

労働者におけるMultidimensional HLCと生活習慣の関連

Relationship between the Multidimensional HLC and Lifestyles in Male Workers

五十嵐久人^{※1}・飯島 純夫^{※2}

Hisato Igarashi^{※1}・Sumio Iijima^{※2}

Abstract

The relationship between the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC scale) and lifestyles about health was surveyed in a sample of male workers. The study subjects were 286 men (mean age 38.1±11.7), who completed a questionnaire regarding lifestyles and the MHLC.

The Cronbach alpha reliability of the MHLC scale, which was indicators of the internal consistency of the scale, was within the range of 0.53-0.73. Significant correlations were observed between Internal Health Locus Control (IHLC) and nonsmoking, taking meals regularly, and feeling of satisfaction of the life respectively. The higher the IHLC scores went, the more desirable health behaviors were observed. Relations between lifestyle and the scores of either Powerfull others Health Locus of Control (PHLC) or Chance Health Locus Control (CHLC) were not observed. For the internal consistency of PHLC was low, further examination of the question items is thought to be necessary. Examination of genetic factors might also be necessary for CHLC.

Although MHLC scales have potentials to be quite useful in the assessment of health behaviors, health behaviors are composed of many factors, and it is thought to be difficult to measure them only with MHLC.

キーワード: Health Locus of Control, 生活習慣, 保健行動, 労働者
Health Locus of Control, Lifestyle, Health behavior, Worker

I. 緒言

現代社会は、生活習慣病を持ちながら生活する人も増え、多様な健康状態の人たちを包含している。さらに比較的若年層においても生活習慣病に罹る者が多くなっており、今後ますます増加することが予測される。生活習慣はさまざまな疾患の発症との関係が明らかになってきており、健康的な生活習慣を確立することは疾患の発症や進行予防で重要とされている。また、健康増進法でも、一次予防が重要視されており、個々が健康的な生活習慣を自ら確立できるよう健康に対する意識を

高め、生涯を通じた生活習慣の改善が求められている。

人々を適正な保健行動に導くことは、生活習慣病への危険因子を減らすことになり、生活習慣に働きかけ、望ましい行動への変容および維持を目指す教育は重要である。しかし、一旦形成された生活習慣を変えることは容易でない。予防的な保健行動に導くためには、単に個人の健康状態に焦点を当てたものでなく、個人の特性に応じた方法を用いる必要がある。そこで、本調査では、この個人の特性を把握するためHealth Locus of

※1 宮崎大学医学部看護学科 地域看護学講座

School of Nursing, Miyazaki Medical College, University of Miyazaki

※2 山梨大学大学院医学工学総合研究部 地域・老人看護学講座

Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering, University of Yamanashi

Control尺度（以下HLCと略す）を用いた。

HLCはRotter¹⁾の社会学習理論に基づくLocus of Controlを保健行動に応用させたもので、内的統制傾向および外的統制傾向の下位尺度で構成されている。内的統制傾向は健康が自分自身の努力によって得られ、外的統制傾向は健康が自己の努力の及ばない運・運命・重要他者によって得られると信じる傾向である。渡辺のHLCと保健行動との関連をみた調査²⁾では内的統制傾向の者はセルフケア行動に適し、外的統制傾向の者はコンプライアンス行動が向いているとしている。しかし、Levenson^{3),4)}によって外的統制傾向の複雑さが指摘され、その後、Wallston⁵⁾らによって、Multidimensional HLC尺度（以下MHLCと略す）が開発された。

国外では「喫煙」「Birth Control」「Weight Control」など⁶⁾の保健行動や生活習慣との関連をみた研究が数多く報告されている。近年の研究ではMHLCを用いたものが中心となっているが、HLCが優れているとする研究やMHLCのほうが優れているとする研究⁷⁾があるなど、結論は得られていない。国内でも、様々なHLCが開発され調査が行われているが、MHLCと保健行動や生活習慣との関連をみた研究は少ない。

本研究では、Wallstonらによって開発されたMHLCを用い、労働者を対象にして生活習慣との関連について検討し、健康教育での活用に向けた基礎資料を提供することを目的とした。

