

都市に居住する在宅高齢者の主観的健康感の実態とその構造

1. はじめに
2. 研究目的と研究方法
3. 調査結果
4. 考 察

高 橋 俊 彦*
 星 旦 二**
 櫻 井 尚 子***
 艾 斌*
 市 古 太 郎**
 竹 宮 健 司**
 中 林 一 樹**

要 約

研究背景：高齢者の主観的健康感が低下していると、生命予後の予測妥当性が高いことが報告されているために、重要な保健活動による成果指標の一つである。しかしながら、都市部高齢者の主観的健康感の実態と共に、その関連要因や構造が明確になっているわけではない。

研究目的：研究目的は、東京都都市部高齢者の主観的健康感実態を明確にすることと共に、主観的健康感と関連する医学的、社会経済学的、生活習慣要因との関連性とその構造を明確にすることである。

データと研究方法：調査対象者は、多摩市在宅高齢者で2001年のアンケート調査に回答した13,067名とした。

調査デザイン：2001年に実施した65歳以上の高齢者の横断調査である。データは、自己記載のアンケート調査で、調査項目は、治療受診状況、社会経済状況、生活活動能力と生活習慣である。四つの選択肢を設定した主観的健康感に関する構造モデル（多重指標モデル）を設定して、共分散構造分析手法を用いて分析した。

主要分析結果：多摩市高齢者の主観的健康感は、男女共に全国値よりも健康だと回答する割合が高かった。一方、内生の潜在変数である「一病息災的健康」（以下「」は潜在変数を示す）は、仮説的に設定した3つの潜在変数つまり「くらしと年齢」「社会的ネットワーク」「生活能力と習慣」による構造モデルによって、多母集団の同時分析の適合度指標はAGFI=0.926、CFI=0.837、TLI=0.806、NFI=0.832、RMSEA=0.047とおおむねデータと

*東京都立大学大学院都市科学研究科（博士課程）

**東京都立大学大学院都市科学研究科

***東京慈恵医科大学医学部看護学科

モデルが適合しており、男性では50%、女性では49%が説明できた。

結論：治療中の疾病があったり体の痛みがあっても主観的に健康だとする「一病息災的健康」は、収入や友人との社会的ネットワークや生活活動力を維持することに規定される可能性に注目したい。今後は、追跡研究によって主観的健康感が関連要因とどのような因果関係を持つかについて明らかにしていくことが必要である。保健の担当者や政策立案者は、高齢者のQOLを高めるための方策に関する地域での調査研究を推進すべきである。

1. はじめに

急速な高齢社会を迎えている中で、WHOは新しい健康概念として、Spiritual（いきいきと前向きに生きる：仮訳）Healthの導入を検討していた。このように、一人一人の生き方や主観性を重視した健康施策を検討する必要性が高まっている。

主観的健康感とは人々の主観的で自主的な判断に基づいた自己評価指標であり、簡便な指標であることが特性であり、我が国でも、国民生活基礎調査をはじめとして、各種社会調査に主観的な健康指標が用いられている¹⁾。この背景として、価値観の多様性や疾病や痛みを伴いがちな高齢社会が到来したこと、それに本人自身の視点からみた健康である実感が、人々の生活の本質を反映しているからだと考えられる²⁾。このように、主観的健康感とは、何らかの疾病に罹患しやすい高齢者の健康を考慮した健康指標の一つであり、死亡率や疾病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な側面に関する情報を簡便に把握できる新しい健康指標の一つである。

主観的健康感が、将来の生存を推定する予測妥当性の高い指標であることを杉澤ら³⁾は、報告し、先進的な疫学研究としては、欧米特に米国で実施され、Suchman⁴⁾、Maddox and Douglass⁵⁾、Friedsam and Martin⁶⁾であることも紹介している。

我が国における主観的健康感の研究は、1980年代から報告され、芳賀ら⁷⁾は、秋田県の地域在宅高齢者を対象に追跡調査を行い、主観的健康感の好ましくない者は、死亡のリスクが統計上有意に高く、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

手段の日常生活動作能力（IADL）の影響をコントロールしてもなお有意であったことを報告している。しかしながら、有意差がない研究報告⁸⁾もみられている。藤田らは⁹⁾、全国の異なる3地域で無作為抽出した高齢者を対象に2年間追跡し、IADLの影響をコントロールすれば、主観的健康感が、その後の死亡予測に独自に寄与することを報告している。

主観的健康感とは、生存だけの予測妥当性を持っているわけではない。主観的健康感がIADLの予後予測という側面でも妥当性の高い指標であることも報告¹⁰⁾されている。同時に、身体的、精神的、社会的健康指標群のうち、身体的健康の良否が独自に最も多く主観的健康感の変動を説明していたと杉澤¹¹⁾は報告している。一方、藤田らは⁹⁾、主観的健康感と最も強く関連していたのは慢性疾患の有無であり、IADLや現在の仕事の有無とも強く関連していたと報告している。

この他にも主観的健康感の指標としての意味の解明を試みた研究^{12~17)}があり、主観的健康感とは、性、年齢、客観的健康度、既往歴、IADL、収入、学歴、社会参加、主観的幸福感などの多くの要因と関連していることが明らかになりつつある。しかしながら、主観的健康感を、医学的状況や社会経済的要因や生活活動能力や日常生活習慣それに社会ネットワークなどの相互関連性を潜在変数を含めた因果モデルによって構造的に明確にした論文は、脳血管障害患者を対象とした原著論文¹⁸⁾と地域住民を対象とした報告¹⁹⁾を除けば、在宅居住高齢者における原著論文は報告されていないようである。また、都市部高齢者とりわけ、ニュータウンに居住する高齢者の主観的健康感の実態についても、ほとんど明らかにされていないのが現

状である。

2. 研究目的と研究方法

2. 1 研究目的

本研究の目的は、自宅に居住する都市部高齢者の主観的健康感の実態を明らかにすると共に、主観的健康感に関連する医学的、社会経済的、日常生活習慣、生活活動能力それに社会ネットワーク要因との相互関連性を因果モデルによって構造的に明確にし、全国調査結果との比較によって、都市部高齢者の主観的健康感を規定する要因の特性を我が国で初めて明確にすることである。また、ニュータウンとそれ以外の地区別（全国16町村）比較による特性を明確にし、今後の健康支援活動の基礎資料を明らかにする事である。

2. 2 研究対象と研究方法

調査対象者は、2001年9月から10月までに多摩市在宅居住高齢者アンケート調査に回答していた13,067名（回収率81.3%）である。アンケート調査の配布回収は、郵送配布封書による郵送回収方式とした。分析対象者の性別年齢階級別対象数を表1に示した。比較した全国調査の調査対象者は男性9,810名、女性12,122名の合計21,932名である。

分析方法には疫学を用い、関連要因モデルの分析には共分散構造分析で多重指標モデルの多母集団の同時分析手法を用いた。分析ソフトは、SPSS11.0J for windowsとAMOS4.02 for windowsを用いた。

2. 3 アンケート調査項目

主観的健康感との関連性を明確にするために調査した主要な項目は、性、年齢それに家族構成を含む一般属性と、主観的健康感、生活満足度、生活活動能力、日常生活習慣、社会ネットワークそれに年間収入額とした。本調査で用いた主な調査項目は、先行研究において尺度の信頼性や妥当性が確保されている設問を用いた。

分析に投入した各変数と選択肢のカテゴリーを示す。主観的健康感の質問文（以下質問文を『』で示す）は、『あなたは、普段ご自分で健康だと思いますか？（一つだけ選んでください）』と質問し、四つの選択肢、1.とても健康である、2.まあまあ健康である、3.あまり健康ではない、4.健康でない、をそのまま使用した。

