

# 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

三澤 仁平

## 1 はじめに一健康不安社会を生きるということ

### 1.1 健康不安社会を生きるわれわれ日本人

1970年代後半から健康不安の高まりが大きくなってきたことが指摘されている(上杉 2007)。実際に統計データからもその様相がうかがえる。内閣府による『国民生活に関する世論調査(平成24年6月調査)』によれば(内閣府大臣官房政府広

報室 2012)、およそ70%もの日本人が日常生活の中で悩みや不安を抱えていることが明らかになっている。

また、その悩みや不安の内容を並べてみれば(図1)、半数近くの人びとが自身の健康、4割もの人びとが家族の健康に対する何らかの悩みや不安を抱えていることが明らかになっている。悩みや不安のトップに上がった老後の生活設計への不安というのも、その不安には高齢期における健康へ

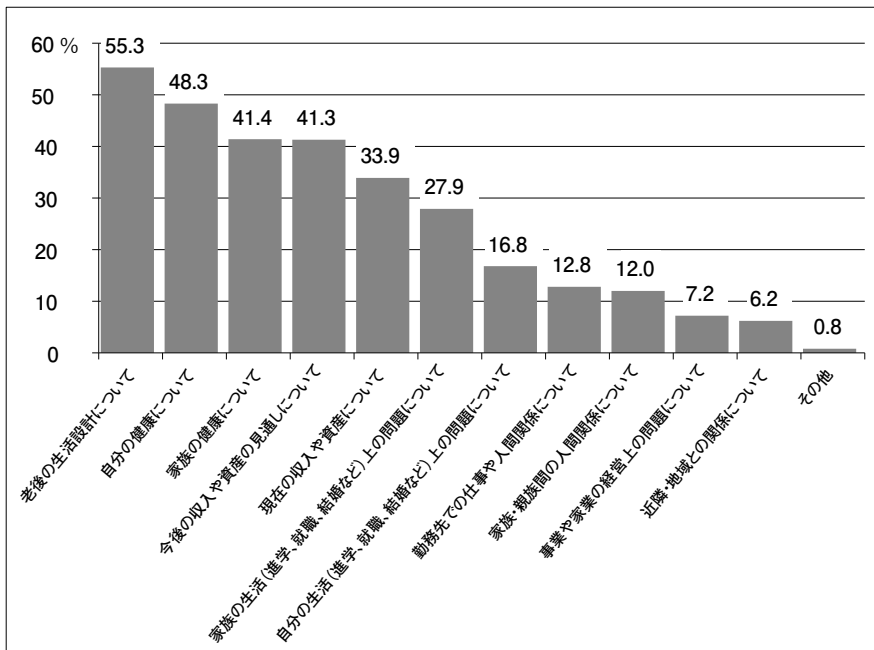


図1 日常生活における悩みや不安の内容(国民生活に関する世論調査より作成)

の不安も大きく含まれていることは容易に推察されることから、現代社会に生きるわれわれ日本人にとって健康不安というキーワードが大きな意味を持っていると考えられる。さらに、ここ10年間の悩みや不安の内容の推移を見てみても（図2）、一貫して健康に対する不安が上位を占めている傾向が見て取れる。

しかし、われわれ日本人はもともとこのように健康不安を抱いて社会生活を送っていたわけではない。先述の『国民生活に関する世論調査』結果を使って、日常生活上の悩みや不安に関する要素の経時的傾向を分析した上杉（2007）によれば、「1970年代前半まで人びとは、健康への不安よりも経済的な不安をより強く感じて」（p.97）おり、それ以降は、健康に対する不安が上位を占めるようになったと指摘している<sup>1)</sup>。

このように現代社会に生きるわれわれ日本人は、健康に対する何らかの不安を抱いており、しかも、その傾向は1970年代後半より大きくなっている傾向がうかがえる。

ところで、健康に対する不安感と一言で言って

もその意味するところは、文脈によって大きく異なる。なぜならばこの健康不安は医学と非常に親和性が高い概念だからである。健康不安を厳密に定義すれば、「身体的な変化が深刻な疾患を示唆するのではないかと思うときに生じるようなよくある経験のこと」と言える（Gordon et al 2010）。そして医学的解釈のもとで、しかもその多くは心気症との関係で議論が展開される<sup>2)</sup>。しかし、われわれが健康に対する不安感、健康不安と言ったときに、心気症に関する症状まで意識しているとは考えにくい。そこで、本稿では、健康に対する漠然とした不安感という意味合いで健康不安をあつかうこととする。

