

原 著

## 地域住民のHealth Literacy, Health Locus of Control, 健康行動とHealthy Weightとのそれぞれの関連

Correlation between health literacy, health locus of control,  
and health-related activities and healthy weight in community residents

大久保 咲貴<sup>1)</sup>, 飯野 世都<sup>1)</sup>, 沢田 有希<sup>1)</sup>, 杉本 千怜<sup>1)</sup>  
堂野 真澄<sup>1)</sup>, 赤川 彩<sup>1)</sup>, 岡山 志穂<sup>1)</sup>, 須釜 淳子<sup>2)</sup>  
松井 希代子<sup>2)</sup>, 臺 美佐子<sup>2)</sup>, 西澤 知江<sup>2)</sup>

Saki Okubo<sup>1)</sup>, Seto Iino<sup>1)</sup>, Yuki Sawada<sup>1)</sup>, Chisato Sugimoto<sup>1)</sup>  
Masumi Dono<sup>1)</sup>, Aya Akagawa<sup>1)</sup>, Shiho Okayama<sup>1)</sup>  
Junko Sugama<sup>2)</sup>, Kiyoko Matsui<sup>2)</sup>, Misako Dai<sup>2)</sup>, Tomoe Nishizawa<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>金沢大学医薬保健学域保健学類看護学専攻

<sup>2)</sup>金沢大学医薬保健研究域保健学系臨床実践看護学講座

<sup>1)</sup>Department of Nursing, College of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University,

<sup>2)</sup>Department of Clinical Nursing, Faculty of Health Sciences, Institute of Medical,  
Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

### キーワード

body mass index, 横断研究, 健康診査, がん検診

### Key words

body mass index, cross-sectional study, medical examination, cancer screening

### 要 旨

地域住民は労働者と比較し、保健指導や健康教育を受ける機会が少なく、自ら健康情報を選択し健康行動をとる必要がある。また、人が適正体重 (Healthy Weight) に向けた健康行動をとるには、Health Literacy (以下HL) とHealth Locus of Control (以下HLC) が作用していることが推測される。そこで本研究は、地域住民を対象にHL、HLC、健康行動とHealthy Weightとの関連を明らかにすることを目的とした。T町の健康診査またはがん検診受診者に無記名自記式質問紙調査を実施し、803名から有効回答を得た。HLの各能力とHLCの各因子と健康行動の各分類との関連、健康行動の各分類と肥満度との関連を検討した結果、HL3 (情報伝達能力) とIHLC (自分自身HLC) ( $r = .222$ )、HL5 (行動決定能力) とIHLC ( $r = .287$ ) に弱い正の相関がみられた。また先行研究より、HLとHLCそれぞれが健康行動と関連していることが示されているが、本研究結果では同様の結果がみられなかった。以上より、地域住民のHLとHLCと健康行動と関係があり、さらに健康行動がHealthy Weightと関係がある場合、地域住民に対してHL、HLCに焦点をあてた新たなアプローチ法を見出す一助となりうる研究となった。

## Abstract

Reaching and maintaining a healthy weight is important for overall health. Community residents require education to choose health information and conduct healthier activities. Previous studies have suggested that health literacy (HL) and health locus of control (HLC) might correlate with conducting health-related activities that contribute to maintaining a healthy weight. The purpose of this study was to clarify the correlations of HL and HLC with health-related activities and healthy weight in community residents. Study participants were recruited from community residents participating in a medical checkup or cancer screening in T town, and were required to complete a self-reported questionnaire. In total, 803 of the 1,127 individuals returned the questionnaire. The results indicated a correlation between HL3 and IHLC ( $r=.222$ ) and between HL5 and IHLC ( $r=.287$ ). A previous study demonstrated that HL and HLC each correlated with activities for health improvement; this finding supported our hypothesis that correlations exist between health-related activities and both HL and HLC. We suggest a new approach focusing on HL and HLC that encourages community residents to implement healthier activities to maintain a healthy weight.

