

## 健康習慣と自覚症状に関する研究 — オーストラリアにおける調査から —

### A Study on the Health Practices and Health-related Subjective Symptoms — from an Australian Investigation —

村松 常 司 (保健体育講座) 村松 園 江 (東京水産大学)  
金子 修 己 (中部大学) 平野 嘉 彦 (京都外国語大学)  
村松 成 司 (千葉大学) 片岡 繁 雄 (北海道教育大学旭川校)

Tsuneji MURAMATSU (Department of Health and Physical Education)  
Sonoe MURAMATSU (Tokyo University of Fisheries)  
Osami KANEKO (Chubu University)  
Yoshihiko HIRANO (Kyoto University of Foreign Studies)  
Shigeji MURAMATSU (Chiba University)  
Shigeo KATAOKA (Hokkaido University of Education, Asahikawa Campus)

#### I. はじめに

戦後における我が国の疾病死亡構造は、結核等の感染症から、がん、脳血管疾患、心臓病等の慢性疾患へと変化した<sup>1)</sup>。この変化はオーストラリアにおいても例外ではない<sup>2)</sup>。これらはいずれも生活習慣病であり、長年にわたって生活習慣が遺伝要因や外部環境要因と絡んで、その発症に影響を及ぼしている<sup>3)</sup>。Breslowら<sup>4) 5)</sup>は、生活習慣病予防の視点から「過度の飲酒をしない」、「毎日朝食をとる」、「7～8時間の睡眠をとる」、「喫煙しない」、「定期的に運動する」、「間食をしない」、「適正体重を維持する」の7つの健康習慣を指標にして、これらをより多く行っている者とあまり行っていない者との健康度を比較した。その結果、両者の間には身体的健康度や死亡率に大きな差がみられたことを明らかにした。その他にも運動不足、肥満や飲酒等生活習慣病のリスクファクターとその改善に関して数多くの報告<sup>6) 7)</sup>がみられている。今日のように生活様式が多様化し、生活習慣病が増加している中で健康な生活を営んでいくには、好ましい健康習慣を基盤とするライフスタイル

を積極的に形成することが大切である<sup>12)</sup>。

ライフスタイルとは、より抽象化された個人の生きざまや健康に対する意識、人生観を表すとともに、個々人の具体的な日常生活習慣をも表している<sup>12)</sup>。本研究では、ライフスタイルを後者の単に具体的な日常生活習慣として研究を進めた。

村松ら<sup>13)</sup>が先に行った一般成人の健康調査では、健康習慣得点が高い者ほど自覚症状が少なく、また、「定期的に運動する」の実施率が極めて低く、健康の保持増進のためには「定期的な運動習慣」の実践が必要であると報告している。

本研究はオーストラリアのアデレード市の一般成人の健康調査を行い、著者ら<sup>13)</sup>が先に行った一般成人の調査結果との比較を行うことにより、我が国の日常生活習慣における改善点を探ることを目的とした。

#### II. 調査方法

##### 1. 調査対象

調査対象はオーストラリアのアデレード市に居住する410名(男性230名、女性180名)である。対象者の年齢分布は表1に示す通りである。

表1. 対象者の年齢分布 (%)

性別	24歳以下	25～34歳	35～44歳	45～54歳	55歳以上	合計
男性	36 (15.7)	67 (29.1)	69 (30.0)	45 (19.6)	13 (7.2)	230 (100.0)
女性	34 (18.9)	39 (21.7)	59 (32.8)	35 (19.4)	13 (5.7)	180 (100.0)
合計	70 (17.1)	106 (25.9)	128 (31.2)	80 (19.5)	26 (6.3)	410 (100.0)

## 2. 調査時期ならびに方法

調査は1997年8月～9月の間に無記名質問紙法によって行った。まず、調査の趣旨を説明した文を提示し、了解が得られた者に質問紙を配布し、後日回収した。

## 3. 調査内容

### (1) 調査票

今回の調査で用いた健康習慣に関する調査票を以下に示す。なお、実際の調査票は先に村松ら<sup>13)</sup>が一般成人の調査に用いたものを英訳したものであり、内容は全く同一である。調査票には以下の質問項目以外にも含まれていたが、本論文の研究目的に沿う質問項目のみを掲載した。

- 1) あなたの性別はどちらですか。
  1. 男性
  2. 女性
- 2) あなたの年齢は次のどれですか。
  1. 24歳以下
  2. 25～34歳
  3. 35～44歳
  4. 45～54歳
  5. 55歳以上
- 3) あなたの毎日の平均睡眠時間は次のどれですか。
  1. 4時間以下
  2. 5～6時間
  3. 7～8時間
  4. 9～10時間
- 4) あなたは朝食をとりますか。
  1. ほぼ毎日とる
  2. 時々とる
  3. とらない
- 5) あなたの栄養のバランスは次のどれですか。
  1. 栄養のバランスに気を付ける
  2. 栄養のバランスを考えない
  3. 偏食である
- 6) あなたは間食を摂りますか。
  1. ほとんど食べない
  2. 時々食べる
  3. ほぼ毎日食べる
- 7) あなたはアルコールを飲みますか。
  1. 全く飲まない
  2. 時々飲む
  3. ほぼ毎日飲む

