

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

— 健康意識と健診結果のギャップに焦点をあてて —

初鹿 静江

I. はじめに

平成 20 年度から高齢者医療確保法による特定健診・特定保健指導が開始された。この健診・保健指導の実施は、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。近年、糖尿病などの生活習慣病の共通原因とされている内臓脂肪症候群（メタボリックシンドローム）を減らすことが、医療費の削減に効率的であるという予防重視の考え方に着目してきたと言える。

厚生労働省ホームページ²⁾では、従来の保健指導内容を「健診結果の伝達、理想的な生活習慣に係る一般的な情報提供」であったとし、特定保健指導内容を「生活習慣の改善を自らが選択し、行動変容につなげる」として比較提示している。しかし、企業内の多くの保健指導担当者は、労働安全衛生法に基づく健康管理³⁾やここ数年は THP（Total Health Promotion Plan）⁴⁾等により既に後者の保健指導を実施していたのが現状であった。したがって、特定保健指導は、対象者を内臓肥満症候群に特定し健診結果の閾値を厳密にし、階層化³⁾をして確実に保健指導実施を義務付けたことは評価できるが、保健指導のやり方は、未だに古いハイリスク戦略偏重^{6) 7)}であり画期的な効果が出るか疑問視されている。

生活習慣病予防のための保健指導について、従来から同じように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⁸⁾、死因の約 6 割を占めている。しかし、なぜ保健指導の効果が目に見えて上がらないのか、従来の取り組みの何が問題なのかこれまで原因を検証するまでは至らなかった。

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。その上で、各個人の健康行動に繋がる保健指導のあり方を Green がヘルスプロモーションのための要件^{9) 10)}として言及している組織的・経済的・環境的支援の組み合わせも視野に入れ検討する。

II. 研究目的

特定保健指導の効果的实施に向けて、平成 18 年度に実施したアンケート調査を基に、客観的健康診断結果と主観的健康度の両面から性・年齢などの属性と生活習慣および精神状況との関連性を分析し、実際の健康状態と健康意識および健康行動の現状を把握し、質的調査へ進展させる足掛かりとする。

この得られた情報を基に聞き取り調査に繋げ、さらに必要な対象者に介入し、人の主観的な意識に働きかけ、精神的・社会的・経済的な状況の影響等も含め、労働者が健康を維持していくための方策を模索し、健康回復に向け、行動へ繋げていける包括的健康サポートの在り方を探究することを最終目的としている。

本論文は、この平成 18 年度に実施したアンケート調査の結果を集計し、分析することができたので、この研究の前半の量的研究段階のまとめとしての中間報告である。

Ⅲ. 研究方法

1. 調査の概要

平成 18 年度に実施した健康診断結果と健康診断と並行して別郵送で実施したアンケート調査結果を平成 19 年度以降に結合させた。

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. 倫理的配慮

この調査は健康診断を実施する前に「個人情報の取り扱いについて」の文書を健康保険組合から各被保険者宛に送付し、調査結果は、健康管理の統計的分析に使用すること、また、個人情報は非開示であることに関して全員より了解を得ている。また、アンケートの協力依頼文の中では、集団全体の健康度評価の必要性、協力への還元として文書で個別健康指導を実施する旨明記した。また、自由意思での回答をもって調査に同意したとみなした。

3. 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 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）

4. アンケート対象者

A 保険組合に所属している A 企業の職員のうち所属長に了解を得られた所属部所の職員全員に健診と並行してアンケート調査票を郵送で配布した。2000 名を対象とした。

5. アンケート実施調査期間

平成 18 年 4 月～ 18 年 12 月末日

6. アンケート調査実施方法

個人情報を厳守した記名自記式調査用紙の社内便による郵送

7. 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) 精神健康調査票（GHQ）12 項目

IV. 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。

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に差があるかをみる。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。

3. 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対し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。

V. 結果

1. 対象者の属性

健診結果とアンケート結果が結合できた有効データは、1055 件であった。性、年齢別、年齢階級別状況および平均年齢は図 1 に示す通りである。男性 652 人、女性 403 人、年齢階級別では 30 歳代が最も多く、平均年齢は 36.3 歳であった。