II. 方法

1. 対象及び方法

対象はY県の製造業M社に勤務する定期健康診断受診者である自己記入式質問紙調査票を用を、定期健康診断受診時に配布した。協力への承諾が得られなかった者、自己回答が出来ない者を除き、その場で回収した。調査は、2000年5月から7月に行った。調査票が回収できた対象は、男性306名、女性21名の計327名である。MHLC尺度において、1項目でも回答に欠損があったサンプルは除外した。また、女性のサンプル数が少ないため除外し、最終的な分析は男性286名で行った。

2. 倫理的配慮

この調査は、対象者へ調査概要を説明し、同意が得られた者に対して調査票を配布した。調査は個人が特定されないよう、無記名式の調査用紙を用い、分析でにおいても数的に処理を行った。

3. 調査内容

分析対象者の特性は、「年齢」「婚姻状況」「同居家族の有無」「身長」「体重」「勤務内容」「労働時間」「主観的健康状態」「通院状況」「健康への関心」「生活満足度」とした。分析対象者の特徴を表1に示す。

表1 分析対象者の特性

		n=286	
		人数	%
平均年齢		38.1±11.7	
年齢	10代	10	3.5
	20代	65	22.7
	30代	93	32.5
	40代	57	20.0
	50代	54	18.9
	60代	7	2.5
身長 (cm)		169.8± 6.2	
体重 (kg)		67.2±10.4	
婚姻状況	既婚	199	69.6
	未婚	87	30.4
同居家族の有無	あり	231	80.8
	なし	55	19.2
勤務内容	製造	169	59.1
	事務	80	28.0
	その他	37	12.9
主観的健康状態 ^{*1}	健康群	240	83.9
	不健康群	46	16.1
通院状況 (調査現在)	通院している	58	20.3
	通院していない	228	79.7
健康への関心	ある	195	68.2
	ない	91	31.8
生活満足度 ^{*2}	満足群	180	62.9
	不満足群	106	37.1

※1 主観的健康状態は「健康である」「まあ健康である」を「健康群」「あまり健康でない」「健康でない」を「不健康群」とした。

※2 生活満足度は「満足」「まあ満足」を「満足群」「あまり満足でない」「不満足」を「不満足群」とした。

MHLCにはform A・B・Cがある。国外の研究ではform A・B共に広く使われているが、どちらが有効と結論付けた報告はされていない。form Cを用いた研究⁸⁾は、開発者のものを除き、見つけることはできなかった。

成人を対象としたMHLCを用いた調査として藤野らの^{9)~11)}ものがあるが、どのformを用いたのか明記が無かったため、本調査では、form Aを用い、新たに日本語訳を作成することにした。

日本語訳にあたり、表現が曖昧なところについては大学の英語教員に訳の確認を依頼し、原文を再現するようにした。また、プレテストを行い、分かりにくい表現などに修正を加えた。MHLCを表2に示す。

MHLC formAはInternal HLC (IHLC), Powerful others HLC (PHLC), Chance HLC (CHLC)の下位尺度で構成されている。IHLCは、健康は自らの行動によって得られるという考えの尺度、PHLCは、健康は他者(例えば、医師、看護師、家族、友人など)によって得られるとい

う考えの尺度、CHLCは、健康は運・運命・偶然・幸運などによって得られるという考えの尺度であると説明することができる。各下位尺度には6つの質問、合計18項目で構成されている。回答は「全くそう思わない」から「全くそう思う」の6段階の評価で、この順に1~6点を与えた。各下位尺度のスコアの範囲は6~36点となる。

生活習慣はBreslow¹²⁾の7つの健康習慣を基に作成した。すなわち、①生活の規則性、②睡眠時間、③朝食の摂取、④食事の規則性、⑤栄養バランスへの配慮、⑥塩分摂取、⑦間食の有無、⑧飲酒、⑨喫煙、⑩運動習慣、の10項目である。また、BMI値を計算し、日本肥満学会の判定基準を基に18.5以上25未満を適正体重とした。本調査における、望ましい生活習慣、望ましくない生活習慣の分類は表3に示す。

