

介護経験者の健康統制観の相違に関する研究

— 日本と中国の比較調査 —

呉 小玉¹⁾ 井上 清美²⁾ 段 亜梅³⁾ 胡 慧⁴⁾
徐 迅迪⁵⁾ 高木 廣文⁶⁾

要 旨

【目的】

本研究の目的は、異文化看護の視点で日本と中国では文化的背景の違いから健康統制観も違うという仮説に基づき、ヘルスローカス・オブ・コントロール（以下HLC）の日本と中国の相違及び過去の調査との相違を明らかにすることである。

【対象】

研究対象は日本（関西地区）10ヵ所、中国（南部）3ヵ所の医療機関に入院している患者の家族計255名。

【方法】

堀毛（1991）が開発したHLC（健康の統制に関する考え方、SHLC神様、CHLC運命、IHLC自分自身、FHLC家族、PHLC専門家）5次元25項目尺度を用いて、質問紙法で調査した。分析方法は「SPSS19.0J」を用い、日本と中国の違いを過去のデータと比較した。

【結果】

日本102名と中国153名の結果は、HLCに関して、中国では、最も点数が高かったのは、「SHLC」23.8（±4.7）、その次に「CHLC」20.0（±4.3）、「PHLC」15.5（±4.5）、「FHLC」14.3（±3.6）の順であり、最も点数が低かったのは「IHLC」12.3（±3.9）であった。日本では、最も点数が高かったのは、「IHLC」22.3（±3.0）であり、その次に「FHLC」21.9（±4.1）、「PHLC」18.5（±3.9）、「CHLC」15.7（±4.4）の順であり、最も点数が低かったのは「SHLC」14.4（±4.5）であった。先行研究（1995年、2005年）との比較も同様な結果であった。

【考察】

中国では病気や健康に関して、その統制の所在が運命や神仏等の超自然的なものにあると考える傾向が強く日本では自分自身にあると考える傾向が強いことは、健康統制観の背景として文化的背景の違いが考えられる。

【結論】

日本と中国の介護経験者の健康統制観には違いがあり、文化的背景要因は時間が経過しても変わらないことが明らかになった。文化的背景要因を考慮した健康教育の展開が重要であることが示唆された。

キーワード：異文化看護、健康統制観、介護経験者、日本と中国

-
- 1) 兵庫県立大学 地域ケア開発研究所
 - 2) 神戸常盤大学 保健科学部 看護学科
 - 3) 名寄市立大学 保健福祉学部 看護学科
 - 4) 中国湖北中医薬大学 護理学院
 - 5) 中国湘雅附属第二医院
 - 6) 東邦大学 看護学部

I. 序 言

1. 研究の背景

近年、外国人労働者の増加に伴うエスニックコミュニティの形成や日本人との関係を扱ったモノグラフが都市社会学において多数産み出されている。こうした動きは「内なる国際化」によって異質性が増大、顕在化するという事態へのリアクションであるため、「異文化教育」への関心の増大とともに、異文化理解への要請は今後高まることが予想される¹⁾。看護提供場面においても、文化の多様性に基づく看護ニーズへの対応が問われ、看護師は、自分と文化的背景が異なる対象を理解して、看護援助を提供するような能力を持つ必要に迫られている²⁾。藤原³⁾は、日本人の看護師が異文化圏の人々に対して看護を行う際に、気持ちがわからない、足が遠のくなどのストレスを感じたり、戸惑ってしまうと述べている。

「文化」は抽象的な概念である。Leininger⁴⁾は、文化 (Culture) を「思考、意思決定、行動のパターンをつかさどる特定のグループにおいて、教えられ、共有し、伝えられた価値、信念、規範、人生の道である」と定義している。古田ら⁵⁾は、文化とは「ある集団のメンバーによって幾世代にもわたって獲得され蓄積された知識、経験、信念、価値観、態度、社会階層、宗教、役割、時間—空間関係、宇宙観、物質所有観といった諸相の集大成である」と述べている。異文化とは、このような生活全般に関わるものが異なるということであるため、異文化圏の人々は社会生活をする上でこれらの違いを常に感じているということになる。さらに、文化とは時間をかけて形成され、無意識のうちに習慣となった世界についての考え方であるため、人は自らの文化が正しいと思い込みやすい⁶⁾。

平成19年4月16日厚生労働省の看護基礎教育の充実に関する検討会において、看護の統合と実践分野を創出し、「国際社会において、広い視野に基づき、看護師として諸外国との協力を考えることができること等の内容を含む」とした。「基礎分野における留意点として、国際化及び情報化へ対応しうる能力を養えるような内容を含むものとする⁷⁾」という方針を掲げた。大野は、この留意点を、看護の対象となる人間を文化的背景を含めて理

解し、文化による生活の多様性や文化と健康との関係を学習すると述べた。また、大野⁸⁾は米国の看護基礎教育のテキスト内容の検討から①看護師は、文化について知り、その多様性を理解する必要がある。②看護師は、看護の対象者は自分達にとって文化的に満足できるようなケアを受ける権利があることを理解する必要がある。③看護師は、対象者の反応における文化の影響を考慮し、看護サービスの質と安全性を高める必要がある。④看護師は、同じ文化に属さない対象者やヘルスワーカーとも効果的なコミュニケーションを図る必要がある。⑤ヘルスケアシステムそのものが医療者の文化であることを意識する必要があるという重要な事項を抽出した。これらのことから、文化はいかに人々の健康観に影響を与えているか、看護ケアを提供する際、どのような文化的配慮が必要であるかを解明することによって、有効な異文化看護の介入を考える上で重要な意味をもつと考える。

