

健康寿命の決定要因？

—生活習慣病予防策を提言する—

佐伯 民江

【要旨】

本論文は健康に関わる生活習慣やライフスタイルについての文献調査と、これに基づく実態調査「暮らしと健康」を用いて、健康寿命の決定要因を解明し、生活習慣病予防策を提言することを目的とする。

現在、日本は医療先進国でありながら、世界中のあらゆる食材を手に入れる事ができる豊かな食環境の中で健康寿命は伸びていない。このような状況の中、何が健康寿命の決定要因となるかを把握することが最重要の課題である。

「WHO（世界保健機関）憲章」の前文に定義されている「健康とは肉体的、精神的、社会的に良好な状態」という3つの要素は、研究でも、医療などの応用でも分野別にバラバラに発展してきた。これまで「人間の生活の質（QOL）」も、「スピリチュアリティ（命を燃え続けさせる力）」も、生活への向き合い方など、「意味」を重視する「健康生成論」も、高齢者や、病む人たちの研究として発展してきた。しかしながら健康は、治療のように目的・分野別ではなく、総体的にアプローチされなければならない。本論文は健康寿命の延伸を目的としてWHOの健康3要素を含め、総体的に追究した。その過程で、WHOの健康定義の和訳ミスを指摘した。

健康寿命を失うきっかけの大部分はガンや、脳卒中などの生活習慣病である。そこで、生活習慣病を生成するライフスタイル（価値観を含む生活様式）に着目し、食生活や運動を含む生活様式から、社会や環境に対する生活態度までのライフスタイルを検証した。

食生活については、全粒穀物、野菜・果物類の重要性を検証した。ライフスタイルの形成に影響を及ぼす価値観についてはデュボスと、牧口の研究を用いて考察した。環境や、社会に対する主体的で自発的な関わりが、自己を価値ある主体と認める自尊感情を養い、自信が健康に影響を与えることが研究で分かっている。これらは本研究の「暮らしと健康」アンケート調査でも同様の結果が得られた。アンケート調査は65歳以上の男／女を対象に、北海道、本州、四国、九州の都市部と山間部／郊外における203名（回収率97%）から回答を得たものである。

本研究で文献や実態調査から、食習慣や運動、生活態度など、生活習慣を形成するライフスタイルの中に健康寿命の決定要因があることが明らかになった。また、健康寿命を延ばすための生活習慣病対策と、環境に優しい持続可能な社会（グリーン経済：地球サミット2012）の追求は同じ地平にあり、軌を一にしていることを論じた。

キーワード

健康寿命、生活習慣病、QOL、スピリチュアリティ、デュボスの『人間と適応』、ライフスタイル

I 研究の背景

(1) 健康寿命を失う背景としての生活習慣病

我が国の 2015（平成 27）年の平均寿命は、男性 80.79 年、女性 87.05 年と世界トップクラスの長寿国となっている。しかしながら、「健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間」である健康寿命¹は、2013（平成 25）年時点で、男性 71.19 年、女性 74.21 年である（厚生労働省 2016）。健康寿命を終えた後に男女平均して 10 年以上も要介護に陥るといふ重い課題を抱えているが、要介護に陥るきっかけの大部分がガンや、脳卒中などの生活習慣病である。生活習慣病は 1996 年までは成人病とよばれていた。名称が変わったのは、この病の要因が、生活習慣の積み重ねであり、その発症が若年化²したためである。

国際社会でも、非感染性疾患（NCDs：大半が生活習慣病）は、世界の全死亡の 60%を占めており、今後 10 年間で NCDs による死亡は世界全体で 17%増加すると予測している（WHO2008）。NCDs による死亡は 2014 年には世界全体の死亡者の 70%を占めている（WHO2014）。NCDs はその社会的、経済的影響を含めて、21 世紀最大の健康問題であると警告している（WHO 2010）。

WHO(2011)の予防に関する行動計画には、大部分の NCDs は食事と運動で予防できると書かれている。予防として、喫煙およびアルコールの抑制、飽和脂肪（動物性脂肪）を減らす、果物や野菜の摂取を増やすことなどを促している。

生活習慣病の予防策として、「食事と運動」が大切ということをたいの人は分かっている。しかし、罹患数が増える一方であるのを見ると、古くて新しい問題であると言える。我が国のガンだけを見ても 1981 年から死因の第 1 位を占め、2013 年には 81 年の約 4 倍の 36 万 4,872 人、総死亡の 28.8%を占めている（がん研究振興財団 2014）。これは高齢化による影響をはるかに超えている。

我が国の生活習慣病の急増をめぐり、この 50 年間で生活に最も大きな変化をもたらしたものは何か。単純にふり返っても、肉類や乳製品などの動物性食品が増え、食生活の多様化が進んだこと、便利な社会になって運動量が減ったことがあげられる。この半世紀ぐらいの間に 1 人あたりの野菜の消費が減りつづき、その反対に肉と油の消費量が 4 倍にまで増え、食生活の大きな変化とともに、国内のがんや脳卒中などの患者数が 4 倍以上になっていることが指摘されている（佐伯 2015）。このように、ライフスタイルの変化から生活習慣病の原因が見えてくる。

1. 「Healthy life expectancy」(WHO2003). WHO（世界保健機関）が 2000 年に指標として発表。予測された平均余命から、病気が予測される期間を引いて算出された期間。

2. 「…高血圧、糖尿病、ガンなどは、必ずしも大人になってから起こるのではなく、子どもの時からの生活習慣の積み重ねと、その人の持っている遺伝的素因、さらに環境要因が重なり合って起こると理解され、生活習慣病という概念が生まれました」（岩室 2004）。

「ガンというと、以前は高齢者の病気というイメージがあった。しかし最近では 30 代、40 代でもガンになってしまう人は少なくない」（都築 2015）。モーニング娘「LOVE マシン」のプロデュースで有名な歌手つくくさんが声より命を選んで咽頭癌の手術を受けたのは 40 代であった。市川海老蔵（歌舞伎俳優）さんの妻・小林麻央さんが乳がんで亡くなったのも 34 歳であった。

(2) 健康の3要素とスピリチュアリティがトータルで追究されるべき理由 ～WHO 健康定義の和訳ミス？～

WHO 憲章(1948)の前文で健康は次のように定義されている。「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」(昭和26年官報記載の訳文)。その英語の表現は次の通りである。(1) “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” この「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態」というのは理想過ぎるという意見が多くあるが、筆者は、これは ‘complete’ の和訳ミスであり、「肉体的、精神的、社会的における全ての良好な状態」という訳ではないかと考えていて、「スピリチュアル」が加わることで更に総体的になると言える。

「スピリチュアル」は、1998年のWHO 執行理事総会の下部機関において、WHO 憲章全体の見直し作業の中で出てきて注目されるようになった概念である。「健康」の定義を「肉体的、精神的、spiritual 及び社会的福祉の dynamic (動的) な状態」と改めるということが論議され(坂上 2002)、それ以降活発な研究が展開されている。

「全ての良好な状態」という見解は、WHO 健康定義の由来となった草案(臼田 2004: 訳は筆者)でも、例えば、

(2) “health therefore is not only simply the absence of disease, it is something positive, a joyful attitude towards life, and a cheerful acceptance of the responsibilities that life puts upon the individuals” (単に病気がないというだけではなく、ポジティブで、人生に対する喜びにあふれた態度、個人として命が負う責任の快い受容) という表現があって、これもトータルな健康である。複数の草案と現行の WHO 健康定義とを対比させ、臼田(2004)は、健康の3要素とされている Physical (身体的) は something positive (ポジティブなこと)、mental (精神的) は a joyful attitude towards life (人生に対する喜びにあふれた態度)、social (社会的) は a cheerful acceptance of the responsibilities that life puts upon the individuals (個人として命が負う責任の快い受容) でもあると指摘している。

WHO の健康定義の3要素に、spiritual を加えると「健康とは完全な肉体的、精神的、スピリチュアル (スピリチュアリティ: 命を燃え続けさせる力、生きることの意味)、及び社会的福祉の動的状態」となり、「完全なスピリチュアル」は更に不自然である。「和訳ミス」の問題は佐伯(2017)で詳説しているが、これらが深く追究されて来なかったのは、3つの要素がそれぞれ、研究でも、応用でもバラバラに発展してきたからであろう。‘complete’ は「完全な」ではなく、「全ての」という訳の方がふさわしく、健康をトータルに追究する本稿の意義を感じる。WHO の健康定義の3要素は、スピリチュアリティとの関わりから追究されるのが自然であり、そのトータルが健康寿命の重要な要因であるというのが本稿のテーマでもある。

(3) QOL にスピリチュアリティが含まれるようになった背景

1995 年になってスピリチュアリティ（命を燃え続けさせる力、生きることの意味）が QOL (Quality of Life・生活の質) に加えられた（石井 2006）。QOL（生活の質）は次のように定義されている。

“WHO defines Quality of Life as individuals’ perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person’s physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of their environment” (WHO 1997)：「個人が人生において、自分の生きている文化・価値体系の文脈や自分の目標、期待、基準、関心に対してどのような位置関係にあると認識しているかを指す。これは幅広い意味を持つ概念であり、個人の身体的健康、心理状態、自立性の度合い、社会的関係、個人的信条、顕著な環境条件との関係性などが複雑に絡み合っている」

スピリチュアリティが QOL に含まれるようになった背景は次のように概観できる。

藤井（2000）は、「いかに長く生きるか(Quantity of Life)」に対する限界と反省から生み出されたのが QOL であり、「いかに人間の尊厳を保ち豊かに生きるか」という、人間の生き方や命の質を問題にする概念であるという。そして、保健医療の分野での QOL 研究において、2つのコンセンサスが得られていて、QOL は「全体としての人、生活の全て」に関わる概念であることと、主観的概念（満足度など）であることを示し、歴史的・縦断的に論じている。

この藤井を参考に、石井(2006)も QOL を 3 期に分けて、次のように概説している。

第 1 期：身体重視の QOL

1980 年頃までを第 1 期としている。かつての西洋近世医学を発達させたメディカルモデルは、人間の心と体を別々に見る心身二元論であり、医学は身体のみ貢献するという考えであった。患者の症状が対象であり、生命を守るために、病気を治すこと、医学的な治療による治癒が近代医学の至上命令で、延命を重要視し、それを QOL と考えていた。

第 2 期：身体的・心理的・社会的領域を含めた主観的概念の QOL

1980 年代から 1990 年代前半までは QOL の重要性が広く認識され、その構成概念が大きく修正された時期である。QOL の概念は 1940 年代の英国におけるガン患者に対するホスピス活動の中で誕生した。1970 年代に北欧諸国において経済成長中心から人間の生活の質への転換もあった。病を持った患者の状態を理解するには、患者をとりまくあらゆる環境との相互作用が重要であり、全人的医療へ焦点が当てられるようになった。(QOL は、身体的機能のみで決定されるのではなく、心理的・社会的領域を含み、本人が評価するものであるという主観的概念が認められるようになった)

第3期：スピリチュアリティを加えた QOL

1995 年以降になってスピリチュアリティや人間存在の領域（人生の目的、生きることの意味、人間としての成長、死を乗り越えていく力）がQOLに加えられた。スピリチュアリティを包含して、初めてQOLが成立すると考えられるようになったのである。1995 年にWHOQOL 基本調査票(WHO 1995)が発表された。この、基本調査票:Field Trial WHOQOL-100 の p. 19(F24.1-4)³ に個人的信条（スピリチュアリティ）の項目がある。

スピリチュアリティの研究は、WHO 健康定義の身体的・精神的・社会的領域の3要素とともに「健康を構成する一側面」(竹田 2007, 岡本 2013) として、高齢者に必要なものとされ、生きる意味や目的を喪失した高齢者の「スピリチュアルな痛み」や、ターミナルケアに関するものが多い(岡本 2015, 藤井 2000)。

しかしながら、健康の条件である「生活の質」において、QOL の定義(WHO 1997) では「自分の生きている文化・価値体系の文脈や自分の目標、期待、基準、関心に対してどのような位置関係にあると認識しているか」と、「個人的信条」との関係性などが複雑に絡み合っていることが示されている。WHO 専門委員会(1990)も、「スピリチュアリティ」は「生きている意味や目的についての関心や懸念と関わっていることが多い」と提言している(三澤 2010)。

WHO 執行理事会(1998)において、「スピリチュアリティ」は「Quality of Life (生活の質)を考えるのに必要な本質的なものである」という意見が出されている(藤井 2005)。更に「人間の情緒、認知、行動の基調となるスピリチュアリティ」(岡本 2015)、「命の光を燃え続けさせる力」(田崎 2001)に言及した研究もある。このように、「スピリチュアリティ」は高齢者のためでも、病む人のためでも、「一側面」でもなく、全ての人にとり人間存在の意味、人生の意味に関わる本質的な概念であり、健康寿命の主要な決定要因と言える。

(4) 「健康に生き抜く力」の保持増進を目的とする健康生成論

1990 年代後半から、健康を阻害する要因ではなく健康を生成する要因に着目するようになってきた。疾病の除去によって健康を導くという従来の健康のとらえ方だけでなく、「健康」を生成する要因も高めることによって「健康」を保持増進させようとする考え方が注目され始めた。これが健康生成論である。今まで疾病や病気に向けられてきたアプローチを、健康の回復・維持・増進の観点からアプローチしようとする考え方である(榎本 2001)。

健康生成論は、イスラエルの医療社会学者アーロン・アントノフスキー(1979)によって提唱された(杉岡 2006)。

アントノフスキーの健康生成論では、健康を「健康―健康破綻の連続体」と見ており、

³. The following few questions are concerned with your personal beliefs, and how these affect your quality of life. These questions refer to religion, spirituality and any other beliefs you may hold. Once again these questions refer to the last two weeks.

