

都市高齢者の主観的健康感

1. はじめに
2. 客観的健康指標による東京都の健康水準格差
3. 主観的健康指標としての主観的健康感
4. 高齢者における主観的健康感の地域格差と関連要因
5. おわりに

高 林 幸 司*
 星 旦 二**
 藤 原 佳 典***
 高 橋 勇 悦**

要 約

急速な高齢化が、大都市地域とりわけ都心地域を中心に著しく見られる。今後、大都市地域における高齢化はますます進行することが予測されており、高齢化対策の基盤整備が急務であるとともに、増加する高齢者の健康をいかに保持増進していくかが重要な課題となっている。

東京都の健康水準は全国値からみても高水準ではあるが、死亡率を地域別にみると明確な格差がみられる。本稿では、客観的健康指標だけでなく、主観的にみた健康指標である主観的健康感 (Subjective Health Status) に着目し、それらにも同様な地域格差があることを明らかにするために、東京23区在住の60歳以上75歳以下の高齢者を対象にした調査データを用いて分析・検討を行った。

主な結果は以下の通りである。

①主観的健康感には地域差がみられ、主観的健康感において健康であると答えた者は、男性では、都心地域、西部地域、北部地域でその割合が高く、西部地域の36.7%と東部地域の28.3%ではかなりの差が見られた。女性では特に南部地域でその割合が低かった。

②学歴および収入と主観的健康感とは強い関連がみられ、学歴や収入の地域格差が主観的健康感の地域格差の重要な要因であることが示唆された。しかし、主観的健康感には社会参加や交友関係、家族関係などの社会的ネットワーク、日常生活動作能力 (Activities of Daily Living, ADL)、現在の疾病の有無や通院状況など、さまざまな要因によって影響されるものであるため、今後、より多面的な分析が必要である。

*東京都立大学大学院都市科学研究科 (修士課程修了)

**東京都立大学都市研究所

***京都大学医学部大学院医学研究科 (博士課程)

1. はじめに

近年の急速な高齢化の進行により、東京をはじめとする大都市地域においても、高齢化は都心地域を中心に著しく見られる。今後、大都市地域における高齢化はますます進行することが予測されており、高齢化対策の基盤整備が急務であるとともに、増加する大都市高齢者の健康をいかに保持増進していくかが地域保健・福祉政策の重要な課題となっている。つまり、高齢者にとって加齢にともなう身体的機能の低下や慢性疾患の有病率が高まることは避けがたいものの、そのような状況にあっても生き生きと充実した、生活の質 (Quality of Life) の高い生活を送ることが可能な環境整備が求められているのである。一人一人の高齢者が、長い老後においてQOLの高い生活を送れることが、豊かな長寿社会を築くことにつながるものと考えられる。

特に最近では、高齢化や、感染症から慢性疾患への疾病構造の変化、さらに個人の生活様式の多様化を背景として、主観的健康感、QOL、生活満足度などの、集団よりも個人レベルでの主観的な指標が重視されてきている。

死亡率などの客観的健康指標でみると、東京都の健康水準は全国でも高水準である。しかしながら地域別に見た場合では格差が存在することが星 (1993) によって指摘されている。

本稿では、まず客観的健康指標として標準化死亡比 (SMR) を用い、東京都の健康水準の地域格差を示し、さらに東京23区における調査データから主観的健康指標として主観的健康感といくつかの関連指標をピックアップして、主観的健康指標においても、都市内部で地域格差が存在することを検討する。

2. 客観的健康指標による東京都の健康水準格差

星 (1993) は東京23区の健康水準の格差を死亡率によって比較を行った。そこでは、各区によ

て大きな格差が見られ、東京城西地区の健康水準は城東地区よりも一般に高いことが指摘されている。本稿では、間接法による年齢調整死亡率である標準化死亡比 (Standardized Mortality Ratio, SMR) を用いて、23区別の健康水準の比較を行った。なお、データは厚生省WISHデータを利用した。SMRは次の式によって求められる。

$$SMR = \frac{\text{死亡実数}}{\text{期待死亡数}} = \frac{D}{\sum R_i^0 \times P_i}$$

P_i : 対象集団の (性) 年齢別人口

D : 対象集団の総死亡数

R_i^0 : 基準集団の (性) 年齢別死亡率

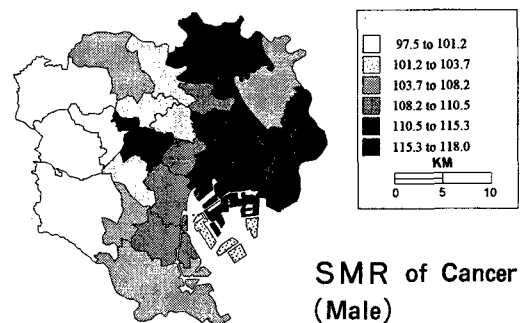


図1 東京23区におけるSMR (男性1988～1992)