表 1. 対象者の属性

対象者	男性	女性	年齢階級別					平均年齢（歳）	
			20 歳代	30 歳代	40 歳代	50 歳代	60 歳以上		
人	1055	652	403	288	431	228	99	9	36.3
%	100	61.2	37.8	27.3	40.9	21.6	9.4	0.9	

2. 健診結果（客観的健康）と健康感（主観的健康）の単純集計

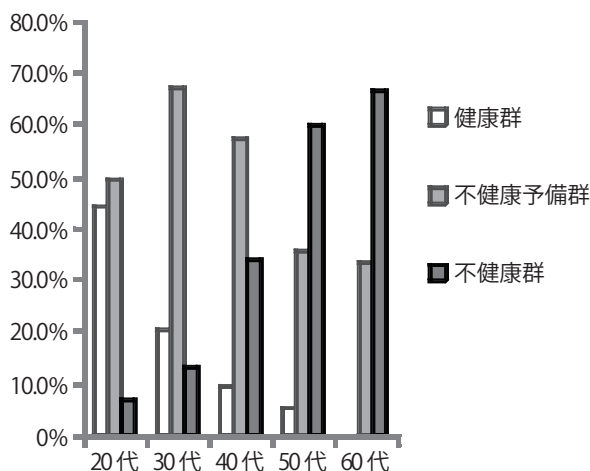
健診結果は表 2 のとおり、健康群が 22.7% で、不健康予備群すなわち経過観察を要するものや再検・精密検査の必要なものは全体の 56.8% と過半数を越えていた。また、不健康群は、既に治療を開始しているか、早く治療を開始する必要があるもので 20.5% と全体の 5 分の 1 を占めていた。

不健康群と不健康予備群は、健診の各項目の結果が 1 つでも正常値の範囲外の人（有所見率）で、約 8 割であった。また、年齢が上昇するにつれて不健康状態の割合が高くなっている（図 1）。平成 19 年度の労働衛生のしおりによると¹¹⁾ 18 年度の有所見率の全国平均は 49.1% であった。この A 企業の平成 18 年度の有所見率は、49% であり、比較的若い集団ではあるが全国平均とほぼ同じ状況であった。

表 2. 健診結果（客観的健康）と主観的健康感

			人数	%
客観的健康	健診結果異常なし	健康群	240	22.7
	経過観察・要再検査・要精密検査	不健康予備群	599	56.8
	要治療・治療継続	不健康群	216	20.5
主観的健康	自分の健康状態は好調だと	そう思う	184	17.4
		やや思う	452	42.8
		あまり思わない	335	31.8
		そう思わない	84	8.0
健康行動の意識	今後生活習慣を見直そうと	無回答	82	7.8
		そう思う	281	26.6
		やや思う	512	48.5
		あまり思わない	153	14.5
		そう思わない	27	2.6

図 1. 年齢階級別健康状態



次に主観的健康について、アンケート調査では「自分の健康状態を好調と思う」は全体の 17.4%、「自分の健康状態を好調とやや思う」は 42.8%で両者を合わせて 60.2%、全体の 6 割が『好調群』であった。それに対して『不調群』は、「好調とあまり思わない」 31.8%、「好調と思わない」 8.0%を合わせて 39.8%であった。また、健診結果、健康感を踏まえて「今後生活習慣を見直そうと思う」ものは全体の 26.6%、「やや思う」は 48.5%で、健康行動を起こす意識のあるものは 75.1%と 4 分の 3 を占めていた。また、「生活習慣を変えようと思わない」は 2.6%と低く、「生活習慣を変えようと思わない」 14.5%、と

合わせても 17.1%であった。

3. 分散分析の結果

客観的健診結果と主観的健康感について分散分析をした結果を表 3 に示した。

食生活習慣の合計、日常生活活動の合計、精神的健康状態（GHQ: General Health Questionnaire, 日本名: 精神健康調査票）の合計についての分析結果では全て有意差が認められた。したがって、「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」という仮説は棄却された。このことから、主観的健康度が高い『好調群』は、客観的健康状態にかかわらず健康（生