そこで筆者らは、文化的背景が違うと、健康観も保健行動も違うということを明らかにしたいと考え、ヘルスローカス・オブ・コントロール (以下HLC) の理論に着目し、先行研究において、HLCについての文献調査を行った⁹⁾。その概要は次のとおりである。

HLCは、Rotterの提唱した社会的学習理論である。Rotterは、『強化の統制が内的 (Internal) であるか外的 (External) であるかに関連しており、自分に起こることは、自分の行動や態度の結果であると信じるか、または、運、不運、機会、有力な他者の結果であると信じるかは、人によって違う』、これがLocus of controlと呼ばれており¹⁰⁾、関連研究は多数あり、行動予測に有効なことが証明されている。さらに次良丸¹¹⁾のInternal vs External controlと要求水準との関係についての実験的考察では、Internalは自己の能力にみあった現実的な要求水準を設定し、Externalは非現実的な要求水準を持つという結果が示されている。また、HLCを保健行動領域に適用して、Health Locus of control (HLC) 尺度¹²⁾がInternal傾向の者は積極的な保健行動を示すという結果があり、HLC得点の高い群ほど保健行動を取るのが積極的という報告があるなど保健行動の予測因子として、HLCの有効性を検証する研究は多数存在する¹³⁾。しかし、文化の違いによって、HLC有効性の現れ方の相違については明らかにされていない。

そこで、本研究は、異なった文化をもつ日本と中国の病院入院中の患者の家族を対象にHLCの違いを検証することとした。

2. 研究の目的

本研究の目的は、文化的背景の違いから健康統制観も違うという仮説に基づき、ヘルスローカス・オブ・コントロール（以下HLC）の日中の相違及び過去の調査による相違を明らかにし、異文化看護への示唆を得ることである。

II. 用語の定義と概念枠組

ヘルス・ローカス・オブ・コントロール（Health Locus of Control: HLC）とは、日本語では健康統制観と訳され、自分自身の健康に対する考え方を意味している。この言葉は欧米から発生し、保健行動を予測する因子として健康教育に伴う行動の変容を評価するものとして使われている。本研究で使用する測定用具は、堀毛¹⁴⁾が開発した日本版HLC尺度を中国版HLCに翻訳したものである。HLC尺度は、Internal HLC (IHLC), Professional HLC (PHLC), Family HLC (FHLC), Chance HLC (CHLC), Supernatural HLC (SHLC) の5次元尺度で、IHLCは病気や健康の原因が自分自身とする考え方、PHLCは医療関係者や医療に健康問題の解決を求める考え方、FHLCは家族などの身近な人に健康問題の解決を求める考え方、CHLCは運命に原因を求める考え方、SHLCは神仏や先祖などの超自然的なものに健康問題の解決を求める考え方である。下位尺度毎に5つ計25項目、各項目ごとに「非常にそう思う」（6点）から「まったくそう思わない」（1点）の6段階評定で、合計30点満点で測定した。質問紙の日本語版は、日本ではすでに妥当性及び信頼性を検討されたものである。

中国版尺度は、日本版尺度を作成した研究者に許可を得て中国語に訳し、ネイティブによる翻訳再現性を確認した。

III. 研究方法

1. 研究対象

標本数は、統計上の必要数を保つために100名以上とし、回答用紙の欠損値や回収率を考慮して、日本と中国それぞれ200名とした。

研究対象者として、中国C市にある3つの総合病院に入院している患者の家族から、自宅で少なくとも3ヵ月以上の介護体験がある主たる介護者を抽出した。同じく、日本のH県における医療施設や保健施設10ヵ所で対象者の抽出を依頼した。

2. 調査方法

2010年8月1日から2011年1月31日の5ヵ月間、無記名の質問紙法を用い、病棟看護師長に対象者の抽出を依頼した。同意を得た対象者に、留置法または郵送法にて質問紙の調査を実施した。配布した調査用紙には、「HLC」25項目、及び対象者の属性項目が含まれている。

3. データの分析方法

「日本語版SPSS11.0J統計ソフト」を用いて、以下のように分析した。

1) 中国におけるHLC尺度の信頼性及び妥当性の検討

日本版HLC尺度を中国での信頼性及び妥当性を確認するため、因子分析によって尺度の次元の構造を検討し、各項目平均値と全体得点の相関関係（部分・全体相関係数）とCronbach α 係数を用いた内部一貫性を求めた。

2) 日本と中国におけるHLCの相違及び対象者の属性による相違の検討

日本と中国の対象者の特徴と尺度の得点分布の関係をノンパラメトリックのKruskal Wallis法・Mann Whitney及びT検定で算出した。

4. 倫理的配慮

本研究は、研究者が所属する大学の研究倫理委員会の承認を受けた。病院管理者及び看護管理者に文書で協力を依頼し、看護部を通して各病棟師長に対象患者と主介護者の推薦を依頼した。そして、推薦された患者と主介