4. 分析方法

IHLC・PHLC・CHLCの内的整合性を確認するためにCronbachの α 信頼係数を用いた。分析

表2 MHLC

subscale	質問番号	内 容
IHLC	1	病気になったとき、いかに早く良くなるかは自分自身の行動次第である。
	6	自分が自分自身の健康をコントロールしている。
	8	病気になるとき、自分に責任がある。
	12	健康に影響を及ぼす主なものは、自分自身の行為である。
	13	自己管理を行えば、病気を避けることができる。
	17	正しい行動をとるなら、健康を保つことができる。
PHLC	3	主治医と定期的な関わりを持つことは、病気を回避するために最も良い方法である。
	5	体調が良くないときはいつでも、医学的に訓練された専門家に相談すべきである。
	7	病気になる、もしくは健康を保つことに、家族は非常に関係がある。
	10	健康に関する専門家が、健康をコントロールする。
	14	病気から回復するのは、たいてい、他者(例えば、医師、看護婦、家族、友人)が面倒をよく見てくれたということである。
18	健康に関して、医師がどうしたらよいか教えてくれたことをするだけである。	
CHLC	2	どんな対策をしても病気になるときはなるだろう。
	4	健康に影響を及ぼす多くの事は、偶然に起こる。
	9	どのくらい早く病気から回復するかは、運が大きく影響する。
	11	健康状態が良いということの大部分は幸運によるものである。
	15	どんなことをしても、病気になりそうである。
	16	健康であると運命付けられているなら、健康を保てるだろう。

表3 生活習慣の分類基準

	望ましくない生活習慣	望ましい生活習慣
生活の規則性	不規則である	規則正しい
睡眠時間	6時間以下、または9時間以上	7～8時間
朝食の摂取	時々食べる、または食べない	ほぼ毎日食べる
食事の規則性	不規則である	規則正しい
栄養のバランス	栄養のバランスを少しは考える、または考えない	栄養のバランスを考える
塩分摂取	ひかえていない	ひかえている、または時々ひかえる
間食の有無	ほぼ毎日食べる	ほとんど食べない、または時々食べる
飲酒	お酒を毎日飲む	お酒を飲まない、または時々飲む
喫煙	過去に煙草を吸ったことがある、または現在も煙草を吸っている。	煙草を吸ったことがない
運動習慣	週1回以下の運動	週2回以上の運動
肥満度	BMI<18.5、または25≤BMI	18.5≤BMI<25

Categoryは、望ましくない生活習慣=1、望ましい生活習慣=2とした。

表4 生活習慣の行動別割合

n=286

	望ましい生活習慣		望ましくない生活習慣	
	人数	%	人数	%
生活の規則性	152	53.1	134	46.9
睡眠時間	130	45.5	156	54.5
朝食の摂取	195	68.2	91	31.8
食事の規則性	158	55.2	128	44.8
栄養のバランスへの配慮	29	10.1	257	89.9
塩分摂取	164	57.3	122	42.7
間食の有無	266	93.0	20	7.0
飲酒	174	60.8	112	39.2
喫煙	97	33.9	189	66.1
運動習慣	46	16.1	240	83.9
BMI	151	53.1	135	46.9

対象者の特徴、及び生活習慣と各HLCとの関連を検討するためにSpearmanの順位相関係数を用いた。分析には、主に統計パッケージHALBAU for Windows Ver. 6.25を使用した。

5. 用語の定義

保健行動：「健康のあらゆる段階にみられる、健康保持、回復、増進を目的として人々が行うあらゆる行動」¹³⁾であり、自らの健康保持増進のために行う行動で、その行動が健康的か、あるいは、不健康的かを区別しない、あらゆる活動を意味する。

生活習慣：食生活、日々の運動習慣、喫煙といった個人的なことばかりではなく、社会的活動を含む幅広い概念であるが、本研究では、日常生活習慣を表す用語として用いる。

Ⅲ. 結果

1. 調査対象者の生活習慣の特徴

生活習慣別の割合を表4に示す。「間食の有無」、「朝食の摂取」で望ましい生活習慣の割合が高い傾向が見られ、「栄養バランス」「喫煙」「運動習慣」といった項目で望ましい生活習慣の割合が低い傾向にあった。

調査対象者の特徴と生活習慣との関係を表5に示す。「朝食の摂取」においては「年齢」($r=.238$ $p<.001$), 「婚姻状況」($r=.297$ $p<.05$), 「同居家族の有無」($r=.221$ $p<.01$), 「生活満足度」($r=.276$ $p<.001$) との間の相関が高かった。「飲酒」においては「年齢」($r=-.318$ $p<.001$), 「婚姻状況」($r=-.192$ $p<.01$) と有意な負の相関が示された。「生活の規則性」では「健康への関心」($r=.156$ $p<.01$), 「生活満足度」($r=.220$ $p<.001$), 「食事の規則性」では「生活満足度」($r=.276$ $p<.001$), 「塩分摂取」では「健康への関心」($r=.183$ $p<.01$) との間の相関が高かった。

