

若年者と高齢者における健康観と保健行動の相違

— 日本とデンマークにおける比較調査の分析 —

The Differences in Personal Health Perceptions Between the Youth and the Aged — A comparative survey of Japanese and Danes —

蛭 田 由 美

要約 個人の健康観と保健行動に関して、国際的な違いと若年層と高年層の違いを明らかにするために、日本とデンマークにおける意識調査を行い、次のような結果を得た。日本人は、高年層ほど健康意識は高く熱心な保健行動をとり、完璧型・消極的健康観であった。デンマーク人は、若者ほど健康意識が高く、高年層は加齢とともに心身に不調を感じるという自然なパターンを示し、満足型・積極的健康観であった。

I. はじめに

個人を取り巻く物理的・社会的環境により、健康状態に大きな違いが生じる。また、個人の内的環境としての身体・生理的・発達段階的特性および心理・精神的特性によっても、健康状態は左右される。健康に影響する要因は多様であるが、後閑¹⁾らは、ベテュー・ニューマン、セリエ、キャノンの概念を統合して、①個人外的ストレス（外的要因）、すなわち物理的要因、化学的要因、生物的要因、社会文化的要因、②対人関係のストレス（個人の周りで生じる力）、すなわち生活事件（life events）、日常的ないざこざ（daily hassles）、③個人内的ストレス（内的環境）、すなわち身体的・生理的・発達段階的要因、心理・精神的要因、スピリチュアル要因を挙げている。これらの要因は複雑に絡み

合って、生活する個人の健康に影響を与える。物理的、社会的な環境の違いや個人としての特性は、個人の生活のしかたに影響し健康状態を決定する。WHOをはじめとする健康の定義が、身体的・精神的・社会的・霊的側面から規定されているのは、まさにこれらの要因の複合的な作用の結果として、個人の健康状態が成り立っていることを示している。

WHOは2000年のWorld Health Report²⁾のなかで、世界の人々の健康にとって最も重要なリスクを測定し、貧困と豊かさの両極に位置するリスクを報告し、世界の人々は危険の中で暮らしていると警告した。貧困に関連するリスクとして、体重不足、危険な水、乏しい衛生施設と衛生法、危険なセックス（特に

HIV/AIDSに関連した)、鉄欠乏、固体燃料による屋内煙害などであり、豊かさに関連するリスクとして、高血圧症、高コレステロール血症、たばこ過度のアルコール消費、肥満と身体的怠惰などであった。そのため、世界的な規模で主要な死因を減らすために、ヘルスプロモーション (Health Promotion) 計画が作成された。グリーンとクロイター³⁾によると、ヘルスプロモーションとは健康に資する諸行為や生活状態に対する教育的支援と環境的支援の組み合わせである。ヘルスプロモーションの目的は、自らの健康を決定づける要因を自らよりよく管理できるようにしていくことである。そのため、しばしばヘルスプロモーションの議論の核心としてライフスタイル (lifestyle) という用語が取り上げられてきた。ヘルスプロモーション計画では、健康的なライフスタイルこそがヘルスプロモーションの目標であり、ライフスタイルとは健康のために自ら選びとる行動様式であるとされている。また一方では、ライフスタイルは個人が選択しうる以上に個人の行動を制約し拘束している社会文化的状況の中で生じてくるものであるという捉え方もある。いずれにせよ、ライフスタイルとは通常用いられている行動とか行為とかという言葉が伝える以上に、持続的な日常生活に溶け込んだ習慣的行動の様式である。ヘルスプロモーション計画の作成過程の議論のなかで、ライフスタイルを変えろということは幾多の努力の組み合わせによってはじめて可能となるものであり、自覚の高揚、行動変容、かつ良好な健康習慣を支えるための環境作りを合わせて行う必要があると考えられるようになった。

個人の行動上のリスクファクターを減らす

ことは、ヘルスプロモーションの実行上の重要な課題である。行動上のリスクファクターの軽減によって、罹患率の大幅な減少が期待できる。疾病や障害が発生してからその治療のために資源や技術を使うより、疾病や障害の発生の予防に資源や技術を使う方が経済的に効率が高いことはすでに証明されている。また人々の日常生活の面からみても、疾病や障害が発生してから治療するより、予防する方が快適な生活が維持できて幸せである。したがって、ヘルスプロモーション計画の実行上、QOL (Quality of Life) の向上やより生産的な満足な生活、生き生きとした生涯を全うできる機会などウェルネスの観点から生活を見直すことは大きな意義のあることである。

どのような物理・社会経済的環境の違いが個人の健康状態に、どのように影響するか、あるいは個人の内的環境としてのどのような心理・精神的環境や健康観がどのようなライフスタイルや保健行動をもたらす、個人の健康状態を作り上げるのかその違いを明らかにし、違いから学ぶことは大きいと考えられる。身体・生理的な違い、心理・精神的な違い、社会・環境的な違いのいずれも国際比較によってその違いを明らかにすることが最も明確にできるのではないかと考えられる。そこで、個人と家族の健康観や保健行動に関して、国際的な違いを明らかにすることを目的に、デンマークと日本における比較調査を行った。

