

A町成人期住民における相談相手がいない者の実態とその背景

Situational and background factors among adults in Town A having no one to consult for trouble

坂東志乃¹⁾, 佐藤泰啓¹⁾, 安齋由貴子¹⁾Shino Bando¹⁾, Yasuhiro Sato¹⁾, Yukiko Anzai¹⁾

1)宮城大学看護学群

School of nursing, Miyagi University

【キーワード】

相談相手、精神的健康、健康意識調査、情緒のサポート

consulting partner, mental health, Survey of Health Consciousness, emotional support

【Correspondence】

坂東志乃

宮城大学看護学群

watanash@myu.ac.jp

【Support】

A町と共同実施した「A町民健康意識に関するアンケート調査」のデータを用いて実施した。

【COI】

本研究に開示すべき利益相反はない。

Received 2022.05.26

Accepted 2022.08.24

Abstract

The absence of a consulting partner can impact people's mental health. Consequently, people without consulting partners become targets for support. Thus, this study aimed to identify the actual situation of people who do not have consulting partners in a town and examine the related risk factors.

A self-administered questionnaire survey was conducted among 800 randomly selected residents of Town A aged 30–69 years.

The survey included questions on basic attributes, availability of a consultant, mental health, and lifestyle. Crosstabulations, χ^2 -square test, and binary logistic regression analysis were performed.

Those without a consultant accounted for 26.1% of the total respondents. Of these, 56.9% were male, 93.2% lived with their families, 83.6% were employed, and 63.4% had mental health problems. A significant association was found between the presence of a consulting partner and mental health, even after adjustment for sex and age. Binary logistic regression analysis was conducted to examine risk factors for those who did not have a consulting partner. The results showed that men, non-participants in community activities, non-recipients of health check-ups and those with poor subjective health were significantly associated with the absence of a consulting partner. Moreover, no association was found with cohabitation or employment. Most respondents without a consulting partner lived with their families and were employed, suggesting that they may not be able to rely on others, even when they belonged to a family or a group.

People without consulting partners must be supported through health activities such as building community connections. Moreover, people who do not receive health check-ups must be supported through health measures.

はじめに

相談相手の有無は、精神的健康に影響を与えることが報告されている [1]。これは、精神的不調の予防・緩和に特に影響するとされる情緒的サポートが、主に相談相手によって提供されているためと考えられている [1, 2]。つまり、相談相手がない者は、相談相手から得られるはずの情緒的サポートが不足し、精神的不調をきたしやすいということである。したがって、相談相手がない者は、精神的不調のハイリスク者であり、彼らは地域保健活動における重要な支援対象であるといえる。

主な情緒的サポート提供者である“相談相手”がない、という状況は、情緒的サポート関係からの孤立とも表現される [3]。近年、孤立は深刻な健康リスクであることが知られるようになり、わが国では「経済財政運営と改革の基本方針 2021」に基づき、2021 年 12 月に「孤独・孤立対策の重点計画」が策定されるなど、国を挙げて対策が進められる社会問題である [4]。重点計画における孤独・孤立対策の基本方針では、「1)孤独・孤立に至っても支援を求める声を上げやすい社会とする」を 1 番に掲げ、効果的な対策などに資するための実態把握を推進し、予防の観点から対策を検討することを挙げている [4]。では、実際にどのような住民に“相談相手がない”のか。その実態を把握することで、今後の保健活動の展開に資することが期待できるであろう。しかし、相談相手の有無が及ぼす影響についての報告はあるが [1, 5]、相談相手がない者の実態については知見が不足しており明らかではない。

そこで、本研究では、A町の成人住民を対象とした健康意識調査を基に、相談相手がない者の実態把握と背景要因を検討することを目的とした。

方法

1.対象者および調査方法

A町で実施した健康意識調査のデータを用いた。A町は、近年、新興住宅地への転入による地縁のない新しい住民が増える一方、旧地区では高齢化や人口減少が進む状況にある、人口 3 万人弱の町である。

調査方法は、郵送法による無記名自記式質問紙調査であった。調査対象者は、A町に居住している 30 歳～69 歳の住民であり、住民基本台帳の電算処理により、町内地区ごとの人口規模に応じて 800 名を層化無作為抽出した。調査期間は 2019 年 10 月から 12 月であった。調査項目は、回答者の属性、健康意識、食生活、運動、心の健康、喫煙・飲酒、地域活動など全 58 問であった。

