

長崎県民の健康・スポーツに関する調査研究

——成人の病歴、自覚症状および生活状況における性差

今 中 国 泰・田井村 明 博

（昭和56年10月31日受理）

Investigation of Health and Sports Activity in Nagasaki Prefecture

——Sex Differences in Anamneses, Subjective
Symptoms and Living Behaviors

Kuniyasu IMANAKA and Akihiro TAIMURA

I 目 的

健康状態に関する諸調査のとり扱いには、今なお多くの研究上の問題点が提起されているが⁹⁾、一般に、健康状態の把握・検討には国民健康調査⁴⁾にみられる疾病に関する調査、および保健衛生基礎調査⁵⁾に盛り込まれている自覚症状調査がとりあげられている。さらに疾病の調査⁵⁾については、世帯者側に対する調査と医療機関に対する患者調査の両面から行われており、それらによって把握される健康状態は比較的客観性の高い事実に基づいているものと考えられよう。これに対し、自覚症状調査による健康状態の把握には応答主体の主観的判断がかなり関与しているとされ¹³⁾、単なる訴え率等の分析だけではなく、多変量解析的検討による総括的論議も一部行われてきて¹¹⁾¹⁴⁾¹⁶⁾、鈴木・柳井¹⁴⁾は、CMI や MDI の自覚症状調査について、因子分析を用いて質問項目空間の潜在構造を検討しているが、これは、いわゆる疾病調査が客観的事実に基づいていることと対照的に、自覚症状調査を主観の調査と仮定したものである。自覚症状には、奥津らがとり扱ったように、不定愁訴と呼ばれる特定の疾病名のつけられない諸症状が少なからず含まれることからみれば、これを主観の調査とするとり扱いはきわめて妥当なものといえよう。

我々は、これまでに長崎県民の健康の様相を病歴（既往歴）と自覚症状の両面からとらえ、性、年齢、職業等の個人的属性あるいは生活時間、運動実施面等の生活状況との関連も含めた健康状態について、一方では病歴や自覚症状の質問項目別の検討を行い、他方では、鈴木・柳井¹⁴⁾が仮定したように自覚症状調査を主観の調査としてとらえた上で、健康状態の因子分析的検討¹²⁾¹⁵⁾を行ってきた¹⁶⁾。

本研究では、これまでの諸検討を踏まえ、改めて性差といった観点から、長崎県民の健康状態の把握ならびに生活状況との関連性を検討するため、健康調査の客観的側面としての病歴調

査と主観的側面としての自覚症状調査を対比させながら総括的論議を行った。なお、自覚症状調査からの健康状態の把握は前報¹⁶⁾にて報告した健康得点（一般、身体的および心理的健康得点）によって行い、生活状況は生活得点（嗜好、運動量、自由時間および夜型生活得点）による評価方法を用いた。また、病歴調査結果については、因子分析により病歴項目空間の因子構造を検討し、さらにその因子得点による病歴の評価を試みて諸検討に加えた。

II 研究方法

A 調査

1. 対象地域

「長崎県体育・スポーツの普及振興に関する長期計画の策定について」の地域類型に基づく4市17町。

2. 対象者

各対象地域における小学校5年生、中学校2年生および高等学校2年生の父母2752名。

3. 調査期間

昭和58年7月～10月。

4. 調査項目

病歴（既往歴）に関する調査20項目（表1）、健康状態に関する自覚症状調査11項目および生活状況調査9項目（文献16参照）。

表1 病歴調査項目

No.	項 目	No.	項 目
1.	高 血 圧	11.	ガ ン
2.	狭 心 症	12.	糖 尿 病
3.	心 筋 梗 塞	13.	腎 臓 病
4.	その他の心臓病	14.	肝 臓 病
5.	脳 卒 中	15.	痛 風
6.	慢性気管支炎	16.	リ ュ ー マ チ 熱
7.	喘 息	17.	関 節 痛
8.	結 核	18.	腰 痛
9.	胃・十二指腸潰瘍	19.	神 経 痛
10.	慢性胃炎	20.	神 経 症

B 調査結果の処理

1. 回答の数量化

- 1) 病歴調査項目の回答は「かかったことがない」、「受療した」および「入院受療した」の3段階であったため、これを間隔尺度とみなし、それぞれ1点、2点、3点とした。
- 2) 健康状態については、前報¹⁶⁾で報告した因子分析結果より得られた一般健康得点、身体的健康得点および心理的健康得点を用い、生活状況についても、同様に、4因子による生活得点すなわち嗜好、運動量、自由時間および夜型生活得点を用いた。

