

サービスの統合化が行われた。しかし、より広範囲の地方、地域、地区現場の3層構造の気候が、実際の運営においては責任の所在が曖昧となり、運営上は非効率であった。そこで、1982年には、国民保健サービスの第2次改革が行われ、合議制に基づく集団指導体制を解体し、総括管理性が採用された。さらに、医療中心から地域保険活動などの予防活動に重点を打つ方向も打ち出された。しかし、このシステムも期待とおりには機能せず、その後、この問題の改革を掲げた保守党のサッチャー政権が誕生し、国民保健サービスに市場原理を導入するという大改革が進むことになった。サッチャー政権下では、これに関連して、ベヴァリジ以来のイギリス社会保障における公的責任の基本原則が大きく方向転換することになり、従来とは異なる各種の政策が実施されるにいたった。その後、労働党政権の復活により、保健政策の改革と新たな展開が始まってきたが、本書は、そのような状況下で執筆されたものである（イギリスの保健・医療政策、国民保健サービスについては、以下の文献に依拠した。榎原朗『イギリス社会保障の史的研究Ⅲ—戦後の社会保障のはじまりから1986年社会保障法へ』法律文化社、1988年、同『イギリス社会保障の史的研究Ⅳ—国民保健サービス（およびコミュニティ・ケア）の展開』法律文化社、1993年、一圓光弥『イギリス社会保障論』光生館、1982年、J.バトラー（中西範幸訳『イギリスの医療改革—患者・政策・政治』（前出））。

イギリスでは、社会経済的な諸条件との関係における健康の不平等を巡る研究は盛んである。この方面で、最も大きな影響を与えた

ものが、P.タウンゼントのThe Black Report (Secretary of State for Social Services, 1980) であろう。この報告では、様々な政府統計資料を用いて多様な条件の元手の健康の不平等が存在することが示された。そのレポートが、その後の本分野の研究に及ぼした影響は非常に大きく、健康の不平等に関する多くの研究を生み出した。また、M.ホワイトヘッドによるThe Health Divide (Health Education Council, 1987) は、豊富な統計を用いて健康の社会経済的不平等の実態を示したものであるが、その後、継続的に健康の不平等に関する統計研究プロジェクトを進めており、貴重な研究成果が生み出されている。さらに、M.バートリー、D.ブレイン、G.ディヴィー・スミスの共著によるThe Sociology of Health Inequalities (Blackwell, 1998) も、健康の不平等に関する多様な分析を示すものとして取り上げておかなければならない。なお、日本ではこの分野の研究が少ないが、最近、同分野のイギリスの著名な研究者のひとりであるM.マーモットの著作が翻訳出版されたことは特記すべきである（マイケル・マーモット、リチャード・G.ウィルキンソン編（西三郎総監修、鏡森定信監訳）『21世紀の健康づくり10の提言—社会環境と健康問題』日本医療企画、2002年）。

D. 考察 と E. 結論

イギリスの保健政策の経緯を考察することにより、健康問題が社会的経済的条件と密接に関連することが明らかになった。その上で、健康問題と社会的経済的条件との関係を分析するための保健サービス統計の利用・分析が

続く課題として残されている。

計学』第82号 2002年3月、
pp. 36-48

F. 健康危険情報

特になし

2 学会報告

なし

G. 研究発表

1 論文発表

藤岡光夫「健康問題・保健調査と社会
統計学」『統計学』2002年3月、
82号、pp. 1-20。

藤岡光夫「育児期の女性の生活・健康
と母子保健活動の課題—熊本
市子育て意識・実態調査」『統

H. 知的財産権の出願・登録状況

1 特許取得

特になし

2 実用新案登録

特になし

3 その他

特になし

「健康問題・保健調査と社会統計学」

藤岡光夫

論文要旨

健康は、多様な社会経済的要因と関連している。住民の健康に関わる複雑な要因と要因間の関連を明らかにするためには、質的調査と統計的調査を統合した以下のような保健調査の方法が必要となる。(1) 基礎研究—①専門家の議論、②理論的研究、③統計の観察や分析、④その他関連する社会情報の分析。(2) 基礎調査—①グループインタビューなどのヒアリング、②代表的事例の検討、③多数事例の分析。(3) 統計的調査—①調査の企画と実施(詳細な事例分析に基づく調査票、調査ボランティアの協力)、②集計、③統計的パターン分析(要因の選択、カテゴリーの分類、カテゴリーのパターンへの組み合わせ)。(4) 結果報告—①行政関係者(施策化)、②関連する専門家(連携)、③住民(改善のための活動への動機付け)。

キーワード

保健調査、質的調査、事例調査、パターン、社会統計、SPA法

1. はじめに

健康問題は、一般には医学や疫学の問題として、疾病とそれに直接関連する原因に焦点が当てられ、社会科学の視点からのアプローチは軽視されがちである。しかし、現実社会で生活する住民の健康問題は、労働や所得、家族、生活、地域、環境、社会関係等々の社会経済的要因と切り離して考えることはできない。その一方で、健康問題はそれが社会や経済に与える影響も大きく、社会科学の研究においても重要なテーマである。

日本において現在大きな社会問題になっている健康問題には、過重労働やストレスと関連する過労死問題がある。また、疲労やストレスとの関係を含めて、飲酒や喫煙、運動不足、食事の偏りなど生活習慣に関わる脳血管疾患や心疾患、癌などの病気は、中高年層の生活習慣病としてその改善が社会的課題とな

っている。さらに、高齢期における健康維持は重要な課題ではあるが、生活習慣のみでなく、高齢期の所得や労働、住宅、家族や社会との関係等々、多様な社会経済的要因が密接に関連する。他方で、自治体財政にとっても、生活習慣病や高齢者の疾病、障害の蔓延を放置すれば、医療費や福祉費の大幅な財政負担を避けることはできず、健康増進と予防は重要な行政課題の1つである。

このような健康問題とその背景にある諸要因を客観的に把握するために、さまざまな調査方法があるが、一般的には、質問紙調査による統計的な調査が用いられる。しかし、その一方で、健康問題に関わる要因には量的に把握できない重要な部分が多々あることから、質的調査の方法も利用される。さらに、近年は、学術研究目的の偏重への反省から、問題改善のための調査、すなわちアクション・

リサーチの展開もみられるようになってきた。その調査方法については、アカデミックな立場からは非科学的との批判もあるが、住民自身が調査に参加し、問題改善への取組みにつながる点で、注目される方法である。

このような調査は社会調査の方法によるものであるが、この分野では、近年、量的調査の発展のみではなく、質的調査の重要性が再認識され、多様な質的調査方法の発展がみられる。しかし、両者はそれぞれ別個の方法として利用されている。統計の事実反映性を重視する社会統計学においては、社会的事実を把握する上で量的に把握できない部分があることから、質的調査と量的調査の統合の重要性が指摘されている。しかし、理論的検討課題も残され、その具体的な方法も必ずしも明確ではない。

筆者は、社会統計学の視点から、社会的な課題として、現実に生起する健康問題の実態把握とその問題改善のための取組み方向を明らかにするために、地域保健分野の専門家とともに保健調査の実践経験を積み重ねながら、以下のような検討をすすめてきた。それは、第一に、健康問題への取組みという調査目的の実践的性格と調査への住民参画、第二に、健康問題の把握方法としての社会統計学的な社会調査の方法、すなわち、統計調査を中心とする質的調査と量的調査の統合的調査方法、第三に、健康問題の複雑な諸現象を分析するための質的データと量的データの分析方法の検討である。

本稿では、まず、社会的な課題としての健康問題への国際的取組みを紹介し、その中で保健調査の課題を整理する。そして、その実現のために必要な理論上、方法論上の論点を吟味検討した上で、これまでの経験をふまえて整理した調査研究方法を提起したいと思う。

2. 社会的課題としての健康問題への取組み

WHO（世界保健機構）憲章前文による健

康の定義では、「健康とは、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病又は虚弱の存在しないことではない。」とされている。また、WHO 規約前文で、「達成可能な最高水準の健康を享受することは、人種、宗教、政治的信条、経済的・社会的条件にかかわらず、すべての人間が有する基本的人権の一つである。」と明記されている。そして、1977年のWHO第30回世界保健会議では、“Health for All”の基本方針が打ち出され、WHO参加国の活動目標として、全ての人々に達成可能な最高水準の健康を保証することを実現するために、プライマリ・ヘルスケアを中心とした活動を行うとともに、さまざまなレベルの包括的な健康システムをつくるべきである、との方向が確認された⁽¹⁾。