調査対象者の特徴間の関係を表6に示す。「年

齢」においては「婚姻状況」($r=.469$ $p<.001$), 「通院状況」($r=.210$ $p<.001$), 「健康への関心」($r=.192$ $p<.01$) との間に相関が認められた。「婚姻状況」では「同居家族の有無」($r=.350$ $p<.001$), 「主観的健康状態」では「通院状況」($r=-.184$ $p<.01$), 「生活満足度」($r=.205$ $p<.001$), 「通院状況」では「健康への関心」($r=.155$ $p<.01$) の間に相関が認められた。

2. MHLCの信頼性

本研究に用いたMHLCの信頼性を検討するために、内的整合性についてCronbachの α 係数を用いた結果、男性ではIHLC: 0.66 PHLC: 0.53 CHLC: 0.73であった。

表5 分析対象者の特性と生活習慣の相関係数

	年齢	婚姻状況	同居家族の有無	主観的健康状態	通院状況	健康への関心	生活満足度
生活の規則性	.131 *	.136 *	.106	.085	.005	.156 **	.220 ***
睡眠時間	.148 *	.133 *	.120 *	.066	-.096	.048	.150 *
朝食の摂取	.238 ***	.297 ***	.221 **	.034	.073	.147 *	.165 **
食事の規則性	.150 *	.150 *	.123 *	.087	.025	.122 *	.276 ***
栄養のバランス	.099	.025	-.025	.043	.032	.076	.095
塩分摂取	.024	-.053	-.021	-.008	.088	.183 **	.095
間食の有無	.056	.000	.004	.029	-.015	.070	.055
飲酒	-.318 ***	-.192 **	-.063	-.067	.009	.086	-.082
喫煙	-.076	-.055	-.028	.007	.019	.082	.002
運動習慣	-.093	-.031	.038	.067	-.050	.036	.094
BMI	.014	-.033	.008	.133 *	-.032	-.011	.073

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Categoryは次のとおり。

年齢 (10代=1、20代=2、30代=3、40代=4、50代=5、60代=6)、婚姻状況 (未婚=1、既婚=2)、同居家族の有無 (なし=1、あり=2)、主観的健康状態 (非健康群=1、健康群=2)、通院状況 (通院していない=1、通院している=2)、健康への関心 (なし=1、あり=2)、生活満足度 (不満足群=1、満足群=2)

表6 分析対象者の特性間の相関係数

	年齢	婚姻状況	同居家族の有無	主観的健康状態	通院状況	健康への関心	生活満足度
年齢	1.000	.469 ***	.098	.003	.210 ***	.192 **	.092
婚姻状況		1.000	.350 ***	.043	.034	.097	.130 *
同居家族の有無			1.000	.019	.043	-.030	.108
主観的健康状態				1.000	-.184 **	-.010	.205 ***
通院状況					1.000	.155 **	-.022
健康への関心						1.000	.069
生活満足度							1.000

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

また、各下位尺度のスコアの平均は、IHLC : 25.78±3.90, PHLC : 22.37±3.77, CHLC : 16.71±4.97であった。年代別にスコアに違いの有無を確認したが、有意な差は認められなかった。

3. MHLCとの相関 (表7)

生活習慣とIHLC・PHLC・CHLCスコアとの相関をSpearmanの順位相関係数を用いて検定を行った。

IHLCでは、「喫煙していない」($r=.151$ $p<.01$), 「食事を規則正しくとる」($r=.121$ $p<.05$) 「生活満足度」($r=.159$ $p<.01$)との間に有意な相関が認められた。PHLCでは、「同居家族あり」($r=.122$ $p<.05$)との間に有意な相関が認められた。また、有意ではないものの既婚者はPHLCのスコアが高くなる傾向がみられた ($r=.111$ $p=.06$)。CHLCとの間には有意な相関は認められなかった。

