

原 著

現健康推進員，既健康推進員，非健康推進員のヘルスリテラシー，
ソーシャルキャピタルおよび健康行動の特徴

ハヤシ 林 チカガ 千景* マエウマ 前馬 リエ 理恵* ヤマダ 山田 カズコ 和子* モリオカ 森岡 イクハル 郁晴*

目的 住民の健康づくりには、個人への保健指導だけでなく、住民組織と協働した活動が有効とされ、住民組織である健康推進員（以下、推進員）の活動が注目されている。本研究は、現在活動している推進員（以下、現推進員）、過去に推進員を経験した者（以下、既推進員）、推進員を経験したことのない者（以下、非推進員）によるヘルスリテラシー、ソーシャルキャピタル、健康行動の特徴を明らかにし、推進員の育成について検討する資料を得ることを目的とした。

方法 A町の現推進員87人、2009年4月～2015年3月の間に推進員を経験した既推進員158人、非推進員299人に、郵送による無記名自記式質問紙調査を行った。現推進員54人（有効回答率62.1%）、既推進員69人（43.7%）、非推進員136人（45.5%）から回答を得た。調査内容は、属性、現推進員および既推進員の活動状況、主観的健康観、健診（検診）の受診の有無、ヘルスリテラシー、ソーシャルキャピタル、健康行動等について質問した。

結果 ヘルスリテラシー得点、ソーシャルキャピタル得点、健康行動得点のいずれの得点も現推進員、既推進員、非推進員間に有意な差は認められなかった。現推進員は、活動を「行政が企画する行事の手伝い」と感じている者が多かった。現推進員は地域の人々への働きかけと、主観的健康観で「健康」と感じている者が既推進員および非推進員に比べて有意に多かった。

結論 推進員の育成にあたっては、推進員活動を主体的に取り組めるように支援することが必要である。

Key words : 健康推進員，ヘルスリテラシー，ソーシャルキャピタル，健康行動，健康活動

日本公衆衛生雑誌 2018; 65(3): 107-115. doi:10.11236/jph.65.3_107

I はじめに

住民の健康づくりには、個人への保健指導だけでなく、住民組織と協働した活動が有効とされている¹⁾。住民組織である健康推進員（以下、推進員）は、長野県の保健補導員の活動が県民に健康長寿をもたらしたとして注目されている²⁾。推進員の活動による効果として、住民の健診受診率や健康意識についての評価や³⁾、推進員の活動に対する意識や活動による医療費への影響など活動による評価が多い⁴⁻⁶⁾。

一方、推進員自身の健康づくりの評価として、推進員は、推進員を経験したことのない者と比べて、望ましい健康行動を獲得し、家族や地域への働きか

けをしていること⁷⁾、推進員を経験した者は、推進員未経験者に比べて地域の健康づくり活動に参加している割合が高いこと⁸⁾、推進員の活動を継続した者と辞めた者では、健康行動に有意な差はなかったことが報告されている⁹⁾。また、推進員は、住民など周囲へ健康づくりを働きかける活動を通して、健康・医療に関する情報を入手・理解し、評価し、活用する能力であるヘルスリテラシー（以下、HL）や¹⁰⁾、地域における住民相互のつながりや信頼関係を示すソーシャルキャピタル（以下、SC）¹¹⁾が高くなるとともに、望ましい健康行動をとっていると考えられる。しかし、推進員のHL、SCや健康行動の特徴を明らかにした研究は少ない。

そこで、本研究は、現在活動している推進員（以下、現推進員）、過去に推進員を経験した者（以下、既推進員）、推進員を経験したことのない者（以下、非推進員）によるHL、SC、健康行動の特徴を明らかにし、推進員の育成について検討する資料を得

* 和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科
責任著者連絡先：〒641-0011 和歌山市三葛580
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科
森岡郁晴

ることを目的とした。

本研究における「推進員」とは、地域住民の健康の保持および増進を推進することを目的として、行政の委嘱を受け、研修を受講して活動をしている者とした。2013年度に行った全国調査では推進員を有する自治体は58%¹²⁾、地域によっては、健康づくり推進員、保健補導員、保健推進員などと呼ばれている。

II 研究方法

1. 対象地域における推進員の状況

和歌山県において推進員活動が長く継続されてきたA町を対象とした。A町は、人口7,224人、高齢化率31.6% (2015年10月)¹³⁾、出生率5.4 (人口千対：2015年) で¹⁴⁾、海に面した地域と山に面した地域があり、第3次産業が51.8%を占め、次いで第1次産業が25.2%で全国4.0%に比べて第1次産業が多く、農業が多い地域である (2015年)¹⁵⁾。

A町の推進員は、健康づくり推進協議会の構成員として1985年に配置された。推進員は、2016年2月現在87人で、全員が女性であった。推進員は、町内各地区順番に選出されることが多く、町長の委嘱を受け、任期は2年間で、町内の全地区に配置されている。主な活動は、担当地区の各世帯に健診(検診)の案内を配布し、住民に健診(検診)の受診を勧め、その後受診希望のあった者のとりまとめを行い担当課へ報告している。また、年度当初に開催される町の健康課題、生活習慣病予防、守秘義務を含めた推進員活動の方法等の研修会に参加することや、町内で毎年開催される健康イベント(以下、健康まつり)会場において健康づくりの啓発活動を行い、地区住民の健康増進に努めている。

