

<b>Title</b>	交流型健康づくり教室参加者の心理社会的要因と身体状態の変化の検討
<b>Author</b>	藤田 俱子, 野口 孝則, 藪下 亮
<b>Citation</b>	大阪市立大学看護学雑誌, 7 巻, p.15-22.
<b>Issue Date</b>	2011-03
<b>ISSN</b>	1349-953X
<b>Type</b>	Departmental Bulletin Paper
<b>Textversion</b>	Publisher
<b>Publisher</b>	大阪市立大学大学院看護学研究科
<b>Description</b>	研究報告
<b>DOI</b>	10.24544/ocu.20180403-096

Placed on: Osaka City University

## 交流型健康づくり教室参加者の心理社会的要因と身体状態の変化の検討

## Evaluation of Changes in Psychosocial Factors and Physical Condition of Participants in Interactive Health-promotion Classes

藤田 俱子<sup>1)</sup> 野口 孝則<sup>2)</sup> 藪下 亮<sup>3)</sup>  
Tomoko Fujita Takanori Noguchi Ryou Yabushita

## 要 旨

目的：参加者同士の交流と実習を取り入れた生活習慣改善のための健康教室参加者の心理社会的要因と身体状態の変化を明らかにし、プログラムの有効性と生活習慣改善のための継続的支援のプログラム内容を検討する。

方法：教室参加者の健康習慣指数、一般性自己効力感、情緒的支援ネットワーク、予防的保健行動、身体状態の変化を前後比較した。分析は対応のある t 検定と wilcoxon 符号付き順位和検定、t 検定で行い、5% 有意水準とした。

結果：健康習慣、糖代謝異常、脂質異常に関連する値は有意に改善されたが、一般性自己効力感、情緒的支援ネットワーク、予防的保健行動は有意な変化はみられなかった。

考察：継続的支援のプログラムは、体験学習は日常生活に活用できる内容を、グループの設定は参加者の特性に近い者や行動変容の準備性が同じ段階である者とし情緒的につながりを持つための工夫を設定する。行動変容の段階に応じたアプローチを検討する。

キーワード：生活習慣改善 自己効力感 情緒的支援ネットワーク 交流

## I. はじめに

わが国において生活習慣病対策が急務となり平成20年度には特定健診・特定保健指導が実施されたのは周知のとおりである。特定保健指導では、対象者の持つメタボリックシンドロームに関連するリスク要因の数により動機付け支援、積極的支援に対象者を階層化し、積極的支援では最低3ヶ月以上の長期にわたる行動変容を促す支援が必要である（厚生労働省，2007）。行動変容や生活習

慣改善の継続に関連する要因には自己効力感（Bandura, 1977）やソーシャルサポート（宗像，1996a）など心理社会的要因が関連していることが明らかになっている（忠津，武田，2001，北田ら，1997）。特定保健指導の積極的支援では、支援期間が3か月以上必要で、定められた時間の個別指導や集団指導で自己効力感を高める関わりが標準的プログラムを展開する上で求められている（厚生労働省，2007）。しかし、標準的プログラムでは支援の所要時間や動機付け支援、積極的支援ともに初回の支援は目標設定

2010年8月30日受付 2010年12月25日受理

<sup>1)</sup> 大阪市立大学大学院看護学研究科

<sup>2)</sup> 福岡女子大学人間環境学部栄養健康科学科（現所属：厚生労働省健康局生活習慣病対策室）

<sup>3)</sup> 医療法人財団 神戸海星病院 検査部

\*連絡先：藤田俱子 〒545-0051 大阪市阿倍野区旭区1-5-17 大阪市立大学大学院看護学研究科

を医師、保健師、管理栄養士が行うこと、積極的支援では積極的関与と励ましを行うとした設定以外具体的な内容などについて決められてはいない。

自己効力感を高める情報源には遂行行動の達成や代理体験などがあり、遂行行動の達成には実際にその行動を実践したことがあること、代理体験には他者がその行動を実践することを見聞きすることなどがある (Bandura, 1977)。また、ソーシャルサポートには手段的サポートと情緒的サポートがあるが、情緒的支援者があることで予防的保健行動を促す (宗像, 1996b)。これらのことから、筆者は生活習慣改善のためのプログラムでは体験型学習を取り入れること、個別の関わりだけでなく、集団で他者と交流することが必要と考えた。

