

図5 K10の各項目のテスト情報曲線

表6 面接調査データにおけるK6のDIF分析：性別

STEP PARAMETR			
S1	S2	S3	S4
0.000	0.604	0.140	-0.743
(0.000)	(0.035)	(0.055)	(0.097)

	SLOPE	(SE)	MALE		FEMALE	
			LOCATION	(SE)	LOCATION	(SE)
項目1	0.446	0.058	1.592	0.183	1.645	0.183
項目2	1.737	0.286	2.017	0.136	1.970	0.131
項目3	0.634	0.089	1.768	0.189	2.107	0.222
項目4	1.270	0.216	1.587	0.119	1.458	0.110
項目5	1.064	0.117	1.350	0.153	1.253	0.151
項目6	0.861	0.142	1.726	0.127	1.606	0.119

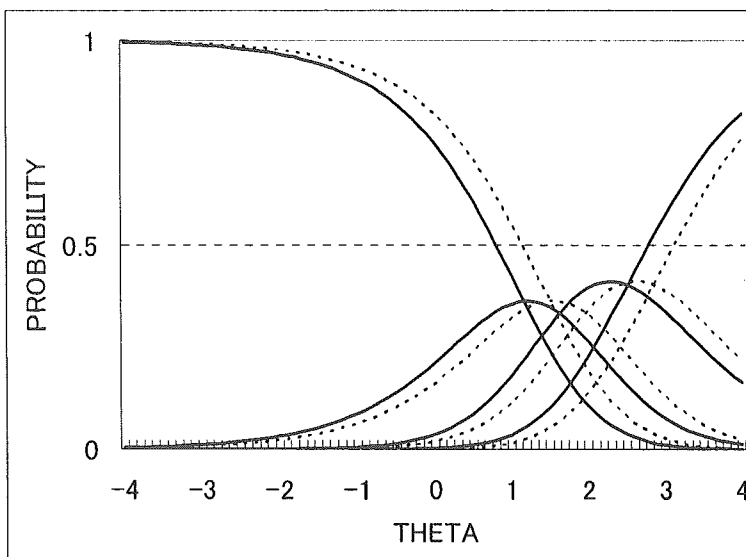


図6 項目3の反応カテゴリ特性曲線
太線：男子
破線：女子

表7 面接調査データにおけるK6のDIF分析：年齢

STEP PARAMETR

S1	S2	S3	S4
0.000	0.554	0.130	-0.684
(0.000)	(0.032)	(0.052)	(0.092)

	SLOPE	(SE)	50歳未満		50歳以上	
			LOCATION	(SE)	LOCATION	(SE)
項目1	0.478	0.052	1.422	0.139	1.388	0.147
項目2	1.785	0.213	1.809	0.078	1.761	0.090
項目3	0.671	0.072	1.646	0.125	1.772	0.149
項目4	1.484	0.140	1.228	0.059	1.331	0.070
項目5	0.932	0.089	1.303	0.083	1.417	0.097
項目6	1.098	0.105	1.523	0.083	1.264	0.080

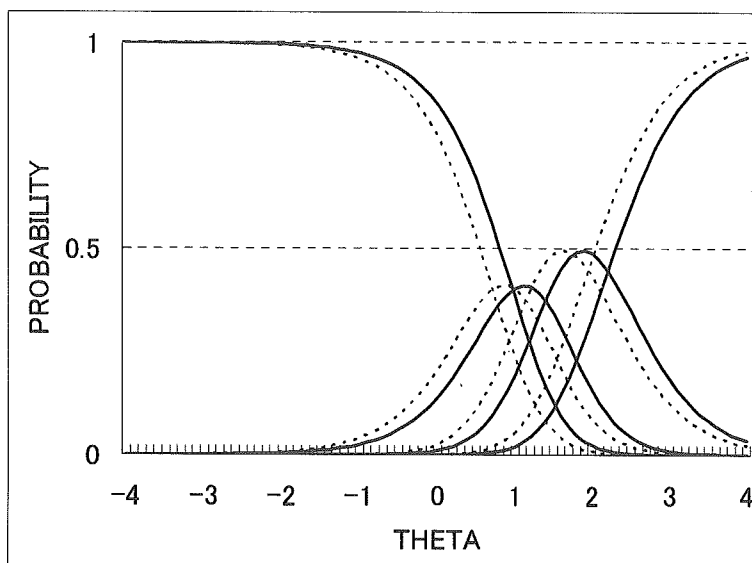


図7 項目6の反応カテゴリ特性曲線
 太線：50歳未満
 破線：50歳以上

表8 面接調査データにおけるK6のDIF分析：収入別分析

1) 収入を4群に区分した場合

STEP PARAMETR

S1	S2	S3	S4
0.000	0.650	0.162	-0.811
(0.000)	(0.038)	(0.060)	(0.110)

	SLOPE	(SE)	LOCA TION	(SE)	LOCA TION	(SE)	LOCA TION	(SE)	LOCA TION	(SE)
項目1	0.434	0.063	2.008	0.256	1.691	0.250	1.689	0.257	2.159	0.266
項目2	1.642	0.264	2.387	0.191	2.633	0.241	2.497	0.209	2.229	0.165
項目3	0.553	0.089	2.082	0.234	2.470	0.283	2.336	0.276	2.497	0.251
項目4	1.418	0.165	1.629	0.156	1.737	0.189	1.488	0.169	1.606	0.142
項目5	0.727	0.155	1.967	0.184	1.669	0.174	2.023	0.209	1.757	0.150
項目6	1.034	0.117	1.763	0.196	1.637	0.185	1.803	0.197	1.587	0.166

集団1：年収が2,333,333円以上，76,450,000円未満（137名）

集団2：年収が1433,333円以上，2,333,333円未満（107名）

集団3：年収が625,000円以上，1,433,333円未満（106名）

集団4：年収が625,000円未満（105名）

2) 収入を2群に区分した場合

STEP PARAMETR

S1	S2	S3	S4
0.000	0.600	0.160	-0.761
(0.000)	(0.036)	(0.057)	(0.105)

