

在宅高齢者の主観的健康感と痛みとの関連

笠井恭子¹⁾, 梶田悦子²⁾

1) 富山医科薬科大学大学院医学系研究科修士課程

2) 富山医科薬科大学医学部看護学科地域・老人看護学講座

要 旨

在宅高齢者604名の主観的健康感と痛みの実態を明らかにし、さらに、両者の関係を検討した結果、次のことが示された。

身体的な慢性痛を抱えている者は61.8%で、下肢痛と腰背部痛を訴える者が多かった。また、男性に比べて女性の慢性痛保有者が有意に多かった。慢性痛保有者の主な日常生活の不自由は正座と階段昇降であった。Short-Form36 bodily pain scoreによる痛みは、男性に比べて女性が有意に強い痛みを訴えた。また、感覚器系の痛み、下肢痛、腰背部痛を抱える者の痛みが強かった。主観的健康感71.2%の者が良好であった。感覚器系の痛み、下肢痛、腰背部痛のある者、および痛みの程度が強い者、日常生活に不自由がある者は、そうでない者に比べて有意に主観的健康感が不良であった。老研式活動能力指標 (IADL) の手段的自立と知的能動性に関する内容が、可能な者に比べて不可能な者は有意に主観的健康感が不良であった。PGC モラールスケールでは、ほとんどの項目でモラールが良好な者に比べて不良の者は有意に主観的健康感が不良であった。

以上のことから、主観的健康感を高めるためには、IADL、モラールを良好に保つこと、下肢痛や腰背部痛を軽減し移動能力を維持することの必要性が示唆された。

キーワード

高齢者, 主観的健康感, 慢性痛

序

人々の主観的な判断に基づいて評価する主観的健康感とは、簡便でかつ全体的な健康状態を評価する1つの指標として、今日、国民生活基礎調査をはじめ多くの調査で用いられている。主観的健康感に関する先行研究¹⁻⁶⁾をみると、医学的検査や体力テストなどの客観的な指標と高い相関があることや主観的健康感が高い者は活動余命、生命予後が良好であるとの知見が内外で示されている。主観的健康感を高く保つことは、日常生活動作能力 (ADL) を保持し健康で長生きするための重

要な要素である。一方、痛みの研究⁷⁻¹⁰⁾は癌患者等の疼痛アセスメントに関するものが多く、在宅高齢者を対象にした研究はほとんど見あたらない。

高齢期には加齢による種々の生理的变化が起こる。その上、身体的な痛みを抱えるとADLの障害が生じ行動範囲が縮小する。それが進行すると非活動的な生活や閉じこもりになる可能性がある。高齢者がADLを保持し、主観的健康感を高く保ちながら生き生きと日常生活を送ることと身体的な痛みとは密接な関係があると考えられるため重要な研究課題である。しかし、従来、在宅高齢者が抱える身体的な痛みの詳細や主観的健康感との

関連をみた研究はほとんどない。したがって、在宅高齢者が痛みを最小限にとどめ主観的健康感を高めて生きていくための介入方法の示唆を得るまでには至っていない。

本研究の目的は、60歳以上の在宅高齢者の主観的健康感と痛みの実態を明らかにすることである。さらに両者の関係を検討することから、在宅高齢者の主観的健康感を向上させ得る保健指導の指針を導きだし地域看護活動に役立てようとするものである。

研究方法

1 調査対象

福井県在住の60歳以上の在宅高齢者632名を調査対象とした。対象は痴呆がなく在宅で普通に生活している者とし、応募法により抽出した。

2 方法

調査方法は質問紙を用いて、家庭訪問および検診、健康相談会等の場を利用した面接聞き取り法と自記式の併用である。対象者には、本調査の目的、概要を書いた用紙を渡して説明し全員から承諾を得た。調査期間は、2000年6月1日～9月30日の4カ月間である。今回の分析対象者は調査対象者のうち、記入漏れがあった28名を除いた604名である。

1) 主観的健康感

主観的健康感とは、Suchmanら¹⁾、Maddox²⁾が開発しわが国では藤田ら³⁾、杉澤ら⁴⁾、杉澤⁶⁾によって予測的妥当性が検証され使用されている現在の健康状態を自己評価する方法を用いた。質問は「現在の健康状態はいかがですか」とし、平成10年国民生活基礎調査¹¹⁾を参考に、「まったく健康」「かなり健康」「普通」と回答した場合を「良好」、 「あまり健康でない」「まったく健康でない」と回答した場合を「不良」として2カテゴリーに分類した。

2) 身体的健康度

①Breslow¹²⁾の7つの健康習慣

②古谷野ら¹³⁾が開発した老研式活動能力指標

(13項目)による手段的ADL (IADL)

