

# 「健康とは何か」に関する地域調査

柘植あづみ、熱田敬子、飯田さと子  
柄本夏紀、高島有理子、永山聡子

はじめに（飯田・柘植） .....	3
第1章 調査概要 .....	5
第1節 調査の方法（永山） .....	5
第2節 調査地の概要（永山・高島） .....	5
1) Q町 .....	5
2) S地域 .....	6
第3節 調査地の保健医療と高齢者福祉（高島・柘植） .....	7
第2章 調査協力者 .....	8
第1節 基本的属性（熱田・飯田・永山・柄本） .....	8
1) 年齢・性別 .....	8
2) 職業 .....	8
3) 学歴 .....	9
4) 家族形態 .....	9
5) 婚姻歴と子どもの有無 .....	10
第2節 居住歴（熱田） .....	10
1) 出身地・居住地と転居の理由 .....	10
2) 対外転出経験の少ないS地域 .....	11
3) Q町における移動のライフコースパターン .....	12
第3節 諸活動への参加（柄本） .....	12
第3章 調査結果 .....	14
第1節 健康状態の自己認識（飯田） .....	14
1) 健康の自己認識 .....	14
2) 健康の自己認識の根拠 .....	14
3) まとめと今後の課題 .....	16
第2節 健康のために気をつけていること（熱田） .....	17
1) 健康について気をつけていることが「ない」 .....	17
2) 最も多い「気をつけていること」は食事 .....	19
3) 運動は日常生活の中で行なう .....	20
4) 病気・体質・診断結果に留意 .....	20
5) S地域は睡眠・精神の健康への言及頻度が高い .....	20
6) まとめと今後の課題 .....	21
第3節 健康について深く考える契機（高島） .....	21
1) 健康について深く考えたことの有無とその傾向 .....	21
2) 健康について深く考えた理由やきっかけ .....	22

3) まとめ .....	24
第4節 健康はなぜ大事か（柄本） .....	25
1) 健康は大事であるとする理由.....	25
2) 健康の価値観と役割 .....	27
3) まとめ.....	27
第5節 年をとることと健康（柘植） .....	28
1) 年をとったと感じる時 .....	28
2) 年をとってよかったこと.....	30
3) 年をとってよくなかったこと.....	32
第4章 考察 .....	35
第1節 健康の自己認識：語りの多様性と傾向を生み出すもの（飯田） .....	35
第2節 健康について深く考えたこと（高島） .....	36
第3節 健康の自己コントロールと「生き方」：気をつけることを「ゆるゆる」に「楽しむ」（熱田） .....	37
第4節 健康はなぜ大事か：健康の価値づけをするもの（柄本） .....	39
第5節 生活に基づく健康観（永山） .....	40
第6節 年をとることと健康（柘植） .....	41
おわりに（柘植） .....	42
注 .....	43
謝辞 .....	44
文献 .....	45
参考ホームページ（最終閲覧日は2013年5月26日） .....	45

## はじめに（飯田・柘植）

本研究は、「健康とは何か」プロジェクトとして南東北の中山間地域にある Q 町と関東の都市部の S 地域において実施したインタビュー調査をもとに、人びとにとっての健康の意味を明らかにしようとする試みである。

地域で暮らす人びとは健康に関してどのような経験をしているのか、そして、それらの経験は、意識や行動にどのように影響しているのか。インタビューの分析をとおして人びとの健康に関する経験や意識と行動を把握し、「健康」や「身体」に対する意味づけが、現代日本の社会や文化のありようと、いかに相互に関連しているかについて考察していく。

近年、テレビや新聞・雑誌では、健康についての情報がとりあげられることが多く、健康に対する高い関心がうかがえる。日本では 1970 年代後半より、さまざまな健康食品や健康法が流行する「健康ブーム」が続いているといわれる（上杉 2008）。この「健康ブーム」の背景には、急性疾患や感染症対策が保健行政の喫緊の課題だった時代から、慢性疾患やいわゆる「生活習慣病」への対策が中心となる時代へ、という疾病構造の変化がある。加えて、急速に進展しつつある人口の高齢化は、その変化を加速させており、そのような状況のもとで成立した健康増進法（2002 年施行）では、「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」ることが「国民の努力義務」と規定されている。そこで求められているのは、自身が健康かどうかを常に問いかけ、健康になること、健康でありつづけることを重視する姿勢である。

このように、個々人が追求するだけではなく、政府によってその増進の努力が推奨される「健康」だが、「健康とは何か」という問いに対する明確な答えは存在しない。その問いに答える役割は、長らく医師をはじめとする保健医療の専門職（以下「医療専門職」とする）が担うと考えられてきた。現在でもその傾向は根強いと言える。しかし、医療専門職が定義してきた健康概念に対しては、「疾病の有無」をおもな基準とする「身体的健康観」に偏っている等の批判がなされてきた（長崎 2004）。

一方、広く参照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」<sup>1)</sup>）と記されていて、疾病がない状態のみを健康とみなしているわけではない。しかし、これに対しても、健康を「完全な...状態」とおくことで達成不可能なものとしてしまっている（根村 2000）との批判的指摘がなされている。このように、普遍的に援用可能な健康の定義をするのは容易ではない。

「健康とは何か」に定まった答えがないことから生じる問題は、その定義が曖昧であるにもかかわらず、健康が「無条件によいこと」「目指すべき状態」として語られがちだということにもある。たとえば病気がある状態は悪いこととみなす意識があり、生活習慣病を予防する努力が推奨されるならば、病気にかかった人を「努力の足りなかった人」と非難することにつながりかねない。つまり、病気を個人の責任に帰することにつながりうる。このように、健康であることが道徳的命令であるかのように機能してしまうこと（Lupton 1994）や、健康の名のもとにライフスタイルへの干渉が正当化されてしまうことの問題性（野村 2000）も指摘されている。他方、具体的な政策との関連では、2008 年より開始された特定健診・特定保健指導は生活への過剰な介入であるという指摘がある。また、健康でない人を自己管理ができない人とみなし、医療費を増大させる原因として非難するものだという批判もある（坂井 2011）。

多くの場合に、健康の対義語は病気とされ、健康と病気は強く結びつくと考えられている。ゆえに、病気を定義する医学にもとづいて実践を行う医療専門職が、健康についても、それを定義し、関連する知識と実践の領域を支配する主体とみなされがちである（Blaxter 2004）。そして、健康が「専門家の領域」とされることで、一般の人びとは、その専門家の意見に従う客体とされる傾向がある。

医療社会学における医療化論（イリッチ Illich 1975=1979, コンラッドとシュナイダー Conrad & Schneider 1992=2004）や専門家支配論（フリードソン Freidson 1970=1992）は、このような、健康についての思考や行動が、病気や医療との関わりを重視する医療専門職の視点に回収されてしまい、非専門家である人びとの生活実感からかけ離れたものになっている事態の問題性を指摘してきた。

また、医療人類学による「病いの意味」論（クラインマン Kleinman 1988=1996）は、疾病体験の主観性に着目し、人びとの病気への意味づけが、その人のこれまでの生活のあり方や価値観を反映する多様なものであることを明らかにしている。このような議論の流れを受けて、1990年代以降、保健や公衆衛生の分野で「主観的健康」の概念が注目を集めるようになり、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。

「主観的健康」に関する先行研究の多くは、質問紙調査によって、個人の属性を独立変数、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。そういった調査からは、たとえば、社会活動に参加している人は自分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）や、年齢や身体の客観的な状態が健康の自己評価と直裁的に結びつくわけではないという結果（中村・宮前 2008）が得られる。また、「病気がない」といった身体的な要素だけでなく、「仕事ができること」などの社会的な要素、「人を愛することができること」などのスピリチュアルな要素など、人びとが一般的な健康の定義として採用する要素の多様性を明らかにした研究もある（島内 2007）。しかし、それらの研究成果からは、人びとがどのような経験や価値観を背景にして健康を語っているのかを明らかにすることはできない。

柘植あづみは、入院病棟での聞き取り調査から、がんや糖尿病、脳血管障害の後遺症等を抱えた入院患者がしばしば自身について「健康である」と語ることを明らかにしている（柘植 1999）。入院患者を対象にしたこの研究結果と比較検討することを踏まえて、本研究では、在宅で暮らす慢性疾患をもつさまざまな人びとに対するインタビューも行なっている。

また、本プロジェクトでは、本報告書に先行して、Q町での調査結果を中心とする「健康とは何か—地域におけるインタビュー調査から」『研究所年報』（柘植他 2012）を発表した。本報告書では、Q町とS地域両地域での調査結果を対象に、おもな質問項目に対する調査協力者の回答をアフターコーディングしたうえで、調査地域、性別、年齢等の属性による差異を明らかにし、それらの結果をもとに仮説的な考察を行っていく。ここで得られた結果と仮説は、今後実施するより詳細な質的分析の土台として位置づけられるものである。

# 第1章 調査概要

## 第1節 調査の方法（永山）

私たちは、2008年に「健康とは何か」についての半構造的インタビュー（質問項目とその順序をあらかじめ決めておく構造的なインタビューと自由会話方式のインタビューの間にあるインタビュー手法）の質問票を作成した。それをもとに、予備調査としてS地域において数人にインタビューを実施した。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町とS地域（東京・千葉・埼玉・神奈川県）においてそれぞれ本調査を実施した。2009年の調査では、調査者と調査協力者との信頼関係（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からも、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Q町では、2010年5月と2011年2月にインタビュー調査を実施した。またS地域では、引き続き、インタビューを実施し、最終的には2011年8月まで続けた。調査協力者への依頼は、知人または調査協力者からの紹介（スノーボールサンプリング）によって行った。

インタビュー調査の手続きとして、Q町・S地域ともに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。なお、調査における倫理的配慮については、調査方法、調査内容等を明治学院大学社会学部社会学科の調査・倫理委員会に申請し、その承認を得ている。

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識、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。従って、全ての調査協力者に対して、全ての質問項目を尋ねなかったことや答えが得られなかったこともあった。そのため、表や図中で示す合計件数（n）が質問項目によって変動していることがある。

## 第2節 調査地の概要（永山・高島）

本調査における調査地とは、調査協力者が居住している地域を指すが、Q町での調査協力者にはQ町出身・Q町在勤者であるが、近隣の町に住む2人が含まれている。

### 1) Q町

Q町は、1954（昭和29）年、一町二村の合併によって誕生した。山林が町土の約76パーセントを占める中山間地域であり、全域が過疎地域に指定されている。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、2010（平成22）年には総数約8,000人、男女比1：1である。この人口は、ピーク時の1955年から半減している。1989年以前は社会減が、それ以降は、社会減に加えて高齢化による自然減が人口減の要因になっている。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。2010年4月時点の高齢化率は約35パーセント（全国平均23.1パーセント）であることに加えて、一人暮らしの高齢者が多い。

主要産業は果樹栽培を中心とした農業だが、1985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1995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。

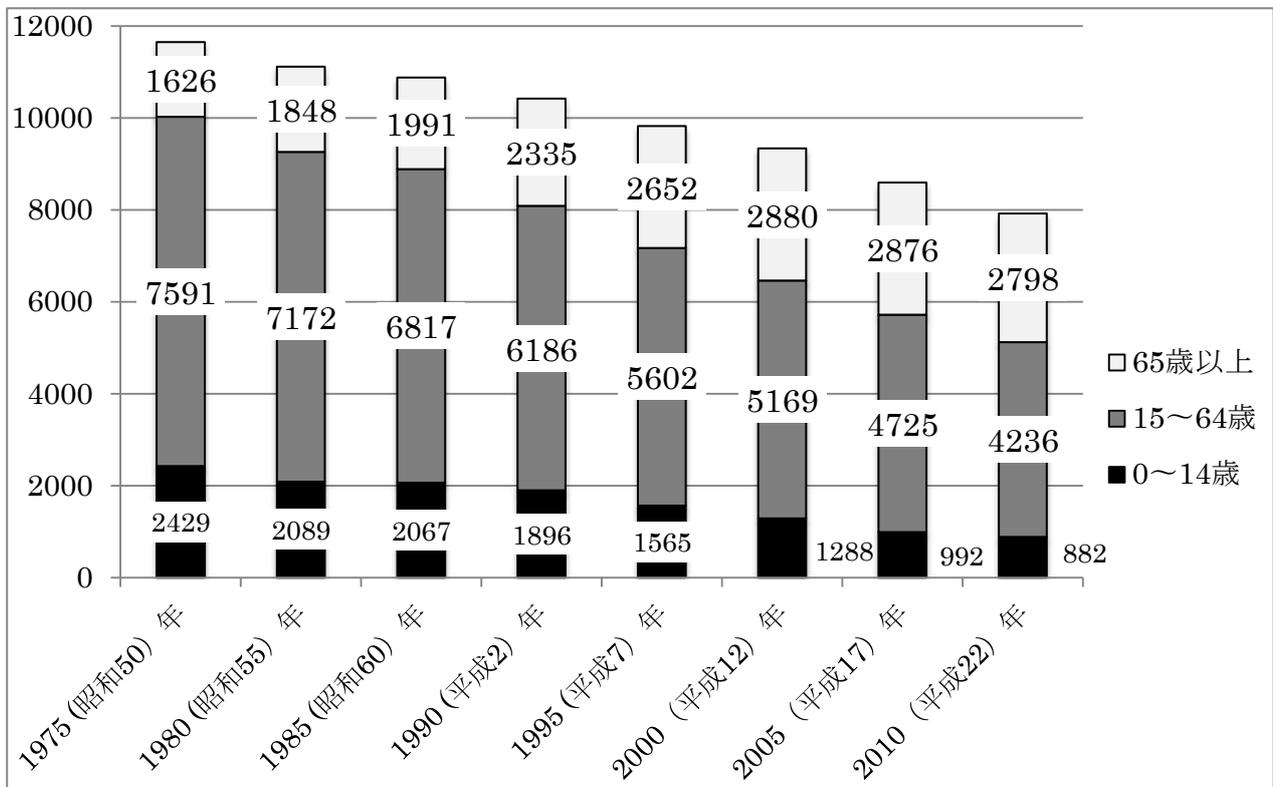


図 1 Q町年齢層別人口推移

参考資料：平成 23 年住民基本台帳年齢別人口（市区町村別）

## 2) S 地域

S 地域とは、調査協力者が居住地していた東京都、埼玉県、千葉県、神奈川県にまたがる地域を指す。S 地域は、関東平野に位置し、気候は太平洋岸式気候（平均気温16.3度、平均雨量 1809mm）である。人口は、2010 年には、東京

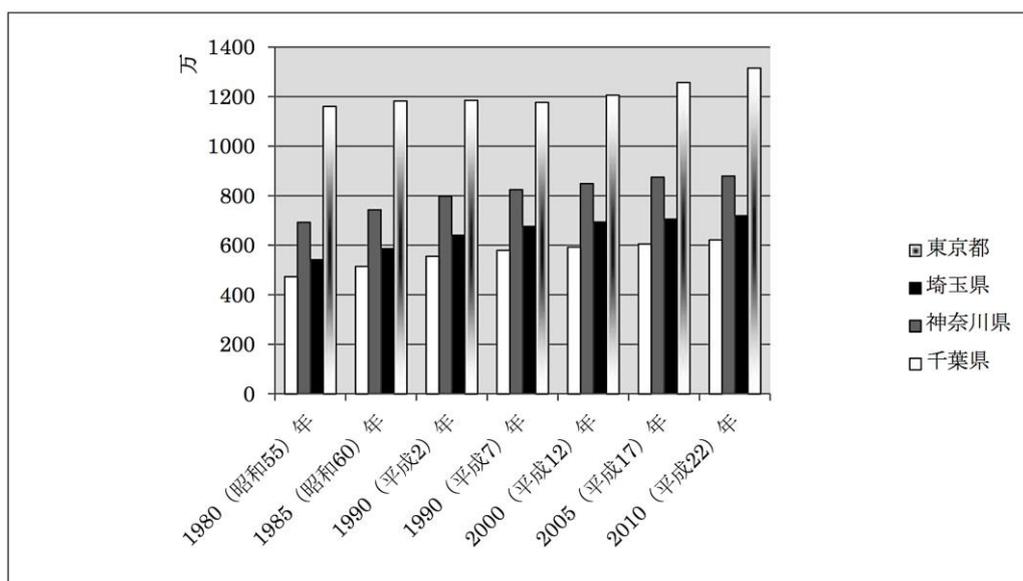


図 2 S 地域人口推移

参考資料：総務省 2013 社会・人口統計体系「統計でみる都道府県のすがた 2013」

都 13,071,528 人、埼玉県 7,206,846 人、千葉県 6,197,079 人、神奈川県 9,052,730 人、全体 35,528,183 人である（図 2）。男女比は 1:1 である。産業別就業人口は、S 地域全体において、第 3 次産業が最も多い。調査協力者は、すべてが、第 3 次産業に従事していた。

### 第 3 節 調査地の保健医療と高齢者福祉（高島・柘植）

ここでは、本調査対象地域の保健医療の状況と高齢者福祉の動向について述べる。

まず医療施設数について、社会・人口統計体系（総務省 2013）をもとに一般病院数と一般診療所数を見てみると、2010 年の人口 10 万人あたりの一般病院数の全国平均は 5.9 施設である。Q 町が所在する A 県は S 地域の中で最も多い東京都の 4.5 施設よりも多い。埼玉県は 4.1 施設、千葉県は 4.0 施設であり、最も少ないのは神奈川県の 3.3 施設となっている。また、2010 年人口 10 万人あたりの一般診療所数は、全国平均が 78.0 施設であり、A 県は平均をやや上回っている。東京都は 96.4 施設であるが、神奈川県は 70.8 施設、埼玉県は 56.4 施設、千葉県は 59.2 施設と平均を下回る。

調査協力者は必ずしも自分が居住する地域の医療施設を受診するとは限らず、たとえば Q 町の協力者の中には町外の医療施設を受診している人もいた。また、S 地域の場合は Q 町に比べて交通の便がよいことから県外の病院や診療所を受診しやすいことも推測される。したがって以上の結果から医療アクセスの実態を把握して比較することは困難であるが、人口に対する医療機関の割合については S 地域より A 県の方が高い傾向にあることがわかる。

