

不健康行動に関する規範意識・社会規範

基本属性および準拠集団との関係

吉井 清子* 田村 誠* 高山 智子*
大西 美紀^{2*} 北嶋ゆきえ^{2*} 白戸 舞^{2*}
深田 順^{2*} 藤牧 朗^{2*} 山田 牧^{2*}

今日、死亡率や罹患率との関連の認められるいわゆる「不健康行動」(喫煙、過食、深酒等)が、一般に知られるようになってきたが、それらの悪影響を知りながらも、不健康行動をとり続ける人は少なくない。本研究では、一般住民の視点から、不健康行動をとる理由・意味づけとその関連要因を明らかにすることを目的とし、25~54歳の一般住民を対象に、自記式質問紙を用いた郵送留置法により、調査を行った。不健康行動をとる理由については、7種類の理由(仕事優先志向、集団・組織優先志向、ストレス解消への貢献、コミュニケーションの道具、現在志向、個人志向、見栄・かっこよさ)を想定し、それぞれ複数の問いからなる質問項目を作成した。

結果は、以下のとおりである。

- 1 不健康行動に関する規範意識(不健康行動に対する理由への、その人個人の賛成・反対の傾向)では、5種類の理由について、男性が女性と比べて、肯定的であった。女性の中では、若い世代や既婚者であるほど、肯定的であった。男性の中では、職種による違いがみられた。
2. 不健康行動に関する社会規範(不健康行動の理由づけについて、その集団の人がどの程度望ましいと考えているかについての認知)と、準拠集団の種類との関連では、「職場」や「友人」集団が「家族」集団と比べ、不健康行動への理由づけに、より肯定的であると認知されていた。
3. 不健康行動に関する規範意識・社会規範と関連のあった保健行動は、朝食摂取、喫煙、飲酒(頻度および量)であり、特に、飲酒行動が強い影響を受けていた。

Key words : 保健行動, 規範, 準拠集団, 性差, 年齢差

I 緒 言

今日、慢性疾患、特に悪性新生物、心疾患、脳血管疾患等の成人病が主要な死因となり、また死亡率や罹患率の上昇に因果関係の認められるリスク・ファクターが明らかにされてきたこと^{1,2)}から、これらのリスク・ファクターとなる日常生活行動やライフ・スタイルのあり方が、注目されるようになってきた。しかしながら、喫煙、過食、深酒等のいわゆる「不健康行動」の悪影響を知りながらも、不健康行動をとり続ける人が少なくないのは、周知のとおりである。

これまでの日本での保健行動に関する研究の多くは、望ましい保健行動を規定する要因を明らかにすることに焦点が当てられてきている。「なぜ、人は不健康行動をとるのか」という、不健康行動をとることへの人々の意味づけや、不健康行動をとることをむしろ促進するような状況についての研究は、ほとんどみられない。近年、医療社会学の領域においては、保健医療専門職の視点からではなく、患者の主観的な視点(insider's perspective)からその体験を捉え直すアプローチ方法が、注目されるようになってきている^{3,4)}。

そこで今回、健康であること以外にもさまざまな価値観や行動目的を持つ「個人」や「社会」の側の、不健康行動をとることへの「理由」、「意味づけ」に着目する研究を行った。具体的には、健康重視の考え方や葛藤を生じるような個人のさまざまな価値観から、「不健康行動」をとることが

* 東京大学大学院医学系研究科健康社会学

^{2*} 東京大学医学部健康科学・看護学科
連絡先: 〒113- 東京都文京区本郷 7-3-1
東京大学大学院医学系研究科健康社会学
吉井清子

積極的に意味づけられたり正当化されることがありうるし、「不健康行動」をむしろ容認するような社会のあり方が、個人の行動に影響を与えているのではないかと考えた。

このような不健康行動の「理由」を理解するために、「社会規範」と「規範意識」の2側面から、その理由を検討した。一般に「社会規範」とは、社会的に「望ましい」と考えられ、同調することへの圧力を伴った行為のことである^{5,6)}。特に人は、「思考・行動の拠り所」である「準拠集団」の社会規範を内面化し、個人の行動の「準拠枠」とする^{7,8)}。そこで本研究では、「個人の行動に最も影響を与えている『準拠集団』の人達が、ある不健康行動への意味づけ方を、どの程度望ましいまたは望ましくないと考えていると、その人が感じているか」という、「認知された社会規範」を把握することとした。社会規範の「認知の仕方」に着目するのは、社会規範そのものよりも、社会規範をどのような圧力として認知しているかの方が、その人の行動に対して影響を与えると考えられている⁹⁾からである。また、これまでの「社会規範」を変数として含んだ保健行動に関する研究^{10~14)}でも、「認知された社会規範」を社会規範として扱っているものがほとんどである。一方、「規範意識」とは、「自己の行為を律し、自他の行為を評価する基準として、人格に内面化されているもの⁸⁾」であり、ここでは、「不健康行動に対する理由へのその人個人の肯定・否定の傾向」を、不健康行動に関する「規範意識」としてとらえた。

この2種類の規範から、不健康行動を行うさまざまな「理由」について、周囲の人がどの程度望ましいと考えていると思うか（社会規範）、またその人自身がどの程度望ましいと考えているか（規範意識）を測定することにより、それぞれの「理由」についての社会および個人からの容認のされ方の程度を把握できると考えた。一般的に「社会規範」は、行動をある基準からみて「良い方向」に促すものであるという捉え方がされがちである。しかし、アルコール摂取等の研究で用いられている「Norm Quality」研究^{15~18)}での規範の分類の中では、不健康行動（例えば飲酒）を禁止する方向に働く（proscriptive）規範とともに、不健康行動を促進する方向に働く（prescriptive）

