

地域のソーシャル・キャピタルと 住民の健康診査・がん検診受診行動との関連

田口貴久子¹⁾ 夏原 和美²⁾

Social capital and residents' consultation behavior for medical checkups and/or cancer screening: Research in a provincial area of Japan

Kikuko TAGUCHI, Kazumi NATSUHARA

要旨：日本では健康診査やがん検診（以下、健・検診と記す）の受診率の低迷が課題となっている。そこで、社会的環境因子として健康行動との関連で成果が期待されているソーシャル・キャピタル（以下S.C.と記す）に注目した。本研究はS.C.およびその構成要素と、健・検診受診行動との関連について明らかにし、そこから健・検診の受診率向上への手がかりを検討することを目的とした。

2013年に秋田県男鹿市の住民台帳から地域、性、年代別（40～69歳までの10歳毎）に無作為抽出のうえ、1192名を対象に自記式質問紙の郵送法による調査を行った。協力が得られた住民326名（有効回答率27.3%）のデータを分析した結果、S・Cおよびその構成要素である「ネットワーク」と地区行事への参加で計算される「規範」は、住民の健・検診受診と関連があることが明らかになった。現在住んでいる土地に愛着のある人がない人よりも健・検診を受けていたことから、地区行事活性化と行事への自主的な参加が健・検診受診率向上への糸口になりえることが示唆された。

住民は健診に関する知識や認識は高いが、行動に移せていない段階であり、禁煙や運動教室などでのセルフケア能力向上を手がかりに、近い将来、健診受診に結びつけていくような段階的な取り組みが有効だと思われる。また、経済状況によって健・検診受診状況に有意な差がみられたため、経済的理由からの未受診者対策をさらにすすめる必要があることがわかった。

キーワード：ソーシャル・キャピタル、規範、健康診査、がん検診、受診行動

Abstract : The consultation rates for basic medical examinations and cancer screening have hovered at low levels in Japan. To hunt for clues for improving the consultation rate, we took note of the positive relationship between social capital (S.C.) as the social environmental parameter and healthy action in recent studies. The aim of this study was to clarify the association between S.C. and health consultation action of residents in a provincial area of Japan.

In 2013, data were collected in a population-based cross-sectional questionnaire survey in Oga city, Japan. A stratified random sampling approach based on area, sex and age (40-69-year-old) was used to select 1192 inhabitants from 4 areas.

The result of having analyzed the data of 326 (27.3% of effective answer rates) showed that the S.C. and its components "Network (participation in voluntary groups)" and "Norms of reciprocity (participation in community events)" were related to the consultation behavior of the inhabitants. As shown in the relationship between passion for their residential areas and positive behavior of medical checkups and cancer screening, local community festivals and events activation along with voluntary participation in such events could become steps to move forward.

Subjects' knowledge and recognition about medical examinations were high but they were at a stage of preparation wherein people turn knowledge into action. To improve the consultation rate, a step-by-step approach with a course of healthy lifestyle that covers not only smoking cessation and fitness habits but for improving self-care ability proves to be quite useful. In addition, the consultation behavior patterns differed by income and economic conditions; strengthening of countermeasures against the economic non-consultation is needed.

Key words : social capital, norms of reciprocity, medical examination, cancer screening, consultation behavior

1) 男鹿市市民福祉部介護サービス課地域包括支援センター

2) 日本赤十字秋田看護大学大学院看護学研究科

本研究は、2013年度日本赤十字秋田看護大学大学院看護学研究科修士論文の一部に加筆・修正をしたものである。

I. 序文

日本では、死亡原因の約6割は生活習慣病であり、医療費に占める生活習慣病の割合も国民医療費の約3分の1となっている¹⁾。生活習慣病に代表される、自覚症状無しに進行する疾病を早期に発見し、重症化を予防するには、健康診査（以下「健診」と記す）や各種がん検診を受診することが、最も有効である。しかし、受診率の低迷が課題となっており、国をあげて実施している受診率向上対策は成功しているとは言い難い現状である²⁾。

研究者は、健診業務に10年以上に携わってきた中で、健診あるいはがん検診（以下「健・検診」と記す）受診率の伸び悩みには、個人の努力だけでは解決が難しい何かがあるのではないかと感じていた。一方で、地区ごとに健診の受診率や健康への意識をみた時、その違いが地域によって大きく、特に保健師の働きかけがなくても健診受診率が高い地域があることに気が付いた。そこで、健康と地域社会環境との関連で成果が期待されているソーシャル・キャピタルに注目することにした。

