

◆研究報告

人々が健康生成に向かう「健康に生き抜く力」の関連要因 および生活習慣病健診受診者と2型糖尿病通院患者の実態

Relevant Factors of "The Salutary Factor to Live Healthily" to Generate Health and
Actual Conditions of Health Checkup Examinee and Type 2 Diabetes Visit Patients

魚里 明子

Akiko Uozato

抄 録

本研究は、健康生成の視点からの生活習慣病予防の看護介入方法を導くために、人々が健康生成に向かう「健康に生き抜く力」と関連要因および生活習慣病予防健診受診者と2型糖尿病通院患者の「健康に生き抜く力」の実態を明らかにすることである。健康生成論を理論的基盤として質問紙を作成し、健診受診者および糖尿病通院患者を対象に無記名自記式質問紙調査を行い、健診受診者511名、糖尿病患者121名のデータを統計的に分析した。結果、「健康に生き抜く力」は、ソーシャルサポートと年齢に影響を受け、その力を獲得することによってセルフケア能力が高くなり、主観的健康感も高くなるといった人々を健康生成の方向に導く健康因子 (salutary factor) である。「健康に生き抜く力」は、疾患の有無に関係なく、すべての人々を健康生成の方向へ導く因子であるということが明らかになり、「健康に生き抜く力」を取り入れた生活習慣病発症予防・重症化予防プログラムの開発や予防看護に関する研究、実践の基礎資料となることが示唆された。

キーワード：健康生成 健診受診者 2型糖尿病患者

Key words : salutogenesis, health checkup examinee, type 2 diabetes visit patient

I. はじめに

生活習慣病予防対策においては、感染症対策のように病気になる原因、危険因子 (risk factor) を取り除くことによって健康を回復するといった疾病生成志向ではなく、人々が健康生成していくこと、つまり健康になるための生活習慣を獲得していくことを支援するという健康生成論の考え方による健康因子 (salutary factor) に着目することが必要ではないだろうか。健康生成論とは、イスラエルの医療社会学者である Antonovsky (1987) が提唱した理論で、人々が病原体や心理社会的なストレスに囲まれた中で健康獲得を可能にする健康因子は何かを究明し、そうした健康因子を活性化して人々の健康生成に貢献することができるという理論であり、人々がよりよい生活習慣を獲得していくことを支援していくための考え方として有用であると考えられる。

Antonovsky (1987) は健康生成論を理論的背景に、SOC (Sense of Coherence: 首尾一貫感覚) 概念を尺度

化した。SOC 尺度が提案されることによって、この30年余りの間に SOC と健康生成モデルの実証研究が促進された。なかでも、SOC とスピリチュアル教育という観点からまとめたカール・ベッカー (2007) は、メンタルヘルスやストレス対処の研究、がんや循環器疾患などの慢性疾患との関連をみる研究が多いと報告している。その中に、自己健康管理と SOC との関連をみた研究もあり、SOC の高い患者は不安が少なく、治療に積極的である (Lundman, Norberg, 1993; Shiu, 2004) と報告されている。また、Freire (2001) の健康管理を定期的・予防的健康管理をする人と緊急的・応急的健康管理をする人を比べた研究では、SOC の高い人は、定期的に健診を受けたり、毎年歯の診断と定期掃除を受けたりするのに対し、SOC の低い人は事前に病気を予防せず、困ってから医師にかけつける傾向があると報告している。

日本では、小田 (1996) によって「健康生成」「サルートジェネシス」の概念が紹介されて以来、全人的医療の観点から、慢性疼痛患者 (永田ら, 2004; 橋爪ら, 2005; 青山ら, 2007)、心身症患者 (店村ら, 2008; 石津,

2007) に対しての診断や治療に、疾病生成と健康生成を補完的に治療に使うといった疾患との関連や心理学的に介入した症例研究がある。

山崎喜比古の研究メンバーが、Antonovsky の著書を翻訳 (Antonovsky, 1987/ 山崎ら, 2001) し、健康生成論の主要な概念の構成因子である SOC 尺度の日本語版 (戸ヶ里ら, 2005; 坂野ら, 2009) を作成した。山崎ら (1999, 2008, 2009, 2017) は、SOC を首尾一貫感覚あるいはストレス対処能力、健康保持要因と訳し、SOC に関連する研究や実践報告を数多く出している。SOC 尺度を使用した量的研究は我が国においても数多く報告されており、健康感や Quality of Life (QOL)、Locus of Control (LOC) とストレス対処の関連などをみた研究 (小川ら, 2001; 永井ら, 2006) や看護学分野では、さまざまな人々を対象に精神的健康度や生活習慣と SOC との関連をみた量的研究も多い (本江ら, 2003; 松下ら, 2007; 中村百合子ら, 2006)。さらに中村裕之ら (2004) は、SOC を用いた禁煙プログラムや健康プログラムの開発研究も報告している。それらの研究の結果から、SOC は他の健康指標やストレス対処、生活習慣とのよい相関があるということが明らかになっている。

一方、質的研究では、山崎ら (2007) のエイズ患者の追跡研究、宮部 (2008) の水俣病患者のナラティブな研

究、森山ら (2007) の成人期発症 1 型糖尿病女性の研究、藤島ら (2009) の未治療の病を持ちながら生きる体験の研究がある。また、健康生成の観点から、看護大学が主催した看護実践プロジェクトを展開していった取り組みも報告されている (有森ら, 2009)。

さらに、社会疫学の分野では、近藤 (2004) が、「健康な人々がどのように健康を獲得していくか」といった考え方の健康生成論に基づいて、人々が健康を生成する力を「生き抜く力」という言葉をつかって概念モデルを作成し、高齢者の「生きる力」に注目した大規模調査をおこなっている (近藤, 2007)。地域看護学分野では、榎本 (2001) が SOC 尺度の量的研究をおこなっており、彼女は著書の中で「生きる力」に着目している。SOC の多くの研究を行っている山崎ら (2008) も著書の中で「生きる力」「ライフスキル」という言葉を用いている。このように、健康生成の理論に基づいた研究がさまざまな分野で報告されているが、生活習慣病や糖尿病予防の看護介入に関する研究はほとんどみられない。

筆者は先行研究 (魚里, 2013, 2016, 2017) で、図 1 に示した通り「健康に生き抜く力」の概念枠組みを作成した。人々は生きていく上で、日常的ストレスや緊張状態にさらされており、社会的因子 (ソーシャルサポート・婚姻状況・家族構成) と個人的因子 (性別・年齢) と「健康に生き抜く力」との相互作用によって、健康とセルフ

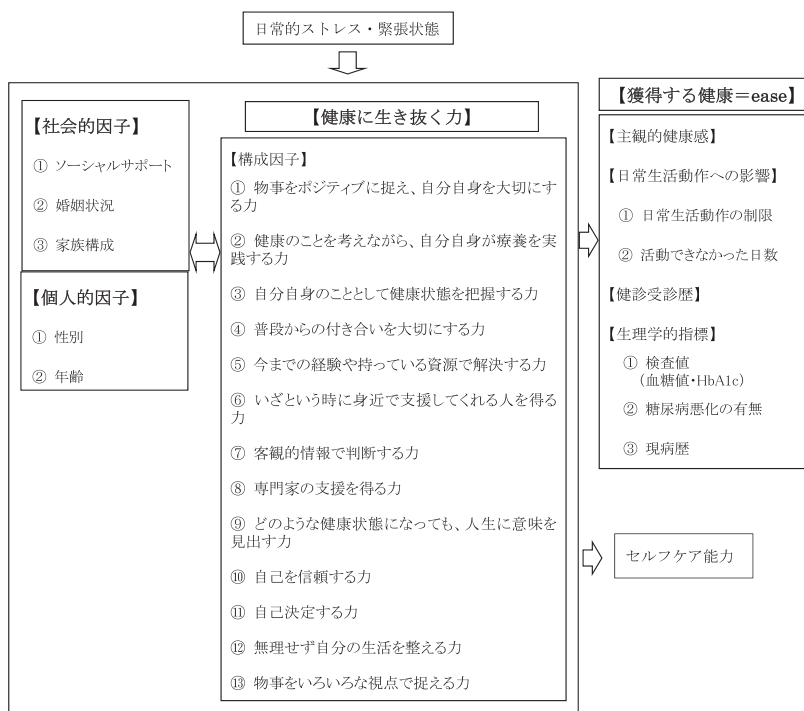


図 1 健康に生き抜く力概念枠組み

ケア能力を獲得するということである。そこで、本研究では筆者が先行研究で作成した「健康に生き抜く力」の概念枠組み（図1）に基づいて、人々が健康を生成するための「健康に生き抜く力」と関連要因および生活習慣病予防健診受診者と2型糖尿病通院患者の「健康に生き抜く力」の実態を明らかにし、健康生成という視点による糖尿病の発症・重症化予防に向けての看護介入方法を開発する基礎資料とする。

