

博士学位論文

日韓の在宅高齢者の健康関連ライフスタイルを
規定する要因に関する基礎研究

平成26年3月

李 志嬉

岡山県立大学大学院

保健福祉学研究科

博士学位論文

日韓の在宅高齢者の健康関連ライフスタイルを
規定する要因に関する基礎研究

平成26年3月

李 志嬉

岡山県立大学大学院

保健福祉学研究科

要 旨

本学位論文は、高齢者の健康の維持・増進に資する東アジア型健康増進モデルの開発に関する基礎資料を得ることをねらいとして、日本と韓国の在宅高齢者を対象に、健康関連コミットメントが健康管理自己効力感を通して健康関連ライフスタイルに影響すると仮定した演繹的仮説（因果関係モデル）の実証的な検討を目的とした。この目的を達成するために、本学位論文では、まず、研究課題1として、コミットメント理論を健康に適用し、高齢者の「健康関連コミットメント」に関する測定尺度の開発を行った。次いで研究課題2として、健康関連コミットメントが健康管理自己効力感を介して健康関連ライフスタイルに影響するという因果関係モデルを構築し、構造方程式モデリングによるその実証的な検討を行った。

研究課題1においては、韓国のA道とC道に在住し、かつ老人福祉施設を利用する65歳以上の在宅高齢者328名を対象に、無記名の質問紙調査を実施し、健康に関連した「情緒的コミットメント」「規範的コミットメント」「持続的コミットメント」を第一次因子、「健康関連コミットメント」を第二次因子とする3因子二次因子モデルからなる「健康関連コミットメント測定尺度」の構成概念妥当性と信頼性を検討した。その結果、前記因子構造モデルのデータに対する適合度は統計学的に許容できる範囲にあり、概念的次元性を備えていることから構成概念妥当性が支持され、また加えて、信頼性係数も良好な水準であったことから数量的にも次元性が支持されることを明らかにした。

研究課題2においては、日本のA県B市の高齢者支援センター、韓国のA道B市の老人福祉施設に登録されている65歳以上の在宅高齢者を対象に（日本：500名、韓国：500名）、無記名の質問紙調査、すなわち調査内容を対象者の基本属性（年齢、性別、家族構成、最終学歴、婚姻状態、主観的健康状態）、健康関連コミットメント、健康管理自己効力感、健康関連ライフスタイルで構成した調査を実施した。研究課題1で開発した「健康関連コミットメント測定尺度」等の構成概念妥当性の

交差妥当性を検討した後、健康関連コミットメントが健康管理自己効力感を介して健康関連ライフスタイルに影響するという因果関係モデルのデータへの適合性と変数間の関連性を構造方程式モデリングで検討した。その結果、日本と韓国の高齢者に共通して、健康関連コミットメントを高く認知している高齢者ほど健康管理自己効力感が高く、またさらに健康管理自己効力感が高い高齢者ほど健康に良いライフスタイルを継続的に実践していることを明らかにした。

以上の結果から、高齢者が健康関連ライフスタイルを維持・増進するには、健康関連コミットメントおよび健康管理自己効力感を中心とした臨床的なアプローチの開発の必要性が示唆された。すでに日本と韓国では、生活習慣の改善などを目的に健康日本 21 や Health Plan 2020 などを基礎に健康増進事業が保健所や保健センターを中心に行われているものの、マンパワーの不足、具体的な運営・指導法が分からない、施設および設備が整っていないなどといった問題点が指摘されていることを勘案し、本学位論文では、日本と韓国は各文化や地域の特性を考慮しつつも、健康関連コミットメントや健康管理自己効力感を重視したプログラムの開発とその導入が喫緊の課題であると推察し、その方策についての提案を試みた。

目 次

序 論	1
第 1 章 研究背景	1
第 2 章 高齢者の健康関連ライフスタイルに関する研究動向	3
第 1 節 健康関連ライフスタイル	3
第 2 節 健康関連ライフスタイルの規定要因に関する研究動向	4
第 3 章 研究目的	10
本 論	11
第 1 章 高齢者の健康関連コミットメント測定尺度の開発	11
第 1 節 研究方法	11
第 2 節 研究結果	13
2-1 集計対象者の属性等の回答分布	13
2-2 高齢者の健康関連コミットメント尺度の構成概念妥当性の検討	14
第 2 章 高齢者の健康関連ライフスタイルを規定する要因の検討	17
第 1 節 研究目的	17
第 2 節 研究方法	17
2-1 調査内容	17
2-2 解析方法	19
第 3 節 研究結果	19
3-1 集計対象の属性の分布	19
3-2 測定尺度の構成概念妥当性の交差妥当性と信頼性の検討	21
3-3 健康関連コミットメントおよび健康管理自己効力感と健康関連ライフ スタイルの関係	22

第3章 総合考察	24
第1節 健康関連コミットメント測定尺度の開発について	24
第2節 健康関連ライフスタイルを規定する要因について	25
結 論	31
参考文献	32

序 論

第1章 研究背景

西暦 2000 年前後を境に、世界的規模で高齢者の健康の維持・増進を基礎とする QOL の充実を志向した健康政策の開発（施策ならびに事業を含む）が重視され、特に東アジア地域では日本と韓国においては、その内容についての国民的関心が高まった経緯がある。1994 年すでに高齢社会を迎えた日本の高齢化率は、平成 25（2013）年に 25.2%、総人口の 4 人に 1 人が高齢者となった。また、2035 年になると 33.4% と、3 人に 1 人が高齢者で占められると推測されており、日本はこれまで人類が経験したことのない高齢社会を迎えることになる¹⁾とされている。韓国においては、2013 年現在、全人口の 12.2% を高齢者が占めており²⁾、2017 年になると高齢者の割合は約 14% まで増加し、高齢社会に至ることが見込まれている³⁾。このような状況の中で、日本と韓国は平均寿命が今後も継続的に拡大することが推測されており⁴⁾、従前にも増して高齢者の健康の維持・増進を図るための政策等に関心が向けられることになるものと思料される。

第二次世界大戦後、特に先進国の平均寿命は、健康政策や医療技術の発展、ならびに生活水準の向上等を背景に急速に伸びた。しかし最近では、単に長生きするだけでなく、健康を維持しながら長生きする、つまり、身体機能の制限がなく、質の高い人生を営む「健康寿命：Healthy adjusted life expectancy」の重要性が強調されている。寿命に対するそのような意識改革は、WHO が 2000 年世界各国の健康寿命を発表したことが契機となっていることは否めないであろう。日本と韓国の健康寿命を見ると、2000 年の日本は約 74 歳、韓国は約 65 歳であったが、2007 年には日本は約 76 歳、韓国は約 71 歳へと変化している⁵⁾。日本と韓国の高齢者の健康寿命はともに伸展しているが、平均寿命と健康寿命の差に着目するならば、それは

日本が約7年、韓国が約10年となっていることから、特に韓国においてその原因解明が急がれている。

韓国は、介護や医療的な介入が必要な高齢者に社会保険サービスを提供するために2008年に「老人長期療養保険制度」を導入した。2008年当時、長期療養保険認定者数は約21万人であったが、2013年の調査では約34万人に増加している⁶⁾。また、医療費全体の中で老人医療費が占める割合は33.3%と、2002年から10年間、平均16.9%の増加状況にあり、継続的に増加を示している⁷⁾。他方、日本の介護保険においても、要介護認定者数は、制度が始まった2000年の約218万人から2009年には約469万人へと増加し、サービス受給者の数も9年間で約235万人、約1.6倍に増加している⁸⁾。このことは、介護を必要とする高齢者が増加していると同時に、医療費等の社会的負担が増加していることを示唆するものである。

介護を必要とする高齢者の発生予防の対策として、先進国ではすでに1980年代から健康増進の目標を設定するなど、国民的な健康生活実践運動が展開されてきた。その例として、アメリカの「Healthy People」（2000年）、イギリスの「The Health of the Nation」（1992年）、オーストラリアの「Better Health Commission」（1986年）などを挙げることができる⁹⁾。日本においても「21世紀における国民健康づくり運動（健康日本21）」が2000年より開始され、生活習慣の改善に向けて各自治体は健康寿命のさらなる延長や生活の質の向上に向けての健康政策を展開している¹⁰⁾。韓国においても、2002年国民の健康寿命の延長を目的に、「国民健康増進総合計画」が打ち出され、健康増進事業（Health Plan 2010）を展開し、禁煙、節酒、運動、栄養を健康生活実践のための重点課題として位置づけている⁹⁾。また、韓国では2011年からHealth Plan 2010に続き、Health Plan 2020を発表し、2020年までに国民の健康寿命を75歳まで延長させる計画を提示している¹¹⁾。これらの政策（施策あるいは事業を含む）は、高齢者の健康寿命の延長を図るには、医療的介入にのみ強く依存することなく、健康意識や健康行動の変化を誘導するための教

育の強化、ならびに健康生活の実践力の向上を意図した教育の強化が必要なことを示唆している。既に、WHOは飲酒、喫煙、運動、栄養、ストレス等をコントロールしたライフスタイルを維持することによって各種疾患を予防でき、また質の高い人生を営むことができると、ライフスタイルの重要性を強調している^{9),12)}。前述のように、日本や韓国において、高齢者の医療や介護に関する社会的負担が増加している中で、高齢者の健康を維持させる、もしくは増進させることが社会的な課題となっていることを勘案するなら、高齢者の健康関連ライフスタイルに焦点を当て、その発生のメカニズムを解明することを企図した研究は、社会的にも貢献度の高い研究として位置づけられよう。健康関連ライフスタイルの発生メカニズムを明らかにすることは、視点をかえるなら、高齢者の健康の維持・増進にとってどのような介入が可能なのかを検討する上で、政策にも大きな示唆をもたらすものとなるだろう。

第2章 高齢者の健康関連ライフスタイルに関する研究動向

第1節 健康関連ライフスタイル

カナダで発表されたLalonde報告書によると、人の健康を決定する要因は生物学的要因、環境的要因、保健医療サービスの水準に加えて、疾病を誘発させる飲酒、喫煙、栄養、運動、ストレス等の健康関連ライフスタイルの重要性が指摘されている¹³⁾。また、アメリカの保健衛生局によると、毎年発生する疾病の50%程度が不健康なライフスタイルに起因するものであり、ライフスタイルは健康増進において重要な決定要素であると報告されている¹⁴⁾。同様な趣旨で、世界保健機構(WHO)も先進国死亡率の70%以上、後進国死亡率の40%以上が、ライフスタイルが原因と想定される疾病によると推定している¹⁵⁾。WHOは、環境汚染、飲酒、喫煙、運動不足、栄養バランス、ストレス等が健康に影響を与えるライフスタイルの要素であり、特に、がん、心臓疾患、脳卒中、糖尿等をライフスタイル関連疾患として命