③現在治療している病気の有無

3) 精神的健康度

①楽しみ

楽しみについては自由回答とし、回答内容はKJ法を用いて分類した。

②主観的幸福感 (モラール)

Lawton¹⁴⁾が開発したのち改訂し、前田ら¹⁵⁾によって日本語版化された改訂日本語版PGCモラールスケール (17項目)を用いた。

4) 痛みの内容

身体部位24カ所の慢性痛の有無を調査日からさかのぼって1カ月間に限定して調べた。また、疼痛部位が複数あった者には、最も痛い部位についても回答を求めた。疼痛部位は「感覚器系の痛み」「循環器・消化器系の痛み」「筋・骨格系-上肢の痛み」「筋・骨格系-腰背の痛み」「筋・骨格系-下肢の痛み」の5つの系統に分類した。

痛みの程度はShort-Form36¹⁶⁾ (SF-36) 日本語版¹⁷⁾のbodily pain (BP) 領域を採用し、最も痛い部位の痛みの程度を調べた。

痛みのために日常生活に不自由があるかどうかは、更衣、食事、洗面、入浴、トイレ、布団の出入り、正座、移動、階段昇降の9項目について回答を求めた。

3 用語の定義

1) 主観的健康感

本人の主観的な判断に基づいて自己評価する現在の健康状態

2) 痛み

過去1カ月間におこった身体的な痛みで、風邪による頭痛などのような突発的な痛みである急性痛を除外した慢性痛

4 解析方法

統計パッケージSPSS 9.0J for Windowsを使用し、平均値の差はt検定を、頻度の違いは χ^2 検定を用いた。主観的健康感と各要因との関連は一変量の場合は χ^2 検定を、多変量の場合は多重ロジスティック回帰モデルを用いた。なお、有意水準は5%とした。

結 果

1 対象者の属性

表1には対象者の基本的属性を男女別に示した。性別は男性が250名(41.4%)、女性は354名(58.6%)であった。平均年齢は70.4±6.7(男性70.8±6.3, 女性70.1±6.9)歳であり、男女間に有意差はなかった。年齢階級別(10歳区切りの3段階)では、男女とも約半数が60歳代であった。配偶者の有無では、男性の有配偶率90%に対して女性は69.2%と有意に低かった(p<0.001)。

表1 対象者の基本的属性

項目	全体		男性		女性		性差
	n	%	n	%	n	%	
性別	604	100.0	250	41.4	354	58.6	-
年齢階級	60歳代	301	49.8	112	44.8	189	53.4
	70歳代	242	40.1	114	45.6	128	n.s
	80歳以上	61	10.1	24	9.6	37	10.4
平均年齢	70.4	±6.7	70.8	±6.3	70.1	±6.9	n.s
配偶者	あり	470	77.8	225	90.0	245	69.2
	なし	134	22.2	25	10.0	109	30.8

平均値の差はt検定、頻度の違いはχ²検定: *** p<0.001

2 高齢者の主観的健康感と身体的・精神的健康度

表2には対象者の主観的健康感の良否を示した。主観的健康感が良好な者は全体で430名(71.2%)であり、約7割の者が自分は健康であると回答している。年齢階級別男女別にみると、80歳以上の女性で主観的健康感が良好な者が少ないものの、年代差や性差は認められなかった。

表2 対象者の主観的健康感

年齢階級	性	主観的健康感			
		良好		不良	
		n	%	n	%
60歳代	男性	82	73.2	30	26.8
	女性	142	75.1	47	24.9
70歳代	男性	76	66.7	38	33.3
	女性	91	71.1	37	28.9
80歳以上	男性	18	75.0	6	25.0
	女性	21	56.8	16	43.2
全体		430	71.2	174	28.8

1) χ²検定: すべて有意差なし

2) 主観的健康感の分類は、「まったく健康」「かなり健康」「普通」と回答した者を「良好」とし、「あまり健康でない」「まったく健康でない」と回答した者を「不良」とした。