表 3. 分散分析結果

客観的健康 主観的健康	健康群		不健康予備群		不健康群		有意確率	n=1055
	好調	不調	好調	不調	好調	不調		
n	170	70	371	228	95	121		
BMI	20.637	20.114	21.719	22.953	24.220	25.386	***	好調>不調
血糖値	86.31	88.43	90.14	92.85	101.58	107.76	***	好調>不調
B-Q1 朝食はほとんど食べない	2.71	2.70	2.82	2.46	2.97	2.87	**	好調>不調
B-Q2 食事の時間は不規則だ	2.16	1.69	2.29	1.71	2.56	2.17	***	好調>不調
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	***	好調>不調
B-Q4 よく間食をする、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	***	好調>不調
B-Q5 早食いだ	2.38	2.33	2.42	2.09	1.95	1.99	***	好調>不調
B-Q6 外食やコンビニが多い	2.55	2.19	2.62	2.38	2.91	2.45	***	好調>不調
B-Q7 好き嫌いが多い	3.19	3.09	3.21	3.10	3.38	3.21	n.s	
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	n.s	
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	**	好調>不調
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	**	好調>不調
食生活合計	26.95	25.86	27.13	24.92	27.20	25.74	***	好調>不調
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	n.s	
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	**	好調>不調
C-Q3 休日は家でのごんびり過ごすことが多い	2.34	2.20	2.26	2.05	2.27	2.15	n.s	
C-Q4 階段はあまり使わない	2.39	2.27	2.33	2.11	2.45	1.85	***	好調>不調
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	*	好調>不調
C-Q6 家事はあまりしない	2.57	2.56	2.58	2.52	2.38	2.25	n.s	
C-Q7 汗はあまりかかない	2.91	2.81	2.89	2.89	3.18	3.07	n.s	
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	n.s	
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	**	好調>不調
C-Q10 朝起きた時に疲労が残る、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	***	好調>不調
生活活動合計	22.81	21.10	23.19	20.90	24.06	21.33	***	好調>不調
F-Q1 何かをする時集中することが	.08	.23	.07	.19	.11	.19	***	好調<不調
F-Q2 心配事があってよく眠れないことが	.22	.51	.19	.39	.16	.34	***	好調<不調
F-Q3 自分のしていることに生き甲斐を感じるものが	.25	.47	.17	.39	.18	.30	***	好調<不調
F-Q4 物事を簡単に決めることが	.23	.27	.18	.28	.12	.19	**	好調<不調
F-Q5 ストレスを感じるものが	.68	.89	.60	.85	.60	.72	***	好調<不調
F-Q6 問題を解決できなくて困ったことが	.38	.56	.38	.54	.38	.46	***	好調<不調
F-Q7 日常生活を楽しく送ることが	.06	.29	.05	.18	.05	.10	***	好調<不調
F-Q8 問題が起こった時に積極的に解決することが	.09	.21	.07	.15	.04	.08	***	好調<不調
F-Q9 気が重くて憂鬱になることが	.44	.79	.36	.61	.32	.46	***	好調<不調
F-Q10 自信を失うことが	.48	.80	.41	.58	.31	.46	***	好調<不調
F-Q11 自分は役に立たない人間だと考えることが	.36	.56	.27	.46	.19	.31	***	好調<不調
F-Q12 一般的に見て幸せだと感じるものが	.12	.34	.10	.26	.15	.21	***	好調<不調
GHQ 合計	3.39	5.91	2.84	4.89	2.59	3.83	***	好調<不調