“F24.1(F29.1.1)Do your personal beliefs give meaning to your life?” (WHO 1995: p.19)

病人であっても、その人にとっての well-being (良好) な状態を健康であると捉えている。人々は疾病や障害にかかわらず、常に健康の方向へ向かおうとする力、すなわち健康を生成する力を持っており、その力を「健康に生き抜く力」とした。健康生成論の主要な構成要素は、「有意味感」「処理可能感」「把握可能感」から成る SOC (Sense of Coherence: 首尾一貫感覚) の概念である。「有意味感」は、動機づけの要素であり、3 つの中で最も重要である。生活習慣病対策においては、病気になる原因を取り除くことにより健康を回復するといった考え方から脱却し、自らの健康をコントロールできる力をつけないと改善は難しい。健康になるための生活習慣を獲得していく考え方として、健康生成論が着目される(魚里 2013)。

ここでも、生活への向き合い方、「意味」が健康の主要な要因となっている。

健康生成論は WHO が掲げるヘルスプロモーションの基礎をなす理論(Eriksson 2008)として評価されている(朴峠 2014)。

(5) 食生活と生活習慣病

「食生活」と「健康」の関わりについて初めて明らかにされたのは、1977 年に発表されたマクガバン・レポートとして知られる“Dietary Goals for the United States” (アメリカ上院栄養問題特別委員会レポート) である(都築 2015)。これは、7 年間の歳月をかけて、数千万ドルもの国費が投入され、世界各国から 3000 人以上の医学者・栄養学者などの協力を得て行われた世界的規模の調査研究で、「食事(栄養)と健康(慢性疾患)の関係」についての 5000 ページに及ぶ報告書である。そこには「20 世紀初めのアメリカでは、ガンや心臓病は珍しい病気であった」「発展途上国でもガンや糖尿病はほとんど無い」と報告され、先進国にガン・心臓病・脳卒中などの病気が急増したのは高カロリー・高脂肪の肉類や乳製品などに原因があると強調されている(末松 2012)。そして、未精製の穀物や、野菜、果物を多く摂ることが推奨されている。

史上最大規模の疫学調査とされるのが中国で実施された『チャイナ・スタディー』(キャンベル 2016)である。1970 年代の初め中国の故周恩来首相は、自身がガンになったことで、亡くなる直前にガンの情報を収集するための、中国全土に及ぶ調査を始めた。8 億 8000 万人を対象とした「食習慣」と「ガン死亡率」に関する調査で、65 万人の作業員が関与したという規模の大きさであった。この調査では「中国の農村地帯の(植物性食品が非常に多い)食習慣」ではガンは無く、都市部⁴のような「経済的に発達した地域の(動物性食品が非常に多い)欧米の食習慣」で多発しているというもので、ガンは「豊かさが招く病気」「栄養過多が招く病気」であると明言し、未精製の穀物(玄米、全粒穀物など)⁵や、野菜、果

4. 中国における、計画経済の下で形成された都市階層に変化がもたらされた。「1978 年以前では所得格差はわずかしかなかった」「2000 年代に入って、都市部の(所得格差を示す)ジニ係数は高い水準に」と変化している(李 2013)。

5. 全粒穀物には多くの食物繊維やビタミン、ミネラル、ファイトケミカルなどの成分が含まれるが、精製された白米や、白いうどん、パスタ、白いパンではほとんどが糖質になってしまう。全粒穀物には上記の機能性成分が、分かっているだけでも数百～千種類といったレベルで含まれていて、これら「無数の

物の摂取を推奨している。

大規模疫学調査の妥当性を科学的に裏付ける研究として佐伯(2015)がある。佐伯は、「食と健康」に関しては、人の生活を調査した「疫学研究」⁶ が最も重要で、しかも数少ないという。日本で、消費されるサブリなどを含め1人あたりの国民医療費は、この半世紀で20倍以上となっているが、それだけ支払っているぶん健康になっているかと問い、次のように述べている。

「この半世紀で1人あたりの野菜の消費は減りつづけ、その反対に肉と油の消費量は4倍にまで増えています。このように食生活が大きく変わるとともに、国内のがんや脳卒中などの患者数は実に4倍以上になっています」。そして、過剰な動物性食品を中心とする食生活が生活習慣病の原因という相関を示し、「野菜は多くの疾患予防に効果的」であるという科学的分析「食と健康のメタアナリシス」⁷ による結論を導いている。

生活習慣病対策において、食生活へのとりくみは特に重要である。マクガバン・レポートが発表された後アメリカ政府は、医療費の増加がこのまま進めば国家財政に深刻な影響を及ぼすことになると、ダイエタリー・ゴール（食事改善目標）を示すなど、食事改善に向けて舵を切った（久郷晴彦 1995）。1991年にはアメリカのPBH（農産物健康増進基金）とNCI（米国国立がん研究所）が協力して始めたファイブ・ア・デイ運動（健康増進運動：一日に五皿の野菜・果物を食べよう）が行われるようになっていく。

その後、アメリカのガン死亡率は、増え続ける日本⁸ とは逆に、「2009年は10万人あたり173.1人となり、ピークとなった1991年の215.1人から約20%減少した」（Cancer Statistics 2013：アメリカがん協会）。

WHO(2004)は、世界の市場が食糧の供給に大きく関わっているため、「健康的な食品の確保は政治的問題である」⁹、良質で十分な食糧の供給が、健康とよい生活を推進する上で重要であると現状分析し、次のように警告を行っている。

「食糧不足や食事の偏りは、栄養不良や栄養失調の原因になる。過剰摂取（栄養不良の一つ）は、心血管系疾患、糖尿病、がん、眼科の変性疾患、肥満、虫歯を引き起こす。食糧

物質の複合作用」で吸収される(キャンベル 2016,p.494)。

6. メディア等で、ネズミなどによる実験結果が発表されるたびに、普遍的な真実が発見されたかのようにセンセーショナルな報道がなされ、多くの人が惑わされることになる。これに対し、「コホート研究という種類の『疫学研究』では、規模の大きいものと数十万人もの人びとの食生活を何年もかけて調査するため、労力も費用もかかるが精度の高い結果が得られる」という。

7. この研究は、アメリカ政府が運営する医学系論文のデータベースで、世界中の主要な論文が網羅されているというPubMedの中から、2014年末までの研究論文の、「食と健康」関連の全ての6830報を抽出、その中から題名や要旨を確認して選んだ608報の「食と健康のメタアナリシス」を用いて分析されたものである。メタアナリシスとは、異なる結果を示すような複数の調査を一つに統合することによって、より精度の高い正しい結論を導き出す分析方法で、数多くの「疫学研究」を統合することにより数十万人規模のサンプルの検証を可能にしている。「食と健康のメタアナリシス」による食生活の研究は「メタ栄養学」として公開されている。

8. 男女とも、がんの死亡数は増加し続けている。「がん登録・統計 年次推移(2015)」
http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/annual.html (アクセス日 2017/08/10)

9. WHO(2004)は「健康的で栄養のある食品の確保とその価格は、公衆衛生の重要な問題である。消費者を含めた全関係者の参加を得て、すべての食品安全基準の意思決定が民主的で透明性が高く、説明責任が明確なものにすること」と提言している。

不足と食糧過剰とは表裏一体の関係にある」「慢性疾患予防のためには、新鮮な野菜、くだもの、豆類（マメ科の植物）の摂取を心がけ、でんぷん質や動物性脂肪や精製された糖質（白米など）や塩分を控えることが目標となる。専門家による多くの委員会でも、このような食生活を推奨している」

健康寿命を失う背景には生活習慣病があり、食生活を含むライフスタイルを見直すことが重要である。

(6) ライフスタイルと生活習慣病

ライフスタイルとは人間の生活様式のことであり、生き方の表出である。また、「個人の価値観を反映する生活方法」であるから社会的環境、そこでの役割、生活哲学などの諸要因に色濃く影響される(妹尾 2009)。生活習慣病もまた、ライフスタイル（価値観を含む生活様式）によって生成されるので、ライフスタイルから健康寿命の決定要因を探ることができる。

本稿ではライフスタイルの形成に影響を及ぼす価値観について、デュボス(2000)の健康観と、牧口(1980)のヒューマン・エコロジーの研究を中心に考察した。

微生物学者で疫学者のデュボスは、感染の問題に向き合うとき、「宿主である人間」の健康との関係があるため、未解決な問題が残されるとして、健康の本性の理解に迫っていった。『人間と適応(Man Adapting)』の冒頭の章には次の言葉がある。「健康な状態とか、病気の状態というものは、環境からの挑戦に適応しようと対処する努力に、生物が成功したか失敗したかの表現であるということがこの本の主題である」とある。つまり、変動し続ける環境に自らの心身をどのように適合させるかであると、健康を、人間と環境との動的な相互作用の中でとらえている。デュボスのいう環境とは自然環境はもとより、人や生活などあらゆる人間の環境である。

文明に保護され過ぎると、「(機能が) 使用しないことによる萎縮」によって適応的な応答ができず「人間の能力を弱める」。健康は「受動的に獲得できるものではない」「環境に対して創造的に応答しようとの意欲」が、生活に意味を与えることになる。生活環境や、社会に対して主体的で自発的な関わりの中で、様々な能力も抵抗力も増進されていくのである。

デュボスの健康観について、日野原(1987)は、嵐の中を進む船のように、どう環境の変化を予測し、どう舵をとり、どう船の荷を調節して航海すべきかに似た、「人間のたくみな調整機構こそが動的な健康」であると、「動的な健康」の概念に言及している。

「動的健康」と同様な考察として、池田(ルネ・シマーほか 2000)は「病気をわずらうことによって、人間は人生の意味を洞察し、生命の尊厳性を学び、一段と充実した人生を開拓できる」「病気を克服するプロセスそのものが、心身を鍛え、より幅の広い“均衡状態”をつくり出していく」と述べていて、これは、QOL の概念とも通底している。更に、「生きることの意味(スピリチュアリティ)と健康」に関する考察として、「世界の平和と公正さと人権のための命を賭した闘争のなかにこそ、人間としての本来の生き方があり、生命力が

最高度に発現しゆく、理想的な健康体の輝きがあるのではないのでしょうか」と述べている。

デュボスの「環境に自らの心身をどのように適合させるか」というアプローチに対して、牧口のヒューマン・エコロジーによるアプローチは「環境によって創られる人間」の視点を持っている。

ヒューマン・エコロジーは、「人間と環境との関係を研究する学問である」と定義され、「人間がどのように自分の環境をつくりあげるかに関する科学」であり（岡田 1963）、「自然と人間の共生ならびに人間と人間の共生」が基本理念になるという（関本 2012）。これらの領域には見られない、「環境によって創られる人間」の視点をもつのが牧口の研究である。

山口 (2004) は、『人生地理学』の主題は「『人間と自然との関係』の解明にある」とし、武元 (1983, p. 2) は、「人間（類）生態学：ヒューマン・エコロジー」と、とらえている。人生地理学の定義について、牧口 (1980: Vol. 5, p. 218) は、「人生地理学は地球の表面に分布する自然現象と、人類の生活現象との関係の系統的知識なり」、「地理学は地と人生との関係を説明する科学なり」と記している。「生活現象」「人生」の中には人間社会への関心が含まれ、その上での自然との共存である。

牧口は「人間は地上に生まれ、地上に棲息し、地に育せられ、地に啓発せられ、地上に活動し、地を利用し、遂に死骸を遺して逝く」と述べ、更に、故郷に育まれる人間の不思議についても、人はなぜ故郷を恋うのか、「郷土なるものは、吾人（私は）人間に対して、一種不可思議の勢力を有するものというべし」と述べている (Vol. 1, p. 45)¹⁰。

人生地理学について、「人間存在を明らかにする上での不可欠の視点の一つが自然との関わりからみた人間の考察」であり、「人間及び人間社会を総合的、総体的に把握することができる研究」であると山口 (2004) は述べている。環境（自然環境、人・社会環境）によって育まれる人間という視点を持つことで、環境への働きかけも意味を持ち、より主体的にポジティブになれる。WHOの健康定義の草案（本章・2）でも、個人として「命が負う責任」¹¹を快く受容するポジティブな態度が健康であると書かれていた。「命(life)」には人生・生きざまの意味もある。責任のある生活態度が健康に影響を及ぼすのである。これは、ライフスタイルの考察に欠かせない視点である。

環境や、社会に対する、主体的で自発的な関わりによって、自己を価値ある主体と認める自尊感情が養われ、自信が健康に影響を与えることが研究で分かっている。北村 (2004) は主観的健康観と自尊感情の間には正の相関があり、「自尊感情得点と生活満足度得点間には、有意な関係がみられた」と述べている。

本研究はこれらの価値観を基本的な背景としている。「ボランティア・シンプリシティ的

10. 「錦衣郷に帰れ」の言葉によって、人は奮励し、立身し、荣誉と幸福を持ち帰ろうと励む、郷土の不思議な力が、自身を世界で活躍させてくれる原動力であることに言及し、吉田松陰の言葉、「地を離れて人なく、人を離れて事なし、故に人事を論ぜんと欲せば、先ず地理を見よ」（吉田 1854）を引用している。

11. 責任については公害問題などを含む「環境正義」の研究がすでに進んでいる：桐原降弘 (2007) 「世代間倫理に立脚する環境正義—ヴァッパタル研究所の理論的支柱としての『公正な未来 (2005)』、『ドイツ社会理論』 Journal of Fisheries Univ. (水産大学校) Vol. 56 (1) など。

なライフスタイル（自発的に行う簡素な生活様式・持続可能な暮らし）」¹² といった価値観や環境にやさしい行動と主観的幸福感の間に相関関係があることも指摘されている（伊藤 2016）。従って、ヒューマン・エコロジーは、グリーン経済も視野に入った、これからの世界に必要な価値観でもある。健康寿命を延ばすための生活習慣病対策と、環境に優しい持続可能な社会（グリーン経済：地球サミット 2012）の追求は同じ地平にあり、軌を一にしていると言えよう。このような価値観に基づくライフスタイルで心身の生活習慣を形成していくことが健康寿命の主要な決定要因となる。

（7）日本の生活習慣病対策

日本の生活習慣病の予防対策は、「健康日本 21」（厚労省 2012）によると、アルコール摂取と喫煙対策を別として、食事やライフスタイルのことにはあまり言及せず、健診（検診）¹³と医療の充実が主流となっている。WHO(2011)の予防に関する行動計画には、大部分のNCDs（本稿では生活習慣病）は食事と運動で予防できると書かれているが、日本では生活習慣改善の指導による予防には向かっていない。2006 年にはがん検診の強化策がさらに進められ、検診のための「がん対策基本法」が制定され、2015 年 12 月には厚労省より、「がん対策加速化プラン」が公表された。受診率向上に向けた取り組みの徹底、治療の充実が図られている。医療費も増え続け、40 兆円を超えた¹⁴。我が国はこれほど医学の発展にお金をかけ、医療技術の進歩した国でありながら、患者もガンも増える一方である。何かが間違っているのではないかと？なぜ健診（検診）や医療の充実という対症療法ばかりなのだろうか。なぜ費用も安く、原因となる生活習慣改善の指導へと向かわないのだろうか。

2005 年には「食育基本法」（内閣府）が制定された。食をめぐる問題として、「栄養の偏り」、「不規則な食事」、「肥満や生活習慣病の増加」、「過度の痩身志向」、「『食』の安全上の問題」、「『食』の海外への依存の問題」、「『食』に関する情報が社会に氾濫」が指摘された。健全な食生活の必要性が強調されているものの、生活習慣病対策の栄養や「食」に関する記述はない。

食生活の指針としては、2005 年に厚生労働省と農林水産省の合同でフードガイドが策定された。「何を」「どれだけ」食べたらよいかをわかりやすく示したという「食事バランスガイド」¹⁵では、1 日に食べるとよい目安の多い順に上から、「主食」「副菜」「主菜」「牛乳・乳製品」「果物」という 5 つの料理区分が示されている。「食事バランスガイド」（フーズ・逆ピラミッド）の中間にありながら、「主菜は魚・肉・卵・大豆・大豆製品を主材料と

¹² 大平修司 (2016)

¹³ 2008 年の特定健康診査（メタボ検診）の義務化では実に多くの健康な人が再検査や治療に回された（大槲陽一 2007『メタボの罠―「病人」にされる健康な人々』角川 CCS 新書）。

¹⁴ ガン検診の強化策によって、増え続ける医療費削減を目指したはずであるが、厚労省は、2013 年度の国民医療費が前年度より 2.2%増えて 40 兆 610 億円になったと発表した（「国民医療費、初の 40 兆円超」日本経済新聞 Web 刊 2015/10/7）。

¹⁵ e-ヘルスネット（厚生労働省）「食事バランスガイド（基本編）」（アクセス日 2017/08/10）
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/food/e-03-007.html>

する料理のこと」という説明文から、「魚・肉…がメイン」であるという印象を受ける可能性が高い。WHOも、厚労省も、「野菜・果物の摂取」の重要性を強調していながら、「果物」がこの「食事バランスガイド」の最下位に位置していることも問題であろう。食事の「バランス」というあいまいな表現がひとり歩きしているためか、食育の研究分野でも、(弘津 他 2007、上岡 2006 など)「栄養バランス」が強調されているが、バランスの中身にはほとんど言及がない。

生活習慣病対策について厚労省(2012)には次のように記載されている。「平均寿命の延び以上に健康寿命を延ばす(不健康な状態になる時点を遅らせる)ことは重要である。これにより、不健康な期間の短縮を目指すことができる。しかしながら、現時点では、どのような生活習慣病の対策を通して、どの程度生活習慣病を減らすことが可能で、それにより健康寿命がどのくらい延びるかを推定するためのエビデンスが存在せず、今後さらに研究を推進する必要がある」。ガンの発症予防対策として、「食生活：高塩分食品の摂取頻度を減少させる。野菜・果物の摂取不足の者の割合を減少させる」と言及している程度である。

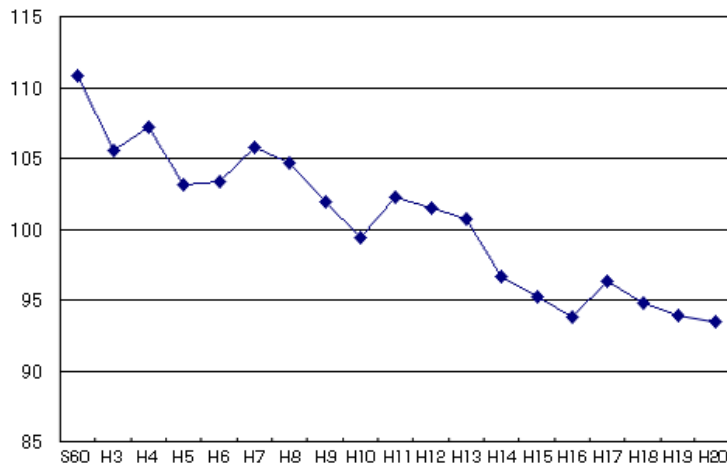


図1 野菜消費量の推移(1人1年当たり[消費量 kg/年・人])