8) あなたはたばこを吸いますか。

1. 吸わない
2. 毎日吸う
3. 以前吸っていたが、今は吸わない

9) あなたは普段運動をどのくらいしますか。

1. 定期的によくする
2. 時々する
3. ほとんどしない

### 10) 健康に関する自覚症状

自覚症状の調査は身体的自覚症状27項目(表3参照)、心理的自覚症状24項目(表4参照)、行動的自覚症状19項目(表5参照)からなる質問紙<sup>14)</sup>を採用して行った。回答の選択肢は「いつもある」、「時々ある」、「全くない」の3段階評定とし、本研究では「いつもある」、「時々ある」を自覚症状「あり」とした。

### (2) 健康習慣得点

健康習慣を包括的に評価するために健康習慣得点を設定した。7つの健康習慣、1)7～8時間の睡眠をとる、2)毎日朝食をとる、3)栄養のバランスに気を付ける、4)間食をとらない、5)酒を時々飲む・全く飲まない、6)喫煙をしない、7)定期的に運動するについて、実施していれば1点、実施していなければ0点とし、合計点を健康習慣得点とした。また、健康習慣得点の0～3を低群、4～5を中群、6～7を高群として、健康に関する自覚症状を比較した。

## 4. 比較方法

データ処理にはSPSS 10.0J for Windows を用いた。割合の比較には $\chi^2$ 検定、2群間の平均値の差の比較にはt検定、多群間の平均値の差の比較には一元配置分散分析のBonferroniの検定(有意水準は5%)を使用した。

## Ⅲ. 調査結果

### 1. 全体ならびに性別比較

#### (1) 健康習慣実施率

表2に示すように、健康習慣の実施率が高かつ

表2. 健康習慣の実施率 (%)

健康習慣	男性	女性	合計
酒を少し飲む・全く飲まない	147 (63.9)	152 (84.4)**	299 (72.9)
毎日朝食をとる	143 (62.2)	124 (68.9)	267 (65.1)
7～8時間の睡眠をとる	144 (62.6)	115 (63.9)	259 (63.2)
喫煙をしない	138 (60.0)	110 (61.1)	248 (60.5)
栄養のバランスに気をつけている	97 (42.2)	88 (48.9)	185 (45.1)
定期的に運動をする	109 (47.4)	68 (37.8)	177 (43.2)
間食をしない	51 (22.2)	50 (27.8)	101 (24.6)
対象者の人数	230 (100.0)	180 (100.0)	410 (100.0)

比較： $\chi^2$ 検定を使用して健康習慣の実施率を性別に比較した。df=1, \*\*: P<0.01

表3. 身体的自覚症状の訴え率 (%) (複数回答)

身体的自覚症状	男性	女性	合計
首と肩がこる	165 (72.4)	134 (74.9)	299 (73.5)
疲れている	148 (64.3)	142 (78.9)**	290 (70.7)
頭痛	147 (64.5)	139 (77.7)**	286 (70.3)
背中痛み	161 (70.6)	123 (69.1)	284 (70.0)
関節の痛み	139 (61.2)	113 (63.1)	252 (62.1)
疲れやすい	114 (50.2)	113 (63.1)	227 (55.9)
風邪をひきやすい	112 (49.1)	96 (53.6)	208 (51.1)
眠い	111 (48.7)	95 (53.1)	206 (50.6)
息苦しい	111 (48.3)	90 (50.0)	201 (49.0)
睡眠困難・眠りが浅い	98 (43.0)	92 (51.4)	190 (46.7)
足が冷える	76 (33.3)	105 (58.7)**	181 (44.5)
胃痛	82 (36.0)	80 (44.7)	162 (39.8)
下痢	82 (36.0)	75 (41.9)	157 (38.6)
身体が火照る	74 (32.5)	71 (39.7)	145 (35.6)
食欲低下	60 (26.3)	79 (44.1)**	139 (34.2)
めまい	61 (27.0)	75 (41.9)**	136 (33.6)
寒さに弱い	52 (22.8)	84 (46.9)**	136 (33.4)
便秘	49 (21.6)	79 (44.1)**	128 (31.5)
頭が締め付けられる感じ	56 (24.6)	71 (39.9)**	127 (31.3)
顔が赤く火照る	57 (25.0)	69 (38.8)**	126 (31.0)
吐き気	57 (25.0)	64 (35.8)	121 (29.7)
性欲低下	37 (16.2)	81 (45.3)**	118 (29.0)
暑さに弱い	39 (17.1)	78 (43.6)**	117 (28.7)
足が重い	57 (25.0)	55 (30.7)	112 (27.5)
腹痛	46 (20.3)	60 (33.5)**	106 (26.1)
不整脈がある	42 (18.3)	57 (31.7)**	99 (24.1)
月経困難	—	84 (46.9)	84 (20.7)
対象者の人数	228 (100.0)	179 (100.0)	407 (100.0)

