



健康とは何か : 地域におけるインタビュー調査から

著者	柘植 あづみ, 熱田 敬子, 飯田 さと子, 柄本 夏紀, 高畠 有理子, 永山 聡子
雑誌名	明治学院大学社会学部附属研究所研究所年報 = Bulletin of Institute of Sociology and Social Work, Meiji Gakuin University
号	42
ページ	25-41
発行年	2012-03-14
その他のタイトル	Rethinking Health : Narrative of Health and Illness in a Rural Area
URL	http://hdl.handle.net/10723/1123

健康とは何か

—地域におけるインタビュー調査から

柘 植 あづみ*¹

熱 田 敬 子*²

飯 田 さと子*³

柄 本 夏 紀*⁴

高 畠 有理子*⁵

永 山 聡 子*⁶

1. はじめに

疾病構造の変化や人口の高齢化等を背景に、健康に対する人びとの関心が高まり、日本では1970年代後半より健康ブームが続いているといわれる(上杉 2008)。では「健康」とは何か。

日本国憲法(1947年施行)第25条では「すべて国民は健康で文化的生活を営む権利を有する」と謳われている。また「健康増進法」(2003年施行)においては、国民の責務として「生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」と記されている。しかし、それらにおいて「健康」の定義は示されていない。幅広く引用されている世界保健機構(WHO)憲章(1948年発効)の前文には、“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”(「健康とは、完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」)^{註1}と記されている。この定義については疑問や批判も提出されてきたが、改訂されていない。原文に対する批判の一つは、「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態」であると定義されているために、健康を達成不可能

な状態にしているというものである(根村 2000)。

人びとによって追求され、政府によってそのための努力が推奨される「健康」だが、前述の批判に応えるような「健康とは何か」という問いに対する答は示されていない。

「健康」に関する先行研究では、医療専門職の診断に基づく「疾病の有無」を基準とした「身体的健康観」(長崎 2004)に偏ったものであったことが指摘されてきた。また、批判の例としてあげられるのは、医療社会学や医療人類学の立場からの医療化論(Illich 1975=1979、Conrad・Schneider 1992=2004)や医療における専門家支配論(Freidson 1970=1992)、病いの意味論(Kleinman 1988=1996)等である。このような研究の蓄積は、患者・病者の病気や健康に対する主観的認識についての関心を高めてきた。それを受けて、1990年代以降、患者や非専門家による「主観的健康」の概念が、公衆衛生など医学においても注目を集めるようになった。さらに、健康の自己評価を左右する要因を探る研究が行われるようになった。

健康の自己評価を知るための先行研究の多くは、質問紙調査にもとづき、個人の属性を独立

*¹明治学院大学社会学部・教授 *²早稲田大学文学学術院・助手 *³地域社会振興財団・研究員

*⁴稲田助産院・助産師 *⁵東京有明医療大学看護学部・助教 *⁶一橋大学大学院社会学研究科・大学院生

変数、健康の自己評価を従属変数として定量的な分析を行うものである。このような方法では、たとえば「社会活動に参加している人は自身を健康であると認識している蓋然性が高い」といった結果(中村他 2002)を出すことができるものの、ある個人が健康である／ない、を判断する際に何を根拠としているのか、また、健康である／ないことをどのように認識・評価しているのかは明らかにできない。

柘植(1999)は、脳神経外科病院と消化器内科・外科病院のそれぞれの入院病棟において、がんや糖尿病などの慢性疾患にかかっている人、脳血管障害で後遺症のある人への聞き取り調査と参与観察から、入院している人たちが自分のことを「健康である」とか「病人ではない」と述べることを報告した。その理由として、「病人ではない」という認識は自分が自立してできることがあるからと説明された。また「健康である」と述べられるとき、健康であることが自己尊重観と結びついていることを指摘した。その研究結果から人々の主観的な健康観を知ることの重要性と、なぜ病院に入院している人々が「病人ではない」、「健康である」と答えるのかについての検討が必要であることを述べている。

本研究の最終的な目的は、人々が日常生活において「健康」をいかに定義し意味づけしているのか、それがその人たちの生き方にいかに関わっているのかを明らかにすることである。小稿ではその目的のために、本研究の第1段階の報告として、研究全体の概要を示す。(飯田、柘植)

2. 調査の方法

まず予備調査として、2008年に「健康とは何か」についての半構造的インタビューの質問票を作成して、首都圏において数名に実施した。その結果を踏まえて、質問票に修正を加え、

2009年7月からA県のQ町において本調査を実施した。この調査では、調査者とのラ・ポールが形成されれば、がんや糖尿病、循環器疾患などの深刻な病気をかかえる人たちであっても、その経験について話していただけることがわかった。そこでさらに、2010年5月と2011年2月にも同様な調査を実施した。

インタビュー調査の手続きとして、インタビューの目的、調査方法と公表の方法(自発的参加であること、調査にかかる時間、録音の可否、個人情報の保護、守秘義務等)を説明し、同意を得られた方に実施した。結果として全員から録音についての了解を得られ、それを文字起こししたものを調査資料として分析した。

インタビューの質問内容は質問票に沿って、年齢、性別、学歴、職業、居住地などの基本的属性に加えて、自身の健康状態の認識と自己評価、家族を含めた他人の健康状態の評価、「健康である／ない」と判断した理由、健康についての意識と行動、加齢についての意識、美容と健康や心と健康の関係についての意見、健康の価値と意義などの58項目について尋ねた。ただし、半構造的インタビューであるため、話の流れに沿って、適宜、質問項目の順序を変えたり、確認の質問を加えたりすることを、聞き手の判断で行った。(柘植)

3. 調査地の概要

Q町は、昭和29(1954)年、一町二村の合併によって誕生した。山林が町土の約76%を占める中山間地域である。夏季と冬季の寒暖差が大きな内陸気候で、全国有数の多雨多湿地帯であり、冬は雪が多い。

人口は、平成22年には総数約8,000人、男女比1:1である。昭和30年をピークに年々減少し、平成22年までに半減している。平成元年以前は社会減が、それ以降は、社会減に加えて自然減

が要因である。年齢層別人口推移（図1）からわかるように、65歳以上の割合が増加し、14歳以下が大幅に減少している。平成22年4月時点の高齢化率は約35%（全国平均23.1%）であることに加えて、一人暮らしの高齢者が多いことは、町政の大きな課題である。

