

報告

離島住民の生活習慣と主観的健康感との関連

川崎道子¹⁾

渡嘉敷村の20歳以上の住民576人を対象に、住民の生活習慣の実態と主観的健康感との関連を明らかにするため質問紙調査を実施した。有効回答のあった424人(73.6%)を分析対象とし、生活習慣(朝食、間食、飲酒、喫煙、運動、睡眠時間)、通院している病気、生活満足度と主観的健康感の関連を検討した。

1. 好ましい生活習慣の実施率は県民健康栄養調査と比較して「朝食を毎日食べる」、「ほとんど間食をしない」は高値であったが、「飲酒習慣なし」、「禁煙」、「運動習慣あり」、「睡眠時間(7~8時間未満)」の4項目は低値であった。
2. 生活習慣等と主観的健康感との関連は、年齢では、加齢と共に「健康ではない」が増加していた。どの年齢階級においても「通院している病気がない」、「生活に満足している」者は主観的健康感が高かった。生活習慣では、65歳以上の高齢者は、「飲酒習慣なし」の者が「健康ではない」と認識し、39歳以下では「喫煙」者が「健康ではない」と認識し年齢による相違がみられた。以上のことより主観的健康感を高める要因として「通院している病気がない」、「生活満足度が高い」があげられる。
3. 主観的健康感が高齢者の生命予後を規定する指標であることより、高齢者の健康づくり対策を構築する上で健康感が維持または高めていけるような保健活動のあり方が望まれる。

キーワード：生活習慣 主観的健康感 年齢 通院している病気 生活満足度

I 緒言

近年、脳卒中等の生活習慣病の発生と生活習慣との関係が明らかになり、健康的な生活習慣を確立することが疾病の発症を予防する上で重要である。

21世紀における国民健康づくり運動(健康日本21)では、国民の健康に係わる事項として栄養・食生活等9つの分野において2010年までに達成すべき具体的な目標を設定している¹⁾。しかし、これからの健康づくり運動には、疾病の減少や危険因子の低減に関する疾病管理的な目標にとどまらず、主観的健康感、生活満足度などの生活の質に関する指標を目標に加えることが必要であると言われている²⁾。

主観的健康感とは、「健康度自己評価」「自覚的健康観」とも言われ自分自身の健康状態の主観的評価であり、死亡率、有病率等の客観的指標では表せないより全体的な健康状態を捉える健康指標である³⁾。

これまで、主観的健康感と諸症状、生活習慣やQOLとの関連が検討されてきている。生活習慣と主観的健康感との関連では、40歳以上50歳未満の男性に関する調査では、健康によいことが実行できない場合、主観的健康感は低くなる傾向にあった⁴⁾。高齢者の健康生活習慣得点との関連では、得点の高い者が一概に主観的健康感が高いとは言えない⁵⁾等が明らかにされてきているが、20歳

以上の住民の生活習慣と主観的健康感との関連を調査した研究は数少ない⁶⁾。

今回、離島住民の生活習慣の実態と主観的健康感との関連を明らかにすることを試みた。

II 研究方法

調査地域の概要

渡嘉敷村は、那覇市の西方約32kmに位置し人口707人、世帯数342世帯の離島村である(平成13年)。年齢3区分別人口は、年少人口18.0%、生産年齢人口55.0%、老年人口27.0%で超高齢社会である。産業は第3次産業が主でその中でも民宿、マリレジャー等の観光産業が盛んである。フェリーや高速船が就航し年間の観光客数は平均12万人である。

1. 調査対象

村の20歳以上の住民576人(男性290人、女性286人)である。(平成13年4月末)

対象者に対して、調査目的、データーは当調査以外には活用しない、プライバシーの保持に努めること等を明記した調査協力依頼文書を事前に送付し、了解を得た。

2. 調査方法

事前に調査票を郵送し住民健康診査受診者は健診会場で、健診未受診者は訪問にて回収した。調査期間は、平成13年5月8日~5月11日であった。

1) 沖縄県立看護大学

3. 調査内容(表1)

