

研究課題	労働者の生活習慣病予防のための健康サポート機能の検討 — 健康意識と検診結果のギャップに焦点を当てて —
研究代表者	初 鹿 静 江（人間学研究科博士後期課程福祉・臨床心理学専攻）

I. 研究の目的

平成 20 年度から開始された特定健診・特定保健指導は、生活習慣病の予防により中長期的な医療費の増加を抑える¹⁾ことを目的としている。しかし、生活習慣病予防のための保健指導が従来から行われてきたにもかかわらず、糖尿病をはじめとする生活習慣病の数は企業内でも減少は見られていない。全国的にも平成 17 年度には生活習慣病の死亡率は 58.3%と高く²⁾、死因の約 6 割を占めている。

そこで、本研究は、特定健診結果を踏まえたより効果的な特定保健指導のあり方を探ることを全体の目的としている。そのため、まずは、現状の健康診断結果と日常生活習慣の実態および健康を維持したいという本人の思い（主観）がどのように絡み合っているのか現状を分析し、従来から行われてきた保健指導の問題点を明確にする必要がある。

また、人々が主観的な健康感に基づき幅広い健康的な生活習慣作りを行っているとするならば、健康の概念は、ライフステージの中で生じる様々な物語 Narrative から形成される³⁾ことが示唆される。したがって、本研究は、健康という概念が個々どのように形成されていて、それが健康行動にどう影響しているかを模索し、それに基づく適切な行動変容の支援を具体的に検討していくことを目的とした。

II. 研究の経過

1. 量的調査の実施：

健診結果とアンケート調査結果の分析

一 (1) 調査の概要

平成 18 年度に生活習慣および健康感に関するアンケート調査を実施、健診結果と結合した。健康診断実施者は約 4500 件、アンケート回収は約 1500 件、うち有効回答 1132 件、健康診断結果と結合した有効データは 1055 件であった。

(2) 健康診断結果内容(データとして取り込んだ内容)

①年齢 ②性別 ③検査結果数値 (BMI・血糖値・中性脂肪・HDL コレステロール・ γ -GTP・GOT・GPT・尿酸・最低血圧値および最高血圧値) ④総合判定 A～G (A 異常なし、B 有所見著変なし、C 要経過観察、D 要再検、E 要精密検査、F 要受診、G 治療継続)

(3) アンケート対象者

A 保険組合に所属している A 企業の職員 2000 名

(4) アンケート実施調査期間

平成 18 年 4 月～18 年 12 月末日

(5) アンケート調査実施方法

個人情報厳守した記名自記式調査用紙の社内便による郵送

(6) アンケート調査内容

1) 食生活習慣について 10 項目 4 件法

2) 運動習慣を含めた日常生活活動 10 項目 4 件法
(その他通勤時間、運動の内容と時間)

3) 喫煙習慣

4) 健康感 4 件法 (自分の健康状態を好調と思っているか)

5) 精神健康状態の指標 (GHQ) 12 項目 4 件法

(7) 調査結果の分析方法

1) 属性などの単純集計

2) 健康意識(主観的健康)と健診結果(客観的健康)が一致していて健康について正しく認識しているかについて仮説を立て分散分析 (ANOVA) により検証する。
①健診結果を健康群 (A・B)、不健康予備群 (C・D・E)、不健康群 (F・G) の 3 群に分類し、それぞれについて主観的健康が好調・不調によって健康行動の格差をみる。主観的健康感は、「自分の健康状態を好調だと思う」「やや思う」を『好調群』、「自分の健康状態をあまり好調だと思わない」「思わない」を『不調群』に分類した。

次の仮説を設定し検証する。

仮説：健康意識 (主観的健康度) が高くても健康行動をとっているとは限らず、生活習慣病の予防には繋がらない。

②健診結果や主観的な健康度に影響を与える要因を探る。因子分析や相関係数によって影響を与えている関連要因を分析し、健康結果あるいは健康感によって生活習慣や精神的状態がどのように連関しているかを検証する。

2. 質的調査の実施（聴き取り調査・先行研究調査・分析を実施する）

（1）質的調査の概要

健康状態が不健康予備群（客観的健康診断結果が要経過観察・要再検・要精査）に該当する労働者を対象に、健康概念のナラティブを聴き取る。その内容を分析し、労働者の労働と生活環境の狭間で健康をどうとらえているか、健康理論と実際の相違点や共通点を明確にする。そして、特定保健指導を視野に入れた健康回復・維持するためのより効果的な保健指導のあり方を探る。

