

健康行動変容をサポートする

—— 特定健診・特定保健指導というスキームに焦点をあてて ——

初 鹿 静 江

I. はじめに

近年日本人の生活習慣の変化や高齢化の急速な進展に伴い、がん、心疾患、脳血管疾患、糖尿病等の生活習慣病の有病者が増加している。そして、平成19年の死因別死亡割合で生活習慣病が全死亡の約6割を占め、国民医療費に占める生活習慣病の割合は33.4%となっている¹⁾。また、平成19年国民健康・栄養調査によると、生活習慣病発症前の段階である内臓脂肪型肥満症候群（以下メタボリックシンドロームと記述する）が強く疑われるものと予備群と考えられるものを合わせた割合は男女とも40歳以上で高く、男性では2人に1人、女性では5人に1人の割合に達していることがわかった²⁾。このような状況から我が国では、生活習慣病対策が喫緊の課題となった。そして、生活習慣病を予防して有病率を減らし医療費を削減することを目的に、平成20年から40歳以上のメタボリックシンドローム診断基準に該当する中高年層を対象にした特定健診・特定保健指導が開始された。この特定健診・特定保健指導は、老人保健法が高齢者の医療の確保に関する法律に改められ³⁾、地域（老人）保健、職域保健、学校保健（学校教職員対象）、医療保険でそれぞれ行われていた健康診断内容が統一され、一律に同じ法律の下に同じ方法・内容で健康診断・保健指導を行うというものである。

厚生労働省は、特定健診・特定保健指導の実施を保険者に義務付けた。健康管理は、心とからだの両面からの支援が重要である。特定健診・特定保健指導の考え方は、内臓脂肪蓄積の程度と健診数値のリスク要因の数に応じて客観的数値で区切り、客観的数値の改善で評価するため精神保健上の配慮に

欠けていると考える。

また、特定保健指導は、本人の意欲を重視し、強要・強制ではなく、行動変容のステージに着目している。この方法は、既に行動をおこす意思（行動準備）のある人は、保健指導の効果が期待できる。しかし、これは意欲のある人への支援であり、健康行動に意欲のない対象をどうサポートしていくかが課題となる。

筆者は主観的健康と客観的健康は異なると捉えている小泉の考え方に同意見であり⁴⁾、客観的健康（健診結果）および主観的健康観と健康行動の関係について調査・分析を行う必要があると考えている。健康観のような自分の状態の主観的な評価のありかたは、より全体的な健康状態を捉えるためにも大切な見方であり⁵⁾ これまでの研究でも健康行動変容を促す原動力は、様々な人間関係⁶⁾ や社会⁷⁾・環境的⁸⁾ な事象と、本人の生への思い・考え方といった主観的なものが複雑に絡んで影響しているとする報告は多い。

対象者一人ひとりの健康像は、その人の考えや現在おかれている状況あるいは生育歴によっても異なり、千差万別である⁹⁾。また、人々の健康的な生活習慣の形成は、科学的な根拠に基づく医療行動 Evidence Based Medicine (EBM) によってつくられているのではなく、ライフコースの中で生じる人々の様々な日常的経験やおのおの物語からつくられる医療行動 Narrative Based Medicine (NBM) によってつくられていると斉藤は論じている¹⁰⁾。そして、島内は、健康生活習慣を支援するシステムを構築するためには、人々がNBMの視点から形成している主観的健康観を明らかにしなければならないと述べている¹¹⁾。それに加え、自らを健康であると評価するには、精神的な安定が重要であると五十嵐は述べている¹²⁾。これらの考え方を参考に本研究に取り込むこととした。

二 II. 研究目的

本研究では、特定健診結果を踏まえた健康行動変容への支援について、従来の強要・強制のやり方では効果が上がらなかった保健指導をどうしたら確

実に効果的な結果に結びつけることができるかが研究課題である。そこで現状の健康診断結果とアンケート調査から日常の健康行動の現状分析を行い、客観的健康と主観的健康（健診結果の善し悪しにかかわらず現在自分の体調に不安がなく良好な状態）が健康行動にどのような影響を与えているかを明らかにする^{13) 14)} 必要がある。それに加えて、健康に関する聴き取り調査を行い、特定保健指導の現場で、現在行われている保健指導の効果および問題点を明確にしながらか健康行動を規定する要因を探り、健康行動変容を誘発・促進するための保健指導の在り方を言及する必要がある。

そのうえで、本研究は、現在行われている特定健診・特定保健指導のスキームをより効果的な健康行動変容へのサポートの在り方へ転換するヒントを探索することを目的としている。

Ⅲ. 研究方法

1. 健康管理理論、認知行動理論についての文献研究

トランスセオレティカル・モデル、自己効力感等の先行研究レビュー。

2. 統計調査

平成 18 年 4 月～ 12 月末日に健康診断を実施したサービス系事務労働者 1,500 件（有効データ 1,055 件）に健康行動および主観的健康観^{注1)} についてアンケート調査を実施した。

本調査は、個人情報厳守した記名自記式調査用紙の社内便により配付および回収した。

アンケートの協力依頼文を添付し、自由意思での回答をもって調査に同意したとみなした。

【健康診断結果内容】

①年齢 ②性別 ③検査内容（BMI *・血糖値・中性脂肪・HDL コレステロール・尿酸・ γ -GTP・GOT・GPT・拡張期血圧値および収縮期血圧値）
④総合判定 A～G^{注2)}（A 異常なし、B 正常範囲、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)

*本調査は BMI の指標を参考に肥満度を考慮した判定結果としている。

【アンケート調査内容】

食生活行動、運動・休息を含めた日常生活活動各 10 項目 4 件法（合計得点が高い方が望ましい行動）、精神健康調査票（GHQ^{注3)} 12 項目 4 件法（合計得点が高い方が望ましい行動）、主観的健康観 4 件法（合計得点が高い方が望ましい）

【分析方法】

統計ソフト SPSS20.0 を使用して分析する。健診結果の総合判定は、3 群に分類する。

主観的健康観は、2 群に分類（質問項目「自分の健康状態を好調だと思う」「やや思う」を『好調群』、「自分の健康状態を好調だとあまり思わない」「思わない」を『不調群』に分類）。

- ①【健康群（健康診断判定 A・B）】における主観的健康『好調群』と『不調群』
- ②【不健康予備群（健康診断判定 C・D）】における主観的健康『好調群』と『不調群』
- ③【不健康群（健康診断判定 E・F・G）】における主観的健康『好調群』と『不調群』

【作業仮説】

健康行動は、客観的健康度（健診結果の判定）より主観的健康観（好調・不調）との関連性が高い。

3. 聴き取り調査

アンケート調査の分析結果で得られた情報を基に、聴き取り調査を実施し、逐語録にまとめ、ライフコースに沿って KJ 法によりキーワードを整理する。

【インタビューガイド】

- ①現在、自分の体は好調で健康だと思っているかどうか。
- ②若いときから今までの健康に対する考え方がどう変わってきたか。
- ③今生活習慣で気になることがあるか。それについて何か行っているか。
- ④周囲の人との関係性（周囲の人が健康かなど）。