II. 研究目的

本研究は、人々が健康を生成するための「健康に生き抜く力」と関連要因および生活習慣病予防健診受診者（以下、健診受診者）と2型糖尿病通院患者（以下、糖尿病患者）の「健康に生き抜く力」の特徴を明らかにすることである。

【用語の説明】

健康に生き抜く力：筆者が先行研究で抽出した13の因子【物事をポジティブに捉え、自分自身を大切にする力】【健康のことを考えながら、自分自身が療養を実践する力】【自分自身のこととして健康状態を把握する力】【普段からの付き合いを大切にする力】【今までの経験や持っている資源で解決する力】【いざという時に身近で支援してくれる人を得る力】【客観的情報で判断する力】【専門家の支援を得る力】【どのような健康状態になっても、人生に意味を見出す力】【自己を信頼する力】【自己決定する力】【無理せず自分の生活を整える力】【物事をいろいろな視点で捉える力】から構成されており、ある健康状態の人々を健康の方向に導く健康因子（salutary factor）のことである。本研究による健康の考え方は健康生成論に基づいており、「健康—健康破綻の連続体」の中でのその人のある状態を健康状態と捉え、健康因子（salutary factor）は、健康—健康破綻を両極とする連続体上におけるその人の位置を保ち、かつ健康の極側に移動させるものであり、健康状態の主要な決定因子となる（図2）。



図2 健康と健康破綻の連続体モデル

III. 研究方法

1. 調査方法

健診受診者および糖尿病患者で、30歳以上の男女を対象に、無記名自記式質問紙調査法を行った。調査期間は、2015年5月1日～2015年12月31日である。

2. 調査用質問紙の作成

質問紙の内容は、以下のとおりである。

- 1) 基本情報：〔健診受診者〕現在の身体状況、主観的健康感、現病歴、健診歴、糖尿病検査結果、糖尿病家族歴からなる15項目、〔糖尿病患者〕現在の身体状況、主観的健康感、現病歴、健診歴、糖尿病検査結果、糖尿病家族歴、糖尿病歴、治療方法、合併症、自覚症状、民間療法からなる22項目
- 2) 「健康に生き抜く力」に関する質問78項目（魚里，2017）、セルフケア能力測定尺度（SCAQ尺度）29項目（本庄，2001）、SOC尺度日本語版13項目（戸ヶ里ら，2015）、日本語版ソーシャルサポート尺度短縮版7項目（岩佐ら，2007）
- 3) 基本属性：年齢、性別、家族構成、婚姻状況、教育歴とした。

「健康に生き抜く力」に関する質問の回答の選択肢は5段階のリッカート評価を用いた。評価の段階は「そうでない（1点）」「あまりそうでない（2点）」「いくらかそうである（3点）」「かなりそうである（4点）」「非常にそうである（5点）」とし、得点が高いほど「健康に生き抜く力」が高いこととした。

3. データ収集方法

データ収集は、市が実施している生活習慣病予防健診会場、又は病院外来に研究者が出向き、研究者が研究の趣旨を説明し、同意が得られた研究協力者から回答した調査用紙を直接回収あるいは郵便で返送してもらった。

4. 分析方法

調査で得られたデータは、個人が特定できないようにIDコード化を行い、IBM SPSS Statistice24を用いて、統計的に分析した。対象者の概要、「健康に生き抜く力」の実態について記述統計で分析を行った。健康に生き抜く力の各構成因子と社会的因子・個人的因子との関連、各構成因子と獲得する健康との関連について、推計統計で分析を行った。因果関係を検討するために重回帰分析

を行った。各構成因子の平均値について、推計統計で分析を行った。2水準の特性については、対応のないt検定、3水準の特性については、一元配置分散分析を行った。また、一元配置分散分析のその後の多重比較検定には、Tukey法を用いた。

5. 倫理的配慮

研究対象者に対して、本研究の趣旨、目的や方法、研究協力拒否の権利、匿名性の確保、研究結果の公表の同

意、データの厳重管理と処理方法について文書で説明し、質問紙提出をもって研究協力に同意したものとみなした。なお、本調査は、高知県立大学看護研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（看研倫 14-55号平成26年12月22日）。

IV. 結果

1. 健診受診者および糖尿病患者の概要

健診受診者においては、市の20カ所の健診会場にお

表1 健診受診者と糖尿病患者の基本情報

		健診受診者 N=511		糖尿病患者 N=121	
		人数	%	人数	%
年代	40歳未満	9	1.8	1	0.8
	40歳代	63	12.3	3	2.5
	50歳代	116	22.7	18	14.9
	60歳代	205	40.1	53	43.8
	70歳代以上	115	22.5	45	37.2
	無回答	3	0.6	1	0.8
性別	男	168	32.9	67	55.4
	女	341	66.7	52	43.0
	無回答	2	0.4	2	1.6
教育歴	6～9年	43	8.4	27	22.3
	10～12年	286	56.0	63	52.1
	13年以上	175	34.2	28	23.1
	その他	3	0.6	2	1.7
	無回答	4	0.8	1	0.8
婚姻状況	配偶者あり	427	83.6	86	71.1
	死別・離別	64	12.5	24	19.8
	未婚	18	3.5	9	7.4
	無回答	2	0.4	2	1.7
家族構成	1人暮らし	46	9.0	20	16.5
	2人	130	25.4	30	24.8
	3人	137	26.8	34	28.1
	4人	85	16.6	18	14.9
	5人	48	9.4	9	7.4
	6人	33	6.5	7	5.8
	7人以上	29	5.7	1	0.8
	無回答	3	0.6	2	1.7
現病歴	あり	312	61.1		
	なし	199	38.9		

いて、健診に来所し、研究協力を同意した健診受診者 949 人に調査用紙を配布した。郵送法にて、513 部（回収率 54.1%）が回収され、その内、欠損値が多い調査票 2 部を除いた計 511 部（有効回答率 53.8%）を分析対象とした。糖尿病患者においては、研究協力の承諾を受けた 4 病院で、研究協力を同意された糖尿病患者 151 人に調査用紙を配布し、直接手渡しあるいは郵送法にて、125 部（回収率 82.8%）が回収され、その内、欠損値が多い調査票 4 部を除いた計 121 部（有効回答率 80.1%）を分析対象とした。健診受診者および糖尿病患者の基本属性の結果を表 1 に示した。

主観的健康感を比較してみると、健診受診者は、「あまりよくない・よくない」が 7.1%であったが、糖尿病患者は 21.5%であった。活動できなかった日については、活動できなかった日がある人は、健診受診者は 6.7%、活動できなかった日数が 1～2 日が一番多かったのに対して、糖尿病患者は、活動できなかった日数がある人は、9.1%、3～9 日及び 10～19 日が一番多かった。影響のあった日常生活動作は、健診受診者は、仕事・家事・学業の時間や作業量の制限というのが多かったのに対して、糖尿病患者は、起床・衣服着脱・食事・入浴などの日常生活動作への影響ある人が多かった。