（2）質的調査の対象

直近の健康診断結果が要経過観察・要再検・要精査指摘されている労働者 20 名について実施予定。23 年 3 月現在 12 名実施。

（3）質的調査の研究手法

「健康という概念」についてのナラティブの聞き取り。1 回の聞き取り時間は 40 ～ 60 分。

健康に対する考え方、思い、行動等をインタビューガイドを基に自由に語ってもらう。

（4）ナラティブデータ分析法についての文献による理解と整理

（5）ナラティブデータの分析の実施

3. 先行研究の調査

量的調査に関する先行研究レビュー、主に、特定健診・特定保健指導および健康感に関する先行文献の整理。質的調査に関する先行研究レビュー主に保健行動、健康保持・増進、行動科学に関する文献、先行研究の整理と理解。

4. 健康理論・行動理論の研究調査

特定健診・特定保健指導の理解と整理、トータルヘルスプロモーション・労安法における保健指導の理解と整理。健康理論・行動理論の理解と整理。

Ⅲ. 研究の成果

1. 量的研究の成果

（1）主観的健康と健康行動

分散分析の結果は、健康レベルにかかわらず、主観的健康が【好調群】は、食生活・日常生活習慣の総合得点が有意に高く、予防行動をとっている可能性が高いことがわかった。また、精神的健康状態(GHQ)も【好調群】が、いずれの健康レベルにおいても不調群より良い状態（GHQ の場合は有意に低い）であることが実証された。

主観的健康感が高い【好調群】は規則正しい食習慣と食べ方や食べるもの、そしてアルコールの飲みすぎなどにも留意していることが結果から窺えた。池田⁴⁾らの労働者の主観的健康感に影響する生活習慣の研究でも 3 食をきちんと取り、間食や外食・インスタント食を控えている栄養バランスが取れている人ほど健康感が高いという結果が得られている。また、日常生活活動についても有意差があったことから、健康感が高い人は定期的に運動をして、できるだけ階段を使って歩くように留意しているとともに、多くは十分休養も取れており、心身ともに安定しているのではないかと予測される。

しかし、逆に考えると「不健康レベル」であっても自分の健康が好調群であると思っている人は、積極的に良い生活習慣行っているにも関わらず、健診結果が悪く改善していないことになる。主観的健康度と客観的健康度のズレが大きい人は健康度が低く、問題を抱えやすいとも⁵⁾言われている。保健指導の参考にするデータとして、本人の感じている事、言っている事だけに耳を傾けるだけでは限界があり、客観的な結果とのズレを発見することが大切である。

杉澤らは⁶⁾、主観的健康観による健康度自己評価は、対象者自身が念頭に置く健康像によってその評価が異なると述べている。また、島内は⁷⁾、人々は主観的な健康観に基づき幅広い健康的な生活習慣づくりを行っているから、ライフコースの中で生じる人々の様々な日常経験や物語 Narrative Based Medicine (NBM) の視点から形成している主観的健康観も明らかにしなければならないと述べている。それに加え、自らを健康であると評価するには、日常生活活動だけではなく、精神的な安定が重要であると五十嵐⁸⁾は述べている。

これらの説によれば、健康像すなわち主観的健康感が先にあり、精神的に安定もしているからこそ、ポジティブな気持ちが良い行動へと繋げているように解釈

するのが自然のようである。島内の言う NBM の視点から主観的健康が形成されていくとすれば、その人の成育歴やまさにその人の人生の物語の中に行動を変えていく何かがあることを発見できる可能性がある。したがって、どう「健康感」が形成されていくかを聞き取り調査で探求していくことが今後の課題である。

(2) 今後の調査へ与える方向性と仮説

『健康群』から『不健康予備群』、『不健康群』に移行するに従って、【健康感】と生活習慣・精神健康状態との相関関係が増えている。これは、健康レベルごとの生活習慣因子と精神健康状態の相関関係は、【健康感】との連関が強く、特に精神的健康状態との相関係数がどの健康レベルにおいても一番高いことが認められたことである。

また、【血糖値】や【BMI】などの客観的な健診結果であっても【健康感】との弱い相関関係が認められた。このことは、客観的な健診結果を改善するために健康感のような自覚的な部分に働きかけることによって何らかの効果が得られるかもしれないことが示唆されたと考える。これに関し、米国の国立職業安全保健研究所においても「健康職場モデル」を呈示⁹⁾し (Sauter, Lim, & Murphy, 1996)、企業では従業員の健康に悪影響を及ぼす要因の検討だけではなく、自覚している健康や満足感を上昇させるための要因をも検討することが重要であることを指摘している。