主要産業は果樹栽培を中心とした農業だが、産業別就業人口の年次推移（図2）からわかるように、昭和60年以降、第1次産業就業比率の減少、第2・第3次産業就業者の漸増により平成7年には第1次、第2次、第3次産業の就業人口の比率がほぼ1：1：1となった。その後は、第2次、第3次産業の就業人口が第1次産業人口を超え、現在は第3次産業の就業者がもっとも多い。（柄本）

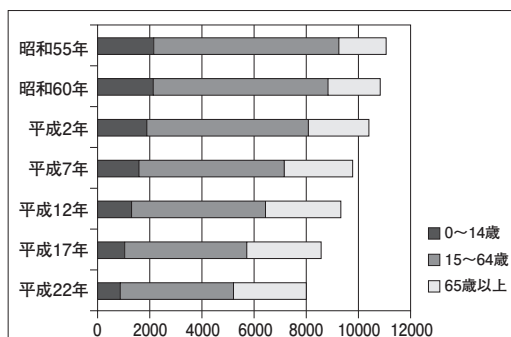


図1 Q町年齢層別人口推移

参照資料：平成23年3月31日住民基本台帳年齢別人口（市区町村別）

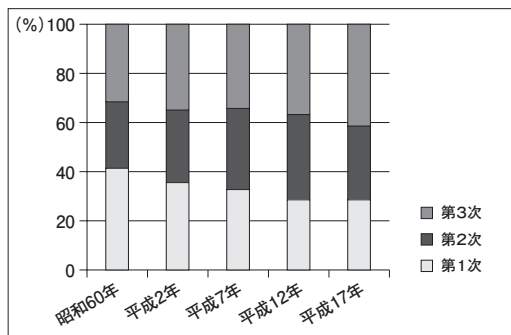


図2 Q町の産業別就業人口の年次推移

（各都市10月1日現在 参照資料：平成22年国勢調査）

Q町の保健医療と高齢者福祉の状況について見ると、平成22年4月1日現在、医療施設は、60床の公立病院1軒と一般診療所が4軒、歯科医院が2軒である。3次医療機関も車で30分から1時間圏内にある。居住地が医療施設から離れている地区もあり、車を運転しない高齢者にとっての通院の困難はあるが、いわゆる医療過疎地域ではない。

複数のインタビュー協力者が、過去に町立病院の常勤の医師がいなくなり医師探しに苦労したエピソードや、町の医療政策の課題や、医師不足による弊害などについて述べた。また、公立病院の産婦人科は閉鎖され、開業の産婦人科や助産所もなく、出産はすべて町外に依存していることも指摘された。

福祉施設は、保育園、養護老人ホーム、特別養護老人ホームなどがあるが、特別養護老人ホームは入所の待ち時間が長いことが課題としてあげられた。

Q町の平均寿命は平成17年で男性79.1歳、女性86.0歳である。全国平均（男性78.8、女性85.8）と比べると、男性は平均をやや上回り、女性はやや下回っている。

死因の上位は平成15年～19年統計においては、三大生活習慣病死亡者数（がん、心臓病、脳卒中）が占め、これは全国とA県の傾向と同じである。県の平均よりも心疾患死亡比が高いが、その他は低い。心疾患死亡比は女性よりも男性がやや高いが、悪性新生物比と脳血管疾患死亡比は男性に比べ女性の方が高い。女性では老衰による死亡の割合が高い。全国的に自殺者が多いこと、および高齢者の自殺が多いことが問題とされているが、Q町の自殺率は平成15年～19年の統計では国・県の平均よりも男女共に低い（厚生労働省 2009）。（柄本、高島、柘植）

4. インタビュー協力者

1) 年齢・性別

今回のインタビュー協力者38人のうち、女性は18人、男性は20人であった。各年代別に、少なくとも男女1人以上に協力をいただけるよう、配慮した。詳細はグラフのとおり(図3)。(熱田)

2) 職業

本研究では、インタビュー協力者が自ら語った職業を、日本標準産業分類^{注2}を基にして、産業分類と勤務先業種分類をそれぞれ集計した。なお、集計では職業を複数あげた方2人(60代未満男性のみ)を重複カウントしている。

まず、インタビュー協力者の職業の産業分類

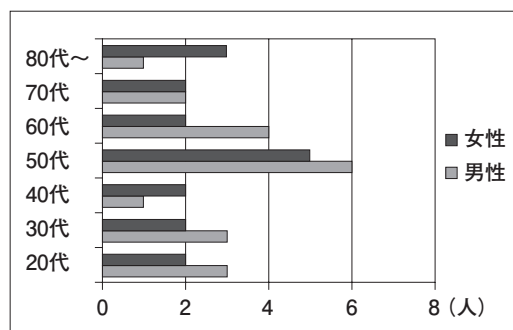


図3 年齢・性別

別の人数を調べた。インタビュー協力者38人のうち、第一次産業(農業・漁業・林業)に従事していたのは10人(女性3人、男性7人)であった。第二次産業(建設業、製造業)は3人(男性のみ)で、第三次産業(小売業、卸売業、金融業、医療、福祉、教育、公務・団体職員)は21人(女性11人、男性10人)であった。無職の6人(女性4人、男性2人)は、定年を含めて退職した人などだった。年齢別構成では60歳未満では、第三次産業が最も多く、24人中18人であった。一方60歳以上では、14人中の5人が第一次産業に従事していた。また、無職と答えた人にも「自分の食べる分は(野菜や米など)を作っている」人が含まれている。

つぎにインタビュー協力者の勤務先業種を図4に示す。勤務先業種は、医療・福祉(保育のぞく)は8人(女性3人、男性5人)、教育・保育(保育園等含む)は3人(女性2人、男性1人)、公務・非営利団体は6人(女性4人、男性2人)、農業・畜産等(食品加工含む)は10人(女性3人、男性7人)、卸・小売業(飲食含む)は3人(女性2人、男性1人)、製造業(食品加工のぞく)は3人男性のみ、宗教1人男性のみ、無職は6人(女性4人、男性2人)であった。(永山、熱田、柄本)