本調査で用いた生活習慣の得点を総計したもの (Total score) と各HLCスコアとの関係を見た

表7 生活習慣とMHLCとの相関係数

	IHLC	PHLC	CHLC
生活の規則性	.081	.015	-.038
睡眠時間	.029	-.016	-.066
朝食の摂取	.082	.064	-.061
食事の規則性	.121 *	.061	-.027
栄養のバランス	.044	.083	.009
塩分摂取	.019	.046	.076
間食の有無	.001	.003	-.039
飲酒	.026	.040	.012
喫煙	.161 **	.042	-.004
運動習慣	.043	-.061	-.018
BMI	-.021	-.043	.023
Total score	.157 **	.060	-.028
主観的健康状態	.044	-.027	-.059
通院状況	-.027	.043	.065
健康への関心	.005	.001	-.087
生活満足度	.159 **	.019	-.031
年齢	-.005	.109	.042
婚姻状況	.023	.108	-.047
同居家族の有無	.068	.122 *	-.017

* $p<.05$, ** $p<.01$

ところ、望ましい生活習慣が多い者ほどIHLCスコアが有意に高くなっていることが示された ($r=.153$ $p<.01$)。しかし、PHLC, CHLCについては有意な相関は認められなかった。

IV. 考 察

1. 調査対象者の生活習慣

生活習慣の特徴として次のようなことが示された。

運動習慣と栄養バランスについて、望ましい生活習慣の割合が低く、習慣の獲得の難しさが伺える。栄養バランスを考えた食事が行われにくい理由として、生活習慣病などに対する危機意識が低いことや、栄養的な知識が十分でないため、あまり意識されていないのではないかと考えられる。

同居家族ありと回答した者ほど、朝食を毎日食べていることや、既婚者の方が「生活の規則性」「朝食の摂取」「食事の規則性」で、望ましい生活習慣の割合が多いことが示された。しかし、IHLCスコアとの関連が認められないことから、自発的な行動というよりは、食事の準備をする者がいるといったことが影響し、妻や家族のサポートによる受動的な習慣になっていると考えられる。また、生活への満足度において、「生活の規則性」「睡眠時間」「朝食の摂取」「食事の規則性」「婚姻状況」と関係が認められ、比較的身に付けやすい習慣であるとともに、妻によるサポートが生活の満足度を高くさせていると考える。

医療機関へ通院している者は、健康への関心が高いことが示され、自らの健康状態を意識する機会が増えることで、関心が高まったものと思われる。また、健康への関心は塩分摂取など一部の生活習慣と関係が認められ、自らが望ましい生活習慣を理解し、実行へ移すための重要な役割を持っていると考える。

2. 整合性の検討

MHLCは、既に米国を中心とした調査・研究で信頼性・妥当性の検証が幅広く行われている。

この調査で用いたMHLCの α 係数は、IHLC : 0.66 PHLC : 0.53 CHLC : 0.73となり、この尺度の開発者であるWallstonらの調査結果である

IHLC : 0.77 PHLC : 0.67 CHLC : 0.75と比較すると、全体的に低い値となった。IHLCとCHLCに関しては、 α 係数が0.6以上とある程度の内的整合性が得られているものと考えられたが、PHLCに関して α 係数が0.5前後と低い値を示し、内的整合性に問題があるものと判断された。

PHLCの α 係数が低い結果となったのは、医師や看護師、家族といった多様な対象を含む曖昧な表現が原因となっていると思われる。堀毛ら¹⁴⁾によれば、PHLCには、医師や看護師などの医療者をイメージして回答する者と家族や親類をイメージして回答する者で違いがあるとしている。本調査の対象者からも「家族は病気をしたときの経済的な助けになるが、医療関係者をイメージした場合、それほど影響しているとは思わない」といった意見が聞かれるなど、各人のイメージの違いが、PHLCの α 係数を低くした原因と考えられる。

3. MHLCと生活習慣の関連

1) IHLC

IHLCと「生活満足度」「食事の規則性」「喫煙」で関連が認められた。これらは、他の生活習慣と比べると、比較的、自分の意志によってコントロールしやすい項目のように思われる。また、望ましい生活習慣の割合の増加とIHLCスコアに関連が認められ、内的統制傾向の高い者は、望ましい保健行動をとる傾向が認められる。その結果、生活満足度も高い傾向になったと考えられる。

渡辺ら¹⁵⁾の大学生の喫煙行動に関する調査では、内的統制傾向が強いほど喫煙に対して否定的態度をとることが認められたとしている。また、Jamesら¹⁶⁾の研究においても、非喫煙者は喫煙者より内的統制傾向であるとしており、本研究においても同様の結果が得られた。

