

労働者の健康的な生活習慣への改善のプロセス

—組織的な健康づくりを行うA大規模事業所の中年期の男性労働者への面接から—

The process of workers' behavior change for health: focused on the middle aged male workers in a large-scale company which conducts systematic health promotion

高波 利恵 Rie Takanami

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 Oita University of Nursing and Health Sciences

佐藤 しのぶ Shinobu Sato

新日本製鐵株式会社大分製鐵所 Nippon Steel Corporation Oita Works

松尾 太加志 Takashi Matsuo

北九州市立大学 The University of Kitakyushu

2010年7月1日投稿, 2010年12月9日受理

要旨

労働者の生活習慣改善プロセスの具体的な理論を構築する端緒として、大規模事業所の男性労働者への面接とグラウンデッドセオリーアプローチによる分析を行った。その結果、生活習慣改善プロセスは、行動開始までの「導入の段階」、行動開始から継続・中断までの「定着化アプローチの段階」、今後の取り組みを方向づける「進退決定の段階」の3段階で示された。「導入の段階」では、生活習慣改善への主体性は「生活習慣改善の願望」と「実行可能性の認識」から推測できることが示された。主体性が低い場合は、他者からの「後押し」がそれを補っていた。「定着化アプローチの段階」における「生活習慣改善のメリットの認識」や「継続の壁の回避・克服」が、「進退決定の段階」で生活習慣改善に「取り組む力の獲得・強化」へと繋がることが示された。保健師はプロセスの進展のため、労働者の認識の変化に着目し、労働者間の良好な人間関係づくり、健康づくり政策の浸透等への支援を行う必要があると考えた。

Abstract

It is needed to establish a concrete theory of workers' process of behavior change for health. The interview of middle aged male workers in a large-scale company was held. A qualitative analysis with "Grounded theory approach" showed 3 steps and the following characteristics of behavior change among workers: Step 1 is "Introduction" which explains the process until behavior start to change. Step 2 is "Approach to take hold" which explains the process from the start of behavior change to the continuing or discontinuing of it. Step 3 is "Decision of advance or retreat" which is the process to make a directional behavior change. It was shown that independence of behavior change can be guessed from "Desire for behavior change" and "Cognition for probability of behavior change realization". When independence is not enough, "Support" by workers' superiors and colleagues back up workers' behavior change. To continue behavior change, it is necessary to enhance the understanding of the advantages of behavior change and to overcome the obstacles that may be encountered. Those who have positive cognition about behavior change can advance behavior change because they have obtained the power to tackle it. The support and approval from workers' superiors and colleagues increase workers' power to tackle it. From the above, public health nurses should focus on workers' cognition about health and behavior change and they should support to build a worksite culture which supports health.

キーワード

産業看護、労働者、生活習慣改善

Key words

occupational health nursing, worker, behavior change for health

1. 緒言

生活習慣病予防のために、保健師には労働者の生活習慣改善に対して効果的な支援を行うことが求められている。

効果的な支援のためには、労働者がどのように健康への関心を高め、主体的に生活習慣改善に取り組むようになるのかを、保健師が予め理解しておくことが必要である。その上で眼前の現象を客観的にとらえ、現象に影響する要因を分析すること、現状から将来を予測し、必要な支援を検討・実行し、評価をすること、それを短時間のうちに行える能力を持つことが必要である。その能力を備えるには、対象者の認識や行動を理論やモデル等と照合させて考察することが必要である。しかし、行動科学や看護学における既存の理論は抽象的な概念であるため、多くの保健師にとって実際の場面に適用させることが難しい。実際に支援を行う保健師にとって必要なのは、労働者の生活習慣改善がどのようなプロセスをたどり、それに影響を与える要因は何かを理解できるような具体的なものである (Chenitz and Swanson 2002)。ただし、具体的といっても様々な場面に適用するためには、個別事例ではなく、様々な状況への説明力を持つ精練された理論であることが必要である。しかし、このような具体的なレベルで労働者の生活習慣改善プロセスを説明する理論はほとんどないのが現状である。

そこで、労働者の生活習慣改善を説明する具体的なレベルの理論を構築する端緒として、本研究では、組織的な健康づくりを行う A 大規模事業所に勤務する労働者に面接調査と質的分析を行い、労働者の生活習慣改善のプロセスとその関連要因を明らかにした。そのうち、本論文では主に生活習慣改善のプロセスについて報告する。プロセスの関連要因の一部である「健康を支援する職場の社会文化的環境の特徴」については別紙 (高波 他 2010) にて報告した。

2. 研究方法

研究方法は、グラウンデッド・セオリー・アプローチ (GTA) に基づいて行った。本研究は、現場の保健師が、予測や状況のコントロールができるように実際の場面と照らし合わせられる成果を得ることを目指している。GTA は既存の行動

モデルのように関連する要因間の関係を明らかにするだけでなく、認識や行動の変化のプロセスも明らかにすることで実際の場면을客観的にとらえることを助けるとされているため (Chenitz and Swanson 2002)、この研究方法を採用した。

2.1 対象者

本研究では、労働者から生活習慣改善に関する様々なエピソードを得ることが必要である。そこで、組織的・継続的な産業保健活動が長年実施されていることから、生活習慣改善の経験を持つ労働者が多いことが推測された A 事業所から対象者を選出することとした。

A 事業所は全国に支社・グループ企業を持つ製造業を主とする企業体の一事業所である。ここでは、労働者約 1500 名に対して健康管理センターにおける診療サービスと、専属の産業医や産業保健師および安全・衛生管理者等による組織的な産業保健活動が長年実施されている。A 事業所の健康づくりの具体的な内容としては、健康づくりを勧奨する方針の明示、運動の義務付け、厳格な分煙制度、スポーツ大会の実施、禁煙や減量等の生活習慣改善プログラムの実施、運動教室の利用機会の提供、健診時の産業医や保健師による受診者全員への保健指導と有所見者等に対する保健指導・健康相談等があげられる。また、各部署では独自の健康づくりを実施し、労働者は輪番で各部署の健康づくり活動の推進係を担当している。

