奈医誌. (J. Nara Med. Ass.) 46, 319～327, 1995

住民の保健行動の要因構造に関する研究

奈良県立医科大学衛生学教室
氏平高敏

RESEARCH ABOUT THE STRUCTURE OF THE FACTORS WHICH INFLUENCE HEALTH BEHAVIOR IN A POPULATION

TAKATOSHI UJIHIRA
The Department of Hygiene, Nara Medical University
Received July 28, 1995

Abstract: The health behavior (attendance at health examinations and life style) of a randomly selected sample (n=408) of residents in a town were analyzed according to the Health Belief Model (HBM).

From the results of path analysis, employment ($\gamma=0.16$), sex ($\gamma=-.14$), usefulness of health examination ($\gamma=0.11$) and degree of knowledge ($\gamma=0.09$) were related to attendance at the health examination, and sex ($\gamma=0.41$), saliency of health ($\gamma=0.20$), degree of knowledge ($\gamma=0.18$), number of health information sources ($\gamma=0.08$), anxiety about health ($\gamma=0.09$) and frequency of pain ($\gamma=-0.09$) related to lifestyle score.

Results of the present study show a moderate amount of support for HBM in explaining health behavior in a population.

Index Terms

health behavior, Health Belief Model (HBM), life style, health examination, health promotion

はじめに

1982年に制定された老人保健法は，人生80年時代にふさわしい老後における健康の保持と適切な医療の確保のため，健康診査や機能訓練などの保健事業を総合的に実施し，高齢者の健康の向上と老人福祉の増進を図ることを目的とされている[1]．その背景には，高齢者の比率の増加，成人病増加を伴う疾病構造の変化などの状況変化も大きくかかわっている．老人保健法に規定されている老人保健事業は，当初成人病等の早期発見・早期治療という二次予防に重点がおかれた取り組みとなっていたが[2]，1992年度に始まり1999年を最終目標年次とする第三次老人保健事業計画では，運動・食生活等の生活習慣改善に重点を置き，生活習慣改善指標などの新しい目標設定の下に，健康づくりや生活習慣の改善等の取り組み，すなわち，一次予防に力点を置いた取り組みが展開されることとなった[3]．

喫煙をしない，適度な睡眠をとる，定期的に運動する，過度の飲酒をしないなどというような良好な生活習慣の人の死亡率が低くなるという証拠が提示されたことや[4]，欧米でのいくつかの研究で公衆衛生学的にみて検診や健康診断などの二次予防の効果が一次予防より少ない疾病が多いということが報告され[5]，健康づくりや生活習慣の改善による疾病予防に重点がおかれるようになってきた．1986年，カナダのオタワで開催されたWHO主催の国際会議で採択されたオタワ宣言では，ヘルスプロモーション，すなわち，「人々が自らの健康をコントロールし，改善することができるようにするプロセス」が重要課題であり，「健康は生きる目的でなく，生活の資源」であること，健康なライフスタイル(生活習慣)の確立への取り組みが重要であることが強調されている[6]．

そこで，地域での保健活動のなかで住民の健康なライ

フスタイルの確立をめざす取り組みを展開させていく上で，保健行動を規定する要因を明らかにすることは重要である．Casl と Kobb は，病気を意識していない状況で，病気にならないために行われている行動を予防的保健行動と定義している[7]．Rosenstock がその保健行動の要因構造を Health Belief Model(以下 HBM と略記)として提唱し[8]，Becker によって病気でない人の予防的保健行動だけでなく，病気である人の行動である受療行動や治療のコンプライアンスまで拡大された[9]．HBM (Fig. 1)は，Becker によると①ある疾患にかかりやすいのではないかというその疾患に対する脆弱感，②その疾患に対する恐れ，③その疾患に対する予防行動の便益，④その予防行動を起こすきっかけからなり，この 4 つの因子が相互に関連して保健行動につながるというものである[9]．またさらに健康に対する関心をこのモデルに追加することを提唱している[9]．

現在までに取り組まれてきた保健行動に関する研究は，この HBM を適用して行われているものが多い．スクリーニングへの参加を対象とした研究が欧米で多数行われている[10-16]．しかし，その多くは特定の疾患を対象とした研究であり，生活習慣の改善といった疾患を特定していない保健行動の研究は少なく，またわが国でも同様にその種の報告は乏しい．

本研究では，人々が良好な食生活，あるいは日常生活に運動を取り入れ，禁煙等の健康に望ましい習慣を実行するという日常の行動や健康診断，健康診査の受診を「保健行動」ととらえ，HBM の要因である病気一般に対する脆弱感と，健康への関心，すなわち保健行動の日常生活行動に対する優先性に焦点をあてて，地域住民の保健行動の要因構造の解明を試みた．

対象および方法

1. 調査対象地区の保健医療環境の概要調査は，奈良県下の T 町の住民を対象として実施した．T 町は，奈良盆地の中央部に位置し，人口 32,616 人(1990 年 10 月現在)である．町内にある医療機関は，病院 2，診療所 17，歯科診療所 12，保健機関は町保健センター等 2 である．

