
女性のライフステージと健康特性に基づいた
ヘルスプロモーション・モデルの開発

(課題番号 13470532)

平成 13 年度～平成 15 年度科学研究費補助金〔基盤研究(B)(2)〕
研究成果報告書



平成 16 年 3 月

研究代表者

東京女子医科大学看護学部

教授 加藤登紀子

女性のライフステージと健康特性に基づいた
ヘルスプロモーション・モデルの開発

(課題番号 13470532)

平成 13 年度～平成 15 年度科学研究費補助金〔基盤研究(B)(2)〕
研究成果報告書

平成 16 年 3 月

研究代表者

東京女子医科大学看護学部

教授 加藤登紀子

研究組織

- 研究代表者：加藤 登紀子（東京女子医科大学看護学部 教授）
- 研究分担者：伊藤 景一（東京女子医科大学看護学部 助教授）
- 研究分担者：掛本 知里（東京女子医科大学看護学部 講師）
- 研究分担者：佐藤 直子（東京女子医科大学看護学部 講師）
- 研究分担者：橋本 和可子（元東京女子医科大学看護学部 助手）
- 研究分担者：江口 晶子（東京女子医科大学看護学部 助手）
- 研究分担者：高橋 朋子（東京女子医科大学看護学部 助手）

交付決定額(配分額)

(金額単位:千円)

	直接経費	間接経費	合計
平成 13 年度	2,500	—	2,500
平成 14 年度	2,000	—	2,000
平成 15 年度	2,000	—	2,000
総計	6,500	—	6,500

研究発表

- 伊藤景一、掛本知里、飯田晶子、高橋朋子、加藤登紀子:SF-36による基本健康診査受診者の健康関連 QOL の測定と関連要因の検討、第 62 回日本公衆衛生学会総会、2003 年 10 月 23 日

Ⅲ. 結果	57
1. 住民基本健康診査の4年間継続受診群と非継続群の特性の比較分析	57
2. 基本健康診査の4年間継続受診者における自己健康度・日常生活習慣・ 健診データの経年変化に関する解析	59
Ⅳ. 考察	64
1. 基本健康診査の継続受診群と非継続群の特性の比較検討	64
2. 継続受診者における健診関連データの経年変化の特徴と地域保健活動への示唆	65
Ⅴ. 引用文献および参考文献	66
図表目次	68
図表	74

第5章 母親の育児不安に関する要因の検討

－母親側の要因、夫との関係性、社会的サポートに焦点をあてて－ 151

掛本知里 江口晶子

Ⅰ. はじめに	151
Ⅱ. 研究目的	151
Ⅲ. 文献検討	152
1. 育児不安	152
2. 育児不安に関わる要因	152
Ⅳ. 方法	152
1. 調査対象及び方法	155
2. 調査内容	155
3. 調査期間	157
4. 分析方法	157
Ⅴ. 研究結果および考察	158
1. 調査対象者の居住地	158
2. 母親の基本的属性	158
3. 母親の日常生活	164
4. 子どもについて	166
5. 夫の育児への参加、協力や母親との関わりの現状と母親の希望	169
6. 母親の育児に対する不安およびストレス	171
7. 母親の性格	173
8. 社会的サポート	177
9. 育児困難感得点とその関連要因	180
Ⅵ. おわりに	183
Ⅶ. 引用文献	183

第6章 女性のヘルスプロモーション活動の実際	185
------------------------	-----

掛本知里 江口晶子

I. D町におけるヘルスニーズの所在	185
II. 研究方法	186
1. 健康教育の実施	186
2. アンケート調査の実施	187
3. 実施期間	187
III. 健康教育時に行ったアンケート調査の結果および考察	187
1. 健康教育を受けたものの概要	187
2. 通常、健康上注意していること	188
3. 健康上、今後注意したいこと	189
4. 今後、保健事業に望むこと	189
5. 基本健康診査と受診したD町住民の健康教育とヘルスプロモーション	190
IV. D町における女性のヘルスプロモーション	191
1. ヘルスプロモーションのための一次予防事業を中心とした保健事業の展開	191
2. 保健事業の体系化	191
3. 連携による機会の拡大	192
V. 引用文献	192
付録1. 健康調査票	195
付録2. 育児不安調査票	203
資料3. 健康教育資料	213

第1章 はじめに

地域において住民のヘルスプロモーションを目指すためには、保健医療を含めた社会制度の改革、人々のセルフケア能力を高めるサポート、健康的なライフスタイルを推進するための環境作りなどの幅広い活動が重要である。

高齢化社会において、生活習慣病の予防、医療費の高騰の抑制に対する社会的な要請は急務であり、近年、ヘルスプロモーションが注目されるようになってきた。また、女性のライフスタイルが多様化する中、女性のヘルスプロモーション活動も重視されるようになってきた。女性の精神的・社会的な健康上の問題には、各ライフステージにおける家庭や仕事上の悩み、仕事と家事や子育てを両立しながら生活していくことに対するストレス、自分の健康問題、家族の介護、自分の老後の不安などがあげられ、これらの問題は、少子・高齢社会、核家族化、女性の社会進出に伴ってますます増加していくと考えられる。

しかし、わが国のヘルスプロモーションに関する研究では、ヘルスプロモーション一般や生活習慣病の予防に関わる研究が多く、特に男性、女性といった性別を考慮した報告は少ない。地域保健の領域でも、母子保健や更年期女性の健康問題をとらえ、ヘルスプロモーションの側面に視点を当てて報告しているものはあるものの、壮年期および老年期の女性を対象にした研究は少ない。今後、女性のヘルスプロモーション活動を活発化していくためにも、地域における女性のライフステージと健康特性に基づいたヘルスプロモーション・モデルの開発をはかることが重要である。

ヘルスプロモーション活動を展開にするにあたり、女性の各ライフステージにおけるさまざまなニーズを把握し、問題を抽出していくことが必要であるが、その際、問題の直接的な要因だけでなく、根本的な要因となるものを明らかにすることが重要であり、そのことから改善策や解決策を見いだすことができる。また、地域環境や社会制度も含めてアセスメントすることで、その地域の住民に適したヘルスプロモーション・モデルを開発することができる考えた。

本研究に先立ち平成11年度から、本研究班では、S県D町において40歳以上の住民を対象とした基本健康診査に合わせて、住民の健康状況の把握を目的とした質問紙による健康調査を継続してきた。本研究では、女性のヘルスプロモーション・モデルを構築するための研究として、これまでの研究実績を踏まえ、①S県D町の保健師への聞き取り調査を通し、D町内の既存のヘルスプロモーション・プログラムおよび社会資源の概要について明らかにする。②これまでの地域住民の追跡調査の継続により、S県D町における壮年期および老年期の女性の4年間の健康状態の変化を含めた、健康特性、および健康に関わるニーズを明らかにする。③S県および、S県D町の保健師への聞き取りの結果、現在、保健活動において問題となっている育児を行っている年代の母親の心身の負担、特に育児不安に関わる質問紙調査を行い、この年代の健康特性の一端を

把握する。④これらの調査から明らかになった各ライフステージにおける健康特性、および健康に関わるニーズに基づき、ヘルスプロモーションに関わる活動を一部実施し、その短期的な効果および今後のニーズを明らかにした上で、D町におけるヘルスプロモーション・モデルの作成を試みた。

第2章 文献検討

本章では、女性のライフステージに基づき、成熟期、成人中期(勤労女性、介護者)、老年期の別に、ヘルスプロモーション・モデル、女性のヘルスプロモーション・プログラムおよびライフステージやライフスタイルに関わる国内外の文献を収集し、関連する概念について検討を行い、ヘルスプロモーションにおける特徴をまとめた。

I. 成熟期の女性のヘルスプロモーションに関する研究の動向

佐藤 直子

1. はじめに

成熟期(20~30 歳代)は、女性の一生において最も活動的で、また結婚・出産などライフステージにおける大きな変化を経験する時期でもある。日本女性の成熟期の特徴として、晩婚および出産の高齢化の進行と、働く女性の増加があげられる。最新のデータによれば、日本の女性の初婚平均年齢は 27.2 歳、第 1 子出産平均年齢は 28.2 歳(2001 年人口動態統計より)、20~30 歳代女性の労働力率は 62.4~75.6%、20~30 歳代女性の有配偶労働力率は 41.5~55.5%(2002 年総務省統計局労働力調査より)、育児休暇取得率は 64%(2002 年厚生労働省女性雇用管理基本調査より)であり、もはや「結婚したら仕事をやめて家事や育児に専念する」という古典的な女性のライフサイクルモデルは過去のものとなり、労働者・妻・母など同時に複数の役割を担う人もいれば、未婚のまま働き続ける人もいるというように、多様な生き方が認められる時代となった。

次に成熟期の女性の現在の健康状態について、以下簡単にまとめる。成熟期は一般に健康な人が多いと考えられがちであるが、実際には健康上の悩みやストレスを抱えている人はかなり多い。2001 年国民生活基礎調査によれば、25~34 歳の女性の場合、有訴者率(自覚症状のある者の割合)は人口千対で 297.7 人、自覚症状・通院・生活影響のいずれかあるいは両方がある者は 37.7%、自身の健康について「あまりよくない」あるいは「よくない」と思っている者は 9%、日常生活での悩みやストレスがある者は 58.3%(悩みの内容は多いものから順に、仕事 3.1%、収入・家計・借金 28.5%、育児 22.7%等)であった。働く女性に限った調査ではさらに女性の健康状態の悪化が懸念され、女性労働者のうち「疲れる」と回答した者の割合は、29 歳以下で 76.9%、30~39 歳で 78%(2002 年労働環境調査より)であった。さらに生活習慣病に関するデータをみると、2001 年の死因別死亡率では、悪性新生物については 20~24 歳の女性で 3.1 人(人口 10 万対)が 35~39 歳の女性で 25.3 人(同)、心疾患では 20~24 歳の女性で 1.3 人(同)が 35~39 歳の女性で 4.3 人(同)、脳血管疾患では 20~24 歳の女性で 0.5 人(同)が 35~39 歳で 3.7 人(同)

へと、30歳代後半は20歳代前半に比較して明らかに高い4~8倍の死亡率であり、生活習慣病は成熟期の女性にとってもはや無縁の話ではないと考えるべきであろう。

以上のことから、成熟期の女性の健康課題としては、性や生殖に関する役割の達成、仕事や育児などのストレスに対処しながら女性の生涯を通じた健康づくりの基礎となる健康なライフスタイルの確立などがあげられる。上記の課題のうち、これまで日本では「生殖に関する役割」の側面、つまり如何にしてより正常な分娩・出生に導くか、あるいは如何にして出生した児の異常を早期発見し治療するかが注目され、妊娠・出産・育児期の医学的母子健康管理の観点からの研究が主に行われてきた。その膨大な研究成果は母子保健サービスの整備に活かされ、日本の乳児死亡率は3.1(出生千対, 2001年)、妊婦死亡率は6.3(出産10万対, 同年)と、母子保健指標では今や世界のトップレベルにあり(厚生統計協会編, 2003)、妊娠届を提出すると同時にすべての妊婦を対象として提供される公的母子保健サービスシステムは他の先進諸国からも注目されている。その一方で、働く若い女性や無事出産を終えた家事・育児中の女性の健康を増進するためのプログラムの開発、親や配偶者や子どもたちなど周囲の人々の健康を守る者として健康知識や技術の向上をはかるための教育的介入などは重要視されず、これらのテーマでの研究が行われるようになったのはごく最近のことである。

そこで、日本および米国等の先進諸国で行われた、成熟期の女性のヘルスプロモーションに関する最近の研究の動向を以下にまとめる。

2. 方法

国内の文献については、Web版医学中央雑誌 Ver.3を用い、1983~2004年1月までに登録された文献について、“女性”と“ヘルスプロモーション”のキーワードの組み合わせ条件による検索を行った。その結果、両者の組み合わせによる文献数は114件であった。このうち、成熟期の女性について直接的に言及しており、かつ最近10年以内に行われた研究および調査という条件に該当する文献を選ぶため、1件ずつ抄録等データベース上で文献の内容を検討し、最終的に本稿で扱う文献として4編を選んだ。尚、“女性”と“ヘルスプロモーション”のキーワードに、さらに“成熟期”あるいは“若年女性”のキーワードによる絞込み検索を行ったが、文献は皆無であった。

一方、諸外国における文献については、Web版CINAHLを用い、1983~2004年1月までに登録された文献について、“health promotion”と“young women”のキーワードの組み合わせ条件による検索を行った。その結果、両者の組み合わせによる文献数は633件であった。このうち、“adolescence”のキーワードに該当するものを除き、さらに英語で発表された研究論文(research)でかつ最近10年以内に発表されたものに絞ると、文献数は142件であった。さらに成熟期の女性について直接的に言及しているかどうかを1件ずつデータベース上およびFull Textで内容を確認

認し、Full Text の入手が困難な学位論文を除き、最終的に本稿で扱う文献として 6 編を選んだ。尚、1994 年以前の研究の動向については、この時期の成熟期の女性のヘルスプロモーションの研究の動向を概説した McElmurry, B. J. & Tashiro, J. (1997)による文献を参考に簡単にまとめた。

3. 日本での研究

日本で過去 10 年間に行われた研究は非常に少なく、子どものヘルスプロモーション行動の影響因子としての母親のヘルスプロモーション行動を調査した研究を含めても、わずか 4 編しか見当たらない。以下、年代順に述べる。

中村ら(1997)は、小児糖尿病患者の日常生活習慣と療養行動の関連および、小児糖尿病患者とその親の日常生活習慣の関連を調べることを目的として、千葉市内の病院の小児外来を受診している小児糖尿病患者(平均年齢 13.2 歳)とその親の 49 組のペアを対象に質問紙調査を行った。親の健康習慣についての質問紙は、Breslow の健康習慣質問票をもとに作成された 16 項目の日常生活行動について 1~3 点で評価するもので、得点の高いほど良い健康習慣を示すものである。その結果、得点が低く悪い習慣であった親の健康習慣の項目を順に挙げると、「運動」(平均 1.51 点)、「間食」(平均 1.96 点)、「朝の起床」(平均 2.11 点)であり、運動をしていない親は 71.4%、ほとんど毎日間食している親は 24.5%、朝なかなか起きられない親は 18.4%であった。一方得点が高く良い習慣であった項目を順にあげると、「起床時間」(平均 2.96 点)、「朝食を毎日食べる」(平均 2.90 点)、「入浴の頻度」(平均 2.86 点)であり、ほとんどの親は朝 7 時前に起床し、毎日朝食を食べていた。親の健康習慣のうち、子どもの健康習慣の総得点との有意な相関がみられた項目は就寝時間($r=0.289$, $p<0.05$)のみ、子どもの健康習慣や療養行動のうち、親の健康習慣の総得点との優位な相関がみられた項目は「朝すっきり起きられるか」($r=0.391$, $p<0.01$)、「便は毎日でるか」($r=0.355$, $p<0.01$)、「インスリンを打つ時間が決まっているか」($r=0.515$, $p<0.001$)の 3 つであった。親の健康習慣の総得点と子どもの健康習慣・療養行動の総得点との相関係数はそれぞれ($r=0.334$, $p<0.05$, $r=0.298$, $p<0.05$)であり、いずれも有意な正の相関が得られ、親の健康習慣が子どもの健康習慣や療養行動に影響を与えていることが示唆された。

兼松ら(1998)は、慢性疾患の幼児の親と健康な幼児の親のヘルスプロモーション行動を比較する目的で、千葉県内の病院および肢体不自由児訓練施設の小児外来に通院中の慢性疾患児(気管支喘息・アトピー性皮膚炎・脳性麻痺)の母親 64 名と、千葉市内の保育園・幼稚園に通っている(月齢と性を患児にマッチして選ばれた)健康な子どもの母親もしくは父親 64 名を対象にした質問紙調査を行った。Breslow の健康習慣質問票を参考にして作成した独自の調査票は、16 項目にわたる日常活動について「よく行う」「時々行う」「行わない」のいずれかを選んでもらう方式のも

ので、その回答結果をそれぞれ3点、2点、1点として平均値の比較を行った。その結果、患児の母親の方が健康児の母親よりも「朝食を食べる」の項目で平均値が高く、「飲酒」の項目で平均値が低く、また16項目全体の合計においては気管支喘息児やアトピー性皮膚炎児の母親が健康児の母親より得点が高かった。また活動内容についてみると、気管支喘息児やアトピー性皮膚炎児の母親は「よく行う」活動として「部屋の掃除」をあげており、児の疾患ケアに伴う特徴がみられた。「スポーツや野外の活動」は児の健康状態にかかわらず日常的に行っている親は少なく、疾患の有無にかかわらず幼児を抱える親は育児や医療的ケアに追われ、意図的なヘルスプロモーション行動をとる機会が少ないことが示唆された。

小坂谷ら(1999)は、若年成人女性における踵骨超音波骨量とライフスタイルの関連を明らかにする目的で、骨粗鬆症予防検診を受診した健康な20~39歳までの地域住民女性457名を対象として、超音波による踵骨骨量の測定、出産経験や運動習慣および食生活、身体活動状況を把握するための7日間の歩行記録調査を行った。その結果、出産経験、運動習慣、乳製品摂取頻度と骨量には相関があり、また出産後1年以上3年以下の女性ではカルシウム摂取量の多い者は骨量が高く、出産後3年以上の女性では運動習慣を現在有する者に骨量が高かった。このことから、出産により骨量が低下するが、運動習慣や積極的なカルシウム摂取により骨量は再び増加する可能性があることが明らかとなり、出産後の女性に対して運動や食事療法等の骨粗鬆症予防教育を実施する必要性が示唆された。

宮原(2002)は、関東地区に在住する30~60歳代の女性309名(うち30歳代は50名)を対象として女性の健康認識と医療ニーズに関するアンケート調査を実施した。その結果、①7~8割が診療データを開示してくれ、臓器別でなく総合的に診療してくれる施設を求めており、②情報入手方法としてはテレビ・新聞が最も多く、③日ごろの健康対策としては、食生活に気をつけ、十分な睡眠・休養をとり、体重や体脂肪・排便等の自己チェックを定期的に行っており、④7割近くが体調が悪く感じたら家族や友人など身近な人へ相談する、と答えていた。この結果から、30歳代以降の女性の健康への関心は高いが、その医療ニーズは必ずしも満たされているとはいえ、かかりつけ医のような身近に相談できる専門家を求めていることが明らかとなり、これらのニーズにこたえるような公共あるいは医療機関(女性専門外来やクリニック)のサービスの充実の必要性が示唆された。

以上の研究成果から、成熟期の女性の健康状態・健康ニーズ・健康行動についてはいくつかの限定的な内容の報告があるものの、これまでほとんど明らかにされていない。このように成熟期の女性を対照とした研究が少ない理由として、どのようにして調査対象者の協力を得るかという研究実施上困難な課題があることが考えられる。調査対象者の選定にあたっては、成熟期の女性に共通してかなり頻繁に見られる疾患や症状(中高年女性の場合ならば更年期障害など)というものは

なく、特に専業主婦の場合は医療機関を定期的に受診したり健康診断を受けたりする人は少ないので、この時期の女性を対象とした研究は一般に実施すべき優先順位が低いと考えられがちである。これらの課題に対しては、以下に述べる海外での取り組みが参考になるであろう。

4. 1990 年代前半までの諸外国における研究

生殖期(15~45 歳)は、女性の人生において最も活発な時期であり、女性自身だけでなく、家族そして地域の活動を支えているという点から、女性たちは今日の保健医療福祉および経済の発展において重要な役割を担っており、この事実は先進諸国や発展途上国など世界中のすべての国において共通に認識されている(National Institutes of Health, 1991)。しかしながら、ヘルスプロモーションに関して先進的な研究成果をあげている米国でも、成熟期の女性のヘルスプロモーションはこれまではあまり注目されておらず、このテーマでの研究が行われるようになったのはごく最近のことである。

McElmurry, B.J. & Tashiro, J.(1997)は、ヘルスプロモーションに関する研究が行われはじめた 1980 年代後半~1990 年代前半までの研究のうち、勤労女性もしくは育児中の女性を対象として行われた 5 編の研究成果についてまとめている。それによれば、①状況的環境的因子(時間、費用、社会資源、婚姻や子どもの有無など)が成熟期の女性およびその家族の健康に影響を与えている(Duffy, 1986)、②フルタイムで働く成熟期女性は男性に比較してよい健康行動(肥満予防)をとっているが、その理由として女性のほうが男性に比べて職場外の活動や家事をより多く行っていることがあげられる(Teufel, 1992)、③勤労している成熟期女性の健康状態に影響を与えている因子は、現在の健康状態および潜在的な健康問題の有無、内的なコントロールの軌跡(Locus of Control)、現実感(self-actualization)、健康に関するコントロールの軌跡、健康に関する責任感、運動、自己効力感、教育背景などであり、これらは成人のヘルスプロモーションに関する他の研究成果と一致している(Duffy, 1988; Duffy, 1989)、④成熟期の女性は、家庭内の健康管理責任者(Family Health Officer)として家族の健康に関する興味や悩みを予測し導く役割を果たしている(Hibbard&Pope, 1987)、⑤専業主婦は勤労女性に比べより多くの健康行動に従事しており、勤労女性は、仕事の悩み、時間のなさ、疲労、睡眠不足、残業、子どもの病気などにより専業主婦よりも多くのストレスを抱えている(Walker, et al., 1988)。

5. 最近 10 年間に行われた諸外国における研究

最近の研究は、特定の健康行動(喫煙、がん予防、肥満)とその影響因子について明らかにしようとしたものと、効果的なヘルスプロモーションプログラムの開発およびその効果を評価する目的のもの 2 つに分けられる。

はじめに、特定の健康行動とその影響因子についての研究 3 編について述べる。Jacobson, B. H. ら(1995)は、女性における喫煙量と総コレステロール値および HDL コレステロール値の関連について明らかにする目的で、米国アリゾナ州メサ市の女性職員 805 名(平均年齢 35.6 歳)を対象とした調査を行った。対象者を喫煙歴により、非喫煙者 460 名、現在禁煙者(過去に喫煙しており現在までに 1 年以上禁煙している者)201 名、軽度スモーカー(1 日に吸うタバコ本数 10 本以下)34 名、中等度スモーカー(1 日に吸うタバコ本数 10~19 本)75 名、ヘビースモーカー(1 日に吸うタバコ本数 20 本以上)35 名に分け、その血中のコレステロール値および HDL コレステロール値を測定し比較した。その結果、総コレステロール値に関してはヘビースモーカー群とそれ以外の群(中等度スモーカー、軽度スモーカー、現在禁煙者、非喫煙者)との間で、また HDL コレステロール値に関してはヘビースモーカーおよび中等度スモーカーをあわせた群と、非喫煙者と過去喫煙現在禁煙者をあわせた群との間で、有意な差がみられた。これらの結果は、年齢・体脂肪率・運動・食事による脂肪摂取、心疾患に関する家族歴、経口避妊薬の内服の有無、アルコール摂取などの交絡因子の調整後においても変化がなかった。このことから、1 日 10 本以上の喫煙(ヘビースモーカーおよび中等度スモーカー)は、総コレステロール値の上昇および HDL コレステロール値の低下に関連しており、また禁煙もしくは非喫煙は成人女性のリポ蛋白代謝を良好に保つことに関連していることが示唆された。

Kushnir, T. ら(1995)は、健康に対する自己責任感(Health Responsibility)と乳がんおよび子宮頸がんの早期発見のための行動との関連を明らかにする目的で、イスラエルの某大企業に勤務する女性労働者 253 名(平均年齢 36.6 歳)を対象とし、独自に開発した「健康に対する自己責任感に関する質問票(Health Responsibility Scale)」と、女性に多いがんの早期発見のための行動(乳がん自己検診の頻度、医師による乳がん触診を受けた頻度、子宮頸がんに関するパップ試験を受けた頻度等)の実施状況についてたずねる質問票を用いた調査を行った。その結果、対象者のうち 63.5%が毎月 1 回以上乳がんの自己検診を実施しており、また 72.4%が年 1 回以上医師による乳がん触診を受けていた。一方子宮頸がんのパップ試験を受けた頻度は低く、69.2%が過去 1 回のみ、また一度も受けたことがない者も 23.2%いた。健康に対する自己責任感とは、乳がん検診の受診頻度と正の相関関係が認められたが、子宮頸がんの検診の受診頻度とは関係が認められなかった。子宮頸がん検診の受診頻度と相関が見られたのは対象者の教育レベルで、教育程度の高い女性ほど子宮頸がんの検診を積極的に受ける傾向がみられた。また年齢は乳がんと子宮頸がんのいずれの検診の受診頻度とも関連しており、年齢を重ねた女性ほどがん予防への関心が高く、実際に検診を受診する頻度も高いことが明らかになった。これらのことより、健康に対する自己責任感と乳がん予防のための行動には関連があることが明らかとなり、がん予防や早期発見のための効果的教育プログラムにおいては、健康における自己責任感を向上させ

るような認知的情緒的アプローチが重要であることが示唆された。

Ostbye, T. ら(2003)は、妊産褥期の女性の食事および運動に関する関心を明らかにする目的で、米国ノースカロライナ州の陸軍病院の産婦人科クリニックに受診した女性陸軍軍人またはその配偶者 161 名(平均年齢 27 歳)を対象とした面接調査を行った。対象者を妊婦用 BMI 値により、肥満でない群、肥満気味群、肥満群の 3 つに分け、各群の食事および運動に関する知識と行動を調査し比較した。その結果、肥満群は、それ以外の群(肥満気味群および肥満でない群)に比べて妊娠前に運動習慣がある者が少なく、86%が「ほとんど運動をしていない」と答えていた。また肥満群のうちの 83%、肥満気味群のうちの 92%は、「自分は健康的な食事をとっているといえず、健康習慣の改善が必要である」と考えており、実際に肥満群はそれ以外の群に比較して 1 日における果物や野菜の摂取が少なかった。出産後に体重減少を目的としたプログラムに参加する意思があるかどうかをたずねたところ、肥満群の 67%は「食事による体重減少プログラムに参加したい」と答えたが、肥満でない群は 29%、肥満気味群は 34%と関心は低かった。運動による体重減少プログラムに関してはすべての群が高い関心を持っており、特に肥満群は全員が「関心がある」と答えていた。これらの結果から、妊産褥期の女性は肥満の有無にかかわらず、肥満予防への関心が高いため、妊産褥期(特に出産後)における健康教育の必要性が示唆された。

次に、実際にヘルスプロモーションプログラムを開発しその効果を調査した研究 3 編について述べる。Callen, B.L. ら(2000)は、鉄欠乏性貧血の若年女性に対する健康教育プログラムを開発する目的で、米国中西部にある献血センターに来所した 18 名を対象としたパイロット研究を行った。対象者のうち半分にあたる実験群 9 名(男性 1 名を含む、平均年齢 26 歳)には、鉄分の多い食事のとり方とその目的について書かれたパンフレットを配布するなど、鉄欠乏貧血に関する健康教育を実施した。一方、年齢と性をマッチして選んだ対照群 9 名には健康教育を実施しなかった。実験群と対照群の両方に、初回来所時と 3 ヶ月後の 2 回のヘマトクリット値の測定を行い、また食事日記からわかる最近の食事の鉄摂取量、鉄欠乏性貧血の予防のための食事療法についての知識の変化を分析した。その結果、実験群のヘマトクリットの平均値は 36%から 38%へと改善し、平均の鉄の摂取量も 7.58mg から 9.1 mg に増えていたが、食事療法についての知識の変化は 9 名のいずれにも改善は見られなかった。このパイロット研究は、対象者数が 9 名と少なく、また対象者をランダムに割りつけていないため結果を一般化するにはいたらないものの、若年女性に多い鉄欠乏貧血症の予防における健康教育の効果を実証したのものとして注目される。

Campbell, M.K. ら(2002)は、中小企業で働くブルーカラー(作業労働者)の女性の運動・食生活・喫煙・乳がんおよび子宮頸がんのスクリーニング等の健康行動を増進するためのプログラムとして開発された Health Works for Women(HWW)の効果を評価する目的で、米国ノースカロライナ州の中小企業 9 社に働くブルーカラーの女性 538 名(うち 18~39 歳は 105 名)を対象とした

実験研究を行った。無作為に割り当てられた実験群(N=362名、うち18~39歳は55名)に対しては、2種類の健康マガジンを配布するとともに、健康ヘルパー(Natural Helper)を中心とした健康増進活動によるソーシャルサポートサービスを受けてもらい、その後の健康行動の変化を調査した。健康ヘルパーとは、この調査のために養成される研究協力者で、予め実験群と同じ職場で働く女性の中から希望者104名(1企業につき13~36名)を募り、2ヶ月ごと計18ヶ月にわたるプログラムを受講してもらうことにより、禁煙・食生活・運動・ストレスマネジメント・女性のがん予防・体重コントロール等についての知識を身につけてもらい、プログラム終了後は職場仲間と意見交換しながら健康増進活動(例、ウォーキンググループを結成したり、自動販売機の商品をより健康な食品に変更したりするなど)を自主的に展開できるような人である。その結果、実験群の18ヵ月後の果物と野菜の摂取量は1日あたり0.7servings有意に増加し($p < 0.05$)、6ヵ月後の脂肪摂取量は1日あたり3.4g有意に減少していた($p < 0.05$)。また実験群は、6ヵ月後18ヵ月後のいずれの時点でもストレッチなどの軽い運動の実施頻度が有意に増加していた($p < 0.05$, $p < 0.01$)。しかし喫煙率やがん予防検診の受診の頻度は変化がなかった。このことから、Health Works for Women プログラムは、ブルーカラーの女性労働者の健康増進に効果があることが明らかになった。

Fahrenwald, N.L. (2003)らは、若年成人女性の運動不足を改善する上で超理論的行動変容モデル(Transtheoretical Model of Behavior Change Model)に基づいたアプローチを適用することの効果을明らかにするために、米国の中西部の小都市在住のWICプログラム(Mothers in the Women, Infants, and Children Nutrition Program:乳幼児を抱える低所得者層の母親に対して粉ミルク等の栄養食品の引換券を無料で支給する公的プログラム)を受けている母親(平均年齢24.33歳)6名を対象として、過去7日間の身体的活動報告、自己効力感に関するスケール、行動変容とソーシャルサポートに関するスケールを用いた調査を行った。その結果、行動変容の段階と、身体的活動エネルギー消費指標・1日の運動時間・自己効力感との間には相関があることが認められた。また運動したい理由として、達成感、たくましくなりたい、ストレスの軽減、出産後のシェイプアップなどがあり、運動したくない理由として、疲労、育児、寒さ(天候)などがあげられた。このことから、超理論的行動変容モデルに基づいたアプローチは若年成人女性の健康増進を進める上で効果があることが示唆された。

6. 今後の成熟期の女性のヘルスプロモーションの研究課題

これらの研究成果から、今後の成熟期の女性のヘルスプロモーションの研究課題として、①効果的なヘルスプロモーションプログラムを開発しその効果を確かめる研究を行い、ヘルスプロモーションに関する理論を実証していくこと、②ヘルスプロモーションプログラムの開発に当たっては、既

存の研究で多く用いられたような個人の背景(年齢・性・婚姻の有無、職業などの人口学的因子)のみに注目するのではなく、リプロダクティブヘルスや地域のヘルスケアシステムの整備等も視野に入れ社会的文化的な影響因子についても分析すること、が重要と考えられる。

7. 引用文献

- ・ Callen, B. (2000): Program of care for young women with iron deficiency anemia: A pilot, *Journal of Community Health Nursing*, 17(4), 247-262.
- ・ Campbell, M. K., Tessaro, I., DeVellis, B., et al. (2002): Effects of a tailored health promotion program for female blue-collar workers: Health works for women, *Preventive Medicine*, 34, 313-323.
- ・ Duffy, M. E. (1988): Determinants of health promotion in mid-life women, *Nursing Research*, 37(6), 358-362.
- ・ Duffy, M. E. (1986): Primary prevention behaviors: The female-headed, one-parent family, *Research in Nursing & Health*, 9, 115-122.
- ・ Duffy, M. E. (1989): Determinants of health status in employed women, *Health Value*, 13(2), 50-57.
- ・ Fahrenwald, N. L. & Walker, S. N. (2003): Application of the transtheoretical model of behavior change to the physical activity behavior of WIC mothers, *Public Health Nursing*, 20 (4), 307-317.
- ・ Hibbard, J. H. & Pope, C. R. (1987): Women's roles, interent in health and health behavior, *Women & Health*, 12 (2), 67-84.
- ・ Jacobson, B.H., Aldana, S.G., Adams, T. B., & Quirk, M. (1995): The relationship between smoking, cholesterol, and HDL-C levels in adult women, *Women & Health*, 23(4), 27-38.
- ・ 兼松百合子, 松本暁子, 丸光恵ら (1998): 慢性疾患の幼児の親と健康な幼児の親のヘルスプロモーション行動の比較, *日本看護科学学会学術集会講演集*, 290-291.
- ・ 小坂谷典子, 石川和子, 太田壽城ら (1999): 若年成人女性における踵骨超音波骨量とライフスタイルの関係, *日本公衆衛生雑誌*, 46(11), 977-984.
- ・ 厚生統計協会(2003): 厚生の指標 臨時増刊「国民衛生の動向」,50(9),56-62, 厚生統計協会, 東京.
- ・ Kushnir, T., Rabinowits, S., Melamed, S. et al. (1995): Health responsibility and workplace health promotion among women: Early detection of cancer, *Health Care*

- for Women International, 16, 329-340.
- McElmurry, B.J. & Tashiro, J. (1997): Health Promotion and preventive health issues: Young adulthood to the perimenopausal years, In K.M. Allen & J.M. Phillips, Women's health across the lifespan: A comprehensive perspective, Lippincott, Philadelphia, NY.
 - 宮原富士子 (2002): 一般女性の健康認識調査から学ぶ女性の医療ニーズ, Current Therapy, 21(1), 17-20.
 - 中村伸枝, 兼松百合子 (1997): 思春期の小児糖尿病患者のライフスタイルと療養行動, Quality Nursing, 3(5), 437-442.
 - National Institute of Health (1991): Report of the National Institutes of Health: Opportunities for research on women's health, Bethesda, MD.
 - Ostbye, T., McBride, C., Demark-Wahnefried, W., et al. (2003): Interest in healthy diet and physical activity interventions peripartum among female partners of active duty military, Military Medicine, 168(4), 320-325.
 - Teufel, N. I. (1992): Diet and activity patterns of male and female co-workers: Should work site health promotion programs assume homogeneity?, Women and Health, 19(4), 31-54.
 - Walker, P. R., Crow, C., Sands, D., & Becker, H. (1988): Health related attitudes and health promoting behaviors: Differences between health fair attenders and a community comparison group, American Journal of Health Promotion, 3(1), 17-24.

1. はじめに

ここでは働く女性のヘルスプロモーションについて考察する。働く年代が、自主的に生活し、社会的・精神的に自分らしく成長できる人生の中ほどの半生であることに着目して、単に身体的健康を追及するのではなく、健全に生き、その健全性が生涯発達につながり、社会的にも貢献できることを目指した観点から考察をすすめる。

2. 働く女性のヘルスプロモーション

1) 働く女性の人口とライフステージ

平成 13 年平均の労働力人口は、6752 万人、女子が 2760 万人、男子が 3992 万人であり、女子は 40.88%であった。就業者数は 6412 万人(就業率は 94.96%)、女子が 2629 万人、男子は 3783 万人で、女子が 41.00%を占める。就業者の全体に占める女子の割合は日本においては年々増加しており、昭和 50 年では 37.39%であったが、現在は就労人口の 4 割強が女子である(国民衛生の動向, 2002)。また女子の生産年齢人口の 49.17%が就労している(労働力調査年報, 2002)。女性が職業を持ち続けることは日本のみならず世界的な潮流であり、男女共同参画社会を推進する観点からも望ましい現象といえるだろう。

平成 13 年平均の雇用労働者数は 5369 万人、女子 2168 万人(女子就業者の 82.46%)男子 3201 万人(男子就業者の 84.62%)であり、自営業主・家族従業者等に比し、雇用されて働く者が、はるかに多い。そこで本章では女子雇用労働者に焦点を絞って検討する。なお、完全失業者の平成 13 年平均は 5.0%と、比較可能な昭和 28 年以降で最高となっていた(国民衛生の動向, 2002)。男女別では女子が 4.7%、男子が 5.2%であった。年齢的には男女とも 15~24 歳で最も高く、次いで女子では 25~34 歳、男子では 55~64 歳が高くなっていた(労働力調査年報, 2002)。

ライフステージに関しては生涯を、「幼年期」(育つ)、「少年期」(学ぶ)、「青年期」(巣立つ)、「壮年期」(働く)、「中年期」(熟す)、「高年期」(稔る)の 6 段階に大別(「健康日本 21」総論, 2000)すれば「巣立つ」「働く」「熟す」ステージが本章の対象となる。このステージを女子について考えると、学ぶ期間を終えて就職した後、結婚・妊娠・出産・育児などの家族の営み(家庭)と就労(仕事)を両立する者、結婚や出産により退職し、その後再就職する者あるいは家庭のみを選択する者、一方教育期間を終えた後、就労の経験なしに家庭のみを選ぶ者あるいは就労のみを選択し続ける者などのさまざまな実態がある。さらに女性は産む人もいれば産まない人もいる。中年期では老親の介護をしながら就労する者もいる。これらの状況の一方で、働き方(雇用形態)も正社員、契約社員、派遣社員、嘱託社員、などとさまざまであると予測され、男子のライフコースに比較すれば非常に

多様であると思われる。

2) 働く女性の職種・職位・勤務形態・労働時間と職業による健康課題

働く女性は男性と比べた場合どのような職種が多いか。図 2-1(石原明子, 2002)に示すとおり、事務職、サービス職などに従事する者が多く、専門的・技術的職業従事者が比較的多く、また管理的職業従事者、運輸通信職従事者が少なかった。年齢的には 30 歳くらいまで事務職従事者が非常に多く、約 40~55 歳にかけて販売職従事者、サービス職従事者、技能工などが多かった。一方、専門的・技術的職業従事者の年齢に伴う減少は男性より少なかった。管理的職業従事者が女性では男性の 1 割に満たなかった。女性全体では 30~35 歳をボトムとした M 字型年齢分布を示しており、これは先進諸国では日本独自の特徴であった(西宮常代, 1998)。

女性の管理的職業従事者は昭和 50 年代後半から増加しはじめ、平成元年以降は課長職・部長職が増加してきた(梅垣和彦, 1999)が現在なお日本の現状は、国家公務員の管理職に女性の占める割合は 1.4%(米国 23.1%)、企業の女性管理職の割合 8.9%(米国 45.1%)(2001 現在, 読売新聞 2003.3)と極めて低く、国連の女性差別撤廃委員会において問題視されており、厚生労働省は 2020 年を目標に女性管理職が 30%に達する努力目標をかかげている。

賃金比較では正社員労働者において、男性 100 に対し女性 62 という指数を賃金構造基本計画調査が公表していた。つまり、職種、職位、賃金を総合し、女性は補助労働、男性は基幹労働という現状がなお存在している(働く女性とメンタルヘルス, (財)東京顕微鏡院, 11,1999)と述べられていた。

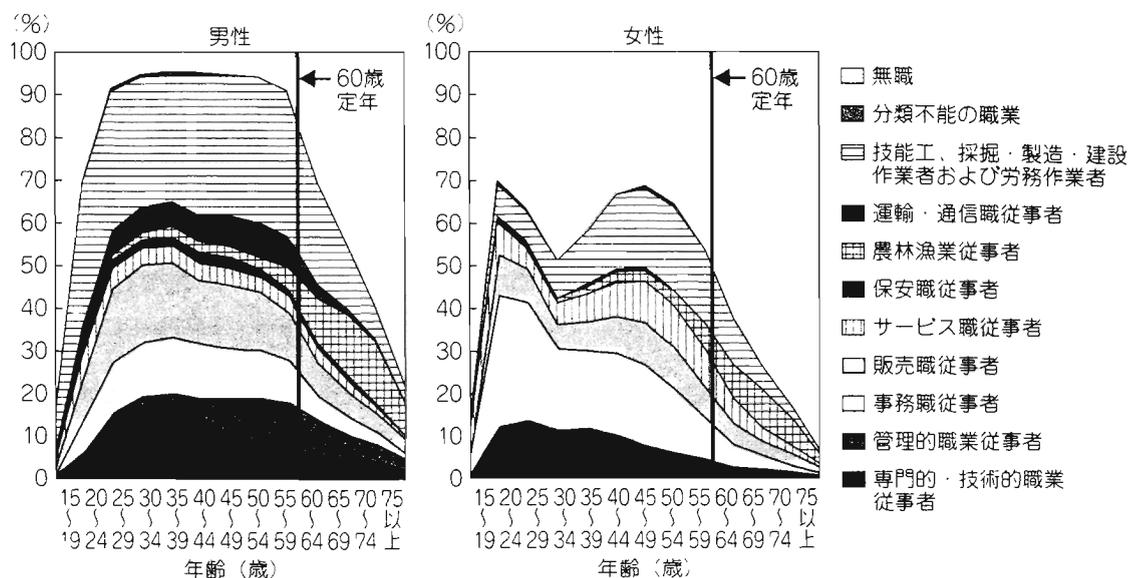


図 2-1. 男女の職業別人口割合(1995 年国勢調査より)(引用:石原明子, 2002, 14)

労働時間からみると平成 13 年における女性の平均週間就業時間は 35.7 時間、男性では 46.9 時間、全体では 42.4 時間であった。平均週間就業時間が 35 時間未満の者の割合は、女性では 39.4%、男性では 12.0%(労働力調査年報, 2002)であった。また 29 時間未満の者が女性では 28.3%、男性では 6.4%であった。非常勤や派遣労働者が女性ではかなりの割合を占めていることがわかる。このことは正社員の人数を抑えて賃金や社会保険の負担を軽くしたいという企業の思惑と、自己の生活に合った働き方を自発的に選ぶという女性のライフコースの多様性がかみ合ったとも考えられるが、いわゆるリストラや就職難により不本意ながらフルタイムではない働き方をしている者や、育児・介護などの役割分担から調整した結果であることも推測された。

一方、週間就業時間が 60 時間を超える者が女性では 3.8%、男性では 16.8%に達していた(労働力調査年報, 2002, 96-97)。週 40 時間労働の基本を 20 時間以上(1 カ月 80 時間以上)うわまわる働き方で、週日は毎日 4 時間以上の残業をすることになる。昼休みや通勤時間も必要なのでこの状態では睡眠時間の確保も難しくなるであろう。これを平成 6 年と比較すると女性では同じく 3.8%、男性では 14.7%と特に男性では増加傾向であった。厚生労働省では「過重労働による健康障害防止のための総合対策」を策定し(平成 14 年 2 月)、月 45 時間を超える時間外労働の削減と、これを越えた場合は、事業者は産業医からの助言指導を得ること、月 100 時間を超える、あるいは 2~6 ヶ月の平均時間外労働時間が月 80 時間を超える場合の、産業医・産業保健師による面接・保健指導と必要と認めた場合の健康診断を行うよう指導している。この対策は過重労働による過労死や過労自殺の防止が現実の課題であることを意味している。過重労働は集計上では主に男性労働者に見る課題であるが、女性の多重役割や男性の家族的役割を果たす困難さを考えれば男女共通の課題であろう。

以上のように女性の労働時間には個人差が大変大きく、約 4 割がフルタイムでない一方、約 6 割のフルタイム労働者のごく一部の女性は過重労働をしている実態であった。「男女雇用機会均等法」は職種・雇用・昇進などについて男女の性差の別をなくし、男女共同参画社会の更なる実現に貢献した一方で、厳しい男性の労働条件に女性がひきずられてしまい、実質的な機会均等はなお実現していない状況で、このことは男性にとっても女性にとっても改善が望まれる課題であろう。

労働時間が通常からシフトした、いわゆる交代勤務に就いている者は、全労働人口の約 3 割(酒井一博, 1992)に達し、職種としては看護師・医師などの医療従事者、航空会社乗務員、タクシー乗務員、運輸業者、工場労働者、警備保安職、通信関連職などが該当する。産業の多様化、国際化、消費者ニーズに対応したサービスなどにより交代勤務者は増加傾向にある。厚生労働省は平成 12 年 4 月より深夜業(午後 10 時から午前 5 時までの間における業務)従事者の健康管理に配慮し、深夜業従事者であって過去 6 カ月間で 1 カ月当たり 4 回以上合計 24 回以上の深夜業に

従事した者が定期健康診断以外の自発的健康診断を受け、その結果を事業主に提出し、事業主が深夜業に従事した旨証明した場合は国から7500円を限度としたその費用の3/4の助成を受けることができるようになった。

職業による健康課題では、職種、年齢などにより非常に多様であるが、一般的には、長時間労働による休養不足やうつ傾向、長時間の立位や重金属・有機溶剤などの化学的因子による妊娠への影響、長時間の同一姿勢による筋骨格系疾患、特に座業による腰痛やVDT作業による眼疾患や頸肩腕症候群、化学物質暴露による貧血・皮膚障害・肝障害など、生物学的暴露による感染、深夜勤務による睡眠障害・胃腸障害・疲労などが考えられる。これらの課題は男女に共通するものも多いが、貧血や妊娠への影響、体重の少なさや筋骨格系の弱さによる障害などは女性の生理学的特性に基づくものである。この1次予防・2次予防のために特殊健康診断や作業環境・作業方法の改善が推進されている。

腰痛の発生病数は平成13年においても業務上疾病の約6割を占めていた(労働衛生のしおり, 2003)。腰痛は約60%の勤労女性が感じているとの報告があり、月経前緊張症や勤務姿勢が事務職の腰痛に、また運動不足による肩こりや易疲労性が看護職の腰痛と関連が深いと述べられていた(古橋信晃, 2002)。

交代勤務者では本来の概日リズムからはずれた生活パターンを余儀なくされ、生体リズムの乱れによる睡眠障害、胃腸障害、疲労感などの種々の心身の不調が現れることが多い。

女性であって医療や乗客輸送にかかわる職種も多いが、彼等においては対人サービスであるため、自身の健康問題にとどまらず直接的に患者や乗客の安全や生命に大きな影響を及ぼすことも考えられる。心身の健康、安全、個人生活や社会生活への影響などに関する多面的なケアが必要であり、シフトの組み方や従事する年限、報酬制度などを総合的に検討していく必要がある(平成10年度労働省委託研究報告書, 1999)。

またすべての作業関連疾患(業務に起因しない疾病のうち、過酷な作業環境や作業条件によって、その疾病の自然経過よりも急速にかつ著明に病勢が増悪する恐れのある疾病)すなわち、高血圧、虚血性心疾患(心筋梗塞、狭心症等)、脳血管疾患(脳梗塞、脳出血、くも膜下出血等)、慢性非特異的呼吸器疾患(慢性気管支炎、機関紙喘息、肺気腫等)、消化性潰瘍、腰痛症、筋骨格系疾患、アルコール性肝障害を含めた肝疾患、退社疾患(糖尿病、高脂血症等)、感覚器の障害、およびその他のストレス関連疾患については、男女問わず視野にいれ、単に生活習慣病とは見なさず、労働との関連で改善を図る必要がある。

自覚症状を一企業の平成13年度健康診断時における女性1851名の訴えについて見ると、いずれの年代でも「眼が疲れる」「首・肩のこり」は30~40%の女性が訴えていたが、年齢との関連も

深く、20歳代女性では「立ちくらみ」(20.2%)、「生理痛がひどい」(25.3%)、「足が冷える」(17.8%)など、50歳代女性では「眼がかすむ」(20.3%)、「腰痛」(15.0%)、「耳鳴り」(10.7%)などの訴えが多かった(2001年度年報、富士通川崎病院健康推進部、2002)。一般に自覚症状を女性は男性より多く訴え、また若年ほど多く訴える傾向がある。訴えの内容は性・年代のみでなく、職種、職業への自尊感情、職場の人間関係、生活習慣などによっても非常に大きく影響されると思われた。

3) 働く女性のジョブストレスとメンタルヘルス

女性に多い職種についてのジョブストレスやメンタルヘルスの状況にはどのような特徴があるかについて検討する。

女性事務職員を対象として公的機関と企業において一般健康調査質問紙法(GHQ)を用いた研究(増田安代, 2003)では、両群とも自尊感情とGHQには負の相関がみられた。生活習慣とGHQにおいても負の相関がみられた。また病院勤務看護職と事務職員を比較すると、病院勤務看護職は事務職員よりGHQ 6因子の中の睡眠障害、不安と気分変調、希死念慮とうつ傾向の3因子においてGHQ得点が有意に高く、精神的に不健康な状態であった(増田安子, 2002)。GHQに対する影響要因として、看護職では、自尊感情、仕事への満足感、生活習慣、病気脆弱感であり、事務職は、自尊感情、生活習慣であった。

上田は産業看護職86名を対象に、みどりモデルの枠組みを導入した調査票を考案し(図2-2)、目的変数を女性のQWLとし、説明変数を①健康観・健康感、②作業/作業負担の特性、③ソーシャルサポートI(職場の人間関係)、④ソーシャルサポートII(企業サポート)、⑤ソーシャルサポ

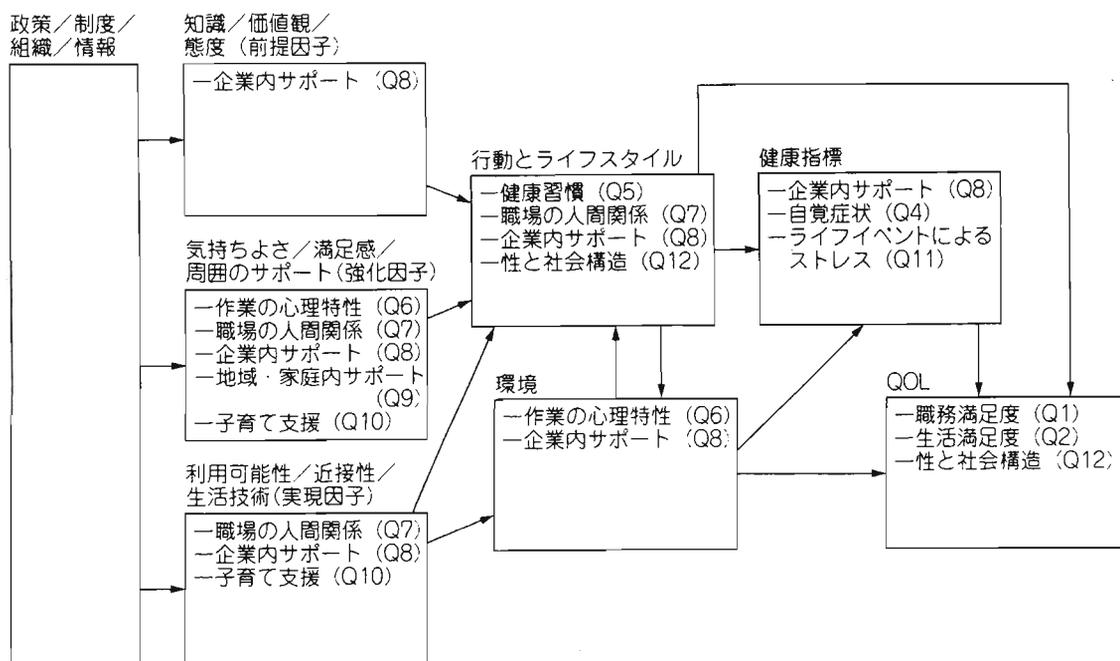


図 2-2. みどりモデルによる枠組みづくり:職場におけるメンタルヘルスと女性労働者のQWLの向上(「働く女性の健康と生活に関する調査票」設問項目と枠組みとの関係)(上田厚, 2002, 38)

ートⅢ(地域/家庭内サポート)、⑥ライフイベント、⑦性による社会構造の特性、として調査した結果、産業看護職の QWL にプラスに作用する要素は「仕事の自由度」「企業内や地域/家族内の良好なサポート制度やネットワーク」、またマイナスに作用する要素は「仕事の要求度」「ストレス関連自覚症状」であったと報告していた(上田厚, 2002)。また、ストレスや女性労働に関する企業内の制度については、「職場内託児制度」「女性の 65 歳までの雇用」「フレックスタイム」「ゆとり休暇」「メンタルヘルスに対するカウンセリング制度」「ボランティア活動のための休暇制度」の導入が低率であり、セクシャルハラスメントに関してはその経験は自分自身が 22%、職場の女子社員が 38%であったと述べられていた。

ソフトウェア開発企業の男女のシステムエンジニアを対象に労働状況、ストレスコーピング(緩衝要因)、ジョブストレス(ストレッサー)、精神・身体的健康(ストレス反応)の関連を、図 2-3 をモデルにして考察した研究では、女性は男性に比し残業時間、休日出勤日数、夜勤日数、でそれぞれ有意に少なく、平日睡眠時間・休日睡眠時間で有意に長かった(表 2-1)。ストレスコーピングでは、女性は社会的支援模索型が、男性は計画型、対決型の得点が有意に高かった。仕事ストレッサーでは女性は仕事への不安感が、男性では仕事の量的負担が各々有意に高かった。ストレス反応では、社会的活動障害が男性において有意に高かった(斉藤和恵, 他, 2001)。

夜間の交代制勤務を含む電話番号案内業務に携わる女性労働者を対象とし、日勤のみの一般企業の女性労働者とのメンタルヘルス状況を比較した研究(竹内一夫, 他, 2003)では、電話番号案内業務に携わる対象者は抑うつ度がやや高く、仕事コントロールの低さが顕著で、職場上司からの社会的支援が低かった。

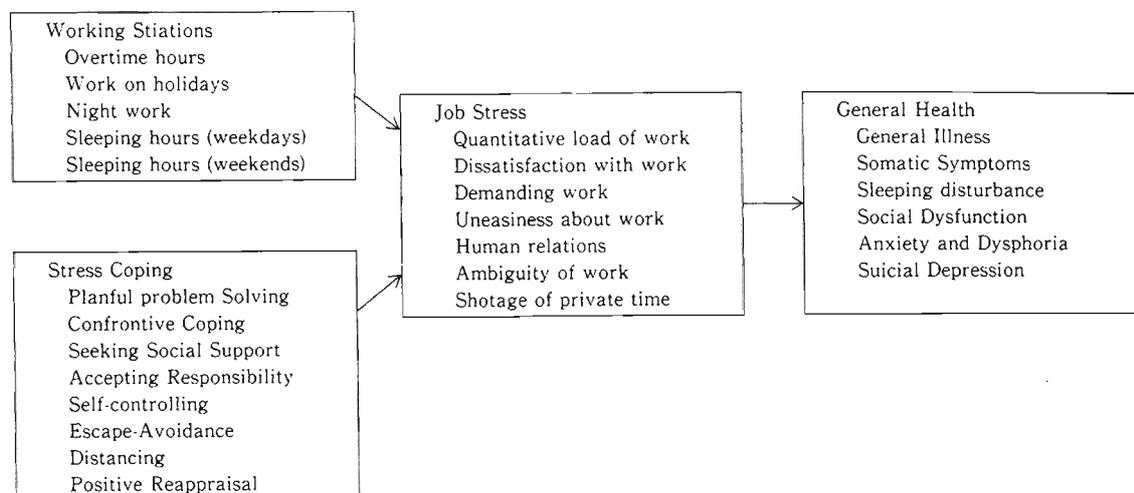


図 2-3. A Model of among Working Situations, Stress Coping, Job stress, and General Health(斉藤和恵, 他, 2001, 147)

表 2-1. Working Situations by sex(齊藤和恵, 他, 2001, 148)

	Overtime (hours/month)	Work on holidays (days/month)	Night work (days/month)	Sleeping hours (hours/weekdays)	Sleeping hours (hours/weekends)
Male	40.7±33.4 [†] **	1.9±3.3 [†] **	1.0±2.9 [†]	5.7±0.9 [†] **	7.7±1.6 [†] **
Female	24.4±22.1 [†] **	0.9±1.7 [†] **	0.4±1.9 [†]	6.0±1.0 [†] **	8.5±1.6 [†] **

Male n=583, Female n=154 *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

メンタルヘルスへの影響は先に触れたが、ジョブストレスの大きな一因であろう。家族や親しい仲間との会話や、心を楽しませる時間は、新たな意欲を養い、QOL の向上、周囲の人々への良い人間関係環境、また職場の活性化に役立つと考えられているながら、一部(実際には成果主義を採用して働く者や管理職者等のカウントされない残業をしているかなり多くの)男女労働者の長時間労働を減らすことができない現状である。

女性管理職に対して金井らは面接聞き取り調査を行い、キャリア意識とストレスのモデルを示し、女性管理職の不安や葛藤が多様であると述べていた(図 2-4)(金井篤子, 他, 1991)。キャリア意識に関しては女性の雇用形態の多様さからくる女性全体の課題であると考えられる。女性に多い種々の職種において、今行っている仕事が将来の自分のキャリアにどう結びつくのかというキャリア展望が見えにくいのではないか。しかしながら女性の平均労働時間は日々7時間強と1日のかなりの時間を占めており、働き甲斐を感じる事が QOL 向上の一要因であろう。女性がキャリア展望をもてる事が個人的にも社会的にも今後の重要な課題であると思われた。

以上の範囲であるが、働く女性のメンタルヘルスの向上に関連する因子として以下の事柄が考えられた。

- ① 生活習慣をよくすること
- ② 自尊感情が高まること
- ③ 適切な労働時間、勤務時間のフレックス制、休暇制度
- ④ 仕事の要求度が適切かつ仕事のコントロールや裁量権、仕事量が適切であること

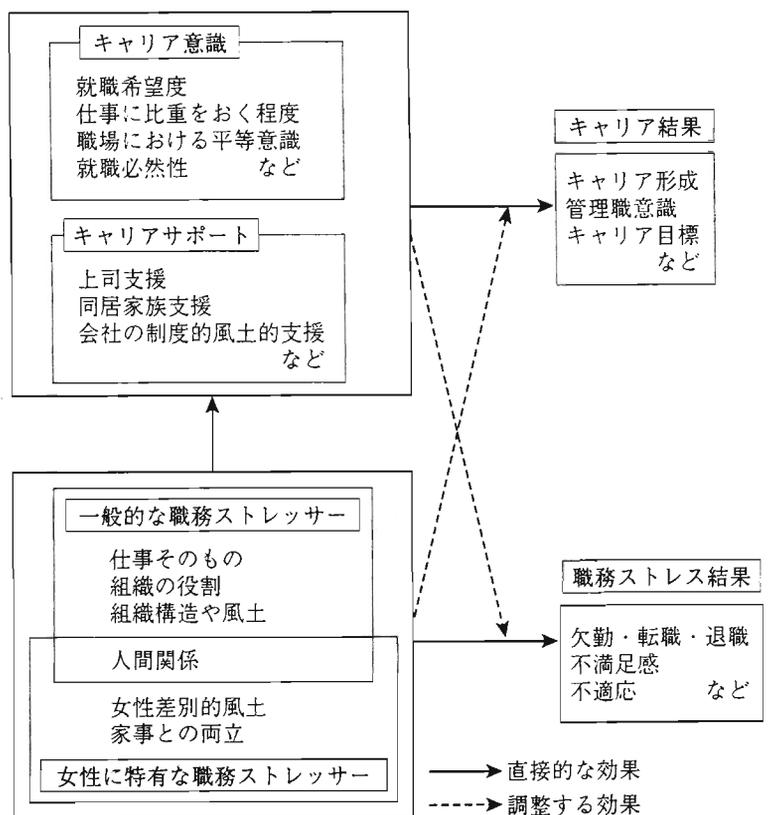


図 2-4. キャリア意識とストレスの関係モデル(金井篤子, 他, 1991, 51)

- ⑤ キャリアを高める展望がもてること
- ⑥ 上司・同僚のサポートの充実、人間関係のよさ(夜勤時などにおいても)
- ⑦ 企業・社会の風土的支援(女性差別的風土の改善)
- ⑧ 雇用の安定、65 歳定年制の導入
- ⑨ セクシャルハラスメントの防止
- ⑩ 家族のサポート
- ⑪ 地域・社会のサポートシステムの充実

これらは女性が企業、社会、地域、家庭に要求するばかりでなく、相互に要求を満たす、あるいは要求に応じる立場にある場合も生じていることを理解し、相互啓発の意識と可能な限りの上記項目の実践が全体のメンタルヘルスの向上に貢献するのではないか。

4) 働く女性の健康上の課題

「健康日本 21」における 2010 年までの目標のうち、働く年代にある女性全体に関する目標のみをピックアップすると以下のとおりであった(多田羅浩三編, 2003)。

適正体重を維持する者の割合の増加に関して、BMI:25.0 以上の者が 40~60 歳代女性の基準値 25.2%であるが、目標値は 20%以下に、また 20 歳代女性の BMI:18.5 未満の基準値 23.3%であるが目標値を 15%以下に設定している。男性 20~60 歳代の基準値 24.3%、目標値 15%以下と比較すると、年代による女性の体重変化は非常に大きく、女性の特徴のひとつと考えられる。自分の適正体重を認識し体重コントロールを実践するものの割合が 15 歳以上の女性の基準値 80.1%を目標値 90%以上としており、男性の基準値 62.6%と比し、女性は体重に敏感であると推測された。自分の適正体重を維持することのできる食事量を理解している者の割合は女性の基準値 73.0%、男性の基準値 65.6%を、男女の目標値 80.0%以上に設定している。

運動・身体活動に関して、日頃から日常生活の中で、健康の維持・増進のために意識的に体を動かすなどの運動をしている基準値は 52.8%、目標値は 63.0%で男女差はなかった。日常生活における歩数の増加について、女性の基準値は 7,282 歩(男性 8,202 歩)、目標値は 8,300 歩(男性 9,200 歩)であった。運動習慣者(1 回 30 分以上の運動を週 2 回以上実施し、1 年以上持続している人)は、女性の基準値 24.6%(男性 28.6%)、目標値 35.0%(男性 39.0%)であった。

飲酒に関しては、1 日に平均純アルコールで約 60gを越え、多量に飲酒する者が女性の基準値 0.3%(男性 4.1%)。目標値は男女とも 2 割以上の現象としている(純アルコール約 60gは日本酒約 3 合に相当する) この男女差は現時点では非常に大きい。

循環器リスクファクターに関して、血清総コレステロール値 240mg/dl 以上の高脂血症者の減少のための女性の基準値 17.4%(男性 10.5%)、目標値 8.7%(男性 5.2%)と明らかな性差があった。

検診等の充実では、子宮がん検診、乳がん検診の 5 割以上の増加、糖尿病検診における異常所見者の事後指導の徹底に関し、女性の参考値 74.6%(男性 66.7%)が掲げられていた。

休養・心の健康に関する基準値・目標値には男女差が設定されていないが、睡眠については働く女性で特に家庭と両立している場合は多重役割をもち、家族の中でもっとも遅く就寝し、最も早く起床することによる睡眠不足があると筆者は経験的に感じている。

以上より、女性に特徴的な留意点は、適正体重の維持と適切な食事、運動・日常活動量の確保、健康診断(血清総コレステロール値や血糖値のチェック)・婦人科検診の受診などがあげられた。

中高年期女子の就労状況による休養への影響に関しては、有職者群では無職者群に比べて休養がとりづらく、また休養に関する意識も低かった(藤本裕子, 2002)との報告があった。

女子労働者の骨密度に関する研究では、7 事業場において 18~67 歳の女子労働者 591 名に超音波による骨量(OSI 値)の変化をみると、40 歳代までは徐々に減少し、50 歳、55 歳を境に急激に減少した。座位作業(176 名)と立位・歩行作業(415 名)を比較するといずれの年代でも後者で高く、特に Zスコア(同年齢の標準骨密度に対する OSI 値の割合)ではその差は顕著であった(藤井保寿, 2002)。働いていることが日常の身体活動量を定常的に高めることに寄与しており、骨量の低下を緩やかにすることに役立っていると推測された。

女性にとって月経は健康のバロメータといわれている。月経異常はホルモン分泌の制御を司る視床下部・下垂体の不調を示す。労働の身体的・精神的負荷は女性の場合は月経異常、すなわち卵巣機能不全として現れる場合が多い。健全な働き方を追求することは生殖にかかわる男女の健康に大きい影響を与え、ひいては少子社会への対策につながるであろう。また正常な月経は子どもを生む・生まないに関わらず女性の健康の基本である。基礎体温の記録は卵巣機能を知るために月経のあるすべての女性や閉経前後の女性に重要であり、月経周期の変わり目の数日のみでも測定すればセルフチェックに大きく役立つであろうが、このような健康教育はあまり徹底されていないと思われる。また女性は誰でも月経随伴症状があり、これは生理的反応であって個人差が大きいことを職場の男性も含め、誰もが知っておくべきことである。

生理日の休暇について、労働基準法の改正により「使用者は生理日の就業が著しく困難な女子が休暇を請求した場合、その者を生理日に就業させてはならない」(労働基準法第 68 条)として女性特有の機能に対する保護をしているが、休暇中の賃金については保証の対象ではなくなった。

職域の健康診断では貧血の検査は法定項目として行われているものの、この症状の原因が食事によるものか、妊娠・授乳などのためか、月経過多や婦人科疾患によるものか、消化器疾患その他の疾患によるものか等の原因究明・早期治療への徹底はいまだ不十分であると思われる。乳がん・子宮がん等の検診は法定項目ではないが職域の年齢時検診が広く実施されている。

中高年期の更年期女性ではエストロゲン欠乏や高コレステロール血症、エストロゲン欠乏による血管運動神経症状としてのほてりやさまざまな症状の更年期障害をきたす。勤労女性と非勤労女性を心療内科受診者で DSM-IVの診断基準に基づき分類した研究では、気分障害、不安障害、身体表現性障害のいずれも勤労女性では 15%前後、非勤労女性では 20%前後であったと述べていた(西宮常代, 1998)。

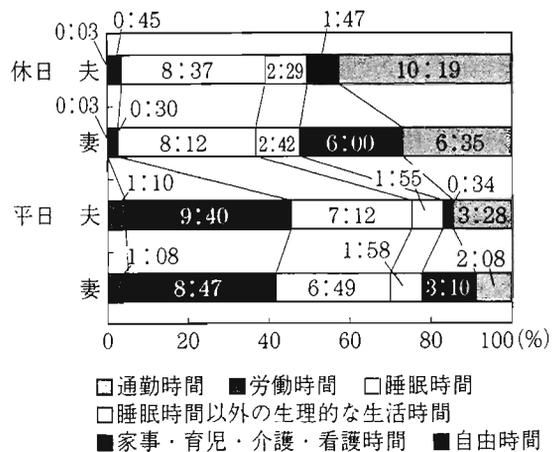


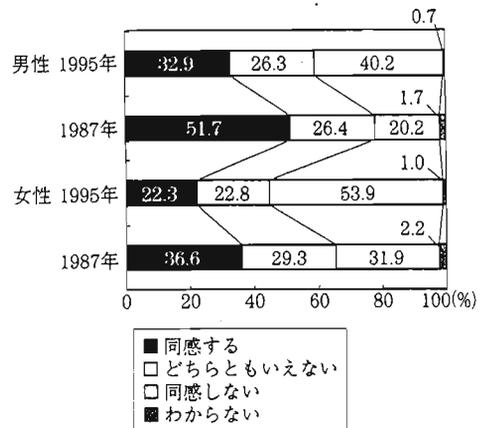
図 2-5. 女性勤労者と夫との労働時間、生活時間の比較 (引用:連合女性局, 1995, 700) (単位は時間:分)

5) 働く女性の生活実態

「女性の労働・生活時間実態調査」によると(片岡千寿子, 1995)夫婦と子供世帯の平日と休日の 1 日の生活時間の実態調査において、女性が男性より時間が短いものは、労働時間、睡眠時間、自由時間であり、長いものは家事・育児・介護・看護の時間であった(図 2-5)。平日・休日とも家事・育児・介護・看護の主体は女性にかかっていた。また、単身者の家事時間に比べ、夫婦のみ、子供、親と構成員が増えるほど家事・育児・介護・看護の時間が増し 2~3 倍になっている現状が指摘され、女性労働者に勤務との二重負担がかかっている現状が明らかにされた(酒井一博, 1995)。

家庭における性役割意識では、既婚女性労働者の 80%が「男は仕事、女は家庭」という考え方に否定的であるが、先進諸国の中では日本は役割分担に賛成する

a. “男は仕事、女は家庭” という考え方について



b. 家庭生活における男女の地位の平等感

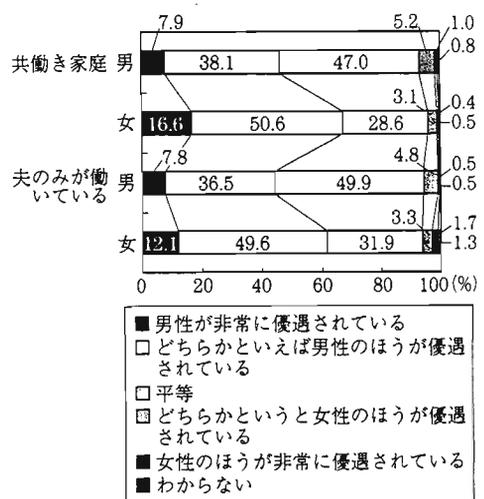


図 2-6. 家庭における男女の役割分担に関する意識 (引用:西宮常代, 1998, 702)

比率が高く(西宮常代, 1998)、1994年の国際社会調査によると、役割分担意識と男女賃金格差の関係で格差の大きい国は役割分担意識の比率が高かった(経済企画庁編, 家族観の国際比較, 1996)。しかしながら男女とも役割分担意識に同感しない者が年とともに増加してきた(図 2-6)。家庭生活における男女の地位の平等感については、共働き家庭と夫のみが働いている家庭では異なるものの、男性の方が女性より優遇されていると受け止められている傾向が強く、男性は平等と感じていても女性が不平等と感じている傾向がうかがえた(図 2-6)(西宮常代, 1998)。上述の上田の調査では、性役割分担を性差別と受け止め、「家庭における家事育児」「介護の役割」に不満をもつ者が多かった。

家事・育児・介護・看護などの男女の分かち合いを見直し、子育て中の男女の勤務負担・経済的負担の軽減措置、多様な社会的サポートの実現や充実など、社会的条件整備が今後の少子高齢社会に向けてさらに必要と望まれる(図 2-7)(経済企画庁, 夫と妻の安心, 1996)。

3. まとめ

女性の雇用者数が全年齢で男性より低く、特に20歳代中頃から40歳くらいまでの就業人口のくぼみによりM型を示している背景には、女性が家事・育児・介護・看護などの役割を圧倒的に担っていることや、この年代に失業率が高いことなどが考えられる。また、家事・育児などと両立するために正社員でない雇用形態を積極的にあるいは余儀なく選択することや、そのためにキャリアを確立し発展させる展望がもちにくいことなどが女性の管理職者の少ない一要因と考えられる。これらは徐々に改善されてきたがなお先進諸国では日本のみに見られる特有の国民的課題である。中高年女性の就業人口の減少は定年制の年齢設定や老親の介護などが一要因と考えられ、年金制度とリンクした定年制度や介護保険制度の今後の改善が望まれる。健康政策のみならず生活関連のあらゆる政策決定にヘルスプロモーションの一専門職として看護の立場からさらにコミット

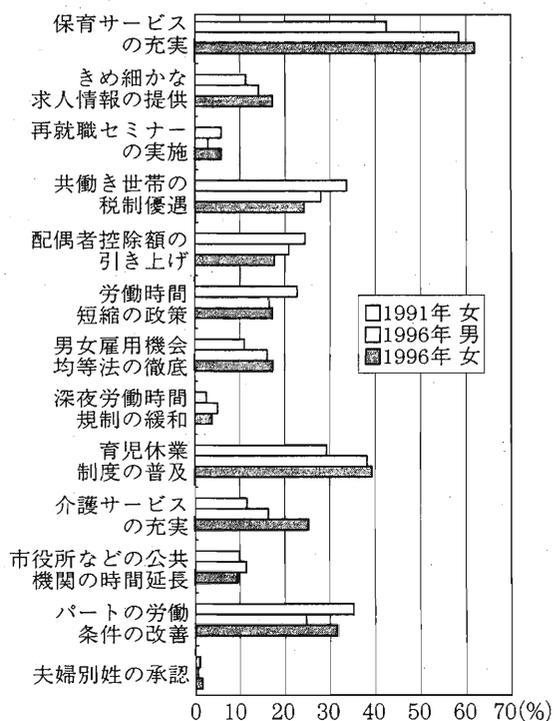


図 2-7. 働く女性のために国や自治体に求める点 (引用: 経済企画庁, 国民選好度調査, 1996, 701)

していくことが重要と思われる。

法的基盤の整備とともに、労働者・事業者らが協力して法的水準以上の改善を目指す時代になってきた(小木和孝, 1999)。過重労働や深夜勤務に対する健康管理は前述したとおり一歩前進したが、2次予防にとどまっている。職域における一般健康診断では、事後措置として所見のある者に対する保健指導を義務付けている(労働安全衛生法第66条の7)が、事後措置こそが健康診断を有効にする手段であり、所見の出ていない時期に(労働)生活習慣を検討することが個人のQOL向上のためにも、また「健康日本21」の目標を達成するためにも重要である。法的水準以上にどのような活動が必要かつ有効かを産業保健に携わる専門職は、根拠をもって事業者や労働者に提案できなければならない。

働く女性を対象とした研究をさらに進める必要がある。平成12年、21世紀の労働衛生研究戦略協議会では21世紀の労働衛生研究の課題を以下の3つの重点領域にまとめた。

重点領域Ⅰ：産業社会の変化により生じる労働生活と健康上の課題に関する研究領域

重点領域Ⅱ：職場有害因子の生態影響に関する研究領域

重点領域Ⅲ：リスク評価と労働安全衛生マネジメントシステムに関する研究領域

重点領域Ⅰには6項目の優先課題があり、そのうちの1つが「就労女性の健康」である。

この研究内容として以下の課題が掲げられている。

- ① 性別によらず健康に働ける職場づくりに関する研究
- ② 深夜勤務・交代勤務・長時間労働に従事する女性の母性保護に関する研究
- ③ 女性における作業関連筋骨格系障害の予防に関する研究
- ④ 化学物質など職場有害要因の生殖機能への影響とその予防
- ⑤ 各種労働負荷への母性等への影響に関する基礎研究
- ⑥ リプロダクティブ・ヘルスからみた健康診断・健康管理のあり方に関する研究
- ⑦ 職域暴力・セクシャルハラスメント対策に関する研究
- ⑧ 女性労働者の多重役割を解消する社会的支援

働く女性の健康に及ぼす職業因子の研究や性差に基づく健康影響の解明などはなお不十分で今後期待される(荒木葉子, 2002)。

企業・社会の女性差別的風土に関しては上述の事柄と同時進行で改善する必要がある。「男は仕事、女は家庭」といった考え方に、男女とも同感しない者の割合は増加傾向にあり、働く既婚女性では80%が同感していない。家事・育児・介護・看護などの家庭内役割を、多様な生活スタイルにあわせ男女とも柔軟に流動的に分担する考え方を、保健・医療・教育・福祉・報道関係、などのあらゆる分野の活動において根底にもちたい。

「人は社会的動物である」といわれている。社会的活動を他者とともに行いつつ、成長することが

本来の欲求である。そして多くの場合、仕事を通して社会とつながり、社会性を獲得していき、このことが家庭生活や地域生活に活かされる。しかしながら女性の就労が精神健康や主観的健康感にプラスに作用している可能性に目が向けられるようになったのは「国際婦人年」(1975年)頃からである(山崎喜比古, 1999)。男女雇用機会均等法(採用、昇進、教育訓練、福利厚生、定年などに関する差別禁止等)は、男女が協力して対等に生産活動・サービス活動を行うことを推進し、このこと自体が個人・企業・社会の健全性に役立ち、男女ともに仕事満足感、自己効力感が高められ、QOLが向上する結果になると解釈できる。また女性のメンタルヘルスの向上には根底に人権、貧困、教育、暴力、意思決定、リプロダクティブチョイス、諸制度の仕組み、メディア、環境などに関する課題の解決・改善が急務であるとされ(Donna e. Stewart, 2003)、国や男女を問わず人々の意識改革がもっとも根本的な課題であると指摘されている。

4. 引用文献

- ・ 荒木葉子(2002):ウーマンズヘルスケア 女性のライフスタイルの変化と健康 働く女性の健康, Mod Phys JST, 22(10), 1207-1211.
- ・ Donna e. Stewart (2003):How to Improve Women's Mental Health, 精神神経学雑誌, 105(2), 165-170.
- ・ 藤本裕子(2003):中高年女性の休養に関する実態調査, 埼玉県衛生研究所報 35号, 63-69.
- ・ 富士通川崎病院健康推進部(2002):2001年度年報, 富士通川崎病院健康推進部, 26-27, 神奈川.
- ・ 藤井保寿(2002):働く女性と骨密度, 医報富山, 1311号, 8-13.
- ・ 古橋信晃(2002):勤労女性の「不定愁訴腰痛」に関する生活習慣健康調査, 交通医学, 56(34), 132.
- ・ 東敏昭(1999):深夜業の健康影響に関する調査研究, 33-87, 平成10年度労働省委託研究報告書, 産業医科大学, 福岡.
- ・ 石原明子, 長谷川敏彦(2002):統計からみる働く女性の職業別健康課題, 生活教育, 46(7), 13-16.
- ・ 金井敦子, 佐野幸子, 若林満(1991):女性管理職のキャリア意識とストレス, 経営行動科学, 6(1), 49-59.
- ・ 片岡千寿子(1995):生活時間の実態 女性の労働生活時間, 連合女性局編, 64-71, 労働科学研究出版社, 神奈川.
- ・ 経済企画庁編(1996):家族観の国際比較, 平成8年版国民生活白書, 77-82, 大蔵省印刷局, 東京.