比較： $\chi^2$ 検定を使用して身体的自覚症状の訴え率を性別に比較した。df=1, \*\*: P<0.01

表4. 心理的自覚症状の訴え率(%) (複数回答)

心理的自覚症状	男性	女性	合計
緊張する	138 (60.5)	135 (76.3)**	273 (67.4)
朝起きるのがつらい	135 (59.2)	120 (67.8)	255 (63.0)
何事にも重荷を感じる	124 (54.4)	120 (67.4)**	244 (60.1)
集中できない	137 (60.1)	106 (59.2)	243 (59.7)
物事を決めることが困難	113 (49.6)	96 (53.9)	209 (51.5)
不安・心配	105 (46.1)	100 (56.5)*	205 (50.6)
人とうまくやっていけない	90 (39.5)	92 (51.7)*	182 (44.8)
叫びたい	86 (37.7)	93 (52.5)**	179 (44.2)
落ち着かない	79 (34.6)	81 (45.5)*	160 (39.4)
自信がない	62 (27.2)	96 (53.9)**	158 (38.9)
元気がない	76 (33.3)	75 (42.6)	151 (37.4)
頭がさえない	72 (31.6)	75 (42.1)*	147 (36.2)
けだるい	70 (30.7)	70 (39.3)	140 (34.5)
生きがいを感ぜない	73 (32.0)	63 (35.4)	136 (33.5)
何かを壊したくなる	82 (36.0)	54 (30.5)	136 (33.6)
周囲の人の冷たさを感じる	76 (33.3)	60 (33.9)	136 (33.6)
無力感	65 (28.5)	68 (38.2)*	133 (32.8)
人に会いたくない	63 (27.6)	67 (37.6)*	130 (32.0)
ゆううつ	57 (25.0)	71 (39.9)**	128 (31.5)
いつも眠い	64 (28.2)	56 (31.6)	120 (29.7)
楽しくない	57 (25.0)	54 (30.5)	111 (27.4)
何事にも感動しない	61 (26.8)	47 (26.4)	108 (26.6)
生きる希望がない	50 (21.9)	48 (26.8)	98 (24.1)
圧迫される感じ	53 (23.2)	44 (24.9)	97 (24.0)
対象者の人数	228 (100.0)	177 (100.0)	405 (100.0)

比較:  $\chi^2$ 検定を使用して心理的自覚症状の訴え率を性別に比較した。

df=1, \*\*: P<0.01, \*: P<0.05

たのは、「酒を少し飲む・全く飲まない」の72.9%であり、以下「毎日朝食をとる」、「7～8時間の睡眠をとる」、「喫煙をしない」、「栄養のバランスに気をつけている」、「定期的に運動をする」が続いた。実施率が低かったのは「間食をしない」の24.6%であった。性別の比較では、「酒を少し飲む・全く飲まない」に有意差がみられ、女性の方が有意に高かった。

## (2) 健康習慣得点

健康習慣得点の平均 (S.D.) は3.8 (1.6) であった。性別では男性3.6 (1.6), 女性3.9 (1.6) であり、統計的には女性の方が有意に高かった (P<0.05)。

## (3) 自覚症状

### 1) 身体的自覚症状

身体的自覚症状 (表3) の中では「首と肩がこる」の73.5%が最も高く、次いで、「疲れている」、「頭痛」、「背中痛み」が高かった。性別の比較では27項目中13項目において女性の方が有意に高かった。

### 2) 心理的自覚症状

心理的自覚症状 (表4) の中では「緊張する」が67.4%と高かった。性別の比較では24項目中11項目において女性の方が有意に高かった。

### 3) 行動的自覚症状

行動的自覚症状 (表5) の中では「スリルを求

める」が55.9%と高かった。性別の比較では19項目中4項目においては男性の方が有意に高く、3項目においては女性の方が有意に高かった。男性に高かった項目は「スリルを求める」、「好色」、「過剰飲酒」、「粗暴」であり、女性に高かった項目は「引きこもる」、「死にたい」、「拒食」であった。

#### (4) 健康習慣得点と自覚症状

表6は健康に関する自覚症状を示す。身体的自覚症状の訴え数は低群では男性10.8、女性15.5であり、中群では男性9.5、女性12.1であり、いずれも女性の方が有意に多かった。高群では男性8.9、女性12.1であり、性差はなかった。健康習慣得点別の比較では女性の低群と中群、高群の間に有意差がみられ、低群の方が有意に多かった。