資料:「平成19年度食料需給表」(農林水産省)

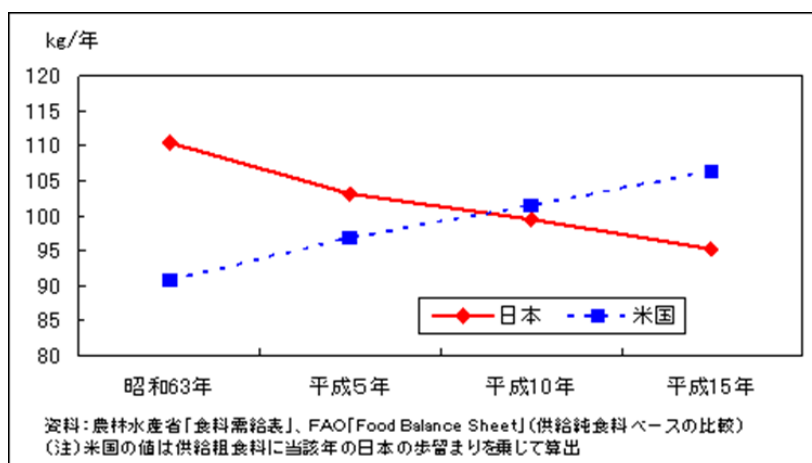


図2 1人一年当たりの野菜消費量の日米比較

II 先行研究

これまで、「WHO 憲章」(1948)の前文に定義されている「健康とは肉体的、精神的、社会的に良好な状態」という3つの要素は、研究でも、応用でもパラパラに発展してきた。「人間の生活の質(QOL)」(藤井 2000)も、「スピリチュアリティ」(岡本 2015)も、生活への向き合い方など「意味」を重視する「健康生成論」(魚里 2013, 杉岡 2006)も、高齢者や、病む人たちの研究として発展してきた。しかしながら、WHO 執行理事会(1998)において、スピリチュアリティは「Quality of Life (生活の質)を考えるのに必要な本質的なものである」(藤井 2005)という意見が出されている。スピリチュアリティは全ての人にとり人間存在の意味、人生の意味に関わる本質的な概念であり、健康寿命の主要な決定要因である。

本研究は、個人のライフスタイル(価値観を含む生活様式)が健康にどのように影響を及ぼしているのかを、文献調査と、文献に基づくアンケート調査を用いて、身体的、精神的、社会的、環境的領域とスピリチュアリティとの関わりを総体的に明らかにし、健康寿命の決定要因を追究することである。食生活と生活習慣病については、UNITED STATES SENATE (マクガバン・レポート:1977)、『チャイナ・スタディー』(キャンベル 2016)、佐伯 (2015)などを参考資料とした。社会的・環境的領域と生活習慣病との関わりについては、心身に影響を及ぼす生活様式(伊藤 2016)、生活態度(デュボス 2000)、ヒューマン・エコロジー(牧口 1980)などを参考文献とした。

これまでに、WHO による健康定義の3つの要素を総体的に言及した論文(榎本 2001, 弘津他 2007, 土井 2004)や、「スピリチュアリティ」を「健康を構成する一側面」とした論文(竹田 2007)などがあるが、本論文においては「スピリチュアリティ」を健康寿命の主要な決定要因とし、肉体的、精神的及び社会的に、生活習慣病の予防策を追究した。

Ⅲ 研究の目的

「8 億人が飢えている…10 億(2013 年現在は 21 億人)もの人びとが太りすぎている」¹⁶ (Patel 2007)という現実の中、世界中のあらゆる食材を手に入れることができる豊かな食環境の中で、健康寿命は伸びていない(佐伯 2016)。このような状況の中、何が健康寿命の決定要因となるかを把握することが最重要の課題である。健康は、治療のように目的・分野別ではなく、総体的にアプローチされなければならない。

東日本大震災の後に、福島第一原発事故でふるさとに住めなくなった人たちが、仮設住宅を提供され、生活が保障されても、農作物の世話もできず、張りが無い、動かないといった状況で、どんどん弱っていく姿を TV などによく目にした。この時にも、健康は食事や住居だけの問題ではない、社会や環境との関わりが大きいという認識を深め、今回の、都市部と山間部での調査につながった。

WHO 執行理事会(1998)において、「スピリチュアリティ」は「Quality of Life (生活の質)」を考えるのに必要な本質的なものである」という意見が出されている(藤井 2005)。更に「人間の情緒、認知、行動の基調となるスピリチュアリティ」(岡本 2015)や、「命の光を燃え続けさせる力」(田崎 2001)に言及した研究もある。このように、「スピリチュアリティ」は高齢者のためでも、病む人のためでも、「健康の一側面」(竹田 2007)でもなく、全ての人にとり人間存在の意味、人生の意味に関わる本質的な概念であり、健康寿命の主要な決定要因と言える。

環境への対応と健康との関係については、次のような事が分かっている。

責任のある介入がなければ里山は維持できず、荒れ果ててしまう(極相林にもなっていく)ので、環境に対して責任のある関わりが重要である(鬼頭 1996)。環境や、社会に対する、主体的で自発的な関わりには、自己を価値ある主体と認める自尊心も養われ、自信が健康に影響を及ぼしていく。環境と共に生きる、ヒューマン・エコロジーの視点をもったライフスタイルや価値観の重要性が牧口(1980)によって、環境にやさしい行動と主観的幸福度の間に相関関係があることが伊藤(2016)らによって指摘されている。

このように、健康寿命を延ばすための生活習慣病対策と、環境に優しい持続可能な社会(グリーン経済：地球サミット 2012)の追求は同じ地平にあり、軌を一にしていると言える。

¹⁶ 痩せすぎも問題になっている。日本女性の半数以上が減量を目指している。痩せて栄養状態が悪い母親から生まれる子どもは、出生時の体重が低くなる傾向がある。日本では現在 2500 グラム未満の低体重児の割合が先進国の中で最も高い 10% 近くに達している。低体重児は生まれながらに糖尿病・肥満・心筋梗塞などの生活習慣病のリスクを背負う可能性があるという(佐伯 2016)。無理な減量が月経不順や貧血を引き起こし、更に、中高年期以降の骨粗しょう症を増加させる(重田, 他 2007)。

IV 研究の方法

個人のライフスタイル（価値観を含む生活様式）が実際に、健康にどのように影響を及ぼしているのか、健康寿命の決定要因は何なのかを追究するために、筆者は文献調査に基づいた「暮らしと健康」アンケート調査を行った。都市部と山間部の比較調査において、バイアス（かたより）の影響をできるだけ避けるためには、できれば、データも同じ地域で集計すれば説得力があるが、都市部では 100 名の対象者が得られても、同じ地域で山間部における 100 名の対象者を得ることは困難であり、今回のような全国的な広い範囲での調査とした。

アンケートは、都市部と、山間部・郊外の 65 歳以上の男／女に対して行い、主観的健康度(石井 2006)と、心身に影響を及ぼす生活様式(伊藤 2016)、生活態度(デュボス 2000)との関わりなどを調査した。

アンケートは 2016 年 11 月下旬から 12 月上旬にかけて、北海道・本州・四国・九州地方の 203 名から収集した。本州は、近畿地方：神戸市の都市部と、山間部・郊外を中心に、老人クラブや自治体の協力を得て、筆者が行事に直接参加したり、小・中・高・大学の同窓会などの友人・知人を通して、封筒に入れたアンケート 210 を託す方法で行った。回収率は 97%だった。

V アンケート調査「暮らしと健康」

本章では健康寿命の決定要因を追究するために、文献に基づくアンケート調査「暮らしと健康」の分析を行った。個人のライフスタイル（価値観を含む生活様式）が健康にどのように影響を及ぼしているのかを具体的に、身体的、精神的、社会的・環境的領域における生活習慣や、「スピリチュアリティ」との関わりなどから分析した。

「暮らしと健康」アンケートの対象者属性は「表 1」の通りである。

表 1 対象者属性

n=203

| カテゴリー | | 人数 (%) 都市部 | 人数 (%) 山間部・郊外 |
|-----------------|-------|---------------|------------------|
| 居住地域 | 北海道 | 2 (1%) | 4 (2%) |
| | 本州：近畿 | 96 (47%) | 15 (7%) |
| | 中国 | 13 (6%) | 58 (29%) |
| | 四国 | 0 | 5 (2%) |
| | 九州 | 5 (2%) | 5 (2%) |
| 合計 | | 116 (57%) | 87 (43%) |
| 総合計：203 (100%)名 | | | |

| カテゴリー | | 人数(%) 都市部 | 人数(%) 山間部・郊外 |
|---------------------------------------|-------------------------|----------------|-----------------|
| 性別 | 男性： 70 (34%)名 | 49 (24%) | 21 (10%) |
| | 女性：133 (66%)名 | 67 (33%) | 66 (33%) |
| 居住区 | 都市部 116 (57%)名 | | |
| | 山間部・郊外 87 (43%)名 | | |
| 年齢 | 65~79 歳：男性 60 (30%)名 | 43 (21%) | 17 (8%) |
| | 女性 109 (83%)名 | 53 (26%) | 56 (28%) |
| | 80~94 歳：男性 9 (4%)名 | 6 (3%) | 3 (1%) |
| | 女性 24 (12%)名 | 14 (7%) | 10 (5%) |
| | 95 歳： 男性 1 名 | | 1 (0.5%) |
| | | | |
| 家族構成 独居 34 (17%)名 | | | |
| | 男性：5 (7%) | 4 (6%) | 1 (1%) |
| | 女性：29 (22%) | 16 (12%) | 13 (10%) |
| 仕事有り：56(28%)名 | | | |
| | 男性：28 (40%) | 22 (31%) | 6(9%) |
| | 女性：28 (21%) | 13 (10%) | 15 (11%) |
| 自給有り：79(39%)名 | | | |
| | 男性：17 (24%) | 8 (11%) | 9 (13%) |
| | 女性：62 (47%) | 21 (16%) | 41 (31%) |
| 健康状態：「やや健康／健康である」は 203 名中、 133 (66%)名 | | | |
| 男性は全 70 名中、46(66%)名 | | 都市部は、31(44%)名 | 山間部は、15(21%)名 |
| 女性は全 133 名中、87(65%)名 | | 都市部は、45 (34%)名 | 山間部は、42(32%)名 |
| 「やや健康でない／健康でない」は 203 名中、 29 (14%)名 | | | |
| 男性は全 70 名中、11(16%)名 | | 都市部は、9 (13%)名 | 山間部は、2 (3%)名 |
| 女性は全 133 名中、18(14%)名 | | 都市部は、9 (7%)名 | 山間部は、9 (7%)名 |
| 所帯の年収 | 100~299 万円未満：118 (58%)名 | 65 (32%) | 53 (26%) |
| | 300~599 万円以上： 85 (42%)名 | 51 (25%) | 34 (17%) |
| 家計の状態 | | | |
| やや余裕がある／余裕がある：63 (31%)名 | | 33 (16%) | 30 (15%) |
| やや苦しい／苦しい：60 (30%)名 | | 27 (13%) | 33 (16%) |
| 介護を受けている：10 (5%)名 | | 7 (3%) | 3 (1%) |
| 介護をしている：8 (4%)名 | | 8 (4%) | 1 (0.5%) |

所帯の年収については、80~94 歳以上で家族と同居の場合など、年収を考えない生活をしているためか未記入のケースもあった。未記入でも、他の項目の回答を集計する必要があったので、その場合は 100~299 万円未満に入れた。

(1) 「健康グループ」／「健康でないグループ」の分類

「暮らしと健康」のアンケートは、15 項目の設問からなり、203 名の回答結果は「表 2」としてまとめられている。分析ではまず、主観的健康観に基づく回答で、次のように分類した。

「やや健康／健康である」と答えた人：「健康グループ」（「表 4」）

「あまり良くない／良くない」と答えた人：「健康でないグループ」（「表 3」）

次に、それぞれのグループのライフスタイルからなる回答を分析した。「表 2」「表 3」「表 4」は巻末に添付した。アンケートの 15 項目の設問は次の通りである。

1. 野菜・果物・海草をたっぷり食べていますか？
2. 野菜類を 350 g 以上食べていますか？
3. 肉類：ハンバーガー一個分ぐらい食べるなら？
4. ご飯類について 「雑穀を食べている」
5. 家計の状態
6. 自給の暮らし 「ある」
7. 健康に良い食品を取り入れたい？
8. 20 分ぐらいの運動や、ウォーキングについて
9. 外出や戸外活動
10. 話し相手はいますか？
11. 自由参加のボランティアについて
12. 廃棄物・ゴミを出さない、簡素な生活について
13. 満足感は、人に喜んでもらう方が大きい？
14. 生きざまを伝えたい人がいますか？
15. 困難を抱えている人に対して

(2) 回答者の健康状態

回答者の健康状態を都市部と山間部／郊外に分けて分析した。「やや健康／健康である」は都市部も山間部も「66%」と、同じ割合になっている。「あまり良くない／良くない」は都市部の方が多くなっている。

表 5 回答者の健康状態

| 健康状態 (回答者 203 名) | 都市部 (116 名) | | | 山間部／郊外 (87 名) | | | 全体 |
|-----------------------------|-------------|----|----------|---------------|----|----------|-----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| やや健康／健康である (健康グループ) | 31 | 45 | 76 (66%) | 15 | 42 | 57 (66%) | 133 (66%) |
| あまり良くない／ 良くない(健康でないグループ) | 9 | 9 | 18 (16%) | 2 | 9 | 11 (13%) | 29 (14%) |

(3) 回答者の所帯年収の分布（所得が「健康格差の決定要因」？）

所得が低いと不健康の可能性があるという研究はしばしば見られる。これらは WHO(1998) の報告書「健康の社会的決定要因」を受けてのものであるが、ほとんどは次のような医療や検診に関わる論調である。

「2009 年には日本国内でも、所得格差が大きい地域で不健康が多く観察されることが相次いで報告された」、ジニ係数（収入などの不平等指数）など「所得格差がある一線を超えて拡大したときに、それが健康に悪影響を及ぼす可能性がある」近藤(2010a)。失業など、「社会階層が低い者ほど健診を受診しておらず」健康格差を考慮しなければならない(近藤 2010b)。

川上 (2014) も、「家計支出が多いほど、総エネルギー、脂質、タンパク質、炭水化物、カルシウム、ビタミン、食物繊維などを多くとっていることがわかりました」「収入が少ないと健康維持に必要な物やサービスを十分に購入できません。また、医療へのアクセスでも格差があります」と報告している。

しかしながら、研究の背景(I-1)でも述べたように、WHO(2004)は「食糧不足や食事のかたよりは、栄養不良や栄養失調の原因になる。過剰摂取（栄養不良の一つ）は、心血管系疾患、糖尿病、がん、眼科の変性疾患、肥満、虫歯を引き起こす。食糧不足と食糧過剰とは表裏一体の関係にある」と、栄養をとりすぎても健康上の問題が起こることを指摘している。

本稿では健康の要因を所得にではなく、野菜類を多く摂取するなどのライフスタイルに焦点を当てた。「表 6」では、「健康グループ」に属している人は、所帯の年収が 300～599 万円以上の人(46%)より、299 万円未満の人(54%)の方が多くなっている。