## 1.2 健康不安社会に関する研究の語られ方

では、このように、現代社会に生きるわれわれが、健康に対する不安を抱いているという現状について、これまでどどのように語られてきたのかを整理してみたい。

上杉（2009）は、健康を個人にとっての健康（ミクロな健康）と社会の基準による健康（マク

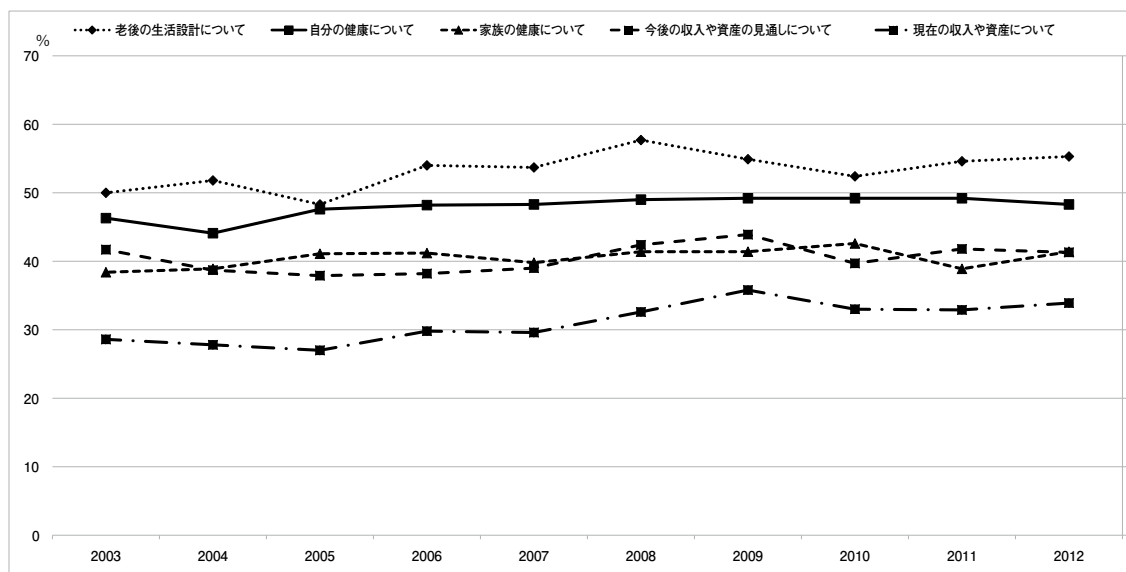


図2 悩みや不安の内容の推移（国民生活に関する世論調査より作成）

口な健康)の2軸から再定義した上で健康不安が生まれることを指摘している。つまり、近代国家は社会的基準への同調を求めた宣伝をすることで、ミクロナ健康は社会的に求められる健康の基準を達成目標としてしまい、社会が求める基準が高くなることで、自分が健康かどうかわからなくなった個人は、健康への不安が生まれるとしている。また、長谷川(2007)は、本来、よりよい生活や満足できる生活を送るために健康を志向していたにもかかわらず、それがエスカレートすることで健康であること自体が目的となってしまったことで、病気になることや検査データからの逸脱を恐れ、ノイローゼ的な健康不安が生じていると指摘している。また、上杉(2008)は、健康不安を再生産、もしくは助長する業態として、メディアや健康・医療に関わる産業などをあげている。これらの知見を簡潔にまとめてしまえば、現代日本社会は、健康であることを要求される社会であり、そのことによって健康不安が生じてしまったという論調が強調されていると言える。つまり、「社会の医療化」に対するアンチテーゼとしての健康不安が語られていると言えよう<sup>3)</sup>。

また、医療や健康を基準にした社会の仕組みという視点ばかりでなく、個人の要因も考慮に入れると、ストレスを感じる程度が強いことや体力への自信が低下することなど個人の健康状態が健康に対する不安感と大きな関連があることが明らかにされている(上杉2007)。

しかし、これらで明らかにしていることは、医療政策・健康政策およびそれらのメディアを通じた宣伝などによる健康不安への影響、または健康状態の程度による健康不安への影響といったように、直接的に医療や健康と結びつきうる要素を前提として分析されており、現代社会のありようがいずれも反映されていないという問題が残る。つまり、これまでの議論では医学・医療関連領域の視点から脱却できていないため、現代社会の状況を鑑みて検討する必要があると考えられる。

先に示したように、国民生活における悩みや不

安の内容において健康不安が上位にあるだけでなく、今後の収入や資産の見通しに関する不安や、現在の自分の生活などに関する不安も非常に大きな要素としてあげられる(図1)。すなわち、われわれ日本人は社会生活を送っていくことについての不安な要素が非常に大きい様相を示していることが明らかである。また、将来に希望が持てる人と、将来に絶望している人との間に分裂が生じていると指摘した希望格差社会などに見られるように(山田2004)、現在の社会生活に関する不安ばかりでなく、今後の社会生活に対する展望への不安感も考慮に入れた上で、健康不安との関連を明らかにする必要があると考える。

このように、将来への展望および現在の社会生活を送る上で生じるさまざまな不安があるという現代社会の状況を鑑みれば、それら不安が自身の健康不安へ何らかの影響があるのではないかと考えられる。そこで本研究では、将来への展望および現在の社会生活に関する不安と健康不安との関連を明確にすることを目的とする。