2. 分析方法

- 1) 2752名の対象者から、性、年齢および病歴の回答が不明瞭であったものを除外した結果、分析の対象者数は男子1398名、女子1308名、計2706名となった。
- 2) 病歴の評価は、病歴のない者（1点）と病歴のある者（2点と3点）に分類し、それぞれを病歴無群、病歴有群として両群の比較を行った。
- 3) 病歴項目空間の因子構造を主成分分析および Normal Varimax Rotation により検討し、抽出因子の因子得点をもとに個人別に病歴得点（因子得点を一次変換したもの）を求め、健康得点や生活得点との関連を検討した。
- 4) 比較、連関および関連性等の検討には t-検定、 χ^2 検定、分散分析および相関係数を用いた。

Ⅲ 結 果

A 病歴有群と病歴無群の比較

ここでは20項目にわたる病歴調査に対して、1項目以上に病歴ありと答えた者を「病歴有群」、全ての項目に病歴なしと答えた者を「病歴無群」として、両群の比較を性差の観点から行った。

1. 度数分布について

病歴無群と有群の人数を男女別に集計したところ表2の如くとなった。これを χ^2 検定した結果、男女の人数には偏りがみられず ($\chi^2=2.99, P>0.05$)、病歴の有無については、病歴有群が無群を上まわった ($\chi^2=99.93, P<0.001$)。また性一病歴の連関は有意に認められ ($\chi^2=23.38, P<0.001$)、図1に示したように、男子の方が女子よりも病歴有群と無群の人数差がより大きいことが明らかとなった。

表2 病歴の有無別、性別の人数

	病 歴		計
	有	無	
男	895	503	1,398
女	718	590	1,308
計	1,613	1,093	2,706

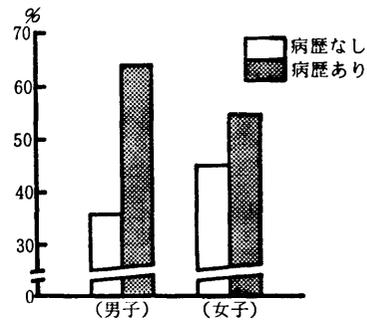


図1 病歴有無の割合

2. 平均年齢について

表3には病歴有群と無群の平均年齢を男女別に示したが、性と病歴の二要因分散分析の結果、交互作用は認められず ($F<1.0$)、病歴については病歴有群が病歴無群を上まわり ($F=16.80, P<0.01$)、また、性差も顕著に認められた ($F=215.65, P<0.001$)。すなわち、図2に示したように、男女いずれの場合も病歴有群の方が高齢であることがわかる。

表3 病歴の有無別、性別の平均年齢

		病 歴		全 体
		有	無	
男	M	44.89	44.00	44.57
	SD	5.53	4.99	5.36
女	M	41.83	41.02	41.46
	SD	5.07	5.14	5.12
全体	M	43.53	42.39	43.07
	SD	5.54	5.28	5.47

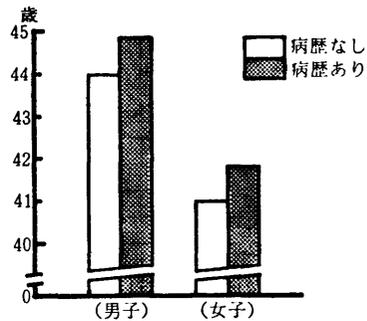


図2 平均年齢

3. 健康状態について

ここでは病歴の有無と現在の健康状態の関連性をみるために、3つの健康得点（一般、身体的および心理的健康得点）について、性および病歴の二要因分散分析を行った。病歴の有無別、性別にみた健康得点は図3の如くであった。

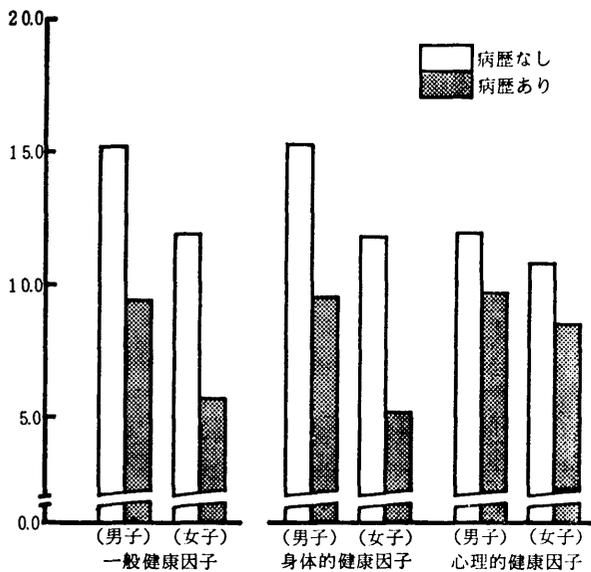


図3 健康得点

一般健康得点については2要因間の交互作用は認められず ($F < 1.0$), 病歴, 性の各要因の主効果が有意に認められた ($F = 268.52, P < 0.001; F = 95.61, P < 0.001$). すなわち, 男女いずれの場合も, 病歴有群の健康状態が病歴無群よりも好ましくない様相が示されている. なお, 女子の健康状態が男子よりも劣っていることは前報¹⁶⁾で報告したとおりである.

