

一般住民における地域社会への態度尺度の再検討と健康指標との関連

ムラヤマ ヒロシ スガワラ イクコ ヨシエ サトル
 村山 洋史* 菅原 育子^{2*} 吉江 悟^{2*}
 フクイ トモコ アラミ レイコ
 涌井 智子^{3*} 荒見 玲子^{4*}

目的 地域を基盤としたヘルスプロモーション活動や介護予防活動を効果的、効率的に実施する上で、人々が地域社会に対して持つ態度や意識、すなわちコミュニティ意識を把握することは重要である。本研究では、このコミュニティ意識の測定を目指した代表的尺度である地域社会への態度尺度の一般住民における信頼性、妥当性を検討すること、および健康指標との関連を検討することを目的とした。

方法 2009年2月に郵送による無記名自記式質問紙調査を実施した。千葉県柏市にある地区社会福祉協議会エリア23か所から、地域特性が多様となるように7か所選定し、そこに居住する20歳以上の地域住民93,110人から4,123人を系統抽出した。調査項目は、地域社会への態度尺度(作成されたのが1978年のため、一部項目のワーディングを変更)、基本属性、および主観的健康感等を含む健康指標であった。尺度の検証には、確証的因子分析、内的整合性の検討、Item-Total 相関分析によって行い、健康指標との関連は各指標を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った。

結果 配布数4,123票のうち、1,735票が回収され、そのすべてを有効回答とした(回収率42.1%)。確証的因子分析の結果、原本通りの2因子性が支持された。また、内的整合性の検討、Item-Total 相関分析でも良好な結果であった。健康指標との関連では、地域社会への態度尺度得点が高いほど、主観的健康観が良好であり、将来への不安がなく、孤独感が低いという結果であり、生活習慣との関連は認められなかった。

結論 尺度が作成されたのが1978年であるものの、一部項目のワーディングを変更することで現代でも使用可能であることが示された。今後はコミュニティ意識を向上させる方法論の検討とともに、健康に影響を与える機序についての検証が必要である。

Key words : 地域社会への態度尺度, 尺度評価, コミュニティ意識, 健康指標

I 緒 言

近年、コミュニティや地縁の希薄化が進む中、人々の地域社会に対して持つ態度や意識が注目を集めている。この意識は、コミュニティ意識 (community consciousness) と呼ばれるものであり、1970年代を一つのピークに社会学、社会心理学の分野を中心に盛んに展開され、地域社会論、コミュニティ論の中で発展してきた日本独自のコミュニティに対する意識に関する概念である¹⁾。なお、類似の概念と

して欧米を中心に議論されてきたコミュニティ感覚 (sense of community) が挙げられるが、コミュニティ意識とほぼ同義であると考えられている²⁾。認知症高齢者、老老介護、児童や高齢者への虐待などの地域に潜む多岐にわたる問題は、制度だけでは対処しきれない部分も多く、近隣住民のインフォーマルな見守りやサポートが果たす役割は大きい。しかし、近年のコミュニティや地縁の希薄化により、このインフォーマルな関わりが機能しにくくなっていることが懸念される。上記のような地域に潜む公衆衛生学上の課題を解決する際には、いかに地域を巻き込んで解決を目指すかが重要となる。その際、鍵となるのが地域住民の持つコミュニティ意識であろう。どのような特性の住民、あるいは地域で潜在的にコミュニティ意識が高いかを把握することは、どの程度地域を巻き込んで問題解決に取り組んでいけ

* 東京都健康長寿医療センター研究所
 社会参加と地域保健研究チーム

^{2*} 東京大学高齢社会総合研究機構

^{3*} Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

^{4*} 東京大学社会科学研究所
 連絡先: 〒173-0015 東京都板橋区栄町35-2
 東京都健康長寿医療センター研究所 村山洋史

るかを見極めるための指標となると考えられる。このような背景により、コミュニティ意識が再注目されているのである。

コミュニティ意識を測定しようとした代表的な試みとして、1978年に田中らによって開発された地域社会への態度尺度³⁾が挙げられる。この尺度は、住民が生活の場で信頼感や連帯感に基づく人間関係を基本として地域社会の問題に取り組み、その地方の自治を築こうとする意識の測定を目指したものであり、「積極性-消極性：地域社会におこる諸問題に対して、その成員として積極的に取り組み行動し参加する姿勢をもつこと」と「協同志向-個人志向：地域社会の成員としての自覚に基づき、地域社会という全体的な集合の場を重視すること」の2因子で構成される。しかし、尺度が作成されてから今日まで三十余年が経過しており、項目が現代の状況にそぐわない可能性や因子構造が変化している可能性が指摘されているため⁴⁾、尺度の構造についての検討が必要と考えられる。村山ら⁵⁾は、保健分野の住民組織活動である健康推進員を対象に、地域社会への態度尺度項目のワーディングを見直し、因子構造の検討を行った。その結果、原本通りの2因子性が確認され、項目のワーディングを変更することによって現代においても使用可能であることを示した。しかしながら、調査対象が健康推進員に限定されていることは、尺度の信頼性、妥当性検討に対する大きな課題であったと言わざるを得ない。住民のコミュニティ意識を問うことを想定している尺度であるため、一般住民サンプルにおける尺度の検討が必要である。加えて、地域を基盤としたヘルスプロモーションや介護予防戦略を考える際には、コミュニティ意識と主観的な健康意識や生活習慣との関連性を検討することで、活動や事業の地域での浸透度を見極め、優先度や介入方法を考え、効果予測をする上で有効と考えられる。