- ・ 経済企画庁編(1996):夫と妻の安心,平成8年版国民生活白書,84-101,大蔵省印刷局,東京.
- ・ 厚生労働省(2000):「健康日本21」総論,17, www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/s0.html, 2.14, 2004.
- ・ 厚生労働省労働基準局編(2003):労働衛生のしおり(平成15年度),中央労働災害防止協会,42-43,東京.
- ・ 厚生統計協会(2002):厚生指標 臨時増刊「国民衛生の動向」,厚生統計協会,49(9),35-36,東京.
- ・ 増田安代(2002):病院勤務看護職の精神的健康に影響を及ぼす要因 女性事務職員との比較,日本保健福祉学会誌,9(1),15-24.
- ・ 増田安代(2003):女性事務職員のメンタルヘルスに影響を及ぼす要因 2 施設での女性事務職員への質問紙調査を通して,日本看護学会論文集 33 回地域看護,57-59.
- ・ 西宮常代(1998):女性労働者,産業精神保健ハンドブック 2,699-700,中山書店,東京.
- ・ 西宮常代(1998):女性労働者,産業精神保健ハンドブック 2,702,中山書店,東京.
- ・ 西宮常代(1998):女性労働者,産業精神保健ハンドブック 2,706-707,中山書店,東京.
- ・ 小木和孝(1999):労働安全衛生マネジメントシステム導入実践マニュアル,13-43,通産資料調査会,東京.
- ・ 斉藤和恵,野垣内月江,清水英佑(2001):ソフトウェア開発企業における健康管理 -労働状況、ストレス対処方略、仕事ストレス、精神健康状態の関連について-,産業ストレス研究,8(3),145-152.
- ・ 酒井一博(1995):タイムテーブル調査からみた女性労働者の勤務と生活,女性の労働生活時間,連合女性局編,137-146,労働科学研究所出版部,神奈川.
- ・ 酒井一博,渡辺明彦,天明佳臣,他(1992):交代勤務編成の現状と改善方向,労働科学,68(11),560-585.
- ・ 総務省統計局編(2002):労働力調査年報(平成13年),日本統計協会,12,東京.
- ・ 総務省統計局編(2002):労働力調査年報(平成13年),日本統計協会,54-55,東京.
- ・ 総務省統計局編(2002):労働力調査年報(平成13年),日本統計協会,96-97,東京.
- ・ 多田羅浩三編(2003):健康日本21 推進ガイドライン,18-58,ぎょうせい,東京.
- ・ 竹内一夫,太田晶子,松岡治子(2003):不規則時間勤務に従事する女性労働者の健康指標,群馬保健学紀要,23,25-32.
- ・ 上田厚(2002):働く女性のストレス評価とメンタルケア,生活教育 46(7),37-41.
- ・ 梅垣和彦(1999):メンタルヘルスの現状 組織とジェンダー,働く女性とメンタルヘルス,10-11,

東京顕微鏡院, 東京.

- ・ 山崎喜比古, 朝倉隆司(1999): 生き方としての健康科学, 97-98, 有信堂, 東京

1. はじめに

慢性疾患を抱えて生活する人々の急増や人口構成の老齢化は、従来の伝統的な病院を中心とする施設内ケアに加えて、在宅ケアへの回帰を促進している。わが国において、在宅でケアする介護者における介護負担感の測定評価を中心として、これまで多くの研究が行われてきているが、介護者のヘルスプロモーションについての系統的な調査研究は少ないように思われる。そこで、慢性疾患患者を介護する主介護者とヘルスプロモーションに関わる海外の研究動向を概観した。

2. 方法

海外文献データベースの1つであるWeb版CINAHLを用いて、1982年から2003年12月までの範囲で“caregiver”と“health promotion”のキーワードの組み合わせ条件による検索を行った。その結果、“caregiver”を含む文献は4,269件、“health promotion”を含む文献が7,483件、両者の組み合わせによる文献数は30件みられた。論文の体裁を整えていないCommentやEditorialの論文を除くと23件が残り、本稿では、これらの文献の中から介護者のヘルスプロモーションに直接的に言及している7本の原著論文を検討した。なお、邦文文献についてもWeb版データベースの医学中央雑誌で検索したが、上記の組み合わせによる原著論文は皆無であった。そこで、本論では海外文献の検索結果を中心に述べることにする。

3. 介護者とヘルスプロモーション

Tang, Y. (2000) および Tang, Y. Chen, S. (2002) は、脳卒中患者の中国系家族介護者におけるヘルスプロモーション行動を調査している。研究目的は、台湾において脳卒中患者を在宅でケアしている介護者における、介護者の個人的因子、要介護者の機能状態、介護者が知覚した自己効力感、ソーシャルサポート、介護に対する反応、および健康増進行動の各変数間の関連を調べることであった。

構成的在宅インタビュー調査方法を用いて、台北で卒中発作患者を看ている134名の主介護者からデータが集められた。ここでは5種類の測定用具を用いている。すなわち、①Health-Promoting Lifestyle Profile II、②Caregiver Self-Efficacy、③Personal Resource Questionnaire、④Caregiver Reactions Assessment、および⑤Barthel Indexである。

その研究結果は、多くの介護者が女性配偶者(平均年齢52歳(平均介護期間)24ヵ月)であった。さらに、重回帰分析を用いて、健康問題を持っている可能性を除いて、介護者のより良い健康状態が介護者の自己効力感を高める最も強い予測因子であることを明らかにしている。また、自分の

健康状態をより良く知覚しているによる配偶者(介護者)は、彼女らのソーシャルサポート資源により満足していた。一方、健康状態を悪いと知覚していた介護者は、より高い介護負担を感じていた。

これらから、介護者のソーシャルサポートと要介護者の機能状態で表現された重回帰モデルの結果は、介護者の健康増進行動を説明するうえで有意に寄与していた。そこで、将来の実践活動への示唆として、家族介護者のためにコミュニティにおけるトレーニングプログラムを確立することと、家族介護者に対する支援グループを確立することの必要性を述べている。

Chen, M. (1999) は、家族介護者に対するヘルスプロモーションカウンセリングの効果を準実験研究を用いて明らかにしている。その研究は、台北都市部に居住する家族介護者に対するヘルスプロモーションカウンセリングの効果を検討したものである。

測定尺度には、検証済みの Health Promoting Scale の中国版(一部修正版、Walker、Sechrist 及び Pender(1987)によって許可された)を著者自身が開発して使用している。

研究方法には、2 群の準実験研究デザインを使用した。1996 年 10 月から翌年 7 月までに 84 の家族介護者が選択されて、2 群のうちの 1 つに割り当てられた。この際、治療群のメンバーは、在宅訪問中に 4 名の訓練された在宅ケア専門看護師から、ヘルスプロモーションカウンセリングを受けた。一方、対照群のメンバーはカウンセリングを受けずに、代わりに従来の伝統的な患者ケアを受けた。対象者が選択された後にプレ・アセスメントが行われ、事後評価が 6 ヶ月後に行われた。

研究結果をみると、ヘルスプロモーションカウンセリングの実施が治療群のメンバーが健康的なライフスタイルを取りやすくすることを示している。さらに、本研究の結果は、家族介護者に対する在宅ケア専門看護師が実施するヘルスプロモーションカウンセリングの価値が高いことを支持している。

Jackson, DG. (1995)は、ナースプラクティショナーの立場から、慢性疾患を持つ高齢者の配偶者である介護者に対するヘルスプロモーション戦略を提示している。すなわち彼女によれば、これまで慢性疾患を有する高齢者の家族介護者に関する多くの文献が報告されてはいるが、この虚弱な集団における健康を促進するための系統的な知見は得られていないという。

役割期待の変化と関わる悲嘆のプロセスに組み入れられた介護の厳しい要求によって、配偶者の介護者は特に虚弱な状況にある。介護者への視点をみると、現在まで看護介入はクライシス(危機管理)により焦点を当てていた。Jackson は、配偶者による介護に対する科学の現状に焦点を当てることで、我々の現在の知識とのギャップを同定して、更なる探求のために、可能なヘルスプロモーション戦略を提示している。この戦略はヘルスプロモーション・ガイドラインとして示され、ヘルスプロモーション行動とそれに対応した 26 項目の戦略を記述している。

Killeen, M. (1989) は、定量的調査研究法を用いて家族介護者のヘルスプロモーション実践を調査した。この研究は、介護役割の期間、提供された患者ケアの総量、ヘルスプロモーション活

動への参加、選択された人口統計学的変数、および自身の健康に対する介護者の知覚との関連性を評価するために実施されたものである。

対象者は、在宅における虚弱高齢者の主介護者である120名の成人である。データは、度数分布、相関分析および重回帰分析を使用して解析された。対象者は少なくとも高校教育以上を受けた白人系米国人である。

主要な結果をみると、健康状態の知覚は、介護者によって提供される患者ケアの総量と弱い関連を示したが、介護役割期間の長さとは関係していなかった。また、ヘルスプロモーション活動への参加は、主体的な健康アセスメントと関連していた。さらに、娘は介護者として最も多かったが、ヘルスプロモーション活動への参加が最も少ない傾向がみられた。重回帰分析の結果は、2つの変数(①提供された患者ケアの総量と、②ヘルスプロモーション活動への参加)が、健康状態に対する知覚の変化に対する分散の13%を説明することを明らかにした。また、3つの変数、すなわち①年齢、②教育と③介護役割期間は、ヘルスプロモーション活動への参加に対する分散の18%を説明することがわかったとしている。

O'Brien, M. T. (1993) は、多発性硬化症患者の配偶者である介護者のヘルスプロモーション行動を報告している。このパイロットスタディは、多発性硬化症患者の配偶者である介護者のヘルスプロモーション行動と要介護者の依存ニーズとの関連を調べている。対象者は多発性硬化症患者の配偶者で主介護者として在宅でケアしている20名で、配偶者に対する半構成的インタビュー法を用いてデータを収集した。ヘルスプロモーション行動の測定には、Health-promoting lifestyle profile (HPLP) を採用し、同時に日常生活動作能力を測定するために、The Index of ADL スケールを使用した。記述統計を用いて、配偶者である介護者のヘルスプロモーション行動と要介護者の依存ニーズとの関連を調べるために、人口統計学的変数、ADL (Activity of Daily Living)、ヘルスプロモーション行動に関わる変数間の相関分析を行った。

その結果、要介護者の依存ニーズの程度と介護者のヘルスプロモーション行動との間に、有意な負の相関関係を見出した。また、保健行動を調べると、妻である介護者は夫である介護者に比べて、総合的により高いヘルスプロモーション行動を取っていることが明らかになった。さらに、HPLP スケールでみた最も高い得点は“自己実現”のドメインであり、逆に最も低いドメインは“運動”であることが示された。

Zuluaga, B. H. (2000) は、在宅ケア利用者と介護者が知覚した基本的ヒューマンニーズをアセスメントのための“Zuluaga-Raysmith(Z-R)モデル”の適用という研究を報告している。すなわち、Zuluaga-Raysmith(Z-R)モデルとは、マズローによって開発された普遍的で基本的なヒューマンニーズの概念を取り入れているが、これらにおける階層的な性質を除いた概念枠組みである。

Z-R モデルは、健康と疾患の連続性の存在を認め、統一体としての単位(ここでは個人、家族、

アグリゲイト、あるいはコミュニティ)が自由により良い健康と自己実現の方向に、または疾患と早死にの方へと進むかもしれないことを受け入れるモデルである。さらに、Z-R モデルは、10 の基本的ニーズを同定して、これらのニーズのうちのどれか一つでもその欠乏が認知されると、これが考慮すべき統一体(ここでは個人、家族、アグリゲイト、あるいはコミュニティ)のウェルネスのレベルに影響を及ぼしかねないとしている。

この探索的・記述的な研究において、インタビューアとして 11 の看護師が採用された。対象者は、首都部での在宅ケア機関における外出不能状態にあるクライアントと介護者 27 組の便選的サンプルから構成された。修正版 Functional wellness inventory(Louvenia Carter によって 1993 年に開発された)を自由解答式のいくつかの質問で使用したが、それは Z-R モデルの 10 のニーズに互いに関連していた。この測定用具の信頼性係数は、0.84 であった。記述統計を用いて、平均値、パーセント、および頻度を用いてデータを分析している。一方、自由解答式の質問は、内容によってグルーピングされて、頻度順にランキングされた。

この小さいサンプルにおける 5 つの最も緊急のニーズは、収入、身体的健康、貢献をする機会、移動能力、そして、精神的・情緒的・社会的・スピリチュアルな健康(MESSH)であった。看護師達は、測定用具と Z-R モデルを使用することで、全人的な見方、クライアントにおける強さの同定、認知されたニーズ欠乏の同定に焦点を当てるのを助けてくれると異口同音に報告している。それ故にクライアントにとってはこれらの統一体としての単位(ここでは個人、家族、アグリゲイト、あるいはコミュニティ)が慢性疾患、身体障害あるいは差し迫った死の存在があるにもかかわらず、より高い健康レベルへと進むのを助けるために、タイムリーで費用対効果のある学際的なケアプランの提供を促進させることが重要である。加えて、これらの所見はさらなる研究を積み重ねていく必要性をも示唆している。

4. まとめ

介護者とヘルスプロモーションの関係についての研究動向をみると、主に測定スケールを用いた介護者のヘルスプロモーション行動の測定と、ヘルスプロモーション行動に影響を与える諸要因(要介護者の状況、介護負担感、自己効力感、ソーシャルサポートの内容、等)の解明、およびヘルスプロモーション行動を促進するための戦略(ヘルスプロモーションカウンセリング、コミュニティにおけるプログラム開発、学際的なケア提供方法の開発、等)であった。わが国では、介護者の HRQOL (Health-related Quality of Life) を調べた研究が幾つか報告されてきているが、介護者のヘルスプロモーション行動を調べた報告例がほとんどなく、今後の発展が望まれる分野である。

5. 引用文献

- Chen M. (1999): The effectiveness of health promotion counseling to family caregivers, *Public Health Nursing*. 16(2),125-132.
- Jackson D. G. (1995): Cleary BL. Health promotion strategies for spousal caregivers of chronically ill elders, *Nurse Practitioner Forum*. 6(1),10-18.
- Killeen M. (1989): Health promotion practices of family caregivers, *Health Values*. 13(4),3-10.
- O'Brien M. T. (1993): multiple Sclerosis: Health - promoting behavior of spousal caregivers, *J. Neuroscience Nursing*. 25(2),105-112.
- Tang Y. (2000): Health promotion behaviors among family caregivers of stroke patients in Taiwan, Doctoral Dissertation. University of Illinois at Chicago, Health Sciences Center Ph.D.(152p)
- Tang Y. Chen S. (2002): Health promotion behaviors in Chinese family caregivers of patients with stroke, *Health Promotion International*. 17(4),329-339.
- Zuluaga B. H. (2000): Implementation of the Zuluaga-Raysmith (Z-R) model for assessment of perceived basic human needs in home health clients and caregivers., *Public Health Nursing*. 17(5),317-324.

6. 参考文献

- Cassetta R. A. (1994): When a caregiver needs care, *American Nurse*. 26(5),12.
- Chappell N. L. Reid R. C. (2002): Burden and well-being among caregivers: examining the distinction. *Gerontologist*, 42(6),772-780.
- Dickson G. (2000): Aboriginal grandmothers' experience with health promotion and participatory action research, *Qualitative Health Research*. 10(2),188-213.
- Edwards G. (2003): Good practice for keeping stroke patients and carers informed. *Professional Nurse*. 18(9),529-532.
- Gaines A. D., McDonald P. E., Wykle M. L. (1999): Aging and immigration: who are the elderly?: *Journal of Immigrant Health*. 1(2),99-113.
- Hall J. (2002): Assessing the health promotion needs of informal carers, *Nursing Older People*. 14(2),14-16.
- Keating S. B. (1995): Home health care. Health promotion and disease prevention in home care, *Geriatric Nursing*. 16(4),184-186.

- Lang N.M., Kraegel J. M., Rantz M.J., Krejci J.W. (1990): Quality of health care for older people in America: a review of nursing studies, American Nurses' Association.(131p)
- Langan J., Whitfield M., Russell O. (1994): Paid and unpaid carers: their role in and satisfaction with primary health care for people with learning disabilities, Health & Social Care in the Community. 2(6),357-365.
- Leathley M. (1988): Physiotherapists and health education: report of a survey, Physiotherapy. 74(5),218-220.
- Ridenour N., Norton D. (1995): Community-based persons with mental retardation: opportunities for health promotion, Nurse Practitioner Forum. 6(1),19-23.
- Riffle K. L. (1989): Stress: nurses dealing with family members, Journal of Gerontological Nursing. 15(7),18-25, 35-36.
- Robinson K. (1994): Volunteer Interfaith Caregivers of Kentuckiana (VICK) -- a timely concept, Kentucky Nurse. 42(2),28-29.
- Tilson E.C., McBride C. M., Albright J. B., Sargent J.D. (2001): Attitudes toward smoking and family-based health promotion among rural mothers and other primary caregivers who smoke. Journal of School Health. 71(10),489-494.
- Twinn S., Holroyd E., Shiu A. T. Y. (1998): A case study of the community rehabilitation network: an evaluation of an innovative strategy in nursing practice, Hong Kong Nursing Journal. 34(4),6-13.
- Williams P.D. (1998): A focus on the family in international health care research. Philippine Journal of Nursing, 69(3-4),25-35.

1. 高齢者のヘルスプロモーション

1) 高齢社会におけるヘルスプロモーションの動向

人口構造や疾病構造、さらには社会構造が変化するなか、近年、ヘルスプロモーションは広く用いられるようになった用語である(Naidoo, and Wills, 2000)。先進工業国では人口の高齢化が急速に進み、多くの国において、男女とも平均寿命は 70 歳をゆうに超えている(厚生統計協会, 2002)。日本人の平均寿命は、明治、大正期を通じて低い水準にあったが、衛生状態の改善や生活水準の向上による死亡状況の改善を受け、昭和に入って以降、大幅に延伸し、昭和 59(1984)年以降は「人生 80 年」時代へと突入した(厚生労働省, 2002)。

平均寿命の伸びとともに、老年人口は増加し、平成 13(2001)年には老年人口が総人口に占める割合は 18.0%となった(厚生統計協会, 2002)。近年の平均寿命の延伸は、特に、65 歳以上の高齢者の死亡率の改善に因るところが大きい(厚生労働省, 2002)。

人口の高齢化と共に疾病構造も変化した。かつては結核が日本人の死亡原因の第 1 位であったが、現在ではがん、心臓病、脳血管疾患といった生活習慣病による死亡が全体の 6 割以上を占めている(厚生統計協会, 2002)。また、平成 11 年度の患者調査では、医療機関を受診している高血圧疾患、糖尿病、虚血性心疾患、脳血管疾患、悪性新生物の総患者数は 1,300 万人以上となっている(厚生労働省大臣官房統計情報部, 2002)。

疾病構造が変化し平均寿命が延伸し、疾病の予防に関わる活動に注目が集まる一方で、単なる寿命の延伸ではなく、自立して健康に暮らせる期間である、活動平均余命を伸ばすこと(辻, 1999)、そしてうまく年を重ねていくこと—サクセスフルエイジングが重視されるようになってきた。

Friedrich(2001)はサクセスフルエイジングを、長寿で、生産性が高く、満足して生きている個々の高齢者の特徴を踏まえたものであると述べており、Rowe and Kahn(1998)は、疾病の予防、身体的精神的機能の維持に加え、活動的に生活していくことが、サクセスフルエイジングにおいて重要であると述べている。このように、人々の寿命を時間的に延長することのみならず、その生活を質的に充足することが重要視されるようになってきた。

WHO はオタワ憲章(WHO Regional office for Europe, 1990)の中で、ヘルスプロモーションを「人びとが自らの健康をコントロールし、改善することができるようにするプロセスである」と定義し、その活動を推進している。また、英国では「Saving Lives: Our Healthier Nation」(Secretary of State for Health, 1999)、米国では「Healthy People 2010」(U.S. Department of Health and Human Services, 2000)、さらに日本においては、「健康日本 21」の活動が展開されている(厚生統計協会, 2002)。人口の長寿化、そして高齢化、さらには疾病構造や社会構造が変化す

る中、ヘルスプロモーションへの関心が高まり、世界各国において、ヘルスプロモーション活動が展開されている。

2. 高齢者のヘルスプロモーションの概念

1) 社会施策としてのヘルスプロモーション活動

WHO は、オタワ憲章(WHO Regional office for Europe, 1990)やヘルシー・シティーズ・プロジェクト(Kickbusch, 1995)において、ヘルスプロモーションを特定の疾患の予防や一定のハイリスクグループに限定したものから、人口全体の健康や well-being のための活動へ、専門職のみが行う活動から、全ての人々が協力して行う活動へ、そして健康を個人の責任ではなく、社会全体の責任として捉える方向へとシフトさせた(Naidoo, and Wills, 2000)。WHO は、特定の限定した目標に対するヘルスプロモーションから、より包括的なヘルスプロモーションへとシフトさせ、社会施策を通じたヘルスプロモーション活動を目指すようになった。米国や英国、日本においても、国民全体の保健および医療の側面における進展を目標とした包括的なプログラムが、国により展開されている(厚生統計協会, 2002; Secretary of State for Health, 1999; U.S. Department of Health and Human Services, 2000)。

ヘルスプロモーションにかかわる社会施策は国民全体を対象としたものであるとともに、リスク集団に対する個別的な社会施策でもある。Lauder(1993)は、高齢者の健康に影響を与える社会的な問題として、貧困や住居の問題を指摘しているが、高齢者は現代社会の中で加齢に伴う身体機能の低下や、収入の減少による経済的な問題の発生等により弱い立場にある。社会的弱者である高齢者、特にその中でも移民、貧困者、虚弱高齢者といったより弱い立場にあるものが、地域において自立した生活を継続し、さらに彼らの QOL を高めていくために、ヘルスプロモーション活動が有効である(Fitch, et al., 1997; Ruffing-Rahal, 1993; Wieck, 2000)。

高齢者を対象としたヘルスプロモーション活動として、地域の社会資源のネットワーク化、コミュニケーション、教育、立法、財政、組織変革、コミュニティ・デベロップメントといった、社会、経済、環境も含めた包括的な社会的政治的働きかけを含めた活動が展開されている(Abelin, 1987; Altpeter, et al., 1998; Entwistle, 1992; Kaplan, Haan, and Syme, 1987; Lauder, 1993)。また、ヘルスプロモーションをすすめる社会施策には、高齢者に対する直接的なもののみならず、ボランティアの養成といった間接的な施策も有効な活動といえる(Davis, Leveille, Favaro, and Logerfo, 1998; 星野, 成木, 飯田, 1999)。

2) 個人のセルフケアとしてのヘルスプロモーション活動

具体的なヘルスプロモーション活動の多くは、対象集団の健康上の特徴や個人の行動特性を

踏まえ、その対象に多い疾病の予防や増悪の防止のための活動に焦点を当てている。高齢者はがん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病、高血圧といった生活習慣病の有病率が高く、主な死因となっている。高齢者のヘルスプロモーション活動は、生活習慣病、転倒、感染症といった高齢者に多い健康問題の予防や早期発見に焦点が当てられ、そのための行動変容、保健行動の獲得といったセルフケアを可能にするための活動が中心となっている(Ford, and Herman, 1995; Green, and Pope, 2000; Padula, 1997; Pender, 2001; Pizzi, and Wolf, 1998; Resnick, 2000; 嶽崎, 田島, 吉田京, 富永, 1999)。「健康日本 21」においても、高血圧、糖尿病等の生活習慣病を中心とした疾病の予防や増悪防止のため、数値目標が定められ、ヘルスプロモーション活動が展開されている(斉藤, 高木, 林, 仲野, 他, 2001)。

高齢者のヘルスプロモーション活動の多くは、高齢者に多い疾病の予防を中心に展開されているが、疾病予防に関わるテーマが、実際の健康教育によるヘルスプロモーション活動の根本であり(Naidoo, and Wills, 2000)、こういったテーマは、高齢者自身にとっても興味深いものである(Caserta, 1995)。

個人のセルフケアとしてのヘルスプロモーション活動では、主に健康教育やカウンセリングを通じた、知識の提供が重要である(Fitch, Greenberg, Levstein, and Muir, et al., 1997; Makoul, Arntson, and Schofield, 1995; Rodgers, Grower, and Supino, 1992)。健康教育やカウンセリングにより、知識を得、エンパワメントされることにより、自分の健康に対するセルフケア能力が高まり、ヘルスプロモーションが行われている。しかし一方で、提供する知識を押し付けることにもなり、「健康のメッセージ」を対象者に強要する側面があるとの問題点も指摘されている(Macleod, Wilson-Barnett, Latter, and Maben, 1992)。

3) 高齢者が生活するソーシャルコンテキストの中でのヘルスプロモーション

ソーシャルコンテキストは、高齢者自身と高齢者の周囲に影響を与えており、高齢者のヘルスプロモーションをすすめるために、高齢者が生活しているソーシャルコンテキストの中で高齢者自身と高齢者を取り巻く状況を理解する必要がある。

ヘルスプロモーションには社会の構造や態度が関連しており、対象となる人々の文化、生育環境、生活環境、言語、宗教といったそれぞれの特性が大きく影響している(Choudhry, 1998; Dundas, Morgan, Redfern, and Lemic-Stojcevic, et al., 2001)。Chen(1996)は、アメリカに移民した中国人高齢者のヘルスプロモーションに関わる質的研究を通じ、中国人としての自然や健康との関わり方が、彼らのヘルスプロモーションに大きく影響していることを示している。ヘルスプロモーション活動において、文化および世代の問題を考慮することは重要であり(Entwistle, 1992)、特に高齢者においては、その世代の特徴を理解することが重要である。

一方、社会も高齢者を一定の存在として規定されており(Lauder, 1993)、社会がどのように高齢者を規定しているかが、高齢者に対するヘルスプロモーション活動に影響を与えている。さらに、保健医療専門職の活動にも、社会さらにはそれぞれの保健医療専門職自身が規定している高齢者観が影響している。高齢者は加齢的变化により衰えていくものだとする社会や保健専門職の高齢者観は、高齢者のヘルスプロモーション活動を阻害する一因ともなっている(Price, Desmond, and Losh, 1991; Resnick, 2000)。

4) 動的なプロセスとしてのヘルスプロモーション

ヘルスプロモーションは、個人および社会的なレベルの双方において、一連の動的なプロセスとして示されている。個人のレベルにおいては、人が自分の健康をコントロールし、増進するための一連のプロセスであり(Abelin, 1987; Green, and Kreuter, 1999; Makoul, et al., 1995)、社会施策のレベルにおいては、オタワ憲章(WHO Regional office for Europe, 1990)に示されるように、ヘルスプロモーションは「プロセスとしての戦略」であり、問題の明確化から始まり、施策化に至る一連のプロセス(Green, and Kreuter, 1999)といえる。ヘルスプロモーションは一定の定まった事象を示すのではなく、動的なプロセスの中で展開されていく。

3. 高齢者のヘルスプロモーションの前提となるもの

高齢者のヘルスプロモーションは、高齢者に多い生活習慣病、転倒、感染症の予防や増悪予防を目指して行われている。ヘルスプロモーションといっても、高齢者のそういった特性を考慮し、高齢者に多い健康問題をヘルスプロモーションの対象としている場合、ヘルスプロモーションといっても、健康リスクを持っていると判断された人々が対象となっていた(Raphael, Brown, Renwick, and Rooeman, 1997)。すなわち、現在の多くのヘルスプロモーションは、予防もしくは増悪を防止すべき健康問題の存在が前提となっている。

4. 高齢者のヘルスプロモーションが目指すもの

また、一般的にヘルスプロモーションの帰結は、対象者の健康が増進されることであり、Noack(1987)は、ヘルスプロモーションの目標は健康の潜在能力を増進することであるとしている。しかし、高齢者にとって健康を増進することは困難である。高齢者は自分の健康について、慢性疾患は年相応にあってもやむをえないことであり、現在の健康状態が維持できれば良いと考えている(Frenn, 1996)。また、加齢に伴う身体機能の衰退に、うまく適応していくことが1つの健康の指標ともなっている(Caserta, 1995)。高齢者にとって健康の増進や、疾病が全く無い状態は不可能であり、高齢者にとってヘルスプロモーションの帰結は、彼らの健康を維持していくことである。

高齢者のヘルスプロモーションの帰結である健康状態の維持を評価するにあたり、それぞれ異なった指標が用いられている。健康状態の維持を客観的に評価するためには、健康を操作的に定義する必要があるが、Noack(1987)は健康の操作的定義について合意を得ることは困難であると述べている。健康の操作的定義は、それぞれの研究や活動に応じ定められている。

高齢者のヘルスプロモーション活動の具体的な評価指標としては Health Promoting Lifestyle Profile II (Padula, 1997; Pender, 2001; Shinopulos, and Jacobson, 1999)、QOL(Stuifbergen, Seraphine, and Roberts, 2000)、態度や行動の変容(Dundas, Morgan, Redfern, and Lemic-Stojcevic, et al., 2001)、知識やスキルの増加(Rogers, et al., 1992)などが用いられている。

一方、Naidoo, and Wills(2000)は、ヘルスプロモーションにおける健康は、単に疾病がない状態を示すものではなく、ポジティブヘルスを指し、身体的な健康状態のみならず、QOL、精神・心理・社会的健康状態を含めた、ホリスティックな健康状態を示すものと述べている。また、Chen(1996)は、自然を知ることや、自身を自然の法則に合わせることをヘルスプロモーションの帰結としている。

高齢者のヘルスプロモーションにおいて維持する健康は、単に身体的な健康状態を客観的に評価するのではなく、ホリスティックな健康について考えることが必要である。しかし、健康の操作的定義はそれぞれの対象に応じて多様であり、結果、健康を評価する指標も多様なものとなっていた。

5. 高齢者のヘルスプロモーションの今後

ヘルスプロモーションの概念は、健康の維持、増進を目指した包括的な理念であり、“An umbrella term”として論じられていた。一方、ヘルスプロモーションは、健康問題の予防と増悪防止を目指した、具体的な活動として定義されていた。しかし、この定義には保健医療専門職を含む社会の対象者に対する視点が大きく影響している。すなわち、保健医療専門職を含む社会の多くは、高齢者を加齢による変化のため、健康レベルが低下し、疾病の有病率が増加する社会的弱者として捉えており(Resnick, 2000)、高齢者を社会的弱者とする視点に基づくヘルスプロモーションは、高齢者に多い健康問題の予防、増悪防止により現在の健康を維持するために行う、社会施策や個人的なセルフケアとして、具体的に定義されていた。

Chen(1996)や Frenn(1996)はヘルスプロモーションの当事者である高齢者自身の視点から、健康に対する自分たちの視点や環境との関わりといった、人の生き方全般を含むものとしてのヘルスプロモーションを明らかにしている。

多くのヘルスプロモーション活動は、保健医療専門職を含む社会の視点に基づき展開されてい

る。保健医療専門職を含む社会の視点に基づくヘルスプロモーション活動の帰結は、高齢者に多い健康問題の予防や増悪の防止であり、Chen(1996)や Frenn(1996)の研究に示される、高齢者自身の視点に基づき明らかにされたヘルスプロモーションの帰結との間には「ずれ」がある。

今後、保健医療専門職を含む社会の考える高齢者のヘルスプロモーションと、高齢者自身が考えるヘルスプロモーションの間の「ずれ」をふまえ、高齢者が生活するソーシャルコンテクストの中での彼ら自身の視点によるヘルスプロモーションの概念を具体的にしていくことが必要である。また、ヘルスプロモーションの概念には、対象となる人びとが健康をどのように考えているかが大きく影響しており、ヘルスプロモーションにはそれぞれの対象者の特性が考慮されていることが重要である。さらに、ヘルスプロモーションは人口構造や疾病構造、そして社会状況の影響を大きく受ける概念であり、今後も社会の変化に伴い、変わっていくものである。高齢者自身の視点、対象となる高齢者の特性、概念の変動性を考慮し、対象となる人びとのヘルスプロモーションの概念を具体的に示し続けることが、ヘルスプロモーションの概念の発展につながる。

6. 引用文献

- ・ Abelin, T. (1987): Approaches to health promotion and disease prevention. In Abelin, T., Brzezinski, Z. J., Carstairs, Vera D. L.(Eds.), Measurement in Health promotion and protection. (pp. 29-46). Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe.
- ・ Altpeter, M., Earp, J. A. L., & Schopler, J. H. (1998): Promoting breast cancer screening in rural, African American communities: the "science and art" of community health promotion. *Health & Social Work*, 23(2), 104-15.
- ・ Caserta, M.S. (1995): Health promotion and the older population: expanding our theoretical horizons. *Journal of Community Health*, 20(3), 283-92.
- ・ Chen, Y. D. (1996): Conformity with nature: a theory of Chinese American elders' health promotion and illness prevention processes. *Advances in Nursing Science*, 19(2), 17-26.
- ・ Choudhry, U. K. (1998): Health promotion among immigrant women from India living in Canada. *Image - the Journal of Nursing Scholarship*, 30(3), 269-74.
- ・ Davis, C., Leveille, S., Favaro, S., & Logerfo, M. (1998): Benefits to volunteers in a community-based health promotion and chronic illness self-management program for the elderly. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(10), 16-23.
- ・ Dundas, R., Morgan, M., Redfern, J., & Lemic-Stojcevic, N., et al. (2001): Ethnic differences in behavioural risk factors for stroke: implications for health promotion.

- Ethnicity & Health, 6(2), 95-103.
- Entwistle, B. A. (1992): Oral health promotion for the older adult: implications for dental and dental hygiene practitioners. *Journal of Dental Education*, 56(9), 636-9.
 - Fitch, M. I., Greenberg, M., Levstein, L., & Muir, M., et al. (1997): Health promotion and early detection of cancer in older adults: needs assessment for program development. *Cancer Nursing*, 20(6), 381-8.
 - Ford, E.S., Herman, W.H. (1995): Leisure-time physical activity patterns in the U.S. diabetic population: findings from the 1990 National Health Interview Survey - health promotion and disease prevention supplement. *Diabetes Care*, 18(1), 27-33.
 - Frenn, M. (1996): Older adults' experience of health promotion: a theory for nursing practice. *Public Health Nursing*, 13(1), 65-71.
 - Friedrich, D. D. (2001): *Successful aging*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher.
 - Fronstin, P. (1999): Retirement patterns and employee benefits: Do benefits matter? *Gerontologist*, 39(1), 37-47.
 - Green, C. A., & Pope, C. R. (2000): Depressive symptoms, health promotion, and health risk behaviors. *American Journal of Health Promotion*, 15(1), 29-34.
 - Green, L. W., & Kreuter, M. (1999): *Health promotion planning an educational and ecological approach*. Mountain View, CA: Mayfield publishing company.
 - Kaplan, G. A., Haan, M. N., & Syme, S. L.. (1987): Socio-economic position and health. *American Journal of Preventive Medicine*, 3, 125-9.
 - Kickbusch, I. (1995): ヘルシーシティーズ:作業計画とムーブメントの発展.島内憲夫(編訳).ヘルシーシティーズ-新しい公衆衛生をめざして-. (pp. 11-25). (島内憲夫,訳). 東京: 垣内出版.
 - 厚生労働省(監修). (2002): 平成 14 年版厚生労働白書. 東京: ぎょうせい.
 - 厚生労働省大臣官房統計情報部. (2002): 平成 14 年雇用管理調査結果の概要. 東京: 厚生労働省.
 - 厚生統計協会(編). (2002): 国民衛生の動向, 厚生 の 指標, 49(6).
 - Lauder, W. (1993): Health promotion in the elderly. *British Journal of Nursing*, 2(8), 401-4.
 - Macleod, C. J., Wilson-Barnett, J., Latter, S., & Maben, J. (1992): Health education and health promotion in nursing: a study of practice in acute areas. Research report

of Department of Health. London, U.K.: University of London.

- Makoul, G., Arntson, P., & Schofield, T. (1995): Health promotion in primary care-physician-patient communication and decision making about prescription medications. *Social Science & Medicine*, 41(9), 1241-54.
- Naidoo, J. & Wills, J. (2000): *Health Promotion: Foundations for practice* (2nd. ed.). London, U.K.: Harcourt Publishers.
- Noack, H. (1987): Concept of health and health promotion. In Abelin, T., Brzezinski, Z. J., Carstairs, Vera D. L. (Eds.). *Measurement in Health promotion and protection*. (pp. 5-28). Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe.
- Padula, C. A. (1997): Predictors of participation in health promotion activities by elderly couples. *Journal of Family Nursing*, 3(1), 88-106.
- Palmore, E. B., Burchett, B.M., Fillenbaum, G. G., & George, L. K. et al. (1985): *Retirement, causes and consequences*. New York, NY: Springer Publishing.
- Pender, N. J. (2001): *Health Promotion in Nursing Practice*(4th. ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Pizzi, E. R., & Wolf, Z. R. (1998): Health risks and health promotion for older women: utility of a health promotion diary. *Holistic Nursing Practice*, 12(2), 62-72.
- Price, J. H., Desmond, S. M., & Losh, D.P. (1991): Patients' expectations of the family physician in health promotion. *American Journal of Preventive Medicine*, 7(1), 33-9.
- Raphael, D., Brown, I., Renwick, R. & Rootman, I. (1997): Quality of life: What are the implications for health promotion. *American Journal of Health Behavior*, 21, 118-128.
- Resnick, B. (2000): Health promotion practices of the older adult. *Public Health Nursing*, 17(3), 160-8.
- Rodgers, J., Grower, R., & Supino, P. (1992): Participant evaluation and cost of a community-based health promotion program for elders. *Public Health Reports*, 107(4), 417-26.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1998): *Successful aging*. New York, NY: Dell publishing.
- Ruffing-Rahal, M. A. (1993). An ecological model of group well-being: implications for health promotion with older women. *Health Care for Women International*, 14(5), 447-56.
- 斎藤重幸, 高木覚, 林義人, 仲野昌弘,他. (2001): 北海道における健康日本21の推進 北

海道における循環器疾患の変遷を通して. 北海道公衆衛生学雑誌, 14(2), 116-9.

- ・ Secretary of State for Health. (1999): Saving Lives: Our Healthier Nation. London, U.K.: Stationary Office.
- ・ Shinopulos, N. M., and Jacobson, J. (1999): Relationship between health promotion lifestyle profiles and patient outcomes of biofeedback therapy for urinary incontinence. Urologic Nursing, 19(4), 249-53.
- ・ Stuijbergen, A. K., Seraphine, A., & Roberts, G. (2000): An explanatory model of health promotion and quality of life in chronic disabling conditions. Nursing Research, 49(3), 122-9.
- ・ 嶽崎俊郎, 田島和雄, 吉田京, 富永祐民. (1999): 健康づくり努力度別にみた死亡リスクの検討 愛知県農山間部一般住民におけるコホート研究より. 日本公衆衛生雑誌, 46(10), 904-14.
- ・ 辻一郎. (1999): 健康寿命. 東京: 麦秋社.
- ・ U.S. Department of Health and Human Services. (2000): HEALTHY PEOPLE 2010-Understanding and Improving Health. Washington, DC: Government Printing Office
- ・ WHO Regional office for Europe. (1990): ヘルスプロモーション・WHO:オタワ憲章-. (島内憲夫, 訳). 東京: 垣内出版. (原典出版 1986).
- ・ Wieck, K. L. (2000): Health promotion for inner-city minority elders. Journal of Community Health Nursing, 17(3), 131-9.

第3章 D町における女性のヘルスプロモーション活動の実際

掛本知里 江口晶子

I. はじめに

ヘルスプロモーションに関わる施策として、英国では「Saving Lives: Our Healthier Nation」(Secretary of State for Health, 1999)、米国では「Healthy People 2010」(U.S. Department of Health and Human Services, 2000)といった活動が展開されている。日本におけるヘルスプロモーション活動としては、「健康日本 21」がその活動の中心となっている。

昭和 39 年、東京オリンピックの終了後、健康・体力づくりのムードが高まり、国民の健康・体力増強策について閣議決定がなされた(厚生統計協会, 2003)。昭和 45 年からは保健所において保健栄養学級が開催されるようになり、地域における住民の健康の維持増進のための具体的な指導が行われるようになった(厚生統計協会, 2003)。また、昭和 53 年からは第 1 次国民健康づくり対策が開始され、引き続き昭和 63 年からは第 2 次国民健康づくり対策(アクティブ 80 ヘルスプラン)が実施された。さらに第 3 次国民健康づくり対策として、平成 12 年 3 月には「21 世紀における国民健康づくり運動」(健康日本 21)が策定された(健康日本 21 企画検討会, 健康日本 21 計画策定検討会, 2000)。健康日本 21 の基本理念は「全ての国民が健康で明るく元気に生活できる社会の実現のために壮年死亡の減少、健康寿命の延伸と健康に関する生活の質の向上を目指し、一人一人が自己の選択に基づいて健康を増進する。そして、その個人の活動を社会全体が支援していくこと」(健康日本 21 企画検討会, 健康日本 21 計画策定検討会, 2000)である。

「健康日本 21」について、平成 13 年 4 月現在すべての都道府県において健康増進計画が策定され、市町村においても健康増進計画の策定が推進されており、住民に対する保健サービスを実際に提供する場である市町村における活動は、地域におけるヘルスプロモーション活動の要となるものである。成人女性のヘルスプロモーション活動を考えるにあたり、地域、すなわち市町村での活動はその中心となるものと考えられる。そこで、地域におけるヘルスプロモーションの実情を明らかにするため、S 県 D 町におけるヘルスプロモーション活動について、町が発行している資料、D 町保健師に対する聞き取り調査から明らかにした。

II. 研究方法

1. 対象地域

S 県内 D 町は県の中西部に位置する面積 46.13 平方キロメートルの町であり、南は海岸線、北には山々が連なっている。温暖な気候に恵まれ、産業 3 部門別の就業人口比は 14:50:26、全国との所得格差 100.5(朝日新聞社, 2002)と、2 次産業の従事者が最も多い町となっている。

D町の人口は21,938人(年少人口15.8%、生産年齢人口64.6%、老年人口19.6%)(2002年)であり、全国に比べ生産年齢人口がやや少なく、年少人口と老年人口がやや多い傾向を示している。

2. 分析資料

平成13年度および14年度D町保健事業報告をもとにD町で実施されているヘルスプロモーション活動を明らかにした。

3. 聞き取り調査

D町保健福祉センターの保健師に対し、分析資料を基に作成したD町におけるヘルスプロモーション活動を提示し、その補足を受け、さらに現在特に強化している活動や今後の方向性について指摘を受けた。

Ⅲ. 結果および考察

1. 住民のヘルスプロモーションに関わる保健事業の概要およびその分析

D町で行われているヘルスプロモーションに関わる保健事業を、一次、二次、三次と保健予防活動のレベル別、およびライフステージ別に整理し、分析を行った。

2. 保健事業の概要(図3-1、3-2)

ヘルスプロモーションに関わる保健事業、特に一次予防に関連して、地区組織活動、健康教育、健康相談を中心とした活動が展開されていた。地域における保健事業は老人保健法や母子保健法といった地域保健に関わるいくつもの法律の定める範囲のものを実施している場合が多く、D町においても個々の保健事業は法律に基づき実施されていた。しかし、その体系化、特に成人前期から壮年期に至るまでの間の保健事業の体系化はあいまいであった。

以下では、地区組織活動および健康相談・健康教育に分け、D町の保健事業の概要について示す。

3. 地区組織活動

D町は「健康づくり食生活推進員育成セミナー(健康づくり食生活推進員養成)」「栄養改善事業(栄養友の会活動)」「伝達講習会(定期伝達講習会、各地区での伝達講習会、親子料理教室)」「保健委員会活動」「救急法講習会」「地区健康づくり活動」「大東町健康まつり」といった地区組織活動が活発であり、これを利用した保健事業の展開がなされている。しかしこれらの地区組織活

動の多くは、一般住民が広く参加して行われているというよりは、地区組織活動の中核をなす住民を中心として展開されていた。

4. 健康相談・健康教育

基本健康診査の事後指導や地区健康相談などを通し、住民の健康教育を実施している。特に基本健康診査受診者については健康診断の事後のサービスとして「健康度評価事業(ヘルスセサメント)」に基づく「いきいきセミナー」を実施し、保健師および、栄養士による個別指導・運動指導・集団健康教育(生活習慣改善指導)・グループワーク・効果判定(血液検査)などが行われていた。しかし、この「いきいきセミナー」の対象住民のうち、参加していない住民の事後のフォローはあまりなされておらず、今後、「いきいきセミナー」の評価において、参加が得られなかった住民の不参加の理由や、その後の健康状態の変化などについて検討が必要であろう。さらに、D町においては、基本健康診査の結果、必要時訪問指導を実施しているが、こういった活動は、健康への関心の低い層に対する働きかけとして有効であると考えられる。

しかしこれらの活動の多くは継続的な活動ではなく、年度ごとに行われる事業であり、一定の健康問題や保健事業に焦点を当てた活動となっている。しかし、人口規模の小さな市町村では、継続的な活動が体系化されていない場合であっても、保健師は住民、特に何らかの健康問題を抱えている住民を継続的に把握している可能性が高い。D町においても現在の人口規模であれば、保健師は新規転入者や保健師との関わりが少ない年代層を除き、多くの場合、健康問題を持つ住民を何らかの形で把握しており、体系的ではないものの継続的な関わりを持っていた。個々の保健師がそれぞれ対象者を把握し、継続的な働きかけを行うことにより、様々な機会を捉えた個別関わりが可能になっていた。何らかの健康問題を持つ住民に対する関わりが日常的な活動を通じて行われている反面、それらの疾患を持つもの同士のグループ活動や自主的な活動については活発化していない傾向が示された。また、今後、D町は周囲の市町村と合併し、人口規模10万人以上の市となる予定である。人口規模が拡大した場合、現在のような個人的な関わりの中で継続的な働きかけには限界があると思われる。

5. ライフステージに応じた保健事業

健康を維持増進するためには、人生のライフステージにあわせ、それぞれの段階における健康課題を考慮することが重要である。健康日本21においても、人の生涯を6段階(「幼年期」「少年期」「青年期」「壮年期」「中年期」「高年期」)の6段階に分け、それぞれの健康課題を検討している(健康日本21企画検討会、健康日本21計画策定検討会、2000)。たとえば、青年期は、生活習慣に問題がある場合も多く、壮年期以降の危険な生活習慣の出発点となる重要な時期であると位

表 3-1-1. D 町で行われている保健事業(一次予防)

	妊産出産期	新生児・乳幼児期	学童・思春期	青年期	壮年期/中年期	高齢期
一次予防	<ul style="list-style-type: none"> 母子健康相談 母子健康手帳交付 	<ul style="list-style-type: none"> 健康相談 <ul style="list-style-type: none"> 育児相談 健康教育 <ul style="list-style-type: none"> 離乳食講習会(7か月児相談) 幼児食講習会(1歳児教室) 救急法講習会 親子栄養講座 子育て支援センターわいわいサロン*1 ブックススタート(7か月児相談)*2 予防接種 <ul style="list-style-type: none"> ツ反/BCG接種 フッ素塗布事業(幼児歯科検診) 	<ul style="list-style-type: none"> 健康教育 <ul style="list-style-type: none"> 学校保健講座 		<ul style="list-style-type: none"> 健康手帳交付 <ul style="list-style-type: none"> 健康相談参加者 基本健康診査受診者 集団健康教育 <ul style="list-style-type: none"> 基本健康診査時健康教育 病態別健康教育 医師による健康講座 	<ul style="list-style-type: none"> 老人医療受給者
	<ul style="list-style-type: none"> 訪問指導 面接 電話相談 				<ul style="list-style-type: none"> 介護家族健康教育 総合健康相談 <ul style="list-style-type: none"> 胸部検診時健康相談 議会健康相談 重点健康相談 	<ul style="list-style-type: none"> 各種団体健康教育 <ul style="list-style-type: none"> 男性のためのふれあいサロン ふれあい交流会 一人暮らしの会 シルバーカレッジ 高齢者健康教育(老人クラブ) 転倒予防教室(びんしやん教室)
					<ul style="list-style-type: none"> 重点健康相談 	<ul style="list-style-type: none"> 地区健康相談 各種団体健康相談(ふれあい交流会) 地区健康相談 各種団体健康相談(男性のためのふれあいサロン)
					<ul style="list-style-type: none"> 介護家族健康相談 	<ul style="list-style-type: none"> 予防接種(インフルエンザ)

注) *1 育児支援センター連携事業

*2 保健所および町保健センター連携事業

表 3-1-2. D 町で行われている保健事業(二次予防・三次予防・地区組織活動)

	妊娠出産期	新生児・乳幼児期	学童・思春期	青年期	壮年期/中年期	高齢期
二次予防	<ul style="list-style-type: none"> 妊婦健康診査(受診券発行) 	<ul style="list-style-type: none"> 健康診査 乳幼児健康診査(4・10か月児、受診券交付) 1歳6か月児健康診査 2歳児歯科検診 2歳6か月児親子歯科検診 3歳児健康診査 健康相談 7か月児相談 1歳児教室 こども巡回相談 乳幼児発達相談指導事業^{*2} 療育相談 親子相談 幼児相談 総合発達相談 親子教室(ばんぎっこ) 	<ul style="list-style-type: none"> 結核健康診断 	<ul style="list-style-type: none"> 結核検診 	<ul style="list-style-type: none"> 基本健康診査 がん検診 胃がん検診 大腸がん検診 婦人科検診(子宮がん/乳がん) 肺がん検診(胸部レントゲン/喀痰細胞診検査) 20代・30代総合検診 超音波検診(腹部エコー) 歯周疾患検診 成人歯科検診(2歳6か月児の母親) 骨粗鬆症検診(40・45・50・55・60歳の女性) 健康度評価事業(ヘルスアセスメント) いきいきセミナー 	<ul style="list-style-type: none"> 基本健康診査 がん検診 胃がん検診 大腸がん検診 婦人科検診(子宮がん/乳がん) 肺がん検診 20代・30代総合検診 超音波検診(腹部エコー) 歯周疾患検診 成人歯科検診(2歳6か月児の母親) 骨粗鬆症検診 健康度評価事業(ヘルスアセスメント) いきいきセミナー
三次予防	<ul style="list-style-type: none"> 訪問指導 面接 電話相談 				<ul style="list-style-type: none"> 機能訓練 リハビリ教室(A型) 	<ul style="list-style-type: none"> ふれあいサロン事業^{*3}
地区組織活動	<ul style="list-style-type: none"> 地区健康づくり活動(町内15地区) 健康づくり食生活推進員育成セミナー(健康づくり食生活推進員養成) 栄養改善事業(栄養友の会活動) 伝達講習会(定期伝達講習会へすこやか料理教室、各地区での伝達講習会、親子料理教室) 保健委員会活動(地区健康相談補助・参加勸奨など) 				<ul style="list-style-type: none"> 大東町健康まつり 母親クラブ 子育てサークル^{*3} 精神障害者家族会 	

注) ^{*2} 保健所および町保健センター連携事業

^{*3} 社会福祉協議会等

図 3-2-1. D 町の保健事業の年代別概要(健診および健康教育)

項目	内容	20代	30代	40代	50代	60代	70代～
健診		20代・30代総合検診					
		基本健康診査 子宮がん検診 / 乳がん検診(触診・希望者のみエコー) 胃がん検診 / 大腸がん検診 / 肺がん検診 / 超音波検診(腹部エコー) 喀痰細胞診検査 骨粗鬆症検診(40・45・50・55・60才の女性)					
健康教育		成人歯科検診 (歯周病歯科検診～2歳6か月児の母親)					
	生活習慣病	病態別健康教育(基本健康診査時～生活習慣病予防 / 生活アセスメント / 生活習慣改善指導) / いきいきセミナー / 医師による健康講座 / 各種団体健康教育					
	血圧	大東町職員 地区健康相談(血圧) 老人クラブ(血圧・コレステロール)					
	食習慣	地区健康相談(栄養)					
	運動習慣	くろみの会(保健所デイケア)					
	転倒予防	地区健康相談(体操) / 老人クラブ 転倒予防教室(びんしやん教室～老人クラブ理事)					
	口腔歯科保健	地区健康相談(歯)					
	健康づくりなど	老人クラブ 栄養友の会					
	痴呆予防	老人クラブ					
	緊急時医療救護	医師による健康講座					
介護家族健康教育	口腔歯科保健	介護家族健康教育					
	健康づくりなど	介護家族健康教育					

図 3-2-2. D 町の保健事業の年代別概要 (健診および健康教育)

項目	内容	20代	30代	40代	50代	60代	70代～
健康相談	総合健康相談					地区健康相談 / 各種団体健康相談	
	重点健康相談					胸部検診時健康相談 / 議会健康相談 (町会議員)	
行政	介護家族健康相談				介護家族健康相談		
	健康度評価事業 (ヘルスアセスメント)				いまいきセミナー		
	機能訓練				リハビリ教室 (A型)		ふれあいサロン*
	健康手帳交付				健康手帳交付 (保健指導参加者・基本健康診査受診者)		(老人医療受給者)
	訪問指導				基本健診要指導者等訪問指導		
	個人・地域		<ul style="list-style-type: none"> 地区健康づくり活動 大東町健康まつり 介護者の会 精神障害者家族会 健康づくり食生活推進員育成セミナー ⇒ 栄養改善事業 (栄養友の会活動) 伝達講習会 (定期伝達講習会～すこやか料理教室 / 各地区での講習会) 保健委員会 				
							地区健康相談の補助・参加勧奨 / ウォーキング / 健康体操 / グランドゴルフ

注) 随時の電話相談・面接・訪問指導は除く

*1 社会福祉協議会の実施している事業

置づけられている。また、壮年期は、働くことを重視している時期であり、またこの時期に家庭を形成し、子育てを行う時期でもある。中年期は、高年期への準備期であり、高年期における障害や生活を視野に入れ、自らの健康について考えていくことが重要な時期である。さらに高年期には、多少の健康問題を抱えていても、生活に質を維持し、豊かに暮らすことができるよう自ら試みることが重要である。

このように、それぞれのライフステージにあわせ、それぞれのヘルスプロモーションに向けた健康課題が示されている。これらの健康課題に対し、地域ではそれぞれ保健事業を展開し、地域住民のヘルスプロモーションを図ることが重要である。そこで、D町で行われている保健事業についても、年代ごとに整理し、分析を行った。

1) 青年期～壮年期を対象とした保健事業

20～30 歳代の住民は学生であれば学校、就労している場合は就労先で健康管理サービスを提供されており、地域の保健事業を利用するものは少ない。D 町において「20 代・30 代総合健診」や「乳がん検診」等の健康診査が実施されているものの、健診後の事後フォローは体系化されたものではない。

本来、成熟期の女性を対象としている保健事業が、女性の妊娠・出産を契機として、乳幼児を対象とした保健事業と一体化して展開されており、D 町においても子どもの健診や育児相談時に、母親のストレスや生活リズム、食生活についてフォローされており、さらに、2 歳 6 か月児健診時に、子どもの母親を対象として成人歯科検診が実施されていた。しかし、子どもの就学後はそういった保健事業を利用する機会も減り、また、子どものいない女性はこういった保健事業を活用する機会が全く無い。

さらに、地区組織活動についても 20～30 歳代の女性が積極的に参加している活動は少なく、実際に実施されている活動も子育てサークルなど、子どもを媒介とした活動が主なものとなっており、子どものいない女性が参加できる活動は、さらに少なかった。

2) 壮年期～中年期を対象とした保健事業

壮年期、中年期の住民の多くは、就労しているかもしくは家庭で家事や子育てを行い、社会活動の中心となっている世代である。これらの年代の住民のうち、就労しているものについては、その健康管理は就労先の事業主に委ねられている場合が多く、地域での保健事業に参加する機会は少なかった。

20～30 歳代の女性と同様、基本健康診査や乳がん検診等、各種健康診査はなされており、基本健診結果による健康度評価事業(ヘルスアセスメント)において、「要指導者」には事後フォロー

の機会も提供されていた。その他の保健事業についても、20~30 歳代と同様に、子どもの就学後にこの年代の女性が一次予防として利用できる保健事業は少なかった。健康づくり食生活推進員育成および栄養友の会、保健委員活動などの地区組織活動に参加している場合は、食習慣を始めとする生活習慣などの教育の機会や自分の健康について相談する機会があり、住民参加型の健康づくり活動が行われていた。こういった活動は、主に家事労働に従事している壮年期や中年期の女性が中心となって運営されており、家族全体のヘルスプロモーションの担い手である女性がこれらの事業に積極的に参与することにより、地域の健康レベルの底上げには効果があると考えられる。しかし、これらの活動は、実際的には一定の固定的なメンバーが参加する限定的な活動であり、地域における幅広い活動には発展していないのが現状であった。

3) 高年期を対象とした保健事業

多くの保健事業が老人保健法等の法律に基づいて行われており、他のライフステージに比べると、高年期のものを対象とした事業は多かった。特に、一次予防を目的とした保健事業の多くは主に高年期のものに焦点が当てられていた。また、保健事業の展開に利用している地区組織活動は、老人クラブなどの高齢者のグループ活動が多く、壮年期、中年期の住民が利用できる活動が少なかった。地区健康相談も総合健康相談、またアフターフォローとしての重点健康相談および、集団健康教育の場になってはいるものの、その参加者の多くは老人クラブの会員であった。そのため、居住地区や参加している地域の活動により、提供される保健事業の差異が示されていた。

6. 健康教育の具体的なテーマについて

住民のヘルスプロモーションを推進するものである健康教育のテーマは、一般的な健康問題をとりあげ論じている場合が多く、必ずしも住民のタイムリーなニーズに応じたテーマをとりあげているものではなかった。特に、健康教育のテーマは高齢者を対象としたものが多く、その中でも「転倒予防教室」等、介護予防に関わるものがテーマとしてとりあげられる傾向が高かった。生活習慣病の病態に関する健康教育は、基本健康診査の結果、最近、血圧が高い傾向を示すものが多い傾向を踏まえ、高血圧に焦点を当てたものが多い傾向を示していたが、その一方、他の生活習慣病に関わる健康教育は積極的に行われていなかった。加えて、生活習慣に関する健康教育は、食習慣および運動習慣に関わる教育が中心であり、睡眠や休養、メンタルヘルスに関する教育はほとんど行われていなかった。

D 町では介護者を中心として「介護者の会」が組織され、これを基盤に、健康教育、健康相談などが行われていた。しかし、これらの事業への参加者は D 町内の要介護者数から考えると、ごく一部の対象者しか参加しておらず、介護者のニーズをとらえた事業に発展させていくためには、開催

方法や開催時期について、さらに検討が必要であろう。

IV. まとめ

D 町で行われているヘルスプロモーションに関わる保健事業の概要を示し、その内容について検討を行った。結果、女性のヘルスプロモーションを地域においてすすめていくために検討すべき課題として以下の点が挙げられた。

- ① 現在実施されている個々の保健事業は法律に基づき実施されているものではあるが、その体系化、特に成人前期から壮年期に至るまでの間の保健事業の体系化があいまいである。
- ② 既存の地区組織活動が活発であり、これを利用した保健事業の展開がなされていたが、これらの地区組織活動の多くは、一般住民が広く参加して行われているというよりは、地区組織活動の中核をなす住民を中心として展開されているものであった。
- ③ 対象手段が比較的小規模の人口集団であることを背景として、実際は保健師との個人的な関係性の中で、よりニーズに即した継続的なフォローがなされているものの、住民の継続的なフォローについての体系化はなされていない。
- ④ 青年期～壮年期を対象とした保健事業のうち健康相談などは、子どもが就学年齢に達して以降、また、子どもがいない女性が活用する機会は少ない。
- ⑤ 壮年期～中年期の住民の多くは、就労しているかもしくは家庭で家事や育児を行い、社会活動の中心となっている世代であるが、この年代の住民が地域での保健事業、特に一次予防のための事業に参加する機会は少ない。
- ⑥ 地区組織活動を通じた住民参加型の健康づくり活動のうち、家族のヘルスプロモーションの担い手である壮年期～中年期の女性が中心となって運営されているものに積極的に女性が参加することにより、地域の健康レベルの底上げに効果があると考えられるが、実際的にはこういった活動は一定の固定的なメンバーが参加する限定的な活動であり、地域における幅広い活動には発展していない。
- ⑦ 高年期を対象とした保健事業は、他のライフステージを対象にしたものに比べると、多かったが、個別健康相談の場として機能している地区健康相談などの参加者の多くは老人クラブの会員であり、参加者は限定されていた。
- ⑧ 健康教育の具体的なテーマは、一般的な健康問題をとりあげ論じている場合が多く、必ずしも住民のタイムリーなニーズに応じたテーマをとりあげているものではなかった。また、生活習慣病に関わる健康教育は、高血圧に焦点を当てたものが多く、また、生活習慣の中でも食習慣および運動習慣をとりあげた教育が中心であり、睡眠や休養、メンタルヘルスに関する教育はほとんど行われていなかった。

この結果、今後、女性のヘルスプロモーションを支える保健事業を地域で検討するうえで、主婦層のヘルスプロモーション、特に既存の地域活動に所属していない女性のヘルスプロモーションをどのように行っていくかが大きな課題であることが明らかになった。

IV. 引用文献

- ・ 朝日新聞社(2002): 民力 2002 年版, 376-377, 朝日新聞社, 東京.
- ・ 健康日本 21 企画検討会, 健康日本 21 計画策定検討会(2000): 健康日本 21(21 世紀における国民健康づくり運動について)健康日本 21 企画検討会, 健康日本 21 計画策定検討会報告書, 健康・体力づくり事業財団, 東京.
- ・ 厚生統計協会(2003): 厚生指標 臨時増刊「国民衛生の動向」,50(9),78, 厚生統計協会, 東京.
- ・ Secretary of State for Health. (1999): Saving Lives: Our Healthier Nation, Stationary Office, London, U. K. .
- ・ U. S. Department of Health and Human Services. (2000): HEALTHY PEOPLE 2010-Understanding and Improving Health , Government Printing Office , Washington, DC.

第4章 住民基本健康診査の継続受診者における健康調査データの縦断的解析 —S県D町における4年間の女性コホート・スタディの結果を中心に—

伊藤 景一

I. はじめに

ヘルスプロモーションは、人々が自らの健康をコントロールし、改善できるようにするプロセスであるとともに、包括的な社会・政治的プロセスである(WHO, 1984 & 1997)。個人的スキルや能力の強化のためのアクションに加えて、公衆衛生や個人の保健への悪影響を緩和するように社会・環境。経済的状况を変化させるようなアクションを含んでいる。ヘルスプロモーションアクションの維持には、参加が欠かせないとされている。また、疾病予防の語はヘルスプロモーションと相補的に使用されることが多いが、通常、さまざまなリスク行動の随伴や、リスク因子の存在が認められる個人や集団を扱っている。

一方、我が国の健康日本21では疾病の一次予防に重点を置き、健康寿命を確保するために集団の健康負担を評価して政策を決定するものであるとしている。40歳以上の住民に対して実施される基本健康診査は、健康負担を評価するための基礎的データを提供している。さらに、健診データを地域住民における日常生活習慣の指標として活用することの可能性も検討されている。しかし、健診データの検査値の個人内および個人間変動や再現性という問題を取り除く必要があり、そのためには同一集団に対して数回の調査を行って経年的な変化を見ていくことが望ましい(日置他, 1994)。また、健診結果と日常生活習慣との関連性の検討には、指導区分だけでなく生の検査データ値との関連について解析することが必要である(日置他, 1994)。そこで、本稿では4年間に亘って基本健康診査を継続受診した女性における健康調査データの縦断的解析を行った。すなわち、継続受診者の特性、および健診データ、日常生活習慣、自己健康度等の推移と、これらの相互関連性について解析した。

II. 調査対象と研究方法

1. 対象

対象は、1999年度から2002年度の4年間に亘って、S県D町が実施している老人保健法に基づく住民基本健康診査を継続受診した40歳以上の女性である。これらの受診者のうち、研究者らが作成した健康調査票(付録1参照)にも合わせて回答した方を本研究の対象者とした。

1999年度の女性の受診者で健康調査票にも回答した者のうち、有効回答者は1212名でありこれをプライマリ・コホートとした。また、1212名の健康調査票データと基本健康診査の検査結果、および問診票の内容をリンケージしたデータを、「ベースライン・データベース (n = 1212)」と呼称

した。この1212名の4年間の継続受診の変動をみると、2000年度まで2年間継続受診した女性は891名(73.5%)、2001年度まで3年間継続受診した女性が757名(62.5%)、および2002年度までの4年間継続受診した女性は最終的に619名(51.1%)となった(いずれも有効回答者、図4-1)。一方、4年間継続受診した女性のみで構成された各年度における健康調査票データと基本健康診査の検査結果、および問診票の内容をリンケージしたデータを、「継続受診群データベース(n=619)」と呼称した。さらに、基本健康診査の継続受診群619名を「継続群」、残りの593名を「非継続群」と呼称した。表1に示すように、10歳階級別に年齢分布を比較すると、双方とも60-69歳がもっとも多いが、継続群では非継続群に比べて70歳以上の割合が少なく、40-49歳の割合が高かった(p=0.073)。

2. 方法

各年度の住民基本健康診査の受診勧奨通知書と問診票を各家庭に発送するときに、研究者らによる記銘自記式留置き法による健康調査票を同封した。記銘式を採用した理由は、解析の段階で健診データ等とリンケージする必要があるためであり、データ入力時に氏名を削除した。健康調査票には調査の主旨を記述した文面を入れており、調査への参加を了承した方については、健診受診日に問診票と共に調査票を回収した。また、調査に際して、疫学研究におけるデータ収集の倫理指針に準拠した。回収された調査票はリンケージされた後、個人が特定できないデータ形式でコンピュータ入力した。

3. 解析方法

データ解析は、大きく2つに分けて実施した。すなわち、第1に基本健康診査の継続群と非継続群の特性を比較分析すること、第2に4年間継続群の基本健康診査関連データの経年変化を解析することである。

継続群と非継続群の比較分析においては、年齢構成、3段階の自己健康度、6項目の日常生活習慣(定期的な運動・睡眠時間・朝食摂取・間食摂取・飲酒・喫煙)、社会活動、13項目の自覚症状の有無、老研式活動能力指標、基本健康診査における22項目の検査値(主に血液生化学検査値)、および健診判定結果における群間差を検討した。

4年間継続群の基本健康診査関連データの経年変化の解析では、自己健康度および症状の有無の経年変化、年齢階級別および自己健康度別による4年間の基本健康診査における22項目の検査値の推移、日常生活習慣と症状との関連、日常生活習慣の維持率の4年間にわたる経年変化、そして日常生活習慣の内容別に比較した基本健康診査の検査データ値の分布を調べた。

統計解析は、SPSS Version 11.5 for および SAS Release 8.02TS を用いて、2 群間の平均値の差の検定には Student-T 検定を、3 群間の平均値の差の検定には One-way ANOVA を用いた。名義および順位変数における独立性の検定には χ^2 検定を用い、必要に応じて Yates の補正と Fisher の直接確率法を併用した。また群間比較において、General Linear Model (GLM) を用いて年齢階級、自己健康度、基本健康診査の継続有無等を説明変数とし、健診データの各検査値を従属変数とした解析を行った。さらに、4 年間の継時データの解析においては時間(この場合は各受診年)と年齢階級を因子として、各検査データ値を特性値とした、GLM の Repeated measures ANOVA を用いて被検者間効果と被検者内効果を検定した。このとき、継時観測データの分散構造が本解析の条件を満たしていないと判断された場合には、Greenhouse-Geisser の修正確率(G-G 法)に基づいて自由度を修正した P 値を求めた。また、平均値の差の検定における多重比較は Bonfferoni 法によった。有意水準は $p < 0.05$ を基準としたが、必要に応じて $p < 0.1$ を採用した。欠損値の処理は、特に断らない限り解析ごとにペアワイズ除去を行ったが、Repeated measures ANOVA では、解析に投入した変数に欠損値のある対象者は解析から除かれた。

Ⅲ. 結果

1. 住民基本健康診査の 4 年間継続受診群と非継続群の特性の比較分析

表 4-1 に示すように、1999 年度のベースライン・データベース (n= 1212) を用いて解析した結果、継続群は非継続群に比べて 40 歳代の若い年齢層が多く、非継続群は 60 歳代および 70 歳以上の高齢者が多い傾向にあった($p = 0.073$)。

1) 自己健康度による比較

自己健康度を「健康である」、「気になる症状がある」、「治療中の症状や疾患がある」の 3 段階に分けて比べると、健康であるとするものの割合は継続群に多く、症状有りの方は双方の群で変わらず、治療中の方は非継続群で多い傾向を認めた(表 4-2)。しかし、継続群と非継続群との間に、年齢階級別による自己健康度には差を認めなかった(表 4-6)。

2) 日常生活習慣および社会活動内容による比較

日常生活習慣別および社会活動への参加の割合別にみた結果では、継続群と非継続群との間に有意差は認められなかった(表 4-2)。しかし年齢階級別に層別すると(表 4-7)、「運動習慣」は差がなかったが、「睡眠時間」、「朝食摂取」、および「間食摂取」には有意な差を認めた。すなわち、睡眠時間は非継続群で 7-8 時間の者が多いのに対し、継続群では 6 時間以下の者が多い。ま

た 60 歳代では非継続群に 6 時間以下の者が多かった。間食の摂取は 70 歳以上で非継続群に毎日食べる人の割合が高く、朝食の摂取では 60 歳代で非継続群の摂取割合が低かった。

3) 基本健康診査の検査データ平均値および症状保有率による比較

表 4-3 に基本健康診査の 22 項目の検査値の平均値を継続群と非継続群とで比較したものを示す。これによると、有意差を認められたのは 3 項目であった。すなわち、継続群では標準体重値が重く、最高血圧値と中性脂肪値が有意に低くなっていた。さらに 13 項目の症状の有無でみると(表 4-4)、眩暈、胸痛、および動悸の 3 項目で非継続群が有意に高い保有率を示し、頭痛は継続群の割合が有意に高いことを示した。残りの 9 項目の症状間には差が認められなかった。

4) 老研式活動能力指標による比較

対象者のうち、60 歳以上の人を老研式活動能力指標 13 項目で比較すると、「バス・電車を使って一人で外出できる」、「自分で食事の用意ができる」、「請求書の支払いができる」、および「預貯金の出し入れが自分でできる」の 4 項目において、継続群の「自分で行える」割合が有意に高くなっていた(表 4-5)。

5) 基本健康診査の判定結果による比較

8 項目の健診判定結果をもとに比較すると(表 4-8)、肥満判定において非継続群が有意に異常無しの割合が低かったが、これを除いた 7 項目の判定結果には差を認めなかった。一方、両群を込みにして年齢階級別にみると、全項目で年齢階級別に差がみられた。すなわち、肥満判定、血圧判定、尿判定、腎機能判定、および貧血判定の 5 項目は高齢になるにつれて異常無しの割合が低下していた。一方、脂質判定と肝機能判定、および血糖判定の 3 項目は、50-60 歳代が最も異常無しの割合が少なかった。

6) 継続群と非継続群における自己健康度と年齢階級別にみた健診データの各検査平均値の特性

最初に、群を分けずに自己健康度別に各検査値をみると(図 4-2-図 4-3)、One-way ANOVA の結果は健康な者に比して、治療中の者は標準体重が有意に軽く、逆に肥満度が高い。最高/最低血圧値も健康度が悪くなるにつれて有意に上昇していた。貧血傾向をみると、治療中群では血清鉄値が低く、MCV 値が低い。またヘマトクリット値が高い傾向にあった。また HDL コレステロール値が低く、中性脂肪値が高いことを示した。さらに健康度が低下するにつれて、GOT 値、 γ -GTP 値、および HbA1c 値と空腹時血糖値も有意に上昇していた。

上記の解析を継続群と非継続群とに分けて GLM を用いてその差を検討した結果を、図 4-4-図 4-25 に示してある。これによれば、基本健康診査の継続有無で差を示した検査項目は、自己健康度の違いを補正した場合に、標準体重と中性脂肪の 2 項目であった。

同様に、基本健康診査の継続有無と年齢階級別に、各対象者の検査値を特性値として、継続有無と年齢階級を因子とした GLM による解析を行った(図 4-26-図 4-47)。これによれば、年齢階級を補正した場合に、基本健康診査の継続の有無で有意差を示した項目は、標準体重、肥満度、最高血圧値、中性脂肪値の 4 項目であった。継続有無を補正した年齢階級別でみると、多くの項目で年齢差を認めた。すなわち、最高血圧値とクレアチニン値、および空腹時血糖値は加齢と共に有意に上昇している。一方、高齢になるにつれて標準体重、HDL コレステロール値、血清鉄値、そして赤血球数が低下し、MCV 値と MCH 値が有意に上昇していた。肥満度は 50 歳代が高く、その後低下している。ヘマトクリット値とヘモグロビン値は 50-60 歳代の中高年層が最大であった。さらに総コレステロール値、中性脂肪値、LDL コレステロール値、GPT 値、および γ -GTP 値も中高年層が高いことを示した。

7) 継続群と非継続群における自己健康度と年齢階級別にみた症状保有率

最後に、基本健康診査の継続の有無別と年齢階級別に 13 項目の症状保有率の差を検討した(図 4-48-図 4-59)。これをみると、両群間で有意差を認めた症状内容は次のとおりであった。すなわち、眩暈が 40 歳代の継続群に多く、胸痛は 70 歳代の非継続群に多かった。また、口渇感が 60 歳代、動悸が 40 歳代と 60 歳代、脈の乱れが 70 歳代のそれぞれ非継続群が高い保有率を示した。また、眩暈、頭痛、動悸、浮腫み、および易疲労の 5 症状は年齢階級が上がるにつれて保有率が低下し、逆に、耳鳴りと口渇感の 2 症状は加齢とともに上昇する傾向にあった。

2. 基本健康診査の 4 年間継続受診者における自己健康度・日常生活習慣・健診データの経年変化に関する解析

基本健康診査を 4 年間継続して受診した人の自己健康度(2 種類のスケール)、日常生活習慣 6 項目、自覚症状 13 項目、および健診データ値の経年変化を、主に継続受診群データベース (n = 619) を用いて解析した。ただし、解析の内容によりベースライン・データベース (n = 1212) も一部使用した。

1) 基本健康診査の継続受診者におけるベースライン・データベース時点の年齢階級別に比較した基本健康診査の検査データの経年変化

図 4-60-図 4-80 に観測された健診データの測定平均値の 4 年間の推移を年齢階級別に追跡

した結果を示す。ここでは GLM の Repeated measures ANOVA を用いて、各検査値を特性値として、時間(受診年度)と年齢階級を因子とした解析を行った。ただし、今回の解析では各時点間の多重比較までは行っていないので、時間による変動パターン、年齢階級による変動パターン、および時間と年齢階級の交互作用(すなわち、時間の経過にともなって、年齢階級別に各検査値の推移パターンに差を認めるか否か)の検定を行った。検査値と年齢階級間との関連については既述済みである。

最初に年齢階級をプールして時間経過による検査値の変動に有意なパターンがあるかどうかを調べると、標準体重は低下する傾向にあり、肥満度、最高・最低血圧値、および血清鉄値は上昇傾向を認めた。貧血関連のデータをみると、赤血球数は低下傾向にあり、MCV 値は上昇傾向にあった。肝腎機能関連データでみると、血清クレアチニン値、 γ -GTP 値、総コレステロール値、中性脂肪値、および LDL コレステロール値が上昇する傾向にあり、逆に HDL コレステロール値は時間経過に伴って有意に低下していることがわかった。

次に時間と年齢階級による交互作用を調べた。特徴的な所見をまとめると、標準体重は高齢になるに従って低下するが、40 歳代では変化していない。肥満度は 50-60 歳代が増加パターンとなり、逆に 40 歳代と 70 歳代では低下傾向にあった。赤血球数とヘマトクリット値の推移をみると、特に 60 歳代と 70 歳以上で低下する割合が大きくなっている。貧血関連のデータは全体的に 1999 年度から 2001 年度までは悪化する傾向にあったが、2002 年度は回復する傾向を認めた。一方、総コレステロール値は 60 歳以上で経年的に減少する方向を認めるのに対して、40-50 歳代では増加傾向にある。特に 40 歳代の増加が顕著であった。中性脂肪値は各年齢とも上昇傾向にあったが、40 歳代と比して 50 歳代以降からの上昇が大きい。HDL コレステロール値は各年齢とも同様のパターンで減少しているが、LDL コレステロール値は 40 歳代と 50 歳代の増加が大きく、60 歳以降の増加はゆるやかであった。また、HbA1c 値では 40 歳代がほかに比べて低いパターンを示し、 γ -GTP 値も全年齢階級とも上昇傾向にあったが、特に 40-50 歳代の上昇率が大きいことが示された。

2) 基本健康診査の継続受診者における自覚的自己健康度の変化

本節での自覚的自己健康度とは、前述した自己健康度とは異なり、2000 年度のデータベースから採用した主観的・自己報告型のスケールであり、「非常に健康である」、「まあ健康である」、および「健康ではない」の 3 段階で回答するよう求められた。図 4-81 は継続群における 2000 年度から 3 年間にわたる自覚的自己健康度の推移を示したものである。これは、健康であるとする者は 3 年後も健康度が高い傾向にあり、自分は健康ではないとする者は、その後の自覚的自己健康度も低い様子が示されている。すなわち、2000 年度において非常に健康であるとする者は継続群の

4.3%であり、1年後はその39%、2年後もその内の77.8%が非常に健康であると自覚していた。1年後に非常に健康であるからまあ健康であるに低下した者も、その内の71%が2年後には非常に健康な状態を自覚していた。また、まあ健康である者も、1年後に非常に健康であるに変わると翌年も継続する傾向がみられた。これとは逆に、健康ではないとする者は、1年後に60%がまあ健康であるに回復していたが、その1年後はやはりその半数が健康ではないに戻っていた。また、1年後も健康ではないとした者は2年後もその90%がそのままの状態であった。

3) 継続群における4年間の症状保有率の変化および日常生活習慣との関連

図4-82と図4-83に症状保有率の変化を示した。なお、13項目の症状のうちで2002年度のデータベースには口渇、不整脈(脈の乱れ)、易疲労の3症状が含まれていないため、これを除いて図示してある。4年間で各症状の保有率に大きな変化はみられなかった。2002年度において腰痛と頭痛が減少しているが他の症状には大きな差は認めない。最も多い症状は4年間を通して腰痛であり、頭痛、耳鳴り、痺れの順に保有率が高かった。年齢階級別に見ると、加齢に伴って腰痛と痺れが増加しており、逆に頭痛は高齢になるにつれて低下していた。その他の症状ではその保有率に年齢差はほとんどみられなかった。