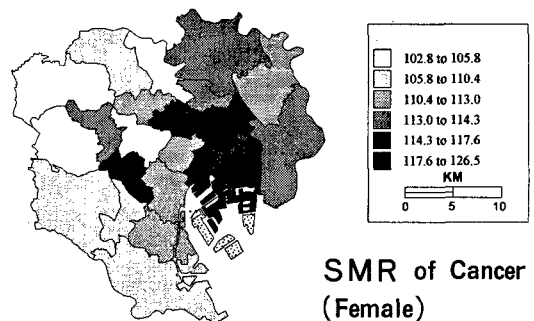


図2 東京23区におけるSMR (女性1988～1992)

がんのSMR (1988年から1992年までの5年間) を23区別にマッピングしたものが図1、図2である。やはり男女とも城東地区が高く、城西地区が低い傾向が伺える。また、表1に示す通り、心疾患や脳血管疾患のSMRを比較しても、やはり男女とも城東地区が高く、城西地区が低い東高西低の傾向が見られる。特に脳血管疾患では、荒川区が男性137.4、女性143.9とかなり高く、男性で最

も低い渋谷区の81.9、女性で最も低い世田谷区の89.7と比べると大きな格差があることが分かる。つまり、三大成人病のSMRを比較する限りでは、健康水準は城西地区に比べて城東地区の方が低い傾向にあることが示唆される。成人病は一般に壮年期から老年期の疾病であることから、高齢者の健康水準についての傾向と捉えることが可能であろう。

表1 三大成人病の標準化死亡比（1988～1992年）

	がん 男性	がん 女性	心疾患 男性	心疾患 女性	脳血管疾患 男性	脳血管疾患 女性
千代田区	110.5	111.1	103.2	97.6	95.5	108.4
中央区	115.3	124.8	106.5	102.7	111	116.3
港区	110.5	113	94.7	90.3	92.1	90.3
新宿区	113	105.1	98	89.8	82.8	94
文京区	103.2	117.2	84.7	94.9	87	106.2
台東区	113.3	126.5	107.7	102.7	115.7	109.2
墨田区	117.7	118.6	103.1	107.4	118.3	113.5
江東区	115.4	117.6	103.5	102.3	110.4	107.3
品川区	108.9	111.3	95.4	94.3	99.3	109.2
目黒区	105.4	106.9	82.7	88.5	86.6	91.8
大田区	108	110.4	95.7	98.1	106.6	108
世田谷区	99.9	106.7	85.7	87.4	84.7	89.7
渋谷区	103.7	114.4	92.4	89.1	81.9	91.2
中野区	101.2	113.9	90.2	90.5	88.5	94.3
杉並区	98.7	102.8	83.6	83.1	82.6	95.9
豊島区	103.2	111	91.7	92	103.5	108.5
北区	103.5	105.8	91.8	95.7	111.2	108.7
荒川区	110.3	114.3	101	108	137.4	143.9
板橋区	106	108.7	95.9	90.3	94.7	101.1
練馬区	97.8	105.5	87.3	96.8	91.7	100.2
足立区	112.4	114.3	104.2	115.1	121.4	121.4
葛飾区	108.2	113	102.6	107.8	121.5	117.2
江戸川区	115.3	114.3	102.4	101.7	117.9	115.7

3. 主観的健康指標としての 主観的健康感

WHO憲章（1947）では、「健康とは、肉体的・精神的・社会的に完全に良い状態にあることであり、単に疾病または虚弱でないということではない」と定義されている。つまり、早くから、健康については全体的な視点が認識されていたが、それでも集団の健康度の測定は、客観的で相互の比較が可能な尺度、さらに、再現性、信頼性のある、死亡率、罹患率、有病率などといった客観的な指標が重視されてきた。