ソーシャル・キャピタルとは、「調整された諸活動を活発にすることによって社会の効率性を改善できる信頼、規範、ネットワークといった社会組織の特徴」と定義されており³⁾、健康に好ましい影響を及ぼす地域要因の一つとして最近注目されている。例えば、ソーシャル・キャピタルが豊かな地域は抑うつ尺度が低い⁴⁾、リスクとなるような健康行動（喫煙・1.5合以上の多量飲酒）をとらない⁵⁾、身体活動を促進する⁶⁾といった健康に寄与する指標が高いという報告がある。

しかし、今までの「健・検診受診は個人の意志決定である」という考え方や、ハイリスクアプローチに重点を置いてきた国の方針の中で、健・検診とソーシャル・キャピタルの関係を研究したものは少なく、健・検診受診行動とソーシャル・キャピタルの間にはどのような関連があるのかは明らかにされていない。

そこで本研究は、地域の信頼・ネットワーク・規範という地域に既存するソーシャル・キャピタルと健診受診行動の関連について明らかにし、健診の受診率向上に結び付く手がかりを検討することを目的とした。

II. 研究方法

自記式質問紙票の郵送による横断研究で調査期間は2013年6月20日～7月31日である。

1. 調査対象地区および対象者

対象地区とした秋田県男鹿市の平成25年の人口は約3万人で、徐々に減少している。核家族化、65歳以上の一人暮らしが増加し、高齢化率も年々上昇（平成23年度は34.7%）しており、日本の将来像とも言える市である。へき地および伝統文化が根付いている地域では、相互扶助がみられソーシャル・キャピタルが豊かであると推測できる。また、都市部に近い新興住宅地では、隣家に住んでいる人の名前も分からないといった声が聞かれるような地域もある。このことから、健診受診行動とソーシャル・キャピタルの関連を地区単位で調査する上で、一つの市内で様々な比較ができるという重要な特徴をもつ市である。

対象者は、健診受診率が男鹿市全体の受診率（平成24年度20.4%）より高い地域（A地区31.6%）と低い地域（B地区19.3% C地区14.2% D地区15.7%）に居住する40～69歳の住民約1,350名から選出した。調査対象者の選定は、住民の抽出について、男鹿市へ口頭及び書面にて研究協力を依頼し、地区・町内ごとの住民基本台帳から性、年齢で層化した無作為抽出とした。その結果、A地区（農業中心の地域）569名、B地区（漁業中心の地域）108名、C地区（新興住宅地）269名、D地区（農業中心の地域）246名の計1,192名を対象とした。

2. 調査方法

対象者に自記式質問紙票および研究目的、倫理的配慮を文書にした研究依頼文を回収用の封筒とともに郵送した。回収は同封の封筒で返送してもらった。

3. 倫理的配慮

研究対象者には、研究目的、方法、研究の不参加が個人の不利益になることはないこと、個人が特定されることはないこと等を明記した調査票を郵送し、返送をもって同意とした。本研究は、日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学研究センター倫理審査委員会にて承認（番号25-002）を受けて行った。

4. 調査内容

調査内容は、性別、年齢、居住地域、居住年数、社会経済状況などの属性、健・検診に対する認識、

信頼、ネットワーク、規範、ソーシャル・キャピタル指数、過去5年間の健・検診受診内容とした。

1) 信頼、ネットワーク、規範、ソーシャル・キャピタル指数

ソーシャル・キャピタル指数については2002年に内閣府が行った都道府県別レベルでのソーシャル・キャピタル調査に用いられた調査項目⁷⁾を参考に作成した。ソーシャル・キャピタルの構成要素は、パットナムによって示された「信頼」「ネットワーク」「規範」である。

信頼に関する教示文は、一般的信頼では「あなたは一般に人は信頼できると思いますか。それとも信頼できないと思いますか。」、旅先・見知らぬ土地での信頼性については「旅先や見知らぬ土地で出会う人に対してはいかがですか」とし、回答は「ほとんどの人は信頼できる」から「注意するに越したことはない」までの9段階で設定した。

ネットワークは、家族や近所の方々との関係性、近所づきあいの程度、近所づきあいの人数について尋ねた。

上下関係を意識した組織活動である垂直的なネットワークの指標として「町内会活動」「婦人会活動」「老人会活動」「子供会活動」「その他活動」それぞれに対して参加頻度を尋ね、月ごとの頻度を計算した。

誰でも参加でき上下関係のない開放的な形態をもつ組織活動である水平的なネットワークの指標は、「民生委員、保健推進員、メンタルヘルスサポーター等活動」「趣味の会活動」「スポーツ活動」「その他活動」について、垂直的なネットワークと同様に参加頻度を尋ねた。

「お互いさま」という意識をもとに活動する規範については、「市や町内が主催で行う下記の行事にどの程度参加していますか」という教示文とし、平成20年～平成24年の各年の行事（全市一斉清掃、地区文化祭、盆踊り、運動会、スポーツレクリエーション大会）ごとに、参加状況を尋ね、全く参加しなかった＝0点～5つの行事に5年間とも参加した＝25点の幅で点数化した。

