



健康生成論とストレス対処力SOC

——概念と測定——

戸ヶ里泰典
放送大学

I. 健康生成論と健康生成モデル

健康生成論は、1970年代後半に健康社会学者アロン・アントノフスキーによって提唱された学問的・実践的立場を指す。アントノフスキーは1960年代に建国間もないイスラエルにおいてユダヤ人女性を対象とした更年期障害の調査を実施した。その調査のなかで、第二次大戦中に強制収容経験があった人は、その経験がなかった人よりも、心身症状を呈している人が約70%いることを明らかにした。これはストレス理論の考え方からすれば、強制収容経験というストレスラーによって、何らかのストレス反応が生じ、現在でも心身に問題を抱えているということが説明でき、その意味では当然の結果であった。しかしアントノフスキーが着眼したのは、収容所経験がありながらも症状もなく健康状態が良好である人が30%存在している、という事実であった。

そこでアントノフスキーは、従来、医学において行われてきていた、疾患とその原因であるリスクファクター（危険因子）に着眼して、リスクファクターを取り去るための取り組みではなく、健康に着眼することを主張した。つまり、健康を回復させ、増進させる要因をサルタリーファクター（健康要因）と呼び、その解明を目指し、なにが健康をつくるのか、という立場で研究を進めていく必要があることを提案した。前者を“pathogenesis”（疾病生成論、あるいは病因論）と称するのであれば、この新たな立場は“salutogenesis”（健康生成論）と称することができる、とした¹⁾。健康生成論はその後、オタワ憲章に始まるWHOのヘルスプロモーションにおける

哲学的基礎のひとつとされた²⁾ほか、EU各国における保健施策の基礎となっている³⁾。

健康生成論を基礎として健康生成のメカニズムをモデル化したものが健康生成モデルである。健康生成モデルは当時アントノフスキーがそれまで温めてきた健康生成のメカニズムに関する仮説と古今東西の理論や実証研究を統合して構築されたモデルである。このモデルは、さまざまな健康要因により構成されている。そのなかで柱ともいえる構成概念が2つあり、1つは汎抵抗資源（general resistance resources）もう1つがSOC（sense of coherence）である。健康生成モデルでは、SOCは汎抵抗資源によって提供される良質な人生経験により形成され、形成されたSOCは汎抵抗資源を動員することでストレスラーを対処することを通じて健康の維持・増進をすることが描かれている。健康生成モデルの詳細については、アントノフスキーの著書“*Health, Stress, and Coping: New perspectives on mental and physical well-being*”¹⁾において詳しく解説されている。日本語でのモデルの詳細は『健康の謎を解く』^{4,5)}ならびに『健康生成力SOCと人生・社会』⁶⁾（いずれも有信堂刊）において紹介されているので、併せて参照されたい。

アントノフスキーによる健康生成に関する一連の理論のなかでは、ストレスラーとストレスについて新たな解釈を与えていることが特徴的である。セリエ（Selye H）のストレス理論やその後心理学におけるラザルスとフォークマン（Lazarus R & Forkman S）や、コーエン（Cohen S）に至るストレスプロセスモデルの考え方では、ストレスラー（ストレス要因）となりうる特定の出

来事や経験が刺激となってストレス反応が生じる、というものであった。その特定の出来事や経験がストレスと認知的評価がなされることにより、対処（コーピング）が行われ、ストレスの処理が行われる。しかしAntonovskyの考え方はユビキタス・ストレス（ubiquitous stressor）を前提におくことにある点で大きく異なっている。「ユビキタス」とは「遍く存在する」という意味であり、人の一生はストレスのなかで進み、ストレスにまみれて生活・人生を送っている、という前提である。従来の考え方ではストレスを除去したり回避することにより対処することで解決としているが、健康生成論ではユビキタス・ストレスであるため、特定のストレスを完全に除去することは考えない。ストレスをうまくやりくりし、適応しうまく付き合いながら生活・人生を歩んでいくことをイメージしている。

