

青年の健康意識と保健行動

中 丸 澄 子

Health Consciousness and Health Behavior of Adolescents.

Sumiko Nakamaru

I 緒 論

1 はじめに

21世紀の日本が抱える山積する問題のうち、人口の超高齢化がもたらす社会変動にどのように立ち向かっていくかはとりわけ大きな課題である。戦後の経済成長とそれに伴う公衆衛生水準の向上及び日本人の生活のおしなべての西欧化、都市化は日本人の疾病構造に大きな変革をもたらした。変革とは、感染症死の激減と、いわゆる生活習慣病を主体とする慢性疾患の急増、老人性の精神障害やストレス関連疾患の急増に代表される。これらの変化は老年人口の急増と相まって国民医療費の限りない増大を予測させ、これまでの早期発見・早期治療を主体とした2次予防中心の保健施策を、国民の適切なライフスタイルの選択に基づく1次予防中心に転換していく必要を強く感じさせている。このため公衆衛生審議会は1996年、健康の土台は日頃の生活習慣の中に築かれるという意識を国民に根付かせる意図を込めて、従来呼び慣わされてきた「成人病」を「生活習慣病」と改めるべきであるとの答申を行った。現在、国民総死亡の60%以上を占める生活習慣病のリスクファクターの多くは生活環境や日常の暮らしの中にあり、小児期からできる限りこれらのリスクファクターを回避した生活習慣を確立することこそ、最高の予防であることは大方の認めるところである。適切なライフスタイルの選択を含めて、人がみずからの健康を守りまた増進するために行う行動—保健行動—はどのように喚起されるのであろうか。おしなべて人は、それぞれが求める健康レベルに応じて、何がしかの保健行動を行っている。では、保健行動の量的・質的個人差を生む健康への欲求はどこから生じるのであろうか。筆者は、個人にかかわる背景因子→動機づけ→保健行動という図式を基本とした保健行動モデルの構築を企図して、基礎的調査を行った。

調査1では、保健行動を発する土壌として個々人の「健康意識」を想定し、大学生を対象者としてその構造を探ってみた。さらに、異なる健康意識をもつ大学生群の保健行動の量や内容を比較して健康意識と保健行動の関連を吟味した。同時に、現在の健康度、健康への動機づけ、パーソナリティ要因、生活満足度などのパラメーターと保健行動との関係も探ってみた。

調査2では、調査1で対象とされた青年の健康意識および保健行動の特徴を明らかにするため、中年層に同じ調査を実施して青年との比較を行った。

保健行動モデルの構築は、日本人が今までまったく経験したことのない超高齢化社会に対応するために必要とされる早期からの健康教育に指針を与えるものと考ええる。

2 本論で取り扱う保健行動の定義

Kaslら(1966)は健康と病気に関わる行動を、個人の健康状態によって保健行動(health

behavior), 病感行動 (illness behavior), 病者役割行動 (sick-role behavior) と分類し, そのうちの保健行動を, 「自らを健康だと思っている人が自覚症状のない段階で行う疾病予防のための行動」と定義している。しかし本論文では保健行動を個人の健康状態と関わりなくより広く捉えるために, 「個人の健康状態の如何にかかわらず, 人が健康の保持・回復・増進などのために行うあらゆる行動で, それが健康保持などの目的に合致しているか否かは問わない」と定義しておく。即ち, 個人の健康状態がいかなるものであっても, また, その行動が合目的でない非合理的な行動であっても, 健康を目的としてなされた行動であれば保健行動とするということである。この保健行動の定義は, Harris と Guten (1979) の Health-Protective Behavior の概念に最も近いものである。

3 保健行動モデルの系譜

保健行動の発現も他の行動と同様, 個人が置かれた環境の布置, 個人の認知的構えなどの背景因子に行動発現のきっかけとなる手がかり (cue) が加えられることによって行動への motivation が喚起され, 保健行動が発現すると考えるのが妥当であろう。このラインに沿った代表的モデルは Rosenstock, Becker, Maiman らの Health Belief Model である。このモデルは 1950 年代に発表され, 時代とともに変遷を経て現在に至っている。(Rosenstock (1974), Rosenstock (1974), Becker ら (1974), (1977), 宗像 (1990))。

このモデルの特色は, 基準となる保健行動を特定の疾病 (結核, リウマチ熱, ポリオなど) に対する予防的保健行動 (胸部 X 線検査の受診など) としたこと, 説明変数となる health Belief を (1) その疾患に対する個人が認知する懼りやすさ (Susceptibility), (2) その疾患がもたらす結果の重大性 (Seriousness), としたことである。この二つの health belief から直接の保健行動への動機づけとなるその疾病への恐れが生じ, マスメディアや人からの助言や親しい人の病気などが cue となって保健行動が発現する。二つの health Belief は性, 年齢, パーソナリティー, 社会階層, 健康知識などによって影響を受け, 保健行動もその行動に伴う利益と損失を勘案することによって変容する (図 1)。