ソーシャルサポートに関しては、ソーシャルサポート得点合計の平均値をみると、健診受診者は、37.33（SD=7.034）に比べて、糖尿病患者は、34.39（SD=9.99）と低かった。また、家族構成に関しては、一人暮らしの方が、健診受診者 9.0% に対して、糖尿病患者は 16.5%であった。

生物学的指標として、血糖値と HbA1c の結果から比較してみると、健診受診者の現在の血糖値と HbA1c の平均値は、 96.8 ± 12.27 、 5.6 ± 0.88 、高かった時は、 109.2 ± 36.94 、 5.7 ± 1.17 であった。糖尿病患者の現在の血糖値と HbA1c の平均値は、 147.8 ± 35.43 、 8.4 ± 4.07 、高かった時は、 265.2 ± 89.11 、 9.1 ± 1.94 、低かった時は、 105.2 ± 24.92 、 6.5 ± 0.97 であった。検査結果からみると、健診受診者は、現在と高かった時の差はあまりないのに対して、糖尿病患者は治療や療養によって、かなり高い状態から低い状態へと改善していた。

糖尿病患者に関しては、糖尿病の悪化の有無は、「良くなった・維持」の人が 43.8%、「悪化した」人が 21.5%、「良くなったか悪くなったか判断が難しい人」が 34.7%であり、良くなっている人が多かった。また、糖尿病と診断された年齢の平均値が $52.3 \text{ 歳} \pm 12.14$

で、10 年以上治療している人が 53.8%であった。治療内容は、服薬治療が 63.7%、服薬とインスリン治療が 21.5%、インスリン治療が 9.9%と 9 割以上が薬物治療をしていた。

2. 健診受診者と糖尿病患者の「健康に生き抜く力」

「健康に生き抜く力」の 13 の構成因子（図 1）と健診受診者および糖尿病患者の実態をみてみた。健診受診者および糖尿病患者の 13 因子それぞれの最小値、最大値、平均値、標準偏差、得点率の結果を得点率の高い順番に表 2、表 3 に示した。得点率で一番高かったのは、健診受診者は【第 6 因子：いざという時に身近で支援してくれる人を得る力】（得点率 73.8%）で、糖尿病患者は【第 11 因子：自己決定する力】（74.7%）であった。得点率が一番低かったのは、健診受診者、糖尿病患者とも【第 9 因子：どのような健康状態になっても、人生に意味を見出す力】であった。

また、健診受診者と糖尿病患者の「健康に生き抜く力」との総計および各構成因子との関連を t 検定で分析した結果を表 4 に示した。糖尿病患者が健診受診者より有意に高かったのは、「健康に生き抜く力総計」および【自分自身のこととして健康状態を把握する力】【これまでの経験や持っている資源で解決する力】【専門家の支援を得る力】【自己決定する力】の因子であった。

3. 「健康に生き抜く力」と社会的因子と個人的因子との関連

概念枠組み（図 1）に示した「健康に生き抜く力」と社会的因子および個人的因子との関連をみてみた。

1) 「健康に生き抜く力」と社会的因子との関連

社会的因子の婚姻状況、家族構成、教育歴と「健康に生き抜く力」との関連をみてみた。

婚姻状況を①既婚、②死別・離別、③未婚の 3 分類し、「健康に生き抜く力」の総計および各構成因子の得点を一元配置分散分析で検討し、その後の検定として、Tukey法を用いて多重比較を行った。その結果、【普段からの付き合いを大切にする力】【自己を信頼する力】について既婚は未婚より高いことが有意に認められた。【いざという時に身近で支援してくれる人を得る力】については、既婚が未婚、死別・離別より高いことが有意に認められた。婚姻状況と「健康に生き抜く力」総計との有意な関連はみられなかった。

家族構成と「健康に生き抜く力」との総計および各構成因子との関連を t 検定で分析した。【普段からの

表2 健診受診者の「健康に生き抜く力」の平均値・得点率

	度数	項目数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差	得点率 (%)
⑥いざという時に身近で支援してくれる人を得る力	494	3	3	15	5465	11.06	2.679	73.8
⑩自己決定する力	505	2	2	10	3534	7.00	1.648	70.0
⑦客観的情報で判断する力	497	4	4	20	6919	13.92	2.625	69.6
⑫無理せず、自分の生活を整える力	503	2	3	10	3458	6.87	1.279	68.7
②健康のことを考えながら、自分自身が療養を实践する力	466	10	12	50	15624	33.53	6.068	67.1
①物事をポジティブに捉え、自分自身を大切にする力	490	14	19	70	22934	46.80	8.259	66.9
③自分自身のこととして健康状態を把握する力	484	6	6	30	9152	18.91	3.883	63.0
④普段からの付き合いを大切に する力	480	6	7	30	9064	18.88	4.465	62.9
⑬物事をいろいろな視点で捉えることができる力	502	2	2	10	3095	6.17	1.534	61.7
⑩自己を信頼する力	498	3	3	15	4587	9.21	2.045	61.4
⑤今までの経験や持っている資源で解決できる力	485	4	4	20	5468	11.27	3.057	56.4
⑧専門家の支援を得る力	476	4	4	20	5180	10.88	3.555	54.4
⑨どのような健康状態になっても、人生に意味を見出す力	494	3	3	15	3998	8.09	2.336	54.0

* 得点率 (%) : 合計 / 度数 × 項目数 × 5 × 100

表3 糖尿病患者の「健康に生き抜く力」の平均値・得点率

	度数	項目数	最小値	最大値	合計	平均値	標準偏差	得点率 (%)
⑩自己決定する力	118	2	2	10	881	7.47	1.884	74.7
⑥いざという時に身近で支援してくれる人を得る力	118	3	3	15	1269	10.75	3.255	71.7
⑧専門家の支援を得る力	103	4	4	20	1471	14.28	3.929	71.4
⑦客観的情報で判断する力	115	4	4	20	1624	14.12	3.517	70.6
②健康のことを考えながら、自分自身が療養を实践する力	104	10	12	50	3620	34.81	7.237	69.6
⑫無理せず、自分の生活を整える力	116	2	2	10	807	6.96	1.596	69.6
③自分自身のこととして健康状態を把握する力	110	6	6	30	2257	20.52	4.928	68.4
①物事をポジティブに捉え、自分自身を大切に する力	106	14	23	70	4982	47.00	9.597	67.1
⑬物事をいろいろな視点で捉えることができる力	118	2	2	10	760	6.44	1.757	64.4
⑤今までの経験や持っている資源で解決できる力	114	4	5	20	1457	12.78	3.407	63.9
④普段からの付き合いを大切に する力	110	6	7	30	1999	18.17	5.408	60.6
⑩自己を信頼する力	119	3	3	15	1066	8.96	2.271	59.7
⑨どのような健康状態になっても、人生に意味を見出す力	111	3	3	14	912	8.22	2.718	54.8

* 得点率 (%) : 合計 / 度数 × 項目数 × 5 × 100

表4 健診受診者と糖尿病患者の健康に生き抜く力 (t検定)