規範もある。本研究においても、不健康行動をとることをむしろ「望ましい」とする方向性の「規範」の存在に着目した。

このように、不健康行動に関する規範とその背景要因を理解していくことは、保健医療従事者にとっては、対象者のもつ価値観や社会的なさまざまな圧力によって形成される保健行動への、より積極的な理解につながると考える。また、対象者自身にとっても、なぜ自分がその様な行動をとるのかについての社会的影響や、自分自身の意味づけ方を知ることは、自分の行動を理解する上で役に立つものと思われる。

II 研究方法

1. 調査対象および方法

本研究の対象者は、東京都N区の住民基本台帳より2段階無作為抽出した25~54歳の男女400人である。N区は、東京23区の北西部に位置する住宅地を主とする区であり、年齢別人口構成比や産業別就業人口比、平均年収などが東京23区の平均に近く、平均的な都市部住民を代表しているという理由から、調査対象地区として選択した。また、対象者の年齢を25~54歳としたのは、今回の調査項目の中に、仕事や組織、ストレス等に関する規範についてのものが含まれていたことから、全年代の中でも就業割合が高く、さまざまな準拠集団の影響を受けやすい年代であると考えたためである。

調査は、自記式質問紙を郵送し、その約1週間後の平成8年5月30日~6月2日の間に、訪問回収を行った。最低3回以上訪問する、不在の場合、再来予定日時や連絡先を記したメモを残す等の配慮を行った。回収数は281人（回収率70.3%）であった。回収不能の理由は、転居・住所不明34人、拒否31人、不在・その他54人であった。このうち、記入者の相違や年齢の未記入者を除いた268人を、分析対象とした。

2. 調査項目

1) 不健康行動に関する規範意識・社会規範の質問項目

不健康行動の理由づけには、いろいろな種類のものがあると考えられる。今回、不健康行動の理由づけの質問項目を考える上で私たちが採用した視点は、冒頭で述べたとおり、「健康重視の考え

方とは葛藤関係にある考え方や価値観から生じる理由づけである。すなわち、「健康」であることや「健康にプラスになる行動」よりも優先される事柄や価値観があるために、両者のバランス関係から、不健康行動を「肯定する」考え方・意味づけ方が、人々の中に生じることがあるだろうと考えた。「健康重視と葛藤を生じる考え方や価値観」について、自分たちの経験や周囲の人へのインタビューを元に、次の3つの理由づけのタイプと7つの下位概念にまとめ、それぞれに対応する質問項目を作成した。

まず第1は、健康よりも優先することがあるため、「～のためには、不健康行動をとるのもやむを得ない」と、不健康行動を肯定するタイプである。優先される事柄として、ここでは「仕事」と「集団や組織」を取り上げた(『仕事優先志向』、『集団・組織優先志向』)。仕事は男性にとっては、生活の中で大きな部分を占めるものであるし、就労していない女性にとっても、一般論としての考え方として共有可能なものである。「集団・組織」を優先することは、「つきあい」を重視する日本の文化^{19,20)}を反映するものといえる。

第2は、「～のためには、不健康行動はむしろ役に立つだろう」と、積極的に不健康行動を肯定するタイプである。ここでは、「ストレス解消」と「コミュニケーションの円滑化」のために不健康行動を手段化することへの肯定感を取りあげた(『ストレス解消への貢献』、『コミュニケーションの道具』)。日常生活の中で生み出されるストレスやその解消方法については、昨今、一般の人の中でも興味・関心が寄せられるようになっている^{21,22)}。また、コミュニケーションの円滑化は、「つきあい」のために重要な要素である。

第3は、健康重視についての「考え方そのもの」に由来する葛藤である。1つめは、「将来の健康のために予防的保健行動を行うこと」よりも「現在の不健康行動による効用」を重視する『現在志向』、2つめは、「人に迷惑をかけなければ不健康行動をとってもかまわない」という『個人志向』、3つめは、「不健康行動のマイナス効果」よりも「不健康行動をとることへの他者(または自分自身)からみたプラスイメージ」を重視する『見栄・かっこよさ』(これは個人規範のみ)である。それぞれの質問項目と各下位概念の α 係数につ

いて、表1に示した。

以上の質問項目に対して、規範意識は、「次のような考え方について、あなたご自身は賛成ですか、反対ですか」とたずね、「非常にそう思う」から「まったくそう思わない」の5段階の選択肢により回答を得た。社会規範は、後述する各自の準拠集団を一種類選択させた後に、「あなたの行動に最も影響を与えている人達は、次のような考え方について賛成する人が多いと思いますか、反対する人が多いと思いますか」とたずね、「ほとんどの人が賛成」から「ほとんどの人が反対」の5段階で答えてもらった。各下位概念毎に質問項目数が異なるため、比較可能なように、各下位概念の平均点をその下位概念の得点とした。「現在志向」の3項目に反対の得点を与えたため、すべての下位概念において、得点が高いほど、それぞれの項目の考え方により肯定的である(賛成している)ことを示している。

2) 基本属性および準拠集団の種類

規範意識および社会規範を説明する基本属性として、性別、年齢、婚姻状態、学歴、職種についての情報を得た(表2)。準拠集団の種類については、「あなたの行動に最も影響を与えている人達は、次のうちどの人達ですか」という質問に対し、「1.職場の人達、2.家族・親戚、3.友人または交際中の異性、4.近所の人や地域活動・PTAなどでの知り合い、5.その他」の選択肢の中のいずれか一つを選択させ、1を「職場」、2を「家族」、3~5を「友人」とした3カテゴリーで、分析を行った。