福祉施設は、S 地域において保育所の不足が問題となっている。さらに Q 町でも S 地域においても特別養護老人ホームの入所待ちが問題となっている。

平均寿命は、厚生労働省の「平成 17 年市区町村別生命表の概況」（厚生労働省 2008）において Q 町は全国平均（男性 78.8 年、女性 85.8 年）を男女ともにやや上回っている。また S 地域については、全都県の男性と神奈川県の女性が平均を上回る一方、東京都・埼玉県・千葉県の女性は平均を下回っている。ただし Q 町・S 地域の男女いずれも全国平均と 1 歳以上の差はみられない。

厚生省の「平成 22 年都道府県別にみた死亡の状況」（厚生労働省 2012）の三大死因の傾向をまとめると、悪性新生物では調査地域・性別による大きな差はみられない。心疾患においては、男女ともに千葉県と埼玉県で平均より多い傾向が認められる。また、脳血管疾患については A 県の男女が平均より多い傾向にある。なお、「厚生労働省平成 15 年~19 年人口動態保健所・市区町村別統計の概況 人口動態統計特殊報告」（厚生労働省 2009）における三大死因の標準化死亡比も、2010 年とほぼ同様の傾向を示している。

自殺は、平成 22 年において男女ともに A 県が全国平均より多く、S 地域は平均より少ない。これは 2005 年以降の報告にも共通してみられる傾向である（内閣府 2011）。

## 第2章 調査協力者

### 第1節 基本的属性（熱田・飯田・永山・柄本）

#### 1) 年齢・性別

今回の調査協力者はQ町で38人、S地域で24人である。内訳は、Q町で女性18人、男性20人、S地域で女性15人、男性8人であった。またこのほか、表1には記載していないが、予備調査時に比較対象として、中部地方在住の80代男性にもインタビューをしている。

各年代別に、少なくとも男女一人以上に協力をいただけるよう、配慮した。年齢については比較的均等になるよう心がけた。結果として、調査協力者は、Q町と比べS地域では50代と70代以上の高齢者の割合が低くなっている。詳細は表1のとおり。

表1 インタビュー協力者の年齢性別

	20代	30代	40代	50代	60代	70代	80代	90代	総計
Q町	5	5	3	11	6	4	3	1	38
女性	2	2	2	5	2	2	2	1	18
男性	3	3	1	6	4	2	1	0	20
S地域	4	4	6	2	4	2	2	0	24
女性	2	3	4	1	3	1	1	0	15
男性	2	1	2	1	1	1	1	0	9
総計	9	9	9	13	10	6	5	1	62

#### 2) 職業

調査協力者の主たる職業について、日本標準産業分類にもとづいて集計した(図3)。

Q町の調査協力者では、「農業・林業」に従事している人が11人と最も多く、調査協力者の約3割を占めたが、S地域の協力者においては0人であった。S地域で最も多かった調査協力者は、「医療・福祉」の8人（調査協力者の3分の1）であった。「医療・福祉」に従事する人の割合はQ町の調査協力者においても高く、約4分の1を占めていた。

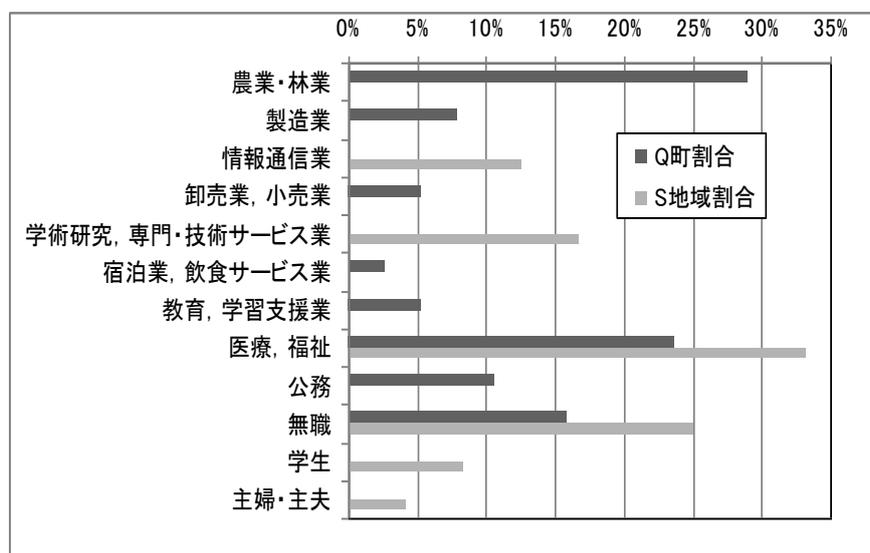


図3 調査協力者の職業

「農業・林業」「製造業」「卸売業・小売業」「宿泊業・飲食サービス業」「教育・学習支援業」「公務」に従事する人はQ町の調査協力者のみにみられ、S地域の調査協力者にはみられなかった。一方、「情報通信業」「学術研究、専門・技術サービス業」に従事する人はS地域の調査協力者のみにみられ

た。

「無職」「学生」「主婦・主夫」の割合の合計は、Q町の調査協力者で6人（16パーセント）であったのに対し、S地域の調査協力者では9人（37パーセント）であった。

### 3) 学歴

「最後に卒業した学校はどこですか」という最終学歴を問う項目を、Q町では調査協力者38人のうち2人を除く36人に、S地域では調査協力者全員の24人に尋ねた。その結果、Q町では中学卒業（それに準ずる旧制の学歴含む）が8人、高校卒業15人、短大・大学卒業以上13人であった。なお、高校卒業後に専門学校を卒業・就業した人は6人だった。一方、S地域では、中学卒業（それに準ずる学歴含む）が2人、高校卒業7人、短大・大学卒業以上15人であった。なお、高校卒業後に専門学校を卒業・修了した人は3人だった。

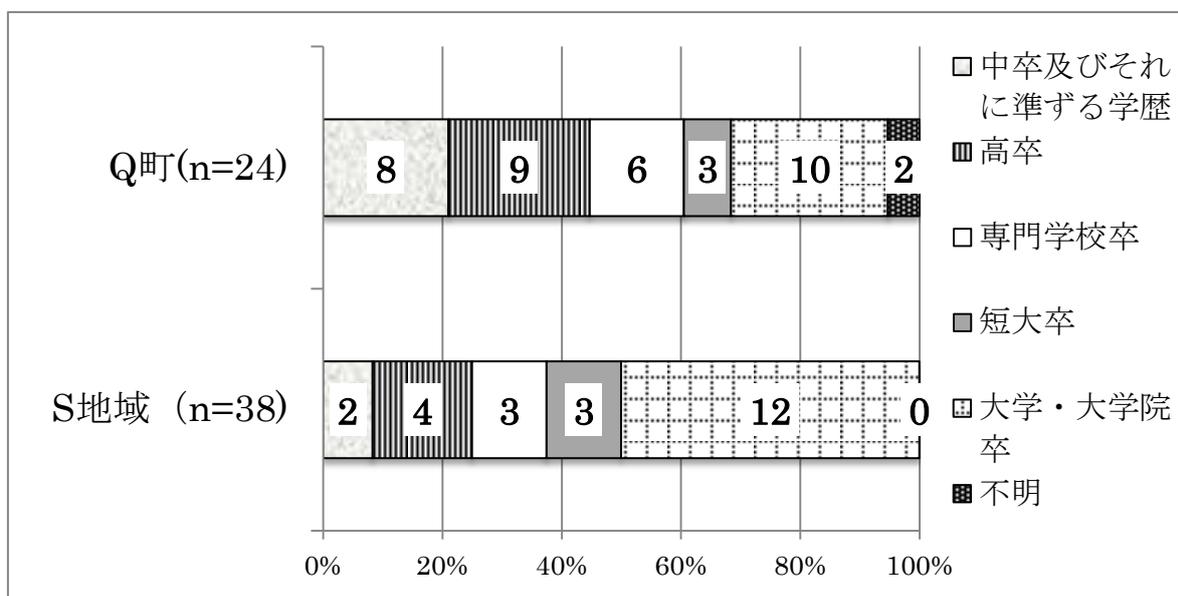


図4 学歴 (nは人数)

### 4) 家族形態

国民生活基礎調査（厚生労働省）では、世帯構造を「単独世帯」、「夫婦のみの世帯」、「夫婦と未婚の子のみの世帯」、「ひとり親と未婚の子のみの世帯」、「三世代世帯」、「その他の世帯」に分類している（厚生労働省2010）。ここでは、それにしたがって「現在、誰と同居しているか」という問いに対するQ町とS地域の回答を表2のように分類した。

表2に示したように、Q町の調査協力者では、「三世代世帯」が20人（53パーセント）と最も多かった。次いで「その他の世帯」7人（19パーセント）であり、その内訳は「夫婦と親世帯」3人、「本人と親（夫婦もしくはひとり親）」

表2 家族形態

	Q町	S地域	
単独世帯	2	4	
夫婦のみの世帯	4	9	
夫婦と未婚の子のみの世帯	5	8	
ひとり親と未婚の子のみの世帯	0	0	
三世代世帯(祖父母・両親もしくはひとり親・子)	20	0	
その他の世帯	夫婦と親	3	1
	本人と親と本人の兄弟姉妹世帯との同居	3	1
	四世代世帯(曾祖父母・祖父母・両親・子)	1	0
	知人と同居	0	1
合計	38	24	

と本人の兄弟姉妹とその未婚の子との同居」3人、「四世代世帯」1人であった。この他に「夫婦と未婚の子のみの世帯」5人（13パーセント）、「夫婦のみの世帯」4人（10パーセント）、「単独世帯」2人（5パーセント）であった。

S地域の調査協力者では、「夫婦のみの世帯」9人（38パーセント）が最も多かった。次いで「夫婦と未婚の子のみの世帯」8人（33パーセント）、「単独世帯」4人（17パーセント）であった。「その他の世帯」は3人（12パーセント）であり、その内訳は「夫婦と親の同居」、「本人と親と本人の兄弟姉妹世帯との同居」、「知人と同居」がそれぞれ1人であった。

Q町の調査協力者とS地域の調査協力者の世帯構造の大きく異なる点は、Q町では「三世代世帯」が最も多く、三世代以上の世帯が64パーセントを占める。それに対して、S地域では「夫婦のみの世帯」や「夫婦と未婚の子のみの世帯」が最も多く、三世代以上の世帯が1人のみであった。これより世帯構造と一世帯に同居している人数にはQ町とS地域の間には明らかな差があるといえる。ただし、「同居」とは言っても、玄関が違い、台所や浴室・お手洗い等も別の「世帯」はQ町とS地域のいずれの地域にもあり、ここでの家族形態および世帯の概念はあくまでも調査協力者の判断によっていることを断っておく。

#### 5) 婚姻歴と子どもの有無

婚姻歴については、Q町の調査協力者では38人中31人（82パーセント）が結婚したことがあり、S地域の調査協力者では24人中18人（75パーセント）が結婚したことがあった。今回の調査協力者には、事実婚・離婚経験者はいなかった。しかし、配偶者との死別経験者は含まれている。

Q町の調査協力者のうち子どもがいる人は29人、S地域の調査協力者のうち子どもがいる人は9人であった。今回の調査協力者のうち、子どもがいる人はすべて結婚していた。

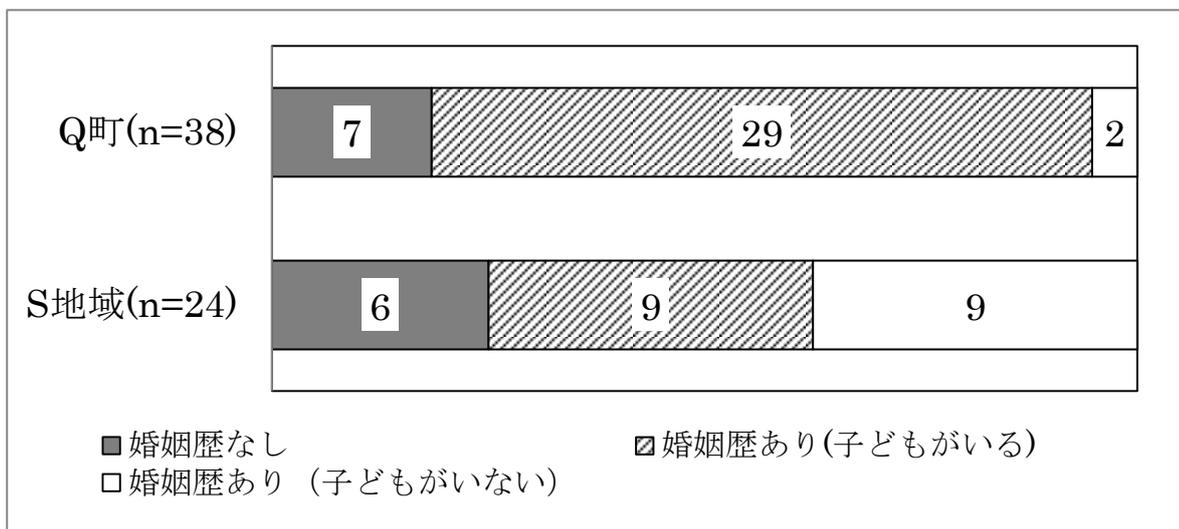


図5 婚姻歴の有無と子どもの有無

## 第2節 居住歴(熱田)

### 1) 出身地・居住地と転居の理由

Q町の調査協力者は、38人中36人が町内、他2人が近隣の町に居住している。出生地は町内が34人、

他地域が3人、県外が1人であった。

「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者は31人、ない者は7人である。暮らしたことがある地域(表3)は、県内・近隣の道府県の近接地域で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。

次に、町外に暮らした理由(表4)であるが、通学および仕事突出している。「町外の出身」は一人であり女性で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人であった。

表3 Q町・町外で暮らした場所(複数回答)(n=31)

町外で暮らした場所	県内	他県(東北)	首都圏	その他	不明	町外で暮らしたことはない
	15	9	10	3	3	7

表4 Q町・町外で暮らした理由(複数回答)(n=31、のべ人数)

町外で暮らした理由	仕事	学業	出稼ぎ・集団就職・見習い奉公	出身が町外	その他	不明
	12	17	5	1	2	3

表5 S地域・出身地と現在の住まい

出身地	関東	関西	中部	北陸	東北
	13	6	3	1	1
現在の住まい	埼玉	神奈川	千葉	東京	
	4	8	1	11	

仕事	学業	生まれたときから今の場所にすんでいる	夫/父の転勤	聞いていない
5	5	12	2	2

表6 S地域・S地域に住むきっかけ(n=24)(複数回答)

出身地	関東	関西	中部	北陸	東北
	13	6	3	1	1
現在の住まい	埼玉	神奈川	千葉	東京	
	4	8	1	11	

仕事	学業	生まれたときから今の場所にすんでいる	夫/父の転勤	聞いていない
5	5	12	2	2

これに対しS地域では、出身地をS地域と答えた者が13人だった(表5)。そのうち東京出身は4人であったが、現在の住まいについては、東京と答えた者が11人となっており、S地域の中でもその他の県から東京への移住が多いことがわかる。

S地域の出身ではない11人が引っ越したきっかけは、本人の仕事と進学をあわせれば8人になり、他地域出身者の6割以上である。他に、父親や夫の転勤について転居したと答えたケースもあった(男女1人ずつ。引っ越しの理由については、Q町同様、通学と仕事が多くを占めている)。

## 2) 対外転出経験の少ないS地域

S地域の調査協力者24人中、生まれた時から今の場所に住んでおり、大きな引っ越し歴がないと答え

た者が 12 人であった。Q 町の調査協力者 38 人中、町外に居住したことがある者が 31 人であったことを考えると、S 地域のほうが明確に他地域居住経験率が低い。仕事や通学先の選択肢が、豊富にあることが原因として考えられよう。また S 地域の方が地理的な範囲が広く、S 地域内での移住もあることも、対外転出としてみた時の割合の低さにつながっているとみられる。

Q 町は外部からの転入者は少ないが、他地域居住経験率は高い。S 地域の外部転入者は多いが、同地域に生まれた者の他地域居住経験率は低いといえる。

### 3) Q 町における移動のライフコースパターン

Q 町での町外における居住年数は、5 年未満が 19 人であり、町外居住経験者の 6 割強を占める。つまり、多くが数年で U ターンしている。高校・専門学校・大学等への進学をきっかけに町を出て、卒業後すぐに、もしくは数年の就業を経て町へ戻るといふ、調査協力者のライフコースパターンの一類型が見える。また、よそで暮らした理由として「出稼ぎ」があがることは、Q 町の地域的特徴といふことができる。

ただし、この他地域への転出後、数年で Q 町に戻るといふライフコースについては、きょうだいの中での回答者の位置や、性別、もしくは男女とも家の跡継ぎとされているか、などと関連している可能性がある。

また、今回、Q 町内での転居についてはカウントしていないが、「よそで暮らしたことはありますか」といふ質問に対し、町内での転居をあげる回答もあり、今後地域の文脈を把握する上で考慮したい。

## 第 3 節 諸活動への参加（柄本）

「現在、地域のあつまりやボランティアなどに参加していますか」といふ質問をした 57 人中（Q 町 36 人、S 地域 21 人）、参加している人は Q 町 24 人（67 パーセント）、S 地域 10 人（48 パーセント）であった。諸活動の内容として Q 町では地区ごとの団体活動（婦人会や老人会など）や、地元で行われる催し物の手伝いといった地域活動が 21 人（62 パーセント）と最も多く、趣味やサークル活動 5 人、職業に関連した活動 4 人、PTA 行事やスキースクールのインストラクター（無償）などの子どもに関わる活動が 3 人であった。これに対して S 地域では、趣味やサークル活動 5 人、職業に関連した活動 3 人、地域、思想・信条に関する活動が共に 2 人、子どもに関わる活動が 1 人であった。Q 町では、地域のなかで長く続いている活動が盛んなのに対して、S 地域では活動場所を自ら見つけだし、行いたい時に参加する自由参加型の活動をしている違いが見られた。