表 6 所帯年収の分布

| 健康グループ (133 名) | 都市部 (76 名) | | | 山間部／郊外 (57 名) | | | 全体 |
|----------------------|------------|----|----------|---------------|----|----------|----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 299 万円未満 | 15 | 25 | 40 (53%) | 9 | 23 | 32 (56%) | 72 (54%) |
| 300～599 万円以上 | 17 | 19 | 36 (47%) | 8 | 17 | 25 (44%) | 61 (46%) |
| 健康でない グループ (29 名) | 都市部 (18 名) | | | 山間部／郊外 (11 名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 299 万円未満 | 6 | 4 | 10 (56%) | 1 | 7 | 8 | 18 (62%) |
| 300～599 万円以上 | 3 | 5 | 8 (44%) | 1 | 2 | 3 | 11 (38%) |

(4) 所帯年収別の介護状況

所帯年収別の介護状況は、「表 7」のように「介護を受けている」「介護をしている」のいずれも「300～599 万円以上」の方が多くなっている。

表 7 所帯年収別の介護状況（回答者 203 名）

| 介護を受けている (10 名) | 都市部 | | | 山間部／郊外 | | | 全体 |
|------------------------|-----|----|----|--------|----|----|--------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 299 万円未満 (118 名) | 2 | 1 | 3 | 0 | 2 | 2 | 5 (4%) |
| 300～599 万円以上 (85 名) | 0 | 4 | 4 | 0 | 1 | 1 | 5 (6%) |
| 介護をしている (9 名) | 都市部 | | | 山間部／郊外 | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 299 万円未満 (118 名) | 1 | 4 | 5 | 0 | 0 | 0 | 5 (4%) |
| 300～599 万円以上 (85 名) | 0 | 3 | 3 | 1 | 0 | 1 | 4 (5%) |

(5) 食生活と健康

設問の「1～4」が食生活に関する項目である。野菜・果実類の重要性については「食と健康のメタアナリシス」⁸を基準に検証した。

野菜・果物・海草類について、「1. 野菜・果物・海草をたっぷり食べていますか?」「2. 野菜類を 350 g 以上食べていますか?」と、同じような質問を 2 度繰り返したのは、実際の食生活をより正確に把握するためである。質的調査では、「バランスよく食べている」と答えた人でも、主観に基づいているため標準摂取量とかけ離れている人が多かったからである。今回の調査でも、野菜・果物・海草類を「一皿 70 g（ミカン皮ごと中一個分）」として、毎

日（5 皿分）以上食べていますか？」という設問に対して、「1」と「2」における回答に次のようなギャップが見られた。

「1」 野菜・果物・海草類を「たっぷり食べている」

都市部：77（66%）名

山間部／郊外：61（70%）名

「2」 野菜類を「350 g 以上食べている」

都市部：32（28%）名

山間部／郊外：29（33%）名

佐伯（2015）は、過剰な動物性食品を中心とする食生活が生活習慣病の原因という相関を示し、「野菜は多くの疾患予防に効果的」であるという科学的分析「食と健康のメタアナリシス」による結論を導いている。

本調査でも、「健康グループ」の方に多く見られたのは、野菜類を「350 g 以上」、肉類はハンバーグ 1 個分ぐらいを「週に 2～3 回／それ以下」食べるという回答であった。

「2. 野菜類を 350 g 以上食べていますか？」の設問に対して、「やや少ない／少ない」と回答した人数は「表 8」のように、「健康グループ」の 47(35%)名に対して、「健康でないグループ」の方が 16(55%)名と、明らかに多かった。

表 8 「2. 野菜類を 350 g 以上食べていますか？」

| 健康グループ (133 名) | 都市部 (76 名) | | | 山間部／郊外 (57 名) | | | 全体 |
|--------------------|------------|----|----------|---------------|----|----------|----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| ややその通り／350 g 以上食べる | 10 | 14 | 24 (32%) | 9 | 20 | 29 (51%) | 53 (40%) |
| やや少ない／少ない | 12 | 9 | 21 (28%) | 1 | 11 | 12 (21%) | 33 (25%) |
| 健康でないグループ (29 名) | 都市部 (18 名) | | | 山間部／郊外 (11 名) | | | |
| ややその通り／350 g 以上食べる | 1 | 2 | 3 (17%) | 0 | 2 | 2 (18%) | 5 (17%) |
| やや少ない／少ない | 5 | 5 | 10 (56%) | 1 | 5 | 6 (55%) | 16 (55%) |

本調査における「肉食と健康」の相関についても、「3. 肉類：ハンバーグ 1 個分ぐらい食べるなら？」の設問に対して、「週に 3～5 回／それ以上」食べると回答した人は「表 9」のように、「健康でないグループ」の方が明らかに多くなっている。

表 9 「3. 肉類：ハンバーグ1個分ぐらい食べるなら？」

| 健康グループ (133名) | 都市部(76名) | | | 山間部／郊外(57名) | | | 全体 |
|------------------|---------------|---------------|----------|---------------|---------------|----------|-----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 週に 2～3 回/それ以下 | 27 | 35 | 62 (82%) | 12 | 28 | 40 (70%) | 102 (77%) |
| 週に 3～5 回/それ以上 | 6 | 3 | 9 (12%) | 1 | 7 | 8 (14%) | 17 (13%) |
| 健康でないグループ(29名) | 都市部(18名) | | | 山間部／郊外(11名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| | 週に 2～3 回/それ以下 | 週に 3～5 回/それ以上 | | 週に 2～3 回/それ以下 | 週に 3～5 回/それ以上 | | |
| 週に 2～3 回/それ以下 | 7 | 4 | 11 (61%) | 2 | 6 | 8 (73%) | 19 (66%) |
| 週に 3～5 回/それ以上 | 1 | 2 | 3 (17%) | 0 | 2 | 2 (18%) | 10 (34%) |

「4. 雑穀を食べている」と回答した人は全体では 203 名中、39 人（19%）であった。玄米など全粒穀物や、雑穀には食物繊維や、ビタミン、ミネラル、ファイトケミカル（抗酸化物質）などが多量に含まれているため、健康維持に重要な影響を与える食品である。ファイトケミカルの種類は 1 万以上あると推定されている（真柄 2015）。全粒穀物にはこのような機能性成分が、分かっているだけでも数百～千種類といったレベルで含まれていて、これら「無数の物質の複合作用」で吸収される（キャンベル 2016, p. 494）。これに変わるものをサプリメントなどで人工的に摂る事は難しい。精製された白米や、白いうどん、パスタ、白いパンになるとほとんどが糖質になってしまうので、野菜に劣らず影響が大きいにも拘わらず、野菜ほど周知されていない。この「表 10」では出てこないが、「雑穀を食べている」と回答した人はほとんどが「健康グループ」であり、「健康でないグループ」の人は野菜が少なかったり、運動をあまりしない人に限られていた。

表 10 「4. 雑穀を食べている」

| 健康グループ (133名) | 都市部(76名) | | | 山間部／郊外(57名) | | | 全体 |
|------------------|----------|----|----------|-------------|----|---------|----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| | 5 | 10 | 15 (20%) | 2 | 6 | 8 (14%) | 23 (17%) |
| 健康でないグループ(29名) | 都市部(18名) | | | 山間部／郊外(11名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| | 2 | 3 | 5 (28%) | 0 | 3 | 3 (27%) | 8 (28%) |

(6) 健康に良い食品を取り入れたい：強い健康志向

「7. 健康に良い食品を取り入れたい」と回答した人は「表 11」のように「健康グループ」「健康でないグループ」のいずれも 70%を超えている。健康志向が強く、ヘルスリテラシーを求めている。ヘルスリテラシーとは健康を向上する行動をとるための知識やスキルなどである(大竹 2004)。全国の「家計調査」¹⁷でも「健康保持用摂取品」は 70 歳以上の世帯で「2 万 3 千円」と、最も多くなっている。

表 11 「7. 健康に良い食品を取り入れたい？」

| 健康グループ (133 名) | 都市部 (76 名) | | | 山間部／郊外 (57 名) | | | 全体 |
|---------------------|------------|----|----------|---------------|----|----------|----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| やや／ぜひ取り入れたい | 20 | 33 | 53 (70%) | 10 | 31 | 41 (72%) | 94 (71%) |
| やや／そう思わない | 2 | 4 | 6 (8%) | 1 | 2 | 3 (5%) | 9 (7%) |
| 健康でないグループ (29 名) | 都市部 (18 名) | | | 山間部／郊外 (11 名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| | 割合 | 割合 | 割合 | 割合 | 割合 | 割合 | |
| やや／ぜひ取り入れたい | 6 | 8 | 14 (78%) | 1 | 6 | 7 (64%) | 21 (72%) |
| やや／そう思わない | 1 | 2 | 3 (17%) | 0 | 0 | 0 | 3 (10%) |

(7) 運動／戸外活動と健康

「運動／戸外活動と健康」については、本調査でも運動習慣のある人や「外出や戸外活動」を好きな人が「健康グループ」の方に多いことが明らかになった。「8. 20 分ぐらいの運動をほぼ／毎日する」と回答した人は「表 12」のように「健康グループ」の方が多くなっている。

表 12 「8. 20 分ぐらいの運動や、ウォーキングについて」

| 健康グループ (133 名) | 都市部 (76 名) | | | 山間部／郊外 (57 名) | | | 全体 |
|---------------------|------------|----|----------|---------------|----|----------|----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| ほぼ／毎日する | 14 | 17 | 31 (41%) | 9 | 14 | 23 (40%) | 41 (31%) |
| 週に 1～2 回以下 | 15 | 14 | 29 (38%) | 6 | 14 | 20 (35%) | 49 (43%) |
| 健康でないグループ (29 名) | 都市部 (18 名) | | | 山間部／郊外 (11 名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| | 割合 | 割合 | 割合 | 割合 | 割合 | 割合 | |
| ほぼ／毎日する | 0 | 4 | 4 (22%) | 0 | 3 | 3 (27%) | 7 (24%) |
| 週に 1～2 回以下 | 4 | 5 | 9 (50%) | 1 | 5 | 6 (55%) | 15 (52%) |

¹⁷ 世帯主の年齢階級別 1 世帯当たり年間の支出金額及び消費支出に占める割合。総務省統計局(平成 26 年 9 月 14 日) <http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics84.pdf> (アクセス日 2017/08/10)

「9. 外出や戸外活動」について、「好きな方」と回答した人は「表 13」のように「健康グループ」の方が多くなっている。「あまり好きではない」と回答した人は「健康でないグループ」が多くなっている。

表 13 外出や戸外活動

| 健康グループ (133 名) | 都市部 (76 名) | | | 山間部／郊外 (57 名) | | | 全体 |
|---------------------|------------|----|----------|---------------|----|----------|----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 好きな方 | 23 | 34 | 57 (75%) | 11 | 30 | 41 (72%) | 98 (74%) |
| あまり好きではない | 10 | 10 | 20 (26%) | 6 | 10 | 16 (28%) | 36 (27%) |
| 健康でないグループ (29 名) | 都市部 (18 名) | | | 山間部／郊外 (11 名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 好きな方 | 4 | 8 | 12 (67%) | 2 | 3 | 5 (45%) | 17 (59%) |
| あまり好きではない | 5 | 2 | 7 (39%) | 0 | 4 | 4 (36%) | 11 (38%) |

(8) 社会的な要因と健康

健康は周囲の社会環境の影響を受けていて、人々の絆から生まれる資源はソーシャル・キャピタルと言われ、健康の社会的決定要因の一つである(相田 2014)。これは情報の普及や助け合いを通じて健康に寄与するという研究であるが、人々のつながりが豊かであることは、情報以上のものである。ライフスタイルは生活哲学などの諸要因に色濃く影響されるからである。

デュボス(2000, p. 335)が示した「適応」も、環境への関心だけではなく、人間のためであり、人間社会に向けられていたことが次の記述からも分かる。薬剤で何もかも「人間の欲求や思考を制御する」のは科学的には成果であっても「人類の将来という観点からすれば、つまらないかそれとも望ましくないとさえ考えられる」

健康に影響を及ぼす社会的な要因への対応について、デュボスの健康観を基準に検証した。健康は「受動的に獲得できるものではない」「環境に対して創造的に応答しようとの意欲」が、生活に意味を与えることになる。生活環境や、社会に対して主体的で自発的な関わりの中で、様々な能力も抵抗力も増進されていくのである。生活態度が健康に影響を及ぼすというデュボスの健康観と同様の結果が本調査でも得られた(「表 14」「表 15」)。

「10. 話し相手はいますか?」については、「会話をほぼ毎日／毎日する」と回答した人は「表 14」のように「健康グループ」が多く、「週に 1～2 回以下である」と回答した人は「健康でないグループ」の方が多くなっている。人と関わらず生きていくのは難しいと示されたような結果であった。

表 14 話し相手はいますか？

| 健康グループ (133 名) | 都市部(76 名) | | | 山間部／郊外(57 名) | | | 全体 |
|---------------------|-----------|----|----------|--------------|----|----------|-----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 会話をほぼ毎日／毎日する | 26 | 43 | 69 (91%) | 14 | 41 | 55 (96%) | 124 (93%) |
| 週に 1～2 回以下である | 3 | 0 | 3 (4%) | 1 | 1 | 2 (4%) | 5 (4%) |
| 健康でないグループ (29 名) | 都市部(18 名) | | | 山間部／郊外(11 名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 会話をほぼ毎日／毎日する | 4 | 8 | 12 (67%) | 1 | 3 | 4 (36%) | 16 (55%) |
| 週に 1～2 回以下である | 4 | 2 | 6 (33%) | 0 | 3 | 3 (27%) | 9 (31%) |

ボランティアについて、健康と関わる社会的な要因について分析を行った結果は次の通りである。

高齢者のボランティア活動が高齢者自身の心理的な健康度を高めるという研究(藤原 2005)もあるが、本調査では「11. 自由参加のボランティア活動について」、「やや／参加したい」と回答した人は「表 15」のように「老々支援」、「環境・美化」のいずれにおいても「健康グループ」の方が多かった。

表 15 「11. 自由参加のボランティア活動について」

| 健康グループ (133 名) | 都市部(76 名) | | | 山間部／郊外(57 名) | | | 全体 |
|---------------------|-----------|----|----------|--------------|----|----------|----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 老々支援：やや／参加したい | 10 | 21 | 31 (41%) | 5 | 18 | 23 (40%) | 54 (41%) |
| 環境・美化：やや／参加したい | 16 | 24 | 40 (53%) | 5 | 21 | 26 (46%) | 57 (43%) |
| 健康でないグループ (29 名) | 都市部(18 名) | | | 山間部／郊外(11 名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 老々支援：やや／参加したい | 0 | 5 | 5 (28%) | 0 | 5 | 5 (45%) | 10 (34%) |
| 環境・美化：やや／参加したい | 1 | 4 | 5 (28%) | 0 | 3 | 3 (27%) | 8 (28%) |

(9) 環境への関わりと健康

「I-6」で、牧口(1980)のヒューマン・エコロジーの価値観、環境によって育まれる人間という視点を持つことで、環境への働きかけも意味を持ち、より主体的にポジティブになれることを論じた。WHO の健康定義の草案 (I-2) でも、個人として「命が負う責任」を快く受容するポジティブな態度が健康であると書かれていた。責任のある生活態度が健康に

影響を及ぼすのである。これは、ライフスタイルの考察に欠かせない視点である。

環境や、社会に対する、主体的で自発的な関わりによって、自己を価値ある主体と認める自尊感情が養われ、自信が健康に影響を与えることが研究で分かっている。本調査でも、「廃棄物・ゴミを出さない生活、簡素な生活について」¹⁸、すでに「取り入れている」と回答した人、「取り入れたい」と回答した人は共に、「表 16」のように「健康グループ」の方が多くなっている。

表 16 「12 廃棄物・ゴミを出さない生活、簡素な生活について」

| 健康グループ (133 名) | 都市部 (76 名) | | | 山間部／郊外 (57 名) | | | 全体 |
|---------------------|------------|----|----------|---------------|----|----------|----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 取り入れている | 7 | 9 | 16 (21%) | 2 | 10 | 12 (21%) | 28 (21%) |
| 取り入れたい | 14 | 24 | 38 (50%) | 9 | 17 | 26 (46%) | 64 (48%) |
| 健康でないグループ (29 名) | 都市部 (18 名) | | | 山間部／郊外 (11 名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 取り入れている | 3 | 0 | 3 (17%) | 0 | 2 | 2 (18%) | 5 (17%) |
| 取り入れたい | 3 | 4 | 7 (39%) | 1 | 4 | 5 (45%) | 12 (41%) |

(10) 精神的要因と健康

精神的健康に関する研究といえば、健康生成論における魚里 (2013) のような「メンタルヘルスやストレス対処の研究」が多いといった報告や、病への対処に関するものがほとんどであるが、ライフスタイルは生活哲学などの諸要因に色濃く影響されるという研究 (妹尾 2009) もある。本調査ではライフスタイルの形成に影響を及ぼす精神的要因となる価値観について、牧口 (1980) の研究に基づき検証した。

人は「助けることで助けられる」。筆者は広島出身で、身近に被ばく者がいるからこれは身近な言葉でもある。NHK が制作したドラマ「夢千代日記」(1984) の中に、広島で被爆した「胎内被爆者」で原爆症に苦しむ夢千代の次のようなセリフがある。

「誰かの力になりたいのです。助けられる間は、私はまだ大丈夫なんです」¹⁹

人のための行動や生活態度が自己の生活習慣を形成する。「13. 満足感に人に喜んでもらうほうが大きい」に対して「やや／そう思う」と回答した人 (「表 17」)、「15. 困難を抱えている人に対して」、「寄り添うことはできる」と回答した人 (「表 18」) は、ともに「健康グループ」の方が多かった。

¹⁸ 田中勝 (1996) 「地球を救うリサイクルー廃棄物処理の今後ー」『大気環境学会誌』Vol. 31 (6)

加藤三郎 (1998)。「循環社会実現のための課題」『廃棄物学会誌』Vol. 9 (1)。

ジョン・パスモア (1998) 『自然に対する人間の責任』間瀬啓允 訳、岩波書店。

¹⁹ 身近な被ばく者は小学校時代の恩師・植田雅軌先生『「空白の十年」被爆者の苦闘』(2009) 広島県原爆被害者団体協議会。

「ドラマ『夢千代日記』夢千代と上村洋一」(主演 吉永小百合)：朝日新聞 Travel.