次に、4年間の症状保有率を日常生活習慣との関連でみたものを図4-84と図4-85に示す。図示されている数値はすべてパーセンテージ表示とした。これをみると、運動習慣と間食摂取と関連を示した症状は皆無であった。一方、睡眠時間は5項目の症状と、朝食摂取と飲酒は2項目の症状、および喫煙は1項目の症状と有意な関連を示した。睡眠時間は、眩暈と易疲労が9時間以上睡眠の者に有意に多く、逆に頭痛と動悸、脈の乱れは6時間以下の睡眠の者に有意に多かった。朝食摂取は食べていない者に眩暈と胸痛が有意に多い。飲酒は朝食摂取と同じく眩暈と胸痛の2症状に飲酒群が有意に高い。さらに喫煙では喫煙している者の胸痛の割合が有意に高くなっていた。

4) 継続群における日常生活習慣とその維持率の4年間の経年変化

図4-86と図4-87に、継続群における年齢階級別にみた日常生活習慣の4年間の経年変化を示した。棒グラフは各日常生活習慣項目において良好と考えられる習慣を持っている者の割合を示した。すなわち、定期的な運動習慣のある者、睡眠時間が7-8時間の者、毎日朝食を摂取する者、間食をしない者、および飲酒/喫煙をしない者における年齢階級別にみた日常生活習慣内容の経年変化である。ただし、飲酒しないことが良好な日常生活習慣かどうかには議論の余地がある。

全年齢階級においても、各日常生活習慣に大きな経年変化は認めなかったが、年齢階級別に

みると差が大きいことを示した。全体的に高齢者の方が良好な日常生活習慣を持っていた。運動習慣は60歳以上の者において40-50歳代の約2倍であり、間食摂取でみると40歳代の約40%が毎日食べているのに対して60歳以上の者ではその半数であった。睡眠時間をみると、40歳代の者で7-8時間睡眠をとっているのは50%程度にとどまり、50歳代でも60%程度であった。これに比べ60歳代では約80%が7-8時間睡眠を取っていた。

図4-88-図4-93に、継続群における自己健康度別に比較した4年間の日常生活習慣の維持率の経年変化を示した。この解析で用いた自己健康度スケールは、先の分析でも用いた「健康である」、「症状を有する」、「治療中の症状や疾患を有する」の3段階から構成されたスケールである。6項目の日常生活習慣ごとに、1999年度の自己健康度のレベル別に、この年度に良好な日常生活習慣を獲得していた者が、その後3年間にわたって継続的に維持している割合を調べたものである。

最初に運動習慣をみると、1999年度に健康であるとする者の32.4%に運動習慣があり、症状有り群では30.8%、治療中群では39.3%がそれぞれ運動習慣を持っていた。このうち、健康群では1年後に23%に低下し、3年後は19.5%であった。症状有り群も同様のパターンを示したが、治療群では2年後まで30%以上の維持率があり、3年後でも23.6%の者が運動習慣を維持していた。睡眠時間で7-8時間の者は健康群が68.6%、症状有り群が65.6%、治療群が70.3%となっていた。その後3年間の7-8時間睡眠の継続率は3群とも類似傾向にあるが、治療群で3年後の維持率の低下が大きくなっていた。朝食摂取では、健康群の摂取率が他より低く、治療群における摂取率が最も高い。3年間の朝食摂取維持率も、健康群が最も低い。間食摂取でみると、これも治療群が最も摂取頻度が少ない。しかし、その後の摂取率の推移は3群間とも類似していた。飲酒と喫煙においては、対象女性にこの習慣を持つ者が少なく、3群とも類似の傾向を示していたが、飲酒習慣のみ治療群において2年後以降の維持率が低下していた。

5) 日常生活習慣の内容別に比較した健診データ平均値

図4-94から図4-96は、1999年度のベースライン・データベースを用いて、6つの日常生活習慣項目の内容別に基本健康診査の検査データ平均値を比較したものを示している。日常生活習慣の項目別に見ていくと、まず運動習慣で運動習慣有りの者は、肥満度、血清鉄値、MCV値、MCH値、クレアチニン値、総コレステロール値、およびLDLコレステロール値が運動習慣無しの者より有意に高くなっていた。睡眠時間でみると、6時間以下睡眠の者は、標準体重、肥満度、血清鉄値、赤血球数、GPT値、および γ -GTP値が有意に高い。一方、9時間以上睡眠の者は、最高血圧値、クレアチニン値、およびMCV値が有意に高くなっていた。朝食摂取の有無で比較すると、朝食を摂取していない者は、標準体重、肥満度、血清鉄値、総コレステロール値、および

HDL コレステロール値において、毎日朝食を食べている群より有意に高い。間食の有無では、毎日間食を食べる者が、標準体重と肥満度が高く、逆に最高血圧値、MCV 値、MCH 値、HbA1c 値、および空腹時血糖値が有意に低下していた。飲酒習慣の場合は、飲酒している者は標準体重が軽く、最高血圧値が有意に高くなっていた。喫煙習慣では、喫煙している者が MCV 値、MCH 値、および γ -GTP 値が低下し、逆に最低血圧値と GOT 値が非喫煙者に比して有意に増加していることが示された。

6) 基本健康診査の継続受診群における日常生活習慣と受診年度別に比較した検診データ平均値

図 4-98 から図 4-109 には、1999-2002 年度の継続群データベースを用いて、継続群における日常生活習慣の内容と受診年度順にみた健診データの平均値の差を比較検討した結果を示してある。以下に、日常生活習慣の項目ごとに複数の受診年度にまたがって、健診データの平均値が類似した有意差を示した検査項目を述べる。最初に運動習慣をみると、運動群の MCV 値、総コレステロール値、および LDL コレステロール値が有意に高い。睡眠時間でみると、標準体重が 6 時間以下睡眠の者が重く、最高血圧値、MCV 値、および MCH 値は睡眠時間が長くなるにつれて有意に上昇していた。朝食摂取で比較すると、非摂取の者は標準体重が重く、HDL コレステロール値が低い。毎日摂取している者は最高血圧値と GOT 値が有意に高くなっていた。間食摂取は毎日間食する群において、標準体重が重く、肥満度が高く、MCV 値と MCH 値が低い。さらに、HbA1c 値と空腹時血糖値も低い傾向を認めた。飲酒では、飲酒群の標準体重が重く、血清鉄値、ヘモグロビン値、および γ -GTP 値が非飲酒群より高い値を示したが、一方で非飲酒群は最高血圧値が有意に高くなっていた。喫煙の有無で比較した結果は、非喫煙の者が最高血圧値、最低血圧値、および GOT 値が有意に高く、喫煙者では MCV 値と MCH 値が有意に高い値を示した。

7) 日常生活習慣の運動および睡眠時間と有意差を示した健診データ項目を自己健康度と年齢階級別に比較した Box-plot

前述 6) の結果は前年齢を込みにしたものであるので、ここでは日常生活習慣の中でも重要と考えられる運動習慣と睡眠時間を取り上げて、先の結果でこれら 2 つの日常生活習慣と有意差を示した健診データ値を、自己健康度と年齢階級別に Box-plot を用いて表現した(図 4-110-図 4-113)。なお、Box-plot には、中央値と 4 分位値、最大/最小値を図示したが、外れ値と極値は示していない。

その結果を定期的に運動している群でみると、肥満度、MCV 値、MCH 値、総コレステロール値、および LDL コレステロール値が高いことを既述したが、肥満度をみると治療中の症状や疾患があ

る 40 歳代の者が最も高い。MCV 値と MCH 値についてはどちらも加齢に伴って上昇傾向にあるが、特に治療中の運動群が高値であった。総コレステロール値は健康あるとする者では 40 歳代 - 50 歳代が高く、治療中の者は全年齢階級にわたって高い傾向を示した。LDL コレステロール値も同様の傾向であった。

一方、睡眠時間は 6 時間以下の者の標準体重が重く、9 時間以上の者の最高血圧値、MCV 値、および MCH 値が高いことを既述してあるが、標準体重をみると、6 時間睡眠の者で、特に治療中と症状有りて 40 歳代の標準体重が最も高くなっていた。最高血圧値を比較すると、自己健康度の程度よりも 70 才以上の高齢者で 9 時間以上睡眠をとっている者の最高血圧値が高い傾向を認めた。MCV 値と MCH 値については、9 時間以上睡眠の者で、症状有りて治療中で、かつ 60 歳代以上の者が高値になっている傾向にあった。

IV. 考察

1. 基本健康診査の継続受診群と非継続群の特性の比較検討

4 年間の継続受診者と非継続者における特性をみると、どちらも社会活動には差がないが、継続受診者の方の年齢構成が比較的若く、自己健康度も高い者の割合が多い。また、日常活動能力をみても手段的 ADL の自立度が高いことがわかる。また、症状の保有率をみても、眩暈、胸痛、動悸の 3 項目が非継続群に多い。これらからみて、一般に高齢者が健診の中断になりやすく、さらに症状や治療中の病気を有する自己健康度の低い者は、基本健康診査の受診から医療機関への受療行動へと変化しているものと考えられる。従って、後述の継続受診者における検討では、非継続者よりも比較的健康度が高い集団であることをわきまえておく必要がある。

日常生活習慣では、竹内(2002)によると生活習慣は女性では全体的に良好で受診の有無による差はなかったが、男性では受診群の方が運動や健康的な食事、体重の自己管理を心掛け、精神的にも健康であることがわかったとしている。本調査でも全年齢で見ると継続受診者と非継続者との間に有意な差はみられていない。しかし、年齢階級別に比較すると、朝食の摂取頻度は非継続群の方が低く、間食の摂取頻度も非継続群が高い。逆に睡眠時間は継続受診者のほうに 6 時間以下の者が多いことが明らかとなっている。睡眠時間の差異は、継続受診群の年齢構成が若い、すなわち 40 歳代の住民が多いことに起因していることを考慮する必要がある。

次に、健診データの差異をみると、非継続群の肥満度、中性脂肪値、および最高血圧値が継続群に比べて有意に高い結果であり、非継続者に高脂血症や高血圧症を持つ人が多いことが推察される。また、中村,他(2002)によれば、基本健康診査の回数が多い受診者の標準化死亡比が低い傾向にあったことを報告している。これらを考慮すると、基本健康診査の継続受診が高脂血症や高血圧症などの生活習慣病の予防と、その後の死亡確率を低下させるのに有効であることを

示していると考えられる。しかしながら、健診で異常値を発見された人が医療機関の受療へと進み、結果的に継続受診群に比較的健康的な人が残った可能性もあり、今後より詳細な解析が必要である。

2. 継続受診者における健診関連データの経年変化の特徴と地域保健活動への示唆

健診データの中で、特に貧血と高脂血症関連データに特徴が表出されていた。すなわち、年齢階級をプールして貧血関連データの変動パターンをみると、赤血球数の減少とMCV値の上昇傾向を認めた。これを日常生活習慣との関わりの中で捉えると、運動習慣有りの者と9時間以上の睡眠時間を取っている者のMCV値とMCH値が高い。反対に間食摂取群と喫煙群のMCV値とMCH値が有意に低い傾向にある。さらにMCV値とMCH値についてはどちらも加齢に伴い上昇傾向にあり、特に治療中の疾患や症状を有する運動群が高い値を示した。高脂血症関連データのLDLコレステロール値や総コレステロール値も、治療中の運動群が高い傾向にある。これらの結果を考慮すると、健診で高脂血症や貧血の疑いを指摘された者が運動習慣を形成し始めると認めることも可能である。また、睡眠時間の上昇は健康度の悪化の結果とみることもできる。運動習慣の継続期間と睡眠時間パターンと、健診データの個人内変動との関連性を今後追及することも大切なテーマである。

一方、毎日間食を摂取している者と喫煙している者は、検査データで見ると限りMCV値とMCH値が有意に低下し、MCHC値も低下傾向にあることから、鉄欠乏性貧血を有する割合が多くなっているのではないかと推察される。但し、喫煙についてはMCV値と喫煙本数が正相関していたとの報告もあり(日置, 1994)、さらに検討を要する部分もある。

ところで、50歳代の働き盛りの中高年女性層をみると、肥満度が高く、ヘマトクリット値も高い傾向にある。さらに、総コレステロール値とLDLコレステロール値もこの年代で上昇傾向にあることを認めた。大嶺(1999)は、健診の検査値の経年変化と死亡の関連を検討し、ヘマトクリット値の増加は死亡に関連していたと報告している。また肥満度が高いことは高脂血症のリスクファクターであるが、50歳代で睡眠時間が6時間以下の者の肥満度が高くなっている。これらから、特に働き盛りの世代である50歳代が適切な睡眠時間を確保することによって間食摂取と肥満を抑制し、高脂血症を予防することが重要であろう。

以上の分析からまとめると、本調査対象となったD町に居住する女性のヘルスプロモーションを考える上で、年齢階級別および日常生活習慣の内容別に、その方略を考えていく必要性が示唆された。すなわち、年齢階級別に見ると働き盛りの中高年女性に対しては、家事と仕事の両立で忙しい女性の適切な睡眠時間の確保に努めるとともに、間食摂取とこれに連動する肥満傾向、および高脂血症を防止すること。高齢女性においては鉄欠乏性貧血を防止するような日常生活習

慣の確立と早期治療の促進である。一方で、高脂血症を有する者に運動習慣を維持している者が多いことは、健診で生活習慣病に関わる自己の状況を認知した女性が、日常生活習慣の改善に取り組む姿勢を表現していると考えられることもでき、地域保健活動における基本健康診査の効果の1つと評価できる。今後、基本健康診査の検査値の経年的個人内変動分布および個人内変動に与える日常生活習慣の影響等について、さらにデータを収集して詳細に解析することが求められる。

V. 引用および参考文献

- ・ 日置敦巳, 坂井ミュキ (1994): 加齢および日常生活習慣と健診データとの関連, 民族衛生, 60(4), 202-211.
- ・ 出井貞子, 町田江美, 佐藤真里子, 他(2002): 運動習慣と健診結果の関連性について, 保健婦雑誌, 58(12), 1068-1073.
- ・ 河村憲弥, 三田健司, 蓮池正次, 他(1999): 大里村地域住民健診に関する調査結果—血清脂質値を中心に, 埼臨技会誌, 46(1), 1-17.
- ・ 今野佳代子, 山田由佳, 平野直子, 他(1999): 住民健診におけるHbA1cの基礎的検討, 予防医学ジャーナル, 346, 28-31.
- ・ 久保進(2002): 福江市基本健診結果 肥満度, 血圧, 脂質について, 五島中央病院紀要, 4, 7-12.
- ・ 中村小百合, 伊藤宣則, 世古留美, 他(2002): 某地域における定期健診受診者の死亡動向に関する検討(I) 受診回数および受診後の追跡年数別の標準化死亡比について, 藤田学園医学雑誌, 26(1), 111-115.
- ・ 大嶺智子(1999): 住民健診成績及びその経年変化と死亡との関連性, 杏林医学会雑誌, 30(1), 3-14.
- ・ 先崎恵子, 江崎武春, 大串和弘, 他(2002): 生活習慣と基本健診結果の関連について, 武雄杵島臨床医学誌, 12, 27-30.
- ・ 杉澤秀博, 杉澤あつ子(1995): 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(6), 366-378.
- ・ 鈴木康司, 落合潤一, 高崎昭彦, 他(2000): 住民健診受診者における運動習慣と肥満度, 血清脂質成分値との関連, 日本総合健診医学会誌, 27(4), 380-388.
- ・ 竹内清美 (2002): 老人保健事業による基本健康診査受診と国保医療費との関連, 日本衛生学雑誌, 56(4), 673-681.

- WHO (1997):The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion Into The 21st Century.[<http://www.who.int/hpr/docs/jakarta/english.html>]
- WHO(1986):Ottawa Charter for Health Promotion.[<http://www.who.int/hpr/docs/ottawa.html>]

— 図表目次 —

Tables

表 4-1. ベースラインデータベース(1999 年度)に基づいた 4 年間の基本健康診査の継続受診群と非継続の年齢構成(女性;n=1212)

表 4-2. ベースラインデータベース(1999 年度)に基づいた 4 年間の基本健康診査の継続受診群と非継続群の比較(自己健康度・生活習慣・社会活動)

表 4-3. ベースラインデータベース(1999 年度)に基づいた 4 年間の基本健康診査の継続受診群と非継続群の比較(血液生化学検査データ値)

表 4-4. ベースラインデータベース(1999 年度)に基づいた 4 年間の基本健康診査の継続受診群と非継続群の比較(自覚症状)

表 4-5. ベースラインデータベース(1999 年度)に基づいた 4 年間の基本健康診査の継続受診群と非継続群の比較(老研式活動能力指標 13 項目)

表 4-6. ベースラインデータベース(1999 年度)に基づいた 4 年間の基本健康診査の継続受診群と非継続群の比較(年齢階級別にみた自己健康度)

表 4-7. ベースラインデータベース(1999 年度)に基づいた 4 年間の基本健康診査の継続受診群と非継続群の比較(年齢階級別にみた日常生活習慣内容)

表 4-8. ベースラインデータベース(1999 年度)に基づいた 4 年間の基本健康診査の受診群別及び年齢階級別の比較(健診判定結果)

Figures

図 4-1. 4 年間における基本健康診査継続受診者数の推移(女性)

図 4-2. プライマリ・データベース(1999 年時点)における基本健康診査受診者の自己健康度別による血液生化学検査値の比較(1)

図 4-3. プライマリ・データベース(1999 年時点)における基本健康診査受診者の自己健康度別による血液生化学検査値の比較(2)

図 4-4. 基本健診継続有無及び自己健康度別による標準体重

図 4-5. 基本健診継続有無及び自己健康度別による肥満度

図 4-6. 基本健診継続有無及び自己健康度別による最高血圧値

図 4-7. 基本健診継続有無及び自己健康度別による最低血圧値

図 4-8. 基本健診継続有無及び自己健康度別による血清鉄値

図 4-9. 基本健診継続有無及び自己健康度別による赤血球数

図 4-10. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるヘマトクリット値

図 4-11. 基本健診継続有無及び自己健康度別による MCV 値

図 4-12. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるヘモグロビン値

図 4-13. 基本健診継続有無及び自己健康度別による MCH 値

- 図 4-14. 基本健診継続有無及び自己健康度別による MCHC 値
- 図 4-15. 基本健診継続有無及び自己健康度別による尿酸値
- 図 4-16. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるクレアチニン値
- 図 4-17. 基本健診継続有無及び自己健康度別による総コレステロール値
- 図 4-18. 基本健診継続有無及び自己健康度別による HDL コレステロール値
- 図 4-19. 基本健診継続有無及び自己健康度別による中性脂肪値
- 図 4-20. 基本健診継続有無及び自己健康度別による LDL コレステロール値
- 図 4-21. 基本健診継続有無及び自己健康度別による GOT 値
- 図 4-22. 基本健診継続有無及び自己健康度別による GPT 値
- 図 4-23. 基本健診継続有無及び自己健康度別による γ -GTP 値
- 図 4-24. 基本健診継続有無及び自己健康度別による HbA1c 値
- 図 4-25. 基本健診継続有無及び自己健康度別による空腹時血糖値
- 図 4-26. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による標準体重
- 図 4-27. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による肥満度
- 図 4-28. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による最高血圧値
- 図 4-29. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による最低血圧値
- 図 4-30. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による血清鉄値
- 図 4-31. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による赤血球数
- 図 4-32. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるヘマトクリット値
- 図 4-33. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による MCV 値
- 図 4-34. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるヘモグロビン値
- 図 4-35. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による MCH 値
- 図 4-36. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による MCHC 値
- 図 4-37. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による尿酸値
- 図 4-38. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるクレアチニン値
- 図 4-39. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による総コレステロール値
- 図 4-40. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による HDL コレステロール値
- 図 4-41. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による中性脂肪値
- 図 4-42. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による LDL コレステロール値

- 図 4-43. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による GOT 値
- 図 4-44. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による GPT 値
- 図 4-45. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による γ -GTP 値
- 図 4-46. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による HbA1c 値
- 図 4-47. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による空腹時血糖
- 図 4-48. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(眩暈)
- 図 4-49. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(耳鳴り)
- 図 4-50. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(頭痛)
- 図 4-51. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(胸痛)
- 図 4-52. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(口渇)
- 図 4-53. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(動悸)
- 図 4-54. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(息切れ)
- 図 4-55. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(不整脈)
- 図 4-56. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(腰痛)
- 図 4-57. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(浮腫み)
- 図 4-58. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(痺れ)
- 図 4-59. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状(易疲労)
- 図 4-60. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した検査値の経年変化(標準体重)
- 図 4-61. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した検査値の経年変化(肥満度)
- 図 4-62. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した検査値の経年変化(最高血圧値)
- 図 4-63. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した検査値の経年変化(最低血圧値)
- 図 4-64. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(血清鉄値)
- 図 4-65. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(赤血球数)
- 図 4-66. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(ヘマトクリット値)
- 図 4-67. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(ヘモグロビン値)

図 4-68. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (MCV 値)

図 4-69. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (MCH 値)

図 4-70. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (MCHC 値)

図 4-71. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (クレアチニン値)

図 4-72. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (総コレステロール値)

図 4-73. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (中性脂肪値)

図 4-74. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (HDL コレステロール値)

図 4-75. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (LDL コレステロール値)

図 4-76. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (GOT 値)

図 4-77. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (GPT 値)

図 4-78. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (HbA1c 値)

図 4-79. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (空腹時血糖値)

図 4-80. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化 (r-GTP 値)

図 4-81. 基本健康診査の継続受診者における3年間の自己健康度の変化

図 4-82. 基本健康診査の継続受診者における4年間の症状保有率の変化

図 4-83. 基本健康診査の継続受診者における年齢階級別にみた症状保有率

図 4-84. 基本健康診査の継続受診群における日常生活習慣項目と有意差を示した症状内容 (1) 使用データ: 継続受診群データベース(n=619) 中の1999年度分データ

図 4-85. 基本健康診査の継続受診群における日常生活習慣項目と有意差を示した症状内容 (2) 使用データ: 継続受診群データベース(n=619) 中の1999年度分データ

図 4-86. 基本健康診査の継続受診群における年齢階級別による日常生活習慣(1) (使用データ: 継続受診群データベース(n=619) 中の1999-2002年度分データ)

図 4-87. 基本健康診査の継続受診群における年齢階級別による日常生活習慣(2) (使用データ: 継続受診群データベース(n=619) 中の1999-2002年度分データ)

図 4-88. 基本健診の 4 年間継続受診群における自己健康度別にみた日常生活習慣の維持率の経年変化(1): 生活習慣項目: 定期的な運動 使用データベース: 1999-2002 年度継続受診群データベース(n = 619)

図 4-89. 基本健診の 4 年間継続受診群における自己健康度別にみた日常生活習慣の維持率の経年変化(2): 生活習慣項目: 睡眠時間 使用データベース: 1999-2002 年度継続受診群データベース(n = 619)

図 4-90. 基本健診の 4 年間継続受診群における自己健康度別にみた日常生活習慣の維持率の経年変化(3): 生活習慣項目: 朝食摂取 使用データベース: 1999-2002 年度継続受診群データベース(n = 619)

図 4-91. 基本健診の 4 年間継続受診群における自己健康度別にみた日常生活習慣の維持率の経年変化(4): 生活習慣項目: 間食摂取 使用データベース: 1999-2002 年度継続受診群データベース(n = 619)

図 4-92. 基本健診の 4 年間継続受診群における自己健康度別にみた日常生活習慣の維持率の経年変化(5): 生活習慣項目: 飲酒 使用データベース: 1999-2002 年度継続受診群データベース(n = 619)

図 4-93. 基本健診の 4 年間継続受診群における自己健康度別にみた日常生活習慣の維持率の経年変化(6): 生活習慣項目: 喫煙 使用データベース: 1999-2002 年度継続受診群データベース(n = 619)

図 4-94. 日常生活習慣項目の内容別に比較した基本健康診査の血液生化学検査データ値(1) 使用データベース: ベースラインデータベース(1999 年; n=1212)

図 4-95. 日常生活習慣項目の内容別に比較した基本健康診査の血液生化学検査データ値(2) 使用データベース: ベースラインデータベース(1999 年; n=1212)

図 4-96. 日常生活習慣項目の内容別に比較した基本健康診査の血液生化学検査データ値(3) 使用データベース: ベースラインデータベース(1999 年; n=1212)

図 4-97. 日常生活習慣項目の内容別に比較した基本健康診査の血液生化学検査データ値(4) 使用データベース: ベースラインデータベース(1999 年; n=1212)

図 4-98. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(1) 日常生活習慣項目: 運動(1) 使用データベース: 1999-2002 年度, 継続群データベース (n=619)

図 4-99. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(2) 日常生活習慣項目: 運動(2) 使用データベース: 1999-2002 年度, 継続群データベース (n=619)

図 4-100. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(3) 日常生活習慣項目: 睡眠時間(1) 使用データベース: 1999-2002 年度, 継続群データベース (n=619)

図 4-101. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(4) 日常生活習慣項目: 睡眠時間(2) 使用データベース: 1999-2002 年度, 継続群データベース (n=619)

図 4-102. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(5) 日常生活習慣項目: 朝食(1) 使用データベース: 1999-2002 年度, 継続群データベース (n=619)

図 4-103. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(6)日常生活習慣項目:朝食(2) 使用データベース:1999-2002 年度,継続群データベース (n=619)

図 4-104. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(7)日常生活習慣項目:間食(1) 使用データベース:1999-2002 年度,継続群データベース (n=619)

図 4-105. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(8)日常生活習慣項目:間食(2) 使用データベース:1999-2002 年度,継続群データベース (n=619)

図 4-106. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(9)日常生活習慣項目:飲酒(1) 使用データベース:1999-2002 年度,継続群データベース (n=619)

図 4-107. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(10)日常生活習慣項目:飲酒(2) 使用データベース:1999-2002 年度,継続群データベース (n=619)

図 4-108. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(11)日常生活習慣項目:喫煙(1) 使用データベース:1999-2002 年度,継続群データベース (n=619)

図 4-109. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した検査データ値(12)日常生活習慣項目:喫煙(2) 使用データベース:1999-2002 年度,継続群データベース (n=619)

図 4-110. 日常生活習慣の運動・睡眠時間と有意差を示した健診データの自己健康度及び年齢階級別にみた箱髴図(1)項目:運動 使用データベース:ベースラインデータベース (n=1212)

図 4-111. 日常生活習慣の運動・睡眠時間と有意差を示した健診データの自己健康度及び年齢階級別にみた箱髴図(2)項目:運動 使用データベース:ベースラインデータベース (n=1212)

図 4-112. 日常生活習慣の運動・睡眠時間と有意差を示した健診データの自己健康度及び年齢階級別にみた箱髴図(3)項目:睡眠時間 使用データベース:ベースラインデータベース (n=1212)

図 4-113. 日常生活習慣の運動・睡眠時間と有意差を示した健診データの自己健康度及び年齢階級別にみた箱髴図(4)項目:睡眠時間 使用データベース:ベースラインデータベース (n=1212)

表 4-1. ベースラインデータベース（1999年度）に基づいた4年間の基本健康診査の継続受診群と非継続群の年齢構成（女性；n=1212）

年齢構成	非継続群 (n=593)	継続群 (n=619)	p 値*
40-49歳	124 (20.8%)	145 (23.3%)	p= 0.073
50-59歳	144 (24.2%)	151 (24.2%)	
60-69歳	170 (28.7%)	199 (32.1%)	
70歳以上	155 (26.1%)	124 (20.0%)	
(再掲)			
59歳以下	268 (45.2%)	296 (47.8%)	p= 0.388
60歳以上	325 (54.8%)	323 (52.2%)	

* Pearson's χ^2 double-sided test

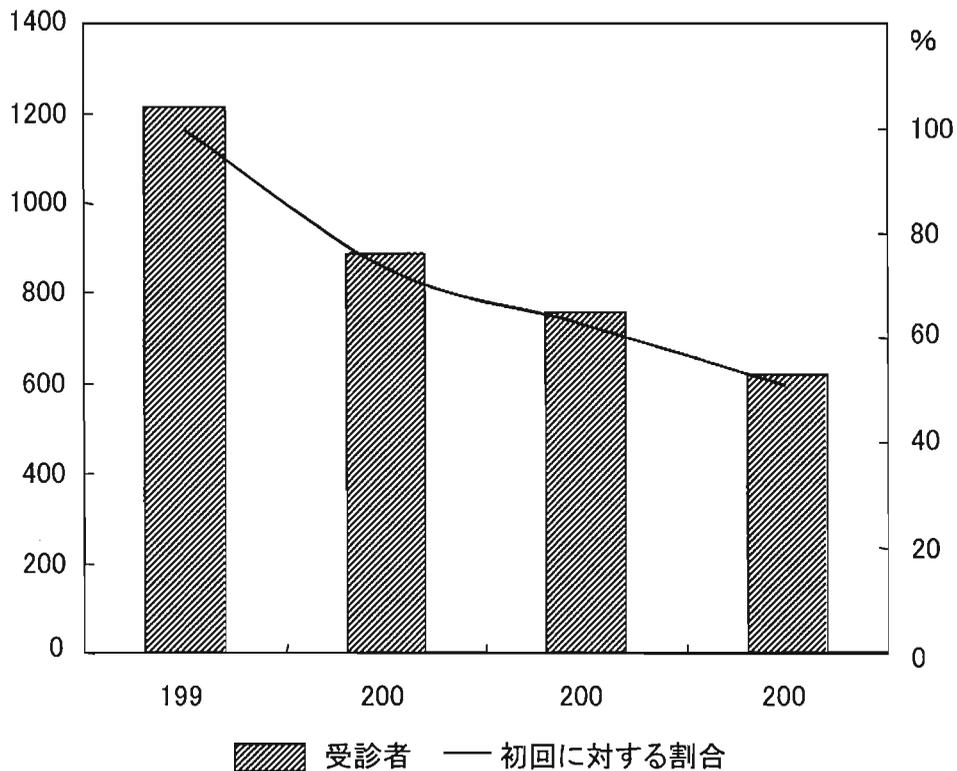


図 4-1. 4年間に於ける基本健康診査継続受診者数の推移（女性）

表 4-2. ベースラインデータベース (1999年度) に基づいた 4 年間の基本健康診査の
継続受診群と非継続群の比較 (自己健康度・生活習慣・社会活動)

項目	非継続群 (n=593)	継続群 (n=619)	p 値*
自己健康度			
%健康である	39.5	44.0	
%気になる症状がある	31.8	31.6	p= 0.187
%治療中の病気や症状がある	28.7	24.4	
日常生活習慣			
%運動習慣有り	35.7	34.5	p= 0.681
睡眠時間			
%6時間以下	27.5	30.2	
%7～8時間	69.5	67.5	p= 0.489
%9時間以上	3.0	2.3	
間食の摂取			
%ほとんど毎日食べる	33.3	28.0	
%たまに食べる	54.2	60.1	p= 0.109
%めったに食べない	12.5	11.9	
朝食の摂取			
%毎日朝食を摂取する	94.2	95.5	
%たまに抜くことがある	5.1	3.6	p= 0.479
%めったに食べない	0.7	0.8	
%飲酒しない	81.6	80.9	p= 0.738
%喫煙しない	96.0	96.6	p= 0.705
地域社会活動への参加			
%町内会・婦人会活動	11.1	13.1	p= 0.299
%ボランティア活動	26.5	26.0	p= 0.834
%消費者活動	8.2	7.8	p= 0.766
%生産に関する組合	5.5	6.6	p= 0.406
%各種講習会	6.3	7.3	p= 0.512
%趣味の集まり	41.4	45.1	p= 0.204
%宗教のグループ	7.4	7.9	p= 0.718
%その他の活動	2.2	1.8	p= 0.578

* Pearson's χ^2 double-sided test

表 4-3. ベースラインデータベース（1999年度）に基づいた 4 年間の基本健康診査の
継続受診群と非継続群の比較（検査データ値）

検査項目	健康診査検査データ測定値		p 値 *
	非継続群 (n=593)	継続群 (n=619)	
標準体重(kg)	49.1 ± 4.2	49.7 ± 4.1	p=0.012
肥満度	99.0 ± 13.6	99.1 ± 12.3	p=0.819
最高血圧(mmHg)	126.6 ± 19.0	124.1 ± 17.6	p=0.017
最低血圧(mmHg)	71.7 ± 10.2	71.5 ± 9.9	p=0.741
血清鉄(μg/dl)	75.1 ± 27.4	77.5 ± 29.2	p=0.133
赤血球数(×10 ⁶)	411.8 ± 36.2	413.6 ± 32.6	p=0.344
ヘマトクリット(%)	37.7 ± 3.2	38.0 ± 2.9	p=0.191
MCV(μ ³)	91.8 ± 5.4	91.9 ± 5.0	p=0.697
ヘモグロビン(g/dl)	12.7 ± 1.2	12.8 ± 1.1	p=0.141
MCH(μg)	30.8 ± 2.2	30.9 ± 2.1	p=0.422
MCHC(%)	33.5 ± 0.9	33.6 ± 0.9	p=0.205
尿酸(mg/dl)	4.0 ± 1.2	4.2 ± 1.2	p=0.699
クレアチニン(mg/dl)	0.6 ± 0.1	0.6 ± 0.1	P=0.508
総コレステロール(mg/dl)	212.8 ± 30.9	212.3 ± 33.1	p=0.804
HDLコレステロール(mg/dl)	67.1 ± 16.7	67.1 ± 15.2	p=0.958
中性脂肪(mg/dl)	102.4 ± 57.6	96.1 ± 43.7	p=0.033
LDLコレステロール(mg/dl)	125.3 ± 28.7	126.0 ± 30.4	p=0.660
GOT(カルメン単位)	23.3 ± 8.2	23.1 ± 6.7	p=0.693
GPT(カルメン単位)	19.4 ± 12.3	19.3 ± 10.1	p=0.885
γ-GTP(mU/ml)	15.8 ± 13.0	14.9 ± 12.8	p=0.238
HBA1C	5.2 ± 0.5	5.3 ± 0.4	p=0.802
空腹時血糖(mg/dl)	88.8 ± 12.1	88.4 ± 8.5	p=0.541

* student t - test

表 4-4. ベースラインデータベース（1999年度）に基づいた4年間の
基本健康診査の継続受診群と非継続群の比較（自覚症状）

項目	自覚症状を有する人の割合 (%)		p 値*
	非継続群 (n=593)	継続群 (n=619)	
%便 通	15.5	13.6	p=0.366
%眩 暈	6.4	4.2	p=0.085
%耳 鳴	11.1	9.6	p=0.399
%頭 痛	11.3	15.1	p=0.052
%胸 痛	4.0	1.8	p=0.024
%口 渴	5.6	5.9	p=0.806
%動 悸	5.1	2.9	p=0.056
%息切れ	3.2	3.2	p=1.000
%不整脈	2.5	1.3	p=0.141
%腰 痛	29.5	29.4	p=1.000
%浮 腫	2.7	2.1	p=0.574
%痺 れ	10.3	9.5	p=0.849
%易疲労	24.5	25.9	p=0.597

* Fisherの直接確率法によるPearson's χ^2 double-sided test

表 4-5. ベースラインデータベース (1999年度) に基づいた 4 年間の基本健康診査の
継続受診群と非継続群の比較 (老研式活動能力指標13項目)

項 目	60歳以上で活動能力が有る人の割合**		p 値 *
	非継続群 (n=325)	継続群 (n=323)	
1. %バス・電車を使って一人で外出できる	86.6	92.8	p= 0.021
2. %日用品の買い物ができる	96.7	98.5	p= 0.198
3. %自分で食事の用意ができる	95.9	99.2	p= 0.014
4. %請求書の支払いができる	89.8	93.9	p= 0.091
5. %銀行預金・郵便貯金の出し入れが自分でできる	93.1	97.0	p= 0.044
6. %年金などの書類が書ける	91.1	94.3	p= 0.159
7. %新聞を読んでいる	88.6	87.1	p= 0.594
8. %本や雑誌を読んでいる	75.2	79.1	p= 0.297
9. %健康についての番組等に関心がある	90.7	91.6	p= 0.696
10. %友達の家を訪ねることがある	78.5	81.7	p= 0.352
11. %家族や友達の相談に乗ることがある	74.8	79.1	p= 0.250
12. %病人を見舞うことができる	91.1	93.2	p= 0.379
13. %若い人に自分から話しかける	74.0	71.1	p= 0.467

* Pearson's χ^2 double-sided test

** 60歳以上の女性のみでのデータ

表 4-6. ベースラインデータベース (1999年度) に基づいた 4 年間の基本健康診査の
継続受診群と非継続群の比較 (年齢階級別にみた自己健康度)

自己健康度	年 齢 階 級							
	40～49歳		50～59歳		60～69歳		70歳以上	
	非継続群 (n=124)	継続群 (n=145)	非継続群 (n=144)	継続群 (n=151)	非継続群 (n=170)	継続群 (n=199)	非継続群 (n=155)	継続群 (n=124)
%健康である	53.4	66.2	45.2	46.2	30.6	38.0	32.1	23.1
%気になる症状がある	35.6	25.5	31.3	34.3	30.6	32.1	30.7	35.0
%治療中の病気や症状がある	11.0	8.3	23.7	19.6	38.8	29.9	37.2	41.9
Pearson's χ^2 test	p=0.106		p=0.680		p=0.183		p=0.278	

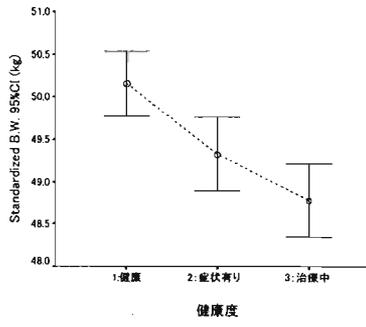
表 4-7. ベースラインデータベース (1999年度) に基づいた 4 年間の基本健康診査の
継続受診群と非継続群の比較 (年齢階級別にみた日常生活習慣内容)

日常生活習慣	年 齢 階 級							
	40～49歳		50～59歳		60～69歳		70歳以上	
	非継続群 (n=124)	継続群 (n=145)	非継続群 (n=144)	継続群 (n=151)	非継続群 (n=170)	継続群 (n=199)	非継続群 (n=155)	継続群 (n=124)
%運動習慣有り	33.6	29.1	34.8	32.9	33.8	37.4	42.3	39.6
Pearson's χ^2 test	p=0.431		p=0.729		p=0.502		p=0.704	
睡眠時間								
%6時間以下	31.1	44.8	28.4	36.0	29.3	21.6	21.7	19.5
%7～8時間	68.9	54.5	70.9	64.0	66.5	76.3	72.0	73.2
%9時間以上	0.0	0.7	0.7	0.0	4.3	2.1	6.3	7.3
Pearson's χ^2 test	p=0.046		p=0.236		p=0.098		p=0.876	
間食の摂取								
%ほとんど毎日食べる	43.1	41.8	32.9	30.0	27.3	23.3	31.7	16.8
%たまに食べる	49.6	50.4	53.8	57.3	57.1	64.0	55.3	68.9
%めったに食べない	7.3	7.8	13.3	12.7	15.5	12.7	13.0	14.3
Pearson's χ^2 test	p=0.974		p=0.830		p=0.419		p=0.025	
朝食の摂取								
%毎日朝食を摂取する	89.3	94.4	92.1	91.9	95.0	98.4	100.0	96.7
%たまに抜くことがある	9.9	4.2	5.7	6.7	5.0	1.1	0.0	3.3
%めったに食べない	0.8	1.4	2.1	1.3	0.0	0.5	0.0	0.0
Pearson's χ^2 test	p=0.167		p=0.826		p=0.061		p=0.054 (Fisher)	

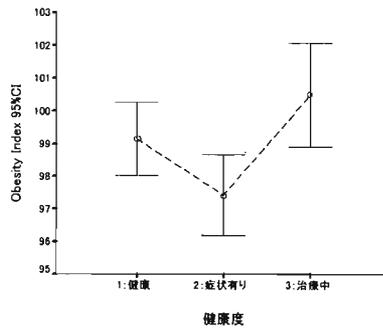
表4-8. ベースラインデータベース（1999年度）に基づいた4年間の基本健康診査の
受診群別及び年齢階級別の比較（健診項目の判定結果）

判定結果	受診継続の有無		年 齢 階 級			
	非継続群 (n=593)	継続群 (n=619)	40～49歳 (n=269)	50～59歳 (n=295)	60～69歳 (n=369)	70歳以上 (n=279)
肥満判定結果						
%異常無し	61.4	70.1	74.0	69.5	63.8	57.1
%要注意	34.2	27.1	23.4	23.7	33.5	40.8
%要医療/医療継続	4.4	2.7	2.6	6.8	2.7	2.1
	(p = 0.004)			(p < 0.001)		
血圧判定結果						
%異常無し	69.5	75.0	92.9	81.4	63.5	54.6
%要注意	12.0	10.4	3.3	8.5	14.9	16.7
%要医療/医療継続	18.5	14.6	3.7	10.1	21.6	16.5
	(p = 0.110)			(p < 0.001)		
尿判定結果						
%異常無し	87.1	88.3	88.4	89.8	87.3	85.5
%要注意	8.3	7.5	7.9	6.8	7.0	10.3
%要医療/医療継続	4.6	4.2	3.7	3.4	5.7	4.3
	(p = 0.832)			(p = 0.478)		
貧血判定結果						
%異常無し	70.5	75.8	65.8	82.0	80.3	61.7
%要注意	18.7	14.8	18.2	9.8	13.8	26.2
%要医療/医療継続	10.8	9.5	16.0	8.1	5.9	12.1
	(p = 0.150)			(p < 0.001)		
腎機能判定結果						
%異常無し	96.3	97.6	98.9	98.0	97.6	93.3
%要注意	2.7	1.9	0.7	1.4	2.2	5.0
%要医療/医療継続	1.0	0.5	0.4	0.6	0.3	1.8
	(p = 0.262)			(p = 0.011)		
脂質判定結果						
%異常無し	51.4	53.1	72.5	47.5	41.9	51.8
%要注意	21.8	20.2	16.7	19.0	22.7	24.8
%要医療/医療継続	26.8	26.7	10.8	33.6	35.4	23.4
	(p = 0.862)			(p < 0.001)		
肝機能判定結果						
%異常無し	90.1	92.0	94.8	86.1	90.0	94.0
%要注意	4.6	4.0	2.6	6.4	4.9	2.8
%要医療/医療継続	5.4	4.0	2.6	7.4	5.1	3.2
	(p = 0.600)			(p = 0.013)		
血糖判定結果						
%異常無し	94.6	94.4	97.8	91.5	94.9	94.0
%要注意	2.5	2.9	1.5	3.1	3.0	3.2
%要医療/医療継続	2.9	2.7	0.7	5.5	2.2	2.8
	(p = 0.983)			(p = 0.025)		

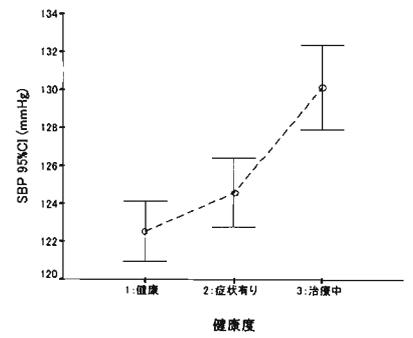
* 検定: Pearson's χ^2 -test



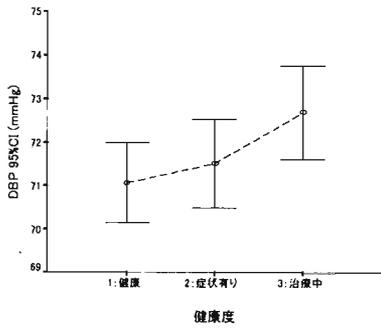
One-way ANOVA: $p < 0.001$ * **
標準体重



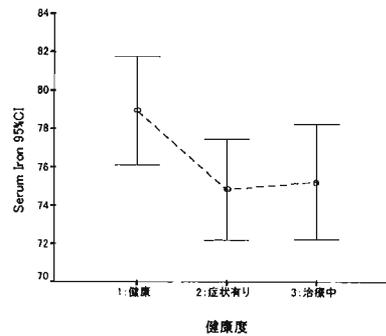
One-way ANOVA: $p = 0.008$ ***
肥満度



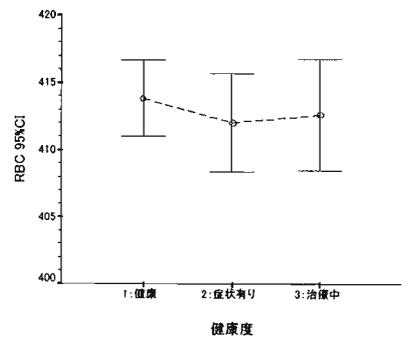
One-way ANOVA: $p < 0.001$ ** ***
最高血圧値



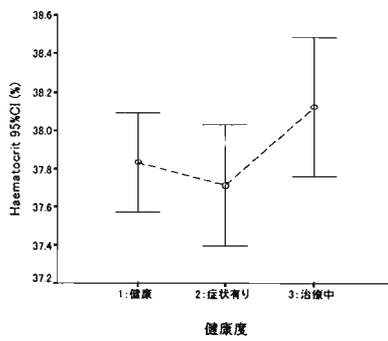
One-way ANOVA: $p = 0.078$ ns
最低血圧値



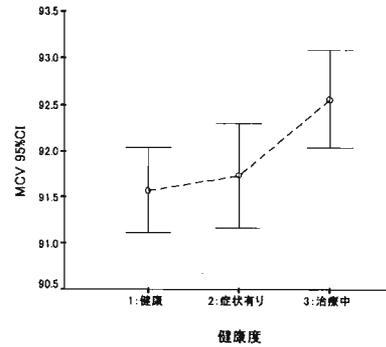
One-way ANOVA: $p = 0.073$ ns
血清鉄値



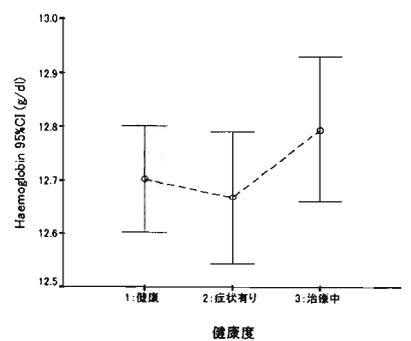
One-way ANOVA: $p = 0.756$ ns
赤血球数



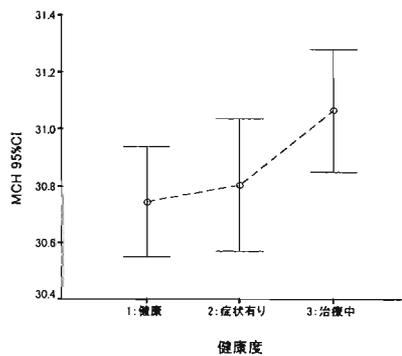
One-way ANOVA: $p = 0.171$ ns
ヘマトクリット値



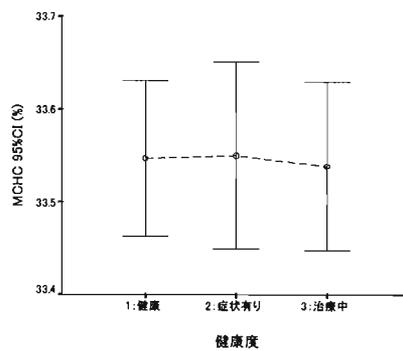
One-way ANOVA: $p = 0.029$ **
MCV値



One-way ANOVA: $p = 0.289$ ns
ヘモグロビン値



One-way ANOVA: $p = 0.110$ ns
MCH値



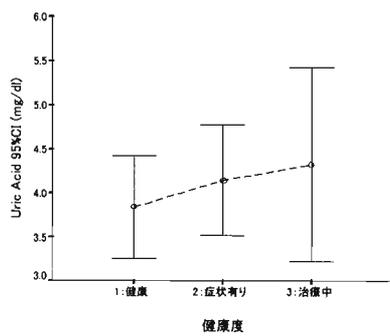
One-way ANOVA: $p = 0.995$ ns
MCHC値

LEGEND
○---○: Mean ± 95% C.I.

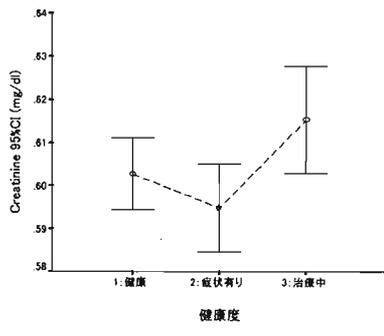
Multiple Comparison
Bonferroni Method
Probability level: 0.05

* : 1-2
* * : 1-3
* * * : 2-3

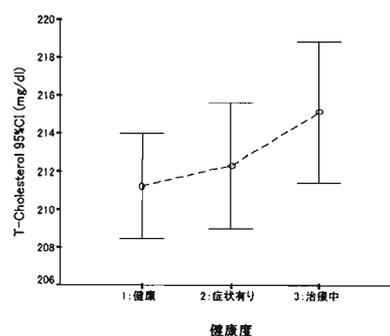
図4-2. ベースラインデータベース(1999年時点)における基本健康診査受診者の自己健康度別による血液生化学検査値の比較(1)



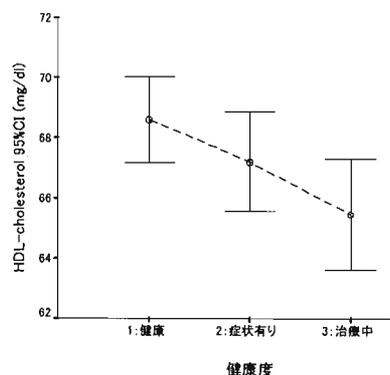
One-way ANOVA: p=0.584 ns
尿酸値



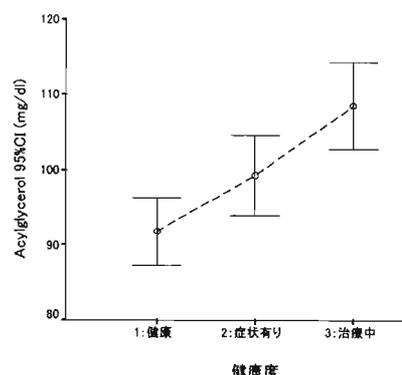
One-way ANOVA: p=0.034 ***
クレアチニン値



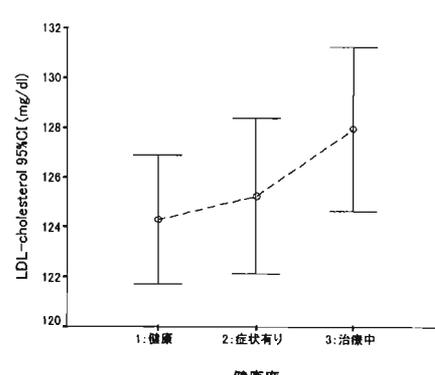
One-way ANOVA: p=0.226 ns
総コレステロール値



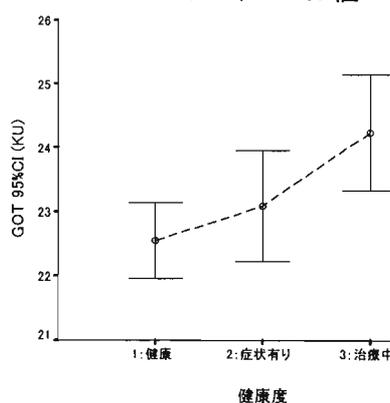
One-way ANOVA: p=0.026 **
HDLコレステロール値



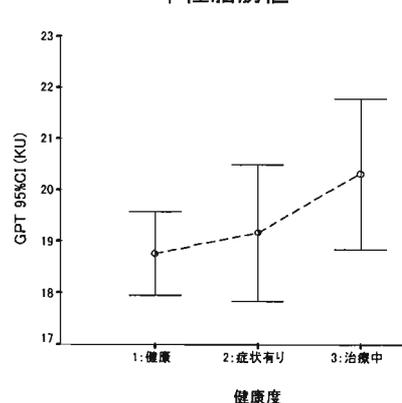
One-way ANOVA: p<0.001 **
中性脂肪値



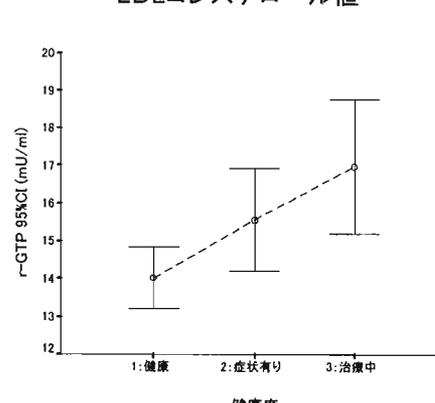
One-way ANOVA: p=0.199 ns
LDLコレステロール値



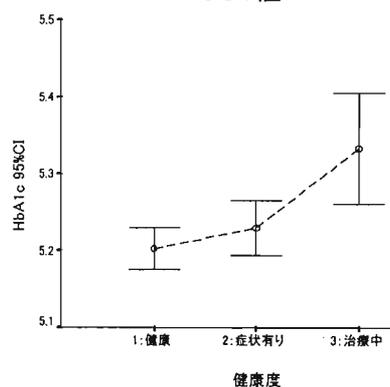
One-way ANOVA: p=0.017 **
GOT値



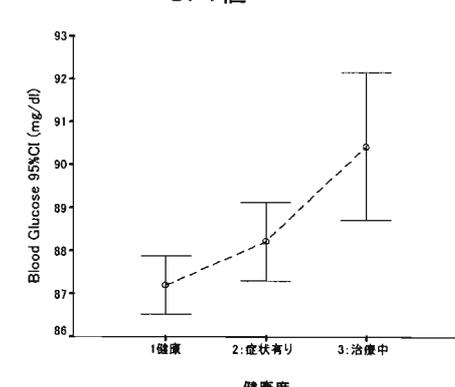
One-way ANOVA: p=0.204 ns
GPT値



One-way ANOVA: p=0.011 **
r-GTP値



One-way ANOVA: p<0.001 ** ***
HbA1c値



One-way ANOVA: p<0.001 ** ***
空腹時血糖値

LEGEND
O---O: Mean±95%C.I.

Multiple Comparison
Bonferroni Method
Probability level: 0.05
*: 1-2
*: *: 1-3
***: 2-3

図4-3. ベースラインデータベース(1999年時点)における基本健康診査受診者の自己健康度別による血液生化学検査値の比較(2)