2. 対象者

対象者は、A町の現推進員87人、2009年4月～2015年3月の間に推進員を経験した既推進員158人、非推進員299人の女性とした。非推進員は、現推進員の年齢分布を参考に、A町の職員に住民基本台帳から10歳ごとに現推進員の約3倍の数を無作為に抽出をするよう依頼した。

3. 調査方法・期間

調査は、郵送による無記名自記式質問紙調査法で2016年2月に行った。調査票はA町の担当課より発送し、同課を返送先とした。

4. 調査内容

1) 属性

属性として、年齢、婚姻状況、家族構成、居住形態、居住年数、職業の有無について尋ねた。

2) 現推進員および既推進員の活動状況

現推進員および既推進員には、推進員の経験年数、推進員になったきっかけ、活動で感じたこと、活動のやりがい、活動による自分自身の成長について尋ねた。推進員になったきっかけは、「順番制」、「人に誘われた」、「自分から希望した」、「その他」の4項目を示し、回答を求めた。活動で感じたことは、「健康について勉強することができた」、「活動を通じて多くの人と知り合いになれた」、「行政が企画する行事の手伝い」、「何をしてもいいかわからない」、「仕事と家事との両立が難しい」、「活動は負担だ」、「その他」、「とくに何も思わない」の8項目を示し、複数で回答を求めた。また、活動のやりがい、活動による自分自身の成長は、「そう思う」～「そう思わない」の4件法で尋ねた。

健康に関する活動は、非推進員も含めて「健康まつりに参加する」、「健康研修会に参加する」、「自分の生活習慣を改善する」、「家族に健康の話をする」、「家族の生活習慣を改善する」、「家族に健診(検診)を勧める」、「親戚や近所の人など家族以外の人に健康の話をする」、「親戚や近所の人など家族以外の人に健診(検診)を勧める」、「とくにない」の9項目を示し、複数で回答を求めた。

さらに、既推進員には、推進員を辞めた理由を「任期満了」、「自分の病気やけが」、「子ども・孫の世話」、「介護」、「仕事」、「その他」の6項目を示し、複数で回答を求めた。非推進員には推進員の認知について、「担当委員の名前を知っている」、「名前はわからないが委員がいることは知っている」、「知らない」の3項目を示し、回答をひとつ求めた。

3) 健康に対する意識

健康に対する意識として、主観的健康観と過去1年間の健康診査、胃がん検診、肺がん検診、大腸がん検診、過去2年間の子宮がん検診、乳がん検診の受診の有無について尋ねた。主観的健康観は「健康」、「まあまあ健康」、「あまり健康でない」、「健康でない」の4件法で回答を求めた。

4) ヘルスリテラシー (HL)

HLには、「いろいろな情報源から情報を集められる」、「情報の中から自分の求める情報を選び出せる」、「情報を理解し、家族や友人などに伝えることができる」、「情報がどの程度信頼できるか判断できる」、「情報をもとに健康改善のための計画や行動を決めることができる」の5項目を用いた。この5項目は、内的整合性 Cronbach α が0.86を示し、信頼性があると評価されている¹⁶⁾。回答は、「強くそう思う」～「全くそう思わない」の5件法で求めた。各項目の「強くそう思う」に5点～「全くそう思わ

ない」に1点を配点し、5項目の平均点を算定した(以下、HL得点)。得点は1~5点の範囲で、得点が高いほどHLが高いことを示している。

5) ソーシャルキャピタル(SC)

SCの測定のための確立した質問セットがなく¹⁾、信頼性および妥当性を検証したものが少ない。そこで今回はすでに和歌山県において、20歳以上の男女を対象として有効回答数1,060人の先行研究¹⁷⁾で実施された項目を比較検討のため、採用することにした。「この地域は居心地がよい」、「この地域の住人のほとんどが、私のことを知っている」、「この地域の人々にどう思われているかが気になることがある」、「この地域に住む人々がお互いに良い関係を保っている」、「この地域で何か問題が生じた時は、住人がそれを自ら解決することができる」の5項目を用いた。回答は、「そう思う」~「そう思わない」の4件法で求めた。各項目の「そう思う」に4点~「そう思わない」に1点を配点し、合計点を算定した(以下、SC得点)。ただし、「この地域の人々にどう思われているかが気になることがある」は逆転項目で、点数は「そう思う」に1点~「そう思わない」に4点を配点した。得点は5~20点の範囲で、得点が高いほどSCが高いことを示している。