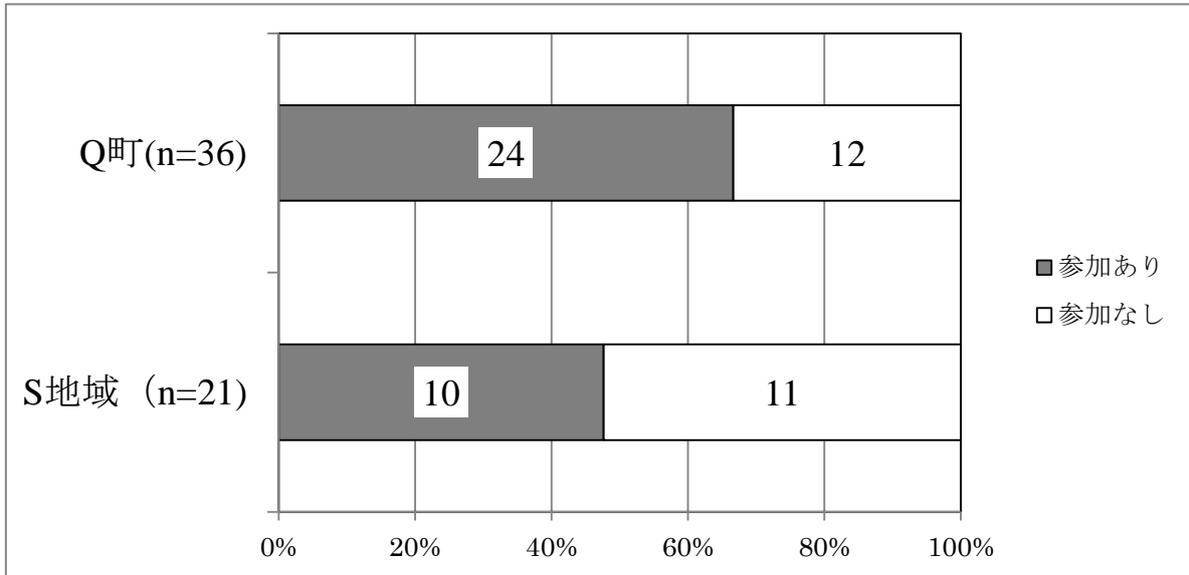


図 6 諸活動の参加有無

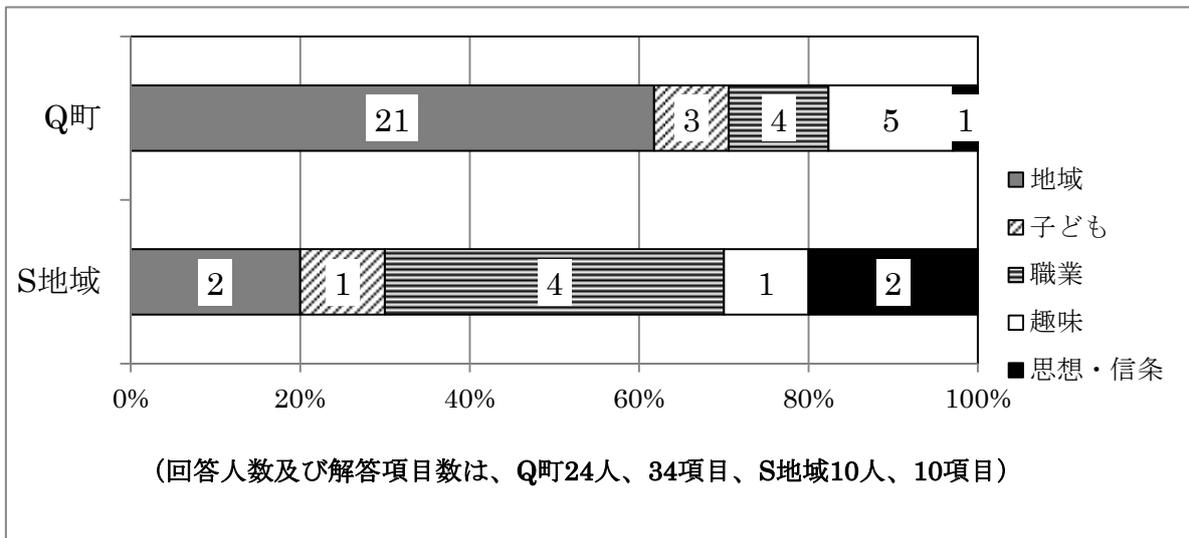


図 7 諸活動の内容(複数回答)

## 第3章 調査結果

### 第1節 健康状態の自己認識（飯田）

ここでは、「あなたは自分のことを健康だと思いますか」「そう思う理由は何ですか」という質問に対する調査協力者の回答について検討する。まずは、Q町とS地域それぞれについて、性別と年齢群ごとに、自身のことを「健康である」（表中では「健康」と表記）と認識している人の割合を示す。その後、自身を「健康である」もしくは「健康ではない」（表中では「非健康」と表記）と思う理由の語りを分析することによって、それらが前提としている健康の定義を検討していく。さらに、採用された健康の定義が、個々人の属性によってどのように異なっていたかを考察する。そして、Q町とS地域の共通点と差異に着目して結果をまとめ、より詳細な分析にむけての展望を示す。

#### 1) 健康の自己認識

表7に示したとおり、Q町の調査協力者38人のうち自身を「健康である」と述べたのは27人（71パーセント）であった。一方、S地域の調査協力者24人のうち自身を「健康である」としたのは15人（63パーセント）であった。この結果を性別に分けてみると、Q町とS地域に共通して、男性のほうが自身を「健康である」と述べる人の割合が高いことがわかる。性別と年齢群別（60歳未満と60歳以上で2群に分類）の4群に分けた結果からは、この傾向が60歳未満においてとくに強くあらわれていることがわかる。

表7 属性別健康自認と「健康である」の割合（人）

地域	Q町 n=38							S地域 n=24						
	女性			男性			男女計	女性			男性			男女計
年齢	60未満	60以上	全体	60未満	60以上	全体		60未満	60以上	全体	60未満	60以上	全体	
健康	5	6	11	10	6	16	27	5	4	9	5	1	6	15
非健康	6	1	7	3	1	4	11	2	1	3	1	2	3	6
その他	0	0	0	0	0	0	0	3	0	3	0	0	0	3
合計	11	7	18	13	7	20	38	9	5	15	6	3	9	24
健康の割合	45%	86%	61%	77%	86%	80%	71%	56%	80%	60%	83%	33%	67%	63%

※ 「その他」は、「健康であるとも健康ではないともいえる」が2人、「健康という言葉は使いたくない」が1人である。

#### 2) 健康の自己認識の根拠

「自分のことを健康である／健康ではないと思う理由は何ですか」との問いへの回答、つまり、健康の自己認識（健康自認）の根拠についての語りからは、調査協力者がそれぞれに何らかの健康の定義（「健康とは〇〇である」）を想定しており、それにもとづいて自身が健康であるか健康でないかを判断していることがわかった。たとえば、「病気がないから健康である」「病気があるから健康ではない」という語りは、双方とも「健康とは病気がないことである」という定義を前提としていると解釈できる。ここでは、健康自認の根拠についての語りを健康の定義の形にアフターコーディングし、それらを小項目と置いたうえで分類と整理を行った。

アフターコーディングによって抽出した小項目は30あった。さらに、それを「診断名等がないこと（病気がないことや健診結果に異常がないこと等）」「受診関連行動がないこと（通院や服薬をしていないこと等）」「体の不調がないこと（体調がよいことや疲れ・痛みがないこと等）」「体がイメージ

どおりであること（体が想定通りに動くこと等）」「精神面が充実していること（ストレスから回復できることや意欲があること）」「健康によい行動をしていること（食事や運動に気をつけていること等）」「仕事や生活ができること（仕事・家事・日常生活ができること）」の7つの大項目と「その他」に分類した。

小項目と大項目ごとに、該当する調査協力者の人数（実人数）を属性別に示したのが表8である。なお、1人の回答が複数の小項目に該当する場合はそれぞれに1人と数えている。1人の回答が同一の大項目内の複数の小項目に該当する場合は、小項目にそれぞれに1人ずつと数えたうえで、当該大項目においては1人（のべ人数ではなく実人数）と数えている。

表8からは、健康自認の根拠を語る際に参照されている健康の定義が、非常に多様なものであることがわかる。

以降、表8の網掛け部分で示した結果をもとに、大項目ごとの言及の割合について、全体、健康自認別、性別、年齢群別にQ町とS地域の比較を行う。

**【Q町とS地域全体の比較】** Q町の調査協力者がもっとも多く言及していた健康の定義（大項目）は、「診断名等がないこと」（37パーセント）であり、2番目に「体の不調がないこと」（24パーセント）、3番目に「受診関連行動がないこと」（21パーセント）と続いている。一方S地域では、「診断名等がないこと」「体の不調がないこと」に加えて「精神面が充実していること」が3つ同率（25パーセント）で最も多く言及された。S地域と比べてQ町に多かったのは、「体がイメージどおりであること」「診断名等がないこと」「受診関連行動がないこと」であり、前二者では10パーセント以上の差がみられた。一方で、Q町よりもS地域に多かったのは、「精神面が充実していること」「仕事や生活ができること」「健康によい行動をしていること」「体の不調がないこと」である。このうち、「精神面が充実していること」については20パーセント以上の大きな差が生じている。「健康によい行動をしていること」と「体の不調がないこと」については、差は軽微であった。

**【健康自認による比較】** 「健康である」と答えた人よりも、「健康ではない」と答えた人が多く言及したのは「診断名等がないこと」「受診関連行動がないこと」「体の不調がないこと」「体がイメージどおりであること」「健康によい行動をしていること」の5つである。この結果は、Q町とS地域に共通していた。これらのうち、「診断名等がないこと」と「受診関連行動がないこと」については、S地域の結果において両者の差異がより大きかった。一方で、「精神面が充実していること」「仕事や生活ができること」については、Q町、S地域ともに、「健康である」と答えた人のみが言及しており、「健康ではない」根拠の語りには、これら2つに該当する健康の定義は参照されていなかった。このように、健康自認にもとづく回答の差異の傾向については、Q町とS地域とで大きな違いは認められない。なお、7つのうち5つの大項目において、「健康ではない」と答えた人の言及割合が高いという結果は、「健康ではない」と答えた人に、健康自認の根拠をひとつではなく複数語った人が多いことによるものと考えられる。

**【性別による比較】** Q町、S地域ともに女性のほうが多く言及したのは、「体の不調がないこと」と「体がイメージどおりであること」である。とくに「体の不調がないこと」はS地域で10パーセント以上、Q町では30パーセント以上の大きな差異がみられた。一方、Q町とS地域に共通して男性のほうが多く言及していたのは、「診断名等がないこと」「健康によい行動をしていること」であり、そのうち「診断名等がないこと」はQ町、S地域ともに10パーセント以上の差が生じた。

表8 健康自認の根拠の語りにみる健康の定義（複数回答）

大項目	小項目	全体		健康自認による比較				性別による比較				年齢群による比較				
		Q町	S地域	Q町		S地域		Q町		S地域		Q町		S地域		
		全体	全体	健康	非健康	健康	非健康	その他	女	男	女	男	60未満	60以上	60未満	60以上
		38	24	27	11	15	6	3	18	20	15	9	24	14	16	8
診断名等がないこと	病気がないこと	2	3	0	2	1	2	0	1	1	2	1	1	1	1	2
	病気が治癒していること (大きな)病気がかかった ことがないこと	3	0	3	0	0	0	0	1	2	0	0	1	2	0	0
	病気がかかりにくいこと	3	0	3	0	0	0	0	2	1	0	0	3	0	0	0
	アレルギーがないこと	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1
	検診結果に異常がない (少ない)こと	2	1	1	1	0	1	0	0	2	1	0	2	0	0	1
診断名等がないこと(実人数)		14	6	9	5	2	4	0	5	9	3	3	11	3	3	3
割合(%)		37	25	33	46	13	67	0	28	45	20	33	46	21	19	38
受診関連行動がないこと	通院していないこと	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
	入院したことがないこと	2	1	2	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	1	0
	手術経験がないこと	2	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0
	服薬していないこと	3	1	3	0	0	1	0	2	1	0	1	0	3	0	1
受診関連行動がないこと(実人数)		8	3	5	3	1	2	0	6	2	1	2	4	4	1	2
割合(%)		21	16	19	27	7	33	0	33	10	7	22	17	29	6	25
体の不調がないこと	体調が良いこと	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0
	体調が回復しやすいこと	1	2	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1
	気になるところがないこと	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0
	食べ物がおいしいこと	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1
	疲れがないこと	1	2	0	1	0	2	0	1	0	1	1	1	0	0	2
体の不調がないこと(実人数)		9	6	4	5	3	3	0	7	2	5	2	6	3	3	3
割合(%)		24	25	15	46	20	50	0	39	10	33	22	25	21	19	38
体がイメージどおりであること	体が想定どおりに動くこと (動かない)体に適応していること	5	1	2	3	0	1	0	3	2	1	0	3	2	1	0
	体がイメージどおりであること(実人数)	6	1	3	3	0	1	0	3	3	1	0	3	3	1	0
	割合(%)	16	4	11	27	0	17	0	17	15	7	0	13	21	6	0
精神面が充実していること	ストレスから回復できること	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0
	積極性・意欲があること	0	6	0	0	6	0	0	0	0	3	3	0	0	5	1
精神面が充実していること(実人数)		1	6	1	0	6	0	0	1	0	3	3	0	1	5	1
割合(%)		3	25	4	0	40	0	0	6	0	20	33	0	7	31	13
健康によい行動をしていること	食生活・食習慣に気をつけていること	3	3	1	2	2	0	1	1	2	2	1	2	1	2	1
	飲酒・喫煙等を制限していること	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0
	生活リズムが整っていること	2	2	1	1	0	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0
	十分な運動をしていること	3	0	2	1	0	0	0	1	2	0	0	3	0	0	0
健康情報収集していること		1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
健康によい行動をしていること(実人数)		7	5	3	4	2	1	2	2	5	3	2	5	2	4	1
割合(%)		18	21	11	36	13	17	66	11	25	20	22	21	14	25	13
仕事や生活ができること	仕事ができること	2	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0
	家事ができること	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	日常生活ができること	1	3	1	0	1	0	2	0	1	3	0	1	0	2	1
仕事や生活ができること(実人数)		3	4	3	0	2	0	2	1	2	4	0	3	0	2	2
割合(%)		8	17	11	0	13	0	66	6	10	27	0	13	0	13	25
その他	若さを維持していること	2	1	2	0	1	0	0	1	1	1	0	0	2	0	1
	死の危機を感じないこと	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
その他(実人数)		2	2	2	0	2	0	0	1	1	2	0	0	2	1	1

【年齢群による比較】Q町とS地域に共通して60歳未満よりも60歳以上に多かったのは、「受診関連行動がないこと」への言及である。一方、Q町S地域ともに60歳以上よりも60歳未満に多かったのは「健康によい行動をしていること」への言及である。それ以外の大項目については、Q町の結果とS地域の結果に共通性はみられなかった。

### 3) まとめと今後の課題

健康の自己認識について、S地域とQ町に共通していたのは、調査協力者の6割以上が自身のことを「健康である」と語っていたこと、また、とくに60歳未満で、男性のほうが女性より、自身を「健康である」とする割合が高いことである。健康自認の根拠に関する共通点は、自身を「健康である」と述べ

た人に「診断名等がないこと」と「体の不調がないこと」への言及が多かったことである。また、「精神面が充実していること」「仕事や生活ができること」に言及したのは自身を「健康である」としていた人のみであった。「体の不調がないこと」と「体がイメージどおりであること」を参照するのは女性が多いのに対し、男性は「診断名等がないこと」と「健康によい行動をしていること」への言及が多い。そして、「受診関連行動がないこと」への言及は60歳以上に多く、「健康によい行動をしていること」への言及は60歳未満に多いことも指摘できる。過疎地域であるQ町と人口密度の高いS地域に共通するこれらの結果は、ある程度の一般性を持っている、と仮定することができるだろう。一方、Q町とS地域の差異としては、健康自認の根拠について「体がイメージどおりであること」「診断名等がないこと」への言及がQ町に多いのに対し、「精神面が充実していること」への言及はS地域に圧倒的に多かったことがあげられる。

今後の課題は、上記の傾向が生じた背景についてのより詳細な質的分析を行うことである。たとえば、Q町とS地域に共通して「体の不調がないこと」と「体がイメージどおりであること」を参照する人が女性に多く、「診断名等がないこと」と「健康によい行動をしていること」への言及が男性に多い、という結果からは、自身の健康状態の指標として主観的な身体感覚を重視する女性と、外から与えられる診断名や目に見える行動を重視する男性、という対比が仮説として想定できる。もし、痛みや疲れなどを感じてはいるが診断名はついていない、という自身の状態を、男性の多くが「健康である」と認識する一方で、女性は「健康ではない」と認識しがちであるとすれば、そのような差異が、女性のほうが男性より自身を「健康ではない」と認識する割合が高い、という結果につながっている可能性がある。このような仮説について、個別のインタビューにおける語りから検証する作業を行っていく必要がある。さらに、健康自認が語られる際に精神（心理）状態が述べられる傾向がS地域で強いことについては、「心と健康の関係」に関する質問項目の回答と照らし合わせて分析するなど、関連する他の質問項目に対する回答と健康自認との関連を見ていくことで、差異が生じた背景をより詳細に検討することができると考えられる。

なお、健康自認の根拠の語りに関しては、ここで分析した「〇〇だから健康である／健康ではない」という形式の語り以外にも、「服薬しているが、健康である」や「体調はよいが、健康ではない」など、「〇〇だけれども健康である／健康ではない」という形式の語りも複数存在していた。これらの語りは、健康自認の根拠として自身が採用する健康の定義と、一般的な健康定義とのずれを意識したものと考えられる。今回の結果の背景分析と併せて、このような語りについても分析することで、自身の健康についての人びとの認識について、より深く考察していきたい。

## 第2節 健康のために気をつけていること（熱田）

### 1) 健康について気をつけていることが「ない」

「健康のために気をつけていることはありますか」という質問に、S地域で「ない」と答えた人は0人、Q町では10人であった。Q町で「ない」と答えた人の年齢は30代を除く20～60代に分布しており、特定の世代の特徴ではない。この差異については、今後、質的分析のなかでより詳しく考察する必要がある。

