

はじめに—健康を求められる現代社会と健康の自己責任

われわれ日本国民は非常に長生きである。OECD Health Statisticsによれば、2012年時点で平均寿命が83.2歳であり、OECD諸国のなかでもっとも長生きの国であることがデータからも示されている（OECD 2014）。日本人が長生きである理由として、遺伝や生活様式など個人の要因だけでなく、社会的・文化的要因にみられる社会そのものの性質が指摘されている（Marmot and Smith 1989）。現に、健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health：SDH）の観点から⁽¹⁾、所得格差や職業階層、教育、社会関係などさまざまな社会的要因が健康に影響することが示されている（川上・小林・橋本編 2006、近藤 2005）。

また、健康に影響すると思われるのはここであげたような社会的要因によるものばかりではないだろう。つまり、健康を維持・増進しようとする意識もまた大きな要因と思われる。全国に居住する15歳以上75歳未満の男女4480サンプルを対象に2009年に実施された『国民生活選好度調査』によれば（内閣府 2014a）、「医療と保健、教育と文化、勤労生活、休暇と余暇生活、収入と消費生活、生活環境、安全と個人の保護、家族、地域生活、公正と生活保障」といった国民生活に関係する領域において、どれがもっとも重要であるかを評価したところ、1990年から3年毎に時系列的にみても、医療と保健領域が4割前後を一貫して保っていた。われわれ国民が健康に深い関心を寄せる傾向が垣間見えるといえる。さらには、厚生労働省が2014年に日本全国5000人を対象にインターネット調査した『健康意識に関する調査』によれば（厚生労働省 2014）、ふだんから健康に気をつけるよう意識しているかをたずねた結果、「健康のために積極的にやっていることや、特に注意を払ってやっていることがある」「健康のために生活習慣には気をつけるようにしている」と回答した人があわせて半数以上おり、とくに何も行動と

してはしていないが病気にならないように気をつけている対象者もあわせれば、全体の87%にもなることが示されている。積極的にやっていることがある人と、生活習慣に気をつけている人のなかで、健康に気をつけている内容については、睡眠や休養、食事や栄養、定期的な健康診断の受診、運動などが生活習慣にかんする項目があがっていた。このように、現代社会のわれわれ日本国民は健康であることを非常に重要視していることが統計的にも明らかであると言える。

健康を重要視する生活様式をもつわれわれの精神性に対応するかたちで、厚生労働省はわが国の健康政策を積極的に推し進めている。まず大きな政策として考えられるのが、健康日本21である（健康・体力づくり事業財団 2014）。これは正式には、21世紀における国民健康づくり運動といい、2000年から2012年度までの第1次、2013年度から2022年度までの第2次として実施されている。第1次では、「健康寿命の延伸等を実現するために、2010年度を目標とした具体的な目標等を提示すること等により、健康に関連する全ての関係機関・団体等を始めとして、国民が一体となった健康づくり運動を総合的かつ効果的に推進し、国民各層の自由な意思決定に基づく健康づくりに関する意識の向上及び取組を促そうとするもの」として定義づけられた。具体的には、栄養・食生活や身体活動と運動、休養・こころの健康づくり、たばこ、アルコール、歯の健康、糖尿病、循環器病、がんといった9分野ごとの目標を定めている。これらからもわかるように、主として生活習慣に重要な要素にかんして、国民の自由意思によって健康を目指そうという趣旨がみてとれる。しかしその後、健康寿命の延伸・生活の質の向上のため、健康づくりや疾病予防を積極的に推進していくことを目的に、2004年に健康増進法が公布された。この健康増進法は、第1章第2条から第4条において、「国及び地方公共団体は、教育活動及び広報活動を通じた健康の増進に関する正しい知識の普及、健康の増進に関する情報の

収集、整理、分析及び提供並びに研究の推進並びに健康の増進に係る人材の養成及び資質の向上を図るとともに、健康増進事業実施者その他の関係者に対し、必要な技術的援助を与えることに努めなければならない」「健康増進事業実施者は、健康教育、健康相談その他国民の健康の増進のために必要な事業（以下「健康増進事業」という）を積極的に推進するよう努めなければならない」と明記し、国や行政、事業者の責務をうたっている。だが、この明文より先の第1章第1条において、「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、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、国民の責務としての健康が明記されている点に大きなポイントがある。つまり、わが国では、国民一人ひとりが、自分自身で健康であることを義務として求めているのである。