		度数	平均値	標準偏差	t 値	自由度	有意確率
健康に生き抜く力 総計	1	408	201.94	29.523	3.190	488	.002
	2	82	213.84	36.660			
物事をポジティブに捉え、自分自身を大切に する力	1	490	46.80	8.259	.215	594	.830
	2	106	47.00	9.597			
健康のことを考えながら、自分自身で 実践する力	1	466	33.53	6.068	1.874	568	.061
	2	104	34.81	7.237			
自分自身のこととして健康状態を把握 する力	1	484	18.91	3.883	3.720	592	.000
	2	110	20.52	4.928			
普段からの付き合いを大切に する力	1	480	18.88	4.465	1.444	588	.149
	2	110	18.17	5.408			
今までの経験や持っている資源で解決 する力	1	485	11.27	3.057	4.630	597	.000
	2	114	12.78	3.407			
いざという時に身近で支援してくれる 人を得る力	1	494	11.06	2.679	1.076	610	.282
	2	118	10.75	3.255			
客観的情報で判断する力	1	497	13.92	2.625	.688	610	.492
	2	115	14.12	3.517			
専門家の支援を得る力	1	476	10.88	3.555	8.632	577	.000
	2	103	14.28	3.929			
どのような健康状態になっても、人生 に意味を見出す力	1	494	8.09	2.336	.486	603	.627
	2	111	8.22	2.718			
自己を信頼する力	1	498	9.21	2.045	1.185	615	.236
	2	119	8.96	2.271			
自己決定する力	1	505	7.00	1.648	2.701	621	.007
	2	118	7.47	1.884			
無理せず、自分の生活を整える力	1	503	6.87	1.279	.594	617	.553
	2	116	6.96	1.596			
物事をいろいろな視点で捉える力	1	502	6.17	1.534	1.705	618	.089
	2	118	6.44	1.757			

1: 健診受診者 2: 糖尿病患者

【付き合いを大切に
する力】は、家族がいる人が一人暮らしの人より、有意 ($p < .05$) に高かった。【いざという時に身近で支援してくれる人を得る力】、【自己を信頼する力】は、家族がいる人が一人暮らしの人より有意 ($p < .01$) に高かった。家族構成と「健康に生き抜く力」総計との有意な関連はみられなかった。

教育歴を①6～9年、②10～12年、③13年以上と3分類し、「健康に生き抜く力」の総計および各構成因子の得点を一元配置分散分析で検討し、その後の検定として、Tukey法を用いて多重比較を行った。教育歴と「健康に生き抜く力」総計との有意な関連はみられなかった。

2) 「健康に生き抜く力」と個人的因子との関連

個人的因子では、性別、年代、糖尿病の家族歴と健康に生き抜く力の各因子との関連をみてみた。

性別と「健康に生き抜く力」との総計および各構成

因子との関連をt検定で分析した。【物事をポジティブに捉え、自分自身を大切に
する力】【今までの経験や持っている資源で解決する力】【専門家の支援を得る力】【自己決定する力】は男性が女性より有意 ($p < .05$) に高かった。【普段からの付き合いを大切に
する力】は、女性が男性より有意 ($p < .01$) に高かった。性別と「健康に生き抜く力」総計との有意な関連はみられなかった。

年代と「健康に生き抜く力」総計および各構成因子との関連を一元配置分散分析で、その後の検定を多重比較 (Tukey法) でみてみた。年代と「健康に生き抜く力」総計との関連では、70歳代が60歳代以下の年齢より有意 ($p < .01$) に高かった (表5)。

糖尿病の家族歴と「健康に生き抜く力」との総計および各構成因子との関連をt検定で分析した。【専門家の支援を得る力】は、家族歴のある人がない人より、

表5 健康に生き抜く力と年代（一元配置分散分析）

	40 歳代 N=66		50 歳代 N=134		60 歳代 N=258		70 歳代 N=158		F 値	有意 確率	多重 比較
	平均	SD	平均	SD	平均	SD	平均	SD			
健康に生き抜く力 総計	189.82	28.371	195.33	31.656	205.93	27.682	219.96	31.480	11.729	.000	*a, *b*c
物事をポジティブに 捉え、自分自身を大 切にする力	43.66	8.303	44.37	8.429	47.58	7.542	50.02	8.928	9.019	.000	*b, *c, *e, *f
健康のことを考えな がら、自分自身が療 養を実践する力	31.33	5.483	32.47	6.495	34.16	5.650	35.90	6.457	6.589	.000	*b*, c, *f
自分自身のこととし て健康状態を把握す る力	17.21	4.380	18.48	4.031	19.31	3.658	20.84	4.108	8.323	.000	*a*, b, *c
普段からの付き合い を大切にする力	19.33	4.311	17.94	4.484	18.54	4.524	20.21	4.742	4.722	.000	*a, *b
今までの経験や持っ ている資源で解決す る力	10.95	3.115	10.95	2.919	11.63	3.041	12.34	3.497	4.884	.000	*b, *c
いざという時に身近 で支援してくれる人 を得る力	11.33	2.556	10.61	2.733	11.16	2.555	11.08	3.310	1.055	.384	
客観的情報で判断す る力	12.92	2.604	13.78	2.756	13.98	2.531	14.85	2.881	4.961	.000	*a, *b, *c
専門家の支援を得る 力	9.18	2.850	10.57	3.886	11.74	3.641	13.17	3.719	15.648	.000	*a, *b, *c
どのような健康状態 になっても、人生に 意味を見出す力	7.28	2.395	7.45	2.422	8.24	2.255	8.94	2.571	7.463	.000	*b, *c, *e, *f
自己を信頼する力	8.57	2.091	9.13	2.140	9.30	1.871	9.37	2.230	2.411	.035	
自己決定する力	6.43	1.952	6.73	1.808	7.32	1.537	7.47	1.515	6.247	.000	*b, *c, *e, *f
無理せず、自分の生 活を整える力	6.42	1.102	6.62	1.275	6.96	1.239	7.27	1.463	5.596	.000	*b, *c, *f
物事をいろいろな視 点で捉える力	5.86	1.745	5.89	1.608	6.25	1.455	6.70	1.577	4.510	.000	*b, *c

多重比較 Tukey 法：a.70 歳代 > 60 歳代 b.70 歳代 > 50 歳代 c.70 歳代 > 40 歳代
d.60 歳代 > 70 歳代 e.60 歳代 > 50 歳代 f.60 歳代 > 40 歳代

* $p < .05$

有意 ($p < .05$) に高かった。糖尿病家族歴と「健康に生き抜く力」総計との有意な関連はみられなかった。

4. 「健康に生き抜く力」とソーシャルサポートとの関連

ソーシャルサポート尺度総計と「健康に生き抜く力」の総計との相関 (*Pearson*) をみてみると、 $r=0.442$ ($p < .01$) であった。ソーシャルサポート尺度総計と「健康に生き抜く力」の各構成因子との相関 (*Pearson*) をみてみると、 $r=0.133 \sim 0.737$ ($p < .01$) とすべての因子に有意差が認められた (表6)。

社会的因子のソーシャルサポート尺度合計点の平均値は、36.78 (SD = 7.753, 最小値7, 最大値49) であった。ソーシャルサポート尺度総計が平均値以下 (37 以下) と平均値以上 (38 以上) を健康に生き抜く力について、*t* 検定を行った。その結果、健康に生き抜く力の総計は、 $t(477) = 9.142$, $p < .01$ で平均値以上の人は、平均値以下の人より有意に高い結果を示していた。各構成因子とは、 $t(571) = 19.556$, $p < .01 \sim t(578) = 2.442$, $p < .05$ とすべての因子において、平均値以上の人は平均値以下の人より有意に高い結果を示していた (表7)。

「健康に生き抜く力」の各構成因子とソーシャルサポートの下位尺度3因子である「家族」「大切な人」「友人」との相関をみてみると、すべての因子と有意な相関が認められた。「家族」については、【いざという時に身近で支援してくれる人を得る力】と $r=0.709$ ($p < .01$) の強い相関が認められた。「大切な人」については、【いざという時に身近で支援してくれる人を得る力】と $r=0.701$ ($p < .01$) の強い相関が認められた。「友人」については、【普段からの付き合いを大切にする力】 $r=0.762$ ($p < .01$) の強い相関が認められた。また、「健康に生き抜く力」