HLCと保健行動との関連を見た研究のなかで関連があったとしたものは内的統制傾向が強い者ほど積極的な保健行動をとる^{17)~19)}ことが報告されている。つまりセルフケア行動に適していると言うことになり、これを支持する結果が喫煙、生活満足度、食事の規則性で認められた。

本調査を通して、生活習慣に影響しているものとして、同居家族の有無や婚姻状況などが示されており、内的統制傾向の健康観だけでなく、家族等の周囲のサポートによる環境要因が整うことが実行へと移されるための条件ではないかと思われる。

また、健康への関心が高い者ほど、IHLCスコアが高く、望ましい生活習慣が増加するのではないかと予測されたが、関係は認められず、健康への関心は健康観、保健行動の実行とは独立した要因であると考えられる。

2) PHLC

婚姻状況とは関係が認められず、同居家族がいる者ほどPHLCスコアが高く、実際に同居している家族の支えがあることで、健康に関して自己管理意識より、家族へ依存的な意識が生じているのではないかと考えられる。

現在、医療機関へ通院している者は、医療スタッフと接する機会が増えるため、スコアが高くなるのではないかと予想されたが、関係は認められなかった。これらのことから、PHLCスコアは医療関係者ではなく、家族の存在が強く影響するものと思われる。

3) CHLC

本調査で、CHLCと生活習慣の間で有意な相関を示したのは認められなかった。藤野ら⁹⁾の調査でも、MHLCと健康行動、食行動との関連を見ているが、CHLCとの有意な関係は認められていない。

これは、各人が病気をどう捉えるかが影響していると思われる。病気を運・運命と受け止める者と、遺伝的な要因や環境要因によるものと受け止める者などで状況が異なる。実際に、アンケートの回答現場で、運・運命とは遺伝的なものを含むのかといった質問が見られた。このように、CHLCにおいても、PHLCと同様に、多面性を有しているものと考えられる。

近年、多くのメディアから遺伝に関する情報を得られるようになったため、運・運命といった目に見えないもので構成される純粋な下位尺度と遺伝的な要因や環境要因による下位尺度を

分けて開発する必要があるかもしれない。今後、このような多面性の影響があるのかを含め検討していく必要がある。

4. MHLC利用の検討

生活習慣は、それぞれの生活の中で少しずつ獲得されてきたもので、望ましい保健行動への変容を求めるのは難しい。しかし、生活習慣は多くの疾患との関連が認められており、各人が正確な知識を基に望ましい生活習慣および、予防行動を獲得しなければならない。そのためにも、個人の特性に応じた教育プログラムは有意義であろう。

本調査で用いたMHLCは、少なからず生活習慣と関係があることを示唆する結果となった。個人の信念といった特性を把握することで、生活習慣とその行動を実行に移す心理的要因の一部の理解を助けるものと考えられる。しかし、現段階の尺度では、PHLCの内的整合性が低いことや、CHLCにおいて遺伝的な要因をどのように扱っていくのかなど問題点も多い。

健康教育の場面への適応をみた中村ら²⁰⁾の研究では、内的整合性の高い者ほど、運動習慣・食習慣の改善が認められており、教育場面での応用が期待できる。本調査からは、IHLCスコアの高い者は、望ましい生活習慣を多く獲得していることが示され、積極的な保健行動をとるものと考えられる。これは、セルフケア行動に適しているということになり、積極的に健康情報を提供していくことで、自己管理意識を向上させ、望ましい生活習慣へと変容が可能と思われる。

本調査からPHLCスコアには同居家族の有無が影響していることが示された。宗像¹³⁾は外的統制傾向の人は、周りからの支援（例えば家族の支援など）や環境条件を改善するといったプログラムならばうまく活用することができるとしている。これらのことから、PHLCスコアの高い者へは保健師、看護師、医師など健康に関する専門家を資源として積極的に利用することを促し、同時に、家族など身の回りの者に協力を得るなどして、本人を取り囲むようなサポート体制が有効ではないかと考える。その結果、行動の変容が認められた