### はじめに

近年、Healthy Weight、つまり適正体重を維持することが健康維持のための目標となっている<sup>1)</sup>。従来、肥満は生命に関わるさまざまな病気の発症に関連するといわれ<sup>2)</sup>、問題視されてきた。一方、井上ら<sup>3)</sup>は、Body Mass Index (以下BMI) 21未満のやせている群は、BMI23.0-24.9群と比較し、がんによる死亡リスクが有意に高いことを報告しており (BMI14.0-18.9: HR=1.29, BMI19.0-20.9: HR=1.14)、やせも病気の発症の観点から注意すべきリスク因子である。

しかし、Healthy Weightを維持するための健康教育は、依然として肥満にフォーカスが当てられており、健診等で検査値に異常所見がみられた者に対し、生活習慣の見直しや適切な健康行動を推奨するといった内容が多く、病気の発症のリスク因子であるやせを対象にした健康教育は十分に行われていない。また、Healthy Weightである場合でも、やせや肥満予防のための健康教育を行うことが重要であるがHealthy Weightである者を対象とした現状維持のための健康教育もまた十分に行われていない状況である。

これまで地域住民に行われてきた健康教育は、専門家が主体となって知識提供を行うトップダウン式の教育が主流であった。しかし、健康行動を継続させるためには、本人が主体的に健康行動をとる必要がある。つまり、住民が自ら健康情報を選択し、健康行動をとることができるように支援するボトムアップ式の教育が重要である<sup>4)</sup>。そのことにより、住民が自身のHealthy Weightの維

持に関心を持ち、行うべき健康行動を自ら選択し、実行することが可能となる。その際、住民はより多くの情報に触れることとなる。しかしながら情報化社会である今日、健康行動のもとになる情報源や情報の内容は多様化しており<sup>5)</sup>、住民は情報に翻弄され、適切な健康情報を自ら選択し活用することが困難な状況にある。

これまでの研究より、住民が健康行動をとるまでの過程にHealth Literacy (以下HL) とHealth Locus of Control (以下HLC) という2つの概念が関与していることがわかっている。HLとは「健康・医療に関する情報を自ら取り入れ、理解し、活用する能力<sup>6)</sup>」のことである。石川ら<sup>7)</sup>は、労働者のHLと健康行動の関連を検討し、HLが高い人ほど、規則的な食事習慣や運動習慣といった健康的なライフスタイルを確立していることを報告している。HLCとは「健康や医療に関する状況における行動の統制感尺度<sup>8)</sup>」のことであり、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・重要な他者によって得られるという原因帰属を個人の信念体系から測定する尺度である。五十嵐ら<sup>9)</sup>は労働者を対象にHLCと生活習慣との関連について検討し、望ましい生活習慣が多い者ほど、健康や病気に関してその原因を自分自身に帰属させる傾向が強いことを報告している。また、健康行動とHealthy Weightとの関連について足達ら<sup>10)</sup>は、健康に関する習慣が4個以上に改善した群では、1年後の

体重減少・BMI減少が1個以下の群より有意に大きかったことを明らかにしている。

これらのことより、人が適切な健康行動をとるにはHLとHLCが影響すると考えられ、Healthy Weightに向けた健康行動も同様にこれらが作用していることが推測される。しかし、先行研究の対象は労働者に特化しており、HLと健康行動に関して地域住民を対象を広げて行われている研究はなく、同様の結果が得られるかどうかは不明である。地域住民は労働者と比較し、保健指導や健康教育を受ける機会が少ないため、自ら健康情報を選択し、健康行動をとる必要がある。以上のことから、本研究では、地域住民を対象にHL、HLC、健康行動とHealthy Weightとのそれぞれの関連を明らかにすることを目的とする。このことより、もし、地域住民のHLとHLCが健康行動と関係があり、さらに健康行動がHealthy Weightと関係があるならば、地域住民に対してHLとHLCに焦点をあてた新たなアプローチ法を見出す一助となりうる研究である。

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

実態調査研究である。本研究の概念図を図1に示す。

### 2. 対象

T町主催の特定健康診査（40～74歳）、基本健康診査（20～39歳）、後期高齢者健康診査（75歳以上）、がん検診受診者の計1127名を対象に2012年8月から2012年10月のうちの6日間で質問紙調査を実施した。

T町は、中核都市からは車で約10～20分という距離にあり、地方や隣県への分岐点に所在している。人口は約3万7千人、世帯数約1万3千世帯である（2013年4月現在）。65歳以上の高齢化率は19.9%（2013年3月現在）であり、本町の人口構成を国や県と比較すると低い。また2011年度の

法定報告で、特定健康診査受診率38.9%、特定保健指導実施率は50.9%であり、がん検診受診率については、胃がん16.0%、肺がん30.7%、大腸がん21.2%、子宮頸がん26.7%、乳がん27.4%である。