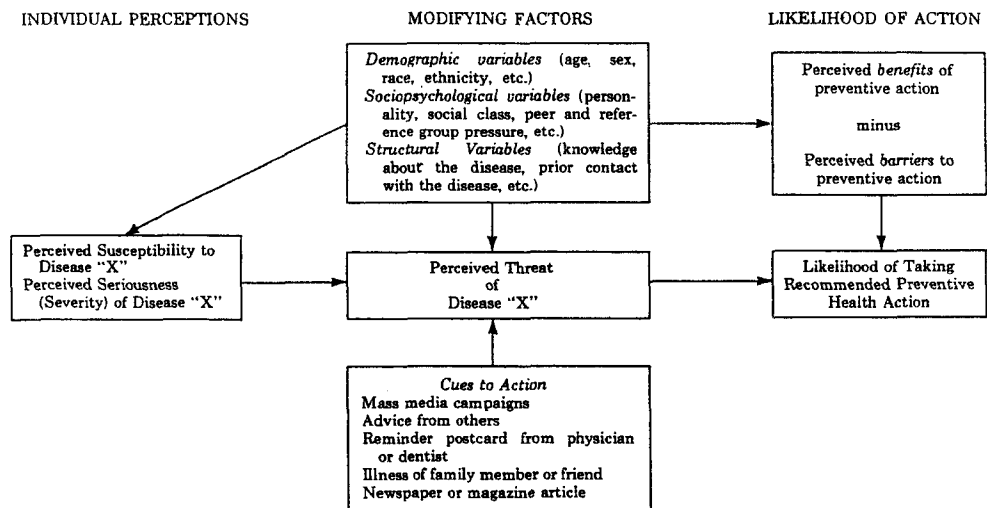


図 1 Health Belief Model (Becker et al., 1974)

オリジナルな Health Belief Model が保健行動を特定の疾病を対象とした予防的保健行動に限定したことは、1950 年代という、まだ感染症が疾病の主役を占めており、また人々の健康への関心も今ほど高くなく、いかに人々に保健サービスを受けさせるかが研究の目的であったことを考えれば納得できることである。時代の進展とともにこのモデルが扱う保健行動の内容は受療行動などを含めて拡大され、説明変数も「一般的な健康問題への関心の高さ」(Becker ら、1977) などを加えて拡大されていった。しかし、それでもなお、疾病構造が大きく変化して、健康の目的も単に病気にならないことではなく全人的健康 (holistic Health) が目標とされるようになり、日常生活習慣こそ最も大切な保健行動と考えられるようになった現代にこのモデルを適用するには限界がある。そこで筆者は Health Belief をさらに拡大して、健康や病気や生や死や果ては価値観や人生観に至るまで健康にかかわる認知のいっさいを含めた個人の健康意識を、各人が営む保健行動の背景因子とする可能性を探ってみた。健康意識という曖昧模稜とした概念を、行動の説明変数とする上での最大の困難は、その尺度化である。Rosenstock らも“健康”が個人の価値観の中に占める優先性 (saliency) を動機づけ変数に含めようとしているが、その操作的尺度化の困難のために試みを放棄している。筆者は多変量解析の手法によって、考えられるかぎりの健康意識に関わる認知項目を一定数の次元に位置づけ、さらに被験者間距離を算出して似たような健康意識をもつ個人をグループ化することによって、この問題を克服しようと考えた。また、性や年齢などの一般的属性、現在の生活への満足感や大切な他者の存在、目的の明確さなどを含めた現在の生活状況、及び心気症傾向や強迫性、自己へのこだわり傾向など保健行動と関わりが予想されるパーソナリティー要因のモデル構成因子としての可能性を探ってみた。さらに、先に定義として述べたように、扱う保健行動を、合目的的であるか否かにかかわらず人が健康のために行う、日常生活習慣を含めたあらゆる行動とした。

II 調査 I 大学生の健康意識と保健行動—健康意識の構造と基礎的解析

I 調査票の構成

調査票は以下の 7 個の下位項目群から構成された。

(1) 基礎的項目群

年齢、性別、職業の有無、配偶者の有無、扶養家族の有無。計 5 項目

(2) 健康意識にかかわる項目群

健康観、病気観、清潔観、死生観、差別意識など計 56 項目。各質問項目に対し自分の考えに近ければ「はい」近くなければ「いいえ」で回答。

(3) 現在の健康度を問う項目群

計 2 項目。4 段階評定。

(4) 健康への動機づけを問う項目群

健康欲求、健康への配慮、健康に配慮する理由。計 3 項目。健康に配慮する理由以外は 4 段階評定。健康に配慮する理由は 10 個の回答選択肢からひとつを選択。

(5) パーソナリティーにかかわる項目群

心気症傾向、強迫傾向、自己へのこだわり傾向 (体重・容姿・性格・能力等へのこだわり) 計 16 項目。4 段階評定。

(6) 現在の生活状況を問う項目群

現在の生活に対して感じている満足感・充実感、大切な他者の存在、目標の有無、自分自身への満足感など。計 7 項目。4 段階評定。

(7) 保健行動にかかわる項目群

定期検診の受診，健康情報への関心，規則正しい生活，病気になった時療養を他に優先する態度，摂生，睡眠，運動，食事への配慮，清潔，病気予防，生活から遠ざけるべきもの（ex. 食品添加物や紫外線）への配慮，交友を大切にしたい明るい生活など計 50 項目。