対象者は製造部門に属し、生活習慣改善を体験したことのある 40 歳以上の男性労働者とした。その理由は 40 歳以上であれば生活習慣改善を何度か経験しており、多くのデータが得られると考えたためである。対象者の選出は日頃の産業保健活動を通して労働者と信頼関係を築いている A 事業所の専属保健師 1 名が行った。GTA では多様性があり、分析に必要なデータを確保するために、対象者選出と分析を並行して行う。そして、対象者選出は、それ以上新しいカテゴリーが出てこなくなるまで行われる。そこで、対象者選出の最初の 5 名までは上記の条件に適合する者を選出し、さらに、6 名以降の選出は専属保健師と相談の上、年齢、取り組んだ生活習慣改善の内容、取り組みの経過等が、それまでの対象者と異なると考えられる者を選出していき、それを新しいカテゴリー

が出てこなくなるまで行った。その結果、最終的な対象者は9名となった。

2.2 データ収集

個別の半構造的面接法を用いた。面接では、(1)健康づくりのための現在および過去の取り組み経過、(2)その時の健康や健康づくりに対する思い、(3)健康や健康づくりへの思いや行動に影響したことと、それに対する思いを中心に聞いた。面接内容は対象者本人の許可を得て録音とメモをとった。対象者のうち、協力の得られた7名については、不足情報や面接後の健康づくりの経過に関する情報を得るために約2～6か月後に再度の面接を行い、面接回数は合計17回となった。1名あたりの面接回数は1～3回、面接時間は26～81分であった。

2.3 倫理的配慮

研究は著者の勤務する大学の倫理委員会の審査による承認を得て着手した。データ収集から成果の公表において対象者のプライバシーと事業所の不利益に配慮し、公表の際は事業所の責任者に内容を報告して承諾を得たが、内容の変更を求められることはなかった。

2.4 分析方法

対象者の生活習慣改善のエピソードは、20歳代からの長い期間にわたるもので、取り組み内容も多様であった。本研究はそれら全てを分析対象とした。

面接録(データ)を作成後、一人分のデータ全体を5回以上読み返し、対象者に生じた出来事、関係した人々、その時の対象者の認識や影響した要因に着目して、内容のまとめり毎に切片化し、データについて可能な解釈をなるべくたくさん挙げた上でラベル名をつけた。ここまでの面接と分析を2名分終了した後、ラベルを内容の類似性によってまとめ、ラベルを包括するカテゴリー名付けとカテゴリーの関係付けを行った。その後、一人分のデータを得る毎に、これらの帰納的分析を行いながら、それまでに作成したカテゴリーとカテゴリー関係との適合性の確認・修正を繰り返した。これらの終了後は、再び面接データに戻り、一人ひとりのデータと分析結果を比較して適合性を確認した。分析に際して学習心理学・認知心理学の研究者からの指導を受けた。信頼性確保のために、

対象者全員に面接録の確認を依頼した。2回以上の面接を受諾した者には、その時点における分析結果の説明を行い、研究者の解釈に誤りがないか確認して頂いた。表面的妥当性の確保のために、A事業所の専属保健師3名と衛生担当者3名に分析結果を説明した。その結果、分析結果は現実と一致しているとの意見を頂いた。

3. 結果

3.1 対象者の特徴

対象者の特徴と生活習慣改善のエピソードの概要を表1に示した。対象者は40歳代前半から50歳代後半であった。全員が工業系の高校または理工系の大学を卒業後、A事業所に就職し、結婚し、家族と同居していた。面接時の職種・職位は、4名は製造部門または機器の保全部門の一般職、5名は同職種の主任級から課長級までの管理職であった。

対象者の多くは、20歳代から30歳代の頃には生活習慣病の要因を理解し、A氏、C氏、D氏、I氏のように健康リスクを回避するために積極的に生活習慣改善に取り組む者もいた。しかし、健康管理の必要性の認識が高まったのは、40歳以降に健診データの異常値や体調不良の出現、身近な人々の罹病等を経験してからであった。A事業所では、生活習慣改善プログラムが定期的に開催されるため、9名中7名が、プログラムに参加した経験があった。また、A氏、B氏、D氏、E氏、H氏は生活習慣改善のきっかけとしてプログラムを活用した経験があった。語りの中心であった生活習慣改善の内容は、禁煙と継続的な運動の取り組みおよび食事量の調整が主で、面接時から5年以内のものであった。

3.2 生活習慣改善のプロセスとその関連要因

生活習慣改善のプロセスは、生活習慣改善に取り組むまでの「導入の段階」、生活習慣改善を継続させようとする「定着化アプローチの段階」、生活習慣改善の継続ができ、さらに新しい生活習慣改善へ進むか、継続できなかった生活習慣改善への再度の挑戦をする等の方向性を定める「進退決定の段階」の三段階で示された。