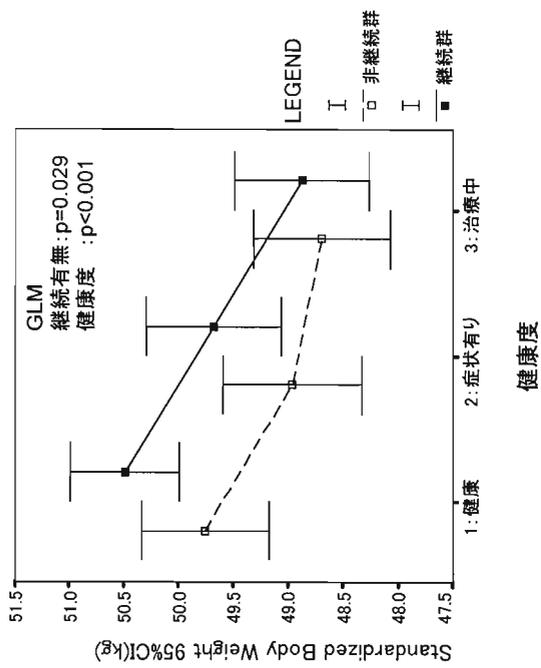


図4-4. 基本健診継続有無及び自己健康度別による標準体重

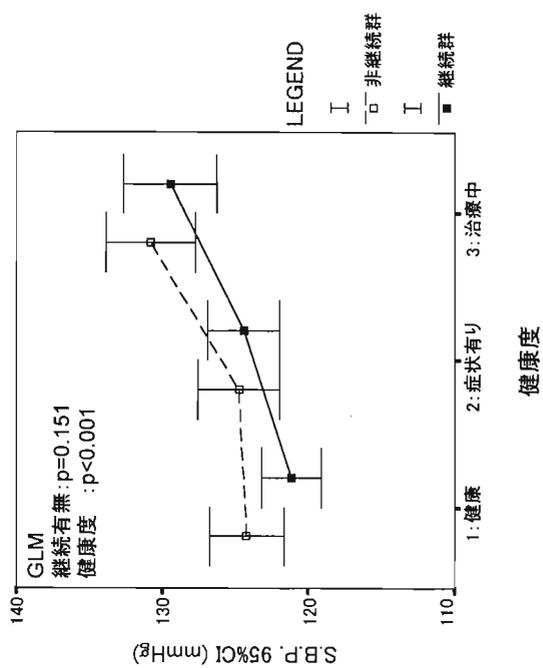


図4-6. 基本健診継続有無及び自己健康度別による最高血圧値

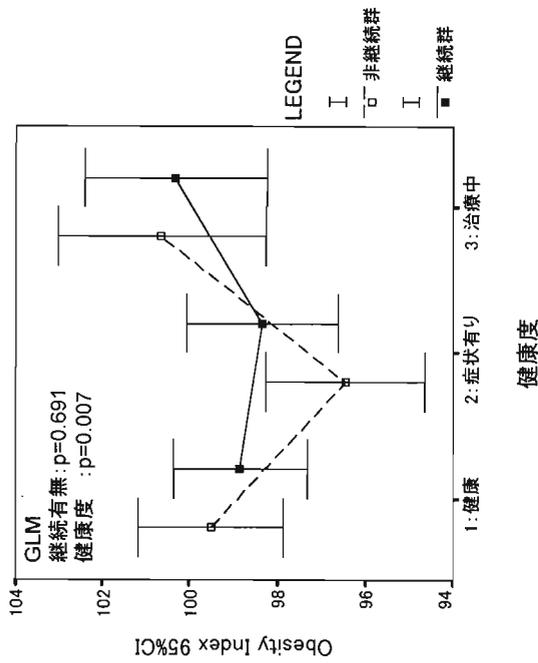


図4-5. 基本健診継続有無及び自己健康度別による肥満度

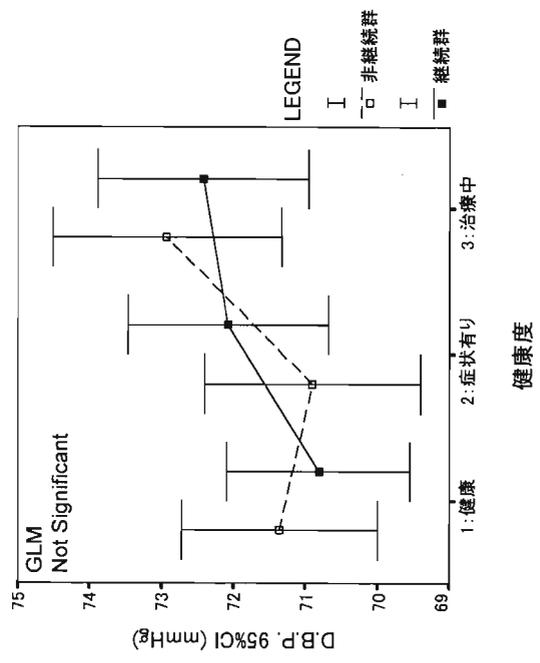


図4-7. 基本健診継続有無及び自己健康度別による最低血圧値

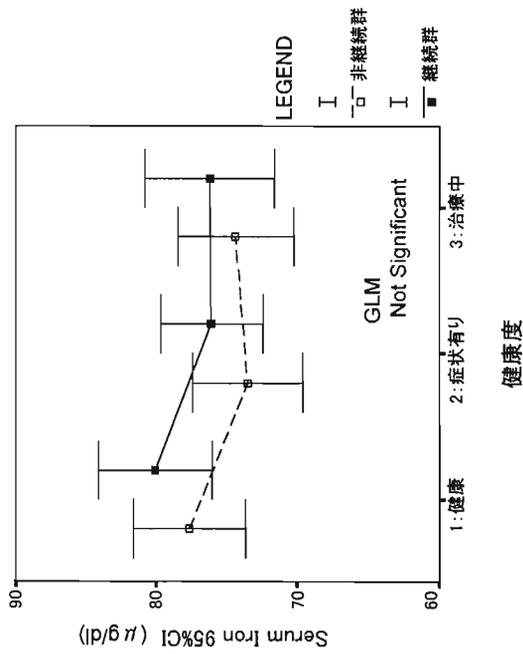


図4-8. 基本健診継続有無及び自己健康度別による血清鉄値

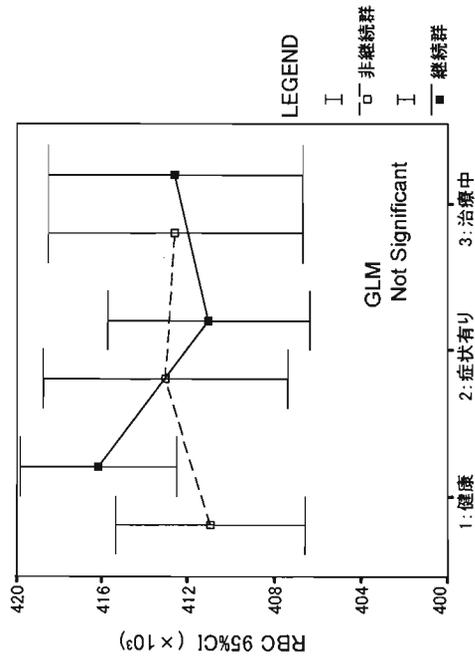


図4-9. 基本健診継続有無及び自己健康度別による赤血球数

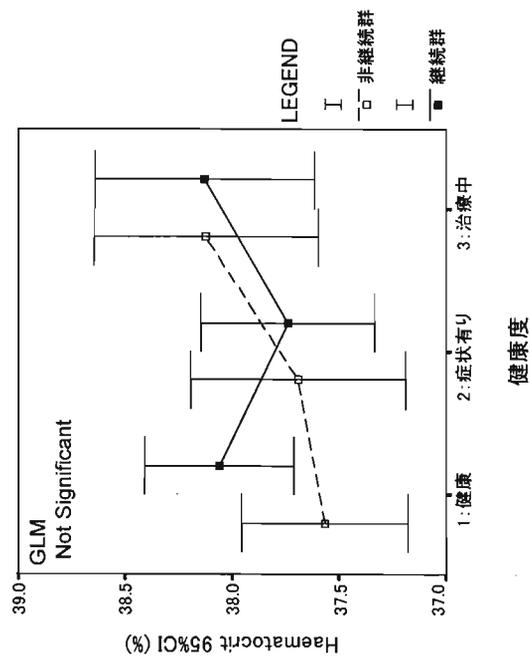


図4-10. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるヘマトクリット値

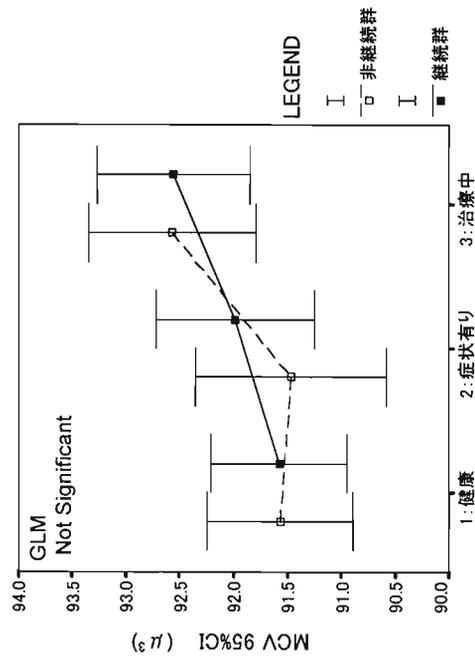


図4-11. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるMCV値

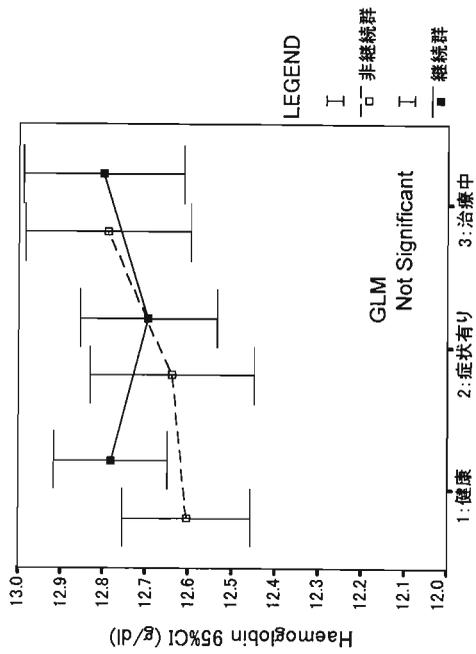


図4-12. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるヘモグロビン値

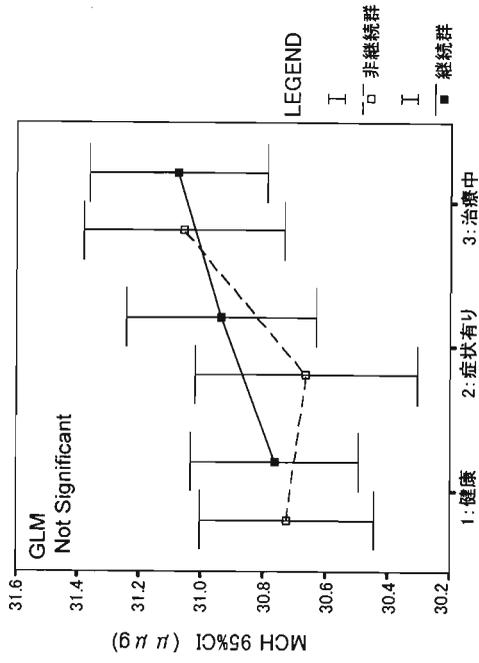


図4-13. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるMCH値

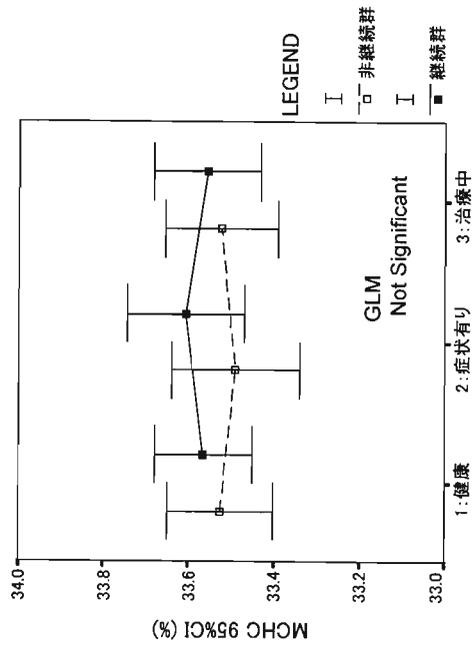


図4-14. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるMCHC値

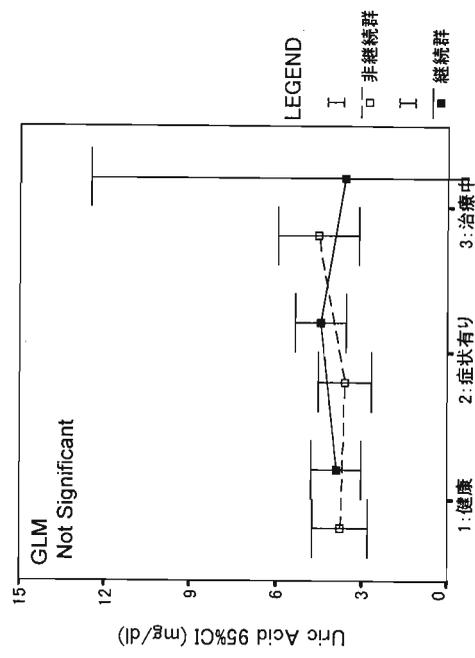


図4-15. 基本健診継続有無及び自己健康度別による尿酸値

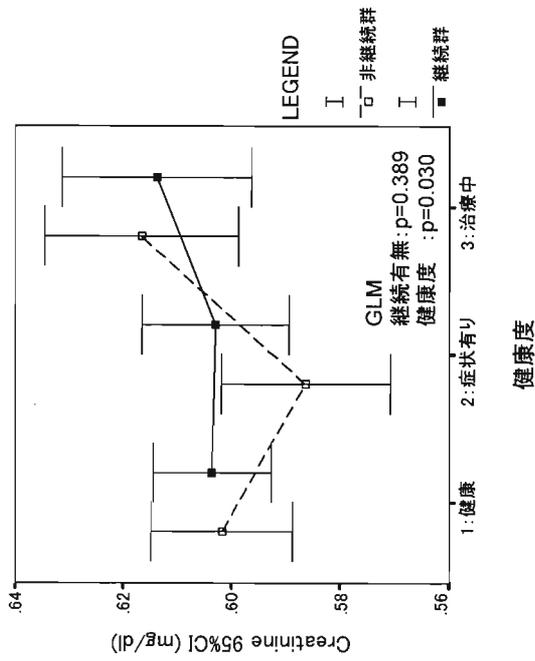


図4-16. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるクレアチニン値

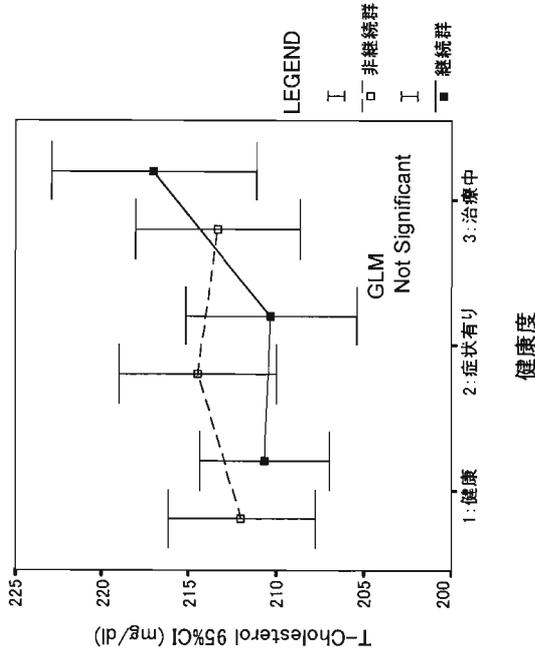


図4-17. 基本健診継続有無及び自己健康度別による総コレステロール値

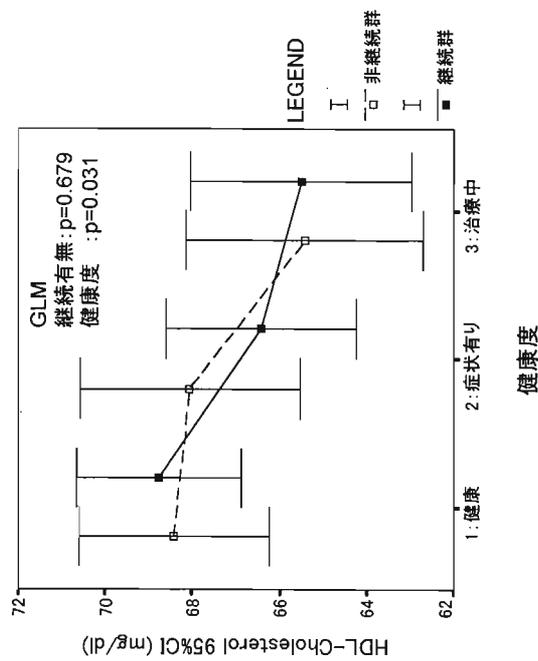


図4-18. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるHDLコレステロール値

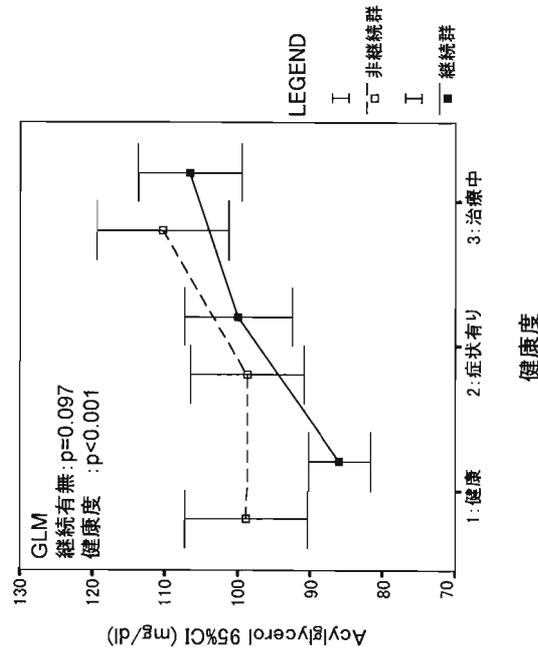


図4-19. 基本健診継続有無及び自己健康度別による中性脂肪値

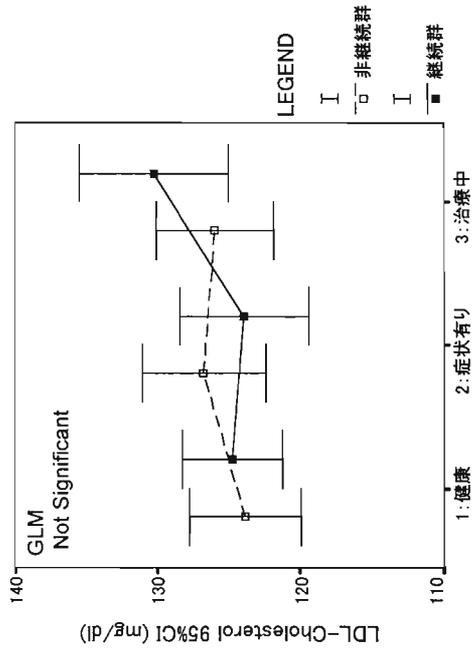


図4-20. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるLDLコレステロール値

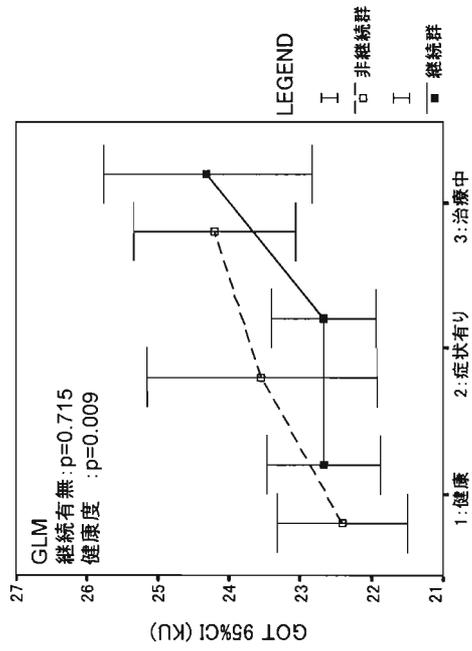


図4-21. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるGOT値

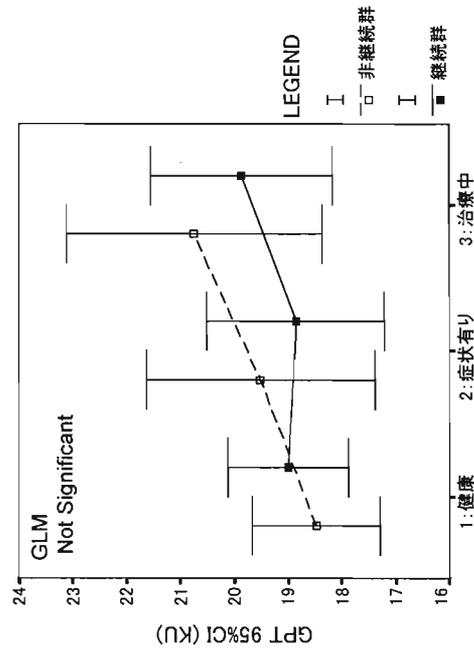


図4-22. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるGPT値

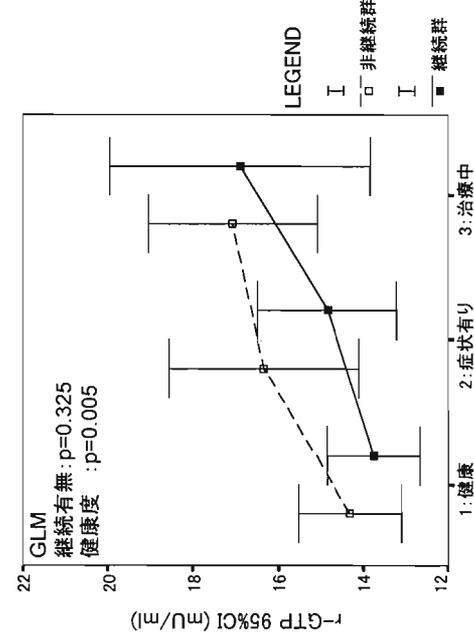


図4-23. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるγ-GTP値

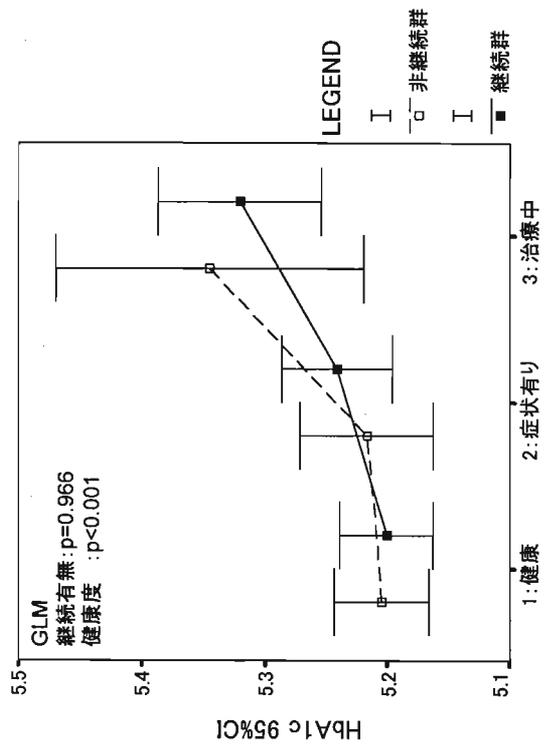


図4-24. 基本健診継続有無及び自己健康度別によるHbA1c値

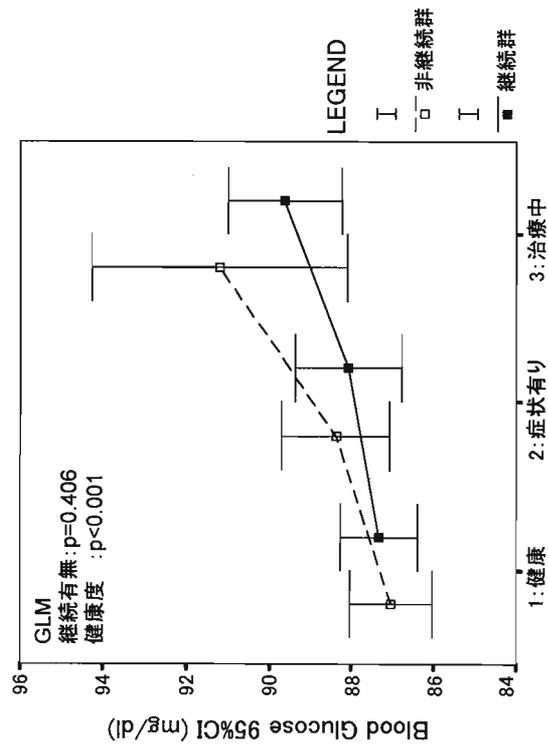


図4-25. 基本健診継続有無及び自己健康度別による空腹時血糖値

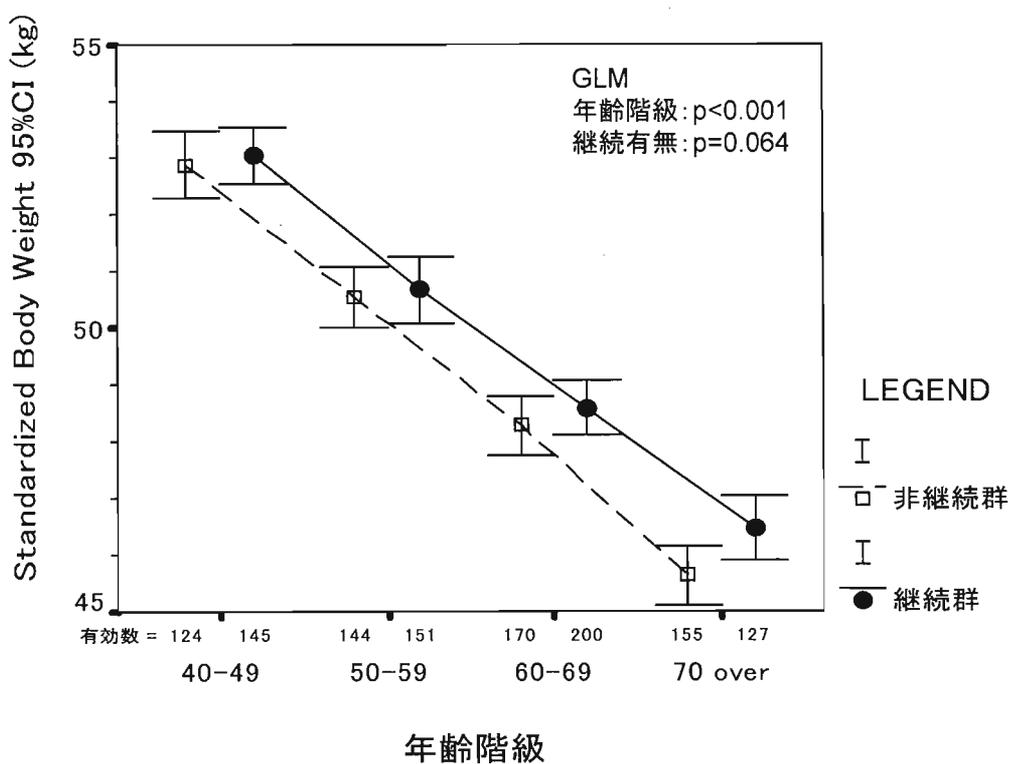


図4-26. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による標準体重

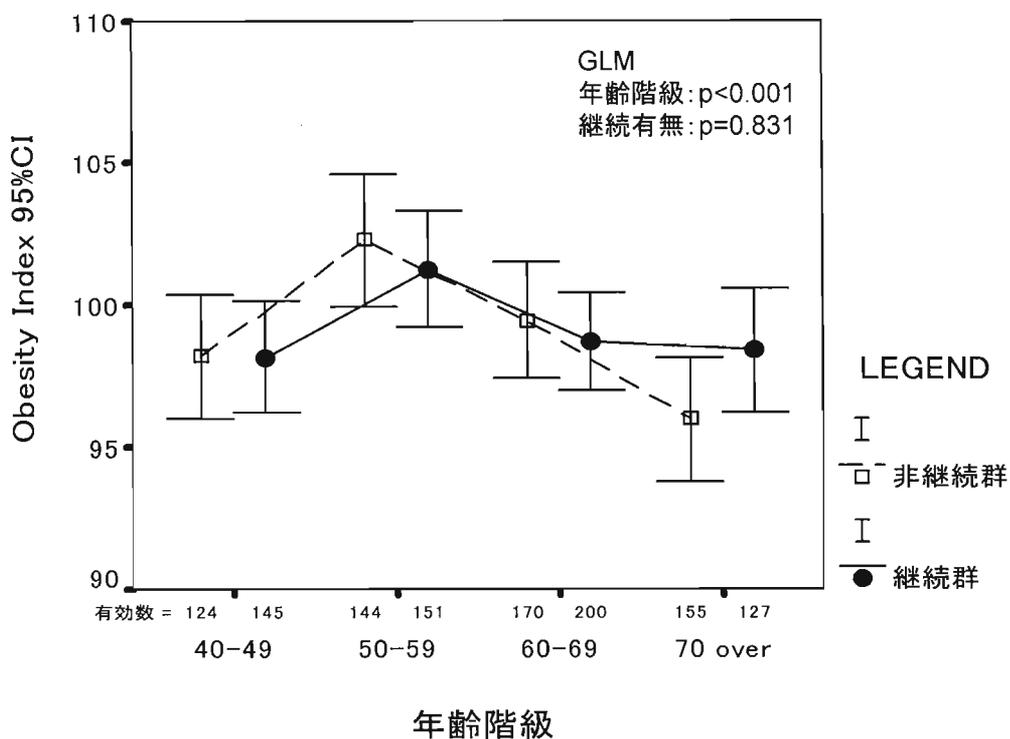


図4-27. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による肥満度

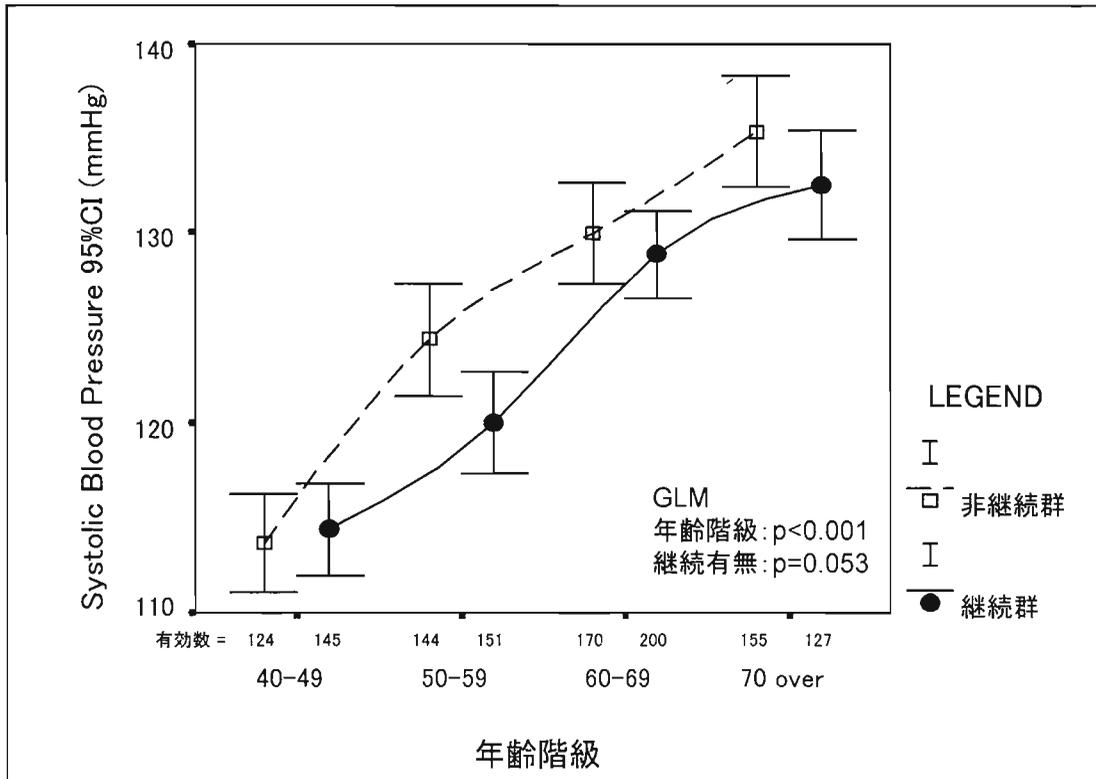


図4-28. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による最高血圧値

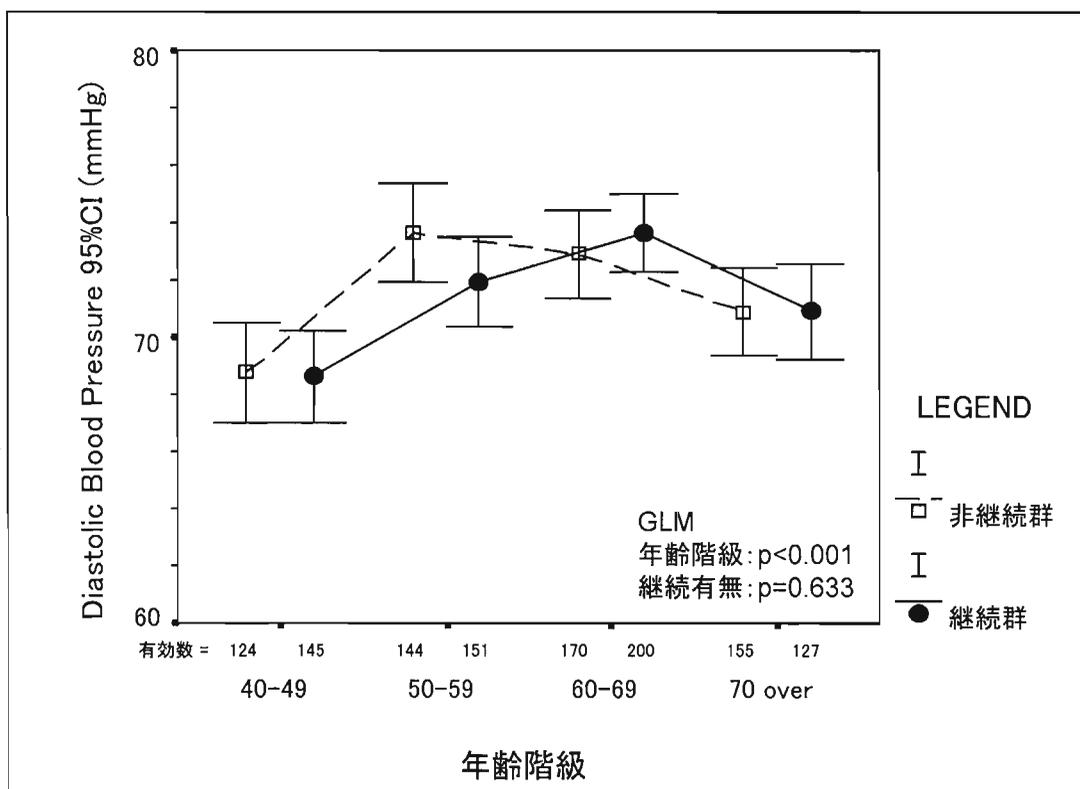


図4-29. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による最低血圧値

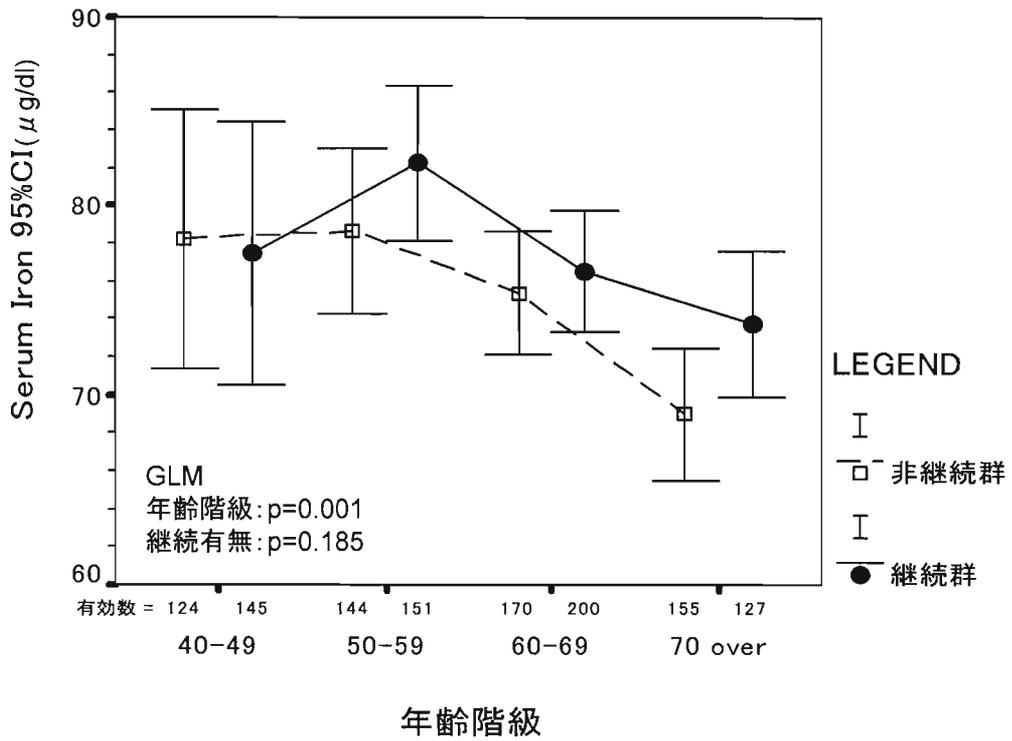


図4-30. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による血清鉄値

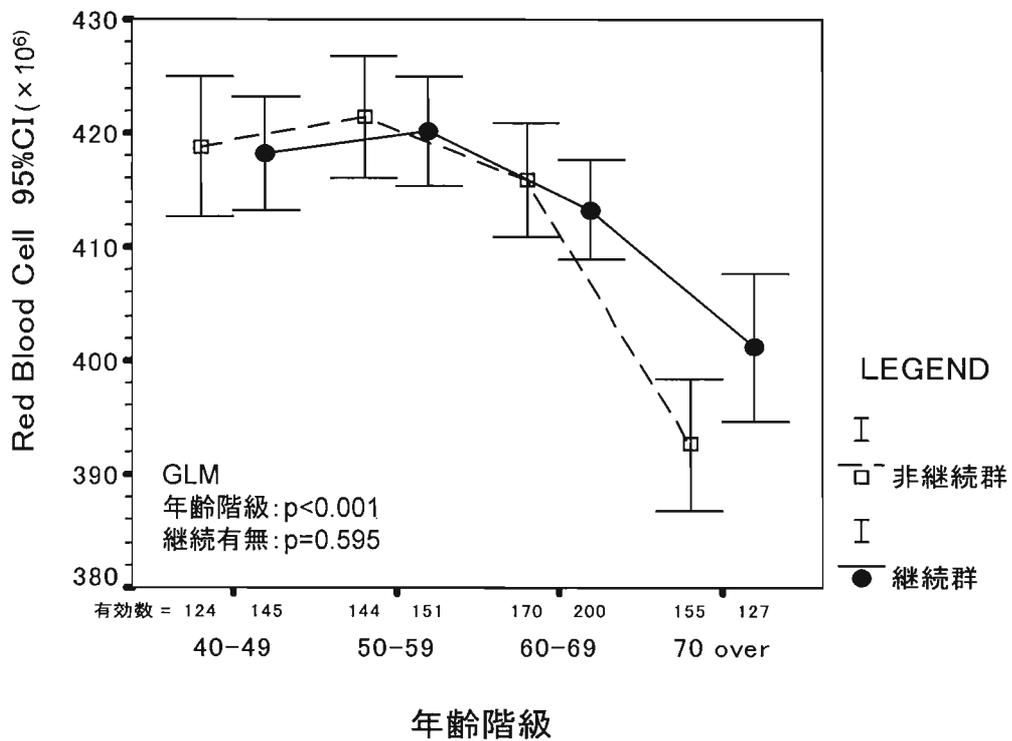


図4-31. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による赤血球数

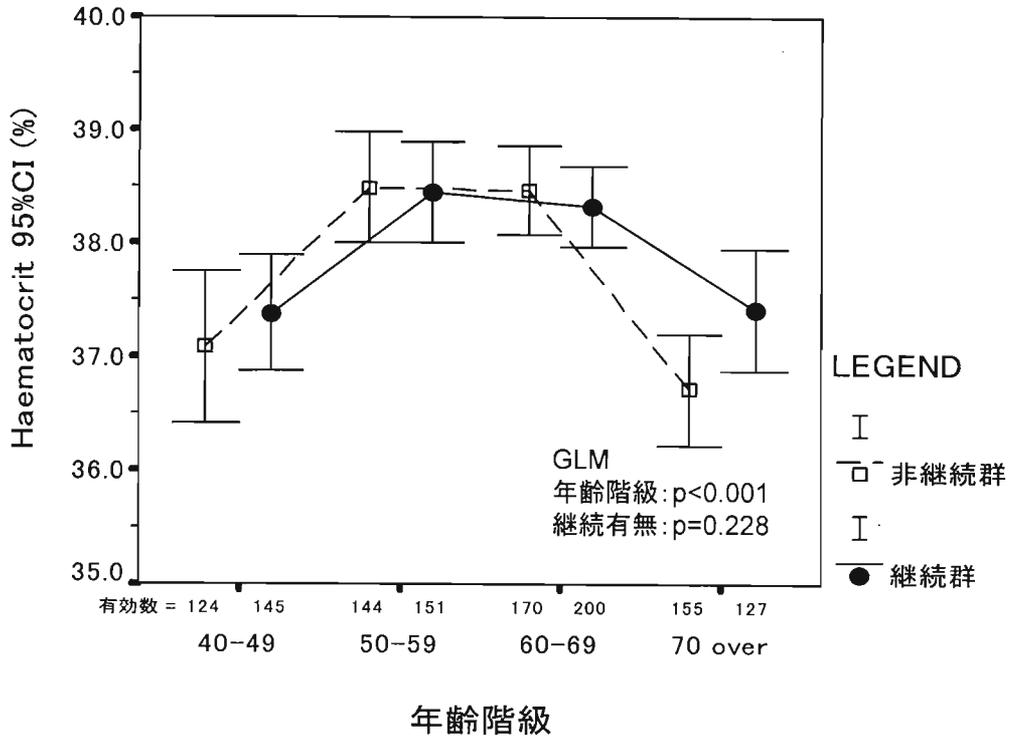


図4-32. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるヘマトクリット値

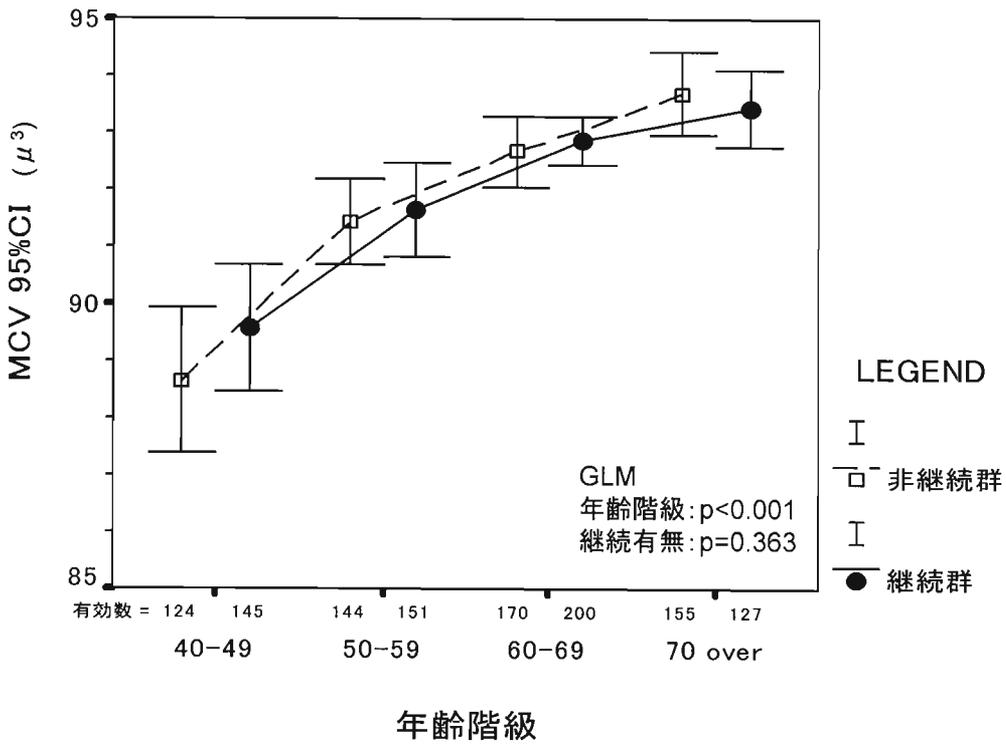


図4-33. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるMCV値

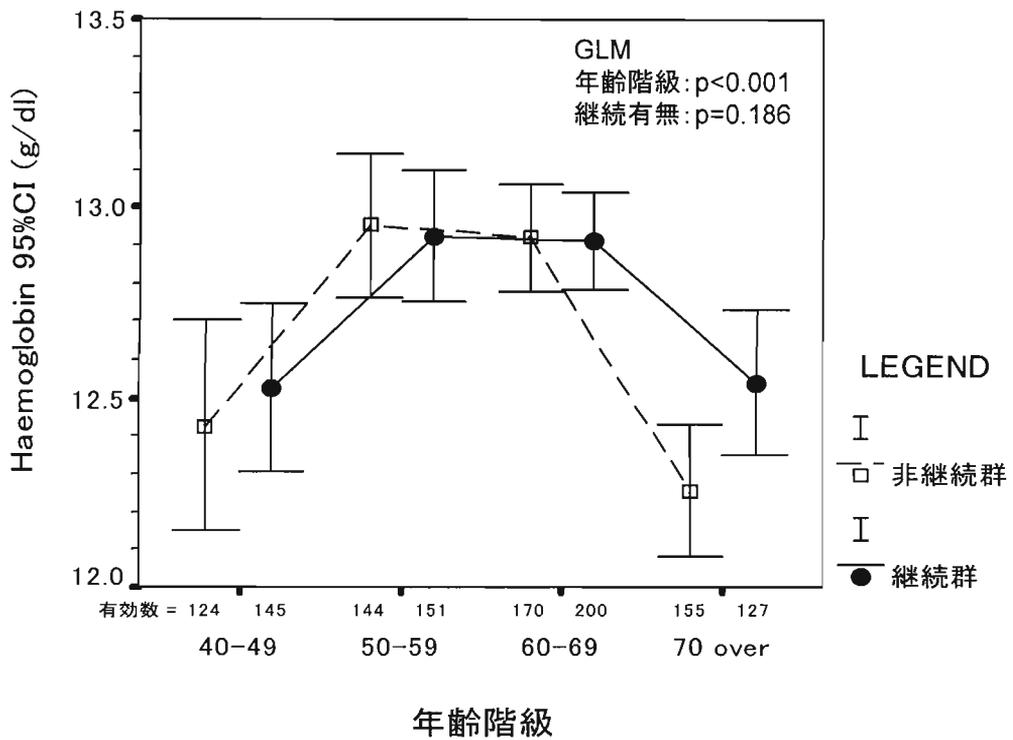


図4-34. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるヘモグロビン値

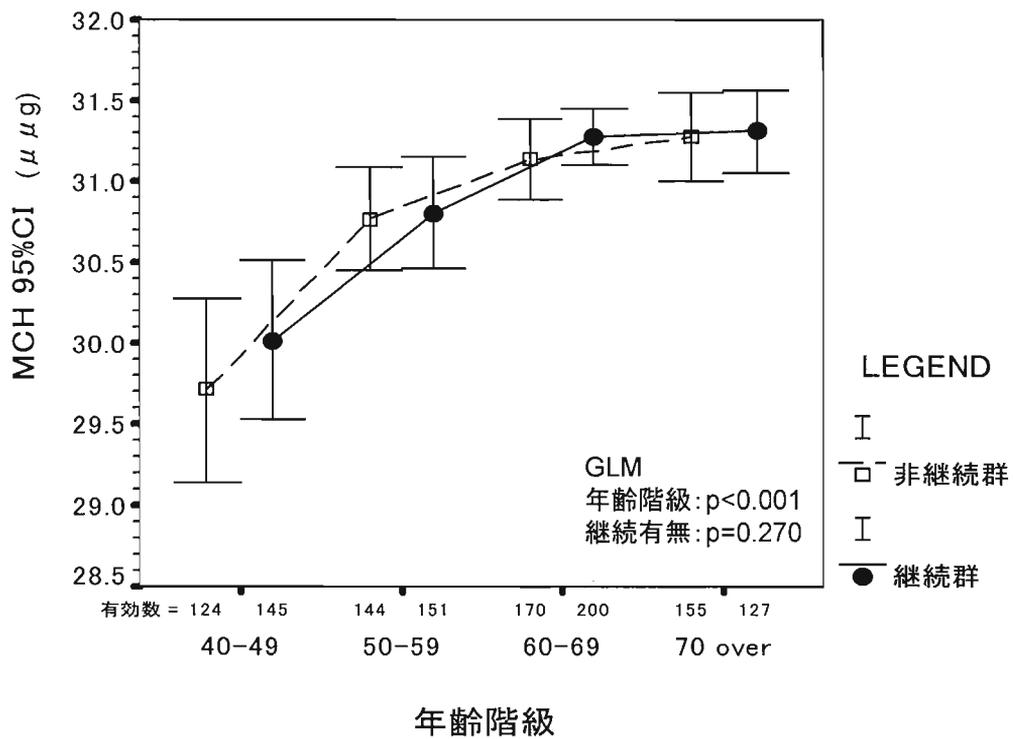


図4-35. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるMCH値

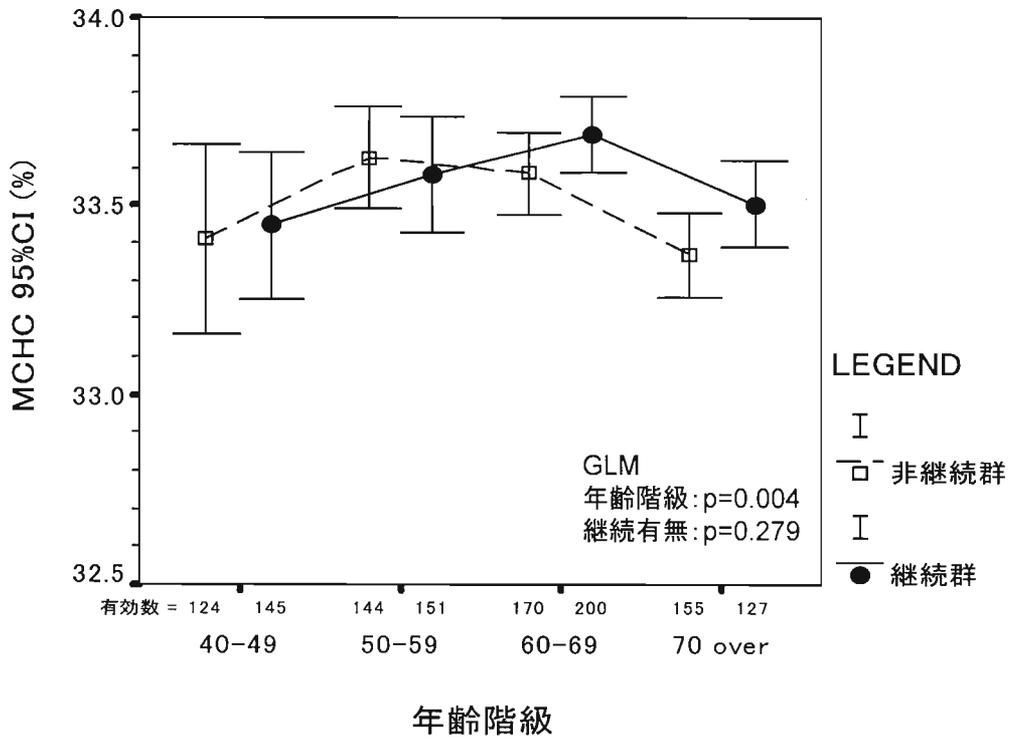


図4-36. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるMCHC値

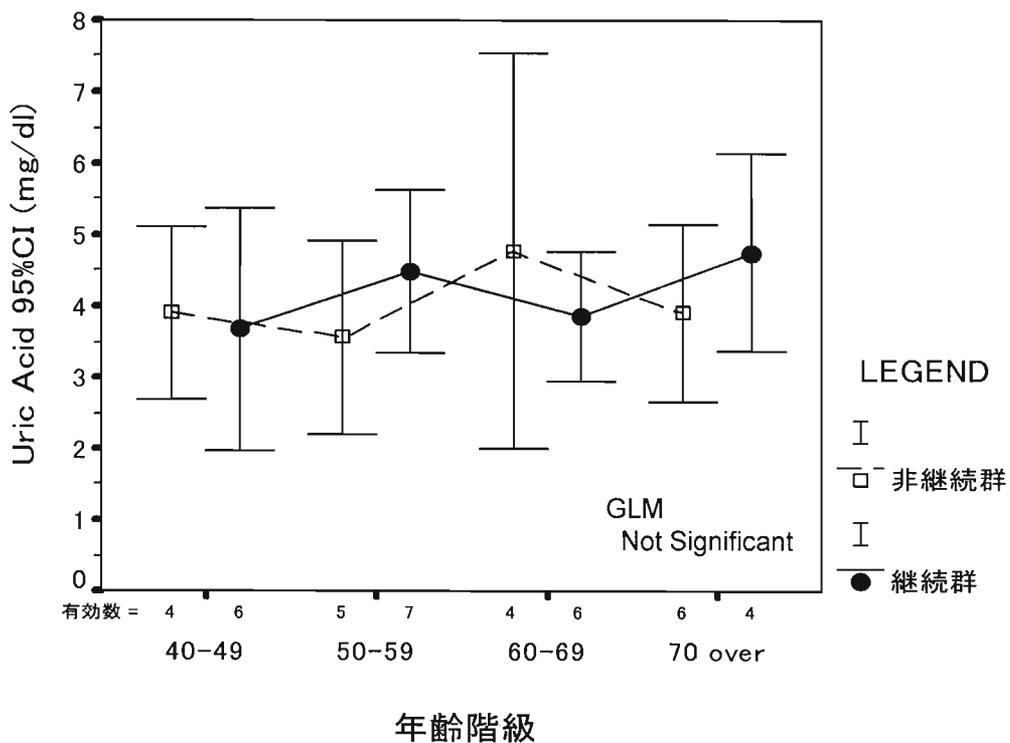


図4-37. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による尿酸値

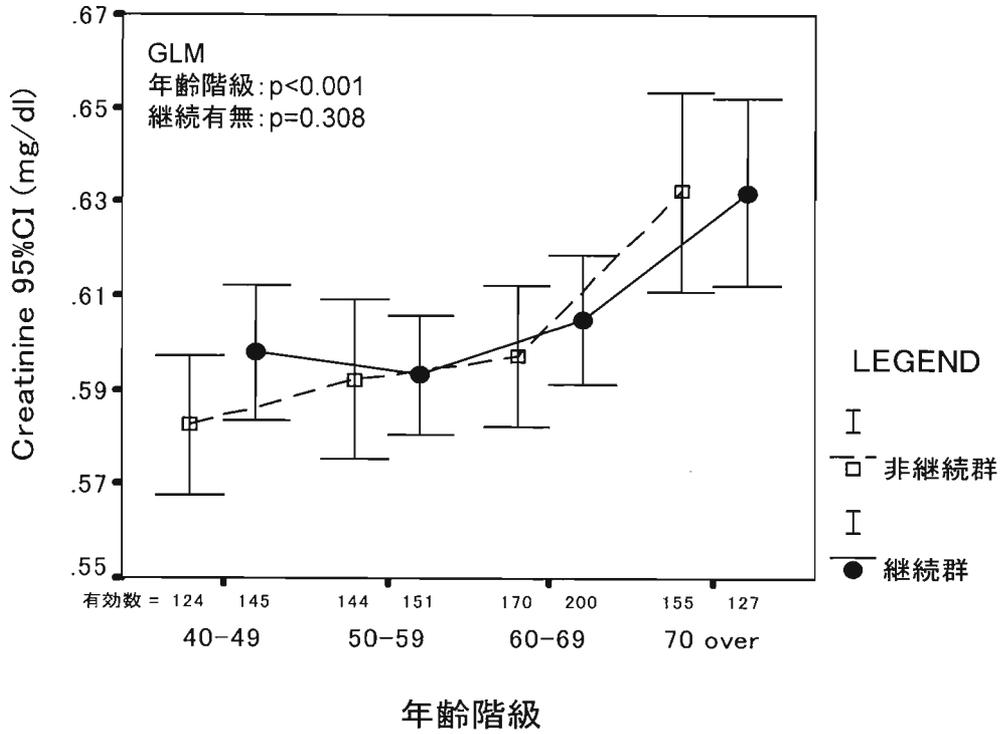


図4-38. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるクレアチニン値

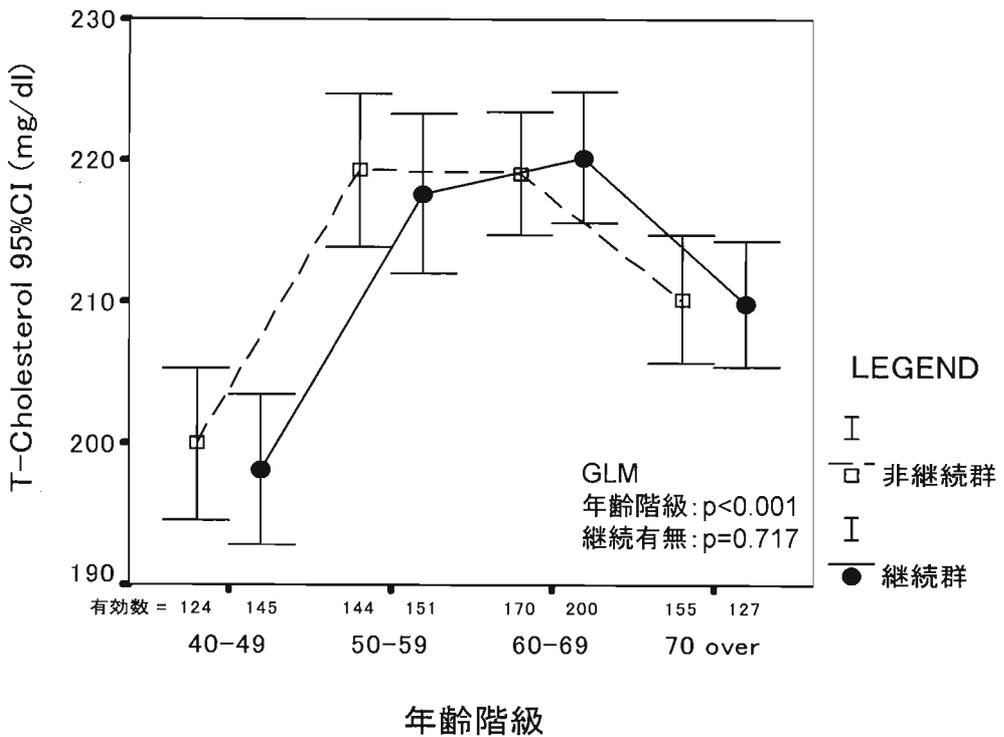


図4-39. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による総コレステロール値

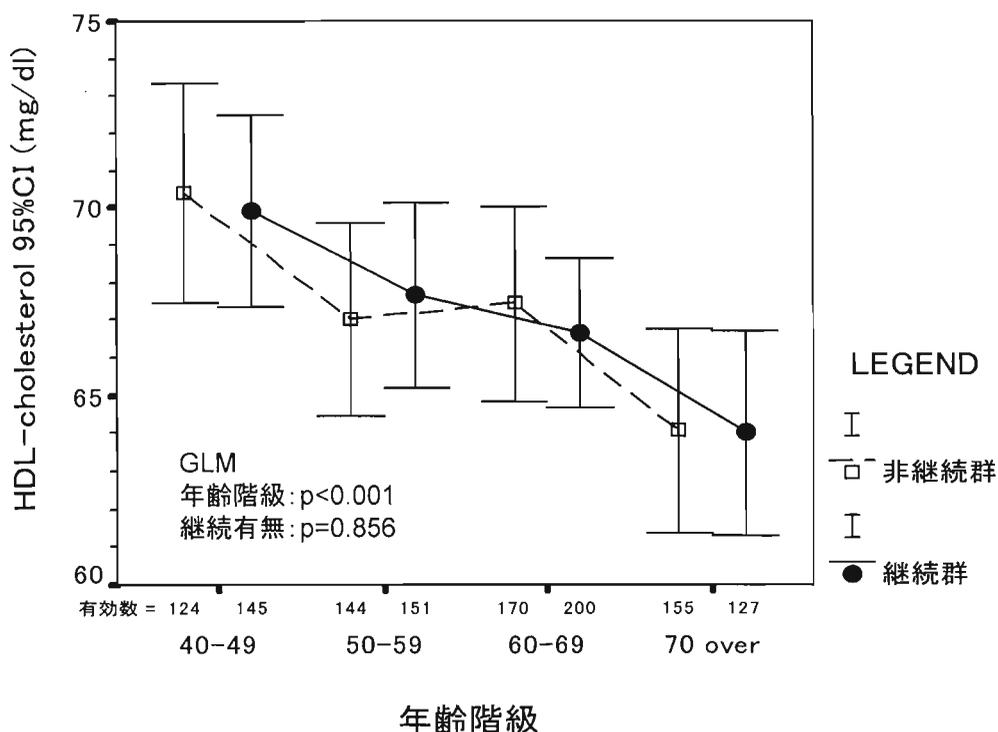


図4-40. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるHDLコレステロール値

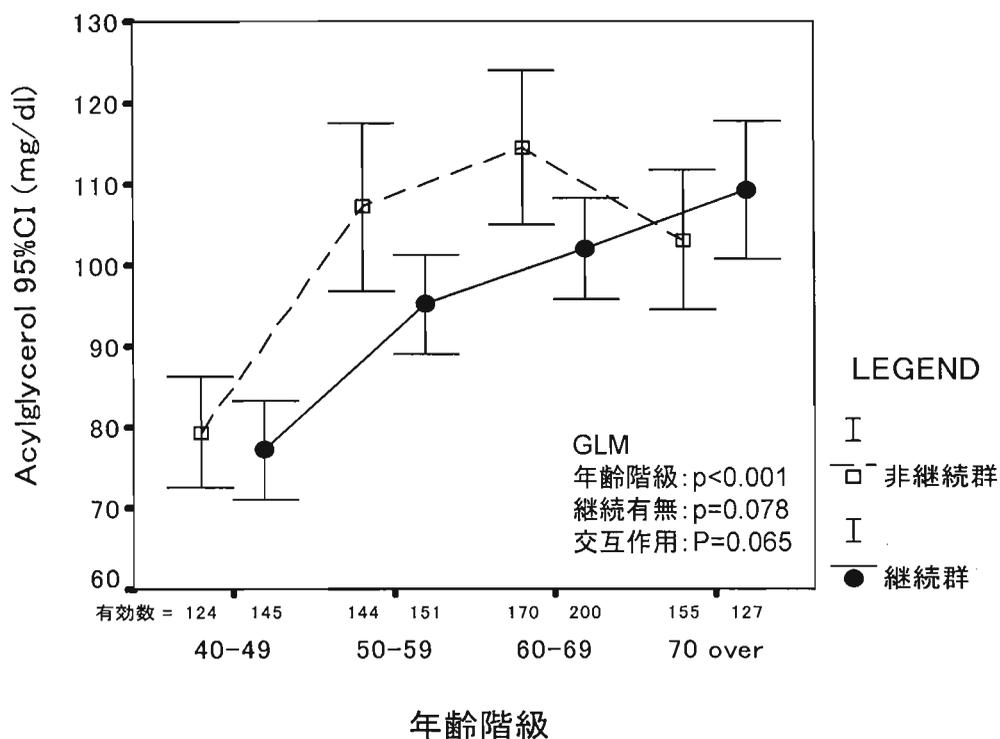


図4-41. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による中性脂肪値

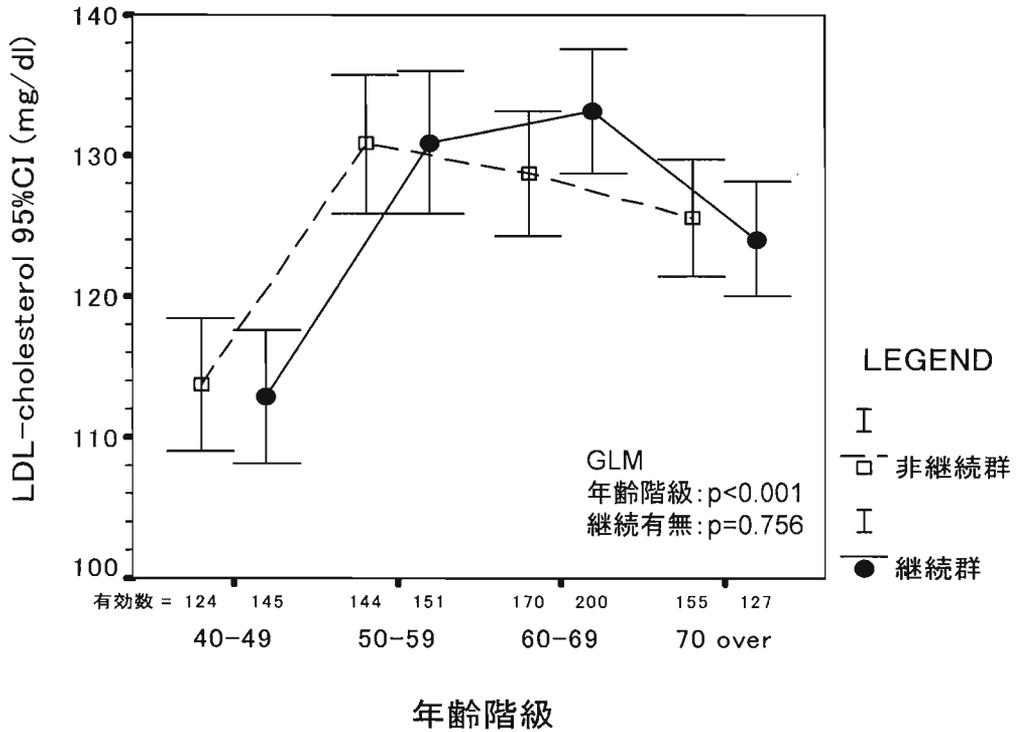


図4-42. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるLDLコレステロール値

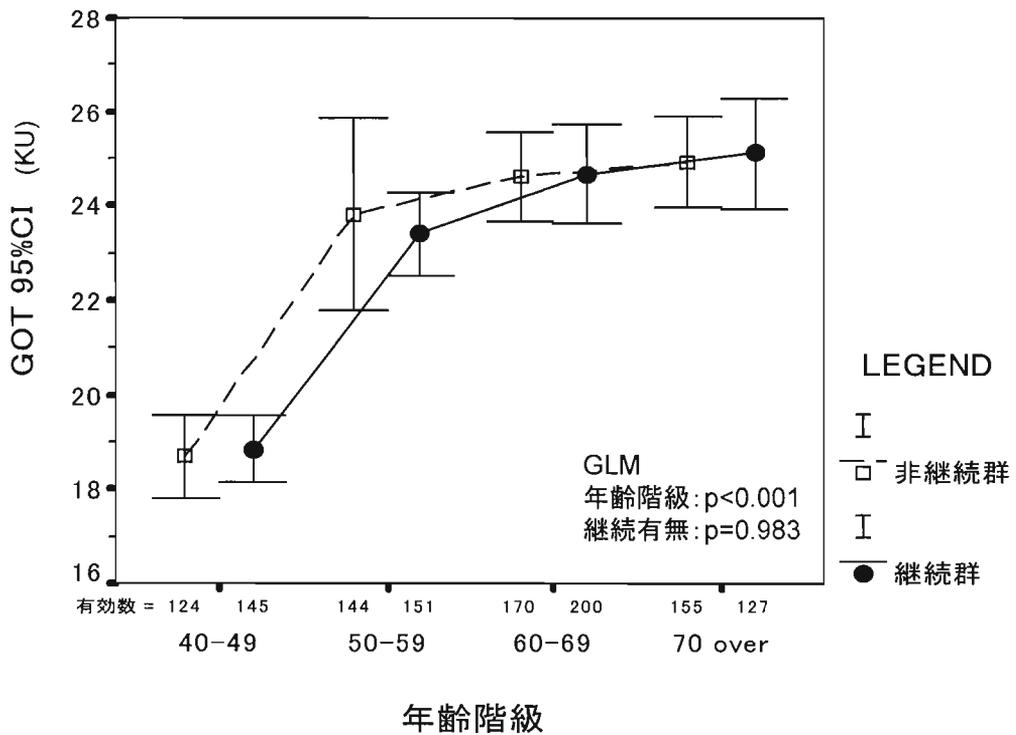


図4-43. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるGOT値

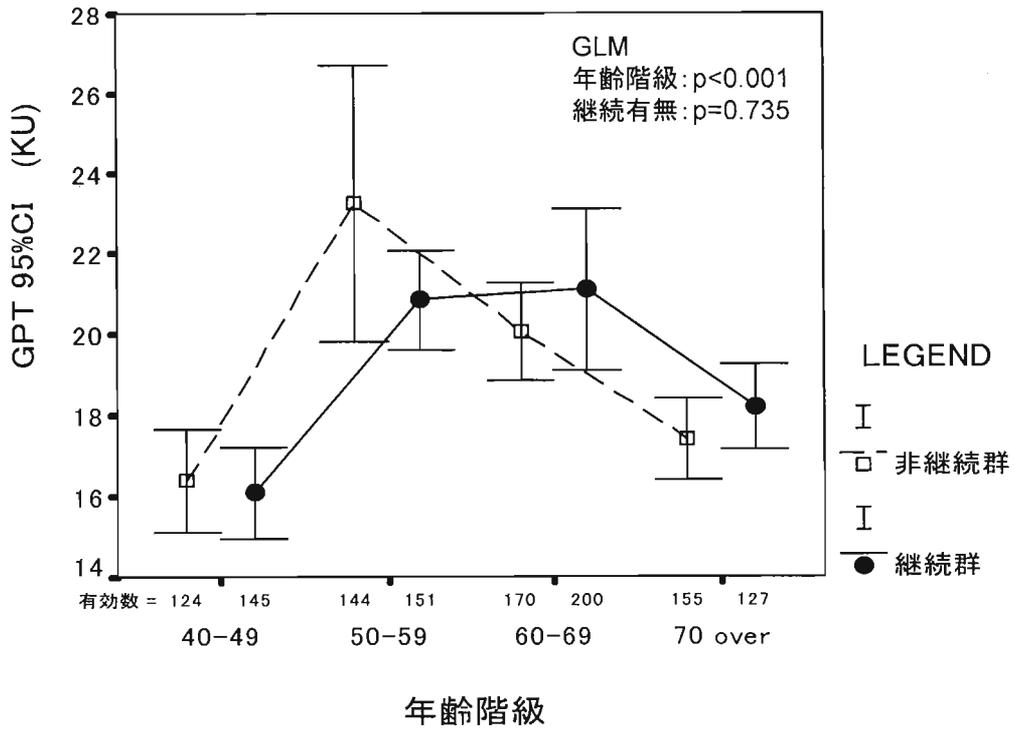


図4-44. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるGPT値

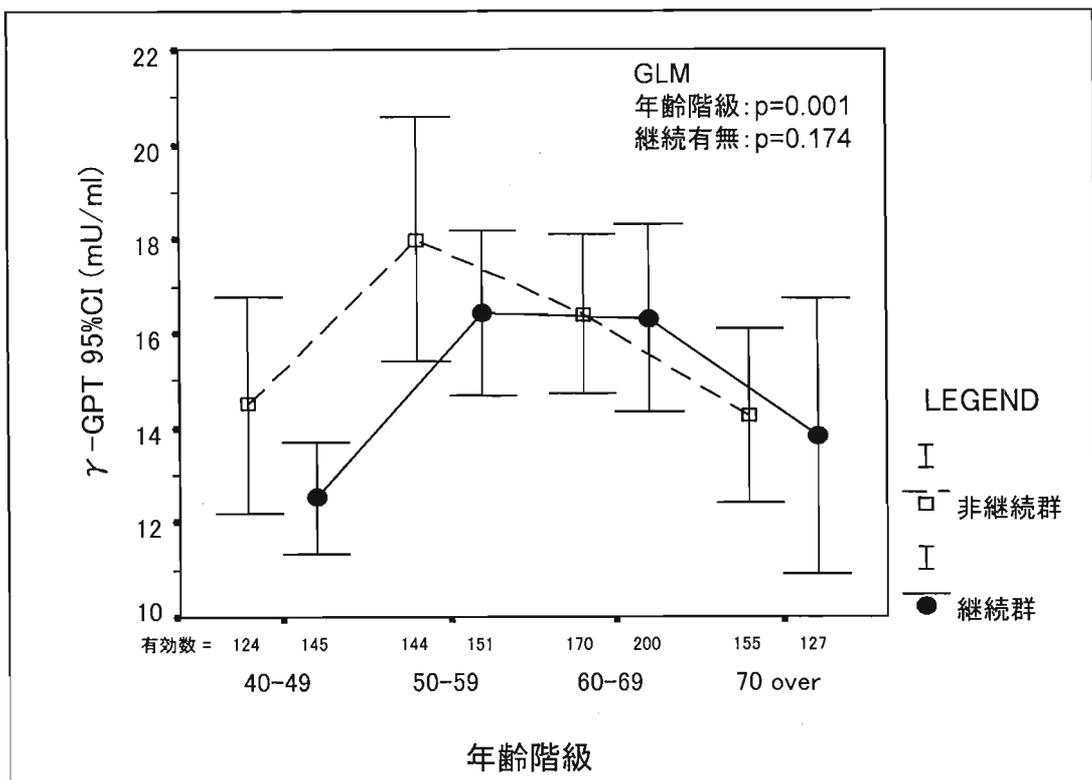


図4-45. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による γ -GTP値

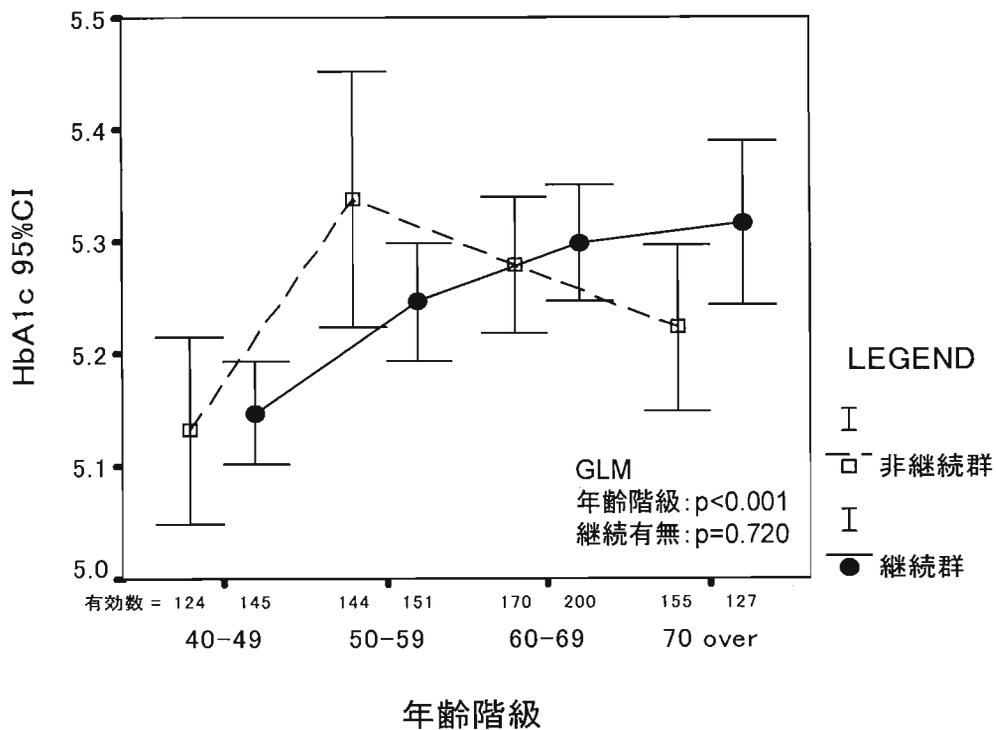


図4-46. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別によるHbA_{1c}値

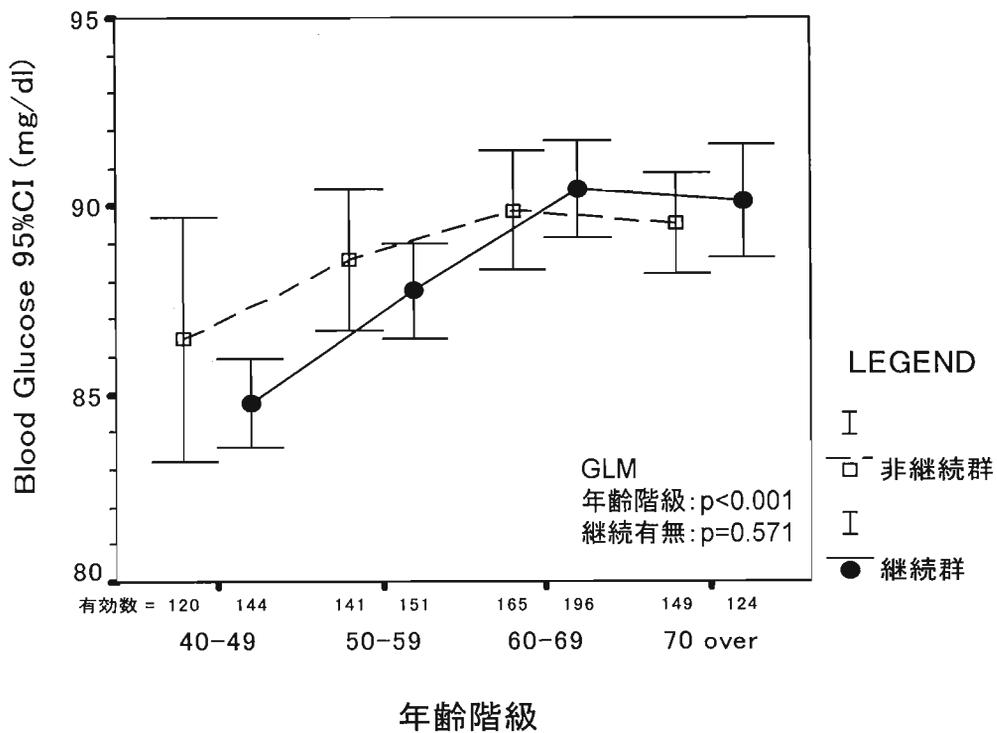


図4-47. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による空腹時血糖値

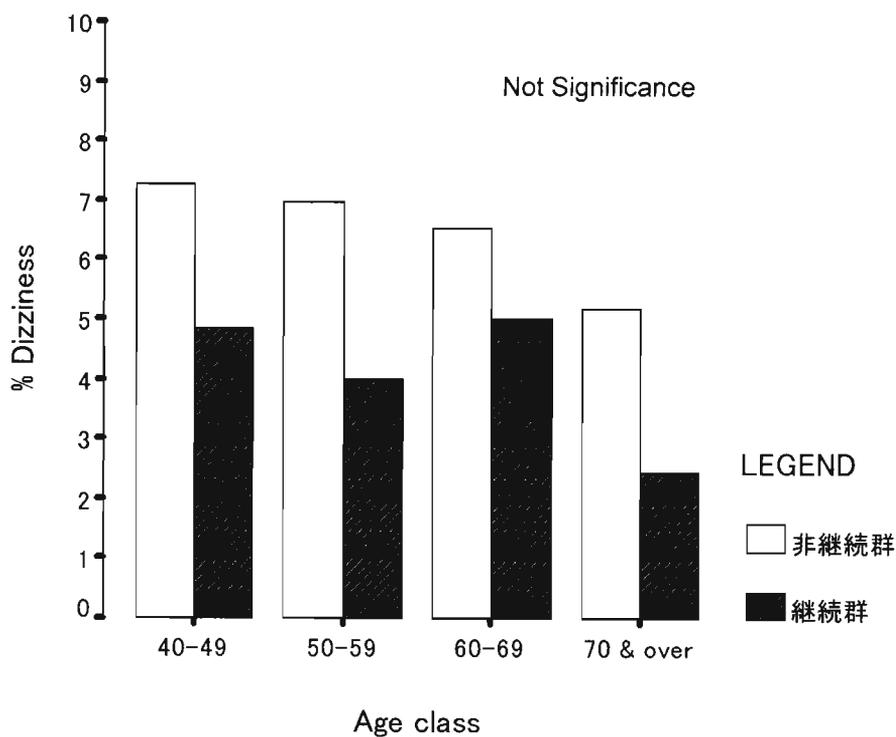


図4-48. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状〈眩暈〉
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)

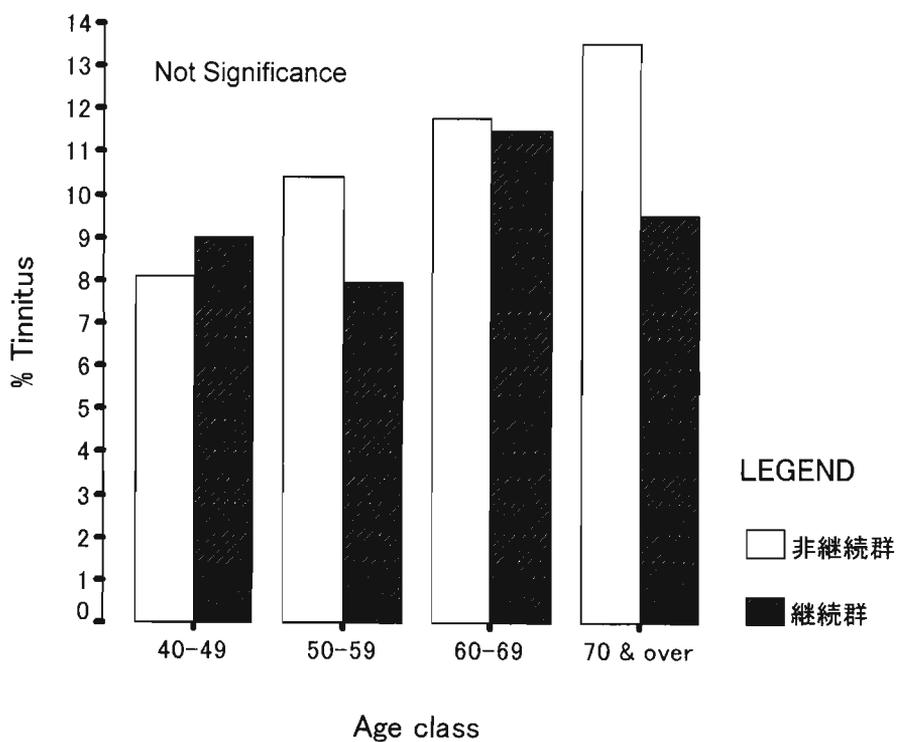


図4-49. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状〈耳鳴り〉
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)

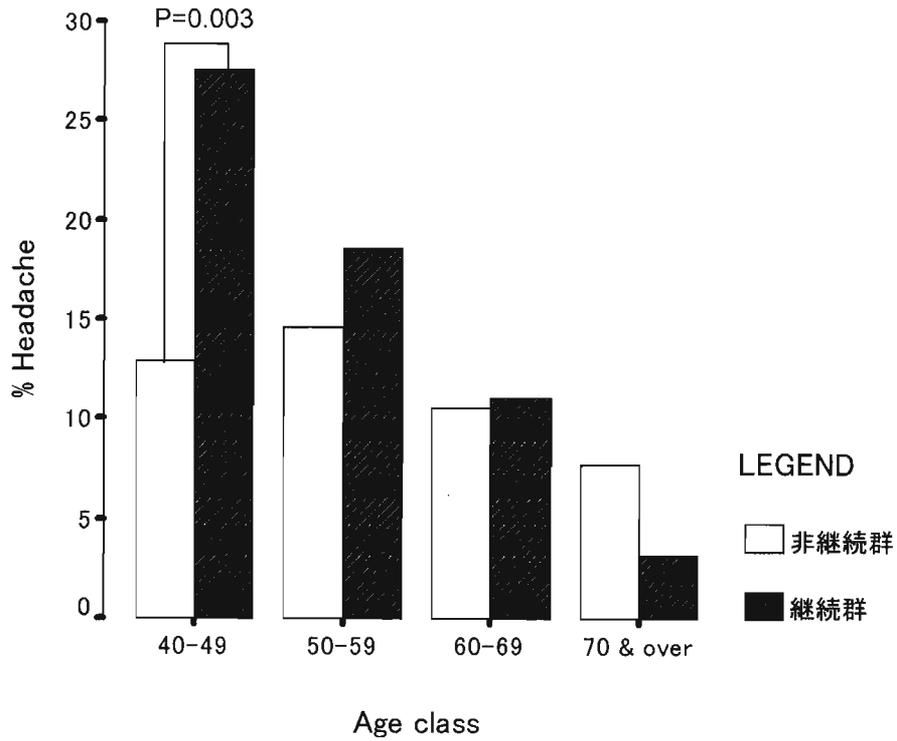


図4-50. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状（頭痛）
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)

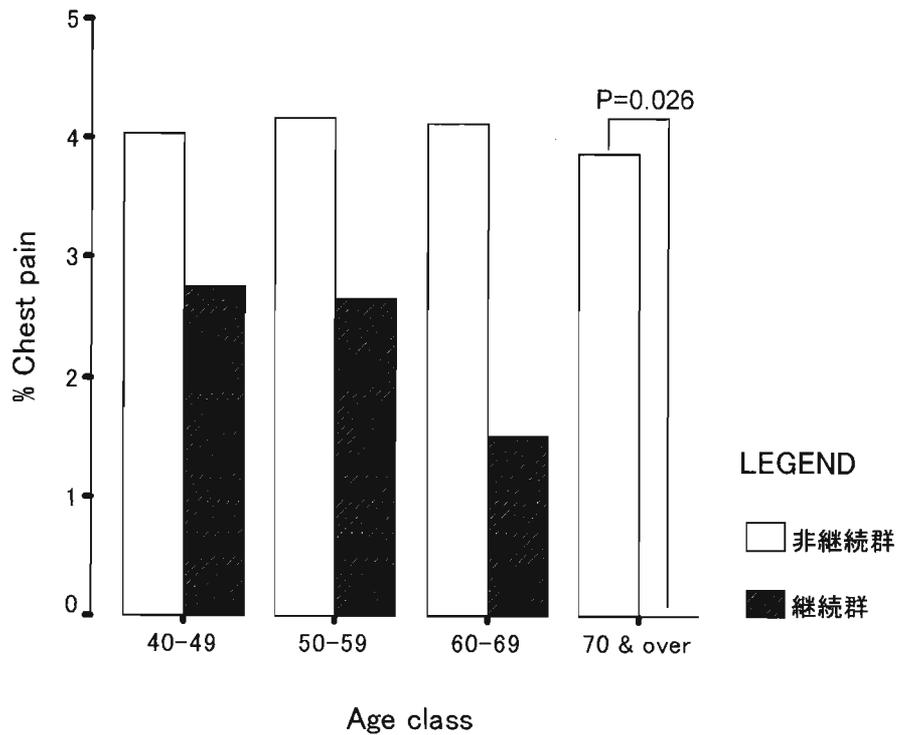


図4-51. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状（胸痛）
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)

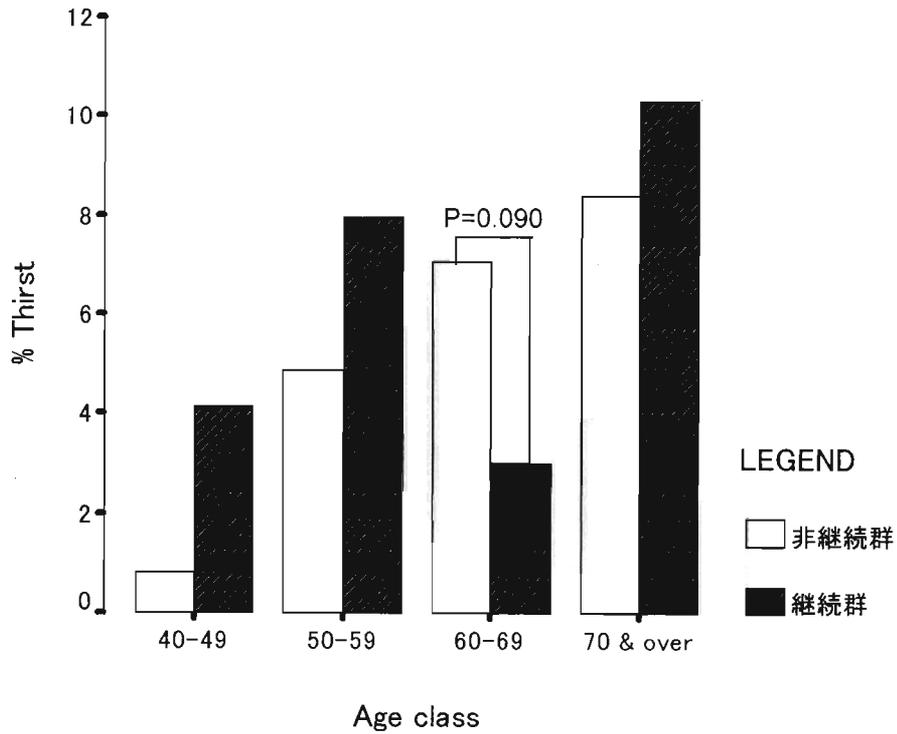


図4-52. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状〈口渇〉
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)

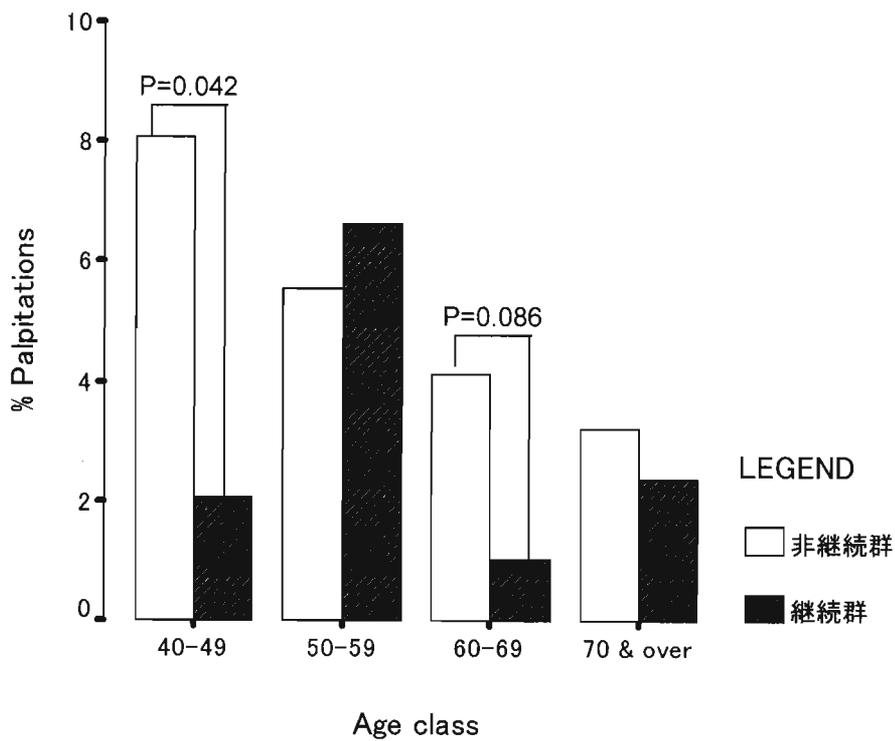


図4-53. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状〈動悸〉
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)

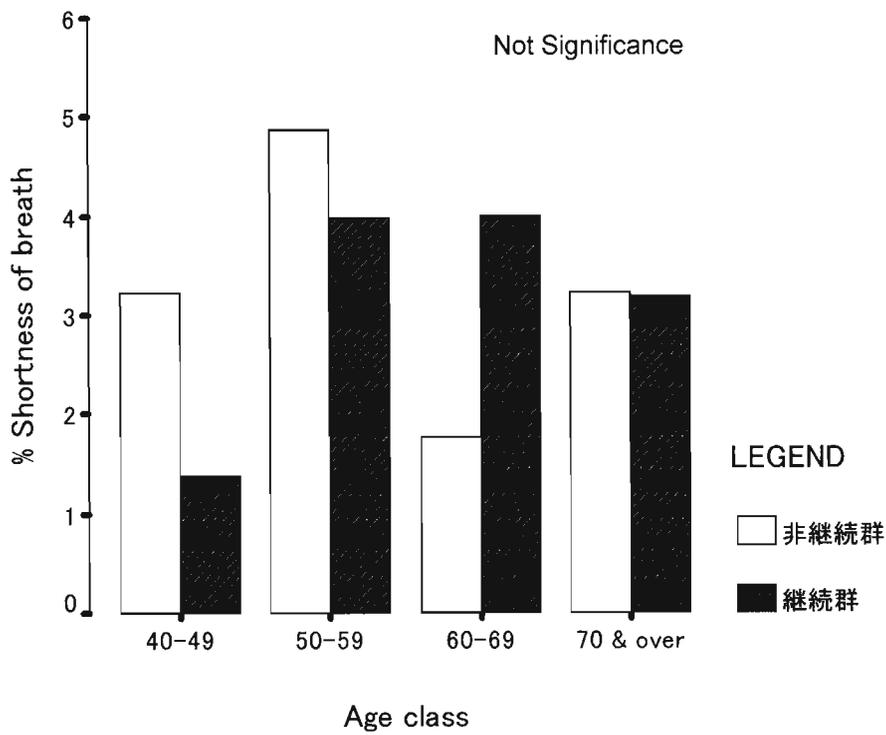


図4-54. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状（息切れ）
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)

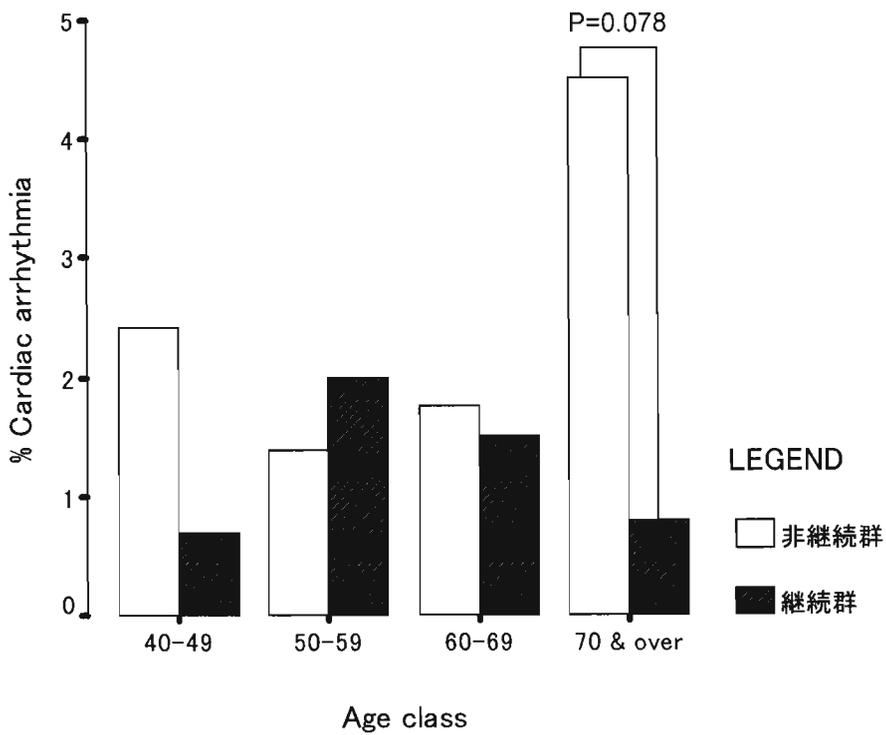


図4-55. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状（不整脈）
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)

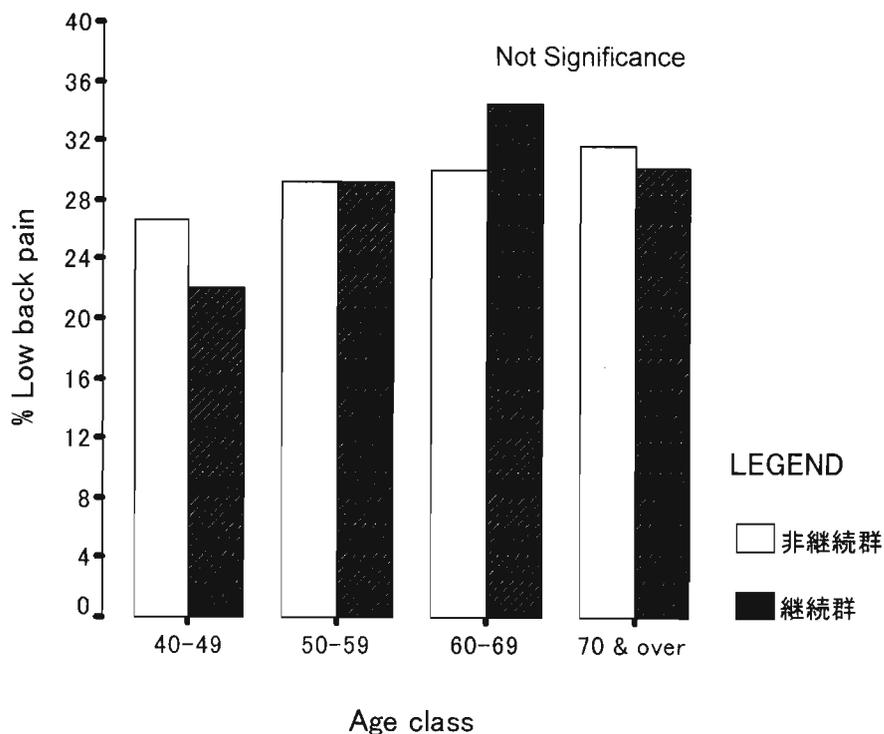


図4-56. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状（腰痛）
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)

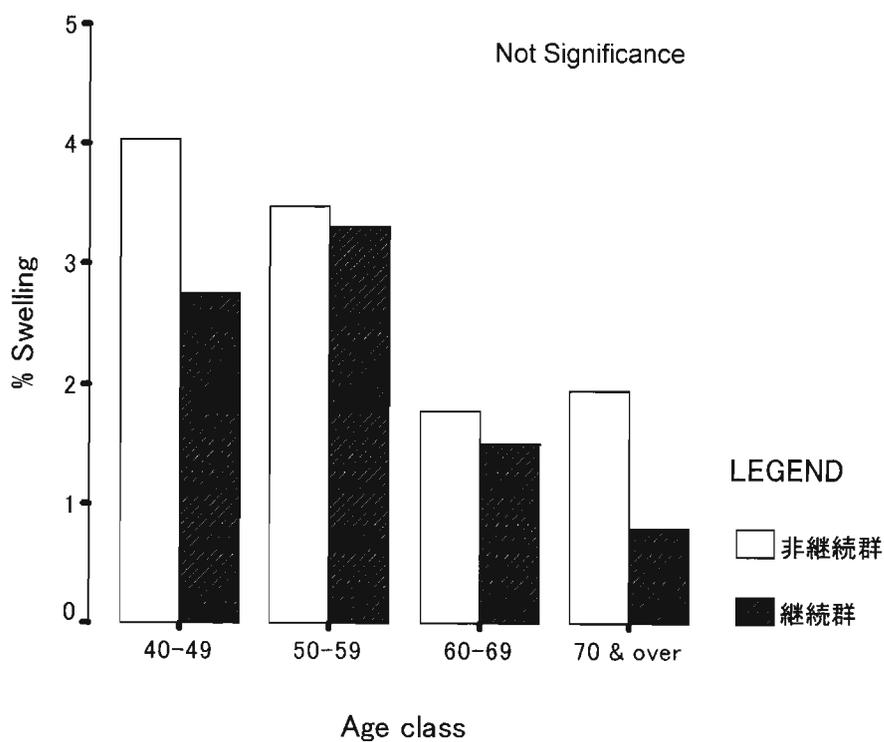


図4-57. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状（浮腫み）
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)