Breslow 健康習慣の実施率を男女別に図1に示した。男女とも「定期的に運動をする」の実施率が30%程度であるが、その他の項目は50%以上の

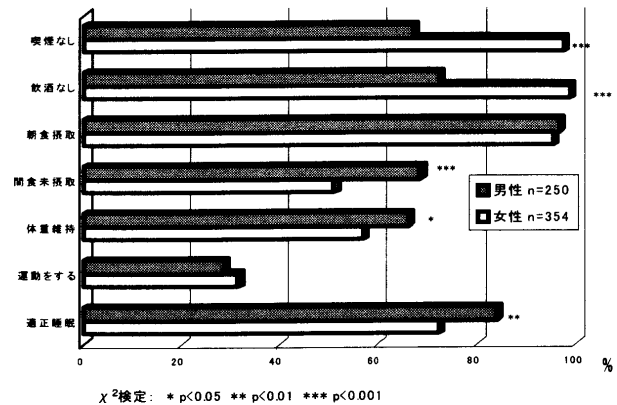


図1 男女別にみたBreslow健康習慣の実施率

実施率を示した。男性に比べて女性の実施率が高いのは、「喫煙をしない(男性66.8%, 女性97.2%; p<0.001)」「過度の飲酒をしない(男性72.0%, 女性98.6%; p<0.001)」の2項目であった。一方、女性に比べて男性の実施率が高いのは、「間食をしない(男性68.4%, 女性51.1%; p<0.001)」「適正体重を維持する(男性66.0%, 女性57.1%; p<0.05)」「適正な睡眠時間をとる(男性84.0%, 女性72.3%; p<0.01)」の3項目であった。

表3に示したように、老研式活動能力スコアの平均値は全体で11.4±2.1点であった。年齢階級別では合計点、下位尺度別の平均値とも加齢に伴い得点が低下しており有意な差を認めた(p<0.001)。

表3 年齢階級別にみた老研式活動能力指標 (IADL)

項目	Mean±SD				年代間比較
	全体 n=604	60歳代 n=301	70歳代 n=242	80歳以上 n=61	
合計点	11.4±2.1	11.8±1.6	11.4±1.8	8.9±3.5	***
下位尺度 手段的自立	4.6±1.0	4.7±0.7	4.6±0.8	3.4±1.9	***
下位尺度 知的能動性	3.4±0.9	3.5±0.8	3.5±0.8	2.8±1.2	***
下位尺度 社会的役割	3.3±1.2	3.4±1.1	3.2±1.2	2.5±1.5	***

一元配置分散分析: *** p<0.001

現在治療中の病気を抱えている者は376名(62.3%)であり、保有疾患数は1つ~2つが86.7%を占めた。

主観的健康感と身体的健康度との関連をχ²検定で検討し、有意差があったIADLについて、さらに、多重ロジスティック回帰モデルによる解析を行った(表4)。その際、主観的健康感の良否を従属変数とし、老研式活動能力指標の各項目の

表4 主観的健康感の良否と
老研式活動能力指標 (IADL) との関連

項目	オッズ比
下位尺度 手段的自立	
外出	できない/できる 2.0 **
買い物	できない/できる 3.5 **
食事の用意	できない/できる 1.4
支払い	できない/できる 1.3
貯金のおし入れ	できない/できる 2.3 *
下位尺度 知的能動性	
書類記入	できない/できる 2.5 **
新聞	読まない/読む 1.9 *
読書	しない/する 1.5 *
健康への関心	なし/あり 0.9
下位尺度 社会的役割	
友人を訪ねる	できない/できる 1.2
相談事にのる	なし/あり 1.0
病人見舞い	できない/できる 2.1
若い人への話しかけ	しない/する 1.1

1) 多重ロジスティック回帰モデルによる主観的健康感不良に対するオッズ比 * p<0.05 ** p<0.01
2) 性・年齢・病気の有無を調整因子とした。

可能・不可能を説明変数とした。病気の有無は性、年齢とともに調整因子に加えた。その結果、手段的自立と知的能動性に関する項目が可能な者に比べて不可能な者は、有意に主観的健康感が不良であった (p<0.05~p<0.01)。

楽しみをもっている者は590名 (97.7%) で、ほとんどの者が何らかの楽しみをもっていた。楽しみの内容は、慰安・娯楽 (73.8%)、趣味 (45.0%)、教養 (30.3%)、労働 (12.3%)、社会活動 (11.8%)、健康活動 (11.4%) という順に多かった。

表5に示したように、PGCモラールスケールスコアの平均値は全体で11.3±3.4点であった。年齢階級別では、下位尺度の老いに対する態度で加齢とともに得点が下がっており有意な差がみられた (p<0.05)。

主観的健康感と精神的健康度との関連をχ²検

表5 年齢階級別にみたPGCモラールスケールスコア

項目	Mean±S.D			
	全体 n=604	60歳代 n=301	70歳代 n=242	80歳以上 n=61
合計点	11.3±3.4	11.4±3.5	11.4±3.4	10.8±3.2
下位尺度 心理的動揺	4.2±1.7	4.2±1.7	4.3±1.7	4.3±1.6
下位尺度 孤独感・不満足感	4.5±1.2	4.5±1.3	4.6±1.2	4.3±1.2
下位尺度 老いに対する態度	2.6±1.4	2.7±1.4	2.5±1.4	2.3±1.3 *