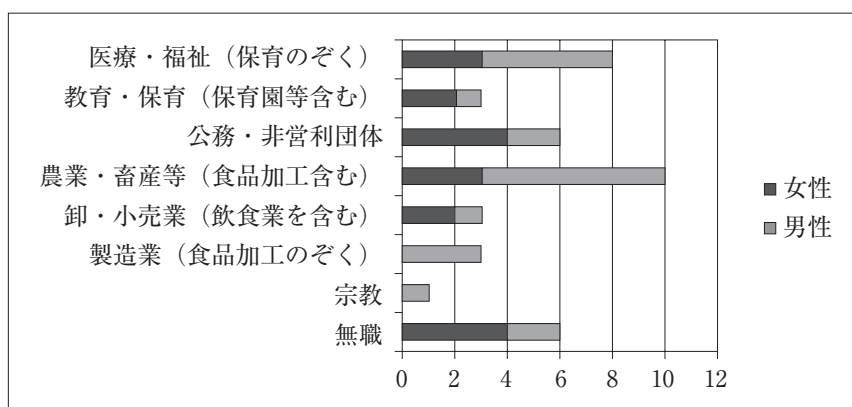


図4 職業(勤務先業種別)

3) 学歴

インタビュー協力者38人のうち、2人を除く36人に最終学歴を尋ねた。中学卒業（それに準ずる学歴を含む）が8人、高校卒業15人（そのうち高卒で専門学校に進学した人は6人）、短大・大学卒業以上13人であった。60歳以上と60歳未満の人で最終学歴を分けると（表1）、60歳以上の人では、中学卒業（それに準ずる学歴）が8人であり半数以上を占めたが、60歳未満では中学卒業が最終学歴の人はいなかった。短大・大学卒業者を年代別と性別に分けた表（表2）では、60歳以上で短大・大学卒業は男性1人のみだったが、60歳未満では女性3人、男性9人であった。（柄本）

4) 世帯類型

世帯類型を図5に示した。単独（独居）世帯は1人（3%）だった。核家族世帯は10人（26%）であり、その内訳は、夫婦のみが3人（8%）、夫婦と子ども、もしくはひとり親と子どもとで生活しているのが7人（18%）であった。最も多かったのはその他の親族との同居世帯28人（71%）で、内訳はきょうだいやその子を含む親族三世帯以上の同居が24人（63%）、夫婦とその親との同居が3人（8%）であった。（図5）（柄本）

表1 最終学歴 (人)

	全体	60歳以上	60歳未満
中学	8	8	0
高校	15	4	11
短大・大学以上	13	1	12

表2 短大・大学以上卒業者の年齢・性別 (人)

	60歳未満	60歳以上
女性	3	0
男性	9	1

5) 婚姻歴

38人中31人が結婚した経験があった。結婚経験の無い7人のうち5人は20代であった。また、結婚経験のある31人中30人に子どもがいた。なお、平成21年の統計によれば、Q町があるA県の婚姻率と離婚率は共に全国平均より低い（厚生労働省 2009）。（柄本）

6) 居住歴

インタビュー協力者38人の居住歴について、出生地は町内が34人、県内他市町村が3人、県外が1人であった。また、「よそで暮らした経験」の有無について、町外に居住した経験のある人は31人、ない人は7人である。暮らしたことがある地域（表3）は、県内・東北他県の近接地域で6割以上を占め、次いで首都圏となっている。但し、首都圏居住経験者は60代3人、50代4人、40代・30代・20代が1人ずつとなっており、70代以上にはいない。

つぎに、町外に暮らした理由（表4）であるが、通学および仕事突出が多い。「町外出身」は女性であり、婚姻による転入である。出稼ぎ・集団就職・見習い奉公については、60代

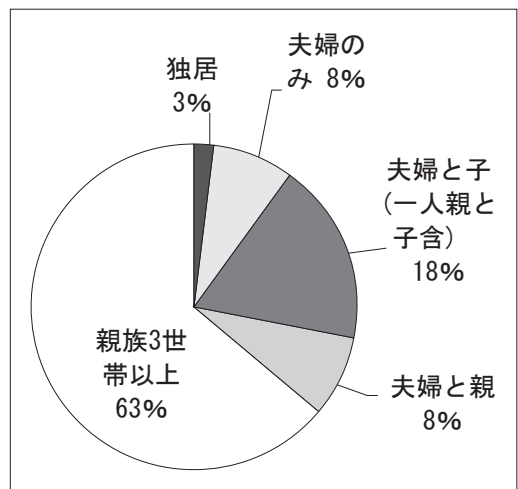


図5 世帯類型 (n=38)

表3 町外で暮らしたことがある地域(複数回答)と居住年数

地域	居住年数		
	15	5年未満	19
県内	15	5年未満	19
他県(東北)	9	5年以上10年未満	3
首都圏	10	10年以上	3
その他	3	不明	5
不明	3	なし	8
なし	7	合計	38

と70代の回答者のみであり、うち女性3人、男性2人である(出稼ぎについて男女とも経験者あり)。「その他」については、80代で「徴兵」が1人、また理由を語っていない人が1人いた。

町外における居住年数は、5年未満が19人、町外居住経験者の6割強と、多くが数年でUターンしている。5年以上10年未満の3人と、10年以上の3人の計6人の内訳をみると、5人が自身の教育を転出理由に挙げた高学歴層であり、うち3人は医療・福祉専門職だった。ここから、高校・専門学校・大学等への進学をきっかけに町を出て、卒業後すぐ、もしくは数年の就業を経て町へ戻るといふ、インタビュー協力者のライフコースの一類型が見えてくる。

今回、町内での転居については詳細な聞き取りは行っていないが、「よそで暮らしたことはありますか」という質問に対し、町内での転居をあげる回答もあり、個々人が居住している地域をいかに認識しているのかは行政上の区分

(市町村など)では把握しきれないことを示唆している。これについては今後の課題としたい。(熱田)

7) 諸活動への参加

「現在、地域のあつまりや、ボランティアなどに参加されていますか」という問いに対して、インタビュー協力者38人のうち、諸活動に参加している人が29人、参加していない人が7人、質問してないために回答を得られなかった人が2人いた。参加していない7人中4人は、「忙しく余裕がない事」を参加できない理由としてあげていた。参加している人の諸活動の内容としては、婦人会や青年団など地区ごとの団体活動が19人、ボランティア活動が6人、職業関連団体等の活動が6人、サークル活動・習いごとが6人、教育関連が3人、行政施設の役員を職業以外の諸活動としてあげた人が1人いた。また、諸活動に参加している29人中13人が、活動している団体で担っている役職や役割に言及した。その13人中10人は男性であった。(柄本)

5. 調査結果

1) 健康状態の自己認識とその根拠

ここでは、「あなたは自分のことを健康だと思えますか」「そう思う理由は何ですか」との質問に対する直接の回答を対象に分類・整理を行

表4 町外で暮らした理由 年齢・性別

(人)