	SLOPE	(SE)	集団1		集団2	
			LOCATION	(SE)	LOCATION	(SE)
項目1	0.449	0.060	1.715	0.189	1.809	0.196
項目2	1.581	0.278	2.264	0.158	2.111	0.133
項目3	0.638	0.093	1.980	0.200	2.147	0.190
項目4	1.369	0.202	1.660	0.123	1.543	0.110
項目5	0.881	0.131	1.649	0.152	1.715	0.144
項目6	0.950	0.127	1.795	0.144	1.738	0.130

集団1：年収が1433,333円以上，76,450,000円未満（244名）

集団2：年収が1,433,333円未満（211名）

表9 面接調査と自記式調査票によるK6のDIF分析

STEP PARAMETR

S1	S2	S3	S4
0.000	0.672	0.115	-0.787
(0.000)	(0.027)	(0.042)	(0.078)

	SLOPE	(SE)	面接調査		自記式調査票	
			LOCATION	(SE)	LOCATION	(SE)
項目1	0.526	0.051	1.522	0.117	1.437	0.144
項目2	1.715	0.236	2.066	0.096	1.938	0.110
項目3	0.761	0.084	1.830	0.120	1.841	0.144
項目4	1.462	0.168	1.504	0.080	1.566	0.106
項目5	1.017	0.124	1.533	0.102	1.671	0.118
項目6	0.864	0.092	1.738	0.105	1.740	0.129

国民の健康状況に関する統計情報を世帯面から把握・分析する
システムの検討に関する研究 (H17-統計 002)

自覚的健康感に影響する要因としてのソーシャルキャピタル、ソーシャルサポート、ソ
ーシャルネットワーク関連指標の有用性の評価
(統計情報高度利用総合研究事業) 分担研究報告書

分担研究者 山岡和枝 所属 国立保健医療科学院技術評価部

研究要旨：本年度は、既存の調査結果から自覚的健康度とソーシャルキャピタル、ソーシャルネットワーク、ソーシャルサポートなどとの関連を検討した。その結果、自覚症状に関しては信頼感や不安感、女性が、健康満足度に関してはソーシャルサポートとして自己を高く評価してくれる人がいることや不安感が、生活満足度に関しては社会階層意識が関連することが示唆された。

研究目的

今日のように社会的緊張がより大きな問題となるにつれて、そのような緊張と身体の問題との深い関わりが重要な問題となっている(Berkman & Kawachi,2000; Marmot,2005)。特にこれまでの欧米における研究で、人々の健康に影響すると考えられているソーシャルキャピタル、ソーシャルサポート、ソーシャルネットワークの影響を評価することは、今後の健康施策に資するものとする。しかし、主として欧米で考えられてきたこれらの指標は、必ずしも日本人になじむものであるという保証はない。そのために、日本人を対象に評価する必要がある。

本研究では、今後の健康施策に資するという視点から、特に自覚的健康度に及ぼす影響について、既存の調査結果から、ソーシャルキャピタル、ソーシャルネットワーク、ソーシャルサポートなどの個人的人間関係を測定する指標との関連性を検討し、果たして日本人においても健康に影響を及ぼす可能性があるかという観点から、その有用性について検討する。

研究方法

(1) 用いたデータ

「東アジア国際比較調査」(吉野ら,2005)を主として用いた。調査対象は一般の成人で、20歳以上の男女である。調査方法は統計的標本抽出した調査対象への個別面接聴取法であり、調査項目は一般人の生活・社会・価値観などに関する質問50問程度で構成されている。

(2) 用いた質問項目

I. 自覚的健康度に関する指標

a. 健康満足度

「あなたと同じ年の人と比べて、あなたの健康状態はいかがですか。」という問いに対して、「1. 非常に満足している満足」と「2. 満足している」「3.あまり満足していない」「4.満足していない」という4つの選択肢への反応から、「3.あまり満足していない」「4.満足していない」をあわせて「不満足」とし、「それ以外」とに2区分にした。

b. 自覚症状

フランスの CREDOC(Centre de Rescherche pour l'etude et L'observation des Conditions vie)で用いられた5つの自覚症状(頭痛、背中の痛み、いらいら、うつ、不眠症)について、それぞれの有無を尋ねているが、ここではその訴えた症状の個数を求め、自覚的健康度とした。

c. 生活満足度

生活一般の満足度、家庭生活満足度、および健康満足度の3問をとりあげ、aと同様に「不満足」「その他」の2区分にした上で「不満足」の個数を得点とした。

II. ソーシャルキャピタル、ソーシャルネットワーク、ソーシャルサポート

健康とソーシャルキャピタルに関する研究において、ソーシャルネットワーク、ソーシャルサポートも含めてソーシャルキャピタルと呼ばれることが多いが、ソーシャルキャピタルの定義は一定していない(Lochner,1999)。ここでは一応、項目をこれら3つに分類して示す。

ソーシャルキャピタル

d. 信頼感

「米国一般社会調査(GSS)」(Putnam,1993,1995)で用いられている「信頼感(trust)」に関する2項目(interpersonal trust, norms of reciprocity)を取り上げ、信頼するに対するポジティブな反応数を得点とした。

e. 組織への信頼

8つの職種(裁判官や弁護士、新聞記事・テレビ報道、官僚や役人、政治家、占い師、医者、科学者)に対する信頼感を、「非常に信頼する」「やや信頼する」「あまり信頼しない」「全く信頼しない」の4段階で尋ね、「非常に信頼する」「やや信頼する」への反応個数を「組織への信頼」の得点とした。

ソーシャルネットワーク

f. Civic association

8 団体（政治関係の団体や会、業界団体・同業者団体、ボランティアのグループ、市民運動・消費者運動のグループ、宗教の団体や会、スポーツ関係のグループやクラブ、趣味の会、コンピューターネット上のグループ）への所属について尋ねたものである。これらの団体への所属の個数を Civic association の得点とした。

g. 近所づきあい

「あなたは、ご近所の人とどのようなおつきあいをしていますか」という質問で、生活面で協力、立ち話をする程度、あいさつ程度、ほとんどないの4段階で回答を受けた。

ソーシャルサポート

h. ソーシャルサポート

「あなたのご家族も含めて、あなたの周りには、次にあげたような人がどの程度いらっしゃいますか。」という問いに対して、次の1～4の項目について、それぞれ「たくさんいる」、「まあまあいる」、「ひとりだけいる」、「特にいない」の選択肢で尋ねた。それぞれの項目について、「ひとり以上いる」、「特にいない」の2区分にして用いた。

