

# 主観的健康統制感との関連からみた 受療行動タイプ分類の試み

村瀬英子・斎藤和志

An attempt to classify of medical consultation behavior  
from a point of view of the subjective health locus of control.

Eiko Murase, Kazushi Saito

## 要旨

個人が持っている健康信念が病院受診行動に影響を与えていると考えられる。本研究では、体調不良を感じ病院受診する行動を受療行動と定義し、既存の健康に対する意識を考慮した受療行動タイプ分類を作成することとした。また、健康や病気の信念体系を測定する日本版Health Locus of Control尺度および精神的健康度を測定するGeneral Health Questionnaireを用いて受療行動との関連性を検討した。受療行動タイプは“病院受診回避”“健康相談”“健康維持”“医師への信頼”の4因子に分類された。受療行動因子と健康観や精神的健康度にいくつかの関連性は示されたが、本研究の調査対象者が大学生であったため、病院受診を優先しやすい年齢層であること、持病を持っている人が少ないことなどが推測され、健康維持についての意識が低い可能性が考えられた。受療行動タイプ分類は既存の健康意識と関連していることが示されたが、受療行動タイプに治療を自己中断する危険性がある病気無関心タイプに相当するものを見いだすことができなかった。経験的に想定できるタイプも網羅できるよう、今後は詳細な受療行動内容を追加し幅広い年齢層を対象に検討する必要性が示唆された。

キー・ワード：受療行動，Health Locus of Control（主観的健康統制感），  
General Health Questionnaire，大学生

## 問題と目的

国民医療費は高齢化が進むことでますます増加すると考えられる。同じ疾患で複数の医療機関を転々と受診する「はしご受診」や、救急でもなく、自分の都合を優先して時間外受診をする「コンビニ受診」など、これらの不適切な受診をする患者の増大によって医療費が増加すると考えられる。こうした不適切な受診を防ぐことは国民医療費抑制につながるのではないだろうか。患者が体調不良を感じ病院受診までの経過には個人差が大きくみられる。例えば、発熱を感じ直ぐに病院受診する人、市販薬を内服して様子を見る人、自力で治そうと試みる人など、同様の症状でも対処方法は

実にさまざまである。このようなさまざまな受診行動の背景には、その行動と直結するような健康についての信念や医療に対する態度などが考えられる。受診行動の多様性の背景には、健康についての信念（以後、健康信念とする）や疾患についての知識、過去の受診経験による行動パターンが医療に対する態度に変化を与え、個人が持っている健康信念が受診行動に影響を及ぼすと考えられる。メディカルライフ研究所（2013）は日本の生活者の受療行動（生活者が身体の不調を感じてから医療機関での受診にいたるまでの一連の行動）に関する実態や意識を把握するために「生活者の受療行動に関する調査②」を実施し、生活者の受療に対する意識・行動を6つに分類している。受

療に関する行動・意識の特徴を調査、検討し、「不調、即行動タイプ」「きちんと相談、しっかり受療タイプ」「受療情報、自分で判断決定タイプ」「受療後まわしタイプ」「不調軽視タイプ」「病気・健康無関心タイプ」に分類している。このような受療行動タイプ分類から患者の行動特性を把握することは、患者が持っている医療に対する異なったニーズや不安に対するアプローチ方法を個別に行うことができると考えられる。また、患者自らが自分の受療行動タイプを知ること、受診に対する不安軽減に役に立つと考えられる。しかしながら、受療行動タイプ内容の詳細については把握できていない。そこで本研究では、この6つのタイプ特性を参考に、体調不良を感じ病院受診する行動（本研究ではこれを以後、受療行動とする）や既存の健康に対する意識を考慮した受療行動タイプ分類の尺度項目を作成することを目的とした。