	女性								男性								合計
	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代~	合計	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代~	合計	
仕事		1	2	2	1		1	7		1		3	1			5	12
出稼ぎ・集団就職・見習い					1	2		3					2			2	5
通学	2		2	2	1	1		8	1	2	1	5				9	17
出身が町外			1					1									1
その他									1						1	2	2
不明				1			1	2				1				1	3

健康とは何か

い、インタビュー協力者の自身の健康に対する認識とその根拠について明らかにする。

インタビュー協力者38人のうち、自身を「健康である」と認識していたのは27人（71%）、「健康ではない」と認識していたのは11人（29%）であった。性別と年代別の結果をみると、60歳以上14人のうち、「健康である」と答えたのが男女それぞれ7人中6人と男女差がないのに比べて、60歳未満の24人では、女性11人中5人（45%）、男性13人中10人（77%）と、女性よりも男性が高かった（表5）。

健康である／ないと判断する根拠としてあげられた内容は多岐にわたったが、8項目に分類した。項目の内容と、それぞれを根拠としてあげた人の割合を表6に示す。

もっとも多かったのは「医療・診断」、つまり医師の診断を受けて病名が付されているかいないかであった（37%）。他には、体調や痛みなどに言及した「体感」（24%）、通院しているとか

薬を飲んでいるなどの「医療・行動」（18%）、そして、健康のために何かをしているまたはしていないという「健康行動」（18%）がそれに続いた。

表7に示したように、自分は「健康である」と自認する人がもっとも多くあげたのは「医療・診断」（33%）であった。それに対し、「健康ではない」（非・健康）と述べた人は「医療・診断」（46%）と並んで「体感」（46%）を根拠として多くあげた。

健康である／ないと自認する根拠を性別で検討すると、いくつかの項目で顕著な差があらわれた（表8）。男性に比べて女性に多かったのは、体感（女性39%、男性10%）と医療・行動（女性33%、男性5%）であった。女性に比べて男性に多かったのは医療・診断（男性45%、女性28%）と健康行動（男性25%、女11%）であった。

つぎに健康である／ないと自認する根拠を年代別に検討した。その結果、60歳未満には医療・診断をあげた人が多く（46%）、60歳以上（21%）と大きな差があった（表9）。

以上、性別や年齢等の属性によって健康である／ないの判断とその根拠についての回答の傾向がどのように異なるのかを明らかにしてきた。今後の課題としてあげられるのは、インタ

表5 自身について「健康である」と答えた人の人数・割合 n=27

	女性	男性	合計
60歳未満	5	10	15
60歳以上	6	6	12
合計	11	16	27

表6 項目の内容と根拠にした人の人数・割合 n=38

項目名	内容	人数・割合
医療・診断	診断名等ラベルの有無	14 (37%)
医療・行動	受診関連行動の有無	7 (18%)
体感	体調・痛み等体感の有無	9 (24%)
精神	精神面での回復力の有無	1 (3%)
健康行動	健康関連行動習慣の有無	7 (18%)
仕事・生活	仕事・日常生活が可能か	3 (8%)
身体制御	身体の動作が制御可能か	6 (16%)
若さ	身体機能が維持可能か	2 (5%)

(複数回答)

表7 項目ごとの人数と割合 健康自認別

項目名	健康 n = 27	非・健康 n = 11
医療・診断	9 (33%)	5 (46%)
医療・行動	4 (15%)	3 (27%)
体感	4 (15%)	5 (46%)
精神	1 (4%)	0 (0%)
健康行動	3 (11%)	4 (36%)
仕事・生活	3 (11%)	0 (0%)
身体制御	3 (11%)	3 (27%)
若さ	2 (7%)	0 (0%)

ビューデータを質的に精査することで、健康自認の差が生じた理由についてより深く考察することである。

その他、健康自認に関して特記すべきこととして、自認についての回答の変化があげられる。インタビューの最初に健康自認を尋ねた際には「健康でない」と答えたが、インタビューの最後に改めて健康自認を尋ねた際には「健康である」と答えが変わった人が5人いた。こうした同一人物における健康自認の変化についても、今後データをもとに考察したい。(飯田)

2) 健康のために気をつけていること

健康のために気をつけていることが「ある」と答えたのは28人(全体の74%)、「ない」と答えたのは10人であった。

内訳をみると、「ある」と答えた女性は13人、男性は18人であり、それぞれ7割超を占める。年代別の回答については表10に示したように、70代以上と30代においては全員が気をつけてい

ることが「ある」と答えた。気をつける理由については、女性のうち5人(4割)が、家庭の中で家族の健康を考えて食事作りをするなどケア役割を担っていることをあげていた。また、「なし」と答えた女性でも子どもが別居している人は、以前、子どもと同居していたときには「非常に神経質に」食事に気をつけていたと答えている。但し、健康の持つ意味については、自らの健康が家庭内の他者に影響を及ぼす、自分はいいが家庭内の他者に対しては責任がある、家庭内にケア対象者がいる間は健康でいなければならない、などが述べられ、家族との関係から健康である必要があると認識されていた。

同様の回答は男性には見られず、通例、性別分業の中でケア役割に対比される稼ぎ手役割の責任を健康と結び付ける回答も、今回は見られなかった。

さらに、健康のために気をつけていることとして回答された内容をアフターコーディングし

表8 項目ごとの人数・割合 性別

項目名	女性 n=18	男性 n=20
医療・診断	5 (28%)	9 (45%)
医療・行動	6 (33%)	1 (5%)
体感	7 (39%)	2 (10%)
精神	1 (6%)	0 (0%)
健康行動	2 (11%)	5 (25%)
仕事・生活	1 (6%)	2 (10%)
身体制御	3 (17%)	3 (15%)
若さ	1 (6%)	1 (5%)

表9 項目ごとの人数・割合 年齢別

項目名	60歳未満 n=24	60歳以上 n=14
医療・診断	11 (46%)	3 (21%)
医療・行動	4 (17%)	3 (21%)
体感	6 (25%)	3 (21%)
精神	0 (0%)	1 (7%)
健康行動	5 (21%)	2 (14%)
仕事・生活	3 (13%)	0 (0%)
身体制御	3 (13%)	3 (21%)
若さ	0 (0%)	2 (14%)

表10 健康のために気をつけていることの有無 年齢別

(人)

	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代~	計
ある	3	5	2	6	4	4	4	28
ない	2	0	1	5	2	0	0	10
総計	5	5	3	11	6	4	4	38
「ある」の割合 (%)	60	100	67	55	67	100	100	74