しかし近年では、高齢化や、感染症から慢性疾患への疾病構造の変化、さらに個人の生活様式が多様化を背景として、主観的健康感、QOL、生活満足度、主観的幸福感などの、集団よりも個人レベルでの主観的な指標が重視されてきている。星（1988）は、主観的健康指標の重視は、単なる集団からみた疾病だけの予防ではなく、「病気との共生的健康観」を基盤として、個々人が質の高

い生活を送れることが重視されつつあることの反映であるとしている。

現在の健康状態を、調査対象者自身が自己評価したものが主観的健康感である。主観的健康感は、社会調査において医学的検査などによる客観的な健康度を調査することが困難な場合の、その代替指標として注目されたものであり、客観的な指標が医師などの専門家の基準で健康状態を評価しようとするのに対して、主観的健康感は人々の主観的な判断に基づいて評価するところにその特徴があると芳賀（1991）は指摘している。

わが国でも、国民生活基礎調査をはじめとして、さまざまな社会調査にこの主観的な健康指標が用いられている。このことは、健康が人々の生活や行動の最も根幹をなすものであるからであろう。しかし、主観的な指標の研究は、心理学、社会学、老年学、医学、公衆衛生学などの分野で研究が行われてきたが、まだその歴史は浅く、今後ますます、再現性、信頼性に優れた指標の研究が行われることが期待されている指標である。

欧米（特に米国）では、主観的健康感について早くから先進的に疫学研究がなされてきており、それらは杉澤ら（1995）によって体系的にまとめられ、詳細に報告されている。

主観的健康感とは1970年代後半から、生命予後との関連、つまり健康指標としての予測妥当性が検証されるようになった。Singerら（1976）は、マンハッタン中心地における20年間にわたる追跡調査を行い、性・年齢を除いても主観的健康感が生命予後を予測する重要な指標の1つであると報告している。

また、代表的な研究として、MosseyとShapiro（1982）による、カナダのマニトバ州における65歳以上の高齢者を対象にした6年間の追跡調査がある。Mosseyらは、性・年齢や客観的健康、生活満足度、収入、地域といった変数を調整しても、主観的健康感が「良くない（Poor）」と答えた者は、「非常に良い（Excellent）」と答えた者に比べて、死亡率が有意に高く（死亡率は前半の3年間で2.92倍、後半の4年間で2.77倍）、主観的健康感が「良くない（Poor）」ことと、早期死亡と

は関連があることを明らかにしている。さらに、この関連性については、年齢やその他の健康要因をコントロールした上でも規定力を持つことが、Shapiroら（1988）によっても明らかにされている。

また、Kaplanら（1983）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た。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、多重ロジスティック解析を行った結果、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「悪い（Poor）」と答えたものは、「非常によい（Excellent）」と答えたものに比べて、男性で2倍、女性では5倍であったと報告している。

Idlerら（1990）は、コネチカット州ニューヘブレンなどにおける4年間にわたる追跡調査を行い、障害を測定することによる身体的健康、慢性疾患、社会人口学的特性（sociodemographic）、健康危険行動（health risk behaviors）をコントロールしても、主観的健康感が良くないものは死亡危険度（the risk of mortality）が著しく増加したと報告している。

生命予後との関連についての研究には、他にも、Rakowskiら（1991）、WolinskyとJonson（1992）などがあり、それらのほとんどが主観的健康感と生命予後との有意な関連性を報告している。

このように、主観的健康感とは、欧米では特に米国を中心に近年多くの研究が行われ、特に高齢者における生命予後との有意な関連性が検証されてきており、健康指標としての価値や重要性が明らかにされてきている。つまり、主観的健康感とは、特に高齢者の間では、予測妥当性も高く、簡便な測定指標として、集団レベルの健康度の評価や比較のために使用することが可能であることが明らかになってきている。

一方、わが国では、主観的健康感の研究は1980

年代後半ごろから報告されており、小金井市の高齢者を5年間追跡調査した芳賀ら（1988）の研究がある。この研究では、主観的健康感とは「非常に健康」から「非常に悪い」の4段階となっており、生命予後との関連はなかったと報告されている。しかし、芳賀ら（1991）は、その後、秋田県雄和町の65歳以上の男女1,096名の地域在宅老人を対象に7年間の追跡調査を行い、主観的健康感と生命予後との関連性を分析し、主観的健康感のみを説明変数とする分析では、主観的健康感の悪い者は死亡のリスクが有意に高く、それは性・年齢などの基本的属性や、飲酒・喫煙などの生活習慣、通院中の病気の有無やADLの影響をコントロールしてもなお有意であったと報告している。しかし、主観的健康感と生命予後の関連性は、男性では有意だったが女性では認められなかったとしている。

