良い』。

50 歳代男性の主観的健康感は、『まあ良い』が 80.0%、『どちらとも言えない』が 20.0% であり、40 歳代男性より高かった。身体面では、40 歳代と比較して、糖尿病や胃・十二指腸の病気などを発症ないし経過観察になっている人が多かった。

そうした 50 歳代男性にとっての主観的健康感の判断は、2 つに類型化された。ひとつは、健康診断の結果や数値データと、だるさ・しんどさ、腰痛などの痛みによる動作制限、朝起きられないなどの自覚症状とを比較して総合的に判断していたことである。すでに治療が行われている糖尿病や発症リスクが高い病気があれば、その状態や過去の自覚症状と、健康診断の結果・数値データの推移を考量して判断する仕方である。医学的な根拠によって判断する方法と言えよう。また検査の数値は、飲酒行動を変えることで修正可能であり、コントロールできると語られた。

もうひとつの判断は、「シャキッとしているか」どうかのような「身体や気持ち」「姿勢や態度」が引き締まっているような体と気持ちの緩みが基準であり、同世代の他者と比較してどうかという基準を用いていた。

40 歳代男性では、老化の徴候が出てきたことを認容していたのに対し、50 歳代男性では、老化が視聴覚機能にも現れ、無視できないほどの支障となっていること、かつそれに対して、「受け止めきれない」「抗いたい」「悔しい」といった自身の健康や体の衰えに対する否定的な感情が語られた。

身体と気持ちの緩みや病気を改善し、若さを保つために、主体的に自身の食生活（「食事は必要なものを確実に摂取」や「よく噛んで食べる」など）や運動習慣を修正する努力をしていた。

健康による日常生活への影響としては、食べ物がよく噛めるか、体が動き仕事ができるか、目が見えるかといった主に老化に関連して低下する身体能力によって判断していた。また身体機能の低下は、周囲の人（同僚など）の衰えを自身に投影して、自分自身も衰えてきているという基準も含んでいた。

<50 歳代男性の語り>

「とても良いじゃないのは腰痛もってるから。持病が一応あるさかい。まあこれがなかったら、めちやくちやええ」

「視力に関しては 40 過ぎて 1~2 年くらい、何となくかな・・・と思っていたが、仕事中に老眼鏡を買いに行ったくらいだった。ショックやったね。悔しくて悔しくて・・・あとは、力のことやね。毎日毎日同じ仕事をしているわけではないので、これ出来たのは 3 年前やったかなあって思って、そこで初めて 3 年前にはできたことが出来ないと気づいたときに、体力が落ちたなあと気づかされますね。」

「実際は朝起きた時や仕事でもしんどい時があるので、数字だけでは信用できないと思いますね。所見で色々書かれるのが当たり前ですが、僕の場合はたばこを吸うんで、喫煙を控えましょうくらいしか書かれてないんですよ。データの的には健康体ですが、節々の痛さとか、身体のだるさとかとか比べると周りの人間の方がシャキッとしていると感じますね。」

「2 か 3 か迷ったんですけども、生活習慣見直したり運動したりすることによって、ちょっと問題あったのがだんだんこっちに行ってるのかなと、もうこの真ん中位がちょうど今かなあと思うんですけど。でまああの今後こっちに行きたいんですけども、今のところまあこの辺なのかなと、はい、思いました。」

「あの自分のその努力とか、で、あのこれからえーちゃんと良くなるという風に今は思ってますので。例えばもう投薬が必要であるとか、ほんとにあのインスリンですかね、そういうあの治療が必要な状況ではないと。これから自分自身の手で健康な状況を取り戻せるっていう風に思ってますので、あんまりこっちにしたくないなっていう感じです。」

「僕、あの、周りに酒豪が多いので、そういう感覚かなと思ってはいるんですけどね。もう、お酒を飲み過ぎてるやつはやっぱり、同い年ぐらいの奴でも、飲む奴はいっぱい飲みますから、もうだんだんね、飲んで飲まれて次の日、二日酔いってゆうのがだんだん、もう、ね、以前までは、まあ 10 年位前まではもう次の日でもケロツとしてましたが、この歳ぐらいになると残ってますから」

D. 60 歳代男性

- 痛みや動作制限はその常態化によって心配事や問題事ではなくなる。
- 医学的な問題の程度ではなく、自身にとっての健康上の課題に対してどれだけ努力できているかや、それを抱えながらも好きなことがどれくらいできているかを主観的健康感の根拠として『まあ良い』。

60 歳代男性のほとんどの人が有所見か、あるいは何らかの症状を有していたにもかかわらず、主観的健康感は、『とても良い』16.7%、『まあ良い』が83.3%と答えており、50 歳代よりも全体的に良い評価となっていた。60 歳代男性の主観的健康感を判断する根拠となっていたものは、健診結果と正常値との比較ではなく、健康上の課題に対して、「自分がどれだけ努力しているか」という投入量（input の量）の多さであった。

老化は受け入れており、現状を維持するか、できれば改善したいと考えているが、これについては、例えば「あなた、足（歩く速度）早いな」のように他者からの評価も判断根拠となっていた。今後の主観的健康感については、身体的に高まることはないが、「円熟味」「精神的な成長」として高まるという期待が語られた。

60 歳代男性では、治療や健診受診などを通して、客観的なデータや医療者からの説明など、医学的な評価を受ける機会は若い群より多いにもかかわらず、健康課題に対する input の量や他者との相対評価として捉えられていたのが特徴であった。

また健康による日常生活への影響としては、健康上の問題で制限がある中でも「飲酒ができるかどうか」や、病気であっても「動けるかどうか」で判断していた。

健康上の問題での制限とは、具体的には痛みや動作制限を指すが、これらに工夫して対応することができなければ、「(痛みの解決は難しく)きりがいいからほっておく」「(心配事としては)切り捨て」、それらがある状態をむしろ受け入れるという認知的対処が述べられた。