*p < .05 **p < .01 ***p < .001

活習慣病予防)に繋がる 予防行動をとっていたということが分析結果から得られた。

生活習慣の詳細をみると、食生活では、「朝食はほとんど食べない」「食事の時間は不規則だ」「夕食は寝る直前～2時間以内に摂ることが多い」「よく間食する、またはよくお菓子や甘いものを口にする」「早食いだ」「外食やコンビニ利用が多い」「お酒は一度に2合以上飲む」「お酒を飲まない日はほとんどない」は、『好調群』は『不調群』に比べ、「違う」と答えている。生活活動では、「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乗る」「睡眠時間は6時間未満だ」「朝起きた時に疲労が残る、または熟睡した感じがいない」について『好調群』はこのような行動をとっていないと答えている人が多いと言える。また、精神健康度の指標である GHQ については12項目すべてで、『好調群』は『不調群』に比べ有意に精神的健全な状況であった。

また、健康診断の結果の中で BMI と血糖値については、健康群であっても不健康予備群、不健康群であっても『好調群』はより正常値に近い数値を示していた。

4. 因子分析と各要因間の相関関係

アンケートの質問項目のうち食生活10項目、日常生活活動10項目及びGHQ12項目についてそれぞれ因子分析を実施することとした。食生活習慣に関する10項目の質問のうち、最終的に共通性が0.16未満の「Q5 早食いだ」、「Q7 好き嫌いが多い」を除く8項目について因子分析を実施した。因子抽出法は主因子法を用い、回転法はプロマックス法により3因子を抽出した。第1因子は【アルコールの多飲】第2因子は【不規則な食事】第3因子は【間違った食べ方】を表しているものと解釈した。それぞれの因子の内的整合性をみるためにクロンバック α 信頼係数をみると第1因子は0.718、第2因子は0.601、第3因子は0.401で内的整合性は低かった。

次に日常生活活動に関する10項目のうち共通性が0.16未満の「Q1 仕事はデスクワーク中心だ」、「Q6 家事はあまりしない」、「Q8 入浴は湯船につからずシャワーが多い」の3項目を除く7項目について因子分析を食習慣と同じ、主因子法、プロマックス法で実施した。第1因子は【積極的に運動しない】第2因子は【十分休養できない】を表していると解釈した。クロンバックの α 信頼係数は、それぞれ0.620、0.517でいずれも低かった。精神的健康状態の指標 GHQ の12項目については、全項目について主因子法、プロマックス法で因子分析を実施した。第1因子は【自信のなさ】第2因子は【気力のなさ】とそれぞれ解釈した。クロンバックの α 信頼係数は、それぞれ0.741、0.649であった。

次に、質問項目Eの主観的な健康感「自分の健康状態は好調と思うか」と客観的な健康診断結果と検査項目のBMIと血糖値(分散分析で有意差が認められた検査値)、因子分析により抽出した生活習慣・精神的健康状態の各因子間の尺度値および年齢について2変量間の相関係数を計算した。その相関関係を表7に示した。

全対象群(n=1,055)では、【健診結果】と【年齢】は比較的強い相関を示していることが分かる。【BMI】、【血糖値】が次いでやや強い相関、それに次いで【健康感】とも弱い有意な確率で相関を示した。また食生活習慣因子の【アルコールの多飲】に弱い負の相関、【不規則な食事】に若干の正の相関が認められた。精神的健康状態との相関では【自信のなさ】と【GHQ合計点】に負の弱い相関が認められた。

【健康感】との相関では、精神的な健康状態の【自信のなさ】、【気力がない】、【GHQ合計点】と弱い有意な正の相関を認めた。日常生活活動と食生活習慣では、【十分休養できない】、【積極的に運動しない】、【不規則な食事】、【間違った食べ方】に弱い有意な負の相関が認められた。また、【健康感】は、【健診結果】、【BMI】、【血糖値】の順で弱い正の相関があり、【年齢】とも極弱い正の相関があることがわかった。

表4. 食生活習慣

中位概念	食生活習慣	因子		
		1	2	3
第1因子【アルコールの多飲】	B-Q9 お酒は一度に2合以上飲む	.784	.008	.112
	B-Q10 お酒を飲まない日はほとんどない	.737	.020	-.051
第2因子【不規則な食事】	B-Q2 食事の時間は不規則だ	-.059	.798	-.017
	B-Q1 朝食はほとんど食べない	-.034	.543	-.087
	B-Q3 夕食は寝る直前～2時間以内に摂ることが多い	.189	.426	.020
	B-Q6 外食やコンビニが多い	.010	.353	.165
第3因子【間違っただけ】	B-Q8 食べることはストレス解消になっている	.081	-.016	.614
	B-Q4 よく間食をする、またはお菓子や甘いものを口にする	-.321	.031	.378