そこで、本研究の目的は標準的プログラムで設定される目標設定を行う個別指導に実習と参加者同士の交流を図る内容を組み入れた生活習慣改善のための健康づくり教室 (以下教室) 参加者の心理社会的要因と身体状態の教室前後の変化を明らかにし、プログラムの有効性と生活習慣改善のための継続的支援プログラムの内容を検討することとした。

## Ⅱ. 方 法

### 1. 対象者

40歳以上の中高年者を対象にNPO法人が実施する生活習慣の改善を目的とした健康づくり教室の参加者のうち血液検査、血圧測定、身体測定結果の利用と質問紙調査を承諾した43名のうち最後まで参加した13名 (30.2%) を分析対象とした。対象者は、新聞広告と健康づくり教室主催者による口コミで募集された。

### 2. 倫理的配慮

事前に教室主催者に研究目的と方法について説明し同意を得た。また、身体状態に関するデータは個人情報をも匿名化したうえで提供を受けることにした。対象者には、健康づくり教室初日に研究目的、研究方法、研究協力は任意であり、協力の有無により不利益は生じないこと、研究期間中に参加を取りやめることができること、研究過程において得られた情報は、研究目的以外には使用しないこと、個人は特定されないよう配慮すること、研究によって知りえた秘密は厳守することを口頭と書面にて説明を行い、文書により同意を得た。

本研究は大阪市立大学医学部看護学科倫理審査委員会にて承認を得た。

### 3. 研究期間および調査の実施時期

#### 1) 研究期間

平成19年7月から10月

#### 2) 健康づくり教室のプログラム実施内容と調査の実施時期

##### (1) プログラムの実施内容

教室は4か月間に全9回のプログラムが2週間に1回の頻度で実施された。各回のプログラム内容は表1に示す。教室2回目、9回目には血液検査結果に基づいて個別指導が行われた。本教室は参加者が楽しく交流しながら実習を通して生活習慣の改善を学ぶことを目的にプログラムが組み入れられ、教室5回目では参加者同士が日々の生活習慣の改善についてそれぞれの思いや日常の実践を話すグループワークが設定された。個別指導では医師、保健師、管理栄養士がそれぞれ役割分担し、目標設定と医師による身体状態の説明、保健師による生活習慣指導、管理栄養士による食事指導が行われた。また、随時プロ

表1 教室プログラム内容

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	6回目	7回目	8回目	9回目
実施形式	個別・集団	個別	集団	集団	集団	集団	集団	個別	個別・集団
実施者	医師 健診事業所	医師 保健師 管理栄養士 運動指導士	保健師 管理栄養士	ヨガ講師 保健師 管理栄養士	ヨガ講師 保健師 管理栄養士	調理師 保健師 栄養管理士	保健師 栄養管理士	健診事業所	医師 保健師 栄養管理士
内 容	開講式 メタボリックシンドロームに関する講義 健康づくりの重要性の講義 身体測定 血液検査 血圧測定	個別指導 正しい歩き方実習	バーベキュー実習	ヨガ実習	ヨガ実習 グループワーク	調理実習	ハイキング	身体測定 血液検査 血圧測定	閉講式 個別指導

グラム実施中には参加者に対し設定した目標の実施状況の確認と励ましの声掛けが行われた。

## (2) 調査実施時期

これらの調査は教室初回と9回目のプログラムに実施した。属性に関しては教室初回のみ調査した。

1回目調査では主催者による教室の趣旨説明の後、研究の趣旨を説明し、血液検査待機時間を利用して自記式質問紙調査を実施した。当日のプログラム終了後質問紙を回収した。2回目調査は閉講式終了後に実施しその場で調査表を回収した。身体状態に関するデータは教室2回目と9回目の保健指導実施時に対象者に開示された後、対象者氏名を匿名化した一覧表を教室主催者から同意を得て提供を受けた。

## 4. 調査内容

質問紙の調査項目は健康習慣指数 (HPI) (星, 森本, 1991)、一般性自己効力感 (坂野, 東條, 1986)、情緒的支援ネットワーク (宗像, 1996b)、予防的保健行動 (宗像, 1990) であった。