3) 予防的保健行動

規範意識・社会規範と予防的保健行動の関連を検討するため、調査した行動は、①朝食摂取、②運動、③睡眠時間、④喫煙、⑤飲酒量、⑥飲酒頻度である。これらの行動はすべて、縦断的な調査により死亡率との因果関係が認められた生活習慣である^{1,2)}。表3に示すように、「朝食摂取」、「運動」、「睡眠時間」、「喫煙」は、先行研究^{23,24)}を参考に、ダミー変数とした。「飲酒頻度」は、5段階の順序尺度として扱い、「飲酒量」は、日本酒に換算した週あたりのアルコール量を用いた。得点が高いほど、好ましくない保健行動をとっていることを示している。

表1 不健康行動に関する規範意識・社会規範の質問項目

		規 範 意 識		社 会 規 範	
		平均±標準偏差	α係数	平均±標準偏差	α係数
仕事優先志向	仕事の付き合いでならば、お酒を飲みに行くのは当然だ 少しぐらい風邪をひいていても、仕事を優先するべきだ 仕事のためなら、健康を害することがあってもやむを得ない 男は少々無理するくらいがちょうどよい	1.63±0.71	0.651	1.68±0.73	0.697
集団・組織優先志向	仲間との付き合いのためなら、深酒をすることがあってもよい 人に誘われたら医師からとめられていることでもつきあうべきだ お酒のすすめを断るのは、よくない	1.10±0.75	0.591	1.19±0.71	0.504
ストレス解消への貢献	ストレス解消のためなら、たまにはお酒を飲んだ方がよい お酒を飲むことは、ストレス解消に役立つ タバコを吸ってリラックスできるのならば、よいことだ	2.53±0.81	0.611	2.39±0.83	0.722
コミュニケーションの道具	お酒を飲むことで、普段以上に会話が弾む お酒を飲むと本音で話ができる タバコを吸うと、コミュニケーションがとりやすい	1.85±0.78	0.595	2.03±0.74	0.615
現在志向	何よりも健康な人生が大切だ お酒を飲んで今楽しむより、我慢をしても健康で長生きしたい タバコを吸って今楽しむより我慢をしても健康で長生きしたい	1.61±0.77	0.611	1.39±0.76	0.688
個人志向	お酒を飲み過ぎて体をこわすのは、その人の自由だ タバコを吸って体をこわすのは、その人の自由だ 働きすぎて体をこわすのは、その人の自由だ	2.00±1.16	0.870	1.80±1.11	0.890
見栄・かっこよさ	睡眠時間が短くてもやっていける人は、すごい お酒の強い人には、魅力を感じる 身を削るように働いている人は、立派だと思ふ タバコを吸う人には、魅力を感じる	1.49±0.74	0.610		

3. 分析方法

2 カテゴリー間の関連の有無については、 χ^2 検定を用いた。基本属性の規範意識への影響については、性別 (0=女性, 1=男性)、婚姻状態 (0=未婚, 離死別, 1=既婚) はダミー変数、学歴と職種は「中学校・高等学校」および「事務職」のカテゴリーを参照カテゴリー、他のカテゴリーをそれぞれダミー変数とし、実年齢を加えた5要因

を独立変数、規範意識を従属変数とした重回帰分析を行った。また、多くの規範意識において性差がみられたことと、性別と他の基本属性 (婚姻状態、学歴、職種) との間に有意な関連がみられたことから、多重共線性の影響を避けるため、性別により層別し同様の重回帰分析を行い、性別毎での各要因の影響の相違を確認した。社会規範については、準拠集団の種類、性別、学歴、職種を要

表2 基本属性

	男性	女性	
	人数(%)	人数(%)	
年齢			
25~34歳	48(39.7)	54(36.7)	
35~44歳	42(34.7)	48(32.7)	
45~54歳	31(25.6)	45(30.6)	n.s.
婚姻状態			
既婚	73(60.3)	117(80.1)	
未婚・離死別	48(39.7)	29(19.9)	p<0.001
学歴			
中学校・高等学校	44(37.9)	58(40.0)	
短期大学・専門学校	13(11.2)	56(38.6)	
大学・大学院	59(50.9)	31(21.4)	p<0.001
職種 ¹⁾			
事務・営業職	27(22.7)	44(30.1)	
専門職・管理職	45(37.8)	24(16.4)	
販売職・サービス職	28(23.5)	20(13.7)	
現業職・農林漁業	11(9.3)	3(2.1)	
無職	8(6.7)	55(37.7)	p<0.001

χ²検定

¹⁾ 職種の具体的な例として、以下のような例を質問票に示した。

- 事務職・営業職→一般事務, 営業職など
- 専門職→教員, 医師, 技術者, 作家など
- 管理職→課長以上の公務員又は会社員, 会社役員など
- 販売職→小売店主, 販売店主, 外交員など
- サービス職→ウェイター, タクシー運転手, 旅館主, 保安関係従業員など
- 現業職→大工, 修理工, 生産工程作業員など
- 無職→主婦も含む

