

# 特定保健指導対象の職域男性における減量の非成功要因についての検討：個別インタビューによる質的検討

林 芙美<sup>\*1</sup>・武見ゆかり<sup>\*2</sup>・赤松 利恵<sup>\*3</sup>  
奥山 恵<sup>\*4</sup>・西村 節子<sup>\*5</sup>・松岡 幸代<sup>\*6</sup>  
蝦名 玲子<sup>\*7</sup>

目的：特定保健指導を受けたが、減量に成功しなかった男性勤労者を対象に、その背景にある非成功要因について質的に検討した。

方法：関東の4つの職域健康保険組合が委託した機関において、特定保健指導を受け、6ヶ月後評価時に体重変化が1%未満であった者か増加が見込まれた者、計63名に研究協力を依頼した。同意が得られた36名を対象に、インタビューガイドを用いた約30分間の個別半構造化面接を実施した。分析は6ヶ月評価時の体重変化が基準を満たした28名を対象とした。逐語録を作成しグラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に分析を行い、初回面接後の原因的条件として語られた内容別にカテゴリーをパターン化した。

結果：逐語録から、背景的要因として、【必要性を感じていない】、【仕事による強いあきらめ】、【制度への不信感】の3つのカテゴリーが抽出され、さらに原因的条件として【自分のこととして危機感を感じなかった】、【義務感】等、5つのカテゴリーが抽出された。非成功に至るまでのプロセスについて、いくつかのカテゴリーの重なりをパターン化したところ、7つの異なるパターンに分けられた。

結論：職域男性における減量の非成功要因について検討した結果、7つのパターンが示された。特に、原因的条件の【義務感】や【反発】、背景的要因の【制度への不信感】は、特定健診・特定保健指導に特徴的な要因であった。

[日健教誌, 2014; 22(2): 111-122]

キーワード：カウンセリング, 不成功, 減量, 男性, 質的研究

## I はじめに

平成23年に行われた「健康日本21」最終評価<sup>1)</sup>においては、メタボリックシンドロームを認知し

ている国民の割合は増加したものの、糖尿病有病者・予備群の増加、20～60歳代男性における肥満者の増加など、健康状態の改善には至っていない。そこで、平成25年4月から新たに健康日本21（第二次）が開始することとなり5つの基本的な方向が示された<sup>2)</sup>。その1つの柱である「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」において特定健診・特定保健指導の役割は大きい。

特定保健指導では、内臓脂肪型肥満に着目し、生活習慣病の危険因子の数に応じて階層化された保健指導対象者に対して、個々の生活習慣の改善に主眼を置いた保健指導を行うことが求められている<sup>3)</sup>。さらに、対象者の生活を基盤とし、対象者が自らの生活習慣における課題に気づき、健康的な

\*1 千葉県立保健医療大学

\*2 女子栄養大学

\*3 お茶の水女子大学

\*4 東松山医師会病院健診センター

\*5 関西福祉科学大学

\*6 京都医療センター

\*7 グローバルヘルスコミュニケーションズ

連絡先：林 芙美

住所：〒261-0014 千葉市美浜区若葉 2-10-1

千葉県立保健医療大学健康科学部栄養学科

TEL & FAX : 043-272-2839

E-mail : fumi.hayashi@cpuhs.ac.jp

行動変容を自己決定できるように支援することが重要とされている<sup>3)</sup>。このように、行動科学を用いた指導が推奨されているが、特定保健指導においてどのような対象者の認知や行動が取り組みの成果と関連しているかを検討した研究は限られている。

これまで、特定保健指導を受けて減量に成功した事例を対象に、その要因について量的<sup>4,7)</sup>または質的<sup>8-11)</sup>に検討した研究はいくつかある。しかし、減量に至らなかった理由、つまり非成功要因について特定保健指導を受けた者を対象に検討した研究は我々が知るところではまだない。減量の成功者は、初回面接直後に危機感を持っており<sup>8,12)</sup>、取り組みにおいては自分なりの工夫もしていた<sup>8,10)</sup>。また、食生活での取り組みについては、夜食や間食の摂取を減らしたこと<sup>6,10)</sup>、行動技法とあわせて取り組んだこと<sup>10)</sup>、実行しやすい具体的な目標であったこと<sup>10)</sup>などが、減量成功者の特徴として挙げられている。さらに、6ヶ月後評価時から次年度健診時までの減量維持には、6ヶ月間の取り組み内容だけでなく、事前に減量目標値を4%以上に設定することも関連していた<sup>7)</sup>。このように、減量を実現できた成功者の要因を明らかにすることは、内臓脂肪の減少、身体状況の改善につながる効果的な保健指導の対策を検討する上で重要である。一方で、非成功者の取り組みに対する認知や行動面の特性等を明らかにすることも、事前にその対策を講じる上で有用である。

Byrneら<sup>13)</sup>は、減量後に体重増加した者では、維持している者と比べて、運動や食習慣の取り組みといった行動面に違いがあるだけでなく、嫌な事があると食べ過ぎる、リラックスするために食べる、「白か黒か」といった二者択一タイプが多いなど、認知面での違いも指摘している。また、体重管理においても、セルフエフィカシーの重要性が指摘されている<sup>14)</sup>が、減量成功者では介入によってセルフエフィカシーが高まったのに対して、非成功者ではその低下が報告されている<sup>15)</sup>。