健康習慣指数 (HPI) はBreslowの7つの健康習慣をもとに、実施状態を2から4項目で表し望ましい実施状態を選択している場合を1点として評価する。望ましい健康習慣を実施しているほど高得点化され、得点範囲は0点から8点である。得点が0から4点が不良、5から6点が中庸、7から8点が良好と評定される (森本, 1991)。一般性自己効力感是一般性自己効力感尺度 (GSES) を用い、16項目の行動に関して「はい」(1点)と「いいえ」(0点)の2段階で評定する。自己効力感の高い者が高得点化され、得点範囲は0点から16点である。性別により得点の評定が異なるため、本研究では得られた得点を標準化 (坂野ら, 2006) したものを評価対象とする。得点により自己効力感が5段階に評定できる。標準化した得点の範囲は21点から75点で、21点から35点が「非常に低い」、22点から45点が「低い傾向にある」、46点から54点が「普通」、55点から63点が「高い傾向にある」、64点から75点が「非常に高い」と評定できる。情緒的支援ネットワークは情緒的支援ネットワーク尺度を用い、10項目の情緒的支援を提供してくれる人を家族と家族以外にそれぞれ「いる」(1点)と「いない」(0点)の2段階で評定する。情緒的支援を提供してくれる人が多いほど高得点化され、得点範囲はそれぞれ0点から10点である。8点以上でネットワークが強いと評定される。予防的保健行動は予防的保健行動尺度を用い、病気予防のための行動や病気の早期発見のために行うあらゆる行動を、「はい」(1点)、「いいえ」「どちらともいえない」(0点)

として、1から21項目を加算する。予防的保健行動を実施しているものが高得点化されるよう尺度化し、得点範囲は0点から21点である。

身体状態を確認するための内容として身長、体重、腹囲、総コレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪、空腹時血糖値、HbA1c、収縮期血圧、拡張期血圧を測定するプログラムが教室の初回と8回目に組まれている。

他に対象者属性として年齢、性別、特定健診の質問内容 (厚生労働省, 2007b) に準じた服薬状況、現在の生活習慣の有無、生活習慣の改善の準備性を尋ねた。生活習慣の改善の準備性はProchaska (1997) のトランスセオレティカルモデルに基づき、準備性の実行期及び維持期ではすでにその行動を実行している時期と捉えられる。

## 5. 分析

対象者全体の調査内容と血液検査結果、身体測定結果について、教室開始前後の比較と教室開始前の群間比較を行った。

統計学的分析は、前後の分析は正規性のある変数では対応のあるt検定、正規性のない変数、カテゴリ変数ではwilcoxon符号付き順位和検定にて行った。群間の分析は正規性のある変数ではt検定、正規性のない変数ではMann-Whitney検定、カテゴリ変数では $\chi^2$ 検定にて行い、それぞれ5%有意水準とした。統計解析用ソフトはSPSS17.0を使用した。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 対象者特性

本研究の対象者の属性は男性が6名 (46.2%)、女性が7名 (53.8%)、年齢は59.1 (SD6.5) 歳、男性の年齢が57.3 (SD5.3) 歳、女性の年齢が60.6 (SD7.1) 歳で有意な差はみられなかった。年齢階層別では中年前期と高齢期がそれぞれ3名、中年後期が7名であった。服薬状況は高血圧薬を服用している者が2名で糖尿病、脂質異常症に関連する薬剤の服用者はいなかった。既往歴は脳卒中の既往のある者が1名のみで心臓疾患、腎不全、貧血の既往歴のある者はいなかった。生活習慣改善の準備性は前熟考期、熟考期、準備期が各2名、実行期が4名、維持期が3名であった。性別による比較は食習慣に有意な差が見られ、食べる速度が速い者が男性では5名、女性では1名と男性の方が多く ( $p=0.025$ )、夕食後に間食する者が男性では1名、女性では6名と女性の方が多かった ( $p=0.025$ )。服薬状況や既往歴、その他の生活習慣では有意な差はみられなかった。