身体的健康および心理的健康についての分散分析結果においても同様の傾向が認められた. なお, 各健康得点と年齢との相関は $r = -0.062 \sim 0.055$ ときわめて低く, ここで明らかとなった病歴あるいは

は性による健康得点の差異を考える上で, 年齢の関与は無視することができよう.

4. 生活状況について

病歴の有無と現在の生活状況の関連をみるために, 前報¹⁶⁾で得られた4つの生活得点(嗜好, 運動量, 自由時間および夜型生活得点)を用い, それぞれの生活得点における病歴と性の二要因分散分析を行った. 各生活得点の病歴の有無別, 性別平均得点は図4に示した.

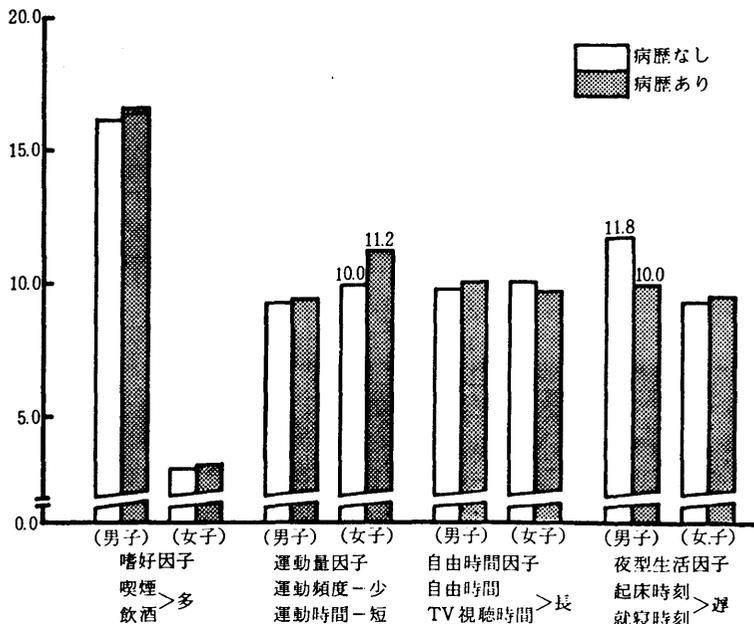


図4 生活得点

嗜好因子（喫煙，飲酒量）については性差のみ有意であり（ $F = 2351.41$ ， $P < 0.001$ ），男子が女子を大きく上まわっている．運動量因子においては，病歴および性要因の主効果（ $F = 5.68$ ， $P < 0.05$ ； $F = 17.65$ ， $P < 0.001$ ），および交互作用（ $F = 3.62$ ， $P < 0.054$ ）がともに有意であった．自由時間因子については有意な効果が認められなかった．また，夜型生活因子においては，病歴，性要因の主効果（ $F = 4.40$ ， $P < 0.05$ ； $F = 13.95$ ， $P < 0.001$ ）および交互作用（ $F = 7.18$ ， $P < 0.001$ ）がいずれも有意に認められた．

これら病歴および性の二要因分散分析結果にみられた性差は，いずれも前報によって明らかにされた結果と一致している．ここでは，病歴の有無による生活得点の差異がみられた運動量因子と夜型生活因子に注目し，それぞれの交互作用について，さらに **Simple Main Effects** を男女別に検討した．

運動量因子においては，病歴の有無による得点差が女子にのみ認められ（ $t = 3.14$ ， $P < 0.01$ ），病歴有群の運動量が病歴無群より少ない傾向が示された．夜型生活因子では，男子の病歴無群の夜型傾向が有意に認められ（ $t = 3.17$ ， $P < 0.01$ ），女子の病歴有無両群間には有意差が認められなかった（ $t = 0.44$ ）．

なお，ここで用いた各生活得点と年齢の相関は全般的にきわめて低い値を示したが，問題となった運動量因子では $r = 0.248 \sim 0.163$ ，夜型生活因子では $r = -0.176 \sim -0.101$ の値を示し，これらはいずれも無相関ではなかった．すなわち，運動量は加齢とともに減少傾向にあり，また，加齢とともに生活が朝型となることを示している．しかしながら，こういった傾向は病歴の有無や男女の違いにかかわらず同様の傾向が認められており，加えて相関係数自体が小さいことから，ここでみてきた病歴の有無と生活得点の関連をみる上で，年齢要因の関与は比較的無視し得るものと考えられる．

5. 健康状態と生活状況の関連性について

病歴の有無別あるいは性別に健康状態と生活状況の関連性を検討するために，3つの健康因子と4つの生活因子の因子得点間の相関係数をそれぞれの群において算出した．

病歴無群においては，男子で $r = -0.038 \sim 0.069$ ，女子で $r = -0.050 \sim 0.051$ ときわめて低い値が示され，これらの無相関検定を行ったところ，すべて無相関であることが認められた．したがって，病歴無群においては，健康状態と生活状況の関連がないものと考えられる．