汎抵抗資源は、このユビキタス・ストレスに抵抗していくという意味で「汎（general）」という修飾語をつけた概念名称になっている。アントノフスキーによれば、汎抵抗資源とは、身体的、生化学的、物質的、認知・感情的、評価・態度的、関係的、社会文化的な、個人や集団における特徴のことで、ユビキタス・ストレスの回避あるいは処理に有用であるものと定義されている¹⁾。身体的、生化学的汎抵抗資源とは遺伝的、神経免疫学的な資源、物質的汎抵抗資源とは個人においてはカネ、体力、住居、衣類、食事等、個人間に関しては、権力、地位、サービスの利用可能性といった側面も含む資源である。認知・感情的汎抵抗資源とは知識や知性、知力およびアイデンティティの2つであり、評価・態度的汎抵抗資源とは、主にコーピングにおける行動計画的な戦略である合理性、柔軟性、先見性の3つの態度が挙げられている。関係的汎抵抗資源とはソーシャル・ネットワーク、ソーシャルコミットメント、ソーシャル・サポート等の社会関係を指し、社会文化的汎抵抗資源とは、宗教やイデオロギーや哲学を指す。

II. ストレス対処力SOCとは

アントノフスキーによると、SOCとは次のように定義されている。SOCとは、

その人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚の程度によって表現される、その人の生活世界全般への志向性（orientation）のことである。そ

れは第1に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序付けられた、予測と説明が可能なものであるという確信、第2に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、第3に、そうした要求は挑戦であり、心身を投入しかかわるに値するという確信から成る。⁵⁾

この定義のなかに示される第1の確信の感覚は把握可能感（sense of comprehensibility）、第2の確信の感覚は処理可能感（sense of manageability）、第3の確信の感覚は有意味感（sense of meaningfulness）と呼ばれており、SOCの3つの下位概念として知られている。SOCは51人の苦難の経験をもつ人々へのインタビュー調査の分析結果と、アントノフスキー自身がさまざまな先行研究や理論を踏まえて考えてきた仮説を総合して生成された概念である。困難を乗り越えるばかりか、それを糧にして生きる人々は、共通して、この定義で示されたような、生活・人生に対する見方や向き合い方を有していたということ整理された。

簡約すれば、把握可能感とは、自分がする経験や周りで生じる出来事は、生じるべくして生じており、予測や説明が可能、と感じている程度のことである。処理可能感とは、そうした経験や出来事に対処するための資源は常に使えると感じる程度である。有意味感とは、そうした経験や出来事というものは自分への挑戦で、そこに全身全霊で向き合う価値があると感じる程度を指す。こうした感覚を強く有している人ほど、直面した経験や出来事はうまく処理され成功裏に乗り越えることになる。そのためSOCはストレス対処力概念（stress coping ability/capacity）とも呼ばれており、「ストレス対処力SOC」という形で表現されることが多い。

SOCはユビキタス・ストレスに対して、きわめて前向きで安定した見方や向き合い方を有する感覚であるのと同時に、対処資源たる汎抵抗資源の動員力概念でもあるが、その汎抵抗資源により提供される良好な人生経験によりSOC自体が形成される。SOCの形成・発達・向上の詳細の解説は『健康の謎を解く』⁴⁾および『思春期のストレス対処力SOC』⁷⁾（いずれも有信堂刊）等の他著に譲るが、あとで述べる地域看護実践に関わる部分でもあるためにここでは簡単に述べる。

SOCは後天的に、3種の良好な人生経験が繰り返され実感されることにより形成される。1つは一貫性の経験と呼ばれ、秩序立ちルールが明確な心理社会的環境下の経験である。逆に朝令暮改のようなことが繰り返される