2.データ分析項目

分析に使用する項目は、相談相手の有無、精神的健康度、および、相談相手の有無に影響すると考えられている要因とした [1][3][6]。相談相手との関係性は、パーソナルネットワークの研究において、そのネットワーク構造が検討されてきた。そこで本研究では、相談相手の有無に影響すると考えられる要因として、パーソナルネットワーク研究 [3][6]を参考にネットワークを構成する 3 要素の「属性」「機会」「資源」について、健康意識調査の項目からこれらに該当する項目を選定した。具体的には、以下 11 項目を分析項目とした。

- ・相談相手の有無
- ・精神的健康状態：K6 スコア [7]。過去 1 か月の精神状態について 6 つの質問により回答を求めるものであり、24 点満点で計算される心理的ストレス尺度である。5 点以上が何らかのうつ・不安の問題がある可能性、13 点以上が重症精神障害の可能性ありとされる [8-10]。
- ・属性：性別、年代
- ・機会(サポート関係を構築するための機会)：就労有無、同居有無、居住地区、地域活動(地縁活動・ボランティア活動・趣味やスポーツ)への参加有無、健診受診状況
- ・資源(サポート関係を維持・構築するための資源)：主観的健康感、最終学歴

3. データ分析方法

第1に、単純集計として、各項目の回答の度数および回答比率を算出し、相談相手の有無による比較を行った。なお、「無回答」はすべて除外した。第2に、前提条件である相談相手の有無と精神的健康度の関連を確認するため、K6 スコアを従属変数とし、相談相手の有無を独立変数としたロジスティック回帰分析を行い、オッズ比(OR)と95%信頼区間(95%CI)を算出した。なお、モデル1は単変量モデル、モデル2は性年代調整モデルとした。第3に、相談相手がない者の背景要因を検討するため、相談相手の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。独立変数は、単変量解析で相談相手の有無によって有意差のあった項目とした。

すべての分析にはSPSS ver.26 for Windowsを使用し、統計的有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

本研究は、宮城大学研究倫理専門委員会の承認を得て実施した(承認番号:宮城大第388号)。対象者には、研究の趣旨と個人情報への厳守、調査に協力しなくても何ら不利益をうけることはないこと等の配慮事項について文書にて説明し、調査票の返送をもって同意したものとみなした。

結果

回収数は286通、回収率は35.8%であった。このうち、本研究では「相談相手の有無」の項目に欠損値のあった者を除き280名を分析対象とした(有効回答率35.0%)。

1. 回答者の概要

回答者の概要を表1に示す。性別は、男性42.8%、年代は50~60代が56.8%であった。回答者全体の約8割が就労しており、9割以上が同居していた。居住地区では、7割が旧地区の住民であった。活動状況としては、地域活動への参加が1つでもある者は約半数にのぼり、健診を毎年受診している者は8割以上であった。精神的健康度は、何らかのうつ・不安がある可能性があるとされる5点以上の割合が約4割であった。相談相手がない者は全体の26.1%であった。

表1 回答者の概要(N=277)

項目		n (%)
性別	男性	119(42.8)
	女性	159(57.2)
年代	50~60代	159(56.8)
	30~40代	121(43.2)
就労状況	就労なし	46(16.4)
	就労あり	234(83.6)
同居有無	独居	15(5.4)
	同居者あり	264(94.6)
最終学歴	中等教育まで	158(56.6)
	高等教育以上	121(43.4)
居住地区	旧地区	196(70.0)
	新興住宅地	84(30.0)
地域活動への参加	不参加	124(46.6)
	1つ以上	142(53.4)
健診受診状況	不定期/未受診	48(17.3)
	毎年受診	230(82.7)
主観的健康感	不良	56(20.1)
	良好	222(79.9)
精神的健康度(K6)	5点以上	108(39.1)
	5点未満	168(60.9)
	13点以上	16(5.8)
	13点未満	260(94.2)
	平均±標準偏差	4.45±4.77
相談相手	いない	73(26.1)
	いる	207(73.9)