### 3. 調査方法

受診時に、無記名自記式質問紙調査を行い、即時回収を行った。

### 4. 調査内容

質問紙の調査項目は、基本属性、HL、HLC、健康行動とした。基本属性は年齢、性別、現在の職業、健康教室や保健指導への参加の有無、通院状況、婚姻の有無、同居家族の有無とした。HLはIshikawaらによって信頼性・妥当性が検証されているHL尺度<sup>7)</sup>を用いた。HL尺度は、HL1（情報収集能力）、HL2（情報取捨選択能力）、HL3（情報伝達能力）、HL4（情報判断能力）、HL5（行動決定能力）の5つの下位能力から成る。HLCは堀毛によって信頼性・妥当性が検証されているJHLC尺度<sup>11)</sup>を用いた。JHLC尺度は、健康への帰属意識が「自分自身」にあるとするIHLC（Internal HLC）、「医療者」にあるとするPHLC（Professional HLC）、「家族や身近な存在」にあるとするFHLC（Family HLC）、「運・偶然」にあるとするCHLC（Chance HLC）、「神仏など自分を超越する存在」にあるとするSHLC（Supernatural HLC）の5つの下位因子、計25項目から成る。

健康行動の質問項目は、厚生労働省「生活習慣チェック項目」<sup>10)</sup>にNHS<sup>2)</sup>による体重管理に必要な健康行動の概念に基づいて研究者が独自に作成した項目を加え、全17項目とした（表1）。また健康、体重管理の観点から17項目以外で実施している健康行動について自由記載する欄を設けた。

### 5. 分析方法

統計解析にはExcel 2007、SPSS Ver.21を用いた。日本肥満学会の肥満度の判定基準に基づき、BMIをやせ群（BMI<18.5）、普通群（18.5≤BMI<25.0）、肥満群（25.0≤BMI）に区分した。基本属

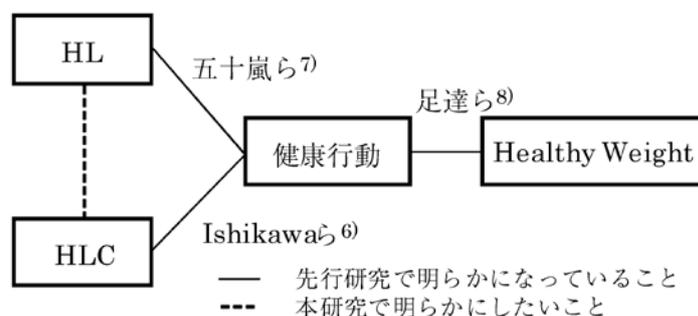


図1 研究の概念図

表1 健康行動の質問項目

番号	内容	良い	分類
1	20歳のときの体重から10kg以上増加している。	×	体重管理
2	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していない。	×	運動
3	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していない。	×	運動
4	同世代の同性と比較して歩く速度が遅い。	×	運動
5	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	×	体重管理
6	早食い・ドカ食い・ながら食いをすることが多い。	×	食事
7	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	×	食事
8	夜食や間食が多い。	×	食事
9	朝食を抜くことが多い。	×	食事
10	ほぼ毎日アルコール飲料を飲む。	×	たばこ・酒の制限
11	現在たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「これまで合計100本以上、また6カ月以上吸っている者」であり、最近1カ月間も毎日、またはときどき吸っている者)	×	たばこ・酒の制限
12	睡眠で休息が得られない。	×	休息
13	BMIが何かを知っていて、自分のBMIを計算して出すことができる。	○	体重管理
14	自分がとるべき摂取カロリーを知っていて、日々計算している。	○	食事
15	体重を毎日計っている。	○	体重管理
16	食事は大皿でなく、一人前ずつ取り分ける。	○	食事
17	間食は、スナック類などは避け、フルーツなどの軽めの間食にしている。	○	食事

1 - 12 : 厚生労働省による生活習慣チェック項目

13 - 17 : Healthy Weight の概念を参考に研究者が作成

良い行いの模範回答を○×で示す。(良い行いをしている場合: 1点、していない場合: 0点)

「食事」: 7点満点、「体重管理」: 4点満点、「運動」: 3点満点、「たばこ・酒の制限」: 2点満点、

「休息」: 1点満点 ※尚、5分類は研究者によって分類

性において肥満度間の差の有無を検討するために、年齢はKruskal Wallis検定、それ以外はSpearmanの $\chi^2$ 検定を行った。HLの各能力とHLCの各因子と健康行動の各分類との関連を検討するために、Spearmanの順位相関分析を行った。健康行動の各分類と肥満度との関連を検討するために、Kruskal Wallis検定を行った。肥満度間に有意差がみられた項目はBonferroniの補正後、Mann WhitneyのU検定を行った。すべて有意水準は5%とした。