環境ではSOCは培われない。もう1つは過大負荷－過少負荷のバランスの経験と呼ばれている。これはあまりにストレスフルで乗り越えることができないような環境や、逆に、ストレスフリーでなにもストレスを感じることもない環境ではない、という意味である。ここで「バランス」があることとは、ある程度のストレスフルな状況下であっても、乗り越えることが可能な程度の動員可能な汎抵抗資源を有していることを意味している。最後が結果形成への参加の経験である。これは自身が考える重要な物事の最終的な結末につながる意思決定に関与する経験を意味する。たとえば、会社の命運を左右する取引の決定に関与すること、自分の今後の進路やキャリアの決定に積極的に関与すること、といった経験を指す。こうした経験は、一度や二度ではなく、日々繰り返され、経験を意識し、実感することを通じて少しずつ培われていくこととなる。

なお、SOCは成人前期までに形成され、その後成長が止まるという説がある。これは、こうした人生経験を実感できるのは、たいていは青年期から成人前期までで、成人後期以降は人生に慣れ、実感することが少なくなるからという理由である。しかし近年では必ずしもそうはいえず否定されることが多くなっており、実際のデータとしても生涯を通じて少しずつ向上していく可能性が示されている⁶⁾。

Ⅲ. SOCの測定方法

SOCの測定尺度は複数ある。どのようなSOCスケールが開発されていて、その使用状況はどのようなものであるのかについて記していきたい。

1. SOC-29, SOC-13 (Orientation to Life Questionnaire ; OLQ)

アントノフスキーは社会学の出身であり、調査研究を得意とする実証研究者であった。測定方法論についての訓練を受けていたこともあり、SOC概念の生成とともに、その測定法の開発に取り組んだ。なお、具体的にどのような作業のもとアントノフスキーがスケール作成を行ったかについては著書『健康の謎を解く』の第4章で約30ページにわたりSOCスケールの開発過程について紹介している^{4,5)}。また、この開発過程の詳しい解説は拙著『ストレス対処力SOC』の第2章でも説明している⁸⁾ので、併せて参照されたい。

アントノフスキーがSOCスケール作成にあたり、ガットマン (Guttman L) のファセット・アプローチと呼ばれる一連の測定理論を参照し、その1つの柱でもある「ファセットデザイン」を採用した。この「ファセットデザイン」とは、「①観察のための概念枠組みの準備」「②質問文と回答形式の選択」「③マッピングセンテンス (調査の理論的・仮説的図式を文章の形で表現する技法)」から成立している⁹⁾。このうち「観察のための概念枠組みの準備」はすでに先に示したSOCの定義の設定により完了し、「②質問文と回答形式の選択」を行うため、市民に対してインタビューを実施し、インタビューデータのなかからスケール項目の具体案を作り出した。

次に「③マッピングセンテンス」を作成し4つの刺激を表すファセット (面) を設定した。1つ目のファセットは「刺激の性質」であり、手段的・認知的・感情的のいずれかとした。2つ目のファセットは「刺激の源」であり、内的・外的・両方のいずれか、3つ目のファセットは「刺激の要求」であり具体的・散漫・抽象的のいずれか、4つ目のファセットは「時間」で、過去・現在・未来のいずれかとした。ここにSOCの3つの下位概念を加えてマッピングセンテンスとして、次のようなセンテンス (文) を構成した。

回答者Xが反応する刺激は〈手段的/認知的/感情的〉な刺激であり、
その刺激は、〈内的な/外的な/両方の〉環境に由来し、
その刺激は、〈具体的/散漫/抽象的〉な要求を課し、
その刺激は、〈過去/現在/未来〉の時間の者であり、
SOCの構成要素としては、〈把握可能感/処理可能感/有意味感〉の点で〈高い/低い〉次元に属する反応である。

このセンテンスに配置された4つのファセットにはそれぞれ3つの要素がある。さらに、SOCの3つの構成要素のいずれかであることから、 $3^5=243$ 通りのセンテンスが考えられる。先に行ったインタビューデータに基づいた帰納的な文を準備し、マッピングセンテンスによっていわば演繹的に項目を設定し、あてはめる形で候補となる項目プールを作成した。