の各因子とソーシャルサポート尺度総計の相関については、 $r=0.133$ から 0.737 ($p < .01$) の範囲で相関が認められた。

5. 「健康に生き抜く力」と獲得する健康との関連

健康に生き抜く力の各因子と主観的健康感、日常生活の影響の有無、現病歴の有無を *t* 検定で分析した。

主観的健康感では、「健康に生き抜く力総計」($t(484) = 2.130$, $p < .05$) 【物事をポジティブに捉え、自分自身を大切にする力】($t(589) = 3.340$, $p < .01$) 【健康のことを考えながら、自分自身で実践する力】($t(564) = 2.757$, $p < .01$) 【今までの経験や持っている資源で解決する力】($t(592) = 2.244$, $p < .05$) 【いざという時に身近で支援してくれる人を得る力】($t(69.418) = 2.564$, $p < .05$) の因子に主観的健康感の「まあよい・とてもよい」が「よくない・あまりよくない」より有意に平均値が高かった。

日常生活への影響の有無では、【自分自身のこととして、健康状態を把握する力】($t(592) = 2.109$, $p < .05$) 【専門家の支援を得る力】($t(577) = 2.395$, $p < .05$) の因子に日常生活への「影響がある」が「影響がない」より有意に平均値が高かった。

現病歴の有無では、【自分自身のこととして健康状態を把握する力】、【今までの経験や持っている資源で解決する力】、【専門家の支援を得る力】の因子に「現病歴あり」の人が「現病歴なし」の人より有意に平均値が高かった (表8)。

表6 健康に生き抜く力とソーシャルサポート尺度総計 (相関) N=607

	健康に生き抜く力総計						
	.442**						
ソ ー シ ャ ル サ ポ ー ト 尺 度 総 計	物事をポジティブに捉え、自分自身を大切に する力	健康のことを考えながら、自分自身で 実践する力	自分自身のこととして健康状態を把握 する力	普段からの付き合いを大切に する力	今までの経験や持っている資源で解決 できる力	いざという時に身近で支援 してくれる人を得る力	客観的情報で 判断する力
	.368**	.133**	.170**	.737**	.140**	.653**	.175**
	専門家の支援 を得る力	どのような健康状態になっ ても、人生に意味を見出す 力	自己を信頼す る力	自己決定でき る力	無理せず、自 分の生活を整 える力	物事をいろ んな視点で捉 えることが できる力	
	.203**	.249**	.443**	.141**	.219**	.321**	

** $p < .01$

表7 健康に生き抜く力とソーシャルサポートの関連

	ソーシャル サポート	度数	平均値	標準 偏差	t 値	自由度	有意 確率
健康に生き抜く力 総計	1	222	190.92	27.167	9.142	477	.000
	2	257	215.11	30.278			
物事をポジティブに捉え、自分 自身を大切にする力	1	274	43.63	7.702	9.089	576.839	.000
	2	306	49.64	8.226			
健康のことを考えながら、自分 自身で実践する力	1	261	32.85	6.105	3.179	553	.002
	2	294	34.54	6.379			
自分自身のこととして 健康状態を把握する力	1	274	18.57	4.005	3.601	574	.000
	2	302	19.80	4.164			
普段からの付き合いを 大切にする力	1	267	15.54	3.582	19.556	571	.000
	2	306	21.48	3.671			
今までの経験や持っている資源 で解決する力	1	273	11.24	3.037	2.442	578	.015
	2	307	11.88	3.290			
いざという時に身近で支援して くれる人を得る力	1	276	9.52	2.811	13.647	496.682	.000
	2	314	12.32	2.049			
客観的情報で判断する力	1	280	13.58	2.663	3.480	588	.001
	2	310	14.36	2.829			
専門家の支援を得る力	1	264	10.66	3.696	4.826	562	.000
	2	300	12.20	3.874			
どのような健康状態になっても、 人生に意味を見出す力	1	277	7.56	2.217	5.340	584	.000
	2	309	8.60	2.465			
自己を信頼する力	1	281	8.44	2.015	8.428	593	.000
	2	314	9.81	1.940			
自己決定する力	1	284	6.80	1.726	4.020	600	.000
	2	318	7.35	1.628			
無理せず、自分の生活を整える 力	1	282	6.64	1.247	4.285	595.995	.000
	2	316	7.10	1.393			
物事をいろいろな視点で捉える 力	1	283	5.75	1.555	6.860	598	.000
	2	317	6.61	1.513			

1：ソーシャルサポート尺度総計が平均値以下（37以下）

2：ソーシャルサポート尺度総計が平均値以上（38以上）

表8 健康に生き抜く力と現病歴 (t検定)

		度数	平均値	標準 偏差	t 値	自由度	有意 確率
健康に生き抜く力 総計	1	128	201.49	30.435	1.391	239.719	.166
	2	321	205.95	31.291			
物事をポジティブに捉え、自分 自身を大切にする力	1	142	47.20	8.197	.506	543	.613
	2	403	46.78	8.739			
健康のことを考えながら、自分 自身で実践する力	1	138	33.13	6.220	1.708	520	.088
	2	384	34.19	6.241			
自分自身のこととして健康状態 を把握する力	1	142	18.26	4.108	3.501	543	.001
	2	403	19.64	4.003			
普段からの付き合いを 大切にする力	1	138	19.20	4.561	1.361	540	.174
	2	404	18.58	4.651			
今までの経験や持っている資源 で解決する力	1	140	11.13	3.324	2.383	545	.018
	2	407	11.86	3.094			
いざという時に身近で支援して くれる人を得る力	1	141	11.35	2.385	1.883	558	.060
	2	419	10.84	2.967			
客観的情報で判断する力	1	142	13.70	2.612	1.271	558	.204
	2	418	14.04	2.863			
専門家の支援を得る力	1	136	9.72	3.171	7.225	529	.000
	2	395	12.34	3.790			
どのような健康状態になっても、 人生に意味を見出す力	1	141	7.91	2.239	1.233	550	.218
	2	411	8.19	2.432			
自己を信頼する力	1	142	9.32	2.043	.963	563	.336
	2	423	9.12	2.121			
自己決定する力	1	142	7.01	1.622	.823	567	.411
	2	427	7.14	1.730			
無理せず、自分の生活を整える 力	1	142	6.92	1.238	.366	564	.715
	2	424	6.88	1.372			
物事をいろいろな視点で捉える 力	1	140	6.21	1.501	.008	565	.993
	2	427	6.21	1.588			

1：現病歴なし 2：現病歴あり

6. 「健康に生き抜く力」とセルフケア能力との関連

「健康に生き抜く力」とセルフケア能力との関連を表9に示した。

「健康に生き抜く力」とセルフケア能力との相関(Pearson)をみてみると、セルフケア能力に $r=0.666$ ($p<.01$)と中等度の相関が認められ、「健康に生き抜く力」の各因子とセルフケア能力(SCA Q)の下位尺度4因子である「健康管理法の獲得と継続」「体調の調整」「健康管理への関心」「有効な支援の獲得」との相関をみてみると、すべての因子と有意な相関が認められた。

「健康に生き抜く力」の各因子とセルフケア能力総計の相関については、 $r=0.323 \sim 0.583$ ($p<.01$)までの弱い相関から中等度の有意な相関が認められた。健康に生き抜く力総計とセルフケア能力の下位因子については、「健康管理法の獲得と継続」とは $r=0.671$ ($p<.01$)、「体調の調整」とは $r=0.534$ ($p<.01$)、「有効な支援の獲得」

には $r=0.536$ ($p<.01$)と中等度の相関に有意差が認められ、「健康管理への関心」には $r=0.395$ ($p<.01$)と弱い相関に有意差が認められた。

7. 「健康に生き抜く力」と社会的因子・個人的因子との構造

「健康に生き抜く力」と社会的因子・個人的因子の関連をみるために、健康に生き抜く力総計を従属変数、社会的因子・個人的因子の各変数を独立変数とする重回帰分析を行った。なお、変数は強制投入法とした。重回帰分析の結果、重決定係数(R^2)は0.325であった。また、VIFは1.019～1.582であり、変数間に多重共線性の問題は無いと考えられる(表10)。

社会的因子のソーシャルサポート、婚姻状況、家族構成、教育歴をみてみると、ソーシャルサポートが健康に生き抜く力に一番影響があった。教育歴はほとんど影響が認められなかった。婚姻状況と家族構成に関しては、