2.相談相手がない者における各項目の状況

相談相手の有無別にみた各項目の内訳を表2に示す。相談相手の有無によって有意に構成比に偏りがみられたのは、性別、居住地区、地域活動への参加、健診受診状況、主観的健康感、精神的健康度であった。特に、精神的健康度では、K6スコア5点以上は、「何らかのうつ・不安の問題がある可能性」があるとされ、相談相手がない者のうち約6割が該当していた。また、「重症精神障害相当である可能性」があるとされる13点以上の者の割合も有意に多かった。

相談相手がない者のうち、83.6%が就労ありと回答しており、これは回答者全体の構成割合と同じであった。また、相談相手がない者の93.2%に同居者が存在したことも、回答者全体の構成割合と同様であった。相談相手がない者のほとんどが仕事を持ち、家族等と同居している実態があった。

地域活動への参加では、不参加者の割合が、回答者全体(46.6%)よりも相談相手がない者において多かった(61.4%)。また、K6スコアは、回答者全体では5点以上の割合は39.1%であったのに対し、相談相手がない者においては63.4%となり、大幅に多くなった。13点以上の者は、16人中11人(68.8%)に相談相手がいなかった。

表2.相談相手の有無別各項目の内訳

項目	相談相手		p 値	
	いない n (%)	いる n (%)		
性別 ^{a)}	男性	41(56.9)	78(37.9)	0.005**
	女性	31(43.1)	128(62.1)	
年代 ^{a)}	50～60代	42(57.5)	117(56.5)	0.881
	30～40代	31(42.5)	90(43.5)	
就労状況 ^{a)}	就労なし	12(16.4)	34(16.4)	0.998
	就労あり	61(83.6)	173(83.6)	
同居有無 ^{b)}	独居	5(6.8)	10(4.9)	0.549
	同居者あり	68(83.6)	196(95.1)	
最終学歴 ^{a)}	高等教育以上	26(35.6)	95(46.1)	0.120
	中等教育まで	47(64.4)	111(53.9)	
地域活動への参加 ^{a)}	不参加	43(61.4)	27(43.2)	0.004**
	1つ以上	27(38.6)	115(58.7)	
健診受診状況 ^{a)}	不定期・未受診	19(26.0)	29(14.1)	0.021*
	毎年受診	54(74.0)	176(85.9)	
主観的健康観 ^{a)}	良好	51(69.9)	171(83.4)	0.013*
	不良	22(30.1)	34(16.6)	
精神的健康度(K6) ^{a)}	5点以上	45(63.4)	63(30.7)	<0.001***
	5点未満	26(36.6)	142(69.3)	
	^{b)} 13点以上	11(15.5)	5(2.4)	<0.001***
	13点未満	60(84.5)	200(97.6)	
^{c)} 平均±標準偏差	7.00±5.77	3.56±4.03	<0.001***	

^{a)} χ^2 検定 ^{b)} Fisherの直接法 ^{c)} Mann-WhitneyのU検定

***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05

3.相談相手の有無と精神的健康度の関連

相談相手の有無と精神的健康度の関連を表3に示す。

単変量モデル、性年代調整モデルの両モデルにおいて、K6スコアと相談相手の有無に有意な関連がみとめられた(p<0.001)。性年代調整を行ってもなお、相談相手がない者の調整オッズ比は4.64と有意に高かった。

表3. 相談相手の有無と精神的健康度の関連(ロジスティック回帰分析)

	単変量	性年代調整 ^{a)}	p 値
	OR (95% C I)	OR (95% C I)	
相談相手			
いない	3.90 (2.21-6.88)	4.64 (2.54-8.48)	<0.001
いる	1.00 (Ref)	1.00 (Ref)	

従属変数：K6 スコア(5点未満=0, 5点以上=1)

a)性別(女=0, 男=1)+年代(30~40代=0, 50~60代=1)

4. 相談相手がない者の背景要因

相談相手がない者の背景要因を検討するため、相談相手の有無を従属変数、相談相手の有無によって有意差がみられた5項目(性別、居住地区、地域活動への参加、健診受診状況、主観的健康感)を独立変数として、二項ロジスティック回帰分析を行った。結果を表4に示す。

多変量解析の結果、男性[OR=2.78(95%CI=1.26-3.74)]、地域活動不参加者[2.35(95%CI: 1.29-5.7)]、健診不定期・未受診者[2.73(95%CI: 1.29-5.77)]、主観的健康感不良者[2.01(95%CI: 1.01-4.0)]において、相談相手がない者と有意な関連がみられた。