健康行動の自由記載はカテゴリー化を行った。

#### 6. 倫理的配慮

本研究は、金沢大学医学倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号: HS24-4-1)。質問紙調査は無記名で行い個人が特定されないこと、調査協力は自由意思であり拒否しても一切不利益が生じないこと、質問紙から知り得た情報は研究目的以外で使用せず、質問紙は鍵のかかる部屋にて厳重に管理し、研究終了後に全て破棄することを文書と口頭にて説明し、質問紙の提出をもって調査への同意を得ることとした。

## 結 果

### 1. 有効回答数

健康診査またはがん検診を受診した計1127名のうち、904名から回答が得られた。そのうち803名を分析対象とした。除外した対象の内訳は図2に示したとおりである。

### 2. 基本属性(表2)

男性191名(23.8%)、女性612名(76.2%)、平均年齢は52.0±14.5歳であった。やせ群81名(10.1%)、普通群587名(73.1%)、肥満群135名(16.8%)となった。性別、年齢、通院の有無において、肥満度間に有意な関連がみられた。

### 3. HLの各能力とHLCの各因子との関係(表3)

HL3とIHLC( $r=0.222$ )、HL5とIHLC( $r=0.287$ )に0.2以上0.4未満の弱い正の相関がみられた。その他の項目間では0.2未満であった。

### 4. HLの各能力と健康行動の各分類との関係(表4)

HLの各能力と健康行動の各分類との間には、いずれも0.2以上の相関は見られなかった。

表 2 基本属性

基本属性項目		全体 (n=803)	やせ (n=81)	普通 (n=587)	肥満 (n=135)	p
肥満度	やせ(BMI<18.5)	81 (10.1)				
	普通(18.5≤BMI<25.0)	587 (73.1)				
	肥満(25.0≤BMI)	135 (16.8)				
性別	男性	191 (23.8)	8 (4.2)	132 (69.1)	51 (26.7)	.000 **
	女性	612 (76.2)	73 (11.9)	455 (74.3)	84 (13.7)	
年齢(Mean±SD)		52.0±14.5	46.4±14.5	51.9±14.5	56.3±12.8	.000 **
年代	20代	37 (4.6)	5 (6.2)	29 (4.9)	3 (2.2)	
	30代	162 (20.2)	32 (39.5)	116 (19.8)	14 (10.4)	
	40代	168 (20.9)	15 (18.5)	125 (21.3)	28 (20.7)	
	50代	128 (15.9)	9 (11.1)	93 (15.8)	26 (19.3)	
	60代	207 (25.8)	11 (13.6)	154 (26.2)	42 (31.1)	
	70代	93 (11.6)	8 (9.9)	65 (11.1)	20 (14.8)	
	80代	8 (1.0)	1 (1.2)	5 (0.9)	2 (1.5)	
	職業	会社員	110 (13.7)	7 (8.6)	83 (14.1)	20 (14.8)
専業主婦	200 (24.9)	25 (30.9)	145 (24.7)	30 (22.2)		
学生	5 (0.6)	1 (1.2)	4 (0.7)	0 (0.0)		
パート・アルバイト	210 (26.2)	27 (33.3)	153 (26.1)	30 (22.2)		
自営業	88 (11.0)	5 (6.2)	66 (11.2)	17 (12.6)		
公務員	10 (1.2)	0 (0.0)	7 (1.2)	3 (0.5)		
専門職(弁護士、会計士)	2 (0.2)	0 (0.0)	2 (0.3)	0 (0.0)		
医療従事者	24 (3.0)	6 (7.4)	16 (2.7)	2 (1.5)		
福祉従事者	18 (2.2)	3 (3.7)	12 (2.0)	3 (2.2)		
無職	116 (14.4)	5 (6.2)	85 (14.5)	26 (19.3)		
その他	20 (2.6)	2 (2.5)	14 (2.5)	4 (4.7)		
健康教室/保健指導の参加	はい	176 (21.9)	12 (14.8)	134 (22.8)	30 (22.2)	.262
	いいえ	627 (78.1)	69 (85.2)	453 (77.2)	105 (77.8)	
通院	している	292 (36.4)	34 (21.0)	199 (33.9)	76 (56.3)	.000 **
	していない	511 (63.6)	47 (79.0)	388 (66.1)	59 (43.7)	
婚姻	既婚	717 (89.3)	70 (87.7)	527 (89.8)	119 (88.1)	.757
	未婚	86 (10.7)	11 (12.3)	60 (10.2)	16 (11.9)	
同居	している	757 (94.3)	74 (91.4)	557 (94.9)	126 (93.3)	.385
	していない	46 (5.7)	7 (8.6)	30 (5.1)	9 (6.7)	