2) 過去5年間の健診受診内容

職場での健診、市の健診、胃がん、肺がん、大腸がん、前立腺がん（男）、子宮がん（女）、乳がん（女）、骨粗しょう症（女）、人間ドック、かかりつけ医での定期検査について、平成20年から平成24年の各年に受けた項目について尋ねた。

受診状況を確認する期間については平成20年

4月から高齢者医療確保法により特定健康診査が各保険者に義務付けられたことと、記憶のバイアスを考慮し、5年間とした。

5. 分析方法

ソーシャル・キャピタル指数とその構成要素である信頼指数、ネットワーク指数、規範指数については、先行研究に基づき、以下のように計算した。質問項目それぞれの回答について平均が0、標準偏差が1となるよう基準化し、個別指標の平均をとり、信頼、ネットワーク、規範の構成要素指数とした。3構成要素それぞれの指数の単純平均をとったものをソーシャル・キャピタル総合指数として用いた⁸⁾。

健・検診受診行動の指標として用いたのは、職場健診・市の健診・かかりつけ医での定期検査・人間ドックで、受診すれば1点とした。検診は男性でがん4種類、女性ではがん5種類と骨粗しょう症も含めて6種類の項目について、受診すれば1点とした。よって、なんらかの健診と実施されている検診をすべて受診した場合、男性は5点、女性は7点となる。健診と検診の合計を男性5、女性7で割ったものを「健・検診得点率」とよび、単年度の受診指標とした。分析では平成24年の健・検診得点率を直近の行動指標として使用した。並びに、過去5年間の健・検診得点率を平均したものを「過去5年間の健・検診得点率の平均」とよび、習慣的な受診行動の指標として用いた。

これらの回答について単純集計を行った後、それぞれの関連について分析を行った。その際、度数が少ない回答肢があった場合は、段階数を減らした変数を作成してから分析に用いた。分析には、統計解析ソフトSPSS 22.0 for Windowsを用い、有意確率5%未満を統計的に有意とした。