表4. 相談相手の有無と関連する要因(ロジスティック回帰分析)

	単変量	多変量 ^{a)}	p 値 ^{b)}
	OR (95%CI)	OR (95%CI)	
性別			
男性	2.17 (1.26-3.74)	2.78 (1.51-5.12)	0.001 **
女性	1.00 (Ref)	1.00 (Ref)	
居住地区			
旧地区	1.93 (1.02-3.66)	1.96 (0.96-4.01)	0.065
新興住宅地	1.00 (Ref)	1.00 (Ref)	
地域活動への参加			
不参加	2.26 (1.29-3.95)	2.35 (1.29-4.28)	0.005 **
1つ以上参加	1.00 (Ref)	1.00 (Ref)	
健診受診状況			
不定期・未受診	2.13 (1.11-4.11)	2.73 (1.29-5.77)	0.009 **
毎年受診	1.00 (Ref)	1.00 (Ref)	
主観的健康感			
不良	2.17 (1.17-4.04)	2.01 (1.01-4.03)	0.048 *
良好	1.00 (Ref)	1.00 (Ref)	

** : p<0.01, * : p<0.05

a)性別、居住地区、地域活動への参加、健診受診状況、主観的健康感で調整。

b)多変量モデルの結果

考察

本研究では、A町民健康意識調査のデータを用いて、A町の成人期住民における相談相手がない者の実態を明らかにし、その背景要因を検討した。

本調査対象者は800名であったが、有効回答率は34.6%と高くなかった。A町の当時の人口構成比と比べ、本研究の回答者には女性が多く、サンプルに偏りがあった可能性がある。これは、自己選択バイアスの問題があったと考えられる。つまり、男性は健康に関する生活習慣について関心が低い傾向があるため [11]、健康意識調査である本調査の回答は、女性の方が多く協力したと推察される。また、同様に、より健康に関心のある住民が多く含まれていた可能性がある。よって、本研究の結果は、男性より女性、比較的健康に関心のある住民の状況が反映されている可能性に注意が必要である。しかしながら、相談相手がない者の実態に関する研究は不足していることから、本研究結果にも一定の有用性があると考えられる。

1. A町成人期住民における相談相手がない者の実態

A町における相談相手がない者の割合は、約4人に1人(26.1%)であった。先行研究では10人に1人(8.9%)の割合であったことから [3]、A町では相談相手がない者が比較的多いといえる。また、相談相手がない者は精神的不調のリスクが高い [1, 5] ことが報告されていた。本研究においても、性年代調整をしてもなお精神的不調との関連が確認され、先行研究と一致した。相談相手のいない者では、相談相手がいることで得られるサポートの量や種類、それらに対する満足度が不足しており、このことが相談相手の有無と精神的不調リスクとの関連に影響していると考えられている [1]。令和元年度国民生活基礎調査 [12]によると、K6スコアが5点以上の者の割合は24.1%であり、A町(39.1%)は全国と比較して精神的不調者の割合も多かった。これらのことから、相談相手がない者たちは、A町においても精神的不調のハイリスク者として支援を要する集団であるとともに、優先的課題の1つとなりうることが示唆された。

また、相談相手の有無は同居者の有無や就労状況とは、関連がみられず、相談相手がない者は、そのほとんどが家族等と同居し、仕事を持っている実態があった。この結果は、先行研究の結果と一致する [3]。これは、家族やコミュニティとはほとんど接触がないという「社会的孤立」[13]とは異なる状態であり、社会的に孤立しているから相談ができないわけではなかった。つまり、相談相手がない者は、「たとえ家族や職場組織に属していても、周囲の者たちに頼ることができない者」であると考えられた。本研究では、その背景の検討まではできなかった。しかし、機能不全家族など、家族と住んでいても孤独であることの指摘や [14]、本人の援助希求能力の乏しさへの言及もあることから [15]、本人または周囲の問題によって、何らかの「頼ることができない状況」が作り出されている可能性が示唆された。