護者に対して、施設側より研究者への紹介について同意を得た後に、本調査に関する「研究参加のお願い」の書面を手渡し、研究の意義、目的、方法、データの守秘、研究協力は強制でないことなどを十分に説明し、文書により同意を得た。

IV. 研究結果

1. 研究対象の概要

配布した調査票それぞれ200部のうち、日本では102部が返送され、中国では153部が返送された。回収率は、中国では76.5%、日本では51.0%であった。

対象者の特徴を表1に示した。日本の属性は、男性22名(21.6%)、女性80名(78.4%)、平均年齢60.1歳(±10.0)であり、主観的健康状態は、健康61名(59.8%)、余り健康でない30名(29.4%)、健康でない11名(10.8%)である。中国では、男性90名(58.8%)、女性63名(41.2%)、平均年齢51.7歳(±13.9)であった。主観的健康状態は、健康99名(64.7%)、余り健康でない48名(31.4%)が、健康でない6名(3.9%)であった。

2. 中国におけるHLC尺度の信頼性や妥当性の検討

中国版HLC尺度の妥当性や信頼性を検討した。主成分分析の結果によって5因子性尺度であることが確認された。Cronbach's α の検討は、表2に示した。項目毎に添削しても α 係数が安定し、尺度の内的整合性が保たれており、項目全体のCronbach's α は「0.83」であった。

3. 日本と中国におけるHLCの相違及び対象者の属性による相違の検討

1) HLCの25項目の得点分布における日本と中国の比較

HLCの25項目の得点分布の日本と中国の比較は、25項目のうち、23項目において、有意差が認められた($p \leq 0.01$)。9番目の項目の「具合が悪くなっても、医者さえいれば大丈夫だ」に関しての有意差は $p \leq 0.05$ であった。また、14番目の項目の「病気がどのくらいで良くなるかは、医師のちからによる」には有意差がなかった。

2) HLC及び下位尺度の日中比較

HLCの合計得点と各下位尺度の得点は表4で示した。合計点数について、中国は86.44(±12.97)、日本は、92.40(±16.04)であった。下位尺度について、中国において最も点数が高かったのは「SHLC」23.8(±4.7)、次に「CHLC」20.0(±4.3)、「PHLC」15.5(±4.5)、「FHLC」14.3(±3.6)の順で、最も点数が低かったのは「IHLC」12.3(±3.9)であった。日本において最も点数が高かったのは「IHLC」22.3(±3.0)、次に「FHLC」21.9(±4.1)、「PHLC」18.5(±3.9)、「CHLC」15.7(±4.4)の順で、最も点数が低かったのは「SHLC」14.4(±4.5)であった。

3) HLC及び下位尺度の男女比較

HLCの合計得点と各下位尺度の得点における男女別比較を表5で示した。合計得点について、男性では92.00(±11.84)、女性では、87.47(±15.48)であり、有意差は $p \leq 0.05$ であった。下位尺度の「CHLC」について、男性19.80(±4.69)、女性18.02(±5.17)、「SHLC」について、男性21.37(±6.57)、女性19.27(±6.83)といずれも男性の得点が有意に高かった($p \leq 0.05$)。日本と中国それぞれで男女の差を比較したところ、表6に示すように、日本では、すべての項目において有意差がなかった。一方、中国では、HLCの合計と「IHLC」の得点について、男性は女性より有意に高かった($p \leq 0.05$)。

4) HLC及び下位尺度の年齢の比較

対象者の平均年齢について、日本と中国の平均年齢は55歳、中国52歳、日本60歳であったため、それぞれの平均年齢をカットオフ値にして2群の比較をした。

日本と中国の比較はHLCの合計 $p \leq 0.05$ 及び「FHLC」・「IHLC」 $p \leq 0.01$ と、55歳以上のほうが55歳以下より、有意に高かった。

日本と中国のそれぞれの平均値の差を比較したところ、表7のように、日本のHLCの合計と「SHLC」に関して、年齢の高い群が $p \leq 0.05$ と有意に高かった。日本と中国に共通しているのが、「CHLC」について、年齢の高いほうが低い群より、 $p \leq 0.05$ と有意に高かったことである。

表1 研究対象者の特徴

属性・生活要因		日本 (N=102)	中国 (N=153)
年 齢	最小	43歳	20歳
	最大	91歳	79歳
	平均	60.1歳 (±10.01)	51.7歳 (±13.09)
性 別	男	22 (21.6%)	54 (35.3%)
	女	80 (78.4%)	99 (64.7%)
健 康 状 態	健康	61 (59.8%)	99 (64.7%)
	あまり健康でない	30 (29.4%)	48 (31.4%)
	健康でない	11 (10.8%)	6 (3.9%)