社会情勢の変化にともなって、生活習慣や保健行動、すなわちライフスタイルが変化している。これまで生活習慣や保健行動は、家庭内で年長者から若年者へ伝承され共有され

てきたものと考えられるが、昨今のライフスタイルの変化によって、年代層によって生活習慣や保健行動にも相違が生じていると考え

られる。これらのことを明らかにすることは、今後の健康相談や健康教育を進める上で重要である。

II. 研究目的

本研究の目的は、個人の保健行動と健康観の国際的な違いをデンマークと日本における調査によって明らかにすることと、年代別の

分析による若年層と老年層の保健行動と健康観の違いを明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究の研究デザインは、自記式質問紙調査による量的記述研究である。

2. 調査対象

1) 日本

日本における調査対象は、A大学学生235名、A大学教員70名、A大学・B病院合同主催の講演会参加者60名、C大学大学院院生および教員55名の合計420名であった。調査票の回収数は180で、回収率は42.9%であった。

2) デンマーク

デンマークの調査対象は、高校生80名と年金受給者95名の合計175名であった。調査票の回収数は128で、回収率は73.1%であった。

デンマークにおける調査は、デンマーク国民高等学校日欧文化交流学院に依頼して行った。

3. 調査内容

調査内容は次のようであった。①全般的な健康の自覚、②身体面の健康の自覚、③心理面の健康の自覚、④健康に影響する日常生活上の認識、⑤健康に影響する政策や社会的特徴に関する認識、⑥健康に影響する環境に関する認識、⑦健康へのこだわりの度合い、⑧健康への留意、⑨健康のための学習活動、⑩日常の健康管理の方法、⑪日常の健康管理のきっかけ、⑫今後やりたい健康法、⑬今後やりたい健康法を実施する条件、⑭行政に期待する健康政策、⑮健康でないと生きにくい社会と思うか、⑯生活の満足度、⑰健康観についてであった。

4. 調査期間

日本における調査期間は、2005年1月中旬から5月末で、デンマークにおける調査期間は2005年1月中旬から2月末であった。

5. 分析方法

データを日本人とデンマーク人の2郡に分けて集計し、年代別に比較分析した。統計的な検定にはカイ2乗検定を用い、5%水準以下を有意差有りとした。

6. 倫理的配慮および手続

調査は個人名を特定しないために無記名で行い、データは全て統計的に処理した。調査

票は個別に封書詰めして配布し、郵送によって回収した。調査票には、調査の目的と調査への協力を依頼する書状を同封し、調査への協力は対象の自由意思であることを明記し、調査への協力を求めた。

本研究は、藍野大学および武庫川女子大学大学院における研究倫理審査会の承認を得て行われた。

IV. 調査結果

1. 調査対象の特徴

調査対象の特徴は、表1に示すようである。

日本人対象者の年代別特性では、男女比はいずれの年代層でもおおそ4対6と女性が多かったが、10・20歳代が最も女性が多く、74.7%であった。宗教は「仏教」が35.6%で最も多く、年代が上がるほど「仏教」という割合が多くなった。「特に信じる宗教はない」というものの割合も46.7%と多く、年代が若いほど多いという傾向がみられた。家族との同居の有無では、10・20歳代が「一人暮らし」が最も多く41.8%であったが、これは大学入学により親元を離れた単独生活と考え

られる。その他の年代では50・60歳代と70歳以上で「一人暮らし」が20%を超えていることが注目される。職業構成は、10・20歳代は学生が90.1%で、30歳代から60歳代までは約半数が教育研究職であった。

デンマーク人対象者の年代別特性では、男女比は3対6と50・60歳代を除いて女性が多く、特に70歳以上では男性は7.1%とごく少数であった。宗教はほとんどが「キリスト教」83.6%で、10・20歳代に「特に信じる宗教はない」というものが18.5%みられた。家族との同居の有無では、10・20歳代で「一人暮らし」が36.9%であったが、他の年代ではほとんどが「同居者有り」であった。

表1 調査対象の特性

項 目	数 %		
	日本 n=180	デンマーク n=128	
1 年齢	18-29歳	91 (50.6)	65 (50.8)
	30-49歳	18 (10.0)	13 (10.2)
	50-69歳	36 (20.0)	19 (14.8)
	70歳以上	14 (7.8)	28 (21.9)
	n.a.	21 (11.7)	3 (2.3)
2 性別	男性	52 (28.9)	45 (35.1)
	女性	110 (61.1)	79 (61.7)
	n.a.	18 (10.0)	4 (3.1)
3 宗教	1) 仏教	64 (35.6)	1 (3.9)
	2) キリスト教	9 (5.0)	107 (83.6)
	3) イスラム教	0 (0.0)	3 (2.3)
	4) その他	3 (1.7)	5 (3.9)
	5) 特に信じる宗教はない	84 (46.7)	12 (9.4)
	n.a.	20 (11.1)	0 (0.0)
4 家族との同居	一人暮らし	54 (30.0)	30 (23.4)
	同居者有り	108 (60.0)	90 (73.4)
	n.a.	18 (10.0)	8 (6.3)
5 居住地の特徴	1) 都市の繁華街	23 (12.8)	23 (18.0)
	2) 郊外の住宅地	120 (66.7)	53 (41.4)
	3) 田園（農村）	5 (2.8)	32 (25.0)
	4) 海岸（漁村）	1 (0.6)	6 (4.7)
	5) 山間地	3 (1.7)	1 (0.8)
	6) その他	4 (2.2)	9 (7.0)
	n.a.	24 (13.3)	4 (3.1)