2. 質的研究の成果

(1) 病気予防行動と予防保健行動

自覚は、身体の不調に起因する「病気予防行動」と無自覚であった健康意識が健診などで変化する「予防保健行動」をひきおこす。

健康行動は、自分に起こっている健康上の問題点を適切に【自覚】することから始まると考えられる。自分の健康状態をはっきり自覚すると同時に【動機】が作用して健康行動へと繋がっている。ABC の健康行動の起こり方を比較してみると、A の場合、現在自覚している健康状態で心配なことは、鼻炎や頭痛であり、この症状【自覚】を和らげるため【動機】に点鼻薬や薬を飲むという行動を起こしている。また、C は一番心配している腰の痛み【自覚】を軽減するため【動機】に腹筋を鍛えたり、ストレッチなどの行動を起こしている。2 人はこの自覚症状を軽減するために行動を起こしており、このような行動は、病気になっていると感じ、その状態から回復するために病気や症状に対処しようとする病気対処行動であると言える。保健行

動には、この病気対処行動の他に予防的保健行動がある。B の場合は、健診結果の危険信号と問題点の【自覚】であり、健診結果が悪かったことが【動機】となり、それにいくつか別の動機が加わって健康行動が起こっている。この B の場合は、自覚症状はなく、病気にはなっていない段階である。このように病気に繋がる行動を避けたり、予防措置をとったり、病気の早期発見を行おうとするあらゆる行動が予防的保健行動であり、生活習慣病予防は予防保健行動を意味する。

ABC の健康問題の自覚と保健行動を分類してみると、病気対処行動は病気や症状を回避するために起こり易く、予防的保健行動には、また別の動機が必要不可欠であると考えられる (表 1)。

表 1 自覚と行動化

A	①鼻炎・頭痛【自覚】→病気対処行動【行動化】
	②中性脂肪高値【自覚】→予防的保健行動【否認】【挫折】
	③高血圧傾向【無自覚】→予防的保健行動【否認】
B	健診結果【自覚】→予防的保健行動【行動化】
C	①腰痛【自覚】→病気対処行動【行動化】【継続】
	腹囲 96cm【自覚】→予防的保健行動【行動化】

(2) 自覚と動機が深く根付くモデルと挫折・否認に移行するモデルがある。

自分の健康状態を【自覚】し、自覚した内容がそのまま【動機】(A は鼻炎、B は健診結果、C は腰痛)となるだけではなく、他に様々な動機が重なった場合に健康行動は起こりやすくなると考えられる。B の予防的保健行動の場合は、健診結果が危険水域であるという問題点を自覚し、そのことが【動機】にもなり、義母の脳梗塞(家族が反面教師)という現状が一層【自覚】を強めたと考えられる。そして、(自分に何か起こって家族に迷惑をかけたくない)気持ちと(他人から肥ったなどの言動・行動が気になる)の 4 つの動機が同時に重なり、行動が起こったと言える。

この行動が起こっていく過程について、Prochaska¹⁰⁾らによるトランスセオレティカルモデルでは、次の 5 つのステージがあると提唱されている。①「無関心期: 6 か月以内に行動を起こそうという気がない」②「関心期: 6 か月以内に行動を起こそうという意図がある」③「準備期: 1 か月以内に行動を起こそうという意図がある」④「行動期: 行動変容して 6 か月以内」⑤「維持期: 行動変容して 6 か月以上」このモデルによると B は「行動期」であると言える。

これを A にあてはめてみると、A は過去に、中性脂肪が高かったことから、健康行動の必要性を自覚し、

いろいろな健康行動を行ってみたが、【動機：友人の言動や行動】に左右されることが多く、【否認：無理してまではやらない】に転換し、面倒になったり、余裕がなくなったりして止めるという【挫折：諦めてしまった健康行動】内容を繰り返してきている。また、直近の健診結果の高血圧傾向については、父も血圧が高かった【動機：家族が反面教師】ことから、健康行動を起こす有力な動機になり得るはずだが、30代と若いことや家庭を持っていないことなどから重大性を【自覚】するには及ばず、現在も高血圧の予防行動は起こっていない。しかし、「また何かを始めたいという気持ちはある。今すぐという訳でもないけど、いずれはやりたいなと。」という行動意識があることから、「関心期」もしくは「準備期」にあたると考えられる。