さらに、藤田（1990）は、東京都品川区、静岡県清水市、鳥取県中部地域の異なる3地域における60～89歳の老人から無作為抽出した3,580人を対象に、主観的健康感に関連する要因およびその後の死亡との関連を2年間にわたり追跡調査を行った。その結果、いずれの地域でも、主観的健康感が悪いほど死亡リスクが高く、ADLの影響をコントロールすれば、主観的健康感にはその後の死亡を予測する独自の寄与があり、また、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、ADLや現在の仕事の有無も強く関連しているとの知見を報告している。

また、全国の60歳以上の高齢者1,671人を対象とした杉澤ら（1994）の研究では、3年間の追跡調査を行い、性、年齢、学歴、初回調査時における慢性疾患の有無、精神的健康、保健行動といった交絡要因をコントロールするためにロジスティック回帰分析を用いて、ADLの予後に対する主観的健康感の効果を検証している。その結果、性・年齢を問わず、主観的健康感がADLの予後予測という側面では妥当性が高い指標であると報告している。

また、地域高齢者737人を5年間追跡調査した小川ら（1993）は、主観的健康感がADLの低下や総死亡と強く関連すると報告している。

表2 地域別サンプル数内訳

地 域	全 体	男 性	女 性	60-64歳	65-69歳	70歳以上
都 心 地 域	733	325	408	258	251	224
西 部 地 域	1127	541	586	373	404	350
北 部 地 域	1173	561	612	494	385	294
東 部 地 域	1016	465	551	410	351	255
南 部 地 域	558	286	272	191	188	179

さらに、主観的健康感とその関連要因を分析し、主観的健康感の指標としての意味の解明を試みた藤田ら（1990）、杉澤（1993）、杉澤ら（1994）、朝倉ら（1991）、野口（1990）の研究などがあり、主観的健康感とは、性、年齢、客観的健康度、既往歴、ADL、収入、学歴、社会参加、主観的幸福感などの多くの要因の影響をコントロールした上でもなお死亡に対して独自の寄与を持つことが明らかになっている。

例えば杉澤（1993）は、全国調査による2,037人を分析対象に、ランダムプロープと呼ばれる調査方法を用いて、高齢者における主観的健康感の関連要因について質的分析を行っている。杉澤は、身体的、精神的、社会的健康指標群のうち、身体的健康指標群、なかでも、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の知見を報告している。

わが国における主観的健康感の研究はまだ緒についたばかりであり、標準化がなされていないことや、回答の選択肢の数や表現、対象集団による評価基準の差など多くの問題点を持っている。しかし、今後さらに研究が進められ、死亡率や有病率といった客観的健康指標では捉えられない健康の質的側面に関する情報（半健康状態など）を簡便に把握できる独自の健康指標として確立され、ますます重要視されるであろう健康指標である。

4. 高齢者における主観的健康感の地域格差と関連要因

客観的健康指標であるSMRで比較した場合では、東京23区でかなりの格差が存在することは前

述の通りであるが、次に前述の主観的健康指標である主観的健康感を用いて、東京23区に居住する高齢者の健康度の分析を行った。

本稿では、東京都立大学都市研究所が1991年5月に実施したプロジェクト研究「大都市高齢者の新しい生活スタイルに関する調査」におけるデータを分析した。

この調査は、東京23区に在住する60歳以上75歳以下の前期高齢者を対象に郵送法によって実施されたもので、サンプリングは、確率比例抽出法により各区のサンプル数を決め、選挙人名簿に基づく系統抽出法により計7,000名の調査対象を選ぶ無作為抽出法で行われている。有効回収票数は4,607（うち男性2,178・女性2,429）で回収率は65.8%となっている。

本稿では、分析の都合上、表2に示すように5つの地域に分けた。

この調査では、主観的健康感を現在の健康状態の自己評価によって測定している。つまり、「あなたの現在の健康状態はいかがですか」という質問に対し、「非常に健康」「健康だが無理はきかない」「病気がち」「寝ていることが多い」の4つの