60 歳代男性においては、健康上の問題で制限があることは当然のことであり、そのことと日常生活とは区別して考えられていると言えよう。

<60 歳代男性の語り>

「健康上のことで肝臓が悪いから絶対お酒飲んだらダメですいうと、日常生活にごつつい影響あるわけですよ。」

「この年やからその体だけの病気がないとか怪我が無いちゅう部分では（主観的健康度が高まるというのは）無理かもしれんけども。まあ精神的なねえ、円熟みって言葉良すぎるかな。あのまあ精神的な成長？があるのかなあとと思うと、まだ上がありそう。」

「（肩が）痛いときは痛い、ちょうど虫歯が疼くよな感じ。せやからまあそれぐらいのことやし、まああとは精神的なことも含めて言い出したらきりがありませんからね。どっかでまあこれはほっとかなあかんねやちゅうか、どっか切り捨ててる自分がいーひんかったら、何もかも引っ張って行ってほっとけへんわほっとけへんわ、心配せなあかんわと思ひ出したら。多分生きていけへん思うんです。」

「きちっと標準体重一、なったし。ジムでこう一、時速 6 キロの一、1 時間でこう一、やることによってこう一、普段から早足で歩くようにしてるんです。」

「とても良い（の評価）だと、もう（自分は）それで終わってしまうからね。完全に満足してはダメだからね。（略）まだまだ努力の幅があると思っていますから」

「筋肉が衰えたら膝に負担がかかるので、ここ（太もも）の筋肉は鍛えています。朝の新聞配達でも準備体操をしてから出ます。活動できる状態になるまで、関節とか 20~30 分くらいかけて運動しています。」

E. 70 歳代男性

- 「まあ良い」と評価していても、体の調子は「波」のように絶えず好不調を繰り返し、スタミナがなくなってきたことに直面。
- 努力の結果として現れる検査値に対し、「自分で」コントロールできているかどうかを重視して健康度を判断。

70 歳代の主観的健康感は、『まあ良い』が 60.0%、『どちらでもない』と『あまり良くない』が各 20.0%であった。その判断根拠は、主として血糖値、悪玉コレステロール、血圧といった数値データであり、その見方は、60 歳代男性のような健康上の課題に対する努力の投入量の考量ではなく、成果として現れる数値として捉えており、その値は「自分の」期待する値であるのかどうか、値の変動を「自分で」コントロールできているかどうかという見方であった。そのため、正常値と比較しての判断ではなかった。また日頃の自覚症状や体の好不調を「波」と表現し、悪化と回復を絶えず繰り返しながら衰えが進んでいくと説明していた。身体の話は、身体機能や能力の高さではなく、「スタミナ」がなくなることと捉えており、そのため主観的健康感を「とても良い」と評価するようなことがあれば、それは「自己満足」であるという語りも見られた。

健康による日常生活への影響は、介護を必要とするかどうか、家族から期待される役割ができるかどうか、自分の生きがいを全うできるかの 3 つが判断基準となっていた。

<70 歳代男性の語り>

「散歩をやっても悪玉コレステロールが下がらんとか、自分で納得できないような健康状況がマイナスに振れてるというのは、これかなゆうような気がします（略）「身体が今のように動いてたとしても、自分が思うような数値じゃないとか一、それ以外の状態になっていれば、たとえ体が動いてたりしてもこっちになる」

「頭の中の考え方。半身不随になったら半身不随でやれること、探してるでしょうし、やってるでしょうし。どういう状態でも アートっぽいことができますからね。」

「波が、波が激しい。ものすごく、ものすごく調子が。起きて気だるいとかね。それが、原因不明のことが多いんやね。どちらでもないって書いた。昨日飲み過ぎたとか食べ過ぎたとか、食事、ちょっと仕事の関係で抜いたとかね、そういう理由があれば、いいんだけど、そうじゃないし、血圧も高くなってきて変動するしね。」

「やっぱり、体の衰えは感じますね。（Q: どんどころで感じますか？） やっぱスタミナですね。こんだけ歩いてたものが、こんだけで散歩してても帰って来るとか。こんだけ行っても問題なかったものが。（略）（膝の痛みは）波ですから。ちょっと我慢して元に戻るのが普通なんですよ。これを繰り返しながら衰えていくんですよ。」

(3) 女性の健康感や日常生活上の制限の年齢別特徴

女性の特徴まとめ

女性は、育児、家事、仕事を中心とした自身の役割を「いつも通りに」果たしているかどうかで健康を判断していた。とりわけ「家事」は、年齢にかかわらず重要な役割となっていた。

健康面に関しては、痛みやだるさなど、それなりの自覚症状があっても、定型的な日常生活のサイクルが回せている限りは、健康上の問題としては認識されていなかった。また健康診断や検診は受診していない人が多かった。健康診断の結果や検査数値を判断の根拠にして、健康状態を評価するような語りはほとんど見られなかった。一方で、自覚症状があっても、検査結果には現れないという語りは見られた。

また自覚症状がなくても、何らかの診断名がつけられると、そのことは健康評価の根拠となっていた。また「がん」を代表とする特定の大きな病気の罹患リスクは気にしていたが、受診行動には至っていなかった。

さらに、老化については、他者の助けを必要とすることを気にしたり、コミュニケーションがとれる能力があること、容姿を美しく保てることなど、人との関わりや他者を意識した基準で健康度や健康による生活への影響が説明された。