## 2 方法—統計的社会調査を用いた計量分析

### 2.1 分析対象・データ

2009年5月から7月にかけて実施された「健康と暮らしに関する意識調査」の個票データを用いる。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1,500名である。具体的には、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。調査方法は、郵送により配布・回収を行った。回収標本数は1,018名(回収率68.6%)であった。

なお、この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。

## 2.2 変数

### 2.2.1 目的変数—健康不安

目的変数は、健康不安をあらわす変数である。健康不安に関する尺度が開発されつつあるが（山内ほか 2009；鈴木ほか 2010）、ここで示されている尺度はおもに精神医学における文脈で用いられる尺度であるため、質問項目が複雑になりすぎることや、端的にわれわれ日本人がどのように健康不安を感じているのかを示すのには、単一項目の方が適切であると考えたため、以下の問いで健康不安を測ることとした。

具体的には、「あなたは現在、ご自分の健康に不安を感じることがありますか」という設問に対し、「いつも不安を感じる（=4）／ときどき不安を感じる（=3）／あまり不安を感じない（=2）／まったく不安を感じない（=1）」の4件法で評価した。分析に際しては、連続変数として用いることとした。

### 2.2.2 説明変数—将来への展望と現在の社会生活に関する不安

説明変数としての将来への展望と現在の社会生活に関する不安変数は、「生活満足」「経済不安」「将来希望」の3つの変数を用いることとする。

まず、「生活満足」は、「現在の生活全般に満足していますか」という問いに対して、「満足していない（=1）」から「満足している（=5）」までの5件法でたずねた。つぎに、「経済不安」は、「今後の収入や資産の見通しについて、あなたは不安を感じますか」の問いに「まったく不安ではない（=1）」から「とても不安である（=4）」までの4件法で評価した。最後に、「将来希望」は、「将来の自分の暮らしに希望がありますか」の問いに対して「まったく希望がない（=1）」から「大いに希望がある（=5）」までの5件法でたずねた。これら3つの変数についても健康不安に関する変数と同様にいずれの変数も、連続変数としてあつかうこととした。

### 2.2.3 統制変数—個人の属性

つぎに、健康不安と将来への展望と現在の社会生活に関する不安との関連に影響を与えていると考えられる以下の個人の属性に関する変数を統制変数として採用することとした。

#### [1] 性別

ただし、男女別の分析の際は除外する。

#### [2] 年齢階級

20～29歳／30～39歳／40～49歳／50～59歳／60～69歳、の5カテゴリーに分類した。

#### [3] 婚姻状況

既婚／未婚／離・死別、の3つのカテゴリーに分類した。

#### [4] 主観的健康感

主観的健康感とは、健康状態をもっとも簡潔に測る指標である。世界中で27ものコホート研究の結果をレビューした報告では、死亡率の予測によりプリディクターであると言われている（Idler and Benyamini 1997）。また、医師が客観的なデータによる診断を行った健康状態よりも、本人の主観的な判断による健康状態の評価の方が、将来の身体機能低下を予測する力が高かったとも指摘されている（Ferraro and Su 2000）。これらのことから主観的健康感とは死亡率、身体機能低下いずれに対してもよい指標であることがうかがえる。

一般にこの主観的健康感とは、主に疫学研究などでは、よい／わるい、の2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<sup>4)</sup>、情報量を縮約することなく推定させるために連続変数として分析に用いた。数字が大きいほど健康状態がよいことをあらわす。

#### [5] 社会経済的地位

社会経済的地位は、「教育水準」「就業状況」「等価所得」の3変数を用いた。はじめに「教育水準」は、高校卒／短大・専門学校・高専卒／大学卒以上の3カテゴリーを用いた。つぎに、「就業状況」は正規雇用／非正規雇用／自営・自由業／失業・定年者／家事従事者／その他の無職の6カテゴリーを採用した<sup>5)</sup>。最後に「等価所得」は、

まず収入カテゴリーの中央値を連続量とみなして、世帯人員の平方根で除したものを算出した等価世帯所得を算出し、それを200万円未満／200万円から400万円未満／400万円以上／MISSING、の4カテゴリーに分類した<sup>6)</sup>。

### 2.3 分析方法

健康不安変数を目的変数にした階層的な一般線形モデルを行った。まず、現在の生活と将来への展望に関する3変数のみを入れたモデル1を解析した。つぎに、モデル1に性別・年齢で調整したモデル2を実施した。最後に、モデル2にそれ以外の統制変数を投入してモデル3を実行した。

また、性別による影響の大きさの違いもあわせて検討するため、同様の手順で、男女別に一般線形モデルを実施し、性別による違いを示した<sup>7)</sup>。

分析に際しては、主要な変数に欠損があったものを除いたサンプル(n=906)を用いて分析を行った<sup>8)</sup>。統計学的な有意水準は5%とした。

## 3 結果

### 3.1 対象者全体の記述統計量：個人属性について

分析対象者906名について、対象者全体と、男性、女性それぞれについて個人属性を示した(表1)。

男性45.7%、女性54.3%で、平均年齢は46.0±13.6歳であった。男女別で大きな違いが認められたのは、就業状況であり、男性の方が正規雇用者の割合が高く、一方で女性は非正規雇用者や家事従事者の割合が高いことが認められた。なお、男性の家事従事者の実数が3名しかいなかったため、一般線形モデルによる解析に際しては、このサンプルを分析から除外した。