名し、健康なライフスタイルの維持によって上記の疾患を予防でき、結果的にそれが生活の質を高めると報告している⁹⁾。なお、従来の多くの研究では、健康に良いとされているライフスタイルを継続している者ほど、健康状態が良いと結論し、健康の維持・増進に対するライフスタイルの重要性を強調している^{13), 16)-21)}。

従来の研究における健康関連ライフスタイルの定義や意味を概観すると、Belloc と Breslow (1972) はライフスタイルを構成する要素として朝食、睡眠、適切な体重の維持、間食、飲酒、運動、喫煙の7つを提示しており²²⁾、また Harris と Guten(1979)は、多くの人が実践している健康関連ライフスタイルは栄養と食習慣、さらには休養、運動等としている²³⁾。また、高齢者を対象とした Brown と McCree dy (1986) は、健康を守るために特に重要な活動は、適切な食事、休養、運動であると指摘している²⁴⁾、Laffrey (1990) の研究では、栄養、運動、心理的安定、休養、環境維持等の12の要素を挙げている²⁵⁾。また、林(2000)は、地域住民3,487名のデータを用いて、健康生活習慣が「食事」「運動」「休養」「心理的安定」「環境維持(生活環境の整備)」、また、現代社会で要求されている高齢者が「生活のハリ」を持って積極的に「社会参加」をすることなど7因子21項目から構成される測定尺度を開発している²⁶⁾。筆者は、林(2000)が用いていた尺度を再検討し、「7項目版健康関連ライフスタイル尺度」を開発し、健康状態との関係を既に明らかにしてきた²⁷⁾。

第2節 健康関連ライフスタイルの規定要因に関する研究動向

健康関連ライフスタイルに影響を与える変数を明らかにするために、従来の研究で使用されてきた理論と実証的に検討されてきた仮説を以下に示す。

(1) 健康信念モデル (Health Belief Model)

健康信念モデル (Health Belief Model : HBM) は、1950年代アメリカの公衆保健局に在職していた Becker, Hochbaum, Rosenstock などの社会心理学者によって

開発された理論であり²⁸⁾、その理論開発の契機はアメリカの公共健康サービスにより提供された検診プログラム(Medical Screening Program)に大半の人が参加していない理由を探ることであった²⁹⁾。健康信念モデルは、Rosenstockによって1966年開発され、50年以上にわたり健康行動における理論的枠組みとして最も多く用いられてきた³⁰⁾。

健康信念モデルは、個人の健康や疾病の予防行動を予測する認知的要因を概念化し、2つの主要概念を提示している³¹⁾。まず、一つ目は、自覚された危険(Perceived Threat)であり、これは疾病による危険への程度に対する個人の評価および自覚を意味する。知覚された危険は、自覚された深刻性(Perceived Severity)と自覚された脆弱性(Perceived Susceptibility)で構成される。二つ目の概念は、行動的評価(Behavioral Evaluation)であり、これは行動に随伴して現れる結果に対する期待を意味する。行動的評価は、自覚された障害(Perceived Barriers)と自覚された利益(Perceived Benefits)で構成される³²⁾。

健康信念モデルを用いた実証的な研究を見ると、健康信念モデルの構成要素と健康増進行動との間に統計学的に有意な関係があるとしている³³⁾⁻³⁷⁾。しかし、宮坂と川田は、健康信念モデルは、毎日繰り返し行っている行動の場合は、行動に伴う刺激により無意識的に行動する可能性が高いことを挙げ、健康信念モデルの問題点を指摘している³⁸⁾。また、Penderは、健康信念モデルは疾病予防行動には適切であるが、QOLの向上に関連した行動の予測には不適切であると批判している³⁹⁾。このことから、健康信念モデルは健康関連ライフスタイルを向上させる要因の解明にとって必ずしも有効ではないと推察された。

(2) 合理的行動理論

合理的行動理論(Theory of Reasoned Action: TRA)は、社会心理学者FishbeinとAjzen(1980)が提唱した理論であり、行動への態度と主観的規範が行動の意図を

決定しその意図が行動を決定する、としている⁴⁰⁾。つまり、ある行動について強い意図を持っていれば、その行動をする可能性が高く、その意図は行動に対する態度と主観的規範のふたつの要因によって健康と関連する行動が決定されるという理論となっている。行動に対する態度は、ある行動についての個人が持つ肯定的あるいは否定的感情であり、主観的規範は個人の行動遂行について周りから支持されたり反対されたりするかを内包した概念となっている⁴¹⁾。

合理的行動理論を適用した実証的研究においては、青少年の喫煙⁴²⁾、飲酒と関連する問題⁴⁰⁾、運動⁴³⁾、食生活⁴⁴⁾などが独立変数とされ、健康行動との関連性が支持されたことを報告している。しかし、合理的行動理論は、行動遂行について個人の要因以外の要因を考慮していない弱点があり⁴⁵⁾、また合理的行動理論を応用した時、理論と関係のない他の要因を入れた方が、説明力が高まるという指摘⁴⁶⁾もあることから、本学位論文では、この理論の採用を回避した。

(3) 健康統制所在 (Health Locus of Control) 理論

健康統制所在 (Health Locus of Control) 理論は、Rotter(1966)の社会学習理論で提案された Locus of Control の概念を健康行動に適用したものである。Rotter の Locus of Control は、内的者 (Internals) と外的者 (externals) が持っている一般的な期待を区別し説明するための概念である⁴⁷⁾。この理論は、自分の健康が自分自身によって左右されると信じる内的統制型、自分の健康が影響力のある他人、つまり医療関係者や家族によって左右されると信じる他人依存統制型、自分の健康が、運、チャンス、運命などにより左右されると信じる偶然統制型に区分される⁴⁸⁾。

健康統制所在理論を用いて、健康増進行動を実証的に検討した研究は多数認められる⁴⁹⁾⁻⁵⁴⁾。しかし、渡辺(1987)は、Locus of Control の特性からみて、健康が運や外的要因によって左右されると信じている人を簡単に内的統制型 (健康が自分自身によって左右される) に変えることは難しいことを理由に、健康行動の形成に健

健康統制所在理論は役に立たないと述べている⁵⁵⁾。また、ハン(1997)は、健康統制所在理論では、健康の価値が誰にとっても重要と位置づけているが、健康の価値は、自分が健康であると信じている人と、そうでない人の間では差があり、健康統制所在理論を修正して発展させていく必要があると指摘している⁴⁷⁾。このことから、今回この理論を採用することは難しいと判断した。

(4) 自己効力感理論

自己効力感理論は、Bandura(1986, 1992)によって提案された社会的学習理論として知られている⁴⁷⁾。Banduraによると、自己効力感とは、自己の行動の遂行可能性の認知、すなわち、ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという個人の確信を意味している。自己効力感とは将来の行動変容の予測因子となり、また自己効力感の変化が行動の変化に先行するとも言われている³⁰⁾。

従来の研究では、自己効力感が高い者ほど健康増進に必要な行動をしていることが知られている⁵⁶⁾⁻⁵⁸⁾。高齢者を対象として行った研究でも同様の報告がなされている⁵⁹⁾⁻⁶¹⁾。筆者も日韓の在宅高齢者を対象に健康管理自己効力感が健康生活習慣の継続に影響することを明らかにしてきた⁶²⁾。このような結果は、自己効力感理論が健康の維持・増進のメカニズムの解明にとって有益な理論であることを示唆している。

(5) 汎理論 (Transtheoretical model)

Prochaska と DiClement(1983)の汎理論は⁶³⁾、心理治療と行動変化に関する既存の300以上の理論を体系的に統合することを通して開発された⁶⁴⁾。汎理論は、変容のステージを利用して、介入に関する主要な理論から変化に関する様々なプロセスと原理を統合した理論であることを理由に、汎理論という命名された⁶⁵⁾。このモデルは、変容ステージ(Stage of Change)、自己効力感(Self-efficacy)、意志決定の

バランス(Decisional balance)、変容プロセス(Processes of change)の4つの主要下位要因で構成されている。なお、行動の段階として、無関心期、関心期、準備期、実行期と維持期の5段階が区別されている。無関心期とはすぐに行動を変える意志がない段階、関心期とは変化にいくらか考慮する段階、準備期は近い将来、変化する意思がある段階、実行期は行動を変化してまだ時間があまり経っていない段階、維持期は通常少なくとも6ヶ月、個人が変化を継続したときを意味している。

汎理論は、喫煙、飲酒、食事行動などに応用され、行動の変容のために活用されてきた⁶⁴⁾。筆者も高齢者を対象に汎理論を健康生活習慣に応用し、健康生活習慣に関するプロセス、健康生活習慣に関する意思決定のバランス、健康管理自己効力感が、健康生活習慣の変容段階に影響するという因果関係モデルを仮定し、高齢者の健康生活習慣に関する発生メカニズムを検討した。その結果、自己効力感のみが健康生活習慣に統計学的に有意な影響を与えていることを確認した⁶⁶⁾。これは、自己効力感理論を支持していると同時に、汎理論を部分的に支持する結果であった。なお、自己効力感が健康生活習慣や健康関連ライフスタイルの継続をすべて説明しきれものではないが、自己効力感に影響を与える要因を含め、健康関連ライフスタイルに関連する要因についてより詳細に検討する必要があるものと推察される。

(6) 自己効力感に影響を与える要因

2000年、Locus of Controlと健康管理自己効力感の関係を構造方程式モデリングで検討した田原(2000)らの研究では⁶⁷⁾、Locus of Controlの「自己」つまり、健康が自分自身によって決定されると信じていることが、健康管理自己効力感に影響していることを明らかにしている。ただし、健康は「運」や「他者」によるLocus of Controlは健康管理自己効力感に関係せず、さらにそれら要因を下位概念とする二次因子モデルは自己効力感に対しても影響していなかったとしていることを考慮するなら、Locus of Control以外の他の変数を考慮する必要があるだろう。

そこで本学位論文では、自己効力感に影響を与える要因としてコミットメントを取り上げた。コミットメント理論は、社会学で個人と組織の行動を分析した概念であり、1960年代組織心理学分野で組織コミットメント概念を投入してから、個人が組織に対して持つ心理的特性を説明する概念として用いられている⁶⁸⁾。

コミットメント理論は、組織心理学分野を中心に多くの研究がなされてきたが、コミットメントを、行動を継続させる変数（規定要因）のひとつとして捉え、組織心理学分野以外においても応用され、コミットメントは自己効力感を高める変数であることが報告されている。たとえば、高良らは、看護職にコミットしていることが健康行動に対する自己効力感に促進的に影響する⁶⁹⁾、チャン(2011)は、運動コミットメントが高いほど身体的自己効力感に有意な影響を与えている⁷⁰⁾、チェ(2010)は、講師の効力感に影響を与える重要な要因は個人特性より組織コミットメントである⁷¹⁾、またハム(2007)は、ストレス対処行動はコミットメントによって変わり、コミットメントは自己効力感に有意な影響を与えていることを明らかにしている⁷²⁾。