6) 健康行動

健康行動には、星野ら⁷⁾の項目を参考に、「朝食を毎日とっているか」、「間食を不必要にとっているか」、「体重を適正に保っているか」、「運動を定期的に行っているか」、「健康診断を定期的を受けているか」、「1日8時間の睡眠をとっているか」、「疲労時には早めに休養をとっているか」、「お酒は適度に飲んでいるか」、「たばこは吸うか」の9項目を用いた。「お酒は適度に飲んでいるか」、「たばこは吸うか」を除いて、回答は「はい」、「いいえ」とし、「はい」を望ましい健康行動とした。ただし、「間食を不必要にとっているか」は「いいえ」を望ましい健康行動とした。飲酒は「お酒は飲まない」、「適度に飲む」、「適度に飲まない」の3つの回答を示し、「お酒は飲まない」、「適度に飲む」を望ましい健康行動とした。喫煙は「吸わない」、「やめた」、「吸う」の3つの回答を示し、「吸わない」を望ましい健康行動とした。望ましい健康行動を1点とし、そうでない場合を0点として、合計点を算定した(以下、健康行動得点)。得点は0~9点の範囲で、得点が高いほど望ましい健康行動をとっていることを示している。

7) 主観的健康統制感: Health Locus of Control (HLC)

健康や病気に対する個人の考え方の評価には、主

観的健康統制感(以下、HLC)を用いた。HLCには、日本版HLC尺度を用いた¹⁸⁾。この尺度は、「IHLC (Internal HLC): 病気や健康の原因が自分自身とする考え方」、「PHLC (Professional HLC): 医療関係者や医療に健康問題の解決を求める考え方」、「FHLC (Family HLC): 家族等の身近な人に健康問題の解決を求める考え方」、「CHLC (Chance HLC): 運命に原因を求める考え方」、「SHLC (Supernatural HLC): 神仏や先祖等の超自然的なものに健康問題の解決を求める考え方」の5つの下位尺度から構成されている。下位尺度ごとに5項目の質問があり、それぞれの項目について「非常にそう思う」~「全くそう思わない」の6件法で回答を求めた。各項目の「非常にそう思う」に6点~「全くそう思わない」に1点を配点し、下位尺度ごとに合計点を算定した(以下、IHLC得点、PHLC得点、FHLC得点、CHLC得点、SHLC得点)。得点は5~30点の範囲で、得点が高いほど各下位尺度の傾向が強いことを示している。

5. 分析方法

年齢、居住年数、推進員の経験年数、HL得点、SC得点、健康行動得点、HLCの各下位尺度得点は、Shapiro-Wilkの検定を行ったところ非正規分布であったことから中央値を求めた。現推進員、既推進員および非推進員の3群間の差の検定にはKruskal-Wallis検定またはMann-WhitneyのU検定を用いた。

現推進員および既推進員の活動のやりがい、活動による自分自身の成長については、「そう思う」と「まあそう思う」を「そう思う」に、「あまりそう思わない」と「そう思わない」を「そう思わない」の2つに再分類した。主観的健康観については、「健康」と「まあまあ健康」を「健康」に、「あまり健康でない」と「健康でない」を「健康でない」の2つに再分類した。出現率の比較には χ^2 検定を用いた。

統計解析にはSPSS ver.23を用い、有意確率は5%未満とした。

6. 倫理的配慮

A町の担当課長および担当者に主旨と目的、調査内容・方法を文書と口頭で説明し、研究協力について文書で承諾を得た。

対象者には調査票とともに、調査の主旨と内容、得られたデータを目的以外に使用しないこと、自由意思による参加で不参加による不利益はないこと、研究で知り得た情報は守秘義務を厳守することを説明した文書を送付した。調査票は無記名とし、調査票の提出をもって同意とみなした。2015年12月18日

に和歌山県立医科大学倫理審査委員会の承認を受け実施した。

Ⅲ 研究結果

調査票は、現推進員61人（回収率70.1%）、既推進員70人（44.3%）、非推進員138人（46.2%）から回収された。調査票の記載不備の多い者を除外し、現推進員54人（有効回答率62.1%）、既推進員69人（43.7%）、非推進員136人（45.5%）を有効回答とした。

1. 属性

対象者の属性を表1に示す。平均年齢は、現推進員56.7歳、既推進員57.5歳、非推進員59.2歳で、有意な差はなかった。婚姻状況は「配偶者あり」、家族構成は「2世代または3世代」、居住形態は「持ち家」と回答した者が3群とも一番多かった。職業をもっている者が、3群とも5割を超えていた。現在の居住年数の中央値は、現推進員26年、既推進員30年、非推進員37年で、現推進員は非推進員に比べて有意に年数が短かった。

表1 属性

	n (%)			P 値
	現推進員 (n=54)	既推進員 (n=69)	非推進員 (n=136)	
平均年齢 (標準偏差)	56.7歳 (11.7)	57.5歳 (11.4)	59.2歳 (12.8)	0.337
婚姻状況				0.001
配偶者あり	50(92.6)*	65(94.2)**	101(74.8)**	
配偶者との 死別または離別	4(7.4)	4(5.8)*	25(18.5)**	
未婚	0	0	9(6.7)**	
家族構成				0.655
一人暮らし	2(3.7)	2(2.9)	11(8.1)	
夫婦のみ	14(25.9)	14(20.6)	28(20.7)	
2世代または 3世代	38(70.3)	51(75.0)	94(69.7)	
その他	0	1(1.5)	2(1.5)	
居住形態				0.062
持ち家	53(98.1)	69(100)	124(91.2)	
賃貸	1(1.9)	0	11(8.1)	
その他	0	0	1(0.7)	
職業				0.248
有職	28(51.9)	37(54.4)	83(61.4)	
専業主婦	15(27.8)	19(27.9)	28(20.7)	
無職	9(16.7)	7(10.3)	22(16.3)	
その他	2(3.7)	5(7.4)	2(1.5)	