2. 調査対象

調査対象は，T 町の住民基本台帳に基づいて，40 歳以上の町民の中から系統無作為により抽出された 1,516 名である．抽出比率は 9.7 %であった．

調査票は郵送法により配布回収した．回収した調査票は 1,040 件で，回収率は 68.6 %であった．調査は 1992 年 10 月に実施した．

分析対象は病気のないもの，すなわち，調査票により，医療機関に受診していると判断されたものを除外し，かつ，健診受診，生活習慣など分析に用いた変数すべてに回答の得られた 408 件を分析対象とした．

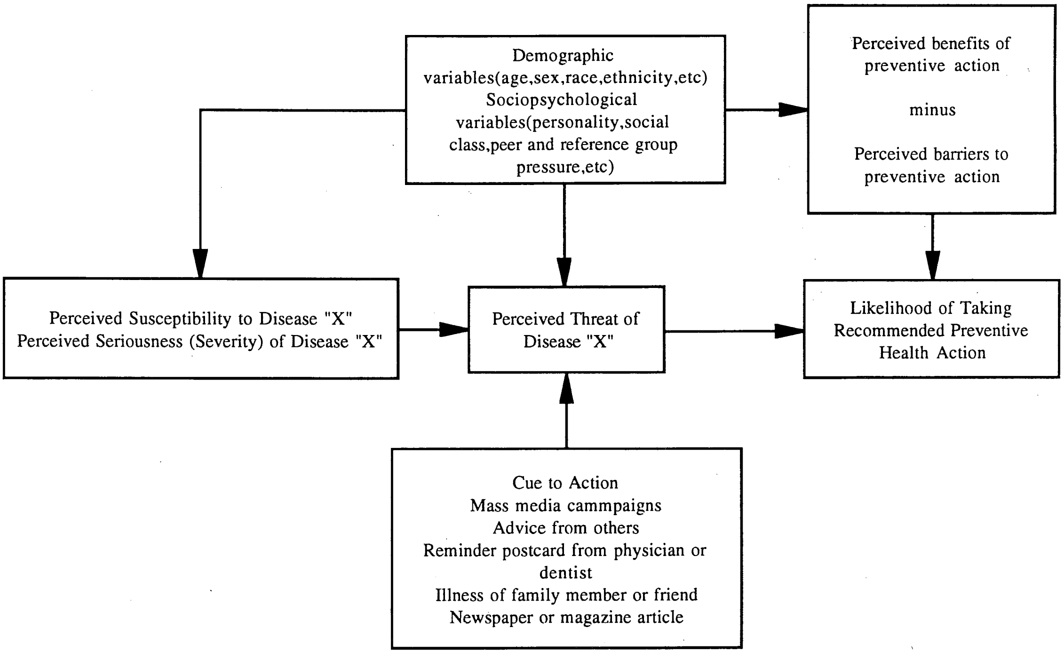

Fig. 1. Health belief model.[9]

3. 分析方法

分析に用いた変数は以下のとおりである.

1) 保健行動に関する変数(従属変数)

(1) 健診受診(がん検診を除く)の受診状況

地域の基本健康診査や，職域の健康診断などがん検診を除いた健診の受診状況をダミー変数(受診=1，未受診=0)とした.

(2) 生活習慣スコア

生活習慣として，栄養のバランス，塩分，飲酒，喫煙，運動，休養の6項目のうち，健康維持増進のために取り組んでいるとしてあげられた項目数を「生活習慣スコア」とした.

2) 保健行動を説明する変数(独立変数)

(1) 日常生活行動に対する保健行動の優先性

日常生活行動に対する保健行動の優先性の測定は，①「健康でいるためにはどうすればよいのかよく考える方法である」，②「生活のなかでもっとも気をつけているのは健康のことである」，③「ちょっとした病気でも休養をとり，まず治すことを考える，④「病気になると，他のことを犠牲にしても休養しようとする方である」，⑤「いくら仕事がたまっていても，健康のために無理をしないほうである」の5項目を提示して，保健行動が自己の日常的な生活行動の面での経験に合致するか否かをたずねた. それぞれに対する選択肢は，「大いにそのとおり」「だいたいそのとおり」「分からない」「どちらかといえば違う」「全く違う」の5項目とし，各々5，4，3，2，1点と点数をつけ，その合計点をもって「優先性」とした.

(2) 病気一般に対する脆弱感

病気一般に対する脆弱感の測定は，①「他の人よりすこし病気にかかりやすいほうである」，②「自分の身体は病気への抵抗力がたいへんあると思う」，③「どちらかというと丈夫な方で，めったに病気にならない」，④「身体に自信がある方である」，⑤「自分の年齢にふさわしい体力がある」，⑥「自分なりの健康法を実行しているので病気にならないと思う」の6項目を提示し，それぞれに対する選択肢としては，「大いにそのとおり」「だいたいそのとおり」「分からない」「どちらかといえば違う」「全く違う」の5項目を設定し，①はそれぞれ4，3，2，1，0点とし配点し，②～⑥は0，1，2，3，4点と点数を与えスコア化し，その合計点を「脆弱感」とした.