健康とは何か

て、項目ごとに集計した（表11、表12、いずれも複数回答）。

表11に示すように、男女ともに「食生活」と分類した回答が一番多かった。具体的な回答としては、体にいいものを摂る・よくないもの（糖分／塩分）などをとらない・食事のバランス・食事のリズム（朝食をとる・3食食べる・食事の時間に気をつける）などが含まれる。表11と表12を合わせて結果を検討すると、健康診断の数値に留意すると答えた4人は全員が50代であり、かつ職場と関係づけて語っていることがわかる。この点は、今後、職場における健康管理にどのような層が、どのように組み込まれているのかという視点で分析してみたい。

表11 健康のために気をつけていることの内容
性別 (人)

	女性	男性	総計
食生活	12	10	22
運動	5	10	15
睡眠（早寝早起き含む）	1	2	3
健康食品・サプリの摂取	2	2	4
精神・心持	1	2	3
健康診断数値に留意	1	3	4
禁煙	1	1	2
禁酒・節酒	1	4	5
その他	5	6	11

さらに、摂取しない方がいい「よくないもの」に、薬をあげた人が2人いた。薬はよくないと思うけれど飲む、あるいは薬（サプリ）は怖いので食品で必要な栄養素を摂取するというものである。これは、医学的な健康概念と、一般の人々の考える健康概念の差異を示唆する可能性があり、興味深い。

「その他」の項目に含まれる回答は、後に残るほど体をいじめない／作物の農薬を使わない／たまに酒を飲む／音楽を聴く／血圧の薬を服用（薬はよくないと思うが必要なので飲む）／手洗い・うがい／規則正しい生活／腰痛ベルトの着用／マッサージ・鍼灸・整体／歯の健康維持／ありとあらゆる健康を維持するためのことをお金をかけてするなどであった。

また、「ない」と答えた回答者のうち、3人が健康に気をつけていることはないことを肯定的に語っていた。50代の男女1人ずつと、60代の男性である。60代男性は「基本的に健康だと思っているから」気をつける必要がないと言う。また50代の男性は「数値を気にしすぎてストイックな生活をする」のもよくないと「病院の先生」に聞いたといい、「たまに酒を飲む」ことでストレスをためない方がいいと語った。また、50代の女性は、かつて非常に食生活のバランスに留意していた時代があったが、まったく

表12 健康のために気をつけていること 年齢別 (人)

	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代～	総計
食生活	1	3	2	6	3	4	2	22
運動	2	2	1	5	1	3	1	15
睡眠（早寝早起き含む）		1		1	1			3
健康食品・サプリ			1	1	1		1	4
精神・心持				2	1			3
健康診断数値				4				4
禁煙				2				2
禁酒・節酒				3	1	1		5
その他	1	1	3	2	1	2	1	11

気にせず「ずぼら」にして、早朝から働いている現在の方が、風邪などもひかないといい、そうした生活が「当たり前のようにできる自分が、すっごーいって、不思議でしょうがない」と語っている。

以上から、「健康に気をつけていることがある」ということは、回答者によっては否定的にもとらえられていることがわかる。また、健康に気をつけていることが「ない」と答えたにもかかわらず、その後、健康に気をつけて行っている行動をあげた回答者が5人いた。これについては、健康に気をつけていることが「ない」と答えた理由を、「そんな立派な人間でない」と表現した回答者がいた。したがって、「健康に気をつけている」行動をすることや、それを語ることには、「立派な人間」(あるいは、まじめでつまらない人間といった含意があるかもしれない)がすることだという意味づけがされていることがあり、自分自身がそうであると答えることに躊躇する人がいるのかもしれない。今後、健康に気をつけること、および、それを語ることが人々にとってどのような意味を持つのかという視点から、質的分析を行いたい。(熱田)

3) 健康について深く考えたこと

ここでは、「健康についてこれまでに深く考えたことはありますか」「それはどんな時ですか」という質問項目への29人の回答について、どのような理由で健康について深く考えたのかに着目して傾向をまとめる。

29人のうち、健康について深く考えたことがあると回答したのは14人、深く考えたことがないと回答したのは15人であった(表13)。回答の傾向を年代別にみると、深く考えたことがある人の割合は20代に高く、5人中4人(80%)であった。続いて高いのは50代の9人中6人(67%)で、60代以上では8人中2人(25%)と

割合が低かった。高齢になるにつれて病気に罹患する割合が高くなり、死に近づくと考えれば、健康について深く考える割合は年代が上がるにつれて増えていくのではないかというプレ仮説を立てたが、この結果からそうした傾向はみられなかった。また性別による偏りは認められず、健康について深く考えたことの有無は、男女ともに二分した(表14)。

つぎに、どのような理由で健康について深く考えたのかを尋ねた結果を表15に示した。回答の傾向を見ると、自分自身の健康診断結果や罹患経験、痛みの体感、身近な人の病気や死の経験など主に身体に関連した理由と、仕事を通じて深く考えたという理由に大別された。また、50代以上では、他者ではなく自分自身の身体に起こったことをきっかけに健康について深く考えたと答える傾向がみられた。なお「仕事」を通じて健康について深く考えたと答えた3人の理由は、①健康教育の仕事を通じて、②医療機関で患者を診ている中で、③仕事上「いい笑顔」でいるために健康が必要だから、というもので

表13 健康について深く考えたことの有無・年齢別(人)

	有	無	合計
20代	4	1	5
30代	2	3	5
40代	0	2	2
50代	6	3	9
60代以上	2	6	8
合計	14	15	29

表14 健康について深く考えたことの有無・男女別(人)

	有	無	合計
女性	6	6	12
男性	8	9	17
合計	14	15	29

健康とは何か

あった。①と②はいずれも身体に関連した健康を意識したものであるが、③では人間関係や心理と健康とを結びつけて述べていた。

健康について深く考えたことがないと回答した15人のうち9人がその理由を述べた(表16)。80代の男性は、「入院はアッペ(虫垂炎)だけ」だから健康について深く考えたことはないと述べた。30代の男性は「大きな病気」や「入院」の経験がないことを、50代の男性の1人は「内臓の病気がない」ことを挙げた。この3人の共通点は、健康について深く考えるきっかけとなるような病気(「大きな病気」「内臓の病気」または「アッペ」以外の重篤な病気)があり、自分がこれまでに罹った病気はそのような病気ではなかったと説明していることである。また、60代の男性の1人は「みんな死ぬんだから(中略)早かれ遅かれ」として「深く考えたってどうしようもねえ」と笑いを交えて述べた。ここから、健康について深く考えることは健康に不安のある人がすること、あるいは長生きしたい人がすることといった意識で受けとめられていることがうかがえる。