また、測定法は“semantic differential” (SD ; 意味微分法) 法という測定方法が採用された。これは、心理学で主に感情を問う自記式質問紙で頻繁に用いられる方法である。SOCは7件法とされ、SP法で1から7までの数字の列の極である1と7の数字の下に対になる句または文が用意され、その間を7段階に分けて測定する。

プレテストを繰り返し、項目分析を重ねて項目の削減を行い、把握可能感11項目、処理可能感10項目、有意味感8項目の計29項目7件法より成立するスケール(SOC-29)が作成された。また、同時に13項目の短縮版(SOC-13)も提示された。このSOC-29、SOC-13は質問紙のタイトルにOrientation to Life Questionnaire(人生の志向性に関する調査票)とあるため頭文字をとってOLQと呼ばれることもある。

このSOC-29およびSOC-13の信頼性と妥当性に関しては詳細な検討が行われている^{10,11)}。ただし因子的妥当性については、探索的因子分析を実施しても当初想定した3因子には分類できない結果となったため、アントノフスキー自身はOLQについては下位因子は想定せず上位概念であるSOCの一因子として扱うことを推奨したこともあった。しかしその後確証的因子分析による検討が相次いで行われ上位のSOC因子の下に、3つの下位因子を配した二次三因子構造のモデルで良好な適合度が得られることが報告されており⁸⁾、因子的妥当性が確認されたものとなった。

日本語版のSOC-29およびSOC-13については、1999年に山崎らにより開発され、信頼性と妥当性は確認されている^{8,12)}。日本語での使用および報告については、非営利目的の使用の場合は引用元を明記のうえ自由となっている。英語での報告を検討している場合は著作権を管理する団体(2023年時点ではSTARSという団体<https://stars-society.org/scales/>)に登録することが条件となっている。また日本語版の尺度内容については訳書『健康の謎を解く』⁴⁾の巻末付録として掲載されていることから当該書籍を参照のこと。

2. 3項目版SOCスケール

さまざまな研究分野が合同で関わるような大規模で多目的の一般住民調査の場合や、高齢者や疾患や障害を抱えており長時間の回答に困難をきたす対象のSOCを測定する場合、29項目や13項目の設問を用いることは困難であることが多い。こうしたことから、いくつかのさらに短縮されたSOCスケールが開発されてきたスウェーデンのlundberg Oらは短縮版3項目SOCスケール(SOC-3)の開発を行なった¹³⁾。SOCの各下位概念の要素を表現したオリジナルの項目内容とされた。SOC-3はスウェーデン語および英語版が作成され、スウェーデンや英国における大規模一般住民調査において採用されている。SOC-3は回答時間の短縮を

念頭においており3件法とされ、トータルスコアのレンジが0~6ポイントとなっている。連続量としての使用には慎重である必要があり、研究では主として高、低の2値化した変数による分析が行われていた。

そのほかにもシューマンらは、ドイツ語版SOC-3を作成し、信頼性と妥当性を検証した¹⁴⁾。BASOCはまた、BASOCは多項目スケールであるSOC-29のなかの3項目としているほか、SOCの下位概念のうち、有意味感1項目、把握可能感2項目よりなり、処理可能感の項目はない。古典的テスト理論に基づく多項目尺度は、複数の項目に共通する要素である因子を測定することを前提としており、多項目のうち1項目を取り出し測定したところで、その測定結果と概念の真値とは大きく乖離する可能性が高い。