2. 相談相手がない者の背景要因

相談相手がない者の背景要因を検討するため、多変量ロジスティック回帰分析を行った。その結果、相談相手がない確率が高いのは、男性、地域活動不参加者、健診不定期・未受診者、主観的健康感不良者であった。これらの対象集団は、悩みごとがあった時に相談するというような情緒的サポート関係の構築が難しい可能性が考えられる。

男性は、孤独や孤立の傾向が強くみられることや相談できないことが先行研究から明らかになっており [16-18]、本研究でもそれらの知見を支持する結果となった。この背景には、性別役割規範の問題が潜んでいる可能性が指摘されている [3]。従来の性別役割規範では、強さの象徴としての男性役割が要求されていた。このような男性への役割要求は、悩みごとの相談をするような情緒的なサポート関係の構築に負の影響をもたらすとされる [19]。社会的孤立者においても、男性の出現率が高いことから [20]、あわせて「相談できない、孤立しやすい属性」として注意が必要な対象であるといえる。

一方で、先行研究と異なり、相談相手の有無と関連がみられなかったのが、年代と居住地区である。高齢者も含む調査では高齢であるほど相談者がいないことが報告されているが [3, 20]、30-60代の成人期に限定しても同様の結果になるのかは明らかにされていない。今後はA町の高齢者を含む検討や、他の地域での成人期の調査との比較検討を行い、さらなる知見の蓄積が必要である。また、居住地区に関しては、人と出会う機会が多いことから人口や人口密度が相談相手の有無に影響する可能性が指摘されていたが [3]、本研究では多変量調整では居住地区に関連がみられなかった。加えて、一般的に過疎化・高齢化の進む地域では、親族や地縁の力が強固に存在するため、地区の文化的背景の関連も想起されたが [3]、A町内の地区特性の影響を受けない結果であったことから、人口差やA町内の文化の違いによるものはないことが分かった。

地域活動の不参加者や健診未受診・不定期受診者は、相談相手がない確率が高かった。地域活動の参加等は、サポート関係を構築する機会である。つまり、このような場への参加が無いことは、参加がある者に比べて、関係構築の機会が少ないといえる。相談などのサポートを受けられそうな人々との出会いが、新たなサポート源の構築に繋がるためである。このことから、地域づくりや未受診者対策を通じ、家族や職場以外でも情緒的サポート関係の構築を促す支援が必要であると考えられた。

先行研究では主観的健康感と相談相手の有無の関連はみられなかったが [3]、本研究では関連がみられた。先行研究では、主観的健康不良者が 40.4%と本研究および全国調査 [12]よりも高い割合であった。先行研究の集団が主観的健康感不良者の多い特徴的な集団であったと考えられ、本研究との違いが生じた可能性がある。健康状態も対人関係を構築・維持するための資源である。健康に問題があれば、様々な行動が制限されるため関係形成を行うことが困難になると考えられるからである。主観的健康感とは、総合的な健康状態を捉える健康指標であるが、身体的・精神的・社会的健康指標の中でも、特に身体的健康指標が最も多く主観的健康感を説明しているとされる [21, 22]。身体的状況により関係形成に制限が予想される住民を気に掛け、支援していく必要があると考えられた。

本研究の限界として、以下 2 点が挙げられる。第 1 に、相談相手の有無に関連する要因は、本調査に含まれていない項目や未知の交絡が影響している可能性がある。例えば、所得や婚姻状況は相談相手の有無に影響する要因と考えられるが [6]、本研究では調査項目に無く考慮できなかった。他の潜在的な要因を考慮した詳細な検討が必要である。第 2 に、本研究は横断研究であるため、背景要因の検討においては因果の逆転がある可能性がある。たとえば、母子保健事業との関係では、保護者に相談相手がいると、子どもの予防接種率が高いことが報告されている [23] [24]。特に、生活困窮世帯では、そうではない世帯に比べて予防接種率が低いにもかかわらず、保護者に相談相手がいると接種率低下を抑制できる可能性が示唆されている [23] [24]。これは、相談相手がいることで、保健事業へのアクセスが良くなる可能性を示唆しており、保健事業を新たな出会いの機会としてとらえた本研究とは因果が逆である。因果関係の解明のためには、今後縦断的な研究が望まれる。

結論

A町民を対象に、相談相手がない者の実態とその背景について調査分析し、以下のことがわかった。

- ①ほとんどの者が仕事を持ち、家族等と同居している実態がある。
- ②精神的不調をきたしやすい。
- ③男性・地域活動不参加者・健診未受診者・主観的健康感不良者は、相談相手がない確率が高い。