コミュニティ意識についての先行研究を概観すると、年齢、居住年数等の人口学的変数^{3,4)}、居住継続意識や地域への親しみやすさ等の心理学的変数⁴⁾、および社会的ネットワークや社会的活動等の社会的変数^{4,6,7)}との関連が報告されている。また、コミュニティ意識と近い概念であるコミュニティ感覚においても、これらの変数との関連が欧米を中心に報告されている^{8~11)}。しかしながら、健康指標との関連性を検討した研究の蓄積は極めて少ない。

そこで本研究では、1) 地域社会への態度尺度の一般住民における信頼性、妥当性を検討すること、2) 健康指標との関連を検討すること、の2点を目的とする。

II 方 法

1. 調査対象

千葉県柏市に居住する20歳以上の住民を対象とした。柏市は千葉県の北西部に位置し、東京の近郊都市である。2009年2月時点で、人口393,163人（男性195,691人、女性197,472人）、人口密度3,421.8人/km²であった。65歳以上の高齢者人口は72,856人であり、高齢化率は18.5%であった。同市の高齢化率は近年急速に上昇しており（1990年7.1%；2000年12.4%）、2015年には26%になると推計されている。

柏市内には地区社会福祉協議会エリアが23か所あるが、その中から土地利用状況（戸建て/集合住宅/農地）、および中心部からの距離（市街/郊外）を加味し、地域特性が多様となるように7つの地区を選定した。2009年2月時点でこの7地区に居住する20歳以上の住民93,110人から、4,123人を系統抽出した。

2. 調査方法

無記名自記式質問紙調査を実施した。調査時期は、2009年2月であった。調査票を郵送により対象者本人に送付した。

3. 調査項目

1) 地域社会への態度

田中らが作成した地域社会への態度尺度³⁾を、村山ら⁵⁾が修正したものをを用いた。この尺度は、住民が生活の場で信頼感や連帯感に基づく人間関係を基本として地域の問題に取り組み、その地方の自治を築こうとする意識を測定するものであり、「積極性-消極性」と「協同志向-個人志向」の2因子各5項目で構成される。尺度項目は、尺度作成者とのコンタクトによりオリジナル項目の修正を勧められ、一部修正を加えている。たとえば、「自分の住んでいる地域で公害反対運動がおきても、それに関わりたくはない」という項目では、「公害反対運動」を「住民運動」に変更している。表1に本調査で用いた尺度項目と原本尺度項目の変更箇所を示す。尺度原本³⁾、および村山らの修正版尺度⁵⁾では、各項目に対し「5=そう思う」、「4=どちらかといえばそう思う」、「3=どちらともいえない」、「2=どちらかといえばそうは思わない」、「1=そうは思わない」までの5件法で尋ねている。「どちらともいえない」という中間点を含んだ回答カテゴリーは広く用いられている（たとえば、山本らの自尊感情尺度¹²⁾、戸ヶ里らの修正版 Perceived Health Competence Scale 日本語版¹³⁾など）。そのため、本研究でも原本通りこの回答カテゴリーを採用した。得点範囲は各下位尺度5~25点であり、得点が高いほど、積極性、協

表1 地域社会への態度尺度の原本尺度項目からの変更箇所

本調査で用いた尺度項目 (村山ら ⁵⁾ のものを使用)	田中ら ³⁾ の地域社会への態度尺度項目
3) 学校の整備や遊び場の確保などについては、 <u>行政に任せておけばよい。</u>	← 学校の整備や遊び場の確保などについては、 <u>市当局の方</u> でうまくやってくれるだろうと信頼している。
4) 自分の住んでいる地域で <u>住民運動</u> がおきても、それに関わりたくはない。	← 自分の住んでいる地域で <u>公害反対運動</u> がおきても、 <u>できればそれに関わりたくはない。</u>
7) 地域の生活環境をよくするために自分が出来ること <u>があれば、</u> できるだけ協力したい。	← 地域の生活環境をよくするための <u>公共施設の建設計画</u> がある場合、 <u>自分の所有地や建物の供出</u> にはできるだけ協力したい。
8) 自分の近所に1人暮らしの <u>お年寄り</u> がいたら、その <u>お年寄り</u> のために日常生活の世話をしてあげたい。	← 自分の近所に1人暮らしの <u>老人</u> がいたら、その <u>老人</u> のために日常生活の世話をしてあげたい。

変更が加えられた項目のみを表示。

下線は変更箇所。

同志向各々の意識が高いことを示す。積極性に含まれる項目(質問番号1~5)は逆転項目である。村山らの研究⁵⁾では、健康推進員を対象にして、内的整合性、内容妥当性、因子妥当性により尺度の信頼性、妥当性が確認されている。

2) 基本属性

性別、年齢、出生地、居住年数、社会的経済状態(職業、住居形態、婚姻状況、最終学歴、生計を共にしている世帯人数とその世帯所得)、近所付き合いの程度、地域活動への参加の有無を尋ねた。職業は、「専門・技術職」、「管理職」、「販売・サービス職」、「事務職」を『ホワイトカラー』、「運輸・通信職」、「保安職」、「生産工程・労務作業職」、「農林漁業職」を『ブルーカラー』と分類し、その他に「学生」、「無職」を単独のカテゴリーとした。生計を共にしている世帯人数と世帯所得により等価所得を算出した(世帯所得/ $\sqrt{\text{世帯人数}}$)。地域活動への参加の有無は、町会・自治会、ボランティア、NPO、趣味やスポーツのサークルや会に現在1つ以上参加しているかどうかを尋ねた。