1. 物や金銭を貸してくれたり、手伝ってくれる人
2. あなたの現在の気持ちや状態を理解してくれている人
3. 気軽に電話したり、会ったりして相談できる人
4. あなたのことを高く評価していたり、敬意を払ってくれている人

i. 相談相手

「あなたはふだん、自分の体の具合や病気、悩みごとや重大な相談事があるとき、まずどなたに相談していますか、あるいは、すると思いますか」という質問に対し、つぎの1～7までの選択肢で回答を受け、選択肢を1-3、4-6、7の3区分にして取り扱った。

- 1) 配偶者やパートナー（夫や妻）
- 2) 配偶者以外の家族
- 3) 家族以外の身近な人（職場・学校・近所の人など）
- 4) 医者
- 5) 保健センターなどの公的機関の相談窓口
- 6) 電話やインターネットでの医療相談
- 7) 誰にも相談しない、あるいは相談する人はいない

Ⅲ. その他

j. 不安感

一般的不安感として失業、交通事故、戦争、計3問に対する不安の有無を「非常に感じる」、

「かなり感じる」、「少しは感じる」、「全く感じない」の4段階で回答をうけ、3項目において「非常に感じる」、「かなり感じる」に回答した反応数を得点とした。

k. 属性・社会経済状態

年齢および学歴、収入、自己の社会階層意識を取り上げ、学歴は1.低学歴（中学校以下）、2.中学歴（高校・専門学校）、3.高学歴（大学・短大以上）の3区分、収入は（低・中・高・無回答）の4区分とした。自己の社会階層意識は、（1.上～5.下）までの5段階で回答を受け、それを得点として取り扱った。

C 結果

(1) 健康関連指標の構造と分布

数量化3類（SAS CORRESP プロシージャ）を用いたパターン分類により自覚的健康度に関する質問項目間の関連を分析した。結果は第1軸（寄与率66%）と第2軸（寄与率11%）でのカテゴリーの付置として図1に示す。（有り×、なし□）。

第1軸では症状の訴えの有無が、第2軸では生活満足と他の項目がやや分かれていた。これらから、視覚的ではあるが、自覚症状の個数を得点としたものが、健康満足度や生活満足度と同類の項目であると解釈された。

自覚的健康度の男女別分布を図2に示す。欧米諸国と同様、日本においても一貫して女性の訴えが男性に比べ高いことが確認されたが、健康満足度と生活満足度に関しては有意な差はなかった。

(2) ソーシャルキャピタル、ソーシャルネットワーク、ソーシャルサポート

各指標や項目の回答分布は表1の通りである。平均年齢は52歳（±16）であり、信頼感では高信頼がやや少なめであった。Civic associationとして所属するボランティア組織ではない者が6割程度いた。また、近所づきあいでは立ち話をする程度が47%と最も多く、ついであいさつ程度が29%であり、生活面で協力もするという回答は19%であった。ソーシャルサポートでは気持の理解や気軽に相談できる人がいる者が9割と多く、一方、相談相手は身内がほとんどであった（88%）。不安感「なし」が36%であった。収入は欠損が多くみられ（24%）、欠損値を除いたとき、自己の社会階層意識と相関が比較的認められた（ $r=0.2$ 、 $p<0.001$ ）。

(3) 自覚的健康度と関連指標との関連性

つぎにa～cの自覚的健康度とd～kのソーシャルキャピタル、ソーシャルネットワーク、ソーシャルサポートおよび属性・社会経済状態の要因との関わりを、ロジスティック回帰分析（SAS LOGISTIC プロシージャ、ステップワイズ法による変数選択；取り込み、取り

除き基準 15%) により分析し、多変量調整オッズ比を求めた。

自覚症状に関しては、信頼感が高いほどそれが少なく（オッズ比：95%信頼区間、0.82:0.67-0.99）、不安感が強いほどそれが多く（同 1.37:1.19-1.59）、女性で多い（1.88:1.39-2.54）ことがわかった。

健康満足度に関しては、ソーシャルサポートのうち、「4. あなたのことを高く評価していたり、敬意を払ってくれている人」がいる方で不満の程度が低い（同 0.57:0.41-0.80）こと、不安感が強いほど不満足（同 1.37:1.18-1.59）であることがわかった。

生活満足度に関しては、社会階層意識が低いほど不満足が多い（同 2.59:1.68 - 3.99）という関連のみが有意となった。（以上、表 2 参照）

D 考察

本研究では、自覚的健康度として、自覚症状、健康満足度、生活満足度とソーシャルキャピタル、ソーシャルネットワーク、ソーシャルサポートなどの関連要因の影響を検討した。その結果、自覚症状に関しては信頼感や不安感、女性が、健康満足度に関してはソーシャルサポートとして自己を高く評価してくれる人がいることや不安感が、生活満足度に関しては社会階層意識が関連することが示唆された。

本研究で用いた調査票の項目はその多くが性質のよくわかったものであり、国際比較などにおいても用いられ、翻訳・逆翻訳などの検討もなされたものであり、これまでの調査結果では比較的安定した回答が得られている（山岡,2005; 吉野,2005; 山岡・李,2004）。