以下に生活習慣改善のプロセスとその関連要因を段階別に説明する。図1～3には、生活習慣改

表1. 対象者の特徴

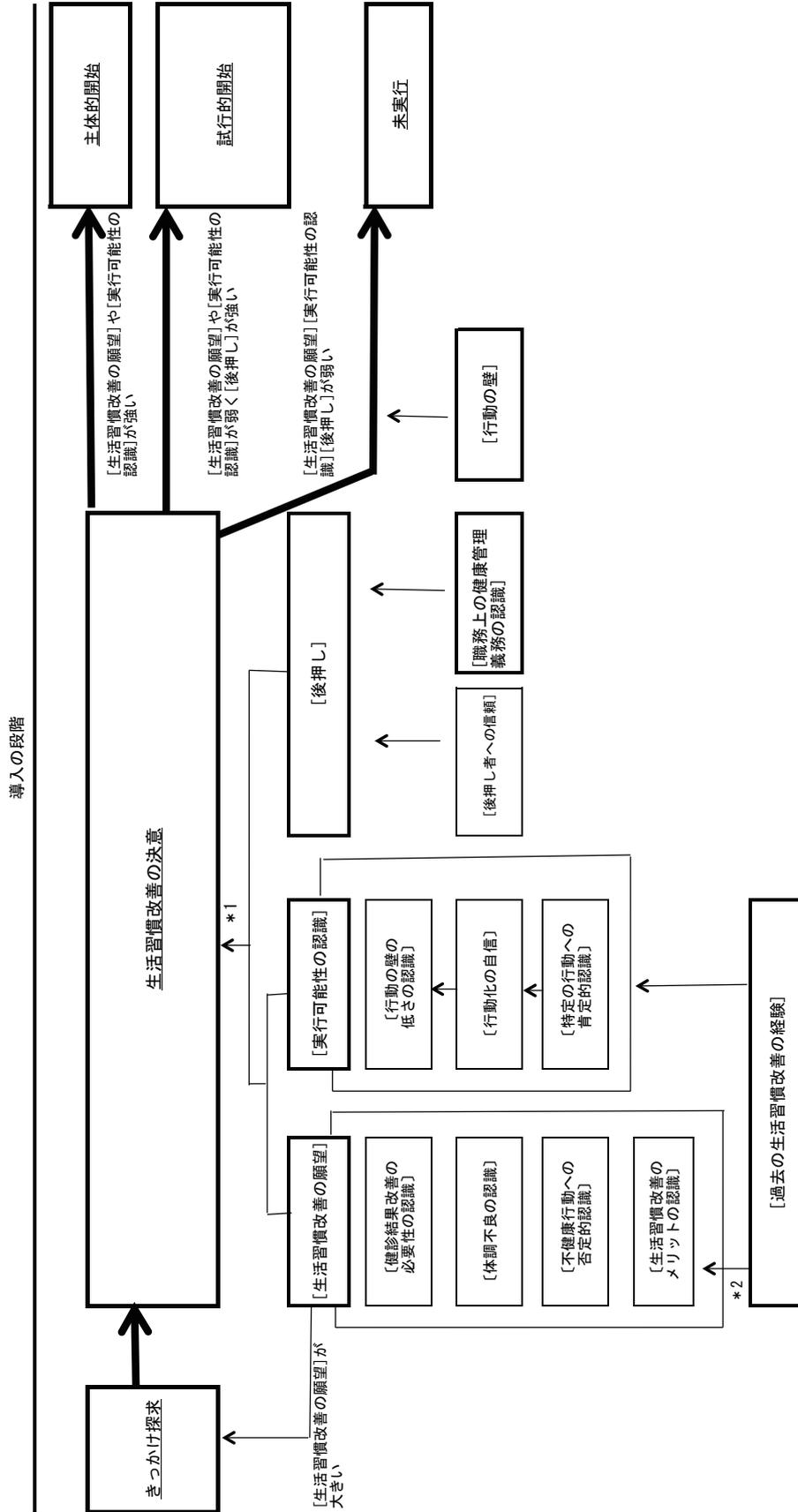
仮名	年齢層	役職	語りの中心であった生活習慣改善	生活習慣改善に関するエピソードの概要
A氏	40歳代後半	主任級	禁煙と運動	初回面接時は体調不良をきっかけに自ら禁煙に取り組んでいた。たばこの有害性についての知識は持っていたことから、20歳代後半から上司等の勧めによって職場の禁煙コンテストに参加する等、禁煙の経験があるが、再喫煙を繰り返している。元々、運動が好きであるため運動はしていたが、初回面接時にはともに運動する仲間がいなかったため運動を中断していた。二回目の面接時には仲間を集め、運動を再開している。禁煙も禁煙プログラムを活用しながら継続している。
B氏	50歳代後半	係長級	禁煙	以前から高血圧症を内服治療中で、減塩、運動を心がけていた。6～7年前に血糖高値を指摘され保健指導を受けたが、再検査では異常はなかったため対策は講じなかった。禁煙の一年前にも同僚の誘いもあり、禁煙を試みたがイライラして継続できず、禁煙はできないと考えていた。しかし、再度、健診結果において血糖値が境界域下限値を示した際に、保健師の指導により禁煙を決意し、その場で禁煙補助剤の処方を受けて成功した。二回目のインタビュー時には禁煙のためか体重増加傾向であったため、運動に取り組もうと考えている。
C氏	50歳代後半	主任級	食事量の調整と運動	20歳代に有害性を知って以来、喫煙していない。元来、運動自体が好きであったが、仕事が多忙であったため数年来取り組んでいなかった。健診で血糖値が境界域に達した。その際、自分自身でも危機感を感じたものの、妻の勧めと協力を得て食事量を大幅に減らす方法で体重減量に挑戦し、血糖値も正常範囲内に戻った。その際、減量しすぎて体調を崩したため、その後調整し、面接時には体調の良い体重で維持できている。また、食事量の調整と運動も継続できている。
D氏	50歳代後半	一般職	禁煙と運動	20歳代のころから肥満予防のため運動を心がけており、現在も継続のための努力をしている。自主的に禁煙に取り組むが何度も失敗と挑戦を繰り返しており、面接時も、禁煙プログラムに参加して挑戦中である。同僚に喫煙者が多いため、仲間と会話の機会が少なくなったこと等の禁煙のデメリットも感じているが、喫煙の有害性と禁煙によって仕事がかどる等の副次的効果の認識が高いため、禁煙を継続したいと考えている。
E氏	40歳代後半	主任級	運動	肥満解消と境界型糖尿病、高脂血症の悪化予防のため運動を心がけてきた。かつて、運動によって減量に成功したが、冬季に屋外での運動がづらくなって中断して以来、継続させるための方法を模索していた。職場の運動教室参加の募集記事を見たことを契機に運動を再開した。しかし、運動教室の終了によって運動の頻度が少なくなったことから、継続のための努力をしている。
F氏	40歳代後半	課長級	禁煙	かねてより肝機能値を正常範囲にとどめるための酒量の調整はしていた。喫煙が体に悪いことは喫煙を始めたころから認識しており、特に結婚してからは禁煙を意識するようになり、毎年、元旦に禁煙を決意するが、実際には取組めなかった。そのため、禁煙はあきらめていた。長年、保健師から禁煙を勧められてきたが、断り続けていた。ある日、遂に断り切れずに、促されるままニコチンパッチを購入した。試みに使用したところ、一回目の挑戦で成功した。禁煙後、体重が増加したため運動に取り組む、減量に成功した。
G氏	50歳代前半	一般職	運動と高血圧症の治療	産業医や保健師、上司等からの高血圧治療、肥満解消の取り組みの勧めを長年拒んできた。しかし、産業医によって強制的に受診をさせられたこと、職場の先輩により強制的に運動教室に参加させられたことをきっかけに、高血圧治療と運動を開始した。その結果、体調の改善、体重の減少ができ、面接時には自主的にそれらを継続するための努力をしている。
H氏	50歳代後半	一般職	運動	もともと運動は好きであったが、腰を痛めて運動しなくなったため体重が増加した。家族に肥満を指摘され、肥満解消のため、事業所の運動教室に参加したことを契機に自主的に運動を継続している。その前には入院をきっかけに禁煙に取り組んで成功した。
I氏	40歳代前半	一般職	食事量の調整と運動	家族に糖尿病罹患者がいることから、30代前半から生活習慣病予防のために食事量調整の取組みと運動継続の取組みを自主的に行っている。運動を継続させることが難しく、面接時には継続のために通勤ルートにあるフィットネスクラブへ入会したところであった。