(3) 精神的健康度

精神的健康度については，この3ヵ月(調査時点から過去3ヵ月)の状況を，①「心が穏やかで落ち着くことがありましたか」，②「ちょっとしたことがよく気になりましたか」，③「心が沈んで憂鬱でしたか」の3項目について質問した. そして，①の質問に対する回答には，「いつも」は6点，「ほとんどいつも」は5点，「10数回」は4点，「何回か」は3点，「2，3回」は2点，「全く無し」は1点，と配点し，②と③との質問では，「いつも」は1点，「ほとんどいつも」は2点，「10数回」は3点，「何回か」は4点，「2，3回」は5点，「全く無し」は6点と配点し，これらの合計点を「精神的健康度」とした.

(4) 健康に対する不安感

「この3ヵ月間に健康について悩んだり不安になったりしましたか」との質問に対して，「いつも」は6点，「ほとんどいつも」は5点，「10数回」は4点，「何回か」は3点，「2，3回」は2点，「全く無し」は1点と配点し「健康に対する不安感」とした.

(5) 痛みの頻度

「この3ヵ月間に体に何らかの痛みがありましたか」との質問に対して，「いつも」は6点，「ほとんどいつも」は5点，「10数回」は4点，「何回か」は3点，「2，3回」は2点，「全く無し」は1点と配点し「痛みの頻度」とした.

(6) 社会的支援度

社会的支援度については，①日ごろから交流のある親しい間柄の家庭の数，②悩み等話し合える友人・親戚の数，③友人・親戚との交流の頻度，④友人・親戚との電話の頻度，⑤地域での会合の出席の頻度，⑥地域団体への参加状況，といった6項目をスコア化し，これらの合計点を「社会的支援度」とした.

(7) 情報源数

健康に関する情報源で，①「TV・ラジオ」，②「新聞・雑誌」，③「家族」，④「友人」，⑤「広報誌」の5項目から入手先として挙げられた項目個数を「情報源数」とした.

(8) 成人病に関する知識度

成人病に関する知識度については，①「高血圧症になっても頭痛やめまいなどの症状は出るとは限らない」，②「高血圧が続くと動脈硬化が速く進み，脳卒中になりやすく，また心臓や腎臓も悪影響を受ける」，③「高コレステロール血症は症状が出ないことが多い」，④「高コレステロール血症をそのままにしておくと心筋梗塞になりやすい」，⑤「軽い糖尿病ではのどが渇いたり，からだがだるくなったりするなどの症状が出ることは少ない」，⑥「重い糖尿病を放置しておくと，失明したり，重い腎臓の病気になることが多い」の6項目を設定し，「知っている」と答えた数をもって「知識度」とした.

(9) 職業の有無

職業(会社員，パート，公務員，自営業，農業)を持っ

ているかどうか，ダミー変数(有職者＝1，無職者＝0)とした．

(10) 健康診断の役立ち感

健康診断が非常に役に立つと感じているかどうかをダミー変数(非常に役に立つ＝1，それ以外＝0)とした．

3) 分析方法

性年齢別にみた独立変数の平均値は，性，年齢(3階級)を要因とした二元配置の分散分析を用いて検定を行った．

各変数間の相関はSpearmanの順位相関係数を求めた．

保健行動を説明するパス解析はPC SASのCALISプロシジャー[17]を用いた．

その他の算出した統計量と検定はPC SAS Ver. 6. 10を用いた．

結　果

1. 性，年齢別構成

分析対象者の性別は，男性209人(51.2％)，女性199人(48.8％)であった．年齢構成は，40～49歳は184人(45.1％)，50～59歳は124人(30.4％)，60歳以上は100人(24.5％)であった．性・年齢別では，男性では，40～49歳は87人(41.6％)，50～59歳は71人(34.0％)，60歳以上は51人(24.4％)であり，女性では，40～49歳は94人(48.7％)，50～59歳は53人(26.6％)，60歳以上は49人(24.6％)であった．

2. 就業状況(Table 1)

職業(会社員，パート，公務員，自営業，農業など)を持っている状況は，男性は198人(94.7％)，女性は101人(50.8％)であった．

3. 生活習慣スコア(Table 1)

性別でみるとどの年代も男性に比べて女性の方が生活習慣スコアは高かった．

年齢別でみると，男性は60歳以上で40～59歳に比べて生活習慣スコアは高かった．女性では顕著な年齢差は認められなかった．

4. 健康診断・健康診査(健診)について(Table 1)

この1年間に何らかの健康診断(がん検診だけの受診は除く)を受けた人は58.8％であった．

性別にみると，40～59歳では女性に比べて男性の方が受診率が高かった．60歳以上では，男女の間に大きな差は認められなかった．

年齢別にみると，男性では60歳以上に比べて40～59歳の方が受診率が高い傾向がみられ，女性では60歳以上に高い傾向があった．

5. 独立変数の性年齢別にみた結果

独立変数の性年齢別にみた結果をTable 2に示した．女性に有意に($p<0.05$)高かった変数は生活行動に対する保健行動の優先性，社会的支援度，健康の情報源数であった．