表2 HLC尺度中国語版の信頼性検討

項 目 内 容	I-T	If Item
	correlation	Deleted (α)
1. 健康であるためには、よく拝んでご先祖様を大切にすることが良い	.415	.821
2. 健康でいられるのは、運が良いからだ	.335	.824
3. 私の健康は、私自身で気をつける	.267	.827
4. 健康を左右するようなものごとは、たいてい偶然に起こる	.388	.822
5. 病気になったのは、うかばれない霊が頼っているからである	.126	.833
6. 病気が良くなるかどうかは、周囲の温かい援助による	.102	.833
7. 健康であるためには、自分で自分に気配りすることだ	.258	.827
8. 先祖の因縁などによって病気になる	.410	.822
9. 具合が悪くなくても、医者さえいれば大丈夫だ	.326	.825
10. 病気が良くなるかどうかは、自分の心がけしだいである	.369	.823
11. 神仏に供物をして身の安全を頼むと、病気から守ってくれる	.491	.818
12. 病気がどのくらいで良くなるかは、時の運だ	.528	.816
13. 健康でいられるのは、神様のおかげである	.419	.821
14. 病気がどのくらいで良くなるかは、医師のちからによる	.449	.819
15. 病気になったときは、家族などの思いやりが快復につながる	.359	.823
16. 病気が良くなるかどうかは、自分の努力しだいである	.389	.822
17. 病気が良くなるかどうかは、運命にかかっている	.315	.825
18. 健康でいられるのは、家族の思いやりのおかげである	.422	.821
19. 病気がどのくらいで良くなるかは、医者の判断による	.329	.825
20. 病気が良くなるかどうかは、元気づけてくれる人がいるかどうかにかかっている	.367	.823
21. 病気がどのくらいで良くなるかは、医者の腕しだいである	.431	.821
22. 病気になるのは、偶然のことである	.417	.821
23. 健康でいられるのは、医学の進歩のおかげである	.435	.820
24. 健康でいられるのは、自分しだいである	.439	.820
25. 病気が良くなるかどうかは、家族の協力による	.389	.822
項目全体 α	0.829	

表3 HLC質問項目の分布と日中比較

HLC質問項目	中国N=153		日本N=102		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD		
1. 健康でいるためには、よく拝んでご先祖様を大切にすることが良い	4.60	1.35	3.98	1.30	3.648	.000
2. 健康でいられるのは、運が良いからだ	3.42	1.45	3.42	1.31	-.018	.000
3. 私の健康は、私自身で気をつける	1.87	.92	4.99	.88	-27.033	.000
4. 健康を左右するようなものごとは、たいてい偶然に起こる	4.23	1.21	3.20	1.23	6.635	.000
5. 病気になったのは、うかばれない霊が頼っているからである	4.78	1.26	2.04	1.15	17.614	.000
6. 病気が良くなるかどうかは、周囲の温かい援助による	2.80	1.13	4.42	1.11	-11.305	.000
7. 健康でいるためには、自分で自分に気配りすることだ	2.27	1.13	4.75	1.07	-17.605	.000
8. 先祖の因縁などによって病気になる	4.96	1.37	2.25	1.20	16.322	.000
9. 具合が悪くなっても、医者さえいれば大丈夫だ	2.63	1.07	2.94	1.23	-2.113	.036
10. 病気が良くなるかどうかは、自分の心がけしだいである	2.95	1.18	4.21	1.13	-8.430	.000
11. 神仏に供物をして身の安全を頼むと、病気から守ってくれる	4.86	1.32	2.90	1.31	11.595	.000
12. 病気がどのくらいで良くなるかは、時の運だ	4.35	1.27	2.83	1.22	9.476	.000
13. 健康でいられるのは、神様のおかげである	4.60	1.25	2.88	1.26	10.731	.000
14. 病気がどのくらいで良くなるかは、医師のちからによる	3.90	1.42	3.87	1.17	.135	.893
15. 病気になったときは、家族などの思いやりが快復につながる	2.22	1.09	4.69	.99	-18.377	.000
16. 病気が良くなるかどうかは、自分の努力しだいである	2.62	.97	4.32	.96	-13.781	.000
17. 病気が良くなるかどうかは、運命にかかっている	4.05	1.45	3.10	1.35	5.296	.000
18. 健康でいられるのは、家族の思いやりのおかげである	3.18	1.23	4.26	1.06	-7.271	.000
19. 病気がどのくらいで良くなるかは、医者の判断による	3.09	1.14	3.94	.99	-6.141	.000
20. 病気が良くなるかどうかは、元気づけてくれる人がいるかどうかにかかっている	3.22	1.17	4.15	.97	-6.630	.000
21. 病気がどのくらいで良くなるかは、医者の腕しだいである	2.61	1.11	3.85	1.12	-8.726	.000
22. 病気になるのは、偶然のことである	4.42	1.28	3.12	1.11	8.411	.000
23. 健康でいられるのは、医学の進歩のおかげである	3.27	1.34	3.90	1.17	-3.840	.000
24. 健康でいられるのは、自分しだいである	2.61	.98	4.03	1.06	-10.938	.000
25. 病気が良くなるかどうかは、家族の協力による	2.92	1.07	4.35	1.04	-10.632	.000