2. 健康に関する自覚・認識

全般的な健康の自覚について、日本人の回答結果を図1-1に、デンマーク人の回答結果を図1-2に示した。日本人デンマーク人ともに「健康である」と回答したものは、30・40歳代が最も多かった。70歳以上では、日本人は70%が「健康である」と自覚しているのに対して、デンマーク人は50%であった。

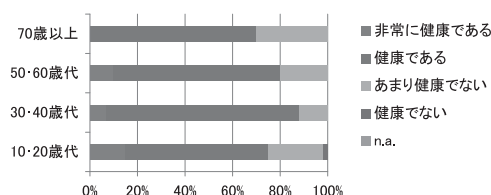


図1-1 全般的な健康の自覚 (日本)

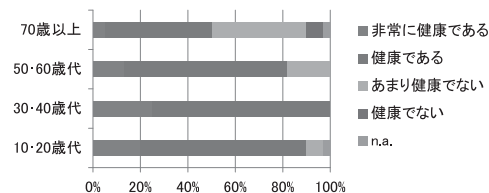


図1-2 全般的な健康の自覚 (デンマーク)

身体面の健康の認識では、次のような項目をあげて複数の回答を求めた。①歯や目、耳の不調 ②気管支や肺など呼吸器の不調 ③高血圧や心臓病の心配 ④下痢や便秘など消化器の不調 ⑤糖尿病の心配 ⑥がんに罹る心配 ⑦脳卒中・脳梗塞などの心配 ⑧骨の減量や骨折の心配 ⑨皮膚の過敏や傷の治りにくさ ⑩頭痛、めまい、しびれなど ⑪月経不順 ⑫排尿の不調 ⑬性行為の不満足・障害 ⑭疲れやすいなど体力の衰え ⑮病気の後遺症 ⑯特に心配はないなどであった。日本人の50・60歳代と70歳以上では「脳卒中・脳梗塞の心配」、「骨の減量や骨折の心

配」、「高血圧や心臓病の心配」、「歯や目・耳の不調」、「がんに罹る心配」などの回答の割合が30%から40%と高く、加齢に伴った年齢相応の認識を示した。日本人の10・20歳代は、「疲れやすい・体力の衰え」、「消化器系の不調」、「月経の不調」などの回答の割合が30%程度を示した。「特に心配はない」の回答は、70歳以上が最も高い値を示した。デンマーク人では、70歳代が身体面の各項目の割合が最も高く、特に「疲れやすい・体力の衰え」55%、「歯や目・耳の不調」75%、「頭痛・めまい・しびれ」48%などと高い割合を示した。デンマーク人の10・20歳代も「疲れやすい・体力の衰え」、「がんに罹る心配」、「歯や目・耳の不調」などの項目について20%強の割合を示したが、「特に心配はない」が40%と各年代で最も高い割合を示した。

心理面の健康の認識については、次のような項目をあげて複数の回答を求めた。①クヨクヨ心配して不安になる ②落ち込んだり憂うつになる ③内気で神経過敏である ④腹が立ったりイライラする ⑤怖がったり緊張する ⑥最近悲しいことがある ⑦特に心配はないであった。日本人は10・20歳代がすべての項目に関して各年代の中で最も高い割合を示し、特に「落ち込んでゆううつになる」、「腹が立ったりイライラする」、「クヨクヨ心配して不安になる」は40%以上の割合を示した。50歳代以上の高年層は各項目について回答の割合が少なかった。「特に心配はない」という回答は、70歳以上が最も多く70%で、年代が下がるにつれて回答の割合が低くなり、10・20歳代が最も低く27%であった。デンマーク人は、70歳以上が心理面の各項目について回答の割合が最も高く、年代が下がるにつれ

て回答の割合が低くなった。例えば「クヨクヨ心配して不安になる」は70歳以上が40%と最も高く、年代が下がるにつれて割合が下がっている。「特に心配はない」は10・20歳代と30・40歳代が高く50%前後を示し高年齢層は25%程度と低い値を示している。