しかし、ここで注意が必要なのが、国レベルで、健康であることを国民一人ひとりの自己責任に帰しているということである。もちろん、感染症などの急性疾患から生活習慣病などの慢性疾患へと疾病構造が変化したことにより、自分自身で疾病の罹患可能性をコントロールできるという点を考えれば、自己責任で健康を維持・増進できるかもしれない。とはいえ、健康であることを自己責任に帰してしまうことに対して、いくつかの批判が見られる。レイサーは、歴史的な観点から健康の責任の所在を整理し、中世期は個人のコントロールのもとで健康や疾病が決定されると考えていたことを示しつつも、1970年代以降は、健康の自己責任化がVictim-blaming（犠牲者非難）を生み出したことを指摘した（Reiser 1985）。また、服部は、疾病の自己責任論が周期的な不景気とともに出現する言説であり、さらにはその背景に医療費削減という命法がはりついていることを指摘している（服部 2006）。つまり、不健全な生活から病気になった者の医療費を、健全な生活を送る納税者が負担しなければならないのは不公平であるという論理が不況とともにたちあらわれているのだと言う。この命題に対して、「過食者にせよ酒飲みにせよ、生産活動のみならず消費活動を通して地域や国の経済に相応の貢献をしていること、予防医学の費用対効果の良好さが決して必ずしも医療費削減と等号で結ばれるものではないこと、疾病の自己責任論からは健康を「増進」する義務という言説は導出されない」（服部 2006 :

183) と、健康の自己責任論を批判的に論じている。さらに、辻内は、肥満やメタボリックシンドロームを事例にあげ、「健康増進という「国民の責務」に従わない者に対して、スティグマ（烙印）を押しつけ、さらには逸脱者として社会的制裁の対象にしてしまう危険性」（辻内 2012 : 934）を指摘している。

このように、健康を個人の責任に帰してしまうことは、Victim-blaming（犠牲者非難）やスティグマなどのさまざまな問題が生じてしまう可能性が課題としてあげられていることがよくわかる。しかし、これらは主として倫理的観点や大局的見地から健康の自己責任論の問題を検討してきているのみで、健康を個人の責務とすることについて、われわれ個人主体がどのように認識しているのかについてはあまり検討されていない。これにかんして、2002年に首都圏居住者対象のアンケート調査を実施した刀川・内藤によれば、生活習慣病にかかることは6割もの対象者が個人の責任であると考えていることが明らかにされている（刀川・内藤 2003）。だが、この調査では、生活習慣病にかかることの責任について論点をしぼっているため、健康を維持・増進すること全般についてのわれわれ個人の認識については、明らかにされていないという問題が残る。

また、この健康の維持・増進にかんする責任論で注意すべきは、その背後に社会格差の問題があるということである。辻内は「健康格差・貧困問題をどう扱っていくかも今後の課題であり、健康の「自己責任論」を助長せずに、肥満の原因としての社会・文化的要因をどのように把握し、アプローチしていくか」（辻内 2012 : 935）が課題であると、健康状態に問題が生じた際にそれを自己責任に帰すことに警鐘を鳴らし、社会格差など社会文化的要因の視点から検討することの重要性を説いている。さらに石村は、「健康を強いられる社会にあって、その健康といのちを支える医療保障さえも個人の経済力や社会的地位によって格差が拡大している」（石村 2007 : 44）と、健康の自己責任と社会経済的地位との関連を指摘している。これらの議論をふまえれば、健康を維持・増進することの責任に対して、われわれがどのように考えるかもまた、社会経済的地位と大きくかわっているのではないかと考えることができる。もっと厳密に言えば、社会経済的地位が高い人は一般に健康状態がよいことはよく知られた知見であ

るので、自分の責任のもとで健康維持・増進の管理をおこなうべきだと考えているのではないだろうか。

そこで本研究では、まず、健康を維持・増進することに対して、われわれは個人が責任を持つべきと考えるのか、それとも医療や行政、制度などを含む国家の責任と考えるのか、健康維持・増進の責任に対する意識を明らかにし、さらには、この意識に影響していると考えられる社会経済的地位との関連もあわせて検討することを目的とした。このように、われわれ日本国民が、健康維持・増進の責任をどのように考えているのかを明確に示すことで、かりに、国民が健康の維持・増進は個人の責任のもとでみるべきだと考えていたとしても、それが個人の責任に帰する根拠になりえるかどうかは議論の余地があるものの、少なくとも健康維持・増進に対する責任論を議論する材料となりうると考えられる。

I 方法—統計的社会調査を用いた計量分析

1. 分析対象・データ

本研究で用いるデータは、「健康と暮らしに関する意識調査」の個票データである。この統計的社会調査の対象者は、仙台市に居住する20歳から69歳までの男女1500名である。具体的な対象者の抽出については、第一次抽出単位として、仙台市の167投票区から確率比例抽出法によって無作為に30投票区を抽出し、つぎに第二次抽出単位として各投票区から50人を系統抽出法によって抽出した。調査期間は、2009年5月から7月にかけて実施された。調査方法は、郵送により配布・回収をおこなった。回収された標本数は1018名(有効回収率68.6%)であった。