同様に、教育水準についても、男性の大学卒以上の対象者割合が高いが、女性は専門学校や高専、短大卒の対象者割合が高い傾向がうかがえた。

一般的に社会調査では収入に関する質問の回答率の低さはよく知られた知見であるが、本調査研

究においても同様に無回答者の割合が高いことが認められた<sup>9)</sup>。

### 3.2 対象者全体の記述統計量：将来への展望と現在の社会生活に関する不安・健康不安について

つぎに表2では現在の生活と将来への展望・健康不安に関する変数の記述統計量を示した。健康不安に関しては、平均値が2.73であった。表には示さなかったものの、「いつも不安を感じる」「ときどき不安を感じる」をあわせた対象者割合は、全体の70%近くを示しており、多くの対象者が健康に対して不安を覚えている様相が明らかになった。

将来への展望と現在の社会生活に関する不安に関する変数では、「生活満足」「経済不安」「将来希望」それぞれの平均値が3.29、3.14、3.05であった。表には示さなかったが、満足している／どちらかといえば満足していると回答した生活に満足している対象者の割合は全体のおよそ半分を占め、ある程度不安である／とても不安であると回答した将来の経済に不安感を覚える対象者は85.3%、希望がある／大いに希望があると回答した将来へ希望を抱いている対象者は全体のおよそ3分の1であった。また、男女別で見てもこの傾向に大きな違いは認められなかった。

表3では将来への展望と現在の社会生活に関する不安、健康不安に関する変数間の相関を示した。経済への不安が大きいことと健康への不安感との間に正の相関、逆に、生活満足が高いことと将来へ希望を持っていることとが健康への不安感と負の関連があることが認められた。

### 3.3 健康不安と将来への展望と現在の社会生活に関する不安との関連

#### 3.3.1 全サンプルで見た場合

健康不安を目的変数に実施した一般線形モデルにおいて(表4)、まず将来への展望と現在の社会生活に関する不安に関する3変数のみを投入した

表 1 個人属性に関する記述統計量

	Total		Male		Female	
	<i>n</i>	(%) <i>mean SD</i>	<i>n</i>	(%) <i>mean SD</i>	<i>n</i>	(%) <i>mean SD</i>
性別						
男性	414	(45.7)				
女性	492	(54.3)				
年齢階級		46.0 13.6		46.9 13.7		45.3 13.5
20-29	131	(14.5)	57	(13.8)	74	(15.0)
30-39	187	(20.6)	77	(18.6)	110	(22.4)
40-49	197	(21.7)	91	(22.0)	106	(21.5)
50-59	199	(22.0)	94	(22.7)	105	(21.3)
60-69	192	(21.2)	95	(22.9)	97	(19.7)
婚姻状況						
既婚	606	(66.9)	286	(69.1)	320	(65.0)
未婚	226	(24.9)	107	(25.8)	119	(24.2)
離死別	74	( 8.2)	21	( 5.1)	53	(10.8)
主観的健康感		3.30 0.86		3.22 0.83		3.37 0.91
とてもよい	82	( 9.1)	30	( 7.2)	52	(10.6)
まあよい	266	(29.4)	104	(25.1)	162	(32.9)
ふつう	412	(45.5)	210	(50.7)	202	(41.1)
あまり良くない	134	(14.8)	66	(15.9)	68	(13.8)
悪い	12	( 1.3)	4	( 1.0)	8	( 1.6)
教育水準						
高校卒	410	(45.3)	187	(45.2)	223	(45.3)
専門学校・高専・短大卒	234	(25.8)	66	(15.9)	168	(34.1)
大学卒以上	262	(28.9)	161	(38.9)	101	(20.5)
就業状況						
正規雇用	367	(40.5)	256	(61.8)	111	(22.6)
非正規雇用	213	(23.5)	50	(12.1)	163	(33.1)
自営・自由業	54	( 6.0)	32	( 7.7)	22	( 4.5)
失業・定年	75	( 8.3)	49	(11.8)	26	( 5.3)
家事従事者	142	(15.7)	3	( 0.7)	139	(28.3)
その他無職	55	( 6.1)	24	( 5.8)	31	( 6.3)
等価所得 (万円)						
200万円未満	166	(18.3)	72	(17.4)	94	(19.1)
200万円～400万円未満	343	(37.9)	143	(34.5)	200	(40.7)
400万円以上	270	(29.8)	127	(30.7)	143	(29.1)
MISSING	127	(14.0)	72	(17.4)	55	(11.2)