近年、医療者が患者に治療や検査について十分な情報提供をし、患者が同意をするインフォームド・コンセントが取り入れられるようになった。患者は自分にとって最善の治療を決定できる「自己決定権」を持つことになったが、患者がよりよい意思決定をするためには、健康に対しての情報を活用するヘルスリテラシー能力を高めることが求められていて、患者自身が現在の状況における問題に気がつき、情報は自分自身に向けられている気がつかなければ目にも耳にも入ってこない（中山, 2013）。また、市川・谷口・山中（2013）は“一次性痛風”と判断された患者が初診時より1年以上治療継続している症例は53%であり、約3割の患者は1ヶ月以内に来院中止となっている、という結果を示している。治療を継続しなければ再発作を起こすことは明らかであるが治療を自己中断してしまっているのである。治療継続が必要な理由を患者が理解できているのか、治療中断をすることのリスクを理解できているのかなど、患者に必要な情報を適切な時期に提供する必要性がある。しかしながら、限られた診療時間内で患者の変化を解釈することは困難である。患者の受療行動タイプ分類ができると、医療従事者は生活状況や環境に合わせて患者に必要な情報を提供することができると考えられる。また、患者が自分の

受療行動タイプを知ること、健康に対する情報活用の弱点がわかることで、自分のニーズにあった資源を賢く利用できると考えられる。結果、不適切な受診行動を防ぐことができ、医療者との信頼関係を築きやすくなることから、医療者に相談する内容や自分に必要な情報を理解して活用できるため、治療に対する意思決定能力が高まると考えられる。

また本研究では、個人の病気に関する信念体系が自分自身、他者、偶然の3因子から測定できるWallston, Wallston, & Devellis, (1978)のMultidimensional Locus of Control Scale（以下MHLCと略す）を再構成して、日本人向けに改良した堀毛（1991）の日本版Health Locus of Control（以下HLCと略す）尺度を用いることとする。これは、Internal：自分自身、Family：家族、Professional：専門職、Chance：偶然、Supernatural：超自然、の5因子からなる尺度である。HLC尺度は多数あり、その一つである渡辺（1985）のHLC尺度は、Locus of Control尺度を参考にして日本で初めて日本語版HLC尺度を作成している。これは、Internal（内的統制）であるものは健康を自分自身の努力によって得られる。External（外的統制）であるものは、医療従事者や運によって得られるとされた2因子からなる尺度である。鶴田・野尻・宮崎・中野（2000）は、健康診断受診者の行動特性を予測する変数として渡辺のHLC尺度を用いた。そして、行動特性に適した保健行動を導くための検討を行った。内的統制傾向の者は、健康に対して積極的・肯定的態度を示すとともに、毎年検診を受けたり定期的に運動することや食事気をつけることの有効性を認識する傾向がみられ、外的統制傾向の者は、たとえ健康のためであっても食生活を変えたり定期的に運動をすることや休養を取るとは困難であると認識する傾向がみられた、と示している。適正な保健行動を行うためには、家族や周囲の援助も必要と考えられる。本研究では、他者との関わりも考慮した受療行動パターンとの関係性を検討するため、多方面から測定できる堀毛のHLC尺度を用いることとする。

また、General Health Questionnaire（以下

GHQと略す）は、Goldberg（1979）らが開発した精神的健康度を測定する尺度であり、中川・大防（1985）によって日本語版に標準化されている。今では60項目版の短縮版として、30項目版、28項目版、12項目版が作成されている。多くの患者は、治療や相談を受けることである程度の神経症症状をもっているため、医療サービス機関を訪れる人々を医学上「神経症」と判断してよいとしている（中川・大防1985）。神経症傾向のある人は、病気に対して敏感になる傾向がみられ、受療行動タイプとの関係性を検討する必要性があると考えられる。本研究では、健常者を対象に、精神的な健康か健康かを測定するための一つの指標としてGHQを使用する。また、精神的な健康について詳細に検討する必要性はないため12項目の短縮版を使用することとした。