Ⅲ. 結果

回収されたデータは329件（27.7%）であった。その中から回答の欠損の多いものを削除した326件（27.3%）を分析対象とした。

1. 対象者の属性

対象者の属性については、表1に示した。対象者の年齢は 57.34 ± 8.04 （平均±標準偏差）歳であった。

地区による違いがみられたのは、職業と同居人数であった。そのほかの属性については地域ごとの有意な違いはみられなかった。

表1 地区ごとの基本属性

	全体(n=326)		A地区 (n=131)		B地区 (n=46)		C地区 (n=79)		D地区 (n=70)		P値*
	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	度数	%	
性別 (n=326)											
男	151	46.3	63	48.1	20	43.5	37	46.8	31	44.3	0.932
女	175	53.7	68	51.9	26	56.5	42	53.2	39	55.7	
婚姻 (n=324)											
既婚	263	81.2	108	83.1	35	76.1	62	78.5	58	84.1	0.256
未婚	27	9.3	6	4.6	7	15.2	7	8.9	7	10.0	
離婚・死別	34	10.5	16	12.3	4	8.7	10	12.7	4	5.8	
年代 (n=323)											
40代	64	19.8	27	20.6	8	18.6	20	25.3	9	12.9	0.387
50代	113	35.0	50	38.2	14	32.6	21	26.6	28	40.0	
60代	146	45.2	54	41.2	21	48.8	38	48.0	33	47.1	
現在住んでいる土地に愛着はありますか(n=324)											
愛着がある	133	41.0	47	35.9	20	43.5	37	47.4	29	42.0	0.350
どちらかといえば愛着がある	144	44.4	57	43.5	23	50.0	34	43.6	30	43.5	
どちらかといえば愛着がない	36	11.1	22	16.8	2	4.3	5	6.4	7	10.1	
愛着がない	11	3.4	5	3.8	1	2.2	2	2.6	3	4.3	
同居人数 (n=324)											
1人暮らし	25	7.7	8	6.1	4	9.1	11	13.9	2	2.9	0.003
2人暮らし	94	29.0	36	27.5	11	25.0	21	26.6	26	37.1	
3人暮らし	102	31.5	34	26.0	23	52.3	26	32.9	19	27.1	
4人以上	103	31.8	53	40.5	6	13.6	21	26.6	23	32.9	
最終学歴 (n=320)											
小中学校	59	18.4	25	19.5	8	18.2	12	15.2	14	20.3	0.443
高等学校	178	55.6	66	51.6	23	52.3	46	58.2	43	62.3	
専修・各種学校	40	12.5	15	11.7	9	20.5	12	15.2	4	5.8	
高専・短期大学	19	5.9	10	7.8	3	6.8	2	2.5	4	5.8	
大学・大学院	24	7.5	12	9.4	1	2.3	7	8.9	4	5.8	
職業 (n=324)											
自営業	65	20.1	35	26.9	11	24.4	6	7.6	13	18.6	0.031
正社員	90	27.8	37	28.5	12	26.7	25	31.6	16	22.9	
パート・アルバイト・派遣等	75	23.1	31	23.8	10	22.2	16	20.3	18	25.7	
専業主婦(夫)・無職	94	29.0	27	20.8	12	26.7	32	40.5	23	32.9	
世帯年収 (n=305)											
200万円未満	51	16.7	19	15.7	9	21.4	13	17.1	10	15.2	0.301
200～400万円未満	126	41.3	48	39.7	18	42.9	36	47.4	24	36.4	
400～600万円未満	63	20.7	20	16.5	6	14.3	15	19.7	22	33.3	
600～800万円未満	41	13.4	22	18.2	6	14.3	7	9.2	6	9.1	
800万円以上	24	7.9	12	9.9	3	7.1	5	6.6	4	6.1	
経済状況 (n=322)											
苦しい	62	19.3	29	22.5	6	13.3	13	16.5	14	20.3	0.358
やや苦しい	80	24.8	27	20.9	14	31.1	22	27.8	17	24.6	
ふつう	161	50.0	69	53.5	21	46.7	36	45.6	35	50.7	
ややゆとりがある	17	5.3	3	2.3	3	6.7	8	10.1	3	4.3	
ゆとりがある	2	0.6	1	0.8	1	2.2	0	0.0	0	0.0	
健康診査を受ける時間がとれるか (n=324)											
自由にとれる	107	33.0	42	32.1	14	31.1	29	36.7	22	31.9	0.376
だいたいとれる	123	38.0	44	33.6	16	35.6	37	46.8	26	37.7	
時期による	66	20.4	31	23.7	12	26.7	9	11.4	14	20.3	
とれないことが多い・とれない	28	8.6	14	10.7	3	6.7	4	5.1	7	10.1	
健康診査を受けるとその時間分の収入が減るか (n=323)											
減らない	271	83.9	108	83.1	39	88.6	67	84.8	57	81.4	0.762
減る	52	16.1	22	16.9	5	11.4	12	15.2	13	18.6	

※地区と属性のカイ二乗検定 検定はすべて両側検定。無回答を除いて検定を行った。

2. 地区ごとの信頼指数・ネットワーク指数・規範指数

地区・性別ごとの信頼指数・ネットワーク指数・規範指数の平均と標準偏差について表2に示した。Kruskal-Wallis検定で有意な違いがみられた地区ごとのネットワーク指数の分布については、ペアごとの分析を行ったところC地区とD地区で有意な差がみられた（調整済み有意確率 $P=0.005$ ）。規範ではC地区とA地区（ $P=0.022$ ）、D地区とC地区（ $P=0.034$ ）に有意な差がみられた。

3. 健・検診受診行動と地区および属性との関係

平成24年になんらかの健診をうけたのは全体の77.0%であり、なんらかのがん検診をうけたのは39.3%であった。全体での平成24年健・検診得点率、過去5年間の健・検診得点率の平均と標準

偏差はそれぞれ 0.385 ± 0.347 、 0.361 ± 0.311 であった。地域・属性との関係を表3に示した。

地区による得点率の違いは全体ではみられなかったが、男女別に分析すると女性で分布の違いが有意となり（平成24年健・検診得点率 $P=0.001$ 、過去5年間の健・検診得点率の平均 $P=0.004$ ）、C地区がA地区に比べて低かった。

現在住んでいる土地への愛着のあり・なしについても有意な差がみられた。愛着のある人がない人よりも健・検診を受けていた。

所得においても健・検診に有意な差がみられ、特に200万円未満群が低い受診状態であった。また、平成24年の健・検診得点率では、経済状況が苦しい人に比べて、余裕のある人が健・検診を受ける傾向があった。