心理的自覚症状では、低群では男性11.3、女性12.6であり、中群では男性8.5、女性9.4であり、いずれも性差はなかった。高群では男性6.1、女性9.7であり、女性の方が有意に多かった。健康

習慣得点別の比較では、男性では低群と中群、高群の間に、女性では低群と中群の間にそれぞれ有意差がみられ、低群の方が有意に多かった。

行動的自覚症状では、低群では男性8.4、女性8.9、中群では男性6.2、女性5.6、高群では男性4.1、女性5.4であり、どの群においても性差はなかった。健康習慣得点別の比較では、男性は低群と中群、高群の間と、中群と高群の間に、女性は低群と中群、高群の間に有意差がみられ、いずれも低群の方が有意に多かった。

## 2. オーストラリアと日本<sup>19)</sup>の比較

### (1) 健康習慣実施率(表7)

男性でオーストラリアの方が有意に高かったのは「喫煙をしない」60.0%、「定期的に運動をする」47.4%であり、また、日本の方が有意に高かったのは「毎日朝食をとる」79.7%、「栄養のバランスに気をつけている」59.5%、「間食をしない」48.0%であった。女性でオーストラリアの方

表5. 行動的自覚症状の訴え率(%) (複数回答)

行動的自覚症状	男性	女性	合計
スリルを求める	142 (62.3)**	85 (47.8)	227 (55.9)
好色	146 (64.0)**	77 (43.3)	223 (54.9)
浪費	117 (51.3)	101 (56.7)	218 (53.7)
過食	123 (54.2)	91 (51.1)	214 (52.8)
活動低下	94 (41.2)	89 (50.0)	183 (45.1)
多弁	87 (38.2)	83 (46.6)	170 (41.9)
過剰飲酒	108 (47.6)**	47 (26.4)	155 (38.3)
不眠	76 (33.3)	71 (39.9)	147 (36.2)
攻撃的になる	86 (37.7)	60 (33.7)	146 (36.0)
間食が絶えない	68 (29.8)	67 (37.6)	135 (33.3)
人と話をしない	74 (32.5)	57 (32.0)	131 (32.3)
常に行動している	74 (32.5)	53 (29.8)	127 (31.3)
引きこもる	58 (25.4)	64 (36.0)*	122 (30.0)
過眠	54 (23.7)	56 (31.5)	110 (27.1)
粗暴	74 (32.5)**	33 (18.5)	107 (26.4)
歩行中つまずく	39 (17.1)	39 (21.9)	78 (19.2)
喫煙量の増加	33 (14.5)	31 (17.4)	64 (15.8)
死にたい	20 ( 8.8)	27 (15.2)*	47 (11.6)
拒食	9 ( 3.9)	26 (14.6)**	35 ( 8.6)
対象者の人数	228 (100.0)	178 (100.0)	406 (100.0)

比較:  $\chi^2$ 検定を使用して行動的自覚症状の訴え率を性別に比較した。

df=1, \*\*: P<0.01, \*: P<0.05

表6. 健康習慣得点別にみた身体的・心理的・行動的自覚症状の訴え数

健康習慣得点群	身体的自覚症状の訴え数				
	男性		女性		性別比較 (t検定) <sup>1</sup>
	N	平均 (S.D.)	N	平均 (S.D.)	
低群 (0～3個)	99	10.8 (5.6)	70	15.5 (6.0)	P<0.01
中群 (4～5個)	97	9.5 (5.3)	78	12.1 (6.2)	P<0.01
高群 (6～7個)	28	8.9 (5.6)	28	12.1 (6.8)	N.S.
一元配置分散分析 <sup>2</sup>	N.S.		P<0.01		————
多重比較 (Bonferroni) <sup>3</sup>	N.S.		低群>中群, 高群		————
健康習慣得点群	心理的自覚症状の訴え数				
	男性		女性		性別比較 (t検定) <sup>1</sup>
	N	平均 (S.D.)	N	平均 (S.D.)	
低群 (0～3個)	92	11.3 (6.6)	70	12.6 (6.2)	N.S.
中群 (4～5個)	94	8.5 (5.6)	75	9.4 (6.2)	N.S.
高群 (6～7個)	24	6.1 (5.0)	27	9.7 (7.1)	P<0.05
一元配置分散分析 <sup>2</sup>	P<0.01		P<0.01		————
多重比較 (Bonferroni) <sup>3</sup>	低群>中群, 高群		低群>中群		————
健康習慣得点群	行動的自覚症状の訴え数				
	男性		女性		性別比較 (t検定) <sup>1</sup>
	N	平均 (S.D.)	N	平均 (S.D.)	
低群 (0～3個)	93	8.4 (4.5)	66	8.9 (4.3)	N.S.
中群 (4～5個)	96	6.2 (3.4)	72	5.6 (3.8)	N.S.
高群 (6～7個)	25	4.1 (2.2)	27	5.4 (3.5)	N.S.
一元配置分散分析 <sup>2</sup>	P<0.01		P<0.01		————
多重比較 (Bonferroni) <sup>3</sup>	低群>中群>高群		低群>中群, 高群		————