一方，病歴有群についてみると，男子では一般健康得点および身体的健康得点と運動量得点間に $r = 0.152$ ， 0.121 の相関が認められ，低い相関ながらも有意性のある相関が得られた．すなわち，運動量が多い程健康状態が好ましくなるといった関連性がわずかながら認められた．しかし，他の生活得点と健康得点間の相関（ $r = 0.082 \sim -0.036$ ）には有意性は示されなかった．女子についてみると，有意な相関は全くみられず（ $r = 0.079 \sim -0.035$ ），健康状態と生活状況の関連性は認められなかった．

B 病歴有群における病歴の因子分析的検討

1. 病歴項目空間の因子構造

表1に示した病歴20項目の項目間相関行列に主成分分析を行ったところ，1.0以上の固有値を示す9主成分が抽出され，それらの全分散に対する貢献度は55.0%に達した．第1

主成分は双極因子のかたちで抽出され、全項目に共通する領域としての一般因子は抽出されなかった。また、これらに **Normal Varimax Rotation** を施して9因子からなる多因子解を得、相互に独立する各因子の病歴項目群を検討した。この回転後因子負荷量行列は表4に示す如くであった。なお、各因子の解釈は、できるだけWHOによる国際疾病分類(ICD)⁶⁾に準拠するようにした。

表4 回転後の因子負荷量行列

項目	因子									h ²
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2. 狭心症	0.770									0.637
3. 心筋梗塞	0.710									0.549
4. 心臓病	0.410									0.428
18. 腰痛		0.730								0.585
19. 神経痛		0.629								0.445
16. リューマチ熱			0.692							0.536
17. 関節痛			0.532							0.523
10. 慢性胃炎				0.662						0.473
9. 胃・十二指腸潰瘍				0.653						0.524
1. 高血圧				-0.513						0.507
7. 喘息					0.758					0.600
6. 慢性気管支炎					0.749					0.576
12. 糖尿病						0.548				0.436
14. 肝臓病			0.451			0.481				0.628
8. 結核						-0.607				0.498
13. 腎臓病							0.765			0.668
20. 神経症							0.600			0.523
11. ガン								0.750		0.622
5. 脳卒中								0.706		0.568
15. 痛風									0.794	0.674
固有値	1.536	1.396	1.241	1.215	1.205	1.140	1.110	1.101	1.056	11.000
貢献度(%)	7.68	6.98	6.21	6.08	6.03	5.70	5.55	5.51	5.28	55.00

注) 0.400以下の因子負荷量は省略。

第1因子に高い因子負荷量を示した病歴項目には、狭心症、心筋梗塞およびその他の心臓病があげられ、この因子は心疾患の領域をあらわすものと解釈される。

第2因子には、腰痛および神経痛があげられ、いわゆる運動器系疾患をあらわしているものと考えられる。

第3因子をみると、リューマチ熱と関節痛が関連しているが、この関節痛については第2因子にも0.375の因子負荷量を示しており、この因子はリューマチ熱を中心とする合併症をあらわしているとみることができよう。

第4因子に関連の深い項目には、慢性胃炎および胃・十二指腸潰瘍があげられ、この因子は胃・腸をとりまく消化器系疾患を示すものと考えられる。また、この因子には高血圧が負の相関を示している。

第5因子には、喘息と慢性気管支炎が高い因子負荷量を示しており、呼吸器系疾患をあらわす因子であることがわかる。

第6因子については、糖尿病と肝臓病が高い正の因子負荷量を、また結核が負の因子負荷量を示しており、第7因子では、腎臓病および神経症の相関が高い。第8因子ではガン、

脳卒中の因子負荷量が高く、これは死因となる疾病の第1, 2位を占めているものである。また、第9因子には痛風が高い因子負荷量を示した。

これら9因子のうち、WHOのICD⁶⁾における大分類項の複数項目に関わる因子は、第2, 第6, 第7および第8因子であり、いずれの因子も同種の疾病領域を示すものとは考え難い。しかし、第2因子については、腰痛と神経痛に高い関連が示されていることから、これを運動器系疾患因子と解釈した。

表5 病歴項目の因子分析による抽出因子

因子	因子負荷量の高い項目	因子の解釈
1.	狭心症, 心筋梗塞, その他の心臓病	心疾患
2.	腰痛, 神経痛	運動器系疾患
3.	リウマチ熱, 関節痛	リウマチ合併症
4.	慢性胃炎, 胃・十二指腸潰瘍	消化器系疾患
5.	喘息, 慢性気管支炎	呼吸器系疾患
6.	糖尿病, 肝臓病, 結核(-)	
7.	腎臓病, 神経症	
8.	ガン, 脳卒中	
9.	痛風	

