

令和元年度 博士論文

特定保健指導該当者を対象とした
未利用の動機測定尺度の開発

学籍番号 1 6 6 1 0 1

氏 名 赤堀 八重子

特定保健指導該当者を対象とした未利用の動機測定尺度の開発

氏 名 赤堀 八重子

博士論文要旨

看護学研究科看護学専攻	学籍番号 166101 氏 名 赤堀 八重子
論文題目	特定保健指導該当者を対象とした未利用の動機測定尺度の開発
<p> 【目的】 本研究の目的は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するために、未利用の動機の程度を測定する尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検証を通して、特定保健指導該当者を対象とした未利用の動機測定尺度（以下、「未利用動機測定尺度」）を開発することである。 </p> <p> 【方法】 研究対象者は、2市1町1村における市町村国民健康保険被保険者のうち、平成29年度の特保健指導に該当した積極的及び動機づけ支援者 3,738 人である。尺度の開発は、①概念枠組みの明確化、②先行研究などに基づく質問項目の作成、③専門家会議及びパイロットスタディによる内容的妥当性の検討、④特定保健指導該当者を対象とした本調査の実施及びデータの項目分析、尺度の信頼性・妥当性の検討とした。 </p> <p> 【結果】 質問紙の回収数は 1,849 人（回収率 49.5%）であり、尺度開発の分析対象者は、特定保健指導の利用の有無について、「利用なし」と回答した 934 人とした。項目分析は、天井効果・フロア効果、I-T 相関分析、項目間相関係数、G-P 分析、及び各項目を削除した場合のクロンバック α 信頼係数を確認し、因子分析による尺度項目の再構成を行った結果、18 項目が選定された。18 項目の探索的因子分析を行った結果、4 因子が抽出された。4 因子の命名は、【理想的な健康よりも優先される価値観】【生活習慣を変えることに対する無益感】【保健指導に対する否定的な感情】【自身の健康の判断に対する自負心】とした。尺度全体のクロンバック α 信頼係数は 0.904 であり、信頼性が確認された。確認的因子分析による適合度は、GFI=0.936、AGFI=0.915、CFI=0.941、RMSEA=0.059 であった。既知グループ法は、有意な関連があり、基準関連妥当性は、HLC 尺度との有意な負の相関が認められ、尺度の妥当性が確認された。 </p> <p> 【結論】 検討の結果、4 下位尺度 18 項目からなる「未利用動機測定尺度」が開発された。本尺度は、特定保健指導の未利用の動機を測定するために有用である。 </p>	

— 目 次 —

第1章 序論

第1節 緒言	1
第2節 研究目的	4

第2章 文献検討

第1節 文献検討の目的	5
第2節 特定保健指導の利用行動の概念規定	5
1. 特定保健指導の利用行動の概念規定に関する検討	5
2. 特定保健指導の利用行動の概念規定	8
第3節 特定保健指導の利用行動及び特定保健指導の未利用の動機に関連する	
先行文献の概観	10
1. 文献の選択方法	10
2. 特定保健指導の利用行動及び特定保健指導の未利用の動機に関する	
先行文献の概観	10
3. 開発を目的とする尺度「未利用動機測定尺度」に関する先行文献の概観	17
4. 本研究の意義	21
第4節 本研究の探求レベル	22
1. 本研究の探求レベルの検討	22
第5節 本研究の研究方法論についての検討	23
1. 「未利用動機測定尺度」の開発	23

第3章 用語の定義

第1節 本研究における主要な用語の定義	33
1. 特定保健指導の利用行動	33
2. 動機	33
3. 特定保健指導の未利用の理由	33
4. 特定保健指導の未利用の動機	33
5. 決定因子	33

第2節 本研究で用いるその他の用語の説明	34
1. 保健指導	34
2. 特定健診・特定保健指導	34
3. 特定保健指導該当者	35
4. 保健行動	35
5. ヘルスプロモーション	35
6. ヘルスプロモーション行動	35

第4章 「未利用動機測定尺度」の開発

第1節 研究方法	36
1. 研究協力市町村及び研究対象者	36
2. 尺度の質問項目の作成	37
3. 研究対象者の特性に関する質問紙	42
4. 専門家会議	43
5. パイロットスタディ	47
6. データ収集方法（本調査）	50
7. データ収集期間	50
8. データ収集項目	50
9. データ分析方法	51

第5章 倫理的配慮

1. 研究における倫理及び個人情報における機密の保持	63
2. 研究対象者からインフォームド・コンセントを得る手続き	63
3. 研究対象者への利益及び不利益とその対処	64
4. データ収集時の自由意思の保障	64
5. 研究対象者と研究者との利害関係（利益相反）	64
6. 研究対象者との関係性の構築方法	64
7. 研究対象者の個人情報保護のための方法	64
8. 研究対象者からの質問などの対応	65

9. 文献などの出典、調査に使用する尺度開発者への使用許可など、 知的財産権の配慮	65
10. 論文の捏造、改ざん、盗用の防止方法	66
11. 研究結果の公表	66
12. 倫理審査	66

第6章 研究結果

第1節 質問紙の回収数及び回収率	67
第2節 研究対象者及び分析対象者の特性調査、尺度の記述統計値	67
1. 研究対象者の特性調査	67
2. 分析対象者の特性調査	68
3. 尺度原案（50項目）の回答の分布及び記述統計値	69
4. HLC尺度の記述統計値	69
第3節 尺度の項目分析	70
1. 天井効果・フロア効果	70
2. I-T（項目-合計）相関（item-total correlation）	70
3. 項目間相関	71
4. 各質問項目を除外した場合のクロンバック α 信頼係数の変化	71
5. G-P 分析	71
6. 因子分析による尺度項目の再構成	72
第4節 尺度の総得点分布と信頼性・妥当性の検討	73
1. 18 質問項目の「未利用動機測定尺度」の得点	73
2. 信頼性の検討	75
3. 妥当性の検討	75

第7章 考察

第1節 データの適切性	99
1. 研究対象者及び分析対象者の特性	99
2. 尺度の総得点分布	100

第2節 尺度の信頼性・妥当性	101
1. 信頼性	101
2. 妥当性	101
第3節 尺度の活用可能性	114
1. 実施方法	115
2. 尺度の活用可能性	116

第8章 結論

第1節 結語	118
1. 「未利用動機測定尺度」の構成について	118
2. 「未利用動機測定尺度」の信頼性について	118
3. 「未利用動機測定尺度」の内容的妥当性について	118
4. 「未利用動機測定尺度」の構成概念妥当性について	118
5. 基準関連妥当性について	119
6. 「未利用動機測定尺度」の活用可能性について	119
第2節 研究の限界と今後の課題	119
謝辞	121
引用文献	122

付録

資料1	尺度開発のための質問項目原案
資料2	専門家会議依頼書
資料3	専門家会議用 尺度開発のための質問紙調査
資料4	専門家会議次第
資料5	パイロットスタディ依頼書
資料6	尺度開発のための質問紙調査 パイロットスタディ用①, ②
資料7	市町村長あて研究協力依頼書
資料8	住民あて研究協力依頼書
資料9	「特定保健指導の利用に関する調査」質問紙

第 1 章

序 論

第1章 序論

第1節 緒言

我が国における急速な高齢化による疾病構造の変化は、生活習慣病の急増を招いている。がん、心臓病、脳血管疾患を合わせた生活習慣病は、死亡原因の約5割となり、国民医療費の約3分の1を占めている¹⁾。そのような状況の中、生活習慣病対策の一環として、メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査（以下、「特定健診」という。）・特定保健指導が平成20年度から開始された。特定健診・特定保健指導の開始から5年目には、その在り方に関する検討が行われ、生活習慣病予防に向けて、特定健診・特定保健指導の重要性が提言された。さらに、実施率向上に向けた取り組みの必要性が指摘され²⁾、実施主体である医療保険者の担う役割は、一層重要になっている。

特定保健指導は、特定健診の結果からメタボリックシンドローム該当者及び予備群を抽出し、生活習慣改善に向けて、保健師などの専門職による保健指導を提供するものである。具体的には、特定健診結果のリスク該当数から特定健診受診者の支援レベルを、情報提供、動機づけ支援、積極的支援に階層化し、階層化された支援レベルに合わせた生活習慣改善への支援を行う³⁾。支援内容は、生活習慣病予防に向けて、対象者の自己選択と行動変容を重視した保健指導であり⁴⁾、国民健康保険者である市町村（以下、「市町村国保」という。）では、主として保健師がその役割を担う。特定健診・特定保健指導の目的を達成するためには、特定保健指導の該当者が特定保健指導を利用し、保健師などによる指導を受けることが必要である。しかし、特定保健指導の利用に関する現状をみると、市町村国民健康保険被保険者（以下、「市町村国保被保険者」という。）における平成29年度特定保健指導の階層化別による利用率は、全国平均で積極的支援24.5%、動機づけ支援32.2%⁵⁾と低く、これらの階層では、70%以上の該当者が保健指導を利用していない状況である。特定保健指導の利用率向上に向けた対策としては、主として利用しやすい日時の工夫、ハガキや電話による勧奨などが行われているが、十分な成果は得られていない。生活習慣病予防及び重症化予防に向けては、特定保健指導の該当者を特定保健指導の利用に確実につなげるための方策を検討することが必要である。

筆者は、特定保健指導の未利用という行動の解決に向けた示唆を得るために、先行研

究（修士論文）において、特定保健指導の未利用者に焦点を当て、特定保健指導の未利用の理由を構造的に明らかにした⁶⁾。この研究結果から未利用の理由としては、「私という領域」がある」「私には“良好な健康”より大切な生きがいがある」「私に限定せずに必要な人への活動を望む」という3つの要素が明らかになった。これらの要素は、個人の生活に対する考え方及び健康観、自分らしさを大切にする姿勢などの未利用の理由の本質を示し、具体的には、特定保健指導の未利用という行動を動機づけるものであった。行動の決定には、そのための動機が重要⁷⁾であり、先行研究（修士論文）の研究結果が示す未利用の理由の要素は、未利用の行動を動機づける理由、すなわち、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を表すものであると考える。未利用という行動から利用という行動へ変容を促すためには、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握し、対象に応じた保健指導を行うことが重要である。

保健行動の促進や抑制に影響を与える動機に視点を当てた理論としては、ヘルスプロモーションモデルが提唱されている。ヘルスプロモーションモデル^{8,9)}では、保健行動は、自身をポジティブな状態へ接近させたいとする「接近志向」、ネガティブな状態を避けようとする「回避」、予防を重視する「予防志向」などの様々な動機の組み合わせにより決定される。さらに、研究成果を基に改善された、ヘルスプロモーションモデル^{10,11)}では、“個人の特性と経験”、“行動に特異的な認識と感情”、“行動の成果”を概念とする「過去の関連行動」「個人的因子」などの10の決定因子が影響して動機となり、ヘルスプロモーション行動が導かれることを提示している。これらのことから、ヘルスプロモーション行動、すなわち、保健行動に影響を与える動機を把握することは、保健行動が実践されるか否かを予測するうえで重要であると考えられる。

また、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握することは、その後の特定保健指導の効果的な実践に結びつくと考えられる。これは、看護の目的が人間対人間の関係の確立を通じて達成される¹²⁾ことに基づいている。具体的には、人間関係を構築するためには、対象者を理解し、対象者から受け入れられるという相互作用が必要である¹³⁾。つまり、対象者を理解することは、看護の基本であり、このことを通して質の高い看護実践を可能にする。保健師は、予防を重視する活動に重点を置くため、援助の必要性を認識していない地域住民を対象として、生活に関わる保健指導を行う場面が多い。生活習慣病予防を重視する特定保健指導では、初回面接のファーストコンタクトの際に、対象者の信頼を得ることができるかどうかが行動変容に影響を与えるため¹⁴⁾、早い段階に

において対象者を理解することが重要である。特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握することは、支援開始前の対象者の理解や早い段階での信頼関係の構築を促進するだけでなく、保健指導の質の向上につながり、特定保健指導の目的である対象者の行動変容に効果的であると考ええる。

一方、特定保健指導を実施する現場においては、特定保健指導の該当者全員に対して、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握することは難しい状況にある。また、様々な業務との兼ね合いから時間を有効に活用する必要があり、対象者の未利用という利用行動の背景にある動機を把握するために必要な情報を収集することには限界がある。従って、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するための信頼性・妥当性が確保された測定用具を開発し、簡便かつ効果的に特定保健指導の未利用の動機の程度を測定することが必要であると考ええる。

特定保健指導の利用行動に関する先行研究では、特定保健指導の利用者の体重減少に影響を与える要因などについて明らかにした研究は存在するが¹⁵⁻¹⁷⁾、利用行動そのものに視点を当てて、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するための測定用具の開発やその実践に関する報告はほとんどみられない。測定用具の開発については、関連する研究として、「食生活改善行動尺度」が存在するが¹⁸⁾、食生活の改善を導くことを目的とする尺度である。

そこで、本研究は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するために、未利用の動機の程度を測定する尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検証を通して、特定保健指導該当者を対象とした未利用の動機測定尺度（以下、「未利用動機測定尺度」という）を開発することとする。

本研究において開発する「未利用動機測定尺度」は、特定保健指導の未利用の動機を把握するとともに、利用へと導くために効果的な介入方法を得るために有用な尺度であると考ええる。本尺度を実践で活用することは、保健師が実施する保健指導の質の向上に貢献するとともに、特定保健指導の利用を促進し、生活習慣病予防及び重症化予防に寄与することができると考える。

第2節 研究目的

本研究の目的は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するために、未利用の動機の程度を測定する尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検証を通して、未利用の動機測定尺度を開発することである。

第 2 章

文献検討

第2章 文献検討

第1節 文献検討の目的

本研究の目的は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するために、未利用の動機の程度を測定する尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検証を通して、「未利用動機測定尺度」を開発することである。

本研究の目的を達成するために、次の5点に焦点をあてて検討を行う。第1に、先行文献を概観し、特定保健指導の利用行動の概念を明確化する。第2に、特定保健指導の利用行動や特定保健指導の未利用の動機に関連する先行文献を概観し、明らかにされていない課題を確認することを通して研究の意義を明確にする。第3に、開発を目的とする「未利用動機測定尺度」に関連する先行文献を概観し、尺度開発の意義を明確化する。第4に、先行文献の結果検討から本研究の探求レベルについて検討する。第5として、尺度開発に関する先行文献を概観し、尺度開発の方法について検討を行う。

第2節 特定保健指導の利用行動の概念規定

特定保健指導の利用行動の概念規定を行うにあたり、「利用行動」の規定に関する先行文献についての検索を行ったが、本研究の参考となる文献は存在しなかった。そこで、本節では、行動に関する先行文献を概観し、本研究の目的と照らして、特定保健指導の利用行動の概念規定を行う。

1. 特定保健指導の利用行動の概念規定に関する検討

人間の行動については、心理学、社会学、人類学など様々な分野において研究が行われ、成果が蓄積されてきた。現在では、行動の解明には、生物科学と社会科学を総合する必要性が提唱され、行動科学へと発展を遂げている。保健医療分野においては、健康の維持・増進のために、行動科学が重要な役割を果たしている¹⁹⁾。

一般的に行動とは、あることを行うことであり、人間や動物が示す観察可能な反応や

行為²⁰⁾である。しかし、心理学における行動は、生物の物理的行動を意味し、外面的な身体的運動と内面的な本能的・心理的プロセスを含み、環境に対する生物の物理的反応を構成する²¹⁾。また、行動には、目に見える顕在的行動と目に見えない内在的行動があり、人の思考などの内在的行動は、私的事象とも呼ばれ、目に見えない行動である²²⁾。このように、行動とは、顕在化され観察できる行動に限らず、内在的な行動が存在する。特定保健指導を利用するか否かという利用行動、すなわち顕在的行動の決定は、個人の思考という本能的・心理的なプロセスを経て行われる。従って、特定保健指導の利用行動の概念規定には、人々が行動を決定する過程に関する検討が必要である。

行動科学の分野では、様々な理論が提唱され、健康の維持・増進に向けた行動を解明するための知見が蓄積されてきている。実践の現場において人々の健康の維持・増進のために活用されてきた理論²³⁾としては、合理的行為理論及び計画的行動理論、社会的学習理論（社会的認知理論）、ヘルスビリーフモデル、ヘルスプロモーションモデルなどが挙げられる。以下に各理論及びモデルの概要を述べる。

合理的行為理論では、「行動意図」は「行動する」上で最も重要な決定要因であるとされる。個々の行動意図の直接的な決定要因は、行動に対する「態度」とその行動に関連する「主観的規範」であり、態度は「行動信念」によって決まり、成果や特性の評価が重みづけとなる。また、個々の主観的規範は、重要他者が行動を容認するか否かの「規範的信念」で決定され、他者に従う動機の強さが重みづけとなる²⁴⁾。

計画的行動理論は、合理的行為理論の「態度」、「社会的規範」の概念に「行動コントロール感」を付加した理論である。行動コントロール感は、実行に対する促進因子と障害の有無に関する「コントロール信念」により決定し、各要因が行動を促進又は抑制する影響力である「perceived power」により重みづけされる²⁵⁾。

これらの2つの理論は、行動を決定するにあたり、行動意図、すなわち動機が重要であること、さらに動機は個人の信念や価値に影響を受け、実行に対する促進因子や障害の程度により行動が左右される^{26, 27)}ことを示す。

社会的学習理論（社会的認知理論）は、人間の行動を相互に作用しあう「行動」「個人的要因」「環境」という3つの要素からなるダイナミックな相互作用で表すモデルである。つまり、人間の行動は、これらの3つの要素の相互作用により決定される。個人的要因には、行動を特化する能力、行動により生じる結果を予測する能力、他者の行動を予測する能力、行動を実行できるという自信、行動を自分で決定し、制御する能力、経

験を熟考し、分析する能力が含まれる。社会的認知理論の概念は、相互決定論、強化や結果予測、結果期待、自己効力感などを含む^{28,29)}。

ヘルスビリーフモデルは、保健行動に特化したモデルとして示され、保健行動の採択には、疾病の主観的評価、保健行動の主観的評価の判断過程があり、疾病への恐れなどの因子が、行動を起こす動機に影響を与えることを提唱した。つまり、保健行動の実行には、個人的認知や行動を動機づける因子が存在し、罹患性、重大性から生じる脅威と有益性、障害のバランスが作用する^{30,31)}。ヘルスビリーフモデルは、認知的要素を重視しており、モデルの限界も指摘されている³²⁾。

ヘルスプロモーションモデル^{33,34)}は、保健行動に影響する概念枠組みのモデルを示し、ヘルスプロモーションを目指す行動を動機づける複雑な生物的・心理的・社会的プロセスを明らかにするガイドとして提案された。ヘルスプロモーションモデルは、全般的な健康増進のためのライフスタイル及び特定の行動の予測を目的とした研究の枠組みに、多く用いられるとともに、健康増進のための行動を包含し、人々の生涯にわたり、あらゆる段階において活用が可能である。ヘルスプロモーションモデルは、研究成果を基に改善され、改訂ヘルスプロモーションモデルとして提示された(図1)。改訂ヘルスプロモーションモデルでは、ヘルスプロモーションのための行動(以下、「ヘルスプロモーション行動」という。)は、“個人の特性と経験”、“行動に特異的な認識と感情”、“行動の成果”の3つを概念とする10の行動の決定因子、すなわち、「過去の関連行動」「個人的因子」「行為の利益の知覚」「行為の負担の知覚」「自己効力の知覚」「行為に関わる感情」「人間関係の影響」「状況的影響」「直接競合する要求(制御困難)と優先行動(制御可能)」「行為計画実行の意思」の影響を受け、導かれることが示されている。ヘルスプロモーションモデルは、ヘルスビリーフモデルとは異なり、「恐れ」や「脅威」は因子に含まれない。これは健康への直接的な脅威は、行動を動機づけることはあっても、遠い将来の脅威は、直接的な脅威と同じ強さの動機づけにならないことが理由である。ヘルスプロモーション行動は、これらの決定因子の程度により行動を実行するか否かが左右される。以上のように、ヘルスプロモーションモデル及び改訂ヘルスプロモーションモデルは、保健行動の予測と説明をするための優れたモデルである。

以上の先行文献の概観から特定保健指導の利用行動の概念規定において重要となる以下の6点が確認された。

①行動には、顕在的行動及び内在的行動が存在し、顕在的行動の決定は、個人の思考

という本能的・心理的なプロセスを経て行われる。

- ②行動の決定は、個人の動機が重要であり、動機は個人の認知や感情に影響を受ける。
- ③人間の行動は、行動、個人的要因及び環境の相互作用により決定される。
- ④保健行動に関する理論及びモデルは、様々な領域における研究成果に基づき提唱されている。
- ⑤ヘルスビリーフモデルでは、保健行動の決定にあたり個人的認知や行動を動機づける因子が存在し、罹患性、重大性から生じる脅威と有益性、障害のバランスを重視している。
- ⑥改訂ヘルスプロモーションモデルは、保健行動の予測と説明をするための優れたモデルであり、ヘルスプロモーション行動は、“個人の特性と経験”、“行動に特異的な認識と感情”、“行動の成果”の3つを概念とする10の行動の決定因子である「過去の関連行動」「個人的因子」「行為の利益の知覚」「行為の負担の知覚」「自己効力の知覚」「行為に関わる感情」「人間関係の影響」「状況的影響」「直接競合する要求（制御困難）と優先行動（制御可能）」「行為計画実行の意思」の影響を受けて導かれる。

2. 特定保健指導の利用行動の概念規定

前項における検討に基づき、本研究の特定保健指導の利用行動の概念を以下のように規定する。

様々な領域における行動及び行動変容に関する研究成果から、行動の決定には動機が重要な役割を果たし、動機は個人の認知や感情に影響を受けるため、個人により異なることが示された。保健行動においても同様に、行動の決定には動機が重要であり、改訂ヘルスプロモーションモデルによるヘルスプロモーション行動は、“個人の特性と経験”、“行動に特異的な認識と感情”、“行動の成果”の3つを概念とする10の決定因子からなる動機の影響を受ける。

以上のことから、特定保健指導の利用行動の概念規定は、特定保健指導を利用する又は利用しないという個人の行動を表し、この利用行動は、“個人の特性と経験”、“行動に特異的な認識と感情”、“行動の成果”を上位概念とする10の決定因子である「過去の関連行動」「個人的因子」「行為の利益の知覚」「行為の負担の知覚」「自己効力の知覚」「行為に関わる感情」「人間関係の影響」「状況的影響」「直接競合する要求（制御困難）と優先行動（制御可能）」「行為計画実行の意思」の影響を受けるものとする。

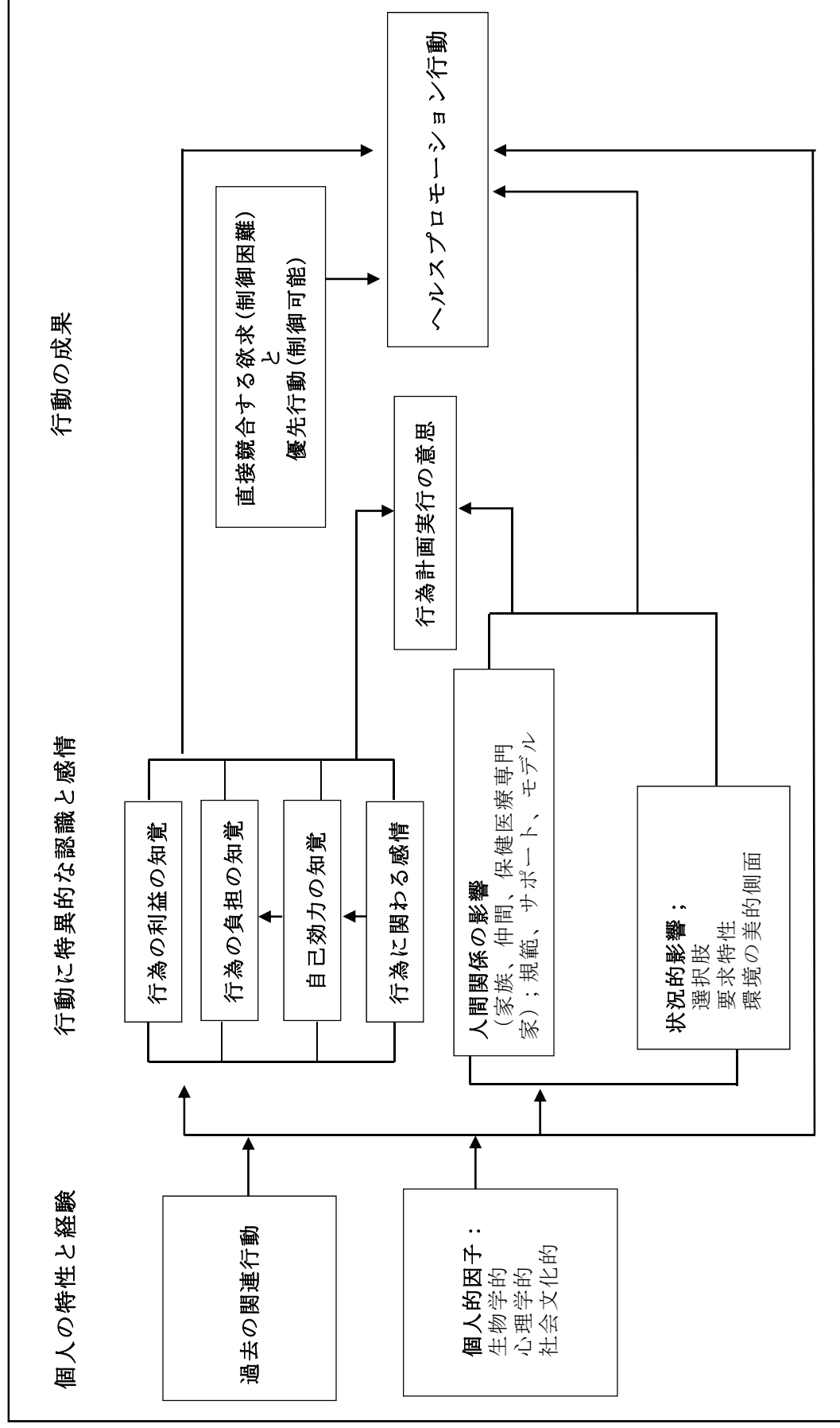


図 1 改訂ヘルスプロモーションモデル 出典) ペンダー (2002) : ヘルスプロモーション看護論, p100

第3節 特定保健指導の利用行動及び特定保健指導の未利用の動機に関連する先行文献の概観

1. 文献の選択方法

先行文献を概観するにあたり、国内文献は、医学中央雑誌 Web 版 (ver. 5) を使用し、検索期間は、特定健診・特定保健指導が開始された 2008 年から 2017 年 2 月とした。

なお、海外文献においては、EBSCO host Web 版 CINAHL を使用し、検索期間は国内文献と同様に 2008 年から 2017 年 2 月とした。

2. 特定保健指導の利用行動及び特定保健指導の未利用の動機に関する先行文献の概観

1) 特定保健指導の利用行動に関する先行文献

(1) 特定保健指導の利用行動に関する先行文献の選択

国内文献では、「特定保健指導」「利用行動」をキーワードに設定し、原著論文を検索したところ該当する文献は存在しなかった。そのため、「特定保健指導」「利用」をキーワードに設定し、原著論文を検索したところ、81 件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、5 件の文献が該当した。次に、「特定保健指導」「未利用」をキーワードに設定し、原著論文を検索した結果、2 件の文献が存在したが、上記に含まれている文献であった。該当文献が少ないため、「特定保健指導」「行動」をキーワードに設定し、原著論文を検索した結果、363 件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、13 件の文献が該当した。重複を除くと、合計 11 件の文献が該当した (表 1)。

次に、「利用行動」について、シソーラス検索を行った。「利用行動」では、統制語の該当がなかったため、「利用」について、再度シソーラス検索を行った。その結果、「保健医療サービス利用の可能性」が統制語として該当した。「保健医療サービス利用の可能性」をキーワードに検索を行ったところ、該当する文献は存在しなかった。

表 1. 特定保健指導の利用行動に関する国内文献の検索結果

キーワード	検索文献数	該当文献数
「特定保健指導」「利用行動」	0 件	0 件
「特定保健指導」「利用」	81 件	5 件
「特定保健指導」「未利用」	2 件	2 件 (重複 2 件)
「特定保健指導」「行動」	363 件	13 件 (重複 7 件)
「保健医療サービス利用の可能性」	0 件	0 件

海外文献では、「specific health guidance」、「health guidance」「use behavior」、「health education」「non-use」をキーワードに設定し、検索を行ったところ、計4件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、特定保健指導の利用行動に関する文献は存在しなかった。次に、関連領域として、「health education」「use behavior」で検索を行ったところ、48件の文献が存在した。「health guidance」「non-use」では、1件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、該当する文献は存在しなかった。

「health guidance」「public health」「use」をキーワードに設定し、検索を行ったところ、10件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、該当する文献は存在しなかった。「non-use」「reason」では、35件の文献が存在し、題目、要旨を確認した結果、1件が該当した。次に、「non-use」「reason」「health guidance」、「non-use」「reason」「health education」では、該当する文献が存在しなかった。「non-use」「reason」「behavior」では、10件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、該当する文献は存在しなかった。海外文献では、1件の文献が該当した。

シソーラス検索で該当した「health Services Accessibility」をキーワードとして検索を行った。30,762件の文献が存在したため、さらに「health guidance」を加え、「Health Services Accessibility」「health guidance」で検索を行った。その結果37件の文献が存在した。37件の文献について題目及び要旨を確認した結果、該当する文献は存在しなかった。また、「Health Services Accessibility」「health education」「Health Check」をキーワードとし、検索を行ったところ3件の文献が存在した。3件の文献について、題目及び要旨を確認した結果、該当する文献は存在しなかった。

「Health Services Accessibility」「health guidelines」のキーワードでは、82件の文献が存在した。82件の文献について、題目及び要旨を確認したところ、該当する文献は存在しなかった（表2）。

表2．特定保健指導の利用行動に関する海外文献の検索結果

キーワード	検索文献数	該当文献数
「specific health guidance」	3 件	0 件
「health guidance」「use behavior」	1 件	0 件
「health education」「non-use」	0 件	0 件
「health education」「use behavior」	48 件	0 件
「health education」「non-use」	1 件	0 件
「health guidance」「public health」「use」	10 件	0 件

キーワード	検索文献数	該当文献数
「non-use」「reason」	35 件	1 件
「non-use」「reason」「health guidance」	0 件	0 件
「non-use」「reason」「health education」	0 件	0 件
「non-use」「reason」「behavior」	10 件	0 件
「Health Services Accessibility」「health guidance」	37 件	0 件
「Health Services Accessibility」「health education」 「Health Check」	3 件	0 件
「Health Services Accessibility」「health guidelines」	82 件	0 件

(2) 特定保健指導の利用行動に関する文献の概観

前項で選択された、国内文献 11 件の文献³⁵⁻⁴⁵⁾は、①特定保健指導の未利用者及び特定健診未受診者に焦点をあてた研究、②特定保健指導の利用者に焦点をあてた研究、③行動変容ステージに着目した研究に分類できた。

①特定保健指導の未利用者及び特定健診未受診者に焦点をあてた研究

特定保健指導の未利用者及び特定健診未受診者に焦点をあてた研究は、該当する文献が 3 件存在した。1 件目の文献⁴⁶⁾は、筆者の先行研究（修士論文）であり、特定保健指導における未利用の理由の構造を明らかにすることを目的とした。研究対象者は、特定保健指導の未利用者 10 人であり、特定保健指導の未利用の理由に関連する 3 点を質問項目として、半構造化面接を用いてデータを収集し、KJ 法を用いて質的に分析した。その結果、特定保健指導における未利用の理由の構造は、「“私という領域”がある」「私には“良好な健康”より大切な生きがいがある」「私に限定せずに必要な人への活動を望む」という 3 つの要素から構成され、その関係性から未利用の理由が強化されていた。

2 件目の文献⁴⁷⁾は、市町村国民健康保険における特定保健指導の未利用者のセルフケア能力と 2 年間の体重変化との関連を明らかにし、自己管理による改善可能性を検討することを目的とした。特定保健指導対象者全員にセルフケア能力に関する質問紙調査を行い、その年の特定保健指導の未利用者 416 人を研究対象者とし、翌年度に特定健診を継続受診した研究対象者の健診結果について分析した。その結果、特定保健指導の未利用者で次年度健診の体重変化を群分けしたところ、「減少群」13.5%、「維持群」44.9%、「増加群」は 41.6%となり、体重変化とセルフケア能力との関連は明確に検証されなかった。

3 件目の文献⁴⁸⁾は、特定健診未受診者の健診受診を決定する要因を明らかにすることを目的とした。研究対象者は、国民健康保険加入者の 40 歳から 60 歳代の有職者の男

性のうち、市町村が実施している特定健診を初めて受診した3人であり、面接法を用いて受診に至った経緯や理由、思いなどに関してデータ収集を行い、質的に分析した。その結果、受診を阻害する要因として、「身体的健康に対する自信」「病気への懸念と病気がわかることへの不安感」「受診を後押しする資源の欠如」「仕事中心の時間管理、職場環境による保健行動をとる困難さ」「病院を嫌う気持ち」「健診への期待感の低さ」の7カテゴリーが抽出された。また、受診を決定する要因として、「自身の健康や病気への認識」「家族・周囲からの受診へのサポート」「生活の中心である仕事の環境・風土」、「保健・医療への信頼感」「受診のきっかけ」の5カテゴリーが示された。

②特定保健指導の利用者に焦点をあてた研究

特定保健指導の利用者に焦点をあてた研究は、7件の文献が該当した。該当した1件目の文献⁴⁹⁾は、特定保健指導の積極的支援利用者の1年後の体重減少に影響を与える個人特性を検討することを目的とした。研究対象者は、職域保険に加入する男性のうち特定保健指導を利用した積極的支援レベルの該当者において、次年度の特定健診の結果評価が可能な5,888人であった。年齢、BMI、収縮期及び拡張期血圧、中性脂肪、HDL コレステロール、空腹時血糖、HbA1c、喫煙状況を個人特性とし、これらの個人特性が1年後の体重減少に与える影響について、ロジスティック回帰分析を用いて分析した。その結果、積極的支援による減量効果の大きい個人特性は、喫煙状況、収縮期血圧、中性脂肪であることが明らかになった。

2件目の文献⁵⁰⁾は、保健指導を受けた成人男性の生活習慣改善過程におけるストレスを明らかにすることを目的とした。研究対象者は、特定保健指導の動機づけ支援または、積極的支援による保健指導を利用した成人男性15人であり、ストレスの内容を明らかにするための4項目を質問項目とし、半構造化面接を実施した。収集したデータは、内容分析を用いて質的に分析した。その結果、「長期的な展望で自分の生き方を考える力」「人との関わりのなかで自己の存在を認識する力」「きっかけがあれば生活習慣の改善に向けて行動できるという自己認識力」「ストレスに対応しコントロールする力」「自己の傾向や生活を分析する力」「生活習慣改善目標を自分の生活にあわせて具体化する力」の6つのカテゴリーが抽出された。

3件目の文献⁵¹⁾は、特定保健指導の非成功要因について質的に明らかにすることを目的とした。研究対象者は特定保健指導を利用し、減量に成功しなかった男性勤労者36人であり、半構造化面接によりデータ収集を行った。収集したデータは逐語録に起こし、

グラウンデッド・セオリーを用いて分析した。その結果、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た。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」「好奇心」「やる気になった」「反発」の5つのカテゴリーが抽出された。非成功要因に至るまでのプロセスは、7つの異なるパターンに分けられ、「義務感」「反発」「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。

4件目の文献⁵²⁾は、特定保健指導を利用した生活習慣病予備群である壮年期男性が生活習慣に保健行動を組み込む過程を、食事と運動に焦点をあて明らかにすることを目的とした。研究対象者は、特定保健指導を利用した40歳代、50歳代の男性14人であり、半構造化面接を用いてデータを収集した。収集したデータは、質的帰納的に分析した。その結果、壮年期男性が生活習慣に保健行動を組み込む過程の構成要素として、「染みについている飲食や運動」「役割に応じて変化する飲食や運動」「身体を気にする引き金」「揺らぎながら飲食や運動を試みる」「試みた飲食や運動を続ける見極め」「生活に取り入れた飲食や運動」の6つのカテゴリーが抽出された。飲食や運動の生活習慣と保健行動には役割変化が密接に関わっていた。

5件目の文献⁵³⁾は、生活習慣病ハイリスク者を対象として保健指導を実施し、6か月後の改善目標達成状況と性格特性の関連を検討することを目的とした。研究対象者は、生活習慣病のハイリスク者と判定された40人であり、保健師による保健指導を実施した。6か月間における改善目標の達成度から達成群と未達成群の2群に分類し、性別、職業、休日、行動変容ステージ、エゴグラムなどの各項目において、 χ^2 検定及びMann-WhitneyのU検定を用いて比較を行った。その結果、達成群と未達成群では、性別、年齢、職業、行動変容ステージには有意差がみられなかった。エゴグラム分類では、有意差がみられ、生活習慣の改善には、性格特性が関与している可能性があることが報告された。

6件目の文献⁵⁴⁾は、特定保健指導を利用した職域男性の初回面接直後の減量への取り組みの態度などについて、6か月後の体重変化との関係を検討することを目的とした。研究対象者は、特定保健指導の初回面接を受け、行動変容に対する準備性に関する質問紙調査に回答した291人であった。支援レベル、喫煙・飲酒習慣、行動変容ステージと6か月後の体重変化との関連について、Mann-WhitneyのU検定、Kruskal-Wallis検定を用いて分析した。その結果、6か月後の体重減少と特定健診時の減量への取り組みに

については、行動変容ステージとの関連はみられなかった。しかし、初回面接直後に、「価値づけ」が高まっていた者とそうでない者は、体重減少による有意差が認められた。以上の結果を踏まえ、初回面接時に対象者の減量への態度や保健指導に対する認知を適切に捉えることの重要性が示された。

7 件目の文献⁵⁵⁾は、特定保健指導対象者のうち職域男性の減量成功までの関連条件とその過程について検討することを目的とした。研究対象者は、職域健保組合の特定健診後に継続支援対象者となった 41 歳から 59 歳の男性のうち、6 か月間の特定保健指導の終了後に 4 %以上の体重減少があった 26 人であった。データは、半構造化面接により収集し、収集したデータは、グラウンデッド・セオリーを用いて分析した。その結果、初回面接後の減量のための行動を導く条件としては、「危機感」「義務感」の 2 つの原因的条件が示された。また、自信がついたなどの「肯定的な認知」、つらかったなどの「否定的な認知」が認められ、否定的認知を持つ対象者は、3 割から 5 割のリバウンドが認められた。さらに、原因的条件別にみた取り組みの際の介在条件として、「性格・価値観」「家族の支援」「職場の支援」「取り組みに対する態度」の 4 つのカテゴリーが抽出され、減量の成功には、取り組み開始時や、その過程における対象者の肯定的及び否定的な認知が関わっている可能性が示された。

③行動変容ステージに着目した研究

行動変容ステージに着目した研究は、1 件の文献が該当した。該当した文献⁵⁶⁾は、都市部の壮年期住民の行動変容ステージ別による、健康関連要因と食生活の関連を明らかにすることを目的とした。研究対象者は、首都圏在住の 40 歳から 64 歳の住民 3,000 人であり、無記名自記式質問紙調査の回答が得られた 596 人を分析対象とした。分析方法は、基本属性、行動変容ステージ、健康関連要因、食生活などの各項目の記述統計を算出し、行動変容ステージを従属変数として、2 変数間の分析を行った。分析には、 χ^2 検定、一元配置分散分析、Tukey による多重比較を用いた。その結果、行動変容ステージの分布は、関心期 31.1%、無関心期 26.5%、維持期 16.7%、準備期 14.9%、実行期 9.8%であった。また、行動変容ステージと有意な関連がみられた項目は、平均年齢、腹囲、BMI、主観的健康観、食生活サポート状況、食生活スコアであり、関心期、準備期は、他の期に比して BMI が高く、維持期は無関心期、関心期、準備期よりも食生活スコアが有意に高く、行動変容ステージの維持・前進には、各ステージの健康関連要因と食生活を踏まえた支援を提供する必要性が明らかにされた。

④利用行動に関連する海外文献

利用行動に関連した海外文献は1件であった。該当した文献⁵⁷⁾は、シンガポールにおける認知症のデイケアサービスの未利用の理由の本質を検証することを目的とした。研究対象者は、認知症デイケアサービスに、一度も参加していない認知症患者の介護者であり、半構造化面接によるインタビューによりデータを収集し、現象学的方法を用いて分析した。その結果、介護者は認知症に対するデイケアサービスの関与の重要性を認識していたが、認知症患者の利用への拒絶により制限を受けていることが明らかとなった。また、介護者は、認知症患者のデイケアサービス利用の拒絶は、認知症患者のデイケアサービスに対する否定的な信念、介護者に放棄されるという不安によるものと考えていることが示された。さらに、デイケアサービスの未利用の要因には、「文化的な側面に影響を受ける介護の価値観や認識」「サービス提供の不備」が含まれており、デイケアサービスの利用を促すためには、デイケアサービスを利用することに対する利益の認識を高める必要性が示唆された。

2) 特定保健指導の未利用の動機に関する先行文献

先行文献を概観するにあたり、国内文献は、医学中央雑誌 Web 版 (ver. 5) を使用し、検索期間については、設定しなかった。なお、海外文献においては、EBSCO host Web 版 CINAHL を使用し、検索期間は 2008 年から 2017 年とした。

(1) 特定保健指導の未利用の動機に関する文献の選択

国内文献では、「特定保健指導」「動機」をキーワードに設定し、原著論文を検索したところ 188 件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、1 件の文献が該当した。「未利用」「動機」では、2 件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、該当する文献ではなかった。

海外文献では、「motivation for action」をキーワードに検索を行ったところ 89 件の文献が存在した。題目、要旨を確認したところ該当する文献は存在しなかった。次に、「motivation for action」「health guidance」、「motivation for action」「Lifestyle disease」、「motivation for action」「health Check」をキーワードに検索を行ったところ該当する文献は存在しなかった。

以上の文献検索の結果、1 件の文献が該当した(表 3)。

表 3. 特定保健指導の未利用の動機に関する国内・海外文献の検索結果

キーワード	検索文献数	該当文献数
「特定保健指導」「動機」	188 件	1 件
「未利用」「動機」	2 件	0 件
「motivation for action」	188 件	0 件
「motivation for action」 「health guidance」	0 件	0 件
「motivation for action」 「Lifestyle disease」	0 件	0 件
「motivation for action」 「Health Check」	0 件	0 件

(2) 特定保健指導の未利用の動機に関する文献の概観

特定保健指導の未利用の動機に関連した文献は 1 件であった。該当した文献は⁵⁸⁾、特定保健指導を受ける人々のヘルスプロモーション行動へ向かう動機づけを明らかにすることを目的とした。研究対象者は、特定健診の結果から動機づけ支援、積極的支援に該当し、特定保健指導を利用した 8 名であった。データは半構造化面接により収集し、質的帰納的に分析を行った。その結果、ヘルスプロモーション行動へ向かう動機づけは、「自分の健康を人生のなかで位置づける認識」、「共に健康づくりをしていく存在との関係性」、「生活環境と協調しながら自分らしさを獲得していく力」という 3 つの次元から成り立っていることが明らかになった。

3. 開発を目的とする尺度「未利用動機測定尺度」に関する先行文献の概観

1) 開発を目的とする尺度「未利用動機測定尺度」に関連する文献の選択

国内文献では、「利用行動」「尺度」をキーワードに設定し、原著論文を検索したところ、該当する文献は存在しなかった。そのため、「特定保健指導」「尺度」をキーワードに設定し、原著論文を検索したところ、26 件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、3 件の文献が該当した。「利用行動」「予測」では、2 件の文献が存在したが、題目、要旨を確認した結果、該当する文献ではなかった。

次に、「特定保健指導」「動機」「尺度」では 4 件の文献が存在し、題目、要旨を確認した結果、1 件の文献が該当したが重複している文献であった。また、「行動」「動機」「尺度」をキーワードに、原著論文及び看護文献で検索したところでは、80 件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、該当する文献は存在しなかった。

以上の文献検索の結果、3件の文献が該当した（表4）。

表4．開発を目的とする尺度「未利用動機測定尺度」に関連する国内文献の検索結果

キーワード	検索文献数	該当文献数
「利用行動」「尺度」	0件	0件
「特定保健指導」「尺度」	26件	3件
「利用行動」「予測」	2件	0件
「特定保健指導」「動機」「尺度」	4件	1件（重複）
「行動」「動機」「尺度」	80件	0件

海外文献では、「health guidance」「scale」「prevent」、「health guidance」「scale」「promote」をキーワードに設定し、検索したところ、該当する文献は存在しなかった。次に、「health education」「scale」「prevent」をキーワードに設定し、検索したところ、41件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、該当する文献は存在しなかった。また、「health education」「scale」「promote」をキーワードに設定し、検索したところ、68件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、1件の文献が該当した。「non-use」「reason」「scale」では、1件の文献が存在したが、題目、要旨を確認した結果、該当する文献ではなかった。なお、文献検索のキーワードに、「prevent」「promote」を設定した理由としては、保健指導の利用行動において、その行動を阻害または促進する要因を測定している尺度に関する文献を選択するためである。

次に、「Health Services Accessibility」「scale」「health guidance」をキーワードに検索を行ったところ、3件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、利用行動の尺度に関連する文献に該当しなかった。「Health Services Accessibility」「scale」「Lifestyle diseases」をキーワードに検索を行ったところ該当する文献は存在しなかった。

「motivation for action」「scale」では、13件の文献が存在した。題目、要旨を確認したところ該当する文献ではなかった。「motivation」「scale」「Health Guidance」では、3件の文献が存在した。題目、要旨を確認したところ該当する文献ではなかった。

以上の検索の結果、海外文献では、1件の文献が該当した（表5）。

表 5. 開発を目的とする尺度「未利用動機測定尺度」に関連する海外文献の検索結果

キーワード	検索文献数	該当文献数
「health guidance」「scale」「prevent」	0 件	0 件
「health guidance」「scale」「promote」	2 件	0 件
「health education」「scale」「prevent」	41 件	0 件
「health education」「scale」「promote」	68 件	1 件
「non-use」「reasons」「scale」	1 件	0 件
「Health Services Accessibility」「scale」 「health guidance」	3 件	0 件
「Health Services Accessibility」「scale」 「Lifestyle diseases」	0 件	0 件
「motivation for action」「scale」	13 件	0 件
「motivation」「scale」「Health Guidance」	3 件	0 件