3) 健康指標

主観的健康感、生活習慣、心理学的健康度を尋ねた。主観的健康感は、「現在の健康状態はいかがですか」という質問に、「とてもよい」、「まあよい」、「どちらともいえない」、「あまりよくない」、「よくない」の5件法で尋ねた。生活習慣として、飲酒、喫煙を設定した。飲酒は、「現在、飲酒はしますか」という質問に対し、「ほぼ毎日飲む」、「時々飲む」、「ほとんど飲まない」の3件法で尋ねた。喫煙は、「現在、たばこを吸っていますか」という質問に対し、「吸っている」、「過去に吸っていた」、「吸わない」の3件法で尋ねた。

心理学的健康度として、将来への不安、孤独感を設定した。将来への不安は、「あなたは、将来の日

常生活に不安を感じますか」という質問に、「感じない」、「あまり感じない」、「どちらともいえない」、「まあ感じる」、「感じる」の5件法で尋ねた。孤独感、工藤らの改訂版 UCLA 孤独感尺度¹⁴⁾を用いた。この尺度は、Russell ら¹⁵⁾の尺度を邦訳したものであり、20項目で構成される。本研究では、Russell らが提案している20項目中の4項目で構成される短縮版を用いた。「私には知人はいるが、気心の知れた人はいない」等の4項目に対し、「1=決して感じない」、「2=めったに感じない」、「3=時々感じる」、「4=しばしば感じる」の4件法で尋ねる。得点範囲は4~16点であり、得点が高いほど孤独感が高いことを示す。本研究での Cronbach's α は0.609であった。

4. 分析方法

地域社会への態度尺度の妥当性として、共分散構造分析により確証的因子分析を行った。信頼性は、内的整合性の検討、Item-Total 相関(以下、I-T 相関)分析によって確認した。次に、基本属性と地域社会への態度尺度との関連を調べるため、t 検定、および一元配置分散分析と Tukey の多重比較を用いた。また、地域特性との関連を調べるため、居住地の尺度得点の平均値と人口密度との間の Spearman の順位相関係数を算出した。居住地域は、サンプリングに用いた7つの地区とした。最後に、地域社会への態度尺度と健康指標との関連を明らかにするために、ロジスティック回帰分析、および多項ロジスティック回帰分析を行った。なお、独立変数、従属変数ともに意味内容により以下のようにカテゴリーを集約することで、より明瞭に関連性を示し、解釈が容易になるようにした: 地域社会への態度尺度の下位尺度は三分位にて3つのカテゴリーに分類した。主観的健康感は、「とてもよい」、「まあよい」と回答した者を『健康である』、「あまりよく

ない, 「よくない」と回答した者を『健康でない』とし, この2つに「どちらともいえない」を加えた3カテゴリーに分類した。喫煙は, 「吸っている」と回答した者を『喫煙], 「過去に吸っていた」, 「吸わない」と回答した者を『非喫煙』とし, 2カテゴリーに分類した。将来への不安は, 主観的健康感と同様, 「感じない」, 「あまり感じない」と回答した者を『不安なし」, 「まあ感じる」, 「感じる」と回答した者を『不安あり』とし, この2つに「どちらともいえない」を加えた3カテゴリーに分類した。孤独感は中央値で二分し, 『高群』と『低群』の2カテゴリーに分類した。従属変数は健康指標とし, 独立変数に地域社会への態度尺度の両下位尺度を投入し, 性別, 年齢, 出生地, 居住年数, 職業, 住居形態, 婚姻状況, 最終学歴, 等価所得を調整変数として用いた。解析には, SPSS16.0J と AMOS16.0を用い, 有意水準は両側5%とした。

5. 倫理的配慮

本研究は, 東京大学ジェロントロジー寄付研究部門(現・高齢社会総合研究機構)倫理審査委員会の承認を得て行われた。対象者には, 調査の趣旨, 調査への協力は任意であること, 匿名性を保持すること等を記した協力依頼書を調査票に添付し, 調査票の回収をもって調査への同意とみなした。

III 結 果

配布数4,123票のうち, 1,735票が回収され, そのすべてを有効回答とした(回収率42.1%)。

1. 対象者の概要

表2に対象者の概要を示す。男性が約4割であり, 平均年齢は54.9±16.3歳であった。健康指標では, 健康と感じている者が全体の4分の3であった。飲酒習慣がない者が約半数, 喫煙習慣がない者が約8割, 将来への不安感がない者が約2割であった。孤独感の中央値は8点であり, そこで二分した低群には約6割の者が含まれた。

2. 地域社会への態度尺度の信頼性, 妥当性の検討

1) 尺度項目の回答分布

本研究で用いた地域社会への態度尺度に含まれる10項目の回答分布を表3に示す。各項目(得点範囲は1~5点)の最頻値は, 「7)地域の生活環境をよくするために自分が出来ることがあれば, できるだけ協力したい」を除き, 「3=どちらともいえない」であった。いずれの項目でも, 床効果, 天井効果はみられなかった。なお, 表には示していないが, 多重コレスポネンス分析を行い, 選択肢の一次元性を確認している。