Cの場合は、【動機：痛みの緩和】は、肥らないように体重を維持しようとしてきた病気対処行動であり、また、父親の脳梗塞【動機：家族が反面教師】は、行動継続の動機になっている。そして、直近の健診では腹囲が96cmと正常値の85cmをオーバーしていた【動機：健診結果】ことを【自覚】しており、このことは病気対処行動のみならず予防的保健行動へも繋がる行動になっており、結果的に生活習慣病予防にも重要な役割を果たしていることが分かる。これらのことからCは「維持期」と言える。

生活習慣病予防のための予防的保健行動について焦点を絞ると、BとCについては、「行動期」「維持期」であるため、行動変容させるための保健指導は必要ないと考えられ、社会的・環境的支援、セルフモニタリングやソーシャルサポートが必要である¹¹⁾。しかし、「関心期」あるいは「準備期」にあるAには、高血圧傾向を自覚させるような働きかけをしなければならない。そのためには、このステージでの特定保健指導は、必要不可欠である¹²⁾。

(3)否認・挫折の繰り返しから行動継続につなげるものは自己効力感(Self - efficacy)ではないか？

Bは、過去にジョギングやウォーキングを実施して大変な割に効果がなかったことを経験している。しかし、今回は「まさかそんな効果あるとは思わなかったです。」「1か月大体1キロ。ほんとに体重減っていくのは徐々になんですけど、それがかえっていいのかもしれないですね。」と効果が出ていることを繰り返している。効果が思った以上に出了ことが喜びや自信に繋がり行動継続を促したと言える。それに加え、行動が起こる前には、否認と挫折も経験し、以前の行動と比較しても手軽で効果的であったため、自己効力感

(Self - efficacy)が高まり、行動維持へと繋がったと考えられる。

個人の意識レベルの高揚が健康行動に重要であることは、前調査で導出されたが、「行動期」を維持するためには、自己効力感(Self - efficacy)が重要であることは社会的認知理論でも論じられている。自己効力感(Self - efficacy)とは、人がある行動をうまく遂行することができるかどうかの確信の程度であり、その知覚されたSelf - efficacyが強ければ強いほど、課題に対し活動的に努力することができるとされている¹³⁾。セルフエフェカシーの形成に影響する要因として、①遂行能力についての情報、②情報、代理的経験についての情報、③言語的説得についての情報、④感情的覚醒についての情報の4つの情報源をあげている。遂行能力についての情報は、過去に似たような行動をうまくやることができた経験のことを指しているが、Bの場合、過去に失敗した経験が、今回の成功経験と比較することで、自己効力感を高めたと考えられる。

その他、代理的体験についての情報とは、人がうまくやれるのを見て自分でもやれそうだと思うことであり、Aは、他人の言動や行動に左右されていたが、これらも自己効力感を高めるためには重要な情報源であり、Aは的確な情報提供の保健指導次第で行動化に繋がると予測される。Cの場合は、長い間行動を維持してきたことで、生理的状态について十分理解していることもあり、「馬鹿みたいにやらない」という自己制御も自己効力感に繋がっていると言えるのではないだろうか。

(4)行動特性とパーソナリティ（誰かのためにという意識が重要）

予防的行動に積極的な人の背景は、大きく2つに分けることができること¹⁴⁾が知られている。1つは、入院経験が多かったり病気を体験したりしている病気に対する脆弱感を持っていることに加え、自らの健康問題を含むあらゆる問題の解決に積極的に対処する精神を持っているタイプであり、3人のうちのCがこのタイプではないだろうか。Cは、20年前から腰痛の恐れから予防的な行動を始めており、無理しないでほどほどにやるということが継続に繋がっていると思われる。それに加え、Cは腰痛であるにもかかわらず、スキーや登山なども積極的に行っている。Cの場合、もともとが、抱えた問題に対する吟味力があり、積極的な対処手段をとるといった行動特性の持ち主であるといえる。仕事や家族や趣味など生きがいをいろいろ持っていることが、十分な睡眠、バランスのとれた食事の工

夫や適切な運動などの健康行動を促すという優位な直接効果があることが報告されている¹⁵⁾。Cのこのような行動特性は、健康行動の継続に相乗効果をもたらすと考えられる。

もう1つは、家庭などの人間関係が良好で、自分が病気になることで相手に迷惑のかかることを避けようと意識し、日頃から問題や悩みに積極的に対処するタイプであり、Bがこのタイプに相当すると考えられる。Bが健康行動をはじめたきっかけの1つとして義母の健康状態が大きかったと言える。「健康と家族ですからね、やっぱり大事なものは。」という言動は、重要他者(妻)に将来迷惑かけたくないと思うBの気持ちが健康行動を促進させたと考えられる。