各質問項目に対し，その行動を行っているか否かを「はい」または「いいえ」で回答。

2 調査対象・調査方法・調査時期

調査対象：国立大学学生（小学校教員養成課程 の 3 年生）162 名

（男子 41 名，女子 121 名）

調査方法：授業時に調査票を配布して回答を記入させ，授業終了時に回収した。

調査時期：1997 年 6 月

3 解析方法

(1) 健康意識

56 個の質問項目のうち重複が感じられる項目や適切でないと考えられた項目を除く残りの 43 項目を数量化理論Ⅲ類（林，1993）によって解析して健康意識の構造を探った。解析には多変量解析パッケージ HALBAU（柳井ら，1986）を用いた。

(2) パラメーターの数量化

説明変数としての現在の健康度，心気症傾向，自己へのこだわり傾向，強迫性，生活満足度は，それぞれにかかわる質問項目に対する評定値の合計，基準変数となる保健行動量は「はい」回答数の合計として算出した。

4 解析結果

(1) 健康意識の構造

健康意識にかかわる 43 の質問項目への回答を数量化理論Ⅲ類によって構造解析し，2 個の成分を求めた（第 1 成分の寄与率 9.7%，第 2 成分の寄与率 6.4%）。それぞれの成分についての各項目の「はい」回答のカテゴリー値を 2 次元空間にプロットしたのが図 2 である。質問項目の位置づけから，成分Ⅰは「健康」が個人の価値観の中で占める地位（健康の優先性），成分Ⅱは病気や死に対するなじみ深さ（病気や死に対する親近性），と解釈された。次に，算出された 162 名の被験者間のそれぞれの成分についての距離をプロットしたのが図 3 である。

(2) パラメーター間相関

説明変数としての現在の健康度，心気症傾向，自己へのこだわり傾向，強迫性，生活満足度そして基準変数となる保健行動量の 6 個のパラメーターの度数分布はいずれも正規分布を示した。そこで 6 個のパラメーター間の関連を積率相関係数を算出して吟味した（表 1）。まず，基準変数としての保健行動量と他のパラメーターとの相関を見ると，心気症傾向（ $P < 0.05$ ），自己へのこだわり（ $P < 0.05$ ），生活満足度（ $P < 0.05$ ）の各パラメーターと保健行動量との間に低いながらも有意な正相関が認められた。次に説明変数間の相関では，健康度は心気症傾向との間に有意な負相関（ $P < 0.01$ ），生活満足度との間に有意な正相関（ $P < 0.01$ ）が認められ，心気症傾向は自己へのこだわり（ $P < 0.01$ ），及び強迫性（ $P < 0.01$ ）との間に有意な正相関，また生活満足度との間に有意な負相関（ $P < 0.05$ ）が認められた。さらに自己へのこだわりは強迫性との間に有意な正相関（ $P < 0.01$ ），生活満足度との間に有意な負相関（ $P < 0.01$ ）が見いだされた。

青年の健康意識と保健行動

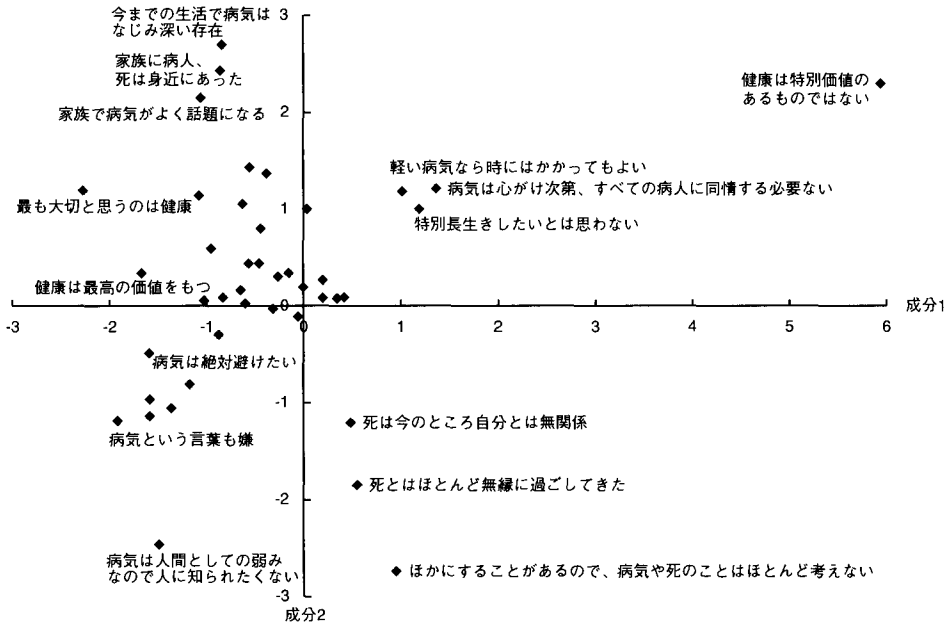


図2 健康意識の構造 (数量化理論Ⅲ類)