興味深い点は、表15「健康について深く考えた理由」には身近な人の病気や死など他者に起

きた出来事についての経験が含まれるのに対して、表16「健康について深く考えたことがない理由」には他者に起きた出来事についての経験はみられず、自分自身の経験や死生観に関連した理由を述べていることである。「健康について深く考えたことがないのは、身近に病気の人や死んだ人がいないからだ」という回答がみられなかったのはなぜだろうか。今後はさらに、自分自身の病気の経験や身近な人の病気や死の経験について具体的にどのように述べられているのかを精査して、そうした経験と健康について深く考えたこと／考えたことがないこととの関連を質的に分析していきたい。(高島)

4) なぜ健康は大事か／健康でなくなると困ることは何か

ここでは「あなたにとって健康は大事ですか」、「なぜ、健康は大事なのでしょうか」、「健康でなくなると困ることは何だと思いますか」といった質問への回答から、インタビュー協力者の健康に対する価値認識とその理由を検討する。

インタビュー協力者38人全員が、健康は大事であると答えた。では、なぜ健康は大事だと認識されているのか。そこで、健康が大事だとす

表15 健康について深く考えた理由

年代	回答内容	人数	性別
20代	健康診断における指摘	1	男性
	仕事	1	男性
	親類のがん・父親の病気	2	女性
30代	祖父の死	1	女性
	父親の死	1	男性
50代	子ども・母親の病気	1	女性
	尿管結石・腎結石等に罹患	2	男性
	足が悪い仕事	1 2	女性 女性・男性
60代以上	胃や肝臓の病気に罹患	2	男性

表16 健康について深く考えたことがない理由

年代	回答内容	性別
30代	大きな病気・入院経験がない	男性
40代	健康そのものよりもどう生きていくかを考える	男性
50代	内臓の病気がない	男性
	元気なうちは元気だと思っていた	男性
60代	人間ドックでひっかかったことがない	男性
	みんな死ぬんだから	男性
	ずっとこのまま(健康)できたから	女性
80代	丈夫。自信持っている	女性
	入院はアッペ(虫垂炎)だけ	男性

る理由についての回答をカテゴリー化し、各カテゴリーの具体例を表17に挙げた。

まず、健康が大事な理由として、健康だと何が「できる」けれども、健康でないと何が「できない」という語り方がみられた。これは、一見正反対のことを語っているようだが、健康の価値を何らかの能力との関わりで考えている点で、同じだといえる。具体的な内容としては、仕事や家庭における役割の遂行、社会貢献、収入を得ること、健康でないと何もできないこと、仕事や生活を楽しむことなどがあつた。

また、健康を「生活の基盤」や「生きる上での土台」としてとらえる語り方がいくつかみられた。

さらに、健康であることと楽しみ、健康でないことと苦痛をつなげる語り方がみられた。「健康でないと生きてたって面白くない」とか、「(健康でないと)自分が苦しむ」といった回答がそれである。健康であることと苦痛、健康でないことと楽しみをつなげる語りはみられなかった。

「健康でないと困ること」を尋ねた質問に回答したのは27人いた。回答内容には、自分の体

でなくなる／自分で自分のことができなくなる／寝たきりになったら大変／ひと(家族)に迷惑をかける／気持ちが落ち込む／辛い／楽しく生きられない／仕事をしていく上でも困る／経済的な問題も出てくる／家庭そのものが崩壊に近くなるなどがあつた。

地域や家族のために健康でいなければならないとした答えもあつた。このことから、今後健康でなくなることが、何を失うことだと考えられているかを検討する上で、身体能力の低下や病による苦痛のみならず、他者との関係や、家族・地域社会内での個人の役割・位置を考慮する必要がある。(永山、熱田、飯田)

5) 年をとることと健康

すでに述べたようにQ町の高齢化率は35%と高いことから、年をとることと関連して健康について語られることが多い。そこで、「年をとったと感じるのはどんなときですか」「年をとってよかったこと、よくなかったことはどんなことでしょうか」という質問と、「長生きしたいと思いますか、どのくらい(何歳くらいまで)で

表17 なぜ健康は大事か

	具 体 例	
できる できない	家庭を考えたらね、健康じゃないと家庭を守れません。仕事も守れません。あと社会にも貢献できません。	
	健康じゃないと何もできない／健康だからこそできることっていうのがある	
	健康であれば何でもできる、大変な仕事でもなんでもできる	
	健康でないと仕事もできない	(健康でないと) なにもできない
基盤	充実した生活を送るために健康が基盤となっている	
	やりたいことのひとつの条件といふかなあ、土台といふか、ベース	
	生きる上で不可欠	生活をおくる基盤
楽しみ苦痛	健康でないと生きてたって面白くない	自分が苦しむ
	体力がないと辛い	痛い時に戻りたくはない
その他	健康でいれさえすればもう、それが絶対一番なんだよというのは親父に教えられた	
	なんぼ金持ちだって体が弱かったらお金かかる	
	長生きのため	金よりも健康が一番

健康とは何か

すか」「どんなふうに長生きしたいですか。(なぜ、長生きしたくないのですか)」という質問についての回答をアフターコーディングによって分類・整理し、検討していく。

まず「年をとったと感じるのはどんなときですか」への回答を分類すると表18のようになった。

インタビュー協力者38人のうち、年をとったと実感していないと答えたのは3人(20代男性1人、80代女性2人)だった。多くの人が言及したのは、「身体動作(歩く、立つ、座るなど)の困難」(12人)、「体力の低下」(12人)、「疲れやすくなった」(13人)などの身体にかかわるこ

とがらである。この3項目は年代や性別による偏りは大きくない。

「身体部位の不調」も30代から70代の男女の回答に見られた。しかし、「目や耳の機能低下」について答えたのは50代以上の男女に限られ、運動能力の低下を答えたのは70代男性1人の他は50代以下の男女に限られた。

「記憶力の低下、物忘れ」は40代以上に限られ、「仕事の能力、能率、気力の低下」、「疲労回復が遅くなった」、「感情表出の変化」(「すぐに怒らなくなった」、「涙もろくなった」)を述べた人は50代、60代に偏る。逆に「外見、見た目の変化」は20代から60代の比較的若い年代に偏

表18 年をとったと感じるとき(アフターコーディング、複数回答) (n=38)