以下、女性の10歳階級別の結果を述べる。

A. 30歳代女性

- 子育てと家事が中心の生活。その生活が継続できるかどうか最大の関心事。
- 子どもの世話を通じて、慢性的な寝不足、疲労、肩こり、イライラがある。

30歳代女性においては、主観的健康感を『まあ良い』と判断している人が66.7%、『どちらとも言えない』『あまり良くない』が各16.7%であった。主観的健康感の判断基準は2つあり、ひとつは家事と子育てができるかどうかであった。「私が、どないかなっても子育ては待ってくれないし、家事も待ってくれない」のように、家事や子育てには休みがないだけでなく、食事や睡眠時間のように日々繰り返される決まった型があり、それに合わせていく必要がある。また、まだ子どもが小さいゆえ、子どもを抱くことによる「肩こり」のほかに、子どもの世話を通じた「慢性的な寝不足」とそれに伴う「イライラ」の自覚、あるいは自身の「風邪」や「疲労」のような状態が続いたとしても、そうした健康の不調ではなく、家事と子育てが「いつものように」できているかどうかによって、自身の主観的健康感を評価していた。

もうひとつの判断根拠は、「“大きな”病気がない」ことであった。ただし、“大きな”の基準については言及がなかった。大きな病気ではない「立ちくらみ」や「頭痛」「肩こり」に対しては、医療機関の受診よりも、整骨院やサプリメントの利用を優先していた。

さらに、健康診断は受診せず、具体的な数値や異常として表されることを「知りたくない」「怖い」と語っており、飲酒、甘いものの摂取、運動不足が望ましくないことを自覚しながらも、目前の「家事や子育てのサイクルを回す」ためには必要なこととして、問題としては捉えていなかった。

また健康による日常生活への影響についても、主観的健康感と同様に、家事や子育てを誰かに頼らずにできるかどうか判断基準となっていた。

<30歳代女性の語り>

「食生活とかもお菓子でご飯済ましてるときもあるし、あの一、まあ睡眠の話さっき出てましたけど、起きれへん時もあるし、泣いてても起きれへん時が増えてきたんで、起きれへなとかもあるし、あと肩こりも結構続いてて、気になる症状はちょこちょこはあるけどまあ元気やんってそういう感じです。」

「寝不足が1番の原因。ぐっすり寝れたらとてもいいと思います。」

「他の他人さんから見たら「えー、不健康な生活。」って。言われるかもしれないですけど、自分では健康とも不健康とも思ってない。毎日お酒飲みますし、甘いものも好きですし、特に運動もしてないですし。うーん、血液検査も怖くてしてないし。その判断は、だから、うーん。血液検査とかして数値で表されると分かりやすいけれども、自分ではそれはしたくないので。知りたくないし。数値悪いのわかるから。」

「結構立ちくらみがひどくて、ちょっと言ってた貧血なんかなって勝手に思ってて、鉄分的なサプリとかをちょっと飲みだしたりしてるのもあって 後、頭痛も持っているんでそこでちょっとまあまあいいほうかなって感じに思って」

B. 40 歳代女性

- 「仕事」や「家事」・「育児」を中心とした自分の役割を務められることが「健康」。
- 健康による日常生活への影響は「活気や覇気があるか」、癒やしとストレスとの均衡が健康上の課題である。

40 歳代女性の主観的健康感は、『まあ良い』が 37.5%、『どちらとも言えない』が 50.0%、『あまり良くない』が 12.5%であり、「肩こり」や「手足の冷え」が半数以上に見られた。主観的健康感を判断する基準は3つに類型化された。1つは「仕事」、「家事」、「育児」を中心とした日々の役割が果たしているかどうかという基準であり、30 歳代女性と同様である。2つめは、診断された病気（橋本病、がん（ポリープも含む））があるかどうかである。自覚症状がなくても、病気と診断されることは問題と捉えられていた。一方で、多くが、痛さや腰痛、睡眠不足、だるさ、活気や覇気のなさ等の持続的な体の不調があることについて言及していたものの、それらは問題とは捉えていなかった。その理由は、「運動不足」「夜更かし」が原因であり、「老化」による免疫力低下や体力低下は自然なことであり、また「病院に通うほど（深刻）ではない」程度だからと説明された。

また健康診断を受診しておらず、数値などで客観的には自身の健康を把握していないが、そのこと自体は気にしておらず、数値を用いた健康度の語りはほとんど見られなかった。

そして3つめの基準は、精神的な面で、ストレスと癒しのバランスがとれているかどうかであった。40 歳代女性がストレスとして言及したことは、自身の子育てのストレスの他に、義父母との関係や、仕事上で責任の伴う職務に就くようになったこと等、ストレス源が公私にわたってあることであった。一方、癒しとは、主に子どもとの関わりを通じて成長の喜びや心の安寧を感じることであった。子育てはストレスであると同時に癒しにもなっており、両価性があることとして語られた。

健康による日常生活への影響としても、同様に、「仕事」、「家事」、「育児」といった自分の役割が果たせるかの他には、診断の有無や、介助の必要性の有無のように人に頼らずにいられることが根拠となっていた。

また、健康状態をどのように評価するかという説明の仕方が、先の 30 歳代女性でも見られていたが、全体的に「〇〇があるか/できるかどうか」のような二分法であったのが特徴的であった。

<40 歳代女性の語り>

「仕事のストレスもあるんやけど、まあ家はえーっと子どももいてその楽しい時間もあるっていうことでどっちとも言えへんかなと。で別に体も動くし。」

「普通に生活している上では普通ですが、いいとは思えないので「どちらでもない」にしました。年齢的に気を付けなくてはいけない時期だけど、あまり気を付けてないから・・・ふつうかなと思って」

「（健康に関して）あまり気をつけてもいないし、検診にも行けてないのと両方あったからこの答え（どちらでもない）に○しました。」

「そんな今は悪くないと思っているんですけど、やっぱり 40 代越えてから体がだるいとか、夜更かししたときにしんどかったりとか、出てきて、若いころは大変な仕事をしてたなど、あんなことはもうできないなどなってきたので、「とても良い」にはちょっと違うかなと。」