## 方 法

### 調査協力者

愛知県内の私立大学の学生212名を対象に「健康意識調査」という名目で講義時間内に集団で実施した。回答に不備のあった2名を除き、男性43名、女性167名を分析対象とした。年齢は、18歳から25歳（ $M=18.29$ ,  $SD=0.70$ ）であり、調査の所要時間は20～30分程度であった。

### 質問紙の構成

受療行動尺度：メディカルライフ研究所が作成した「あなたはどのタイプ!?生活者の受療行動を6つにタイプ分け」が分類した以下のタイプ「不調、即行動タイプ」「きちんと相談、しっかり受療タイプ」「受療情報、自分で判断決定タイプ」「受療後まわしタイプ」「不調軽視タイプ」「病気・健康無関心タイプ」の特性を参考に、健康管理や受診・受療行動に関する意見や考え方について30項目を作成した。回答は“いいえ”(1)～“はい”(4)の4件法であった。

General Health Questionnaire-12（以下GHQ 12と略）：精神的健康度を評価するものであり、中川・大防（1985）によって日本語版に標準化されたGHQ-60の短縮版を用いた。項目内容は、健康状態についての12項目の質問で構成され、回答

は4件法で求められた。得点が高いほど精神的健康度が低いことを示す。

日本版HLC（主観的健康統制感）尺度：堀毛（1991）により病気や健康の原因に関する信念を測定する尺度を使用した。20項目からなる尺度で、「Internal」「Family」「Professional」「Chance」「Supernatural」の5因子で構成されている。回答は、“まったくそう思わない(1)～非常にそう思うの(6)”の6件法とした。

以上に加えて、フェイスシート項目として、性別、年齢、現在通院中の有無を尋ねた。

## 結 果

### 尺度項目の分析

受療行動尺度 全30項目について主因子法（プロマックス回転）による因子分析結果、固有値の推移及び因子の解釈可能性を考慮し、4因子を抽出した。因子負荷が.35に満たない項目が30項目中8項目あったことなどから、項目3、4、8、19、20、23、25、29を除外し、再度因子分析を行った。その結果、因子負荷が.30に満たない項目が22項目中2項目みられたので、さらに項目28、30を除外し20項目で再度因子分析を行った。固有値の減衰状況（3.37, 2.71, 1.66, 1.59, 1.22, 1.11…）と因子の解釈可能性から4因子を抽出した。第1因子には“体調不良を感じても大丈夫と様子を見ますか”などの項目が高い負荷を有し“病院受診回避”に関する因子。第2因子には“健康について相談できる人に治療方針について相談して決めますか”などの項目が高い負荷を有し“健康相談”に関する因子。第3因子には“健康のために規則正しい生活をしていますか”などの項目が高い負荷を有し“健康維持”に関する因子。第4因子には“医師への信頼はありますか”などの項目が高い負荷を有し“医師への信頼”に関する因子となった。当該因子のみに絶対値が.34以上の因子負荷を有する項目を当該因子の代表項目として採用し各下位尺度を構成した。なお各下位尺度の $\alpha$ 係数は $\alpha=.74$ ,  $\alpha=.65$ ,  $\alpha=.63$ ,  $\alpha=.57$ でいずれもある程度の信頼性が確認された（表1）