健康に関する認識では、身体面においても心理面においても、日本人は高年齢層ほど、デンマーク人は低年齢層ほど「特に心配はない」という回答が多かった。

生活上の健康の認識については、次のような項目をあげて複数の回答を求めた。①睡眠や休息の不足 ②運動不足 ③タバコの吸い過ぎ ④飲酒が適量を越えている ⑤お茶やコーヒーの飲み過ぎ ⑥薬の種類や量が多い ⑦家族の心配ごとが多い ⑧家族関係が良くない ⑨家事の加重な負担 ⑩日常生活の大きな変化 ⑪友人や隣人とのトラブル ⑫仕事上の不満 ⑬同僚や上司との関係が良くない ⑭自分の業績が心配 ⑮時間の無駄遣い ⑯多忙 ⑰特に心配はないであった。日本人はほとんどの項目に関して若年層ほど高い回答率を示した。特に「運動不足」については、10・20歳代が83.5%、30・40歳代が77.8%と高率を示した。50・60歳代では「多忙」、70歳以上では「薬の種類や量が多い」が高かった。デンマーク人の場合、生活上の健康の認識に関して、年代別の傾向はとくにみられなかった。日本人、デンマーク人ともに10・20歳代の「運動不足」、「多忙」、「睡眠や休息の不足」、「時間の無駄使い」の回答が高いことが共通していた。「特に心配はない」という回答は、日本人では高年齢層ほど高く、デンマーク人では30・40歳代が著明に高かった。

健康に影響する環境に関する認識について

は、次のような項目をあげて複数の回答を求めた。①天候の不順 ②冷房・暖房の使い過ぎ ③大気圏外からの放射線・電磁波・紫外線 ④ハイテク機器を使用する作業の影響 ⑤大気汚染・排気ガス・粉塵・煤煙 ⑥汚染された水・病原菌に汚染された水 ⑦汚染された食品、病原菌に汚染された食品 ⑧事故の被害 ⑨自然災害 ⑩病原体の感染 ⑪環境ホルモンなどの環境汚染 ⑫特に心配はない、であった。日本人は、各項目について年代別の差はみられず、30～40%の回答率を示し、デンマーク人は各項目の回答の割合は日本人に比べて若干低く10～20%であった。両国とも「環境汚染の心配」、「大気汚染・排気ガス・煤煙・粉塵」などの回答が高かった。

健康に影響する社会に関する認識については、次のような項目をあげて複数の回答を求めた。①保健福祉政策に不満 ②収入が不十分 ③健康を害する社会風潮・習慣 ④社会資源を入手しにくい ⑤病院を受診しにくい ⑥性差による差別に不満 ⑦性行為感染症の危険 ⑧薬物常用に巻き込まれる心配 ⑨犯罪の被害の心配 ⑩家族や周囲の人からの暴力の心配 ⑪争いに巻き込まれる心配 ⑫紛争に巻き込まれる心配 ⑬特に心配はない、であった。特徴的なことは両国ともに30・40歳代の「収入が不十分」という回答が高かったことである。「保健福祉政策に不満」について、日本人の回答が30・40歳代で44.4%、50・60歳代で32.2%と高かったのに対して、デンマーク人の回答は各年代で10%から15%と低かった。両国ともに各項目の回答率は低かったが、年代別には、日本人の30・40歳代が比較的高い回答率であった。

3. 日常の保健行動

日常の健康法の実施については、次のような項目をあげて実施しているものの複数回答を求めた。①栄養バランスのとれた食事

- ②汚染されていない水や食品 ③サプリメント ④運動やスポーツ ⑤十分な睡眠や休息
⑥整体療法・エステティック・フットケアなど ⑦過労を避ける ⑧飲酒を控えている・やめた ⑨タバコを控えている・やめた
⑩医薬品の使用を最小限にする ⑪定期健康診断 ⑫ストレスコントロール ⑬暴力の危険を避ける ⑭事故の危険を避ける ⑮環境を汚染しない ⑯病原体の感染を避ける
⑰趣味や芸術活動 ⑱ボランティア活動 ⑲宗教活動 ⑳特にやっていないであった。

日本人の回答の高い項目は「栄養バランスのとれた食事」「十分な休養や睡眠」、「ストレスコントロール」、「定期的な健康診断」で、ほとんどの項目で年代が上がるほど回答率が高かった。しかし、実施率は比較的的低く、ほとんどの項目について、全ての年代で50%未満であった。50%を越えた項目は、70歳以上の「栄養バランスのとれた食事」80%と「定期的な健康診断」78%であった。デンマーク人は日本人に比べて、健康法の全ての項目、全ての年代で回答率が高かった。また、全般的に若年層ほど実施率が高い傾向がみられた。特に回答率が高い項目は、各年代の平均で「運動やスポーツ」54.9%、「栄養バランスのとれた食事」64.1%、「サプリメントの利用」43.0%、「タバコを控えている・やめた」45.3%であった。日常の保健行動として健康法の実施率は、日本人はデンマーク人に比べて低い傾向がみられた。日本人の健康法の主なものは、栄養と睡眠・休息、ストレスコントロールで、デ

ンマーク人の健康法は運動、食事、サプリメント、禁煙であった。年代別の実施では、日本人は各項目について若年層より高年層のほうが実施率が高く、デンマーク人は年代別の差はみられなかった。