1978年のWHOアルマ・アタ宣言においては、すべての人々が、可能な最高水準の健康に到達するというWHOの“Health for All”の実現が、「健康分野に加え他の多くの社会的経済的分野の行動を必要とする最も重要な世界的な社会目標であること」が強調された。「発展途上国と工業先進国の間、およびそれぞれの国の内部における人々の健康状態の著しい不平等は、政治的、社会的そして経済的に容認できるものではなく、したがって、それらはすべての国の共通の関心事である」とし、「人々の健康の増進と予防は、持続的な経済及び社会発展の基礎であり、より良いクオリティ・オブ・ライフと世界平和に貢献するものである」と位置づける。その取組みの中心となるプライマリ・ヘルスケアは、「地域の個人や家族に受け入れられる手軽な方法で、かれらの完全な参加を通じて、一般的に利用できる不可欠の健康管理を行うための実用的な取組み方法である」と定義されている。健康増進と予防への取組みにおいて、「住民は個人として、また共同して、自らの健康管理の企画と実施に参加する権利と義務を有する」とする一方で、「政府は、適切な

保健及び社会的な施策への取組みによるのみ実現しうる住民の健康に対する責任を負う」とした⁽²⁾。

さらに、“Health for All”の実現を目指す具体的な活動について、WHO オタワ憲章（1986年）では、健康は「生活の目的でなく日常的な資源」であり、その取組みとしての健康増進（ヘルス・プロモーション）は、「現在の健康状態の差異を縮小させ、すべての人々が彼らのもつ最も豊かな健康の可能性に到達できるような公平な機会と資源を保証することを目的とする」ものであり、その前提条件は、「平和、避難所、教育、食物、収入、安定した生態系、維持できる資源、社会的な正義、および公平さ」であるとして社会経済的要因の重要性が指摘された。そして、その実施にあたっては、個人の行動とともに、「すべての関連分野、すなわち、政府、保健及び他の社会的経済的部門、非政府、ボランティア組織、地方当局、産業およびメディアによる共同行動を必要とする」として、社会的な協同の取組みの重要性が指摘された。具体的な指針として、以下の点が提起された。第一に、公共的な保健政策の策定（法律、財政、課税、組織改革、社会政策等）、第二に、健康支援の環境づくり（自然環境保護、生活・労働条件改善等）、第三に、地域活動の強化（人的、物的支援、情報、学習機会、財政）、第四に、健康づくりの個人技能開発（情報提供、健康教育、生活技術の向上）、第五に、保健サービスへの方向づけ（個人、地域、専門家、組織、政府間での責任の共有）、そして、第六に、健康増進活動の推進におけるジェンダー視点、すなわち男女のパートナーシップの重要性である⁽³⁾。

このような流れを受けて、WHO 世界保健宣言（1998年）では、次のように、“Health for All”の目標達成への各国の責任の再確認がなされた。「我々、世界保健機構（WHO）の参加国は、到達可能な最高水準の健康の享

受が、すべての人間の基本的な人権の一つであるという WHO 憲章に宣言された原則に対する参加国の責任を再確認し、そのことにより、一人一人の人々の尊厳と価値、健康に対する平等な権利、公平な義務、共有されるすべての責任を確認する。」「我々は、人間の健康と福祉の改善は、社会的、経済的発展の最終的な目標であることを承認する。我々は、公平、連帯と社会正義の倫理的な考え方、及びジェンダー視点からの共同を、我々の計画にゆだねる。我々は、人口全体の健康の改善において社会的及び経済的な不公平を減少させることの重要性を強調する。それゆえに、病気に苦しみ、十分な保健サービスを受けず、あるいは貧困の影響を受けて、もっとも困っている人々に対して、必ず最大限の留意をしなければならない。我々は、健康を規定する基本要因や必要な条件に取り組むことによって健康を増進するという決意を再確認する。」⁽⁴⁾

また、WHO の“Declaration on Occupational Health For All”（1994）では、労働と健康の問題に関して、労働災害、職業病、過重労働や精神的ストレスに関わる労働関連疾患の問題改善のために、性別、年齢、国籍、職業、雇用形態、事業所規模、労働場所による差異を解消すべきことが強調されている⁽⁵⁾。

WHO の“Health For All”の方針を受けてヨーロッパでは、WHO-EU の“Health21”が策定された。その課題は、「基本的人権としての健康」、「国家間と国家内部の住民階層間及び男女間での健康の公平性と連帯行動」、「健康改善における個人、グループ、社会そして機関、組織、部門の参加と責任」とされ、目的として、「人生の過程を通じた住民の健康増進と予防」、「主要な疾病と負傷の発生および苦痛の減少」があげられている。行動方針の中では、身体的、経済的、社会的、文化的、そしてジェンダー視点を考慮し、健康への影響評価を行い、健康の規定因

子に取り組むための多様な分野の対策が指摘されている⁽⁶⁾。

イギリスの“Health for All”政策である“*Our Healthier Nation*”（1998年）では、その目的を、すべての人々の健康づくり、とくに、もっとも条件の不利な人々の健康を改善することにおく。そこでは、病気の根源的な原因は非常に多様であり、運動や喫煙、食事による個人の生活習慣による影響があるが、それだけではなく、貧困、低賃金、失業や水準以下の住宅、不十分な教育、犯罪・混乱・汚染環境やレクリエーション施設の不足などの社会・経済諸要因にも起因しているとし、直接的原因のみでなく環境要因への対策も重視する⁽⁷⁾。

日本においても、このような国際的な流れを受けて「健康日本21」が策定され、現在、各自治体でその具体的な計画策定作業が進んでいる。国の「健康日本21」では、健康の不平等の改善が明示されていないが、自治体レベルでの実効性のある計画においては、社会経済的な条件の違いをふまえた取り組み方向が必要である⁽⁸⁾。

このような国際的な動向をふまえ、健康問題への取り組み課題を整理するならば、第一に、健康問題への取り組みは、人権としての“*Health For All*”の実現が基本方向（とくに社会経済的な条件不利層の支援が優先）であり、社会経済的にも重要課題として位置づけられる点、第二に、その実現は、プライマリ・ヘルスケアを中心として、住民参加による地域住民の行動、関連分野の連携、公的政策による協同の取り組みが必要である点、第三に、健康は疾病に直接関連する原因との関連のみで捉えるのではなく、多様な社会経済的諸要因との関連を把握し、それらの実態をふまえた取り組みが必要とされている点の3点となる。

3. 健康問題への取り組みと保健調査

上記のような課題にそって健康問題の実態把握やその取り組み課題、方策を明確にするためには、科学的方法に基づく保健調査が必要である。

公衆衛生分野における歴史的にもっとも有名な調査は、19世紀、イギリスのチャドウィックの保健調査報告である。産業革命期のイギリスにおいて、住民の健康問題が深刻化し、その効果的な対策が急務となっていたが、救貧法委員会の事務局長 **Edwin Chadwick** は、イギリス各地の詳細な調査に基づき、「大英帝国における労働人口集団の衛生状態に関する報告書」⁽⁹⁾（1842年）をまとめ、上院に提出した。その調査結果は、いくつかの困難を乗り越え、最終的には1848年の世界最初の「公衆衛生法」に結実することになった。

この報告書は、労働者や農民、その家族の生活と健康に関する多種多様な記述資料や数値資料、統計資料を、数多くの協力者を得て収集し、整理されたものである。この調査では、多様な質的資料が利用され、健康に影響を及ぼす労働や生活の諸要因が詳細に分析された。健康に影響を与える個人の日常生活習慣としては、睡眠、飲酒、食事内容や頻度、個人の衛生習慣が分析される一方で、それらに影響を与える環境要因として、労働の性質や作業環境、労働時間、道路の清潔さ、大気環境、水の供給、水質、排水、住宅事情（居住環境、1人あたり居住空間、換気、冷気や暖房、採光等）、家族の状況や家族関係、所得、教育水準と知識、道徳性などの諸要因が分析された。さらに、量的な研究として、住民の健康状態について平均的に捉えず、社会経済的な差異が把握できる地域別や社会階層別の各種の統計が利用され、住民諸階層の健康状態の分析が行われた。これらの特徴ある統計は、イギリスの人口登録局、統計部長であり、近代的な人口動態統計の基礎をつくったウィリアム・ファー⁽¹⁰⁾によって整備されたものであった。