因子抽出法：主因子法 回転法：kaiser の正規化を伴うプロマックス法 4回の反復で回転が収束

表5. 日常生活活動

中位概念	日常生活活動	因子	
		1	2
第1因子【積極的に運動しない】	C-Q2 特に定期的な運動はしていない	.652	-.033
	C-Q3 休日は家でのおんびり過ごすことが多い	.584	-.046
	C-Q4 階段はあまり使わない	.507	.060
	C-Q7 汗はあまりかかない	.455	-.029
	C-Q5 電車に乗ると空席がないか探して座る	.284	.089
第2因子【十分休養できない】	C-Q10 朝起きた時に疲労が残る、または熟睡した感じがしない	.072	.655
	C-Q9 睡眠時間は6時間未満だ	-.065	.540

因子抽出法：主因子法 回転法：kaiser の正規化を伴うプロマックス法 3回の反復で回転が収束

表6. 精神健康状態

中位概念	GHQ	因子	
		1	2
第1因子【自信のなさ】	F-Q9 気が重くて憂鬱になることが	.758	-.022
	F-Q10 自信を失うことが	.734	-.037
	F-Q5 ストレスを感じる事が	.618	-.073
	F-Q6 問題を解決できなくて困ったことが	.574	-.032
	F-Q2 心配事があってよく眠れないことが	.422	.100
	F-Q11 自分は役に立たない人間だと考えることが	.413	.113
	F-Q4 物事を簡単に決めることが	.305	.209
第2因子【無気力さ】	F-Q7 日常生活を楽しく送ることが	-.048	.693
	F-Q3 自分のしていることに生き甲斐を感じる事が	.075	.521
	F-Q12 一般的に見て幸せだと感じる事が	-.104	.521
	F-Q8 問題が起こった時に積極的に解決することが	.103	.494
	F-Q1 何かをする時集中することが	.126	.348

因子抽出法：主因子法 回転法：kaiser の正規化を伴うプロマックス法 3回の反復で回転が収束

表7. 健診結果及び健康感と健康行動の因子相関行列

対象数		年齢	BMI	血糖値	健診結果	健康感	食生活習慣因子			日常生活活動因子		精神健康状態因子		
							アルコールの多飲	不規則な食事	間違った食べ方	積極的に運動しない	十分休養できない	自信のなさ	気力がない	GHQ合計得点
n=1055	健診結果	0.492**	0.384**	0.335**	1	0.218**	-0.125**	0.082**	0.051	0.004	0.024	-0.108**	-0.049	-0.100**
	健康感	0.079*	0.175**	0.175**	0.218**	1	0.030	-0.206**	-0.091**	-0.176**	-0.266**	0.267**	0.302**	0.320**
健康群 (n=240)	健診結果	0.123	-0.056	-0.021	1	0.054	-0.020	-0.002	-0.082	-0.070	0.038	0.005	0.023	0.013
	健康感	-0.085	-0.111	0.162*	0.054	1	0.012	-0.186**	-0.047	-0.106	-0.256**	0.385**	0.377**	0.441**
不健康予備群 (n=599)	健診結果	0.180**	0.074	0.173**	1	0.036	-0.053	0.042	0.045	0.025	0.017	-0.043	-0.053	-0.053
	健康感	0.008	0.157**	0.110**	0.036	1	0.043	-0.242**	-0.123**	-0.163**	-0.260**	0.291**	0.326**	0.345**
不健康群 (n=216)	健診結果	0.281**	0.046	0.099	1	0.191**	0.104	0.115	-0.030	-0.065	-0.020	-0.002	0.018	0.005
	健康感	-0.051	0.116	0.133	0.191**	1	0.137*	-0.234**	-0.108	-0.321**	-0.348**	0.223**	0.234**	0.264**