表2 地区・性別ごとの信頼指数・ネットワーク指数・規範指数・ソーシャル・キャピタル指数の平均値と標準偏差

	信 頼				ネ ッ ト ワ ー ク					規 範			ソ ー シ ャ ル ・ キ ャ ピ タ ル 指 数		
	一般	旅先	信頼指数	P値※	近所指数	垂直的活動	水平的活動	ネットワーク指数	P値※	地区活動への参加回数/年(5年間の平均)	規範指数(5年間の平均)	P値※		P値※	
地区															
A地区	平均値	4.744	4.025	-0.146	0.199	-0.071	0.783	0.983	-0.016	0.008	1.165	0.062	0.014	-0.029	0.034
(n=131)	SD	2.218	2.376	0.917		0.872	1.742	2.944	0.593		0.968	0.863		0.581	
B地区	平均値	5.093	4.429	0.053		0.099	0.735	2.085	0.030		1.035	-0.052		-0.029	
(n=46)	SD	2.505	2.568	1.041		0.648	1.362	4.455	0.538		1.031	0.920		0.604	
C地区	平均値	5.456	4.526	0.123		-0.190	0.536	1.715	-0.123		0.805	-0.259		-0.081	
(n=79)	SD	1.992	2.656	0.897		0.757	1.506	4.555	0.526		0.848	0.756		0.503	
D地区	平均値	5.377	4.627	0.125		0.268	0.659	2.152	0.145		1.331	0.210		0.182	
(n=70)	SD	2.289	2.308	0.873		0.684	0.963	4.599	0.589		1.263	1.127		0.627	
性別															
男	平均値	5.333	4.688	0.129	0.028	0.035	1.035	1.478	0.060	0.077	0.894	-0.179	0.001	-0.103	<0.001
(n=151)	SD	2.005	2.313	0.853		0.751	1.983	4.118	0.643		0.899	0.802		0.549	
女	平均値	4.911	4.025	-0.098		-0.047	0.393	1.647	-0.054		1.328	0.208		0.128	
(n=175)	SD	2.402	2.553	0.972		0.837	0.756	3.897	0.502		1.129	1.007		0.596	

SD：standard Deviation（標準偏差）

※性別はMann-WhitneyのU検定、地区はKruskal-Wallis検定を行った。

表3 平成24年健・検診得点率、過去5年間の健・検診得点率平均と
地域・性別・年代・現在住んでいる土地への愛着・職業・学歴・所得・経済状況

	度数(人)	平成24年 健・検診得点率 (n=318)			健・検診得点率の 過去5年間の平均 (n=310)			
		平均	SD	P値※	平均	SD	P値※	
地区								
	A地区	129	0.43	0.36	0.154	0.40	0.32	0.106
	B地区	44	0.36	0.34		0.34	0.30	
	C地区	78	0.33	0.36		0.31	0.33	
	D地区	67	0.39	0.31		0.36	0.28	
性別								
	男	147	0.43	0.38	0.007	0.40	0.34	0.027
	女	171	0.35	0.32		0.33	0.28	
婚姻								
	既婚	257	0.41	0.35	0.009	0.39	0.32	0.001
	未婚	26	0.22	0.27		0.20	0.23	
	離婚・死別	33	0.29	0.31		0.28	0.25	
年代								
	40代	61	0.28	0.32	0.017	0.25	0.31	0.001
	50代	112	0.39	0.32		0.35	0.25	
	60代	142	0.42	0.37		0.41	0.35	
現在住んでいる土地に愛着はありますか								
	あり	269	0.40	0.35	0.034	0.38	0.31	0.002
	なし	47	0.31	0.33		0.25	0.28	
同居人数								
	1人暮らし	25	0.38	0.36	0.424	0.36	0.34	0.378
	2人暮らし	90	0.43	0.37		0.42	0.34	
	3人暮らし	100	0.34	0.32		0.32	0.27	
	4人以上	102	0.39	0.34		0.35	0.31	
最終学歴								
	小中学校	57	0.42	0.37	0.315	0.40	0.35	0.351
	高等学校	174	0.39	0.34		0.36	0.32	
	専修・各種学校	39	0.27	0.29		0.25	0.20	
	高専・短期大学	19	0.46	0.31		0.38	0.28	
	大学・大学院	24	0.40	0.43		0.37	0.32	
職業								
	自営業	64	0.39	0.35	0.216	0.35	0.30	0.184
	正社員	88	0.42	0.35		0.38	0.28	
	パート・アルバイト・派遣	73	0.32	0.29		0.31	0.28	
	専業主婦・主夫	91	0.41	0.38		0.4	0.36	
世帯年収								
	200万円未満	50	0.26	0.32	0.005	0.25	0.30	0.007
	200～400万円未満	121	0.43	0.37		0.39	0.33	
	400～600万円未満	62	0.35	0.29		0.37	0.27	
	600～800万円未満	41	0.42	0.38		0.39	0.31	
	800万円以上	24	0.48	0.35		0.43	0.33	
経済状況								
	苦しい	60	0.30	0.34	0.031	0.30	0.33	0.073
	やや苦しい	77	0.35	0.311		0.33	0.287	
	ふつう	158	0.42	0.35		0.39	0.31	
	ややゆとりがある・ゆとりがある	19	0.54	0.43		0.41	0.34	
健康診査を受ける時間がとれるか								
	自由にとれる	105	0.43	0.39	0.145	0.42	0.36	0.071
	だいたいとれる	122	0.38	0.31		0.34	0.27	
	時期による	64	0.36	0.35		0.35	0.32	
	とれないことが多い・とれない	25	0.28	0.33		0.24	0.24	
健康診査を受けるとその時間分の収入が減るか								
	減らない	266	0.38	0.35	0.648	0.36	0.31	0.955
	減る	49	0.40	0.35		0.36	0.32	