日本においては、これに匹敵するものは、工場法の制定、実施に貢献した農商務省商工局「職事情」（1903年）と『工場衛生調査資料』（1910年）であろう。

『職事情』は、農商務省商工局内におかれた臨時工場調査掛が行った調査である。この調査で、綿糸紡績工場の発展と女工の著しい増加の中での、長時間労働と深夜労働（ほとんど休憩なしの連続労働・立労働）及び騒音・高熱・綿塵等不良な職場環境、短い食事時間と粗悪な食事による栄養不良、非衛生的な宿舎と不十分な睡眠等による健康破壊の進行、とくに10歳代の若い女工における肺結核の蔓延や呼吸器及び消火器病の増加の実態が明らかにされた⁽¹¹⁾。この調査は記述資料が中心であったが、その社会的意義は大きかった。

ここで明らかになった女工と結核の問題は、戦前日本における労働・生活と健康に関わる最大の問題であった。農商務省では、さらに、女工の健康問題の実態を明らかにするため、「工場および職工の衛生事情、帰郷女工の健康状態、婦女幼少者に禁止すべき業務の調査」を行い、その結果を「工場衛生調査資料」としてまとめた。この調査を実際に担当したのが、農商務省の囑託であった石原修である。

農商務省の調査は、2つの調査からなる。第一の調査は、工場寄宿舎や社内の職工の傷病者と死亡者の調査、第二は、帰郷後の出稼ぎ女工の帰郷原因と健康に関する調査であり、いずれも客観的な統計的調査に基づくものであった。第一の調査においては、就業者の死亡や疾病の状況をはじめ、死亡や疾病の原因、勤続年数、深夜業と体重、体格と栄養などの調査も行われた。しかし、それらの発病者や死亡者には、帰郷後に発病、死亡する者を含んでおらず、女工の健康実態を十分に示したことはならず、また事業主による過小申告の可能性も否定できないという制約があった。そこで、第二の調査、すなわち帰郷

後の調査が必要となり、石原は自ら農村に出向き、女工の出身地の市町村において、出稼ぎ者数と帰郷者数の照合、結核および結核性疾患の状況を調査した。調査対象地域は、『工場衛生調査資料』では新潟県など8県の資料であるが、発表後も調査は続き最終的には28府県が対象となっている。第一の調査とあわせて分析した結果、紡績女工ではそのほとんどが結核に感染し、前年度からの就業者のうち半数は死亡または解雇となり、1年間の継続就業者は全体の半数で、この残留者がほとんど傷病者で次年度には解雇または死亡となり、これを繰り返しているという実態が統計的な客観的数値によって明らかにされた⁽¹²⁾。

この調査において、石原は、質的な調査と結びついた的確な調査内容による統計調査を行い、「この調査によって『結核』という医学上の対象が、実は医学だけでは解明できないのだということを示した」⁽¹³⁾のであった。後の講演記録の『女工と結核』では、統計調査だけではなく、職工簿による記録資料の分析やヒアリング、事例調査などの質的調査による実態の詳しい解説がなされている⁽¹²⁾。

戦前、戦中、戦後のもう一つの重要な健康問題として乳児死亡問題があった。丸山博は、貧困と結びつく乳児の死亡について、実態調査、事例調査と統計研究を行った。丸山は、1937年に大阪府岸和田市で詳細な乳児死亡事例調査を実施した。この調査の準備として、事前に乳児死亡統計の地域別年次別の詳細な観察や文献・資料研究を行い、その上で、当時の軽工業地帯で乳児死亡問題が典型的に現れていた地域であった岸和田市に転居し、調査を受ける立場の視点をふまえて住民の生活実態を捉えるという方法をとった。この調査では、各種の統計や事実資料、行政資料の調査とともに、乳児の死亡届にもとづき、223例の一件一件の事例について担当の産婆や医師を訪問し、事例調査をすすめた。これらの調

査を通じて、乳児死亡の背景にある地域社会の環境や父母の職業、生活、家族状況などの生活・労働要因、さらに統計ではあらわれない実際の死亡原因を詳しく観察し、分析したのである⁽¹⁴⁾。さらに、大阪府の工場労働者 65 家族を対象に乳児保育に関する事例調査を行い、死に近づく乳児の健康状態とその生育に関わる具体的な諸要因（家庭の収入や支出、家族構成と家族関係、住宅事情、食費と家族の食事内容、乳児の栄養と発育状況など）の関連性と基本的な問題点を分析した。この調査により、貧困と乳児死亡との質的な関係が明確に示された⁽¹⁵⁾。さらに、丸山は、統計観察と統計的研究により、乳児死亡に関わる規則性の解明へと進んだ。事例調査による質的研究の結果をもとに、国内外の統計を用いて比較研究し、独自に開発した乳児死亡の質的指標としての α インデックスや複数の指標を組み合わせた類型分析法により、乳児死亡と貧困との関わりを統計的に解明した⁽¹⁶⁾。

丸山は、健康の決定要因に関して、H：住民の素質（歴史的要因に関わるもの）、E：住民の生活の条件（自然的、物理的環境、および社会的環境に関わる環境要因）、B：住民の生活態度乃至生活行動（住民の行動に関わる要因）の 3 つのカテゴリーを示した。そして、この中で、H の歴史的要因は過去の固定的要素であり変えられないが、B の行動要因は H の歴史的要因と環境要因に規定されるが、もっとも可変的であり、行動によって新しい環境を変え、新しい「素質」（歴史的要因）を作り出すことができるとする。この考え方に基づいて、健康問題を分析するための論理式、 $D = f(H, E, B)$ を提示した⁽¹⁷⁾。

健康問題の把握やその問題改善に関して、疾病に直接影響する個人の行動に関わる要因との関連だけではなく、それを取り巻く環境要因の影響を重視する考え方は、現代では、社会疫学（社会衛生学）や社会医学⁽¹⁸⁾といわれる研究分野で取り入れられている。しかし、

一般的な疫学研究では、その視点は相対的に弱く、個人の行動と疾病との関連把握が中心となる傾向が強い⁽¹⁹⁾。

現代の健康に関する調査では、統計的な調査による疫学調査が中心的な方法となっている。疫学調査の主要な方法を大きく分けると、「断面調査」（クロスセクショナル調査）、「コホート研究」、「ケース・コントロール研究」に分けられる。断面調査は、全数または母集団から抽出した標本を対象に、質問紙によって調査が行われる方式であるが、通常は無作為標本抽出法が用いられる。この調査は、地域保健分野でも、もっとも一般的に用いられている方法であるが、この調査は、地域保健分野でも、もっと一般的に用いられている方法である。

コホート研究は、時間の経過を加味した調査方法であり、特定集団を構成する個人の変化を時間の経過とともに追跡していく方法である。この方法は、複数の疾病や複数の要因の分析、暴露頻度の低い要因の分析に有効であるとされるが、大きな対象者集団の設定と長期間にわたる追跡調査が必要であり、費用も膨大となり、調査研究結果が出るまでに時間が長くなることから、調査の実施は容易ではない。ケース・コントロール分析は、症例対照研究ともいわれ、特定の諸要因による暴露（影響）を受けたグループと受けないグループに分けて、「暴露」と「罹患」との関連を分析する方法である。この方法は、経費や調査期間が短い利点をもっているが、「暴露頻度」の低い要因の分析は難しく、複数の疾病についての分析ができないという限界が指摘されている⁽²⁰⁾。

一方、質的調査は、社会調査の方法を用いて行われており、事例研究、グループ・インタビュー法、記述式アンケートなどが用いられている。保健分野における質的調査は、保健師の家庭訪問調査や既存の訪問記録、健康相談記録等の活用、健診データの分析、各種

健康教室でのヒアリング等々、日常の保健活動でさまざまな機会がある。これらの質的調査によって、健康に直接影響を与える各種の要因とともに、生活や労働に関わる多様な環境要因が細分化され、それらの要因間の関連が分析される。しかし、事例やグループの対象選択における偏りや恣意性の問題点が指摘される。さらに、質的調査は、集団全体の構造や特徴を数量的に示すことができないので、説得性に乏しいという制約がある。