日本版HLC（主観的健康統制感）尺度 全20

表1 受療行動の因子分析結果

質問項目	因子				
	I	II	III	IV	
体調不良を感じても大丈夫と様子を見ますか	.69	.21	-.11	-.01	
病院へ行かなくても何とかなると思いますか	.63	-.12	.00	.14	
普段からあまり病院へ行きませんか	.62	-.09	.20	.06	
病院へ行くのは面倒だと思いますか	.57	-.08	.01	-.07	
目の前の仕事や用事を優先し病院受診は後まわしにしますか	.55	.14	-.01	-.10	
体調不良を感じたらまずは病院へ行きますか	-.44	.24	.13	-.08	
病院へは行きたくないと思いますか	.35	-.05	.26	-.12	
健康について相談できる人に治療方針について相談して決めますか	-.03	.56	.07	-.14	
病気について調べることでより良い治療に出会えると思いますか	.13	.56	-.02	.08	
身近に健康について相談できる友人はいますか	.03	.47	.00	-.01	
体調不良を感じたらまず自分で関連情報を調べますか	-.01	.42	-.04	.04	
身近に健康について相談できる医療従事者はいますか	-.14	.42	.07	.01	
病気について医師と相談しながら病気に向き合っていきますか	-.12	.40	.07	.23	
健康のために規則正しい生活をしていますか	-.03	-.11	.87	.08	
健康のために良いと思う食生活をしていますか	.02	.11	.73	-.04	
健康のために良いと思う運動をしていますか	.11	.13	.36	-.13	
医師への信頼はありますか	.00	.13	-.02	.70	
病院へ行く時間はありますか	-.21	-.12	.02	.62	
自分が十分に納得して必要があれば病院受診をしますか	.33	.10	.02	.43	
治療方針は医師にまかせますか	.05	-.02	-.07	.33	
因子間相関 ( $\alpha$ 係数)	I	(.74)	-.14	-.04	-.14
	II		(.65)	.25	.31
	III			(.63)	.27
	IV				(.57)

表2 HLCの因子分析

	因子					
	I	II	III	IV	V	
病気が良くなるかどうかは、周囲の温かい援助による	.84	-.09	.08	-.05	-.08	
病気になった時は、家族などの思いやりが回復につながる	.80	.05	-.03	-.05	.08	
病気が良くなるかどうかは、家族の協力による	.70	.05	-.05	.13	-.02	
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	.69	-.03	.08	-.04	-.09	
健康でいられるのは、家族の思いやりのおかげである	.68	.18	.00	.11	.08	
健康でいるためには、よく拝んでご先祖様を大切にするのが良い	.02	.89	-.05	-.04	-.04	
神仏に供養をして身の安全を頼むと、病気から守ってくれる	.07	.89	-.01	-.10	-.05	
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	-.09	.78	-.08	.05	-.04	
健康でいられるのは、神様のおかげである	.11	.57	.15	.07	.07	
先祖の因縁などによって病気になる	.07	.40	.10	-.02	.01	
病気がどのくらいで良くなるかは、時の運だ	.12	-.13	.91	-.09	-.03	
病気が良くなるかどうかは、運命にかかっている	.12	-.02	.75	.04	.02	
健康でいられるのは、運が良いからだ	-.19	.23	.49	.11	.07	
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	-.09	.17	.44	.15	-.01	
病気になるのは、偶然のことである	-.04	.04	.28	.18	.10	
病気がどのくらいで良くなるかは、医師の判断による	.04	-.08	-.10	.77	-.05	
病気がどのくらいで良くなるかは、医師の腕しだいである	-.01	-.09	.26	.71	-.07	
病気がどのくらいで良くなるかは、医師のちからによる	.01	-.06	.11	.59	-.01	
健康でいられるのは、医学の進歩のおかげである	.13	.07	-.17	.49	.05	
具合が悪くなくても、医者さえいれば大丈夫だ	-.15	.23	.01	.47	.02	
私の健康は、私自身で気をつける	.04	-.14	-.12	.16	.71	
健康でいられるのは、自分しだいである	.00	.02	.12	-.24	.65	
病気が良くなるかどうかは、自分の心がけしだいである	.14	-.02	-.07	.09	.65	
病気が良くなるかどうかは、自分の努力しだいである	-.13	.12	.10	-.09	.61	
健康でいるためには、自分で自分に気配りすることだ	-.09	-.08	.02	.01	.59	
因子間相関 ( $\alpha$ 係数)	I	(.86)	.22	.10	.17	.34
	II		(.84)	.43	.34	.16
	III			(.75)	.29	.06
	IV				(.75)	.13
	V					(.77)