表9 健康に生き抜く力総計とSCAQ総計・下位尺度との相関

	健康管理法の 獲得と継続	体調の調整	健康管理への 関心	有効な支援 の獲得	SCAQ 総計	健康に生き抜 く力総計
健康に生き抜く力 総計	.671**	.534**	.395**	.536**	.666**	—
物事をポジティブに捉え、自分自身を大切にする力	.574**	.492**	.342**	.450**	.583**	.849**
健康のことを考えながら、自分自身が療養を実践する力	.598**	.417**	.413**	.298**	.537**	.737**
自分自身のこととして健康状態を把握する力	.461**	.376**	.292**	.320**	.443**	.728**
普段からの付き合いを大切に する力	.359**	.281**	.241**	.538**	.417**	.633**
今までの経験や持っている資源で解決する力	.447**	.300**	.156**	.269**	.359**	.664**
いざという時に身近で支援してくれる人を得る力	.239**	.244**	.189**	.513**	.353**	.508**
客観的情報で判断する力	.422**	.347**	.337**	.301**	.425**	.607**
専門家の支援を得る力	.311**	.218**	.124**	.453**	.323**	.582**
どのような健康状態になっても、人生に意味を見出す力	.453**	.328**	.195**	.334**	.410**	.635**
自己を信頼する力	.410**	.299**	.244**	.379**	.406**	.675**
自己決定する力	.390**	.303**	.241**	.225**	.362**	.643**
無理せず、自分の生活を整える力	.481**	.411**	.392**	.322**	.487**	.691**
物事をいろいろな視点で捉える力	.421**	.319**	.229**	.362**	.405**	.696**

** $p < .01$

表 10 健康に生き抜く力と社会的因子・個人的因子の重回帰分析

独立変数		編回帰係数 B	標準編回帰係数 β	有意確率 (<i>p</i>)	VIF
社会的因子	ソーシャルサポート	1.945	.480	.000	1.114
	婚姻状況	2.326	.039	.392	1.452
	家族構成	.550	.005	.912	1.582
	教育歴	5.512	.112	.006	1.124
個人的因子	性別	-.621	-.010	.816	1.172
	年齢	1.228	.393	.000	1.273
	家族歴（糖尿病）	.277	.004	.911	1.019

a. 従属変数「健康に生き抜く力」総計
ANOVA $p < .01$, $R^2 = .335$, 調整済み $R^2 = .325$

有意な関連は認められなかった。

個人的因子の性別、年齢、糖尿病家族歴をみると、年齢に関しては、有意な関連が認められた。性別、糖尿病家族歴に関しては有意な関連は認められなかった。

さらに、有意な関連のあった変数「ソーシャルサポート」「教育歴」「年齢」を独立変数、健康に生き抜く力総計を従属変数とする重回帰分析を強制投入法で行った。その結果、重決定係数 (R^2) は 0.337 であった。また、VIF は 1.008 ~ 1.120 であり、変数間に多重共線性の問題は無いと考えられる (図 3)。

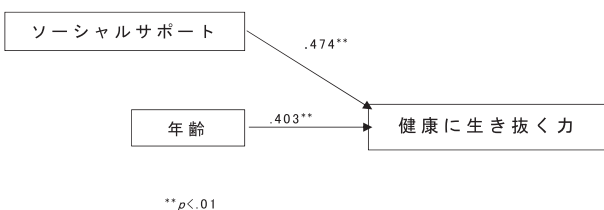


図 3 健康に生き抜く力と関連のあった 2 因子の重回帰分析

8. 「健康に生き抜く力」と獲得する健康との構造

「健康に生き抜く力」と獲得する健康で有意な相関が認められたセルフケア能力と主観的健康感について、単回帰分析を行った。セルフケア能力および主観的健康感を従属変数、健康に生き抜く力総計を独立変数とする単回帰分析をそれぞれ行った。セルフケア能力尺度総計と健康に生き抜く力総計の単回帰分析の結果、重決定係数

(R^2) は 0.442 であった (図 4)。また、主観的健康感と健康に生き抜く力総計の単回帰分析の結果、重決定係数 (R^2) は 0.032 であった (図 5)。

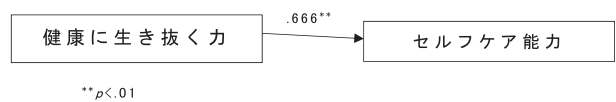


図 4 健康に生き抜く力とセルフケア能力の単回帰分析

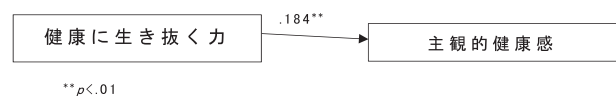


図 5 健康に生き抜く力と主観的健康感の単回帰分析

V. 考察

1. 健診受診者と糖尿病患者の「健康に生き抜く力」の実態

1) 健診受診者と糖尿病患者の健康状態や生活状況の実態

(1) 主観的健康感が、糖尿病患者は、健診受診者に比べて、「あまりよくない・よくない」人が多く、活動できなかった日がある人は、健診受診者に比べて多かった。影響のあった日常生活動作は、健診受診者は、仕事・家事・学業の時間や作業量の制限という項目が多かったのに対して、糖尿病患者は、起床・衣服着脱・食事・入浴などの日常生活動作への影響ある人が多かった。このことから、糖尿病患者は自覚症状も少なく、日常生活に支障はないように見えるが、健康な人々と比較すると、日常生活に支障があることがわ

かり、そのことが日々のストレスとも関連することが考えられる。

(2) 生物学的指標として、血糖値とHbA1cの結果から比較してみると、健診受診者の現在の血糖値とHbA1cの平均値は、健診受診者は、現在と高かった時の差はあまりないのに比べて、糖尿病患者は治療や療養によって、かなり高い状態から低い状態へと改善はし、血糖値は良くなっているが、HbA1c値は比較的高い値でとどまっておき、糖尿病改善の難しさがうかがえる。

(3) 糖尿病の経過が「良くなっている人」が多いのは、研究協力者が外来通院中の治療を継続している患者なので当然ではあるが、悪化している人が2割いることから、薬物治療だけでは良くなならない、日常生活での療養を長期に継続していかなければならないという糖尿病という疾患の改善の困難さがうかがえる。糖尿病の悪化の有無の判断が難しかった人が3割以上もいるのは、良くなったり悪くなったりを繰り返し、長期間になるので正確に検査データや日時を把握しておくのが難しいのではないかと考えられる。

2) 健診受診者と糖尿病患者の「健康に生き抜く力」の特徴

健診受診者と糖尿病患者の13の各構成因子の得点率および平均値を比較した結果について考察する。

(1) 【専門家の支援を得る力】が糖尿病患者では、3番目であったが、健診受診者では、12番目であった。専門家の支援を受けるのは、疾患に罹患してからであり、健康な人は専門家に支援を受けていることが少ないということがうかがえる。保健師としては、予防看護の専門職として、疾患に罹患する前に予防的にかかわっていきたいのであるが、健康情報はテレビやラジオ、新聞、インターネット、友人や知人から得ているという人が多いと報告されている（地方経済総合研究所，2014；魚里ら，2018）。

(2) 【いざという時に身近で支援してくれる人を得る力】が健診受診者は1番高く、糖尿病患者は2番目で、共に上位であった。【普段からの付き合いを大切にする力】も、健診受診者、糖尿病患者共に6割以上であり、両者にとって重要な要素であることが考えられる。

(3) 【自己決定する力】が両者とも高く、特に糖尿病患者では1番高かった。このことから、糖尿病患者は、食事や運動など日常生活にかかわる療養が重要であり、療養生活を実践するためには、自分自身が決定する力と実行できる環境が必要であり、自分自身が実践