比較：1) t検定を使用して自覚症状の訴え数を性別に比較した。

2) 一元配置分散分析を使用して自覚症状の訴え数を健康習慣得点別に比較した。

3) 多重比較はBonferroniの検定を用いてP<0.05を基準として群間の比較を行った。

表7. 健康習慣実施率の日豪比較 (%)

健康習慣	男性		女性	
	オーストラリア	日本	オーストラリア	日本
酒を少し飲む・全く飲まない	147 (63.9)	241 (56.1)	152 (84.4)	89 (89.0)
7～8時間の睡眠をとる	144 (62.6)	272 (63.4)	115 (63.9)**	40 (40.0)
毎日朝食をとる	143 (62.2)	342 (79.7)**	124 (68.9)	85 (85.0)**
喫煙をしない	138 (60.0)*	222 (51.6)	110 (61.5)	85 (85.0)**
定期的な運動をする	109 (47.4)**	55 (12.9)	68 (38.0)**	8 (8.0)
栄養のバランスに気をつけている	97 (42.2)	256 (59.5)**	88 (48.9)	70 (70.0)**
間食をしない	51 (22.2)	206 (48.0)**	50 (27.8)	23 (23.0)
対象者の人数	230 (100.0)	429 (100.0)	180 (100.0)	100 (100.0)

比較： $\chi^2$ 検定を使用して健康習慣実施率を国別に比較した。df=1, \*\*: P<0.01 \* : P<0.05

表8. 自覚症状の訴え数の日豪比較 (男性)

自覚症状	オーストラリア		日 本		日豪比較 (t検定)
	N	平均 (S.D.)	N	平均 (S.D.)	
身体的自覚症状	224	10.0 (5.5)	426	7.2 (5.1)	P<0.01
心理的自覚症状	210	9.5 (6.3)	426	5.1 (6.1)	P<0.01
行動的自覚症状	214	6.9 (4.1)	429	2.8 (3.2)	P<0.01

比較: t検定を使用して自覚症状の訴え数を国別に比較した。

表9. 自覚症状の訴え数の日豪比較 (女性)

自覚症状	オーストラリア		日 本		日豪比較 (t検定)
	N	平均 (S.D.)	N	平均 (S.D.)	
身体的自覚症状	178	13.5 (6.4)	95	11.7 (5.4)	P<0.05
心理的自覚症状	174	10.9 (6.6)	93	7.7 (6.4)	P<0.01
行動的自覚症状	167	6.9 (4.3)	100	3.5 (3.0)	P<0.01

比較: t検定を使用して自覚症状の訴え数を国別に比較した。

が有意に高かったのは「7~8時間の睡眠をとる」63.9%、「定期的に運動をする」38.0%であり、また、日本が有意に高かったのは「毎日朝食をとる」85.0%、「喫煙をしない」85.0%、「栄養のバランスに気をつけている」70.0%であった。

#### (2) 健康習慣得点

男性はオーストラリア3.6 (1.6)、日本3.7 (1.4)であり、女性はオーストラリア3.9 (1.6)、日本4.0 (1.2)であり、両者の間に有意差はなかった。

#### (3) 自覚症状の訴え数

男性の身体的自覚症状(表8)の平均はオーストラリア10.0、日本7.2、心理的自覚症状はオーストラリア9.5、日本5.1、行動的自覚症状はオーストラリア6.9、日本2.8であり、いずれもオーストラリアの方が有意に多かった。

女性の身体的自覚症状(表9)はオーストラリア13.5、日本11.7、心理的自覚症状はオーストラリア10.9、日本7.7、行動的自覚症状はオーストラリア6.9、日本3.5であり、いずれもオーストラリアの方が有意に多かった。

## IV. 考 察

本研究では、Breslowら<sup>4) 5)</sup>の7つの健康習慣から体重を除いた6項目に、森本<sup>12)</sup>が健康習慣変容の重要な指標であるとしている「栄養のバランス」を加えた7項目について質問した。オーストラリアのアデレード市民の健康習慣得点は男性3.6、

女性3.9であり、村松ら<sup>13)</sup>の日本の一般成人の結果(男性3.7、女性4.0)と比較すると、両者はほぼ同程度であった。

今回のオーストラリアの調査で最も実施率の高い好ましい健康習慣は「酒を少し飲む・全く飲まない」(72.9%)であり、以下「毎日朝食をとる」、「7~8時間の睡眠をとる」、「喫煙しない」、「栄養のバランスに気をつけている」、「定期的に運動をする」と続き、最も実施率の低い健康習慣は「間食をしない」の24.6%であった。