ただし、「ない」と答えた人たちの中には、「ない」と答えた後に、気をつけていることの内容を述べている人もいる。「ない」と答えた後に気をつけていることを述べた人の中には、「そんな立派な人間でない」、と理由を述べた例があることを考えると、「健康のために」気をつけて何らかの行動をすることが、「立派なこと」ととらえられている可能性がある。これは、健康については「過度に気をつ

けない」と答えた中にあった「過度に当たるその、気をつけ方ってのは、逆に健康のために生きている人っているじゃない、健康オタクとか」(S地域60代男性)という言葉などとも、あわせて分析したい。

健康に(過度に)気を使うことに対してマイナスのイメージがあると推測される一方、S地域で全員が、健康のために気をつけていることが「ある」と答えたことは、健康に気を使うことへの意味付与のあり方に、両地域で差がある可能性を示唆する。

以下、健康のために気をつけていることが「ある」と答えた人のうち、気をつけている内容の項目ごとの回答人数を次のように集計した。

表9 健康のために気をつけていること・大項目集計(複数回答)

	人数	なし※	食	禁酒・ 節酒	禁煙	病気・ 体質	薬・サ プリ・ 健康食 品	体重を落と す・太りす ぎないよう 管理する	運動	睡眠	生活の リズム	無理を しない	精神の 健康	お金を かける	その他
Q町	38	10	23	5	3	10	7	3	13	3	2	2	4	1	5
Q町%		26.3	60.5	13.2	7.9	26.3	18.4	7.9	34.2	7.9	5.3	5.3	10.5	2.6	13.2
S地域	24	0	14	3	0	8	6	1	9	7	2	6	6	2	3
S地域%		0	58.3	12.5	0	33.3	25	4.2	37.5	29.2	8.3	25	25	8.3	12.5
Q町 性別	女性	18	5	13	0	4	4	1	6	1	0	1	1	1	3
	男性	20	5	10	5	2	6	3	7	2	2	1	3	0	2
S地域 性別	女性	15	0	9	0	0	6	4	4	2	2	4	4	2	3
	男性	9	0	5	3	0	2	2	5	5	0	2	2	0	0
両地域 共通 性別	女性計	33	5	22	0	1	10	8	2	10	3	2	5	5	6
	女性計%		15.2	66.7	0	3	30.3	24.2	6.1	30.3	9.1	6.1	15.2	15.2	9.1
	男性計	29	5	15	8	2	8	5	2	12	7	2	3	5	2
	男性計%		17.2	51.7	27.6	6.9	27.6	17.2	6.9	41.4	24.1	6.9	10.3	17.2	0
Q町 年齢	20代	5	2	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1
	30代	5	0	3	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
	40代	3	1	2	0	0	2	3	0	1	0	0	1	0	2
	50代	11	5	7	3	3	5	1	1	6	1	0	1	3	0
	60代	6	2	2	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0
	70代	4	0	4	1	0	1	1	0	3	0	0	0	0	1
	80代	3	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
S地域 年齢	20代	4	0	2	0	0	1	1	0	3	1	1	1	0	0
	30代	4	0	4	1	0	0	1	0	0	2	0	1	2	1
	40代	6	0	1	0	0	3	2	0	2	0	0	3	2	0
	50代	2	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1
	60代	4	0	3	1	0	2	1	1	2	1	0	1	1	0
	70代	2	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1
80代	2	0	2	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	
総計	62	10	37	8	3	18	13	4	22	10	4	8	10	3	8
総計%		16.1	59.7	12.9	4.8	29	21	6.5	35.5	16.1	6.5	12.9	16.1	4.8	12.9

表10 健康のために気をつけていること・中小項目集計（複数回数）

大項目	中項目	小項目	Q町 n=38	S地域 n=24	大項目	中項目	小項目	Q町 n=38	S地域 n=24			
ない	ない	ない	10	0	体重を落とす	体重を落とす	体重を落とす・太りすぎないように管理する	3	1			
食	食べ方に気をつける	食生活に気をつけている	6	2	運動	歩く	ウォーキング・歩く・散歩	7	4			
		朝食をとる	1	0			階段を使う	0	1			
		夜食を食べない	1	0			運動をする	5	2			
		食事をしっかりとる	1	1			運動の会に行く	1	0			
		三食とる	2	0			走る	1	1			
		カロリー制限をする	1	2			運動（ダンス/スイミング）	0	2			
		食べ過ぎない	3	3			体力を使うような心がける	0	1			
		食事の制限	1	0			運動大項目集計（のべ人数）	14	11			
		間食をしない・ひかえる	4	0			運動大項目集計（実人数）	13	9			
		バランスのよい食事をする	3	2			早く寝る	0	1			
		色々なもの・たくさんのお品目を食べる	4	3			朝起きる・早起き	1	1			
	食べ方中項目集計	20	9	しっかり寝る	2	5						
	食べるもの	食べるものには気をつけている	食べるものには気をつけている	1	1	睡眠	睡眠	睡眠大項目集計（のべ人数）	3	7		
			昆布・わかめ	1	2			睡眠大項目集計（実人数）	3	7		
		体にいいものを食べる	日本食にする	0	1			生活のリズム	生活のリズム	規則正しい生活をする	2	2
			玄米をとる	1	0					過度に気を付けない	1	1
			ヨーグルトをとる	1	0					無理な運動はしない	0	3
			野菜をとる	5	4					無理をしない	0	2
			酒を飲む	1	3					疲れないようにする	0	2
			牛乳を飲む	1	0					疲れを溜めない	1	0
			甘いものを控える	2	2					仕事・スケジュールをうまく調整する	0	2
			塩分を取りすぎない	1	1					無理大項目集計（のべ人数）	2	10
			添加物がいや	0	1					無理大項目集計（実人数）	2	6
農薬を使った野菜をさける			2	1	おこらない					0	0	
油物を控える	0	2	ストレスをかけないためない	3	0							
肉を控える	1	3	イライラ・よくよしない	1	2							
食べるもの中項目集計（のべ人数）	17	20	不平不満をためない	0	1							
食べるもの中項目集計（実人数）	12	12	人格を高める	0	1							
食大項目集計（実人数）	23	13	病気が困難に耐えられる精神を作る	0	0							
禁酒・節酒	禁酒・節酒	禁酒・酒を控える	5	3	精神の健康	気分転換	本・悩み相談を読む	0	1			
禁煙	禁煙する	禁煙	3	0			絵を見る	1	0			
病気／体質	病気／体質に合わせる	病気／体質を考慮して生活する	6	4			音楽を聴く	1	0			
		健康診断の数値・指摘に留意	6	1			ハイキング	1	0			
		家族／親族と同じ病気に注意	3	0			好きなものを食べる	0	2			
		体の加齢に対応する	0	3			記録をつける	0	1			
		冷やさない	0	1			化粧品を買う	0	1			
		お風呂にちゃんと入る	0	2			お茶を飲む	0	1			
		ヘルニアになりそうときベルトを締める	1	0			精神の健康大項目集計（のべ人数）	7	10			
		病気体質集計（のべ人数）	16	11			精神の健康大項目集計（実人数）	4	6			
		病気体質集計（実人数）	0	0			お金をかける	1	2			
		薬／サプリ／健康食品	薬／サプリ／健康食品	薬を飲む			3	4	その他	その他	自強術	0
薬を飲まない	1			0	健康器具	0	1					
健康食品	2			0	手あらい／うがい	1	0					
サプリを飲む	3			3	マッサージ・鍼灸・整体	1	0					
サプリに依存しない	1			0	自分自身の体の変化に敏感になる	1	0					
薬／サプリ／健康食品大項目集計（のべ人数）	10			7	歯の健康に気をつける	1	0					
薬／サプリ／健康食品大項目集計（実人数）	7	6	農薬を使う農業をやめる	1	0							
							その他大項目集計（のべ人数）	6	4			
							その他大項目集計（実人数）	5	3			

2) 最も多い「気をつけていること」は食事

全体では、食事に関連する項目が Q 町で 23 人（60 パーセント）、S 地域で 14 人（54 パーセント）と最も多い。食事の下位項目としては、大きくわけて「間食をしない」、「朝食をたべる」、「バランス良く食べる」などの食生活（食べ方）と、食べるものの内容（体にいいものを食べる／体に悪いものを食べない）の二つがある。体にいいものとしては野菜（葉っぱ、根菜等の表現含む）が最も多くあげられ、9 人（Q 町 5 人、S 地域 4 人）が答えた。他には、昆布・わかめ等の海藻類、日本食、玄米、ヨーグルト、牛乳、酒などがある。体に悪いものとしては、まず糖分（甘いもの、間食）、塩分があり、他に添加物や農薬、油物、肉があげられた。

また食と関連して考察したい項目として、薬・サプリ・健康食品の摂取や、禁酒・節酒がある。薬やサプリメント、健康食品は病気を抑制、回避する「健康のため」に摂取しているとされる一方で、薬は

嫌だから「薬のかわり」に食品でとる、あるいはサプリメントに「依存」しないようにする（Q町40代男性）というように、薬やサプリメントの摂取を避けたいと語る人もいる。

酒についても、健康のために量を減らすとか禁酒をあげる人がいる一方、体にいいものとしてもあげられている。ただし、その場合は「適量」と限定がついたり、ポリフェノールがある赤ワイン、と特定の種類の酒とその成分が健康と関連づけられて語られた。飲酒については、その嗜好を合理化（よいこと、正しいこととする）ために、「健康によい」と語られる可能性がある。喫煙のように、嗜好であっても「健康によい」とはあまり語られない場合と、好きではないが「健康のため」に飲んでいるとする場合などに細かく分けて検討する必要がある。（両地域との比較のため、パイロット調査でインタビューをした、喫煙者の男性（中部地方在住、80代）は、自分の曾祖父、祖父、父の寿命が喫煙していたかどうかによって左右されたとは思えないと述べ、喫煙と健康（寿命）には関係がないとの語りをおこなっている。ただし、喫煙の場合は積極的に身体の健康によいとまでの評価はしていない）<sup>2)</sup>

### 3) 運動は日常生活の中で行なう

食事について高い回答率だったのは、「運動」であり、全体で22人（35.4パーセント）、Q町13人（34.2パーセント）、S地域9人（37.5パーセント）である。しかし、ジムなどに通って運動をしている人は少なく、両地域ともに通勤や日常生活の中で歩く距離を伸ばす、散歩をする等の回答が最も多く、あわせて12人だった。他に筋トレ、ストレッチ、走る、スイミング、ダンス、地域の体操教室への参加等の回答があった。

### 4) 病気・体質・診断結果に留意

「病気・体質・診断結果に留意」では、健康診断の数値や指摘をうけて生活改善などの努力をすることが、Q町で6人（15.7パーセント）、S地域で1人（4.1パーセント）いた。またこの回答の年代は、40～50代が多くなっており、例外はQ町の70代の回答者（若年期より持病あり、定期的に検査や治療を受けている）と、S地域の60代の回答者（30代で受けた検診に言及）各一人ずつであった。他に、近親者やよく似た環境にいる知人と同じ病気にならないよう気をつけること、加齢に対応して生活や行動を変化させること、女性は体を冷やしてはいけないなどの回答があった。

### 5) S地域は睡眠・精神の健康への言及頻度が高い

「睡眠」、「無理をしない」、「精神の健康」という項目は、Q町3人（7.8パーセント）、S地域7人（29.1パーセント）と、S地域の方が言及された頻度が高かった。

「睡眠」の内容については、S地域で5人（20パーセント）が「しっかり寝る」をあげている。ほかには、早寝、早起き等の回答があった。「無理をしない」については、Q町では2人（5パーセント）、S地域では5人（20パーセント）が回答した。内容をみると、「疲れを溜めない」、「疲れないようにする」「後に残るほど体をいじめない」、「仕事・スケジュールをうまく調整する」、また「無理な運動はしない」などがある。

「精神の健康」については、Q町4人（10.5パーセント）、S地域6人（25パーセント）である。内容としては、読書、絵画・音楽鑑賞、ハイキング、好きなものを食べる、買い物、（友人と）お茶を飲むなどをカウントした。他に、ストレスや苦難に負けないよう人格を高めるという回答もあった。

その他としてあげられているのは、健康術（体操のような）、健康器具の使用、手洗い・うがい、マッサージ・鍼灸・整体、自分自身の体の変化に敏感になる、歯の健康に気をつける、農薬を使う農業

をやめるなどで、回答者は各一人だった。

## 6) まとめと今後の課題

健康に気をつけていることの「有無」について、はっきりと両地域の差が出ている。Q町で「ない」と答えた後に、気をつけていることを語った事例からは、Q町において健康に気をつけるということにマイナスのイメージや、「立派な」自慢するようなこと（であるから謙遜して「ない」と答えるべき）というような意識がある可能性が考えられる。また、S地域で「ない」と答えたものが一人もいないが、S地域では健康に気をつけることが、「当然」であり、「ない」と答えるのがはばかれることであると考えられているのかもしれない。

どちらの地域も気をつけていることのトップにくるのが「食」であり、「運動」、「病気・体質」と続くことは変わらない。それ以降になると、両地域の違いが出てくる。S地域でQ町より回答割合が10パーセント以上高いものは、「睡眠」、「無理をしない」、「精神の健康」である。

「睡眠」については、S地域では40代を除くすべての年代で回答者がいるが、Q町では30～60代に集中している。推測であるが、Q町に農林水産業に従事する自営業者が3割いたこと、両者の雇用形態の差、また職住の近接度などはこの項目に影響する可能性がある。ただし、S地域においても、自営業、学生などの回答者もあり、Q町でも自営業者ではない回答者も多い。他の変数とあわせて慎重に分析したい。

また、どちらでも回答割合が高かった「食」については、酒／薬／煙草／サプリメント／健康食品などとあわせて、どんなものが、どんなとき、どんな条件で健康によい／悪いと認識されているのかを考えたい。酒／薬／サプリメント／健康食品は、健康によいと語られることも、悪いと語られることもあり、両義的な意味づけがなされている。また、「農薬」についての回答も、農薬のつかわれた野菜は食べない、野菜を作るのに農薬を使うのをやめる等の表現として出てきている。これは、「薬」に関する意識とともに見ていきたい。（ただし、「農薬」という言葉を口にしたのは、Q町、S地域ともに70代、80代のみである。「農薬」という言葉そのものに、ある時代を経験した人たちの共通意識があるのかもしれない）

性別については、女性のほうが「食」に関する回答割合が15パーセント高い。これは、女性の中に、家族の食事をつくるから食べ物には気をつけているという回答が、両地域共通で聞かれたこと、女性のケア役割と関係があると思われる。しかし、男性についても半数以上の人食に関連する回答を述べており、関心は全般的に高いといえる。

「禁酒、節酒」については、回答者は両地域とも男性のみである。これは厚生労働省の「国民健康・栄養調査」において、「週に3日以上飲酒し、飲酒日1日あたり1合以上を飲酒すると回答した」飲酒習慣のある者の割合が、男性20.2パーセント、女性6.9パーセント(平成22年)となっていることとも一致する。

また、「睡眠」についても、男性の回答割合が15パーセント高い。今回の回答者には女性男性とも、定年退職していない場合は職業をもっている方の割合が高いため、働き方の内容や、他の生活習慣とあわせて考察する必要があるだろう。

## 第3節 健康について深く考える契機（高島）

### 1) 健康について深く考えたことの有無とその傾向

ここでは、「健康について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

に対する 48 人の回答について、どのような理由やきっかけで健康について深く考えたのかに着目して傾向を述べる。

回答者 48 人の内訳は、Q 町在住者が 29 人、S 地域在住者が 19 人である（表 11）。健康について深く考えたことのある人は、48 人のうち 27 人（56.3 パーセント）であり、深く考えたことはないと答えた 21 人（43.8 パーセント）を上回った。男女別の違いをみると、男性は深く考えたことのある人となない人が同じ割合であったが、女性では、22 人中 14 人（63.6 パーセント）が深く考えたことがあると回答し、男性よりもその割合が多かった。また、調査地域別の性別による回答傾向をみると、S 地域の女性 10 人中 8 人（80 パーセント）が深く考えたことがあると回答したのに対し、Q 町の女性は 12 人中 6 人（50 パーセント）と割合が少なかった。男性においては Q 町・S 地域ともにほぼ半数が深く考えたことがあると回答しており、顕著な傾向はみられなかった。このことから、Q 町の女性に比べて S 地域の女性の方が健康について深く考える傾向にあることが示唆される。

年齢別の傾向をみると、健康について深く考えたことがあると回答した割合がもっとも多いのは 50 代であり、11 人中 8 人（72.7 パーセント）であった。ついで多いのは 20 代と 30 代で、いずれも 8 人中 5 人（62.5 パーセント）が深く考えたと回答している。一方、深く考えた人の割合が少ないのは 60 代以上の 14 人中 6 人（42.9 パーセント）と 40 代の 7 人中 3 人（42.9 パーセント）であった。このことから、一般的に年をとるにつれて健康に対する意識が高まるのではないかと考えて調査を実施したが、必ずしもそうではなく、若い年代の人も健康について深く考える人がいることがわかる。

以上の結果から、今回の調査においては男性よりも女性の方が健康について深く考える傾向がみられ、S 地域の女性においてとくにその傾向が明らかであることがわかった。さらに年代によって健康について深く考えるかどうかについての明らかな傾向は認められなかった。

## 2) 健康について深く考えた理由やきっかけ

健康について深く考えた理由やきっかけについて、得られた 27 人の複数回答にアフターコーディングを行って分類した結果を表 12 に示した。回答の内容を、主に身体にまつわる自分の経験、親や夫・子といった身近な他者に起きた出来事との関連、それ以外に大別した。