表 2 将来への展望と現在の社会生活に関する不安と健康不安との記述統計量

	Total		Male		Female	
	<i>mean</i>	<i>SD</i>	<i>mean</i>	<i>SD</i>	<i>mean</i>	<i>SD</i>
目的変数						
健康不安	2.73	0.62	2.71	0.64	2.74	0.60
説明変数						
生活満足	3.29	1.11	3.16	1.17	3.29	1.11
経済不安	3.14	0.68	3.12	0.69	3.40	1.05
将来希望	3.05	0.96	3.05	0.98	3.05	0.95

表3 健康不安と将来への展望と現在の社会生活に関する不安との相関係数 $r$ 。

	健康不安	生活満足	経済不安	将来希望
健康不安				
生活満足	-0.220 ***			
経済不安	0.161 ***	-0.416 ***		
将来希望	-0.187 ***	0.424 ***	-0.421 ***	

(注) \*\*\* :  $p < .001$

モデル1では、経済不安は健康不安に対する有意な効果は認められなかったが、現在の生活に満足していることや、将来へ希望を抱くほどに健康に対する不安感を覚えない効果があることが明らかになった。つぎに、性別や年齢階級で統制したモデル2においても同様の傾向が認められたものの、それら以外の個人属性変数を投入したモデル3では、将来希望の効果は消失した。一方、生活に満足している程度が強いことは一貫して健康不安に負の関連が認められた。またモデル1とモデル2ではほとんど関連が認められなかった経済的な不安感と健康不安との間に関連が見られた。個人属性と健康不安との間には、女性であること、年齢が壮年層、失業・定年者層に有意な正の関連が認められた。一方、主観的健康感、等価所得欠損カテゴリー者は有意な負の関連が認められた。

### 3.3.2 男女別で検討した場合

まず男性について(表5)、モデル1では、将来へ希望を持つことが健康不安と負の関連を示すことが有意に認められた。しかし、性別や年齢階級で統制したモデル2においては、将来へ希望をもつことと健康不安との関連は消失し、生活満足に有意な負の関連が認められた。最後に、性別や年齢階級以外の個人属性で統制したモデル3においては、現在の生活と将来への展望に関する3つの変数いずれも健康不安との関連が認められず、失業・定年カテゴリーに有意な正の関連、主観的健康感に有意な負の関連が認められた。

つぎに、女性に関して(表6)、モデル1では生活に満足していることは健康不安と負の関連があ

ることが明らかになった。性別、年齢階級で統制したモデル2においてもモデル1と同様の関連があった。最後にモデル3では、生活満足は健康不安と負の関連が一貫して認められたがその効果の大きさは大きく減少した。また経済的に不安を持つことは健康不安と正の関連が認められた。個人属性に関して言えば、モデル2で壮年期の対象者は健康不安と正の関連があったものの、モデル3では60歳代のみが関連を維持していた。主観的健康感に関しては男性と同様に女性もまた健康不安と有意に負の関連を示していた。また、男性では社会経済的地位に関する変数と健康不安との間に関連があったが女性ではそれらの変数に関連が認められなかった。

## 4 考察

### 4.1 不安という社会構造

本研究は、将来への展望と現在の社会生活に関する不安に着目し、それらが健康に対する不安とどのように関連しているのかを明らかにすることを目的に検討した。その結果、およそ70%の対象者が健康に対して不安感を抱いていることが明らかになった。また、対象者全体では経済的な不安を感じていることが健康不安と関連し、逆に生活に満足している者は健康にも不安を感じないということが明らかになった。しかし、男女別にかけて分析したところ、男性は将来への展望と現在の社会生活に関する不安と健康不安との統計学的に有意な関連は認められなかったものの、一方で、女性は対象者全体とおおむね同様の結果が示され

表 4 健康不安を目的変数にした一般線形モデルの結果

	model 1			model 2			model 3		
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i> *	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i> *	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i> *
切片	3.047	0.164	***	2.752	0.172	***	3.469	0.177	***
生活満足	-0.086	0.021	-0.155 ***	-0.105	0.021	-0.189 ***	-0.041	0.020	-0.075 *
経済不安	0.050	0.033	0.055	0.061	0.033	0.068 †	0.084	0.031	0.093 **
将来希望	-0.063	0.024	-0.098 **	-0.033	0.024	-0.052 **	0.030	0.022	0.046
性別									
男性				-	-	-	-	-	-
女性				0.066	0.040	0.054 †	0.115	0.044	0.093 **
年齢									
20 歳代				-	-	-	-	-	-
30 歳代				0.063	0.067	0.042	0.014	0.065	0.009
40 歳代				0.242	0.066	0.162 ***	0.136	0.069	0.091 *
50 歳代				0.278	0.067	0.187 ***	0.122	0.073	0.082 †
60 歳代				0.325	0.068	0.216 ***	0.188	0.076	0.125 *
婚姻状況									
既婚							-	-	-
未婚							-0.087	0.053	-0.061
離死別							-0.082	0.069	-0.036
主観的健康感							-0.313	0.022	-0.445 ***
教育水準									
高校卒							-	-	-
専門学校・高専・短大卒							0.011	0.045	0.008
大学卒以上							0.007	0.045	0.005
就業状況									
正規雇用							-	-	-
非正規雇用							-0.011	0.052	-0.008
自営・自由業							-0.030	0.080	-0.012
失業・定年							0.148	0.073	0.066 *
家事従事者							-0.060	0.064	-0.035
その他無職							-0.094	0.081	-0.036
等価所得									
200 万円未満							-	-	-
200 万円～400 万円未満							-0.045	0.052	-0.035
400 万円以上							-0.063	0.060	-0.047
MISSING							-0.150	0.065	-0.085 *
n	906			906			906		
F value	19.6***			12.4***			16.4***		
adj. R <sup>2</sup>	0.058			0.092			0.263		