てではなく、他の何らかの特性（例えば、第8因子にみられる死因としての特性）をあらわす因子と解釈し、特に命名することは避けた。

2. 因子得点による病歴の評価（病歴得点）および年齢との関連性

多因子解として抽出された9因子について Complete Estimation Method により因子得点の推定を行ったが、これらの因子得点は、各因子によってあらわされる特性を各個人がどの程度有するかを示すものである。すなわち、因子得点が高くなる程、その因子で示される病歴の程度が質・量ともに重大なものとなることを示している。本研究では、因子得点（平均=0.0, 標準偏差=1.0）を平均=10.0, 標準偏差=10.0となるように一次変換し、それを病歴得点と呼んで検討資料に加えた。また、病歴項目空間には全項目に共通する領域としての一般因子が存在していないため、全般的な病歴の程度を示す指標として、個人別に9因子の平均病歴得点を求めた。

このようにして得られたそれぞれの因子に関する病歴得点と年齢の相関を男女別に算出したところ、男子では $r = -0.108 \sim 0.145$ 、女子では $r = -0.138 \sim 0.095$ ときわめて低い相関係数が示された。これらの相関の無相関検定を行ったところ、男子では心疾患（ $r = 0.145$, $P < 0.01$ ）と消化器系疾患（ $r = -0.108$, $P < 0.05$ ）に有意な相関が認められ、加齢に伴って心疾患は増加、消化器系疾患は減少といった傾向がわずかながら認められた。女子についてみると、運動器系疾患（ $r = 0.095$, $P < 0.05$ ）と消化器系疾患（ $r = -0.138$, $P < 0.01$ ）に有意な相関が示され、加齢とともに運動器系疾患は増加、消化器系疾患は減少傾向にあることが認められた。

3. 病歴得点における性差

病歴の程度について男女間比較を行うため、因子別、性別の平均得点を算出し、男女間でt-検定を行った。各平均得点は図5の如くであった。

性差が認められた因子は、第4因子の消化器系疾患（ $t = 3.93$, $P < 0.01$ ）、第6因子の糖尿病・肝臓病（ $t = 3.40$, $P < 0.01$ ）および第7因子の腎臓病・神経症（ $t = 3.57$, $P < 0.01$ ）であった。すなわち、消化器系疾患、糖尿病・肝臓病では男子の病歴が多く、

腎臓病・神経症では女子の病歴が多いといった傾向にあることがわかる。

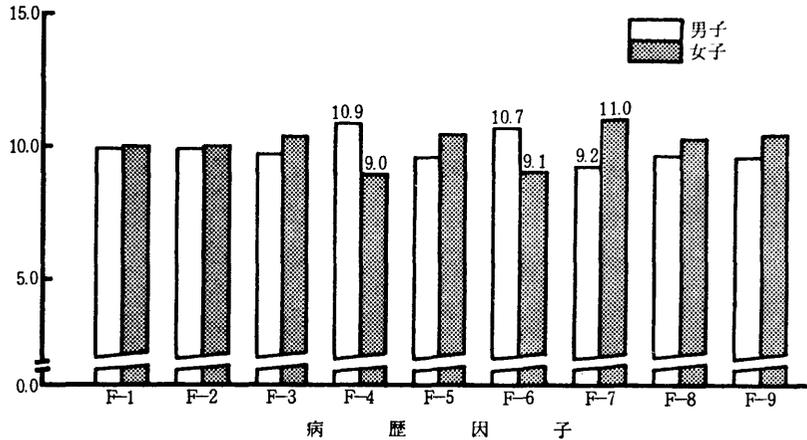


図5 病歴得点

注) F-1 ~ F-9 の内容については、表5を参照。

4. 病歴得点と健康得点の関連性

ここでは9因子から導き出された各病歴得点およびそれらの平均得点と、一般、身体的および心理的健康得点の間の相関を求め、病歴と健康状態の関連性を検討した。なお、病歴得点は高い程重大な病歴であったことを示し、健康得点は高くなる程好ましい健康状態にあることを示しているため、相関係数はすべて符号を逆転させた。算出した相関は $r = -0.120 \sim 0.332$ ときわめて低く、これらの無相関検定を行った結果から有意性の認められたものについてのみ表6に示した。

表6 健康因子と病歴因子の因子得点間相関 ($P < 0.01$)

病歴因子	健康因子					
	男子			女子		
	一般	身体的	心理的	一般	身体的	心理的
1. 心疾患	0.210	0.160		0.281		0.303
2. 運動器系疾患	0.138	0.303	-0.120	0.209	0.273	
3. リューマチ合併症	0.166	0.139		0.116	0.161	
4. 消化器系疾患	0.171		0.208	0.183		0.184
5. 呼吸器系疾患						
6. 糖尿病・肝臓病						
7. 腎臓病・神経症				0.122		
8. ガン・脳卒中						
9. 痛風						
平均病歴得点	0.323	0.240	0.181	0.332	0.221	0.245