善のプロセスとその関連要因の主たるものを示した。本文と図においては、中核となるプロセスを示すカテゴリーを下線₁で、プロセスに関連するカテゴリーを[]、そのサブカテゴリーを[]で示した。また、本文ではプロセスの理解のために具体的なエピソードを用いて説明した。本研究では、対象者一人ひとりの複数の生活習慣改善の経験を分析対象としていることと、抽出されたカテゴリーをプロセスと関連要因として示すため、同じデータから生じた同じ名称を持つカテゴリーが、文脈に応じて「プロセス」となる場合と、「プロセスに関連する要因」になる場合がある。その区別は上記の枠の種類で示した。

3. 2. 1 導入の段階

「導入の段階」は、その主体性の差こそあるものの、生活習慣改善の決意をし、生活習慣改善の主体的開始、試行的開始、未実行のいずれかに至るまでである(図1)。

殆どの対象者は、保健指導等を通じて30歳代の頃には健康障害のリスクに関する知識を持っていた。また、病気になりたくない、定年退職後の生活を楽しまたい、家庭や仕事上の役割を果たすために健康でいたいという[願望達成上の健康の価値]を認識する者は、[生活習慣改善の願望]を持ち、自分に適した運動の方法を模索したり、生活習慣改善する仲間を探す等の生活習慣改善の



*1: [生活習慣改善の願望][実行可能性の認識]による生活習慣改善に取り組むための自分の力の不足を[後押し]による他者の力で補う関係にあることを示している。

*2: [過去の生活習慣改善の経験]は[生活習慣改善の願望]では(生活習慣改善のメリットの認識)にのみ影響する。

図1. 導入の段階

プロセスの中軸となるカテゴリは下線、プロセスに関連するカテゴリは[], そのサブカテゴリは[]で示した。プロセスの方向を示す矢印は太線で示し、それ以外の線はカテゴリ間の関係を示した。太線の矢印の始点には、プロセスの方向性を決定する要因を示した。

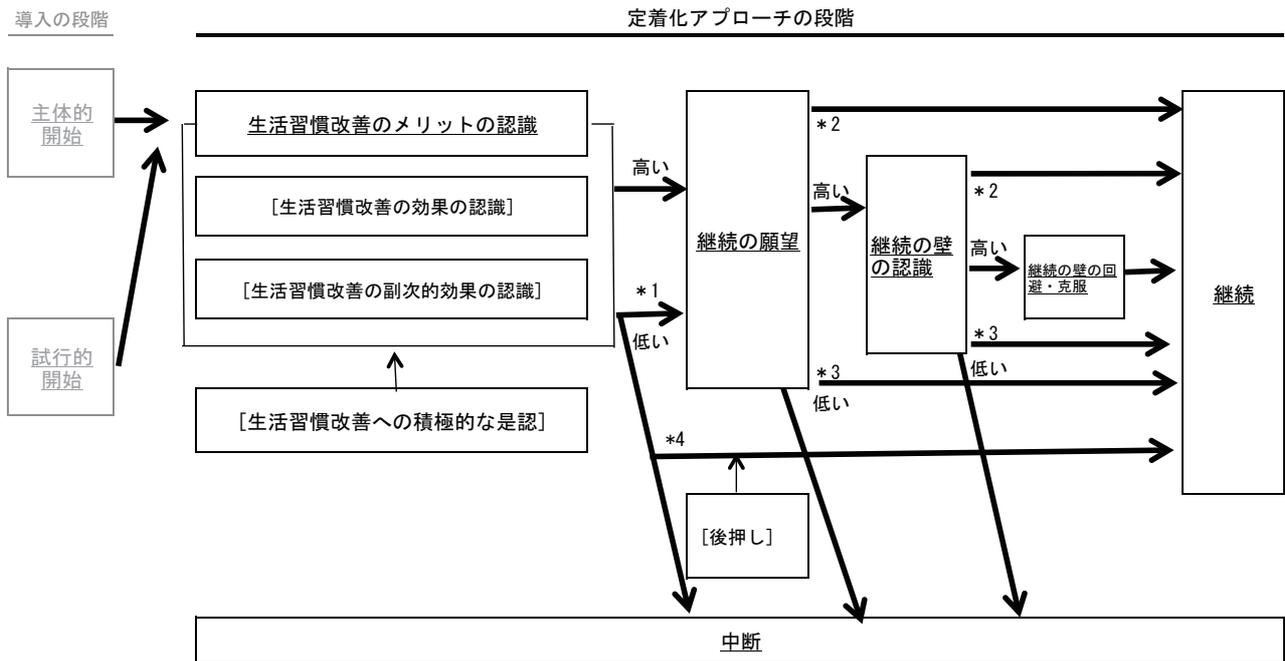
きっかけ探求をしていた。しかし、[生活習慣改善の願望]を持つだけでは生活習慣改善の決意をしても、その実行を妨げる[行動の壁]に阻まれて未実行に至ってしまう。行動に移すには、[生活習慣改善の願望]だけでなく、対象者本人が[実行可能性の認識]を併せ持つか、他者からの[後押し]を受けることが必要であった。

「導入の段階」の帰結である生活習慣改善の主体的開始、試行的開始、未実行を決定するのは、本人の[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]および他者からの[後押し]である。まず、[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]を構成するサブカテゴリーについて説明する。[生活習慣改善の願望]には、[健診結果改善の必要性の認識]、体重増加により関節が痛む等の[体調不良の認識]、喫煙や運動不足等の不健康行動への嫌悪感や有害性の認識等の〔不健康行動への否定的認