(注) \*\*\* : p&lt;.001, \*\* : p&lt;.01, \* : p&lt;.05, † : p&lt;.10



表 5 健康不安を目的変数にした一般線形モデルの結果（男性のみ）

	model 1			model 2			model 3		
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i> *	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i> *	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i> *
切片	2.958	0.250	***	2.705	0.264	***	3.596	0.268	***
生活満足	-0.055	0.031	-0.102 †	-0.070	0.031	-0.127 *	-0.030	0.028	-0.055
経済不安	0.054	0.052	0.058	0.067	0.052	0.071	0.080	0.046	0.085 †
将来希望	-0.078	0.037	-0.119 *	-0.055	0.037	-0.084	0.035	0.034	0.054
年齢									
20 歳代				-	-	-	-	-	-
30 歳代				0.053	0.109	0.032	-0.035	0.102	-0.021
40 歳代				0.257	0.105	0.167 *	0.138	0.104	0.089 *
50 歳代				0.260	0.106	0.171 *	0.117	0.110	0.077
60 歳代				0.271	0.108	0.178 *	0.125	0.118	0.082 *
婚姻状況									
既婚							-	-	-
未婚							-0.084	0.079	-0.057
離死別							-0.234	0.124	-0.081 †
主観的健康感							-0.371	0.035	-0.485 ***
教育水準									
高校卒							-	-	-
専門学校・高専・短大卒							-0.030	0.082	-0.018
大学卒以上							0.047	0.063	0.036
就業状況									
正規雇用							-	-	-
非正規雇用							-0.027	0.092	-0.014
自営・自由業							0.079	0.106	0.033
失業・定年							0.233	0.098	0.118 *
その他無職							-0.077	0.123	-0.028
等価所得									
200 万円未満							-	-	-
200 万円～400 万円未満							0.047	0.083	0.035
400 万円以上							-0.066	0.092	-0.048
MISSING							-0.173	0.096	-0.103 †
n	411			411			411		
F value	7.0***			4.8***			9.9***		
adj. R <sup>2</sup>	0.042			0.062			0.292		

(注) \*\*\* : p<.001, \*\* : p<.01, \* : p<.05, † : p<.10

表 6 健康不安を目的変数にした一般線形モデルの結果 (女性のみ)

	model 1			model 2			model 3		
	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i> *	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i> *	<i>b</i>	<i>SE</i>	<i>b</i> *
切片	3.224	0.221	***	2.939	0.231	***	3.505	0.245	***
生活満足	-0.128	0.028	-0.227 ***	-0.142	0.028	-0.251 ***	-0.060	0.028	-0.107 *
経済不安	0.030	0.044	0.034	0.042	0.043	0.048	0.084	0.042	0.097 *
将来希望	-0.046	0.032	-0.072	-0.016	0.032	-0.025	0.030	0.031	0.047
年齢									
20 歳代				-	-	-	-	-	-
30 歳代				0.079	0.085	0.055	0.053	0.087	0.037
40 歳代				0.234	0.086	0.162 **	0.151	0.094	0.104
50 歳代				0.287	0.087	0.198 **	0.120	0.100	0.083
60 歳代				0.368	0.089	0.246 ***	0.224	0.103	0.150 *
婚姻状況									
既婚							-	-	-
未婚							-0.068	0.076	-0.049
離死別							-0.015	0.087	-0.008
主観的健康感							-0.265	0.030	-0.403 ***
教育水準									
高校卒							-	-	-
専門学校・高専・短大卒							-0.005	0.055	-0.004
大学卒以上							-0.098	0.069	-0.066
就業状況									
正規雇用							-	-	-
非正規雇用							-0.008	0.067	-0.006
自営・自由業							-0.149	0.127	-0.052
失業・定年							0.008	0.119	0.003
家事従事者							-0.052	0.075	-0.040
その他無職							-0.106	0.111	-0.043
等価所得									
200 万円未満							-	-	-
200 万円～400 万円未満							-0.096	0.069	-0.079
400 万円以上							-0.049	0.080	-0.037
MISSING							-0.103	0.091	-0.054
n	492			492			492		
F value	14.2***			9.9***			8.8***		
adj. R <sup>2</sup>	0.075			0.113			0.240		