一般健康得点と病歴得点の有意な相関は、心疾患、運動器系疾患、リューマチおよび消化器系疾患を中心に男女いずれにも認められており、特に、平均病歴得点と健康得点間には比較的明瞭な関連性が示された。身体的および心理的健康得点と病歴得点の相関についても、一般健康得点の場合とほぼ同様の傾向がみられたが、性差をみると、多少、両者の関わり方が異なっているように思われる。

いずれにせよ、自覚症状からみた主観的健康状態は、心疾患、運動器系・消化器系疾患あるいはリュウマチ等の病歴を背景としているようである。また、特定の疾病にかかわらず、一般的に病歴の程度が重大であった者程、主観的な意味での現在の健康状態により多くの問題をかかえていることが推察される。

5. 病歴得点と生活得点の関連性

病歴と生活状況の関連性をみるために、健康得点の場合と同様の手続きで、病歴得点と生活得点の相関を求め、さらにそれらの無相関検定を行った。

得られた相関係数は、男子では $r = -0.079 \sim 0.082$ 、女子では $r = -0.064 \sim 0.072$ ときわめて低く、これらはいずれも有意な相関ではないことが明らかにされた。したがって、各病歴因子で示される過去の特定の疾病群は、現在の生活状況にあまり影響を与えていないものと考えられる。

IV 考 察

A 健康調査における病歴調査と自覚症状調査

疾病に関する調査・研究は、宮入⁷⁾が概観しているように、これまでにかなり行われてきているが、そのほとんどは、個々の疾病に関する単一変量的分析に限定されており、多変量解析的検討を行った研究はあまり多くない³⁾。本研究では、健康状態等に関する性差の検討に先立ち、健康状態を把握するために用いられた病歴調査と自覚症状調査の特性を比較検討するために、両者の因子構造について考察を加えることにする。

本研究では、病歴調査の結果をもとに、何らかの病歴のある者のみを抽出した上で、病歴20項目間の相関行列に主成分分析を適用した。その結果、全ての項目に共通する領域としての一般因子は抽出されず、さらに引き続いて行った直交回転により、9因子からなる多因子解が得られた。それら9因子のうち、WHOによる国際疾病分類⁶⁾に矛盾しないかたちで抽出されたものは第1～第5因子であり、それらは、心疾患、運動器系疾患、リュウマチ熱合併症、消化器系疾患および呼吸器系疾患といった各領域の疾病群をあらわすものと解釈された。第6～第9因子については、必ずしも、ある種の疾病領域をあらわす因子としてではなく、むしろ他の何らかの特性を示す因子と考えられた。解釈された内容はともかくとして、本研究で用いた20項目の疾病項目空間が多因子構造を呈することが明らかにされた。

著者らは前報¹⁵⁾において、健康に関する自覚症状項目空間の因子構造を検討し、全項目の共通領域としての一般健康因子の存在を明らかにした。この一般因子の存在は、自覚症状というものが客観的事実としての疾病に基づいているのではなく、あくまでも健康状態に対する応答主体の主観的判断によっていることを意味しているように思われる。すなわち、“自分は健康である”あるいは“あまり健康ではない”といった漠然とした判断規準が自覚症状項目の回答全般に少なからず反映され、その主観的判断規準が一般健康因子として抽出されているとみることができよう。こういったことからすれば、健康に関する自覚症状調査を、客観的な事実をみるものとしてよりもむしろ応答主体の主観¹⁴⁾の調査であるとする鈴木・柳井の見解が支持されよう。

一方、今回の病歴調査で用いられた20項目空間には、自覚症状項目空間にみられた一般健康因子に相当するような一般共通因子は抽出されておらず、9因子からなる多因子解が得られている。このことは、各病歴項目の回答がそれぞれ独立傾向にあり、応答主体による病歴

に対する主観的判断規準の影響が少ない—あるいはそういった主観的判断がほとんど存在しない—客観的事実の反映され得る調査として、今回行った病歴調査をとらえることができるものと推察されよう。

以上の考察から、自覚症状調査は健康状態の主観的側面を、また病歴調査はその客観的側面をみる調査として、それぞれを対比させることができるものと推察されたが、両者の調査成績を比較してみると、男女いずれの場合も、病歴のある者の方が病歴のない者よりも多くの自覚症状を訴えていることがわかる。さらに、病歴のある者について、病歴と自覚症状の関連性をみると、心疾患等の病歴得点と健康得点の間に有意な相関が得られており、病歴のある者の中でも、疾病の程度がより重かった者程自覚症状を多く訴えている—つまり、主観的健康状態により多くの問題が生じている—ことが示されている。したがって、病歴調査は健康状態の客観的側面、自覚症状調査は主観的側面をあらわすものと対比させて考えることができるが、両者の関連性からみると、自覚症状調査によって評価され得る主観的な健康状態は、少なからず、過去の客観的な病歴を背景にしていると結論づけられる。