「酒は百薬の長」と言われ、少量の飲酒なら健康に役に立つが、過量の飲酒は肝硬変等の疾病に結びつきやすく、健康に悪影響を及ぼすことは言うまでもない<sup>15) 16)</sup>。今回のオーストラリアの調査では「ほぼ毎日飲む」は男性36.1%、女性15.6%であり、男性の方が高かった。村松ら<sup>13)</sup>の調査結果(男性44.0%、女性11.0%)との間に大きな差はなかった。

疾病予防、健康増進を推進していくうえで、食生活の問題は一つの大きな柱である。近年、都市化、核家族化の進行により、我が国の食環境は著しく変化し、外食・加工食品の普及、朝食欠食率の増加、食卓での家族団らんの喪失などにより、過食、偏食、欠食といった好ましくない食生活が増えているという報告がなされている<sup>17)</sup>。本研究(オーストラリア調査)では、食生活に関する習慣として「朝食摂取状況」、「栄養バランスの状況」、



「間食の状況」を調査した。村松ら<sup>13)</sup>の日本の調査結果と比較すると、「朝食を毎日とる」、「栄養のバランスに気をつけている」は男女とも、「間食をしない」は男性において日本の方が好ましかった。

村松ら<sup>18)</sup>が先に行った大学生の調査では、大学生の食生活はあまり好ましいものではなく、古田<sup>19)</sup>の調査でも、男子学生の食習慣改善の必要性が指摘されている。成人男性の朝食欠食率は近年増加しており<sup>17)</sup>、その習慣は青少年期に形成されることから、青少年期から適正な食習慣を身につける教育が重要と言える。生活習慣病と食生活との関係は極めて深く、また、社会生活の多様化に伴い、今まで以上に食生活に関わる健康障害が懸念されていることから、健康の維持増進のためには好ましい食生活行動が必要である。

Breslowら<sup>4) 5) 20)</sup>の調査によると、「7～8時間の睡眠をとる」群は他の群に比べて身体的健康状態の良いことが報告されている。今回のオーストラリア調査では「7～8時間の睡眠をとる」は男性62.6%、女性63.9%であり、性差はなかった。村松ら<sup>13)</sup>の日本の調査結果（男性63.4%、女性40.0%）と比較すると、女性においてオーストラリアの方が高かった。オーストラリア調査では、半数以上が7～8時間の睡眠をとっており、オーストラリアの方が良い状況であった。

平成10年の日本たばこ産業の調査<sup>21)</sup>によると、成人喫煙者率は男性55.2%、女性13.3%であった。我が国の喫煙者率は諸外国に比べて男性は高く、女性は低く、男女間の差が大きいことが特徴である。オーストラリアの喫煙者率は男性40.0%、女性38.6%であり、男女ほぼ同程度である。村松ら<sup>13)</sup>の日本の調査結果（男性48.4%、女性15.0%）と比較すると、オーストラリアのアデレード市の喫煙者率は女性は高く、男性は低かった。この男女間の比率に差がないことについては欧米諸国の喫煙習慣の特徴と同様<sup>22)</sup>であった。たばこ煙にはニコチン、発がん物質等の有害物質が含まれており、肺がん、虚血性心疾患、肺気腫、その他多くの疾患の危険性が增大する<sup>23)</sup>。また、受動喫煙でもこれらの疾患の危険性は高くなり、喫煙は周囲の人々にまで悪影響を及ぼしている不健康行動と

言える<sup>23)</sup>。

「定期的に運動を行うこと」は単に肥満を解消するだけでなく、健康の維持増進にとって不可欠な要素である。森本<sup>24)</sup>は、運動指向性は運動経験により形成されることから、若年期における運動習慣実施の重要性を指摘している。古田<sup>19)</sup>は学生の健康習慣を調査し、学生の運動不足を指摘しており、若年期からの運動の習慣化を推進していく必要がある。今回のオーストラリアの調査では、「普段運動を定期的によくする」者は男性47.4%、女性38.0%であった。村松ら<sup>13)</sup>の日本の調査結果（男性12.9%、女性8.0%）と比較すると、オーストラリアの方が高かった。森本<sup>25)</sup>は、ライフスタイルが染色体・がん免疫に及ぼす影響を調査し、ライフスタイルの良い群は染色体異常が少なく、がん免疫が高いことを報告し、中でも栄養バランスと運動習慣は喫煙と並び健康度改善への寄与度が高く、重要なライフスタイル変容であるとしている。従って、「定期的に運動する習慣」は健康の維持増進を図る上で極めて重要な健康習慣であると言える。