(注) \*\*\* :  $p < .001$ , \*\* :  $p < .01$ , \* :  $p < .05$ , † :  $p < .10$

た。

この結果は、健康不安に関するこれまでの研究で見られていたように、医療や健康との関連で論じるばかりではなく、現代社会生活の観点から健康不安の湧出を検討することの重要性を示唆するものと言えるだろう。現代社会は、慣習的規範の弱体化により個人化社会を迎え、何がリスクなのかを自身で見分けなければならなくなっている（進藤 2004）。そのような現代社会の状況を鑑みれば、健康不安に経済不安や生活満足が関わっていたという結果は、社会生活における不安が影を落としている中、それらの処理をすべて自身でしなければならないという不安に満たされた社会構造そのものが、身体や健康への関心をより強めさせることで、逆に健康不安という形で表出したことを表しているのではないかと考えられる。つまり、健康不安とは、現代社会の不安定な社会構造を反映するものであると言えよう。そのような状況においては、リスクをすべて自己の責任で処理することの不安に対するささやかな抵抗として、社会的弱者は、比較的リスク管理がしやすいと考えられる自身の健康や身体を中心に物事を考えるようになって、つまり「寄る辺としての健康」（三澤 2011a）へ関心を寄せても何ら不思議なことではない。だが、不安はその対象が非常に漠然としており実体がないため、さらなる健康を追い求めようとするあまりに、そのことがかえって健康に対する不安感を生じさせるというパラドックスを生んでしまうのだと考えられる。現に、個人属性における結果からも、女性や高齢層および失業・定年など不安定な状態にいるものと健康不安との関連が認められたことから、社会生活における不安という社会構造による影響の証左と考えられる。40歳代の男性においても健康不安との関連が見られたが、その年代は健康不安を覚えやすいことが指摘されている（三澤 2011b）。身体的な変化が現れる世代であるとともに、ストレスフルな社会的地位にともなう社会的不安感による健康不安感への影響があったのではないだろうか。

このように社会における不安が、寄る辺としての健康へとつながり、ひいては健康不安を生じる可能性を考慮に入れるとすれば、現在のわが国における健康政策のありようにも注意が必要であろう。わが国は、健康づくりに関する意識の向上およびその取組みを促そうとする「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」を2000年に実施し、2013年にはその第2次改訂が実施しようとしている。その法的根拠になっているのが、2003年に施行された健康増進法である。この第2条では、「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」と健康に対する個人の責務を明文化している。上杉（2007）の言葉をかりれば、健康の社会的基準を個人の健康に適用しようとしているものと言えよう。このように、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も考えられる。

その意味で言えば、われわれが健康不安を抑えるようにすべきことと言えば、健康のための健康政策を推し進めることはもちろん重要なことであることは否定できないが、それよりもむしろ、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であるように思われる。

#### 4.2 研究の限界と今後の課題

国民世論調査結果では、7割近くの対象者が何らかの不安を感じており、そのうちの半数程度が健康に不安を感じているという結果に比して、本研究では7割もの対象者が健康に不安感を抱いていた。これは、全国調査の結果ではなく、一部の都市を代表している可能性が考えられるため、都市部と農村部など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ると考えられる。

また、本稿では、おもに社会における不安という観点から健康不安との関連を検討したため、健康政策やメディア、健康・医療に関わる産業などによる健康不安への影響を同時に考慮に入れた詳細な健康不安メカニズムを明らかにしたわけではなかった。今後の分析においては、これらの要因を考慮に入れた検討が必要であると考えられる。

## 5 結語

健康不安に関連する要因としては将来への展望と現在の社会生活に関する不安—とりわけ、経済的な不安を感じていること、および現在の生活に満足できないことが、健康不安にむすびついていた。その背景には、現代社会の不安定な社会構造を反映するものと考えられたため、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であるように思われる。

## 付記

本研究は第36回日本保健医療社会学会大会にて報告した内容に加筆・修正したものである。

## 謝辞

まず、本調査に協力いただいた調査対象者の皆様に感謝申し上げます。また、本研究は、平成21年度文部科学省科学研究費補助金（特別研究員奨励費、研究代表者：三澤仁平、課題番号：09J05568）「医療資源・知識の浸透と個人の健康との構造的関係—医療化の視点からの検討—」および、平成24年度文部科学省科学研究費補助金（若手研究A、研究代表者：三澤仁平、課題番号：24683018）「地域特性の経時的変化と地域意識、健康との構造的関係に関する研究」の助成を受け実施した。