表3 予防的保健行動の状況

	男性	女性	配点
	N(%)	N(%)	
朝食習慣			
毎日食べる	54(45.0)	92(63.0)	0
だいたい食べる (週5~6日)	26(21.7)	28(19.2)	1
時々食べる (週3~4日)	12(10.0)	13(8.9)	1
ほとんど食べない (週1~2日)	18(15.0)	5(3.4)	1
まったく食べない	10(8.3)	8(5.5)	1
運動			
運動している	50(41.3)	57(39.3)	0
運動していない	71(58.7)	88(60.7)	1
睡眠時間			
7時間以上	51(42.1)	73(49.7)	0
7時間未満	70(58.7)	74(50.3)	1
喫煙			
吸わない	53(43.8)	121(82.3)	0
1日19本以下	41(33.9)	7(4.8)	1
1日20本以上	27(22.3)	19(12.9)	1
飲酒頻度			
まったく飲まない	6(5.0)	58(39.7)	1
年に数回 ~週1日以下	38(31.7)	34(23.3)	2
週1~3日	28(23.3)	32(21.9)	3
週4~6日	14(11.7)	12(8.2)	4
毎日	34(28.3)	10(6.8)	5
飲酒量(日本酒換算)			
週5合未満	73(60.3)	128(87.1)	日本酒換算量
週5合以上10合未満	20(16.5)	10(6.8)	
週10合以上15合未満	10(8.3)	3(2.0)	
週15合以上	18(14.9)	6(4.1)	

因, 年齢を共変量とし, 不健康行動に関する社会規範を従属変数とした分散共分散分析を行った。

最後に, 規範意識および社会規範と保健行動の関連について分析した。冒頭に述べたとおり, 本論文は不健康行動に関わる「社会規範」, 「規範意識」そのものに着目するものであり, これらと不健康行動との関連を明らかにすることには力点を置いていない。しかしながら, 「社会規範」や「規範意識」がまったく保健行動と関係がないとすると, 「社会規範」や「規範意識」に着目する意義が薄れると考え, ここでは確認のために, 両者の関連をピアソンの積率相関係数により検討した。

なお, 解析には, 統計パッケージ SAS system

for Windows ver. 6.12を使用した。

III 研究結果

1. 対象者の概要(表2)

対象者の性別の内訳は, 男性121人(45.1%), 女性147人(54.9%)であった。年代別では, 25~34歳102人(38.1%), 35~44歳90人(33.6%), 45~54歳76人(28.3%)であり, 男女間で有意差はみられなかった。

婚姻状態, 最終学歴, 職種については, 男女間で有意な差がみられた。すなわち, 婚姻状態では, 女性に既婚の者が多く(80.1%), 男性に非婚の者(39.7%)の割合が多かった。学歴では,

男性では最終学歴が大学・大学院の者が約半数(50.9%)であったが、女性では、中学・高等学校(40.6%)または短大・専門学校(38.6%)の者が多かった。女性で何らかの仕事をしている者は、62.3%であり、職種は事務職・営業職(30.1%)が多かった。男性では、専門職・管理職(37.8%)の者が多く、事務職・営業職(22.7%)と販売職・サービス職(23.5%)がほぼ同割合であった。予防的保健行動の概要は、表3に示すとおりである。

2. 規範意識と基本属性との関係

表4は、基本属性が「不健康行動に関する規範意識」に与える影響についての重回帰分析の結果を示したものである。

まず、性別についてみると、「現在志向」、「見栄・かっこよさ」以外のすべての不健康行動への理由づけについて、女性に比べ男性の方がより肯定的であるという、性別の影響が有意に認められた。次に、性別ごとにその他の基本属性の影響の仕方をみていく。年齢については、女性は、すべての不健康行動への理由づけに対して、若い人ほど肯定的であり、年齢が高くなるほどより否定的であった。男性では、年齢の影響が統計的に有意に達しているものはなかったが、「ストレス解消への貢献」、「コミュニケーションの道具」では、女性とは反対に、年齢が高くなるほど肯定的になる傾向が認められた。

婚姻状態については、男性では、「集団・組織優先志向」に対して、既婚者の方がより否定的であり、「ストレス解消への貢献」や「現在志向」、「個人志向」に対しても同様の傾向が認められた。女性では、「仕事優先志向」、「集団・組織優先志向」、「コミュニケーションの手段」の不健康行動理由に対して、既婚者の方がより肯定的であるという、男性とは反対の関係が認められた。学歴については、一貫した影響性は認められなかった。

職種は、特に、男性の規範意識に影響しており、「仕事優先志向」、「集団・組織優先志向」、「ストレス解消への貢献」、「コミュニケーションの道具」の考え方について、専門職・管理職や販売職・サービス職がより否定的であり、参照カテゴリーである事務職・営業職や、有意差がみられなかった現業職の者が、より肯定していた。また、それ以外にも男性では、「集団・組織優先志

向」に対して無職者が否定的であることや、「個人志向」に対しての現業職・農林漁業職者での否定的傾向が認められた。女性では、男性ほど明らかな職種による違いはみられなかった。

ここで問題となるのは、質問項目の中に「お酒」や「タバコ」についての項目が多く含まれていることから、各規範意識への回答傾向が、実際の喫煙や飲酒習慣の有無や程度によって説明されるのではないかと、また、属性との関連についても、喫煙・飲酒習慣のある人の割合の違いの影響によるものではないかと考えられることである。そこで、これらの可能性を確かめるために、喫煙習慣と飲酒頻度をコントロール要因として分析に投入