SD：Standard Deviation（標準偏差）

健・検診得点率：健診および各種がん検診について、1つの受診を1点と数え、受けるべき健・検診を全て受けている場合に1となるように計算したもの（かかりつけ医での定期検査、人間ドックを受けていると1を超える場合がある）

欠損値を除いて分析した

※性別・愛着はMann-WhitneyのU検定、それ以外の属性はKruskal-Wallis検定を行った。

4. 健診への認識と受診行動

表4に健診への認識と受診行動の関係について示した。「健康診査は自分の健康を守るために役立つ」に対して、「非常にそう思う」あるいは「そう思う」と答えた対象は97.8%と高い割合を示した。地区による有意な差は見られなかった。

「健康診査は毎年受けるのが普通である」の項目では「非常にそう思う」は36.1%、「そう思う」は53.9%であった。「健康診査を毎年受けている人が周りには多い」の項目でも「非常にそう思う」「そう思う」と答えた対象者を合わせると7割を超えた。地区とのカイ二乗検定の結果、A地区では「非常にそう思う」と答えた割合(30%)が有意に高く、C地区では有意に低かった(11.7% $P=0.046$ 、表には示していない)。

5. 健・検診受診行動とソーシャル・キャピタル

表5は、平成24年健・検診得点率、過去5年間の健・検診得点率の平均とソーシャル・キャピタルおよびソーシャル・キャピタル構成要素とのSpearman相関係数を示したものである。ソーシャル・キャピタル指数は、全体では単年度および5年間の両方の健・検診受診得点率と有意に相関していた。地区全体の健診受診率が高いA地区と低いB、C、D地区を分けて分析すると、A地区でのみ、ソーシャル・キャピタル指数と両方の健・検診受診得点率の関係が見られた。

ソーシャル・キャピタル構成要素のうち、信頼指数と健・検診受診の関係はみられなかったが、ネットワーク指数と規範指数は、健・検診受診との関連があり、指数が高ければ、受診得点が高くなるという関係があった。

表4 男女ごとの健診への認識と平成24年健・検診得点率、過去5年間の健・検診得点率平均の関係

		平成24年健・検診得点率 (n=318)				健・検診得点率の 過去5年間の平均 (n=310)				
		度数(人)	平均	SD	P値※	度数(人)	平均	SD	P値※	
「健診は自分の健康を守るために役立つと思うか」	男									
		そう思う	141	0.43	0.38	0.290	143	0.40	0.34	0.257
		そう思わない	5	0.20	0.00		5	0.20	0.00	
	女									
	そう思う	168	0.35	0.32	0.185	157	0.33	0.28	0.129	
	そう思わない	2	0.07	0.10		2	0.07	0.10		
「健診は毎年受けるのが普通だと思うか」	男									
		そう思う	129	0.45	0.38	0.004	130	0.41	0.34	0.059
		そう思わない	16	0.16	0.21		17	0.26	0.30	
	女									
	そう思う	153	0.38	0.32	0.001	144	0.35	0.28	0.005	
	そう思わない	15	0.10	0.11		14	0.13	0.12		
「健診を毎年受けている人が周りに多いと思うか」	男									
		そう思う	106	0.45	0.38	0.062	108	0.41	0.34	0.139
		そう思わない	38	0.33	0.35		38	0.32	0.32	
	女									
	そう思う	129	0.38	0.32	0.044	120	0.35	0.28	0.053	
	そう思わない	39	0.27	0.28		38	0.27	0.27		

SD：Standard Deviation (標準偏差)

健・検診得点率：健診および各種がん検診について、1つの受診を1点と数え、受けるべき健・検診を全て受けている場合に1となるように計算したもの(かかりつけ医での定期検査、人間ドックを受けていると1を超える場合がある)