先行研究<sup>14-16)</sup>は減量希望者を対象にしているものが多いが、特定健診・特定保健指導は、取り組み

そのものが医療保険者に義務付けられていることから、参加する側の認知に義務感が生じやすい等、先行研究とは異なる特性が考えられる。特定保健指導の減量成功者への質的検討<sup>8)</sup>では、初回面接後に危機感ではなく義務感を感じた者は6ヶ月後評価時以降の減量維持が難しいことを指摘している。このように、質的研究は、これまで分かっていたことに対する答えを提供することを主な目的としているため、事前のやる気の有無だけでなく、対象者が感じていることや思っていることからその意味を見出すことができる。

そこで、本研究では、特定保健指導を受けたが、減量に成功しなかった男性勤労者を対象に個別インタビューを実施し、対象者から語られた内容を基に、非成功要因について質的に検討することを目的とした。

## Ⅱ 方 法

### 1. 研究デザイン

研究デザインは質的研究であり、半構造化面接調査を実施した。また、グラウンデッド・セオリー・アプローチ<sup>17)</sup>を参考に、オープン・コーディングから生み出されたコードを整理・集約し、対象者の「背景」、減量に至らなかった「条件」やそれまでの「行動・相互／行為の戦略」、そして「結果・帰納的条件」を整理することを中心に質的データ分析を行った。

### 2. 対象と方法

関東の4つの職域健康保険組合の男性組合員で、平成21年度または22年度に各健康保険組合が委託した機関において特定保健指導を受けた者のうち、6ヶ月後評価時に体重変化が1%未満であった者、あるいは体重が増加した者（見込み者を含む）に各機関の担当者を通じてインタビューの協力依頼を行った。そのうち、同意が得られた36名を対象に、インタビューガイドを用いた個別インタビューを平成22年11月～平成23年1月に実施した。インタビューアーは、保健指導に直接関与していない研究者2名が担当した。インタビューアー間

の実施方法とスキルを標準化するために、事前にインタビューガイドを用いた十分な打ち合わせを実施した。インタビューの所要時間は約30~40分とし、最初に調査目的、ICレコーダーによる記録、個人情報保護の方法等について説明し、書面にて調査協力への同意を得た。協力者には謝礼を支払った。

### 3. 特定保健指導プログラム

本研究で対象とした機関における特定保健指導積極的支援の支援形態は、以下のとおりである。

1) 施設A: 個別面接方式(初回面接+個別支援Aを2回+個別支援Bを1回)、2) 施設B: 外部委託で初回面接以外はすべて電話での支援、3) 施設C: 個別面接方式(初回面接+個別支援Aを2回+電話支援Bを2回)、4) 施設D: 個別面接方式(初回面接+個別支援Aを1~2回+電話・メール支援Bを1~2回)と外部委託(初回面接+運動セミナー7回参加)。なお、特定保健指導における支援Aとは「積極的関与タイプ」、支援Bとは「励ましタイプ」の支援とされている<sup>3)</sup>。

### 4. 調査項目

インタビューガイドの主な質問項目は、1) 減量に成功しなかったポイントを本人がどのように考えているか、取組みを始めたきっかけ、気持ち、周囲の反応、仕事の様子なども含めて把握すること、2) 減量に対する特定保健指導の支援内容について、プラス面(役立った点)とマイナス面(役立たなかった点)について把握すること、の2点である。また最後に、減量に成功するために欠かせない事、必要なことについて再度質問し、今回体重に変化がなかった理由を対象者自身はどう思っているのか把握した。インタビューガイドの作成にあたっては、著者全員で検討を重ねた。

対象者の年齢、身体状況(身長、体重、腹囲)、支援前の準備性(問診票ステージ)、喫煙歴等については、各機関に保管されていた対象者のカルテを用いて把握した。問診票ステージは、独自の質問紙が用いられていたD施設の一部対象者を除き、標準的な質問票<sup>3)</sup>を用いて把握されていた。

### 5. 分析方法

録音された内容から逐語録を作成し、詳細な分析を開始した。本研究では、減量の非成功要因について検討することを目的としていたため、インタビューを実施した36名中、6ヶ月後評価時に1%以上体重減少した者8名を除く28名について分析対象とした。特定保健指導(積極的支援)の1年後の評価を基にした減量目標の検討<sup>18)</sup>において、 $\pm 1\%$ を基準群として、2%刻みに対象者を群分けして検査値を比較したところ、トリグリセライドやHDLコレステロールなどの一部の検査値に1~3%減でも有意差が認められたとの報告がある。そこで、本研究では、当該研究<sup>18)</sup>での基準群である $\pm 1\%$ の最大値(1%減)を対象者選定の基準とした。

データ分析では、帰納的アプローチであるオープン・コーディングによりデータを分析する手順である「理論的コード化」を中心に、グラウンデッド・セオリー法を用いて質的データ分析を行った<sup>19)</sup>。まず、1つの事例に対して研究者全員で逐語録を繰り返し読み、要約したセグメントをコード化し、意見が一致するまで討議し、カテゴリーに整理した。次に、共通のテーマを含むと思われる別の事例についてもオープン・コーディングによりデータを分析し、最初に分析した事例と相互に比較しながら、それらデータにふさわしいコードおよび概念的カテゴリーを作成する継続的比較法を用いた分析を行った。研究者全員でこれら初期のコーディングを行い、その後残りの事例については、1つの事例に対して2人の研究者が焦点的コーディング(オープン・コーディングが終わった文字テキストに対して、先に生成された概念的カテゴリーに対応するコードを作成)を行った。カテゴリーの集約においては、グラウンデッド・セオリー・アプローチで提唱されているパラダイム(ある現象の構造とプロセスを分析していくための枠組みとして提案されたもので、条件・行為/相互行為・帰結の3つの構成要素からなる)の考え方<sup>19)</sup>を参考に、背景的要因、原因的