また、教室に最後まで参加した分析対象者の特性を検討するために脱落した不参加群と比較した。その結果、不参加群の年齢が47.1 (SD12.1) 歳 ( $p<0.001$ )、HbA1cが5.2 (SD0.8) %と有意な差がみられ ( $p=0.045$ )、健康習慣指数 (HPI) が4.1 (SD1.9) 点 ( $p=0.066$ )、空腹時血糖値が105.4 (SD33.2) mg/dlと分析対象者が高い傾向を示した ( $p=0.062$ )。

## 2. 教室参加前の状況

教室参加前各項目の性別による比較を表2に示す。健康習慣指数 (HPI)、一般性自己効力感、情緒的支援ネットワーク、予防的保健行動は性別による有意な差はみられなかった。身体状態では空腹時血糖値以外の項目は性別による有意な差はみられなかった。空腹時血糖値は男性が130.2 (SD27.9) mg/dl、女性が101.9 (SD16.5) mg/dlと男性の方が有意に高く ( $p=0.014$ )、空腹時血糖値の特定健診のリスク要因があった者は男性が6名、女性が3名で有意な差がみられた ( $p=0.049$ )。しかし、HbA1cの値は男性が6.2 (SD1.2) %、女性が5.2 (SD0.4) %、HbA1cで判定するリスク要因があった者は男性が4名、女性が3名でいずれも有意な差はみられなかった。

全体の健康習慣指数 (HPI) の評定分布は「不良」が4名 (30.8%)、「中庸」が5名 (38.5%)、「良好」が4名 (30.8%)であった。一般性自己効力感の評定分布は「非常に低い」が1名 (7.7%)、「低い傾向にある」が10名 (76.9%)、「普通」が2名 (15.4%)であった。家族からの情

緒的支援ネットワークの評定は「強い」が10名 (76.9%)、家族以外の情緒的支援ネットワークの評定は「強い」が8名 (61.5%)であった。

生活習慣改善の準備性により教室参加前の状態を比較するためまだ何らかの生活習慣改善を実行していない準備期以前の6名とすでに実行している実行期以降の7名の群間比較を実施した。拡張期血圧が準備期以前の6名が67.5 (SD8.3) mmHg、実行期以降の7名が79.3 (SD7.29) mmHgと有意な差がみられた ( $p=0.023$ )が他の身体状態に関する項目とその他の変数について2群間に有意な差はみられなかった。

## 3. 教室前後の比較

健康習慣指数 (HPI)、一般性自己効力感、情緒的支援ネットワーク、予防的保健行動、身体状態の平均値の前後比較の結果を表3に示す。身体状態は教室前後のデータを得られた11名 (84.6%)の結果について分析を行った。

教室前後の変化では、健康習慣指数 (HPI) が5.3 (SD1.8) 点から5.9 (SD1.8) 点に有意に増加した ( $p=0.040$ )。評定別では有意な変化はみられなかったものの、教室後の評定分布は「不良」が1名 (7.7%)、「中庸」が8名 (61.5%)、「良好」が4名 (30.8%)となっていた。一般性自己効力感、情緒的支援ネットワーク、予防的保健行動は得点も評定分布も有意な変化はみられなかったが家族からの情緒的支援ネットワークのみ8.5 (SD3.3) 点から8.1 (SD3.5) 点に減少傾向を示した