## 注

1) 1958年は『国民生活における世論調査』と呼び、

それ以降『国民生活に関する世論調査』となった。

- 2) 現に、いくつかの健康不安尺度が開発されているが（山内ほか 2009；鈴木ほか 2010）、それは医学の文脈の中で用いられることを前提としている。2.2.1も参照。
- 3) 医療化とは、「医療的領域外にあった様々な現象が医療的現象として再定義される傾向」（佐藤 1999、p.122）であり、「諸社会現象に対して医療的対処（医学的知識による解釈とそれに基づいた医療的実践による改善、それらの制度化）をうながす歴史的傾向」（佐藤 1999、p.123）と定義されている。本稿での文脈においては、社会における仕組みそのものが健康や医療を基準にして構築されている様相を「社会の医療化」と呼ぶ。
- 4) 三澤（2010、2011a）やSingh-Manoux et al（2006）などで連続変数として用いられている。
- 5) 「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、「失業・定年」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、「その他の無職」には、学生、その他の無職、が含まれている。
- 6) 収入に関する変数は無回答が多かったため、MISSINGというカテゴリーをあえて作成した。社会疫学などの社会階層に関係する変数を用いる疫学研究では、欠損値カテゴリーを入れた多変量解析が行われている（近藤ほか 2012）。ただし、健康に関するサーベイにおいて、Multiple Imputationを用いた欠損値処理の方法も近年では行われているため（Ryder et al 2011）、欠損値カテゴリーを残した形式で分析する方法だけではなく、欠損値を補完する方法を用いた解析についても今後実施する必要があると考えられる。
- 7) 性別による違いを示すために行った分析では、モデル2において年齢階級のみを投入した。また、男性のみのモデルでは、家事従事者のサンプル数が少なかつたため、家事従事者の対象者を除いて

分析を行った。

- 8) 男女別の分析のサンプル数は一般線形モデル結果の表に記載しているのので、そちらを参照していただきたい。
- 9) ただし、この単純集計表で示した等価所得の欠損カテゴリーは、等価所得の計算式に影響されるため、収入に無回答の対象者だけでなく、世帯人員の無回答者も含まれる。

## 参考文献

- Ferraro, K. F. and Y. P. Su, 2000, "Physician-evaluated and self-reported morbidity for predicting disability," *American Journal of Public Health*, 90, pp. 103-108
- Gordon J. G. Asmundson, Jonathon S. Abramowitz, Ashley A. Richter, Margaret Whedon, 2010, "Health Anxiety: Current Perspectives and Future Directions," *Current Psychiatry Reports*, 12 (4), pp. 306-312
- 長谷川美貴子, 2007, 「現代社会における健康観の特徴」『淑徳短期大学研究紀要』46, pp.61-79
- Idler E. L. and Benyamini Y., 1997, "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies," *Journal of Health and Social Behavior*, 38 (1), pp. 21-37
- 井上芳保, 2012, 『健康不安と過剰医療の時代：医療化社会の正体を問う』長崎出版
- 近藤克則・芦田登代・平井寛・三澤仁平・鈴木佳代, 2012, 「高齢者における所得・教育年数別の死亡・要介護認定率とその性差—AGESプロジェクト縦断研究—」『医療と社会』22 (1), pp.19-30
- 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, pp.113-125
- , 2011a, 「地域における医療資源がもたらす主観的健康感への影響—健康観の視点からの検討—」『保健医療社会学論集』22 (1), pp.69-81
- , 2011b, 「補完代替医療の利用における心理社会的要因の影響」『厚生指標』58 (6), pp.1-7
- 内閣府大臣官房政府広報室, 2012, 『国民生活に関する世論調査 (平成 24 年 6 月調査)』 (<http://www.8.cao.go.jp/survey/h24/h24-life/index.html>, 2012 年 12 月 3 日アクセス)
- Ryder, A. B., A. V. Wilkinson, M. K. McHugh, K. Saunders, S. Kachroo, A. D'Amelio Jr., M. Bondy and C. J. Etzel, 2011, "The Advantage of Imputation of Missing Income Data to Evaluate the Association Between Income and Self-Reported Health Status (SRH) in a Mexican American Cohort Study," *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13 (6), pp. 1099-1109
- 佐藤哲彦, 1999, 「医療化と医療化論」進藤雄三・黒田浩一郎 (編) 『医療社会学を学ぶ人のために』世界思想社, pp. 122-138
- 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, pp. 364-372
- 進藤雄三, 2004, 「医療と『個人化』」『社会学評論』54 (4), pp. 401-412
- 鈴木宏和・長塚美和・荒井弘和・平井啓, 2010, 「中高年を対象とした健康不安感尺度作成と信頼性・妥当性の検討」『厚生指標』57 (1), pp. 21-7
- 上杉正幸, 2007, 「現代日本人の健康不安の分析」『香川大学教育学部研究報告 第I部』128, pp. 97-106
- , 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
- , 2009, 「からだへの不安」飯島裕一 (編) 『健康不安社会を生きる』岩波新書, pp. 3-23
- 山田昌弘, 2004, 『希望格差社会』筑摩書房
- 山内剛・松岡紘史・樋町美華・笹川智子・坂野雄二, 2009, 「Short Health Anxiety Inventory 日本語版の開発」『心身医学』49 (12), pp. 1295-1304