健康に関連する学習活動として、次のような項目をあげて複数で回答を求めた。①新聞・雑誌・テレビの記事や番組 ②保健所・役所からのパンフレット ③講演会や学習会への参加 ④自主グループ活動 ⑤特にやっていない。実施率の高かった項目は、両国ともに「新聞・雑誌・テレビの記事や番組」で各年代50%を越えた。年代別には、日本人は年代が高くなるほど実施率が高く、デンマーク人は若年層ほど実施率が高かった。日本人は「講演会や学習会」の回答率も高く、これも年代が上がるにつれて高くなった。

これから実施したい健康法について自由記述で回答を求め、類似した内容を分類した結果、次のような13項目が抽出された。①栄養・食事 ②サプリメント ③運動・スポーツ ④休養・睡眠 ⑤整体療法・エステティック・フットケア ⑥過労を避ける ⑦禁煙 ⑧定期的健康診断 ⑨ストレスコントロール ⑩趣味・芸術活動 ⑪現状維持 ⑫特に何もしない ⑬その他であった。日本人の回答は、各年代ともに「運動・スポーツ」に集中し、10・20歳代が61.5%、30・40歳代が66.7%、50・60歳代が55.6%、70歳以上が71.4%であった。その他の回答では「栄養・食事」の項目について、10・20歳代が12.1%であった。デンマーク人の回答は、「運動・スポーツ」が最も多く、10・20歳代が46.2%、30・40歳代が61.5%、50・60歳代が42.1%、70歳以上が7.1%であった。デンマーク人の回答では「栄養・食事」

も回答率が高く、10・20歳代が38.5%、30・40歳代が46.2%、50・60歳代が21.1%であった。10・20歳代では「禁煙」という回答も10.8%あり、各年代で「その他」の回答が多く、しかも抽象的な価値を含んだ内容であったのもデンマーク人の特徴であった。

4. 健康政策への期待

行政に期待する健康政策について自由記述で回答を求め、類似した内容をまとめて分類した結果、次のような12項目が抽出された。

①経費的支援 ②施設設備の充実 ③環境保全・食品安全 ④心の健康 ⑤働き方の支援 ⑥健康教育 ⑦十分な医療 ⑧支援制度の充実 ⑨学校教育 ⑩十分・感謝している

⑪特になし・期待しない ⑫その他であった。日本人の回答は、各年代で期待する政策にばらつきがみられ、さまざまな分野の政策を期待すると回答された。比較的多くみられた回答は、30・40歳代の「施設設備の充実」27.8%と「健康教育」11.1%、であった。「経費的支援」という回答は年代が上がるほど多くなる傾向がみられた。「特になし・期待しない」という回答も多く、10・20歳代で15.4%、30・40歳代で22.2%、50・60歳代で8.3%であった。また無回答も多く、10・20歳代が45.1%、30・40歳代が33.3%、50・60歳代が33.3%、70歳以上が42.9%であった。デンマーク人の回答率が高かった項目は「十分な医療」と「支援制度の充実」であった。「十分な医療」の期待は、10・20歳代が23.1%、30・40歳代が38.5%、50・60歳代が21.1%、70歳以上が10.1%であった。「支援制度の充実」は、10・20歳代が24.6%、30・40歳代が23.1%、50・60歳代が26.3%、70歳以上が10.7%であった。デンマークでは「特

になし・期待しない」という回答は、10・20歳代で1.5%、30・40歳代で7.7%、50・60歳代で5.3%、70歳以上で10.7%と少なかったが、無回答は日本人と同様に多く、10・20歳代が27.7%、30・40歳代が15.4%、50・60歳代が15.8%、70歳以上が46.4%であった。

行政の健康政策への期待は、日本人は「経費的支援」と「健康教育」で、デンマーク人は「十分な医療」と「支援制度の充実」という特徴があった。年代別の違いがみられたのは「特になし・期待しない」という回答で、日本人では若年層が、デンマーク人は高年層が高いという傾向がみられた。

5. 健康と生活の評価

健康でないと生きにくい社会と思うかどうかについて、「非常にそう思う」「ややそう思う」「あまりそう思わない」「まったくそう思わない」の4段階で回答を求めた。日本人の年代別の回答の割合を図2-1に示した。日本人の場合、「非常にそう思う」と「そう思う」という回答は30・40歳代が100%、50・60歳代が91.6%と高く、10・20歳代は75.8%、70歳以上は64.3%と低くなった。デンマーク人の年代別の割合を図2-2に示した。デンマーク人の場合は「非常にそう思う」と「そう思う」という回答は日本人に比べて少なく、年代別には10・20歳代で42.0%、30・40歳代で72.0%、50・60歳代で56.2%、70歳以上で67.0%であった。日本人はデンマーク人に比べて、健康でないと生きにくい社会だと考えている割合が多く、しかも若年層ほどそのように考えている傾向がみられた。デンマーク人は、若年層も高年層も健康かそうでないかにとらわれている人は少なかった。