背景として、家族や仕事があっても周囲に頼ることができない状況や、情緒的サポート関係を構築する機会の不足が考えられた。今後は、地域づくりや未受診者対策等の保健活動を通じ、情緒的サポート関係の構築を促す支援が必要であることが示唆された。

Acknowledgement

本研究は、A町健康支援課と共同実施した「A町民健康意識に関するアンケート調査」のデータを分析したものである。調査実施にあたり、A町役場職員の皆様、保健推進員の皆様方に多大なご協力を頂き、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

文献

1. 西田明日香, 他, 相談相手の数と不安・抑うつ症状の関連を調査した横断・縦断的研究のレビュー. 不安症研究, 2020. **12**(1): p. 16-26.
2. Berkman, L.F., et al., *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*. Soc Sci Med, 2000. **51**(6): p. 843-57.
3. 石田光規, 誰にも頼れない人たち--JGSS2003 から見る孤立者の背景. 家計経済研究 = Japanese journal of research on household economics, 2007(73): p. 71-79.
4. 厚生労働省, 孤立・孤独対策の重点課題. 2021 [cited 2022 6.27]; Available from: https://www.cas.go.jp/seisaku/juten_keikaku/pdf/jutenkeikaku.pdf.
5. Kuriyama, S., et al., *Factors associated with psychological distress in a community-dwelling Japanese population: the Ohsaki Cohort 2006 Study*. J Epidemiol, 2009. **19**(6): p. 294-302.

6. 原田謙, *社会階層とパーソナル・ネットワーク*. 医療と社会, 2012. **22**(1): p. 57-68.
7. Kessler, R.C., et al., *Screening for serious mental illness in the general population*. Arch Gen Psychiatry, 2003. **60**(2): p. 184-9.
8. Furukawa, T.A., et al., *The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan*. Int J Methods Psychiatr Res, 2008. **17**(3): p. 152-8.
9. 古川壽亮, 他, 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究; 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究, in 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)分担研究報告書. 2003.
10. Sakurai, K., et al., *Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan*. Psychiatry Clin Neurosci, 2011. **65**(5): p. 434-41.
11. 厚生労働省. 平成26年版厚生労働白書. 2014 [cited 2022 6.28]; Available from: <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/14/dl/1-02-1.pdf>.
12. 厚生労働省. 令和元年度国民生活基礎調査. 2019 [cited 2022 6.22]; Available from: <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html>.
13. Townsend, P., *Isolation, desolation, and loneliness*. Old people in three industrial societies, ed. E. Shanas, et al. 1968: Routledge & Kegan Paul. 258-87.
14. 斎藤学, 「家族」という名の孤独. 1995: 講談社.
15. 松本俊彦, 他., 「助けて」が言えない: SOSを出さない人に支援者は何ができるか. 2019: 日本評論社.
16. 長田久雄, 老人の孤独に関する心理学的研究. 老年社会科学, 1981. **3**: p. 111-125.
17. 伊藤公雄, 男性学入門. 1996: 作品社.
18. 工藤力, 高齢者の孤独に関する因子分析的研究. 老年社会科学, 1984. **6**: p. 167-185.
19. 稲葉陽二, ソーシャル・キャピタルからみた人間関係: 社会関係資本の光と影. 生存科学叢書. 2021: 日本評論社.
20. みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社. 社会的孤立の実態・要因等に関する調査分析等研究事業報告書. 厚生労働省令和2年度社会福祉推進事業. 2021 [cited 2022 6.22]; Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000790673.pdf>.
21. 岡戸順一, et al., 主観的健康感の医学的意義と健康支援活動. 総合都市研究, 2000. **73**: p. 125-133.
22. 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 / 社会老年学編集委員会 編, 1993(38): p. p13-24.
23. 足立区, 足立区教育委員会, and 国立成育医療研究センター研究所社会医学研究部. 子どもの健康・生活実態調査 平成27年度報告書. [cited 2022 6.22]; Available from: <https://www.city.adachi.tokyo.jp/documents/30759/27honpen-2.pdf>.
24. 近藤克則, 長生きできる町. 角川新書. 2018: KADOKAWA.