表2 基本属性と健康関連指標の分布

n=1,735

基本属性			
性別	男性	748(43.9)	
年齢(歳)		54.9±16.3	
出生地	現在住んでいる地域	95(5.6)	
	市内	273(16.0)	
	市外	1,336(78.4)	
居住年数(年)		23.1±16.0	
職業	ホワイトカラー	638(42.5)	
	ブルーカラー	178(11.9)	
	学生	30(2.0)	
	無職	656(43.7)	
住居形態	持ち家	1,362(85.6)	
	賃貸	229(14.4)	
婚姻状況	既婚	1,255(74.9)	
	死別・離別	189(11.3)	
	未婚	232(13.8)	
最終学歴	中学校(尋常小学校)卒業	187(11.9)	
	高等学校(旧制中学校)卒業	649(41.3)	
	短大(旧制高等学校)卒業	301(19.1)	
	大学・大学院卒業	435(27.7)	
	等価所得	0-100万円未満	86(5.5)
	100-200万円未満	280(18.0)	
	200-300万円未満	365(23.5)	
	300-400万円未満	344(22.1)	
	400-500万円未満	234(15.0)	
	500万円-	247(15.9)	
近所付き合い	互いに相談したり物の貸し借りをする程度	278(16.1)	
	世間話をする程度	632(36.7)	
	挨拶をする程度	728(42.3)	
	ほとんど付き合いがない	84(4.9)	
地域活動への参加	何らかの活動に参加している	627(37.3)	
健康指標	主観的健康感	健康である	1,288(75.7)
		どちらとも言えない	190(11.0)
		健康でない	224(12.9)
飲酒	ほとんど飲まない	880(51.0)	
	時々飲む	453(26.3)	
	ほぼ毎日飲む	392(22.7)	
喫煙	非喫煙(過去に吸っていた/吸わない)	1,381(79.6)	
将来への不安	不安なし	316(18.4)	
	どちらとも言えない	315(18.3)	
	不安あり	1,091(63.4)	
孤独感	低群	978(60.9)	

値はn(%)またはmean±SD。
欠損値は除く。

表3 地域社会への態度尺度項目の回答分布

n = 1,735

	そうは 思わない (1点)	どちらかといえ ば そうは思わ ない (2点)	どちらとも いえない (3点)	どちらかといえ ば そう思う (4点)	そう思う (5点)	mean ± SD
1) 町内会(自治会)での発言は、あとでいろいろ言われやすいのよくなるべく 発言したくない。	305(18.4)	276(16.6)	645(38.8)	282(17.0)	153(9.2)	2.8 ± 1.2
2) この町をよくするための活動は、地域の熱心な人に任せておけばよい。	257(15.2)	359(21.3)	507(30.1)	405(24.0)	158(9.4)	2.9 ± 1.2
3) 学校の整備や遊び場の確保などについては、行政に任せておけばよい。	352(21.0)	458(27.3)	491(29.2)	270(16.1)	108(6.4)	2.6 ± 1.2
4) 自分の住んでいる地域で住民運動がおきて、それに関わりたくはない。	259(15.4)	307(18.2)	769(45.7)	224(13.3)	124(7.4)	2.8 ± 1.1
5) 近所の顔見知りの人とは親しくしたいが、知らない人とはそれほど親しく なりたいとは思わない。	237(14.0)	347(20.6)	576(34.1)	384(22.8)	143(8.5)	2.9 ± 1.2
6) 町内会(自治会)の世話をしてくれと頼まれたら、引き受けてもよいと思う。	326(19.4)	345(20.5)	570(33.9)	318(18.9)	121(7.2)	2.7 ± 1.2
7) 地域の生活環境をよくするために自分ができることがあれば、できるだけ 協力したい。	47(2.8)	88(5.2)	393(23.3)	786(46.6)	374(22.2)	3.8 ± 0.9
8) 自分の近所に1人暮らしのお年寄りがいたら、そのお年寄りのために日常 生活の世話をしたい。	156(9.3)	226(13.5)	807(48.1)	378(22.5)	111(6.6)	3.0 ± 1.0
9) 地域の皆と何かをすることで、自分の生活の豊かさを求めたい。	163(9.7)	222(13.2)	619(36.8)	514(30.5)	166(9.9)	3.2 ± 1.1
10) いま住んでいる地域に、誇りとか愛着のようなものを感じている。	161(9.5)	168(9.9)	572(33.8)	563(33.3)	227(13.4)	3.3 ± 1.1

値は n (%) および mean ± SD。欠損値は除く。

2) 確証的因子妥当性

まず、原本通りの2因子で確証的因子分析を行ったところ、図1のような結果であり、モデル適合度は良好であった (GFI=0.962, AGFI=0.938, CFI=0.927, RMSEA=0.071, AIC=355.48)。なお、1因子モデルを仮定して分析を行ったところ、モデル適合度は2因子モデルよりも劣っていた (GFI=0.848, AGFI=0.762, CFI=0.731, RMSEA=0.135, AIC=1101.74)。以上より、本尺度は、一般住民における検討において2因子モデルが支持された。2つの下位尺度は、尺度原本と同様に「積極性-消極性」、「協同志向-個人志向」とした。本研究では便宜的に、積極性-消極性尺度を積極性尺度とし、協同志向-個人志向尺度を協同志向尺度と呼ぶこととする。