【対象者】

特定保健指導対象者あるいは労働安全衛生法に基づく健診結果で保健指導の対象になったことのある人に対して聴き取り調査を実施する。30代～60代の男性 計14名

※14名中3名は第3章の事務系労働者対象集団の中から調査を依頼した。

【倫理的配慮】

最初に電話で研究の趣旨と協力依頼を行い、面接して了解が得られた対象者に、調査者が再度研究の目的や趣旨について説明しながら同意を得た。さらにいつでも中止可能なこと、調査以外の目的で使用しないこと、プライバシー厳守についても説明し同意を得た。

IV. 結果

1. 健診結果およびアンケート調査から分析した事務系労働者の健康行動の現状

1) 対象集団の属性

対象集団は男性652人、女性403人で、全体の平均年齢は36.3歳、男性の平均年齢は39.3歳、女性は31.5歳であった。健診結果の総合判定を健康度別に分類した結果は、健康群（健診結果A・B）が240人（22.7%）、不健康予備群（健診結果C・D）が485人（46.0%）、不健康群（E・F・G）が330人（31.3%）であった。

次に、健康群にあたる全体の22.7%を年代別にみても、20歳代では健康群は44.1%を占めているが、40歳代で9.2%、50歳代では5%となり、60歳代では健康群は0%となり、年齢が高くなるにつれ客観的健康状態に占める「健康群」の割合は急激に減少している（図1）。

次にアンケート調査で、「自分が現在の健康状態を好調と思う」に対して「やや思う」と回答した割合が一番高く、全体の42.8%を占め、好調と「思う」と合わせると全体の60.2%が『好調群』に分類された。それに対して、好調と「あまり思わない」と「思わない」を合わせた『不調群』は、39.8%であった。

図1 健康度別 年齢層別割合

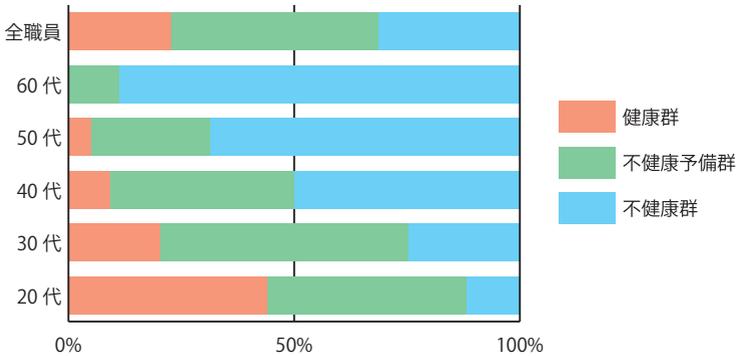
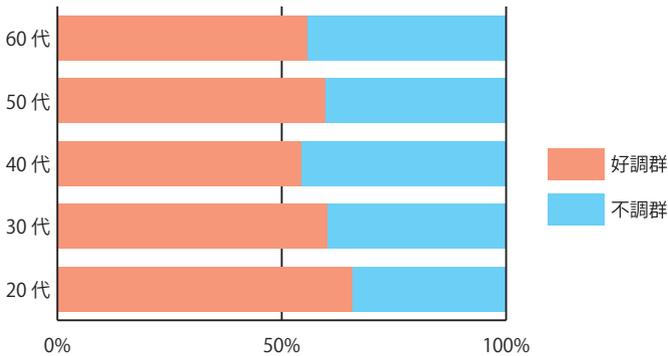


図2 年齢と主観的健康状況



また、客観的健康度と同じように主観的健康観について年代別の回答割合は、主観的健康観は、年代にあまり関係なく、ほぼ5割から6割の人が、『好調群』であることがわかる。50代、60代で客観的健康度が7割～9割は不健康状態を示しているにもかかわらず、主観的健康状態は、客観的健康度に比例して低下はしていなかった（図2）。

六

2) 主観的健康観および客観的健康度と健康行動

食生活行動全体では、【不健康予備群】と【不健康群】で、主観的健康観

が高い『好調群』が明らかに健康的な食生活行動を行っていた人が多かった ($P < 0.05$)。具体的食生活行動は、「食事の時間は不規則である」、「外食やコンビニ利用が多い」については、【健康群】、【不健康予備群】、【不健康群】の全ての対象群で主観的健康観の高い『好調群』の方に「違う」と答えている人が有意に多かった ($P < 0.05$)。その他「夕食は寝る直前から2時間以内に摂ることが多い」、「よく間食する、またはお菓子や甘いものを口にする」は、【不健康予備群】、【不健康群】の両方において、「朝食はほとんど食べない」、「朝食いだ」、「食べることはストレス解消になっている」は、【不健康予備群】で、主観的健康観の高い『好調群』の方が「違う」と答えている人が有意に多かった ($P < 0.05$)。

次に運動・休息を含む日常生活活動については、【健康群】【不健康予備群】【不健康群】の全において『好調群』に運動・休息等の日常生活活動に留意している人が多かった ($P < 0.05$)。具体的日常生活活動は、「朝起きた時に疲労が残る、または熟睡した感じが無い」については、【健康群】、【不健康予備群】、【不健康群】全てが『好調群』に「違う」と答えている人が有意に多かった ($P < 0.05$)。また、「特に定期的な運動はしていない」、「階段はあまり使わない」、「電車に乗ると空席がないか探して座る」については、【不健康予備群】と【不健康群】で『好調群』に「違う」と答えている人が有意に多かった ($P < 0.05$)。その他、「休日は家でんびり過ごすことが多い」、「睡眠時間は6時間未満だ」については、【不健康予備群】において『好調群』に「違う」と答えている人が多かった ($P < 0.05$)。

次に精神健康度 (GHQ) においては、【健康群】、【不健康予備群】、【不健康群】の全ての客観的健康群において、主観的健康度が高い『好調群』が、精神的に健全 (GHQ の場合は合計点が低い方が精神健康度は良好) といえる人が多かった ($P < 0.05$)。GHQ の具体的な項目は、「心配事があってよく眠れないことが全くない」、「自分のしていることに生き甲斐を感じることもある」、「気が重くて憂鬱になることがない」、「自信を失うことがない」、「自分を役に立たない人間だと考えることがない」の5項目については、【健康群】、【不健康予備群】、【不健康群】の全てにおいて、『好調群』に有意に得点が低く、これらの精神的行動は健全である人が多かった ($P < 0.05$)。

最後に、健診結果の検査項目については、主観的健康度の『不調群』が『好調群』に比べ高い（HDL コレステロールは低い）値を示しており、『好調群』は、健診結果の正常値の人が多かったといえる。

全体的には、特に【不健康予備群】、【不健康群】で主観的健康度が高い『好調群』の方が、健康に繋がる 予防的健康行動をとっている人が多いということが分析結果から得られた。また、精神的健康度 GHQ の分析結果からは、客観的健康度にかかわらず、明らかに主観的『好調群』が『不調群』に比べ精神的に健康であることがわかった（表 1）。

2. ライフコースから生じる健康行動の仕組み

1) 聴き取り調査結果から得られた健康行動の起こるプロセス

① 自覚と意識

自覚症状があると苦痛を緩和するために薬を飲んだり、体重を減らしたりという行動がおこり易い。苦痛や心配の伴わない健診結果などは自覚しにくいと考えられる。痛みを軽減させるための病気対処行動は、症状のない生活習慣病の予防的保健行動より行動は一層起こりやすくなると考えられる。