「なんだろ、あんまり良くない健康状態、それもやっぱり気持ちも入るのかもしれないですね」

「子どもとかにイライラし始めたりとかで、落ち込むような、そういうのだったら（主観的健康度の評価は下がる）。」

「睡眠不足もありますし、はきはきがないみたいな・・・」

「仕事のストレスもあるんやけど、まあ家はえーっと子どももいてその楽しい時間もあるっていうことでどっちとも言えへんかなと。で別に体も動くし。」

「（腹部の）肉がここ（スカートのウエスト）の上に乗って（ウエストが）たまにすごい苦しいですよ。ここがもうあーえらいあーえらい言うて。」

「私の・・・（生活の支障について、回答の選択肢がありなしの）二択になると、ほんとにもう動けないし、寝込んでしまって何もできない、何も・・・うーんお世話にならんとできないって（いくらいの深刻さでないと支障があるとは判断しない）」

C. 50 歳代女性

- 自覚症状が主観的健康の主たる判断根拠。自覚的な問題はいろいろあるが、検査はそれを明らかにしてくれない。健康診断や検診受診には消極的で、客観的な数値にはあまり関心がない。

50 歳代女性の主観的健康感は『とても良い』20.0%、『まあ良い』40.0%、『どちらでもない』40.0%であった。その評価は、めまい、膝や肩の痛みといった自覚症状の程度に基づいていた。また病気については、消化器系疾患やがん、高血圧で治療中の人がいた。一方で、高血圧ならコントロール可能と自己判断していたり、周囲の人の病経験の伝聞を根拠に、ポリープやがんの罹患について漠然と不安に感じたりして入るものの、専門的な判断や医学的根拠を求めたり、受診したりすることなく判断・対処していた。

またがんについては、誰かのがん罹患の原因に「家系や遺伝」が関係していれば、自分の「家系や遺伝」の可能性を仕分けて、関係がなければ罹患リスクは他人事として気にせず、「病気もしていないですし、健康診断に行こうとは思わない」のように健康管理のための健康診断や検診受診には消極的であった。検査値を知る機会や、医療の専門職と接する機会がないことには、あまり関心を持っていなかった。

また健康上の問題を自覚して受診しても、検査の「数値には出てこない」「(診察の結果では)何の問題もなかったんですが、(心配で)大丈夫かなって思う時がたまにあったり」のように、自覚の割に検査値がそれを反映しないという経験をしている人も少なくなく、また健康上の問題とと思っているものは、実は老化として理解可能であることが関連していると考えられる。

健康による日常生活への影響は、『ない』と回答した人がほとんどであった。家事や育児をはじめとする自分の役割が不十分で家族の生活に影響がないか、また、仕事をしている人は外出や仕事が「嫌」でないかを根拠としていた。人の世話になることや介助を受けることは、自分の役割を他人に委ねることであり、それは自身の存在価値の喪失を意味することとして問題と捉えていた。

また外出については、移動能力ではなく、外出を「嫌」と思うような、億劫さや意欲の低下がという観点での判断も認められた。

<50 歳代女性の語り>

「血圧のこととか、なんかまあ、ほんなによくもないし、どっちとも言えんなあつて。」

「病気もしていないですし、健康診断に行こうとは思わないですし。」

「病院にも行かず、自分でコントロールできる範囲での不調ですので、今の年齢からすると健康だと思います。精神的にくよくよ考えないようにしています。五十肩とかは老化ですしね。」

「高血圧くらいなら、どちらでもないになるかな、自分の基準としてはね。自分でコントロールできるかが基準です。」

「シリアスな病気になれば入院や通院になりますし。自分の生活であつたり、周りに迷惑をかけることになった場合に、（健康による日常生活への影響が）「はい」になりますね。」

「健康なんだと思うんですが、数値には出てこないし、病院で調べてもらっても大丈夫なんですが、時々痛みが激しいと大丈夫かなと思ったりするんです。」

「人の手を借りたらもう終わり、だと私は思います。」

「（生活に影響があるのは）出かけることが嫌になったり、家事が出来なくなるとかのイメージです。」

D. 60 歳代女性

- だるさや膝の痛み、動かしづらさが常態化。持病のために通院が日常的に。同世代の他者や去年の自分との比較で健康度を評価。
- きれいな容姿やおしゃれができることは健康度を高める。

60 歳代は主観的健康感を『まあ良い』と答える人が 85.7%とほとんどを占め、『どちらでもない』が 14.3%と回答していた。からだのだるさ、肩や膝の痛み、動かしづらさは常態化しており、健康感の評価は、からだを自分の思うように動かせるかが主な判断の根拠であり、自己評価と、同世代との比較によって判断されていた。

また高血圧や狭心症、脳卒中など、持病の治療のために定期的な通院をするものが多くなり、医療機関の受診は日常的事務となつている。ただし、治療中の病状によって健康度を説明することはなく、生活に支障や変化をもたらす「頻回な受診」は問題としていた。容姿の審美性にも言及しており、「肥満であるとおしゃれができない」「美しさを伴うと（健康状態も）とても良い」と語っていた。

健康による日常生活への影響は、家事や畑仕事といった自分の役割ができているかどうか、病気かどうか、思うように動けるか否か、去年の自分と比較してできないことがあるかどうか、抑うつ状態や神経衰弱状態でないかを判断基準としていた。

<60 歳代女性の語り>

「ほんまに元気な人もいはるけれどもべつに、たいした病気もしてへんし、まあ自分くらいの年代ぐらいのものわすれしかせーへんし、まあほんで歩けるから、ええほう違うかなと思います」

「本当はよくないと思ってるんです。動かせないし、足腰が痛い、痛いつてゆうか、動かしづらいし体ももうちょっと大変、ちょっとだるいつてところに〇したんですけど、結構だるい、だるい感がずっとあるので、ただその、なんていうか医者にかかってどうのこうのってゆう位の、よくないゆうほどではなくって、マッサージとかは行ってますけど、うん、で、良いことはないですね、良いことはない、これは良いほどではないのでまあ普通というか、うん、ぐらいの。」