表3 主観的健康感の度数分布状況

主観的健康感	男性 (%)	女性 (%)
非常に健康	677 (31.5)	496 (28.5)
健康だが無理はきかない	1,167 (54.3)	1,541 (64.0)
病気がち	164 (7.6)	229 (9.5)
寝ていることが多い	26 (1.2)	31 (1.3)
その他	117 (5.4)	109 (4.5)

(n=4,557 無回答を除く)

表4 地域別にみた学歴と所得の分布

	全 体***			男 性***			女 性***		
	低学歴	中学歴	高学歴	低学歴	中学歴	高学歴	低学歴	中学歴	高学歴
都心地域	28.9	43.4	27.7	21.3	32.3	46.4	34.7	52.0	13.3
西部地域	25.3	43.1	31.7	23.7	27.0	49.3	26.7	58.0	15.3
北部地域	40.2	41.1	18.7	37.5	30.9	31.5	42.6	50.4	6.9
東部地域	53.8	35.4	10.8	52.4	30.7	17.0	55.0	39.4	5.6
南部地域	42.3	37.3	20.4	39.6	26.9	33.6	45.3	48.6	6.1
	全 体***			男 性***			女 性***		
	低所得	中所得	高所得	低所得	中所得	高所得	低所得	中所得	高所得
都心地域	35.4	32.1	32.5	24.8	37.8	37.4	44.1	27.4	28.5
西部地域	36.0	32.4	31.7	26.3	36.8	36.8	45.2	28.1	26.7
北部地域	42.0	33.2	24.8	34.1	35.7	30.2	50.1	30.6	19.3
東部地域	46.3	33.4	20.3	42.4	36.5	21.1	49.9	30.6	19.5
南部地域	44.9	33.7	21.3	36.9	34.2	28.8	54.3	33.2	12.6

p<0.05 *p<0.01 ****p<0.001

選択肢によって回答させている。主観的健康感の各カテゴリーについての度数分布は表3の通りである。

その結果、「健康だが無理はきかない」が圧倒的に多数となっており、「非常に健康」と合わせると、主観的健康感が「健康」であるとする者の割合が全体的に非常に高くなっている。これは調査対象者に病院に入院している者や、老人ホーム等の施設入居者が含まれていないこと、さらにアンケートに回答することができるものは健康な高齢者である場合が多いことによるものと考えられる。主観的健康感について調査している他の社会調査においても、やはりこれと同等の傾向が見られることから、分析に用いたデータは大都市居住高齢者の中でも、比較的元気な高齢者に偏りがあることに留意しなければならない。

なお、分析においては、主観的健康感が「非常に健康」であるものを健康群、「健康だが無理はきかない」をおおむね健康群、「病気がち」と「寝ていることが多い」はサンプル数が少ないた

め非健康群としてまとめた。また「その他」や無回答は除いた。

χ^2 検定を行った結果、主観的健康感には地域差が示唆された（全体 $p<0.001$ 、男性 $p<0.01$ 、女性 $p<0.05$ 、全て自由度8）。

地域別の主観的健康感の結果を、主観的健康感が「非常に健康」であると答えた健康群については図3に、「病気がち」と「寝ていることが多い」と答えた非健康群は図4に示した。

健康群で見ると、全体では都心地域、西部地域、北部地域でその割合が高かった。男性では、都心地域、西部地域、北部地域でその割合が高く、西部地域の36.7%と東部地域の28.3%ではかなりの差が見られた。女性では特に南部地域でその割合が低かった。

一方、非健康群でみると、その割合は男女とも東部地域、南部地域で高かったが、特に女性では北部地域も高かった。従って、主観的健康感も、客観的健康指標であるSMRと同様に、都心地域や西部地域で健康水準が高く、東部地域や南部地

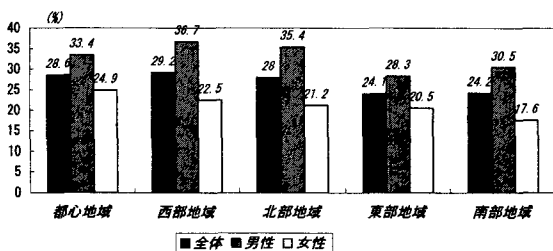


図3 地域別にみた主観的健康感 (健康群)