条件、介在条件、行動・相互行為の戦略、結果・帰納的条件の大カテゴリーに集約した。コード、カテゴリーを整理した後、初回面接後の動機づけの程度を示す原因的条件を軸に、取組み前の背景的要因や、取組みの際の条件等、いくつかの主要なカテゴリーが重なったものに注目し、同じような構成（パターン）のデータになっている事例をまとめて分類し、パターン化を行った。

## 6. 研究の質の確保

まず、インタビューデータの信頼性を高めるために、インタビューに先立ちインタビューアのトレーニングを行い、調査手法の標準化を図った。さらに、分析に用いたデータは異なる集団や場所で取得した（データのトライアングレーション）。また、データ収集時におけるサンプリングの妥当性については、理論的サンプリングの考えに準じ<sup>19)</sup>、データが収集された日が早い事例から順にサンプルを並べ分析結果を比較した結果、最終2例を追加しても新たなカテゴリーを展開できるデータは見つからない事を確認した。

次に、データ分析時においては、以下の3点を行った。1) 情報源のトライアングレーション（インタビューアのインタビュー直後の記録と分析結果を比較した）、2) 調査者のトライアングレーション（研究者の個人的傾向が研究に与える影響を最小限にするために、1つの事例に対して2名の分析者の意見が一致するまで検討を重ね、さらに全事例を持ち寄り全体での討議を行った。また、データ収集・分析に直接関わっていない研究者に会議に参加してもらい、作業仮説や結果の検証を行った）、3) 理論のトライアングレーション（様々な理論的見解を取り入れ、データを検証した）。このように、複数の調査者の解釈が一致するまで議論し、異なる方法で収集されたデータや多様な理論や仮説を用いてデータを比較分析し、それぞれの解釈が一致することによって、結論が妥当であることを確認した。

## 7. 倫理的配慮

まず、特定保健指導を実施した健診機関の担当

者もしくは当該企業の保健師から研究参加者の基準に相当すると思われる対象者に、研究の趣旨と協力依頼を行った。了解が得られた対象者に対して実際にデータ収集を行う前に、インタビュアーが再度研究の目的や趣旨について文書を用いて説明し、研究参加への依頼を行った。さらに調査協力は自由意思に基づくこと、いつでも中止可能なこと、調査以外の目的で面接内容を使用しないこと、プライバシーの保護などについても説明し、書面にて同意を得た。また、対象者の語りが保健指導を担当した者に聞かれないようにするために、インタビューは個室で行った。尚、本研究は香川栄養学園実験研究に関する倫理審査委員会の承認（第66号）を得て実施した。

## III 結果

### 1. 対象者の概要

表1に対象者の概要をまとめた。対象者28名の平均年齢（標準偏差）は49.9（5.2）歳であった。支援開始時の平均体重は、78.0（8.0）kg、6ヶ月後評価時は79.3（8.1）kg、平均体重変化率は1.6（1.8）%であった。健診時における喫煙習慣については、有りが16名、無しが11名、不明1名であった。特定健康診査時に把握された運動や食生活等の行動変容ステージ（問診票ステージ）は、前熟考期2名、熟考期6名、準備期3名、実行期7名、維持期3名、不明3名、その他（複数の習慣について把握）4名であった。特定保健指導における支援レベルは、積極的支援22名、動機づけ支援6名であった。

### 2. 逐語録から得られたカテゴリーおよび具体的なコード

理論的コード化により、224のコードが生成され、11の小カテゴリー、20の中カテゴリー、5つの大カテゴリーに集約された（表2）。以後、中カテゴリーを【 】、小カテゴリーを< >、コードを「 」で示した。また、大カテゴリーはa～eのアルファベットで区分し、下位カテゴリーには数字を付した。