以上の研究成果を参考に、ストレス認知理論を援用するなら、健康関連ライフスタイルを、健康を維持するために行う対処行動として捉えられ、健康関連コミットメントを健康管理自己効力感に先行する要因であると位置づけることに問題はな
いと言えよう。

第3章 研究目的

本学位論文では、高齢者の健康の維持・増進に資する東アジア型健康増進モデルの開発に関する基礎資料を得ることをねらいとして、日本と韓国の在宅高齢者を対象に、彼らの健康関連コミットメントが健康管理自己効力感を通して健康関連ライフスタイルに関係しているという仮説の実証的な検討を目的とした。研究概念図は、図1に示した通りである。前記の研究目的を達成するために、本学位論文では、以下に示す2つの課題を設定した。

課題1：高齢者の健康関連コミットメント測定尺度の開発

この課題では、高齢者の健康維持行動に対する認知を複数の要素で構成した「健康関連コミットメント」として把握し、その測定尺度を開発する。

課題2：高齢者の健康関連ライフスタイルを規定する要因の検討

この課題では、健康関連コミットメントが健康管理自己効力感を介して健康関連ライフスタイルに影響するという因果関係モデルを構築し、構造方程式モデリングによるその実証的な検討を行なう。

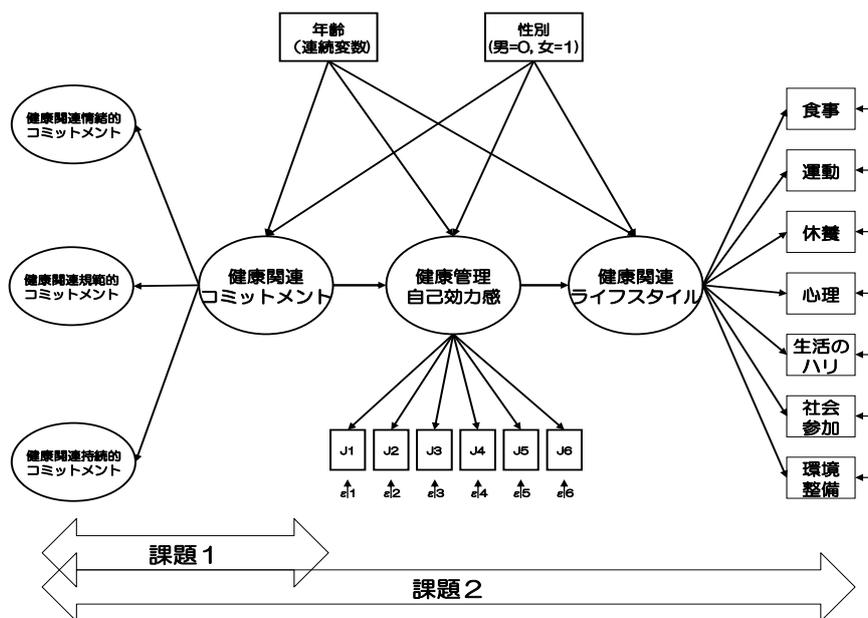


図1 研究概念図

本 論

第1章 高齢者の健康関連コミットメント測定尺度の開発

第1節 研究方法

本調査研究では、韓国A道とC道の老人福祉施設を在宅で利用している65歳以上の高齢者を対象に調査を実施した。調査の実施にあたっては、著者が前記の老人福祉施設の各施設長ならびに関係者に調査の趣旨や意義、倫理的配慮などを説明し、調査協力の有無を事前に確認した。その結果、老人福祉施設11箇所328名の協力を得た。調査票の配布と回収は、老人福祉施設の社会福祉士（「調査員」）が実施した。調査期間は2011年8月からの約1ヶ月間とした。

調査内容は、高齢者の基本属性（性別、年齢、結婚状態、家族構成、主観的健康状態）で構成した。このとき、高齢者の健康関連コミットメントの構造は、Meyerら(2002)の職務コミットメント⁷⁴⁾モデルを参考に「情緒的コミットメント(Affective Commitment)」、「規範的コミットメント(Normative Commitment)」、「持続的コミットメント(Continuance Commitment)」で構成した。このとき、健康関連の「情緒的コミットメント」は自分自身のため行う健康維持への愛着を意味し、「規範的コミットメント」は健康維持への義務感を意味し、「持続的コミットメント」は健康を失った時の損失の考慮を意味するものとした。調査項目として、「情緒的コミットメント」と「規範的コミットメント」はそれぞれ7項目、「持続的コミットメント」は9項目の計23項目を独自に準備した。各質問項目に対する回答は「0点：そう思わない」「1点：あまりそう思わない」「2点：そう思う」「3点：とてもそう思う」の4件法で求め、得点が高いほど健康維持行動について高く認知していることを意味するように設定した。

統計解析では、健康に関連する「情緒的コミットメント」「規範的コミットメン

ト」「持続的コミットメント」をそれぞれ第一次因子、「健康関連コミットメント」を第二次因子とする3因子二次因子モデルの確認的因子分析を行った。ただし、23項目で構成される前記因子モデルがデータに適合しない場合は、まず、内的整合性の高い行動の選択をねらいとして Corrected Item Total Correlation (以下、CITC) による同時複数項目削除相関係数法を採用し⁷⁵⁾、前記の数値が0.3以下の項目は不適切な項目として削除すると同時に、さらに残った項目の項目間相関係数が0.8以上の場合は、その項目群のいずれかを任意に削除し、その後、再度3因子二次因子モデルと仮定した、因子構造モデルの側面から見た構成概念妥当性の検討を行うものとした。なお、測定尺度の信頼性(Reliability)を、内的整合性に着目し Cronbach の α 信頼性係数で検討した。

前記因子構造モデルのデータへの適合性は、比較適合度指標(CFI: Comparative Fit Index)と平均二乗誤差平方根(RMSEA: Root mean square error of approximation)で判断した。一般的に比較適合度指標 CFI は 0.90 以上⁷⁶⁾⁻⁷⁷⁾、平均二乗誤差平方根 RMSEA は 0.1 以下であれば⁷⁸⁾、そのモデルがデータに適合していると判断できる。なお、分析モデルの標準化係数(パス係数)の有意性は、非標準化係数を標準誤差で除いた値(以下 t 値)を参考とし、棄却比(C.R.値: Critical Ratio)を用いて、その絶対値が 1.96 以上(5%有意水準)を示したものを統計学的に有意と判断した。

上記の解析には、岡山県立大学保健福祉学部所蔵の統計ソフト「SPSS12.0J」と Mplus2.0 を使用した。

なお、本調査研究においては回収された調査表 328 名のうち、いずれの調査項目にも欠損値がない 275 名(有効回答率 83.8%)を分析対象とした。

第2節 研究結果

2-1 集計対象の属性等の回答分布

集計対象 275 名の基本的属性等の分布は<表 1>に示した。平均年齢は 72.5 歳(標準偏差 5.4、範囲 65-95 歳)であり、そのうち前期高齢者(65-74 歳)が 175 名(63.6%)、後期高齢者(75 歳以上)が 100 名(36.4%)となっていた。性別は、男性が 120 名(43.6%)、女性が 155 名(56.4%)であった。家族構成の分布は、夫婦のみの世帯が 135 名(49.1%)と最も多く、次いで単独世帯(ひとり暮らし)が 83 名(30.2%)、夫婦と未婚の子の世帯が 14 名(5.1%)、本人(夫婦)と孫の世帯が 11 名(4.0%)、夫婦と親の世帯 10 名(3.6%)、ひとり親と未婚の子の世帯とその他の世帯がそれぞれ 7 名(2.5%)の順であった。婚姻状況は、既婚が 175 名(63.6%)と最も多く、半数以上を占めていた。主観的健康状態は、まあよいと答えた人が 138 名(50.2%)と最も多く、肯定的な回答(「まあよい」～「とてもよい」)と答えた人が大半を占めていた。

<表 1> 集計対象の基本的属性等の分布

年齢	平均72.5歳(標準偏差5.4, 範囲65-95歳)	
	-前期高齢者	175 (63.6)
	-後期高齢者	100 (36.4)
性別	男性	120 (43.6)
	女性	155 (56.4)
家族構成	単独世帯(ひとり暮らし)	83 (30.2)
	夫婦のみの世帯	135 (49.1)
	夫婦と未婚の子の世帯	14 (5.1)
	ひとり親と未婚の子の世帯	7 (2.5)
	夫婦と親(実父母もしくは義父母)の世帯	10 (3.6)
	三世代以上の世帯	8 (2.9)
	本人(夫婦)と孫の世帯	11 (4.0)
	その他の世帯	7 (2.5)
婚姻状態	既婚	175 (63.6)
	死別	94 (34.2)
	離婚	3 (1.1)
	未婚	3 (1.1)
自覚的健康度	よくない	22 (8.0)
	あまりよくない	64 (23.3)
	まあよい	138 (50.2)
	よい	38 (13.8)
	とてもよい	13 (4.7)

単位:名(%)

2-2 高齢者の健康関連コミットメント尺度の構成概念妥当性の検討

高齢者の健康関連コミットメント尺度の回答分布は<表 2>に示した。「情緒的コミットメント」(7項目)、「規範的コミットメント」(7項目)、「持続的コミットメント」(9項目)を第一次因子、健康関連コミットメントを第二次因子とする3因子二次因子モデルのデータに対する適合度を確認したところ、CFIが0.933、RMSEAが0.186と適合度指標の数値は統計学的に満たさなかった。そこで、尺度の圧縮を試みた。健康関連コミットメントを構成する「情緒的コミットメント」を測定するために準備した7項目を対象にCITC数値を求めたところ、その数値が0.3以下の項目はなかった。次いで、「情緒的コミットメント」を構成している7項目全体の相関係数を算出し、項目間の相関が0.8以上を示した項目群の中から「Xe2」「Xe4」「Xe5」「Xe7」を任意に削除した。最終的に、「情緒的コミットメント」は「Xe1:健康でいることは自分の誇りになる」「Xe3:健康は喜びである」「Xe6:健康で長生きしたい」の3項目で再編成された。また健康関連コミットメントを構成する「規範的コミットメント」に関しては準備した7項目においてCITC数値が0.3以下の項目はなかった。さらに「規範的コミットメント」に関連する7項目全体の相関係数を算出し、項目間の相関が0.8以上を示した項目群の中から「Xe9」「Xe11」「Xe12」を任意に削除した。加えて、否定的な内容が含まれている「Xe14:健康を失うことは恥ずかしい」という項目も削除した。その結果、「規範的コミットメント」に関しては「Xe8:健康でいることは市民として義務である」「Xe10:自分の健康は自分で管理すべきである」「Xe13:健康である現状に甘んじてはいけない」の3項目が選定された。健康関連コミットメントを構成する「持続的コミットメント」を構成する9項目のCITCにおいても値が0.3以下の項目はなかった。次いで、「持続的コミットメント」を構成する9項目全体の相関係数を算出し、項目間の相関係数が0.8以上を示した項目群から「Xe17」「Xe19」「Xe20」「Xe22」「Xe23」を任意に削除した。最終的に、「Xe15:健康であれば