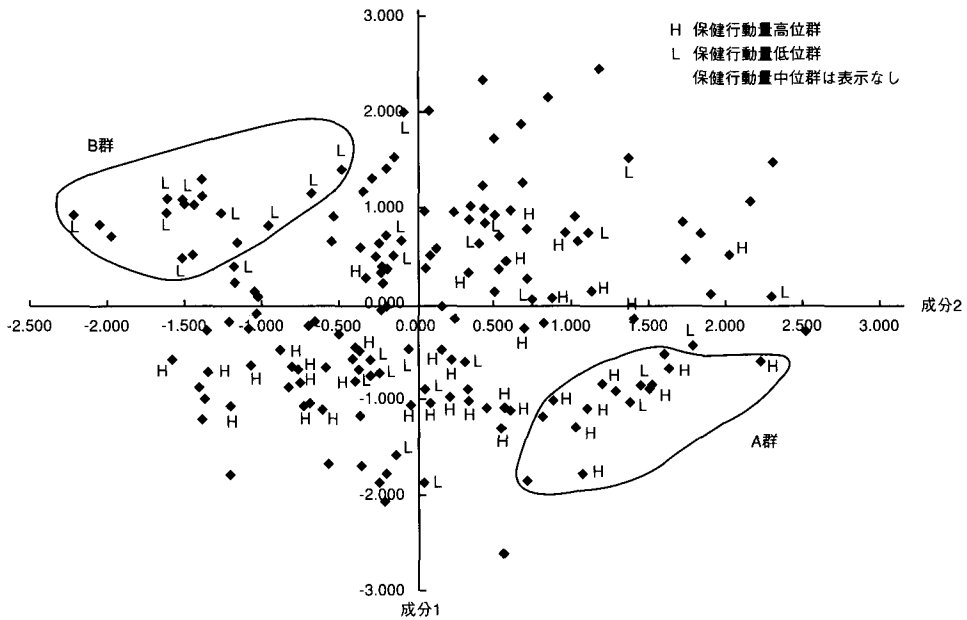


図3 健康意識の被験者間距離 (数量化理論Ⅲ類) (N = 162)

表1 パラメーター間相関行列

	健康度	心気症傾向	自己への こだわり	強迫性	生活満足度	保健行動
健康度	1.000	-0.340**	0.022	0.014	0.248**	-0.054
心気症傾向		1.000	0.271**	0.314**	-0.187*	0.175*
自己へのこだわり			1.000	0.386**	-0.209**	0.159*
強迫性				1.000	-0.111	0.027
生活満足度					1.000	0.186*
保健行動						1.000

* P<0.05 ** P<0.01

以上のパラメーター間相関を整理しながらその意味するところを推測すると以下になる。即ち、保健行動量は心気症傾向、自己へのこだわり、生活満足度と正相関がある。心気症傾向と自己へのこだわり及び強迫性は相互に強い正相関があるが、この三つは生活満足度とは負相関がある。さらに生活満足度と健康度は強い相関がある。従って、保健行動を活発に行う人には二つの異なったグループがあるのではないかと考えられる。一群は心気症傾向や自分の容姿や体型、能力などへのこだわりが比較的強い人々であり、他群は現在の生活に満足し充実感を感じている人々である。また、前者の群に属する人々の共通心性として強迫性があるのではないかと考えられる。

(3) 健康意識と各パラメーターとの関連

健康意識と保健行動量などのパラメーターとの関連を見るために、対照的な健康意識を持つと考えられる2群を選び出し、比較を行った。この2群は図3の原点からできるだけ離れて対照的な位置にプロットされている枠で囲んだ被験者群で、仮にA群(男子6, 女子9 計15名)、B群(男子7, 女子9 計16名)と名付けた。二つの次元上の位置から、A群は、「健康」が価値観の中に占める位置が高く、「病気」や「死」についてなじみが深い(健康の優先性が高く、病気や死への親近性が高い)群と推測され、B群は「健康」が価値観の中に占める位置がさほど高くなく、「病気」や「死」についてのなじみが薄い(健康の優先性が低く、病気や死への親近性が低い)群と推測される。このことを実際の回答率を比較することで裏づけて見よう。

A群とB群の健康意識に関する項目別応答率でカイ自乗検定による有意差が1%レベルで見られた項目が56項目中23項目あった。これらの中から、A群、B群それぞれの80%以上が「はい」または「いいえ」と回答した項目を拾い上げて比較した(表2)。この比較からA群、B群の輪郭をもうすこし明確にしてみると、大方次ぎのように言える。

A群 「健康」が価値観の中で占める位置が非常に高く、これまでの生活の中で「病気」や「死」となじみが深く、従って人生や死についてしばしば考え、家族の間でも健康や病気のことがよく話題にされ関心が高い。

B群 「健康」は価値観の中でさほど高い位置を占めておらず、これまでの生活で病気や死に接したことがなく、従って病気や死について考えることがほとんどない

以上のように健康意識が対照的なA群とB群を抽出したところで、それぞれの群の6個のパラメーターを比較した(表3)。保健行動量、心気症傾向、自己へのこだわり、強迫性の各パラメーターで、有意にA群がB群より高い数値を示している。次に行っている保健行動の内容をA群、B群で比較してみる。そのために50項目の保健行動を次のように内容別に分類した。