項目について主因子法（プロマックス回転）により因子分析した。固有値の減衰状況（5.52, 3.24, 2.15, 2.09, 1.70, 1.33, 1.05…）と因子の解釈可能性から5因子を抽出した。第1因子には“病気がよくなるかどうかは、周囲の温かい援助による”などの項目が高い負荷を有し“周囲の援助”（先行研究の対応から以下Familyとした）に関する

因子。第2因子には“健康でいられるためには、よく拝んでご先祖様を大切にするのがよい”などの項目が高い負荷を有し“御仏との関わり”（以下Supernaturalとした）に関する因子。第3因子には“病気がどのくらいで良くなるかは時の運だ”などの項目が高い負荷を有し（以下Chanceとした）に関する因子。第4因子には“病気がど

れくらいで良くなるかは、医者判断による”などの項目が高い負荷を有し（以下Professionalとした）に関する因子。第5因子には“私の健康は私自身で気をつける”などの項目が高い負荷を有し“自分自身の力”（以下Internalとした）に関する因子となった。“病気になるのは、偶然のことである”は.28と絶対値が低かったが既存の因子項目と同様のものを当該因子の代表項目として採用し各下位尺度を構成した。なお各下位尺度の $\alpha$ 係数はSupernaturalで $\alpha = .84$ , Familyで $\alpha = .86$ , Internalで $\alpha = .77$ , Chanceで $\alpha = .75$ , Professionalで $\alpha = .75$ いずれも高い信頼性が確認された（表2）。この結果は、先行研究の堀毛（1991）、村瀬・斎藤（2013）の因子分析結果と比較すると、因子負荷量に異なる部分がみられ、同様の項目順位とはならなかったが、下位尺度分類は同様の結果が示された。

**精神的健康度GHQ-12** 福西（1990）のcut-off point $3/2$ を用いてGHQ合計得点が2点以下なら健康、3点以上なら不健康とする。GHQ-12平均値は4.40（SD=3.15）点であった。2点以下の健康な人は34.76%（73/210）3点以上の不健康な

表3 GHQ-12得点の累積度数分布

得点	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
0	21	10.00	10.00	10.00
1	20	9.52	9.52	19.52
2	32	15.24	15.24	34.76
3	26	12.38	12.38	47.14
4	14	6.67	6.67	53.81
5	22	10.48	10.48	64.29
6	19	9.05	9.05	73.33
7	18	8.57	8.57	81.90
8	14	6.67	6.67	88.57
9	7	3.33	3.33	91.90
10	7	3.33	3.33	95.24
11	8	3.81	3.81	99.05
12	2	0.95	0.95	100.00
合計	210	100.00	100.00	100.00

人は65.2%（137/210）であった（表3）。

**受療行動、HLC、健康度の関係**

**受療行動とHLC** 受療行動の4つの下位尺度とHLCとの相関関係を示したものが表4である。

Internalな人は病院回避、健康相談をする傾向がみられ、Familyな人は健康相談をする傾向がみられ、Professionalな人は医師への信頼をする傾向がみられた。

**健康度と受療行動・HLCの比較** 健康な人とそうでない人に受療行動下位尺度とHLC下位尺

表4 受療行動尺度下位尺度とHLC下位尺度との相関関係

	健康相談	健康維持	医師への信頼	FAMILY	SUPERNATURAL	CHANCE	PROFESSIONAL	INTERNAL
病院受診回避	-.070	.132	-.052	.089	-.104	-.055	-.046	.209**
健康相談		.226**	.247**	.202**	.134	-.028	.128	.164*
健康維持			.124	.126	.034	-.095	.008	.008
医師への信頼				-.002	-.102	-.078	.195**	-.046
FAMILY					.258**	.147*	.184**	.265**
SUPERNATURAL						.432**	.282**	.096
CHANCE							.318**	.084
PROFESSIONAL								.080