2) 開発を目的とする尺度「未利用動機測定尺度」に関連する文献の概観

開発を目的とする尺度「未利用動機測定尺度」に関連する文献は、国内文献 3 件⁵⁹⁻⁶¹⁾、海外文献 1 件⁶²⁾ の合計 4 件の文献が該当した。1 件目の文献⁶³⁾ は、メタボリックシンドロームの男性労働者を対象とした保健指導において、セルフマネジメント能力を測定する日本語版 Health Education Impact Questionnaire (heiQ-J) を用いて調査を実施し、質問紙の信頼性と妥当性を検証することを目的とした。研究対象者は、東海地方及び関東地方の 6 事業者における特定保健指導対象者の男性 525 人であり、厚生労働省が示している「標準的な質問票」及び「heiQ-J」の質問紙調査を保健指導開始前と終了時に実施した。「heiQ-J」の信頼性は、クロンバック α 信頼係数、妥当性については、確認的因子分析を用いて検証を行った。また、「heiQ-J」と標準的な質問紙との関係性から適用に関する感度を検討した。その結果、メタボリックシンドロームの改善を目指した保健指導の評価指標として、heiQ-J の信頼性と一定の妥当性が確認された。

2 件目の文献⁶⁴⁾ は、生活変容過程にある人々を評価するストレングス測定尺度を開発し、その信頼性と妥当性を検討することを目的とした。研究対象者は、20 歳から 64 歳までの成人 1,339 人であり、欠損を除く 1,160 人（有効回答率 86.6%）を対象に分析を行った。尺度の信頼性は、クロンバック α 信頼係数を算出し、妥当性は探索的因子分析を用いて構成概念妥当性を検討した。その結果、ストレングス測定尺度の信頼性及び妥当性が確認され、保健指導への活用可能性が示された。

3 件目の文献⁶⁵⁾ は、「食生活改善行動の採用」を評価する尺度の開発と、行動変容へ導くモデルを提案することを目的とした。研究対象者は、40 歳から 62 歳の被雇用労働

者の男性 200 人であり、データ収集はインターネットを利用した自記式質問紙調査とした。食生活改善行動の採用尺度の信頼性については、クロンバック α 信頼係数を用いて内的整合性を確認した。また、妥当性については、基準関連妥当性を併存的妥当性により検証した。「食生活改善行動の採用」モデルについては、特定保健指導を利用した成人男女 82 人を対象として調査を行い、仮定した因子構造モデルへのデータ適合度は、パス解析を用いて検討した。その結果、「食生活改善行動の採用」尺度の信頼性、妥当性及び「食生活改善行動の採用」モデルの適合度が確認され、「食生活改善行動の採用」尺度の活用可能性が示された。

4 件目の文献⁶⁶⁾は、高齢者のための Salutogenic Wellness Promotion Scale の有効性を検証することを目的とした。研究対象者は、218 人の高齢者からなる 6 グループであった。質問紙調査は、人口統計学、Salutogenic Wellness Promotion Scale-Older Adult Version (SWPS-OA)、知覚健康評価 (a perceived health assessment)、Epidemiological Studies-Depression (CES-D) scale(疫学研究-うつ病尺度)、The Satisfaction with Life Scale (SWLS) (生活満足度尺度)を用いた。分析の結果、SWPS-OA のクロンバック α 信頼係数は 0.933 であり、基準関連妥当性では、SWPS-OA と知覚健康評価及び SWLS は有意な正の相関があり、SWPS-OA と CES-D では、有意な負の相関が認められ、尺度の信頼性、妥当性が確認された。

3) 特定保健指導の利用行動や特定保健指導の未利用の動機に関連する先行文献及び開発を目的とする尺度「未利用動機測定尺度」に関連する文献の概観の結果
前項の文献検討から、以下の 9 点が確認された。

- ① 特定保健指導の未利用者に焦点をあてた先行研究からは、特定保健指導の未利用の理由の構造は、「“私という領域”がある」「私には“良好な健康”より大切な生きがいがある」「私に限定せずに必要な人への活動を望む」の 3 つの要素から構成されており、未利用という行動の背景には、対象者それぞれの動機が存在し、それらを考慮した保健指導の重要性が示唆された。
- ② 特定保健指導の未利用者の 1 年後の健診結果における体重変化を群分けすると、「減少群」13.5%、「維持群」44.9%、「増加群」41.6%であった。また、特定保健指導の未利用者のセルフケア能力だけでは、確実な生活習慣病の予防に結びつかない可能性が示唆された。

- ③特定健診の未受診や認知症デイサービスの未利用、減量の非成功要因には、「健診への期待感の低さ」「サービス提供の不備」「制度への不信感」など、制度やサービスを提供する側の要因が影響することが確認された。
- ④特定保健指導の利用者における生活習慣改善や体重減少には、個人の性格特性が関わっている可能性が示唆された。
- ⑤特定保健指導の初回面接においては、対象者の減量への取り組みに対する態度や保健指導に対する認知を適切に捉え、それに応じた保健指導を行うことが重要であることが確認された。
- ⑥保健指導の実施にあたっては、保健指導の対象者に関する行動変容ステージを把握し、各ステージの健康関連要因と食生活を踏まえた保健指導を提供することの必要性が示唆された。
- ⑦特定保健指導を受ける人々には、ヘルスプロモーション行動へ向かう動機づけがあることが明らかになった。
- ⑧生活習慣や対象者の行動評価指標となる尺度の活用は、対象者の把握とともに、効果的な計画立案及び指導につながる可能性が示唆された。
- ⑨国内文献及び海外文献の検索結果から、特定保健指導における未利用の理由の構造に基づき、「未利用動機測定尺度」を開発した研究は存在しなかった。さらに、海外文献では、認知症デイサービスの未利用に関する研究が1件存在したが、保健指導の未利用者及び健康教育などの保健指導の利用行動に関する先行研究は存在しなかった。

4. 本研究の意義

特定保健指導の利用行動や特定保健指導の未利用の動機に関する先行文献及び開発を目的とする尺度「未利用動機測定尺度」に関連する先行文献の概観の結果に基づき、本研究の意義について検討を行った。

特定保健指導の未利用者のセルフケア能力のみでは、確実な生活習慣病の予防に結びつかない可能性が示唆された⁶⁷⁾。つまり、生活習慣病予防の目的を達成するためには、特定保健指導の未利用者を対象として、利用へと導くことができるよう優先して取り組む必要がある。筆者らの先行研究（修士論文）では、特定保健指導の未利用の背景には、対象者それぞれの動機が存在することが確認された。特定保健指導の未利用の解決には、個人の背景にある動機を把握し、対象者に応じて特定保健指導の利用を促すことが重要

である。そのためには、対象者それぞれの動機を把握するための測定用具を開発し、個人の動機に沿った支援を行い、特定保健指導の利用を促すことが必要である。

一方、特定保健指導の利用者においては、初回面接などの初期の段階において、個人特性や対象者の保健指導に対する認知、態度を把握することが効果的な保健指導を行うために重要であることが明らかになった⁶⁸⁻⁷⁰⁾。さらに、尺度を用いて対象者を評価し、対象者の特徴を踏まえた指導を行うことにより、効果的な保健指導の実践につながる可能性があることが示唆された⁷¹⁻⁷⁴⁾。つまり、特定保健指導該当者の利用行動に関する動機を把握し、支援を行うことは、特定保健指導該当者の行動変容を促し、生活習慣病予防の目的の達成に結びつくと考ええる。

また、文献検討の結果から、介入が困難な特定保健指導の未利用者を対象とした研究は、少ないことが確認された。特定保健指導の未利用者は、メタボリックシンドローム症候群もしくは予備群の該当者であり、放置することによる身体へのリスクが高い人々である。自己実現に向けた生活を過ごすためには、現時点からの生活習慣の改善が必要である。そのため、早急に未利用者対策の具体的な方策の提示を行い、特定保健指導の利用へ向けた支援を提供する必要がある。本研究において開発を目的とする「未利用動機測定尺度」は、特定保健指導の未利用という行動を利用という行動へ促すための有効な手段であると考ええる。本尺度を実践で活用することは、保健師が実施する保健指導の質の向上に貢献するとともに、特定保健指導該当者に対して、特定保健指導の利用を促進し、生活習慣病予防及び重症化予防に寄与することができると考える。

第4節 本研究の探求レベル

1. 本研究の探求レベルの検討

本研究は、筆者らの先行研究（修士論文）である因子探索レベルの結果から概念を構成し、項目を設定することにより、未利用という利用行動に影響を与える対象者の動機を測定する尺度を開発することを目的とする。すなわち、本研究の目指すところは、操作的に定義された概念、あるいはその度合いについての量的な証拠を提供するための用具の構成、すなわち測定法を検証することである。

測定用具の開発は、質的研究の成果を量化し、理論開発に向かうとともに、研究成果

の実用性を高めることを目的とする⁷⁵⁾。また、尺度は、現象や事柄を定量的に測定するためのツールであり、測定概念に基づいて構成された各項目に得点を割り付け、対象の特性、傾向などを知ろうとするものである⁷⁶⁾。内容（content）あるいは、実質的な知識を生み出す研究とは区別され、どの探求レベルにも当てはまらない⁷⁷⁾。以上のことから探求レベルを設定しないこととする。

第5節 本研究の研究方法論についての検討

本研究の目的は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するために、未利用の動機の程度を測定する尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検証を通して、「未利用動機測定尺度」を開発することである。

1. 「未利用動機測定尺度」の開発

1) 「未利用動機測定尺度」の開発方法の検討

本項においては、「未利用動機測定尺度」の開発方法についての検討を行うために、尺度開発に関する先行文献を概観し、その方法論を検討する。

先行文献を概観するにあたり、国内文献は、医学中央雑誌 Web 版（ver. 5）を使用し、検索期間は設定しないこととした。なお、海外文献は、EBSCO host Web 版 CINAHL を使用し、検索期間は国内文献と同様に設定しないこととした。

尺度開発の方法に関する文献検討については、キーワードを「尺度開発」に設定し、看護学領域における文献を確認したところ、38 件の文献が存在した。地域住民や公衆衛生看護の観点などから、題目、要旨を確認した結果、6 件の文献が該当した。さらに、最新の研究論文などで検索リストから漏れた文献がある可能性を考慮し、日本看護科学会誌、日本看護研究学会雑誌、日本地域看護学会誌、日本公衆衛生学会誌の各学会誌を対象として、ハンドリサーチを行った結果、1 件の文献が該当した。以上の文献検索の結果、合計 7 件⁷⁸⁻⁸⁴⁾の文献が該当した。

該当文献 7 件のうち 1 件目の文献は⁸⁵⁾、在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆に関する尺度を開発することを目的とした。尺度の原案は、在宅で看取りを行った介護者 10 人への面接調査を基に質的帰納的方法（質的統合法（KJ 法））を用いて分析

を行い、予期悲嘆の6つの構成要素と下位の構成要素を抽出した。これらの構成要素に基づき、質問原案51項目を作成した。測定形式は4件法を用い、質問項目は尺度開発の研究経験者及び訪問看護経験のある大学教員で検討を行った。研究対象者は、ターミナル家族121人、非ターミナル家族86人であった。本調査から得られたデータを用いた項目分析は、天井効果とフロア効果、各項目間相関分析、I-T相関分析を行い、最小二乗法、プロマックス回転による探索的因子分析を行った。内的整合性は、尺度全体のクロンバック α 信頼係数や折半法のSpearman - Brownの信頼性係数を算出した。外的基準の尺度としてGHQ28を用いて基準関連妥当性の検討を行い、構成概念妥当性については、既知グループ法として、ターミナル家族と非ターミナル家族の比較を行った。以上の検討の結果、尺度の信頼性・妥当性が確認された。

2件目の文献は⁸⁶⁾、地域高齢者の保健行動に関連する自己制御力を評価する尺度を開発することを目的とした。尺度の原案は、介護予防対策に関する保健行動を健康日本21で示された目標及び目標設定内容を参考に作成し、測定形式は4段階評定とした。研究対象者は、シニアクラブ会員及び同居家族の合計1,883人であった。既存の尺度（HLC尺度、改良型セルフ・コントロール尺度）の調査を行い、基準関連妥当性を検討した。項目分析は、回答分布、平均値、因子分析を実施した。構成概念妥当性は、主因子法、プロマックス回転を用いて検討した。基準関連妥当性は、開発した尺度の合計得点と、HLC尺度及び改良型セルフ・コントロール尺度の合計得点とのPearsonの相関係数を算出した。信頼性の検討は、クロンバック α 信頼係数を用いて、内的整合性を確認した。さらに、質問紙調査と並行し、介入研究を行い、その実施状況から自己制御力を判定した。これらの検討の結果、尺度の信頼性・妥当性が確認された。

3件目の文献は⁸⁷⁾、神経難病患者の療養生活対処に関する尺度を開発することを目的とした。ALS患者への面接調査によって得られたデータを、質的帰納的方法によりカテゴリー化し、その結果から神経難病患者の病気に関連する構成概念として、4つの理論を設定した。その理論を基にアイテムプールを作成し、5件法による質問項目を作成した。パイロットスタディを実施し、内容的妥当性の検討を行った。研究対象者は、ALS患者175人及びパーキンソン病患者388人であった。項目分析は、天井効果及びフロア効果、項目間相関、I-T相関分析、主成分分析、因子分析の順で行った。信頼性は、内的整合性をクロンバック α 信頼係数や折半法のSpearman - Brownの信頼性係数を用いて検討し、各下位尺度については、クロンバック α 信頼係数を算出した。妥当性は、併存

的妥当性、構成概念妥当性の検討を行った。これらの検討の結果、尺度の信頼性・妥当性が確認された。

4 件目の文献は⁸⁸⁾、市町村統括保健師の役割の遂行状況を測定する尺度を開発することを目的とした。尺度試案は、統括保健師及び次世代の管理職となる中堅保健師 10 人への面接調査のデータを、質的帰納的方法により分類した項目と、文献検討から得た項目から作成した。尺度の構成概念は、保健師に必要とされる能力を基に 2 つの側面を設定した。専門家会議及びパイロットスタディとして、専門領域の研究者を対象に質問紙調査を行った。尺度の測定形式は 4 件法のリカート尺度であった。研究対象者は、1,621 箇所の市町村の統括保健師、又は保健師の中で最も職位の高い保健師とした。項目分析は、平均値及び標準偏差による天井効果、フロア効果、項目間相関、I-T 相関分析、G-P 分析を用いて検討し、その後、主因子法、プロマックス回転による探索的因子分析を行った。信頼性の検討は、折半法及びクロンバック α 信頼係数を用いて確認した。妥当性については、基準関連妥当性を併存的妥当性、構成概念妥当性は、既知グループ法を用いた。これらの検討の結果から尺度の信頼性・妥当性が確認された。

5 件目の文献は⁸⁹⁾、自殺予防におけるソーシャルキャピタルを醸成する、保健師活動を測定するための尺度を開発することを目的とした。ソーシャルキャピタルの構成要素を踏まえ、先行文献の結果を参考とし、自殺予防におけるソーシャルキャピタルを醸成する保健師活動の概念枠組みを作成した。次に、文献検索及び保健師へのインタビューデータを内容分析により分類し、5 件法による質問項目の作成を行った。その後、質問項目の表面的妥当性を検討し、最終的な尺度案を作成した。作成された尺度案は、専門家会議により内容の検討を行った。本調査の研究対象者は、271 市町村において自殺対策を主に担当する保健師とした。項目分析は、天井効果とフロア効果、主因子法、プロマックス回転による因子分析を行った。尺度の信頼性については、内的整合性をクロンバック α 信頼係数により確認した。妥当性は、既知グループ法を用い構成概念妥当性を検討した。これらの検討の結果、尺度の信頼性、妥当性が確認された。

6 件目の文献は⁹⁰⁾、要支援高齢者女性の社会活動尺度を開発することを目的とした。研究者らの先行文献の成果及び用語の操作的定義を基に、要支援高齢者女性の社会活動尺度の構成概念を形成した。その後、要支援高齢者女性の社会的活動尺度の構成概念と先行研究をもとに、3 概念 5 要素 42 項目からなる尺度原案を作成し、予備調査を実施した。項目分析として、天井効果とフロア効果の確認を行い、因子分析を実施、15 項目

3 因子からなる尺度を作成した。測定形式は 5 件法とし、本調査実施前のプレテストにおいて、調査票の理解のしやすさ、回答のしやすさ、回答所要時間の確認を行った。本調査の研究対象者は、要支援高齢者女性 271 人、一般高齢者 354 人であった。尺度の信頼性は、クロンバック α 信頼係数により確認した。妥当性については、基準関連妥当性と構成概念妥当性により検証した。基準関連妥当性は併存的妥当性を用い、構成概念妥当性は、探索的因子分析、確認的因子分析、既知グループ法を用いた。これらの検証の結果、尺度の信頼性・妥当性が確認された。

7 件目の文献は⁹¹⁾、院内教育担当者用の教育ニードアセスメントツールを開発することを目的とした。尺度の開発にあたっては、質的帰納的研究の成果である院内教育担当者としての望ましい状態 7 側面を下位尺度とする 49 の質問項目を作成した。測定形式は 4 段階のリカート法を用いた。次に、専門家会議とパイロットスタディにより、尺度の内容的妥当性を検討した。アセスメントツールの 1 次調査は、157 病院に勤務する院内教育担当者 1,177 人とした。1 次調査による質問項目の分析と選択、選択項目を用いて構成した尺度の信頼性・妥当性を検討し、2 次調査として再テスト法を行った。その結果、尺度の信頼性・妥当性が確認された。

以上の地域住民や公衆衛生看護の観点などから選択した 7 件の文献検討の結果に基づく、本研究における尺度開発の方法としては、①尺度概念の明確化、②質問項目の作成、③測定形式の決定、④専門家会議、⑤パイロットスタディ、⑥本調査、⑦信頼性の検討、⑧妥当性の検討のプロセスが妥当であることが確認された。

2) 本研究における尺度開発の方法 (図 2)

前項の「未利用動機測定尺度」の開発方法の文献検討から、本研究における尺度開発の方法について、その概要を述べる。

(1) 尺度概念の明確化

7 件の文献のうち、5 件が構成概念を明確に示している。尺度開発においては、構成概念を検討し、明確化する必要がある⁹²⁾、本研究においては、特定保健指導の利用行動のうち、特に未利用という行動の観点から概念を明確に定義する。

(2) 質問項目の作成

質問項目の作成は、該当文献 7 件のうち 3 件の文献は、質的帰納的方法により項目を抽出し、他の 3 件の文献は、質的帰納的方法から抽出した項目に、先行研究から抽出さ

れた項目を併せて質問項目を作成している。残り 1 件の文献は、介護予防対策に関する保健行動を健康日本 21 で示された目標及び目標設定内容を参考に、質問項目を設定している。本研究の質問項目の作成は、筆者の先行研究（修士論文）の成果を活用する。研究成果は、インタビューにより収集したデータを KJ 法により分析したものである。KJ 法による成果を用いて質問項目を作成した先行文献は、前述の 7 件のうち 1 件のみである。このことから、KJ 法の成果を質問項目の作成に用いることの妥当性については、次の項で検討を行う。

（３）測定形式の決定

測定形式は、該当文献 7 件のうち 4 件の文献は 4 件法、3 件の文献は 5 件法であり、すべてがリカート法を採用している。尺度タイプ及び選択肢数は、開発を目指す尺度の特徴を吟味し、決定する必要がある⁹³⁾。従って、本研究の測定形式は、尺度の特徴を踏まえて決定する。

（４）専門家会議

該当文献 7 件のうち 4 件の文献は、内容的妥当性の確保のため、専門家会議を開催し、尺度に関して専門家からアドバイスを受けている。従って、本研究においても、専門家会議を開催し、内容的妥当性を確保する。

（５）パイロットスタディ

該当文献 7 件のうち 4 件の文献は、パイロットスタディを実施し、尺度の修正を行っている。本研究においても、パイロットスタディを実施する。

（６）本調査（データ収集）

最終的に決定した尺度項目は、尺度の信頼性と妥当性を検討するために調査を行う必要がある。調査対象者の人数は、207 人、1,883 人、563 人、1,621 人、271 人、621 人、1,177 人であり、文献により異なっている。本研究における尺度の検討においては、統計学的な検討に必要な対象者を確保する。

（７）信頼性の検討

尺度の信頼性は、尺度の品質を左右する要素であり、測定の安定性や一貫性（内的整合性）の観点から評価する⁹⁴⁾。該当文献 7 件は、内的整合性を確認することにより信頼性を検討している。測定用具の信頼性は、安定性、内的整合性、同等性の種類があるため⁹⁵⁾、本研究における信頼性の検討は、尺度の特徴に応じて検討する。

（８）妥当性の検討

尺度の妥当性は、測定値の正しさを指す概念であり⁹⁶⁾、測定を目指す概念をどの程度適切に測定しているかを評価する⁹⁷⁾。該当文献 7 件では、内容的妥当性、基準関連妥当性、構成概念妥当性を探索的因子分析や確認的因子分析など、複数の手法を用いて確認することにより、妥当性を検討している。従って、本研究における妥当性の検討は、尺度の特徴に応じて、検証方法を検討する。

3) 「未利用動機測定尺度」の質問項目作成に関する検討

前項 1)、2) において、尺度の質問項目の作成は、先行研究で得られた分析結果及び関連する文献を参考として、質問項目を独自に作成していることが確認された。さらに、先行研究の分析手法は、質的帰納的方法であった。筆者の先行研究（修士論文）は KJ 法を用いて分析を行った。KJ 法は質的帰納的研究のための一方法論であるが⁹⁸⁾、前項の文献検討では、KJ 法の成果から質問項目を作成した先行研究が少ない結果であった。

そこで、本項においては、KJ 法の成果から尺度の質問項目を作成した先行研究を概観し、質問項目の作成において、筆者の先行研究（修士論文）の成果を活用することの妥当性について検討を行った。

（１）KJ 法の成果を用いて質問項目を作成した尺度開発に関する文献の選択

先行文献を概観するにあたり、国内文献は、医学中央雑誌 Web 版（ver. 5）を使用した。検索期間は設定しないこととした。なお、海外文献は、EBSCO host Web 版 CINAHL を使用し、検索期間は国内文献と同様に設定しないこととした。

国内文献は、キーワードを「KJ 法」「尺度開発」で文献を検索した。その結果、2 件の文献が存在した。該当文献が少ないため、次に、「尺度」「KJ 法」をキーワードに設定し、原著論文を検索した。その結果、98 件の文献が存在した。それらの研究題目や要旨を確認した結果、7 件の文献が該当した。また、KJ 法と関連が深い質的統合法（KJ 法）に関する検索を行った。キーワードを「質的統合法（KJ 法）」に設定し、原著論文を検索した。その結果、67 件の文献が存在したが、題目、要旨を確認した結果、尺度開発に関する文献の該当はなかった。さらに、ハンドリサーチにより検索したところ、質的統合法（KJ 法）の成果を基に尺度開発をした文献が 1 件該当した。なお、該当した 1 件の文献は前項の先行文献との重複であった。

海外文献は、「KJ method」「scale」をキーワードに設定し、検索したところ、1 件の

文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、日本の研究者による KJ 法を用いての分析であり、尺度開発に関する文献ではなかった。次に、「KJ method」をキーワードに設定し、検索を行った。その結果、11 件の文献が存在した。題目、要旨を確認した結果、KJ 法を用いて分析を行った研究が 6 件該当した。しかし、そのうち 4 件は国内文献であり、また残り 2 件についても KJ 法を用いた尺度開発に関する文献ではなかった。

(2) KJ 法の成果を用いて質問項目を作成した尺度開発に関する先行文献の概観

該当した国内文献の 8 件⁹⁹⁻¹⁰⁶⁾を検討し、KJ 法の成果を用いて質問項目を作成した尺度開発の妥当性を確認した。1 件目の文献¹⁰⁷⁾は、「大学生版自己肯定観尺度」の開発であった。研究 1 において、都内の大学に通う大学生男女 25 人を対象とし、自由記述法による質問紙調査を実施し、収集したデータを KJ 法に基づき分析を行った。分析の結果、48 枚のラベルが得られ、4 つのカテゴリーが自己肯定観の要素として抽出された。研究 2 において、研究 1 で得られた自己肯定観の仮説的定義及び構成要素をもとに、専門家による検討を行い、自己肯定観の構成要素ごとに 3 項目、合計 12 項目からなる質問紙を作成した。作成した質問紙は予備調査を経て、大学生 540 人に本調査を実施し、作成した尺度の信頼性と妥当性が確認された。

2 件目の文献¹⁰⁸⁾は、新人看護師が、先輩看護師に求める関わりを測定するための「関わり尺度」の作成であった。尺度の開発にあたり、先行研究より新人看護師が先輩看護師に求めている関わりや、効果的及び非効果的と回答があった関わり 216 項目を抽出した。次に、抽出された 216 項目について、KJ 法を用いて集約し、4 つのカテゴリーに分類した。その後、カテゴリーごとに各 5 項目、計 20 項目の質問紙原案を作成した。看護師経験年数が 1 年以上の先輩看護師 844 人を対象として、質問紙調査を実施し、分析した結果、尺度作成時に想定していた因子構造とほぼ一致する 4 因子構造が確認された。また、一定の信頼性及び妥当性が確認された。

3 件目¹⁰⁹⁾は、日本人大学生の自尊感情を支える諸領域を特定し、それに基づき、自尊感情の随伴性を測定する「自尊源尺度」の開発であった。研究 1 において、大学生 200 人から得られた記述から総計 876 個の自尊源に関する記述を、KJ 法を参考に 87 カテゴリーに分類した。分類した 87 カテゴリーは、KJ 法を参考に階層構造に整理し、3 段階の階層構造を想定した 92 項目からなる尺度を作成した。予備調査の結果、51 質問項目の尺度となった。尺度の信頼性は、内的整合性をクロンバック α 信頼係数、妥当性の検討は、高次因子分析モデルを設定し、構造方程式モデルにより検討した。次に、研究

2において、「自尊源尺度」の構成概念妥当性を探索的因子分析及び確認的因子分析により確認した。その結果、自尊源尺度の信頼性、妥当性が確認された。

4件目の文献¹¹⁰⁾は、母親への移行過程にある初妊婦が捉える実母との関係性を評価するための、「初妊婦と実母との関係性尺度(Primigravida-Mother Relationship scale)」の開発であった。尺度開発にあたり、20人の初妊婦を対象にインタビューを行い、KJ法を用いて質的に分析し、カテゴリー化した。さらに、カテゴリー間の関連性を分析し、初妊婦の母親への移行過程における実母との関係性モデルを作成した。関係性のモデルから構成概念を設定し、小カテゴリーに対して、1～6項目の尺度項目を作成した。次に、20人の初妊婦へのインタビューデータを再度使用し、内容分析を行い、出現頻度の高いラベルの確認を行い、15項目の質問を作成し、尺度項目に追加した。尺度の信頼性では、内的整合性については、クロンバック α 信頼係数を用い、安定性は再テスト法を用いた。また、妥当性については、併存的妥当性を検証した。その結果、尺度の信頼性、妥当性が確認された。

5件目の文献¹¹¹⁾は、「看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度」の開発であった。尺度原案の作成にあたり、看護師に必要なコミュニケーションスキルについて、看護師5人と研究者がブレインストーミングを行い、抽出された200項目について、KJ法を用いて7概念に分類した。さらに、これら7概念について文献検討を行い、54項目の質問を作成した。尺度原案は、看護職者368人を対象として調査を行い、質問紙の信頼性、妥当性を検討した。その結果、尺度の信頼性、妥当性が確認された。

6件目の文献¹¹²⁾は、「状況別対人不安尺度」の開発であった。調査1において、教育学を受講している大学生135人を対象とし、最も不安に感じる対人状況について自由記述調査を行い、KJ法を用いて10の大カテゴリー、54の小カテゴリーに分類した。さらに、先行研究による検討を加え、11の状況要因ごとに各5項目、合計55項目からなる質問紙を作成した。大学生518人を対象として質問紙調査を実施し、因子構造について因子分析を用いて検討した。尺度の信頼性は、内的整合性について、クロンバック α 信頼係数を用いて検討し、尺度の信頼性が確認された。次に、調査2において、併存的妥当性を検討した。その結果、開発した尺度の併存的妥当性が確認された。

7件目の文献¹¹³⁾は、発達障害児・者をもつ親が子どもの年齢にかかわらず普遍的に経験するストレスを測定するための「発達障害・者をもつ親のストレス尺度」の開発であった。発達障害児・者をもつ母親を対象とした自由記述の質問紙調査及び同

様の子どもを持つ母親に対して、面接調査を実施し、収集したデータは KJ 法を参考に 13 カテゴリーに分類した。さらに、13 カテゴリーのうち、記述内容が多い上位 5 カテゴリーに含まれる 25 項目を予備項目とした。親の会会員 508 人に対して、質問紙調査を実施し、内的整合性、妥当性を検討した結果、尺度の信頼性、妥当性が確認された。

8 件目の文献¹¹⁴⁾は、質的統合法 (KJ 法) の成果を基にした「在宅で親や配偶者の看取りを行う介護者の予期悲嘆尺度」の開発であった。質的統合法 (KJ 法) により明らかになった予期悲嘆の 6 つの構成要素に基づき¹¹⁵⁾、51 項目の質問原案を作成し、項目分析、因子分析の結果、19 項目 4 因子からなる尺度を開発した。信頼性、妥当性を検討した結果、尺度の信頼性、妥当性が確認された。

(3) KJ 法の成果を用いて質問項目を作成した尺度開発に関する文献の概観の結果

KJ 法の成果を用いて質問項目を作成した尺度開発に関する文献の概観の結果から、以下の 2 点が確認された。

- ① KJ 法の成果を用いて尺度の質問項目を作成し、開発した尺度は、信頼性・妥当性が確認されており、KJ 法の成果を用いることの妥当性が確認された。
- ② 尺度の質問項目の作成にあたり、使用したラベル及び表札に関する統合過程の段階については、具体的に明記している文献はほとんどみられなかった。このことから、尺度の質問項目の作成に当たっては、開発する尺度の特徴及び先行研究を踏まえ、最も適していると考えられる統合過程の段階のラベル及び表札を選定する必要性が確認された。

以上の検討結果から、本研究においては、筆者の先行研究 (修士論文) の成果である KJ 法の分析結果を活用し、尺度の質問項目を作成することの妥当性が確認された。なお、質問項目の作成の際に用いるラベルや表札の統合過程の段階については、開発する尺度の特徴及び先行研究を踏まえ、決定することとした。

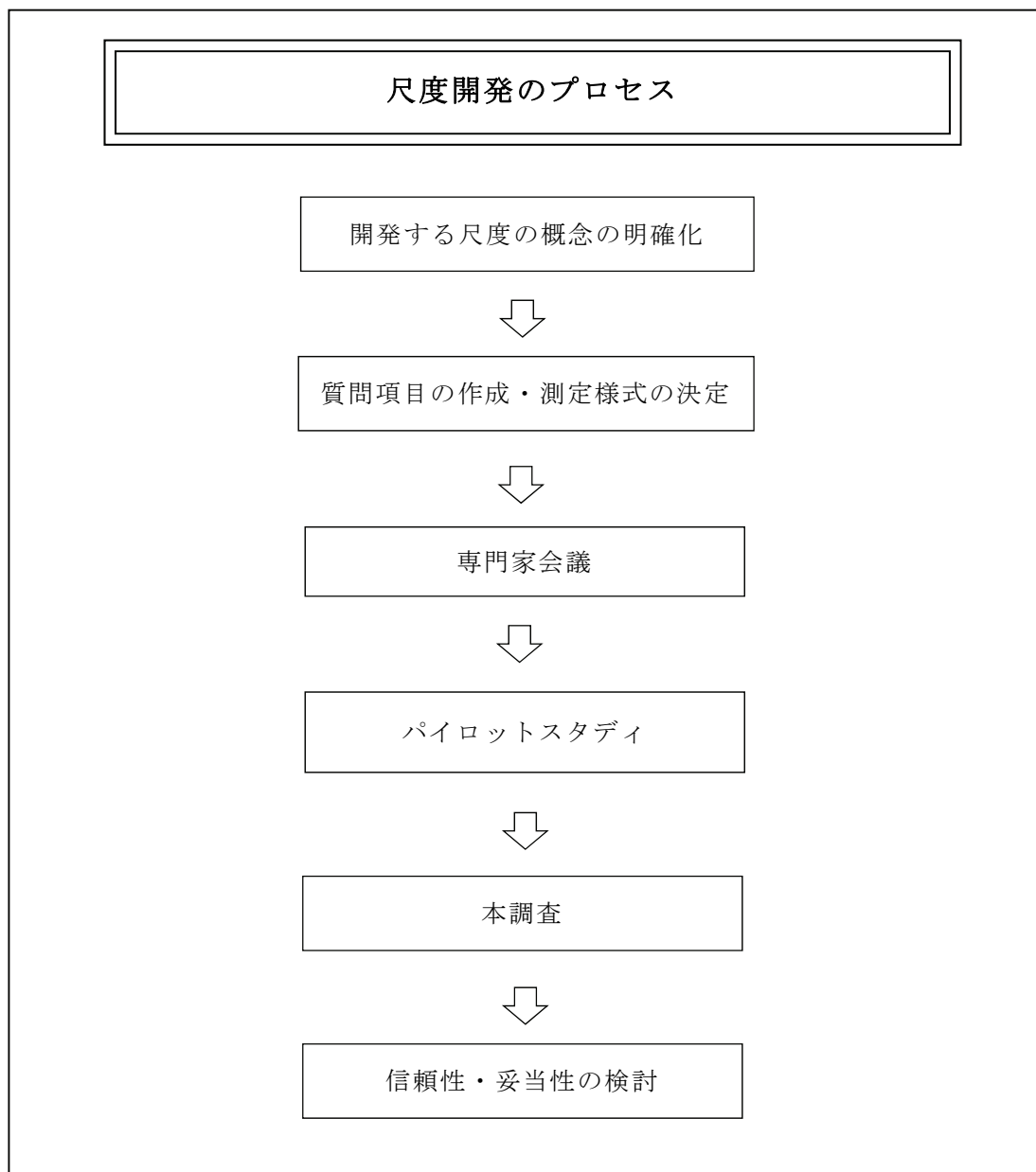


図 2 尺度開発のプロセス

第 3 章

用語の定義

第3章 用語の定義

第1節 本研究における主要な用語の定義

1. 特定保健指導の利用行動 (Use behavior in specific health guidance)

特定保健指導の利用行動とは、特定保健指導を利用する又は利用しないという個人の行動を表し、この利用行動は、動機の影響を受けるものとする。

2. 動機 (motivation)

動機とは、行動の理由・根拠であり、どのように動機づけられるかについては、動機の強弱により決まるものである¹¹⁶⁾。また、動機とは、動機づけのプロセスを生じさせて持続させる、個体内のプロセスの総称であり、要求、欲求、認知、情動などの変数を包含するものである¹¹⁷⁾。つまり、動機とは、行動を決定する理由・根拠であり、要求、欲求、認知、情動などの変数を包含するものとする。

3. 特定保健指導の未利用の理由

(Reasons for not using a Specific Health Guidance System)

特定保健指導の未利用の理由とは、特定保健指導の利用行動において、特定保健指導の未利用という行動を決定する理由、すなわち、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機とする。

4. 特定保健指導の未利用の動機

(Unused motivation in use behavior of specific health guidance System)

特定保健指導の未利用の動機とは、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機であり、改訂ヘルスプロモーションモデルに示された“個人の特性と経験”、“行動に特異的な認識と感情”、“行動の成果”を概念とする10の決定因子^{118、119)}とする。

5. 決定因子 (Determinant)

決定因子とは、改訂ヘルスプロモーションモデルで示された変数であり、具体的には、

「過去の関連行動」、「個人的因子」、「行為の利益の知覚」、「行為の負担の知覚」、「自己効力の知覚」、「行為に関わる感情」、「人間関係の影響」、「状況的影響」、「直接競合する要求（制御困難）と優先行動（制御可能）」、「行為計画実行の意思」^{120, 121)}とする。

第2節 本研究で用いるその他の用語の説明

1. 保健指導 (Health guidance)

保健指導とは、個人の健康及び生活上の問題認識・行動を手掛かりとして、個人の問題を総合的にとらえ、生活背景や意向を尊重し、共感・支持を通して知識・技術を提供し、態度・行動の変容に向けて働きかけることである¹²²⁾。また、糖尿病などの生活習慣病の予備群に対する保健指導とは、個人の生活行動、行動の背景にある健康に対する認識、価値観に働きかけ、対象者が健康的な行動変容の方向性を自らが導き出せるように支援することである¹²³⁾。

2. 特定健診・特定保健指導

(Specific health checkup・Specific health guidance)

特定健診とは、高齢者の医療に関する法律により、医療保険者にその実施が義務づけられた糖尿病などの生活習慣病に主眼を置いた健診である。健診項目は、生活習慣病のリスクを評価するためのものであり、身体計測、血圧測定、中性脂肪、血液化学検査、血糖検査などが設定されている。特定健診の対象者は、40歳以上75歳未満の被保険者及び被扶養者である。

特定保健指導とは、特定健診を受診した者が健診結果を受けて、積極的支援、動機づけ支援、情報提供レベルの3つに階層化され、積極的支援及び動機づけ支援の対象者に対して3か月の支援を行う保健指導である。なお、保健指導の初回面接から実績評価までの期間は、第2期（平成29年）までは6か月であったが、第3期の見直しにより初回面接から実績評価を行うまでの期間は3か月経過後に変更となった¹²⁴⁾。特定保健指導の目的は、対象者が生活習慣病の予防のために生活習慣の改善を行うことであり、目的の達成に向けて、指導者が行動変容の方向性を導き出す支援である。特定保健指導は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき施行され、毎年度、特定健康診査など実施計

画に定めた内容に基づき医療保険者によって実施されている¹²⁵⁾。

3. 特定保健指導該当者 (Applicant for specific health guidance)

特定保健指導該当者とは、特定健診結果から健康の保持に努める必要がある者を指し、具体的には、腹囲が男性85cm以上、女性90cm以上の者、又は腹囲が男性85cm未満女性90cm未満の者でBMIが25以上の者のうち、血糖(空腹時血糖が100mg/dl以上、又はHbA1c(NGSP)が5.6%以上)、脂質(中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満)、血圧(収縮期130mmHg以上、又は拡張期85mmHg以上)に該当する者である。特定保健指導該当者は、情報提供、動機づけ支援、積極的支援のレベルに階層化される。ただし、65歳以上の者は、積極的支援に該当しても動機付け支援となる。また、糖尿病、高血圧症又は脂質異常症の治療に係る薬剤を服用している者を除く¹²⁶⁾。

4. 保健行動 (Health behavior)

保健行動とは、健康のあらゆる段階にみられる健康保持、回復、増進を目的として、人々が行うあらゆる行動である¹²⁷⁾。保健行動は、健康の維持・回復・増進に関連する行動パターン、信条、期待、動機、価値や知覚などの個人の属性や人格などの認知的要因も含む¹²⁸⁾。また、保健行動は、人々が健康に向けて行う活動を指し、健康とは目標に向けた行動、適切なセルフケア、良好な人間関係を通して、先天的・後天的な人間の可能性を実現することであり¹²⁹⁾、個人の信条、期待、動機、価値や知覚により異なる。

5. ヘルスプロモーション (Health Promotion)

ヘルスプロモーションとは、人々が自らの健康に対して社会的責任をもち、その文脈の中で健康的な選択ができるようにするプロセスである¹³⁰⁾。

6. ヘルスプロモーション行動 (Health Promoting Behavior)

ヘルスプロモーション行動とは、至適健康、個人的な達成、生産的な生活のようなポジティブな健康の成果を得るための終着点又は行動という結果である。例としては、健康的な食行動、規則的な運動、ストレスの管理、十分な食事、精神的成長、ポジティブな関係をつくることなどである¹³¹⁾。

第 4 章

「未利用動機測定尺度」の開発

第4章 「未利用動機測定尺度」の開発

本研究の目的は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するために、未利用の動機の程度を測定する尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検証を通して、「未利用動機測定尺度」を開発することである。

第1節 研究方法

「未利用動機測定尺度」の開発方法は以下のとおりである。

1. 研究協力市町村及び研究対象者

1) 研究対象者の選定手順

筆者が所属する大学院及び勤務先の大学の卒業生や筆者の知人から情報を得て、該当する市町村長宛てに研究協力を依頼した。なお、研究フィールドを関東甲信越地域とした理由は、複数の県にわたる市町村からのデータ収集を通して、データの偏りを排除することによる。

次に、研究協力に承諾のあった市町村に出向き、研究目的等について口頭及び文書を用いて再度説明を行った。市町村の同意を得た後、平成29年度の特設保健指導該当者である積極的支援及び動機づけ支援該当者の氏名及び住所に関するデータを提供してもらった。

2) 研究協力市町村

研究協力市町村は、関東地域の2市1町1村（A県C市、B県D市、B県E町、A県F村）であった。

3) 研究対象者

（1）本調査の研究対象者

本調査の研究対象者（以下、研究対象者という。）は、研究協力市の同意が得られた2市1町1村（A県C市、B県D市、B県E町、A県F村）における特定保健指導の積極的

及び動機づけ支援該当者（40 歳以上 75 歳未満）とした。特定保健指導該当者を研究対象者とした理由は、尺度の構成概念妥当性を検証するために、特定保健指導該当者を特定保健指導の利用の有無により 2 群に分類し、2 群間の比較を行う既知グループ法を用いて検討するためである。また、研究対象者の選定条件は、研究対象者の健康状態の変化及び記憶によるバイアスを排除し、条件の一致するデータを収集する必要があるため、平成 29 年度の特定保健指導該当者とした。

（２）尺度開発の分析対象者

尺度開発のための分析は、研究対象者のうち、特定保健指導の利用の有無について、「利用なし」と回答した未利用者（以下、分析対象者という）とした。

（３）研究協力依頼者数

研究協力依頼者数は、尺度開発の先行研究では、200 人から 2,592 人とばらつきがあり、回収率は 30% 台から 80% 台と様々であった。また、尺度開発に関する先行文献を概観すると、研究対象者は、保健師、看護師などの専門職者が多く、研究協力に対する意識が高いと考える。本研究における研究対象者は、特定保健指導に該当した地域住民であり、回収率が低いことが予測された。実際に、筆者が地域住民に行った質問紙調査の回収率は、24.1%であった¹³²⁾。松尾は、因子分析に必要な回答者の人数の目安について、項目の 5～10 倍程度と述べている¹³³⁾。本研究は、尺度質問紙原案の質問項目を 50 項目程度とし、サンプルサイズの目標値を質問項目数の 10 倍の 500 人程度とした。また、本尺度開発のための分析は、分析対象者のデータを用いる。そのため、本研究に必要なサンプルサイズは、質問紙の回収率を 25% 程度、分析対象者の割合を約 70% と想定し、算出した。以上の検討結果から、研究協力依頼者数を 3,500 人程度と設定した。

２．尺度の質問項目の作成

１）尺度の理論的枠組み

本研究が開発を目指す「未利用動機測定尺度」は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機の測定を通して、特定保健指導の利用行動を把握することを目的とする。

第 2 章の文献検討、特定保健指導の利用行動の概念規定で述べたように、ヘルスプロモーションモデルは、保健行動に影響する枠組みとして提案され、ヘルスプロモーション行動を動機づける複雑な生物的・心理的・社会的プロセスを明らかにするためのガイドであり、保健行動の説明に用いられる。ヘルスプロモーションモデルは、動機の決定

因子に恐れや脅威を含まないことから、健康を増進するための行動を包含し、全てのライフステージにおいて用いることができる¹³⁴⁾。従って、あらゆる保健行動に適用可能であり、特定保健指導の利用行動の説明のために有用なモデルである。

本研究では、筆者の先行研究（修士論文）の成果を活用し、尺度質問項目の原案を作成した。筆者は、質的帰納的研究方法論である KJ 法を用いて、特定保健指導の未利用の理由を構造的に明らかにした。尺度開発においては、質的帰納的研究方法論を用いて産出された成果を先行研究と照合し、理論的枠組みを構築する手法も存在する¹³⁵⁾。しかし、特定保健指導の未利用の理由に焦点を当てた先行文献は、筆者の先行研究（修士論文）のみであり、この成果のみで理論的枠組みを構築することは、妥当性の観点から不十分であると考えられた。そこで、本研究の尺度開発に当たっては、改訂ヘルスプロモーションモデルを枠組みとして適用した。

2) 尺度の質問項目原案の作成

本研究では、改訂ヘルスプロモーションモデルを理論的枠組みに適用するため、個人の特性と経験”、“行動に特異的な認識と感情”、“行動の成果”を上位概念とし、ヘルスプロモーション行動の決定因子である「過去の関連行動」「個人的因子」「行為の利益の知覚」「行為の負担の知覚」「自己効力の知覚」「行為に関わる感情」「人間関係の影響」「状況的影響」「直接競合する要求（制御困難）と優先行動（制御可能）」「行為計画実行の意思」^{136, 137)}を下位概念とした。

質問項目の作成にあたっては、質的帰納的分析の成果や先行文献が用いられる。特定保健指導の利用行動に関する先行文献は、筆者の先行研究（修士論文）のみであり、修士論文の成果を尺度項目の原案の作成に活用した。また、修士論文は、研究フィールドが限定されていたため、データの偏りが考えられた。そこで、多様なデータからアイテムプールを作成するために、研究フィールドを拡大し、修士論文と同様の研究方法を用いて、研究を実施した。追加の研究は、2 県にわたる 2 市 1 町 2 村の特定保健指導の未利用者 12 人を研究対象者とし、半構造化面接によるインタビューを実施し、KJ 法を用いて分析を行った。KJ 法による分析の結果から、【“私らしく生きること”それが私である】【“健康”の請負人は“私”だけである】【“私の健康”への“想い”はいつも無視される】という 3 つの要素が抽出された。これら 3 つの要素に統合される過程において、抽出された表札を修士論文の成果とともに尺度項目原案の作成に活用した。

以上、尺度質問項目群（アイテムプール）の作成は、筆者の先行研究（修士論文）及び追加の研究によるデータ、筆者の経験などを活用し、原案を作成した。

（１）尺度の質問項目の表現方法

尺度は、筆者の修士論文、追加の研究によるデータ、経験などを活用し、質問項目の原案を作成した。筆者の修士論文及び追加の研究によるデータは、特定保健指導の未利用者へインタビューを行い、KJ法を用いて個別分析、全体分析を行ったデータである。KJ法は表札をつくる際に、既成の概念的な用語に捉われず、意味内容の類似性による分類と命名¹³⁸⁾ではなく、素材の土の香りを感じさせる言葉を使用し¹³⁹⁾、演繹的な視点は持ち込まない¹⁴⁰⁾表現である。これらを考慮すると、尺度の質問項目は、KJ法の分析結果である表札の表現をそのまま用いることは適切ではないと考えられる。このことから、尺度の質問項目の表現方法は、表札の意味内容を損なわないよう留意し、表札の統合過程と筆者の経験を踏まえて、一般的な表現に変更した。