年齢別にみて，年齢が高いほど高かった変数は生活行動に対する保健行動の優先性，社会的支援度であった．

他の変数は，性差，年齢差は認められなかった．

6. 健診受診状況と他の変数との相関(Table 3)

健診受診状況と他の変数との間の順位相関係数をみると，有意に正の相関が認められたものは，脆弱感，健診の役立ち感，就業状況であった．有意に負の相関が認められたのは，生活習慣スコアと性(男性＝1，女性＝2)であった．

7. 生活習慣スコアと他の変数との相関(Table 3)

生活習慣スコアと他の変数との間の順位相関係数をみ

Table 1. Employed,attendance at health examination and lifestyle score of sample

			employed		attendance at health examination		life style score	
Gender	AGE	N	n	%	n	%	mean	SD
Both	Total	408	303	74.3	240	58.8	2.78	1.40
	40-49	184	150	81.5	113	61.4	2.75	1.35
	50-59	124	97	78.2	72	58.1	2.63	1.48
	60+	100	56	56.0	55	55.0	3.02	1.35
Male	Total	209	199	95.2	146	69.9	2.13	1.26
	40-49	87	87	100.0	71	81.6	2.03	1.21
	50-59	71	70	98.6	48	67.6	1.99	1.29
	60+	51	42	82.4	27	52.9	2.49	1.25
Female	Total	199	104	52.3	94	47.2	3.46	1.19
	40-49	97	63	64.9	42	43.4	3.39	1.14
	50-59	53	27	50.9	24	45.3	3.49	1.27
	60+	49	14	28.6	28	57.1	3.57	1.22

Table 2. Means of explanatory variables

			saliency of health		vulnerability		frequency of pain		psychiatric health		anxiety about health		social support		knowledge of disease		number of information		usefulness of health examination	
Gender	AGE	N	MEAN	S.D.	MEAN	S.D.	MEAN	S.D.	MEAN	S.D.	MEAN	S.D.	MEAN	S.D.	MEAN	S.D.	MEAN	S.D.	MEAN	S.D.
Both	Total	408	15.8	4.3	9.7	4.4	2.1	1.2	13.9	3.2	2.1	1.2	14.1	5.1	3.9	1.7	2.0	1.3	0.6	0.5
	40-49	184	14.8	4.3	10.0	4.0	2.1	1.2	13.8	2.9	2.0	1.2	13.6	4.7	3.9	1.6	2.1	1.4	0.6	0.5
	50-59	124	15.7	3.9	9.9	4.8	2.2	1.3	13.8	3.5	2.2	1.3	14.0	5.1	4.0	1.6	1.8	1.4	0.6	0.5
	60+	100	17.7	4.2	9.1	4.5	2.1	1.3	14.3	3.4	2.0	1.2	15.4	5.5	3.6	1.8	2.0	1.2	0.5	0.5
Male	Total	209	15.2	4.6	9.7	3.9	2.1	1.2	14.1	3.0	2.0	1.2	13.0	5.0	3.8	1.8	1.7	1.3	0.6	0.5
	40-49	87	13.6	4.4	9.8	3.7	2.2	1.1	13.6	2.7	2.0	1.2	12.8	4.4	3.6	1.7	1.8	1.4	0.7	0.5
	50-59	71	14.9	4.3	9.9	4.1	2.3	1.3	13.9	3.2	2.2	1.2	12.4	4.9	4.0	1.7	1.5	1.3	0.6	0.5
	60+	51	18.2	4.1	9.1	4.2	1.9	1.3	15.2	2.7	1.8	1.2	14.2	5.9	3.6	1.9	1.8	1.3	0.5	0.5
Female	Total	199	16.4	3.9	9.8	4.8	2.1	1.3	13.7	3.4	2.1	1.2	15.3	4.8	4.0	1.6	2.3	1.3	0.6	0.5
	40-49	97	15.8	4.0	10.2	4.3	2.1	1.2	13.9	3.0	2.0	1.1	14.3	4.8	4.0	1.5	2.4	1.3	0.6	0.5
	50-59	53	16.8	3.2	10.0	5.6	2.1	1.4	13.7	3.8	2.3	1.3	16.1	4.7	4.1	1.4	2.2	1.3	0.6	0.5
	60+	49	17.1	4.3	9.0	4.8	2.2	1.2	13.3	3.8	2.2	1.3	16.5	4.7	3.6	1.8	2.1	1.2	0.5	0.5