平成10年度沖縄県民健康栄養調査⁷⁾、平成8年健康づくりに関する意識調査⁸⁾を参考に作成した。朝食、間食、飲酒、煙草、運動、睡眠時間、主観的健康感、健康診査、通院している病気、生活満足度、基本属性である。飲酒習慣なしは、飲酒頻度週3回以上及び1回に飲む量が日本酒1合(ビール大1本、ウイスキーダブル1杯)以上に該当しない者とし、運動習慣ありは、運動の実施頻度は週2回以上、持続時間30分以上

対象者は424人のうち男性は207人(48.8%)、女性は217人(51.2%)で、年齢階級別では、39歳以下は130人(30.7%)、40歳～64歳は144人(34.0%)、65歳以上は150人(35.3%)であった。職業は、農業・漁業(22.4%)が最も多く、次いで公務員(20.0%)、民宿・マリンレジャー等のサービス業(15.6%)であった。性別では、男性は公務員、農業・漁業、民宿・マリンレジャー等のサービス業の順に割合が高く、女性は農業・漁業、専業主婦、公務員の順に割合が高かつ

表1 調査内容とカテゴリー

朝食	1. 毎日食べる 2. 週1～2回欠食する 3. 週3～4回欠食する 4. 週5～6回欠食する 5. 毎日欠食する
間食	1. ほとんど毎日2回以上間食する 2. ほとんど毎日1回間食をする 3. 週4～5回間食をする 4. 週2～3回間食をする 5. ほとんど間食をしない
飲酒	飲酒頻度、酒の種類と一回の飲酒量
煙草	1. 以前から(ほとんど)吸わない 2. 以前は吸っていたが現在は吸わない 3. 現在煙草を吸っている
運動	運動の種類、運動頻度、継続期間、1回の実施時間
睡眠時間	1. 7時間未満 2. 7～8時間未満 3. 8時間以上
主観的健康感	1. 非常に健康だと思う 2. まあ健康な方だと思う 3. あまり健康ではない 4. 健康ではない
健康診査	1. 毎年受けている 2. 2～3年に1度受けている 3. 4～5年に1度受けている 4. 受けたことがない
通院している病気 (診断された病気)	有り、無し
生活満足度	1. 非常に満足している 2. やや満足している 3. やや不満である 4. 非常に不満である

上、継続期間1年以上の3つすべてに該当する者とした。

主観的健康感とは、現在の健康状態を調査対象者自身が自己評価したものである。

死亡率や有病率等の客観的指標では捉えきれない健康の質を簡便に把握できる独自の健康指標の一つで、これまで国民生活基礎調査等でこの指標が活用されている⁹⁾。「あなたは、ふだんご自分で健康だと思いますか」と尋ね4選択肢から該当する健康状態を選択する。

4. 分析方法

表1の各調査内容のカテゴリーを2値にして分析を行った。

好ましい生活習慣として「朝食を毎日食べる」、「ほとんど間食をしない」、「飲酒習慣なし」、「禁煙」、「運動習慣あり」、「睡眠時間(7～8時間未満)」をとりあげた。また、主観的健康感とは4選択肢のうち「あまり健康ではない」と「健康ではない」を「健康ではない」とし、「非常に健康だと思う」、「まあ健康な方だと思う」、「健康ではない」の3カテゴリーで分析を行った。分析対象は、調査時の不在及び調査不能・不備を除いた424人(73.6%)である。解析は、SPSS統計パッケージを用いて²⁾検定を行った。

III 結果

1) 対象者の基本属性(表2)

表2 基本属性 N=424 人(%)

性別	男性	207 (48.8)
	女性	217 (51.2)
年齢階級別	～39歳	130 (30.7)
	40～64歳	144 (34.0)
	65歳～	150 (35.3)
職業	農業・漁業	95 (22.4)
	建設・製造	25 (5.9)
	民宿・マリンレジャー	66 (15.6)
	公務員	85 (20.0)
	主婦	44 (10.4)
	その他	109 (25.7)
通院している病気	有り	184 (43.4)
	無し	240 (56.6)
健康診査(毎年)	受診している	195 (46.0)
	受診していない	229 (54.0)
生活満足度	満足している	330 (77.8)
	満足していない	94 (22.2)