自分の夢が実現できる」「Xe16:健康はお金では買えない」「Xe18:健康を失うと人に迷惑をかける」「Xe21:健康は一度失うと取り戻すのが難しい」の4項目が選定された。

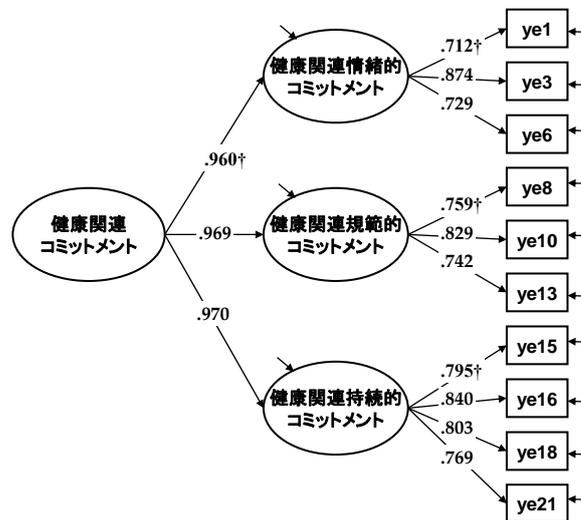
以上の結果を基礎に、「情緒的コミットメント」(3項目)、「規範的コミットメント」(3項目)、「持続的コミットメント」(4項目)の3因子を第一次因子、「健康関連コミットメント」を第二次因子とする3因子二次因子モデルの確認的因子分析を行った。その結果、前記因子構造モデルのデータに対する適合度指標は、CFIが0.954、RMSEAが0.097と、統計学的には概ね許容範囲の数値を示した。なお、このときモデルの識別のために制約を加えたパスを除き、第二次因子から第一次因子に向かうパス係数の標準化係数、第一次因子から観測変数に向かうパス係数の標準係数はすべて統計学的に有意かつ正值で0.712-0.970の範囲にあった<図2>。

次いで、3つの要素を測定する各下位概念の信頼性をCronbachの α 信頼性係数により検討したところ、測定尺度全体(10項目)では0.936、また「情緒的コミットメント」0.804、「規範的コミットメント」0.823、「持続的コミットメント」0.880となっていた。得点分布に着目すると、測定尺度全体の平均値は19.6点(標準偏差6.7)となっていた。因子別にみると、「情緒的コミットメント」3項目の平均値は5.5点(標準偏差2.2)、「規範的コミットメント」3項目の平均値は5.8点(標準偏差2.1)、「持続的コミットメント」4項目の平均値は8.3点(標準偏差2.9)であった。

<表 2> 健康関連コミットメントに関する回答分布

質問項目	回答カテゴリ			
	そう 思わない	あまりそう 思わない	そう思う	かなり そう思う
「情緒的コミットメントに関する項目」				
Xe1. 健康でいることは自分の誇りになる	26 (9.5)	51 (18.5)	163 (59.3)	35 (12.7)
Xe2. 健康を維持することは自分の生き甲斐になる	22 (8.0)	37 (13.5)	162 (58.9)	54 (19.6)
Xe3. 健康は喜びである	20 (7.3)	34 (12.4)	153 (55.6)	68 (24.7)
Xe4. 健康でいることは自分の心に安らぎをもたらす	20 (7.3)	35 (12.7)	149 (54.2)	71 (25.8)
Xe5. 自分にとって健康は重要な意味を持っている	20 (7.3)	37 (13.5)	137 (49.8)	81 (29.5)
Xe6. 健康で長生きしたい	40 (14.5)	43 (15.6)	120 (43.6)	72 (26.2)
Xe7. 美しくありたい	29 (10.5)	39 (14.2)	128 (46.5)	79 (28.7)
「規範的コミットメントに関する項目」				
Xe8. 健康でいることは市民としての義務である	29 (10.5)	49 (17.8)	138 (50.2)	59 (21.5)
Xe9. 健康であることは自分の義務である	31 (11.3)	34 (12.4)	141 (51.3)	69 (25.1)
Xe10. 自分の健康は自分で管理すべきである	18 (6.5)	20 (7.3)	160 (58.2)	77 (28.0)
Xe11. 健康は喜びである大切にすべきである	14 (5.1)	17 (6.2)	153 (55.6)	91 (33.1)
Xe12. 家族など大切な人のために健康でなければならない	17 (6.2)	15 (5.5)	149 (54.2)	94 (34.2)
Xe13. 健康である現状に甘んじてはいけない	23 (8.4)	33 (12.0)	159 (57.8)	60 (21.8)
Xe14. 健康を失うことは恥ずかしい	30 (10.9)	79 (28.7)	111 (40.4)	55 (20.0)
「持続的コミットメントに関する項目」				
Xe15. 健康であれば自分の夢が実現できる	25 (9.1)	49 (17.8)	133 (48.4)	68 (24.7)
Xe16. 健康はお金では買えない	23 (8.4)	15 (5.5)	131 (47.6)	106 (38.5)
Xe17. 健康を失うと経済的に負担がかかる	12 (4.4)	29 (10.5)	147 (53.5)	87 (31.6)
Xe18. 健康を失うと人に迷惑をかける	13 (4.7)	25 (9.1)	144 (52.4)	93 (33.8)
Xe19. 健康は人生の目標を達成するための重要な条件である	16 (5.8)	46 (16.7)	132 (48.0)	81 (29.5)
Xe20. 健康は自分の人生の重要な条件である	28 (10.2)	25 (9.1)	135 (49.1)	87 (31.6)
Xe21. 健康は一度失うと取り戻すのが難しい	20 (7.3)	28 (10.2)	146 (53.1)	81 (29.5)
Xe22. 健康を失うと将来のリスクになる	21 (7.6)	30 (10.9)	147 (53.5)	77 (28.0)
Xe23. 健康なことは他者からの評価をあげる	20 (7.3)	43 (15.6)	149 (54.2)	63 (22.9)

単位:名(%)



n=275 CFI=0.954, RMSEA=0.097(信頼性係数:0.936)

<図 2> 健康関連コミットメント尺度の因子構造モデル(標準化係数)

第2章 高齢者の健康関連ライフスタイルを規定する要因の検討

第1節 研究目的

本研究では、高齢者の健康の維持・増進を支援するために資する基礎資料を得ることをねらいとして、日韓の在宅高齢者を対象に、高齢者の健康関連ライフスタイルを規定する要因を明らかにすることを目的とした。具体的には健康関連コミットメントが健康管理自己効力感を介して健康関連ライフスタイルに影響するという演繹仮説（間接モデル）を仮定し、その因果関係モデルのデータに対する適合度と変数間の関連性を検討した。

第2節 研究方法

2-1 調査内容

本研究では、日本のA県の高齢者支援センターに登録されている65歳以上の在宅高齢者500名、韓国のA道の老人福祉施設に登録されている65歳以上の在宅高齢者500名を対象に、無記名の質問紙調査を実施した。対象者の倫理的側面を考慮し、研究目的、調査に対する個人情報保護を約束した。実地踏査に際しては、保健・福祉関連事業に従事している職員（調査担当者）の協力を得て調査を行った。なお、調査担当者には事前に調査の趣旨および意義を文書にて提示し、調査協力への同意を得た。前記文書には、研究目的、対象、調査方法、調査期間および研究協力は自由意思であることと、研究協力者のプライバシーを保護するとともに個人の匿名性を確保すること、調査結果は研究の目的以外に使用しないことを記載した。また、調査への同意が得られる場合のみ回答するよう依頼した。調査期間は、2012年7月から約3月間、韓国は留め置き調査、日本は郵送調査とした。なお、調査の実施に先立ち岡山県立大学の倫理委員会の承認を得た。

調査内容は、対象者の基本属性（年齢、性別、家族構成、最終学歴、結婚状態、

主観的健康状態)、健康関連ライフスタイル、健康管理自己効力感、健康関連コミットメントで構成した。

前記調査項目のうち、健康関連ライフスタイルは、李ら(2012)が開発した健康関連ライフスタイル測定尺度を用いて測定した⁷⁹⁾。本尺度は、身体的なライフスタイルに関連する「食事」「運動」「休養」、精神的なライフスタイルに関連する「心理的安定」「生活のハリ」、社会的なライフスタイルに関連する「社会参加」、さらに個人を取り囲む健康的な環境づくりに関連する「生活環境の整備」の7項目で構成されている。各質問項目に対する回答と得点化は、「0点:していないし、これから先もするつもりはない」「1点:していないが、6ヵ月以内には始めようと思う」「2点:していないが、1ヵ月以内には始めようと思う」「3点:しているが、始めてから6ヵ月たっていない」「4点:現在しているし、始めてから6ヵ月たっている」とした。得点が高いほど健康関連ライフスタイルに関する実施意向・継続意思が高いことを意味する。

健康管理自己効力感は、横川ら(1999)が開発した「地域高齢者の健康管理自己効力感測定尺度」の項目⁸⁰⁾の中から6項目を抜粋し開発した李ら(2012)の健康管理自己効力感尺度⁶²⁾で測定した。各質問項目に対する回答と得点化は、「0点:まったく自信がない」「1点:あまり自身がない」「2点:まあ自身がある」「3点:非常に自信がある」とした。得点が高いほど、自分の健康管理について自信があることを意味する。

健康関連コミットメントは、李ら(2012)の「健康関連コミットメント測定尺度」⁷⁹⁾を用いて測定した。この尺度は、情緒的コミットメント3項目、規範的コミットメント3項目、持続的コミットメント4項目、計10項目で構成されている。各質問項目に対する回答と得点化については、「0点:そう思わない」「1点:あまりそう思わない」「2点:そう思う」「3点:とてもそう思う」とした。得点が高いほど健康維持行動に対する愛着や認知が高いことを意味する。

2-2 解析方法

統計解析では、まず、第一に健康関連ライフスタイル尺度、健康管理自己効力感尺度、健康関連コミットメント尺度それぞれの因子構造の側面から構成概念妥当性の交差妥当性の検討を構造方程式モデリングで行なった。なお、測定尺度の信頼性については Cronbach の α 信頼性係数により検討した。第二に、健康関連コミットメントおよび健康管理自己効力感と健康関連ライフスタイルの関係について、その因果関係モデルのデータへの適合性ならびに変数間の関連性を構造方程式モデリングで検討した。このとき、独立変数と従属変数の関連性の程度をより正確に把握するために、統制変数として年齢（連続変数）、性別（0点：男性、1点：女性）を前記因果関係モデルに投入した。