表5 準拠集団と基本属性

	準 拠 集 団			
	家 族	友 人	職 場	
	人 数 (%)	人 数 (%)	人 数 (%)	
性別				
男性	55 (47.4)	32 (27.6)	29 (25.0)	p<0.001
女性	98 (67.6)	38 (26.2)	9 (6.2)	
年齢				
25~34歳	51 (50.5)	38 (37.6)	12 (22.9)	p<0.05
35~44歳	59 (68.6)	14 (16.3)	13 (15.1)	
45~54歳	43 (58.1)	18 (24.3)	13 (17.6)	
学歴				
中学校・高等学校	64 (62.1)	22 (21.4)	17 (16.5)	n.s.
短大・専門学校	38 (53.5)	25 (35.2)	8 (11.3)	
大学・大学院	51 (58.6)	23 (26.4)	13 (15.0)	
婚姻状態				
既婚	138 (75.0)	25 (13.6)	21 (11.4)	p<0.001
未婚・離死別	15 (19.7)	44 (57.9)	17 (22.4)	
就業状況				
仕事をしている	111 (54.7)	54 (26.6)	38 (18.7)	p<0.001
仕事をしていない	40 (75.5)	13 (24.5)	0 (0.0)	
計	153 (58.6)	70 (26.8)	38 (14.6)	

χ²検定

し、同様の重回帰分析を行った。その結果、喫煙習慣、飲酒頻度の有意な影響は認められたものの、表4で示された属性の影響はほとんど変化せず、影響力の有意性が失われたものはごくわずかであった。このように、実際の喫煙・飲酒習慣とは独立して、基本属性ごとに規範意識の持ち方に特徴があることが確かめられた。

3. 社会規範と準拠集団・基本属性との関係

基本属性とその人が選んだ準拠集団の種類の間を関連を示したものが、表5である。全体的に、それぞれの準拠集団を選んだ者の割合をみると、「家族」が約6割、「友人」が約1/4を占めている。「職場」は14.6%であるが、仕事をしている者に限っ

てみると、2割近くを占めている。また、基本属性のうち学歴以外のすべての要因で、その人が選んだ準拠集団の種類との間に有意な関連がみられた。

次に、社会規範を規定する要因を明らかにするために、社会規範得点を従属変数、準拠集団の種類と基本属性を独立変数とした分散共分散分析を行った。表6に示されるように、準拠集団の種類毎での、その集団の人達がもっているだろうと認知された社会規範の傾向には、すべての不健康行動理由の下位概念において、有意な差があることが認められた。表7は、多重比較により、3種類の準拠集団および性別毎の、他の要因をコントロ

表6 準拠集団および基本属性と社会規範

	仕事優先志向	集団・組織優先志向	ストレス解消への貢献	コミュニケーションの道具	現在志向	個人志向	
df	F 値						
年齢	1	7.48**	8.71**	2.94#	2.07	8.25**	12.49***
準拠集団	2	5.17**	6.78**	9.93***	8.62***	15.55***	5.53**
性別	1	1.01	4.79*	2.70	2.14	0.59	0.00
学歴	4	0.16	0.10	0.41	0.18	0.62	0.12
職種	2	1.11	0.21	0.74	1.16	1.92	0.51

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, # p<0.1

分散共分散分析

表7 準拠集団・性別の社会規範の平均値

		仕事優先志向		集団・組織優先志向		ストレス解消への貢献	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
準拠集団	家族	1.55	0.71	1.03	0.67	2.21	0.88
	友人	1.80	0.77	1.36	0.74	2.64	0.70
	職場	2.02	0.70	1.53	0.65	2.69	0.69
性	男性	1.78	0.77	1.35	0.75	2.32	0.88
	女性	1.61	0.71	1.06	0.65	2.44	0.79

		コミュニケーションの道具		現在志向		個人志向	
		平均	標準偏差	平均	標準偏差	平均	標準偏差
準拠集団	家族	1.87	0.76	1.17	0.71	1.56	1.15
	友人	2.13	0.66	1.74	0.78	2.11	0.94
	職場	2.44	0.62	1.73	0.61	2.20	0.96
性	男性	2.15	0.74	1.42	0.80	1.99	1.10
	女性	1.93	0.73	1.38	0.73	1.64	1.09

* p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001 分散分析, 多重比較 (Turkey-Kramer 法) 各下位概念の合計点を質問項目数で割った平均点で示している。

ールした後の平均得点とその有意性について示したものである。「仕事優先志向」、「集団・組織優先志向」、「ストレス解消への貢献」、「コミュニケーションの道具」では、「職場」>「友人」>「家族」の順で、各不健康行動理由に対してより肯定的であると認知されていた。「現在志向」、「個人志向」では、「友人」、「職場」が同程度に肯定的であり、「家族」がより否定的であると認知されていた。

また、社会規範の認知には、準拠集団の種類とは独立して、性や年齢の影響が認められた。「集団・組織優先志向」、「コミュニケーションの道具」、「個人志向」については、男性の方が女性に比べ、より準拠集団の人達が肯定的であると認知していた(表7)。また、「仕事優先志向」、「集団・組織優先志向」、「現在志向」、「個人志向」については、年齢の影響が認められ、若い人ほど、準拠集団の人達が肯定していると認知していた。学歴、職種による、社会規範の認知の仕方の違いは、認められなかった(表6)。

4. 規範意識・社会規範と予防的保健行動の関連性

最後に、これまでみてきた規範意識・社会規範と、その人がとっている予防的保健行動の間の関

連性について検討した。表8で示されるように、喫煙、飲酒、朝食摂取の有無で、規範意識・社会規範と多く関連がみられた。すなわち、不健康行動に関する規範意識や社会規範が肯定的であることと、実際により不健康な保健行動をとっていることの間、有意な関連があった。また、社会規範よりも規範意識の方で、より多く関連が認められた。