本研究（オーストラリア調査）では健康に関する自覚症状として、身体（27項目）、心理（24項目）、行動（19項目）の計70項目の調査を行った。自覚症状の訴え数を性別にみると、身体的自覚症状では男性10.0、女性13.5、心理的自覚症状では男性9.5、女性10.9であり、どちらも女性の方が多かった。行動的自覚症状では男性6.9、女性6.9であり、性差はなかった。村松ら<sup>13)</sup>の日本の調査結果と比較すると、男女ともに身体的、心理的、行動的自覚症状全てにオーストラリアの方が多く、日本が少なかった。このオーストラリアの方が男女とも自覚症状の訴えが多いことについての理由は本研究では分からない。詳細については今後追究する必要がある。

また、自覚症状の訴え率を性別に比較してみると、身体的自覚症状では27項目中「疲れている」、「頭痛」など13項目において女性の方が高く、心理的自覚症状では24項目中「緊張する」、「何事にも重荷を感じる」など11項目において女性の方が高かった。行動的自覚症状では19項目中「引きこもる」、「死にたい」、「拒食」の3項目において女



性の方が高く、「スリルを求める」、「好色」など4項目において男性の方が高かった。善福ら<sup>26)</sup>の大学生を対象とした調査においても、自覚症状の訴えは女性に多いことが報告されている。このように男性より女性の自覚症状が多いことについては国が異なっても、対象が異なっても認められるようである。

オーストラリア調査の自覚症状を健康習慣得点別にみても、身体的自覚症状では、女性の低群と中群、高群の間に、心理的自覚症状では、男性の低群と中群、高群の間に、それに女性の低群と中群の間に、行動的自覚症状では、男性のすべてと、女性の低群と中群、高群の間にいずれも有意差があり、健康習慣得点が高い者ほど自覚症状が少ないことが認められた。健康習慣得点が高い者ほど自覚症状の訴えが少ないことは善福ら<sup>26)</sup>の調査でも認められている。

本研究（オーストラリア調査）では、村松ら<sup>13)</sup>が先に行った日本の調査結果との比較を行い、健康習慣と自覚症状との関連性について追究した。その結果、健康習慣得点では、日本男性3.7、女性4.0、オーストラリア男性3.6、女性3.9であり、両国間には差はなかった。好ましい健康習慣の実施率を比較すると、「間食をしない」は男性において、「毎日朝食をとる」、「栄養のバランスに気をつけている」は男女とも日本の方が高く、食生活に関しては日本の方が好ましかった。「酒を少し飲む・全く飲まない」は日豪間には差がみられず、「7～8時間の睡眠をとる」は日本女性の方が低く、オーストラリア女性の方が高かった。「喫煙をしない」は男性では日本の方が低く、女性ではオーストラリアの方が高く、「定期的に運動をする」は男女とも日本よりオーストラリアの方が高く、日本よりよく運動していることが窺える。このように両国の健康習慣の実施状況にはそれぞれ特徴がみられた。

そこで、日豪の死亡率(10万人当たり)<sup>2)</sup>をみると、総数では日本706：オーストラリア712、以下、がん196：190、心疾患129：211、脳血管疾患97：72、肺炎67：10、高血圧性疾患6：6であり、脳血管疾患、肺炎は日本が高く、心疾患はオーストラリアが高いが、総数、がん、高血圧性疾患は

日豪ともほぼ同程度であった。

本研究のオーストラリアのアデレード市民の健康習慣の調査から、男性においては「非喫煙」と「定期的な運動実践」、女性においては「適当な睡眠時間」と「定期的な運動実践」の割合が高いことが分かった。これらの好ましい習慣はいずれも参考にすべき所であり、今後、我々の健康の保持増進には、これらの好ましい健康習慣の実践を取り入れることが必要であることが窺えた。

## V. 要 約

オーストラリアのアデレード市に居住する一般成人410名を対象に、喫煙、飲酒をはじめとする7つの健康習慣の実施状況と自覚症状について調査を行い、以下のような結果を得た。好ましい健康習慣の実施率では「酒を少し飲む・全く飲まない」の72.9%が最も高く、以下、「毎日朝食をとる」、「7～8時間の睡眠をとる」が続き、「間食をしない」が24.6%と低かった。健康習慣得点は男性3.6、女性3.9であり、女性の方が高く、また、健康習慣得点の高い者ほど自覚症状は少ないことが認められた。

今回のオーストラリアのアデレード市の健康調査からはいくつかの特徴がみられた。すなわち、オーストラリア女性は日本女性に比べて「7～8時間の睡眠をとる」と「定期的に運動する」割合が高く、また、オーストラリア男性は日本男性に比べて「喫煙しない」と「定期的に運動をする」割合が高いことが特徴であった。これらはいずれも参考にすべき習慣であり、今後の我々の健康の保持増進のためにはこれらの習慣を取り入れることが大切であると思われる。

<付記>

本研究では年齢別にも比較検討を行ったが、紙面の都合上割愛した。本調査を進めるに当たり、オーストラリアのアデレード市でのアンケート配布回収にご協力いただきました皆様方に深く感謝申し上げます。また、データの解析や整理に当たっては、酒元智子さんと柴田涼子さんに協力して頂いたことをここに記し、厚くお礼申し上げます。