自覚的健康度は、人々の健康状態を表すよい指標であるといわれている（Fayer,2002）。WHO では自覚的健康度を異文化間での測定に用いるため用語表現に関する国際比較調査も行われている（Janca ら,1995）。本研究で用いた自覚症状個数は、健康満足度や健康状態の指標とも関連しており（未公開資料、相関はスピアマンで 0.3 程度）、また、平成 15 年に厚生科学研究費の助成を受けて行った平成 13 年度生活基礎調査による分析結果でも付図 1 のように、特に心身症関連の項目では 7 項目、14 項目と項目数を変えて自覚的健康度の指標を求めても、相関は高く($r=0.94$)、健康状態との相関も 0.39、自覚症状の有無とは 0.70 あった。従って、7 項目程度でも健康状態を表現できる可能性が示唆されたといえよう。数量化 3 類でみても、いずれも U 字型を呈しており、1 次元尺度として表現されうる。また、7 項目も U 字型状に付置されており、いらいらと回答するものは自覚的健康状態が悪いと解釈されよう。以上を考慮すると、自覚的健康度を表す指標として、我が国の調査においてこれらの指標を用いることは妥当と考える。

洋の東西を問わず、女性は男性に比べて自覚的健康度が低いという報告が多い。自覚症状から女性の健康状態を評価した場合には、女性が男性よりも低い(poor)という性差に関する特徴が指摘されており（Cooper,2002）、本論文で確認された傾向もこれに一致していた。しかし、ソーシャルキャピタル、ソーシャルネットワーク、ソーシャルサポートなどの関

連要因の影響を調整した結果では、自覚症状のみが有意な関連を示していた。自覚症状で性差が認められたのは、男女の間では、ストレスに対してコーピングの方法や生理的反応の違いのほか、ストレッサーの評価に違いがあり、同じストレスを受けても女性のほうが苦痛を訴えやすいという傾向が、他の要因を調整しても現われていたとも考えられよう。他方、健康満足度では、ソーシャルサポートの項目との関連が見られたことから、女性は「他者に訴える」という自己開示 (Jourard, 1961) でストレスを軽減しており、ある程度満足という面では性差が弱くなったとも考えられるが、この点についてはより詳細な検討が必要であろう。なお、生活満足度に関しては、むしろ、有意ではないが、男性の方で不満足が高い傾向があった。

収入格差などを含めたソーシャルキャピタル、ソーシャルネットワーク、ソーシャルサポートなどの健康影響に関しては、数々の報告があるが (Berkman&Kawachi,2000)、その結果も必ずしも一定ではない (Lynchら,2004)。その1つの理由として、例えば個人への影響をみるものや、地域や国などの地域格差の影響を検討するもの、さらに、用いる指標が少しずつ異なっているなど、研究により考えている次元が異なっていること (Poortinga,2006) があげられよう。本研究では自覚的健康度として、自覚症状、健康満足度、生活満足度を用いたが、しかし、これらはいずれも自己評価に基づくものであり、両者はともに人々の生命 (life) あるいは幸福感 (well-being) といったものの否定的な要因を、異なった側面で表現している可能性もあり、この点に関してはさらに検討していく必要がある。

また、アジア地域に関する研究では、これまでの研究 (山岡,2005) ではオランダ、フランス、旧西ドイツ、シンガポールでは (対人的) 信頼感と自覚症状の訴えとが関連していたのに対し、米国、韓国、上海、日本、杭州では男女とも不安感との関連が強かったことが報告されており、健康問題を捉えていく上で国や地域により対策のあり方が一律ではない可能性も否定できない。本研究では、主として既存の調査結果からソーシャルキャピタル、ソーシャルネットワーク、ソーシャルサポートに関連する指標を用いて自覚的健康度との関連を分析したが、多変量解析の結果は、(多次元空間での関連性を捉えているため、) 用いる変数により異なる可能性があるため、結果の解釈にはその点に留意する必要がある。今後、さらにより日本人における主要な指標を開発し有用性を評価していく必要がある。

E 結論

本研究では、既存の調査結果から自覚的健康度とソーシャルキャピタル、ソーシャルネットワーク、ソーシャルサポートなどとの関連を検討した。その結果、自覚症状に関しては信頼感や不安感、女性が、健康満足度に関してはソーシャルサポートとして自己を高く評価してくれる人がいることや不安感が、生活満足度に関しては社会階層意識が関連することが示唆された。

引用文献

- Berkman, L.F., Kawachi, I. (2000). *Social Epidemiology*. Oxford Press.
- Cooper, H. (2002) Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequality? A multilevel interaction analysis of contemporaneous and lagged effects of state income inequality on individual self-rated health in the United States. *Health Place* 12(2):141-56.
- Fayers, P.M., Sprangers, M.A. (2002). Understanding self-rated health. *LANCET* 359:187-188.
- Janca, A., Isaac, M., Bennett, L.A., & Tacchini, G. (1995). Somatoform disorders in different cultures-a mail questionnaire survey. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology* 30:44-48.
- Jourard, S. (1961). Religious denomination and self-disclosure. *Psychological Bulletin*, 8,446.
- Kawachi, I., Kennedy, B.P., & Glass, R. (1999). Social Capital and Self-Rated Health: A Contextual Analysis." *American Journal of Public Health* 89:1187-93.
- Kawachi I, Colditz GA, Ascherio A, et al. A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the US. *J Epidemiol Community Health*. 1996;50:245-251
- Marmot, M. (1998) Improvement of social environment to improve health. *Lancet*;351:57-60.
- Marmot, M. (2005) Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 365;1019-104.
- Poorlinga, W. (2006) Social capital: An individual or collective resource for health? *Social science and Medicine*, 62(2): 292-302.
- Putnam, R.D. (1993) *Making Democracy Work*. Princeton, NJ: Princeton University Press;.
- Putnam, R.D. (1996) The strange disappearance of civic America. *American Prospect*. 24:34-48.
- 山岡和枝, 李相侖. (2004). 国際比較調査データの安定性についての検証□ 2003年度韓国・台湾における「健康と文化調査」および「東アジア価値観国際比較調査」データの比較□, 行動計量学, 31(2),125-135.
- 山岡和枝. (2004). 健康と国民性. 学際, 12:39-45.
- 山岡和枝. (2005). 「医療」と「文化」の多次元的連関に関する統計的研究. 平成 14～平成 16 年度科学研究費補助金 (基盤研究(B)(2)) 研究成果報告書.
- 山岡 和枝. (2005) 東アジアの人々の「健康感」と関連する社会・文化要因: - 「東アジア価値観調査」と「医療と文化調査」結果の分析 -, 行動計量学, 32(2),191-199
- 吉野諒三(編). (2005). 東アジア価値観国際比較調査□「信頼感」の統計科学的解析□ 2004 年日本 B 調査報告書. 統計数理研究所.