（２）下位概念とそれに対応する質問項目

本尺度の下位概念としての決定因子の内容¹⁴¹⁻¹⁴³⁾及び各決定因子に該当すると考えられる質問項目は、以下に示すとおりである。

①過去の関連行動

過去の関連行動は、過去における同一又は類似の行動の頻度である。過去の行動はヘルスプロモーション行動をとる可能性に対して、直接的及び間接的に影響する。尺度の質問項目は、過去に保健指導や健康相談などを受け、保健行動を実施した経験に伴う感情とし、８項目を設定した。

②個人的因子（心理・生物・社会文化）

個人的因子は、生物学的、心理学的、社会文化的因子に分類される。行動を予測する個人的因子は、ターゲットとする行動の性質によって決める。生物学的因子の変数は、年齢、性別、肥満指数、成熟状態などであり、心理学的因子は、自尊心、自己動機、能力、健康状態の知覚、健康の定義など、社会文化的因子は、人種、民族、文化変容、教育、社会経済的状態などである。個人的因子の数はきわめて多く、研究に用いる因子は行動の理論的説明と予測に最も適切な数に限定する。尺度の質問項目は、筆者の先行研究（修士論文）の成果と照合し、心理学的因子である健康状態の知覚、健康の定義、自尊心とした。健康状態の知覚の質問項目は１１項目、健康の定義の質

問項目は 10 項目、自尊心の質問項目は 11 項目を設定した。

③行為の利益の知覚

行為の利益の知覚は、保健行動により起こると予期される望ましい結果である。行為の利益の知覚は行動を直接動機づけるとともに、期待どおりの利益が得られる行動をとろうという行為計画実行の意思の程度を決める。尺度の質問項目は、保健行動をとることによる利益の感情とし、7 項目を設定した。

④行為の負担の知覚

行為の負担の知覚は、保健行動をとる場合に予期及び想像される又は実際に障害となる個人の負担の知覚である。行為の負担の知覚は、行為への障害となって直接的にヘルスプロモーション行動に影響するとともに、行為計画実行の意思を弱める。尺度の質問項目は、保健行動をとる際に予期及び想像される又は実際に障害となる負担に関する感情とし、10 項目を設定した。

⑤自己効力の知覚

自己効力の知覚は、ヘルスプロモーション行動を計画し、実行できるかどうかの個人の能力の判断である。自己効力の知覚は、行為に関わる感情及び行為の負担の知覚の影響を受ける。尺度の質問項目は、保健行動の実践に関する個人の能力についての判断とし、11 項目を設定した。

⑥行為に関わる感情

行為に関わる感情は、行動それ自体の刺激性に基づいて、行動の前・中・後に生じる主観的な肯定的又は否定的感情である。行為に関わる感情は、自己効力の知覚に影響し、主観的感情が肯定的であるほど効力感は大きい。また、効力感が増すほど肯定的な感情が生じる。尺度の質問項目は、保健指導の利用や保健行動の前・中・後に生じる感情とし、11 項目を設定した。

⑦人間関係の影響

人間関係の影響は、他者の行動、信念、態度に関する認識である。人間関係の影響は、規範（重要他者への期待）、ソーシャルサポート（手段的及び情緒的激励）、モデリング（他者の特定の行動の観察による学習）を含む。人間関係の影響の第一次資源は、家族、仲間、保健医療関係者である。尺度の質問項目は、保健師への期待、態度、家族及び友人などの保健行動などに対する認識とし、8 項目を設定した。

⑧状況的影響

状況的影響は、行動を促進したり、阻害したりする特定の状況、又は文脈の知覚及び認識である。得られる選択肢、要求の特性、保健行動の行われる環境の美的側面などの知覚を含む。状況的影響は、保健行動に直接的及び間接的に影響する。尺度の質問項目は、行政への認識、保健事業への認識、保健サービスに対する欲求、周囲の環境などへの知覚、認識とし、11項目を設定した。

⑨行為計画実行の意思

行為計画実行の意思は、行動しようとする事への考え方と計画された方策の明確化である。行為計画実行の意思は、「ある特定の行為を予め決めた時間と場所で、1人で又は特定の人とともに、競合する優先行動の有無には関わりなく必ずやると義務づける」及び「その行為をどうやってやるかという方策、すなわちその行動を引き出し、遂行し、強化するのに必要な特定の方策」という2つの認識過程を含む。尺度の質問項目は、保健行動の実行に対する考え方や計画実行への意思とし、8項目を設定した。

⑩直接競合する要求（制御困難）と優先行動（制御可能）

直接競合する欲求は、仕事や家族の世話上の責任など、周囲の偶発的な出来事のために、個人が制御することの難しい他の行動であり、自分では制御しにくい行為である。一方、優先行動は、魅力の強い他の行動のことであり、本人が制御しやすい欲求である。尺度の質問項目としては、仕事や家族に対する役割、自身の欲求などに対する態度とし、10項目を設定した。

以上の検討結果に基づき、尺度質問項目群（アイテムプール）の原案は、116項目を設定した（資料1）。

3）尺度の測定形式

（1）尺度タイプ

尺度タイプは、サーストン法、ガットマン法、リカート法、セマンティック・ディファレンシャル（SD）法などがある^{144,145)}。リカート法は、測定しようとする現象の質的な差異を、ある程度の段階にわたり量化するための比較的簡便な測定方法であり、意識や態度などを数量的に測定でき、個人の調査集団における「絶対的位置」を示すことができる¹⁴⁶⁾。そのため、本研究においては、リカート法を用いることとした。

（２）選択肢数

リカート法の選択肢数は、一般的には、３件法から７件法までがよく用いられ、選択肢数が３件法から７件法の範囲である場合、結果にはほとんど相違がない¹⁴⁷⁾。選択肢が奇数の場合は、中性点の選択ができる。本研究においては、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を測定することを目的としているため、中性点を選択できる奇数の選択肢数とし、５件法を採用した。

（３）選択肢の表現方法

選択肢の表現に用いる副詞には、①実現の程度量（確信）表現用語、②時間的程度量（頻度）表現用語、③心理的時間の程度量（過去）表現用語、④心理的時間の程度量（未来）表現用語、⑤現実の程度量表現用語などがある¹⁴⁸⁾。本研究が開発する尺度は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を測定するため、研究対象者が自らチェックを行うことから、前述の副詞を参考にし、専門家会議、パイロットスタディの意見を踏まえ決定した。最終決定した選択肢の表現方法は、現実の程度量表現用語である「そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「そう思わない」とした。

３．研究対象者の特性に関する質問紙

本研究における研究対象者は、市町村国保被保険者であり、特定健診を受診し、特定保健指導の積極的支援及び動機づけ支援の該当者である。データ収集にあたり、研究対象者の特性に関する情報収集を行った。情報収集の項目は以下のとおりである。

１）年齢

２）性別

３）特定保健指導の階層化による支援レベル

４）生活習慣改善に関する行動変容のステージ

生活習慣改善に関する行動変容のステージは、無関心期、関心期、準備期、実行期、維持期の５つのステージに分類¹⁴⁹⁾されており、特定健診の標準的な質問票に用いられている。

５）特定保健指導の利用の有無

特定保健指導の利用の有無は、利用行動の実態及び尺度の構成概念妥当性を検証するために、既知グルーブ法による検討を行うことが必要であり、情報収集の項目とした。

4. 専門家会議（資料2～資料4）

専門家会議の目的は、該当分野の専門家による尺度項目の内容的妥当性を検討することを目的としている¹⁵⁰⁾。本研究においては、専門家会議を開催し、「未利用動機測定尺度」の質問紙に関する内容的妥当性の検討を行った。以下、専門家会議の概要及び検討結果について述べる。

1) 専門会議の出席者及び開催日・開催場所

本研究が開発を目指す「未利用動機測定尺度」は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機の測定を通して、特定保健指導の利用行動を把握することを目的としているため、専門会議の出席者は、特定健診・特定保健指導の業務に携わった経験がある専門家の出席が必要である。そのため、専門家会議の構成員は、中核市（保健所業務を含む）保健師、市町村保健師、公衆衛生看護学領域の大学教員、国民健康保険団体連合会の事務職員とした（表6）。国民健康保険団体連合会の事務職を専門家会議の構成員とした理由は、国民健康保険団体連合会の事務職員は、特定健診・特定保健指導の制度やデータ管理、特定保健指導に関する指導などを市町村に対して実施し、特定健康・特定保健指導の制度などについて熟知しているためである。

なお、専門家会議は、平成29年9月に群馬県立県民健康科学大学において開催した。

表6 専門家会議の出席者

	所属機関	職種
A氏	中核市保健所	保健師
B氏	町役場	保健師
C氏	国民健康保険団体連合会	事務職
D氏	看護系大学（公衆衛生看護学領域）	教授

2) 会議の開催方法

「未利用動機測定尺度」の質問紙は、専門家会議出席者に対して出席依頼文とともに郵送し、事前に検討事項の確認を依頼した。会議内容は出席者の同意を得て録音した。

3) 会議における検討事項

尺度作成においては、尺度の質問項目数が増えれば、それだけ構造的安定し、信頼

性も高まるが、質問項目数が多ければ測定時間（回答時間）も必要となる¹⁵¹⁾。尺度の質問項目は、回答時間を1問につき1分とし、1時間以内に終了できる¹⁵²⁾ことが望ましい。以上を踏まえ、「未利用動機測定尺度」原案の作成に向けては、116項目を50項目程度に削除する必要がある、以下の観点から削除項目を検討した。

- (1) 下位概念と質問項目の整合性及び質問項目の妥当性について
- (2) 質問項目の表現の適切性や順序性について
- (3) 研究対象者への質問紙の説明内容の適切性や回答のしやすさについて
- (4) 質問紙の回答時間の適切性について

4) 会議における検討結果及び検討結果に基づく修正

- (1) 下位概念と質問項目の整合性及び質問項目の妥当性について

各下位概念と質問項目の整合性及び妥当性に関する指摘事項は表7のとおりである。なお、「利用行動評価尺度（修正後；未利用動機測定尺度）」質問項目原案については、表13に示す。

表7 下位概念と質問項目の整合性に関する指摘事項と検討結果

下位概念	指摘事項	検討結果
過去の関連行動	No4「保健指導による一般的な情報は聞く意味がない」という項目は、一般的な情報という部分は、人によって解釈が異なると考えられる。「保健指導で聞く話は当たり前のこと・・・」と、過去の行動を限定したほうがよいのではないか。	指摘を踏まえ、内容を修正した。
	No8「長年かけてあみだした独自の健康維持の方法がある」は、現在も実践しているということだと思うので、過去の関連行動ではないのではないか。	意見を踏まえ検討した結果、過去の関連行動から行為の利益の知覚とした。
	No3とNo5は重複していると思う。また、保健指導の内容と保健行動という用語を使い分けているが同じ意味ではないか。	意見を踏まえ、表現を変更するとともに、重複項目を削除した。
個人的因子	【健康状態の知覚】 No2, 3 及び No7, 8, 9 は内容が重複している。	検討を行い、重複項目を削除した。
	【健康の定義】 ・ 全体的に内容が重複している。 ・ No10「健康とは人それぞれ違うから他人が決めるものではない」は、健康の定義に該当しないのではないか	・ 検討を行い、重複項目を削除した。 ・ 該当項目を削除した。

下位概念	指摘事項	検討結果
	【自尊心】 No1, 4, 6, 7, 9 は、内容が重複している。	検討を行い、重複項目を削除した。
行為の利益の知覚	No1, 2 は、内容が重複している。	他の項目との関連も検討し、重複項目を削除した。
行為の負担の知覚	指摘事項はなかった。	
自己効力の知覚	No11「毎日野菜を食べて、塩分も控えて規則正しい生活をしている」は、自己効力の知覚なのか違和感がある。	質問の内容が実践していることの問いかけであり、質問項目としては、内容が限定されすぎていること、また、自己効力の知覚とは意味合いがやや異なると判断し項目を削除した。
行為に関わる感情	No4「特定保健指導の目的がわからない」は、そもそも特定保健指導の目的を伝えてしまうと保健指導に参加しなくなってしまうため、目的をはっきり伝えない。質問項目として妥当であるのか。	専門家の意見を踏まえ、質問項目を削除した。
人間関係の影響	No4, 5, 6, 8 は、保健師を主語としているが住民は指導者を保健師と認識していない場合も多い。主語を保健師に限定しないほうがよい。	専門家の意見を踏まえ保健師という用語を削除し、表現を変更した。
	No4, 5, 6 については、客観性にかける。	質問項目の内容を検討し、削除した。
状況的影響	No3「特定健診・特定保健指導はマニュアル化しすぎている」は状況的影響とするのが妥当であるのか。	質問項目の内容を検討し、削除した。
	No7 は、主語である保健師を変更したほうがよいのではないか。	主語の保健師を変更した。
	行政の対応を問う質問項目があるが利用行動との関係性がわかりにくい。	内容を見直し、表現を修正した。パイロットスタディの結果も考慮する。
直接競合する要求と優先行動	No2「お金を稼ぐために仕事が優先される」は、直接的な表現なので、項目を残すのであれば、表現方法を変えたほうがよい。	意見を踏まえ、項目を削除した。
行為計画実行の意思	指摘事項はなかった。	

(2) 質問項目の表現の適切性や順序性について

質問項目の表現の適切性や順序性については、2 点の指摘があった。指摘事項の内容、検討結果については、表 8 のとおりである。

表 8 質問項目の表現の適切性や順序に関する検討結果

指摘事項	検討結果
保健行動という用語は、住民にとって理解しにくい。住民にわかりやすいよう「健康に良い行動」などと表現してはどうか。	保健行動という用語を、可能な範囲で「健康に良い行動」などの用語に修正した。また、パイロットスタディの結果も踏まえ修正を行うこととした。
質問項目の順序について、現在のことに対する質問や過去のことに対する質問がランダムに並んでいて、混乱しやすい。過去や現在の状況、将来のことなど、統一された流れで質問されたほうが回答しやすい。	専門家の意見を踏まえ、質問項目の順序を変更した。

(3) 研究対象者への質問紙の説明内容の適切性や回答のしやすさについて

研究対象者への質問紙の説明内容の適切性や回答のしやすさについては、2 点の指摘があった。指摘事項の内容、検討結果については、表 9 のとおりである。

表 9 研究対象者への質問紙の説明内容の適切性や回答のしやすさに関する検討結果

指摘事項	検討結果
選択肢の表現について、「いつもそう思う」「たびたびそう思う」という表現は頻度を表しており、違和感があり回答しにくい。	選択肢の表現は、時間的程度量（頻度）表現用語であり、「どの程度、そのように思うか」を問う選択肢としては不適切であることから、選択肢の表現を現実の程度量表現用語である、「強くそう思う」「そう思う」「どちらともいえない」「そう思わない」「全くそう思わない」に修正した。
状態や習慣、事実を示すような表現になっている質問項目と意思や未来の行動を表すような表現となっている質問項目があるため、意図的に使い分けられているか、再度確認をしたほうがよい。	専門家の意見を踏まえ、表現方法の確認を行った。

(4) 質問紙の回答時間の適切性について

質問紙の回答時間の適切性については、専門家からの指摘事項は特になかった。

以上の検討結果から、「未利用動機測定尺度」の質問項目は、116 項目から 57 項目削除し、59 項目とした。

具体的には、①「過去の関連行動」は 8 項目から 5 項目、②個人的因子の健康状態の知覚は 11 項目から 5 項目、健康の定義は 10 項目から 5 項目、自尊心は 11 項目から 5 項目、③行為の利益

の知覚は7項目から5項目、④行為の負担の知覚は10項目から6項目、⑤自己効力の知覚は11項目から5項目、⑥行為に関わる感情は11項目から5項目、⑦人間関係の影響は8項目から4項目、⑧状況的影響は11項目から5項目、⑨行為計画実行の意思は8項目から4項目、⑩直接競合する欲求と優先行動は10項目から5項目となった。

5. パイロットスタディ

1) パイロットスタディの目的

パイロットスタディとは、本来の研究を小規模にしたもの、又は試験的に実施され、本来の研究に先立って行われる¹⁵³⁾。本研究においては、パイロットスタディを実施し、「未利用動機測定尺度」の質問紙に関して、研究対象者への説明や質問項目の表現の適切性、回答のしやすさ、回答時間の適切性を確認した。

2) パイロットスタディの対象者

パイロットスタディの対象者には、地域住民の意見が反映できるよう民生委員などを含むこととし、民生委員9人、市町村国保被保険者の特定保健指導の未利用者2人、地方公務員共済組合被保険者の特定保健指導未利用者3人の合計14人に依頼した。

なお、パイロットスタディの対象者は、筆者の先行研究における協力市町村及び勤務先の知人などに依頼し、紹介を得た。

3) パイロットスタディの実施

本研究の目的、調査方法を説明し、同意を得ることができた対象者に対し、口頭と文書を用いて説明を行い、書面により同意を得た（資料5、5-1）。「未利用動機測定尺度」の質問紙への回答をしてもらうとともに、検討課題に対する聞き取りを行った（資料6-1、6-2）。実施期間は、専門家会議終了後の平成29年10月から12月であり、場所は対象者の希望する場所とした。

4) パイロットスタディの検討課題

本研究のパイロットスタディにおける検討事項は、以下の4点とした。

(1) 研究対象者への説明及び表現方法や質問項目の理解のしやすさについて

(2) 質問紙への回答のしやすさについて

(3) 質問紙への回答時間の適切性について

(4) その他の意見について

5) パイロットスタディの実施結果及び実施結果に基づく修正

(1) 研究対象者への説明及び表現方法や質問項目の理解のしやすさについて

研究対象者への説明及び表現方法や質問項目の理解のしやすさについては、4点の指摘があった。指摘事項の内容、検討結果については、表10のとおりである。

表10 説明及び表現方法や質問項目の理解のしやすさに関する検討結果

指摘事項	検討結果
特定保健指導の利用行動評価尺度(修正後;未利用動機測定尺度)の開発という用語が難しい。	表現方法を修正した。
特定保健指導の支援レベルという用語は注釈があってもわかりにくい。	質問文に、補足説明を加筆した。
保健行動という用語がわかりにくい。	保健行動という用語について、表現方法を修正した。
単独の世帯の対象者もいる。家族という用語を使用されると回答に悩む。周囲という表現もわかりにくい。	家族や友人という表現に修正した。

(2) 質問紙への回答のしやすさについて

質問紙への回答のしやすさについては、4点の指摘があった。指摘事項の内容、検討結果については、表11のとおりである。

表11 質問紙への回答のしやすさに関する検討結果

指摘事項	検討結果
質問の「～だと思う」「～と思わない」という問いかけに対し、回答の選択肢は、「～と思う」「～と思わない」であるため、分かりにくい。	表現方法や語尾を修正した。
「～ではない」という否定の表現の質問は、答えにくい。	表現方法や語尾を修正した。
選択肢の表現、「ややそう思わない」の“やや”という表現は、わかりにくい。「ややそう思わない」という表現は、違和感がある。	多くのパイロットスタディ対象者から、「ややそう思わない」という表現はわかりにくいという指摘があった。そのため、選択肢の表現を、現実の程度量

指摘事項	検討結果
	表現用語の中で検討を行い、「あまりそう思わない」に修正した。
選択肢の表現については、「強く思う」と「そう思う」の境目がわからないため、選ぶときに躊躇する。また、日本人は、自身の意見を明確に述べない傾向があるため、「強い」「まったく」といった選択肢は選びにくい。選択肢として適さないのではないか。	選択肢として、「強い」という表現を用いることは、回答結果に影響を及ぼす可能性があると考ええる。また、尺度は、悩まずに回答できることが重要である。これらを踏まえ、選択肢を「そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「そう思わない」に修正した。
質問の内容は、保健指導に関する質問、ライフスタイルに関する質問など項目ごとにまとめた方が答えやすい。	質問内容の順序性を検討し、修正した。

(3) 質問紙の回答にかかる時間について

パイロットスタディの対象者が質問紙の回答に要した時間は、約15～20分であった。パイロットスタディの対象者からは、回答時間や負担感についての指摘はなかった。

(4) その他の意見について

その他の意見について、指摘事項の内容及び検討結果は、表12のとおりである。

表12 その他の意見に関する検討結果

指摘事項	検討結果
健康の定義を問う質問項目など、内容が重複している項目がある。	内容が重複している質問項目については、よりの確な質問項目を残し、その他については削除した。

以上のパイロットスタディの結果を踏まえ、質問項目は59項目から9項目を削除し、50項目とした。

具体的には、①「過去の関連行動」は、5項目から4項目、②個人的因子の健康状態の知覚は5項目（削除無）、健康の定義は5項目から3項目、自尊心は5項目から4項目、③行為の利益の知覚は5項目から4項目、④行為の負担の知覚は6項目から5項目、⑤自己効力の知覚は5項目から4項目、⑥行為に関わる感情は5項目（削除無）、⑦人間関係の影響は4項目（削除無）、⑧状況的影響5項目から4項目、⑨行為計画実行の意思

は4項目（削除無）、⑩直接競合する欲求と優先行動は5項目から4項目となった。

また、回答に用いる選択肢は、「そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「そう思わない」に決定した。

6. データ収集方法（本調査）

以下の手順によりデータ収集を行った。

研究対象者は、研究協力の得られた関東地域の2市1町1村（A県C市、B県D市、B県E町、A県F村）の市町村に在住する市町村国保被保険者のうち、平成29年度において特定健診を受診し、特定保健指導の積極的及び動機づけ支援に該当した住民3,738人であった。なお、研究協力市町村の確保にあたり、研究協力への承諾が得られた市町村に対して、研究依頼文書を市町村長宛に郵送した（資料7）。

データ収集は、研究対象者に対して、研究協力依頼文書、質問紙及び返信用封筒を郵送により配布した（資料8、9）。研究協力依頼書には、市町村との共同調査であることを明記するとともに、本研究の目的、研究方法、倫理的配慮などを記載し、研究協力を依頼した。研究への同意は、質問紙の返送をもって確認した。

なお、調査は、個人情報の配慮から研究協力が得られた市町村との共同調査として実施し、研究協力依頼文書には、市町村との共同調査であることを明記した。調査の実施に向けた研究対象者の抽出は各市町村が行った。研究対象者の個人情報は、市町村が管理するため、送り先の住所の印刷や宛名ラベルの貼付は、市町村の職員が行い、質問紙の投函も市町村の職員が実施した。また、質問紙の返信先は市町村とした。

7. データ収集期間

データ収集期間は、平成30年5月から平成30年9月であった。

8. データ収集項目

1) 研究対象者の特性に関する質問紙

年齢、性別、特定保健指導の階層化による支援レベル、生活習慣改善に関する行動変容のステージ、特定保健指導の利用の有無

2) 「未利用動機測定尺度」原案（50項目）

「未利用動機測定尺度」原案は50質問項目であり、質問項目の回答に用いる選択肢

は、「そう思う」「ややそう思う」「どちらともいえない」「あまりそう思わない」「そう思わない」の5段階のリカート法とした。研究対象者へ送付する質問紙の各質問項目の選択肢の番号については、回答のしやすさを考慮し、「1. そう思う」「2. ややそう思う」「3. どちらともいえない」「4. あまりそう思わない」「5. そう思わない」とした。

分析における各選択肢の得点については、特定保健指導の未利用という利用行動に着目していることから、「1. そう思う」を5点、「2. ややそう思う」を4点、「3. どちらともいえない」を3点、「4. あまりそう思わない」を2点、「5. そう思わない」を1点とした。尺度得点は、全質問項目の合計得点として求めた。

「未利用動機測定尺度」の尺度合計得点による特定保健指導の利用行動の把握においては、「未利用動機測定尺度」の合計得点が高いほど、特定保健指導が未利用となる動機が強いため、特定保健指導を利用しない可能性が高く、合計得点が高いほど、特定保健指導が未利用となる動機が弱いこと、特定保健指導を利用する可能性が高いことを示す。

3) Health Locus of Control 尺度

本研究では、尺度の開発にあたり、尺度の妥当性について、基準関連妥当性の確認を行うこととした。基準関連妥当性を検討する際の外的基準は、渡辺が開発した Health Locus of Control 尺度（以下、HLC 尺度という。）を用いたため、HLC 尺度をデータ収集項目とした。HLC 尺度は、内的統制及び外的統制の2因子14項目から構成され、内的統制項目は、項目1、4、5、8、9、12、14であり、外的統制項目は、項目2、3、6、7、10、11、13である。各質問項目の選択肢は、「そう思う」「ややそう思う」「ややそう思わない」「そう思わない」であり、内的統制項目は、「そう思う」から「そう思わない」の順に4～1点、外的統制項目では、1～4点となる。尺度得点は、14項目の合計点数として求め、得点が高くなるほど、内的統制傾向が強いことを示す。なお、得点範囲は14～56点である¹⁵⁴⁾。

9. データ分析方法

1) 研究対象者及び分析対象者の特性

- (1) 研究対象者の特性の記述統計値を算出した。
- (2) 分析対象者の特性の記述統計値及び尺度回答の分布と尺度得点の記述統計値を算出した。

2) 尺度の項目分析

尺度開発では、項目分析をすることで質問項目が同じ構成概念を測定しているか、十分に弁別しているかを評価できる¹⁵⁵⁾。そこで、本研究では、項目分析を行い、ほとんどの研究対象者が同じ回答をする質問項目及び回答分布に著しい偏りがある項目は、尺度としての個人差が出せないため除外した¹⁵⁶⁾。具体的な項目分析の方法及び削除基準は以下のとおりである。

(1) 天井効果・フロア効果

天井効果・フロア効果については、「未利用動機測定尺度」の回答は、1～5段階であるため、天井効果として各項目の平均値と標準偏差を加えた値（平均値＋標準偏差）が5以上、フロア効果として平均値と標準偏差の差（平均値－標準偏差）が1以下を削除基準とした。

(2) I-T（項目-合計）相関分析

I-T（項目-合計）相関分析は、個々の質問項目と、その項目以外の質問項目のスコアの合計との関連のことであり¹⁵⁷⁾、尺度得点の高い研究対象者は、それぞれの項目でも高いと予想される。従って、項目得点と尺度得点との相関関係を検討し、低い項目は質問項目から削除した。尺度開発の場合の削除基準は、0.3もしくは0.4未満が削除の対象となることが多い¹⁵⁸⁾。本研究では、I-T（項目-合計）相関が0.4未満を削除基準とした。

(3) G-P（good-poor analysis）分析

G-P（good-poor analysis）分析は、合計得点を求める尺度の場合に用いられる項目分析の手法であり、特定の1つの項目の得点の動きが、全体得点の動きと関連しているかどうかを確認する、つまり、全体が測定しようとしているものを同じものを測っているかどうかを項目ごとに調べる方法である¹⁵⁹⁾。具体的には、すべての項目の合計得点を算出して、平均値などを基準とし、調査対象者（サンプル）を高得点群、低得点群に分類し、項目ごとに、高得点群と低得点群の平均値を算出し、t検定などで両群に差があるかどうかを調べる¹⁶⁰⁾。差が大きい項目が合計得点に大きく寄与している「良い」項目であり、差がない場合には削除の対象となる^{161, 162)}。

本研究では、50 質問項目の合計得点を平均値で高得点群、低得点群の2群に分類し、t検定を行い、有意差がない項目（ $p > 0.05$ ）を削除基準とした。

（４）項目間相関

項目間相関については、ピアソンの相関係数が 0.7 以上を示す項目については、どちらか一方を削除¹⁶³⁾することとした。

（５）クロンバック α 信頼係数

各質問項目を除外した場合のクロンバック α 信頼係数の変化は、各質問項目を除外した場合の信頼性を確認するものである。クロンバック α 信頼係数は、0.7 以上¹⁶⁴⁾が望ましい。本研究では、クロンバック α 信頼係数 0.7 未満を削除基準とした。

（６）因子分析による尺度の再構成

前述の項目分析により除外された項目以外の全項目を用いて、探索的因子分析による尺度項目の再構成を行った。因子抽出法としては、主因子法、重み付けのない最小二乗法、重み付き最小二乗法、最尤法が主要な手法である。これらの手法のうち、最尤法は、因子分析に関わるパラメータから尤度といわれる指標を算出し、これを最大にするように行う手法¹⁶⁵⁾、すなわち尤度が最大になるように計算する手法であり、最も推奨される方法である^{166, 167)}。このことから、本研究では因子抽出に最尤法を用いることとした。また、因子の回転は、回転後の因子軸が直交する（相関関係がない）直交回転、因子間に相関があると考えて回転する斜交回転がある^{168, 169)}。本研究で開発する尺度は、因子間に相関があると考えられることから、斜交回転であるプロマックス回転を用いた。削除基準としては、因子負荷量 0.4 以下、複数の因子に高い因子負荷量を示す項目、共通性が 0.16 以下の低い項目¹⁷⁰⁾とした。削除の段階では、固有値も参考とした。なお、因子負荷量 0.4 以下とした理由は、因子分析の結果から導き出される因子負荷量は、各因子と変数との相関関係を意味するものであり、客観的基準はないが、最低でも 0.4 以上であれば、その因子に属する¹⁷¹⁾と考えられるためである。

３）尺度の信頼性の検討

尺度の信頼性は、内的整合性・安定性・同等性の３種類がある。その特徴及び本研究での信頼性の検討方法について述べる。

（１）内的整合性

内的整合性は、「測定用具を構成する項目に互いに同じものを測定しているか」を示す概念であり、折半法、クロンバック α 信頼係数の算出により検証できる¹⁷²⁾。折半法は、１つの尺度上の諸項目を２群に分け、別々に採点し、それぞれの結果の相関を求める。

留意点としては、折半の仕方により信頼性が異なる問題点がある¹⁷³⁾。クロンバック α 信頼係数は、可能な限りあらゆるやり方で測定尺度を2つに折半して相関を推定するため、折半法よりも望ましい方法である¹⁷⁴⁾。そこで、本研究においては、クロンバック α 信頼係数を算出し、尺度の内的整合性を検証した。

(2) 安定性

安定性は、「同じ測定用具による測定を同一対象に期間において同一条件で複数回実施したとき、その測定値があまり変動しない」ことを示す概念であり、再テスト法により検証する。再テスト法は、その実施にあたり、1回目の調査に加え、再テストの協力が得られる対象者の確保が難しいことがある。また、1回目の調査と2回目の調査の対象者のマッチングのために、ID番号などを用いて対象者を一致させる必要があり、倫理的な問題が生じないように留意することが重要である¹⁷⁵⁾。地域住民の個人情報、行政において厳格に管理されており、研究協力の依頼は細心の注意を払い、実施する必要がある。本調査の実施については、研究者が研究対象者の個人情報を、一切、取り扱わないことを条件とし、研究協力の同意を得た。具体的には、研究対象者の個人情報は、市町村の職員が管理を行い、発送作業についても市町村職員が実施する。回答した質問紙は、地域住民の不安を軽減するため、市町村への返送となる。再テストを実施する場合は、返送された質問紙の確認作業に市町村職員が携わることになり、業務への負担が大きい。また、質問紙にID番号などを用いることは、個人情報に係わる倫理的な問題が生じ、市町村から研究協力の同意が得られなくなる可能性が高い。これらの点を考慮すると、再テストの実施は、現実的に困難な状況である。

さらに、再テストは、同一テストを2回繰り返したとき、各測定の独立という前提が満たされない場合が多いことが課題である。測定間隔が長い場合は、特性（真値）自体の変化が指摘され、さらに、測定間隔が短い場合は、被験者が記憶に基づき、同じ回答を反復する傾向が指摘されている¹⁷⁶⁾。テストと再テストの間の最適な測定期間は、測定される変数の可変性、測定方法の複雑性、参加者の特徴により、決定される。特に、測定される現象が希望、コーピング、疼痛、不安などの場合は、その程度が短い間隔で変化することから、測定間隔が長いことは望ましくない。再テスト法により尺度の信頼性を検証する場合は、測定される変数及び研究対象者に基づき、尺度の実施間隔の最適な時間を決定することが求められる¹⁷⁷⁾。「未利用動機測定尺度」は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機の程度を測定する尺度であり、長期間の間隔の場合は、その

程度が変化する可能性があり、短期間での実施が望ましいと考える。しかし、本研究は、専門職ではない地域住民が対象であり、短期間に同様の調査を2回実施することの必要性について理解を得ることは難しいと推測される。また、再テストまでの期間は、3～6週間が一般的であるとされる¹⁷⁸⁾。本研究は、3,500人程度の研究対象者に対して、質問紙を郵送するため、回収された質問紙の確認作業が終了する時点で、2か月以上経過していると想定され、望ましい期間での再調査を行うことは、困難な状況にある。これらのことから、安定性を検証するための再テストの実施は、現実的に困難な状況であり、本研究では、安定性の検証のため再テストは実施しないこととした。

(3) 同等性

同等性は、「同じ測定用具を用いて2人以上の観察者がそれぞれ別々に同時にある現象を測定したとき、その測定値があまり変動しない」ことを示す概念である。本研究では、地域住民である特定保健指導該当者を研究対象者とするため、同等性を検証することは現実的には不可能であり、実施しないこととした。

4) 尺度の妥当性の検討

妥当性とは、「尺度が測ろうとしている概念をどの程度、適切に測定しているか」を表わす概念である。妥当性は測定の意味を問う概念であり¹⁷⁹⁾、内容的妥当性、基準関連妥当性、構成概念妥当性に分類される。

(1) 内容的妥当性

内容的妥当性は、尺度項目が測定対象としている内容領域を、どの程度反映しているかを表わす概念である¹⁸⁰⁾。妥当性を検討する方法は、専門家による項目内容の判断ということになるが¹⁸¹⁾、先行研究では専門家会議やパイロットスタディを実施し、内容的妥当性を確保している。

本研究では、保健所業務を含む中核市の保健師、市町村保健師、公衆衛生看護学領域の教員、特定健診・特定保健指導に携わったことのある国民健康保険団体連合会の事務職員の出席による専門家会議を開催し、質問紙の内容的妥当性を検討した。その後、地域住民である民生委員9人、市町村国保被保険者の特定保健指導の未利用者2人、市町村職員共済組合被保険者の特定保健指導未利用者3人の合計14人を対象としてパイロットスタディを実施し、「未利用動機測定尺度」の質問紙の回答を依頼した。質問紙の回答のしやすさなどについての聞き取り調査を行い、内容的妥当性を検討した。

（２）基準関連妥当性

基準関連妥当性は、開発しようとする尺度の測定概念と外的基準との関連性を確かめることにより妥当性を検証する方法であり、多くの場合、既存尺度との相関分析により検討される¹⁸²⁾。尺度を用いる目的が尺度自体にとっては外的な行動を推定することにある場合、基準関連妥当性が問題となる¹⁸³⁾。本研究で開発する尺度は、外的な行動を推定することから、基準関連妥当性の検証を行うことが望ましい。また、基準関連妥当性の検証は、予測的妥当性と併存的妥当性の２つに分類でき、予測的妥当性は、測定値と外的基準の基準変数との間に時間的間隔がある場合に用いる基準関連妥当性のことを指し、併存的妥当性は測定値と外的基準の基準変数との間に時間的間隔がない場合に用いる¹⁸⁴⁾。本研究における基準関連妥当性は、時間的間隔がない場合に用いる併存的妥当性の手法を用いることとした。

本研究における基準関連妥当性の検討に用いる外的基準には、渡辺が開発した 14 項目の質問からなる HLC 尺度を用いることとした。HLC 尺度は、物事の結果を決めるコントロール力がどこにあると考えるのかを示し、この考え方を保健行動に適用したものである。コントロール所在は、健康は自分自身の努力によって得られるとする内的統制 (Internal) 傾向、及び健康は自分の努力によってではなく、自分以外のもの (医療従事者や運) によって得られるとする外的統制 (External) 傾向^{185, 186)}に分かれる。具体的には、内的統制の者は、自分の行動 (努力) によって健康状態が決まると考え、積極的に予防、治療行動に参加し、外的統制の者は、自分の行動 (努力) ではなく、自分以外の運や他人によって健康状態が決まると考え、セルフケアや治療に積極的に取り組む姿勢が乏しいとされる^{187, 188)}。外的統制の者は、不調時には、医療従事者に依存しやすい傾向ある¹⁸⁹⁾。HLC 尺度は、尺度得点が高くなるほど内的統制傾向が強く、積極的な保健行動をとる傾向が認められる¹⁹⁰⁾。従って、特定保健指導を利用する者は、健康に関する情報を収集するために、特定保健指導に積極的に参加し、特定保健指導を利用しない者は、保健行動に対して消極的であり、外的統制傾向であると考えられる。このように、特定保健指導における利用行動は、内的統制 (Internal)、及び外的統制 (External) に関連すると考えられ、HLC 尺度を外的基準とし、「未利用動機測定尺度」で測定した尺度得点との相関関係を確認した。

（３）構成概念妥当性

構成概念妥当性は、「尺度の測定結果が、あらかじめ計画された構成概念から理論的に

推定される事柄と一致しているか」を示す概念である¹⁹¹⁾。検証方法としては、因子分析及び既知グループ法がある。本研究では、因子分析及び既知グループ法の2つの手法を用いて、構成概念妥当性の検証を行った。具体的な検証方法は以下のとおりである。

①因子分析

因子分析は、構成概念がいくつかの変数の背後にある潜在的な因子を探るための方法であり¹⁹²⁾、探索的因子分析及び確認的因子分析がある。

探索的因子分析の主目的は、大きなひとまとまりの変数を、最も小さな扱いやすいまとまりに縮小することである¹⁹³⁾。ほとんどの因子分析は2つの段階があり、第1段階の因子抽出は、データ行列の変数をさらに少数の因子に集約する。因子抽出法としては、主因子法や最尤法が代表的である¹⁹⁴⁾。第2段階の因子回転は、抽出された因子の解釈を容易にする手法であり、因子抽出の基準を満たした因子に因子軸の回転が行われ、因子抽出の基準を満たした因子に行う。代表的なものとして、直交回転ではバリマックス直交回転、斜交回転ではプロマックス斜交回転がある¹⁹⁵⁾。因子負荷量は、個々の変数と因子との相関を表しており、相関の高い因子に名前を付けることが、構成概念を特定するプロセスになる¹⁹⁶⁾。本研究が開発する「未利用動機測定尺度」の構成概念は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機であり、改訂ヘルスプロモーションモデルにおける“個人の特性と経験”、“行動に特異的な認識と感情”、“行動の成果”を上位概念とする10の決定因子である下位概念から構成される。このことは、本尺度が、因子分析により構成概念妥当性を検証できることを表しており、本研究では、構成概念妥当性の検証に探索的因子分析を用いることとした。

また、因子分析の妥当性を評価するために、Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性の測度（以下、「KMO測度」という。）と、バートレットの球面性検定を用いて分析を行った。KMO測度は、すべての独立変数間の偏相関係数の2乗和が相関係数の2乗和に比べて小さいときに、1に近づくため、偏相関係数が大きいということは独立変数間の関与が小さいことを意味する。KMO測度の判定の基準としては、0.90以上は優良、0.80以上0.90未満は良好、0.70以上0.80未満は中等度、0.60以上0.70未満はやや不良、0.50以上0.60未満は不良、0.50以下は不可である。因子分析においては、KMO測度の値が0.5以上をクリアできていれば問題ないとされる¹⁹⁷⁾。このことから、KMO測度については、0.5以上を採択基準とした。バートレットの球面性検定は、分散共分散行列は、単位行列の定数倍に等しい、つまり、相関行列が単位行列であるかどうかを検定する。有意なとき

は、共分散が 0 でないということで、独立変数間に相関があることを意味し、因子分析が適用できるということである¹⁹⁸⁾。バートレットの球面性検定は有意であること ($p < 0.05$) を採択基準とした。

確認的因子分析は、観測変数の背後にある因子構造をあらかじめ分析者が想定して、現象の説明を行う分析手法¹⁹⁹⁾、すなわち、抽出された因子を潜在変数、それに属する項目を観測変数としてモデルを作成し、共分散構造分析によりモデルの適合度を検討する方法である²⁰⁰⁾。本研究では、探索的因子分析の結果に基づき、因子構造のモデルを仮定した上で、データとの適合度を確認し、構成概念妥当性を検証することとした。モデルの全体的評価としては、適合度の指標である GFI (Goodness of Fit Index)、AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)、CFI (Comparative Fit Index)、RMSEA (Root Mean Square Error Approximation) を用いることとした。GFI、AGFI は、観測変数全体の分散を、推定モデルで再現した分散でどの程度説明できるかというものであり、GFI は決定係数 (飽和モデルでの全分散が推定モデルでの分散でどれだけ説明できたか) に該当し、AGFI は、自由度調整済み決定係数に該当する²⁰¹⁾。CFI は、比較適合度指標とも呼ばれ²⁰²⁾、作成したモデルが独立モデルから、飽和モデルの間のどこに位置するかを表現する²⁰³⁾。RMSEA は、モデルの分布と真の分布との乖離を 1 自由度あたりの量として表現した指標である²⁰⁴⁾。

GFI は 1 に近いほど、説明力のあるモデルであり、AGFI、CFI は、値が 1 に近いほど、データへの当てはまりがよいと判断され、一般的に 0.9 以上であれば、「説得力のあるパス図である」と判断される。RMSEA は、0.05 以下は当てはまりが良く、0.1 以上は当てはまりが良くないと判断され²⁰⁵⁾、0.1 以上のモデルは採択しない²⁰⁶⁾ こととされている。本研究では、GFI、AGFI、CFI が 0.9 以上、RMSEA は、0.1 未満をモデル採択基準とした。

②既知グループ法

既知グループ法は、特徴の相異から明確に測定結果の相異をできる複数集団に尺度を使用し、予測どおりに異なる測定結果が得られることを確認する方法である²⁰⁷⁾。本研究において開発する「未利用動機測定尺度」は、特定保健指導を利用しなかった群 (以下、特定保健指導未利用群という。)、特定保健指導を利用した群 (以下、特定保健指導利用群という。) の 2 群に分類することができ、2 群の比較により構成概念妥当性を検証できることを表している。このことから、構成概念妥当性の検証としては、既知グルー

プ法を用いることとした。なお、2群間の比較については、2群の尺度得点について、正規性の検証を行い、t検定またはMann-WhitneyのU検定を用いることとした。なお、本研究では、特定保健指導未利用群の方が特定保健指導利用群と比較し、得点が高いことが予測される。

5) 統計学的解析

本研究におけるデータの統計学的解析には、SPSS ver. 26 for Windows及びAmos ver. 26を使用した。

表13 「利用行動評価尺度（修正後；未利用動機測定尺度）」 質問項目原案

質問項目		
《個人の特性と経験》		
過去の関連行動	1	保健師から説明を受けても自分の健康状態について具体的に分からない。
	2	保健指導による一般的な情報は聞く意味がない。
	3	保健指導の内容は自分の仕事や生活には合わない。
	4	保健師に勧められる行動は、結局習慣にはならない。
	5	保健行動を勧められても自分の体には合わない方法だ。
	6	日常生活の中で、運動・食事の工夫をすることは実際には無理である。
	7	禁煙や節酒、減塩などを勧められるが本当に体によいかは分からない。
	8	長年かけてあみだした独自の健康維持の方法がある。
個人的因子	健康状態の知覚	1 今の生活スタイルや身体状況に満足している。
		2 歳をとるとお腹がでるのは普通である。
		3 肥満は病気ではない。
		4 太ったり痩せたりするのは生活するうえで当たり前のことである。
		5 生活習慣の改善は少し悪いだけだから必死にならなくてよい。
		6 メタボリックシンドロームは自分にとっては深刻ではない。
		7 体は変化していくので健康状態が悪くなるのは仕方ない。
		8 加齢とともに不健康になるのは仕方がない。
		9 老化は自然現象なので過度に心配するのはよくない。
		10 健康ではないと言われても自分は健康である。
		11 自分の年齢にあった健康状態である。
	健康の定義	1 健康とは自分のペースで生活することである。
		2 健康とは人生を楽しみながら生きていくことである。
		3 健康とは仕事や人間関係のバランスがとれていることである。
		4 健康とは自分らしく生活することである。
		5 健康とは日常生活を支障なく過ごすことである。
		6 健康とは今を充実して過ごすことである。
		7 健康とは自分の意思で行動できることである。
		8 健康とは今の状況を幸せだと思えることである。
		9 健康とは細かいことは気にせずに自然に歳をとっていくことである。
		10 健康とは人それぞれに違うから他人が決めるものではない。
	自尊心	1 自分の健康状態は自分の見解を優先する。
		2 保健師から太っていると痩せやせているとか言われたくない。
		3 生活（食べる・飲む・活動）の中に自分らしさがあるので変えたくない。
		4 自分の人生だから自分のことは自分で判断し、責任をもつ。
		5 自分がつくりあげてきた今の生活スタイルを大切にする。
		6 自分の人生だから自分らしく生きる。
		7 自分の健康を守ることができるのは自分である。
		8 保健行動は自分の生活スタイルに合わせてやっている。
		9 自分の健康状態だから自分の感覚を信じる。
		10 自分の体のことだから他人に頼らず、自分で責任を持つ。
		11 他人（保健師）が私の生活を干渉する権利はない。