② 動機

健康行動を起こす動機はいくつか重なっているということである。例えば、B は義母の脳梗塞、そしてその原因が肥満であったこと以外に、義母の面倒を看ることでの負担から家族に迷惑はかけられないという思い、その上、人に肥ったと言われたことがきっかけとなり行動変容を起こしていた。いくつかの動機が重なることで自覚・意識化し、行動変容をきたす点については、行動を起こした方が有益性であると判断して行動変容が起こっている保健信念モデルと¹⁵⁾も類似している。

③ 行動化

行動化には、手軽さ・身近さが必須である。人が健康行動変容を起こす時は、B の例から手軽にできるような行動や経済的にお金がかからない行動が効果的であることがわかった。

反対に A が今まで行ってきた運動やこれから行いたいと思っている運動は、ロッククライミングやスキーといった手軽にできるものではないため

表 1 主観的健康観と客観的健康度と健康行動の関連

* 0.05 > p ** 0.01 > p *** 0.001 > p

	客観的健康度	①健康群		②不健康予備群		③不健康群	
		好調群	不調群	好調群	不調群	好調群	不調群
(合計点が高ほど好ましい行動) 食生活行動について	B-Q1 朝食はほとんど食べない	2.71	2.70	2.81 ^{**}	2.46	2.97	2.87
	B-Q2 食事の時間は不規則だ	2.16 ^{**}	1.69	2.29 ^{***}	1.71	2.56 [*]	2.17
	B-Q3 夕食は寝る直前～2時間以内に摂ることが多い	2.49	2.34	2.42 ^{**}	2.05	2.63 ^{***}	2.10
	B-Q4 よく間食する、またはお菓子や甘いものを口にする	2.61	2.43	2.85 ^{**}	2.63	3.03 [*]	2.72
	B-Q5 早食いだ	2.38	2.33	2.42 ^{**}	2.09	1.95	1.99
	B-Q6 外食やコンビニ利用が多い	2.55 [*]	2.19	2.62 [*]	2.38	2.91 ^{**}	2.45
	B-Q7 好き嫌いが多い	3.19	3.09	3.21	3.10	3.38	3.21
	B-Q8 食べることはストレス解消になっている	2.70	2.70	2.85 [*]	2.65	2.68	2.65
	B-Q9 お酒は一度に2合以上飲む	2.91	3.19	2.75	2.85	2.52	2.56
	B-Q10 お酒を飲まない日はほとんどない	3.25	3.21	2.90	3.00	2.58	3.01
	食生活行動合計	26.95	25.86	27.13 ^{***}	24.92	27.2 [*]	25.74
(合計点が高ほど好ましい行動) 運動・休息を含めた日常生活活動	C-Q1 仕事はデスクワーク中心だ	1.13	1.10	1.22	1.14	1.23	1.24
	C-Q2 特に定期的な運動はしていない	1.84	1.63	1.87 ^{***}	1.56	2.16 ^{**}	1.71
	C-Q3 休日は家でどんびり過ごすことが多い	2.34	2.20	2.26 [*]	2.05	2.27	2.15
	C-Q4 階段はあまり使わない	2.39	2.27	2.33 ^{**}	2.11	2.45 ^{***}	1.85
	C-Q5 電車に乗ると空席がないか探して座る	2.16	2.23	2.36 [*]	2.09	2.35 [*]	2.05
	C-Q6 家事はあまりかかない	2.57	2.56	2.58	2.52	2.38	2.25
	C-Q7 汗はあまりかかない	2.91	2.81	2.89	2.89	3.18	3.07
	C-Q8 入浴は湯船につからずシャワーが多い	2.48	2.20	2.63	2.42	2.73	2.57
	C-Q9 睡眠時間は6時間未満だ	2.52	2.24	2.57 ^{***}	2.21	2.56	2.31
	C-Q10 朝起きたときに疲労が残る、または熟睡した感じがしない	2.46 ^{***}	1.86	2.47 ^{**}	1.92	2.76 ^{**}	2.13
	運動・日常生活行動合計	22.81 [*]	21.10	23.19 ^{***}	20.90	24.06 ^{***}	21.33
(合計得点が低い方が好ましい) 精神健康調査票 (GHQ)	F-Q1 何かをすると集中することが	0.08 [*]	0.23	0.07 ^{**}	0.19	0.11	0.19
	F-Q2 心配事があったりよく眠れないことが	0.22 ^{***}	0.51	0.19 ^{***}	0.39	0.16 ^{**}	0.34
	F-Q3 自分のしていることに生き甲斐を感じる事が	0.25 [*]	0.47	0.17 ^{**}	0.39	0.18 [*]	0.30
	F-Q4 物事を簡単に決めることが	0.23	0.27	0.18 [*]	0.28	0.12	0.19
	F-Q5 ストレスを感じる事が	0.68 ^{***}	0.89	0.60 ^{***}	0.85	0.6	0.72
	F-Q6 問題を解決できなくて困ったことが	0.38 [*]	0.56	0.38 ^{***}	0.54	0.38	0.46
	F-Q7 日常生活を楽しく送ることが	0.06 ^{***}	0.29	0.05 ^{***}	0.18	0.05	0.10
	F-Q8 問題が起こったときに積極的に解決することが	0.09 ^{**}	0.21	0.07 ^{**}	0.15	0.04	0.08
	F-Q9 気が重くて憂鬱になることが	0.09 ^{***}	0.21	0.07 ^{***}	0.15	0.04 [*]	0.08
	F-Q10 自信を失うことが	0.48 ^{***}	0.8	0.41 ^{***}	0.58	0.31 [*]	0.46
	F-Q11 自分を役に立たない人間だと考えることが	0.36 ^{**}	0.56	0.27 ^{***}	0.46	0.19 [*]	0.31
	F-Q12 一般的に見て幸せだと感じる事が	0.12 ^{***}	0.34	0.10 ^{***}	0.26	0.15	0.21
	GHQ合計得点	3.39 ^{***}	5.91	2.84 ^{***}	4.89	2.59 ^{**}	3.83
(数値が低い方が好ましい) 健診結果	BMI	20.64	20.11	21.72 ^{**}	22.95	24.22 [*]	25.39
	血糖値	86.31	88.43	90.14 [*]	92.85	101.58	107.76
	中性脂肪	71.38	69.69	98.63 ^{**}	124.25	181.52	170.11
	総コレステロール	180.75	179.60	192.49 [*]	198.07	214.28	208.54
	γ-GTP	20.63	20.67	34.10 [*]	42.57	63.74	64.91
	GOT	17.41	16.80	19.47 ^{**}	21.84	25.25	28.20
	GPT	15.68	15.01	20.91 ^{***}	28.97	31.31 [*]	39.82
	尿酸	4.80	4.93	5.35 [*]	5.63	6.41	6.62
数値が高い方が好ましい	収縮期血圧	106.99	104.96	108.38 ^{***}	113.18	121.65	121.16
	拡張期血圧	65.34	63.40	66.92 ^{**}	70.14	77.05	78.84
	HDLコレステロール	64.92	65.04	63.21 ^{***}	57.98	56.07	53.65