欠損値を除いて分析した

※「そう思う」と「そう思わない」の得点率についてMann-WhitneyのU検定を行った

表5 平成24年健・検診得点率、過去5年間の健・検診得点率平均と
ソーシャル・キャピタルおよびソーシャル・キャピタル構成要素とのSpearman相関係数

		信頼指数	ネットワーク 指数	規範指数	ソーシャル・ キャピタル指数	
全体 (n=318)	平成24年健診得点率	相関係数	-0.04	0.19	0.26	0.16
		P値	0.473	0.001	0.000	0.005
	過去5年間の健診得点率の平均	相関係数	0.01	0.20	0.26	0.19
		P値	0.896	0.001	0.000	0.001
A地区 (n=129)	平成24年健診得点率	相関係数	0.00	0.25	0.33	0.26
		P値	0.982	0.004	0.000	0.003
	過去5年間の健診得点率の平均	相関係数	0.06	0.28	0.34	0.30
		P値	0.490	0.002	0.000	0.001
B,C,D地区 (n=189)	平成24年健診得点率	相関係数	-0.05	0.15	0.22	0.10
		P値	0.502	0.045	0.003	0.156
	過去5年間の健診得点率の平均	相関係数	0.00	0.14	0.22	0.14
		P値	0.998	0.052	0.003	0.055

信頼指数：一般的な場合と見知らぬ土地での場合についてどの程度人を信頼できるか尋ねた指標

ネットワーク指数：家族や近所の方との関係性や付き合い方についての指標

規範指数：地区行事への参加状況の指標

ソーシャル・キャピタル総合指数：信頼指数、ネットワーク指数、規範指数の平均

健・検診得点率：健診および各種がん検診について、1つの受診を1点と数え、受けるべき健・検診を全て受けている場合に1となるように計算したもの（かかりつけ医での定期検査、人間ドックを受けていると1を超える場合がある）

欠損値を除いて分析した

IV. 考 察

1. ソーシャル・キャピタル指数と健診受診行動

本研究は、地区に既存する「ソーシャル・キャピタル」と、さらにその構成要素である「ネットワーク」と「規範」が、健診受診行動と関連していることを明らかにしたはじめての研究である。

高齢者を対象にした健康と社会資本関係の豊かさを調査した近藤ら⁵⁾の研究によれば、65歳以上の人で健診受診行動に関連がみられたのは「水平、垂直活動への参加状況」であった。つまり、本研究における「ネットワーク指数」である。本研究の研究対象者は40歳～69歳であり、働き盛りの若い世代でも健診受診行動に関連しているソーシャル・キャピタルは、先行研究同様「ネットワーク」であることが明らかになった。また、地区行事への参加で計算される規範指数は、得点率との相関が3つの要素の中で相対的に強く（表5）、現在住んでいる土地に愛着のある人がない人よりも健・検診を受けていた（表3）ことから、地区行事活性化と行事への自主的な参加が健・検診受診率向上への糸口であることが示唆された。

2. 健診の受診率向上の手がかり

本研究では、「健診を毎年受けている人が周りに多い」と健診受診とは女性で関連がみられ、そう思う人がそう思わない人に比べて受診得点率が高かった（表4）。そして、地区ごとの違いも見られ、A地区ではC地区に比べて「健康診査を毎年受けている人が周りには多い」と認識している割合が高かった。本研究対象者以外も含めた地区全体の平成24年の健診受診率もA地区が高くC地区では低いため、地区住民の行動規範認識は妥当だったと言えよう。A地区は果樹を中心とした農業の盛んな地区である。日本人には、「和」の行動規範のルーツがあり、日本の土地柄および稲作が和を醸成させていったといわれている⁹⁾ように、地域の生業の特徴が行動規範としての定期的な受診行動に影響し、地区ごとの受診率に影響している可能性が示された。

「健診は毎年受けるのがふつうだと思うか」の結果からは、インフォーマルなソーシャルコントロールを通じた健康的行動規範の維持¹⁰⁾が機能していることが確認された。一方で平成24年にひとつも健診を受けなかった人は23%存在し、「健

診は毎年受けるのがふつうである」と認識している割合の高さが受診に繋がっていないという、いわば、行動変容理論の準備期から行動に移行できていない状態もみうけられる。このような対象に対して、松本らは、行動変容を促す際、まずは本人が「できることから」一步を踏み出すことを支援することが効果的である¹¹⁾と述べている。つまり、本研究対象者の知識を行動に移行させるためには、いきなり健診受診を勧めるのではなく、まずは、日頃のセルフケアについて、健康教育をすることが効果的であると言えよう。未受診行動が定着している者は食生活等に関しても、予防的対処行動が取れていないことが示されており¹²⁾、逆に健診を定期的に受診している者では、健診受診に関する知識、態度、行動が関連して、行動からさらに知識や態度に結び付くという螺旋状の関係があることが示唆されている¹³⁾。男鹿市においても、日常の健康教育を手がかりに、近い将来、健診受診に結びつけていくような段階的な取り組みが対策として有効だと考えられる。