表1 対象者の概要

ID	年齢	支援方法	支援形態	問診票 ステージ	喫煙 習慣	腹囲, cm (初回)	BMI, kg/m <sup>2</sup> (初回)	体重, kg (初回)	体重, kg (6か月後)	体重変化 率 (%)
A1	52	積極的	個別面接	実行期	有	85.5	24.7	74.8	77.3	3.3
A2	46	積極的	個別面接	実行期	有	103.0	28.1	89.5	93.1	4.0
A3	46	積極的	個別面接	準備期	有	91.0	26.1	78.0	78.8	1.0
A4	49	積極的	個別面接	実行期	有	103.0	30.3	96.7	97.1	0.4
A5	44	積極的	個別面接	実行期	有	89.0	25.6	77.7	81.6	5.0
A6	51	積極的	個別面接	熟考期	有	93.0	24.4	73.0	75.4	3.3
A7	53	積極的	個別面接	前熟考期	有	105.0	29.7	87.8	89.9	2.4
A8	50	積極的	個別面接	実行期	有	90.0	24.5	72.7	74.8	2.9
A9	47	積極的	個別面接	準備期	有	101.5	28.9	93.9	94.3	0.4
A10	55	積極的	個別面接	維持期	有	92.0	28.6	77.1	78.9	2.3
B1	53	動機づけ	—	熟考期	無	89.5	23.7	75.1	75.2	0.1
B2	51	積極的	外部委託	実行期	有	90.5	24.8	76.1	75.4	-0.9
C1	52	積極的	個別面接	熟考期	無	86.0	25.8	71.4	71.4	0.0
C2	60	積極的	個別面接	維持期	無	89.0	24.4	70.0	71.0	1.4
C3	45	積極的	個別面接	前熟考期	無	93.0	23.9	70.1	70.5	0.6
C4	53	積極的	個別面接	実行期	無	95.0	27.7	79.7	79.4	-0.4
C5	41	積極的	個別面接	熟考期	有	104.0	29.6	94.2	94.9	0.7
C6	55	積極的	個別面接	熟考期	有	93.0	25.2	70.9	71.6	1.0
D1	60	動機づけ	—	維持期	無	95.0	26.1	77.6	78.2	0.8
D2	49	積極的	外部委託	準備期	無	93.0	27.2	73.9	74.6	0.9
D3	45	動機づけ	—	食習慣・運動：準備期，喫煙：前熟考期，飲酒：意識しなくても適量	無	98.3	26.3	70.8	71.3	0.7
D4	42	積極的	個別面接	食習慣・喫煙：前熟考期，飲酒・運動：熟考期	有	96.5	24.7	79.0	82.1	3.9
D5	47	動機づけ	—	食習慣：熟考期，運動：準備期	無	92.0	28.9	77.5	82.0	5.8
D6	57	動機づけ	—	熟考期	無	85.0	25.7	69.3	70.5	1.7
D7	53	積極的	個別面接	食習慣・飲酒・運動：準備期，喫煙：熟考期	有	92.0	23.6	68.3	70.8	3.7
D8	52	動機づけ	—	—	無	90.8	24.8	78.0	77.8	-0.3
D9	48	積極的	個別面接	—	有	88.0	24.5	73.9	73.8	-0.1
D10	41	積極的	個別面接	—	無	94.0	28.8	87.0	87.4	0.5

ID のアルファベット記号 (A ~ D) は施設が異なることを意味する。

まず、初回面接後の減量のための行為を導く原因的条件として、【自分のこととして危機感を感じなかった (以下、危機感なし) a-1】、【義務感 a-2】、【好奇心 a-3】、【やる気になった a-4】、【反発 a-5】の5つが示された。危機感を感じなかったものの、会社から「言われたから仕方なく」など義務感をもつ者がいた。さらに、取組みに対して

「いろいろ言われるが、やる気にならない」など反発を持つ者もみられた。その一方で、「やり方が知りたい」「ショックを受けた」など、取組みに対して前向きな姿勢も示された。