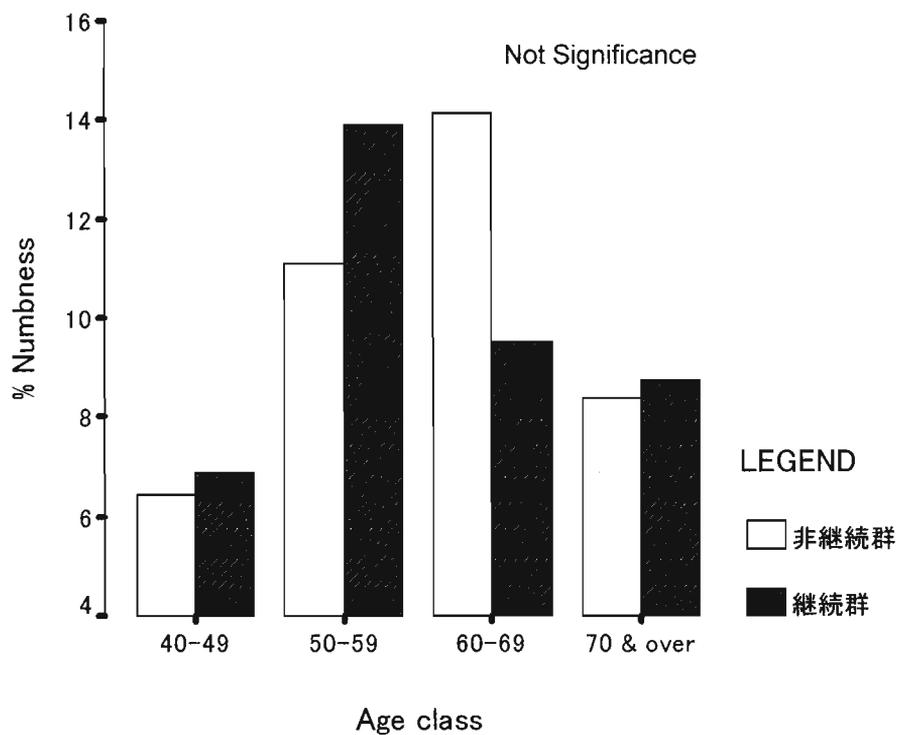


図4-58. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状（痺れ）
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)

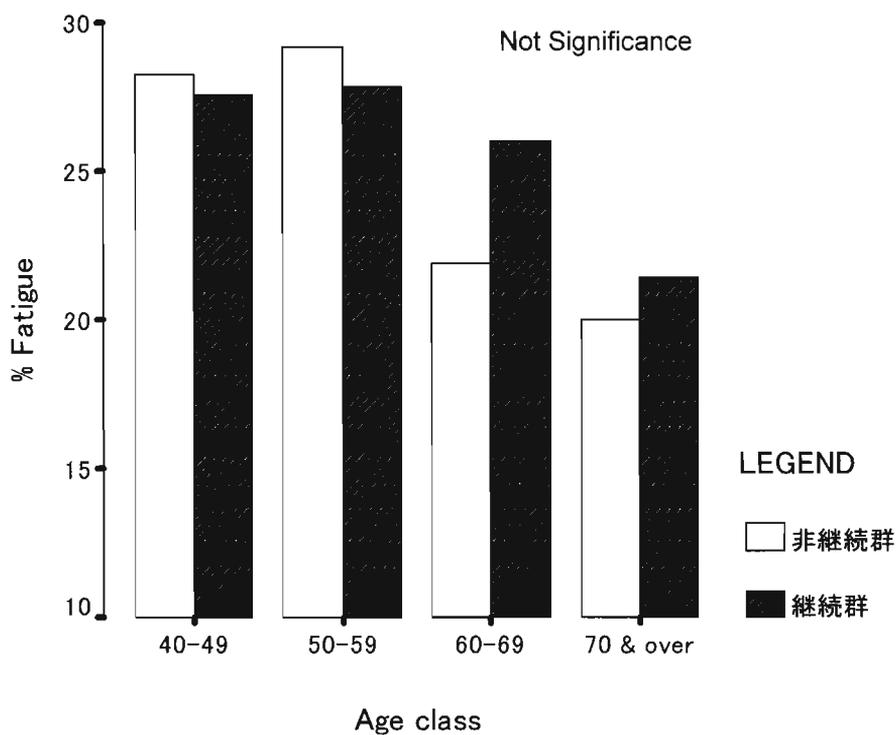
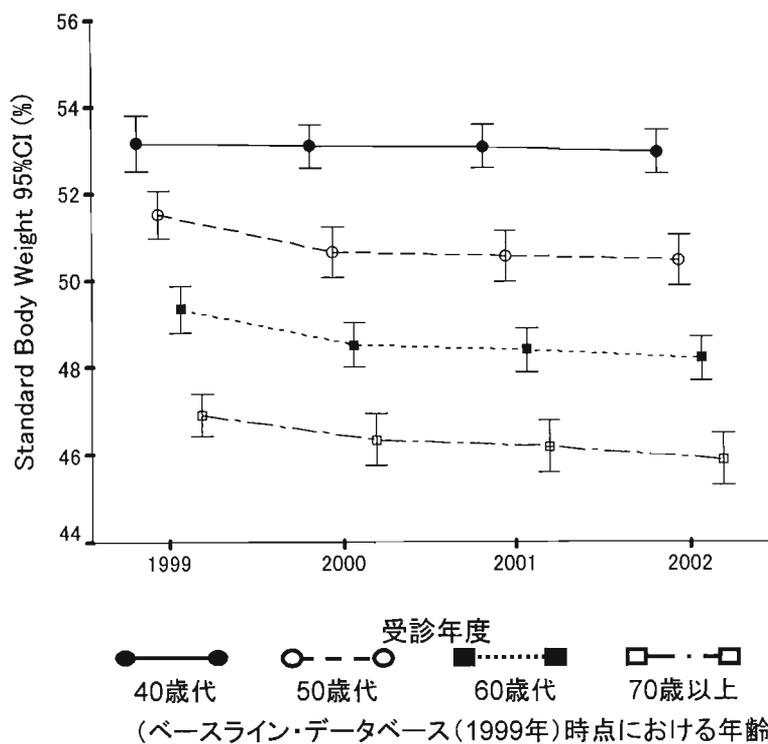
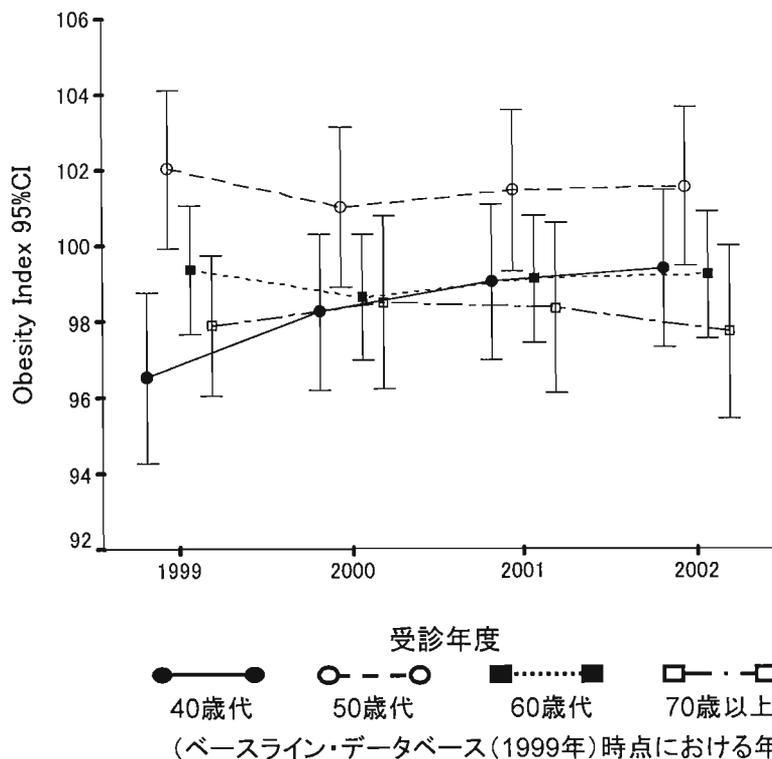


図4-59. 基本健康診査の継続有無及び年齢階級別による自覚症状（易疲労）
 Note: Pearson's χ^2 test (Fisher's Direct probability)



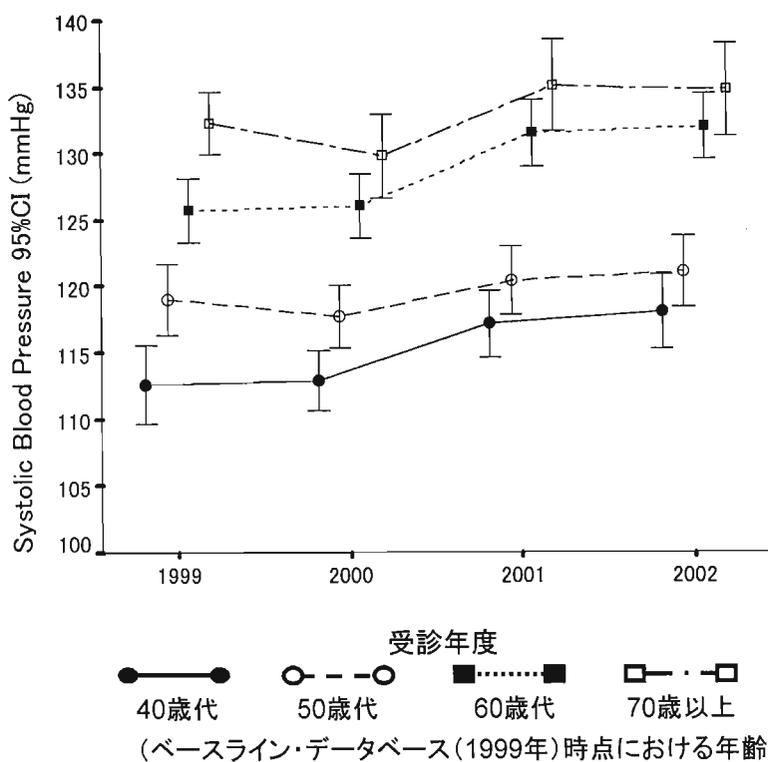
GLM (Repeated - ANOVA): Year $p < 0.001$, Year * Age-class $p < 0.001$

図4-60. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(標準体重)



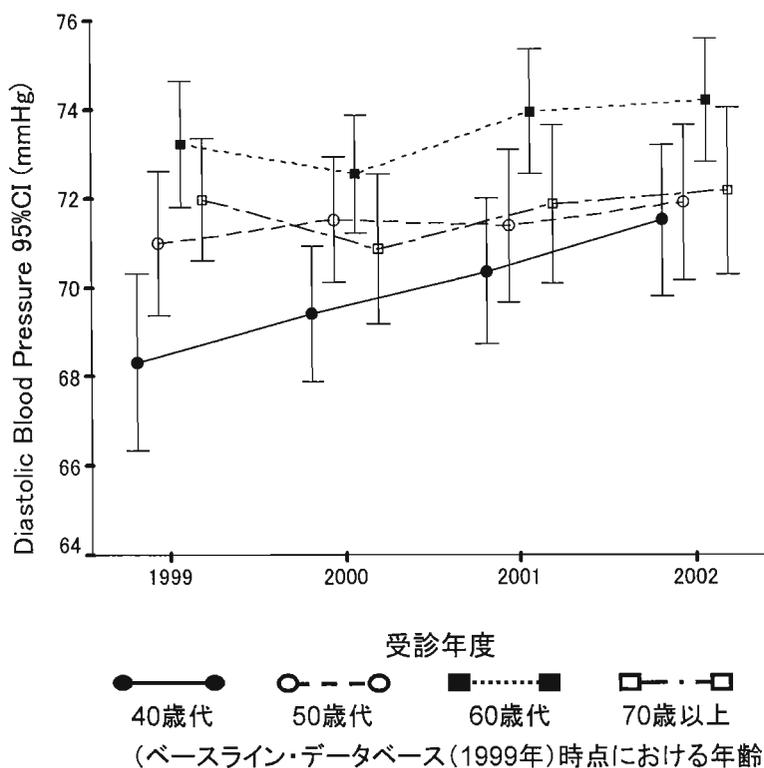
GLM (Repeated - ANOVA): Year $p = 0.002$, Year * Age-class $p = 0.006$

図4-61. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(肥満度)



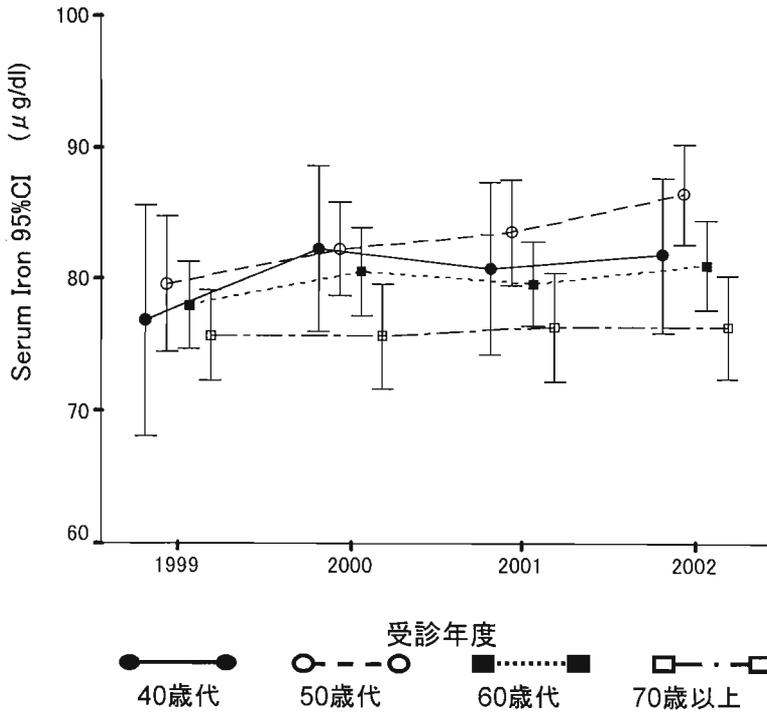
GLM (Repeated - ANOVA): Year p<0.001, Year * Age-class p=0.642

図4-62. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(最高血圧値)



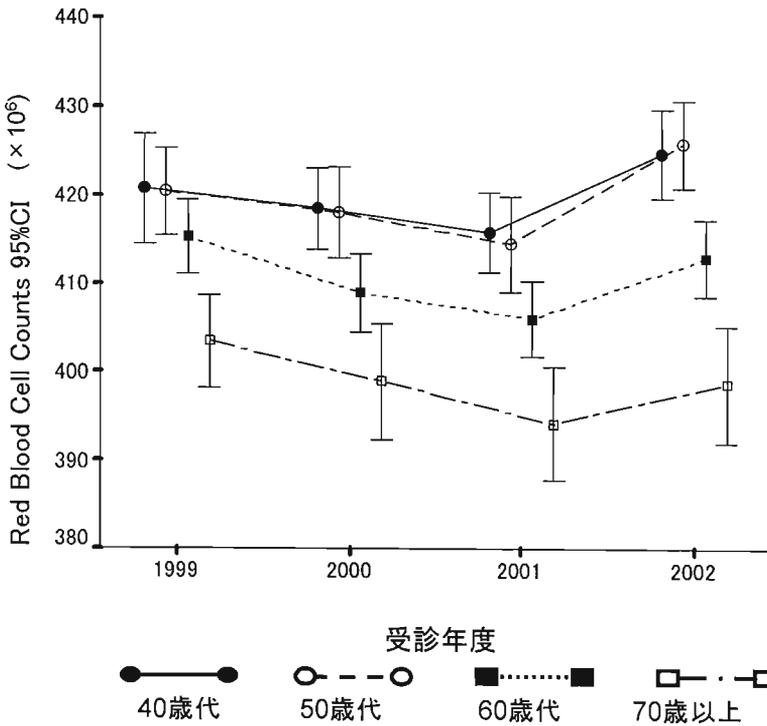
GLM (Repeated - ANOVA): Year p=0.004, Year * Age-class p=0.345

図4-63. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(最低血圧値)



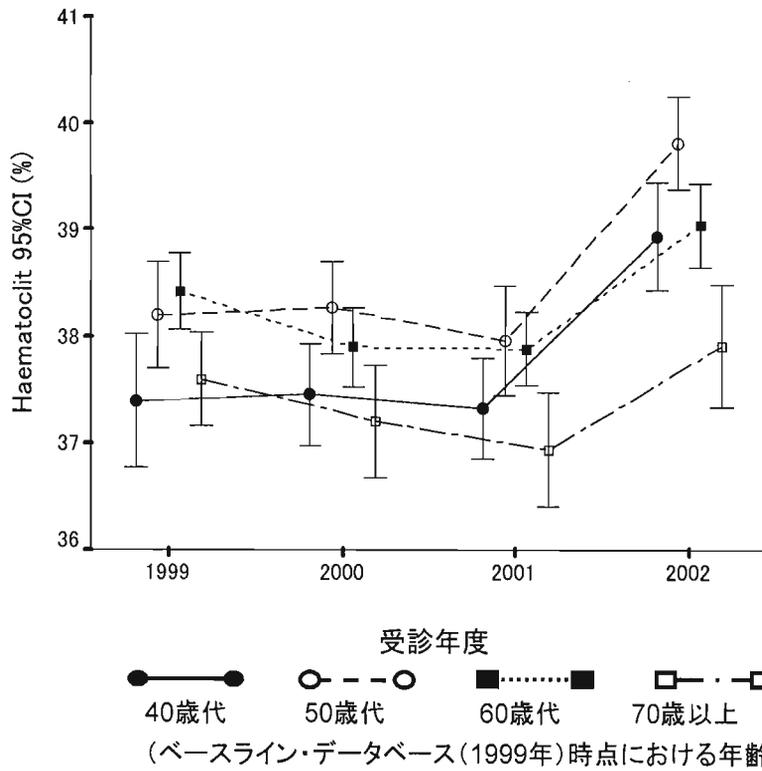
受診年度
 ●—● 40歳代 ○- -○ 50歳代 ■.....■ 60歳代 □- ·-□ 70歳以上
 (ベースライン・データベース(1999年)時点における年齢)
GLM (Repeated - ANOVA): Year p=0.015, Year * Age-class p=0.960

図4-64. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(血清鉄値)



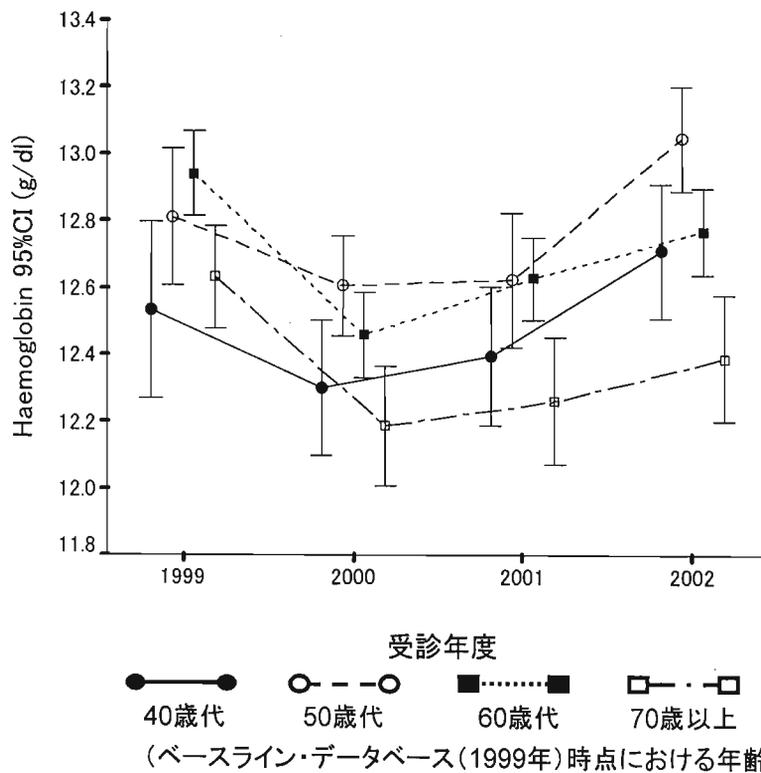
受診年度
 ●—● 40歳代 ○- -○ 50歳代 ■.....■ 60歳代 □- ·-□ 70歳以上
 (ベースライン・データベース(1999年)時点における年齢)
GLM (Repeated - ANOVA): Year p<0.001, Year * Age-class p<0.001

図4-65. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(赤血球数)



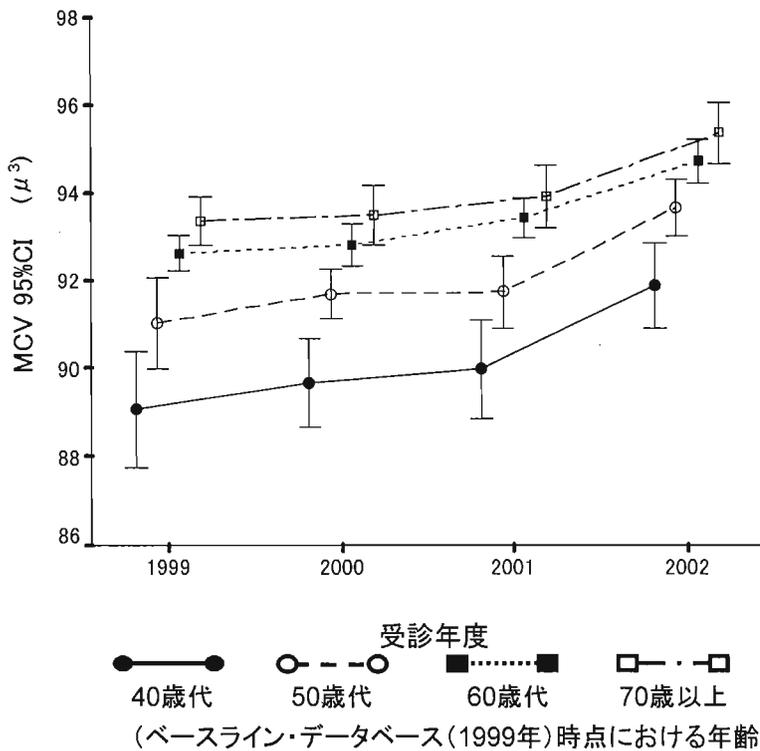
GLM (Repeated – ANOVA): Year $p < 0.001$, Year * Age-class $p < 0.001$

図4-66. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(ヘマトクリット値)



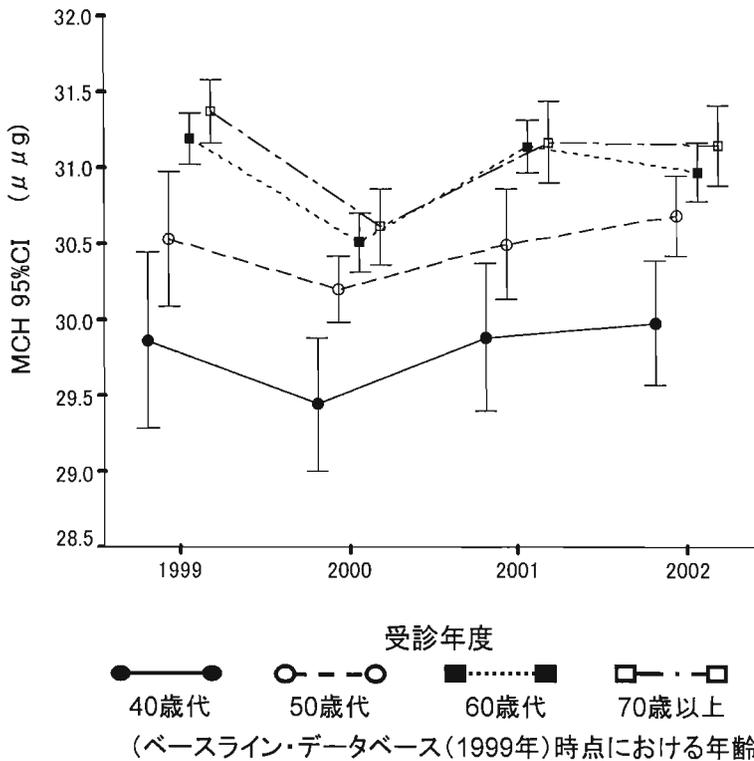
GLM (Repeated – ANOVA): Year $p < 0.001$, Year * Age-class $p = 0.001$

図4-67. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(ヘモグロビン値)



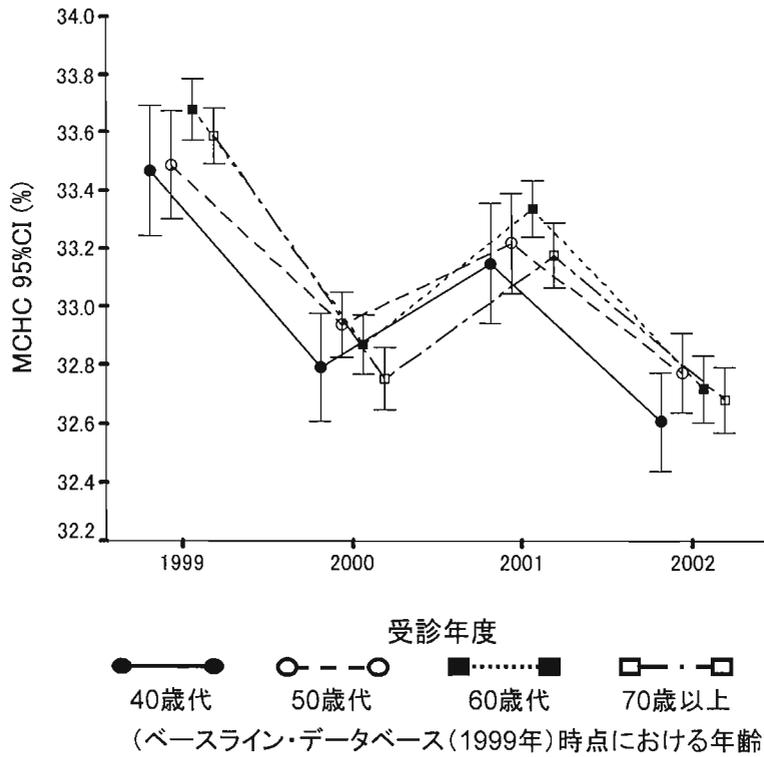
GLM (Repeated - ANOVA): Year $p < 0.001$, Year * Age-class $p = 0.630$

図4-68. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(MCV値)



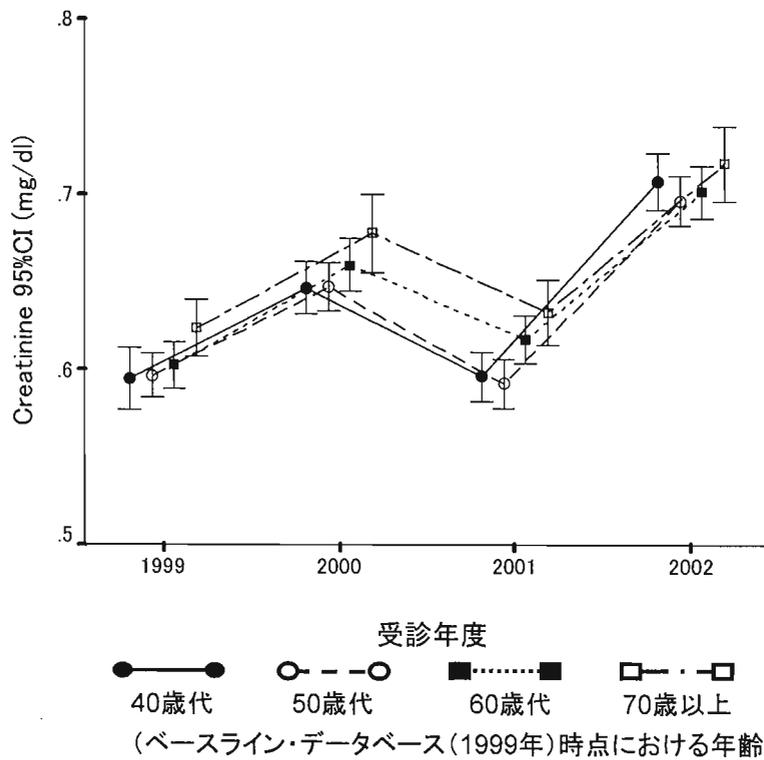
GLM (Repeated - ANOVA): Year $p < 0.001$, Year * Age-class $p = 0.348$

図4-69. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(MCH値)



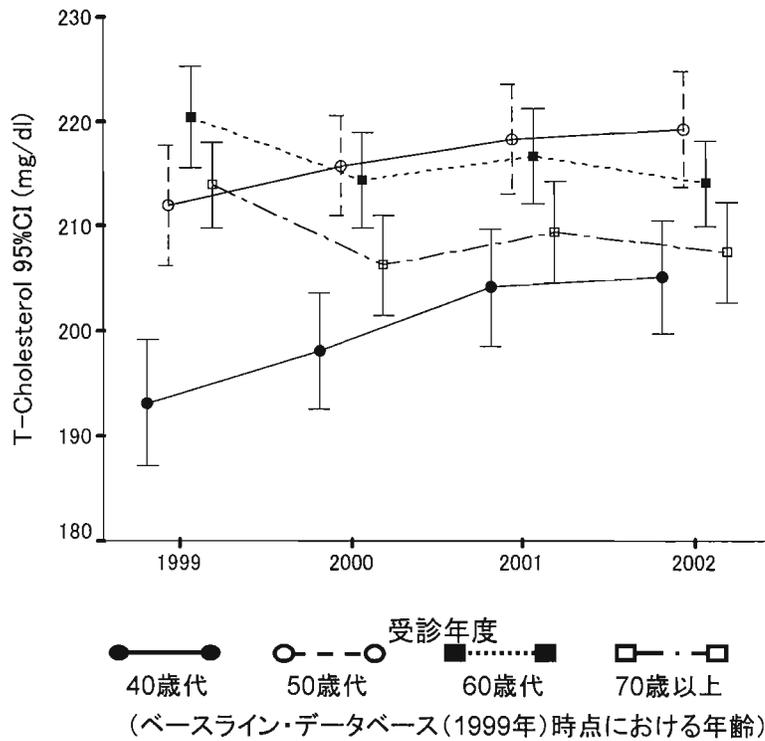
GLM (Repeated – ANOVA): Year $p < 0.001$, Year * Age-class $p = 0.116$

図4-70. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(MCHC値)



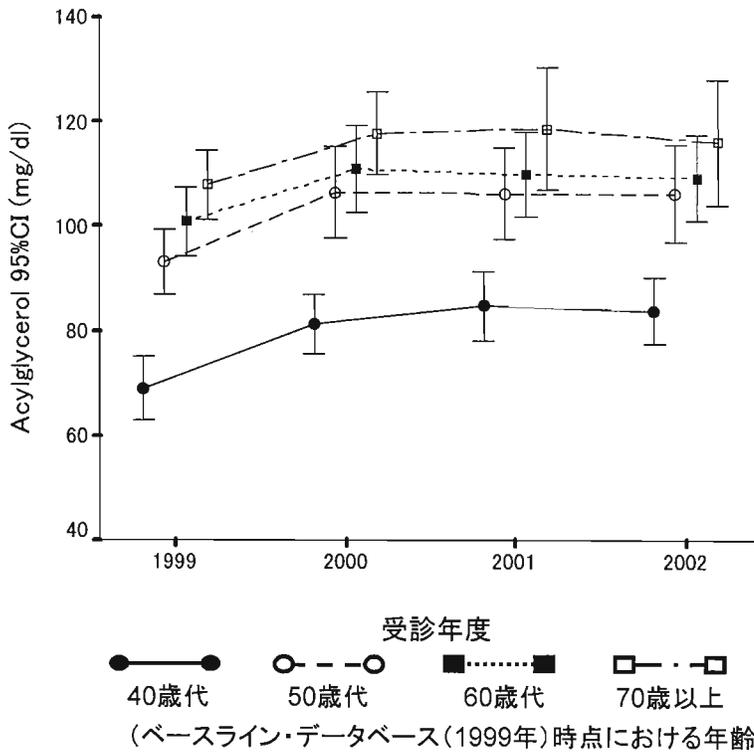
GLM (Repeated – ANOVA): Year $p < 0.001$, Year * Age-class $p = 0.014$

図4-71. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(クレアチニン値)



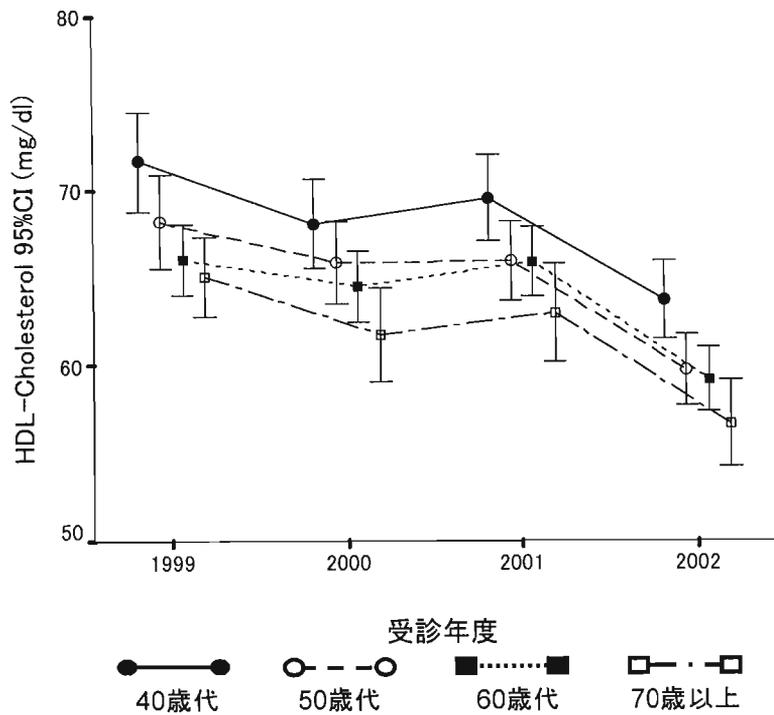
GLM (Repeated – ANOVA): Year p=0.001, Year * Age-class p<0.001

図4-72. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(総コレステロール値)



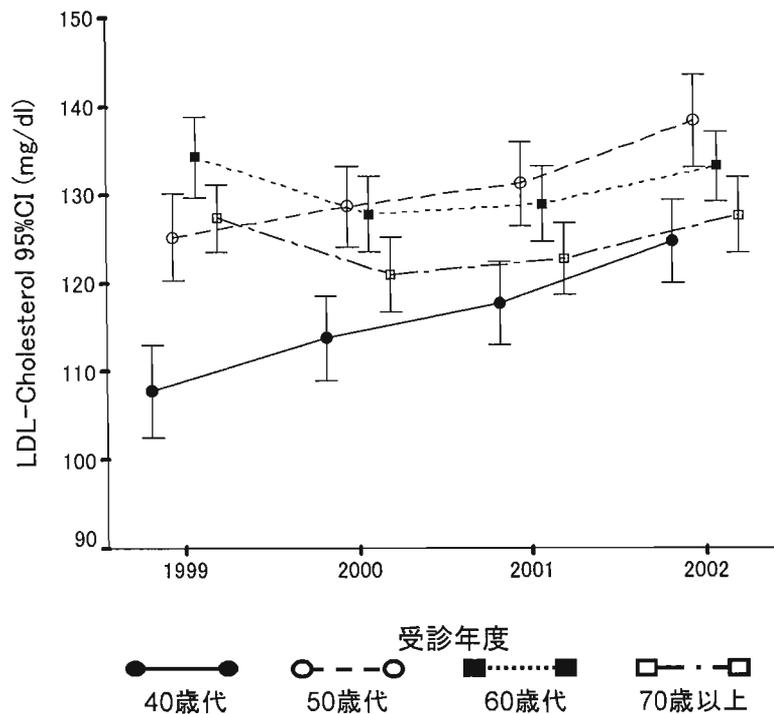
GLM (Repeated – ANOVA): Year p<0.001, Year * Age-class p=0.007

図4-73. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(中性脂肪値)



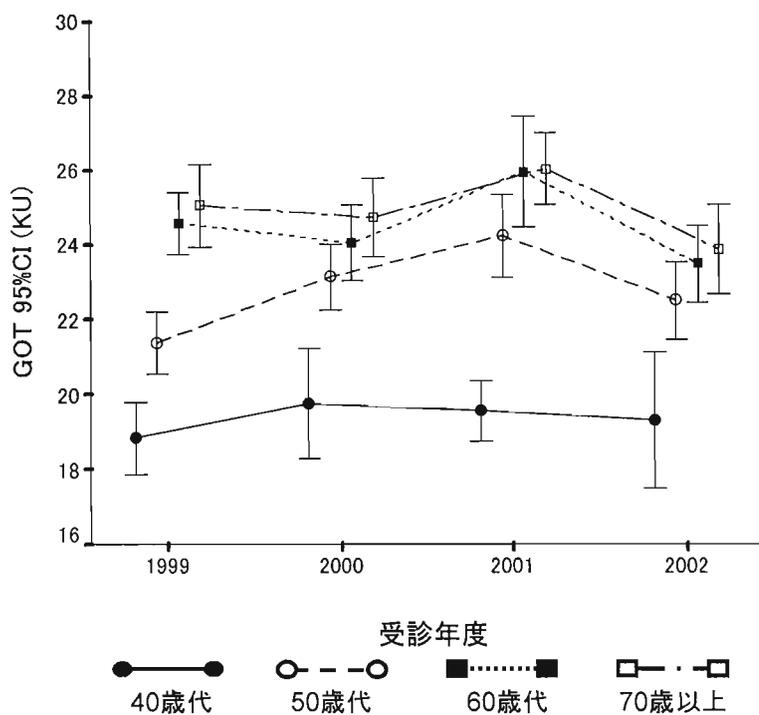
GLM (Repeated – ANOVA): Year $p < 0.001$, Year * Age-class $p = 0.660$

図4-74. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(HDLコレステロール値)



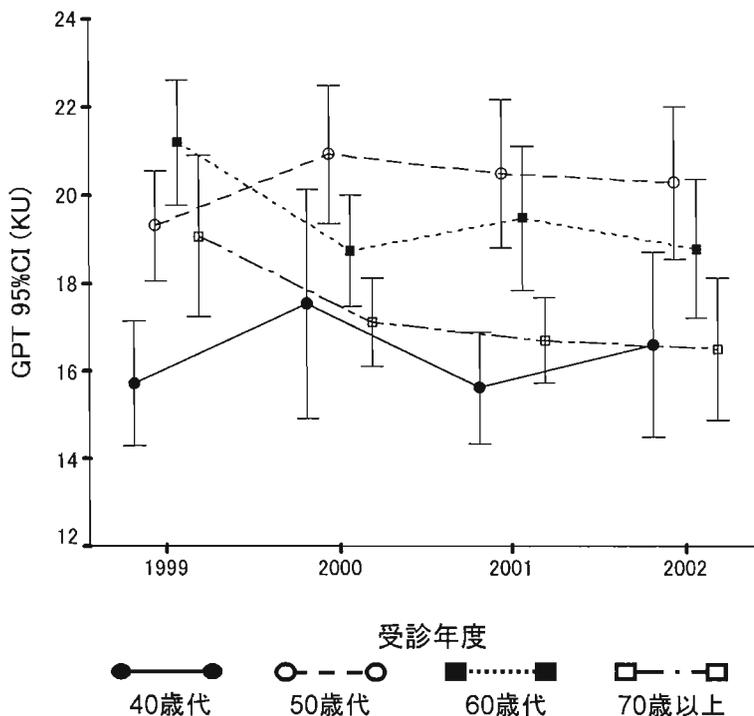
GLM (Repeated – ANOVA): Year $p < 0.001$, Year * Age-class $p < 0.001$

図4-75. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(LDLコレステロール値)



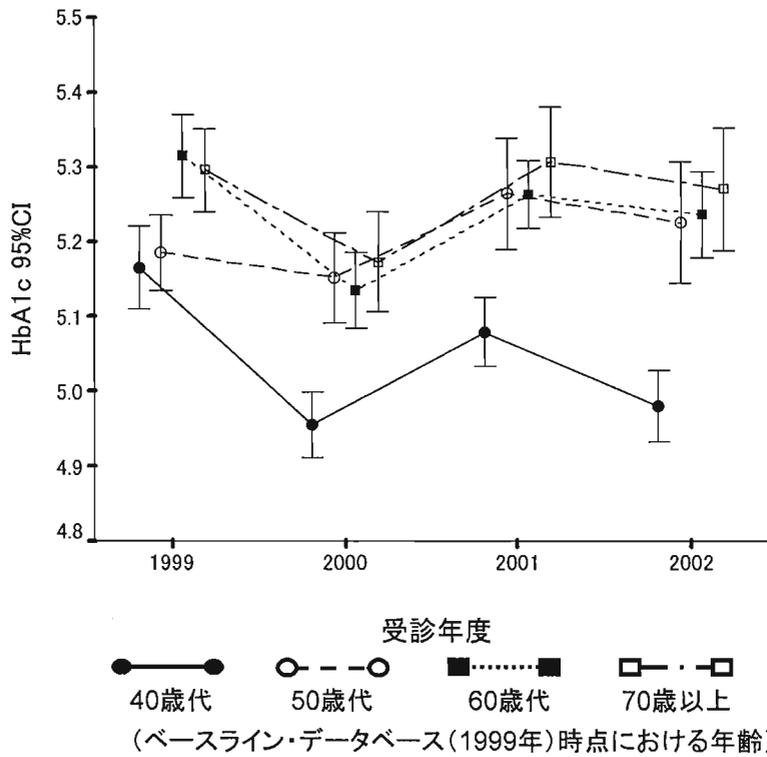
受診年度
 ●—● ○- -○ ■.....■ □- · -□
 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上
 (ベースライン・データベース(1999年)時点における年齢)
GLM (Repeated - ANOVA): Year p<0.001, Year * Age-class p=0.132

図4-76. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(GOT値)



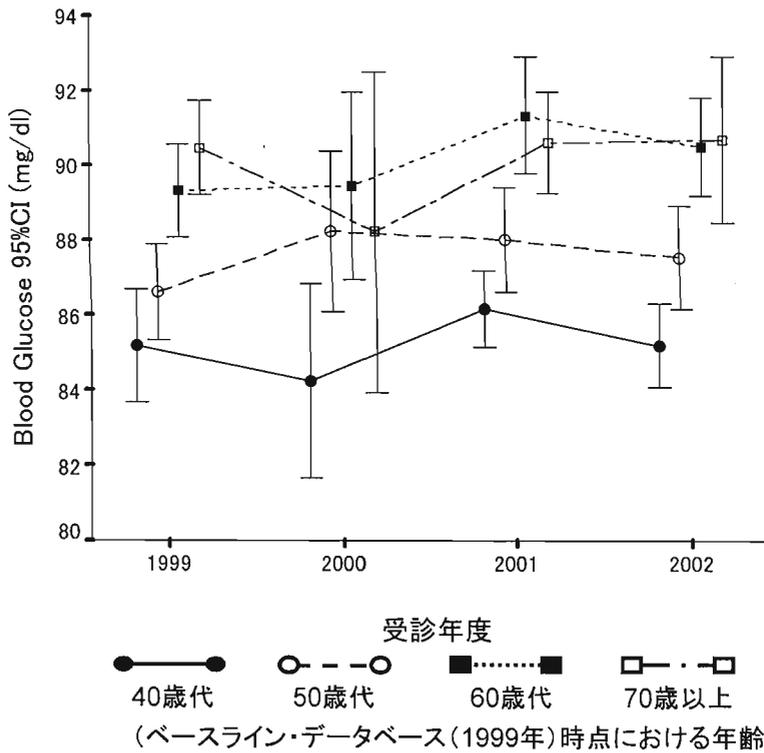
受診年度
 ●—● ○- -○ ■.....■ □- · -□
 40歳代 50歳代 60歳代 70歳以上
 (ベースライン・データベース(1999年)時点における年齢)
GLM (Repeated - ANOVA): Year p=0.040, Year * Age-class p=0.106

図4-77. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(GPT値)



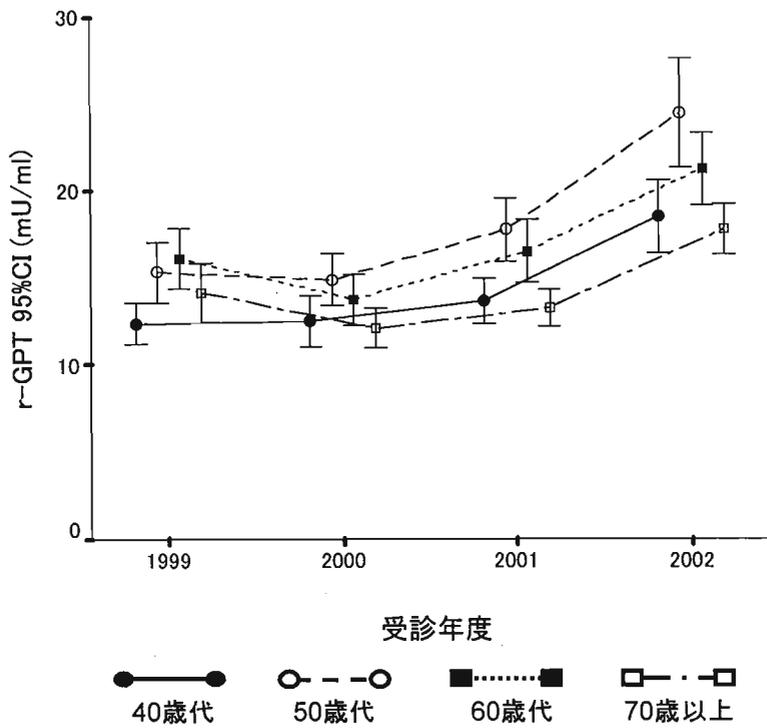
GLM (Repeated - ANOVA): Year $p < 0.001$, Year * Age-class $p = 0.020$

図4-78. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(HbA1c値)



GLM (Repeated - ANOVA): Year $p = 0.203$, Year * Age-class $p = 0.756$

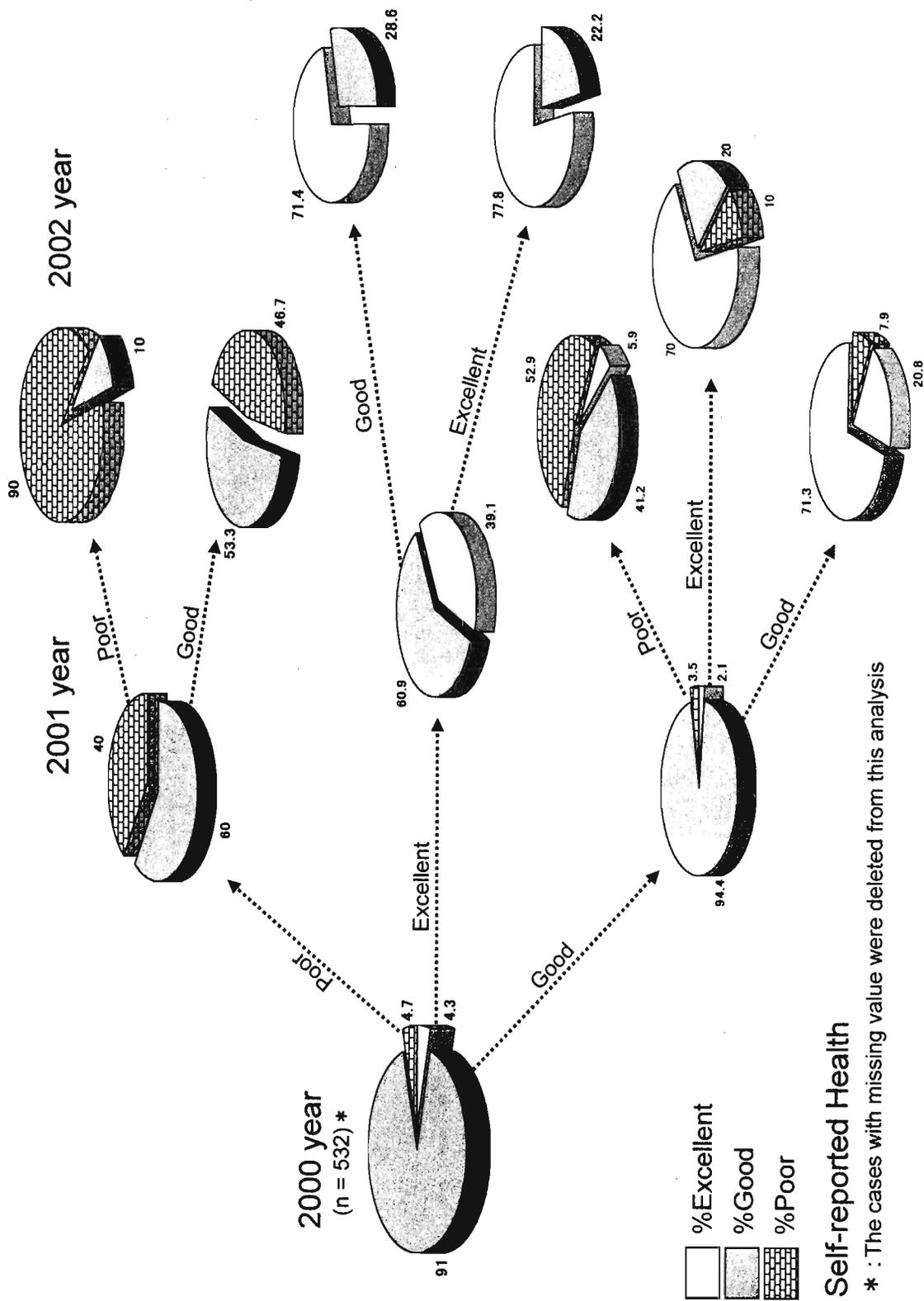
図4-79. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(空腹時血糖値)



(ベースライン・データベース(1999年)時点における年齢)
GLM (Repeated - ANOVA): Year p<0.001, Year * Age-class p=0.007

図4-80. 4年間の基本健康診査継続受診者における調査開始時点年齢階級別に比較した血液生化学検査値の経年変化(γ-GTP値)

図4-81. 基本健康診査の継続受診者における3年間の自己健康度の変化



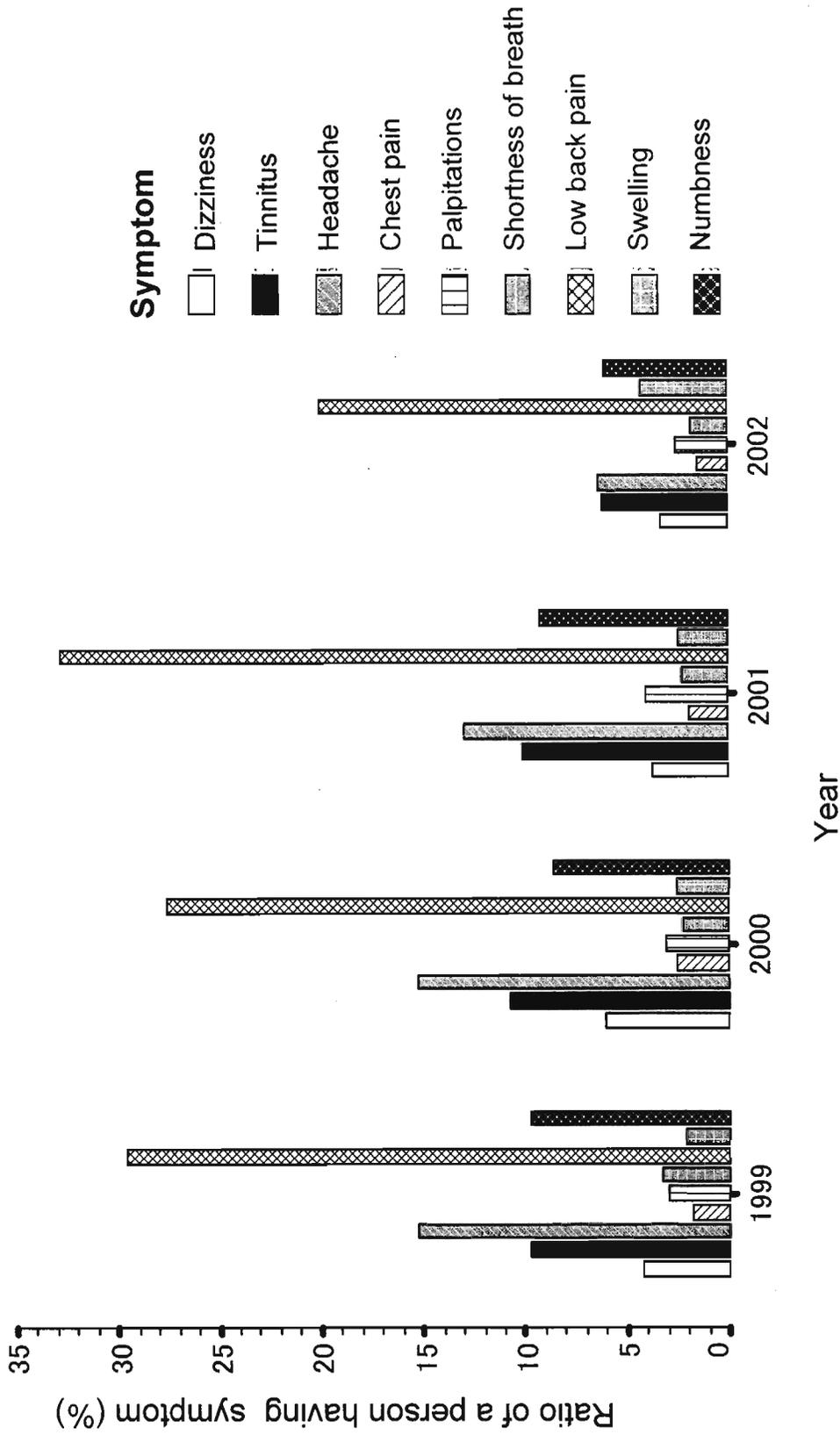


図4-82. 基本健康診査の継続受診者における4年間の症状保有率の変化

Note: n = 619, 全年齢階級を含む。「口渇」「不整脈」「易疲労」の3症状は2002年度のデータベースに含まれないため除外した。

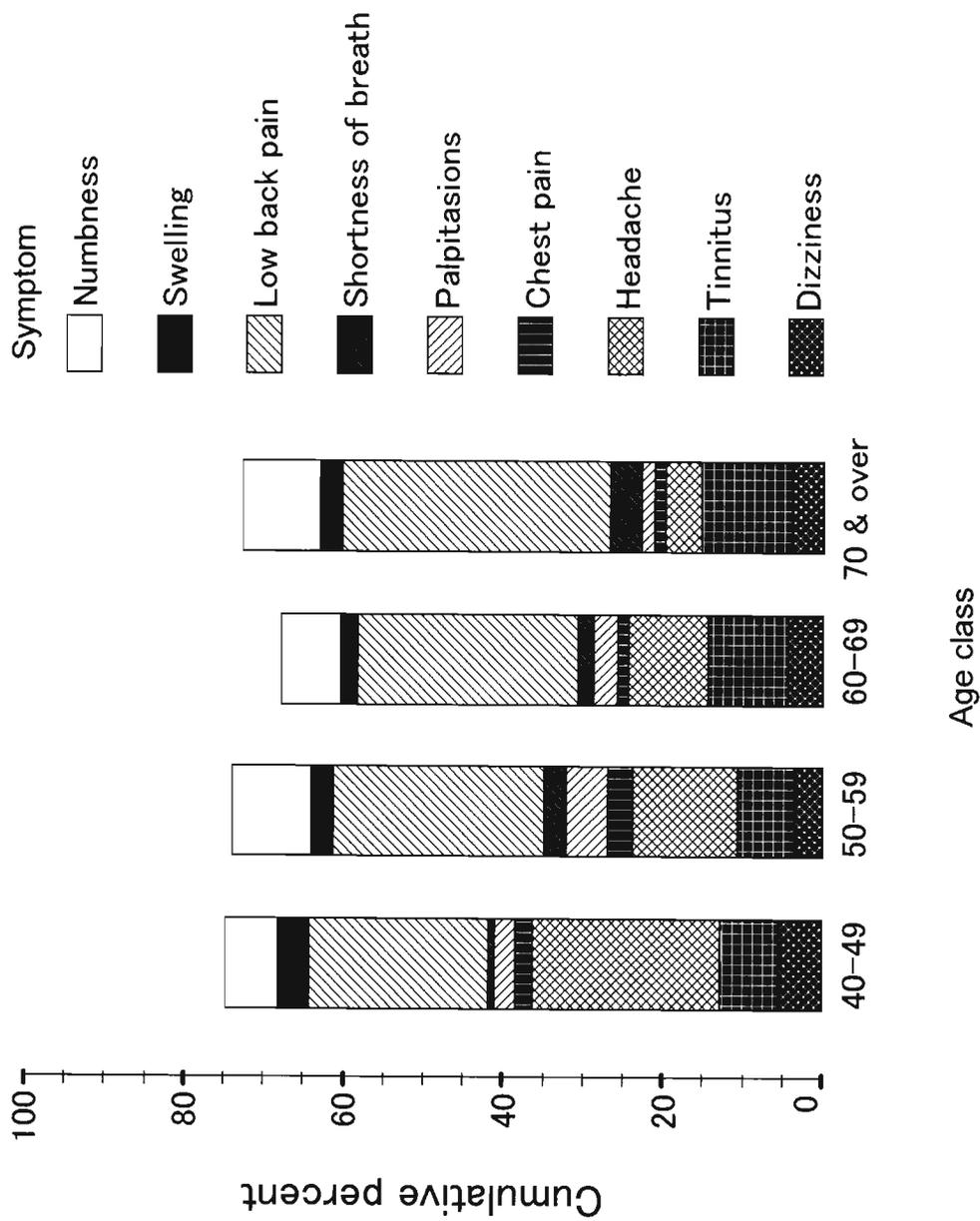
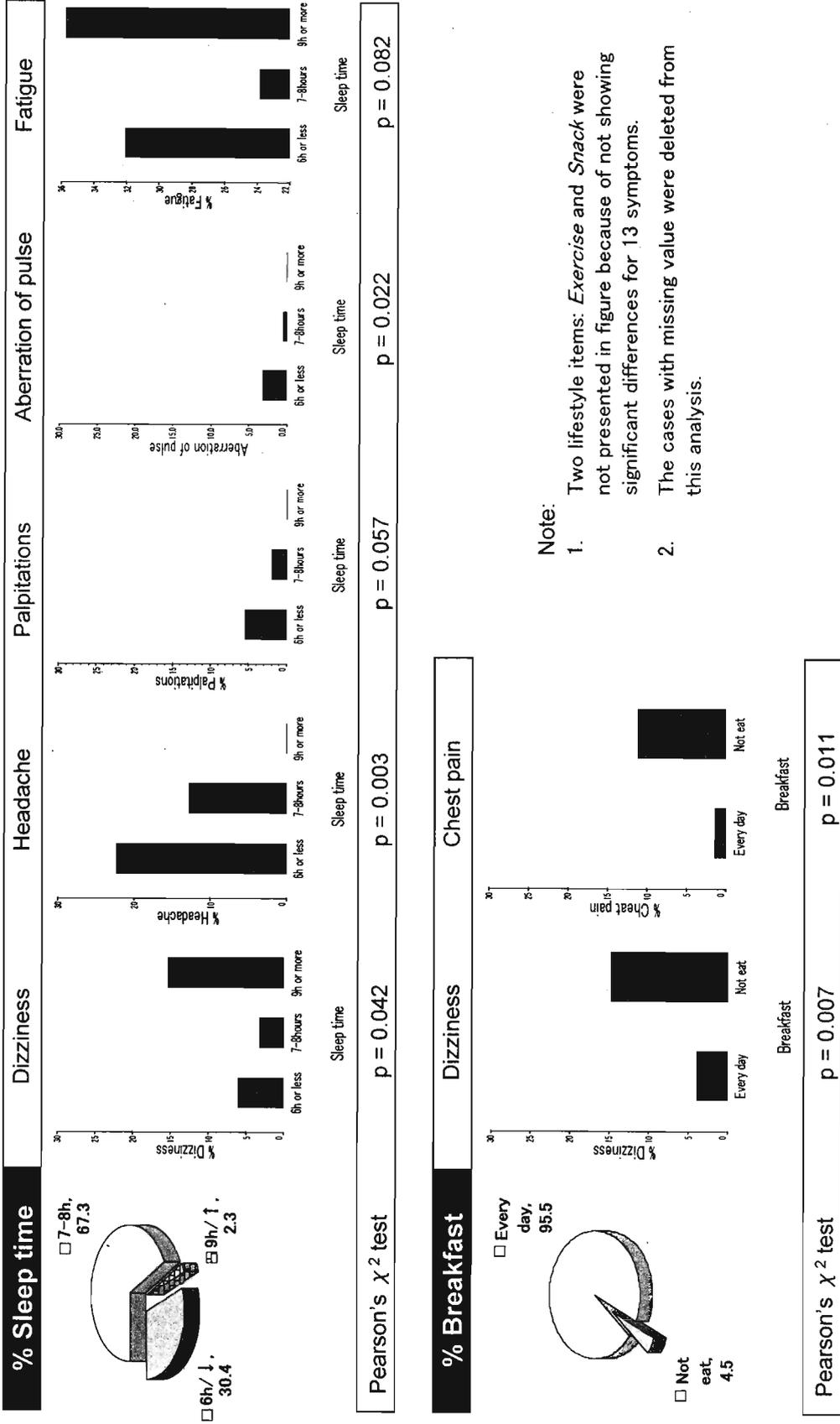


図4-83. 基本健康診査の継続受診者における年齢階級別にみた症状保有率

Note: n = 619, 全年齢階級を含む。複数回答による累積度数分布。口渇・不整脈・易疲労の3症状は2002年度の継続群データベースに含まれないため除外した。データは4年間のデータベースすべてを含んでいる。

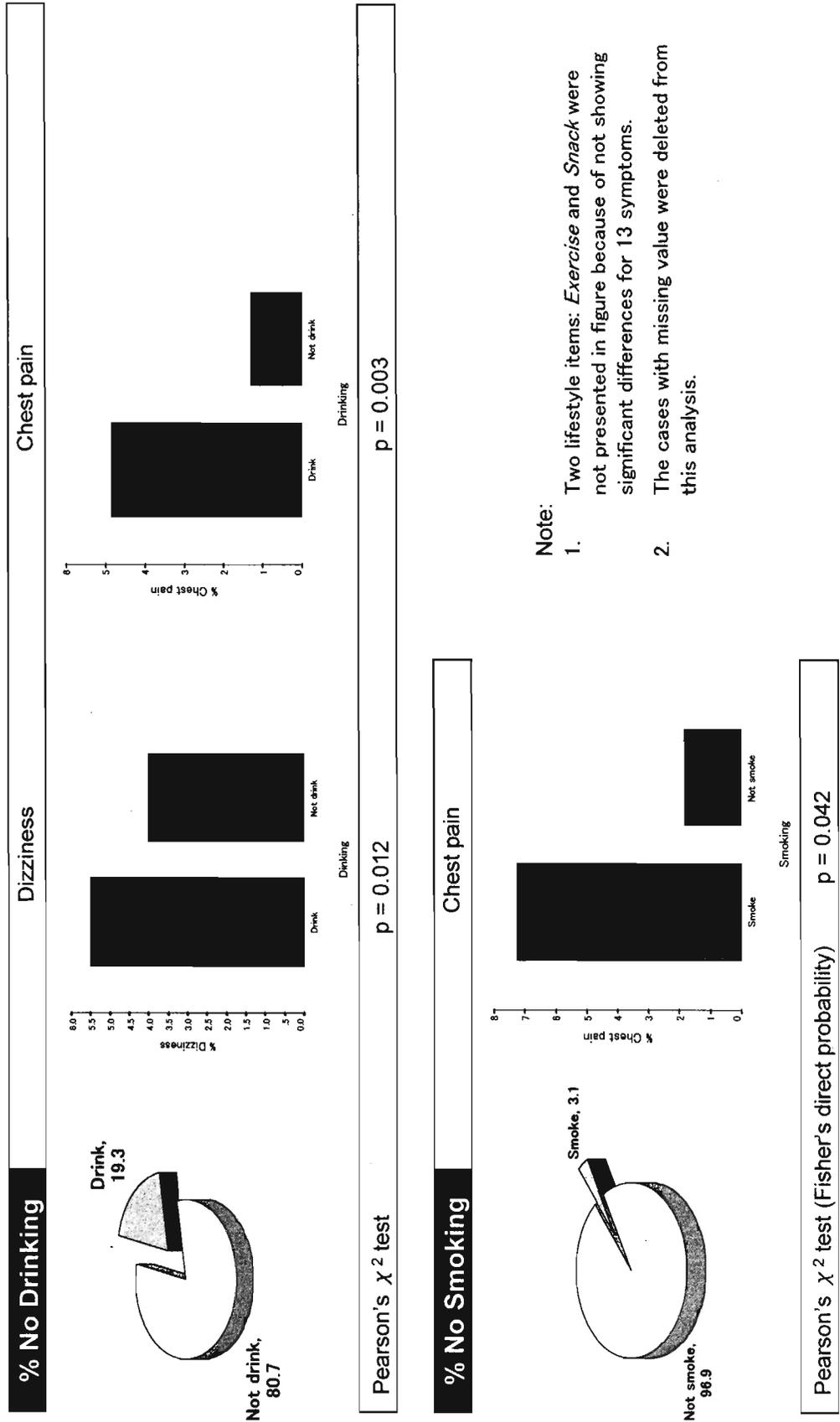
図4-84. 基本健康診査の継続受診群における日常生活習慣項目と有意差を示した症状内容(1)
 使用データ: 継続受診群データベース(n=619)の中の1999年度分データ



Note:

- Two lifestyle items: *Exercise* and *Snack* were not presented in figure because of not showing significant differences for 13 symptoms.
- The cases with missing value were deleted from this analysis.

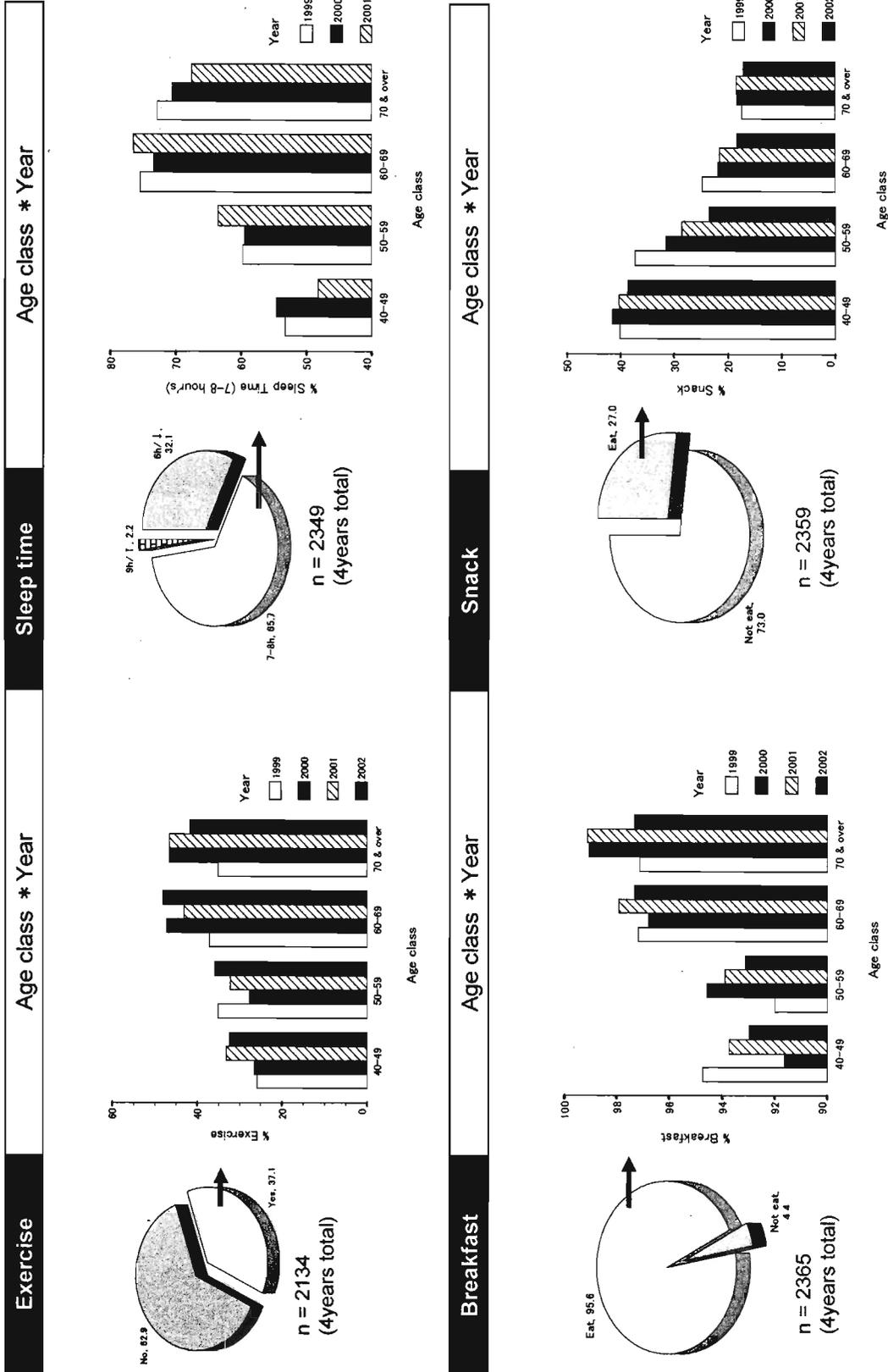
図4-85. 基本健康調査の継続受診群における日常生活習慣項目と有意差を示した症状内容(2)
 使用データ: 継続受診群データベース(n=619)の中の1999年度分データ



Note:

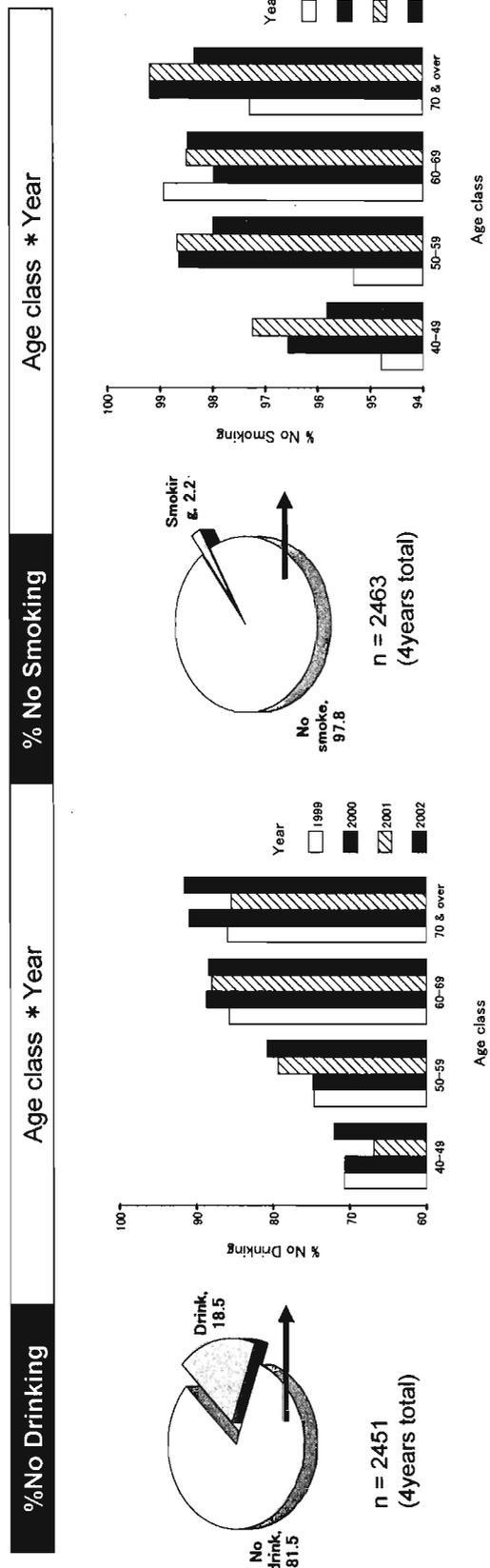
1. Two lifestyle items: *Exercise* and *Snack* were not presented in figure because of not showing significant differences for 13 symptoms.
2. The cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-86. 基本健康診査の継続受診群における年齢階級別による日常生活習慣(1)
 (使用データ: 継続受診群データベース(n=619) 中の1999-2002年度分データ)



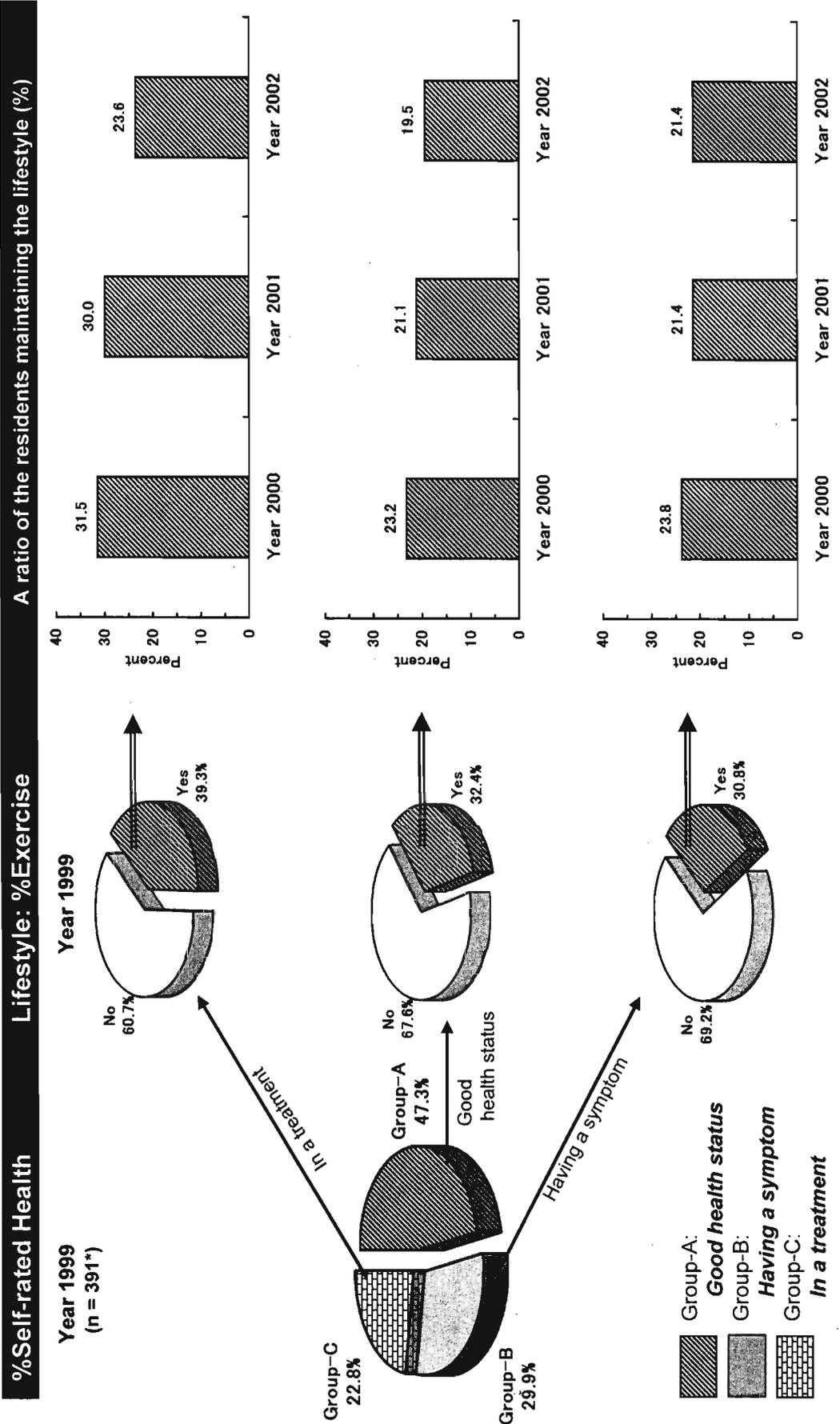
Note: The cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-87. 基本健康診査の継続受診群における年齢階級別による日常生活習慣(2)
 (使用データ: 継続受診群データベース(n=619)の中の1999-2002年度分データ)



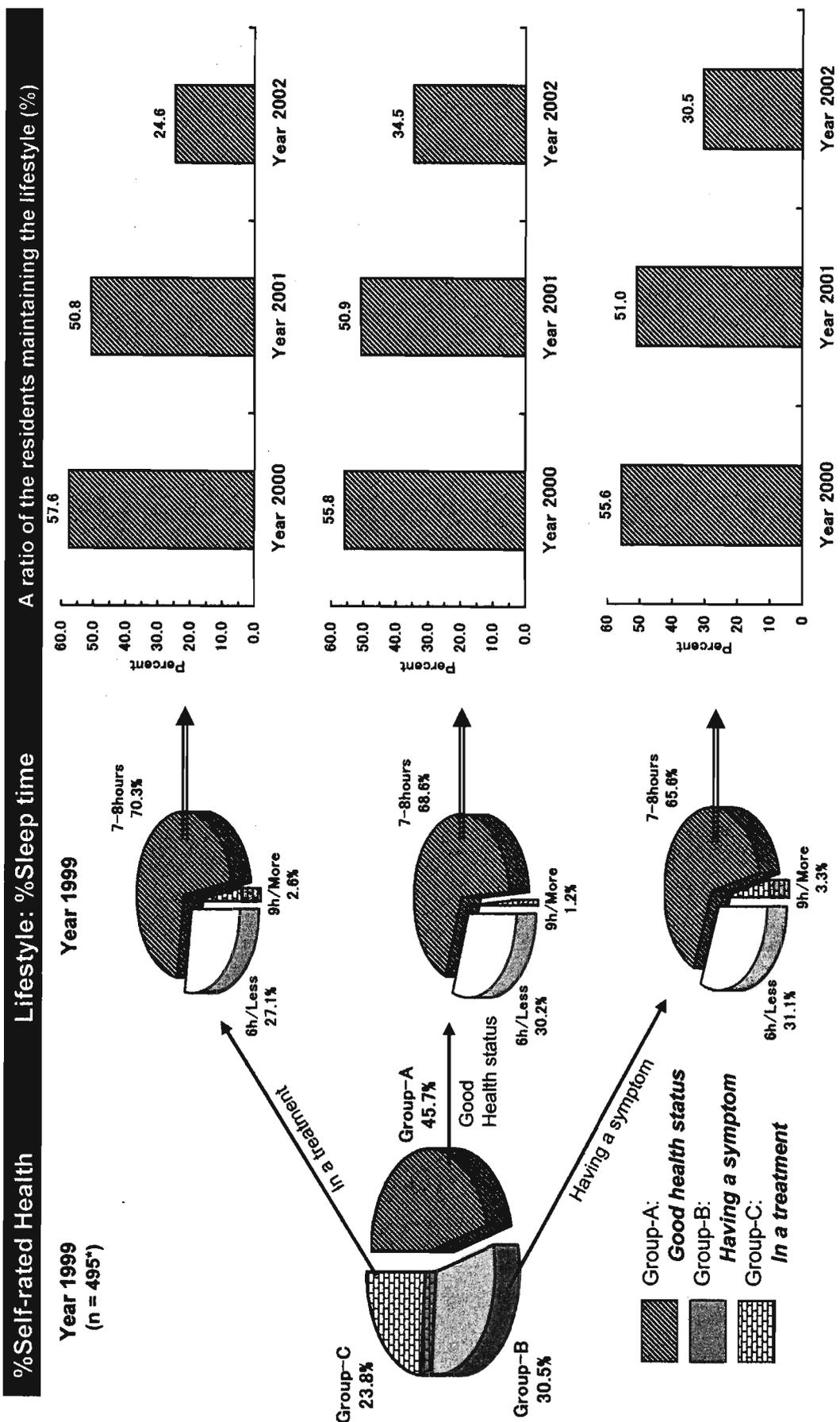
Note: The cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-88. 基本健診の4年間継続受診群における自己健康度別に見た日常生活習慣の維持率の経年変化(1):
 生活習慣項目: 定期的な運動 使用データベース: 1999-2002年度 継続受診群データベース(n = 619)