<http://www.asahi.com/travel/traveler/TKY200704210099.html>

表 17 「13. 満足感は人に喜んでもらうほうが大きい」

| 健康グループ (133 名) | 都市部 (76 名) | | | 山間部／郊外 (57 名) | | | 全体 |
|---------------------|------------|----|----------|---------------|----|----------|-----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| やや／そう思う | 27 | 33 | 60 (79%) | 14 | 30 | 44 (77%) | 104 (78%) |
| やや／そう思わない | 0 | 2 | 2 (3%) | 0 | 1 | 1 (2%) | 3 (2%) |
| 健康でないグループ (29 名) | 都市部 (18 名) | | | 山間部／郊外 (11 名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| やや／そう思う | 5 | 4 | 9 (50%) | 1 | 6 | 7 (64%) | 16 (55%) |
| やや／そう思わない | 0 | 1 | 1 (6%) | 0 | 1 | 1 (9%) | 2 (7%) |

表 18 「15. 困難を抱えている人に対して」

| 健康グループ (133 名) | 都市部 (76 名) | | | 山間部／郊外 (57 名) | | | 全体 |
|---------------------|------------|----|----------|---------------|----|----------|-----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 寄り添うことはできる | 25 | 36 | 61 (80%) | 12 | 29 | 41 (72%) | 102 (77%) |
| 余裕がない | 8 | 6 | 14 (18%) | 4 | 11 | 15 (26%) | 29 (22%) |
| 健康でないグループ (29 名) | 都市部 (18 名) | | | 山間部／郊外 (11 名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| 寄り添うことはできる | 4 | 5 | 9 (50%) | 2 | 6 | 8 (73%) | 17 (59%) |
| 余裕がない | 4 | 4 | 8 (44%) | 0 | 3 | 3 (27%) | 11 (38%) |

(11) スピリチュアリティと健康

「スピリチュアリティ（命を燃え続けさせる力）」は、全ての人にとり人間存在の意味、人生の意味に関わる本質的な概念であり、健康寿命の主要な決定要因といえる。

マハトマ・ガンジーは次のような言葉を残している。「My life is my message（私の生きざまが私のメッセージである）」（Heath 2007）。

伝えたい人がいることは居場所があるということである。生きざまは暮らしの全てにおいて影響を及ぼすので生活習慣や健康との関わりも大きい。本調査でも、「表 19」のように「伝えたい人がいる」と回答した人は「健康グループ」の方がわずかではあるが多くなっている。

表 19 「14. 生きざまを伝えたい人がいますか？」

| 健康グループ (133 名) | 都市部 (76 名) | | | 山間部／郊外 (57 名) | | | 全体 |
|---------------------|------------|----|----------|---------------|----|----------|----------|
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| はい | 16 | 26 | 42 (55%) | 10 | 33 | 43 (75%) | 85 (64%) |
| 別にいない | 19 | 15 | 34 (45%) | 7 | 7 | 14 (25%) | 48 (36%) |
| 健康でないグループ (29 名) | 都市部 (18 名) | | | 山間部／郊外 (11 名) | | | |
| | 男性 | 女性 | 合計 | 男性 | 女性 | 合計 | |
| はい | 7 | 5 | 12 (67%) | 2 | 4 | 6 (55%) | 18 (62%) |
| 別にいない | 2 | 4 | 6 (33%) | 1 | 4 | 4 (45%) | 11 (38%) |

(12) 検定による検証

アンケート結果の中から、ライフスタイルに係わる主要項目を検証するための検定²⁰を行った。X二乗検定は、信頼性を高めるため「健康グループ」と「健康でないグループ」以外に、「どちらとも言えない」と回答をした人たちも含めた全員のサンプルで行った。「健康状態」は、都市部と山間部／郊外でほとんど差がなかった。これは均質化したライフスタイルの影響かと思われる。「健康状態」と「収入」の間にも関連性はほとんど見られなかった。ただ、「健康状態」と「食生活」の関連性には地域差が見られた。野菜類を 350 g 以上摂取する人が山間部のほうが多いことは自給の暮らしと関わりがあるようだ。「健康状態」と「価値観」、「健康状態」と「廃棄物・ゴミを出さない生活」でも僅かな関わりの数値がでた。

以下は検定結果である。

プロフィール：「健康状態」と「地域」の間に関連があるかどうかを検討するために、クロス集計表を作成し、検定を行なった。都市部では、76 名 (80.1%) が「健康」と回答し、山間部は 57 名 (83.8%) が「健康」と回答した。「健康」と回答した比率は、山間部のほうが 2.7%多いが、「健康状態」と「地域」の間に統計的に有意に関連があるか χ^2 検定を行なったところ、 $\chi^2(2) = 0.491$ (5.991 より小さい) ので有意ではなかった。すなわち、「健康状態」と「地域」の間に関連は見いだされなかった。

(今回の解析、有意確率 P の値としては、0.1 を用いて検討する。以下同様)

²⁰ 検定は関西学院大学大学院 総合政策研究科 博士課程前期課程の中国人留学生、孫光宇氏の協力を得て行なった。

表 20 「健康状態」と「地域」のクロス集計

| | 健康 | どちらとも 言えない | 不健康 | 合計 |
|-----|-----|---------------|-----|-----|
| 都市部 | 76 | 22 | 18 | 116 |
| 山間部 | 57 | 19 | 11 | 87 |
| 合計 | 133 | 41 | 29 | 203 |

$$P = 0.782 \quad \chi^2(2) = 0.491$$

P 値が 0.01 (1%) より大きく、有意ではない

χ^2 値は (自由度 2)、5.991 より小さく、有意ではない

「健康状態」と「収入」の間に関連があるかどうかを検討するために、クロス集計表を作成し、検定を行なった。「健康状態」と「収入」の間に統計的に有意に関連があるか χ^2 検定を行なったところ、都市部の結果 $\chi^2(2) = 1.677$ (5.991 より小さい) と山間部の結果 $\chi^2(2) = 1.640$ (5.991 より小さい) で有意ではなかった。すなわち、「健康状態」と「収入」の間に関連は見出されなかった。

表 21 都市部の「健康状態」と「収入」のクロス集計

| | 健康 | どちらとも 言えない | 不健康 | 合計 |
|---------|----|---------------|-----|-----|
| 300 万以上 | 36 | 7 | 8 | 51 |
| 300 万未満 | 40 | 15 | 10 | 65 |
| 合計 | 76 | 22 | 18 | 116 |

$$P = 0.432 \quad \chi^2(2) = 1.677$$

P 値が 0.01 (1%) より大きく、有意ではない

χ^2 値は (自由度 2)、5.991 より小さく、有意ではない

表 22 山間部の「健康状態」と「収入」のクロス集計

| | 健康 | どちらとも 言えない | 不健康 | 合計 |
|---------|----|---------------|-----|----|
| 300 万以上 | 25 | 6 | 3 | 34 |
| 300 万未満 | 32 | 13 | 8 | 53 |
| 合計 | 57 | 19 | 11 | 87 |

$$P = 0.440 \quad \chi^2(2) = 1.640$$

P 値が 0.01 (1%) より大きく、有意ではない

χ^2 値は (自由度 2)、5.991 より小さく、有意ではない

食生活と健康：「健康状態」と「食生活」の間に関連があるかどうかを検討するために、クロス集計表を作成し、検定を行なった。「健康状態」と「食生活」の間に統計的に有意に関連があるか χ^2 検定を行なったところ、都市部の結果 $\chi^2(4) = 6.356$ (9.488 より小さい) は非有意、山間部の結果 $\chi^2(4) = 14.961$ (9.488 より大きい) は有意である。すなわち、山間部では「健康状態」と「食生活」の間に関連が見いだされた。

表 23 都市部の「健康状態」と「食生活」のクロス集計

| | 健康 | どちらとも言えない | 不健康 | 合計 |
|-----------|----|-----------|-----|-----|
| 350 g 以上 | 24 | 5 | 3 | 32 |
| どちらとも言えない | 31 | 11 | 5 | 47 |
| 350 g 未満 | 21 | 6 | 10 | 37 |
| 合計 | 76 | 22 | 18 | 116 |

$P=0.174$ $\chi^2(4) = 6.356$

P 値が 0.01 (1%) より大きく、有意ではない

χ^2 値は (自由度 4)、9.488 より小さく、有意ではない

表 24 山間部の「健康状態」と「食生活」のクロス集計

| | 健康 | どちらとも言えない | 不健康 | 合計 |
|-----------|----|-----------|-----|----|
| 350 g 以上 | 29 | 3 | 2 | 34 |
| どちらとも言えない | 16 | 4 | 3 | 23 |
| 350 g 未満 | 12 | 12 | 6 | 30 |
| 合計 | 57 | 19 | 11 | 87 |

$P=0.005$ $\chi^2(4) = 14.961$

P 値が 0.01 (1%) より小さく、有意である。

χ^2 値は (自由度 4)、9.488 より大きく、有意である。

精神的要因と健康：精神的要因となる価値観について「健康状態」と「価値観」の間に関連があるかどうかを検討するために、クロス集計表を作成し、検定を行なった。「健康状態」と「価値観」の間に統計的に有意に関連があるか χ^2 検定を行なったところ、都市部の結果 $\chi^2(4) = 6.356$ (9.488 より小さい) は非有意、山間部の結果 $\chi^2(4) = 14.961$ (9.488 より大きい) は有意である。すなわち、山間部では「健康状態」と「価値観」の間に微小ではあるが関連が見いだされた。

表 25 都市部の「健康状態」と「価値観」（満足感是人に喜んでもらう方が大きい）のクロス集計

| | 健康 | どちらとも 言えない | 不健康 | 合計 |
|-----------|----|---------------|-----|-----|
| やや／そう思う | 60 | 12 | 9 | 81 |
| どちらとも言えない | 14 | 8 | 8 | 30 |
| やや／そう思わない | 2 | 2 | 1 | 5 |
| 合計 | 76 | 22 | 18 | 116 |

$P=0.053 \quad \chi^2(4)=9.351$

P 値が 0.01（1%）より大きく、有意ではない

χ^2 値は（自由度 4）、9.488 より小さく、有意ではない

表 26 山間部の「健康状態」と「価値観」（満足感是人に喜んでもらうほうが大きい）のクロス集計

| | 健康 | どちらとも 言えない | 不健康 | 合計 |
|-----------|----|---------------|-----|----|
| やや／そう思う | 44 | 9 | 7 | 60 |
| どちらとも言えない | 12 | 10 | 3 | 25 |
| やや／そう思わない | 1 | 0 | 1 | 2 |
| 合計 | 57 | 19 | 11 | 87 |

$P=0.048 \quad \chi^2(4)=9.562$

P 値が 0.01（1%）より大きく、有意ではない

χ^2 値は（自由度 4）、9.488 より大きく、有意である。

社会的な要因と健康：「健康状態」と「自由参加のボランティア」の間に関連があるかどうかを検討するために、クロス集計表を作成し、検定を行なった。「健康状態」と「自由参加のボランティア」の間に統計的に有意に関連があるか χ^2 検定を行なったところ、都市部の結果 $\chi^2(2)=5.576$ （5.991 より小さい）と山間部の結果 $\chi^2(2)=3.595$ （5.991 より小さい）で有意ではなかった。すなわち、「健康状態」と「自由参加のボランティア」の間に関連は見出されなかった。

表 27 都市部の「健康状態」と「自由参加のボランティア」(環境・美化)のクロス集計

| | 健康 | どちらとも 言えない | 不健康 | 合計 |
|-----------|----|---------------|-----|----|
| やや／参加したい | 40 | 7 | 5 | 52 |
| どちらとも言えない | 14 | 6 | 7 | 27 |
| 合計 | 54 | 13 | 12 | 79 |

$P = 0.061 \quad \chi^2(2) = 5.576$

P値が0.01 (1%) より大きく、有意ではない

χ^2 値は (自由度 2)、5.991 より小さく、有意ではない

表 28 山間部の「健康状態」と「自由参加のボランティア」(環境・美化)のクロス集計

| | 健康 | どちらとも 言えない | 不健康 | 合計 |
|-----------|----|---------------|-----|----|
| やや／参加したい | 26 | 1 | 3 | 30 |
| どちらとも言えない | 25 | 0 | 0 | 25 |
| 合計 | 51 | 1 | 3 | 55 |

$P = 0.166 \quad \chi^2(2) = 3.595$

P値が0.01 (1%) より大きく、有意ではない

χ^2 値は (自由度 2)、5.991 より小さく、有意ではない

環境への関わりと健康：「健康状態」と「廃棄物・ゴミを出さない生活」の間に関連があるかどうかを検討するために、クロス集計表を作成し、検定を行なった。「健康状態」と「廃棄物・ゴミを出さない生活」の間に統計的に有意に関連があるか χ^2 検定を行なったところ、都市部の結果 $\chi^2(2) = 1.606$ (9.488 より小さい)は非有意、山間部の結果 $\chi^2(2) = 7.914$ (9.488 より大きい)は有意である。すなわち、山間部では「健康状態」と「廃棄物・ゴミを出さない生活」の間に関連が見いだされた。

表 29 都市部の「健康状態」と「廃棄物・ゴミを出さない生活」のクロス集計

| | 健康 | どちらとも 言えない | 不健康 | 合計 |
|-----------|----|---------------|-----|----|
| 取り入れている | 16 | 3 | 3 | 22 |
| どちらとも言えない | 17 | 8 | 3 | 28 |
| 合計 | 33 | 11 | 6 | 50 |

$P = 0.448 \quad \chi^2(2) = 1.606$

P値が0.01 (1%) より大きく、有意ではない

χ^2 値は (自由度 2)、5.991 より小さく、有意ではない

表 30 山間部の「健康状態」と「廃棄物・ゴミを出さない生活」のクロス集計

| | 健康 | どちらとも 言えない | 不健康 | 合計 |
|-----------|----|---------------|-----|----|
| 取り入れている | 12 | 0 | 2 | 14 |
| どちらとも言えない | 13 | 11 | 3 | 27 |
| 合計 | 25 | 11 | 5 | 41 |

$$P = 0.019 \quad \chi^2(2) = 7.914$$

P 値が 0.01 (1%) より大ければ、有意ではない

χ^2 値は (自由度 2)、5.991 より大きく、有意である。

スピリチュアリティと健康：「健康状態」と「生きざま」の間に関連があるかどうかを検討するために、クロス集計表を作成し、検定を行なった。「健康状態」と「生きざま」の間に統計的に有意に関連があるか χ^2 検定を行なったところ、都市部の結果 $\chi^2(2) = 0.833$ (5.991 より小さい) と山間部の結果 $\chi^2(2) = 2.482$ (5.991 より小さい) で有意ではなかった。すなわち、「健康状態」と「生きざま」の間に関連は見出されなかった。