〈参考文献〉

- 1) 厚生統計協会(1999)：死亡，厚生 の指標，国民衛生の動向，46(9)，46-58
- 2) 総務省統計局・統計研修所編(2001)：死因別死亡率，社会・国民生活，世界の統計2001，287-296，財務省印刷局，東京
- 3) 厚生省編(1997)：生活習慣病，厚生白書(平成9年版)，「健康」と「生活の質」の向上をめざして，50-79，ぎょうせい，東京
- 4) Breslow, L. and Enstrom, J.E.(1980)：Persistence of health habits and their relationship to mortality, Preventive Medicine, 9(4), 469-483
- 5) Berkman, L. and Breslow, L.(1983)：Health and Way of living, The Alameda County Study；生活習慣と健康，森本兼曩監訳(1989)，HBJ出版局，東京
- 6) 木村みさか，永田久紀(1986)：習慣的な身体運動が中高年男子の血清脂質に及ぼす影響について，日本公衆衛生雑誌，33(1)，29-37
- 7) 中田健次郎，芹沢幹雄，大石哲夫，篠田昭八郎，西村千尋，上濱龍也(1995)：中年男性ジョギアの形態値・血液性状・血圧値に関する研究，教育医学，41(2)，202-211
- 8) 前田清，太田壽城，川村孝，橋本修二，水野嘉子，横井正史，岩塚徹(1995)：肥満度の変化による血圧，生化学検査への影響，日本公衆衛生雑誌，42(8)，534-541
- 9) 山崎富浩(1995)：若年男性を中心とした職域集団における生活習慣，作業姿勢および職種がBMI変化割合に与える影響，日本公衆衛生雑誌，42(12)，1042-1053
- 10) 北村明彦，磯博康，佐藤眞一，飯田稔，内藤義彦，木山昌彦，岡村智教，中川裕子，嶋本喬，山海知子，今野弘規，小町喜男(1996)：地域，職域におけるアルコール摂取と身体所見との関連についての疫学的検討，日本公衆衛生雑誌，43(2)，86-101
- 11) 川久保清(1998)：身体活動の現状と健康影響，身体活動と不活動の健康影響，郡司篤晃他編集，23-39，第一出版，東京
- 12) 森本兼曩(1991)：ライフスタイル研究の意義と展望，ライフスタイルと健康，健康理論と実践研究，森本兼曩編，2-32，医学書院，東京
- 13) 村松常司，村松園江，平野嘉彦，金子修己，村松成司，片岡繁雄(2001)：教職員の健康習慣と自覚症状に関する研究，愛知教育大学研究報告，第50輯，37-44
- 14) 宗像恒次(1995)：ストレスへの対処と行動特性，ストレスの効用と弊害，ストレスからの理解する健康と病気，ストレス解消法，210-222，小学館，東京
- 15) 大原健士郎，宮里勝政編(1997)：生物学的背景，アルコール・薬物の依存症，13-27，医学書院，東京
- 16) 厚生統計協会(1999)：アルコール，健康増進，厚生 の指標，国民衛生の動向，46(9)，93-95
- 17) 厚生統計協会(1999)：生活習慣病と栄養行政の取り組み，生活習慣病対策，厚生 の指標，国民衛生の動向，46(9)，102-106
- 18) 村松常司，村松園江，村松成司，金子修己，實成文彦，武田則昭，合田恵子，片岡繁雄(1999)：大学生の健康習慣に関する研究，教育医学，44(3)，537-548
- 19) 古田善伯(1988)：学生の健康習慣に関する研究，岐阜大学教育学部研究報告(自然科学)，第12巻，43-58
- 20) 望月清美子，前田信雄(1978)：7つの保健習慣，プレスローらの調査結果，公衆衛生，42(9)，602-605
- 21) 厚生統計協会(1999)：たばこ，健康増進，厚生 の指標，国民衛生の動向，46(9)，91-93
- 22) 厚生省(1993)：喫煙の状況，喫煙と健康，喫煙と健康問題に関する報告書，第2版，5-13，保健同人社，東京
- 23) 大野良之，柳川洋(1999)：喫煙・飲酒の疫学，生活習慣病と関連事項，生活習慣病予防マニュアル，64-67，南山堂，東京
- 24) 森本兼曩(1991)：健康意識と健康志向行動，ライフスタイルと健康，健康理論と実践研究，33-52，医学書院，東京
- 25) 森本兼曩(1998)：ライフスタイルと染色体・免疫力，環境ストレスによる遺伝子変化のターゲット，環境と健康II，池永満生，野村大成，森本兼曩編，168-182，へるす出版，東京
- 26) 善福正夫，川田智恵子(1997)：学生における健康習慣と主観的健康状態の関連性に関する研究，学校保健研究，39(4)，325-332