表2 参加群の教室参加前状態の性別による比較

		参加群 (n=13)		男性 (n=6)		女性 (n=7)		検定 <sup>1)</sup> p値	特定健診のリスク要因あり		検定 <sup>2)</sup> p値
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		男性 n (%)	女性 n (%)	
年齢	歳	59.1	6.5	57.3	5.7	60.6	7.1	0.295			
健康習慣指数 (HPI)	点	5.3	1.8	5.2	2.5	5.4	1.3	0.945			
一般性自己効力感	点	41.9	3.7	40.7	4.1	43.0	3.3	0.234			
情緒的支援ネットワーク (家族)	点	8.5	3.3	8.8	2.9	8.1	3.8	0.731			
情緒的支援ネットワーク (家族以外)	点	6.9	3.9	6.8	4.3	7.0	3.8	0.836			
予防的保健行動	点	11.9	3.7	12.0	4.3	11.9	3.3	0.534			
腹囲	cm	87.2	7.4	88.7	3.6	86.0	9.8	0.731	5 ( 83.3)	3 ( 42.9)	0.179
体重	Kg	62.8	9.2	67.7	7.3	58.6	8.9	0.181			
BMI	Kg/m <sup>2</sup>	24.3	3.2	24.1	3.3	24.4	3.5	0.836	2 ( 33.3)	3 ( 42.9)	0.587
収縮期血圧	mmHg	122.2	14.5	123.0	14.6	121.4	15.5	0.836	2 ( 33.3)	2 ( 28.6)	0.657
拡張期血圧	mmHg	73.8	9.6	74.3	8.6	73.4	11.1	0.836	0 ( 0.0)	2 ( 28.6)	0.269
総コレステロール	mg/dl	211.0	22.5	210.8	14.5	211.1	28.9	0.731			
中性脂肪	mg/dl	124.8	62.1	143.7	75.2	108.6	48.4	0.445	3 ( 50.0)	2 ( 28.6)	0.413
HDLコレステロール	mg/dl	61.2	20.5	62.7	21.1	59.9	21.7	0.731	0 ( 0.0)	2 ( 28.6)	0.269
空腹時血糖値	mg/dl	114.9	26.0	130.2	27.9	101.9	16.5	0.014	6 ( 100.0)	3 ( 42.9)	0.049
HbA1c	%	5.7	1.0	6.2	1.2	5.2	0.4	0.073	4 ( 66.7)	3 ( 42.9)	0.383

1) Mann-Whitney検定

2)  $\chi^2$ 検定

表3 教室参加前後の比較

	n	参加前		参加後		検定 p値	
		平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
健康習慣指数 (HPI)	点	13	5.3	1.8	5.9	1.8	0.040 <sup>1)</sup>
一般性自己効力感	点	13	41.9	3.7	40.8	6.3	0.594 <sup>1)</sup>
情緒的支援ネットワーク (家族)	点	13	8.5	3.3	8.1	3.5	0.059 <sup>2)</sup>
情緒的支援ネットワーク (家族以外)	点	13	6.9	3.9	5.9	4.6	0.172 <sup>2)</sup>
予防的保健行動	点	13	11.9	3.7	13.2	4.2	0.150 <sup>1)</sup>
腹囲	cm	11	87.7	7.8	84.4	7.2	0.045 <sup>1)</sup>
体重	Kg	11	62.8	9.7	62.5	10.2	0.548 <sup>1)</sup>
BMI	Kg/m <sup>2</sup>	11	24.4	3.5	24.3	3.7	0.718 <sup>1)</sup>
収縮期血圧	mmHg	11	121.7	15.7	125.5	18.6	0.267 <sup>1)</sup>
拡張期血圧	mmHg	11	74.4	10.0	73.8	9.9	0.785 <sup>1)</sup>
総コレステロール	mg/dl	11	207.1	22.3	215.5	25.3	0.179 <sup>1)</sup>
中性脂肪	mg/dl	11	132.4	64.3	106.7	39.2	0.100 <sup>1)</sup>
HDLコレステロール	mg/dl	11	61.7	21.4	71.7	16.6	<0.001 <sup>1)</sup>
空腹時血糖値	mg/dl	11	111.5	17.9	98.3	15.2	<0.001 <sup>1)</sup>
HbA1c	%	11	5.5	0.7	5.4	0.6	0.074 <sup>1)</sup>

1) 対応のある t 検定

2) wilcoxon符号付き順位和検定

( $p=0.059$ )。身体状態では腹囲が87.7 (SD7.8) cmから84.4 (SD7.2) cmに有意に減少 ( $p=0.045$ )、HDLコレステロールが61.7 (SD21.4) mg/dlから71.7 (SD16.6) mg/dlに有意に増加 ( $p<0.001$ )、空腹時血糖値が111.5 (SD17.9) mg/dlから98.3 (SD15.2) mg/dlに有意に減少した ( $p<0.001$ )。腹囲、HDLコレステロールと空腹時血糖値以外の身体状態は有意な変化はみられなかった。HbA1cは有意な差はみられなかったが、5.5 (SD0.7) %から5.4 (SD0.6) %に減少傾向を示した ( $p=0.074$ )。