しなければよくならないので、【自己決定する力】が高くなっているのではないかと考えられる。

(4) 【客観的情報で判断する力】は検査データで自分の状況を判断する力であるが、健診受診者3番目、糖尿病患者4番目と共に上位であった。糖尿病は自覚症状のない疾患なので、糖尿病患者は日頃から糖尿病の検査データや自分の体調を客観的に観察する力が身につけているのではないかと考えられる。【自分自身のこととして健康状態を把握する力】は、健診受診者、糖尿病患者とも7番目であったが、糖尿病患者は、自覚症状はあまり感じなくても、疾患に罹患していることを意識し、他人まかせにせず、自分自身のこととして健康状態に気をつけていると考えられる。

(5) 【自己を信頼する力】については、糖尿病患者は、順位は下から2番目であった。糖尿病患者は、疾患が進行すると自覚症状や合併症による体調不良や疾患の悪化による日常生活への支障を長年の療養生活の中で経験することにより、「いっとうなるかわからない」という自分自身の心身の状況に信頼感がおけなくなっているのではないかと考えられる。

(6) 【どのような健康状態になっても、人生に意味を見出す力】が健診受診者、糖尿病患者とも一番低かった。これは【無理せず、自分の生活を整える】が健診受診者が4番目、糖尿病患者が6番目という結果から、「ストレスや疾患を挑戦に値する、意味のあるものとして捉える」といったストレスに対して積極的に挑戦するというより、現状をありのままに素直に受け入れているという人が多いのではないかと考える。

(7) 健診受診者と糖尿病患者の「健康に生き抜く力」の平均値の比較においては、糖尿病患者は「自分自身のこととして健康状態を把握する力」「今までの経験や持っている資源で解決する力」「専門家の支援を得る力」「自己決定する力」が健診受診者に比べて高かったことから、糖尿病の療養生活を送ることによって「健康に生き抜く力」の中のこれらの力が獲得され、糖尿病の改善につながっているのではないかと考えられた。「健康に生き抜く力総計」においても糖尿病患者が高いという結果から、糖尿病患者は「健康に生き抜く力」が高いと考えられる。これは、本研究の対象者は、糖尿病通院患者であり、治療中でよくならない状態の方々ということから、健康に生き抜く力が高いと糖尿病になりにくいということではなく、糖尿病になることによって、「健康に生き抜く力」を獲得し、

糖尿病の改善につながっているということだと考えられる。健康生成論における健康生成の考え方は、今置かれた状態から、健康へと向かっていく健康因子のことなので、「健康に生き抜く力」は健康因子であると考えられる。

2. 「健康に生き抜く力」と社会的因子・個人的因子との関連性

「健康に生き抜く力」と健診受診者・糖尿病患者の個人的因子および社会的因子との関連性について考察する。

1) 社会的因子（婚姻状況、家族構成、教育歴、ソーシャルサポート）との関連

婚姻状況と「健康に生き抜く力」総計とでは、有意な関連は認められなかった。既婚、未婚、死別・離別に分類して関連をみると、【普段からの付き合いを大切にす力】【自己を信頼する力】は、【いざという時に身近で支援してくれる人を得る力】が有意に高かった。家族構成と健康に生き抜く力総計とでは、有意な関連は認められなかったが、各因子とでは、【いざという時に身近で支援してくれる人を得る力】【自己を信頼する力】が家族のいる人が一人暮らしの人より有意に高かった。教育歴と健康に生き抜く力総計とでは、有意な関連は認められなかった。このことから、「健康に生き抜く力」は、婚姻状況、家族構成、教育歴とは関連がほとんどないと考えられる。

ソーシャルサポートについては、健康に生き抜く力総計と各構成因子すべてとソーシャルサポート尺度得点総計との有意な相関が認められ、重回帰分析の結果からも因果関係が認められた。このことから、ソーシャルサポートが豊かな人ほど、健康に生き抜く力が高くなることが明らかになった。

2) 個人的因子（性別、年代、糖尿病の家族歴）との関連

性別と各構成因子別では、【物事をポジティブに捉え、自分自身を大切にす力】、【今までの経験や持っている資源で解決する力】【専門家の支援を得る力】【自己決定する力】は男性が女性より高く、【普段からの付き合いを大切にす力】は女性が男性より有意に高かった。我が国においては、男性は外で働き仕事で培った経験や専門家も含めての資源を活用しやすいことや物事に対して自己決定でき物事をすすめやすい、それに対して女性は日頃から男性より出しゃばらずに男性に決定権を委ねることや近所づきあいや人間関係を大切にすのが女性の務めであるといった文化的な背景

が関係しているのではないかと考える。

年齢が高くなるほど、健康に生き抜く力および各構成因子は高くなるという結果から、健康に生き抜く力は年齢と共に獲得されていくものであると考えられる。

家族歴のある人が専門家の支援を得る力が高いのは、家族の治療や療養生活を通して専門家と接する機会が多いことからではないかと考える。

3. 「健康に生き抜く力」と獲得する健康との関連性

「健康に生き抜く力」と健診受診者・糖尿病患者の獲得する健康との関連性について考察する。

1) 獲得する健康では、主観的健康感と有意な相関関係が認められた。また、セルフケア能力についても、有意な相関関係が認められた。それぞれの単回帰分析の結果では、「健康に生き抜く力」が高い人は、主観的健康感が高くなること、セルフケア能力が高くなることが明らかになった。

2) 生物学的指標の検査データについては自己申告のため、空白や間違いである値が散見され、正確な値が得られにくく判断することが難しかったので、生物学的指標の正確なデータの収集方法については今後の検討課題である。

3) 現病歴の有無と「健康に生き抜く力」とは、有意な関連が認められなかったが、各構成因子をみると、「自分自身のこととして健康状態を把握する力」「今までの経験や持っている資源で解決する力」「専門家の支援を得る力」が現病歴のある人の方が有意に高かった。これは、糖尿病の人と同様の結果であり、何か疾患を持っている人は、このような因子を獲得し、健康な方向へ向かうということが考えられ、疾患の有無にかかわらず、その人が健康と感じているかどうかといった主観的健康感やセルフケア能力の獲得が「健康に生き抜く力」の「獲得する健康」であると考えられる。

Antonovsky (1987) は、健康生成論における健康の考え方は、「健康—健康破綻の連続体」の中でのその人のある状態を健康状態と捉え、健康因子によってより「ease：獲得する健康」の状態に近づけることを健康生成していると考え、健康因子 salutary factor は、健康—健康破綻を両極とする連続体上におけるその人の位置を保ち、かつ健康の極側に移動させるものであり、健康状態の主要な決定因子となると述べており、本研究の「健康に生き抜く力」は、健康生成論に

基づいた健康の考え方に添っているのではないかと考
える。

4. 「健康に生き抜く力」の関連要因

本研究結果から「健康に生き抜く力」は、社会的因子
としてはソーシャルサポートが、個人的因子としては年
齢が影響している。また、「健康に生き抜く力」が高
くなることによって、セルフケア能力が高くなり、主観的
健康感にも影響を及ぼしていると考えられた。社会的因
子であるソーシャルサポートが豊かであるほど、個人的
因子である年齢が高くなるほど「健康に生き抜く力」が
高くなり、「健康に生き抜く力」が高い人は主観的健康
感が高く、セルフケア能力が高いと考えられる。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究ではいくつかの有意義な結果が認められたが、
質問項目の多さや調査場所の多忙さから、調査協力の承
諾を得ることが難しく、調査対象が限定されたことから、
本研究結果を一般化するには限界がある。今後、質問項
目を洗練した調査票を作成し、より幅広く多くのデー
タを収集することによって、糖尿病発症・重症化予防に向
けての看護介入モデル作成および介入プログラムの開発
に向けての研究に継続的に取り組んでいきたいと考えて
いる。