一元配置分散分析: * p<0.05

定で検討し、有意差があったモラールについてIADLと同様に多重ロジスティック回帰モデルによる解析を行った (表6)。その結果、ほとんどの項目でモラールが良好な者に比べて不良の者は、有意に主観的健康感が不良であった (p<0.05~p<0.001)。

表6 主観的健康感の良否とモラールとの関連

項目	オッズ比
下位尺度 心理的動揺	
小さいことを気にする	あり/なし 2.7 ***
ねむれないこと	あり/なし 2.0 ***
不安なこと	あり/なし 2.6 ***
腹を立てる回数	多くなった/多くなならない 1.2
物事のうけとめ	深刻である/深刻でない 2.0 ***
おろおろする	する/しない 2.0 ***
下位尺度 孤独感・不満足感	
さびしさ	感じる/感じない 2.0 ***
家族等とのゆきき	不満足/満足 1.8
生きていてもしかたがない	思う/思わない 3.6 ***
悲しいこと	あり/なし 1.9 *
生きることはきびしい	思う/思わない 1.6 *
生活に満足	不満足/満足 2.2 **
下位尺度 老いに対する態度	
人生はだんだん悪くなる	感じる/感じない 2.6 ***
昨年同様の元氣	なし/あり 3.2 ***
役に立たなくなった	思う/思わない 3.3 ***
年をとるといふこと	悪い/よい 1.8 *
若いときより今が幸せ	あり/なし 2.0 ***

1) 多重ロジスティック回帰モデルによる主観的健康感不良に対するオッズ比 * p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001
2) 性・年齢・病気の有無を調整因子とした。

3 高齢者の痛みと主観的健康感

身体に慢性痛がある者は373名 (61.8%) であり、どの年代においても男性に比べて女性の慢性痛保有者の割合が高かった。有意差があったのは60歳代 (男性50.0%, 女性66.7%; p<0.01) と70歳代 (男性54.4%, 女性70.3%; p<0.05) であり、80歳以上 (男性62.5%, 女性64.9%) には差はなかった。

疼痛部位を年齢階級別にみると (図2)、どの

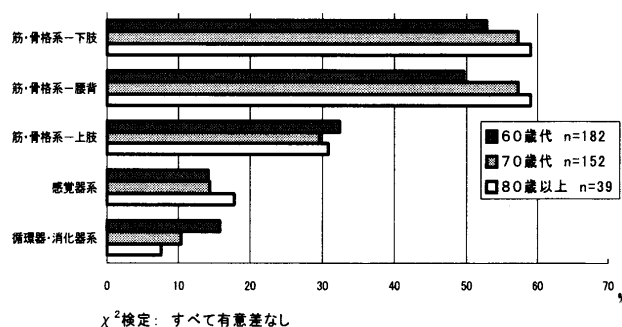


図2 年齢階級別にみた疼痛部位別慢性痛の保有率

年代においても下肢痛と腰背部痛を抱える者の割合が高くその割合は年齢とともに高くなっていった。

慢性痛保有者の痛みの程度をSF-36 BP得点(得点が低いほど、痛みの程度が強いことを意味する)の平均値でみると、どの年代においても男性に比べて女性の痛みの程度が強かった。有意差があったのは60歳代(男性56.1点、女性48.3点; $p<0.01$)であり、70歳代(男性51.0点、女性49.9点)と80歳以上(男性54.0点、女性49.2点)には差はなかった。疼痛部位別の痛みの程度は、複数部位を訴えた者に関しては各部位にSF-36 BP得点を与えた。感覚器系の痛み(43.1点)、下肢痛(48.7点)、腰背部痛(49.3点)、上肢痛(52.4点)、循環器・消化器系の痛み(57.4点)の順に痛みの程度が強かった。

慢性痛保有者の中で、痛みのために日常生活に不自由がある者の割合は62.7%であった。不自由の内容を年齢階級別にみると(図3)、どの年代においても「正座」と「階段昇降」に不自由がある者が多かった。