表 31 都市部の「健康状態」と「生きざま」(伝えたい人がいますか?) のクロス集計

| | 健康 | どちらとも 言えない | 不健康 | 合計 |
|-------|----|---------------|-----|-----|
| はい | 42 | 12 | 12 | 66 |
| 別にいない | 34 | 10 | 6 | 50 |
| 合計 | 76 | 22 | 18 | 116 |

$$P = 0.659 \quad \chi^2(2) = 0.833$$

P 値が 0.01 (1%) より大きく、有意ではない

χ^2 値は (自由度 2)、より小さく、有意ではない

表 32 山間部の「健康状態」と「生きざま」(伝えたい人がいますか?) のクロス集計

| | 健康 | どちらとも 言えない | 不健康 | 合計 |
|-------|----|---------------|-----|----|
| はい | 43 | 12 | 6 | 61 |
| 別にいない | 14 | 7 | 5 | 26 |
| 合計 | 57 | 19 | 11 | 87 |

$$P = 0.289 \quad \chi^2(2) = 2.482$$

P 値が 0.01 (1%) より大きく、有意ではない

χ^2 値は (自由度 2)、5.991 より小さく、有意ではない

(13) アンケート調査「暮らしと健康」結果の分析と考察、提言

健康を、肉体的に、精神的に、社会的に、総合的に追求すればライフスタイルの問題になる。そこで健康寿命の決定要因を明らかにするために、アンケートの結果から、ライフスタイルに係わる主要項目を分類し、分析と考察を行った。

食習慣から価値観までを含むライフスタイルにおけるアンケートの結果から、ほとんどの項目で文献調査と同様の結果が得られた。人や社会、環境との関わりにおける自発的なライフスタイルを持つ人、責任のある生活態度の人が「健康グループ」の方に多かった。牧口(1980)のヒューマン・エコロジーの価値観や、デュボス(2000)の健康観と同様の結果が得られた。ほとんどのケースで地域差はあまり見られなかったが、「健康グループ」と「健康でないグループ」では差が見られた。以下は明らかになった健康寿命の決定要因の分析結果と考察、提言である。

「食生活と健康」: 食生活では野菜・果実類の重要性について「食と健康のメタアナリシス」⁸を基準に検証した。佐伯(2015)は、過剰な動物性食品を中心とする食生活が生活習慣病の原因という相関を示し、「野菜は多くの疾患予防に効果的」であるという科学的分析「食と健康のメタアナリシス」による結論を導いている。「健康グループ」に多かったのは、野菜・果実類を多く摂取すると回答した人たちであった。

山間部では χ^2 検定でも「健康状態」と「食生活」の間に有意の関連が見いだされた(表23)。山間部では野菜の摂取を「健康グループ」の51%の人が「350g以上」、21%の人が「やや少ない/少ない」と回答した。「健康でないグループ」の18%の人が「350g以上」、56%の人が「やや少ない/少ない」、と回答している(表8)。

「雑穀を食べている」と回答した人は全体の19%であった。玄米などの全粒穀物にはビタミン、ミネラル、ファイトケミカル(抗酸化物質)といった機能性成分が、分かっているだけでも数百~千種類といったレベルで含まれていて、これら「無数の物質の複合作用」で吸収される(キャンベル2016)ので、サプリメントなどで人工的に補う事は難しい。精製された白米や、白いうどん、パスタ、白いパンになるとほとんどが糖質になってしまう。主食は量も多いので、野菜に劣らず影響が大きいにも拘わらず、野菜ほど周知されていないので社会的に周知させる必要がある。

「I-7」で、食生活の指針として、2005年に厚生労働省と農林水産省の合同で策定されたフードガイドについて次のように論じた。「何を」「どれだけ」食べたらよいかをわかりやすく示したという「食事バランスガイド」で、1日に食べるとよい目安の多い順に上から、「主食」「副菜」「主菜」「牛乳・乳製品」「果物」という5つの料理区分が示されている。「食事バランスガイド」の中間にありながら、「主菜は魚・肉・卵・大豆・大豆製品を主材料とする料理のこと」という説明文から、「魚・肉…」が主たる食材であるという印象をうける。実際に、市販の弁当や外食などでも「魚・肉」が主、野菜は副食材のように扱われている。

キャンベル(2016)は、ガンは「豊かさが招く病気」であり、「経済的に発達した地域の『動物性食品が非常に多い』欧米の食習慣』で多発している(II-5)と指摘した。これらを

参考に、サプリメントや薬の開発ばかり奨励するのではなく、「食生活の指針」を始め、「もっと野菜・果実、全粒穀物の重要性が伝わるような政策」が必要である。1981年から2013年までの32年間に、ガンだけを見ても、死亡数は約4倍になり総死亡率の28.8%を占めている(がん研究振興財団 2014)。これは高齢化による影響をはるかに超えている。増え続けている生活習慣病、医療費を考えると、これを最も優先すべきであると提言する。

「精神的要因と健康」: ライフスタイルの形成に影響を及ぼす精神的要因となる価値観について、牧口(1980)の研究に基づき検証した。ライフスタイルとは人間の生活様式のことであり、生き方の表出である。また、「個人の価値観を反映する生活方法」であるから社会的環境、そこでの役割、生活哲学などの諸要因に色濃く影響される(I-6)。従ってライフスタイルから健康寿命の決定要因を探ることができる。

「IV-8」で次のように論じた。人々の絆から生まれる資源はソーシャル・キャピタルと言われ、健康の社会的決定要因の一つである。これは情報の普及や助け合いを通じて健康に寄与するという研究であるが、人々のつながりが豊かであることは、情報以上のものである。ライフスタイルは生活哲学などの諸要因に色濃く影響されるからである。

人のための行動や生活態度が自己の生活習慣を形成する。「満足感に人に喜んでもらうほうが大きい」という設問に「やや／そう思う」と回答した人、「困難を抱えている人」に対しての設問に「寄り添うことはできる」と回答した人は、いずれも「健康グループ」の方に多かった(表 17, 18)。 χ^2 検定でも、山間部の回答結果で「健康状態」と「価値観」の間に有意の関連が見いだされた(表 26)。この結果はソーシャル・キャピタルが精神的要因にも寄与できることを示唆しており、政策のための有用な資料となる。

「社会的な要因と健康」: 健康は周囲の社会環境の影響を受ける。健康に影響を及ぼす社会的な要因への対応について、デュボス(前掲)の健康観を基準に検証した。文明に保護され過ぎると、「(機能が)使用しないことによる萎縮」によって適応的な応答ができず「人間の能力を弱める」。健康は「受動的に獲得できるものではない」「環境に対して創造的に応答しようとの意欲」が、生活に意味を与えることになる。生活環境や、社会に対して主体的で自発的な関わりの中で、様々な能力も抵抗力も増進されていくのである。

生活態度が健康に影響を及ぼすというデュボスの健康観と同様の結果が本調査でも得られた。「健康状態」と「自由参加のボランティア」(環境・美化)の χ^2 検定では、都市部／山間部ともに有意ではなかったが、アンケートの結果は「自由参加のボランティア活動」について、「老々支援」「環境・美化」のいずれにおいても「やや／参加したい」と回答した人は「健康グループ」の方が多かった。

この研究で得られた知見をヘルスリテラシー(健康への情報)として周知していく政策が有用である。

「**環境への関わりと健康**」：「I-6」で、牧口(1980)のヒューマン・エコロジーの価値観、環境によって育まれる人間という視点を持つことで、環境への働きかけも意味を持ち、より主体的にポジティブになれることを論じた。WHOの健康定義の草案（I-2）でも、個人として「命が負う責任」を快く受容するポジティブな態度が健康であると書かれている。責任のある生活態度が健康に影響を及ぼすのである。

主体的で自発的な関わりによって、自己を価値ある主体と認める自尊感情が養われ、その自信が健康に影響を与える。「廃棄物・ゴミを出さない生活、簡素な生活」について、すでに「取り入れている」「取り入れたい」と回答した人は共に「健康グループ」の方が多かった。 χ^2 検定でも、山間部における「健康状態」と「廃棄物・ゴミを出さない生活」の間に有意の関連が見いだされた。従って、健康寿命を延ばすための生活習慣病対策と、環境に優しい持続可能な社会（グリーン経済：地球サミット2012）の追求は同じ地平にあり、軌を一にしているのである。

自身の健康との関わりから環境問題を考えるという視点は極めて意義がある。文献研究において「公害問題と健康」の研究はあるが、「生活習慣病」と「環境」は別々のテーマで行われている。環境問題を「生活習慣病」との関係において論じることが本論の新しい試みである。この研究で得られた知見をヘルスリテラシー（健康への情報）として周知していく政策が有用である。

「**スピリチュアリティと健康**」：「スピリチュアリティ（命を燃え続けさせる力）」は高齢者や病む人たちの研究として発展してきたが、全ての人にとり人間存在の意味、人生の意味に関わる本質的な概念であり、健康寿命の主要な決定要因である。「生きざまを伝えたい人」がいるかどうかの設問で検証した。伝えたい人があることは居場所があるということでもある。生きざまは暮らしの全てにおいて影響を及ぼすので生活習慣や健康との関わりも大きい。

結果はわずかではあるが「健康グループ」の方に「伝えたい人がある」と回答した人が多かった。 χ^2 検定では「健康状態」と「生きざま」の関連は、都市部でも山間部でも有意ではなかったが、これは、二者間に関連が見出されないというよりは、「生きざま」の回答を導くための質問に問題があった可能性が高い。「生き甲斐」や「希望」、「役割」、「好奇心」など、命を燃やしている事実を複合的な質問から引き出すことができれば数値も変わったはずである。若い頃から、やりたいこと、やるべき事、居場所作りなど、何（誰）のためという意味を考える生き方を、健康との関わりからヘルスリテラシーとして周知していく政策が有用である。

アンケート末尾の質問項目について、「この町の良いところ」への回答は自然環境に関するものが多かった。「好きな行事」について回答した人は山間部／郊外の方がやや多かった。いずれも回答者数は少なく、個人主義的なライフスタイルが進んでいるようだ。

VI 結論

生活習慣病は、食生活を含むライフスタイル（価値観を含む生活様式）から生成される。日本では、生活習慣病の予防と言えば健診（検診）と医療の充実を指し、「肉体的、精神的、社会的に良好な状態」という WHO 健康の 3 要素は、分野別にバラバラに発展してきたが、本研究では健康寿命の延伸を目的として総体的に追究した。その結果、本研究で健康寿命の決定要因の多くを食生活や運動を含むライフスタイルの中に見出した。「暮らしと健康」アンケートでは、ほとんどの項目で文献調査と同様の結果が得られた。人や社会、環境との関わりにおいて自発的なライフスタイルを持つ人、責任のある生活態度の人が「健康グループ」の方に多かった。牧口(1980)のヒューマン・エコロジーの価値観や、デュボス(2000)の健康観と同様の結果であった。

食生活では野菜・果実類の重要性について「食と健康のメタアナリシス」⁸を基準に検証した。「健康グループ」に多かったのは、野菜・果実類を多く摂取すると回答した人であった。 χ^2 検定でも山間部で「健康状態」と「食生活」の間に有意の関連が見いだされた（表 23）。「雑穀を食べている」と回答した人は全体の 19%であった。玄米などの全粒穀物にはビタミン、ミネラル、ファイトケミカル（抗酸化物質）といった機能性成分が、分かっているだけでも数百～千種類といったレベルで含まれていて、これら「無数の物質の複合作用」で吸収されるので、サプリメントなどで人工的に補う事は難しい。主食は量も多いので、野菜に劣らず影響が大きいにも拘わらず、野菜ほど周知されていないのは問題である。ガンの死亡数だけをみてもこの 32 年間に約 4 倍になり（がん研究振興財団 2014）、これは高齢化による影響をはるかに超えている。我が国はこれほど医学の発展にお金をかけ、健診（検診）や医療が充実した国でありながら、患者もガンも増える一方である。予防に力をそそぐ方が医療費も社会保障費も抑えられる。増え続けている生活習慣病、医療費を考えると、「野菜・果実、全粒穀物の重要性が伝わるような政策」は最も優先順位が高く大切であると提言した。

「精神的要因と健康」の調査では、ライフスタイルの形成に影響を及ぼす価値観について、牧口(1980)を基準に検証した（V-10）。人のための行動や生活態度が自己の生活習慣を形成する。「満足感人は人に喜んでもらうほうが大きい」と回答した人、「困難を抱えている人」に「寄り添うことはできる」と回答した人は、いずれも「健康グループ」の方に多かった。

ボランティア活動に対する積極的な態度、社会や環境に対して創造的に取り組む自発的な態度が健康に影響を及ぼすことが研究で分かっているが、「社会的な要因と健康」のアンケート調査でも同様の結果となって現れた。

このように、野菜・果実重視の食習慣を含め、健康寿命を延ばすための生活習慣病対策と、環境に優しい持続可能な社会（グリーン経済：地球サミット 2012）の追求は同じ地平にあり、軌を一にしていると言えるのである。

「スピリチュアリティ（命を燃え続けさせる力）」は、全ての人にとり人間存在の意味、人生の意味に関わる本質的な概念であり、健康寿命の主要な決定要因である。本調査では

「生きざまを伝えたい人」がいるかどうかの設定で検証した。生きざまは暮らしの全てにおいて影響を及ぼすので生活習慣や健康との関わりも大きい。検定の結果は有意ではなかったが、わずかに「健康グループ」の方に「伝えたい人がある」と回答した人が多かった。

アンケートでは回答者の健康への関心は高く、ヘルスリテラシー（健康への情報）を求めている（V-6）。日本で現在、消費されるサプリなどを含め1人あたりの国民医療費はこの半世紀で20倍以上となっているが、それだけ支払っているぶん健康になっていない。「注9」でも言及したように、健康に関わる問題には、メディアでも政策でも、透明性のある正しい情報が伝わるような取り組みがいっそう重要である。

本研究で明らかになった健康寿命の決定要因の知見や生活習慣病予防のための提言が、政策に生かされることが健康寿命延伸のために今最も必要である。

謝辞

本稿は修士論文「健康寿命の決定要因は何か？」に若干の修正を加えた論文です。修士論文の作成にあたり、アンケート収集では多くの関係者の方からご協力を頂きました。神戸市中央区役所「まちづくり支援課ふれあい協働係」の大西清代美様、神戸市北区役所「北神保健福祉課」の黒木えい子様、北区淡河（おうご）町の宮脇あけみ様ご夫妻、北海道小樽市・阿部美幸様、和歌山市・佐伯美智子様、兵庫県・佐野裕子様、島根県・木戸昌子様、坂本滋子様、広島県・田中八百子様、広島県安芸郡熊野町・中川真里子様、大杉光恵様、愛媛県・常田友子様、山口県・小野栄子様、大分県・藤本吉数様に心から感謝申し上げます。

執筆にあたり、関西学院大学総合政策研究科 指導教授の今井一郎先生に大変お世話になりました。深く深く感謝申し上げます。副査の李政元教授、安高雄治教授に貴重なアドバイスやご指導を頂きました。心から感謝申し上げます。関学のスクールモットー「マスタリー・フォー・サービス（"Mastery for Service": 社会・世界に仕えるため、自らを鍛える）」のもと、自然と人間、人間と人間の共生のための学際的アプローチをご指導下さいました本学総合政策研究科の教職員の方々、祝嶺麻希様に深く感謝申し上げます。

人生の師、検定で協力頂いた関西学院大学大学院 総合政策研究科の中国人留学生・孫光宇氏に感謝申し上げます。PCに不慣れな私に何度もやり方を教えてくれたクラスメートたち、支えてくれた家族たちに感謝いたします。