Table 3 .Correlation coefficients between variables of the sample

	health examination	life style score	saliency of health	vulnerability	anxidty about health	psychiatric health	frequency of pain	social support	number of information	knowledge of disease	usefulness of health examination	employment	age	sex
health examination	1.000													
life style score	**−0.117**	1.000												
saliency of health	−0.083	**0.294**	1.000											
vulnerability	**0.126**	−0.074	−0.019	1.000										
anxiety for health	0.047	0.062	−0.035	**0.300**	1.000									
psychiatric halth	−0.058	0.059	**0.137**	**−0.274**	**−0.476**	1.000								
frequency of pain	0.010	−0.082	**−0.122**	**0.212**	**0.526**	**−0.470**	1.000							
social support	−0.084	**0.201**	**0.241**	−0.075	0.062	0.073	−0.063	1.000						
number of information	−0.085	**0.232**	0.090	0.059	0.070	**−0.103**	0.023	**0.193**	1.000					
knowledge of disease	0.076	**0.213**	0.071	0.036	0.000	0.083	0.006	**0.107**	0.071	1.000				
usefulness of health examination	**0.135**	−0.011	0.006	−0.045	−0.023	0.045	−0.032	−0.026	−0.007	0.042	1.000			
employment	**0.248**	**−0.282**	**−0.185**	0.038	0.049	**−0.110**	0.063	**−0.200**	**−0.117**	−0.016	0.072	1.000		
age	−0.056	0.035	**0.286**	−0.038	0.009	0.082	−0.024	0.085	−0.072	−0.030	−0.072	**−0.206**	1.000	
sex	**−0.230**	**0.490**	**0.138**	−0.003	0.073	−0.030	−0.004	**0.245**	**0.217**	0.048	−0.050	**−0.491**	−0.038	1.000

bold : $P<0.05$

ると，有意に正の相関が認められたものは，優先性，社会的支援度，情報源数，知識度と性(男性=1，女性=2)であった．有意に負の相関が認められたのは，健診受診状況，痛みの頻度，就業状況であった．

8. 優先性および脆弱感と他の変数との相関(Table 3)

1) 優先性と他の変数との相関

優先性と他の変数との間の順位相関係数をみると，有意に正の相関が認められたのは，生活習慣スコア，精神的健康，社会的支援度，情報源数，年齢，性別であった．負の相関が認められたのは痛みの頻度，就業状況であった．

2) 脆弱感と他の変数との関連

脆弱感と他の変数との間の順位相関係数をみると，有意に正の相関が認められたのは，健診受診状況，健康に対する不安度，痛みの頻度，年齢，性別であった．負の相関が認められたのは精神的健康，就業状況であった．

9. 保健行動のパス解析

Fig. 2 は，HBM にそって，今回の研究で用いた変数を割り当てた図である．このモデルで，SAS の CALIS を用いて分析すると，NFI, NNFI, CFI のいずれもよく適合しているという 0.9 以上の基準[17]に満たなかった(Table 4)．そこで Fig. 3 のように媒介変数のうちいくつかを保健行動に結びつけるモデルで分析すると NFI, NNFI, CFI がいずれも 1 に近づき，適合度が顕著に改善した(Table 4)．

この修正したモデルの結果(Fig. 4)，$p<0.10$ の因果係数(γ)をみると健診受診は，職業の有無(0.16)によって最も影響を受け，次いで性別(−0.14)，健診の役立ち感(0.11)，知識度(0.09)の順であった．職業を持っていることと，健診の役立ち感を持っていること，知識度が高いこと，男性であることが健診受診を促進するという関係があった．

生活習慣スコアは性別(0.41)によって最も強く影響を受け，次いで優先性(0.20)，知識度(0.18)，情報源数(0.11)，健康に対する不安度(0.09)，痛みの頻度(−0.09)であった．女性であることと，優先性や知識度，健康に対する不安感が高いこと，情報源数が多いこと，痛みの頻度が少ないことが生活習慣スコアを高めるという結果であった．

優先性は年齢(0.29)によって最も影響を受け，次いで社会的支援度(0.16)，精神的健康度(0.09)，情報源数(0.08)，知識度(0.08)であった．年齢，社会的支援度，知識度，精神的健康度が高く，情報源数が多いほど優先性を高めるという結果であった．