表4 HLC及び下位尺度の日中比較

HLCと下位尺度	項目数	中国	日本
		平均得点と標準偏差 (N=153)	平均得点と標準偏差 (N=102)
HLC (全体得点)	25	86.4±13.0	92.4±16.0
FHLC (家族や身近な人)	5	14.3±3.6	21.9±4.1
CHLC (運命)	5	20.0±4.3	15.7±4.4
IHLC (自分自身)	5	12.3±3.9	22.3±3.0
SHLC (超自然的)	5	23.8±4.7	14.4±4.5
PHLC (専門家)	5	15.5±4.5	18.5±3.9

表5 HLC及び下位尺度の男女比較

	男性 (N=76)		女性 (N=179)		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD		
HLC全体	92.00	11.84	87.47	15.38	2.291	.023
FHLC	17.05	4.62	17.47	5.58	-.580	.562
CHLC	19.80	4.69	18.02	5.17	2.593	.010
IHLC	16.41	5.82	16.28	6.46	.143	.886
SHLC	21.37	6.57	19.27	6.89	2.266	.024
PHLC	17.37	3.96	16.42	4.69	1.537	.126

表6 日中それぞれの男女によるHLCの違いについて

中国	男性 (N=54)		女性 (N=99)		t 値	p 値		日本	男性 (N=22)		女性 (N=80)		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD					平均値	SD	平均値	SD		
HLC全体	90.89	11.87	84.01	12.96	3.290	.002		HLC全体	94.73	11.61	91.76	17.06	.766	.445
FHLC	15.07	3.42	13.93	3.71	1.872	.063		FHLC	21.91	3.46	21.86	4.22	.047	.962
CHLC	21.33	4.34	20.00	4.69	1.726	.086		CHLC	16.05	3.21	15.56	4.68	.455	.650
IHLC	13.52	3.99	11.69	3.65	2.871	.005		IHLC	23.50	2.58	21.98	4.26	1.597	.113
SHLC	24.61	4.22	23.35	4.95	1.580	.116		SHLC	13.41	3.98	14.23	5.29	-.672	.503
PHLC	16.35	3.81	15.04	4.74	1.748	.082		PHLC	19.86	3.17	18.14	4.05	1.849	.067

表7 日中それぞれの年齢によるHLCの違いについて

中国	≥ 52.00 (N=72)		< 52.00 (N=81)		t 値	p 値		日本	≥ 60.00 (N=47)		< 60.00 (N=55)		t 値	p 値
	平均値	SD	平均値	SD					平均値	SD	平均値	SD		
HLC全体	88.32	13.91	84.77	11.92	1.702	.091		HLC全体	95.77	14.41	89.53	16.90	1.987	.050
FHLC	14.85	4.01	13.88	3.24	1.654	.100		FHLC	21.98	3.80	21.78	4.29	.243	.808
CHLC	21.54	4.92	19.52	4.08	2.776	.006		CHLC	16.91	4.34	14.60	4.19	2.737	.007
IHLC	12.53	4.22	12.16	3.52	.586	.553		IHLC	22.53	3.45	22.11	4.43	.531	.597
SHLC	24.35	4.52	23.31	4.89	1.360	.176		SHLC	15.30	5.03	12.98	4.82	2.371	.020
PHLC	15.06	5.19	15.90	3.69	-1.171	.243		PHLC	19.04	4.01	18.05	3.83	1.271	.207

注: ≥ 52.00と< 52.00

対象者の平均年齢51.7をグループ化の基準値とした

注: ≥ 60.00と< 60.00

対象者の平均年齢60.1をグループ化の基準値とした

前述と同じくように、日本と中国それぞれの対象者年齢の平均値を4分位法でグループ化した。25%に当たる年齢群は46歳以下、75%に当たる年齢群は66歳以上であったため、中間50%に当たる47歳から65歳の間の対象者のデータをカットして、46歳以下を低群、66歳以上を高群として、t検定で「HLC」得点を比較したが、ほぼ同様な結果であった。

5) HLC及び下位尺度の健康状態の比較

対象者の健康状態を3群（健康160名、あまり健康ではない78名、健康でない17名）にして、ノンパラメトリックのKruskal Wallis法でHLCの得点を比較した。結果は、表8に示した。「IHLC」のみ、健康でない群の平均は173.1、 $p \leq 0.05$ で有意に他の群より高かった。正規分布と仮定して多重比較した結果も同様であり、一元配置分散分析の結果では、健康である群と健康でない群の

みに有意差が認められた。また、日本と中国のケースをそれぞれ選択して分析した結果は、日本では、「HLC」合計のデータでは有意差が認められなかったが、「IHLC」・「FHLC」の下位尺度のデータでは、健康でない群の方が健康である群より、平均ランクが $p \leq 0.05$ と有意に高かった。中国では、すべてのデータに有意差は認められなかった。

また、健康状態を2群（あまり健康でない群78名と健康でない群17名を健康でない群として合併）にして比較した検討では、HLC合計も下位尺度も有意差が認められなかった。しかし、日本側では、「CHLC」に関して健康でない群は健康群より、 $p \leq 0.05$ と有意に高かった。

表8 HLC及び下位尺度の健康状態の比較

	平均ランク			Kruskal wallis検定	
	健康 (N=160)	あまり健康ではない (N=78)	健康でない (N=17)	χ^2	p
HLC全体	128.13	120.97	159.00	3.72	0.16
FHLC	124.07	128.60	162.24	4.14	0.13
CHLC	127.41	124.97	147.44	1.33	0.51
IHLC	127.05	120.12	173.12	7.31	0.03
SHLC	128.67	127.03	126.21	0.04	0.98
PHLC	130.49	121.67	133.65	0.86	0.65