以上の問題点を踏まえて開発された尺度がSOC3-UTHS(東大健康社会学版3項目SOCスケール; University of Tokyo Health Sociology Version of SOC3 Scale)で、特にSOC-3やBASOCスケールの課題を克服することを念頭に新たに作成された¹⁵⁾。SOC3-UTHSは自記式調査票を念頭においており、オリジナルスケールにみられる7ポイントのSD法を採用しており、レンジを3~21とある程度幅をもたせ、間隔尺度としての使用にたえうるものとした。日本語ワーディングを微修正した最新版(ver1.2)は『ストレス対処力SOC』⁸⁾に掲載しており、参照されたい。使用にあたっては、各項目スコアを逆転したうえで合計したトータルスコアを使用する。全国代表サンプルでは、 α 係数は.83を示しており、平均(SD)得点は男性で14.8(3.6)、女性で15.1(3.5)であった⁶⁾。使用にあたっては、SOC3-UTHSの項目内容はSOC-29やSOC-13の項目とは異なるオリジナルのものであること、および、現時点では日本語版のみが開発されていることに注意する必要があるが、研究・教育など非営利目的であれば使用は自由となっている。ただし、項目内容を含め信頼性や妥当性などの詳細について『ストレス対処力SOC』の第2章⁸⁾をよく読んでから使用することが望ましい。

3. 児童用SOC13スケール

アントノフスキーのSOCスケールの項目内容はやや抽象的であるうえ、過去の経験に基づく設問内容(たとえば、「いままであなたの人生は明確な目標があった」等)が多くみられることから、小学生から中学生ではその認知的発達を考慮しても、解答を難しいと考えられる。

そこでノルウェーの心理学者であるトルシェイムらはSOC-13をもとに学童期の対象者にも回答しやすい項目に修正したSOCスケール (Age Adopted SOC Scale) を開発した (クロンバック α 係数は.85で、再テスト信頼性係数は.78)¹⁶⁾。林らはSOC-29をもとに小学校高学年向け29項目のSOCスケールを開発し (クロンバック α 係数は.82)¹⁷⁾。坂野らは、トルシェイムらの項目と、林らの日本語29項目版をもとに簡便な13項目版の児童用SOCスケール (CSOC-13) を開発した¹⁸⁾。さらに、朴峠は微修正を行うとともに、回答の際に児童が項目内容を理解しやすいように、周囲の大人がサポートすることを前提とした測定を試み、その際のサポーターへの解説書を作成し、そのうえでの測定を試みた¹⁹⁾。現時点では主に小学校高学年の児童に対しては朴峠版のCSOC-13を使用することが望ましい。項目内容やサポーターへの解説などの情報は、『ストレス対処力SOC』第12章¹⁹⁾にあるので参照されたい。

4. 29項目版か13項目版か

SOC-29かSOC-13か、どちらを使用するかについては、本スケールが、古典的テスト理論に基づく多項目スケールである点、また、システマティックレビューの結果からすると、SOC-29が最も信頼性、妥当性が高い測定ツールである。ただし調査票のスペース等の問題がある場合は13項目短縮版の使用も考えられる。

同様に7件法か、5件法か、3項目版スケールを使用するかで悩む場合と、多くの選択肢があるため、研究者にとっては大変に悩ましいと考えられる。しかしながら、これまでに記してきたようにそれぞれのスケールには必ずなにかしら短所、長所があることから、それぞれを踏まえたうえで使用することが望ましい。もし調査票スペース、回答者の回答負担、時間、調査費用等についての問題が解決できているのであれば、筆者であれば間違いなくSOC-29を使用する。

IV. SOCに関する研究

SOCに関する研究はPubMedでは現在3,000件を超える論文が登録されており、2022年までは右肩上がり論文件数が増えている状況である。医療系以外でもSOC概念は注目されており、今後引き続きSOCを使用した研究がなされていくことが予測される。詳細なレビューについては別稿^{20), 21)}に譲り、本稿ではおおまかな