脆弱感は精神的健康度(−0.23)に最も影響を受け，次いで痛みの頻度(0.13)であった．精神的健康度が低く，

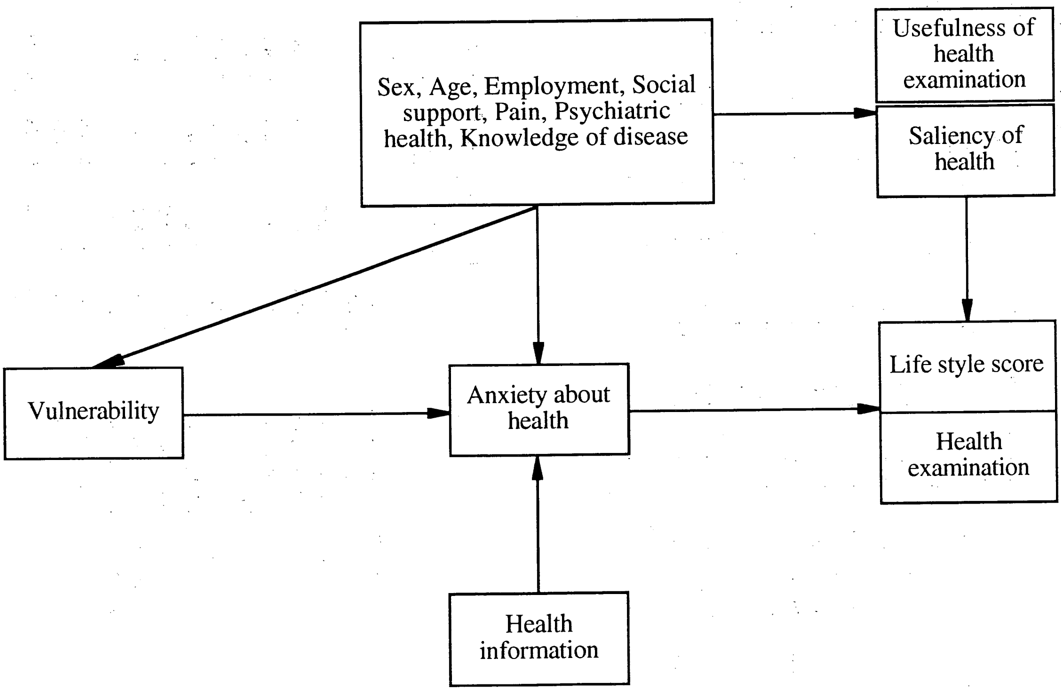

Fig. 2. Initial model (health belief model).

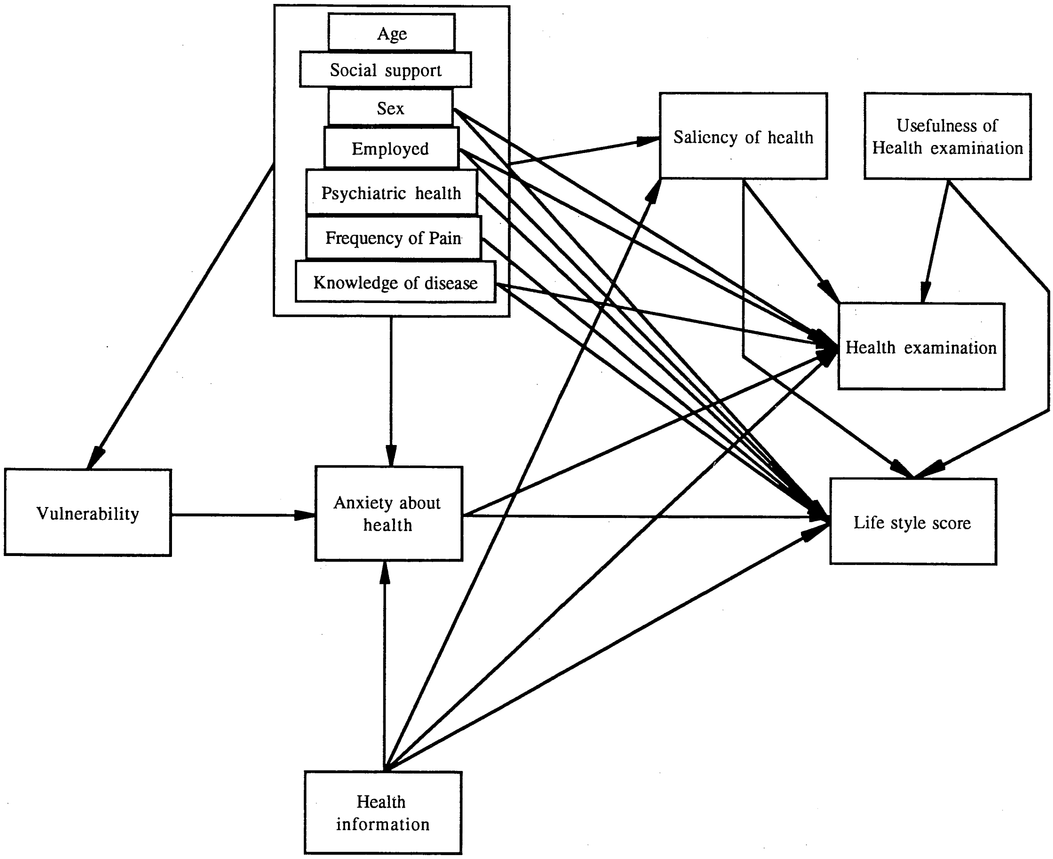

Fig. 3. Reviced health behavior model.

Table 4. Goodness of fit Indices for various models

	Chi square	df	p-value	NFI	NNFI	CFI
Null model	910.31	91	0.000	0.000	—	—
Initial model	182.82	26	0.000	0.799	0.330	0.809
Revised Model	15.80	14	0.326	0.983	0.986	0.998

Note. N=408. NFI=Normed fit index; NNFI=non-normed fit index; CFI=comparative fit index

痛みの頻度が高いほど脆弱感を高める結果であった．

健康に対する不安感は痛みの頻度(0.32)に最も影響を受け，次いで精神的健康度(−0.31)，脆弱感(0.20)社会的支援度(0.10)の順であった．痛みの頻度が多く，精神的健康度が低く，脆弱感と社会的支援度が高いほど，健康の不安感が強くなる結果であった．