佐伯民江

参考文献・引用文献

- 相田潤, 近藤克則(2014)「ソーシャル・キャピタルと健康格差」『医療と社会』Vol. 24(1). 公益財団法人 医療科学研究所
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco/ 山崎喜比古, 吉井清子 監訳 (2001):『健康の謎を解く』有信堂高文社.
- 石井八恵子(2006)「World Health Organization (WHO) を中心とした健康関連に関する Quality of Life (QOL) ・スピリチュアリティ研究活動の概観」『東京医療保健大学紀要』Vol. 1
- 伊藤すみれ(2016)「〈文献レビュー〉シンプル・ライフは希望たりうるか: M. グリッグスビー『お金ではなく時間をかけて生きる: ボランタリー・シンプリシティ・ムーブメント』」『教育・社会・文化研究紀要』Vol. 16. 京都大学
- 岩室紳也 (2004)「HIV 対策とリスクコミュニケーション」『公衆衛生』68 巻 7 号. (社) 地域医療復興協会ヘルスプロモーション研究センター
- 魚里明子(2013)「健康生成論に基づいた『健康に生き抜く力』の概念に関する研究 概念モデル抽出のための文献検討」『関西看護医療大学紀要』Vol. 5(1)
- 臼田寛, 玉城英彦, 河野公(2004)「WHO の健康定義制定過程と健康概念の変遷について」『日本公衆衛生雑誌』Vol. 51(10). 日本公衆衛生学会
- 大竹聡子, 池崎澄江, 山崎喜比古(2004)「健康教育におけるヘルスリテラシーの概念と応用」『日本健康教育学会誌』Vol. 12(2)
- 大平修司(2016)「ボランタリー・シンプリシティ (Voluntary Simplicity) —『消費を避ける・減らす』の理論的理解—」『千葉商大論叢』Vol. 53(2)
- 岡田真(1963)「ヒューマン・エコロジーの対象と領域」『地理学評論』Vol. 36(9)
- 岡本宣雄(2013)「高齢者の Spiritual well-being の概念の位置づけとその特徴」『川崎医療福祉学会誌』Vol. 23(1)
- 岡本宣雄(2015)「高齢者が生活上経験する スピリチュアルなテーマに関する研究 —生きる意味に焦点をあてた質的研究—」『川崎医療福祉学会誌』Vol. 25(1)
- 上岡美保(2006)「わが国の食生活の現状と食育の意義に関する研究 —福島県海沼郡会津坂下町を事例として—」『農林業問題研究』Vol. 42. 地域農林経済学会
- 川上 憲人(2014)「日本の『健康社会格差』の実態を知ろう」東京大学大学院医学系研究科「社会階層と健康に関する学際ネットワーク」<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/sdh/pdf/messagetopeople.pdf> (アクセス日 2017/08/10)
- 北村隆子, 臼井キミカ, 筒井裕子(2004)「地域サロン参加による高齢者の自尊感情に影響を及ぼす要因」『人間看護学研究』Vol. 3 滋賀県立大学人間看護学部
- 鬼頭秀一(1996)『自然保護を問いなおす』P. 126, 筑摩書房
- 久郷晴彦 (1995)『短命化』ヘルス・風文庫
- 近藤克則(2010a)「幸福・健康の社会的決定要因」『科学』Vol. 80(3)
- 近藤克則(2010b)「健康の社会的決定要因(1)『健康の社会的決定要因』と健康格差を巡る動向」『日本公衆

衛生雑誌』Vol. 57 (4)

佐伯民江(2017)「健康寿命の決定要因は何か?—生活習慣病の予防策を提案する—」修士論文, 関西学院大学

佐伯民江(2016)「豊かな食環境で健康寿命は延びるのか?—生活習慣病の予防策を考察する—」『神戸国際大学紀要』Vol. 90

佐伯伸孝(2015)『本当に健康になる食はこれだ! メタ栄養学が明かす野菜の真実』Parade Books

坂上正道(2002)「健康とは—世界保健機関 (WHO) の定義をめぐって—」『人間総合科学』Vol. 3

重田公子, 笹田陽子, 鈴木和治, 他(2007)「若年女性の痩身志向が食行動と疲労に与える影響」『日本食生活学会誌』Vol. 18

末松俊彦(2012)『マクガバン・レポート』ヘルス・風文庫

杉岡良彦(2006)「医学としての健康科学とは何か—主体性の医学の誕生—」『旭川医科大学紀要』Vol. 22

妹尾理子(2009)「ライフスタイルをめぐる環境教育に関する研究動向と今後の可能性」『環境教育』Vol. 19
日本環境教育学会

関本秀一(2012)「草創期のヒューマン・エコロジーと総合政策について」『総合政策研究』Vol. 40

竹田恵子, 太湯好子, 桐野匡史, 他(2007)「高齢者のスピリチュアリティ健康尺度の開発—妥当性と信頼性の検証—」『日本保健科学学会誌』Vol. 10 (2)

武元茂人(1983)「牧口常三郎の地理教育論 その1: ヒューマン・エコロジーと社会認識教育」『三重大教育学部研究紀要. 教育科学』Vol. 34

田崎美弥子, 松田正己, 中根允文(2001)「スピリチュアリティに関する質的調査の試み」『日本医事新報』Vol. 4036

都築 毅(2015)『昭和50年の食事で、その腹は引込む』講談社+α新書

T・コリン・キャンベル, トーマス・M・キャンベル(2016), 松田 麻美子訳『チャイナ・スタディー 葬られた「第二のマクガバン報告」(合本版)』グスコ出版

土井由利子(2004)「総論—QOL の概念と QOL 研究の重要性」J. Natl. Inst. Public Health, 53(3) 国立保健医療科学院

日野原重明(1987)「新しい健康概念」『聖路加看護大学紀要』Vol. 12

朴峠周子(2014)「健康生成論における健康の科学」(第18回学術集会 2014.

02) https://www.jstage.jst.go.jp/article/jhas/10/2/10_72/_pdf (アクセス日 2017/08/10)

弘津公子, 井上佳美, 田中マキ子, 他(2007)「超高齢社会における健康寿命の延伸に関連する要因: ADL・食生活・QOLからの検討」『山口 県立大学 大学院論集』Vol. 8

藤井美和(2000)「病む人のクオリティーオブライフとスピリチュアリティ」『関西学院大学社会学部紀要』Vol. 85.

藤井美和, 李政元, 田崎美弥子, 他(2005)「日本人のスピリチュアリティの表すもの: WHOQOL のスピリチュアリティ予備調査から」『日本社会精神医学会誌』VOL. 14

藤原佳典, 杉原陽子, 新開省二(2005)「ボランティア活動が高齢者の心身の健康に及ぼす影響—地域保健福祉における高齢者ボランティアの意義—」『日本公衆衛生雑誌』Vol. 52 (4)

牧口常三郎(1980)『人生地理学』Vol. (1), (5). 第三文明社

- 榎本妙子(2001)「健康生成論に基づく地域住民の健康実態」『立命館産業社会論集』Vol. 36(4)
- 真柄俊一(2015)『食は現代医療を超えた』現代書林
- 三澤久恵, 野尻雅美, 新野直明(2010)「地域高齢者のスピリチュアリティ評定尺度の開発ー構成概念の妥当性と信頼性の検討ー」『日本健康医学会雑誌』Vol. 18(4)
- 山口幸男(2004)「牧口常三郎『人生地理学』の社会科地理教育論的考察」『群馬大学教育学部紀要 人文・社会科学編』Vol. 53
- 吉田松陰(1854)「金子重輔行状」『吉田松陰全集』Vol. 1, p. 391. in 山口幸男(2004)「牧口常三郎『人生地理学』の社会科地理教育論的考察」『群馬大学教育学部紀要 人文・社会科学編』Vol. 53
- 李 為(2013)「中国都市部の社会階層と貧困問題」『京都産業大学世界問題研究所紀要』Vol. 28
- ルネ・シマー, 池田大作, ギー・ブルジョ(2000)『健康と人生ー生老病死を語る』潮出版社
- ルネ・デュボス, 木原弘二訳(2000)『人間と適応ー生物学と医療』みすず書房
- 公益財団法人 がん研究振興財団(2014)『がんの統計 '14』
http://ganjoho.jp/data/reg_stat/statistics/brochure/2014/cancer_statistics_2014.pdf
 (アクセス日 2017/08/10)
- 厚生労働省(2016)「平成 28 年版厚生労働白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/16/dl/all.pdf>
 (アクセス日 2017/08/10)
- 厚生労働省(2012)「(1) 健康寿命の延伸と健康格差の縮小」:「健康日本 21 (第 2 次) の推進に関する参考資料」2012 年 07 月 http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_02.pdf
 (アクセス日 2017/08/10)
- 厚生労働省(2005)「食事バランスガイド」生活習慣病予防のための健康情報サイト. e-ヘルスネット
<https://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/food/e-03-007.html> (アクセス日 2017/08/10)
- 世界保健機関 (WHO 2011)「第 64 回世界保健総会. 決議 (日本語訳) 2011 年 5 月」
http://kyokuhp.ncgm.go.jp/library/who/who2012_01.pdf (アクセス日 2017/08/10)
- 世界保健機関 (WHO 2008)「2008 年~2013 年 行動計画 非感染性疾患への予防と管理に関するグローバル戦略」『世界保健総会文書 A61/8』(2008 年 4 月 18 日)
- 世界保健機関 (WHO 2004)「健康の社会的決定要因」(第二版 (訳 WHO 健康都市研究協力センター) 特定非営利活動法人 健康都市推進会議
<http://www.tmd.ac.jp/med/hlth/whocc/pdf/solidfacts2nd.pdf> (アクセス日 2017/08/10)
- 世界保健機関 (WHO 1998)「健康の社会的決定要因」(Social Determinants of Health: The Solid Facts) in 近藤克則(2010b)「健康の社会的決定要因(1)『健康の社会的決定要因』と健康格差を巡る動向」『日本公衆衛生雑誌』Vol. 57(4)
- 総務省統計局(2014)「統計トピックス No. 84 統計からみた我が国の高齢者 (65 歳以上)」
<http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics84.pdf> (アクセス日 2017/08/10)
- 地球サミット(2012)「地球サミット リオ+20 の歩き リオから始める、地球市民、グリーンエコノミー」(People's Summit2012: for social and environmental justice)
<http://earthsummit2012.jp/arukikata.pdf> (アクセス日 2017/08/10)

Patel. Raj (2007) *Stuffed and Starved: The Hidden Battle for the World Food System*, Melville House Publishing (佐久間智子訳 2010『肥満と飢餓－世界フード・ビジネスの不幸のシステム』作品社
世界保健機関 (WHO 1948)「世界保健機関 (WHO) 憲章」日本 WHO 協会

<http://www.japan-who.or.jp/commodity/kensyo.html> (アクセス日 2016/11/2)

Chip Heath, Dan Heath (2007) *Made to Stick : Why some ideas Survive and Others Die*. Random house
UNITED STATES SENATE (1977) *Dietary Goals for the United States*. PREPARED BY THE STAFF OF THE SELECT
COMMITTEE ON NUTRITION AND HUMAN NEEDS

http://zerodisease.com/archive/Dietary_Goals_For_The_United_States.pdf (アクセス日 2017/08/10)

Eriksson M., Lindström B. (2008) A autogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promotion International* 23: 190-199.

World Health Organization (WHO 2014) *Global status report on Non-communicable diseases 2014*

<http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/> (アクセス日 2017/08/10)

World Health Organization (WHO 2010) *Global Status Report on Non-communicable Diseases*.

http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf (アクセス日 2017/08/10)

World Health Organization (WHO 2003) Healthy life expectancy.

http://www.who.int/mip/2003/other_documents/en/hale.pdf (アクセス日 2017/08/10)

World Health Organization (WHO 2003) Social determinants of health: the solid facts. 2nd
edition. edited by. Richard Wilkinson and Michael Marmot.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf (アクセス日 2017/08/10)

World Health Organization (WHO 2002) *Active Ageing: A Policy Framework*

World Health Organization (WHO 1997) WHOQOL: MEASURING QUALITY OF LIFE

http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf (アクセス日 2017/08/10)

World Health Organization (WHO 1995) Field Trial WHOQOL-100 February 1995 -THE 100 QUESTIONS WITH
RESPONSE SCALES-

http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf (アクセス日 2017/08/10)

World Health Organization (WHO 1990) Cancer Pain Relief and Palliative Care EHO Technical

Report Series NO. 804. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39524/1/WHO_TRS_804.pdf

(アクセス日 2017/08/10)

World Health Organization (WHO 1946) *WHO definition of Health: OFFICIAL RECORDS OF THE WORLD HEALTH
ORGANIZATION No. 2,*

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85573/1/Official_record2_eng.pdf

(アクセス日 2017/08/10)

Cancer Statistics (2013) 'Abstract' NCBI <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23335087>

(アクセス日 2017/08/10)

付録

アンケートに協力を頂いた地域

都市部 116名

北海道：小樽市、苫小牧市 2

本州・兵庫県：神戸市中央区 52、兵庫区 5、西区 5、須磨区・垂水区 3、明石市 2、たつの市 4

和歌山県：和歌山市秋葉町・高松地区 20

島根県：益田市 5

広島県：広島市・中区 5、安芸区、安芸郡 6、呉市 2

九州・大分県：豊後大野市、竹田市 5

山間部／郊外 87名

北海道：小樽市、滝川市 4

本州・兵庫県：神戸市北区 11、たつの市 4

島根県：鹿足郡 20、邑智郡 10

広島県：安芸郡熊野町 10、広島市、中区・安芸区矢野町 11、呉市 3

山口県：阿武郡 4

四国・愛媛県：今治市、西条市 5

九州・大分県：豊後大野市、大野郡 5

アンケート収集のため、直接参加した行事：神戸市中央区の「ふれあいウォーキング」、北区淡河町の「萩
原介護予防カフェ」

「暮らしと健康」アンケート

本調査は「健康寿命の決定要因は何か」を研究するために使用するもので、それ以外の目的には使用しません。無記名ですのでどうぞよろしくお願いいたします。

関西学院大学大学院 総合政策研究科 佐伯民江

性別：1. 男性（ ） 2. 女性（ ）

年齢：1. 65～79 歳（ ） 2. 80～94 歳（ ） 3. 95 歳以上（ ）

家族構成：1. 独居（ ） 2. 夫婦のみ（ ） 3. その他（ ）

居住区：1. 都市部（ ） 2. 山間部/ 郊外（ ）

仕事：1. 有り（ ） 2. 無し（ ）

自給について：1. 農作物（ ） 2. 山菜（ ） 3. その他の自給（ ） 4. なし（ ）

健康状態：1 2 3 4 5

良好である 良好な方である どちらとも言えない あまりよくない よくない

介護を受けていますか？：1. 家族から（ ） 2. 公的サービス（ ） 3. 受けていない（ ）

家族の介護をしていますか？：1. している（ ） 2. していない（ ）

世帯の年収：1 2 3 4.