生活満足度は、『あなたは自分の生活に満足していますか？』とし、選択肢は、1.はい、2.いいえ、3.どちらともいえないとした。疾病の数は、『あなたが、現在治療を受けている疾病がありますか？あてはまるものすべてに○をつけてください』と質問し、高血圧、脳卒中（脳梗塞、脳出血、くも膜下出血など）、糖尿病、心臓病（心筋梗塞、狭心症、不整脈など）、肝臓病、その他の疾病の中の選択数を合計した。

痛みの数も同様に、『あなたが、最近、痛みを感じる所があれば、すべてに○をつけてください』と質問し、腰、膝、腕、足、首、肩、背中その他の中の痛みの部位数を合計した。

年間収入は、『去年1年間のあなた方（ご夫妻の合計）の収入はどのくらいでしたか？（年金や仕送りも含めてください）』との質問で、百万円

表1 性別年齢階級別に見た多摩市在宅高齢者調査分析対象者

		年齢階層						合計(%)
		65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90以上	
性別	男性	2,617 43.5	1,651 27.5	917 15.3	507 8.4	225 3.7	96 1.6	6,013 100.0%
	女性	2,600 36.9	1,773 25.1	1,304 18.5	742 10.5	431 6.1	204 2.9	7,054 100.0%
合計		5,217 39.9	3,424 26.2	2,221 17.0	1,249 9.6	656 5.0	300 2.3	13,067 100.0%

単位でのカテゴリ選択肢とした。年齢階級は、65歳からの五歳階層別と85歳以上からなる6つのカテゴリ群に分けた。友人知人は、『友人や近所の方とおつきあいをしていますか?』と質問し、外出頻度は、『外出することがどのくらいありますか?』とした。選択肢は、いずれも、1.ほとんど毎日、2.週に3-4回、3.月に1回ぐらい、4.めったにないとした。手段的支援は、『身の回りにちょっとした用事やお使いをしてくれた人がいますか?』と質問し選択肢は、1.沢山いる、2.数人はいる、3.ほとんどいない、4.いないとした。生活活動能力として、『日中、寝床にどのくらい就いてますか?』と質問し選択肢は、1.ほとんど床から離れている、2.離れている時間の方が長い、3.床についている時間の方が長い、4.ほとんど床についているとした。日常の各生活習慣は、『お酒を飲んでいますか?』と質問し選択肢は、1.ほとんど飲まない、2.週に1~2回、3.週に3~4回、4.ほぼ毎日とした。『タバコを吸っていますか?』と質問し選択肢は、1.以前から吸わない、2.やめた、3.吸っているとした。

3. 調査結果

主観的健康感の実態を性別年齢階級別に分析し、全国調査結果と比較した。同時に主観的健康感な

どの観測変数と潜在変数(以下潜在変数を「」で示す)との関連性に関する共分散構造分析による分析結果を性別に示す。

3. 1 主観的健康感の実態

1) 多摩市高齢者の主観的健康感の実態

主観的健康感を性別年齢階級別に分けた状況を図1に示した。男女ともに、加齢と共に「健康ではない」とする割合がしだいに増加していくことが示された。「とても健康である」とする割合は、女性に比べて男性前期高齢者にやや多く、一方「健康ではない」とする割合は、特に女性後期高齢者でやや多い傾向を示した。男女ともに、どの年齢階級でも、半数以上の高齢者が、「とても健康である」ないし「まあまあ健康である」と答えている。都市部の在宅高齢者の主観的健康感が高く維持されていることが明確にされた。

2) 全国地域高齢者の主観的健康感との比較

全国16市町村の在宅高齢者、男性9,810人女性12,122人における、性別年齢階級別にみた主観的健康感の実態を図2に示した。全国調査の年齢階級は、60歳以上である。

性別に分けて多摩市高齢者の実態と比較すると、全国の高齢者に比べて「とても健康である」という割合が男性後期高齢者を除きかなり高いことが

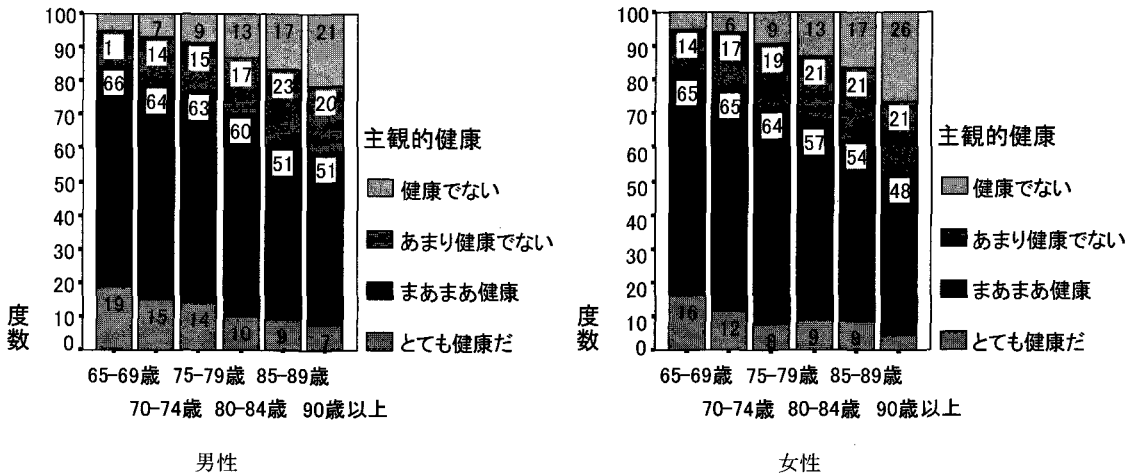


図1 多摩市在宅高齢者主観的健康感実態

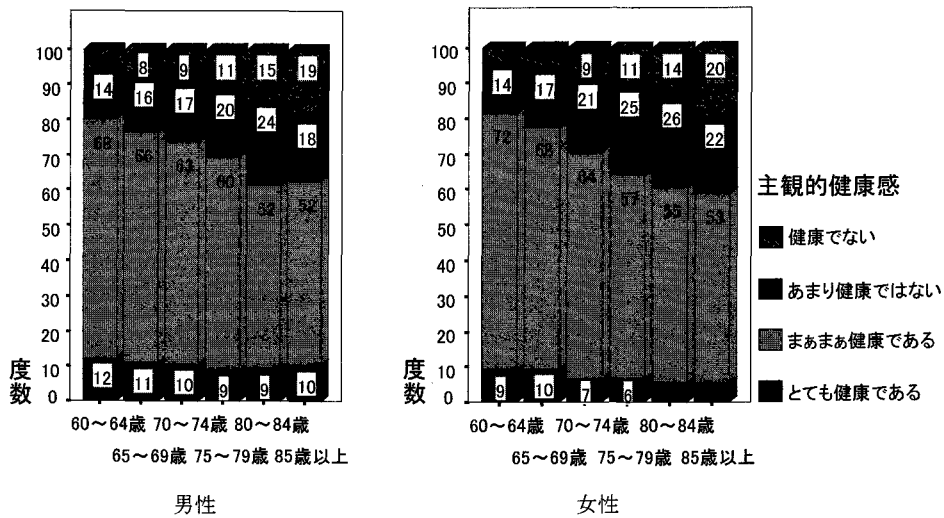


図2 16市町村主観的健康感実態

示された。また、「健康ではない」とする割合も、全国値に比べ、どの年齢群でも男女ともに少ない傾向を示した。特に女性前期高齢者でその較差が大きいことが示された。

これらの背景や理由は不明であるが、今後の調査研究の中で、個々人の居住形態や社会階層や人間関係など社会的ネットワークさらには生活習慣の相違など属性に関する追跡研究によって明確にされるべきであろう。同時に、多摩市の平均寿命は、男女共に東京都平均を上回っていることから、それらとの関連性についても追跡調査によって明確にされることが期待されている。