期的な行動には繋がりにくい。健康行動を起こすためには、準備に時間がかかったり、遠出をしなければならぬ行動はやる気があったとしても継続は難しいと思われる。

④継続

Bの場合は、効果を実感していることが継続に繋がっていると思われる。従来ジョギングで挫折してきたが、スローステップ運動により健康行動期・維持期へ¹⁶⁾と繋がった。Cの場合は、20年前から腹筋やストレッチを継続している。また無理せずに7～8割程度で行うことが習慣化につながっていると思われる。単に習慣化されただけでなく、成果も実感できたことで自己効力感もたかまり継続に繋がっているものと思われる。

⑤概念化

Cは、健康でなければどんな楽しいことも満足感が得られないと考えている。また、健康管理は、他のどんな生活行動より優先させようという姿勢が窺える。このことから健康行動に影響を与える因子として、その人の健康管理の意味づけが重要であると思われる。健康管理の意味づけを強化させるには、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¹⁷⁾。

⑥健康行動を挫折させる要因

行動が挫折する原因として、Bの場合、ジョギングなどを過去に行ったことがあったが、辛い思いをしたのに効果が出なかったなどの挫折体験がみられた。また、AもBも健康行動が挫折する際には、様々な意欲低下がみられた。Aは時間的、経済的、精神的余裕がなかったことをあげており、Bはジョギングが天候に左右されるため面倒くさい、また面白くないという理由を挙げていた。健康行動を変容、維持させるためには、挫折体験や意欲低下を起こさせる要因をいかに減らすかが重要であると思われる(表2)。

表2 行動の起こるプロセス

コア概念	語 り	対象
自 覚	今現在の健康に問題があるって思っているところは、肩こりとかあと副鼻腔炎、あと頭痛ですね。	A
	熟睡ができないという感じはしています。鼻がつまると目が覚めるので、点鼻薬をまкруらに置いています。私は腰の痛みが一番の心配な症状です。	C
	健康診断結果はほとんど何もなかったで覚えています(健診結果では拡張期血圧が140とやや高め)。	A
	健診結果の星印については感じたりは特にしていません。確か、BMIがやや高めだったというふうに記憶しています。腹囲は96でした。世間では85と言ってるのは存じています。	C
	BMI25くらいいってました。体重70は危険水域ですから。中性脂肪が赤信号でした。健診結果の注意が多いとやっぱり気になりますよ。	B
意 識	体重を増やすと腰に負担が掛かるっていうことは20代のころからわかってましたから、そういう意味でも引き締めるということは必要だというふうな意識はありました。	C
	健康な時っていうのは健康を意識しないじゃないですか。だから駄目だなーって思います。	A
動 機	父は反面教師みたいな感じ。父が肺がんで亡くなっているんですよ。ヘビースモーカーだったんで、だからまずたばこは吸わない	A
	身内が脳梗塞になっちゃいましたから。肥ってて高血圧だったのが1つの原因だったもので。	B
	会う人会う人皆に『肥ったね、肥ったね』って言われますし、『もう増えるばっかりだよ』って言われて、『だったら見てもよ!』と思いましたね。	B
行動化	自分が健康でないと義母の介護ができないですもの。一人じゃないって、それはありますね。健康と家族ですからね、やっぱり大事なものは。	B
	15分を1日2回。上がったりが下がり上がったりが下がりって。だから新聞読みながらでもいいですし、これ朝と夜テレビ見ながらでも大丈夫です。	B
	だから朝は天気予報見ながらできますし。経済的な。お金かかんないですもんねー まさかそんな効果あるとは思わなかったです。1ヶ月大体1キロ。	B
継 続	台を何か自分で探してきて、それは手軽にできました。	B
	意識的にやっているっていうか、もう習慣っていうか…	C
	ばかみたいにならないってことです。ほどほどに。7、8割のところまでやめとくということです。	C
概念化	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。	B
	どんなにいいものに巡り合っても健康でないと、楽しみっていうかそれから得られる満足感っていうのは少ないんだと思うんですよ。	C
	健康管理はやっぱり、何かいろんな他の物事のやる気、仕事もそうかもしれないですけど、楽しみとかそういうやっぱり『やる気』がまずあって、それをやるために基本となることで、そのためのいわば準備作業みたいなもんじゃないかとわたしは思ってますけど。	C
挫 折 意欲低下	健康管理みたいなのは、優先順位は高いです。	C
	ジョギングなどは、天候に左右されるし、面倒くさいって言う気持ちに先に出ちゃう。	B
	自転車もやろうとは思ってるんですけど、意外と道具そろえたりするのもお金がかかったりとかして。	A
	日曜日とか土曜日とかも寝たきりになってしまって。ただ、時間がない一。	A
	岩登りのジムは、一応会員になってるのでも行けるんですけど、行くころにはもうジムが閉まっている。	A
挫 折 意欲低下	20代の時は、わざわざ何で高いお金払って行くんだって。ジムなんか。と思っていた。	B
	やっぱりゼーゼーハーハー走ってこんなに苦しい思いして成果が出ないとやっぱり続かなかったです。	B

2) 聴き取り調査から抽出された「健康行動を変容・維持」させるためのコア概念

①自己効力感

挫折と行動化の繰り返しから行動継続につなげるものは主観的な高揚、特に自己効力感である。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と挫折を経験している。しかし、今回は効果が思った以上に出たことが喜びや自信に繋がり行動継続を促したといえる。それに加え、以前挫折した時の行動と比較しても手軽で効果的であったため、自己効力感が高まって行動が維持されていると考えられる。

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、統計からも導出されたが、「行動期」を維持して行くためには、自己効力感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、その知覚された自己効力感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¹⁸⁾。

②行動特性

健康行動に積極的な人の背景は、大きく二つに分けることができる¹⁹⁾。一つは、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Cのようなタイプである。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、健在まで継続に至っている。「馬鹿みたいにやらないことです。」といているように無理しないでほどにやる事が継続に繋がっている。

もう一つは、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Bのようなタイプである。Bが健康行動を始めたきっかけの一つは「義母の健康状態が大きかった。」こと、これは重要他者（妻）に将来迷惑かけたくないと思う気持ちが健康行動を促進させたと考えられる。一般に、健康行動を積極的にとる人は、周りからの手段的支援（情報、金銭、物品、手伝いなどの提供）や情動的な支援（安心させる、評価する、共に喜ぶ、指示す

る、相談に応じるなど)に恵まれた人である。家族がいることは独身者に比べこういった恩恵を受けるのは当然である²⁰⁾。

③精神的健康度

健康行動を変容・維持させるもう一つの要素は、精神的健康度である。Bは、仕事のストレスを解消しようとスローステップ運動は継続していると語っていた。精神的健康面で落ち込んだときこそ実施することで、健康になると考えているのである。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努力が窺えた。

社会認知理論の経験的・行動変容の過程²¹⁾では、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たといえる(表3)。