上記の因子構造モデルおよび因果関係モデルのデータに対する適合度の判定には、Comparative Fit Index (CFI) と Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) を採用した。CFI は一般的に 0.90 以上、RMSEA は 0.1 以下であればモデルがデータに適合していると判断される⁸¹⁾⁻⁸²⁾。なお、分析モデルの標準化係数（パス係数）の有意性は、非標準化係数を標準誤差で除した値（以下 t 値）の絶対値が 1.96 以上（5%有意水準）を示したものを統計学的に有意とした。

本研究の分析には、SPSS12.0J ならびに M-plus2.01 を使用した。なお、本学位論文では、日本 237 名（回収率 47.4%）、韓国 305 名（回収率 61.0%）が回収され、回収された調査票のうち、分析に用いる項目に欠損値のない日本 182 名（有効回答率 76.8%）、韓国 214 名（有効回答率 70.2%）、のデータを分析対象とした。

第3節 研究結果

3-1 集計対象の属性等の分布

集計対象の属性等の分布は<表3>に示した。平均年齢は日本 73.9 歳（標準偏

差 5.9、範囲 65-91 歳)、韓国 73.8 歳 (標準偏差 5.8、範囲 65-91 歳) であった。高齢者を前期高齢者と後期高齢者に分けると、前期高齢者は日本 97 名 (53.3%)、韓国 123 名 (57.5%)、後期高齢者は日本 85 名 (46.7%)、韓国 91 名 (42.5%) であった。性別は、男性が日本 69 名 (37.9%)、韓国 114 名 (53.3%)、女性が日本 113 名 (62.1%)、韓国 100 名 (46.7%) であった。家族構成は、両国とも夫婦のみの世帯が最も多く、日本 72 名 (39.6%)、韓国 96 名 (44.9%) であった。最終学歴は、日本においては高等学校相当の学校の卒業が 111 名 (61.0%) と最も多く、韓国においては小学校相当の学校の卒業が 65 名 (30.4%) と最も多かった。婚姻状況は、両国とも既婚が最も多く、日本 128 名 (70.3%)、韓国 139 名 (65.0%) であった。主観的健康状態は、「まあよい」という回答が両国に共通して日本 103 名 (56.6%)、韓国 111 名 (51.9%) と大半を占めていた。

<表 3> 集計対象の属性等の分布 (日本 182 名、韓国 214 名)

年齢	日本: 平均 73.9 歳 (標準偏差 5.9, 範囲 65-91 歳)		韓国: 平均 73.8 歳 (標準偏差 5.8, 範囲 65-91 歳)	
	日本	韓国	日本	韓国
年齢	-前期高齢者	97 (53.3)	123 (57.5)	
	-後期高齢者	85 (46.7)	91 (42.5)	
性別	男性	69 (37.9)	114 (53.3)	
	女性	113 (62.1)	100 (46.7)	
家族構成	単独世帯(ひとり暮らし)	27 (14.8)	63 (29.4)	
	夫婦のみの世帯	72 (39.6)	96 (44.9)	
	夫婦と未婚の子の世帯	28 (15.4)	13 (6.1)	
	ひとり親と未婚の子の世帯	8 (4.4)	10 (4.7)	
	夫婦と親(実父母もしくは義父母)の世帯	5 (2.7)	2 (0.9)	
	三世代以上の世帯	27 (14.8)	5 (2.3)	
	その他の世帯	15 (8.2)	25 (11.6)	
最終学歴	未就学	0 (0.0)	16 (7.5)	
	小学校相当の学校の卒業	3 (1.6)	65 (30.4)	
	中学校相当の学校の卒業	35 (19.2)	51 (23.8)	
	高等学校相当の学校の卒業	111 (61.0)	51 (23.8)	
	短期大学(専門学校含む)相当の学校の卒業	20 (11.0)	7 (3.3)	
	大学卒業	12 (6.6)	15 (7.0)	
	大学院卒業	1 (0.5)	9 (4.2)	
婚姻状態	既婚	128 (70.3)	139 (65.0)	
	死別	48 (26.4)	60 (28.0)	
	離婚	6 (3.3)	8 (3.7)	
	未婚	0 (0.0)	7 (3.3)	
主観的健康状態	よくない	1 (0.5)	21 (9.8)	
	あまりよくない	19 (10.4)	52 (24.3)	
	まあよい	103 (56.6)	111 (51.9)	
	よい	50 (27.5)	18 (8.4)	
	とてもよい	9 (4.9)	12 (5.6)	

単位: 名 (%)

3-2 測定尺度の構成概念妥当性の交差妥当性と信頼性の検討

本学位論文で用いた測定尺度の構成概念妥当性の交差妥当性と信頼性の検討および合計点の平均などの結果は<表 4>に示した。まず、情緒的コミットメント、規範的コミットメント、持続的コミットメントを第一次因子、健康関連コミットメントを第二次因子とする、3 因子二次因子モデルと仮定した「健康関連コミットメント尺度」のデータに対する適合度は、日本は CFI が 0.917、RMSEA0.099、韓国は CFI が 0.956、RMSEA が 0.073 と、概ね統計学的に許容できる範囲にあった。なお、Cronbach の α 信頼性係数は、10 項目全体で日本が 0.857、韓国が 0.867 であった。

次いで、1 因子モデルと仮定した健康管理自己効力感尺度の構成概念妥当性の交差妥当性を確認した結果、日本は CFI が 0.984、RMSEA が 0.087、韓国は CFI が 0.990、RMSEA が 0.078 と、統計学的に許容できる範囲にあった。なお、Cronbach の α 信頼性係数は、6 項目全体で日本が 0.857、韓国が 0.864 であった。

最後に、1 因子モデルと仮定した健康関連ライフスタイル尺度の構成概念妥当性の交差妥当性を確認したところ、日本は CFI が 0.960、RMSEA が 0.066、韓国は CFI が 0.971、RMSEA が 0.073 と、統計学的に許容できる範囲にあった。なお、この尺度の Cronbach の α 信頼性係数は、6 項目全体で日本が 0.730、韓国が 0.736 であった。

以上の結果を基礎に、本研究で使用した測定尺度の得点の平均値を算出した結果、「健康関連コミットメント」は日本が平均 22.4 点（標準偏差 3.9、範囲 11-30 点）、韓国が 21.9 点（標準偏差 5.4、範囲 0-30 点）、「健康管理自己効力感」は日本が 12.4 点（標準偏差 2.7、範囲 4-18 点）、韓国が 12.7 点（標準偏差 3.9、範囲 2-18 点）、「健康関連ライフスタイル」は日本が平均 21.2 点（標準偏差 6.5、範囲 0-28 点）、韓国が 17.9 点（標準偏差 6.9、範囲 0-28 点）であった。

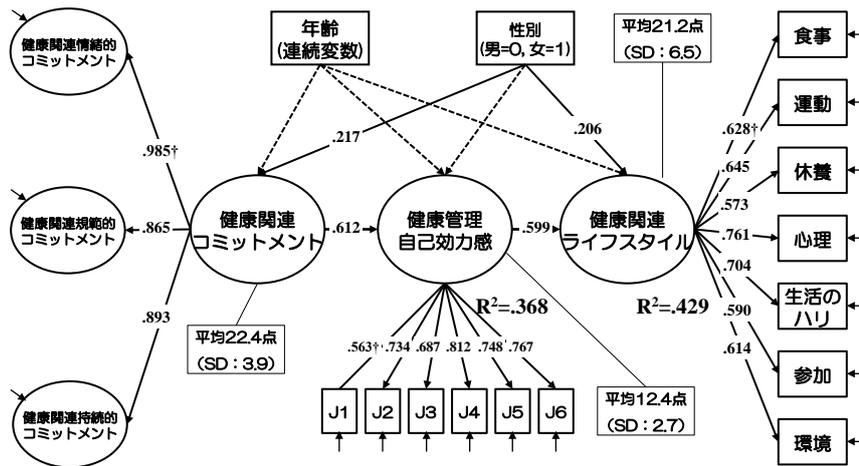
<表 4> 測定尺度の妥当性と信頼性および合計点の平均

		CFI	RMSEA	信頼性 係数	合計点の 平均	標準偏差
健康関連 コミットメント	日本	0.917	0.099	0.857	22.4	3.9
	韓国	0.956	0.073	0.867	21.9	5.4
健康管理 自己効力感	日本	0.984	0.087	0.792	12.4	2.7
	韓国	0.990	0.078	0.864	12.7	3.9
健康関連 ライフスタイル	日本	0.960	0.066	0.730	21.2	6.5
	韓国	0.971	0.073	0.736	17.9	6.9

3-3 健康関連コミットメントおよび健康管理自己効力感と健康関連ライフスタイルの関係

健康関連コミットメントが健康管理自己効力感を介して健康関連ライフスタイルに影響するという因果関係モデル（間接モデル）のデータに対する適合度は、日本が CFI=0.930、RMSEA=0.085、韓国が CFI=0.933、RMSEA=0.087 と、統計学的に概ね許容できる水準にあった（図 3-図 4）。パス係数に着目すると、健康関連コミットメントから健康管理自己効力感に向かうパス係数は、日本 0.612、韓国 0.703 とそれぞれ統計学的に有意であり、また、健康管理自己効力感から健康関連ライフスタイルに向かうパス係数は、日本 0.599、韓国 0.707 とそれぞれ統計学的に有意であった。なお、このモデルの健康関連ライフスタイルに対する説明率は、日本 42.9%、韓国 51.2%であった。具体的には、日本と韓国の高齢者に共通して、健康関連コミットメント（健康維持行動に対する愛着や認知）の得点が高い高齢者ほど健康管理自己効力感（健康管理について自信がある）の得点が高く、また健康管理自己効力感が高い高齢者ほど健康関連ライフスタイルを継続的に実践していることが明らかとなった。