以上の検討から、“Health For All”の原則をふまえた健康問題への効果的な取組みのためには、健康を規定する個人の行動に関連する要因のみでなく、その背景にある環境要因（社会経済的な条件）も把握する必要があることが明らかになった。その際、量的な調査だけでは不十分であり、質的な調査を組み合わせることが不可欠であることも理解しえた。かつて、歴史的には、そのような視点での取組みが行われてきたが、現状では、標本調査による質問紙調査（統計的な調査）である疫学調査の方法が中心的に用いられている。そこでは、個人の健康行動の分析に重点が置かれ、環境要因の分析は相対的に軽視されているといわざるをえない。その際、質的調査は量的調査とは切り離して、あるいは量的調査を部分的に補完する目的で利用されている。そこで、ここでは上記の“Health For All”の課題に対応した調査を、一般的な疫学調査とは区別し「保健調査」と呼ぶことにし、統計調査や社会調査の方法に立ち戻りながら、その調査方法を検討したいと思う。

4. 社会統計学と社会調査

最近の統計活動、統計研究における国際的な流れの中では、人権ベース・アプローチが強調されてきている。そこでは、人権に関わる問題として世界各国で生起する様々な社会経済問題への関心と認識を前提とし、これらの社会問題への統計による認識（統計生産）

と問題の根源や関連性の分析（統計分析）、具体的な問題改善策における政策化が求められている。伊藤は、この点について、「現実の地球規模の諸問題現実が統計に問いかけている問題—すなわち現実問題の確認と統計作成、統計による現状描写、あるいは指標化、そしてこれを進める統計機関の在り方—は、現実問題と統計が交わるとき必ず提起される基本問題であり、社会問題にそくして統計研究を志す社会統計学的研究の基本問題にならざるをえないはずである」と指摘する。さらに、これらの統計活動に関連して、統計と統計以外の質的研究の意義や市民・NGOの重要な役割をあげる⁽²¹⁾。

現実の社会問題を把握するには、統計調査が中心になるが、それ以外の方法も含めた社会調査による方法が必要になる。木村は、社会調査の発展に関して、以下のように整理する。古典的な質的調査を中心とする社会調査は、調査方法や解析方法の研究に伴い多様な調査方法に発展していったが、やがて、それらは、「事例調査法」と「統計調査法」の2つの方法系列に整理されていくことになった。ここで、社会調査に統計的方法の積極的導入がなされ、従来の社会調査の弱点であった客観性、一般性を確保することが目指された。その際、統計的方法に関しては、当初は全数調査が考えられたが、実際の調査の困難性からやがて標本調査が中心となっていくことになり、「事例調査」と「標本調査」の相互補完が進んでいくことになる。ところが、その後、標本調査法の一面的偏重がすすみ、標本調査の全面的適用から事例調査の相対的な後退がみられるようになったとしている⁽²²⁾。木村は、このような無作為標本調査による社会学的な社会調査は、諸個人の「等質性」を前提としており、「具体的事実の平均的塗りつぶし」となると批判する⁽²³⁾。

一方、統計学においては、マイヤーが、社会の科学的研究は、社会集団の諸要素の統計

調査（すなわち悉皆的大量観察）と質的調査（「社会諸要素間の結合関係，さらに類別される層，群，構成体といった特殊的社会集団のなかに見出される諸性質や諸問題の解明についての固有の観察方法，研究方法」）によって行われるべきとしていたが，その後，ジョーゼック，フラスケンパーにおいては，一般的な社会観察体系に対する問題意識の後退，社会調査論的視野の後退，決別がみられることになったとしている。

これらの検討をふまえ，「統計は社会を数量的に表示し得るかぎりにおいて記述されたものにすぎず，数量的に表示し得ない諸部分，殊に社会の質的側面についての認識をあたえるものではあり得ない」として，「相互に離反しがちな量的調査と質的調査とをいかに関係づけ，結合し，一個の統一した社会科学的認識を獲得せしめるか，そうしてその方法的規定をどのようにあたえるか」⁽²⁴⁾，という点が社会調査の最重要課題の1つとする。

統計調査と質的調査を統合して複雑な社会の事実認識を行うためには，統計とともにそれ以外の多様な情報の利用が必要である。是永は，社会情報の利用について，「社会情報の作成ないしは収集は，調査という形態をとるもの（統計調査と事例的実態調査）に限られない」として，歴史資料，裁判資料，伝聞情報，アンケート結果，マスコミの取材資料，公聴会や調査会の記録，企業や経営組織の内部記録（会計記録等），業務や活動記録文書，等々と多種多様な情報が存在することを指摘する。その上で，「情報処理機器の発達によって，情報の獲得，伝達，利用の速度は速まり，処理される情報の量は飛躍的に大量化している。」「情報とは何か，その処理と利用の原則と問題点は何かについての検討と解明」は緊急課題の一つであるとする⁽²⁵⁾。そして，「多種多様な統計の体系的利用と，統計以外の量的ないしは質的な諸情報との有機的連関のもとで，統計利用の固有の体系を確立

することが今後の社会統計学の担うべき主要課題の一つとなろう」⁽²⁶⁾と課題を提起する。

吉田は，社会認識のための情報を，社会情報，事実資料，統計資料に類別する。社会情報は，「人間関係が形づくる社会，人間をとりまく自然，これらのなか存在する事物や発生する出来事に関し，人々の仕事や生活での必要性に応じてある人々によって収集・整理されたものであり，伝達，保管，検索，分析等を経て必要とされる人々によって利用されていくものである」。そして，「ある物的形態をとった社会情報が事実資料」（報告書や電子媒体等）であり，さらに，「特殊な形でとらえられ特別な性格をもつ事実資料が統計資料」であるとする。社会的事実の観察は，個別的観察，集団的観察，社会的集団現象の統計的観察によって行われる⁽²⁷⁾。観察には測定と調査があるが，調査の方法としては，統計資料の利用，記録資料，測定資料等の利用，精通者からの聞き取り，記述的な集団的聞き取り調査，統計的な集団的聞き取りをあげる。統計的な「集団的聞き取り」（以下，統計的調査）は，対象を当該地域に限定し，構成された地域的な統計調査集団を調査するものであり，方法論的に統計調査を用いる。統計的調査では，調査単位，調査事項，質問，回答肢の確定が必要である。そして，理論や社会事実資料の検討などの実態調査の前期段階，各種事実資料の収集と記述的聞き取り調査の結果分析，統計的な実態調査の準備・企画を経て統計的調査が実施されるとして，質的研究と統計調査の関係を整理する⁽²⁸⁾。

丸山は事例研究と統計研究の統合について，個別の事例調査，多数事例調査，統計研究の3段階で説明する。すなわち，第一に，個別の事例研究は，問題点の分析と問題に作用する因子（要因）を発見し，その関連を詳細に捉えることができる。第二に，事例記録の「統計的利用」である。多数の事例が集まると，各種の要因を組み合わせた事例の「類型」分

類が可能となる。このことにより、「事例研究を更に次の段階に発展させる機因」となる。第三に、次の研究段階として、集団全体を対象にした統計的な方法を位置づける。「個々の事実だけをいくら深く検討し、それを集積しても見つけ出せないような事実を統計的方法から得られる」ことになる⁽²⁹⁾。

その場合の多数事例の分析方法としての類型化について、以下のように説明する。「まず、それぞれの特異・具体的な事例を、一定の基準により分類していく。さらに、これをいくつかの類型(タイプ)に分ける。そして、さまざまな要因ごとにこれらの分類された類型を、組み合わせ、それぞれの要因間の関連をみたり、類型の変化をみたりするわけである。」統計的研究における類型化もほぼ同様の方法で、「もっとも単純な場合を考えると」、「(それぞれの指標について)平均的水準であるか、あるいはそれより高いか低いかの3種類しかない。両者を組み合わせれば9つの類型ができあがる。そして、動態的にみれば、それぞれが上昇しているのか、下降(低下)しているのかの2つの方向がある。」このような方法により、「統計的な量的認識と事例研究による質的認識を組み合わせることにもつながり、対象の実態により近づくことができるのである」⁽³⁰⁾とする。