表3 健康行動を維持させるためのコア概念

コア概念	語	り
自己効力感 self-efficacy	健康診断の数値が…注意事項が多いとやっぱり気になりますよね。それが減ってくるのは、やっぱり気持ち的にもうれいしです。	B
	それはもう一生懸命にたく柔軟体操をやって、それから心拍数を上げる何っていうの、カーディオっていうトレーニング。カーディオトレーニング。それやって脂肪燃焼を図る。これを重点的にやっていきたいと思って。	C
	体重がこれだけ減って。やろうとしなくても普通に何かやってる。生活の中でできる。まさかそんな効果あるとは思わなかったです。1ヶ月大体1キロ。	B
	持続をできるというコツみたいなものは、ほかみたいにやらないってことです。ほどほどに。7、8割のところをやめとくということです。	C
	体力面では普通に近づきつつあるんじゃないかと思います。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。	B
行動特性 personality	こういう栄養にしてくれ。ああしてくれと言っちゃうと家族に負担が掛かっちゃうじゃないですか。お互い仕事してますから。そんなに注文付けられないです。	B
	お酒とかよりも。仕事はちょっと逸かったりとか、ストレスもあるけど、健康と家族ですかね？やっぱり大事なものは。	B
	わざわざ何で高いお金払って行くんだって。ジムなんかには。	B
	毎年スキーは4〜5回行きます。調子が良いときは山登りをします。時間があるときにプールで泳ぎます。	C
	タバコは吸いません、アルコールは付き合いのみ、家では飲まない。	C
	ある限界値を超えて太り出すと、多分自分自身の気持ちに対してルーズになっちゃうんじゃないかと。そういう気持ちもあって。	C
精神的健康度	逆に、メンタル落ち込んでたとしても(運動)やりますね。そ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	B
	(メンタル落ち込んだ時)むしろ歯磨きなんかと同じで、やらないと逆に、今日はできなかったなっていう気持ちになっちゃいますから。逆に、メンタル落ち込んでたとしてもやりますね。その方が逆にメンタルもよくなっていくっていいかね、	B

④その他のコア概念

(1) 家族が重要他者になる。

パイロットケースでは健康行動に変容を生じさせる要因として「動機」があげられ、その語りからは【周囲の人々の言動・行動に影響を受ける】ことが明らかになってきたが、その後の調査からは、健康行動に大きく影響を与える因子として「家族」の存在が大きいことが窺えた。

(2) 趣味・嗜好が健康行動変容を促す。

聴き取り調査を進めていくうちに新たな要因として、バイクのツーリング、ジョギングといった「趣味やその人の嗜好」が健康行動に肯定的な変容を起こしていることが見えてきた。

(3) 医療と信頼関係が重要となる。

聞き取りを行った対象者 E は、医療従事者と独自の信頼関係を気づき、健康行動維持・病気回避行動に繋がっていた。

「血糖値もぎりぎりなの、6.0 ぐらいなの。だけど、私がいつもお世話になっているお医者さんは、彼は言うわけ、おれに。『あなたは別に問題はない。薬はあげません。あなたは、酒やめれば全部下がる。お酒だけです。絶対にあげませんからね』。すごくいいお医者さんだと思う。だからその代わり必ず運動はする。運動しているから、まだもってるんじゃない」(E)

(4) 幼少時の体験が抽出された。

現在の環境のみならず、幼少時の環境が健康行動に影響を及ぼしていることも明らかになってきたことが以下の語りから読み取れる。

「僕が走るのはおじいちゃんの影響かもしれない。僕が小さいとき、おじいちゃんは走るの好きだったんだよ。僕のおじいちゃんはたばこも大好きで、結局ずっと吸っていたけど 96 歳まで生きたから。」(D)

3. 特定保健指導実施者から聴き取った問題点と課題

特定保健指導の受診率は、2010 年度は 43.3%²²⁾ 内訳は組合健保、共済組合が 7 割前後と高い受診率に対し、市町村健保、国保組合、協会健保などは 3～4 割であり、地域間、保険者間に格差がある。また、特定健診・特定保健指導の認知度も 21% と低く、特定保健指導実施率は全国で 13.7%

にすぎない。「2012年度に受診率70%、特定保健指導実施率45%」とする厚生労働省の目標にはかなり乖離している²³⁾。また、特定保健指導の年齢階級別実施率は、年齢が高くなるにつれて高くなっているという報告もあり²⁴⁾、最も予防が必要な40歳代の実施率向上の取り組みが必須である。

聞き取り調査を行った対象者14名中5名が現在・過去に特定保健指導を受けていた。この計5名中1名は自己効力感を感じ取れる語りが認められたが、その他4名は不安や意識の低迷などが語りの内容に感じられた。

特定保健指導対象者の語りから明らかになった具体的問題点と課題が以下6つ抽出された。①. リスク値を正常値化するための保健指導は自己効力感の向上にマイナスである。(生理的にリスク値の正常値化が難しい中高年齢の対象者に対し、正常値化を強いることは気持ちをネガティブにしてしまい効果があがらない。50歳以上の中・高年者に対しては数値の正常値化を求めをせず、行動変容・維持・継続のみを支援する内容に重点をおいた指導に転換していくべきである。) ②. 設定された目標だけをゴールにしている。(短期目標は行動変容し易い反面、「いつでも簡単にできる。リバウンドしたらまたやればいい」という安易な気持ちを芽生えさせてしまう。) ③. 記録・セルフチェックの煩わしさが自分の問題である自覚を奪っている。④. パターナルな強制・強要で健康行動は促進されない。(結局指導を受けている本人は半強制的・強制的にやらされているという意識で行っていることも多い。強制から自発へという意識づけのスキームを作ることが課題である。) ⑤. 保健指導の未認知、⑥. 保健指導の方法をパーソナリティによって変える(様々な人がその人に応じた様々な形の保健指導を受けられる多様なメニューを用意することが今後特定健診・特定保健指導の目指すべき方向である。)(表4)

V. 考察

1. リスク値改善から主観的な健康支援へ

企業労働者は、労働安全衛生法の下に健診を受ける習慣が定着してきてい

表4 語りの中から抽出された特定保健指導の問題点と課題

	語りの内容	特定保健指導を受けていた人の語りから明らかになった課題
1	「それでも下がらない。なぜだろう。」「そこから落ちない。血糖値は難しい。」	リスク値を正常値化するための保健指導は自己効力感の向上にマイナスである
2	「もう、そのときに、目標体重クリアしちゃっていたんですよ。私。」	設定された目標だけがゴールなのだろうか？ そうではない。
3	「自分で測る。あれが煩わしいこと煩わしい。」	記録・セルフチェックの煩わしさが自分の問題である自覚を奪っている
4	「言われているのが食べる量と歩きなさいとたばこ」	パターン的な強制・強要で健康行動は促進されるだろうか？
5	「特定保健指導、何？ 知らない」	特定保健指導を受けない人の語り（未認知）
6	語りの内容から集団指導が向くタイプ、個別指導が向くタイプがある	パーソナリティによって変える必要がある

る。それに比べ、自営業者などの国保加入者は、具合が悪くなると医療機関にかかるという治療中心の考え方が根本にあることがわかった。多くの企業が所属する組合管掌健康保険では7～8割の受診率が制度実施前から得られているため、特定保健指導で効果を報告している企業もある^{25) 26)}。しかし、自営業者などは、地域の中でいわゆるホームドクターのような感覚で気軽に相談できるような存在があれば特定健診の必要性は薄れる。全く医療とかかわりのない人が未受診であるのか、あるいは地域の医療機関とかかわりがあるため未受診なのかを明確にし、それによって対策を立て取組むことが優先的な課題ではないかと考える。