年齢はKruskal Wallis検定、  
それ以外はSpearmanの $\chi^2$ 検定  
肥満度間に有意差があったもの: \*\* p<.01, \* p<.05

表 3 HLの各能力とJHLCの各因子との関係 (n=803)

	HL1	HL2	HL3	HL4	HL5
IHLC	.158 **	.148 **	.222 **	.189 **	.287 **
PHLC	.028	.107 **	.095 **	.102 **	.105 **
FHLC	.087 *	.045	.111 **	.066	.150 **
CHLC	-.065	-.037	.002	.017	-.008
SHLC	-.098 **	-.073 *	.057	.036	.055

Spearman の順位相関係数 \*\*p<.01,\*p<.05

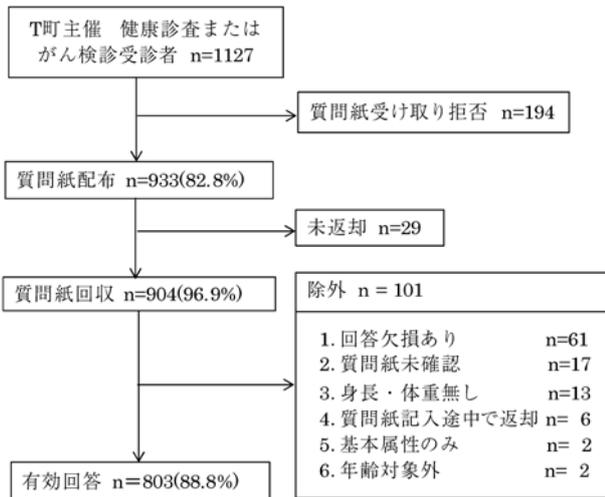


図 2 有効回答数

表4 HLの各能力と健康行動の各分類との関係 (n=803)

	HL1	HL2	HL3	HL4	HL5
食事	-.014	.036	.107 **	.131 **	.128 **
運動	-.014	-.007	.015	-.007	.057
体重管理	.086 *	.065	.028	.073 *	.062
たばこ・酒の制限	.091 **	.062	.064	.075 *	.076 *
休息	.019	-.022	.008	.038	.037

Spearmanの順位相関係数 \*\*p<.01,\*p<.05

表5 JHLCの因子と健康行動の各分類との関係 (n=803)

	IHLC	PHLC	FHLC	CHLC	SHLC
食事	.138 **	.077 *	-.004	-.048	-.031
運動	.129 **	.057	-.018	-.097 **	-.048
体重管理	.035	-.038	.045	.015	.011
たばこ・酒の制限	.004	-.049	.122 **	.028	.016
休息	.056	-.017	.047	-.052	-.023

Spearmanの順位相関係数 \*\*p<.01,\*p<.05

表6 肥満度と健康行動との比較 (n=803)

		中央値 (25,75)			p値
		やせ(n=81)	普通(n=587)	肥満(n=135)	
健康行動	食事	4 (4,5)	4 (3,5)	4 (3,5)	.012 <sup>a)</sup>
	体重管理	2 (2,3)	2 (2,3)	1 (1,2)	.000 <sup>a)</sup>
	運動	2 (1,2)	2 (1,2)	2 (2,3)	.921
	たばこ・酒の制限	2 (1,2)	2 (2,2)	2 (1,2)	.325
	休息	1 (1,1)	1 (1,1)	1 (0,1)	.059