研究の傾向について解説をしていきたい。

SOCが開発されて流布された1990年代後半から2000年代までは、大学生やローカルサンプルを対象とした研究が多く、総じて、「そもそもSOCなる概念は存在し得るのか」「SOC尺度は本当に測定可能なのか」「SOCは本当にストレス対処の成功を導く機能を有している概念であるのか」というような疑問のもとで設計された研究と整理できる。しかし2010年代後半以降は看護師や医療従事者などの労働者のほか、患者や障害者などの当事者を対象とした研究や、代表サンプルなど大規模サンプルの調査で使用されることも多くなった。特に臨床現場等で当事者を対象としてSOCを測定し、健康アウトカムとの関連を報告している研究が多く見受けられる。これは「臨床実践や政策設定上に問題があるとみられる対象 (集団) ではSOCはどのような状況であり、そうした対象の支援にあたりSOCを応用させることができるのか」という関心が強まっている印象である。ストレスリダクションプログラムや、認知行動療法などのストレス緩和を目的としたプログラムや、ストレス耐性の向上やマインドフルネス療法などの、アウトカム指標のひとつとしてSOCが用いられる例は2000年代後半より増えてきている。さらに健康生成論と健康生成モデルを基礎理論としてSOCの向上のためのプログラムの開発を行い、そのアウトカム評価指標として用いられる研究も少しずつ増えてきている。

こうした研究の動向を踏まえると、2000年代までは「SOC研究」と呼ばれるようなSOC概念の究明を目指していた段階であったが、SOC概念に対する内的・外的妥当性の理解が分野を超えて進み、各領域における研究で扱う諸概念のなかにSOC概念を組み込みつつ、問題の解決に応用することを念頭におく研究方針が進展していると理解することができる。同時に研究の担い手も、公衆衛生学やヘルスプロモーション領域、あるいは行動科学やストレス心理学などから、看護学、社会福祉学、臨床心理学、臨床医学の各分野を構成するさまざまな領域にまで広がっていると整理できるだろう。

V. 地域看護実践への応用

SOC概念の実践への応用を整理するにあたり、公衆衛生学において古くから知られている、ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの枠組み²²⁾をみていく。SOCに関するハイリスクアプローチとは、ま

さにSOCスコアが低い対象に対するアプローチである。ここではさらに2つのアプローチに細分化できる。1つはSOCスコアが低い対象のSOCを向上させるための方法を検討することである。これはすでにいくつかの研究で行われてきているような、SOC向上のためのプログラムの構築とその実践活用が望まれる。SOCの形成や向上は、先に示したように、汎抵抗資源により提供される良質な3種の人生経験により生じる。この良質さは、客観的・絶対的な評価よりもむしろ、主観的・相対的に評価される。自身の生活経験をどのような形で主観的・相対的に評価するのかについて、自身で日々の生活のなかで再認識をしたり、そうした再認識のありかたを定期的に専門家によって軌道修正の助言を得たり、グループワークにおけるディスカッションを通じて気づきを得る、といった形でSOCの向上が認められてきている。こうした健康生成モデルに基づいたSOC向上の介入については、地域住民や高齢者、在宅患者を対象とした検討が多く、比較的古くから検討が進んでいるのは、フィンランドのランゲランド (Langeland E) らによる地域在住の精神障害のある人々を対象としたサルートジェニック・コーピングプログラム²³⁾だろう。こうしたSOC向上のためのプログラムの具体的な内容は別著を参照されたい²⁴⁾。

もう1つのハイリスクアプローチの方法は、SOCが低い(弱い)対象へのサポートの可能性である。SOCの向上は一朝一夕で成るものではなく、一定の期間が必要である。その一方でSOCが低い(弱い)対象は、ストレス対処プロセスがうまく進行せず、対処の失敗を繰り返すことでさらにSOCが低下するような、負のスパイラルに陥っている可能性がある。こうした状況を慎重にアセスメントし、スパイラルを断ち切り、低いSOCに代わり、ストレスを評価し資源の動員や出来事の意味付けを支援することを通じて、ストレス対処の進行をサポートするというアプローチが考えられる。ただし、このSOCが低い対象に対する支援的アプローチについてはまだ十分な実践例がないことが課題である。また、どの程度のSOCをもって低いと判断するのか、SOCのアセスメントに関する課題もある。SOC-13の場合は標準得点を用いることで、標準値-2SD未満などの極端な例に対して検討することも1つの方法である。長期的な観察研究に基づいたカットオフポイントの探求も課題になってくるだろう。とくにSOCの支援にかかるケーススタディの蓄積が必要になってくるだろう。