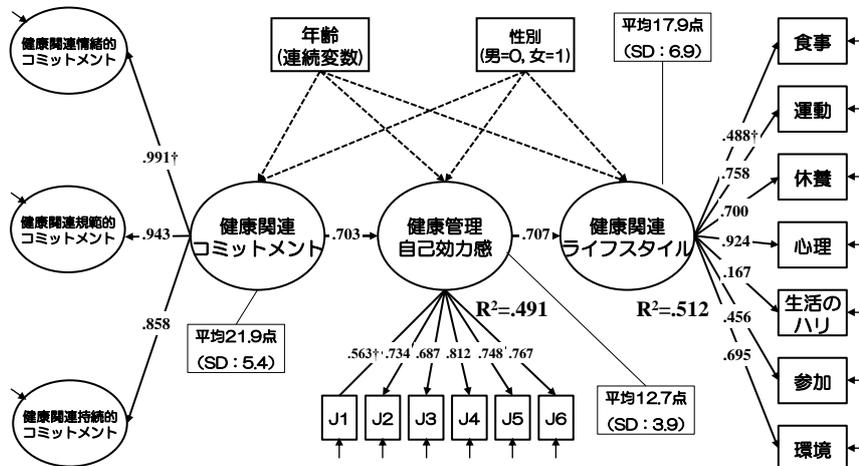
統制変数に着目すると、日本の場合、女性は男性に比して健康関連コミットメントが高く、また健康関連ライフスタイルを持続的に行う傾向にあったが、韓国のデータでは年齢と性別はどの変数にも統計学的に有意な関係は認められなかった。



CFI=0.930, RMSEA=0.085 (日本) n=182

- 注 1) 統計学的に有意であるのは実線、非有意であるのは破線で表示
 2) †はモデルの識別のため制約を課した部分
 3) 健康関連コミットメントの各観測変数は省略

図3 因果関係モデルのデータへの適合性の検討結果 (日本)



CFI=0.933, RMSEA=0.087 (韓国) n=214

- 注 1) 統計学的に有意であるのは実線、非有意であるのは破線で表示
 2) †はモデルの識別のため制約を課した部分
 3) 健康関連コミットメントの各観測変数は省略

図4 因果関係モデルのデータへの適合性の検討結果 (韓国)

第3章 総合考察

第1節 健康関連コミットメント測定尺度の開発について

本学位論文では、まず、第一に、高齢者の健康維持・増進の支援に資する基礎資料を得ることをねらいとして行動の継続に関係するコミットメント理論を健康の場面に応用し、高齢者本人が健康維持行動についてどのように認知しているのかを「健康関連コミットメント」の概念で把握することを試みた。

統計解析の結果、「健康関連コミットメント測定尺度」の因子構造モデル（「情緒的コミットメント」「規範的コミットメント」「持続的コミットメント」の3つの要因を第一次因子、「健康関連コミットメント」を二次因子とする3因子二次因子モデル）を、構造方程式モデリングによる確認的因子分析で検討した結果、CFIが0.954、RMSEAが0.097と統計学的に概ね許容できる範囲にあることを明らかにした。また、項目全体と下位因子のCronbachの α 信頼性係数は統計学的に許容される値を示していた。これは、「健康関連コミットメント」尺度が概念的次元性を備えており、量的にも次元性を備えていることを意味している。従来、コミットメント理論は主に組織心理学分野で、組織構成員の行動や組織員の離職等を説明する変数として取り上げられてきた⁸³⁾。つまり、離職を防ぐため、換言するならば職業を継続させることを支援するため、職業および職務コミットメントを用いた研究が検討されてきた。その後、組織心理学分野以外にもランニング・コミットメントとランニング継続⁸⁴⁾、スポーツコミットメントとスポーツ継続⁸⁵⁾⁻⁸⁶⁾、介護コミットメントと介護継続意志⁸⁷⁾等の研究が行われ、コミットメントは多方面で検討されてきた。本学位論文では、コミットメントを健康場面に応用したが、これはコミットメント理論が組織心理学、介護関連、スポーツや身体活動のみならず、健康場面にも応用が可能であることが実証的に検証されたことを意味している。

第2節 健康関連ライフスタイルを規定する要因について

本学位論文では、第二に、日韓の在宅高齢者を対象に、高齢者の健康関連ライフスタイルを規定する要因を健康管理自己効力感ならびに健康関連コミットメントとの関係で検討した。従来の研究では、自己効力感が高いほど、ある行動を実施する可能性が高くなる⁸⁵⁾⁻⁸⁶⁾、またコミットメントが高いほど、ある行動を継続する⁸⁷⁾⁻⁹²⁾という関係については多数の研究が蓄積されていたものの、自己効力感とコミットメントの二つの変数を含めて因果関係モデルを実証的に検討した研究はほとんど見当たらない。ただし、ハム(2007)はストレス対処行動と自己効力感がコミットメントによって変わり、コミットメントは自己効力感に有意な影響を与えていることを明らかとしている⁹³⁾。このことは、健康関連ライフスタイルを、健康を維持するために行う対処行動として捉えることから、本学位論文では、健康関連コミットメントを健康管理自己効力感の先行要因として位置づけることに問題はないものと判断した。その結果、前記因果関係モデルのデータに対する適合度は、統計学的に概ね許容できる範囲にあった(日本が CFI=0.930、RMSEA=0.085、韓国が CFI=0.933、RMSEA=0.087)。別言するなら、健康関連コミットメントが高い高齢者ほど健康管理自己効力感が高く(日本 $\beta=0.614$ 、韓国 $\beta=0.703$)、またさらに健康管理自己効力感が高い高齢者ほど健康関連ライフスタイルを持続的に行っていた(日本 $\beta=0.640$ 、韓国 $\beta=0.713$)。これらの結果は、従来の研究成果と本質的には一致している結果と解釈された。たとえば、コミットメントと自己効力感との関係において、看護職にコミットしていることが健康行動に対する自己効力感に促進的に影響する⁶⁹⁾、運動コミットメントが高いほど身体的自己効力感を高く認知しているという研究結果⁷⁰⁾、さらには、何のために行うかという意味に価値を置いているほど自己効力感が高くなる⁹⁴⁾、という研究成果が既に認められるが、それらは本学位論文の結果と本質的には一致した内容と言えよう。また、健康管理自己効力感が高いほど健康関連ライフスタイルを継続的に行うという研究結果も、自己効力感が

運動行動や身体活動の促進的要因であること⁹⁵⁾⁻⁹⁷⁾を明らかとした従来の研究結果と矛盾しない。Bandura は、課題に対する自己効力感とその課題の実際の遂行を予測することに重要な要因であると主張している⁹⁸⁾。本学位論文で明らかとなった健康管理自己効力感が高いほど健康関連ライフスタイルを継続的に行うという知見はその理論を支持する結果である⁹⁵⁾⁻⁹⁷⁾。さらに、本学位論文で得られた結果は、自己効力感が体重調節、喫煙行動などのような保健行動を予測する指標に成りうるとした知見⁹⁷⁾とも、健康管理自己効力感の健康関連ライフスタイルに対する寄与率の高さからも、矛盾しない結果と解釈された。なお、本学位論文で取り上げた統制変数に着目すると、日本においては男性に比して女性が健康コミットメントの程度が高く、かつ、継続的に健康関連ライフスタイルを行なっていることを示していた。この結果は、女性が男性より組織コミットメントが高かったという従来の研究結果⁹⁹⁾ならびに健康増進行動の実践において男性より女性の方が高いという研究結果¹⁰⁰⁾と矛盾しない。ただし、そのパス係数の値は小さく、また韓国データではパス係数が統計学的に棄却されていたことを考慮するなら、高齢者においては年齢と性差を重視することなく、健康関連ライフスタイルの継続を促すための介入の導入が望まれよう。

以上の結果は、健康関連ライフスタイルの継続には、個人が保有している自己効力感にすべて依存させることなく、健康関連コミットメントならびに健康管理自己効力感の向上を企図した積極的な事業を地域において展開する必要性を示唆している。たとえば、情緒的コミットメントは「健康は喜びである」「健康を維持することは生きがいである」などで測定されていることを考慮するなら、高齢者にとって健康を維持することが自分の人生をより豊かにすることを認識させることが可能な自己成長プログラム等が導入される必要があるだろう。また、規範的コミットメントを高めるためには、健康を維持することが自分だけではなく介護や医療費の軽減にも役に立ち、社会的な貢献につながることを認識を深めることが可能になるよう、

つまり、健康維持に対する十分な情報提供および教育などの体系的な支援プログラムをより活発に行う必要がある。さらに、持続的コミットメントを高めるためには、健康維持が個人に与える効用性の認識を深めてもらうことが望まれよう。加えて、健康管理自己効力感については、一般的に「成功体験」「生理的喚起」「言語的説得」「代理的体験」によって促進されること¹⁰¹⁾を考慮し、たとえば、高齢者同士で成功体験等を話し合うグループワークの導入が効果的であると推察される。急速な高齢化と高齢者の急増は現実であり、以上のことを含めた、東アジア型の住民同士の「絆」を重視した、新たな健康増進モデルの開発を促進していく必要がある。

日本と韓国ではこれまで国民の健康寿命の延長を目的に国民健康増進事業が行われてきた。しかし、韓国においては、前記事業が包括的に展開されていないこと、保健所を中心に事業が行われ人力、予算、資源の限界があること、健康増進事業の実施に民間機関を積極的に活用していないことが問題点として指摘されている¹⁰²⁾。このような問題点を解決するには、地域資源としての保健・医療・福祉、民間施設や団体等が連携できるシステムを重視しつつ、事業を行う必要がある。保健所や保健センターと地域の様々な機関が連携して地域の特性を加味した健康維持・増進プログラムを行うのであれば、高齢者の健康維持にも大きな成果が得られると推察される。なお、韓国は高齢者福祉として、高齢者の健康増進が注目されているが、キム（2009）によると、福祉館などで行われている高齢者健康増進プログラムは高齢者のニーズを満たすことよりは、事業の目的遂行等のために実施しており、専門性や財政的な困難等の理由で適切に実行されていないことが指摘されている¹⁰³⁾。実際、福祉館で行われている高齢者健康増進プログラム等も体操やリハビリテーションが大半を占めており、健康関連のコミットメントや自己効力感の向上を企図したプログラムはなく、形式的なプログラムの実施が多いという高齢者の意見もある¹⁰⁴⁾。他方、日本の市町村472箇所を対象に行った調査では、スタッフがいない、