「定期健診受けてますけれども、日々の生活にその病院通いしないといけないゆう生活ではないので。あの、まあ、普通一般、元気だなんていう生活なのでね。まあいいにしたんですけどね」

「ああ、肥満（略）それだけです。お洒落できない。（略）パンプスが履きたい。あの、パンプスが履けないということは、あの、お洒落なワンピースとかも（着れない）。ワンピース着て今ははいてるようなスニーカーってわけにはいかないですね。だからパンプスが履きたい。5 cmは無理でも、まあ3 cmくらいは。」

「健康上の問題でっていうのは、結局、なんか悪いところで言えば、今言ったように膝と高血圧で、日常生活に影響があるかっていうと膝はまあほぼ、まあ、あの、なんていうんですか、階段、例えば階段 100 段、100 何十段の階段とかあると、登ろうかな、どうしようかなって考えますけれども、それぐらいのことで、あとは高血圧のお薬を飲む程度で。影響は別に何も無いと思っています。」

「今薬飲んでる。薬も何も飲んでなかったらとても良いにしたんやけど。ちょっと薬飲んでるのでまあ良いにしました。（略）やっぱり病院もしょっちゅう受診したりとか一、やっぱりリハビリまああんまり出るとかもそういうなんなるとしょっちゅうそんな受診回数が増える感じになるとこちらかな、と自分では思います。」

「今ではその自分がその何もかもできる状態が、健康かなと思ってますけどサポートしてもらっても、元気かもしれないし、その判断は、ちょっとその時々で」

E. 70 歳代女性

- 高齢期に入り、ライフスタイルの変化に適応が必要。
- 健康度の評価基準に楽しみや趣味の次元が登場。
他者とのコミュニケーションや趣味・楽しみのために必要な視聴覚機能の衰えを自覚。またその衰えに不安がある。

70 歳代女性の主観的健康感は『とても良い』が 16.7%、『まあ良い』が 83.3%であった。目の病気で治療中の人が多く、他には甲状腺疾患、高血圧、肝疾患で治療していた。健康の判断には、杖なしで歩けるか、自転車で移動できるかどうかといった移動の自立と、身の回りのことや家事ができるかどうかという基準が用いられた。また、旅行や裁縫、読書といった楽しみや趣味が、肩こりや眼精疲労のためにできなくなってきていることを自覚しており、目が見えない、耳が聞こえないといった視聴覚機能が衰えていくことに不安を持っていた。

健康による日常生活への影響は、すべての人が『ない (いいえ)』と答えており、その判断基準は、買い物等で重いものが持てるかどうかや、視聴覚機能の衰えによるコミュニケーション上の障害があるかどうかのように、より高次で複雑な日常生活行為、いわば手段的日常生活動作 (Instrumental Activity of Daily Living) の能力によって判断していた。高齢期に入って有閑な生活になり、働くことによる疲労がなくなったために熟睡できないなど、ライフスタイルが変化したことによる影響としても語られていた。

<70 歳代女性の語り>

「眠れない不思議に 2 時 3 時に目があくど困る、目覚めをずらすように、夜遅くまで起きる、それでも 2 時 3 時に起きる、寝不足でも症状はない、医者にはええんちゃう (?) と言われる、? ってなによと思う、なんで寝られへんのやろう、年いくと寝られない、仕事してるときは、バタバタしてなんやかんやでつかれたけど、身体が疲労してないから寝られない、若いうちは寝ないと、爆睡が羨ましい」

「毎日の生活がちゃんと出来てること、まあいいというふうには。朝起きてしんどいなあとかいうのだったら、朝は仕事するの嫌になるしね。家事とか、家の身の回りのことはできてるのでっていうところですよ。 (略) あちこち、故障が出てるので (笑) もう、病院行っても年ですわねって言われる (笑) 年のせいですって言われることが多い (笑)」

「まあ良いんじゃないでしょうかね、全体的なことを見たら。そこだけやから。他の人やったらね、足がもう立てへんとか、杖がないとあかんって。まあ一応杖なしで歩けるし、日常のことは一応全部こなせるし、重たい布団も干してやれるし、日常生活に今のところは関わりはないから「まあ良い」です。完璧でないのは、その目の不安があるってこと。」

「元気でどこでも行けるし、ほんで、あの、2km くらいある店屋さん、できるだけ自転車で行くようにしている。」

(4) 主観的健康感の性別の特徴

男性は、健康診断の数値データ（主として肝機能）を根拠にして説明することが多く、値を主体的に判断し、改善の成果だけでなく、努力するプロセス自体も評価していた。その中でも特に飲酒行動に関する言及が多かった。老化現象の捉え方でも同様に、走る速さや継続して運動できる時間など数値を用いて語っていた。

これに対して女性は、睡眠不足や疲労感・肩こりなど、体の不調を自覚することが多いにも関わらず、それが健診の数値データに直接反映されることが多くないためか、数値データよりも「がん」のような深刻な病気に罹患しているかどうかについて、不安や恐怖心を持ちながら関心を抱いていた。また、健康診断や医療機関の受診で得られる客観的データや専門職からの説明に基づいた語りをほとんどしていなかった点が男性とは異なっていた。

男性と比較すると、女性は自分自身の健康度を、体力や検査データのように徐々に衰退したり、悪くなるものではなく、病気か病気でないか、すなわち0か1かの二分法で捉えやすいと言えよう。

また男性にとっての健康は、仕事や趣味、飲酒など「自分にとって大事なこと」「好きなこと」ができることとして捉えられていたのに対して、女性は家事や育児を中心に、介護、ボランティアといった人の世話をする役割を担っていることや、人とのコミュニケーションが重視されており、「他者」との関係の中で役割を持って果たせることを健康と捉えていた。