無回答を除く

年齢の群間の比較は、Kruskal-Wallis 検定

その他の群間比較は χ^2 検定

表中の *印は、 χ^2 検定後に残差分析を実施した結果を示す

(* : $P < 0.05$ ** : $P < 0.01$)

2. 現推進員および既推進員の活動状況

現推進員および既推進員の活動状況を表2に示す。推進員の経験年数の中央値は、現推進員2年、既推進員2年で有意な差はなかった。推進員になったきっかけをみると、現推進員は「人に誘われた」が、既推進員は「順番制」が一番多かった。活動で感じたことは、現推進員、既推進員のいずれも「行政が企画する行事の手伝い」と回答した者が一番多く、次いで「活動を通じて多くの人と知り合いになれた」、「健康について勉強することができた」であった。すべての項目において、現推進員と既推進員に有意な差はなかった。推進員の活動のやりがいについて「そう思う」と回答した現推進員が50.9%、活動による自分自身の成長について「そう思う」と回答した現推進員が49.1%であり、いずれも現推進員と既推進員の両群で有意な差はなかった。

健康に関する活動の状況を表3に示す。現推進員は「健康まつりに参加する」が、非推進員と比べて有意に多かった。また、現推進員は「健康研修会に参加する」、「親戚や近所の人など家族以外に健診（検診）を勧める」が、既推進員および非推進員と比べて有意に多かった。

表2 現推進員および既推進員の活動状況

	n (%)			P 値
	現推進員 (n=54)	既推進員 (n=69)		
推進員になったきっかけ				0.029
人に誘われた	26(48.1)**	16(25.4)**		
順番制	23(42.6)**	44(69.8)**		
自分から希望した	1(1.9)	1(1.6)		
その他	4(7.4)	2(3.2)		
活動で感じたこと（複数回答）				
行政が企画する行事の手伝い	24(44.4)	32(53.3)		0.343
活動を通じて多くの人と知り 合いになれた	19(35.2)	15(25.0)		0.235
健康について勉強することが できた	12(22.2)	14(23.3)		0.888
何をしてもよいかわからない	5(9.3)	3(5.0)		0.301
仕事と家事との両立が難しい	1(1.9)	3(5.0)		0.350
活動は負担だ	1(1.9)	5(8.3)		0.129
その他	2(3.7)	2(3.3)		0.650
とくに何も思わない	8(14.8)	11(18.3)		0.615
活動のやりがい				0.141
そう思う	27(50.9)	40(64.5)		
そう思わない	26(49.1)	22(35.5)		
活動による自分自身の成長				0.504
そう思う	26(49.1)	27(42.9)		
そう思わない	27(50.9)	36(57.1)		

無回答を除く

群間の比較は χ^2 検定または Fisher の直接法

表中の *印は、 χ^2 検定後に残差分析を実施した結果を示す

(** : $P < 0.01$)

表3 健康に関する活動

	n (%)			P 値
	現推進員 (n=54)	既推進員 (n=69)	非推進員 (n=136)	
健康まつりに参加する	21(39.6)*	27(41.5)**	22(16.5)**	<0.001
健康研修会に参加する	10(18.9)**	2(3.1)	8(6.0)	0.003
自分の生活習慣を改善する	10(18.9)	10(15.4)	14(10.5)	0.286
家族に健康の話をする	22(41.5)	22(33.8)	52(39.1)	0.666
家族の生活習慣を改善する	7(13.2)	9(13.8)	17(12.8)	0.978
家族に健診(検診)を勧める	23(43.4)	25(38.5)	39(29.3)	0.144
親戚や近所の人など家族以外の人に健康の話をする	13(24.5)	17(26.2)	36(27.1)	0.938
親戚や近所の人など家族以外の人に健診(検診)を勧める	28(52.8)**	14(21.5)	19(14.3)**	<0.001
とくにない	4(7.5)**	9(13.8)	43(32.3)**	<0.001

無回答を除く
群間の比較は χ^2 検定または Fisher の直接法
表中の * 印は、 χ^2 検定後に残差分析を実施した結果を示す
(* : $P < 0.05$ ** : $P < 0.01$)

既推進員の推進員を辞めた理由は、「任期満了」と回答した者が58人(93.5%),「自分の病気やけが」2人(3.2%),「その他」2人(3.2%)であった。

非推進員の推進員の認知状況は、「担当委員の名前を知っている」60人(45.5%),「名前はわからないが委員がいることは知っている」40人(30.3%)で、これらを合わせると75.8%の者が推進員を知っていた。

3. 健康に対する意識

健康に対する意識を表4に示す。主観的健康観は、4件法で「健康」と「健康でない」の2つに分類すると1つのセルが5以下となるため「健康」とそれ以外(「まあまあ健康」、「あまり健康でない」、「健康でない」)に分けた。その結果、「健康」と回答した現推進員40.7%で、既推進員22.1%および非推進員23.1%と比べて有意に多かった。