3) 内的整合性

本研究における Cronbach's α は、積極性0.754、協同志向0.737であった。また、下位尺度を構成する項目のうち1項目を削除した場合の α を算出したところ、積極性では0.683~0.741、協同志向では0.660~0.731であり、5項目すべてを含んだ際の α を超えることはなかった。

4) Item-Total 相関分析

積極性、協同志向それぞれの I-T 相関は、積極性で $r=0.655\sim0.764$ 、協同志向で $r=0.638\sim0.760$ であった。

2. 基本属性および地域特性との関連

基本属性と地域社会への態度尺度との関連を表4に示す。なお、本研究の対象者全体での下位尺度の平均得点は、積極性 16.0 ± 4.1 点、協同志向 16.1 ± 3.7 点であった。男性の方が両下位尺度得点が高く、年齢では65-74歳までは年齢が高くなるほど両下位尺度得点は高いものの、75歳以上は低い傾向がみられた。出生地が市外の者は積極性得点が高く、居住年数が長いほど両下位尺度得点が高かった。職業では、協同志向得点において、ブルーカラー、無職の者の得点が高かった。持ち家の者は、住居が賃貸の者よりも両下位尺度得点が高く、既婚者は両下位尺度ともに得点が高かった。最終学歴に関しては、積極性得点は最終学歴が高いほど高く、一方で協同志向得点ではそのような線形の関係はみられなかった。また、等価所得については関連は認められなかった。近所付き合いの程度、および地域活動への参加は両下位尺度と関連がみられ、近所付き合いを密に行っているほど、地域活動に参加しているほど、両尺度得点が高かった。

さらに、表には示していないが、居住地域の人口密度と地域内での下位尺度得点の平均値とは、積極

表4 基本属性と地域社会への態度尺度との関連

	積極性		P	協同志向		P
性別						
男性	16.4±4.1	]	0.001	16.3±3.8	]	0.071
女性	15.8±4.0			15.9±3.6		
年齢						
20-39歳	15.3±3.9	]	<0.001	14.8±3.6	]	<0.001
40-64歳	16.3±3.9			16.1±3.6		
65-74歳	16.7±4.2			17.1±3.7		
75歳-	14.8±4.4			16.7±3.8		
出生地						
現在住んでいる地域	16.3±4.0		<0.001	16.9±3.5		0.063
市内	15.1±4.2	]		15.9±3.9		
市外	16.2±4.1		16.1±3.7			
居住年数 ^a						
1-10年	15.7±4.1		0.048	15.3±3.6	]	<0.001
11-22年	15.9±4.0			15.6±3.8		
23-34年	16.3±3.9			16.4±3.5		
35年-	16.3±4.4			17.2±3.8		
職業						
ホワイトカラー	16.1±3.9		0.833	15.8±3.6	]	<0.001
ブルーカラー	15.9±4.1			16.2±3.5		
学生	15.4±4.4			13.4±3.8		
無職	16.0±4.3			16.4±3.9		
住居形態						
持ち家	16.2±4.0	]	<0.001	16.3±3.6	]	<0.001
賃貸	15.2±4.2			15.2±4.1		
婚姻状況						
既婚	16.3±4.0	]	<0.001	16.3±3.6	]	<0.001
死別・離別	15.7±4.5			16.4±4.1		
未婚	15.1±4.1			14.8±3.8		
最終学歴						
中学校（尋常小学校）卒業	15.1±4.4	]	0.015	15.9±4.0	]	0.009
高等学校（旧制中学校）卒業	16.0±4.1			16.4±3.8		
短大（旧制高等学校）卒業	16.1±3.8			16.1±3.6		
大学・大学院卒業	16.3±4.0			15.6±3.6		
等価所得						
0-100万円未満	16.0±4.1		0.969	16.8±4.1		0.451
100-200万円未満	15.9±4.5			16.1±3.9		
200-300万円未満	16.1±4.0			16.3±3.7		
300-400万円未満	16.2±3.9			16.2±3.6		
400-500万円未満	16.1±4.0			15.9±3.7		
500万円-	16.1±3.9			15.9±3.6		
近所付き合い						
互いに相談したり物の貸し借りをする程度	17.5±4.2	]	<0.001	18.1±3.6	]	<0.001
世間話をする程度	16.5±4.0			16.5±3.4		
挨拶をする程度	15.3±3.9			15.3±3.6		
ほとんど付き合いがない	13.9±3.8			13.2±3.7		
地域活動への参加						
何らかの活動に参加している	17.0±4.1	]	<0.001	17.1±3.6	]	<0.001
何の活動にも参加していない	15.4±4.0			15.4±3.6		