VII. 結論

「健康に生き抜く力」は、ソーシャルサポートと年
齢に影響を受け、その力を獲得することによってセル
フケア能力が高くなり、主観的健康感も高くなると
いった人々を健康生成の方向に導く健康因子 (salutary
factor) である。「健康に生き抜く力」は、疾患の有無
に関係なく、すべての人々を健康生成の方向へ導く因子
であるということが明らかになり、「健康に生き抜く力」
を取り入れた生活習慣病発症予防・重症化予防プログラ
ムの開発や予防看護に関する研究、実践の基礎資料とな
ることが示唆された。

謝辞

調査にご協力くださいました皆様、本研究にご理解・
ご協力くださいました関係機関の皆様にご心より感謝申
上げます。また、本研究をご指導いただきました高知県
立大学 時長美希教授にご心より感謝申し上げます。なお、
本稿は、高知県立大学大学院看護学研究科博士論文の一

部を加筆・修正したものです。本研究において、申告す
べき利益相反事項はありません。

引用、参考文献

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health, How People Manage Stress and Stay Well*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco/ 山崎喜比古, 吉井清子監訳 (2001). 健康の謎を解く, 東京, 有信堂高文社, 251.
- 青山幸生, 広門靖正, 大島克郎 (2007). 慢性疼痛に対するサルー
トジェネシス (健康創成論) 的一考察, 線維筋膜炎の治療を
通じて, *Comprehensive Medicine*, 8 (1), 69-75.
- 有森直子, 江藤宏美, 大森純子ほか (2009). People-Centered
Care の戦略的実践 I, パートナーシップの類型, 聖路加看護
学会誌, 13 (2), 11-16.
- カール・ベッカー. (2007). SOC の現状とスピリチュアル教育
の意味, *Comprehensive Medicine*, 8 (1), 23-52.
- Freire, MC., Sheiham, A., & Hardy, R. (2001).
Adolescents' sense of coherence, oral health status, and
oral health-related behaviors, *Community Dentistry & Oral
Epidemiology*, 29 (3), 204-212.
- 藤島麻美, 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古 (2009). 未治療の病をもち
ながら生きる体験, *看護研究*, 42 (7), 527-537.
- 橋爪誠, 榎木博茂, 中井吉英 (2005). 健康生成論からみた慢性
疼痛, *慢性疼痛*, 24 (1), 27-32.
- 本庄恵子 (2001). 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙
の改訂, *日本看護科学会誌*, 21 (1), 29-39.
- 石津 宏 (2007). Salutogenesis と 沖 縄 の 長 寿 研 究,
Comprehensive Medicine, 8 (1), 53-61.
- 岩佐一, 権藤恭之, 増井幸恵ほか (2007). 日本語版「ソーシャル,
サポート尺度」の信頼性ならびに妥当性, 厚生 の 指 標, 54 (6),
26-33.
- 近藤克則 (2004). 生き抜く力—社会と身体的健康をつなぐもの,
公衆衛生, 68 (7), 562-568
- 近藤克則編 (2007). 検証「健康格差社会」介護予防に向けた社
会疫学の大規模調査, 医学書院, 東京, 200.
- Lundman, B., Norberg, A. (1993). The significance of
a sense of coherence for subjective health in persons with
insulin-dependent diabetes, *Journal of Advanced Nursing*, 18
(3), 381-386.
- 榎本妙子 (2001). 健康生成論に基づく地域住民の健康実態, 立
命館産業社会論集, 36 (4), 53-73.
- 松下年子, 原田美智, 大浦ゆう子 (2007). SOC とマタニティブ
ルーズ, *日保学誌*, 10 (1), 5-14.

- 店村真知子, 永田勝太郎(2008). 音楽療法(個別的ピアノコンサート)に対し乖離的心理反応を示した1例, *Comprehensive Medicine*, 9 (1), 68-72.
- 宮部修一(2008). Salutogenesis の観点からみた水俣病体験を受けとめる過程についての事例研究, *Comprehensive Medicine*, 9 (1), 60-67.
- 森山敬子, 杉田聡(2007). 成人期発症1型糖尿病女性の疾病需要に関する研究, *健康生成論を用いた分析*, *保健医療社会学論集*, 18 (1), 51-62.
- 本江朝美, 山田牧, 平吹登代子ほか(2003). 我が国における60歳以上の活動的高齢者の Sense of Coherence の実態と関連要因の探索, *日本看護研究学会雑誌*, 26 (1), 123-136.
- 永井直規, 鈴木盛夫, 神山吉輝ほか(2006). Locus of Control の安定性に関する研究-精神科治療による変化-, *臨床精神医学*, 35 (4), 459-465.
- 永田勝太郎, 長谷川拓也, 岡野寛ほか(2004). 緩和医療と salutogenesis (健康創成論), *慢性疼痛*, 23 (1), 129-134.
- 中村裕之, 荻野景規, 長瀬博文ほか(2004). 喫煙習慣に関連する心理社会的因子の評価と職場の禁煙プログラムの開発, *産業医学ジャーナル*, 27 (2), 67-71.
- 中村百合子, 高尾文子, 新谷奈苗ほか(2006). 企業労働者のストレス対処能力(SOC)に及ぼす生活背景の影響, *広島国際大学看護学ジャーナル*, 4巻, 15-24.
- 小田博志(1996). 健康生成パースペクティブ, *行動科学の新しい流れ*, *日本保健医療行動科学学会年報*, vol. 11, 261-267.
- 小川幸恵, 中村裕之, 長瀬博文ほか(2001). 生活習慣病危険因子に関わる HLC, SOC を中心とした心理社会因子についての構造的分析, *日本公衆衛生雑誌*, 55巻, 597-606.
- 坂野純子, 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古ほか(2009). 児童用SOCスケール日本語版開発の試み, *学校保健研究*, 51 (1), 39-47.
- Shiu, AT. (2004). Sense of coherence amongst Hong Kong Chinese adults with insulin-treated type 2 diabetes, *International Journal of Nursing Studies*, 41 (4), 387-396.
- 地方経済総合研究所(2014). 健康に関する情報の入手先, *健康に関するアンケート調査結果*, https://www.dik.or.jp/?action=cabinet2_action_main_download&block_id=242&room_id=1&cabinet2_id19&file_id=244&upload_id=592 (2016. 11. 26 情報取得)
- 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古(2005). 13項目5件法版 Sense of Coherence Scale の信頼性と因子的妥当性の検討, *民族衛生*, 71 (4), 168-182.
- 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古, 中山和弘ほか(2015). 13項目7件法 sense of coherence スケール日本語版の基準値の算出, *日本公衆衛生雑誌*, 62 (5), 232-237.
- 魚里明子(2013). 健康生成論に基づいた「健康に生き抜く力」の概念に関する研究-概念モデル抽出のための文献検討-, *関西看護医療大学紀要*, 5 (1), 10-27.
- 魚里明子, 伊木智子, 古川秀敏(2016). 健康生成に向かう「健康に生き抜く力」の構成要素に関する一考察-外来通院中の2型糖尿病患者の事例から-, *関西看護医療大学紀要*, 8 (1), 51-61.
- 魚里明子(2017). 健康生成に向かう「健康に生き抜く力」に関する研究, *高知県立大学看護学研究科博士論文*.
- 魚里明子, 小路浩子, 福山敦子ほか(2018). A 地域住民の食に関する意識と行動-体験型栄養教育 SAT システムの食事診断を用いて-, *神戸女子大学紀要*, 3, 27-33.
- 山崎喜比古(1999). 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC, *Quality Nursing*, 5 (10), 81-88.
- 山崎喜比古(2009). ストレス対処力 SOC (sense of coherence) の概念と定義, *看護研究*, 42 (7), 479-490.
- 山崎喜比古, 関由起子, 戸ヶ里泰典ほか(2007). 7年の追跡調査研究に見る薬害 HIV 感染患者の SOC の変化要因と効果, *日健教誌*, 15巻, 特別号, 220-221.
- 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子(2008). ストレス対処能力 SOC, 東京, 有信堂高文社, 228.
- 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典編(2017). 健康生成力 SOC と人生・社会, 東京, 有信堂高文社, 236.