女性の老化現象の捉え方は、荷物や布団など重い物を持つてなくなるといった家族のための家事や他人とコミュニケーションができなくなることとして語られた。

4. 考察

この調査の対象者においては、60歳代以降の主観的健康感が高く、年齢が高いほど主観的健康感が低いという先行研究⁴⁾の結果と一致しなかった。その要因として、今回の調査対象者は、自治体や団体、地域のキーパーソンを中心に縁故法にてリクルートを行ったため、公務員や健康増進に関する講習を受けている健康推進員といった、比較的健康意識の高い層の人々が一定数含まれていたことが考えられる。また、赤塚ら⁵⁾は、高齢者の主観的健康感には、男女ともに年齢、経済状況、疾病の有無、生活習慣が関連し、さらに女性では地域の住みやすさや就業が関連するとしており、今回の調査における対象者の世帯年収が比較的高いことや健康推進員の活動を通じて地域とのつながりが強い人が一定数含まれていたことも影響していると推測される。

既存の研究においても、今回の調査結果と同様に、健康状態の判断に影響を及ぼす要因として、「病気がないこと」「美味しく飲食できること」「身体が丈夫なこと」が挙げられたり、自身の健康について不安がある人の不安の内容には、「体力の衰え」「持病の有無」「ストレス」が挙げられたという調査報告がある⁶⁾。

今回の調査では、重要視される項目が、年齢階級別・性別によって異なることが明らかとなった。30歳代と40歳代は健診データの異常や大病の経験等よりも、子どもの有無や子どもの年齢が健康の概念に影響しており、子育てや家事を中心とした多重役割の中でストレスや身体症状を感じていた。50歳代以降は年齢を追うごとに体力の衰えなど老化現象が深刻化し、病気の経験や退職によるライフスタイルの変化の影響も受けながら、「身体が丈夫」であり、「美味しく飲食できる」など衣食住を自立してできることを重要視するなど年齢によって変化していた。主観的健康感を高める上で、こうした特徴を踏まえることが効果的であると考えられる。

また、問診票と個別インタビューの結果を突合させると、仕事時間は男性の方が長い一方で、家事時間は女性の方が長い。また、男性は7割以上が1時間未満の家事しかしておらず、家事が女性の役割となっていることが推察される。NHK放送文化研究所が行った調査においても、「夫が家事をするのは当然」という回答が約9割となっている中、平日の女性の家事時間が4時間25分であるのに対し、男性は50分と差があることについて言及しており⁷⁾、今回の調査の結果と一致する。また、同調査において、老後の生き方として、1973年には男性47%、女性65%が「子どもや孫と一緒に、なごやかに暮らしたい」と回答していたのに対し、2013年には男性30%、女性31%と大きく減少している。こうした結果から、親から子育てや家事の支援を受けにくい環境になっており⁸⁾、若い女性の家事や育児の負担が増加していることが

推測され、このことが主観的健康感の低下につながっている可能性がある。

さらに、今回の調査対象者は比較的健康意識の高い人が多かったと推測されるが、その一方で、3年以上健康診断を受診していない女性が4人に1人程度いる結果となっており、健康意識が低い女性においては、さらに多い可能性がある。男性は職場で健診の受診勧奨があり、受診した健診データを把握している傾向にあるのに対して、女性は検査データに対する発言が少なく、“がん”をはじめとする病気に対する漠然とした不安や恐怖心を抱いているという結果と合致する。

滋賀県の主観的指標に基づく健康寿命（国民生活基礎調査）の全国順位は、2016年は男性16位、女性42位となっている⁹⁾。平成29年人口推計によると、0～14歳までの人口割合は、沖縄県の17.1%に次いで、滋賀県は全国第2位の14.2%であり、15～64歳までの生産年齢人口割合は、上位から東京都65.7%、神奈川県62.9%、愛知県62.0%、沖縄県61.9%といった割合の中、滋賀県は60.6%で9位となっており、全国的にみても子育て世代の割合が多い県であると推測される。このため、他の都道府県と比較して、先に述べた若い女性の家事や育児の負担の大きさが主観的健康感の低下につながるものの影響は大きいと推測される。

報告書の冒頭でも少し触れたが、健康寿命の算定で用いられる「日常生活に制限のない期間の平均」および「自分が健康であると自覚している期間の平均」の2つの健康寿命は、6歳以上を調査対象者とした質問紙調査を用いて求められるのに対して、「日常生活動作が自立している期間の平均」は介護保険制度の特性上、40歳以上からしか健康を定義できない。そのため、冒頭はじめにの図Bのとおり、10万人の人口集団がいた場合に、年齢とともに死亡して人口減少していく様相と生存人口における健康な人と不健康な人の割合をから健康寿命算定への影響力を推察すると、40歳未満の不健康者の割合の影響力が大きいと言える。

さらに、今回の調査では、自覚症状や既往歴については、7～8割程度が『あり』と回答しているにもかかわらず、主観的な健康感には『まあ良い』や日常生活上の制限『なし』と回答している人が多かった。こうした結果から、自覚症状や既往歴は主観的指標に基づく健康寿命算定時の“健康”には直接は関係しないと考えられる。

主観的健康感では、高齢者層で『とても良い』の回答が多い一方で、若年層で『あまり良くない』の回答が多いことやWHO-QOLの得点が先行研究と比較して低い年齢層も30歳代と40歳代（特に女性）に多いことから、主観的指標に基づく健康寿命の延伸に向けては、若い世代への対策が重要であると考えられる。

(出典)

4. 立福家徳. 地域社会での人的関わりと高齢者の主観的健康との関連. (2013)
厚生指標. 60(7)8-13
5. 赤塚永貴, 有本梓, 田高悦子, 臺有桂, 伊藤絵梨子, 白谷佳恵, 大河内彩子.
都市部地域在住高齢者の主観的健康感に関連する要因の性差に関する検討. (2016)
日本地域看護学会誌. 19(2)12-21
6. みずほ情報総研株式会社. 少子高齢社会等調査検討事業報告書 (健康意識調査編) (2016)
7. NHK 放送文化研究所. 日本人の生活時間・2010 NHK 国民生活時間調査. (2011) NHK 出版, p89
8. NHK 放送文化研究所. 現代日本人の意識構造[第八版]. (2015)NHK 出版, p46-76
9. 橋本修二. 健康寿命の全国推移の算定・評価に関する研究-全国と都道府県の推移-. (2018)
<http://toukei.umin.jp/kenkoujyummyou/houkoku/H29.pdf>