考　　察

40歳以上の地域住民の良好な生活習慣や健診受診の保健行動の要因構造を，HBMを適用して分析を行なった．Beckerが提唱したオリジナルのHBM[9]をそのまま適用して，分析すると，その結果のモデルの適合度が悪かった．そこでFig. 3に示したように媒介変数のうちいくつかを保健行動に直接結びつけて分析すると，良好な適合度が得られた．このことは，保健行動は健康に対する不安感を通して影響を受けるだけでなく，性別，職業の有無，健康状態などの要因も直接，保健行動に影響を与えると考える方が，保健行動をよく説明できるということを示唆している．なお今回の研究は横断研究であり，意識と行動の間の時間関係を特定することができないと

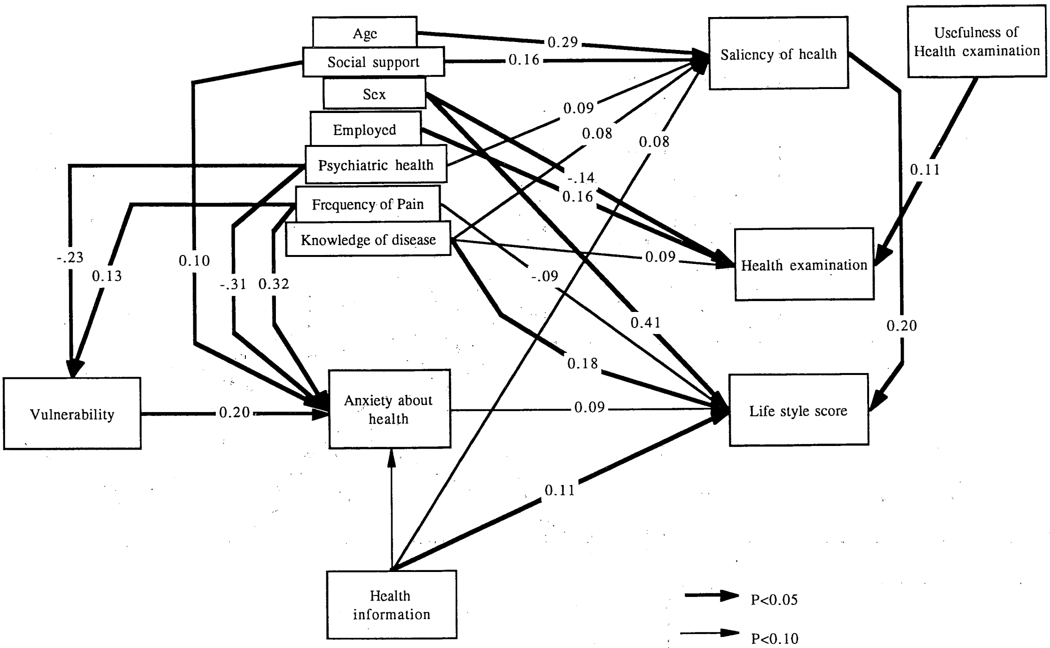

Fig. 4. Standard path coefficients of reviced health model.

いう問題があり，健康に対する不安感を通してだけで保健行動に影響を与えるモデルでは適合度が悪かったのは，その問題が影響している可能性がある．ことに，健康への不安感はここ３ヵ月と期間を区切って質問しており，その間に健診等を受ける機会がないと保健行動に結びつかないといったことも考えられるからである．

HBM は，人が心身の脆弱性を認知し，その病気に対する恐れを抱くことが保健行動につながるモデルである[9]．本研究の結果で「健診受診」が，健康に対する不安に影響を受けるという結果は得られなかった．前述のように，今回の調査対象の場合健康への不安感が強められていたときに，健診が実施されるとは限らない状況におかれていたことが，この HBM に合致しなかった要因ではないかと考えられる．ところが，健康への不安感が生活習慣スコアに影響($p<0.10$)を与えていることから，HBM と合致するという結果となっている．健診受診とは違って，生活習慣の変容はいつでも可能であるからと考えられる．

生活習慣を扱った本研究と同様の研究では，Aho らは同じように病気に対する恐れとは正の関係が得られたと報告しているのに対して[10]，Langlie[11]や藤内ら[15]の研究では負の関係が報告されている．この負の関係が得られた結果について Langlie[11]は，病気に対する恐れと他の心理的変数との間の共線性によるものであると，統計学的に説明している．また，HBM のレビューでこの研究を紹介している Jantz[12]らはこの負の関係を，日ごろ健康行動を実践しているものが，将来，成人病になると考えないからと説明し，また，藤内ら[15]らは成人病になる可能性を自覚しながらも，健康行動の実践ができない集団があることを示唆している．

HBM では，保健行動をとるにはその行動が病気を予防できると認知しているかどうかが要因となっているが，本研究結果で示されたように，健診の役立ち感は健診受診につながる結果が得られ，HBM とよく合致していた．