表1 回答分布(n=785)

a. 健康満足度	不満足	27%			
b. 自覚症状	あり	58%			
c. 生活満足度	不満足	5%			

d. 信頼感	1)低	46%	2)中	33%	3)高 21%
e. 組織への信頼	1)低	26%	2)中	56%	3)高 18%
f. Civic association	なし	59%	1つ以上	41%	
g. 近所づきあい HC36	生活面で協力	19%	立ち話をする程度	47%	
	あいさつ程度	29%	ほとんどない	5%	
h. ソーシャルサポート					
1.物や金銭	はい	67%			
2.気持の理解	はい	90%			
3.気軽に相談	はい	91%			
4.評価や敬意	はい	61%			
i. 相談相手 jss3	身内・親戚	88%	その他	12%	
j. 不安感	0)36%	1)28%	2)18%	3)15%	
k. 属性・社会経済状態					
性別	男	47%	女	53%	
年齢	平均年齢	52	標準偏差	16	
学歴	1)低学歴	67%	2)中学歴	16%	3)高学歴 17%
収入	低	49%	中	16%	高 4% 無回答 24%
自己の社会階層意識	1)上	1%	2)9%	3)57%	4)26% 5)下 4%

表2 健康度に関連する要因： 調整オッズ比と信頼区間
(ステップワイズ法による変数選択されたもの)

	N	オッズ比	95%信頼区間	p値
自覚症状				
あり	425			
なし	310			
信頼感		0.82	0.67 - 0.99	0.039
不安感		1.37	1.19 - 1.59	<.0001
性差 (対男性)		1.88	1.39 - 2.54	<.0001
健康不満足				
不満足	203			
満足	529			
高く評価や敬意		0.57	0.41 - 0.80	0.0009
不安感		1.37	1.18 - 1.59	<.0001
生活満足度				
不満足	40			
満足	786			
社会階層意識		2.59	1.68 - 3.99	<.0001

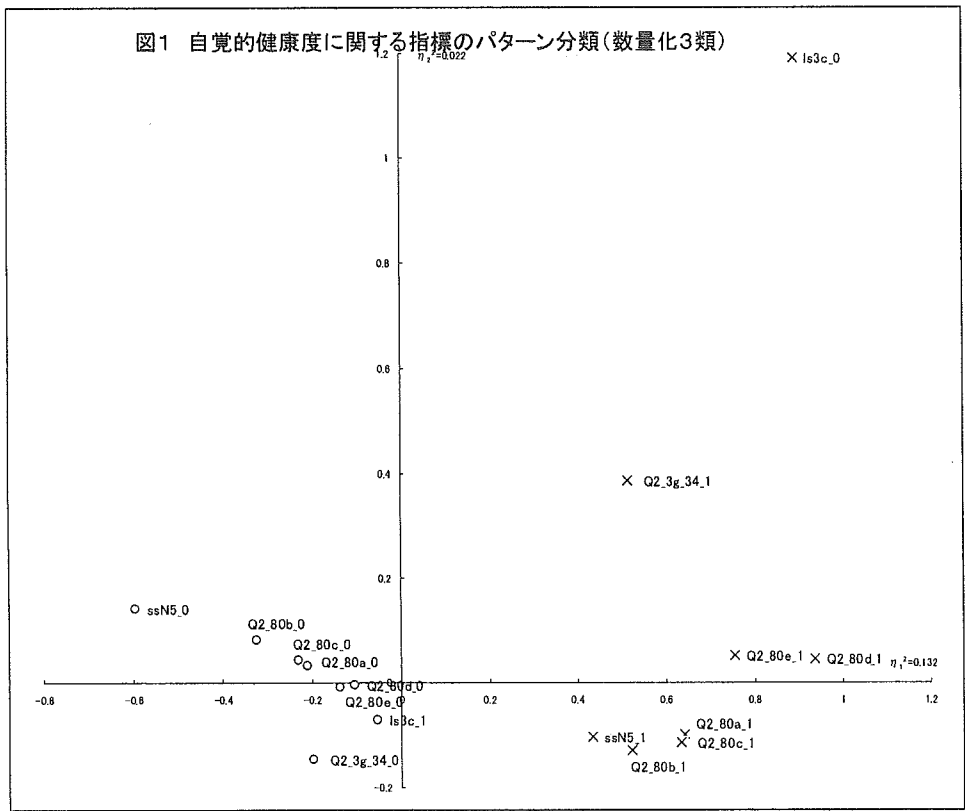


図1 自覚的健康度に関する指標のパターン分類 (数量化3類)