2. 分析に用いる変数

本研究で用いる目的変数は、健康維持・増進の責任に対する意識である。具体的には、「国民の健康を保つためには、医療や行政の制度を充実させることが重要である」「国民の健康を保つためには、各個人の努力が重要である」という質問に対して、どちらの意見に近いか調査対象者に評価してもらった。前者に近ければ「医療行政の責任(=0)」、後者に近ければ、「個人の責任(=1)」と2値にカテゴリー化した。

健康維持・増進の責任に対する意識に影響すると考えられる社会経済的地位との関連を検討するため、説明変数は、以下にあげる3つの指標を社会経済的地位として採用した。まず、「暮らし向き」である⁽²⁾。これは、「現在のあなたの暮らしむきは、この中のどれに当たるでしょうか」と言う問いに対して、「豊か/やや豊か/ふつう/やや貧しい/貧しい」の5段階で評価してもらった。分析にあたっては、豊か/やや豊かを「豊か」にふつうを「ふつう」に、やや貧しい/貧しいを「貧しい」に再コード化し、3カテゴリーに分類した。つぎは「教育水準」である。これは「中卒・高卒/専門学校・高専・短大卒/大卒以上」の3カテゴリーに分類した。さいごは「職業上の地位」である。これは、「正規雇用/非正規雇用/自営・自由業/非就業者/家事従事者」の5つにカテゴリー化して分析に用いた⁽³⁾。

つぎに、「性別」「年齢」「婚姻状況」「主観的健康感」「健康関連行動」を統制変数として解析に用いた。年齢は、「20歳代/30歳代/40歳代/50歳代/60歳代」からなる5カテゴリーとしてあつかった。婚姻状況は、「未婚/既婚/離死別」の3カテゴリーに分類した。主観的健康感は、「一般的に言って、現在のあなたの健康状態はいかがですか」の問いに対し、「とてもよい/まあよい/ふつう/あまり良くない/悪い」の5件法で評価し、これを連続変数とみなして分析に用いた。一般に、疫学研究などでは、よい/わるい、の二値変数で使用されることが多いが、いくつかの先行研究でも認められるように⁽⁴⁾、情報量を縮約することなく推定させるために、本研究では連続変数として分析に用いた。つまり、数字が大きいほど健康状態がよいことをあらわす。健康関連行動は、「喫煙経験」「飲酒頻度」「運動習慣」「健康診断」の4つから構成される。喫煙経験について、「現在、1日にどれくらい煙草を吸いますか」という問いに対して、「喫煙したことがない/以前は吸っていたがいまはやめた/1~10本/11~20本/21本以上」で評価した。分析にあたっては、1~10本/11~20本/21本以上を「吸っている」とし、3カテゴリーに分類した。また、飲酒頻度について、「普段お酒を飲みますか」の問いに対して、「ほとんど毎日/週に数回/週に1回程度/月に1回程度/年に数回/年に1回程度/まったく飲まない」で評価し、ほとんど毎日/週に数回を「よく飲む」、週に1回程度/月に1回程度

／年に数回／年に1回程度を「ときどき飲む」として、3カテゴリーに分類した。また、運動習慣について、「現在、定期的に運動やスポーツ（ウォーキング、ジョギング、水泳、テニスなど）を行なっていますか」という問いに対して、「週に数回以上／週に1回程度／月に1回程度／年に数回程度／ほとんどしない」で評価し、週に数回以上／週に1回程度を「よくする」に、月に1回程度／年に数回程度／ほとんどしないを「あまりしない」に分類した。さいごに、健康診断について、健康診断を職場や学校で、または自治体で、そのほか個人的に受けていれば「あり」、どれも受けていなければ「なし」と分類した。

3. 分析方法

二項分布にしたがうものとして、健康増進・維持の責任意識を目的変数とした一般化線形モデル（リンク関数：ロジット）を実施した。まず、社会経済的地位（暮らし向き、教育水準、職業上の地位）のみを投入して、オッズ比（Odds Ratio：OR）および信頼区間（Confidence Interval：CI）を算出した（モデル1）。さらに、モデル1に個人属性を追加してオッズ比および信頼区間を算出した（モデル2）。つぎに、モデル2に主観的健康感を追加して、オッズ比および信頼区間を算出した（モデル3）。さいごに、モデル3に健康関連行動を追加して、オッズ比および信頼区間を算出した（モデル4）。

分析に際しては、本研究において採用した変数に欠損があったものを除いたサンプル（n=884）を用いて分析を行った。

4. 倫理的配慮

本研究で実施した「健康と暮らしに関する意識調査」は、疫学研究に関する倫理指針ののっとり、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施したものである。