また、対象者の背景的要因には、【必要性を感じていない b-1】、【仕事による強いあきらめ b-2】、【制度への不信感 b-3】の3つが示され、【必要性

表2 逐語録から得られた大カテゴリー, 中カテゴリー, 小カテゴリー および代表的なコード

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー	該当者数	コード	下
原因 的 条件 (a)	自分のこととして危機感を感じなかった(a-1)		21		少しは気になる/基準を少し上回っただけ/特に悪いところはない/病気になるのは取り組む/必要性を感じない/少し太っている程度/家族のためには大事を言われたままに/そんな年齢じゃない
	義務感(a-2)	指導対象となった(a-2-1)	10		言われたから仕方なく/支援してくれる/皆がやるもの/大きなお世話/役職から
	好奇心(a-3)	保健師との関係性(a-2-2)	5		保健師への協力/保健師との付き合い/見張られている
	やる気になった(a-4)		9		やり方が知りたい/いい機会/自分の状態が知りたい/会社の補助があった/勉強になる/勉強を感じていなかった
	反発(a-5)		10		ショックを受けた/やる気になった/良くしたい/もともとやる気はある/義務感があった/家族と自分のために/身近な人の病気が気になる/健康結果が気になる/やるぞという気持ちにさせるのが大事
			9		いろいろ言われるが、やる気にならない/無理な食事療法/年齢基準への反発/気にしてはいられない/2回目も同じ指導は受けたくない/メカボは病気がない/我慢してまでやろうと思わない
			20		少し太っている程度/自覚症状がない/健康を自負している/もっと悪くなったら考える/現状維持でいい/縛らせてどうなるかわからない/今の生活なら大丈夫/健康の心配はない
	必要性を感じていない(b-1)	まだ大丈夫(b-1-1)			自分なりの健康法がある/食べることが好き/身体を考えて、無理はできない/やろうと思えばいつでもできる/医師に大丈夫と言われた/ある程度は仕方がない/病気になるのは本気になる/意志が弱い/他に大切なことがある/年だから仕方がない/自分は大丈夫/太る体質/検査値の信ぴょう性/悪い理由がわからない/たたくさんとは違ってないから大丈夫/太っていると母/健康に自信がある/習慣は変えられない
		思い込み・不合理な信念(b-1-2)	22		
	仕事による強いあきらめ(b-2)		10		帰宅が遅い/仕事が忙しい/仕事で優先/職場環境が悪い/会社で飲み会が多い/仕事上の立場/朝が早い/出張が多い
背景 的 要因 (b)	制度への不信感(b-3)		9		判定値への不信感/制度自体が無駄/支援時期への不満/医師への不信感/管理されたくない
	保健指導が不十分(c-1)	目標が適していない(c-1-1)	14		実現可能性が低い提案/取組内容が自分に合っていない(c-1-1)/目標が高すぎた/提案された選択肢が少なかった/無理のない範囲でと言われた/上位目標がない/過度な食事制限
	家族の支援がなかった(c-2)	健康結果の説明が不十分/具体的な方法の指導がない/効果がない/期待したほどの支援がない/新しい気づきがない/自分に合った方法の支援不足/言葉がない/指導内容を理解できなかった(c-2-1)	18		家族の介護/食事内容は変わらない/家族に言っていない/妻が忙しい(妻に負担をかけたくない)/家族の関心がない/言われるだけで具体的な支援はない/子どもも中心の食事/単身赴任
	職場の支援がなかった(c-3)	仕事で忙しい/仕事で優先/保健指導の話題がない/デスクワークが中心/帰宅が遅い/帰宅が多い/出張が多い/出張が多い/保健指導の時間が合わない/仕事で優先/仕事で優先/仕事で優先/おやつをもらう/同僚が肥満を容認する	17		食べるのが好き/遺伝的に大丈夫/自分なりの健康法がある/病気がいくことしかない/必要を感じない/健康の優先度が低い/食事事も仕事のうち/若いから大丈夫/意志が弱い
	思い込み・不合理な信念(c-4)	支援の不統一(c-5)	2		保健師に違うことを言われた
	誘惑・障害への対処をしなかった・できなかった(d-1)		23		食べることが好き(量が多い)/休日の楽しみ/休日の楽しみ/身体が不自由/仕事のストレス/年齢/自分に甘い/経済的な問題/好きな事を優先してしまう/気候の影響/退屈/食事内容/取組内容/後遺い食事/一度やめると再開できない/家族がいる言う/会社の制度が変わった/食環境が悪い/仕事のつきあい(飲食)/ストレス/運動の反動で食べる/時間がない/妻の就労/目の前になると我慢できない
	取組みの工夫をしていた(d-2)		17		飲み物を変えた/ウォーキング/野菜を多くした/炭水化物を減らした/油ものを減らした/お酒を控えた/お弁当を小さくした/縮めた/ラーメンをやめた/本でダイエットをした
	無理しなかった(d-3)		17		全部ではなく、できる範囲で/無理しない/思った時だけやった/外食の選び方を工夫する/居食を軽くする/何でも食べる/意識はした/体重測定/料理を作った/我慢してやろうとは思わない/おやつの内容を変えた/部分的なトレーニング
	(最初から)取組まなかった(d-4)		7		殆どやっていない/断った/動機づけがなかった
	結果・ 帰納 的 条件 (c)	変化を実感(e-1)	身体の変化等(e-1-1)	8	
		満足しなかった(e-1-2)	2		目標まで減らなかった/リバウンド
		否定的認知(e-1-3)	5		取組みがつらい/ほどほどにやる/やせることのメリットがない/何がいかかわからない/体重が増えても気にしない/ストレスが増えた
変化を実感しなかった(e-2)		変化がなかった/本気にならなかった/面倒だった/強制的でない/やせないとやせない/残念な気持ち/もう少しやればよかった/やってもいい/終わってほしかった/取組む余裕はない/現状維持/減量は大変だと実感	13		
肯定的認知(自己満足)(e-2-2)		増加を抑制した/取組みが習慣化した/自己コントロールの自信がついた/多少の増減は気にしない/減量の必要性が理解できた/足りなくなかったとは思わない	5		
	やめた(e-3)	10		続けられなかった/やろうと思うだけで、結局やらない/仕事で折衝/変化がなく、本気になれなかった/身体を壊した/体質/年齢/体調/体調が心配でやめた	

を感じていない b-1】は<まだ大丈夫 b-1-1><思い込み・不合理な信念 b-1-2>の2つに分けられた。自分のこととして必要性を感じていない者が多く見られたが、もともと制度に不信感を持つ者も9名いた。

取組みの際の介在条件については、【保健指導が不十分 c-1】、【家族の支援がなかった c-2】、【職場の支援がなかった c-3】、【思い込み・不合理な信念があった c-4】、そして過去の経験をもとに今回の支援に対して【支援の不統一 c-5】の、5つに分けられた。自分が受けた特定保健指導については、「実現可能性が低い提案」などの<目標が適していなかった c-1-1>と、「健診結果の説明が不十分」「具体的な方法の指導がない」などの動機づけ、目標設定に関わる部分の<指導法が適切ではなかった c-1-2>が示された。

その後の行動・相互／行為の戦略では、【誘惑・障害への対処をしなかった・できなかった d-1】、【(最初から) 取り組まなかった d-4】との否定的な認知がある一方で、【取組みの工夫をしていた d-2】、【無理しなかった d-3】と肯定的な認知も語られた。

最後に、個人の行為や支援者・家族などの人々との間の相互作用の結果、どのような事をもたらしたかの結果・帰納的条件では、認知や身体面での変化について【変化を実感 e-1】、【変化を実感しなかった e-2】の両方が語られたが、取組みについて【やめた e-3】と最後まで続けられなかった者もいた。

### 3. 非成功者の原因的条件別にみたカテゴリーパターン

特定保健指導を受けてから6ヶ月後評価時まで、非成功に至るまでの構造やプロセスは異なるのか、初回面接後の原因的条件を軸に、主要なカテゴリーの重なりに注目してパターン化した。その結果、以下の7つのパターンに整理された(表3)。

まず、初回面接後に【危機感なし a-1】か、否かに注目した。【危機感なし a-1】には21名が該当したが、取組み前の背景的要因やその後のカテゴリーの重なりにより、パターン1からパターン5に分類した。