識]、禁煙や運動の体への良い影響等の〔生活習慣改善のメリットの認識〕のサブカテゴリーが示された。[実行可能性の認識]には、運動する場所が近くて便利である等の〔行動の壁の低さの認識〕、[行動化の自信]、もともと運動が好きである等の〔特定の行動への肯定的認識〕のサブカテゴリーが示された。[行動化の自信]は〔行動の壁の低さの認識〕に影響し、〔特定の行動への肯定的認識〕は〔行動化の自信〕に影響する関係であった。[実行可能性の認識]の3つのサブカテゴリーと[生活習慣改善の願望]のサブカテゴリーの〔生活習慣改善のメリットの認識〕には[過去の生活習慣改善の経験]が影響していた。

次に、[生活習慣改善の願望]、[実行可能性の認識]、[後押し]と、「導入の段階」の帰結の関係を対象者のエピソードを用いて説明する。

まずは、[生活習慣改善の願望]と[実行可能性



- *1: 定着化アプローチの段階で生活習慣改善のメリットの認識が低くても、導入の段階における元々の〔生活習慣改善のメリットの認識〕が高かったために継続の願望に至る場合のプロセス。
- *2: 継続の願望や継続の壁の認識は高かったが、継続の壁に出会わず、継続に至る場合のプロセス。
- *3: 継続の願望や継続の壁の認識が低くても、継続の壁に出会わず、継続に至る場合のプロセス。
- *4: 生活習慣改善が継続できるまで、他者が[後押し]を行った場合のプロセス。

図2. 定着化アプローチの段階

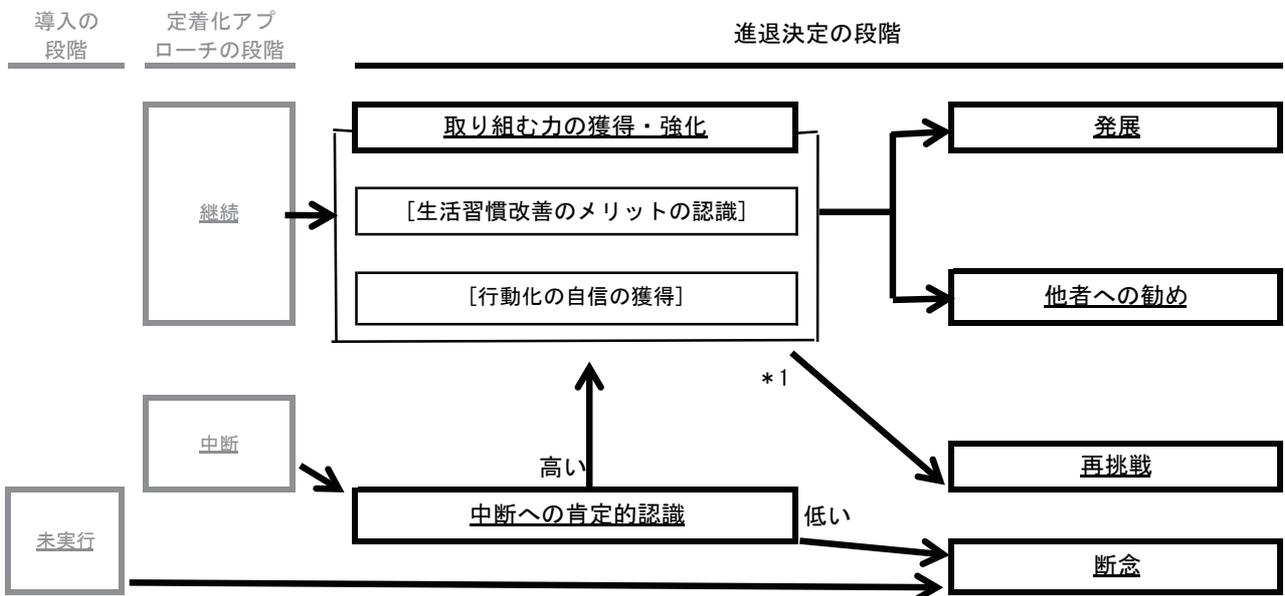
プロセスの中軸となるカテゴリーは下線、プロセスに関連するカテゴリーは[]で示した。プロセスの方向を示す矢印は太線で、それ以外の線はカテゴリー間の関係を示した。矢印の始点には、プロセスの方向性を決定する要因を示した。

の認識]が高い者が生活習慣改善の主体的開始に至る場合である。中断していた運動を自分の力で再開させたA氏は、[体調不良の認識]と、過去の運動経験による[生活習慣改善のメリットの認識]から、運動を再開する[生活習慣改善の願望]を持っていた。また、もともと運動が好きであるという[特定の行動への肯定的認識]と、自分の運動能力は高いという[行動化の自信]を持っていた。しかし、運動再開のためには運動仲間を集めることが必要であった。A氏は自分が初対面の人とは打ち解けられないことを認識しており、このことは運動再開のための[行動の壁]となると思われたが、これまでも運動仲間づくりの経験があったため[行動の壁の低さの認識]をしており、[実行可能性の認識]が高かった。

次に、[生活習慣改善の願望]や[実行可能性の認識]を持っていたものの、他者からの[後押し]を受けて生活習慣改善の主体的開始に至る場合を説明する。B氏やC氏は健診結果の重大さを理解してすぐに生活習慣改善の決意をし、主体的開始に至った。それを可能にしたのは、保健師や家

族によって健診結果の重大性を示され、さらに具体的な行動につながるように支援される[後押し]が行われたことで、本人の[生活習慣改善の願望]や[実行可能性の認識]を補ったためであった。また、上司による禁煙プログラムの参加の勧めを受諾したD氏や、職場の運動教室の募集に応じたE氏は、既に生活習慣改善を開始していたものの、[過去の生活習慣改善の経験]から継続の難しさを認識しており、[実行可能性の認識]が低かったため、[後押し]を生活習慣改善の継続のチャンスととらえて活用していた。