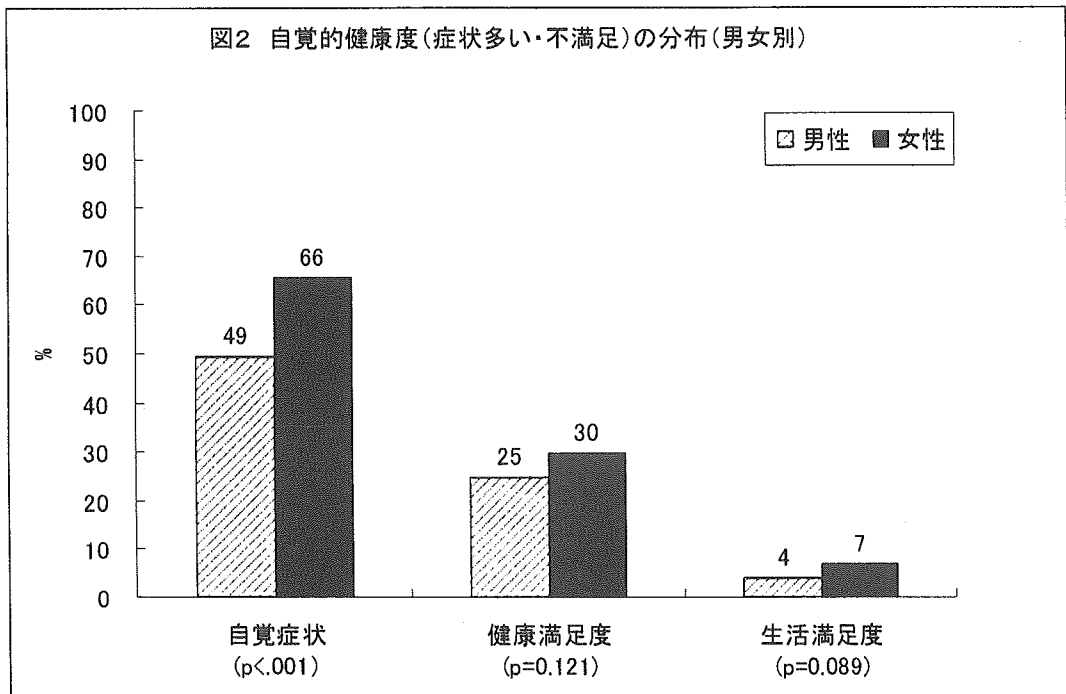
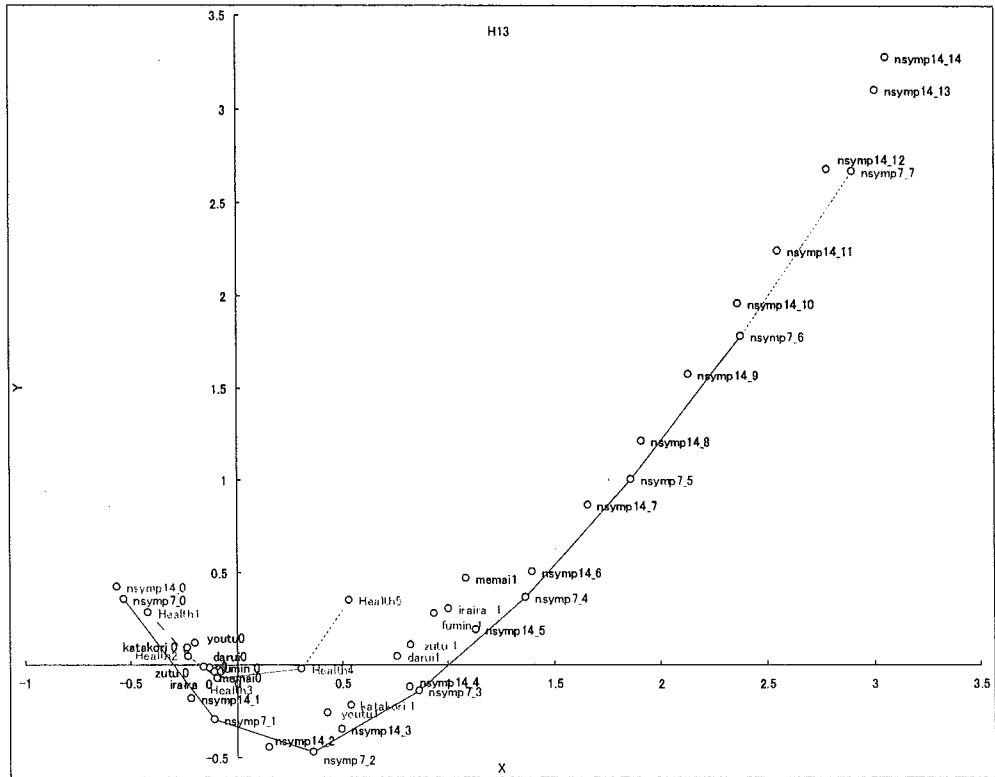


図2 自覚的健康度 (症状多い・不満足) の分布 (男女別)



付図 H13年国民生活基礎調査で用いられた心身症関連項目と心身症関連（7項目、14項目）による自覚的健康度得点のパターン分類（数量化3類）

健康関連情報と行動の調査法開発の試み

報告者（分担研究者）

石川ひろの 帝京大学医学部衛生学公衆衛生学
橋本 英樹 東京大学大学院医療経営政策学寄附講座

研究要旨

健康日本 21 で重視された自立的参加の視点や、社会環境の健康影響、集団アプローチの有用性を科学的に評価する上で、まず世帯レベルでの健康関連対処行動（受療行動、健康関連の消費行動、生活習慣変容行動）を包括的に把握し、それに世帯構成・機能、経済的生活水準や地域環境がどう影響するのかを系統的に検証することが必要とされる。本分担研究では、このうち健康関連対処行動（消費を含む広義のもの）に影響する社会心理的側面に注目し、新規測定項目の選択と尺度の開発を試みた。まず Zola (Soc Sci Med, 1973) による受療行動モデルを批判的に検討し、今日の世帯機能、健康関連情報発信の現状を踏まえ、受療・消費・生活様式変容行動をモデル化した。すなわち症状の有無、健診などの指摘、健康価値観、健康関連情報の入手・利用により対処行動としての受療・サービス購入・消費・生活習慣変容意図が誘発されると仮定し、それに影響する個人（知識や健康観、自己効力感）、環境（アクセス、経済状態、社会的支援等）因子を想定した行動モデルを構築した。これらを測定するうえで、Healthy People 2010 で採用されたヘルスリタラシーの概念などをもとに新規尺度を作成し、大学生と高齢者を対象にした小規模調査を実施して実施可能性を検討した。

A. 目的

健康日本 21 で重視された自立的参加の視点や、社会環境の健康影響、集団アプローチの有用性を科学的に評価する上で、まず世帯レベルでの健康関連対処行動（受療行動、健康関連の消費行動、生活習慣変容行動）を包括的に把握し、それに世帯構成・機能、経済的生活水準や地域環境がどう影響するのかを系統的に検証することが必要とされる。

本分担研究では、健康関連対処行動（消費を含む広義のもの）がどのようにして誘発されるのかを保健社会行動学的に考察し、健康

関連対象行動を左右する社会心理的要因の測定・分析を行うための質問票について検討することを目的とした。特に、健康増進・患者中心などの近年の概念転換を踏まえて、「情報に基づく意思決定」を重視した行動学的モデルを想定し、健康関連情報の活用に必要な能力や資源について既存の理論などに依拠しつつ、考察を加えることとした。