パターン1には、背景的要因として【必要性を感じていない b-1】、【仕事による強いあきらめ b-2】、【制度への不信感 b-3】がみられた。特定保健指導における取組みの際の介在条件として【職場の支援がなかった c-3】ことが、【誘惑・障害への対処をしなかった・できなかった d-1】につながり、<否定的認知 e-2-1>として【変化を実感しなかった e-2】ことにつながっていた。

パターン2は、パターン1と異なり【制度への不信感 b-3】はなかったが、もともと【仕事による強いあきらめ b-2】があったにもかかわらず、途中【職場の支援がなかった c-3】ことが、結果パターン1と同様に、困難や誘惑への対処不足に繋がり、否定的な認知を持ったり、途中でやめることにつながっていた。

パターン3は、パターン1および2とは異なり、【仕事による強いあきらめ b-2】はないものの、もともと【制度への不信感 b-3】がみられた。取組みについては、<指導対象となった a-2-1>こともあり【義務感 a-2】で始めたが、【反発 a-5】は感じていた。加えて、【保健指導が不十分 c-1】と感じていた。途中、【変化を実感 e-1】したが、「取組みがづらい」などの否定的な認知がみられた。

パターン4は、「年だから仕方がない」「病気になれば本気になる」などの<思い込み・不合理な信念 b-1-2>がみられた。その後、家族や職場での支援が得られず、取組みの際の介在条件でも【思い込み・不合理な信念があった c-4】が継続して認められた。取組みでは、4名中3名に【無理しなかった d-3】が認められた。もう1名には、自分なりに【取組みの工夫をしていた d-2】が、【変化を実感しなかった e-2】と<否定的な認知 e-2-1>がみられた。

パターン5は、もともと必要性を感じていなく、初回面接後も危機感を感じなかった。特定保健指導を受けて取組みを行ったが、保健指導が不十分で誘惑や障害に対処できなかった者(B2, D2)や、【(最初から) 取り組まなかった d-4】者(D8)がいた。

次に、初回面接後に【危機感なし a-1】に該当し



なかった7名を、以下の2パターンに分類した。

パターン6には、【義務感 a-2】で取組みを始めた者が分類された。もともと【必要性を感じていない b-1】2名は、途中【保健指導が不十分 c-1】【職場の支援がなかった c-3】と感じており、誘惑や障害へも対処できず、【やめた e-3】に繋がっていた。また、もう1名は、もともと何のこだわりも持たず、【(最初から) 取り組まなかった d-4】が認められた。

最後に、パターン7の4名 (A10, D10, A2, C3) は、初回面接後に【やる気になった a-4】に進んだ。途中、【やめた e-3】者はいなかったが、【指導法が不十分 c-1】や、【職場の支援がなかった c-3】と感じていた。それらが、困難や誘惑への対処不足に繋がったり、殆ど取り組まないという状況に繋がっていた。なお、C3は2回目の特定保健指導該当者であり、「1回目からの取組み内容は特に変えていなく、継続した」との発言があった。調査対象とした時期には新たな取組みはしていなかったが、体重を測るなど一部取組が継続されていたため、行動・相互／行為の戦略では【(最初から) 取り組まなかった d-4】と【取組みの工夫をしていた d-2】の両方に該当した。

#### IV 考 察

本研究では、特定保健指導を受け減量に成功しなかった男性勤労者28名を対象に、非成功要因について質的な検討を行った。さらに、初回面接後の原因的条件を軸に、取組み前の背景的要因や取組みの際の条件等、いくつかの主要なカテゴリーの重なりをもとに、パターン化して整理した。その結果、7つのパターンが示された。

成功事例を対象とした先行研究<sup>8,12)</sup>においては、初回面接後に危機感を持つことが重要な特徴として挙げられていた。一方、非成功者においては、その反対の側面である【危機感なし a-1】が28名中21名にみられた。したがって、初回面接後に自分の事として危機感を感じることができるよう支援することが、改めて重要であると示唆された。また、背景的要因の【制度への不信感 b-3】や原因

的条件の【義務感 a-2】や【反発 a-5】は、その他の保健指導と異なり、特定健診・特定保健指導に特徴的な要因であり、対象者の半数以上に認められた。対象者の中には、保健指導判定値を少し上回っただけと制度に対する不信感を持つ者もいた。生活習慣病は自覚症状がないまま進行するため、健診データには異常がほとんどなくても、現在の生活習慣を続けるデメリットと生活習慣を改善するメリットを理解できるような支援が必要である。具体的には、対象者が経年的な身体の変化を理解できるようなグラフを健診結果で示すなど、情報提供のあり方を工夫し、不信感や反発を減らす工夫が重要である。

本研究では、成功事例を対象とした先行研究<sup>8)</sup>とは異なる結果が得られると予想されたが、背景的要因としてみられた【必要性を感じていない b-1】は、先行研究<sup>1)</sup>の「健康状態や体型に関して、もともと気になっていたが、こんなものだと思っていた」と類似する内容であった。また、行動・相互／行為の戦略として【取組みの工夫をしていた d-2】や【無理しなかった d-3】は成功者でも確認された。しかし、その後に成功者で見られた「良い変化の実感」は本研究の対象者では殆ど確認されなかった。身体的だけでなく、精神的な良い変化の実感はその後の行動を習慣化する上で正の強化子となるが、否定的な認知や変化を実感しなかったことが、行動の習慣化を抑制したと考えられた。また、成功体験が少なかったことで、継続的な取組みへのセルフエフィカシーを高めることが出来なかったとも考えられる。