た。通院している病気がある者は43.4%で、その内約6割が65歳以上の高齢者であった。住民健康診査は、毎年受診している者が46.0%で、その内39歳以下は8.7%、40歳～64歳は25.1%、65歳以上は66.2%であつ

表3 生活習慣(性・年齢階級別) 人(%)

	性・年齢階級別			人(%)		
	男性	女性	全体	~39歳	40~64歳	65歳~
朝食を毎日食べる	127 (61.4)	170 (78.3)	297 (70.0) ***	65 (50.0)	91 (63.2)	141 (94.0) ***
ほとんど間食をしない	104 (50.2)	71 (32.7)	175 (41.3) ***	48 (36.9)	63 (43.8)	64 (42.7) ns
飲酒習慣なし	81 (39.1)	174 (80.2)	255 (60.1) ***	56 (43.1)	67 (46.5)	132 (88.0) ***
禁煙	115 (55.6)	197 (90.8)	312 (73.6) ***	82 (63.1)	90 (62.5)	140 (93.3) ***
運動習慣あり	44 (21.3)	57 (26.3)	101 (23.8) ns	24 (18.5)	38 (26.4)	39 (26.0) ns
睡眠時間 (7~8時間未満)	39 (18.8)	50 (23.0)	89 (21.0) ns	27 (20.8)	27 (18.8)	35 (23.3) ns

***:p<0.001 ns:有意差なし

た。生活満足度では、現在の生活に満足している者は77.8%で、年齢階級別での差はみられなかった。

2) 生活習慣(表3)

好ましい生活習慣の実施は全体で「禁煙」、「朝食を毎日食べる」、「飲酒習慣なし」の順に高率であったが、「運動習慣あり」、「睡眠時間」は23.8%、21.0%と低率であった。

性別では「朝食を毎日食べる」、「飲酒習慣なし」、「禁煙」、「運動習慣あり」、「睡眠時間」のいずれも女性は男性と比較して高率で、「朝食を毎日食べる」、「飲酒習慣なし」、「禁煙」は有意な差がみられた。しかし、「ほとんど間食をしない」は有意に男性が高かった。

年齢階級別では、65歳以上は「朝食を毎日食べる」、「飲酒習慣なし」、「禁煙」、「睡眠時間」は他の年齢階級と比較して高く、「睡眠時間」以外は有意な差がみられた。「ほとんど間食をしない」、「運動習慣あり」は、40歳~64歳が最も高い割合であるのに対し、39歳以下は、6項目の内「睡眠時間」「禁煙」を除く4項目の実施は他の年齢階級と比較して最も低率であった。特に、39歳以下の男性は「朝食を毎日食べる」、「飲酒習慣なし」、「禁煙」、「運動習慣あり」の4項目の実施は最も低率であった。

3) 基本属性、通院している病気及び、生活習慣と主観

的健康感(表4、5、6、7、8)

性別では男女ともに「まあ健康な方だと思う」が約6割、「健康ではない」が約3割で性差はみられなかった。年齢階級別では、「非常に健康だと思う」「まあ健康な方だと思う」が青壮年期、高齢期にかけて減少しているのに対し、「健康ではない」が加齢とともに増加し年齢階級別で差がみられた。職業では、主婦、公務員、民宿・マリネジャー等のサービス業では「非常に健康だと思う」「まあ健康な方だと思う」が約8~9割を占めているが、農業・漁業、建設・製造業は、他の職業と比較して「まあ健康な方だと思う」は低率で「健康ではない」は高率であった。通院している病気との関連では、「通院している病気がある」は「健康ではない」の割合が高く、「通院している病気がない」は「まあ健康な方だと思う」の割合が有意に高かった。各年齢階級においても同様な結果であった。健康診査の毎年受診の有無では、「毎年、健康診査を受診している」は「毎年、健康診査を受診していない」と比較して「まあ健康な方だと思う」は低率で「健康ではない」は有意に高率であったが、年齢階級別では差はみられなかった。生活満足度との関連では、「生活に満足している」は「生活に満足していない」と比較して「非常に健康だと思う」「まあ健康だと思う」は高率で「健康ではない」が有意に低率であ