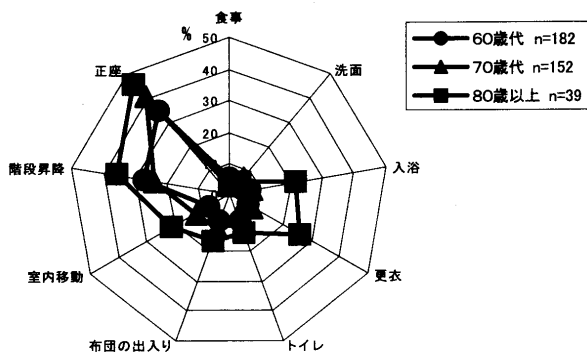


図3 年齢階級別にみた慢性痛保有者の日常生活の不自由状況

主観的健康感と痛みとの関連をみるために、主観的健康感の良否を従属変数とし、身体的な慢性痛の有無、疼痛部位別の痛みの有無、痛みの強弱、日常生活の不自由の有無を説明変数として多重ロジスティック回帰モデルによる解析を行った(表7)。調整因子には、性、年齢、病気の有無に加え、主観的健康感と関連があったIADL、モラールを投入した。その結果、慢性痛がある者、中でも、感覚器系の痛み、下肢痛、腰背部痛がある者、および痛みが強い者、日常生活に不自由がある者

表7 主観的健康感の良否と痛みとの関連

項目	オッズ比
身体的な慢性痛	あり/なし 2.5 ***
感覚器系の痛み	あり/なし 2.1 *
筋・骨格系-下肢の痛み	あり/なし 2.2 ***
筋・骨格系-腰背の痛み	あり/なし 2.3 ***
筋・骨格系-上肢の痛み	あり/なし 1.3
循環器・消化器系の痛み	あり/なし 1.5
痛みの程度	強い痛み/弱い痛み 3.2 ***
日常生活の不自由	あり/なし 2.6 ***

1) 多重ロジスティック回帰モデルによる主観的健康感不良に対するオッズ比
* $p<0.05$ *** $p<0.001$

2) 性・年齢・病気の有無・IADL・モラールを調整因子とした。

3) 痛みの程度の分類は、SF-36 BP得点が60点以下を「強い痛み」70点以上を「弱い痛み」とした。

はそうでない者に比べて有意に主観的健康感が不良であった ($p<0.05\sim p<0.001$)。

考 察

1 在宅高齢者の身体的健康と精神的健康

今回の分析対象者は、年齢的には80歳以上は十分な人数を確保できず60~70歳代が中心となった。有配偶率は男性に比べて女性が有意に低く、全国調査¹¹⁾の結果と同様であった。

健康習慣7項目中、運動習慣をもつ者の割合が約3割と他の習慣の5割以上に比べて低かった。健康や体力の保持増進、人との交流、気分転換のために高齢者に適した運動を取り入れた健康づくりに重点をおく必要がある。また、男性では喫煙習慣と飲酒習慣、女性では間食の摂取、適正体重の維持、十分な睡眠の確保に対するアプローチの必要性が明らかになった。

老研式活動能力スコアの平均値は全体で11点代であり、自立高齢者を対象とした古谷野ら¹⁸⁾の調査結果とほぼ一致した。本調査では、地域で普通に生活しており検診会場等に来場できる高齢者が対象であったため、障害が少なかったのは当然である。しかし、年齢階級別にみると古谷野ら¹³⁾の調査結果と同様に、加齢に伴い確実に得点が低下し有意差がみられた。高齢期には、加齢による身体・生理機能の老化や心理的・行動的機能の老化という、避けることのできない変化が起こる。したがって、IADLが年齢とともに低下するのは生涯発達上の自然なことであるが、高齢者がその影響を最小限に食い止め日常生活を営めるよう援助することが重要になってくる。

治療中の病気を抱えている者は約6割であったが、保有疾患数はほとんどの者が1つか2つであった。治療上考慮すべき高齢者疾病の特徴の1つに、1人で多疾患をもつことがあげられる¹⁹⁾が、今回の対象者は初老期～前期高齢者が多かったため、このような特徴が顕著に現れなかったのではないかと考えられる。

対象者のほとんどが何らかの楽しみをもっていた。中でも慰安・娯楽に関する楽しみをもつ者が最も多く、具体的な内容をみると、「温泉に行く」「旅行に行く」という回答が多かった。これらは移動能力を要する外出活動であるが、自立した在宅高齢者にとっては日常生活の延長線上にある絶好の気晴らしの機会だと考えられ大きな楽しみになっていると思われる。一方、労働、社会活動、健康活動を楽しみとしている者は少なかった。これらは生計のために、地域社会に貢献するために、健康保持のためにしなければならない要素を含むため楽しみとするには難しいのだと思われる。

PGC モラールスケールスコアの平均値は全体で11点代であり、先行研究^{4, 6, 20)}の結果とほぼ一致した。年齢階級別では、下位尺度の「老いに対する態度」で加齢に伴い得点の低下がみられ有意差を認めた。年を重ねても、モラルの意味する「変えることのできない物事の受け入れ¹⁴⁾」に関しては困難なことが示唆された。