IV 考 察

本研究では、不健康行動をとることへの人々の意味づけや、不健康行動をとることを促進するような社会状況の存在に着目した。そして、人々が持つ「規範意識」や「社会規範」の傾向には、個人の基本属性や準拠集団の種類によって違いのあることが明らかにされた。さらに、規範意識・社会規範の傾向と実際の予防的保健行動の間に関連がみられたことから、より不健康な保健行動をとっている人は、不健康行動の理由づけを肯定する規範意識や社会規範をもっている傾向にあることが、示唆された。以下、これらの分析結果について、順次考察していきたい。

表8 規範意識・社会規範と保健行動の相関関係

規範意識							
	仕事優先志向	集団・組織優先志向	ストレス解消への貢献	コミュニケーションの道具	現在志向	個人志向	見栄・かっこよさ
朝食摂取	0.176**	0.232***	0.139*	0.047	0.211***	0.104#	0.123*
運動	0.109#	0.011	-0.012	-0.047	0.018	0.084	0.087
睡眠時間	-0.039	0.040	0.008	-0.004	0.148*	0.012	-0.080
喫煙	0.195**	0.161**	0.206***	0.109#	0.223***	0.146*	0.126*
飲酒頻度	0.242***	0.288***	0.359***	0.293***	0.183**	0.134*	0.085
飲酒量	0.265***	0.275***	0.246***	0.197**	0.176**	0.128*	0.010
社会規範							
	仕事優先志向	集団・組織優先志向	ストレス解消への貢献	コミュニケーションの道具	現在志向	個人志向	
朝食摂取	0.149*	0.163**	0.037	0.046	0.130*	0.085	
運動	0.014	-0.009	0.011	0.016	0.011	-0.004	
睡眠時間	-0.063	-0.054	-0.102	-0.065	0.036	-0.015	
喫煙	0.053	0.064	0.090	0.156*	0.077	0.074	
飲酒頻度	0.167**	0.130*	0.168**	0.162**	0.066	0.053	
飲酒量	0.158*	0.083	0.058	0.059	0.048	0.033	

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, # p<0.1

ピアソンの積率相関係数

1. 不健康行動に関する規範意識と基本属性の関係

不健康行動に関する規範意識の、人々の基本属性による主な違いを整理すると、次のようになる。

①性別で比較すると、女性よりも男性の方が、不健康行動の理由づけに、より肯定的である。

②女性では、若い人や既婚者が、不健康行動の理由づけをより肯定する傾向にある。

③男性では、規範意識の年代差はみられず、女性とは反対に、非婚者の方が不健康行動の理由づけにより肯定的である。また、職種による違いがある。

これらの結果について、初めに、その背景を既存研究との関係で考察する。さらに、これらの結果が意味することを述べる。

まず、基本属性による規範意識の違いがある背景や理由であるが、その人が社会や家庭で担っている役割から得られる「経験」や各役割に付随する「役割期待」が、関係していることが考えられる。例えば、婚姻は、男女共に健康を促進する方向に作用し、そのプラス影響は、男性においてより強いことが報告されている^{25,26}。そしてそのメカニズムの一つとして、結婚すると女性のより健康的なライフスタイルに男性があわせるようになるためと、考えられている。今回の結果での、既婚男性が不健康行動理由へ否定的になる傾向には、同様のメカニズムが背景にある可能性がある。

職種の違いについては、Amesがその文献研究の中で、保健行動に関して職種ごとに共有されている「職業文化 (occupational culture)」があること (例えば飲酒では、飲酒の機会の得やすさ、どれくらいの飲酒が過度の飲酒とみなされるか、飲み過ぎまたは飲まないことがどうみられるかなどの職種による違い) に着目し、さらにそれが実際の保健行動と関連があることを示している²⁷。本研究で明らかにされた、不健康行動の理由づけへの肯定感の職種による差異も、一種の保健行動に関する「職業文化」と捉えることができよう。今回の研究では、大まかな職種分類を用いたにも関わらず、個人規範に職種差がみられたことは興味深い。これまで、日本においても、健康状態や保健行動についての職種差についての研究は行わ

れてきているが^{24,28~30}、職種毎に共有されている「健康や保健行動に関する意識の持ち方」の特徴については、あまり注目されてきていない。健康や保健行動に関する「意識」の職種差を明らかにすることは、効果的な健康教育のアプローチ方法を考える上で役立つであろうと思われる。

次に、これらの分析結果が意味するところであるが、次のような方向で、実社会に役立つものと期待される。一般に、健康教育などのアプローチを行う際には、対象者が持つ不健康行動の「理由づけ」に配慮する必要があるとされる³¹。今回の研究は、どのような層にどのような配慮をすべきであるかという知見を増す。今回の結果から、例えば、「男性の非婚者で事務・営業職」を対象としたプログラムの場合は、その他の層とは相当異なったアプローチが必要であることが理解されると考えられるのである。

2. 準拠集団と不健康行動に関する社会規範

不健康行動に関する準拠集団の容認度 (社会規範) を、準拠集団の種類、個人の基本属性との関連から検討した。その結果、最も大きい影響を与えていたのは、準拠集団の種類であり、すべての不健康行動理由の下位概念について、「家族」が、他の2つの集団 (「友人」, 「職場」) に比べて、より否定的であると認知されていた。これは、それぞれの集団の持つ固有の目的・特徴、すなわち、「家族」はより個人の健康が重視される場所、「職場」はより集団的な目的に向かって活動が営まれている場であることを考えると、当然の結果と言えるであろう。