青年の健康意識と保健行動

表2 カイ2乗検定でA群・B群の回答率に1%レベルの有意差がみられた23項目中、各群の80%以上が「はい」または「いいえ」と回答した健康意識項目

A 群		B 群	
80%以上が「はい」回答	身のまわりの清潔だけでなく環境全体に配慮 生活の中で最も重要視しているのは健康 死は最大の恐怖である* 自分がどのような死を迎えるか時々考える 母親は家族の健康にとっても注意を払った* 家族中で健康をきづかいあう 人生や死についてしばしば考える* 健康はあらゆる価値の中で最高の価値を持つ 環境問題に関心がある* こういう生き方をしたいという明確な目標がある 健康で均整のとれた身体を維持することは私の喜びのひとつである* 医療や福祉に関心がある* できるだけ長生きしたい 政治や社会問題に関心* 身体や身のまわりの清潔に常に気を配っている* 自分や大切な人がいつかは死を迎えなければならないと思うと非常に恐ろしい*	80%以上が「はい」回答	ほかにすることがあるので病気や死について考えることがほとんどない
	80%以上が「いいえ」回答	80%以上が「いいえ」回答	家族に病人や老人がおり、死は身近なところにあった* 身のまわりの清潔だけでなく環境全体に配慮している 生活の中で最も重要視しているのは健康である* これまでの生活の中で病気はなじみ深い存在であった* 自分がどのような死を迎えるか時々考える 家族や友人の間で病気がよく話題になる 人の死にたちあったことがある 病気という言葉を聞いただけで嫌な気持ちになる

*印を付した項目は群全員が「はい」または「いいえ」と回答

表3 各パラメーターの群別得点

群	健康度	心気症傾向	自己へのこだわり	強迫性	生活の満足度	保健行動
A 群 MEAN	6.40	16.07	17.13	12.20	22.13	27.53
SD	1.41	1.81	3.42	1.83	2.25	8.39
B 群 MEAN	6.81	13.19	14.56	10.18	20.62	15.25
SD	0.95	1.81	2.67	1.88	2.23	3.95
	P<.01		P<.05	P<.01		P<.01

- ① 定期的な検診の受診
- ② 健康情報への関心
- ③ 病気になった時療養を他に優先すること
- ④ 摂生
- ⑤ 規則正しい生活
- ⑥ 食事に関する配慮

- ⑦ 生活から遠ざけるべきものへの配慮
- ⑧ 病氣予防
- ⑨ 清潔への配慮
- ⑩ 交友を大切にしたい明るい生活

以上の10個の保健行動内容について群別の回答率を次のように算出した。

$$\text{回答率} = \text{群全体の「はい」回答合計} / (\text{人数} \times \text{項目数})$$

結果を図4に示した。「摂生」に関する保健行動、「清潔」に関する保健行動及び「交友を大切にしたい明るい生活」以外は有意にA群がB群より多くの保健行動を行っているのが認められた。とりわけ、定期検診受診、健康情報への関心、生活から遠ざけるべきものへの配慮、ではその差が大きく、摂生（夜更かし、深酒、喫煙、間食などをしない）や清潔への配慮ではその差が少なかったことから、日頃あるいは子供の頃から言われつけていることに関しては両群に差がないけれども、それ以上の関心や知識が必要な事柄に関してはA群がはるかに多くの保健行動を行っていることがうかがわれた。

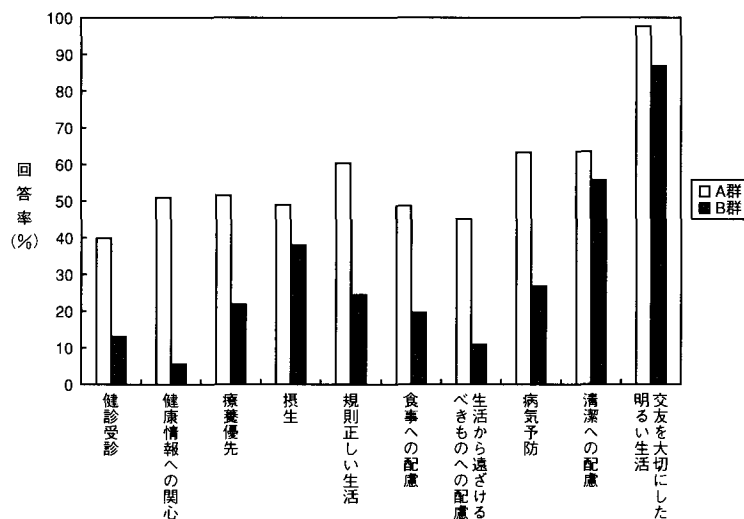


図4 A群とB群の保健行動内容の比較

さらに、「健康に気をつけるのは主にどういう理由からですか」という保健行動を行う理由に関する質問に対する回答をA群、B群で比較した。A群は「病氣が怖いから」、「今の生活をもっと実りあるものにしたいから」、「いつまでも若々しく美しい身体でいたいから」、「身体があまり丈夫でないから」という回答がB群より多くみられ、「今の生活に満足しているのでこれを維持したいから」、「家族に心配をかけたくないから」という回答はB群に多く見られた。印象としては、A群には病氣への恐怖や一層の健康を目指して動機づけられた保健行動、B群には現状維持ができればよい、という程度に動機づけられた保健行動が多いように感じられる。