具体的な運営・指導法が分からない、施設および設備が整っていない等の理由から、健康づくり事業を行っていない施設が全体の 27%に達すると報告されている¹⁰⁵⁾。また、地域の保健センターのみでプログラムを作成し、科学的根拠のある成果をあげていくことは人的資源の点から困難であるという指摘¹⁰⁵⁾もある。高齢者の健康増進は、個人の努力や地域での各種事業プログラムの導入も重要であるが、さらにそれらが政策として位置づけられ、その評価も重視されるべきものと言えよう。別言するなら、日本と韓国は、個々の文化や地域の特性を考慮した上で、保健所や保健センター機関、福祉施設との連携システムを構築し、従来のサービスに加えて、健康関連コミットメントや健康管理自己効力感を取り入れ、それを政策としてまとめあげ、その目標達成を明確にしていく必要がある。特に、平均寿命と健康寿命の差が大きい韓国においては、今後の健康寿命の延伸に向けての介護予防に対する政策の整備が急がれよう。日本と韓国は、介護が必要な高齢者に対して、日本は介護保険、韓国は長期療養保険制度を通じて、高齢者の介護を社会が担っていることには違いがないが、介護保険の対象外者に対しては大きな違いがある。日本は介護保険の対象外者において、元気な高齢者に対しては、一次予防、要介護状態等となるおそれがある高齢者に対しては二次予防事業を行っている。一次予防は全ての高齢者を対象としており、各種教室やイベント等を通じて介護予防の重要性を強調し、正しい知識の普及にも力をいれている。なお、二次予防では、地域包括支援センターがケアマネジメントを行い、サービスを提供している。一方、韓国においても対象外高齢者に対して地域福祉事業との連携を通して試験事業が実施されている。しかし、対象者をどのように支援および保護すべきかについての明確な規定は確立されていない。また、地域福祉サービスとの連携率が低い、高齢者一人一人の特性に合うプログラムの不足、様々な地域福祉サービスおよび健康支援事業の提供施設の不足などの問題点が指摘されている¹⁰⁶⁾。従って、今後、韓国では、要介護状態になるおそれがある高齢者を中心に、予防事業を実施し、管理体系を構築する必要がある

ある。そのためにも、一定の年齢の高齢者に対しては定期的に生活機能の状態をチェックし、管理する必要があると言えよう。また、福祉・保健・医療サービスや地域の社会資源が利用できるように連携システムを構築することも望まれよう。韓国は、長期療養保険制度と老人福祉サービスとの連携が脆弱であり、介護予防が必要な高齢者に対するサービスに着目して連携・調整・協力できる組織がいまだ整備されていない状況にあるため、日本の地域包括支援センターのような組織の整備が必要であると推察される。そのためにも長期療養保険と地域の多様な資源を把握している専門家を育成することが急がれよう。例えば、日本のケアマネジャーのような専門家を育成することで、高齢者個々に合わせたサービスの提供が可能になり、サービスの質を高めることにも寄与できると推察される。また、韓国では、地域にある福祉館や敬老党を活用して介護予防事業を行うことが望まれよう。これは老人福祉館などの施設で老人保健福祉サービスを活用することができる点と国民健康保険公団だけではなく市郡区と共同で役割を分担するという点¹⁰⁶⁾でも意義があるものと推察される。なお、介護予防のプログラムを実施に際しては、本研究において健康関連ライフスタイルの継続に影響することが明らかとなったコミットメントや自己効力感を中心に、健康維持に対する愛着を高めるための自己成長プログラム、社会貢献を通して健康を維持するための情報提供および教育、健康維持をすることで得られる利益などについての認識を深めることを意図したプログラム提供が望まれよう。加えて、自己効力感に焦点をあて事業を展開する時には、健康管理自己効力感は、行動を実施したことがあるという経験を意味する「成功体験」、他者の行動を見ることにより行動を修得することを意味する「代理体験」、周囲の人や専門家が本人の努力と能力を認め、それらがあることを言葉や態度で示し支援することを意味する「言語的説得」、イメージトレーニング等を利用し、リラクゼーションを意図的に取り入れることを意味する「生理的喚起」の4つの要素によって高められる¹⁰⁷⁾ことを考慮しつつ、介入を行うことが望まれよう。自己効力感、一人

のモデルが同じ行動を何度もするのを見るよりも、いろいろな人がその行動を実行して、うまくいっているのを見る方が効果的であると言われている¹⁰⁷⁾ことから、一人ではなく複数の人が集まって行う集団プログラムを投入することも効果的であると推察される。韓国と日本は、東アジア型の住民同士の「絆」を重視しながら、「健康を保ちながら長生きする」ことを志向した健康増進モデルを継続して開発していくことが望まれよう。

結 論

本学位論文では、コミットメント理論を健康場面に応用し、健康関連コミットメント尺度を開発したうえで、開発された健康関連コミットメントと健康管理自己効力感および健康関連ライフスタイルとの関係を、構造方程式モデリングを用いて実証的に検討した。

本学位論文では、日韓両国の高齢者において健康関連ライフスタイルに健康関連コミットメントと健康管理自己効力感が影響していることが明らかとなった。このことは学問的には従属変数を健康関連ライフスタイルとしたとき、ストレス認知理論が支持されることを意味すると同時に、文化や地域、国に問わず健康関連コミットメントや健康管理自己効力感が健康関連ライフスタイルを規定する共通要因になりうる可能性を示唆している。特に、両国の高齢者の健康に良いライフスタイルを継続させるためには健康関連コミットメントや健康管理自己効力感の向上を企図した積極的な介入が必要である。

参考文献

- 1) 内閣府：平成 25 年版 高齢社会白書. 2013.
- 2) 韓国統計庁：将来人口推計. 2013.
- 3) 日本国立社会保障・人口問題研究所：人口統計資料集. 2010.
- 4) OECD：Health Data. 2012.
- 5) WHO: World Health Statistics. 2010.
- 6) 国民健康保険公団・老人長期療養保険：長期療養保険認定者数. 2013.
- 7) 国民健康保険公団：健康保険重要統計. 2011.
- 8) 厚生労働省：介護保険事業状況報告. 2010.
- 9) キム・ヒョンオック, ジョン・ギョンファ：居住地による高齢者の健康生活様式比較-全羅北道を中心に-. 老人看護学科、11 (1)、16-28、2009.
- 10) 厚生労働省：「健康日本 21」最終評価. 2011.
- 11) 保健福祉部：第 3 次国民健康増進総合計画・HP2020. 2011.
- 12) World Health Organization：Definition of an older or elderly person, Health & Lifestyle. Retrieved august 29. 2008.
- 13) チョ・ヒョンスック：看護大学生の健康関連生活様式と健康状態との関係：一部看護大学を中心に. 基本看護学会誌、13 (3)、493-500、2006.
- 14) チェ・ヨンヒ、キム・ヨンファ：一部地域高齢者の健康増進生活様式に関する研究. 韓国保健教育・健康増進学会誌、18 (3)、103-115、2001.
- 15) パク・ソンヘ、ジョ・ジュンオ、ジョン・ヒナム：生活様式と健康状態に関する研究-予備保育教師を対象に-. 生体幼児教育研究、9 (2)、23-39、2010.
- 16) Berkman L, Breslow L：Health and ways of living: The Alameda County Study. Oxford University Press. 1983.
- 17) 森本 兼曩・丸山 総一郎：ライフスタイルと心身の健康 . 心身医学、41 (4)、241-251、2001.

- 18) イ・ミョンソン：産業場勤労者の健康状態と健康習慣の関連要因分析。 韓国保健教育学会、12 (2) 、48-61、1995.
- 19) キム・ジョンウォン, キム・チョガン：一部高齢者の健康行動が健康状態に及ぼす影響。 韓国保健教育学会誌、14 (1) 、73-95、1997.
- 20) イ・ガヨン, パク・テジン：高齢者における健康行為と身体的健康状態の関連性。 大韓家庭医学会、9 (7) 、538-548、1998.
- 21) ジョ・ユヒャン, パク・ユンチャン：一部地域の在宅高齢者の年齢、生活習慣と健康状態との関係。 韓国老年学会、23 (2) 、141-153、2003.
- 22) Belloc NB, Breslow L：Relationship of physical health status and health practices. Preventive Medicine、1 (3) 、409-421、1972.
- 23) Harris DM, Guten S：Health-protective behavior: an exploratory study. Journal of Health and Social Behavior、20、17-29、1979.
- 24) Brown JS, McCreedy M：The Hale Elderly: Health Behavior and It's Correlates. Research in Nursing and Health、9、317-329、1986.
- 25) Laffrey SC：An Exploration of Adult Health Behavior. Western J. of Nursing Research、12 (4) 、434-447、1990.
- 26) 林仁実：地域住民の健康生活習慣と健康状態の関係性。 岡山県立大学修士論文、2000.
- 27) イ・ジヒ, オム・キウック, 太湯好子, 中嶋和夫：韓日高齢者の健康関連ライフスタイルと生活機能の関係。 保健社会研究、32 (1) 、58-88、2012.
- 28) キム・ヒュンファ：肩関節可動範囲制限患者の運動移行と健康信念および自己効力感との関係。 ヨンセ大学修士論文、2007.
- 29) Hochbaum G：Why people seek Diagnostic X-rays. Public Health Reports、71、377-380、1956.
- 30) 玉井なおみ, 神里みどり：乳がん体験者に対する効果的な運動を動機づけるた

- めの理論的枠組みの検討. 沖縄県立看護大学紀第、12、93-104、2001.
- 31) Sheeran P & Abraham C : The health belief model Predicting health behavior、
Buckingham: Open University Press、23-61、2001.
 - 32) カン・ジェイン : 健康報道と健康キャンペーンが疾病に対する自覚と予防行動
意図に及ぼす影響-健康信念モデルを中心として-. スックミョン大学修士学
位論文、2010.
 - 33) Liao A, Zimet GD : Undergraduates perception of HIV immunization: attitudes
and behaviours as determining factors. International Journal of STD & AIDS、
11 (7) 、445-450、2000.
 - 34) Tuma JN, Smith SM, Kirk RH, Hagmann CE, Zemel PC : Belief and attitudes
of caregivers toward compliance with childhood immunization in Cameroon.
Public health、116 (1) 、55-61、2002.
 - 35) ジョ・ヒスック, キム・チュンベ, イ・ヒウオン, ジョン・ホンジェ : 健康信
念モデルを用いた韓国人の健康関連行動研究に対するメタ分析. 韓国心理学
会誌、9 (1) 、69-84、2004.
 - 36) Mok E, Yeung SH, Chanm MF : Prevalence of influenza vaccination and
corelates of intention to be vaccinated among Hong Kong Chinese. Public
health Nursing、23 (6) 、506-515、2006.
 - 37) Carpenter CJ : A meta-analysis of the effectiveness of Health Belief Model
Variables in predicting Behavior. Health Communication、25 (8) 、661-669、
2010.
 - 38) 宮坂忠夫・川田智恵子 : いわゆる Health Belief Model をめぐって. 民族衛生、
42 (2) 、59-62、1976.
 - 39) Pender NJ : Health promotion in nursing practice (3rd ed.) Appleton and
Lange Stamford. Conneticut、1996.