II 結果

1. 健康維持・増進の責任意識と社会経済的地位について

まず、健康維持・増進の責任意識と社会経済的地位の記述統計量を示す（表1）。健康維持・増進することは個人の責任であると考えている対象者が44%いることが明らかになった。また、社

表1 健康維持・増進の責任意識、社会経済的地位の記述統計量

	医療行政の責任		個人の責任		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
健康維持・増進の責任意識	499	(56%)	385	(44%)	884	(100%)
暮らし向き						
貧しい	155	(62%)	94	(38%)	249	(100%)
ふつう	263	(56%)	207	(44%)	470	(100%)
豊か	81	(49%)	84	(51%)	165	(100%)
教育水準						
中学・高校卒	244	(60%)	165	(40%)	409	(100%)
専門学校・高専・短大卒	131	(56%)	102	(44%)	233	(100%)
大学卒以上	124	(51%)	118	(49%)	242	(100%)
職業上の地位						
正規雇用	204	(56%)	162	(44%)	366	(100%)
非正規雇用	116	(54%)	98	(46%)	214	(100%)
自営・自由業	31	(58%)	22	(42%)	53	(100%)
非就業者	68	(63%)	40	(37%)	108	(100%)
家事従事者	80	(56%)	63	(44%)	143	(100%)

会経済的地位にかんして言えば、暮らし向きが貧しいとみなしている対象者のうちの6割程度が、健康維持・増進に対して医療や行政、制度などを含む国の責任であると考えているが、暮らし向きが豊かだとみなしている対象者はその割合はおおよそ50%であった。教育水準や職業上の地位にかんしては、どのカテゴリーでも、健康維持・増進に対する意識に大きな違いは見られなかった。

2. 個人属性と主観的健康感、健康関連行動について

つぎに、分析対象者全体の個人属性および主観的健康感の記述統計量について示す（表2）。性別で見た場合、健康維持・増進に対する意識に違いは見られないようだが、若年齢層や未婚者にとっては、健康は個人の責任と言うより、医療や行政の責任と考える傾向が見られた。また、わずかな違いではあるが、主観的健康感がよいほど、健康維持・増進に対する責任は、個人にあるとみなす傾向が認められた。

また、健康関連行動について、運動習慣がよくある対象者や、健康診断をおこなっている対象者に健康維持・増進の責任は個人にあると考える傾向がみられたが、ほかの健康関連行動にはカテゴリー間に大きな違いは見られなかった。

表2 個人属性、主観的健康感、健康関連行動の記述統計量

	医療行政の責任		個人の責任		合計	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
性別						
男性	217	(54%)	184	(46%)	401	(100%)
女性	282	(58%)	201	(42%)	483	(100%)
年齢階級 (歳)						
Mean (SD)	46.5 (13.5)		46.5 (13.0)		46.5 (13.3)	
20歳代	68	(60%)	45	(40%)	113	(100%)
30歳代	100	(54%)	86	(46%)	186	(100%)
40歳代	106	(55%)	88	(45%)	194	(100%)
50歳代	119	(60%)	81	(41%)	200	(100%)
60歳代	106	(55%)	85	(45%)	191	(100%)
婚姻状況						
既婚	336	(56%)	268	(44%)	604	(100%)
未婚	124	(60%)	82	(40%)	206	(100%)
離死別	39	(53%)	35	(47%)	74	(100%)
主観的健康感						
Mean (SD)	3.22 (0.88)		3.38 (0.84)		3.29 (0.87)	
とてもよい	38	(52%)	35	(48%)	73	(100%)
まあよい	134	(51%)	130	(49%)	264	(100%)
ふつう	234	(58%)	170	(42%)	404	(100%)
あまり良くない	84	(64%)	47	(36%)	131	(100%)
悪い	9	(75%)	3	(25%)	12	(100%)
喫煙経験						
喫煙したことがない	223	(55%)	179	(45%)	402	(100%)
以前は吸っていたがやめた	139	(59%)	97	(41%)	236	(100%)
吸っている	137	(56%)	109	(44%)	246	(100%)
飲酒頻度						
飲まない	82	(65%)	45	(35%)	127	(100%)
ときどき飲む	218	(55%)	176	(45%)	394	(100%)
よく飲む	199	(55%)	164	(45%)	363	(100%)
運動習慣						
あまりしない	322	(60%)	214	(40%)	536	(100%)
よくする	177	(51%)	171	(49%)	348	(100%)
健康診断						
なし	114	(62%)	69	(38%)	183	(100%)
あり	385	(55%)	316	(45%)	701	(100%)

3. 健康維持・増進の責任意識を目的変数とした一般化線形モデル結果

健康維持・増進の責任意識を目的変数とした一般化線形モデルの結果(表3)、社会経済的地位のみを変数として投入したモデル1では、暮らし向きが豊かであると健康維持・増進は個人の責任であるとみなすことが示された(OR=1.59、95%CI:1.06-2.42、 $p<.05$)。しかし、そのほかの社