表9 日本側の健康状態2群によるHLC及び下位尺度の比較

	平均ランク		Mann-Whitney検定		平均値		T検定	
	健康 (N=61)	健康でない (N=41)	z	p	健康 (N=61)	健康でない (N=41)	t	p
HLC全体	51.10	52.10	-0.167	0.867	91.15	94.27	-0.963	0.338
FHLC	56.26	44.41	-1.996	0.046	22.23	21.34	1.085	0.280
CHLC	46.16	59.44	-2.229	0.026	14.75	17.02	-2.633	0.010
IHLC	53.99	47.79	-1.044	0.297	22.61	21.85	0.932	0.354
SHLC	46.70	58.63	-2.002	0.045	13.23	15.27	-2.038	0.044
PHLC	51.15	52.02	-0.147	0.883	18.33	18.78	-0.569	0.571

V. 考 察

1. 対象者の特性

対象者の平均年齢は、中国51.7歳、日本60.1歳であった。対象者の主観的な健康状態については、「あまり健康でない」「健康でない」と答えたのが、日本では約41.3%、中国では35.3%であり、ともに約4割を占めていた。今回の対象者は入院中の患者の介護者であったため、日本も中国も家族介護者への支援が重要であることが示唆された。

2. 中国版HLC尺度の信頼性や妥当性の検討

HLCの中国語版の妥当性は主成分分析の結果によって5因子性尺度であったことが確認された。信頼性の検討に関して、項目ずつを添削しても α 係数が安定し、項目全体のCronbach' α は0.83であった。内的整合性の支持には、 α 係数0.80以上が必要である¹⁵⁾。本研究では、これらの値を上回っていたことから、内的整合性の側面が支持され、中国での実用可能性が示唆された。

3. 日本と中国の尺度得点の相違についての検討

日本と中国のHLC結果においては、合計得点の比較だけでなく年齢や性別比較においても大きな相違があった。

表5と表6から男女別のいずれも男性の得点が、女性より高く、日本側は有意差が見当たらず、中国側は、HLC合計とIHLCのほうに、男性のほうに有意に高かった。表7と表8から年齢別のいずれも年齢の高いほうが、得点が高かった。年齢差について、中国ではCHLE、日本では、CHLCやSHLCの得点に有意差が出ているため、年齢の高い群の健康統制観は儒教文化にも影響されているのではないかと考えられる。

健康状態については、中国では有意差がなかった。日本側は表9に示すとおり、健康でない群は健康群より、SHLC、CHLCにおいて有意に高かったため、日本において、外的健康統制観を強く持つ者は健康状態に影響を与えていることが示唆された。

鎌原¹⁶⁾は、Locus of Controlは、個人によって、外的統制信念(External)が強ければ、過去の成功経験によっても未来への期待は高まらず、また成功するために必要な情報を積極的に得ようとする行動も起こらない例があ

ると述べている。一般的には、HLCに関して内的 (Internal) な得点が増加することをよしとするようである。しかしながら、これが自罰的な傾向と結びついた場合には、かえって効果的な健康行動をとらなくなることを示唆するデータがあった。内的傾向の強いものは、自分で何とかしようとするあまり、症状があっても精神科受診が遅れるというデータもあった。したがって、内的な得点が高くなることを単純によしとすることには問題があると示唆されている¹⁷⁾。このことから個人の健康統制観によって健康の支え方が違うことが示唆された。

日本と中国において全体的な比較について、表3で示したように、中国では最も得点が高かったのは、「SHLC」(神仏や先祖などの超自然的なもの)、その次に「CHLC」(運命)、(医療関係者や医療)、「FHLC」(家族などの身近な人)の順であり、最も得点が低かったのは「IHLC」(自分自身)であった。日本では、最も得点が高かったのは、「IHLC」であり、その次に「FHLC」、「PHLC」、「CHLC」の順であり、最も得点が低かったのは「SHLC」であった。日本では内的統制観が強いのに対して、中国では外的統制観であった。日本と中国に共通しているのが、得点が近似している「PHLC」のみであった。中国では病気や健康に関してその統制の所在が運命や神仏や先祖などの超自然的なものにあると考える傾向が強く、日本では自分自身にあると考える傾向が強かった。これは、中国では、儒教的考えの影響を深く受けていると考えられる。

堀毛¹⁸⁾は、HLCと健康教育受講の効果について研究を行った。受講の効果の指標を体重、肥満度、動脈硬化指数とし、また欠席回数を受講態度、参加意欲の指標とした。結果は、Internal得点が高いほど、動脈硬化指数