- 40) Fishbein M, Ajzen I, Mcardle J : Changing the behavior of alcoholics: Effects of persuasive communication. In I. Ajzen & M. Fishbein (Eds.), Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood cliffs, NJ: Prentice-Hall、217-242、1980.
- 41) ク・ジへ : 社会心理学理論による正しい食習慣領域の学習指導の法案研究. ハンヤン大学修士学位論文、2010.
- 42) Sutton S : Smoking attitudes and behavior: An application of Fishbein and Ajzen theory of reasoned action to predicting and understanding smoking decisions. In T. Ney & A. Gale (Eds.), Smoking and Human Behavior. Chichester: Wiley、289-312、1989.
- 43) Theodorakis Y, Doganis G, Bagiatis k, Gouthas M : Preliminary study of the ability of the reasoned action model in predicting exercise behavior of young children. Perceptual and motor Skills、72、51-58、1991.
- 44) Manstead ASR, Plevin CE, Smart JL : Predicting and understanding mothers infant-feeding intentions and behavior. Journal of Personality and Social Psychology、44、657-671、1983.
- 45) ソン・イェリア : 健康行為に影響を与える要因. ヨンセ大学修士論文、2005.
- 46) Godin G, Cox MH, Shephard RJ : The impact of physical fitness evaluation on behavioural intentions towards regular exercise. Canadian Journal of Applied Sport Sciences、8 (4) 、240-245、1983.
- 47) ハン・ドクウン : 健康行動を説明する社会認知理論の批判的概観. 韓国心理学会誌 : 健康、2 (1) 、21-45、1997.
- 48) Wallston KA, Wallston BS, Devellis R : Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. Health Educ Monogr、6、160-170、1978.

- 49) Strickland, bR : Internal-external expectancies and health-related behaviors. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 1192-1211, 1978.
- 50) Wallston KA, Wallston BS : Health locus of control scales. In H. Lefcourt (Ed), research with the locus of control research. NY: Academic press, 189-243, 1981.
- 51) Marshall, G : A multidimensional analysis of internal health locus of control belief: Separating the wheat from the chaff. Journal of personality and social psychology, 61, 483-491, 1991.
- 52) シン・ヘスック : 女子大学生の健康統制所在と健康増進行為. 女性健康学会誌, 3 (2) , 194-204, 1997.
- 53) キム・ソンヨン : 事務職男性勤労者の健康統制所在と健康増進生活様式との相関性. 韓国の産業医学, 38 (3) , 85-95, 1999.
- 54) イ・ギョンヒ : 妊婦の健康統制所在と健康増進行為との関係. アジュ大学教育大学院修士論文, 2002.
- 55) 渡辺正樹 : 保健教育における行動変容の意義と可能性. 東京大学教育学部紀要, 27, 457-462, 1987.
- 56) McAuley E : The role of efficacy cognitions in the prediction of exercise behavior in middle-aged adults. Journal of Behavioral medicine, 15, 65-88, 1992.
- 57) McAuley E : Self-efficacy and the maintenance of exercise participation in older adults. Journal of Behavior medicine, 16, 103-113, 1993.
- 58) Shannon B, Bagby R, Wang MQ, Trenkner L : Self-efficacy: A contributor to the explanation of eating behavior. Health Education Research, 5, 395-407, 1990.

- 59) キム・ヒョジョン, パク・ヨンスック : 高齢者の健康増進行為と関連変数に関する研究. 基本看護学会誌、4 (2) 、283-300、1997.
- 60) カン・ヒョンウック, キム・ジテ : 高齢者の知覚された社会的支持と自己効力感が健康増進行為に与える影響. 韓国女子レクリエーション学会誌、33 (3)、57-68、2009.
- 61) イ・ミヨンスック、イム・ヒョンジャ (2010). 農村地域前期高齢者と後期高齢者の健康増進行為関連要因. 35 (4) :370-382.
- 62) 李志嬉・中島望・太湯好子・中嶋和夫 : 在宅高齢者の健康管理自己効力感と健康生活習慣の持続に関する韓日比較研究. 国際高麗学、14、337-352、2012.
- 63) ソン・スジョン : 成人男性勤労者の体重減少行動段階による健康信念変数分析. ソンシン女子大学文化産業大学院修士論文、2008.
- 65) Karen G, Barbara KK, Viswanath : Health Behavior and Health Education : Theory. Research and practice、4th edition、JoSSEY-BASS、USA、2008.
- 66) 李志嬉 : 汎理論を基礎とする在宅高齢者の健康生活習慣を規定する要因の検討. 岡山県立大学大学院修士論文、2011.
- 67) 田原康玄・植木章三・畔地利枝・矢野宏光・大西美智恵・三木哲郎・中嶋和夫 : 地域高齢者の健康管理自己効力感と Locus of Control. 東京保健科学学会誌、3 (1) 、47-54、2000.
- 68) キム・セホ : 大学組織文化と組織投資の関係. 成均館大学博士学位論文、2011.
- 69) 高良美樹・金城亮・Takara Miki・Kinjo Akira : 看護師の健康認知に関する研究—健康行動に対する自己効力感の分析を中心として. 人間科学、(17) 、107-128、2006.
- 70) チャン・ムンヒョン : 中学校体育特技適性教育活動参加者の興味要因と運動コミットメント、身体的自己効力感の関係. スポーツ科学論文集、23、59-71、2011.

- 71) チェ・ユンジヤ：幼児講師の難しさと組織コミットメントが講師の効力感に与える影響. テグハンイ大学博士論文、2010.
- 72) ハム・ドゥン：水上スポーツ参加に対するコミットメントとストレス対処行動および自己効力感の関係. 韓国スポーツリサーチ、18 (5) 、575-584、2007.
- 73) チャン・ヨンウン、オム・キウック、キム・ジョンスック、中嶋和夫(2008). 要介護高齢者を介護する家族の介護コミットメント尺度開発および抑うつとの関連性研究. 老人福祉研究. 42:79-98.
- 74) Meyer JP, Stanley DJ, Herscovitch L, Topolnytsky L: Affective, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-analysis of Antecedents, Correlates, and Consequences. Journal of Vocational Behavior、61、20-52、2002.
- 75) 服部環：テストの内部一貫性を大きくするための項目選定支法. 教育心理学研究、39 (2) 、195-203.
- 76) 山本嘉一郎・小野寺孝義：Amos による共分散構造分析と解析事例 (第2版) . ナカニシヤ出版、2002.
- 77) 豊田秀樹：共分散構造分析「疑問編」-構造方程式モデリング-. 朝倉出版、2003.
- 78) 松山一紀：新しい HRM 施策の愛容と組織コミットメント：A 大学を事例として. 経営行動科学、19 (3) 、251-261、2006.
- 79) 李志嬉・嚴基郁・太湯好子・中嶋和夫：韓日高齢者の健康関連ライフスタイルと生活機能の関係. 保健社会研究、32 (1) 、58-88、2012.
- 80) 横川吉晴・甲斐一郎・中島民江：地域高齢者の健康管理に対するセルフエフィカシー尺度の作成. 日公衛誌、46、103-111、1999.
- 81) 豊田秀樹：共分散構造分析「疑問編」-構造方程式モデリング-. 朝倉出版、2003.
- 82) 山本嘉一郎・小野寺孝義：Amos による共分散構造分析と解析事例 (第2版) . ナカニシヤ出版、2002.

- 83) 難波峰子：コミットメント理論による看護師の離転職に関する研究. 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科博士論文、2009.
- 84) Carmack MA, Martens R : Measureing commitment to running: A survey of runners' attitudes and mental states. Journal of sport psychology、1、25-42、1979.
- 85) 横川吉晴・甲斐一郎・中島民江：地域高齢者の健康管理に対するセルフエフィカシー尺度の作成. 日公衛誌、46、103-111、1999.
- 86) 北田豊治：中高年者における健康づくり行動の要因分析 -セルフエフィカシーと運動実行段階を中心として-. 民族衛生、63 (5) 、288-304、1997.
- 87) 張英恩：高齢者の家族介護者における介護コミットメントに関する研究 岡山県立大学大学院保健福祉学研究科、博士論文、2011.
- 88) Carmack MA, Martens R : Measureing commitment to running : A survey of runners attitudes and mental states. Journal of sport Psychology、1、25-42、1979.
- 89) Corbin CB, Nilsen AB, Borsdorf LL : Commitment to physical activity. Journal of sport Psychology、18、215-222、1987.
- 90) Snyder EE, Spreitzer EA: Social Aspects of sport Second Ediction. Prentice Hall. Inc 、79-81、1983.
- 91) Stevenson CL : The Early Careers of International Athletes. Sociology of Sport Journal、238-253、1990.
- 92) 高峰修・守野信次：ウォーキング・コミットメント尺度の作成と検討ーランニング・コミットメント尺度を適用してー. 中京大学体育学論集、38(2)、31-36、1997.
- 93) ハム・ドゥン：水上スポーツ参加に対するコミットメントとストレス対処行動および自己効力感の関係. 韓国スポーツリサーチ、18 (5) 、575-584、2007.

- 94) 金岡緑：乳幼児をもつ母親の育児に対する自己効力感尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討。神戸大学大学院総合人間科学研究科博士論文、2006.
- 95) 岡浩一郎：中年者における運動行動の変容段階と運動セルフ・エフィカシーの関係。日本公衆衛生誌、50 (3) 、208-215、2003.
- 96) 上地広昭・竹中晃二・鈴木英樹：小学校高学年における身体活動の行動変容段階とセルフエフィカシーの関係。日建教誌、11 (1) 、23-30、2003.
- 97) 北田豊治・李応吉・飯倉修子・朝野聡・野原忠博：中高年者における健康づくり行動の要因分析（セルフエフィカシーと運動実行段階を中心として）。民族衛生、63 (5) 、288-304、1997.
- 98) Bandura A : Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review、84 (2) 、191-215、1977.
- 99) パク・チョンオ, キム・サンムック, カン・ジェサン：韓国公務員の性別、職務関連態度差異に関する実証的調査研究-地方公務員を中心に-。韓国行政学報、34 (2) 、269-287、2000.
- 100) ハム・ヨンヒ：中長年層のライフスタイルと行為関連認知・感情が健康増進行為に与える影響。デグハンイ大学博士論文、2011.
- 101) 坂野雄二：行動変容プログラムの方法論的背景（認知行動療法と自己効力感）。看護学雑誌、69 (6) 、563-566、2005.
- 102) イ・サンヨン, ソ・ミギョン, キム・ドンジン他 21 名：国民健康増進総合計画 2020 総括戦略樹立に関する研究。韓国保健社会研究院、健康増進事業団、2009.
- 103) キム・ヒスック：老人健康増進プログラムの改善法案に関する研究-ユソン区老人福祉館を中心に-チュンナム大学博士論文、2009.
- 104) イ・ギョンヒ：老人健康増進プログラム開発に関する研究-余暇活動を中心に-。ギョンヒ大学修士論文、2005.

- 105) 山下弘一・佐藤秀紀・佐藤秀一：地域における運動を通じた中高年者の健康づくり事業の現状と課題. 理学医療学、32 (5) 、344-349、2005.
- 106) 金賢植・李恩兒・原田和弘・中村好男：介護予防の視点から見た韓国の介護保険制度の実施状況. スポーツ科学研究、6、60-68、2009.
- 107) 河口てる子：自己効力理論をマスターする. エキスパートナース、15(1)、44-48、1999.