最後に、162名の被験者の保健行動量から、平均値 $\pm 1\sigma$ を基準値として保健行動量高位群(H群)と保健行動量中位群(M群)、保健行動量低位群(L群)に分類して、162名の健康意

識をプロットした図 3 上に同時に表示した。各群の人数は以下のとおりである。

L 群 (保健行動量 < 15)	31 名 (19%)
M 群 (16 < 保健行動量 < 30)	94 名 (58%)
H 群 (31 < 保健行動量)	37 名 (23%)

図 3 により、保健行動量高位群がグラフの下半分に多く分布し、逆に保健行動量低位群が上半分に多く分布していることが判明した。A 群と B 群を比較すると次のようになる。

A 群 保健行動量低位群	2 名 (13%)
保健行動量中位群	5 名 (33%)
保健行動量高位群	8 名 (53%)

B 群 保健行動量低位群	9 名 (56%)
保健行動量中位群	7 名 (44%)
保健行動量高位群	0 名 (0%)

この結果も先に記述した 2 次元の軸で解釈した健康意識と保健行動量との関係を示している。

Ⅲ 調査 2 健康意識と保健行動—青年男性と中年男性の比較

調査 1 で対象者となった大学生の健康意識と保健行動に青年期に特異的な傾向がないかどうかを確認するため、中年期男性に調査 1 と同じ調査を行い青年期男性と比較した。男性のみを対象としたのは、中年期対象者集団に性比の著しい偏りがあったためである。

1 調査対象者と調査時期

中年期対象者：40 歳以上の国立大学男子教職員 141 名
平均年齢 50.7 歳 (標準偏差 6.4 歳)

青年期対象者：国立大学教養課程男子学生 101 名
平均年齢 19.8 歳 (標準偏差 1.4 歳)

調査方法：中年期対象者は、定期健康診断前に検査用具を配布する封筒に調査票を同封し学内便で回収した。

青年期対象者は授業時に調査票を配布し記入させて回収した。

調査時期：1999 年 6 月

2 結 果

(1) 健康意識

健康意識は、中年期男性にも調査 1 で得られた大学生のものとほぼ同じ構造が得られた。そこで、健康意識を問う質問項目への回答率を中年期男性と青年期男性で比較したところ、以下の質問項目で有意な比率の差 ($P < 0.01$) が見られた。

青年期男性に「はい」回答が多かった項目

病気にかかった時を考えると不安でたまらなくなる（青年 44%，中年 25%）

特定の病気をもつ人を「嫌だな」と感じたことはあるし差別もしていると思う（青年 47%，中年 31%）

自分がどのような死を迎えたいか時々考える（青年 68%，中年 53%）

人生や死について時々考え込む（青年 66%，中年 31%）

体型や体重は自分にとって重要な問題である（青年 58%，中年 44%）

健康に悪いといわれることはできるだけしないようにしている（青年 69%，中年 56%）

自分の大切な人がいつかは死を迎えると思うと非常に不安で恐ろしい（青年 69%，中年 35%）

病気はいかなる病気であれ絶対に避けたい（青年 70%，中年 53%）

死後の世界はあると思う（青年 28%，中年 17%）

中年期男性に「はい」回答の多かった項目

家族に病人や老人がおり、「死」は身近なところにあった（青年 44%，中年 67%）

生活の中で最も重視し配慮しているのは健康である（青年 32%，中年 53%）

医療や福祉に関心がある（青年 55%，中年 85%）

環境問題に関心がある（青年 73%，中年 93%）

できるだけ長生きしたいと思う（青年 46%，中年 60%）

家族や友人の間で病気のことがよく話題になる（青年 18%，中年 50%）

身体や身の回りの清潔に常に気を配っている（青年 58%，中年 78%）

誰しも病気とは無縁でいられないのだから病気に関心をもちうまくつきあいたい（青年 83%，中年 97%）

人の死にたちあったことがある（青年 33%，中年 72%）

人間には自然の治癒力があるのだから医者や薬に頼るのはよくない（青年 22%，中年 33%）

以上の比較から、病や死に強い恐れや嫌悪や不安をもち、または自分自身がいつか迎える死や、死後の世界に思いをめぐらすものは青年に多く、中年期になると、病に少しずつ寛容になり死に対する態度も現実的になって、健康への関心も自分の身の回りのことにとどまらず、医療や環境など一般的な問題に広がっていく傾向が見てとれる。