特定健診のリスク要因の有無の前後比較では腹囲のリスク要因がない者が4名 (36.4%) から8名 (72.7%) に有意に増加していた ( $p=0.046$ )。HDLコレステロールでは有意な差はみられなかったものの、リスク要因がある者は2名 (18.2%) から0名 (0%) になっており、空腹時血糖値のリスク要因がある者は8名 (72.7%) から5名 (45.5%) と減少傾向を示した ( $p=0.083$ )。

全体の前後比較の他に準備期以前の6名 (46.2%) と実行期以降の7名 (53.8%) について一般性自己効力感の前後比較を実施した。準備期以前の6名は40.2 (SD4.3) 点から44.3 (SD5.9) 点に増加傾向を示し ( $p=0.050$ )、実行期以降の7名は43.4 (SD2.6) 点から37.7 (SD5.1) 点に有意に減少した ( $p=0.046$ )。

#### Ⅳ. 考 察

##### 1. 対象者特性

本研究の分析対象者は男性と女性がほぼ同数の割合で、中年後期の者が多く、教室不参加者と比較して年齢が高かった。性別による有意な差はみられなかったが、男性はHbA1cの平均値が6.2%と高値を示してばらつきが大きかったことから、男性に糖代謝異常のリスクがある者が多いことが考えられた。生活習慣では夕食後に間食する者が多く、その多くは女性で、食べる速度が速い者も多かったがその多くは男性であった。服薬状況と既往歴に関しては性別による違いはなかった。生活習慣改善の準備性は各段階の者があり、準備期以前のまだ何らかの生活習慣の改善を実行していない者と実行期以降のすでに何らかの生活習慣の改善を実行していた者はほぼ同じ割合であった。また、何らかの生活習慣の改善を実行していない者と実行していた者では教室参加時において拡張期血圧のみ違いがあったが、どちらの平均値もリスク要因の基準値より下回っており質的な違いは無いと言える。本研究の分析対象者は、教室不参加者より実施している健康習慣が多い傾向にあり、糖代謝異常を示す数値が高かった。先行研究 (高橋, 2008) では糖尿病を持っている者の方が健康行動を多くとっていることが示されており、本研究は類似した結果であったと言える。

以上より、本研究の分析対象者は男性に糖代謝異常のリスクがある者が多く、性別により食習慣が異なった。また、健康習慣は不良から良好までばらつきがあったが

教室不参加者よりも糖代謝異常のリスクがあり健康習慣が多い傾向であった。一般性自己効力感は低い傾向にあり家族からの情緒的支援ネットワークが強かった。対象者の約半数は何らかの生活習慣の改善を実行していたが実行していない者と比較して身体状態や心理社会的要因の違いはなかった。

## 2. 教室参加前後の変化とプログラムの有効性の検討

教室参加前後では健康習慣指数（HPI）、HDLコレステロールが有意に増加し、空腹時血糖値、腹囲が有意に減少していた。健康習慣指数（HPI）の評価の変化では有意な差には至らなかったが、教室参加前は不良群、中庸群、良好群がそれぞれ30%近くを占めていたのに対し、参加後には中庸群が61.5%を占めており、健康習慣が不良であった者が改善できた可能性がある。これにより、対象者は教室参加により健康習慣について見直す機会となったことが考えられた。HDLコレステロールの平均値は参加前で基準値よりも高い値を示しており、リスク要因のある者が参加前には2名（18.2%）から参加後にはなくなっていた。糖代謝異常では、空腹時血糖値のリスク要因がある者の割合とHbA1cの値は減少傾向にとどまっていたが、空腹時血糖値には有意な減少がみられた。しかし、腹囲は有意に減少している一方体重とBMIには有意な変化はみられなかった。これにより、腹囲の減少が必ずしも内臓脂肪の減少と判断できず、腹囲については測定技術が不安定（今福，2007）であった可能性が考えられた。教室参加により健康習慣と身体状態に有意な改善がみられた一方、一般性自己効力感や情緒的支援ネットワークなどの心理社会的要因の変化はみられなかった。一般性自己効力感は教室参加前から低い傾向にある対象者が多かったが、参加後にはばらつきが大きくなった。さらに、教室参加前に生活習慣改善を実行していない対象者は教室参加後に一般性自己効力感が増加傾向を示し、実行していた対象者は有意に減少した。これらのことから、一般性自己効力感については全体としての影響が検出できなかった可能性が考えられた。