時点で、自己の健康は、自らの行動によって、維持・増進できることを理解してもらえような教育プロセスが必要ではないだろうか。

生活習慣や健康観など、個々の特性に合わせた健康教育は望ましい生活習慣へ導くために有効で効率のよいものであると考える。しかし、すべての人にHLC尺度を用いた測定の必要は無い。本調査の時点では、各下位尺度のスコアが何点以上を高スコア、何点以下を低スコアとするといった基準がなく、相対的に判断するしかない。現時点でのHLCの利用方法として、これまでのような自己管理に重点をおいた教育で生活習慣が改善されない場合、HLCを用い、その特徴にあわせた教育を行うといった方法が良いのではないかと考えられる。また、Wallston⁶⁾は、HLCは、行動の変容に足らないものの解釈を拡大させるとしており、今までの教育に不適応な人にとって、その要因を把握するための有効な尺度の一つではないかと思われる。

V. 結語および今後の課題

本調査からMHLCを用いた保健行動予測に関する基礎データを収集し、以下のような結果および課題が得られた、

1. IHLCと生活習慣において、いくつかの項目で関係が認められた。また、望ましい生活習慣が多い者ほど、IHLCのスコアが高かった。
2. PHLCの内的整合性は低く、質問項目の再検討が必要である。また、CHLCとの相関は認められていないことから、下位尺度の多次元化が必要なのかについて再検討が必要である。
3. 下位尺度の特徴にあわせた健康教育を行うことで対象者の生活習慣、健康へ対する信念がどのように変化していくのか、縦断的な介入研究が必要である。
4. 今後、性差についても検討が必要である。

VI. 謝 辞

御協力を頂いた諸先生方、ならびに調査に御協力いただいた保健師、労働者の皆様に紙面をお借りして、深く御礼申し上げます。

文献

- 1) Rotter, J. B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs, General and Applied*, **80**, 1-28, 1966
- 2) 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**, 298-307, 1985
- 3) Levenson H: Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control, *J Pers Assess*, **38**, 377-383, 1974
- 4) Levenson H: Multidimensional Locus of Control in prison inmates, *J Appl Soc Psychol*, **5**, 342-347, 1975
- 5) Wallston, K. A., Wallston, B. S., Devellis, R.: Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales, *Health Education Monographs*, **6**, 161-170, 1978
- 6) Wallston, B. S., Wallston, K. A.: Locus of Control and Health: Review of the Literature, *Health Education Monographs*, **6**, 107-117, 1978
- 7) Talbot F, Nouwen A, Gauthier J: Is Health Locus of Control A3-Factor or A2-Factor construct?, *Journal of Clinical Psychology*, September, **52**, 559-569, 1996
- 8) Wallston, K. A., Stein, M. J., Smith, C. A.,: Form C of the MHLC Scale: A Condition-Specific Measure of Locus of Control, *Journal of Personality Assessment*, **63**, 534-553, 1994
- 9) 藤野文代, 斎藤やよい, , 土屋尚義, 他: 老年期慢性疾患患者の健康行動に関する研究—生活の満足度・ソーシャルサポート・MHLCとの関連—, *東京女子医科大学看護短期大学研究紀要*, **10**, 61-68, 1989
- 10) 藤野文代, 飯島美代子, 金井和子: 慢性疾患患者の健康行動とMHLC—年代別・男女別比較—, *日本看護科学会誌*, **9**, 84-85, 1989
- 11) 藤野文代, 斎藤やよい, 米沢弘恵, 他: MHLCとPILに関する検討, *日本看護科学会誌*, **11**, 178-179, 1991
- 12) Breslow, L. and Enstrom, J. E.: Persistence of health habits and their relationship to mortality, *Prev. Med*, **9**: 469-483, 1980
- 13) 宗像恒次: 行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 1996
- 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**, 1-7, 1991
- 15) 渡辺正樹: 大学生におけるHealth Locus of Controlと喫煙に関する態度・行動との関連, *学校保健研究*, **7**, 179, 1985
- 16) James, W. H., Woodruff, A. B., Werner, W.: Effect of internal and external control upon changes in smoking behavior, *J Consult Psychol*, **29**, 184-186, 1965
- 17) 吉田由美: Health Locus of Controlと健康の価値による予防的保健行動の予測—学童の場合—, *千葉県立衛生短期大学紀要*, **8**, 45-63, 1990
- 18) 吉田由美: 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**, 69-77, 1996
- 19) Dabbs JM, Kirshct JP: "Internal Control" and the taking of influenza shots. *Psychol Rep*, **28**, 959-962, 1971
- 20) 中村裕之, 長瀬博文, 荻野景規, 他: 保健行動のモチベーション解析に基づいた職場の健康教育プログラムに関する研究, *産業医学ジャーナル*, **25**, 61-67, 2002