\* $p < .05$  \*\* $p < .01$

表5 受療行動下位尺度とHLC下位尺度と健康度・通院有無の平均値と標準偏差

	GHQ				通院			
	GHQ 2	n	GHQ 3	n	有り	n	無し	n
病院受診回避	2.85 (0.43)	73	2.87 (0.46)	137	2.77 (0.49)	38	2.88 (0.44)	172
健康相談	2.62 (0.51)	71	2.53 (0.61)	136	2.70 (0.52)	38	2.53 (0.58)	169
健康維持	2.39 (0.73)	73	2.19 (0.70)	136	2.30 (0.77)	38	2.25 (0.71)	171
医師への信頼	3.10 (0.50)	73	2.94 (0.56)	137	3.16 (0.44)	38	2.96 (0.56)	172
FAMILY	22.42 (3.93)	73	20.95 (4.26)	136	20.47 (4.67)	38	21.68 (4.07)	171
SUPERNATURAL	12.66 (4.87)	73	12.89 (5.60)	137	12.50 (5.36)	38	12.88 (5.36)	172
CHANCE	17.16 (4.60)	70	16.97 (4.70)	137	16.41 (5.47)	37	17.17 (4.47)	170
PROFESSIONAL	19.33 (3.55)	72	19.53 (3.80)	137	19.92 (2.87)	38	19.36 (3.87)	171
INTERNAL	23.83 (3.20)	72	23.55 (3.54)	135	24.03 (2.89)	38	23.56 (3.53)	169

( )内はSD

度に差がみられるかどうかを確認するために、GHQ-12得点を2/3点間にcut-off pointを設定し、健康度の高い群と低い群に分けてt検定を行った。その結果、健康維持因子、医師への信頼因子、Family因子に有意な差がみられた（健康維持因子： $t(207)=1.92$ ,  $p<.10$ , 医師への信頼因子  $t(208)=2.05$ ,  $p<.05$ , Family： $t(207)=2.45$ ,  $p<.05$ ）。

また、現在通院中の有無に分け、受療行動下位尺度とHLC下位尺度に差がみられるかどうかを確認するためにt検定を行った。その結果、健康相談因子、医師への信頼因子に有意な差がみられた（健康相談因子； $t(205)=1.70$ ,  $p<.10$ , 医師への信頼因子  $t(208)=2.10$ ,  $p<.05$ ）表5。

## 考 察

本研究では、受療行動タイプ分類をするための尺度項目を作成し、既存のHLCとGHQとの関連を検討した。受療行動タイプ分類は「病院受診回避」「健康相談」「健康維持」「医師への信頼」の4因子に分かれた。しかしながら、第1因子の「病院受診回避」は病気に対して無関心な人と、病気になっても受診を後回しにしてしまう人が同じタイプに混在しているようである。病気に対する健康意識の低さと何かの理由があって病院受診を後回しにしてしまうということは別の問題であると考えられる。板垣・荻原ら（1997）によると、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全ての行動である保健行動を低下するのは健康状態がよいと自覚していること、年齢が50～64歳の壮年期、仕事をもっていること、男性であること。とされている。今回の質問紙項目ではこれらの保健行動の段階を考慮しておらず、積極的な病院回避と理由に基づく病院回避が分けられなかった原因と考えられる。HLCと受療行動下位尺度との相関からも、Internalな人が受療行動下位尺度の病院受診回避と健康相談因子に正の相関を示していた。“私の健康は私自身で気をつける”など自分自身の力であるInternalが健康維持因子とは無相関であった。健康を維持するためのInternalではなく、病気に

なったらInternalに行動するという傾向があると捉える事ができる。今回調査対象者が大学生のみであったため、保健行動を優先しやすい人が対象となっていること、持病を持っている人が少ないことから健康維持についての意識の差がでなかった可能性が考えられる。