また、特定健診を受けたと仮定して、健診結果の異常値がきっかけで行動変容が起こる場合は、身近な人の反面教師や数値が極端に異常を示し将来病気につながる可能性が高いと認識されるときである。また、痛みを伴ったり、死に直結したりする病気対処行動²⁷⁾とは異なるため、一時的に体重が減るなどの効果で満足してしまいその後の行動維持に繋がっていない事例が多かったことから、健診結果の影響は一時的であるといえる。

保健信念モデルでは、病気の恐れ（脆弱性）は、従来健康行動変容の一要因^{28) 29)}と考えられていた。ところが藤内³⁰⁾らの漁師の生活習慣と病気の恐れとの関係性が認められなかったことから、予防行動に影響しないことが示唆され、病気リスクを強調する従来の予防的取り組みには限界があると論じている報告³¹⁾もある。また、行動変容のステージが改善しようとする意思のない「無関心期」に位置する³²⁾場合は、いくら働きかけても行動変容に

は繋がらない。これらのことから、健康診断結果リスクを強調して指導することが効果的でないことが理解できる。

本調査結果から長期的な生活のゆとりや楽しみや趣味というライフコースに合わせた目的を持っている場合には、自己効力感も高まり、健康行動は維持され易かったことから、健康行動変容・形成・維持する目的を減量やリスク値を正常値化するなどの短期目標とするだけではなく、楽しみや社会的貢献、趣味など幅広い方向に考えを広げていけるように支援していくことが必要である。

2. 自発的な行動をサポートし、主観的健康観を高める支援へ

先行研究では、主観的健康観が高い人が既に健康行動変容を起こしている傾向がある³³⁾。あるいは主観的健康度を高めることで健康行動変容は起りやすくなる³⁴⁾、自己効力感が高まることによって行動維持につながっている³⁵⁾ことが報告されている。本調査では、自己効力感行動を継続することによってますます高まっていった。特に強いられて行うのではなく、様々な環境要因などが影響し、自発的な行動が起こっていく過程で自己効力感が高まっていくことがわかった。したがって、強要・強制ではなく自発的な行動を促すための支援を行っていかなければならない。

一方的な知識伝達型の教育やアドバイスは対象者のやる気を起こす動機付けにはならず、欲求不満をもたらすことから、特定保健指導では正しい知識の提供と行動変容の支援に重きをおいている。ところが、保健師の繰り返しの指導は実際には本人を欲求不満にしまい、自己効力感も低迷させていた。

したがって、行動変容を起こさせるような共感を促す健康教育・講義³⁶⁾も必要ではあるが、正しい知識の情報提供をしたうえで、簡単で長続きしそうな行動をその人の生活の中から一緒に考え、強制・強要ではなく自発的に行動できるように支援していく³⁷⁾必要がある。指導者自信が、主観的健康観を高めることの大切さを理解することが重要である。一方的ではなく、相手の物語に耳を傾け相手を理解したやり取りに加えて行動変容に向けた指導の方法のスキルを身に着けることが望まれる。

3. 数値の安定より心の安定へ

労働者の主観的健康観に関する論文は少ない中で、主観的健康観が高い労働者ほど疾病の有無にかかわらず健康行動をしていたとされる報告³⁸⁾と同様の結果が本調査で得られたことは、特定健診・特定保健指導のみならず今後の労働衛生にも寄与できると考えられる。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³⁹⁾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。

杉澤らは、主観的健康度観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⁴⁰⁾ いるが、疾病を抱えていても主観的健康観が高い人は重症化しにくいともいわれている⁴¹⁾。客観的健康度が低い場合は、精神健康度を上げ、主観的健康観を高めることがまず重要であることが本研究から示唆された。

しかし、これらの主観的健康観が高く、毎日あるいは定期的に運動している人であっても年齢が高くなると客観的健康度の数値はなかなか正常値化していないことが聴き取り調査からわかった。筋トレをしていても腹囲が85 cm未満になることは少なく、また、2010年度の入院と外来別の年齢階級別受療率⁴²⁾ (2008年10月)が年齢階級上昇に比例して増加しているのは加齢による生理的現象であり、毎日走っていても中性脂肪が年々高くなるのは体質と年齢によると捉えることができる。したがって、特に50歳以上になると健康行動を実施していたとしても数値がなかなか正常値化しないのが現状である。

石川県予防医学協会では2年連続、また厚生労働省調査でも特定保健指導参加の効果は認められなかったと報告されている^{43) 44)}。また年齢階級的に特定保健指導の効果調べると圧倒的に若い40歳代に効果があり、年齢が上がるとともに改善効果がないことも報告されている。特に血圧や血糖値などのリスク改善は40歳代にしか効果がないとした。この理由は加齢による血管の硬化があるため、保健指導するだけではリスク改善しないのではないかと考えられるとしている。

本研究においても、特定保健指導対象者である50歳代、60歳代では、健康行動を維持・継続しているにもかかわらずリスク値が下がらずストレスになっていた。これは保健指導の縛りに対するストレスとリスク値が正常値化しないことへのストレスで、主観的健康観も低迷している状態であった。中高齢者に保健指導を行って、行動変容できているにもかかわらず生理的にリスク値が改善しなければ、特定保健指導は評価されない現状である。

これらのことから、高齢になると客観的健康（検査結果）の改善を目指すのではなく、それを維持することが大切である。したがって検査数値を正常化するための「指導」という発想から、「自分（本人）が一病息災こそ健康であるという」意識を啓発する発想に転換し、高齢者を対象とする特定健診・特定保健指導については、リスク値を脱出させることを目標にせず、保健指導対象者を抽出する階層化は廃止し、適正体重コントロールのために健康行動が長期的に持続できるようにサポートしていく施策に転換することを提案したい。階層化については、40歳以下の20歳代から30歳代までに関しては、高齢期のメタボリックシンドローム予防に早期から取り組むことのメリットとして適応すべきではないかと考える。したがって、40歳以上を対象とした高齢者の医療の確保に関する法律のみでこの特定保健指導の取り組みを行っていくことに限界があることを指摘したい。

また、行動変容理論の枠組みによる取組だけでは行動を維持させることは難しく、年齢を問わず主観的健康観を高めるために、THPで取り組んでいく全労働者の精神健康度を高めていくための取り組みを合わせて行っていく必要性を感じている。特定保健指導のスキームの中に精神的健康度の向上への支援を盛り込むことによっておのずと励ましや主観的健康度を高めるための支援が付加されていくと考えられる。

4. 保険者に適切な環境整備を促す支援へ

「標準的な健診・保健指導に関するプログラム（確定版）」による第3篇の保健指導のプログラムの保健指導の考え方の一つに、有効に社会資源を活用すると記載されているが、日本の環境の中では利用できる社会資源自体が多くはないことが問題点として挙げられる。日本の多くの企業は中小企業であ

るため、大手企業のようにヘルシーメニューを提供して食事管理をすることも難しい。公共のスポーツクラブなどの数も少なく、民間のスポーツクラブは利用料がかかり、誰でもが容易に社会資源を利用できるという環境には程遠い。そして、個人中心の保健指導で社会資源を促されたとしても直ぐに利用する人は少ない。