地域看護学実践におけるSOCの向上にかかるポピュレーションアプローチとしては、一般住民・労働者・児童・生徒などを対象とした、健康生成モデルに基づく心理社会的な生活環境づくりおよび改善のアプローチが挙げられ、そのプライマリアウトカムとしてSOCが位置づく。健康生成モデルに基づく心理社会的な生活環境とは、先に示したSOCの形成や向上につながる良質な経験を提供する環境を意味する。労働職場環境にたとえる場合、一貫性のある経験を提供する心理社会的な環境とは、賞罰の規定が明確であったり、雇用の安定性があること、同一賃金同一労働の原則などが挙げられる。職場内での価値観の共有や、適切なフィードバックを受けることも相当する。これらは健康生成論を出すまでもなく労働者の基本的人権の観点で当然のことといわれている。しかし、健康生成モデルの観点からも、一貫性のある経験を提供しうる環境であるという点で、きわめて的を射ていると説明できる。近年関心を集めている心理的安全性のある環境もまた一貫性のある経験を提供する環境といえるだろう。

過大負荷-過少負荷のバランスの経験を提供する心理社会的な職場環境について、仕事の内容が複雑で高度であることが指摘されている⁵⁾。ただし、その仕事を遂行するにあたって必要なサポートも含めた資源が利用可能な状況であることが条件となる。仕事が複雑で高度であるほど資源の活用は必須となり、その経験がSOCの形成を促すことにつながる。また、結果形成への参加の経験は、仕事に対する喜びや誇りを感じることで、内容的にも時間的にも一定の裁量を与えられることが挙げられている⁵⁾。仕事の意義や意味を明確に描くことができることも挙げられる。この点は環境面と同時に個人の認識へのアプローチも必要になるだろう。

以上SOC概念の地域看護実践への応用可能性について職場環境を例に説明したが、もちろん地域住民集団や、学校環境、高齢者集団などさまざまなコミュニティを想定して応用することも可能である。このようなSOCの向上も念頭に入れつつ、健康生成モデルや健康生成論の考え方・立場を踏まえた政策・臨床実践は「サルートジェニック・アプローチ」と呼ばれ、さまざまな実践現場における方策として活用されている^{25, 26)}。SOCの向上だけでなく、健康生成論に基づいた健康生成に向けた健康施策や実践全体を含んだ形で扱われることが多くなっている。特に欧州においてこのアプローチがとられることが多くなっているが、日本国内においても健康