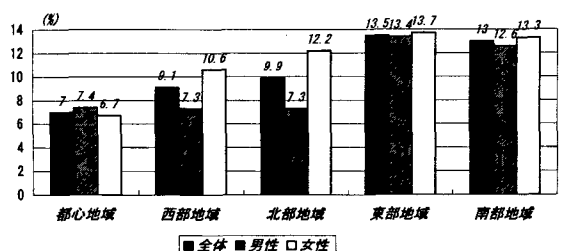


図4 地域別にみた主観的健康感 (非健康群)

表5 学歴・世帯の収入別にみた主観的健康感

	全 体***			男 性***			女 性***		
	低学歴 (n=1,602)	中学歴 (n=1,697)	高学歴 (n=919)	低学歴 (n=702)	中学歴 (n=590)	高学歴 (n=705)	低学歴 (n=900)	中学歴 (n=1,107)	高学歴 (n=214)
健康	21.5	27.0	37.6	24.9	35.3	40.0	18.9	22.6	29.9
おおむね健康	65.1	63.6	55.4	62.5	56.6	53.0	67.1	67.3	63.1
非健康	13.4	9.4	7.0	12.5	8.1	7.0	14.0	10.1	7.0
	全 体***			男 性***			女 性***		
	低所得 (n=1,623)	中所得 (n=1,312)	高所得 (n=1,050)	低所得 (n=647)	中所得 (n=711)	高所得 (n=604)	低所得 (n=976)	中所得 (n=601)	高所得 (n=446)
健康	20.6	28.9	37.4	24.7	33.3	42.9	17.9	23.6	30.0
おおむね健康	65.2	63.3	56.9	61.2	58.2	52.8	67.8	69.4	62.3
非健康	14.2	7.8	5.7	14.1	8.4	4.3	14.2	7.0	7.6

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

域で低い傾向が示唆された。

次に、この主観的健康感の地域格差をもたらす関連要因は何だろうか。客観的健康指標では、学歴や所得格差が最も強く関連していることがいくつかの調査研究で指摘されている（Thomas、1979；Mildred、1990）。本稿で用いた調査データから学歴と所得について地域別に見たものが表4である。

まず、学歴についてみると、男性では都心地域や西部地域で高学歴（旧制高校・大学卒）が多く、北部地域、東部地域、南部地域では少ない。特に最も高学歴者が多い西部地域では49.3%、最も少ない東部地域では17.0%とかなりの格差が見られた。反対に低学歴（旧制小学校・旧制高等小学校・新制中学校卒）は北部地域、東部地域、南部地域で多く、都心地域や西部地域で少なかった。また、女性でも同様の傾向が見られたが、男性に比べて全体的に高学歴は少なく、中学歴（旧制中学校・新制高等学校卒）、低学歴が多かった。

一方、世帯の収入でも学歴同様の傾向が見られ、男女とも都心地域や西部地域で高所得層（800万

以上）が多く、北部地域、東部地域、南部地域では低所得層（400万以下）が多い傾向が見られた。男性に比べて女性で低所得層が多く高所得層が少ないのは、女性に配偶者がいない世帯が多く、さらに就業していない者が多いことによるものである。

次に、学歴と収入の主観的健康感との関連を性別にみたものが、表5、図5、図6である。

まず、学歴では主観的健康感と強い関連がみられ、高学歴ほど健康な者が多く、反対に低学歴ほど非健康な者が多かった（ $p<0.001$ ）。また収入でも、やはり主観的健康感との強い関連がみられ、高所得ほど健康な者が多く、低所得ほど非健康な者が多かった（ $p<0.001$ ）。

杉澤ら（1994）は、東京23区において中年期男子の高率死亡地域である江東区と低率死亡地域である文京区を対象に、不健康要因の存在状況の違いを予防的保健行動（禁煙、節酒、適度な運動、標準体重の維持、適度な睡眠時間、朝食の摂取など）の面から調査分析し、予防的保健行動の地域差は学歴分布の違いにより説明されたと報告して