表4 基本属性と主観的健康感 人(%)

	主観的健康感			人(%)
	非常に健康だと思う	まあ健康な方だと思う	健康ではない	
性別				
男性	19 (9.2)	134 (64.7)	54 (26.1)	ns
女性	17 (7.8)	138 (63.6)	62 (28.6)	
年齢階級別				
~39歳	17 (13.1)	98 (75.4)	15 (11.5)	
40~64歳	12 (8.3)	109 (75.7)	23 (16.0)	***
65歳~	7 (4.7)	65 (43.3)	78 (52.0)	
職業				
農業・漁業	8 (8.4)	47 (49.5)	40 (42.1)	
建設・製造	4 (16.0)	15 (60.0)	6 (24.0)	
民宿・マリネジャー	6 (9.0)	50 (75.8)	10 (15.2)	***
公務員	6 (7.0)	69 (81.2)	10 (11.8)	
主婦	7 (15.9)	32 (72.7)	5 (11.4)	
その他	5 (4.6)	59 (54.1)	45 (41.3)	

***:p<0.001 **:p<0.01 ns:有意差なし

川崎：離島住民の生活習慣と主観的健康感との関連

表5 通院している病気等と主観的健康感 人 (%)

	非常に健康だと思う	まあ健康な方だと思う	健康ではない	
通院している病気				
有り	3 (1.6)	89 (48.4)	92 (50.0)	***
無し	33 (13.8)	183 (76.2)	24 (10.0)	
健康診査 (毎年)				
受診している	13 (6.7)	108 (55.4)	74 (37.9)	***
受診していない	23 (10.0)	164 (71.6)	42 (18.4)	
生活満足度				
満足している	30 (9.1)	234 (70.9)	66 (20.0)	***
満足していない	6 (6.4)	38 (40.4)	50 (53.2)	

***:p<0.001

表6 生活習慣と主観的健康感 人 (%)

	非常に健康だと思う	まあ健康な方だと思う	健康ではない	
朝食を毎日食べる	24 (8.1)	179 (60.3)	94 (31.6)	**
＃ 食べない	12 (9.4)	93 (73.2)	22 (17.3)	
ほとんど間食をしない	15 (8.6)	104 (59.4)	56 (32.0)	ns
間食をする	21 (8.4)	168 (67.5)	60 (24.1)	
飲酒習慣なし	22 (8.6)	145 (56.9)	88 (34.5)	***
＃ あり	14 (8.3)	127 (75.1)	28 (16.6)	
禁煙	25 (8.0)	194 (62.2)	93 (29.8)	ns
喫煙	11 (9.8)	78 (69.6)	23 (20.5)	
運動習慣あり	12 (11.9)	61 (60.4)	28 (27.7)	ns
＃ なし	24 (7.4)	211 (65.3)	88 (27.2)	
睡眠時間				
(7~8時間未満)	9 (10.1)	55 (61.8)	25 (28.1)	ns
(7~8時間未満以外)	24 (7.4)	211 (65.3)	88 (27.2)	

***:p<0.001 **:p<0.01 ns:有意差なし

表7 飲酒習慣 (65歳以上) と主観的健康感 人 (%)

	非常に健康だと思う	まあ健康な方だと思う	健康ではない	
飲酒習慣無し	7 (5.3)	51 (38.6)	74 (56.1)	**
＃ 有り	0	14 (77.8)	4 (22.2)	

**p<0.01

表8 煙草 (39歳以下) と主観的健康感 人 (%)

	非常に健康だと思う	まあ健康な方だと思う	健康ではない	
禁煙	12 (14.6)	66 (80.5)	4 (4.9)	**
喫煙	5 (10.4)	32 (66.7)	11 (22.9)	