さらに、[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]が低い者が試行的開始に至る場合を説明する。この場合、他者による強力な[後押し]が必要であった。F氏は、かつて禁煙したいという[生活習慣改善の願望]を持ち、毎年の元旦には禁煙を決意していたが、未実行におわり、保健師に禁煙を勧められた際に禁煙をしたいと言いつつも取り組まないままであった。つまり、F氏は[生活習慣改善の願望]はあっても[実行可能性の認識]が低かったのである。それでも禁煙に成功



*1: 生活習慣改善の中断に至った者のうち、中断への肯定的認識が、「高い」場合にたどるプロセス。

図3. 進退決定の段階

プロセスの中軸となるカテゴリーは実線、プロセスに関連するカテゴリーは[], プロセスの方向を示す矢印は太線で示した。矢印の始点にはプロセスの方向性を決定する要因を示した。

したのは、保健師から所内診療所でニコチンパッチの処方を受けることを強く勧められるという強力な[後押し]を受け、ニコチンパッチの処方を受けるための段取りをする保健師を拒むことができずに、生活習慣改善の決意へ導かれたことがきっかけであった。運動の継続と血圧の治療開始によって体重減量と血圧コントロールに成功したG氏は、数年来、肥満と高血圧を指摘され、産業医や保健師の指導を受けてきたが、[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]が低く、健康問題を放置したままであった。しかし、半ば強制的に産業医によって診療所へ、さらに職場の先輩によって運動教室へと連れて行かれる強力な[後押し]によって、生活習慣改善の決意を求められる状況に迫られたことが取り組みのきっかけとなった。以上のように[後押し]による他者の力は、生活習慣改善の決意のための[生活習慣改善の願望]と[実行可能性の認識]による本人の力の不足を補う関係であった。

他者からの[後押し]を受け入れるには、[後押し者への信頼]を持っていることが必要であった。また、F氏やG氏のように[生活習慣改善の願望]や[実行可能性の認識]が低くても[後押し]を断らなかったのは、[後押し者への信頼]とともに[職務上の健康管理義務の認識]を持つためであった。F氏は部下の健康問題への対策を通じて保健師と協働しており、保健師に信頼を持っていた。また、部下に健康管理を求めている立場でありながら喫煙していることについて後ろめたい思いも持っていた。G氏は[後押し]をした先輩と、長年、親しい関係であった。また、職場で健康リスクの高い者に運動教室の参加を要請する取り組みが行われていたために運動教室の参加の勧めを断れなかった。このように、自分の[生活習慣改善の願望]や[実行可能性の認識]が低く、他者からの強い[後押し]を受けた者の生活習慣改善の決意は、[後押し]をした者との関係を保つことや職場における役割を果たすことが目的であるため、非主体的な試行的開始であり、「定着化アプローチの段階」で中断に至る可能性も高かった。

3. 2. 2 定着化アプローチの段階

「定着化アプローチの段階」は、「導入の段階」の主体的開始または試行的開始から続くプロセスで、

生活習慣改善のメリットの認識から生活習慣改善の継続または中断に至るまでである。ここは、生活習慣改善の取り組みを通して気付きや学習をする段階である(図2)。

生活習慣改善のはじまりが非主体的な試行的開始であっても、生活習慣改善に取り組んだ者の多くが生活習慣改善のメリットの認識をしていた。その具体的内容としては、禁煙で喉が爽快になる、運動によって体重が減り、体が軽く感じる等、本人が期待していた[生活習慣改善の効果の認識]の他に、運動する場所のできた新しい友人との交流が楽しい、ウォーキングのために外出することによって桜を觀賞できる、禁煙によって仕事の中断回数が減る、運動によって睡眠の質が改善する、達成感が得られる等、期待した生活習慣改善以外の[生活習慣改善の副次的効果の認識]があった。

もともと[生活習慣改善の願望]が高く、主体的開始をした者は、期待した[生活習慣改善の効果の認識]が低くても継続の願望を持っていた。例えば、D氏は[過去の生活習慣改善の経験]における禁煙時の爽快感が、今回の禁煙では得られないばかりか、体重が増加したために体調が悪くなったと感じていたが、もともと[不健康行動への否定的認識]である喫煙の有害性に関する知識を持っていたことと、禁煙によって仕事に集中できるという[生活習慣改善の副次的効果の認識]ができたため、継続の願望を持ち続けていた。一方、非主体的な試行的開始をした者が継続の願望を持つためには、生活習慣改善のメリットの認識は重要なプロセスであった。G氏は他者による強い[後押し]を受けて、不本意ながら運動教室の参加と高血圧治療に取り組んだが、体重減量、血圧降下、頭痛の消失等の[生活習慣改善の効果の認識]によって、主体的な取り組みへと変化した。その認識が得られるまでには長い時間を要することもある。G氏を運動教室に誘った職場の者は、数か月間、教室に同行していた。これがG氏の中断を妨げる[後押し]となっていた。

[後押し]を受けた者は生活習慣改善のメリットの認識とともに[後押し者への感謝の思い]を持ち、その人に応えようという思いが継続の願望の一因となっていた。また、生活習慣改善のメリットの認識を高める上で、他者からの[生活習慣改善への積極的な是認]は良い影響を与

えた。その例としては、禁煙すると喫煙室に行かなくなる、職場で募集された運動教室に参加する、運動による体重減量等の行動や外見の変化に対して、上司や同僚からねぎらいの声をかけられる、公的な会議の場で上司からの称賛を受ける等があった。一方、喫煙者の多いD氏の部署では、事業所の厳格な禁煙制度に則って休憩時間に喫煙者は喫煙室で過ごすため、D氏は同僚との会話に参加できなくなり、このことを禁煙のデメリットと考えていたが、継続の願望が強かったため、中断に至らなかった。