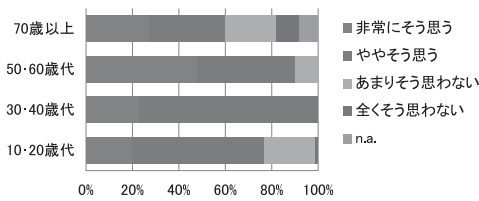


図2-1 健康でないと生きにくい社会か
(日本)

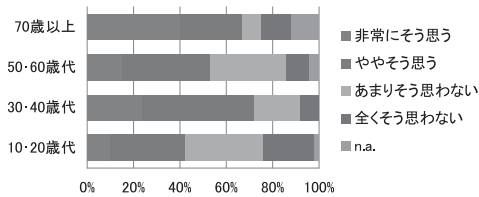


図2-2 健康でないと生きにくい社会か
(デンマーク)

生活全般の満足度について、「非常に満足している」「やや満足している」「やや不満である」「非常に不満である」の4段階で回答を求めた。日本人の年代別の回答の割合を図3-1に示した。満足であると回答したものは10・20歳代が67.5%と最も低く、年代が上がるにしたがって回答率は高くなった。デンマーク人の年代別の割合を図3-2に示した。デンマーク人は満足であると回答した割合が全体的に高く、特に30・40歳代では100%で、その中でも「非常に満足である」という回答は46.2%であった。他の年代層も、満足であるという回答は80%前後の高率であった。デンマーク人は生活の満足度が高く、年齢に違いはみられなかったのに対し、日本人はデンマーク人に比べて生活の満足度はやや低く、年代別には若者ほど満足度が低かった。

健康観について自由記述で回答を求めた結果、日本人では62.2%、デンマーク人では64.0%の回答が得られた。日本人の健康観の特

徴は具体的であるがネガティブな内容が多く、年代別では年代が高くなるにつれて心身の統合的な健康観が多くなった。具体的な内容は、「栄養バランスの取れた食事」、「適度な運動・ウォーキング・スイミング・」、「十分な休養」、「ストレスコントロール」、「心身の健康」などであった。デンマーク人は「自立して」と表現しているが、日本人は「・・に迷惑をかけないで」「・・を頼りにしないで」と表現していた。デンマーク人の健康観は、身体面の健康が大事であるという記述が各年代で多かった。「自立」や「生活の満足」、「快適さ」、「幸せ」、「意義ある人生」という記述も各年代の回答に見られたことは注目される。

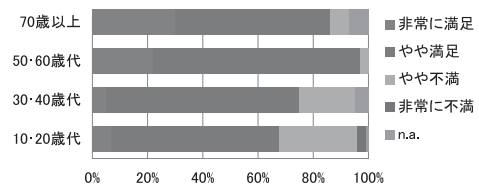


図3-1 生活の満足度
(日本)

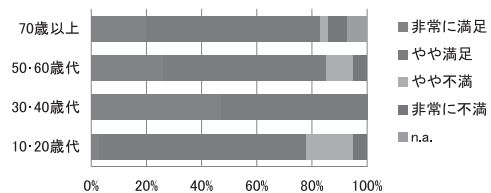


図3-2 生活の満足度
(デンマーク)

V. 考 察

デンマークと日本には、物理的な環境として北ヨーロッパと東アジア、人種的な違いとして白色人種と黄色人種、社会経済的な環境として福祉水準の違いなど、この2国間の相違には大きなものがある。生活大国、福祉大国と称されるデンマークは、まさに世界最高の福祉水準を誇っている。一方日本は、世界トップクラスの経済大国と認められながら、保健福祉施策に関してまだ多くの課題を抱えている。こうした社会情勢の違いは、人々の人生観、健康観、ライフスタイル、保健行動に大きな影響を与えるものと考えられる。あるいは逆に、人々の人生観や健康観が社会の保健福祉情勢や国の保健福祉施策を作り上げるとも言える。いずれにしろ、両国とも工業先進国として国民一人ひとりの暮らしぶりは豊かで、清潔で、栄養は保たれ、戦争・紛争のような生命に対する脅威はなく、宗教や信条などに関連する差別や脅威は少ないという共通の基盤がある。日本とデンマークにおける主要衛生統計を表2に示した。乳児死亡率や平均寿命は、若干日本の成績が良いが、デンマークも健康先進国であり、前述のWHOの報告⁴⁾に照らし合わせれば、両国の人々は、豊かさ起因した健康上の問題すなわち高血圧症、高コレステロール血症、煙草と過度のアルコール消費、肥満と身体的な怠惰などの問題が推測される。以下に、日本人とデンマーク人に分けて保健行動と健康観について考察した。