表 11 健康について深く考えたことの有無

	Q町						S地域						合計		
	女			男			女			男					
	あり	なし	計	あり	なし	計	あり	なし	計	あり	なし	計	あり	なし	計
20代	2	0	2	2	1	3	1	0	1	0	2	2	5	3	8
30代	1	1	2	1	2	3	2	0	2	1	0	1	5	3	8
40代	0	1	1	0	1	1	2	1	3	1	1	2	3	4	7
50代	3	1	4	3	2	5	1	0	1	1	0	1	8	3	11
60代以上	0	3	3	2	3	5	2	1	3	2	1	3	6	8	14
全年代	6	6	12	8	9	17	8	2	10	5	4	9	27	21	48
	Q町計			S地域計			女計			男計					
	あり	なし	計	あり	なし	計	あり	なし	計	あり	なし	計			
20代	4	1	5	1	2	3	3	0	3	2	3	5			
30代	2	3	5	3	0	3	3	1	4	2	2	4			
40代	0	2	2	3	2	5	2	2	4	1	2	3			
50代	6	3	9	2	0	2	4	1	5	4	2	6			
60代以上	2	6	8	4	2	6	2	4	6	4	4	8			
全年代	14	15	29	13	6	19	14	8	22	13	13	26			

表 12 健康について深く考えた理由やきっかけ（複数回答）

地域		Q町										S地域										総計																												
年代		20代		30代		40代		50代		60代以上		Q町計		20代		30代		40代		50代			60代以上		S地域計																									
性別		女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男																											
人数		2	2	2	2	0	0	3	3	0	2	16	1	0	4	1	2	1	1	1	1	2	3	16	32																									
身体にまつわる経験	自分の経験																																																	
	健康診断の結果、指導を受けた時		1																					1																					0	1				
	病気・手術・病気の進行に対する不安を抱く時			1																	2	2	5	2											1	3	8													
	身体の苦痛があるから																			1	1											1	1	2																
	体力が落ちた・調子が悪かった時																			0		1	1											2	2															
	入院した時																			0		1											1	2	2															
	他者に起きた出来事(親・夫・子)	病気・手術	1																					1	2											1	1	1			1	4	6							
	入院	1																					1																					0	1			0	1	1
	死		1	1																	2											1	1	3																
その他	仕事がかきつけ		1																	1	1											3			0	3														
	料理教室で指導を受けた時																					0																					1	1	1			1	1	1
	健康でないとできないことがあるから																					0																	1			1	1	1						
	子どもを親がいない立場にたせたくないから																					1											0	1			0	1	1											
	体の健康と心の健康を区別して捉える																					0	1											1			1	1	1											

年齢別の傾向をみると、Q町の20代と30代では他者に起きた出来事をきっかけに深く考えるようになった人が4人であり、自分の経験がきっかけになった人は2人であった。一方S地域の20代と30代では自分の経験を理由に述べた人が5人、他者に起きた出来事について述べた人が0人とQ町と対症的な傾向がみられた。また、40代以上でも同様に地域によって対症的な傾向がみられた。Q町の40代以上では自分の経験が5人に対して他者に起きた出来事が1人、S地域の40代以上では自分の経験が3人に対して他者に起きた出来事が5人であった。回答者数が少ないため明らかな差異として述べることは

できないものの、S地域の20代30代がQ町の同年代に比べて他者の身体にまつわる出来事（病気や死など）に遭遇する機会が少ないために、健康について深く考えるきっかけを得ていないことが推測される。これには居住地における他者との関係の持ち方の違いが影響しているのかもしれない。またQ町の方が高齢者の割合が高いことから、他者の病気や死に遭遇する機会が多いことも考えられる。あるいは、S地域の人に同様の経験があるとしても、S地域の20代30代の方が自分の身体にまつわる経験が他者のそれよりも強く意識されやすいのかもしれない。

また、S地域の40代以上よりもQ町の40代以上の方が自分の経験をきっかけに深く考えるようになった人が目立ち、S地域の40代以上の方が他者に起きた出来事を理由に挙げている人が目立つ。20代30代と対照的な結果がでたことについては、語りの文脈と協力者がどのように自分の身体をとらえているのかという点や他者との関係の持ち方や経験の意味づけなどについての分析が必要である。なお性別による明らかな傾向はみられなかった。

回答のカテゴリー内容における傾向をみると、身体にまつわる自分の経験がきっかけとなり健康について深く考えたと回答した人が15人、身体にまつわる他者に起きた出来事によって健康について深く考えたと回答した人が10人であった。自分の経験の中では「病気・手術・病気の進行に対する不安を抱く時」が8人ともっとも多い。ついで多いのは他者に起きた出来事のなかで「病気・手術」であり6人であった。身体にまつわる経験を詳しく見ていくと、病気や手術という表現を用いずに入院した時に深く考えたという回答が自分の経験として2件、他者の経験として1件みられた。入院することは重大な出来事として認識されていることがわかる。入院はこれまでの社会生活を一時的に営めなくなることであり、普段の生活のなかで病気を治すことができないという事実を突きつけられることでもある。そのために、健康について深く考えるきっかけになったと考えられる。手術という経験も同様に理解できるだろう。つまり、身体にまつわる経験として分類したが、入院や手術という経験は身体経験だけではなく、社会生活の全般に大きな影響を及ぼす経験として捉えられていることが理解（または推察）できる。

身体に直接関係する表現を用いていない回答は「その他」として分類した。内容を見ると、仕事がきっかけで健康について深く考えたという回答が3件あった（柘植他 2012）。また、Q町に住む30代の男性は、「親父が（早くに）死んで、親がいない立場で育ったので子どもにはそういう思いをさせたくない」と述べた。この男性にとって健康について深く考えることは、自分が生き続けて親役割を継続していくために必要なこととして受けとめられている。さらに、S地域に住む30代の女性は「心の健康とからだの健康は違いますよねって答えると思う」と述べて、心とからだの健康を区別しており、一方が健康で他方が健康ではない状況があるのだと指摘した。これは「健康について深く考えたこと」についての質問に対して、その「健康」とは何を指すのかという前提を質問者に問い返したのだと考える。ただし、この回答者が「心」と「からだ」を具体的にどのようなものとしているのかについては不明である。

### 3) まとめ

以上のことから、自己や他者の身体にまつわる経験を通して健康について深く考える人が多いことがわかる。それとともに健康について深く考えるにあたって、身体にまつわる直接的な経験がきっかけとならない回答もみられることから、健康と身体を直接に結びつけずに健康について考え、語ることもあることもわかる。

さらに、「健康について深く考える」ということ自体をどのように回答者がイメージしたのかという点についての考察が必要である。回答を見ると、「不安」や「苦痛」などつらい状況との関連で回答さ

れたことが多いが、質問が「深刻に考える」というネガティブな思考を誘導していた可能性も否定できない。

#### 第4節 健康はなぜ大事か（柄本）

ここでは、「あなたにとって健康は大事ですか」という質問への回答とその理由の説明と、さらに「健康でないと何が困りますか」という質問への回答から、調査協力者の健康に対する価値認識とその理由を分類・整理した上で、検討していく。

##### 1) 健康は大事であるとする理由

まず、「健康は大事である」と回答した人数と、その理由についてアフターコーディングし、「身体」、「精神」、「理念」、「役割」、「価値」の大項目に分類し、さらに小項目に分類したものをQ町（表13）とS地域（表14）別に示した（複数回答であるためのべ人数で集計している）。

「健康は大事である」と答えた人は、Q町は調査協力者全員の38人であり、S地域は24人中23人のほぼ全員であった。「大事である」とは答えなかったS地域の1人（50代男性）は、健康が大事と答えることで自分の好きな「酒を飲む」という行動に制限がかかるならば、「大事であるとは言えない」と述べた。

健康が大事だと思う理由としてQ町とS地域ともに一番多くあがった回答は、大項目「理念」に分類した小項目3つ（「楽しむため」、「生きたいように生きるため」、「生き方の理念のため」）のうち「生きたいように生きるため」という項目だった（Q町16人、S地域15人）。この項目での年代や性別による目立った差はなかった。なぜ、この項目に関する内容が2つの調査地ともに最も多くなったのかについて考えるためには、さらに、回答者の属性や他の質問への回答傾向と比較する必要があるが、それは、今後の課題にしたい。

Q町とS地域で大きく偏りが出たのは「役割」の項目であった。その内訳を表13・14から見ていく。まず、家庭や育児を担うためとした「家族のため」がQ町8人に対して、S地域は1人であった。次に、地域や社会活動・仕事のためがQ町17人（地域2人、社会活動1人、仕事14人）に対して、S地域は2人（社会活動1人、仕事1人）であった。また、「世話にならないため」がQ町8人に対して、S地域は3人であった。これらから、健康が大事だと思う理由として「役割」のためとあげた人は、Q町のほうがS地域に比べて圧倒的に多かったことが分かる。なお、「世話にならないため」という理由を「役割」という項目に含めた理由としては、「世話にならないため」という内容を具体的にしてみると、「体が悪ければ何にも出来ないしね。人さ迷惑かけるんだしね」、「ほかの人の手を煩わせる」、「経済的なことであってもなんでもね、主になるやつは、やっぱり健康だと思う」というように、健康でなくなると「世話をかける」ことになるため、それは避けたいから健康が大事という意味がうかがえる。この世話をかける相手が、家族であったり、職場、地域の人々であることが予測されるため、自分が担っている役割ができないことを避けるために「健康が大事」と語られていることを考えると、「世話にならないため」という内容は、他人の役割の遂行を妨げないため、と解釈することができる。そこで、「役割」に分類した。

表 13 健康はなぜ大事か Q町（複数回答）

表13 健康はなぜ大事か Q町(アフターコーティング、複数回答)																		
年代		20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		90代		計
性別		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
大事の人数		2	3	2	3	2	1	5	6	2	4	2	2	2	1	1	0	38
大項目	小項目																	
身体	からだが辛いのが嫌だから	1	1					1			1							4
	生活(に必要な身体機能維持)のため	1							1									2
精神	辛くないため																	0
	健康だとところが潤うから	1																1
	健康でないとマイナス思考になる	1		1					1			1						4
理念	楽しむため								2	1	2	1			1			7
	生きたいように生きるため (出会うことができる等)	1	1	2	2	1	1	2	2	1				2	1			16
	生き方の理念のため (やりがい・人生の基盤等)					2	1	1	3	1	2	1						11
役割	家族のため			1	1			2	1	1	1	1						8
	地域のため				1				1									2
	社会活動のため								1									1
	仕事のため	2			3			3	4		1	1						14
	世話にならないため (迷惑かけたくない・経済的負担かかる)	1			1				1		1	1	1	1			1	8
価値	病気の経験があるため (健康な時は気づかない)					1			3			2						6
	ありがたい・幸せだから		1						1									2
	信頼できる人に言われたから		1		1													2
その他	長生きしたいため		1															1
	明日を夢みれる /残していけるため																	0
	健康維持が義務・責任だから																	0
	年代別件数小計	8	4	4	9	4	2	9	21	4	8	7	2	3	2	1	0	84

表 14 健康はなぜ大事か S地域（複数回答）

表14 健康はなぜ大事か S地域(複数回答)																		
年代		20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		計		
性別		女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男			
人数		2	2	3	1	4	2	1	1	3	1	1	1	1	1	1	24	
大事の人数		2	2	3	1	4	2	1	0	3	1	1	1	1	1	1	23	
大項目	小項目																	
身体	からだが辛いのが嫌だから	1				1	1											3
	生活(に必要な身体機能維持)のため		1			1		1		1								4
精神	辛くないため						1						1					2
	健康だとところが潤うから					1												1
	健康でないとマイナス思考になる												1					1
理念	楽しむため	1		1		2				1								5
	生きたいように生きるため (出会うことができる等)	1	2	2	1	4			1	2	1					1		15
	生き方の理念のため (やりがい・人生の基盤等)		1	2		2	2			2			2					11
役割	家族のため										1							1
	地域のため																	0
	社会活動のため					1												1
	仕事のため				1													1
	世話にならないため (迷惑かけたくない・経済的負担かかる)						1				1				1			3
価値	病気の経験があるため (健康な時は気づかない)					1							1					2
	ありがたい・幸せだから		1	1		1		1										4
	信頼できる人に言われたから			1														1
その他	長生きしたいため																	0
	明日を夢みれる /残していけるため					2												2
	健康維持が義務・責任だから				1						2							3
	年代別件数小計	3	4	8	3	17	5	2	1	9	2	1	5	1	1	1	1	62
大事と言えない										1								1

また、「身体」に関連した内容（「からだが辛いのが嫌だから」や「生活に必要な身体機能維持のため」）を答えた人は、Q町では20代3人、50代2人、60代1人、S地域では20代2人、40代3人であ

り、50代1人、60代1人であった。Q町・S地域ともに60代以下だけが、健康が大事な理由として身体的な理由を回答していた。身体機能や運動能力の低下は一般に加齢によって進むと考えられるが、今回、両地域とも70代以上の人は「健康が大事」な理由としては身体的な理由を挙げなかった。70代以上の人は、すでに身体能力が低下した状態を通常の「健康」な状態として認識していたために、身体的な理由を挙げなかったのではないだろうか。調査協力者の70代以上の人数が全体の割合から考えると少数であるため、これは今後の検討課題としたい。

## 2) 健康の価値観と役割

「健康は大事である」とする理由が「役割」を遂行するためという小項目に分類されたのは、Q町33人(女性15人、男性18人)、S地域6人(女性2人、男性4人)であり、地域による差が大きかった。その中でQ町では、男女差がほぼなかったことも指摘しておきたい。Q町ではほとんどの人が男女共に何かしらの職業をもっていた。家族内で女性が収入につながる労働をすることで家事や育児・介護は女性だけが担うことではなく、老若男女関係なく家計や家庭の運営を支えているという意識が強くあると考えられる。また、職業だけではなく地域における人間関係が密接であり、そこでの自分の役割が男女ともに意識されていると推察できる。これらのことが、男女差が大きく生じなかったことに影響しているのではないか。

また、すでに述べたように、「健康は大事である」とする理由として、「世話にならないため」と回答したのは、Q町8人(女性4人、男性4人)に対して、S地域は3人(女性2人、男性1人)というように、Q町に多かった。このQ町の結果について考察したい。まず、「世話にならないため」という理由から、誰に世話になりたくないのかを検討したところ、家族のみに言及した人は8人中3人であり、「体が悪ければ何にも出来ないしね。人さ迷惑かけるんだしね」というような家族とそれ以外の人を含めた「人」と語った人は8人中5人いた。インタビューに答えたQ町の大多数の人が拡大家族という家族形態で生活していた。さらに、老人会や婦人会という地域に密着した活動がQ町では盛んで、地域での人間関係も密接である。そのために、自分が健康でなくなれば家族や地域の人に負担がかかり、その人たちの役割の遂行を妨げると心配し、「人に迷惑かける」という表現につながったのではないか。しかし、地域の人間関係が緊密であれば、「人に迷惑かける」ことをある程度は互いに受容しているとも考えられるが、なぜ、「人に迷惑かける」ことを避けたいとする内容が語られるのかについては、今後、質的分析において考察したい。

## 3) まとめ

健康は大事であるという理由の中に、「身体」、「精神」、「理念」、「役割」、「価値」の5項目と「その他」に分類できた。そのうちで一番多く回答があったものは、「理念」の小項目である「生きたいように生きる」という内容であった。そして、Q町とS地域で大きく偏りが出たのは「役割」の項目であった。また、「役割」と回答が多かったQ町の男女差がほとんどなかった。

今後、質的に分析していく必要のあるものを二つあげたい。

一つは、「健康」のとらえ方の多様性についてである。健康はなぜ大事なのかという問いに対して、「病気だと…」と語る人がいたことから、「健康でない」ことが「病気である」と結びつけて認識されていることがわかる。一方、健康であることを「病気がないと…」という語りをした人がいなかったことより、「健康である＝病気がない」という単純なつながりにはならないことがいえる。これは、はじめにも示したように柘植(柘植1999)の病棟の聞き取り調査からも得られた「病気はあるけれども

健康である」という事例にも関連する。今後はこのような「健康」の多様性についての語りを質的に分析して、「健康とは何か」に迫りたい。

次に、「健康だと〇〇できるから健康は大事である」や、「健康でないと〇〇できないから健康は大事である」という理由を上げる人は多くいたが、「健康だと〇〇できない（健康の大切さを気づけない・人生がつまらない等）」や、「健康でないことで〇〇できる（人生が豊かになる・楽しいことも、重苦しいことも、嫌なことも感じられる等）」という語りをする人も少数ながら存在した。この「健康だと〇〇できない」や「健康でないことで〇〇できる」という内容も、なぜこのように語られたのか、について質的に今後は分析していきたい。

## 第5節 年をとることと健康（柘植）

「健康とは何か」について考える際に、健康と疾患との関係や医療にかかることとの関係について検討される。ところが、多くの人は年をとることによって、何らかの疾患にかかったり、症状が表れたりする。年をとることと疾患に罹患することは密接に関連している。また、長生きできるのは健康だからであるというように、長寿と健康は関連して語られることが多い。

すでに述べたように日本社会全体の高齢化率が上昇し、調査を終了した2011年（平成23年）の高齢化率は全国では23.3パーセントであった。S地域では、東京都と神奈川県が同じ20.6パーセント、埼玉県が20.9パーセント、千葉県が22.0パーセントである。これと比べるとQ町のあるA県は25パーセントを超えており、Q町では30パーセントを超えている。

そこで、「年をとる」とことと「健康」との関係を探るために、「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」という質問をした。ここでは、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、年を取ることと健康との関連について検討していく。

### 1) 年をとったと感じる時

まず「年をとったと感じるのはどんなときですか」という質問への回答を分類したところ、表15と表16のようになった。

Q町の調査協力者の38人全員と、S地域の調査協力者24人のうち20人にこの質問をして、その回答を分析した。このうち「年をとったとはあまり実感していない」と答えたのはQ町で3人（20代男性1人、70代女性2人）、S地域では2人（40代の男性1人、60代女性1人）だった。

Q町では、自身が年をとったとは感じていないと答えた3人を含めて38人全員が最低1つは「年をとったと感じるとき」について答えており、合計97件あった。このうち多かったのは、「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事柄である。この3項目については、年代や性別による偏りはさほど大きくなく、20代から80代に分散している。「身体部位の不調」と述べた人も30代から70代の男女に見られる。しかし、「目や耳の機能低下」は50代以上の男女に限られ、運動能力の低下は70代男性1人が含まれているが、その他は50代以下の男女に限られる。「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る。