過去1年間に健康診査、肺がん、大腸がん、子宮がん、乳がん検診を受けた現推進員は、既推進員および非推進員と有意な差はなかった。胃がん検診は、既推進員が有意に多く、非推進員が有意に少なかった。

4. ヘルスリテラシー(HL), ソーシャルキャピタル(SC), 健康行動

HL 得点, SC 得点, 健康行動得点の状況を表5に示す。HL 得点の中央値は、現推進員4点、既推進員3.8点、非推進員3.8点で、3群間に有意な差は

表4 健康に対する意識

	n (%)			P 値
	現推進員 (n=54)	既推進員 (n=69)	非推進員 (n=136)	
主観的健康観				0.029
健康	22(40.7)**	15(22.1)	31(23.1)	
まあまあ健康・あまり健康でない・健康でない	32(59.3)**	53(77.9)	103(76.9)	
過去1年間の健康診査				0.117
受けた	40(75.5)	54(78.3)	87(65.4)	
がん検診受診				
胃がん	22(41.5)	36(52.2)*	43(32.8)*	0.028
肺がん	24(45.3)	29(42.0)	43(32.8)	0.206
大腸がん	24(45.3)	28(40.6)	41(31.3)	0.152
子宮がん	22(40.7)	31(44.9)	51(38.6)	0.690
乳がん	25(46.3)	32(46.4)	50(37.9)	0.392

無回答を除く
群間の比較は χ^2 検定
表中の * 印は、 χ^2 検定後に残差分析を実施した結果を示す
(* : $P < 0.05$ ** : $P < 0.01$)

表5 推進員の経験によるヘルスリテラシー得点, ソーシャルキャピタル得点, 健康行動得点

	現推進員 (n=54)		既推進員 (n=69)		非推進員 (n=136)		P 値
	Q2	Q1-Q3	Q2	Q1-Q3	Q2	Q1-Q3	
ヘルスリテラシー得点	4	3.6-4	3.8	3.2-4	3.8	3.4-4	0.412
ソーシャルキャピタル得点	15	14-16	14	13-17	15	13-16.25	0.681
健康行動得点	6.5	5-8	6	5-7	7	5-8	0.089

無回答を除く
Q2 : 第2四分位数 Q1-Q3 : 第1四分位数-第3四分位数
3群間の比較は、Kruskal-Wallis 検定

なかった。また、HL 得点の平均値は、現推進員3.71(±0.63)点、既推進員3.62(±0.58)点、非推進員3.60(±0.82)点であった。

SC 得点の中央値は、現推進員15点、既推進員14点、非推進員15点で、3群間に有意な差はなかった。

健康行動得点の中央値は、現推進員6.5点、既推進員6点、非推進員7点で3群間に有意な差はなかった。

5. 主観的健康統制感(HLC)

HLC の各下位尺度得点を表6に示す。各下位尺度得点は、現推進員、既推進員、非推進員の3群間に有意な差はなかった。3群ともIHLC (Internal HLC) 得点およびFHLC (Family HLC) 得点が高かった。

表6 主観的健康統制感 (HLC) 得点

	現推進員 (n=54)		既推進員 (n=69)		非推進員 (n=136)		P値
	Q2	Q1-Q3	Q2	Q1-Q3	Q2	Q1-Q3	
IHLC	24	22-25	23	21-25	23	21-25	0.722
FHLC	24	20.5-25.5	23	20-25	24	21-26	0.378
PHLC	21	18-23	20	18-23	20	17-23	0.644
CHLC	16	13-20	16	13-18	17	14-19	0.371
SHLC	14	10-17.5	13	10.5-17	14	10-17	0.959

無回答を除く

Q2: 第2四分位数 Q1-Q3: 第1四分位数-第3四分位数
3群間の比較は, Kruskal-Wallis 検定

IHLCは「Internal HLC」, FHLCは「Family HLC」, PHLCは「Professional HLC」, CHLCは「Chance HLC」, SHLCは「Supernatural HLC」を示す

IV 考 察

1. 現推進員および既推進員の活動

現推進員, 既推進員とも平均年齢は50代で, 推進員になったきっかけは, 順番制や人に誘われた者が多かった。既推進員の推進員を辞めた理由として93.5%の者が任期満了としており, 9割以上の者が任期満了まで推進員を務めていた。推進員を対象とした村山らの研究¹⁹⁾をみると, 年齢は50代が最も多く, すべて女性で, 推進員になったきっかけは, 人に誘われたが54.5%と最も多かった。本研究の対象者は, 年代, 性別, 推進員になったきっかけについて村山らの研究と同様であった。

現推進員の親戚や近所の人など家族以外に健診(検診)を勧める活動は, 既推進員および非推進員と比べて多かった。地域の人々への働きかけは, 現推進員が非推進員と比べて多いという報告⁷⁾と同様であったが, 既推進員と比べて差がなかったとする報告⁹⁾とは異なっていた。現推進員の推進員になったきっかけとして「人に誘われた」が多く, 活動について「行政が企画する行事の手伝い」と感じている者が多かったが, 「健康まつりに参加する」や「健康研修会に参加する」, 「親戚や近所の人など家族以外の人に健診(検診)を勧める」者が多かった。これは推進員の活動が長期間にわたり継続していることにより形成された一定の活動パターン, 農村型のコミュニティの人間関係のつながりの強さ, 役場の保健師とのつながりの強さによると考えられる。