生成論的なアプローチがより広がっていくことを期待したい。

【文献】

- 1) Antonovsky A : Health, stress, and coping. Jossey-Bass Pub, 1979.
- 2) Eriksson M, Lindström B : A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health Promot Int*, 23 (2) : 190–199, 2008. doi:10.1093/heapro/dan014 [published Online First : 20080320]
- 3) Maass R, Kiland C, Espnes GA, et al. : The application of salutogenesis in politics and public policy-making. Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, et al. (eds.), *The Handbook of Salutogenesis*, 239–248, Cham (CH) : Springer 2022.
- 4) Antonovsky A : 健康の謎を解く ; ストレス対処と健康保持のメカニズム. 山崎喜比古・吉井清子 (監訳), 有信堂高文社, 2001.
- 5) Antonovsky A : Unraveling the mystery of health : How people manage stress and stay well. *Jossey-Bass 1st ed*, 1987.
- 6) 戸ヶ里泰典・山崎喜比古 : 健康生成力SOCと人生・社会 : 全国代表サンプル調査と分析. 有信堂高文社, 2017.
- 7) 山崎喜比古・戸ヶ里泰典 : 思春期のストレス対処力SOC ; 親子・追跡調査と提言. 有信堂高文社, 2011.
- 8) 戸ヶ里泰典 : SOCはどのように測ることができるのか. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子 (編), *ストレス対処力SOC ; 健康を生成し健康に生きる力とその応用*. 25–38, 有信堂高文社, 東京, 2019.
- 9) 真鍋一史 : ファセット・アプローチに基づく調査票設計とデータ解析の試み ; 「日本語観国際センサス調査」の事例. *行動計量学*, 30 : 53–69, 2003.
- 10) Antonovsky A : The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*, 36 (6) : 725–733, 1993. doi:10.1016/0277-9536 (93) 90033-z
- 11) Eriksson M, Lindström B : Validity of Antonovsky's sense of coherence scale : A systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 59 (6) : 460–466, 2005. doi:10.1136/jech.2003.018085
- 12) Taisuke T, Yoshihiko Y, Kazuhiro N, et al. : Construct validity of Antonovsky's sense of coherence scale : Stability of factor structure and predictive validity with regard to the well-being of Japanese undergraduate students from two-year follow-up data. *Japanese journal of health and human ecology*, 74 : 71–87, 2008.
- 13) Lundberg O, Peck MN : A simplified way of measuring sense of coherence. *European Journal of Public Health*, 5 (1) : 56–59, 1995.
- 14) Schumann A, Hapke U, Meyer C, et al. : Measuring sense of coherence with only three items : A useful tool for population surveys. *Br J Health Psychol*, 8 (4) : 409–421, 2003. doi:10.1348/135910703770238275
- 15) Togari T, Yamazaki Y, Nakayama K, et al. : Development of a short version of the sense of coherence scale for population survey. *J Epidemiol Community Health*, 61 (10) : 921–922, 2007. doi:10.1136/jech.2006.056697
- 16) Torsheim T, Aaroe LE, Wold B : Sense of coherence and school-related stress as predictors of subjective health complaints in early adolescence : interactive, indirect or direct relationships? *Soc Sci Med*, 53 (5) : 603–614, 2001. doi:10.1016/s0277-9536 (00) 00370-1
- 17) 林 仁美・小林美智子・山崎喜比古 : 前思春期用健康保持能力SOCスケールの開発と応用. *日本健康教育学会誌*, 11 : 37–48, 2003.
- 18) 坂野純子・戸ヶ里泰典・山崎喜比古 : 小学校高学年向け学校帰属感覚尺度日本語版の開発. *学校保健研究*, 49 (1) : 47–59, 2007.
- 19) 朴峠周子 : 思春期のSOC. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子 (編), *ストレス対処力SOC ; 健康を生成し健康に生きる力とその応用*, 193–206, 有信堂高文社, 東京, 2019.
- 20) 戸ヶ里泰典・津野陽子 : SOCと健康. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子 (編), *ストレス対処力SOC ; 健康を生成し健康に生きる力とその応用*, 77–97, 有信堂高文社, 東京, 2019.
- 21) 戸ヶ里泰典 : 健康生成論とSOCに関する研究と実践. 一般社団法人日本健康教育学会 (編), *健康行動理論による研究と実践*, 184–190, 医学書院, 東京, 2019.
- 22) ジェフリー・ローズ : 予防医学のストラテジー. 水嶋春朔 (訳), 医学書院, 東京, 1998.
- 23) Langeland E, Riise T, Hanestad BR, et al. : The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomised controlled trial. *Patient Educ Couns*, 62 (2) : 212–219, 2006. doi:10.1016/j.pec.2005.07.004 [published Online First : 20051019]
- 24) 笹原信一郎・大井雄一 : 成人のSOCは変えられるか. 山崎喜比古・戸ヶ里泰典・坂野純子 (編), *ストレス対処力SOC ; 健康を生成し健康に生きる力とその応用*, 59–74, 有信堂高文社, 東京, 2019.
- 25) Lindström B, Eriksson M : The salutogenic approach to the making of HiAP/healthy public policy : Illustrated by a case study. *Glob Health Promot*, 16 (1) : 17–28, 2009. doi:10.1177/1757975908100747
- 26) Sagy S : Preventing drug abuse among children and adolescents : Where does the salutogenic approach direct us? *Health*, 2014.