言い換えれば、行動継続させるためには、環境を整えることが先決である。家族を巻き込み、職場を賛同し、集団で域値を下げるような体制をスキームにとり入れて行くことが必要だと考える。社会資源そのものが活用できる環境が整っていない場合、保健指導者だけの力量では健康行動変容・維持に結び付けていくことは難しいため、保険者が施設や設備を設けて行くことを積極的に促すべきである。またポピュレーションアプローチについても企業などの場合は、事業者と保険者と保健指導実施者が協働で取り組めるところは、健康行動維持に効果が出やすいが、それは大企業のごく一部に他ならない。ポピュレーションアプローチと個別指導と両方からの取り組みを義務付けるなどして、効果的な保健指導に繋げていく必要があると考える。

そしてそこには趣味を高めたり、プライドを持って行動を維持したりできる環境を位置付けることが必要である。継続させることを視野に入れた取り組みは、個人だけに目を向けるのではなく、家族、仲間、集団全体の閾値を広げるための取組に変換する必要がある。また、大切なことは時間をうまく活用できる人とできない人がいるため、健康行動できる時間を提供（保障）することだと考える。企業労働者については勤務している時間の一部を健康保険組合の補助の下で、強制的に健康行動できる時間を提供するなどの取り組みも提案したい。国保対象者であれば平日のみではなく、対象者が利用しやすいように休日に健康行動の支援ができる集団的取り組みを各保険組合の裁量で行うのではなく、特定保健指導のスキームに義務付けることも必要なのではないだろうか。

労安法で定められた「心とからだの健康づくり」THP（Total Health promotion Plan）は、最も適切な健康保持増進措置であると筆者は考えている⁴⁵⁾ これらをできるだけ活用する方向に方針を進め、国保の保険者にも推奨していくべきである。そして、THPによって⁴⁶⁾、若い世代から予防保健

行動への支援を促す機会を増やすべきだとも考える。また、健康日本 21 を国の施策として実施しているが、実施方法が具体的でなくわかりにくい、一般に周知されていないなどの問題も多かった。特定保健指導とタイアップしてより具体的なアプローチを計画していくべきだと考える。

謝辞

本研究にあたり多大なご指導を賜りました野田文隆先生、中村敬先生、稲葉裕先生に深謝いたします。またアンケート調査にご協力をしていただいたA保険組合の皆様、聴き取り調査にご協力いただいた14名の対象者の皆様に心より御礼申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生統計協会、国民衛生の動向・厚生 の指標、P51-81、2009.
- 2) 健康局総務課生活習慣病対策室、平成 19 年国民健康・栄養調査結果の概要 2009.
- 3) 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」法研、P8、2007.
- 4) 小泉明、健康概念に関わる理論的研究（昭和 60 年度科学研究費補助金総合研究 A 研究成果報告書）、東京大学医学部公衆衛生学教室、P66-76、1986.
- 5) 園田恭一、健康の理論と保健社会学、健康感・健康観、東京大学出版会、P89、2000.
- 6) 高橋和子ほか、生活習慣病予防における健康行動とソーシャルサポートの関連、日本公衛誌、第 55 巻、第 8 号、P491-502、2008.
- 7) Green,L.W,and Kreuter,M.W ; health Promotion planning, An Educational and environmental approach (Second Edition) ,Mountain View,Calif,Mayfield,1991.
- 8) 鈴木裕子ほか、事業所における健康行動の実態調査、保健医療科学、Vol.59、No.1、P60-63、2010.
- 9) 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. 日本公衆衛生誌、42 (6)、P366-367、1999.
- 10) 齋藤清二、ナラティブ・ベイスト・メディスンからみた健康観、医学哲学医学倫理、22、P147 - 153、2004.
 - 11) 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.
 - 12) 前掲 3)
 - 13) 高坂悠二、中高年期における首尾一貫感覚 (SOC) と健康行動特性・ストレス対処方略・主観的健康管理能力の関連、日本健康教育学会誌 12 (特別)、P186-187、2004.
 - 14) Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein Iw and Nam CB、Self-reported health and adult mortality risk, an Analysis of cause-specific Mortality、Social Science and Medicine、59 (6)、P1297-1306、2004.
 - 15) Karen Glanz, Barbara K. Rimer, Frances Marcus Lewis, "HEALTH BEHAVIOR AND HEALTH EDUCATION ; THEORY, RESEARCH AND PRACTICE, 3 RD EDITION" John Wiley & Sons, Inc., 2002. (曾根智史他訳)、医学書院、P49-255、2006.
 - 16) Prochaska, J.O., Diclemente, C.C., & Norcross, J.C., In search of how people change: applications to addictive behaviors., The American Psychologist 47, pp.1102-1114, 1992.
 - 17) 松本千明「健康行動理論の基礎」、医師薬出版株式会社、P6-7、2009.
 - 18) Bandura, A.、Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84, 1977, pp.191-215
 - 19) 前掲載 6) P129-130
 - 20) 宗像恒次、久常節子編著、家族と看護の人間科学、垣内出版、1982.
 - 21) 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、P141-158、2001.
 - 22) <http://mhlab.jp/calendar/2012/007637.php>、特定健診・特定保健指導リソースガイド 2012.
 - 23) 特定健診・特定保健指導示威し状況を見る～目標値と隔たっている現実～、生活総合福祉、編集部、No. 745、P2 - 5、2011.

- 24) 水島春朔、特定健診・特定保健指導の現状とこれから、内科、Vol.108、No.4、P595-598、2011.
- 25) 石川祐一、特定健診・特定保健指導——当院における現状と課題、脂質栄養学、Vol.19、No.1、P47-52、2010.
- 26) 田代隆良他、特定健診・特定保健指導も効果に関する検討、保健学研究、第22巻、第2号、P1-8、2010.
- 27) 宗像恒次、行動科学から見た健康と病気、メジカルフレンド社、P86-88、2010.
- 28) Karen Glanz, Barbara K. Rimer, Frances Marcus Lewis, "HEALTH BEHAVIOR AND HEALTH EDUCATION ; THEORY, RESEARCH AND PRACTICE, 3RD EDITION" John Wiley & Sons, Inc., 2002. 日本語訳：曾根智史他訳, 医学書院, P49-255、2006.
- 29) Rosenstock, I.M. Historical Origins of the Health Belief Model, Health Education Monographs, 2、P328-335、1974.
- 30) 藤内修二、畑栄一、地域住民の健康行動を規定する要因— Health Belief Model による分析——日本公衆衛生学雑誌、第41巻、第4号、P362-369、1994.
- 31) 小玉正博「健康行動と行動変容」、現在のエスプリ、(425)、P26-36、2002.
- 32) Bandura, A. Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84、PP.191-215、1977
- 33) 中村律子・宮前淳子、高齢者の「主観的健康観」に関する研究、香川大学教育実践総合研究、16、P157-168、2008.
- 34) 松本千明、健康行動理論の基礎、医師役出版株式会社、P1-61、2009.
- 35) Bandura, A. Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. Psychological Review, 84、P191-215、1977.
- 36) 森谷潔、「健康のための行動変容」における「健康行動理論」の有用性の検討、天使大学紀要、Vol.7、P1-14、2007.
- 37) 石井均、新たな健診・保健指導に用いられる行動変容援助のための健康行動促進法、糖尿病診療マスター、Vol6、No.1、P47-52、2008.