以上より、教室参加者は健康習慣、糖代謝異常と脂質異常に関する身体状態が改善され、教室参加により生活習慣が改善される可能性が示唆された。また、生活習慣改善の準備性が異なる対象者に対し教室参加により一般性自己効力感に異なる影響を与える可能性があることが示唆された。

## 3. プログラム内容の検討

教室の内容は参加者同士が交流を図る体験型学習とし

て実習プログラムが6回実施されたが、全体の一般性自己効力感や情緒的支援ネットワークなどの心理社会的要因の変化はみられなかった。しかし、生活習慣改善をまだ実行していない対象者では一般性自己効力感が増加傾向を示し、すでに実行している対象者では有意に減少していた。教室では楽しく参加者同士が交流することを意識し、バーベキュー実習やハイキングなど日常生活ではあまり実践しないことを取り入れていた。また、知識の普及や技術習得を目的として歩き方実習や調理実習、ヨガを実施したが、対象者の半数は男性であること、自宅では講師の動きを見ることができないため同じような動作ができない内容であったことから、教室での知識や技術の習得が日常生活で活かされる機会が少なかった可能性がある。「楽しさ」は健康運動の習慣的継続に重要な要因である（中村，2004）が、楽しいと感じる運動を実施することと教室で楽しく過ごすことは「楽しさ」を感じる質的な内容が異なり、「楽しい教室」にすることが必ずしも生活習慣の改善の継続にはつながらなかった可能性が考えられた。さらに、柴辻ら（2003）は課題に対する達成感を得ることやグループワークを取り入れ仲間同士の情報交換の場を持つことでモデリングを活用することが自己効力感を高める重要な情報源であると述べている。本研究では教室の内容は日常生活であまり実践しない内容であったことやプログラム実施中の口頭による目標達成の確認や励ましではすでに生活習慣の改善に取り組んでいた対象者にとっては課題に対する達成感を得ることができず、実施したグループワークはモデリングの活用にならなかった可能性があると考えられる。また、男性と女性では同じ「食習慣の改善」であっても改善すべき習慣が異なっており、生活習慣の改善として参加者同士の実践を聞いても「同じ体験」と感じることはできなかったかもしれない。参加者の多くは中年後期以降にあり男女ほぼ同数で、教室で参加者同士が顔を合わせるのはひと月に2回程度であった。以上より、情緒的支援ネットワークについては、教室参加前から強い者が多かったことから有意な変化がみられなかった可能性があるものの、性別の違いや教室の参加者同士が顔を合わせる時間が短いことから、情緒的なつながりを作るには至らず、教室が一過性の集まりとなった可能性も考えられた。さらに、生活習慣改善の準備性にばらつきがあり、同じ段階の者同士でのグループ形成にはならなかった。Prochaska（1994）らは、行動変容の準備性の段階によりアプローチの仕方が異なり、対象者の段階に合わせたアプローチが重要であることを述べている。教室は行動変容の準備性が同様の者で構成されず、準備性の違いで一般性自己効力感の

変化の方向が異なっていたことから、プログラムは行動変容の準備性に応じたアプローチとはならず、準備性によっては負の方向への変化に影響を与えるプログラムとなった可能性が考えられた。

本研究では、前述したように健康習慣と身体状態には改善がみられたが心理社会的要因には変化が見られなかった。これには、教室参加時の生活習慣改善の準備性の違いにより一般性自己効力感が異なる方向に変化するような影響を与えることとなった可能性、標本数が少なく心理社会的要因について統計的に検出ができなかった可能性、本研究で使用した測定用具が適切でなかった可能性、自らの意思で教室に参加している対象者であることから生活習慣の改善に関する意向がもともと高い集団であった可能性が考えられる。また、参加者同士の交流を図る他に個別指導が行われており、個別指導が健康習慣と身体状態の改善に影響を与えた可能性も否定できない。しかし本研究ではプログラムのどの要素が影響を与えたか明らかにはできない。