この結果から、次の2つのことを考察する。

まず第1に、人々が健康に関わる行動をとるときには、複数の異なる集団から異なる社会規範の影響を受け、「葛藤状態」に置かれている可能性があることである。今回の調査では、解答者の混乱をさけ、又解釈しやすいように、最も影響をうけている一つの準拠集団についての社会規範について答えてもらった。しかし実際には、これらすべての集団の社会規範からの影響を同時にうけている可能性が高い。そして今回の結果から明らかになったように、不健康行動に関する社会規範が集団毎に異なっていると認知されているとき、ある集団の規範に比べようとすると、他の集団からの規範に比べられないという心理的葛藤状態に人

々が陥っている可能性がある。保健医療従事者は、そのことを踏まえたアプローチを行うことが望まれる。

第2に、今回の調査では、それぞれの集団が、不健康行動に関してどのような社会規範をもってしているかについての、人々の「認知」を尋ねた。しかし、人々が認知している社会規範と、実際に存在している社会規範（集団に属する人たちの規範意識の総計）は、必ずしも一致していないことが知られている。例えば、ある大学で飲酒に関する社会規範を調べた結果、人々は、実際に存在する「社会規範」以上に、周囲の人は大学内で飲酒をすることを否定的に考えているだろうと、認知していた（実際の社会規範は、それほど否定的ではなかった）³²⁾。このように、認知された社会規範と実際の社会規範の間に「ずれ」があり、実際に存在している社会規範以上に、「周囲の人が不健康行動を肯定（又は否定）しているだろう」と認知しているならば、それは必要以上に、先に述べた心理的葛藤を高めているかもしれない。この「ずれ」の存在が実証的に明らかに示されるならば、認知された社会規範に適応しようとすることから生じるストレス（例えば、不健康行動をとりたくないのに、周囲の人が不健康行動をとることを期待しているだろうと思ってしまう）を、和らげることができる可能性がある。

3. 研究の限界と今後の課題

最後に、本研究の限界・課題について述べる。

まず、対象者の代表性の問題である。今回の調査対象が都市部住民であったこと、また、回収率が十分に高くなかったことから、結果の一般化には慎重である必要があり、特性の異なる地域（例えば農村など）の住民との規範意識・社会規範との違いについても、今後、調べていく必要があると考える。

次に、調査項目に関する問題である。不健康行動に関する規範意識・社会規範の質問項目で、 α 係数が低い下位概念があったことや、「現在志向」のように、本来とりたかった概念を十分に反映できていないと思われる項目があったことから、今後、今回扱えなかった他の不健康行動の理由づけも含め、質問項目を検討していく必要がある。また、今回用いた基本属性の規範意識についての説明力 (R^2) が10%前後と高くなかったことから、

今回扱っていない影響要因についても、検討が必要である。

最後に、対象者の属性との関係についてである。今回の規範の質問項目は、仕事をしている人にあてはまるものが多かったことから、今後、より女性の生活や特性を反映するような不健康行動の理由の項目や準拠集団、不健康行動を用いて、女性により特徴的な不健康行動の現状を明らかにすることも必要であろう。

本研究の要旨は、第55回日本公衆衛生学会（大阪）で発表した。また、本研究は文部省科学研究費（生活者主体の健康確保とその支援環境に関する研究-現状分析と理論構築に向けて）から研究助成を受けた。

(受付 '96.11.22)
採用 '97.11.20)

文 献

- 1) Belloc NB, Breslow L. Relationship of physical health status and health practice. *Preventive Med* 1972; 1: 409-421.
- 2) Belloc NB, Relationship of health practice and mortality. *Preventive Med* 1973; 2: 67-81.
- 3) Conrad P, Kern R, eds. *The Experience of Illness. The sociology of Health & Illness: Critical Perspectives*, forth edition. New York: St. Martin's Press, 1994; 135-137.
- 4) Schneider JW, Conrad P. *Having Epilepsy: The Experience and Control of Illness*. Philadelphia: Temple University Press, 1993: 3-20.
- 5) 井上和子, 田中國夫. 喫煙行動を規定する要因—喫煙行動と主観的規範—. (財)たばこ総合研究センター「たばこを考える」会, 編. たばこを考える 1. 東京: 平凡社, 1987, 216-236.
- 6) 丸山哲央. 価値の規範. 倉橋重史, 丸山哲央, 編. *社会学の視点—行為から構造へ—*. 京都: ミネルヴァ書房, 1987; 268-291.
- 7) 佐原六郎. *社会学と社会心理学*. 東京: 慶應通信, 1987; 31-57.
- 8) 森岡清美, 塩原 勉, 本間康平, 編. *新社会学事典*. 東京: 有斐閣, 1993; 260.
- 9) 小林久高. 社会規範の意味について. *社会学評論*, 1991; 42: 32-46.
- 10) 麦逸群, 他. 高血圧要治療・要管理者の治療および日常生活状況とそれらに影響を及ぼす心理的要因—都内某大学教職員の場合—. *民族衛生* 1987; 53: 2-13.
- 11) Godin G. et al. Predictors of smoking behavior: An application of Ajzen's theory of planned behaviour.