2 痛みの状況

慢性痛保有者は約6割であり、山下²¹⁾が地域に住む中高年者を対象に行った研究結果と同様であった。また、男性に比べて女性の慢性痛保有者が多かった。男性に比べて女性は愁訴が多い¹¹⁾こと、女性特有の問題として骨粗鬆症等があることをふまえると、慢性痛の訴えにおいても男女の特性が現れたと考えられる。疼痛部位別の痛みは、下肢痛、腰背部痛の順に多かった。これは、全国調査¹¹⁾や松本ら¹⁰⁾の調査と同様の結果であった。人間は成長過程において頭部から順に発達していくが、高齢になると逆方向に下肢から衰退していくという「成長における頭部尾部法則²²⁾」がある。また、芳賀ら²³⁾の地域高齢者を対象に行った日常生活動作能力の追跡的研究によると、歩行能力や

起居能力などの主に下肢の筋力を反映した動作能力は、他の動作能力に先行して低下することが明らかになっている。つまり、高齢になると下肢や腰背部は他の部位よりも先に、その機能が衰えていくということである。このような加齢現象に加えて、関節を構成する諸々の組織の異常²⁴⁾や筋肉の疲労が反映され、下肢痛や腰背部痛を訴える者が多いと推察された。

次に、痛みの程度についてみる。どの年代においても、男性よりも女性の方が強い痛みを訴えており、60歳代では有意差が認められた。Woodrowら²⁵⁾、Fillingimら²⁶⁾の痛みの知覚に関する大規模な実験研究によると、女性は男性に比べて痛みの閾値が低く、耐性も低いことが確認されている。痛みの知覚には男女の違いがあることをふまえると、在宅高齢者が日々抱える慢性痛の痛みの程度についても男女差が現れたと考えられる。疼痛部位別の痛みの程度は、感覚器系の痛み、下肢痛、腰背部痛を抱えている者の順に痛みが強く、上肢痛や循環器・消化器系の痛みを抱えている者の痛みは弱かった。循環器や消化器の痛みは内臓痛²⁷⁾であり、痛みが強ければ医療機関を受診するタイプのものであることから、普通に生活している在宅高齢者にとっては痛みが弱いのは当然であろう。一方で、慢性痛の中で多くを占めた下肢痛、腰背部痛は痛みの程度も強いことが明らかになり、在宅高齢者の痛みの問題に関わる際、下肢痛、腰背部痛に焦点をあてて援助していくことの必要性が示唆された。

さらに、痛みのために日常生活に不自由があるかどうかを調査したところ、不自由があると回答した者は約6割であり、主に、正座と階段昇降に支障があった。正座ならびに正座からの立ち上がり動作は、わが国特有の家屋状況により、日常よく行われている動作である。この動作能力が必然的に移動性の重要な一側面であるため不自由として感じられたと考える。階段昇降の不自由は、心理的に高齢者の外出行動を妨げる原因となり、行動範囲を狭めて活動的な生活を阻害する可能性があるため、段差をなくすなどの環境への配慮が望まれる。

3 主観的健康感を高める要因

主観的健康感とIADLとの間には有意な関連が認められ、IADLを良好に保つことが主観的健康感の向上に寄与する可能性が示唆された。IADLはADLより高次の活動能力であるが、自立した在宅高齢者にとっては日常的に行っている活動である。したがって、そのうちのいくつかが不可能であることは、自信喪失につながり主観的健康感をも低めてしまうと考えられる。中でも、手段的自立と知的能動性に関する内容をより可能にしていくことで、主観的健康感が高まる可能性が示唆され、保健指導上のポイントとして活かせると思われる。

主観的健康感とモラールとの間には17項目中15項目に有意な関連を認め、モラールのほとんどの内容は主観的健康感と深く関わっていることが明らかになった。つまり、ある側面のモラールが良好であるだけでは、主観的健康感を高めるには不十分であるということである。近年、高齢者においてモラールの低い者ほど動脈硬化の傾向が進展している可能性が示唆される²⁸⁾など、モラールは高齢者の客観的な健康状態にも関わる重要な指標であるため、保健指導の個人指導の場などで対象のモラールを把握することも検討すべきである。

主観的健康感と痛みとの関連を検討した芳賀ら⁹⁾は、身体のだこかに痛みをもつ高齢者は主観的健康感が不良の者が多いと述べており、本研究でも同じ結果を得た。本研究ではさらに疼痛部位別の痛み、痛みの程度、痛みによる日常生活の不自由の有無との関連を検討した。その結果、感覚器系の痛み、下肢痛、腰背部痛がある者、痛みが強い者、日常生活に不自由がある者はそうでない者に比べて有意に主観的健康感が不良であった。