また、【取組みの工夫 d-2】や【無理しなかった d-3】は、減量が期待できるだけのエネルギー消費の増大や摂取エネルギーの抑制につながる内容ではなかったことも、減量に至らなかった要因と考えられた。成功事例<sup>8,10)</sup>における無理しないとは「今日食べ過ぎたら明日はやめておく」といった気持ちの切り替えや、「お腹が減ったら水を飲む」といった空腹時への対策等、取組みを継続するための具体的な工夫が認められたが、本研究では「全

部ではなく、できる範囲で」「思った時だけやった」など、その内容は異なっていた。また、減量成功者の食行動の特徴として、行動技法とあわせて、実行しやすい具体的な食行動や、勤労者特有の食行動が報告されている<sup>8,10)</sup>。本研究の対象者において、初回面接後にやる気を示したパターン7が、誘惑や障害に対処できず行動変容に至らなかった背景には、学習者のセルフケア能力を高める支援が十分でなかった可能性が示唆される。思うような変化が実感できない場合や誘惑場面等に対して、どのように対処していくか、継続支援においては行動変容を強化するような支援が必要である。そのため、保健指導者は、対象者がどのように目標を実現しようと思っているか、その具体的方法についても確認し、必要に応じて助言を行うことが重要である。

以上のように、本研究では、特定保健指導を受けて減量に至らなかった理由について、対象者から語られた内容を帰納的なアプローチを通じて整理することができた。高木ら<sup>15)</sup>は、特定保健指導の初回面接を受ける前の男性10名に対して、どのような要因が生活習慣改善行動を抑制するかインタビューし、「自覚症状がない」などの「希薄な動機」、「指導されたくない」などの「支援への抵抗感」、「時間がない」「職場環境」などの「実行力不足」、「制約を受ける」などの「ストレス」、「判定基準値を信用できない」などの「制度に対する不信感」の5つのカテゴリーを抽出している。カテゴリー名やコード名は異なるものの、本研究の結果と一致する内容が多かった。しかし、高木ら<sup>15)</sup>は支援前の男性のみを対象としており、取組みを開始する上での抑制要因は示していたものの、取組み中の対象者の状態は捉えていない。一方、本研究では、特定保健指導を終了した者を対象としており、継続性を含めた行動変容の抑制には本人側の要因だけでなく、支援者側の関わり方にも課題があるという、新たな知見を得ることが出来た。

本研究の対象者には、特定保健指導に対する意見が肯定的・否定的のいずれの立場の者が含まれ

ていた。しかし、自発的な参加意思によって対象者を募集したことで、非協力者の中に異なる意見があった可能性は否定できない。また、支援内容については、対象者本人から直接把握したが、支援者に対する評価は直接行っていない。したがって、保健指導の質が対象者選定に用いた体重減少率にどのような影響を及ぼしていたか評価できない。そこで、これらについて本研究の限界点とした。

以上のように対象者の選定においていくつか課題は残るが、分析において理論的飽和状態は確認している。本研究は職域男性という限られた集団の中においても、特定保健指導を受けて減量に至らなかった背景には多様な要因があることを示し、その多くは支援者側の働きかけ次第で改善する可能性があることを先行研究の結果を踏まえながら示唆することができた。また、職域男性においては、仕事環境を整えることが、保健指導の効果を高める上で重要であることが改めて示唆された。今後は、今回の分析において注目した主要なカテゴリー以外に抽出されたものについても、減量にどのように影響するか更に検討していく必要がある。また、今回対象としなかった、女性や様々な職種の対象者への調査も必要である。

## V 結 論

本研究は、職域男性を対象に、特定保健指導を受けて減量に至らなかった理由やそのプロセスについて質的に把握し、初回面接後の原因的条件を軸に、初回面接前の背景的要因や、取組みの際の条件等の主要なカテゴリーの重なり注目して非成功のパターンを分類した。その結果、7つの異なるパターンが示された。特に、原因的条件の【義務感 a-2】や【反発 a-5】、背景的要因の【制度への不信感 b-3】は、その他の保健指導と異なり、特定健診・特定保健指導に特徴的な要因であり、対象者の半数以上に認められた。

## 謝 辞

本研究において、インタビュー調査、およびデータ

収集・分析にご協力いただきました関係者の皆様に深く感謝申し上げます。

## 付 記

本研究は、平成21～23年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「生活習慣病対策における行動変容を効果的に促す食生活支援の手法に関する研究」の一環としてデータを収集し、平成25年度厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）「標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）及び健康づくりのための身体活動基準2013に基づく保健事業の研修手法と評価に関する研究」の一環としてデータの分析を行いました。