次に、最近の社会調査の研究成果についてもみておかねばならない。社会調査の分野では、その方法としては、①公式統計の利用、②社会踏査、③インタビュー法、④参与観察法、⑤文献研究、⑥比較研究⁽³¹⁾があげられている。イーストホープによれば、古典的な社会踏査法は、シカゴ学派によって、近代的な社会調査法として発展を遂げてきたが、その中心は質問紙による標本調査であった。社会踏査法は、コントロール・スタディや時間変数の導入による経過観察・分析にもつながり一層の発展をとげる。さらに、質的情報についても、態度尺度の利用により質問紙調査で

代替することができるようになり、質的データ分析や多変量解析への発展につながるようになった⁽³²⁾。イーストホープは、データの分析において、因果関係を立証するための3つの条件として、①「2変数間に何らかの関連がある」ことを明らかにしなければならない、②「もう一方の変数が変化する以前に、その変数の変化が起ることを実証しなければならない」(変化の順序、筆者)、③「2変数間に理論的関係が存在せねばならない」ことをあげる⁽³³⁾。さらに、本稿の課題からすれば、関係を説明すべき変数は3つ以上のことも当然ありうる。しかし、現在の多変量解析の方法がこれらの条件を十分に満たしているとはいえず、「因果説明という問題はまだ未解決のままである」⁽³⁴⁾というイーストホープの指摘はいまだ有効であるといえよう。

一方、質的調査である参与観察法は、ブースに源泉をもち、調査対象者の事情をよく理解するために対象者との距離を小さくし、様々な情報を収集する方法であるが、この方法は主観的、直感的で「一般的な吟味を受けていない」ため、「本質的に非科学的」と批判されてきた。また、生活史法は、1人の人間に調査を限定し、個人の特異事例を質的に深く研究するもので、規則性の分析や一般化は不可能であり、質問紙調査における態度尺度の利用により、この方法は衰退していったとされる⁽³⁵⁾。

しかし、最近の研究では、複雑な社会現象を分析する上での量的調査の限界があることや、具体的な問題改善の観点から、質的調査への再評価がなされてきている。ここで注目されるものが、事例調査による記述データのカテゴリー化と、それらの組み合わせによる分析方法であり、コンピュータで処理するためのソフトも開発されている。「質的分析の核心は、現象を記述し、その記述を分類し、そしてコンセプトがどのように内的に関連しているかを観察することである」⁽³⁶⁾とされ、

質的分析の基本的な過程は、①カテゴリーの作成、②データのカテゴリー化、③カテゴリーの分解と再結合、④データの連結とカテゴリーの関連づけ⁽³⁷⁾とされている。コンピュータ・ソフトを用いた質的分析の方法の例では、カテゴリーの作成方法が問題となる。1つの例は、記述データを、一時的なオープンコードによるコーディングを行った後、コードの比較検討をしてコードを統合し、基本カテゴリーを作成する方法である。別の例は、最初に、コード体系の定義づけを行い、それに基づくコーディング、サブ・カテゴリーの作成、再コード化という手順をとる⁽³⁸⁾。

しかしながら、質的分析の問題点として、第一に、主観性をいかに排除し、どのようなカテゴリーを作成するか、第二に、客観的な分析方法でカテゴリー間の関係をどのように説明するのかという問題がつきまとう。社会学的な社会調査においては、しばしば理論的仮説を検証するためにカテゴリーが定義づけられる。類型化（カテゴリー化）の技術的操作は丸山の方法と類似しているが、丸山は、類型化が機械的に行われるものではなく、理論的研究や統計的研究、事例研究に基づくべきであることを示唆する⁽³⁹⁾。さらに、丸山の提起したアイデアでは、このような質的分析は、上記の質的分析のように完結した方法ではなく、次の統計的研究に進むための前段階として位置づけられている。

この他に、グループ・インタビュー法⁽⁴⁰⁾も、最近注目されている方法であり、日本でも地域保健の分野で利用されている。これは、集団的な聞き取りの方法を、一定の手順により定型化し、参加者から多様な情報を引き出せるようにしたものである。この方法によって、当事者の視点からみた豊富な質的情報が得られるが、対象グループの選定が難しく、情報の偏りの問題や情報の断片性という問題がある。

もう一つ注目すべき社会調査の方法として

挙げられるものが、問題改善のための調査方法としての、アクション・リサーチ（Action Research）や PAR（Participatory Action Research）と呼ばれる方法である。「アクション・リサーチは、状況の改善のために、専門的なアクション・リサーチ研究者及び組織や地域のメンバーを含むチームによって実施される社会調査である」⁽⁴¹⁾と定義され、参与観察法の発展であることがわかる。この調査は「人々の自覚を獲得し、彼ら自身の問題を知り、自分自身で問題解決の方法を見つけるように手助けする」ことを目的として実際されるものである。調査の方法は、多様であるが、たとえば①情報の収集（インタビュー、観察＝調査、文献・資料研究）、②情報の記録（記録、オーディオテープ、ビデオテープ、写真）、③情報の分析（本質的要因の分析、カテゴリーの定式化、課題設定）、④報告書作成（調査活動、状況、問題点）、⑤コミュニケーション（会議、報告書、ニュース）のような例があげられる。調査、分析のポイントは、第一に、研究者の立場や役割の設定、第二に、調査参加者の獲得、第三に、調査の方法（情報、データ収集）、第四にデータ分析であるとされる⁽⁴²⁾。アクション・リサーチへの批判として、①特定の価値観の導入、②調査結果の客観性、厳密性の欠如、③単一の個別経験に終止、共通性、一般性の乏しさ、④実践と一体化（科学は距離をおくべき）などの点が指摘されている。これに対しては、「社会的な検証という過程をパスするという意味において、調査が『客観的』であることを容認している。」⁽⁴³⁾と反論がなされる。

以上の検討から社会統計学的な「保健調査」については、次のような課題が整理される。

第一に、調査目的に関して、本稿で検討する「保健調査」は、国際的な人権ベースの統計活動の潮流をふまえ、“Health For All”の視点を基礎にした健康問題の実態把握と問題改善のための取組みにつながることを前提

とする。したがって、アクション・リサーチとしての性格を持ちうるものである。その際、調査の科学性、客観性をいかに確保するか、調査への住民参画や行政、関連分野との連携をいかに行うかが課題となる。

第二に、調査方法において、質的調査と量的調査をいかに統合化するかという点である。すなわち、全体の調査方法の中で、社会情報の収集と利用、聞き取りや事例調査、統計的調査のそれぞれの意義と限界をふまえた統合的利用方法を具体的に示す必要がある。統計的な調査方法に関しては、健康の不平等の存在をふまえるならば、個人の等質性（＝正規分布）を前提とする標本調査に代わる社会統計学的な調査方法の検討がなされねばならない。さらに、統計調査の調査票の設計、すなわち設問および回答の選択肢に、質的調査研究の結果をどのように反映するのかの検討が求められる。

第三は、事例調査および統計的調査の分析方法について、要因や変数間の関連性、因果関係を示すために、理論的検討とともにそれらの関係の順序を含めた分析方法が必要な点である。この目的のためには、上記の（丸山）類型化法や質的分析の方法が有効な方法と考えられるが、その際、カテゴリー化の基準や組み合わせ順序における客観性の確保が課題である。また、この分析方法で複数の変数をクロスして分析する際に、無作為抽出の標本調査では、標本誤差が一層大きくなり⁽⁴⁴⁾、詳細な分析ができない点からも、調査方法自体の検討が必要である。