3. 2 共分散構造分析による主観的健康感の関連モデル

共分散構造分析に用いた潜在変数と観測変数との関連と、潜在変数間の関連性を示した。

1) 潜在変数と観測変数との関連

調査したアンケートの各項目について、欠損値が混在する為、最尤法を用い、プロマックス斜交回転による探索的因子分析を実施した。男性では5つの因子が、女性では4つの因子が抽出された。これらの分析結果に基づいて、4つの潜在変数を

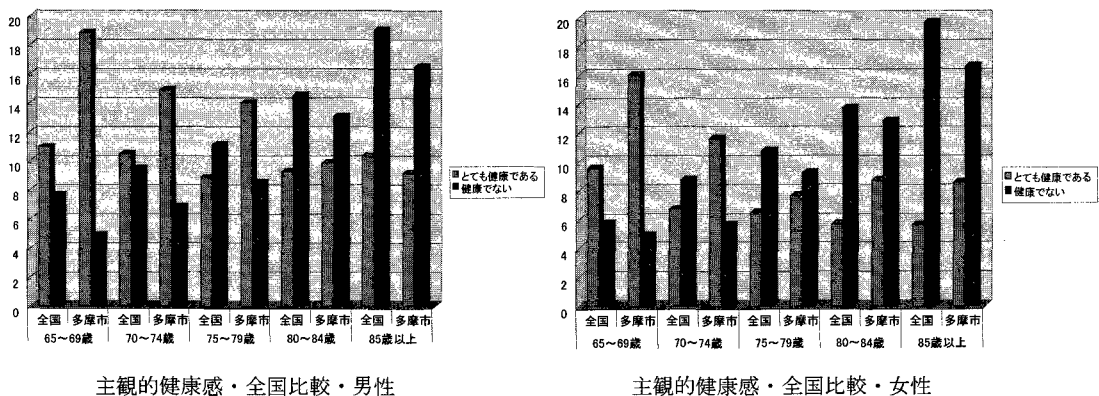


図3 主観的健康感の性別年齢階級別に見た全国調査との比較

設定した。調査項目の因子構造を表 2 と表 3 に示した。

性別に分けた因子分析の結果は、ほぼ類似した結果を示したために、図 4 に示したモデルを基本として共分散構造分析を用いて分析した。

潜在変数の命名と観測変数との関連は次のようにした。年間収入額と年齢階級の観測変数で構成される潜在変数の名称を「くらしと年齢」とした。手段的ネットワーク、地域活動、趣味の活動、外出頻度と友人とのつきあいから構成される潜在変

数の名称を「社会ネットワーク」とした。生活活動能力と日々の日常生活習慣から構成される潜在変数の名称を「生活能力と習慣」とした。治療中の疾病数と痛みありの部位数と主観的健康感と生活満足度から構成される潜在変数の名称を「一病息災的健康」と命名した。

2) 4 つの潜在変数間の関連

4 つの潜在変数間の関連性は次のような仮説モデルを設定した。年間収入と年齢から構成される

表 2 調査項目の因子構造

構造行列 (男性)

	因子			
	1	2	3	4
IADL逆(非自立)	.792	.207	.366	.281
日中寝床度	.618	.176	.394	.376
外出頻度	.525	.343	.293	.265
年齢階層	.348	.127	.178	-.023
飲酒	-.252	-.137	-.217	-.110
友人近所付合	.320	.766	.250	.252
趣味活動	.332	.535	.328	.329
地域ボランティア活動	.222	.533	.159	.196
身廻手伝	-.011	.330	.074	.148
主観的健康感	.589	.328	.778	.479
治療病数	.225	.134	.549	.101
痛み数	.249	.125	.471	.286
生活満足度	.299	.282	.425	.553
年収(降順)	.224	.189	.196	.320
たばこ	-.029	.059	-.023	.209

因子抽出法:最尤法

回転法:Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

表 3 調査項目の因子構造

構造行列 (女性)

	因子			
	1	2	3	4
IADL逆(非自立)	.820	.307	.309	.527
日中寝床度	.634	.267	.351	.312
外出頻度	.544	.441	.298	.402
友人近所付合	.391	.716	.254	.271
趣味活動	.332	.603	.322	.259
地域ボランティア活動	.241	.539	.196	.194
身廻手伝	-.043	.297	.087	-.138
たばこ	.044	.101	.051	-.038
主観的健康感	.583	.415	.766	.185
痛み数	.216	.210	.548	.068
治療病数	.244	.170	.519	.154
生活満足度	.305	.352	.419	.003
飲酒	-.112	-.080	-.130	-.116
年齢階層	.490	.190	.153	.824
年収(降順)	.227	.170	.170	.290

因子抽出法:最尤法

回転法:Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

「くらしと年齢」のみが誤差変数を持たない外生の潜在変数とした。これが基盤となり、「一病息災的健康」と同様に「社会ネットワーク」の潜在変数をすべて直接に規定し、同時に「生活能力と習慣」を経て、最終的には疾病や痛みを有しながらも主観的に健康だと自己評価する「一病息災的健康」が従属変数として総合的に規定されるとするモデルを仮説的に設定した。

以上の構成概念に基づいて各潜在変数間の関連モデル図（図4）を設定した。

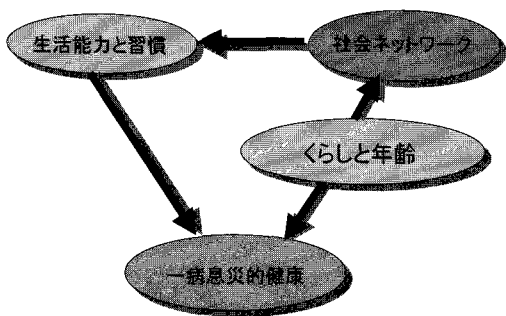


図4 潜在変数の関連モデル

3) 観測変数と潜在変数との関連と表現様式

観測変数と潜在変数との関連を性別にまとめ、図5と図6に示した。

「主観的健康感」は、観測された一つの内生変数であり、アンケート調査で質問した『あなたは、普段ご自分で健康だと思いますか?』という観測変数を示している。

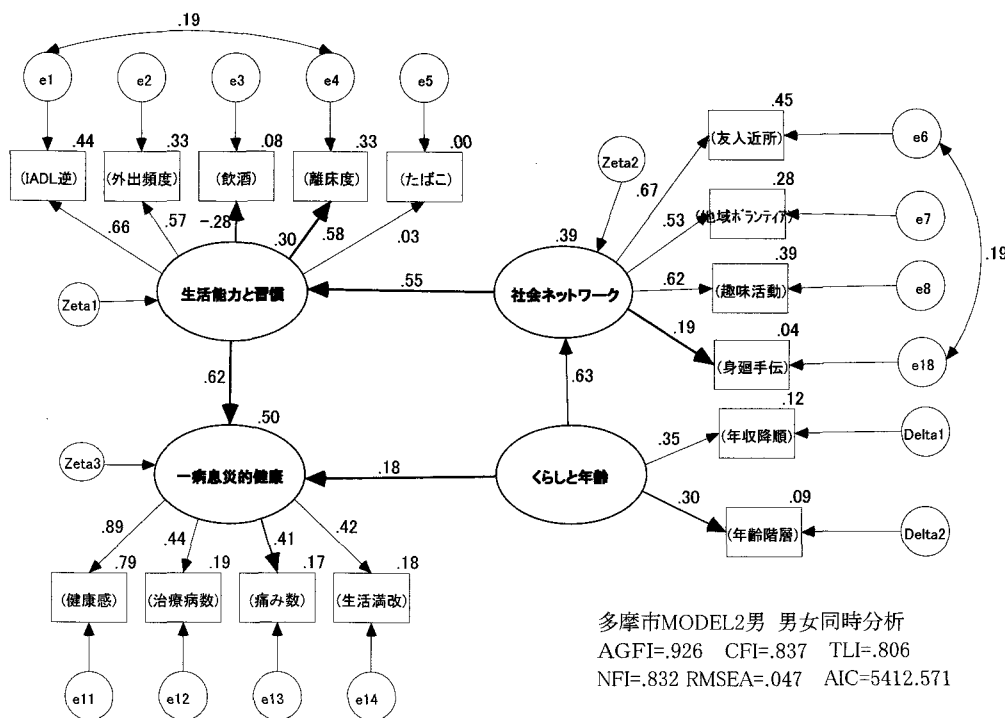
「一病息災的健康」は、アンケート調査で直接には観測されない潜在変数で右肩の数字は決定係数、 e_1 は、誤差変数である。潜在変数と観測変数間および潜在変数間の \rightarrow は、因果関係の方向を示し線横の数字は標準化係数の値を示す。□の右上に示した数字は、各変数の寄与率を示す。