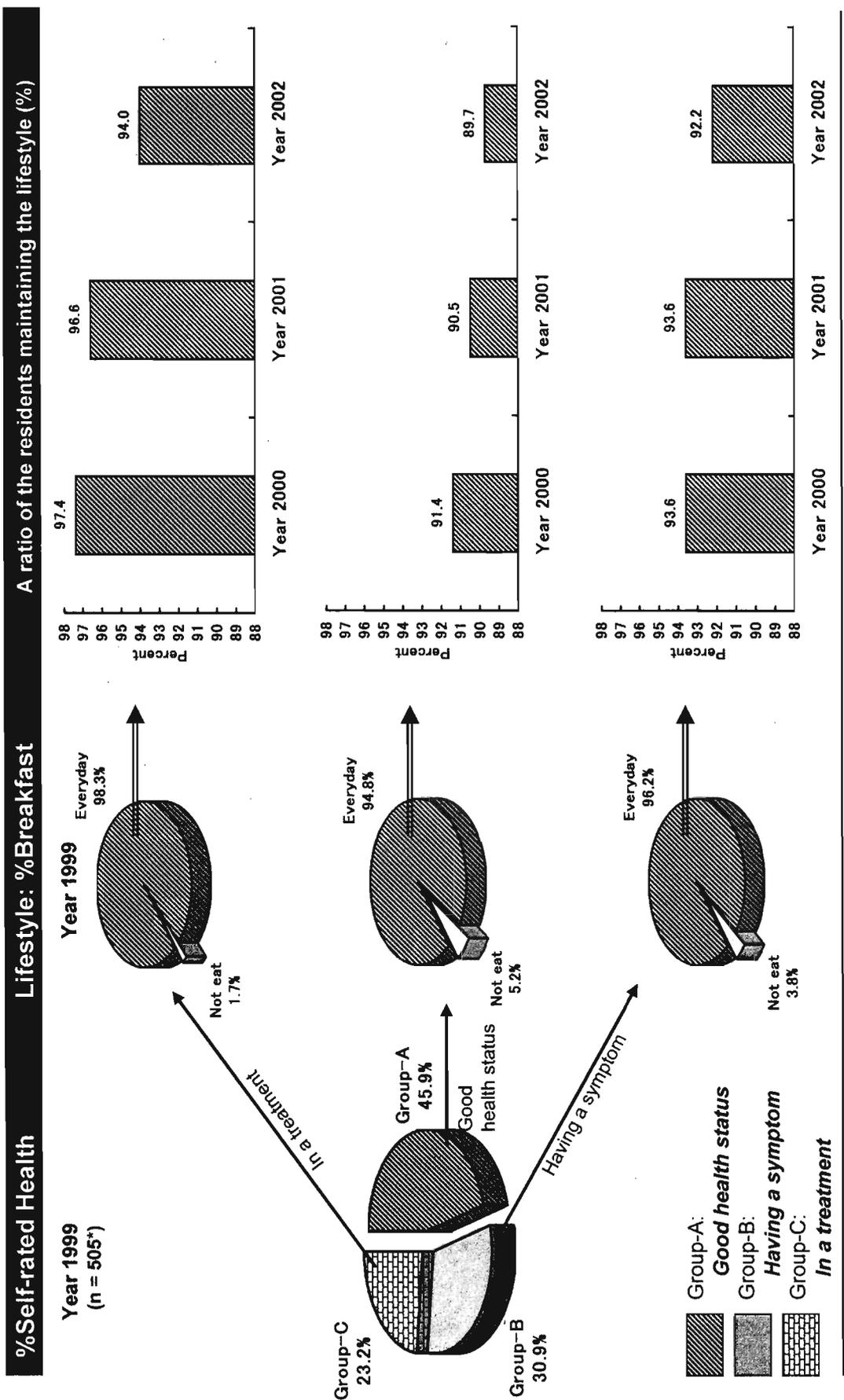
Note: * : The cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-89. 基本健診の4年間継続受診群における自己健康度別にみた日常生活習慣の維持率の経年変化(2):
 生活習慣項目: 睡眠時間 使用データベース: 1999-2002年度 継続受診群データベース(n = 619)



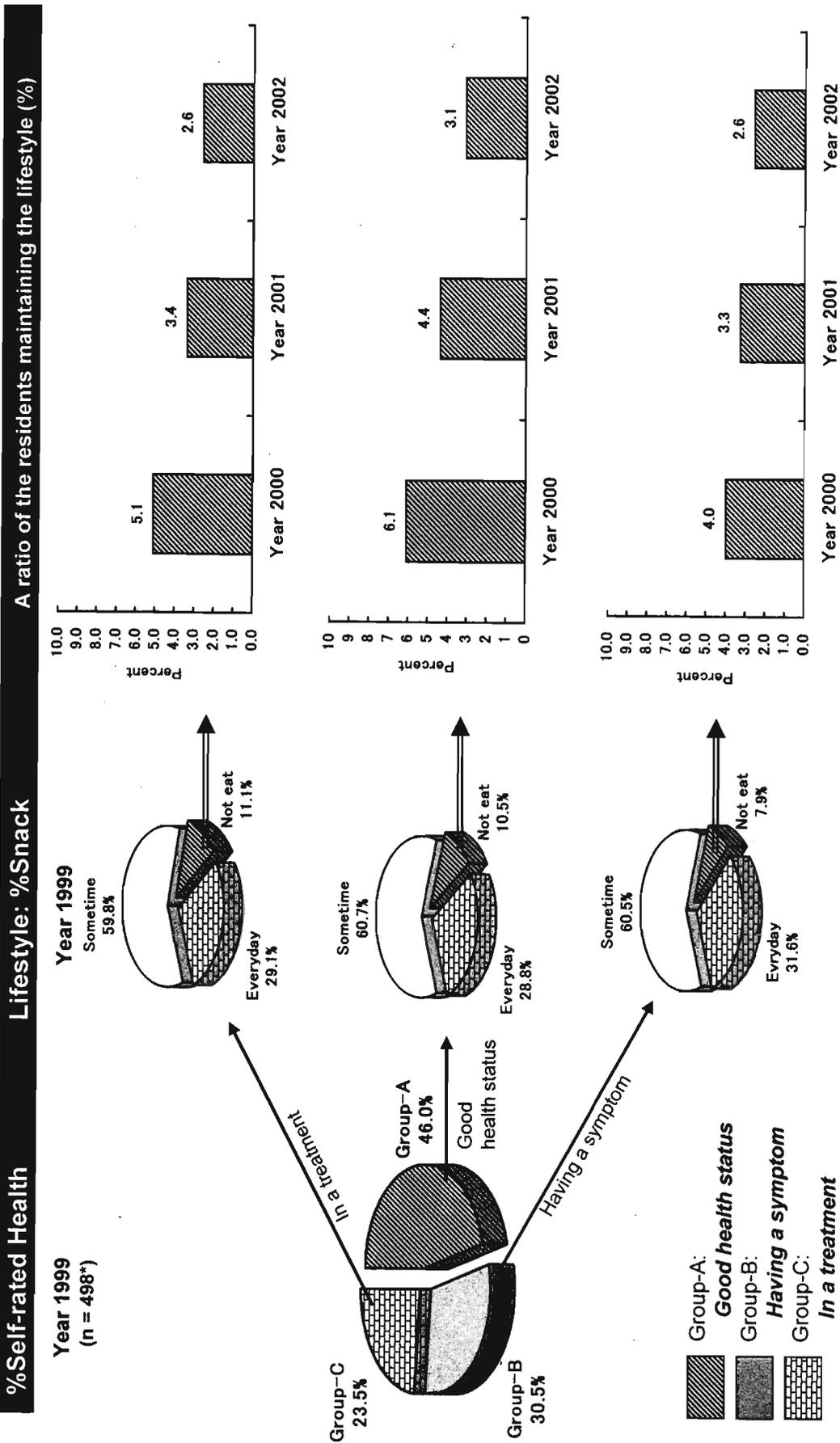
Note: * : The cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-90. 基本健診の4年間継続受診群における自己健康度別に見た日常生活習慣の維持率の経年変化(3):
 生活習慣項目:朝食摂取 使用データベース:1999-2002年度 継続受診群データベース(n=619)



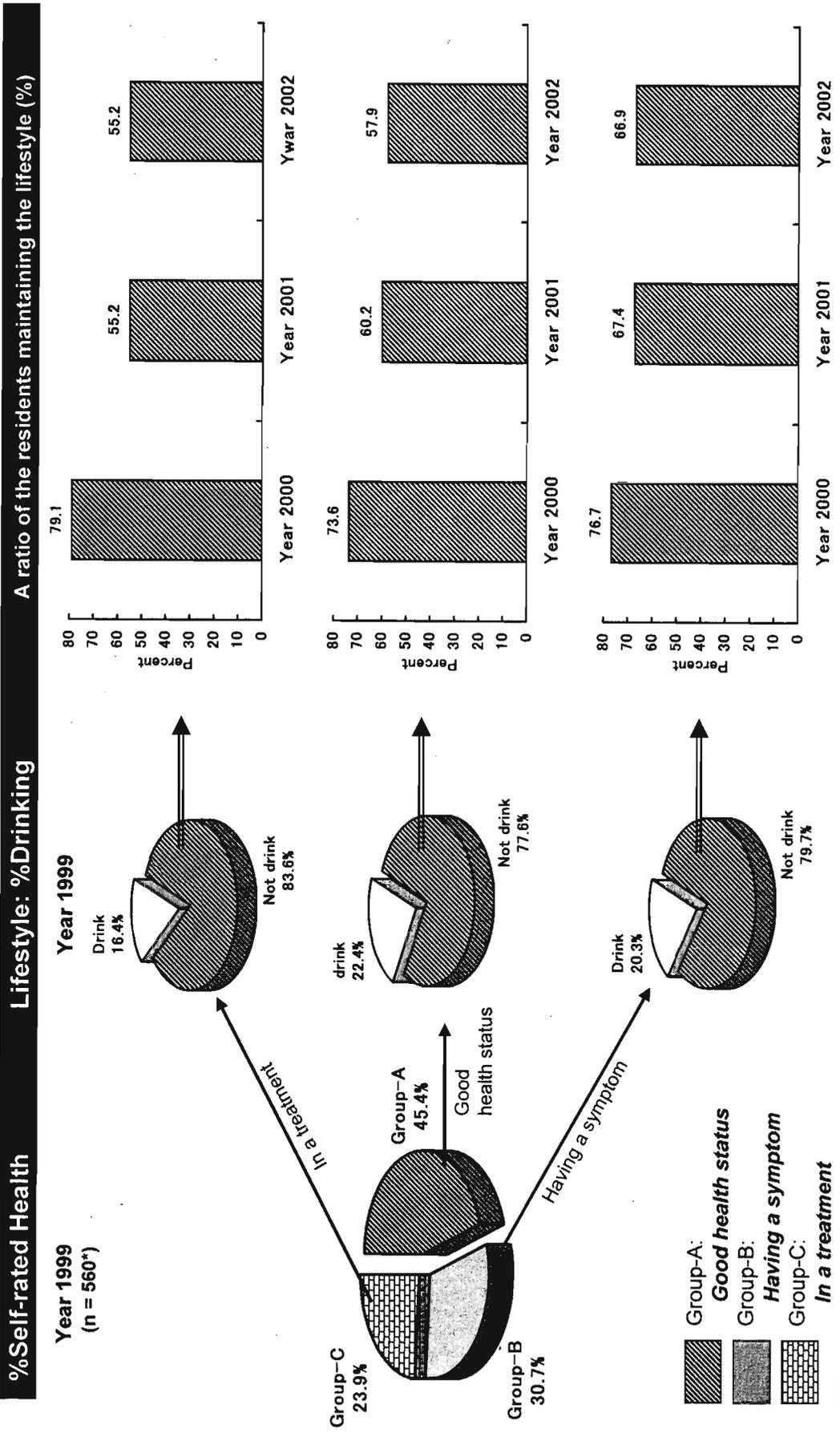
Note: *; The cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-91. 基本健診の4年間継続受診群における自己健康度別に見た日常生活習慣の維持率の経年変化(4):
 生活習慣項目: 間食摂取 使用データベース: 1999-2002年度 継続受診群データベース(n=619)



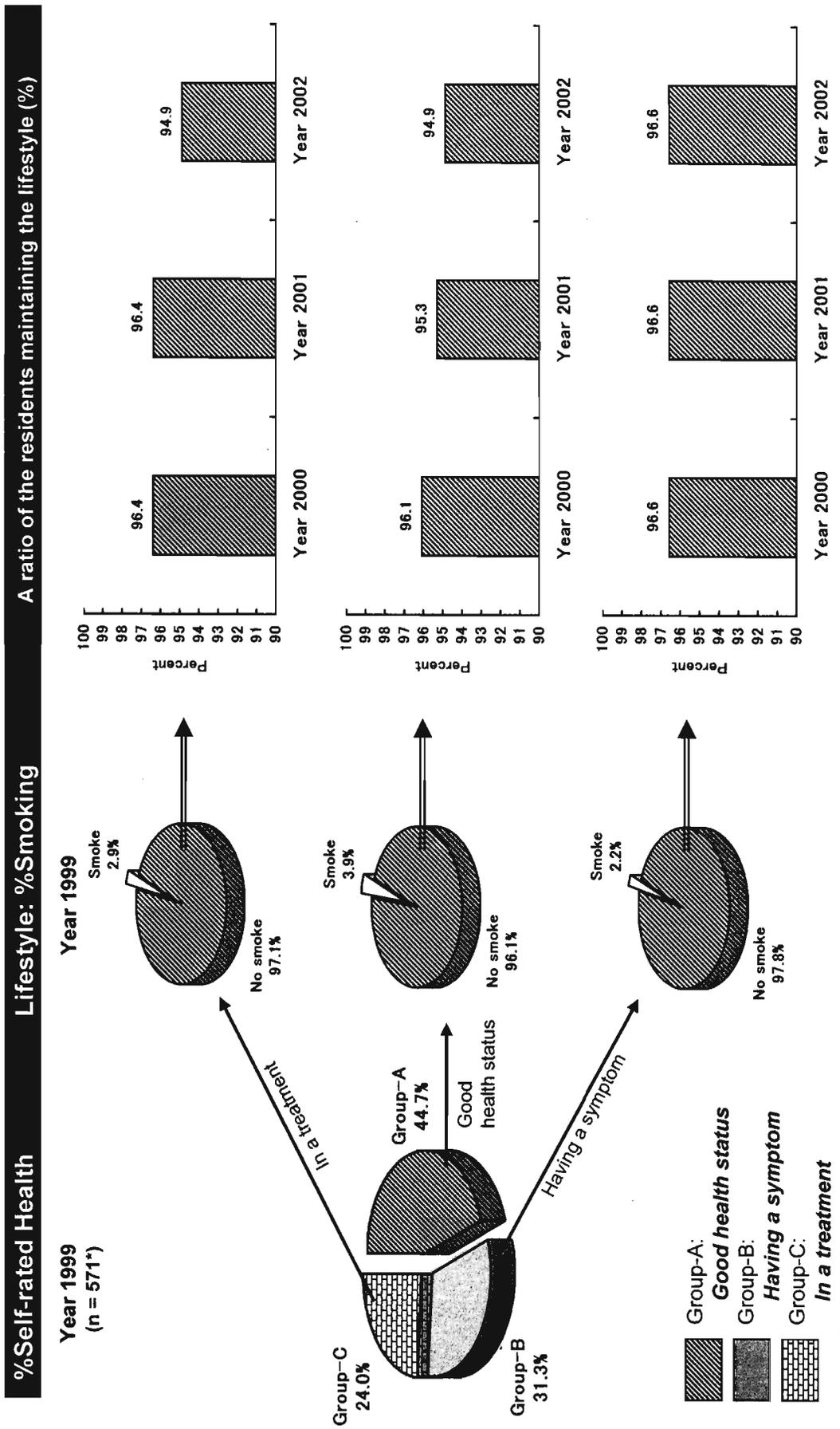
Note: * : The cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-92. 基本健診の4年間継続受診群における自己健康度別にみた日常生活習慣の維持率の経年変化(5):
 生活習慣項目: 飲酒 使用データベース: 1999-2002年度 継続受診群データベース(n = 619)



Note: * : The cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-93. 基本健診の4年間継続受診群における自己健康度別に見た日常生活習慣の維持率の経年変化(6):
 生活習慣項目:喫煙 使用データベース:1999-2002年度 継続受診群データベース(n=619)



Note: *: The cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-94. 日常生活習慣項目の内容別に比較した基本健康診査の血液生化学検査値(1)
 使用データベース: ベースラインデータベース(1999年; n=1212)

Check-up Items	%Exercise		%Sleep time		%Breakfast		%Snack	
Lifestyle (n = 1212)								
Mean value								
Standardized Body Weight	49.8 49.7	p=0.801	50.0 49.4 46.9	p<0.001	49.5 51.4	p<0.001	50.3 49.4 49.1	p=0.001
Obesity Index	100.1 98.7	p=0.088	100.4 98.8 95.3	p=0.044	99.0 102.1	p=0.076	99.8 99.7 95.6	p=0.002
Systolic Blood Pressure	124.5 124.5	p=0.981	123.1 126.0 128.5	p=0.034	125.6 121.5	p=0.101	122.9 126.2 126.5	p=0.017
Diastolic Blood Pressure	71.8 71.9	p=0.878	71.1 71.9 71.1	p=0.406	71.8 71.0	p=0.560	71.3 72.0 71.7	p=0.569
Serum Iron	79.5 75.6	p=0.040	79.0 76.0 60.8	p=0.003	76.2 82.9	p=0.082	76.6 76.9 77.0	p=0.980
Red Blood Cell Counts	413.8 414.7	p=0.676	414.8 413.4 390.6	p=0.001	413.4 412.3	p=0.818	416.6 413.0 410.2	p=0.117
Haematocrit	38.2 37.8	p=0.068	37.9 37.9 36.8	p=0.137	37.9 37.9	p=0.900	37.9 37.9 38.1	p=0.743
MCV	92.4 91.3	p=0.001	91.5 91.9 94.4	p=0.008	91.8 92.1	p=0.666	91.1 91.9 93.0	p=0.001
Haemoglobin	12.8 12.7	p=0.043	12.7 12.7 12.3	p=0.112	12.7 12.7	p=0.987	12.7 12.7 12.8	p=0.791
MCH	31.1 30.6	p=0.002	30.7 30.9 31.5	p=0.073	30.8 30.9	p=0.812	30.6 30.8 31.2	p=0.019
MCHC	33.6 33.5	p=0.103	33.5 33.6 33.4	p=0.425	33.5 33.5	p=0.782	33.6 33.6 33.5	p=0.872

Note: Test of significant difference; Student-T test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-95. 日常生活習慣項目の内容別に比較した基本健康診査の血液生化学検査値(2)
 使用データベース: ベースラインデータベース(1999年; n=1212)

Check-up Items	%Exercise	%Sleep time	%Breakfast	%Snack
Lifestyle (n = 1212)				
Mean value.				
Creatinine	0.614 p=0.012 0.597	0.599 p=0.035 0.605 0.649	0.605 p=0.866 0.607	0.607 p=0.278 0.599 0.611
T-Cholesterol	216.2 p=0.022 211.4	213.4 p=0.848 212.4 211.1	212.1 p=0.068 219.9	212.4 p=0.967 212.7 212.0
HDL-Cholesterol	67.1 p=0.659 67.6	67.2 p=0.951 67.1 68.0	66.8 p=0.012 73.0	67.9 p=0.249 66.5 68.4
Acylglycerol	101.0 p=0.243 97.1	103.7 p=0.149 97.2 98.4	98.7 p=0.703 101.3	97.9 p=0.860 99.3 97.0
LDL-Cholesterol	128.9 p=0.021 124.4	125.5 p=0.902 125.9 123.5	125.7 p=0.794 126.7	124.9 p=0.623 126.4 124.2
GOT	23.1 p=0.840 23.0	23.4 p=0.155 23.0 25.4	23.3 p=0.043 21.2	22.6 p=0.173 23.5 23.3
GPT	19.3 p=0.944 19.3	20.5 p=0.063 18.9 17.4	19.4 p=0.944 19.5	19.6 p=0.816 19.5 18.9
γ-GTP	15.5 p=0.597 15.1	17.2 p=0.033 14.5 14.6	15.3 p=0.362 17.3	14.9 p=0.678 15.3 15.9
HbA1c	5.3 p=0.266 5.2	5.3 p=0.235 5.2 5.1	5.3 p=0.264 5.2	5.2 p=0.020 5.2 5.3
Blood Glucose	89.2 p=0.177 88.1	87.9 p=0.291 88.7 90.5	88.5 p=0.377 87.2	86.9 p=0.002 88.9 90.2

Note: Test of significant difference; Student-T test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-96. 日常生活習慣項目の内容別に比較した基本健康診査の血液生化学検査値(3)
 使用データベース: ベースラインデータベース(1999年; n=1212)

Check-up Items	%Drinking		%Smoking	
Lifestyle (n = 1212)				
Mean value				
Standardized Body Weight	49.1 50.6	p<0.001	49.4 50.0	p=0.343
Obesity Index	98.8 99.9	p=0.264	99.1 98.0	p=0.608
Systolic Blood Pressure	125.7 123.3	p=0.071	125.5 120.6	p=0.105
Diastolic Blood Pressure	71.6 71.6	p=0.963	71.8 67.3	p=0.006
Serum Iron	75.6 79.5	p=0.100	76.1 82.5	p=0.167
Red Blood Cell Counts	412.3 414.7	p=0.339	412.8 411.2	p=0.785
Haematocrit	37.8 37.9	p=0.721	37.8 38.4	p=0.211
MCV	91.9 91.6	p=0.345	91.8 93.5	p=0.040
Haemoglobin	12.7 12.7	p=0.802	12.7 13.0	p=0.165
MCH	30.9 30.7	p=0.480	30.8 31.5	p=0.039
MCHC	33.5 33.5	p=0.524	33.5 33.7	p=0.302

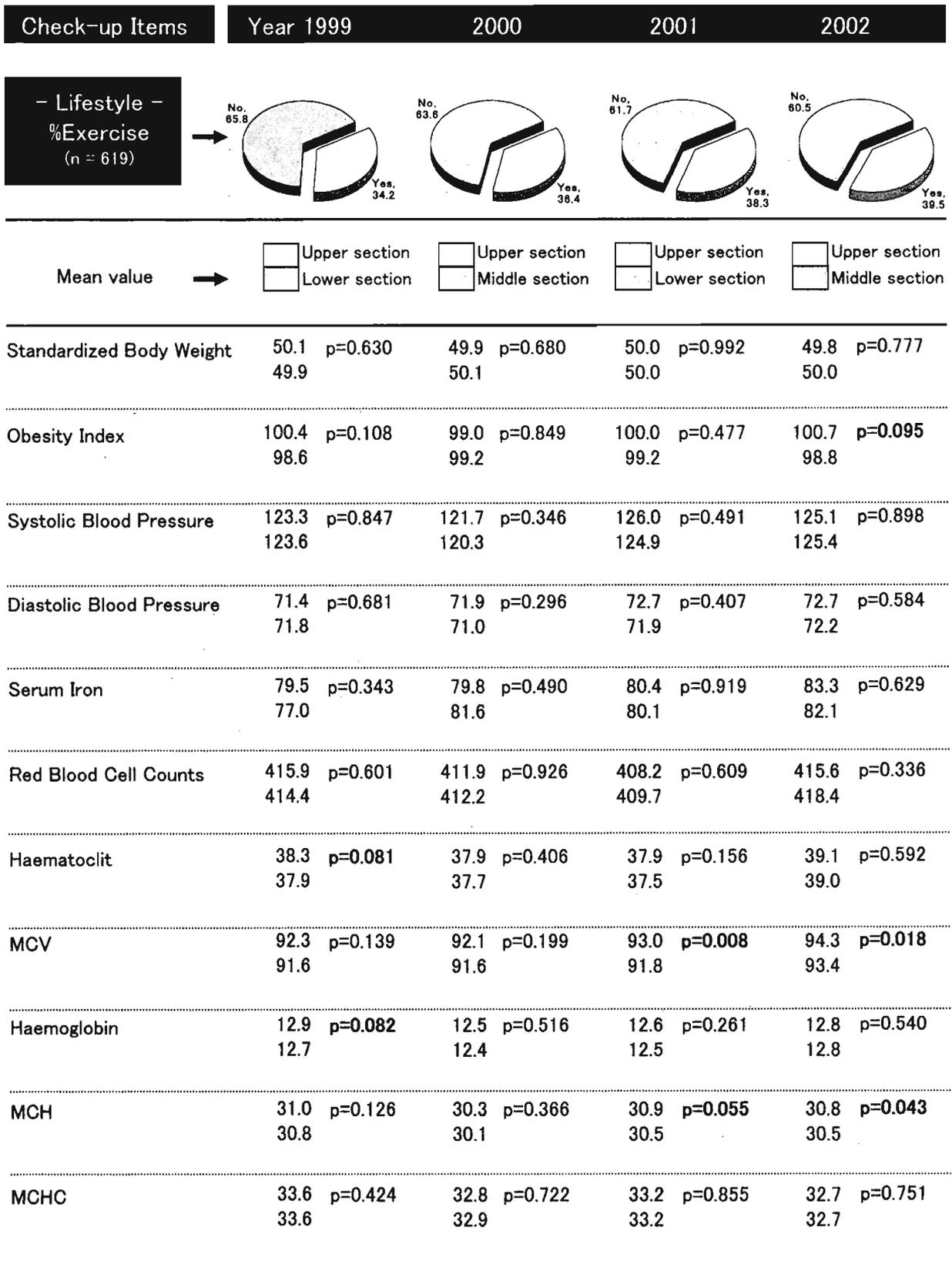
Note: Test of significant difference; Student-t test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-97. 日常生活習慣項目の内容別に比較した基本健康診査の血液生化学検査値(4)
 使用データベース: ベースラインデータベース(1999年; n=1212)

Check-up Items	%Drinking		%Smoking	
Lifestyle (n = 1212)				
Mean value.				
Creatinine	0.603 0.611	p=0.270	0.604 0.601	p=0.827
T-Cholesterol	212.7 211.7	p=0.668	212.5 211.9	p=0.904
HDL-Cholesterol	66.8 68.4	p=0.167	67.1 69.5	p=0.356
Acylglycerol	100.3 94.2	p=0.101	99.1 92.4	p=0.416
LDL-Cholesterol	125.9 124.5	p=0.520	125.6 123.9	p=0.719
GOT	23.3 22.5	p=0.122	23.2 21.1	p=0.080
GPT	19.4 19.0	p=0.655	19.4 17.2	p=0.242
γ-GTP	15.0 16.4	p=0.106	15.1 20.1	p=0.067
HbA1c	5.26 5.22	p=0.221	5.25 5.26	p=0.921
Blood Glucose	88.5 88.7	p=0.835	88.6 89.4	p=0.645

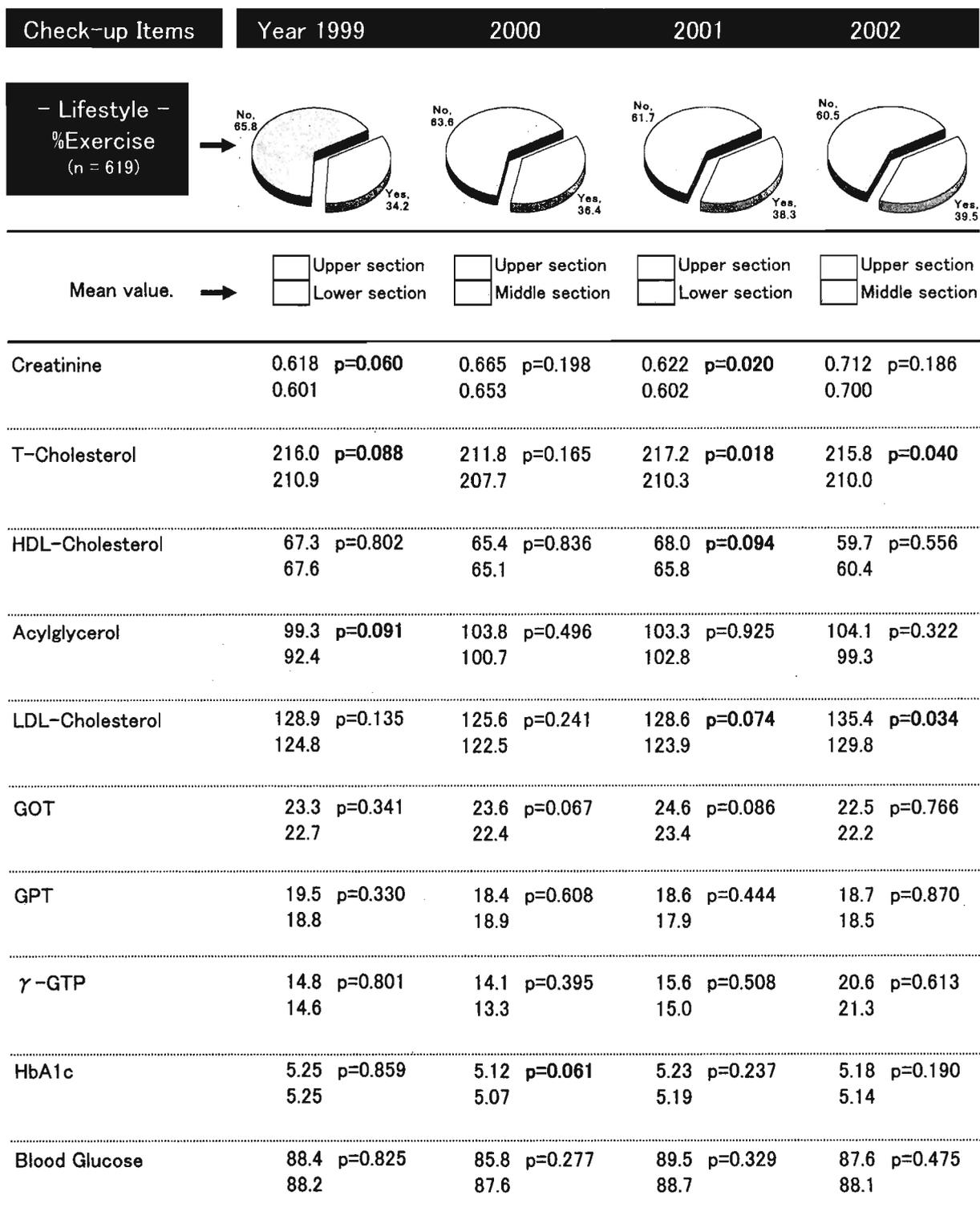
Note: Test of significant difference; Student-*T* test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-98. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(1)
 日常生活習慣項目:運動(1) 使用データベース:1999-2002年度,継続群データベース(n=619)



Note: Test of significant difference; Student-t test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-99. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(2)
 日常生活習慣項目: 運動(2) 使用データベース: 1999-2002年度, 継続群データベース (n=619)



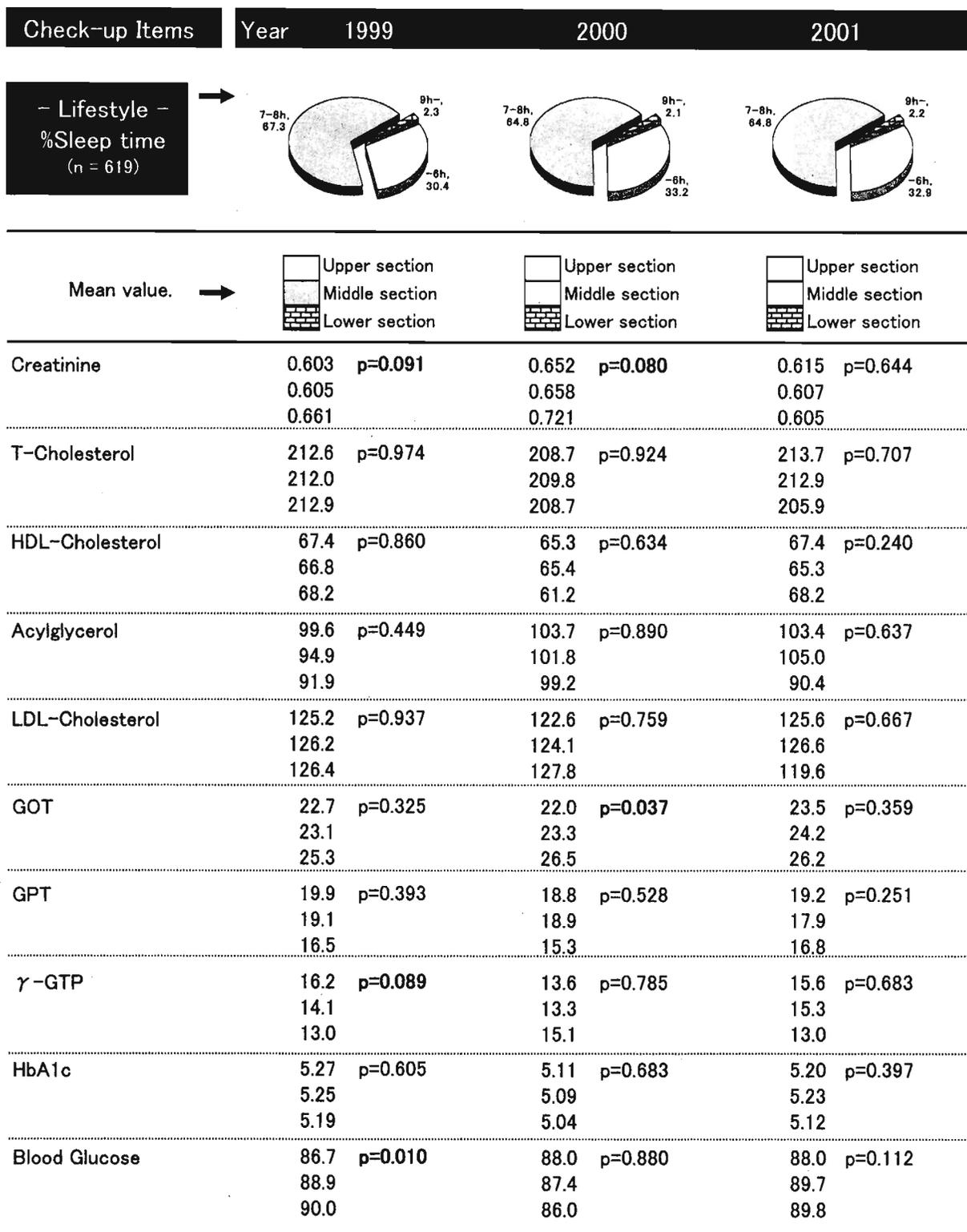
Note: Test of significant difference; Student-T test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-100. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(3)
 日常生活習慣項目: 睡眠時間(1) 使用データベース: 1999-2002年度, 継続群データベース (n=619)

Check-up Items	Year	1999	2000	2001
- Lifestyle - %Sleep time (n = 619)				
	Mean value			
	Standardized Body Weight	50.2 p=0.049 49.7 47.7	50.4 p=0.004 49.6 46.8	50.4 p=0.004 49.4 47.8
	Obesity Index	100.1 p=0.033 99.0 91.4	99.9 p=0.142 98.9 92.8	100.4 p=0.520 99.5 96.9
Systolic Blood Pressure	121.1 p=0.019 125.0 130.1	118.0 p=0.002 123.1 126.2	124.0 p=0.081 127.6 128.8	
Diastolic Blood Pressure	71.0 p=0.644 71.8 71.7	70.4 p=0.235 71.8 71.7	71.2 p=0.074 73.0 75.4	
Serum Iron	79.5 p=0.076 77.3 61.3	77.7 p=0.151 82.0 73.9	82.8 p=0.309 79.2 76.1	
Red Blood Cell Counts	416.9 p=0.201 413.2 403.4	413.0 p=0.824 411.2 410.4	413.0 p=0.080 406.6 406.1	
Haematoclit	38.0 p=0.681 38.0 37.3	37.5 p=0.304 37.8 38.4	37.7 p=0.785 37.6 37.9	
MCV	91.4 p=0.266 92.1 92.6	91.0 p=0.003 92.2 93.6	91.5 p=0.029 92.6 93.5	
Haemoglobin	12.8 p=0.571 12.8 12.5	12.3 p=0.089 12.5 12.6	12.5 p=0.969 12.5 12.5	
MCH	30.7 p=0.256 31.0 30.9	29.8 p<0.001 30.4 30.8	30.4 p=0.053 30.8 31.0	
MCHC	33.5 p=0.303 33.6 33.3	32.7 p=0.003 32.9 32.9	33.2 p=0.443 33.3 33.1	

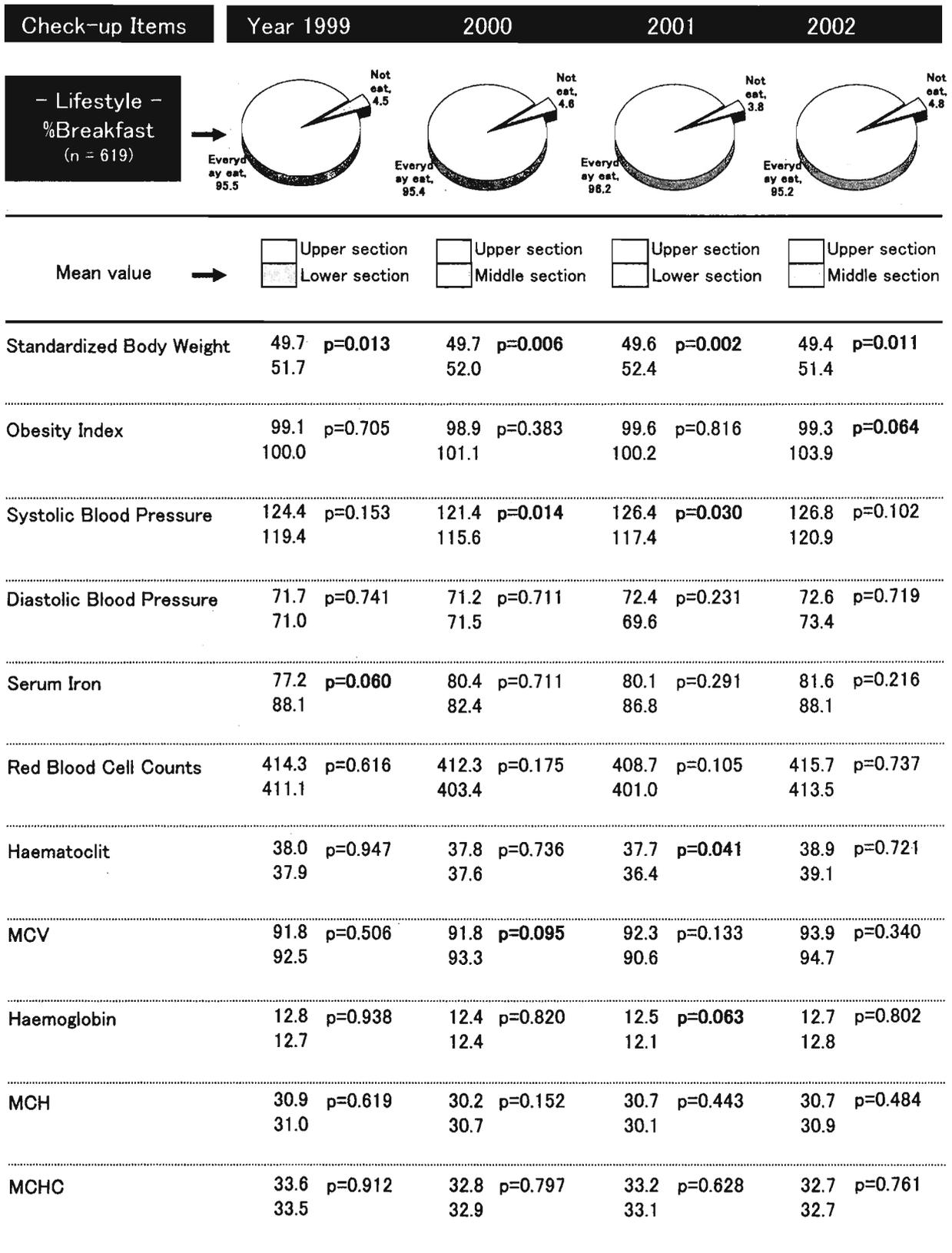
Note: Test of significant difference; Student-T test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-101. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(4)
 日常生活習慣項目:睡眠時間(2) 使用データベース:1999-2002年度,継続群データベース(n=619)



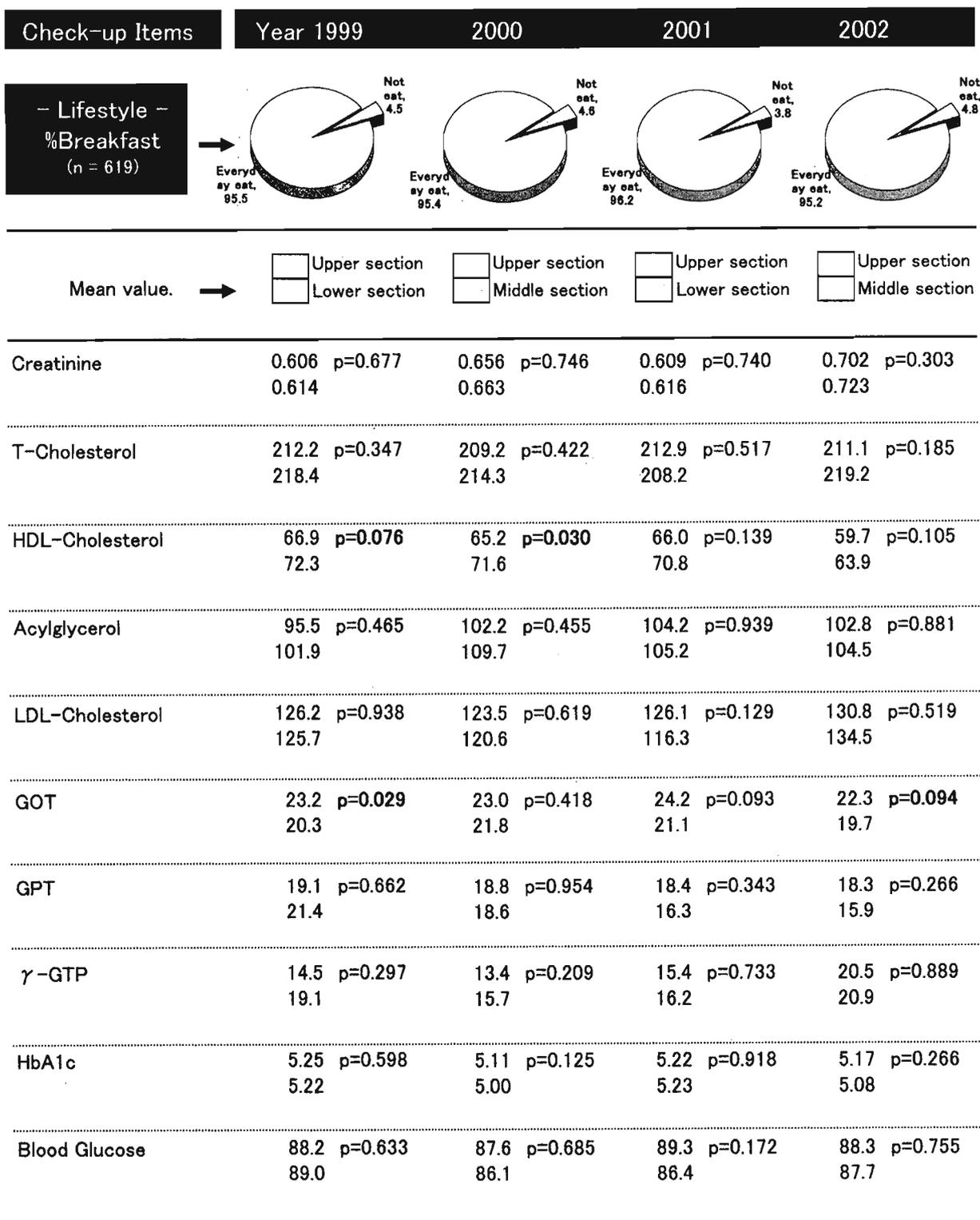
Note: Test of significant difference; Student-*T* test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-102. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(5)
 日常生活習慣項目:朝食摂取(1) 使用データベース:1999-2002年度,継続群データベース(n=619)



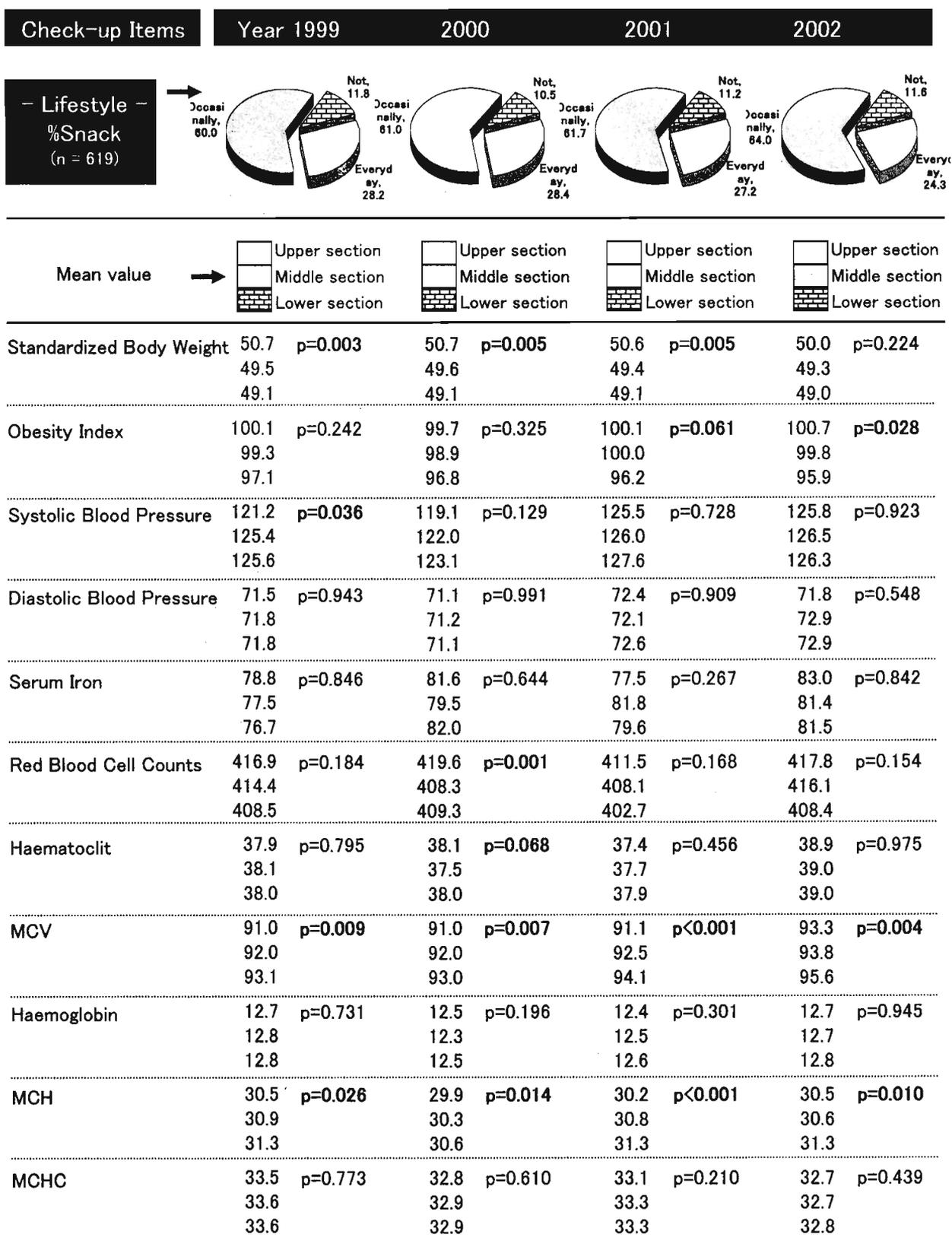
Note: Test of significant difference; Student-T test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-103. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(6)
 日常生活習慣項目:朝食摂取(2) 使用データベース:1999-2002年度,継続群データベース(n=619)



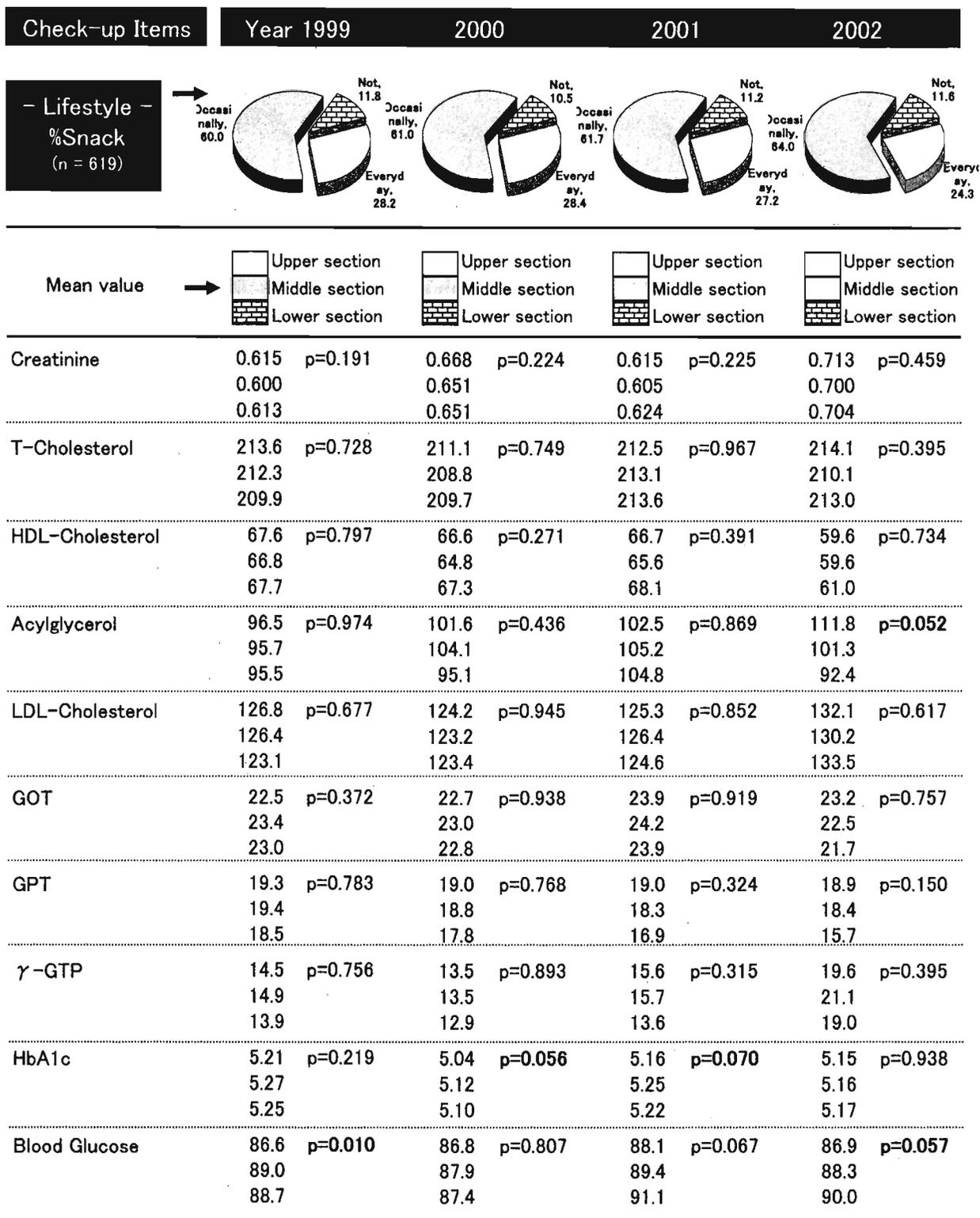
Note: Test of significant difference; Student-T test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-104. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(7)
 日常生活習慣項目:間食(1) 使用データベース:1999-2002年度, 継続群データベース (n=619)



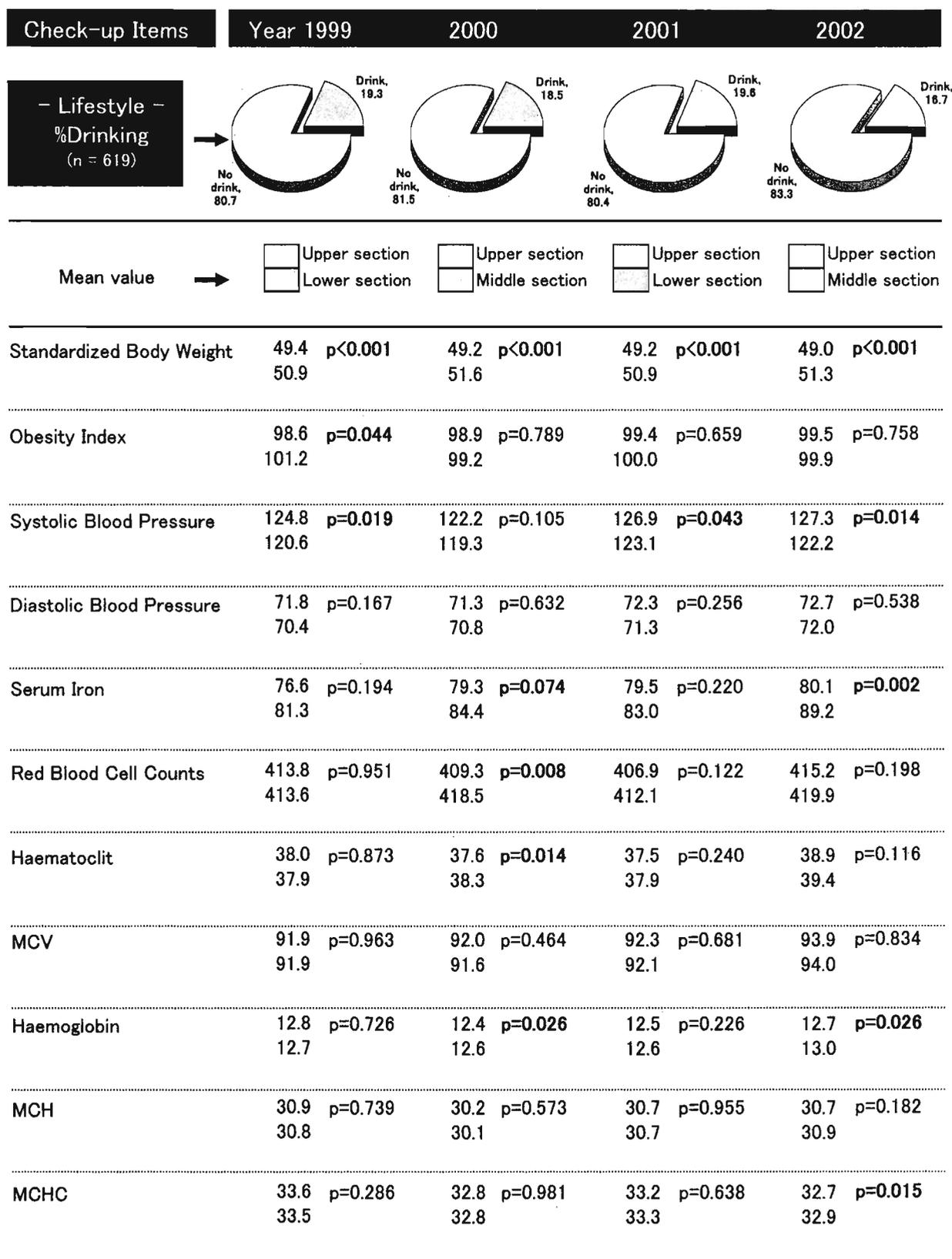
Note: Test of significant difference; Student-*T* test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-105. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(8)
日常生活習慣項目:間食(2) 使用データベース:1999-2002年度,継続群データベース (n=619)



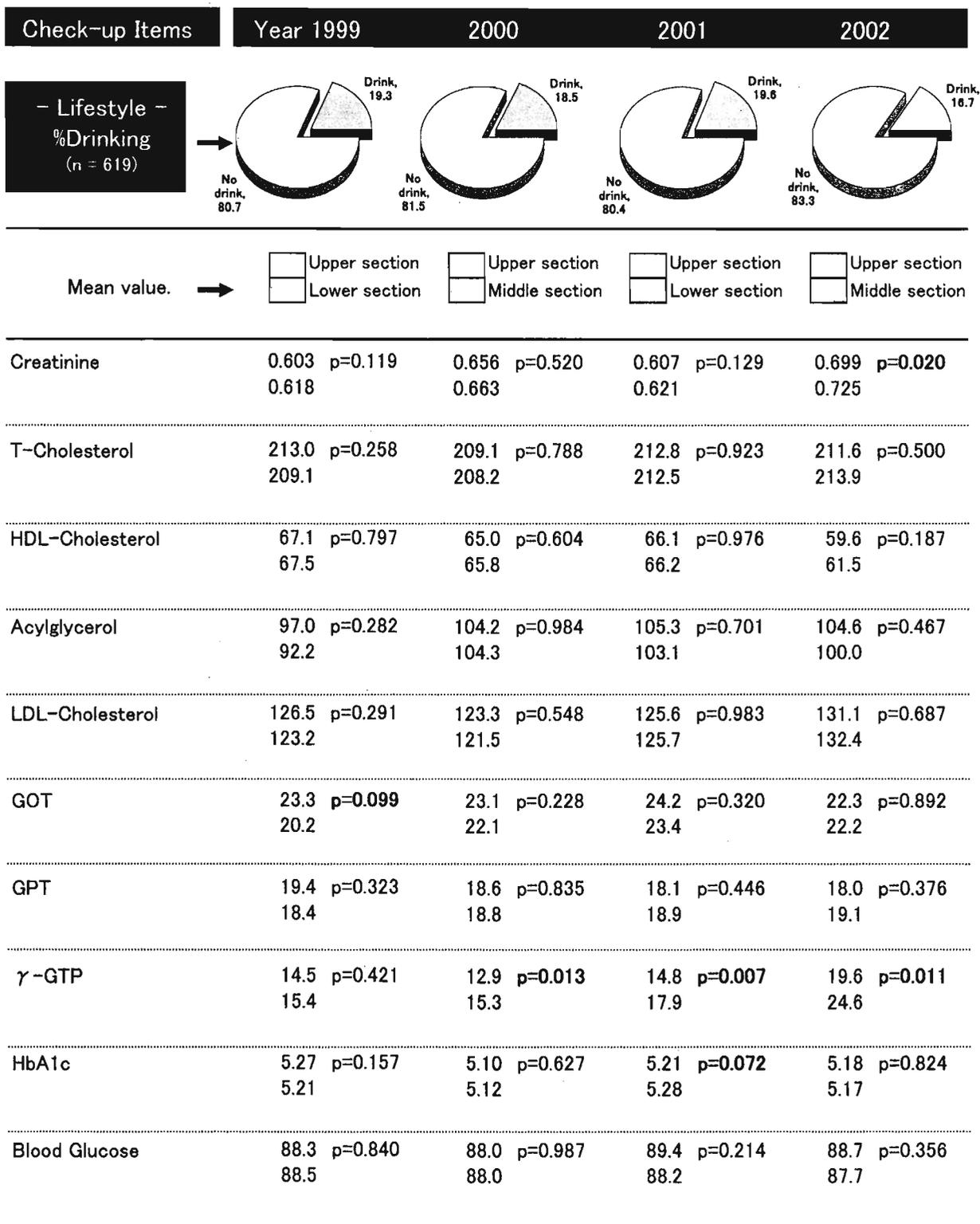
Note: Test of significant difference; Student-*t* test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-106. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(9)
 日常生活習慣項目: 飲酒(1) 使用データベース: 1999-2002年度, 継続群データベース (n=619)



Note: Test of significant difference; Student-T test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-107. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(10)
日常生活習慣項目: 飲酒(2) 使用データベース: 1999-2002年度, 継続群データベース (n=619)



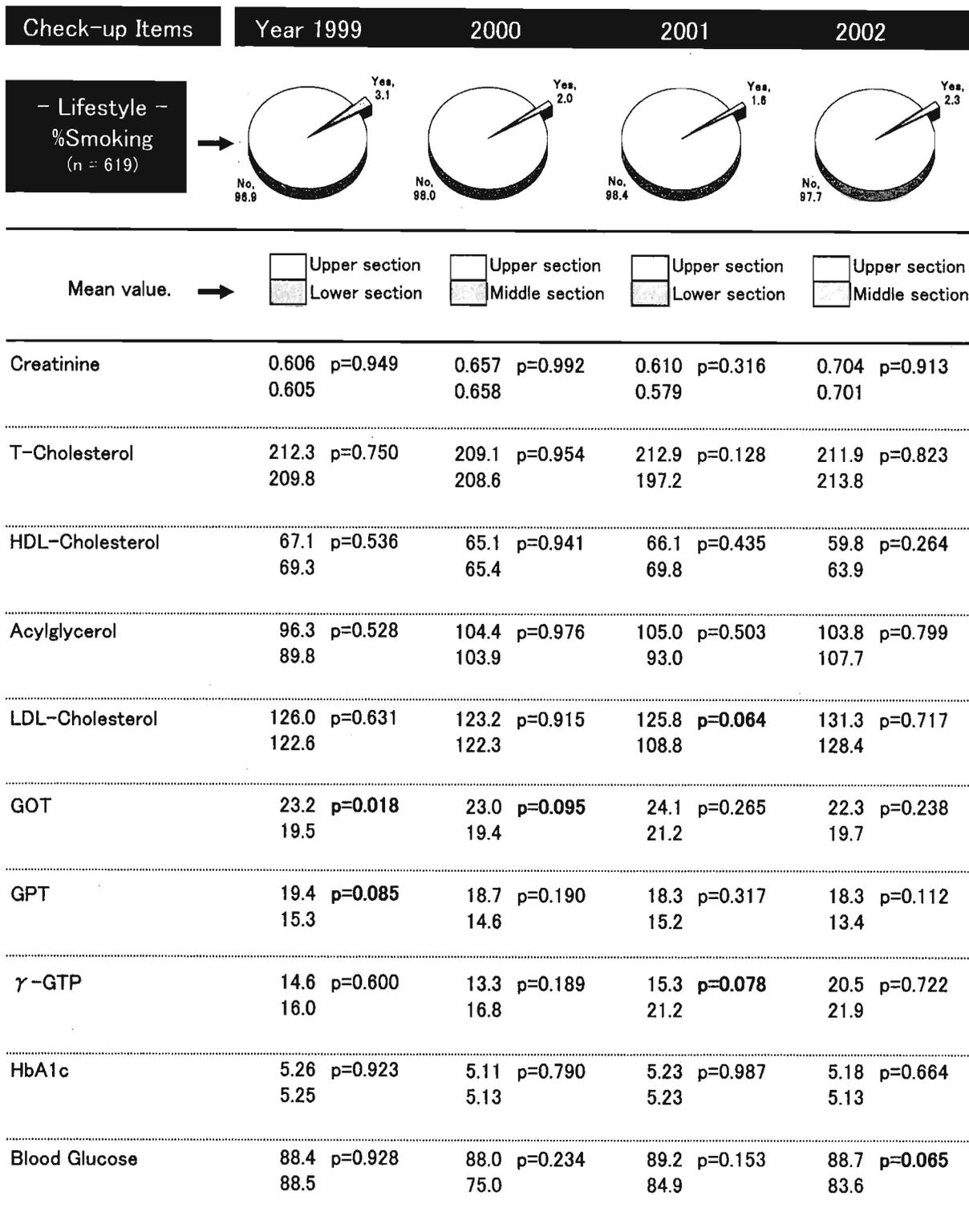
Note: Test of significant difference; Student-T test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-108. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(1)
 日常生活習慣項目:喫煙(1) 使用データベース:1999-2002年度,継続群データベース(n=619)

Check-up Items	Year 1999	2000	2001	2002
- Lifestyle - %Smoking (n = 619)				
Mean value				
Standardized Body Weight	49.7 p=0.202 50.9	49.6 p=0.167 51.3	49.5 p=0.259 51.1	49.4 p=0.108 51.2
Obesity Index	99.1 p=0.820 99.8	99.0 p=0.565 96.9	99.5 p=0.808 98.6	99.6 p=0.718 98.3
Systolic Blood Pressure	124.4 p=0.005 112.8	121.8 p=0.018 110.0	126.4 p=0.002 108.2	126.7 p=0.010 113.6
Diastolic Blood Pressure	71.7 p=0.021 66.4	71.3 p=0.017 64.8	72.2 p=0.001 61.2	72.7 p=0.344 70.0
Serum Iron	77.4 p=0.497 82.0	80.0 p=0.071 94.4	80.1 p=0.589 85.0	81.8 p=0.938 81.2
Red Blood Cell Counts	413.8 p=0.756 411.4	411.4 p=0.625 406.7	407.9 p=0.758 411.1	415.7 p=0.128 429.6
Haematocrit	37.9 p=0.058 39.2	37.7 p=0.230 38.7	37.6 p=0.737 37.9	39.0 p=0.136 40.2
MCV	91.8 p=0.002 95.4	91.8 p=0.010 95.3	92.3 p=0.979 92.4	93.9 p=0.882 93.7
Haemoglobin	12.7 p=0.037 13.3	12.4 p=0.211 12.8	12.5 p=0.914 12.5	12.8 p=0.150 13.2
MCH	30.8 p=0.003 32.3	30.2 p=0.018 31.4	30.7 p=0.831 30.4	30.7 p=0.996 30.7
MCHC	33.6 p=0.140 33.9	32.8 p=0.503 33.0	33.2 p=0.145 32.8	32.7 p=0.934 32.7

Note: Test of significant difference: Student-t test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-109. 基本健診の継続受診群における日常生活習慣及び受診年度別に比較した血液生化学検査値(12)
 日常生活習慣項目:喫煙(2) 使用データベース:1999-2002年度,継続群データベース(n=619)



Note: Test of significant difference; Student-7 test (2 groups), One-way ANOVA (3 groups)
 Cases with missing value were deleted from this analysis.