また、通院している人は健康相談因子と医師への信頼得点が高い傾向がみられている。しかしながら、健康相談因子には、相談できる人がいる、自分で病気について調べる、医療者に相談するという相談する方法が混在しているため、医療者を十分活用しているのかどうかという判断は困難である。また、現在通院している人はその医師を信頼して治療をしていると考えられるため、医師を信頼しているから得点が高くなると考えられる。通院していない人が受療行動因子とHLC因子に差を見出せなかったことは今後の課題と考えられる。

GHQ-12は先行研究をもとにcut-off point3/2を利用して精神的健康度の分類を行ったが、3点以上の不健康な人は65.2%と半数以上みられているため、cut-off pointをいくつにするかを検討しなおす必要性があると考えられる。

このように、受療行動は4因子に分類され、一部のHLCやGHQ-12と関連性が示されたが次のような改善が必要である。今回の受療行動分類からは、治療を自己中断する危険性がある病気無関心タイプを見いだせなかった点や、治療していない人がどのような受療行動と関連があったかを見いだせなかった。小林（2002）は、生活習慣を改善することにより、疾患の発症や進行が予防でき、疾患の早期発見・早期治療に力を注ぐだけではなく、健康的な生活習慣を確立することにより、疾患の発症そのものを予防すること、すなわち「健康増進・発症予防」をはかることも、今後の保健医療の大きな課題である。と述べている。患者が賢く病院受診を行うこと、医療者を活用する方法を詳細にすることは、受診中の患者が治療を自己中断しないよう医療者から指導することができる。また、通院していない人にどのような受療行動タイプがあるのかを詳細にすることで、病院受診した時の医療者のアプローチ方法を個人に合わせる

ことができる。受療行動タイプ分類によって、患者は医療を賢く利用でき、健康を維持するための日常生活を送ることができるようになり、生活の質を向上することが可能になると考えられる。よって今後は受療行動内容を詳細にし、さらなる分類ができるようにする必要性が示唆された。

### 引用文献

- 福西勇夫(1990). 日本版 General Health Questionnaire (GHQ) のcut-off point 心臨臨床 3(3), 228-234
- Goldberg, D. P., & Hiller, V. F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- 堀毛裕子(1991). 日本版Health Locus of Control 尺度の作成 健康心理学研究, 4, 1-7.
- 市川奈緒美・谷口敦夫・山中寿(2013). 来院中止した痛風患者の臨床的特徴 痛風と核酸代謝, 37(1), 9-15.
- 板垣恵子・荻原晴美・小林敦子・杉山敏子・渡邊裕美・寺島美紀子・石田真知子・山崎登志子・柏倉栄子・伊藤尚子・庄子由美(1997). 50歳以上の人々の保健行動 東北大医短部紀要, 6(1), 35-40.
- 小林秀幸(2002). 標準看護学講座1巻<社会保健制度と生活者の健康>医療学総論-ケアを科学する- 広井良典(編) 金原出版株式会社 pp28-39.
- メディカルライフ研究所(2013). 受療に関する意識・行動をもとに、生活者を6つのタイプに分類  
[http://www.medicallifelab.jp/cont/pdf/release\\_20130912.pdf](http://www.medicallifelab.jp/cont/pdf/release_20130912.pdf), 2014.11.12
- 村瀬英子・斎藤和志(2013). 自発的健康管理と健康観および性格特性との関連性 愛知淑徳大学論集-心理学部篇-, 4, 49-57.
- 中川泰彬・大坊邦夫編(1985). 日本版GHQ精神健康調査票手引 日本文化科学社
- 中山和弘・岩本貴(2013). 患者中心の意思決定支援-納得して決めるためのケア 中山和弘(編) 医療における意思決定支援とは何か 中央法規出版株式会社 pp11-42.
- 鶴田来美・野尻雅美・宮崎有紀子・中野正孝(2000). 地域住民の保健行動と行動特性に関する研究日健医誌, 9(1), 38-44.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S., & Devellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- 渡辺正樹(1985). 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, 299-307