- 38) 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.
- 39) 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，朝倉書店、P70-77、2007.
- 40) 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.
- 41) 久木原博子，がんの免疫温熱化学療法（ハイパーサーミア）を受けている患者の心理状態と主観的健康感との関連、聖マリア学院大学紀要、2、P19-24、2011.
- 42) 前掲 8) 第 39 表受療率、P439
- 43) 財団法人石川県予防医学協会健康増進グループ、特定保健指導の評価と今後の課題、労働衛生管理、23 (2) P46-52、2012.
- 44) 鈴木健一。保険者による健診・保健指導等に関する検討会のとりまとめについて、国保実務、第 2820 号、P32-38、2012.
- 45) 小杉正太郎編、ストレスと健康の心理学、朝倉書店、P110-125、2007.
- 46) 岡田邦夫、企業健保における特定健診。特定保健指導の取り組み——企業との連携、日本臨床、69 巻、増刊号 1、P729-732、2011.

初鹿静江氏 学位請求論文要旨（課程博士）

「健康行動変容をサポートする」

I. 研究の背景と目的

厚生労働省は、医療費の増加を抑えることを最終目標とした内臓脂肪型肥満（以下メタボリックシンドローム）に着目した早期介入、行動変容への支援として特定健診・特定保健指導を開始した。また保健指導実施を保険者に義務付け、保健指導の予防的取組を推進させようとした。これは、内臓脂肪蓄積の程度と健診数値のリスク要因の数に応じて、動機付け支援、積極的支援にランク付け（階層化）した指導方式で、このような日本の特定健診・特定保健指導の取り組みは、メタボリックシンドローム予防対策として注目されている。

しかし、健康管理は心とからだの両面からの支援が重要である。客観的数値のみで区切り、客観的数値のみで評価する特定健診・特定保健指導の考え方は、精神保健上の配慮に欠けていると思える。

また、特定保健指導は、本人の意欲を重視し、行動変容のステージに着目しているが、既に行動をおこす意思のある人は、保健指導の効果が期待できる。しかし、健康行動に意欲のない対象をどうサポートしていくかが課題となる。

本研究は、現状の健康診断結果とアンケート調査から日常の健康行動の現状分析を行い、客観的健康と主観的健康（現在自分の体調に不安がなく良好な状態）が健康行動にどのような影響を与えているかを明らかにする。また、聴き取り調査から、健康行動を規定する要因を探り、健康行動変容を誘発・促進するための保健指導の在り方を言及する。そのうえで、特定健診・特定保健指導のスキームをより効果的な健康行動変容へのサポートの在り方へ転換するヒントを探求することを目的としている。

II. 研究の方法

1. 先行研究のレビューとして健康管理理論、健康行動理論の整理
2. 統計調査

健康診断結果とアンケート調査（平成 18 年実施）対象：サービス系事務労働者

アンケート内容：食生活、運動・日常生活活動、精神健康度（GHQ）などの健康行動および主観的健康観について

分析：健康行動および主観的健康観と客観的健康状態（健診結果）との関連をSPSS20.0を用いて分析した。

3. 聴き取り調査

30代～60代の男性14名が健康に対する考え方や行ってきた行動について、自由に語った内容を逐語録としてまとめる。

KJ方により個々の対象者のコンテクストごとの整理を行い、同じ意味合いに属するものについてカテゴリー分類をして共通性を1つのまとまりにし、マトリックスを作り整理する。最初はパイロット3例を分析し、既存の理論と実際に得られ結果から仮説を導き、残りの11例を分析する。

III. 研究結果

1. 先行研究レビュー

健康行動変容については、健康行動を予測するいくつかの認知・行動モデルが提案されてきた。主に1980年代のProchaskaらによる「トランスセオレティカル・モデル」、Banduraによる「自己効力感 self - efficacy モデル」などである。主観的健康度を高めるためには、コーピングやソーシャルサポートなども重要である。

2. 統計調査結果

有効データは1,055件で、男性652人、女性403人で平均年齢は36.3歳であった。健診結果に異常のない「健康群」の割合が22.7%、要精密・要治療「不健康群」31.3%、要経過観察・要再検査「不健康予備群」46.0%であった。主観的健康状態は好調群62.2%、不調群39.8%であった。

t検定の結果、食生活行動、日常生活活動と主観的健康では【不健康予備群】と【不健康群】で、『好調群』が明らかに健康的な食生活行動・日常生活行動を行っていた ($P < 0.05$)。精神健康度 (GHQ) は、全ての健康度において『好調群』は、明らかに精神的に健康であった ($P < 0.05$)。

これらの結果から、主観的健康観が高い人は健康行動に取り組んでいるという仮説が検証された。

3. 聴き取り調査結果

3例のパイロットスタディから「健康行動を起こす」ためのコア概念は、自覚と意識、動機、行動化、継続、概念化、挫折・意欲低下が抽出された。行動を変容・維持させるためのコア概念は、「自己効力感」「行動特性（パーソナリティ）」「精神的健康度」に類別できた。残りの11ケースの語りからも同様の概念が抽出され、その中で健康行動維持できている全ての語りから最重要因子として「精神的健康度」の維持・向上が挙げられた。また、その他の健康行動変容・維持のためのコア概念として「家族が重要他者になる」「趣味・嗜好が健康行動変容を促す」「幼少時の体験」が抽出された。

健康行動に最も影響を及ぼす要因は「自己効力感」、「精神的健康」、「信頼関係」であった。「自己効力感」を高めることは健康行動変容・維持に重要なばかりではなく、精神的健康や社会的健康も同時に安定に導いている可能性がある。

特定保健指導対象者の語りから明らかになった具体的問題点は6つ抽出された。1. リスク値を正常値化するための保健指導は自己効力感の向上にマイナスである。2. 短期目標は行動変容し易い反面、「いつでも簡単にできる。リバウンドしたらまたやればいい」という安易な気持ちを芽生えさせてしまう。3. 記録・セルフチェックの煩わしさが自分の問題である自覚を奪っている。4. パターナルな強制・強要で健康行動は促進されない。強制から自発へという意識付けのスキームを作ることが課題である。5. 特定保健指導の未認知、6. パーソナリティによって保健指導の方法を変える必要性。

IV. 考察および結論

1. 健康行動変容・維持を促す方策

①リスク値改善から主観的な健康支援へ：健康行動変容・維持する目的を、減量やリスク値改善などの短期目標とするだけでなく、楽しみや社会的貢献、趣味など幅広く考えを広げる支援。②自発的な行動をサポートし、主観的健康観を高める支援へ：主催者が相手の物語に耳を傾け相手を理解し、自発的に行動、かつ自己効力感が高まるような支援。③精神保健の観点から特定保健指導を見直す。

2. 特定健診・特定保健指導のスキームの転換

①数値の安定より心の安定へ。②一方的な保健指導から対象者の語りに耳を傾ける支援へ。③保健指導と相俟って保険者に適切な環境整備を促す支援へ、スキームを転換していくことが求められる。「心とからだの健康づくり」THP をできるだけ活用する方針を進め、国保の保険者にも推奨する。また、健康日本 21 とタイアップしてより具体的なポピュレーションアプローチを計画していくべきだと考える