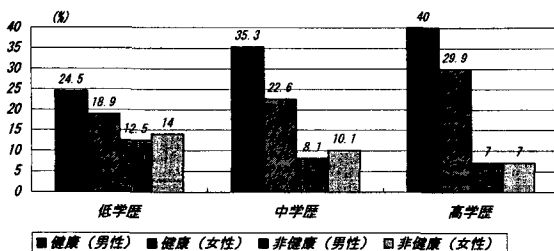


図5 学歴別にみた主観的健康感

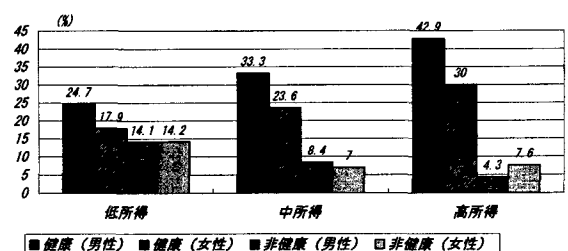


図6 収入別にみた主観的健康感

いる。

学歴や収入と主観的健康感との強い関連性が統計学的に示されたことから、学歴や収入の地域格差が主観的健康感の地域格差の重要な要因であることが示唆されるが、主観的健康感はその主観的な性質上、社会参加や交友関係、家族関係などの社会的ネットワーク、ADL、現在の疾病有無や通院状況など、さまざまな要因によって影響されるものであるため、今後、より多面的な分析が必要であろう。

5. おわりに

以上、客観的指標、主観的指標ともに大都市内部では健康水準に格差が存在することを東京23区の場合で提示した。

主観的健康指標である主観的健康感でも、客観的健康指標と同様に、健康水準には地域格差が存在し、主観的健康感において健康であると答えた者の割合は都心地域、西部地域、北部地域で高く、東部地域、南部地域で低いことが示唆されたが、本研究ではサンプル数の都合上、大まかな地域に分けて分析せざるを得ないため、今後さらに細かい地域別の調査が必要であろう。

近年、大都市では都心地域を中心に、人口の急激な高齢化が問題となっている。この要因としては、医療の発展と公衆衛生の改善による平均寿命のめざましい伸長と、地価高騰などの住宅事情の悪化による居住人口の減少、核家族化、さらに教育費用の増大や女性の社会進出などによる少子化があげられる。さらに、東京などの大都市では、高度経済成長期に流入してきた年代層が高齢化していく一方、その子どもたちが住宅確保の困難から大都市周辺部へ流出し、その結果、一般的に移動性の低い高齢者が取り残されることが高齢人口比を高くしている。今後、この傾向はますます強くなることが予想されることから、増加する大都市高齢者の健康をいかに保持増進していくか、またどのように地域で支えていくのが、地域保健・福祉政策の重要な課題となっている。

高齢化に伴う主要な課題は、急増する医療費の

問題や「寝たきり老人」「痴呆性老人」の介護対策である。一方で、世界一の長寿社会の実現に伴い、健常で比較元的元気な高齢者も増加しており、これらの元気な高齢者が、健康で生き生きとした高齢期を送れることが重要である。また、高齢者は加齢にともない、ADLが低下し、慢性疾患の有病率が高まるが、ADLの低下や慢性疾患の罹患のもとでも、生き生きと充実したQOLの高い生活を送れるような環境整備が求められている。

では、高齢者が健康で生き生きとしたQOLの高い生活を送るためには何が重要なのであろうか。この問題を解明する目的で多くの研究が行われてきており、社会参加や生きがい、社会的ネットワークや社会的支援の重要性が指摘されてきている。しかし、大都市に居住している高齢者は、その都市的環境において、多様なライフスタイルを持っていることから、今後より多面的かつ総合的な調査研究が必要であろう。

謝 辞

本稿を作成するに際してご指導いただきました東京都立大学都市研究所山崎秀夫先生、東京都立大学工学研究科土木工学専攻秋山哲男先生、立命館大学文学部地理学科の中谷友樹氏に深謝します。

文 献 一 覧

- 1) 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』38,p.333-343,1991.
- 2) 小川祐他「地域高齢者の健康度評価に関する追跡調査研究；日常生活動作能力の低下と死亡の予知を中心に」、『日本公衆衛生雑誌』40,p.859-871,1993.
- 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』42,p.366-378,1995.
- 4) 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』39,p.3-10,1994.
- 5) 杉澤秀博・奥山正司・柴田博「東京都における中年期男子の保健行動の地域比較－予防的保健行動