その際、経済状況が受診と関係があることが分かった(表3)ことから、経済的理由からの未受診者対策も同時にすすめる必要がある。平成25年国民生活基礎調査の概況¹⁴⁾では、年齢階級別にみた健診や人間ドックを受けなかった理由として「費用がかかるから」をあげる人は、30歳代で28.3%、20歳代で22.0%と、ともに経済的理由が第2位を占めていた。バブル経済崩壊後、ワーキングプアが問題となっていることもあり、本調査では対象となっていなかった年代では、経済的理由への対策が重要性を増していくと思われる。「無料クーポン券」などの無料で受けられる健・検診を周知してだけでなく、社会保険加入者の場合の1,000円程度の検診料に対する負担感についても、情報収集に基づく対策をとることが望まれる。

3. 本研究の限界と課題

本研究から地域のソーシャル・キャピタルが健診やがん検診受診に影響を与える要因がいくつか明らかになった。しかし、次に述べるような限界と課題が考えられる。

1つ目は回収率の低さである。調査配布、回収した時期が農繁期であったため、特に農業を営む世帯が多いA地区での回収率の低さに影響した。回収率が低いと、結果に偏りが生じる可能性があ

るが、本研究の対象者の属性で地域による有意な違いがみられた職業と同居人数の分布は、その地区の特性を反映しての結果と考えられる。健・検診受診得点率の結果も市が実施している地区別受診率と矛盾しない結果となっていた。

2つ目は、調査対象者の年齢についてである。今回は自記式の質問紙票による調査法であったため、調査対象を40~69歳としたが、男鹿市における70歳以上が人口に占める割合は30%を超えている。今後は得られた知見を活かし70歳以上の人の情報も含めて健康寿命の延伸の方策を健診受診にとどまらず検証していきたい。

V. 謝辞

本論文の作成にあたり、本調査の趣旨を理解し、快く協力してくださった男鹿市保健センターの福田主幹に感謝の意を表します。

また、調査対象地区の自治会および調査対象者の皆様に心より感謝いたします。

本研究は平成25年度「学校法人日本赤十字学園研究基金」学内研究費補助を受け行った平成25年度日本赤十字秋田看護大学大学院看護学研究科修士論文の一部に加筆・修正をしたものである。

利益相反

本研究において利益相反に該当する事項はない。

引用文献

- 1 厚生労働省. 平成22年度国民医療費の概況.
厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/10/dl/gaiyou.pdf>.
- 2 厚生労働省保険局総務課. 平成22年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況(速報値).
厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/02/dl/tp120205-1-26.pdf>.
- 3 ロバード・D・パットナム 著,河田潤一(訳). 哲学する民主主義伝統と改革の市民構造. NTT出版; 2001, 318.
- 4 本橋豊,金子善博,山路真佐子. ソーシャルキャピタルと自殺予防. 秋田県公衆衛生学雑誌. 2005; 3(1): 21-30.
- 5 埴淵知哉,近藤克則,村田陽平,平井寛. 「健康な街」

- の条件－場所に着目した健康行動と社会資本の分析. 行動計量学. 2010; 37 (1): 53-67.
- 6 Ueshima, K, Fujiwara, T, Takao, S, Suzuki, E, Iwase, T, Doi, H, et al. Does social capital promote physical activity? A population-based study in Japan. PloS one, 2010; 5 (8), e12135.
 - 7 内閣府. ソーシャル・キャピタルの豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて
内閣府ホームページ.
http://www5.cao.go.jp/seikatsu/whitepaper/h19/10_pd/01.
 - 8 加藤伸司. “社会参加活動が健康に及ぼす影響”. 平成22年度 老人保健健康増進等補助事業報告書 地域高齢者の生きがいと健康づくりモデル構築に向けた自助・互助機能活用とソーシャルキャピタル指標開発の研究事業. 社会福祉法人東北福祉会 認知症介護研究・研修仙台センター, 2011, 93-135.
http://www.dcnnet.gr.jp/support/research/center/detail.html?CENTER_REPORT=23¢er=3.
 - 9 村美也子. ソーシャル・キャピタル－公衆衛生学分野への導入と欧米による議論より－. J.Natl. public Health, 2008; 3: 252-264.
 - 10 Murayama H, Fujiwara Y, Kawachi: I Social Capital and Health: A Review of prospective Multilenel Studies J Epidemiol. 2012; 22 (3): 179-187.
 - 11 松本千明. 医療・保健スタッフのための行動理論 基編－生活習慣病を中心に. 医歯薬出版株式会社. 第2版. 2002
 - 12 小川三重子. 5か年の観察で確認した基本健康診査受診群・未受診群の比較. 千葉大学看護学部. 1993; 15: 65-75.
 - 13 桑原ゆみ, 宮崎美砂子. 市町村国民健康保険により特定検査受診に関する知識・態度・行動－定期受診者および不定期受診者への半構造化面接より－. 千葉看会誌. 2012; 18 (1): 53-60.
 - 14 厚生労働省. 平成25年国民生活基礎調査の概況
厚生労働省ホームページ
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/>