その上で、健診ほか予防関連行動、健康関連情報の活用や健康に対する価値観・行動規範、社会・住環境の安全性などを含めた新規質問方法を少人数対象者に実施し、質的調査

による検討も併せて行った。

B. 方法

1) 理論的考察

健康に関連して消費・選択・意思決定が行われるものを広く健康関連対処行動と規定し、その一部である受療行動について、既存の理論として Zola (Soc Sci Med, 1973) による受療行動モデルを批判的に検討した。また情報の活用という点については、近年欧米で注目されているヘルスリタラシーの概念について、現行の定義や測定尺度につき、日本の文化・制度文脈での批判的検討を加えた。

2) 新規尺度の開発と小規模測定・質的検討

上記理論的考察に基づいて、新規、ないし既存尺度を改定して作成した尺度について、大学生4年生（医学部生）35名と地域高齢者（65歳以上）14名に対して小規模の質問票調査を行うとともに、実施後にインタビューを行い、質的な検討も併せて加えた。

C. 結果

1) 理論的考察

・受療行動

Zola の古典的受療モデルでは、疾病の発生からスタートし、症状が出たところで、それを個人が家族などの情報・価値交換を経て、重症度・意義などについて意味づけ・解釈を加えることにより受療意図が形成されることを理論化している。このモデルは症状が顕在である急性疾患については今日的にも妥当と思われるが、今日問題となる生活習慣病の多くは無症状であり、このモデルでは受療行動・意図を説明しきれない。主に健診結果やメディアなどの情報によって受療行動が左右

されることが予想される。特にインターネットの普及やメディアの健康関連情報発信量の増加により、いかに必要な情報を検索し、選択し、自分の文脈で解釈し、行動に移すかが、問題となっている。このように今日の世帯機能、健康関連情報発信の現状を踏まえ、受療・消費・生活様式変容行動をモデル化するには、症状の有無だけでなく、健診などの指摘、健康価値観、健康関連情報の入手・利用により対処行動としての受療・サービス購入・消費・生活習慣変容意図が誘発されると仮定し、それに影響する個人（知識や健康観、自己効力感）、環境（アクセス、経済状態、社会的支援等）因子を想定した行動モデルを検討する必要があると考えられた。これらの項目をカバーすることが質問票に求められるが、現行の国民生活基礎調査では、このうち健診受診の有無や受療の有無だけがカバーされている。

・ヘルスリタラシー

豊富に存在し、氾濫している健康関連情報を、いかに効率的に利用できるかについて、近年欧米で注目されている「ヘルスリタラシー」の概念は参考となる。ただし、ヘルスリタラシーの定義は、複雑であり、たとえば

「個人が、適切な健康課題に対して判断を行うために、必要となる基本的な健康情報やサービスを獲得、処理、そして理解する能力」(Healthy people 2010 で採用)

「認知および社会生活上のスキルを意味し、良好な健康の増進または維持に必要な情報にアクセスし、理解し、そして利用していくための個人の意欲や能力である」(WHO, Health Promotion Glossary, 1998)

などが見られる。またその能力の測定については、欧米でいくつかの尺度が開発されてい

るものの、主に文盲や文化差による障害を中心としたものであり、わが国の実情にあったものは現時点では存在しない。そこで、メディア・情報の利用に関する IT リタラシーなどに視点を移し、上記 2 つの定義をわが国の文脈で読み替えて、主に健康関連情報に対するニーズ、アクセス、選択、理解を測定する尺度を考案することとした。

2) 新規質問項目の開発と小規模調査

上記理論的考察に基づき、質問票を開発（本分担研究報告章末の資料参照）、これを医学部生 35 名と地域高齢者 15 名（都内某区の開業医を受診した 65 歳以上男女）を対象に小規模の質問票調査と聞き取りを実施した。

・ 健康価値観（関心と自信）

Jahng らの health assessment questionnaire (HAQ) を参照。産業保健領域での健康行動の聴取を目的とした probing question である。健康への関心や自信の有無は、年齢や自覚的健康状態などに加えて、健康関連心理的統制位置による影響を受けていることが示唆された。たとえば高齢者で「健康に関心がない」と答えるものの中には、「もう歳だから」と加齢による体力低下に対して抗しがたいと考えるものや、「すでに医師に見てもらっているのだから」と関心主体としての自己が未分離なものなど、いわゆる「健康関連心理的統制位置（Health Locus of control）が、偶然（Chance）や“影響力の強い他者”（Powerful others）によっている場合に見られることがインタビューから推測された。健康維持・増進の主体としての自己の認識は、健康日本 21 にも謳われる「自立・主体的参加」を推進する上で、前提となるもの

であるが、欧米的な自己認識論に基づいたものであることを踏まえる必要があるかもしれないと考えられた。このことから、日本などアジア民族で多いとされる偶然・他者依存の心理的統制位置を考慮した健康増進介入のあり方も追及される必要があると考えられた。

・ 必要とされる健康情報と入手先

大学生 35 人を対象としたパイロット調査では、聞き取りの結果、「健康」関連と「疾病・受療」関連の情報とを分けて意識しているとの回答を得た。実際 35 人の回答結果を因子分析してみると、3 因子が抽出され、「医療機関・診断・治療関連の情報」「運動、食事などの健康増進法」「禁煙・ストレス」に分かれた。そこでこれに続く高齢者を対象としたパイロットでは、必要情報を健康増進・予防と疾病管理に分け質問項目を用意した。

高齢者対象者からは健康関連と疾病関連に分離したことによる回答上の問題は特に訴えられなかったが、新たに自己だけでなく家族などの病気・健康と関連した情報についてもニーズがあることが示唆された。一方、こうした情報を求めるかどうかについても、一部高齢者からは「かかりつけ医から習っているから、自分からほしいものはない」という、やはり「受身」の回答が見られた。