	20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		90代		小計
	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	
人数	2	3	2	3	2	1	5	6	2	4	2	2	2	1	1	0	38
身体動作の困難(歩く、立つなど)	1			1	2		1			1		2	1	1	1		11
身体部位の不調(膝、関節など)			1		1		1	1		1		1					7
目や耳の機能低下							1	2	1			1	1		1		7
運動能力の低下	1			1	1	1		1				1					6
体力の低下			1	1	2		1	3		3			1				12
仕事の能力、能率や気力の低下							2	2		1							5
疲れやすくなった	1		1	2	2		1	1	1	2			1	1			13
疲労回復が遅くなった							2	1		1							4
記憶力の低下、物忘れ					1	3		1	1		1				1		8
性格・感情表出の変化							1			1							2
医者にかかる頻度が高くなった				1				1			1	1		1			5
食事・飲酒量の減少、嗜好変化		1	1	1				1				1					5
外見、見た目の変化(しわ、しみ、白髪、薄毛、髭、体型)		1	1	1	1		1	1	1								7
他人によるカテゴリー(おじさん、若い衆)		1								1							2
自分の言動の変化と若い人の言動が気になるようになった		1					1										2
親が年をとることを見て、子どもから気づかわれることから	1								1								2
年代別件数小計	4	4	5	8	9	2	15	14	5	12	1	8	4	3	3	0	
その他		*1			*2			*3									
(あまり)実感していない		1											2				3

*1 仕事で以前よりも体力がついた

*2 トレーニングをすれば筋力など衰えないことがわかった

*3 身体的に衰えていくことについて不安を感じるようになった

る。

「医者にかかる頻度」や「食事・飲酒量の減少、嗜好変化」は年代による差よりも個人差が大きいといえる。また「他人による認知(「おじさんと呼ばれた」、「若い衆と言われなくなった」)や若い人との関係、親や子どもとの関係の変化などから年をとったと実感した人もいる。

これらの結果からわかるのは「年をとった」という実感は、自身の過去の状態や周囲の人との比較から判断されるかなり相対的なものであるということだろう。ただ、性別で比較すると、女性の場合には50代までが年をとったと感じる項目を多く述べる傾向にあるが、男性は50代以上で年をとったと感じる項目を多く述べる傾向がある。

つぎに「年をとってよかったこと、よくなかったことはどんなことでしょうか」という質問をした。まず「年をとってよかったこと」の回答を集計した(表19)。この質問をして回答を得られたのは34人だった。そのうち「ない、思いつかない」と答えたのは30代から80代の7人だった。残りの27人(20代から90代)の回答

を見ると、「自信、精神的な余裕、安定」などが幅広い年代にまたがって多く、「社交性、交友範囲と活動範囲の広がり、視野の広がり」、「信頼・尊敬の獲得」などの回答が20代から50代の若い層に偏っていた。また、「知恵や判断能力、対応能力の獲得」が30代から70代に、「生活の時間的余裕や役割の免除」は60代から80代に偏った。その他の回答に対しては、年代ごとの傾向と個人差が絡まって影響しているように思われる。性別による偏りはあまり見られなかった。また、回答として出された事柄は、精神力、理解力、対応力などの人間として社会の中で生活していくための能力が高まったことが述べられる傾向が強かった。

では「年をとってよくなかったこと」の回答を集計した結果を検討したい(表20)。

回答を得られた30人のうち、「ない、特に感じていない、いまのところはない」と答えたのが6人だった。残りの24人のうち、30代から70代に共通して多かったのが「体力の低下」、40代から70代のどちらかというと男性に多かったのが「仕事の能力、能率や気力の低下」だった。その

表19 年をとってよかったこと (アフターコーディング、複数回答)

(n=38)

	20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		90代		小計
	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	
人数	2	3	2	3	2	1	5	6	2	4	2	2	2	1	1	0	38
社交性、交友範囲と活動範囲の広がり、視野の広がり	1	1	1	1			1										5
知恵や判断能力、対応能力の獲得				1	1	1		1				1					5
自信、精神的な余裕、安定	1			1	1	1	1	2			1		1				9
信頼・尊敬の獲得	1						1	1									3
他人の気持ちや教えの理解ができるようになった				1			2			1							4
すぐに怒らなくなった・忍耐強くなった・まるくなった・競争心が弱まった					1				1	2							4
夫婦仲が良い								1			1						2
子どもや孫の成長が楽しみ							1							1			2
生活の時間的余裕や役割の免除									1		1	1			1		4
ない、思いつかない			1		1		2		2			1					7
回答なし・直接尋ねていない		2						1	1	1							5

健康とは何か

他の回答項目については、「親しい友人が亡くなった、会えない」と答えた80代と90代の2人以外は、年代にも性別にも偏りが見られなかった。

「年をとって良かったこと」と比較すると、人間関係や精神的なことがらよりも身体的な能力の低下について言及されることが多かった。ところが、「年をとったと感じるとき」という質問への回答において詳細に述べられた「体力の低下」や「疲れやすくなった」、「身体的な機能の低下」、「健康面での衰え」、「外見、見た目の変化」、さらには「記憶力の低下」などへの言及は減り、「仕事の能力、能率や気力の低下」、「社会的役割・役職にかける時間とわずらわしさ」など社会的な関係にかかわることがらが若干、増えた。

この理由としては、年をとることによる身体的な変化は「よかったこと」とは言わないまでも「よくなかったこと」と言うまでのことでもないと認識されているのかもしれない。それ

は、「身体的に疲れることはしょうがないと思っている」(30代男性)、「あまり老いを意識していなくて自然に受け入れている」(40代女性)などの回答からも、よいことではないと認識されながらも、受容されていると推察される。これについては今後、考察を深めたい。

最後に、「長生きしたいですか」、「なぜ長生きしたいのですか／長生きしたくないのですか」という質問をした。この集計結果は、何を「長生き」とするかの個人差が大きく、「長生きしたい」と答えた人の中でも70代まで生きたいと答える人と「長生きしたくない」と答えた人の中でも80代くらいまで生きればよいと答えた人がいた。ただし、回答の特徴は、「健康ならば長生きしたい」と答える人が多く、その理由として「健康でなければ人(家族)に迷惑をかける」と説明する人が多いことである。

ここからわかることは、「長生き」と「健康」は同じものではなく、長生きしていても健康ではない状態があると認識されていることであ

表20 年をとってよくなかったこと (アフターコーディング、複数回答)

(n=38)