これと比較すると、S地域ではまず、「年をとったと感じるとき」について言及された項目の合計が

39 件しかないことが目を引く。S 地域でインタビューしたのが 24 人、さらにこの質問をしなかった人が 4 人いたことを考えても、「年をとったと感じる」ことへの具体的な言及が Q 町に比べて量的に少ないといえる。その反対に、年をとったとは「あまり実感していない」と答えた人数は Q 町で 3 人、S 地域では 2 人であり、大きな差がない。それにも関わらず、「年をとったと感じる」ことの項目が Q 町の方が多なのはなぜだろう。S 地域の回答の内容は、年齢による偏りはあまり見られず、分散していた。あえて言うなら、「疲れやすくなった」、「見た目の変化」、「同僚などとの年齢の差、自分のポジション」が 4 人ずつで並び、他よりはわずかに多い傾向にある。「疲れやすくなった」、「見た目の変化」は、Q 町でも S 地域でも比較的が多いのは共通している。逆に、Q 町と S 地域の差として見られるのは、Q 町では「身体動作（歩く、立つ、座るなど）の困難」を述べた人が年齢層に関わらずに共通して多かったのに対して、S 地域では 30 代男性の 1 人だけがこう答えたことが特徴的だった。Q 町の方が生活において身体的な動作（農作業や製造業などでの仕事、地域での役割、雪かきや家の草取りなどの日常生活）を意識することが多いのかもしれない。ただ、S 地域でも健康のために歩いたり体を動かしている人は少なくないので、この理由については質的分析の課題にしたい。ほかにも、Q 町では「記憶力の低下」、「目や耳の機能の低下」、「身体部位の不調」、「運動能力の低下」が比較的が多いが、S 地域では「疲れやすくなった」のほかは、「見た目の変化」、「同僚などとの年齢の差、年齢による自分のポジション」がやや多い。ただし、Q 町の回答でも、「疲れやすくなった」、「見た目の変化」と答えた人（人数）は S 地域と同じ程度かそれ以上いた。しかし、「同僚などとの年齢の差、年齢による自分のポジション」によって年をとったと感じたと述べた人はいなかった。これについても、職業の違いや、Q 町では同級生との日常的な関わりが学業を終えたのちも長く続くことが影響するのかもしれない。これも今後の課題としたい。さらに、Q 町では「医者にかかる頻度」や「食事・飲酒量の減少、嗜好変化」は年代差よりも個人差が大きかった。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。ところが、S 地域では、「医者にかかる頻度」や「食事・飲酒量の減少、嗜好変化」は 40 代以下の若年層に見られる。人数が少ないために、個人差が偶然に若年層に偏っているように表れたのかもしれないが、注意はしておきたい。

では、「年をとったと感じる」機会について Q 町の人の方が S 地域よりも指摘した具体的な項目が多かったことについて考えていく。その手がかりとして、S 地域では年齢が上がるにしたがって「年をとったと感じる」具体的な項目数が減ることに注目したい。これは単に、年齢が高い人の人数が相対的に少ないだけではないように思われる。高齢になるとともに「年をとったと感じる」ことについて言及するのを避けようとするためなのか、この年齢の世代が「年をとった」と感じていないのか、いくつかの仮説があげられる。また、性別で見ると、Q 町では、男女ともに「年をとったと感じる」ことについて言及する項目数には大差はないのに対して、S 地域の男性は、女性と比べても、または Q 町の男女と比べても、項目が目立って少ない。年をとったことを「あまり実感していない」と答えていたわけでもなく、人数が少ないためもあるが、傾向は把握できなかった。

ただ、これらの結果からは「年をとった」という実感は、自身の過去の状態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がわかる。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 Q 町では 50 代以上で年をとったと感じる項目を述べるが増えていたが、S 地域では減っていた。これについても、今後の検討課題にしたい。

表 15 年をとったと感じる時 Q町（複数回答）

年代	20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		90代		小計		合計
	女	男	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	18	20	38
身体動作の困難(歩く、立つなど)	1			1	2		1		1		2	1	1	1			6	5	11
身体部位の不調(膝、関節など)			1		1		1	1		1		1					3	3	6
目や耳の機能低下							1	2	1			1	1		1		4	3	7
運動能力の低下	1			1	1	1		1				1					2	4	6
体力の低下			1	1	2			1	3		3			1			5	7	12
仕事の能力、能率や気力の低下							2	2		1							2	3	5
疲れやすくなった	1		1	2	2		1	1	1	2			1	1			7	6	13
疲労回復が遅くなった							2	1		1							2	2	4
記憶力の低下、物忘れ						1	3		1	1		1			1		5	3	8
性格・感情表出の変化							1			1							1	2	2
医者にかかる頻度が高くなった				1				1			1	1		1			1	4	5
食事・飲酒量の減少、嗜好変化		1	1	1				1				1					1	4	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								4	3	7
他人によるカテゴリー(おじさんおばさん、若い衆)		1								1							0	2	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										1	1	2
親が年をとることを見て、子どもから気づかれることから	1									1							2	0	2
その他		1*			1**			1***											
同僚などの年齢の差、年齢による自分のポジション																	0	0	
年代別件数小計	4	4	5	8	9	2	15	14	5	12	1	8	4	3	3	0	46	52	97
(あまり)実感していない		1											2				2	1	3
尋ねていない																	0	0	0

1\* 仕事で以前よりも体力がついた

1\*\* 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

1\*\*\* 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

表 16 年をとったと感じる時 S地域（複数回答）

年代	20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		90代		小計		合計
	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	
人数	2	2	3	1	4	2	1	1	3	1	1	1	1	1	0	0	15	10	24
身体動作の困難(歩く、立つなど)				1													0	1	1
身体部位の不調(膝、関節など)							1										1	0	1
目や耳の機能低下					1				1								2	0	2
運動能力の低下									1***			1					1	2	3
体力の低下		2					1										1	3	3
仕事の能力、能率や気力の低下				1									1				0	1	2
疲れやすくなった			1		2					1							3	1	4
疲労回復が遅くなった		1						1	1								1	2	3
記憶力の低下、物忘れ							1		1								2	0	2
性格・感情表出の変化			1								1						2	0	2
医者にかかる頻度が高くなった		1		1													0	2	2
食事・飲酒量の減少、嗜好変化		1				1											0	2	2
外見、見た目の変化(しわ、しみ、白髪、薄毛、髭、体型)		1			2				1								3	1	4
他人によるカテゴリー(おじさんおばさん、若い衆)					1				1								2	0	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	0	2
親が年をとることを見て、子どもから気づかれることから																	0	0	0
その他			1*			1**							1****				1	2	0
同僚などの年齢の差、年齢による自分のポジション	1		1		1				1?								4	0	4
年代別件数小計	2	6	4	3	7	1	3	1	5	1	1	1	0	2	0	0	25	17	39
(あまり)実感していない						1			1								1	1	2
尋ねていない			1		1						1	1					4	0	4

1\* 傷の回復が遅くなった。

1\*\* 翌日のことを考えて行動を控えるようになった。

1\*\*\* 掃除などでこまめに動けなくなった→運動能力にカウント

1\*\*\*\* 妻が82歳になった(同じ年)ことで老老介護を心配するようになった。

2) 年をとってよかったこと

次に「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、Q町とS地域に分けて集計した（表17、表18参照）。

表17 年をとってよかったこと Q町（複数回答）

年代	20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		90代		性別小計		合計
	女	男	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	18	20	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										3	2	5
知恵や判断能力、対応能力の獲得				1	1	1	1	1				1					1	4	5
自信、精神的な余裕、安定	1			1	1	1	1	2				1		1			5	4	9
信頼・尊敬の獲得	1						1	1									2	1	3
他人の気持ちや教えの理解ができるようになった。違う立場の視点がもてる				1			2			1							2	2	4
すぐに怒らなくなった・忍耐強くなった・まらなくなった・競争心が弱まった					1				1	2							2	2	4
夫婦仲が良い								1			1						1	1	2
子どもや孫の成長が楽しみ							1							1			1	1	2
生活の時間的余裕や役割の免除										1		1	1		1		2	2	4
(精神的な意味で)成長した、成熟した						1											0	1	1
両親との関係が良くなった																	0	0	0
他人に何かをしてあげられるようになった				1													0	1	1
人生を楽しめたと振り返ることができる																	0	0	0
年をとれて良かった、年をとってから楽しんでいる							1				1		1		1		4	0	4
前向きに生きてこられて良かったと思える																	0	0	0
年代別小計	3	1	1	5	3	3	7	5	1	4	3	2	3	1	2	0	23	21	44
ない、思いつかない				1		1			2		2			1			3	4	7
回答なし・直接尋ねていない		2							1	1	1						1	4	5

表18 年をとってよかったこと S地域（複数回答）

年代	20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		90代		性別小計		合計
	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	
人数	2	2	3	1	4	2	1	1	3	1	1	1	1	1	0	0	15	9	24
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							2	2	4
知恵や判断能力、対応能力の獲得			1		1				1								2	1	3
自信、精神的な余裕、安定					1	2	1		1								3	2	5
信頼・尊敬の獲得																	0	0	0
他人の気持ちや教えの理解ができるようになった。違う立場の視点がもてる	1		1														2	0	2
すぐに怒らなくなった・忍耐強くなった・まらなくなった・競争心が弱まった						1	1			1							1	2	3
夫婦仲が良い																	0	0	0
子どもや孫の成長が楽しみ																	0	0	0
生活の時間的余裕や役割の免除														1*			0	1	0
(精神的な意味で)成長した、成熟した				1					1								1	1	2
両親との関係が良くなった			1														1	0	1
他人に何かをしてあげられるようになった							1										1	0	1
人生を楽しめたと振り返ることができる									1								1	0	1
年をとれて良かった、年をとってから楽しんでいる				1													0	1	1
前向きに生きてこられて良かったと思える												1					0	1	1
年代別小計	2	1	4	2	2	3	3	0	3	3	0	1	0	1	0	0	14	12	36
ない、思いつかない	1							1						1**			1	2	3
回答なし・直接尋ねていない		1	2	1	2				1		1		1				7	2	9

1\* 満員電車で通勤しなくても良くなったこと。

1\*\* ないと答えたものの他の答えも述べた。

この質問をして回答を得られたのはQ町では38人中33人だった。そのうち「ない、思いつかない」と答えたのは7人いた。残りの26人（女14人、男12人、年代は20代から90代）の回答を見ると、「自信、精神的な余裕、安定、精神的に楽になった」が9人と多く、年代層も幅広かった。「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」が20代から50代の若い層に偏り、「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。その他の質問に対しては、年代ごとの傾向と個人差が影響しているように思われる。性別の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頻度が高かった。

S 地域では、24 人中 15 人に尋ねた。そのうち「ない、思いつかない」と答えたのは 3 人いた。残りの 12 人（女 7 人、男 5 人、年代は 20 代から 80 代）の回答を見ると、「自信、精神的な余裕、安定、精神的に楽になった」が 5 人とやや多い。この項目について述べた人が多いのは Q 町と共通しているが、年代層は 40 代から 60 代であった。「社交性、交友範囲と活動範囲の広がり、視野の広がり」は 4 人で、60 代が 1 人いるが、20 代、30 代の若い層にやや偏っている。「知恵や判断能力、対応能力の獲得」、「すぐに怒らなくなった、忍耐強くなった」は 3 人が述べていた。

Q 町と S 地域を比較すると、「生活の時間的余裕や役割の免除」について述べたのは Q 町の 60 歳代以上の 4 人に比べて、S 地域ではこれについて述べた人は 80 代の女性 1 人だった。「信頼、尊敬の獲得」は Q 町では 3 人だが、S 地域にはいなかった。

調査協力者の人数が十分とはいえないが、仮説として提示しておきたいのは、次のことである。つまり、Q 町では、年を取ることによって、職場、地域、家族の関係における役割を果たす責任が重くなっていく。しかし、それを果たすために努力することは、義務や負担としてだけではなく、誇りや喜びとしても認識されているようである。S 地域においても責任が重くなることには、負担感だけではなく、誇りや喜びが付随していると考えられるが、Q 町の方が役割を遂行することへの誇りや喜びが大きいかもしれない。そして、かつては「一人前になる」「一丁前になる」ことが社会で年を重ねていく際の規範だったこととも重ねて考える必要があるだろう。

### 3) 年をとってよくなかったこと

それではこの節の最後に、「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 19、表 20 参照）。

「年をとってよくなかったこと」を尋ねると、Q 町では、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 9 人（ただし、うち 1 人は「年をとってよくなかったこと」をあとから回答している）ために、残りの 22 人の回答を見ていく。まず、30 代から 70 代に共通して多かったのが「体力の低下」である。これについては性別による偏りは見られなかった。40 代から 70 代のどちらかという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、年代も性別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」で詳細に述べられた「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」などの頻度は減り、「仕事の能力、能率や気力の低下」、「社会的役割・役職にかか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、多くなった。

Q 町では「年をとってよかったこと」の裏返しで、「社会的役割・役職にかかる時間とわずらわしさ」を 3 人が挙げたが、S 地域では、この項目に該当する内容を述べた人はいなかった。「仕事の能力の低下」については Q 町の方が言及した人が多かったが、これは、S 地域よりも高齢になっても働く人が多いためだろう。興味深いのは、「年をとったと感じるとき」の質問では、S 地域の人たちはあまり身体的なことには言及していなかったが、「年をとってよくなかったこと」では、Q 町よりも人数あたりに

すると高い頻度で「体力の低下」、「身体動作の困難」などに触れていた。この検討は、質的分析において行いたい。

ひとつの理由として、S地域よりもQ町の方が、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は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、受容されているためかもしれない。これについては今後、考察を深めたい。

なお、インタビューでは「長生きをしたいですか」「何歳くらいまで長生きをしたいですか」「どんなふうに長生きをしたいですか」という質問もした。これについて回答は得られたが、「長生きをしたい」と答えた人であっても、「健康なら」「丈夫なら」「元気なら」「寝たきりでなければ」「自分の意思がしっかりしていれば」などの条件を設定した人が多かった。さらに、「長生きしたい」と答えた人の回答には、「百歳」と答える人もいれば、「平均寿命くらいまで」、さらには平均寿命よりも短い「70歳くらいまで」というように、目標年齢の差が大きかった。その上、「長生きしなくてもいい」と答えた人の回答にも、「平均寿命まで」とか「80歳くらいまで」というように、「長生きしたい」と答えた人よりも長く生きることを目標にしていた回答がいくつかあった。そのため、「長生きしたい」「長生きしなくてもいい」については、量的な比較をするのを止めた。今後、分析方法について検討したい。ただ、現時点で指摘できるのは、「長生きしたくない」と答えた人もいたが、多くは「長生きしなくてもいい」という消極的な回答であったこと、それには「人に迷惑かける」「健康でなくては生きていても楽しくない」などの理由が付け加えられていたことを記しておきたい。つまり、「長生きするのはよいことだ」という価値があり、それに対して身体的な条件だけではなく、社会的な状況によって長生きすることがよいことだとは思えないので「長生きしなくてもいい」という表現になるのだろう。さらに、「長生き」をしたい条件として「健康である」ことが多く述べられたのは、「長生き」と「健康である」ことが、違う状態であることをも示しており、興味深い。これについても今後の検討課題としたい。

表 19 年をとってよくなかったこと Q町 (複数回答)

年代	20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		90代		性別小計		合計
	女	男	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	18	20	38
身体動作の困難、身体部位の不調(目、耳を含む)		1			1					1			1				2	2	4
体力の低下			1				1	3		1	1	1					3	5	8
仕事の能力、能率や気力の低下						1	1	2		1		1					1	5	6
疲れやすくなった										1							0	1	1
記憶力の低下、物忘れ										1	2						1	0	1
健康面での衰え(医者にかかる頻度が増す)							1					1					1	0	1
外見、見た目の変化			1*	1						1							0	1	1
社会的役割・役職にかかる時間とわずらわしさ	1			1						1							1	2	3
若いころにしておけばと後悔する				1			1										1	1	2
時間が過ぎていくこと										1							1	0	1
親しい友人が亡くなった、会えない														1	1		1	1	2
自分の限界の認識(頑張ってもどうにもならないが増える)							1	2		1							1	3	4
選択肢が狭まる																	0	0	0
未来が輝いているとは思えない																	0	0	0
保守的になった																	0	0	0
要介護の状態になる不安(介護される側)																	0	0	0
人に迷惑をかけることへの不安	1	1	1*	1	1				1	1							4	3	7
新陳代謝が悪くなったこと																	0	0	0
老化が避けられないこと								1		1							0	2	2
思い込みが強まる																	0	0	0
健康に対する不安							1										1	0	1
年代性別小計	2	2	3	4	2	1	6	8	3	11	2	2	1	1	1		17	27	44
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	1	1	1				5	4	9
回答なし・直接尋ねていない	1	1		1				3		1		1					1	7	8

\* 良くなかったことはない、としながらも言及

表 20 年をとってよくなかったこと S地域 (複数回答)

年代	20代		30代		40代		50代		60代		70代		80代		90代		性別小計		合計
	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	
人数	2	2	3	1	4	2	1	1	3	1	1	1	1	1	0	0	15	9	24
身体動作の困難、身体部位の不調(目、耳を含む)						1	1		1			1	1				2	2	4
体力の低下	1	2			1		1	1	1	1		1					4	5	9
仕事の能力、能率や気力の低下				1													0	1	1
疲れやすくなった			1	1	2			1	1	1							4	3	7
記憶力の低下、物忘れ							1		1	1							2	1	3
健康面での衰え(医者にかかる頻度が増す)							1										1	0	1
外見、見た目の変化					2				1								3	0	3
社会的役割・役職にかかる時間とわずらわしさ																	0	0	0
若いころにしておけばと後悔する																	0	0	0
時間が過ぎていくこと																	0	0	0
親しい友人が亡くなった、会えない																	0	0	0
自分の限界の認識(頑張ってもどうにもならないが増える)			2														0	2	2
選択肢が狭まる			1														0	1	1
未来が輝いているとは思えない	1																1	0	1
保守的になった				1													0	1	1
要介護の状態になる不安(介護される側)						1								1			0	2	1
人に迷惑をかけることへの不安						1											0	1	1
新陳代謝が悪くなったこと						1											0	1	1
老化が避けられないこと					1												1	0	1
思い込みが強まる									1								1	0	1
健康に対する不安										1							0	1	1
年代性別小計	2	5	1	3	6	4	4	2	6	4	0	2	0	1			19	21	39
ない・実感していない・そこまで年をとっていない									1								1	0	1
回答なし・直接尋ねていない			2		1							1	1				5	0	6