3.3 観測変数と潜在変数との関連

観測変数と潜在変数との関連を性別に示す。

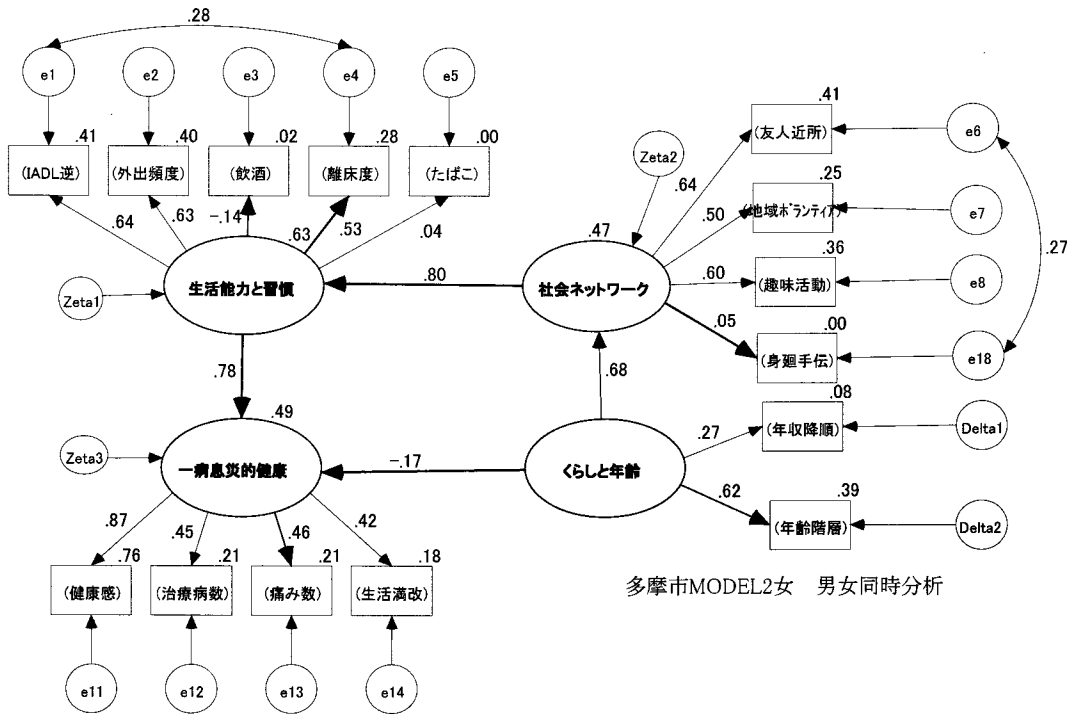
1) 男性の観測変数と潜在変数との関連

潜在変数「くらしと年齢」は、年齢階級と年間収入との間の関連では、年齢階級より年収の方が標準化推定値が高かった。潜在変数「社会ネット



多摩市MODEL2男 男女同時分析
AGFI=.926 CFI=.837 TLI=.806
NFI=.832 RMSEA=.047 AIC=5412.571

図5 男性の標準化推定値（観測変数の欠損補正）



多摩市MODEL2女 男女同時分析

図 6 女性の標準化推定値 (観測変数の欠損補正)

ワーク」は、観測変数の友人や近所とのつきあいの標準化推定値が0.67と最も高く、次に趣味活動や地域活動の標準化推定値が0.62、0.53であった。

潜在変数「生活能力と習慣」は、IADL が0.66と最も高く離床度、外出頻度の標準化推定値が0.58、0.57と高かった。日常生活習慣である飲酒は-0.28、喫煙は0.03であった。

潜在変数「一病息災的健康」は、主観的健康感、治療中の疾病数、生活満足度、痛みありの部位数の順に強い関連が見られた。その中では、主観的健康感の標準化推定値が0.89と最も高い値を示した。

2) 女性の観測変数と潜在変数との関連

女性の分析では、男性とほとんど同様な傾向を示した。潜在変数「くらしと年齢」は、年齢階級と年間収入との間に、強い関連が見られた。特に年齢階級との標準化推定値が0.62と最も高く、男性の0.36に比べて高い値を示した。女性の方が男性よりも、相対的にみて年齢依存度が高く年間収入額による影響が弱い可能性が示唆された。

潜在変数「社会ネットワーク」は、男性と同様に、観測変数の趣味の活動、地域活動、友人知人と外出頻度の標準化推定値が高い値を示した。全国値と比べて、手段の支援つまり、用事をしてくれる身の回りの世話が低い値を示したことが、都市部女性の特性である。

潜在変数「生活能力と習慣」では、IADL が0.64と最も高い値を示し、外出頻度が0.63、離床度の標準化推定値が0.53と高い値を示し日常生活習慣の飲酒が、-0.14を示した。

潜在変数「一病息災的健康」は、男性と同様に主観的健康感、痛みありの部位数、治療中の疾病数、生活満足度の順で強い関連が見られた。主観的健康感の標準化推定値は、男性と同様に0.87と最も高い値を示した。男性に比べて、痛みの数の標準化推定値がやや大きい傾向を示した。

3. 4 主観的健康感に関する共分散構造分析結果

性別に分けた主観的健康感に関する共分散構造分析による解析結果をまとめた。

1) 男性の主観的健康感に関する共分散構造分析

治療中の疾病数や痛みの部位数よりも、主に主観的健康感で構成される男性の「一病息災的健康」は、年間収入と年齢で構成される「くらしと年齢」に規定されるよりも、友人や近所とのつき合いと趣味や地域の活動によって主に構成される「社会ネットワーク」を経て、大部分がIADLや外出頻度、日中寝床についていることで構成される「生活能力と習慣」によって大きく規定されていた。「くらしと年齢」は、「一病息災的健康」よりも「社会ネットワーク」を大きく規定していた(標準化推定値0.18と0.63)。

男性の「一病息災的健康」の決定係数より50%が、他の潜在変数によって説明されることが明らかになった。

本モデルの適合性(多母集団の同時分析の結果)を基準化適合度指標(NFI)でみると0.832であり、Tucker-Lewis index(TLI)は0.806、平均二乗誤差平方根(RMSEA)は0.047であった。

本調査では、未記入ケースがあったためにGFIは算出出来なかった。そこで欠損データを系統平均で補正し、同じ潜在変数モデルを用いて共分散構造分析を試みた。その結果、AGFIは0.926が得られた。このように各適合度指標がほぼ満足できることから、このモデルは適合度の高い構成概念であることが示唆された。

以上の分析結果から、都市に居住する男性高齢者の「一病息災的健康」は、年間収入や年齢で構成される「くらしと年齢」によって直接的に規定されるのに比べ、「社会ネットワーク」を経て「生活活動能力」を維持することの方がより大きく規定していることが示唆された。

2) 女性の主観的健康感に関する共分散構造分析

女性を対象とした共分散構造分析による結果は、男性の分析結果とほぼ同様な傾向を示した。

治療中の疾病数や痛みの部位数よりも、主に主観的健康感で構成される女性の「一病息災的健康」は、年間収入と年齢で構成される「くらしと年齢」は男性と違い弱いマイナスで規定されることは興味深いことである。しかしながら、「くらしと年齢」は、男性と同様に友人とのつき合いと趣味や地域の活動によって主に構成される「社会ネットワーク」を大きく規定していた。