1. 日本人の保健行動と健康観

健康に関する認識と日常の健康法の実施の

結果から、日本人の場合は健康に関する認識と保健行動の実施に乖離がみとめられた。身体面の健康、心理面の健康、健康に影響する生活・政策や環境に関する認識では心配があるにもかかわらず、日常の健康法の実施率は低かった。年代別の分析では、日本の若者の心身両面の健康意識と健康法の実行の低さ、逆に中高年の心身両面の健康意識の高さと熱心な保健行動がしめされた。日本経済新聞社が2005年5月に行った「医療と健康に関する調査」⁵⁾の結果でも、健康に対する関心の高まりに維持増進のための活動が追いついていないと指摘されている。同調査では具体的な健康状態で「目の疲れ」を訴えたものが20歳代から40歳代で多かったと報告しているが、本調査でも「歯や目・耳の不調」の回答率が高く、しかも30歳代から60歳代の働き盛りに多いという結果であった。感覚器系のコンディションは加齢の影響を受けやすいが、それだけでなく仕事上のストレスや近年増加しているパソコンなどの電子機器の使用が影響していると考えられる。また、日本経済新聞社の調査では、サプリメントや健康食品などの利用率が42.8%と高いことを報告し、健康意識の高まりに加えて、コンビニなどで手軽に購入できるようになったことが影響していると分析している。本調査の日本人の「サプリメント」の利用は低く、調査対象が医療保健学部の学生や教育職、保健医療職が多かったことから、手軽にサプリメントに頼らず「栄養バランスのとれた食事」などの基本的な生活に基づいた保健行動をとっているものと考えられる。健康に影響する環境に対する認識で、

日本人は年齢に差がなく環境に関心が高いことが示された。日本人の大気汚染や環境汚染に対する心配の高さは、環境保全の世界的な動きからの影響と考えられる。また、戦後の経済復興・高度経済成長の中で自然を破壊し、自然環境を汚染し、それが公害となって我々自身に降りかかってきた過去の経験を多くの日本人は記憶している。多くの死や苦しみや、告発や闘争や裁判を経験し、自然環境回復への取り組みにも関わらず、環境汚染は我々の生活の身近にいまだに沢山残っている。一度汚染した環境を元の自然な状態に戻すことの難しさを自覚する人は多い。日本人がデンマーク人に比べて健康に影響する環境への関心が高いのはこのような過去の経験によるものと考えられる。

保健福祉政策に対して、日本人の30・40歳代が高い要望を示したが、この年代は子育てやマイホームの購入、しごと、趣味や生涯学習など生活のあらゆる場面で最も経済的な負担がかかる時期である。本調査のこの年代の職業構成は研究職と教育職であったことから、年代と職業柄の特性を反映した政策や社会情勢に関する問題意識の高さを表していると考えられる。デンマーク人に多かった「ウェイティングの解消」という意見は、日本人にはみられなかった。行政に期待する保健福祉政策は具体的で詳細にあげられ、勤勉でまじめな国民性がうかがえる反面、「特になし・期待しない」などの記述からは政治に対する根強い不信からあきらめの心境もあるように考えられる。「3時間待ちの3分診察」という悪評高い医療体制であるが、一般に予約なしでも受診すればその日のうちに診察を受けることができ、当面の苦痛を緩和する治療処置

を受け、精密検査なども心配になるほど待たされることはない。こういうシステムやこのようなレベルの医療体制は一定の評価を受けて良いだろう。WHOは2000年、日本の医療提供システムを世界1位と評価したが⁶⁾、それを知る日本人は少ない。健康や命にかかわる問題に関して、どこまでもより良い対策を求めることは重要であるが、日本人自身が作り上げた日本の医療提供システムに対して、もっと良い評価を与えたいものである。

日常の保健行動に関して、日本人は中高年層のほうが積極的に活動し、若者は消極的であった。現在の日本の中高年層は、老齢年金や退職金を基盤に比較的経済的に安定している年代である。子どもたちは独立し、介護すべき親がいない場合は時間的余裕もある。徐々に進んできた家族観の転換により、老後の介護を子ども世代に頼ることは、または頼りたくないと考えようになっており、そうしたことが中高年層に積極的な保健行動をとらせているとも考えられる。日本人の健康法の特徴は、運動法やオルタナティブメディスン、生活のゆとりなど多彩な内容が含まれていることであった。

健康と生活の評価や健康観において、日本人はデンマーク人に比べて、健康でなくては生きにくい社会であると考えている人が多く、自分自身の生活に満足している人が少なかった。この傾向は若年層ほど高かった。日本人の健康観は、具体的な幅広い健康状態を示しているがネガティブな表現が多く、完璧型消極的健康観と言える。

2. デンマーク人の保健行動と健康観

本調査の結果から、デンマーク人は心身の

不調の認識は少なく、物質の豊かさや生活の便利さに伴う弊害を避けて、健康な生活を営んでいると言える。若者は若者らしくエネルギーなコンディションを自覚し、加齢とともに心身のコンディションに不調を感じるという自然なパターンを示していた。健康に影響する政策や社会に関する認識では、国民一人ひとりの政策に対する個別な要望はあるにしても、社会的な安定が保たれていることを示しており、高福祉施策を実現している自国への評価を表していると考えられる。健康に影響する環境に対する認識には、若い世代の環境保全の意識が高いことが示された。ヨーロッパも過去に深刻な環境汚染と公害の経験を持っている。しかし、現在デンマークは環境先進国を歩んでおり、風力発電などを筆頭に生活のあらゆる面できめ細かい環境保全に取り組んでいる。年代別の分析では若者ほど健康に関するネガティブな意識が少なく、年代が上がるにしたがって健康を心配するという結果を示した。