現推進員は, 主観的健康観で健康と感じている者が多かった。地域社会への行動や参加は主観的健康観を良好にすることから^{20,21)}, 地域への働きかけが推進員自身の健康観に良い影響を与えたと考える。

非推進員の7割以上が推進員を知っていた。長野県は人口1万人当たり52.5人²²⁾, 彦根市は人口1万

人当たり15.3人²³⁾と比べると, A町は人口約7,000人に対して87人の多くの推進員が活躍している(人口1万人当たり124人)。身近なところに推進員が存在していること, 活動が長期間継続されてきたことにより, 広く認知されていると考える。

一方, 活動で感じたことは「行政が企画する行事の手伝い」と回答した者が多く, 次いで「活動を通じて多くの人と知り合いになれた」であった。活動を通して人と知り合いになることは, 住民同士のつながりや人とふれあえる場として推進員自身に良い影響を与えていると考える。

活動のやりがいを感じている現推進員や活動による自分自身の成長を感じている現推進員は約半数であった。村山らの研究¹⁹⁾では, B市における推進員の活動にやりがいを感じている者は65.9%で, 活動による自分自身の成長を感じている者は80.9%であった。A町の方がいずれの割合も少なかった。推進員の活動が活発にされているC市では, 毎月学習会が開催され, 推進員が活動の意義や自由に意見を出し合うことなどの運営方法をとっていた²⁴⁾。また, 推進員が主導または行政と対等と考える推進員は, 行政主導と考える推進員と比べて活動にやりがいを感じていることや⁴⁾, 推進員の主体性の獲得には, 推進員間や推進員と育成する側との話し合いが重要であることが指摘されている²⁵⁾。本研究では, 「行政が企画する行事の手伝い」と感じている者が多く, 推進員の活動は行政主導型であると考えている者が多いと考えられた。A町の推進員の活動が, 担当地区住民の健診(検診)の周知と受診希望者のとりまとめ, 年度当初の研修会に参加することや健康づくりの啓発活動であるため, 推進員同士の話し合いをする機会が少なく, 推進員の主体性の意識が得られにくいことから, やりがいや自分自身の成長を感じている者が少なかったと考える。推進員の主体性の意識が得られるように, 研修会の開催方法や, 推進員同士が意見を交わすことができる機会を設けるなど育成方法の検討が必要である。

2. ヘルスリテラシー (HL)

現推進員のHL得点の平均値は3.71点であった。一般女性を対象に同じ尺度を用いた先行研究がなかったため, 対象者のほぼ全員が大学卒業以上である日本の企業に勤務する男性(平均年齢43.2歳)の会社員を対象としたIshikawaらの研究(平均値3.72点)¹⁶⁾と比較すると, 同様の値であった。日本では識字率が高く, 大部分の国民が高いHLを有するとも考えられることから²⁶⁾, 本研究の対象者は高いHLを有すると考える。

3. ソーシャルキャピタル (SC)

現推進員のSC得点は、中央値15点であった。この得点は、和歌山県の20歳以上の男女を対象とした先行研究の15点と同様な値であった¹⁷⁾。推進員の経験によるSC得点は3群間に有意な差はなかった。

推進員活動は「行政が企画する行事の手伝い」と回答している者に次いで「活動を通じて多くの人と知り合いになれた」と回答している者の割合が現推進員および既推進員とも多かった。推進員は、その活動によって多くの人と知り合いになり、住民相互のつながりが強くなり、非推進員のSCも高まっている可能性がある。SCが高い地域は健康状態が良い²⁷⁾ことから、推進員の活動は、住民の健康にも好影響を与える²⁷⁾可能性がある。

4. 健康行動

推進員の経験による健康行動得点は3群間に有意な差はなかった。現推進員と既推進員では、健康行動に有意な差はなかったことは、星野らの報告⁹⁾と一致していた。しかし、現推進員は非推進員と比べて望ましい健康行動を獲得するという星野らの結果⁷⁾と異なっていた。本研究において現推進員と非推進員とに差がなかったことは、星野らの研究と本研究に10年以上の差があり、この間に健康増進法、健康日本21等の実施により地域住民全体の健康行動が良くなった可能性もある。さらに、このような保健事業以外にも農協など農業地域における活動の効果の可能性もある。

HLCについて、本研究の全対象者は、FHLCである「家族等の身近な人に健康問題の解決を求める考え方」の傾向があった。対象者の婚姻状況は「配偶者あり」と回答した者や、家族構成は「2世代または3世代」と回答した者が多いことから、対象者の健康づくりには、身近な家族の影響を受けていることが考えられる。

現推進員および既推進員はIHLCである「病気や健康の原因が自分自身とする考え方」の傾向が強かった。IHLCが高いことは、小学生の母親(平均年齢37.1歳)を対象とした吉田らの報告²⁸⁾と同様の傾向であった。健康情報の収集をしている者は、IHLC得点が高いことから²⁸⁾、自らあるいは研修によって健康情報を収集している可能性が考えられる。