**p<0.01

った。各年齢階級においても同様な結果であった。

次に生活習慣との関連では、「朝食」は「朝食を毎日食べる」が「朝食を毎日食べない」と比較して「非常に健康だと思う」「まあ健康な方だと思う」が低率であるのに対し、「健康ではない」が有意に高率であった。しかし、年齢階級別にみると差はみられなかった。

「飲酒」は「飲酒習慣なし」が「飲酒習慣あり」と比較して「まあ健康な方だと思う」は低率であるが、反面「健康ではない」が有意に高率であった。年齢階級別では、65歳以上で「飲酒習慣なし」で「健康ではない」の割合が高率であるのに対して「飲酒習慣あり」は、「まあ健康な方だと思う」が有意に高率であった。「煙草」は「禁煙」、「喫煙」で差はみられな

ったが、年齢階級別では、39歳以下で「喫煙」は、「禁煙」と比較して「健康ではない」と認識している割合が有意に高率であった。

「間食」「運動習慣」「睡眠時間」の3項目は、主観的健康感との関連はみられなかった。

IV 考察

1. 生活習慣

好ましい生活習慣の実施は、全体で「禁煙」、「朝食を毎日食べる」、「飲酒習慣なし」の順に高率であったが、「睡眠時間(7~8時間未満)」、「運動習慣あり」は低率であった。

平成10年の県民健康栄養調査⁷⁾と比較すると「朝食を毎日食べる」、「ほとんど間食をしない」は本研究が

高い値であったが、他の4項目は低い値であった。このことより、村民は相対的に好ましい生活習慣を行っていないことがわかった。

年齢階級別では65歳以上の高齢者は「朝食を毎日食べる」、「飲酒習慣なし」、「禁煙」、「睡眠時間」で他の年齢階級と比較して実施率が高かった。反面、39歳以下の成人層は、6項目の内、4項目が年齢階級別の中で最も低率であった。特に、39歳以下の男性は「朝食を毎日食べる」、「飲酒習慣なし」、「禁煙」、「運動習慣あり」の実施率は性・年齢階級別の中で最下位であった。中高年の健康生活習慣調査¹⁰⁾と同様に本研究も「飲酒習慣なし」、「禁煙」で有意に性差がみられた。生活習慣の実施において年齢階級差、性差が生じる理由として男女ともライフステージによって健康意識に違いがあることや若年者の健康意識は高齢者とは異なり健康の衰退に伴う健康行動への動機付けが弱く積極的な行動に結びつかないことなど⁴⁾が考えられている。

今後、地域住民へ現状を報告し、特に成人層の生活習慣の改善を重点にした活動を共に考え実施していくことが求められる。

2. 基本属性、通院している病気等、生活習慣と主観的健康感との関連

年齢階級別で加齢とともに主観的健康感の「非常に健康だと思う」、「まあ健康な方だと思う」の割合が減少し「健康ではない」の割合が増加していたことは、健康づくりに関する意識調査⁸⁾と同傾向にあり、加齢とともに主観的健康感が低下することが理解できる。

通院している病気との関連では、各年齢階級で「通院している病気がある」者は「健康ではない」と認識していた。このことは、現在、病気があることで自分の健康状態を「健康ではない」と捉えており、それは、高齢者の主観的健康感を規定する一要因である¹¹⁾と言われているが青壮年者にも共通する要因である。

健康診査受診との関連では、「毎年、健康診査を受診している」者は「毎年、健康診査を受診していない」者と比較して有意に「まあ健康な方だと思う」は低率で「健康ではない」は高率であった。つまり、毎年、健康診査を受診する者の約7割を高齢者が占め、かつ高齢者に「健康ではない」と認識する者が多いことからこのような結果が得られたと考える。また、高齢者の最大の関心事は健康破綻への不安¹²⁾であることから毎年、健康診査を受診することで健康管理を行っていると推測される。