「社会ネットワーク」は、大部分がIADLと外出頻度、日中床についていることで構成される「生活能力と習慣」を大きく規定し、間接的には「一病息災的健康」を大きく規定していた。「一病息災的健康」へ向かう年間収入と年齢階級を観測変数とする「くらしと年齢」の標準化推定値は-0.17で、男性の0.18よりも少ない傾向を示した。

全体的に見て「一病息災的健康」の決定係数より49%が、この構成概念モデルによって説明されることが明らかになった。

以上の分析結果から、都市部女性高齢者で在宅に居住する「一病息災的健康」を維持させていくためには、ある程度の体の痛みや疾病を男性以上に受容し、趣味の活動や知人や近所とのつき合いを重視した社会ネットワークを構築し、適度な飲酒をしつつ、日中は寝床につきにくい活動能力を維持していく重要性が示唆された。

3) 男女別にみた一病息災的健康の構成概念

「一病息災的健康」の構成要素とその標準化推定値では、体の痛みがワルド検定で有意差を示し男性よりも女性の方が、体の痛みが大きな影響力を持っている可能性が示唆された。「くらしと年齢」の構成要素では、男性の方が年間収入の意義が高く、女性では年間収入よりも年齢階級の意義が高いことが示され年齢階層がワルド検定で有意差が認められた。また、「くらしと年齢」が「一病息災的健康」を直接的に規定する標準化推定値は、男性の方が女性に比べて高い値を示しワルド検定でも有意差が示された。

3) 男女別にみた一病息災的健康の構成概念

一方「社会ネットワーク」の構成要素は、女性の方が趣味活動と地域ボランティア活動の推定値でより大きな値を示したが、ワルド検定では身廻りの手伝のみが有意差を示した。同時に、「社会ネットワーク」から「生活能力と習慣」に向かう標準化推定値は、男性よりも女性の方が高い値を示しワルド検定で有意差を示した。寝たきりを予防するために社会的なネットワークを維持する意

義は、男性よりも女性の方が高い可能性が示唆された。生活習慣である飲酒の標準化推定値は、男性の方が女性よりも高い値を示した。離床度と飲酒がワルド検定で有意差を示した。「生活能力と習慣」から「一病息災的健康」に向かう標準化推定値は女性の方が高い値でワルド検定でも有意差が示された。

3. 5 主観的健康感に関する共分散構造分析結果の全国比較

主観的健康感に関わる共分散構造分析による解析結果を、できるだけモデルを合せて全国の分析結果（男女を区別せず全体）と比較した。

1) 「一病息災的健康」を構成する要素の全国比較

潜在変数「一病息災的健康」を構成する各要因の標準化推定値は、男女共に全国の分析結果と類似した値を示した。つまり、主観的健康感や生活満足度の標準化推定値が、治療中の疾病や体の痛みよりも高い値を示すという類似した傾向を示した。「一病息災的健康」を主に構成する主観的健康感の標準化推定値は、0.75（男女）の値を示した。

2) 「くらしと年齢」を構成する要素の全国比較

本調査では、「くらしと年齢」を構成する要素として取り入れた変数は、年間収入と年齢の二つである。

全国調査では、年間収入の標準化推定値が高い値（0.9）を示したのに対して、都市部女性高齢者では、年間収入よりも年齢階級が大きな推定値を示した。

3) 「社会的ネットワーク」を構成する要素の全国比較

本調査つまり都市部高齢者では、「社会ネットワーク」を構成する各要素の標準化推定値は、全国値と比べて違いが見られた。全国調査では、手段的なネットワークつまり身の回りを世話してくれる人がいることの標準化推定値が高い値を示した。それに対して都市部高齢者では、男女共に友

人や近所のつき合い、趣味の活動が高い標準化推定値を示した。都市部では、地域に比べて手段的なネットワークつまり身の回りを世話してくれる人がいることの意義は、必ずしも高くない可能性が示唆された。一方都市部では、それに地域での活動や趣味活動の意義が高い可能性が示唆された。都市部の社会ネットワークは地域でのネットワークに比べて異なる傾向を持つことが示唆された。都市部のつき合いとしては友人が多く、地域では近隣が多いことが示されているが、本調査では、「友人や近所のつき合い」として、ダブルスタンダード的な設問を用いたので解釈に苦慮する結果となった。今後の改善すべき課題である。

本調査と全国調査とを比較し、最も異なる傾向を示したのは、この「社会ネットワーク」の構成要素であった。

4) 「活動能力と習慣」を構成する要素の全国比較

本調査も全国調査も同様に、「生活能力と習慣」を構成する各要素は、類似した標準化推定値を示した。「生活能力と習慣」の構成要素が同一ではないものの、「生活能力と習慣」を構成する主たる要素は、日中寝床についている度合いであった。

喫煙や飲酒といった日常生活習慣の持つ意義が、生活活動能力に比べてとても少ない標準化推定値を示した。高齢者の「一病息災的健康」を維持する場合には、禁煙や適正飲酒や運動などを課題とするよりも、寝たきりを予防することが大きな意義を持つ可能性が示唆された。

3. 6 ニュータウン地域の主観的健康感に関する共分散構造分析結果

本調査の対象をニュータウン地域に住むかどうかで二分して分析した。その結果、ニュータウン地区の高齢者ほど、「くらしと年齢」の意義が高いことと、身の回りの世話をしてくれる社会ネットワークの意義が低い可能性が示唆された。また、本モデルでの説明力は、ニュータウン地区の分析ではニュータウン地域以外の住民の分析に比べて少なかったことから、「一病息災的健康」を規定

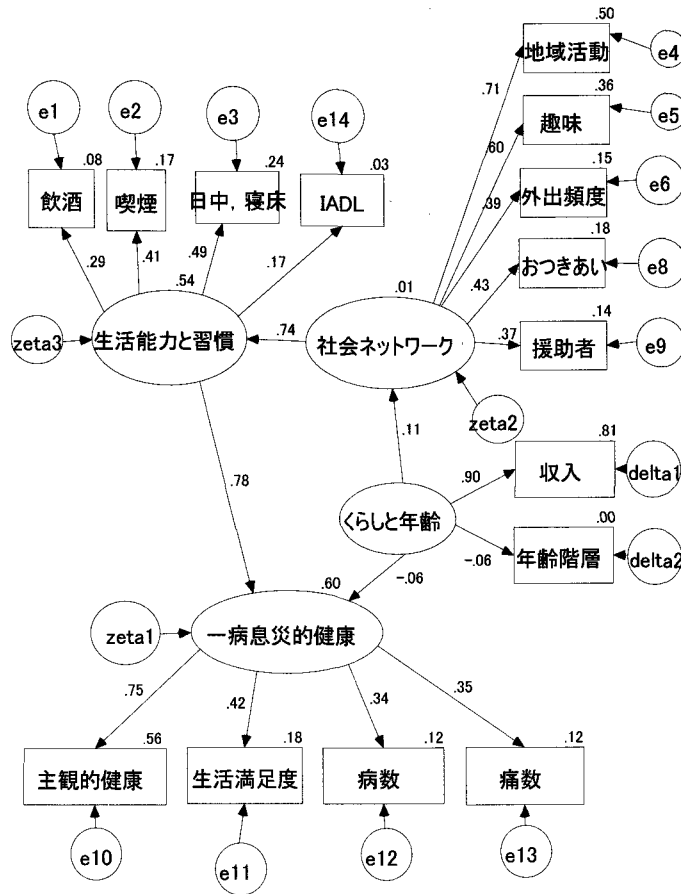
する他の要因が隠されている可能性が示唆された。

3. 7 主観的健康感に関する共分散構造分析結果の全国比較

主観的健康感に関わる共分散構造分析による解析結果を、全国の分析結果と比較した。都市部高齢者の「一病息災的健康」を規定する、年間収入と年齢から構成される「くらしと年齢」からの標準化推定値は、0.18 (男性) -0.17 (女性) を示し、全国値の0.06 (男女) であった。特に都市部男性で高い標準化推定値を示した。よって、都市部の男性高齢者の「一病息災的健康」を維持増進させていくためには、年間収入を確保する意義が地域高齢者に比べて高い可能性が示唆された。