5. 推進員の育成

推進員の育成について、次のことが考えられる。推進員は必要な健康情報を収集・理解し、効果的に利用する能力があることや「病気や健康の原因が自分自身とする考え方」の傾向が強いことから、推進員に健康情報を提供する機会をつくる必要がある。また、地域の人々への働きかけは、推進員の

健康観にも良い影響を与えるので^{20,21)}、推進員就任中や推進員を辞めた後も継続して地域の人々への働きかけを行えるよう育成していく。そのために、推進員が定期的集まり、推進員間や推進員と推進員を育成する側との話し合う機会を多く設けることが必要である。推進員と行政とで知恵を出し合いながら一緒に考えたり²⁹⁾、活動から得た教訓を意識づけるために活動を振り返る機会をもつことは³⁰⁾、推進員の主体的な活動につながると考えられる。

6. 本研究の限界と今後の課題

本研究の回収率は3群間に差があることから、回答者の偏りが考えられる。本研究は、横断研究であるため推進員活動による効果を検証することはできない。今後、推進員活動を評価するためには、就任前と後を比較することで、効果を測定することができると考える。また、A町のみを対象としているため、一般化は慎重に行う必要があるが人口当たりの推進員の多い農村型の地域における推進員の特徴について明らかにできた。今後、やりがいのある推進員活動の特徴や、効果的な活動の方法や支援方法を検討する必要がある。

V 結 語

A町で推進員の経験によるHL, SC, 健康行動の特徴をみると、現推進員のHL, SC, 健康行動のいずれの得点も既推進員、非推進員と有意な差はなかった。現推進員は、活動を「行政が企画する行事の手伝い」と感じている者が多かった。現推進員の地域の人々への働きかけと、主観的健康観で「健康」と感じている者が既推進員および非推進員に比べて有意に多かった。

推進員の育成にあたっては、推進員活動を主体的に取り組めるよう支援することが必要である。

本研究にご協力いただきました対象者の皆様、A町の職員の皆様に感謝し、厚くお礼申し上げます。

本研究に関して開示すべきCOI状態はない。

(受付 2017. 4.18)
採用 2017.12.21)

文 献

- 1) 地域保健対策におけるソーシャルキャピタルの活用
のあり方に関する研究班. 住民組織活動を通じたソー
シャル・キャピタル醸成・活用にかかる手引き.
2015. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000092157.pdf> (2018年2月27日アクセス可能).
- 2) 今村晴彦. 次世代の健康長寿は可能か 健康長寿を
築き上げた信州人の文化・社会: 長野県の保健補導員