(5)健康行動を支えるものはメンタルヘルスでは？

Bは、「健康に近いけど？メンタルな部分でいろいろあるところですから。そっちの方面で。もっと鍛えなければいけないとは思ってますけどね。」という言動からメンタル面を鍛えることでこのストレスを切り抜けようと二次評価(自分はどの程度うまく対処することができるか)していると考えられる。現実にはBは「逆に、メンタル落ち込んでたとしても(運動)やりますね。それの方が逆にメンタルもよくなってくるっていうかね、保てるってこともありますから」という言動から、身体的な健康を改善することによって、精神的な健康レベルを保とうとしている様子が窺えた。

量的調査結果では、精神的に安定しているから健康行動も良い状態が保てるのか、良い健康行動を行っているから精神的健康が保持できているのか相関係数だけでは因果関係がはっきりしなかった。Bの今回の状況は明らかに後者であることが分かる。社会認知理論の経験的・行動変容の過程¹⁶⁾では、おそらく行動置換により、落ち込んでしまう精神状態の代わりになる簡単な毎日できる運動を生活に取り入れることで、気持ちが落ち込まないように代替行動をしていると考えられる。これは、主体となるストレスそのものを取り除くことができないと分かっていることから、ストレスに対する感じ方や考え方を換えようとする情動焦点コーピング¹⁷⁾と同じような働きかけであると思われる。このようなことから、メンタル面で症状があったとしても気分転換で健康行動を行いながら症状を改善させ、充実した健康増進への良循環となることもあることがBの例から実証できたと考えられる。

IV. 研究の課題と発展

これまでの質的調査野分析から、今後の課題として以下の4点が挙げられた。

1. 健康行動を開始するには「自覚」が必要。それは教育できない。自覚をいざなうのは体調による、「病氣予防行動」と、無自覚であった健康意識が検診などで変化する「予防保健行動」がある。その複数の組み合わせもある。今後も分析を深めたい。
2. 自覚と動機が深く根付くモデルと挫折・否認に移行するモデルがあるようであるが、挫折・否認を乗り越えさせるには自己効力感(Self-efficacy)が関わっているようである。
3. 健康維持行動には「大切な他者」の存在が重要であるようである。
4. 健康行動を基底から支えるものは健全なメンタルヘルスの存在である。

この仮説を基に、適切な「保健指導」のタイミングと有効な保健師の介入とは何かをさらに分析していきたい。

引用文献

- 1) 東史人；特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き,2007年,p19
- 2) 死因の概要,国民衛生の動向,財団法人厚生統計協会,2008年第55巻第9号p49,79
- 3) 島内憲夫「人々の主観的健康観の類型化に関する研究」,順天堂医学,53,2007年410-419頁
- 4) 池田和子他；労働者の主観的健康感に影響する生活習慣,保健師ジャーナル,Vol64, No.6,p542-647,2008年.
- 5) 杉澤秀寛；健康度を測る——そもそも健康度をどう定義する？へるすあっぷ,3,p11-15,2005年.
- 6) 杉澤秀博,杉澤あつ子；健康度自己評価に関する研究の展開 - 米国での研究を中心に. 日本公衆衛生学雑誌,42(6)p366-367,1999年.
- 7) 島内憲夫；人々の主観的健康観の類型化に関する研究——ヘルスプロモーションの視点から - 順天堂医学,53(3),p410-419,2007年.
- 8) 五十嵐久人,飯島純夫；労働者の生活習慣と主観的健康感,
- 9) 島津美由紀；満足感と健康,小杉正太郎編；ストレスと健康の心理学,朝倉店,p70-77,2007年.
- 10) Prochaska,J.O.,Diclemente,C.C.,Norcross,J.C., Insearch of how people change:applications

- to addictive behaviors.,The American Psychologist47, 1992,pp.1102-1114
- 11) 松本千明「健康行動理論の基礎」、医師役出版株式会社、2009 年、6-7 頁
 - 12) 松下明「対象者の行動変容をどう手助けするか——行動変容のステージ別対応を中心に——」へるす出版生活教育、46（4）、2000 年、14-20 頁
 - 13) Bandura,A、Self - efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review,84,1977,pp.191-215
 - 14) 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、2010 年、129-130 頁
 - 15) 前掲載 17) 128 頁
 - 16) 山口光明「健康行動変容の社会的認知モデル」、安田女子大学大学院文学研究科紀要、第 6 集、2001 年、141-158 頁
 - 17) 前掲載 13) 48 頁