**Pearsonの相関係数は1%水準で有意(両側) *Pearsonの相関係数は5%水準で有意(両側)

5. 客観的健康や主観的な健康感と健康レベルとの関係

次に表7の健康レベルの違い(健康群、不健康予備群、不健康群)による相関関係を図2に示した。『健康群』から『不健康予備群』、『不健康群』へ健康状態が悪くなるにつれて、【健康感】と相関を示す悪い生活習慣の項目数が増えていることがわかる。【健康感】との連関では、GHQを含む精神的健康状態は、どの健康レベルにも共通して相関がみられている。特にGHQの合計得点と『健康群』の【健康感】との相関係数(0.441, P=0.01)が一番高く、健康なほどGHQとの相関が強い。

【健康感】と生活習慣との関係では、食生活習慣の中位概念の【不規則な食事】および日常生活活動の中位概念の【十分休養できない】は、全ての健康レベルに共通して【健康感】との相関がみられていた。

『不健康予備群』では、食生活習慣の【不規則な食事】が、【健康感】と『健康群』よりやや強い相関を示した。加えて『健康群』にはなかった【間違った食べ方】とも弱い相関が認められた。日常生活活動では、『健康群』では【十分休養できない】だけと相関がみられていたが『不健康予備群』では【十分休養できない】に加え【積極的に運動しない】とも弱い負の相関を示した。また『不健康予備群』では、【血糖】や【BMI】などの客観的検査結果と【健康感】との間にも弱い有意な正の相関が認められている。

『不健康群』では、客観的指標の総合である【健診結果】と主観的な【健康感】とが弱い正の相関を示していた。これは他の健康レベルでは見られていないが、全対象群(n=1,055)では【健診結果】と【健康感】が相関関係にあることから『不健康群』の状況が全対象群に影響を与えていると言える。

また、『不健康群』と生活習慣との関係では、【不規則な食事】に加え、【アルコールの多飲】と弱い正の相関がみられた。日常生活活動では【十分休養できない】【積極的に運動しない】の両方に『不健康予備群』よりも若干強い相関係数で連関を認めた。

【健診結果】と生活習慣およびGHQについては、健康レベル別には相関関係がなかった。【健診結果】は、『不健康予備群』『不健康群』において【年齢】との相関が見られ、『不健康群』では『不健康予備群』より強い相関係数を示した。

VI. 考察

1. 主観的健康と健康行動

分散分析の結果は、健康レベルすなわち【健康群】【不健康予備群】【不健康群】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。

主観的な健康感を用いた研究は数多く、生活習慣、QOL、身体的な症状との関連が検討されてきた¹²⁾。主観的健康感が高い人ほど疾病の有無にかかわらず生存率が高いことや¹³⁾、数年後の平均余命に影響することが示されている^{14) 15)}。

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¹⁶⁾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を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¹⁷⁾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。

また、好調であるというポジティブな精神状態が健康行動を起かさしているのか、逆に健康行動を行っているから自分の健康を【好調】と感じるのかは、相関係数だけでは因果関係の向きがはっきりしない。Amosなどの共分散構造分析に繋げ、どちらが影響を与えているのかまで特定していくことは重要である。

杉澤らは¹⁸⁾、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¹⁹⁾、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的経験や物語 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