5. 主観的な健康感を高めるために

(1) 30・40歳代の若い女性が「家事・育児・仕事」をバランスよくこなせていると感じられるよう時間と気持ちにゆとりを持てるように。

- 家事・育児・仕事・介護といった役割を女性が担っている傾向にあり、多重役割から時間がなく負担やストレスが多い。
- 子育ては、待ったが効かず、内容も時間も不確定であることが多いため、負担が大きい。
- 役割と捉えている仕事の量が多く、1日の時間で終わらず、睡眠不足や肩こりの訴えの多さにつながっている。そのため、若い世代からの、肩こりや腰痛予防のためのライフスタイルの確立を支援する。
- 頑張っていること、頑張りがすぎていることをフィードバックが得られ、自覚することでストレス軽減につながるような仕組みづくりをする。

(2) 健（検）診の受診率向上と適切な健康管理を支援する。

- 他の家族の扶養に入っている人への健（検）診の受診勧奨制度がない。
- 健康管理のための健診は、病気になってからではなく、予防や早期発見・早期治療が重要であるという理解の下で、受診行動の習慣化を目指す必要がある。
- 男性は、健診結果や検査数値をよくモニタリングしており、関心がある。女性とは健康の捉え方が異なっているため、例えば夫婦や親子のコミュニケーションを通じて健康について多角的に捉えることができるようになる可能性があり、夫婦健診や親子での健診結果説明など、家族を単位にしてアプローチすることは有益な可能性がある。
- 個人の健康情報の蓄積やアセスメントするためのアプリや機械端末などの補助ツールを提供し、女性には、健診や受診の前に、気軽に専門職に健康相談できる機会を設ける。

(3) 全世代が社会の中で役割や魅力を持ち続けることを支援する。

- 男性では酒の席以外のコミュニケーションの機会や楽しみを複数持てるような街づくりを推進する。
- 子どもや孫との交流を促進する。
- グランドゴルフ場やスポーツができる施設を整備する。
- シルバー人材の就労支援やボランティア活動を促進する。
- 高齢期の女性が身だしなみやおしゃれを意識する機会を創出する。

6. 結び

今回の調査では、年齢別や性別によって主観的な健康を判断する基準が異なることが明らかとなった。

男性は、“自分”に対する意識が非常に強く、健康診断などの数値データのコントロールが非常に重要であった。年齢別では、30歳代は健康に無関心であり、年を追うごとに身体症状や健診の結果で指摘を受ける機会等が現れはじめ、コントロールのために努力し、病気が前提にあるような有病率の高い年代になると、基準値ではなく、自分にとってコントロール良好な数値を設定しながら折合いをつける傾向にあった。その他、高齢期になると趣味やスポーツなどの“生きがい”となっている行動ができることを重視していた。

女性は、“家族（特に子ども）”や“他者”との関連を考え、家事やボランティアなどの役割が果たせること重要視していた。年齢別では、30歳代・40歳代は子どもの存在が大きく健康感に影響していた。その後、年代を追うごとに子どもの世話から手が離れたり、子どもが就職や結婚をして独立したり、親の介護が必要となったり、夫が退職したりといったライフイベントによって自身の果たすべき“役割”が変化し、それらを果たしているかどうかを重要視していた。特定健診や病院受診に関する言及は少なく、受診習慣が定着していない可能性がある。

今回の調査で得られた結果から、主観的健康感を高めるためには、若い女性の家事と育児の両立による負担を少しでも解消することや、健診や病院への受診習慣の促進、高齢期の“生きがい”を持てるような支援や社会とのつながりを保てるようにするといった年齢別・性別の特徴を踏まえたアプローチ手法が有効であると考えられる。

なお、今回の調査の限界として、主観的健康感の良い人が調査対象者に多かったことから、主観的健康感の悪い人との特徴の比較をすることが困難であったこと、また、滋賀県北部地域のデータが少なく、地域間の比較ができるほど均等にサンプリングすることができなかつたことが挙げられる。

7. 參考資料一覽

インタビューガイド

- (1) あなたにとって健康とはなんですか？
- (2) あなたの健康状態に影響を与える最も大きな要因は何だと思えますか？
- (3-1) あなたの人生で最も健康であった時期はいつ頃ですか？
- (3-2) (3-1の回答に対して、) それはなぜですか？
- (4-1) 10年前と比べて (〇〇歳頃と比べて)、今の健康をどう思いますか？
- (4-2) 20年前と比べて (□□歳頃と比べて)、今の健康をどう思いますか？
- (5) あなたの健康を変化させるものは何だと思えますか？
- (6-1) あなたの健康を維持・改善するために心がけていることや努力していることはありますか？
- (6-2) いつからそれをおこなっていますか？
- (6-3) それをおこなってどのような成果がありましたか？
- (7) 問診票の今現在の健康状態について、なぜそのように回答したのですか？
- (8) 問診票の日常生活動作の制限について、なぜそのように回答したのですか？
- (9) この調査に対する質問や意見はありませんか？

『健康しが』県民意識調査事業
健康意識に関するインタビュー調査
問診票

回答についてのお願い

- この調査は、お名前をご記入いただく必要はありません。
- 回答に対して良い回答や悪い回答はありませんので、お考えやお気持ちに近い選択肢を選んでください。答えたくない質問には回答しなくても構いません。
- 回答は、設問ごとの指示にしたがって、該当するものに○をつけて下さい。
「その他」と回答されたときは、() 内に具体的な内容を記載してください。
- 回答いただいたあとは、質問用紙を調査員に渡して下さい。