生活満足度との関連では、「生活に満足している」は主観的健康感も高かったことより芳賀らの報告¹¹⁾と同様に生活満足度が主観的健康感を高める一要因であるといえる。また、生活満足度は通院している病気との関連がみられ、通院している病気のある者は生活満足度が低いことより疾病をもっていることが満足度を

低下させひいては、主観的健康感を低下させていると考える。

生活習慣との関連では、「朝食」、「飲酒」の項目では、「朝食を毎日食べる」、「飲酒習慣なし」で「健康ではない」と認識している者が有意に高かったことより、好ましい生活習慣を行っていても「健康ではない」と認識していた。年齢階級別では、65歳以上の高齢者で「飲酒習慣なし」の者に「健康ではない」と認識している者が多かった。岩崎ら¹³⁾によると高齢者で好ましい生活習慣を行っている者には、「非常に健康である」と思っている者と「健康ではない」と思っている両者があり、「健康ではない」と思っている者は失われた自己の健康状態を取り戻そうと好ましい生活習慣に努めている。つまり、本研究の高齢者は主観的健康感が低いと認識し飲酒習慣がない好ましい生活習慣を行うことで健康管理を行っていることが伺える。しかし、高齢者の健康生活習慣得点の高い者が必ずしも主観的健康感が高いとは言えない¹⁵⁾ことから高齢者の好ましい生活習慣の実施が主観的健康感を高める要因とは言い難い。「煙草」は、39歳以下(全体)で「喫煙」は、「禁煙」と比較して「健康ではない」と認識している割合が高かった。木原ら⁴⁾の疾病がない140歳以上50歳未満の男性では運動の実施有無や1日の喫煙量の違いによって主観的健康感に有意差がみられ、健康によいことを実行していない場合、主観的健康感が低くなっていた。本研究では、39歳以下の喫煙者の2割弱は通院している病気があり先行研究と対象者の背景に相違はあるが同傾向にある。つまり、「煙草は身体に悪い影響を与えるのではないかと」の不安を持ちながら喫煙し主観的健康感が低下したのではないかと推測される。

以上のことより、年齢、通院している病気、生活満足度、生活習慣(朝食、飲酒、煙草)、基本健康診査と主観的健康感との関連がみられた。年齢階級毎にみると、通院している病気、生活満足度は、どの年齢でも共通に主観的健康感と関連がみられ、生活習慣は65歳以上の高齢者で飲酒と関連がみられ、39歳以下の成人者で煙草と関連がみられた。

高齢者にとって主観的健康感に通院日数、病気の既往、身体機能等の健康状態に最も影響されつつも老人の置かれた社会、心理的な状態を反映する指標である。また、主観的健康感の低い高齢者はその後の死亡のリスクが有意に高いことなどが報告されている⁹⁾ことから老年人口が約3割を占める離島村の高齢者を対象とした健康づくり対策において高齢者が病気や障害を受容し、生活満足度が高まり主観的健康感を維持ないし高めたいけるような活動が必要であると考えられる。

青壮年者においては、現行の生活習慣がその後の高齢期の健康状態に影響することより生活習慣病のリスクファクターである好ましくない生活習慣を改善でき

るような住民主体の取り組みが望まれる。

V 結論

離島住民の生活習慣の実態と主観的健康感との関連を明らかにすることを目的に調査を行った結果、以下に示す知見が得られた。

1. 好ましい生活習慣の実施率は県民健康栄養調査と比較して「朝食を毎日食べる」、「ほとんど間食をしない」は高い値であったが、「飲酒習慣なし」、「禁煙」、「運動習慣あり」、「睡眠時間（7～8時間未満）」の4項目は低い値であった。
2. 生活習慣等と主観的健康感との関連では、年齢別では加齢と共に「健康ではない」が増加していた。どの年齢階級においても「通院している病気がない」、「生活に満足している」は主観的健康感が高かった。生活習慣では、65歳以上の高齢者は、「飲酒習慣なし」の者が「健康ではない」と認識し、39歳以下では「喫煙」者が「健康ではない」と認識し年齢による相違がみられた。
3. 主観的健康感が高齢者の生命予後を規定する指標でもあることより、高齢者の健康づくり対策を構築する上で健康感が維持または高めていけるような保健活動のあり方が望まれる。
4. 今後は、主観的健康感を年齢の影響を制御しても同様な結果が得られるのか検討を重ねる必要がある。また、好ましい生活習慣の個々の項目に着目するだけでなく、各項目を総括して評価することが必要である。