表の数値は中央値(4分位点)を表す

Kruskal Wallis の検定 <sup>a)</sup> p < .01

Mann Whitney の U 検定 (Bonferrni の補正を行う) \*\* p < .01, \* p < .05

「食事」: 7点満点,「体重管理」: 4点満点,「運動」: 3点満点,「たばこ・酒の制限」: 2点満点,「休息」: 1点満点

※尚、5分類は研究者によって分類

### 5. JHLCの各因子と健康行動の各分類との関係 (表5)

JHLCの各因子と健康行動の各分類との間には、いずれも0.2以上の相関は見られなかった。

### 6. 肥満度と健康行動との比較 (表6)

「食事」では、普通群と肥満群 (p = .007)、やせ群と肥満群 (p = .011) に有意差があり、肥満群が他群に比べて「食事」の得点が低かった。

「体重管理」では、やせ群と普通群 (p = .016)、普通群と肥満群 (p = .000)、やせ群と肥満群 (p = .000) のすべてに有意差があり、やせ群、普通群、肥満群の順に得点が高かった。

### 7. 肥満度ごとの自由記載した者の内訳 (表7)

自由記載した者を肥満度ごとに分類した。その中で「食事」に関して記載した者の割合はそれぞれやせ群47.1%、普通群39.8%、肥満群38.9%であり、やせ群が他群に比べて高かった。また、「体重管理」に関してはそれぞれやせ群8.8%、普通群8.2%、肥満群16.7%であり、肥満群が他群に比べて高かった。

### 8. 新たな健康行動

健康行動の自由記載をカテゴリー化した結果、表1の健康行動の5分類以外に、「生活活動」「健康食品摂取」「ストレス対処」「姿勢の保持」「呼吸法」「便秘予防」「早期受診」「水分摂取」「マッサージ」「客観的データによる身体状況の把握」

表7 肥満度ごとの自由記載した者の内訳 (n=301) n(%)

	やせ (n = 34)	普通 (n = 231)	肥満 (n = 36)
食事	16 (47.1)	92 (39.8)	14 (38.9)
体重管理	3 (8.8)	19 (8.2)	6 (16.7)
その他	15 (44.1)	120 (52.0)	16 (44.4)

n数は自由記載記入者数

その他は「運動」「たばこ・酒の制限」「休息」「生活活動」「健康食品摂取」「ストレス対処」「姿勢の保持」「呼吸法」「便秘予防」「早期受診」「水分摂取」「客観的データによる身体状況の把握」「マッサージ」「分類不可」を含む

の10分類が抽出された。

## 考 察

新しい知見は、地域住民を対象としHL3（情報伝達能力）とIHLC（自分自身HLC）、HL5（行動決定能力）とIHLCに弱い正の相関があったこと、健康行動の質問項目の5分類以外に10分類が存在したことである。

性別、年齢、通院の有無において肥満度間に有意な関連がみられたことにおいては、平成23年国民健康・栄養調査<sup>13)</sup>において男性の方が女性と比較して肥満者の割合が多いこと、年齢が上がるごとに肥満者の割合が増加していること、肥満の方が他の群より生活習慣病のリスクが高く受療率も高いという結果からも、本研究で同様の結果が示されたと考えられる。

これまでにHLとHLCの関連を調査した報告はなく、本研究で初めてHL3（情報伝達能力）とIHLC（自分自身HLC）、HL5（行動決定能力）とIHLCの関連を明らかにした。住民の態度を変えることは容易ではないが、健康情報を正しく選択・活用するスキルを磨くことは教育により可能だと考える。本研究でHLとIHLCとの間に関連があったことにより、スキルを高めるとそれに伴って態度も変わっていくと言える。従ってまずHLを高めることで、健康行動につなげるのではないかと推測する。

Prochaskaによる「変化のステージモデル」における「準備期」は、課題を明確にし、その課題に向けての準備やトライアルを行うステージであり、健康行動をうまく行えるという自信をもち、健康行動を始めることを周りの人に宣言する段階とされている<sup>14)</sup>。つまり、HL3（情報伝達能力）とIHLC（自分自身HLC）に正の相関があったことは、情報伝達能力が高い傾向にある者が内的統制力が高く、準備期の段階をスムーズに進行することができることを表していると言える。また、

HL5（行動決定能力）とIHLCに正の相関があった。五十嵐らは、IHLCスコアの高い者は望ましい生活習慣を多く獲得しており、積極的な保健行動をとるとしている<sup>9)</sup>ことから、行動決定能力及び内的統制力によって望ましい生活習慣を多く獲得し、積極的に健康行動をとるようになると言える。以上のことから、HLとHLCのうち、情報伝達能力、行動決定能力もしくは健康への帰属意識が自分自身にあるという認識を高めることで健康行動につなげることができるのではないかと考える。本研究は横断研究であることから推測の域を出ないが、今後、HLとHLC双方の因果関係をさらに検討していく必要がある。