年齢	() 歳	性別	1. 男性 2. 女性
婚姻歴	1. 配偶者あり 2. 配偶者なし 3. 離別 4. 死別 5. その他 ()		
滋賀県 居住歴	1. ずっと滋賀県在住 2. 5年未満 3. 5年以上10年未満 4. 10年以上20年未満 5. 20年以上 5. その他 ()		
同居家族 (あてはまるもの すべてに○)	1. なし(独居) 2. 配偶者 3. 未婚の子 4. 子ども夫婦 5. 孫 6. 兄弟・姉妹 7. 父・母 8. 祖父・祖母 9. その他 ()		
現在の 就業	1. あり 2. なし ➡『1. あり』と回答した人にお尋ねします。 職種 () 管理職 (1. はい 2. いいえ)		
健康保険	1. 他の家族の被扶養 2. 国保 3. 組合けんぽ 4. 協会けんぽ 5. 共済組合 6. 後期高齢者 7. その他 ()		
最終学歴	1. 小学・中学・高校中退 2. 高校・旧制中 3. 専門学校 4. 短大・高専 5. 大学 6. 大学院 7. その他 ()		
世帯年収	1. 200万円未満 2. 200万円以上400万円未満 3. 400万円以上600万円未満 4. 600万円以上800万円未満 5. 800万円以上1000万円未満 6. 1000万円以上		

問1. あなたの現在の健康状態はいかがですか

1. とても良い 2. まあ良い 3. どちらとも言えない 4. あまり良くない 5. 全く良くない

問2. あなたは現在、健康上の問題で日常生活に何か影響がありますか

1. はい 2. いいえ

問3. あなたの一日の過ごし方を教えてください。

【記入例】

睡眠						朝食	畑仕事			家事	昼食	家事		読書・TV		夕食	入浴	睡眠						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

【回答記入欄】

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

問4. あなたは、職場や自治体が実施する健康診断や人間ドッグを受診していますか。

1. 毎年受診 2. 2年に1回受診 3. 3～4年に1回受診 4. 5年以上受診なし

問5. あなたの自覚症状について、該当するものを選んでください。

(最近3ヶ月で気になることについて、該当するもの全てに○)

<p>0. 特になし</p> <p>全身症状</p> <p>1. 熱がある</p> <p>2. 体がだるい</p> <p>3. 眠れない</p> <p>4. いらいらしやすい</p> <p>5. ものを忘れする</p> <p>6. 頭痛</p> <p>7. めまい</p> <p>眼</p> <p>8. 目のかすみ</p> <p>9. 物を見づらい</p> <p>耳</p> <p>10. 耳鳴りがする</p> <p>11. きこえにくい</p> <p>胸部</p> <p>12. 動悸</p> <p>13. 息切れ</p> <p>14. 前胸部に痛みがある</p>	<p>呼吸器系</p> <p>15. せきやたんがでる</p> <p>16. 鼻がつまる・鼻汁がでる</p> <p>17. ゼイゼイする</p> <p>消化器系</p> <p>18. 胃のもたれ・胸やけ</p> <p>19. 下痢</p> <p>20. 便秘</p> <p>21. 食欲不振</p> <p>22. 腹痛・胃痛</p> <p>23. 痔による痛み・出血など</p> <p>歯</p> <p>24. 歯が痛い</p> <p>25. 歯ぐきのはれ・出血</p> <p>26. かみにくい</p> <p>皮膚</p> <p>27. 発疹(じんま疹・できものなど)</p> <p>28. かゆみ(湿疹・水虫など)</p>	<p>筋骨格系</p> <p>29. 肩こり</p> <p>30. 腰痛</p> <p>31. 手足の関節が痛む</p> <p>手足</p> <p>32. 手足の動きが悪い</p> <p>33. 手足のしびれ</p> <p>34. 手足が冷える</p> <p>35. 手足のむくみやだるさ</p> <p>尿路生殖器系</p> <p>36. 尿がでにくい・排尿時痛い</p> <p>37. 頻尿(尿の出る回数が多い)</p> <p>38. 尿失禁(尿がもれる)</p> <p>39. 月経不順・月経痛</p> <p>損傷</p> <p>40. 骨折・ねんざ・脱きゅう</p> <p>41. 切り傷・やけどなどのけが</p> <p>42. その他</p>
---	---	---

WHO-QOL26（質問紙）

問診票とともに、WHO-QOL26 の設問も回答していただいているが、有償の質問紙であり、実際の設問が掲載できないため、質問の概要を記載する。

■疾病の有無を判定するのではなく、受検者の主観的幸福感、生活の質 を測定する尺度。
欧米・アジア、先進国・開発途上国と、世界的に幅広く用いられている。

■身体的領域、心理的領域、社会的関係、環境領域の 4 領域の QOL を問う 24 項目と、
QOL 全体を問う 2 項目の、全 26 項目で構成。

■ 4 領域の詳細は、

◇身体的領域

日常生活動作／医薬品と医療への依存／活力と疲労／移動能力／痛みと不快／
睡眠と休養／仕事の能力

◇心理的領域

ボディ・イメージ／否定的感情／肯定的感情／自己評価／精神性・宗教・信念／
思考・学習・記憶・集中力

◇社会的関係

人間関係／社会的支え／性的活動

◇環境領域

金銭関係／自由・安全と治安／健康と社会的ケア：利用のしやすさと質／居住環境／
新しい情報・技術の獲得の機会／余暇活動への参加と機会／生活圏の環境／交通手段

■回答の形式

「過去 2 週間にどのように感じたか」、「過去 2 週間にどのくらい満足したか」、
あるいは「過去 2 週間にどのくらいの頻度で経験したか」を、
「まったくない」「少しだけ」「多少は」「かなり」「非常に」などの 5 段階で回答します。