会経済的地位にかんする指標は、いずれも統計学的に有意な関連は認められなかった。

つぎに、個人属性を統制したモデル2では、性別に関連が示された。男性に比して女性は、健康維持・増進に対しては個人の責任というより、医療や行政、制度などを含む国の責任とみなすことが示された。しかし、そのほかの個人属性変数に健康維持・増進に対する責任意識と有意な関連は認められなかった。また、モデル1と同様に、暮らし向きが豊かであることは、正の関連があることが明らかになった(OR=1.66、95%CI:1.08-2.55、 $p<.05$)。

また、主観的健康感を追加したモデル3では、モデル2と同様に性別に関連がみられた。さらに、主観的健康感もまた統計学的に有意な関連がみられ、健康状態がよいほど、健康維持・増進は個人の責任とみなすことが示された。また、モデル1から継続的に、暮らし向きが豊かであることは、健康維持・増進の責任は個人にあるとみなすことが示された(OR=1.55、95%CI:1.01-2.40、 $p<.05$)。しかし、その効果の大きさは一定ではなく、モデル3において効果の大きさは減じていた。

さいごに、健康関連行動を追加したモデル4では、これまでと同じく性別に関連が見られた。また健康関連行動のなかでは、運動習慣に関連が見られた。運動をよくする人はそうでない人に比べて、健康維持・増進に対しては個人の責任であるとみなしていることが示された。一方、これまでのモデルすべてで関連が見られていた暮らし向きが豊かであることと健康維持・増進に対する責任意識との関連が消失した(OR=1.40、95%CI:0.90-2.18、n.s.)。

III 考察—健康の責任はだれにあるのか

本研究は、健康維持・増進に対する責任が医療や行政、制度などを含む国の責任にあるとわれわれは考えるのか、それとも個人の責任にあると考えるのか、社会経済的地位との関連から明らかにすることを目的として、仙台市民を対象に実施した統計的社会調査データを用いて検討した。その結果、およそ4割程度の対象者が、健康維持・増進は個人の責任であるとみなしていることが明らかになった。また、一般化線形モデルの結果からは、主観的健康感がよいことや運動習慣があることが、健康維持・増進を個人の責任とみなすこ

とが明らかになった。

まず、健康の維持・増進に対する責任意識について、健康の自己責任論が問われる現代社会において、4割の対象者しか健康の維持・増進を個人の責務とみなしていなかったことは、われわれは医療や行政、制度など国の責任において健康維持・増進を望んでいることのあらわれと言えるのではないだろうか。刀川・内藤の調査結果では、およそ6割の対象者が自己責任と考えていたが(刀川・内藤 2003)、本研究とは大きく結果が異なっていた。この差異が生じた理由として考えられるのは、本研究が健康を維持・増進すること全般の意識をたずねたのに対し、刀川・内藤では

生活習慣病にかかること責任について検討したことによる違いが反映されたためではないかと考える。生活習慣病のように、個人的な日常生活上の習慣を改善することで疾病リスクを軽減できると思われる場合には、個人の責任と考える傾向が強いのだろう。さらに、違いが生じた理由としては、調査をおこなった時期による違いもまた大きいのではないかと考える。

社会構造はひとびとの心理社会的状態に影響を及ぼすと言われている(Wilkinson 2005)。景気動向としてCI指数(2010年=100)の一致指数を見た場合、2002年平均97.3、2009年平均85.6となり(内閣府 2014b)、本研究における調査が