表13 「利用行動評価尺度（修正後；未利用動機測定尺度）」 質問項目原案（続き）

質問項目		
《行動に特異的な認識と感情》		
行為の利益の知覚	1	自分にあう方法で楽しみながら健康を維持している。
	2	健康を保つために楽しく自分なりの方法を実践している。
	3	生活習慣病の予防は具体的な方法を提示してくれれば真剣に取り組む。
	4	ストレスなく自分流で健康に気をつけるのが長生きする秘訣である。
	5	毎年の健診は体のチェックをするために必要である。
	6	自分の生活スタイルを崩さない範囲で保健行動を行っている。
	7	健康のためによいと思うことを聞いたら自分なりに実践する。
行為の負担の知覚	1	面倒なこと（カロリー計算・運動）は生活に取り入れるのは難しい。
	2	習慣になっている行動を変えられないのは当たり前のことである。
	3	できることはやっているから、これ以上の保健行動をとることはできない。
	4	保健指導は面倒だから積極的には利用しない。
	5	保健師が勧める保健行動は楽しくないのでやりたくない。
	6	時間を割いて保健指導を利用することはかなりの負担である。
	7	理想的な健康のために余裕がなくなるのはおかしい。
	8	病気の予防は大切だけれど、他の時間を犠牲にしてまでやる必要はない。
	9	生活習慣の改善方法はわかるけれど、実行はできない。
	10	病気の予防のために長年の生活習慣を変えようとは思わない。
自己効力の知覚	1	健診結果をみれば自分の状況は自分で判断できる。
	2	将来病気になるかどうかは分からないから自分を信じて行動する。
	3	肥満の対処は保健師に言われなくても自分でできる。
	4	体力は落ちているが仕事ができるように工夫し、元気に生活している。
	5	健康を維持するために、常に食べ物や運動に気をつけている。
	6	自分の経験から健康状態を判断している。
	7	この先、病気にかからない自信がある。
	8	その気になればすぐに痩せることができる。
	9	太って洋服が入らなくなったら痩せればいい。
	10	保健師に言われなくても自分の体の状態は自分でわかる。
	11	毎日野菜を食べて、塩分も控えて規則正しい食事をしている。
行為に関わる感情	1	病気になったら病院に行けばいい。
	2	人生の目的は健康だけではない。
	3	個人の生活に行政が口出しするのはおかしい。
	4	特定保健指導の目的がよくわからない。
	5	保健師に自分の生活を否定されている。
	6	自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である。
	7	これ以上の保健行動はストレスが溜まり体に悪い。
	8	将来のことよりも今のことが大切である。
	9	保健指導は保健師に責められているような感覚になる。
	10	保健指導とは保健師の意見を一方的に聞かされることである。
	11	メタボリックシンドロームや生活習慣病のことはよくわからない。

表13 「利用行動評価尺度（修正後；未利用動機測定尺度）」 質問項目原案（続き）

質問項目		
人間関係の影響	1	家族や周囲に迷惑をかけないために健康に気をつけて過ごしている。
	2	保健行動のやりすぎは家族に迷惑がかかる。
	3	周囲との関係性を保つことを優先する。
	4	保健師は相手のことを真剣に考えていない。
	5	保健師は相手の考える健康を認めてくれない。
	6	保健師は相手のつらさを受け止めようとしていない。
	7	健診は家族や友人に誘われれば一緒に行く。
	8	保健師に生活習慣病以外の病気について相談しても聴き流される。
状況的影響	1	特定保健指導は社会や自分の考えとずれている。
	2	行政の対応には誠実さが感じられない。
	3	特定健診・特定保健指導はマニュアル化しすぎている。
	4	行政は個人に合わせた対応をしてくれない。
	5	全員を同じ基準に当てはめるのはおかしい。
	6	特定保健指導を利用しない人は、お金を払うようにすれば利用する。
	7	保健師は行政の考えを押しつけてくる。
	8	行政は住民が本当に必要としていることをわかっていない。
	9	保健指導を利用できる状況（環境）ではない。
	10	サービス自体をもっと工夫して、最善の方法をとったほうがよい。
	11	特定保健指導は、利用してもらうための工夫がない。
《行動の成果》		
行為計画実行の意思	1	自覚症状がないときは、病気の予防は必要ない。
	2	病気の予防のためではなく、毎日やりたいことをやっている。
	3	人はいつか必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい。
	4	今の健康状態で満足しているから、理想的な健康のためにあくせくしない。
	5	将来のことはその時になったら考える。
	6	保健指導を受けなくても健康を維持できるよう行動している。
	7	保健指導に誘われても忘れてしまう。
	8	自分のできる範囲で行動している。
直接競合する優先行動	1	自分のことよりも周囲との時間を大切にしたい。
	2	お金を稼ぐために仕事が優先される。
	3	自分の健康より仕事や周りのことを優先してしまう。
	4	自分のことだけに時間を費やす余裕はない。
	5	病気の予防のための指導をうける暇はない。
	6	働くことが私の生活の中心である。
	7	保健指導よりも趣味や仕事を優先する。
	8	ダメと言われても好きな物を食べたり飲んだりしてしまう。
	9	自分の役割（仕事、人間関係）を果たすことに精一杯である。
	10	人にとって社会的な関わりは大切である。

第 5 章

倫理的配慮

第5章 倫理的配慮

研究を実施するにあたり、以下の点について倫理的配慮を行った。

1. 研究における倫理及び個人情報における機密の保持

本研究は、人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（平成 26 年文部科学省・厚生労働省告示第 3 号、平成 29 年 2 月 28 日一部改正）、看護研究における倫理指針（日本看護協会）に準拠して実施した。研究の趣旨を理解し、対象として参加することに同意した人のみを研究の対象とした。研究者が入手した個人に関わるすべての情報は、厳重に保護し、保存した。

2. 研究対象者からインフォームド・コンセントを得る手続き

1) 市町村に対する依頼（資料 7）

市町村に対して、以下の項目について文書を用いて協力依頼を行い研究対象者の氏名及び住所に関するデータを提供してもらった。

- （1）研究の目的・意義、研究方法、期間
- （2）研究協力への自由意思の保障
- （3）研究協力による利益及び不利益
- （4）データ収集方法
- （5）個人情報の保護
- （6）連絡先（研究者）

2) 研究対象者への依頼（資料 8）

研究対象者に対して、以下の項目について文書を用いて説明し、質問紙の回答への協力依頼を行った。

- （1）研究の目的・意義、研究方法、期間
- （2）研究協力への自由意思の保障
- （3）研究協力による利益及び不利益
- （4）データ収集方法
- （5）質問紙への回答時間の目安

(6) 個人情報の保護

(7) 連絡先 (研究者)

3. 研究対象者への利益及び不利益とその対処

1) 研究対象者への利益

質問紙に回答することにより、自身の健康や生活習慣を振り返ることができ個人の生活習慣を見直す機会となる。

2) 研究対象者への不利益とその対処

質問紙に回答することによる時間的拘束や負担感が生じる可能性がある。時間的拘束や負担感を取り除くために、パイロットスタディを通して、質問項目を最小限にするとともに、回答しやすい質問紙とした。また、「未利用動機測定尺度」の回答に必要な時間を明記する。質問紙はパイロットスタディを通して、20分程度で回答可能な内容とした。

4. データ収集時の自由意思の保障

研究協力は、研究対象者の自由意思に基づくものであり、参加を拒否する場合においても不利益は生じないことを研究協力依頼文書に明記した。研究への同意は、質問紙の返送をもって研究協力の同意とした。質問紙は無記名であることから、質問紙返送後の辞退は不可能であることについて明記した。

5. 研究対象者と研究者との利害関係 (利益相反)

本研究の方法は、無記名による質問紙調査であり、研究対象者と研究者との利害関係 (利益相反) は生じないため、該当しない。

6. 研究対象者との関係性の構築方法

本研究は、郵送法による質問紙調査を行うため、研究対象者との関係性の構築は必要としない。

7. 研究対象者の個人情報保護のための方法

1) 個人情報の保護

質問紙は無記名とし、匿名性を確保した。なお、質問紙の郵送については、個人情報

の配慮から、質問紙調査は研究協力の得られた市町村との共同調査として実施し、研究対象者の抽出は各市町村が行った。研究対象者の個人情報、市町村が管理するため、送り先の住所の印刷や宛名ラベルの貼付及び質問紙の投函については、市町村の職員が実施した。また、質問紙の返信先は市町村とした。

2) データ管理方法

本研究に関する個人情報、資料、データは、研究者の研究室で鍵のかかる棚に管理した。なお、データ管理について以下の点に留意した。

- (1) 収集されたデータは、本研究の分析のみに使用した。
- (2) 質問紙は、個人が特定できないように質問紙は無記名とし、収集したデータは ID 番号にて管理した。個人情報の漏洩がないよう情報は全て記号化した。
- (3) 個人情報などや分析中の電子データは、専用のリムーバブルメディアを作成し、パスワードを設定して管理した。データの分析及びデータを保存する場合は、インターネットに接続されていないパソコンを使用した。
- (4) データの管理については鍵のかかる場所へ厳重に保管した。
- (5) 研究に関するデータは、研究が終了した後、10 年間は保管をする。データの保管期間終了後は、紙媒体はシュレッダーにて裁断し、電子媒体は読み取り不可能な処理を行った後、廃棄処分する。

8. 研究対象者からの質問などの対応

研究対象者が研究に関する疑問がある場合は、調査中や調査終了後に関わらず、いつでも研究者に質問ができるよう問合せ先を明記した。

9. 文献などの出典、調査に使用する尺度開発者への使用許可など、知的財産権の配慮

本研究で引用した文献は、文献リストを作成し、出典を明記することにより知的財産権へ配慮した。本研究において使用する「Health Locus of Control 尺度」は、信頼性、妥当性が確保され、既に研究などに広く使用されているため、尺度の使用許諾は不要であるが、開発者に連絡し、使用の許可を得た。

10. 論文の捏造、改ざん、盗用の防止方法

分析にあたっては、データの捏造や改ざんを防止するために、分析の経過が分かるように詳細な記録（研究ノート）を残し、分析結果のデータは保管期間（10 年間）を遵守する。また、盗用を防止するために、引用・参考文献などについては、必要に応じて当該研究者の了解を得るとともに、出典を明記した。なお、研究ノートは定期的に第 3 者に確認してもらい、改ざんを防止した。

11. 研究結果の公表

研究結果は匿名性を確保し、速やかに学会発表や学術雑誌などに公表する。

12. 倫理審査

本研究は、群馬県立県民健康科学大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：健科大倫第 2017-14 号）。

第 6 章

研究結果

第6章 研究結果

第1節 質問紙の回収数及び回収率

本研究の研究対象者は、関東地域を中心とした2市1町1村（A県C市、B県D市、B県E町、A県F村）における市町村国保被保険者のうち、平成29年度特定健康診査を受診し、特定保健指導に該当した積極的及び動機づけ支援該当者（40歳以上75歳未満）の3,738人とした。市町村別の研究対象者は、A県C市2,258人、B県D市1,264人（宛先不明1通）、B県E町70人、A県F村146人であった。

質問紙の回収数は、1,849人（回収率49.5%）であった。市町村別の内訳は、A県C市1,166人（回収率51.6%）、B県D市565人（回収率44.7%）、B県E町45人（回収率64.2%）、A県F村73人（回収率50.0%）であった。

分析は、尺度の質問項目50項目において、無回答及び複数に回答がある項目を欠損値とし、欠損を除く1,459人（有効回収率39.0%）を対象とした。

尺度開発の分析に用いる分析対象者の詳細については、次節で述べる。

第2節 研究対象者及び分析対象者の特性調査、尺度の記述統計値

本節では、研究対象者の特性調査の記述統計値及び分析対象者の特性調査及び尺度の記述統計値について述べる。

1. 研究対象者の特性調査

1) 年代別及び性別（表14）

研究対象者について、5歳ごとの年代別にみると、40～44歳44人（3.0%）、45～49歳69人（4.8%）、50～54歳70人（4.8%）、55～59歳79人（5.4%）、60～64歳188人（12.9%）、65～69歳489人（33.5%）、70歳以上501人（34.3%）、無回答19人（1.3%）であった。平均年齢は、 65.2 ± 8.0 歳であり、最小年齢は40歳、最大年齢は76歳であった。性別については、男性972人（66.6%）、女性473人（32.4%）、無回答14人（1.0%）

であった。

なお、年齢は、質問紙回答時の年齢であり、平成 29 年度特定健診を受診した際の年齢とは異なる場合がある。

2) 特定保健指導の保健指導レベル (表 14)

特定保健指導の保健指導レベルについて、積極的支援に該当と回答した者は 215 人 (14.7%)、動機づけ支援に該当と回答した者は 299 人 (20.5%)、わからないと回答した者は 874 人 (59.9%)、無回答 71 人 (4.9%) であった。

なお、65 歳以上の研究対象者は、積極的支援レベルに該当であっても動機づけ支援となるが、積極的支援レベルに該当と回答している場合があり、参考となる程度である。

3) 生活習慣改善に関する行動変容ステージ (表 14)

生活習慣改善に関する行動変容ステージでは、「改善するつもりはない (無関心期)」215 人 (14.7%)、「改善するつもりである (関心期)」327 人 (22.4%)、「近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている (準備期)」162 人 (11.1%)、「既に取り組んでいる (6 か月未満 : 実行期)」269 人 (18.4%)、「既に取り組んでいる (6 か月以上 : 維持期)」437 人 (30.0%)、無回答または不明 49 人 (3.4%) であった。

4) 特定保健指導の利用の有無 (表 14)

平成 29 年度特定保健指導の利用の有無では、「利用あり」と回答した者は 510 人 (35.0%)、「利用なし」と回答した者は 934 人 (64.0%)、無回答 15 人 (1.0%) であった。

2. 分析対象者の特性調査

1) 分析対象者の特性

(1) 年代及び性別 (表 14-1)

分析対象者の 5 歳ごとの年代別については、40~44 歳 29 人 (3.1%)、45~49 歳 47 人 (5.0%)、50~54 歳 49 人 (5.2%)、55~59 歳 60 人 (6.4%)、60~64 歳 125 人 (13.4%)、65~69 歳 298 人 (32.0%)、70 歳以上 322 人 (34.5%)、無回答 4 人 (0.4%) であった。平均年齢は、64.9±8.1 歳であり、最小年齢は 40 歳であった。最大年齢については、76

歳であった。性別は、男性 643 人 (68.9%)、女性 290 人 (31.0%)、無回答 1 人 (0.1%) であった。

なお、先述のとおり、年齢は、質問紙回答時の年齢であり、平成 29 年度特定健診を受診した際の年齢とは異なる場合がある。

(2) 特定保健指導レベル (表 14-1)

特定保健指導の保健指導レベルについて、積極的支援に該当と回答した者は 82 人 (8.8%)、動機づけ支援に該当と回答した者は 149 人 (16.0%)、わからないと回答した者は 660 人 (70.7%)、無回答 43 人 (4.6%) であった。

なお、先述のとおり、65 歳以上の研究対象者は、積極的支援レベルに該当であっても動機づけ支援となるが、積極的支援レベルに該当と回答している場合があり、参考となる程度である。

(3) 生活習慣改善に関する行動変容ステージ (表 14-1)

生活習慣改善に関する行動変容ステージをみると、「改善するつもりはない (無関心期)」173 人 (18.5%)、「改善するつもりである (関心期)」228 人 (24.4%)、「近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている (準備期)」116 人 (12.4%)、「既に取り組んでいる (6 か月未満 : 実行期)」130 人 (13.9%)、「既に取り組んでいる (6 か月以上 : 維持期)」270 人 (29.0%)、無回答または不明 17 人 (1.8%) であった。

3. 尺度原案 (50 項目) の回答の分布及び記述統計値

尺度原案 (50 項目) の回答の分布は表 15-1、下位概念については表 15-2 に示す。

尺度原案 (50 項目) の合計点の平均値は 149.2 ± 28.7 であり、最小値は 64、最大値は 249 であった ($n=934$) (表 16)。

4. HLC 尺度の記述統計値 (表 17)

HLC 尺度の合計点の平均値は、 39.2 ± 5.8 であり、最小値は 20、最大値は 56 であった ($n=934$)。

第3節 尺度の項目分析

50 質問項目の「未利用動機測定尺度」に対する項目分析として、天井効果・フロア効果、I-T（項目-合計）相関、G-P 分析、項目間相関の算出、各質問項目を除外した場合のクロンバック α 信頼係数の変化の確認、因子分析による尺度項目の再構成の結果を述べる。

1. 天井効果・フロア効果（表 18）

50 質問項目の「未利用動機測定尺度」について、天井効果及びフロア効果²⁰⁸⁾の確認を行った。尺度の回答は 1～5 段階であるため、天井効果として各項目の平均値と標準偏差を加えた値（平均値＋標準偏差）が 5 以上、フロア効果として平均値と標準偏差の差（平均値－標準偏差）が 1 以下を削除基準とした。削除基準に該当した項目は、天井効果 4 項目、フロア効果 2 項目の合計 6 項目であり、該当した 6 項目に対して検討を行った。

削除基準に該当した項目は、天井効果では、「Q1. 健康とは日常生活を支障なくすごすことである」「Q2. 健康とは今を充実して過ごすことである」「Q3. 健康とは自分の意思で行動できることである」「Q28. 自分の健康のことで家族や友人に負担をかけたくない」であり、フロア効果では、「Q14. 他の時間を犠牲にしてまで病気の予防に取り組む必要はない」「Q44. その気になればすぐに痩せられる」であった。検討の結果、削除基準に該当した 6 項目すべてを削除項目とした。

なお、下位概念「健康の定義」の質問項目として作成した、「Q1. 健康とは日常生活を支障なくすごすことである」「Q2. 健康とは今を充実して過ごすことである」「Q3. 健康とは自分の意思で行動できることである」は、筆者の先行研究において、重要な項目である。しかし、これらの項目は、削除基準に該当しているとともに、回答の分布をみると、70%以上の者が「そう思う」と回答し、分布に偏りがみられることから、削除が妥当であると判断し、削除することとした。

2. I-T（項目-合計）相関（item-total correlation）（表 19）

50 質問項目の「未利用動機測定尺度」について、I-T 相関分析を行った。I-T（項目-合計）相関については、0.4 未満を削除基準²⁰⁹⁾とした。

削除基準に該当した相関係数 0.4 未満の項目は、50 項目中 18 項目であった。天井効果及びフロア効果と重複する項目が 5 項目あり、削除対象となる項目は 11 項目であった。

削除基準に該当した 16 項目は、「Q1. 健康とは日常生活を支障なく過ごすことである」「Q2. 健康とは今を充実して過ごすことである」「Q3. 健康とは自分の意思で行動できることである」「Q4. 歳をとるにつれて、お腹がでるのは普通である」「Q5. メタボリックシンドロームは深刻な健康状態ではない」「Q6. 歳をとるにつれて健康状態が悪くなるのはとめられない」「Q8. 自分の健康状態は年相応である」「Q9. 健康に良い行動を勧められても結局、習慣にはならない」「Q24. 自分の健康を守ることができるのは、自分だけである」「Q26. 今の生活習慣は、自分らしさそのものである」「Q27. 健診は、家族や友人に誘われれば一緒に行く」「Q28. 自分の健康のことで家族や友人に負担をかけたくない」「Q29. 健康に良い行動は、やりすぎると家族や友人に迷惑がかかる」「Q44. その気になればすぐに痩せられる」「Q45. 肥満の改善は、他人に言われなくても自分でできる」「Q47. 健康を維持するための自分なりの方法がある」「Q48. 健康を保つ秘訣はストレスのない方法で実践することである」「Q49. 健康に良いことは自分なりに実践する」であった。そのうち、天井効果及びフロア効果と重複した 5 項目は、「Q1. 健康とは日常生活を支障なく過ごすことである」「Q2. 健康とは今を充実して過ごすことである」「Q3. 健康とは自分の意思で行動できることである」「Q28. 自分の健康のことで家族や友人に負担をかけたくない」「Q44. その気になればすぐに痩せられる」であった。検討の結果、天井効果・フロア効果と重複した 5 項目及びそれ以外の 13 項目すべてを削除項目とした。

3. 項目間相関（表 19）

50 質問項目の「未利用動機測定尺度」について、項目間相関を算出し、分析を行った。その結果、各項目の項目間相関は、項目削除基準である 0.7 以上²¹⁰⁾の組み合わせはなかった。

4. 各質問項目を除外した場合のクロンバック α 信頼係数の変化（表 19）

50 質問項目の「未利用動機測定尺度」について、各質問項目を除外した場合のクロンバック α 信頼係数の変化の確認を行った。その結果、すべてのクロンバック α 信頼係数は 0.9 以上であり、削除基準の 0.7 以下²¹¹⁾に該当する項目はなかった。

5. G-P 分析 (表 20)

G-P 分析は、合計得点を求める尺度の場合に用いられる項目分析の手法であり、特定の 1 つの項目の得点の動きについて、全体得点の動きと関連しているかどうかを確認することであり、全体が測定しようとしているものを同じものを測っているかどうかを項目ごとに調べる方法である^{212, 213)}。具体的には、すべての項目の合計得点を算出して、平均値などを基準とし、調査対象者 (サンプル) を高得点群、低得点群に分類し、項目ごとに、高得点群と低得点群の平均値を算出し、t 検定などで両群に差があるかどうかを調べる²¹⁴⁾。差が大きい項目が合計得点に大きく寄与している「良い」項目であり、差がない場合には削除の対象となる^{215, 216)}。

本研究では、50 質問項目の合計得点の平均値を基準として、高得点群、低得点群の 2 群に分類し、t 検定を行った。分析の結果、削除基準 ($p > 0.05$ 、有意差なし) に該当した項目は 2 項目であった。削除基準に該当した 2 項目は、「Q3. 健康とは自分の意思で行動できることである」「Q49. 健康に良いことは自分なりに実践する」であり、フロア効果、I-T 相関とも重複していたため、すべて削除項目とした。

6. 因子分析による尺度項目の再構成

以上の 1～5 の分析結果から 19 項目を削除し、31 項目の質問項目が採用された。採用された 31 質問項目について、探索的因子分析による尺度項目の再構成を行った。探索的因子分析は、因子抽出に最尤法、因子の回転は斜交回転であるプロマックス回転を用いた²¹⁷⁾。項目の削除については、固有値 1 以上を目安とし、因子負荷量 0.4 以下、複数の因子に高い因子負荷量をもつ項目、共通性 0.16 以下の項目を削除基準として、削除する項目により生じる因子構造の変化を確認する手続きを繰り返しながら、1 項目ずつ削除を行った。その結果、18 項目 4 因子の最適解が得られた。なお、項目は、Q7、Q32、Q16、Q34、Q39、Q21、Q50、Q25、Q22、Q33、Q35、Q31、Q30 の順に削除を行った。このうち、因子負荷量 0.4 以下で削除した項目は、「Q7. 健診結果が良くないと言われても、自分はそれなりに健康である」「Q32. 全員を同じ健康の基準に当てはめるのはおかしい」「Q16. 保健指導のために時間を割くことは負担である」「Q34. 生活習慣病を予防するために時間をかける余裕はない」「Q22. 生活習慣病を予防するために、生活習慣を変えるつもりはない」「Q33. 職場や地域の活動では、保健指導を優先することに対して理解がない」「Q31. 生活習慣病を予防するための保健指導の重要性がわからない」「Q30. 保健指導

では、生活習慣病以外の病気の相談は聴き流される」であった。複数の因子に高い因子負荷量をもつため削除した項目は、「Q39. 保健指導に誘われても聴き流してしまう」「Q21. 健康に良い行動は、ストレスになり却って体に悪い」「Q50. 保健指導を受けなくても、健診を受診することで健康を維持できる」「Q25. 自分の生活を他の人に干渉されたくない」「Q35. 体に良くないと言われても好きな食べ物・飲み物等はやめられない」であり、共通性が 0.16 以下に該当する項目はなかった。尺度項目の再構成の結果、削除した項目は 13 項目であった（表 21）。

なお、下位概念「個人的因子（自尊心）」の質問項目として作成した「Q25. 自分の生活を他の人に干渉されたくない」については、筆者の先行研究において、特に重要な項目である。しかし、KJ 法は、ありのままの現象を単位化し、意味内容の類似性に従って統合する作業を行う。具体的には、ラベルを意味内容の類似性に基づきグループを編成し、グループ全体の意味を一文で表す表札を付け、さらにその表札同士をグループにし、表札を付ける作業を、これ以上まとまらないと判断できるまで繰り返す²¹⁸⁾。「自分の生活を他の人に干渉されたくない」という質問項目は、5 段階目の表札であり、統合というプロセスを 4 回経ていることから、未利用という行動を生じさせる複数の要素が含まれる。再構成された質問項目には、統合される途中の段階であるラベルや表札が含まれており、この質問項目を必ず残さなければならないというものではない。さらに、因子分析の結果では、複数の因子に高い因子負荷量を示し、この項目を残すことにより、各因子の動機の特徴が明確にならないと判断し、削除することとした。

第 4 節 尺度の総得点分布と信頼性・妥当性の検討

1. 18 質問項目の「未利用動機測定尺度」の得点

1) 18 質問項目の「未利用動機測定尺度」総得点 の分布

18 質問項目の「未利用動機測定尺度」の総得点は、18 点から 90 点の範囲であり、平均値は 49.7 (SD=13.6) 点、中央値 50.0 点、歪度 0.09、尖度 -0.166 であった。

2) 正規性の確認

正規性は、多くは中心極限定理があるため、ある程度の例数があればヒストグラム、

正規 Q-Q プロット、歪度・尖度という指標を参考にし、目視による確認を行う。目視及び歪度で正規性が疑われる場合は、正規性の検定をするとよいとされる²¹⁹⁾。本研究では、サンプルサイズが確保されていることからヒストグラム、歪度・尖度による正規性の確認を行った。ヒストグラム（図 3）は、ほぼ正規性であり、正規 Q-Q プロット（図 4）については、両脇でやや直線から外れている箇所があるが、ほぼ直線状にあり、正規性であることが確認された。また、歪度・尖度については、それぞれ 0.09、-0.166 であった。歪度・尖度は、歪度が絶対値 0.5 未満の場合は、ほぼ正規だと判断される。尖度については、基準が示されていないが、尖度が正の値をとるときは、外れ値の存在が疑われる²²⁰⁾。本尺度総得点の歪度は、絶対値 0.5 未満、尖度は負の値を示しており、正規分布であると判断できる。ヒストグラム、正規 Q-Q プロット、歪度・尖度を確認した結果、本尺度総得点は正規分布であることが確認された。

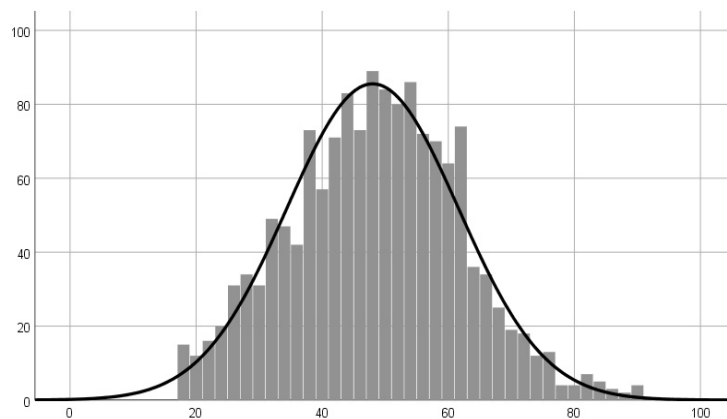


図 3 18 質問項目の「未利用動機測定尺度」総得点<ヒストグラム>

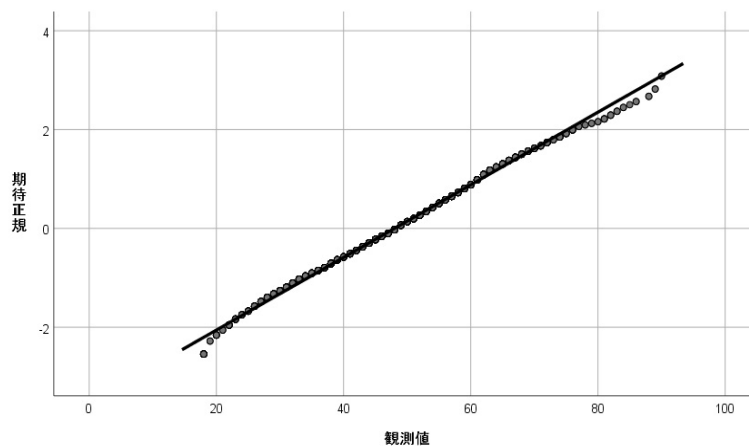


図 4 18 質問項目の「未利用動機測定尺度」総得点<正規 Q-Q プロット>

3) 特定保健指導未利用群及び特定保健指導利用群の尺度得点

研究対象者を特定保健指導未利用群及び特定保健指導利用群に分類したところ、特定保健指導未利用群 934 人 (65.0%)、特定保健指導利用群 501 人 (35.0%) であった。それぞれの群の尺度得点の平均値は、特定保健指導未利用群 49.7 ± 13.6 、特定保健指導利用群 44.4 ± 13.4 であった。

2. 信頼性の検討 (表 22)

信頼性については、クロンバック α 信頼係数を用いて内的整合性を検討した。

18 質問項目の「未利用動機測定尺度」の尺度全体のクロンバック α 信頼係数は 0.904 であった。各因子のクロンバック α 信頼係数は、第 1 因子 0.867、第 2 因子 0.801、第 3 因子 0.822、第 4 因子 0.732 であった。

3. 妥当性の検討

1) 構成概念妥当性

(1) 探索的因子分析 (表 22、表 22-1)

項目分析により抽出された 18 項目を用いて探索的因子分析を行った。因子抽出法は最尤法²²¹⁾、回転は因子間の相関を仮定したため、プロマックス回転を選択し、探索的因子分析を行った。その結果、固有値 1 以上の因子は 4 因子抽出され、因子を構成する質問項目は、同一因子に 0.4 以上の因子負荷量を示した。また、他の因子に示す因子負荷量に比較し、最も高値であることが確認された。

因子の固有値は、第 1 因子 6.990、第 2 因子 1.794、第 3 因子 1.278、第 4 因子 1.148、抽出後の各因子の寄与率は、3.999% から 36.129% の範囲にあり、累積寄与率は 51.886% であった。また、因子間相関は、第 1 因子－第 2 因子間 0.594、第 1 因子－第 3 因子間 0.653、第 1 因子－第 4 因子間 0.582、第 2 因子－第 3 因子間 0.564、第 2 因子－第 4 因子間 0.345、第 3 因子－第 4 因子間 0.421 であった。探索的因子分析の結果、4 因子が抽出された。

因子分析の妥当性を評価するために、KM0 測度、バートレットの球面性検定を用いて検討を行った。その結果、KM0 測度は 0.925 で、0.5 以上であり、バートレットの球面性検定は χ^2 (df=153) = 7119.211、 $p=0.000$ で有意であった。

（２）因子の解釈（因子の命名）

①第１因子【理想的な健康よりも優先される価値観】

第１因子は、「生活習慣病を予防することよりも、生きがいや楽しみを優先する」「生活習慣病を予防することばかりを考えていたら、人生は楽しくない」「保健指導に時間をかけるよりも、家族や友人との時間が大切である」「理想的な健康のために、あくせくしたくない」「人は必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい」「将来の健康については、その時になったら考えればよい」の６項目であり、本尺度の下位概念「直接競合する欲求と優先行動」及び「行為計画実行の意思」から構成されていた。「直接競合する欲求と優先行動」では、直接競合する欲求は、仕事や家族に対する責任など、自分では制御しにくい行為であり、一方、直接競合する優先行動は、魅力の強い行為のことであり、競合する優先行動に対して、どの程度抵抗できるかについては、個人の自己規制の能力による。また、意思的行動をとるには、まず意図があることが必要であり、「行為計画実行の意思」は、ある特定の行為を競合する優先行動の有無には関わりなく必ず実行すると義務付ける。次に、その行動を引き出し、遂行し、強化するために、必要な特定の方策を考えるという２つの認識過程を含む^{222, 223)}。

第１因子として抽出された下位概念「直接競合する欲求と優先行動」に関する質問項目は、仕事を優先する、家族のために時間を費やす、生活を楽しむなどの理想的な健康を目指すための保健行動よりも優先される日常生活の行動を示していた。また、「行為計画実行の意思」に関する質問項目は、現時点において、将来の健康のために保健行動をとる意図があるのか、又は、保健行動をとることに意図があるかという計画実行の意思を示していた。これらの項目が示すように、「直接競合する欲求と優先行動」や「行為計画実行の意思」は、生活を過ごす中で大切にしている価値観であり、保健行動よりも日常生活の行動に重点をおく価値観は、特定保健指導が未利用となる動機となっていた。このように、「直接競合する欲求と優先行動」や「行為計画実行の意思」は、保健行動よりも日常生活を優先する価値観を示していることから、第１因子を【理想的な健康よりも優先される価値観】と命名した。

②第２因子【生活習慣を変えることに対する無益感】

第２因子は、「食生活や運動などの工夫をすることは、実際には無理である」「習慣になっている行動は変えられない」「生活習慣を改善すると日常生活に負担がかかる」「生活習慣を改善しても、病気を予防するとは限らない」「健康に良い行動を勧められても、

生活に合わなければ実行できない」の5項目であり、本尺度の下位概念「過去の関連行動」及び「行為の負担の知覚」から構成されていた。改訂ヘルスプロモーションモデルによると、「過去の関連行動」は、その行動をとる前、最中、行動後のポジティブ又はネガティブな感情であり、それらは記憶の中の情報としてコード化され、その後の行動をとる際に取り出されるため、現在のヘルスプロモーション行動に対して、過去の行動が直接的に影響する^{224, 225)}。「行為の負担の知覚」は、行動をとる際の予期及び想像、実際に障害となる負担に関する感情であり、ある行動をとることに対する障害や妨害あるいは個人的損失として実感される^{226, 227)}。

第2因子として抽出された下位概念「過去の関連行動」に関する質問項目は、過去に保健指導や健康相談を受け、食生活や運動などに関する保健行動を実施したが、習慣にはならなかった経験や、既に習慣化された行動を変容させることの難しさ、また、その行動は有益であるかということへの疑問を示していた。また、「行為の負担の知覚」に関する質問項目は、構築された習慣を変えることへの抵抗感が負担や障害となっていることや、健康に望ましいとされる保健行動を日常生活に取り入れることへの負担、勧められた保健行動が生活には適さないという生活習慣を改善することへの負担感を示していた。これらの項目が示すように、生活習慣を変えることに対して、利点を見いだすことができないと判断することは、特定保健指導が未利用となる動機となっていた。このように、「過去の関連行動」や「行為の負担の知覚」は、生活習慣を変えることへの無益感を示していることから、第2因子を【生活習慣を変えることに対する無益感】と命名した。

③第3因子【保健指導に対する否定的な感情】

第3因子は、「生活習慣の改善を勧められると、生活を否定されている気持ちになる」「保健指導を受けると責められているような気持ちになる」「自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である」「保健指導は当たり前の話なので聞く意味がない」の4項目であり、本尺度の下位概念「行為に関わる感情」及び「過去の関連行動」から構成されていた。「行為に関わる感情」では、行動は刺激特性をもっており、その特性により行動の前、最中、行動の後に主観的な感情が起こり、これらは認知的にラベルづけされ、記憶の中に蓄積され、その行動のことを考えると連想される。その結果として起こる感情は、その行動を再び繰り返すか、長く継続するかということに影響を与え、ポジティブな感情を伴う行動は繰り返し行われやすく、ネガティブな感情を伴う行動は、回避されやす

い。また、「過去の関連行動」は、その行動をとる前、最中、行動後のポジティブ又はネガティブな感情である^{228, 229)}。

第3因子として抽出された下位概念「行為に関わる感情」に関する質問項目は、実際の経験やイメージを通して、保健師などの支援者や保健指導の内容に対して、責められることや自身の生活を否定されることなどの印象をもっていること、また、特定保健指導を通じて、支援者から生活習慣に介入されることを快く思っていないことなどの保健指導に対する不信感を示していた。また、「過去の関連行動」に関する質問項目は、保健指導が以前と同じ内容であることから、そのことに時間を費やす必要はないと判断しており、保健指導に対する負の感情を示していた。これらの項目が示すように、「行為に関わる感情」や「過去の関連行動」は、支援者や保健指導に対する否定的な感情であり、特定保健指導が未利用となる動機となっていた。このように、「行為に関わる感情」や「過去の関連行動」は、支援者や保健指導に対しての否定的な感情を示していることから、第3因子を【保健指導に対する否定的な感情】と命名した。

④第4因子【自身の健康の判断に対する自負心】

第4因子は、「自分の体の状態は、自分が一番よくわかる」「人から言われなくても、自分の健康は自分で守ることができる」「自分の健康状態の判断は、自分の感覚を信じる」の3項目であり、本尺度の下位概念「自己効力の知覚」及び「自尊心（個人的因子）」から構成されていた。「自己効力の知覚」は、ある行動ができるという自己判断であり、自分がとる行動について、技術と能力があるという知覚は、得意とする行動をやろうという気にさせる。さらに、「自尊心（個人的因子）」は、心理学的因子の変数の一つであり^{230, 231)}、自尊心は自分の人格を大切にする気持ち、自分の思想や言動などに自信を持ち、他からの干渉を排除する態度である²³²⁾。

第4因子として抽出された下位概念「自己効力の知覚」に関する質問項目は、今までの感覚や経験などから自身の健康状態は自分が一番よく分かっていると考えていること、健康については、他者からの指摘がなくても自分で守ることができるという自身の能力に対する自信を示していた。また、「自尊心（個人的因子）」に関する質問項目は、健康状態の判断に対して、支援者からの介入を望まず、自身の考えを尊重している態度を示していた。これらの項目が示すように、「自己効力の知覚」や「自尊心（個人的因子）」は、健康状態の判断に対する自身の能力や考えに誇りを持つ態度であり、特定保健指導が未利用となる動機となっていた。このように、「自己効力の知覚」や「自尊心（個人的

因子)」は、健康状態の判断に対する自負心を示していることから、第4因子を【自身の健康の判断に対する自負心】と命名した。

(3) 確認的因子分析 (図5)

探索的因子分析の結果に基づき、因子構造のモデルを仮定し、共分散構造分析による確認的因子分析を行い、モデルとの適合度を確認した。

探索的因子分析で得られた4因子18質問項目の結果に基づき、抽出された因子を潜在変数、それに属する質問項目を観測変数として因子構造のモデルを仮定した仮説モデルを作成し、共分散構造分析による確認的因子分析を用いて分析を行った。その結果、適合度指標は、GFI=0.936、AGFI=0.915、CFI=0.941、RMSEA=0.059であり、基準を満たす値であった。なお、このモデルの標準化係数はすべて統計学的に有意であった。

(4) 既知グループ法 (表23)

既知グループ法を用いて構成概念妥当性の確認を行った。

既知グループ法を用いるにあたり、平成29年度特定保健指導の利用状況から研究対象者を特定保健指導未利用群、特定保健指導利用群の2群（以下、特定保健指導2群という）に分類した。特定保健指導2群と4因子18質問項目の「未利用動機測定尺度」得点との関連について、t検定を用いて分析を行った。分析の結果、特定保健指導未利用群の方が特定保健指導利用群と比較し、尺度得点が有意に高かった ($p=0.00$)。

次に、特定保健指導2群と「未利用動機測定尺度」の因子別の合計得点との関連について、t検定を用いて分析を行った。その結果、第1因子、第2因子、第3因子、第4因子、すべての因子別合計得点において、特定保健指導未利用群の方が特定保健指導利用群と比較し、尺度得点が有意に高かった ($p=0.00$)。

2) 基準関連妥当性 (表24)

基準関連妥当性は、併存的妥当性により検証した。外的基準には、渡辺が開発した14項目の質問からなるHLC尺度を用いた。HLC尺度は、尺度得点が高くなるほど、内的統制傾向が強く、積極的な保健行動をとる傾向が認められる²³³⁾。「未利用動機測定尺度」は、尺度得点が高い者ほど、特定保健指導の利用に消極的であり、特定保健指導が未利用となる可能性が高いと想定される。つまり、「未利用動機測定尺度」の高得点者は、積極的に保健行動をとる内的統制傾向ではないと考える。従って、「未利用動機測定尺度」の尺度得点とHLC尺度の尺度得点には、負の相関があると予測された。

外的基準である HLC 尺度と「未利用動機測定尺度」の相関関係は、 $p < 0.01$ 水準において、尺度全体得点 -0.411 であった。下位尺度については、 $p < 0.01$ 水準において、第 1 因子 -0.368 、第 2 因子 -0.449 、第 3 因子 -0.333 であった。第 4 因子は、 -0.064 であった。尺度全体得点と HLC 尺度得点では、かなりの負の相関がみられた。また、因子別得点と HLC 尺度では、第 1 因子得点及び第 3 因子得点では、やや負の相関がみられ、第 2 因子得点と HLC 尺度得点では、かなりの負の相関がみられた。

以上の信頼性・妥当性の検討結果から、4 下位尺度 18 質問項目からなる「未利用動機測定尺度」が完成した（表 25、表 25-1）。

表14 研究対象者の特性

n=1,459

項目	人数 (%)
年代別	
40歳～44歳	44 (3.0)
45歳～49歳	69 (4.8)
50歳～54歳	70 (4.8)
55歳～59歳	79 (5.4)
60歳～64歳	188 (12.9)
65歳～69歳	489 (33.5)
70歳以上	501 (34.3)
無回答	19 (1.3)
性別	
男性	972 (66.6)
女性	473 (32.4)
無回答	14 (1.0)
特定保健指導の保健指導レベル	
積極的支援	215 (14.7)
動機づけ支援	299 (20.5)
わからない	874 (59.9)
無回答	71 (4.9)
生活習慣改善に関する行動変容ステージ	
改善するつもりはない(前熟考期)	215 (14.7)
改善するつもりである(熟考期)	327 (22.4)
近いうちに改善するつもりであり少しずつ始めている(準備期)	162 (11.1)
既に取り組んでいる(6か月未満)(実行期)	269 (18.4)
既に取り組んでいる(6か月以上)(維持期)	437 (30.0)
無回答	49 (3.4)
特定保健指導の利用の有無	
利用有	510 (35.0)
利用無	934 (64.0)
無回答	15 (1.0)

表14-1 尺度分析対象者の特性

n=934

項目	人数 (%)
年代別	
40歳～44歳	29 (3.1)
45歳～49歳	47 (5.0)
50歳～54歳	49 (5.2)
55歳～59歳	60 (6.4)
60歳～64歳	125 (13.4)
65歳～69歳	298 (32.0)
70歳以上	322 (34.5)
無回答	4 (0.4)
性別	
男性	643 (68.9)
女性	290 (31.0)
無回答	1 (0.1)
特定保健指導の保健指導レベル	
積極的支援	82 (8.8)
動機づけ支援	149 (16.0)
わからない	660 (70.7)
無回答	43 (4.6)
生活習慣改善に関する行動変容ステージ	
改善するつもりはない(前熟考期)	173 (18.5)
改善するつもりである(熟考期)	228 (24.4)
近いうちに改善するつもりであり少しずつ始めている(準備期)	116 (12.4)
既に取り組んでいる(6か月未満)(実行期)	130 (13.9)
既に取り組んでいる(6か月以上)(維持期)	270 (29.0)
無回答	17 (1.8)

表15-1 50項目「未利用動機測定尺度」回答の分布 (Q1～Q25)

単位：人数(%) n:934

質問項目	そう思う	やや そう思う	どちらとも いえない	あまり		そう 思わない	
				そう	あまり	そう	思わない
Q1 健康とは日常生活を支障なく過ごすことである	809 (86.6)	89 (9.5)	19 (2.0)	8 (0.9)		9 (1.0)	
Q2 健康とは今を充実して過ごすことである	726 (77.7)	126 (13.5)	51 (5.5)	13 (1.4)		18 (1.9)	
Q3 健康とは自分の意思で行動できることである	700 (74.9)	141 (15.1)	60 (6.4)	19 (2.0)		14 (1.5)	
Q4 歳をとるにつれて、お腹がでるのは普通である	97 (10.4)	303 (32.4)	241 (25.8)	131 (14.0)		162 (17.3)	
Q5 メタボリックシンドロームは深刻な健康状態ではない	134 (14.3)	229 (24.5)	224 (24.0)	142 (15.2)		205 (21.9)	
Q6 歳をとるにつれて健康状態が悪くなるのはとめられない	99 (10.6)	295 (31.6)	207 (22.2)	159 (17.0)		174 (18.6)	
Q7 健診結果が良くないと言われても、自分はそれなりに健康である	93 (10.0)	266 (28.5)	269 (28.8)	178 (19.1)		128 (13.7)	
Q8 自分の健康状態は年相応である	220 (23.6)	309 (33.1)	222 (23.8)	128 (13.7)		55 (5.9)	
Q9 健康に良い行動を勧められても結局、習慣にはならない	142 (15.2)	290 (31.0)	265 (28.4)	121 (13.0)		116 (12.4)	
Q10 食生活や運動等の工夫をすることは、実際には無理である	58 (6.2)	145 (15.5)	208 (22.3)	249 (26.7)		274 (29.3)	
Q11 生活習慣を改善しても、病気を予防するとは限らない	89 (9.5)	158 (16.9)	249 (26.7)	181 (19.4)		257 (27.5)	
Q12 習慣になっている行動は変えられない	89 (9.5)	225 (24.1)	223 (23.9)	215 (23.0)		182 (19.5)	
Q13 生活習慣を改善すると日常生活に負担がかかる	54 (5.8)	172 (18.4)	258 (27.6)	230 (24.6)		220 (23.6)	
Q14 他の時間を犠牲にしてまで病気の予防に取り組む必要はない	38 (4.1)	58 (6.2)	222 (23.8)	252 (27.0)		364 (39.0)	
Q15 健康に良い行動を勧められても、生活に合わなければ実行できない	141 (15.1)	280 (30.0)	218 (23.3)	151 (16.2)		144 (15.4)	
Q16 保健指導のために時間を割くことは負担である	121 (13.0)	248 (26.6)	258 (27.6)	169 (18.1)		138 (14.8)	
Q17 保健指導は当たり前の話なので聞く意味がない	54 (5.8)	101 (10.8)	278 (29.8)	228 (24.4)		273 (29.2)	
Q18 保健指導を受けると責められているような気持ちになる	61 (6.5)	159 (17.0)	246 (26.3)	210 (22.5)		258 (27.6)	
Q19 自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である	110 (11.8)	203 (21.7)	231 (24.7)	202 (21.6)		188 (20.1)	
Q20 生活習慣の改善を勧められると、生活を否定されている気持ちになる	50 (5.4)	138 (14.8)	234 (25.1)	251 (26.9)		261 (27.9)	
Q21 健康に良い行動は、ストレスになり却って体に悪い	30 (3.2)	49 (5.2)	242 (25.9)	276 (29.6)		337 (36.1)	
Q22 生活習慣病を予防するために、生活習慣を変えるつもりはない	35 (3.7)	51 (5.5)	244 (26.1)	284 (30.4)		320 (34.3)	
Q23 自分の健康状態の判断は、自分の感覚を信じる。	97 (10.4)	216 (23.1)	254 (27.2)	193 (20.7)		174 (18.6)	
Q24 自分の健康を守ることができるのは、自分だけである	258 (27.6)	193 (20.7)	159 (17.0)	140 (15.0)		184 (19.0)	
Q25 自分の生活を他の人に干渉されたくない	134 (14.3)	206 (22.1)	245 (26.2)	177 (19.0)		172 (18.4)	

表15-1 50項目「未利用動機測定尺度」回答の分布 (Q26～Q50)