同時に「くらしと年齢」から向かう「社会ネットワーク」への標準化推定値は、0.63 (男性) 0.68 (女性) を示し、全国値の0.11 (男女) と比べて、男女共に極めて高い推定値を示した。よって、都市部の高齢者の「社会ネットワーク」を維持増進させていくためには、年間収入と年齢から構成される「くらしと年齢」の意義が地域に比べて大きい可能性が示唆された。

「社会ネットワーク」から「生活能力と習慣」に向かう標準化推定値は、0.55 (男性) 0.80 (女性) を示し、全国値の0.74 (男女) と比べ男女で分かれる高い標準化推定値を示した。社会ネットワークを維持していく意義が、都市部 (特に女性) の方が高い可能性が示された。



16町村男女 CFI=.696 TLI=.576 NFI=.695
RMSEA=.079 AIC=12982.491 BCC=12982.558

図7 全国 (16 町村) の共分散構造分析図 (男女合体の標準化推定値)

本調査では、寝たきり度を反映しやすい「生活能力と習慣」が、「一病息災的健康」に向かう標準化推定値は、0.62 (男性) 0.78 (女性) を示し、全国値の 0.78 (男女) と比べて、ほぼ同様に高い標準化推定値を示した。このように「一病息災的健康」を規定する「生活能力と習慣」が、性別や地域を問わずにほぼ同様な高い寄与割合を示したことから、「生活能力と習慣」を維持していくことが、地域や性別を問わずに大きな役割を持つ可能性が示唆された。一方都市部 (特に女性) では、「生活能力と習慣」を維持するために、「社会ネットワーク」が大きな役割を持っていることが示唆された。

4. 考 察

4. 1 研究課題と調査研究の特性

本調査の大きな研究課題は、調査対象地区の選定方法である。都市部高齢者といっても、多摩市の在宅高齢者に限定した調査である。比較した全国調査も、全国16市町村は、無作為に抽出されたわけではなかった。よって調査結果の普遍性をめぐる外的妥当性は保ち得ないと考えられた。

またこの研究は、断面調査の分析結果であり、各要因間の因果関係は推定レベルでしか語れないことである。主観的健康感を高めるための具体的な施策を検討する場合には、これらの限界性を考慮することが大きな研究課題だと考えられる。

上記の課題を持ちながらも、本研究には、いくつかの調査特性があると考えられた。東京都一自治体の在宅高齢者の全数を調査対象としたことと、年間収入を含む記名式にもかかわらず、比較的高い回答率が得られたことである。また、全国の9道府県16市町村の在宅居住高齢者約2万人の調査との比較が可能になったことである。さらにどちらも大規模調査が実施できたことから、偶然誤差を最小限に出来る可能性が高いと考えられる¹⁸⁾。

本研究では、都市部高齢者の主観的健康感の実態を明確にしたのみではなく、主観的な健康感に

関する構成概念モデルを設定して、高齢者の主観的健康感を規定する医学的、社会的、経済学的それに予防医学的な要因を (観測変数に限定することなく) 潜在変数を設定した創意工夫した仮説モデルの検証を可能にする優れた分析方法の一つである共分散構造分析を用い総合的に明確にしようと試みたことも研究特性の一つである。医学中央雑誌に基づく我が国の地域住民に対する主観的健康感の先行研究に関する検索では、共分散構造分析による先行研究は少なかった¹⁹⁾。

4. 2 主要な研究結果とその応用可能性

ここでは、研究結果の解釈に基づき、都市部在宅高齢者の主観的健康感に関連する要因と、関連した解析結果の応用可能性について考察した。

1) 一病息災的健康を構成する要因の都市部と全国との地域比較

本研究では、治療すべき疾病を罹患していても、体のどこかに痛みがあっても、自己申告によって健康だと認識する潜在変数を「一病息災的健康」と命名した。この「一病息災的健康」に対する、観測変数である主観的健康感の標準化推定値は、本調査も全国調査でも最も高い推定値を示した。

本調査と全国調査との比較した結果を踏まえると、「一病息災的健康」は、都市部か地域かないし性別を問わず、治療すべき疾病の数や体の痛みの数に比べて、自己申告で健康だとする主観的健康感ないし生活満足度をより反映していることが示唆された。よって、潜在変数「一病息災的健康」は、疾病や痛みよりも、主観的健康感が大いに反映している可能性が示唆され、一病息災的健康感の概念構成は、地域や性別を越えた外的妥当性の高い普遍的な基本概念である可能性が示唆された。

多摩市のモデルの場合、モデルの全体評価であるAGFI=0.926、RMSEA=0.047と高く満足できるが、16町村の場合は低いのでさらなる分析研究が必要であると思われる。

これまでの先行研究では、一病息災的な健康を数量的に捉えた原著論文は報告されていない様で

あり、再現性ととも、より総合的で発展した研究が期待される。

2) 一病息災的健康と関連する各潜在変数

年間収入と年齢階級で構成される「くらしと年齢」が、「一病息災的健康」を規定しやすいのは、都市部男性高齢者であった。また、「社会ネットワーク」を規定する「くらしの状況」は、地域に比べて都市部の高齢者でその意義が高かった。都市部での「社会ネットワーク」を維持していくためには、男性では所得が、女性では高齢ではないことが重要な意義がある可能性が示唆された。

一方、「社会ネットワーク」が、生活活動能力を反映している「生活能力と習慣」を規定する度合いも、都市部とりわけ女性高齢者で高い標準化推定値を示した。この傾向は、ニュータウン居住の有無を問わなかった。「一病息災的健康」はこの「生活能力と習慣」によって、都市や地域を問わず男女ともに大きく規定されていた。このように「一病息災的健康」は、都市部男性を除けば、年間収入で直接に規定されるよりも、「社会ネットワーク」を経て、生活活動能力で構成される「生活能力と習慣」によって大きく規定されている事が示された。「一病息災的健康」を規定する生活習慣の役割は相対的に小さいことが示された。

このモデルによって、「一病息災的健康」は、他の3つの潜在変数によって、ほぼ5割が説明できることが示された。また本モデルは、高い標準化適合度が得られたことから、図4に示したモデルが本調査の高齢者には適応している度合いが高いことが推定された。しかしながら、都市部高齢者の「一病息災的健康」(従属変数)の決定係数を高める要因が何で規定されるかについては未だ不明であり新しい観測変数の導入や、発展したモデルによる追試や検証が求められよう。

3) 一病息災的健康を維持させる要因

高齢者は、疾病に罹患しやすかったり、体の痛みを伴いやすい特性がある。今後の高齢社会にあって、高齢者の一病息災的な健康を維持させていくための要因が明らかになる意義はますます高

くなるものと考えられる。

すでに川南ら²⁰⁾は、難病患者を対象として、主観的QOLを「主観的QOLが高いとは、疾患を持ちながら生活している現状を不安なく受容し、高い志気をもっている状態」と定義し、66項目のアイテムから「受容」、「志気」に所属する20項目を選択している。主観的QOLの概念規定から、病気に対する受容を前提として、志気そのあとに続くモデルに関する共分散構造分析によって、高いモデル適合度を得ている。疾病を受容しつつ志気を維持するという一病息災的な健康の意義について、在宅高齢者を対象とした調査によっても検証する意義が高いことが推測される。