Ishikawaら<sup>7)</sup>や五十嵐ら<sup>9)</sup>は、HLとHLCにおいて健康行動に関連があることを証明したが、本研究ではHLと健康行動、HLCと健康行動に関連は見られなかった。その理由として、本研究は先行研究で使用していた健康行動の指標ではなく、厚生労働省の生活習慣病予防チェック項目とNHSの適正体重の維持に必要な項目を参考に研究者が独自に作成した質問項目を用いており、それではNHSの推奨する項目が本邦における健康行動にそぐわなかった可能性や健康行動を網羅するには不十分であったことが考えられる。

健康や体重管理のために取り組んでいる行動について、自由記載を分類した結果、本研究で用いられた質問項目に含まれる健康行動の5分類以外に10分類が存在することが明らかとなった。この結果は、地域住民がSNS等の普及により健康に関する情報を簡単に入手できるようになったことが一因と考えられる。総務省の調査より、近年人々は、健康・医療行動の情報源としてテレビやインターネットなどのメディアを多く利用していることが報告されており<sup>15)</sup>、このことから以前より地域住民の健康行動が多様化しているのではないかと考えた。その一方で、健康行動に関する情報の入手先の不透明性によって、地域住民は信憑性の

ない情報を健康行動として取り入れている可能性がある。従って地域住民は、個々に適した情報か否かを自ら判断する能力であるHLを高めることが急務と言える。

健康行動の5分類のうち「食事」と「体重管理」において肥満度間に有意差がみられた。「食事」において、やせ群と普通群は肥満群に比べ、健康行動をとっている傾向が明らかとなった。本研究では、食事と肥満の因果関係は未調査であるが、食事が「体重管理」に影響を及ぼしている可能性が高い。また、「体重管理」では、やせ群、普通群、肥満群の順に健康行動をとっている傾向が明らかとなった。一方、肥満群は他群と比べて「体重管理」について自由記載した者の割合が高かった。高野ら<sup>16)</sup>は、肥満群は健康問題を自覚し、健康行動を意識しているが、肥満の改善には至っていないという実態を報告している。このことから、肥満群は健康問題を自覚し、体重管理を意識しているにもかかわらず、健康行動をとることができていない可能性が示唆された。今後は、肥満群が健康行動をとり継続するための教育プログラムを検討し実践することによって、体重管理に対する意識の高い肥満群をHealthy Weightにつなげることができると考える。

#### 看護への適応

地域住民が自ら健康情報を選択し、健康行動をとることができるように支援するためには、地域住民が自ら情報を収集し、選択していく能力であるHLの向上が必要である。先行研究よりHLCも同様に健康行動との関連が報告されており、本研究では、初めてHLとHLCの関連が立証された。このことより、HLとHLCと健康行動の3要素に関連があると考えられる。今後、HLの各能力とHLCの各因子と健康行動との関連を明らかにすることで、住民が自らの能力で正しい健康行動をとりHealthy Weightにつながる新たなアプローチ法を見出す一助となると考える。

#### 研究の限界

本研究は横断研究であり、HL、HLC、健康行動とHealthy Weightとの因果関係を立証していない。地域住民が自ら健康情報を選択し、健康行動をとることができるように支援するボトムアップ式の教育のアプローチ法を具現化するためには、今後、縦断的研究を行うことで、これらの因果関係を確認する必要がある。また、今回の調査は一地域のみで行ったため、本研究の結果を一般化するには限界がある。特に研究対象者は健康診査ま

たはがん検診の受診者であり、地域住民の中でも健康意識の高い集団であったと推測され、HLとHLCに偏りがあった可能性があると考えられる。対象を広げ、さらなる検討が必要である。

#### 結 論

地域住民を対象にHL、HLC、健康行動とHealthy Weightとの関連を明らかにするため無記名自記式質問紙調査を用い実態調査研究を行ったことで、以下のことが明らかとなった。

1) HL3 (情報伝達能力) とIHLC (自分自身HLC)、HL5 (行動決定能力) とIHLCに弱い正の相関がみられた。

2) 健康行動の質問項目に含まれない新たな健康行動が10分類抽出された。

3) 健康行動の5分類のうち「食事」と「体重管理」において肥満度間に有意差がみられた。「食事」において普通群とやせ群は肥満群に比べ、健康行動をとっている傾向が明らかとなった。「体重管理」においては、やせ群、普通群、肥満群の順に健康行動をとっている傾向が明らかとなった。一方、「体重管理」について自由記載した者の割合は、肥満群が他群と比べて高かった。