単位:人数(%) n:934

質問項目		そう思う	やや そう思う	どちらとも いいない	あまり そう思わない	そう 思わない
Q26	今の生活習慣は、自分らしさそのものである	199 (21.3)	276 (29.6)	278 (29.8)	116 (12.4)	65 (7.0)
Q27	健診は、家族や友人に誘われれば一緒に行く	180 (19.3)	134 (14.3)	190 (20.3)	143 (15.3)	287 (30.7)
Q28	自分の健康のことで家族や友人に負担をかけたくない	486 (52.0)	245 (26.2)	119 (12.7)	45 (4.8)	39 (4.2)
Q29	健康に良い行動は、やりすぎると家族や友人に迷惑がかかる	117 (12.5)	180 (19.3)	267 (28.6)	178 (19.1)	192 (20.6)
Q30	保健指導では、生活習慣病以外の病気の相談は聴き流される	52 (5.6)	79 (8.5)	452 (48.4)	181 (19.4)	170 (18.2)
Q31	生活習慣病を予防するための保健指導の重要性がわからない	42 (4.5)	69 (7.4)	277 (29.7)	272 (29.1)	274 (29.3)
Q32	全員を同じ健康の基準に当てはめるのはおかしい	185 (19.8)	241 (25.8)	275 (29.4)	110 (11.8)	123 (13.2)
Q33	職場や地域の活動では、保健指導を優先することに対して理解がない	52 (5.6)	87 (9.3)	433 (46.4)	183 (19.6)	179 (19.2)
Q34	生活習慣病を予防するために時間をかける余裕はない	55 (5.9)	109 (11.7)	254 (27.2)	283 (30.3)	233 (24.9)
Q35	体に良くないと言われても好きな食べ物・飲み物等はやめられない	103 (11.0)	306 (32.8)	205 (21.9)	167 (17.9)	153 (16.4)
Q36	生活習慣病を予防することばかりを考えていたら、人生は楽しくない	143 (15.3)	295 (31.6)	211 (22.6)	168 (18.0)	117 (12.5)
Q37	生活習慣病を予防することよりも、生きがいや楽しみを優先する	97 (10.4)	206 (22.1)	328 (35.1)	183 (19.6)	120 (12.8)
Q38	保健指導に時間をかけるよりも、家族や友人との時間が大切である	70 (7.5)	126 (13.5)	399 (42.7)	199 (21.3)	140 (15.0)
Q39	保健指導に誘われても聴き流してしまう	79 (8.5)	189 (20.2)	355 (38.0)	180 (19.3)	131 (14.0)
Q40	理想的な健康のためにあくせくしたくない	105 (11.2)	231 (24.7)	272 (29.1)	185 (19.8)	141 (15.1)
Q41	人は必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい	155 (16.6)	208 (22.3)	296 (31.7)	132 (14.1)	143 (15.3)
Q42	将来の健康については、その時になったら考えればよい	53 (5.7)	93 (10.0)	207 (22.2)	278 (29.8)	303 (32.4)
Q43	自分の体の状態は、自分が一番よくわかる	160 (17.1)	233 (24.9)	229 (24.5)	188 (20.1)	124 (13.3)
Q44	その気になれば、すぐに痩せられる	38 (4.1)	97 (10.4)	187 (20.0)	240 (25.7)	372 (39.8)
Q45	肥満の改善は、他人に言われなくても自分で行える	85 (9.1)	149 (16.0)	247 (26.4)	232 (24.8)	221 (23.7)
Q46	人から言われなくても、自分の健康は自分で守ることができる	67 (7.2)	167 (17.9)	304 (32.5)	217 (23.2)	179 (19.2)
Q47	健康を維持するための自分なりの方法がある	95 (10.2)	230 (24.6)	299 (32.0)	165 (17.7)	145 (15.5)
Q48	健康を保つ秘訣はストレスのない方法で実践することである	285 (30.5)	370 (39.6)	190 (20.3)	46 (4.9)	43 (4.6)
Q49	健康に良いことは自分なりに実践する	288 (30.8)	430 (46.0)	165 (17.7)	34 (3.6)	17 (1.8)
Q50	保健指導を受けなくても、健診を受診することで健康を維持できる	93 (10.0)	231 (24.7)	369 (39.5)	124 (13.3)	117 (12.5)

表16 50項目「未利用動機測定尺度」 n=934

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
尺度合計点	64	249	149.2	28.7

表17 HLC尺度得点 n=884

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
尺度合計点	20	55	39.2	5.8

表18 項目分析（平均値、標準偏差、天井効果・フロア効果）

(Q1～Q25)

質問項目	平均値	標準偏差	天井効果	フロア効果
Q1 健康とは日常生活を支障なく過ごすことである	4.80	0.61	5.41	4.19
Q2 健康とは今を充実して過ごすことである	4.64	0.81	5.45	3.83
Q3 健康とは自分の意思で行動できることである	4.60	0.82	5.42	3.78
Q4 歳をとるにつれて、お腹がでるのは普通である	3.04	1.25	4.30	1.79
Q5 メタボリックシンドロームは深刻な健康状態ではない	2.94	1.36	4.30	1.58
Q6 歳をとるにつれて健康状態が悪くなるのはとめられない	2.99	1.29	4.27	1.70
Q7 健診結果が良くないと言われても、自分はそれなりに健康である	3.02	1.19	4.21	1.83
Q8 自分の健康状態は年相応である	3.55	1.16	4.71	2.39
Q9 健康に良い行動を勧められても結局、習慣にはならない	3.24	1.22	4.46	2.02
Q10 食生活や運動等の工夫をすることは、実際には無理である	2.43	1.23	3.66	1.19
Q11 生活習慣を改善しても、病気を予防するとは限らない	2.62	1.30	3.92	1.31
Q12 習慣になっている行動は変えられない	2.81	1.26	4.08	1.55
Q13 生活習慣を改善すると日常生活に負担がかかる	2.58	1.20	3.78	1.39
Q14 他の時間を犠牲にしてまで病気の予防に取り組む必要はない	2.09	1.11	3.21	0.98
Q15 健康に良い行動を勧められても、生活に合わなければ実行できない	3.13	1.29	4.42	1.84
Q16 保健指導のために時間を割くことは負担である	3.05	1.25	4.30	1.80
Q17 保健指導は当たり前の話なので聞く意味がない	2.40	1.18	3.57	1.22
Q18 保健指導を受けると責められているような気持ちになる	2.52	1.24	3.76	1.28
Q19 自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である	2.83	1.30	4.13	1.54
Q20 生活習慣の改善を勧められると、生活を否定されている気持ちになる	2.43	1.19	3.62	1.23
Q21 健康に良い行動は、ストレスになり却って体に悪い	2.10	1.05	3.15	1.05
Q22 生活習慣病を予防するために、生活習慣を変えるつもりはない	2.14	1.07	3.21	1.07
Q23 自分の健康状態の判断は、自分の感覚を信じる。	2.86	1.26	4.12	1.60
Q24 自分の健康を守ることができるのは、自分だけである	3.22	1.49	4.70	1.73
Q25 自分の生活を他の人に干渉されたくない	2.95	1.31	4.26	1.64

注) グレーの網掛けは、天井効果(5以上)、フロア効果(1以下)の項目を示す。

表18 項目分析（平均値、標準偏差、天井効果・フロア効果）

(Q26～Q50)

質問項目	平均値	標準偏差	天井効果	フロア効果
Q26 今の生活習慣は、自分らしさそのものである	3.46	1.16	4.62	2.30
Q27 健診は、家族や友人に誘われれば一緒に行く	2.76	1.50	4.26	1.26
Q28 自分の健康のことで家族や友人に負担をかけたくない	4.17	1.09	5.26	3.08
Q29 健康に良い行動は、やりすぎると家族や友人に迷惑がかかる	2.84	1.30	4.14	1.54
Q30 保健指導では、生活習慣病以外の病気の相談は聴き流される	2.64	1.05	3.69	1.59
Q31 生活習慣病を予防するための保健指導の重要性がわからない	2.29	1.10	3.39	1.19
Q32 全員を同じ健康の基準に当てはめるのはおかしい	3.27	1.27	4.55	2.00
Q33 職場や地域の活動では、保健指導を優先することに対して理解がない	2.63	1.07	3.69	1.56
Q34 生活習慣病を予防するために時間をかける余裕はない	2.43	1.15	3.59	1.28
Q35 体に良くないと言われても好きな食べ物・飲み物等はやめられない	3.04	1.27	4.31	1.78
Q36 生活習慣病を予防することばかりを考えていたら、人生は楽しくない	3.19	1.25	4.45	1.94
Q37 生活習慣病を予防することよりも、生きがいや楽しみを優先する	2.98	1.16	4.14	1.81
Q38 保健指導に時間をかけるよりも、家族や友人との時間が大切である	2.77	1.09	3.87	1.68
Q39 保健指導に誘われても聴き流してしまう	2.90	1.13	4.03	1.76
Q40 理想的な健康のためにあくせくしたくない	2.97	1.22	4.20	1.75
Q41 人は必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい	3.11	1.28	4.38	1.83
Q42 将来の健康については、その時になったら考えればよい	2.27	1.18	3.44	1.09
Q43 自分の体の状態は、自分が一番よくわかる	3.13	1.29	4.41	1.84
Q44 その気になれば、すぐに痩せられる	2.13	1.17	3.30	0.96
Q45 肥満の改善は、他人に言われなくても自分でできる	2.62	1.26	3.88	1.36
Q46 人から言われなくても、自分の健康は自分で守ることができる	2.71	1.17	3.88	1.53
Q47 健康を維持するための自分なりの方法がある	2.96	1.20	4.17	1.76
Q48 健康を保つ秘訣はストレスのない方法で実践することである	3.87	1.05	4.92	2.81
Q49 健康に良いことは自分なりに実践する	4.00	0.89	4.90	3.11
Q50 保健指導を受けなくても、健診を受診することで健康を維持できる	3.06	1.13	4.19	1.93

注) グレーの網掛けは、天井効果(5以上)、フロア効果(1以下)の項目を示す

表19 項目分析（I-T相関分析、項目間相関、各質問項目を除外した場合のクロンバック α 信頼係数）
(Q1～Q25)

質問項目	I-T相関	項目間相関	クロンバック α 信頼係数
Q1 健康とは日常生活を支障なく過ごすことである	0.100	-0.038 ～ 0.506	0.931
Q2 健康とは今を充実して過ごすことである	0.112	-0.053 ～ 0.529	0.931
Q3 健康とは自分の意思で行動できることである	0.053	-0.101 ～ 0.529	0.931
Q4 歳をとるにつれて、お腹がでるのは普通である	0.338	0.026 ～ 0.327	0.930
Q5 メタボリックシンドロームは深刻な健康状態ではない	0.214	-0.041 ～ 0.278	0.931
Q6 歳をとるにつれて健康状態が悪くなるのはとめられない	0.354	-0.052 ～ 0.327	0.930
Q7 健診結果が良くないと言われても、自分はそれなりに健康である	0.478	0.015 ～ 0.417	0.929
Q8 自分の健康状態は年相応である	0.339	0.038 ～ 0.417	0.930
Q9 健康に良い行動を勧められても結局、習慣にはならない	0.363	-0.214 ～ 0.498	0.930
Q10 食生活や運動等の工夫をすることは、実際には無理である	0.412	-0.237 ～ 0.503	0.929
Q11 生活習慣を改善しても、病気を予防するとは限らない	0.455	-0.133 ～ 0.441	0.929
Q12 習慣になっている行動は変えられない	0.556	-0.081 ～ 0.503	0.928
Q13 生活習慣を改善すると日常生活に負担がかかる	0.479	-0.032 ～ 0.478	0.929
Q14 他の時間を犠牲にしてまで病気の予防に取り組む必要はない	0.574	-0.029 ～ 0.551	0.928
Q15 健康に良い行動を勧められても、生活に合わなければ実行できない	0.574	-0.062 ～ 0.485	0.928
Q16 保健指導のために時間を割くことは負担である	0.521	-0.083 ～ 0.485	0.928
Q17 保健指導は当たり前の話なので聞く意味がない	0.541	-0.088 ～ 0.475	0.928
Q18 保健指導を受けると責められているような気持ちになる	0.537	-0.003 ～ 0.642	0.928
Q19 自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である	0.643	-0.022 ～ 0.675	0.927
Q20 生活習慣の改善を勧められると、生活を否定されている気持ちになる	0.653	-0.020 ～ 0.675	0.927
Q21 健康に良い行動は、ストレスになり却って体に悪い	0.565	-0.068 ～ 0.551	0.928
Q22 生活習慣病を予防するために、生活習慣を変えるつもりはない	0.644	-0.017 ～ 0.551	0.928
Q23 自分の健康状態の判断は、自分の感覚を信じる。	0.558	-0.015 ～ 0.521	0.928
Q24 自分の健康を守ることができるのは、自分だけである	0.385	-0.028 ～ 0.398	0.930
Q25 自分の生活を他の人に干渉されたくない	0.628	0.027 ～ 0.632	0.927

注) グレーの網掛けは、I-T相関0.4以下の項目を示す。

尺度全体のクロン バック α 信頼係数	0.929
-------------------------------	-------

表19 項目分析（I-T相関分析、項目間相関、各質問項目を除外した場合のクロンバック α 信頼係数）
(Q26～Q50)

質問項目	I-T相関	項目間相関	クロンバック α 信頼係数
Q26 今の生活習慣は、自分らしさそのものである	0.366	0.026 ～ 0.312	0.930
Q27 健診は、家族や友人に誘われれば一緒に行く	0.079	-0.028 ～ 0.134	0.933
Q28 自分の健康のことで家族や友人に負担をかけたくない	0.167	-0.050 ～ 0.203	0.931
Q29 健康に良い行動は、やりすぎると家族や友人に迷惑がかかる	0.390	-0.003 ～ 0.369	0.930
Q30 保健指導では、生活習慣病以外の病気の相談は聴き流される	0.477	-0.043 ～ 0.434	0.929
Q31 生活習慣病を予防するための保健指導の重要性がわからない	0.515	-0.034 ～ 0.447	0.929
Q32 全員を同じ健康の基準に当てはめるのはおかしい	0.524	-0.026 ～ 0.465	0.928
Q33 職場や地域の活動では、保健指導を優先することに対して理解がない	0.433	-0.053 ～ 0.413	0.929
Q34 生活習慣病を予防するために時間をかける余裕はない	0.506	-0.114 ～ 0.468	0.929
Q35 体に良くないと言われても好きな食べ物・飲み物等はやめられない	0.458	-0.080 ～ 0.487	0.929
Q36 生活習慣病を予防することばかりを考えていたら、人生は楽しくない	0.638	-0.043 ～ 0.636	0.927
Q37 生活習慣病を予防することよりも、生きがいや楽しみを優先する	0.659	-0.025 ～ 0.636	0.927
Q38 保健指導に時間をかけるよりも、家族や友人との時間が大切である	0.618	-0.022 ～ 0.613	0.928
Q39 保健指導に誘われても聴き流してしまう	0.528	-0.084 ～ 0.493	0.928
Q40 理想的な健康のためにあくせくしたくない	0.643	-0.044 ～ 0.556	0.927
Q41 人は必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい	0.602	0.039 ～ 0.555	0.928
Q42 将来の健康については、その時になったら考えればよい	0.597	-0.082 ～ 0.535	0.928
Q43 自分の体の状態は、自分が一番よくわかる	0.511	0.056 ～ 0.521	0.929
Q44 その気になれば、すぐに痩せられる	0.313	-0.050 ～ 0.640	0.930
Q45 肥満の改善は、他人に言われなくても自分でできる	0.332	-0.062 ～ 0.645	0.930
Q46 人から言われなくても、自分の健康は自分で守ることができる	0.464	-0.011 ～ 0.645	0.929
Q47 健康を維持するための自分なりの方法がある	0.290	-0.157 ～ 0.563	0.930
Q48 健康を保つ秘訣はストレスのない方法で実践することである	0.280	0.014 ～ 0.379	0.930
Q49 健康に良いことは自分なりに実践する	0.041	-0.237 ～ 0.379	0.931
Q50 保健指導を受けなくても、健診を受診することで健康を維持できる	0.474	0.032 ～ 0.462	0.929

注) グレーの網掛けは、I-T相関0.4以下の項目を示す。

尺度全体のクロンバック α 信頼係数	0.929
---------------------------	-------

表20 G-P分析 (項目分析)

項目	p値	項目	p値
Q1.健康とは日常生活を支障なく過ごすことである	0.026**	Q26.今の生活習慣は、自分らしさそのものである	0.000***
Q2.健康とは今を充実して過ごすことである	0.013**	Q27.健診は、家族や友人に誘われれば一緒に行く	0.032**
Q3.健康とは自分の意思で行動できることである	0.502	Q28.自分の健康のことで家族や友人に負担をかけたくない	0.000***
Q4.歳をとるにつれて、お腹がでるのは普通である	0.000***	Q29.健康に良い行動は、やりすぎると家族や友人に迷惑がかかる	0.000***
Q5.メタボリックシンドロームは深刻な健康状態ではない	0.000***	Q30.保健指導では、生活習慣病以外の病気の相談は聴き流される	0.000***
Q6.歳をとるにつれて健康状態が悪くなるのはとめられない	0.000***	Q31.生活習慣病を予防するための保健指導の重要性がわからない	0.000***
Q7.健診結果が良くないと言われても、自分はそれなりに健康である	0.000***	Q32.全員を同じ健康の基準に当てはめるのはおかしい	0.000***
Q8.自分の健康状態は年相応である	0.000***	Q33.職場や地域の活動では、保健指導を優先することに対して理解がない	0.000***
Q9.健康に良い行動を勧められても結局、習慣にはならない	0.000***	Q34.生活習慣病を予防するために時間をかける余裕はない	0.000***
Q10.食生活や運動等の工夫をすることは、実際には無理である	0.000***	Q35.体に良くないと言われても好きな食べ物・飲み物等はやめられない	0.000***
Q11.生活習慣を改善しても、病気を予防するとは限らない	0.000***	Q36.生活習慣病を予防することばかりを考えていたら、人生は楽しくない	0.000***
Q12.習慣になっている行動は変えられない	0.000***	Q37.生活習慣病を予防することよりも、生きがいや楽しみを優先する	0.000***
Q13.生活習慣を改善すると日常生活に負担がかかる	0.000***	Q38.保健指導に時間をかけるよりも、家族や友人との時間が大切である	0.000***
Q14.他の時間を犠牲にしてまで病気の予防に取り組む必要はない	0.000***	Q39.保健指導に誘われても聴き流してしまう	0.000***
Q15.健康に良い行動を勧められても、生活に合わなければ実行できない	0.000***	Q40.理想的な健康のためにあくせくしたくない	0.000***
Q16.保健指導のために時間を割くことは負担である	0.000***	Q41.人は必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい	0.000***
Q17.保健指導は当たり前の話なので聞く意味がない	0.000***	Q42.将来の健康については、その時になったら考えればよい	0.000***
Q18.保健指導を受けると責められているような気持ちになる	0.000***	Q43.自分の体の状態は、自分が一番よくわかる	0.000***
Q19.自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である	0.000***	Q44.その気になれば、すぐに痩せられる	0.000***
Q20.生活習慣の改善を勧められると、生活を否定されている気持ちになる	0.000***	Q45.肥満の改善は、他人に言われなくても自分でできる	0.000***
Q21.健康に良い行動は、ストレスになり却って体に悪い	0.000***	Q46.人から言われなくても、自分の健康は自分で守ることができる	0.000***
Q22.生活習慣病を予防するために、生活習慣を変えるつもりはない	0.000***	Q47.健康を維持するための自分なりの方法がある	0.000***
Q23.自分の健康状態の判断は、自分の感覚を信じる	0.000***	Q48.健康を保つ秘訣はストレスのない方法で実践することである	0.000***
Q24.自分の健康を守ることができるのは、自分だけである	0.000***	Q49.健康に良いことは自分なりに実践する	0.341
Q25.自分の生活を他の人に干渉されたくない	0.000***	Q50.保健指導を受けなくても、健診を受診することで健康を維持できる	0.000***

t検定 ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$ 注)グレーの網掛け 網掛けは、G-P分析($p > 0.05$)の項目を示す。

表21 因子分析による尺度項目の再構成 削除項目

削除基準	削除項目
因子負荷量 0.40未満	Q 7. 健診結果が良くないと言われても、自分はそれなりに健康である Q32. 全員を同じ健康の基準に当てはめるのはおかしい Q16. 保健指導のために時間を割くことは負担である Q34. 生活習慣病を予防するために時間をかける余裕はない Q22. 生活習慣病を予防するために、生活習慣を変えるつもりはない Q33. 職場や地域の活動では、保健指導を優先することに対して理解がない Q31. 生活習慣病を予防するための保健指導の重要性がわからない Q30. 保健指導では、生活習慣病以外の病気の相談は聴き流される
複数の因子 に高い因子 負荷量をも つ項目	Q39. 保健指導に誘われても聴き流してしまう Q21. 健康に良い行動は、ストレスになり却って体に悪い Q50. 保健指導を受けなくても、健診を受診することで健康を維持できる Q25. 自分の生活を他の人に干渉されたくない Q35. 体に良くないと言われても好きな食べ物・飲み物等はやめられない
共通性0.16 以下	該当項目なし

表22 「未利用動機測定尺度」探索的因子分析及信頼性（クロンバック α 信頼係数）

		因子負荷量				共通性
		1	2	3	4	
第1因子(6項目):理想的な健康よりも優先される価値観						
Q37	生活習慣病を予防することよりも、生きがいや楽しみを優先する	0.926	-0.034	-0.069	-0.065	0.683
Q36	生活習慣病を予防することばかりを考えていたら、人生は楽しくない	0.777	0.027	0.009	-0.069	0.580
Q38	保健指導に時間をかけるよりも、家族や友人との時間が大切である	0.714	-0.147	0.172	-0.044	0.532
Q40	理想的な健康のためにあくせくしたくない	0.617	0.069	0.021	0.062	0.508
Q41	人は必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい	0.607	0.016	-0.078	0.208	0.503
Q42	将来の健康については、その時になったら考えればよい	0.514	0.100	0.003	0.120	0.432
第2因子(5項目):生活習慣を変えることに対する無益感						
Q10	食生活や運動等の工夫をすることは、実際には無理である	-0.076	0.805	-0.063	-0.055	0.514
Q12	習慣になっている行動は変えられない	-0.027	0.699	-0.037	0.150	0.526
Q13	生活習慣を改善すると日常生活に負担がかかる	0.067	0.640	0.095	-0.164	0.479
Q11	生活習慣を改善しても、病気を予防するとは限らない	-0.052	0.575	0.108	0.031	0.387
Q15	健康に良い行動を勧められても、生活に合わなければ実行できない	0.206	0.478	0.082	-0.017	0.451
第3因子(4項目):保健指導に対する否定的な感情						
Q20	生活習慣の改善を勧められると、生活を否定されている気持ちになる	-0.001	0.030	0.865	-0.018	0.764
Q18	保健指導を受けると責められているような気持ちになる	-0.068	0.017	0.769	-0.004	0.540
Q19	自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である	0.052	0.016	0.657	0.133	0.593
Q17	保健指導は当たり前の話なので聞く意味がない	0.196	0.063	0.428	-0.042	0.355
第4因子(3項目):自身の健康の判断に対する自負心						
Q43	自分の体の状態は、自分が一番よくわかる	-0.008	0.029	-0.057	0.773	0.572
Q46	人から言われなくても、自分の健康は自分で守ることができる	-0.015	-0.194	0.144	0.653	0.434
Q23	自分の健康状態の判断は、自分の感覚を信じる	0.053	0.121	-0.035	0.628	0.486
固有値		6.990	1.794	1.278	1.148	
寄与率(%)		36.129	6.796	4.962	3.999	
累積寄与率		36.129	42.925	47.886	51.886	
因子間相関		1	1.000			
		2	0.594	1.000		
		3	0.653	0.564	1.000	
		4	0.582	0.345	0.421	1.000
18項目全体のクロンバック α		0.904	0.867	0.801	0.822	0.732

最尤法 プロマックス回転

Kaiser-Meyer-Olkin の標本妥当性の測度=0.925 Bartlett の球面性検定 $p<0.001$

表22-1 「未利用動機測定尺度」探索的因子分析（下位概念）

質問項目	下位概念
第1因子(6項目):理想的な健康よりも優先される価値観	
Q37 生活習慣病を予防することよりも、生きがいや楽しみを優先する	直接競合する欲求と優先行動
Q36 生活習慣病を予防することばかりを考えていたら、人生は楽しくない	直接競合する欲求と優先行動
Q38 保健指導に時間をかけるよりも、家族や友人との時間が大切である	直接競合する欲求と優先行動
Q40 理想的な健康のためにあくせくしたくない	行為計画実行の意思
Q41 人は必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい	行為計画実行の意思
Q42 将来の健康については、その時になったら考えればよい	行為計画実行の意思
第2因子(5項目):生活習慣を変えることに対する無益感	
Q10 食生活や運動等の工夫をすることは、実際には無理である	過去の関連行動
Q12 習慣になっている行動は変えられない	行為の負担の知覚
Q13 生活習慣を改善すると日常生活に負担がかかる	行為の負担の知覚
Q11 生活習慣を改善しても、病気を予防するとは限らない	過去の関連行動
Q15 健康に良い行動を勧められても、生活に合わなければ実行できない	行為の負担の知覚
第3因子(4項目):保健指導に対する否定的な感情	
Q20 生活習慣の改善を勧められると、生活を否定されている気持ちになる	行為に関わる感情
Q18 保健指導を受けると責められているような気持ちになる	行為に関わる感情
Q19 自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である	行為に関わる感情
Q17 保健指導は当たり前の話なので聞く意味がない	過去の関連行動
第4因子(3項目):自身の健康の判断に対する自負心	
Q43 自分の体の状態は、自分が一番よくわかる	自己効力の知覚
Q46 人から言われなくても、自分の健康は自分で守ることができる	自己効力の知覚
Q23 自分の健康状態の判断は、自分の感覚を信じる	自尊心(個人的因子)

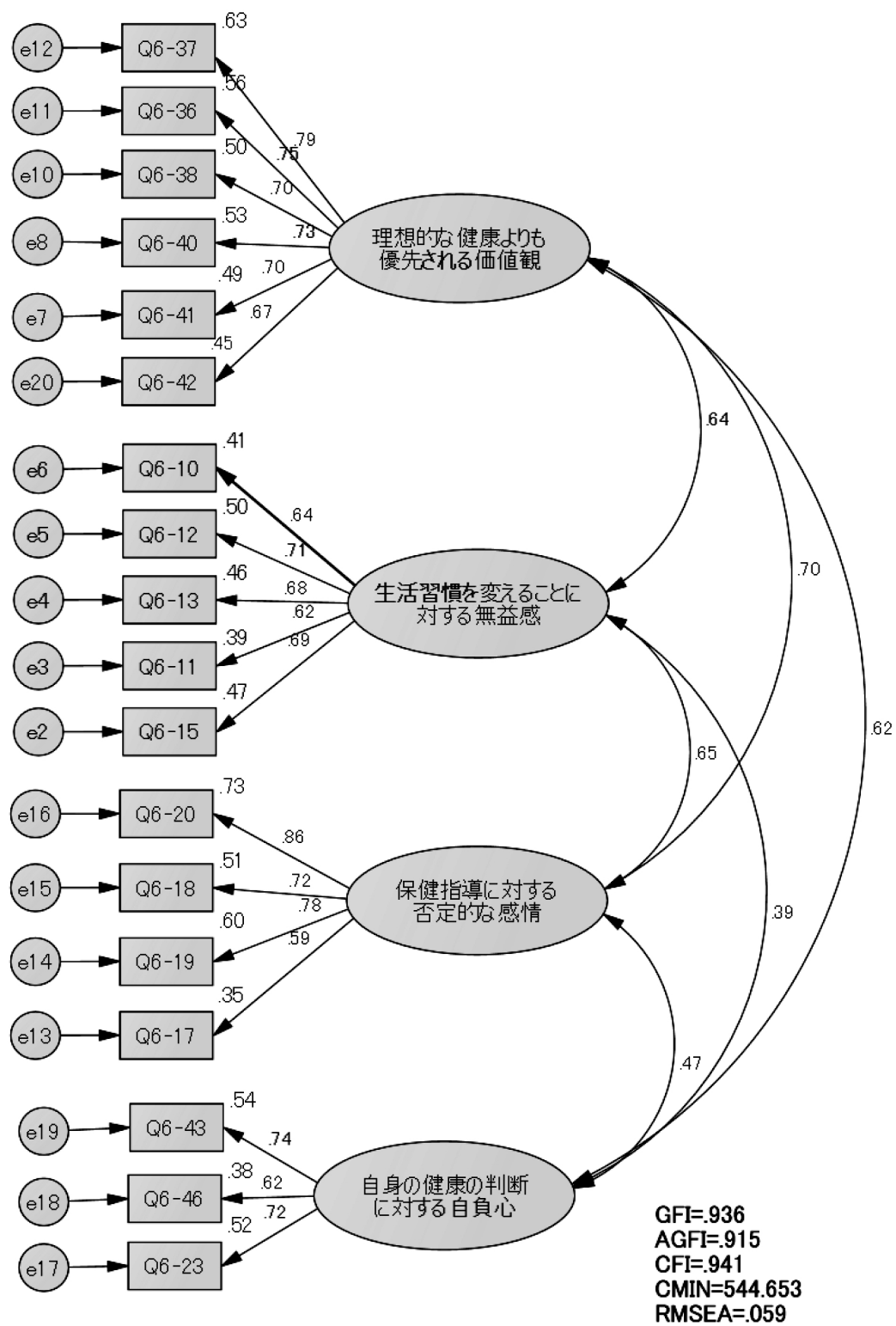


図5 「未利用動機測定尺度」 確認的因子分析

表23 既知グループ法
(特定保健指導 2 群と 4 因子18項目「未利用動機測定尺度」合計得点との関連)

		人数	平均値	標準偏差	p値
尺度全体	利用無	934	49.7	13.6	0.000***
	利用有	510	44.4	13.4	
第1因子	利用無	934	17.3	5.6	0.000***
	利用有	510	15.5	5.3	
第2因子	利用無	934	13.6	4.7	0.000***
	利用有	510	12.6	4.5	
第3因子	利用無	934	10.2	4.0	0.000***
	利用有	510	8.4	3.8	
第4因子	利用無	934	8.7	3.0	0.000***
	利用有	510	8.0	3.0	

t検定 ***p<0.001

表24 基準関連妥当性
(4 因子18項目「未利用動機測定尺度」得点とHLC尺度との相関)

	利用行動評価尺度				
	全体得点	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
HLC尺度	-0.411**	-0.368**	-0.449**	-0.333**	-0.046

Pearson の相関係数 **p<0.01

表24-1 4 因子18項目「未利用動機測定尺度」尺度得点

	最小値	最大値	平均値	標準偏差
尺度合計点	18	90	49.7	13.6
第1因子	6	30	17.3	5.6
第2因子	5	25	13.6	4.7
第3因子	4	20	10.2	4.0
第4因子	3	15	8.7	3.0

表 25 「未利用動機測定尺度」の質問紙（完成版）

【特定保健指導該当者を対象とした未利用の動機測定尺度】

以下の質問項目について、「そう思う」から「そう思わない」の中から、あなたの考えにもっとも近い回答を1つ選び、あてはまる番号に○をつけてください。回答は、時間をかけず感じたままをお答えください。

質問項目		そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
【理想的な健康よりも優先される価値観】						
1	生活習慣病を予防することよりも、生きがいや楽しみを優先する	5	4	3	2	1
2	生活習慣病を予防することばかりを考えていたら、人生は楽しくない	5	4	3	2	1
3	保健指導に時間をかけるよりも、家族や友人との時間が大切である	5	4	3	2	1
4	理想的な健康のためにあくせくしたくない	5	4	3	2	1
5	人は必ず死ぬのだから、今を充実して生きたほうがよい	5	4	3	2	1
6	将来の健康については、その時になったら考えればよい	5	4	3	2	1
【生活習慣を変えることに対する無益感】						
7	食生活や運動等の工夫をすることは、実際には無理である	5	4	3	2	1
8	習慣になっている行動は変えられない	5	4	3	2	1
9	生活習慣を改善すると日常生活に負担がかかる	5	4	3	2	1
10	生活習慣を改善しても、病気を予防するとは限らない	5	4	3	2	1
11	健康に良い行動を勧められても、生活に合わなければ実行できない	5	4	3	2	1
【保健指導に対する否定的な感情】						
12	生活習慣の改善を勧められると、生活を否定されている気持ちになる	5	4	3	2	1
13	保健指導を受けると責められているような気持ちになる	5	4	3	2	1
14	自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である	5	4	3	2	1
15	保健指導は当たり前の話なので聞く意味がない	5	4	3	2	1
【自身の健康の判断に対する自負心】						
16	自分の体の状態は、自分が一番よくわかる	5	4	3	2	1
17	人から言われなくても、自分の健康は自分で守ることができる	5	4	3	2	1
18	自分の健康状態の判断は、自分の感覚を信じる	5	4	3	2	1

表 25-1 「未利用動機測定尺度」の質問紙（住民用完成版）

【特定保健指導該当者を対象とした未利用の動機測定尺度】

以下の質問項目について、「そう思う」から「そう思わない」の中から、あなたの考えにもっとも近い回答を1つ選び、あてはまる番号に○をつけてください。回答は、時間をかけず感じたままをお答えください。

質問項目		そう 思う	やや そう 思う	ど ち ら と も い え な い	あ ま り そ う 思 わ な い	そ う 思 わ な い
1	生活習慣病を予防することよりも、生きがいや楽しみを優先する	5	4	3	2	1
2	生活習慣病を予防することばかりを考えていたら、人生は楽しくない	5	4	3	2	1
3	保健指導に時間をかけるよりも、家族や友人との時間が大切である	5	4	3	2	1
4	理想的な健康のためにあくせくしたくない	5	4	3	2	1
5	人は必ず死ぬのだから、今を充実して生きたほうがよい	5	4	3	2	1
6	将来の健康については、その時になったら考えればよい	5	4	3	2	1
7	食生活や運動等の工夫をすることは、実際には無理である	5	4	3	2	1
8	習慣になっている行動は変えられない	5	4	3	2	1
9	生活習慣を改善すると日常生活に負担がかかる	5	4	3	2	1
10	生活習慣を改善しても、病気を予防するとは限らない	5	4	3	2	1
11	健康に良い行動を勧められても、生活に合わなければ実行できない	5	4	3	2	1
12	生活習慣の改善を勧められると、生活を否定されている気持ちになる	5	4	3	2	1
13	保健指導を受けると責められているような気持ちになる	5	4	3	2	1
14	自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である	5	4	3	2	1
15	保健指導は当たり前の話なので聞く意味がない	5	4	3	2	1
16	自分の体の状態は、自分が一番よくわかる	5	4	3	2	1
17	人から言われなくても、自分の健康は自分で守ることができる	5	4	3	2	1
18	自分の健康状態の判断は、自分の感覚を信じる	5	4	3	2	1

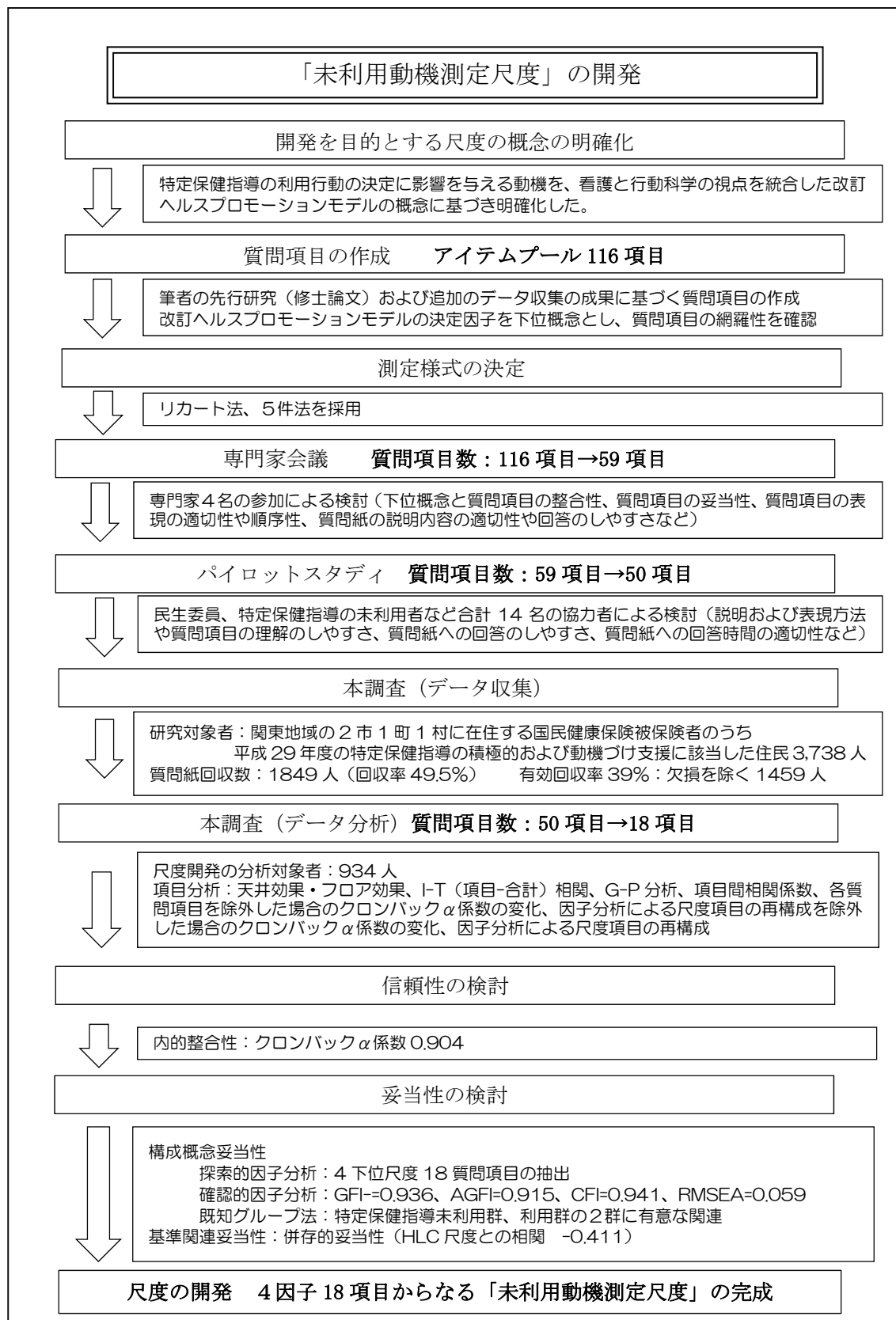


図6 「未利用動機測定尺度」尺度開発の結果

第 7 章

考 察

第7章 考察

本研究の目的は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するために、未利用の動機の程度を測定する尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検証を通して、「未利用動機測定尺度」を開発することである。

本研究では、専門家会議及びパイロットスタディを通して作成した質問紙を用いて、本調査を実施した。その結果、特定保健指導の未利用の動機の程度を測定するための4下位尺度18項目から構成される「未利用動機測定尺度」を開発した。

そこで、本章では、第1にデータの適切性、第2に尺度の信頼性・妥当性、第3に尺度の活用可能性について考察する。

第1節 データの適切性

1. 研究対象者及び分析対象者の特性

1) 研究対象者の特性

平成29年度市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書²³⁴⁾では、特定保健指導に該当した対象者は、全国で858,707人であり、5歳毎の年代別では、40～44歳51,953人(6.0%)、45～49歳61,222人(7.1%)、50～54歳59,813人(7.0%)、55～59歳63,989人(7.5%)、60～64歳113,589人(13.2%)、65～69歳268,125人(31.2%)、70歳以上240,016人(28.0%)であった。本研究における研究対象者の年代別の割合は、40～44歳44人(3.0%)、45～49歳70人(4.8%)、50～54歳70人(4.8%)、55～59歳79人(5.4%)、60～64歳188人(12.9%)、65～69歳489人(33.5%)、70歳以上501人(34.3%)であり、40歳代～50歳代の割合が全国調査に比較し、やや低い結果ではあるが、全国の特定保健指導対象者の割合とほぼ同様の傾向であった。

全国の特定保健指導対象者の性別については、男性564,902人(65.8%)、女性293,805人(34.2%)であった。本研究の調査結果は、男性972人(66.6%)、女性473人(32.4%)、全国と同様の結果を示した。

行動変容ステージについては、維持期の割合は437人(30.0%)であった。全国の維

持期の割合は約 15%、最も高い都道府県においても約 22%であり²³⁵⁾、本研究対象者の 30%は、全国平均と比較すると高い値であった。行動変容ステージの確認は、健診受診時に標準的な質問票を用いて行っている。しかし、本研究の調査は、研究対象者が特定健診を受診し、自身の健診結果を確認後、半年以上経過してからの回答である。そのため、特定保健指導該当者は、健診結果を受けて生活習慣の改善に取り組んでいる可能性がある。30 歳代と 40 歳代の労働者を対象とした研究では、健診結果が健康行動に反映される可能性が示唆されている²³⁶⁾。本研究対象者の維持期の割合が高い理由としては、回答時期が異なることが影響していると推察される。

特定保健指導の利用状況では、全国の特定保健指導の利用者数は、260,615 人(30.3%)であった。本研究による調査では、特定保健指導の利用の有無において「利用あり」と回答した者は 510 人(35.0%)であり、全国の調査とほぼ同様の傾向であった。

2) 分析対象者の特性

分析対象者の年代別の割合は、40～44 歳 29 人(3.1%)、45～49 歳 47 人(5.0%)、50～54 歳 49 人(5.2%)、55～59 歳 60 人(6.4%)、60～64 歳 125 人(13.4%)、65～69 歳 298 人(32.0%)、70 歳以上 322 人(34.5%)であり、40 歳代～50 歳代の割合が全国調査と比較し、やや低い結果ではあるが研究対象者及び全国の特定保健指導対象者の割合とほぼ同様の傾向であった。

性別については、男性 643 人(68.9%)、女性 290 人(31.0%)であり、研究対象者及び全国と同様な結果を示した。

行動変容ステージの割合では、研究対象者と同様、分析対象者も維持期の割合は、270 人(29.0%)であり、全国平均と比較し、高い状況であった。分析対象者においても、健診結果を受け、既に生活習慣の改善に取り組んでいる可能性が高いと考える。このことから、本研究の調査により得られたデータは、尺度の開発のデータとして妥当であると考えられる。

2. 尺度の総得点分布

本研究で作成した「未利用動機測定尺度」の総得点分布は、ヒストグラム、歪度・尖度から正規分布であることが確認された。このことは、研究対象者の総得点が平均を中心に低得点から高得点の全範囲に渡っていることを意味している。

以上のように、本調査結果から得られたデータは、研究対象者の特性及び尺度の総得点分布により、偏りのない適切なデータであることが確認された。このことは、本調査結果から得られたデータが、本尺度開発のための信頼性・妥当性の検証に活用できることを示している。

第2節 尺度の信頼性・妥当性

1. 信頼性

「未利用動機測定尺度」の尺度全体のクロンバック α 信頼係数は 0.904、各因子では、第1因子 0.867、第2因子 0.801、第3因子 0.822、第4因子 0.732 であった。尺度の信頼性については、多くの見解があるが、一致していることとして、クロンバック α 信頼係数は少なくとも 0.7 以上でなくてはならない^{237, 238)} ということである。一方、クロンバック α 信頼係数は、質問項目数やサンプルサイズに影響されるという点を考慮した基準も示されており、質問項目数が 12 以上でサンプルサイズが 300 を超える場合には、0.9 以上なければならないとされている²³⁹⁾。本尺度は 18 項目から構成され、サンプルサイズは 934 であった。尺度全体のクロンバック α 信頼係数は 0.904 であり、質問項目数が 12 以上でサンプルサイズが 300 の基準を満たしている。また、下位尺度については、4 つの下位尺度すべてが 0.7 以上の基準を満たしている。これらの結果から尺度の内的整合性が確認され、信頼性が確保されていることが示された。

2. 妥当性

1) 内容的妥当性

(1) 専門家会議及びパイロットスタディ

内容的妥当性は、尺度項目が測定対象としている内容領域をどの程度反映しているかを表わす概念である²⁴⁰⁾。妥当性を検討する方法は、専門家による項目内容の判断であり²⁴¹⁾、多くの先行研究では、専門家会議やパイロットスタディを実施し、内容的妥当性を確保している。

本研究では、改訂ヘルスプロモーションモデルを理論的枠組みとして、筆者の先行研究（修士論文）などの質的帰納的研究方法論である KJ 法を用いて分析した成果から質

問項目の原案を作成した。原案の質問項目は、中核市（保健所業務を含む）保健師、市町村保健師、公衆衛生看護学領域の大学教員、国民健康保険団体連合会の事務職員による専門家会議において内容を検討し、修正を行った。専門家会議により修正を行った質問項目について、民生委員 9 人、市町村国保被保険者の特定保健指導未利用者 2 人、地方公務員共済組合被保険者の特定保健指導未利用者 3 人の合計 14 人に対して、パイロットスタディを実施し、さらに質問項目の検討と修正を行った。本調査は、専門家会議及びパイロットスタディの検討結果に基づき、修正した質問項目を用いて実施した。

（２）項目分析及び因子分析による尺度項目の再構成

本調査の結果に基づき、項目分析を実施し、因子分析による尺度項目の再構成を行った。項目分析は、天井効果・フロア効果、I-T（項目-合計）相関、項目間相関、各質問項目を除外した場合のクロンバック α 信頼係数の変化、G-P 分析を行った。項目分析にあたっては、先行文献及び専門書に基づき、削除基準を決定した。削除基準に該当した項目については、削除することの妥当性を 1 項目ごとに確認した。

因子分析による尺度の再構成では、因子負荷量 0.4 以下、複数の因子に高い因子負荷量をもつ項目、共通性 1.6 以下を削除基準とした。削除基準に該当した質問項目については、未利用の動機となる複数の要素が含まれていないかなどについて、KJ 法の統合過程を確認しながら、十分な検討を行い削除することを決定した。

以上に述べたとおり、本研究は、専門家会議、パイロットスタディ、項目分析による質問項目の検討を通して、「未利用動機測定尺度」は内容的妥当性が確保されていることが示された。

２）構成概念妥当性

構成概念妥当性については、探索的因子分析、確認的因子分析、既知グループ法による検討を行った。

（１）探索的因子分析

「未利用動機測定尺度」の構成概念妥当性を確認するため、項目分析により抽出された 18 項目を用いて探索的因子分析を行った。因子抽出法は最尤法²⁴²⁾、回転は因子間の相関を仮定し、プロマックス回転を用いて探索的因子分析を行った。その結果、固有値 1 以上の因子が 4 因子抽出され、因子を構成する質問項目は、同一因子に 0.4 以上の因