痛みは身体のある部分に起こる不快な感覚であるため、人々の不安や葛藤、怒りを生じさせる。また、「慢性的な痛みをもっている人たちは、自分自身を望みがないと自己評価してしまう。²⁹⁾」と言われている。このことから、痛みがある者、痛みが強い者、日常生活に不自由がある者には、不快な感覚やマイナスの情緒、思考がより強く伴うため、自分の健康状態を自己評価する主観的健康感においても悪く評価することが考えられる。

疼痛部位別の痛みとの関連に関しては、保有者が多く痛みの程度も強かった下肢痛と腰背部痛について考えてみる。下肢や腰背部は、日常生活行動の大部分を占める移動動作に大きく関わっている。したがって、その部位に痛みがあれば移動動作は思うようにいかず、ひいては活動的な生活が阻害され主観的健康感の低下を招くと考えられる。以上のことより、在宅高齢者の慢性痛に関しては、下肢痛、腰背部痛を最小限に食い止め、日常生活の移動能力を維持させることが主観的健康感を高める重要な要素だと考えられる。

結 語

今回、在宅高齢者604名の主観的健康感ならびに痛みの実態を明らかにし、さらに両者の関係を検討した結果、以下のような結論を得た。

1. 身体的な慢性痛を抱えている者は61.8%で、下肢痛と腰背部痛を訴える者が多かった。また、男性に比べて女性の慢性痛保有者が有意に多かった。慢性痛保有者の主な日常生活の不自由は正座と階段昇降であった。
2. SF-36 BP得点による痛みの程度は、男性に比べて女性が有意に強い痛みを訴えた。また、感覚器系の痛み、下肢痛、腰背部痛を抱える者の痛みが強かった。
3. 主観的健康感71.2%の者が良好であった。感覚器系の痛み、下肢痛、腰背部痛のある者、および痛みが強い者、痛みのために日常生活に不自由がある者はそうでない者に比べて、有意に主観的健康感が不良であった。
4. 老研式活動能力指標の手段的自立と知的能動性に関する項目が可能な者に比べて、不可能な者は有意に主観的健康感が不良であった。
5. モラールが良好な者に比べて、不良の者は有意に主観的健康感が不良であった。

謝 辞

本研究をまとめるにあたり、アンケートにお答えくださいました福井県の住民の皆様にご心よりお礼申し上げます。さらに、調査にご協力ください

たJA福井県厚生連の竹内弘之次長さん、三田村純枝主任さん、坂本千加子さん他、職員の皆様、ならびに、福井県奥越健康福祉センターの坂本澄代課長さん、定由道子さん、大野市保健センターの亀井宗子係長さん他、職員の皆様に深謝いたします。

引用文献

- 1) Suchman EA, Phillips BS, Streib GF: An analysis of the validity of health questionnaires. *Social Forces*36: 223-232, 1958.
- 2) Maddox GL: Some correlates of differences in self-assessment of health status among the elderly. *J.Gerontol*17: 180-185, 1962.
- 3) 藤田利治, 篠野脩一: 地域老人の健康度自己評価の関連要因とその後2年間の死亡. *社会老年学*31: 43-51, 1990.
- 4) 杉澤秀博, Jersey Liang: 高齢者における健康度自己評価と日常生活動作能力の予後との関係. *社会老年学*39: 3-10, 1994.
- 5) 芳賀博, 七田恵子, 永井晴美, 須山靖男, 竹野下訓子, 松崎俊久, 古谷野亘, 柴田博: 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.
- 6) 杉澤秀博: 高齢者における健康度自己評価の関連要因に関する研究-質的・統計的解析に基づいて-. *社会老年学*38: 14-24, 1993.
- 7) 岡崎寿美子, 菊地好子, 北山玲子, 渡辺敏: 看護における痛みの評価技術. *看護技術*39(4): 95-103, 1993.
- 8) Wong DL, Baker CM: Pain in children comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*14: 9-17, 1988.
- 9) 青山幸生, 村井淳志: 高齢者の痛み-特に痴呆との関係について-. *慢性疼痛*13(1): 119-123, 1994.
- 10) 松本勅, 寺沢宗典, 田和宗徳: 高齢者の愁訴(第1報)-農林漁業地域の高齢者の愁訴-. *全日本鍼灸学会雑誌*46(6): 334-339, 1996.
- 11) 厚生省大臣官房統計情報部編: 平成10年国民生活基礎調査第1巻. pp126-175, 厚生省大臣官房統計情報部, 東京, 2000.
- 12) Belloc NB, Breslow L, Relationship of physical health. *Preventive Medicine*1: 409-421, 1972.
- 13) 古谷野亘, 柴田博, 中里克治, 芳賀博, 須山靖男: 地域老人における活動能力の測定-老研式活動能力指標の開発-. *日本公衆衛生雑誌*34(3): 109-114, 1987.
- 14) Lawton MP: The Philadelphia Geriatric Center morale scale a revision. *J.Gerontology* 30(1): 85-89, 1975.
- 15) 前田大作, 野口裕二, 玉野和志, 中谷陽明, 坂田周一, Jersey Liang: 高齢者の主観的幸福感の構造と要因. *社会老年学*30: 3-16, 1989.
- 16) Ware JE, Sherbourne CD: The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) I conceptual framework and item selection. *Medical Care*30: 473-483, 1992.
- 17) 福原俊一他: SF-36日本語版ユーザーマニュアル. パブリックヘルスセンター, 印刷中.
- 18) 古谷野亘, 橋本廸生, 府川哲夫, 柴田博, 郡司篤晃: 地域老人の生活機能-老研式活動能力指標による測定値の分布-. *日本公衆衛生雑誌* 40(6): 468-473, 1993.
- 19) 高橋龍太郎: 患者理解「高齢者」. *ナーシングカレッジ*9: 19-24, 1998.
- 20) 大沢正子, 西川千歳, 中野悦子, 村上明美, 山本祥子, 福島泰江, 近森栄子: 都市における高齢者のQOL(1)-主観的幸福感の測定と関連要因-. *神戸市立看護短期大学紀要*13: 107-124, 1994.
- 21) 山下弘二: 中高年者の主観的健康感の測定. *東北理学療法学*11: 1-5, 1999.
- 22) 柏木哲夫: 死を看取る医学ホスピスの現場から. pp234-248, 日本放送出版協会, 東京, 1997.
- 23) 芳賀博, 柴田博, 松崎俊久, 安村誠司: 地域老人の日常生活動作能力に関する追跡的研究. *民族衛生*54(5): 217-233, 1988.
- 24) 柳田尚: 看護に役立つ臨床疼痛学. pp67-172, 日本看護協会出版会, 東京, 1993.
- 25) Woodrow KM, Friedman GD, Siegelaub