## 第4章 考察

最後に、本調査報告書の執筆に関わった6名が、それぞれの考察をまとめる。

### 第1節 健康の自己認識：語りの多様性と傾向を生み出すもの（飯田）

健康の自己認識とその根拠についての調査協力者の回答からは、人びとが自分の健康について語る際に前提とされる／参照される健康の定義が非常に多様なものだということがわかった。62人の語りから抽出された健康の自己認識の根拠を分類した小項目は30にのぼり、病気や異常、不調等が「ないこと」を健康とする消極的な定義だけでなく、健康のための行動や日常生活・仕事遂行の能力、または意欲などが「あること」を健康とみなす積極的な定義も見られた。そして、たとえば、健康と対置されがちな「病気」に関連する定義は、表7における大項目「診断名等がないこと」のもとに「病気がないこと」「病気が治癒していること」「(大きな) 病気にかかったことがないこと」「病気にかかりにくいこと」の4つの小項目へと分けられた。このことが示すのは、自身が健康かどうかという判断を尋ねられた際に、健康かどうか「病気」と関連すると考える場合でも、その関連について何を重視するのかの差異、つまり、病気の有無を重視するのか、病気の経験なのか、病気への罹患しやすさなのか等による差異が存在するということである。加えて、小項目ごとの該当人数をすべて合計すると94となることから、平均して一人が約1.5個の小項目(=健康の定義)に言及していること、つまり「健康である／健康ではない」という理由を複数あげたことがわかる。もちろん、その組み合わせのパターンも一様ではない。また、今回の集計には含めなかったが、「〇〇だけれども健康である／健康ではない」という語りも存在する。これらを併せて考えたとき、「あなたは自分のことを健康だと思いますか」「そう思う理由はなんですか」という問いから人びとが思い描く「健康」の含意は人それぞれに異なっていること、自分の健康について語る背景には、その人固有の経験や価値観に裏付けられた物語が存在していることが想定できる。

健康自認の根拠として参照される健康の定義が多様である一方で、どの定義が参照されるかの傾向については、属性等による差異がみられた。とくに顕著だったのは「健康である」と答えた人と「健康ではない」と答えた人との差異であった。なかでも、Q町とS地域ともに、自分は現在「健康ではない」と回答した人には、大項目「精神面が充実していること」「仕事や生活ができること」に分類された「健康」の定義を参照した語りがみられなかったことである。つまり、「精神面が充実していないので健康ではない」「仕事や生活ができないので健康ではない」という語りが今回のインタビュー協力者にはみられなかったことは注目に値すると考えられる。この二つの大項目、またそれに属する小項目はいずれも、健康を能力や意欲が存在することと結びつける積極的な健康の定義である。

健康が無条件に「よいこと」として語られがちであるということから考えたとき、「健康とは何か」の答え(=健康の定義)として想定できるのは、「よいこと(=積極的な価値が付与されること)が存在すること」と「よくないことが存在しないこと」の二種類の語り方である。健康が、おもに医療専門職によって疾病や異常がないことと定義されてきたことから考えると、自分は「健康ではない」と答えた人が、健康とは「よくないことが存在しないこと」という定義を採用しがちであるとすれば、それは医療専門職の見方と重なる。このことから、「健康である」という回答と「健康ではない」という回答の背景にある、その人の医療との関わり(患者として、もしくは医療専門職として)について、より詳細に分析することで、たとえば、医療との深い関わりがある人ほど自分を「健康ではない」とする傾向が強く、消極的な健康の定義を採用しがちな傾向がある、など、医療との関わりが健康の自己認識を含

む健康観に与える影響が見えてくると考えられる。

「健康ではない」と回答した人が言及しなかった大項目のうち、「精神面が充実していること」に関しては、地域による差異もみられ、Q町の調査協力者では言及していたのが1人（Q町全体の3パーセント、Q町の「健康である」の4パーセント）に過ぎなかったのに対し、S地域の調査協力者では6人（S地域全体の25パーセント、S地域の「健康である」の40パーセント）が言及していた。この大項目は、地域差がもっとも顕著にあらわれたものでもあった。ここに示唆されている、Q町に比べてS地域において精神面が重視される傾向は、「健康のために気をつけていることはありますか」との質問に対する回答からも同様にうかがえる。「健康のために気をつけていること」として「精神の健康」をあげたのは、Q町で4人（10パーセント）、S地域で6人（25パーセント）と、S地域に多かった。都市部であるS地域において、中山間地域のQ町よりも精神面が重視されることの背景についても、今後インタビューデータにもとづいたより丁寧な分析が必要である。たとえば、（この報告書における分析対象には含めなかった）「心と健康」についての質問への回答を精査し、そこから浮かび上がってくる協力者の価値観を明らかにする作業や、「こころ」「意欲」の重視と関連が深いと考えられる協力者の職業経験などに着目した分析を行うことが考えられる。

## 第2節 健康について深く考えたこと（高島）

今回の調査において、「健康について深く考えたことがある」と回答した人は、「ない」と回答した人よりやや多いものの、深く考えたことがないという人も半数に近く、拮抗していた。「健康は大事ですか」という調査項目において調査協力者のほぼ全員が「大事である」と回答したことを参照すると、健康について深く考えたことのある人は約半数であったという、この結果は何を意味するのだろうか。

「健康について深く考えた理由やきっかけ」として語られたのは、自身や身近な他者の「身体にまつわる経験」であることが多かった。一方「健康が大事である理由」として多かったのは「理念」や「役割」に関する回答だった。「身体そのものが大事」だから「健康が大事」であると述べる人は少なく、健康について深く考えるきっかけになったとされるのは病気や入院、死といった「身体にまつわる経験」であった。この結果は、健康を手に入れるため（維持するため）には「身体も大事」であるが「身体だけが大事なわけではない」という意識のあらわれではないだろうか。

調査結果において述べたように「健康について深く考えたことはありますか」という質問が、「深刻に考えたことはありますか」というネガティブな意味で調査協力者にうけとめられた可能性がある。そうであれば、風邪症状や転倒した際の打ち身（うちみ）といった、受診をしなくても治癒するような一過性の身体の苦痛が実は健康について深く考えるきっかけになっていたとしても、「深刻に」考えたわけではないとして、回答から除外された可能性がある。また、回答の傾向として、身体にまつわる経験において病気や手術、入院や身近な人の死といった悲しみや苦痛についての語りが多くみられたのに対して、ウォーキングをして体調がよいと感じる時や、すっきり目覚めることができる時といった身体にまつわる心地よい経験についての語りはみられなかった。このような心地よい身体の経験は、人びとが大事に思う健康に対して貢献しているように思われるが、健康について深く考えるきっかけとしてそうした理由は聞かれなかった。このことから、健康について深く考えるということは、襟を正さなければならない真剣なふるまいとして調査協力者に意識された可能性が考えられる。あるいは、身体にとって心地よい経験は人びとにとってあたりまえの経験であって特別な経験として意識されにくく、深刻に考えた経験として語りの対象にならないのかもしれない。また、心地よさと苦痛を比較したとき、苦痛のほうが記憶に残りやすく避けたい経験として記憶されることも考えられる。このようなことから、心

地よい経験は健康について深く考えるきっかけにはならないことが推察される。

今後は、身体にとって心地よい経験と健康についての言説を収集して、今回の調査結果との比較を行っていききたい。

### 第3節 健康の自己コントロールと「生き方」：気をつけることを「ゆるゆる」に「楽しむ」（熱田）

調査協力者は、Q町、S地域ともに、明確な判断を示さなかった1人（S地域）をのぞき全員が「健康は大事である」と答えている。しかし、だからといって全員が「健康のために気をつけていることがある」と答えたわけではない。

S地域で健康のために気をつけていることが「ない」と答えた人はいなかったが、Q町では10人が「ない」と答えている。また、Q町の10人のうち、実際には気をつけていることがあるのだが、最初に「ない」と答えてから、健康に気をつけて行なっていることを述べる回答者もいた。この理由については、健康に（場合によっては過度に）気を使うことに対し、それが回答者によって「立派」なことだと評価されていた一方、神経質、真面目な人（あるいは堅物）のすること、といったマイナスのイメージもあるからではないかと推測された。

あるいは、「あーんなに神経使っていたのがうそのように今はずぼら」で健康のために何かは特にしていないのに、「病気にもならないんですよ。風邪も引かない」で、毎日働いている自分が「すごーい」という語り（Q町50代女性）もある。特別に努力をしなくても健康を維持できていることが、健康のために努力し行動することよりも、いいことだと評価されているのかもしれない。

また、「健康は大事ですか」という質問に、はっきりと答えなかったS地域の調査協力者は、飲酒を制限しなければならないのであれば、健康は大事だとはいえないと答えている。「健康に気をつける」ということは、楽しみを制限する、ストイックな行為だと思われるようだ。「過度に当たるその、気をつけ方ってのは、逆に健康のために生きている人っていないじゃない、健康オタクとか」（S地域60代男性）という回答からわかるように、健康に気をつけすぎることも、よくないことと考えられている場合がある。

しかし、その一方で、「読書」、「絵画・音楽鑑賞」、「ハイキング」、「好きなものを食べる」、「買い物」、「（友人と）お茶を飲む」など、自分にとって楽しいことを行なうことが「健康のために気をつけていること」であるという回答もあった。「健康は大事ですか」という質問での、健康が大事である理由にも、「行きたいところに行ける」、「会いたい人に会う」、「おいしい食事を食べる」ためなどがあがった。同じ質問に対しては、他にそのまま「楽しむため」というカテゴリーの回答もある。

「健康」に気をつけるということをめぐる、ストイックでまじめな楽しみの制限と、楽しみを積極的に求めることという両義的なイメージがあるのは、おもしろい。

また、気をつけている内容について、「無理をしない」が多いこと、また、運動も「ゆるゆるジョギング」（S地域40代男性）や普段の生活の中で歩く量を増やすという回答が多いなど、「過度」な健康に気をつける行動を嫌う傾向は両地域ともに共通している。しかし、実際にはかなり几帳面に運動していると思われるインタビュー例でも、楽しみのためにほどほどに運動していると表現された例がある。インタビューアーに対し、自分は「健康オタク」ではないと述べ、まじめな人間と自分を比較して健康に気をつける「立派」な人間ではないと表明することからは、「健康に気をつけていること」を述べる際に、他者にそれがどう評価されるか、人々が気にかけていることもわかる。

人々が、自分の人生の中で健康に気をつけるという行為に、どのような価値を付与しているのかとい

う視点から、今後さらに分析してみたいとおもう。

### 【健康と口から摂取するものの関係】

「健康のために気をつけていること」はありますかという質問に対し、回答の圧倒的多数は食（食べるもの／食べ方）に関するものであった。

食べ方や、食べるべきもの、食べるべきでないものの項目は様々である。しかし、語りの文脈によって、同じ食品が健康のためになるものとしても、健康を害する可能性があるものとしても語られる。今回の回答者は圧倒的多数が「野菜」を食べるべきものとしてあげているが、「野菜」も文脈によってはさけるべきものになるケースも考えられる。（生野菜は体を冷やすからさけるべき、農薬のついた野菜は食べたくない、など）

ことに、薬は、薬が嫌だから食品で必要な栄養素を取る（Q町70代女性）という回答があるように、積極的にとりたいものだと考えられていない。また、同じ「薬」という言葉で、農薬への忌避感を語る語りが、Q町の70代の女性・80代男性、S地域の70代女性にあった。これについては他の世代からは、健康食品等を意識してとっている人でも「農薬」という単語が出ていないため、農薬や公害が社会問題になった時代を生きた、世代的な経験の影響とも考えられる。すなわち、薬とは病気とつきあうため「倒れてられない」（Q町40代女性）から、健康のために飲むものであるが、同時に体に良くないものにもなりうると思われている。さらに、「薬を飲むためのような生き方は絶対しない」（S地域60代男性）というような言葉からは、薬を飲むということが、「生き方」の問題でもありとされていることがわかる。

ここで注目すべきは、「気をつける」という行為にともなう、自分の行動をコントロールするという感覚である。節酒・禁酒についても、「過度」な行き過ぎへの警戒感が語られるケースがある。酒は健康に害をなす可能性のあるものだが、「（健康のために気をつけていることは、お酒を）350(ml)まで飲む。それ以上飲むと、それこそ胃の調子が悪くなるから、よくないなって思って（気をつけている）」（S地域30代女性）というように、その限界を自分で意識し、酒量を制限することで、健康によいものにもなるという語りがあがる。

同じ回答者の中でも、「（健康は）誰にとっても大事だけど、生きてる以上、健康ではないと、半分も楽しめないというか。好きなものも食べれず、行きたい所にも行けず」という語りと、「好きなものをたらふく食べて、っていう幸せよりは、将来的にすごい、スッキリと健康に長生きできる方を選ぶ」（S地域40代女性）が、一つのインタビューの中に同居しているケースがある。健康であるのは「好きなもの」を食べるため、であるのだが、同時に「好きなものをたらふく食べて」健康を害することもよくないことだというのである。

### 【まとめ】

健康に気をつけることはいいことだとされつつも、「過度」に気をつけすぎることをきらい、ほどほどや、楽しみを重視する傾向がある。また自分で制限を守る限りにおいては、健康によくないと言われる飲酒もかえって健康にいいものになる。逆に、健康にいいはずの野菜も、種類や食べ方を誤れば体を冷やす本人の取り方次第のものであるし、本来健康を保ち、改善するために飲むはずの薬も「薬を飲むためのような生き方」をしてしまうならば、よくないものだと考えられている。

以上から、健康に気をつけることが、一種の自己コントロールと捉えられているという仮説が成り立つだろう。健康には気をつけなくてはいけない。しかし、それは「ゆるゆる」に自分で程度をコントロールでき、人生、もしくはその気をつける行為そのものをも楽しむことでなければならない。「過度」、「健康オタク」と評されるような健康への気をつけ方や、「薬を飲むため」というような自己本位では

ない状態は、むしろ自分で自分をコントロールできていない状態とされて忌避されるのではないか。

薬を飲むという行為や、何をどう食べるかという問題に「生き方」という言葉が出てくるとも注目される。酒は百薬の長、あるいは毒にも薬にもなるといった諺からは、元来、酒や薬が健康に対して両義的な意味を持つととらえられていることがわかる。しかし、大方の人が健康のためにしていると答える野菜の摂取、運動でさえも、絶対的に健康にいい／悪いという評価は与えられない。「健康に気をつける」ために行なわれる行為が、本当にいいものとされるか、悪いとされるかは、その行為をする人の「生き方」といったより大きな基準に照らし合わせて評価されているのではないか。「健康のために気をつけていること」の答えで、楽しみや楽しむことが重視されるのも、回答者が自らの「生き方」を肯定的に示そうとしていると考えれば納得がいく。同時に、その際には、「健康オタク」と自分の行為を評するかもしれない、他者からの視線が意識されている。

こうした点については、ライフスタイルや食事を矯正する代替医療や、体重をコントロールしようとする病である拒食症についての社会学的研究が参考になるとと思われる。今後参照しつつ、考察を深めていきたい。

#### 第4節 健康はなぜ大事か：健康の価値づけをするもの（柄本）

「健康は大事か」、「健康はなぜ大事か」という質問の回答からは、健康に対する価値認識とその理由が把握できる。この質問への回答傾向は、他の質問への回答とは違う傾向がみられた。それは、ほぼ全員が「健康は大事である」と即答したことである。自分のことを「健康ではない」や「健康に気を使ってない」、「健康について深く考えたことがない」と語った人々も「健康は大事である」と回答している。それだけ「健康が価値あるもの」だという認識が高いことがわかる。そして、健康が大事な理由として最も多かったのが「生きたいように生きるため」という説明であった。「生きたいように生きる」という内容をさらに掘り下げると、「行きたいところに行ける」ことや「会いたい人に会う」こと、「おいしい食事を食べる」ことなどであった。これは、やりたいことをやるために健康は大事であると考えられていることがわかる。

一方、「やりたいことがやれない（お酒を飲むことができない）のなら健康は大事とは言えない」と語ったひとが一人いた。このように「健康はなぜ大事か」という質問に対して「健康よりもやりたいことをやるのが大事」というような語りをした人たちが、今回の調査協力者の中には少数ながら存在した。これは「健康よりもやりたいことをやること（お酒を飲むこと）が大事」と解釈でき、前述したような「やりたいことをやるために健康が大事」というほかの人の語りとは、明らかに違う語りがあった。

そこで、「やりたいことをやるために健康は大事」という語りと、「健康よりもやりたいことをやるのが大事」というこの二つの相反した語りについて考察してみたい。「健康よりもやりたいことをやるのが大事」という語りの「やりたいこと」とは、「お酒を飲む」ことや「不摂生をする」ことなどであり、「我慢しないこと」につながり、「我慢するくらいなら健康でなくてもよい」という意味合いが見受けられる。ここから健康であるためには「〇〇しないといけない（運動、食事、生活リズムなどに気をつけないといけない）」という、「やっちはいけないこと」と「やらなければならないこと」という決まりのようなものを持ち合わせているかのようである。健康であるために決まりに反することは良くないという認識を持っているからこそ、健康でないのは決まりを守らない個人の責任という論理につながってしまう。そのため、決まりに反すると思われる自分の行動は、他人から見ると無責任な行動と映ってしまい、「健康でないのは努力が足りないから」というように健康に向かって努力することが当たり前な社会となってしまう。例えば、食事や生活の改善をすることで病状悪化を防ぐことのでき

る糖尿病などの場合、病状が安定しないのは自己の努力が足りないからと判断されてしまう。そうした、健康のために努力することが当たり前という社会を理解しているからこそ、「健康よりもやりたいことをやる(我慢しない)ことが大事」という、語りが出たのではないかと<sup>3)</sup>。

ほとんどの人は健康であることを願い健康を獲得・維持するための行動をしている。人々の健康の価値づけに、守らなければいけない義務が影響しているのならば、お酒を控えなければいけない、運動をしなければいけないなどの行動の抑圧とともに、抑圧への抵抗として「自分の好きなようにやることで健康を害しても構わない」という思いが生じることも考えられる。「健康でなければならない」という規範が存在していることが今回のインタビューデータからはうかがえた。