継続の願望を持って、仕事による不規則な生活習慣、宴席等のために継続を実現するのは難しい。よって、継続の壁の認識や継続の壁の回避・克服をしなかった場合は中断に至っていた。E氏は春から夏にかけて運動を継続し、体重減量や健診結果の改善に成功したが、冬に継続を断念するに至った。それは、冬の寒さ等の継続の壁の認識をせず、それを回避・克服する対策をとらなかったためであった。但し、E氏は中断に至ったことにより継続の壁の認識をし、生活習慣改善の再挑戦の際には生活習慣改善の決意と同時に継続の壁の回避・克服に取り組んでいた。既に自主的に禁煙していたが禁煙を継続させるために禁煙プログラムに参加したA氏やD氏の選択も継続の壁の回避・克服のためであった。つまり、図1と図2には示されていないが、[過去の生活習慣改善の経験]によって継続の壁の認識をした者は、「導入の段階」で生活習慣改善を継続するための努力を開始することから「定着化アプローチの段階」も同時に進行しているといえる。一方、継続の壁の回避・克服の努力をしなくても、継続に至る者もいた。ニコチンパッチの奏功により禁煙継続の願望を持ったF氏は、その阻害要因を宴席の機会であると認識していたが、禁煙を始めた頃は偶然にも宴席の機会がなかったために禁煙を続けることができた。

3.2.3 進退決定の段階

「進退決定の段階」は、「導入の段階」の未実行および「定着化アプローチの段階」の継続か中断から、発展、他者への勧め、再挑戦のように生活習慣改善を進展させるか、断念のように後退させるかを方向付ける段階である(図3)。この進退を決定す

るのは生活習慣改善に取り組む力の獲得・強化の有無である。

「導入の段階」における生活習慣改善への主体性の有無に関わらず、「定着化アプローチの段階」で生活習慣改善のメリットの認識をし、継続の壁の回避・克服に取り組むことは、[生活習慣改善のメリットの認識]や[行動化の自信の獲得]から構成される取り組む力の獲得・強化につながっていた。そして、継続ができた者は、さらなる健康を目指す、禁煙成功後に体重が増えないために運動する等の発展、同僚や家族に生活習慣改善に取り組むことを勧める他者への勧めへとつながっていた。

取り組む力の獲得・強化は継続に至った者だけの成果ではない。中断に至った者でも、中断への肯定的認識を持った者は、取り組む力の獲得・強化ができ、それは再挑戦で活かされていた。例えば、上司の勧めでやむなく禁煙した[過去の生活習慣改善の経験]をもつA氏は、そのプログラムの2カ月間だけ禁煙したことについて、禁煙を断念したのではなく、2ヶ月間、禁煙に成功したと考え、その[行動化の自信の獲得]が、次の禁煙の際の[実行可能性の認識]につながっていた。また、前述したように運動の継続を中断したE氏は、継続の壁の回避・克服の対策を検討し、再挑戦につなげていた。また、生活習慣改善の経験の多いD氏やI氏は[過去の生活習慣改善の経験]から、高い目標を設定するよりも、あえて目標を低めに設定して達成感を高め、[行動化の自信]を低くしないようにすることが、継続につながるコツであると考えていた。一方、F氏の過去の禁煙の未実行のように、「定着化アプローチの段階」を経ることができなかった場合は、中断への肯定的認識が持てず、断念に至っていた。

4. 考察

4.1 本研究結果の要点と労働者の生活習慣改善への効果的な支援の検討

本研究は組織的な健康づくりに取り組むA事業所の労働者を対象に面接を行い、生活習慣改善のプロセスを「導入の段階」「定着化アプローチの段階」「進退決定の段階」の3つの段階で示した。ここでは各段階の要点を整理するとともに、労働者の生活習慣改善への効果的な支援の在り方につい

て考察する。

「導入の段階」の要点の一つ目は、生活習慣改善の決意に [生活習慣改善の願望]と [実行可能性の認識]および他者からの[後押し]が関連することである。保健行動の促進要因を説明するモデルにおいて、同僚や家族等の本人を取り巻く環境が保健行動に影響することは、すでに説明されている(家田 他 1981, Pender et al 2006)。しかし、F氏やG氏に対して行われたように保健師等の専門職ではない上司や同僚が、直接かつ強力な影響力を発揮して[後押し]を行うことは、一般的ではないと思われる。強引な手段とも思える[後押し]がA事業所で可能であった理由については後述するが、本研究では労働者が生活習慣改善を経験することは「進退決定の段階」で取り組む力の獲得・強化につながる可能性が示されたため、[後押し]は生活習慣改善の支援方法の一つであるといえる。その効果的な方法を決めるには、[後押し]の強さを検討する必要があると思われる。なぜなら[後押し]は[生活習慣改善の願望]と [実行可能性の認識]を補う関係であったためである。よって、[生活習慣改善の願望]と [実行可能性の認識]のサブカテゴリーに着目して本人の生活習慣改善への主体性を測ることで、必要な[後押し]の強さを明らかにすることができるであろう。

ただし、結果としては生活習慣改善に至ったとしても、F氏やG氏に行われたような生活習慣改善への関心が低い者に対する強力な[後押し]は、倫理的にも、汎理論的モデル (Glantz et al 2006) に基づく効果的な支援の在り方の原則においても適切でないと思われる。そこで、「導入の段階」の要点の二つ目となるのが、[後押し]を受け入れる要因であった[職務上の健康管理義務の認識]と[後押し者への信頼]である。特に[職務上の健康管理義務の認識]の形成は、生活習慣改善の支援として着目すべきであろう。本研究において[職務上の健康管理義務の認識]が示されたのは、A事業所での組織的な健康づくり対策が影響していると思われる。ただし、管理者等が労働者に対して健康づくりを求めるだけでは不十分である。なぜなら、集団の中で行うべき行動を判断する基準となる規範には (Allen 2001)、社会的になすべきとされる規範と周囲の人々の行動に基く規範があり、両者の乖離は前者を形骸化させるため

である(村上 2008)。つまり、労働者に最も影響力を持つのは、直属の上司や同僚等の最も身近な職場の人々の認識や行動であるため (Hersey et al 2000)、管理者等の求める規範と労働者間で醸成される規範が合致していなければならないのである。A事業所では事業所が健康づくりの必要性を示すだけでなく、その規範が現場レベルまで浸透し、労働者の価値観と一致していたために、[職務上の健康管理義務の認識]を持っていたと思われる。よって、保健師は健康を重視する規範づくりへの支援として、職場の良好な人間関係づくりの支援とともに、組織的な健康づくりの方針や活動を浸透させるための支援を行うことが必要であるといえる。