子負荷量を示した。また、他の因子に示す因子負荷量に比較し、最も高値であることが確認され、複数の因子に高い因子負荷量をもつ因子はなかった。抽出後の各因子の寄与率は 3.999% から 36.129% の範囲にあり、累積寄与率は 51.886%、因子間相関については、「やや相関あり」から「かなり相関あり」の結果であった。さらに、因子分析の妥当性の確認を行うために、KMO 測度及びバートレットの球面性検定を行った。KMO 測度は 0.925 であり、0.90 以上のため優良の判定であった。また、バートレットの球面性検定は $\chi^2 (df=153) = 7119.211$ 、 $p=0.00$ で有意となり、因子分析の妥当性が確認された。

以上の分析結果から、「未利用動機測定尺度」は構成概念妥当性を確保していることが示された。

次に、探索的因子分析の結果から抽出された 4 因子に基づく、「未利用動機測定尺度」の下位尺度の特徴について述べる。

第 1 因子【理想的な健康よりも優先される価値観】は、尺度の下位概念である「直接競合する欲求と優先行動」及び「行為計画実行の意思」から構成されていた。「直接競合する欲求と優先行動」及び「行為計画実行の意思」は、“行動の成果”を上位概念とし、行動は行為計画実行の意思から始まり、回避できないような競合的な欲求や、逆らえないような他の優先行動によって邪魔されない限り、この義務感是人を行動へと駆り立てる²⁴³⁾。競合する要求は、仕事や家族に対する責任など、自身では制御しにくい行為であり、負担の知覚とは異なり行為を行わないことで、不利なことが起こる可能性がある。一方、競合する優先行動は魅力のある行為のことを示し、当事者は適切に制御することができず、時間がないなどの障害とは異なり、個人の優先行動の順位に対して、最後の瞬間に働きかけ、保健行動の計画を脱線させる。直接競合する要求と優先行動は、保健行動を実行する可能性に直接影響し、行動の意思の効果を抑える働きをする。「行為計画実行の意思」は、意思的行動をするには、まず意図があることが必要であり、その上で行為を計画するが、意思や義務感だけがあっても方策がない場合は、保健行動の遂行はできない。「行為計画実行の意思」が強ければ、競合する欲求や優先行動があっても行動に長く専念することができる²⁴⁴⁾。つまり、「行動計画実行の意思」が弱いと、行動の実行には結びつかない。このように、「直接競合する欲求と優先行動」及び「行為計画実行の意思」の 2 つの下位概念は、行動の実行を抑制する働きがあるため、行動の実行可能性に影響を与える。これら 2 つの下位概念から構成される項目は、共通して保健行動の実行に影響を与える価値観を示しており、「直接競合する欲求と優先行動」と「行為計画

実行の意思」が統合され、第2因子が構成されたことは妥当であると考える。

また、第1因子は、自身の責任や役割を果たすことを重要視すること、生活の豊かさや充実感を優先すること、将来の健康を見据えた保健行動を計画実行する意図を持たないことが、未利用の動機となることを示している。特定保健指導が未利用となる者は、自身の健康を増進させる行動よりも、仕事や家族に対する責任を果たすことや生きがいや趣味を通して、生活する上での充実感を得ることに価値を見出していると考えられる。人々は、保健行動をするために生きているのではなく、むしろ仕事や趣味などの様々な生活行動が何よりも優先されることが多い²⁴⁵⁾。生活を過ごす上で優先される欲求は、その人がどのような行動に価値を置いているかということにより異なると考える。このように、健康増進を目指すための保健行動ではなく、自身の役割を果たし、充実した生活を過ごすことを大切にする価値観は、特定保健指導の未利用を決定する理由であり、未利用となる動機であると考える。

第1因子の特徴から特定保健指導が未利用となる者は、特定保健指導よりも自身の役割を果たすことや生活において充実感を得ることを優先すること、保健行動を計画実行する意思を持たないことが示された。このような価値観を持つほど、未利用という行動が強固なものとなる。第1因子【理想的な健康よりも優先される価値観】は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を示しており、本尺度に必要な質問項目であると考えられる。

第2因子【生活習慣を変えることに対する無益感】は、尺度の下位概念である「過去の関連行動」及び「行為の負担の知覚」から構成されていた。過去の関連行動により負担感を経験すると、それは「障害」として記憶の中に留められ、その行動を実行するためには、その障害を克服することが必要となる。また、過去の行動は、“行動に特異的な認識と感情”のすべてを形成する²⁴⁶⁾。つまり、“行動に特異的な認識と感情”は、過去の関連行動の影響を受けるということであり、過去の行動による負の感情は、行為に対する負担感を生じさせ、特定保健指導が未利用に至ると考える。このように、第1因子の項目を構成する「過去の関連行動」と「行為の負担の知覚」の2つの下位概念は、過去の行動や保健行動への負担の影響を受けて生じる無益感であり、特定保健指導が未利用となる動機を示す項目である。このことから、「過去の関連行動」と「行為の負担の知覚」が統合され、第2因子が構成されたことは妥当であると考えられる。

また、第2因子は、生活習慣を変えることに対して利点を見出せないことや、生活習

慣を変えることに対する負担などから生じる無益感が、未利用となることを示している。無益とは、利益にならないこと、無駄なことである²⁴⁷⁾。行動変容は、その行動に対しての利益、不利益の影響を受け、具体的には、行動変容により生じる利益又は有用性と不利益又は障害や負担を天秤にかけて、利益や有用性が重ければ行動を実行し、不利益や障害、負担が重ければ行動を実行しないこととなる^{248, 249)}。「過去の関連行動」や「行為の負担の知覚」により生じる無益感は、新たな保健行動を取り入れることへの障害になると推察される。また、習慣化され刻印された感覚を必要な保健行動に合うように変えることは、並大抵なことではない²⁵⁰⁾。このように、習慣化した行動の変容は失敗を伴いやすく、失敗の経験は負担の感情として記憶の中に留まる可能性が高い。これらの記憶は負担として知覚され、そのことが理由となり、特定保健指導が未利用に至ると考える。健常高齢者の介護予防行動に影響を及ぼす要因を明らかにした研究では、実行負担の知覚が少ない者ほど介護予防行動を実行しており、「行為の負担の知覚」が行動の実行に影響を与えることが示されている²⁵¹⁾。過去の行動による負担や、行動に対する負担の知覚は、特定保健指導の未利用を決定する理由であり、未利用となる動機であると考ええる。

第2因子の特徴から特定保健指導が未利用となる者は、過去の経験や保健行動に対する不利益な感情や保健行動を生活に取り入れることへの負担感が強く、保健行動の価値を見出すことができないことが示されている。これらの無益感が強いほど、未利用という行動が強固なものとなる。第2因子【生活習慣を変えることに対する無益感】は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を示しており、本尺度に必要な質問項目であると考ええる。

第3因子【保健指導に対する否定的な感情】は、尺度の下位概念である「行為に関わる感情」及び「過去の関連行動」から構成されていた。「行為に関わる感情」では、ポジティブな感情を伴う行動は繰り返し行われ、ネガティブな感情を伴う行動は回避されやすく、行為に関わる感情は保健行動に直接的に影響する²⁵²⁾。「過去の関連行動」は、その行動に対して負担感を経験すると、それは「障害」として記憶の中に留められ、その行動を実行するには、その障害を克服することが必要となる。過去の行動は、行動に特異的なこれらの認識と感情のすべてを形成する²⁵³⁾。第3因子の「行為に関わる感情」は、保健指導に対するネガティブなイメージや感情であり、「過去の関連行動」は、過去の行動から保健指導に対するネガティブな感情を生じさせていた。このように、第3因

子の「行為に関わる感情」及び「過去の関連行動」の下位概念は、保健指導への否定的な感情を表しており、これらの2つの下位概念が統合され、第3因子が構成されたことは妥当であると考える。

また、第3因子は、保健指導に対して抱いている不信感や違和感など、保健指導や支援者に対する否定的な感情が未利用の動機となることを示している。特定保健指導が未利用となる者は、保健指導の内容などに対して、自身を否定されることや支援者から責められることなどへの不信感、生活を他者から指示されることへの不快感などのネガティブな感情を抱いていた。看護学生を対象とした、子宮頸がん検診行動の継続にかかわる動機に関する研究では、子宮頸がん検診を継続して受診している者は、子宮頸がん検診のイメージがポジティブな傾向にあることが明らかにされており²⁵⁴⁾、行動に対する感情は、行動を左右する動機になると考える。このように、保健指導に対する否定的な感情は、特定保健指導の未利用を決定する理由であり、未利用となる動機であると考える。

第3因子の特徴から、特定保健指導が未利用となる者は、保健指導の内容や支援者に対して否定的な感情を抱いていることが示された。これらの否定的な感情が強いほど、未利用という行動が強固なものとなる。第3因子【保健指導に対する否定的な感情】は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を示しており、本尺度に必要な質問項目であると考える。

第4因子【自身の健康の判断に対する自負心】は、「自己効力の知覚」及び「自尊心（個人的因子）」から構成されていた。「自己効力の知覚」は、ある行動ができるという自己判断であり、自分がとる行動に対して技術と能力があるという知覚は、得意とする行動に取り組もうという気持ちにさせる。また、自己効力感は、課題の遂行に対する自信、課題を達成できる見込み感を指す概念である²⁵⁵⁾。「自尊心（個人的因子）」は、心理学的因子の変数の一つであり²⁵⁶⁾、自分の人格を大切にする気持ち、また、自分の思想や言動などに自信をもち、他者からの干渉を排除する態度である²⁵⁷⁾。「自己効力の知覚」及び「自尊心（個人的因子）」の2つの下位概念が示すものは、健康状態の判断に対して自身の判断能力を尊重する考え方である。このことから、「自己効力の知覚」と「自尊心（個人的因子）」が統合され、第4因子が構成されたことは妥当であると考える。

また、第4因子は、自己効力感や自尊心が未利用の動機となることを示している。本来、自己効力感、課題の遂行に対する自信、課題を達成できる見込み感を指す概念であり、「自分はできる」という気持ちは、行動変容を促す可能性が高いと考える。しかし、

特定保健指導該当者は、自身の健康状態を健康と判断しており、特定保健指導の必要性を認識していない可能性が高い。先行研究²⁵⁸⁾では、【“私という領域”がある】という要素が未利用の理由の基盤となっていた。【“私という領域”がある】には、「私らしい“私の健康”がある」というように、未利用者が自身の健康の判断基準をもっていること、自身の健康状態に対して、「“年相応”元気である」と認識していること、「(健診の解釈や指導の利用は)私に任せてほしい」という健康の判断に対する自信や、「干渉される筋合はない」という自尊心などが含まれている。さらに、先行研究の結果は、未利用者が生活習慣の改善を自分らしさの否定と捉え、他者の介入を快く思わないことを示している。特定保健指導の未利用者は、自身の状態を健康であると判断し、その判断に対して自信をもっていた。つまり、未利用という行動の決定には、誰もがもつ自負心が大きく影響していると考ええる。特定保健指導の未利用者に関わらず、特定保健指導該当者の多くは、日常生活を支障なく過ごすことを健康と捉えており、潜在化している自身の健康問題を認識していない可能性が高い。自身の判断などに自信が持てない特定保健指導該当者ほど、保健師による支援を受け入れやすいと考える。しかし、健康の判断に対する自負心強い特定保健指導該当者は、保健師からの支援を必要としないため、特定保健指導の利用行動が未利用へ至ると考える。さらに、特定保健指導の未利用者は、保健指導の必要性を認識していないため、保健師による支援は干渉になると推察される。このように、第4因子に示される自負心は、特定保健指導の未利用という行動を決定する理由であり、未利用となる動機であると考ええる。

第4因子の特徴から、特定保健指導が未利用となる者は、自身の健康状態の判断や健康管理に対して自信をもっているため、他者からの干渉を受けたくないと考えていることが示された。このように自負心強いほど、未利用という行動を強固なものとする。第4因子【自身の健康の判断に対する自負心】は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を示しており、本尺度に必要な質問項目であると考ええる。

以上、抽出された4因子の特徴について述べてきたが、次に、本尺度において抽出されなかった決定因子について考察する。

本尺度では、改訂ヘルスプロモーションモデルの決定因子のうち、「行為の利益の知覚」「人間関係の影響」「状況的影響」3つの決定因子が抽出されなかった。また、個人的因子については、「健康の定義」「健康状態の知覚」が抽出されなかった。

「行為の利益の知覚」は、保健行動結果として予期される望ましい結果²⁵⁹⁾であり、

保健行動の実践などから得られる利益に関する質問項目を作成した。しかし、本尺度は、特定保健指導が未利用となる動機を測定する尺度であり、「行為の利益の知覚」は、未利用という行動に与える影響がほとんどなく、本尺度の項目として抽出されなかったと考える。しかし、本尺度の第2因子は、【生活習慣を変えることに対する無益感】であり、保健行動を生活に取り入れ、生活習慣を変えることへの無益の感情を把握する質問項目である。つまり、無益感が少ない場合は、特定保健指導に対して利益を知覚している可能性があると考えられる。特定保健指導の未利用者は、保健行動を否定している訳ではなく保健行動が自身の生活に合わないことを主張し、自身の生活に支障のない程度の保健行動は実践している²⁶⁰⁾。このことから、特定保健指導該当者は、保健行動を取り入れることへの利益を認識しているが、負担や障害などからくる無益感が勝り、特定保健指導の未利用を決定すると推察される。このように、特定保健指導の未利用の決定には、特定保健指導に対する利益の知覚が与える影響は少ないことから、「行為の利益の知覚」は抽出されなかったと考える。

「人間関係の影響」は、他者の行動、信念、態度に関する認識である。人間関係の影響の第一次資源は、家族、仲間、保健医療関係者である²⁶¹⁾。人間関係の影響が適切な効果をもたらすためには、他者の行動や期待、助言に注意を向け、それらを理解して自身の認知表現の中に取り入れる必要があり、他者からの影響は、特に思春期に顕著である²⁶²⁾。「人間関係の影響」が抽出されなかった理由としては、特定健診・特定保健指導の対象者は、40歳以降であり、他者の影響を受けにくい発達段階であることが挙げられる。また、特定保健指導の未利用者は、自己決定の権利があると考え、自身の判断を大切にしており²⁶³⁾、家族や仲間、保健師などの支援者からの影響は受けにくいと考える。さらに、家族、仲間、保健医療関係者の重要他者の存在の有無は、個人により異なっている。これらのことから、「人間関係の影響」が抽出されなかったと考える。

「状況的影響」は、行動を促進したり、阻害したりする特定の状況又は文脈の知覚及び認識である。人間は、気持ちに通じ合い、安全で安心できると感じられる状況や環境の中で最もよく物事を行うことができ、保健行動の実行に当たっては、楽しくて面白い環境が望ましい²⁶⁴⁾。このことから、尺度の質問項目は、行政への認識、保健事業への認識、保健サービスに対する欲求、周囲の環境などへの知覚及び認識とした。特定保健指導は、市町村により多少の相違はあるが、保健指導の実施要件や保健指導のプロセス及び必要な保健指導技術などが示されている²⁶⁵⁾。しかし、特定保健指導の未利用者は、

保健行動に対する無益感や保健指導に対する否定的な感情という動機が強く、「状況的影響」に係わることを考慮する前に未利用の決定に至ると考える。このように、特定保健指導の未利用の決定においては、「状況的影響」が及ぼす影響は少ないため、抽出されなかったと考える。

個人的因子（心理学的因子）については、「自尊心」のみが抽出され、「健康の定義」と「健康状態の知覚」は、尺度の質問項目として抽出されなかった。「健康の定義」については、研究対象者の7割以上が、「健康とは日常生活を支障なく過ごすことである」などの質問に対して、「そう思う」と回答していた。このことは、特定保健指導該当者は、日常生活を支障なく過ごすことを健康と捉えている²⁶⁶⁾ことを示している。つまり、本調査の結果から、多くの特定保健指導該当者は、予防的視点を含まない健康観、すなわち、日常生活を支障なく過ごせることを、健康と捉える健康観を形成していることが明らかになった。7割以上の者が同一の回答であった「健康の定義」は、尺度の質問項目としては適さないため、抽出されなかったと考える。

「健康状態の知覚」は、生活習慣病や中年期以降の体調の変化に対する知識や認識を問う質問項目であった。これらの質問項目は、特定保健指導該当者が生活習慣病に関する正しい知識を持っているか、中年期以降の健康状態を、どのように認識しているかを問う項目であり、現在の特定保健指導該当者の健康状態とは、直接的に結びつくものではない。そのため、「健康状態の知覚」は、間接的に未利用という行動に影響を与えるが、直接的に及ぼす影響は低く、本尺度の因子として抽出されなかったと考える。

次に、改訂ヘルスプロモーションモデル及び心理尺度の特徴から、10の決定因子のうち、7つの決定因子が抽出されたことの妥当性について考察する。

改訂ヘルスプロモーションモデルは、検証研究に基づき改定された理論であり、特定の対象集団の保健行動に対して、適切な影響因子と考えられる変数を選び出すことができる。また、改訂ヘルスプロモーションモデルは、測定用具開発のためのパラダイムとして活用可能である²⁶⁷⁾。先行研究で開発された尺度のうち、運動の利益／負担スケール（EBSS ; Exercise Benefits / Barriers Scale）は、運動に対する知覚された利益と知覚された負担という認知及び知覚因子を測定する43項目、4件法のリカート法の尺度である。EBSSは、利益と負担それぞれの数値及び全体の数値を算出することができ、運動に対する知覚を評価するために有用である^{268, 269)}。また、EBSSは、運動に対する利益と負担を測定することにより、ヘルスプロモーション行動を目指すための効果的な指

標となる。このように、ヘルスプロモーションモデルは、行動の特徴を踏まえた変数を選択することにより、効果的な介入につながる。本尺度は、未利用という行動が決定されるプロセスに対して、最も影響している決定因子を検討するために、改訂ヘルスプロモーションモデルを適用した。その結果、10 の決定因子のうち、特に未利用の動機と関連のある 7 つの決定因子が抽出された。このことから、未利用の動機の程度を測定には、下位概念である 7 つの決定因子が重要な因子であることが示された。

次に、心理尺度は、厳密には何らかの構成概念を測定すると考えるのは誤りであり、尺度得点が反映する何らかの個人差を特定の構成概念を用いて解釈することが、心理尺度の発想である。想定された特定の構成概念に疑念が生じた場合には、尺度を重要視し、構成概念をより適切なものに差し替える方法も考えられる²⁷⁰⁾。本研究では、特定保健指導の利用行動に関する先行研究は存在しないため、保健行動の予測、説明に有用である改訂ヘルスプロモーションモデルの保健行動の概念を枠組みとした。10 の決定因子を用いて質問項目のアイテムプールを作成したことは、特定保健指導が未利用となる動機を網羅できたと考える。さらに、尺度の質問項目の再構成を経て、特定保健指導が未利用となる動機を測定するために重要な項目を抽出した。従って、本尺度は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を測定するための有用な尺度であると考えられる。

(2) 確認的因子分析

探索的因子分析で抽出された 18 質問項目 4 因子からなる「未利用動機測定尺度」の構成概念妥当性を確認するため、探索的因子分析の結果に基づきモデルを作成し、確認的因子分析を行った。適合度の指標としては、GFI (Goodness of Fit Index)、AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index)、CFI (Comparative Fit Index)、RMSEA (Root Mean Square Error Approximation) が用いられる。GFI、AGFI、CFI は、一般的に 0.9 以上であれば、「説得力のあるパス図」と判断される。また、RMSEA は、0.05 以下は当てはまりが良く、0.1 以上は当てはまりが良くないと判断され²⁷¹⁾、0.1 以上のモデルは採択しない²⁷²⁾ こととされている。分析の結果、18 質問項目 4 因子からなる「未利用動機測定尺度」は、GFI=0.936、AGFI=0.915、CFI=0.942 であり、GFI、AGFI、CFI すべてにおいて、0.90 以上を示し、説得力のあるパス図であると判断された。RMSEA=0.059 であり、0.05 以下とはならなかったが、0.08 までは、許容範囲²⁷³⁾ とされており、比較的当てはまりの良いモデルであると判断することができる。これらのことから、18 質問項目 4 因子からなる「未利用動機測定尺度」の適合度は妥当であることが示された。

（３）既知グループ法

本研究では、研究対象者を特定保健指導未利用群と特定保健指導利用群の特定保健指導２群に群分けし、既知グループ法を実施し、構成概念妥当性の検証を行った。

特定保健指導２群と「未利用動機測定尺度」の総得点との間には有意差が認められ、特定保健指導未利用群の方が特定保健指導利用群に比較して尺度得点が高かった。

また、特定保健指導２群と下位尺度合計点においても有意差が認められ、第１因子、第２因子、第３因子、第４因子のすべてにおいて、特定保健指導未利用群の方が特定保健指導利用群に比較して合計得点が高かった。「未利用動機測定尺度」は、尺度の総得点が高いほど、未利用となる動機が強いため、特定保健指導が未利用となる傾向にあり、得点が低いほど、未利用となる動機が弱いため、特定保健指導を利用する可能性が高いことを示す。分析の結果、特定保健指導未利用群では、尺度総得点及び下位尺度合計得点が有意に高いことから、本尺度の構成概念妥当性が確認された。

以上に述べたとおり、探索的因子分析及び確認的因子分析、既知グループ法による検討を通して、本尺度の構成概念妥当性が確保されていることが示された。

２）基準関連妥当性

HLC 尺度は、Rotter の社会学的学習理論に基づく、Locus of Control の考え方を保健行動に適用したものであり、健康は自分自身の努力により得られるとする内的統制（Internal）傾向及び健康は自分の努力によるものではなく、自分以外のものにより得られるとする外的統制（External）傾向^{274, 275)}に分かれる。具体的には、HLC 尺度は、得点が高いほど内的統制傾向であり、内的統制傾向の者は、自分の行動や努力によって健康状態が決まると考え、積極的に予防、治療行動に参加する。一方、HLC 尺度得点が低い場合は外的統制傾向であり、外的統制傾向の者は、自分の行動や努力ではなく、自分以外の運や他人によって健康状態が決まると考え、セルフケアや治療に積極的に取り組む姿勢が乏しいとされている^{276, 277)}。企業労働者の保健行動と Health Locus of Control に関連する研究では、内的統制傾向の者の方が、外的統制傾向の者よりも多くの保健行動を実施していることを示している²⁷⁸⁾。

本研究で開発した「未利用動機測定尺度」は、合計得点が高いほど、未利用となる動機が強いため、特定保健指導を利用しない可能性が高く、合計得点が低いほど未利用と

なる動機が弱いため、特定保健指導を利用する可能性が高い。従って、本尺度は、得点が高いほど、特定保健指導が未利用となるため、保健行動に消極的であり、外的統制傾向であると考ええる。一方、得点が低いほど、特定保健指導を利用する可能性が高く、保健行動に積極的な内的統制傾向であると考ええる。このことから、未利用となる動機が強い高得点者は、保健行動に消極的な外的統制傾向であり、未利用となる動機が弱い低得点者は、保健行動に積極的である内的統制傾向であると想定した。

「未利用動機測定尺度」の総得点と HLC 尺度の尺度得点の相関は-0.411 であり、負の「かなりの相関」があることが示された。このことから、「未利用動機測定尺度」の総得点が高く、特定保健指導が未利用となる可能性が高い者は、HLC 尺度の尺度得点が低く、外的統制傾向であり、「未利用動機測定尺度」の総得点が低く、特定保健指導を利用する可能性が高い者は、HLC 尺度の尺度得点が高く、内的統制傾向であることが示された。

次に、「未利用動機測定尺度」の下位尺度得点と HLC 尺度では、第 1 因子及び第 3 因子では、やや相関があり、第 2 因子では、かなりの相関、第 4 因子では相関がなかった。

第 1 因子【理想的な健康よりも優先される価値観】では、得点が高く特定保健指導が未利用となる可能性が高い者ほど、「HLC 尺度」の尺度得点が低く、外的統制傾向にあった。つまり、外的統制傾向の者は、理想的な健康よりも充実感などを優先し、日常生活を過ごしていた。保健行動の実践においては、他の生活行動よりも保健行動を優先させることが必要である²⁷⁹⁾。特定保健指導の未利用者は、健康の増進よりも他の行動による充実感などを優先し、保健行動に消極的となることから、外的統制傾向であると考ええる。渡辺による先行研究では、健康を高く位置づけ、「HLC 尺度」の得点の高い内的統制傾向の者が、積極的な保健行動を示すことが明らかにされている²⁸⁰⁾。これらのことから、第 1 因子【理想的な健康よりも優先される価値観】の合計得点と HLC 尺度得点には、やや負の相関が認められたと考える。

第 2 因子【生活習慣を変えることに対する無益感】では、得点が高く、特定保健指導が未利用となる可能性が高い者ほど、HLC 尺度の尺度得点が低く、外的統制傾向にあった。つまり、HLC 尺度の尺度得点が低い外的傾向統制の者は、保健行動を取り入れることへの負担感や保健行動の実践を無意味であると判断し、生活習慣を変えることへの無益感を強く持っている状況であった。保健行動を生活に取り入れることを無益と感じている場合は、積極的に保健行動を実行しないと考える。地域住民の保健行動と行動特性に関する研究では、健康の維持・向上のためであっても、「食生活を変える」「定期的に

運動する」などについて困難と認識している者は、そうでない者に比べ、HLC 尺度得点が有意に低く、外的統制傾向であることが明らかにされている²⁸¹⁾。このように、本尺度の第2因子【生活習慣を変えることに対する無益感】と「HLC 尺度」は関連があり、第2因子合計得点と HLC 尺度得点には、かなりの相関が認められたと考える。

第3因子【保健指導に対する否定的な感情】では、得点が高く特定保健指導が未利用となる可能性が高い者ほど、HLC 尺度の尺度得点が低く、外的統制傾向にあった。つまり、外的統制傾向の者の方が、保健指導に対する否定的な感情を抱いていた。保健指導や保健行動の必要性を認識していない者は、保健指導に対する否定的な感情を抱きやすく、保健行動を取り入れることに消極的になると考える。外的統制傾向の者は、自分の行動（努力）ではなく、自分以外の運や他人によって健康状態が決まると考え、セルフケアや治療に積極的に取り組む姿勢が乏しいとされる^{282, 283)}。つまり、外的統制傾向の者は、自分の行動ではなく、それ以外のことで健康が得られると考えているため、保健指導の必要性を認識できず、特定保健指導が未利用になりやすいと考える。これらのことから、第3因子【保健指導に対する否定的な感情】の合計得点と HLC 尺度得点には、やや負の相関が認められたと考える。

第4因子は、「自己効力の知覚」及び「個人的因子の自尊心」から構成されており、健康状態の判断に対する自己効力感や自尊心、すなわち、自負心を把握する項目である。第1因子【理想的な健康よりも優先される価値観】、第2因子【生活習慣を変えることに対する無益感】、第3因子【保健指導に対する否定的な感情】は、特定保健指導や保健行動、保健指導をどのように捉えているかを問う質問項目であり、質問の視点は特定保健指導や保健行動、保健指導となり、直接的に特定保健指導が未利用となる動機を測定するものである。一方、第4因子【自身の健康の判断に対する自負心】は、自身の判断能力に自信があることや、自己効力感を問う質問項目である。特定保健指導や保健行動などをどう捉えているかということではなく、自身の健康の判断を信じることに視点をおく質問項目であり、特定保健指導や保健行動などの捉え方の影響を受けない項目であると考え。また、Locus of Control の考え方では、自身の行動（努力）によって物事の結果が決まると考える場合は、コントロールする力が自身の中にあることを示し、自身の行動（努力）とは無関係に物事の結果が決まると考える場合は、コントロールする力が自身以外のところにあることを示す²⁸⁴⁾。HLC 尺度は、健康と自身の行動（努力）との関係をどのように捉えているか、その傾向を測定するものである。しかしながら、第4

因子は、自身の能力に対する自信や誇りといった自負心の程度を測定する項目である。自負心は、程度の差はあるものの、内的統制傾向、外的統制傾向に関わらず、誰しもが持つものであり、第4因子とHLC尺度の関連は低いと考える。これらのことから、第4因子と「HLC尺度」において、相関が認められなかったことは、妥当であると考ええる。第4因子は、HLC尺度では、測定できない特定保健指導の未利用の動機を示しており、本尺度において独自性のある項目である。

「未利用動機測定尺度」の総得点、第1因子、第2因子、第3因子は、HLC尺度の相関がみられており、本尺度は、基準関連妥当性が確保されていると考える。

以上に述べたとおり、HLC尺度との検討を通して、基準関連妥当性が確保されていることが示された。

第3節 尺度の活用可能性

「未利用動機測定尺度」は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するために、特定保健指導の未利用者の観点から初めて開発した、特定保健指導の未利用の動機の程度を測定する尺度である。本尺度は、改訂ヘルスプロモーションモデルを理論的枠組みに用いて質問項目を検討したことにより、利用行動が未利用となる動機を把握するために必要な質問項目を抽出することができた。さらに、本尺度は、分析結果から尺度の信頼性・妥当性が確保されていることが示された。「未利用動機測定尺度」は、質問項目数が18項目と少なく、特定健診を受診する地域住民が短時間で簡便に、最小限の負担で回答できるものである。特定保健指導の利用率は、特定健診・特定保健指導が開始されてから10年を経過した現在においても、目標値に到達していない。また、その対策は、各市町村に委ねられており、都道府県や市町村の格差が著しい状況にある。本尺度は、信頼性・妥当性が確保されているため、市町村で活用することが可能であり、特定保健指導の利用率向上のための有効な対策になると考える。

本尺度は、特定保健指導の未利用者を対象とした質的研究²⁸⁵⁾をもとに原案が作成されている。実際の特定保健指導未利用者、すなわち、未利用を決定した当事者の考え方が表されているため、本尺度を利用し、特定保健指導の未利用の動機の程度を測定する

ことにより、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握することができる。また、本尺度は、下位概念である改訂ヘルスプロモーションモデルにおける7つの決定因子が統合された4下位尺度からなる尺度である。下位尺度ごとに、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機の特徴が明確に示されており、特定保健指導の未利用の決定における個人の考え方を具体的に把握することができる。

以上のことを踏まえ、本研究で開発した「未利用動機測定尺度」の実施方法及び活用可能性について、以下に具体的に述べる。

1. 実施方法

1) 尺度の回答者

尺度の回答者は、特定健診の対象者全員とする。特定健診の対象者全員を回答者とした理由については、以下の通りである。

特定保健指導該当者は、特定健診を受診後、健診結果による階層化が行われ、抽出されるが、健診結果を返却する際に、同時に特定保健指導の利用勧奨を行う市町村も多い状況である。本尺度は、特定保健指導の利用勧奨を効果的に行うためのツールでもあるため、利用勧奨を行う前に回収する必要がある。現在の特定健診・特定保健指導の実施の手順をみると、尺度（質問紙）は、特定健診の質問票（問診票）である「標準的な質問票」とともに回収することが望ましい。対象者は、特定健診の質問票（問診票）とあわせて尺度（質問紙）の回答ができるため、負担感が軽減し、市町村職員の業務負担も軽減できる。

2) 尺度の使用者

尺度の使用者は、特定保健指導に携わる保健師をはじめとする支援者である。回収された尺度（質問紙）を事前に確認し、利用勧奨する際の優先順位などを決定する。また、回答者の動機の特徴を把握し、特徴に合わせて利用勧奨をすることにより、効果的な介入になるとともに、保健指導の質の向上に結びつくと考える。

3) 尺度（質問紙）の配布方法

尺度（質問紙）の配布は、特定健診の対象者全員に特定健診の受診券及び質問票（標

準的な質問票）とともに郵送することを想定している。ただし、特定保健指導の実施方法は、市町村により若干異なるため、該当市町村の特徴にあわせて配布を行う必要がある。

4) 尺度の回収方法

市町村の多くは、特定健診受診の際に、受診券及び質問票（標準的な質問票）が回収されるため、受診券及び質問票（標準的な質問票）とともに尺度（質問紙）を回収することを想定している。なお、受診券及び質問票（標準的な質問票）は、特定健診の結果とともに医療機関から市町村に返却されるため、尺度（質問紙）も併せて市町村で回収する予定である。

2. 尺度の活用可能性

1) 尺度総合得点による活用

特定保健指導に携わる支援者は、特定保健指導該当者の特定保健指導の未利用の動機の程度を尺度総得点により確認し、特定保健指導の未利用の動機が弱い低得点者から利用勧奨を行う。尺度総得点の低得点者を優先し、利用勧奨を行う理由としては、未利用の動機が弱い該当者は、特定保健指導の利用に向けた動機づけが実施しやすく、利用に結びつくと考えられるためである。未利用の動機の程度に関する尺度総得点の基準値については、尺度を活用した市町村などの集団の特性に合うように、集団の平均値や中央値を算出し、基準とする。特定保健指導の未利用の動機が弱い尺度総得点の低得点者から優先的に介入することにより、特定保健指導の利用者の増加につながり、特定保健指導の利用率の向上に貢献できると考える。

2) 下位尺度得点による活用

特定保健指導に携わる支援者は、4つの下位尺度ごとの得点を確認し、4つの下位尺度における特定保健指導の未利用の動機の程度を確認し、それらの動機の特徴に合わせた支援を提供する。下位尺度の得点を確認することにより、特定保健指導が未利用となる4つの下位尺度が示す動機の中で、未利用という行動の決定に最も影響を与えている動機を把握することができる。そのため、1人ひとりの動機の特徴に合わせた方法で勧奨及び保健指導を効果的に実施することができる。このことは、対象者との信頼関係の

構築に役立ち、より質の高い保健指導を可能とし、特定保健指導の利用率の向上に貢献できると考える。

第 8 章

結 論

第8章 結論

第1節 結語

本研究は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するために、未利用の動機の程度を測定する尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検証を通して、特定保健指導該当者を対象とした「未利用動機測定尺度」を開発することを目的とした。研究の結果は、以下の通りであった。

1. 「未利用動機測定尺度」の構成について

「未利用動機測定尺度」は、4下位尺度18項目から構成されている。

2. 「未利用動機測定尺度」の信頼性について

尺度全体のクロンバック α 信頼係数は0.904、各因子のクロンバック α 信頼係数は、第1因子0.867、第2因子0.801、第3因子0.822、第4因子0.732であり、内的整合性による信頼性が確保されている。

3. 「未利用動機測定尺度」の内容的妥当性について

質問項目は、改訂ヘルスプロモーションモデルを理論的枠組みとして、筆者の先行研究（修士論文）の質的帰納的研究方法論であるKJ法を用いて分析した成果などから質問項目の原案を作成し、専門家会議及びパイロットスタディを実施し、質問項目の検討と修正を行った。さらに、修正した質問項目を用いて本調査を実施し、項目分析を経て、尺度項目の再構成を実施しており、内容的妥当性が確保されている。

4. 「未利用動機測定尺度」の構成概念妥当性について

- 1) 探索的因子分析の結果、4下位尺度による因子が抽出された。因子の固有値は、第1因子6.990、第2因子1.794、第3因子1.278、第4因子1.148、抽出後の各因子の寄与率は3.999%から36.129%の範囲にあり、累積寄与率は51.886%であった。因子の命名については、第1因子【理想的な健康よりも優先される価値観】、第2因子【生

活習慣を変えることに対する無益感】、第3因子【保健指導に対する否定的な感情】、第4因子【自身の健康の判断に対する自負心】とした。以上の検討の結果から、構成概念妥当性が確保されている。

2) 確認的因子分析によるモデル適合度は、 $GFI=0.936$ 、 $AGFI=0.915$ 、 $CFI=0.941$ 、 $RMSEA=0.059$ であり、モデルの適合度が確認され、構成概念妥当性が確保されている。

3) 既知グループ法による「未利用動機測定尺度」の尺度得点と特定保健指導2群（未利用群・利用群）との比較においては、特定保健指導未利用群の方が特定保健指導利用群と比較し、尺度得点が有意に高く、構成概念妥当性が確保されている。

5. 基準関連妥当性について

外的基準である HLC 尺度と「未利用動機測定尺度」の相関関係は、 -0.411 であり、かなりの負の相関がみられ、基準関連妥当性が確保されている。

6. 「未利用動機測定尺度」の活用可能性について

「未利用動機測定尺度」は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機の程度を測定することを通して、利用行動が未利用となる動機を明確にすることができる。本尺度を実践で活用することは、保健師が実施する保健指導の質の向上に貢献するとともに、特定保健指導の利用を促進し、生活習慣病予防及び重症化予防に寄与することができる。

第2節 研究の限界と今後の課題

本研究は、特定保健指導の利用行動が未利用となる動機を把握するために、未利用の動機の程度を測定する尺度を作成し、その信頼性・妥当性の検証を通して、特定保健指導該当者を対象とした「未利用動機測定尺度」を開発することを目的とした。

本研究の研究対象者は、関東地域を中心とした2市1町1村（A県C市、B県D市、B県E町、A県F村）に限定されている。また、研究協力者は、健康に対する関心が高い

者であると考えられ、データに偏りがある可能性がある。今後は、本尺度を多様な地域において活用し、尺度の精度を高める必要がある。

尺度の信頼性については、クロンバック α 信頼係数を用いて検討し、尺度全体及び下位尺度について、内的整合性が確保されていることを確認した。しかし、尺度の信頼性である安定性を検証する再テスト法については、個人情報保護の観点や地域住民及び市町村職員への負担を考慮し、本研究では実施しないこととした。今後は、地域住民の理解が得られるように、個人情報の取り扱いに関する検討を実施するとともに、地域住民及び市町村職員の負担の軽減ができるよう工夫を行い、再テストを実施する必要がある。

また、既知グループ法では、過去の特定保健指導の利用の有無を確認し、特定保健指導の未利用群、利用群の2群に分類し、妥当性の検証を通して、構成概念妥当性が確保された。今後は、市町村などの実践の現場において、本尺度得点により把握した特定保健指導の未利用の動機の程度による利用行動と実際の利用行動の比較を通して、尺度の妥当性を検証することが必要である。

本尺度は、特定健診の対象者を回答者として想定している。特定健診の対象者を回答者とするにより、多くの尺度の回収が可能となる。一方、特定保健指導に該当しなかった住民に対する尺度の活用方法は、十分に検討されていない。本尺度は、特定保健指導の利用勧奨やその後の保健指導に活用することにより、利用率や保健指導の質の向上に貢献できる。特定保健指導に該当しなかった住民に対しても、尺度で得られたデータを基に、個々にあわせた情報提供を実施することができると考える。今後は、特定保健指導に該当しない住民に対する本尺度の活用方法を検討していくことが課題である。

また、本尺度の活用に当たっては、特定保健指導の未利用の動機の程度について基準値などを示し、特定保健指導の利用勧奨や指導に活かすことが重要である。今後は、本尺度を使用し、データを蓄積することを通して、未利用の動機の程度に関するカットオフ値などの基準値を明確にすることが必要である。

謝辞

本研究を行うにあたり、多くの皆様からご支援とご協力、励ましの言葉をいただきました。尺度原案の作成のための専門家会議では、出席者の皆様からご意見をいただき、「未利用動機測定尺度」の質問項目に対する貴重な示唆を得ることができました。パイロットスタディでは、民生委員の皆様、市町村国保被保険者及び地方公務員共済組合被保険者の特定保健指導の未利用者の皆様に、地域住民の視点から率直なご意見をいただきました。

A 県 C 市、B 県 D 市、B 県 E 町、A 県 F 村の職員の皆様には、研究協力へのご承諾とともに、本調査の実施に向けて、様々な便宜を図っていただきました。地域住民の皆様には、ご多用のところ質問紙調査にご協力いただきました。また、尺度開発のための分析を行うにあたり、中山直子先生をはじめとする Amos 研究会の皆様から、貴重な示唆をいただきました。本研究は、多くの皆様のお力添えのおかげで完成できたものであり、心より厚く御礼申し上げます。

また、本研究をまとめるにあたり、群馬県立県民健康科学大学看護学研究科看護学専攻博士後期課程 機能発展看護学領域の齋藤基教授には、研究の全過程を通して、遅々として研究が進まず、くじけそうになる時にも、研究の遂行に向けたご支援と激励をいただき、言葉に尽くせぬほどの温かいご指導を賜りました。加えて、論文の指導だけではなく、研究者としての姿勢や心遣いについてもご助言やご支援をいただきました。

研究指導補助教員の大澤真奈美教授、飯田苗恵准教授には、様々な側面からご助言と温かい励ましの言葉をいただきました。山下暢子教授、宮崎有紀子教授、高井ゆかり教授には、研究計画書審査、予備審査、個別論文審査、公開論文発表会における博士論文審査において、厳正な審査をしていただき、貴重なご示唆をいただきました。ご指導いただきました諸先生方に対して、心より深く感謝申し上げます。

最後に、研究の全過程を通して常に励まし合い、ご協力とご助言をいただいた大学院生の皆様、勤務先の皆様、並びに研究に取り組む機会を与えていただきました、群馬県立県民健康科学大学に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 厚生労働統計協会 (2017) : 国民衛生の動向・厚生指標 増刊第 64 巻 9 号, 厚生労働統計協会, p95.
- 2) 保険者による健診・保健指導に関する検討会 厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室 (2012) : 第 2 期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について, pp2-11. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002e0cn.html>.
- 3) 厚生労働省健康局 (2007) : 標準的な健診・保健指導プログラム (確定版), pp24-27.
- 4) 前掲書 3), pp3-8.
- 5) 国民保険中央会 (2019) : 平成 29 年度市町村国保特定健康診査・特定保健指導実施状況報告書, pp2-20, <https://www.kokuho.or.jp/statistics/tokutei/sokuhou/>.
- 6) 赤堀八重子, 飯田苗恵, 大澤真奈美, 原美弥子, 齋藤基 (2014) : 特定保健指導における未利用の理由の構造—国民健康保険被保険者の未利用者に焦点をあてて—, 日本看護科学会誌, 34, 27-35.
- 7) Karen Glanz, Barbara K.Rimer, Frances Marcus Lewis, 曾根智史他監訳 (2006) : 健康行動と健康教育—理論, 研究, 実践, 医学書院, pp77-86.
- 8) ノラ J ペンダー, 小西恵美子監訳 (2002) : ペンダーヘルスプロモーション看護論, 日本看護協会出版, pp56-84.
- 9) Nola j.Pender, Carolyn L.Murdaugh, Mary Ann Parsons (2011) : Health promotion in nursing practice-7th ed, Person Education, New Jersey, pp34-40.
- 10) 前掲書 8), pp99-110.
- 11) 前掲書 9), pp34-40.
- 12) Joyce Travelbee, 長谷川浩監訳 (2008) : トラベルビー人間対人間の看護, 医学書院, pp1-13.
- 13) 守田孝恵, 檀原三七子, 兼平朋美, 越田美穂子, 迫山博美 (2013) : 展開図でわかる「個」から「地域」へ広げる保健師活動, クオリティケア, pp6-7.
- 14) 岡山明編集 (2014) : 健康教育マニュアル, 日本家族計画協会, pp4-9.
- 15) 林芙美, 武見ゆかり, 赤松利恵, 奥山恵, 西村節子, 松岡幸代, 蝦名玲子 (2014) : 特定保健指導対象者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研究—, 日本健康教育学会誌, 22(2), pp111-122.
- 16) 林芙美, 武見ゆかり, 西村節子, 奥山恵, 中村正和 (2012) : 特定保健指導の初回面接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の関係, 栄養学雑誌, 70(5), 294-304.
- 17) 林芙美, 赤松利恵, 蝦名玲子, 西村節子, 奥山恵, 松岡幸代, 中村正和, 坂根直樹, 足達淑子,

- 武見ゆかり (2012) : 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研究, 日本公衆衛生雑誌, 59(3), 171-182.
- 18) 深澤友恵, 清原昭子, 北風真衣, 福井充, 上田由貴子 (2011) : 「食生活改善行動の採用」尺度と行動変容モデルの予測, 厚生指標, 58(5), 1-6.
- 19) 畑栄一, 土井由利子編集 (2009) : 行動科学ー健康づくりのための理論と応用, 南江堂, pp3-4.
- 20) 新村出編集 (2008) : 広辞苑 第六版 (机上版あーそ), 岩波書店, p957.
- 21) 藤永保, 仲真紀子監修 (2006) : 心理学辞典 普及版, 丸善株式会社, p220.
- 22) レイモンド・G・ミルテンバーガー, 園山繁樹, 野呂文行, 渡部匡隆訳他 (2006) : 行動変容入門, 二弊社, pp1-2.
- 23) 前掲書 7), p36.
- 24) 前掲書 7), pp77-86.
- 25) 前掲書 19), p24-25.
- 26) 前掲書 7), pp77-90.
- 27) 前掲書 19), pp24-25.
- 28) 前掲書 7), pp151-162.
- 29) 前掲書 19), p25.
- 30) 前掲書 19), pp37-38.
- 31) 松本千明 (2002) : 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎 生活習慣病を中心に, 医歯薬出版株式会社, pp1-5.
- 32) 宗像恒次 (1996) : 最新 行動科学からみた健康と病気、メヂカルフレンド社, pp98-99.
- 33) 前掲書 8), pp80-110.
- 34) 前掲書 9), pp34-40.
- 35) 前掲書 6)
- 36) 鈴木みちえ, 荒木田美香子 (2013) : 市町村国民健康保険における特定保健指導未利用者のセルフケア能力と健診結果との関連, 国際医療福祉大学学会誌, 18(1), 19-33.
- 37) 諸井理世, 今松友紀, 田高悦子, 田口理恵, 臺有桂, 河原智恵, 糸井和佳 (2012) : 国民健康保険加入者の健診未受診男性における健診受診を決定する要因, 横浜看護学雑誌, 5(1), 87-92.
- 38) 岸知子, 鵜川重和, 村本あき子, 中村正和, 津下一代, 玉腰暁子 (2016) : 特定保健指導積極的支援者の1年後の体重減少に影響を与える個人特性の検討, 保健師ジャーナル, 72(4), 316-323.
- 39) 岡久玲子, 多田敏子 (2015) : 保健指導を受けた成人男性の生活習慣改善過程におけるストレン

- グス, 日本地域看護会誌, 17(3), 41-50.
- 40) 前掲書 15)
- 41) 小澤涼子, 吉田礼維子, 白井英子 (2013): 生活習慣病予備群にある壮年期男性が生活習慣に保健行動を組み込む過程, 日本保健医療行動科学会雑誌, 28(1), 60-70.
- 42) 田中昭子, 小西美智子 (2013): 生活習慣病ハイリスク者に対する保健指導による改善目標達成状況と生活特性の関連, 岐阜県立看護大学紀要, 13(1), 137-144.
- 43) 前掲書 16)
- 44) 前掲書 17)
- 45) 梅原雅代, 有本梓, 田高悦子, 白谷佳恵, 伊藤絵梨子, 大河内彩子, 臺有桂 (2016): 都市部在住の壮年期住民における行動変容ステージ別にみた健康関連要因と食生活の関連, 日本地域看護学会誌, 19(1), 63-71.
- 46) 前掲書 6)
- 47) 前掲書 36)
- 48) 前掲書 37)
- 49) 前掲書 38)
- 50) 前掲書 39)
- 51) 前掲書 15)
- 52) 前掲書 41)
- 53) 前掲書 42)
- 54) 前掲書 16)
- 55) 前掲書 17)
- 56) 前掲書 45)
- 57) uang, Shan, Griva, Konstadina, Bryant, Christina A, Yap, Philip (2016): Non-use of day care services for dementia in Singapore a dilemma for caregivers, International Psycho-geriatrics, 28(12), 1-12.
- 58) 小澤若菜, 時永美希 (2019): 特定保健指導を受ける人のヘルスプロモーション行動へ向かう動機づけ, 高知女子大学看護学会誌, 44(2), 33-43.
- 59) 森田理江, 神出計, 三上洋, 荒木田美香子 (2015): 日本語版 Health Education Impact Questionnaire(heiQ-J)「健康教育の影響指標」の信頼性と妥当性の検討 製造業労働者におけるメタボリックシンドローム改善を目指した保健指導評価より, 日本健康教育学会誌, 23(1), 2-15.