	20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		90代		小計
	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	
人数	2	3	2	3	2	1	5	6	2	4	2	2	2	1	1	0	38
身体動作の困難、身体部位の不調(目、耳を含む)		1			1					1			1				4
体力の低下			1				1	3		1		1					7
仕事の能力、能率や気力の低下						1	1	2		1		1					6
疲れやすくなった										1							1
記憶力の低下、物忘れ									1								1
健康面での衰え(医者にかかる頻度)								1									1
外見、見た目の変化				1													1
社会的役割・役職にかける時間とわずらわしさ	1			1							1						3
若いころにしておけばと後悔する				1			1										2
時間が過ぎていくこと										1							1
親しい友人が亡くなった、会えない														1	1		2
ない・実感していない・そこまで年をとっていない		1	1				1	1		1			1				6
回答なし・直接尋ねていない	1	1							3		1	2	1				9

る。そして、「健康」であれば「人に迷惑をかける」ことがない、あるいは少ないと認識されていることである。これは、「長生きしたくない」と答えた人が「長生きすると人に迷惑かけるから」と理由を述べたことともつながる。この認識が、家族と同居している人とそうではない人と差があるか、あるいは3世代同居の割合が高い地域とそうではない地域とでは違いがあるのかを、今後、考察していきたい。(柘植)

6. まとめ

以上、本人の主観的な「健康」の認識と、それを形作ったと考えられる経験や知識、情報について検討してきた。

まず、自分のことを健康だと考えているかについて、性別と年代別の結果をみると、60歳以上では「健康である」と答えた割合に男女差がないのに比べて、60歳未満では、自らを「健康である」と答えた人の割合は、女性よりも男性に高かった。別の質問項目では、女性の方が家族との関係から自分が健康である必要があると認識し、そのために健康に気をつけているという回答の傾向が得られていた。なぜ60歳未満の女性は自分のことを健康だと答える割合が低いのだろうか。あるいは、なぜ男性は健康だと答えた割合が高いのだろうか。今後、検討したい。

その一方で、「健康に気をつけていることがない」と答えていても健康に気をつける行動習慣を明かす人たちがいたこと、そして「健康に気をつけている」人は「立派な人間」と表現(揶揄かもしれない)する人がいたことも今後、併せて考察する必要があるだろう。

さらに「健康について深く考えたことがありますか」との質問への回答の傾向から、健康について深く考えることは、健康に不安のある人がすること、あるいは長生きしたい人がすることといった意識で受けとめられていることがわ

かる。

そうは言っても、「健康」は重要なこととして認識されており、その理由として、自分のためだけではなく、地域や家族のためなど、他者との関係性の中で健康を意味づけていた人たちも少なくなかった。ここから、「健康」についての意識や認識を検討する上で、地域性を考慮する必要があることを指摘しておきたい。

「年をとる」ことについての意識と健康観との関係については、年をとれば医療にかかることが増えるが、年をとることと健康であること(健康でなくなること)は関係ないと認識されていた。これは「長生き」をしたいかという質問への回答から顕著に見て取れる。つまり「健康なら長生きしたい」と答えた人が少なくなかったからである。ここからも、他者との関係において「健康」を価値付けしているといえる。

今後、性別、年齢、職業、病気やけがの経験などと、健康についての意識や行動との関係を考察することに加えて、中山間地のQ町と都市部に住む人との比較が必要であると考えられる。さらに、「健康である／ない」と答える回答行動や、自分が「健康に気をつけている」と回答することの背景にある文化的・社会的な意味をも考察していきたい。(柘植)

【注】

注1 この日本語訳は昭和26年、外務省条約局編集の条約集所載のものである(宮原 2000)。

注2 産業とは、財又はサービスの生産と供給において類似した経済活動を統合したものであり、実際上は、同種の経済活動を営む事業所の総合体と定義される。これには、営利事業と非営利事業がともに含まれるが、家計における主に自家消費のための財又はサービスの生産と供給は含まない。なお、家庭内においてその構成員が家族を対象として行う生産・サービス活動は、ここでいう産業には含まない。(総務省統計局の定義を採用した。<http://www.stat.go.jp/index/>)

健康とは何か

seido/sangyo/19index.htm 2011年9月22日
最終閲覧参照)

【文献】

- Conrad Peter, Schneider Joseph W.,1992
“Deviance and medicalization: From Badness
to Sickness” Expanded Edition, Temple
University (=進藤雄三・近藤正英・杉田聡
訳、2004『逸脱と医療化』ミネルヴァ書房)
- Freidson Eliot,1970 “Professional Dominance: The
Social Structure of Medical Care” Atherton
Press. (=進藤雄三・宝月誠訳、1992『医療と
専門家支配』恒星社厚生閣)
- Illich Ivan, 1975 “Medical Nemesis: The
Expropriation of Health” Marion Boyars→1976
“Limits to Medicine: Medical Nemesis: The
Expropriation Of Health” Calder & Boyars
Ltd. London (=金子嗣郎訳、1979『脱病院化
社会——医療の限界』、晶文社)
- Kleinman Arther 1988 “THE ILLNESS
NARRATIVES Suffering, Healing and the
Human Condition” Basic Books, Inc. (=江口重
幸・五木田紳・上野豪志訳、1996『病いの語り
——慢性の病いをめぐる臨床人類学』誠信書
房)
- 厚生労働省 2009「人口動態統計特殊報告平成15年
～平成19年人口動態保健所・市区町村別統計
の概況」[http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/
hw/jinkou/other/hoken09/index.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/other/hoken09/index.html)
- 宮原忍2000「日本における『健康』概念の推移——
WHOの『健康』の定義の受容をめぐって」原
ひろ子、根村直美編著『健康とジェンダー』35
-46、明石書店
- 長崎浩2004「混迷する健康観（シンポジウム『健康
の視点』）『理学療法学』31(8)：457-459
- 中村好一他2002「在宅高齢者の主観的健康感と関連
する因子」日本公衛誌49(5)409-416
- 根村直美2000「WHOの〈健康〉概念に関する哲学
的検討——その「危うさ」の考察——」、原ひろ
子、根村直美編著『健康とジェンダー』13-33、
明石書店
- 野村一夫2000「健康クリーシェ論」『健康論の誘惑』
文化書房博文社
- 柘植あづみ1999『病棟のエスノグラフィー：入院者
の病気認識とその形成過程を中心に』文部省科
学研究費平成8-9年度補助金報告書
- 上杉正幸2008『健康不安の社会学 健康社会のパラ
ドクス〔改訂版〕』世界思想社