B 病歴、自覚症状および生活状況における性差

1. 病歴と自覚症状からみた健康状態の性差

今回の病歴調査では、病歴のある者のない者に対する比率は男子が女子を上まわったが、国民健康調査⁴⁾によれば、男子よりも女子により高い有病率や受療率が示されており、本研究の調査結果とは一致しない。しかし、これには本研究の対象となった男子の平均年齢(44.57歳)が女子(41.46歳)よりも高齢であったことが関与しているように思われる。すなわち、国民健康調査による昭和53年の「年齢階級・性別にみた有病率(千人あたり繰越件数)」から、45歳男子および40歳女子の有病率を推定してみると、男子(94.05)が女子(82.1)を上まわる結果となり本研究と一致する。また、本研究においては病歴のある者の方がいない者よりも高齢(43.53歳, 42.39歳)であり、国民健康調査⁴⁾においても有病率や受療率は加齢とともに急増する傾向が示されている。この点でも、本研究の病歴調査結果と国民健康調査の有病率・受療率の傾向は一致しており、今回の病歴調査によってとらえられた現象は、いわゆる有病率や受療率でとらえられるところときわめて類似のものであることが推察されよう。したがって、同年齢層の男女を比較すれば、女子の方がより多くの病歴(既往歴)があり、現在の有病率も高いと結論づけることができる。

また、著者らは前報¹⁰⁾で自覚症状調査の検討を行い、女子の方が男子よりも不健康な状態にあることを報告した。昭和54年の保健衛生基礎調査における健康意識の調査結果をみると、“非常に健康”あるいは“まあまあ健康”といった判断を下す者の数は男子の方が女子よりも多く、相対的に女子の主観的健康状態が男子よりも劣る傾向が得られている。したがって、病歴や有病率・受療率等の疾病に関する側面および主観的な自覚症状や健康意識といった側面のいずれからみても、女子の健康状態は男子よりも好ましくない状態にあるということがいえる。

一方、病歴項目の因子分析結果から、9因子別の病歴得点の性差をみると、その性差は必ずしも一様なものではない。すなわち、腎臓病・神経症では確かに女子の方がより多く患っているが、消化器系疾患、糖尿病・肝臓病を示す因子では男子の病歴得点が女子を上まわっており、これは前報¹²⁾¹⁵⁾および国民健康調査⁴⁾の結果と一致している。このように、疾病の種類によってその性差が一様でないことは、前述したように、疾病の各領域がかなり独立性の高いものであることによるものであろう。こういった各疾病領域の独立性は、病

歴得点と年齢との相関にもあらわれている。たとえば、心疾患因子では年齢との相関は男子にのみ有意であり、運動器系疾患では女子のみに、また、消化器系疾患では男女いずれの場合にも有意な相関が認められている。

2. 健康状態と生活状況の関連性にみられる性差

生活環境が健康状態に大きな影響を及ぼすことについては、これまでに多くの報告がなされてきたが、⁸⁾¹⁰⁾¹⁷⁾¹⁸⁾ここでは、過去の病歴や現在の自覚症状からみた健康状態と生活状況の関連性について考察する。

病歴のある者となない者における生活状況の違いは、生活が朝型か夜型かといった点、および運動を頻繁に行うか否かといった点にみられた。男子では、病歴のない者の方がいわゆる夜型傾向にあり、病歴のある者は比較的朝型の生活を行っているようである。しかし、女子にはこういった傾向はみられず、病歴の有無にかかわらず、朝型傾向を示している。また、運動量をみると、男子の場合は病歴の有無に関係なく比較的運動量が多く、女子の場合には、総体的には男子より運動量が少ないわけだが、その中でも病歴のある者程運動量の少ないことが認められた。

自覚症状と生活状況の関連性をみると、病歴のない者については男女いずれにもその関連性は認められなかったが、病歴のある者については、男子の場合にのみ、運動量が少ない程自覚症状の訴え率が多いといった関連性がみられた。

すなわち、男子における病歴のある者の生活状況は、病歴のない者と同様に運動を頻繁に行い、生活時間も朝型傾向にあることがわかり、過去の疾病に対しては、きわめて積極的にそれを克服しようとする姿勢にあるように思われる。さらに、病歴のある者の主観的健康状態（自覚症状）は運動量が増すと良好になる傾向があり、運動を行うことによって健康の維持・増進に務めているとみることができる。

これに対し、女子の場合には、病歴のある者の運動量がかなり少なく、また、運動量の多少は主観的健康状態に直接的には関与せず、過去の疾病を克服すべく運動をより多く実施することによって健康の維持・増進を計ろうといった生活態度はあまりみられない。

¹⁾ 麓の報告によれば、加齢による体力や健康状態の低下が、男子では健康維持に関する積極性を向上させる傾向にあるのに対し、女子ではそれらの低下に押されて積極性も低下するということであり、確かに、過去の疾病の克服あるいは健康の維持・増進といった面で、男子には比較的積極的な生活態度があらわれるが女子は消極的であるといったことが、結論的に推察されよう。このことは、計らずも、神・犬飼²⁾によって指摘された“スポーツ活動に対する男子の積極性、女子の消極性”といったこととうまく呼応しており、今後、さらに広い視野からこういった問題をとり扱う必要があるように思われる。