本調査の解析結果から、性別を問わず「一病息災的健康」を維持していくためには、年間収入や年齢に比較して、社会ネットワークを維持し、飲酒や運動習慣を維持し、特に寝たきりになりにくい生活活動能力を維持しておく重要性が示唆された。一方男女較差に注目すると潜在変数間の影響度(直接効果)の大きさの比較から女性は「社会的ネットワーク」、男性は「くらしと年齢」の強さに特徴があるのが明らかで、男女特性を考慮した健康増進策の必要性が示されていると考えられる。

我が国の15歳以上80,899人の断面調査では、収入較差が少ない県では、収入と主観的健康感が関連することがShibuya²¹⁾らによって報告されていることから、収入の意義について追跡検証すべきであろう。

主観的健康感に関する共分散構造分析による先行研究では、主観的健康感を高めるためには、鬱を少なくする意義も示されている¹⁸⁾。本研究では、分析項目として鬱に関する調査項目が欠落していたために論述できないが、将来追加調査すべき重要な要因の一つであろう。同時に客観的な指標も含めた調査を追加すべきであろう。

都市部住民を対象とした主観的健康感に関わる共分散構造分析による原著論文は、本報告が最初だと考えられる。しかしながら今回の多摩市の調査では、「一病息災的健康」が全て説明されたわけではない。残りの不明部分の解明とともに、他の都市部での再現性を確認したり、より決定係数

の高い調査結果が得られる研究が求められるであろう。

4. 3 主観的健康感と生命予後

はじめにの中で示した以外にも、主観的健康感の生命予後に関する報告は数多くされている^{22~26)}。Kaplan²⁴⁾らは、カリフォルニア州のアラメダにおいて、1965年に無作為抽出による16歳以上の住民6,921人を対象に行われた調査のデータを用い、主観的健康感と死亡との関連性を調べている。死亡についてのデータは1974年まで9年間にわたり収集し、年齢、性別、身体的健康、健康習慣、社会的ネットワーク、収入、教育、モラルや抑うつ、幸福感などをコントロールし、生命予後に最も関連していたのは主観的健康感であり、年齢調整後の死亡に対する相対危険度は、健康状態が「優れない (poor)」と答えたものは、「非常に優れている (excellent)」と答えたものに比べて、男性で2倍、女性で5倍の死亡確率が高いことが報告されている。成人170,223人を追跡したスウェーデンでの調査では、疾病の有無や社会階層にかかわらず、主観的健康感が死亡率予測因子として役立つことがBurstromら²⁵⁾によって報告されている。

4. 4 主観的健康感に関するその他の関連要因

先行研究では、主観的健康感は、様々な要因と関連していることが報告されている。体の痛みを伴いがちな高齢者では、痛みがあると、健康ではないとする主観的健康感の割合が約二倍に増加することが、Reyesら²⁷⁾によって報告されている。都市部高齢者を対象とした本調査では、特に女性でさらに大きな較差がみられた。

アジソン病患者の主観的健康感は、一般人に比べて主観的健康感がやや低いこともLovasら²⁸⁾によって、報告されている。無作為抽出した3,485人の高齢者を対象とするJohnsonら²⁹⁾の調査によると、尿失禁の有無によっても主観的健康感が低下することが報告されている。

尿道障害の有無別でも主観的健康感が低下していることをBlakerら³⁰⁾が報告している。一般に

疾病に罹患したり有病しているほど主観的健康感が低下しやすいことが、早くから高齢社会を迎えている北欧の各国からIhlebaek³¹⁾やStevenら³²⁾によって報告されている。Kapurら³³⁾による、6,440人の横断調査では、睡眠障害は、主観的健康感を低下させ、同時に医療機関受診を増加させることを報告している。不健康な近隣が主観的健康感を規定することがKrauseら³⁴⁾によって報告されている。

主観的健康感に関する共分散構造分析も実施されている。Hanら¹⁸⁾は、脳血管障害を持つ在宅居住591人の高齢者を対象とし、うつ傾向を分析モデルに追加すると、決定係数が58%から79%に増加したことが報告されている。本調査では、うつに関する調査は欠落していた要因であり、今後は追加したモデルにより決定係数が増加することを追試すべきであろう。

人間ドック受診者に対する共分散構造分析を用いた分析では、予防的保健行動に対して直接効果が得られた要因は、健康自己統制感、自己価値感、精神健康であったことが、藤田³⁵⁾によって報告されている。田原ら³⁶⁾は、地域の在宅中高年者698名を対象に、健康管理自己効力感尺度に関する共分散構造分析によって、健康管理自己効力感尺度が、精神的安定、保健行動、運動及び食事の4因子からなるモデルの適合度が高いことを報告している。このような行動科学的視点から見た調査研究も求められよう。

4. 5 主観的健康感に関する今後の研究課題

自分自身の健康状態を、自分自身が自己評価したものが、主観的健康感であり、欧米では、Subjective Health、Self-Rated Health、Self-Assessed Health、Self-Reported Healthと呼ばれている。しかしながら、その呼び方は一定しているわけではない。具体的には、主観的健康感や健康度自己評価と呼ばれているものの、「感」と「観」を区分する明確な定義もされていない。今後とも主観的健康指標の再現性や信頼性に関する優れた指標研究を蓄積することがより一層期待されている。また性別世代別にみた心理的要因や社会経済的要因

との関連を明確にすることも今後の研究課題である。さらに、都心部の男性壮年層32人を身体検査を五年毎に、精神的検査を二年毎に実施し死ぬまで追跡した Vaillant ら³⁷⁾によると、これまで以上に退職後の生理的・精神的・社会的健康が大きな役割を持っている事が報告されている。このような介入追跡研究によって、活動効果を明確にすることも大切であろう。

今回の高齢者を対象にした横断調査結果では、「一病息災的健康」が、年間収入額をベースとした「くらしと年齢」や「生活活動能力と生活習慣」との間に統計学的にみて強い関連性が得られたものの、横断的な調査結果のために因果関係を論じることは限界がある。

最近では、因果関係をより深く論ずるために不可欠な介入実証研究も報告されている。地域の在宅高齢者105人を調査対象として、その中から40人を無作為に選定し、3ヶ月毎に18ヶ月間にわたる健康教育介入を実施し、その効果として主観的健康感と施設への入所と死亡を評価し、対照群に比して、有意に低下する効果が得られたことが報告されている³⁹⁾。世界的な先行研究をみても、健康教育の介入追跡によって、高齢者の健康度や生活自立度が維持されたり主観的な健康感が維持できたとする追跡介入研究は、上記の研究以外には報告されていないようであり、今後の追試追跡研究が期待される。

今後は、このような介入追跡研究によって、「一病息災的健康」がどの程度向上したり、維持できるのかに関する情報が蓄積されて行くであろう。その場合、個人々人への情報提供による効果とは別に、社会的なネットワークが保持されたり運動習慣が維持されたり生活活動能力を維持するための支援環境の整備による寄与度も明確にすることが望まれよう。その理由の一つは、健康支援環境づくりは、ヘルスプロモーションの視点から見て最も大切な公的責任としての役割だからである³⁸⁾。しかしながら、介入実証研究を推進させていくためには、莫大な研究経費が必要であることも、研究を推進させていく上での克服すべき重要な課題の一つである。

謝 辞

本調査は、多摩市市長との協定に基づいて、平成13-14年度・都立大学都市研究所・共同研究Ⅲ「安全・安心・健康を促進する都市作りに関する研究」の一環として実施したものを基礎としている。全国調査は、平成11-13年度厚生労働省地域保健特別研究「保健所が支援する地域の全高齢者を対象とした指標型目標設定による包括的保健予防活動効果に関する対照群を含む長期介入追跡研究」でいただいた補助金に基づく調査研究です。