健康への関心，すなわち本研究では健康の優先性であるが，生活習慣スコアに関しては強い関係があり，HBM と合致していると考えられるが，健診受診には影響を与えていなかった．健康への関心が健診受診に結びつかなかったのは，健診受診を促進する因子として職業を持っているという結果が得られているが，職場での健診は強制的に受診させられるというところが多く，心理的な要因があまり入り込めないということが考えられる．坪野らも，毎年の受診が半ば義務づけられている受診者と，受診するか否かが原則的に本人の自発性にゆだねられている地域での健診受診者では，心理的態度要因の影響は異なるからと指摘している[14]．

本研究では，地域住民の健診受診と生活習慣といった保健行動二つを同時に Health Belief Model を適用し分析したが，HBM で説明できることが多いことが示唆さ

れた．

地域での一次予防の保健活動，すなわち住民の良好なライフスタイルの確立を効果的に行うために，本研究の中で生活習慣スコアに対して因果関係が強かった優先性を高める活動が重要なものの一つであると考えられる．

優先性を高める要因としては知識度が正の関連が認められた．また知識度は健診受診や生活習慣にも正の関連が認められ，これらのことは地域での健康教育の重要性を示している．

また，優先性を高めるには，社会的支援度や精神的健康度を高めることがあげられる．これらの要因を良好な状態に保つには，仕事や人間関係，経済的要因など，その本人を取り巻く環境が良好なものにする必要がある．1991年のHealth Promotionの世界会議で採択されたサンドバール宣言においても，「健康にとって好ましい環境」の重要性が指摘されている[18]．このような環境の整備は，保健分野だけでの対応では困難であり，オタワ憲章[6]でもあるように，地域の住民を巻き込んだ取り組みや，保健分野の積極的な取り組みと同時に，公共政策にかかわる人たちもすべて健康を念頭に置いた政策，すなわち「生命と暮らし」を守り育てるとりくみの推進に努めることが重要である．

結　　語

地域住民の良好な生活習慣や健診受診の保健行動の要因分析をHBMを適用して分析を行った．

その結果，次の諸点が明らかになった．

1）職業を持っていることと，健診の役立ち感を持っていること，知識度が高いこと，男性であることが健診受診を促進する，

2）女性であることと，優先性や知識度，健康に対する不安感が高いこと，情報源数が多いこと，痛みの頻度が少ないことが生活習慣スコアを高める，

3）年齢，社会的支援度，知識度，精神的健康度が高く，情報源数が多いほど優先性を高める，

4）精神的健康度が低く，痛みの頻度が高いほど脆弱感を高める，

5）痛みの頻度が多く，精神的健康度が低く，脆弱感と社会的支援度が高いほど，健康の不安感が強くなる．

また，本研究で，地域住民の健診受診と生活習慣といった保健行動二つを同時にHealth Belief Modelを適用し分析したところ，保健行動はHBMで説明できることが多いことが示唆された．

本研究の一部は第52回日本公衆衛生学会総会で発表した．

稿を終えるにあたり，本研究のご指導ご校閲を賜った，山下節義教授に心から感謝いたします．また調査にご協力いただきました方々に感謝の意を表します．

文　　献

1）**厚生省編**：厚生白書平成元年版．厚生統計協会，東京，p232，1991．

2）**厚生省編**：厚生白書平成元年版．厚生統計協会，東京，p234，1991．

3）**厚生省編**：厚生白書平成4年版．ぎょうせい，東京，p158，1993．

4）**森本兼曩監訳**：生活習慣と健康．HBJ出版局，東京，p70，1989．

5）**Report of the U. S. Preventive Service Taskforce**：Guide to CLINICAL PREVENTIVE SERVICES. William & Wilkins, Baltimore, p3,1989.

6）**島内憲夫訳**：ヘルスプロモーションWHO：オタワ憲章．垣内出版，p7，1990．

7）**Kasl, S. V.** and **Cobb, S.**：Arch. Environ. Health **12**：246，1966.

8）**Rosenstock, I. M.**：Milbank Memorial Fund Quarterly **44**：94，1966.

9）**Becker, M. H., Haefner, D. P., Kasl, S. V., Kirscht, J. P., Maiman, L. A.** and **Rosenstock, I. M.**：Medical Care **15**：27，1977.

10）**Aho, W. R.**：Rhode Island Med. J. **62**：85，1979.

11）**Langlie, J. K.**：J. Health and Social Behavior **18**：244，1977.

12）**Janz, N. K.** and **Becker, M. H.**：Health Education Quarterly **11**：1，1984.

13）**藤内修二，長嶺敬彦，佐藤隆美，坪山明寛**：Jpn. J. Prim. Care **13**：167，1990.

14）**坪野吉孝，深尾　彰，久道　茂，菅原伸之，細川　徹**：日本公衛誌．**40**：255，1993．

15）**藤内修二，畑　英一**：日本公衛誌．**41**：362，1994．

16）**西尾純子，村嶋幸代，飯田澄美子**：日本公衛誌．**41**：607，1994．

17）SAS Technical Report P-229 SAS/STAT Software. SAS Institute Inc., USA, p5, 1992.

18）**園田恭一**：健康の理論と保健社会学．東京大学出版会，p13，1993．