- AB, Collen MF : Pain tolerance differences according to age, sex and race. *Psychosomatic Medicine*34 : 548-556, 1972.
- 26) Fillingim RB, Maixner W, Kincaid S, Silva S : Sex differences in temporal summation but not sensory-discriminative processing of thermal pain. *Pain*75 : 121-127, 1998.
- 27) 横田敏勝, 黒政一江, 坂井康子, 三島幸子 : ナースのための痛みの知識. pp 1-9, 南江堂, 東京, 1994.
- 28) 岡本和士 : 高齢者における主観的幸福感と血清脂質濃度との関連について. *日本老年医学会雑誌*33 (9) : 676-680, 1996.
- 29) 島井哲志 : 痛みの認知心理. 現在のエスプリ別冊病気と痛みの心理 6, 岡堂哲雄他編, pp62-72, 至文堂, 東京, 2000.

Association between the self-assessment of health status and pain in elderly people at home

Kyoko KASAI¹, and Etsuko KAJITA²

¹ Graduate School of Nursing, Toyama Medical and Pharmaceutical University

² Department of Community and Gerontological Nursing, School of Nursing Toyama Medical and Pharmaceutical University

Abstract

We examined the relationship between the self-assessment of health status and pain in 604 elderly people at home. The following results were obtained.

Chronic physical pain was noted in 61.8% of the subjects. Many subjects complained of lower limb pain and dorsal lumbar pain. Furthermore, the incidence of chronic pain in females was significantly higher than that in males. In elderly people with chronic pain, daily activities such as sitting upright and going up/down the stairs were limited. When the Short-Form 36 bodily pain score was examined, females complained of significantly severer pain than males. Furthermore, in subjects with pain of the sensory organs, lower limb pain, or dorsal lumbar pain, the pain score was higher. The self-assessment of health status was regarded as good in 71.2% of the subjects. In subjects with pain of the sensory organs, lower limb pain, or dorsal lumbar pain, subjects with severe pain, and subjects with limited daily activities, the self-assessment of health status was significantly poorer than that in subjects without the above findings. In subjects who could not do the items regarding measure-associated independence and intellectual activity in the Instrumental Activities of Daily Living (IADL), the self-assessment of health status was significantly poorer than that in those who could do the items. The PGC moral scale was used. In subjects with poor moral in most items, the self-assessment of health status was significantly poorer than that in those with good moral in most items.

These results suggest that to improve the results of the self-assessment of health status, good IADL and moral should be maintained, lower limb pain and dorsal lumbar pain should be relieved, and moving capability must be maintained.

Key words

elderly people, self-assessment of health status, chronic pain