「定着化アプローチの段階」の要点は、労働者が、生活習慣改善のメリットの認識と継続の壁の認識および継続の壁の回避・克服を経験することにある。なぜなら、これが、次の「進退決定の段階」における生活習慣改善に取り組む力の獲得・強化につながり、その有無がその後の取り組みを決定づけるためである。本研究では、「導入の段階」において、非主体的な試行的開始をした者でさえも、生活習慣改善の経験によって[生活習慣改善のメリットの認識]をしていた。また、継続の壁を認識し、回避・克服する体験を通して[行動化の自信の獲得]をしていた。つまり、労働者が「定着化アプローチの段階」を経ることで、生活習慣改善に対する認識は大きく変わる可能性があるといえる。行動を変えるには直接の経験や観察による学習が必要であるが、最も効果があるのは成功体験と、それによって自己可能感を高揚させることである。また、学習効果を高めるには、行動を促進する要因を意識させることが必要である (Bandura 1979)。よって、保健師には労働者が生活習慣改善に取り組む過程において、労働者がそのメリットを認識することと、継続の壁を認識し、それを回避・克服する自信を得るような支援が求められる。ただし、この支援を保健師が行うには限界がある。A事業所では生活習慣改善をしたことに対して、上司や同僚らが[生活習慣改善への積極的な是認]をすることが、生活習慣改善のメリットの認識の高揚につながっていた。これを可能にするためには、A事業所のように継続的な健康教育によって労働者が健康に関する知識や

価値を持つことが必要であるが、ここでは、労働者が同じ場所と場所を共有することが多いために同僚間の交流が多いことも[生活習慣改善への積極的な是認]を可能にした要因であると考えられる。よって、[生活習慣改善への積極的な是認]が職場で行われるには、労働者が交流し、同僚等の行動に関心を持ち、率直な意見交換ができる職場風土づくりへの支援が必要である。

「進退決定の段階」の要点は、生活習慣改善の中断に至った場合でも中断への肯定的認識があれば[行動化の自信の獲得]と[生活習慣改善のメリットの認識]ができる可能性である。本研究では、生活習慣改善の経験を重ねることで生活習慣改善のメリットを知り、継続のコツを獲得していき、数回の挑戦の後に生活習慣改善を継続につながることを示された。このように、生活習慣改善は失敗と成功を繰り返すものである(中村 2003)。しかし、F氏のように当初は[生活習慣改善の願望]をもっているが、失敗してくじけてしまった場合には動機付けがなくなって無関心期に至ってしまう場合がある(土井 2003)。そうならないように中断に至っても、その体験が生活習慣改善に取り組む力となり、再挑戦につながるようにすることが重要である。一般的に、健康的な生活習慣が継続されなければ、そのプログラムの効果はなかったと評価される。しかし、生活習慣改善の長いプロセスにおいて重要なのは、取り組む力の獲得・強化である。よって、保健師は生活習慣改善の支援において、短期的な行動の変化に着目するのではなく、長期的な視点をもって[生活習慣改善のメリットの認識]と[行動化の自信の獲得]への支援をするべきである。そのためには、健康づくりプログラムの評価において「労働者の認識の変化」に着目すべきである。

4.2 本研究の限界と課題

本研究では、対象者が9名と少数であるが、一人ひとりとは多様で数十年にわたる生活習慣改善のエピソードをもっていたため、分析に耐えうるデータの確保はできたと思われる。ただし、対象者は組織的な健康づくりに取り組む大規模事業所に勤務し、生活習慣改善に取り組んだ経験がある40歳以上の男性労働者のみである。また、面接において多くを語ってもらえる者に依頼している

ことから、本研究結果が労働者全員にあてはまるものではないというGTAを用いた研究の限界もある。今後は、さらに対象事業所や対象者の選択基準を広げて、本結果を精練することが必要である。さらに質的分析の後には数量的分析によって妥当性の検討を行うとともに、労働者の生活習慣改善への主体性等を数量的に評価できるようにしたいと考えている。

引用文献

Allen J (2001). Building supportive cultural environments. In O' Donnell MP (Ed). Health promotion in the workplace, pp202-217. Delmar Publishers Inc, New York.

Bandura A (1979). 原野広太郎(訳). 社会的学習理論-人間の理解と教育の基礎. 金子書房, 東京.

Chenitz WC and Swanson JM (1992). 樋口康子, 稲岡文昭(訳). グラウンデッド・セオリー-看護の質的研究のために, pp34-40. 医学書院, 東京.

土井由利子(2003). 行動変容のモデル. 畑栄一, 土井由利子(編), 行動科学-健康づくりのための理論と応用, pp17-34. 南江堂, 東京.

Glantz K, Rimer BK and Lewis FM (2006). 曾根智史, 湯浅資之, 渡部基 他(訳). 健康行動と健康教育-理論、研究、実践, p113. 医学書院, 東京.

Hersey P, Blanchard KH and Johnson DE (2000). 山本成二, 山本あづさ(訳). 入門から応用へ 行動科学の展開-人的資源の活用, pp168-169. 生産性出版, 東京.

家田重晴, 畑栄一, 高橋浩之 (1981). 保健行動モデルの検討-米国における研究を中心として. 東京大学教育学部紀要21, 267-280.

村上史朗(2008). 規範逸脱行為の拡散: 記述的規範と類似の規範への信念の効果. 日本社会心理学会第49回大会誌, 316.

中村正和(2003). 禁煙サポート. 畑栄一, 土井由利子(編), 行動科学 健康づくりのための理論と応用, pp70-84. 南江堂, 東京.

Pender NJ, Murdaugh CL and Parsons MA (2006).

Health promotion in Nursing Practice. Pearson Education, New Jersey.

高波利恵, 佐藤しのぶ, 松尾太加志 (2010). 健康を支援する職場の社会文化的環境の特徴とその関連要因—組織的な健康増進活動を行う A 大規模事業所労働者への面接から—. 産業看護 2, 82-89.

本研究は筆頭著者が北九州市立大学大学院博士課程に提出した博士論文の一部を加筆修正したものです。本研究は文部科学省科学研究費若手研究 (B) の支援を受けて実施しました。



著者連絡先

〒870-1201
大分市廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 保健管理学研究室
高波 利恵
takanami@oita-nhs.ac.jp