- 60) Okahisa Reiko, Tada Toshiko (2014) : Strengths Measurement Scale for the lifestyle transformation process, The Journal of Medical Investigation, 61(1-2), 84-93.
- 61) 前掲書 18)
- 62) Becker, Craig M., Chaney, Beth H., Shores, Kindal, Glascoff, Mary (2015) : The Salutogenic Wellness Promotion Scale for Older Adults, American Journal of Health Education, 46(5), 293-300.
- 63) 前掲書 59)
- 64) 前掲書 60)
- 65) 前掲書 18)
- 66) 前掲書 62)
- 67) 前掲書 36)
- 68) 前掲書 15)
- 69) 前掲書 16)
- 70) 前掲書 17)
- 71) 前掲書 59)
- 72) 前掲書 60)
- 73) 前掲書 18)
- 74) 前掲書 62)
- 75) 舟島なをみ (2010) : 看護教育学研究 第2版, 医学書院, p42.
- 76) 小笠原和枝, 松木光子編 (2012) : これからの看護研究—基礎と応用—第3版, ヌーヴェルヒロカワ, p134.
- 77) ドナ・ディアー (1986) : 看護研究—ケアの場で行うための方法論—, 日本看護協会, pp370-371.
- 78) 小林裕美, 中谷隆, 森山美知子 (2012) : 在宅で終末期を迎える人を介護する家族の予期悲嘆尺度の開発, 日本看護科学会誌, 32 (4), 41-51.
- 79) 深田順子, 鎌倉やよい, 坂上貴之, 百瀬由美子, 布谷麻耶, 他 (2012) : 地域高齢者における保健行動に関連した自己制御尺度の開発, 日本看護科学会誌, 32 (3), 85-95.
- 80) 唐津ふさ, 野川道子, 西村歌織, 佐々木栄子 (2007) : 神経難病患者の療養生活対処尺度の開発, 日本看護科学会誌, 27 (3), 39-47.
- 81) 鳩野洋子, 鈴木浩子, 真崎直子 (2013) : 市町村統括保健師の役割遂行尺度の開発, 日本公衆衛生学雑誌, 60 (5), 275-284.

- 82) 松浦仁美, 西嶋真理子, 星田ゆかり (2014): 自殺予防におけるソーシャルキャピタルを醸成する保健師活動尺度の開発, 日本地域看護学会誌, 16 (3) 53-64.
- 83) 平野美千代, 河原加代子, 佐伯和子 (2014): 要支援高齢女性の社会活動尺度の開発, 日本地域看護学会誌, 17(2), 19-27.
- 84) 服部美香, 舟島なをみ (2015): 教育ニードアセスメントツールー院内教育担当者用ーの開発, 看護教育学研究, 24(1), 101-113.
- 85) 前掲書 78)
- 86) 前掲書 79)
- 87) 前掲書 80)
- 88) 前掲書 81)
- 89) 前掲書 82)
- 90) 前掲書 83)
- 91) 前掲書 84)
- 92) 村上宜寛 (2006): 心理尺度のつくり方, 北大路書房, pp63-65.
- 93) 舟島なをみ (監修) (2015): 看護実践・教育のための測定用具ファイルー開発過程から活用の実際までー第3版, 医学書院, pp10-12.
- 94) 前掲書 76), p134.
- 95) 前掲書 93), p5.
- 96) 前掲書 92), p51.
- 97) 柳井晴夫, 井部俊子 (2012): 看護を測る - 因子分析による質問紙調査の実際 -, 朝倉書店, p17.
- 98) 舟島なをみ (2007): 質的研究への挑戦 第2版, 医学書院, pp299-315.
- 99) 吉森丹衣子 (2015): 大学生版自己肯定観尺度の作成, 国際経営・文化研究, 19(1), 105-115.
- 100) 日高優 (2014): 新人看護師が求める先輩看護師の関わりー関わり尺度の作成と評価ー, 医学教育, 46(1), 43-51.
- 101) 伊藤正哉, 川崎直樹, 小玉正博 (2013): 日本人大学生における自尊感情の源泉ー随伴性と充足感を考慮した自尊源尺度の作成ー, The Japanese Journal of Health Psychology, 26(2), 73-82.
- 102) 岡山久代 (2011): 初妊婦と実母との関係性尺度の開発と信頼性・妥当性の検討, 日本看護学会誌, 131(1), 3-13.

- 103) 上野栄一 (2005) : 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発, 日本看護科学会誌, 25(2), 47-55.
- 104) 毛利伊吹, 丹野義彦 (2001) : 状況別対人不安尺度の作成及び信頼性・妥当性の検討, 健康心理学研究, 14(1), 23-31.
- 105) 山根隆宏 (2013) : 発達障害児・者をもつ親のストレス尺度の作成と信頼性・妥当性の検討, 心理学研究, 83(6), 556-565.
- 106) 前掲書 78)
- 107) 前掲書 99)
- 108) 前掲書 100)
- 109) 前掲書 101)
- 110) 前掲書 102)
- 111) 前掲書 103)
- 112) 前掲書 104)
- 113) 前掲書 105)
- 114) 前掲書 78)
- 115) 小林裕美, 森山美知子 (2010) : 在宅で親や配偶者の看取りを行う介護者の情緒体験と予期悲嘆, 日本看護科学会誌, 30(4), 6-16.
- 116) PAUL HERSEY, KENNETH H. BLANCHARD, 山本誠二, 山本あづさ (訳) (2000) : 行動科学の展開 (新版), 生産性出版, p27.
- 117) 上淵寿, 大芦治 (2019) : 新・動機づけ研究の最前線, 北大路書房, pp4-8.
- 118) 前掲書 8), pp56-84.
- 119) 前掲書 9), pp34-40.
- 120) 前掲書 8), pp56-84.
- 121) 前掲書 9), pp34-40.
- 122) 日本看護科学学会 第6期・7期看護学学術用語検討委員会 (2005) : 看護行為用語分類, 日本看護協会出版会, p39.
- 123) 前掲書 3) p69.
- 124) 厚生労働省保険局医療介護連携政策課データヘルス・医療費適正化対策推進室 (2018) : 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 (第3版), <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000173545.pdf>

- 125) 前掲書 3), pp3-41.
- 126) 前掲書 3), pp24-25.
- 127) 前掲書 32), p84.
- 128) 前掲書 19), p4.
- 129) 前掲書 8), p40.
- 130) 島内憲夫(編訳)(1992): 21 世紀の健康戦略 3 ヘルスプロモーション戦略・活動・研究政策
一, 垣内出版, pp128-129.
- 131) Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood, 都留伸子(監訳)(2004): 看護理論家とその業
績第 3 版, 医学書院, p638.
- 132) 赤堀八重子, 坪井りえ, 齋藤基(2019): 地域住民の健康観と生活習慣との関連, 日本地域看護
学会誌, 22(1), 26-34.
- 133) 松尾多加志、中村知靖 2002: 誰も教えてくれなかった因子分析, 北大路書房, p38.
- 134) 前掲書 8), p80.
- 135) 前掲書 93), pp3-4.
- 136) 前掲書 8), pp99-111.
- 137) 前掲書 9), pp34-40.
- 138) 前掲書 98), p122.
- 139) 川喜田二郎(1999): 続・発想法, 中公新書, pp74-77.
- 140) 前掲書 98), p122.
- 141) 前掲書 8), pp99-111.
- 142) 前掲書 9), pp34-40.
- 143) 前掲書 131), pp639-640.
- 144) 前掲書 93), pp10-12.
- 145) 前掲書 76), pp127-128.
- 146) 前掲書 93), pp10-12.
- 147) 前掲書 93), pp10-12.
- 148) 前掲書 93), pp12-13.
- 149) 前掲書 3), p85.
- 150) 前掲書 76), p128.
- 151) 堀洋道監修/吉田富士雄編(2001): 心理測定尺度集Ⅲー心の健康をはかる<適応・臨床>一, サ

- イエンス社, p406.
- 152) 前掲書 93), p10.
- 153) D.F. ポーリット, C.T. ベック (2010): 看護研究 原理と方法, 医学書院, p743.
- 154) 渡邊正樹 (1985): Health Locus Control による保健行動予測の試み, 東京大学教育学部紀要, 25, 299-307.
- 155) 前掲書 153), p743.
- 156) 前掲書 76), p129.
- 157) David l Streiner, Geoffrey R Norman, Jone Caireney, 木原雅子, 加治正行, 木原正弘訳 (2016): 医学的測定尺度の理論と応用 妥当性、信頼性から G 理論, 項目反応理論まで, 株式会社メディカル・サイエンス・インターナショナル, pp79-80.
- 158) 前掲書 76), p129.
- 159) 前掲書 151) p400-401.
- 160) 前掲書 76), p129.
- 161) 前掲書 76), p129.
- 162) 前掲書 151) p400-401.
- 163) 前掲書 97), pp88-89.
- 164) 前掲書 157), pp83-84.
- 165) 前掲書 133), p44.
- 166) 対馬栄輝 (2008): SPSS で学ぶ多変量医療系データ解析, 東京図書, pp171-172.
- 167) 前掲書 133), p44.
- 168) 前掲書 166), pp171-172.
- 169) 前掲書 76), p129.
- 170) 小塩真司 (2018): SPSS と Amos による心理・調査データ解析第 3 版 因子分析・共分散構造分析まで, 東京図書, p157.
- 171) 前掲書 166), pp177-188.
- 172) 前掲書 93), p5.
- 173) 前掲書 153), p433.
- 174) 前掲書 153), p424.
- 175) 前掲書 76), p135.
- 176) 堀洋道監修/吉田富士雄編 (2001): 心理測定尺度集Ⅱ 一人間と社会のつながりをとらえる<対人

- 関係・価値観>ー, サイエンス社, p443.
- 177) Susan K. Grove, Nancy Burns, Jennifer R. Gray, 黒田裕子, 中木高夫, 逸見功 (監訳) (2015):
バーンズ&グローブ 看護研究入門原著第7版-評価・統合・エビデンスの生成, エルゼビア・
ジャパン株式会社, p352.
- 178) 前掲書 76), p135.
- 179) 前掲書 153), p448.
- 180) 前掲書 153), p449.
- 181) 前掲書 153), p450.
- 182) 前掲書 76), p136.
- 183) 前掲書 153), p451.
- 184) 前掲書 76), p137.
- 185) 前掲書 154)
- 186) 松本千明 (2002): 医療・保健スタッフのための健康行動理論の基礎 生活習慣病を中心に, 医
歯薬出版, p78.
- 187) 前掲書 154)
- 188) 前掲書 186), p78.
- 189) 前掲書 154)
- 190) 前掲書 154)
- 191) 前掲書 93), p5.
- 192) 高木廣文 (2009): ナースのための統計学, 第2版, 医学書院, p 186.
- 193) 前掲書 153), p537.
- 194) 前掲書 76), p137.
- 195) 前掲書 76), p137.
- 196) 前掲書 153), p540.
- 197) 前掲書 166), pp143-176.
- 198) 前掲書 166), pp143-176.
- 199) 豊田秀樹 (2007): 共分散構造分析 [Amos 編] -構造方程式モデリング-, 東京図書, p64.
- 200) 前掲書 76), p138.
- 201) 中山和弘 (2018): 看護学のための多変量解析入門, 医学書院, p281
- 202) 田部井明美 (2001): SPSS 完全活用法 共分散構造分析 (Amos) によるアンケート処理第2版,

東京図書株式会社, pp143-144.

- 203) 前掲書 170), p211.
- 204) 前掲書 170), p211.
- 205) 前掲書 199), p18.
- 206) 前掲書 202), p147.
- 207) 前掲書 153), p440.
- 208) 前掲書 170), pp155-156.
- 209) 前掲書 76), p129.
- 210) 前掲書 97), pp88-89.
- 211) 前掲書 157), pp83-84.
- 212) 前掲書 75), p129.
- 213) 前掲書 151), pp400-401. 前掲書 149), p400-401.
- 214) 前掲書 76), p129.
- 215) 前掲書 76), p129.
- 216) 前掲書 151), pp400-401.
- 217) 前掲書 166), pp171-174.
- 218) 前掲書 139), p48-219.
- 219) 折原秀樹 (2017): 正規性の確認法について, 薬理と治療, 45 (12), 1993-1995.
- 220) 前掲書 219)
- 221) 前掲書 133), pp44-45.
- 222) 前掲書 8), p103.
- 223) 前掲書 9), p39.
- 224) 前掲書 8), p101.
- 225) 前掲書 9), p36.
- 226) 前掲書 8), p103.
- 227) 前掲書 9), p37.
- 228) 前掲書 8), p103.
- 229) 前掲書 9), p36.
- 230) 前掲書 8), p103.
- 231) 前掲書 9), p37.

- 232) 新村出編者(2018)：広辞苑 第七版，岩波書店，p1290.
- 233) 前掲書 154)
- 234) 前掲書 5)，pp2-20，<https://www.kokuho.or.jp/statistics/tokutei/sokuhou/>.
- 235) 厚生労働省，第3回 NDB オープンデータ，特定健診質問票，標準的な質問票（質問項目 21）
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177221_00002.html.
- 236) 神崎匠世，木村裕美（2012）：労働者における健康診断結果と行動変容ステージおよび生活習慣との関連，日本農村医学会雑誌，61(1)，pp55-66.
- 237) 前掲書 76)，p84.
- 238) 前掲書 157)，p84.
- 239) 前掲書 157)，p84.
- 240) 前掲書 153)，p449.
- 241) 前掲書 153)，p450.
- 242) 前掲書 133)，pp44-45.
- 243) 前掲書 8)，p107.
- 244) 前掲書 8)，p101.
- 245) 前掲書 32)，pp107-108.
- 246) 前掲書 8)，p101.
- 247) 前掲書 232)，p2846.
- 248) 前掲書 32) pp106-107.
- 249) 前掲書 19)，p23.
- 250) 前掲書 32)，p103.
- 251) 深堀敦子，鈴木みずえ，グライナー智恵子，磯和勅子（2009）：地域で生活する健常高齢者の介護予防行動に影響を及ぼす要因の検討，日本看護科学会誌，29(1)，15-24.
- 252) 前掲書 8)，pp101-102.
- 253) 前掲書 8)，p101.
- 254) 赤羽由美，和田佳子，佐山静江，佐藤君江，小松富恵（2011）：看護学生における子宮頸がん検診行動の継続にかかわる動機，独協医科大学看護学部紀要，5(2)，23-34.
- 255) 島崎崇史（2016）：ヘルスコミュニケーションー健康行動を習慣化させるための支援ー，早稲田大学出版部，p62.
- 256) 前掲書 8)，p103.

- 257) 前掲書 232), p1290.
- 258) 前掲書 6)
- 259) 前掲書 8), p103.
- 260) 前掲書 6)
- 261) 前掲書 8), p106.
- 262) 前掲書 8), p107.
- 263) 前掲書 6)
- 264) 前掲書 8), p107.
- 265) 前掲書 3), pp82-93.
- 266) 前掲書 6)
- 267) 前掲書 131), p635.
- 268) 前掲書 131) pp635-636.
- 269) Karemn R Sechrist, Susan Noble Walker, Nola J.Pender (1987) : Development and
Psychometric Evaluation of the Exercise Benefit/Barriers Scale, Research in Nursing
& Health, 10, 357-365.
- 270) 前掲書 151), pp405-406.
- 271) 前掲書 199), p64.
- 272) 前掲書 202), p147.
- 273) 中山和弘 (2018) : 看護学のための多変量統計解析入門, 医学書院, p282.
- 274) 前掲書 154)
- 275) 前掲書 186), p78.
- 276) 前掲書 154)
- 277) 前掲書 186), p75.
- 278) 森谷栄子 (2005) : 企業労働者の保健行動と Health Locus of Control の関連－某機械製造業
労働者の事例－, 日本健康教育学会誌, 13(2), 86-95.
- 279) 前掲書 32), pp124-125.
- 280) 前掲書 154)
- 281) 鶴田来未, 野尻雅美, 宮崎有紀子, 中野正孝 (2000) : 地域住民の保健行動と行動特性に關す
る研究, 日本健康医療学会雑誌, 9(1), 38-44.
- 282) 前掲書 154)

283) 前掲書 186), p75.

284) 前掲書 186), p75.

285) 前掲書 6)

資 料

- 資料 1 尺度開発のための質問項目原案
- 資料 2 専門家会議依頼書
- 資料 2－1 専門家会議依頼書別紙
- 資料 2－2 尺度開発のための質問項目原案
- 資料 3 専門家会議用 尺度開発のための質問紙調査
- 資料 3－1 専門家会議用 研究対象者特性調査用紙
- 資料 3－2 専門家会議用 尺度開発のための質問紙
- 資料 3－3 「Health Locus of Control 尺度」の質問紙
- 資料 4 専門家会議次第
- 資料 5 パイロットスタディ依頼書
- 資料 5－1 パイロットスタディ誓約書・研究同意書
- 資料 6 尺度開発のための質問紙調査 パイロットスタディ用①，②
- 資料 7 市町村長あて研究協力依頼書
- 資料 8 住民あて研究協力依頼書
- 資料 9 「特定保健指導の利用に関する調査」質問紙

「利用行動評価尺度（修正後：未利用動機測定尺度）」質問項目原案

質問項目		
《個人の特性と経験》		
過去の関連行動	1	保健師から説明を受けても自分の健康状態について具体的に分からない。
	2	保健指導による一般的な情報は聞く意味がない。
	3	保健指導の内容は自分の仕事や生活には合わない。
	4	保健師に勧められる行動は、結局習慣にはならない。
	5	保健行動を勧められても自分の体には合わない方法だ。
	6	日常の生活の中で、運動・食事の工夫をすることは実際には無理である。
	7	禁煙や節酒、減塩などを勧められるが本当に体によいかは分からない。
	8	長年かけてあみだした独自の健康維持の方法がある。
個人の健康因子	健康状態の知覚	1 今の生活スタイルや身体状況に満足している。
		2 歳をとるとお腹がでるのは普通である。
		3 肥満は病気ではない。
		4 太ったり痩せたりするのは生活するうえで当たり前のことである。
		5 生活習慣の改善は少し悪いだけだから必死にならなくてよい。
		6 メタボリックシンドロームは自分にとっては深刻ではない。
		7 体は変化していくので健康状態が悪くなるのは仕方ない。
		8 加齢とともに不健康になるのは仕方がない。
		9 老化は自然現象なので過度に心配するのはよくない。
		10 健康ではないと言われても自分は健康である。
		11 自分の年齢にあった健康状態である。
	健康的定義	1 健康とは自分のペースで生活することである。
		2 健康とは人生を楽しみながら生きていくことである。
		3 健康とは仕事や人間関係のバランスがとれていることである。
		4 健康とは自分らしく生活することである。
		5 健康とは日常生活を支障なく過ごすことである。
		6 健康とは今を充実して過ごすことである。
		7 健康とは自分の意思で行動できることである。
		8 健康とは今の状況を幸せだと思えることである。
		9 健康とは細かいことは気にせずに自然に歳をとっていくことである。
		10 健康とは人それぞれに違うから他人が決めるものではない。
	自尊心	1 自分の健康状態は自分の見解を優先する。
		2 保健師から太っていると痩せやせているとか言われたくない。
		3 生活（食べる・飲む・活動）の中に自分らしさがあるので変えたくない。
		4 自分の人生だから自分のことは自分で判断し、責任をもつ。
		5 自分がつくりあげてきた今の生活スタイルを大切にする。
		6 自分の人生だから自分らしく生きる。
		7 自分の健康を守ることができるのは自分である。
		8 保健行動は自分の生活スタイルに合わせてやっている。
		9 自分の健康状態だから自分の感覚を信じる。
		10 自分の体のことだから他人に頼らず、自分で責任を持つ。
		11 他人（保健師）が私の生活を干渉する権利はない。

「利用行動評価尺度（修正後；未利用動機測定尺度）」質問項目原案（続き）

質問項目		
《行動に特異的な認識と感情》		
行為の利益の知覚	1	自分にあう方法で楽しみながら健康を維持している。
	2	健康を保つために楽しく自分なりの方法を実践している。
	3	生活習慣病の予防は具体的な方法を提示してくれれば真剣に取り組む。
	4	ストレスなく自分流で健康に気をつけるのが長生きする秘訣である。
	5	毎年の健診は体のチェックをするために必要である。
	6	自分の生活スタイルを崩さない範囲で保健行動を行っている。
	7	健康のためによいと思うことを聞いたら自分なりに実践する。
行為の負担の知覚	1	面倒なこと（カロリー計算・運動）は生活に取り入れるのは難しい。
	2	習慣になっている行動を変えられないのは当たり前のことである。
	3	できることはやっているから、これ以上の保健行動をとることはできない。
	4	保健指導は面倒だから積極的には利用しない。
	5	保健師が勧める保健行動は楽しくないのでやりたくない。
	6	時間を割いて保健指導を利用することはかなりの負担である。
	7	理想的な健康のために余裕がなくなるのはおかしい。
	8	病気の予防は大切だけれど、他の時間を犠牲にしてまでやる必要はない。
	9	生活習慣の改善方法はわかるけれど、実行はできない。
	10	病気の予防のために長年の生活習慣を変えようとは思わない。
自己効力感の知覚	1	健診結果をみれば自分の状況は自分で判断できる。
	2	将来病気になるかどうかは分からないから自分を信じて行動する。
	3	肥満の対処は保健師に言われなくても自分でできる。
	4	体力は落ちているが仕事ができるように工夫し、元気に生活している。
	5	健康を維持するために、常に食べ物や運動に気をつけている。
	6	自分の経験から健康状態を判断している。
	7	この先、病気にかからない自信がある。
	8	その気になればすぐに痩せることができる。
	9	太って洋服が入らなくなったら痩せればいい。
	10	保健師に言われなくても自分の体の状態は自分でわかる。
	11	毎日野菜を食べて、塩分も控えて規則正しい食事をしている。
行為に関わる感情	1	病気になったら病院に行けばいい。
	2	人生の目的は健康だけではない。
	3	個人の生活に行政が口出しするのはおかしい。
	4	特定保健指導の目的がよくわからない。
	5	保健師に自分の生活を否定されている。
	6	自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である。
	7	これ以上の保健行動はストレスが溜まり体に悪い。
	8	将来のことよりも今のことが大切である。
	9	保健指導は保健師に責められているような感覚になる。
	10	保健指導とは保健師の意見を一方的に聞かされることである。
	11	メタボリックシンドロームや生活習慣病のことはよくわからない。

「利用行動評価尺度（修正後；未利用動機測定尺度）」質問項目原案（続き）

質問項目		
人間関係の影響	1	家族や周囲に迷惑をかけないために健康に気をつけて過ごしている。
	2	保健行動のやりすぎは家族に迷惑がかかる。
	3	周囲との関係性を保つことを優先する。
	4	保健師は相手のことを真剣に考えていない。
	5	保健師は相手の考える健康を認めてくれない。
	6	保健師は相手のつらさを受け止めようとしていない。
	7	健診は家族や友人に誘われれば一緒に行く。
	8	保健師に生活習慣病以外の病気について相談しても聴き流される。
状況的影響	1	特定保健指導は社会や自分の考えとずれている。
	2	行政の対応には誠実さが感じられない。
	3	特定健診・特定保健指導はマニュアル化しすぎている。
	4	行政は個人に合わせた対応をしてくれない。
	5	全員を同じ基準に当てはめるのはおかしい。
	6	特定保健指導を利用しない人は、お金を払うようにすれば利用する。
	7	保健師は行政の考えを押しつけてくる。
	8	行政は住民が本当に必要としていることをわかっていない。
	9	保健指導を利用できる状況（環境）ではない。
	10	サービス自体をもっと工夫して、最善の方法をとったほうがよい。
	11	特定保健指導は、利用してもらうための工夫がない。
《行動の成果》		
行為計画実行の意思	1	自覚症状がないときは、病気の予防は必要ない。
	2	病気の予防のためではなく、毎日やりたいことをやっている。
	3	人はいつか必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい。
	4	今の健康状態で満足しているから、理想的な健康のためにあくせくしない。
	5	将来のことはその時になったら考える。
	6	保健指導を受けなくても健康を維持できるよう行動している。
	7	保健指導に誘われても忘れてしまう。
	8	自分のできる範囲で行動している。
直接競合する欲求と優先行動	1	自分のことよりも周囲との時間を大切にしたい。
	2	お金を稼ぐために仕事が優先される。
	3	自分の健康より仕事や周りのことを優先してしまう。
	4	自分のことだけに時間を費やす余裕はない。
	5	病気の予防のための指導をうける暇はない。
	6	働くことが私の生活の中心である。
	7	保健指導よりも趣味や仕事を優先する。
	8	ダメと言われても好きな物を食べたり飲んだりしてしまう。
	9	自分の役割（仕事、人間関係）を果たすことに精一杯である。
	10	人にとって社会的な関わりは大切である。

平成 年 月 日

様

群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科

研究者 博士後期課程 赤堀 八重子

指導教員 教授 齋藤 基

専門家会議ご出席へのお願い

向秋の候、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

私は現在、大学院看護学研究科博士後期課程において、「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度の開発」というテーマで研究に取り組んでおります。この研究の目的は、特定保健指導該当者に対して特定保健指導の利用につなげるために、特定保健指導の利用行動に影響を与える動機を測定し、利用行動を評価するための「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度」を開発することです。本尺度の開発は、保健師が実施する保健指導の質の向上に貢献し、特定保健指導該当者に対して、特定保健指導の利用及び行動変容を促進し、生活習慣病及び重症化予防に寄与できるものと考えます。

調査方法は、質問紙調査を予定しております。本調査に先立ち、専門家会議を開催させていただき、質問項目の妥当性について、ご意見をお聞かせいただきたいと存じます。

つきましては、ご多忙のところ、誠に恐縮でございますが、専門家会議へご出席いただきますようお願い申し上げます。

記

1. 開催日時 平成 29 年 9 月 9 日（土）15 時 30 分～17 時 30 分
2. 開催場所 群馬県立県民健康科学大学（群馬県前橋市上沖町 323-1）
西棟 1 階 第 12 演習室（同封の案内図をご参照ください。）
3. 専門家会議における質問紙の検討事項
 - 1) 質問紙は、本研究が目的とする特定保健指導の利用行動に影響を与える動機を測定するための項目として妥当であるか、また追加、修正する項目はあるか。

資料2 専門家会議依頼書

- 2) 尺度の下位概念の内容と質問項目の整合性はあるか。
- 3) 質問項目は表現や順序性が適切であるか。
- 4) 調査を実施するに当たり、研究対象者への説明や回答のしやすさは適切であるか。
- 5) 調査を実施するに当たり、適切な時間で回答できる質問項目数であるか。

4. 送付資料

同封の資料は以下の3種類となります。なお、専門家会議において、ご意見を伺わせていただくのは、資料1及び資料2-2の「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度」となります。

- 1) 資料1 「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度」質問項目原案
- 2) 資料2 「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度開発」のための質問紙調査

資料2-1 研究対象者特性調査用紙

資料2-2 「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度開発」のための質問紙

資料2-3 「Health Locus of Control 尺度」の質問紙

- 3) 資料3 (別紙) 質問項目作成に関する補足説明

なお、送付資料につきましては、会議の当日にご持参ください。会議終了時には、資料を回収させていただきますので、ご了解くださいますようお願いいたします。

以上、よろしくお願い申し上げます。

【研究者】

氏 名：赤堀八重子

所 属：群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科 博士後期課程

勤務先：高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科（講師）

連絡先：〒371-0033 群馬県高崎市中大類町 501

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科

電話：027-352-1291（代） 携帯 090-2462-4095

e-mail：akabori@takasaki-u.ac.jp

（大学院 e-mail：dn166101@gchs.ac.jp）

【指導教員】

職・氏名：教授 齋藤 基

所 属：群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科

連絡先：〒371-0052 群馬県前橋市上沖町 323-1

群馬県立県民健康科学大学

電話：027-235-1211（代表）

尺度質問項目に関する補足説明

1. 尺度の理論的枠組みについて

本尺度では改訂ヘルスプロモーションモデルを枠組みとして適用しました。改訂ヘルスプロモーションモデルは、保健行動に影響する枠組みとして提案され、保健行動に影響を与える動機として、恐れや脅威を含まないことから、健康を増進するための行動を包含し、全てのライフステージにおいて用いることができます。

2. 尺度の上位概念、下位概念について

尺度の上位概念、下位概念は以下の通りです。

1) 尺度の上位概念

「個人の特性と経験」

「行動に特異的な認識と感情」

「行動の成果」

2) 尺度の下位概念

- ①過去の関連行動、②個人的因子、③行為の利益の知覚、④行為の負担の知覚、
- ⑤自己効力の知覚、⑥行為に関わる感情、⑦人間関係の影響、⑧状況的影響
- ⑨行為計画実行の意思、⑩直接競合する要求（制御困難）と優先行動（制御可能）

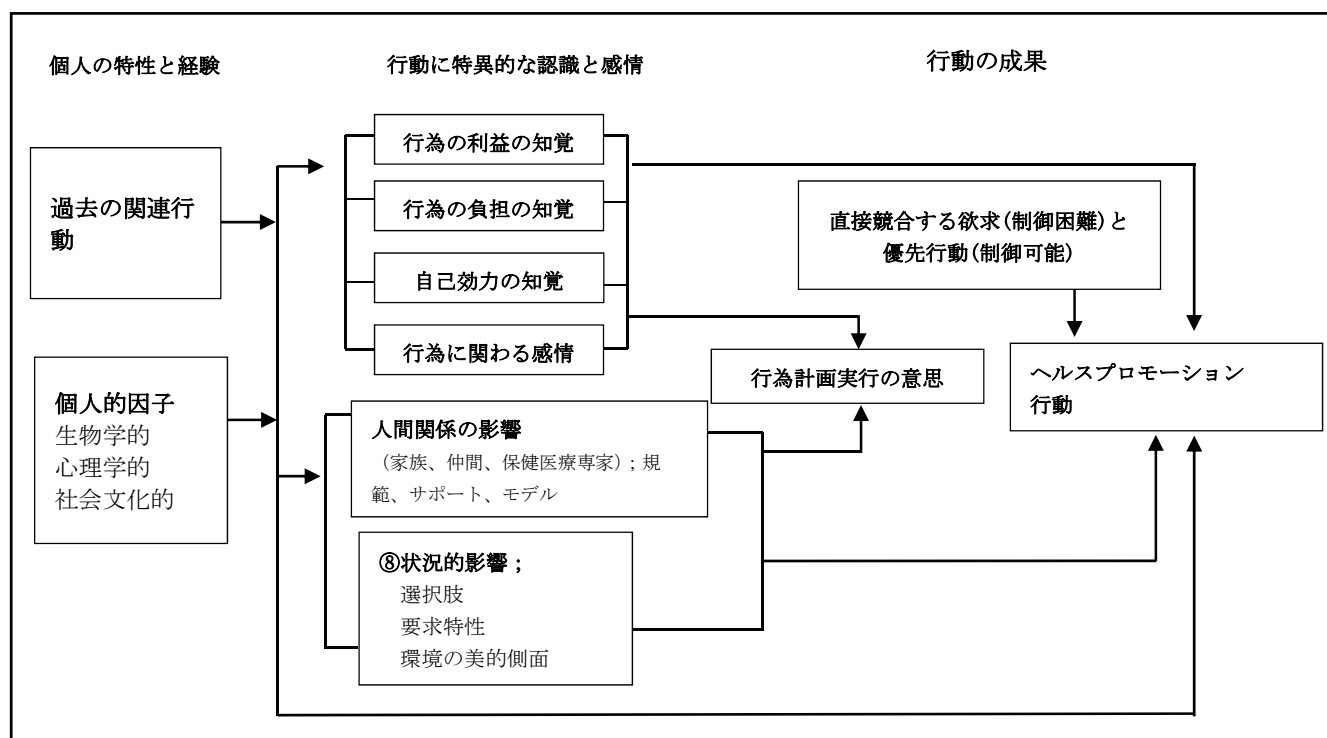


図 改訂ヘルスプロモーションモデル 出典) ペンダー (2002) : ヘルスプロモーション看護論, p100

2. 下位概念の概要及び質問項目について

質問項目は、研究者の先行研究（修士論文）、追加データ、経験等を下位概念に適用し、合計 116 項目の原案を作成しました。今回の専門家会議及びパイロットスタディにおいて、質問項目を 50

項目程度とする予定です。

①過去の関連行動

過去における同一または類似の行動の頻度であり、過去の行動はヘルスプロモーション行動をとる可能性に対して、直接的及び間接的に影響します。尺度の質問項目は、過去の保健指導及び健康相談の経験、それに伴う感情としました。

②個人的因子（心理・生物・社会文化）

個人的因子は生物学的、心理学的、社会文化的因子に分類されます。尺度の質問項目は、心理学的因子である健康状態の知覚及び健康の定義、自尊心としました。

③行為の利益の知覚

行為の利益の知覚は行動を直接動機づけるとともに、期待どおりの利益が得られる行動をとろうという行為計画実行の意思の程度を決めます。尺度の質問項目は、保健行動をとることによる利益の感情としました。

④行為の負担の知覚

保健行動をとる場合に予期または想像される、実際に障害となる個人の負担の知覚です。尺度の質問項目は、保健行動をとる際の負担に関する感情としました。

⑤自己効力の知覚

ヘルスプロモーション行動を計画し、実行できるかどうかの個人の能力の判断です。尺度の質問項目は、保健行動の実践に関する個人の能力についての判断としました。

⑥行為に関わる感情

行動それ自体の刺激性に基づいて、行動の前・中・後に生じる主観的な肯定的または否定的感情です。尺度の質問項目は、保健行動の前・中・後に生じる感情としました。

⑦人間関係の影響

他者の行動、信念、態度に関する認識です。人間関係の影響は、規範（重要他者への期待）、ソーシャルサポート（手段的及び情緒的激励）、モデリング（他者の特定の行動の観察による学習）を含みます。尺度の質問項目は、保健師の態度及び保健師への期待、家族や友人の行動等に対する認識としました。

⑧状況的影響

行動を促進したり、阻害したりする特定の状況または文脈の知覚及び認識です。尺度の質問項目は、行政への認識及び保健事業への認識、保健サービスに対する欲求、周囲の環境等への知覚や認識としました。

⑨行動計画実行の意思

行動計画実行の意思は「ある特定の行為を予め決めた時間と場所で、1人でまたは特定の人とともに、競合する優先行動の有無には関わりなく必ずやると義務づける」「その行動を引き出し、遂行し、強化するのに必要な特定の方策」という2つの認識過程を含みます。尺度の質問項目は、保健行動の実行に関する意思としました。

⑩直接競合する要求（制御困難）と優先行動（制御可能）

競合する欲求とは、周囲の偶発的な出来事のために、個人が制御することの難しい他の行動のことです。優先行動とは魅力の強い他の行為のことで、本人が制御しやすい欲求です。尺度の質問項目としては、仕事や家族に対する役割及び自身の欲求等に対する態度としました。

資料2-2 尺度開発のための質問項目原案「利用行動評価尺度（修正後；未利用動機測定尺度）」

質問項目		
《個人の特性と経験》		
過去の関連行動	1	保健師から説明を受けても自分の健康状態について具体的に分からない。
	2	保健指導による一般的な情報は聞く意味がない。
	3	保健指導の内容は自分の仕事や生活には合わない。
	4	保健師に勧められる行動は、結局習慣にはならない。
	5	保健行動を勧められても自分の体には合わない方法だ。
	6	日常の生活の中で、運動・食事の工夫をすることは実際には無理である。
	7	禁煙や節酒、減塩などを勧められるが本当に体によいかは分からない。
	8	長年かけてあみだした独自の健康維持の方法がある。
個人的因子	健康状態の知覚	1 今の生活スタイルや身体状況に満足している。
		2 歳をとるとお腹がでるのは普通である。
		3 肥満は病気ではない。
		4 太ったり痩せたりするのは生活するうえで当たり前のことである。
		5 生活習慣の改善は少し悪いだけだから必死にならなくてよい。
		6 メタボリックシンドロームは自分にとっては深刻ではない。
		7 体は変化していくので健康状態が悪くなるのは仕方ない。
		8 加齢とともに不健康になるのは仕方がない。
		9 老化は自然現象なので過度に心配するのはよくない。
		10 健康ではないと言われても自分は健康である。
		11 自分の年齢にあった健康状態である。
	健康の定義	1 健康とは自分のペースで生活することである。
		2 健康とは人生を楽しみながら生きていくことである。
		3 健康とは仕事や人間関係のバランスがとれていることである。
		4 健康とは自分らしく生活することである。
		5 健康とは日常生活を支障なく過ごすことである。
		6 健康とは今を充実して過ごすことである。
		7 健康とは自分の意思で行動できることである。
		8 健康とは今の状況を幸せだと思えることである。
		9 健康とは細かいことは気にせずに自然に歳をとっていくことである。
		10 健康とは人それぞれに違うから他人が決めるものではない。
	自尊心	1 自分の健康状態は自分の見解を優先する。
		2 保健師から太っていると痩せやせているとか言われたくない。
		3 生活（食べる・飲む・活動）の中に自分らしさがあるので変えたくない。
		4 自分の人生だから自分のことは自分で判断し、責任をもつ。
		5 自分がつくりあげてきた今の生活スタイルを大切にする。
		6 自分の人生だから自分らしく生きる。
		7 自分の健康を守ることができるのは自分である。
		8 保健行動は自分の生活スタイルに合わせてやっている。
		9 自分の健康状態だから自分の感覚を信じる。
		10 自分の体のことだから他人に頼らず、自分で責任を持つ。
		11 他人（保健師）が私の生活を干渉する権利はない。

資料2-2 尺度開発のための質問項目原案「利用行動評価尺度（修正後；未利用動機測定尺度）」（続き）

質問項目		
《行動に特異的な認識と感情》		
行為の利益の知覚	1	自分にあう方法で楽しみながら健康を維持している。
	2	健康を保つために楽しく自分なりの方法を実践している。
	3	生活習慣病の予防は具体的な方法を提示してくれれば真剣に取り組む。
	4	ストレスなく自分流で健康に気をつけるのが長生きする秘訣である。
	5	毎年の健診は体のチェックをするために必要である。
	6	自分の生活スタイルを崩さない範囲で保健行動を行っている。
	7	健康のためによいと思うことを聞いたら自分なりに実践する。
行為の負担の知覚	1	面倒なこと（カロリー計算・運動）は生活に取り入れるのは難しい。
	2	習慣になっている行動を変えられないのは当たり前のことである。
	3	できることはやっているから、これ以上の保健行動をとることはできない。
	4	保健指導は面倒だから積極的に利用しない。
	5	保健師が勧める保健行動は楽しくないのでやりたくない。
	6	時間を割いて保健指導を利用することはかなりの負担である。
	7	理想的な健康のために余裕がなくなるのはおかしい。
	8	病気の予防は大切だけれど、他の時間を犠牲にしてまでやる必要はない。
	9	生活習慣の改善方法はわかるけれど、実行はできない。
	10	病気の予防のために長年の生活習慣を変えようとは思わない。
自己効力感の知覚	1	健診結果をみれば自分の状況は自分で判断できる。
	2	将来病気になるかどうかは分からないから自分を信じて行動する。
	3	肥満の対処は保健師に言われなくても自分でできる。
	4	体力は落ちているが仕事ができるように工夫し、元気に生活している。
	5	健康を維持するために、常に食べ物や運動に気をつけている。
	6	自分の経験から健康状態を判断している。
	7	この先、病気にかからない自信がある。
	8	その気になればすぐに痩せることができる。
	9	太って洋服が入らなくなったら痩せればいい。
	10	保健師に言われなくても自分の体の状態は自分でわかる。
	11	毎日野菜を食べて、塩分も控えて規則正しい食事をしている。
行為に関わる感情	1	病気になったら病院に行けばいい。
	2	人生の目的は健康だけではない。
	3	個人の生活に行政が口出しするのはおかしい。
	4	特定保健指導の目的がよくわからない。
	5	保健師に自分の生活を否定されている。
	6	自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である。
	7	これ以上の保健行動はストレスが溜まり体に悪い。
	8	将来のことよりも今のことが大切である。
	9	保健指導は保健師に責められているような感覚になる。
	10	保健指導とは保健師の意見を一方的に聞かされることである。
	11	メタボリックシンドロームや生活習慣病のことはよくわからない。

資料2-2 尺度開発のための質問項目原案「利用行動評価尺度（修正後；未利用動機測定尺度）」（続き）

質問項目	
人間関係の影響	1 家族や周囲に迷惑をかけないために健康に気をつけて過ごしている。
	2 保健行動のやりすぎは家族に迷惑がかかる。
	3 周囲との関係性を保つことを優先する。
	4 保健師は相手のことを真剣に考えていない。
	5 保健師は相手の考える健康を認めてくれない。
	6 保健師は相手のつらさを受け止めようとしていない。
	7 健診は家族や友人に誘われれば一緒に行く。
	8 保健師に生活習慣病以外の病気について相談しても聴き流される。
状況的影響	1 特定保健指導は社会や自分の考えとずれている。
	2 行政の対応には誠実さが感じられない。
	3 特定健診・特定保健指導はマニュアル化しすぎている。
	4 行政は個人に合わせた対応をしてくれない。
	5 全員を同じ基準に当てはめるのはおかしい。
	6 特定保健指導を利用しない人は、お金を払うようにすれば利用する。
	7 保健師は行政の考えを押しつけてくる。
	8 行政は住民が本当に必要としていることをわかっていない。
	9 保健指導を利用できる状況（環境）ではない。
	10 サービス自体をもっと工夫して、最善の方法をとったほうがよい。
	11 特定保健指導は、利用してもらうための工夫がない。
《行動の成果》	
行為計画実行の意思	1 自覚症状がないときは、病気の予防は必要ない。
	2 病気の予防のためではなく、毎日やりたいことをやっている。
	3 人はいつか必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい。
	4 今の健康状態で満足しているから、理想的な健康のためにあくせくしない。
	5 将来のことはその時になったら考える。
	6 保健指導を受けなくても健康を維持できるよう行動している。
	7 保健指導に誘われても忘れてしまう。
	8 自分のできる範囲で行動している。
直接競合する欲求と優先行動	1 自分のことよりも周囲との時間を大切にしたい。
	2 お金を稼ぐために仕事が優先される。
	3 自分の健康より仕事や周りのことを優先してしまう。
	4 自分のことだけに時間を費やす余裕はない。
	5 病気の予防のための指導をうける暇はない。
	6 働くことが私の生活の中心である。
	7 保健指導よりも趣味や仕事を優先する。
	8 ダメと言われても好きな物を食べたり飲んだりしてしまう。
	9 自分の役割（仕事、人間関係）を果たすことに精一杯である。
	10 人にとって社会的な関わりは大切である。

「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度開発」 のための質問紙調査

この研究は、「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度」を開発することを目的としています。この尺度は皆様の特定保健指導に対する考え方を把握するものであり、得られた結果は皆様の生活に合わせた支援のために活用させていただきたいと考えております。

＊質問は次のページから始まります。よろしくお願いいたします。

資料 3 - 1 専門家会議用 研究対象者特性調査用紙

皆様ご自身のことについて以下の質問にお答えください。

問 1. あなたの年齢について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | | |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. 40 歳～44 歳 | 2. 45 歳～49 歳 | 3. 50 歳～54 歳 | 4. 55 歳～59 歳 |
| 5. 60 歳～64 歳 | 6. 65 歳～69 歳 | 7. 70 歳以上 | |

問 2. あなたの性別について、該当する番号に○をつけてください。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問 3. あなたの特定保健指導の支援レベルについて、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|----------|-----------|----------|
| 1. 積極的支援 | 2. 動機づけ支援 | 3. わからない |
|----------|-----------|----------|

*積極的支援 : 6 か月間にわたる定期的に継続した支援

*動機づけ支援 : 1 回の支援 (初回) と 6 か月後の確認

問 4. あなたは平成 29 年度の健診後、特定保健指導を利用しましたか。該当する番号に○をつけてください。

- | | |
|---------|------------|
| 1. 利用した | 2. 利用しなかった |
|---------|------------|

問 5. あなたの運動や食生活、睡眠等の生活習慣改善への取り組みについて、該当する番号に○をつけてください。

- | |
|---|
| 1. 改善するつもりはない。 |
| 2. 改善するつもりである。(概ね 6 か月以内) |
| 3. 近いうちに(概ね 1 か月以内)改善するつもりであり少しずつ始めている。 |
| 4. 既に改善に取り組んでいる。(6 か月未満) |
| 5. 既に改善に取り組んでいる。(6 か月以上) |

資料 3－2 専門家会議用 尺度開発のための質問紙

問 6．以下の質問項目について、あなたはどのように思われるのか、その程度をお答えください。回答に当たりましては、以下の全ての項目について、「いつもそう思う」から「ほとんどそう思わない」のうち、該当する番号を1つ選び、○をつけてください。