- 制度からの考察. 老年社会科学 2014; 35(4): 460-465.
- 3) 今村晴彦, 印南一路. ソーシャル・キャピタル: 保健活動へのヒント 地区組織活動についての全国調査結果から: ソーシャル・キャピタルを醸成する保健師活動へのヒント. 保健師ジャーナル 2011; 67(2): 119-126.
 - 4) 村山洋史, 田口敦子, 村嶋幸代, 他. 健康推進員組織と行政との関係への認識からみた健康推進員の活動と意識. 日本地域看護学会誌 2007; 10(1): 113-121.
 - 5) 藤井志穂里, 滝本あすか, 中山貴美子, 他. 健康推進員が地域で健康づくり活動を継続する要因に関する研究. 保健師ジャーナル 2012; 68(5): 416-422.
 - 6) 今村晴彦, 村上義孝, 岡村智教, 他. 地区組織活動経験が国民健康保険医療費に及ぼす影響: 長野県須坂市の保健補導員活動に着目して. 日本公衆衛生雑誌 2017; 64(1): 25-35.
 - 7) 星野明子, 桂 敏樹, 成木弘子. ヘルスプロモーションにおける地域組織活動の効果: F市保健推進員活動が活動参加者, 家族および地域住民への働きかけに与える影響. 日本健康医学会雑誌 2001; 10(1): 12-19.
 - 8) 鈴木みちえ, 中野照代, 飯田澄美子. 保健推進員の経験と健康習慣, 家族の健康管理行動, 地域の健康づくり参加行動との関連. 日本地域看護学会誌 2006; 9(1): 59-64.
 - 9) 星野明子, 桂 敏樹. F市保健推進員活動が参加者の保健行動に与える継続的效果: F市保健推進員活動の継続者とリタイア者の保健行動の比較. 日本健康医学会雑誌 2005; 14(2): 33-36.
 - 10) 日本都市センター, 編. 地域包括ケアシステムの成功の鍵: 医療・介護・保健分野が連携した「見える化」・ヘルスリテラシーの向上. 東京: 日本都市センター. 2015; 52-70. <http://www.toshi.or.jp/?p=8986> (2018年2月27日アクセス可能).
 - 11) 今村晴彦, 園田紫乃, 金子郁容. コミュニティのちから: “遠慮がち”ソーシャル・キャピタルの発見. 東京: 慶應義塾大学出版会. 2010; 7-10.
 - 12) 日本公衆衛生協会. 平成25年度健康安全・危機管理対策総合研究事業 住民組織活動を通じたソーシャルキャピタルの醸成・活用の現状と課題 報告書. 2014. http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_10_00.pdf (2018年2月27日アクセス可能).
 - 13) 和歌山県企画部企画政策局調査統計課. 指標からみた和歌山県のすがた 平成28年度. 和歌山: 和歌山県企画部企画政策局調査統計課. 2017; 147-167.
 - 14) 和歌山県福祉保健部健康局医務課. 平成27年人口動態統計(確定数)の概況. 2016. <http://www.pref.wakayama.lg.jp/prefg/050100/dotai/H27/27mokuji.html> (2018年2月27日アクセス可能).
 - 15) 総務省統計局. 平成27年国勢調査 都道府県・市区町村別統計表. 2017. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00200521&tstat=000001049104&cycle=0&tclass1=000001049105> (2018年2月27日アクセス可能).
 - 16) Ishikawa H, Nomura K, Sato M, et al. Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers. Health Promot Int 2008; 23(3): 269-274.
 - 17) 尾崎裕美, 上田理恵, 小野善郎, 他. 地域住民のソーシャル・キャピタルに関連する要因: 平成24年度和歌山県こころの健康に関する意識調査より. 和歌山県立医科大学保健看護学部紀要 2014; 11: 21-29.
 - 18) 堀毛裕子. 日本版 Health Locus of Control 尺度の作成. 健康心理学研究 1991; 4(1): 1-7.
 - 19) 村山洋史, 田口敦子, 村嶋幸代, 他. 健康推進員の活動意識: 経験年数別での比較. 日本公衆衛生雑誌 2007; 54(9): 633-643.
 - 20) 村山洋史, 菅原育子, 吉江 悟, 他. 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. 日本公衆衛生雑誌 2011; 58(5): 350-360.
 - 21) 高嶋伸子, 大池明枝, 合田加代子, 他. 高齢化が進行する団地における世話役の特性. 四国公衆衛生学会雑誌 2009; 54(1): 112-115.
 - 22) 地域保健対策におけるソーシャル・キャピタルの活用のある方に関する研究班. 住民組織育成・支援・協働にかかる指針・手引き集. 2014. http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_10_03.pdf (2018年2月27日アクセス可能).
 - 23) 村山洋史, 田口敦子, 宮尾智香子. 健康推進員主導による健康教室の効果評価: 滋賀県彦根市での取り組み. 公衆衛生情報 2016; 9: 26-27.
 - 24) 浅野章子. 事例集: 新しい健康日本21へのヒント6 保健補導員と協働で進める健康づくり: ソーシャルキャピタルの高い地域づくりへ. 保健師ジャーナル 2013; 69(10): 830-835.
 - 25) 山谷麻由美, 中尾八重子. 健康づくり推進員の主体性獲得に必要な要件の構造: A町のエンパワメント発展段階の準備期において. 日本地域看護学会誌 2016; 19(2): 58-65.
 - 26) 川上憲人, 小林廉毅, 橋本英樹, 編. 社会格差と健康: 社会疫学からのアプローチ. 東京: 東京大学出版会. 2006; 105-126.
 - 27) イチロー・カワチ. 命の格差は止められるか: ハーバード日本人教授の, 世界が注目する授業. 東京: 小学館. 2013; 13-16, 130-146.
 - 28) 吉田由美, 高木廣文, 稲葉 裕. 健康情報の収集行動と Health Locus of Control との関連. 日本公衆衛生雑誌 1995; 42(2): 69-77.
 - 29) 岩永俊博. 「困りごと」から考える: 地域づくり型保健活動の考え方と進め方4 健康づくり推進員の養成: ワークショップに入る前に. 保健師ジャーナル 2013; 69(7): 554-557.
 - 30) 松尾 陸. 職場が生きる人が育つ「経験学習」入門. 東京: ダイアモンド社. 2011; 87-103.

Characteristics of health literacy, social capital, and health behavior acquired through experiences by health promotion volunteers

Chikage HAYASHI*, Rie MAEUMA*, Kazuko YAMADA* and Ikuharu MORIOKA*

Key words : health promotion volunteer, health literacy, social capital, health behavior, health activity

Objectives In order to promote health in the community, collaborative activities with community organizations are, in addition to individual health guidance, considered to be effective. Health promotion volunteers (HPVs) are now gaining attention as one such community organization. The purposes of this research were to clarify the characteristics of health literacy, social capital, and health behavior acquired through experience by HPVs and to obtain findings with which to examine ways to foster HPVs.

Methods An anonymous, self-administered questionnaire survey was conducted through the postal system in a town with 87 currently active HPVs, 158 former HPVs who served between April 2009 and March 2015, and 299 people with no experience as HPVs. The respondents were 54 active HPVs (response rate, 62.1%); 69 former HPVs (43.7%); and 136 people with no experience (45.5%). Participants were asked about their sociodemographic characteristics; activity status as an HPV; self-rated health; whether they had undergone a medical examination (recently) or not; health literacy; social capital; health behaviors; etc.

Results Health literacy, social capital, and health behavior scores of active HPVs showed no significant difference among the three groups. Many of the active HPVs felt that the work was “of help to the local government.” The number of participants who tried to encourage others and who self-rated their health statuses as healthy in the active HPV group were significantly higher compared with the former HPVs and the group with no experience.

Conclusion In fostering HPVs, it is necessary to support them in order to ensure that they proactively engage in activities promoting health.

* Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University