値は mean±SD。

t検定，または一元配置分散分析と Tukey の多重比較（P<0.05）。

a：四分位にてカテゴリー化

表5 地域社会への態度尺度と健康指標との関連

	主観的健康感			生活習慣			心理学的健康度		
	健康である vs. 健康でない (ref.)	どちらともいえない vs. 健康でない (ref.)	ほとんど飲まない vs. ほぼ毎日飲む (ref.)	飲酒	時々飲む vs. ほぼ毎日飲む (ref.)	喫煙	将来への不安	どちらともいえない vs. 不安あり (ref.)	孤独感 vs. 低群 vs. 高群 (ref.)
積極性	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)
低群 (5-14点)	1.71 (1.16-2.53)**	1.41 (0.84-2.38)	0.97 (0.68-1.38)	1.08 (0.73-1.59)	0.91 (0.63-1.33)	1.28 (0.89-1.84)	1.15 (0.82-1.61)	1.29 (0.96-1.75)	
中群 (15-18点)	2.41 (1.45-3.99)**	1.79 (0.92-3.47)	1.04 (0.69-1.58)	1.33 (0.85-2.08)	0.97 (0.62-1.52)	1.88 (1.27-2.80)**	1.10 (0.72-1.66)	2.58 (1.76-3.77)***	
高群 (19-25点)									
協同志向	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)	1.00 (ref.)
低群 (5-15点)	1.01 (0.67-1.51)	0.92 (0.54-1.59)	1.12 (0.78-1.59)	0.97 (0.66-1.43)	0.99 (0.68-1.43)	1.30 (0.91-1.85)	1.21 (0.87-1.69)	1.22 (0.89-1.66)	
中群 (16-18点)	1.26 (0.77-2.04)	1.18 (0.62-2.21)	1.21 (0.80-1.84)	1.48 (0.95-2.31)	1.33 (0.85-2.08)	1.69 (1.15-2.49)**	0.80 (0.52-1.23)	1.46 (1.02-2.11)*	
高群 (19-25点)									

値はオッズ比 (95%信頼区間)。
 ***: P<0.001. **: P<0.01. *: P<0.05.
 性別, 年齢, 出生地, 居住年数, 職業, 住居形態, 婚姻状況, 最終学歴, 等価所得で調整。

性では-0.714, 協同志向では-0.929 (いずれも n = 7) の強い相関が得られた。すなわち, 人口密度の低い地域であるほどそれぞれの下位尺度の得点が高いという関係性がみられた。なお, 7地域の人口密度の範囲は, 2,724.1~4,793.7人/km²であり, 柏市全体の人口密度は前述のとおり3,421.8人/km²であった。

3. 健康指標との関連

地域社会への態度尺度と健康指標との関連を表5に示す。主観的健康感では, 積極性得点低群に比べ中群, 高群であるほど, 自身が健康であると評価していた。生活習慣では, 飲酒, 喫煙との関連は認められなかった。また, 心理学的健康度では, 積極性得点および協同志向得点の両者が高群であるほど, 将来への不安がないと回答していた。孤独感でも, 積極性得点と協同志向得点が高群であるほど, 孤独感が低かった。

IV 考 察

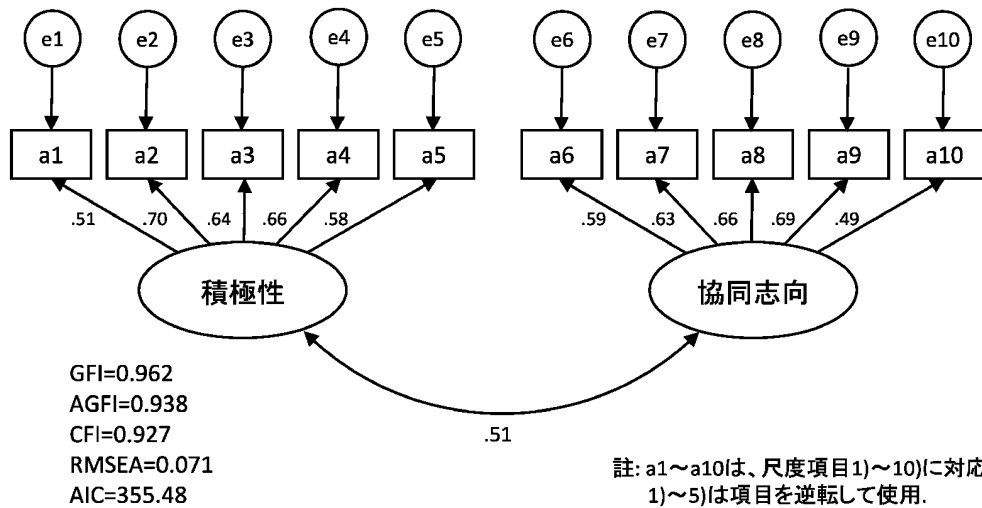
1. 尺度の因子構造と特徴

確証的因子分析の結果, 原本通りの2因子構造が確認された。また, 内的一貫性とI-T相関分析により信頼性も確認された。地域社会への態度尺度が作成されたのは1978年であるものの, 尺度項目を一部改変することにより, 現代においても十分使用可能であることが示された。また, 一般住民で本尺度の使用可能性が確認できたことで, 今後コミュニティ意識に関する研究の推進に寄与することが期待できる。

田中らによって本尺度開発のために1976年に行われた愛知県名古屋市およびその近郊都市, 大阪府茨木市, 兵庫県神戸市および西宮市における調査では, 積極性得点は17.3±4.3点, 協同志向得点が17.0±3.7点であった³⁾。2009年に千葉県柏市で行った本調査結果で積極性得点が16.0±4.1点, 協同志向得点が16.1±3.7点であったことから, 対象地域やサンプリング方法の違い, 項目のワーディングを一部変更した点は考慮すべきであるものの, およそ三十余年でこれらの得点が低下している傾向が伺われる。また, 基本属性との関連では, 年齢, 居住年数による得点の差が顕著にみられた。これらのことから, コミュニティ意識を測定している地域社会への態度尺度は, 時代的経過や個人の時間的経過によって影響を受けやすい特徴を持つ概念であることが示唆された。ただし, 時代あるいは時間経過の影響を十分明らかにするためには, 縦断的にこのコミュニティ意識を測定していかなければならない。