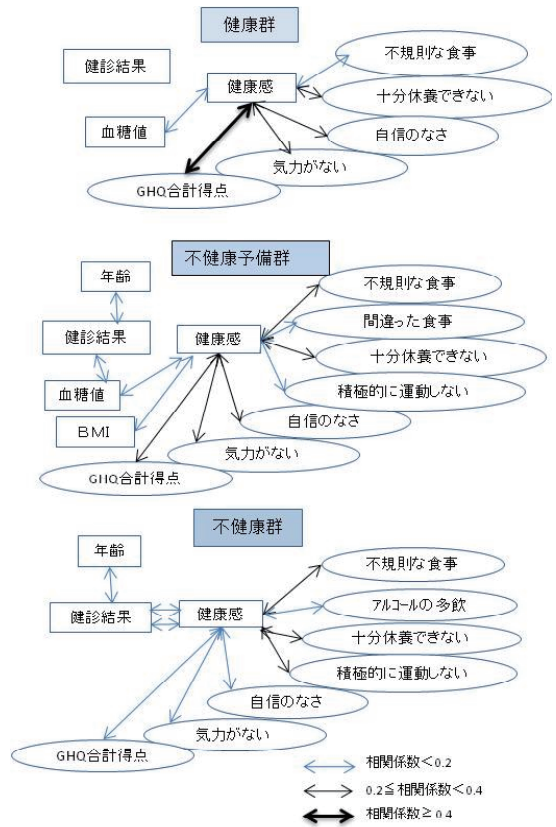


図2. 健康レベル別相関関係

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²⁰⁾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これからの研究の課題である。

このことから、健診結果で『不健康予備群』、『不健康群』において、予防的行動をとっている主観的健康感が高い群のポジティブな部分に、より一層予防行動を高めるような働きかけをすることにより、客観的な医学的な健康状態も改善する可能性が高いと言える。

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とが、図1の関連図から読み取れる。この図から言えることは、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²¹⁾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。

本調査の量的結果から導きだされたことを探っていくことが今後の研究の課題となる。以下の導出された3つのリサーチクエスチョンを基に今後の研究を進めていきたいと思う。

(1) 個人の健康意識レベルを上げること

個人的要因への働きかけとして、健康状態が好調と自覚することによって主観的・客観的な健康へも繋がりがやすい。つまり、個人の健康意識レベルを上げることが健康状態を向上させることに繋がると言える。では意識レベルを上げるにはどうしたらよいだろうか。

個人の健康意識レベルを向上させるために周囲の影響は大きい。池田²²⁾らの調査では、家族と同居は単身者に比べ3食規則的に食べ、間食や外食なども控える行動が見られ、健康感も高かったと報告している。また、生きがいを感じていることと家族などの支援ネットワークと「保健規範意識」は有意に結びつきがあり、家庭（あるいは職場）などの人との情緒的な結びつきが生きがいと繋がり、周囲の人々に迷惑をかけないように保健行動をとらなければという予防的対処行動を促す効果を持つことが実証²³⁾されている。

個人の意識レベルを上げるためには、本人のことだけではなく、むしろ家族関係や職場での人間関係へ掘り下げて聞き取ることが最も重要になってくるのではないかと考える。

(2) 精神健康レベルを保つこと

【GHQ合計】【自信のなさ】【気力がない】等の精神健康状態は、どの健康レベルでも相関関係がみられ、

前述したように客観的に健康であるためには、精神的に安定した状態が重要である。このことから、疾病を放置しておくことによる恐怖感を与える従来の一方的な保健指導ではなく、疾患等に対するネガティブな感情から奪回させるためにエビデンスに基づく説明等を通して精神的安心感を導くような支援が重要になってくるのではないだろうか。

(3) ライフステージに沿った支援

【年齢】と客観的【健診結果】は強く関連している。健康状態が悪くなるに従って相関関係が強くなる。2008年度の国民衛生の動向で入院と外来別の年齢階級別受療率(2005年10月)²⁴⁾をみるとどちらも年齢階級上昇に比例して増加している。本調査においても図1の通り年齢が高くなるに従って治療を必要とする不健康群が著しく増加していることがわかる。年をとると健康状態が悪くなることは生理的な現象ととらえることができる。

しかし、全対象では【健康感】と【年齢】もごくわずかではあるが有意な相関関係がみられていた。主観的【健康感】も【年齢】とともに変化していくと言える。1つ仮説として「ライフステージ」の影響が考えられる。ライフステージは年齢とともに変化し、人はライフステージに合わせた健康行動を取りやすい。30代40代では仕事・育児など極めて多忙な時期で健康問題を意識する機会が少なく関心も低い。40代50代は親兄弟の健康や介護の問題も身近になり健康が気になりはじめる時期²⁵⁾である。この年齢を通じた健康感の変遷はもちろん個人差も大きいと思われる。個人レベルの健康意識を把握するとともに年齢から推測されるライフステージが今どのような位置にあるかをとらえ、その上で職場の健康管理のみならず家族、地域、環境といった本人を取り巻くネットワークにも目を向け、その中に行動変容に繋げていけるような支援策を見出していくことが必要ではないか。