デンマーク人は日本人に比べて、日常の健康法の実施率が高く、しかも年代による差はみられなかった。体調の変化を感じたり、マスクミが取り上げたり、家族や知人が病気をしたり、医療者や家族の勧めに従って健康法をはじめるといった日常の様子を感じ取れた。また、健康法には「愛すること」や「幸せな人生」という人生のエッセンスともいえるべき記述がみられ、自分が行っている健康法を肯定する表現が多く、これらは生活の満足度の高さと相呼応する結果と考えられる。デンマーク人が行政に期待する健康政策は、経費的支援と支援体制、十分な医療の3点に集中したことが特徴であった。経費的支援の内容

は、医療や福祉を無料にという声であったが、デンマークはすでに医療、福祉、教育は無料で行われているはずである。支援体制については、必要な時に必要な内容の支援をというものであった。医療や福祉の支援は、必要な時に必要な内容の支援を必要な程度に実施されることが理想と考えられる。筆者がデンマークの福祉施設等を見学した際も、利用者個人の希望や必要に応じた個別なケア計画が立てられ、本人の自立状態に合わせた個別なケアが実施されていた。説明の中で、何度も「インディヴィジュアル・プラン」、「インディヴィジュアル・ケア」という言葉が繰り返されたことが記憶に残っている。医療に対する期待は、受診や入院時のウエイティングの短縮、迅速な対応、高度な医療技術などであった。デンマークの医療制度では、人々は直接総合病院や専門病院を受診することはなく、まず家庭医を受診し、その結果で総合病院や専門病院を紹介されるというシステムになっている。そのため、病院を受診したり入院するためのウエイティング期間があり、その間本人および家族は焦りを募らせあるいは病状が悪化したり、心身共に苦しい期間を送る事もあるものと考えられる。

健康と生活の評価に関して、約半数のデンマーク人は健康でなくても生きやすい社会であると考えており、8割強の人が生活に満足を感じ、年代別の相違はみられなかった。これは高福祉を実現している自国の社会制度への高い評価であると同時にポジティブな健康観を表している。彼らの健康観は、自立、快適、幸せ、満足などのキーワードで表される生活である。デンマーク人の健康観は満足型積極的健康観ということが出来る。彼らは日

常の健康管理を着実に実施し、政策に対する要望もしっかり表明し、だからこそ自分自身の現在の生活に満足している。これこそ、ポジティブヘルスと言える健康のあり方ではな

いだろうか。こうした結果を参考に、今後の健康教育の方向性や内容を新たなものにできるものとする。

表2 日本とデンマークにおける主要衛生統計

項 目	数 ・ 率	
	日本 *1	デンマーク *2
1 人口	1億2590万8000人	533万7000人
2 出生数	117万0662人	6万6232人
3 出生率（人口千対）	9.3	12.4
4 死亡数	97万0331人	5万9156人
5 死亡率（人口千対）	7.7	11.1
6 乳児死亡数	3599人	281人
7 乳児死亡率（人口千対）	3.1	4.2
8 平均寿命 男性	78.32年	74.65年
9 平均寿命 女性	85.23年	79.23年

*1 2001年の統計

*2 1999年の統計

平均寿命の作成基礎期間は2001-2002

VI. おわりに

個人の保健行動と健康観の国際的な相違と若年層と高年層の相違を明らかにすることを目的に、日本とデンマークにおける健康に関する意識と日常の健康法などに関する調査を行い、若干の知見を得た。本調査は、デンマークと日本における健康観や保健行動に関して明らかな相違があり、その内容も興味深いものであったが、対象者数が少なく背景なども限定されているため、この結果を一般化することにはむずかしさがある。また、デンマークにおける調査結果は、調査票や自由記述欄の記述を翻訳する際のニュアンスの汲み取り

などに限界が推測される。しかし、国際比較調査であることと、幅広い年代層のデータが得られたことは貴重であるため、結果を公表することにした。今後は、さらに各年代の対象者を広げて研究を深めたい。

謝辞

本研究を行うに当たり調査にご協力いただきました対象者の皆様に、心から感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 後閑容子、蝦名美知子、大西和子編：健康科学概論 第3版、スーヴェルヒロカワ、pp45-46、2003
- 2) World Health Organization : The WORLD HEALTH REPORT 2002 Reducing risks, Promoting healthy life, WHO, <http://who.int/whr/2002/en/>
- 3) ローレンスW. グリーン、マーシャルW. クロイター著、神馬征峰他訳：ヘルスプロモーション PRECEDE-PROCEEDモデルによる活動の展開、医学書院、東京、1997
- 4) 三前掲書2)
- 5) 日本経済新聞社：健康意識と行動に関する調査報告、日本経済新聞、7月3日、p10-11、2005
- 6) 厚生統計協会編：国民衛生の動向、厚生統計協会、56 (9)、p169、2009