- について」,『日本公衆衛生雑誌』41,p.1041-1049,1994.
- 6) 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』38,p.14-24,1993.
 - 7) 高橋勇悦「大都市高齢者の生活スタイルー東京都心部高齢者実態調査概況報告」,『総合都市研究』46,p.5-34,1992.
 - 8) 高橋勇悦「大都市高齢者の地域参加型とその特質ー東京23区の調査事例」,『総合都市研究』48,p.5-21,1993.
 - 9) 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』38,p.783-789,1991.
 - 10) 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』10,p.163-174,1988.
 - 11) 藤田利治・旗野脩一「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』31,p.43-51,1990.
 - 12) 星旦二「健康指標とQOL」,『クオリティ・オブ・ライフと保健医療ー日本保健医療行動科学会年報』Vol.3, メヂカルフレンド社, p.59-68,1988.
 - 13) 星旦二「都市の健康水準と課題解決としての健康政策」,『総合都市研究』50,p.137-152,1993.
 - 14) 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』32,p.3-11,1990.
 - 15) Ider EL, Kasl SV, Lemke JH. "Self-Evaluated Health and Mortality among the Elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington Counties, Iowa, 1982-1986", *American Journal of Epidemiology*, 131, pp. 91-103, 1990.
 - 16) Kaplan GA, Camacho T. "Perceived Health and Mortality : a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort ", *American Journal of Epidemiology*, 117, pp. 292-304, 1983.
 - 17) Mildred B. *Health and Lifestyles*, Routledge, 1990.
 - 18) Mossey JM, Shapiro E. "Self-Rated Health : a Predictor of Mortality among the Elderly", *American Journal of Public Health*, 72, pp.800-808, 1982.
 - 19) Rakowski W, et al. "The association of self-rated health with two-year mortality in a sample of well elderly", *Journal of Aging Health*, 3, pp.527-545, 1991.
 - 20) Shapiro E, Tate R, "Who is really at risk of institutionalisation?", *The Gerontologist*, 28, pp.237-245, 1988.
 - 21) Singer E, et al. "Mortality and mental health : evidence from the midtown Manhattan restudy", *Social Science and Medicine*, 10, pp. 517-525, 1976.
 - 22) Thomas M, *The Role of Medicine*, BLACKWELL, 1979.
 - 23) Wolinsky FD, Johnson Rj. "Perceived health status and mortality among older men and women", *J Gerontol*, 47, pp.304-312, 1992.

Key Words (キー・ワード)

Subjective Health Status (主観的健康感), Standard Mortality Rate (標準化死亡比), Tokyo (東京), Elderly (高齢者), Regional Differences (地域格差), Educational Career (学歴), Income (収入)

Subjective Health Status of the Elderly in Metropolitan Tokyo

Koji Takabayashi*, Tanji Hoshi**, Yoshinori Fujiwara*** and Yuetsu Takahashi**

*Master of Urban Science, Tokyo Metropolitan University

**Center for Urban Studies, Tokyo Metropolitan University

***Graduate Student, Kyoto University

Comprehensive Urban Studies, No.63, 1997, pp.5-14

The purpose of this study is to clarify regional differences of subjective health status and what factors are associated with those differences in the elderly who live in 23 wards of Tokyo.

The Data from a survey in 1991 conducted by Center for Urban Studies was used in this analysis. The subjects were the random samples of non-institutionalized residents of Tokyo aged between over 60 years and under 75 years, and there were 4,607 responses (2,178 male ; 2,429 female) for the response rate of 65.8%.

We classified the 23 wards into 5 regions, Central, West, North, East, and South, in this study to clarify the regional differences of subjective health status. Results are follows:

(1)Analysis of the data revealed that there was a distinct difference among 5 regions for both sexes. The rate those who self-rated as "very healthy" and "healthy" in male was higher in the region of Central, West, and North. And there was large difference between the region of West (36.7%) and East (28.3%). In female, the rate those who self-rated as "very healthy" and "healthy" was especially low in South region compared with other regions.

(2)Educational career and income were strongly correlated with subjective health Status. This fact shows that educational career and income are significant factors connected with regional differences of subjective health status in urban elderly.

In addition, this study suggests that a cohort study about the regional differences of subjective health status in urban elderly is indispensable, and needs to involve other sociodemographic characteristics such as marital status, job, and social network for future analysis.