VII. 今後の課題

本調査の前半では健康意識を高め、精神健康状態を安定に保つ働きかけが重要であることが明確になった。この結果を踏まえ健康行動、行動変容に関する理論的な方法論を参考にしながら、後半の質的な研究に進んでいきたいと考えている。

個人の保健行動には変容のステージがあり、トランスセオレティカルモデルによると行動変容を起こす時期に至っていない無関心期²⁶⁾では行動変容に繋げることが難しいとされている。行動変容を起こさせるような共感を促す健康教育・講義²⁷⁾も必要不可欠ではあるが、社会的認知理論²⁸⁾で言われる個人と環境とその個人の健康行動がどのように相互に作用しているかを一人ひとりの対象に対して把握しながら個人の意識を高め、能力を養い、健康行動へと繋いでいく理論も有効であると考え。今後、Greenのヘルスプロモーションの定義をもとに、いくつかの理論を参考にしながら調査研究を進めていきたいと考えている。

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 ,p19,2007.
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshoh/iryouseido01/info02a.html>
- 3) 松田晋哉；地域における特定健診・特定保健指導の進め方 j.Natl Inst Public Health, 57(1),p28-34,2008.
- 4) 岡田邦夫；運動・身体活動と生活習慣病,日本公衆衛生雑誌 ,Vol.56, No.2,p121-124,2009.

- 5) 前掲 1) p21, p24-27
- 6) 近藤克則；健康格差社会——何が心と健康を蝕むのか, 医学書院, 2005
- 7) 近藤克則；ハイリスク戦略の限界とそれに代わるもの, 保健師ジャーナル, Vol.63, No. 9, p830-835, 2007
- 8) 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
- 9) Green, L.W, and Kreuter, M.W；health Promotion planning, An Educational and environmental approach (Second Edition), Mountain View, Calif, Mayfield, 1991.
- 10) 曾根智史訳；健康行動と健康教育 理論, 研究, 実践, 医学書院, p9, 2008.
- 11) 平成 19 年度労働衛生のしおり, 厚生労働省労働基準局編 p302
- 12) 五十嵐久人, 飯島純夫；主観的健康感に影響を及ぼす生活習慣と健康関連要因, Yamanashi Nursing Journal Vol.4 No. 2, p19-24, 2006.
- 13) Kaplan GA；Perceived Health and Mortality, a nine - year follow - up of the human population laboratory cohort, American Journal of Epidemiology, 117, 3, p292-304, 1983.
- 14) 神田晃, 尾島俊之, 柳川洋；自覚的健康感の健康指標としての有効性、厚生指標, 47, 5, p33-37, 2000.
- 15) 岡戸順一他；主観的健康感が高齢者の生命予後に及ぼす影響, 日本健康教育学会誌, 11, 1, p31-38, 2003.
- 16) 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.
- 17) 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.
- 18) 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.
- 19) 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.
- 20) 五十嵐久人, 飯島純夫；労働者の生活習慣と主観的健康感,
- 21) 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.
- 22) 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.
- 23) 宗像恒次；行動科学から見た健康と病気, メディカルフレンド社, p124-129, 2000.
- 24) 前掲 8) 第 39 表受療率, p439
- 25) 前掲 23) p
- 26) Karen Glanz Barbara k Rimer；HEALTH BEHAVIOR AND HEALTH EDUCATION - THEORY, RESEARCH, AND PRACTICE, 3RD EDITION, John Wiley & Sons, 2002.
曾根智史訳；健康行動と健康教育, 医学書院, p122-125, 2006.
- 27) 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.
- 28) 前掲 26) p151-176