5. SPA法による保健調査の方法

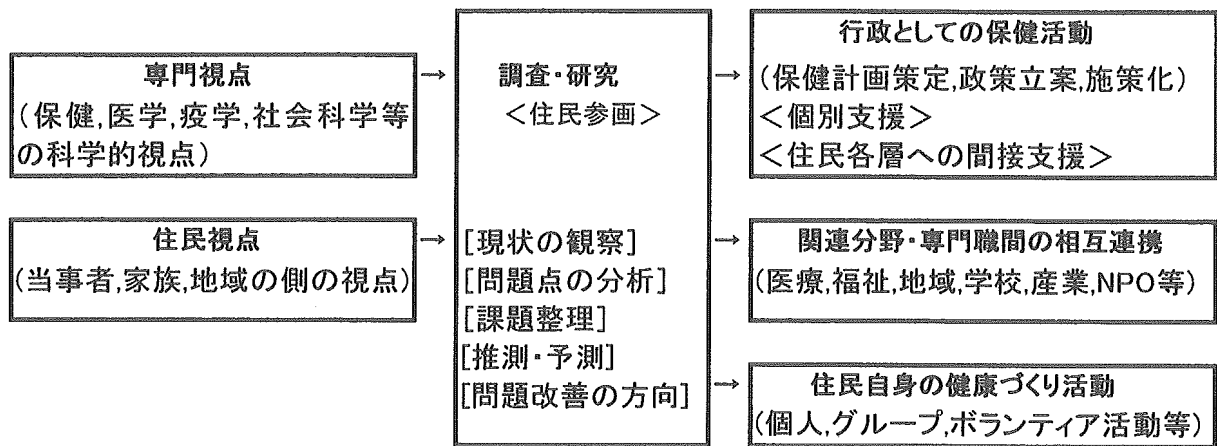
筆者らは、木村、是永の課題提起をふまえ、丸山の調査研究方法に基づき、さらに、吉田の調査方法論に学びながら調査経験を重ね、社会統計的な視点での保健調査をSPA (Statistical Pattern Analysis)法と名づけ、その継承発展をはかってきた。そこで、上記

の検討課題をふまえ、保健調査の方法を整理すると以下ようになる。

まず、第一に、“Health For All”の原則にそった問題改善型の保健調査に関しては、地域保健の専門職としての保健師が研究者と協同して調査の主体となり、行政諸分野、住民、関連諸分野のパートナーシップのもとで、調査を実施する必要があると考えられる（図1参照）。保健師の役割については、旧厚生省の保健活動の指針⁽⁴⁵⁾でも、保健師（婦）に求められる専門的職能として、①住民の健康状態や生活環境の実態及び潜在的な健康問題の把握と健康課題の明確化、②健康づくりと予防活動、③住民や関係者との協働にもとづく保健計画策定とその進行管理、評価、④最新の保健、医療、福祉等に関する知見と技術習得、があげられている。なお、地域の保健調査においては、調査の実施、およびその結果を生かした取組みと評価において当事者である住民の参画が不可欠であり、また、研究者は、このような調査に対して専門的立場から支援する役割をもつといえよう。

第二に、質的調査と量的調査を統合した調査方法の具体的過程については、特定地域の住民に対して、統計方法を適用して行う統計的調査を本調査として、その前提としての2つの準備段階と本調査後の調査報告会を位置づけ、合わせて4つの段階とする。調査の第1段階は、調査の準備としての基礎研究、すなわち、文献や統計資料、既存調査資料、行政資料、先進事例、新聞記事等の各種社会情報の収集と検討である。第2段階は、質的調査としての基礎調査、すなわち、住民と接する実際の調査としてグループや関係者を対象にした聞き取り調査、少数の個人についての詳細な事例調査（社会調査の生活史法を応用）、多様な条件下にある多数の住民について非統計的な方法で聞き取り調査（あるいは記述式調査）を行う多数事例調査からなる。第3段階は、統計的調査であり、調査の企画・設計

図1 保健調査の目的と方法



と実査，集計，分析，報告書作成からなる。第4段階は，調査結果の報告会であり，住民への報告，行政関係者への報告，各種団体・関係者への報告からなる。

なお，ここで，調査の中心部分になる統計的調査については，対象地域の全数調査や住民の特定部分（たとえば，中高年層や高齢者など）を対象とする有意抽出による一部調査法を用いる。調査票の設計において，設問および解答の選択肢は，理論的な検討と詳細な事例研究の結果に基づいて行われる。

調査への住民参画については，統計的調査の調査ボランティアとして参加する方法がもっとも効果的であるが，基礎調査のヒアリングや事例調査の実施段階においても参加の可能性がある。さらに，調査報告会において，これらの調査参加者を含めて住民に結果を返し，検討を進める中で具体的な取組みの方向が検討される。

第三に，事例調査および統計的調査の分析方法に関しては，丸山の類型化法を継承発展させた狭義のSPA（統計的パターン分析）法⁽⁴⁶⁾を用いる。事例調査の記述データ分析に関しては，データのカテゴリー化に際しての客観性を確保するために，①記述資料に含まれる多様な情報の詳細な要因への細分化とそれらの要因のコード化⁽⁴⁷⁾，を前提として，

②理論的研究，既存統計の観察分析および各種社会情報の利用，少数事例の検討結果をふまえた要因毎のコードのカテゴリーへの分類とそれらの関連づけ，③カテゴリー化された各要因の組み合わせによるパターン化，④パターンの分析という手順を用いる。従来の方法では①と②の過程が明確でなかったが，これにより，カテゴリー化の作業過程が明示的になり客観化される。

統計的調査の結果については，個々の設問において選択された回答番号をもとに，選択された要因について，それらを一定の分類基準によりカテゴリー化し，これを多重クロスした分析を行う。この方法は，多様な要因を変化や関係の順序の情報を含めて自由に組み合わせることができる点に特徴がある。ただし，パターン化するための要因の選択，それらの組み合わせ順序，各要因に関するカテゴリー化の基準についての客観的基準が必要である。それらは，統計解析方法そのものには内在しておらず，上記の基礎研究および基礎調査における理論的検討や既存資料の利用，事例調査などの質的研究から得られる。

このように保健調査の方法を整理した上で，その具体的な調査過程を以下に提起する。

(1) 基礎研究

基礎研究は，調査の実施に先立って，その

準備のために日常の活動の中で地域の健康問題の実態を把握する専門職としての保健師の経験的情報と文献研究や統計資料、既存の調査資料、先進事例等々の各種の社会情報を総合的に利用し、専門的な視点での問題の所在と調査課題を明確にする過程である。その過程は、以下の段階からなる。

①専門職としての保健師の経験的認識、問題意識の整理

この過程は調査を実施する際に、調査の主体であり、専門家としての保健師の経験的認識が出発点となる。これを個人的認識のレベルから調査研究グループの中で共有できるものとする過程が基礎研究の第一段階である。ただし、この情報には、経験的認識や主観的認識が含まれる。必要に応じて、研究者や専門家の助言が有効となる。

②客観的な社会情報の収集と整理

経験的認識は出発点として重要だが、それだけでは確証がなく、仮説にとどまるため、次の段階として客観的な社会情報や知識の吟味検討が必要となる。この過程で収集する社会情報は、文献、統計資料、既存調査資料、行政資料や記録、先進事例情報、新聞記事、電子媒体情報、ビデオ情報などの多様な情報となる。それらをもとに、理論的検討、統計資料観察や分析、その他各種事実資料の吟味・検討を行う。統計資料の利用は、既存の公表統計データの他に死亡小票などの個票の再集計という方法も用いられる。その際、統計やその他の事実資料は、事実認識のための重要な情報であるが、それらが事実を正確に反映したものであるかどうかの吟味が必要である。

以上の2つの過程を踏んで、はじめて調査研究の課題や調査目的が整理され、調査の企画を行うことができる。

(2) 基礎調査 (質的調査)

SPA法の第二段階は、質的調査の過程である基礎調査である。前段階の基礎研究の段階

では、経験的知識や専門的知識、統計その他の既存情報を整理したに過ぎず、調査研究の対象とする地域住民の健康実態と問題、課題を十分に捉えたことにはならない。そこで、当事者、住民自身の視点をふまえた詳細な情報を得るための基礎調査の過程が次に必要となる。その過程は、ヒアリング (聞き取り)、少数事例調査、多数事例調査の3段階となる。

①ヒアリング (聞き取り)

第一の過程は、住民グループや関係者へのヒアリングであり、集団を対象とすることも、個別を対象とすることもある。婦人会、学校、保育園、労働現場、商工会、農協、行政各局、保健活動グループ、ボランティア・グループ、NGO、NPO等々、対象は多様である。その目的は、調査対象者である当事者や地域の生活視点に近づきながら、多様かつ詳細な情報を収集することである。グループ・インタビュー法といわれる集団的なヒアリング技法は、情報の引き出し方や整理の仕方が技術的に整理されており、限界をふまえて批判的に利用するならば有効な方法の一つである。ヒアリング情報の分析に際しては、対象集団の特徴を検討し、そこから得られる情報が住民各層の実態を反映したものであるかどうか、情報の偏りに注意する必要がある。また、ヒアリングによる情報は断片的な情報や誇張された情報である可能性も検討すべきである。