## 利益相反

利益相反に相当する事項はない。

## 文 献

- 1) 厚生労働省健康日本21評価作業チーム. 健康日本21 最終評価. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001r5gc-att/2r9852000001r5np.pdf> (2013年9月25日にアクセス).
- 2) 厚生労働省. 厚生労働省告示第四百三十号. [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf) (2013年9月25日にアクセス).
- 3) 厚生労働省健康局. 標準的な健診・保健指導プログラム【改訂版】平成25年4月. [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/kenkou/seikatsu/dl/hoken-program1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/seikatsu/dl/hoken-program1.pdf) (2013年9月25日にアクセス).
- 4) 渡邊美穂, 市川太祐, 大橋健, 他. 初期の体重減少は保健指導効果の予測因子となる. 厚生指標. 2011; 58: 27-26.
- 5) 川崎明子, 中村久美子, 大橋純江. 特定健診特定保健指導の1年後の追跡結果—保健指導対象者の1年後における改善群と再指導群の比較—. 日本看護学会論文集地域看護. 2010; 41: 197-200.
- 6) 春山康夫, 武藤孝司, 中出麻紀子, 他. 市町村国民健康保険加入者における特定保健指導後のメタボリックシンドローム改善効果. 日本公衆衛生雑誌. 2012; 59: 731-742.
- 7) 紙尾朋美, 野田潤子, 岡本弥生, 他. 特定保健指導終了後の減量維持に関連する要因についての検討. 予防医学ジャーナル. 2012; 465: 60-63.
- 8) 林美美, 赤松利恵, 蝦名玲子, 他. 特定保健指導対象の職域男性における減量成功の条件とフロー: 個別インタビューによる質的検討. 日本公衆衛生雑誌. 2012; 59: 171-182.
- 9) 富田早苗, 二宮一枝, 福原弘子. 糖尿病予防のための特定保健指導プログラムの効果に関する取組み. 日本公衆衛生雑誌. 2010; 57: 921-931.
- 10) 赤松利恵, 林美美, 奥山恵, 他. 減量成功者が取組んだ食行動の質的検討—特定保健指導を受診した男性勤労者の検討—. 栄養学雑誌. 2013; 71: 225-234.
- 11) 工藤明美, 竹中晃二. 行動変容技法を用いた特定保健指導の効果—事例からの検討. 保健師ジャーナル. 2012; 68: 126-133.
- 12) 林美美, 武見ゆかり, 西村節子, 他. 特定保健指導の初回面接直後における職域男性の減量への取り組みに対する態度と体重減少との関係. 栄養学雑誌. 2012; 70: 294-304.
- 13) Byrne S, Cooper Z, Fairburn C. Weight maintenance and relapse in obesity: a qualitative study. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2003; 27: 955-962.
- 14) Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obes Rev.* 2005; 6: 67-85.
- 15) 高木悦子, 山口佳子, 富田寿都子, 他. 特定保健指導の継続支援における行動変容を促進させる要因についての検討. 人間ドック. 2009; 24: 35-39.
- 16) Annesi JJ, Whitaker AC. Psychological factors discriminating between successful and unsuccessful weight loss in a behavioral exercise and nutrition education treatment. *Int J Behav Med.* 2010; 17: 168-175.
- 17) 佐藤郁哉. 質的データ分析法—原理・方法・実践. 東京: 新曜社; 2008. 91-109.
- 18) Muramoto A, Matsushita M, Kato A, et al. Three percent weight reduction is the minimum requirement to improve health hazards in obese and overweight people in Japan. *Obes Res Clin Pract.* 2013. <http://dx.doi.org/10.1016/j.orcp.2013.10.003> (2013年12月24日にアクセス).
- 19) フリック U. 小田博志, 山本則子, 春日常, 他訳. 質的研究入門—〈人間の科学〉のための方法論. 東京: 春秋社; 2004. 78-92.  
(受付 2013.11.1.; 受理 2014.3.20.)

## Factors leading to unsuccessful weight loss among male workers in the specific health guidance program: A qualitative analysis

Fumi HAYASHI<sup>\*1</sup>, Yukari TAKEMI<sup>\*2</sup>, Rie AKAMATSU<sup>\*3</sup>, Megumi OKUYAMA<sup>\*4</sup>,  
Setsuko NISHIMURA<sup>\*5</sup>, Yukiyo MATSUOKA<sup>\*6</sup>, Ryoko EBINA<sup>\*7</sup>

### Abstract

**Objective:** To identify factors leading to unsuccessful weight loss through the specific health guidance program undertaken by male workers.

**Methods:** We asked 63 male workers from four corporate health insurance societies in Kanto, Japan who had no change in body weight (< 1 %) during the six-month specific health guidance program for the participation. We obtained consent from 36 male workers and conducted in-depth interviews for approximately 30 minutes. We undertook a qualitative analysis of the data from 28 males who matched our weight change criteria. We analyzed the transcripts using the grounded theory and the participants were classified according to the category patterns that emerged based on causal factors.

**Results:** Three categories—"No perception for need," "Strong sense of give up for work," "Distrustfulness to the system"—were extracted as background factors from the transcripts. Five categories—e.g., "No sense of critical feeling as own matter", "Sense of obligation"—were extracted as causal conditions. We sorted participants based on category overlapping until unsuccessful weight loss, and then categories were divided into seven different patterns.

**Conclusion:** As a result of evaluating the factors related to unsuccessful weight loss of male workers, we identified seven category patterns. "Sense of obligation" and "Objection" of causal conditions, and "Distrustfulness to the system" of background factors were indicated to be unique factors for the specific health guidance program.

[JJHEP, 2014 ; 22(2) : 111-122]

**Key words:** counseling, failure, weight loss, male, qualitative research

---

\*1 Department of Nutrition, Chiba Prefectural University of Health Sciences

\*2 Nutrition Ecology, Kagawa Nutrition University

\*3 Graduate School of Humanities and Sciences, Ochanomizu University

\*4 Higashimatsuyama Medical Association Hospital

\*5 Kansai University of Welfare Sciences

\*6 National Hospital Organization Kyoto Medical Center

\*7 Global Health Communications