表3 健康維持・増進の責任意識(個人の責任=1)を目的変数とした一般化線形モデル(リンク関数:ロジット)の解析結果

		Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
		OR	CI	OR	CI	OR	CI	OR	CI
暮らし向き	貧しい	1.00		1.00		1.00		1.00	
	ふつう	1.27	0.92- 1.75	1.29	0.92- 1.80	1.24	0.89- 1.74	1.14	0.81- 1.62
	豊か	1.59	1.06- 2.42*	1.66	1.08- 2.55*	1.55	1.01- 2.40*	1.40	0.90- 2.18
教育水準	中学・高校卒	1.00		1.00		1.00		1.00	
	専門学校・高専・短大卒 大学卒以上	1.13	0.81- 1.57	1.19	0.85- 1.68	1.15	0.82- 1.63	1.17	0.83- 1.66
職業上の地位	正規雇用	1.00		1.00		1.00		1.00	
	非正規雇用	1.16	0.82- 1.65	1.33	0.91- 1.96	1.34	0.91- 1.97	1.41	0.95- 2.09†
	自営・自由業	1.01	0.56- 1.83	1.02	0.56- 1.87	1.07	0.58- 1.96	1.14	0.61- 2.14
	非就業者 家事従事者	0.85	0.54- 1.33	0.84	0.51- 1.39	1.86	0.52- 1.41	0.90	0.53- 1.52
性別	男性	1.00		1.00		1.00		1.00	
	女性			0.71	0.51- 0.99*	0.69	0.49- 0.97*	0.68	0.46- 0.98*
年齢階級	20歳代			1.00		1.00		1.00	
	30歳代			1.24	0.75- 2.06	1.25	0.75- 2.08	1.26	0.75- 2.12
	40歳代			1.10	0.65- 1.88	1.15	0.68- 1.96	1.07	0.62- 1.84
	50歳代			0.95	0.55- 1.65	1.02	0.59- 1.78	0.98	0.55- 1.73
	60歳代			1.11	0.62- 1.99	1.15	0.64- 2.05	1.05	0.57- 1.93
婚姻状況	既婚			1.00		1.00		1.00	
	未婚			0.91	0.61- 1.37	0.92	0.61- 1.39	0.90	0.59- 1.35
	離死別			1.41	0.85- 2.37	1.42	0.85- 2.38	1.46	0.86- 2.47
主観的健康感					1.21	1.03- 1.42*	1.19	1.01- 1.40*	
喫煙経験	喫煙したことがない							1.00	
	以前は吸っていたがやめた							0.73	0.50- 1.05†
	吸っている							0.94	0.64- 1.39
飲酒頻度	飲まない							1.00	
	ときどき飲む							1.44	0.93- 2.22
	よく飲む							1.39	0.88- 2.18
運動習慣	あまりしない							1.00	
	よくする							1.39	1.03- 1.87*
健康診断	なし							1.00	
	あり							1.22	0.83- 1.78
	<i>n</i>	884		884		884		884	
	<i>-2×LogLikelihood</i>	1199		1191		1186		1175	
	<i>Nagelkerke R²</i>	0.018		0.029		0.037		0.053	

† : p < .10, * : p < .05, ** : p < .01, *** : p < .001

実施された2009年は、2002年と比べ景気がよくないことがよくわかる。不況と健康との関連が指摘されていること (Kondo et al 2008)、さらには経済的不安感や失業不安を覚えることで個人の健康不安や健康への影響があること (三澤 2010、2013) が報告されていることをふまえれば、社会全体におおっている不況という社会構造によって、健康を自分自身の責任で管理できるかどうか懸念し、健康維持・増進の責任を医療や行政、制度などを含む国に期待することとつながったのではないかと考えることができる。見方を変えれば、健康維持・増進に対する責任意識は、社会構造の変動に大きく左右される可能性を含んでいることが示唆される。

また、もともと、本研究では、社会経済的地位が高い人は、健康維持・増進は自己責任と考えているのではないかと予想していた。しかし、一般化線形モデルの結果、この仮説は支持される場所もあったが、そうでない場所もあった。個人属性を投入したモデル2までは、暮らし向きが豊かであることが健康の維持・増進に対して個人の責任であると考えていることに有意な関連が見られていた。しかし、モデル3において主観的健康感を投入した場合には、その効果の大きさがやや減じ、しかもモデル4において喫煙経験や飲酒頻度、運動習慣、健康診断の健康関連行動を投入した場合には、その関係そのものが消失してしまったからである。では、はたしてこのことはなにを意味するだろうか。

所得など社会経済的地位が高い人びとは健康水準が高いことが一般によく知られた知見である。しかし、社会経済的地位が高い人びとは健康状態がよいばかりでなく、健康にとってよいとされる健康関連行動を実施しているとも言われている (Fukuda et al 2005)。とくに健康関連行動のなかでも、運動習慣は社会経済的地位が高い人がおこなう傾向が報告されている (Anzai et al 2000、Fukuda et al 2005、Murakami et al 2011)。つまり、モデル3まで暮らし向きが豊かであった人たちに健康維持・増進に対する責任意識への関連があつたにもかかわらず、健康関連行動を投入した場合に、その効果が消失したのは、暮らし向きが豊かである人たちの効果が、健康関連行動、とりわけ運動習慣を媒介して、健康維持・増進の責任意識へと関連したためではないかと考えられる。しかも、健康関連行動のなかで運動習慣は、

それ以外の健康関連行動に比べて、喫煙や飲酒などの依存性をともなうわけでもなく、さらには社会規範にしたがって健康関連行動をとるというわけではなく、むしろ知識や能力、時間、コストなどによる個人の選択によるところが大きいことが指摘されている (Murakami et al 2011)。これらのことから自分自身の健康に対して多くの投資をおこなうことができる暮らし向きが豊かな人びとが、自身の健康を考慮して、運動を習慣的におこない、そのような余裕があるからこそ、健康を維持・増進するのは個人の責任だと考えるようになったのではないかと考えられる。つまり、社会経済的地位が高い人びとが健康関連行動をとることによって、間接的に健康の自己責任を支持しているのではないかと考えられる。