・ 情報の入手先

大学生では「7. 保健師や介護福祉士」、「8. 公的機関（保健所や役場）の相談窓口」、「9. 公的機関の広報」の回答はひとつも見られず、この世代ではインターネットが主要な情報入手先となっていることが予想通り確かめられた（回答者の 26% が「はい」と回答）。一方、高齢者では、対象者が開業医受診者であったことから、「かかりつけ医」が多く、ついで新

聞・テレビなどの従来のメディアがほとんどであった。インターネット利用者は見られなかった。

- ・ 情報の活用能力、自己効力感

必要な情報にインターネットを通じてアクセスできるか、たくさんある情報の中から必要なものを選択できるか、情報を解釈できるか、得られた情報をもとに行動できるか、について5件法で「自己効力感」を尋ねる質問票を作成した。大学生35人から得られた結果では欠損回答もなく、内的整合性も0.74と比較的保たれていることが確認されたが、「行動を起こせるかどうか」は関与が低く、これを除いた3項目では0.79に改善した。一方、高齢者では特にコンピューターリタラシーの問題などが壁となりやすく、インターネットに絞ってアクセスの能力を尋ねるのは問題があった。そこで改定版として、「情報の選択」「情報の信頼性の判断」「情報解釈の結果として、情報の伝達能力」の3つを用意しなおした。

D. 考察

上記検討、開発した質問に加えて、他の分担研究（山岡分担研究など）で開発・検討した質問項目を組み合わせることで、情報・意思決定を促進し、個人が健康開発的な能力を展開するために必要な世帯政策・地域政策のあり方について、検討するための基礎的情報を得ることができると期待される。

E. 結論

世帯レベルでの健康関連対処行動（受療行動、健康関連の消費行動、生活習慣変容行動）を包括的に把握し、健康関連対処行動に影響する情報・意思決定・社会心理的要因のモデル化と尺度開発を試みた。次年度の実証研究

により、開発質問票の実施可能性や信頼性を検討したうえで、理論的に構築した保健行動学的モデルについて検証的解析を加えていきたい。

F. 研究発表

学会発表・論文発表 未

G. 知的所有権の取得状況

該当なし

資料1 大学生を対象とした小規模調査に利用した質問票

問1

あなたは自分の現在の健康について何らかの関心がありますか？

はい	いいえ
----	-----

問2

あなたは自分の将来の健康について自信がありますか？

はい	いいえ
----	-----

問3

過去1年間に健康診断や人間ドックを受けたことがありますか？

はい	いいえ
----	-----

[はい]の方は3-1と3-2に答えてください

「いいえ」の方は問4に進んでください

3-1) 健診の結果、何らかの指摘を受けましたか？

はい	いいえ
----	-----

3-2) 健診を受診したことをきっかけに自分の健康管理に注意を払うようになりましたか？

はい	いいえ
----	-----

問4

以下の健康に関する情報のうち、ここ半年のうちであなたが必要としたものはありますか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

0. 必要としなかった	→ 「0」の方は裏面の問7に進んでください	
1. 病院や医療機関について	2. 病気の診断や治療方法	3. 病気の予防法
4. ダイエットや栄養・食事療法	5. 禁煙	6. 運動療法
7. ストレス対処法	8. その他(具体的には_____)	

問5

それらの情報を、なにを通じて得ましたか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 知人・家族	2. テレビ・ラジオの番組	3. インターネット
4. 新聞雑誌の記事	5. 本・専門書	6. かかりつけ医
7. 保健師や介護福祉士	8. 公的機関(保健所や役場)の相談窓口	
9. 公的機関の広報	10. その他(具体的には_____)	

問6

得られた情報に満足しましたか？あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. 大変満足	2. 大体満足	3. どちらともいえない	4. やや不満	5. 不満
---------	---------	--------------	---------	-------

問7

健康に関する情報を手にいれたり利用したりすることにあなたはどれくらい自信がありますか？それぞれについて、あてはまるものにひとつ○をつけてください。

	自信が かなり ある	自信が ある程 度	言えな い	自信が ない	自信が ない
ア) インターネットや情報番組などを使って情報を探しだすこと	1.....2	.....3	.....4	.....5	
イ) たくさんある情報の中から自分にあった情報を選び出すこと	1.....2	.....3	.....4	.....5	
ウ) 情報を読み取って理解すること	1.....2	.....3	.....4	.....5	
エ) 情報から得られたことを元に行動したり意思決定すること	1.....2	.....3	.....4	.....5	

資料2 高齢者を対象にした小規模調査むけ調査票

問1

あなたは自分の現在の健康について何らかの関心がありますか？

はい いいえ

問2

あなたは自分の将来の健康について自信がありますか？

はい いいえ

問3

過去1年間に健康診断や人間ドックを受けたことがありますか？

はい
いいえ

[はい]の方は3-1と3-2に答えてから問4に進んでください

3-1) 健診の結果、何らかの指摘を受けましたか？

はい いいえ

3-2) 健診を受診したことをきっかけに自分の
健康管理に注意を払うようになりましたか？

はい いいえ

「いいえ」の方はそのまま問4に進んでください

問4

健康管理や健康増進のことについて、過去1年間にあなたが情報を必要としたことはありますか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

0. 必要としなかった → 「0」の方は問5と6を飛ばして、問7に進んでください

1. 病気の予防法について	2. 健康診断や人間ドックの内容や結果の解釈
3. 栄養や食事について	4. 運動について
5. 禁煙方法について	6. ストレス対処法について
7. その他（具体的に教えてください_____）	

問5

それらの情報を、なにを通じて得ましたか？あてはまるものすべてに○をつけてください。

1. 知人・家族	2. テレビ・ラジオの番組	3. インターネット
4. 新聞雑誌の記事	5. 本・専門書	6. かかりつけ医
7. 他の保健医療介護職（産業医・看護師・保健師や介護福祉士）		
8. 公的機関（保健所や役場）の相談窓口		9. 公的機関の広報
10. その他（具体的には_____）		

問6

得られた情報に満足しましたか？あてはまるものひとつに○をつけてください。

1. 大変満足 2. 大体満足 3. どちらともいえない 4. やや不満 5. 不満