以上から、本研究で健康情報を正しく選択・活用するスキルであるHLと健康の原因が自分自身にあるとするIHLCとの間に関連があったことにより、Healthy Weightに向けた健康行動をとるために、まずはスキルであるHLを高める教育が必要である、という新たな視点の示唆が得られた。

また、先行研究よりHLと健康行動、HLCと健康行動の関連が報告されている。このことより、地域住民がHealthy Weightを維持するために健康行動をとる支援として、HL、HLCに焦点を当てた新たなアプローチが示唆された。

#### 謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く質問紙調査にご協力いただきました地域住民の皆様をはじめ、研究の趣旨・意義を理解し、調査実施にご協力いただきました、T町役場健康福祉課長小倉一郎様、管理栄養士石黒久美様、T町役場職員の皆様を中心に御礼申し上げます。また共に調査・研究を行った本学14期生の横山祥子様に感謝いたします。そして、多大なご指導をいただきました本学の須釜淳子教授、松井希代子助教、臺美佐子助教、西澤知江助教に深く感謝いたします。

## 文 献

- 1) National Health Service : NHS Choices — Your health, your choices— What's your BMI? [オンライン, [www.nhs.uk/Livewell/loseweight/Pages/BodyMassIndex.aspx](http://www.nhs.uk/Livewell/loseweight/Pages/BodyMassIndex.aspx)], NHS, 7. 5. 2012
- 2) 中川秀昭, 城戸照彦 : 公衆衛生学, 光生館, 157-158, 東京, 2006
- 3) Inoue M, Sobue T, Tsugane S : Impact of body mass index on the risk of total cancer incidence and mortality among middle-aged Japanese : data from a large-scale population-based cohort study. *Cancer Causes and Control*, 15, 671-680, 2004
- 4) 久恒節子, 島内節 : 地域看護学講座③ 健康教育と学習, 医学書院, 東京, 176-177, 1994
- 5) 岩永俊博 : セルフケア支援を意識した健康教育, *公衆衛生*, 76(2), 101-104, 2012
- 6) 中山和弘 : 健康を決める力“ヘルスリテラシー”を身につける, [オンライン, [www.healthliteracy.jp/](http://www.healthliteracy.jp/)], 聖路加看護大学, 6. 27. 2012
- 7) Ishikawa H, Nomura K, Sato M, et al. : Developing a measure of communicative and critical health literacy: a pilot study of Japanese office workers, *Health Promotion International*, 23(3), 269-274, 2008
- 8) 竹沢友規, 山本真裕, 竹内佳代子, 他 : 健康帰属意識の影響要因に関する調査研究 —健康習慣ならびに健康度自己評価との関連—, 東海大学健康科学部紀要, 7, 27-34, 2001
- 9) 五十嵐久人, 飯島純夫 : 労働者における Multi-dimensional HLCと生活習慣の関連, *南九州看護研究誌*, 3 (1), 43-51, 2005
- 10) 足達淑子, 国柄后子, 山津幸司 : 通信による簡便な生活習慣改善プログラム—1年後の減量と習慣変化—, *肥満研究*, 12(1), 19-24, 2006
- 11) 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), 1-7, 1991
- 12) 厚生労働省 : 予防・改善編 生活習慣を改善しよう, [オンライン, [www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/metabo02/yobou/check/index.html](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/metabo02/yobou/check/index.html)], 厚生労働省, 7. 1. 2012
- 13) 厚生労働省 : 平成23年国民健康・栄養調査報告 [オンライン, [www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h23-houkoku.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyoudl/h23-houkoku.pdf)], 厚生労働省, 9. 30. 2013
- 14) 松本千明 : 第3章 変化のステージモデル, *健康行動理論の基礎 生活習慣病を中心に*, 医歯薬出版, 29-36, 2002
- 15) 総務省 : ICT 基盤・サービスの高度化に伴う利用者意識の変化等に関する調査研究, [オンライン, [www.soumu.go.jp/johotsusintokei/linkdata/h24\\_06\\_houkoku.pdf](http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/linkdata/h24_06_houkoku.pdf)], 総務省, 11. 18. 2012
- 16) 高野英恵, 酒井太一, 佐藤憲子, 他 : 地域住民における腹囲およびBMIと生活習慣との関連, *宮城大学看護学部紀要*, 12(1), 21-29, 2009