このように、社会経済的地位の高い人びとが間接的に健康維持・増進を個人の責任と考えているという構図が浮かび上がってくると、社会生活に不安を覚える社会的弱者を置いてきぼりにした議論が展開されてしまう危険性があることには注意が必要であろう。これは、先にレイサーが指摘したように (Reiser 1985)、健康の自己責任論がVictim-blaming (犠牲者非難) につながる可能性があることを意味しているだけではない。三澤が指摘するように、社会的弱者は、頼れるものとして自身の身体を中心に物事を考えるようになり、つまり「寄る辺としての健康」観を獲得しやすい。さらには「社会そのものが健康であることを要求している状況においては、寄る辺としていた健康をより高めていくことが求められるため、健康不安が増大されるという可能性」(三澤 2013: 137)がある。社会的弱者は、個人の責任として健康を見る余裕はないが、それでも健康や身体にしか寄る辺、頼るものがない。そのなかにあつて、社会経済的地位が高い人びとははじめ、社会全体で国民の責務として健康を維持・増進せよと、健康であることをすすめてこれれば、彼/彼女らに生じるものは健康不安しかないという状況が浮上する可能性も考えられよう。だが、その健康不安をぬぐうための方法が彼/彼女ら自身にあるかと問われれば、それはおそろくないだろう。これは、健康という基本財を人質にとった、社会経済的に豊かな人びとによる、間接的な支配という生権力構造とも言えよう。つまり、健康を個人の責任で維持・増進することを求める社会は、社会的弱者をVictim-Blaming (犠牲者非難) する可能性を有

しているだけでなく、健康の名のもとに、彼／彼女らを間接的に支配してしまう可能性ももたらうことに気をつける必要があると考える。

ではこのような危うさを抱えたまま、健康維持・増進を個人の責務として推し進めてよいのだろうか。少なくとも、6割近くの人びとが健康維持・増進を医療や行政、制度などを含む国の責任と考えていたことや、社会的弱者として女性を考えた場合、健康を維持・増進することの責任に対して、男性に比して女性の方が、医療や行政、制度などを含む国の責任と考える傾向であった本研究結果を素直に受け取れば、やはり健康維持・増進をおこなう上で重要なのは、社会の側にしかないのだろう。現に、辻内が健康の自己責任ではなく社会格差など社会文化的要因の視点から検討する必要性を主張し（辻内 2012）、三澤は健康不安をおさえるためには「安心して将来を暮らすことができ、現在の社会生活における不安な要素を取り除くような社会制度設計を確立することの方が重要」（三澤 2013:137）と指摘していることから、社会として健康を維持・増進するシステムを整えていくことが必要と思われる。国民一人ひとりが責務として強制的に健康を追い求める社会ではなく、社会環境の保全や医療システムの整備など、強制的にではなく社会の仕組みとして、国民の健康に責任をもつ社会を構築してゆくことが求められるのではないだろうか。

さいごに、本研究の限界を述べておこう。本研究で用いたデータはわが国の1地域の社会調査データであり、かならずしもわが国全体の状況を反映しているとは限らないため、人口規模による違いなどを考慮に入れた分析が今後必要であろう。また、健康維持・増進に対する責任の尺度も今後検討の余地があるように思える。つまり本研究では、一元的に測ったが、健康のどの側面に対する責任なのかを測ることが求められる。また、分析モデルにかんして、いずれのモデルもR二乗値は高いものではなかった。つまり、健康の維持・増進に対する責任意識に影響するその他の要因があることは容易に想像される。より適切な変数の設定やモデルの適合度を上げる必要があると考える。

結語

健康の維持・増進に対する責任は、4割以上の対象者が個人の責任であると考えていることが明らかになった。健康の維持・増進に対して個人の責任だと考えるのは、主観的健康感が良好であることや健康関連行動のうち運動習慣があることに直接的な関連が見られた。また、暮らし向きが豊かであることは、間接的に関連がある可能性が考えられた。これらから、社会経済的地位が高い人びとによる間接的な支配構造が示唆されたが、よりよい健康をたもつには、社会の仕組みとして国民の健康に責任をもつ社会を構築してゆくことが求められることが示唆された。