(2) 保健行動

保健行動については、「健診の受診」で青年と中年に大きな差が見られ（青年 24%，中年 86%が毎年受診）、「食事への配慮」、「生活から遠ざけるべきものへの配慮」、「規則正しい生活」、についても中年期男性が青年期男性より多くの保健行動を行っているのが認められた。「健康情報への関心」も中年期男性が有意に高かった。しかし、「交友を大切にしたい明るい生活」は両群差なく 80% 近くが配慮しており、「清潔への配慮」、「病気予防」も両群に差が見られなかった。

この結果から、青年は清潔に配慮し、風邪や食中毒などの目先の病気予防は中年とほぼ同様に行っているが、将来的な健康を見据えた食事への配慮や規則正しい生活、避けたほうがよいものへの配慮は中年ほど行っておらず、2 次予防の中心である健診受診は非常に消極的であった。

IV 考 察

1 健康意識と保健行動

はじめに述べたように、Rosenstock らの Health Belief Model は保健行動発現の背景となる認知的構えを特定の疾患に対する個人が認知する罹りやすさ (Susceptibility) とその疾患がもたらす結果の重大性 (Seriousness) とし、これらの認知的構えから生じる疾病への恐怖を保健行動への直接の動機づけとした。説明される保健行動は対象疾患への検診受診など狭義の疾病予防行動に限定されていた。もともとこのモデルは、行政の保健サービスを利用しようとする住民の意識が低い時代にこれらのサービスの利用を促進する目的で、これらを積極的に利用する人とそうでない人との認知の相違を解明すべく構築されたものである。その後、疾病構造の変化や人々の健康への関心の高まりなどの変化の中で説明変数も基準変数である保健行動も新しい要因を加えて拡大されてはいるが、それでもなお、疾病予防よりも本質的なトータルな健康を目指した保健行動のモデルには成り得ていない。健康を志向した生活習慣を含めてある程度持続する保健行動を説明するためには、持続的で一貫した認知的構えともいべき変数が必要であるように思われる。そこで筆者は Health Belief を、より包括的な「健康意識」の概念に置き換えてみた。問題はその尺度化である。健康意識とは健康にかかわる個人の認知的態度の総体であって、他の意識と重なる部分もあるであろうし境界もはなはだ曖昧である。このように曖昧なものを精度の高いものさしで測ろうとすることは土台無理があり無意味でもある。筆者ははじめからそれを放棄した。まずは大きなふりいで大まかな分類を試み、健康意識の構成要素を探ってみた。すなわち健康と大なり小なりかわりをもつと思われる意識項目を集めて、その意識が自分の意識に近いかどうか回答を求め、最も似た回答パターンを示した個人が隣同志に並ぶように個人と項目を並べ替え、その相関が最大になるように個人と項目に数値を与える方法 (数量化理論Ⅲ類) を用いた。並べられた項目の内容から、数値を与えた軸の一つは「健康が個人の価値観の中に占める位置」、もう一つは「病気や死に対するなじみ深さ」と解釈された。そして、この二つの軸で現された空間上に被験者をプロットし、対照的な位置にプロットされた2群、すなわち先述したA群とB群は、行っている保健行動の総量でも内容でも、また保健行動を行う目的にも明らかな差異が認められたことから、少なくともこの二つの次元で健康意識を捉え、保健行動モデルの説明変数とすることは妥当であると考えられる。これまで単に記号で呼んできたA群とB群は、「健康に自我関与が強い群」と「健康に自我関与が弱い群」と名付けることができるかもしれない。これはBecker (1977) らがモデルに取り入れようとした「一般的な健康への関心の高さ」にも繋がるであろう。しかし、「一般的な健康への関心」もその出所が「健康」のもつ価値の個人の価値観の中での高さや、子供の頃から病気や死と何らかの形でかかわって病気や死となじみが深くなっていることにあるとしたら、健康意識をこのように分解した意味は大きいと考える。

2 その他のパラメーターと保健行動

健康意識以外のパラメーターと保健行動の関連を見ると、現在の健康度と強迫性は保健行動量とあまり関連がなく、心気症傾向・自己へのこだわり傾向などのパーソナリティー因子、及び現在の生活に対する満足度との間に正相関が認められた。現在の健康度と保健行動量に相関が見られなかったのは、調査対象が健康な大学生で、健康度の分散が少なかったことによると思われる。生活満足度と保健行動との正の相関は、宗像 (1991) が記述している予防的保健行動と生き甲斐の有無との正相関とも繋がるものである。

先述したように、3つのパーソナリティー因子間には正相関がありこれらと生活満足度との間には相関がなかったことから、保健行動を活発に行う人にはふたつの異なったグループがあるのではないかと想像される。即ち、現在の生活に満足し大切な他者があり、他者から必要とされているという意識をもった一群と、心気症的で自己へのこだわり傾向の強い、病気や死への不安が高い一群である。これはさらに吟味を要する点であり、保健行動の動機や保健行動の質にも当然差異があると考えられ、今後の検討が必要である。また「自己へのこだわり」は、自己愛性との関連で今後検討を進めていきたいと考えている。