- British Journal of Addiction 1992; 87: 1335-1343.
- 12) Courneya KS, McAuley E. Reliability and discriminant validity of subjective norm, social support, and cohesion in an exercise setting. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 1995; 17: 325-337.
 - 13) Paisley C, et al. Consumer perceptions of dietary changes for reducing fat intake. *Nutrition Research* 1995; 15: 1755-1766.
 - 14) Webster RA, Hunter M, Keats JA. Peer and parental influences on adolescents' substance use: A path analysis. *The International Journal of the Addictions* 1994; 29: 647-657.
 - 15) Mizuruchi EH. Norm qualities and differential effects of deviant behavior: An exploratory analysis. *American Sociological Review* 1962; 27: 391-399.
 - 16) Larsen DE, Abu-Laban B. Norm qualities and deviant drinking behavior. *Social Problems* 1968; 15: 441-450.
 - 17) Gunter K. Perceived alcohol norm qualities of alcoholics in rehabilitation. *Int J Rehab Research* 1986; 9: 183-184.
 - 18) Marvin DK, et al. Norm qualities and adolescent drinking and drug behavior: the effects of norm quality and reference group on using and abusing alcohol and marijuana. *Journal of Drug Issues* 1982; 12: 343-359.
 - 19) 西川一廉. 職場と喫煙行動. (財)たばこ総合研究センター「たばこを考える」会, 編. たばこを考える 1. 東京: 平凡社, 1987; 182-215.
 - 20) 宗像恒次. 行動科学からみた健康と病気. 東京: メヂカルフレンド社, 1995: 29-34, 45-48.
 - 21) 厚生白書(平成9年度版)―「健康」と「生活の質」の向上をめざして―. 厚生省, 編. 東京: 財団法人厚生問題研究会, 1997; 84-85.
 - 22) 的場恒孝, 他. 市民の健康意識と日常保健行動. *日本公衛誌* 1994; 41: 330-340.
 - 23) 星 旦二, 森本兼襄. 健康習慣と身体的健康度. 森本兼襄, 編. ライフスタイルと健康―健康理論と実証研究―. 東京: 医学書院, 1995; 66-73.
 - 24) 武田 文, 他. 男子ホワイトカラーにおける職種および役職と生活・健康の関連に関する研究. *日本公衛誌* 1992; 39: 326-340.
 - 25) Ross CE, Mirowsky J, Goldstein K. The impact of the family on health: The Decade in Review. *Journal of Marriage and the Family* 1990; 52: 1059-1078.
 - 26) Umberson D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Soc Sci Med* 1992; 34: 907-917.
 - 27) Ames GM, Rebhun LA. Women, alcohol and work: Interactions of gender, ethnicity and occupational culture. *Soc Sci Med* 1996; 43: 1649-1663.
 - 28) 藤内修二, 畑 栄一. 地域住民の健康行動を規定する要因―Health Belief Modelによる分析―. *日本公衛誌* 1995; 41: 362-369.
 - 29) 西尾純子, 村嶋幸代, 飯田澄美子. 保健行動モデルからみた一企業社員の飲酒行動. *日本公衛誌* 1995; 41: 607-617.
 - 30) 杉森裕樹, 他. 職種に基づく高血圧発症の要因に関する研究―職種における15年間の長期コホート研究―. *日本公衛誌* 1995; 42: 982-991.
 - 31) 石川雄一. 立場による発想のちがいの克服法. 石川雄一, 編. 医療はコミュニケーション. 東京: 講談社; 1993; 224-241.
 - 32) Prentice DA, Miller DT. Pluralistic ignorance and alcohol use on campus: Some consequences of misperceiving the social norm. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993; 64: 243-256.

INTERNALIZED NORMS AND SOCIAL NORMS RELATING TO NEGATIVE HEALTH BEHAVIORS THE RELATIONSHIP OF SOCIODEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND REFERENCE GROUPS

Kiyoko YOSHII*, Makoto TAMURA*, Tomoko TAKAYAMA*, Miki ONISHI^{2*}, Yukie KITAJIMA^{2*},
Mai SHIRATO^{2*}, Jun FUKADA^{2*}, Akira FUJIMAKI^{2*}, Maki YAMADA^{2*}

Key words: Health behavior, Norm, Reference group, Gender difference, Age difference

So-called “negative health behaviors” (e.g. smoking, excessive eating/drinking), which are related to morbidity and mortality, are generally well known to the public. However there are many who undertake negative health behaviors despite knowing of their negative health effects. Using a mail survey of subjects aged 25 to 54, we examined reasons and justifications for engaging in negative health behaviors and their related factors from the lay person’s perspective. Concerning the reasons for negative health behaviors, we hypothesized seven concepts (work priority, group harmony priority, the contribution to relaxation, tools for communication, prior orientation focused on the present, individualistic priority, and appearance), and devised multiple questions for each concept.

The results are as follows.

1. Compared to females, males tended to support of the five concepts about the internalized norms concerned with negative health behaviors (e.g. the tendency of each individual to approve or disapprove of the reasons for negative health behaviors). In females, the younger generation and those that were married expressed more support than the older and the unmarried. There were differences in males according to occupation.
2. Concerning which reference groups had the largest influence on the social norms concerned with negative health behaviors (e.g. the perceptions as to what degree a group regards the reasons about negative health behaviors as desirable), most perceived that the “office” and “friends” groups would be more supportive of reasons for negative health behaviors than the “family” groups.
3. The health behaviors, which correlated with the internalized norms or the social norms concerned with negative health behaviors, were eating breakfast, smoking, and drinking (frequency and amount). In particular, drinking behavior was influenced most by the internalized norms and the social norms.

* Department of Health Sociology, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo

^{2*} School of Health Sciences & Nursing, The University of Tokyo