図4-110. 日常生活習慣の運動・睡眠時間と有意差を示した健診データの自己健康度及び年齢階級別にみた箱髷図(1)
 項目: 運動 使用データベース: ベースラインデータベース(n=1212)

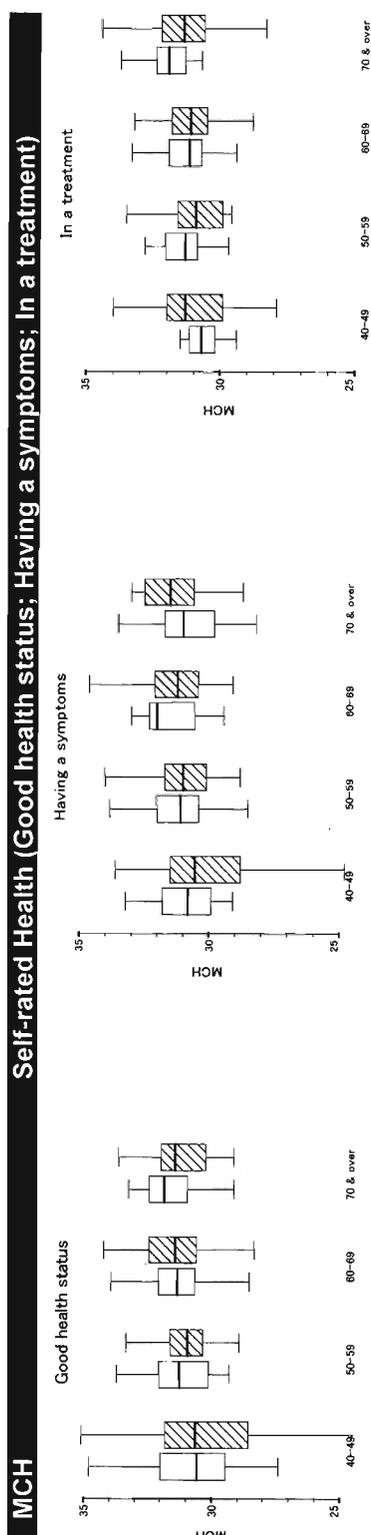
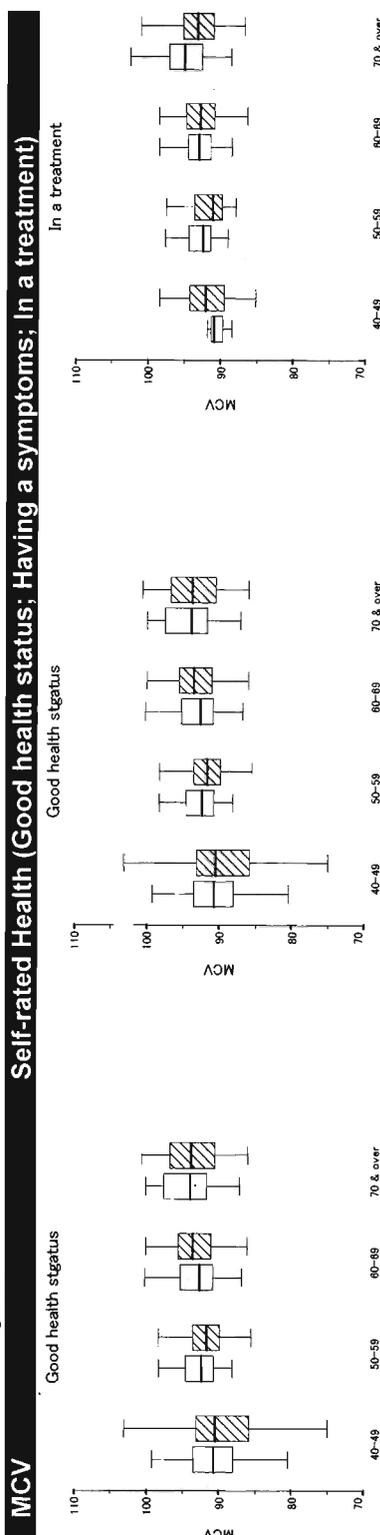
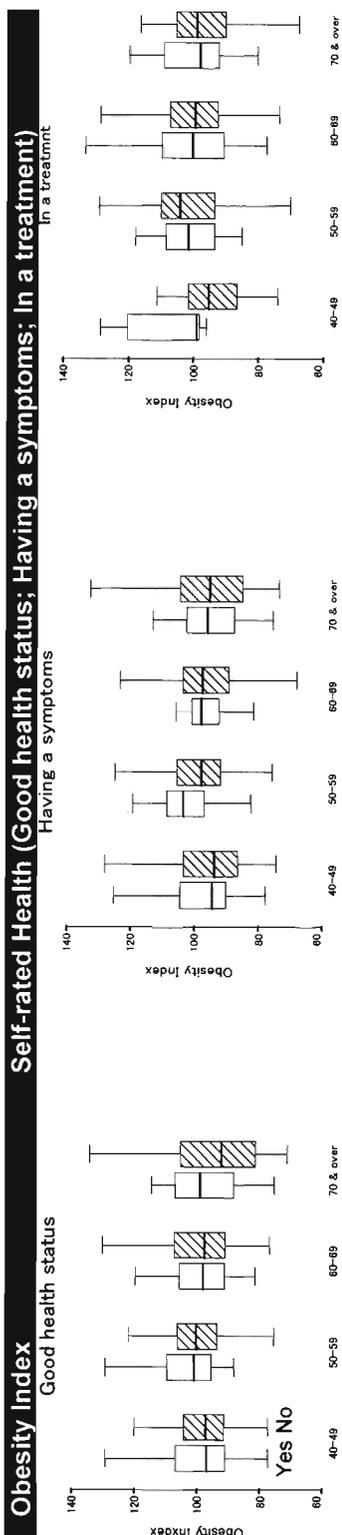


図4-111. 日常生活習慣の運動・睡眠と有意差を示した健診データの自己健康度及び年齢階級別にみた箱図(2)
 項目: 運動 使用データベース: ベースラインデータベース(n=1212)

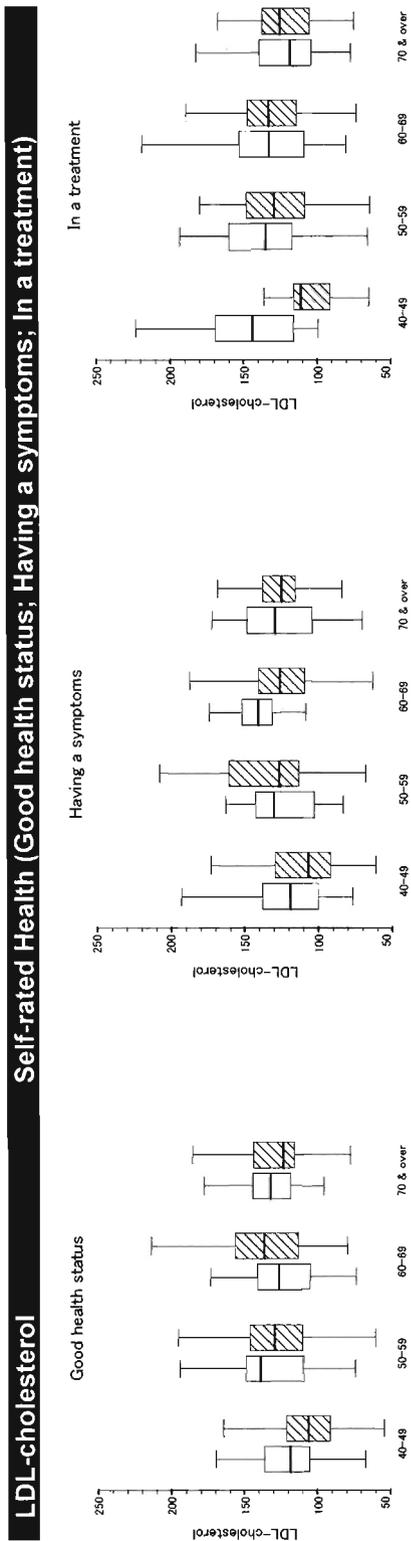
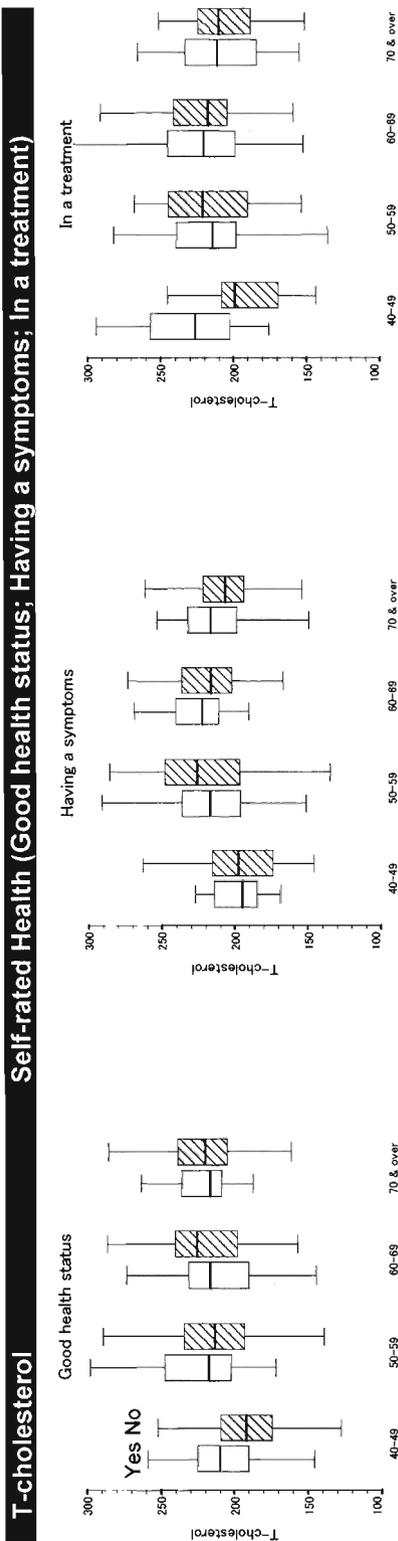


図4-112. 日常生活習慣の運動・睡眠時間と有意差を示した健診データの自己健康度及び年齢階級別にみた箱髷図(3)
 項目: 睡眠時間 使用データベース: ベースラインデータベース(n=1212)

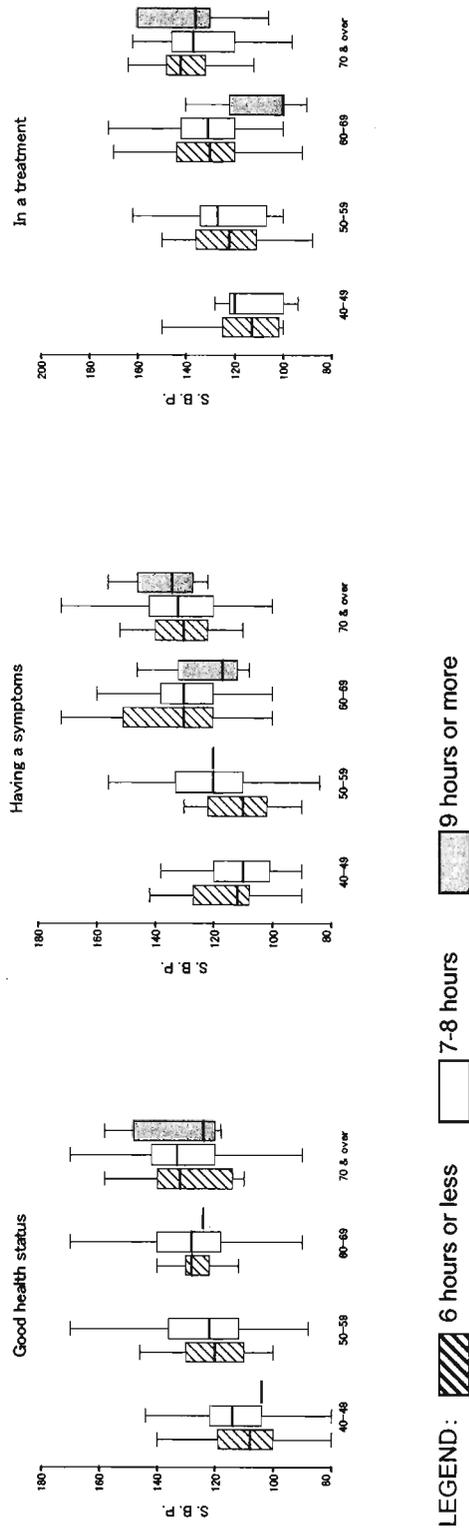
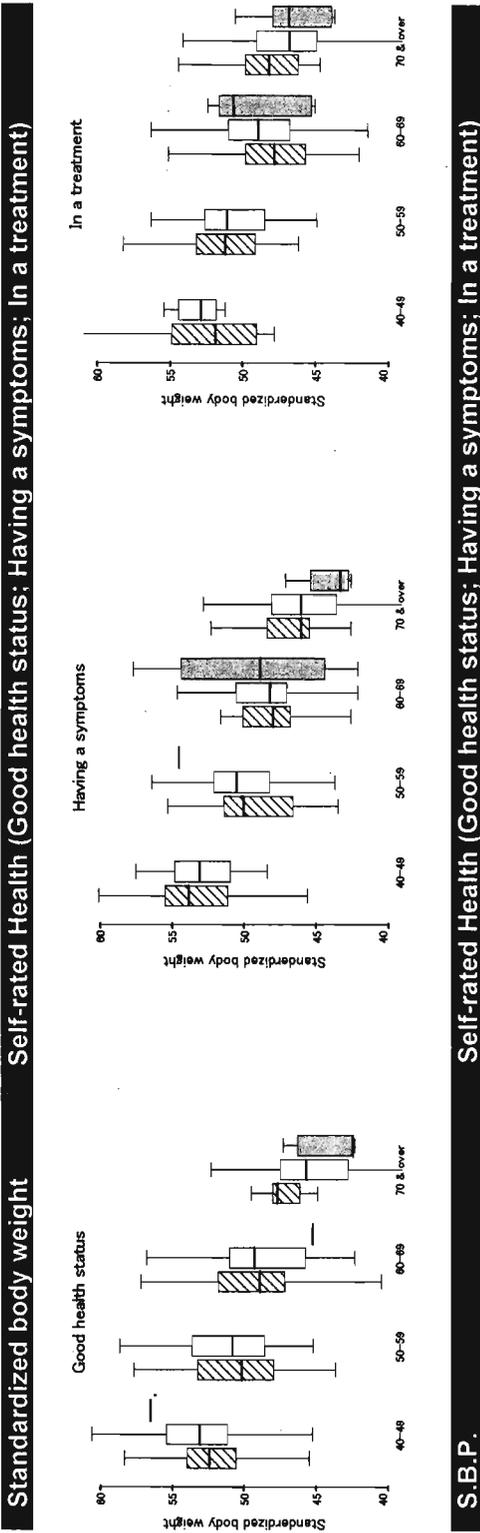
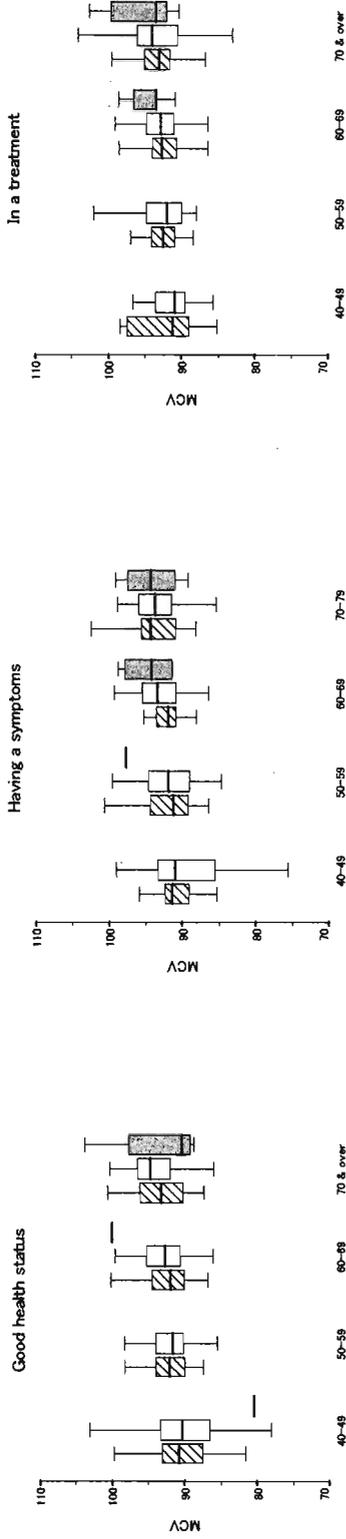
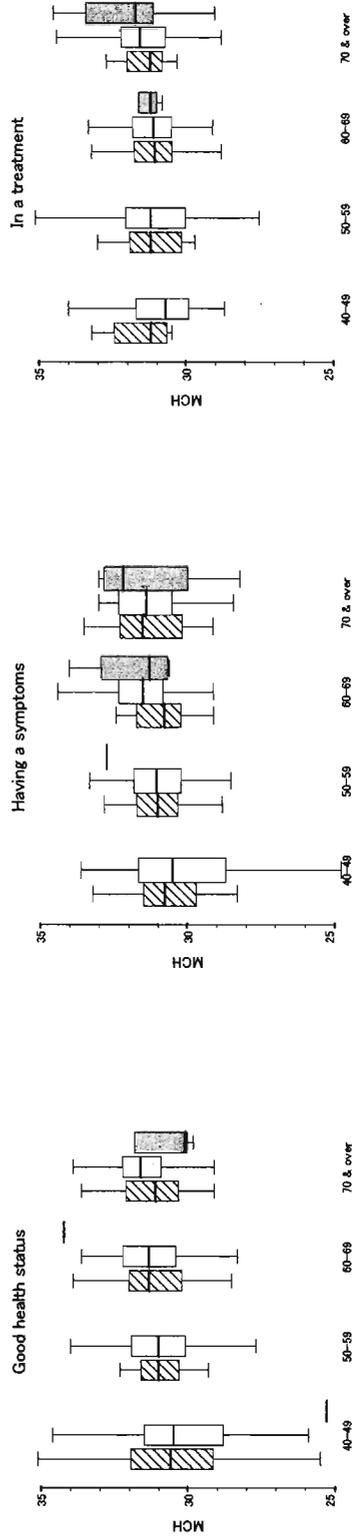


図4-113. 日常生活習慣の運動・睡眠時間と有意差を示した健診データの自己健康度及び年齢階級別にみた箱髷図(4)
 項目: 睡眠時間 使用データベース: ベースラインデータベース(n=1212)

MCV **Self-rated Health (Good health status; Having a symptoms; In a treatment)**



MCH **Self-rated Health (Good health status; Having a symptoms; In a treatment)**



LEGEND: 6 hours or less 7-8 hours 9 hours or more

第5章 母親の育児不安に関する要因の検討

—母親側の要因、夫との関係性、社会的サポートに焦点をあてて—

掛本知里 江口晶子

I. はじめに

戦後、ベビーブームの時期を除き、出生数は徐々に低下し、平成12年において出生数は120万人、合計特殊出生率は1.36となり(厚生統計協会, 2002)、年々、少子化傾向はすすんでいる。また、社会の工業化がすすみ、女性の自立や社会参加が拡大する中で、核家族や雇用者家族が増加し、平成13年には、単独世帯と核家族世帯が全世帯の83.0%を占めており、一世帯あたりの家族構成員は減少し、家族規模が縮小しつつある。

社会の変化の中で、子育てに関する価値観は多様化し、育児を取り巻く環境は変化し続けている(福本, 榎本, 堀井, 他, 1999)。また、家族の中で生活の知恵を伝達する機会は減少し、また、地域レベルの対人関係も希薄化しており(福本, 他, 1999)、家庭や地域の中で子育ての知恵を受け継いでいくことが困難になっている。現代の母親のほとんどは、子育ての実際を家庭内や地域の中で知る機会もないまま大人になる。そして、ある時突然、親としての全責任を負わされる(佐藤, 1996)。また、複雑化した社会の中で、子育てをしている家庭内での持続的で安定した親子関係の維持が困難になり、不安やイライラを訴える母親が増加している(福本, 他, 1999)。さらに、少産化により、少ない子供を完全な形で育てあげねばならないという精神的圧力を感じている母親も多く、そのことも、育児不安を増すことにつながっている(佐藤, 1996)。このような状況の中で、母親たちが子育てに自信がもてず、不安になるのは当然のことである。

育児に対し、不安や悩みが全くない母親はほとんどなく、その不安や悩みもすぐに解決できるものばかりではなく、持続し、蓄積されてきた不安や恐れもある。地域で子育てをしている家族、特に不安を抱えた母親を支えるため、継続して関わっていくことは、地域における保健活動を展開していく上で重要な課題である。このような問題に対し、より効果的に、また適切に援助を行っていくために、援助する対象の状況を把握し、その問題を明確化することが重要である。そこで、本研究においては、育児および育児不安の実態、育児や育児不安に影響する要因の実態を明らかにし、結果、育児不安を抱えた母親に必要な援助について、検討を行うものとする。

II. 研究目的

育児および育児不安の実態、育児や育児不安に影響する要因の実態を明らかにし、結果、育児不安を抱えた母親に必要な援助について検討する。

Ⅲ. 文献検討

1. 育児不安

育児不安とは、育児に対して感じる不安のことであり、「育児における負荷現象」(牧野, 1982)が問題となる。佐藤(1996)は子どもの現状や将来、あるいは、育児のやり方や結果に対する漠然とした恐れを含む情緒を育児不安と呼んでいる。また、育児不安は育児期間中の母親全てが感じ得るものであるが、牧野(1982)は育児行為の中の一時的あるいは瞬間的に生ずる疑問や心配ではなく、持続し蓄積された不安を問題にしている。すなわち、誰でもが育児の中で感じ得る育児不安の中で、特に長期にわたり蓄積され、増幅された不安が育児を困難なものとしていく。

川井ら(川井, 庄司, 千賀, 他, 1999)は育児不安に、現実的な不安やいわゆる育児不安があり、さらに育児不安には「不安・抑うつ感」タイプ(母親自身の不安、抑うつ傾向が、育児の中で増幅していくもの)と「育児困難感」タイプ(母親として不適格と感じる、子どものことでいらいらするなど育児に対する不安感を訴えるもの)が含まれるとしている。榎本ら(榎本, 福本, 堀井, 他, 1999)は1歳6ヶ月健診を受診した母親を対象に育児不安の構成要素とそれに関わる要因の研究を行っている。因子分析の結果、育児不安は「育児困難感」「楽しい・満足感」「拘束感」から構成されるとしている(榎本, 他, 1999)。育児不安は、単なる育児に関わる不安を示すものではなく、育児不安によってもたらされる抑うつ傾向や、育児を困難であると感じることや拘束感によりもたらされる焦燥感といった、育児不安の結果母親にもたらされる心理的な傾向が大きな問題となる。

平成12年にはこれまでの母子保健の20世紀中の取り組みを踏まえ、21世紀の母子保健の取り組みの方向性を示す国民運動計画として「健やか親子21」が策定された。その取り組みの一つとして「子どもの心の安らかな発達の促進と育児不安の軽減」が掲げられており、両親の育児不安・ストレスと子どもの心の関係や児童虐待に代表される親子関係の2つが大きな問題されている。

育児に対する不安やストレス、困難感を感じている母親に対し、専門的な手段による心身にわたる援助が必要であり(川井, 庄司, 千賀, 他, 1999)、親子をとりまく社会が連携し、問題解決に向け取り組んでいくことが重要である。

2. 育児不安に関わる要因

現在社会において、育児不安は大きな社会問題となっているが、育児不安に関わる要因として、親、子供、そして親子をめぐる社会や社会資源がその発生、増幅に影響している。

1) 親側の要因

子育てを行っている親、特に母親の性格や就労状況は、育児不安に大きく関連している。

性格的に不安傾向の強い母親は、育児の面でも悩みが多く、育児に対し自信のない態度を示す傾向にある。また、妊娠中にマタニティ・ブルーズになった母親も、育児不安が高い傾向にあり、実

際に育児を行っている期間における不安のみならず、妊娠・出産の時期を通し、予期的に不安に対する援助を行っていくことが重要であろう。また、性格的に不安傾向の高い母親は、育児に対する不安に加え、生活全般の中での不安に対し、具体的にかかわっていくことも重要であろう。

先にも述べたように、女性の社会進出が進む中、仕事をしながら育児を行っている母親は増加している。仕事を持っている母親のほうが「育児困難感」が低く、「拘束感」も低い傾向が示されており(福本, 榎本, 堀井, 他, 1999)、育児不安や育児ノイローゼは、専業主婦に多いと言われている(厚生省, 1998)。すなわち、育児不安は必ずしも子どもと関わる時間の短さや、子育てに専心しないことによって引き起こされるのではなく、かえって就労することで母親が子どもと物理的に距離を置くことが、母親の自立やゆとりにつながっている。さらに、母親の職場でのコミュニケーションや保育所での関わりが育児における孤立化を少なくしており(榎本, 福本, 堀井, 他, 1999)、このような社会的なサポートが母親の子育てを支え、育児不安への対応を可能なものとしている。

育児不安には、夫の育児への協力に対する妻の満足感が関連している(福本, 榎本, 堀井, 他, 1999)。育児は母親のみが行うものではなく、本来、親として、両親にその責任がある。夫の育児や家事への協力は、協力の程度そのものよりも、そのことに妻が満足しているかどうかが大きく影響しており(福本, 他, 1999)、夫が実際的に育児に参加することのみならず、精神的に育児に参加し母親を支えることが、母親の身体的・精神的負担を軽減し、精神的ゆとりをもたらし、好ましい影響を与えていた。さらに、夫婦の話し合いの頻度も育児不安に影響しており、生活の種々の事柄について日常的に話し合い、支えあうといった夫婦関係の確立が、母親の育児不安を軽減するうえで重要である(福本, 他, 1999)。育児は、特に母親が専業主婦の場合、専ら母親の役割とされることもあるが、育児はあくまでも両親が協力し合って行うものであり、特に、精神的に相互に支えあいながら育児を実践していくことが重要であろう。

2) 子ども側の要因

母親側の要因のみならず、子どもの性格など、子ども側の要因も育児不安に関連していた。

育児不安に最も影響する子ども側の要因は「出生順位」であった。第1子の母親は最も不安が強く、特に相談相手のいない母親は、子どもの「言葉の発達」に関わる不安を強く訴えていた。特に、第1子の子育てにおいては、母親は未経験なことが多く、全てにおいて不安傾向が高くなることはやむを得ないことであり、さらに、そのなかで、「相談相手」として母親を支えるものがないことにより、その不安はより増幅されていくものと考えられる。

さらに、子どもの性格としては、「活発」「要求がはっきりしている」「ほがらか」な子どもの母親は、「育児困難感」が低く、育児を「楽しい」「満足」と感じるものが多い一方で、「神経質」「甘えた」子どもをもつ母親は、「育児困難感」「拘束感」が高い傾向にあった(福本, 榎本, 堀井, 他, 1999)。このよ

うに、比較的育児において手のかかる子どものほうがそうでない子どもに比べ、育児困難感が高い傾向を示していた。しかし、こういった研究において子どもの性格は、母親が報告している場合が多く、母親がこのように子どもの性格を捉えていること自体も、母親の育児困難感を増幅させているものと考えられる。

また、育児不安は、子どもの月齢によって異なっており、子どもの月齢の上昇にともない、育児不安も増加する(吉田, 山中, 巷野, 他, 1999)。さらに、月齢により育児不安や育児困難感をもたらす子ども側の要因も変化し、乳児期では「あまり眠らない」「泣きやまない」「乳の飲みが悪い」といった手のかかる子のうち、“difficult baby”と呼ばれる乳児は、母親とのよい相互性を築き上げることが困難であり、母親の育児困難感を高める場合がある(川井, 庄司, 千賀, 他, 1999)。さらに、先にも述べたように育児不安には子どもの性格も影響しており、成長とともに子どもの生活も変化し、その社会化の拡大とともに問題となる性格も変わっていく。母親の育児に対する不安を総合的に取り上げるのではなく、子どもたちの成長過程に応じた育児不安への対応が重要であろう。

3) 社会資源と子育て

母親が利用している社会資源として、育児雑誌等メディアや親や友人といった私的なサポートや保健所・保健センター等の公的サポートがあげられ、メディアはその利用率は高いが、その有用感は相対的に低く、反対、親や友人、保健所・保健センター等については利用率、有用感ともに高い傾向が示された(川井, 庄司, 千賀, 他, 1999)。雑誌等のメディアは、手軽に入手でき、手軽に活用できる社会資源であるものの、相互作用型の社会資源ではない。親や友人、保健所・保健センターといった、相互作用が可能である社会資源のほうが、母親を支えるものとして、より有効であるものと考えられる。

家族や親族全体のサポートは育児不安に影響しており、夫や両親、さらに兄弟姉妹といった複数の親族が存在しているものは育児不安が低く、サポートしてくれるのは親族が少ない、もしくはサポートが得られないものについては、育児不安が高い傾向が示されていた。

さらに、地域における育児サークルに参加している母親は、育児を「楽しい」「満足」と感じており、遊び場が近くにある母親は「育児困難感」が低い傾向を示していた(福本, 榎本, 堀井, 他, 1999)。育児サークルや遊び場といった、子育てという話題を共有できる場があることは、母親が家庭や地域の中で孤立することを回避し、結果、相互に支えあうことで育児不安が軽減されるものと考えられる。

一方、そういった育児の相談をする相手がいない母親は、「育児困難感」「拘束感」等育児不安感が高く、育児を「楽しい」「満足」と感じているものが少ない傾向にあった(福本, 榎本, 堀井, 他, 1999)。さらに、育児に関する相談を日常的に親しい人に求めることが多い母親は、育児に肯定的であったのに比べ、育児情報を雑誌、テレビ等のメディアに求める母親は、親しく相談できる友人が

おらず、育児に疲労、いらだち、不安などを感じる傾向にあった(佐々木, 1996)。加えて、娯乐的サポート(買い物や映画など育児から離れて気分転換したいとき、共に過ごしてくれる人)についても、育児不安がない群は、友人や職場、近所の人といったサポートがあるのに対し、不安があった群ではサポートがないと答えた者が多く、育児から離れ気分転換をしにくい状況にあることを示していた(野村, 1997)。このように、母親の相談にのり、母親とともに育児以外の時間を過ごし、心理的にサポートしてくれる周囲の人々の存在は母親の育児不安を軽減しており、反対に、母親を支えてくれる存在がなく、育児に関して起こる問題の解決を、雑誌等の一方通行のメディアの中に求める場合、その不安は必ずしも解決されず、いらだちや不安として母親の中に残っていく場合もあると考えられる。育児を支えてくれるサポートを得ることが困難な母親の多くは、子育てを家庭内で主として一人で担っており、不安を表出できない環境におり、このような母親の孤立化は、さらに育児不安を増幅させていくものと考えられる。

以上のように育児不安にはいくつもの側面が影響している。本研究では、育児不安および育児不安に関わる要因の実態を把握するため、以下のように調査を実施した。

IV. 方法

1. 調査対象及び方法

S県O郡0町・D町・H町において1歳6ヵ月児健康診査を受ける母親に、事前に自記式質問紙を配布し、健診会場で回収した。

なお、研究における倫理的配慮として、調査は無記名とし、調査に同意する場合のみ記入してもらうこととした。なお、調査の依頼書に調査の統計処理の方法、調査に参加すること、もしくはしないことにより不利益をこうむることが無いこと、さらに調査の匿名性が確実に守られる旨を記載した。

2. 調査内容 (資料2参照)

調査項目は文献検討を基に決定し、「母親の基本的属性」「母親の日常生活」「子どもの属性」「父親の育児への協力とそれに対する満足度」「子どもの性格」「母親の育児に対する不安、ストレス」「母親の性格」「社会的サポート」から構成されていた。

1) 母親の基本的属性

母親の基本的属性として、年齢、就労状況、家族構成および同居している家族(夫の職業や夫の帰宅時間等を含む)、居住地域についてたずねた。

なお、居住地域についてはそれに関連して、居住地における社会的サポートとの存在として、夫もしくは母親の両親の家との距離、居住地域の育児サークルの有無や育児サークルへの参加の有無、

育児に困ったときに、お母さん方がどのようなものやどんな人から情報をよく得ているのか、育児についての不安を話す友人の有無、育児から離れて気分転換したいときに一緒に過ごしてくれる人の有無や、具合が悪いときなどに駆けつけてくれる人の有無についてたずねた。

2) 母親の日常生活

母親の日常生活として、家事・育児・仕事(通勤時間を含む)・睡眠時間・その他、食事・入浴等生活に必要な時間・自分の時間・その他 7 項目にわけて一日の時間の使い方について大まかな時間をたずねた。

3) 子どもの属性

子どもの属性として、子どもの数、性別、年(月)齢、子どもの性格についてたずねた。

子どもの性格については、榊本ら(榊本, 福本, 堀井, 他, 1999)の研究をもとに決定した以下の 11 項目質問項目(「おとなしい」「活発」「要求がはっきりしている」「神経質」「我が強い」「ほがらか」「のんき」「甘えん坊」「引っ込み思案」「よく泣く」「泣いてもなだめやすい」)について、「はい」「いいえ」の 2 段階リッカートスケールを用いてたずねた。

4) 夫の子育てへの協力、それに対する妻の満足度

夫の子育てへの協力、それに対する妻の満足度として、以下の 10 項目について、夫の子育ての協力は 1 点から 4 点までの 4 段階リッカートスケール、妻の満足度は 1 点から 3 点までの 3 段階リッカートスケールを用いて質問した。10 項目とは、「オムツかえ」「遊び相手」「お風呂」「ミルクや食事」「夜子どもを寝かしつける」「保育園等の送迎」「子どもについての話をする」「妻の話を聞いてくれる」「相談にのってくれる」「妻のちょっとした変化(髪型やメイク)に気づく」であった。

5) 母親の育児に対する不安およびストレス

母親の育児に対する不安およびストレスに関わる母親の因子として、妊娠、出産にかかわる気持ち、すなわち望んだ妊娠であったか、妊娠に気づいたときの気持ち、出産後の気分について、母親の現在の育児に対する気持ちとして、育児不安についてたずねた。

育児不安は、現在の育児における不安およびストレスを明らかにするため、榊本ら(榊本, 福本, 堀井, 他, 1999)の研究成果を参考に、15 の質問項目(「子どもと一緒にいると楽しい」「何事も考えるのがおっくうになる」「子どもが煩わしくてイライラする」「子どもをうまく育てたと思う」「子どものことでどうしたらいいのかわからなくなる時がある」「子どもは結構ひとりで育っていくものだと思う」「子どもから離れてやりたいことができている」「子どもを預けて外出するのは大変心配だ」「今の生活に満足

している」「自分ひとりで子育てをしているようで責任を感じてしまう」「育児によって自分が成長しているように感じられる」「毎日同じことの繰り返ししかしていないと思う」「子どもを育てることが負担に感じられる」「何とも言えず寂しい気持ちに襲われることがある」「夫と気持ちが通じ合っている」)を決定した。それぞれの質問には「よくある」「時々ある」「ほとんどない」「ない」の 4 段階リッカートスケールを用い、回答を求めた。

また、榎本ら(榎本, 福本, 堀井, 他, 1999)は、育児不安の構成因子として「育児困難感」、「楽しい、満足感」、「拘束感」の 3 因子を示しているが、そのうち、育児に対するストレスを最も強く示している「育児困難感」を構成する 7 項目(「何事も考えるのがおっくうになる」「子どもが煩わしくてイライラする」「子どものことでどうしたらいいのかわからなくなるときがある」「自分ひとりで子育てをしているようで責任を感じてしまう」「毎日同じことの繰り返ししかしていないと思う」「子どもを育てることが負担に感じられる」「何とも言えず寂しい気持ちに襲われることがある」)については結果を集計し、「育児困難感得点」とした。「育児困難感得点」は最高得点 28 点、最低得点 4 点であった。

6) 母親の性格

母親の性格については榎本ら(榎本, 福本, 堀井, 他, 1999)の研究成果をもとに、質問項目を決定し、以下の 16 項目について、「はい」「いいえ」の 2 段階リッカートスケールを用いてたずねた。16 項目とは、「社交的である」「物事を具体的に考えるほうである」「感情的である」「謙虚である」「慎重である」「責任感が強い」「大胆である」「繊細である」「信じやすい」「内向的である」「率直である」「心配性である」「保守的である」「自分で決断する」「世間体を気にしない」「緊張しやすい」であった。

7) 社会的サポートについて

最後に社会的サポートとして、育児をサポートしてくれる友人の存在、気分転換をしたい時に、共に過ごしてくれる人の存在、家事や育児について援助を求めた時に、すぐに駆けつけてくれる人の存在、育児で困った時に頼る情報や人、育児サークルの存在についてたずねた。

3. 調査期間

調査期間は平成 14 年 7 月～9 月であった。

4. 分析方法

集計したデータは、全体をまとめて記述した後、母親の育児に対する不安、母親の性格をもとに、質的データについては χ^2 検定、量的データについては一元配置分散分析を用い検討を行った。な

お、分析には統計ソフト SPSS ver.11 を用いた。

V. 研究結果および考察

1. 調査対象者の居住地

調査対象者が居住している町別の人数と構成割合は、O町 103 人(31.1%)、D町 47 人(14.5%)、H町 185 人(54.4%)であった。

2. 母親の基本的属性

1) 母親の年齢

母親の平均年齢は、 29.8 ± 4.3 歳であり、20 歳代以下が 49.6%、30 歳代が 48.1%、40 歳代が 1.8%であった(表 5-1)。

2) 母親の就労状況

現在働いている母親は、34.5%であった。このうち、「常勤」の仕事をしている母親が 41.9%と最も多く、次いで「パートタイマー、アルバイト」26.5%、「自営」13.7%、「内職」16.2%となっており、特にD町の母親は「常勤」で働いているものの割合が最も多かった(表 5-2、表 5-3)。

現在働いていない母親は、65.5%であり、このうち「結婚するまで仕事をしていた」ものは 39.3%、「妊娠、出産まで仕事をしていた」ものは 51.1%、「休職中」であるものは 5.9%であった。また、「以前に働いたことがない」ものが 0.9%と、ほとんどが過去に仕事をした経験があり、結婚、妊娠、出産を機会に離職したものがほとんどであった(表 5-4)。

表 5-1. 母親の平均年齢および年齢構成

町名	N=	母親の年齢(歳)				母親の年代(%)			
		平均年齢	±SD	最小値	最大値	10 歳代	20 歳代	30 歳代	40 歳代
D町	47	30.28	(4.65)	21	40		51.06	46.81	2.13
O町	103	29.68	(4.77)	18	41	0.97	47.57	48.54	2.91
H町	185	29.76	(3.99)	18	43	0.54	50.27	48.11	1.08
合計	335	29.81	(4.33)	18	43	0.60	49.55	48.06	1.79

表 5-2. 母親の就労状況

町名	N=	現在の仕事の有無	
		有り	無し
		人数 (%)	人数 (%)
D町	48	14 (29.17)	34 (70.83)
O町	103	35 (33.98)	68 (66.02)
H町	188	68 (36.17)	120 (63.83)
合計	339	117 (34.51)	222 (65.49)

表 5-3. 現在の仕事の内容

町名	N=	現在の仕事の内容				
		常勤	パート・アルバイト	自営	内職	その他
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
D町	13	8 (61.54)	2 (15.38)	2 (15.38)	1 (7.69)	
O町	35	12 (34.29)	10 (28.57)	5 (14.29)	8 (22.86)	
H町	68	29 (42.03)	19 (27.54)	9 (13.04)	10 (14.49)	2 (2.90)
合計	117	49 (41.88)	31 (26.50)	16 (13.68)	19 (16.24)	2 (1.71)

表 5-4. 以前の就労について

町名	N=	以前の就労状態				
		結婚まで就労	妊娠・出産まで就労	休職中	働いたことはない	その他
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
D町	33	11 (33.33)	19 (57.58)	2 (6.06)		1 (3.03)
O町	70	31 (44.29)	32 (45.71)	4 (5.71)	1 (1.43)	2 (2.86)
H町	116	44 (37.93)	61 (52.59)	7 (6.03)	1 (0.86)	3 (2.59)
合計	219	86 (39.27)	112 (51.14)	13 (5.94)	2 (0.91)	6 (2.74)

3) 家族構成および同居している家族について

同居している家族は、「夫」97.0%、「夫の父」19.5%、「夫の母」22.5%、「自分の父」11.1%、「自分の母」11.1%、「その他」17.4%であった。「その他」の家族には、自分や夫の兄弟、祖父母等が含まれていた(表 5-5)。それぞれの家族の平均年齢については、表 5-5 に示す。

また、一世帯あたりの家族構成は、全ての町において、夫婦と子どもから構成される核家族が最も多く、特にO町とH町はD町と比較して核家族世帯が多い傾向を示しており、半数以上が核家族世帯であった(表 5-6)。

表 5-5.同居家族および家族の平均年齢

町名	N=	同居家族											
		夫		夫の父		夫の母		自分の父		自分の母		その他	
		人数	(%)	人数	(%)								
D町	48	45	(93.75)	13	(27.08)	18	(37.50)	8	(16.67)	7	(14.58)	16	(33.33)
	平均年齢	32.30	(±5.52)	60.62	(±6.21)	58.18	(±6.29)	57.38	(±4.47)	54.14	(±3.67)		
O町	100	98	(6.48)	19	(19.00)	21	(21.00)	9	(9.00)	10	(10.00)	16	(16.00)
	平均年齢	32.31	(±6.48)	61.39	(±7.50)	59.05	(±6.96)	55.75	(±7.70)	56.44	(±7.35)		
H町	185	180	(97.30)	33	(17.84)	36	(19.46)	20	(10.81)	20	(10.81)	26	(14.05)
	平均年齢	31.94	(±4.73)	59.59	(±5.98)	56.71	(±6.21)	59.82	(±7.68)	55.92	(±5.28)		
合計	333	323	(97.00)	65	(19.52)	75	(22.52)	37	(11.11)	37	(11.11)	58	(17.42)
	平均年齢	32.10	(±5.41)	60.32	(±6.44)	57.69	(±6.43)	58.45	(±7.17)	55.73	(±5.50)		

表 5-6.世帯あたりの子どもおよび母親本人を除いた家族数

町名	N=	子どもおよび母親本人を除く家族の人数									
		1人	2人	3人	4人	5人以上					
		人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
D町	48	20	(41.67)	6	(12.50)	10	(20.83)	10	(20.83)	2	(4.17)
O町	100	67	(67.00)	4	(4.00)	18	(18.00)	7	(7.00)	4	(4.00)
H町	185	127	(68.65)	9	(4.86)	23	(12.43)	14	(7.57)	12	(6.49)
合計	333	214	(64.26)	19	(5.71)	51	(15.32)	31	(9.31)	18	(5.41)

夫の職業は、「会社員、公務員などの常勤雇用」が 89.1%を占め、「自営業」が 6.7%、「農業」が 3.5%となっていた(表 5-7)。

また、夫の帰宅時間は、「午後 8 時前」に 42.0%が帰宅しており、「午後 8～9 時頃」が 26.4%であった。特にO町では約半数のものが「午後 8 時前」に帰宅していた。しかし帰宅時間が「午後 10 時以降」になるものも 8.3%さらに、交代制勤務も含め帰宅時間が一定でない者が 18.9%いた(表 5-8-1)。夫の職業別の帰宅時間については、自営業、農業等に従事している夫は、会社員、公務員などの常勤雇用者に比べ帰宅時間が早い傾向にあった(表 5-8-2)。

表 5-7.夫の職業

町名	N=	夫の勤務形態			
		会社員・公務員 などの常勤雇用	自営業	農業	その他
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
D町	43	41 (95.35)	1 (2.33)	1 (2.33)	(0.00)
O町	95	82 (86.32)	5 (5.26)	7 (7.37)	1 (1.05)
H町	174	155 (89.08)	15 (8.62)	3 (1.72)	1 (0.57)
合計	312	278 (89.10)	21 (6.73)	11 (3.53)	2 (0.64)

表 5-8-1.居住地別夫の帰宅時間

町名	N=	夫の帰宅時間				
		午後 8 時以前	午後 8～9 時	午後 10 時以降	決まっていない	その他
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
D町	45	15 (33.33)	15 (33.33)	5 (11.11)	5 (11.11)	5 (11.11)
O町	99	49 (49.49)	23 (23.23)	7 (7.07)	15 (15.15)	5 (5.05)
H町	182	73 (40.11)	48 (26.37)	15 (8.24)	35 (19.23)	11 (6.04)
合計	326	137 (42.02)	86 (26.38)	27 (8.28)	55 (16.87)	21 (6.44)

表 5-8-2.職業別夫の帰宅時間

職種	N=	夫の帰宅時間				
		午後 8 時以前	午後 8～9 時	午後 10 時以降	決まっていない	その他
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
会社員	277	109 (39.35)	75 (27.08)	24 (8.66)	50 (18.05)	19 (6.86)
その他	32	25 (78.13)	2 (6.25)	1 (3.13)	3 (9.38)	1 (3.13)
合計	326	134 (41.10)	77 (23.62)	25 (7.67)	53 (16.26)	20 (6.13)

4) 居住地域および地域のソーシャルリソース

居住地域において子育てを行っていく上でのソーシャルリソースとなる、仲間、情報、商店の存在についてたずねたところ、子育てについて話し合う相手はいるものの、子育ての仲間がいないと答えたものが半数近くおり、特に、H町に比べ、O町、D町でその傾向が高かった。また、移動については「移動が不便」と答えたものが半数以上を占めており、特に、H町でその傾向が高かった。さらに、情報について、「情報を得る場がない」と答えたものがD町では約4割を占めていた(図 5-1)。さらに、同じ町内においても地区によりソーシャルリソースの存在については大きな差が示されていた。

現在の住まいの住居形態は、「一戸建て」の居住者が 57.1%、「アパート、マンション等の集合住宅」の居住者が 40.0%、「その他」が 2.9%であり、D町は他の町の居住者に比べ、一戸建てに居住している割合が有意に高かった。また、「アパート、マンション等の集合住宅」の居住者に居住回数についてたずねたところ、約半数のものが1階に居住していた(表 5-9)。

子どもがいることで近隣への気遣いがあるかどうかについてたずねると、約4割が気遣いがあるとしていた。また、「一戸建て」の居住者に比べ、「アパート、マンション」の集合住宅では約6割のものが近隣への気遣いを感じていた(表 5-10)。

両親の住宅と自宅との距離について、居住形態をみると、「夫の両親」との距離は、「同居」が 23.1%、「歩いて行かれる距離」が 29.5%、「車で30分以内の距離」が 11.9%、「それ以上の距離」が 35.6%であった。また「自分の両親」については、「同居」が 11.3%、「歩いて行かれる距離」が 38.7%、「車で30分以内の距離」が 9.8%、「それ以上の距離」が 40.2%であった。約半数が、夫または自分の両親と、同居あるいは歩いて行かれる近所に住んでいたが、その一方、約2割は、どちらの両親とも車で30分以上離れて住んでいた(表 5-11)。

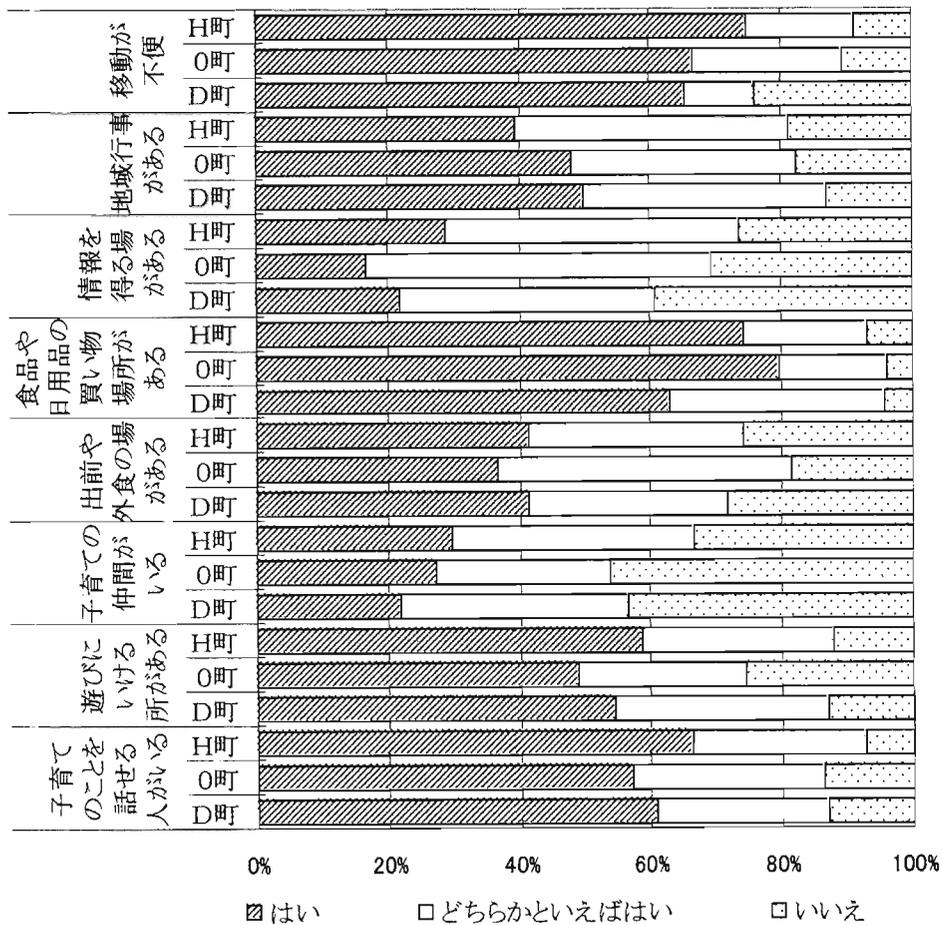


図 5-1. 居住地区のソーシャルリソース

表 5-9. 居住住宅の形態

町名	N=	居住住宅		
		一戸建て	アパート	その他
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
D町	48	38 (79.17)	10 (20.83)	
O町	103	59 (57.28)	43 (41.75)	1 (0.97)
H町	189	97 (51.32)	83 (43.92)	9 (4.76)
合計	340	194 (57.06)	136 (40.00)	10 (2.94)

表 5-10. 居住住宅別近隣への気遣い状況

近隣への 気遣い	N=	居住住宅						
		一戸建て		アパート		その他		
		人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	
有り	135	(40.66)	50	(37.04)	81	(60.00)	4	(2.96)
無し	197	(59.34)	139	(70.56)	52	(26.40)	6	(3.05)
合計	332	(100.0)	189	(56.93)	133	(40.06)	10	(3.01)

表 5-11. 自分もしくは夫の両親の住宅と自宅の距離

町名	N=		両親の住宅と自宅の距離							
			同居	歩いていける距離	車で 30 分以上	それ以上の距離				
			人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)		
D町	45	夫の両親	18	(40.00)	11	(24.44)	5	(11.11)	11	(24.44)
		自分の両親	7	(15.56)	22	(48.89)	2	(4.44)	16	(35.56)
O町	97	夫の両親	20	(20.62)	34	(35.05)	14	(14.43)	29	(29.90)
		自分の両親	10	(10.31)	36	(37.11)	15	(15.46)	41	(42.27)
H町	182	夫の両親	37	(20.33)	54	(29.67)	18	(9.89)	73	(40.11)
		自分の両親	20	(10.99)	76	(41.76)	17	(9.34)	78	(42.86)
合計	324	夫の両親	75	(23.15)	99	(30.56)	37	(11.42)	113	(34.88)
		自分の両親	37	(11.42)	134	(41.36)	34	(10.49)	135	(41.67)

3. 母親の日常生活

母親の普段の生活時間¹についてみると、「育児」に費やす時間が、平均 8.2±4.7 時間、「家事」に 3.7±1.9 時間、「食事、入浴等」に 2.0±1.0 時間、「睡眠」が 6.6±1.1 時間、「仕事」が 4.0±4.1 時間、「自分の時間」は 1.5±1.2 時間、「その他のこと」が 1.7±1.4 時間であった。自分の時間が全くないと回答した母親も 13.5%みられた(図 5-2)。

¹ 家事をしながら育児をしているなど、重複して答えたものもあり、結果、生活時間の合計が 24 時間を越えているものがあった。

1 日の生活時間を就労状況別に比較したところ、「仕事」および「育児」時間について、就労状況別に有意な差が示されており、「仕事」をしている時間が長いほど、「育児」に費やされる時間が少ない傾向が示された。就労している母親の 1 日生活時間のうち通勤時間を含む「仕事」時間は、平均 6.7 ± 3.2 時間であり、就労形態別では、「常勤」のものは 8.6 ± 2.7 時間、「パートタイマー、アルバイト」が 5.5 ± 2.3 時間、「自営」 5.9 ± 2.9 時間、「内職」が 4.5 ± 3.7 時間であった(図 5-3)。

「子どもを預け、夫婦で外出する頻度」については、78.1%の母親が「ほとんどない」と回答しており、「月に 1 回程度」が 15.9%、「週に 1 回程度」が 5.4%、「週に 2~3 回程度」が 0.6%であり、子どもを預けて夫と外出する母親は少なかった(表 5-12)。また、「身近な人に子どもを預ける頻度」については、「よくある」が 18.9%、「たまにある」が 45.4%、「ほとんどない」が 36.6%であり、身近な人に子どもを預ける機会のほとんどないものが 4 割近くいた(表 5-13)。

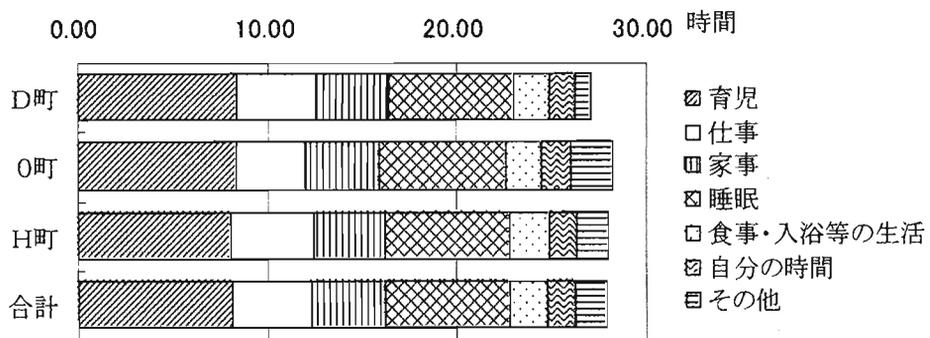


図 5-2.母親の日常生活時間

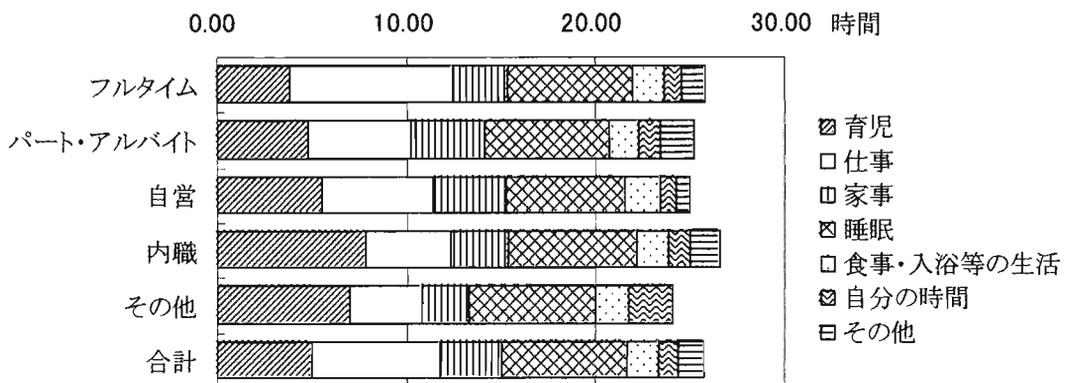


図 5-3.現在の仕事別生活時間

表 5-12.子どもを預け、夫婦で外出する頻度

町名	N=	子どもを預け、夫婦で外出する頻度							
		週 2~3 回程度		週 1 回程度		月 1 回程度		ほとんどない	
		人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
D町	47		(0.00)	3	(6.38)	9	(19.15)	35	(74.47)
O町	101	1	(0.99)	6	(5.94)	18	(17.82)	76	(75.25)
H町	185	1	(0.54)	9	(4.86)	26	(14.05)	149	(80.54)
合計	333	2	(0.60)	18	(5.41)	53	(15.92)	260	(78.08)

表 5-13.身近な人に子どもを預ける頻度

町名	N=	身近な人に子どもを預ける頻度					
		よくある		たまにある		ほとんどない	
		人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
D町	48	10	(21.28)	19	(40.43)	19	(40.43)
O町	102	23	(22.77)	46	(45.54)	33	(32.67)
H町	186	30	(16.22)	86	(46.49)	70	(37.84)
合計	336	63	(18.92)	151	(45.35)	122	(36.64)

4. 子どもについて

1) 子どもの属性

子どもの平均人数は 1.7 ± 0.8 人であり(表 5-14)子どもの性別は、男児 49.4%、女児 50.6%であった。また、子どもの平均年齢は、 3.1 ± 2.7 歳であった。乳幼児健診に来所した母親を中心にアンケート調査を実施したため、3歳未満の子どもを持つ母親が主であったが、その他、第1子が10歳以上のものも、17名いた(表 5-15)。

2) 子どもの性格

子どもの性格は、回答が多い順に、「要求がはっきりしている」89.6%、「活発」87.7%、「甘えん坊」84.1%、「我が強い」76.1%、「大人しくない」79.7%、「ほがらか」69.9%、「泣いてもなだめやす

い」68.7%、「引っ込み思案ではない」67.5%、「神経質ではない」61.8%、「よく泣きはしない」50.3%、「のんき」50.2%であり、比較的活発で元気な子どもが多い傾向にあった。また、これらの子どもの性格を年齢別に比較してみると、各年代に応じその性格傾向は変化していた(図 5-4)。

表 5-14.子どもの人数

町名	N=	子どもの人数				
		平均数	1人	2人	3人	4人
		人 ±SD	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
D町	48	1.7 0.79	22 (46.81)	18 (38.30)	7 (14.89)	1 (2.13)
O町	103	1.8 0.79	45 (44.55)	40 (39.60)	16 (15.84)	2 (1.98)
H町	190	1.7 0.77	89 (48.11)	73 (39.46)	24 (12.97)	4 (2.16)
合計	341	1.7 0.78	156 (46.85)	131 (39.34)	47 (14.11)	7 (2.10)

表 5-15.子どもの年齢

年齢	N=	男児	女児
		人数 (%)	人数 (%)
10歳以上	17	11 (64.71)	6 (35.29)
5歳以上	95	52 (54.74)	43 (45.26)
3歳以上	92	41 (44.57)	51 (55.43)
1歳以上	235	113 (48.09)	122 (51.91)
1歳未満	96	54 (56.25)	42 (43.75)
合計	535	271 (50.98)	264 (49.02)

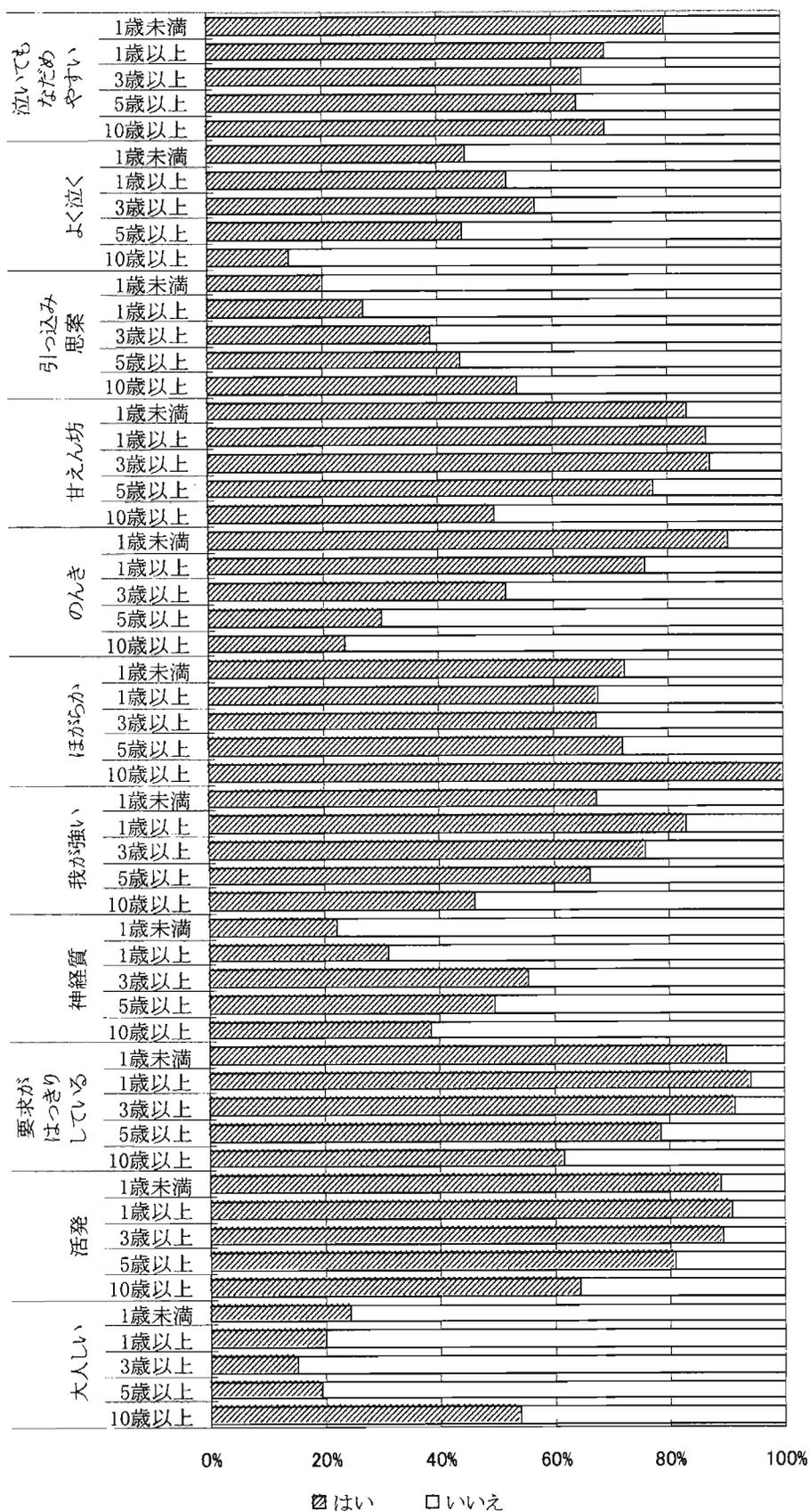


図 5-4. 年齢別子どもの性格

5. 夫の育児への参加、協力や母親との関わりの現状と母親の希望

1) 夫の育児の参加、協力の現状

夫の育児への参加、協力や母親との関わりの現状として、「毎日する」と答えたものが最も多いのは「子どものことを話す」60.1%であった。次いで「妻の話を聞く」56.7%、「遊び相手になる」51.8%、「お風呂に入れる」43.9%であった。また「毎日する」としたものが少なかったのは、「保育園等への送迎」3.7%、であり、次いで「子どもの寝かしつけ」12.8%、「妻の変化に気づく」15.2%、「オムツ替え」17.1%であった。

夫が「まったくしない」と答えたものが最も多かった項目は、「保育園等への送迎」22.6%であり、次いで「子どもの寝かしつけ」19.5%、「ミルクや食事の世話」12.2%、「オムツ替え」11.6%となっていた。一方、「まったくしない」と答えたものが最も少なかったのは「遊び相手」0.9%であり、次いで「子どものことを話す」1.8%、「妻の話を聞く」2.4%、「妻の相談にのる」2.7%となっていた。

夫の多くが、「保育園等への送迎」「子どもの寝かしつけ」「ミルクや食事の世話」「オムツ替え」といった直接的な子どもの世話にはあまり参加していないが、「子どものことを話す」「妻の話を聞く」「妻の相談にのる」といった、子どものことを中心として妻とコミュニケーションをとることや、「遊び相手になる」「お風呂に入れる」といった、帰宅後行なえる世話については積極的に参加している傾向が示された。

夫の育児への参加、協力の現状について、地域ごとに比較した。その結果、有意な差は示されなかったものの、0町の夫が育児への参加、協力への度合いが最も高い傾向が示された(図 5-5)。また、妻の就労の有無、夫の帰宅時間、子どもの人数による夫の育児への参加、協力の現状の違いについても検討した。妻の就労の有無や子どもの人数による差はほとんど示されなかったが、夫の帰宅時間について、帰宅時間の早い夫(午後 8 時頃までの帰宅)に比べ、帰宅時間の遅い夫(午後 9 時頃以降の帰宅)は、「遊び相手になる($p=0.006$)」「お風呂に入れる($p=0.000$)」「ミルクや食事の世話」($p=0.027$)「子どもを寝かしつける」($p=0.009$)の各項目について、育児への参加、協力が有意に少なかった。

2) 夫の育児参加、協力に対する妻の希望

夫の育児参加や協力に対する妻の希望については、全ての項目において「今のままでよい」と答えたものが最も多く、「保育園等への送迎」を除き、6~7 割のものが現状維持でよいとしていた。また、「もっと減らして欲しい」と答えたものもほとんどいなかった。「もっとして欲しい」と答えたものが最も多かったのは「遊び相手」32.9%、次いで「子どもを寝かしつける」27.1%、「妻の相談にのる」25.3%となっていた。

夫の育児参加や協力に対する妻の希望について、地域ごとに比較した。その結果、「子どものこと

について話す」については、有意にD町の母親が「もっとして欲しい」と答えていた(p=0.046) (図5-6)。また、妻の就労の有無、夫の帰宅時間、子どもの人数による夫の育児参加や協力に対する妻の希望についても検討した。妻の就労の有無や子どもの人数による差はほとんど示されなかったが、夫の帰宅時間について、帰宅時間の早い夫(午後8時頃までの帰宅)に比べ、帰宅時間の遅い夫(午後9時頃以降の帰宅)に対する希望が「お風呂に入れる(p=0.049)」については、有意に高かった。

妻は夫の育児に対する協力について、多くのものが現状維持で良いと感じていた。また、現在あまり協力が得られてない項目について、もっと協力することを望んでいるというよりは、現在、比較的協力を得ている項目である、「遊び相手になる」「子どもを寝かしつける」「妻の相談にのる」といったものについて、さらに協力することを望んでいた。

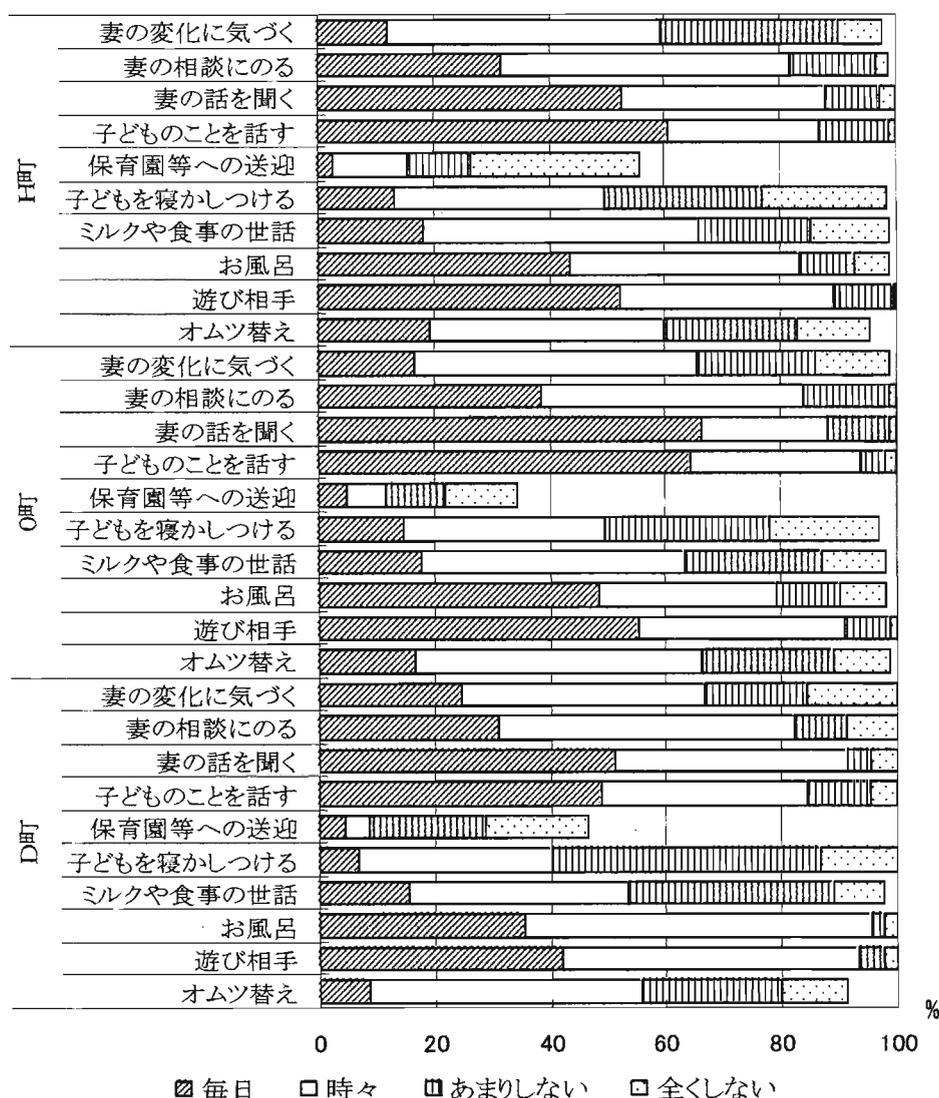


図 5-5. 夫の育児への参加、協力の現状

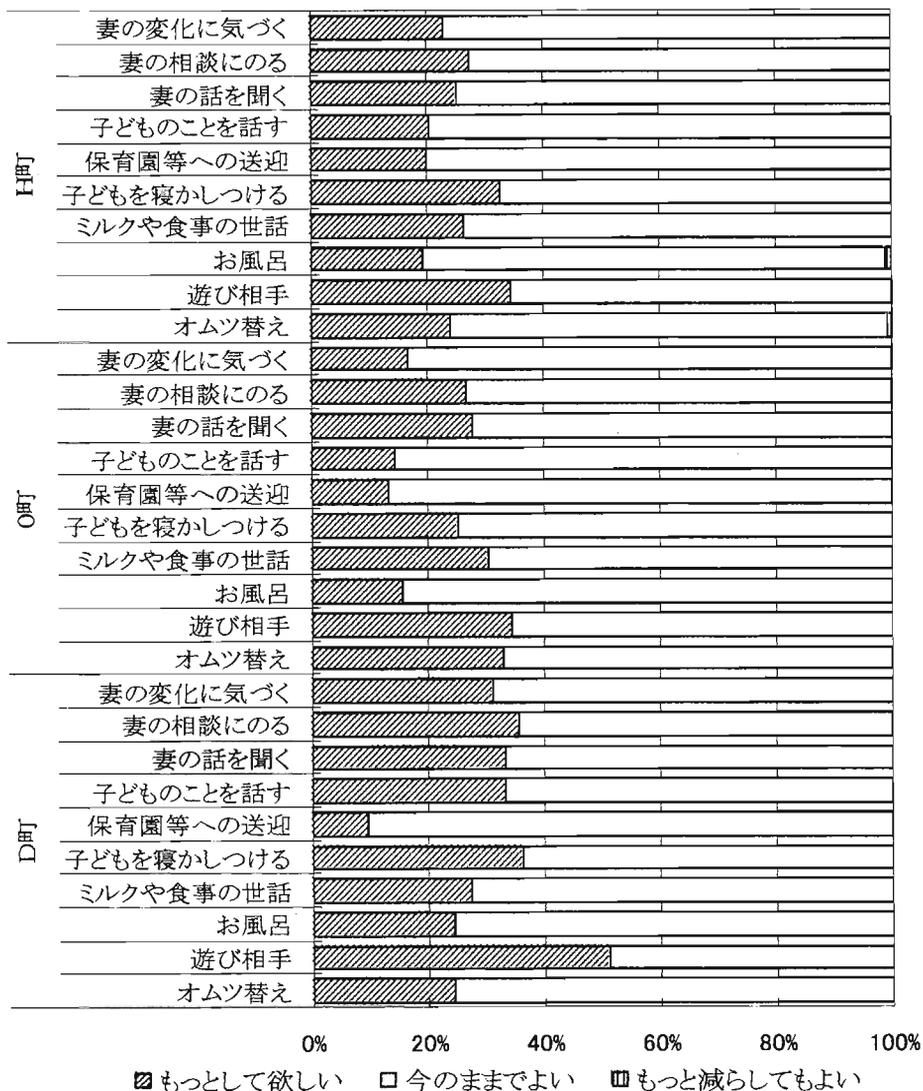


図 5-6. 夫の育児への参加、協力の希望

6. 母親の育児に対する不安およびストレス

1) 妊娠、出産にかかわる母親の気持ち

一番最近の妊娠、出産について、妊娠を「望んでいた(48.2%)」、もしくは「計画通りである(18.4%)」と答えたものは、「予想外の妊娠であった(26.8%)」、「まだ望んではいなかった(6.6%)」と答えたものに比べ多く、ほとんどのものが計画通り、もしくは計画外ではあっても望んでいた妊娠であると答えていた(表 5-16)。

妊娠に気づいた時の気持ちについては、「とてもうれしかった」ものが 55.4%いた。しかし、「うれしさが不安だった」37.5%、「とても不安だった」7.0%だった母親もあり、約半数近くの母親が、妊娠に

何らかの不安を感じていたと回答している(表 5-17)。妊娠時の母親の気持ちと母親の年齢の関係についてみると、不安を感じている母親のほうがそうでない母親に比べ、わずかに年齢が低かった。

出産後、涙もろくなったり淋しくなったりした経験については、57.6%が「あった」と回答している。(表 5-18) 出産後、涙もろくなったり淋しくなったりした経験の有無と母親の年齢および子どもの人数の関係についてみたところ、子どもの人数が少なく、母親の年齢が若いほうが涙もろかったり、淋しかった経験があったと答えていた。

表 5-16. 望んでいた妊娠かどうか

町名	N=	望んでいた妊娠かどうか			
		望んでいた	計画通り	予想外	まだ望んでいない
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
D町	46	25 (54.35)	9 (19.57)	9 (19.57)	3 (6.52)
O町	100	44 (44.00)	17 (17.00)	29 (29.00)	10 (10.00)
H町	186	91 (48.92)	35 (18.82)	51 (27.42)	9 (4.84)
合計	332	160 (48.19)	61 (18.37)	89 (26.81)	22 (6.63)

表 5-17. 妊娠に気づいたときの気持ち

町名	N=	妊娠に気づいたときの気持ち		
		とてもうれしかった	うれしいが不安	とても不安
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
D町	47	22 (46.81)	24 (51.06)	1 (2.13)
O町	103	58 (56.31)	33 (32.04)	12 (11.65)
H町	191	109 (57.07)	71 (37.17)	11 (5.76)
合計	341	189 (55.43)	128 (37.54)	24 (7.04)
平均年齢	平均±SD	30.34 ±3.95	29.02 ±4.70	29.63 ±4.60

表 5-18. 出産後、涙もろくなったり淋しくなった経験の有無

町名	N=	出産後、涙もろくなったり、 淋しくなった経験	
		ある (%)	ない (%)
D町	47	35 (74.47)	12 (25.53)
O町	102	49 (48.04)	53 (51.96)
H町	186	109 (58.60)	77 (41.40)
合計	335	193 (57.61)	142 (42.39)
平均年齢	平均±SD	29.07 ±4.27	30.78 ±4.29
子どもの平均数	平均±SD	1.60 ±0.75	1.90 ±0.78

2) 現在の母親の気持ち(表 5-19)

育児に対する母親の現在の気持ちについて、「よくある(4点)」から「ない(1点)」まで得点化し、平均点を求め、評価した(図 5-7-1)。育児や現在の生活について、「子どもと一緒にいると楽しい」「育児によって成長している」「今の生活に満足している」「夫と気持ちが通じ合う」といった肯定的な捉え方をしている母親が多い傾向にあった。その反面、「毎日同じことの繰り返し」「どうしたらいいのかわからない」「子どもが煩わしい」「子どもを預けての外出は心配」「何事も考えるのがおっくう」については、「時々ある」と「よくある」をあわせると、半数以上の母親がそう感じていると答えており、育児に対する不安や拘束感も抱いていた(図 5-7-2)。

7. 母親の性格

母親の性格を質問項目ごとみた(表 5-20)。最も「はい」と答えたものが多かったのは、「緊張しやすい」80.0%であり、次いで「心配性」77.4%、「感情的」75.8%、「信じやすい」70.1%であった。反対に、「はい」と答えたものが少なかったのは、「世間体を気にしやすい」31.0%、「内向的」31.6%、「大胆」37.0%、「繊細」39.4%であった。

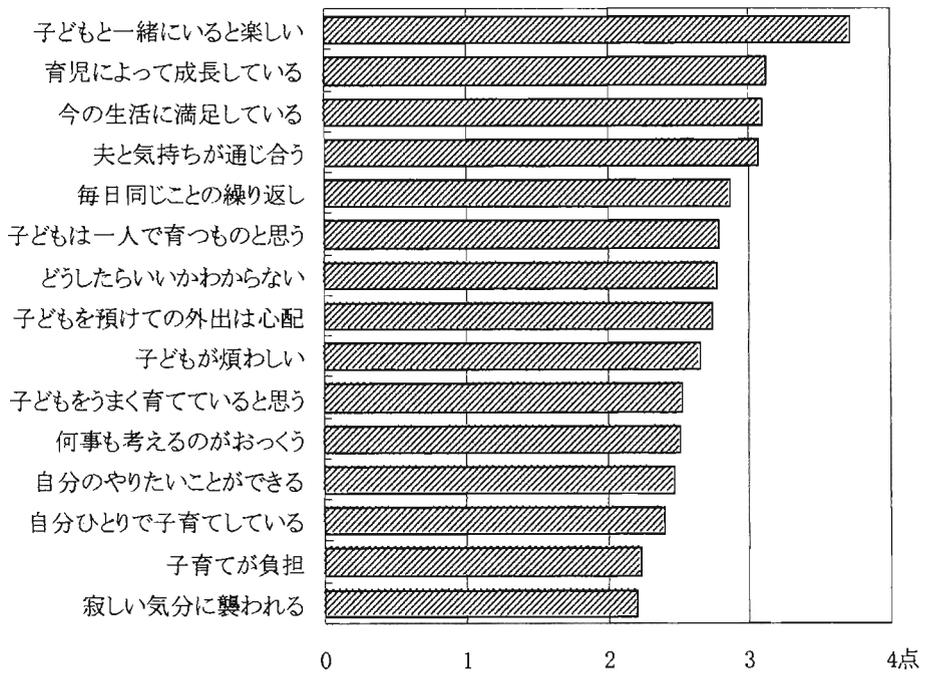


図 5-7-1. 母親の現在の育児に対する気持ち(項目別平均得点)

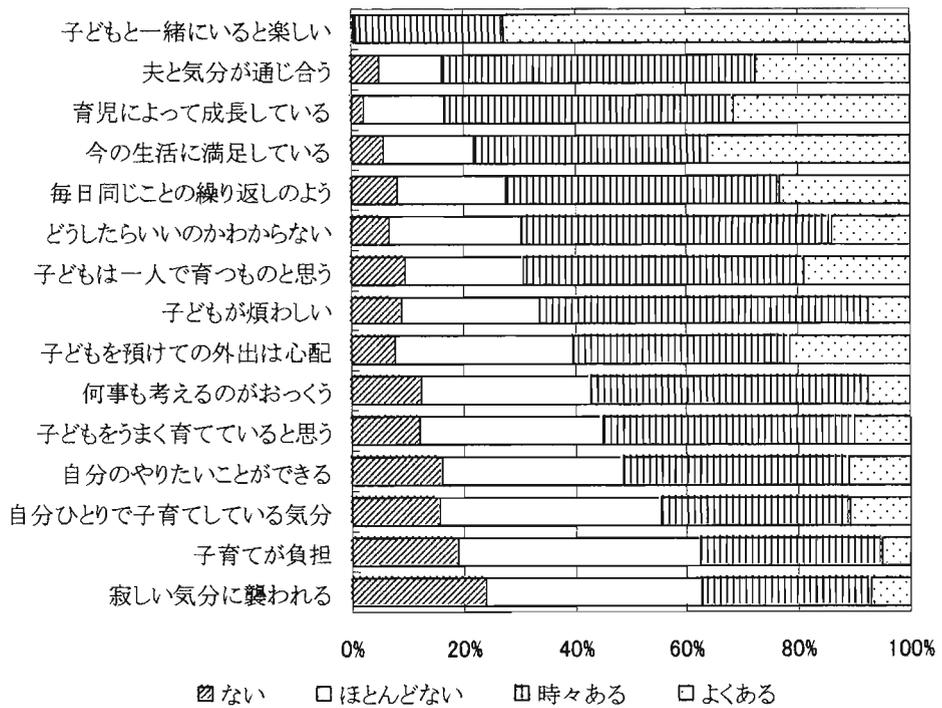


図 5-7-2. 母親の現在の育児に対する気持ち(項目別回答頻度)

表 5-19. 母親の現在の育児に対する気持ち

母親の気持ち	町名	N=	平均得点	±SD	母親の気持ち	町名	N=	平均得点	±SD
子供と一緒に いると楽しい	D町	48	3.69	0.47	今の生活に満 足している	D町	48	3.06	0.98
	O町	102	3.75	0.43		O町	100	3.17	0.70
	H町	190	3.71	0.50		H町	188	3.05	0.91
	合計	340	3.72	0.48		合計	336	3.09	0.86
何事も考える のがおっくう	D町	47	2.47	0.95	自分ひとりで 子育てしてい る気分	D町	48	2.33	0.86
	O町	103	2.53	0.74		O町	102	2.38	0.94
	H町	189	2.52	0.81		H町	189	2.42	0.86
	合計	339	2.52	0.81		合計	339	2.40	0.88
子供が煩わし い	D町	48	2.58	0.74	育児によって 成長している	D町	48	3.27	0.68
	O町	102	2.69	0.72		O町	102	3.08	0.73
	H町	189	2.65	0.77		H町	185	3.11	0.75
	合計	339	2.65	0.75		合計	335	3.13	0.73
子供をうまく育 てたと思う	D町	48	2.77	0.86	毎日同じこと の繰り返しのよ う	D町	48	2.85	0.90
	O町	99	2.46	0.85		O町	103	2.83	0.87
	H町	177	2.50	0.81		H町	188	2.91	0.85
	合計	324	2.53	0.83		合計	339	2.88	0.86
どうしたらいい のかわからな い	D町	48	2.73	0.89	子育てが負担	D町	48	2.27	0.84
	O町	102	2.81	0.71		O町	102	2.21	0.80
	H町	189	2.75	0.77		H町	189	2.25	0.82
	合計	339	2.77	0.77		合計	339	2.24	0.81
子供は一人で 育つものと思う	D町	48	2.77	0.93	寂しい気分に 襲われる	D町	48	2.21	0.94
	O町	102	2.66	0.85		O町	102	2.20	0.82
	H町	185	2.86	0.85		H町	188	2.21	0.91
	合計	335	2.79	0.87		合計	338	2.20	0.89
自分のやりた いことができる	D町	48	2.46	0.94	夫と気持ちが 通じ合う	D町	46	3.11	0.77
	O町	101	2.47	0.89		O町	99	3.11	0.65
	H町	189	2.47	0.88		H町	182	3.03	0.82
	合計	338	2.47	0.89		合計	327	3.06	0.76
子供を預けて の外出は心配	D町	48	2.98	0.81	育児困難感得 点	D町	47	17.51	4.00
	O町	102	2.74	0.90		O町	99	17.64	3.60
	H町	186	2.68	0.88		H町	186	17.63	4.10
	合計	336	2.74	0.88		合計	332	17.62	3.93

表 5-20.母親の性格傾向

町名	N=	項目	母親の性格傾向		項目	母親の性格傾向	
			はい	いいえ		はい	いいえ
			人数 (%)	人数 (%)		人数 (%)	人数 (%)
D町	48	社交的	31 (64.58)	17 (35.42)	信じやすい	30 (62.50)	18 (37.50)
		物事を具体的に考える	38 (79.17)	10 (20.83)	内向的	13 (27.08)	34 (70.83)
		感情的	35 (72.92)	13 (27.08)	率直	27 (56.25)	20 (41.67)
		謙虚	24 (50.00)	24 (50.00)	心配性	34 (70.83)	12 (25.00)
		慎重	37 (77.08)	11 (22.92)	保守的	35 (72.92)	11 (22.92)
		責任感が強い	41 (85.42)	5 (10.42)	自分で決断する	29 (60.42)	17 (35.42)
		大胆	16 (33.33)	31 (64.58)	世間体を気にしやすい	15 (31.25)	31 (64.58)
		繊細	23 (47.92)	24 (50.00)	緊張しやすい	37 (77.08)	9 (18.75)
O町	100	社交的	54 (54.00)	46 (46.00)	信じやすい	78 (78.00)	21 (21.00)
		物事を具体的に考える	62 (62.00)	36 (36.00)	内向的	34 (34.00)	65 (65.00)
		感情的	72 (72.00)	28 (28.00)	率直	65 (65.00)	32 (32.00)
		謙虚	47 (47.00)	47 (47.00)	心配性	80 (80.00)	20 (20.00)
		慎重	62 (62.00)	36 (36.00)	保守的	63 (63.00)	33 (33.00)
		責任感が強い	56 (56.00)	42 (42.00)	自分で決断する	57 (57.00)	42 (42.00)
		大胆	37 (37.00)	63 (63.00)	世間体を気にしやすい	33 (33.00)	66 (66.00)
		繊細	43 (43.00)	54 (54.00)	緊張しやすい	86 (86.00)	15 (15.00)
H町	187	社交的	106 (56.68)	80 (42.78)	信じやすい	126 (67.38)	60 (32.09)
		物事を具体的に考える	112 (59.89)	75 (40.11)	内向的	59 (31.55)	122 (65.24)
		感情的	147 (78.61)	40 (21.39)	率直	105 (56.15)	78 (41.71)
		謙虚	78 (41.71)	94 (50.27)	心配性	142 (75.94)	44 (23.53)
		慎重	104 (55.61)	81 (43.32)	保守的	122 (65.24)	52 (27.81)
		責任感が強い	114 (60.96)	70 (37.43)	自分で決断する	116 (62.03)	65 (34.76)
		大胆	71 (37.97)	116 (62.03)	世間体を気にしやすい	56 (29.95)	119 (63.64)
		繊細	66 (35.29)	120 (64.17)	緊張しやすい	145 (77.54)	39 (20.86)
合計	335	社交的	191 (57.01)	143 (42.69)	信じやすい	234 (69.85)	99 (29.55)
		物事を具体的に考える	212 (63.28)	121 (36.12)	内向的	106 (31.64)	221 (65.97)
		感情的	254 (75.82)	81 (24.18)	率直	197 (58.81)	130 (38.81)
		謙虚	149 (44.48)	165 (49.25)	心配性	256 (76.42)	76 (22.69)
		慎重	203 (60.60)	128 (38.21)	保守的	220 (65.67)	96 (28.66)
		責任感が強い	211 (62.99)	117 (34.93)	自分で決断する	202 (60.30)	124 (37.01)
		大胆	124 (37.01)	210 (62.69)	世間体を気にしやすい	104 (31.04)	216 (64.48)
		繊細	132 (39.40)	198 (59.10)	緊張しやすい	268 (80.00)	63 (18.81)

8. 社会的サポート

育児をしている母親に対するサポートとして、友人関係についてたずねた(表 5-21)。育児について相談できる友人について、多くの母親が「悩みや不安について話す(78.7%)」友達がいるとしている一方、約 2 割のものが「育児の話はするが悩みや不安は話さない(16.5%)」あるいは、「何らかの話はしても育児の話、不安や悩みは相談しない(2.1%)」と答えていた。さらに、「話をする友達がいない」と答えた母親が 2.7%いた。この話をする友達がいないとした母親の育児困難感得点を、友人のいる母親の育児困難感得点と比較すると、有意に得点が高い傾向にあった($p=0.013$)。