②少数事例調査

第二の過程は、基礎研究やヒアリングによって得られた情報をもとに、代表性や典型性をもつと推定される少数の事例に関して、訪問面接調査を行う過程である。この調査により、対象とする事例に関して、詳細な情報の把握ができ、健康問題とその原因、背景にある多様な要因を細分化し、それらの要因間の因果関係が分析できる。さらに、問題改善への取り組み方向も具体的に検討しえる。ただし、その前提として、専門知識の整理や先進事例の検討などの準備がなければ、事例検討は表

面的、経験的なもので終ることになる。

少数事例調査は、当事者自身の詳細な情報把握には有効であるが、生活史法のもつ限界を超えることはできない。すなわち、個別の事例から得られた情報自体では、その選定にあたり、代表性や典型性に考慮したとはいえ、それを客観的に検証することは難しく、基本的には個別の特殊事例に過ぎないという限界をもつそれらの事例が住民各層の中でどのような位置づけにあるかを明確にしなければならない。それらから得られる情報には、一般化できる要因や共通する要因間の関連もあれば、個別特殊なものもある。したがって、事例の偏りの危険性を免れず、少数事例だけで一般化はできないという制約がある。

③多数事例調査

第三の過程は、特定の調査項目による非統計的な多数事例調査である。これは、吉田の「記述的な集団的聞き取り」調査に対応するものである。事例の記述情報の収集には面接調査による方法や、調査票によるオープンアンサー方式、事例記録の利用などがある。この多数事例調査の目的は、一定の調査内容による記述情報の収集により、少数事例のもつ偏りを調整し、全体集団や小集団の特徴、因果関係、傾向性、共通性などを把握し、問題の質的把握を行うことにある。もう1つの目的は、この調査結果の分析により、統計的調査の調査課題・目的を明確化し、調査票設計のために必要な、設問、回答の選択肢の検討情報を整理することである。多様な層の情報収集には、可能な限り、家族構成、性別、年齢、地域、仕事の種類、健康状況等々で分類し、少数事例の偏りを調整するために対象を選択する必要がある。多数事例調査から得られた記述情報を分析するためには、上述のSPA法の技術的な操作を用いる。

ただし、多くの事例から質的な情報を多数集めて分析をしても質的把握の限界を超えることはできない。この方法では、対象の偏り

の問題は改善されてはいるものの依然として根本的には解決しえず、科学的認識のためには、住民全体を対象にした統計的調査が不可欠である。

(3) 統計的調査（本調査）

基礎研究や質的調査の検討、分析結果を基礎に、調査票を設計し、集団を対象とする統計的調査を実施することになる。この過程は、①調査の企画と調査票の設計、②調査の実施、③調査結果の集計、④結果の分析の諸過程からなる。

①調査の企画と調査票の設計

統計調査は、調査に際して、対象の単位、時、場所、標識の規定を明確にし、調査票を設計し、画一的な方法によって調査を実施するための諸条件が要求される。そのため、特定の地域や特定の対象を抽出して行われる一般的な保健調査は、統計調査に準ずる方法で統計的調査とすべきであろう。調査方法は、分析における多重クロスに耐えられる直接全数調査または調査地域や対象を限定した有意抽出の一部調査となる。調査票の設計においては、基礎研究、基礎調査の結果をふまえて、設問の内容、質問文の的確性、各設問の回答の選択肢、設問の順序の検討を行う。

②調査の実施

調査の実施に際しては、予備調査を経て調査員による調査票の配布と回収が行われることになるが、ここで、調査ボランティアの役割が重要性をもつ。それは、第一に、調査を実施する側の調査者と調査を受ける立場の住民の側（非調査者）との距離を小さくし、住民の調査への協力を得るための重要な役割である。第二に、調査ボランティアが、調査の実施を通じて調査対象者と接し、また現実の諸問題に触れる機会をもつことで、調査後の問題改善への重要な主体的役割をもつことになるからである。

③集計と分析

単純集計は平均化されたものであり、平均

化されない実態把握には、多様なクロス集計が必要である。クロス項目に際しては、基礎研究や基礎調査の過程における質的研究の結果、因果関係や要因間の関連把握ができるので、クロスに必要な項目の情報が得られる。分析は、上記のように統計的パターン研究法＝SPA法の解析的利用を行う。パターン分析には、構造分析、因果関係の把握に接近する要因間の関連把握、傾向、規則性や法則性の解明など多様な視点からの分析が可能である。また、量的データ、質的データを問わず、選択された要因や変数の自由な組み合わせが可能である。さらに、総平均で捉えず、各種の条件の組み合わせによるパターン毎のクロス集計⁽⁴⁸⁾、比較も可能である。この分析が形式的にならないようにするためには、要因の選択、組み合わせ順序、カテゴリー化の基準を理論的研究や質的調査などによって明確化する必要がある。

(4)結果の報告

結果の報告は、問題改善のための政策、施策化や連携、住民自身の行動につなげるために、行政、関連機関や専門分野、住民に対して行う必要がある。

行政においては、事実認識の共有と社会的、公的責任の明確化をふまえ、可能な施策化や政策形成に向けての基礎情報が提供される。関係機関、関連専門分野においては、問題改善への社会的責任、問題認識の共有と関連分野の連携の必要性が示される。住民への報告会は、住民の健康づくり活動、ボランティア活動の展開にとってもっとも重要な過程である。

住民に調査・研究の結果を返していくことは、住民参画の基本であり、調査実施者の義務である。報告会は、住民自身が健康問題改善のための活動を展開、住民参加、ボランティア活動を行う契機となる。その際、住民の健康づくり活動、ボランティア活動は、住民自身の自己決定、自己責任において行われるものであり、情報の公開を前提として必要な情報へのアクセスが保証されねばならない。そして、行政における政策、施策化、関連機関や専門分野での取組みへの検討、住民報告会での住民と行政関係者の検討結果をふまえて、次表のような実現可能な取組み方向が示されることになる⁽⁴⁹⁾。

	住民の行動・活動	行政の政策・支援	関連分野の連携
直ちに実現、実施可能			
準備が必要だが、実現可能			
今後の検討課題			

6. むすび

本稿においては、現実の健康問題の把握とその取組みのための保健調査の方法について以下のように検討を行った。

第一に、調査課題の基本方向については、健康問題への取組みにおける国際標準である”Health For All”の原則や統計活動における人権ベース・アプローチをふまえて、健康問題の改善における取組みを調査目的に含めた。

第二に、社会調査の諸方法と社会統計の関係については、量的調査と質的調査の有機的統合の意義と具体的な方法の検討を行った。

第三に、量的調査における全数調査と一部調査の関係については、ここでの調査課題との関係において、無作為標本調査法では調査目的を達成することができず、対象地域の全数調査や対象者を限定する有意抽出の一部調査を採用する方法を提起した。

第四に、統計調査の結果の分析についても、

多様な要因間の関連把握のための統計的パターン分析法の活用を提起した。この方法は、量的データと質的データの両者を総合的に分析できる方法でもあり、要因間の関連における順序を考慮にいたした分析方法である。

第五に、調査の実施と評価における住民参画を、調査方法に組み入れた。

以上のような視点で、” Health For All”の原則に基づき、質的調査と量的調査を統合した保健調査の方法を SPA 法として提起した。その調査過程は、1、基礎研究（①経験的認識の整理、②文献研究、③統計観察・分析、④その他社会情報の収集と分析）、2、基礎調査（①ヒアリング、②少数事例調査、③多数事例調査）、3、統計的調査（①調査の企画と実施、②集計、③パターン分析）、4、報告会（①行政、②関連分野、③住民）となる。狭義の SPA 法は統計データの解析方法を示すが、広義の SPA 法は、質的調査と量的調査が統合された調査およびその分析方法の全体を含むものである。

最後に、このような調査方法による結果の代表性、一般性に関する検討が必要である。吉田は、事例的実態調査は、その対象に関して単なる事例にとどまるのであり、その代表性、典型性をいかに高めるかが課題となると指摘している。実態調査の結果から「えられた統計資料の分析を含む理論的総合にもとづいて次の実態調査の代表事例がえられる」ことになり、そのサイクルの中で、次第に代表性、一般性を高めていくことになるとする(50)。