年齢では, 20歳から74歳までのカテゴリーでは,

図1 地域社会への態度尺度の確証的因子分析 (2因子モデル)



両下位尺度とも年齢が高くなるほど得点が高い関係がみられた。一方、75歳以上ではとくに積極性においてその得点が顕著に低かった。高齢になると、身体機能や認知機能の低下がみられるようになり、それに伴い地域に積極的に関わろうとする姿勢が低くなっていく可能性が考えられる。また、先行研究では、居住年数が長く、住居が持ち家であるほど、積極性および協同志向得点が高い傾向が示されており³⁾、欧米におけるコミュニティ感覚についての研究ではあるが、相対的に人口密度の小さい地域に住む住民であるほどコミュニティ感覚が高いことが示されている¹¹⁾。本研究の結果も同様の傾向が確認され、このことは尺度の併存的妥当性を示唆していると言える。

2. 健康指標との関連

性別、年齢、出生地、居住年数、社会的経済状態を調整した上でも、積極的得点の高さと主観的健康感の高さが関連していた。これは積極的なボランティア活動への参加が、抑うつ等の心理的機能の改善を介して良好な主観的健康観に影響しているという研究報告¹⁶⁾から考えると、地域の諸問題に積極的に関わろうとする前向きな意識が生活にハリや生きがいを与え、主観的健康感の高さに関連している機序が予想できる。生活習慣として取り上げた飲酒、喫煙との関連は認められなかったものの、心理学的健康度として取り上げた将来への不安と孤独感では、積極性、協同志向の両下位尺度得点が低い者に比べ、高い者で各々が良好との結果であった。これは、「地域」という自身の関心を向ける先、あるいは気持ちの拠り所が存在することで心理社会的ストレスが減り、心理学的な健康度が良好となった可能性が考えられる。一方で、生活習慣という実際のな

行動とは直接的には影響しにくいことが明らかになった。

3. 本研究の意義と今後の課題

地域を基盤としたヘルスプロモーションや介護予防方策を考える際、地域住民のコミュニティ意識を把握することは、事業や活動の地域での浸透度にも影響することが考えられ、効果的、効率的に進めるために重要と考えられる。しかしながら、その把握方法は明確になっていない。本研究では、コミュニティ意識の測定を目指した代表的な尺度である「地域社会への態度尺度」の現代における因子構造について確認し、使用可能性について検討した。この尺度の使用可能性が確認されたことで、たとえば、地域づくりやまちづくりの評価基準とすることができる可能性がある。また、コミュニティ意識について考えることは、近年注目を集めているソーシャルキャピタル研究への寄与も大きい。ソーシャルキャピタルは、Putnam¹⁷⁾によると「人々の協調行動を活発にすることによって社会の効率性を高めることができる信頼、規範、ネットワークといった社会的仕組みの特徴」と定められており、これが人々の健康に影響を与えることが実証されてきている。コミュニティ意識とは地域住民が持つ地域への態度や意識であり、いわば認知的ソーシャルキャピタルとして捉えることが可能である。コミュニティ意識の測定が可能となることで、ソーシャルキャピタルの概念の明確化にもつながる可能性がある。

ところで、このコミュニティ意識を高めることは可能なのだろうか。コミュニティ意識の測定方法が検証された本研究を踏まえ、それを向上させる方法論を検討していくこと、また縦断的に捉えることによってどのような特性を持つ地域住民に効果が期

待できるかを今後は調べていく必要がある。たとえば、コミュニティ意識の向上可能性を検討した研究は極めて少ないものの、藤原ら¹⁸⁾の研究は世代間交流プログラムに参加した者は、協同志向尺度に含まれる地域に対する誇りや愛着が向上したと報告している。世代間交流を経験することにより、自分が住む地域に関心が向き、誇りや愛着を感じるまでに波及したことが伺われるが、このようにコミュニティ意識を向上させることは可能と言える。しかしながら、コミュニティ意識向上のための方法論の構築や経年的変化についての知見は蓄積途上であり、今後更なる検証が望まれる。

本データは、都市近郊部一自治体で得られたものであり、一般化には慎重を要する。また、横断調査であったため、健康度が高いがゆえに豊かなコミュニティ意識を持っているという本研究とは逆の因果関係が存在する可能性は否定できない。しかしながら、本研究により、コミュニティ意識と健康度との関連が示唆されたことは、公衆衛生学領域の基礎的資料として重要であるだけでなく、地域における住民の生活と健康についての施策を考える上でも重要な資料となり、社会的な意義も大きいと言える。今後は、縦断研究による因果関係の特定とともに、コミュニティ意識が健康に影響を与える機序について検討が必要である。

V 結 語

コミュニティ意識を測定することを目指した代表的尺度である「地域社会への態度尺度」の一般住民における信頼性、妥当性を検討し、健康指標との関連を調べた。一部項目にワーディングの変更を加えたが、尺度は原本通り2因子性が支持された。健康指標との関連では、地域社会への態度尺度得点が高いほど、主観的健康観が良好であり、将来への不安がなく、孤独感が低いという結果であり、生活習慣との関連は認められなかった。尺度が作成されたのが1978年であるものの、一部項目のワーディングを変更することで現代でも使用可能であることが示された。今後はコミュニティ意識を向上させる方法論の検討とともに、健康に影響を与える機序についての検証が必要である。