3 青年の健康意識と保健行動の特徴

中年期と比較して青年期は「死」といういつかは必ず来る、しかし未だ身近に経験したくないものへの恐怖が強く、死に直接つながっている病気に対しても恐怖感や嫌悪感が強く拒否的であるものが多いことが認められた。核家族化が進む中で、家の中で祖父や祖母が病んで死んでいく有様を見ることが少なくなったことも現代の青年の意識に影響を及ぼしているであろう。現実の死を身近に経験したことがないために、逆にこの未知の、不安をかきたてるものに想いをめぐらすことも生じる。死後の世界の存在を信じるものも青年に多い。しかし病気を予防し健康の保持・増進を図る保健行動となると、身体の清潔や、風邪や食中毒といった卑近な病気の予防には注意を払うけれども、将来的な健康をめざした生活習慣（食事、摂生、規則正しい生活など）や定期的な健診受診などはおろそかになっているものが多い。

一方、中年期では青年に比べて死や病への恐怖が緩和され病気に対しても寛容になっていく傾向が認められた。身近に家族や友人などの死を経験したり、自分自身も持病を持ったりして病を受け入れ、つきあっていこうとする態度が形成されていくのであろう。また、家族や社会的地位も持って、それを守るためにも健康への動機づけが増すと思われる。そのため、医療情報への関心も増し、保健行動も活発になる。

しかし、青年の中にも中年層と類似した健康意識をもち保健行動を行っているグループがある。調査1で分析されたA群に属する青年たちである。彼らは幼い頃から病や死に身近に接し親近感をもち、健康の価値が他の価値をはるかに凌ぐ青年たちである。すなわち彼らは、成育環境の中で、健康をめぐる態度や行動に関するかぎり発達を促進されてきたといえないだろう。このことは次に述べる健康教育につながる。

4 健康教育への示唆

「健康」の価値が他の価値に優先し、しかも現在の健康状態にかかわらず「病気」や「死」がそれまでの生活の中でなじみ深い存在であった者が、より多くの保健行動を行っているという結果は、子供の頃から「健康」の大切さを植えつけ、「病気」についての知識だけでなく、「病む人」や「死」を身近に考えさせる教育や家庭環境が保健行動を促進する素地になることを語っていると考えられる。しかしながら、「病気」や「死」を単に恐るべき嫌悪すべき存在としての認知に導くのは避けるべきである。病気や死への恐怖は当然保健行動の大きな動因になるが、不安や恐怖のみから発した行動は決して健全ではない。また、病気や死を恐怖の対象、嫌悪すべき存在とのみ捉えれば、それは特定の患者への差別を生む大きな原因となる。

生きているものは必ずいつか病み、そして死んでいく運命にある。しかし現代人は重い病に罹ると多くは入院して家族から隔てられ、死もまた家族と隔てられたまま迎えなければならないことが多い。従って子供は家族の病や死と接することが少なく、特別な方向づけがない限り病や死に無関心なまま或いは単なる恐怖の対象としか捉えられないまま成人する。家庭から人

の誕生や病気や死が追い出された現在，たとえば病院や老人ホームでのボランティア活動を通じて病者や老人と接し，病気になっても損なわれない人間の尊厳に触れ，「生」「病」「死」のもつ多様な意味を感じ取ることができたら最高の健康教育になるのではないと思われる。

保健行動の動機には，病や死への恐れが当然あるが，「今の生活を守りたい」という動機も大きい。この動機をもつためには，守るべき大切な宝ともいうべき充足した生活がなければならない。大切な他者があり，他者から必要とされている感覚があり，生きる目標があり，自分自身にも満足していることが前提となる。即ち成熟した人格である。その意味で健康教育とは人格の成熟を目指した全人的教育にほかならない。

引用・参考文献

- 1 Becker, M.H., et al A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-Income Populations. American Journal of Public Health, 64, 205-216, 1974.
- 2 Becker, M.H., Haefner, D.P., Kasl, S.V., Kilscht, D.P., Maiman, L.A. and Rosenstock, I.M. Selected Psycho-Social Models and Correlates of Individual Health -Related Behavior. Medical Care, 15(Supplement): 27-56, 1977.
- 3 Harris, D.M. and Guten, S.; Health Protective Behavior: An Exploratory Study. Journal of Health and Social Behavior, 19, 17-29, 1979.
- 4 林知己夫 数量化—理論と方法 朝倉書店，1993.
- 5 Kasl, S.V. & Cobb, S. Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior. Arch Environ Health, 12, 1966.
- 6 宗像恒次 新版 行動科学からみた健康と病気，メヂカルフレンド社，1990.
- 7 宗像恒次 予防的保健行動と病気への対処行動（岡堂哲雄編 健康心理学第4章）誠信書房，1991.
- 8 大貫恵美子 日本人の病気観 象徴人類学的考察，岩波書店，1985.
- 9 Rosenstock, I.M. Historical Origins of the Health Belief Model. In Becker, M.H. (ed.). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs, 2, 328-335, 1974.
- 10 Rosenstock, I.M. The Health Belief and Preventive Health Behavior. In Becker, M.H. (ed.), The Health Belief Model and Personal Health Behavior. Health Education Monographs, 2, 353-385, 1974.
- 11 柳井晴夫，高木博文編 多変量解析ハンドブック，現代数学社，1986.

—平成 14 年 9 月 30 日 受理—