以上より、生活習慣改善のための継続的支援のプログラムは、以下の内容について検討する必要がある。①体験学習型のプログラムでは体験内容は教室で実践するだけでなく日常生活に活用できる内容が望ましい。②グループでの取り組みでは同じ場所でプログラム内容を共に実施するだけの一過性の関係にしないために、参加者の特性が近い者や行動変容の準備性が同じ段階である者で設定し、情緒的につながりを持つための工夫を設定する。③行動変容の準備性に着目し、行動変容の準備性の段階に応じたアプローチを検討する。

## V. 本研究の限界と課題

本研究は比較対照群のない前後比較での検討であり、前後の変化が介入によるものとは言い切れず、前後の変化がどの要素によるものか限定できない。対象者数が少ないため結果を一般化できない。また、統計処理では標本数が少ないために限界があった。腹囲の測定技術が不安定である可能性があり、データの信頼性が低いため結果を分析に生かすことができなかった。対象者は希望して教室に参加していることから生活習慣の改善の意向が高い集団であった可能性があり対象者特性が限定され、研究結果に偏りが生じた可能性がある。今後は、介入の効果を検討できる研究デザインを組むこと、統計検定に耐えうる対象者数を確保し、参加者が情緒的につながりを持つためのプログラムや日常生活に活用できる体験学習型プログラムの内容を検討する必要がある。

## 謝 辞

本研究にご協力いただいたNPO法人代表宮野氏と「健康づくり教室」に参加いただいた皆様に深く感謝いたします。

## 引用文献

- Albert Bandura (1997): Self-efficacy Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Albert Bandura (1997): Self-efficacy The Exercise of Control, W.H.Freeman and Company, NY, 302-305.
- 星 且二・森本兼囊 (1991): 健康習慣と身体的健康度, ライフスタイルと健康—健康理論実証研究一, 森本兼囊編, 医学書院, 東京, 66-71.
- 今福裕司 (2007): 腹囲測定に関する検討, *臨床病理*, 55(12), 1097-1102.
- James O. Prochaska, Wayne F. Velicer (1997): The Transtheoretical Model of Health Behavior Change, *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38-48.
- James O. Prochaska, John C. Norcross, Carlo C. Diclemente (1994)/中村正和監訳 (2005): チェンジング・フォー・グッド (初版), 法研, 東京.
- 北田豊治, 李応喆, 飯倉修子ら (1997): 中高年者における健康づくり行動の要因分析, *民族衛生*, 63(5), 288-304.
- 厚生労働省 (2007a): 標準的な健診・保健指導プログラム (確定版), 社会保険出版社編, 特定健診・特定保健指導の手引, 社会保険出版社, 東京, 235-237.
- 厚生労働省 (2007b): 健診項目選定の理由, 社会保険出版社編, 特定健診・特定保健指導の手引 (初版), 社会保険出版社, 東京, 36-39.
- 森本兼囊 (1991): ライフスタイル研究の意義と展望, 森本兼囊編, ライフスタイルと健康—健康理論実証研究一, 医学書院, 東京, 2-32.
- 宗像恒次 (1996a): 最新行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 東京, 115.
- 宗像恒次 (1996b): 最新行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 東京, 128-129.
- 宗像恒次 (1990): 新版行動科学からみた健康と病気, メヂカルフレンド社, 東京, 151.
- 坂野雄二, 東條光彦 (1986): 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み, *行動療法研究*, 12, 73-82.
- 坂野雄二, 東條光彦, 福井至ら (2006): GSES使用の手



- 引き, こころネット, 東京, 14.
- 中村恭子, 古川理志 (2004): 健康運動の継続意欲に及ぼす心理的要因の検討, 順天堂大学スポーツ健康科学研究, 8. 1-13.
- 柴辻里香, 安酸史子 (2003): 中高年女性の生活習慣改善に対する自己効力と影響要因, 日本健康教育学会誌, 11(2), 77-91.
- 忠津佐和子, 武田則昭 (2001): 保健習慣と保健に関する意識・知識・態度・行動等の状況. 保健の科学, 43(7), 569-576.
- 高橋和子, 工藤 啓, 山田嘉明ら (2008): 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, 日本公衆衛生学会誌, 55(8), 491-502.