また、「〇〇しなければならない」と語る時、「健康は誰のためにあるのか」という観点を含めて考えていかなければならない。2つの地域によるインタビュー調査の比較から、健康が大事とする理由の中で「家族のため」や「仕事のため」などの「役割」のためと答えた人が、S地域よりもQ町のほうが圧倒的に多くいた。つまり、Q町の人の方がS地域の人よりも、自分の役割と健康であることの大切さを結びつけて語る人が多い傾向があった。ただし、2つの地域での回答者の年齢、性別、職業、家族構成などに違いがあり、この差異が生じたのは属性によるものなのか、それとも別の要因が影響しているのか、わからない。今後は健康の価値づけに影響しているものが何かについて、質的に分析していきたい。

## 第5節 生活に基づく健康観（永山）

はじめにでも言及されているように、一般的に、医療専門職が基準とする根拠以外の「健康とは何か」は曖昧である。また長い間、医療／医学以外の基準を用いて「健康とは何か」を考えようとする事への関心は薄かった。他方で、生活世界を生きる人々の全てが、必ずしも医療／医学が定義したものを「絶対的な健康基準」として捉えているわけではないことは推察できる。本調査において、調査協力者がそれぞれの生活実践から「健康とは何か」について、それぞれの日常の言葉によって、しかし含蓄のある表現をしていることがわかった。その日常の言葉とは、医療／医学の定義のように数値化された基準を用いているわけではないし、直接「健康とはなにか」と定義しているわけではない。しかし、「健康観」について、研究者が仮説として想起することがらとは異なる、それぞれの生活実践から生まれた表現がなされるのを知ることができた。例えばS地域の50代男性の語りを見てみよう。

50代男性：あんまり健康じゃないですよ、ついこの間も入院してたし。でも健康診断はひっかからないです。

調査者：んー、健康的な生活ってちなみにどんなイメージですか

50代男性：もうちょっと余暇がないとだめですよ、余暇

(インタビューデータより抜粋)

この方は、3回の入院経験があることから、現在健康診断において「異常」はないけれど、自分自身健康ではないと認識している。しかし、健康的な生活とはなにか、という質問には、「余暇」の必要性をあげているところは興味深い。この方の場合、自分自身が健康であるかどうかの判断をする際には、飯田が指摘する「診断名との関係」を根拠とするのだが、自分自身がイメージする健康は「余暇」のある生活のように、疾患の有無とはかけ離れていた。上記の例一つをとっても、医療／医学の「常識」では捉えることのできない「健康観」が見えてくる。

多様な「健康観」がある一方で、健康についての共通している価値観も明らかになった。それは、柄

本が分析した「あなたにとって健康は大事ですか」の問いに対しての回答である。結果は、ほぼ全員が「大事」と答えている。つまり、「健康とは何か」の理由や根拠はそれぞれであり、健康の定義は多様だが、「健康が大事」という価値観は共有されていることになる。このことは、健康の定義が、日常の営みが「良好」かつ「円滑」に進むかが判断の基準になっていることが少なくないからではないかと考える。人々が日常を生きる際には、医療／医学の定義が覆いかぶさる場面も多くあるが、その一方で生活実践からくる「健康観」があることが理解できる。

今後は、個々のインタビューの語りの背後にある「健康観」を規定しているものを読み解いていきたい。

## 第6節 年をとることと健康（柘植）

年をとことは、誰もが抗うことのできない現象である。しかし、「年齢よりも若く見える」という言葉が褒め言葉として定着し、女性も男性も「若く見せる努力」をするようになった。見せるだけではなく、実際に身体的な老いを避けるための試みを指す「アンチ・エイジング」という用語は肯定的な響きをもつ言葉として広まった。健康であることがよいこととされるのと対照的に、年を取ることが避けられるなら避けたいこととされるようになるのでは関係があるのではないか、あるとしたらどんな関係なのか、それを知ろうとして、いくつかの質問を投げかけた。

その結果、まず、自分が年をとったという意識は、20代から90代までがそれぞれに有していることがわかった。「年をとったと感じるとき」は、体力、持久力、運動能力の衰えや疲労回復に時間がかかるようになったこと、そのほかの身体の機能（たとえば視力や聴力の低下、飲食量の減少）、そして容姿の変化（あるいは衰え）の自覚などが述べられた。それに加えて、気力や集中力といった精神的な状態の変化、性格の変化、人との関係の中における自分の位置づけや役割の変化などにも言及された。「アンチ・エイジング」が身体的なもの、とくに容姿を指すことを思うと、年をとることが多様な視点から捉えられていたことは興味深い。

「年をとってよかったこと」と「年をとってよくなかったこと」への回答からは、様々な身体的な能力の衰えや機能の低下については「よくないこと」として述べられる傾向があったが、性格や人間関係の変化については「よいこと」として述べられることが少なくなかった。それでも、「年をとってよかったこと」は「ない」と答えた人もいる一方で、身体的な能力の衰えや機能の低下を「自然なこと」として「よくないこと」とは表現しなかった人たちもいる。この違いは、年齢や性別によっては一概に区別できなかった。興味深いのは、地域差である。「年をとったと感じるとき」の質問では、S地域の人たちはあまり身体的なことには言及しなかったが、「年をとってよくなかったこと」では、Q町よりもS地域の人の方が、人数あたりにすると高い頻度で「体力の低下」、「身体動作の困難」などに触れていた。この差が、何によって生じているのかについても、今後の検討課題にしたい。

「長生きをしたいか」という質問への回答の検討は今後の課題としたが、現時点で指摘できるのは、「長生きしたくない」ではなく、「長生きしなくてもよい」という表現がより多く使われたことである。「長生きしなくてもよい」理由としては「人に迷惑かける」、「健康でなくては生きていても楽しくない」などの理由が付け加えられていたことから、「長生きするのはよいことだ」という価値、あるいは「長生きしたいのは当然だ」という意識があることが示唆された。さらに「長生き」をしたい条件に「健康であれば」と付け加えられることが多かったことから、健康であるから長生きするのではなく、健康でなくとも長生きすることがあると考えられていることなどが把握できた。今後さらなる分析によって興味深い結果が期待できる。

## おわりに（柘植）

すでに何人かが考察で述べているように、この調査において、健康は大事かという質問に答えたほぼ全員が「健康は大事である」と答えていた。いったい、これほど大勢から大事なものとして認識されている健康とは、どんな状態なのだろうか。そして、なぜそれが大事なのだろうか。その大事な健康な状態を作り出したり維持したりするのに、どんな注意や努力がなされ、さらに、その努力をすることとしないことについてはいかなる評価がなされているか。これらの疑問について、この調査から見えてきたことを最後にまとめ、今後の研究へとつなげたい。

飯田は、人びとが自分の健康について語る際に、健康か健康ではないかを判断する基準や定義が非常に多様だということを指摘している。つまり、病気や異常、不調等が「ないこと」を健康とする消極的な定義だけでなく、健康のための行動や、日常生活・仕事を遂行する能力、または何かをする意欲が「あること」を健康とみなす積極的な定義も見られたということである。さらに、自分の健康について語る背景には、その人固有の経験や価値観に裏付けられた物語が存在していることが想定できる、と述べている。

熱田は、ほぼ全員が「健康は大事である」と認識していても、全員が「健康のために気をつけていることがある」と答えたわけではない点に着目する。都市部のS地域では、健康のために気をつけていることが「ない」と答えた人はいなかったが、Q町では3割弱の人が「ない」と答えたこと、また、実際には気をつけていることがあるのだが、最初に「ない」と答えてから、健康に気をつけている内容を述べた人たちがいたことから、健康に気を使うことが「立派」なことと評価される一方で、（過度に気を使うのは）神経質、真面目な人（あるいは堅物）のすること、といったマイナスのイメージもあるからではないかと述べる。それは、他者に自分の健康行動がどう評価されるかという視点と結びついて出てくるといふ仮説を提示している。

熱田は、また「健康のために気をつけていること」として、「精神の健康」をあげたのは、Q町よりもS地域に多かったことから、地域による健康観の違いについての今後の分析の必要性を指摘している。

高畠は、「健康について深く考えた理由やきっかけ」として語られたのは、自身や身近な他者の「身体にまつわる経験」であることが多かったと指摘する。「身体そのものが大事」だから「健康が大事」と述べる人は少なかったこと、健康について深く考えるきっかけになったとされるのは病気や入院、死といった「身体にまつわる経験」だったことから、健康を手に入れるため（維持するため）には「身体も大事」であるが「身体だけが大事なわけではない」という意識のあらわれではないかと推察している。さらに、「健康について深く考えたことがない」と答えたのが半数に上ったことから、「健康について深く考えるということは、襟を正さなければならない真剣なふるまいとして調査協力者に意識された可能性が考えられる」と考察する。これは、熱田の考察と共通点があり、興味深い。

それでは「健康はなぜ大事なのか」。柄本はこの質問に対する回答を分析した。その結果、「行きたいところに行ける」ことや「会いたい人に会う」こと、「おいしい食事を食べる」ことなどの回答が多かったとまとめている。しかし、「健康よりもやりたいことをやることが大事」と語った人たちが少数ながら存在したことも見落とさない。

「やりたいことをやるために健康は大事」という語りと、「健康よりもやりたいことをやることが大事」というこの二つの相反した語りが存在する理由についてはメンバーで議論をした。そこから、健康であるためにはやらなければならないこととやってはいけないことの「決まり」があり、健康でないのは自己の努力が足りないからと判断されてしまうこと、そうした、健康のために努力することが要請さ

れる社会だからこそ、「健康よりもやりたいことをやる(我慢しない)ことが大事」という、語りが出たのではないかという仮説に至った。

柄本は、人が他人のために「〇〇しなければならない」から健康が大事と語るときに、「健康は誰のためにあるのか」と考える。2つの地域によるインタビュー調査の比較から、健康が大事とする理由の中で「家族のため」や「仕事のため」などの「役割」のためと答えた人が、S地域よりもQ町のほうが圧倒的に多かったこと、そして、家族やそれ以外の人に「迷惑をかけないため」に健康であることが大事とする語りが多くみられたことから、Q町の人は、自分の役割と健康であることの大切さを結びつけて語る人が多いことを指摘した。

永山は、医学の言葉としての「健康」と、生活実践としての「健康」の違いを、インタビューの語りから指摘する。これは、今後、メンバー全員が質的分析の成果を示していくことの予告でもある。

柘植は、健康であることと年を取ることの関係について考察している。「年をとったと感じるとき」は、体力、持久力、運動能力の衰えや疲労回復に時間がかかるようになったことの他に、気力や集中力の衰えなどが述べられたことを示した。S地域の人たちは「年をとったと感じるとき」の回答には身体的なことにはあまり言及しなかったにもかかわらず、「年をとってよくなかったこと」としては、Q町よりも高い頻度で「体力の低下」、「身体動作の困難」などに触れていた。両地域ともに、性格や人間関係の変化については「年をとってよかったこと」として述べられた。

また、「長生き」についての回答から「長生きしたくない」よりも「長生きしなくてもいい」と答えられる傾向があること、長生きをしたい条件に「健康であれば」と付けられることから、長生きはできればしたいことであり、長生きすることはよいことだという価値がある一方で、単純に長生きしたいとは言えない状況であることが理解できた。さらに、健康だから長生きするのではなく、健康ではなくとも長生きすることがあると考えられていることなども把握できた。

以上、今回は、健康観や健康行動、健康をめぐる規範についての意識などを、主にQ町とS地域の差や、年齢、性別による差に注目して検討してきた。今後は、インタビューの内容から「健康とはなにか」についての深い分析に迫りたい。

## 注

1) この日本語訳は昭和26年官報掲載 ([http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1103/h0319-1\\_6.html](http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1103/h0319-1_6.html) 最終閲覧2011年10月19日)が定訳として用いられている。宮原忍によれば、この日本語訳は外務省条約局編集の条約集所載のものであり、「訳は外務省条約局であろうか。いかにも生硬で分かりにくい」として、この翻訳に対するいくつかの対案を紹介している(宮原2000)

2) すでに発表した論文(柘植他2012)では、Q町単独集計において「暴飲暴食を控える」といった表現を節酒にカウントしていなかったが、今回集計では含めたため、数が変わっている。

3) この考察は、柄本が整理したデータを基に、プロジェクトメンバーの議論から得られたものである。とくに、熱田、飯田との議論が参考になったことを記しておきたい。

## 謝辞

本報告書は、「健康とは何か」プロジェクトの調査研究の成果の一部をまとめたものです。本研究では、多くの方々によって支えられたことに感謝いたします。

2009年度より、Q町の38人の調査協力者の方々、そしてQ町の方々には、大変お世話になりました。最初のインタビュー調査から合計3回訪問し、常に手探り状態であったため、幾度となくご迷惑をおかけしました。そんな時も、笑顔で対応してくださり、おいしい料理をいただき、本当に素晴らしい知見を得る調査の旅となりました。本当にありがとうございました。

S地域の24人の調査協力者の方々には、多忙な「都会生活」の合間をぬって協力をいただきました。人によっては、会社帰りの居酒屋、職場の隅っこでひそひそと協力いただきました。みなさん、それぞれの立場から、興味深いお話をありがとうございました。

最後に、2008年からほぼ月1回ほど顔を合わせている、共同研究のメンバーに感謝いたします。6人それぞれが、それぞれのフィールドで奮闘し、多忙な中、この研究はすすめられています。立場、研究・実践領域、達成度は異なるものの、調査・研究に対する情熱は深く、そしてなによりお互いを尊敬し、感謝しています。

なお、この研究報告者は、2010年度明治学院大学社会学部附属研究所一般プロジェクトの研究助成によって実施し、柘植あづみ他 2012「健康とは何か—地域におけるインタビュー調査から」として発表したものに、さらに新たな調査で得られたデータを加えて、考察を深めたものです。明治学院大学社会学部附属研究所にこの場を借りて謝意を表します。

## 文献

- Blaxter Mildred, 2004 “Health (Key Concepts)” Polity Press
- 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*, with Calder & Boyars Ltd. (=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)
- Lupton, Deborah, 1994, *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*, London: Sage
- 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
- 中村律子・宮前淳子 2008 「高齢者の「主観的健康観」に関する研究——半構造化面接における高齢者の語りから」『香川大学教育実践総合研究』16、157-168
- 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」『日本公衆衛生雑誌』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 「健康の批判理論序説」佐藤純一他編『健康論の誘惑』203-229、文化書房博文社
- 坂井清香 2011 「医療保険制度を考える——健康観と政策」『熊本大学政策研究』2、3-20
- 島内憲夫 2007 「人々の主観的健康観の類型化に関する研究——ヘルスプロモーションの視点から」『順天堂医学』53、410-420
- 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
- 柘植あづみ他 2012 「健康とは何か——地域におけるインタビュー調査から」『研究所年報』42、25-41  
明治学院大学社会学部附属研究所（明治学院大学社会学部附属研究所 HP  
<http://soc.meijigakuin.ac.jp/fuzoku/wp-content/uploads/2012/03/tsuge.pdf> にて公開）
- 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

参考ホームページ（最終閲覧日は 2013 年 5 月 26 日）

総務省統計局 国勢調査（昭和 55 年、昭和 60 年、平成 2 年、平成 7 年、平成 12 年、平成 17 年、平成 22 年）<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.htm>  
平成 24 年版高齢社会白書

[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/24pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/24pdf_index.html)

総務省 2013 社会・人口統計体系「統計でみる都道府県のすがた 2013」

<http://www.stat.go.jp/data/ssds/5a.htm>

厚生労働省 2008 「平成 17 年市区町村別生命表の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/ckts05/index.html>

厚生労働省 2009 「平成 15 年~19 年人口動態保健所・市区町村別統計の概況 人口動態統計特殊報告」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/other/hoken09/index.html>

厚生労働省 2012 「都道府県別にみた死亡の状況—平成 22 年都道府県別年齢調整死亡率—」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/other/10sibou/>

厚生労働省 2010 「平成 22 年国民生活基礎調査の概況」

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/1-1.html>

内閣府経済社会総合研究所自殺分析班 2011 「地域における自殺の基礎資料(平成 22 年年次暫定値)」

[http://www.esri.go.jp/jp/prj/jisatsu/jisatsu\\_h22\\_nenji.html](http://www.esri.go.jp/jp/prj/jisatsu/jisatsu_h22_nenji.html)

## 「健康とは何か」研究会（略称：健康研究会）メンバー

- 研究代表者 柘植あづみ（明治学院大学・社会学部・教員）\*\*  
研究分担者 飯田さと子（（財）地域社会振興財団 地域社会健康科学研究所・研究員）\*  
高嶋有理子（東京有明医療大学・看護学部・助教）\*  
研究協力者 熱田敬子（早稲田大学ジェンダー研究所招聘研究員）  
柄本夏紀（稲田助産院・助産師）  
永山聡子（一橋大学大学院・博士後期課程／日本学術振興会特別研究員）

\*\*は明治学院大学社会学部附属研究所プロジェクト研究代表者、

\*は明治学院大学社会学部附属研究所プロジェクト研究分担者、他は研究協力者

本研究は2011年度明治学院大学社会学部附属研究所より「一般研究プロジェクト」の研究助成を受けています。この研究報告は『研究所年報』第42号（2012年3月刊行）をご覧ください。

(<http://soc.meijigakuin.ac.jp/fuzoku/>)

### 「健康とは何か」に関する地域調査

——「健康とは何か」調査研究プロジェクト報告書（1）——

柘植あづみ、熱田敬子、飯田さと子、柄本夏紀、高嶋有理子、永山聡子

2013年9月

「健康とは何か」研究会（略称：健康研究会）発行

明治学院大学社会学部 柘植研究室気付

〒108-8636 東京都港区白金台1-2-37

電話・ファックス 03-3455-0244

Email: [tsuge@soc.meijigakuin.ac.jp](mailto:tsuge@soc.meijigakuin.ac.jp)

HP: <http://www.meijigakuin.ac.jp/~atsuge/health/index.html>

印刷 株式会社 愛甲社