が減少し、血液状態の改善が見られたが、欠席回数にも正の相関を示した。そのことから、堀毛は、Internalな傾向があることは、自分自身で健康管理を行うことにもつながるが、反面、「健康や病気に関するコントロールが自分にある」ということを、「自分でしなければならない」と思い込み、他からの援助や指導を適切に取り入れられない可能性がある指摘した。つまり、外的な統制観も内的な統制観のいずれも、ポジティブな要素が含まれるため、看護は、個人の健康管理を行う際、その個人の持っているポジティブな要素を活性化することが必要であるとする。本研究において、中国人では、外的なHLCが高く、日本では、内的なHLCが高いことから、それぞれのポジティブな要素を活用して健康教育のあり方を考える必要性が示唆されている。

また、異文化による健康統制観の変化は時代によってあり得るかという問題意識から、今回の結果と過去の調査結果や文献から取ってきた結果から考察した。結果は表10で示した。

中国側は2002年の調査結果であり、日本側は吉田ら¹⁹⁾の研究結果であった。吉田らの研究の対象者は、小学校の3年生とその母親であったため、比較に用いるのは、その小学生のデータを除いた29歳から45歳までの一般女性204名のデータであった。吉田らのHLC得点分布の順と中国2002年の得点分布の順及び今回の日本と中国の結果とはほぼ合致できる結果であった。他のいくつかのHLCの研究を見ても、概ね同様の結果が示されている。この結果から、日本人と中国人の考え方に大きな違いがあることが判明した。本研究とは、年代が違い、対象者にも相違があったが、ほぼ近似な結果であった。文化は、時を経てもなかなか変えられない部分があること

表10 2010年の「HLC尺度」データと過去データの比較

HLCと下位尺度	項目数	中国		日本	
		Fx±SD (2010年)	Fx±SD (2002年)	Fx±SD (2010年)	Fx±SD* (1995年)
HLC (全体得点)	25	86.4±13.0	86.8±13.8	92.4±16.0	92.2±不明
FHLC (家族や身近)	5	14.3±3.6	14.5±3.7	21.9±4.1	22.7±3.5
CHLC (運命)	5	20.0±4.3	20.9±4.9	15.7±4.4	14.4±3.8
IHLC (自分自身)	5	12.3±3.9	12.4±4.1	22.3±3.0	24.0±3.2
SHLC (超自然的)	5	23.8±4.7	23.9±4.9	14.4±4.5	13.6±4.1
PHLC (専門家)	5	15.5±4.5	15.2±4.5	18.5±3.9	17.5±3.5

* 出典：吉田由美、高木廣文、稲葉裕 (1995)：健康情報の収集行動とHealth Locus of Controlとの関連 日本公衆衛生誌 第42巻第2号p69-77²⁰⁾

が分かった。

4. 異文化看護への示唆

今回の研究結果から、健康統制観は、文化の影響を受けやすく、国によっては、その現れ方や意味が異なることが予測される。HLCは西洋から発生してきた概念であったが、日本の研究者が日本の文化に合わせてHLCの測定尺度を開発した。本研究は、その尺度を中国でも利用できることを検証することができた。今回「中国版HLC尺度」の信頼性が支持されたことから、中国での活用可能性が見出されたことは意義あるものと考ええる。

本研究で判明した文化の違いによって健康に関する考え方も違うということは、今後多様な人々の健康行動を検討することにつながり、文化・健康観・保健行動の関連性に関する研究の意義があることを示唆している。また、個人としての文化的価値観は、時の変遷にあまり影響されないことも分かり、文化的な相手の価値観を理解したうえで看護を実践することが重要であることが示唆された。

今回の研究は、日本と中国両国の文化の違いに基づき健康統制観の相違が明らかとなった。また、HLCの多文化との比較研究に意義があることが示され、今後この尺度を用いて中国以外の文化との比較をすることによって、異なるHLCと健康状態や保健行動との関連性を明らかにしていくことに繋がると考える。

5. 研究の限界と課題

HLC中国版尺度の妥当性に関して、主成分分析法のみで5因子性尺度として確認された。しかし、因子ごとに日本語版との比較を行わなかったことは課題として残された。今後この尺度をより精練するために、文化的な比較をしたうえで他の特性や方法を用いて尺度の併存妥当性や予測妥当性を検討していく必要がある。

また、日本と中国の対象の選択に関して、入院患者の介護者としたため、地域住民を代表したとは言い難い。今後入院患者の家族ではない地域住民の比較が重要であると考えている。

VI. 結 論

本研究は、「日本版HLC」と翻訳した「中国版HLC」25項目尺度を利用して、文化的背景の違いに基づく健康統制観の日本と中国の相違及び過去の調査による相違を明らかにすることを目的として、以下の知見が得られた。

- (1) 25項目中国版尺度は、主成分分析によって尺度の5因子性が確認できた。中国版の信頼性に関しては、Cronbach α 係数は0.83であり、内的一貫性が示された。
- (2) 日本と中国のHLC結果においては、合計得点の比較においても年齢や性別比較においても、大きな相違があった。中国人では、外的なHLCが高く、日本人では、内的なHLCが高い傾向であった。内的・外的なHLCのいずれも、それぞれポジティブな要素があり、それを活かして健康教育のあり方を考える示唆が得られた。
- (3) 異文化による健康統制観の変化は時代に左右されないことも明らかとなり、文化的要素を考慮した上で看護を実施する重要性が示唆された。