V 要 約

長崎県内の成人男女2752名についての病歴（既往歴）調査、自覚症状調査および生活状況調査の各資料から、健康状態、生活状況およびそれらの相互関連における性差を検討するために、先に報告した自覚症状と生活状況に関する因子分析的検討等¹²⁾¹⁵⁾¹⁶⁾に加えて、病歴調査の結果ならびに病歴項目空間の因子構造を比較検討し、病歴と自覚症状から把握される健康状態とその関連生活状況における性差を多角的に考察した。その結果は次のように要約される。

1) 病歴項目空間の因子構造は9因子からなる多因子構造を呈しており、一般因子を含む階級的因子構造を示した自覚症状とは異なる。最大共通領域としての一般因子の存在をめぐる考

察から、自覚症状調査は健康状態の主観的側面を、病歴調査は客観的側面をあらわす調査であるものと推察される。

- 2) 病歴と自覚症状は比例的関係にあり、自覚症状によって評価される主観的健康状態は、客観的な過去の病歴を少なからず背景としている。
- 3) 病歴の性差については本調査結果では男子が女子を上まわったが、年齢要因との関連から同一年齢層の性差を検討すると、女子の病歴が男子を上まわることが予想される。また、病歴、自覚症状、有病率等から多次的にみると、女子の健康状態の方が男子よりも好ましくない状態にある。
- 4) 男子における病歴のある者の生活状況は、病歴のない者に比較して朝型傾向にあり、また運動量は病歴のない者と同様に比較的多い。さらに、病歴のある者の中では、運動量が多い者程自覚症状が少ない傾向にある。このように、病歴のある者の生活状況には、過去の疾病の克服あるいは健康の維持・増進といった面の積極性が顕著にみられる。
- 5) 女子における病歴のある者の生活状況では、病歴のない者および男子に比べてきわめて運動量が少ない。さらに、この運動量の多少は、必ずしも、自覚症状としての健康状態に影響を及ぼしていない。このように、女子有病歴者における健康の維持・増進に対する積極性は、男子の場合とは逆に、かえって過去の疾病が誘因となっているが如くに低下する傾向がみられる。

引用文献

- 1) 麓 信義：中高年齢者の健康意識と運動・栄養指導による健康意識の変化，保健の科学，21（7），503—509，1979。
- 2) 神 文雄・犬飼義秀：長崎県民の健康・スポーツに関する調査研究 —成人のスポーツ活動における性差，長崎大学教養部紀要（自然科学篇），22（2），215—222，1982。
- 3) 加納克己：疾病パターンの変化，山口誠哉（編），疾病の地理病理学，朝倉書店，1980。pp.12—15。
- 4) 厚生省大臣官房統計情報部編：昭和53年国民健康調査，厚生統計協会，1978。Pp.163。
- 5) 厚生統計協会：国民衛生の動向，厚生指標，28（9），1981。pp.95—109。
- 6) 厚生統計協会：国民衛生の動向，厚生指標，28（9），1981。pp.512—520。
- 7) 宮入正人：疫学とは，保健の科学，20（10），658—661，1978。
- 8) 三宅浩次：生活構造とポジティブ・ヘルス，保健の科学，19（6），355—358，1977。
- 9) 中江公裕：疫学調査の方法，保健の科学，20（10），662—668，1978。
- 10) 岡田 晃：環境とポジティブ・ヘルス，保健の科学，19（6），365—368，1977。
- 11) 奥津則子・服部隆男・前田和甫：更年期婦人の自覚的な訴えに関連する環境・心理的要因，日本公衆衛生雑誌，28（1），39—48，1981。
- 12) 管原正志・田原靖昭：長崎県民の健康・スポーツに関する調査研究 —地域別にみた成人の健康の様相，長崎大学教養部紀要（自然科学篇），22（1），91—102，1981。
- 13) 鈴木庄亮：自覚症状調査，田中恒男・江口篤寿（編），健康調査の実際，医歯薬出版，1976。pp.114—116。
- 14) 鈴木庄亮・柳井晴夫：コーネル医学指数およびMDIの因子分析，産業医学，18（5），464—473，1976。
- 15) 田原靖昭・管原正志：長崎県民の健康・スポーツに関する調査研究 —成人の個人的属性と健康の様相，長崎大学教養部紀要（自然科学篇），22（1），71—90，1981。
- 16) 田井村明博・今中国泰：長崎県民の健康・スポーツに関する調査研究 —成人の自覚症状からみた健康の因子分析的検討，長崎大学教養部紀要（自然科学篇），22（1），115—122，1981。
- 17) 豊川裕之：食生活とポジティブ・ヘルス，保健の科学，19（6），359—364，1977。
- 18) 吉田敏子・柔田和子：食生活の健康におよぼす影響，保健の科学，21（3），213—216，1979。