気分転換をしたい時に一緒に過ごす人(表 5-22)は、「夫」が 62.1%と最も多く、次いで「友人」が多い傾向にあった。子育てなどで手を借りたいときに駆けつけてくれる人(表 5-23)は、「自分の両親」が 63.3%と最も多く、次いで「夫」58.3%、「夫の両親」34.6%であった。さらに、育児に困ったり悩んだりしたときの情報源についても、「自分の両親」と答えたものが 72.8%と最も多く、次いで「夫」69.0%、「近所の人」40.0%となっており、圧倒的に「自分の両親」「夫」を頼りにしているものが多かった。

ほとんどの母親が気分転換をしたい時に一緒に過ごす人がいる、あるいは子育てなどで手を借りたいときに駆けつけてくれる人がいると答えているが、双方の質問に対しサポートしてくれる人が「なし」と答えたものもいた。

また、育児に困った時の情報源として、「保育園、幼稚園、学校の先生(23.3%)」「かかりつけ医(25.4%)」「保健所など(22.7%)」「育児書などのメディア(24.8%)」と、それぞれ活用されているものの、「電話相談」について利用しているものは 2.7%であり、反対に 79.7%のものが活用していないと回答していた。

表 5-21.友人への育児相談

町名	N=	友人への育児相談			
		悩みや不安について話す	育児の話はするが、悩みや不安は話さない	話はするが、育児の話、不安、悩みは話さない	話をする友達がいない
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
D町	44	33 (75.00)	10 (22.73)	(0.00)	1 (2.27)
O町	102	81 (79.41)	16 (15.69)	2 (1.96)	3 (2.94)
H町	187	148 (79.14)	29 (15.51)	5 (2.67)	5 (2.67)
合計	333	262 (78.68)	55 (16.52)	7 (2.10)	9 (2.70)
平均得点±SD		17.34 ±3.91	18.09 ±3.41	17.67 ±4.41	21.44 ±5.29

表 5-22. 気分転換をしたい時に一緒に過ごす人

町名	N=	気分転換をしたい時に一緒に過ごす人													
		なし		夫		両親		兄弟姉妹		親戚		友人		その他	
		人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)
D町	41	4	(9.76)	27	(65.85)	2	(4.88)	1	(2.44)		(0.00)	6	(14.63)	1	(2.44)
O町	103	7	(6.80)	74	(71.84)	7	(6.80)	1	(0.97)		(0.00)	10	(9.71)	4	(3.88)
H町	186	12	(6.45)	104	(55.91)	18	(9.68)	19	(10.22)	2	(1.08)	30	(16.13)	1	(0.54)
合計	330	23	(6.97)	205	(62.12)	27	(8.18)	21	(6.36)	2	(0.61)	46	(13.94)	6	(1.82)

表 5-23. 子育てなどで手を借りたいとき駆けつけてくれる人

町名	N=	子育てなどで手を借りたいとき駆けつけてくれる人(複数回答)													
		なし		夫		両親		夫の両親		兄弟姉妹		親戚		その他	
		人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)
D町	41	2	(4.88)	22	(53.66)	27	(65.85)	20	(48.78)	6	(14.63)	3	(7.32)	5	(12.20)
O町	102	4	(3.92)	70	(68.63)	66	(64.71)	30	(29.41)	14	(13.73)	2	(1.96)	1	(0.98)
H町	181	11	(6.08)	97	(53.59)	112	(61.88)	62	(34.25)	24	(13.26)	7	(3.87)	11	(6.08)
合計	324	17	(5.25)	189	(58.33)	205	(63.27)	112	(34.57)	44	(13.58)	12	(3.70)	17	(5.25)

表 5-24. 育児サークルの有無と育児サークルへの参加

町名	N=	育児サークルの有無		育児サークルの利用の有無	
		あり	なし	あり	なし
		人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)	人数 (%)
D町	44	32 (72.73)	9 (20.45)	19 (43.18)	25 (56.82)
O町	91	37 (40.66)	50 (54.95)	14 (15.38)	77 (84.62)
H町	171	119 (69.59)	44 (25.73)	73 (42.69)	98 (57.31)
合計	306	188 (61.44)	103 (33.66)	106 (34.64)	200 (65.36)

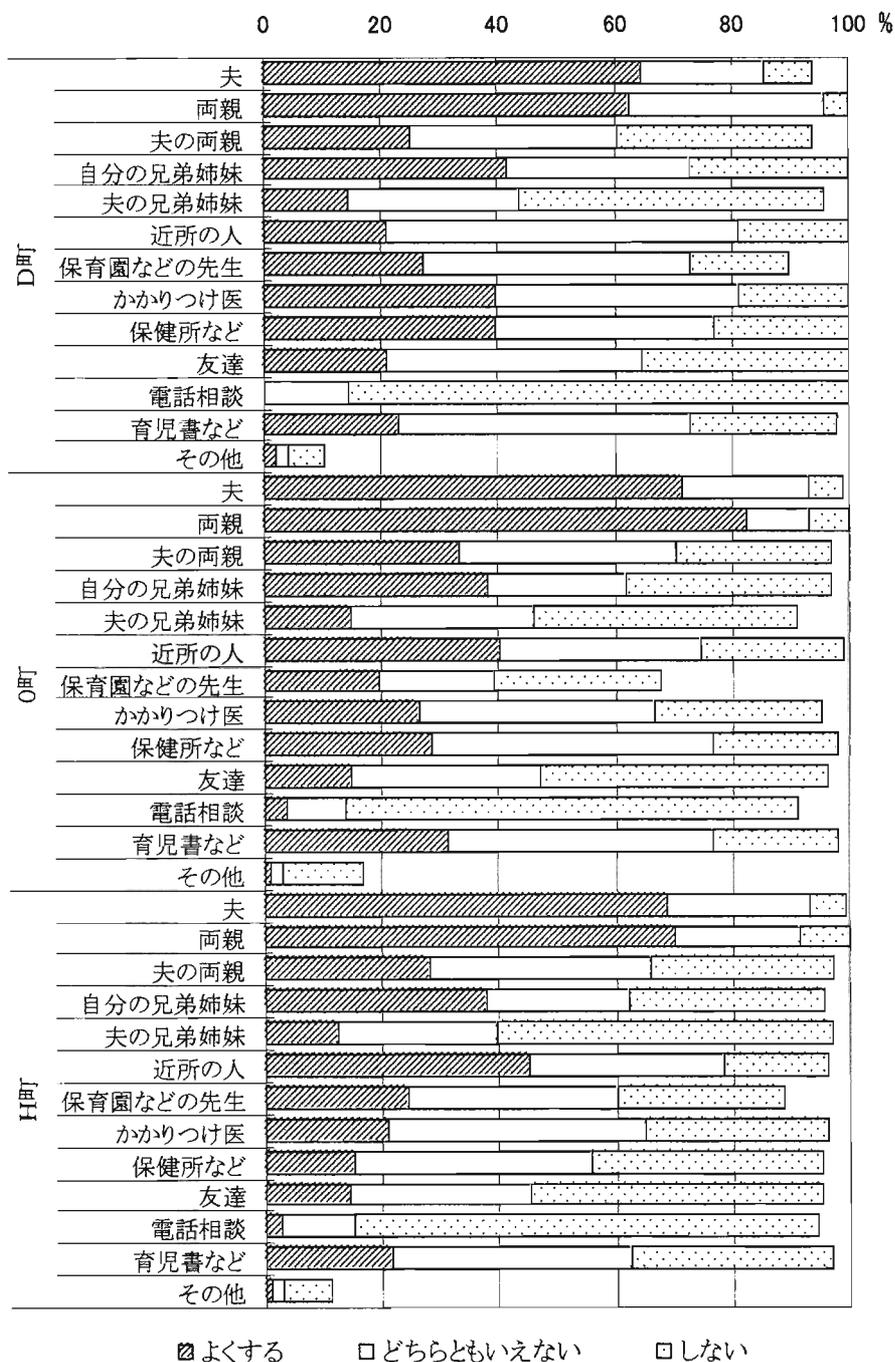


図 5-8. 育児に困ったとき、悩んだときの情報源(N=335)

地域の育児サークルについては、O町では 55.0%のものが育児サークルは「なし」と答えており、利用したことがあると答えたものも 15.4%と少なかった。また、D町、H町についても育児サークルを利用しているのはそれぞれ 43.2%、42.7%と、半数に満たなかった。育児サークルを利用する理由について、自由記載での回答を求めたところ、「子どもの友達づくり」や「子どもに社会のルールを教えたい」といった、子どものために参加している母親もいたが、母親自身の「気分転換」「ストレス解消」のためサークルに参加しているものもいた。

9. 育児困難感得点とその関連要因

母親の今の気持ちのうち、育児に対するストレスを最も強く示している育児困難感得点を算出し、育児困難感得点に関連している項目について検討を行なった。以下では特に育児困難感得点と有意な関係が示されたものについて述べる。

居住環境については、「隣家や階下への気遣い」が有意に関連していた。気遣いがあるとしたものの育児困難得点は 18.2 ± 3.9 点、無いとしたものの育児困難感得点は 17.2 ± 3.9 点であり、気遣いがあるもののほうが、有意に育児困難感が高かった ($p=0.025$)。

父親の育児への協力の現状、および母親の希望と育児困難感得点の関連については表 5-25-1、表 5-25-2 に示すように、「妻の話を聞く」「妻の相談にのる」「妻の変化に気づく」といったことについて、「毎日している」と答えたものの育児困難感得点は、そうでないものに比べ有意に低く、またこれらの項目について「もっとして欲しい」と答えたものの育児困難感得点が有意に高い傾向が示された。

妊娠前後の気持ちと育児困難感の関連については、特に「妊娠の計画性」が有意な関連を示していた。「妊娠を望んでいた」「計画通りだった」ものの育児困難得点に比べ、「予想外だった」「まだ望んでいなかった」ものの育児困難感得点は有意に高い傾向を示していた ($p=0.013$)。また、妊娠中の不安や出産後の気持ちの不安定感を示している、出産後の涙もろさといった、出産後の気持ちの不安定感が高いものほど、育児困難感得点が高い傾向が示された(表 5-26)。

母親の性格傾向との関連性については、「社交的ではない」「感情的」「繊細」「内向的」「心配症」「保守的」「世間体を気にしやすすくない」「緊張しやすい」といった性格傾向を持つ母親の育児困難感得点が有意に高い傾向にあった。

また、周囲の友人等との関わりと育児困難感の関連について、「育児の悩みや困ったことを相談する相手がない」と答えたものは他のものに比べ育児困難感得点が高い ($p=0.013$)、また地域に「子育てについて話し合える人がいる」と答えたものはそうでないものに比べ有意に育児困難感得点が高かった ($p=0.013$)。育児についての情報源についても、「夫」「自分の両親」「夫の両親」と話し合い、育児についての情報を得ているものは、そうでないものに比べ育児困難感得点が高い傾向があった(表 5-28)。

表 5-25-1. 育児困難得点と父親の育児参加の現状

現状	毎日			時々			あまりしない			まったくしない			合計			p値
	N=	平均	±	N=	平均	±	N=	平均	±	N=	平均	±	N=	平均	±	
オムツ替え	55	17.22	4.58	141	17.82	3.74	75	17.33	4.07	35	18.09	3.32	306	17.62	3.93	0.61
遊び相手	165	17.25	4.02	123	17.93	3.74	28	17.89	3.88	3	18.00	6.24	319	17.58	3.92	0.50
お風呂	140	17.91	3.84	127	17.43	3.99	29	17.03	3.91	19	16.63	4.17	315	17.56	3.93	0.41
ミルクや食事の世	58	18.03	4.33	145	17.05	3.82	73	18.32	4.10	38	17.55	3.24	314	17.59	3.94	0.11
子どもを寝かしつけ	42	17.60	4.16	113	17.41	3.96	98	17.53	3.92	61	18.02	3.73	314	17.59	3.92	0.81
保育園等への送迎	12	15.33	4.77	30	17.40	3.92	38	16.79	4.07	71	17.72	3.71	151	17.23	3.95	0.22
子どものことを話す	195	17.42	4.08	88	17.50	3.69	30	18.60	3.59	6	17.83	3.66	319	17.56	3.92	0.50
妻の話を聞く	183	16.95	3.76	99	18.03	3.95	29	19.48	3.65	8	18.88	5.49	319	17.56	3.92	0.00
妻の相談にのる	109	16.44	4.08	154	17.69	3.71	45	19.31	3.17	9	20.44	4.98	317	17.57	3.94	0.00
妻の変化に気づく	50	15.72	4.44	147	17.79	3.66	83	17.96	3.87	34	18.15	3.93	314	17.54	3.94	0.00

表 5-25-2. 育児困難得点と父親の育児参加に対する希望

希望	もっとして欲しい			今のままよい			合計			p値
	N=	平均	±SD	N=	平均	±SD	N=	平均	±SD	
オムツ替え	75	17.89	3.29	200	17.52	4.21	276	17.62	3.97	0.78
遊び相手	108	18.22	3.41	178	17.31	4.16	286	17.66	3.91	0.06
お風呂	54	17.43	3.90	227	17.70	3.96	283	17.65	3.93	0.86
ミルクや食事の世話	79	18.41	3.34	205	17.40	4.09	284	17.68	3.92	0.05
子どもを寝かしつける	86	18.36	3.70	196	17.35	4.00	282	17.66	3.93	0.05
保育園等への送迎	23	17.48	3.30	115	17.30	4.13	138	17.33	4.00	0.85
子どものことを話す	59	18.22	3.91	226	17.47	3.92	285	17.63	3.92	0.19
妻の話を聞く	78	18.88	3.60	210	17.20	3.93	288	17.65	3.91	0.00
妻の相談にのる	82	19.00	3.40	203	17.10	4.00	285	17.65	3.93	0.00
妻の変化に気づく	65	18.62	3.52	220	17.35	4.00	285	17.64	3.93	0.02

表 5-26. 育児困難感と妊娠前後の気持ち

妊娠の計画性	育児困難感得点			妊娠中の気持ち	育児困難感得点			出産後の涙もろさ	育児困難感得点		
	N=	平均	±		N=	平均	±		N=	平均	±
望んでいた	158	17.0	3.7	とてもうれしかった	184	16.5	3.8	涙もろかった	187	18.4	3.9
計画通りだった	58	17.3	3.6	うれしいが不安だった	123	18.9	3.4	涙もろくはなかった	138	16.4	3.6
予想外だった	84	18.5	3.9	とても不安だった	23	18.7	4.0	合計	325	17.5	3.9
まだ望んでいなかった	22	18.5	4.1	合計	330	17.5	3.9	P値	p=0.00		
合計	322	17.5	3.8	p値	p=0.00						
p値	p=0.01										

表 5-27. 育児困難感と母親の性格傾向

母親の性格傾向	はい			いいえ			合計			p値
	N=	平均	±SD	N=	平均	±SD	N=	平均	±SD	
社交的	186	17.04	4.12	141	18.34	3.62	327	17.60	3.96	0.00
物事を具体的に考える	208	17.65	4.11	117	17.47	3.67	325	17.58	3.95	0.70
感情的	246	18.06	3.73	81	16.21	4.12	327	17.60	3.91	0.00
謙虚	146	17.64	3.94	162	17.56	4.00	308	17.60	3.97	0.85
慎重	198	17.82	3.89	126	17.29	4.08	324	17.61	3.96	0.24
責任感が強い	207	17.28	4.04	114	18.14	3.77	321	17.58	3.96	0.06
大胆	123	17.15	4.17	205	17.86	3.78	328	17.59	3.94	0.12
繊細	128	18.55	3.63	195	17.01	4.07	323	17.62	3.96	0.00
信じやすい	230	17.64	4.08	96	17.44	3.55	326	17.58	3.93	0.67
内向的	105	19.10	3.68	216	16.85	3.86	321	17.59	3.94	0.00
率直	197	17.31	4.31	124	18.06	3.22	321	17.60	3.94	0.10
心配性	250	17.90	3.88	75	16.77	4.05	325	17.64	3.94	0.03
保守的	216	18.02	3.79	94	16.81	4.20	310	17.65	3.95	0.01
自分で決断する	199	17.29	4.19	119	18.10	3.41	318	17.59	3.93	0.08
世間体を気にしやすい	103	16.73	4.04	210	17.97	3.79	313	17.56	3.91	0.01
緊張しやすい	261	18.00	3.81	62	16.13	4.15	323	17.64	3.94	0.00

表 5-28. 育児困難感と育児についての情報源

育児について相談する相手	よくする			どちらともいえない			しない			合計			p値
	N=	平均	±SD	N=	平均	±SD	N=	平均	±SD	N=	平均	±SD	
夫	225	17.00	3.87	75	19.07	3.64	21	18.10	3.99	321	17.56	3.91	0.00
実家の両親	238	17.24	4.02	66	18.61	3.57	23	18.35	3.96	327	17.60	3.96	0.03
夫の両親	92	16.42	4.38	124	18.14	3.46	100	17.83	3.87	316	17.54	3.93	0.00
自分の兄弟姉妹	125	17.75	4.13	83	17.70	4.13	109	17.39	3.53	317	17.62	3.93	0.08
夫の兄弟姉妹	42	16.14	4.14	96	17.74	3.90	173	17.68	3.82	311	17.49	3.91	0.06
近所の人や知人	129	17.93	3.72	126	17.01	4.14	65	17.71	3.84	320	17.52	3.93	0.16
保育園・幼稚園・学校の先生	75	17.17	4.22	107	17.58	3.81	87	17.45	3.95	269	17.42	3.96	0.79
かかりつけの医師	82	17.05	4.12	138	17.76	3.70	94	17.68	4.17	314	17.55	3.95	0.41
保健所などの専門機関	71	16.86	3.94	141	17.53	3.79	105	18.10	4.07	317	17.57	3.93	0.12
病院、健診で知り合った友達	48	16.69	4.11	109	17.61	3.89	156	17.80	3.93	313	17.56	3.95	0.23
電話相談	8	18.75	3.28	40	17.30	4.28	261	17.53	3.84	309	17.53	3.88	0.63
育児書や雑誌、テレビ番組	78	17.67	4.24	145	17.64	3.87	96	17.41	4.01	319	17.58	3.99	0.88
その他	4	16.50	3.00	6	17.67	5.09	32	17.03	3.67	42	17.07	3.75	0.89

VI. おわりに

母親の育児不安の軽減には、育児雑誌等のメディアによる一方向の情報提供ではなく、母親自身の社会的な人間関係の広さ、すなわち母親自身の援助的ネットワーク、さらに育児サークルや保健所等専門機関の相談といった相互作用の可能である社会資源がより重要なものとして明らかになった。また、育児不安を軽減するためには、夫の育児参加もさることながら夫婦相互のコミュニケーションが存在すること、情緒的支援がなされていることが重要であった。

VII. 引用文献

- ・厚生統計協会 (2002): 国民衛生の動向. 厚生指標, 49(9), 37.
- ・福本恵, 榊本妙子, 堀井節子, 他 (1999): 育児不安の実態と関連要因の検討(第1報)～1歳6ヵ月児の母親へのアンケートから～, 京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要, 8, 155-162.

- ・ 佐藤紀子 (1996): 育児不安と子育て, 母子保健情報, 34, 27-33.
- ・ 牧野カツコ (1982): 乳幼児をもつ母親の生活と「育児不安」, 家庭教育研究紀要, 3, 35-56.
- ・ 川井尚, 庄司順一, 千賀悠子, 他 (1999): 育児不安に関する臨床的研究 V-育児困難感のプロフィール評定試案-, 日本子ども家庭総合研究所紀要, 35, 109-143.
- ・ 榊本妙子, 福本恵, 堀井節子, 他 (1999): 育児不安の実態と関連要因の検討(第2報)～育児不安測定項目の因子分析～, 京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要, 8, 163-172.
- ・ 厚生省(監修) (1998): 平成 10 年版厚生白書少子社会を考えるー子どもを産み育てることに「夢」を持てる社会をー, ぎょうせい, 東京.
- ・ 吉田弘道, 山中龍宏, 巷野悟郎, 他 (1999): 育児不安スクリーニング尺度の作成に関する研究 1・2 ヶ月児の母親用試作モデルの検討, 小児保健研究, 58(6), 697-704.
- ・ 佐々木正美 (1996): 子育て不安と児童虐待への援助, 母子保健情報, 33, 29-33.
- ・ 野村幸子 (1997): 母親の育児不安にソーシャルサポートの与える影響, 日本看護学会 28 回集録小児看護, 157-160.
- ・ 川井尚, 庄司順一, 千賀悠子, 他 (1994): 育児不安に関する基礎的検討, 日本総合愛育研究所紀要, 30, 27-39.
- ・ 川井尚, 庄司順一, 千賀悠子, 他 (1995): 育児不安に関する臨床的研究, 幼児の母親を対象に, 日本総合愛育研究所紀要, 31, 27-42.
- ・ 巷野悟郎 (1994): 育児不安への対応と支援, 小児内科, 26, 1569-1572.
- ・ 諏訪きぬ (1998): 母親の育児ストレスと保育サポート, 川島書店, 東京.
- ・ 萩原琴美, 石橋貴子, 田中君子, 他 (1994): 現代の育児不安を考える 夫・近隣関係をとおして, 福岡県看護専門学校看護研究論文集, 17, 95-108.
- ・ 福元恵 (1999): 京都における子育て支援を考える 保健婦の立場から 乳幼児の母親の育児不安について, 京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要, 9(1), 117-120.
- ・ 八幡裕一郎, 畑栄一, 佐藤千枝子, 他 (1999): 育児不安に関する要因の検討日本公衆衛生雑誌, 46(7), 521-531.

第6章 女性のヘルスプロモーション活動の実際

掛本知里 江口晶子

I. D町における女性のヘルスニーズの所在

平成15年度の労働力調査によると、女性の労働力人口比率は全体で48.5%である。壮年期～中年期については図6-1に示すように、有配偶者の就労率が配偶者のいないものに比べやや低い傾向を示しているものの、半数以上の女性が就労している。女性の就労率が増加し、働く女性が増える一方、家庭内では核家族化が進み、平成14年には核家族が世帯全体の60.2%を占めた(厚生統計協会, 2003)。核家族化に伴い、一世帯当たりの家族構成員が減少する中で、家事労働を他の家族構成員に分散させることができなくなっており、女性の労働負荷は増加しつつあるものと考えられる。

壮年期～中年期の女性の労働負荷が増加する中、家事と仕事の両立で忙しい働き盛りの女性の健康を維持増進するためにも、その日常生活習慣に配慮することが重要である。しかし、第4章のD町の基本健康診査の結果の検討結果にも示したように、壮年期～中年期の女性の睡眠時間は他に比べて短く、間食の摂取が習慣化しているなど、その日常生活習慣も必ずしも良好なものではなかった。また、肥満度が高く、総コレステロール値やLDLコレステロール値が上昇傾向にあるなど生活習慣病に対するリスクも高まっていた。本来、この年代の女性の健康を増進させることは、現在の彼女たちの健康度を高め、日々健康に暮らすことを可能にすることに加え、今後、「健やかな」高年期を向かえ、健康年齢を延伸させるためにも重要である。また、家庭内

において主に家事労働に従事し、家庭運営の中心的存在であるこの年代の女性が、健康の維持増進について正しい知識を持ち、率先してヘルスプロモーション活動を行うことは、家族全体の健康の維持増進にもつながるものと考え

る。第3章にも示したように、D町では地域に在

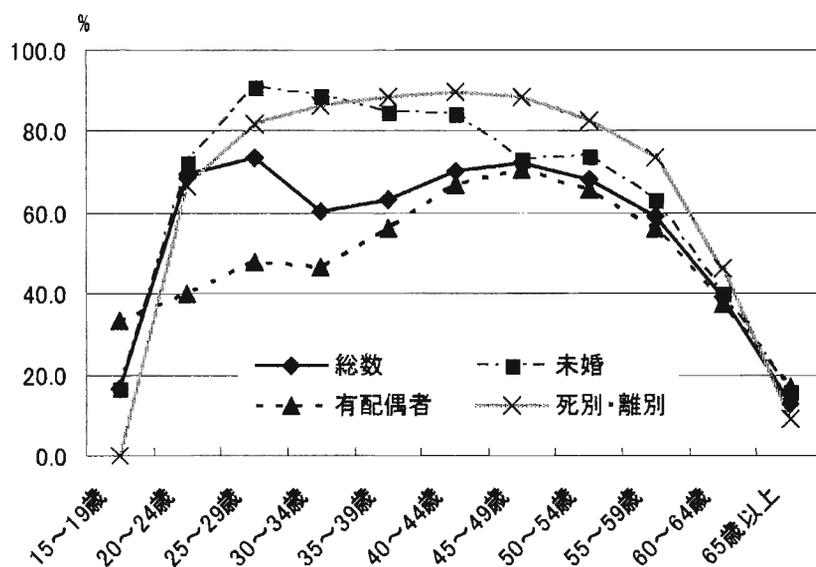


図6-1.平成15年度女性の年齢階級別労働力人口比率

平成15年度労働力調査

住する女性のうち、特に壮年期～中年期を中心とした女性のヘルスプロモーション活動が活発ではなく、必ずしも彼女たちのヘルスニーズが満たされていない可能性が示唆された。老人保健法に基づく保健事業は壮年期以降を対象としているものの、必ずしも地域における壮年期～中年期を支えるための保健事業が充実しているわけではない。しかし、この地域において地域全体のヘルスプロモーションを進めていく上で、個々の住民が相互に助け合い、それぞれセルフケアしながら、自身や家族の健康の維持増進をするための技術や知識を身につけるための保健事業の充実を図っていくことが重要であろう。

それでは、女性、特に壮年期～中年期の女性のヘルスプロモーションを考えていく上で、どのようなサポートをすることが重要であろうか。第5章に示した乳幼児健診を受診した子どもの母親を対象とした育児不安についての研究結果から、母親たちが父親に対し、直接的な援助のみならず、心理的なサポートをより望んでいることが明らかになった。母親たちは父親の忙しさについて理解しており、育児について直接的な援助を必ずしも期待してはいないが、「育児について話し合いたい」「自分の話を聞いて欲しい」といった、心理的なサポートを受けることを望んでいた。

すなわち、女性のヘルスプロモーションを推進していくためには、ヘルスプロモーションに必要な知識やサポートシステムを直接、対象となる女性に提供することも重要であるが、それと共に、その女性の周囲環境を整えることも重要である。つまり、本人が健康を維持増進するために何らかの努力をすることのみならず、女性たちを周囲で支える家族構成員が相互に理解し、支えあう環境を整えるための援助が重要であろう。

そのひとつの方策として、本研究においては40歳以上の一定の健康レベルが保たれている住民が集まる基本健康診査時に、壮年期～中年期の女性が自分自身の健康の維持増進について省み、また、配偶者や同居者である夫や家族が、壮年期～中年期の女性の健康について考える機会を提供するために、健康教育を実施し、その短期的な効果について検討した。

II. 研究方法

1. 健康教育の実施

1) 健康教育の方法

平成15年度D町基本健康診査時に、女性のヘルスプロモーションに関わる健康教育を実施した。なお、健康教育は基本健康診査開始直前の約15分間、作成したパネルおよび資料を用い、保健師である研究者およびD町の保健師が実施した。

2) 健康教育の内容

基本健康診査は女性ばかりではなく男性も受診していることから、健康教育の内容は、昨年度

までの基本健康診査の結果や基本健康診査に合わせて実施した生活習慣調査の結果を踏まえ、D 町における健康問題の概要および生活習慣上の問題点についてまず概要を説明した。加えて、壮年期～中年期の女性の健康問題である肥満や高脂血症、日常生活習慣上の問題である睡眠不足、間食について注意すべきことについて説明を行った。

3) 健康教育の対象

平成 15 年度、D 町の基本健康診査は 27 回実施された。その全ての回において、健康教育を実施した。その間の基本健康診査の受診者は 2,012 名であった。しかし、健康教育は基本健康診査の開始前の待ち時間に実施したため、全ての受診者が健康教育を受けたわけではなかった。

2. アンケート調査の実施

1) 方法

健康教育を実施した後、健康教育の短期的な効果を測定するために、アンケート調査を実施した。アンケートの内容は、対象者の基本的属性(性別、年齢)・通常、健康上注意していること・今後、健康上注意したいことであった。

アンケート用紙は健康教育終了時に配布し、基本健康診査を受けている間に記入してもらい、回収箱に入れてもらった。

2) 対象者

アンケートの回収数は男性 129 名、女性 286 名であった。

2. 実施期間

健康教育およびアンケートの実施期間は平成 15 年 8 月～10 月であった。

Ⅲ. 健康教育時に行ったアンケート調査

の結果および考察

1. 健康教育を受けたものの概要

D 町において基本健康診査の受診者は、男性に比べ女性が多い傾向があり、女性の中でも特に 60 歳代の女性の受診者が最も多い傾向にあった。男性につい

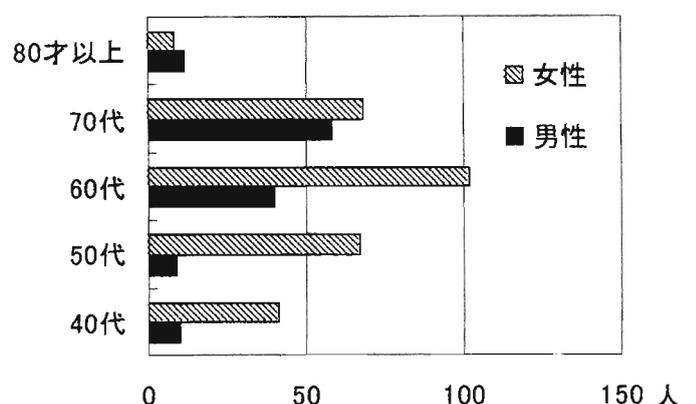


図6-2.性別・年齢階級別基本健康診査時のアンケート回答者分布(N=415)

ては60歳代、70歳代の受診者が多い傾向にあった。

アンケートの回答者も健康診断の受診者とほぼ同様の傾向が示され、男性は70歳代の回答者が最も多く、女性は60歳代の回答者が最も多かった(図6-2)。就労しているものの多くは事業所で健康診断を受けることが、地域の基本健康診査を受診しないため、40歳代、50歳代の男性受診者が少なかったものと考えられる。

2. 「通常、健康上注意していること」(図6-3)

「通常、健康上注意していること」として、女性では「規則正しく食事をする」「定期健康診断を受けること」「栄養のバランスをとること」「間食を控える」の順番に注意していることが多く、特に食生活に注意している傾向が示された。

一方男性は、「規則正しく食事をする」「禁煙節煙を心がける」「定期健康診断を受けること」「節酒を心がける」の順番に注意していることが多く、女性に比べ嗜好品に注意している傾向が示された。

また、年齢ごとに比較すると、男女とも、40歳代、50歳代に比べ、60歳代、70歳代のほうが「通常、健康上注意していること」が多い傾向にあり、高齢にあるもののほうが健康に何らかの配慮を示していた。80歳代については、60歳代、70歳代に比べ、「通常、健康上注意していること」が少ない傾向にあった。

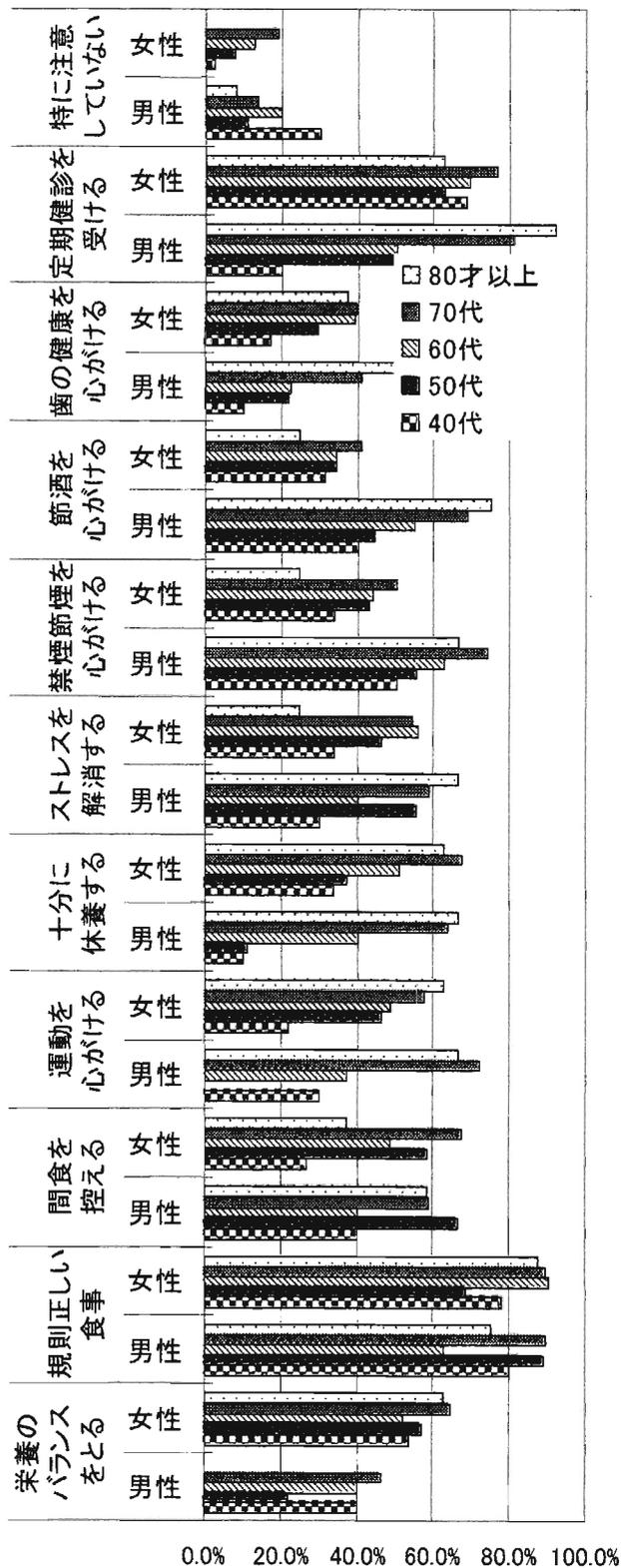


図6-3.性別・通常、健康上注意していること (N=415/複数回答)

全体的には、多くの住民が何らかの形で健康に留意しているものの、全く健康に配慮していないものが40歳代の男性の30%、70歳代の女性の19.1%と多くなっていた。

3. 健康上、今後注意したいこと(図

6-4)

健康教育の短期的な効果を測定するために、健康教育を受けた結果、今後どのようなことに注意しようと考えたかについてたずねた。その結果、男女とも「毎年健康診査を受ける」としたものが最も多く、次いで「食生活に注意する」としたものが多く傾向にあった。「十分に休養する」は、「毎年健康診査を受ける」「食生活に注意する」に比べ回答者は少なかったものの、「通常、健康上注意していること」に比べ「今後、気をつけたいと思っていること」として答えたものが多くなっていた。

「家族の健康に配慮する」については、男性の40歳代(10.0%)、女性の80歳代(25.0%)では「はい」と答えたものが少ない傾向にあったが、他の年代については、40~60%のものが「家族の健康に配慮したい」と考えていた。

また、年齢別に比較すると、現在注意していることと同様に、年齢を重ねると共にそれぞれの項目について、今後注意したいと答えるものの割合が増加していた。

4. 今後、保健事業に望むこと(表 6-1)

自由回答形式により、保健センターに対し、今後どのような保健事業を望んでいるかたずねた。その結果、健康診査の充実や具体的な健康教育の内容が提示された。健康診査については、

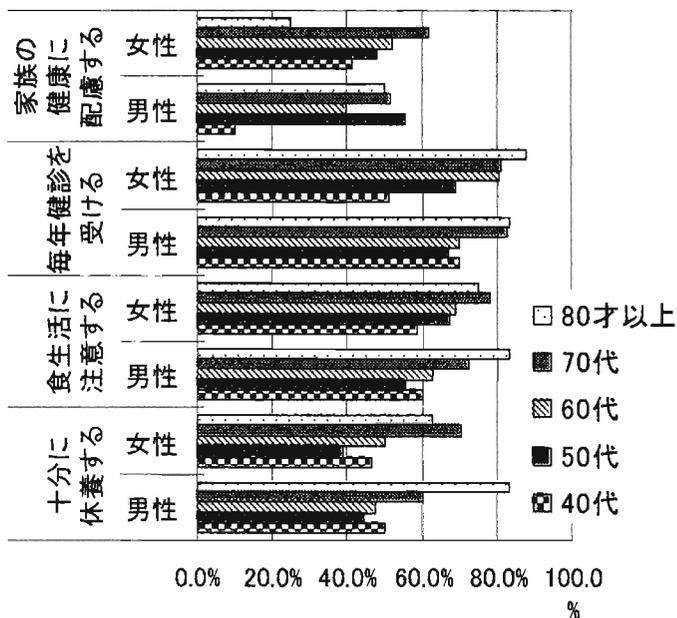


図6-4. 性別・今後注意したいこと (N=415/複数回答)

表 6-1. 今後、保健事業に望むこと

健康診査の充実
B型C型肝炎、骨粗鬆症検診等の毎年実施
歯科検診の導入
具体的な健康教育の内容
飲酒過多による健康障害について
節煙法
肝機能障害について
高脂血症について
簡単に出来る運動法
健康診断の結果について
健康についての良い情報
健康食品や栄養剤について
食生活、身体によい食材、調理法について
具体的な減量法について
年齢相応の健康に対する注意点
病気のことについて
健康教育の方法
広報紙の活用

現在行われていない歯科検診や選択的に行われている肝炎、骨粗鬆症といった健診を充実させていくことが望まれた。

健康教育については、生活習慣の改善に関わる具体的な方策、健康診断の結果や健康障害に関する知識の提供を望んでいた。また、より広範囲にこのような知識を伝達する手段として、広報の活用が示唆された。

5. 基本健康診査を受診した D 町住民の健康教育とヘルスプロモーション

女性に比べ男性は就労率が高く、健康診断を就労先で受診するものも多く、町が実施する健康診断を利用するものは少ない。D 町の基本健康診査についてもその受診者は、女性や高齢者が中心であった。今回実施した健康教育は住民全体を対象としたものではなく、D町の基本健康診査の受診者と同様、その対象には一定の偏りがあった。しかし、基本健康診査の待ち時間を利用した健康教育の実施は女性や高齢者を中心とする住民層のヘルスプロモーションを展開する良い機会となった。

Rosenstock (1974) は人が示す保健行動について、保健信念モデルを示している。Rosenstock (1974) の保健信念モデルによると、人の保健行動は自らの脆弱性を感じ、病気に伴う重大な結果を知覚すること、保健行動の効果性や便宜性について信念といった 2 つの基本的信念によって動機づけられている。人は加齢と共に健康に対する自信を失い、自分の健康の脆弱さを感じるようになる。高齢者は若年者に比べ病気に伴う重大な結果を自身および周囲の体験からより現実的な問題として知覚し、結果、それらの病気を避けるための行動を積極的にとろうとする。本研究でも 40 歳代、50 歳代に比べ、60 歳代、70 歳代のほうが自分の健康に注意する傾向にあり、保健行動をより積極的に行っていた。また、健康についての考え方には男女差があり、女性は男性に比べ健康そのものにより意味を見出している (Whetstone, and Reid, 1991)。本研究でも男性に比べ女性にほうが「通常、健康上注意していること」が多い傾向にあり、健康を維持増進することに関心を示していた。

また、健康教育を中心としたヘルスプロモーション活動として、住民は具体的な知識の提供を望んでいた。Rosenstock (1974) の保健信念モデルにも示されているように、保健行動の効果性や便宜性について信念はその行動を動機づけるものとなる。健康に対して意識の高い高齢者や女性が多く集まる基本健康診査の待ち時間に、より効果的で便宜性の高い保健行動についての具体的な知識を提供することにより、彼らの保健行動をさらに促進することが可能になる。

今後さらに、これらの意識が高い集団が積極的に自らのヘルスプロモーションを進めていくことを可能にすると共に、地域や家庭におけるヘルスプロモーターとして機能していくことを可能に

するような働きかけが重要であろう。また、意識が高い集団だけでなく、より広い対象集団に対し、具体的な健康情報を提供していくための機会として、広報などの地域に幅広く配布されるメディアを利用したヘルスプロモーションを展開する必要性が示唆された。

IV. D 町における女性のヘルスプロモーション

D 町における保健活動の評価、また D 町の女性の健康調査を中心に、D 町におけるヘルスプロモーション活動について検討を行い、いくつかの課題が提示された。これらの課題に関連し、今後D町に必要な女性のヘルスプロモーションについて以下に示す。

1. ヘルスプロモーションのための一次予防事業を中心とした保健事業の展開

D 町は基本健康診査の受診率も高く(D 町役場, 2003)、早期発見のための保健事業の展開は有効に実施されているものと考えられる。しかし、一次予防に関連した活動については、先にも示したように、一定の住民が参加してそれぞれの事業が展開されているものが多く、広く住民が参加した活動にはなっていないのが現状である。特に、子どもが就学して以降、老人保健法に基づく各保健事業の対象年齢となるまでの間、一般の人々が利用できる予防活動に関わる事業がほとんど無い。

しかし、この保健事業の狭間の年齢層は、地域や家庭をその中心となって支え、また、より健やかな老いを迎えるための基礎づくりを行っていくことが重要な年齢層である。自身の健康を維持増進し、また、積極的に予防行動をとることが大切である。先にも、Rosenstock(1966)は人の保健行動は保健信念に導かれ実施されることを示したが、本来、人々が何らかの行動をとるためには動機が必要である。宗像(1998)も生活行動に比べ保健行動を優先させる人のタイプとして、自分の健康状態に対する脆弱感を持っている人であると述べている。自分の健康状態が脆弱であると感じ、他の人に比べ病気になりやすいと感じていれば、他のことに優先して保健行動をとるものと考えられる。高齢者が加齢に伴う自分の健康レベルの低下を感じ、脆弱さを感じると健康を維持するための行動に対し積極的になる。しかし、壮年期～中年期にある働き盛りの住民の多くは自分を健康であると考えており、健康状態に対する脆弱感は薄い。

今後、これらの住民が積極的に自身の健康の維持増進のための保健行動をとるように、彼らを動機づけ、また彼らが実施可能なヘルスプロモーションのための方略を具体的に示していくよう、働きかけていくことが重要である。

2. 保健事業の体系化

D 町において健診事業の多くは、住民の受診率も高く、住民に多く活用されている保健事業

サービスであるといえる。しかし、健診後の事後フォロー、またその後引き続き行う経過観察や予防対策について体系化されたものは無く、保健師の個人的な活動に拠っている部分が多い。

今後、市町村の合併が進み、行政規模が拡大すると共に、現在のような保健師の個人的な活動によるフォローアップは徐々に困難なものとなることが予想される。住民が継続的に体系化された保健事業の中で、自身のヘルスプロモーションを積極的にすすめていけるよう、保健事業の体系化を進めると共に、体系化された保健事業の有効活用を勧めるためのPR活動も重要であろう。

3. 連携による機会の拡大

現在、多くの保健事業が既存の地区組織の有効活用を通して展開されていた。既存の地区組織を活用することにより、より有効に保健事業を展開することが可能になるものの、参加者が一定範囲の住民にとどまり、町民全体にその活動が拡大されていくことは少なかった。

今後、保健事業への住民参加をさらに拡大していくためにも、積極的に住民が参加できるような事業展開が重要である。既存の地区組織を活用することは、住民の参加を促す一つの有効な方法であるが、近年、住民の地区組織への参加の仕方が変化し、必ずしも全ての住民が地区組織活動に参加するわけではない。また、壮年期～中年期の住民の多くは就労しており、地区組織活動の多くは高齢者を中心に展開されている場合が多い。

旧来のように既存の地区組織活動を活用し、保健事業を展開していくには自ずと限界があり、今後新たな組織と連携して、保健事業を展開する機会を拡大していくことが重要である。D町には中小規模の事業場がたくさんあり、D町を含む周辺市町村から多くの労働者が通勤してきている。「健康日本 21」の目標値にも事業所内における分煙率の向上が掲げられているが、地域内にある事業所と連携し労働者やその家族のヘルスプロモーションを進めていくことにより、ヘルスプロモーションの機会の拡大が可能になる。また、小中学校のPTA、商業施設の空きスペースなど、壮年期～中年期の住民が集まる機会を最大限活用し、ヘルスプロモーションに関わる情報や場の提供を積極的に実施していくよう、今後、さらに地域の各組織との連携を図っていくことが重要である。

V. 引用文献

- ・ D町役場 (2003). 平成 14 年度保健事業報告, 18.
- ・ 厚生統計協会(編). (2003). 国民衛生の動向, 厚生 の 指標, 50(6).
- ・ 宗像常次.(1998). 最新行動科学から見た健康と病気, メヂカルフレンド社: 東京.

- Rosenstock, I. M. (1974). The Health Belief Model and Preventive Health Behavior, *Health Education Monographs*, 2, 353-85.
- Whetstone, W. R., & Reid, J. C. (1991). Health promotion of older adults: perceived barriers. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1343-9.

付録1. 健康調査票

世帯 NO	
個人 NO	
氏 名	

住民健診を受けられるときに
必ず忘れずに、ご持参下さい。



平成 14 年度 [] 健康調査票

[]
東京女子医科大学看護学部

ご 挨拶

皆様におかれましてはいかがお過ごしでしょうか。さて、[]では、東京女子医科大学看護学部と協働して、平成 11 年度から健康診査に併せて皆様方の健康調査を継続的に実施しています。これらから得られました結果は、健康障害の早期発見や健康状態の推移を見守るのに役立ち、また今後の保健衛生施策の向上に活用させていきたいと考えております。

回答して頂きました結果はマル秘として扱わせて頂きます。氏名をご記入して頂く様になっておりますが、これはおひとり様ごとに各年の健康状態の推移を見守るためのもので、皆様のプライバシーが外に漏出する心配はありません。ご多忙の所、真に恐縮ではございますが、健康調査の趣旨にご理解を頂き、ご協力を賜れますよう、お願い申し上げます。

なお、これまでの調査結果は、[]あるいは保健福祉センターにてご覧頂くことができます。さらに広報を通じても皆様に結果をお返していきたいと考えております。これらの結果を皆様方のご健康の維持に活用していただければ幸いです。

地区	氏名	性別	年齢
		男・女	歳

あなたの現在の健康状態はいかがですか。あてはまる数字 1 つに○印をつけてください。

1. よい 2. まあよい 3. あまりよくない 4. よくない

1. ご家族について、お伺いします。

1) ご一緒に住んでいるご家族はどなたですか。あてはまるすべての数字に○印をつけて下さい。また、ご本人を含めた同居家族の人数を()内に、ご記入下さい。

1. 祖父	2. 祖母	3. 父	4. 母	5. 配偶者	6. 息子
7. 娘	8. 子供の配偶者	9. 孫	10. 孫の配偶者	11. その他 ()	
同居家族の人数 計 () 人					

2. あなた自身の健康状態や受療行動について、お伺いします。

1) あなたは、現在、病気やけがで、病院や診療所、あんま・はり・きゅう・柔道整復師に通っていますか。あてはまる数字に○印をつけて下さい。また、通っている場合は、その具体的な内容を()内に、ご記入下さい。

1. 通っていない	
2. 通っている	[]

2) あなたは、ここ数日、どこか体の具合の悪いところ(自覚症状)がありますか。あてはまる数字に○印をつけて下さい。

1. ある	2. ない
-------	-------

*「2. ない」と答えた方は、次のページの質問の3)にお進み下さい。

*「1. ある」と答えた方は、次の質問にお答えください。

2) - ① それは、どのような症状ですか。以下の01~42のうちであてはまるすべての数字に○印をつけて下さい。また、それらの症状が、病院や診療所等で診てもらう程だと思ふ場合は、横の四角の中に「×」印をつけて下さい。

【例】 **04** いらいらする..... →病院で診てもらう程だと思ふ時は×印をつける
 ↳ 症状がある時は○印をつける

01. 熱がある..... <input type="checkbox"/> 02. 体がだるい..... <input type="checkbox"/> 03. 眠れない..... <input type="checkbox"/> 04. いらいらする..... <input type="checkbox"/> 05. もの忘れする..... <input type="checkbox"/> 06. 頭痛..... <input type="checkbox"/> 07. めまい..... <input type="checkbox"/> 08. 目のかすみ..... <input type="checkbox"/> 09. 物を見づらい..... <input type="checkbox"/> 10. 耳鳴りがする..... <input type="checkbox"/> 11. 聞こえにくい..... <input type="checkbox"/>	12. どうきがする..... <input type="checkbox"/> 13. 息切れ..... <input type="checkbox"/> 14. 胸部に痛みがある..... <input type="checkbox"/> 15. せきやたんがでる..... <input type="checkbox"/> 16. 鼻がつまる、鼻汁が出る..... <input type="checkbox"/> 17. ゼイゼイする..... <input type="checkbox"/> 18. 胃のもたれ..... <input type="checkbox"/> 19. 下痢..... <input type="checkbox"/> 20. 便秘..... <input type="checkbox"/> 21. 食欲不振..... <input type="checkbox"/> 22. 腹痛・胃痛..... <input type="checkbox"/>
---	--

3. あなた自身の日常生活の状況について、お伺いします。

1) 日常生活習慣について、それぞれのあてはまる数字に○印をつけて下さい。

- (1) 運動を定期的に行っていますか。運動を行っている方は、運動の内容、および頻度についても、() 内に、ご記入下さい。
 1. はい (_____ を、日・週・月・年に [_____] 回程度)
 2. いいえ
- (2) 毎日、どの程度、睡眠時間をとっていますか。
 1. 7時間未満 2. 7～9時間未満 3. 9時間以上
- (3) あなたは現在、日常生活で悩みやストレスを感じていますか。
 1. いつも感じている 2. たまに感じている 3. めったに感じない
- (4) 間食について、お答え下さい。
 1. ほとんど毎日食べる 2. たまに食べる 3. めったに食べない
- (5) 朝食について、お答え下さい。
 1. 毎日きちんと食べる 2. たまに抜くことがある 3. めったに食べない
- (6) ほうれん草や人参など、色の濃い野菜を食べていますか。
 1. ほとんど毎日食べる 2. たまに食べる 3. めったに食べない

2) 日常生活の中で気をつけていることについて、それぞれ「1. はい」、「2. いいえ」のいずれかに○印をつけてください。

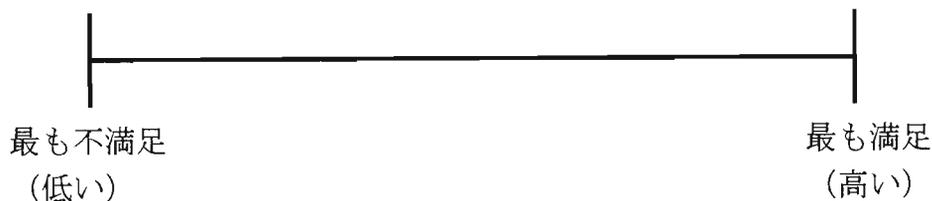
	はい 1	いいえ 2
1) 毎日、規則正しい食事をする	1	2
2) 毎日、野菜を食べる	1	2
3) 毎日、果物を食べる	1	2
4) 毎日、肉や魚、または卵を食べる	1	2
5) 毎日、牛乳を飲む、またはヨーグルトを食べる	1	2
6) 1日に1回は、油を使った料理を食べる	1	2
7) 1週間に3回以上、こんぶ・わかめ・のりなどの海草を食べる	1	2
8) 1週間に3回以上、いも類を食べる	1	2
9) 1週間に3回以上、豆腐や納豆などの大豆製品を食べる	1	2
10) 塩分をひかえるために、具体的に気をつけていることがある	1	2

	はい 1	いいえ 2
11) 糖分をとり過ぎないように注意している	1	2
12) 酒はなるべく飲まないようにしている	1	2
13) タバコはなるべく吸わないようにしている	1	2
14) 夜食をひかえている	1	2
15) 肉類を食べるときあぶら身の部分はひかえている	1	2
16) バター・ラードなど、動物性の脂肪を含んだ食品をひかえている	1	2
17) 休暇・休日を疲労回復のために利用している	1	2
18) 疲労を感じたら休息をとるようにしている	1	2
19) 夜ふかしをしないようにしている	1	2
20) 自然に親しむ野外運動をしている	1	2
21) 寝具はときどき日干し等で乾燥させている	1	2
22) 夏は涼しく寝られるように工夫している	1	2
23) 部屋の換気に気をつけている	1	2

4. あなたの生活全体に対する満足度についてお伺いします。

下の線は、一番右が日常生活全体に最も満足しているときで、一番左が最も満足していないときを表すものとします。過去、1ヶ月間の生活全体に対する満足の程度を線上に「×」印でご記入下さい。

【例】



☆ご協力を賜り、どうもありがとうございました。☆

付録2. 育児不安調査票

育児についてのアンケート調査ご協力をお願い

近頃、乳幼児を育てているお母様たちの子育てをサポートする活動が、保健所・保健センター、児童館、児童施設などで盛んに行われるようになってきています。この背景には、核家族の増加により、相談相手やサポートしてくれる人もなく、孤立して子育てをする母親が増えているという子育て事情があります。育児に不安、ストレスは必ず伴うものですが、その背景は、個々の事情により大きく異なっていると考えます。子育てをしていくお母様達のニーズに合ったサポートをさらに検討していくにあたり、実際のお母様たちのストレスやストレスに関わる要因について明らかにしたいと考えました。

アンケート調査へのご協力は皆様の自由な意志によって行っていただくものです。ご協力の有無に関わらず、皆様にご迷惑をおかけすることは一切ございません。アンケートの記入に際し、少しの手間を取らせて頂くことをご了承ください。調査は匿名であり、調査結果は統計処理を行いお答えいただいた方にご迷惑をおかけすることはありません。

以上の説明を理解し、調査にご協力いただける方は、以下のアンケート用紙へご記入ください。アンケート用紙はこのページを入れて全部で7枚です。枚数をご確認の上、よくお読みになりご回答下さい。よろしく申し上げます。

なお、ご質問のある方は下記の連絡先へお問い合わせください。

平成 14 年 8 月

<お問い合わせ先>

〒162-8666 新宿区河田町 8-1

東京女子医科大学看護学部 掛本知里

Tel.03-3353-8111 (内線 7059)

I. あなたご自身についてお答え下さい。

1. 年齢 () 歳

2. 現在お仕事をしていますか (パートや内職も含む)。 はい ・ いいえ

3. 1)上記質問にはいと答えた方にお伺いします。あなたのお仕事についてお答え下さい。

a. フルタイム (常勤) b. パート、アルバイト c. 自営 d. 内職 e. その他 ()

2)上記の質問にいいえと答えた方にお伺いします。以前、お仕事をしていましたか。

a. 結婚するまではしていた b. 妊娠、出産するまではしていた c. 休職中

d. 全く働いた事がない e. その他 ()

4. 1)あなたご自身の普段の生活についてお伺いします。普段、1日 (24時間) をどのように過ごしていらっしゃいますか。以下の項目に費やす大まかな時間をそれぞれ()内にご記入下さい。

a. 家事..... () 時間

b. 育児..... () 時間

c. 仕事 (通勤時間を含む) () 時間

d. 睡眠時間..... () 時間

e. その他、食事・入浴等生活に必要な時間..... () 時間

f. 自分の時間..... () 時間

g. その他 () .. () 時間

2)お子さんを誰かに預け、ご夫婦で外出する頻度はどれくらいですか。

a. 週に1回程度 b. 週に2~3回程度 c. 月に1回程度 d. ほとんどない

3)家族、お友達、近所の方など、身近な人に子どもを預ける事はありますか。

a. よくある b. たまにある c. ほとんどない

5. あなたのお住まいについてお答え下さい。

1) あなたのお住まいの町、地区名をご記入下さい。 () 町 () 地区

2) 以下の中から、現在お住まいの住居を選び、該当する番号に○をお付け下さい。

a. 一戸建て b. アパート、マンション (階) c. その他 ()

3) お子さんがいることで、隣や下の階への気遣いはありますか。 ある ・ ない

II. あなたのご家族についてお答え下さい。

1. お子さんの人数は何人ですか。 () 人

第1子	歳	ヶ月	男・女	/	第4子	歳	ヶ月	男・女
第2子	歳	ヶ月	男・女	/	第5子	歳	ヶ月	男・女
第3子	歳	ヶ月	男・女	/	第6子	歳	ヶ月	男・女

2. お子さん以外の同居している方全てに○を付けて下さい。それぞれ、あなたからみた続柄でお答え下さい。

a.夫 b.夫の父 c.夫の母 d.自分の父 e.自分の母 f.その他 ()

3. 上記の質問で○をつけられたご家族の年齢を () 内にご記入下さい。

a.夫 () 歳 b.夫の父 () 歳 c.夫の母 () 歳
d.自分の父 () 歳 e.自分の母 () 歳 f.その他 (, , ,) 歳

4. ご主人のご両親はどこにお住まいですか。以下のうちから選択して下さい。

a.同居 c.車で30分以内の距離
b.歩いていける距離 d.それ以上の距離

5. あなたのご両親はどこにお住まいですか。以下のうちから選択して下さい。

a.同居 c.車で30分以内の距離
b.歩いていける距離 d.それ以上の距離

6. 1)ご主人が同居されている方にお伺いします。ご主人のお仕事についてお答え下さい。

a.会社員・公務員・教員等、常勤での雇用 b.自営業 c.農業 d.パート・アルバイト
e.内職 f.その他 ()

2)普段、ご主人が仕事を終えて帰宅するのは何時頃ですか。

a.午後5時頃まで b.午後6時頃 c.午後7時頃 d.午後8時頃 e.午後9時頃
f.午後10時頃以降 g.決まっていない h.その他 ()

3)ご主人の子育てへの協力やあなたとの接し方についてお答え下さい。以下の項目のうち、ご主人が日頃行っていることは何ですか。現状の欄の当てはまる数字(1~4)を一つ選び○をつけて下さい。

また、今後ご主人に対してもっと協力して欲しいことは何ですか。希望の欄の当てはまる数字(1~3)を一つ選び○をつけて下さい。

	現状				希望		
	毎日	時々	あまり しない	全く しない	もっとして 欲しい	今のまま でよい	もっと減ら してもよい
① オムツかえ	1	2	3	4	1	2	3
② 遊び相手	1	2	3	4	1	2	3
③ お風呂	1	2	3	4	1	2	3
④ ミルクや食事	1	2	3	4	1	2	3
⑤ 夜お子さんを寝かしつける	1	2	3	4	1	2	3
⑥ 保育園等の送迎	1	2	3	4	1	2	3
⑦ お子さんの事についての話しをする	1	2	3	4	1	2	3
⑧ あなたの話を聞く	1	2	3	4	1	2	3
⑨ あなたの相談に乗る	1	2	3	4	1	2	3
⑩ あなたのちょっとした変化(髪型やメイク)に気づく	1	2	3	4	1	2	3

Ⅲ. あなたのお子さんについてお伺いします。

1. お子さんは普段どういう傾向にありますか。以下の各項目について、はい・いいえのどちらか一つを選び、○をつけて下さい。なお、お子さんが複数いる場合は、小さい順に、3人までのお子さんのことについてお答え下さい。

	① () 歳	② () 歳	③ () 歳
① おとなしい	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
② 活発	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
③ 要求がはっきりしている	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
④ 神経質	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑤ 我が強い	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑥ ほがらか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑦ のんき	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑧ 甘えん坊	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑨ 引っ込み思案	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑩ よく泣く	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑪ 泣いてもなだめやすい	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ

1. 一番小さいお子さんを妊娠、出産した時のことについてお答え下さい。

1) そのお子さんの妊娠は、計画されたものでしたか。

a.望んでいた b.計画通りだった c.予想外だった d.まだ望んでいなかった

2) 妊娠に気付いた時の気持ちは以下のうちどれでしたか。

a.とてもうれしかった b.うれしいが不安だった c.とても不安だった

3) 出産後、涙もろくなったり寂しくなったりしたことはありましたか。 はい ・ いいえ

IV. あなたの現在の気持ちについてお伺いします。

1. あなたの最近の気分について伺います。以下の質問について、あなた自身の現在の考え方や気持ちに近いもの一つだけ選び、番号(1~4)に○をつけて下さい。

	よくある	時々ある	ほとんどない	ない
① 子どもと一緒にいると楽しい……………	1	- 2	- 3	- 4
② 何事も考えるのがおっくうになる……………	1	- 2	- 3	- 4
③ 子どもが煩わしくてイライラする……………	1	- 2	- 3	- 4
④ 子どもをうまく育てたと思う……………	1	- 2	- 3	- 4
⑤ 子どもの事でどうしたらいいのかわからなくなるときがある……………	1	- 2	- 3	- 4
⑥ 子どもは結構一人で育っていくものだと思う……………	1	- 2	- 3	- 4
⑦ 子どもから離れてやりたい事が出来ている……………	1	- 2	- 3	- 4
⑧ 子どもを預けて外出するのは、大変心配だ……………	1	- 2	- 3	- 4
⑨ 今の生活に満足している……………	1	- 2	- 3	- 4
⑩ 自分一人で子育てをしているようで責任を感じてしまう……………	1	- 2	- 3	- 4
⑪ 育児によって自分が成長していると感じられる……………	1	- 2	- 3	- 4
⑫ 毎日、同じ事の繰り返ししかしていないと思う……………	1	- 2	- 3	- 4
⑬ 子どもを育てる事が負担に感じられる……………	1	- 2	- 3	- 4
⑭ 何とも言えず寂しい気持ちに襲われる事がある……………	1	- 2	- 3	- 4
⑮ 夫と気持ちが通じ合っている……………	1	- 2	- 3	- 4

2. あなたの普段の傾向についてお答え下さい。以下の項目について、あてはまる、もしくはどちらかといえばあてはまるという場合は「はい」、そうでない場合は「いいえ」を選び、○を付けて下さい。

① 社交的である	はい	・	いいえ
② 物事を具体的に考える方である	はい	・	いいえ
③ 感情的である	はい	・	いいえ
④ 謙虚である	はい	・	いいえ
⑤ 慎重である	はい	・	いいえ
⑥ 責任感が強い	はい	・	いいえ
⑦ 大胆である	はい	・	いいえ
⑧ 繊細である	はい	・	いいえ
⑨ 信じやすい	はい	・	いいえ
⑩ 内向的である	はい	・	いいえ
⑪ 率直である	はい	・	いいえ

2. 普段育児に困ったり、悩んだりした時、以下の人々や情報をどれくらい頼りにしていますか。あてはまるものを一つ選び、それぞれ番号に○をつけてください。

	よくする	どちらともいえない	しない
① 夫	1	2	3
② 実家の父母	1	2	3
③ 夫の父母	1	2	3
④ 自分の兄弟姉妹	1	2	3
⑤ 夫の兄弟姉妹	1	2	3
⑥ 近所の人や知人	1	2	3
⑦ 保育園・幼稚園・学校の先生	1	2	3
⑧ かかりつけの医者	1	2	3
⑨ 保健所・保健センターや育児相談所など専門機関	1	2	3
⑩ 病院、健診で知り合った友達	1	2	3
⑪ 電話相談	1	2	3
⑫ 育児書や雑誌、テレビ番組等	1	2	3
⑬ その他 ()	1	2	3

3. あなたの住んでいる地域の育児サークルについてお伺いします。

1) 育児サークルはありますか。 はい いいえ

2) 上記サークルを利用したことがありますか。 はい いいえ

3) 育児サークルを利用するとお答えになられた方にお伺いします。どのような時に育児サークルを利用しますか。()内に具体的にご記入下さい。

()

VI. 子育てのことで、行政に望むことがありましたら、ご自由にご記入下さい。

()

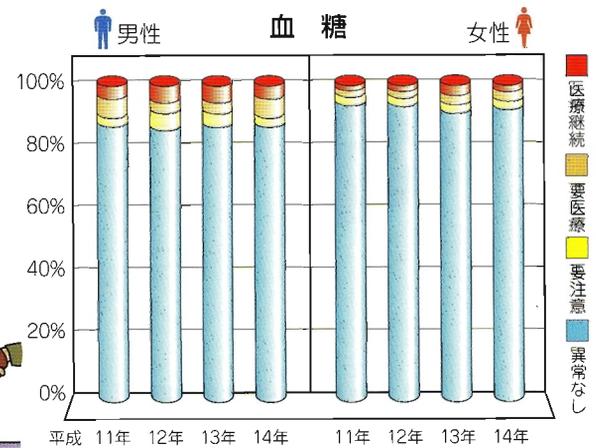
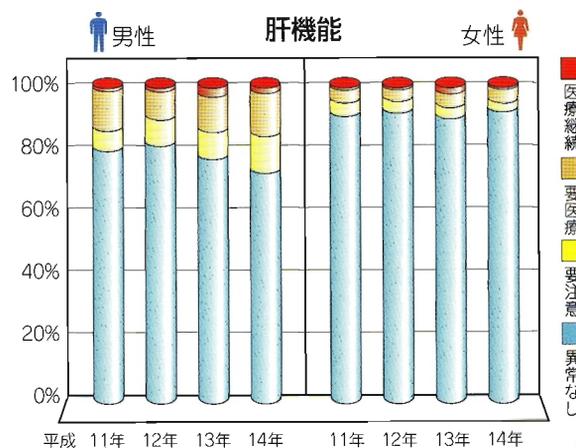
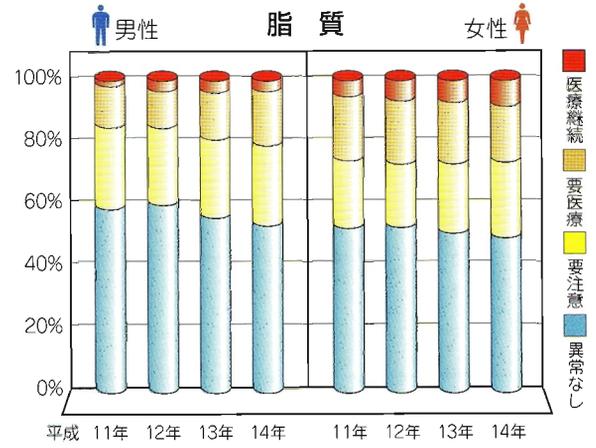
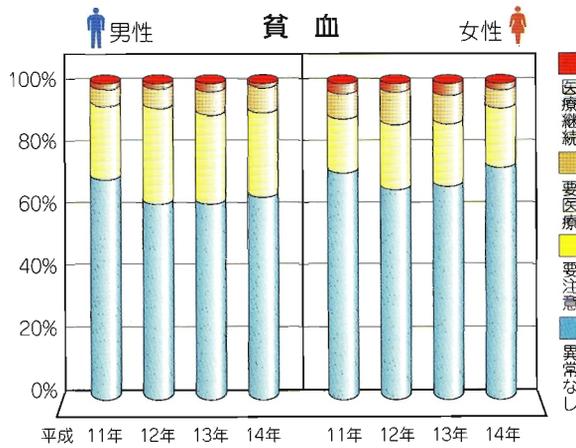
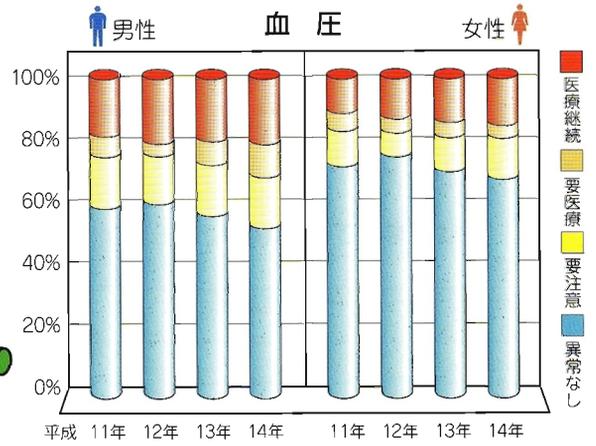
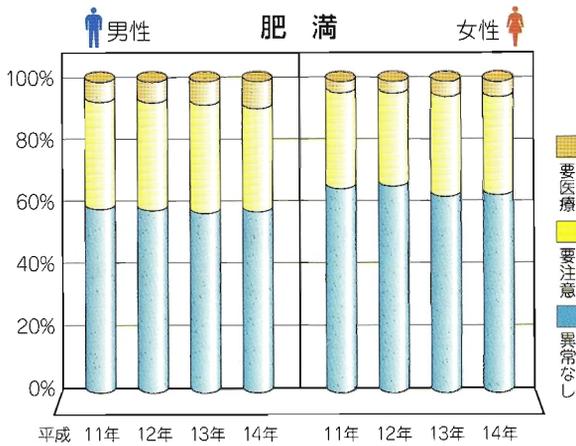
その他、子育てのこと等、ご意見、ご要望等ありましたら、ご自由にご記入下さい。

()

以上で質問を終わります。ご協力ありがとうございました。

付録3. 健康教育資料

平成11年度～平成14年度の健診結果の変化



受診者数と平均年齢

平成11年		
性別	平均年齢	受診者数
男性	63.8	764
女性	60.7	1365
合計	61.8	2129

平成12年		
性別	平均年齢	受診者数
男性	65.3	526
女性	60.9	925
合計	62.5	1451

平成13年		
性別	平均年齢	受診者数
男性	64.3	752
女性	60.5	1337
合計	61.9	2089

平成14年		
性別	平均年齢	受診者数
男性	65.2	764
女性	61.0	1365
合計	62.5	2129

基本健康診査受診者の健康習慣

男性



687人
平均64.6才

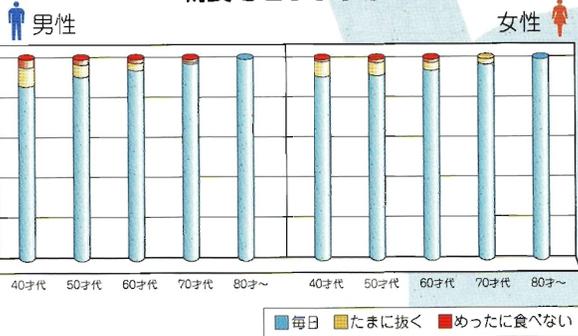
女性



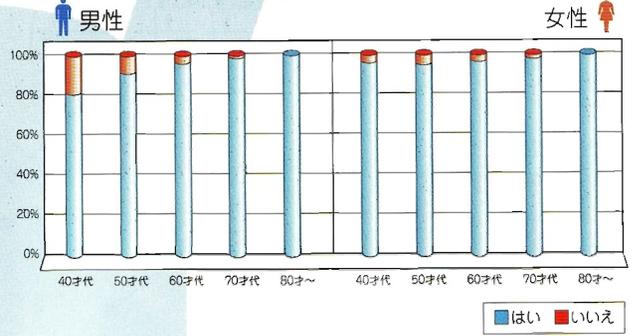
1284人
平均60.3才

食事と休養にかかわる健康習慣

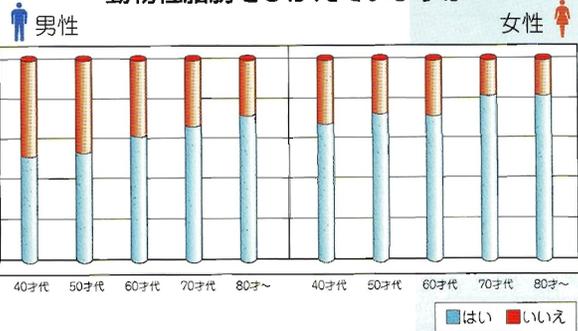
朝食をとりますか



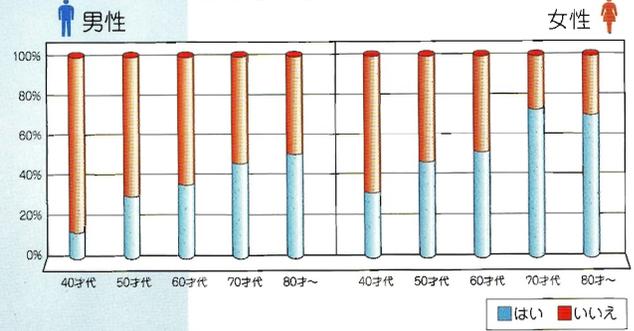
規則正しい食事をしていますか



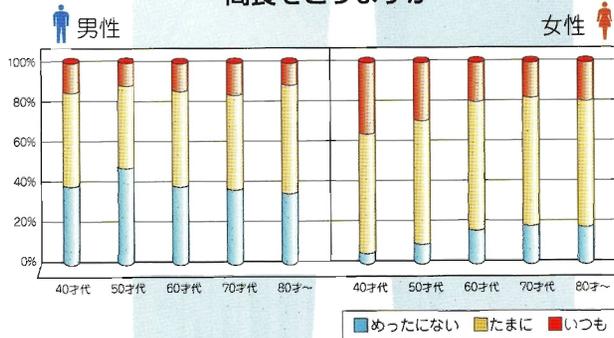
動物性脂肪をひかえていますか



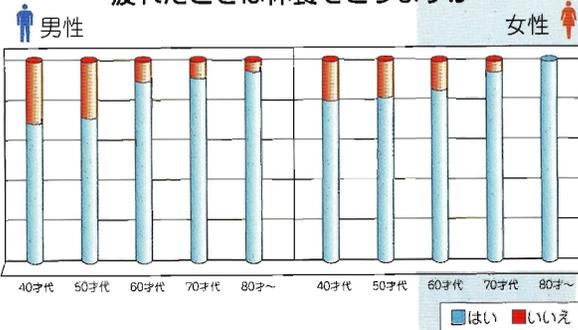
塩分をひかえていますか



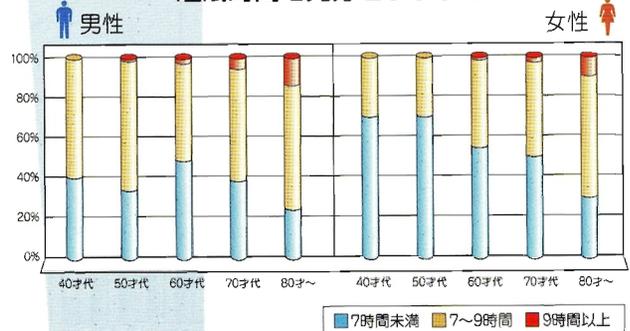
間食をとりますか



疲れたときは休養をとりますか

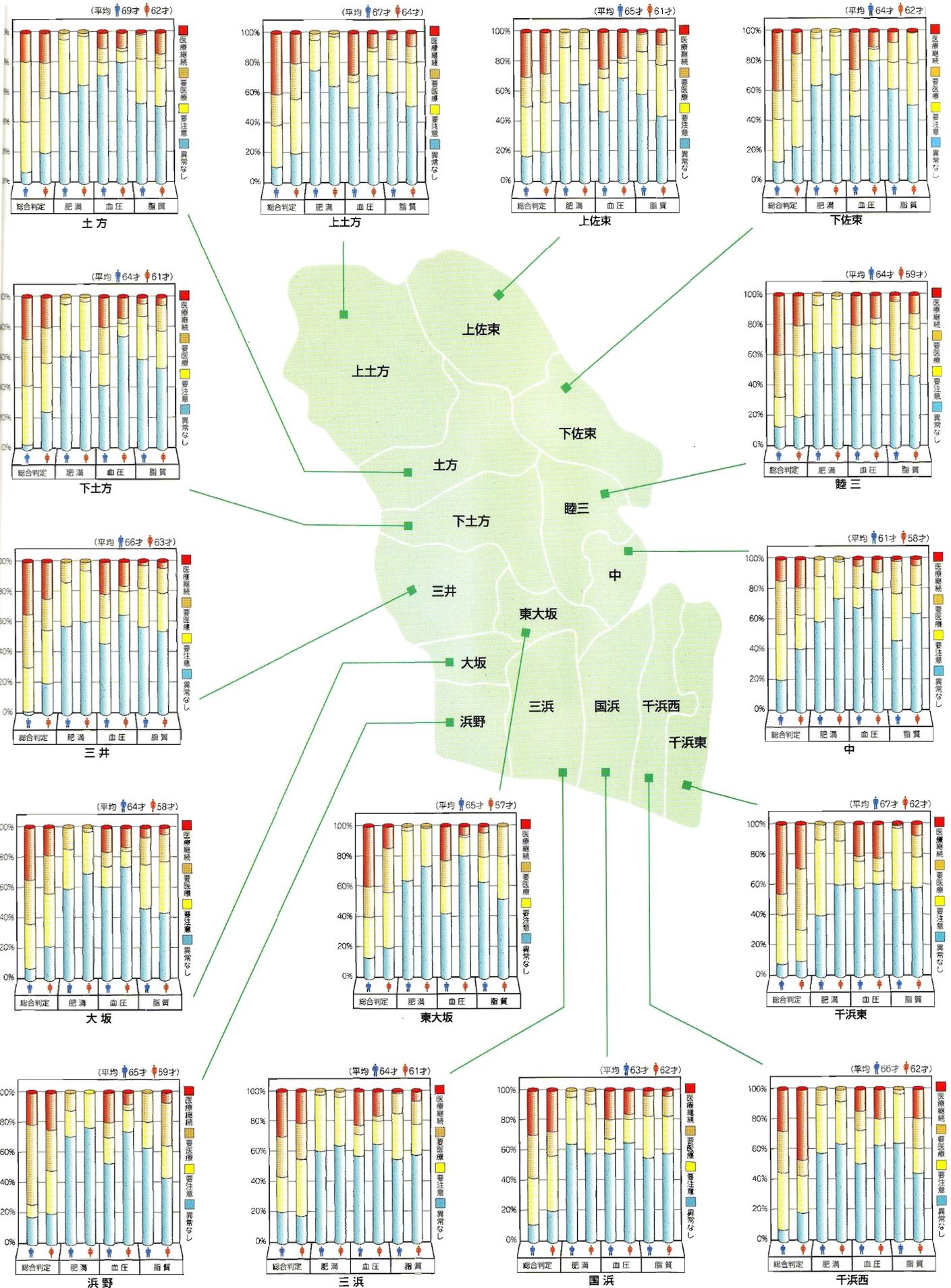


睡眠時間を充分とりますか



平成14年度 基本健康診査地区別結果

■ 医療継続 ■ 要医療 ■ 要注意 ■ 異常なし ■ 男性 ■ 女性



文部科学省科学研究費 基盤研究(B)(2)

女性のライフステージと健康特性に基づいたヘルスプロモーション・モデルの開発

平成 13 年度～平成 15 年度研究成果報告書

発行責任者 加藤登紀子
発 行 東京女子医科大学看護学部
東京都新宿区河田町 8-1
電話 03-3353-8111 (代)