本研究は、2008年度東京大学 AGS 研究会研究課題「都市型高齢社会に対応した社会関係資本の再生と人のつながりの創成（研究代表者 牧野 篤）」、および「超高齢社会対応の移動に関する調査研究（研究代表者 鎌田実）」の一部として行われた。

(受付 2010. 9. 3)
採用 2011. 2.17)

文 献

- 1) 植村勝彦, 笹尾敏明. コミュニティ感覚と市民参加. 植村勝彦, 編. コミュニティ心理学入門. 東京: ナカニシヤ出版, 2007; 161-182.
- 2) 植村勝彦. 「心理的コミュニティ感覚」・「コミュニティ意識」・「コミュニティへの心理的感受性」. コミュニティ心理学研究 1999; 2(2): 145-147.
- 3) 田中国夫, 藤本忠明, 植村勝彦. 地域社会への態度の類型化について: その尺度構成と背景要因. 心理学研究 1978; 49(1): 36-43.
- 4) 石盛真徳. コミュニティ意識とまちづくりへの市民参加: コミュニティ意識尺度の開発を通じて. コミュニティ心理学研究 2004; 7(2): 87-98.
- 5) 村山洋史, 田口敦子, 村嶋幸代. 健康推進員のもつ地域社会への態度の関連要因: 経験年数別での検討. 日本地域看護学会誌 2007; 9(2): 24-31.
- 6) 金 貞任, 新開省二, 熊谷 修, 他. 地域中高年者の社会参加の現状とその関連要因: 埼玉県鳩山町の調査から. 日本公衆衛生雑誌 2004; 51(5): 322-334.
- 7) 岡本秀明, 岡田進一, 白澤政和. 大都市居住高齢者の社会活動に関連する要因: 身体, 心理, 社会・環境的要因から. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53(7): 504-515.
- 8) Lounsbury JW, Loveland JM, Gibson LW. An investigation of psychological sense of community in relation to big five personality traits. Journal of Community Psychology 2003; 31(5): 531-541.
- 9) Prezza M, Amici M, Roberti T, et al. Sense of community referred to the whole town: its relations with neighboring, loneliness, life satisfaction, and area of residence. Journal of Community Psychology 2001; 29(1): 29-52.
- 10) Hughey J, Speer PW, Peterson NA. Sense of community in community organizations: structure and evidence of validity. Journal of Community Psychology 1999; 27(1): 97-113.
- 11) Prezza M, Costantini S. Sense of community and life satisfaction: investigation in three different territorial contexts. Journal of Community and Applied Social Psychology 1998; 8(3): 181-194.
- 12) 山本真理子, 松井 豊, 山成由紀子. 認知された自己の諸側面の構造. 教育心理学研究 1982; 30(1): 64-68.
- 13) 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古, 小出昭太郎, 他. 修正版 Perceived Health Competence Scale (PHCS) 日本語版の信頼性と妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌 2006; 53(1): 51-57.
- 14) 工藤 力, 西川正之. 孤独感に関する研究(1): 孤独感尺度の信頼性・妥当性の検討. 実験社会心理学研究 1983; 22(2): 99-108.
- 15) Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence. Journal of Personality and Social Psy-

- chology 1980; 39(3): 472-480.
- 16) Luoh MC, Herzog AR. Individual consequences of volunteer and paid work in old age: health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior* 2002; 43(4): 490-509.
- 17) Putnam RD. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1993.
- 18) 藤原佳典, 西真理子, 渡辺直紀, 他. 都市部高齢者による世代間交流型ヘルスプロモーションプログラム: “REPRINTS” の1年間の歩みと短期的効果. *日本公衆衛生雑誌* 2006; 53(9): 702-714.
-

Re-exploring Attitude toward Community Scale and its relationship to health status among the general population

Hiroshi MURAYAMA^{*}, Ikuko SUGAWARA^{2*}, Satoru YOSHIE^{2*},
Tomoko WAKUI^{3*} and Reiko ARAMI^{4*}

Key words : attitude toward community, scale evaluation, community consciousness, health status

Objectives In order for community-based health promotion and prevention activities to be effective and efficient, it is important to assess the community consciousness among local residents. The purpose of this study was to review the reliability and validity of the Attitude toward Community Scale (ACS) and examine its association with health status among the general population.

Methods A cross-sectional survey was conducted in February 2009 using a mail-in self-administered questionnaire. The target population comprised 4,123 randomly-selected local residents aged 20 years and over living in Kashiwa city, Chiba prefecture, Japan. The questionnaire encompassed the ACS (the wording of some items was modified), and also included data to allow assessment of demographics and health status.

Results Of 4,123 questionnaires, 1,735 could be analyzed (valid response rate: 42.1%). Confirmatory factor analysis supported the two-factor model of the original scale. The reliability of the scale was verified using the Cronbach's alpha coefficient. All item-total correlations were moderately or strongly positive. Logistic regression showed that a better attitude toward the community was associated with higher self-rated health, less anxiety about the future and less loneliness.

Conclusion Although the original scale was developed in 1978, the ACS still appears applicable for modern research following some wording modifications of the items. In future studies, it will be necessary to clearly establish relationships between health status and community consciousness and to develop methodology for enhancing the latter.

* Research Team for Social Participation and Community Health, Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology

^{2*} Institute of Gerontology, The University of Tokyo

^{3*} Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

^{4*} Institute of Social Science, The University of Tokyo