いずれも大規模な調査が実施できたことに対して、関係各位に対して心から感謝申し上げます。また、ご協力いただきました多摩市を含む17市町村のみなさまと共に、ご支援いただきました保健所の皆様や、調査に参加いただきました皆様にも厚く御礼申し上げます。

参 考 文 献

- 1) 中村好一・金子勇・河村優子他：在宅高齢者の主観的健康感と関連する因子。日本公衆衛生雑誌，49: pp409-416, 2002.
- 2) 星旦二：健康指標とQOL，クオリティ・オブ・ライフと保健医療－日本保健医療行動科学会年報 Vol.3，メヂカルフレンド社，pp59-68, 1988.
- 3) 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。日本公衆衛生雑誌，No.42：pp366-378, 1995.
- 4) Suchman EA, et al. An analysis of the validity of health questionnaires. *social Forces*, 36: 223-232, 1958.
- 5) Maddox GL, Douglass EB. Self-assessment of health: a longitudinal study of elderly subjects. *Journal of Health social Behavior*, 14: 87-93, 1973.
- 6) Friedsam HJ, Martin HW. A comparison on self and physicians' health ratings in an older population. *Journal of Health Human Behavior*, 4: 179-183, 1963.
- 7) 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.
- 8) 芳賀博他：健康度自己評価に関する追跡的研究。社会老年学，No.10: pp163-174, 1988.
- 9) 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.
- 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) 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. 社会老年学, No.38: pp14-24, 1993.
 - 12) Friedsam HJ, Martin HW. A comparison on self and physicians'health ratings in an older population. *Journal of Health Human Behavior*; 4: 179-183, 1963.
 - 13) 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.
 - 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. 日本公衆衛生雑誌, 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.
 - 16) 森本兼曇・星旦二 : 生活習慣と健康. HBJ出版, 東京, 1988.
 - 17) Han B, Small BJ, Haley WE. Home Health Care Serv. The structure of self-rated health among community-dwelling older adults with stroke, 20(4): 1-15, 2001.
 - 18) 星旦二他 : 主観的健康観の規定要因共分散構造分析. 日本公衆衛生雑誌, 43(10): pp62, 1996.
 - 19) Yusuf S et al. Why do we need some large, simple randomized trials?, *Statistics in Medicine* 3: 409-20, 1984.
 - 20) 川南勝彦・藤田利治・簗輪眞澄他 : 難病患者に共通の主観的 QOL 尺度の開発. 日本公衆衛生雑誌, 7 (12): pp990-1003, 2000.
 - 21) Shibuya K, Hashimoto H, Yano E. Individual income, income distribution, and self rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample. *BMJ* 5; 324(7328):16-9, 2002.
 - 22) Singer E, et al. Mortality and mental health: evidence from the midtown Manhattan restudy. *Social Science and Medicine*, 10: 517-525, 1976.
 - 23) Mossey JM, Shapiro E. Self-Rated Health: a Predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72: 800-808, 1982.
 - 24) Kaplan GA, Camacho T. Perceived Health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort. *American Journal of Epidemiology*, 117: 292-304, 1983.
 - 25) Burstrom B, Fredlund P. Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *J Epidemiol Community Health*, 55(11): 836-40, 2001.
 - 26) Konu AI, Lintonen TP, Rimpela MK. Factors associated with schoolchildren's general subjective well-being. *Health Educ Res*, 17(2): 155-65, 2002
 - 27) Reyes-Gibby CC, Aday L, Cleeland C. Impact of pain on self-rated health in the community-dwelling older adults. *Pain*, 95: 75-82, 2002.
 - 28) Lovas K, Loge JH, Husebye ES. Subjective health status in Norwegian patients with Addison's disease. *Clin Endocrinol*, 56(5): 581-8, 2002.
 - 29) Johnson TM, Kincade JE, et al. The association of urinary incontinence with poor self-rated health. *J Am Geriatr Soc*, 46(6): 778-9, 1998.
 - 30) Blanker MH, Driessen LF, et al. Subjective Health and its Correlates among Aged people with and without Lower Urogenital Tract Dysfunction. *Gerontologist*, 42(3): 334-41, 2002.
 - 31) Ihleback C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health*, 30(1): 20-9, 2002.
 - 32) Steven J. Linton, A Population-Based Study of Spinal Pain Among 35-45-Year-Old Individuals Prevalence, Sick Leave, and Health Care Use. *Scand J Public Health*, 23(13): 1457-63, 1998.
 - 33) Kapur VK, Redline S, et al. The relationship between chronically disrupted sleep and healthcare use. *Sleep*, 25(3): 289-96, 2002.
 - 34) Krause N. Neighborhood deterioration and self-rated health in later life. *Psychol Aging*, 11(2): 342-52, 1996.
 - 35) 藤田智恵子 : 人間ドック受診者の予防的保健行動と精神健康に関する因果分析. 日本保健医療行動科学会年報, 14: pp209-222, 1999.
 - 36) 田原康玄・植木章三・畔地利枝他 : 地域高齢者の健康管理自己効力感と Locus of Control. 東京保健科学学会誌, 3(1): pp47-54, 2000.
 - 37) Vaillant GE, Western RJ. Healthy aging among inner-city men. *Int Psychogeriatr*, 13(4): 425-37, 2001.
 - 38) 星旦二 : ゼロ次予防に関する試論. 地域保健, 20(6): pp48-51, 1989.
 - 39) Shapiro A, Taylor M. Effects of a community-based early intervention program on the subjective well-being, institutionalization and mortality of low-income elders. *Gerontologist*, 42(3): 334-41, 2002.

Key Word (キーワード)

Aged People (高齢者), Self-rated Health (主観的健康感), Structural Equation Modeling (共分散構造分析), Latent Variable (潜在変数), Health with Some of Diseases (一病息災的健康)

The Prevalence Rate and the Structure of Self-rated Health among Community-dwelling Older Adults in Urban City

Toshihiko Takahashi*, Tanji Hoshi**, Naoko Sakurai***, Aibin*, Taro Ichiko**, Kenji Takemiya**
and Itsuki Nakabayashi**

*Graduate Student, Tokyo Metropolitan University

**Graduate School of Urban Science, Tokyo Metropolitan University

***The JIKEI University, School of Nursing

Comprehensive Urban Studies, No.80, 2003, pp.97-114

BACKGROUND: Poor self-rated health is a strong predictor of subsequent mortality for the aged, and that self-rated health therefore may be one of the useful healthcare outcome measures. It is not so clear both the prevalence and the structure of self-rated health for the aged in urban city.

OBJECTIVE: Based on a conceptual model of self-rated health, this study was aimed at exploring the structure of self-rated health associated with medication use, socio-economical factor, lifestyle including the prevalence of the self-rated health in urban city of Tokyo.

DATA SOURCES AND STUDY SETTING: A total of 13,067 older adults living their own home were identified from the 2001 survey supported by the Tama city.

STUDY DESIGN: A cross-sectional population-based study on 1998 men and women aged 60 and over. Data were collected through self-administered questionnaires, including medication use, socio-economical factor, lifestyle and instrumental ADL. Four health status domains were analyzed using the analyses of structural equation modeling to test a hypothetical model.

PRINCIPLE FINDINGS: According to this study, we have made it clear that the prevalence rate of "Healthy" by the self-rated health is much more higher than the one of Japanese for both sexes especially for women.

50% of self-rated health with some of disease as an internal latent variable is explained by the three latent variables for men ($R^2=50\%$), and women ($R^2=49\%$), NFI=0.832, CFI=0.837, TLI=0.806, RMSEA= 0.047, AGFI=0.926.

CONCLUSIONS: Greater attention should be given to the theoretical structure of self-rated health with disease and/or some of pain, particularly, the significant impact of both IADL and social network including income for both sexes.

Longitudinal studies are needed to determine how self-rated health and correlational factors interact and why so high rate of self-rated health for urban aged people. Practitioners and policy makers should continue the search for community-based programs that improve the quality of life for the aged living their own home.