100～299 万円 300～599 万円 600 万円以上 それ以外

(1). 家計の状態： 1 2 3 4 5
余裕がある やや余裕がある どちらとも言えない やや苦しい 苦しい

(2). 食事について

野菜・果物・海草などをたっぷり食べていますか？： 1. はい () 2. あまり食べない ()

これらを一皿 70 g (ミカン皮ごと中一個分) として毎日 (5 皿分) 以上食べていますか？

1 2 3 4 5
350 g 以上たべる ややその通り どちらとも言えない やや少ない 少ない

(3). 肉類について (ハンバーガー一個分ぐらい) なら

1 2 3 4 5
週に 2 回以下 週に 2~3 回食べる 週に 3~5 回 ほぼ毎日食べる 毎日食べる

(4). ご飯類について： 1. 雑穀を食べている () 2. 白米を食べている ()

(5). 健康によい食品と分かれば取り入れたい？

1 2 3 4 5
ぜひ取り入れたい ややそう思う どちらとも言えない ややそう思わない いらない

(6). 運動など、20 分かそれ以上の、身体活動やウォーキングについて

1 2 3 4 5
運動を毎日する ほぼ毎日する 週に 3~4 回 週に 1~2 回する ほとんどしない

(7). 外出や戸外活動： 1. 好きな方 () 2. あまり好きではない ()

1 2 3 4 5
戸外や外出が多い やや多い どちらとも言えない やや少ない 少ない

(8). 話し相手はいますか？

1 2 3 4 5
会話を毎日する ほぼ毎日する 週に 3~4 回 週に 1~2 回する ほとんどしない

(9). 老々支援など、自由参加のボランティア活動があれば

1 2 3 4 5
参加したい やや参加したい どちらとも言えない やや参加したくない 参加しない

(10). 環境改善・美化など、自由参加のボランティア活動に対して

1 2 3 4 5
参加したい やや参加したい どちらとも言えない やや参加したくない 参加しない

(11). 廃棄物・ゴミを出さない生活、簡素な生活について

1 2 3 4 5
取り入れている 取り入れたい どちらとも言えない やや反対 消費は個人の自由だ

(12). 満足感は何かしてもらうより、何かしてあげる (人に喜んでもらえる) ほうが大きい

1 2 3 4 5
そう思う ややそう思う どちらとも言えない ややそう思わない そう思わない

(13). 生きざまを伝えたい人がいますか？：1. はい () 2. 別にいない ()

| | | | | |
|----------|------|----|----|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 家族・子や孫たち | 師や恩人 | 友人 | 故人 | 死んだら終わり |

(14). 困難を抱えている人に対して：1. 寄り添うことはできる ()

2. 自分のことでいっぱい、余裕がない ()

(15). 最近、興味をもったり、始めたことがありますか？1. ある () 2. 別にない ()

それはどんなことですか？ ()

この町の良いところは何ですか？ () 町の ()

この町の好きな行事は何ですか？ () 町の ()

好きな集まりは何ですか？ ()

好きな食べ物は何か？ ()

ご協力いただきありがとうございました

お住まいの地区：() 県 () 市/区・郡

表2 性別、所帯年収別、都市部／山間部・郊外における生活習慣と健康

| 質問項目 | 回答 | 都市部 | | | | 山間部・郊外 | | | |
|---------------------------|------------------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|--------|----------|
| | | 男性 | | 女性 | | 男性 | | 女性 | |
| | | 299万未満 | 300～599万 | 299万未満 | 300～599万 | 299万未満 | 300～599万 | 299万未満 | 300～599万 |
| 1. 野菜・果実・海草をたっぷり食べていますか？ | たっぷり食べる | 16 | 15 | 23 | 23 | 9 | 7 | 23 | 22 |
| | あまり食べない | 11 | 5 | 8 | 4 | 2 | 2 | 9 | 11 |
| 2. 野菜類を350以上食べていますか？ | ややその通り／350g以上食べる | 7 | 6 | 9 | 10 | 1 | 5 | 11 | 12 |
| | やや少ない／少ない | 15 | 4 | 16 | 8 | 6 | 2 | 20 | 6 |
| 3. 肉類：ハンバーグ一個分ぐらい食べるなら？ | 週に3～3回／それ以下 | 22 | 15 | 27 | 20 | 11 | 7 | 24 | 16 |
| | 週に3～5回／それ以上 | 1 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 7 | 0 |
| 4. ご飯類について | 雑穀を食べている | 3 | 4 | 11 | 6 | 3 | 4 | 9 | 3 |
| | やや余裕がある／余裕がある | 4 | 10 | 4 | 13 | 3 | 7 | 8 | 12 |
| 5. 家計の状態 | やや苦しい／辛い | 7 | 1 | 16 | 8 | 1 | 2 | 13 | 4 |
| | ある | 2 | 3 | 5 | 3 | 7 | 4 | 18 | 18 |
| 6. 自給の暮らし | やや／ぜひ取り入れたい | 19 | 11 | 27 | 21 | 5 | 6 | 31 | 17 |
| 7. 健康に良い食品を取り入れたい？ | やや／そう思わない | 3 | 2 | 5 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| | ほぼ／毎日する | 10 | 9 | 13 | 12 | 7 | 1 | 13 | 4 |
| 8. 20分ぐらいの運動や、ウォーキングについて | 週に1～2回以下 | 8 | 8 | 10 | 8 | 3 | 6 | 13 | 12 |
| | 好きな方 | 16 | 12 | 30 | 26 | 7 | 7 | 20 | 20 |
| 9. 外出や戸外活動 | あまり好きではない | 6 | 9 | 10 | 10 | 5 | 2 | 19 | 5 |
| | 会話をほぼ毎日／毎日する | 16 | 16 | 33 | 25 | 8 | 9 | 26 | 20 |
| 10. 話し相手はいますか？ | 週に1～2回以下である | 3 | 7 | 1 | 1 | 0 | 4 | 4 | 1 |
| | 老々支援、やや／参加したい | 5 | 7 | 13 | 11 | 3 | 2 | 15 | 11 |
| 11. 自由参加のボランティアについて | 環境・美化：やや／参加したい | 9 | 9 | 17 | 15 | 2 | 3 | 13 | 13 |
| | 取り入れている | 6 | 4 | 6 | 4 | 1 | 1 | 9 | 3 |
| 12. 廃棄物・ゴミを出さない、簡素な生活について | 取り入れたい | 6 | 9 | 21 | 14 | 5 | 6 | 19 | 13 |
| | やや／そう思う | 12 | 17 | 24 | 19 | 7 | 9 | 27 | 18 |
| 13. 満足感、人に喜んでもらう方が大きい | やや／そう思わない | 1 | 0 | 5 | 2 | 0 | 0 | 0 | 2 |
| | はい | 6 | 15 | 20 | 17 | 9 | 5 | 29 | 18 |
| 14. 生きざまを伝えたい人がいますか？ | 別にいい | 12 | 6 | 12 | 10 | 3 | 4 | 10 | 6 |
| | 寄り添うことはできる | 11 | 17 | 29 | 23 | 8 | 8 | 26 | 16 |
| 15. 困難を抱えている人に対して | 余裕がない | 7 | 4 | 4 | 6 | 3 | 2 | 12 | 8 |
| | やや健康／健康である | 21 | 10 | 35 | 10 | 5 | 5 | 25 | 17 |
| 16. 健康状態 | あまり良くない／良くない | 8 | 1 | 5 | 4 | 2 | 0 | 9 | 0 |
| | | | | | | | | | |

表3 性別、所帯年収別、都市部／山間部・郊外における生活習慣
(健康でないグループ)

| 質問項目 | 回答 | 都市部 | | | | 山間部／郊外 | | | |
|---------------------------|-----------------|-------------------------|---|-------------------------|-----------|-------------------------|---|-------------------------|----------|
| | | 男性 | | 女性 | | 男性 | | 女性 | |
| | | 所帯年収 299万未満 300～599万 | | 所帯年収 299万未満 300～599万 | | 所帯年収 299万未満 300～599万 | | 所帯年収 299万未満 300～599万 | |
| 1. 野菜・果実・海藻をたっぷり食べていますか？ | たっぷり食べる | 3 | 3 | 1 | 4 | 11 (61%) | 0 | 1 | 23 (27%) |
| | あまり食べない | 3 | 0 | 3 | 17 (39%) | 1 | 1 | 6 | 08 (7%) |
| 2. 野菜類を350以上食べていますか？ | ややその通り／350以上食べる | 0 | 1 | 0 | 23 (17%) | 0 | 0 | 1 | 12 (18%) |
| | やや少ない／少ない | 5 | 0 | 4 | 110 (56%) | 8 | 0 | 5 | 06 (55%) |
| 3. 肉類：ハンバーグ一個ぐらい食べるなら？ | 週に2～3回／それ以下 | 5 | 2 | 2 | 211 (61%) | 1 | 1 | 6 | 08 (73%) |
| | 週に3～5回／それ以上 | 0 | 1 | 0 | 23 (17%) | 0 | 0 | 0 | 22 (18%) |
| 4. ご飯類について | 雑穀を食べている | 0 | 2 | 0 | 35 (28%) | 0 | 0 | 3 | 03 (27%) |
| | やや余裕がある／余裕がある | 0 | 1 | 0 | 23 (17%) | 1 | 0 | 0 | 23 (27%) |
| 5. 家計の状態 | やや苦しい／苦しい | 3 | 1 | 3 | 18 (44%) | 0 | 1 | 5 | 06 (55%) |
| | ある | 3 | 1 | 1 | 16 (33%) | 0 | 0 | 3 | 14 (36%) |
| 6. 自給の暮らし | やや／ぜひ取り入れたい | 4 | 2 | 1 | 512 (67%) | 0 | 1 | 7 | 19 (82%) |
| | やや／そう思わない | 1 | 0 | 1 | 13 (17%) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 8. 20分ぐらいの運動や、ウォーキングについて | ほぼ／毎日する | 0 | 0 | 1 | 34 (22%) | 0 | 0 | 2 | 13 (27%) |
| | 週に1～2回以下 | 3 | 1 | 4 | 19 (50%) | 0 | 1 | 4 | 16 (55%) |
| 9. 外出や戸外活動 | 好きな方 | 1 | 3 | 3 | 29 (50%) | 1 | 1 | 3 | 27 (64%) |
| | あまり好きではない | 5 | 0 | 4 | 09 (50%) | 0 | 0 | 4 | 04 (36%) |
| 10. 話し相手はいますか？ | 会話をほぼ毎日／毎日する | 3 | 1 | 2 | 28 (44%) | 0 | 1 | 2 | 25 (45%) |
| | 週に1～2回以下である | 3 | 1 | 2 | 28 (44%) | 0 | 0 | 2 | 24 (36%) |
| 11. 自由参加のボランティアについて | 老々支援：やや／参加したい | 0 | 0 | 3 | 25 (28%) | 0 | 0 | 3 | 25 (45%) |
| | 環境・美化：やや／参加したい | 1 | 0 | 1 | 35 (28%) | 0 | 0 | 2 | 13 (27%) |
| 12. 廃棄物・ゴミを出さない、簡素な生活について | 取り入れている | 3 | 0 | 0 | 03 (17%) | 0 | 0 | 2 | 02 (18%) |
| | 取り入れたい | 0 | 3 | 1 | 37 (39%) | 0 | 1 | 3 | 15 (45%) |
| 13. 満足感、人に喜んでもらう方が大きい | やや／そう思う | 3 | 2 | 1 | 39 (50%) | 0 | 1 | 5 | 17 (64%) |
| | やや／そう思わない | 4 | 0 | 0 | 01 (6%) | 0 | 0 | 0 | 11 (9%) |
| 14. 生きざまを伝えたい人がいますか？ | はい | 4 | 3 | 1 | 412 (67%) | 1 | 1 | 3 | 16 (55%) |
| | 別にいい | 2 | 0 | 1 | 36 (33%) | 0 | 0 | 3 | 14 (36%) |
| 15. 困難を抱えている人に対して | 寄り添うことはできる | 2 | 2 | 1 | 49 (50%) | 1 | 1 | 5 | 18 (73%) |
| | 余裕がない | 3 | 1 | 0 | 48 (44%) | 0 | 0 | 2 | 13 (27%) |

表4 性別、所帯年収別、都市部／山間部・郊外における生活習慣
(健康グループ)

| 質問項目 | 回答 | 都市部 | | | | 山間部／郊外 | | | |
|---------------------------|-----------------|--------|----------|--------|-------------|--------|----------|--------|--------------|
| | | 男性 | | 女性 | | 男性 | | 女性 | |
| | | 299万未満 | 300～599万 | 299万未満 | 300～599万 | 299万未満 | 300～599万 | 299万未満 | 300～599万 |
| 1. 野菜・果実・海藻をたっぷり食べていますか？ | たっぷり食べる | 9 | 13 | 19 | 13(54 (71%) | 7 | 7 | 18 | 16(48 (84%) |
| | あまり食べない | 9 | 5 | 5 | 5 (29%) | 1 | 1 | 3 | 27 (12%) |
| 2. 野菜類を350以上食べていますか？ | ややその通り／350以上食べる | 3 | 7 | 8 | 6(24 (32%) | 8 | 6 | 11 | 9(34 (60%) |
| | やや少ない／少ない | 7 | 5 | 7 | 2(21 (28%) | 7 | 5 | 8 | 6(26 (46%) |
| 3. 肉類：ハンバーグ一個分ぐらい食べるなら？ | 週に2～3回／それ以下 | 14 | 13 | 19 | 16(62 (82%) | 8 | 4 | 13 | 15(40 (70%) |
| | 週に3～5回／それ以上 | 3 | 3 | 2 | 1(9 (12%) | 0 | 1 | 7 | 0(14%) |
| 4. ご飯類について | 雑穀を食べている | 2 | 3 | 7 | 3(15 (20%) | 1 | 2 | 4 | 3(10 (18%) |
| 5. 家計の状態 | やや余裕がある／余裕がある | 5 | 11 | 2 | 10(28 (37%) | 2 | 7 | 8 | 8(25 (44%) |
| | やや苦しい／苦しい | 5 | 0 | 11 | 0(16 (21%) | 0 | 1 | 5 | 3(9 (16%) |
| 6. 自給の暮らし | ある | 2 | 0 | 10 | 6(18 (24%) | 5 | 2 | 14 | 12(33 (58%) |
| 7. 健康に良い食品を取り入りたい？ | やや／ぜひ取り入りたい | 9 | 11 | 18 | 16(54 (71%) | 5 | 5 | 18 | 12(40 (70%) |
| | やや／そう思わない | 1 | 0 | 3 | 1(5 (7%) | 1 | 1 | 0 | 2(4 (7%) |
| 8. 20分ぐらいの運動や、ウォーキングについて | ほぼ／毎日する | 5 | 9 | 8 | 9(31 (41%) | 7 | 2 | 11 | 3(23 (40%) |
| | 週に1～2回以下 | 8 | 7 | 8 | 6(29 (38%) | 1 | 5 | 6 | 8(20 (35%) |
| 9. 外出や戸外活動 | 好きな方 | 12 | 10 | 20 | 14(56 (74%) | 5 | 6 | 14 | 14(39 (68%) |
| | あまり好きではない | 1 | 8 | 5 | 5(19 (25%) | 4 | 2 | 8 | 2(16 (28%) |
| 10. 話し相手はいますか？ | 会話をほぼ毎日／毎日する | 12 | 14 | 25 | 18(69 (91%) | 7 | 8 | 24 | 18(57 (100%) |
| | 週に1～2回以下である | 0 | 3 | 0 | 0(3 (4%) | 1 | 0 | 1 | 0(2 (4%) |
| 11. 自由参加のボランティアについて | 老々支援：やや／参加したい | 3 | 7 | 12 | 9(31 (41%) | 3 | 2 | 10 | 8(23 (40%) |
| | 環境・美化：やや／参加したい | 7 | 9 | 14 | 10(40 (53%) | 2 | 3 | 10 | 11(26 (46%) |
| 12. 廃棄物・ゴミを出さない、簡素な生活について | 取り入れている | 3 | 4 | 5 | 4(16 (21%) | 1 | 1 | 7 | 3(12 (21%) |
| | 取り入れない | 8 | 6 | 14 | 10(38 (50%) | 4 | 5 | 8 | 9(26 (46%) |
| 13. 満足感、人に喜んでもらう方が大きい | やや／そう思う | 13 | 14 | 19 | 14(60 (79%) | 6 | 8 | 18 | 12(44 (77%) |
| | やや／そう思わない | 0 | 0 | 2 | 0(2 (3%) | 0 | 0 | 0 | 1(2%) |
| 14. 生きざまを伝えたい人がいますか？ | はい | 4 | 12 | 14 | 12(42 (55%) | 6 | 4 | 19 | 14(43 (75%) |
| | 別にいい | 11 | 6 | 8 | 5(30 (39%) | 3 | 4 | 4 | 3(14 (25%) |
| 15. 困難を抱えている人に対して | 寄り添うことができる | 10 | 15 | 21 | 15(61 (80%) | 6 | 6 | 16 | 13(41 (72%) |
| | 余裕がない | 5 | 3 | 3 | 3(14 (18%) | 2 | 2 | 6 | 5(15 (26%) |