確かに、上記のような統計的な調査の結果は、あくまでも、対象地域の特定集団に関する状況を科学的、客観的に把握したにすぎない。それは、当該地域の健康問題の改善には有効となりうるものであるが、他の地域でも適用しうる一般性を持ちうるかどうかの検証方法は、調査・分析方法自体には組み込まれていない。調査結果に代表性や一般性を持たせるためには、その点の検討を避けて通ることができない。そこで、調査結果の事実反映性、および代表性、一般性の検証について、当面以下の3つの方法が指摘されうる。第一に、もっとも一般的な方法で、理論や既存の統計（個票再集計を含む）、その他の社会情報による理論的・統計的研究との比較検討である。第二は、アクション・リサーチの評価方法に関連するものであるが、住民や行政、関連分野の関係者による取組み成果をふまえた社会的な検証である。第三は、吉田が指摘するように、事例的実態調査の結果を受けて新たな実態調査が積み重ねられていくことによる一般性の検討である。しかし、第二の点については調査後の時間経過が必要であり、第三の点については個別の課題に対応した比較可能な保健調査の結果が必要であり、本稿では結論を得ることができない。今後、新たな調査実践の成果をふまえた上で、改めて検討を深めたい。

なお、ここでは、調査方法の全体像を示すことを目的としたため、SPA法による質的・量的分析方法の詳細な検討は不十分である。これについては、別稿で展開したい。

注

- 1) WHO, *Health for all in the twenty-first century*, WHO Health For All のホームページ参照 (<http://www.who.int/archives/hfa/default.htm>)
- 2) WHO, *Declaration of Alma-Ata*, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
- 3) WHO, *Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986, WHO/HPR/HEP/95.1
- 4) WHO, *World Health Declaration*, Adopted by the world health community at the Fifty-first World Health Assembly, May 1998
- 5) WHO, *Declaration on Occupational Health For All*, WHO/OCH94.1, Geneva, 1994
- 6) WHO Regional Office For Europe, *HEALTH21- The Health For All Policy For the WHO European Region - 21 Targets for the 21st Century*, Copenhagen, Regional Committee for Europe, 1998, Provisional agenda item 3(c) EUR/RC48/10.
- 7) Department of Health, UK, *Saving Lives: Our Healthier Nation*, The Stationary Office, London, 1999. Department of Health, *Reducing Health Inequalities: an Action Report*, 1999. イギリスにおける健康格差に関する基本文献は, Peter Townsend, Nick Davidson, "The Black Report", Margaret Whitehead, "The Health Divide", *Inequalities in Health*, Penguin Books, 1992.
- 8) 厚生省 (現厚生労働省) 『21世紀における国民健康づくり運動 (健康日本 21)』1999年。藤岡光夫 「『健康日本 21』を考える Part3: 『数値目標』や『評価』の問題に迫る」, 自治体に働く保健婦のつどい, 公衆衛生ジャーナル『さるす』No.11, 2000年。
- 9) Edwin Chadwick, *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*, 橋本正己訳『大英帝国における労働人口集団の衛生状態に関する報告書』日本公衆衛生協会, 1990年。
- 10) William Farrの活動については, ウェスターガード, 森谷喜一郎訳『統計学史』栗田書店, 1943年, 175~277頁。廣岡憲造「ウィリアム・ファアのコレラ調査と統計的方法」, 長屋政勝, 他編『統計と統計理論の社会的形成』北海道大学図書刊行会, 1999年。
- 11) 農商務省商工局『職事情』生活古典叢書4, 光生館, 1971年。
- 12) 農商務省商工局「工場衛生調査資料」(明治43年), 石原修「衛生学上ヨリ見タル女工之現況」(国家医学会, 1914年), 石原修「衛生学上ヨリ見タル女工之現況 附録女工と結核」(1913年10月, 国家医学会講演), 『女工と結核』光生館, 1970年, 所収。
- 13) 籠山京「解説 女工と結核」, 同上書, 18頁。
- 14) 丸山博『社会医学研究 I 乳児死亡』医療図書出版社, 1976年。
- 15) 丸山博「死に近づく乳児のすがた—事例調査と統計的観察—」『丸山博著作集 I—死児をして叫ばしめよ—』農山漁村文化協会, 206頁以下。
- 16) 丸山博『社会医学研究 I 乳児死亡』(前出)
- 17) 丸山博「衛生統計の論理について」『社会医学研究 I 乳児死亡』439~445頁。なお, この論理に関しては, 小島勝治「貧窮現象の認識」, 「貧窮統計論」, 小島勝治著, 松野竹雄・丸山博『統計文化論集 II』未来社, 1983年, 105頁以下参照。
- 18) Lisa F. Berkman, Ichiro Kawachi ed., *Social Epidemiology*, Oxford University, 2000. 『社会医学研

- 究』日本社会医学学会，マイケル・マーモット他編，西三郎総監修，鏡森定信監修『21世紀の健康づくり 10の提言－社会環境と健康問題－』日本医療企画，2002年。
- 19) 第12回日本疫学会学術総会（2002年1月24日，25日，国立公衆衛生院）では，社会疫学の問題が議論され，一般的な日本の疫学研究における方法との違いが議論された。
- 20) 青山英康『今日の疫学』医学書院，1996年，59～70頁。A.M.Walker,丸井英二，他訳『疫学研究の考え方・進め方－観察から推測へ－』新興医学出版社，1996年。
- 21) 伊藤陽一「人権と開発課題での統計ニーズと統計学の出会い－政府統計国際学会（IAOS）2000年会議への案内－」，『統計と人権及び開発－IAOS2000をめぐって』法政大学日本統計研究所，2001年。
- 22) 木村太郎『統計・統計方法・統計学』産業統計研究社，1977年，第4章，「社会調査と統計調査」。島崎稔『社会科学としての社会調査』東京大学出版会，1979年，においては，実態調査に際して理論的研究や質的調査などの質的研究の重要性が指摘されている。
- 23) 木村太郎，同上書，206頁，202頁。
- 24) 木村太郎，前掲書，220頁
- 25) 是永純弘『経済学と統計的方法』八朔社，2000年，196頁以下。
- 26) 同上，66頁。
- 27) 吉田忠『現代統計学を学ぶ人のために』世界思想社，1995年，32～46頁。
- 28) 吉田忠『農業統計の作成と利用』農文協，1987年，219～226頁。
- 29) 丸山博「人口統計50年」，経済統計学会『統計学』58号，1990年。吉田忠他編『生活空間の統計指標分析－人口・環境・食料－』産業統計研究社，2002年に所収。
- 30) 丸山，同上。自治体に働く保健婦のつどい編，『復刻・解説版，丸山博著，保健婦とともに－21世紀の保健婦を考える－』せせらぎ出版，2000年，149～155頁。
- 31) Tim May, *Social Research: Issues, Methods and Process*, Open University Press, Buckingham, 1997
- 32) G・イーストホープ著，川合隆男，霜野寿亮監訳『社会調査方法史』慶応通信，1982年，第3章「踏査法」。なお，態度尺度法の詳細については，岡田至雄『社会調査の方法』ミネルヴァ書房，1970年，44～88頁参照。
- 33) イーストホープ，前掲書，160-161頁
- 34) 同，162頁。
- 35) 同，第4章「参与観察法と生活史法」。
- 36) Ian Dey, *Qualitative Data Analysis: A User-Friendly Guide for Social Science*, Routledge, London, 1993, p.30
- 37) Ian Dey, *ibid.*, p.94-
- 38) Udo Kelle “Computer-Assisted Analysis: Coding and Indexing” , Bauer M W, Gaskell G ed., *Qualitative researching with text, image and sound*, SAGE, London, 2000. pp.295-296.
- 39) 丸山博「人口統計50年」（前出）。
- 40) S・ヴォーン，J・S・シユーム，J・シナグブ著，井下理監訳『グループ・インタビューの技法』慶応義塾大学出版会，1999年。
- 41) Davydd J. Greenwood, Morten Levin, *Introduction to Action Research: Social Research for Social Change*, SAGE, London, 1998, p.4.
- 42) Ernest T. Stringer, *Action Research*, SAGE, London, 1999. アクション・リサーチの意義や歴史，応