付記

本研究は第69回日本公衆衛生学会総会で報告した内容に加筆・修正したものである。

謝辞

文部科学省科研費（課題番号：09J05568、24683018）の助成を受け実施した。

注

- (1) 健康の社会的決定要因（Social Determinants of Health：SDH）とは、健康が「遺伝子や生活習慣だけでなく、その人の社会経済的な地位をはじめとする社会的要因によっても決定され」（近藤編 2013：1）とする考え方のことをいう。
- (2) 一般に、健康指標をアウトカムとした健康の社会的決定要因研究では、社会経済的地位として所得が用いられるが、本研究では無回答が多かったため採用しなかった。参考までに、暮らし向きと所得との関連について、所得（実数）を世帯人数の平方根で除して求めた等価所得と、暮らし向きとの相関係数を算出した。その結果スピアマンの相関係数 ρ は0.482となり、比較的高い相関関係が認められた。このことから、所得の代理変数として暮らし向きを用いたことは、おおむね妥当だったのではないかと考える。
- (3) 5つのカテゴリーの内訳について、「正規雇用」は経営者・役員、常時雇用の一般従業員、「非正規雇用」は臨時雇用・パート・アルバイト、

派遣社員、契約社員・嘱託、「自営・自由業」は自営業主・自由業者、家族従業者、内職、「非就業者」は失業中、定年して仕事をやめた対象者、「家事従事者」は主に家事をしている対象者、である。

(4) 三澤 (2010) や Singh-Manoux et al (2006) で連続変数として用いられている。

参考文献

- Anzai, Y., T. Ohkubo, Y. Nishino, I. Tsuji and S. Hisamichi. 2000. "Relationship between health practices and education level in the rural Japanese population" *Journal of Epidemiology*. 10 (3) : 149-56.
- Fukuda, Y., K. Nakamura and T. Takano. 2005. "Accumulation of health risk behaviours is associated with lower socioeconomic status and women's urban residence: a multilevel analysis in Japan" *BMC Public Health*. 27: 5:53.
- 服部健司. 2006. 「健康を増進する義務」『生命倫理』16 (1) : 178-184.
- 石村久美子. 2007. 「健康の不平等と自己責任化」『岡山県立大学保健福祉学部紀要』14 : 41-51.
- 川上憲人・小林廉毅・橋本英樹編. 2006. 『社会格差と健康—社会疫学からのアプローチ』東京大学出版会.
- 厚生労働省. 2014. 「健康意識に関する調査」<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000052548.html> (2014年10月30日閲覧)
- 近藤克則. 2005. 『健康格差社会—何が心と健康を蝕むのか—』医学書院.
- 編. 2013. 『健康の社会的決定要因—疾患・状態別「健康格差」レビュー』日本公衆衛生協会.
- Kondo, N, S. V. Subramanian, I. Kawachi, Y. Takeda and Z. Yamagata. 2008. "Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001" *Journal of Epidemiology and Community Health*. 62 (10) : 869-875.
- Marmot, M. and G. D. Smith. 1989. "Why are the Japanese living longer?" *BMJ*. 299 (6715) : 1547-1551.
- 三澤仁平. 2010. 「将来における経済的不安感と主観的健康感との関連についての研究—JGSS-2008 データを用いた分析—」『日本版総合的社会調査共同研究拠点研究論文集』10 : 113-125.
- . 2013. 「将来への展望および現在の社会生活に関する不安がもたらす健康不安への影響」『応用社会学研究』55 : 127-139.
- Murakami, K., H. Hashimoto, J.S. Lee, K. Kawakubo, K. Mori and A. Akabayashi. 2011. "Distinct impact of education and income on habitual exercise: a cross-sectional analysis in a rural city in Japan" *Social Science & Medicine*. 73 (12) : 1683-1688.
- 内閣府. 2014a. 「景気動向指数」http://www.esri.cao.go.jp/jp/stat/di/menu_di.html (2014年10月30日閲覧).
- . 2014b. 「国民生活選好度調査(平成20年度)」<http://www5.cao.go.jp/seikatsu/senkoudo/senkoudo.html> (2014年10月30日閲覧).
- OECD. "OECD Health Statistics 2014" <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. (2014年10月30日閲覧).
- Reiser, A.J. 1985. "Responsibility for Personal Health: A Historical Perspective" *The Journal of Medicine and Philosophy*. 10 (1) : 7-18.
- Singh-Manoux, A, P. Martikainen, J. Ferrie, M. Zins, M. Marmot and M. Goldberg. 2006. "What does self rated health measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies" *Journal of Epidemiology and Community Health*. 60 (4) : 364-372.
- 刀川眞・内藤孝一. 2003. 「医療消費者の自己責任意識と、主体的健康管理支援に向けた社会的情報システムの課題」『情報システムと社会環境』2003-IS-84 (6): 39-46.
- 辻内琢也. 2012. 「メタボリックシンドローム言説の社会的危険性[第2報]: 批判的医療人類学による社会反応の分析」『心身医学』52 (10): 927-936.
- Wilkinson, G. R. 2005. *The Impact of Inequality*. New York Press.(= 2009. 池本幸生・片岡洋子・末原睦美訳『格差社会の衝撃: 不健康な格差社会を健康にする法』書籍工房早山.)

(立教大学社会学部助教)