謝 辞

本研究は2010年度日中医学協会の共同研究助成金を受け、研究テーマ「主介護者のエンパワーメントと要介護者の日常生活動作の自立度との関連性に関する日中の比較」の一環として実施した。第31回日本看護科学学会及び第27回日本保健医療学会における発表に加筆・修正を加えたものであり、日中医学協会及び研究にご協力いただいた皆様に深く感謝する。

文 献

- 1) 西田芳正：異文化理解の手段として、日本教育学会 第48回大会課題研究部会「方法としてのエスノグラフィー」報告要旨, 2005
- 2) 大野夏代：米国のテキストにおける「異文化看護」の記述内容の検討、SCU Journal of Design & Nursing, 1 (1), 2007, 15-21.
- 3) 藤原ゆかり (Yukari FUJIWARA)：異文化圏からの人々の出産に対する助産ケアの現状－文化を考慮したケアの実現にむけて－、日本助産学会誌J. Jpn. Acad. Midwif. 20(1), 2006, 48-59.
- 4) Leininger, M 稲岡文昭監訳：レイニンガー看護論、医学書院, 1995
- 5) 古田暁、石井敏、岡部朗一、久米昭元：異文化コミュニケーション－新・国際人への条件－改定版、有斐閣選書、41-42、1996
- 6) 前掲2)
- 7) 厚生労働省ホームページ<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書 2007.
- 8) 前掲書2)
- 9) 井上清美、段亜梅、呉小玉、森口育子、高木廣文：ヘルス・ローカス・オブ・コントロール (HLC) の日本と中国の相違点、第31回日本看護科学学会, 2011
- 10) 吉田由美：Health locus of Control尺度開発の歴史. 千葉県立衛生短期大学紀要, 13(1), 1994, 85-97.
- 11) 次良丸睦子：internal VS external controlと要求水準との関係についての実験的考察. 筑波大学医療技術短期大学部研究報告, 8, 1987, 17-29.
- 12) 渡辺正樹：Health locus of controlによる保健行動予測の試み. 東京大学教育学部紀要, 25, 1985, 299-307.
- 13) 前掲書10)
- 14) 堀毛裕子：日本版Health locus of control尺度の作成. 健康心理学研究, 4(1), 1991, 1-7.
- 15) Carmines, E.G., & Zeller, R.A : Reliability and validity assessment. Sage Publications : Newbury Park, 51. 1979
- 16) 鎌原雅彦・樋口一辰・清水直治：Locus of control尺度の作成と、信頼性、妥当性の検討, 教育心理学研究, 30, 1982, 302-307,
- 17) 堀毛裕子：パーソナル・コントロールと健康関連行動 －Health locus of controlを中心に－. 行動科学, 35(2), 1996, 53-61.
- 18) 前掲書14)
- 19) 前掲書10)
- 20) 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, 42 (2), 1995, 69-77.

The Differences in “Perspective on Health” of Community Residents in Japan and China

WU Xiaoyu¹⁾, INOUE Kiyomi²⁾, DUAN Yamei³⁾, HU Hui⁴⁾
XU Xundi⁵⁾, TAKAGI Hirofumi⁶⁾

Abstract

<Purpose>

In order to find the suggestion from a intercultural viewpoint for effective health education focused on health management of community residents, we assumed that the differences in perspectives of health come from the differences of culture, and tried to reveal the differences of “Health locus of Control (HLC)” between Japan and China.

<Method>

From ten hospitals in Japan and three hospitals in China, we chose in-patients’ family members who were above twenty years old. The questionnaire is developed by Horike (1991) which is composed by five phases and twenty-five item degrees (HLC : SHLC-God, CHLC-Fate, IHLC-Oneself, FHLC-Family, PHLC-Professionals). We used SPSS19.0J to analyze the differences between Japan and China, and to compare with previous data.

<Result>

102 Japanese and 153 Chinese participated. In regards of HLC, the highest point in China was SHLC--23.8 (± 4.7), and CHLC--20.0 (± 4.3), PHLC--15.5 (± 4.5), FHLC--14.3 (± 3.6). The lowest point was IHLC--12.3 (± 3.9). In Japan, the highest point was IHLC--22.3 (± 3.0), followed FHLC--21.9 (± 4.1), PHLC--18.5 (± 3.9), CHLC--15.7 (± 4.4). The lowest was SHLC--14.4 (± 4.5).

<Conclusion>

Based on the results, we can tell that there is a huge difference between Japan and China in the community residents’ perspectives of health. In China, people tend to believe that the fate or the gods are taking control of diseases and health. On the other hand, people are more likely to think that the reasons are in themselves in Japan. Comparing to previous studies in 1995 and 2005, this study showed the same results. Therefore we can also say that the cultural factor don’t change as time passes. It is important to consider the cultural factor when we think about health education.

Key words : Intercultural nursing ; Health locus of control ; Community resident ;
Comparison of Japan and China

1) Research Institute of Nursing Care For People and Community, University of Hyogo, Japan

2) Department of Nursing, Kobe Tokiwa University, Kobe, Japan

3) Department of Nursing, Nayoro City University, Hokkaido, Japan

4) College of Nursing, Hubei University of Chinese Medicine, China

5) The Second Xiangya Hospital of Central South University

6) Faculty of Nursing, Toho University, Japan