質問項目		いつも そう 思う	た び た び さ う 思 う	ど ち ら と も い え な い	あ ま り さ う 思 わ な い	ほ と ん ど さ う 思 わ な い
1	保健師から説明を受けても自分の健康状態について具体的に分からない。	5	4	3	2	1
2	保健指導による一般的な情報は聞く意味がない。	5	4	3	2	1
3	保健指導の内容は自分の仕事や生活には合わない。	5	4	3	2	1
4	保健師に勧められる行動は、結局習慣にはならない。	5	4	3	2	1
5	保健行動を勧められても自分の体には合わない方法である。	5	4	3	2	1
6	日常の生活の中で、運動・食事の工夫をすることは実際には無理である。	5	4	3	2	1
7	禁煙や節酒、減塩などを勧められるが本当に体によいかは分からない。	5	4	3	2	1
8	長年かけてあみだした独自の健康維持の方法がある。	5	4	3	2	1
9	今の生活スタイルや身体状況に満足している。	5	4	3	2	1
10	歳をとるとお腹がでるのは普通である。	5	4	3	2	1
11	肥満は病気ではない。	5	4	3	2	1
12	生活するうえで太ったり痩せたりするのは当たり前のことである。	5	4	3	2	1
13	生活習慣の改善は少し悪いだけだから必死にならなくてよい。	5	4	3	2	1
14	メタボリックシンドロームは自分にとっては深刻ではない。	5	4	3	2	1
15	体は変化していくので健康状態が悪くなるのは仕方ない。	5	4	3	2	1
16	加齢とともに不健康になるのは仕方がない。	5	4	3	2	1
17	老化は自然現象なので過度に心配するのはよくない。	5	4	3	2	1
18	健康ではないと言われても自分は健康である。	5	4	3	2	1
19	自分の年齢にあった健康状態である。	5	4	3	2	1
20	健康とは自分のペースで生活することである。	5	4	3	2	1
21	健康とは人生を楽しみながら生きていくことである。	5	4	3	2	1
22	健康とは仕事や人間関係のバランスが取れていることである。	5	4	3	2	1
23	健康とは自分らしく生活することである。	5	4	3	2	1
24	健康とは日常生活を支障なく過ごすことである。	5	4	3	2	1
25	健康とは今を充実して過ごすことである。	5	4	3	2	1
26	健康とは自分の意思で行動できることである。	5	4	3	2	1

資料 3－2 専門家会議用 尺度開発のための質問紙（続き）

質問項目		いつもそう思う	たびたびそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	ほとんどそう思わない
27	健康とは今の状況を幸せだと思えることである。	5	4	3	2	1
28	健康とは細かいことは気にせずに自然に歳をとっていくことである。	5	4	3	2	1
29	自分の健康状態は自分の見解を優先する。	5	4	3	2	1
30	健康とは人それぞれに違うから他人が決めるものではない。	5	4	3	2	1
31	保健師から太っていると痩せやせているとか言われたくない。	5	4	3	2	1
32	生活（食べる・飲む・活動）の中に自分らしさであるので変えたくない。	5	4	3	2	1
33	自分の人生だから、自分のことは自分で判断し、責任をもつ。	5	4	3	2	1
34	自分がつくりあげてきた今の生活スタイルを大切にする。	5	4	3	2	1
35	自分の人生だから自分らしく生きる。	5	4	3	2	1
36	自分の健康を守ることができるのは自分である。	5	4	3	2	1
37	保健行動は自分の生活スタイルに合わせてやっている。	5	4	3	2	1
38	自分の健康状態だから自分の感覚を信じる。	5	4	3	2	1
39	自分の体のことだから、他人に頼らず自分で責任を持つ。	5	4	3	2	1
40	他人（保健師）が私の生活を干渉する権利はない。	5	4	3	2	1
41	自分にあう方法で楽しみながら健康を維持している。	5	4	3	2	1
42	健康を保つために楽しく自分なりの方法を実践している。	5	4	3	2	1
43	生活習慣病の予防は具体的な方法を提示してくれれば真剣に取り組む。	5	4	3	2	1
44	ストレスなく自分流で健康に気をつけるのが長生きする秘訣である。	5	4	3	2	1
45	毎年の健診は体のチェックをするために必要である。	5	4	3	2	1
46	自分の生活スタイルを崩さない範囲で保健行動を行っている。	5	4	3	2	1
47	健康のためによいと思うことを聞いたら自分なりに実践する。	5	4	3	2	1
48	面倒なこと（カロリー計算・運動）は生活に取り入れるのは難しい。	5	4	3	2	1
49	習慣になっている行動を変えられないのは当たり前のことである。	5	4	3	2	1
50	できることはやっているから、これ以上の保健行動をとることはできない。	5	4	3	2	1
51	保健指導は面倒だから積極的には利用しない。	5	4	3	2	1
52	保健師が勧める保健行動は楽しくないのでやりたくない。	5	4	3	2	1
53	時間を割いて保健指導を利用することはかなりの負担である。	5	4	3	2	1
54	理想的な健康のために余裕がなくなるのはおかしい。	5	4	3	2	1
55	病気の予防は大切だけど、他の時間を犠牲にしてまでやる必要はない。	5	4	3	2	1
56	生活習慣の改善方法はわかるけれど、実行はできない。	5	4	3	2	1
57	病気の予防のために長年の生活習慣を変えようとは思わない。	5	4	3	2	1
58	健診結果をみれば自分の状況は自分で判断できる。	5	4	3	2	1
59	将来病気になるかどうかは分からないから自分を信じて行動する。	5	4	3	2	1
60	肥満の対処は保健師に言われなくても自分でできる。	5	4	3	2	1

資料 3－2 専門家会議用 尺度開発のための質問紙（続き）

質問項目		い つ も 思 う	た び た び 思 う	ど ち ろ と も 思 え な い	あ ま り そ う 思 わ な い	ほ と と ん と 思 わ な い
61	体力は落ちているが仕事ができるように工夫し、元気に生活している。	5	4	3	2	1
62	健康を維持するために、常に食べ物や運動に気をつけている。	5	4	3	2	1
63	自分の経験から健康状態を判断している。	5	4	3	2	1
64	この先、病気にかからない自信がある。	5	4	3	2	1
65	その気になればすぐに痩せることができる。	5	4	3	2	1
66	太って洋服が入らなくなったら痩せればいい。	5	4	3	2	1
67	保健師に言われなくても自分の体の状態は自分でわかる。	5	4	3	2	1
68	毎日野菜を食べて、塩分も控えて規則正しい食事をしている。	5	4	3	2	1
69	病気になったら病院に行けばいい。	5	4	3	2	1
70	人生の目的は健康だけではない。	5	4	3	2	1
71	個人の生活に行政が口出しするのはおかしい。	5	4	3	2	1
72	特定保健指導の目的がよくわからない。	5	4	3	2	1
73	保健師に自分の生活を否定されている。	5	4	3	2	1
74	自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である。	5	4	3	2	1
75	これ以上の保健行動はストレスが溜まり体に悪い。	5	4	3	2	1
76	将来のことよりも今のことが大切である。	5	4	3	2	1
77	保健指導は保健師に責められているような感覚になる。	5	4	3	2	1
78	保健指導とは保健師の意見を一方的に聞かされることである。	5	4	3	2	1
79	メタボリックシンドロームや生活習慣病のことはよくわからない。	5	4	3	2	1
80	家族や周囲に迷惑をかけないために、健康に気をつけて過ごしている。	5	4	3	2	1
81	保健行動のやりすぎは家族に迷惑がかかる。	5	4	3	2	1
82	私は周囲との関係性を保つことを優先する。	5	4	3	2	1
83	保健師は相手のことを真剣に考えていない。	5	4	3	2	1
84	保健師は相手の考える健康を認めてくれない。	5	4	3	2	1
85	保健師は相手のつらさを受け止めようとしていない。	5	4	3	2	1
86	健診は家族や友人に誘われれば一緒に行く。	5	4	3	2	1
87	保健師に生活習慣病以外の病気について相談しても聴き流される。	5	4	3	2	1
88	特定保健指導は社会や自分の考えとずれている。	5	4	3	2	1
89	行政の対応には誠実さが感じられない。	5	4	3	2	1
90	特定健診・特定保健指導はマニュアル化しすぎている。	5	4	3	2	1
91	行政は個人に合わせた対応をしてくれない。	5	4	3	2	1
92	全員を同じ基準に当てはめるのはおかしい。	5	4	3	2	1
93	特定保健指導を利用しない人は、お金を払うようにすれば利用する。	5	4	3	2	1
94	保健師は行政の考えを押しつけてくる。	5	4	3	2	1

資料 3－2 専門家会議用 尺度開発のための質問紙（続き）

質問項目		1 とても 思わない	2 あまり 思わない	3 どちら とも 思えない	4 た び だ ひ な う 思 う	5 い ち め ん に 思 う
95	行政は住民が本当に必要としていることをわかっていない。	5	4	3	2	1
96	保健指導を利用できる状況（環境）ではない。	5	4	3	2	1
97	サービス自体をもっと工夫して、最善の方法をとったほうがよい。	5	4	3	2	1
98	特定保健指導は、利用してもらうための工夫がない。	5	4	3	2	1
99	自覚症状がないときは、病気の予防は必要ない。	5	4	3	2	1
100	病気の予防のためではなく、毎日やりたいことをやっている。	5	4	3	2	1
101	人はいつか必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい。	5	4	3	2	1
102	今の健康状態で満足しているから、理想的な健康のためにあくせくしない。	5	4	3	2	1
103	将来のことはその時になったら考える。	5	4	3	2	1
104	保健指導を受けなくても健康を維持できるよう行動している。	5	4	3	2	1
105	保健指導に誘われても忘れてしまう。	5	4	3	2	1
106	自分のできる範囲で行動している。	5	4	3	2	1
107	自分のことよりも周囲との時間を大切にしたい。	5	4	3	2	1
108	お金を稼ぐために仕事が優先される。	5	4	3	2	1
109	自分の健康より仕事や周りのことを優先してしまう。	5	4	3	2	1
110	自分のことだけに時間を費やす余裕はない。	5	4	3	2	1
111	病気の予防のための指導をうける暇はない。	5	4	3	2	1
112	働くことが私の生活の中心である。	5	4	3	2	1
113	保健指導よりも趣味や仕事を優先する。	5	4	3	2	1
114	ダメと言われても好きな物を食べたり飲んだりしてしまう。	5	4	3	2	1
115	自分の役割（仕事、人間関係）を果たすことに精一杯である。	5	4	3	2	1
116	人にとって社会的な関わりは大切である。	5	4	3	2	1

※注：本尺度の質問項目群（アイテムプール）は、専門家会議及びパイロットスタディを
通して、最終的に 50 項目程度とする予定である。

資料 3－3 「Health Locus of Control 尺度」の質問紙

問 7. 以下の質問項目について、「1. そう思う」から「4. そう思わない」の中から、あなたの意見にもっとも近い回答を1つ選び、あてはまる番号に○をつけてください。回答は迷わず、感じたままに答えてください。

質問項目		そう 思う	やや そう 思う	やや そう 思わない	そう 思わない
1	あなたは病気になった場合、その原因を自分がとった行動にあると思いますか。	1	2	3	4
2	あなたが病気になる時は、努力しても避けられないと思いますか。	1	2	3	4
3	あなたが病気になる時、それは自分のおかれている環境のせいだと思いますか。	1	2	3	4
4	あなたは適切な行動をとっていれば健康に暮らせると思いますか。	1	2	3	4
5	あなたは、今運動をしたり食事を節制することが将来の健康に役立つと思いますか。	1	2	3	4
6	あなたが健康でいることと、あなたが健康のために努力することはあまり関係がないと思いますか。	1	2	3	4
7	あなたは、突然病気になると思いますか。	1	2	3	4
8	あなたは自分の努力によって健康を維持できると思いますか。	1	2	3	4
9	あなたの健康は、あなたのとる行動によって左右されると思いますか。	1	2	3	4
10	あなたは、病気になるのは仕方のないことだと思いますか。	1	2	3	4
11	あなたは、どんなに努力しても病気の原因を取り除くことはできないと思いますか。	1	2	3	4
12	あなたが健康のためにとる行動は実際に効果があると思いますか。	1	2	3	4
13	あなたは、運が悪いから病気になると思いますか。	1	2	3	4
14	あなたは一生健康に暮らせると思いますか。	1	2	3	4

質問は以上で終了です。調査にご協力いただきありがとうございました。

本調査に関する質問がございましたら、下記までお問い合わせください。

【研究者】

氏 名：赤堀八重子

所 属：群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科 博士後期課程

勤務先：高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科（講師）

連絡先：〒371-0033 群馬県高崎市中大類町 501

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科

電話：027-352-1291（代）

e-mail：akabori@takasaki-u.ac.jp

資料4 専門家会議次第

「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度の開発」に関する研究 専門家会議 次第

日時：平成29年9月9日（土）15時30分～17時30分

場所：群馬県立県民健康科学大学 第12演習室

1. 開会

2. あいさつ

3. 自己紹介

4. 議題

- 1) 研究の概要について
- 2) 専門家会議の目的について
- 3) 特定保健指導該当者の利用行動評価尺度開発のための質問紙について
 - (1) 研究対象者特性調査質問紙
 - (2) 特定保健指導該当者の利用行動評価尺度
- 4) 質問紙に関する検討

5. 今後の研究について

6. 閉会

平成 年 月 日

様

群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科

研究者 博士後期課程 赤堀 八重子

指導教員 教授 齋藤 基

研究事前調査協力へのお願い

時下、皆様にはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

私は現在、大学院看護学研究科博士後期課程において、「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度の開発」というテーマで研究に取り組んでおります。この研究の目的は、「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度」を開発することです。

この尺度は、皆様の特定保健指導に対する考え方を把握するものであり、得られた結果は、皆様の生活に合わせた支援のために活用させていただきたいと考えております。

調査方法は、質問紙調査を予定しております。本調査に先立ち、質問項目の表現の理解のしやすさ及び回答のしやすさ、質問項目の妥当性等について、面接により事前調査をさせていただき、ご意見をお聞かせいただきたいと思います。ご協力いただける場合は、皆様に支障のないよう配慮し、ご希望の時間と場所で面接をさせていただきます。

つきましては、ご多忙のところ、大変恐縮でございますが、事前調査にご協力いただきますようお願い申し上げます。

記

1. 調査期間 平成 29 年 月 日 ()

2. 調査時間 1 時間程度

3. 事前調査における質問紙の確認事項

- 1) 質問項目の表現は理解しやすいか。
- 2) 質問紙への回答はしやすいか。
- 3) 質問紙への回答時間は適当か。
- 4) 質問項目の内容は妥当か。

【研究者】

氏 名：赤堀八重子

所 属：群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科 博士後期課程

勤務先：高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科（講師）

連絡先：〒371-0033 群馬県高崎市中大類町 501

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科

電話：027-352-1291（代）

e-mail：akabori@takasaki-u.ac.jp

【指導教員】

職・氏名：教授 齋藤 基

所 属：群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科

連絡先：〒371-0052 群馬県前橋市上沖町 323-1

群馬県立県民健康科学大学看護学部

電話：027-235-1211（代表）

< 誓約書 >

私は、「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度の開発」の研究において、データ提供者の個人情報を守り、これを研究以外には使用しないことを約束します。また、研究論文においては、個人を特定できるような方法による論述や発表を行わないことを約束します。

平成 年 月 日

研究者署名

< 研究同意書 >

私は、研究者から調査の内容と方法および研究協力者の権利について説明を受けました。研究協力者の権利が守られることを条件として、研究に協力することを同意します。

平成 年 月 日

研究協力者署名

「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度開発」 のための質問紙調査

この研究は、「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度」を開発することを目的としています。この尺度は皆様の特定保健指導に対する考え方を把握するものであり、得られた結果は皆様の生活に合わせた支援のために活用させていただきたいと考えております。

*質問は次のページから始まります。よろしくお願いいたします。

資料6 尺度開発のための質問紙調査 パイロットスタディ用①

皆様ご自身のことについて以下の質問にお答えください。

問1. あなたの年齢について、該当する番号に○をつけてください。

- | | | | |
|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 1. 40 歳～44 歳 | 2. 45 歳～49 歳 | 3. 50 歳～54 歳 | 4. 55 歳～59 歳 |
| 5. 60 歳～64 歳 | 6. 65 歳～69 歳 | 7. 70 歳以上 | |

問2. あなたの性別について、該当する番号に○をつけてください。

- | | |
|-------|-------|
| 1. 男性 | 2. 女性 |
|-------|-------|

問3. あなたの特定保健指導の支援レベルについて、該当する番号に○をつけてください。

- | | | |
|----------|-----------|----------|
| 1. 積極的支援 | 2. 動機づけ支援 | 3. わからない |
|----------|-----------|----------|

*積極的支援 : 6 か月間にわたる定期的に継続した支援

*動機づけ支援: 1 回の支援（初回）と6 か月後の確認

問4. あなたは平成29年度の健診後、特定保健指導を利用しましたか。該当する番号に○をつけてください。

- | | |
|---------|------------|
| 1. 利用した | 2. 利用しなかった |
|---------|------------|

問5. あなたの運動や食生活、睡眠等の生活習慣改善への取り組みについて、該当する番号に○をつけてください。

- | |
|--|
| 1. 改善するつもりはない。 |
| 2. 改善するつもりである。（概ね6 か月以内） |
| 3. 近いうちに（概ね1 か月以内）改善するつもりであり少しずつ始めている。 |
| 4. 既に改善に取り組んでいる。（6 か月未満） |
| 5. 既に改善に取り組んでいる。（6 か月以上） |

資料6 尺度開発のための質問紙調査 パイロットスタディ用①

問6. 以下の質問項目について、あなたはどのように思われるのか、その程度をお答えください。回答に当たりましては、以下の全ての項目について、「強くそう思う」から「まったくそう思わない」のうち、該当する番号を1つ選び、○をつけてください。

質問項目		強く そう 思う	そう 思う	どちら ともい えない	そう 思わ ない	ま た っ た く そ う 思 わ な い
1	健康とは無理をせずに自分らしく生きることである。	5	4	3	2	1
2	健康とは生活する上でのバランスがとれていることである。	5	4	3	2	1
3	健康とは日常生活を支障なく過ごすことである。	5	4	3	2	1
4	健康とは今を充実して過ごすことである。	5	4	3	2	1
5	健康とは自分の意思で行動できることである。	5	4	3	2	1
6	歳をとるとお腹がでるのは普通である。	5	4	3	2	1
7	メタボリックシンドロームは自分にとっては深刻ではない。	5	4	3	2	1
8	歳とともに健康状態が悪くなるのはとめられない。	5	4	3	2	1
9	健診結果が良くないと言われても自分はそれなりに健康である。	5	4	3	2	1
10	自分の年齢にあった健康状態である。	5	4	3	2	1
11	自分の人生だから自分らしく生きる。	5	4	3	2	1
12	自分の健康を守ることができるのは自分である。	5	4	3	2	1
13	自分の健康状態だから自分の感覚を信じる。	5	4	3	2	1
14	自分がつくりあげてきた今の生活スタイルを大切にする。	5	4	3	2	1
15	他人が私の生活を干渉する権利はない。	5	4	3	2	1
16	保健指導で聞く話は、当たり前の話なので聞く意味がない。	5	4	3	2	1
17	健康に良いと勧められる行動は、結局習慣にはならない。	5	4	3	2	1
18	病気の予防に向けた生活習慣の工夫を勧められても自分には合わない方法だ。	5	4	3	2	1
19	日常の中で運動や食事等の生活習慣の工夫をすることは現実的に無理である。	5	4	3	2	1
20	生活習慣を改善することが本当に病気の予防になるかは分からない。	5	4	3	2	1
21	面倒なこと（食事の工夫・運動等）は生活に取り入れるのは難しい。	5	4	3	2	1
22	習慣になっている行動は変えられない。	5	4	3	2	1

資料6 尺度開発のための質問紙調査 パイロットスタディ用①（続き）

質問項目		強く そう思う	そう 思う	どちら ともい えない	そう 思わな い	ま た た く そ う 思 わ な い
23	これ以上の生活習慣の改善は日常生活に支障が生じる。	5	4	3	2	1
24	保健指導を聞くために自分の時間を割くことは負担でしかない。	5	4	3	2	1
25	他の時間を犠牲にしてまで、病気の予防に向けた取り組む必要はない。	5	4	3	2	1
26	生活習慣の改善方法はわかるけれど自分に合わないので実行できない。	5	4	3	2	1
27	生活習慣の改善と言われると自分の生活を否定されている気持ちになる。	5	4	3	2	1
28	自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である。	5	4	3	2	1
29	これ以上の保健行動はストレスが溜まり体に悪い。	5	4	3	2	1
30	保健指導を受けると責められているような感覚になる。	5	4	3	2	1
31	病気の予防のために長年の生活習慣を変えようとは思わない。	5	4	3	2	1
32	肥満の対処は他人に言われなくても自分でできる。	5	4	3	2	1
33	自分の体の状態は自分が一番よくわかる。	5	4	3	2	1
34	長年かけてあみだした健康を維持する独自の方法がある。	5	4	3	2	1
35	保健指導を受けなくても健康を維持できるよう行動している。	5	4	3	2	1
36	その気になればすぐに痩せることができる。	5	4	3	2	1
37	家族や周囲に迷惑をかけないために健康に気をつけて過ごしている。	5	4	3	2	1
38	保健行動のやりすぎは家族に迷惑がかかる。	5	4	3	2	1
39	周囲との関係性を保つことを優先する。	5	4	3	2	1
40	健診や保健指導では生活習慣病以外の病気について相談しても聴き流される。	5	4	3	2	1
41	生活習慣改善のための特定保健指導は社会や自分の考えとずれている。	5	4	3	2	1
42	行政の対応には誠実さが感じられない。	5	4	3	2	1
43	特定健診・特定保健指導はマニュアル化しすぎている。	5	4	3	2	1
44	全員を同じ健康の基準に当てはめるのはおかしい。	5	4	3	2	1
45	サービス自体をもっと工夫して、最善の方法をとったほうがよい。	5	4	3	2	1
46	自分のことよりも周囲との時間を大切にしたい。	5	4	3	2	1
47	生活習慣の改善のための保健指導より、家族や友人、仕事や趣味を優先する。	5	4	3	2	1
48	自分の病気の予防のために時間を費やす余裕はない。	5	4	3	2	1

資料6 尺度開発のための質問紙調査 パイロットスタディ用①（続き）

質問項目		強く そう思う	そう 思う	どちら ともい えない	そう 思わな い	まっ たく そう 思わ ない
49	日常を円滑に過ごすには自分の更なる健康よりも家族や仕事などが重要である。	5	4	3	2	1
50	体によくないと言われても好きな物を食べたり飲んだりしてしまう。	5	4	3	2	1
51	人はいつか必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい。	5	4	3	2	1
52	今の健康状態で満足しているから、理想的な健康のためにあくせくしない。	5	4	3	2	1
53	将来のことはその時になったら考える。	5	4	3	2	1
54	保健指導に誘われても忘れてしまう。	5	4	3	2	1
55	自分にあう方法で健康を維持している。	5	4	3	2	1
56	ストレスなく自分流で健康に気をつけるのが長生きする秘訣である。	5	4	3	2	1
57	毎年の健診は体のチェックをするために必要である。	5	4	3	2	1
58	自分の生活スタイルを崩さない範囲で保健行動を行っている。	5	4	3	2	1
59	健康のためによいと思うことを聞いたら自分なりに実践する。	5	4	3	2	1

質問は以上で終了です。調査にご協力いただきありがとうございました。

本調査に関する質問がございましたら、下記までお問い合わせください。

【研究者】

氏 名：赤堀八重子

所 属：群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科 博士後期課程

勤務先：高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科（講師）

連絡先：〒371-0033 群馬県高崎市中大類町 501

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科

電話：027-352-1291（代）

e-mail：akabori@takasaki-u.ac.jp

「特定保健指導の利用に関する調査」

～特定保健指導該当者の利用行動評価尺度開発に向けて～

この調査は、特定健康診査・特定保健指導に活用する質問紙を開発することを目的とし、皆様の特定保健指導の利用に関する考え方を把握するものです。この調査により得られた結果は、皆様にとって利用しやすい特定保健指導の提供に向けて活用させていただきます。

* 質問は次のページから始まります。よろしくお願いいたします。

資料6 尺度開発のための質問紙調査 パイロットスタディ用②

皆様ご自身のことについて以下の質問にお答えください。

問1. あなたの年齢を教えてください。

歳

問2. あなたの性別について、該当する番号に○をつけてください。

1. 男性	2. 女性
-------	-------

問3. あなたは平成29年度の特健健診を受診した後、特定保健指導を利用しましたか。該当する番号に○をつけてください。

1. 利用した	2. 利用しなかった
---------	------------

問4. あなたの特定保健指導の支援レベルについて、該当する番号に○をつけてください。不明な場合は「3. わからない」に○をつけてください。

1. 積極的支援	2. 動機づけ支援	3. わからない
----------	-----------	----------

*積極的支援：6か月間にわたる定期的に継続した支援

*動機づけ支援：1回の支援（初回）と6か月後の確認

問5. あなたの運動や食生活、睡眠等の生活習慣改善への取り組みについて、該当する番号に○をつけてください。

1. 改善するつもりはない。
2. 改善するつもりである。（概ね6か月以内）
3. 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり少しずつ始めている。
4. 既に改善に取り組んでいる。（6か月未満）
5. 既に改善に取り組んでいる。（6か月以上）

資料6 尺度開発のための質問紙調査 パイロットスタディ用②

問6. 以下の質問項目について「5. そう思う」から「1. そう思わない」の中から、あなたの考えにもっとも近い回答を1つ選び、あてはまる番号に○をつけてください。回答は、時間をかけず感じたままをお答えください。

	質問項目	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
1	健康とは日常生活を支障なく過ごすことだと思う。	5	4	3	2	1
2	健康とは今を充実して過ごすことだと思う。	5	4	3	2	1
3	健康とは自分の意思で行動できることだと思う。	5	4	3	2	1
4	歳をとるとお腹がでるのは普通だと思う。	5	4	3	2	1
5	メタボリックシンドロームは深刻な状態ではないと思う。	5	4	3	2	1
6	歳とともに健康状態が悪くなるのはとめられないと思う。	5	4	3	2	1
7	健診結果が良くないと言われても自分はそれなりに健康だと思う。	5	4	3	2	1
8	自分の年齢にあった健康状態だと思う。	5	4	3	2	1
9	健康に良いと勧められても、結局、習慣にはならないと思う。	5	4	3	2	1
10	病気予防が目的の生活習慣の改善は自分には合わない方法だと思う。	5	4	3	2	1
11	運動や食事等の生活習慣の工夫をすることは現実的に無理だと思う。	5	4	3	2	1
12	生活習慣の改善が病気を予防するかは正直わからないと思う。	5	4	3	2	1
13	習慣になっている行動は変えられないと思う。	5	4	3	2	1
14	生活習慣の改善は日常生活に負担が生じると思う。	5	4	3	2	1
15	他の時間を犠牲にしてまで病気の予防に取り組む必要はないと思う。	5	4	3	2	1
16	生活習慣の改善の方法は自分に合わないので実行できないと思う。	5	4	3	2	1
17	保健指導のために自分の時間を割くことは負担である。	5	4	3	2	1
18	保健指導を受けると責められているような感覚になる。	5	4	3	2	1
19	生活習慣改善の指導は当たり前の話なので聞く意味がないと思う。	5	4	3	2	1
20	自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である。	5	4	3	2	1
21	生活習慣の改善と言われると自分の生活を否定されている気持ちになる。	5	4	3	2	1
22	健康に良い行動はストレスが溜まり却って体に悪いと思う。	5	4	3	2	1
23	病気を予防するために生活習慣を変えようとは思わない。	5	4	3	2	1
24	自分の健康状態は自分の感覚で判断している。	5	4	3	2	1
25	自分の健康を守ることができるのは自分だと思う。	5	4	3	2	1
26	自分の生活を他の人に干渉されたくないと思う。	5	4	3	2	1

資料6 尺度開発のための質問紙調査 パイロットスタディ用②（続き）

	質問項目	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
27	自分らしさとは生活習慣そのものだと思う。	5	4	3	2	1
28	今の生活習慣を変えようとは思わない。	5	4	3	2	1
29	自分の健康のことで周囲（家族・友人など）に迷惑をかけたくないと思う。	5	4	3	2	1
30	健康に良い行動（食生活、生活リズム等）はやりすぎると周囲（家族・友人）に迷惑がかかると思う。	5	4	3	2	1
31	保健指導で生活習慣病以外の病気のことを相談しても聴き流される。	5	4	3	2	1
32	生活習慣改善のための特定保健指導は自分に合わないサービスだと思う。	5	4	3	2	1
33	全員を同じ健康の基準に当てはめるのはおかしいと思う。	5	4	3	2	1
34	病気の予防のために時間を費やす余裕はない。	5	4	3	2	1
35	今はそれなりに健康なので自分の健康より周囲（家族・仕事）のことを優先したいと思う。	5	4	3	2	1
36	生活習慣の改善のための保健指導より、家族や友人、仕事や趣味を優先している。	5	4	3	2	1
37	生活する上では、自分の更なる健康よりも家族や仕事などが重要だと思う。	5	4	3	2	1
38	体によくないと言われても好きな物を食べたり飲んだりしてしまう。	5	4	3	2	1
39	将来の健康のことは、その時になったら考えればよいと思う。	5	4	3	2	1
40	人は必ず死ぬのだから今を充実して生きた方がよいと思う。	5	4	3	2	1
41	保健指導に誘われても忘れてしまう。	5	4	3	2	1
42	理想的な健康のためにあくせくしたくないと思う。	5	4	3	2	1
43	肥満の対処は他人に言われなくても自分でできる。	5	4	3	2	1
44	人から言われなくても自分の健康は自分で維持している。	5	4	3	2	1
45	自分の体の状態は自分が一番よくわかっている。	5	4	3	2	1
46	その気になればすぐに痩せることができる。	5	4	3	2	1
47	健康を維持する自分なりの方法がある。	5	4	3	2	1
48	自分にあう方法で健康を維持している。	5	4	3	2	1
49	ストレスのない方法を実践することが健康を保つ秘訣だと思う。	5	4	3	2	1
50	健康のために良いと思うことは自分なりに実践するほうである。	5	4	3	2	1
51	毎年の健診は体のチェックをするために必要だと思う。	5	4	3	2	1

資料6 尺度開発のための質問紙調査 パイロットスタディ用②

問7. 以下の質問項目について、「1. そう思う」から「4. そう思わない」の中から、あなたの意見にもっとも近い回答を1つ選び、あてはまる番号に○をつけてください。回答は迷わず、感じたままに答えてください。

	質問項目	そう思う	ややそう思う	ややそう思わない	そう思わない
1	あなたは病気になった場合、その原因を自分がとった行動にあると思いますか。	1	2	3	4
2	あなたが病気になる時は、努力しても避けられないと思いますか。	1	2	3	4
3	あなたが病気になる時、それは自分のおかれている環境のせいだと思いますか。	1	2	3	4
4	あなたは適切な行動をとってれば健康に暮らせると思いますか。	1	2	3	4
5	あなたは、今運動をしたり食事を節制することが将来の健康に役立つと思いますか。	1	2	3	4
6	あなたが健康でいることと、あなたが健康のために努力することはあまり関係がないと思いますか。	1	2	3	4
7	あなたは、突然病気になると思いますか。	1	2	3	4
8	あなたは自分の努力によって健康を維持できると思いますか。	1	2	3	4
9	あなたの健康は、あなたのとる行動によって左右されると思いますか。	1	2	3	4
10	あなたは、病気になるのは仕方のないことだと思いますか。	1	2	3	4
11	あなたは、どんなに努力しても病気の原因を取り除くことはできないと思いますか。	1	2	3	4
12	あなたが健康のためにとる行動は実際に効果があると思いますか。	1	2	3	4
13	あなたは、運が悪いから病気になると思いますか。	1	2	3	4
14	あなたは一生健康に暮らせると思いますか。	1	2	3	4

質問は以上で終了です。調査にご協力いただきありがとうございました。

本調査に関する質問がございましたら、下記までお問い合わせください。

【研究者】

氏 名：赤堀八重子

所 属：群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科 博士後期課程

勤務先：高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科（講師）

連絡先：〒371-0033 群馬県高崎市中大類町 501

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科

電話：027-352-1291（代）

e-mail：akabori@takasaki-u.ac.jp

平成〇年 〇月 〇日

〇〇市（町）長 〇〇〇〇 様

群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科

研究者 博士後期課程 赤堀 八重子

指導教員 教授 齋藤 基

研究へのご協力のお願い

時下、皆様にはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

私は現在、大学院看護学研究科博士後期課程において、「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度の開発」というテーマで研究に取り組んでおります。この研究の目的は、特定保健指導該当者に対して特定保健指導の利用につなげるために、特定保健指導の利用行動に影響を与える動機を測定し、利用行動を評価するための「特定保健指導該当者の利用行動評価尺度」を開発することです。本尺度の開発は、保健師等が実施する保健指導の質の向上に貢献し、特定保健指導該当者に対して特定保健指導の利用及び行動変容を促進し、生活習慣病及び重症化予防に寄与できるものと考えます。

調査方法としては、貴市（町）における平成29年度特定保健指導該当者の方を対象とした郵送による質問紙調査を予定しております。質問紙は無記名であり、個人が特定されることはございません。また、研究によって得られた成果は、貴市へ還元するとともに、今後の特定保健指導の利用率向上の対策に役立ていきたいと考えております。

つきましては、貴市の〇〇係の担当者様との共同研究として実施させていただきたくお願い申し上げます。

なお、研究の実施に当たり配慮させていただく事項については、以下のとおりです。ご多用のところ大変恐縮でございますが、どうぞよろしくお願い申し上げます。

記

1. 質問紙調査

平成30年3月～6月

2. 研究の実施に当たり配慮させていただく事項

- 1) 研究で知り得た情報は秘密を厳守いたします。個人情報情報を漏洩するようなことはありません。

- 2) お名前などの個人情報、全て記号化し個人を特定できないようにします。また、質問紙調査の郵送に関しましては、貴市の市役所（町役場）内で担当者の方と作業を行い、住所・氏名等の個人が特定できる個人情報を外部へ持ち出すことはありません。
- 3) 収集したデータは、鍵のかかる場所へ厳重に保管し、研究以外の目的に使用することはありません。
- 4) 個人情報等や分析中の電子データは、専用のリムーバブルメディアを作成し、パスワードを設定して管理します。データの分析及びデータを保存する場合は、インターネットに接続されていないパソコンを用いて行います。
- 5) 研究資金は個人研究費及び助成金等を使用し、貴市（町）へご負担をお掛けするようなことはございません。
- 6) 研究に関するご心配や不都合などが生じましたら、速やかに対応いたしますので、ご連絡ください。また、ご質問等がある場合はいつでもお問い合わせください。

【研究者】

氏 名：赤堀八重子
所 属：群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科 博士後期課程
勤務先：高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科（講師）
連絡先：〒371-0033 群馬県高崎市中大類町 501
高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科
電話：027-352-1291（代）
e-mail：akabori@takasaki-u.ac.jp

【指導教員】

職・氏名：教授 齋藤 基
所 属：群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科
連 絡 先：〒371-0052 群馬県前橋市上沖町 323-1
群馬県立県民健康科学大学看護学部
電話：027-235-1211（代表）

平成 30 年〇月〇日

特定保健指導対象者 様

質問紙調査へのご協力のお願い

時下、皆様にはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

この度、〇〇市（町）では皆様が利用しやすい特定保健指導の実施を目指し、「特定保健指導の利用に関する調査」を実施させていただくことになりました。この調査は群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科の研究者（調査分担者）と協力し、共同で調査を実施いたします。本調査の結果は保健事業の検討や特定保健指導の場で使用する質問紙等の作成に活用させていただきます。

つきましては、ご多忙のところ大変恐縮でございますが、調査の主旨をご理解いただき質問紙調査にご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、調査方法は以下のとおりです。調査の実施にあたり、調査分担者が遵守する倫理的配慮等につきましては裏面をご覧ください。

《調査方法》

質問紙調査は無記名で行います。そのため個人が特定されることがございません。調査へのご協力は自由意思とさせていただきますので、調査にご協力されない場合でも不利益になるようなことは一切ありません。

◇調査の対象者：平成 29 年度において特定保健指導に該当された皆様

◇質問紙の回答時間：10～20 分程度

◇調査への同意は、質問紙をご投函いただくことで同意とさせていただきます。ご投函いただいた後は無記名での回答であるため、調査への参加の撤回をすることができませんことをご了承ください。

◇ご記入後の質問紙調査の返送について

お手数をおかけいたしますが、同封の返信用封筒にてご返送ください。

※質問紙は平成 30 年 〇月〇〇日（〇）までにご投函ください。

返送には切手は不要です。住所やお名前の記載も必要ありません。

《調査者》

❖ 〇〇市役所（町役場）〇〇課 〇〇係 電話：〇〇-〇〇-〇〇〇（直通）

❖ 調査分担者所属・氏名

群馬県立県民健康科学大学大学院博士後期課程 赤堀 八重子

《勤務先：高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科 電話：027-352-1291（代表）》

【共同調査者が遵守する倫理的配慮等について】

- ・この研究は〇〇市（町）との共同研究として実施いたします。調査による結果については〇〇市（町）へ還元するとともに、学会等に発表させていただく予定です。その際にも個人情報の保護には十分留意いたします。
- ・結果は統計的に処理いたしますので公表の際に皆様にご迷惑をおかけすることはありません。
- ・ご回答いただいた調査用紙は、個人情報の保護のために厳重に管理し、本調査の終了後、10年間保存し、裁断・消去処分いたします。
- ・調査へのご協力は自由意思とさせていただきますので、研究にご協力されない場合でも不利益になるようなことは一切ありません。
- ・この調査について、ご質問がある場合、ご心配や不都合等が生じましたら速やかに対応いたしますので、調査分担者赤堀までお申し出ください。
- ・本調査の実施に当たり、群馬県立県民健康科学大学倫理審査委員会の承認を受けておりますことを申し添えます。

ご多忙のところ、大変恐縮ではございますが、ご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。

【調査分担者連絡先】

氏 名 赤堀 八重子
所 属 群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科 博士後期課程
勤務先 高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科（講師）
連絡先 〒371-0033 群馬県高崎市中大類町 501
高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科
電話：027-352-1291（代表） e-mail：akabori@takasaki-u.ac.jp

【調査分担者指導教員】

職・氏名 教授 齋藤 基
所 属 群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科
連 絡 先 〒371-0052 群馬県前橋市上沖町 323-1
群馬県立県民健康科学大学看護学部
電話：027-235-1211（代表）

「特定保健指導の利用に関する調査」

この調査は、保健事業の検討や特定保健指導の場で使用する質問紙等を作成することを目的とし、皆様の特定保健指導の利用についての考えを把握するものです。この調査により得られた結果は、皆様にとって利用しやすい特定保健指導の提供に向けて活用させていただきます。

* 質問は次のページから始まります。よろしくお願いいたします。

資料9 「特定保健指導の利用に関する調査」質問紙

皆様ご自身のことについて以下の質問にお答えください。

問1. あなたの年齢を教えてください。

歳

問2. あなたの性別について、該当する番号に○をつけてください。

1. 男性	2. 女性
-------	-------

問3. あなたは、平成29年度において〇〇市（町村）が実施する年1回の特定健康健診（特定健診）を受診した後に、市町村の保健師や栄養士などによる食生活や運動などの保健指導（特定保健指導）を利用しましたか。該当する番号に○をつけてください。

1. 利用した	2. 利用しなかった
---------	------------

問4. あなたは、平成29年度特定健康診査（特定健診）の結果に応じた保健指導の支援レベル（積極的支援・動機づけ支援）をご存じですか。該当する番号に○をつけてください。不明な場合は「3. わからない」に○をつけてください。

*積極的支援：6か月間にわたる定期的に継続した支援

*動機づけ支援：1回の支援（初回）と6か月後の確認

1. 積極的支援	2. 動機づけ支援	3. わからない
----------	-----------	----------

問5. あなたの食生活や運動、睡眠等の生活習慣改善への取り組みについて、該当する番号に○をつけてください。

1. 改善するつもりはない。
2. 改善するつもりである。（概ね6か月以内）
3. 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり少しずつ始めている。
4. 既に改善に取り組んでいる。（6か月未満）
5. 既に改善に取り組んでいる。（6か月以上）

資料9 「特定保健指導の利用に関する調査」質問紙

問6. 以下の質問項目について、「そう思う」から「そう思わない」の中から、あなたの考えにもっとも近い回答を1つ選び、あてはまる番号に○をつけてください。回答は、時間をかけず感じたままをお答えください。

	質問項目	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
1	健康とは日常生活を支障なく過ごすことである	1	2	3	4	5
2	健康とは今を充実して過ごすことである	1	2	3	4	5
3	健康とは自分の意思で行動できることである	1	2	3	4	5
4	歳をとるにつれて、お腹がでるのは普通である	1	2	3	4	5
5	メタボリックシンドロームは深刻な健康状態ではない	1	2	3	4	5
6	歳をとるにつれて健康状態が悪くなるのはとめられない	1	2	3	4	5
7	健診結果が良くないと言われても、自分はそれなりに健康である	1	2	3	4	5
8	自分の健康状態は年相応である	1	2	3	4	5
9	健康に良い行動を勧められても結局、習慣にはならない	1	2	3	4	5
10	食生活や運動等の工夫をすることは、実際には無理である	1	2	3	4	5
11	生活習慣を改善しても、病気を予防するとは限らない	1	2	3	4	5
12	習慣になっている行動は変えられない	1	2	3	4	5
13	生活習慣を改善すると日常生活に負担がかかる	1	2	3	4	5
14	他の時間を犠牲にしてまで病気の予防に取り組む必要はない	1	2	3	4	5
15	健康に良い行動を勧められても、生活に合わなければ実行できない	1	2	3	4	5
16	保健指導のために時間を割くことは負担である	1	2	3	4	5
17	保健指導は当たり前の話なので聞く意味がない	1	2	3	4	5
18	保健指導を受けると責められているような気持ちになる	1	2	3	4	5
19	自分の生活を他人にあれこれ言われるのは嫌である	1	2	3	4	5
20	生活習慣の改善を勧められると、生活を否定されている気持ちになる	1	2	3	4	5
21	健康に良い行動は、ストレスになり却って体に悪い	1	2	3	4	5
22	生活習慣病を予防するために、生活習慣を変えるつもりはない	1	2	3	4	5
23	自分の健康状態の判断は、自分の感覚を信じる。	1	2	3	4	5
24	自分の健康を守ることができるのは、自分だけである	1	2	3	4	5
25	自分の生活を他の人に干渉されたくない	1	2	3	4	5

資料 9 「特定保健指導の利用に関する調査」質問紙（続き）

	質問項目	そう思う	ややそう思う	どちらともいえない	あまりそう思わない	そう思わない
26	今の生活習慣は、自分らしさそのものである	1	2	3	4	5
27	健診は、家族や友人に誘われれば一緒に行く	1	2	3	4	5
28	自分の健康のことで家族や友人に負担をかけたくない	1	2	3	4	5
29	健康に良い行動は、やりすぎると家族や友人に迷惑がかかる	1	2	3	4	5
30	保健指導では、生活習慣病以外の病気の相談は聴き流される	1	2	3	4	5
31	生活習慣病を予防するための保健指導の重要性がわからない	1	2	3	4	5
32	全員を同じ健康の基準に当てはめるのはおかしい	1	2	3	4	5
33	職場や地域の活動では、保健指導を優先することに対して理解がない	1	2	3	4	5
34	生活習慣病を予防するために時間をかける余裕はない	1	2	3	4	5
35	体に良くないと言われても好きな食べ物・飲み物等はやめられない	1	2	3	4	5
36	生活習慣病を予防することばかりを考えていたら、人生は楽しくない	1	2	3	4	5
37	生活習慣病を予防することよりも、生きがいや楽しみを優先する	1	2	3	4	5
38	保健指導に時間をかけるよりも、家族や友人との時間が大切である	1	2	3	4	5
39	保健指導に誘われても聴き流してしまう	1	2	3	4	5
40	理想的な健康のためにあくせくしたくない	1	2	3	4	5
41	人は必ず死ぬのだから、今を充実して生きた方がよい	1	2	3	4	5
42	将来の健康については、その時になったら考えればよい	1	2	3	4	5
43	自分の体の状態は、自分が一番よくわかる	1	2	3	4	5
44	その気になれば、すぐに痩せられる	1	2	3	4	5
45	肥満の改善は、他人に言われなくても自分でできる	1	2	3	4	5
46	人から言われなくても、自分の健康は自分で守ることができる	1	2	3	4	5
47	健康を維持するための自分なりの方法がある	1	2	3	4	5
48	健康を保つ秘訣はストレスのない方法で実践することである	1	2	3	4	5
49	健康に良いことは自分なりに実践する	1	2	3	4	5
50	保健指導を受けなくても、健診を受診することで健康を維持できる	1	2	3	4	5

資料9 「特定保健指導の利用に関する調査」質問紙

問7. 以下の質問項目について、「1. そう思う」から「4. そう思わない」の中から、あなたの意見にもっとも近い回答を1つ選び、あてはまる番号に○をつけてください。回答は迷わず、感じたままに答えてください。

	質問項目	そう思う	ややそう思う	ややそう思わない	そう思わない
1	あなたは病気になった場合、その原因を自分がとった行動にあると思いますか。	1	2	3	4
2	あなたが病気になる時は、努力しても避けられないと思いますか。	1	2	3	4
3	あなたが病気になる時、それは自分のおかれている環境のせいだと思いますか。	1	2	3	4
4	あなたは適切な行動をとっていれば健康に暮らせると思いますか。	1	2	3	4
5	あなたは、今運動をしたり食事を節制することが将来の健康に役立つと思いますか。	1	2	3	4
6	あなたが健康でいることと、あなたが健康のために努力することはあまり関係がないと思いますか。	1	2	3	4
7	あなたは、突然病気になると思いますか。	1	2	3	4
8	あなたは自分の努力によって健康を維持できると思いますか。	1	2	3	4
9	あなたの健康は、あなたのとる行動によって左右されると思いますか。	1	2	3	4
10	あなたは、病気になるのは仕方のないことだと思いますか。	1	2	3	4
11	あなたは、どんなに努力しても病気の原因を取り除くことはできないと思いますか。	1	2	3	4
12	あなたが健康のためにとる行動は実際に効果があると思いますか。	1	2	3	4
13	あなたは、運が悪いから病気になると思いますか。	1	2	3	4
14	あなたは一生健康に暮らせると思いますか。	1	2	3	4

質問は以上で終了です。調査にご協力いただきありがとうございました。

本調査に関する質問がございましたら、下記までお問い合わせください。

【共同調査者】

氏 名：赤堀八重子

所 属：群馬県立県民健康科学大学大学院看護学研究科 博士後期課程

勤務先：高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科（講師）

連絡先：〒371-0033 群馬県高崎市中大類町 501

高崎健康福祉大学保健医療学部看護学科

電話：027-352-1291（代）

e-mail：akabori@takasaki-u.ac.jp