謝辞

本研究の遂行にあたり、御多忙の折ご協力を頂きました渡嘉敷村民生課をはじめ関係各位ならびに調査に御協力を頂きました渡嘉敷村民に対し心より御礼申し上げます。

文献

- 1) 赤堀摩弥、他：地域における健康日本21実践の手引き、厚生省・財団法人健康・体力づくり事業財団、97～108、1999.
- 2) 阿彦忠之：健康日本21の効果的な展開方法、公衆衛生、65(4)、263～267、2001.
- 3) 神田晃、他：自覚的健康観の健康指標としての有効性「健康日本21」に向けて -、厚生省の指標、47(5)、33～37、2000.
- 4) 木原裕美、他：身体的状況、生活習慣と主観的健康感の関連、日本公衆衛生雑誌 5、284～289、1992.
- 5) 宮田延子、他：在宅高齢者の健康度と生活習慣 第一報 健康生活習慣からみた健康高齢者の特性、日本公衆衛生雑誌、44(8)、574～585、1996.
- 6) 酒井潔、他：地域住民の健康度自己評価に関する検討、埼玉県医学会雑誌、26(6)、1155～1159、1992.
- 7) 沖縄県福祉保健部：県民健康・栄養の現状 平成10年度沖縄県民健康栄養調査成績、4、65、87、95、99、2000.
- 8) 健康・体力づくり事業財団：平成8年度健康づくりに関する意識調査報告書、21、1997.
- 9) 星旦二：主観的健康感に関する研究総覧、公衆衛生情報29(8)、14～17、1999.
- 10) 斉藤具子、他：中高年の健康生活習慣の性差について - 栃木県里美村における調査研究 -、日本公衆衛生学会誌 44(11)、803～815、1997.
- 11) 芳賀博、他：健康度自己評価と社会・心理・身体的要因、社会老年学、20、15～23、1984.
- 12) 柴田博、他：老年学入門、105、川島書店、1993、東京.
- 13) 岩崎清、他：高齢者の日常生活行動と健康、社会老年学、29、86～92、1989.

Relation between Lifestyles and Subjective View of Health of the Inhabitants of an Outlying Island

Kawasaki MICHIKO, P.H.N.M.H.S.

Questionnaires were employed to demonstrate relation between lifestyle and subjective view of health of the 576 peoples whose ages are over 20 in Tokashiki village.

The relation between lifestyle (breakfast, eating between meals, drinking, smoking, exercise, sleep time), under a hospital care, the degree of satisfaction in one's life and a subjective view of health at a valid respondent of 424 persons (73.6%).

The findings were as follows:

The percentage of the plus lifestyle practice of those who practice "eating breakfast every day" and "almost no eating between meals" was higher than what the Prefectural Health Nutrition survey's data show.

But the percentage of the plus lifestyle practice of those who practice "no habit of drinking", "no smoking", "having a habit of exercise", "have a sleep time (seven hours to under eight)" was lower than what the Prefectural Health Nutrition survey's data show.

Relation between lifestyle and subjective view of health was strong with "not healthy" along with aging.

In every age bracket, those with "no hospital care with any diseases", "satisfied with life" were high in subjective view of health.

In lifestyle, as for people of 65 and over they were aware of "no habit of drinking", "not healthy" and in those 39 and under, "smoking" persons are aware of not healthy. These differences of age group were observed.

To enhance subjective view of health, factors of "not under a hospital care" and "life satisfied with life" are thought to be important.

Subjective view of health is an index for life convalescence of old people.

And furthermore, it is to be desired that healthy activity to maintain on enhancing the healthy feeling in constructing an old people's health care program.

Key word: Lifestyle Subjective view of Health Age Under a hospital care Satisfied with life